

「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 4 次會議紀錄

時 間：114 年 12 月 24 日（星期三）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

紀錄：黃胤學

侯代表重光	侯重光	陳代表俊良	陳俊良
黃代表雪玲	黃雪玲	陳代表相國	陳相國
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	李飛鵬
游代表進邦	游進邦	徐代表邦賢	徐邦賢
李代表佳珂	李佳珂	羅代表界山	羅界山
陳代表志忠	(請假)	劉代表淑芬	劉淑芬
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	朱世瑋
羅代表永達	陳志強(代)	賴代表信亨	許宏彰(代)
謝代表景祥	謝景祥	林代表桂美	林桂美
朱代表文洋	朱文洋	黃代表國明	王泰祥(代)
朱代表益宏	朱益宏	陳代表淑華	陳淑華
吳代表家淦	吳家淦	楊代表玉琦	楊玉琦
陳代表宏麟	陳宏麟	呂代表正華	呂正華
王代表宏育	王宏育	林代表恩豪	林恩豪
黃代表振國	黃振國	蔡代表麗娟	蔡麗娟
賴代表俊良	賴俊良	洪代表芳明	(請假)
顏代表鴻順	顏鴻順	施代表壽全	(請假)
吳代表清源	(請假)		

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、吳韻婕
台灣醫院協會	王秀貞、賴彥伶、顏正婷、 林佩菽
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
台灣放射腫瘤學會	趙興隆、成佳憲
台灣胸腔及心臟血管外科學會	宋世英
台灣外傷醫學會	郭令偉
台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會	王瀛標
社團法人台灣急診醫學會	顏瑞昇
中華民國骨科醫學會	盧永昌
台灣復健醫學會	李紹誠
台灣心肺復健醫學會	陳冠誠
臺灣兒科醫學會	林建志
台灣小兒外科醫學會	謝明諭
台灣兒童青少年精神醫學會	邱佩寧
台灣胸腔暨重症加護醫學會	周昆達、林定佑
台灣肝癌醫學會	李懿宸
中華民國核醫學學會	(請假)
台灣婦產科醫學會	黃建霈
台灣消化系醫學會	蕭敦仁
中華民國癌症醫學會	(請假)
台灣腎臟醫學會	陳金順、方德昭
台灣乳房醫學會	陳芳銘、黃其晟
台灣內科醫學會	(請假)
社團法人台灣在宅醫療學會	(請假)
台灣居家醫療醫學會	王維昌
台灣居家護理暨服務協會	曾勤媛、洪怡蘋

中華民國呼吸治療師公會全國聯合會
台灣安寧緩和醫學學會
台灣安寧緩和護理學會
財團法人醫藥品查驗中心

衛生福利部醫事司
衛生福利部社會保險司
衛生福利部全民健康保險會

本署醫審及藥材組
本署醫務管理組

謝淑貞
(請假)
邱智鈴
黃莉茵、邱欣婷、陳詠晴、
侯宗盈
韓佳玲
白其怡
邱臻麗、盛培珠、吳佳恩、
黃文瑤
蔡宛君
劉林義、黃珮珊、林右鈞、
洪于淇、呂姿擘、陳依婕、
黃怡娟、黃瓊萱、成庭甄、
許博淇、陳世卿、陳俐如、
楊瑜真、曾琬茜、鄧家佩、
黃思瑄、何懿庭、高翊庭、
蕭之宣、林香君、黃韻宸、
侯雅婷、周筱妘、陳聿萱、
蔡政伶、楊闓璘、邱宜婷、
李羿萱、張美鳳、楊麗娟、
高嘉慧、陳姿吟、蔡孟好、
宋思嫻

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「主動脈復甦性血管內球囊閉合術」等 19 項診療項

目案。(詳附件 1, P16-P31)

說明：新增修訂重點如下：

- (一) 新增 56044B「主動脈復甦性血管內球囊閉合術」(7,753 點)、69044B「頸部外傷探查術」(11,240 點)、75827B「軀幹體腔出血緊急填塞止血手術(損傷控制手術)」(14,931 點)計 3 項。
- (二) 修訂 37047B「身體立體定位放射治療」、64287B「關節鏡下肩關節盂唇修補手術」、18046B「生物電抗非侵入式心輸出量及血流動力學監測」放寬適用範圍或支付規範；修訂 37028B「三度空間立體定位 X 光刀照射治療」及 37029B「加馬機立體定位放射手術」、68015B-68018B「瓣膜成形術」及 69035B「主動脈根部術(含主動脈瓣置換或保留)」中英文名稱；修訂 65013B「多竇副鼻竇手術」及 65014B「全副鼻竇切除術」併同新增「立體定位多竇副鼻竇手術」及「立體定位全副鼻竇切除術」簡化申報項目以明確支付標準。
- (三) 修訂支付規範文字：30304B「血液腫瘤次世代基因定序—小套組(≤ 100 個基因)」等 2 項適應症附表 2.2.2 更正基因名稱。
- (四) 新增修訂診療項目之財務影響，由 115 年醫院總額之「新醫療科技」項下新增修訂診療項目預算支應。

決議：

- (一) 考量 68015B-68018B「瓣膜成形術」及 69035B「主動脈根部術(含主動脈瓣置換或保留)」僅修訂名稱未併同修訂點數，依提案單位建議同意撤案，重新評估後另行提案，其餘照案通過。
- (二) 同意 56044B、69044B、75827B 3 項診療項目納入 114 年 9 月 25 日本會議通過之處置及手術通則「重大外傷處置或手術加成」增列前述醫令代碼。

(三) 於本會議例行報告增修診療項目執行情形(包括使用量、財務衝擊等)。

肆、報告事項：

一、歷次會議決議事項辦理情形。

決定：有關新增「全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫」案(序號9)，考量仍需後續監測執行情形，辦理情形改為繼續列管，餘洽悉。

二、訂定 115 年召開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時程案。

說明：115 年度會議時程如下：

會議名稱	第 1 次	第 2 次	第 3 次	第 4 次	臨時會
會議日期	115.3.26 (星期四)	115.6.25 (星期四)	115.9.17 (星期四)	115.12.17 (星期四)	視必要 再預約日 期

決定：洽悉。

三、增修中醫支付標準及中醫門診總額專款計畫案。(詳附件 2, P32-P80)

說明：

(一) 修訂支付標準：門診診察費刪除「支援醫師診察費一律按未聘有護理人員在場服務者之支付標準代碼計算」規定；附表 4.4.3 及附表 4.5.1 於高度複雜性針灸及中度複雜性傷科之適應症增列「腦中風後遺症(I69)」。

(二) 修訂西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫：針對「呼吸困難」適用範圍增列「使用呼吸器病人得

否收案」之函釋說明文字以臻明確，並配合執行年度修改實施期程。

- (三) 修訂中醫癌症病人加強照護整合方案：適應症增列「卵巢癌」、「鼻咽癌」、「膀胱癌」，酌修計畫文字，並配合執行年度修改實施期程。
- (四) 修訂中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫加強照護費(P64001-P64009)申報規定文字，並配合執行年度修改實施期程。
- (五) 增訂「115 年全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案」，符合獎勵條件者，中醫門診診察費及針傷處置費加計 13 點。
註：會後社保司建議獎勵範圍之傷科處置費由(E01-E12)修改為(E01-E14)，並獲中全會同意。

決定：洽悉。

四、修訂牙醫支付標準及牙醫門診總額特殊醫療服務計畫案。(詳附件 3，P81-P147)

說明：

- (一) 修訂支付標準第三部牙醫，包含調整支付標準規範、適應症、調升支付點數及附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則醫療費用不列入計算之範圍。
- (二) 「115 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」修正重點如下：
 1. 醫療團牙醫醫療服務：「失能老人」適用對象條件新增滿 80 歲以上長者以及論次點數調升至 3,000 點。
 2. 居家牙醫醫療服務：擴大收案條件、修訂每位牙醫師診次及服務人數、新增居家個案限制、山地離島及醫療資源不足之牙醫師訪視費及醫療服務費及調升調升論次支付點數。

3. 感染管制診察費 00318C、00311C~00314C，調升 16 點。

決定：洽悉。

五、修訂西醫基層支付標準及西醫基層總額專款計畫案。(詳附件 4，P148-P163)

說明：

- (一) 修訂全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案，包括獎勵條件、獎勵方式、評估指標、年度執行目標及稽核機制，符合一定比例護理人員調升薪資且調薪幅度達健保投保金額至少一等級者，西醫基層門診診察費加計 40 點。
- (二) 修訂西醫基層門診合理量計算方式暨增加假日開診誘因：一般地區門診合理量每月看診日數由 25 日調整為 22 日，第一段看診人次由 30 人次調整為 35 人次；週日及國定假日「急症科別」之 1~65 人次門診診察費以每點 1 元支應，急症科別包含家醫科、內科、外科、小兒科、耳鼻喉科及急診醫學科、神經科及婦產科；訂定監測指標「基層急症科別週日開診率」。
- (三) 修訂西醫基層提升心肺疾病復健照護品質計畫，包括新增「心肺復健患者復健整合治療費合併共病症治療」3 項診療項目，包括簡單(1,320 點)、中度(1,640 點)及複雜(1,960 點)；品質獎勵費刪除 VO₂ peak 指標，最大耗氧量及六分鐘步行測試各分為三項指標。

決定：

- (一) 有關修訂「全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」，於方案明訂調薪幅度較 114 年 12 月須增加本保險投保金額至少一等級，且不得低於 115 年最低工資之 1.1 倍(33,300 元)。

- (二) 有關修訂「西醫基層門診合理量計算方式暨增加假日開診誘因」，配合 114 年 12 月 22 日急診壅塞第二次會議，部長指示先行監測春節期間開診情形後再議，本署將儘速分析數據後開會討論，預計提至 115 年 3 月本會議優先討論，暫保留。
- (三) 其餘照案通過。

六、修訂「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。(詳附件 5, P164-P170)

說明：

- (一) 加護病床住院診察費：兒科專科醫師得再加計 20%。
 - (二) 一般病床住院診察費：學齡前兒童（未滿 2 歲）加成率調升為 60%，並同步調整兒科專科醫師加成上限。
 - (三) 兒童精神治療：調升未滿六歲「精神科日間住院治療費（日間全天／日間半天）」支付點數。
 - (四) 新生兒重大手術：
 - 1. 調升「隱睪雙側睪丸固定術」等 7 項新生兒重大手術支付點數。
 - 2. 調整手術章節第十八項「治療性先天殘缺手術」支付規範。
 - (五) 調升 28006C「支氣管鏡檢查」支付點數。
 - (六) 修訂 30022C「特異性過敏原免疫檢驗」支付規範。
 - (七) 27049C「甲一胎兒蛋白」改為限醫院執行。
- 決定：洽悉。

七、新增 115 年度全民健康保險春節加成獎勵方案。(詳附件 6, P171-P174)

說明：為提升農曆春節長假期之醫療照護量能，本署規劃新增 115 年春節加成獎勵，並以獎勵方案方式執

行。

決定：同意 115 年春節假期(115/2/14-115/2/22)，除夕至初三加成 100%，至原規劃初四、初五加成 50%、小年夜及其餘連假加成 30%是否調整，由本署試算財務衝擊後擬訂。

八、全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)115 年 1-6 月適用之相對權重統計結果案。

說明：本次計算 115 年 1-6 月適用之 SPR 值為 52,621 點，未達 113 年 7-12 月適用之 SPR 值 53,632 點，爰續沿用 113 年 7-12 月適用權重。

決定：洽悉。

九、修訂 115 年全民健康保險醫院醫療給付費用總額「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」計畫案。（詳附件 7，P175-P178）

說明：依 115 年度總額協商結果，本項預算移列至一般服務，並請本署併同醫院總額相關團體檢討執行內容及成效，落實分級醫療之目的。爰配合修改計畫中預算來源之文字。

決定：洽悉。

十、修訂透析點數、居家血液透析試辦計畫及鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫(草案)案。（詳附件 8，P179-P238）

說明：

(一) 修訂血液透析、腹膜透析追蹤處置費等 5 項診療項目：

1. 調升血液透析及腹膜透析等支付點數 2.25%，門

診血液透析(58029C)由 3,912 點調升至 4,000 點，住院及急重症透析(58001C、58027C)由 4,100 點調升至 4,192 點，腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)由 8,675 點調升至 8,870 點。

2. 使用血液透析特殊藥劑(含 EPO、Vadadustat)等包裹內含醫令，應落實申報不計價醫令使用量。

(二) 修訂全民健康保險居家血液透析試辦計畫：計畫年度修正為 115 年，刪除年度獎勵金結算相關條文，另配合透析結算修正點值結算方式；配合 58029C 血液透析點數調升，併同修訂本試辦計畫 P8701C「居家血液透析(次)」點數為 4,000 點。

(三) 修訂全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫：酌修柒、院所獎勵費用文字及將「須將六成以上分配予執行業務之相關醫事人員」文字修正為「本項費用應優先考慮分配於執行業務之相關人員，並事後擬具使用說明報告」；配合支付標準調整，修訂加強病人自我照護品質處置費；修訂計畫、附表條文及規定。

決定：洽悉。

十一、114 年第 4 季「急診、急救責任醫院及護理支付標準扣合指標」執行規劃案。

說明：

- (一) 114 年第 4 季指標達標認定條件比照第 2 季辦理：
1. 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。
 2. 「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。
 3. 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。

4. 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。

(二) 114 年第 4 季達標者，將據以核發該季挹注預算額度。

決定：洽悉。

伍、討論事項：

一、新增「全民健康保險乳癌照護品質提升方案」。(詳附件 9, P239-P250)

說明：方案重點如下：

(一) 參與醫院資格：每年新診斷乳癌人數達 20 人以上之醫院。

(二) 診療團隊規定：專任外科(含乳房外科)專科醫師 2 名以上、放射診斷科專科醫師 1 名以上，以及專任個案管理師 1 名以上。

(三) 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。

(四) 費用支付：診察費、檢驗檢查費、治療處置費等項目核實申報。

(五) 獎勵措施：實施初期執行「新收個案整合照護」(800~2,000 點/例)及「追蹤照護」(250 點/年)獎勵，以建置全國性乳癌照護數據，並研訂 20 項品質監控指標。

決議：通過。

二、修訂「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」案。(詳附件 10，P251-P292)

說明：修訂重點如下：

- (一) 修訂附件 11「全民健康保險提供矯正機關醫療服務作業須知」，納入「醫療人員進入矯正機關安全指引」，另刪除「每 3 天於矯正機關內提供至少 1 診次門診」文字。
- (二) 考量論次費用支付係以醫師為必要人員提供門診診療服務之醫療團隊，爰於論次計酬費用支付規範加註「應包含醫師」之文字。
- (三) 參考院所反映意見及資料取得限制，評核指標刪除「收容對象滿意度」及「C 肝全口服抗病毒藥物治療率」，並新增「門診疥瘡投藥率」。
- (四) 因應監所全年收容人數變動及減少高醫療需求收容人之影響，酌調承作獎勵金之指標定義與權重標準。
- (五) 修正計畫點值結算方式：以每點 1 元支應，預算不足時由其他預算「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」支應。

決議：通過。

三、修訂「全民健康保險急性後期整合照護計畫」案。(詳附件 11，P293-P346)

說明：修訂重點如下：

- (一) 鬆綁居家模式限制：
 1. 放寬個案於收案期間得同時接受居家醫療照護服務。
 2. 符合衰弱高齡收案條件之 ACAH 結案個案，得接受居家 PAC 照護。
- (二) 調升 PAC 計畫給付項目支付點數，及住院模式檢驗(查)費用改採核實申報。

決議：通過。

四、新增「全民健康保險復健病房試辦計畫(草案)」案。(詳附件 12, P347-P373)

說明：修訂重點如下：

- (一) 試辦計畫效期為 2 年，採急性後期整合照護住院模式。
- (二) 於全臺灣北、中、南、東區各擇 1 家醫院試辦，以現行執行急性後期整合照護計畫(PAC 計畫)之承作醫院為限。
- (三) 先行試辦腦中風、創傷性神經損傷、脆弱性骨折及衰弱高齡病患。
- (四) 支付內容：
 1. 照護費：支付點數 1,374~2,573 點/日。
 2. 評估費：須每 2~3 週進行評估，支付點數 1,500 點。
 3. 開辦費：每家承作醫院支付 100 萬元。
 4. 個案照護品質獎勵費：依品質指標達成情形，獎勵每 1 個案 5,000 點。
- (五) 成效評量：分為品質指標及監測指標。

決議：通過。

五、修訂「全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案」。(詳附件 13, P374-P380)

說明：修訂重點如下：

- (一) 方案名稱：全民健康保險肝炎醫療給付改善方案。
- (二) 收案條件：放寬為最近 6 個月內曾在該院所「主或次診斷」為 B 肝帶原者或 C 肝感染者就醫 2 次以上者，並新增肝纖維化 F3 以上之代謝性、酒精性肝炎者。

- (三) 支付標準：調升追蹤頻率，由每年 2 次提升至每年 3 次，管理照護費由每次 100 點調升至 150 點。
 - (四) 獎勵措施：修正「腹部超音波檢查進步率」及新增失聯率為觀察指標。
 - (五) VPN 系統欄位：新增 AFP 檢驗結果與肝纖維化期別。
- 決議：通過。

六、修訂「全民健康保險醫療服務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」。(詳附件 14，P381-P406)

說明：因應 Pre-ESRD 計畫修正 eGFR 公式等，考量基準一致性，爰同步修訂 DKD 方案，修訂重點如下：

- (一) 修正附表 8.2.6 初期慢性腎臟病及糖尿病合併初期慢性腎臟病個案追蹤管理照護紀錄參考表之年齡未滿 18 歲者，以新版 Bedside Schwartz 公式計算 eGFR；年齡滿 18 歲(含)以上者，以 CKD-EPI 公式計算；藥物使用增列 SGLT2i 選項；增列糖尿病合併初期慢性腎臟病個案應執行 UACR 文字。
- (二) 修正附表 8.2.4 初期慢性腎臟疾病個案管理之慢性腎臟疾病之篩檢「高危險群」定義(年齡 65 歲以上)、初期慢性腎臟病疾病照護之衛教內容。
- (三) 修正附表 8.2.9 糖尿病個案登錄系統必要欄位簡化表、附表 8.2.11 糖尿病合併初期慢性腎臟病個案登錄系統必要欄位簡化表之台灣腎臟醫學會「腎利人生網站」網址、調整 eGFR 為血液檢驗等。

決議：通過。

七、修訂居家醫療照護整合計畫與支付標準第五部第一章及第三章訪視費用案。(詳附件 15，P407-P449)

說明：

(一) 修訂居家醫療照護整合計畫(下稱居整計畫)與支付標準第五部第一章及第三章：

1. 調升居家醫療照護相關人員訪視費用 5%。
2. 新增兒童訪視費加成 20%至 60%。

(二) 居整計畫：

1. 增加西醫基層診所居家專任醫師獎勵。
2. 居家專任醫師每月醫師訪視次數放寬至 240 人次。

決議：通過。

陸、臨時動議：無。

柒、散會：下午 5 時 58 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

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第十二項 循環機能檢查 Circulative Function Examination (18001-18047)

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
18046B	<p>生物電抗非侵入式心輸出量及血流動力學監測 Bioreactance non-invasive cardiac output and hemodynamic monitoring</p> <p>註： 1. <u>適應症用範圍</u>： (1)心臟手術病人或未滿十九歲施行心導管介入性治療病人，手術中或手術後心臟功能衰竭，有立即生命危險者。 (2)<u>心臟持續性血流動力學不穩定</u>病人，使用<u>數種升壓劑或強心劑六小時以上</u>。 (3)各種休克病人及心臟血管功能衰竭，經使用數種心臟藥物，亦無法有效改善者。</p> <p>2. 支付規範： (1)限<u>急診及加護病房</u>病人申報。 (2)同次<u>住入院</u>，未滿十九歲者每兩週得申報一次，其餘病人限申報一次。 (3)執行本項時不得同時執行 18029B「心輸出量測定」及 18030B「第二次心輸出量測定」。</p>		v	v	v	3322

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

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
30304B	血液腫瘤次世代基因定序 Hematologic malignancies next generation sequencing, NGS — 小套組(≤100 個基因) Small panel(≤100 genes)		v	v	v	20000
30305B	— 大套組(>100 個基因) Large panel(>100 genes) 註： 1.適應症：如附表 2.2.2。 2.支付規範： (1)醫院資格符合下列各項條件： A.區域級以上醫院或主管機關公告通過「癌症診療品質認證醫院」者。 B.須院內設立或跨院聯合組成分子腫瘤委員會(Molecular Tumor Board, MTB)。 C.限主管機關核定之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構(檢測項目類別為「抗腫瘤藥物之伴隨檢測」或「癌症篩檢、診斷、治療及預後之基因檢測」)。 (2)核發檢測報告人員及報告簽署醫師：依「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」之規定辦理。 (3)限使用已確診之血液腫瘤檢測，且檢測項目須包含附表 2.2.2 所列各該癌別檢測位點及變異別，始予給付。 (4)每人各癌別限 30304B 或 30305B 擇一申報且終生給付一次。 (5)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請核定。		v	v	v	30000

附表 2.2.2 血液腫瘤次世代基因定序(30304B-30305B)給付癌別列表

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	應先執行之檢測 項目	必須包含之檢 測基因及變異 別	NGS 檢測 (符合左列條件 者，得申報下 列任一 NGS 檢 測)
急性骨髓 性白血病 Acute myeloid leukemia	1. 新診斷急性骨 髓性白血病。 2. 復發之急性骨 髓性白血病。	無	FLT3 (mutation) ASXL1 (mutation) CEBPA (mutation) DNMT3A (mutation) IDH1 (mutation) IDH2 (mutation) JAK2 (mutation) KIT (mutation) KRAS (mutation) NPM1 (mutation) NRAS (mutation) PTPN11 (mutation) RUNX1 (mutation) SETBP1 (mutation) SF3B1 (mutation) SRSF2 (mutation) TET2 (mutation) TP53 (mutation) U2AF1 (mutation) WT1 (mutation) ZRSR2 (mutation) RUNX1- RUNX1T1 (fusion) PML-RARA (fusion) CBFB-MYH11 (fusion) BCR-ABL1 (fusion)	<ul style="list-style-type: none"> • 小套組(≤100 個基因) • 大套組(>100 個基因)
高風險之 骨髓分化 不良症候 群 Myelodys plastic	1. 新診斷為高風 險骨髓分化不 良症候群(定 義為骨髓或周 邊血液之芽細 胞≥5%)。	無	FLT3 (mutation) ASXL1 (mutation) CEBPA (mutation) DNMT3A	<ul style="list-style-type: none"> • 小套組(≤100 個基因) • 大套組(>100 個基因)

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	應先執行之檢測 項目	必須包含之檢 測基因及變異 別	NGS 檢測 (符合左列條件 者，得申報下 列任一 NGS 檢 測)
syndrome	2. 復發之高風險 骨髓分化不良 症候群 (定義 為骨髓或周邊 血液之芽細胞 ≥5%)。		(mutation) IDH1 (mutation) IDH2 (mutation) JAK2 (mutation) KIT (mutation) KRAS (mutation) NPM1 (mutation) NRAS (mutation) PTPN11 (mutation) RUNX1 (mutation) SETBP1 (mutation) SF3B1 (mutation) SRSF2 (mutation) TET2 (mutation) TP53 (mutation) U2AF1 (mutation) WT1 (mutation) ZRSR2 (mutation) RUNX1- RUNX1T1 (fusion) PML-RARA (fusion) CBFB-MYH11 (fusion) BCR-ABL1 (fusion)	
急性淋巴 芽細胞白 血病 (B細胞、T 細胞) Acute lymphobla stic leukemia (B-ALL and T- ALL)	1. 新診斷之 B 細胞急 性淋巴性白血病(B- cell acute lymphoblastic leukemia : B- ALL)。 2. 復發之 B 細胞急性 淋巴性白血病。	無	BCR::ABL1 (fusion) KMT2A (fusion, expression) ETV6::RUNX 1 (fusion, expression) IKZF1 (mutation, deletion) PAX5 (mutation, fusion) TCF3::PBX1 (fusion) IGH::IL3	<ul style="list-style-type: none"> • 小套組(≤100 個基因) • 大套組(>100 個基因)

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	應先執行之檢測 項目	必須包含之檢 測基因及變異 別	NGS 檢測 (符合左列條件 者，得申報下 列任一 NGS 檢 測)
			(fusion) iAMP21 (amplification) BCR::ABL1- like (ABL class) (fusion) BCR::ABL1- like (JAK-STAT class)(fusion) BCR::ABL1- like (NOS) (mutation) ZEB2 (mutation and fusion) IGH::CEBPE (fusion) MYC (fusion) DUX4 (fusion, expression) MEF2D (fusion) ZNF384/362 (fusion) NUTM1 (fusion) HLF (fusion) UBTF/CDX2(fu sion, expression) TPMT (mutation) NUTP15 (mutation)	
	1.新診斷之 T 細胞急性 淋巴性白血病 (T-cell acute lymphoblastic leukemia : T- ALL)。 2.復發之 T 細胞急性 淋巴性白血病。	無	SIL::TAL1 (fusion) KMT2A (fusion) CALM::AF10 (PICALM::MLL T10) (fusion) HOXA (fusion) SPI1 (fusion) TAL1 (fusion, mutation) TAL2 (fusion, mutation) TLX1 (fusion) TLX3 (fusion) NKX2 (fusion) LMO1 (fusion, mutation) LMO2 (fusion, mutation) LYL1 (fusion) OL1G2 (fusion)	<ul style="list-style-type: none"> • 小套組(≤ 100 個基因) • 大套組(> 100 個基因)

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	應先執行之檢測 項目	必須包含之檢 測基因及變異 別	NGS 檢測 (符合左列條件 者，得申報下 列任一 NGS 檢 測)
			BHLHB (fusion)	

第二節 放射線診療 X-RAY

第二項 癌症(腫瘤)治療 Cancer Therapy

二、其他治療方式 Other Therapy (37001~37048)

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
37028B	<p>三度空間 立體定位 X光刀 照射治療 立體定位放射手術 3-Dimensional Stereotactic γRadiosurgery with γX-knife 註： 1. 含括一般及特殊材料費。 2. 須符合 適應症用範圍： (1) 以顱內病灶直徑小於三公分或容積十五立方公分以下之病灶數目小於或等於三處之動靜脈畸型（含腦膜動靜脈瘻管）、聽神經瘤、腦膜瘤、腦下垂體瘤、顱咽管瘤或其他腫瘤(應附相關療效文獻佐證)，或顱內病灶(大小限制同前)數目小於或等於五處之轉移性腦瘤，惟轉移性腎臟細胞瘤及黑色素瘤不受病灶數目限制。且須符合以下條件之一： A. 曾接受開顱手術，但有殘餘腫瘤或腫瘤復發者。 B. 開顱手術可能造成神經損傷或危險性大者。 C. 有嚴重心肺疾病或其他內科疾病，不適合侵入性手術或全身麻醉者。 D. 轉移性腦瘤，限Karnofsky Performance Scale(KPS) \geq 70或ECOG 0-1者，且含其他病灶部位屬少部分惡化者(oligoprogression/惡化病灶總數不超過五個且惡化器官不超過三處)。 E. 海綿狀血管瘤限病灶位於深部腦核或腦幹，曾有出血病史者。 F. 顱內單側小腦橋腦角聽神經瘤寬度小於2.5公分（不含內耳道）者。 (2) 不適用手術或其他傳統治療方式之三叉神經痛。 3. 全部個案須事前專案向保險人申請。 4. 須有專任放射線治療醫師與專任輻射劑量計算人員，並向保險人申請核可實施。</p>		v	v	v	82000
37029B	<p>加馬機影像導引強度調控X光刀 立體定位放射手術 Image-guided Intensity Modulated Stereotactic γRadiosurgery with γX-knife 註： 1. 含括手術技術費、定位技術費、一般材料費及特殊材料費等。 2. 須符合 適應症用範圍： (1) 以顱內病灶之三度空間直徑不大於 3.5×3.5×3.5 公分或容積二十立方公分，病灶數目小於或等於三處之動靜脈畸型（含腦膜動靜脈瘻管）、聽神經瘤、腦膜瘤、腦下垂體瘤、顱咽管瘤或其他腫瘤(應附相關療</p>		v	v	v	153229

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
	<p>效文獻佐證)、或顱內病灶(大小限制同前)數目小於或等於五處之轉移性腦瘤,惟轉移性腎臟細胞瘤及黑色素瘤不受病灶數目限制。且須符合以下條件之一:</p> <p>A.曾接受開顱手術,但有殘餘腫瘤或腫瘤復發者。 B.開顱手術可能造成神經損傷或危險性大者。 C.有嚴重心肺疾病或其他內科疾病,不適合侵入性手術或全身麻醉者。 D.轉移性腦瘤,限Karnofsky Performance Scale(KPS) ≥ 70或ECOG 0-1者,且含其他病灶部位屬少部分惡化者(oligoprogression/惡化病灶總數不超過五個且惡化器官不超過三處)。 E.海綿狀血管瘤限病灶位於深部腦核或腦幹,曾有出血病史者。 F.顱內單側小腦橋腦角之聽神經瘤寬度小於2.5公分(不含內耳道)者。</p> <p>(2)不適用手術或其他傳統治療方式之三叉神經痛。</p> <p>3.電腦刀影像導引加馬機立體定位放射手術(Cyber-Knife Image Guided Stereotactic radiosurgery with <u>γ knife</u>)項目比照申報。</p> <p>4.全部個案須事前專案向保險人申請。</p> <p>5.須有專任放射線治療醫師與專任輻射劑量計算人員,並向保險人申請核可實施。</p>					
37047B	<p>身體立體定位放射治療 Stereotactic body radiation therapy(SBRT)/Stereotactic ablative radiotherapy(SABR) 註: 1.施行本項之適應症用範圍如下: (1)原發性早期肺部惡性腫瘤(依據2009AJCC分期定義為N0之≤stageII)患者,病灶最大徑≤5公分,ECOG-status≤2(或Karnofsky Performance Scale/KPS≥70),且須符合以下(high surgical risk)條件之一:<u>肺部單一病灶(且無縱膈腔或鎖骨下窩淋巴轉移)之惡性腫瘤,無合併其它器官之轉移且AJCC分期定義≤T+N1M0。</u> A.poor pulmonary function,不適合接受lobectomy手術者(依外科醫師檢視或會診紀錄)。 B.年齡七十五歲以上,致開胸手術可能造成嚴重損傷或危險性大,不適手術者(依外科醫師檢視或會診紀錄)。 C.有嚴重心肺疾病或其它內科疾病,經麻醉科評估不適全身麻醉者。 (2)原發性肝膽臟單一病灶(可為原發性肝癌肝細胞癌或肝內膽道癌,同時無肝外淋巴侵犯和遠端轉移),肝</p>		v	v	v	213662

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
	<p>功能為Child-Pugh A至B級，ECOG status \leq 2(或Karnofsky Performance Scale/KPS \geq 70)，病灶最大徑 \leq 5公分。且經評估無法進行下列之一的治療或下列之一的治療失敗者(依病歷紀錄)：攝護腺(限低度與中度復發風險)等惡性腫瘤，無合併其它區域淋巴及遠端器官之轉移(即AJCC分期定義為T+N0M0)。</p> <p>A.手術切除</p> <p>B.血管栓塞治療</p> <p>C.電燒灼治療</p> <p><u>(3)寡轉移：同時侵犯\leq3種器官及5處病灶之轉移性肝、肺腫瘤，且經腫瘤科醫師評估。(每次影像評估惡化之病程變化期間，37047B以申報一次為限)。</u></p> <p><u>2. ECOG status 須\leq2(或Karnofsky Performance Scale/KPS \geq 70)，且前項第(1)(2)款須經麻醉科醫師評估、外科醫師會診(附病歷紀錄)或癌症聯合討論會之結論認為不適合接受治癒性切除手術者(附會議紀錄)。另治療肝臟病灶時之肝功能須為Child-Pugh A至B級。</u></p> <p><u>23. 支付規範：</u></p> <p>(1)需事前審查。</p> <p>(2)全療程為二週且分次治療以六次(含)為限，採包裹給付，如未執行完全療程，依治療計畫之治療次數按等比例核扣。</p> <p>(3)不得同時申報支付標準編號33090B、36001B、36004B、36005B、36015B、36011B、36012B、36014B、36018B、36019B、36021C、37007B、37008B、37013B、37014B、37016B、37018B、37019B、37029B、37030B、37046B</p>					

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

十、外科處置 General Surgery Treatment (56001-560434)

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
56044B	主動脈復甦性血管內球囊閉合術 Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta (REBOA) 註：適用範圍為腹腔或骨盆腔大量出血導致休克，需阻斷主動脈血流以暫時控制出血者。		√	√	√	7753

第七節 手術

第三項 筋骨 Musculoskeletal System (64001-64285)

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
64287B	關節鏡下肩關節盂唇修補手術(單一部位肩盂唇修補) Arthroscopic labrum repair-simple 註： 1.適用範圍：肩盂唇破裂 (ICD-10-CM：S43.0 或 S43.43)。 2.支付規範： (1)申報時應檢附關節鏡下手術照片。 (2)不得同時申報：64243B、64244B。 (3)本項不含氣化棒之費用。 (4)一般材料費及高壓沖洗套管，得另加計百分之四十三。		v	v	v	41679

第四項 呼吸器 Respiratory System

一、鼻 Nose (65001-6507981)

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
65013B	多竇副鼻竇手術 Multiple sinusectomy 註： 一般材料費及單次使用電磁器械追蹤器、病人追蹤器，得另加計百分之一百二十一。不得同時申報83081B及83082B。		v	v	v	8855
65014B	全副鼻竇切除術 Pansinusectomy 註： 1.含鼻外及口內徑路。 2. 一般材料費及單次使用器械追蹤器、病人追蹤器，得另加計百分之一百十二。不得同時申報83081B及83082B。		v	v	v	10307
65080B	<u>立體定位多竇副鼻竇手術</u> <u>Multiple sinusectomy under navigation</u> 註： <u>1.適用範圍：</u> <u>(1)修正式鼻竇手術(Revision sinus surgery)</u> <u>(2)因先天鼻竇發育異常、術後或外傷造成的鼻竇解剖扭曲(Distorted sinus anatomy of development, postoperative, or traumatic origin)</u> <u>(3)廣泛性鼻竇息肉症(Extensive sinonasal polyposis)</u> <u>(4)病變涉及額竇、後篩竇或蝶竇(Pathology involving the frontal, posterior ethmoid or sphenoid sinuses)</u> <u>(5)病變鄰近顱底、眼眶、視神經或頸動脈的附近</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>8855</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
	<p><u>(Disease abutting the skull base, orbit, optic nerve, or carotid artery)</u></p> <p><u>(6)腦脊溢漏或顱底缺陷(CSF rhinorrhea or conditions in which there is a skull base defect)</u></p> <p><u>(7)良性或惡性鼻竇或顱底腫瘤(Benign or malignant sinonasal or skull base neoplasms)</u></p> <p>2.一般材料費及單次使用電磁器械追蹤器、病人追蹤器，得另加計百分之一百二十一。</p> <p>3.需搭配83081B或83082B申報。</p>					
<u>65081B</u>	<p><u>立體定位全副鼻竇切除術</u></p> <p><u>Pansinusectomy under navigation</u></p> <p>註：</p> <p>1.適用範圍：</p> <p><u>(1)修正式鼻竇手術(Revision sinus surgery)</u></p> <p><u>(2)因先天鼻竇發育異常、術後或外傷造成的鼻竇解剖扭曲(Distorted sinus anatomy of development, postoperative, or traumatic origin)</u></p> <p><u>(3)廣泛性鼻竇息肉症(Extensive sinonasal polyposis)</u></p> <p><u>(4)病變涉及額竇、後篩竇或蝶竇(Pathology involving the frontal, posterior ethmoid or sphenoid sinuses)</u></p> <p><u>(5)病變鄰近顱底、眼眶、視神經或頸動脈的附近(Disease abutting the skull base, orbit, optic nerve, or carotid artery)</u></p> <p><u>(6)腦脊溢漏或顱底缺陷(CSF rhinorrhea or conditions in which there is a skull base defect)</u></p> <p><u>(7)良性或惡性鼻竇或顱底腫瘤(Benign or malignant sinonasal or skull base neoplasms)</u></p> <p>2.含鼻外及口內徑路。</p> <p>3.一般材料費及單次使用器械追蹤器、病人追蹤器，得另加計百分之一百十二。</p> <p>4.需搭配83081B或83082B申報。</p>		<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>10307</u>

第七項 動脈與靜脈 (69001-69043~~4~~)

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>69044B</u>	<p><u>頸部外傷探查術</u></p> <p><u>Exploration of neck for trauma</u></p> <p>註：</p> <p>1.適用範圍：<u>頸部外傷深度突破頸闊肌(Platysma)。</u></p>		<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>10407</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>2.限外科或耳鼻喉科專科醫師執行。</u> <u>3.一般材料費，得另加計百分之八。</u>					

第九項 消化器 Digestive System

六、其他腹部手術(75801-75826Z)

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>75827B</u>	<u>軀幹體腔出血緊急填塞止血手術（損傷控制手術）</u> <u>Torso cavity packing for hemostasis</u> <u>註：</u> <u>1.適用範圍：胸腔、腹腔、後腹腔、以及骨盆腔之大量出血，需暫時以大量紗布填塞腹腔，以達到暫時壓迫止血目的病人。</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)不得同時申報：75805B、67002B</u> <u>(2)一般材料費，得另加計百分之四十五。</u>		<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>10297</u>

第二部 西醫

第二章 特定診療

第六節 治療處置

通則：

(前略)

七、急診病人之加成規範：下列二款，擇一申報：

(一)急診病人因緊急傷病而必需四小時以內立即治療處置者，其「處置費」得按本節所定點數加計百分之二十，但「一般材料費」不得另按比例加計。

(二)符合重大外傷之急診病人，且緊急執行 48014C、48015B、48016B、48017B、48029B、48030B 或 56044B 診療項目者：

1.二小時以內執行，得按本節所定點數加計百分之百；大於二小時至四小時以內執行，得按本節所定點數加計百分之六十。

2.重大外傷係指主診斷為：

(1)ICD-10-CM：T07.XXXA。

(2)ICD-10-CM：S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79(前述第七位碼皆應為"A")。

(3)ICD-10-CM：S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99(前述第七位碼皆應為"A"或"B")。

(4)ICD-10-CM：S52、S72、S82(前述第七位碼皆應為"A"或"B"或"C")。

(5)體表面積>20%之重大燒傷，且主診斷碼(ICD-10-CM)為 T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。

3.本項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。

第二部 西醫

第二章 特定診療

第七節 手術

通則：

(前略)

十一、急診病人之加成規範：下列二款，擇一申報：

(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計百分之三十，但「手術一般材料費」不得另按比例加計。

(二)符合重大外傷之急診病人，且緊急執行64022B、64023B、64024B、64197C、64158B、69038C、64237C、67013B、67002B、67010B、67011B、67022B、67023B、67024B、68036B、68006B、68005B、68001B、69009B、[69044B](#)、75007B、75009B、75805B、83036C、83037C、83039B、73010B、71206B、72014B、73017B、74206B、70001B、70002B、[75827B](#)或83080B診療項目者：

1.二小時以內執行，得按本節所定點數加計百分之百；大於二小時至四小時以內執行，得按本節所定點數加計百分之六十。

2.重大外傷係指主診斷為：

(1)ICD-10-CM：T07.XXXA。

(2)ICD-10-CM：S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79（前述第七位碼皆應為"A"）。

(3)ICD-10-CM：S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99（前述第七位碼皆應為"A"或"B"）。

(4)ICD-10-CM：S52、S72、S82（前述第七位碼皆應為"A"或"B"或"C"）。

(5)體表面積>20%之重大燒傷，且主診斷碼(ICD-10-CM)為T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。

3.本項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。

4.「手術一般材料費」不得另按比例加計。

第二部 西醫

第二章 特定診療

第十節 麻醉費

通則：

(前略)

八、符合重大外傷之急診病人，且緊急執行 33075B、33144B、48014C、48015B、48016B、48017B、48029B、48030B、[56044B](#)、64022B、64023B、64024B、64197C、64158B、69038C、64237C、67013B、67002B、67010B、67011B、67022B、67023B、67024B、68036B、68006B、68005B、68001B、69009B、[69044B](#)、75007B、75009B、75805B、83036C、83037C、83039B、73010B、71206B、72014B、73017B、74206B、70001B、70002B、[75827B](#) 或 83080B 診療項目者，其麻醉費加成方式如下：

(一)二小時以內執行，得按本節所定點數加計百分之百；大於二小時至四小時以內執行，得按本節所定點數加計百分之六十。

(二)重大外傷係指主診斷：

1.ICD-10-CM：T07.XXXA。

2.ICD-10-CM：S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79(前述第七位碼皆應為"A")。

3.ICD-10-CM：S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99(前述第七位碼皆應為"A"或"B")。

4. ICD-10-CM：S52、S72、S82(前述第七位碼皆應為"A"或"B"或"C")。

5.體表面積>20%之重大燒傷，且主診斷碼(ICD-10-CM)為 T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。

(三)本項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)本項與符合第六項急診而必需立即手術者之加成，擇一加計。

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

第四部 中 醫

第一章 門診診察費

編號	診療項目	支付點數
	一般門診診察費	
	(一) 中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者。	
	1. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下部分(≤ 50)	
A82	— 看診時聘有護理人員在場服務者	293
A83	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	323
A41	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	508
A84	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	283
A85	— 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	313
A42	— 看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	498
	2. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過五十人次部分(>50)	
A86	— 看診時聘有護理人員在場服務者	215
A87	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	240
A43	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	435
A88	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	200
A89	— 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	230
A44	— 看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	425
	(二) 不符(一)項之中醫醫療院所	
	1. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量在三十人次以下部分(≤ 30)	
A01	— 看診時聘有護理人員在場服務者	340
A11	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	370
A45	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	560
A02	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	330
A12	— 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	360
A46	— 看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	550
	2. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過三十人次，但在五十人次以下部分 (31-50)	
A03	— 看診時聘有護理人員在場服務者	230
A13	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	260
A47	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	475
A04	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	220
A14	— 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	250

編號	診療項目	支付點數
A48	一看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	465
	3.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)	
A05	一看診時聘有護理人員在場服務者	160
A15	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	190
A49	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	415
A06	一看診時未聘有護理人員在場服務者	150
A16	一看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	180
A50	一看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	405
	4.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過七十人次，但在一百五十人次以下部分(71-150)	
A07	一未開具慢性病連續處方	90
A17	一開具慢性病連續處方	120
A51	一開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	325
	5.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過一百五十人次部分(>150)	
A08	一未開具慢性病連續處方	50
A18	一開具慢性病連續處方	80
A52	一開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	305
	6.山地離島地區	
A09	一看診時聘有護理人員在場服務者	340
A19	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	370
A53	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	560
A10	一看診時未聘有護理人員在場服務者	330
A20	一看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	360
A54	一看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	550
	註：1.所稱「看診時聘有護理人員在場服務者」，指看診時須有護理人員在場服務。申報費用須先報備護理人員執照及執業登記地點。院所應於費用年月次月二十日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報『護理人員跟診時段』，包含：護理人員姓名、身分證字號、跟診日期、跟診時間(應有明確時間點)、搭配之中醫師姓名及身分證字號暨中醫師排班時段等項，未填報者，不予支付該類診察費。 2.支援中醫師看診人次之計算：依各段各專任中醫師每段看診合理量之餘額總數，依序補入支援中醫之看診人次。若專任中醫師該月份均未看診，除通則七規定外，支援中醫師以看診合理量之最後一段支付點數申報。 3.開具慢性病連續處方者，應列入每位專任中醫師每月看診日平均門診量優先計算。 4.支援醫師診察費一律按未聘有護理人員在場服務者之支付標準代碼計算。 45.每月看診日數計算方式：一般門診診察費申報第(一)項者，每月實際看診日數超過二十三日者，以二十三日計；一般門診診察費申報第(二)項者，每月實際看診日數超過二十六日者，以二十六日計；位於「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域、山地離島地區、花蓮縣及臺東縣之院所，每月以實際看診日數計。	

附表 4.4.3 高度複雜性針灸適應症

ICD-10-CM	ICD-10-CM(2023 年版) 自一百十四年一月一日起適用	中英文病名
A80	A80	急性脊髓灰白質炎
C00-C96	C00-C96	惡性腫瘤(衍生出的相關符合針灸適應症)
D32	D32	腦膜良性腫瘤
D33	D33	腦瘤併發神經功能障礙
D48	D48	Neoplasm of uncertain behavior of other and unspecified sites
D48	D48	其他及未明示部位性態未明之腫瘤
D49	D49	性態未明之腫瘤
F02、F04、F09	F02、F04、F09	其他器質性精神病態
F03-F05	F03-F05	老年期及初老年期器質性精神病態限由精神科或神經科專科醫師開具之診斷書並加註專科醫師證號
F05	F05	亞急性譫妄
F20、F21、F25	F20、F21、F25	思覺失調症
F22、F23、F24	F22、F23、F24	妄想狀態
F30-F39	F30-F39	情感性精神病
F84	F84	源自兒童期之精神病
F80	F80	特定的言語及語言發展障礙症
F82	F82	特定的動作功能發展障礙症
G11、G94	G11、G94	脊髓小腦症
G12	G12	脊髓性肌萎縮症及相關症候群
G20、G21	G20、G21	巴金森病
G35	G35	多發性硬化症
G36	G36	其他急性瀰漫性脫髓鞘
G40	G40	癲癇
G45、G46、I67	G45、G46、I67	其他腦血管疾病
G70	G70	重症肌無力症
G71	G71	肌肉特發性疾患
G80	G80	嬰兒腦性麻痺
G81	G81	偏癱
G82-G83+B91	G82-G83+B91	其他麻痺性徵候群(急性脊髓灰白質炎之後期影響併有提及麻痺性徵候群)
G91	G91	水腦症
G93.0	G93.0	腦囊腫
G93.1	G93.1	缺氧性腦損傷，他處未歸類者
G93.2	G93.2	良性顱內高壓
G93.3	G93.31、G93.32、G93.39	病毒感染後疲勞症候群
G93.4	G93.4	其他及未明示腦病變
G93.5	G93.5	腦壓迫
G93.6	G93.6	腦水腫
G93.7	G93.7	雷氏症候群
H30	H30	脈絡膜視網膜發炎

ICD-10-CM	ICD-10-CM(2023 年版) 自一百十四年一月一日起適用	中英文病名
H31	H31	其他脈絡膜疾患
H33	H33、H44.2C1、H44.2C2、 H44.2C3、H44.2C9	視網膜退化及裂孔
H34	H34	視網膜血管阻塞
H35	H35	視網膜其他疾患
H36	H36	歸類於他處疾病所致之視網膜疾患
H40	H40	青光眼
H42	H42	歸類於他處疾病所致之青光眼
H43	H43	玻璃體疾患
H46	H46	眼球神經炎
H47	H47	視(第二)神經及視路之其他疾患
H49	H49	麻痺性斜視
H50	H50	其他斜視
H51	H51	其他雙側眼運動疾患
H53	H53	視覺障礙
H54	H54	失明及低視力
H55	H55	眼球震顫及不規則眼球運動
I60	I60	蜘蛛膜下腔出血
I61、I62	I61、I62	腦內出血
I65、I66、I63	I65、I66、I63、P91.821、 P91.822、P91.823、P91.829	腦梗塞
I69	I69	腦血管疾病後遺症

(以下略)

附表 4.5.1 中度複雜性傷科適應症

ICD-10-CM	ICD-10-CM(2023 年版) 自一百十四年一月一日起適用	中文病名
G45、G46	G45、G46	其他腦血管疾病
G54	G54	神經根及神經叢疾患
G61	G61	發炎性多發神經病變
G62	G62	其他及為明示之多發神經病變
G63	G63	歸類於他處疾病所致之多發神經病變
G65	G65	發炎性及毒性多發神經病變後遺症
G81	G81	偏癱
G90	G90	自主神經系統疾患
G91	G91	水腦症
G93.0	G93.0	腦囊腫
G93.1	G93.1	缺氧性腦損傷，他處未歸類者
G93.2	G93.2	良性顱內高壓
G93.3	G93.31、G93.32、G93.39	病毒感染後疲勞症候群
G93.4	G93.4	其他及未明示腦病變
G93.5	G93.5	腦壓迫
G93.6	G93.6	腦水腫
I60	I60	蜘蛛膜下腔出血
I61、I62	I61、I62	腦內出血
I65、I66、I63	I65、I66、I63、 P91.821、P91.822、P91.823、 P91.829	腦梗塞
I67	I67	其他腦血管疾病
I69	I69	腦血管疾病後遺症

(以下略)

全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫

113年6月5日健保醫字第1130662532號公告自113年1月1日生效
113年10月1日健保醫字第1130118837號公告修訂自114年1月1日生效
114年2月11日健保醫字第1140102477號公告修訂自114年1月1日生效
[115年0月00日健保醫字第0000000000號公告修訂自115年1月1日生效](#)

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：

針對住院中之腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難及術後疼痛病人，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使達到病人神經學功能進步、呼吸功能恢復、日常生活能力改善、生活品質提昇，併縮短住院天數，降低醫療費用支出的目的。

三、施行期間：1145年1月1日至1145年12月31日。

四、預算來源：全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」專款項目下支應。

五、適用範圍：

(一)符合下列任一項適應症，自診斷日起六個月內之住院病人，需中醫輔助醫療協助者：

- 1.腦血管疾病(ICD-10-CM：G45.0-G46.8、I60-I69、P91.821、P91.822、P91.823、P91.829)。
- 2.顱腦損傷(ICD-10-CM：S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.3-S06.6、S06.8-S06.9、S06.A0XA、S06.A0XD、S06.A0XS、S06.A1XA、S06.A1XD、S06.A1XS)。
- 3.脊髓損傷(ICD-10-CM：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)。

(二)呼吸困難(ICD-10-CM：J12-J18、J43-J45、J69、J70、J80、J81、J84、J90、J91、J93、J94、J96、J98、J99、P23、P24、P28、R06)之住院病人，當次住院需中醫輔助醫療協助者。

1. 不適用於入住一般病房(含經濟病房)及慢性呼吸照護病房(RCW)之慢性呼吸照護階段者(因無法脫離呼吸器而需長期住院之呼吸器依賴者)。
2. 連續使用呼吸器者，於入住加護病房(ICU)(最長照護日數21天)與亞急性呼吸照護病房(RCC)(最長照護日數42天)等急性病房期間，經醫療專業判斷具治療需求者(有助於脫離呼吸器或縮短住院天數等)，得予收案。

(三)術後疼痛(ICD-10-CM：F45、G89、M22-M26、M36、M76-M77、M79-M81、

N23、R10、R14、R39、R51-R52、R68、S38-S39、S80、S82-S83、S86-S89)，當次住院開刀後需中醫輔助醫療協助者。

六、申請資格及退場機制：

- (一)設有中醫門診之醫院，申請參與本計畫之中醫師：須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程。註：醫學中心等級醫院(以下稱總院)另行單獨設立專供診治兒童之綜合醫院，若總院設有中醫門診，則該兒童醫院視同設有中醫門診之醫院。
- (二)申請參與本計畫之保險醫事服務機構及中醫師：須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)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，且經全民健康保險保險人(以下稱保險人)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。
- (三)退場機制：前一年度結案病人之前測量表完成率低於 90%且後測量表完成率低於 50%者，於保險人通知函到達日之次月一日起，當年度不得承作本計畫。

七、申請程序：

中醫門診特約保險醫事服務機構應檢送申請表(附件一)，以掛號郵寄、傳真、E-MAIL等方式向中醫全聯會提出申請，並經向中醫全聯會確認後，方完成申請流程。

八、申請資格審查：

中醫全聯會於每月 5 日(以郵戳為憑)收齊申請案件後，5 個工作日內將審查完成結果造冊送保險人核定，並由保險人於次月 1 日公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月 1 日起計。

九、執行方式：

- (一)醫師應對當次看診病人提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。
- (二)療效評估標準：
 - 1.腦血管疾病：以美國國家衛生研究院中風評量表(National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS)、巴氏量表(Barthel Index)做為評估標準。

2. 顱腦損傷：以巴氏量表(Barthel Index)、改良式創傷嚴重度指標 (Revised Trauma Score, RTS：包含呼吸次數，收縮血壓及 Glasgow 昏迷指數等三項生理指標)做為評估標準。

3. 脊髓損傷：以美國脊髓損傷協會神經和功能評分(American Spinal Injury Association neurologic and functional score, ASIA score)、巴氏量表(Barthel Index)做為評估標準。

4. 呼吸困難：以下列項目做為評估標準。

(1)呼吸頻率(respiratory rate, RR)、心率(heart rate, HR)、血氧飽和度(oxygen saturation as measured by pulse oximetry, SpO2)。

(2)巴氏量表(Barthel Index)。

(3)依病人狀況進行以下其中一項量表：

A. 氣喘：氣喘控制測驗 (Asthma Control Test, ACT)。

B. 慢性阻塞肺病：慢性阻塞肺病評估量表(COPD Assessment Test, CAT)。

C. 其他：呼吸困難評估量表(Modified Medical Research Council, mMRC)。

5. 術後疼痛：使用視覺類比量表(Visual Analogue Scale, VAS)、簡易麥吉爾疼痛問卷(Short Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ)、歐氏失能量表(Oswestry Disability Index, ODI)做為評估標準。

(三)本計畫收案後應將個案之基本資料登錄於健保資訊網服務系統(以下稱VPN)。

各項評估量表須於收案後三日內及出院前各執行一次，每次須完成各項支付標準所列之量表並於當月費用申報前，登錄於VPN。

(四)本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫申請書之內容者，須先函送中醫全聯會進行評估，並檢具中醫全聯會所發予之評估結果，向保險人之分區業務組申請計畫變更，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

十、支付方式：

(一)本計畫之給付項目及支付標準如附件二。

(二)本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

十一、醫療費用申報與審查：

(一)醫療費用申報

1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「C8(腦血管疾病西醫住院病人中醫輔助醫療)」、「JC(顱腦損傷西醫住院病人中醫輔助醫療)」、「JD(脊髓損傷西醫住院病人中醫輔助醫療)」、「JQ(呼吸困難西醫住院病人中醫輔助醫療)」及「JS(術後疼痛西醫住院病人中醫輔助醫療)」。

(二)有關醫療費用申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按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。

十二、執行報告：

執行本計畫之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告至中醫全聯會，執行報告之內容將做為下年度申請資格審查之依據。

十三、參與本計畫之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理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)，應自保險人第一次核定違規函所載停約或終止特約之日起，退出執行本計畫。

十四、執行本計畫之保險醫事服務機構，未依本計畫規定事項執行者，由中醫全聯會重新評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。

十五、本計畫實施成效由中醫全聯會進行評估，並於實施半年後進行期中檢討，於年終向健保會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況及病人療效評估等資料(含登錄於VPN之量表資料分析)。

十六、新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

十七、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，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

全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫申請表

基本資料	院所名稱		院所代碼		
	本計畫負責醫師姓名		身分證字號		
	本計畫負責醫師學經歷		聯絡電話		
	E-mail :				
	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	中醫執業年資	受訓課程日期
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
	保險醫事服務機構自評項目		請 V 選		備註
	院所是否二年內未違反健保相關法規		<input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反		
	醫師是否二年內未違反健保相關法規		<input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反		
	機構章戳				

(本欄位由中醫全聯會填寫) 中醫全聯會審核意見欄	1 <input type="checkbox"/> 審核通過。
	2 <input type="checkbox"/> 不符合規定。
	3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請於 月 日內補齊。
	4 <input type="checkbox"/> 其他。
	審核委員： 審核日期： 年 月 日

西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫 給付項目及支付標準

通則：

- 一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、針灸、傷科及脫臼整復每次診療得合併申報本計畫之診察費項目(P33001)，不受同一療程規定之限制。
- 三、本計畫之中醫輔助醫療服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量計算。
- 四、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 五、申報中醫護理衛教費及營養飲食指導費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。
- 六、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。
- 七、本計畫支付標準表除第五章及第七章之診療項目外，同一病人同一診療項目，每日限申報一次。

支付標準表

第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
	中醫輔助醫療診察費	350

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P33021	每日藥費	100
註：出院病人必要時得開給 7 天藥品		

第三章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
P33031	針灸治療處置費	400
P33032	電針治療	500
註：P33031、P33032 每次治療擇一申報。		

第四章 傷外科治療

編號	診療項目	支付點數
P33041	一般治療	300

第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P33051	中醫護理衛教費	300
P33052	營養飲食指導費	250
P33053	生理評估(限腦中風病人適用) (1)美國國家衛生研究院中風評量表(NIHSS) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33054	生理評估(限顱腦損傷病人適用) (1)改良式創傷嚴重度指標(RTS) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33055	生理評估(限脊髓損傷病人適用) (1)美國脊髓損傷協會神經和功能評分(ASIA score) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33056	生理評估(限呼吸困難病人適用) (1)呼吸頻率(RR)，心率(HR)，血氧飽和度(SpO2) (2)巴氏量表(Barthel Index) (3)依病人狀況進行以下其中一項量表： A.氣喘：氣喘控制測驗(ACT)。 B.慢性阻塞肺病：慢性阻塞肺病評估量表(CAT)。 C.其他：呼吸困難評估量表(mMRC)。	1,000
P33057	生理評估(限術後疼痛病人適用)： (1)視覺類比量表(Visual Analogue Scale, VAS)。	1,000

	(2)簡易麥吉爾疼痛問卷(Short Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ)。 (3)歐氏失能量表(Oswestry Disability Index,ODI)。	
<p>註：1.每一個案住院期間限申報一次費用。 2.P33053、P33054、P33055、P33056、P33057 生理評估： (1)須以個案為單位。 (2)須於收案後三日內及出院前各執行一次。 (3)每次須同時完成各項所列之量表並登錄於VPN。</p>		

第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P33061	藥品調劑費	50/次

第七章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P33071	中醫輔助醫療檢查費(舌診儀)	500/次
P33072	中醫輔助醫療檢查費(脈診儀)	500/次
P33073	中醫輔助醫療檢查費(微循環儀輔助)	500/次
P33074	中醫輔助醫療檢查費(紅外線熱象儀輔助)	500/次

註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。

全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案

113年6月5日健保醫字第1130662532號公告自113年1月1日生效
113年10月1日健保醫字第1130118837號公告修訂自114年1月1日生效
114年2月11日健保醫字第1140102477號公告修訂自114年1月1日生效
[115年0月00日健保醫字第0000000000號公告修訂自115年1月1日生效](#)

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：

希望透過中西醫結合的治療方式，將腫瘤病人經手術、放化療後常出現的腸胃不適、眩暈、落髮，以及療程中常出現的口乾、口腔潰瘍、便秘、腹瀉、張口困難等症狀減輕到最低，讓病人能順利完成整個西醫療程，發揮最大療效；尤其對末期病人所出現的惡病質，諸如體重減輕，食慾不振，精神萎靡等不適，以及癌性疼痛問題，透過中醫的體質調理，提升病人的生活品質。

三、施行期間：1145年1月1日至1145年12月31日。

四、預算來源：

全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「中醫癌症病人加強照護整合方案」專款項目下支應。

五、適用範圍：

(一)癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫：當次住院為接受癌症相關治療且需中醫輔助醫療之健保給付西醫住院病人。

(二)癌症病人中醫門診延長照護計畫：

1.術後或接受化學治療、放射線治療過程中副作用明顯之癌症病人，依據放化療副作用評估表(Common Terminology Criteria for Adverse Events，以下稱CTCAE評估表)，至少兩項症狀程度為grade 2以上者。

2.正在接受其他抗癌治療且出現嚴重副作用或後遺症，經醫師評估須延長照護之癌症病人，依據CTCAE評估表，至少兩項症狀程度為 grade 2以上者。

3.CTCAE評估表請至全民健康保險保險人(以下稱保險人)全球資訊網(網址<https://www.nhi.gov.tw>)下載，其路徑為：首頁> 健保服務> 健保醫療費用> 醫療費用申報與給付> 醫療給付相關計畫> 中醫總額醫療照護試辦計畫。

(三)特定癌症病人中醫門診加強照護計畫：

1.西醫確診為乳癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C50、C79.81。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.3、C78.7、C79.2、C79.3、C79.5-C79.7)+(次診斷碼：C50、Z85.3)。

2.西醫確診為肝癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C22、C23、C24。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.2、C78.4-C78.8、C79.3、C79.5、C79.7、Z94.4)+(次診斷碼C22、C23、C24、Z85.05)。

3.西醫確診為肺癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C33、C34。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.3、C78.7、C79.3、C79.5-C79.7、Z94.2)+(次診斷碼C33、C34、Z85.1)。

4.西醫確診為大腸癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C18、C19、C20、C21。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.2、C78.4-C78.8、C79.0、C79.3、C79.5-C79.7)+(次診斷碼C18、C19、C20、C21、Z85.04)。

5.西醫確診為胃癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C16、C49.A1、C49.A2。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.3、C78.7、C79.2、C79.3、C79.5-C79.7)+(次診斷碼C16、C49.A1、C49.A2、Z85.028)。

6.西醫確診為攝護腺癌ICD-10-CM：主診斷碼：C61。

7.西醫確診為口腔癌ICD-10-CM：主診斷碼：C01-C10。

8.西醫確診為子宮頸癌ICD-10-CM：主診斷碼：C53。

9.西醫確診為子宮體癌ICD-10-CM：主診斷碼：C54。

10.西醫確診為甲狀腺癌ICD-10-CM：主診斷碼：C73。

[11.西醫確診為卵巢癌ICD-10-CM：主診斷碼：C56。](#)

[12.西醫確診為鼻咽癌ICD-10-CM：主診斷碼：C11。](#)

[13.西醫確診為膀胱癌ICD-10-CM：主診斷碼：C67。](#)

14.符合上述第 1 點至第 103 點之診斷併領有重大傷病證明，經手術後一年內或放化療(含標靶治療)或其它抗癌治療期間之病人。

註 1：癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫、癌症病人中醫門診延長照護計畫及特定癌症病人中醫門診加強照護計畫：同一病人不得於三項計畫併行收案。

註 2：癌症病人中醫門診延長照護計畫：同一病人，每月限收案兩次(含跨院)。

六、申請資格及退場機制：

(一)癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫及癌症病人中醫門診延長照護計畫：限設有中醫門診之醫院方可提出申請。註：醫學中心等級醫院(以下稱總院)另行單獨設立專供診治兒童之綜合醫院，若總院設有中醫門診，則該兒童醫院視同設有中醫門診之醫院。

(二)申請參與本方案之中醫師：須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國

聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程。

(三)申請參與本方案之保險醫事服務機構及中醫師：須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)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。

(四)退場機制：前一年度結案病人之前測量表完成率低於 90%且後測量表完成率低於 50%者，於保險人通知函到達日之次月一日起，當年度不得承作本方案。

七、結案條件：

(一)癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫：自西醫住院出院者，應予結案。

(二)癌症病人中醫門診延長照護計畫病人符合下列條件之一者，應予結案：

1.依據CTCAE評估表，所有症狀程度改善至grade 1 者。

2.中斷治療超過三天者。(以同次收案期間內申報「中醫門診延長照護費」案件之「後次就醫給藥首日」減「前次就醫給藥末日」，大於等於四天者，須結案)。

八、申請程序：

(一)中醫門診特約保險醫事服務機構應檢送申請表(如附表)及其他檢附資料，以掛號郵寄、傳真、E-MAIL 等方式向中醫全聯會提出申請，並經向中醫全聯會確認後，方完成申請流程。

(二)其他檢附資料：

1.癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫：簡單說明中醫與西醫間人力資源配置及收案診治流程。

2.癌症病人中醫門診延長照護計畫：獨立照護空間之規劃配置圖。

九、申請資格審查：

中醫全聯會於每月 5 日(以郵戳為憑)收齊申請案件後，5 個工作日內將審查完成結果造冊送保險人核定，並由保險人於次月 1 日公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月 1 日起計。

十、執行方式：

(一)醫師應對當次看診病人提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。

(二)開立中藥、針灸(或傷科)治療。

(三)疾病管理照護費(含中醫護理衛教及營養飲食指導)：

1.癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫及癌症病人中醫門診延長照護計畫：每一個案收案期間限申報一次。

2.特定癌症病人中醫門診加強照護計畫：每一個案收案期間限 60 日申報一次。

(四)填寫生理評估量表，各項計畫之評估量表如下：

1.癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫及特定癌症病人中醫門診加強照護計畫：

一般性量表(Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale，以下稱 FACT-G)(第四版)及生活品質評估(Eastern Cooperative Oncology Group，以下稱 ECOG)。

2.癌症病人中醫門診延長照護計畫：CTCAE評估表(完整版本請至保險人全球資訊網下載)、台灣版簡明疲憊量表(The Taiwanese Version of the Brief Fatigue Inventory，以下稱 BFI-T，詳附件一)及台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(The World Health Organization Quality of Life-BREF，以下稱 WHOQOL-BREF，詳附件二)。

(五)本方案收案後應將個案之基本資料登錄於健保資訊網服務系統(以下稱 VPN)，各項評估量表之執行說明如下，每次須完成各項支付標準所列之量表並於當月費用申報前登錄於 VPN。

1.癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫及癌症病人中醫門診延長照護計畫：須於收案三日內及結案(出院)前各執行一次評估量表。

2.特定癌症病人中醫門診加強照護計畫：須於收案三日內完成前測，60 日內完成後測，之後每滿 60 日(「前次測量日+60 天」至「前次測量日+120 天」內)須執行一次。

(六)本方案執行期間，保險醫事服務機構欲變更方案申請表內容者，須先函送中醫全聯會進行評估，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

十一、支付方式：

(一)本方案之給付項目及支付標準如附件三。

(二)本方案預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

十二、醫療費用申報與審查：

(一)醫療費用申報

1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本方案申報之醫療費用列為專案案件。

2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：~~請填報「J7(癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫)」、「JE(乳癌中醫門診加強照護計畫)」、「JF(肝癌中醫門診加強照護計畫)」、「JH(癌症病人中醫門診延長照護計畫)」、「JI(肺癌中醫門診加強照護計畫)」、「JJ(大腸癌中醫門診加強照護計畫)」、「JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)」、「JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)」及「JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)」、「MA(子宮頸癌中醫門診加強照護計畫)」、「MB(子宮體癌中醫門診加強照護計畫)」及「MC(甲狀腺癌中醫門診加強照護計畫)」。~~

代號	計畫名稱
<u>J7</u>	<u>癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫</u>
<u>JE</u>	<u>乳癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>JF</u>	<u>肝癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>JH</u>	<u>癌症病人中醫門診延長照護計畫</u>
<u>JI</u>	<u>肺癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>JJ</u>	<u>大腸癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>JY</u>	<u>口腔癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>MA</u>	<u>宮頸癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>MB</u>	<u>子宮體癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>MC</u>	<u>甲狀腺癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>MD</u>	<u>卵巢癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>ME</u>	<u>鼻咽癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>MF</u>	<u>膀胱癌中醫門診加強照護計畫</u>

(二)有關醫療費用申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按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。

十三、執行報告：

執行本方案之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告至中醫全聯會，做為下年度申請資格審查之依據。

十四、參與本方案之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理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)，應自保險人第一次核定違規函所載停約或終止特約之日起，退出執行本方案。

十五、執行本方案之保險醫事服務機構，未依本方案規定事項執行者，由中醫全聯會重新評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本方案。

十六、本方案實施成效由中醫全聯會進行評估，並於實施半年後進行期中檢討，於年終向健保會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況及病人療效評估等資料(含登錄於VPN之量表資料分析)。

十七、新年度方案未公告前，延用前一年度方案；新年度方案依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度方案者，得執行至保險人公告日之次月底止。

十八、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂後，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

全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案申請表

癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫

癌症病人中醫門診延長照護計畫

特定癌症病人中醫門診加強照護計畫

基本資料	院所名稱		院所代碼		
	本方案負責醫師姓名		身分證字號		
	本方案負責醫師學經歷		聯絡電話		
	E-mail :				
	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	中醫執業年資	受訓課程日期
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
保險醫事服務機構自評項目			請 V 選	備註	
院所是否二年內未違反健保相關法規			<input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反		
醫師是否二年內未違反健保相關法規			<input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反		
機構章戳					

(本欄位由中醫全聯會填寫) 中醫全聯會審核意見欄	1 <input type="checkbox"/> 審核通過。 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定。 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請於 月 日內補齊。 4 <input type="checkbox"/> 其他。
	審核委員： _____ 審核日期： 年 月 日

附件一

台灣版簡明疲憊量表 (BFI-T)

在我們生活中，大多數我們有時會感到疲倦或疲憊。在過去一週中，您是否曾感到不尋常的疲倦或疲憊？是 否

1.請在下面數字中圈選一個，以表示現在的疲憊(疲倦、疲勞)程度

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

2.請在下面數字中圈選一個，以表示過去 24 小時中一般疲憊(疲倦、疲勞)的程度

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

3.請在下面數字中圈選一個，以表示過去 24 小時中疲憊(疲倦、疲勞)最劇烈時的程度

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

4.請在下面數字中圈選一個，以表示過去 24 小時中，疲憊(疲倦、疲勞)影響您的程度

(1)一般活動

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(2)情緒

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(3)行走能力

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(4)日常工作(包括外出工作及家事)

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(5)與人交往

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(6)生活樂趣

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

附件二

台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷 (WHOQOL-BREF)

1. 整體來說，您如何評價您的生活品質？
極不好 不好 中等程度好 好 極好
2. 整體來說，您滿意自己的健康嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
3. 您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？
完全沒有妨礙 有一點妨礙 中等程度妨礙 很妨礙 極妨礙
4. 您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎？
完全沒有需要 有一點需要 中等程度需要 很需要 極需要
5. 您享受生活嗎？
完全沒有享受 有一點享受 中等程度享受 很享受 極享受
6. 您覺得自己的生命有意義嗎？
完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有
7. 您集中精神（含思考、學習、記憶）的能力有多好？
完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好
8. 在日常生活中，您感到安全嗎？
完全不安全 有一點安全 中等程度安全 很安全 極安全
9. 您所處的環境健康嗎？(如污染、噪音、氣候、景觀等)
完全不健康 有一點健康 中等程度健康 很健康 極健康
10. 您每天的生活有足夠的精力嗎？
完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠
11. 您能接受自己的外表嗎？
完全不能夠 少許能夠 中等程度能夠 很能夠 完全能夠
12. 您有足夠的金錢應付所需嗎？
完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠
13. 您能方便得到每日生活所需的資訊嗎？
完全不方便 少許方便 中等程度方便 很方便 完全方便
14. 您有機會從事休閒活動嗎？
完全沒有機會 少許機會 中等程度機會 很有機會 完全有機會

15. 您四處行動的能力好嗎？
完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好
16. 您滿意自己的睡眠狀況嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
17. 您對自己從事日常活動的能力滿意嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
18. 您滿意自己的工作能力嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
19. 您對自己滿意嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
20. 您滿意自己的人際關係嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
21. 您滿意自己的性生活嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
22. 您滿意朋友給您的支持嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
23. 您滿意自己住所的狀況嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
24. 您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
25. 您滿意所使用的交通運輸方式嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
26. 您常有負面的感受嗎？（如擔心、傷心、緊張、焦慮、憂鬱等）
從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有
27. 您覺得自己有面子或被尊重嗎？
完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有
28. 您想吃的食物通常都能吃到嗎？
從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有

全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案 給付項目及支付標準

通則：

- 一、本標準所訂支付點數除另有規定外，係包括中醫師診療、處置、處方、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、針灸、傷科及脫臼整復每次診療得合併申報本方案之診察費項目，不受同一療程規定之限制。
- 三、本方案之中醫輔助醫療服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。
- 四、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 五、申報中醫護理衛教費及營養飲食指導費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。
- 六、本方案之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。

支付標準表(一)

-癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫

第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
	中醫輔助醫療診察費	350

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P34021	每日藥費	100
註：出院病人必要時得開給 7 天藥品		

第三章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
	針灸治療處置費	400
P34032	電針治療	500
註：P34031、P34032 每次治療擇一申報。		

第四章 傷外科治療

編號	診療項目	支付點數
	一般治療(含推拿治療或外敷藥處置)	300

第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P34051	中醫護理衛教費	300
P34052	營養飲食指導費	250
P34053	癌症治療功能性評估： (1)一般性量表(FACT-G) (第四版) (2)生活品質評估(ECOG)	1,000
註：1.P34051、P34052 每一個案住院期間限申報一次費用。 2.P34053 癌症治療功能性評估：		

- (1)以個案為單位。
 (2)須於收案後三日內及出院前各執行一次，前後測量表限各申報一次費用。
 (3)每次須同時完成該項所列之量表並登錄於 VPN。

第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
	藥品調劑費	50/次

第七章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P34071	中醫輔助醫療檢查費(舌診儀)	500/次
P34072	中醫輔助醫療檢查費(脈診儀)	500/次

註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。

支付標準表(二)

-癌症病人中醫門診延長照護計畫

第一章 中醫門診延長照護費

編號	診療項目	支付點數
P59011	中醫門診延長照護費(全日照護時間大於六小時，包含醫師早晚診察至少兩次)	1,380/日

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P59021	每日藥費	100

註：收案期間結束之病人必要時得加開七日藥費。

第三章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P59031	藥品調劑費	50

第四章 治療處置費

編號	診療項目	支付點數
P59041	針灸(或電針)治療處置費	500/日
P59042	傷科(含推拿治療或外敷換藥處置)治療處置費	500/日

第五章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P59051	中醫輔助醫療檢查費 (舌診儀)	500/次
P59052	中醫輔助醫療檢查費 (脈診儀)	500/次

註：每一個案收案期間限申請一次。

第六章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P59061	生理評估費(含前後測) 1.放化療副作用評估表(CTCAE) 2.台灣版簡明疲憊量表(BFI-T) 3.台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(WHOQOL-BREF)	1,000
P59062	營養飲食指導費	250
P59063	護理衛教指導費	300

註 1.P59061：

(1)須以個案為單位，每一個案收案期間限申請一次。

(2)須完成 BFI-T、WHOQOL-BREF 及 CTCAE 評估表之前測及後測並登錄於 VPN，方可申請費用。

註 2.P59062、P59063：每一個案收案期間限申請一次。

支付標準表(三)

-特定癌症病人中醫門診加強照護計畫

編號	診療項目	支付點數
P56001	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 7 天以下) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	700
P56002	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 8-14 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,050
P56003	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 15-21 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,400
P56004	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 22-28 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,750
P56005	特定癌症針灸或傷科治療處置費 註：本項處置費每月申報上限為 12 次，超出部分支付點數以零計。	400
P56006	疾病管理照護費 註： 1.包含中醫護理衛教及營養飲食指導。 2.限 60 日申報一次，申報此項目者，須參考衛教表單(如附件四)提供照護指導，並應併入病人之病歷紀錄備查。	550
P56007	生理評估費 1.癌症治療功能性評估：一般性量表(FACT-G)(第四版) 2.生活品質評估(ECOG) 註：1.前測(收案三日內)及後測(收案 60 日內)量表皆完成，方可申請費用。 2.限 60 日申報一次，並於病歷詳細載明評估結果。	1,000
P56008	藥品調劑費	50
P56009	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 29-35 天) 註 1：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥。 註 2：限預定出國或返回離島地區、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務、罕見疾病病人及經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人(需附相關證明)。	2,100
P56010	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 36-42 天) 註 1：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥。 註 2：限預定出國或返回離島地區、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務、罕見疾病病人及經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人(需附相關證明)。	2,450
P56011	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 43-49 天) 註 1：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥。 註 2：限預定出國或返回離島地區、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務、罕見疾病病人及經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人(需附相關證明)。	2,800
P56012	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 50-56 天) 註 1：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥。 註 2：限預定出國或返回離島地區、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務、罕見疾病病人及經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人(需附相關證明)。	3,150

附件四

全民健康保險特定癌症病人中醫門診加強照護計畫 疾病管理照護衛教表單

接受放射線治療、化學治療時，大多數之副作用是暫時發生的，以下列出您應知道可能出現的副作用及建議處理方式：

(一)血球下降：

照護方式：

- 1.經常使用肥皂或洗手乳洗手並養成良好衛生習慣。
- 2.避免接觸有感冒症狀者。
- 3.避免到公共場所，出門戴口罩，口罩潮濕後需立即更換。
- 4.不可生食，生食及熟食之砧板應分開使用，水果一定要洗乾淨或削(剝)皮食用。
- 5.充分的休息，以恢復體力，晚上充足睡眠，白天限制活動量，以減少體力的消耗。
- 6.可多攝取補血的食物，例如深綠色的葉菜類(菠菜)、紅豆、番茄(需煮熟)、葡萄(乾)、肉類以及動物的肝臟。
- 7.如果白血球不足時可選擇中藥的黃耆、黨參、枸杞、紅棗、雞血藤煮湯服用。
- 8.姿勢改變時，如要從坐下或躺下的姿勢站起來時，動作宜放慢一點，以免感到頭暈目眩。
- 9.注意步態，小心跌倒。

(二)噁心、嘔吐：

噁心、嘔吐是接受化學治療的人最擔心的副作用，但通常在化療後就會跟著逐漸消失。

照護方式：

- 1.宜攝取易吸收的食物，可吃流質或半流質飲食，少量多餐，避免空腹太久。
- 2.攝取清淡飲食，避免油膩、辛辣及含香料食物。
- 3.選用有止嘔作用的食物(如，生薑...)，口感微酸的食物(如，酸梅、檸檬、仙楂餅)，以減輕噁心症狀。

(三)謹慎選擇健康食品：

雞精、蜆精、人參(皂苷)、五味子芝麻錠、牛樟芝、靈芝、桑黃、巴西蘑菇、冬蟲夏草、七葉膽、蜂膠、薑黃、天山雪蓮、褐藻醣膠、諾利果、天仙液、酵素、左旋麩醯胺酸、魚油(Eicosa Pentaenoic Acid, EPA)、高蛋白素營養品。

(四)生活作息：

- 1.飲食有節，起居有常，不妄作勞。
- 2.在中醫的觀念中，保持充分休息，晚上 11 點前就寢，維持精神舒暢，不發怒，避免憂鬱緊張，不過度房事，飲食五～七分飽，如此可以使我們的身體得到良好的復原。

(五)其他事項補充：

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

依 112 年 12 月 6 日健保醫字第 1120664506 號公告自 113 年 1 月 1 日生效
114 年 2 月 11 日健保醫字第 1140102477 號公告修訂自 114 年 1 月 1 日生效
114 年 4 月 22 日健保醫字第 1140661804 號公告修訂自 114 年 5 月 1 日生效
[115 年 0 月 00 日健保醫字第 0000000000 號公告修訂自 115 年 1 月 1 日生效](#)

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

早期中醫介入腎病病人，減緩腎病惡化，延緩洗腎時程，提升病人生活品質，發展中西醫結合治療之醫療照護模式。

三、施行期間：1145 年 1 月 1 日至 1145 年 12 月 31 日。

四、預算來源

全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」專款項目下支應。

五、適用範圍

慢性腎臟疾病(Chronic Kidney Disease, 以下稱CKD) stage 2~5 期之病人，主診斷為ICD-10-CM為N182-N186(慢性腎病)之病人。

(一) CKD stage 2：腎絲球過濾率估算值(estimated Glomerular filtration rate, 以下稱eGFR) 60~89.9 mL/min/1.73 m² 合併有蛋白尿〔尿蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine protein/creatinine ratio, 以下稱UPCR) $\geq 150\text{mg/gm}$ ，糖尿病病人的尿微蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine albumin/creatinine ratio, 以下稱UACR) $\geq 30\text{mg/gm}$ 〕或血尿之各種疾病病人。

(二) CKD stage 3~5：eGFR $< 60\text{ ml/min /1.73m}^2$ 之各種疾病病人。

六、申請資格

(一)申請參與本計畫之中醫師：須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程。

(二)申請參與本計畫之中醫師及保險醫事服務機構：須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)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）。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)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。

七、結案條件

(一)腎功能持續改善至stage 1。

(二)於收案期間，發生急性腎衰竭、接受器官移植、接受血液透析、腹膜透析者。

(三)病人中斷照護超過 90 日。

八、申請程序

中醫門診特約保險醫事服務機構應檢送申請表(如附件一)及其他檢附資料，以掛號郵寄、傳真、E-MAIL等方式向中醫全聯會提出申請，並經向中醫全聯會確認後，方完成申請流程。

九、申請資格審查

(一)中醫全聯會於每月5日(以郵戳為憑)收齊申請案件後，5個工作日內將審查完成結果造冊送保險人核定，並由保險人於次月1日公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月1日起計算。

(二)本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫申請表內容者，須先函送中醫全聯會進行評估，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

十、執行方式

(一)中醫師應對當次看診病人提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。

(二)檢查數據：

1. 收案時：

(1) CKD stage 2者：須檢附之檢查數據包含血壓、eGFR、血清肌酐酸(Serum creatinine, 以下稱Cr)、UPCR (或糖尿病病人採UACR) 及糖尿病病人必填糖化血紅素 (Hemoglobin A1c,HbA1C)。

(2) CKD stage 3~5者：須檢附之檢查數據包含血壓、eGFR、血清肌酐酸(Cr)及糖尿病病人必填糖化血紅素(HbA1C)。

2. 重新檢附檢查數據之頻率：

(1) CKD stage 2者：每6個月須重新檢附檢查數據。

(2) CKD stage 3~5者：每3個月須重新檢附檢查數據。

3. 本計畫所訂檢驗費限健保醫療資訊雲端查詢系統查詢病人資料未紀錄檢查數據者及符合開具檢驗資格之中醫師申報，且以與西醫不重複檢驗為原則。

(三)疾病管理照護：

1. 收案時須填寫「CKD新收個案基本資料與病史紀錄表」(附表一)及生活品質量表(EuroQol instrument, 以下稱 EQ-5D)(附表二)，且每6個月執行一次。

2. 給予病人中醫衛教、營養飲食指導及運動指導並記載檢查數據(查詢健保醫療資訊雲端查詢系統)(疾病管理照護衛教表單詳附表三)。

(四)收案後應依本計畫進行照護，均須完成各項支付標準所列之量表，並將收案對象之基本資料(包含血壓、Cr、eGFR項目)、量表結果、腎功能評估及慢性腎疾病分期數據於執行期限之次月 20 日前登錄於健保資訊網服務系統(以下稱VPN)，每次須完成各項支付標準所列之量表需並於每季結束上傳中醫全聯會，未登錄VPN者不予支付該次費用。

(五)本計畫限單一院所收案，不得重複。

十一、支付方式

(一)本計畫之給付項目及支付標準表如附件二。

(二)本計畫預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

十二、醫療費用申報與審查

(一)醫療費用申報

1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「JP」(全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫)。

(二)有關醫療費用申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按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。

十三、執行報告

(一)執行本計畫之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告及實施效益至中醫全聯會，其內容將做為下年度申請資格審查之依據。

(二)實施效益須包含下列項目：

1. CKD stage 2~3a 者：eGFR 較新收案時改善(eGFR>新收案時)。

2. CKD stage 3b~5者：收案一年(或12個月)後，糖尿病病人 eGFR 下降速率 < 6 ml/min/1.73m² /year；非糖尿病病人 eGFR 下降速率 < 4 ml/min/1.73m² /year。

十四、退場機制：

(一) 參與本計畫之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理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)，應自保險人第一次核定違規函所載停約或終止特約日起終止，退出執行本計畫。

(二) 本計畫之承作院所於生活品質量表(EQ-5D)之回收率低於 60% 或 CKD stage 3~5 病人之檢查數據上傳率低於 60% 者，次年不得承作本計畫。

十五、執行本計畫之保險醫事服務機構，未依本計畫規定事項執行者，由中醫全聯會重新評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。

十六、新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

十七、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，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

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫申請表

基本資料	院所名稱		院所代碼		
	本計畫負責醫師姓名		身分證字號		
	本計畫負責醫師學經歷		聯絡電話		
	E-mail :				
	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	中醫執業年資	受訓課程日期
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
	保險醫事服務機構自評項目		請 V 選		備註
	院所是否二年內未違反健保相關法規		<input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反		
	醫師是否二年內未違反健保相關法規		<input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反		
機構章戳					

(本欄位由中醫全聯會填寫) 中醫全聯會審核意見欄	1 <input type="checkbox"/> 審核通過。 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定。 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請於 月 日內補齊。 4 <input type="checkbox"/> 其他。 審核委員：	審核日期： 年 月 日
--------------------------	--	-------------

附件二

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 給付項目及支付標準表

通則：

- 一、本標準所訂支付點數除另有規定外，係包括中醫師診療、處置、處方、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、本計畫之中醫輔助醫療服務量、針灸及傷科申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸及傷科申報量計算。
- 三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、申報疾病管理照護費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及方式。
- 五、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P64001	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 7 天以下） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	900
P64002	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 8-14 天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	1,250
P64003	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 15-21 天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	1,600
P64004	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 22-28 天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	1,950
P64005	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 7 天以下、針灸處置） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	1,300
P64006	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 8-14 天、針灸處置） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	1,650

編號	診療項目	支付點數
P64007	中醫慢性腎臟病加強照護費(給藥日數 15-21 天、針灸處置) 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	2,000
P64008	中醫慢性腎臟病加強照護費(給藥日數 22-28 天、針灸處置) 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	2,350
P64009	中醫慢性腎臟病加強照護費(未給口服藥、針灸處置同療程第 1 次) 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	800
P64010	中醫慢性腎臟病針灸照護費(同療程第 2~6 次) 註： 同一療程「中醫慢性腎臟病加強照護費(針灸處置)」及「中醫慢性腎臟病針灸照護費(同療程第 2~6 次)」合計每週限申報 3 次。	300
P64011	疾病管理照護費 註： 1.中醫衛教、營養飲食指導、運動指導及檢查數據記載(雲端查詢)。 2.須檢附相關檢查數據： (1)CKD stage 2 者：每 6 個月須重新檢附於病歷。 (2)CKD stage 3~5 者：每 3 個月須重新檢附於病歷。 3.限 56 天(含)以上申報一次。	500

編號	診療項目	支付點數
P64012	<p>中醫慢性腎臟病治療功能性評估：</p> <p>1. CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表 (附表一)</p> <p>2. 生活品質量表(EQ-5D)(附表二)</p> <p>3. 需於病歷及 VPN 登錄下列項目：</p> <p>(1)CKD stage 2 者：血壓、eGFR、血清肌酐酸(Cr)、UPCR (或糖尿病病人的 UACR)、糖尿病病人必填糖化血紅素(HbA1C)、腎功能評估及慢性腎疾病分期。</p> <p>(2)CKD stage3~5 者：血壓、eGFR、血清肌酐酸(Cr)、糖尿病病人必填糖化血紅素(HbA1C)、腎功能評估及慢性腎疾病分期。</p> <p>註 1：每一個案限每 6 個月申報一次費用(每次須同時完成各項所列之量表)</p> <p>註 2：需有病人新收案或前一次功能性評估之量表及檢驗檢查，且已於 VPN 登錄者，始得申報本項。</p> <p>註 3：申報 2 次加強照護費及 1 次疾病管理照護費後，始得申報本項。</p>	700
<p>註 1：含藥費之加強照護費(P64001-P64008)與不含藥費之加強照護費(P64009)，需\geq28 天始得相互轉換，但療程結束且用藥結束後另開療程時不在此限。</p> <p>註 2：P64001、P64002、P64003、P64004、P64005、P64006、P64007、P64008、P64009 每次診療限擇一申報。</p> <p>註 3：同一療程 P64005、P64006、P64007、P64008、P64009 限擇一申報。</p>		

檢驗費

編號	診療項目	支付點數
P64013	尿蛋白與尿液肌酐比值 UPCR (Urine protein/creatinine ratio)	80
P64014	尿微蛋白與尿液肌酐比值 UACR (Urine albumin/creatinine ratio)	315
09006C	糖化血紅素 HbA1C (Hemoglobin A1c)	200
09015C	肌酐、血 Creatinine (B) CRTN	40

附表一

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表

一、基本資料：

姓名： 生日： 身分證字號： 病歷號： 性別：
職業： 教育程度：

二、病史記錄：

(1) 如何發現自己有腎臟病？

因出現不同之症狀就醫檢查發現 是 否 不知道

因懷疑自己有腎臟病求醫檢查發現 是 否 不知道

因服用若干藥物懷疑會影響腎臟求醫發現 是 否 不知道

因其他疾病檢查時偶然發現是腎臟病 是 否 不知道

因體檢或健康檢查偶然發現 是 否 不知道

* (2) 發現腎臟疾病之後是否有下列症狀？

a. 沒有症狀 是 否 (請續答)

b. 有症狀如下，可多選

類似感冒症狀，一直未癒 是 否 不知道

蛋白尿或血尿 是 否 不知道

眼瞼浮腫或手腳水腫 是 否 不知道

背部肋骨下緣疼痛 是 否 不知道

時常覺得倦怠無力 是 否 不知道

夜裡無法入睡 是 否 不知道

血壓高，全身不適 是 否 不知道

夜裡頻尿，無法入睡 是 否 不知道

尿量減少 是 否 不知道

胃口不好 是 否 不知道

常有噁心、嘔吐之情形 是 否 不知道

爬樓梯時，容易有呼吸喘之情形 是 否 不知道

有頭暈、眼花之情形或貧血 是 否 不知道

夜裡須採坐姿，才能入睡 是 否 不知道

* (3) 使用藥物病史：

因疼痛服用止痛劑 沒有服用 偶爾服用 一個月 1-2 次 每周 1-2 次 幾乎每天使用
常常打針，如（消炎、止痛） 沒有 偶爾打針 時常打針(請填頻率)_____

服用草藥偏方 沒有服用 (若有服用，請寫下藥名與勾選使用頻率)

_____ 偶爾服用 一個月 1-2 次 每周 1-2 次 幾乎每天使用

_____ 偶爾服用 一個月 1-2 次 每周 1-2 次 幾乎每天使用

_____ 偶爾服用 一個月 1-2 次 每周 1-2 次 幾乎每天使用

_____ 偶爾服用 一個月 1-2 次 每周 1-2 次 幾乎每天使用



健康問卷

台灣正體中文版

(Traditional Chinese version for Taiwan)

EQ-5D-5L 照顧者版本：1

(請病人的照顧者設想他(她)[意指照顧者]
會如何評價病人的健康狀況)

在每個標題下，請勾選一個最能描述(請插入受健康評量病人的姓氏或名字，
如張先生或麗美)今天健康狀況的方塊。

行動能力

- 他(她)可以四處走動，沒有任何問題
- 他(她)在四處走動方面有些問題
- 他(她)在四處走動方面有中度的問題
- 他(她)在四處走動方面有嚴重的問題
- 他(她)無法四處走動

自我照顧

- 他(她)能洗澡或穿衣，沒有任何問題
- 他(她)在洗澡或穿衣方面有些問題
- 他(她)在洗澡或穿衣方面有中度的問題
- 他(她)在洗澡或穿衣方面有嚴重的問題
- 他(她)無法自己洗澡或穿衣

平常活動 (如工作、讀書、家事、家庭或休閒活動)

- 他(她)能從事平常活動，沒有任何問題
- 他(她)在從事平常活動方面有些問題
- 他(她)在從事平常活動方面有中度的問題
- 他(她)在從事平常活動方面有嚴重的問題
- 他(她)無法從事平常活動

疼痛 / 不舒服

- 他(她)沒有任何疼痛或不舒服
- 他(她)覺得有些疼痛或不舒服
- 他(她)覺得中度疼痛或不舒服
- 他(她)覺得嚴重疼痛或不舒服
- 他(她)覺得極度疼痛或不舒服

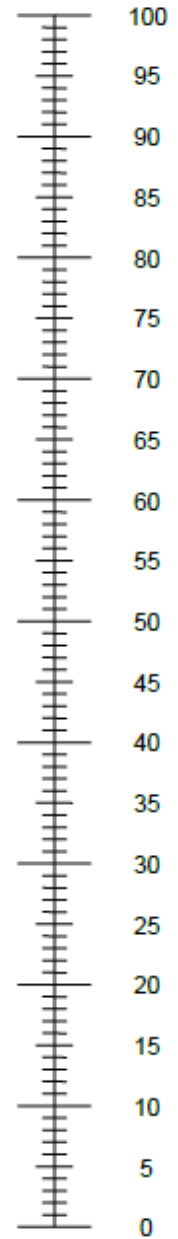
焦慮 / 沮喪

- 他(她)不覺得焦慮或沮喪
- 他(她)覺得有些焦慮或沮喪
- 他(她)覺得中度焦慮或沮喪
- 他(她)覺得嚴重焦慮或沮喪
- 他(她)覺得極度焦慮或沮喪

- 我們想知道您認為 (請插入受健康評量病人的姓氏或名字, 如張先生或麗美) 今天健康狀況的好壞。
- 這個刻度尺有從 0 到 100 的數字。
- 100 代表您想像中最好的健康狀況。
0 代表您想像中最差的健康狀況。
- 請在刻度尺上打個“X”，指出您認為 (請插入受健康評量病人的姓氏或名字, 如張先生或麗美) 今天的健康狀況的好壞。
- 現在請在以下空格中，寫下您在刻度尺上標示的那個數字。

病人今天的健康狀況

您想像中最好的
健康狀況



您想像中最差的
健康狀況

附表三

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

疾病管理照護衛教表單

□一、健康生活型態：

- 1.維持理想體重：BMI 介於 18.5~23.9。
- 2.適度運動：每週至少運動三次，如打太極拳、作用手功，每次 30 分鐘，可防止骨質疏鬆，並減緩及預防血管硬化，更可保持免疫力。
- 3.戒菸、不酗酒、不熬夜。
- 4.注意保暖。

□二、均衡飲食：

- 1.不宜大補特補，避免坊間常見的十全大補湯、藥燉排骨、薑母鴨、麻油雞等溫燥食物，會使邪氣留滯，火氣更大。忌油膩辛辣刺激食物，不宜進食生冷飲食。適量蛋白質攝取，避免大魚大肉。
- 2.水果：應避免楊桃，此外，富含鉀離子的香蕉和柿餅也要注意。
- 3.飲食宜營養豐富而清淡易消化，少鹽、少調味料、少加工品，減低腎臟負荷，以延緩腎功能惡化。
- 4.適量喝水、勿憋尿。運動飲料含有額外的電解質與鹽分，腎病病人宜少食這類飲料。

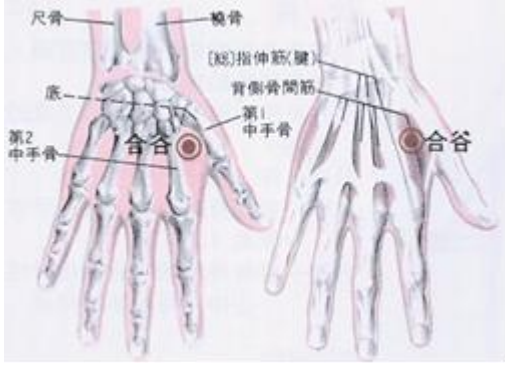
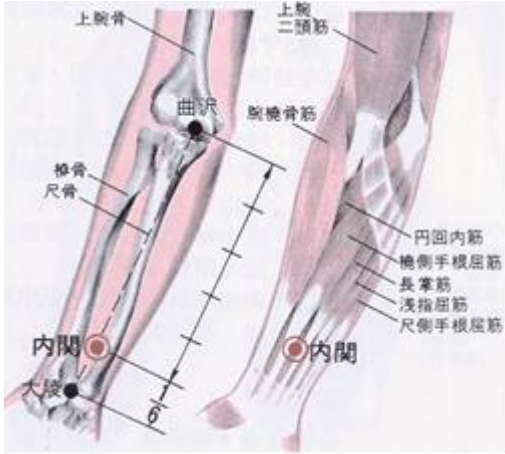

□三、不亂吃藥：

- 1.服用藥物應諮詢及遵從醫藥專業人員指導。
- 2.不濫用止痛藥及來路不明藥物。
- 3.不聽信偏方草藥。
- 4.不輕易聽信廣告成藥的藥效。

□四、自我監測及健康檢查：

- 1.原發性腎絲球腎炎需長期監控。
- 2.控制好原有的慢性病：糖尿病做好血糖控制，糖化血色素 $<7\%$ ；高血壓做好血壓控制，血壓控制 130/80mmHg；痛風病人應控制尿酸。
- 3.觀察尿液型態：排尿頻率、尿液顏色、味道、尿量、是否為血尿或泡沫尿。
- 4.定期健康檢查：最好每半年做一次尿液和血液肌酸酐和尿素氮檢。40~64 歲者，每三年可做一次健康檢查；大於 65 歲，每年可做一次健康檢查。

穴位按摩：

	<p>合谷穴</p>  <p>位置： 手背拇指掌骨～食指掌骨之間，食指掌骨的中點處。</p>
<p>手部</p>	<p>內關穴</p>  <p>位置： 前臂內側 (掌側)，腕橫紋上 2 寸(三指橫幅)，兩筋 (掌長肌腱與橈側腕屈肌腱) 之間。</p>
<p>足部</p>	<p>太谿穴</p>  <p>位置： 足內側部，內踝後方，內踝尖與跟腱之間凹陷處。</p>

以上圖片來源：《經絡與穴道》

115 年度全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案

- 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辦理。
- 貳、目的：反映中醫門診特約醫事服務機構護理人員薪資，提升護理照護品質。
- 參、實施期間：115年1月1日至115年12月31日。
- 肆、預算來源：115年度全民健康保險中醫醫療給付費用總額一般服務「友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」預算375.1百萬元。
- 伍、獎勵條件：聘有護理人員且有調升其薪資之中醫門診特約醫事服務機構。
- 一、院所及護理人員資格：114年12月31日前開業之全民健康保險(以下稱本保險)中醫門診特約醫事服務機構(不含115年新開業診所及新開設中醫醫院或醫院附設中醫部門)，不限公、私立醫療機構，且需至少一名護理人員當月執業登記於該院所；護理人員依護理人員法第2條所稱護理師及護士，且依當月所有執業登記之中醫門診特約醫事服務機構為認定。
- 二、護理人員調薪幅度之認定標準：
- (一)薪資認定：
依護理人員當月本保險「投保金額」進行認定。各院所調升護理人員薪資後，應於調升薪資當月向本保險保險人(以下稱保險人)各分區業務組辦理投保金額調整事宜。
- (二)須依衛生福利部公告各年度「全民健康保險投保金額分級表」，護理人員當月投保金額須較114年12月薪資調升幅度達本保險次一投保等級且不得低於第四投保等級，以及院所當月調升聘用護理人員達半數以上者，予以獎勵。
- (三)前項之計算採無條件進位，新聘之護理人員認列為調升薪資之護理人員，惟投保金額不得低於第四投保等級。
- 陸、獎勵方式及核發原則
- 一、反映護理人員薪資調升之門診診察費及針傷處置費加計獎勵
- (一)獎勵方式：
1. 符合獎勵條件之中醫門診特約醫事服務機構，依該院所「看診時聘有護理人員在場服務者」之門診診察費及「針灸、傷科、

針灸合併傷科」治療處置費之案件，加計獎勵13點。

2. 看診時聘有護理人員在場服務者門診診察費醫令代碼範圍：
A82、A83、A41、A86、A87、A43、A01、A11、A45、A03、
A13、A47、A05、A15、A49、A09、A19、A53。
3. 針灸、傷科、針灸合併傷科治療處置費：針灸(D01-D08)、傷
科(E01-E12)、針灸合併傷科(F01-F84)。

二、核發方式：

- (一)本項獎勵費用由全民健康保險保險人(下稱保險人)每季依各院所每
月申報門診診察費及針傷處置費案件勾稽實際調薪情形，計算加
計點數，以每點1元暫付。
- (二)符合申報之中醫門診特約醫事服務機構，應於費用年月次月二十
日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報「護理人員跟診時段」，
包含：護理人員姓名、身分證字號、跟診日期、跟診時間(應有明
確時間點)、搭配之中醫師姓名及身分證字號暨中醫師排班時段等
項。
- (三)院所於方案公告當月前(含當月)符合調薪認定標準，115年1月起至
公告當月皆認定為符合本項獎勵條件。

三、點值結算：按季均分及結算，每點支付金額不高於1元，當季預算若有
結餘，則留用至下季；若預算不足時，採浮動點值計算。

柒、審查方式

- 一、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、本方案每季撥付，診所如有資料修正需求，須於款項撥付日起1個月
內，向保險人各分區業務組提出申請並提具佐證資料，經審核通過
後，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。

捌、方案管理機制

- 一、保險人負責本方案之研訂與修正，及計算獎勵金額度。
- 二、保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之核發資格、核定及輔導轄

區醫事服務機構執行方案。

玖、年度執行目標：聘有護理人員之中醫院所，調升護理人員薪資比率之中醫院所家數達50%。

分子：調升護理人員薪資幅度達標準之中醫院所家數(含新聘護理人員，且每家中醫院所須調升半數以上護理人員數，不足一名以一名計算)。

分母：聘有護理人員之診所家數。

拾、評估指標

- 一、聘有護理師或護士之中醫門診特約醫事服務機構增加1%。
- 二、稽核機制：每月勾稽每家中醫院所須調升半數以上護理人員薪資達本保險投保金額次一投保等級，且不得低於第四投保等級。

拾壹、方案修正程序

本方案由保險人與中華民國中醫師公會全國聯合會及中華民國護理師護士公會全國聯合會共同研訂後，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，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

114115 年度全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

114 年 0 月 0 日健保醫字第 00000000 號公告

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

旨在提升牙醫醫療服務品質，加強提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務及特定身心障礙者牙醫醫療服務。

三、實施期間

自公告生效日 115 年 1 月 1 日 起至 114115 年 12 月 31 日止。

四、年度執行目標

本計畫以至少達成 190,000 服務人次(含腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者服務 2,000 人次)為執行目標。

五、預算來源

- (一) 本計畫全年經費為 8.5599.559 億元，其中 8.059 億元 由 114115 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目下支應；~~另 0.5 億元由牙醫門診總額地區預算調整方式之移撥款支應。~~
- (二) 本預算按季均分及結算，當季預算若有結餘，則流用至下季。~~全年預算若有結餘，屬前述移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。~~

六、先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：

- (一) 適用範圍及支付標準詳如【附件 1】，除【附件 1】所列項目外，其餘項目按全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準辦理。
- (二) 申請條件：
 1. 醫院資格：必須設置有整形外科（或口腔外科）、牙科、耳鼻喉科、精神科、神經外科、眼科及語言治療、社會工作、臨床心理等相關人員之醫院。
 2. 醫師資格：口腔顎面外科專科醫師 2 位以上（至少 1 位專任醫師）會同牙科矯正醫師實施。
 3. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、心電圖裝置（Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter）。

(三) 每點支付金額 1 元。

(四) 申報及審查規定：

1. 申報醫療費用時，案件分類請填 16，牙醫醫療服務特定治療項目代號(一)填報 F4。
2. 服務量不列入門診合理量計算。
3. 服務量不列入分區管控項目，惟仍納入專業審查範圍。

(五) 申請程序：

1. 參與本計畫提供本項牙醫醫療服務之院所及醫師，應檢附相關資料向中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)申請，並由牙醫全聯會報送全民健康保險保險人(以下稱保險人)，經各分區業務組核定後，以公告或行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會，異動時相同，申請書格式如附件 1-1。
2. 保險對象因先天性唇顎裂及顛顏畸形需要齒顎矯正裝置及牙醫醫療服務，應由上述申請醫院向保險人提出事前審查申請，且該個案經保險人分區業務組核定後方可實施本項服務。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者，不須事前審查。
3. 審查應檢附下列文件或電子檔案：事前審查申請書、病歷影印本、X 光片、治療計畫(包括整個療程費用及時間)，如變更就醫醫院時，則另檢送前就醫醫院無法繼續完成理由、估計仍需繼續治療月份數字資料及申報未完成時程之費用。
4. 唇顎裂嬰兒術前鼻型齒槽骨矯正：免事前審查，治療成果(術前術後照片)以抽驗方式審核。

七、特定身心障礙者牙醫醫療服務：

(一) 適用對象須符合下列條件之一：

1. 屬肢體障礙(限腦性麻痺、中度腦傷及脊髓損傷之肢體障礙、及重度以上肢體障礙)、植物人、智能障礙、自閉症、中度以上精神障礙、失智症、多重障礙(或同時具備二種及二種以上障礙類別者)、頑固性(難治型)癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙者、重度以上視覺障礙者、重度以上重要器官失去功能者、染色體異常或其他經主管機關認定之障礙(須為新制評鑑為第 1、4、5、6、7 類者)、發展遲緩兒童、失能老人(非

屬上述身心障礙者)等身心障礙者。其中：

(1)腦性麻痺係以重大傷病卡診斷疾病碼前3碼為343加以認定，餘以主管機關公告之身心障礙類別認定【詳附件2-1】，可依病患提供之身心障礙手冊或證明【腦性麻痺可提供重大傷病卡、發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書】提供服務。

(2)失能老人：係指居住於衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)者(須檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本)，其日常生活活動量表(Activities of Daily Living, ADL) < 60分，或80歲以上長者，或屬衛生福利部社會及家庭署所訂「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」(以下稱失能老人長照補助辦法)之補助對象且為各縣市長期照顧管理中心個案。

2.不符合前項但持有身心障礙證明者，於醫療團地點(不含牙醫不足改善方案之巡迴計畫)就診時，費用亦由本計畫支應。

(二)提供牙醫醫療服務類型及申請條件：

****院所牙醫醫療服務，得就以下擇一申請：**

1. 初級照護院所

(1)院所資格：

A.設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備。

B.院所須二年內未曾因牙科有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至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。

(2)醫師資格：

A.自執業執照取得後滿1年以上臨床經驗之醫師。

- B. 每位醫師首次加入本計畫，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務等相關之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程(每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分)；本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30 (含) 學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。
- C. 醫師非二年內經保險人依特管辦法第三十八至第四十條暨第四十四條及第四十五條所列違規情事予以停約、終止特約(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；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停約結束之日、終約得再申請特約之日起算。

2. 進階照護院所

(1) 院所資格：

- A. 可施行鎮靜麻醉之醫療院所及提供完備醫療之醫護人員。
- B. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、麻醉機、心電圖裝置 (Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter)、無障礙空間及設施。
- C. 需 2 位以上具有從事相關工作經驗之醫師。
- D. 院所須二年內未曾因牙科有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至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。

(2) 醫師資格：

- A. 2 位以上具有從事相關工作經驗之醫師，負責醫師自執業執照取得後滿 5 年以上之臨床經驗，其他醫師自執業執照取得後滿 1 年以上之臨床經驗。

- B. 每位醫師首次加入本計畫，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分）；本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。
- C. 醫師非二年內經保險人依特管辦法第三十八至第四十條暨第四十四條及第四十五條所列違規情事予以停約、終止特約(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；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停約結束之日、終約得再申請特約之日起算。

****醫療團牙醫醫療服務**

1. 由各縣市牙醫師公會協調或協助至少 2 位以上符合本項計畫資格之醫師組成醫療團，定期至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定 6 家為限)或長期照顧服務機構(由衛生福利部長期間照顧司擇定 3 家為限)等單位，其內部須設置固定牙科診間和醫療設備器材(含可正常操作且堪用的診療椅和相關設備、氧氣、急救藥品等)，方得提供牙醫醫療服務。另上述照護機構、學校等單位內之保險對象名冊，醫療團之主責院所應依特管辦法規定辦理。
2. 於全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案（以下稱牙醫不足改善方案）之巡迴計畫(巡迴點及社區醫療站)，提供符合本項計畫適用對象之牙醫醫療服務。執行本項計畫之巡迴點、社區醫療站應備有可正常操作且堪用的固定式診療椅、急救設備及氧氣設備，並須經牙醫全聯會審核通過。
3. 醫事人員前往提供服務前須事先向當地衛生主管機關完成支援報備及報

保險人分區業務組備查，醫療費用須帶回執業登記院所申報。

4. 醫師資格：

- (1) 醫療團之醫師，執業登記院所若為已加入本計畫執行者，得優先申請加入醫療團。
- (2) 自執業執照取得後滿 1 年以上臨床經驗之醫師。
- (3) 每位醫師首次加入本計畫，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務等相關之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程(每年再進修課程不得重複)；本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30(含)學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。
- (4) 醫師非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人。前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停、終約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

5. 提供「特定需求者」牙醫醫療服務：

- (1) 服務對象：係指居住於身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)或衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內，且長期臥床，無法移動至固定診療椅之牙醫醫療服務需求者。
- (2) 院所參與資格及服務方式：由各縣市牙醫師公會組成醫療團、醫學中心或參與衛生福利部「特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院、參與本計畫之進階照護院所且符合進階照護院所資格之醫師組成醫療團，至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，為長期臥床且無法移動至固定診療椅之病人，在病人床邊提供牙醫醫療服務。
- (3) 牙醫服務內容及設備：
 - A. 基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齶齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡

單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為限，其他治療應轉介到後送之醫療院所進行。

- B. 提供特定需求者牙醫醫療服務之牙科設備，經申請單位評估病患實際情形後攜帶【如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備(含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等)、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽吸設備、健保卡讀寫卡設備等相關物品】。

(三) 費用支付及申報規定：

1. 給付項目及支付標準：屬論量支付部分，除本計畫特定身心障礙者牙醫醫療給付項目及支付標準(詳【附件 2-2】)所列項目外，其餘依全民健康保險醫療給付項目及支付標準規定申報。

- (1) 加成支付：除麻醉項目及由一般服務預算支應之牙周病統合治療第一階段、第二階段、第三階段支付(支付標準編號 91021C、91022C、91023C)項目外，其餘屬論量計酬之項目得依下列類別加成申報：

A. 特定身心障礙者：

- a. 極重度身心障礙病人、自閉症及失智症得加 11 成。
- b. 重度病人得加 9 成。
- c. 中度病人(含發展遲緩兒童)及中度以上精神疾病病人得加 5 成。
- ed. 輕度病人(含失能老人)得加 3 成。

- B. 其他具身心障礙證明者：醫療團牙醫醫療服務(不含牙醫不足改善方案之巡迴計畫)得加 2 成。

- (2) 本計畫不得併報全民健康保險牙醫門診總額 ~~12 歲至 18 歲~~ 青少年口腔提升照護試辦計畫、全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫。

- (3) 本計畫得同時申報「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」支付標準(P3601C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)、「非齒源性疼痛處置」-初診診療項目(92131B)及「非齒源性疼痛處置」-複診診療項目(92132B)專案案件：依各項計畫及診療項目規定申報醫療費用，並由各項計畫及診療項目專款費用支應，不再額外加成。

- (4) 氟化物防齲處理(支付標準編號為 P30002)：執行特定身心障礙者牙醫醫

療服務時，得依病情適時給予氟化物防齲處理。每次支付 500 點，每 90 天限申報 1 次，自閉症、失智症及重度以上病人每 60 天得申報 1 次。申報本項後 90 天內(重度以上病人為 60 天內)，不得再申報 92051B、92072C、P7302C 及 P7102C。

(5)醫療團牙醫服務：

A.得採論次加論量支付方式，由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數。

B.論次項目(支付代碼為 P30001):每小時 ~~2,400~~3,000 點(內含護理費)，每位醫師每診次以 3 小時為限(不含休息、用餐時間)，平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。

C.牙醫不足改善方案之巡迴計畫牙醫醫療服務：論量部分依本計畫規定申報，並由本計畫預算支應；論次支付標準依牙醫不足改善方案規定申報，並由該方案之專款費用支應，不得重複申報。

D.特定需求者牙醫醫療服務：

a.得採論次加論量支付方式，論次項目(支付代碼為 P30003)，每小時 ~~2,400~~3,000 點(內含護理費，且不得收取其它自費項目)，每位醫師每診次以 3 小時為限(不含休息、用餐時間)，平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。

b.每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務(含訪視)，~~合計每日診達 54 人次以上，第 5 人起屬本項服務之論量點數按 6 折支付~~，每日最多 2 診 8 人為限，且每月 ~~不超過~~以 80 人為限。~~另每一個案以 2 個月執行 1 次為原則。~~

2. 費用申報之規定：

(1)申報醫療費用時，案件分類請填 16，牙醫醫療服務特定治療項目代號

(一)填報如下：

A.院所內服務：

非精神疾病者:極重度-FG、重度-FH、中度-FI、輕度-FJ

精神疾病者：重度以上-FC、中度-FD

發展遲緩兒童：FV

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LF

自閉症、失智症：LN

B. 醫療團服務：

非精神疾病者：極重度-FK、重度-FL、中度-FM、輕度-FN

精神疾病者：重度以上-FE、中度-FF

發展遲緩兒童：FX

失能老人：L1

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LG

自閉症、失智症：LP

其他具身心障礙證明者：LT

C. 特定需求者服務：

極重度 FU、重度 FZ

自閉症、失智症：LR

D. 牙醫不足改善方案之巡迴計畫服務：

非精神疾病者：極重度-L5、重度-L6、中度-L7、輕度-L8

精神疾病者：重度以上-L9、中度-LA

發展遲緩兒童：LB

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LH

自閉症、失智症：LS

(2) 執行特定身心障礙者牙醫醫療服務之院所，請影印下列證明文件，並黏貼於病歷首頁，以備查驗：

A. 有效之身心障礙手冊（證明）正反面，若為發展遲緩兒童應檢附由健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書影本。

B. 屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。

(3) 執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，須登錄健保卡，就醫序號請依健保卡相關作業規定辦理，另若病人醫療需求需麻醉科醫師支援時，須依

相關規定向當地衛生主管機關辦理支援報備，並將相關資料函送保險人分區業務組核定。

(4)醫療團牙醫醫療服務之限制如下：(不適用於特定需求者牙醫醫療服務)

A.每位醫師支援同一機構每週不超過2診次。如有支援不同機構，每週合計不超過4診次，每月不超過16診次。

B.每位牙醫師每月平均每診次申報點數不超過4萬點(以加成後論量支付點數計算)，若超過4萬點以上者，超過部分不予支付。

C.至身心障礙福利機構、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)或長期照顧服務機構(由衛生福利部長期間照顧司擇定)等單位，提供牙醫醫療服務之規定：未超過150人的單位，每週牙醫排診合計不得超過3診次，150人以上300人以下的單位，每週牙醫排診合計不得超過4診次，300人以上的單位，視醫療需求每週合計牙醫排診5診次；醫療團因前述各單位人數異動需增加平日排診或特殊例假日排診之診次時，須向牙醫全聯會提出申請，經審核通過後，由保險人各分區業務組另行文通知院所，異動時亦同。(離島地區及特殊醫療需求機構，經全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議討論通過者除外。)

(5)本計畫服務量不列入分區管控項目，但仍納入專業審查範圍。

(6)本計畫服務量不納入門診合理量計算。

(四)申請程序：

參與本計畫提供特定身心障礙者牙醫醫療服務之院所、醫療團牙醫醫療服務等各項申請應檢附相關資料紙本和電子檔，送牙醫全聯會審查，異動時亦同。

1.申請為初級照護院所，應檢附下列資料：

(1)申請書格式如【附件3】。

(2)身心障礙教育訓練之學分證明影本。

(3)牙醫師證書正反面影本一份。

2. 申請為進階照護院所，應檢附下列資料：

(1)申請書格式如【附件 3】。

(2)2 位以上(含負責醫師)醫師個人學經歷等相關資料紙本(身分證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明)。

(3)身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面紙本及電子檔各一份，一併提供牙醫全聯會(包括目前執行及未來推廣身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫之執行要點，書寫格式請以 A4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號字型，橫式書寫)。

(4)身心障礙教育訓練之學分證明影本。

(5)牙醫師證書正反面影本一份。

3. 以醫療團為單位，申請時應檢附下列資料：(含特定需求者牙醫醫療服務)

(1)申請書格式如【附件 5】，並應檢附下列資料，書面紙本和電子檔各一份，一併提供牙醫全聯會：

A.縣市牙醫師公會評估表【附件 6】

B.身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)或長期照顧服務機構(由衛生福利部長期間照顧司擇定)等單位之立案證明、同意函、簡介、收容對象名冊、口腔狀況、牙科設備、醫師服務排班表、牙科治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、經費評估牙醫師證書正反面影本乙份等內容書面紙本和電子檔各乙份。若屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。

(2)每年度結束後 20 日內須繳交醫療團期末報告【附件 8】及醫師個人期末報告【附件 8-1】兩份報告書面紙本資料和電子檔(由醫療團所屬縣市公會彙整後)，一併函送牙醫全聯會審核，審核不通過或有違規或異常者，經牙醫全聯會及保險人分區業務組確認，得停止延續執行本計畫。

(五) 相關規範

1. 每月 5 日前將申請書及學分證明等資料以掛號郵寄至牙醫全聯會。牙醫全聯會審查後，於每月 20 日前將院所及醫療團(含特定需求者)通過名單函送保險人，由保險人分區業務組審理核定後，以公告或行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本項服務，申請流程圖說明詳如【附件 7】。
2. 醫師名單若有異動，應於每月 5 日前分別以【附件 4】及【附件 5】格式函報牙醫全聯會，再由該會於每月 20 日前彙整送保險人分區業務組，待完成核定程序後，得於核定之起迄期間執行本項服務，另醫事機構代碼、院所名稱、執業登記等如有變更，應函報牙醫全聯會及保險人分區業務組辦理本計畫起迄日期變更作業。
3. 院所或醫療團對病患提供未經事前審查之全身麻醉案件，應於次月 20 日前將施行之麻醉方式、麻醉時間、麻醉前及術前評估、治療計畫併病歷資料送保險人分區業務組審查。其餘案件仍須依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定申請事前審查。
4. 醫療團執行特定身心障礙牙醫醫療服務時，應注意事項：
 - (1) 醫療團每月 20 日前應檢送次月排班表供牙醫全聯會及保險人分區業務組備查。異動時(包含新增或取消)應於次月 15 日前檢送，並確實完成報備支援程序，當年度累積達 3 次仍未改善者，得暫停當年度計畫執行。
 - (2) 醫療團醫師須依排班表執行服務，服務流程圖詳【附件 9】。
 - (3) 費用申報作業：醫療團醫師每月 20 日前須先至健保資訊網服務系統(VPN)登錄醫療團服務費用明細，傳送資料後列印論次申請表【附件 10】蓋上院所印信，並檢附日報表【附件 11】併同門診醫療服務點數申報總表正本寄所屬保險人分區業務組，副本送牙醫全聯會備查。未繳交者，經催繳三個月內仍未改善者，得暫停計畫執行。
 - (4) 醫療團至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或

公設民營之老人福利機構)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)或長期照護服務機構(由衛生福利部長期間照顧司擇定)等單位提供牙醫醫療服務時,得放寬提供該區區域外身心障礙者前往求醫之服務,符合特定身分者以案件類別 16 填報,不符合者以其他案件類別填報,以擴大服務範圍。

- (5)每一醫療團必須選定一後送醫療院所,後送醫療院所應為本計畫之進階照護院所,該後送院所應於支援看診時段提供所有必要的諮詢及相關協助。
- (6)若支援之機構無法配合支援醫師或醫療相關之看診業務,應先向牙醫全聯會反映。
- (7)就診紀錄【附件 12】應詳實記錄並填寫留存於身障機構等內,另於院所製作實體病歷留存,並依病人身份影印本計畫所須之證明文件,黏貼於病歷首頁,以備查驗。
- (8)一位醫師須搭配至少一位助理或護理人員,提供特定需求者牙醫醫療服務時,一位醫師須搭配至少一位醫護人員。
- (9)至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)、一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)或長期照護服務機構(由衛生福利部長期間照顧司擇定)等單位時,必須有老師或熟悉該病人狀況的人陪同就診。
- (10)所有侵入性治療應取得院生家屬或監護人之書面同意書,並附在個人病歷及醫療紀錄備查,並謹慎為之。
- (11)若病人無法於機構中順利完成治療應轉介到後送之醫療院所進行後續治療。
- (12)耗材應由看診醫師自備。
- (13)治療台之維護、清潔保養及醫療廢棄物由機構妥善處理。
- (14)病人所需之牙科治療應由具資格之專業醫師予以判斷,協調院方之輔助人員善盡安撫病人情緒之責任,並依個人能力給予醫師所需之協助。

- (15) 若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。
 - (16) 執行全身麻醉時，醫師及場所設備應符合相關法令規定及全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準內容，除牙醫不足改善方案施行地區、山地離島地區之初級照護院所外，其餘地區應於進階照護院所內方得執行。
 - (17) 執行全身麻醉時，應以病人安全為優先考量。每位麻醉醫師每次僅能執行一位病人之麻醉，並搭配至少一位牙醫師執行牙科治療。
 - (18) 配合保險人政策執行健保卡登錄業務，依規定上傳就醫資料入健保卡。若遇特殊狀況無法登錄時，以就醫序號特定代碼「C001」申報；並以例外就醫名冊【附件 13】代替並詳實記載，刷卡設備由醫療院所自行準備。
 - (19) 未遵守本計畫相關規定，且經牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，得由保險人之分區業務組核定暫停計畫執行。
 - (20) 牙醫全聯會會同保險人分區業務組得於年度計畫執行期間依醫療團之設備、病歷書寫、醫師出席情形、環境等進行實地訪視。
 - (21) 提供醫療團牙醫醫療服務應符合「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則」。
5. 牙醫全聯會應將審核之相關院所及醫師名單函送保險人，由保險人各分區業務組審理核定後，另行文相關院所。惟被停止參加計畫之醫師可向所屬保險人分區業務組提出申復，經保險人分區業務組確認取消處分後，始得繼續執行本計畫。
 6. 首次申請本計畫提供特定身心障礙者牙醫服務之醫師，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務基礎課程。加入計畫後，每年仍須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分），並檢附積分證明後，得於下一年度繼續執行此計畫。本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行此計畫；惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。

7. 參加本計畫之院所及醫療團支援看診之服務單位(如:機構、學校或未設牙科之精神科醫院等),應提供院所及服務單位的電話、地址、看診時間等資訊,置放於保險人全球資訊網網站(<https://www.nhi.gov.tw>)及牙醫全聯會網站(<https://www.cda.org.tw>),俾利民眾查詢就醫。
8. 醫療團服務院所應將「全民健保牙醫特殊醫療服務」之海報、立牌、直立旗、布條或其他(如看板等)標示物,標示看診地點與時間等,揭示於明顯處。標示製作作業說明請依【附件 14】規定辦理。

八、居家牙醫醫療服務：

(一) 醫療服務提供者資格：

1. 醫師資格：須為參加本計畫照護院所之醫師，且已修習居家牙醫醫療相關課程。
2. 特約醫事服務機構所屬牙醫師至病人住家提供牙醫醫療服務，得視為符合醫師法所稱應邀出診，不需經事先報准；其他訪視人員至病人住家提供醫療服務，須依法令規定事前報經當地衛生主管機關核准。

(二) 收案條件：限居住於住家（不含照護機構）且符合下列條件之一者。

1. 全民健康保險居家醫療照護整合計畫之居家醫療、重度居家醫療及安寧療護階段之病人，且有明確之牙醫醫療需求。
2. 出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，且有明確之牙醫醫療需求。
3. 特定身心障礙者，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，且有明確之醫療需求。前述特定身心障礙者之障礙類別包含：肢體障礙（限腦性麻痺、中度腦傷及脊髓損傷之肢體障礙、及重度以上肢體障礙）、重度以上視覺障礙、重度以上重要器官失去功能，以及中度以上之植物人、智能障礙、自閉症、精神障礙、失智症、多重障礙（或同時具備二種及二種以上障礙類別）、頑固性（難治型）癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙、染色體異常、其他經主管機關認定之障礙（須為新制評鑑為第 1、4、5、6、7 類者）或發展遲緩兒童等。
4. 「**失能老人接受**長期照顧服務**補助申請及給付**辦法」之補助對象(以下稱**失能老人長照個案**)，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，且因疾病、傷病長期臥床的狀態，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，

行動困難無法自行至醫療院所就醫之病人。

(三) 收案及審核程序：

1. 牙醫師對符合條件之病人首次提供牙醫醫療服務(含訪視)前，應先向牙醫全聯會提出申請【附件 15】，經牙醫全聯會核可後，始得至案家提供牙醫醫療服務。為增進牙醫全聯會審核作業，診所及地區醫院之牙醫師得由各縣市牙醫師公會彙整及安排後，向牙醫全聯會提出申請。
2. 牙醫全聯會於每月 20 日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。

(四) 照護內容：

1. 基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齲齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為原則，其他治療建議轉介到後送之醫療院所進行。
2. 上述醫療服務(P30005、P30009、P30007、P30010)提供完成後，經牙醫師評估居家個案有齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、特定局部治療、簡單性口內切開排膿等醫療需求時，得以 2 個月內多執行 1 次居家牙醫醫療服務。
3. 提供居家牙醫醫療服務時，應評估病人實際情形後攜帶適當牙科設備。建議如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備(含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等)、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽吸設備等相關物品。

(五) 醫療費用申報、支付及審查原則：

1. 為確保醫療服務合理性，對於收案人數及訪視次數高於同儕之特約醫事服務機構，必要時得啟動專案審查。
2. 居家牙醫醫療服務抽審時須檢附三年內之「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件 16】。
3. 醫療費用申報：
 - (1) 特約醫事服務機構執行本計畫之醫療費用應按月申報，並於門診醫療服務點數清單依下列規定填報「案件分類」及「特定治療項目代號」欄位，案件分類 16，特定治療項目代號(一)請依病人類別填報【極重

度 FS、重度 FY、中度 L4、發展遲緩兒童 LE、~~失能老人~~長照個案 L2、居整病人 LC、出院準備 LD、腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LJ】。

(2) 申報居家牙醫醫療服務費時，應依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，以醫令類別「4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」填報醫療服務之編號、數量與點數。

(3) 醫療服務費用須帶回執業登記院所申報。

4. 本計畫服務量不列入門診合理量計算。

5. 本計畫服務量不列入分區管控項目，惟仍納入專業審查範圍。

(六) 給付項目及支付標準：

1. 居家牙醫醫療服務給付項目及支付標準詳【附件 17】。

2. 每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務(含訪視)~~合計每日診達 54 人次以上，第 5 人起屬本項服務之論量點數按 6 折支付，每日最多 2 診 8 人為限，且每月不超過以 80 人為限。另每一個案以 2 個月執行 1 次為原則。~~

3. 同一個案接受居家牙醫醫療服務，因口腔狀況所需，經牙醫師評估後，得以 2 個月內多執行 1 次居家牙醫醫療服務，且每年以申報 3 次為限。

(七) 相關規範：

1. 居家牙醫醫療服務流程圖詳【附件 18】。

2. 個案首次接受居家牙醫醫療服務(含訪視)前，牙醫師須檢送申請表【附件 15】至牙醫全聯會，由牙醫全聯會於每月 20 日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。個案於首次接受居家牙醫醫療服務(含訪視)後，須於次月 20 日前檢送病人之「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件 16】，正本送所屬保險人分區業務組、副本送牙醫全聯會備查。經催繳三個月內仍未改善者，經保險人分區業務組及牙醫全聯會確認，得暫停執行居家牙醫醫療服務。

3. 每次訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次訪視時間(自到達案家起算，至離開案家為止)，並請病人或其家屬簽章；另應製作病人之居家牙醫醫療照護紀錄留存於案家。

4. 牙醫師應於院所製作實體病歷留存，且須將病人身分影印本及計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。

5. 一位牙醫師需搭配至少一位醫護人員。
6. 牙醫師應於診療期間隨時注意病人之生理及心理狀況。
7. 所有侵入性治療應取得病人家屬或監護人之書面同意書，並附在病人病歷及醫療紀錄備查。
8. 提供牙醫服務時若無法順利完成治療，應將病人轉介到後送醫療院所進行後續治療。
9. 牙醫師應教導家屬為病人清潔口腔之衛教知識。
10. 耗材應由醫療院所自備。
11. 設備之維護、清潔保養及醫療廢棄物由醫療院所依相關法規妥善處理。
12. 提供服務時若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。
13. 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。
14. 未遵守本計畫相關規定，經保險人分區業務組或牙醫全聯會要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，保險人分區業務組得核定暫停執行居家牙醫醫療服務。

九、點值結算方式：

(一) 本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點 1 元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於 0.95 元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。

(二) 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。

十、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。屬本計畫第八項「居家牙醫醫療服務」之第(二)款「收案條件」第 3 目「特定身心障礙者」或第 4 目「**失能老人**長照個案」者之居家牙醫醫療服務部分負擔，依牙醫門診基本部分負擔計收。

十一、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

十二、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂，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，得由保險人逕行修正公告。

【附件 1】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

-先天性唇顎裂疾病及顱顏畸形症牙醫醫療服務(齒顎矯正)給付項目及支付標準通則：

- 一、本計畫所訂支付點數均包括人員（醫事、技工及相關人員）、矯正過程中使用之材料（含特殊材料）及儀器折舊等費用在內。
- 二、先天性唇顎裂及顱顏畸形症疾病適用範圍如下：
 - (一)唇裂(Cleft lip)、顎裂(Cleft palate)、唇顎裂(Cleft lip and palate)、顏面裂(Facial Cleft)、小臉症、顏面不對稱者。
 - (二)呼吸終止症候群，須領有身心障礙手冊者。(限導因於先天性唇顎裂及顱顏畸形患者所導致之個案)
 - (三)骨性咬合不正及齒列咬合不正需配合進行唇顎裂植骨手術或顏面整形或重建手術者。
 - (四)其他經事前審查核准之先天性唇顎裂疾病及顱顏畸形者。
- 三、因病情需要施行本計畫之齒顎矯正裝置，須個案事先報經保險人同意後方可實施。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者及唇顎裂嬰兒術前鼻型齒槽骨矯正者，不須事前審查。
- 四、牙齒矯正裝置於嬰兒期、乳牙期、混合牙期及恆牙期等期限各施行一次，其中恆牙期應按編號 92115B-92124B 按分次方式申報醫療費用。
- 五、恆牙期矯正病患於未完成矯正治療而變更就醫醫院時，現行治療特約醫療院所於申請事前審查時應檢附病歷影印本、治療計畫書、X光片、前就醫醫院無法繼續完成理由，估計仍需繼續治療月份數字資料以申報未完成時程之費用。
- 六、因外傷造成需實施治療性齒列矯正者，得個案事先報經保險人同意後，比照本支付標準支付點數，並以案件分類「19：牙醫其他專案」申報費用。

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
92101B	矯正檢查，部分（口腔檢查、石膏模型、照相）、(次) Orthodontic Examination,Partial(dental check-up,dental cast,intraoral and extraoral photography) 註：施行本項檢查不須要事前審查，惟限一至三歲病童有治療需要者，最多申報五次（建議施行期間為初次門診、三個月、六個月、一歲及三歲）。		✓	✓	✓	1690

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
92102B	矯正檢查（口腔檢查、石膏模型、照相、測顱X光、全景X光）（次） Orthodontic Examination, Total 【dental check-up,dental cast,intraoral and extraoral photography, panoramic radiography, cephalometric radiography (lateral and posteroanterior views)】 註：施行本項檢查不須事前審查，惟限三歲以上有治療須要者，每一年六個月限施行一次。		✓	✓	✓	3000
92103B	活動牙齒矯正裝置（單顎） Removable orthodontic appliance(one jaw)		✓	✓	✓	4806
92104B	活動牙齒矯正裝置（雙顎） Removable orthodontic appliance(two jaws)		✓	✓	✓	7209
92105B	空間維持器（單側），固定或活動式 Space maintainer,unilateral 註：限上下顎各施行一次為原則。		✓	✓	✓	1500
92106B	空間維持器（雙側），固定或活動式 Space maintainer,bilateral 註：限上下顎各施行一次為原則。		✓	✓	✓	2500
92107B	單齒矯正裝置及直接粘著裝置 Orthodontic band or direct bonding bracket, single tooth		✓	✓	✓	800
92108B	環鈎，彈力線或唇面弧線，每件 Clasp, Finger spring or labial arch, per piece		✓	✓	✓	348
92109B	亞克力基板Acrylic plate		✓	✓	✓	2000
92110B	咬合板或斜面板Bite plate or inclined plate		✓	✓	✓	1867
92111B	矯正調整及矯正追蹤檢查（次）Orthodontic adjustment 註：1.以每三個月實施一次為限。 2.不得與92115B~92124B項目合併申報		✓	✓	✓	1000
92112B	面罩A Facial mask A 註：面罩A指混合牙期或恆牙期病情需要使用於顎骨延長術（Distraction Osteogenesis）之裝置。		✓	✓	✓	12476
92113B	面罩B Facial mask B 註：面罩B指混合牙期或恆牙期病情需要使用於上顎及上顎齒列前移之面罩。		✓	✓	✓	3748
92114B	顎弓擴大器Palatal expansion appliance		✓	✓	✓	6259
92115B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第一次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	6631

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
92116B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第一次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.第一次支付申報時間及基本、選擇性診療項目如下： (1)申報時間：事前審查經保險人同意後，至完成裝置矯正器。 (2)基本診療項目：單顎或雙顎固定帶環裝置。 (3)選擇性診療項目：面罩B、顎弓擴大器、因診療必須之拔牙。 (4)申報醫療費用時應檢附病歷影本作為審查依據。 3.內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	12000
92117B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第二次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	4973
92118B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第二次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.申報時間、基本診療項目如下： (1)申報時間：第一次支付後160天。 (2)基本診療項目：6次以上矯正調整。 (3)申報醫療費用時應檢附病歷影本，並標示第一次支付申報日期作為審查依據。 (4)內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	7236
92119B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第三次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	4973
92120B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第三次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.申報時間、基本診療項目如下： (1)申報時間：第二次支付後160天。 (2)基本診療項目：6次以上矯正調整。 (3)申報醫療費用時應檢附病歷影本，並標示第2次支付申報日期作為審查依據。 (4)內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	7236

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
92121B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第四次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	6631
92122B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第四次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.申報時間、基本診療項目如下： (1)申報時間：第三次支付後 160 天。 (2)基本診療項目：6 次以上矯正調整。 (3)申報醫療費用時應檢附病歷影本，並標示第 3 次支付申報日期作為審查依據。 (4)內含 92111B 矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	9648
92123B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第五次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	9946
92124B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第五次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：申報時間、基本診療項目及完成治療之臨床表徵如下： 1.申報時間：前一次支付至(本療程)完成治療。 2.基本診療項目： (1)矯正調整至完成治療。 (2)完成治療配戴維持器。 3.完成治療之臨床表徵： (1)齒列排列整齊，穩定咬合。 (2)前牙無倒咬或開咬情形。 (3)唇顎裂牙床裂縫旁牙齒之間隙關閉或改善。 4.申報第五次醫療費用時應檢附 X 光片或照片作為審查依據。 5.內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	15000
92125B	正顎手術術前牙板 Surgical stent for orthognathic surgery 註：適應症範圍唇腭裂及其他顱顏畸形和外傷所造成的骨性咬合不正需正顎手術者，而外傷所造成的骨性咬合不正須合併手術申報。		✓	✓	✓	5000

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
92126B	<p>唇顎裂嬰兒鼻型齒槽骨矯正治療前印模單側鼻型齒槽骨矯正牙板</p> <p>Nasoalveolar molding, impression & nasoalveolar molding plate, unilateral</p> <p>註：1.適應症範圍：限出生後四個月內之嬰兒且單側唇顎裂鼻翼歪斜併齒槽骨裂隙。 2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 3.不得與92125B併報。</p>		✓	✓	✓	12000
92127B	<p>唇顎裂嬰兒鼻型齒槽骨矯正治療前印模雙側鼻型齒槽骨矯正牙板</p> <p>nasoalveolar molding, impression & nasoalveolar molding plate, bilateral</p> <p>註：1.適應症範圍：限出生後四個月內之嬰兒且雙側唇顎裂鼻柱塌陷、前顎前突併齒槽骨裂隙。 2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 3.不得與92125B併報。</p>		✓	✓	✓	15000
92128B	<p>鼻型齒槽骨矯正定期調整</p> <p>Nasoalveolar molding, adjustment</p> <p>註：1.適應症範圍單側唇顎裂鼻翼歪斜併齒槽骨裂隙，及雙側唇顎裂鼻柱塌陷、前顎前突併齒槽骨裂隙。 2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 3.7日內不得重覆申報。 4.同一病例申報次數以8次為上限。</p>		✓	✓	✓	1000

【附件 1-1】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
-先天性唇顎裂及顱顏畸形患者牙醫醫療服務申請書（以院所為單位）

- 一、醫療院所名稱：_____ 代號：_____
- 二、所屬層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院
- 三、院所負責醫師姓名：_____ 身分證字號：_____
- 四、院所電話：() _____ 傳真：() _____
- 五、聯絡人姓名：_____ 電話：() _____
- 六、地址：_____
- 七、醫院設置科別及相關人員：整形外科、口腔外科、牙科、耳鼻喉科、
精神科、神經外科、眼科、語言治療、社會工作、臨床心理、
其他相關科別及人員：_____
- 八、院內醫師資格：口腔顎面外科專科醫師（專任__位、兼任__位）牙科矯正醫師
- 九、牙科門診設備：急救設備、氧氣設備、
心電圖裝置（Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter）、
其他設備：
- 十、申請醫師（負責醫師如符合申報資格條件，併請填報，欄位不夠可自行增加）

序號	醫師姓名	身分證字號	分科別
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

*備註：

- 1.寄送地址：10476 台北市復興北路 420 號 10 樓 牙醫全聯會收
- 2.參與本計畫提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務之院所及醫師，應檢附相關資料向牙醫全聯會申請，並由牙醫全聯會報送健保署各分區業務組核定，異動時相同。

【附件 2-1】

國際健康功能與身心障礙分類系統(International Classification of Functioning, Disability and Health,以下稱 ICF)新制發給身心障礙證明

與舊制身心障礙類別之區分與辨識

101 年 7 月 11 日起施行 ICF 新制身心障礙鑑定與需求評估制度，ICF 新制 8 類與舊制 16 類身心障礙類別及代碼對應表如下：

新制身心障礙類別	舊制身心障礙類別代碼	
	代碼	類別
第 1 類 神經系統構造及精神、心智功能	06	智能障礙者
	09	植物人
	10	失智症者
	11	自閉症者
	12	慢性精神病患者
	14	頑性（難治型）癲癇症者
第 2 類 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛	01	視覺障礙者
	02	聽覺機能障礙者
	03	平衡機能障礙者
第 3 類 涉及聲音與言語構造及其功能	04	聲音機能或語言機能障礙者
第 4 類 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能	07	重要器官失去功能者-心臟
	07	重要器官失去功能者-造血機能
	07	重要器官失去功能者-呼吸器官
第 5 類 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能	07	重要器官失去功能-吞嚥機能
	07	重要器官失去功能-胃
	07	重要器官失去功能-腸道
	07	重要器官失去功能-肝臟
第 6 類 泌尿與生殖系統相關構造及其功能	07	重要器官失去功能-腎臟
	07	重要器官失去功能-膀胱
第 7 類 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能	05	肢體障礙者
第 8 類 皮膚與相關構造及其功能	08	顏面損傷者
備註： 依身心障礙者狀況對應第 1 至 8 類	13	多重障礙者
	15	經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者
	16	其他經中央衛生主管機關認定之障礙者(染色體異常、先天代謝異常、先天缺陷)

本計畫適用代碼：01、05、06、07、09、10、11、12、13、14、15、16

備註說明：

- 一、101年7月11日起至108年7月10日全面換證前，原「身心障礙手冊」及新制「身心障礙證明」將同時並行，惟身心障礙者僅會持有兩者之一。
- 二、新制身心障礙證明樣張如下

中華民國身心障礙證明			照片黏貼處
身分證統一編號		【有效期間】	
姓名		年 月 日	
出生日期	年 月 日		
戶籍地址			
聯絡人	關係		
鑑定日期	年 月 日	重新鑑定日期 年 月 日	
障礙等級	輕度、中度、重度、極重度		

戶籍遷移註記	鄉鎮市區	村里	鄰	街路門牌	遷入日期	承辦人核章
障礙類別	第2類【B230】 → ICF 對應碼					
ICD診斷	3899【02】 → 舊制身障類別代碼					
必要陪伴者優惠措施						

- (一) 障礙等級：共分輕度、中度、重度、極重度等4級。
- (二) 障礙類別：揭露該民眾依新制鑑定後之障礙類別(第1類~第8類)，並以括弧註記其對應之ICF編碼。
- (三) ICD診斷：除帶入該位民眾經鑑定後之「疾病分類代碼」，並於括弧【】中註記民眾舊制身心障礙類別代碼，以利證明使用人及各相關專業人員對應辨識。

【附件 2-2】

「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」
-特定身心障礙者牙醫醫療服務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
P30002	氟化物防齲處理 Full mouth topical fluoride application 註： 1.執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，得依病情適時給予氟化物防齲處理。 2.每九十天限申報一次，自閉症、失智症及重度以上病人每六十天得申報一次。 3.申報本項後，九十天內(重度以上病人為六十天內)，不得再申報92051B、92072C、P7302C及P7102C。	v	v	v	v	500
89304C	特殊狀況之複雜性前牙複合體充填 Complex compomer restoration in anterior teeth for patients with special needs —單面 single surface	v	v	v	v	900
89305C	—雙面 two surfaces 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以二面為限。	v	v	v	v	1,050
89308C	特殊狀況之複雜性後牙複合體充填 Complex compomer restoration in posterior teeth for patients with special needs —單面 single surface	v	v	v	v	1,000
89309C	—雙面 two surfaces	v	v	v	v	1,200
89310C	—三面 three surfaces 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	v	v	v	v	1,400
89312C	特殊狀況之複雜性前牙三面複合體充填 Complex three-surface compomer restoration in anterior teeth for patients with special needs 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	1,450

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
	3.申報面數最高以三面為限。					
89314C	特殊狀況之複雜性前牙雙鄰接面複合體充填 Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in anterior teeth for patients with special needs 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	1,600
89315C	特殊狀況之複雜性後牙雙鄰接面複合體充填 Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in posterior teeth for patients with special needs 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。	v	v	v	v	1,850

【附件 3】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
牙醫醫療服務加入申請書（院所內服務）

醫師姓名		身分證字號		出生年月	
聯絡方式	電話：()		、手機：		
【申請院所基本資料】					
<p>一、「執業登記」院所：</p> <p>1.院所名稱（全銜）：</p> <p>2.醫事機構代號：</p> <p>3.院所申請類別：<input type="checkbox"/>初級 <input type="checkbox"/>進階</p> <p>4.負責醫師姓名： 身分證字號：</p> <p>5.院所電話：</p> <p>6.院所地址：□□□</p> <p>7.目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量：</p> <p>(1) <input type="checkbox"/>有專用椅子 <input type="checkbox"/>無專用椅子</p> <p>(2)牙科門診—急救、氧氣設備(簡述設備內容)： _____</p>					
<p>二、「支援服務」院所：</p> <p>1.院所名稱（全銜）：</p> <p>2.醫事機構代號：</p> <p>3.院所申請類別：<input type="checkbox"/>初級 <input type="checkbox"/>進階</p> <p>4.負責醫師姓名： 身分證字號：</p> <p>5.院所電話：</p> <p>6.院所地址：□□□</p> <p>7.目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量：</p> <p>(1) <input type="checkbox"/>有專用椅子 <input type="checkbox"/>無專用椅子</p> <p>(2)牙科門診—急救、氧氣設備(簡述設備內容)： _____</p>					

**備註：寄送地址:104-76 台北市復興北路 420 號 10 樓 牙醫全聯會收

- (1)「初級院所」應檢附申請書格式如【附件 3】、身心障礙教育訓練之學分證明影本、牙醫師證書正反面影本一份。每月 5 日前將資料郵寄至牙全會，由牙醫全聯會彙整名單送保險人分區業務組審理核定後，保險人以公告或行文通知院所。
- (2)「進階院所」須事前檢附申請書格式如【附件 3】、身心障礙教育訓練之學分證明影本、牙醫師證書正反面影本一份、2 位以上（含負責醫師）醫師個人學經歷相關資料紙本、設備需求照片或圖片、身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面紙本及電子檔各一份等資料後，待牙全會初審後再請申請院所親自面試。

【附件 4】**全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
牙醫醫療服務變更申請書（院所內服務）**

申請醫師姓名		身分證字號		出生年月	
變更後聯絡方式	電話：() 、手機：				
【申請變更院所基本資料】					
一、原申請加入院所： (1) 原院所名稱（全銜）： (2) 原申請院所類別： <input type="checkbox"/> 執業登記院所 <input type="checkbox"/> 支援服務院所 (3) 原申請變更原因，如下：（請勾選） <input type="checkbox"/> 執業登記異動（日期： ） <input type="checkbox"/> 院所名稱變更、醫師姓名變更 <input type="checkbox"/> 醫師已離職不在診所服務（醫師姓名：_____或身分證字號_____） <input type="checkbox"/> 醫師不再繼續執行計畫，要取消資格					
二、申請變更後內容： (1) 變更後院所名稱： (2) 變更後院所類別： <input type="checkbox"/> 執業登記院所 <input type="checkbox"/> 支援服務院所 (3) 變更後院所負責人： 身分證字號：					

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
牙醫醫療服務申請書（醫療團）

- 一、 公會別：
- 二、 申請服務單位（全銜）：
- 三、 醫療團負責或代表醫師：_____
- 四、 申請檢附資料：(申請牙醫不足改善方案之巡迴計畫服務僅需檢送縣市公會評估表、牙科診間設備表、後送醫療院所)
- 縣市公會評估表
- 服務單位同意函
- 服務單位介紹：服務單位簡介暨立案證明、收容對象名冊及身心障礙類別輕重程度別等
- 牙科治療計畫書：口腔現況、治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、預估每年醫療服務點數量、服務人次等預估成效、預估達成率
- 牙科診間設備表—說明須有可以正常操作且堪用的固定式診療椅(不適用於特定需求者牙醫醫療服務)和經申請單位評估病患實際情形所需之相關設備、氧氣、急救藥品等
- 醫師服務排班表、後送醫療院所
- 五、 醫療團醫師名單：(表格列數不夠可請自行增加)

本保險分區別	姓名	身分證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	郵遞區號	院所地址	電話	相關教育訓練 (檢附學分證明)	備註
									<input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 新增

- 六、 變更醫療團醫師名單：(表格列數不夠可請自行增加)

本保險分區別	原申請資料					變更後申請資料				
	姓名	身分證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	院所地址及電話	姓名	身分證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	院所地址及電話

*備註：申請變更醫療團醫師名單時，請各縣市公會或申請單位函文向本會提出變更，待保險人分區業務組核定變更作業程序完成後得執行

【附件 6】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-縣市牙醫師公會評估表
(醫療團)

牙醫師公會 縣市別：

申請服務單位：

關於本會所屬會員申請成立醫療團至

_____ (執行服務單位名稱)，

提供身心障礙者或失能老人牙醫醫療服務，本會評估後意見如下：

同意

不同意，原因：_____

其他意見：

立書人

公會別(簽章)：

代表人(簽章)：

地址：

*簽章需簽署用印(大小章)

中 華 民 國 年 月 日

【附件 7】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
院所申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段	<p>1 欲申請於院所中執行特殊病患照護服務者</p> <p>2 無學分 參加身心障礙教育訓練之課程 有學分</p> <p>3 填妥申請書並附上醫師個人學經歷等相關資料及身心障礙教育訓練之學分影本</p> <p>寄至牙醫全聯會審核</p>	<p>1-1 院所有醫師希望能申請本計畫之經費時。</p> <p>1-2 至保險人網站 (www.nhi.gov.tw) 下載本計畫全文且詳讀。</p> <p>2-1 若醫師無身心障礙相關課程基礎六學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙相關課程六學分請直接執行 3-1 之步驟。</p> <p>2-2 請電洽各縣市公會詢問是否於近期內有舉辦身心障礙相關課程，若無可請所屬縣市公會協助詢問鄰近公會，或請所屬縣市公會籌畫身心障礙課程。</p> <p>3-1 填寫好院所之申請表（以院所為單位），且於申請表後須附上：</p> <p>a. 醫師個人學經歷等相關資料（身分證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明）</p> <p>b. 身心障礙教育訓練之學分證明影本。</p>
申請中段	<p>4 檢查資料是否有備齊 不齊 有齊</p> <p>5 審核院所資格 不通過 通過</p> <p>6 名單提送保險人及分區業務組</p>	<p>4-1 每月 5 日前將資料備齊寄至牙醫全聯會。</p> <p>4-2 確定資料是否備齊，若無備齊請申請院所將資料補齊，並依補齊資料日期為主（每月 5 日前將申請資料寄至牙醫全聯會）。其未齊之資料僅保存半年。</p> <p>5-1 將由醫師審核初級院所資格，進階院所負責人或醫師須至牙醫全聯會進行口頭報告審核其資格。</p> <p>5-2 未通過者依照其未通過之原因，若因學分不符請該院所待有學分後再次來申請。若因遭違規處分，行文給該院所告知目前尚不能申請此計畫。</p> <p>6-1 通過者名單以公文方式提送全民健康保險保險人。</p>
申請後	<p>7 執行計畫</p>	<p>7-1 申請院所收到保險人回復函文後，院所可執行此計畫。（此計畫為年度計畫）</p> <p>7-2 執行計畫期間若遭違規處分，將停止執行計畫之資格。</p> <p>7-3 若院所有意願規劃友善醫療環境，附表「牙科醫療院所友善醫療環境評量表」可供設置參考。</p>

牙科醫療院所友善醫療環境評量表

評量日期			
醫療院所名稱			
醫療院所地址			
聯絡人姓名		聯絡電話	
聯絡人電子信箱			

【必要項目】

項目	內容	檢核情形 (請打 V)
院所位置	(一)設置在 1 樓者	
	1	出入口地面平順(高度在 0.5 公分以下), 門口淨寬至少 75 公分以上, 可方便輪椅、手持柺杖或助行器進出。
	2	出入口若有門檻或台階, 高度在 0.5 公分以上, 有作斜角處理、斜坡或提供斜坡板。
	(二)設置在地下室或 2 樓以上者	
	1	設置電梯者電梯機廂深度至少需有 110 公分以上, 電梯門寬度至少 80 公分以上。
大門	2	設有電梯、昇降設施或坡道可通達。
	1	若有設置自動門專用無線觸摸開關, 設置高度距離地面介於 80~90 公分, 自動門前方保留一處輪椅可靠近操作按鍵的空間。
	2	大門加裝服務鈴, 供行動不便者使用。
室內通路	3	大門無法加裝服務鈴, 設有協助聯絡電話, 以協助行動不便者。
	1	淨寬至少 90 公分以上, 方便行動不便之民眾通行。
	2	淨寬至少 75 公分以上, 方便行動不便之民眾通行。
診療室	3	以自備行動工具協助民眾通行。
	1	備有移位設施, 協助無法自行移位之民眾, 移動到診療椅。
治療椅	2	門淨寬至少 75 公分以上, 內部空間方便行動不便者進出。
	1	至少有一台治療椅可調整座椅高度, 離地面至 40-45 公分, 且椅背可傾立, 治療椅有一側保留至少 74 公分空間, 方便輪椅、手持柺杖或助行器之民眾靠近使用。
	2	至少有一台治療椅可調整座椅高低, 另該治療椅有一側保留空間, 方便輪椅、手持柺杖或助行器之民眾靠近使用。
	3	至少有一台治療椅可調整座椅高低椅背可傾立。

【其他項目】

項目	內容		檢核情形 (請打 V)
掛號/批價櫃檯	1	高度 65-80 公分以下，方便行動不便者靠近使用。	
	2	有協助掛號/批價機制。	
櫃台及進出動線	1	有明顯之引導標示。	
	2	有協助引導之人員。	
廁所	1	室內有設置廁所並符合無障礙標準，需留有通路、走廊淨寬至少 90 公分以上，可方便通往廁所。	
	2	室內有設置廁所並符合無障礙標準，需留有通路、走廊淨寬至少 75 公分以上，可方便通往廁所。	
	3	室內有設置廁所，診所有協助如廁機制。	
X 光檢查室	1	門淨寬至少 75 公分以上，迴轉空間至少 120 公分，方便輪椅使用者進出。	
	2	X 光機設備方便輪椅使用者使用。	

備註：

1. 名詞說明

- 「行動不便者」是指輪椅使用者、視覺障礙者、手持拐杖或助行器之民眾。
- 「廁所」的無障礙標準請參考「建築物無障礙設施設計規範 第五章」
- 「室內通路」是指通往各室內空間之路徑。

2. 本評量表主要以醫療院所內部空間設備為主，區分為「必要項目」、「其他項目」如下說明：

- 「必要項目」行動不便者能夠進入醫療院所且可接受診療。
- 「其他項目」符合必要項目之外，再增加其他無障礙空間。

3. 若醫療院所有願意規劃更完善的無障礙環境設施，建議參考「建築物無障礙設施設計規範」、「建築技術規則建築設計施工編 第十章無障礙建築物」、「既有公共建築物無障礙設施替代改善計畫作業程序及認定原則」。

4. 評量說明：不評分，以勾選項目內容，顯示院所醫療環境之提供情況。

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

醫療團申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段		<p>1-1 醫師想加入醫療團或成立新的醫療團。</p> <p>1-2 至保險人網站 (www.nhi.gov.tw) 下載本計畫全文且詳讀。</p> <p>2-1 無身心障礙相關課程六學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙相關課程六學分請直接執行 3-1 之步驟。</p> <p>2-2 向所屬牙醫師公會詢問是否於近期內有舉辦身心障礙相關課程，若無可請所屬公會協助詢問鄰近公會，或請公會辦理課程。</p> <p>3-1 向所屬公會洽詢，加入現有醫療團或者提出成立新的醫療團，將資料交由所屬公會彙整後行文至牙醫全聯會申請。(申請書及檢附資料詳本計畫內容)</p>
申請中段		<p>4-1 各縣市公會於每月 5 日前將申請資料寄至牙醫全聯會</p> <p>4-2 確定資料是否備齊，若缺件請縣市公會將資料補齊，並依補齊資料日期為申請日。</p> <p>5-1 醫療團負責人或各縣市公會代表須至牙醫全聯會進行口頭報告審核其資格。</p> <p>5-2 若通過，牙醫全聯會將名單送至保險人。若未通過依照其未通過之原因，若因學分不符請該公會通知該醫師待有學分後再次申請。若因遭違規處分或者執行醫療團地點未符合本計畫者，通知該公會告知審核結果。</p> <p>6-1 彙整通過者名單以公文方式提送保險人，經審核通過之名單，保險人分區業務組須主動提供副本給牙醫全聯會存查。</p>
申請完成		<p>7-1 申請醫療團之院所收到保險人回復函後其醫療團(醫師)可執行此計畫。(此計畫為年度計畫)</p> <p>7-2 執行計畫期間醫療團之醫師若遭違規處分，將停止該醫師執行計畫之資格。</p>

☆ 報備支援：各縣市牙醫師公會務必提醒執行醫療團之醫師，應事前完成向當地衛生主管機關報備支援至服務單位執行醫療之事宜。

【附件 8】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

牙醫醫療服務期末報告（醫療團）

_____年_____月_____日至_____年_____月_____（計畫執行期間）

一、醫療團/執行醫療服務地點名稱：

執行醫療服務地點報備支援代號：

*執行機構/特教學校/精神科醫院，人數：_____人

（*務必填寫現行機構/學校/醫院最新人數）

二、醫師人力

序號	醫師姓名	身分證字號	院所名稱	醫事機構代號

（表格不敷使用可自行增加欄位）

三、年度排班及執行成果

月份	排班 醫師數	總診次	總時數	總服務 人次	論次費用	論量費用	論次論量 費用小計
1月							
2月							
3月							
4月							
5月							
6月							
7月							
8月							
9月							
10月							
11月							
12月							
總計							

備註：資料統計來源-醫療團月報表。

四、本年度執行計畫之困難：

五、下年度延續執行計畫申請

(一)醫師人力

序號	醫師姓名	身分證字號	院所名稱	醫事機構代號	備註
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續

(表格不敷使用可自行增加欄位，醫療團新增醫師時，須由申請單位另外向牙醫全聯會函文提出申請。)

(二)下年度預定執行方式

- 1.全年執行人次目標
- 2.全年申報金額估算
- 3.治療計畫（如：執行醫療服務單位身心障礙者的口腔狀況改善情形）
- 4.維護計畫
- 5.口腔衛生計畫
- 6.經費評估
- 7.成效預估
- 8.機構醫療服務地點執行醫療服務單位的人數及服務診次
- 9.後送醫院（須為本計畫之進階照護院所）

(* 每年度結束後 20 日內繳交期末報告，並由醫療團所屬縣市公會彙整後，函送牙醫全聯會審核，審核通過後始得延續執行下年度之計畫資格。)

【附件 8-1】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

牙醫醫療服務期末報告（醫師個人）

____年____月 ~ ____月（計畫執行期間）

一、醫療團/執行醫療服務地點名稱：

二、醫師姓名：

三、年度每月執行情形

月份	總服務 診次	總服務 時數	總服務 人次	論次費用	論量費用	論次論量 費用小計
範例	2	6	10	14400	10550	24950
1 月						
2 月						
3 月						
4 月						
5 月						
6 月						
7 月						
8 月						
9 月						
10 月						
11 月						
12 月						
總計						

備註：資料統計來源-醫療團月報表；**請確實填寫，經查不實者，牙醫全聯會將移請
保險人暫停院所或醫師執行該計畫。

（填寫方式：以醫師為單位，1 個支援服務單位填寫 1 張，2 個支援服務單位
填寫 2 張，以此類推。）

醫療團執行牙科服務流程圖

階段	流程	A、醫療團負責部份	B、醫療服務單位負責部份
執行醫療服務前	<p>組織一醫療團至執行醫療服務單位</p> <p>每次出團前置作業</p> <p>醫療團事前準備 A-1 及 A-2 之各項事前工作</p> <p>機構、醫院或學校等，於事前須準備 B-1、B-2 及 B-3 之各項事前工作</p>	<p>A-1 每次至執行醫療服務單位前先準備妥善執行服務時所需之相關醫療器材及健保 IC 過卡相關之設備，屆時帶至機構、醫院或特殊教育學校。</p> <p>A-2 至提供醫療服務單位時，將相關醫療器材及健保 IC 過卡之相關設備於治療前皆先擺設及設定完成。</p>	<p>B-1 事前須匯集前往提供醫療服務單位中有醫療需求或必須回診之身心障礙人員名單。</p> <p>B-2 完成就診前準備工作，擬定看診名單。</p> <p>B-3 製作名冊、IC 卡、身心障礙手冊(證明)影本或若為發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書、屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本或其他事前文書準備工作。</p>
執行醫療服務中	<p>診療期間每位患者皆須由 A-3 至 A-7 的步驟。若無執行 A-7 之步驟，將無法申請健保費用。</p> <p>診療期間務必由熟悉看護、保育人員或教師陪同於患者旁邊(B-4 至 B-6)。</p>	<p>A-3 核視醫療需求病紀錄醫療紀錄單(檢查部分)。</p> <p>A-4 助手應協助醫師及負責人員安撫患者情緒，並完成治療。</p> <p>A-5 告知保育人員術後之注意事項及回診日期。</p> <p>A-6 完成醫療紀錄單之記載。</p> <p>A-7 健保 IC 卡寫入及開立收據。</p>	<p>B-4 機構、醫院、學校等單位責任：由熟悉看護或保育人員或教師等陪同就診並協助安撫病患情緒並告知醫師是否有特殊需求或特殊狀況及醫病史。</p> <p>B-5 協助醫師完成治療。</p> <p>B-6 接受醫師完成診療後之照護及術後之注意事項。</p>
執行醫療服務後	<p>醫療器械及健保 IC 過卡相關設備整理。</p> <p>依照 B-7 至 B-9 之步驟執行事後之工作。</p> <p>結束此次醫療團之服務。</p>	<p>A-8 醫療器械相關設備及健保 IC 過卡相關設備的整理。</p>	<p>B-7 護送身心障礙者返回教室或看護診場所。(不含特定需求者)</p> <p>B-8 場地整理及器械消毒。</p> <p>B-9 醫療廢棄物之處理。</p>

【附件 10】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

一式三聯 第一聯保險人之分區、第二聯送中華民國牙醫師公會全國聯合會、第三聯醫療院所自行留存

受理日期		受理編號								
醫事服務機構名稱		醫事服務機構代號								
序號	診治醫師	身分證字號	支付別	日期	地點	服務時數	診療人次	申請金額		
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
本頁小計										
總表	項目	申請次數	服務時數	診療人次	每時申請金額	申請金額總數				
	支付別									
	P30001									
	P30003									
總計										
負責醫師姓名：		<p>一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。</p> <p>二、支付別：</p> <p>1. 特定身心障礙者（含失能老人）P30001，每診次服務以 3 小時為限（不含休息、用餐時間）每小時 <u>2,400</u><u>3,000</u> 點（內含護理費，平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者，不得申請該小時費用）。</p> <p>2. 特定需求者 P30003：每診次服務以 3 小時為限（不含休息、用餐時間）每小時 <u>2,400</u><u>3,000</u> 點（內含護理費，平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者，不得申請該小時費用）；每 <u>日診達 54 人次以上，第 5 人起屬本項服務之論量點數按 6 折支付</u>，每日最多 <u>2 診</u> 8 人為限，且每月 <u>不超過以 80 人為限。另每一個案以 2 個月執行 1 次為原則。</u></p> <p>三、診療人次：填寫當次診療之人次。</p> <p>四、填寫時請依同一支付別集中申報，同一診治醫師亦應集中申報。本申請表應於次月二十日前連同門診醫療服務點數申報總表正本寄本保險之分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」。</p> <p style="text-align: right;">填表日期 年 月 日</p>								
醫事服務機構地址：										
電話：										
印信：										

【附件 11】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-牙醫醫療服務日報表

服務日期：

序號	障別代號	病患姓名	身分證字號	卡號	診察費	處置費	診治醫師
合計							

備註：障礙類別代號如下：

- A.腦性麻痺、B.智能障礙、C.自閉症、D.染色體異常、E.中度以上精神障礙、F.失智症、G.多重障、H.頑固性(難治型)癲癇、J.植物人、
 K.因罕見疾病而致身心功能障礙者、L.重度以上肢體障礙、M.重度以上視覺障礙者、N.發展遲緩兒、O.失能老人、P.重度以上重要器官失去功能者、Q.腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙、I.其他具身心障礙證明者。

【附件 12】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

(醫療服務單位) 就診紀錄

基本資料																	
姓名：				出生年月日：						監護人：							
地址：																	
醫病史 (MedialHistory)																	
父母：				相關證明影本黏貼處													
親屬：				備註：若為發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書影本、屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人, 公立或公設民營之老人福利機構)內之個案, 應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。													
本人：																	
特別注意事項：																	
牙醫病史																	
口腔發現 (oralfinding)																	
上顎：					55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求
下顎：					85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求
填表說明: D=Decayed、X=Missing、M=Mobility、RR=ResidualRoot、F=Filled																	

身心障礙福利機構（日間及住宿機構）口腔健康篩檢表

(一) 基本資料：					
姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
障礙程度	<input type="checkbox"/> 輕 度	<input type="checkbox"/> 中 度	<input type="checkbox"/> 重 度	<input type="checkbox"/> 極 重 度	
(二) 洗牙記錄：第一次： 月 日，第二次： 月 日，第三次： 月 日 註： 口腔照護支持服務評鑑標準需每年洗牙 2 次以上。					
(三) 檢查方式說明： 1: 牙菌斑平均值計算方式：全口分為 6 區，目視各區牙菌斑堆積狀況以「0」,代表無或微量；「1」表示目視可見牙菌斑。 牙菌斑平均值=牙菌斑統計總數/總區數(無牙區須扣除)。 2: 牙齦炎平均值計算方式：全口分為 6 區，目視各區牙齦炎狀況以「0」,代表無牙齦炎；「1」表示有牙齦發炎。 牙齦炎平均值=牙齦炎統計總數/總區數(無牙區須扣除)。 註： 口腔照護支持服務評鑑標準須牙菌斑平均值(Plaque Index Average) 及牙齦炎平均值(Gingival Index Average)皆在 0.5(含)以下。					
(四)檢查結果： (全口分為 6 區)					
1. 牙菌斑平均值=牙菌斑統計總數()/總區數(無牙區須扣除)()=()					
18 - 14	13 - 23	24 - 28			
48 - 44	43 - 33	34 - 38			
2. 牙齦炎平均值=牙齦炎統計總數()/總區數:無牙區須扣除()=()					
18 - 14	13 - 23	24 - 28			
48 - 44	43 - 33	34 - 38			
檢查醫師:			檢查日期: 年 月 日		

【附件 13】

全民健康保險 健保 IC 卡例外就醫名冊

院所名稱及代號：

看診醫師姓名：_____（簽章）

醫療團提供服務單位名稱：

日期： 年 月 日

就醫日期	姓名	身分證號	出生日期	地 址	聯絡電話	原因別	備註
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療	
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療	
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療	
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療	
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療	
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療	

*上述表格的「備註」欄位，務必詳細敘明無法過卡原因。

【附件 14】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫 醫療團院所之標示製作作業說明

一、適用對象

承作健保署牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之醫療團院所。

二、預算來源

1145 年中央健康保險署單位預算『健保業務-完善健保醫療費用總額及給付機制-提升保險服務成效計畫項下支應。

三、標示應包含下列內容

- 1.全民健保牙醫特殊醫療服務
- 2.全民健保標誌
- 3.醫療團地點及時間
- 4.主辦單位衛生福利部中央健康保險署
- 5.承作醫療院所名稱

四、標示製作內容及規格

(一) 下列標示物類型至少擇一標示，各類標示物規格及字體大小不得小於下列規範：

標示物類型	規格	標示內容及字體大小				
		全民健保標誌	全民健保牙醫特殊醫療服務	醫療團地點及時間	主辦單位:衛生福利部中央健康保險署	承作醫療院所名稱
海報	A2 (59.4×42cm)	高度:7 公分 寬度:7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt
立牌	60×160cm	高度:20 公分 寬度:20.3 公分	300 pt	160 pt	160 pt	160 pt
直立旗	60×150cm	高度:17 公分 寬度:17.2 公分	290 pt	160 pt	160 pt	160 pt
布條	60×300cm	高度:30 公分 寬度:30.4 公分	550 pt	180 pt	180 pt	180 pt
其他 (如看板等)	A2 (59.4×42cm)	高度:7 公分 寬度:7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt

(二) 各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

- 1.西醫：底色為淡黃色，字體為深藍色
- 2.中醫：底色為深紅色，字體為白色
- 3.牙醫：底色為淡藍色，字體為深藍色

五、支付原則及核銷方式

- 1.同一醫療院所同一計畫限申請一次本項費用，申請費用採實報實銷，上限為 5,000 元。
- 2.核銷文件：申請表(如附表)、原始支出憑證、標示物之照片及規格明細。
原始支出憑證依政府支出憑證處理要點規定辦理(支付機關名稱或買受機關名稱請註明衛生福利部中央健康保險署、統一編號請註明 08628407)。
- 3.標示製作費用請由醫療院所先行墊付，並於承作計畫起 1 個月內檢具核銷文件，向所轄保險人分區業務組申請核付(如係當年 12 月始承作計畫者，申請核銷期限為當年 12 月 10 日前)；經審查不符上述標示內容及規格者，不予支付。

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫醫療團院所

之標示製作費用申請表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期： 年 月 日

承作計畫名稱：

標示內容物：

海報

立牌

直立旗

布條

其他

核銷金額： 元

原始支出憑證黏貼處

承作醫療院所印信

【附件 15】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
首次訪視或首次提供居家牙醫醫療服務申請表

申請日期____年____月____日、序號：_____

病人基本資料	
姓名：	出生日期： 年 月 日 監護人：
申請項目： <input type="checkbox"/> 訪視 <input type="checkbox"/> 醫療服務 (可複選)	
身分證號：	連絡電話：
居住地址：	
障礙類別：	3 個月內是否有自行外出的能力： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
居家病人來源： <input type="checkbox"/> 居家西醫主治醫師評估連結 <input type="checkbox"/> 自行申請 <input type="checkbox"/> 醫院協助申請 <input type="checkbox"/> 其他	
病人申請資格：(請打勾)	
<input type="checkbox"/> 1.居家醫療照護整合計畫之病人。 <input type="checkbox"/> 2.出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人。 <input type="checkbox"/> 3.特定身心障礙病人，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。 <input type="checkbox"/> 4.「 失能老人 接受長期照顧服務補助申請及給付辦法」之補助對象，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。	
醫病史 (Medical History)	
父母：	相關證明影本(請附於後)
親屬：	備註：(1)居家醫療照護整合計畫之病人，應檢附 VPN 登錄收案資料、(2)出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，應檢附住院相關證明文件、(3)特定身心障礙者：應檢附身心障礙證明正反面影本、(4) 失能老人 ：須符合「 失能老人 長照個案接受長期照顧服務補助申請及給付辦法」補助對象，且出具各縣市長期照顧管理中心證明文件影本、(5)發展遲緩兒，應檢附健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書。
本人：	
病人主訴或其他注意事項：	
申請院所基本資料	
醫事機構名稱(全銜)：	
醫事機構代號：	
一、居家醫療服務之醫師及醫護人員聯絡資料：	
醫師姓名：	聯絡電話：
醫護人員姓名：	聯絡電話：
二、此次居家醫療病人，提供的醫療設備內容：【請詳述攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備(含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等)、急救藥品、開口器、生理監視器及攜帶式強力抽吸設備等，相關設備物品的名稱、數量、規格】	
三、若遇臨時緊急狀況或危急情形的後送醫療院所【檢附居家牙醫醫療與後送醫療院所地圖，並請說明兩者之間的距離及所需時間】	

【附件 16】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
口腔醫療需求評估及治療計畫-__年__月__日、序號：__

一式三聯 第一聯送保險人分區業務組、第二聯送中華民國牙醫師公會全國聯合會、第三聯醫療院所自行留存

基本資料																	
姓名：			出生日期： 年 月 日										監護人：				
居家病人來源： <input type="checkbox"/> 居家西醫主治醫師評估連結 <input type="checkbox"/> 自行申請 <input type="checkbox"/> 醫院協助申請 <input type="checkbox"/> 其他																	
居住地址：																	
醫病史 (Medical History)																	
父母：			相關證明影本(請附於後)														
親屬：			(1)居家醫療照護整合計畫之病人，應檢附 VPN 登錄收案資料、(2)出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，應檢附住院相關證明文件、(3)特定身心障礙者：應檢附身心障礙證明正反面影本、(4)失能老人：須符合「失能老人接受長期照顧服務申請及給付補助辦法」補助對象，且出具各縣市長期照顧管理中心證明文件影本、(5)發展遲緩兒，應檢附健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書。														
本人：																	
特別注意事項：																	
牙醫病史																	
以往治療內容簡述																	
上次施行治療項目：(1) <input type="checkbox"/> 牙周病緊急處理、(2) <input type="checkbox"/> 牙周敷料、(3)牙結石清除(<input type="checkbox"/> 全口或 <input type="checkbox"/> 局部)、(4) <input type="checkbox"/> 牙周暨齶齒控制基本處置、(5) <input type="checkbox"/> 塗氟、(6) <input type="checkbox"/> 非特定局部治療、(7) <input type="checkbox"/> 特定局部治療、(8) <input type="checkbox"/> 簡單性拔牙、(9) <input type="checkbox"/> 單面蛀牙填補																	
治療時間： 年 月 日																	
口腔現況																	
上顎：					55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求
下顎：					85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 填表說明：D=Decayed X=Missing M=Mobility RR=Residual Root F=Filled </div>																	

治療計畫

一、病人口腔醫療需求之現況及身體狀況為何？

二、擬訂口腔治療項目（請敘述處置內容√勾選）

（一） 牙周病緊急處理

（二） 牙周敷料

（三） 牙結石清除（全口或局部）

（四） 牙周暨齶齒控制基本處置(需併同牙結石清除執行)

（五） 塗氟(需併同牙結石清除執行)

（六） 非特定局部治療

（七） 特定局部治療

（八） 簡單性拔牙

（九） 單面蛀牙填補

（十） 其他：

（請填寫）

三、居家醫療服務之醫師及醫護人員聯絡資料：

醫師姓名：

聯絡電話：

醫護人員姓名：

聯絡電話：

四、此次居家醫療病人，提供的醫療設備內容：

【請詳述攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備（含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等）、急救藥品、開口器、生理監視器及攜帶式強力抽吸設備等，相關設備物品的名稱、數量、規格】

五、若遇臨時緊急狀況或危急情形的後送醫療院所，居家牙醫醫療與後送醫療院所兩者之間的距離及所需時間：

六、其他治療建議及口腔衛教的目標內容：

【附件 17】

居家牙醫醫療服務給付項目及支付標準

編號	診療項目	支付點數
P30006 <u>P30008</u>	牙醫師訪視費(次) <u>1.一般地區(次)</u> <u>2.山地離島及醫療資源不足地區(次)</u> 註： 1. 於收案前訪視病人評估是否符合居家牙醫醫療服務收案條件，得申報本項費用，同一牙醫師同一病人每年限申報一次。 2. 出院病人住院期間已接受同一牙醫師到院評估居家醫療照護需求(項目代碼 P5410C)，當次收案不得再申報此項費用。 3. 申報時應檢附「口腔醫療需求評估及治療計畫」，並詳述理由。	1553 <u>2051</u>
P30005 <u>P30009</u> P30007 <u>P30010</u> <u>P30011</u> <u>P30012</u>	居家牙醫醫療服務費(次) 1.病人清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上： - <u>一般地區(次)</u> - <u>山地離島及醫療資源不足地區(次)</u> 2.其他病人： - <u>一般地區(次)</u> - <u>山地離島及醫療資源不足地區(次)</u> <u>3.二個月內因口腔狀況不佳需再治療者：</u> - <u>一般地區(次)</u> - <u>山地離島及醫療資源不足地區 (次)</u> 註： 1. 居家牙醫醫療服務費所訂點數含口腔預防保健、護理、診療、處方、藥品、治療處置、治療材料、電子資料處理及行政作業成本等；本保險給付項目不得收取其他自費。 2. <u>申報 P30005、P30009、P30007、P30010 者：</u> <u>(1)每一病人以二個月執行一次為限，並依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定施行。</u> <u>(2)同一病人之牙醫師訪視費與居家牙醫醫療服務費，</u>	57006800 <u>8160</u> 38004500 <u>5400</u> <u>3400</u> <u>4080</u>

編號	診療項目	支付點數
	<p>不得同日申報。</p> <p><u>3. 申報P30011、P30012者：</u></p> <p><u>(1)應於 P30005、P30009、P30007、P30010 其中一項完成申報後，才得以申報。</u></p> <p><u>(2)每一病人以每年申報三次為限，並依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定施行。</u></p> <p><u>(3)限處置醫令 90004C、91001C、92066C、92071C。</u></p> <p><u>(4)申報時應檢附「口腔醫療需求評估及治療計畫」，並詳述治療內容。</u></p>	
P5410C	<p>評估出院病人居家醫療照護需求(次)</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 限醫院院外醫師、牙醫師或中醫師配合出院準備服務到院評估申報。 2. 同一病人每次住院之醫師、牙醫師、中醫師到院評估至多各申報1次。 3. 除牙醫師可自行評估收案之病人外，牙醫師、中醫師到院評估應經居家西醫主治醫師邀請，始得申報。 	1553

【附件 18】執行居家牙醫醫療服務流程圖

階段	流程	A、牙醫師負責部分	B、病人家屬負責部分
執行醫療服務——前	<p>受理居家牙醫醫療服務需求</p> <p>↓</p> <p>牙醫師至病人住家執行評估訪視或醫療服務</p> <p>↓</p> <p>每次出診前置作業</p> <p>↓</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> 牙醫師事前準備 A-1 至 A-4 之各項事前執行工作 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> 病人家屬於事前須準備 B-1 至 B-3 事前準備工作 </div> </div>	<p>A-1 受理符合收案條件之居家牙醫醫療服務需求。</p> <p>A-2 提出居家評估訪視或醫療服務之申請。</p> <p>A-3 居家牙醫醫療訪視服務經牙醫全聯會核可後執行。</p> <p>A-4 事前聯繫病人家屬確實了解病人就醫前的身體狀況。</p> <p>A-5 至病人住家時，應事前備妥執行相關醫療設備器材架設擺放。</p>	<p>B-1 因病人身體狀況無法配合進行治療，應事前聯繫告知排定訪視之牙醫師。</p> <p>B-2 若牙醫師有執行侵入性治療行為，請病人家屬或監護人，務必於治療前簽署書面同意書，以利牙醫師為病人進行醫療服務。</p> <p>B-3 家屬責任：由家屬陪同就診並協助安撫病人情緒，事前告知牙醫師病人是否有特殊需求或特殊狀況及醫病史等。</p>
執行醫療服務——中	<p>每一居家病人之牙醫醫療服務皆須符合 A-1 至 A-10 之步驟。若無執行 A-9 之步驟將無法申請健保費用。</p> <p>診療期間務必由家屬、熟悉看護、陪同病人就診(B-4 至 B-5)。</p>	<p>A-6 視醫療需求詳實記載。</p> <p>A-7 陪同醫護人員協助牙醫師安撫病人情緒，完成治療。</p> <p>A-8 醫療服務應事前明確告知家屬治療過程內容或術後注意事項及下次回診日期。</p> <p>A-9 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。</p> <p>A-10 牙醫師應於診療期間注意病人生理及心理狀況；若遇臨時緊急狀況或危急情形應立刻由後送院所接手辦理。</p> <p>註：若有侵入性治療時，務必於事前取得病人家屬或監護人書面同意書。</p>	<p>B-4 協助牙醫師完成治療</p> <p>B-5 接受牙醫師完成診療後之照護及術後說明應注意事項。</p>
執行醫療服務——後	<p>醫療器械設備及健保卡等作業</p> <p>↓</p> <p>依照 B-6 至 B-7 步驟行事後工作</p> <p>↓</p> <p>結束居家牙醫醫療服務</p>	<p>A-11 醫療相關設備維護、清潔保養及廢棄物清除等，由牙醫師自行妥善處理。</p> <p>A-12 教導家屬為病人清潔口腔衛教知識。</p>	<p>B-6 家屬應學習如何為病人做清潔口腔的知識。</p> <p>B-7 家屬應於平時固定為病人做口腔清潔，以維持口腔衛生。</p>

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

第二節 符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費

通則：

- 一、申報本節各項門診診察費者，不得同時申報本章第一節「一般牙科門診診察費」，惟00304C除外。
- 二、牙醫特約醫事服務機構須依「牙醫門診加強感染管制實施方案」申報本節各項目。
- 三、初次申報本節各項目時，須檢附「牙醫院所感染管制SOP作業考評表」備查。

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
	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費					
	1.每位醫師每日門診量在二十人次以下部份(≤20)					
00305C	—處方交付特約藥局調劑	√	√	√	√	362 378
00306C	—未開處方或處方由本院所自行調劑	√	√	√	√	362 378
	2.每位醫師每日門診量超過二十人次部分(>20)					
00307C	—處方交付特約藥局調劑	√	√	√	√	162 178
00308C	—未開處方或處方由本院所自行調劑	√	√	√	√	162 178
	3.山地離島地區(包含「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」山地離島地區之門診及巡迴案件)					
00309C	—處方交付特約藥局調劑	√	√	√	√	392 408
00310C	—未開處方或處方由本院所自行調劑	√	√	√	√	392 408
	註：					
	1.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。					
	2.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。					
	3.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑。					
	4.本項支付點數含護理費32點至43點。					
00318C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之自閉症、失智症及極重度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	√	√	√	√	762 778

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
00311C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之重度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	v	v	v	v	662 678
00312C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之中度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	v	v	v	v	562 578
00313C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之中度以上精神疾病病人診察費 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.限精神疾病及思覺失調症之病人。	v	v	v	v	462 478
00314C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之輕度特定身心障礙者(非精神疾病)及失能老人診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	v	v	v	v	462 478
00315C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之環口全景 X 光片診察 註： 1.係指病人在該院所從未執行本項診察或01271C，或三年以上未就診，且該病人基於醫師之專業判斷，有施行環口全景X光片診察之需要，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2.申報時應檢附Panoramic radiography環口全景X光片攝影。 3.同次診察內含34001C至34004C之X光費用，不得另行申報。 4.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒外，應記載X光片呈現之診斷與發現。 5.本項與01271C三年內限擇一申報一次，申報本項一年內不得申報01272C、01273C、00316C、00317C。	v	v	v	v	642 658
00316C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之年度 X 光片診察 註： 1.係指病人間隔一年以上未就診或二年以上未執行本項，且經醫師專業判斷疑有鄰接面齶齒或疑似牙周炎者，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。	v	v	v	v	642 658

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
	2.申報時應檢附雙側咬翼片Bite-Wing(後牙) 及至少二張根尖周X光攝影(前牙)或至少四張根尖周X光片 (不同部位, 後牙優先)。 3.同次診察內含34001C至34004C之X光費用, 不得另行申報。 4.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒以及鄰接面齶齒齒位及部位外, 應記載X光片呈現之診斷與發現。 5.申報本項一年內不得申報01271C、01272C、01273C、00315C、00317C。					
00317C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之高齶齒罹患率族群年度 X 光片診察 註： 1.適應症係指一年以上未執行本項, 且符合高齶齒罹患率的族群者, 經醫師專業判斷有執行X光片診察需要者, 醫師可於病人之主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2.申報時應檢附雙側咬翼片Bite-Wing (後牙) 及至少二張根尖周X光攝影 (前牙)。 3.高齶齒罹患率的族群為： (1)化療、放射線治療病人。 (2)中風病人。 (3)自體免疫疾病病人。 (4)糖尿病病人。 (5)心血管疾病病人。 (6)巴金氏症Parkinson's disease。 (7)透析治療(洗腎)病人。 (8)經醫師專業判斷為高齶齒罹患率族群者。(須詳細註明原因) 4.同次診察內含34001C至34004C之X光費用, 不得另行申報。 5.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒以及鄰接面齶齒齒位及部位外, 應記載X光片呈現之診斷與發現。 6.申報本項一年內不得申報01271C、01272C、01273C、00315C、00316C。	v	v	v	v	642658

第三章 牙科處置及手術 Dental Treatment & operation

通則：本章除第四節第三項開刀房手術各項目外，餘各項目之點數均包括牙科材料費在內。

第一節 牙體復形 Operative Dentistry (89001-89015，89088，89101-89115)

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
89011C	玻璃離子體充填 Glass ionomer cement restoration 註： 1.同類牙申報玻璃離子體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，89204C～89205C，89208C～89210C，89212C，89214C～89215C)費用，以同一院所為限。 2. <u>若為牙醫醫療資源不足地區執行之巡迴醫療，乳牙治療以半年一次為限。</u> 3.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	400

第二節 根管治療 Endodontics (90001-90020, 90088, 90091-90098, 90112, P7303)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
90001C	恆牙根管治療（單根） Endodontic treatment of a permanent tooth with single root canal	v	v	v	v	1240
90002C	恆牙根管治療（雙根） Endodontic treatment of a permanent tooth with two root canals	v	v	v	v	2440
90003C	恆牙根管治療（三根） Endodontic treatment of a permanent tooth with three root canals	v	v	v	v	4290 4530
90019C	恆牙根管治療（四根） Endodontic treatment of a permanent tooth with four root canals	v	v	v	v	5720 6000
90020C	恆牙根管治療（五根(含)以上） Endodontic treatment of a permanent tooth with five(and above) root canals 註： 1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、斷髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。 2.本項目於全部治療過程完畢併加90015C專案申報；如未完成，改以90015C申報。（期間限申報一次診療費） 3.申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核；「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象無法配合照射X光片不在此限。 4.六十天之同一牙位重新治療為同一療程。 5.如同牙位九十天內重覆申報90001C、90002C、90003C、90019C、90020C者，則以支付點數最高者支付。	v	v	v	v	7130 7500
90004C	齒內治療緊急處理 Management of endodontic emergencies 註： 1.需記載具體處置內容。 2.此項不得申請轉診加成。	v	v	v	v	150 300

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001-92073，92088-92100，92129-92132，92161)

第一項 處置

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
92043C	顳顎關節脫臼整復 Closed reduction of TMJ dislocation — 無固定 Without fixation 註： <u>1.年度第一次可申報此項，第二次後只限申報92001C。</u> <u>2.本項目局部麻醉費用已內含。</u>	v	v	v	v	340
92044B	顳顎關節脫臼整復 — 有固定 <u>Closed reduction of TMJ dislocation</u> <u>— 有固定 With fixation</u> 註： 1.申報費用應檢附手術紀錄。 2.本項目局部麻醉費用已內含。		v	v	v	2040

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
92093B	<p>牙醫急症處置-每次門診限申報一次 Management of dental emergencies</p> <p>註： 1.適應症：</p> <p>(1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(ICD-10-CM： K03.81, K04.1, K04.99, K05.0, K05.2)。 -ICD-10-CM(2023年版)：K03.81, K04.01, K04.02, K04.1- K04.99, K05.0-, K05.2-(自一百十四年一月一日起適用) M27.2, J01.00。</p> <p>(2)外傷導致之牙齒斷裂(ICD-10-CM：S02.5-、S02.2-、 S02.3-、S02.4-、S02.6-、S02.8-)。</p> <p>(3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(ICD-10-CM：K91.840)。 -ICD-10-CM(2023年版)：K91.840, K91.870, K91.872 (自 一百十四年一月一日起適用)。</p> <p>(4)下顎關節脫臼(ICD-10-CM：S03.0-)。</p> <p>(5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(ICD-10-CM：K12.2, L03.221, L02.01, L03.211, L03.212, L03.90)。</p> <p>(6)口腔及顏面撕裂傷、顏面骨折(ICD-10-CM：S01.4-、 S01.5-、S02.92XA、S09.93XA)。</p> <p>2.進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、齒內治 療緊急處理、牙周緊急處理、止血。</p> <p>3.需檢附檢傷分類等級、生命徵象(血壓、心跳速率、呼吸速 率)與意識狀況(Glasgow coma score)等護理紀錄。</p> <p>4.不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、 92012C、92043C、92066C、92071C、92094C、92096C。</p>		V	V	V	1500 3000

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
92094C	<p>週六、日及國定假日牙醫門診急症處置疼痛緊急處理-每次門診限申報一次</p> <p>Management of dental emergencies on Saturdays, Sundays or in the national holidays</p> <p><u>Dental urgent management on Saturdays</u></p> <p>註：</p> <p>1. 限週六、日及國定假日申報，國定假日日期認定同附表3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原則。</p> <p>2. 當月看診天數需於二十六日以內，超過二十六日則本項不予支付(排除當天執行院所外醫療服務之天數)。</p> <p>3. 院所需於前一個月於健保資訊網服務系統(VPN)完成當月門診時間及專款計畫(方案)之外展點時間登錄，始得申報本項目。(前一個月完成次月看診時段之登錄，若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。)</p> <p>4. 適應症：</p> <p>(1) 顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者無法自我緩解(ICD-10-CM：K03.81, K04.1-K04.99, K05.0, K05.2)。</p> <p>-ICD-10-CM(2023年版)：K03.81, K04.01, K04.02, K04.1-K04.99, K05.0-, K05.2-(自一百十四年一月一日起適用)。</p> <p><u>M27.2, J01.00。</u></p> <p>(2) 外傷導致之牙齒斷裂(ICD-10-CM：S02.5-<u>S02.2-、S02.3-、S02.4-、S02.6-、S02.8-</u>)。</p> <p>(3) <u>牙齒龜裂、補綴物脫落或斷裂影響咀嚼進食者。</u></p> <p>(34)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(ICD-10-CM：K91.840)-</p> <p>-ICD-10-CM(2023年版)：K91.840, K91.870, K91.872(自一百十四年一月一日起適用)。</p> <p>(45) 下顎關節脫臼(ICD-10-CM：S03.0-)。</p> <p>(56) 顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(ICD-10-CM：K12.2, L03.221, L02.01, L03.211, L03.212, <u>L03.90</u>)。</p> <p>(67) 口腔及顏面撕裂傷、<u>顏面骨折</u>(ICD-10-CM：S01.4-, S01.5-, <u>S09.93XA, S02.92XA</u>)。</p> <p>(8) <u>軟組織潰瘍，疼痛無法自行緩解者。</u></p> <p>53. 進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、止血。</p> <p>64. 不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、92093B、92096C、且同象限、同牙位不得同時與其他非緊急處置醫令合併申報(96001C、90088C、91088C、92088C、P3601C除外)。</p>	v	v	v	v	800

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
92113C	<p><u>週日及國定假日牙醫門診處理-每次門診限申報一次</u> <u>Dental urgent management on Sundays or in the national holidays</u> <u>註：</u> 1.國定假日日期認定同附表3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原則。 2.院所需於前一個月於健保資訊網服務系統(VPN)完成當月門診時間及專款計畫(方案)之外展點時間登錄，始得申報本項目。(前一個月完成次月看診時段之登錄，若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。)</p>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>800</u>

附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則

一、實施範圍定義：

(一)醫療費用

1. 申報之總醫療費用點數(含部分負擔)。
2. 下列項目費用，不列入計算：
 - (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。
 - (2)支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。
 - (3)案件分類為14、16等專款專用之試辦計畫項目。
 - (4)案件分類為19—牙周病統合治療第一階段支付(91021C)、牙周病統合治療第二階段支付(91022C)、牙周病統合治療第三階段支付(91023C)。
 - (5)案件分類為19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。
 - (6)案件分類為19—特殊治療項目代號為「JA」、~~或~~「JB」或「JV」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。
 - (7)案件分類為A3—牙齒預防保健案件。
 - (8)案件分類為B6—職災代辦案件。
 - (9)案件分類為19—定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)、非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)。
 - (10)案件分類為19—口腔黏膜難症特別處置(92073C)。
 - (11)案件分類為B7—行政協助門診戒菸部分。
 - (12)加成之點數。
 - (13)初診診察費差額。
 - (14)加強感染管制實施方案診察費差額。
 - (15)山地離島診察費差額。
 - (16)牙醫急診診察費差額。
 - (17)特定牙周保存治療(91015C、91016C、91091C)、牙周病支持性治療(91018C)。
 - (18)糖尿病病人牙結石清除-全口(91089C)。
 - (19)~~唾液腺摘取術(每部位)(92161B)~~、超音波根管沖洗(P7303C)。
 - (20)青少年齲齒控制照護處置(P7101C)、青少年齲齒氟化物治療(P7102C)。
 - (21)特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)。
 - (22)高風險疾病口腔照護計畫：
 - A.高風險疾病病人牙結石清除-全口(91090C)。
 - B.齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)。
 - C.高風險疾病病人複雜性複合體充填診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)每項支付點數差額400點。

(二)適用鄉鎮：

- 1.臺北市、原臺灣省轄內之臺中市、原直轄市之高雄市(不含旗津區)。
- 2.該鄉鎮市區(縣轄市)戶籍人口數大於十萬且人口密度大於四千人/平方公里。
- 3.保險人每年依上開條件公告適用鄉鎮(區)名單。

註：

- 1.臺北市【松山區、信義區、大安區、中山區、中正區、大同區、萬華區、文

山區、南港區、內湖區、士林區、北投區】

2.臺中市【中區、東區、南區、西區、北區、西屯區、南屯區、北屯區】

3.高雄市【楠梓區、左營區、鼓山區、三民區、苓雅區、新興區、前金區、鹽埕區、前鎮區、小港區】

4.鄉鎮市區人口數以內政部統計為準。

(三)前述適用鄉鎮牙醫師如有以下各項情形之一，不適用本原則之折付方式：

1.該分區已結算之最近四季浮動點值之平均值超過 1.05 元，則該年度該分區專任牙醫師不適用本原則之折付。

2.專科醫師。

3.該鄉鎮市區只有一位之專任牙醫師。

4.除第 1 項至第 3 項所列以外之山地離島地區牙醫師如有特殊情況，得向總額受託單位提出申請，並經牙醫門診總額研商議事會議同意者。

註：(三)第 2 項專科醫師，係中華民國牙醫師公會全國聯合會按季提供之轉診加成醫師名單之醫師；牙醫師以同期保險人醫院及基層院所牙醫師數統計為準；第 1 項、第 3 項每年公告一次名單。

二、折付方式：以醫師為單位計算各院所各醫師合計折付點數上限，並與院所審查核付點數比較，計算實際核付點數

(一)先計算每位醫師每月申報醫療費用(=申報總醫療點數(含部分負擔)-排除項目費用點數)，點數在五十五萬點以下時維持原費用點數，超過五十五萬點時，則按下列分級予以折付：在五十五-六十五萬點部分乘以 0.78，在六十五-七十五萬點部分乘以 0.39，在七十五萬點以上部分乘以 0.10 之方式，計算當月該醫師折付上限總點數。

註 1：各醫師每月申報費用之計算，係於每月底針對已受理並完成轉檔之資料，啟動全國醫師別總費用歸戶，將各院所申報上月費用及當月補送上月以前之補報費用中該醫師申報之點數加計。因故上月執業費用於次月以後申報者(限發生年月費用未曾申報者)，追溯計算費用發生年月該醫師於其他院所執業費用之點數，並按規定加計折算費用，原已完成歸戶計算費用之院所則不予追扣或補付費用。

註 2：全國醫師別總費用歸戶後，申報醫師 ID 檢核錯誤及醫師以 A 報 B 者均不予支付，且不得申復，但重大行政或系統問題所致者，由保險人衡酌處理，且同院所一年不得超過一次。

(二)前開醫師折付上限總點數，按該醫師在多處院所申報醫療費用比例，計算該醫師在某院所之折付上限點數。

(三)計算各院所各醫師合計折付點數上限(=所有醫師折付上限點數合計+排除項目費用點數)。嗣後，該院所審查核付點數如大於折付點數上限，按折付點數上限核給費用；如小於折付點數上限，則按核付點數核給費用。

三、核付院所費用後，若有申復，致使審查補付點數加原核定點數大於折付點數上限時，以折付點數上限為給付限額。

114115 年度全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案

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辦理。

貳、目的：反映基層護理人員薪資，提升護理照護品質。

參、實施期間：114115 年 1 月 1 日至 114115 年 12 月 31 日。

肆、預算來源：114115 年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務

「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」預算 6.593 億，以及 112 年、113 年、114 年同項預算(基期)，共 19.77926.372 億元。

伍、獎勵條件：聘有護理人員且有調升其薪資之西醫基層診所。

一、診所及護理人員資格：113114 年 12 月底前開業之全民健康保險(以下稱本保險)特約西醫基層診所(不含 114115 年新開業診所)，不限公、私立醫療機構，且需至少一名護理人員當月執業登記於該診所；護理人員依護理人員法第 2 條所稱護理師及護士，且依當月所有執業登記之西醫基層診所為認定。

二、護理人員調薪幅度之認定標準：

(一)薪資認定：

1、依護理人員當月本保險「投保金額」進行認定。各診所調升護理人員薪資後，應於調升薪資當月向本保險保險人(以下稱保險人)各分區業務組辦理投保金額調整事宜。

2、本方案公告當月前(含當月)完成 114115 年投保金額調薪申請，調薪月份自 114115 年 1 月起至公告當月計算；方案公告後，次月起調薪投保金額以生效年月認定。

(二)須依衛生福利部公告 各-115 年度「全民健康保險投保金額分級表」，護理人員當月投保金額須較 113114 年 12 月薪資調升幅度增加本保險投保金額至少一投保等級且不得低於第四投保等級 (31,80033,300 元)，且符合下列標準予以獎勵：

1、115 年：以及診所當月調升聘用護理人員達半數以上者，予以獎勵。

2、116 年：

- (1) 當月聘有 4 位以下護理人員：調升全數護理人員薪資。
- (2) 當月聘有 5 至 10 位護理人員：調升 90%以上護理人員薪資。
- (3) 當月聘有 11 位以上護理人員：調升 80%以上護理人員薪資。

(三)前項之計算採無條件進位，新聘之護理人員認列為調升薪資之護理人員，惟投保金額不得低於~~第四投保等級~~33,300 元。

註：~~113 年及~~114 年、115 年投保金額於 ~~30,300~~31,800 元以下者，應調升至 ~~114~~115 年投保金額分級表之第四投保等級(月投保金額 ~~31,800~~33,300 元，即相當最低基本工資的 1.1 倍)，其他「月投保金額(含 33,300 元~~第四投保等級~~)」應增加至少一投保等級。

陸、獎勵方式及核發原則

一、反映護理人員薪資調升之門診診察費加計獎勵

(一)獎勵方式：

- 1、符合獎勵條件之診所，依該診所申報第一段門診量內 1 至 30 人次門診診察費之案件，加計獎勵 2440 點。
- 2、前項門診診察費醫令代碼範圍：00109C、00110C、00197C、00199C、00158C、00159C、00230C、00232C、00234C、00236C、00168C、00169C、~~00238C、00240C、00242C、00244C、00184C、00185C~~、P57001、P57002。

(二)核發方式：

- 1、本項獎勵費用由保險人每季依各診所每月申報門診診察費案件勾稽實際調薪情形，計算加計點數，以每點 1 元暫付。
- 2、診所於方案公告當月前(含當月)符合調薪認定標準，114~~115~~ 年 1 月起至公告當月皆認定為符合本項獎勵條件。

(三)點值結算：114~~115~~ 年預算(含 112-~~113~~114 年基期，計 ~~19.779~~26.372 億元)按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘，則留用至下季；若預算不足時，採浮動點值計算。

二、**提升護理照護品質獎勵金**：前項結算後仍有結餘，診所護理人員調薪人數符合本方案 ~~114 年、113 年、112 年~~標準，依診所調升護理人員薪資人月占率核發獎勵金，並於 ~~115~~116 年 3 月底前完成撥付。

柒、審查方式

一、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、本方案每季撥付獎勵款項後，診所如有資料修正需求，須於款項撥付日起1個月內，向保險人各分區業務組提出申請並提具佐證資料，經審核通過後，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。

捌、方案管理機制

- 一、保險人負責本方案之研訂與修正，及計算獎勵金額度。
- 二、保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之核發資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行方案。

玖、年度執行目標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達 8085%。

分子：調升護理人員薪資幅度達標準之診所家數（含新聘護理人員，且每家診所須調升半數以上護理人員數，不足一名以一名計算）。

分母：聘有護理人員之診所家數。

玖、評估指標及稽核機制

- 一、評估指標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資幅度達標準之比率。
- 二、稽核機制：每月勾稽每家基層診所須調升半數以上護理人員薪資達本保險投保金額次一投保等級，且不得低於 第四投保等級33,300元。

壹拾、方案修正程序

本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會及中華民國護理師護士公會全國聯合會共同研訂後，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，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

~~113~~年度全民健康保險西醫基層提升心肺疾病復健照護品質計畫

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)台灣推行心臟疾病病人品質提升計畫及急性後期整合照護計畫(Post-acute Care, PAC)等多年，在住院期間接受心肺復健治療已經是相當普遍，但病人出院後繼續門診復健治療比例相當低(低於15%)，主要原因在於病人出院後的門診心肺復健可近性不佳，心肺復健業務對基層復健診所而言，因設備及專業人力需求更高且具專業風險性導致誘因不足，而無法執行該項治療。
- (二)為使心肺疾病患者出院後能至社區復健門診接受後續心肺復健治療，並提升其心肺復健治療效果，本計畫冀能促進出院患者留於社區，藉由社區之基層復健診所協助該患者規劃心肺復健及健康管理，並提供心肺功能訓練，於療程結束後評估心肺復健成效。

~~三、實施期間：113年1月1日至113年12月31日。~~

~~四三~~、預算來源：~~113~~年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中「提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬pay for value計畫」專款項目下支應。

~~五四~~、年度執行目標：

- (一)預估收案人數：250人。
- (二)短期目標：逐年提升出院後至基層執行心肺復健比率，基層心肺復健人數超過170人(預定收案的七成)，全國基層參與心肺疾病照護品質計畫達到21家，心肺功能有意義的改善達成率70%。

※註：

心肺功能有意義的改善定義如下：心肺運動功能測試(Cardiopulmonary Exercise Testing, CPET)最大耗氧量進步 25%，或六分鐘行走距離增加 25%或 100 公尺。

- (三)長期目標：目前全國心肺復健執行率全數只在醫院端且只有6.7%-15%，以南韓(36%)為整體院所之收案目標，以提升國人心肺功能及降低心血管風險。

~~六五~~、診所申請資格及審查程序：

(一)申請資格：

1.診所資格：本保險特約西醫診所，須組成團隊附上至少兩職類(含)以上之各職類名單、證書並且採取團隊方式提供相關服務，此特約診所須已具備申報 42019C或 43031C資格。

註：申報 42019C或 43031C資格為(1)復健科專科醫師開設之基層院所。(2)聘有專任復健專科醫師之基層院所且由復健專科(含專任及支援)醫師所開立之處方。

2.醫師資格：具有復健科專科醫師資格，並取得復健醫學會主辦之西醫基層提升心肺疾病復健照護品質計畫訓練課程 4 學分。

3.執行復健治療專業之醫事人員：係指診所內之物理治療師、職能治療師、呼吸治療師及護理師等醫事人員，需具備急救人員資格。

4.申請參與本計畫之保險醫事服務機構及醫師：須二年內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，且經全民健康保險保險人(以下稱保險人)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供本計畫服務之成效，另予考量。

(二)申請程序：符合前述各項資格之特約西醫診所，自公告日起向保險人分區業務組提出參與計畫申請書(附件1)。經保險人分區業務組資格審核同意後，始可參與本計畫。

七六、收案條件：

(一)收案對象：個案符合心肺功能不良仍在積極治療期且具有復健潛能病人。心肺功能不良之定義：患有急性心肺疾病(ICD-10-CM認定，詳附件2)，且符合下列條件之一者：

- 1.最大耗氧量<5METs。
2. VO₂peak <73%年紀性別預測值。
- 3.六分鐘步行測試<500公尺。

(二)收案來源

1.醫院轉診：

(1)屬醫院轉診急性心肺疾病出院病人且獲執行本計畫診所接受者，醫院及診所須申報轉診相關支付標準(01034B或 01035B、01038C)。

(2)診所收案時須檢附轉出醫院之心肺運動功能測試(CPET)報告(附件 3)、運動處方建議及病歷摘要(或診斷書)。

2.參與診所自行收案：收案時，須檢附心肺運動功能測試(CPET)報告(附件 3)及病歷摘要(或診斷書)。

3.收案時，須一個月內於健保資訊網服務系統 (VPN)登錄收案個案相關資料(附件 4)。

九七、結案條件：收案對象有下列情事之一者，於發生日起終止收案。

(一)死亡。

(二)病情變化無法繼續接受本計畫。

(三)失聯 \geq 3個月。

(四)持續接受心肺復健達最高上限36次。

(五)病人心肺運動功能有意義改善(最大耗氧量進步25%，或6分鐘步行測試距離增加25%或100公尺)。

九八、給付項目及支付標準：

(一)給付項目及支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P7601P	心肺疾病患者復健整合治療費 註： 1.支付規範：每人每日限申報一次，收案期間限申報 36 次，每次治療時間合計超過 1 小時。 2.服務內容：執行心肺危險因子調整改善(生活型態改變、飲食、運動原則之指導)及PTC5.心肺功能訓練(含呼吸訓練及有氧功能訓練)且須包含下列治療項目三項(含)以上： (1)42019C物理治療-複雜治療項目： PTC 2.平衡訓練 Balance training PTC 4.等速肌力訓練 Isokinetic training PTC 6.行走訓練 Ambulation training	1000

編號	診療項目	支付點數
	<p>PTM 5.被動性關節運動 Passive R.O.M.</p> <p>PTM 7.運動治療 Therapeutic Exs.</p> <p>PTM 9.肌力訓練 Strengthening Tx</p> <p>PTM 10.耐力訓練 Endurance training</p> <p>PTM 13.姿態訓練 Posture training (含步態訓練及姿勢訓練)</p> <p>PTS 11.低能雷射治療 Low power laser</p> <p>PTS 2.治療性冷/熱敷 Hot/cold pack</p> <p>(2)43031C職能治療-複雜治療項目：</p> <p>OT 1.姿態訓練</p> <p>OT 3.坐站平衡訓練</p> <p>OT 4.移位訓練</p> <p>OT 5.日常生活訓練</p> <p>OT 7.運動知覺訓練</p> <p>OT 8.上肢(下肢)功能訓練</p> <p>OT 12.知覺認知訓練)</p> <p>(3)其他：47041C、47045C或第二部第二章第六節呼吸治療處置。</p> <p>3.收案須檢附心肺運動功能評估報告(附件 3)。</p> <p>4.不得同時申報診療項目 42019C、43031C。</p>	
P7602P	<p>心肺復健治療評估</p> <p>註：</p> <p>1.每人限申報 3 次。</p> <p>2.第二次、第三次：個案心肺運動功能評估報告中，符合休息血壓及心跳下降，或自覺疲勞指數改善 1 分以上或六分鐘步行測試距離進步>20 公尺以上。</p> <p>3.第二次限執行復健整合治療費至少 12 次後申報，第三次為執行復健整合治療費 36 次或符合結案條件後申報。</p> <p>4.申報須檢附附件 3：</p> <p>(1)第一次：心肺運動功能測試(CPET)報告、西醫診所心肺功能評估表。</p> <p>(2)第二次、第三次：西醫診所心肺功能評估表。</p>	300
PXXXXP	<p>心肺復健患者復健整合治療費合併共病症治療(簡單)</p> <p>註：</p>	1320

編號	診療項目	支付點數
	1. 支付規範：每人每日限一次，收案期間限 36 次。 2. 服務內容：需提供心肺復健整合治療+任一共病治療(物理/職能/語言治療)。 3. 收案須檢附心肺運動功能評估報告(附件 3)。 4. 不得同時申報診療項目 42019C、43031C。	
PXXXXP	心肺復健患者復健整合治療費合併共病症治療(中度) 註： 1. 支付規範：每人每日限一次，收案期間限 36 次。 2. 服務內容：需提供心肺復健整合治療+兩種共病治療(物理/職能/語言治療)。 3. 收案須檢附心肺運動功能評估報告(附件 3)。 4. 不得同時申報診療項目 42019C、43031C。	1640
PXXXXP	心肺復健患者復健整合治療費合併共病症治療(複雜) 註： 1. 支付規範：每人每日限一次，收案期間限 36 次。 2. 服務內容：需提供心肺復健整合治療+三種共病治療(物理/職能/語言治療)。 3. 收案須檢附心肺運動功能評估報告(附件 3)。 4. 不得同時申報診療項目 42019C、43031C。	1960

(二)品質獎勵費：~~每個案每年度獎勵500點。~~

1.獎勵條件：~~診所收案人數至少 10 位，且收案對象之心肺運動功能改善達到正常標準者。~~

2.心肺運動功能改善達到正常標準，~~60 歲以上病人須符合下列條件之一，未滿 60 歲者須符合下列 3 項條件：~~

~~(1)1.最大耗氧量：>5 METS。~~

(1) >4METS 或進步幅度>10%，獎勵 300 點。

(2) >5METS 或進步幅度>20%，獎勵 500 點。

(3) >6METS 或進步幅度>30%，獎勵 700 點。

~~(2)VO₂peak>73%年紀性別預測值。~~

~~(3)2.六分鐘步行測試：>500 公尺以上。~~

(1) >400 公尺或進步幅度>10%，獎勵 300 點。

(2) >500 公尺或進步幅度>20%，獎勵 500 點。

(3) >600 公尺或進步幅度>30%，獎勵 700 點。

十九、醫療費用申報、審查及點值結算：

- (一)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)本計畫之診療項目不得於其他計畫重複申報，例如全民健康保險急性後期整合照護計畫。
- (三)本計畫醫療費用點數申報格式：
 - 1.案件分類：請填報「E1(論質計酬計畫)」。
 - 2.特定治療項目代號(一)：請填報HK。
- (四)點值結算：本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則留用至下季；當季預算不足時，則採浮動點值結算。

十、退場機制

- (一)參與本計畫之特約西醫診所，未依所提計畫提供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，或經保險人審查發現登載不實者，登錄之檢查之任一病人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)參與本計畫之特約西醫診所及醫師，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。

十一、特約西醫診所如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，有異議者，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。

十三二、計畫管理機制

- (一)保險人負責本計畫之研訂與修正。
- (二)保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行計畫。

十四三、計畫施行評估指標：

- (一)病人疾病復發率(包括再住院或再急診)： $<30\%$

定義：收案 6 個月內病人因相同疾病再就診率 $<30\%$ 。

分子：門診治療過程中病人因急性心肺事件(再次心肌梗塞、心衰竭、肺阻塞發作、肺炎等)而急診或住院的人數。

分母：計畫總收案人數。

- (二)有意義的心肺功能改善比率： $>70\%$

定義：CPET ($VO_2\text{peak}$ 最大耗氧量或無氧代謝閥值耗氧量 $VO_2\text{AT}$)較首次進步改善 25%或 6 分鐘步行測試進步 25%或 100 公尺以上

分子：達到有意義的心肺功能改善之病人總數

分母：所有接受此計畫下的門診心肺復健總人數

※註：六分鐘步行之正常數值為 500 公尺以上，未達 300 公尺為高風險。

~~十五、新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。~~

十六四、計畫修正程序

本計畫由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會共同研訂後，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，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

【附件 1】

全民健康保險西醫基層提升心肺疾病復健照護品質計畫申請表

診所申請類別：新增 變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

基本資料	診所名稱		診所醫事機構代碼	
	計畫聯絡人姓名		計畫聯絡人電話：	
	計畫聯絡人 e-mail			
審核項目	項目		審查結果	備註
	參與本計畫相關醫事人員資料表		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	認證書面資料影本		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
保險醫事服務機構	機構章戳		保險人審核意見欄 1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他 日期章戳：	本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日			

ICD-10-CM代碼：

心臟

MI : I21.xxx 、 I25.xxx 、 I24.xxx 、 I22.xxx

CABG : Z95.xxx

Valve disorder : I35.xxx

Disease of circulation system: I00-I99

Other congenital malformations of heart : Q24.xxx

Congenital malformation of the circulation system : Q20-Q28

Heart failure : I50.xxx

Heart failure due to hypertension : I11.0

Heart failure due to h/t with chronic kidney disease: I13.xx

Heart failure following surgery : I97.13

Rheumatoid heart failure : I09.81

肺臟

COPD : J44.x

Disease of respiratory system: J00-J99

Chronic lower lung disease: J40-J47

Lung cancer : C34.90

Malignant neoplasmas of respiratory and intrathoracic organs: C30-C39

Covid-19 : U07.1

Long covid及myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome or post-viral fatigue syndrome : G93.3

Peripheral artery disease : I70.2

PAOD: I73.9。

【附件 3】 心肺運動功能評估報告

心肺運動功能評估報告			
項目	就診日期	年 月 日	年 月 日
		第一次 (收案時)	第二次 (第 12 次治療後)
心肺運動功能測試(CPET)報告【第一次必填】			
最大耗氧量(METs)			
無氧代謝閾值耗氧量 (METs)			
年紀性別心肺功能 預測值(%)			
心跳(beat/min)			
血壓-收縮壓(mmHg)			
血壓-舒張壓(mmHg)			
血氧濃度(SPO2 %)			
運動時心臟之電生理反應： 心律不整有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (註:)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (註:)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (註:)
資料來源	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所
西醫診所心肺功能評估表【必填】			
身高(cm)			
體重(kg)			
BMI			
血壓-收縮壓(mmHg)			
血壓-舒張壓(mmHg)			
心跳(beat/min)			
六分鐘步行測試距離 (m)			
自覺疲勞指數(0-10) ,			

詳備註			
治療師衛教紀錄 衛教對象	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：
醫師/團隊人員 (若更多人員請增列)	醫師 醫事人員 1 醫事人員 2 醫事人員 3	醫師 醫事人員 1 醫事人員 2 醫事人員 3	醫師 醫事人員 1 醫事人員 2 醫事人員 3

備註：

10 級運動自覺量表(Rating of Perceived Exertion, RPE)	
0	沒有感覺
0.5	非常非常弱
1	非常弱
2	弱
3	適度
4	有些強
5	強
6	

7	非常強
8	
9	
10	非常非常強

【附件 4】

全民健康保險西醫基層提升心肺疾病復健照護品質計畫收案個案資料建檔欄位

一、新收案，必須登錄欄位

- (一) 新收案日期(YYY/MM/DD)
- (二) 收案診所：醫事機構代碼、醫師ID、醫師姓名
- (三) 診所心肺復健團隊成員：醫事人員類別
- (四) 個案基本資料：個案身分證號、姓名、性別、出生日期

二、病人心肺功能改善程度：

- (一) 有氧運動能力：擇一填寫，第一次評估兩者皆需要
 - 1. 攝氧量【最大耗氧量(VO_2 peak)、無氧代謝閾值耗氧量(VO_2 AT)，年紀性別心肺功能預測值(%)】
 - 2. 六分鐘步行測試距離：未達300公尺為高風險，正常數值為500公尺以上。
- (二) 運動時血流血氧變化：
 - 血壓：收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)、血氧濃度。
- (三) 運動時心臟之電生理反應：紀錄心電圖變化(HR, arrhythmia,af等)其他限制運動的徵兆或症狀、自覺疲勞指數。

三、其他：身高、體重、BMI等

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 住院診察費

通則：

六、兒科專科醫師申報部分住院診察費得加成，說明如下：

- (一)加護病房診察費(包括編號 02011K、02012A、02013B)，兒科專科醫師得加計百分之一百二十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百六~~四~~十。
- (二)住院會診費(編號 02005B)，兒科專科醫師得加計百分之一百二十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百二十。
- (三)一般病床住院診察費及~~隔離病床住院診察費~~(包括編號 02006K、02007A、02008B、~~02014K、02015A、02016B~~)，兒科專科醫師得加計百分之一百五十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，病人年齡未滿二歲者最高加成上限為百分之二~~一~~百五十；二歲以上至未滿七歲者最高加成上限為百分之一百七~~五~~十。
- (四)隔離病床住院診察費(包括編號 02014K、02015A、02016B)，兒科專科醫師得加計百分之一百五十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百五十。
- (五)~~(四)~~小兒外科專科醫師診治未滿十九歲病人之案件，得依前述規範加成。

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
02006K	一般病床住院診察費(天)				v	468
02007A				v		442
02008B			v			398
	註： <u>1.經濟病床及急性精神病床比照申報。</u> <u>2. 本項兒童加成方式：病人年齡未滿二歲者，依表定點數加計百分之六十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。</u>					

第二部 西醫

第一章 基本診療

第四節 精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費

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
04004C	精神科日間住院治療費(日間全天) -成人	√	√	√	√	714
04012C	-六歲以上至未滿十六歲	√	√	√	√	795
04013C	-未滿六歲 註：限經中央衛生主管機關精神醫療院所(科)評鑑合格且辦理日間住院業務者申報。	√	√	√	√	877 <u>1,623</u>
04007C	精神科日間住院治療費(日間半天) -成人	√	√	√	√	357
04014C	-六歲以上至未滿十六歲	√	√	√	√	398
04015C	-未滿六歲 註：限經中央衛生主管機關精神醫療院所(科)評鑑合格且辦理日間住院業務者申報。	√	√	√	√	438 <u>800</u>

第二部 西醫

第二章 特定診療

第一節 檢查 Laboratory Examination

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
27049CB	甲—胎兒蛋白 AFP	✖	v	v	v	360
28006C	支氣管鏡檢查 Bronchoscopy	v	v	v	v	1,680 2,938
30022C	特異過敏原免疫檢驗 Specific Allergen Test 註： 1. 限免疫球蛋白IgE(12031C)大於其標準值或過敏原定性檢驗(30021C)異常，且為確認診斷氣喘、過敏性鼻炎、異位性皮膚炎、其他IgE-mediated疾病(含急性蕁麻疹、食物或藥物過敏或全身性過敏)者申報。 2. 一年內相同過敏原不可重複申報本項。 3. 一年申報一次，最多不超過二次，若有特殊情況需增加檢驗次數者，應於病歷記載檢查之適應症並檢附相關資料佐證，以四次為限。申報超過二次以上者，應加強審查。 4. 屬西醫基層總額部門院所，限確認診斷為氣喘、過敏性鼻炎者或未滿三歲有異位性皮膚炎者申報。 <u>原則上兩年內不得重複申報本項，並應於病歷記載檢查之適應症及檢附相關資料佐證。</u>	v	v	v	v	1,620

第二部 西醫

第二章 特定診療

第七節 手術

通則：

六、同一手術野或同一病巢內，同時做兩種以上手術時，或依病情可同時手術，而未同時施行者，依下列規定辦理：

- (一)施行之多項同類手術或兩側性手術，第一項手術(支付點數較高者)按其所定點數申報，第二項手術及第三項手術均按其所定點數之一半計算；其餘不計。其餘附帶施行之手術則不另計算。
- (二)施行多項不同類手術時，第一項及第二項均依其所定支付點數計算；第三項依其所定支付點數之一半計算，其餘不計。
- (三)施行手術時，附加非治療必須之其他手術，不另給付。本條所稱同一手術野或同一病巢，係指在同一手術區內，有不同器官，因同一病灶影響，須同時手術者，同類手術，係指手術項目列在本支付標準表之手術章中同項內之各手術項屬之(如第二部第二章第七節第一項皮膚之各項手術 62001C-62072B，均依同類手術項目計費，其餘類推)。
- (四)施行本節第十八項「治療性先天殘缺手術 (88001-88064)」之各項手術，均依其所定支付點數計算。
- (五)~~(四)~~多重創傷(ISS \geq 16)符合重大創傷之重大傷病資格者，進行胸、腹多項手術均依其所定支付點數計算。

第十二項 泌尿及男性生殖

六、睪丸 Testis (78601-78612)

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
78612C	隱睪雙側睪丸固定術 Orchiopexy for undescended testis,bilateral	V	V	V	V	14,178 <u>20,283</u>

九、精索 Spermatic Cord (79201-79204)

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
79204C	腹腔鏡精索靜脈曲張結紮 Laparoscopic high ligation of internal spermatic vein	V	V	V	V	3,250 <u>8,283</u>

第十八項 治療性先天殘缺手術 (88001-88064)

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
88001B	新生兒壞死性腸炎手術 Extensive necrotizing enterocolitis —含腸切除及吻合術 resection & anastomosis		v	v	v	30,742 <u>34,034</u>
88002B	—含腸造口 jejunostomy/ileostomy		v	v	v	24,789 <u>27,443</u>
88007B	新生兒胃穿孔修補術 Repair of Idiopathic Gastric Perforation, neonatal		v	v	v	24,073 <u>26,650</u>
88020B	新生兒臍疝氣修補術 Omphalocele repair, primary closure —單純性 simple		v	v	v	8,202
88021B	—複雜性 complex		v	v	v	21,846 <u>22,000</u>
88029C	嬰兒鼠蹊疝氣 Inguinal hernia operation	v	v	v	v	11,642 <u>14,379</u>

115 年度全民健康保險春節加成獎勵方案

○年○月○日健保醫字第○○○○號公告

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辦理。

貳、目的

- 一、提升農曆春節長假期之醫療照護量能。
- 二、增加農曆春節長假期之民眾就醫可近性。

參、實施期間：115 年 2 月 14 日至 115 年 2 月 22 日。

肆、預算來源：

115 年度全民健康保險其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」項下 53.11 億元。

伍、支付方式：

一、獎勵對象：本保險特約醫院、西醫基層診所及藥局。

二、獎勵方式：

(一) 門診：

1. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)第二部第一章第一節「門診診察費」項目及第六節「藥事服務費」項目。
2. 加成方式：

假別及日期 (115 年)		加成率
<u>除夕</u> 、初一至初三	<u>2/16</u> 、2/17、2/18、2/19	100%
初四及初五	2/20、2/21	50%
小年夜及其餘連假	2/14、2/15、2/22	30%

(二) 急診及住院：

1. 支付標準第二部第一章第一節「急診診察費／護理費」項目、第二節「住院診察費」項目、第三節「護理費」項目

及第六節「藥事服務費」項目（包含以4-「不得另計價之藥品或診療項目」申報前述項目之論日支付案件）。

2. 支付標準第二部第一章第四節：

(1) 一般慢性精神病床住院照護費：以各該層級別適用之「慢性病床住院診察費、護理費及藥事服務費點數總和」加計。

(2) 精神科日間住院治療費：以各該診療項目「支付點數之8成」加計。

3. 加成方式：額外加計 100%。

(三) 其他案件：

1. 門診血液透析（58027C、58029C）：額外加計 2%。

2. 門診靜脈抗生素治療(OPAT)處置費(39027C、39028C、39030C)：依其內含之醫事人力相關費用（支付點數之50%），額外加計 100%。

~~(四) 本方案獎勵金須分配一定比率予相關醫事人員。~~

三、申報規範：

(一) 本方案獎勵金由保險人統一擷取實施期間申報資料計算並撥付，無須額外申報加成。

(二) 醫療院所須於保險人所定期限 ~~114年12月31日~~前至本署健保資訊網服務系統（VPN）登錄春節開診時段資訊（路徑：首頁／醫務行政／看診資料及掛號費維護、時段：115年除夕及春節假期），未填報者不予撥付本方案獎勵金。

(三) 考量本方案實施期間為 115 年農曆春節假期，為利後續結算作業，前述各項加計項目之下列欄位至少填報至年月日者，方得納入計算：

1. 門診：p14 執行時間-起、p15 執行時間-迄。

2. 住診：p14 執行時間-起、p15 執行時間-迄。

3. 交付：p12 執行時間-起、p13 執行時間-迄。

四、醫院獎勵金撥付規範：

本方案獎勵金依「伍、二、獎勵方式」所列項目計算後，八成為「春節加成獎勵」，其餘二成為評估指標達標獎勵。

(一) 春節加成獎勵(總獎勵金八成)：本項獎勵金須分配八成以上予相關人員。

(二) 評估指標達標獎勵(總獎勵金二成)：115年第1季「陸、預期效益之評估指標」所列評估指標達標即撥付。

陸、預期效益之評估指標

一、急診平均每日等待住院人數：較前一年度下降。

<u>分子</u>	<u>115年-114年之急診平均每日等待住院人數</u>
<u>分母</u>	<u>114年之急診平均每日等待住院人數</u>

二、急診轉住院暫留急診超過48小時案件比率：較前一年度下降。

<u>分子</u>	<u>分母案件中急診>48小時之案件數</u>
<u>分母</u>	<u>急診轉住院之案件數</u>

三、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(其中心肌梗塞及重大外傷執行之手術或介入性治療<2小時)比率：較前一年度上升。

<u>分子</u>	<u>檢傷一級病人及完成急診重大疾病照護於六小時內轉入加護病房人次，其中「急性心肌梗塞」及「重大外傷」個案須於二小時內執行手術或介入性治療</u>
<u>分母</u>	<u>檢傷一級病人且完成急診重大疾病照護且有入住加護病房(ICU)總人次</u>

四、急診待床人數與急診觀察床數比值：不高於1。

<u>分子</u>	<u>急診平均每日等待住院人數</u>
<u>分母</u>	<u>醫事管理系統登記之急診觀察床數</u>

五、急性一般病床開床比率：較前一年度上升。

<u>分子</u>	<u>急性一般病床實際開放數</u>
-----------	--------------------

<u>分母</u>	<u>醫事管理系統登記之急性一般病床數開放數</u>
-----------	----------------------------

六、急診轉住院人次占率：較前一年度上升。

<u>分子</u>	<u>分母案件中病人來源為急診之件數總計</u>
<u>分母</u>	<u>住院案件數總計</u>

柒、**訂定與修正程序**

本方案由保險人與相關團體共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。本方案之修訂，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，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

115年全民健康保險醫院醫療給付費用總額

「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」**專款**計畫

112年9月26日健保醫字第1120119309號公告

113年4月15日健保醫字第1130661607號公告

113年12月24日健保醫字第1130666089號公告

114年7月4日健保醫字第1140663234號公告

年**月**日健保醫字第**號公告

壹、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的

藉由本計畫實施，提升地區醫院住診及急診照護服務品質、平衡區域級（含）以上醫院門住診費用結構，以落實分級醫療策略。

參、預算來源

- 一、本計畫涉醫學中心及區域醫院之診療項目，由全民健康保險醫院醫療給付費用總額**專款**一般服務「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」**項下**10億元支應。
- 二、本計畫涉地區醫院之診療項目，由全民健康保險醫院醫療給付費用總額**專款**一般服務「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」**項下**5億元支應。

肆、醫療費用支付

- 一、依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）、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，辦理醫療費用審查及核付事宜。
- 二、「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：區域級（含）以上醫院依表一所列急重症基本診療項目，支付其調整前後點數差額。

表一 區域級(含)以上醫院急重症基本診療項目支付點數調整表

單位：點

醫令代碼	診療項目	區域醫院	醫學中心	現行支付點數	調整後點數	補付差額
02011K	加護病床住院診察費(天)		v	1,925	2,034	109
02017K	新生兒中重度住院診察費(天)		v	1,229	1,922	693
02018A		v		1,166	1,273	107
	急診觀察床					
03073A	--病房費(第一天)	v	v	367	551	184
03018A	--病房費(第二天起)	v	v	167	334	167
03075A	--護理費(第一天)	v	v	914	1,200	286
03042A	--護理費(第二天起)	v	v	703	878	175
	加護病床ICU					
03010E	--病房費(天)		v	2,852	3,177	325
03011F		v		2,406	3,000	594

註：本計畫依本表所列項目之「補付差額」點數支付，如適用支付標準加成規定者，依「調整後點數」計算加成後，補付其差額。

三、持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：

地區醫院依下列診療項目支付其額外加成之點數：

(一)部分急重症診療項目額外加成，如表二。

表二 地區醫院急重症診療項目額外加成之補付點數表

單位：點

醫令代碼	診療項目	地區醫院	現行支付點數	額外加成	補付差額
P1011C	慢性呼吸照護病房論日計酬 (第1-90日/第91天以後)	v	4,451	3%	134
P1012C		v	3,674	3%	110
01015C	急診診察費	v	667	15%	100
	急診診察費(按檢傷分類)				
00201B	檢傷分類第一級	v	1,800	15%	270
00202B	檢傷分類第二級	v	1,000	15%	150
00203B	檢傷分類第三級	v	776	15%	116
00204B	檢傷分類第四級	v	449	15%	67
00225B	檢傷分類第五級	v	390	15%	59

註：本計畫依本表所列項目之「補付差額」點數支付。

(二)住院護理費：如地區醫院之全日平均護病比達區域級（含）以上醫院級距範圍，則依其護病比予以不同加成，如表三。

表三 地區醫院住院護理費依護病比額外加成之補付點數表

單位：點

住院護理費加成 項目 編號及點數 加成率			急性一般病床(含精神)					
			第一天 03079B、03088B/ 850 點			第二天起 03029B、03060B/ 654 點		
護病比 級距 範圍	現行 加成率	調整後 加成率	現行 支付點數	調整後 點數	補付 差額	現行支 付點數	調整後 點數	補付 差額
11.5-11.9	20%	22%	1,020	1,037	17	785	798	13
11.0-11.4	20%	24%	1,020	1,054	34	785	811	26
10.5-10.9	20%	26%	1,020	1,071	51	785	824	39
10.0-10.4	20%	28%	1,020	1,088	68	785	837	52
9.0-9.9	20%	30%	1,020	1,105	85	785	850	65
8.5-8.9	20%	32%	1,020	1,122	102	785	863	78
8.0-8.4	20%	34%	1,020	1,139	119	785	876	91
7.5-7.9	20%	36%	1,020	1,156	136	785	889	104
7.0-7.4	20%	38%	1,020	1,173	153	785	903	118
<7.0	20%	40%	1,020	1,190	170	785	916	131

住院護理費加成 項目 編號及點數 加成率			經濟病床(含精神)					
			第一天 03082B、03091B/ 573 點			第二天起 03033B、03066B/ 441 點		
護病比 級距 範圍	現行 加成率	調整後 加成率	現行 支付點數	調整後 點數	補付 差額	現行支 付點數	調整後 點數	補付 差額
11.5-11.9	20%	22%	688	699	11	529	538	9
11.0-11.4	20%	24%	688	711	23	529	547	18
10.5-10.9	20%	26%	688	722	34	529	556	27
10.0-10.4	20%	28%	688	733	45	529	564	35
9.0-9.9	20%	30%	688	745	57	529	573	44
8.5-8.9	20%	32%	688	756	68	529	582	53
8.0-8.4	20%	34%	688	768	80	529	591	62
7.5-7.9	20%	36%	688	779	91	529	600	71
7.0-7.4	20%	38%	688	791	103	529	609	80
<7.0	20%	40%	688	802	114	529	617	88

註 1：本表住院護理費，係指符合支付標準第二部第一章第三節通則九、(二)之全日

平均護病比加成規範原則者。

註2：依前述規範，地區醫院護病比 <13.0 者，其加成率為20%，爰本表之「現行支付點數」係以加計20%後之點數呈現。

註3：本計畫依本表所列項目之「補付差額」點數支付。

四、結算方式：

(一)本計畫預算按季均分及結算，由全民健康保險保險人(下稱保險人)統一計算自費用年月當年度1月至12月之補付差額點數(受理日期於次年2月底前)，並採浮動點值支付，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季。

(二)補付點數之計算方式：

1.「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：依表一所列「補付差額」點數計算，如適用支付標準加成規定者，依「調整後點數」加成後，計算補付差額點數。

2.「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：依表二及表三所列之「補付差額」點數計算。

伍、評估指標

一、區域級(含)以上醫院：十四日內再住院率不高於該層級別前一年度比率。

(一)分子：十四日內再住院的案件數。

(二)分母：出院案件數。

二、地區醫院：全日平均護病比 <12.0 之地區醫院家數不低於前一年度。

陸、訂定與修正程序

一、本計畫係115年起全民健康保險醫院醫療給付費用總額「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」自專款項目移列一般服務項目，由保險人與醫院總額相關團體共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。本計畫之修訂，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。

二、~~新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新115年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告該項預算相關修訂支付標準生效日起停止辦理日之次月底止。~~

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正規定

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
58001C	血液透析（一次） Hemodialysis —住院	V	V	V	V	4100 <u>4192</u>
58027C	—門診 1.急重症透析	V	V	V	V	4100 <u>4192</u>
58029C	2.一般透析	V	V	V	V	3912 <u>4000</u>
	註： 1.以上項目所定點數包括技術費、檢驗費、藥劑費、一般材料費、特殊材料費、特殊藥劑費用(含EPO、 <u>Vadadustat</u>)及腎性貧血之輸血費在內。 2. 58027C僅限符合下列條件之一者申報。 (1)領有慢性腎衰竭、腎囊腫性疾病或腎臟移植手術後追蹤照護之重大傷病證明外，同時領有第二張其他疾病之重大傷病證明者。 (2)未滿十三歲病人。 (3)急診案件(緊急傷病必須立即血液透析當次申報)。 (4)金門、馬祖、澎湖、小琉球、蘭嶼及綠島院所。 (5)急性期個案透析(限首次領取慢性腎衰竭且必須接受定期透析治療之重大傷病卡之有效起日三十日內申報，含有效卡三個月)。					

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
58011C	連續性可攜帶式腹膜透析 Continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD (1)連續性可攜帶式腹膜透析 CAPD	v	v	v	v	8675 <u>8870</u>
58017C	(2)全自動腹膜透析 Automated peritoneal dialysis	v	v	v	v	8675 <u>8870</u>
<p>註：1.包括：</p> <p>(1)醫護人員費 (nursing care) 5235點。</p> <p>(2)特殊材料費 (CAPD special material) 440點。</p> <p>(3)每月醫材消耗品 (monthly consumption) 1500點。</p> <p>(4)每月檢查費 (monthly laboratory fee) 1500點。</p> <p>2.每月申報一次。</p> <p>3.病人改變治療模式(如腹膜透析改為血液透析)或停止腹膜透析治療者，則按比率扣除腹膜透析未治療天數費用。</p> <p>4.病人因故住院仍持續接受腹膜透析治療，費用由住院之院所申報。</p> <p>5.申報腹膜透析追蹤處置費應確實追蹤病人治療情形，病人由門診轉住院治療，住院醫院應聯繫原腹膜透析診治院所，告知病人住院期間、透析治療方式及儀器使用情形等，並於病歷記載。</p>						

全民健康保險居家血液透析試辦計畫

中華民國 114 年 6 月 4 日健保醫字第 1140111623 號公告

壹、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、計畫目的

- 一、提升血液透析整體醫療品質(5 年存活率及生活品質)。
- 二、推動在宅醫療及環境、社會及公司治理(Environmental, Social, and Governance, ESG)節能減碳政策。

參、計畫期間

自 1145 年 6 月 1 日至 1145 年 12 月 31 日。

肆、預算來源

~~114 年度~~全民健康保險醫療給付費用門診透析服務總費用中之用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質費用 433.5 百萬元，其中 300 百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。

伍、~~114 年度~~執行目標

- 一、~~114 年~~收案 50 至 70 名居家血液透析病人。
- 二、預期 8 年內，逐年增加至 800 名(約血液透析總人數之 1%)。

陸、參與院所資格與申請程序

由具有下列資格之全民健康保險特約醫療院所，向中央健康保險署(以下稱保險人)分區業務組提出申請(執行院所及人員資格請台灣腎臟醫學會協助初審)，申請書如附件 1：

一、院所資格：

- (一)須具 2,000 人次以上之血液透析治療經驗。
- (二)須具有至少一名專任腎臟專科醫師。
- (三)執行居家視訊訪視者，應具備視訊設備及資安管理機制，並應完成填具通訊診察治療實施計畫書，詳附件 2。

二、醫師資格：須具備以下各項條件

(一)腎臟專科醫師。

(二)須完成2小時居家血液透析教育訓練課程(實體)，課程內容須包括「居家血液透析概要」、「居家血液透析醫師訓練細則」。

三、護理人員：須具備以下各項條件

(一)領有台灣腎臟醫學會核發之血液透析護理人員資格核定證書，並有至少一年以上血液透析護理經驗。

(二)須完成2小時居家血液透析教育訓練課程(實體)，課程內容須包括「認識居家血液透析及病人常規照護」、「居家血液透析操作技術及異常處理」，並通過考試合格。

(三)須完成居家血液透析護理師一個月之訓練。

柒、收案對象

一、經醫師評估適合在宅或機構執行血液透析之病人，且須經保險人事前審查同意。

二、符合下列條件之一者，不得收案：

(一)有精神相關疾病者。

(二)無同居之家人或友人。

(三)無固定居所者。

(四)個人衛生或遵從性有問題者。

捌、照護內容

主治醫師應整體評估病人之醫療需求，開立居家血液透析照護醫囑，並由醫療團隊提供醫療服務。照護內容如下：

一、病人技術訓練：執行居家血液透析之病人，需先接受8至12週的完整訓練，訓練內容包括血管通路穿刺、血液透析機的操作與故障排除、血壓及脈搏的監測、紀錄透析的過程與結果、緊急狀況的處置、醫療廢棄物之處裡、透析 RO 水質監控等，並確認病人可自行操作透析及排除儀器故障。

二、居家血液透析：

(一)提供居家透析病人所需之檢驗、藥劑、一般材料、特殊材料、特殊藥劑費用(含紅血球生成素(Erythropoietin, EPO))及腎性貧血之輸血費。

(二)遠端監測及透析品質管理：

1. 至案家完成遠端生命徵象及透析設備數據等監測設備之架設及設定、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。
2. 照護團隊應將遠端監測設備之廠牌、型號及使用頻率記載於病歷並保留照片備查。

三、居家訪視：

(一)訓練期間之訪視：

1. 初次訪視至案家完成居家環境評估及水電裝修建議。
2. 第二次訪視為病人結訓後，首次居家透析之訪視。

(二)除前開訓練期間之訪視外，居家訪視以一年申報1次為原則，並須採實地家訪；其餘如有緊急情況，得採實地或視訊方式。

玖、給付項目及支付標準

本計畫之收案病人接受以醫師為主導之醫療團隊，提供居家血液透析照護，參與院所得依下列給付項目及支付標準核實申報。

編號	診療項目	支付點數
P8701C	居家血液透析(次) 註： 1. 所訂點數包含技術費、檢驗費、藥劑費、一般材料費、特殊材料費、特殊藥劑費用(含 EPO)，遠端生命徵象及透析設備數據等監測設備成本(如血壓、血氧、呼吸、鉀、鈉、脫水、透析起迄時間等)、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。 2. 照護團隊應將遠端監測設備之廠牌、型號及使用頻率記載於病歷並保留照片備查。	3912 <u>4000</u>

編號	診療項目	支付點數
	3. 不得同時申報項目：58001C、58027C、58029C、58002C、58007C、58009B~58012B、58017C、58028C、47073B、58014C、58018C、58030B。 4. 申報時必要檢附文件：居家血液透析紀錄、血液檢查報告〔BUN、Cr、Albumin、Ca、P、Na、K、Hb(或Hct)〕。	
P8702C P8703C	居家訪視費(次) —實地訪視 —視訊訪視 註： 1. 訓練期間：限申報2次，初次訪視至案家完成居家環境評估及水電裝修建議；第二次訪視為病人結訓後首次回家透析之訪視。 2. 除前項訓練期間訪視外，居家訪視以一年申報1次為原則，並須採實地訪視；後續如有緊急情況，得採實地或視訊訪視。 3. 不得同時申報下列項目： (1)全民健康保險居家醫療照護整合計畫所訂「醫師訪視費用」、「護理人員訪視費用」。 (2)全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第六節58026C「居家訪視—居家透析治療」及第五部第一章居家照護「護理訪視費」、「醫師訪視費」。	1,200 420

拾、醫療費用申報、審查及核付原則

一、除本計畫另有規定外，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、醫療費用申報

(一) 特約醫事服務機構門診醫療服務點數之清單段欄位填報：

1. 案件分類：填報「05：洗腎」。
2. 任一特定治療項目代號：填報「K4：全民健康保險居家血液透析試辦計畫」。

(二) 特約醫事服務機構門診醫療服務點數之醫令段欄位填報：

1. 申報居家血液透析（P8701C）者：
 - (1) 「執行時間-起(p14)」、「執行時間-迄(p15)」為必填欄位。

(2) 「慢性病連續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記(p17)」：填報「2：同一療程案件」。

2. 申報居家訪視費 (P8702C-P8703C) 者：「執行時間-起(p14)」、「執行時間-迄(p15)」、「執行醫事人員代號(p16)」為必填欄位。

~~三、當年之費用及相關資料請於次年1月20日前申報受理完成(3月底核定)，未依期限申報者，不予核發本計畫相關費用。~~

~~四三、點值結算：本計畫之診療項目費用(P8701C至P8703C)按季暫以每點一元支付；年度結束後，併本計畫預算項下其他計畫費用，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於一元。本項預算先扣除「鼓勵院所加強推動腹膜透析計畫—院所獎勵費用」之預估額度後，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，則流用於至下季；第4季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。~~

五四、民眾自行負擔透析機及水處理設備費用每年上限12萬元。

拾壹、結案條件

- 一、若發現病人未遵從醫囑治療，照護團隊應主動聯絡病人並進行實地家訪，若仍未改善，透析院所可終止病人居家血液透析治療。
- 二、病人或家屬因故不願意繼續進行居家血液透析治療，得經醫師同意後，改為至透析院所接受血液透析治療。
- 三、前開結案條件須列入居家血液透析治療同意書內容中。

拾貳、觀察指標(列為次年度是否繼續辦理之參考)

- 一、院所應將下列指標項目執行情形，定期提報及上傳至保險人健保資訊網服務系統，每年需至少3項以上達標。未達成者，委由台灣腎臟醫學會初審持續參與計畫之合宜性，由保險人核定是否終止計畫參與資格。
- 二、觀察指標項目及其病人監測值達成率：

居家血液透析年度觀察指標	
年度照護品質指標項目	病人監測值達成率
1.血清白蛋白(Albumin ≥ 3.8 gm/dl (BCG) 或 3.3 gm/dl(BCP))	受檢率 $\geq 95\%$ ，且合格率 $\geq 80\%$

2.血液透析尿素氮透析效率(URR) \geq 70%	受檢率 \geq 95%，且合格率 \geq 95%
3.血色素(Hb) \geq 9.0 g/dL	受檢率 \geq 95%，且合格率 \geq 90%
4.鈣磷乘積 \leq 60 mg ² /dL ²	受檢率 \geq 95%，且合格率 \geq 80%

說明：1.參考現行門診透析服務品質指標制定。

2.居家血液透析觀察指標較現行門診透析服務品質指標嚴謹。

現行門診透析服務品質指標(參考)	
年度照護品質指標項目	各透析院所病人監測值達成率
1.血清白蛋白(Albumin \geq 3.5 gm/dl (BCG) 或 3.0gm/dl(BCP))	受檢率 \geq 95%且合格率 \geq 75%
2. URR \geq 65%	受檢率 \geq 95%且合格率 \geq 95%
3. Hb $>$ 8.5 g/dL	受檢率 \geq 95%且合格率 \geq 90%
4. 鈣磷乘積小於 60 mg ² /dL ²	受檢率 \geq 95%且合格率 \geq 80%

拾參、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。

拾肆、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全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法第三十八至四十條所列違規情事之一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。

拾伍、資訊公開及計畫修正程序

- 一、資訊公開：保險人得公開參與本計畫之院所名單及相關品質資訊，供民眾參考。
- 二、保險人得視費用支付情形，隨時召開會議研議修訂本計畫之相關內容。
- 三、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。
- 四、計畫修正程序：本計畫由保險人與台灣腎臟醫學會及醫事服務機構相關團體代表共同修訂後，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。

「全民健康保險居家血液透析試辦計畫」申請書

提報日期：_____年_____月_____日

基本資料	醫事機構名稱 (全稱)		機構代碼	
	負責人		聯絡人	
	聯絡電話		Email	
院所資料	<input type="checkbox"/> 1.血液透析治療累計人數(須達 2 千人次以上)：_____人次 <input type="checkbox"/> 2.專任腎臟專科醫師(須至少 1 名)：_____人 <input type="checkbox"/> 3.執行居家視訊訪視，且具備視訊設備及資安管理機制(請填具 <u>附件 2 通訊診察治療實施計畫書</u>)			
醫事人員 資料	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，並請檢附各項資格及教育訓練證明文件。			
預定照護 對象	<input type="checkbox"/> 1.居家個案，預定一年執行案件量： <input type="checkbox"/> 2.照護機構住民，預定一年執行案件量：			
計畫內容	服務內容及流程規劃			
	病人技術訓練計畫			
	遠端生命徵象及透析 數據監測設備	遠端監測設備之廠牌、型號及使用頻率， 應一併敘明。		
	病人轉銜合作機制			
	後送機制 (含後送醫院名稱)			

註：請依「醫療機構通訊診察治療實施計畫書(範本)」(附件 2)提具通訊診療計畫。

「(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。

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

【填寫說明】

- 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。
- 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(即本計畫主持人)

部門、執業科別	姓名
2、其他醫事人員之 <u>主責</u> 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)

(請下拉選單擇定)	
1、主責醫師(即本計畫主持人)	
部門、執業科別	姓名
2、其他醫事人員之 <u>主責</u> 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)
<input type="checkbox"/>	詢問病情	<input type="checkbox"/>	精神科心理治療
<input type="checkbox"/>	提供醫療諮詢	<input type="checkbox"/>	開立處方(應符合本辦法)

<input type="checkbox"/>	診察、診斷、醫囑		第 16 條規定始得開立)
<input type="checkbox"/>	開立檢查、檢驗單	<input type="checkbox"/>	原有處方之調整或指導
<input type="checkbox"/>	會診	<input type="checkbox"/>	衛生教育

(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)
<input type="checkbox"/>	詢問病情	<input type="checkbox"/>	精神科心理治療
<input type="checkbox"/>	提供醫療諮詢	<input type="checkbox"/>	開立處方(應符合本辦法 第 16 條規定始得開立)
<input type="checkbox"/>	診察、診斷、醫囑		
<input type="checkbox"/>	開立檢查、檢驗單	<input type="checkbox"/>	原有處方之調整或指導
<input type="checkbox"/>	會診	<input type="checkbox"/>	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 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

(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「(醫療機構名稱)通訊診療告知同意書」，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
		<input type="checkbox"/> 已核定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 尚未申請
		<input type="checkbox"/> 已核定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 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

附件：(醫療機構名稱)通訊診療告知同意書

病人基本資料	
姓名：	出生日期：
病歷號碼：	地址：
擬實施之服務項目：	

1. (醫療機構名稱)將以通訊提供醫療服務，其通訊使用之軟體/硬體為_____，我已知悉如何使用，並且貴院(診所)已向我解釋以通訊方式提供醫療服務之步驟、限制、風險等相關資訊，我同意使用此通訊方式接受診察、治療。
2. 我已知悉通訊方式與醫師親自診察治療不同，如經醫師評估病情，不適宜以通訊方式診療時，得建議我改以其他方式接受診察、治療。
3. 如果遇到技術性問題、危急情況，能與我聯絡的電話是_____ (或緊急聯絡人_____，電話_____)。

立同意書人姓名：

簽名：

關係：病人之

身分證統一編號/居留證或護照號碼：

日期：_____

全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫 (草案)

中華民國 113 年 3 月 18 日健保醫字第 1130105256 號公告

中華民國 114 年 5 月 21 日健保醫字第 1140110566 號公告修訂

[中華民國 114 年 00 月 00 日健保醫字第 1140000000 號公告修訂](#)

壹、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、計畫目的

- 一、提升末期腎衰竭病人 (End Stage Kidney Disease, 下稱 ESKD) 腹膜透析治療之占率。
- 二、加強院所腹膜透析照護品質及病人自我照護能力，提升病人腹膜透析技術之存活率與總存活率。
- 三、鼓勵新設置院所配合執行腹膜透析中心/室業務，醫院及基層透析診所可組成共同照護團隊，相互支應，提升腹膜透析可近性及照護品質。
- 四、鼓勵有效管理腎臟疾病，發揮醫病共享決策(Shared Decision Making, 下稱 SDM)精神，並藉由腹膜透析品質監控獎勵以及鼓勵腹膜透析醫療資訊化等，提升腎臟疾病整體醫療照護品質。

參、計畫期間：

自 ~~114~~115 年 1 月 1 日至 ~~114~~115 年 12 月 31 日，~~惟本計畫涉全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，自公告日起生效。~~

肆、預算來源

- 一、115 年度全民健康保險醫療給付費用門診透析服務總費用中之用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質費用 433.5 百萬元，其中 300 百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。
- 二、前述預算先扣除本計畫第柒項「院所獎勵費用」之預估額度後，按季均分，以浮動點值計算，預算不足，由一般服務支應，且每點支付金額不高於 1 元；當季預算若有結餘，則流用至下季；~~第 4 季併同「院所獎勵~~

~~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，則依前款辦理。~~

三、本計畫之「鼓勵提供虛擬健保卡服務獎勵費及申報獎勵金」由保險人公務預算支應。

伍、115年度執行目標

一、腹膜透析新發個案：占率 > 10%。

(當年度腹膜透析新發個案數/當年度 ESKD 新發病人數) X100%。

(以最近一年腹膜透析新發個案占率為基準)

二、腹膜透析盛行個案：占率 > 8%。

(當年度腹膜透析盛行個案數/當年度 ESKD 盛行病人數) X100%。

(以 104 年至 108 年腹膜透析盛行個案占率之平均值為基準)

陸、參與院所資格與申請程序

由具有下列資格之全民健康保險特約醫療院所，向中央健康保險署(下稱保險人)分區業務組提出申請：

一、醫師資格：

(一) 應至少有一名專任腎臟專科醫師。

(二) 設立於偏遠地區之特約院所，除前項外，得有經二個月之腹膜透析訓練(腹膜透析醫師及護理人員訓練指定醫院名單由台灣腎臟醫學會另行提供)，且完成台灣腎臟醫學會舉辦之腹膜透析班訓練並取得及格證書之醫師，或得以腎臟專科醫師兼任之。

(三) 前開所稱偏遠地區同「門診透析一般服務保障項目」所列之「偏遠地區」(含山地離島地區)。

二、護理人員：領有台灣腎臟醫學會與台灣腎臟護理學會共同舉辦之腹膜透析訓練班上課證明者。

三、自 114 年 1 月 1 日起新參與院所，應完成簽具通訊診察治療實施計畫書(附件 1)。

柒、院所獎勵費用

本項包含「院所~~開辦~~執行腹膜透析獎勵費」、「腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費」、「腹膜透析院所推廣獎勵費」、「提升腹膜透析院所照護品質獎勵費」及「院所腹膜透析新收個案占比提升獎勵費」。由保險人於年度結算時，以補付方式核付費用，其中「院所~~開辦~~執行腹膜透析獎勵費」及「提升腹膜透析院所照護品質獎勵費」二項依台灣腎臟醫學會提供之院所名單計算。

一、院所~~開辦~~執行腹膜透析獎勵費:包含「~~新設立~~首年提供腹膜透析室/中心業務」、「重新收治腹膜透析病人」、「醫院輔導其他院所~~新成立~~首年提供腹膜透析室/中心業務」及「支持腹膜透析院所持續運作費」。除「支持腹膜透析院所持續運作費」外，餘由符合獎勵條件之院所提供相關資料予台灣腎臟醫學會核定列入名單。

(一)~~新設立~~首年提供腹膜透析室/中心業務：每家院所獎勵 600,000 點。

1. 獎勵條件，須同時符合下列條件者：

(1)~~新成立~~首年提供腹膜透析室/中心業務(~~設置標準詳附件 2~~)，如屬~~新設置~~登記事項變更之機構須提交所在地衛生局核准設立之公函。

(2)前述腹膜透析室/中心~~成立~~業務執行後，一年內須收治腹膜透析病人，或一年內有與其他院所「共同照護」腹膜透析病人。
註：「共同照護」係指院所間簽訂共同照護合作備忘錄(~~如~~附件 32)，醫療相互支應。

2. 本項所定點數包括醫師及護理人員~~訓練費、設立之軟硬體設施及護理人員等費用~~之訓練費用、相關設施與人事成本等。

3. 每一機構代號限核付一次，機構更換負責醫師、遷址視為同一機構；負責醫師換機構代號前已領過本項費用者，不再獎勵。

(二)院所重新收治腹膜透析病人：每家院所獎勵 400,000 點。

1. 獎勵條件，須同時符合下列條件者：

(1)已~~設立~~執行腹膜透析室/中心業務，於 111 年 7 月 4 日至參與本計畫起始日前皆未收治腹膜透析病人。

(2)前述腹膜透析室/中心業務重新啓用後，一年內須收治腹膜透析病人，或一年內有與其他院所「共同照護」腹膜透析病人。

- 2.本項所定點數包括醫師及護理人員重新訓練費、~~設立之軟硬體設施更新及護理人員等費用~~之訓練費用、相關設施與人事成本等。
- 3.每一機構代號限核付一次，機構更換負責醫師、遷址視為同一機構；負責醫師換機構代號前已領過本項費用者，不再獎勵。

(三)醫院輔導其他院所新成立首年提供腹膜透析室/中心業務：每家院所獎勵 200,000 點。

1.獎勵條件，須同時符合下列條件者：

(1)輔導其他院所新成立首年提供腹膜透析室/中心業務，或輔導原已有設置執行腹膜透析業務之院所重新開始收治腹膜透析新病人。須檢附被輔導院所所在地衛生局核准設立之公函。

(2)被輔導院所新成立首年提供或再啓用執行腹膜透析室/中心業務一年內有收治腹膜透析病人，或一年內有與輔導醫院「共同照護」腹膜透析病人。

- 2.本項所定點數包括醫師、護理人員訓練費及專家諮詢協助費用。
- 3.輔導醫院可輔導一家以上之院所；被輔導院所僅限接受一家輔導醫院輔導。
- 4.前述輔導醫院由台灣腎臟醫學會指定，名單由台灣腎臟醫學會另行提供，並須與被輔導院所共同填具本計畫之醫事服務機構成立首年提供腹膜透析業務輔導申請書（附件 43），一式三份，分別由輔導醫院、被輔導院所及台灣腎臟醫學會各執正本一份為憑。
- 5.本獎勵點數按被輔導院所家數計算，每一被輔導機構代號限計算一次，機構更換負責醫師、遷址視為同一機構；被輔導醫院負責醫師換機構代號前，已納入計算者，不重複計算。
- 6.本項費用需分配至少六成以上予執行業務之相關醫事人員本項費用應優先考慮分配於執行業務之相關人員，並事後擬具使用說明報告。

(四)支持腹膜透析院所持續運作費：

1.獎勵條件，以下獎勵不重複計算：

(1)診所、地區醫院及區域醫院：

-~~113~~114年12月主責病人數為1人以下，且於114年1月至12月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)病人數為1-2人者，每家院所獎勵200,000點。

-~~114~~115年1月至12月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)病人數為3人以上者，每家院所獎勵300,000點。

(2)醫學中心：於~~114~~115年1月至12月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)病人數：

-申報病人數未達30人者，不予獎勵。

-申報病人數介於30(含)-49人者，每家院所獎勵200,000點。

-申報病人數為50人以上者，每家院所獎勵300,000點。

2.當年度已領取本計畫「~~新設立~~首年提供腹膜透析室/中心業務：每家院所獎勵600,000點」或「院所重新收治腹膜透析病人：每家院所獎勵400,000點」之院所，不再獎勵。

3.腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)由病人的主責院所負責申報；若院所僅進行共同照護而非主責院所，則不適用本項目。

二、腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費：~~本項費用需分配至少六成以上予執行業務之相關醫事人員~~本項費用應優先考慮分配於執行業務之相關人員，並事後擬具使用說明報告。

獎勵條件	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
1.首次接受腹膜透析治療之新病人，同一院所持續接受腹膜透析照護達6個月(含)者 註:山地離島地區加計30%。	V	V	V	V	36,000 72,000

獎勵條件	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
2.首次接受腹膜透析治療之新病人,持續接受腹膜透析照護達7個月以上者(第7個月至24個月)(按月計算)	V	V	V	V	10,000 20,000
註:山地離島地區加計30%。					

註：1.「首次接受腹膜透析治療之新病人」係指該病人最近三年首次申報腹膜透析追蹤處置費。

2.「持續」係指每月皆有申報腹膜透析追蹤處置費，倘因臨床醫療因素而中斷治療者，三個月內恢復腹膜透析治療得以延續計算。

3.同月若有兩家以上院所申報，以「執行時間-起」最早者計算。

4.每月申報腹膜透析追蹤處理費之院所，每月係指院所申報前開醫令「執行時間-起」之年月。

三、腹膜透析院所推廣獎勵費：~~本項費用需分配至少六成以上予執行業務之相關醫事人員~~本項費用應優先考慮分配於執行業務之相關人員，並事後擬具使用說明報告。

(一)獎勵條件：區域醫院(含)以上醫院須申報腹膜透析病人數達5人(含)以上者；地區醫院及基層診所，不在此限。

(二)總獎勵點數計算：依年成長率所列獎勵點數及114年12月腹膜透析病人數計算總獎勵點數。【獎勵點數×114年12月腹膜透析病人數】

(三)年成長率之計算：

年成長率=【(114年12月腹膜透析病人數-113年12月腹膜透析病人數)÷113年12月腹膜透析病人數】×100%

年成長率	獎勵點數
1.介於1%至2%(不含)	4,000
2.介於2%至3%(不含)	6,000

3.介於 3%至 4% (不含)	8,000
4. 介於 4%至 5% (不含)	10,000
5. 大於等於 5%以上	12,000

註：1.114 年 12 月若無數值，則以該院所當年度最後一個月申報人數計算。

2.同一保險對象同月多家申報，以「執行時間-起」最早者計算；下轉個案不在此限。

四、提升腹膜透析院所照護品質獎勵費：~~本項費用需分配至少六成以上予執行業務之相關醫事人員~~本項費用應優先考慮分配於執行業務之相關人員，並事後擬具使用說明報告。

(一) 獎勵條件：

- 1.須收案滿三個月(含)以上之個案，始列入本獎勵點數計算。
- 2.當年度該院所腹膜透析照護品質指標項目總分全年須達 70 分(含)以上者。

(二)獎勵費之計算：依當年度該院所腹膜透析照護品質指標項目總分計算：

- 1.總分介於 70 分至 89 分：每個案獎勵 4,000 點。

院所獎勵總點數=該院所依當年度符合本獎勵條件之病人數×4,000 點

- 2.總分 90 分以上：每個案獎勵 8,000 點。

院所獎勵總點數=該院所依當年度符合本獎勵條件之病人數×8,000 點

(三)腹膜透析照護品質指標項目及計算：

項目	各透析院所病人監測值達成率	得分	說明
1. 高濃度葡萄糖腹膜透析液(2.3%、2.5%、及 4.25%)的使用量	使用量占全部透析液≤ 55%	4 分 (季)	以院所為單位進行計算
2. 血鈉≥ 130 mmol/L	受檢率 ≥ 90%且合格≥ 60%	8 分 (半年)	

項目	各透析院所病人 監測值達成率	得分	說明
3. 血鉀 ≥ 3.2 mmol/L	受檢率 $\geq 90\%$ 且 合格率 $\geq 80\%$	8分(半年)	
4. 心胸比 (Cardiothoracic Ratio) ≤ 0.55	受檢率 $\geq 90\%$ 且 合格率 $\geq 70\%$	14分(年)	
5. 殘餘腎功能之保留 新病人啟動腹膜透析的一年內， renal Kt/V 下降 ≤ 0.4 /半年	受檢率 $\geq 90\%$ 且 合格率 $\geq 60\%$	10分(年)	
6. 腹膜炎發生率	每100人月腹膜炎 ≤ 2.0 次	14分(年)	
7. 住院率	每千透析人口 \leq 435.28人次	14分(年)	

五、院所腹膜透析新收個案占比提升獎勵費:獎勵 30,000 點。

獎勵條件:地區醫院或基層診所，首次接受腹膜透析治療之新病人占首次接受透析新病人之比率 $\geq 10\%$ 者。

註:當年度首次接受透析新病人係指最近3年首次申報透析相關支付標準編號(58001C、58002C、58011C、58017C、58026C、58027C、58028C、58029C)者。

捌、給付項目及支付標準

通則：

- 一、 病人訪視及轉診等相關規範，除本標準所定外，其餘比照全民健保醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)辦理。
- 二、 ~~本項費用需分配至少六成以上予執行業務之相關醫事人員~~ 本項費用應優先考慮分配於執行業務之相關人員，並事後擬具使用說明報告。

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
P8101C	執行末期腎臟病治療方式醫病共享決策 (SDM) -慢性腎臟病(Chronic Kidney Disease, CKD) Stage 5 之病人 (每次)	V	V	V	V	600
P8102C	-血液透析治療二年內之病人 (每次) 註： 1.P8101C 限每半年申報一次，惟如屬「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」(以下稱 Pre-ESRD 計畫)之照護對象，當年度已申報「P3405C 結案資料處理費」者，自申報該醫令之日起，半年內不得再申報 P8101C。 2.血液透析治療二年內之病人係指保險對象「當次就醫年—第 1 次申報門診透析案件 (案件分類為 05) 之費用年」≤2 者。 3.P8102C 限每年申報一次。 4.SDM 及說明內容如附件 54「末期腎衰竭治療模式衛教表」。	V	V	V	V	600
P8103A	執行末期腎臟病治療方式醫病共享決策 (SDM) 後，成功轉腹膜透析之加算 -CKD Stage 5 之病人			V	V	600
P8104Q		V	V			1,400
P8105A	-血液透析治療二年內之病人			V	V	600
P8106Q	註： 1. 本項由執行醫病共享決策 (SDM)，且該病人成功接受腹膜透析治療之院所申報。 2. 每人限申報一次。	V	V			1,400
P8107C	腹膜透析病人訪視費(次) 1.實地訪視	V	V	V	V	1,200
P8108C	2.視訊訪視 註：	V	V	V	V	1,200

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
	<p>1.院所自行或由簽訂共同照護備忘錄之院所(如附件 32),執行腹膜透析病人居家訪視,並由實際訪視院所申報。</p> <p>2.每次訪視須至少間隔 90 天。如屬視訊訪視須至少間隔 180 天,並依「通訊診察治療辦法」辦理。</p> <p>3.不得與下列項目,同時申報:</p> <p>(1)醫療服務支付標準第二部第二章第六節「58026C 居家訪視-居家透析治療」及第五部第一章居家照護所定「護理訪視費」。</p> <p>(2)全民健康保險居家醫療照護整合計畫(以下稱居整計畫)所定「醫師訪視費用」及「護理人員訪視費用」。</p> <p>(3)當月申報本項目者,不得同月再申報 P8117C 輔助型腹膜透析治療處置費(每次)。</p> <p>4.訪視個案如同時為居整計畫之收案個案,本計畫參與院所應與該個案之居整計畫照護團隊聯繫,共同提供醫療照護。</p> <p>5.醫事人員完成居家訪視後,須於訪視診療紀錄內,詳實記錄實施日期、時間、診療項目內容及醫事人員簽名或蓋章(附件 65)。</p>					
P8109B	<p>腹膜透析下轉及回轉獎勵費</p> <p>註:</p> <p>1.適用對象:醫院完成導管植入手術後之首次腹膜透析新病人,轉介回原診療特約院所或轉診至特約類別較低層級適當院所繼續腹膜透析照護。</p> <p>2.支付規範:</p> <p>(1)每人限申報一次。</p> <p>(2)下列情形不得申報本項費用:</p> <p>A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。</p> <p>B.已申報下列費用者:</p> <p>a.«全民健康保險急診品質提升方案»轉診品質獎勵費用者。</p> <p>b.«全民健康保險急性後期整合照護計畫»轉出醫院轉銜作業獎勵費用者。</p> <p>c.«全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫»之轉診獎勵費。</p> <p>d.醫療服務支付標準第二部第一章第一節「辦理轉診費_回轉及下轉」(編號 01034B 及 01035B),以及第八部第二章「初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費」(編號 P4303C)。</p> <p>e.«全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動</p>		V	V	V	10,000

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
	脈取栓術病人跨院合作照護計畫」跨院合作執行費獎勵。					
P8110B	<p>腹膜透析平轉獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1.適用對象：醫院尿毒症病人轉介至其他特約類別同層級醫院完成腹膜透析導管植入手術者。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)每人限申報一次。</p> <p>(2)下列情形不得申報本項費用：</p> <p>A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。</p> <p>B.已申報下列費用者：</p> <p>a.「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。</p> <p>b.「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費用者。</p> <p>c.「全民健康保險末期腎臟病前期 (Pre-ESRD) 之病人照護與衛教計畫」之轉診獎勵費。</p> <p>d.醫療服務支付標準第二部第一章第一節「辦理轉診費_上轉」(編號 01036C、01037C)、「辦理轉診費_回轉及下轉」(編號 01034B 及 01035B),以及第八部第二章「初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費」(編號 P4303C)。</p> <p>e.「全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫」跨院合作執行費獎勵。</p>		V	V	V	5,000
P8111Q	<p>腹膜透析上轉獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1.適用對象：醫療機構轉介尿毒症病人至特約類別較高層級醫院完成腹膜透析導管植入手術者。</p> <p>2.執行規範：</p> <p>(1)每人限申報一次。</p> <p>(2)下列情形不得申報本項費用：</p> <p>A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。</p> <p>B.已申報下列費用者：</p> <p>a.「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。</p> <p>b.「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費用者。</p> <p>c.「全民健康保險末期腎臟病前期 (Pre-ESRD)</p>	V	V	V		10,000

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
	<p>之病人照護與衛教計畫」之轉診獎勵費。</p> <p>d.醫療服務支付標準第二部第一章第一節「辦理轉診費_上轉」(編號 01036C 及 01037C),以及第八部第二章「初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費」(編號 P4303C)。</p> <p>e.«全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫」跨院合作執行費獎勵。</p>					
P8112C	<p>加強病人自我照護品質處置費</p> <p>--連續性可攜帶式腹膜透析(Continuous Automated Peritoneal Dialysis, CAPD)</p>	V	V	V	V	868 887
P8113C	--全自動腹膜透析(Automated peritoneal dialysis, APD)	V	V	V	V	868 887
P8114C	<p>--全自動腹膜透析機相關費用-每日(APD daily fee)</p> <p>註：</p> <p>1.至少完成下列任一項，並於病歷中記載處置過程與結果。</p> <p>(1)執行腹膜透析病人之透析技術再訓練。</p> <p>(2)解決腹膜透析病人突發之狀況。</p> <p>(3)處理腹膜透析病人營養問題。</p> <p>2.本項支付點數為醫療服務支付標準(編號 58011C、58017C 及 58028C)加成 10%之費用。</p>	V	V	V	V	7
P8115C	<p>--全自動腹膜透析機搭配『病人遠距管理』相關費用-每月(Remote Patient Management, RPM)</p> <p>註：</p> <p>1.本項支付點數內含腹膜透析雲端資料庫及個案管理介面平台、無線傳輸數據設備、數據加密傳輸等相關費用。</p> <p>2.適用接受全自動腹膜透析治療者。</p> <p>3.醫事人員應將自動腹膜透析機設備之透析連續性治療紀錄記載於病歷並保留照片備查，且機構須應每月於次月 20 日前至 VPN 系統登載個案上個月每日之脫水數據。</p> <p>4.醫師遠端更改設定內容，應於病歷記載相關數據。</p> <p>5.病人改變治療模式(如腹膜透析改為血液透析)或停止腹膜透析治療者，則按比率扣除腹膜透析未治療天數費用。</p>	V	V	V	V	2,499

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
	<p>6.病人因故住院仍持續接受腹膜透析治療，費用由住院之院所申報。</p> <p>7.6.申報全自動腹膜透析機搭配『病人遠距管理』相關費用，應確實追蹤病人治療情形，病人由門診轉住院治療，住院醫院應聯繫原腹膜透析診治院所，告知病人住院期間、透析治療方式及儀器使用情形等，並於病歷記載。</p> <p>8.7.執行本項診療項目應依「通訊診察治療辦法」辦理。</p>					
P8116B	<p>連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術--未經血液透析治療</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.首次接受透析治療之新病人，未經由血液透析治療，直接啟動腹膜透析治療。 2.本項支付點數為醫療服務支付標準編號 58012B 加成 50%之費用 		V	V	V	2,142
P8117C	<p>輔助型腹膜透析治療處置費(每次)</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本項僅適用接受輔助型腹膜透析治療的病人。 2.適用對象： <ul style="list-style-type: none"> (1)視力障礙（身心障礙證明輕度以上）。 (2)上肢障礙（身心障礙證明輕度以上）。 (3)65歲以上。 (4)失能（巴氏量表小於60分）。 (5)智能障礙（身心障礙證明輕度以上）。 (6)失智症（身心障礙證明輕度以上）。 (7)植物人。 (8)因疾病特性致外出就醫不便：指所患疾病雖不影響運動功能，但外出就醫確有困難者，如遺傳性表皮分解性水皰症（泡泡龍）病人等。 3.協助腹膜透析之人員須符合本計畫第陸點所示醫護人員的資格。 4.針對接受輔助型腹膜透析治療的病人，院所醫護人員須至居家或機構確認或加強輔助型腹膜透析治療執行者的透析技術。 	V	V	V	V	1,200

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
	<p>5.醫事人員每次訪視後，須於處置紀錄單內，詳實記錄實施日期、時間、診療項目等內容(附件76)。</p> <p>6.主責院所或共同照護診所皆可申報。</p> <p>7.不得與下列項目，同時申報：</p> <p>(1)醫療服務支付標準第二部第二章第六節「58026C 居家訪視-居家透析治療」及第五部第一章居家照護所定「護理訪視費」。</p> <p>(2)全民健康保險居家醫療照護整合計畫(以下稱居整計畫)所定「醫師訪視費用」及「護理人員訪視費用」。</p> <p>(3)當月申報本項目者，不得同月再申報 P8107C 或 P8108C 腹膜透析病人訪視費。</p> <p>8.訪視個案如同時為居整計畫之收案個案，本計畫參與院所應與該個案之居整計畫照護團隊聯繫，共同提供醫療照護。</p> <p>9.申請頻次：每位輔助型腹膜透析病人，每月申請次數上限為 4 次。</p>					

玖、醫療費用申報、審查及核付原則

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、全民健康保險藥物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、醫療費用申報

(一)特約醫事服務機構門診醫療服務點數之清單段欄位填報：

- 1.案件分類：填報「05 洗腎」。
- 2.任一特定治療項目代號：填報「K3」。

(二)特約醫事服務機構門診醫療服務點數之醫令段欄位填報：

- 1.申報腹膜透析病人訪視費（P8107C-P8108C）者：
 - (1)醫令段「執行時間-起(p14)」、「執行時間-迄(p15)」、「執行醫事人員代號(p16)」為必填欄位。
 - (2)如為基層診所與醫院簽訂共同照護備忘錄者，則基層診所申報之醫

令清單段「醫令調劑方式(p2)」須填列「3:接受其他院所委託轉檢」及「委託或受託執行轉(代)檢醫事機構代號(p24)」需填列該醫院之醫事服務機構代碼。

2.申報轉診獎勵費(P8109B、P8110B及P8111Q)者:「醫令類別」填「G(專案支付參考數值)」,「總量」、「單價」、「點數」填0。其他申報規範同轉診支付標準(編號01034B-01038C)之規定。

(三)「鼓勵提供虛擬(行動)健保卡服務獎勵」獎勵內容如下:

1.協助病人綁定虛擬(行動)健保卡獎勵金:每名病人獎勵200點,限獎勵一次:

(1)取得病人或家屬同意後,由特約醫事服務機構協助綁定,並將佐證資料留存於病歷備查,須協助拍攝虛擬(行動)健保卡之相片、已完成綁定畫面截圖等。

(2)特約醫事機構需於當年度收案期間有以虛擬(行動)健保卡方式申報該病人醫療費用資料且成功。

2.已綁定者因手機故障或更換手機再重新綁定、已於本計畫結案後再由其他醫事機構重新收案並協助綁定、已由其他計畫(如:全民健康保險遠距醫療給付計畫)特約院所協助綁定等情形,不予重複獎勵。

3. 虛擬(行動)健保卡申報指標獎勵金:以占率獎勵:

分子:「當年度以虛擬(行動)健保卡申報成功」係指院所申報支付項目「P8108C 腹膜透析病人訪視費(次)-視訊訪視」且「就醫序號」為V001-V999之件數。

分母:「當年度申報適用對象醫療費用之件數」係指申報支付項目「P8108C 腹膜透析病人訪視費(次)-視訊訪視」之件數。

獎勵內容:

<u>獎勵指標占率</u>	<u>每件獎勵點數</u>		<u>當年度有提供病人該計畫/支付標準服務且累計≥10人,每家機構獎勵點數</u>
	<u>一般地區</u>	<u>山地離島地區</u>	
<u>5% ≤ 占率 < 25%</u>	<u>10</u>	<u>20</u>	<u>5,000</u>
<u>25% ≤ 占率 < 50%</u>	<u>20</u>	<u>40</u>	<u>10,000</u>

<u>50% ≤ 占率 < 70%</u>	<u>30</u>	<u>60</u>	<u>20,000</u>
<u>≥ 70%</u>	<u>40</u>	<u>80</u>	<u>30,000</u>

三、醫療費用核付：除本計畫第捌項支付標準外，其餘由台灣腎臟醫學會依下列資料及時程提供本保險人作為核付依據：

(一)簽訂共同照護之院所名單：由台灣腎臟醫學會認定，並於次月 10 日前將名單提報保險人分區業務組。

(二)下列資料請於次年 1 月底前提供本保險人：

1.符合本計畫第柒項「院所獎勵費用」之「一、院所開辦執行腹膜透析獎勵費」之院所名單。

2.符合本計畫第柒項「院所獎勵費用」之「四、提升腹膜透析院所照護品質獎勵費」，有關品質指標項目如屬現行慢性腎衰竭病人門診透析服務品質上傳健保資訊網服務系統(VPN 系統)資料尚未收載者。

四、當年之費用及相關資料請於次年 1 月 20 日前申報受理完成(3 月底核定)，未依期限申報者，不予核發本計畫相關費用。

五、年度獎勵費各醫院層級之認定，以當年度最後之特約類別為認定標準。

六、本計畫之獎勵費、給付項目及支付標準項目，應分配予執行業務之相關醫事人員者，醫療院所應於次年 6 月底前，彙整本計畫「醫療院所提撥獎勵分配情形彙整表」等資料，函送保險人分區業務組備查。

拾、退場機制：

未依保險人規定至健保資訊網服務系統(VPN)登錄品質資訊或登錄不完整，經輔導仍未改善之院所，保險人各分區業務組得終止其參加本計畫之資格。

拾壹、預期效益

一、提升全國腹膜透析病人占率，降低國家總體透析醫療費用支出，體現透析醫療永續概念。

二、延長腹膜透析病人存活率，降低住院率，增進病人自我照護能力。

三、改善腹膜透析醫療品質，提升病人健康生活滿意度。

四、讓末期腎臟病病人更客觀自由選擇疾病治療模式與規劃未來健康人生，也讓健保資源之使用與分配更臻有效與合理化。

拾貳、資訊公開及計畫修正程序

- 一、資訊公開：保險人得公開參與本計畫之院所名單及相關品質資訊，供民眾參考。
- 二、保險人得視費用支付情形，隨時召開會議研議修訂本計畫之相關內容。
- 三、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。
- 四、計畫修正程序：本計畫由保險人與台灣腎臟醫學會及醫事服務機構相關團體代表共同修訂後，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者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件 1

「(醫療機構名稱)」通訊診察治療實施計畫書

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。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> (第1款)急性後期照護 | <input type="checkbox"/> (第6款)疾病末期照護 |
| <input type="checkbox"/> (第2款)慢性病照護計畫收案病人 | <input type="checkbox"/> (第7款)矯正機關收容照護 |
| <input type="checkbox"/> (第3款)長期照顧服務 | <input type="checkbox"/> (第8款)行動不便照護 |
| <input type="checkbox"/> (第4款)家庭醫師收治照護 | <input type="checkbox"/> (第9款)災害、傳染病或其他重大變故
照護 |
| <input type="checkbox"/> (第5款)居家醫療照護 | <input type="checkbox"/> (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(即本計畫主持人)	
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)

(請下拉選單擇定)	
1、主責醫師(即本計畫主持人)	
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)
<input type="checkbox"/>	詢問病情	<input type="checkbox"/>	精神科心理治療
<input type="checkbox"/>	提供醫療諮詢	<input type="checkbox"/>	開立處方(應符合本辦法第16條規定始得開立)
<input type="checkbox"/>	診察、診斷、醫囑		
<input type="checkbox"/>	開立檢查、檢驗單	<input type="checkbox"/>	原有處方之調整或指導
<input type="checkbox"/>	會診	<input type="checkbox"/>	衛生教育

(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)
<input type="checkbox"/>	詢問病情	<input type="checkbox"/>	精神科心理治療
<input type="checkbox"/>	提供醫療諮詢	<input type="checkbox"/>	開立處方(應符合本辦法第16條規定始得開立)
<input type="checkbox"/>	診察、診斷、醫囑		
<input type="checkbox"/>	開立檢查、檢驗單	<input type="checkbox"/>	原有處方之調整或指導
<input type="checkbox"/>	會診	<input type="checkbox"/>	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

(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「(醫療機構名稱)通訊診療告知同意書」，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
		<input type="checkbox"/> 已核定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 尚未申請
		<input type="checkbox"/> 已核定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 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

附件：(醫療機構名稱)通訊診療告知同意書

病人基本資料	
姓名：	出生日期：
病歷號碼：	地址：
擬實施之服務項目：	

1. (醫療機構名稱)將以通訊提供醫療服務，其通訊使用之軟體/硬體為_____，我已知悉如何使用，並且貴院(診所)已向我解釋以通訊方式提供醫療服務之步驟、限制、風險等相關資訊，我同意使用此通訊方式接受診察、治療。
2. 我已知悉通訊方式與醫師親自診察治療不同，如經醫師評估病情，不適宜以通訊方式診療時，得建議我改以其他方式接受診察、治療。
3. 如果遇到技術性問題、危急情況，能與我聯絡的電話是_____ (或緊急聯絡人_____，電話_____)。

立同意書人姓名：

簽名：

關係：病人之

身分證統一編號/居留證或護照號碼：

日期：_____

腹膜透析室/中心設置標準

~~腹膜透析設備應具下列設備：~~

~~(1)腹膜透析床(台)。~~

~~(2)醫用氣體設備及抽吸設備。~~

~~(3)其他周邊設備：~~

~~包括污水槽、換藥車、點滴架、冰箱、X光看片設備或醫療影像系統設備、衛教視訊設備、加溫設備(電毯或微波爐)。~~

~~(4)手部衛生設備。~~

~~(5)紫外線消毒燈。~~

「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」
醫療院所腹膜透析病人共同照護合作備忘錄

立備忘錄人

新設立首年提供腹膜透析室/中心業務之醫療院所(以下簡稱甲方)

已設立執行腹膜透析室/中心業務之醫療院所(以下簡稱乙方)

為執行乙方「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」，並確保雙方合作順利進行，特簽署本合作備忘錄(以下簡稱備忘錄)以規範雙方各自之權利義務，其內容如下：

第一條、甲方執行全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫，應遵照醫師法、醫事法、全民健康保險法及其他相關法規之規定執行其業務。

第二條、甲方為參加全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫，於執行本計畫前，應先具備合格條件；於照護個案後，並恪遵個人資料保護法，不得將個案資料外洩或移作他用。

第三條、乙方邀請甲方執行全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫，應遵守各項有關法令，並尊重醫師之職權，不得妨害其職權之行使。

第四條、本備忘錄有效期間自民國○年○月○日起至民國○年○月○日止。屆期如雙方均願繼續合作時，仍須另簽署新備忘錄。若此計畫終止，則備忘錄自動失效。

第五條、甲、乙任一方擬終止本備忘錄時，應於預定終止日前三十天以書面通知對方，本備忘錄之終止始生效力。

第六條、任何一方違反本備忘錄或相關法令而受主管機關處罰確定，致影響他方權益時，受影響之一方得要求終止備忘錄，並由可歸責方負損害賠償責任。

第七條、雙方均應遵守相關之法律，如有任何糾紛，應先行協調解決，以期減少訴訟。

第八條、本備忘錄如有未盡事宜，得由甲乙雙方同意，以附約或換文補充之，其效力與本備忘錄同。

本備忘錄壹式三份，甲、乙方各執正本壹份為憑，另一份正本郵寄至台灣腎臟醫學會備查。

立備忘錄人

甲 方：

醫事機構代號：

負責醫師：

身分證字號：

地 址：

電 話：

中華民國 年 月 日

乙 方：

醫事機構代號：

負責醫師：

身分證字號：

地 址：

電 話：

「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」
醫事服務機構~~成立~~首年提供腹膜透析~~室/中心~~業務輔導申請書

被輔導機構：

特約醫事服務機構名稱：_____ 代號：_____

輔導機構：

特約醫事服務機構名稱：_____ 代號：_____

本院(所)申請自 年 月 日起接受

_____ (輔導機構名稱) _____ (輔導機構代號)

輔導~~設立~~首年提供腹膜透析~~室/中心~~業務，為保險對象提供醫療服務。

前述機構備有符合醫療機構設置標準之診療空間(設施)或治療空間、設備及診療紀錄，以上如有不實，同意保險人不予支付相關診療費用。

本申請書壹式三份，被輔導機構、輔導機構、及台灣腎臟醫學會各執正本壹份為憑。

被輔導機構及 負責醫師大、小印章	輔導機構印章及負責人印章

(請加蓋與合約相符之印信及印鑑)

中華民國 年 月 日

末期腎衰竭治療模式衛教表

病人透析治療模式選擇之充分告知機制

病人編號：_____ - _____

姓名：_____ 性別：男 女 電話號碼：_____

病歷號碼：_____ 出生日期：_____年 _____月 _____日 身分證字號：_____

收案日期：_____年 _____月 _____日 結案日期：_____年 _____月 _____日 原發疾病：_____

病人教育程度：不識字小學初中高中大專研究所病人家庭狀態：未成年受扶養有職業獨立工作因病修養半工作狀態因病無法工作退休獨立生活年邁或因病受照顧陪同家屬：配偶 子女 兄弟姊妹 家長 其他：_____

衛教內容(確實執行項目請打勾)：

不施行血液透析或腹膜透析敗血症 癌症 心血管併發症 中風 肝衰竭呼吸衰竭 營養障礙 病人意願 家屬共識 其他施行血液透析、腹膜透析、腎臟移植

腹膜透析	血液透析	腎臟移植
<input type="checkbox"/> 透析通路和原理	<input type="checkbox"/> 透析通路和原理	<input type="checkbox"/> 移植的術前評估
<input type="checkbox"/> 透析場所/時間/執行者	<input type="checkbox"/> 透析場所/時間/執行者	<input type="checkbox"/> 移植的優點和缺點
<input type="checkbox"/> 透析可能產生的症狀	<input type="checkbox"/> 透析可能產生的症狀	<input type="checkbox"/> 移植的併發症
<input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症	<input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症	<input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症
<input type="checkbox"/> 飲食/血壓/貧血控制	<input type="checkbox"/> 飲食/血壓/貧血控制	<input type="checkbox"/> 移植後抗排斥藥物和門診追蹤簡介
<input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等)	<input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等)	<input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等)

*醫病共享決策輔助表如附

『末期腎衰竭治療模式衛教』病人滿意度調查表

- 您覺得衛教的時間足夠嗎？
1.非常足夠 2.足夠 3.普通 4.不足夠 5.非常不足夠
- 您對衛教的方式滿意嗎？
1.非常滿意 2.滿意 3.普通 4.不滿意 5.非常不滿意
- 您對衛教內容瞭解嗎？
1.非常瞭解 2.瞭解 3.稍微瞭解 4.不瞭解 5.非常不瞭解
- 整體而言，您覺得衛教對您選擇末期腎衰竭治療模式是否有幫助？
1.非常有幫助 2.有幫助 3.普通 4.沒有幫助 5.完全沒有幫助

病人或病人家屬簽名：

衛教者簽名：

面對末期腎臟病， 我應該選擇哪一種治療方式？

前言

當醫師診斷您的腎臟功能進入到末期，無法利用藥物及飲食有效控制病情。這時候您需要選擇一種適合自己的治療模式來取代腎臟功能，以維持生活品質甚至延續生命。

這份資料主要是可以幫助您了解末期腎臟病有哪些的治療模式，醫療團隊會陪著您，了解您的想法及最在意的事情，幫助您找出適合自己的選擇。

適用對象 / 適用狀況

有意願接受腎臟替代療法的慢性腎臟病第 5 期病人。

疾病或健康議題簡介

所謂「慢性腎臟病」是指腎功能異常持續三個月以上，當慢性腎臟病惡化到第五期，也就是腎絲球過濾率在 $15\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ 以下且出現尿毒症狀時，就必須考慮接受腎臟替代療法。常見的尿毒症狀與併發症有噁心、嘔吐、疲倦、呼吸急促、電解質失衡、貧血、營養不良、水腫、意識不清、昏迷等。

若無接受腎臟替代療法意願，則可考慮安寧緩和醫療，治療目的以減輕身體疼痛與不舒服為主，接受此類治療的末期腎病變患者不再接受腎臟移植、血液透析或腹膜透析。由於無法像腎臟替代療法可以延續生命，安寧緩和醫療通常會在合併下列三種情況下被考慮：

- (1) 病人意識不清
- (2) 病人年齡大於 80 歲
- (3) 罹患其他符合安寧療護的疾病如癌症、其他器官衰竭如心臟衰竭、呼吸衰竭長期依賴呼吸器等。

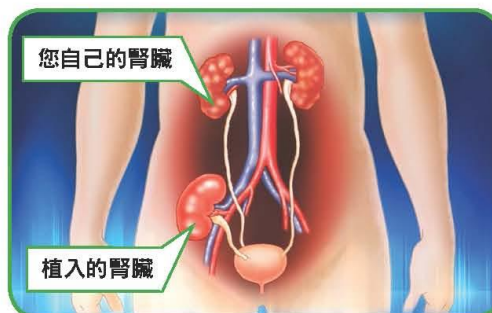
若您與家人經過考量後，選擇接受安寧緩和醫療，可以進一步與您的腎臟醫療照護團隊洽詢。

醫療選項簡介

腎臟替代療法包括腎臟移植、腹膜透析、血液透析。

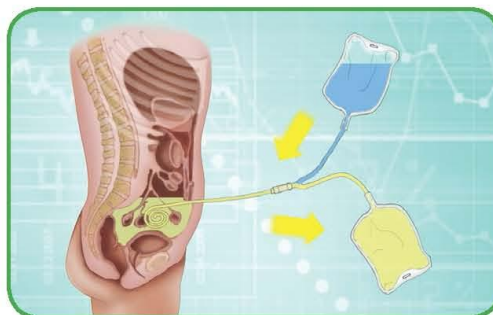
● 第一種： 腎臟移植，俗稱「換腎」

需要開刀將捐贈者的健康腎臟植入到病人肚子，來代替原本損壞的腎臟功能，而原本的腎臟大部分情形下不會被摘除。換腎的來源可以是活體親屬捐贈，但必須是在五等親以內之血親或配偶，或者是等待腦死患者大愛捐贈的器官。一般而言，腎臟移植有較佳的存活率和生活品質。



● 第二種： 腹膜透析，俗稱「洗肚子」

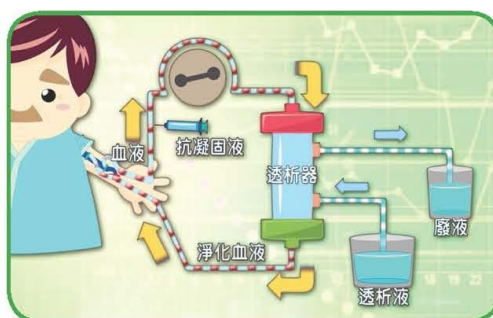
就是利用肚子內的腹膜進行尿毒素的交換，只要按時將藥水灌到肚子內，每日換透析藥水 3 至 5 次，就可以完成腹膜透析。在進行腹膜透析前要先開刀植入一根導管讓藥水能進出腹腔。腹膜透析有兩種選擇，一種是連續性可攜帶式腹膜透析，另一種是有機器幫忙的全自動腹膜透析，全自動腹膜透析通常是在夜間執行。



● 第三種： 血液透析，俗稱「洗血」

在進行血液透析之前要先開刀，在您手臂上做好動靜脈瘻管，俗稱「手筋」。

血液透析每次大約 4 小時，通常每星期得跑 3 次洗腎院所，透析時需要在瘻管上打上兩支針，一支針將血液引流到洗腎機，讓機器清除血中毒素後，另一支針會將洗乾淨的血送回體內。



您目前比較想要選擇的方式是：

請您勾選

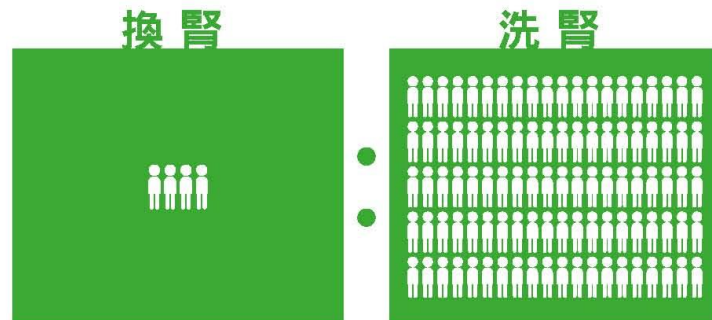
- 腎臟移植「換腎」
- 腹膜透析「洗肚子」
- 血液透析「洗血」
- 我現在還無法做決定

請透過以下四個步驟來幫助您做決定：

步驟一、選項的比較

● 台灣腎臟移植情形^[1,2]

目前等待腎臟移植有效人數約 7000 多人，其中每年接受腦死屍體器官捐贈接近 200 人，接受活體腎臟移植約 100 人，活體在腦死大愛器官捐贈來源不足，親屬的活體器官捐贈相對提供另一種選擇。截至 2014 年，腎臟移植人數和透析人數的比例大約 4：100



● 腎臟移植及透析病人的存活率^[2,3]

- ① 腎臟移植病人存活率，主要是受移植腎來源、年齡、原本共存疾病，例如心血管病、糖尿病的嚴重度所影響。
- ② 洗腎前就接受腎移植比洗腎後才接受腎移植存活率更好。
- ③ 台灣腦死捐贈的腎臟（大愛捐贈的腎臟）平均使用超過 10-15 年以上，而活體移植（活體腎）更可達 15-20 年以上。
- ④ 接受移植的病人 5 年存活率達 90% 以上。
- ⑤ 原本是血液透析或腹膜透析患者接受腎臟移植，兩者的存活率是類似的。
- ⑥ 腹膜透析和血液透析病人長期的存活率及生活品質相近，若是經由事先的準備與規劃才進入透析，兩者的短期存活率也沒有差異。

● 腎臟移植？腹膜透析？血液透析？該怎麼選？

目前腎臟替代療法：腎臟移植、腹膜透析、血液透析都各有優缺點，您可以仔細想想各個治療模式對您生活的影響，選擇一種治療盡量能符合您想要過的生活。

	比較	腎臟移植	腹膜透析	血液透析
存活	存活率 ^[2]	有較佳的存活率	與血液透析的存活率相似	與腹膜透析的存活率相似
生理影響 (常見副作用) (併發症)	手術	較大的手術： 腎臟移植手術	腹膜透析導管 植入手術	手臂瘻管建立手術
	治療方式	終身服用抗排斥藥物	按時將藥水藉著導管灌到肚子內，每日換透析藥水 3 至 5 次，或接機器在夜間執行	在瘻管上打上兩支針，一支針將血液引流到洗腎機清除毒素，另一支針將洗乾淨的血送回體內
		<ul style="list-style-type: none"> ■ 換腎後長期抗排斥藥物服用，會增加感染與腫瘤風險^[4,5] ■ 移植後癌症發生率為一般人的 3.75 倍^[5] ■ 移植後，前三年內的感染率為平均觀察一年每一百人有 45 人發生感染^[4] 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 腹膜透析病人容易因腹腔導管及藥水留置肚子增加腹內壓力，產生腹膜炎及疝氣的合併症^[6] ■ 腹膜炎：國內報告發生率約為每年每一百人有 18.5 人會發生^[7] ■ 疝氣：追蹤 3 ~ 12 年研究發現，發生率約為每一百人有 6~7 人會發生^[8,9] 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 快速移除毒素及水分，可能發生透析時低血壓、噁心/嘔吐、抽筋、頭痛等，以透析治療中發生低血壓最常見，約每 100 人有 25 人會發生^[10] ■ 洗腎血管堵塞或感染^[6] ■ 血液透析病人容易因洗腎血管感染導致菌血症：國內報告發生率約為每一百人有 15 人發生^[11]
		透析病人癌症發生率為一般人的 3.43 倍 ^[12]		

	比較	腎臟移植	腹膜透析	血液透析
生活影響	治療時間	無	依作息可自行調整，每日 3-5 次換液時間，每次約 30 分鐘 全自動腹膜透析夜間由機器自動換液時間約 8-10 小時	照透析院所安排，每週三次，每次 4 小時
	治療場所	無	家中或任何乾淨適合換液場所	透析醫療院所
	執行治療者	無	自己或照顧者	醫護人員
	飲食	飲食限制少	飲食限制中等	飲食限制較多
	活動	無	腹膜透析管路影響 不建議游泳及泡澡	洗腎用動靜脈瘻管 手臂不建議提重物
	生活品質 ^[3]	生活品質較好	與血液透析比較 整體生活品質相似	與腹膜透析比較 整體生活品質相似
	費用 ^[2]	健保給付		
優缺點比較	優點	<ul style="list-style-type: none"> ■ 存活率高 ■ 不需要再透析而提高生活品質 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 居家操作，自主性高 ■ 保留殘餘腎功能佳 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 由醫護人員操作 ■ 短時間高效率的清除毒素及水分
	缺點	<ul style="list-style-type: none"> ■ 無器官來源 ■ 終身服用抗排斥藥物 ■ 抗排斥藥物增加感染與腫瘤風險 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 腹部植入管子且外露，無法游泳泡澡 ■ 每日更換藥水數次 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 手臂要建立瘻管 ■ 一星期至透析院所 3 次，每次 4 小時 ■ 每次透析要接受 2 次扎針

步驟二、您選擇醫療方式會在意的項目有什麼？以及在意的程度為何？

請依照下列各項考量，逐一圈選一個比較偏向您的情況。

接受換腎 的理由	比較接近 ← 一樣 → 比較接近							接受洗腎 (腹膜透析或血液透析) 的理由
	比較接近						比較接近	
有五等親的家屬或配偶 願意捐腎給我	<	<	<	<>	>	>	>	沒有適合的 家屬捐腎給我
我願意接受 家屬捐腎給我	<	<	<	<>	>	>	>	我不願意接受 家屬捐腎給我
我知道換腎手術的風險 及副作用，但為了不用 洗腎，承擔風險是值得 的	<	<	<	<>	>	>	>	擔心換腎手術失敗
我可以接受終身服用抗 排斥藥物及其風險	<	<	<	<>	>	>	>	我不能接受終身服用抗 排斥藥物及其風險
我不願意長期洗腎	<	<	<	<>	>	>	>	我可以接受洗腎
其他：	<	<	<	<>	>	>	>	其他：

接受腹膜透析的理由	比較接近	一樣						比較接近	接受血液透析的理由
我很害怕打針	<	<	<	<>	>	>	>	我可以忍受打針	
換藥水的時間 對我而言比較有彈性	<	<	<	<>	>	>	>	我可以配合 到醫院洗腎的時間	
我可以找到 適合的換藥水地點	<	<	<	<>	>	>	>	我沒有適合的 換藥水地點	
我很在意血液透析 併發症	<	<	<	<>	>	>	>	我很在意腹膜透析 併發症	
我可以學習換液技術及 如何自我照顧，或我的 家人可以協助	<	<	<	<>	>	>	>	我想要由醫護人員幫我 執行洗腎就好	
我不能接受 手臂開刀做瘻管	<	<	<	<>	>	>	>	我不能接受 腹部開刀植管子	
其他：	<	<	<	<>	>	>	>	其他：	

步驟三、您對治療方式的認知有多少？請試著回答下列問題：

- 接受腎臟替代療法，是為了延續生命，改善尿毒症狀及生活品質？
 是 否 我不確定
- 三種腎臟替代療法中，腎臟移植有最好的存活率及生活品質？
 是 否 我不確定
- 腹膜透析與血液透析兩者長期的存活率及生活品質相近？
 是 否 我不確定
- 選擇腹膜透析治療，要學換藥水技術，但自主性較高，時間較彈性，可以依照自己的生活作息調整換藥水時間？
 是 否 我不確定

5. 選擇血液透析治療，需要先接受手臂瘻管手術，洗腎時要到醫療院所，治療過程均由醫療人員操作，每次洗腎要打兩支針，每週三次、每次 4~5 小時？

- 是 否 我不確定

6. 接受腎臟移植後，需要一輩子服用抗排斥藥？

- 是 否 我不確定

步驟四、您現在確認好醫療方式了嗎？

我已經確認好想要選擇的治療模式，我決定選擇：（下列擇一勾選）

- 腎臟移植
 - 等待腎臟移植時，選擇腹膜透析治療
 - 等待腎臟移植時，選擇血液透析治療
- 腹膜透析
- 血液透析

我想要與家人朋友討論後再作決定

- 我想要與我的主治醫師及照護團隊討論後再作決定

對於上述的治療模式，我想要再了解更多，我的問題是：

完成以上評估後，您可以列印及攜帶此份結果與您的醫師討論。

本文件於 106 年完成，製作文件內容僅供參考，各醫院提供之治療方案及程序不盡相同，詳情請與您的主治醫師及醫療團隊討論。

瞭解更多資訊及資源

1. 醫病共享決策平台：<http://sdm.patientsafety.mohw.gov.tw/>
2. 健康 99 網站：<http://health99.hpa.gov.tw/default.aspx>
3. 財團法人中華民國腎臟基金會：<http://www.kidney.org.tw/know/know.aspx>
4. 財團法人腎臟病防治基金會：<http://www.tckdf.org.tw>
5. 健康好腎活：<http://www.ckdlife.com.tw/index>
6. 財團法人器官捐贈移植登錄中心：<https://www.torsc.org.tw>

參考資料

- [1] 財團法人器官捐贈移植登錄中心。引自 <http://www.torsc.org.tw>。
- [2] 國家衛生研究院、台灣腎臟醫學會：2016 台灣腎病年報。苗栗縣：國家衛生研究院，2016。
- [3] 國家衛生研究院：2015 台灣慢性腎臟病臨床診療指引。苗栗縣：國家衛生研究院電子報，2015；628。取自 http://enews.nhri.org.tw/enews_css_list_new2.php?volume_index=628&showx=showarticle&article_index=10815&enews_dt=2015-11-19。
- [4] Snyder JJ, Israni AK, Peng Y, Zhang L, Simon TA, Kasiske BL. Rates of first infection following kidney transplant in the United States. *Kidney international* 2009; 75(3): 317-26. doi: 10.1038/ki.2008.580.
- [5] Li WH, Chen YJ, Tseng WC, et. al. Malignancies after renal transplantation in Taiwan: a nationwide population-based study. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2012; 27(2): 833-839. doi: 10.1093/ndt/gfr277.
- [6] Kidney Research UK. Dialysis: making the right choices for you-The Dialysis Decision Aid Booklet. Available from <https://www.kidneyresearchuk.org/file/health-information/kr-decision-aid-colour.pdf>.
- [7] 2016 年健保倉儲醫療給付檔案分析系統

- [8] Lee YC, Hung SY. Different Risk of Common Gastrointestinal Disease Between Groups Undergoing Hemodialysis or Peritoneal Dialysis or With Non-End Stage Renal Disease: A Nationwide Population-Based Cohort Study. *Medicine (Baltimore)* 2015; 94(36): e1482. (健保資料庫)
- [9] Yang SF, Liu CJ, Yang WC, et al. The risk factors and the impact of hernia development on technique survival in peritoneal dialysis patients: a population-based cohort study. *Peritoneal Dialysis International* 2015; 35(3): 351-359. (健保資料庫)
- [10] NKF KDOQI Guidelines. Available from https://www2.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_cvd/intradialytic.htm
- [11] Wang IK , Chang YC, Liang, CC, et al. Bacteremia in Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients. *Internal Medicine* 2012; 51(9): 1015-1021.
- [12] Lin MY, Kuo MC, Hung CC, et al. Association of dialysis with the risks of cancers. *PLoS One* 2015;10(4):e0122856. doi: 10.1371/journal.pone.0122856.



衛生福利部
國民健康署

Health Promotion Administration,
Ministry of Health and Welfare



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

本文宣品經費由國民健康署運用菸品健康福利捐支應 **廣告**

腹膜透析病人居家訪視紀錄單

(留存院所備查)

一、病人基本資料：

姓名： 性別：男 女 主治醫師：
 身分證號碼： 病歷號碼：
 透析開始日期(YYYY/MM/DD)：
 訪視日期： 訪視醫師/護理師：
 目前透析方式：CAPD APD CCPD
 曾發生腹膜炎：是 否

二、居家環境：

- 1.屋內環境：整齊清潔 尚可 雜亂 灰塵 其他
- 2.換液環境：特別設置換液間 在臥房內 沒有固定環境
 密閉空間-有 無 窗簾-有 無
- 3.換液設備：有裝設紫外線滅菌燈 有室內空調
電風扇 微波爐 電毯 75%酒精噴槍
有透析專用桌子 磅秤 點滴架
口罩 S掛鉤 臉盆 乾洗手液
- 4.換液桌面：木頭 不銹鋼 玻璃墊 塑膠墊 其他
- 5.換液位置：靠窗 靠牆壁 面對門 背對光源 其他
- 6.洗手用物：肥皂 洗手乳 無
- 7.洗手台：清潔 髒污 流動的水-有 無
- 8.擦手方式：擦手紙 毛巾 其他
- 9.透析液存放空間：整齊 雜亂 墊高 陽光照射
潮濕 陰暗 灰塵
- 10.透析液擺放：濃度分類-有 無 過期-有 無 依日期存放-有 無
 堆放雜物-有 無 過量-有 無 其他
- 11.導管出口換藥用物：保存方法正確-有 無
 消毒溶液過期-有 無
 紗布過期- 有 無
 棉籤過期- 有 無
生理食鹽水(20cc/500cc)
其他
- 12.換液後的處理：正確的善後處理(倒入馬桶)有 無
 APD水桶 清潔 污垢
- 13.每日透析記錄本的記錄：有 無 偶爾

三、居家生活評估：

1.換液技術操作者：自己 父母 配偶 子女 外傭
多人輪流照顧 其他

2.三餐飲食內容：家人或自己烹調食物 外食 素食

3.行動能力：正常 需輔助器材 臥床

4.日常生活狀況：能自行完成 協助下完成 需家人的協助

四、遵從性：

1.口服藥物：過期-有 無 正確存放-有 無 過量-有 無

2.EPO 藥物：過期-有 無 正確存放-有 無 過量-有 無

五、建議：

優點-

缺點-

六、照片：

1. 換液環境
2. 換液設備
3. 換液桌面
4. 換液位置
5. 洗手用物
6. 透析液存放空間
7. 藥水擺放
8. 導管出口換藥用物
9. 藥物(口服藥/EPO)

全民健康保險乳癌照護品質提升方案

115 年 0 月 0 日實施

壹、前言

鑒於國人十大癌症中，乳癌發生率攀升迅速，且死亡率改善幅度未若肝癌與肺癌顯著，亟需透過具代表性之本土臨床數據，剖析治療缺口並尋求防治突破。考量國內醫療環境與不同層級醫院之量能差異，本方案實施初期著重收案廣度，適度放寬參與醫院及診療團隊之資格限制，確保資料完整收集，以建置全國性之乳癌照護基準數據；待基礎資料建置穩定，規劃導入「價值導向給付（Pay for Value）」，將按診療團隊組成、品質指標達成等情形，採分級獎勵制度，期維持廣泛收案，同時引導醫院補足專科人力、優化照護流程，進而提升國內整體乳癌照護品質。

貳、方案目標

- 1、全國 80% 新確診乳癌病人納入收案照護，逐步落實多專科團隊照護，提升醫療照護品質。
- 2、優化乳癌病人整體存活率與預後，降低乳癌死亡率。

參、實施內容：

- 1、參與醫院資格：每年新診斷乳癌人數達 20 人以上之醫院。
- 2、成立乳癌診療團隊：
 - (1) 專任外科(含乳房外科)專科醫師 2 名以上。
 - (2) 專任放射診斷科專科醫師 1 名以上。
 - (3) 專任個案管理師 1 名以上。
- 3、收案對象：主診斷碼(ICD-10-CM)為 C50、C79.81、D05.00-D05.92 之新診斷或首次復發之乳癌病人(安寧療護個案除外)。
- 4、結案條件及轉介原則：
 - (1) 結案條件：
 1. 死亡。
 2. 中斷治療(歸責於病患因素)。

3. 追蹤滿五年且無病狀態(DISEASE FREE)。
2. 轉介原則：原收案醫院得依個案意願或需要，協助轉至適當醫院治療或追蹤照護，並於健保資訊網服務系統(VPN)登錄轉院，續由接收轉介醫院繼續登錄個案治療或追蹤情形，以確保個案照護之連續性。
5. 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醫院資格及診療團隊名冊(請條列各執行人員之姓名、身分證字號、專業類別、證書字號及證明影本)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。
6. 醫療費用申報：診察費、檢驗檢查費、治療處置費等項目按現行全民健康保險醫療服務(或藥物)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。
7. 獎勵措施：
 - (1) 採分階段獎勵模式，實施初期執行「新收個案整合照護」及「追蹤照護」獎勵，鼓勵醫院收案管理照護並登錄個案資料，建置全國性之乳癌照護基準數據；第二階段推行論品質計酬，設計獎勵機制，鼓勵醫院提升照護品質。
 - (2) 「新收個案整合照護」獎勵之照護內容：
 1. 限新診斷乳癌個案(含他院診斷轉入或復發者)，且須於院內收案管理及持續照護滿六個月(二十四週)以上；惟於收案期間死亡者不在此限。
 2. 乳癌診療團隊應定期開會討論，確定乳癌個案之診斷並提出最適之治療計畫，再由主治醫師根據討論結果或乳癌診療準則，與個案討論共同決定治療計畫。
 3. 團隊人員應於個案收案後六個月內，至健保資訊網服務系統(VPN)完成「個案基本資料」、「診斷病理」欄位登錄，後續應依實際療程進度，登錄「治療療程」及「追蹤」等欄位資料(如附件 1)。

4. 於收案管理期間，應設置單一諮詢窗口，並提供個案照護需求評估、護理指導及定期追蹤等連續性照護服務。

(3) 「追蹤照護」獎勵之照護內容：

1. 依個案實際療程與追蹤情形，至健保資訊網服務系統(VPN)完成「治療療程」及「追蹤」欄位登錄。
2. 於追蹤照護期間，應持續提供單一窗口諮詢服務，依個案需求提供護理指導，或適時協助轉介相關照護資源。

(4) 參與醫院應於個案收案後 6 個月內，至健保資訊網服務系統(VPN)完成登錄「個案基本資料」、「診斷病理」欄位，後續再依實際療程登錄「治療療程」及「追蹤」欄位，並於治療結束且完成登錄，始給予「新收個案整合照護」獎勵；個案收案期滿一年，每年度需完成年度追蹤登錄，始給予「追蹤照護」獎勵，結案當年度按收案月份等比例獎勵。惟 VPN 資料未及時登錄或登錄不全者，則不予獎勵。

(5) 獎勵費用：

1. 於同一醫院確診、治療及後續追蹤者：依個案之病理/臨床期別給予「新收個案整合照護」及「追蹤照護」獎勵費用，如下表。

病理/臨床期別	獎勵費用(每例)	
	新收個案整合照護	追蹤照護(每年)
Stage 0	800 點	250 點
Stage I	1,000 點	
Stage II III、IV	2,000 點	

2. 於不同醫院進行治療及追蹤照護者：依該醫院提供照護階段及 VPN 登錄完成狀態，按上表所定點數折付獎勵。

(1) 新收個案整合照護：完成確診(含他院)並於治療階段轉院個案之獎勵費用分配原則。

- A. 僅施行 1 項治療之轉出醫院，按上表「新收個案整合照護」所定點數之百分之四十計算；接受轉介醫院(接續治療)則以百分之六十計算之。
- B. 施行 2 項以上治療之轉出醫院，按上表「新收個案整合照護」所定點數之百分之六十計算；接受轉介醫院(接續治療)則以百分之四十計算之。

- (2) 追蹤照護(每年)：有轉院者，按上表「追蹤照護」所定點數，依各醫院當年度追蹤照護之月份，等比例分配獎勵。
- (3) 本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。

8. 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，將不予支付獎勵費用並依相關規定辦理。
- (2) 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，由分區業務組衡酌處理，且同醫院一年不得超過 1 次，若達 2 次以上，將追扣該年度已核發之獎勵點數。

9. 獎勵措施費用來源：

- (1) 本方案獎勵措施費用由全民健康保險醫院總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應。
- (2) 獎勵費用於年度結束後，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。
- (3) 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。

10. 品質資訊之登錄及監測：

- (1) 參與本方案之醫院應依保險人規定內容(如附件 1)，於健保資訊網服務系統(VPN)登錄個案基本資料、診斷病理、治療情形等資訊。
- (2) 品質監控指標：結構面 1 項、過程面 17 項、結果面 2 項。
- (3) 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。

指標項目	定義
結構面	
1.每年新診斷與治療的乳癌個案數。	乳癌個案數包含新確診或首次復發的個案人數(含癌登個案分類 class 1,2,3)。

指標項目	定義
過程面	
1.第 1、2 期乳癌以手術為首次治療，最後病理腋下淋巴結為陰性、施行哨兵淋巴結取樣術的比率。	<p>分母：癌症分期第 1、2 期乳癌以手術為首次治療，最後病理腋下淋巴結為陰性的人數。</p> <p>分子：施行哨兵淋巴結取樣術的人數。</p>
2.第 1~3 期乳癌於治癒性手術前 3 個月內，施行乳房攝影及乳房超音波檢查的比率。	<p>分母：癌症分期第 1~3 期乳癌且施行治癒性手術的人數。</p> <p>分子：手術前 3 個月內施行乳房攝影及乳房超音波檢查兩項的人數(含院外檢查)。</p>
3.65 歲以下早期乳癌病人於乳房保留手術後，接受術後放射治療的比率。	<p>分母：65 歲以下癌症分期第 1~3 期乳癌個案，並施行乳房保留手術人數。</p> <p>分子：於乳房保留手術後，接受放射治療(不含 electron IORT 或 kV IORT)的人數。</p>
4.乳癌治癒性手術(乳房保留或乳房全切除)後，腋下淋巴結大於或等於四顆轉移的病人，接受胸壁或乳房合併局部淋巴結放射線治療的比率。	<p>分母：施行乳癌治癒性手術(乳房保留或乳房全切除)後，腋下淋巴結大於或等於四顆轉移的人數。</p> <p>分子：同側胸壁或乳房合併局部淋巴結放射線治療的人數。</p>
5.病理檢驗完備率。	<p>分母：每年新診斷與治療的人數(癌登個案分類 class 1,2 者)。</p> <p>分子：病理項目(如附件 2)均完備的人數。</p>
6.ER \geq 1%的第 1~3 期乳癌病人，術後給予荷爾蒙治療的比率。	<p>分母：癌症分期第 1~3 期乳癌且荷爾蒙受體陽性 ER\geq1%，並施行治癒性手術(乳房保留或乳房全切除)的人數。</p> <p>分子：手術後給予荷爾蒙治療的人數。</p>
7.70 歲以下 ER 陽性、HER2 陰性且腋下淋巴結轉移大於或等於 4 顆的早期乳癌病人，接受化學治療的比率。	<p>分母：70 歲以下 ER 陽性、HER2 陰性，且腋下淋巴結轉移大於或等於 4 顆的人數。</p> <p>分子：接受化學治療的人數。</p>

指標項目	定義
8.停經前 ER 陽性、HER2 陰性且腋下淋巴結轉移 1-3 顆的早期乳癌病人，接受化學治療的比率。	<p>分母：停經前癌症分期第 1、2 期乳癌且 ER 陽性、HER2 陰性、腋下淋巴結轉移 1-3 顆(不含 micro-metastasis)的人數。</p> <p>分子：接受化學治療的人數。</p>
9.ER 陽性、HER2 陰性的第 2、3 期乳癌病人，使用 abemaciclib 或 ribociclib 的比率。	<p>分母：癌症分期第 2、3 期乳癌且 ER 陽性、HER2 陰性，並符合下列條件之一者的人數。(1)腋下淋巴結轉移大於或等於 4 顆。(2)腋下淋巴結轉移 1-3 顆，且腫瘤大於或等於 5 公分。(3)腋下淋巴結轉移 1-3 顆，且腫瘤細胞分化為第 3 級。</p> <p>分子：使用 abemaciclib 或 ribociclib 的人數。</p>
10.ER 陽性、HER2 陰性的轉移性乳癌病人，於第一線或第二線使用 CDK4/6 抑制劑的比率。	<p>分母：遠端轉移且符合下列條件的乳癌人數。(1)荷爾蒙受體 ER 或 PR >30%。(2)HER2 陰性。(3)未出現器官轉移危急症狀(visceral crisis)且無中樞神經系統(CNS)轉移。(4)骨轉移不可為唯一轉移部位。</p> <p>分子：使用 palbociclib 或 ribociclib 的人數。</p>
11.先行治癒性手術之 HER2 陽性早期乳癌病人(排除轉移性乳癌)，術後發現腋下淋巴轉移的比率。	<p>分母：癌症分期第 1~3 期乳癌、HER2 陽性，未接受術前前導性輔助治療而施行手術的人數。</p> <p>分子：術後病理報告腋下淋巴有轉移的人數。</p>
12.HER2 陽性早期乳癌且(1)腋下淋巴結轉移，或(2)無腋下淋巴結轉移，但 ER 陰性且腫瘤大於 2 公分者，接受前導性 anti-HER2 雙標靶藥物暨化學治療的比率。	<p>分母：癌症分期第 2、3 期乳癌、HER2 陽性且(1)腋下淋巴結轉移，或(2)無腋下淋巴結轉移、ER 陰性且腫瘤大於 2 公分，施行治癒性手術(乳房保留或乳房全切除)的人數。</p> <p>分子：接受前導性 anti HER2 雙標靶藥物(Trastuzumab 及 Pertuzumab)暨化學治療的人數。</p>
13.HER2 陽性早期乳癌且(1)腋下淋巴結轉移，或(2)無腋下淋巴結轉移，但 ER 陰性且腫瘤大於 2 公分，接受前導性 anti-HER2 藥物暨化學治療，於術後未達病理完	<p>分母：癌症分期第 2、3 期乳癌、HER2 陽性且(1)腋下淋巴結轉移，或(2)無腋下淋巴結轉移、ER 陰性且腫瘤大於 2 公分，接受前導性 anti-HER2 藥物暨化學治療，並於治癒性手術後未達病理完全緩解(即 non-PCR)的人數。</p>

指標項目	定義
全緩解者，術後接受 trastuzumab emtansine 輔助性治療的比率。	分子：術後接受 trastuzumab emtansine 輔助性治療的人數。
14.HER2 陽性轉移性乳癌於第一線接受 anti-HER2 雙標靶藥物治療的比率。	<p>分母：初次診斷 HER2 陽性癌症分期第 4 期乳癌，或早期輔助療法進行中或輔助治療完成後 6 個月內癌症復發(轉移病灶切片為 HER2 陽性或原發乳癌為 HER2 陽性且影像證實轉移)的人數。</p> <p>分子：接受第一線治療藥物為前導性 anti HER2 雙標靶藥物(Trastuzumab 及 Pertuzumab)的人數。</p>
15.先行治癒性手術之三陰性早期乳癌病人(排除轉移性乳癌)，術後發現腋下淋巴轉移的比率。	<p>分母：癌症分期第 1~3 期乳癌且 ER 陰性、PR 陰性、HER2 陰性者，未接受術前前導性化學輔助治療而先行手術的人數。</p> <p>分子：術後病理報告腋下淋巴有轉移的人數。</p>
16.三陰性早期乳癌且(1)腋下淋巴結轉移，或(2)無腋下淋巴結轉移但腫瘤大於 2 公分者，接受術前前導性化學治療併免疫檢查點抑制劑的比率。	<p>分母：癌症分期第 2、3 期乳癌、ER 陰性、PR 陰性、HER2 陰性且(1)腋下淋巴結轉移，或(2)無腋下淋巴結轉移但腫瘤大於 2 公分，施行治癒性手術(乳房保留或乳房全切除)的人數。</p> <p>分子：術前接受前導性化學治療含免疫檢查點抑制劑治療的人數。</p>
17.早期高風險三陰性乳癌病人(排除轉移性乳癌)接受術前前導性化學治療併免疫檢查點抑制劑治療後，於術後未達病理完全緩解者，術後接受輔助性免疫檢查點抑制劑治療或具 BRCA 突變者接受如 Olaparib 的比率。	<p>分母：癌症分期第 1~3 期乳癌且(1)腋下淋巴結轉移，或(2)無腋下淋巴結轉移但腫瘤大於 2 公分者，接受術前前導性化學治療併免疫檢查點抑制劑治療，並於治癒性手術後未達病理完全緩解(即 non-PCR)的人數。</p> <p>分子：術後持續給予輔助性免疫檢查點抑制劑治療或具 BRCA 突變者接受如 Olaparib 的人數。</p>
結果面	
1.五年整體存活率。	<p>採 Kaplan-Meier Method 方式(如範例)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 母體為新確診且已完成治療者(癌登個案分類 class 1,2 者)，並排除癌症分期第 0 期個案。 2. 事件為「死亡」。

指標項目	定義
2.三年無病存活率。	1. 計算方式比照五年整體存活率，時間為3年。 2. 事件為「腫瘤復發或轉移」或「死亡」。

存活率計算範例：(Censored case 個案數應予扣除後，方為下個時間點之病人數)

時間(月)	病人數	事件發生數	Censored			
(t)	(Nj)	(Dj)	cases	(Nj-Dj)/Nj	S(t)	
0-10	18	0	0	1.0000	1.0000	
10-19	18	1	3	0.9444	0.9444	0.9444x1.000
19-30	15	1	2	0.9333	0.8815	0.9333x0.9444
30-36	13	1	1	0.9231	0.8137	0.9231x0.8815
36-59	12	1	4	0.9167	0.7459	
59-75	8	1	1	0.8750	0.6526	
75-93	7	1	1	0.8571	0.5594	
93-97	6	1	1	0.8333	0.4662	
97-107	5	1	2	0.8000	0.3729	
107+	3	1	2	0.6667	0.2486	

說明：1.只要有事件發生即記錄發生在第幾個月，以及發生事件病人數。

2.第10-19個月有3個案 censors，因此第19-30個月病人數為15(18-3=15)。

3.S(tj)(累積存活率)=此時間點機率 x 上個時間點的累積存活率

由上表得知3年(36個月)之存活率為74.59%，1年(12個月)存活率介於10個月與19個月之間，所以其存活率為94.44%。

「乳癌照護品質提升方案」健保資訊網服務系統(VPN)

1、新診斷個案

(1) 基本資料：

1. 醫事機構代碼。
2. 主責醫師姓名/ID。
3. 病人姓名/ID/出生年月日。
4. 性別。
5. 身高/體重。
6. 是否停經/停經年齡(實歲)。
7. 收案日期：確定診斷並提供治療計畫之(門診)日期。
8. 個案分類：依癌登個案分類 Class 1、2、3。

(2) 診斷病理：

1. 最初診斷日期/院所。
2. 側性(患部)：右側、左側分開填列。
3. 組織學分類：原位癌(DCIS)、侵襲性癌(IDC/ILC)、其他。
4. 腫瘤組織分級。
5. 臨床/病理期別：T__N__M__。
6. 癌症臨床/病理分期：第 0 期~第IV期。
7. 遠端轉移部位。
8. 哨兵/腋下淋巴結：檢驗方式/檢驗結果。
9. 免疫組織化學染色：ER、PR、HER2、ISH、Ki67 等項目。
10. 基因檢測：BRCA 1/2、PD-L1 等項目。

(3) 治療療程：

1. 治療順序及方法。
2. 前導性治療項目：化療、免疫、標靶、荷爾蒙、其他治療。
3. 治癒性手術項目(含術後病理檢驗)。
4. 前導性療法之療效。
5. 放射治療部位。
6. 標靶治療/免疫治療：藥物項目(可複選)

Abemaciclib/Palbociclib/Pertuzumab/

Pertuzumab+Trastuzumab/Ribociclib/Trastuzumab/

Trastuzumab emtansine

免疫檢查點抑制劑 Pembrolizumab

7. 轉出日期。

(4) 追蹤：

1. 治療/追蹤狀況。
2. 追蹤日期：每年至少 1 次。
3. 轉出日期。
4. 結案日期。
5. 死亡日期。

2、復發個案

(1) 基本資料：同新診斷個案。

(2) 診斷病理：

1. 診斷日期/院所。
2. 側性(患部)：右側、左側分開填列。
3. 目前期別：T__N__M__。
4. 癌症分期。
5. 復發位置。
6. 哨兵/腋下淋巴結。
7. 轉移病灶之免疫組織化學染色：ER、PR、HER2、ISH、Ki67 等項目。
8. 基因檢測：BRCA 1/2、PD-L1 等項目。

(3) 治療療程：

1. 治療順序及方法。
2. 前導性治療項目：化療、免疫、標靶、荷爾蒙、其他治療。
3. 手術項目。
4. 放射治療部位。
5. 標靶治療/免疫治療：藥物項目(可複選)

Abemaciclib/Palbociclib/Pertuzumab/

Pertuzumab+Trastuzumab/Ribociclib/Trastuzumab/

Trastuzumab emtansine

免疫檢查點抑制劑 Pembrolizumab

6. 轉出日期。

(4) 追蹤：

1. 治療/追蹤狀況。

2. 追蹤日期：每年至少 1 次。

3. 轉出日期。

4. 結案日期。

5. 死亡日期。

病理檢驗必填報項目

1. Histology ____ DCIS (0), invasive carcinoma of NST (1), invasive lobular carcinoma (2), others (3)_____
2. Breast Surgery ____ BCS (0), mastectomy (1)
3. BCS margin ____ free (0), involved with DCIS (1) or invasive carcinoma (2)
4. Axillary Surgery ____ Nil (0), SLND (1), ALND (2)
5. LN harvested number ____, number of micro-metastasis ____, number of macro-metastasis ____ (填顆數)
6. Neoadjuvant therapy ____ No (0), Yes (1)
7. microscopic tumor size at surgery ____ cm
8. IHC stain (DCIS 可只填 ER)

ER____%

PR____%

HER2____+ (0 ~ 3+)

ISH____ negative (0), positive (1)

Ki67____%

全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫

101 年 9 月 3 日 健保醫字第 1010073659 號公告，定自 102 年 1 月 1 日施行
103 年 1 月 23 日 健保醫字第 1030080421 號公告修正，定自發布日施行
104 年 9 月 11 日 健保醫字第 1040033823 號公告修正，定自 105 年 1 月 1 日施行
107 年 9 月 6 日 健保醫字第 1070033792 號公告修正，定自 108 年 1 月 1 日施行
109 年 3 月 24 日 健保醫字第 1090032943 號公告修正，定自發布日施行
110 年 10 月 20 日 健保醫字第 1100034547 號公告修正，定自 111 年 1 月 1 日施行
110 年 11 月 19 日 健保醫字第 1100062048 號公告修正，定自 111 年 1 月 1 日施行
112 年 12 月 26 日 健保醫字第 1120665451 號公告修正，定自 113 年 1 月 1 日施行
113 年 11 月 6 日 健保醫字第 1130664995 號公告修正，定自 114 年 1 月 1 日施行
114 年 12 月 2X 日 健保醫字第 114066XXXX 號公告修正，定自 115 年 1 月 1 日施行

一、計畫依據

全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、計畫目的

- (一) 鼓勵特約醫療院所至矯正機關提供健保醫療服務，提升保險對象收容於矯正機關者（以下稱收容對象）之醫療服務可近性及醫療品質。
- (二) 兼顧矯正機關犯罪矯治管理之需求，落實轉診制度。
- (三) 健全矯正機關醫療照護網絡。

三、施行期間

本計畫每期 3 年，第五期計畫施行期間自 114 年 1 月 1 日起至 116 年 12 月 31 日止。

四、施行區域

法務部矯正署所屬 51 所矯正機關及 3 所分監，依矯正機關之地理位置分為 34 群組（附件 1），同一群組矯正機關由同一院所或院所團隊提供醫療服務，同一院所或院所團隊可跨矯正機關群組提供醫療服務。

五、預算來源

- (一) 各項健保醫療服務費用、承作獎勵金、門診診察費加成、門診藥事服務費加成及論次費用，依據全民健保醫療費用總額協商結果辦理。

(二)其他非健保給付醫療服務費用依各業務主管機關之規定辦理。

六、照護對象

(一)收容對象。

註：如遇收容對象未能出示健保卡情形，矯正機關須先行協助確認就醫對象是否具備投保資格(使用「電子化政府服務平臺衛生福利部中央健康保險署資訊中介服務(Web IR)」查調確認或填具如附件5格式樣張向分區業務組承保單位確認)，如無具備投保資格，須清楚向就醫對象說明須自行負擔所有就醫相關費用。

(二)收容對象依監獄行刑法等矯正法規攜帶入監(所)之子女得適用之。

(三)矯正機關留校學生得適用之。

(四)矯正機關人員不適用。

七、醫療服務提供方式

(一)由矯正機關設置之特約醫療院所提供醫療服務。

(二)由單一特約醫療院所或院所團隊，以支援方式至矯正機關內提供門診醫療服務：

1、單一院所模式：由單一特約醫療院所提供矯正機關內門診服務。

(1)該院所即承作院所。

(2)承作院所須能獨力提供矯正機關所需門診科別。

2、院所團隊模式：由特約醫療院所團隊提供矯正機關內門診服務。

(1)健保特約醫院或診所得組成團隊共同提供醫療服務。組成團隊之院所以同一健保分區為原則，並應推派單一院所為承作院所。

(2)承作院所以能提供家庭醫學科、內科或外科門診為主，至專科門診得結合團隊內其他特約醫療院所共同提供。

(3) 承作院所須負責提送計畫書、擔任本計畫之保險人及矯正機關聯繫窗口、撰寫執行報告等。

(4) 院所團隊名單(附件2)應於計畫書內一併檢送。

3、承作院所及其所服務之矯正機關，以位屬同一健保分區為原則，以利收容對象戒護外醫。

(三)倘承作院所或院所團隊自評無法滿足收容對象之牙科就醫需求，得改由中華民國牙醫師公會全國聯合會協調組成之醫療團提供。牙科醫療團應推派單一院所或代表(以同一分區為優先)，擔任本計畫之保險人及矯正機關聯繫窗口。

(四)矯正機關內門診藥品處方及處方箋之調劑方式：

1、醫師提供矯正機關內門診診療服務時，應透過健保資訊網服務系統(VPN)，以健保醫療資訊雲端查詢系統，即時查詢收容對象近期之用藥資訊，避免重複處方，以提升收容對象用藥安全及品質。

2、通訊診療看診前應請病人出示健保卡，並拍照留存，照片應可清晰辨識病人正面全臉及健保卡面資訊，足以證明身分。如健保卡無照片，應出示足以佐證收容人身分之證明文件(如身分證、獄政系統資料等)，看診結束後，由矯正機關人員協助持收容人健保卡至看診院所補健保卡登錄就醫紀錄及可累計就醫序號之就醫類別(補卡)，倘由看診院所之藥事人員親自送藥至矯正機關或無開立處方箋者得免補卡並以就醫序號「ICJV」申報。

3、收容對象經醫師診療後所需之藥品，得採下列任一方式提供：

(1) 由提供診療服務之特約醫療院所依藥師法、藥事法及藥品優良調劑作業準則規定調劑給藥。

- (2) 由看診院所、特約藥局之藥事人員親自將藥品送至矯正機關交付予矯正機關人員。藥品處方箋之調劑方式，應於計畫書內敘明。
- (3) 由矯正機關人員持健保卡及處方箋（處方箋應載明「特定治療項目代號」及「矯正機關代碼」）至原看診院所、特約藥局調劑領藥。

4、配合矯正機關管理需要，矯正機關內門診藥品須以餐包提供，但藥品特性不宜以餐包提供者除外。

(五)轉、代檢作業方式：

- 1、承作醫療團隊基於診療需要，得開立轉檢單，供收容對象至特約醫事服務機構或鄰近矯正機關接受檢查（驗）服務，其作業與申報規範，依健保相關規定辦理。
- 2、特約診所以代檢方式委託特約醫事檢驗機構提供檢驗服務者，處方箋應載明「特定治療項目代號」及「矯正機關代碼」。

(六)戒護外醫及轉診程序：

- 1、收容對象所患傷病，於矯正機關內不能為適當診療或有醫療急迫情形，由矯正機關內醫師開立轉診單或由矯正機關開具證明（附件3）戒護外醫時，承作院所及院所團隊應能提供進一步門診、急診及轉診住院服務，或可協調其他特約醫療院所共同提供戒護外醫診療與戒護住院等醫療服務。
- 2、若收容對象所患傷病非當次矯正機關內門診醫師之專科別，且矯正機關有提供該專科別矯正機關內門診，在收容對象無醫療急迫情形下，看診醫師宜優先安排至該專科別矯正機關內門診就醫（該矯正機關應提供門診表供看診醫師參閱）。

- 3、收容對象戒護門診、急診或住院之程序規劃（如病房安排、設施、動線等），應於計畫書內一併敘明。
- 4、承作院所及院所團隊應提供收容對象適時、適當之矯正機關內門診醫療服務，以降低矯正機關非經轉診之戒護外醫成本。

(七)健保卡登錄及上傳作業：

- 1、特約醫療院所提供矯正機關內門診服務時，應使用矯正機關所備網路，以自備讀卡機執行健保卡登錄及上傳就醫資料作業；或自備讀卡機及可連接至健保資訊網服務系統(VPN)之撥接帳號執行登錄及上傳作業。前述上傳之就醫資料並應備份 1 份，傳送至法務部指定之 SFTP 主機，交付矯正機關留存。
- 2、為利辨識矯正機關內門診案件，特約醫療院所於健保卡登錄及上傳此類案件時，應額外新增一筆醫令，「醫令類別」欄位請填「J」，「診療項目代碼」欄位請填矯正機關代碼，其餘欄位免填，並依健保卡資料上傳格式辦理。

(八)收容對象例外就醫規範：收容對象就醫倘有已加保未領到卡、遺失補發及毀損換發等原因未出示健保卡時，特約醫療院所應依規定填具「全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊」（附件 4，以下稱例外就醫名冊）後同意以健保身分就醫，就醫序號按無卡原因以特定代碼「C001」申報。

- 1、例外就醫範圍：包含矯正機關內門診、戒護門診及戒護住院。
- 2、例外就醫期限：以矯正機關內門診首次就醫日起一個月內為限，保險人分區業務組與矯正機關應儘速協助收容對象納保、補辦健保卡等事宜。
- 3、例外就醫名冊及相關證明文件，由醫療院所自存備查，毋須檢送保

險人分區業務組。

- 4、四類三目被保險人例外就醫時之投保證明文件，得由矯正機關造冊（附件5）取代。矯正機關應向保險人分區業務組承保單位確認收容對象投保情形，倘事後查保有不符投保資格，衍生醫療費用追繳事宜者，責任歸屬矯正機關。

(九)承作院所或院所團隊於矯正機關內開立疥瘡口服藥物 Ivermectin（如 Stromectol）不限使用鏡檢確認診斷，惟須檢附照片備查。

八、醫療服務內容

(一)診療空間及設施：矯正機關內之門、住診診療空間及設施，悉依醫療機構設置標準規定。

(二)矯正機關內門診科別、診次及時段：

1、診療科別：

- (1) 一般門診：以家庭醫學科、內科或外科為主。
- (2) 專科門診：依收容對象疾病型態與實際醫療需求擇定診療科別（含中醫與牙醫）。
- (3) 遠距醫療：限已有符合遠距醫療給付計畫設備之矯正機關及前述計畫可執行之科別。
- (4) 通訊診療門診：限已有符合通訊診察治療辦法所規範之軟硬體設備及符合相關資安規範者，且限皮膚科及精神科，相關申請與應遵行事項等本計畫未盡事宜，依「通訊診察治療辦法」辦理。
- (5) 矯正機關內門診，原則上仍以實體門診為主，遠距醫療為輔助，倘前述診療方式尚無法滿足矯正機關收容人之醫療需求，才開設通訊診療門診，相關門診診次及時段等事宜，由承作院所與矯正

機關議定之。

2、診次及時段：

- (1) 各科別門診診次數應視收容對象實際醫療需求調增或調減，門診時段應徵詢矯正機關意見後排定。
- (2) 每日門診時段區分為上午、下午及夜間，每日開診至多以 2 時段（如上午診及下午診）為原則，每時段診次數不限。
- (3) 每診次以 3 小時為原則，診次間至少相隔半小時。
- (4) 同一位醫師提供矯正機關支援服務時段，不得與支援本保險其他醫療服務時段重複，如支援照護機構、山地離島地區、醫療資源不足地區巡迴醫療服務等。

3、各矯正機關之醫療需求（如門診科別、診次），由保險人先洽詢各矯正機關，於本計畫公開遴選承作院所時，併於保險人全球資訊網公布。獲選之承作院所可再與矯正機關共同評估後，排定矯正機關內門診服務時間表。

（三）門診服務時間表異動之規定：

- 1、矯正機關內門診科別、診次、時段，應依排定之門診服務時間表提供服務，勿隨意更動。
- 2、若有異動或計畫性休診，須先確實與矯正機關協商後，並應於 7 個工作天前向保險人分區業務組備查並副知該矯正機關（門診異動表如附件 6）；因不可抗力因素（如因颱風來襲縣市政府公告停班停課等）則為休診日，不須報備，如收容人有補診之需求，得由矯正機關與醫事服務機構進行協議。

（四）矯正機關內門診掛號費由矯正機關與承作院所協商議定。

(五)承作院所應設置諮詢專線，其服務內容、服務時段由矯正機關與承作院所協商議定。

九、醫療服務提供者資格

- (一)參與本計畫之醫事服務機構須為本保險之特約醫事服務機構。
- (二)特約醫療院所須二年內未曾涉及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)第三十八至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。
- (三)特約醫療院所以不跨健保分區執行本計畫為原則，但於同一健保分區內得跨矯正機關執行本計畫。
- (四)醫師至執業處所外為收容對象提供醫療服務，須依法令規定事前報經當地衛生主管機關核准及保險人同意。

十、計畫申請程序

- (一)特約醫療院所應於公開徵選計畫承作院所3週內，以書面函檢附計畫書11份(計畫書建議內容如附件7-1)，向保險人分區業務組提出申請(以郵戳為憑)，申請案件信封上請註明「申請全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」，以利收發人員辨識，逾時概不受理。
- (二)申請通訊診療門診，由承作院所檢附計畫書(計畫書範本如附件7-2)3份予保險人分區業務組進行申請(含異動)，並由保險人分區業務組核定後併入核定文件副知衛生局。

十一、評選作業程序

(一)資格審查：經保險人分區業務組初審後，符合申請資格之特約醫療院所納入評選。

(二)計畫書審查：各群組矯正機關如僅有 1 家特約醫療院所研提計畫書，由保險人分區業務組與該群組矯正機關共同審查後同意實施；如有 2 家以上特約醫療院所研提計畫書，依下列程序辦理：

1、成立評選小組：

(1) 由 5 至 11 名委員組成，就具有相關專業之專家學者、矯正機關、保險人分區業務組、地方衛生主管機關派任或聘任，其中外聘專家學者人數不得少於三分之一。委員名單於開始評選前應予保密，於評選出最優承作院所或院所團隊後，應予解密。

(2) 評選小組置召集人 1 人，綜理評選事宜；副召集人 1 人，襄助召集人處理評選事宜。召集人、副召集人均為委員，由保險人分區業務組組長或其授權人指定委員擔任。

2、評選小組審議規則：

(1) 評選會議應有委員總額二分之一以上出席，其決議應經出席委員過半數之同意。出席委員中之外聘專家學者人數應至少 2 人且不得少於出席人數之三分之一。委員應親自出席評選會議，不得代理，且應參與評分。

(2) 為利委員對特約醫療院所提計畫書有更深入之瞭解，承作院所需於評選會議中簡報 15 分鐘，結束後由委員進行詢答，現場答詢採統問統答之方式，時間不超過 10 分鐘，其相關說明、澄清事項並列入紀錄。

3、評選方式及原則：採序位法，每群組矯正機關選出一最優承作院所或院所團隊執行本計畫。由評選委員對符合申請資格之特約醫療院所依評選標準（附件 8）個別評分，並依總分高低轉換為序位，再彙整合計各特約醫療院所之序位，以序位合計值最低者為總評序位第一，次低者為第二名，依此類推；為確保醫療服務品質，平均分數須達 80 分（含）以上且出席委員過半數以上同意者，始得承作本計畫。

4、最優承作院所或院所團隊產生方式：由評選小組評定。

（三）評選結果公布：各群組矯正機關之最優承作院所及院所團隊名單，由保險人於保險人全球資訊網公布。

（四）保險人應分別與最優承作院所及院所團隊依「全民健康保險特約醫事服務機構合約」第三十條規定，以換文補充本計畫之服務事項，其效力與該合約同。

十二、醫療費用申報、支付及審查原則

（一）醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。

（二）承作院所及團隊內院所執行本計畫之醫療費用依規定按月申報，費用撥入個別帳戶。另如可歸責於特約醫療院所申報資料錯誤，導致點值核付錯誤時，特約醫療院所需自行負責。

1、門、急診：門診醫療服務點數清單「特定治療項目代號」欄位請填「JA：收容對象醫療服務計畫—矯正機關內門診」或「JB：收容對象醫療服務計畫—戒護就醫」，並須申報矯正機關代碼；通訊診療案件，於門診醫療服務點數清單「特定治療項目代號」欄位任一請填「JV：收容對象醫療服務計畫—矯正機關內通訊診療」。

- 2、住院：住院醫療服務點數清單「醫療服務計畫」欄位請填「K：收容對象醫療服務計畫」，並須申報矯正機關代碼。
- 3、收容對象就醫時，出示醫師開立之轉診單者，轉診之服務機構代碼申報醫療院所代碼；出示矯正機關開立之轉診證明者，轉診之服務機構代碼申報矯正機關代碼。
- 4、保外就醫及監護處分之保險對象，因非收容於矯正機關者，其醫療費用依一般案件規定申報，不得申報為本計畫之醫療服務。收容對象若獲許可保外就醫，自保外就醫生效日起，其醫療費用應依一般案件規定申報。
- 5、遠距醫療案件，應依全民健康保險遠距醫療給付計畫相關規定申報。

(三)給付項目及支付標準：

- 1、論量計酬：依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」及「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」規定申報醫療費用。
 - (1) 矯正機關內門診服務人次不列入門診合理量計算，且門診診察費按申報點數加計一成支付、門診藥事服務費加計二成支付；惟矯正機關內設置之特約醫療院所門診診察費不加成支付(通訊診療之門診診察費不得加成)。前述門診診察費與藥事服務費加成部分，由保險人於點值結算時加計後支付。
 - (2) 戒護病床比照全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之急慢性一般病床支付；以非戒護病床收治收容人，則按收治之病床類別(急性或慢性一般病床)，依該病床類別之給付項目及支付標準支付。
- 2、論次計酬：承作院所及團隊內院所(應包含醫師)至附件 9 所列之矯正

機關提供門診服務，每診次得依下列支付規定另行申報論次費用。

- (1) 支付代碼 P4801C：4,000 點，至收容人數少於 300 人或周邊醫療資源較少之矯正機關提供門診服務，且執業處所與矯正機關位處不同鄉鎮區者。
- (2) 支付代碼 P4802C：11,500 點，跨島至離島地區之矯正機關提供門診服務。
- (3) 支付代碼 P4803C：6,000 點，至泰源監獄所提供門診服務，且執業處所與矯正機關位處不同鄉鎮區者。
- (4) 支付代碼 P4804C：2,000 點，至收容人數少於 300 人或周邊醫療資源較少之矯正機關提供門診服務，且執業處所與矯正機關位處同鄉鎮區者。
- (5) 考量臺東監獄位於花東地區，醫療資源較其他分區業務組少，經專案核可之跨分區支援該監獄，或同分區跨縣市之團隊院所，得申報支付代碼 P4801C(4,000 點)，若為同縣市之團隊院所支援該監獄，得申報支付代碼 P4804C(2,000 點)。
- (6) 本期計畫得申報論次費用之矯正機關名單，依上述支付代碼所列核發原則，以期初之數據為準，承作院所及團隊內院所簽約後，本期不再變動。
- (7) 第(1)~(5)項論次報酬僅可擇一申請，且通訊診療不得申報。
- (8) 醫師於同一時段至 2 所以上鄰近之矯正機關提供門診服務，如符合論次費用申請條件，僅可擇一申請，不得重複申報。

3、連續假期論次計酬：本計畫所有承作院所及團隊內院所於 3 天(含)以上連續假期對於各矯正機關提供實體或通訊診療門診服務，每診

次得額外申報論次費用 2,000 點（支付代碼 P4805C）。連續假期依行政機關辦公日曆表界定。

4、申請論次計酬時應於次月 20 日前將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)，列印並郵寄申請表至保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫報酬」（論次計酬）。

5、承作獎勵金：鼓勵承作醫療團隊積極投入人力與醫療設施，提供矯正機關適宜之醫療服務，及減少收容對象戒護外醫次數。

(1) 核發對象：各群組矯正機關之承作院所。如承作院所備文指定團隊內 1 家院所為核發對象，保險人分區業務組得予同意。另主責承作院所應週知團隊院所核發金額，並自行協定分享比例。

(2) 核發時點：各年度承作獎勵金分 2 階段核付，當年第 2 季及次年第 2 季，並得視計畫執行情形，酌予提前或延後核付。

(3) 核發數：各矯正機關（含分監）之核發數介於 0 萬至 ~~100~~150 萬點，該群組核發數為個別矯正機關核發數之總計。

(4) 核發基準：第 1 階段以「團隊組成完整性」分 3 個項目計算，第 2 階段以「指標達成情形」分 4 個項目計算（詳附件 10）。

(5) 牙科服務由醫療團提供者，牙醫部分之承作獎勵金獨立計算，分別核發給承作院所及牙科醫療團之代表院所。

(四)收容對象應自行負擔費用（部分負擔）依「全民健康保險保險對象收容於矯正機關者就醫管理辦法」第七條規定計收；

1、矯正機關內門診：依基層醫療單位層級計收。

2、戒護外醫門診或急診：依轉診或急診規定計收。

- 3、住院：依全民健康保險法第四十七條規定計收。
- 4、若屬全民健康保險法第四十八條所列重大傷病、分娩、山地離島地區就醫情形之一，保險對象免自行負擔費用。
- 5、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%。

(五)點值結算方式：

- 1、門診透析服務每點支付金額依全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額、醫院總額研商議事會議 102 年第 1 次會議決議，以兩部門透析合併獨立預算之前一季點值支付。
- 2、~~預算按季均分及結算，~~本計畫提供之醫療服務，其保障項目比照各總額部門一般服務之保障項目。門診透析服務點數依前項規定結算，~~餘保障項目、承作獎勵金、門診診察費加成、門診藥事服務費加成及論次費用以非浮動點數計算後，餘以浮動點值計算，每點金額不高於 1 元；當季預算如有結餘，則流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元~~醫療服務項目(含承作獎勵金、門診診察費加成、門診藥事服務費加成及論次費用)，以每點 1 元支付。經費如有不足，由其他預算之「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」項目支應。

十三、評核指標

獲選執行本計畫之承作院所或院所團隊，於每年度結束後 1 個月內應檢送計畫執行報告，執行報告之內容，依送審計畫書之要項撰寫執行成果及實施效益，並至少應包含以下九項指標之矯正機關別前後年度比較：

(一)收容對象每人每年門(急)診就醫人次

1、分子：門(急)診就醫人次合計(含矯正機關內門診及戒護門急診)

2、分母：當年度各月份收容人數平均值

(二)收容對象每人每年住院次數

1、分子：住院次數合計

2、分母：當年度各月份收容人數平均值

(三)平均每次住院天數

1、分子：住院天數合計

2、分母：住院次數合計

(四)戒護門急診就醫人次占門(急)診總人次比率

1、分子：戒護門急診就醫人次合計

2、分母：門(急)診就醫人次合計(含矯正機關內門診及戒護門急診)

(五)收容對象每人每年門(急)診醫療費用

1、分子：門(急)診就醫醫療費用(含矯正機關內門診及戒護門急診)

2、分母：當年度各月份收容人數平均值

3、西醫(排除透析)、中醫、牙醫分計

(六)急診就醫率

1、分子：急診就醫人次合計(急診案件為案件分類 02、12)

2、分母：門(急)診就醫人次合計(含矯正機關內門診及戒護門急診)

(七)疥瘡盛行率

1、分子：門(急)診疥瘡就醫人數(ICD10 代碼 B86)

2、分母：當年度各月份收容人數平均值

(八)~~C肝全口服抗病毒藥物治療率~~門診疥瘡投藥率

1、分子：~~HCV RNA 陽性接受 C 肝治療人次~~主診斷為疥瘡且使用疥瘡治療第 1 線用藥之件數(診斷碼為 B86，且申報藥品成分

Permethrin(擦劑)或 Ivermectin(口服))

2、分母：~~HCV RNA 檢驗結果陽性人次~~主診斷疥瘡之件數(診斷碼為 B86)

~~(九)收容對象滿意度(於各年度第 4 季調查)~~

十四、計畫管理機制

- (一)保險人負責總體計畫架構模式之研議、協調與修正；保險人各分區業務組負責於遴選承作院所前調查矯正機關之醫療需求、受理與審查計畫書，輔導轄區承作院所執行計畫、核發費用，及每年邀集相關特約醫療院所及矯正機關召開至少一次檢討會議。
- (二)承作院所負責提出申請計畫書、協調團隊內院所提供矯正機關收容對象完整之健康照護，撰寫執行報告，及參與檢討會議。
- (三)矯正機關負責與承作院所協定門診服務需求、參與申請計畫書之審查，及參與檢討會議。

十五、退場機制

- (一)承作院所及團隊內院所於計畫執行期間如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一及第四十四至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，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者），應自保險人第一次處分函所載停約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療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

(二)承作院所及團隊內院所無故未依排定之矯正機關內門診服務時間表提供服務、或參與本計畫有待改善事項，經保險人3次通知限期改善而未改善者，應自保險人通知函所載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，一年內不得再參與本計畫，但保險人再次公開徵選時不在此限。

(三)計畫執行期間，若矯正機關與承作醫療團隊內院所持續合作困難，經保險人協調無效，得於雙方合意下，由矯正機關尋求有意願且熟悉矯正醫療作業之特約醫療院所，經保險人資格審查後核定承接原院所之合約。

(四)配套措施：

1、以院所團隊模式提供服務：

(1)倘為承作院所退場，為維護收容對象醫療照護之延續性，團隊內院所得重新選定承作院所，並經保險人同意後繼續執行本計畫。

(2)倘因團隊內院所退場，致服務量能不足(如：無法提供專科門診)，得另尋求特約醫療院所合作，並經保險人同意後繼續執行本計畫。

2、以單一院所模式提供服務：承作院所退場，由保險人依原計畫評選序位依續徵詢其他特約醫療院所意願後承接。若無次一序位院所承接本計畫，則重新評選承作院所，評選作業期間由保險人協調其他特約醫療院所暫行支援醫療服務。

3、承接執行本計畫之合約效期，以原承作院所合約之迄日為合約迄日。

(五)特約醫療院所如經保險人終止參與資格，得於通知送達日起30日內，以書面向保險人申請複核，但以一次為限。

十六、計畫修訂程序

- (一)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。
- (二)本計畫每次合約效期為三年，期滿後由保險人重新辦理公開徵選計畫承作院所。

十七、其他事項

- (一)本計畫公開徵求承作院所後，若無院所參與評選或經評選無院所合格時，由保險人協調其他特約醫療院所參與本計畫，或由矯正機關尋求有意願且熟悉矯正醫療作業之特約醫療院所，經保險人資格審查後核定實施。
- (二)計畫執行期間，若因收容對象醫療需求改變(如：專科需求增加)，致承作醫療團隊服務量能不足，得由承作院所尋求其他特約醫療院所合作，經保險人資格審查後核定實施。必要時，保險人或矯正機關得協助協調其他特約醫療院所參與本計畫。
- (三)臺中監獄(含外役分監)由其附設培德醫院依本計畫提供醫療服務，不參與承作院所評選作業。培德醫院應依本計畫規定檢送計畫書、申報醫療費用、撰寫年度執行報告及參與檢討會議。
- (四)保險人分區業務組為確保本計畫各項健保業務與品質之適當性，每期計畫視需要實地訪視轄區矯正機關，矯正機關應予配合。
- (五)矯正機關所提非健保給付之醫療需求，如戒護外醫之諮詢判斷、戒菸門診、愛滋門診、公費門診、收容人健康檢查、餐包標示、藥癮戒治、相關衛教(如潔牙、疥瘡衛教)等；或配合矯正機關緊急醫療諮詢服務，若申請參與本計畫之特約醫療院所能一併提供，則列入評選加分；若否，得由符合各業務主管機關規定之其他特約醫療院所提供。特約醫療院所

提供保險人代辦之愛滋治療、法定傳染病治療、預防保健及戒菸門診等服務，應依本計畫第十二點(二)規定申報醫療費用。

(六)計畫執行期間，若法務部矯正署新設矯正機關(含分監)，由保險人依地理位置及收容人數，優先徵詢承作醫療團隊意願後納入既有群組，並換文補充相關服務事項；或新增矯正機關群組，由保險人公開徵選承作院所，但該期計畫執行期間不足1年，以協調方式辦理。

(七)其他健保相關矯正機關醫療服務規範：

- 1、全民健康保險保險對象收容於矯正機關者就醫管理辦法。
- 2、全民健康保險提供矯正機關醫療服務作業須知(附件11)。
- 3、牙醫門診加強感染管制實施方案。
- 4、全民健康保險遠距醫療給付計畫。

法務部矯正署所屬矯正機關一覽表

群組	矯正機關名稱	機關代碼	地址	健保分區
1	宜蘭監獄	9A34101091	宜蘭縣三星鄉三星路三段 365 巷安農新 1 號	臺北
2	基隆監獄	9A11070017	基隆市東光路 199 號	臺北
	基隆看守所	9A11070026	基隆市信義區崇法街 64 號	臺北
3	金門監獄(不含連江分監)	9A90030031	金門縣金湖鎮復興路 1-5 號	臺北
4	臺北看守所	9A31130232	新北市土城區立德路 2 號	臺北
	臺北女子看守所	9A31130014	新北市土城區青雲路 33 號	臺北
	臺北少年觀護所	9A31130223	新北市土城區石門路 4 號	臺北
5	新店戒治所	9A31050544	新北市新店區莒光路 42 號	臺北
6	臺北監獄(不含桃園分監)	9A32071634	桃園市龜山區宏德新村 2 號	北區
7	臺北監獄桃園分監	9A32010039	桃園市龍壽街 75 巷 26 號	北區
	桃園監獄	9A32011987	桃園市延壽街 158 號	北區
	敦品中學	9A32011503	桃園市向善街 98 號	北區
8	桃園女子監獄	9A32090046	桃園市龍潭區富林村中正路三林段 617 號	北區
	八德外役監獄	9A32080068	桃園市八德區懷德街 100 號	北區
9	新竹監獄	9A12041201	新竹市延平路一段 108 號	北區
	誠正中學	9A33080013	新竹縣新豐鄉松柏村 11 鄰德昌街 231 號	北區
	新竹看守所	9A12040106	新竹市延平路 1 段 110 號	北區
10	苗栗看守所	9A35011336	苗栗市南勢里南勢 100 號	北區
11	臺中監獄(含外役分監)	9A17070017	臺中市南屯區培德路 9 號	中區
12	臺中女子監獄	9A17070168	臺中市南屯區培德路 9-3 號	中區
	臺中看守所	9A17071218	臺中市南屯區培德路 11 號	中區
	臺中戒治所	9A17071033	臺中市南屯區培德路 3 號	中區
13	南投看守所	9A38010260	南投市嘉和 1 路 1 號	中區
14	勵志中學	9A37070075	彰化縣田中鎮山腳路 5 段 360 巷 170 號	中區
	彰化監獄	9A37080019	彰化縣二林鎮二溪路 3 段 240 號	中區
	彰化看守所	9A37051221	彰化縣員林鎮法院街 73 號	中區
15	雲林監獄	9A39030013	雲林縣虎尾鎮興南里仁愛新村 1 號	南區
16	雲林第二監獄	9A39031245	雲林縣虎尾鎮建國里建國 4 村 5-18 號	南區
17	嘉義監獄	9A40100526	嘉義縣鹿草鄉豐稠村維新新村 1 號	南區
	嘉義看守所	9A40100091	嘉義縣鹿草鄉豐稠村信義新村 1 號	南區
18	臺南監獄(不含明德戒治分監)	9A41281175	臺南市歸仁區武東里明德新村 1 號	南區
	臺南少年觀護所	9A21020167	臺南市南區大林路 161 號	南區
19	臺南看守所	9A41281095	臺南市歸仁區武東里明德新村 2 號	南區
	明德外役監獄	9A05220010	臺南市山上區玉峰里明德山莊 1 號	南區
	臺南監獄明德戒治分監	9A05220029	臺南市山上區玉峰里新生山莊 1 之 2 號	南區
20	臺南第二監獄	9A05130020	臺南市六甲區甲東里曾文街 161 號	南區

群組	矯正機關名稱	機關代碼	地址	健保分區
21	高雄監獄	9A42060014	高雄市大寮區仁德新村 1 號	高屏
22	高雄女子監獄	9A42061266	高雄市大寮區內坑里淑德新村 1 號	高屏
23	高雄第二監獄	9A42121249	高雄市燕巢區正德新村一號	高屏
	明陽中學	9A42120117	高雄市燕巢區橫山里正德新村六號	高屏
	高雄戒治所	9A42120511	高雄市燕巢區正德新村 5 號	高屏
24	屏東監獄	9A43140042	屏東縣竹田鄉永豐村永豐路 132 號	高屏
	屏東看守所	9A43140011	屏東縣竹田鄉永豐村永豐路 130 號	高屏
25	澎湖監獄	9A44020015	澎湖縣湖西鄉鼎灣村 1-1 號	高屏
26	花蓮監獄	9A45050176	花蓮縣吉安鄉吉安路 6 段 700 號	東區
27	自強外役監獄	9A45071139	花蓮縣光復鄉建國路自強新村 1 號	東區
28	花蓮看守所	9A45011606	花蓮市日新崗 1 號	東區
29	武陵外役監獄	9A46091073	臺東縣鹿野鄉瑞豐村永嶺路 270 號	東區
30	臺東戒治所	9A46011468	臺東市廣東路 317 號	東區
31	臺東監獄	9A46010372	臺東市岩灣里興安路 2 段 642 號	東區
32	東成監獄	9A46040076	臺東縣卑南鄉美農村班鳩 1 號	東區
33	綠島監獄	9A46110073	臺東縣綠島鄉中寮村 192 號	東區
34	泰源監獄	9A46070092	臺東縣東河鄉北源村 32 號	東區

備註：

1. 臺中監獄由其附設培德醫院承作本計畫醫療服務。
2. 臺南監獄明德戒治分監因緊鄰明德外役監獄，故不與臺南監獄分屬同一群組。
3. 金門監獄連江分監(機關代碼 9A910100A1)因地理位置與金門監獄相距甚遠，雖屬同一監獄，醫療服務提供方式宜因地制宜。考量連江分監收容對象數約 10 人，且緊鄰連江縣立醫院，故採行戒護外醫模式。
4. 八德外役監獄及臺南第二監獄於 104 年 7 月 16 日成立。
5. 臺中監獄外役分監於 104 年 9 月 1 日成立，於未申請矯正機關機構代碼、提供矯正機關內門診服務前，採戒護外醫至培德醫院模式，並申報為臺中監獄之矯正機關內門診(JA)案件。

全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫院所團隊名單

一、承作院所

(一) 院所名稱：

(二) 院所代碼：

(三) 層級別：

(四) 專科別：

(五) 醫事人員：醫師 人，藥劑人員 人，護理人員 人，
其他 。

(六) 病床數：至 113 年 8 月底，登記總病床數為 床，實際開放床數
為 床，詳如以下附表。

(七) 戒護病床數： 床。

病床類別	一般病床				特殊病床									合計	
	急性病床		慢性病床	小計	加護病床	燒燙傷病床	洗腎治療床	嬰兒床	嬰兒病床	觀察床		手術恢復床	呼吸照護病床、中心		小計
	急性一般病床	急性精神病床	慢性一般病床							急診觀察床	其他觀察床				
登記數															
開放數															

註：本表請承作院所依實際狀況填寫。

(八) 承作院所優勢簡介：

二、合作院所清單

序號	院所名稱	院所代碼	層級別	專科別	服務內容
1					<input type="checkbox"/> 住診：_____床 <input type="checkbox"/> 門診： <input type="checkbox"/> 透析：_____床
2					<input type="checkbox"/> 住診：_____床 <input type="checkbox"/> 門診： <input type="checkbox"/> 透析：_____床
3					<input type="checkbox"/> 住診：_____床 <input type="checkbox"/> 門診： <input type="checkbox"/> 透析：_____床
4					<input type="checkbox"/> 住診：_____床 <input type="checkbox"/> 門診： <input type="checkbox"/> 透析：_____床
5					<input type="checkbox"/> 住診：_____床 <input type="checkbox"/> 門診： <input type="checkbox"/> 透析：_____床
6					<input type="checkbox"/> 住診：_____床 <input type="checkbox"/> 門診： <input type="checkbox"/> 透析：_____床
7					<input type="checkbox"/> 住診：_____床 <input type="checkbox"/> 門診： <input type="checkbox"/> 透析：_____床
8					<input type="checkbox"/> 住診：_____床 <input type="checkbox"/> 門診： <input type="checkbox"/> 透析：_____床
9					<input type="checkbox"/> 住診：_____床 <input type="checkbox"/> 門診： <input type="checkbox"/> 透析：_____床
10					<input type="checkbox"/> 住診：_____床 <input type="checkbox"/> 門診： <input type="checkbox"/> 透析：_____床

備註：

1. 層級別：依評鑑結果分為醫學中心、區域醫院、地區地院與基層診所。
2. 專科別請依特約醫療院所之特約科別填入，可填入多個專科別。

矯正機關戒護外醫證明(至 院所)

(本表專供矯正機關填用)

矯正機關名稱：

矯正機關代碼：

矯 正 機 關	收基本 容對資 象料	姓名	身分證號		性別		出生日期	
					□男 □女		民國 年 月 日	
	病人 症狀 描述							
	機關 地址						傳真 號碼	
關	開立 人員	姓名		單位		聯絡 電話		簽章
	開立 日期	年 月 日						
接 受 戒 護 外 醫 院 診 所	就醫 日期	年 月 日						
	處理 情形	1. <input type="checkbox"/> 已安排本院 科門診治療 2. <input type="checkbox"/> 已予急診處置 3. <input type="checkbox"/> 已予急診處置，並入住本院 病房治療 4. <input type="checkbox"/> 已安排入住本院 病房治療 5. <input type="checkbox"/> 已予急診處置，並轉診至 醫院						
	治療 摘要	1. 診斷 ICD-10-CM/PCS 病名 a.(主診斷) b. c. 2. 治療藥物或手術名稱 3. 輔助診斷之檢查結果						
	院所 名稱					電話號碼		
	診治 醫師	姓 名		科 別		醫師 簽章		回覆 日期
								年 月 日

本證明限使用乙次；由矯正機關開立，適用於非矯正機關內門診時段之緊急就醫。
申報規定請參見背面說明。

收容對象戒護外醫申報規定：

1. 門診：

- (1) 門診醫療服務點數清單「特定治療項目代號」任一欄位請填「JB：收容對象醫療服務計畫—戒護就醫」，「矯正機關代號」欄位請填矯正機關代碼。
- (2) 部分負擔依全民健康保險保險對象收容於矯正機關者就醫管理辦法第7條規定，以轉診或急診計收。

2. 住院：

- (1) 住院醫療服務點數清單「醫療服務計畫」欄位請填「K：收容對象醫療服務計畫」，「矯正機關代號」欄位請填矯正機關代碼。
- (2) 部分負擔依全民健康保險法第47條規定，依住院病房類別及住院日數長短計收。

3. 轉診之服務機構代碼：

- (1) 出示醫師開立之轉診單時，申報醫療院所代碼。
- (2) 出示矯正機關開立之轉診證明時，申報矯正機關代碼。

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	身分證字號	連絡電話	矯正機關名稱	無卡原因
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院						<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院						<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院						<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院						<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間

註：1.本表由院所自存備查，毋須檢送保險人分區業務組。

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：已加保未領到卡及遺失、毀損換發期間請填 C001。

全民健康保險第 4 類第 3 目被保險人投保證明
(本表專供矯正機關填用)

矯正機關名稱：

矯正機關代碼：

編號	被保險人姓名	出生日期	身分證字號	合於投保條件日期	備註
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

製表人： (簽章)

單位：

連絡電話：

日期： 年 月 日

單位 章戳

本證明由矯正機關開立，交由醫療院所自存備查，作為第 4 類第 3 目被保險人未出示健保卡或鎖卡時，例外就醫之投保證明。

矯正機關內門診異動表

填表日期： 年 月 日

基本資料	院所名稱	聯絡電話 ()
	院所地址及郵遞區號	
	服務矯正機關名稱	
	變更 <input type="checkbox"/> 門診科別 <input type="checkbox"/> 門診診次 <input type="checkbox"/> 門診時段	
	變更原因	

(一)原門診科別、診次、時段： 年 月 日起至 年 月 日

	一	二	三	四	五	六	日
上午							
下午							
夜間							

合計 科 診/週

(二)變更門診科別、診次、時段： 年 月 日起至 年 月 日

	一	二	三	四	五	六	日
上午							
下午							
夜間							

合計 科 診/週

(三)論次醫療報酬預估(不適用者免填)：

原為：

診次/週

預估總經費： 點

變更為：

診次/週

預估總經費： 點

金額變動計 點

院所

印

執業醫師簽名： _____

印

註：本表使用於變更矯正機關內門診科別、診次、時段，例如週一下午之門診改至週四夜間。若有異動，應於 7 日前向保險人分區業務組核備並副知該矯正機關。

院所名稱： (院所代號：)

申請全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫

(建議內容)

日期：

- 一、計畫前言
- 二、計畫目的
- 三、矯正機關收容對象醫療現況(醫療服務提供及利用情形、疾病情形等)
- 四、矯正機關收容對象醫療需求評估
- 五、承作院所及院所團隊組成與分工
- 六、醫療服務提供規劃(包含矯正機關內門診安排、掛號費收取金額與藥品處方調劑作業方式、戒護門/急診及住院之運作方式、院所團隊間轉診及合作機制等)
- 七、預期效益
- 八、其他

「(承作院所醫療機構名稱)」通訊診察治療實施計畫書(範本)

一、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條第7款矯正機關收容照護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。

【填寫說明】

- 1、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，且依本辦法第18條第1項後段規定，執行本款者，應先徵得矯正機關同意。
- 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。

二、實施計畫

(一)實施之主責醫師、其他主責醫事人員：

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)	○○○

【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、一個醫療團隊，推派1名主責醫師即可。
- 3、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，並副知本署。

(二)醫療項目：限於本辦法第15條第1項第1款至第9款內容

- 使用通訊方式提供醫療項目之服務流程：_____。

【填寫說明】

請敘明服務流程(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)。

(三)實施期間：

【填寫說明】

依「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」每期3年，爰申請實施期間，至多為3年，且按計畫期別申請。

(四)合作之醫事機構，及第六條所定矯正機關：

矯正機關 名稱	矯正機關代碼	聯絡人 姓名、電話	院所 名稱	院所代碼	聯絡人 姓名、電話
範例：A 所	9AXXXXXXXXX	○○○(03)...	甲院	120XXXXXXXX	○○○(03)...
			乙院	353XXXXXXXX	○○○(03)...
			丙院	260XXXXXXXX	○○○(03)...
B 監	9AXXXXXXXXX	○○○(03)...	乙院	353XXXXXXXX	○○○(03)...

(五)通訊診療告知同意書

本計畫診察治療對象將以____(書面/電子)方式簽署「(醫療機構名稱)通訊診療告知同意書」，內容如附件。

【填寫說明】

- 1、病患以書面、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。
- 3、本辦法第20條第1款，取得通訊診療對象之知情同意。但有急迫情形者，不在此限。

(六)個人資料保護及資料檔案安全維護措施

- 1、本實施計畫施行機構是否為「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○○○號函送衛生局備查。

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，並函報衛生局備查。函報衛生局日期文號：○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：

本實施計畫施行機構自行建置；

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。
- 4、凡執行通訊診療之院所，均依本辦法規定，符合資訊安全，爰承作院所於申請時，得視情形，各院所分述說明(六)個人資料保護及資料檔案安全維護措施，自行複製第1至4點文字。

醫療機構用印：

負責醫師用印：

中華民國 年 月 日

附件：(醫療機構名稱)通訊診療告知同意書

病人基本資料	
姓名：	出生日期：
病歷號碼：	矯正機關：
擬實施之服務項目(可複選)： <input type="checkbox"/> 詢問病情 <input type="checkbox"/> 提供醫療諮詢 <input type="checkbox"/> 診 察、診斷、醫囑 <input type="checkbox"/> 開立檢查、檢驗單 <input type="checkbox"/> 會診 <input type="checkbox"/> 精神科心理治療 <input type="checkbox"/> 開立處方 <input type="checkbox"/> 原有處方之調整或指導 <input type="checkbox"/> 衛生教育	

- 1.(醫療機構名稱)將以通訊提供醫療服務，其通訊使用之軟體/硬體為_____，
我已知悉如何使用，並且貴院(診所)已向我解釋以通訊方式提供醫療服務之步
驟、限制、風險等相關資訊，我同意使用此通訊方式接受診察、治療。
- 2.我已知悉通訊方式與醫師親自診察治療不同，如經醫師評估病情，不適宜以通
訊方式診療時，得建議我改以其他方式接受診察、治療。
- 3.如果遇到技術性問題、危急情況，能與我聯絡的電話是_____ (或緊急聯絡人
_____)，電話_____。

立同意書人姓名：

簽名：

關係：病人之

身分證統一編號/居留證或護照號碼：

日期：_____

備註：矯正機關於該次通訊診療看診前，請病人填寫，待病人填妥後，由矯正機關交予該次
通訊診療院所併入病歷一同保存。

承作院所及院所團隊評選表

項次	項目	重要性 (%)	評分	評分	評分	評分	評分	評分	評分
1	醫療服務之適當性：能針對收容對象之醫療需求規劃醫療服務提供量能，並能針對現行矯正機關健康照護不足處，提出具體可行之建議與措施	30%							
2	申請院所之執行能力、整體計畫之理念、可信度及過去經驗等	25%							
3	收容對象戒護外醫之可近性	10%							
4	轉診後送機制	7%							
5	戒護住院之程序規劃，及設置戒護病房之可能性	13%							
6	其他								
	能配合矯正機關所提非健保給付之醫療需求如戒護外醫之諮詢判斷、愛滋門診、收容人健康檢查、公費門診、餐包標示、藥癮戒治、相關衛教(如潔牙、疥瘡衛教等)；或配合矯正機關緊急醫療諮詢服務	7%							
	減少戒護外醫之相關措施	3%							
	矯正機關內門診掛號費收取金額	5%							
總分									
平均分數(序位)			(序位)						

論次計酬矯正機關名單

序號	矯正機關名稱
1	基隆看守所
2	金門監獄
3	臺北少年觀護所
4	臺北監獄桃園分監
5	敦品中學
6	八德外役監獄
7	誠正中學
8	新竹看守所
9	勵志中學
10	臺南少年觀護所
11	臺南監獄明德戒治分監
12	明陽中學
13	花蓮看守所
14	綠島監獄
15	武陵外役監獄
16	泰源監獄
17	東成監獄
18	自強外役監獄
19	明德外役監獄
20	澎湖監獄
21	臺東戒治所
22	花蓮監獄
23	臺東監獄

註：如八德外役監獄核定容額擴增至 800 人後，不得另行申報論次費用。

承作獎勵金核發基準

核付階段	項目		收容人數		
			≥2,500 人	1,000-2,499 人	<1,000 人
第 1 階段：團隊組成完整性	1. 門診提供情形	西醫門診	25 萬	20 萬	5 萬
		皮膚科門診或疥瘡治療	10 萬	5 萬	5 萬
	2. 牙醫提供情形	牙醫門診	20 萬	15 萬	5 萬
		投入牙科 X 光機	10 萬	5 萬	5 萬
	3. 愛滋門診或愛滋病患牙科門診提供情形		10 萬	5 萬	5 萬
	第 2 階段：指標達成情形	1. 每人每年 <u>門診</u> 戒護外醫次數 ≤ 106-108、112 年最低值(排除年齡 ≥ 65 歲、 <u>洗腎及重大傷病</u>)案件		25%	15%
2. 每人每年門(急)診次數 ≤ 15		25%	35%	40%	
3. 矯正機關內西醫門(急)診(排除 <u>透析洗腎</u>)每診人次 ≤ 50		25%	25%	25%	
4. 矯正機關內牙醫門(急)診每診人次 ≤ 15		25%	25%	25%	

- 第 1 階段核發數：以達成項目計算核發數，衡量標準如下：
 - 以每年第 1 季開診情形及當年度第 1 季平均收容人數為衡量標準進行計算。
 - 投入牙科 X 光機：由承作醫療團隊提供全年使用，並負責相關耗材及維護。
- 第 2 階段核發數：
 - 以第 1 階段核發數為基值及當年度各月平均收容人數為權重標準，依達成指標權重計算核發數。未開設牙科門診之矯正機關，第 4 項指標之權重加至第 3 項指標計算。
 - 指標統計區間以各年度承作獎勵金之全年資料計算。
- 每人每年 門診 戒護外醫次數(=門診戒護外醫次數/當年度各月份收容人數平均值)之分子

「門診戒護外醫次數」，係以健保申報資料進行計算。~~。~~

~~(1) 依矯正機關定義，以收容對象每人每次戒護至特約醫療院所接受醫療服務為1次外醫，即外醫門診、檢查(驗)、同一療程之每次治療，均各計為1次外醫(多項排檢同次施作，以1次外醫計)；但排除戒護住院及透析次數。~~

~~(2) 106-108、112年最低值。~~

4. 新設矯正機關之配套措施：

(1) 計畫執行期間新設矯正機關之承作獎勵金，自矯正機關內門診服務起始月（不足1個月按週數計算）等比例計算核發。

(2) 第2階段「每人每年戒護外醫次數」指標，因無106-108、112年數據，以同類型、收容規模相近矯正機關之次低值平均值為基準。

全民健康保險提供矯正機關醫療服務作業須知

矯正機關醫療場所與醫療院所之環境有所不同，收容對象亦受人身自由之限制。為使健保醫療順利於矯正機關內提供，同時兼顧矯正機關管理需求、維護醫事人員安全與收容對象醫療權益，特訂定本須知。

壹、醫療篇

- 一、依全民健康保險保險對象收容於矯正機關者就醫管理辦法第 3 條第 1 項規定，收容對象發生疾病、傷害事故或生育時，應優先於矯正機關內就醫。爰此，除有在矯正機關內不能為適當診療、檢查(驗)或有醫療急迫情形，應避免建議戒護移送保險醫事服務機構就醫。例如，可由保險醫事服務機構之醫事人員於矯正機關內採集送驗之非急件檢體，則應避免使收容對象戒護外醫。
- 二、醫師對收容對象之醫療處置，應視其病情治療需求及依專業判斷。開立相關證明亦應秉持醫療專業依診斷結果註記，不可配合加註收容對象建議之文字，或非醫療診斷相關之文字。收容對象如提出下列各項要求，~~應予拒絕，並應將前開情形~~通知矯正機關衛生科人員，[以利矯正機關介入處置及制止收容人](#)。
 - (一)加重藥品劑量(此一情形常見於身心科)。
 - (二)使用特定藥品或衛材，如要求身心科醫師開立 3、4 級管制藥品。
 - (三)開立轉診單，甚至要求醫師指定轉診時間與醫院，使其可預期至醫院接受醫療之時間及地點。
 - (四)使用非治療必需之自費品項，如貼布、胃散等坊間成藥。
 - (五)使用非治療必需之針劑。
 - (六)對非必要性之外科手術治療(如脂肪瘤、一至二度之痔瘡)要求外醫住院治療。
 - (七)入住矯正機關指定單位，如:機關附設之療養舍、觀察室、隔離舍...等。
- 三、醫師為診療所需，得請收容對象提供於收容前，長期服用處方藥物之用藥紀錄，或請矯正機關提供身心科就診者平時睡眠情形或情緒表現紀錄。
- 四、保險醫事服務機構得依與矯正機關協商結果，於矯正機關內提供與門診診療及檢查(驗)有關之醫療設施，以利醫師診治，及提升收容對象就醫及時性與減少戒護外醫頻率。
- 五、請該管之矯正機關或保險醫事服務機構定期維護矯正機關內之診療設備(施)，如看診系統、資訊設備等，以利看診流程順暢。
- 六、矯正機關如有急症收容對象，須於當日機關內門診加掛，可經聯繫保險醫事服務機構協助安排看診。

- 七、矯正機關應於收容對象看診前，配合下列事項，以利看診作業順遂。
- (一)於開診前，提帶收容對象至候診場所，避免延遲就診而延長門診時間。
 - (二)確認收容對象攜帶健保卡就醫。
 - (三)區分急重症病患，請醫師優先看診。
 - (四)提供收容對象罹患傳染病等資訊，供醫事人員診療參考，以確保收容對象用藥安全及保護醫事人員。
- 八、醫事人員提供醫療服務時，應避免歧視之情形，如拒絕法定傳染病患之治療。
- 九、醫療處置應以符合健保給付為主，倘診治收容對象疾病有自費項目或使用特殊材料之情形時，矯正機關人員應向醫師及收容對象說明相關醫療費用需自行負擔，承作院所醫事人員應說明自費之原因、金額及相關費用繳納事宜後，請收容對象填具自費同意書，並開給收據，減少糾紛。
- 十、保險醫事服務機構至矯正機關提供收容對象醫療服務後，應將收容對象就醫紀錄傳送至法務部指定之 SFTP 主機，俾利矯正機關匯入。上傳時間以看診之日起二個工作天內為原則。
- 十一、醫事人員應按排定之時間提供醫療服務，如有變動時，應依全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫，向該管之保險人分區業務組報准並副知矯正機關。矯正機關如有計畫性停診，亦應參照前述規定事前通知保險醫事服務機構。
- 十二、收容對象就醫所應自行負擔之費用，矯正機關得協助自該收容對象保管金、勞作金中扣除，按月撥付保險醫事服務機構。矯正機關於其收容期間，應善盡扣款及催收之責。
- 十三、矯正機關如需收容對象戒護移送保險醫事服務機構就醫之相關資料，請依規範申請診斷證明書或病歷影本。

貳、 管理篇

- 一、遇有 3 天(含)以上連續假期時(例：春節)，請保險醫事服務機構~~每 3 天於矯正機關內提供至少 1 診次門診~~或依實際需要調整診次，開診時段應事前與矯正機關協調，矯正機關應尊重醫療機構評估與安排結果。為利保險醫事服務機構提前安排，請矯正機關於年度開始前，預先規劃連假期間之開診日(建議避開週日、農曆新年初一及初二為原則)，並通知保險醫事服務機構及該管之保險人分區業務組。連續假期依行政機關辦公日曆表界定。
- 二、矯正機關戒護收容對象外醫時，應事先通知保險醫事服務機構，但基於戒護安全考量，得不包括收容對象之人別資料。保險醫事服務機構接獲通知後宜依其規範協助安排，以維護戒護安全。收容對象及矯正機關人員應遵守保險醫事服務機構規範，以利醫療作業進行。

- 三、保險醫事服務機構之醫事人員至矯正機關提供醫療服務，應避免攜帶與醫療服務無關之物品。進入戒護區前，應將隨身攜帶之物品如行動電話、金錢等置放於矯正機關提供之保管櫃，並遵守進入矯正機關之相關規定。
- 四、醫事人員請勿為收容對象攜帶任何物品進出矯正機關，例如食品、現金、香菸、檳榔、打火機、書信、字條、藥品、行動電話等，以免遭受相關處罰。
- 五、醫事人員請勿介紹與病情無關之產品給收容對象，或其家屬、親友。收容對象使用之藥品應以健保給付品項為主，如有使用健康食品或其他成藥需求，得由矯正機關依既有規範辦理代購。
- 六、收容對象戒護外醫門診、住院或檢查(驗)等時間及處所，應由矯正機關依全民健康保險保險對象收容於矯正機關者就醫管理辦法第3條第2項規定辦理，收容對象不得自行指定，矯正機關人員與醫事人員亦不可事先告知收容對象外醫之時間及處所。
- 七、醫事人員至矯正機關內提供醫療服務時，應於指定區域內為之，不得擅自遊走其他工場或教區。矯正機關不得要求醫事人員在沒有矯正機關人員陪同下，獨自至其他區域提供醫療服務。
- 八、醫事人員發現收容對象有加強輔導與關心之需求時，請通知矯正機關或予以紀錄，俾由矯正機關提供輔導與必要之協助，或辦理轉介。
- 九、矯正機關於醫事人員提供醫療服務時，[應遵循法務部矯正署「醫療人員進入矯正機關安全指引」](#)，及應配合下列事項，以維護醫事人員安全及避免醫療糾紛：
 - (一)協助現場安全戒護。
 - (二)防止收容對象攜帶有礙安全之物品就醫。
 - (三)遇有女性收容對象接受檢驗(查)時，應由女性矯正機關人員陪同。
- 十、遇有收容對象申訴醫療糾紛時，矯正機關應協助調查與處理。
- 十一、矯正機關內門診時段遇颱風等天然災害時，依各縣市政府停班停課公告休診；醫事服務機構或矯正機關所在地，及其交通路程必經地區，經公告停班停課者，則為休診日，不須報備，如收容人有補診之需求，得由矯正機關與醫事服務機構進行協議。
- 十二、如收容對象因醫療需求，由保險醫事服務機構協助申請全民健康保險應事前審查項目時，保險醫事服務機構應將申請項目及事前審查結果併通知矯正機關人員。

參、 互動篇

- 一、醫事人員提供醫療服務時應秉持專業形象，與收容對象保持適度之距離，避免與收容對象建立私人感情，或對個案特別同情及情緒反應。

- 二、醫事人員提供醫療服務時應避免談論與收容對象病情無關之議題，如政黨傾向、時事、宗教信仰等。
- 三、收容對象向醫事人員反映生活適應或其他與病情無關之意見時，請其向管教人員反應。
- 四、醫事人員提供醫療服務時，如遇有收容對象無理要求或認有安全顧慮或收容對象有言語冒犯及肢體騷擾等情形，應立即通知現場戒護人員處理。
- 五、醫事人員請勿受他人請託代替收容對象聯絡親友，或受託傳話予收容對象。
- 六、醫事人員請勿與收容對象或其親友發生金錢、財物之借貸、使用及邀宴應酬等行為。
- 七、醫事人員應尊重收容對象人格，並應注意其個人資料之保護，未經矯正機關及當事人許可，不得對外發表有關矯正機關或收容對象之相關資料。
- 八、醫事人員請勿留個人或服務機關之電話、住址及其他個人資料予收容對象。矯正機關因業務知悉醫事人員個人資料，亦不得洩漏。
- 九、矯正機關應提供專用電話(分機)，或創設聯絡機制，以利保險醫事服務機構遇有病患危急等緊急狀況時，能即時聯絡醫事人員。
- 十、醫事人員衣著請以整潔端莊為原則。

全民健康保險急性後期整合照護計畫（草案）

106 年 06 月 26 日健保醫字第 1060007890 號公告修正

106 年 09 月 30 日健保醫字第 1060033976 號公告修正

109 年 04 月 10 日健保醫字第 1090004503 號公告修正

115 年○月○日健保醫字第○○○○○○○○○號公告修正

壹、前言

因應人口老化，愈來愈多的病患在急性醫療後可能出現失能情形，將大幅造成對醫療體系、家庭及社會照顧之負擔或依賴，故需儘早規劃急性後期之醫療整合照護模式（Post-acute Care，以下稱 PAC）。雖然目前全民健保給付治療疾病所需之相關醫療費用，但國內急性後期照護模式尚未建立，跨醫療院所照護急性後期病人轉銜系統尚待整合，急性期穩定之病人憂心返家後的照護而滯留醫院，因此以再住院及超長住院方式因應急性後期照護需要，或造成照護強度不足，或為復健入住大型醫院之情形，對於醫療服務品質與資源使用效率亦有待改善。故透過支付改革，建構急性後期照護模式與病人垂直整合轉銜系統，依個別病人失能程度，在治療黃金期內立即給予積極性之整合性照護，使其恢復功能，將可減少後續再住院醫療費用、減輕家庭及社會照顧之負擔。亦可強化急性醫療資源配置效率，與長期照護服務無縫接軌，達到多贏的目標。

貳、計畫總目標

- 一、建立台灣急性後期整合照護模式，以提升急性後期照護品質。
- 二、建立急性期、急性後期、慢性期之垂直整合轉銜系統，以提升病人照護之連續性。
- 三、確立急性後期照護之完整性及有效性，對治療黃金期之病人給予積極性之整合性照護，使其恢復功能或減輕失能程度，減少後續再住院醫療支出。

參、計畫期間：自 103 年 1 月 1 日起分階段實施（腦中風急性後期照護自 103 年 1 月 1 日起實施；燒燙傷急性後期照護自 104 年 9 月 9 日起實施，其餘各類照護自 106 年 7 月 1 日起實施）。

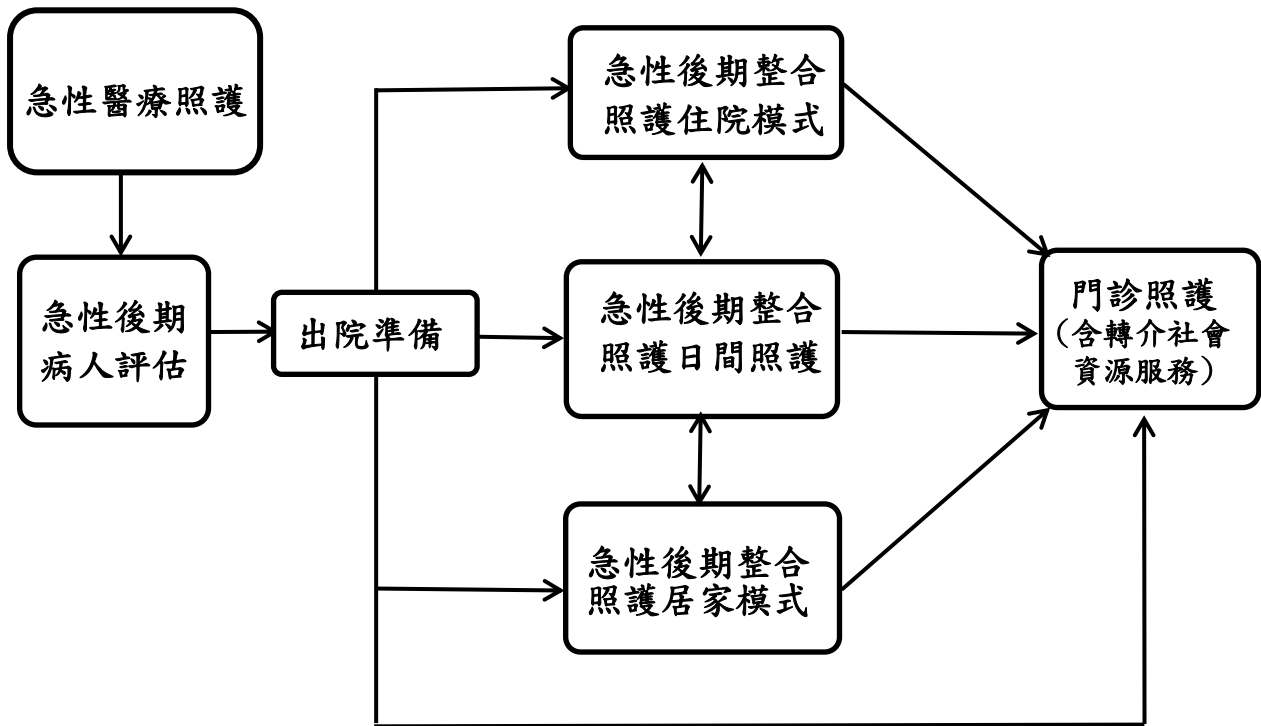
肆、預算來源

- 一、本計畫「急性後期整合照護居家模式照護費用」、「評估費及獎勵費」、「品質獎勵措施」費用，由其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應。
- 二、其餘「急性後期整合照護與高強度復健（住院模式）」、「急性後期整合照護與一般強度復健（住院模式）」、「急性後期整合照護與日間照

護」、「燒燙傷急性後期物理治療-中度複雜治療、複雜治療」、「燒燙傷急性後期職能治療-中度複雜治療、複雜治療」、「心臟衰竭急性後期物理治療-複雜治療」、「心臟衰竭急性後期職能治療-複雜治療」等費用，由全民健康保險年度醫院醫療給付費用總額項下支應。

伍、照護模式及內容

由急性後期照護團隊，依病人評估結果安排適當之急性後期整合照護模式，包含住院模式、日間照護模式、居家模式，各類模式合計天數不超過計畫所訂天數上限。



一、急性後期整合照護住院模式

(一)於區域醫院或地區醫院以住院方式提供急性後期整合照護，包括跨專業團隊整合照護、復健治療等。

(二)經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應辦理出院準備改採其他照護模式。

(三)服務內容

1、個人化之治療計畫。

- 2、跨專業團隊整合照護（醫療、護理、物理治療、職能治療、語言／吞嚥治療、心理治療、社工、營養、醫療諮詢及衛教）。
- 3、復健治療（生理、心理及銜接社會資源）。
- 4、後續居家照護及技巧指導。
- 5、共病症、併發症預防及處置。
- 6、定期團隊評估。

二、急性後期整合照護日間照護模式

(一)採取「日間照護」門診全天方式提供照護，提供個案的急性後期醫療照護。

(二)服務內容

- 1、醫師診療。
- 2、門診復健治療。
- 3、護理照護：傷口照護、主要照顧者照護技巧指導等（例如：換藥方式、導尿教導、便秘處理等）。
- 4、轉介社會資源輔導。
- 5、營養及飲食指導。
- 6、未來功能重建（functional recovery）、職能輔導（occupational recovery）等身心各項復健。

(三)醫院需能提供上午及下午治療課程，時間以9點至17點為原則，符合臨床治療要求及病人意願，可於下午治療結束後提前返家。

(四)提供日間照護服務之醫院，需提供個案妥適的安置空間，並考量病人隱私，需有個別治療室或是可供遮蔽之場地。

三、急性後期整合照護居家模式

(一)適用條件：經專業評估無法接受本計畫住院照護模式、日間照護模式或門診復健治療，仍有積極復健潛能之急性後期個案，提供有期限之居家復健治療。~~收案個案接受本模式期間，不得重複接受「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」及「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第五部居家照護及精神疾病患者社區復健之服務。~~

(二)服務內容

- 1、物理治療師、職能治療師或語言治療師至個案家中提供急性後期整合性居家復健治療，時間 30-50 分鐘。
- 2、運用簡易器材、就地取材、並透過家屬衛教方式，增進個案日常活動功能，及促進社區參與能力。
- 3、居家復健需求評估與計畫擬定。
- 4、居家物理治療包括：被動關節運動、擺位、床上活動及轉位訓練、肌力及耐力訓練、平衡訓練、行走訓練、心肺功能訓練、疼痛物理治療、慢性傷口輔助治療、輔具評估／使用訓練及指導、環境改善評估與諮詢、照顧者及服務對象之教育與諮詢等。
- 5、居家職能治療包括：日常活動功能及社區參與之促進與訓練、手功能訓練、輔具與副木之需求評估／設計／製作／使用訓練及指導、認知知覺功能訓練、照顧者及服務對象之教育與諮詢等。
- 6、居家語言治療包括：語言理解／表達障礙之評估與訓練、吞嚥障礙之評估與訓練、溝通障礙輔助系統之評估與訓練、照顧者及服務對象之教育與諮詢等。
- 7、治療頻率由專業評定（每週安排 1-6 次）。不同職類治療師至個案家執行居家復健服務，分別計算 1 次居家模式照護費用。

(三)執行人員資格：完成 6 小時急性後期照護與居家治療訓練課程之物理治療師、職能治療師或語言治療師。

(四)「急性後期整合照護居家模式照護費用」本項處方由承作醫院所 PAC 團隊內專科醫師開立並控管個案每周接受治療頻率，執行之物理、職能或語言治療師因 PAC 計畫採跨院際團隊申請參加，可由承作醫院所或團隊內符合資格之人員執行（例如病患居住所在地的社區醫院或診所或物理、職能治療所之治療師），且不限由同一特約醫事服務機構執行。

陸、推動範圍

本計畫推動範圍包括腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭、衰弱高齡病患，其收案對象、結案條件、參與醫院所條件、評估時程與工具詳附件 1。

柒、成效評量

一、個案評估方式

(一)以急性後期照護團隊會議方式進行。

- 1、參與人員：急性後期照護團隊成員。
- 2、會議頻率：收案會議，結案會議，定期之期中會議。
- 3、會議紀錄：會議內容呈現於病歷，會議簽到表備查。
- 4、紀錄內容：收案條件，結案條件，專業成效評量與目標設定，出院準備。
- 5、品質管理指標：定期召開率 98%以上，病歷完成率 100%。

(二)評量時機

- 1、轉出醫院評估。
- 2、承接醫院所初評。
- 3、期中評估。
- 4、結案評估包含銜接居家環境服務，或與長期照護管理中心聯繫（符合長照收案對象）。

二、品質指標

(一)醫療共病處理成效

1、一年內死亡率

分子：分母個案於結案出院後1年內死亡個案數（勾稽「保險對象資訊檔 (V_DWU_BASINS_INF)」）。

分母：當年度院所結案個案數（排除已死亡個案）。

2、30日內急診率

分子：分母個案於結案出院後30日內急診之個案數（含跨院）。

分母：當年度院所結案個案數（排除已死亡個案）。

(二)功能改善及後續適當轉銜之成效

1、醫學中心病人轉至急性後期照護醫院所比率

分子：分母個案轉至急性後期照護醫院所入院之個案數。

分母：醫學中心符合本計畫收案對象個案數（排除已死亡個案）。

2、14日內再入院率

分子：分母個案於結案出院後14日內再入院之個案數（含跨院）。

分母：當年度院所結案個案數（排除已死亡個案）。

3、30日內再入院率

分子：分母個案於結案出院後30日內再入院之個案數（含跨院）。

分母：當年度院所結案個案數（排除已死亡個案）。

註：心臟衰竭計算6個月內再入院率。

4、個案之功能進步情形

以個案收案及結案時之核心評估量表進步分數計算。

(三)急性後期照護平均住院天數

分子：分母個案急性後期照護天數合計。

分母：當年度結案個案數。

(四)承作醫院所品質報告指標

1、管路移除率

分子：分母個案管路移除個案數。

分母：當年度收案有管路個案數（已結案）。

2、非計畫性管路滑脫率

分子：分母個案非計畫性管路滑脫個案數。

分母：當年度收案有管路個案數（已結案）。

3、心臟衰竭治療指引推薦用藥之使用率：ACEI/ARB, Beta-blocker。

分子：治療指引推薦用藥之使用率個案數。

分母：當年度結案個案數。

捌、出院準備服務：各階段醫療院所皆應提供出院準備計畫，出院準備計畫應包括下列事項：

一、提供諮詢專線電話

二、居家照護建議

三、復健治療建議：居家自我運動或門診復健。

四、社區醫療資源轉介服務：針對有後續門診追蹤及門診復健需求之個

案，提供居家鄰近可進行門診追蹤及復健之醫療院所名單及轉診資料。

五、轉介社會資源服務（包含居家環境改善建議、輔具評估及使用建議、生活重建服務建議、評估及聯繫長期照護管理中心、轉介社福機構辦理生活重建等）

六、心理諮商服務建議

七、評估轉介「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」居家醫療團隊

八、評估轉介「家庭醫師整合性照護計畫」社區醫療群持續追蹤

九、其他出院準備相關事宜

玖、給付項目及支付標準

本計畫照護費、評估費及獎勵費、品質獎勵措施等診療項目及支付點數詳附件 2。

壹拾、醫療費用申報及審查原則

一、申報原則

(一) 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

(二) 部分負擔計收規定：

- 1、保險對象應自行負擔之門診費用，依全民健康保險法第 43 條規定計收，急性後期整合照護與日間照護費用按西醫門診基本部分負擔規定計收。急性後期整合照護居家模式照護費用，依居家照護醫療費用之百分之五規定計收。處方用藥另依門診藥品部分負擔規定計收。
- 2、若屬全民健康保險法第 43 條第 4 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 60 條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。
- 3、保險對象應自行負擔之住院費用，比照全民健康保險法第 47 條慢性病房收取：三十日以內，百分之五；三十一日至九十日，百分之十。

4、若屬全民健康保險法第 48 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。

註：急性腦血管疾病急性發作後一個月內之就醫，免自行負擔費用，急性發作起算日，依跨醫院所團隊聯繫逕行認定。

(三) 參與計畫醫療院所需於健保資訊網服務系統 (VPN 系統)，上傳參與計畫個案及評估結果資料，並登錄必要欄位。

(四) 醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：

1、屬本計畫收案之保險對象，其就診當次符合申報 P 碼者，承作院所於申報費用時~~→~~：

(1)門診醫療服務點數清單之「案件分類」應填『E1』~~→~~，「整合式照護計畫註記」應填『1』(腦中風)、『N』(燒燙傷)、『3』(創傷性神經損傷)、『4』(脆弱性骨折)、『5』(心臟衰竭)、『6』(衰弱高齡)。

(2)住院醫療服務點數清單之「案件分類」應填『4』，「試辦計畫代碼」應填『1』(腦中風)、『2』(燒燙傷)、『3』(創傷性神經損傷)、『4』(脆弱性骨折)、『6』(衰弱高齡)~~→~~。

2、轉出醫院急性期住院期間申報本計畫規定之費用，依原案件分類填報，「試辦計畫代碼」應填『1』(腦中風)、『2』(燒燙傷)、『3』(創傷性神經損傷)、『4』(脆弱性骨折)、『5』(心臟衰竭)、『6』(衰弱高齡)，本計畫相關復健治療項目需申報治療執行起迄時間及執行人員 ID。

3、其餘依一般費用申報原則辦理。

(五) 急性後期整合照護居家模式照護費用

1、處方開立院所，交付處方箋應載明填報「案件分類」及「整合式照護計畫註記」。

2、處方接受院所，執行本計畫之醫療費用應按月申報~~→~~：

(1)~~並於~~門診醫療服務點數清單依規定填報「案件分類」及「整合式照護計畫註記」欄位。

(2) 交付機構醫療服務點數清單之「原處方服務機構之案件分類」應填『E1』，「案件來源註記」應填『A』(腦中風)、『B』(燒燙傷)、『C』(創傷性神經損傷)、『D』(脆弱性骨折)、『F』(衰弱高齡)。

(六) 申報方式：併當月份送核費用申報。

二、審查原則

- (一) 依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。
- (二) 申報本計畫支付項目，相關資料需存放於病歷備查，未依保險人規定內容登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，不予支付該筆費用並依相關規定辦理。
- (三) 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，將不予支付本計畫該筆評估費用，並依相關規定辦理；另該筆評估費用被核刪後不得再申報。

壹拾壹、執行配套措施

一、計畫管理機制

- (一) 保險人負責研議總體計畫架構模式、行政授權與協調。
- (二) 保險人各分區業務組負責受理及初審轄區醫院照護團隊之申請計畫，輔導醫院照護團隊計畫之執行、指標之計算與費用核發。
- (三) 各計畫醫院照護團隊，執行急性後期照護個案之相關健康照護。主責醫院負責提出計畫之申請，團隊間之醫療資源協調整合、醫療服務之提供及醫療費用之分配作業。
- (四) 參與本計畫之團隊應積極參與急性後期臨床照護訓練、經驗交流分享，共同提升急性後期照護品質。

二、保險人於本計畫執行期間，對於參與計畫之醫療院所或跨院際整合的急性後期照護團隊，得不定期實地審查輔導(內容：設置標準及病床、人員配置、照護計畫(care plan)執行效度及病患評估信度等)；若經查不實，依本保險相關規定辦理。實地審查成員，包括保險人及其分區業務組或諮詢專家。

壹拾貳、實施期程及評估

- 一、參加醫院照護團隊應於計畫執行後，每半年提送執行成果報告（包含計畫運作執行現況、個案功能改善程度、再住院率、PAC 平均住院天數、出院後回歸居家或社區的措施等），全期完成應提出總報告予保險人分區業務組，俾作為未來是否續辦之考量。
- 二、保險人將彙整各醫院照護團隊所提執行報告，進行整體執行成效之評估，作為繼續或全面實施之依據。

壹拾參、計畫申請及退場機制

- 一、醫院所應採跨院際整合團隊模式提出申請。跨院際整合團隊，應指派單一醫院為主責醫院，負責提送計畫書、執行報告、聯繫管道及經費撥付等事宜。
- 二、主責醫院提送計畫書及團隊內院所申請相關資料，向轄區保險人分區業務組申請，並經保險人審查通過。
 - (一)申請參加計畫之合作團隊中，醫學中心為轉出醫院，符合本計畫收案對象之病人，原則上需將病人轉至急性後期照護醫院所（簡稱承作醫院所）。
 - (二)承作醫院所應成立「急性後期照護團隊」，對每位參加本計畫個案，訂定個人專屬之急性後期照護計畫（care plan）。
 - (三)「急性後期照護團隊」應設置專責醫師，負責協調跨專業領域團隊運作。
 - (四)承作醫院所需符合醫療機構設置標準規定之復健醫療設施與相關專業人員標準。
 - (五)承作醫院所需在已有的現有病床中劃出「急性後期照護單位」，明確與一般病床區隔。
 - (六)承作醫院所應於所提計畫書通過後述明「急性後期照護單位」之床位數、床位編號、照護人力（專業別、人數、專任或兼任、各類人員醫病比）及照護設備。

(七)新申請之承作**醫院所**，除心臟衰竭因採門診個案管理模式，其餘腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、衰弱高齡等適用範圍，除 105 年（含）以前參與本計畫之醫院外，地區醫院始得申請為承作**醫院所**。

(八)急性後期照護團隊，需完成急性後期照護訓練，並應派成員參與本計畫相關執行說明會。

- 三、參與計畫**醫院所**，未依規定每半年繳交成果報告、實地輔導或參與試辦有待改善事項，經過分區業務組發函 2 次皆未改善者，應退出本計畫。
- 四、參與**醫院所**於辦理期間，若因違反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）致受停約或終止特約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處分者），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，停約 1 個月不在此限。若主責醫院退出本計畫，為保障保險對象醫療照護之延續性，**醫院照護**團隊得重新選定主責醫院，並經保險人同意後繼續執行本計畫，或終止參加本計畫。凡經停約或終止特約處分、終止參加本計畫者，自保險人第一次發函處分停約日或核定終止日起，不予核付本計畫支付項目費用。
- 五、上述停約之**醫院所**，經保險人依特管辦法第 38 條至第 40 條但書規定，處以診療科別、服務項目或一部之門診、住院業務停約，且停約處分經保險人同意抵扣者，得申請經保險人同意繼續參加本計畫，但不得提供受停約診療科別或服務項目之醫療服務。

壹拾肆、其他事項

- 一、辦理本計畫核發作業後，若有**醫院所**團隊提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入補付者，其核發金額將自當年其他預算部門本計畫項下支應。
- 二、本計畫由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送全民健康保險會備查。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

附件 1 收案對象、結案條件、參與醫院所條件、評估時程與工具

附件1-1 腦中風

一、收案對象

(一)符合本保險公告重大傷病之急性腦血管疾病（限急性發作後一個月內）之病人，醫療狀況穩定，功能狀況具有中度至中重度功能障礙（MRS 3-4），於參與本計畫之醫院住院，經醫療團隊判斷具積極復健潛能者。

(二)另前述疾病急性發作後 40 天內，符合下列特殊個案條件之一，且醫療狀況穩定，功能狀況具有中度至中重度功能障礙（MRS 3-4），於參與本計畫之醫院住院，經急性後期照護團隊判斷具積極復健潛能者，亦可納入收案：

- 1、腦中風發病兩週以後，因急性感染症而新增或調整靜脈抗生素注射藥物者。
- 2、腦中風發病 30 天內，曾因有多重抗藥性菌株感染而需接觸隔離者。
- 3、腦中風發病 30 天內，使用抗凝血劑，用藥四週後仍然未能調整至理想狀態（PT INR 1.5-3.0）。
- 4、使用胰島素或口服藥物，腦中風四週後仍血糖控制不佳（空腹血糖 > 200 mg/dl），需要嚴密監控。
- 5、腦中風發病 30 天內，加護病房住院超過兩週者。
- 6、腦中風發病 30 天內，發生重大合併症、併發症（如心肌梗塞、靜脈血管栓塞、急性腎衰竭）接受特殊處置及手術導致住院延長者。

(三)醫療狀況穩定定義

- 1、神經學狀況：72 小時以上神經學狀況未惡化。
- 2、生命徵象：血壓、心跳、體溫 72 小時以上穩定或可控制。
- 3、併發症：感染，血液異常，胃腸道出血等，治療後穩定或可控制。

(四)功能狀況分級定義

進入 PAC-CVD 的起始功能狀況以 Modified Rankin Scale（MRS）為分級標準：無明顯功能障礙（MRS 0-1）、輕度功能障礙（MRS 2）、中

度~中重度功能障礙(MRS 3-4),及重度功能障礙或意識不清(MRS 5)。

MRS 分級標準：

0 - No symptoms.

1 - No significant disability. Able to carry out all usual activities, despite some symptoms.

2 - Slight disability. Able to look after own affairs without assistance, but unable to carry out all previous activities.

3 - Moderate disability. Requires some help, but able to walk unassisted.

4 - Moderately severe disability. Unable to attend to own bodily needs without assistance, and unable to walk unassisted.

5 - Severe disability. Requires constant nursing care and attention, bedridden, incontinent.

6- Dead.

(五)具積極復健潛能判定原則

- 1、具基本認知、學習能力與意願。
- 2、具足夠體力：支撐下能於輪椅或床緣至少維持一小時坐姿。
- 3、能主動參與復健治療計畫。
- 4、具足夠家庭支持系統者為佳。

二、結案條件

急性後期照護以 3-6 週為原則；經急性後期照護團隊評估有後續需求者得展延一次，申請展延應檢附團隊會議紀錄向保險人分區業務組申請核備，至多支付到 12 週，如申請展延審查結果不同意，自保險人通知日起不給付費用。經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應辦理出院準備改採其他模式或門診照護。

- (一)個案功能顯著進步，經急性後期照護團隊評估，可出院回家進行自我復健者。

- (二)連續 2 次個案功能評估，經急性後期照護團隊總評，未進步或降低者。
- (三)經急性後期照護團隊評估，已不具復健潛能者。
- (四)進入急性後期照護時間，超過 12 週上限者。
- (五)保險對象自行中斷急性後期照護者。
- (六)死亡。
- (七)病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。

三、參與醫院所條件

具備「腦中風急性後期照護團隊」之區域或地區醫院。

- (一)醫師：PAC-CVD 相關科別醫師（專任之神經科、神經外科、內科、家醫科或復健科任一有腦血管疾病照護經驗醫師）。

註：地區醫院得經分區業務組同意後，以兼任（支援）之上述科別醫師，專責於該院主導急性後期整合照護團隊執行業務，並提供住院個案至少每日 1 次巡診。

- (二)醫事人員：承作醫院所需有專兼物理治療師、專兼職能治療師、專兼語言治療師、專兼藥師、專兼營養師、專兼社工師（人員）、護理人員，至少各 1 名，其餘未竟事宜依其他相關規定辦理。

四、評估時程與工具：收案、結案、每 3 週定期評估（若有相關版權請醫院所自行申請）

(一) 核心必要評估工具

- 1、整體功能狀態。
- 2、基本日常生活功能。
- 3、吞嚥、進食功能。
- 4、營養評估（Short Form）。
- 5、健康相關生活品質。
- 6、工具性日常生活功能。

(二) 專業選擇性評估工具

- 1、姿勢控制、平衡功能。
- 2、步行能力、整體行動功能。
- 3、心肺耐力。
- 4、感覺功能評估。
- 5、認知、知覺功能評估。
- 6、職能表現。
- 7、重返社會能力評估。
- 8、語言功能評估。

附件 1-2 燒燙傷

一、收案對象

- (一)燒燙傷病人接受急性期治療後，經急性燒燙傷團隊評估，因燒燙傷造成之功能缺損以致基本日常生活無法自理（Barthel index \leq 80分），或傷口已逾二個月復原狀況不良，出院返家困難或居家照護困難者採住院照護模式；可出院者，採日間照護模式。
- (二)另病人需醫療狀況穩定，且具有充足配合復健之動機意願，以及積極復健潛能。具積極復健潛能應經過下列原則判定：
 - 1、具認知、學習能力與意願
 - 2、具足夠體力：每天可接受至少 1 小時以上之積極復健治療。
 - 3、能主動參與復健治療計畫

二、結案條件（符合以下任一條件者）

- (一)個案功能恢復達一定程度，經團隊評估，急性後期照護階段結束，可轉至慢性復健期者（一般門診復健）。
註：急性後期照護結案目標：功能恢復至可自行（或依靠輔具）吃飯、室內行走及如廁，且傷口照護達病患或家屬可居家照護之程度。
- (二)「住院模式」急性後期照護超過一定時間者：無後續功能性重建手術者，最長 3 個月；後續接受功能性重建手術者，於手術後其住院模式急性後期照護得延長 1 個月。
- (三)「日間照護模式」經 3 個月之急性後期照護，仍未達結案目標，經照護團隊判定仍有急性後期照護之需求及積極復健空間者，得向保險人專案申請延長，每次延長期間 1 個月，最多 3 次。
- (四)經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應辦理出院準備改採其他照護模式。
- (五)保險對象自行中斷急性後期照護者。
- (六)病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。

三、參與醫院所條件

(一)具備「燒燙傷急性後期整合性照護團隊」

- 1、需有專任之整形外科醫師或復健科醫師、專／兼任物理治療師、專／兼任職能治療師、專／兼任臨床心理師（或專兼任精神科醫師）、專／兼任社工師（人員）、專／兼任營養師、護理人員、個案管理人員及燒燙傷諮詢衛教人員。照顧吞嚥或語言障礙患者，團隊另需有專任語言治療師。

註：地區醫院得經分區業務組同意後，以兼任（支援）之上述科別醫師，專責於該院主導急性後期整合照護團隊執行業務，並提供住院個案至少每日 1 次巡診。

- 2、提供日間照護服務之團隊，營養師得採兼任。
- 3、團隊內醫師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、臨床心理師、社工師（人員），需提出 3 年內有接受燒燙傷相關的訓練課程證明（訓練時數達 6 小時），醫院計畫審查通過後半年內需備齊證明。

(二)提供日間照護服務之醫院，需提供個案妥適的安置空間，並考量燒傷病人穿脫彈性衣之隱私，需有個別治療室或是可供遮蔽之場地。

(三)提供急性後期照護之醫院，需與上游燒燙傷中心醫院雙向聯繫，設置個案管理師擔任照護管理之角色，結合社福團體提供傷患完整之身心照護。

四、評估時程與工具：收案、結案、每 3 週定期評估（若有相關版權請醫院所自行申請）

(一)核心必要評估工具

評量面向	評量工具
1、基本日常生活功能	Barthel Index
2、上下肢功能	關節活動度（Range of Motion 簡稱 ROM）

(二)專業選擇性評估工具

評量面向	評量工具
1、傷口評估	評估傷口癒合、植皮皮瓣、疤痕生成等狀況

	Vancouver scar scale 或 POSAS (patient and observer scar assessment scale)
2、吞嚥、進食功能	Burn Specific Dysphagia Severity Rating Scale
3、營養評估	Mini Nutrition Assessment (MNA Short Form)

附件1-3 創傷性神經損傷 (Traumatic Neurological Injury Post-Acute Care, 簡稱 TNI-PAC)

一、收案對象

年滿18歲，因創傷性神經損傷造成失能且發病60天內之病人，功能狀況具有顯著且持續之中度功能障礙（巴氏量表40至70分），醫療狀況穩定，於參與本計畫之醫事機構住院，經醫療團隊判斷具積極復健潛能者。

(一) 醫療狀況穩定定義

- 1、神經學狀況穩定：72小時以上神經學狀況未惡化且已脫離神經損傷休克期。
- 2、生命徵象：血壓、心跳、體溫、呼吸速率及血液氧氣飽和濃度在過去72小時內穩定或可控制。
- 3、併發症已經穩定或可控制：深部靜脈栓塞或肺栓塞、自主神經反射異常、血壓心跳不穩定（如仍有明顯姿勢性低血壓）、感染、血液異常、褥瘡、癲癇、水腦、痙攣、胃腸道出血或無動性腸阻塞等。

(二) 病人需醫療狀況穩定，且具有充足配合復健之動機意願，以及積極復健潛能。具積極復健潛能應經過下列原則判定：

- 1、具認知、學習能力與意願。
- 2、體力：支撐下能於輪椅或床緣至少維持一小時坐姿。
- 3、能主動參與復健治療計畫。
- 4、具可達到的治療目標。

(三) 排除條件

- 1、嚴重精神疾病。
- 2、長期呼吸依賴。
- 3、末期疾病。
- 4、長期臥床，身體功能無法回復。
- 5、癌症仍需後續住院治療。

6、合併其他之多重創傷仍未穩定者，如仍有不穩定之骨折。

7、脊髓損傷。

二、結案條件（符合以下任一條件者）

急性後期照護以3-6週為原則；經急性後期照護團隊評估有後續需求者得展延一次，申請展延應檢附團隊會議紀錄向保險人分區業務組申請核備，至多支付到12週，如申請展延審查結果不同意，自保險人通知日起不給付費用。經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應辦理出院準備改採其他模式或門診照護。

(一)個案功能顯著進步已達創傷性神經損傷復健之預期功能目標，經急性後期照護團隊評估，可轉至慢性復健期者（一般門診復健或在家自我復健者）。

註：預期功能目標以病人為中心導向，需綜合評估創傷性神經損傷部位可達到之最大功能、病人年紀、發作前之功能狀態、共病狀況及後續家屬可居家照護之程度。

(二)進入急性後期照護時間，超過 12週者。

(三)經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應結案改採其他照護模式。

(四)保險對象自行中斷急性後期照護者。

(五)病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。

三、參與醫院所條件

具備「創傷性神經損傷急性後期整合性照護團隊」之區域醫院或地區醫院：

(一)醫師：需有專任之神經外科醫師或專任神經內科醫師或專任復健科醫師。

註：地區醫院得經分區業務組同意後，以兼任（支援）之上述科別醫師，專責於該院主導急性後期整合照護團隊執行業務，並提供住院個案至少每日1次巡診。

(二)醫事人員：專／兼任物理治療師、專／兼任職能治療師、專／兼任臨

床心理師（或專／兼任精神科醫師）、專／兼任社工師（人員）、專／兼任營養師、專／兼任語言治療師、護理人員。

四、評估時程與工具：收案、結案、每3週定期評估（若有相關版權請醫院
所自行申請）

(一) 核心必要評估工具

評量面向	評量工具
1、基本日常生活功能	Barthel Index
2、工具性日常生活功能	Lawton-Brody IADL scale
3、健康相關生活品質	EuroQoL-5D (EQ-5D)

(二) 專業選擇性評估工具

評量面向	評量工具
1、腦傷認知功能評估	(1) The Galveston Orientation and Amnesia Test (2) Rancho Los Amigos Cognitive Functional Grading
2、職能評估	職能表現測驗
3、語言治療評估	

附件1-4 脆弱性骨折（髌關節、脊椎骨折、膝關節、不穩定骨盆骨折）(Fracture Post-Acute Care，簡稱Frax-PAC)

一、收案條件

(一) 收案條件

經診斷為髌關節、脊椎骨折、膝關節或不穩定骨盆骨折之病症，發病或術後一個月內者。此個案須符合下列所有條件：

- 1、因髌關節、脊椎骨折或膝關節或不穩定骨盆骨折而住院手術（包括內固定、半髌關節置換術及全髌關節置換術、膝關節置換術），術後出現功能下降（巴氏量表40至70分），經評估適合收案者。
- 2、無併發症，或併發症但已可控制、症狀穩定者。
- 3、醫療狀況穩定，不需密集醫療介入、檢驗或氧氣使用者。
- 4、有復健潛能者。
- 5、個案同意參加此計畫，並填妥同意書者。
- 6、病患年滿18歲。

(二) 醫療狀況穩定之定義

- 1、生命徵象：血壓、心跳、體溫、呼吸速率及血液氧氣飽和濃度在過去72小時內穩定或可控制。
- 2、併發症已經穩定或可控制：深部靜脈栓塞或肺栓塞、自主神經反射異常、姿勢性低血壓、感染、血液異常、胃腸道出血或無動性腸阻塞等。
- 3、積極復健潛能應經過下列原則判定
- 4、具認知、學習能力與意願。
- 5、具足夠體力：每天可接受至少1小時以上之積極復健治療。
- 6、能主動參與復健治療。
- 7、具可達到的治療目標。

(三) 排除條件

- 1、脊椎骨折併有脊髓損傷患者。
- 2、嚴重意識或認知障礙。

- 3、嚴重精神疾病。
- 4、長期呼吸器依賴。
- 5、末期疾病。
- 6、身體功能退化已經無法回復之長期臥床病人。
- 7、癌症病人須後續住院治療（化療、放療等）。

二、結案條件（符合以下任一條件者）

急性後期照護以1-2週為原則；經急性後期照護團隊評估有後續需求者得展延一次，申請展延應檢附團隊會議紀錄向保險人分區業務組申請核備，至多支付到3週，如申請展延審查結果不同意，自保險人通知日起不給付費用。經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應辦理出院準備改採其他模式或門診照護。

(一)個案功能顯著進步已達復健之預期功能目標，經急性後期照護團隊評估，可轉至慢性復健期者（一般門診復健或在家自我復健者）。

註：預期功能目標以病人為中心導向，需綜合評估損傷部位可達到之最大功能、病人年紀、發作前之功能狀態、共病狀況及後續家屬可居家照護之程度。

(二)進入急性後期照護時間，超過本計畫住院天數上限者。

(三)保險對象自行中斷急性後期照護者。

(四)任兩次評估間得分無進展者。

(五)病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。

三、參與醫院所條件

具備「脆弱性骨折急性後期整合性照護團隊」區域醫院或、地區醫院。

(一)醫師：需有專任骨科醫師或專任復健科醫師或專任神經外科醫師。

註：地區醫院得經分區業務組同意後，以兼任（支援）之上述科別醫師，專責於該院主導急性後期整合照護團隊執行業務，並提供住院個案至少每日1次巡診。

(二)醫事人員：專／兼任物理治療師、專／兼任職能治療師、專／兼任

社工師（人員）、專／兼任營養師、護理人員。

四、評估時程與工具（若有相關版權請醫院所自行申請）

收案、結案及每2週定期評估以下之核心必要評估工具。

(一)失能程度：巴氏日常生活量表（Barthel Activity of Daily Living）。

(二)疼痛指數：疼痛指數量表（Numerical Rating Scale；NRS）。

(三)Harris Hip Score（髖關節骨折適用）

附件 1-5 心臟衰竭 Heart Failure Post-Acute Care (HF-PAC)

一、收案對象

(一)收案條件 (需符合下列所有條件)

- 1、心臟衰竭，定義為左心室射血分率 (Ejection fraction) $\leq 40\%$ ，且符合 ACC/AHA Stage C~D (若左心室射血分率大於 40%者須由心臟專科醫師認定其病因源自於心臟衰竭)，因為急性惡化 (acute decompensation) 而住院的病人。
- 2、年齡 18 歲以上且經專業團隊評估具積極急性後期整合照護潛能 (定義詳如第(三)點)。
- 3、若因急性心肌梗塞合併心臟衰竭住院者，當次住院必須符合左心室射血分率小於或等於 40% (left ventricular ejection fraction $\leq 40\%$)。
- 4、當次住院 (index hospitalization)，經醫療團隊評估可出院者。

(二)醫療狀況穩定之條件定義

- 1、心臟功能：心臟功能持續 72 小時未惡化 (無休息性呼吸困難、端坐呼吸、胸痛、肺部積水等，血氧飽和度 $> 90\%$)，無惡性心律不整。
- 2、意識清醒且生命徵象穩定達 72 小時以上。
- 3、體重穩定達 48 小時以上。
- 4、併發症：感染、急性腎衰竭、電解質異常等併發症病情穩定或可控制。

(三)具積極急性後期整合照護潛能者

- 1、具有疾病學習動機意願者。
- 2、能主動並有高意願參與疾病自我照顧執行者。
- 3、具足夠的家庭支持系統為佳。

(四)排除條件

- 1、因非心臟衰竭相關疾病而導致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、重度心臟衰竭之末期階段，經醫師評估短期內無法復原者。
- 7、病人或家屬沒有參與意願。
- 8、已安排於近期（一個月內）接受冠狀動脈繞道手術或心瓣膜手術者。
- 9、目前正在洗腎或等待腎移植者。
- 10、嚴重肺病需要長期居家用氧氣者。
- 11、曾結案過者。
- 12、治療上無法與其他（次）專科醫師達成共識者。

二、結案條件

- (一)病人死亡。
- (二)病人發生因心臟衰竭惡化導致再住院。
- (三)病人自行中斷或中途拒絕急性後期照護者。
- (四)病人發生嚴重合併症，經醫療團隊評估，不適合再進行急性後期醫療照護。
- (五)照護期滿6個月。

三、參與醫院所條件

(一)專業團隊成員

承作醫院應具備有負責心臟衰竭照護之專任之心臟內科專科醫師或心臟外科專科醫師與心臟衰竭個案管理師之整合性服務（具備資格如註1及註2）（每位個管師之個案上限以50例為原則）、專／兼任心臟外科專科醫師（當負責心臟衰竭照護為專任心臟內科專科醫師時）、專／兼任心臟內科專科醫師（當負責心臟衰竭照護為專任心臟外科專科醫師時）、專／兼任復健專科醫師、專／兼任物理治療師、專／兼任職能治療師、專／兼任臨床心理師、專／兼任社工師、專／兼任營養師、專／兼任藥師。

註 1：

- (1) 負責心臟衰竭照護之專任心臟專科醫師定義：領有中華民國心臟專科醫師證書，執照登記於承作醫院，且須完成心臟衰竭急性後期照護六小時核心課程。
- (2) 承作醫院應需指派一至數名心臟專科醫師負責本案（被指派的醫師為負責心臟衰竭照護之心臟專科醫師），其門診與專任的心臟衰竭個案管理師共同提供整合性門診照護服務。

註 2：個案管理師之具備資格，需符合以下各項：

- (1) 專責心臟衰竭個案管理師：當本案收案數在 ≤ 25 位的情況下，心臟衰竭個案管理師可以兼執行其他醫療業務，當收案數達 > 25 位時，心臟衰竭個案管理師不得兼任其他職務，需專任專責。
- (2) 心臟衰竭個案管理師應領有護理師執照登記於承作醫院。
- (3) 需完成台灣護理學會 N3 臨床專業能力訓練且通過 N3 審查合格者。
- (4) 臨床護理經驗需包含以下任一：
 - A. 心臟科病房 ≥ 3 年
 - B. 心臟科加護病房 ≥ 2 年
 - C. 領有專科護理師證照者或已完成中央主管機關認定之專科護理師訓練機構的訓練課程證明者，且具心臟科病房或加護病房 ≥ 2 年之臨床護理經驗者。
- (5) 需完成心臟衰竭急性後期照護核心課程（課程時數 18~20 小時）。

(二)設備及場地

- 1、具有獨立的心臟衰竭門診，提供整合式心臟衰竭照護（此門診應具有負責心臟衰竭照護之心臟科醫師與專任個案管理師之整合性服務）。心臟衰竭急性後期照護執行內容（詳參附錄 1）。
- 2、運動訓練環境須有血壓、心電圖、血氧濃度監視設備，可量化運動強度之運動器材，如直立式腳踏車、跑步機等，且須備有急救設施與領有 ACLS 證照的心臟急救醫療人員。

四、評估時程與工具：收案、結案、出院滿 1、3、5 個月定期評估（若有

相關版權請醫院所自行申請)

(一)核心必要評估工具

評量面向	評量工具
1、工具性日常生活功能	IADL (每次)
2、生活品質	EQ-5D (每次)
3、行走能力	6分鐘行走測試 (出院前及結案評估)
4、活動功能限制評估	New York Heart Association functional class I~IV (每次)
5、營養評估	Mini Nutrition Assessment (MNA Short Form) (出院前、三個月複評及結案評估)
6、心臟功能	心臟超音波 (出院前及結案評估)
7、藥物評估	ACEI or ARB or ARNI Beta blocker (出院前、三個月複評及結案評估)

(二)專業選擇性評估工具

評量面向	評量工具
疾病生活干擾	明尼蘇達心臟衰竭生活品質量表、KCCQ-12 生活品質量表、或其他生活品質量表

附件 1-6 衰弱高齡病患

一、收案對象

(一)收案條件（需符合下列所有條件）

- 1、高齡病患（ ≥ 75 歲，且具有帕金森氏症、失智症、慢性阻塞性肺疾病或第三期以上之慢性腎臟病）因急性疾病入院（住院時間 >72 小時）治療完成一個月內，或於全民健康保險在宅急症照護試辦計畫結案後一個月內，仍具有功能下降狀態。
- 2、臨床衰弱量表（Clinical Frailty Scale, CFS）評估後具有中度以上衰弱症且仍具復健潛能者（CFS：5-7分）。
- 3、醫療狀況穩定，不需密集醫療介入、檢驗或氧氣使用者。
- 4、病患具有配合治療之認知與溝通能力，且具治療潛能，治療潛能係指病患於疾病上具有恢復之機會，且具有足夠配合治療進行之體力。
- 5、個案同意參加此計畫，並填妥同意書者。

(二)排除條件

- 1、符合其他疾病類型收案之急性後期照護個案。
- 2、具意識或認知障礙致無法配合治療。
- 3、長期呼吸器依賴或疾病發生前即為長期臥床者。
- 4、經診斷為末期疾病且採取安寧緩和治療者。
- 5、病患經診斷重大傷病，且須頻繁住院治療者。

(三)在宅急症照護試辦計畫結案個案經本計畫收案，僅可接受居家模式照護。

二、結案條件

急性後期照護以2-3週為原則；經急性後期照護團隊評估有後續需求者得展延一次，申請展延應檢附團隊會議紀錄向保險人分區業務組申請核備，至多支付到4週，如申請展延審查結果不同意，自保險人通知日起不給付費用。經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應辦理出院準備改採其他模式或門診照護。

- (一) 個案功能顯著進步已達預期目標，經照護團隊評估，可返家或接受

門診照護者。預期功能目標係依照病患之年齡與原有功能狀況，綜合評估病患所能回復之最大功能狀態而訂定。

- (二) 已達照護日數之上限。
- (三) 經兩次功能評估無進步者。
- (四) 病患自行中斷照護計畫者。
- (五) 病患發生嚴重併發症或急性疾病需密集急性醫療服務。

三、參與醫院所條件

具備「衰弱高齡急性後期整合性照護團隊」區域醫院或、地區醫院。

- (一) 醫師：需有專任之內科、或家醫科、或復健科、或神經科、或神經外科、或骨科醫師，需經過六小時老年醫學相關照護訓練。

註：地區醫院得經分區業務組同意後，以兼任（支援）之上述科別醫師，專責於該院主導急性後期整合照護團隊執行業務，並提供住院個案至少每日1次巡診。

- (二) 醫事人員：專責個案管理師、專／兼任物理治療師、專／兼任職能治療師、專／兼任語言治療師、專／兼任營養師、專／兼任社工師（人員）、專任藥師、護理人員。

四、評估時程與工具

依病患之共病、衰弱狀態、跌倒風險、多重用藥、營養狀況，收案、結案、每2週定期評估。

- (一) 日常生活：巴氏日常生活量表（Barthel Index）、工具性日常生活功能（IADL）
- (二) 衰弱程度：臨床衰弱量表（Clinical Frailty Scale，CFS）。
- (三) 認知功能：SPMSQ
- (四) 憂鬱狀態：Geriatric Depression Scale-5 Item（GDS-5）
- (五) 急性譫妄評估：Confusion Assessment Method（CAM）
- (六) 跌倒風險：STEADI 流程評估與介入
- (七) 潛在不當用藥：2015年 Beer's criteria
- (八) 營養狀況評估：MNA Short Form
- (九) 生活品質評估量表：EQ-5D

附件 2 給付項目及支付標準

一、照護費

- (一)住院模式各診療項目所定點數，已包含所需之住院診察費、病房費、護理費~~—檢查費~~、及復健治療費等費用。個案因病情需要，於住院期間執行其餘非屬本計畫支付之項目（檢驗(查)費、藥費、藥事服務費、治療處置費、手術費、副木材料費、管灌飲食、符合第(七)項所列條件之吞嚥攝影檢查），得按現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準申報。
- (二)保險對象住院，以入住急性一般病床、經濟病床、慢性病床、急性後期照護病床為原則；超等住院者，由保險對象自付其差額。
- (三)高強度復健係指每日需治療三至五次；一般強度復健係指每日需治療一至二次。治療內容包含物理治療、職能治療或語言治療之治療項目三項（含）以上，醫院得依個案病情需要調整每日各治療種類之次數。
- (四)院所申報本計畫下表各項費用時，需比照現行復健治療申報方式，另行填列各治療種類之細項治療項目。
- (五)屬本計畫支付標準及本保險支付標準所列之診療項目，參與試辦醫院所不得向參與本計畫之個案收取自費。
- (六)日間照護相關診療項目不適用入住各類療護機構之個案。
- (七)吞嚥攝影檢查採核實申報，其適用條件如下：
- 1、反覆性肺炎。
 - 2、進食時有明顯噎咳。
 - 3、講話有明顯的濕泡聲。
 - 4、吞嚥障礙高危險受傷區：腦幹及多次中風。
 - 5、中風前已有吞嚥障礙病史。
 - 6、一年內曾留置氣切內管 ≥ 30 天以上。
 - 7、目前留置氣切管。
 - 8、欲移除鼻胃管，經評估有需求者。

9、其他疑有吞嚥障礙之危險，如：合併有嚴重活動及智能障礙。

(八)燒燙傷急性後期照護住院模式於區域醫院或地區醫院提供，採論量支付。其中物理治療、職能治療、語言／吞嚥治療及心理治療等診療項目可視病患情況，增加至每日最多各二次，另放寬燒燙傷病人可接受語言治療之複雜治療。以上均應依治療紀錄核實申報，且不得與本計畫相關治療項目之支付標準併報。

(九)參與燒燙傷急性後期照護日間照護模式之醫學中心，於燒燙傷病患急性期住院期間，為利患者及時恢復功能，亦可申報本計畫燒燙傷急性後期物理治療或職能治療項目，並適用前項放寬每日復健治療次數、提供語言治療之複雜治療，以及不得與本計畫相關治療項目支付標準併報之規定。

編號	診療項目	支付點數
	急性後期整合照護與高強度復健費用（住院模式）	
P5101B	—每日必需治療三至五次	3,645/日 3,661/日
P5141B	75歲以上—每日必需治療三至五次	3,729/日 3,749/日
P5102B	—因醫院或病人偶發原因，當日治療<三次	2,175/日 2,191/日
P5142B	75歲以上—因醫院或病人偶發原因，當日治療<三次	2,259/日 2,279/日
P5103B	—週日或國定假日或當日無法治療	1,358/日 1,374/日
P5143B	75歲以上—週日或國定假日或當日無法治療	1,442/日 1,462/日
	註：適用對象：腦中風、創傷性神經損傷。	

編號	診療項目	支付點數
	急性後期整合照護與一般強度復健費用（住院模式）	
P5107B	— 每日必需治療一至二次	2,469 / 日 2,485 / 日
P5144B	75歲以上—每日必需治療一至二次	2,553 / 日 2,573 / 日
P5108B	— 因醫院或病人偶發原因，當日無法治療	1,358 / 日 1,374 / 日
P5145B	75歲以上—因醫院或病人偶發原因，當日無法治療	1,442 / 日 1,462 / 日
P5109B	— 週日或國定假日或當日無法治療	1,358 / 日 1,374 / 日
P5146B	75歲以上—週日或國定假日或當日無法治療	1,442 / 日 1,462 / 日
	註： 適用對象：腦中風、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、衰弱高齡。	
	急性後期整合照護與日間照護費用	
P5129B	— 高強度日間照護（每日治療四次）	2,538 / 日 2,683 / 日
P5130B	— 中強度日間照護（每日治療三次）	1,938 / 日 2,083 / 日
P5131B	— 一般強度日間照護（每日治療二次）	1,338 / 日 1,483 / 日
	註： 1、適用對象：腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、衰弱高齡。	

編號	診療項目	支付點數
	2、限由團隊內專科醫師開立本項處方。 3、需符合本計畫日間照護條件、服務內容及標準。 4、本項包含本計畫所定日間照護服務內容所需各項費用。	
P5132C	急性後期整合照護居家模式照護費用 註： 1、適用對象：腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、衰弱高齡。 2、治療頻率由專業評定（每週安排一至六次）。 3、執行人員資格：完成六小時急性後期照護與居家治療訓練課程。 4、本項包含本計畫所定居家模式服務內容所需各項費用，由執行院所申報。 5、承作 醫院所 PAC 團隊內專科醫師開立本項處方，因 PAC 計畫採跨院際團隊申請參加，可由承作 醫院所 或其垂直整合團隊治療師執行，至案家提供服務需經報備支援。 6、訪視紀錄簽名：每次訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次訪視時間（自到達案家起算，至離開案家為止），並請照護對象或其家屬簽章；另應製作照護對象之居家醫療照護紀錄留存於案家，以利與其他醫事人員提供整合性之居家照護服務。	1,455 / 次 <u>1,528 / 次</u>
P5506B	燒燙傷急性後期物理治療 — 中度複雜治療	480 / 次
P5507B	— 複雜治療	600 / 次

編號	診療項目	支付點數
	<p>註：</p> <p>1、急性後期物理治療－中度複雜治療需實施中度治療項目（PTM1- PTM14）合計時間超過五十分鐘，限由團隊內復健或整形外科專科醫師開立本項處方。</p> <p>2、急性後期物理治療－複雜治療需實施複雜治療項目（PTC1- PTC7），限由該院復健專科醫師開立本項處方。</p> <p>3、限病人急性後期照護住院、日間照護期間，併病人就醫申報（日間照護為包裹給付，本項申報為不計價醫令）。</p> <p>4、參與本計畫之醫學中心，於燒燙傷病患急性期住院期間亦可申報。</p> <p>5、放寬每日復健治療次數（42001A-42016C）最多各二次，不得與本項併報。</p>	
<p>P5508B</p> <p>P5509B</p>	<p>燒燙傷急性後期職能治療</p> <p>－中度複雜治療</p> <p>－複雜治療</p> <p>註：</p> <p>1、急性後期職能治療－中度複雜治療，指治療時間合計三十分鐘以上之治療，且治療項目包含下列一項（含）以上治療項目：OT2、OT5、OT6、OT 7、OT 8、OT 9、OT 10、OT 11。限由團隊內復健或整形外科專科醫師開立本項處方。</p> <p>2、急性後期職能治療－複雜治療，限手術後三個月內，治療時間合計三十分鐘以上之治療，且治療項目包含下列二項（含）以上治療項目：OT2、OT 5、OT 6、OT</p>	<p>480／次</p> <p>600／次</p>

編號	診療項目	支付點數
	<p>7、OT8、OT9、OT10、OT11。限由該院復健專科醫師開立本項處方。</p> <p>3、限病人急性後期照護住院、日間照護期間，併病人就醫申報（日間照護為包裹給付，本項申報為不計價醫令）。</p> <p>4、參與本計畫之醫學中心，於燒燙傷病患急性期住院期間亦可申報。</p> <p>5、放寬每日復健治療次數（43001A-43009C，43026C-43032C）最多各二次，不得與本項併報。</p>	
P5133B	<p>心臟衰竭急性後期物理治療－複雜治療</p> <p>註：</p> <p>1、實施複雜治療項目（PTC1- PTC7）。</p> <p>2、限經由心臟專科醫師排除高風險的個案（例如：有左心室內血栓、不穩定性血管斑塊、不穩定性心律不整...等）。此治療必須在此次收案後，由負責本案之心臟專科醫師評估此收案病人之病情已達穩定狀態，才可執行物理治療。</p> <p>3、因心臟衰竭屬重症疾病，限由心臟科醫師評估病情穩定許可下，才可轉介該院復健團隊中負責 HF-PAC 復健處方之醫師開立本項處方。</p> <p>4、須檢附運動當中之血壓與心電圖之監測值。</p>	600／次
P5134B	<p>心臟衰竭急性後期職能治療－複雜治療</p> <p>註：</p> <p>1、治療項目包含功能層級評估、日常活動調整與執行訓練、日常活動體耐力訓練、壓力管理、職前評估與訓練、生活型態再造（避除危險因子）、輔具與環</p>	600／次

編號	診療項目	支付點數
	<p>境改善評估。</p> <p>2、限經由心臟專科醫師排除高風險的個案（例如：有左心室內血栓、不穩定性血管斑塊、不穩定性心律不整...等），評估此收案之心臟衰竭病人病情已達穩定狀態，才可執行職能治療。</p> <p>3、因心臟衰竭屬重症疾病，限由心臟科醫師評估病情穩定許可下，才可轉介該院復健團隊中負責 HF-PAC 復健處方之醫師開立本項處方。</p> <p>4、複雜性有強度的治療限於門診照護期間，需經心臟科醫師評估病情穩定許可。</p>	
	<p>註：復健治療項目編號</p> <p>1、物理治療</p> <p>PACPT1 電療</p> <p>PACPT2 熱／冷療</p> <p>PACPT3 水療</p> <p>PACPT4 被動性關節運動</p> <p>PACPT5 牽拉運動</p> <p>PACPT6 按摩</p> <p>PACPT7 鬆動術</p> <p>PACPT8 降張力技術</p> <p>PACPT9 傾斜床訓練</p> <p>PACPT10 床上運動</p> <p>PACPT11 姿態訓練</p> <p>PACPT12 肌力訓練</p> <p>PACPT13 耐力訓練</p> <p>PACPT14 神經誘發技術</p>	

編號	診療項目	支付點數
	PACPT15 動作學習技術 PACPT16 平衡訓練 PACPT17 協調訓練 PACPT18 行走訓練 PACPT19 心肺功能訓練 PACPT20 呼吸排痰訓練 PACPT21 輔具評估及訓練 2、職能治療 PACOT1 姿態訓練 PACOT2 被動性關節運動 PACOT3 坐站平衡訓練 PACOT4 移位訓練 PACOT5 減痙攣活動 PACOT6 運動知覺訓練 PACOT7 知覺認知訓練 PACOT8 肌力訓練 PACOT9 協調訓練 PACOT10 動作再學習技巧 PACOT11 上肢（下肢）功能訓練 PACOT12 日常生活活動功能訓練 PACOT13 休閒運動治療 PACOT14 活動治療 PACOT15 輔具評估及訓練 PACOT16 副木製作 PACOT17 失能防治介入 PACOT18 上（下）肢矯治性治療	

編號	診療項目	支付點數
	PACOT19 感覺功能再訓練 PACOT20 居家環境評估與改造 3、語言治療 PACST1 聽覺理解訓練 PACST2 聽辨訓練 PACST3 視聽迴饋法 PACST4 發聲訓練 PACST5 口語表達訓練 PACST6 溝通輔具評估與訓練 PACST7 說話清晰度訓練 PACST8 節律訓練 PACST9 語言認知訓練 PACST10 閱讀理解訓練 PACST11 書寫語言訓練 PACST12 口腔功能訓練 PACST13 吞嚥反射刺激及誘發 PACST14 吞嚥技巧訓練	

二、評估費及獎勵費

(一) 出院準備及評估、初評、複評、結案評估費

適用對象：腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭、衰弱高齡。

編號	診療項目	支付點數
P5113B	轉出醫院出院準備及評估費（上游醫院醫師及團隊） — 同團隊	2,000
P5118B	— 不同團隊	1,600
	註： 1、限醫學中心轉區域醫院或地區醫院、區域醫院轉地區醫院收案成功方得申報。 2、每人每次發病限申報一次。 3、須製作個案病況及轉銜確認報告書，並存放於病歷備查。本項評估至少需完成核心必要評估工具(腦中風需完成前四項、衰弱高齡需完成巴氏量表及臨床衰弱量表)。 4、區域醫院、地區醫院轉本院 PAC 單位不得申報。 5、不可重複申報本保險支付項目 02025B「出院準備及追蹤管理費」。	
P5114B	承作醫院所評估費（初評）	1,000
	註： 1、本項適用於個案轉銜至急性後期照護醫院所後之初次評估，每人每次發病限申報一次。 2、評估內容包括病患情緒引導及處理，與病患或其家屬說明評估結果、整項治療計畫及溝通確認雙方治療目標，並製作個案初次評估報告書存放於病歷備查。	<u>1,500</u>

	心臟衰竭初評包括個管師篩檢符合 PAC 條件病人，經心臟科醫師認可後啟動心臟衰竭照護團隊，辦理初評、諮詢與銜接急性後期完整的出院後照護，於出院一週內回診確認收案後申報。	
P5115B	承作 醫院 <u>所</u> 評估費（複評） 註： 1、個案收案後依計畫評估工具規定定期申報一次。 2、評估內容包括向病患或其家屬說明評估結果及是否修正治療目標及計畫，並製作個案治療成效期中評估報告書存放於病歷備查。	1,000 <u>1,500</u>
P5117B	承作 醫院 <u>所</u> 出院準備及結案評估費 註： 1、每人每次發病限申報一次。 2、評估內容包括與家屬討論、溝通及建議出院後之後續照護方式，並製作結案之出院轉銜評估報告書存放於病歷備查。 3、不可重複申報本保險支付項目 02025B「出院準備及追蹤管理費」。	1,500 <u>2,250</u>

(二)轉銜作業、醫事人員訪視、臨床諮詢指導、居家訪視、轉銜「居家醫療照護整合計畫」或「社區醫療群」獎勵費

適用對象：腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭、衰弱高齡。

編號	診療項目	支付點數
P5123B	<p>轉出醫院轉銜作業獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1、每人每次發病限申報一次。</p> <p>2、需完成以下規定作業：</p> <p>(1) 需提供病人或家屬 PAC 個案管理及衛教說明(留有完整諮詢內容紀錄、衛教時間至少三十分鐘、病人或家屬簽名)。</p> <p>(2) 準備出院病歷摘要、轉銜確認報告書外，需提供承作醫院所出院前三天病程紀錄（電子資料亦可）、生命徵象、護理紀錄、藥歷紀錄、重要注意事項等。</p> <p>(3) 提供優質的個案管理轉銜作業，提供跨院住院轉診服務，病人免經掛號直接入住承作醫院病房。</p> <p>(4) 拍攝活動影片向病人衛教說明或提供承作醫院所病人活動影片進行病情交接，留有紀錄，加計50%。</p> <p>3、不可重複申報本保險支付項目 02025B「出院準備及追蹤管理費」。</p>	<p>1,000</p> <p><u>1,500</u></p>
P5124B	<p>醫事人員訪視獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1、腦中風、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭、衰弱高齡</p>	<p>1,000</p> <p><u>1,242</u></p>

編號	診療項目	支付點數
	<p>(1) 急性醫療醫院主治醫師或 PAC 團隊成員（需含醫師）至承作醫院所探訪病人且留有紀錄，直接與承作醫院所團隊成員溝通病情，並增加病人信心。</p> <p>(2) 每位病人最多申報三次（限前三週每週一次）。</p> <p>(3) 由急性醫療醫院申報本項費用；必須向當地衛生局報備支援。</p> <p>2、燒燙傷</p> <p>(1) 整形外科醫師、復健科醫師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、臨床心理師之專業人員，至本計畫醫院就個案臨床諮詢指導且留有相關紀錄，每位病人首次急性後期照護住院、首次日間照護期間最多各三次。</p> <p>(2) 以上人員需具有實務燒燙傷臨床經驗達二年以上。</p> <p>(3) 由接受指導醫院申報本項費用；必須向當地衛生局報備支援。</p>	
P5125B	<p>承作醫院所醫事人員居家訪視獎勵費</p> <p>— 一名醫事人員訪視</p>	<p>1,000</p> <p>1,103</p>
P5126B	<p>— 二名（含）以上醫事人員訪視</p> <p>註：</p> <p>1、每位病人最多申報二次（出院前後各一次）。心臟衰竭病人於收案後進行。</p> <p>2、病人結案前後，承作醫院所 PAC 團隊成員至病人家訪視且留有紀錄，提供家屬居家照護衛教指導，及居家環境改造建議，時間至少三十分鐘，促進病人健康返家回歸社區。</p>	<p>1,500</p> <p>1,575</p>

編號	診療項目	支付點數
P5127B	轉銜「居家醫療照護整合計畫」收案獎勵費 註： 結案評估經轉介「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」居家醫療團隊收案成功，並留有紀錄備查。	1,000
P5128B	轉銜「社區醫療群」持續追蹤獎勵費 註： 結案評估辦理社區醫療資源轉介事項，協助本保險家庭醫師整合性照護計畫會員轉銜至所屬社區醫療群持續追蹤，並留有紀錄備查。	1,000

(三)其他

編號	診療項目	支付點數
	<p>主責醫院提升團隊照護品質獎勵費</p> <p>1、應召開跨院際醫院所團隊會議，辦理個案研討、轉銜作業協調、教育訓練、提升試辦品質措施、彙總及檢討團隊內所有醫院所品質指標、提供對照組等提升照護品質活動，上述活動應填報列於每半年繳交之成果報告書。</p> <p>2、每家主責醫院團隊全年六萬點，所負責之團隊每增加一項推動範圍（腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭、衰弱高齡病患）且該項增加範圍年度收案數至少二十人以上，每項增加三萬點，團隊最高執行六項 PAC 範圍計二十一萬點。</p> <p>3、本項免申報費用，分區業務組每半年審查成果報告書確認填報提升照護品質活動後，以補付方式辦理。</p>	<p>60,000~</p> <p>210,000/年</p>
P5504B	<p>燒燙傷家屬／照顧者之支持性心理社會個別諮詢衛教費</p>	97
P5505B	<p>燒燙傷家屬／照顧者之支持性心理社會團體諮詢衛教費</p> <p>註：</p> <p>1、限由團隊內專科醫師開立本項處方。</p> <p>2、限病人急性後期照護住院、日間照護期間，併病人就醫申報（日間照護為包裹給付，本項申報為不計價醫令）。</p> <p>3、團體治療一次最多以二十五人為限。</p>	64
P5516B	<p>燒燙傷門診個案衛教及個案管理費</p> <p>—新收案</p>	800
P5517B	<p>—每季追蹤</p> <p>註：</p>	800

編號	診療項目	支付點數
	<p>1、提供病人及家屬個案管理及衛教，協助社會心理重建，包含提供諮詢專線電話。</p> <p>2、每季追蹤需與新收案或前次追蹤間隔三個月（九十天）。</p>	
P5135B	<p>心臟衰竭銜接急性後期個案管理照護之衛教、居家照顧能力及防範惡化措施之指導獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1、需完成以下規定作業：</p> <p>(1) 需提供病人或家屬心臟衰竭 HF-PAC 個案管理及衛教說明（留有諮詢內容紀錄、衛教時間至少六十分鐘、病人或家屬簽名）。</p> <p>(2) 需提供手冊以便病人執行居家記錄。</p> <p>(3) 提供心臟衰竭個案管理諮詢電話專線，安排心衰竭急性後期門診，以及依病人的需求整合所需要的醫療資源與照護。</p> <p>(4) 心臟衰竭個案管理師於病人急性期照護出院前，確認及考核個案可執行居家健康記錄之正確性（含血壓、脈搏、體重與二十四小時攝食量及排出量紀錄）、惡化症狀之辨識能力及應採取處理防止惡化之知識、急性後期照護居家期間個案如何與個案師垂直聯繫的指導。</p> <p>2、每人限申報一次，於出院一週內回診確認收案後申報。</p>	2,000

三、品質獎勵措施

(一)範圍：腦中風急性後期照護。

(二)門檻指標：本年度與上年度收案 ≥ 20 人，方可進入品質獎勵之評比。

(三)品質獎勵指標

1、**出院結案**後14日再入院率（占分20分）：

分子：分母個案中出院後14天內再入院個案數

分母：急性後期照護**出院結案**個案數

註：依目前VPN公布之院所別品質指標DA-1860

2、**出院結案**後30日再入院率（占分20分）：

分子：分母個案中出院後30天內再入院個案數

分母：急性後期照護**出院結案**個案數

註：依目前VPN公布之院所別品質指標DA-1860

3、**出院結案**後30日內急診率（占分20分）：

分子：分母個案中出院後30天內急診個案數

分母：急性後期照護**出院結案**個案數

註：依目前VPN公布之院所別品質指標DA-1860

4、功能進步率：結案-收案巴氏量表60分以上個案佔率（占分20分）

分子：分母個案中巴氏量表 ≥ 60 分個案數

分母：急性後期照護**出院結案**個案數

5、可避免住院率（占分20分）

分子：分母個案中當年度可避免住院個案數

分母：急性後期照護**出院結案**個案數

(四)計分方式（每項指標最高得分20分）

情形	前25百分位之 醫院所	前26-50百分位之 醫院所	較上年度進步率 排名前25百分位	較上年度進步率排 名前26-50百分位
得分	20	10	10	5

(五)品質獎勵支付：依計分方式計算各醫院所品質獎勵總分，依本年度結案個案數，滿分者每位個案支付 2000 點，總分 < 60 分不獎勵，其餘按分數比例計算獎勵金。

「急性後期整合照護試辦計畫」計畫書內容與格式

一、計畫書封面：至少包含計畫名稱、計畫執行單位、計畫執行期間。

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

三、計畫書撰寫說明：計畫書（含電子檔）內容應包含下列：

(一)申請機構全銜及計畫名稱、服務對象範圍（腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭、衰弱高齡）及照護模式。

(二)現況分析（含現行及預期急性後期照護病人數）。

(三)計畫之目標。

(四)計畫內容（分項說明），包含下列各項：

1、跨院際整合團隊之組成與運作方式，包含如何跨院提供整合式服務，與居家醫療照護整合計畫、家庭醫師整合性照護計畫之社區醫療群、跨層級醫院所合作計畫等團隊提供整合照護，確保急性後期病人轉銜順暢措施。

2、急性後期照護團隊之組成（請檢附相關文件），包含各專業照護人力專業別、人數、專任或兼任、各類人員醫病比，及專業人員支援計畫。相關人力品質、如何確保團隊人員辦理量表評估之一致性。

3、急性後期照護相關設備：「急性後期照護單位」之床位數、床位編號，所能提供急性後期照護服務及設備。

4、團隊內各醫院所照護品質之確保，病人合併症、併發症處理能力。

5、團隊提供之急性後期照護之特色與發展性。

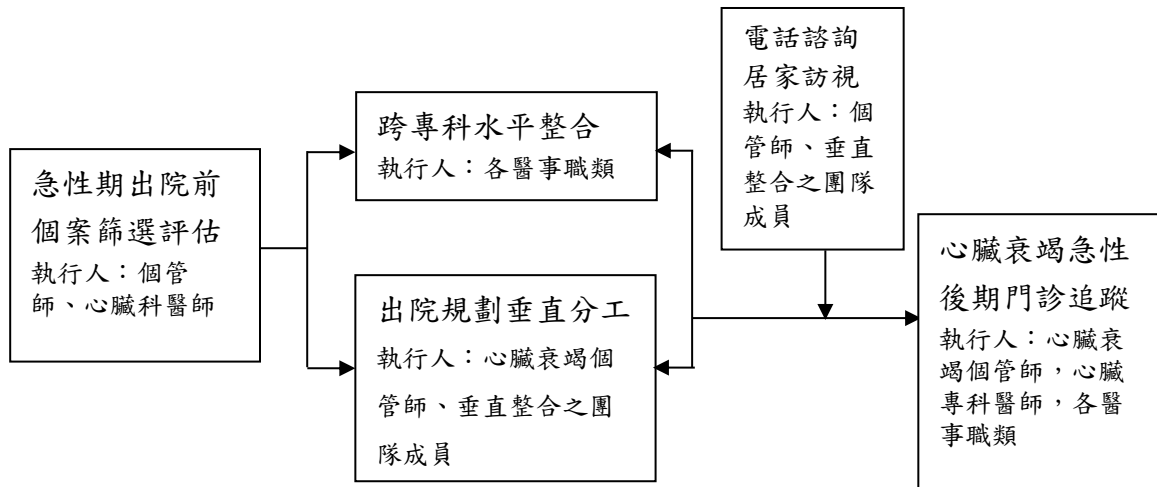
(五)預期效益（應以量化說明）：包含建立對照組、避免病人篩選措施（selection bias）、實驗組與對照組之校正。

(六)應辦理工作項目及進度（Gantt Chart）。

註：計畫書之人員、設備應區分現有或規劃承諾，審查通過後需符合，經保險人分區業務組確認並發函同意之次日起生效。

附錄 1 心臟衰竭急性後期照護執行內容

經由個案管理師協調下列流程，提供 Stage C~D 心臟衰竭急性後期照護。



- (一)心臟衰竭病人在症狀穩定期仍有 25%突發性疾病惡化或猝死的風險，建議由熟悉病人病情且符合下列專業條件之承作醫院於個案管理模式下進行水平整合式心臟衰竭急性後期照護。
- (二)為能完整的整合跨專科資源的醫療照護，承作執行的醫院應要配置專任之心臟衰竭個案管理師，至少一名負責心臟衰竭照護之心臟專科醫師主導 HF-PAC 的醫療照護，並決定病人狀況是否可承受執行各職能專業之建議。心臟衰竭個案管理師依據此心臟衰竭心臟科醫師的醫療指示，負責協調 HF-PAC 照護之跨專科醫療團隊的資源整合。
- (三)跨專科醫療團隊包含有：心臟專科醫師、心臟外科專科醫師、心臟衰竭個案管理師、復健專科醫師、物理治療師、職能治療師，營養師、藥師、臨床心理師、社工師、護理師。經由心臟衰竭個案管理師協調及整合各項醫療資源，進行以病人為中心之醫療照護，並且對於病患或主要照顧者施行自我照護訓練，達到降低再住院率及死亡率，提升治療的成功率，並使病人回歸社會功能。
- (四)垂直整合之團隊成員包含：隸屬於承作醫院負責心臟衰竭照護的心臟專科醫師以及心臟衰竭個案管理師、負責病患日常照護的社區醫師（例如社區家庭醫師）、社區居家訪視人員等。於個案管理模式，由心臟衰竭個案管理師聯絡、協調、整合資訊以及病患需求。

(五)照護內容：

1、住院中照護內容：

- (1) 篩選出符合心臟衰竭急性後期照護的個案。
- (2) 完成個人化的心臟衰竭相關知識及自我照護執行教育至少一小時，從病患個別性的需求中，共同擬定出所需要的疾病照護目標。
- (3) 完成自我照護能力及使用相關記錄工具之訓練（如體重監測、藥物使用知識、記錄攝食與排出量、惡化徵兆偵測及必要處理）。
- (4) 依準則所建議心臟衰竭用藥之使用率評估。
- (5) 營養評估與心臟衰竭飲食建議：過去飲食習慣的評估、現階段營養需求評估、未來營養規劃。
- (6) 負責心臟衰竭急性後期照護之心臟科醫師提供完整的治療計畫，包括：HF-PAC 期間所需要的追蹤檢驗及檢查（例如：後續之心血管評估性檢驗、檢查、心導管檢查或治療的時程）、設定病人 HF-PAC 期間應維持的體重範圍，交由個案管理師監督與追蹤。
- (7) 依據個案經濟、家庭資源狀況，視需要，會診社工師評估可提供的照護介入與資源。
- (8) 風險評估、檢測項目與執行：
 - A. 於出院前完成評估下列共病，包括：
吸菸、血壓過高、血壓過低、糖尿病、冠狀動脈疾病、高血脂、瓣膜性心臟病、慢性腎病、慢性阻塞性肺病、貧血、中風、低血鈉、低血鉀、心律不整、痛風、睡眠中止症、營養不良或肌少症、癌症、憂鬱...等病史。
 - B. 檢驗：
BNP or NT-proBNP, cardiac enzymes, electrolytes, albumin, CBC, BUN, Cr, Na, UA, liver function, glucose, lipid profile.
 - C. 心血管評估性檢查：
 - (a) 心臟超音波、十二導程心電圖、胸部X光。

(b) 心臟衰竭病因，CHA2DS2-VASc score計算（心房顫動之病人）、血壓。

D. 心理功能狀態：疑似憂鬱或家庭社會支持不足者，出院前或 HF-PAC 期間，經評估依臨床需要會診精神科或臨床心理師。

E. 共病症風險控制教育：

(a) 糖尿病與慢性腎病飲食控制原則、營養不良問題：由營養師執行。

(b) 心臟衰竭的居家風險注意事項如水腫、感染、共病症有無風險、症狀惡化辨識：由個管師執行。

(c) 準則所建議心臟衰竭用藥、心律不整藥物、抗凝血劑、藥物安全性、交互作用、以及高風險用藥（如NSAID）評估：由藥師執行。

2、準備內容：

(1) 出院前應提供「心臟衰竭病人疾病手冊與居家健康紀錄手冊」，提供專任專責的心臟衰竭個案管理師諮詢專線手機與電話。

(2) 出院前須確認病人已備妥下列自我照顧用具：體重計、血壓計、磅秤、量杯，並於出院前已能執行血壓、體重與 24 小時攝食量及排出量紀錄（可由主要照顧者或家人協助執行）。

(3) 心臟衰竭 PAC 個案居家訪視之內容建議：病人 PAC 照護期間，承作醫院或其垂直整合之團隊成員（例如病患居住所在地的社區醫師或居家護理師），可至病人家中訪視，每位病患以 2 次為限，提供病人及主要照護者居家照護能力評估、衛教指導、及居家環境改造建議，以促進病人回歸社區。有需要再次訪視之個案，將依個案屬性決定再訪視時間。

(4) 後續運動訓練治療建議：依照病患身體及居所狀況，建議居家自我運動或門診復健。

(5) 心臟治療規劃：針對個案病情，建議後續心導管、心臟節律器、去振顫器、心室輔助器、心血管外科手術檢查治療。

3、出院後門診及居家照護追蹤

- (1) 門診照護條件：設立心臟衰竭門診，其專業成員包含有負責心臟衰竭照護之心臟專科醫師與專任專責心臟衰竭個案管理師，追蹤心臟衰竭病人的疾病知識與照顧行為，視需要強化病人及家屬的知識，安排後續檢驗及治療。出院後六個月內回診安排建議如下：出院後一週內完成第一次門診追蹤；三個月內每個月回診一次；第四個月起至結案前至少於第五個月內回診一次（若個案於HF-PAC的六個月內過程中遇有惡化狀況發生，個管師依據醫師指令，協助安排提前返診或醫師指令協助安排相關醫療照護）。
- (2) 個案管理師，提供電話諮詢與追蹤病人居家照護的執行狀況，每月至少一次，連續6個月。
- (3) 返診時，個管師協助檢視個案居家自我照護記錄（含心跳、血壓、體重、攝食與排出量），強化心臟衰竭自我照護能力，遇有藥物種類或劑量變更時，依醫囑給予用藥指導，必要時轉介藥師諮詢門診。
- (4) 個案管理師依個案評估結果，水平協調整合跨專科的整合照護。
- (5) 個案管理師依個案需求，垂直溝通整合病患資訊，提供醫療諮詢，安排跨區、跨醫療院所的轉診等。

4、心臟復健

- (1) 出院準備階段：復健醫師或治療師參與出院前評估、進行危險分級、出院計畫說明及臨床諮詢指導。
- (2) 門診階段：心肺功能監控下的中等強度運動訓練、肌耐力訓練（需於病歷中附上心肺復健進行當中之心電圖、血壓等生命象徵監視紀錄，以確保病人之安全性）。
- (3) 其他需要復健訓練項目，如呼吸訓練、肌力訓練、柔軟度訓練。
- (4) 節省體能訓練、職業需求訓練。
- (5) 上述(2)(3)(4)項復健治療，依病人狀況及需要施行個別化的強度進行復健訓練。

註：依據美國心肺復健學會之建議，以等張性、有氧性的運動為主，每週三至五次，每次 40 至 50 分鐘，並且維持三個月為一個訓練單位（但因心臟衰竭屬重症，個體差異化極大，需考慮安全性，依病人狀況設計個人化復健訓練的強度）。

- 5、定期評估（初評、複評及結案評估）：評估項目、工具及量表（執行時間：初評：出院前完成，於出院回診確認收案後申報；複評三次：出院滿 1 個月、出院滿 3 個月、出院滿 5 個月；結案評估：出院後滿六個月該月）。評估內容詳計畫之評估工具。

全民健康保險復健病房試辦計畫（草案）

○年○月○日健保醫字第○○○○○○○○○號公告

壹、前言

台灣已邁入超高齡社會，為助於急性醫療和長照服務中間的銜接，借鏡日本「回復期復健病棟」制度，設立專門復健病房；並參考衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會「109 年因應人口老化後復健醫療試辦計畫」，發展最適合台灣的模式。

為擴大社區照護服務及量能，促使具復健潛能之患者持續接受積極的整合性照護，使其恢復功能、順利返家，爰針對急性後期病人提供功能恢復訓練與日常生活所需活動，協助病人重返社區，提升生活品質，減少再入院率。

貳、目的

- 一、 建立台灣復健病房的服務模式，由跨專業照護團隊對於「全民健康保險急性後期整合照護計畫（Post-acute Care，以下稱 PAC 計畫）」照護期間屆滿仍具復健潛能之個案提供整合性照護，並結合日常生活所需活動訓練（如進食、入浴、如廁等），以功能提升與順利返家為目標。
- 二、 建立急性期、急性後期、慢性期之垂直整合轉銜系統及統合醫療與住院整合照護、長期照顧服務之橫向連結系統，形成連續性、整合性、以功能恢復為導向之照護體系。

參、實施期間

計畫效期 2 年，自全民健康保險保險人（下稱保險人）核定生效日起至次年 12 月 31 日止。

肆、預算來源

- 一、 本試辦計畫開辦費由保險人單位預算「完善健保醫療費用總額及給付機制」項下支應。
- 二、 本試辦計畫「評估費」及「獎勵費」費用，由其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應。
- 三、 「急性後期整合照護與高強度復健（住院模式）」、「急性後期整合照護與一般強度復

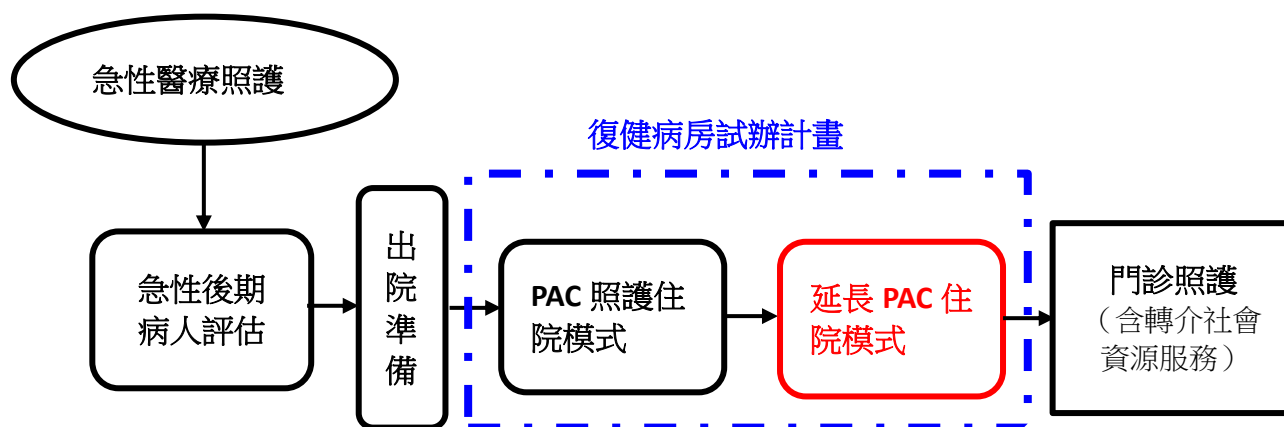
健（住院模式）」費用，由全民健康保險年度醫院醫療給付費用總額項下支應。

伍、試辦計畫申請及核定作業

- 一、本試辦計畫由保險人公開徵求，承作院所應於公開徵求期間內，檢具申請文件及計畫書（紙本及電子檔），函文向保險人提出申請並副知所屬保險人分區業務組，計畫書格式範例如附件 1。
- 二、保險人分區業務組於接獲計畫申請 30 日（日曆天）內，依審核作業流程（附件 2）進行書面及實地審查，並將審核結果函送保險人。
- 三、如經保險人分區業務組審核合格醫院逾 4 家，將由保險人針對病房設置、居家模擬空間、復健治療空間擇優核定其承作醫院，並函知申請醫院審核結果。

陸、照護疾病範圍及內容

由本試辦計畫照護團隊，依病人評估結果安排適當之急性後期整合照護，合計照護天數不超過本試辦計畫所訂最長照護天數上限。



一、照護疾病範圍：

- (一) 本試辦計畫推動範圍包括符合 PAC 計畫收案條件之病人：腦中風、創傷性神經損傷、脆弱性骨折及衰弱高齡病患。

1、腦中風

- (1) 符合本保險公告重大傷病之急性腦血管疾病（限急性發作後 1 個月內）之病人，醫療狀況穩定，功能狀況具有中度至中重度功能障礙（MRS 3-4），於

參與本試辦計畫之醫院住院，經醫療團隊判斷具積極復健潛能者。

(2)另前述疾病急性發作後 40 天內，符合下列特殊個案條件之一，且醫療狀況穩定，功能狀況具有中度至中重度功能障礙 (MRS 3-4)，於參與本試辦計畫之醫院住院，經醫療團隊判斷具積極復健潛能者，亦可納入收案：

- A. 腦中風發病 2 週以後，因急性感染症而新增或調整靜脈抗生素注射藥物者。
- B. 腦中風發病 30 天內，曾因有多重抗藥性菌株感染而需接觸隔離者。
- C. 腦中風發病 30 天內，使用抗凝血劑，用藥 4 週後仍然未能調整至理想狀態 (PT INR 1.5-3.0)。
- D. 使用胰島素或口服藥物，腦中風 4 週後仍血糖控制不佳 (空腹血糖 > 200 mg/dl)，需要嚴密監控。
- E. 腦中風發病 30 天內，加護病房住院超過 2 週者。
- F. 腦中風發病 30 天內，發生重大合併症、併發症 (如心肌梗塞、靜脈血管栓塞、急性腎衰竭) 接受特殊處置及手術導致住院延長者。

(3)醫療狀況穩定定義

- A. 生命徵象：血壓、心跳、體溫 72 小時以上穩定或可控制。
- B. 神經學狀況：72 小時以上神經學狀況未惡化。
- C. 併發症：感染，血液異常，胃腸道出血等，治療後穩定或可控制。

(4)功能狀況分級定義：進入 PAC-CVD 的起始功能狀況以 Modified Rankin

Scale (MRS) 為分級標準：無明顯功能障礙 (MRS 0-1)、輕度功能障礙 (MRS 2)、中度~中重度功能障礙 (MRS 3-4)，及重度功能障礙或意識不清 (MRS 5)。

※註：MRS 分級標準請參考 PAC 計畫。

2、創傷性神經損傷 (Traumatic Neurological Injury Post-Acute Care, 簡稱 TNI-PAC)

(1)年滿 18 歲，因創傷性神經損傷造成失能且發病 60 天內之病人，功能狀況具有顯著且持續之中度功能障礙 (巴氏量表 40 至 70 分)，醫療狀況穩定，於參與本試辦計畫之醫事機構住院，經醫療團隊判斷具積極復健潛能者。

(2) 醫療狀況穩定定義

- A. 生命徵象：血壓、心跳、體溫、呼吸速率及血液氧氣飽和濃度在過去 72 小時內穩定或可控制。
- B. 神經學狀況穩定：72 小時以上神經學狀況未惡化且已脫離神經損傷休克期。
- C. 併發症已經穩定或可控制：深部靜脈栓塞或肺栓塞、自主神經反射異常、血壓心跳不穩定（如仍有明顯姿勢性低血壓）、感染、血液異常、褥瘡、癲癇、水腦、痙攣、胃腸道出血或無動性腸阻塞等。

(3) 排除條件

- A. 合併其他之多重創傷仍未穩定者，如仍有不穩定之骨折。
- B. 脊髓損傷。

3、脆弱性骨折（髌關節、脊椎骨折、膝關節、不穩定骨盆骨折）（Fracture Post-Acute Care，簡稱 Frax-PAC）

(1) 經診斷為髌關節、脊椎骨折、膝關節或不穩定骨盆骨折之病症，發病或術後一個月內者。此個案須符合下列所有條件：

- A. 因髌關節、脊椎骨折或膝關節或不穩定骨盆骨折而住院手術（包括內固定、半髌關節置換術及全髌關節置換術、膝關節置換術），術後出現功能下降（巴氏量表 40 至 70 分），經評估適合收案者。
- B. 無併發症，或併發症但已可控制、症狀穩定者。
- C. 醫療狀況穩定，不需密集醫療介入、檢驗或氧氣使用者。
- D. 有復健潛能者。
- E. 個案同意參加此計畫，並填妥同意書者。
- F. 病人年滿 18 歲。

(2) 醫療狀況穩定之定義

- A. 生命徵象：血壓、心跳、體溫、呼吸速率及血液氧氣飽和濃度在過去 72 小時內穩定或可控制。
- B. 併發症已經穩定或可控制：深部靜脈栓塞或肺栓塞、自主神經反射異常、姿勢性低血壓、感染、血液異常、胃腸道出血或無動性腸阻塞等。

(3) 排除條件：脊椎骨折併有脊髓損傷患者。

4、衰弱高齡病患

(1) 需符合下列所有條件

- A. 高齡病患（ ≥ 75 歲，且具有帕金森氏症、失智症、慢性阻塞性肺疾病或第三期以上之慢性腎臟病）因急性疾病入院（住院時間 >72 小時）治療完成一個月內，仍具有功能下降狀態。
- B. 臨床衰弱量表（Clinical Frailty Scale, CFS）評估後具有中度以上衰弱症且仍具復健潛能者（CFS：5-7 分）。
- C. 醫療狀況穩定，不需密集醫療介入、檢驗或氧氣使用者。
- D. 病患具有配合治療之認知與溝通能力，且具治療潛能，治療潛能係指病患於疾病上具有恢復之機會，且具有足夠配合治療進行之體力。
- E. 個案同意參加此計畫，並填妥同意書者。

(2) 排除條件：符合其他疾病類型收案之急性後期照護個案。

(二) 收案對象共同原則：需醫療狀況穩定且具積極復健潛能

- 1、具基本認知、學習能力與意願，且經醫師評估可進行復健者。
- 2、具足夠體力：
 - (1) 支撐下能於輪椅或床緣至少維持 1 小時坐姿。
 - (2) 每天可接受至少 1 小時以上之積極復健治療。
- 3、能主動參與復健治療計畫。
- 4、經跨專業團隊評估具返家或社區銜接可行性者（包含家庭支持或可銜接長照服務者），預期於一定期限內達到功能改善或返家之目標。

(三) 收案對象排除條件共同原則：

- 1、嚴重意識或認知障礙，嚴重精神疾病。
- 2、長期呼吸器依賴。
- 3、末期疾病。
- 4、長期臥床，身體功能無法回復。
- 5、癌症或重大傷病仍需後續住院治療（化療、放療等）。

(四) 個案展延：超過 PAC 計畫照護上限天數個案，經照護團隊評估仍具復健潛能者，得於照護天數結束前 1 週申請展延，申請展延應檢附照護團隊會議紀錄向保險人

分區業務組申請核備，如申請展延審查結果不同意，自保險人通知日起不給付費用。

疾病別	PAC 計畫照護天數上限	最長照護天數
1、腦中風	12 週（84 日）	180 日
2、創傷性神經損傷	12 週（84 日）	180 日
3、脆弱性骨折	3 週（21 日）	60 日
4、衰弱高齡病患	4 週（28 日）	60 日

(五) 結案條件共同原則：

- 1、個案功能顯著進步已達復健之預期功能目標，經照護團隊評估，可轉至慢性復健期（一般門診或在家自我復健）。

※註：預期功能目標以病人為中心導向，需綜合評估損傷部位可達到之最大功能、病人年紀、發作前之功能狀態、共病狀況及後續家屬可居家照護之程度。

- 2、連續 2 次個案功能評估，未進步或降低者。
- 3、經照護團隊評估，已不具復健潛能者。
- 4、超過本試辦計畫最長照護天數者。
- 5、保險對象自行中斷照護者。
- 6、病情轉變無法繼續接受本試辦計畫照護者，如病人發生嚴重併發症或急性疾病需密集急性醫療服務。
- 7、死亡。

二、照護內容：

(一) 本試辦計畫承作醫院提供急性後期整合照護住院模式，包括跨專業照護團隊整合照護、復健治療等。

(二) 服務內容：

- 1、個人化之治療計畫：承作醫院於收案 48 小時內應完成初評，擬定各階段目標及依個案需求制定個人復健及照護計畫，並納入居家生活輔具。
- 2、復健治療（生理、心理及銜接社會資源）：排定個別職類治療師每日復健時

間，並記錄治療時數。

(1) 高強度復健，每日 3-5 小時治療。

(2) 一般強度復健，每日提供 1.5 小時以上治療。

3、跨專業團隊整合照護：每 2~3 週召開多職種會議，檢討功能進展、併發症及出院準備。

4、後續居家照護及技巧指導：強化家屬參與，每 2~3 週以記錄一次功能改善情形，出院前 7-14 天進行家庭訪視或視訊溝通，評估返家可行性。

5、共病症、併發症預防及處置。

6、定期團隊評估。

疾病別	定期評估時間	核心必要評估工具
(1)腦中風	收案、結案、 每 3 週	<ul style="list-style-type: none"> ● 共同核心必要評估工具 4 項 ● 整體功能狀態 (MRS) ● 吞嚥、進食功能
(2)創傷性神經損傷	收案、結案、 每 3 週	<ul style="list-style-type: none"> ● 共同核心必要評估工具 4 項
(3)脆弱性骨折	收案、結案、 每 2 週	<ul style="list-style-type: none"> ● 共同核心必要評估工具 4 項 ● 疼痛指數量表 (Numerical Rating Scale ; NRS) ● Harris Hip Score (髖關節骨折適用)

疾病別	定期評估時間	核心必要評估工具
(4)衰弱高齡病患	收案、結案、 每 2 週	<ul style="list-style-type: none"> ● 共同核心必要評估工具 4 項 ● 衰弱程度：臨床衰弱量表 (Clinical Frailty Scale, CFS) ● 認知功能：SPMSQ ● 憂鬱狀態：Geriatric Depression Scale-5 Item (GDS-5) ● 急性譫妄評估: Confusion Assessment Method (CAM) ● 跌倒風險：STEADI 流程評估與介入 ● 潛在不當用藥：2015 年 Beer's criteria
<p>※註：</p> <p>(1)共同核心必要評估工具 4 項：基本日常生活功能 (巴氏量表)、工具性日常生活功能 (IADL)、健康相關生活品質 (EQ-5D)、營養評估 (MNA)。</p> <p>(2)各疾病專業選擇性評估工具請參考 PAC 計畫。</p> <p>(3)若有相關版權請院所自行申請。</p>		

三、 出院準備服務：各階段醫療院所皆應提供出院準備計畫，可於個案出院前進行居家環境訪視，出院準備計畫應包括下列事項：

(一) 轉介社區醫療資源：

- 1、 提供居家自我運動或門診復健建議，針對有後續門診追蹤及門診復健需求之個案，提供居家鄰近可進行門診追蹤及復健之醫療院所名單及轉診資料。
- 2、 評估轉介「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」居家醫療團隊。
- 3、 評估轉介「家庭醫師整合性照護計畫」社區醫療群持續追蹤。

(二) 轉介社會服務資源：

- 1、 個案如有長照需求，須完成長照需要等級評估，擬定簡易照顧計畫，同步照會長期照顧管理中心。

2、餘包含居家環境改善建議、輔具評估及使用建議、生活重建服務建議、轉介社福機構辦理生活重建等。

(三) 提供諮詢專線電話、居家照護建議、心理諮商服務建議。

(四) 後續追蹤管理：出院後 30 天內由社會工作人員／個案管理師追蹤個案功能恢復、再入院、居家復能服務情況。

(五) 其他出院準備相關事宜。

柒、參與醫院資格

一、於全臺灣北、中、南、東區各擇 1 家醫院試辦復健病房，參與醫院以現行執行 PAC 計畫之承作醫院為限，比照 PAC 計畫應具備相關專科醫師及相關醫事人員組成跨專業照護團隊，提供急性後期整合性照護（醫療、護理、物理治療、職能治療、語言／吞嚥治療、心理治療、社工、營養、藥事、醫療諮詢及衛教）。

二、試辦復健病房之設施、設備及醫事人力設置標準比照「醫療機構設置標準」急性後期照護病房規範辦理：

(一) 應有專任專科醫師 1 人以上（下述擇一），負責病房巡診、復健評估及照護團隊協調：

	復健科	神經外科	神經科	骨科	內科	家醫科	備註
1、腦中風	v	v	v		v	v	任一有腦血管疾病照護經驗醫師
2、創傷性神經損傷	v	v	v				
3、脆弱性骨折	v	v		v			
4、衰弱高齡病患	v	v	v	v	v	v	需 6 小時老年醫學相關照護訓練

(二) 應有專任物理治療師、職能治療師、護理人員、社會工作人員、藥師各 1 人以上，及專／兼任語言治療師、營養師各 1 人以上，依各職類醫事人員權責提供照護服務。

1、**創傷性神經損傷**尚須專／兼任臨床心理師（或專／兼任精神科醫師）至少 1 人。

2、衰弱高齡病患尚須專責個案管理師至少 1 人。

3、專任社會工作人員或專責個案管理師應協助出院準備、轉介社區／社會資源（含長照服務銜接）、負責多職種會議召集及品質指標成效追蹤（含收集個案與家屬滿意度）等事項。

(三) 為便於管理、資源集中，應優先設置於急性後期照護病房，且床位數不得低於 30 床。

(四) 病房設計應兼顧安全與生活化，設置防跌、防壓瘡及感染管控措施。

三、參與醫院應有居家模擬空間（如廚房、浴室、臥室等），模擬無障礙環境，讓病人練習日常生活技能（如穿衣、如廁、煮飯等），並確保動線順暢；居家模擬空間及復健醫療服務設施不限制設於試辦復健病房區域內、亦不限制需於同樓層，惟應確保動線順暢，減少病人移動負擔，讓復健活動自然融入生活場域。

四、建議參加「衛生福利部醫院辦理住院整合照護服務實施計畫」，以減輕民眾照護負荷。

五、申請參與本試辦計畫之特約醫事服務機構，須最近 2 年未曾涉及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。

捌、成效評量

一、品質指標：為確保本試辦計畫之照護品質與政策成效，爰訂定下列品質指標，作為各試辦醫院執行成效之評估依據。各指標之定義、計算方式及資料範圍如下：

(一) 平均功能改善幅度

1、指標說明：評估病人於復健病房住院期間之整體功能改善情形。

2、計算方式：

分子：分母個案各項功能評估總分減去收案時各項功能評估總分

分母：本試辦計畫結案個案數

3、功能評估：為本試辦計畫共同核心必要評估工具，包含巴氏量表、工具性日常生活功能（IADL）、健康相關生活品質（EQ-5D）及營養評估（MNA）等4項量表。

4、排除原則：

- (1) 保險對象自行中斷照護者。
- (2) 病情轉變無法繼續接受本試辦計畫照護者。
- (3) 已死亡個案。

(二) 功能改善效率

1、指標說明：評估病人每住院一日所獲得之功能改善程度，以避免僅延長住院天數而未提升功能。

2、計算方式：

分子：分母個案各項功能評估總分減去收案時各項功能評估總分

分母：本試辦計畫個案住院天數

3、功能評估：本試辦計畫共同核心必要評估工具4項量表。

4、排除原則：

- (1) 保險對象自行中斷照護者。
- (2) 病情轉變無法繼續接受本試辦計畫照護者。
- (3) 已死亡個案。

(三) 返家率

1、指標說明：評估本試辦計畫是否達成「以返家為導向」之照護目標。

2、計算方式：

分子：分母個案直接返回原居住地（含自宅或家屬居所）之個案數

分母：本試辦計畫結案個案數

3、排除原則：

- (1) 病情轉變無法繼續接受本試辦計畫照護者。
- (2) 已死亡個案。

(四) 30日內再入院率

1、指標說明：評估出院準備及轉銜照護之穩定度。

2、計算方式：

分子：分母個案於結案出院後30日內再入院之個案數（含跨院）

分母：本試辦計畫結案個案數

3、排除原則：已死亡個案。

(五) 長照銜接成功率

1、指標說明：評估醫療與長期照顧服務之整合成效。

2、計算方式：

分子：出院後14日內實際啟用至少一項長期照顧服務（如居家服務、居家復能、日間照顧、輔具服務等）之個案人數

分母：經照護團隊評估，結案後需銜接長期照護服務之個案人數

二、 監控指標

(一) 管路移除率

分子：分母個案管路移除個案數

分母：當年度收案有管路個案數（已結案）

(二) 跌倒事故率

分子：復健病房跌倒事件總事件數

分母：當年度本試辦計畫住院人日

(三) 壓力性損傷新發生率

分子：復健病房新發生之壓力性損傷總處數

分母：當年度本試辦計畫住院人日

玖、 給付項目及支付標準

一、開辦費：每家承作醫院支付100萬元，限用於病房空間改善、居家模擬空間建置、資訊系統及人員教育訓練；參與本試辦計畫之醫院限支付1次，如計畫實施期間因故中途退出本計畫，則不予支付。

二、 照護費

- (一) 住院模式各診療項目所定點數，已包含所需之住院診察費、病房費、護理費、及復健治療費等費用。個案因病情需要，於住院期間執行其餘非屬本試辦計畫支付之項目（檢驗(查)費、藥費、藥事服務費、治療處置費、手術費、副木材料費、管灌飲食、符合第(七)項所列條件之吞嚥攝影檢查），得按現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱本保險支付標準）申報。
- (二) 保險對象住院，以入住急性後期照護病房為優先，急性一般病床、經濟病床、慢性病床、急性後期照護病床為原則；超等住院者，由保險對象自付其差額。
- (三) 高強度復健係指每日需治療三至五次；一般強度復健係指每日需治療一至二次。治療內容包含物理治療、職能治療或語言治療之治療項目三項（含）以上，院所得依個案病情需要調整每日各治療種類之次數。
- (四) 院所申報本試辦計畫下表各項費用時，需比照現行復健治療申報方式，另行填列各治療種類之細項治療項目。
- (五) 屬本試辦計畫支付標準及本保險支付標準所列之診療項目，參與試辦院所不得向參與本試辦計畫之個案收取自費。
- (六) 吞嚥攝影檢查採核實申報，其適用條件如下：
- 1、反覆性肺炎。
 - 2、進食時有明顯噎咳。
 - 3、講話有明顯的濕泡聲。
 - 4、吞嚥障礙高危險受傷區：腦幹及多次中風。
 - 5、中風前已有吞嚥障礙病史。
 - 6、一年內曾留置氣切內管 ≥ 30 天以上。
 - 7、目前留置氣切管。
 - 8、欲移除鼻胃管，經評估有需求者。
 - 9、其他疑有吞嚥障礙之危險，如：合併有嚴重活動及智能障礙。

編號	診療項目	支付點數
	急性後期整合照護與高強度復健費用（住院模式）	
P5101B	— 每日必需治療三至五次	3,661 / 日
P5141B	75 歲以上— 每日必需治療三至五次	3,749 / 日
P5102B	— 因醫院或病人偶發原因，當日治療 < 三次	2,191 / 日
P5142B	75 歲以上— 因醫院或病人偶發原因，當日治療 < 三次	2,279 / 日
P5103B	— 週日或國定假日或當日無法治療	1,374 / 日
P5143B	75 歲以上— 週日或國定假日或當日無法治療	1,462 / 日
	※註：適用對象：腦中風、創傷性神經損傷。	
	急性後期整合照護與一般強度復健費用（住院模式）	
P5107B	— 每日必需治療一至二次	2,485 / 日
P5144B	75 歲以上— 每日必需治療一至二次	2,573 / 日
P5108B	— 因醫院或病人偶發原因，當日無法治療	1,374 / 日
P5145B	75 歲以上— 因醫院或病人偶發原因，當日無法治療	1,462 / 日
P5109B	— 週日或國定假日或當日無法治療	1,374 / 日

P5146B	<p>75 歲以上一週日或國定假日或當日無法治療</p> <p>※註：腦中風、創傷性神經損傷自申請展延起，僅可申報一般強度復健費用。</p>	1,462／日
	<p>※註：復健治療項目編號</p> <p>(1) 物理治療</p> <p>PACPT1 電療</p> <p>PACPT2 熱／冷療</p> <p>PACPT3 水療</p> <p>PACPT4 被動性關節運動</p> <p>PACPT5 牽拉運動</p> <p>PACPT6 按摩</p> <p>PACPT7 鬆動術</p> <p>PACPT8 降張力技術</p> <p>PACPT9 傾斜床訓練</p> <p>PACPT10 床上運動</p> <p>PACPT11 姿態訓練</p> <p>PACPT12 肌力訓練</p> <p>PACPT13 耐力訓練</p> <p>PACPT14 神經誘發技術</p> <p>PACPT15 動作學習技術</p> <p>PACPT16 平衡訓練</p> <p>PACPT17 協調訓練</p> <p>PACPT18 行走訓練</p> <p>PACPT19 心肺功能訓練</p> <p>PACPT20 呼吸排痰訓練</p> <p>PACPT21 輔具評估及訓練</p> <p>(2) 職能治療</p>	

PACOT1 姿態訓練
PACOT2 被動性關節運動
PACOT3 坐站平衡訓練
PACOT4 移位訓練
PACOT5 減痙攣活動
PACOT6 運動知覺訓練
PACOT7 知覺認知訓練
PACOT8 肌力訓練
PACOT9 協調訓練
PACOT10 動作再學習技巧
PACOT11 上肢（下肢）功能訓練
PACOT12 日常生活活動功能訓練
PACOT13 休閒運動治療
PACOT14 活動治療
PACOT15 輔具評估及訓練
PACOT16 副木製作
PACOT17 失能防治介入
PACOT18 上（下）肢矯治性治療
PACOT19 感覺功能再訓練
PACOT20 居家環境評估與改造

(3) 語言治療

PACST1 聽覺理解訓練
PACST2 聽辨訓練
PACST3 視聽迴饋法
PACST4 發聲訓練
PACST5 口語表達訓練
PACST6 溝通輔具評估與訓練

	<p>PACST7 說話清晰度訓練</p> <p>PACST8 節律訓練</p> <p>PACST9 語言認知訓練</p> <p>PACST10 閱讀理解訓練</p> <p>PACST11 書寫語言訓練</p> <p>PACST12 口腔功能訓練</p> <p>PACST13 吞嚥反射刺激及誘發</p> <p>PACST14 吞嚥技巧訓練</p>	
--	--	--

三、評估費及獎勵費

(一) 出院準備及評估、初評、複評、結案評估費

編號	診療項目	支付點數
P5113B	<p>轉出醫院出院準備及評估費（上游醫院醫師及團隊）</p> <p>※註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、限醫學中心轉區域醫院或地區醫院、區域醫院轉地區醫院收案成功方得申報。 2、每人每次發病限申報1次。 3、須製作個案病況及轉銜確認報告書，並存放於病歷備查。本項評估至少需完成核心必要評估工具： <ol style="list-style-type: none"> (5) 腦中風需完成整體功能狀態、基本日常生活功能、吞嚥、進食功能及營養評估。 (6) 衰弱高齡需完成巴氏量表及臨床衰弱量表。 4、區域醫院、地區醫院轉本院 PAC 單位不得申報。 5、不可重複申報本保險支付項目 02025B「出院準備及追蹤管理費」。 6、參與 PAC 計畫並下轉個案至本試辦計畫之轉出醫院，無論是否與承作醫院相同團隊，均申報本醫令代碼。 	2,000
P5114B	<p>承作院所評估費（初評）</p> <p>※註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、本項適用於個案轉銜至急性後期照護院所後之初次評估，每人每次發病限申報1次。 2、評估內容包括病患情緒引導及處理，與病患或其家屬說明評估結果、整項治療計畫及溝通確認雙方治療目標，並製作個案初次評估報告書存放於病歷備查。 	1,500
P5115B	<p>承作院所評估費（複評）</p> <p>※註：</p>	1,500

編號	診療項目	支付點數
	1、個案收案後依計畫評估工具規定定期申報一次。 2、評估內容包括向病患或其家屬說明評估結果及是否修正治療目標及計畫，並製作個案治療成效期中評估報告書存放於病歷備查。	
P5117B	承作院所出院準備及結案評估費 ※註： 1、每人每次發病限申報一次。 2、評估內容包括與家屬討論、溝通及建議出院後之後續照護方式，並製作結案之出院轉銜評估報告書存放於病歷備查。 3、不可重複申報本保險支付項目 02025B「出院準備及追蹤管理費」。	2,250

(二) 轉銜作業、醫事人員訪視、臨床諮詢指導、居家訪視、轉銜「居家醫療照護整合計畫」或「社區醫療群」、個案照護品質獎勵費

編號	診療項目	支付點數
P5123B	轉出醫院轉銜作業獎勵費 ※註： 1、每人每次發病限申報 1 次。 2、需完成以下規定作業： (1) 需提供病人或家屬 PAC 個案管理及衛教說明(留有完整諮詢內容紀錄、衛教時間至少三十分鐘、病人或家屬簽名)。 (2) 準備出院病歷摘要、轉銜確認報告書外，需提供承作院所出院前三天病程紀錄(電子資料亦可)、生命徵象、護理紀錄、藥歷紀錄、重要注意事項等。	1,500

編號	診療項目	支付點數
	<p>(3)提供優質的個案管理轉銜作業，提供跨院住院轉診服務，病人免經掛號直接入住承作醫院病房。</p> <p>(4)拍攝活動影片向病人衛教說明或提供承作院所病人活動影片進行病情交接，留有紀錄，加計50%。</p> <p>3、不可重複申報本保險支付項目 02025B「出院準備及追蹤管理費」。</p>	
P5124B	<p>醫事人員訪視獎勵費</p> <p>※註：</p> <p>1、轉出醫院主治醫師至承作院所探訪病人且留有紀錄，直接與承作院所照護團隊成員溝通病情，並增加病人信心。</p> <p>2、每位病人最多申報3次（限前3週每週1次）。</p> <p>3、由轉出醫院申報本項費用；必須向當地衛生局報備支援。</p>	1,242
P5125B	<p>承作院所醫事人員居家訪視獎勵費</p> <p>—一名醫事人員訪視</p> <p>—二名（含）以上醫事人員訪視</p> <p>※註：</p> <p>1、每位病人最多申報2次（出院前後各1次）。</p> <p>2、病人結案前後，承作院所照護團隊成員至病人家訪視且留有紀錄，提供家屬居家照護衛教指導，及居家環境改造建議，時間至少30分鐘，促進病人健康返家回歸社區。</p>	1,103
P5126B		1,575
P5127B	<p>轉銜「居家醫療照護整合計畫」收案獎勵費</p> <p>※註：結案評估經轉介「全民健康保險居家醫療照護整</p>	1,000

編號	診療項目	支付點數
	合計畫」居家醫療團隊收案成功，並留有紀錄備查。	
P5128B	轉銜「社區醫療群」持續追蹤獎勵費 ※註：結案評估辦理社區醫療資源轉介事項，協助本保險家庭醫師整合性照護計畫會員轉銜至所屬社區醫療群持續追蹤，並留有紀錄備查。	1,000
	個案照護品質獎勵費 符合各項品質指標目標值，按其完成治療之個案數，每個案支付獎勵費。	5,000

壹拾、醫療費用申報及審查原則

一、申報原則

(一) 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」規定辦理。

(二) 部分負擔計收規定：

- 1、若屬全民健康保險法第 43 條第 4 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 60 條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。
- 2、保險對象應自行負擔之住院費用，比照全民健康保險法第 47 條慢性病房收取：三十日以內，百分之五；三十一日至九十日，百分之十；逾九十日至第一百八十日，百分之二十。
- 3、若屬全民健康保險法第 48 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。

※註：急性腦血管疾病急性發作後一個月內之就醫，免自行負擔費用，急性發作起算日，依跨院所團隊聯繫逕行認定。

(三) 參與計畫醫療院所需於健保資訊網服務系統（VPN 系統），上傳參與計畫個案及評估結果資料，並登錄必要欄位。

(四) 醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：

- 1、屬本試辦計畫收案之保險對象，其就診當次符合申報 P 碼者，承作院所於申報費用時，住院醫療服務點數清單之「案件分類」應填『4』，「試辦計畫代碼」應填『1』（腦中風）、『3』（創傷性神經損傷）、『4』（脆弱性骨折）、『6』（衰弱高齡）。
- 2、轉出醫院急性期住院期間申報本試辦計畫規定之費用，依原案件分類填報，「試辦計畫代碼」應填『1』（腦中風）、『3』（創傷性神經損傷）、『4』（脆弱性骨折）、『6』（衰弱高齡）。
- 3、本試辦計畫相關復健治療項目需申報治療執行起迄時間及執行人員 ID，其餘依一般費用申報原則辦理。

(五) 申報方式：併當月份送核費用申報。

二、 審查原則

- (一) 依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」規定辦理。
- (二) 申報本試辦計畫支付項目，相關資料需存放於病歷備查，未依保險人規定內容登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，不予支付該筆費用，並依相關規定辦理。
- (三) 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，將不予支付本試辦計畫該筆評估費用，並依相關規定辦理；另該筆評估費用被核刪後不得再申報。

三、 辦理本試辦計畫核發作業後，若有院所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入補付者，其核發金額將自當年其他預算部門 PAC 計畫項下支應。

壹拾壹、退場機制

- 一、 參與院所於辦理期間，若因違反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試辦計畫，停約 1 個月不在此限。凡經停約或終止特約處分、終止參加本試辦計畫者，自保險人第一次發函處分停約

日或核定終止日起，不予核付本試辦計畫支付項目費用。

二、上述停約之院所，經保險人依特管辦法第 38 條至第 40 條但書規定，處以診療科別、服務項目或一部之門診、住院業務停約，且停約處分經保險人同意抵扣者，得申請經保險人同意繼續參加本試辦計畫，但不得提供受停約診療科別或服務項目之醫療服務。

三、退出本方案之承作院所，其承作之施行地區應依下列方式重新辦理公開徵求：

(一) 保險人分區業務組啟動公開徵求時間：

1、停止或退出時間為當月 15 日前：當月底前。

2、停止或退出時間為當月 15 日後：次月 1 日前。

(二) 承接之醫療院所計畫迄日為原承作所施行迄日。

壹拾貳、其他事項

一、本試辦計畫由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送全民健康保險會備查。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

二、本試辦計畫未竟事宜，均依 PAC 計畫規定辦理。

附件 1

「全民健康保險復健病房試辦計畫」計畫書內容與格式

- 一、計畫書封面：至少包含試辦計畫名稱、試辦計畫執行單位、試辦計畫執行期間。
- 二、書寫格式：以 word 建檔，A4 版面，由上而下，由左而右，標楷體 14 號字型，橫式書寫。
- 三、計畫書撰寫說明：計畫書（含電子檔）內容應包含下列：
 - (一) 申請機構全銜及試辦計畫名稱。
 - (二) 現況分析（含現行及預期急性後期照護病人數）。
 - (三) 計畫之目標。
 - (四) 計畫內容（分項說明），包含下列各項：
 - 1、跨院際整合團隊之組成與運作方式，包含如何跨院提供整合式服務，與居家醫療照護整合計畫、家庭醫師整合性照護計畫之社區醫療群、跨層級醫院合作計畫、長期照顧服務等團隊提供整合照護，確保急性後期病人轉銜順暢措施。
 - 2、本試辦計畫照護團隊之組成（請檢附相關文件），包含各專任專業照護人力專業別、人數、各類人員醫病比，及專業人員支援計畫。相關人力品質、如何確保照護團隊人員辦理量表評估之一致性。
 - 3、復健病房相關設置及設備：「復健病房」之床位數、床位編號，所能提供照護服務及設備（居家模擬空間、治療空間），確保動線順暢。
 - 4、醫院內各醫院照護品質之確保，病人合併症、併發症處理能力。
 - 5、醫院提供之復健病房特色與發展性。
 - 6、參加衛生福利部醫院辦理住院整合照護服務實施計畫情形。
 - (五) 預期效益（包含評核指標項目及預期目標值）

※註：計畫書之人員、設備應區分現有或規劃承諾，審查通過後需符合，經保險人分區業務組確認並發函同意之次日起生效。

附件 2

「全民健康保險復健病房試辦計畫」公開徵求暨審核作業

一、承辦單位：保險人及保險人分區業務組。

二、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：以現行執行全民健康保險急性後期整合照護計畫之承作醫院為限。

2、計畫執行期間： 年 月 日至 年 月 日。

3、計畫書撰寫格式及內容。

三、公告時間：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）。

五、審核作業流程：

(一) 由保險人分區業務組成立審核小組，由 5 至 7 名委員組成，就具有相關專業之專家學者、計畫執行地區之衛生主管機關、衛生福利部相關單位及保險人分區業務組代表組成，審核方式得以書面或會議為之。

(二) 計畫書審核項目及權重（得依審核小組建議進行調整）：

審核項目	權重
1、基本資料審核：申請醫院規模、推動理念、願景。	20%
2、申請醫院過往推動 PAC 計畫經驗及成效。	30%
3、復健病房相關設置及設備：包含復健病房床位數、病床類別（是否為急性後期照護病床，或僅為急性一般病床...等），暨所能提供照護服務及設備（居家模擬空間及復健治療空間）是否足夠、動線是否順暢、是否與復健病房相同樓層...等。	40%
4、申請醫院是否參加「衛生福利部醫院辦理住院整合照護服務實施計畫」。	10%

(三) 評定方式：審核小組委員按「計畫書審核項目及權重」規定，於審核評分表給予評分與意見。

審核小組委員評分表

審核委員編號：

日期： 年 月 日

項次	審核項目	權重 配分	醫院名稱 1	醫院名稱 2
			評分	評分
1	基本資料審核：申請醫院規模、推動理念、願景。	20		
2	申請醫院過往推動 PAC 計畫經驗及成效。	30		
3	復健病房相關設置及設備：包含復健病房床位數、病床類別（是否為急性後期照護病床，或僅為急性一般病床...等），暨所能提供照護服務及設備（居家模擬空間及復健治療空間）是否足夠、動線是否順暢、是否與復健病房相同樓層...等。	40		
4	申請醫院是否參加「衛生福利部醫院辦理住院整合照護服務實施計畫」。	10		
評分合計數				
審核委員意見（優點、缺點）：				
審核委員簽名：				
<p>※註：項次 1~3 分數不得為 0 分，始通過審核標準。</p>				

(四) 審核結果評定：

- 1、由各委員對各醫院之計畫書分別評分後加總，保險人分區業務組將該分區所有申請醫院審核結果函復保險人。
- 2、各醫院評分及意見由保險人彙整總評表，併同相關附件，循行政程序簽報擇優核定，並以書面公文發布審核結果。

審核委員總評表

分區：北、中、南、東區

日期： 年 月 日

醫院名稱 審核委員代號	醫院 1	醫院 2	醫院 3
	評分	評分	評分
A 委員			
B 委員			
C 委員			
D 委員			
E 委員			
F 委員			
G 委員			
評分合計			
平均總評分			
合格醫院			

全民健康保險~~B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者~~

醫療給付改善方案

壹、前言

肝癌死亡率近10年來一直位居台灣癌症死因之前二位，根據全民健保統計資料，94年以來每年新增肝癌患者約9500人。另根據國民健康署(以下稱國健署)94、95年癌症登記分析肝癌臨床期別，有將近50%屬於較晚發現的第3期及第4期之肝癌。衛生福利部97年的死因統計，約有8千人死於肝癌，標準化死亡率高居各項癌症首位。據調查，死於肝癌的病患中約有80%的人為B型肝炎帶原者，而10%為慢性C型肝炎感染者，可見B、C型肝炎病毒感染是國人肝癌的主因。在感染B、C型肝炎病毒之後，帶原者有可能肝功能維持正常，或是肝功能(GOT及GPT值)持續異常而演變為慢性肝炎，肝臟反覆發炎繼而導致肝硬化或肝癌。許金川教授研究指出全台20歲以上成人中約有300萬人是B型肝炎帶原者，約42萬人是C型肝炎感染者，其中約有25%的B型肝炎帶原者及30%的C型肝炎感染者，因無外顯症狀而不知自己帶原情況。根據2009年8月國衛院肝癌小組專家共識肝癌處理對策指引及台灣消化系醫學會指引，肝炎帶原者等高危險群每6個月需篩檢1次(證據強度等級1)。依據健保申報資料97年約有68.5萬人主診斷為肝炎或肝硬化，其中僅9.1萬人(13%)符合指引每6個月接受1次腹部超音波及肝功能檢查(GOT、GPT)。2004年發表的實證研究指出，對35-59歲的B肝帶原和慢性肝炎者每6個月提供1次腹部超音波檢查，可以降低37%的肝癌死亡率(Journal of Cancer Research and Clinical Oncology(2004)130:417-422)。綜上，對慢性B、C型肝炎患者，尤其是未曾被診斷出肝炎患者，實有加強照護及追蹤管理之必要。

有鑒於民眾通常不瞭解自己是否為B型肝炎帶原者或C型肝炎感染者，且近年酒精性肝炎及代謝性肝炎個案逐漸增加，如能由全民健保提供個案追蹤管理機制，促使醫療院所持續追蹤B型肝炎帶原者和慢性C型肝炎感染者與肝纖維化F3以上之代謝性、酒精性肝炎病人，使其能定期接受後續追蹤檢查，同時透過醫療團隊，給予完整且正確的照護，不但能讓這些病患充分瞭解自身的病況，長期而言，有助減少國人肝癌的發生，亦能有助於整體醫療費用的降低。

本方案藉由支付制度的設計，導入~~B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者~~個案

管理追蹤之誘因，鼓勵醫療院所設計以病人為中心之完整照護，遵守個案管理追蹤指引，加強患者之追蹤及衛教服務，提供完整且連續性的照護模式，以創造被保險人、供給者及保險人三贏之局面。

貳、目標

- 一、建立以病患為中心的共同照護模式。
- 二、提升 **B型肝炎帶原者及C型肝炎感染患**者個案管理追蹤指引遵循率。
- 三、建立品質導向之支付制度。

參、計畫內容

- 一、參與本方案之醫事人員及醫事機構，須向所轄全民健康保險保險人(以下稱保險人)之分區業務組申請同意，資格如下：
 - (一) 內科、消化系內科、消化系外科、兒科、家醫科醫師。
 - (二) 參與本計畫之院所，年度追蹤率小於 20%者，經本保險之分區業務組輔導未改善，自文到日之次月起，一年內不得再申報本方案之相關費用。

二、收案對象(給付對象)

- (一) 最近 6 個月內曾在該院所主、次診斷為 B 型肝炎帶原者或 C 型肝炎感染者 或肝纖維化 F3 以上之代謝性、酒精性肝炎病人且至少就醫達 2 次(含)以上者(疾病診斷碼如下所列)，才可收案，惟當次收案須以主、次診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段及填表說明之國際疾病分類號(一)】收案。

~~ICD-10-CM：B16.1、B16.9、B18.0、B18.1、B19.10、B17.10、~~

~~B19.20、B18.2、K73.-、K75.4、K74.60、K74.69、Z22.51、Z22.52~~

1. B 型肝炎帶原者或 C 型肝炎感染者：-ICD-10-CM(2023 年版)：-

~~B16.1、B16.9、B18.0、B18.1、B19.10、B17.10、B19.20、B18.2、~~

~~K73.-、K75.4、K74.60、K74.69 (自一百十四年一月一日起適用)。~~

2. 肝纖維化 F3(FIB-4 \geq 2.67)(含)以上之代謝性、酒精性肝炎病人：

K70.-、K75.81、K76.0-。

3. 其他肝炎：K73.-、K74.60、K74.69、K75.4。

- (二) 同一院所經結案對象 1 年內不得再收案，但院所仍可依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準申報相關醫療費用。

- (三) 個案若符合全民健康保險加強慢性 B 型或 C 型肝炎治療計畫的用藥條件，可接受 B、C 型肝炎用藥的療程治療，其支付方式按全民健康保險藥物給付項目及支付標準規定辦理。
- (四) 追蹤個案收案前需與病人解釋本方案實施之目的及需病人配合定期回診等事項，並發給相關 文宣衛教 資料 詳附件一，經病人同意配合方得收案，並將病人或親屬同意書簽名黏貼於病歷表上，未黏貼者，不予支付管理照護費。
- (五) 本方案建議照護醫師團隊需衛教個案維持正常作息、均衡飲食及遠離菸酒，並對吸菸者提供戒菸資訊。
- (六) 個案在醫師的照護下接受個案管理追蹤，因工作、遷移等因素需做轉診接續管理追蹤時，該個案之院所應先上網辦理轉介（轉出）程序後，即由受理轉診之院所再上網辦理轉介（轉入）程序，接續個案管理追蹤。為免個案中斷管理追蹤超過一年，喪失管理追蹤之權益，原負責管理追蹤與接續管理追蹤之院所應儘速執行轉介程序。

三、結案條件：

- (一) 可歸因於病人者，如失聯超過一年 (≥ 360 天)、拒絕再接受管理追蹤。
- (二) 病患罹患肝癌、肝昏迷個案不符收案資格。
- (三) 死亡。

四、給付項目及支付標準：

- (一) 新收案及追蹤管理照護費(詳附件二一)：符合本計畫之 B 型肝炎帶原者或 C 型肝炎感染者 或肝纖維化 F3 以上之代謝性、酒精性肝炎病人且個案管理追蹤，接受以醫師為主導之醫療團隊提供常規性 B、C 型肝炎 追蹤檢查之完整性照護，醫療院所得定期申報管理照護費。
- (二) 肝癌早期發現費(詳附件二一)：首次被診斷肝癌(C22)且肝癌診斷期別為第 1 期或第 2 期，並取得重大傷病卡，醫療院所得申報早期發現費，須將肝癌期別登錄於健保資訊網服務系統(VPN 系統)並記載於病歷備查。
- (三) 品質提升獎勵費：醫療院所達成該院所年度品質指標，所完成追蹤照護個案，得給付照護品質提升獎勵費用，每人次支付 100 點。

- (四) 本方案之疾病管理照護費用及相關品質獎勵費用，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，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。

五、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(如附件三二)，登錄檢驗、檢查結果資訊。
- (二) 保險人視情形舉辦本方案執行概況檢討或發表會，藉以進行執行成果檢討及經驗交流。

六、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規定辦理。
2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段醫令清單段填表說明。
 - (1) 屬本方案收案之保險對象，其就診當次符合申報 P 碼者，於申報費用時，門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號(一)應填『H7』。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。
3. 醫師視臨床需要依專業判斷提供檢查及診療服務，依一般費用申報規定申報，不以本方案建議檢查項目及次數為限。

(二) 審查原則

1. 未依保險人規定內容登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，不予支付該筆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。

七、品質獎勵措施：

以參與本方案之醫療院所為單位，全部達成下列所有品質指標目標值之院所，依所完成追蹤之個案數每個案給予 100 點獎勵，品質指標之計算自本方案公告日起起算，相關進步指標之計算自本方案公告日累計兩年執行率

後再予核算。未全部達成者，獎勵費用不予給付。

(一) 門檻指標：

- 1.醫學中心及區域醫院當年度收案人數須 ≥ 50 人以上。
- 2.地區醫院及基層診所當年度收案人數須 ≥ 20 人以上。

(二) 品質指標：

1.收案率 $\geq 30\%$ ：

➤ 定義：

(1)分母：指該院所當年度符合收案條件患者~~(最近6個月曾在該院所主
診斷為B型肝炎帶原者或C型肝炎感染者，至少就醫達2次
(含)以上者)~~。

(2)分子：當年度該院所本方案所收案個案數。

2.腹部超音波檢查執行進步率

➤ 定義：

(1)分母：當年度該院所收案之個案數。

(2)分子：當年度該院所之個案，依本方案建議(半年執行1次)執行腹部
超音波檢查個案數。

(3)基準：當年度腹部超音波檢查執行率 $>$ 上年度該院所個案腹部超音波檢
查執行率。(當年度執行率~~100~~90%亦屬達成)。

3.年度完整追蹤率 $\geq 50\%$

➤ 定義：

(1)分母：當年度該院所收案個案數，排除最後1季新收個案。

(2)分子：當年度該院所之個案，申報追蹤管理照護個案數。

(三) 觀察指標：失聯率

1.分子：分母個案於今年度未追蹤管理照護之個案數。

2.分母：去年度該院所照護個案數(申報P4201C、P4202C者)。

附件 ~~三~~ 二

全民健康保險 ~~B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者~~
醫療給付改善方案給付項目及支付標準

通則：

- 一、本方案給付項目及支付標準按表訂項目及點數辦理，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B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者 或肝纖維化F3以上之代謝性、酒精性肝炎病人，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：氣喘....等)，除依本方案支付標準申報外，得再依相關方案或計畫 劃畫 申報費用，肝癌、肝昏迷個案不得加入本方案。
- 三、本方案之管理照護費(P4201C、P4202C)每一病患全年合計申報上限為 兩 ~~三~~ 3 次。

編號	診療項目	支付點數
P4201C	新收案管理照護費 註：1.每一病患於同一院所限申報一次。 2.跨院所不得重複收案。	150 點/次
P4202C	追蹤管理照護費 註：1.申報新收案後至少須間隔 3個月 <u>10週</u> 才能申報本項。 2.本項每年最多申報 兩 <u>3</u> 次，每次間隔至少 6個月 <u>23週</u> 。	150 點/次
P4203C	超音波檢查早期肝癌病兆-篩檢異常及轉介費 註：同時符合下列條件申報本項費用。 1.限收案之院所申報，且須將病患確診檢查之肝癌期別於健保VPN登錄，並記載於病歷備查。 2.經後送醫院肝癌診斷期別為第1期或第2期且取得重大傷病卡之個案。	500 點/次
P4204C	肝癌早期發現費-確診 註：1.限參加本計畫且承接前項院所轉介案經執行確診檢查之院所申報。 2.申報此項醫院需協助病人首次被診斷肝癌(155)且取得重大傷病卡，其肝癌診斷期別為第1期或第2期。	500 點/次
P4205C	肝癌早期發現費-篩檢及確診 註：1.限收案及早期肝癌確診之同院所申報，同一收案對象不得與P4203C及P4204C併同申報。 2.申報此項係首次被診斷肝癌(155)且取得重大傷病卡，其肝癌期別為第1期或第2期之病人，肝癌期別於健保VPN登錄，並記載於病歷備查。	1000 點/次

附件 ~~三~~ 二

全民健康保險~~B型肝炎帶原者及C型肝炎感染~~

醫療給付改善方案個案登錄系統必要欄位簡化表

一、新收案(身分證號、病人姓名、病人生日等欄位)

必填欄位：

1. 新收案日期、肝炎類型
2. Blood檢驗：HBsAg、HBeAg、Anti-HCV 及、肝功能檢查（GOT、GPT）
及AFP檢查結果（屬肝纖維化F3以上之代謝性、酒精性肝炎病人，HBsAg、HBeAg、Anti-HCV非必填）
3. 腹部超音波檢查結果
4. 肝纖維化期別:屬肝纖維化F3以上之代謝性、酒精性肝炎病人需填報。

二、追蹤管理(身分證號、病人姓名、病人生日等欄位會自動帶出)

必填欄位：

1. 追蹤管理日期
2. Blood檢驗：GOT、GPT、AFP檢查結果
3. 腹部超音波檢查結果(6個月1次)，追蹤管理期間執行CT、MRI可取代執行腹部超音波檢查，並可參用23週以內之院外CT、MRI或腹部超音波檢查結果

三、肝癌早期發現個案(身分證號、病人姓名、病人生日等欄位會自動帶出)必填

欄位：

1. 篩檢異常日期
2. 確診肝癌日期
3. 肝癌期別

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

第八部 品質支付服務

第二章 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

通則：

一、參與資格：醫事人員及醫事機構，須向保險人之分區業務組申請同意後，始得申報本章費用，申請資格如下：

(一)糖尿病：醫事機構須組成照護團隊，醫事人員並經地方政府共同照護網認證後向保險人之分區業務組申請同意。

1.第一階段照護：

(1)團隊醫事人員資格如下：

A.醫師、護理衛教及營養衛教之專業人員須經各地方政府糖尿病共同照護網認證合格，地區醫院及基層院所之護理衛教及營養衛教人員，得依相關法規規定以共聘或支援方式辦理。

B.地區醫院及基層院所團隊醫事人員可為醫師加另一專業人員執行(可包括護理師、營養師、藥師)，惟團隊仍需取得各地方政府糖尿病共同照護網醫師、護理衛教及營養衛教認證合格。

(2)上述參與資格如主管機關有最新規定，從其規定。

2.第二階段照護：個案完整申報新收案(P1407C)一次、追蹤(P1408C或P7001C)至少五次、年度評估(P1409C或P7002C)至少二次後，另得視病情需要進行衛教服務，申報第二階段照護項目。

(1)醫事人員資格如下：限內科、兒科、家醫科、新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師。除新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師及原第一階段照護醫師外，其他專科醫師需接受中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國糖尿病學會、中華民國糖尿病衛教學會、台灣醫療繼續教育推廣學會或國民健康署公布之糖尿病健康促進機構所主辦之糖尿病相關課程八小時，並取得證明。

(2)限參與第一階段照護之醫事機構方能提供第二階段照護；第二階段照護醫師名單，須由醫事機構向保險人各分區業務組申請同意。另第一階段照護醫師第一、二階段照護皆可執行。

3.申報本章糖尿病管理照護費用之醫師，第一階段其當季個案追蹤率小於百分之二十者(指前一季已收案之個案中，於本季完成追蹤者)，經輔導未改善，自保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本章之相關費用。

(二)初期慢性腎臟病(Early Chronic Kidney Disease, Early CKD)：

1.健保特約院所之腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師。

2.其他專科醫師需接受保險人認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少六小時(包含Early CKD核心課程及衛教課程，線上或實體均可)，並取得證明，且每年得接受繼續教育課程二小時。

3.設立於山地離島地區之特約院所，具醫師資格且接受保險人認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少六小時(包含Early CKD核心課程及衛教課程，線上或實體均

可)，並取得證明，且每年得接受繼續教育課程二小時。

4.參與之院所與醫師，必須依照本章規定，提供初期慢性腎臟病人完整之治療模式與適當的轉診服務。

5.參與之醫師，年度追蹤率小於百分之二十者（指前一年度已收案之個案中，於本年度完成追蹤者），經輔導未改善，自保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本章之相關費用。

二、收案條件：

(一)糖尿病：最近九十天曾在該院所診斷為糖尿病（ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13）至少同院所就醫達二次以上者，才可收案，惟當次收案須以主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段之國際疾病分類碼（一）】收案。同一院所經結案對象一年內不得再收案，但院所仍可依本支付標準申報相關醫療費用。

(二)初期慢性腎臟病：

1.慢性腎臟疾病（Chronic Kidney Disease, CKD）Stage 1、2、3a 期病人，經尿液及血液檢查後，已達下列條件者：

(1)CKD stage 1：腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況，腎絲球過濾率估算值（estimated Glomerular filtration rate, 以下稱 eGFR） ≥ 90 ml/min/1.73 m² 且尿蛋白與尿液肌酸酐比值（Urine Protein and Creatinine Ratio，以下稱 UPCR） ≥ 150 mg/gm 或尿白蛋白與尿液肌酸酐比值（Urine Albumin and Creatinine Ratio，以下稱 UACR） ≥ 30 mg/gm 之病人。

(2)CKD stage 2：輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR 60~89.9 ml/min/1.73 m² 且 UPCR ≥ 150 mg/gm 或 UACR ≥ 30 mg/gm 之病人。

(3)CKD stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR 45~59.9 ml/min/1.73 m² 之病人。

2.收案前九十天內曾在該院所就醫，新收案當次需以「慢性腎臟疾病」為主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段之國際疾病分類碼（一）】申報。

(三)糖尿病合併初期慢性腎臟病：於同院所同時由前開糖尿病及初期慢性腎臟病收案之病人，應於病人同一次就診中，完成糖尿病及初期慢性腎臟病追蹤管理照護。

三、結案條件：

(一)可歸因於病人者，如長期失聯（糖尿病及糖尿病合併初期慢性腎臟病三個月以上；初期慢性腎臟病一百八十天以上）、拒絕再接受治療、死亡或病人未執行本章管理照護超過一年者等。

(二)經醫師評估已可自行照護者。

(三)初期慢性腎臟病及糖尿病合併初期慢性腎臟病病人，其腎功能持續惡化，UPCR ≥ 1000 mg/gm，或 eGFR < 45 ml/min/1.73 m²，應建議轉診至「全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）病人照護與衛教計畫」院所。（Stage 3b 或以上）

(四)初期慢性腎臟病病人腎功能改善恢復正常，連續追蹤一年腎功能及蛋白尿並未達慢性腎臟病標準。

四、品質資訊之登錄及監測：

(一)特約院所應於健保資訊網服務系統（VPN）上傳必要欄位（糖尿病個案詳附表 8.2.9、初期慢性腎臟病個案詳附表 8.2.10、糖尿病合併初期慢性腎臟病個案詳附表 8.2.11）。

(二)特約醫療院所如依「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」規定，上傳收案個案之檢驗（查）結果，其值將自動轉入個案登錄系統。

五、醫療費用審查：

(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規定辦理。

2.門診醫療費用點數申報格式及填表說明：

(1)屬本章收案之保險對象，符合申報下列醫令者，於申報費用時，應依下列規範申報；未符合申報下列醫令者，依一般費用申報原則辦理。

A.P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C：門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號（一）應填『E4』；住院醫療服務點數申報格式點數清單段之給付類別則填寫「C」。

B.P4301C、P4302C、P4303C：門診醫療費用點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號（一）應填『EB』。

C.P7001C、P7002C、P7003C：門診醫療費用點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號（一）應填『EK』。

(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，將不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆管理照護費被核刪後不得再申報。
- 2.本章規範應於健保資訊網服務系統（VPN）登錄之檢驗（查）之任一病人檢驗值經保險人審查發現登載不實，將取消該年度之品質獎勵措施資格，並追扣該年度已核發之品質獎勵點數。如連續二年經保險人審查發現登載不實，自保險人文到日之次月起，二年內不得再申報本章費用。

六、品質獎勵措施

(一)糖尿病：

1.門檻指標：以申報本章費用之醫師為計算獎勵之單位，符合下列門檻指標目標值之醫師，方可進入品質卓越及品質進步獎勵之評比對象。

(1)新收案率：

A.定義：指當年度符合收案條件（最近九十天曾在該院所診斷為糖尿病（ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13）同院所就醫達二次以上之病人）中，排除已被其他醫師收案且未結案或前曾經自己收案的人數後，新被收案的比率。

B.門檻目標值：醫師新收案率須百分之三十以上，限第一階段照護醫師有申報新收案 P1407C 者。

(2)收案人數五十人以上。

2.品質獎勵指標

(1)個案完整追蹤率：

▶定義：

A.分母：當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病個案，排除第四季新收案之人數。

B.分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之個案當中，於當年度該院所完成下列條件者，視為達成追蹤。

(A)已申報年度評估者 (P1409C 或 P1411C)，其申報當年度追蹤管理 (P1408C 或 P1410C 或 P7001C) 次數達三次者。

(B)已申報新收案者 (P1407C)，視申報新收案之季別，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。

a.如為第一季申報新收案，其當年度追蹤管理+年度評估次數達三次者。

b.如為第二季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達二次者。

c.如為第三季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達一次者。

(C)當年度同時申報新收案 (P1407C) 及年度評估 (P1409C 或 P1411C) 者，以申報新收案 (P1407C) 之季別，依第 B 項之 (B) 原則辦理。

(2)HbA1C 控制良率

▶定義：

A.分母：當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 HbA1C 檢驗值 $<7.0\%$ (八十歲以上病人 HbA1c $<8.0\%$) 之人數。

(3)HbA1C 控制不良率

▶定義：

A.分母：當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 HbA1C 檢驗值 $>9.0\%$ 之人數。

(4)HbA1C 進步率

▶定義：

A.分母：由該院所該醫師收案，且當年度及前一年度均有登錄 HbA1C 檢驗值之糖尿病病人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 HbA1C 檢驗值較前一年度最後一次 HbA1C 檢驗值進步達 5% 以上 (檢驗值成長率 $\leq-5\%$) 之人數。

(5)LDL 控制良率

▶定義：

A.分母：當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 LDL 檢驗值 $<100\text{mg/dL}$ 之人數。

(6)LDL 控制不良率

▶定義：

A.分母：當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 LDL 檢驗值 $>130\text{mg/dL}$ 之人數。

(7)LDL 進步率

▶定義：

A.分母：由該院所該醫師收案，且當年度及前一年度均有登錄 LDL 檢驗值之糖尿病病人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 LDL 檢驗值較前一年度最後一次 LDL 檢驗值進步達 10% 以上 (檢驗值成長率 $\leq-10\%$) 之人數。

3.品質卓越獎

- (1)以醫院、診所分組，並再依各醫師新收案率分為二組（以新收案率百分之五十五以下及超過百分之五十五區分），合計共分為四組。
- (2)各組依「2.品質獎勵指標」之七項指標比率分別排序（收案完整追蹤率、控制良率及進步率為由高排至低；控制不良率為由低排至高），再將各指標之序別各乘上七分之一後相加重新排序，取排序總和前百分之二十五之醫師，可獲得品質卓越獎。惟當年度新參與方案之醫師，須於次年方得參與品質獎勵評比。
- (3)獎勵費用：依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數支付1,000點，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。
 - ▶收案人數定義：當年度該院所由該醫師申報新收案（P1407C）或年度評估（P1409C）之病人歸戶數（如個案僅申報追蹤管理，則將無法被歸戶為某醫師所收案之個案；如醫師有兼任情形則會依院所分別歸戶）。

4.品質進步獎：

- (1)該年度品質卓越獎之得獎醫師以外之醫師，依「2.品質獎勵指標」之七項指標計算品質獎勵進步獎：以前一年度為基準年，當年度之七項品質指標比率與基準年相減，均為進步或持平者，可獲品質進步獎。惟醫師需有全曆年之指標為基準年，始得於基準年後之次年參與品質獎勵進步獎之計算（即醫師需有二個完整全曆年申報本章費用）。
- (2)獎勵費用：依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數支付500點，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。

5.品質卓越獎與品質進步獎，合計整體獎勵金額不得超過當年度糖尿病照護管理費用之百分之三十。

(二)初期慢性腎臟病：

- 1.獎勵單位：以參與醫師為計算獎勵單位，該醫師照護之初期慢性腎臟病病人當年度內完成二次追蹤管理方得列入。
- 2.門檻指標：該醫師完整追蹤率百分之五十以上。
 - ▶定義：
 - (1)分母：當年度該院所該醫師收案之所有初期慢性腎臟病病人，排除第四季新收案之人數。
 - (2)分子：符合上述分母條件之病人當中，於當年度該院所完成下列條件者，視為達成追蹤。
 - A.當年度未申報新收案者（P4301C），其申報當年度追蹤管理（P4302C）次數達二次者。
 - B.已申報新收案者（P4301C），視申報新收案之季別，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。
 - (A)如為第一季申報新收案，其當年度追蹤管理（P4302C）次數應達二次。
 - (B)如為第二、三季申報新收案，其當年度追蹤管理（P4302C）次數應達一次。

- 3.品質獎勵指標：病人當年度連續二次追蹤資料皆需達成以下二者之一。
- (1)CKD 分期較前一年度最後一次照護時改善（如由 stage 2 改善為 stage 1）。
 - (2)eGFR 較前一年度最後一次照護時改善（eGFR > 前一年度最後一次檢驗值），且下列良好指標至少需有二項指標由異常改善為正常。
 - A.血壓控制：由前一年度最後一次照護 $\geq 140/90$ mmHg 改善為 $< 130/80$ mmHg。
 - B.糖尿病病人 HbA1c 控制：由前一年度最後一次照護 $\geq 7.0\%$ 改善為 $< 7.0\%$ 。
 - C.低密度脂蛋白 (LDL)：由前一年度最後一次照護 ≥ 130 mg/dl 改善為 < 130 mg/dl。
 - D.戒菸（持續六個月以上無抽菸行為）：由前一年度最後一次照護抽菸改善為戒菸。
- 4.獎勵費用：符合「門檻指標」之醫師，所照護病人符合上述「品質獎勵指標」(1)或(2)者，每個個案數支付 400 點。
- (三)糖尿病合併初期慢性腎臟病：
- 1.品質獎勵指標：
 - (1)UACR 控制良率
 - ▶ 定義：
 - A.分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。
 - B.分子：分母病人中，其最後一次 UACR 檢驗值 < 30 mg/gm 之人數。
 - (2)UACR 控制不良率
 - ▶ 定義：
 - A.分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。
 - B.分子：分母病人中，其最後一次 UACR 檢驗值 > 300 mg/gm 之人數。
 - (3)UACR 進步率
 - ▶ 定義：
 - A.分母：由該院所收案，且當年度及前一年度均有登錄 UACR 檢驗值之糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。
 - B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 UACR 檢驗值較前一年度最後一次 UACR 檢驗值進步達 5% 以上（檢驗值成長率 $\leq -5\%$ ）之人數。
 - (4)HbA1C 控制良率
 - ▶ 定義：
 - A.分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。
 - B.分子：分母病人中，其最後一次 HbA1C 檢驗值 $< 7.0\%$ （八十歲以上病人 HbA1c $< 8\%$ ）之人數。
 - (5)HbA1C 控制不良率
 - ▶ 定義：
 - A.分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。
 - B.分子：分母病人中，其最後一次 HbA1C 檢驗值 $> 9.0\%$ 之人數。

(6)HbA1C 進步率

▶ 定義：

A.分母：由該院所收案，且當年度及前一年度均有登錄 HbA1C 檢驗值之糖尿病合併初期慢性腎臟病人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 HbA1C 檢驗值較前一年度最後一次 HbA1C 檢驗值進步達 5%以上（檢驗值成長率 \leq -5%）之人數。

(7)LDL 控制良率

▶ 定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 LDL 檢驗值 $<100\text{mg/dL}$ 之人數。

(8)LDL 控制不良率

▶ 定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 LDL 檢驗值 $>130\text{mg/dL}$ 之人數。

(9)LDL 進步率

▶ 定義：

A.分母：由該院所收案，且當年度及前一年度均有登錄 LDL 檢驗值之糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 LDL 檢驗值較前一年度最後一次 LDL 檢驗值進步達 10%以上（檢驗值成長率 \leq -10%）之人數。

2.獎勵方式：

(1)以醫院、診所分組，依上述各項品質獎勵指標結果排序(良率及進步率為由高排至低，不良率為由低排至高)，再將各指標之序別各乘上九分之一後相加重新排序，取排序總和前百分之三十之院所，依該院所收案個案數，每個個案數支付 1,000 點。

(2)前項獎勵費，應有部分分配予參與方案之醫師及個案管理師等照護團隊人員。

3.參考指標：同時具高血壓病人使用血管收縮素轉化酶抑制劑（ACEI）或血管收縮素受體阻斷劑（ARB）藥物之病人比率。

(四)胰島素注射獎勵措施：

1.適用對象：因糖尿病主診斷就醫且使用糖尿病藥品（ATC 前三碼為 A10）者，收案及非收案之糖尿病病人皆適用。

2.獎勵方式：按當年度糖尿病病人中新增胰島素注射個案數計算，每新增加一人，獎勵 500 點。

(1)胰島素注射定義為「胰島素注射天數達二十八天以上」。

(2)新增胰島素注射個案數係指「前一年未注射胰島素或注射未達二十八天者」。

七、糖尿病及初期慢性腎臟病病人，院所執行 C 型肝炎篩檢前須至保險人健保醫療資訊雲端查詢系統確認：

- (一)符合國民健康署成人預防保健服務終生一次補助資格者：請依成人預防保健之 B、C 型肝炎擴大篩檢方案補助規定辦理。(註：可單獨提供 B、C 型肝炎檢查或併同成人預防保健第一階段提供服務)。
- (二)不符合上開國民健康署補助資格者：院所得依本章規定執行 C 型肝炎篩檢並申報 14051C「C 型肝炎病毒抗體檢查」一次。
- (三)已接受國民健康署成人預防保健之 C 型肝炎篩檢，惟系統查無檢測結果者：得依本章規定執行 C 型肝炎篩檢並申報 14051C「C 型肝炎病毒抗體檢查」一次，相關系統查詢紀錄留存備查。
- (四)上開「C 型肝炎病毒抗體檢查」陽性者，應執行 C 型肝炎核醣核酸類定量擴增試驗(申報 12185C)，如檢驗結果陽性者，應進行 C 型肝炎全口服藥治療。

八、本章之管理照護費用及品質獎勵措施費用來源：

- (一)糖尿病、糖尿病合併初期慢性腎臟病及胰島素注射獎勵措施：由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，採浮動點值支付，即先以每點一元暫付，年度結束時併同本專款項下各方案計算浮動點值，且每點支付金額不高於一元。
- (二)初期慢性腎臟病：由全民健康保險其他預算之「腎臟病照護及病人衛教計畫」專款項下支應。該預算先扣除預估之獎勵費用額度後，按季均分，以浮動點值計算管理照護費用，且每點金額不高於一元；當季預算若有結餘，則流用至下季；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一元。
- (三)依本章規定申報 14051C「C 型肝炎病毒抗體檢查」：由全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「一般服務」項下支應。

九、保險人得公開參與本章之特約院所名單及相關醫療品質資訊供民眾參考。糖尿病以及糖尿病合併初期慢性腎臟病並公開各組別每項品質指標第二十五、五十、七十五及一百百分位之指標值。

十、符合本章之個案，若合併其它疾病且分屬本保險其他方案或計畫收案對象時，除依本章支付標準申報外，得再依相關方案或計畫申報費用。

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
P1407C	糖尿病 一第一階段新收案管理照護費 註： 1.照護項目詳附表8.2.1，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員可為醫師加另一專業人員執行。	v	v	v	v	650

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
P1408C	一第一階段追蹤管理照護費 註： 1.照護項目詳附表8.2.2，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報新收案後至少須間隔七週才能申報本項，本項每年度最多申報三次，每次間隔至少十週。若當年度同時有申報P1410C或P7001C，合計最多申報三次。 3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之百分之八十。 4.不得與P7001C同時申報。 5.進入第二階段管理照護一年內不得再申報第一階段管理照護費P1408C、P1409C。	v	v	v	v	200
P1409C	一第一階段年度評估管理照護費 註： 1.照護項目詳附表8.2.3，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報追蹤管理照護費後至少間隔十週才能申報本項，本項限執行P1407C、P1408C或P7001C追蹤合計達三次以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。 3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之百分之八十。 4.不得與P7002C同時申報。 5.進入第二階段管理照護一年內不得再申報第一階段管理照護費P1408C、P1409C。	v	v	v	v	800
P1410C	一第二階段追蹤管理照護費 註： 1.照護項目參考附表8.2.2之檢驗項目，另得視病情需要進行衛教服務。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.本項每年度最多申報三次，每次間隔至少十週。若當年度同時有申報P1408C或P7001C，合計最多申報三次。 3.不得與P7001C同時申報。	v	v	v	v	100
P1411C	一第二階段年度評估管理照護費 註： 1.照護項目參考附表8.2.3之檢驗項目，另得視病情需要進行衛教服務。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報追蹤管理照護費後至少間隔十週才能申報本項，本項限執行P1408C、P1410C或P7001C追蹤合計達三次以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。 3.不得與P7002C同時申報。	v	v	v	v	300

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
P4301C	<p>初期慢性腎臟病</p> <p>—新收案管理照護費</p> <p>註：應記錄「新收案個案管理基本資料參考表」(詳附表8.2.5)及檢查、檢驗與衛教情形等資料(詳附表8.2.6)。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</p>	v	v	v	v	200
P4302C	<p>—追蹤管理照護費</p> <p>註：</p> <p>1.應記錄追蹤檢查、檢驗與衛教情形等資料(詳附表8.2.6)。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</p> <p>2.申報新收案管理照護費至少需間隔三個月才能申報本項，本項每年度最多申報二次，每次至少間隔六個月。若當年度同時有申報P7001C，兩者合計最多申報三次。</p> <p>3.不得與P7001C同時申報。</p>	v	v	v	v	200
P4303C	<p>—轉診照護獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1.限個案符合轉診條件，並經轉診至參與「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」院所，確認經該計畫收案後方可申報，每人限申報一次。</p> <p>2.跨院需填寫「全民健康保險轉診單」(如附表8.2.8，一份留存院所)，並提供患者腎臟功能相關資料(如：初期慢性腎臟病患者追蹤管理紀錄參考表及初期慢性腎臟病患者結案參考表等)予被轉診機構參考。若為院內跨科轉診，則須保留院內轉診單於病歷內，且於腎臟科收案追蹤後方予支付。(鼓勵跨院或跨科轉診，但排除已參加Pre-ESRD計畫同一院所的腎臟科互轉)</p> <p>3.結案原因為恢復正常、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。</p> <p>4.不得與P7003C同時申報。</p> <p>5.執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。</p>	v	v	v	v	200
P7001C	<p>糖尿病合併初期慢性腎臟病</p> <p>—追蹤管理照護費</p> <p>註：</p> <p>1.院所照護同時於糖尿病及初期慢性腎臟病收案之病人，需於同一次就診完成二項疾病之追蹤管理(照護項目同附表8.2.2及附表8.2.6)，並以本項目申報，且當次就診不得再另申報P1408C、P1410C及P4302C。</p> <p>2.除檢驗檢查項目外，表列照護項目之費用已內含於本項所訂點數內。</p> <p>3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之百分之八十。</p> <p>4.至少須間隔任一方案之新收案七週後才能申報本項，每年度最多申報三次，每次間隔至少十週。若年度中因個案尚未同</p>	v	v	v	v	400

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
	時參與同院所糖尿病及初期慢性腎臟病收案照護，有單一疾病追蹤管理者，仍得以該次追蹤管理疾病別申報P1408C(或P1410C)或P4302C，惟每年度分別與本項合計最多申報仍為三次，每次間隔至少十週。					
P7002C	<p>一年度評估管理照護費</p> <p>註：</p> <p>1.照護項目同附表8.2.3，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</p> <p>2.申報任一追蹤管理照護費後至少間隔十週才能申報本項，本項限執行P1407C、P1408C、P1410C、P4301C、P4302C或P7001C合計達三次以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。</p> <p>3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之百分之八十。</p> <p>4.不得與P1409C或P1411C同時申報。</p>	v	v	v	v	800
P7003C	<p>一轉診照護獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1.限個案符合轉診條件，並經轉診至參與「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」院所，確認經該計畫收案後方可申報，每人限申報一次。</p> <p>2.跨院需填寫「全民健康保險轉診單」(同附表8.2.8，一份留存院所)，並提供患者腎臟功能相關資料(如：初期慢性腎臟病患者追蹤管理紀錄參考表及初期慢性腎臟病患者結案參考表等)予被轉診機構參考。若為院內跨科轉診，則須保留院內轉診單於病歷內，且於腎臟科收案追蹤後方予支付。(鼓勵跨院或跨科轉診，但排除已參加Pre-ESRD計畫同一院所的腎臟科互轉)</p> <p>3.結案原因為恢復正常、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。</p> <p>4.執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。</p>	v	v	v	v	200

附表 8.2.1 糖尿病新收案診療項目參考表 (適用編號 P1407C) Components of the initial visit

<p>1. 醫療病史 (Medical history)</p> <p>(1) 與診斷關聯之症狀、檢驗室結果 Symptoms, laboratory results related to diagnosis</p> <p>(2) 營養評估, 體重史 Nutritional assessment, weight history</p> <p>(3) 過去及現在治療計畫 Previous and present treatment plans</p> <p>A. 藥物 Medications</p> <p>B. 營養治療 Medical Nutrition Therapy</p> <p>C. 病人自主管理訓練 Self-management training</p> <p>D. 血糖自我管理及其使用結果 SMBG and use of results</p> <p>(4) 現在治療執行方案 Current treatment program</p> <p>(5) 運動史 Exercise history</p> <p>(6) 急性併發症 Acute complications</p> <p>(7) 感染病史 History of infections</p> <p>(8) 慢性糖尿病併發症 Chronic diabetic complications</p> <p>(9) 藥物史 Medication history</p> <p>(10) 家族史 Family history</p> <p>(11) 冠狀動脈心臟病危險因素 CHD risk factors</p> <p>(12) 心理社會/經濟因素 Psychosocial/economic factors</p> <p>(13) 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use</p>	<p>2. 身體檢查 (Physical examination)</p> <p>(1) 身高與體重 Height and weight</p> <p>(2) 血壓 Blood pressure</p> <p>* (3) 23501C 眼底鏡檢 Ophthalmoscopic examination (視網膜散瞳檢查; 散瞳劑內含) 或 23502C 眼底攝影; 惟如由眼科專科醫師執行間接式眼底鏡檢查(23702C), 則不需再執行上述項目。</p> <p>(4) 甲狀腺觸診 Thyroid palpation</p> <p>(5) 心臟檢查 Cardiac examination</p> <p>(6) 脈搏評估 Evaluation of pulses</p> <p>(7) 足部檢查 Foot examination</p> <p>(8) 皮膚檢查 Skin examination</p> <p>(9) 神經學檢查 Neurological examination</p> <p>(10) 口腔檢查 Oral examination</p> <p>(11) 性成熟度評估 (如屬青春前期) Sexual maturation (if peripubertal)</p>
<p>3. 檢驗室評估 (Laboratory evaluation)</p> <p>※(1)09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar</p> <p>※(2)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)</p> <p>※(3)空腹血脂 Fasting lipid profile (09001C 總膽固醇 cholesterol, total、09004C 三酸甘油酯 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)</p> <p>※(4)09015C 血清肌酸酐 Serum creatinine</p> <p>※(5)09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺基酶 SGPT (or ALT)</p> <p>※(6)06013C 尿液分析 (尿生化檢查) Urine biochemistry examination</p> <p>※(7)12111C 微量白蛋白</p> <p>※(8)09016C 肌酐、尿 Creatinine (U) CRTN</p> <p>□(9)13007C 細菌培養鑑定檢查 (視情況而定) Urine culture (if indicated)</p> <p>□(10)27004C 甲狀腺刺激素放射免疫分析(第一型病人)TSH (type 1 patients)</p> <p>□(11)18001C 心電圖(成人) Electrocardiogram (adults)</p>	<p>4. 管理計畫 (Management Plan)</p> <p>(1) 短期與長期目標 Short- and long-term goals</p> <p>(2) 藥物 Medications</p> <p>(3) 營養治療 Medical nutrition therapy</p> <p>(4) 生活型態改變 Lifestyle changes</p> <p>(5) 自我管理教育 Self-management education</p> <p>(6) 監測接受指導遵循度 Monitoring instructions</p> <p>* (7) 年度轉診至眼科專科醫師 (視情況而定) Annual referral to eye specialist (if indicated)</p> <p>(8) 其他專科醫師會診 (視情況而定) Specialty consultations (as indicated)</p> <p>(9) 同意接受持續性支持或追蹤的約定 Agreement on continuing support / follow-up</p> <p>(10) 協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)</p>
<p>5. 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education)</p>	
<p>(1) 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education, DSME): 由糖尿病人和衛教人員共同參與的一種互動的、整合式及進行中的過程, 包括: a) 個體特殊教育需求的評估; b) 確認個體特殊的糖尿病自主管理目標之設定; c) 依個別的糖尿病自主管理目標進行教育及促進行為改變上的介入; d) 依個別的糖尿病自主管理目標進行評價。</p> <p>(2) 建議標準如下:</p> <p>A. 結構面: 病歷紀錄應包括: a) 描述糖尿病疾病過程及治療之選項; b) 營養管理之整合; c) 日常身體活動之整合; d) 針對治療效益來利用藥物 (必要時) 的情形; e) 血糖監測、尿酮 (必要時) 及運用相關檢驗數據來改善急性合併症之預防、偵測與治療之情形; f) 慢性合併症之預防 (由減少危險行為著手)、偵測及治療之情形; g) 生活型態改變—個人問題的診斷; h) 以促進健康為主來設定的目標, 及日常生活中問題解決的方式; i) 與日常生活中心理社會調適之整合; j) 懷孕婦女及妊娠性糖尿病的管理 (含 preconception care)。</p> <p>B. 過程面: 病歷紀錄應包括: 個案評估、衛生教育計畫、介入、評價及定期追蹤之情形, 並記錄衛教人員、醫師及轉診資源等醫療團隊之整體式照護。</p> <p>C. 結果面: 提供糖尿病自主管理教育的單位或機構, 應進行持續性品質改善計畫, 以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。</p>	

註

- 參照中華民國糖尿病學會「2010 糖尿病臨床照護指引」。
- 表列檢驗、檢查與服務項目中,「※」及「*」註記表示為診療指引建議必要執行診療項目,「□」註記表示為診療指引建議得視病人病情 (if indicated) 為選擇性執行項目。
- 本表所列項目除有「※」、「*」及「□」註記項目得另行核實申報費用以外, 餘均內含於 P1407C 所訂費用之內, 不得另行重複申報。
- 糖尿病學會建議若糖尿病人尿液常規檢查若未驗出蛋白尿, 可加做微量白蛋白檢查, 將微量白蛋白改為有條件式之必要檢查項目(註: 尿液常規檢查未驗出蛋白尿者。)

附表 8.2.2 糖尿病及糖尿病合併初期慢性腎臟病追蹤管理診療項目參考表（適用編號 P1408C、P1410C、P7001C）

Potential components of continuing care visits

<p>1. 醫療病史 (Medical history)</p> <p>(1) 評估治療型態 Assess treatment regimen</p> <p>A. 低或高血糖之頻率／嚴重度 Frequency/severity of hypo-/hyperglycemia</p> <p>B. 自我血糖監測結果 SMBG results</p> <p>C. 病人治療型態之調整 Patient regimen adjustments</p> <p>D. 病人接受專業指導遵循度之問題 Adherence problems</p> <p>E. 生活型態改變 Lifestyle changes</p> <p>F. 併發症的症狀 Symptoms of complications</p> <p>G. 其他醫療疾病 Other medical illness</p> <p>H. 藥物 Medications</p> <p>I. 心理社會方面 Psychosocial issues</p> <p>J. 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use</p>	<p>2. 身體檢查 (Physical examination)</p> <p>(1) 每次常規性糖尿病回診 Every regular diabetes visit</p> <p>A. 體重 weight</p> <p>B. 血壓 Blood pressure</p> <p>C. 先前的身體檢查之異常點 Previous abnormalities on the physical exam</p> <p>(2) 足部檢查 (視情況而定)：足部狀況屬高危險性者需增加檢查次數 Foot examination (if indicated): more often in patients with high-risk foot conditions</p>
<p>3. 檢驗室評估 (Laboratory evaluation)</p> <p>※(1)09006C 醣化血紅素 HbA1C</p> <p>A. 三個月一次為原則，須配合初診及年度檢查的結果追蹤 (Quarterly if treatment changes or patient is not meeting goals)</p> <p>B. 如病情穩定一年至少二次 (At least twice per year if stable)</p> <p>C. 符合醣化白蛋白檢驗適應症個案，得以 09139C(醣化白蛋白)替代</p> <p>※(2)09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar</p>	<p>4. 管理計畫評估 (Evaluation of Management Plan)</p> <p>(1) 短期與長期目標 Short- and long-term goals</p> <p>(2) 藥物 Medications</p> <p>(3) 血糖 Glycemia</p> <p>(4) 低血糖之頻率／嚴重度 Frequency/severity of hypoglycemia</p> <p>(5) 血糖自我管理結果 SMBG results</p> <p>(6) 併發症 Complications</p> <p>(7) 血脂異常之控制 Control of dyslipidemia</p> <p>(8) 血壓 Blood pressure</p> <p>(9) 體重 Weight</p> <p>(10) 營養治療 Medical Nutrition Therapy</p> <p>(11) 運動治療型態 Exercise regimen</p> <p>(12) 病人接受自我管理訓練之遵循度 Adherence to self-management training</p> <p>(13) 轉診之追蹤 Follow-up of referrals</p> <p>(14) 心理社會之調適 Psychosocial adjustment</p> <p>(15) 糖尿病知識 Knowledge of diabetes</p> <p>(16) 自我管理技能 Self-management skills</p> <p>(17) 戒菸 (若為抽菸者) Smoking cessation, if indicated</p> <p>(18) 協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)</p>
<p>5. 糖尿病自我管理教育 (Diabetes Self-management Education)</p>	
<p>建議標準如下：</p> <p>A. 結構面：按前次照護結果做追蹤應付，病歷紀錄應包括：a)描述糖尿病疾病過程及治療之選項；b)營養管理之整合；c)日常身體活動之整合；d) 針對治療效益來利用藥物 (必要時) 的情形；e) 血糖監測、尿酸 (必要時) 及運用相關檢驗數據來改善急性合併症之預防、偵測與治療之情形；f) 慢性合併症之預防 (由減少危險行為著手)、偵測及治療之情形；g) 生活型態改變—個人問題的診斷；h) 以促進健康為主來設定的目標，及日常生活中問題解決的方式；i) 與日常生活中心理社會調適之整合；j) 懷孕婦女及妊娠性糖尿病的管理 (含 preconception care)。</p> <p>B. 過程面：病歷紀錄應包括：個案評估、衛生教育計畫、介入、評價及追蹤之情形，並記錄衛教人員、醫師及轉診資源等醫療團隊之整體式照護。</p> <p>C. 結果面：提供糖尿病自我管理教育的單位或機構，應進行持續性品質改善計畫，以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。</p>	

註：

- 參照中華民國糖尿病學會「2010 糖尿病臨床照護指引」。
- 表列檢驗及服務項目中，「※」及「*」註記表示為診療指引建議必要執行診療項目。
- 本表所列項目除有「※」、「*」註記項目得另行核實申報費用以外，餘均內含於 P1408C、P1410C 及 P7001C 所訂費用之內，不得另行重複申報。

附表 8.2.3 糖尿病及糖尿病合併初期慢性腎臟病年度檢查診療項目參考表（適用編號 P1409C、P1411C、P7002C）

Potential components of continuing care visits (annual exam)

<p>1. 醫療病史 (Medical history)</p> <p>(1) 評估治療型態 Assess treatment regimen</p> <p>A. 低或高血糖之頻率／嚴重度 Frequency/severity of hypo-/hyperglycemia</p> <p>B. 自我血糖監測結果 SMBG results</p> <p>C. 病人治療型態之調整 Patient regimen adjustments</p> <p>D. 病人接受專業指導遵循度之問題 Adherence problems</p> <p>E. 生活型態改變 Lifestyle changes</p> <p>F. 併發症的症狀 Symptoms of complications</p> <p>G. 其他醫療疾病 Other medical illness</p> <p>H. 藥物 Medications</p> <p>I. 心理社會方面 Psychosocial issues</p> <p>J. 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use</p>	<p>2. 身體檢查 (Physical examination)</p> <p>(1) 年度身體檢查 Physical examination annually</p> <p>* (2) 23501C 年度散瞳眼睛檢查 Dilated eye examination annually 或 23502C 眼底攝影；惟如由眼科專科醫師執行間接式眼底鏡檢查(23702C)，則不需再執行上述項目。</p> <p>(3) 每次常規性糖尿病回診 Every regular diabetes visit</p> <p>A. 體重 weight</p> <p>B. 血壓 Blood pressure</p> <p>C. 先前的身體檢查之異常點 Previous abnormalities on the physical exam</p> <p>(4) 年度足部檢查；足部狀況屬高危險性者需增加檢查次數 Foot examination annually; more often in patients with high-risk foot conditions</p>
<p>3. 檢驗室評值 (Laboratory evaluation)</p> <p>※(1) 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)</p> <p>※(2) 09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar</p> <p>※(3) 年度空腹血脂 Fasting lipid profile annually, unless low risk (09001C 總膽固醇 cholesterol, total、09004C 三酸甘油酯 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)</p> <p>※(4) 09015C 血清肌酸酐 Serum creatinine</p> <p>※(5) 09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺基酶 SGPT (or ALT)</p> <p>※(6) 06013C 尿液分析 (尿生化檢查) Urine biochemistry examination</p> <p>※(7) 12111C 微量白蛋白 Microalbumin (Nephelometry)</p> <p>※(8) 09016C 肌酐、尿 Creatinine (U) CRTN</p> <p>□(9) 18001C 心電圖(成人) Electrocardiogram (adults)</p>	<p>4. 管理計畫評值 (Evaluation of Management Plan)</p> <p>(1) 短期與長期目標 Short- and long-term goals</p> <p>(2) 藥物 Medications</p> <p>(3) 血糖 Glycemia</p> <p>(4) 低血糖之頻率／嚴重度 Frequency/severity of hypoglycemia</p> <p>(5) 血糖自我管理結果 SMBG results</p> <p>(6) 併發症 Complications</p> <p>(7) 血脂異常之控制 Control of dyslipidemia</p> <p>(8) 血壓 Blood pressure</p> <p>(9) 體重 Weight</p> <p>(10) 營養治療 Medical Nutrition Therapy</p> <p>(11) 運動治療型態 Exercise regimen</p> <p>(12) 病人接受自我管理訓練之遵循度 Adherence to self-management training</p> <p>(13) 轉診之追蹤 Follow-up of referrals</p> <p>(14) 心理社會之調適 Psychosocial adjustment</p> <p>(15) 糖尿病知識 Knowledge of diabetes</p> <p>(16) 自我管理技能 Self-management skills</p> <p>(17) 戒菸 (若為抽菸者) Smoking cessation, if indicated</p> <p>(18) 協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)</p>
<p>5. 糖尿病自我管理教育 (Diabetes Self-management Education)</p>	
<p>建議標準如下：</p> <p>A. 結構面：按前次照護結果做追蹤應對，病歷紀錄應包括：a)描述糖尿病疾病過程及治療之選項；b)營養管理之整合；c)日常身體活動之整合；d)針對治療效益來利用藥物（必要時）的情形；e)血糖監測、尿酮（必要時）及運用相關檢驗數據來改善急性合併症之預防、偵測與治療之情形；f)慢性合併症之預防（由減少危險行為著手）、偵測及治療之情形；g)生活型態改變—個人問題的診斷；h)以促進健康為主來設定的目標，及日常生活中問題解決的方式；i)與日常生活中心理社會調適之整合；j)懷孕婦女及妊娠性糖尿病的管理（含 preconception care）。</p> <p>B. 過程面：病歷紀錄應包括：個案評估、衛生教育計畫、介入、評價及追蹤之情形，並記錄衛教人員、醫師及轉診資源等醫療團隊之整體式照護。</p> <p>C. 結果面：提供糖尿病自我管理教育的單位或機構，應進行持續性品質改善計畫，以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。</p>	

註：

- 參照中華民國糖尿病學會「2010 糖尿病臨床照護指引」。
- 表列檢驗、檢查與服務項目中，「※」及「*」註記表示為診療指引建議必要執行診療項目，「□」註記表示為診療指引建議視病人病情 (if indicated) 為選擇性執行項目。
- 本表所列項目除有「※」、「*」及「□」註記項目得另行核實申報費用以外，餘均內含於 P1409C、P1411C 及 P7002C 所訂費用之內，不得另行重複申報。

附表 8.2.4 初期慢性腎臟疾病個案管理

一、慢性腎臟疾病(CKD)之分期:

分期	描述	估計腎絲球過濾率(eGFR)
Stage 1	腎絲球過濾率正常或增加，但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況	≥ 90 ml/min/1.73m ²
Stage 2	腎絲球過濾率輕微下降，併有蛋白尿、血尿等狀況	60-89.9 ml/min/1.73m ²
Stage 3	腎絲球過濾率中等程度下降 IIIa 期 IIIb 期	30-59.9 ml/min/1.73m ² 45-59.9 ml/min/1.73m ² 30-44.9 ml/min/1.73m ²
Stage 4	腎絲球過濾率嚴重下降	15-29.9 ml/min/1.73m ²
Stage 5	腎臟衰竭	<15 ml/min/1.73m ²

註:1.慢性腎臟疾病(CKD)分類中，腎傷害或腎絲球過濾率下降需持續大於三個月以上

2.腎臟損傷指有影像學變化(如腎萎縮)或傷害指標(如蛋白尿、血尿等)

二、慢性腎臟疾病之篩檢

1. 對於高危險群應定期檢查血中肌酸酐值及尿液(U_{PCR} 或 U_{ACR})

2. 高危險群:

(A)高血壓、高血糖患者

(B)長期服用藥物者

(C)心血管疾病患者

(D)結構性腎小管異常，腎結石或攝護腺腫大者

(E)洗腎家族史或家族性腎疾病

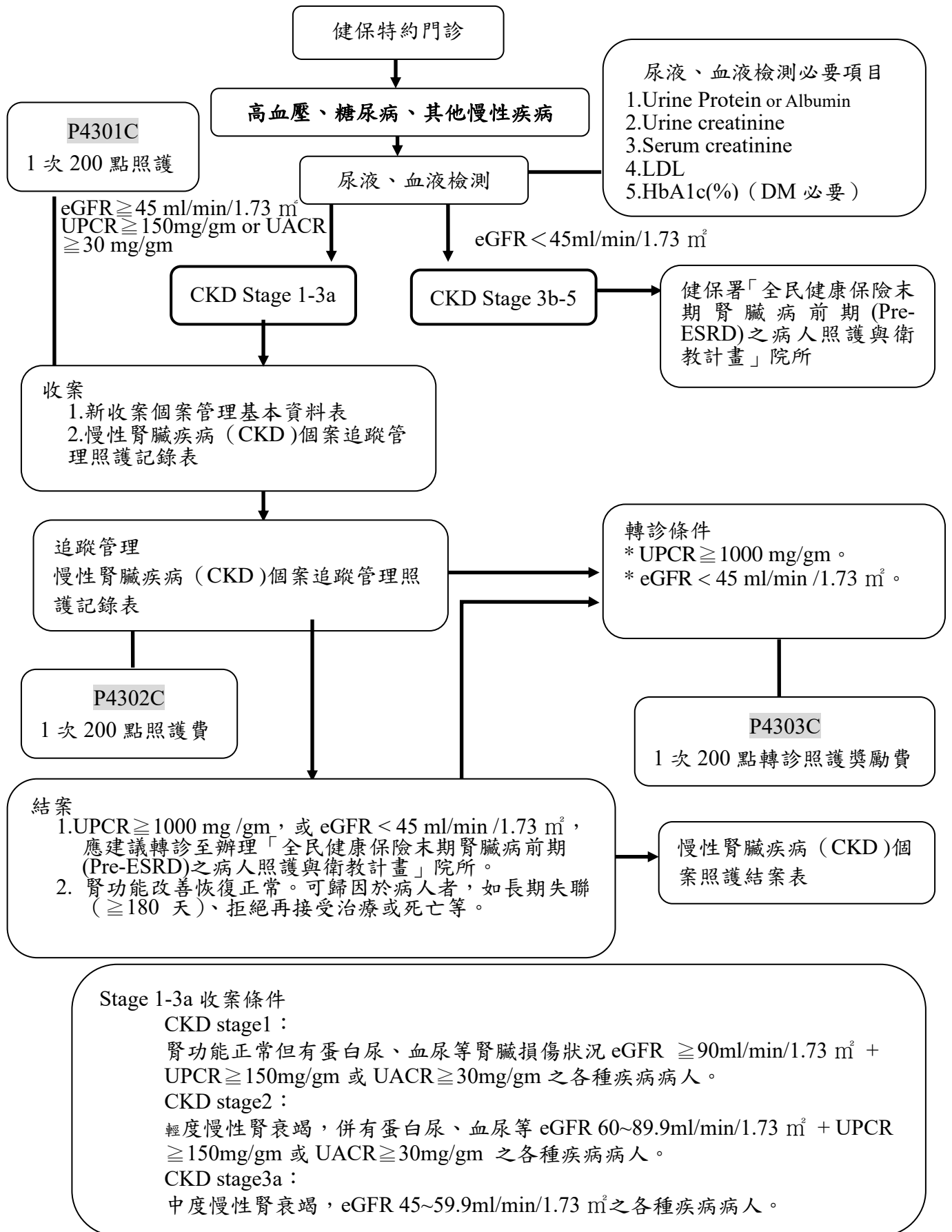
(F)潛在影響腎功能之系統性疾病(如 SLE)

(G)長期食用中草藥者

(H)隨機性血尿或尿蛋白

(I)年齡六十五歲以上

三、慢性腎臟疾病管理流程



四、初期慢性腎臟疾病照護之衛教內容

<p>Stage 1：腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況 eGFR：≥ 90 ml/min/1.73 m²，建議每六個月追蹤一次</p> <p>Stage 2：輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR：60~89.9 ml/min/1.73 m²，建議每六個月追蹤一次</p> <p>Stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR：45~59.9ml/min/1.73 m²，建議每六個月追蹤一次</p> <p>Stage 3b：中度慢性腎衰竭，eGFR：30~44.9 ml/min/1.73 m²，建議每三個月追蹤一次</p>	
目標	衛教指導項目
<ul style="list-style-type: none"> ● 認識腎臟的構造與功能 ● 認識腎臟疾病常見的症狀及檢查值 ● 如何預防腎臟疾病及其惡化，請勿擅自服食藥物 ● 願意配合定期門診追蹤 ● 願意接受定期護理指導計劃方案 ● 認識腎臟穿刺之必要性及轉診腎臟專科醫師(例如：明顯蛋白尿) ● 認識高血脂、高血壓、糖尿病與腎臟病之相關性 ● 血壓、血糖、血糖體重種、腰圍與BMI 之控制 	<ol style="list-style-type: none"> 1.認識腎臟的基本構造與功能 2.簡介腎臟疾病常見症狀及檢查值 3.腎臟病日常生活保健與預防 4.教導定期追蹤之重要性 5.教導服用藥物(包括中草藥及健康食品)前，須先徵詢醫師意見 6.腎臟穿刺切片檢查之介紹及轉診腎臟專科醫師(例如：明顯蛋白尿) 7.簡介高血壓及其併發症 8.簡介高血脂及其併發症 9.簡介糖尿病及其併發症 10.飲食原則之指導(含衛教單張發放)

附表 8.2.5 初期慢性腎臟病新收案個案管理基本資料參考表(適用編號 P4301C)

收案編號：	病歷號碼：
姓名：	身分證字號：
性別： <input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女	生日西元： 年 月 日 年齡：
收案日期：西元： 年 月 日	
聯絡電話：()	()
通訊地址：	縣、市 區鄉市鎮 村.里 路街 段 巷 弄 號 樓

教育程度：	<input type="checkbox"/> 1.不識字 <input type="checkbox"/> 2.小學 <input type="checkbox"/> 3.初中 <input type="checkbox"/> 4.高中(職) <input type="checkbox"/> 5.大專(學)以上
職業：	<input type="checkbox"/> 1.退休 <input type="checkbox"/> 2.農 <input type="checkbox"/> 3.軍公教 <input type="checkbox"/> 4.工 <input type="checkbox"/> 5.商 <input type="checkbox"/> 6.服務業 <input type="checkbox"/> 7.家管 <input type="checkbox"/> 8.無 <input type="checkbox"/> 9.其它
家族史 (若有親人有罹患右側表列中疾病，請填入家屬代碼)	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 8.惡性腫瘤【 】 <input type="checkbox"/> 2.糖尿病【 】 <input type="checkbox"/> 9.遺傳性腎臟疾病【 】 <input type="checkbox"/> 3.高血壓【 】 <input type="checkbox"/> 10.多囊腎【 】 <input type="checkbox"/> 4.心臟病【 】 <input type="checkbox"/> 11.痛風【 】 <input type="checkbox"/> 5.腦血管病變(中風)【 】 <input type="checkbox"/> 12.自體免疫性疾病【 】 <input type="checkbox"/> 6.高血脂【 】 <input type="checkbox"/> 13.其他【 】 <input type="checkbox"/> 7.腎臟病或尿毒症【 】 <input type="checkbox"/> 14.不知
A.父 B.母 C.兒女 D.兄弟姊妹 E.父系親戚 F.母系親戚 G.其他	

個人健康評估

伴隨系統性疾病	<input type="checkbox"/> 無			
	病名	初次診斷時間	病名	初次診斷時間
	<input type="checkbox"/> 1.高血壓	年 月 日	<input type="checkbox"/> 18.視力衰退	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 2.糖尿病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 19.視網膜病變	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 3.腎臟病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 20.B型肝炎	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 4.缺血性心臟病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 21.C型肝炎	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 5.心律不整	年 月 日	<input type="checkbox"/> 22.慢性肝疾病/肝硬化	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 6.心臟衰竭	年 月 日	<input type="checkbox"/> 23.結核	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 7.腦血管疾病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 24.甲狀腺腫	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 8.腫瘤	年 月 日	<input type="checkbox"/> 25.癲癇	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 9.貧血	年 月 日	<input type="checkbox"/> 26.精神疾病	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 10.關節炎	年 月 日	<input type="checkbox"/> 27.攝護腺肥大	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 11.高膽固醇血症	年 月 日	<input type="checkbox"/> 28.皮膚病	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 12.痛風或高尿酸血症	年 月 日	<input type="checkbox"/> 29.良性腫瘤	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 13.過敏性鼻炎	年 月 日	<input type="checkbox"/> 30.惡性腫瘤	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 14.氣喘	年 月 日	<input type="checkbox"/> 31.神經病變	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 15.慢性肺疾病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 32.自體免疫疾病	年 月 日
<input type="checkbox"/> 16.消化性潰瘍	年 月 日	<input type="checkbox"/> 33.其他	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 17.功能性腸胃問題	年 月 日	<input type="checkbox"/> 34.藥物過敏 藥物名：		
<input type="checkbox"/> 35.食物過敏 食物名稱：				

附表 8.2.6 初期慢性腎臟病及糖尿病合併初期慢性腎臟病個案追蹤管理照護紀錄參考表 (適用編號 P4301C、P4302C、P7001C)

說明：本表之功能在於提醒醫護人員，病人已接受或應接受追蹤檢驗與衛教之日期，本頁請置於病人病歷內或病人個案管理檔案中

就診日期	年 月 日 新收案	年 月 日 個月後追蹤	年 月 日 個月後追蹤	年 月 日 個月後追蹤
血壓 (mmHg) 【必要】				
身高 (cm) 【必要】				
體重 (kg) 【必要】				
腰圍 (cm) (參考)				
臀圍 (cm) (參考)				
抽煙【必要】 <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有				
BMI (參考)				
尿液試紙 (參考)				
蛋白質				
潛血				
尿糖				
UPCR(mg/gm) 【必要，與 UACR 擇一】				
UACR(mg/gm)【必要，與 UPCR 擇一】(註 1)				
Uric acid (mg/dl) (參考)				
Serum creatinine (mg/dl) 【必要】				
eGFR(MDRD) 【必要】(註 2) <u>年齡未滿 18 歲：以新版 Bedside Schwartz 公式計算。</u> <u>年齡滿 18 歲(含)以上：以 CKD-EPI 公式計算。</u>				
CHOL (mg/dl) (參考)				
LDL (mg/dl) 【必要】				
HbA1c (%) (DM 必要)				
GA(%) (DM 病人且無 HbA1C 檢驗必填)				
Sugar AC (mg/dl) (DM 參考)				
長期藥物使用(>3M) 降血壓藥 胰島素 降血糖藥 降血脂藥 降尿酸藥 NSAID 中草藥	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> SGLT2i <input type="checkbox"/> 其他: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> SGLT2i <input type="checkbox"/> 其他: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> SGLT2i <input type="checkbox"/> 其他: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> SGLT2i <input type="checkbox"/> 其他: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

就診日期	年 月 日 新收案	年 月 日 個月後追蹤	年 月 日 個月後追蹤	年 月 日 個月後追蹤
護理營養衛教記錄 衛教對象	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：
衛教方式	<input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：
醫護人員簽名				

註：

1. 糖尿病合併初期慢性腎臟病個案應執行 UACR。

2. eGFR 計算公式：

(1) 年齡未滿 18 歲：以新版 Bedside Schwartz 公式計算。

$eGFR \text{ ml/min/1.73 m}^2 \text{ (Schwartz)} = 0.413 \times (\text{height in cm}) \div \text{serum Cr}$ 。

(2) 年齡滿 18 歲(含)以上：以 CKD-EPI 公式計算：

$eGFR = 142 * \min(\text{Scr}/\kappa, 1)^\alpha * \max(\text{Scr}/\kappa, 1) - 1.200 * 0.9938 \text{Age} * 1.012[\text{if female}]$ 。

Scr：血清肌酸酐濃度 (mg/dL) 帶入值至小數點後2位，第3位四捨五入。

κ ：0.7 (女性) 或 0.9 (男性)。

α ：-0.241 (女性) 或 -0.302 (男性)。

min：Scr/ κ 和1 之間的最小值。

max：Scr/ κ 和1 之間的最大值。

Age：年齡 (年)。

if Female：如果患者為女性，則乘以 1.012。

附表 8.2.7 初期慢性腎臟疾病個案照護結案參考表

姓名： 性別：□男□女 電話號碼：
病歷號碼： 出生日期： 年 月 日 身分證字號：
收案日期： 年 月 日 結案日期： 年 月 日 原發疾病：
結案原因：

- 1.轉診 CKD 防治院所照護或進入「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」
轉診日期： 年 月 日
轉診院所名稱： 、院所代號 、 科、醫師 ID
轉診原因： Urine protein/creatinine ratio (UPCR) ≥ 1000 mg/gm。
 $30 \text{ ml/min/1.73 m}^2 \leq \text{eGFR} < 45 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ (Stage 3b)。
 $15 \text{ ml/min/1.73 m}^2 \leq \text{eGFR} < 30 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 者(Stage 4)。
 $\text{eGFR} < 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 者(Stage 5)。
- 2.腎功能改善恢復正常
- 3.長期失聯(≥ 180 天)
- 4.拒絕再接受治療
- 5.死亡
- 6.病人未執行本章管理照護超過一年者。

附表 8.2.8 全民健康保險院所轉診單

全民健康保險 院(所)轉診單(轉診至 院所)(院所參考)
 保險醫事服務機構代號：

原 診 醫 院	保險對象基本資料	姓名		性別	出生日期			身分證號			
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國(前) 年 月 日						
		聯絡人		聯絡電話		聯絡地			址		
療 醫 院	病 歷 摘 要	A.病情摘要(主訴及簡短病史)				D.藥物過敏史：					
		B.診斷				ICD-10-CM 病名					
		1.(主診斷)				2.最近一次用藥或手術名稱					
醫 院	轉診目的	1. <input type="checkbox"/> 急診治療		4. <input type="checkbox"/> 進一步檢查，檢查項目							
		2. <input type="checkbox"/> 住院治療		5. <input type="checkbox"/> 轉回轉出或適當之院所繼續追蹤							
		3. <input type="checkbox"/> 門診治療		6. <input type="checkbox"/> 其他							
診 所	院所住址							傳真號碼：			
								電子信箱：			
		姓名	科別	聯絡電話	醫師簽章						
所	建議轉診院所科別	年 月 日		安排就醫日期		年 月 日		科 診 號			
		(必填)醫院		(必填)科		醫師		轉診院所地址及專線電話		地址： 電話：	
接 受 轉 診 醫 院 診 所	處理情形	1. <input type="checkbox"/> 已予急診處置並轉診至 醫院 2. <input type="checkbox"/> 已予急診處置，並住本院 病房治療中									
		3. <input type="checkbox"/> 已安排住本院 病房治療中 4. <input type="checkbox"/> 已安排本院 科門診治療中									
		5. <input type="checkbox"/> 已予適當處理並轉回原院所，建議事項如下									
醫 院 診 所	治療摘要	1.主診斷		2.治療藥物或手術名稱				3.輔助診斷之檢查結果			
		ICD-10-CM：									
		病名：									
醫 院 診 所	院所名稱							電話或傳真：			
								電子信箱：			
		姓名	科別	醫師簽章	回覆日期		年 月 日				

※本轉診單限使用一次

※以上欄位均屬必填，如無則填無

第一聯：接受轉診(轉入)醫院、診所留存

第二聯：接受轉診(轉入)醫院、診所留存

第三聯：原診療醫院、診所留存

附表 8.2.9 糖尿病個案登錄系統必要欄位簡化表

一、新收案(P1407C)必填欄位：

- 1.新收案日期。
- 2.基本檢查數據：收縮壓、舒張壓。
- 3.Blood檢驗：檢查日期、HbA1C、Glucose(AC)、LDL、TG、Creatinine、eGFR、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)。
- 4.Urine檢驗：
 - (1)檢查日期、UACR (mg/gm)、Urine Routine(二者可視情形擇一填報)
 - (2)因洗腎導致無尿液檢驗者，無須填報。
- 5.眼睛檢查及病變：正常、異常、未做。
- 6.足部檢查：右腳正常(Y、N) 左腳正常(Y、N)。

二、追蹤管理(P1408C、P1410C)必填欄位：

- 1.追蹤管理日期。
- 2.Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)。

三、年度評估(P1409C、P1411C)必填欄位：

- 1.年度評估日期。
- 2.基本檢查數據：收縮壓、舒張壓。
- 3.Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、LDL、TG、Creatinine、eGFR、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)。
- 4.Urine檢驗：
 - (1) 檢查日期、UACR (mg/gm)、Urine Routine(二者可視情形擇一填報)。
 - (2)因洗腎導致無尿液檢驗者，無須填報。
- 5.眼睛檢查及病變：正常、異常、未做。
- 6.足部檢查：右腳正常(Y、N) 左腳正常(Y、N)。

註 1.建立病人基本資料後，病人身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出。

註 2.系統會自動將醣化白蛋白欄位填入值換算成 HbA1C 後帶入 HbA1C 欄位：

- (1)上述換算公式係參照「2018 糖尿病臨床照護指引」。
- (2)換算後的 HbA1C，將作為方案獎勵評比計算；若兩者同時填報，則以填報值為主。

註 3.UACR=尿液中白蛋白/肌酸酐 (單位：mg/gm)。

註 4.eGFR 線上計算：台灣腎臟醫學會「腎利人生網站」<https://www.ckd-tsn.org.tw/http://kidney.tsn.org.tw> 點選「[健康計算機](#)/腎病指標」，輸入性別、年齡、血液 Creatinine 值即可線上計算。

附表 8.2.10 初期慢性腎臟病個案登錄系統必要欄位簡化表

一、新收案(身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

- 1.新收案日期、個案性別、出生日期、CKD Stage (1: Stage1; 2: Stage2; 3a: Stage3a)、伴隨疾病(1.無; 2.腎臟病; 3.糖尿病; 4.高血壓; 5.心臟血管疾病; 6.高血脂症; 7.慢性肝病; 8.癌症; 9.其他)、抽煙 (1.無 2.有)。
- 2.基本檢查數據：檢查日期、身高、體重、收縮壓、舒張壓、eGFR、UACR或UPCR (mg/gm) (二者視情形擇一填報)。
- 3.血液檢驗：Serum creatinine(mg/dl)、LDL (mg/dl)、HbA1c (DM必填、無HbA1C檢驗者須填GA(醣化白蛋白))。

二、追蹤管理(身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

1. 追蹤管理日期、CKD Stage (1: Stage1; 2: Stage2; 3a: Stage3a; 3b: Stage3b; 4: Stage4; 5: Stage5)、抽煙 (1.無 2.有)。
2. 追蹤必要檢查數據：檢查日期、身高、體重、收縮壓、舒張壓、eGFR、UACR或UPCR (mg/gm) (二者視情形擇一填報)。
3. 血液檢驗：Serum creatinine(mg/dl)、LDL (mg/dl)、HbA1c (DM必填、無HbA1C檢驗者須填GA(醣化白蛋白))。

三、結案(轉出)(身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

- 1.結案(或轉診)日期。
- 2.結案原因：1：轉診進入「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」照護。2：恢復正常。3：長期失聯(≥ 180 天)。4：拒絕再接受治療。5：死亡。6：病人未執行本章管理照護超過一年者。
- 3.轉診Pre-ESRD計畫院所原因：1：UPCR ≥ 1000 mg/gm。3b：Stage3b。4：Stage 4。5：Stage 5。
- 4.接受轉診院所保險醫事服務機構代號。

註.系統會自動將醣化白蛋白欄位填入值換算成 HbA1C 後帶入 HbA1C 欄位：

- (1)若兩者同時填報，則以填報值為主。
- (2)上述換算公式係參照「2018 糖尿病臨床照護指引」。
- (3)換算後的 HbA1C，將作為方案獎勵評比計算。

附表 8.2.11 糖尿病合併初期慢性腎臟病個案登錄系統必要欄位簡化表

一、追蹤管理(P7001C)必填欄位：

1. 追蹤管理日期
2. 糖尿病照護醫師ID、Early-CKD照護醫師ID
3. CKD Stage：1、2、3a (1：Stage1；2：Stage2；3a：Stage3a)
4. 基本檢查數據：收縮壓、舒張壓
5. Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)、LDL、Creatinine、[eGFR](#)
6. Urine檢驗：檢查日期、Urine Routine、~~eGFR~~→UACR (mg/g)
7. 抽煙：1(無)、2(有)

二、年度評估(P7002C)必填欄位：

1. 年度評估日期
2. 糖尿病照護醫師ID、Early-CKD照護醫師ID
3. CKD Stage：1、2、3a (1：Stage1；2：Stage2；3a：Stage3a)
4. 基本檢查數據：收縮壓、舒張壓
5. Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)、LDL、Creatinine、[eGFR](#)
6. Urine檢驗：檢查日期、Urine Routine、~~eGFR~~→UACR (mg/g)
7. 抽煙：1(無)、2(有)
8. 眼睛檢查及病變：正常、異常、未做
9. 足部檢查：右腳正常(Y、N) 左腳正常(Y、N)

三、結案(轉出)必填欄位：

1. 結案(或轉診)日期
2. 結案原因：1-長期失聯、2-病人拒絕接受治療、3-經評估可自行照護、4-死亡、5-腎功能改善恢復正常、6-轉診進入Pre-ESRD計畫、7-其他。
3. 轉診Pre-ESRD計畫院所原因：1：UPCR \geq 1000 mg/gm。3b：Stage3b。4：Stage 4。5：Stage 5。
4. 接受轉診院所保險醫事服務機構代號：_____

註 1.建立病人基本資料後，病人身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出

註 2.系統會自動將醣化白蛋白欄位填入值換算成 HbA1C 後帶入 HbA1C 欄位：

(1)上述換算公式係參照「2018 糖尿病臨床照護指引」

(2)換算後的 HbA1C，將作為方案獎勵評比計算；若兩者同時填報，則以填報值為主

註 3.UACR=尿液中白蛋白/肌酸酐 (單位：mg/g)

註 4.eGFR 線上計算：台灣腎臟醫學會「腎利人生網站」[https://www.ckd-](https://www.ckd-tsn.org.tw/http://kidney.tsn.org.tw)

[tsn.org.tw/http://kidney.tsn.org.tw](http://kidney.tsn.org.tw) 點選「[健康計算機](#)/腎病指標」，輸入性別、年齡、血液 Creatinine 值即可線上計算。

全民健康保險居家醫療照護整合計畫

104 年 4 月 23 日健保醫字第 1040004024 號公告訂定
 105 年 2 月 15 日健保醫字第 1050001413 號公告修訂
 106 年 3 月 1 日健保醫字第 1060032768 號公告修訂
 108 年 5 月 30 日健保醫字第 1080033402 號公告修訂
 109 年 4 月 10 日健保醫字第 1090033067 號公告修訂
 110 年 8 月 31 日健保醫字第 1100034165 號公告修訂
 111 年 1 月 22 日健保醫字第 1110800989 號公告修訂
 111 年 4 月 19 日健保醫字第 1110660634 號公告修訂
 111 年 8 月 30 日健保醫字第 1110662559 號公告修訂
 111 年 11 月 22 日健保醫字第 1110663678 號公告修訂
 112 年 1 月 17 日健保醫字第 1120100866 號公告修訂
 112 年 3 月 22 日健保醫字第 1120661039 號公告修訂
 112 年 8 月 30 日健保醫字第 1120663613 號公告修訂

一、計畫依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、計畫目的

- (一) 提升因失能或疾病特性致外出就醫不便病人之醫療照護可近性，減少病人因行動不便委請他人向醫師陳述病情領藥之情形。
- (二) 鼓勵醫事服務機構連結社區照護網絡，提供住院替代服務，降低住院日數或減少不必要之社會性住院。
- (三) 改善現行不同類型居家醫療照護片段式的服務模式，以提供病人整合性之全人照護。

三、預算來源

本計畫個案管理費及所列給付項目及支付標準(詳附件 1)之醫療費用，由其他預算之「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」項下支應，其餘醫療費用由各部門總額預算支應。

四、醫療服務提供者資格

- (一) 由全民健康保險(以下稱本保險)特約醫事服務機構組成整合性照護團隊（以下稱照護團隊），提供包括「居家醫療」、「重度居家醫療」及「安寧療護」三照護階段，並依其執業人員專長提供各階段之服

務項目。照護團隊應提供團隊內、外轉診服務，確保病人轉介與後送就醫之需求，並應建立各類訪視人員之聯繫窗口，以利連結服務。

(二) 訪視人員資格：

- 1、各類訪視人員以本保險特約醫事服務機構之執業人員為限，提供呼吸照護及安寧療護等居家醫療照護，應具備各該項目之服務資格。
- 2、醫師：須具專科醫師資格；惟經全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組審酌區域居家醫療服務資源後同意之醫師，不在此限。
- 3、中醫師：執業2年以上(含)之中醫師，自109年起執行本計畫之中醫師均須經中醫師公會全聯會培訓，取得中醫師居家醫療照護資格證書，惟經保險人分區業務組審酌區域居家醫療服務資源後同意者，不受需執業2年以上之限制。
- 4、藥師：具藥事人員2人(含)以上之特約藥局或特約醫療院所之執業藥師，並經中華民國藥師公會全國聯合會培訓，取得居家藥事照護資格證書；惟位處本保險山地離島(附件2)與醫療資源缺乏地區之特約藥局或特約醫療院所，或因特殊形態(居家專責藥局)向分區業務組申請同意者，不受藥事人員2人以上之限制。

(三) 照護團隊應有個案管理人員負責協調、溝通及安排相關事宜；個案管理人員可由醫師、護理人員、呼吸治療人員或社會工作人員擔任。

(四) 病人之居家醫療主治醫師可由西醫師或中醫師擔任。

(五) 特約醫事服務機構及醫事人員於參與計畫日起前二年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)；終約者亦同。前述違規期間之認定，以第一次處分函所載處分日起算。

(六) 特約醫事服務機構所屬醫師、中醫師至病人住家提供醫療服務，得視為符合醫師法所稱應邀出診，不需經事先報准；其他訪視人員至病人住家提供醫療服務，須依法令規定事前報經當地衛生主管機關

核准及保險人同意。

- (七) 符合前述各項資格之照護團隊，由主責醫事服務機構向保險人分區業務組提出參與計畫申請書(附件3，須檢附具體之照護團隊內、外轉診服務計畫與後送機制)。經保險人分區業務組資格審核同意後，始可參與本計畫；異動時亦同。

五、服務區域

以申請收案之特約醫事服務機構所在地 10 公里之範圍為原則，但本保險山地離島地區與醫療資源缺乏地區，及報經保險人分區業務組認定之特殊情形，不在此限，惟仍應以鄰近之特約醫事服務機構就近收案提供服務為原則。

六、收案條件

(一) 居家醫療階段：

- 1、限居住於住家(不含照護機構)，且經照護團隊醫事人員評估有明確醫療需求，因失能或疾病特性致外出就醫不便者。

(1)失能：指巴氏量表(Barthel ADL Index) 小於 60 分。

(2)因疾病特性致外出就醫不便：指所患疾病雖不影響運動功能，但外出就醫確有困難者，如重度以上失智症、遺傳性表皮分解性水皰症(泡泡龍)病人等。

- 2、病人之子女或照顧者、民眾因各種因素無暇接送就醫之長者或幼童等不符合前述收案條件者，如有就醫需求，應循一般程序就醫。

(二) 重度居家醫療階段：除第(一)款條件外，另應符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」(以下稱醫療服務支付標準)第五部第一章居家照護之收案條件；使用呼吸器相關服務之病人，另應符合「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」(以下稱呼吸器依賴患者照護計畫)居家照護階段之收案條件。

(三) 安寧療護階段：除第(一)款條件外，另應符合醫療服務支付標準第五部第三章安寧居家療護之收案條件。

(四) 居家中醫醫療服務：本計畫居家醫療、重度居家醫療、安寧療護階段之病人，需要中醫輔助醫療協助者。

(五)居家藥事照護：本計畫居家醫療、重度居家醫療、安寧療護階段之病人，經居家醫療主治醫師判斷其專業能力無法處理之末期病患管制藥品使用諮詢、特殊劑型用藥指導（例如注射筆針劑型、吸入劑型等）。

(六)基於給付不重複之原則，行動不便病人(一般)居家照護、呼吸器依賴患者居家照護、末期病患安寧居家療護之收案對象，應自原照護計畫結案，始得於本計畫收案。

(七)同一病人於相同照護期間，其他特約醫事服務機構不得再申請收案。

七、結案條件

(一)病人死亡、遷居、病情改善無需繼續接受居家醫療照護、入住照護機構、拒絕訪視、收案期間住院逾 30 日或改由其他院所收案等，應予結案。

(二)照護團隊未提供居家醫療照護之病人，應予結案。照護團隊逾 6 個月未提供居家醫療照護之病人，由保險人逕行結案；如個案結案後須居家醫療照護服務，仍可再次收案。

八、收案及審核程序

(一)收案來源：

1、住院病人：經主治醫師評估，由出院準備服務轉介至參與本計畫之特約醫事服務機構收案；接受轉介機構之醫師得配合出院準備服務到院評估病人之居家醫療照護需求。

2、非住院病人：

(1) 由參與本計畫之特約醫事服務機構直接評估收案。

(2) 由病人或其家屬向參與本計畫之特約醫事服務機構提出申請，或由各縣市長期照顧管理中心(及合約居家服務單位)、衛生局(所、室)、社會局(處)等轉介至參與本計畫之醫事服務機構評估收案。

(二)收案程序：

1、病人經訪視人員評估符合收案條件，開立收案申請書(附件 4)，並擬訂居家醫療照護計畫(含照護期間、照護內容、訪視頻率等)，

並於收案後二週內(如遇例假日得順延之)，由健保資訊網服務系統(以下稱 VPN)送保險人備查，保險人得視情況實地評估病人之醫療需求。但病人如需使用呼吸器相關服務，應先依呼吸器依賴患者照護計畫規定事先報經保險人核准，及登錄 VPN 呼吸照護系統。

- 2、為利居家醫療主治醫師整合病人用藥(係指照護團隊提供完整居家醫療照護，進行用藥整合)，主治醫師應於收案前向病人或其家屬說明，請其簽署同意書(附件 5)。
- 3、特約醫事服務機構應擇一最適照護階段收案提供照護，收案期間病人病情轉變，可彈性調整照護階段，無須結案後重新收案，但應於 1 週內(含例假日)於 VPN 登錄異動。
- 4、居家醫療主治醫師於照護階段轉換或照護期滿應重新評估，且每 3 個月至少訪視一次，以確認病人病情變化，適時調整醫囑。
- 5、為解決現行健保卡寫入時間緩慢，減輕醫護人員居家訪視時攜帶沉重設備等問題，特約醫事服務機構得協助收案病人綁定虛擬(行動)健保卡，並應於綁定前向病人或其家屬說明並取得同意。

(三)照護期間之計算，新收病人以收案日起算；若病情需要申請延長照護者，須俟上次照護期間屆滿前 30 日內始得申請，並以接續日起算。同一特約醫事服務機構同一病人，於照護期間截止日起二週內(如遇例假日得順延之)再申請照護者，應以延長照護申請，不得以新病人申請；不符合收案條件者應即結案。

(四)特約醫事服務機構應依居家醫療主治醫師醫囑，擬訂居家醫療照護計畫以及排定訪視時間。訪視時，應查驗病人之健保卡〔含虛擬(行動)健保卡〕、身分證明文件，及自備讀卡設備逐次於健保卡登錄就醫紀錄，並於 24 小時內上傳予保險人備查；但有不可抗力或因特殊情況經保險人同意者，不在此限。

九、 照護內容

居家醫療主治醫師應整體評估病人之醫療需求，開立居家醫療照護醫囑，並得視醫療需要於病歷註明照會理由，連結其他訪視人員提

供醫療服務。本計畫之「居家醫療」、「重度居家醫療」及「安寧療護」三照護階段之照護內容，包括：

(一) 醫師訪視：

- 1、提供一般西醫門診診療服務，但不包括手術、麻醉、血液透析、復健診療、慢性精神疾病居家治療等特定診療服務。
- 2、一般藥品處方箋用藥，得按病人病情需要，每次開給足夠用量。
- 3、醫師開立藥品處方時，應透過健保醫療資訊雲端查詢系統，即時查詢病人近期之用藥資訊，避免重複處方，以提升病人用藥安全及品質。

(二) 中醫師訪視：提供針灸、中藥與傷科指導；如為居家西醫主治醫師連結之病人，應與居家西醫主治醫師討論決定治療計畫(含治療療程)。

(三) 護理人員訪視：提供居家護理一般照護、特殊照護、臨終照護及案家自我照護指導等。

(四) 呼吸治療人員訪視：提供居家呼吸照護及案家自我照護指導。

(五) 藥師訪視：提供居家藥事照護。

(六) 其他專業人員訪視：視需要由心理師或社會工作人員訪視。

(七) 藥品處方調劑服務：病人所需藥品，得由處方之特約醫療院所提供調劑與送藥服務，或由家屬持健保卡及處方箋至特約藥局或原處方院所調劑領藥。病人獨居時，應提供適當之藥事服務。

(八) 個案健康管理：穩定健康狀態、連結醫療及長期照顧服務資源。輔導新收病人查詢健康存摺(應經病人、監護人或其指定代理人同意)，以協助訪視人員掌握病人就醫資訊，提升醫療安全與效益。

(九) 24 小時電話諮詢服務：於病人發生緊急狀況時，提供病人及其家屬 24 小時醫療專業諮詢服務，必要時應啟動緊急醫療後送程序。

(十) 每次訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次訪視時間(自到達案家起算，至離開案家為止)，並請病人或其家屬簽章；另應製作病人之居家醫療照護紀錄留存於案家，以利與其他訪視人員或長期照顧服務人員提供整合性之居家照護服務。

- (十一) 為減輕醫事人員提供居家醫療照護服務所需攜帶設備之重量，特約醫事機構得使用「居家輕量藍牙 APP」，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，至個案家中看診及讀取健保卡〔含虛擬(行動)健保卡〕。
- (十二) 開立「長期照護醫師意見書」：本計畫收案病人同時符合衛生福利部長期照顧司(以下稱長照司)「居家失能個案家庭醫師照護方案」之「長期照護醫師意見書」開立條件者，得由本計畫照護團隊內西醫師協助開立意見書，開立及費用申報規範依現行長照司「居家失能個案家庭醫師照護方案」規定辦理。

十、醫療費用申報、支付及審查原則

- (一) 醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。
- (二) 為確保醫療服務合理性，對於收案人數及訪視次數高於同儕之特約醫事服務機構，必要時得啟動專案審查。
- (三) 本計畫收案及延長照護案件之醫療費用，經審核不符收案條件者，保險人不予支付費用。
- (四) 醫療費用申報：
- 1、特約醫事服務機構執行本計畫之醫療費用應按月申報，並於門診醫療/交付機構服務點數清單依下列規定填報「案件分類」及「特定治療項目代號」欄位。
 - (1) 居家醫療階段：案件分類 E1，任一特定治療項目代號 EC。
 - (2) 重度居家醫療階段：案件分類 A1，任一特定治療項目代號 EC。
 - (3) 安寧療護階段：案件分類 A5，任一特定治療項目代號 EC。
 - (4) 居家中醫醫療服務：案件分類 31，任一特定治療項目代號 EC。
 - (5) 居家藥事照護：
 - A. 特約醫療院所：案件分類依照護階段填報 E1、A1 或 A5，任一特定治療項目代號 EC。
 - B. 特約藥局：案件分類 E，任一原處方服務機構之特定治療項目代號 EC。

2、其他欄位依居家照護案件，採同一療程每月申報一次：

- (1) 「就醫日期」及「治療結束日期」欄位分別填報該月第一次訪視日期及該月最後一次訪視日期。「診治醫事人員代號」欄位，請填報該月第一次訪視人員身分證號（若同日訪視人員一人以上者，優先填報順序為醫師、中醫師、護理人員、呼吸治療人員、其他專業人員、藥師）。
- (2) 訪視人員各次訪視費應逐筆填報醫令代碼、執行時間-起/迄、執行醫事人員代號及就醫科別。前述就醫科別，醫師、中醫師訪視請以該次訪視實際提供之診療最適科別填報，護理人員訪視請填「EA 居家護理」，呼吸治療人員訪視請填「AC 胸腔內科」，其他專業人員與藥師訪視免填。
- (3) 呼吸器使用(P5406C)自使用日起算，轉出日不予計算，申報時「醫令執行時間-起/迄」請填至年月日。
- (4) 申報緊急訪視時，「醫令執行時間-起/迄」請填至時分，「支付成數」請依加成數填報(非加成時段請填 100)；「醫令執行時間-起/迄」未依規定填報，該筆醫令不予加成。如該次訪視為緊急訪視，應於「自費特材群組序號」填入「ECE」。

3、如可歸責於特約醫事服務機構申報資料錯誤，導致點值核付錯誤時，特約醫事服務機構需自行負責。

4、本計畫之各類醫師訪視費由其專任或兼任之特約醫院或診所申報，護理人員、呼吸治療人員、藥師及其他專業人員訪視費由其專任或兼任之特約醫事服務機構於業務範圍內申報。居家藥事照護費、藥費、藥事服務費、檢驗(查)費由提供服務之特約醫事服務機構依規定申報，不得由護理機構申報，否則不予支付。

5、特約醫事機構於山地離島地區提供服務並申報山地離島地區訪視費：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。交付機構服務點數應於「特定地區醫療服務」欄位填寫「04」。

(五) 給付項目及支付標準：

1、個案管理費：

- (1) 申請收案之特約醫事服務機構應負責提供個案健康管理及 24 小時電話諮詢服務，惟前述服務可由照護團隊合作提供。
- (2) 每名病人每年支付 600 點：由保險人於年度結束後計算並支付收案之特約醫事服務機構；未滿一年者，按月比例支付。年度間由 2 家以上特約醫事服務機構收案者，如於同一月份結案並重新收案，當月個案管理費，不論實際收案天數，支付首家結案機構及最終收案機構各 50%。
- (3) 收案期間如連續三個月未提供病人居家醫療照護，則不予支付該區間之個案管理費。

2、各照護階段之給付項目及支付標準原則如下：

照護階段	給付項目	支付標準
居家醫療	醫師訪視 中醫師訪視 藥師訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實 針灸治療核實
重度居家醫療	醫師訪視 中醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 藥師訪視 其他專業人員訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實 呼吸器使用論日計酬 緩和醫療家庭諮詢費論次計酬 針灸治療核實
安寧療護	醫師訪視 中醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 藥師訪視 其他專業人員訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實 呼吸器使用論日計酬 病患自控式止痛論次計酬 針灸治療核實

備註：

- (1) 各照護階段內之給付項目應依病人病情實際需要提供，並非照護階段內各類訪視人員訪視均須提供。
- (2) 本計畫申報之中醫針灸治療處置費不列入醫療服務支付標準合理量計算。

- 3、各類訪視人員訪視費、夜間及例假日緊急訪視加成、呼吸器使用費、緩和醫療家庭諮詢費及病患自控式止痛處置及材料費(Patient-Controlled Analgesia,以下稱 PCA)等，依附件 1 之給付項目及支付標準支付。
- 4、藥事服務費、藥費、檢驗(查)費、特殊材料費及針灸治療費等：依醫療服務支付標準及「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」規定支付。

5、西醫基層診所居家專任醫師獎勵：

(1) 獎勵條件：西醫診所之專任醫師，當月執行居家醫療案件比率 \geq 50%且訪視次數 \geq 30 次者，當月本計畫醫師訪視費用加成 30%。

(2) 比率計算方式：

居家醫師訪視件數/(居家醫師訪視件數+一般西醫案件數)

A. 居家醫師訪視案件數：在宅訪視醫令(05307C,05308C,05309C,05310C,05312C,05323C,05336C,05337C,P5132C)申報數。

B. 一般西醫案件數：申報西醫診察費醫令案件數(排除醫不足巡迴醫療及代辦案件)。

65、各類訪視人員每人服務人次上限如下，超過的部分不予支付訪視費用，惟緊急訪視人次不納入計算：

(1) 醫師：每日訪視人次以 8 人次為原則，且每月以 180 人次為限；倘符合居家專任醫師條件者，其每月上限得提高至 240 人次。

(2) 中醫師：每日訪視人次以 8 人次為原則，且每月以 180 人次為限。

(3) 護理人員：每月訪視人次以 100 人次為限(含安寧療護)，僅執行安寧療護以 45 人次為限。

(4) 呼吸治療人員：每月訪視人次以 60 人次為限。

(5) 藥師、其他專業人員：每月訪視人次以 45 人次為限。

(6) 為確保照護品質，各類訪視人員執行本計畫之每月服務人次上限，與執行醫療服務支付標準第五部第一章居家照護及第三章安寧居家療護，以及呼吸器依賴患者照護計畫之服務人次歸戶合併

計算。

7、居家專任醫師資格申請：

(1)居家專任醫師定義：最近 6 個月平均每月提供在宅醫療(本計畫、支付標準第五部第一章及第三章(不含機構)、在宅急症照護試辦計畫、急性後期整合照護計畫之居家模式)相關服務比率達 50%以上。

(2)執行方式：由特約醫事服務機構向所轄分區業務組提出居家專任醫師申請，經分區業務組進行審核及註記，效期為一年；效期屆滿前再向分區業務組提出申請。

(六) 部分負擔計收規定：

- 1、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條居家照護規定計收，處方用藥另依門診藥品部分負擔規定計收。
- 2、若屬全民健康保險法第四十八條所列重大傷病、分娩、山地離島地區就醫情形之一，保險對象免自行負擔費用。
- 3、若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。

(七) 點值結算方式：

- 1、本計畫個案管理費及附件 1 所列給付項目及支付標準之醫療費用：其他預算之「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」按季均分，採浮動點值計算，每點支付金額不高於 1 元；當季預算如有結餘，則流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。
- 2、其餘項目之醫療費用：依各部門總額規定結算。

十一、觀察指標

- (一) 病人接受醫師照會中醫師、藥師訪視比
- 分子：中醫師、藥師訪視次數分別計算
- 分母：醫師訪視次數

- (二) 病人收案 12 個月後由照護團隊提供完整醫療服務，未於西醫門診

(不含急診)就醫情形

1、病人未於西醫門診(不含急診)就醫率

分子：收案 12 個月後病人未於西醫門診(不含急診)就醫之人數

分母：收案 12 個月後之病人數

2、每人每月西醫門診(不含急診)就醫次數

分子：收案 12 個月後病人之每月西醫門診(不含急診)就醫次數

總計

分母：收案 12 個月後之病人數

(三) 病人收案後急診就醫情形

1、急診率

分子：收案 3 至 6 個月、6 至 12 個月及 12 個月以上之未經照
護團隊轉診之急診(案件分類 02)就醫人數

分母：收案 3 至 6 個月、6 至 12 個月及 12 個月以上之病人數

2、急診就醫者每人急診就醫次數

分子：收案 3 至 6 個月、6 至 12 個月及 12 個月以上之未經照
護團隊轉診之急診(案件分類 02)就醫次數

分母：收案 3 至 6 個月、6 至 12 個月及 12 個月以上之急診就
醫人數

3、緊急訪視率

分子：曾接受緊急訪視人數

分母：收案病人數

4、緊急訪視後 3 日內病人之急診、住院率

分子：緊急訪視後 3 日內，病人之急診、住院次數分別計算

分母：緊急訪視次數

(四) 病人死亡前 6 個月內安寧療護照護率

1、安寧療護照護率

分子：死亡前 6 個月內曾接受各類安寧療護人數

分母：死亡人數

2、居家安寧療護照護率

分子：死亡前 6 個月內曾接受居家安寧療護人數

分母：死亡人數

(五)病人每人每月接受中醫師訪視次數

分子:病人每人每月中醫師訪視次數合計

分母:每月接受中醫師訪視之病人人數

(六)健保卡就醫序號以異常代碼申報占率(本項指標自 111 年 5 月 1 日後 6 個月起進行監測)

分子：健保卡就醫序號以異常代碼申報之居家醫療照護就醫件數

分母：居家醫療照護總就醫件數

十二、品質獎勵措施

為提升居家醫療照護品質，特約醫事服務機構提供病人實質整合照護者，予以調高個案管理費。收案滿 13 個月(含)以上之病人，符合下列獎勵要件時，不論當年度收案期間，個案管理費均為 2,000 點；跨年度收案時亦同。

(一) 病人(不含安寧療護階段)收案滿 12 個月後，由照護團隊提供完整照護，未於西醫門診(不含急診及照護團隊轉診之未開立藥品案件)就醫者。

(二) 本計畫 108 年 5 月 30 日修正前，已收案之病人(不含安寧療護階段)，自該次修正公告日起 12 個月後，未於西醫門診(不含急診及照護團隊轉診之未開立藥品案件)就醫者。

十三、計畫管理機制

(四)保險人負責總體計畫架構之研訂、協調與修正。

(五)保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、輔導轄區醫事服務機構執行計畫、計算指標與核發費用。

(六)參與本計畫之醫事服務機構負責提供病人連續性之整合醫療照護。

十四、退場機制

(一)參與本計畫之醫事服務機構，未依排定時間進行訪視且未事先通知病人、無故拒絕轉介單位或保險人轉介之病人、或參與本計畫

有待改善事項，經保險人 2 次通知限期改善而未改善者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。經保險人終止計畫參與資格者，一年內不得再申請參與本計畫。

(二)參與本計畫之醫事服務機構及醫事人員如涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者），應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本計畫。

(三)特約醫事服務機構如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起 30 日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。

十五、計畫修訂程序

(一)本計畫視需要檢討，由保險人邀集醫療專業團體、主管機關等單位共同修訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。

(二)屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

十六、附則

(一)特約醫事服務機構至病人住家提供本保險居家醫療照護，得併行提供保險人代辦之醫療服務(如預防保健等)，其服務範圍與支付標準悉依各業務主管機關之規定辦理。

(二)本計畫施行期間，與現行醫療服務支付標準第五部第一章居家照護及第三章安寧居家療護，以及呼吸器依賴患者照護計畫雙軌併行。本計畫分二期逐步整合與推廣，每期三年，期滿應評估全面導入醫療服務支付標準。

(三)附錄：

1、基本日常生活功能：巴氏量表(Barthel ADL index)。

2、末期病患主要症狀表(符合安寧療護收案條件時填寫)。

「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」

給付項目及支付標準

通則：

- 一、醫令代碼屬 P 碼者，限參與本計畫之特約醫事服務機構申報。
- 二、護理人員訪視費所列「居家護理特殊照護」及「居家護理一般照護」及「居家照護治療材料」按醫療服務支付標準第五部第一章附表 5.1.1、5.1.2 及 5.1.4 規範辦理；施行特殊照護項目及使用治療材料者，申報費用時，應填報項目編號、名稱及數量。
- 三、特約醫事服務機構對同一病人於相同期間，僅可擇一最適照護階段提供照護，不可跨照護階段收案。
- 四、照護階段內之服務項目，由收案之特約醫事服務機構協調照護團隊合作提供，不得重複提供。例如：重度居家醫療階段之呼吸器依賴患者，所需護理訪視服務，應由主責護理人員提供全人照護，而非分別派遣多名護理人員進行訪視。
- 五、呼吸器依賴患者每月實際醫療費用未達 27,000 點時，以 27,000 點扣除其他機構申報之醫療費用後，支付提供呼吸器之特約醫事服務機構；照護期間不足一個月時，依相同原則，按實際照護天數以每日 900 點計算支付。前述醫療費用不含中醫師訪視費、安寧療護醫師訪視費、安寧療護護理訪視費、其他專業人員處置費、緩和醫療家庭諮詢費、臨終病患訪視費、PCA、藥費、藥事服務費及醫療服務支付標準第五部第一章附表 5.1.4 居家照護治療材料表之備註所列特殊材料。
- 六、醫師訪視當日如於門診由同一醫師診治，醫師訪視費、門診診察費應擇一申報。
- 七、醫事人員至病人住家或配合出院準備服務到院評估居家醫療服務需求，如經評估病人不符合收案條件，不予支付當次訪視費。
- 八、兒童訪視費加成：
 - (一)適用醫師訪視費、護理人員訪視費、呼吸治療人員訪視費、居家藥事照護費、其他專業人員處置費、臨終病患訪視費。
 - (二)年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。
- 九、緊急訪視適應症與加成方式：適用醫師訪視費(不含中醫師)、護理人員訪視費及呼吸治療人員訪視費。
 - (一)適應症：
 1. 生命徵象不穩定。
 2. 呼吸喘急持續未改善。
 3. 譫妄或意識狀態不穩定。
 4. 急性疼痛發作。
 5. 發燒或突發性體溫不穩定。
 6. 急性腹瀉。
 7. 須立即處理之管路問題。
 8. 其他經醫師評估有立即前往需要者。
 - (二)除已有長期醫囑之須立即處理之管路問題項外，其他項適應症須先由醫師就病人病情進行評估後，決定適當醫事人員至案家緊急訪視，緊急訪視相關醫囑應載於訪視紀錄。
 - (三)同一醫師對同一病人之緊急訪視，每日以一人次為限，超過不予支付。
 - (四)加成方式：
 1. 以抵達案家時起算，若離開案家時跨不同加成區間逾 30 分鐘，則以較高加成區間計算。

2. 夜間(下午五點到晚上十點)加計百分之五十。
3. 深夜(晚上十時至隔日早上八時)加計百分之七十。
4. 例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之四十。
5. 同時符合夜間及例假日，則加計百分之五十；同時符合深夜及例假日，則加計百分之七十。

編號	診療項目	支付點數
	醫師訪視費	
	居家醫療、重度居家醫療：	
05307C	醫師訪視費(次)	1553 <u>1631</u>
05308C	山地離島地區醫師訪視費(次)	2051 <u>2154</u>
	甲類安寧療護：	
05312C	醫師訪視費(次)	1553 <u>1631</u>
05323C	醫師訪視費山地離島地區(次)	2051 <u>2154</u>
	乙類安寧療護：	
05336C	醫師訪視費(次)	1088 <u>1142</u>
05337C	醫師訪視費山地離島地區(次)	1435 <u>1507</u>
	註：醫師訪視費所訂點數含診察、處方、護理、電子資料處理及行政作業成本等。	
P5408C	中醫師訪視費(次)	1553 <u>1631</u>
P5409C	山地離島地區中醫師訪視費(次)	2051 <u>2154</u>
	註：中醫師訪視費所訂點數含診察(含傷科指導)、處方、護理、電子資料處理及行政作業成本等。	
P5413C	醫師評估出院病人居家醫療照護需求(次)	1553
	註： 1. 限醫院院外醫師、中醫師配合出院準備服務到院評估申報。 2. 同一病人每次住院之醫師、中醫師到院評估至多各申報1次。 3. 經居家西醫主治醫師連結之病人，中醫師到院評估應經居家西醫主治醫師邀請，始得申報。	
	護理人員訪視費	
	重度居家醫療：	
	—資源耗用群為第一類	
05301C	護理訪視費(次)	1050 <u>1103</u>
05302C	山地離島地區護理訪視費(次)	1386 <u>1455</u>
	—資源耗用群為第二類	
05303C	護理訪視費(次)	1455 <u>1528</u>
05304C	山地離島地區護理訪視費(次)	1921 <u>2017</u>
	—資源耗用群為第三類	
05305C	護理訪視費(次)	1755 <u>1843</u>
05306C	山地離島地區護理訪視費(次)	2317 <u>2433</u>
	—資源耗用群為第四類	
05321C	護理訪視費(次)	2055 <u>2158</u>
05322C	山地離島地區護理訪視費(次)	2713 <u>2849</u>

編號	診療項目	支付點數
	甲類安寧療護：	
05313C	—訪視時間一小時以內 (≤1 小時) 護理訪視費(次)	1650 <u>1733</u>
05324C	護理訪視費山地離島地區(次)	2178 <u>2287</u>
	—訪視時間一小時以上 (>1 小時)	
05314C	護理訪視費(次)	2250 <u>2363</u>
05325C	護理訪視費山地離島地區(次)	2970 <u>3119</u>
	乙類安寧療護：	
	—訪視時間一小時以內 (≤1 小時)	
05338C	護理訪視費(次)	1155 <u>1213</u>
05339C	護理訪視費山地離島地區(次)	1525 <u>1601</u>
	—訪視時間一小時以上 (>1 小時)	
05340C	護理訪視費(次)	1575 <u>1654</u>
05341C	護理訪視費山地離島地區(次)	2080 <u>2184</u>
	註： 1. 資源耗用群分類： 第一類：需居家護理一般照護項目之病人 第二類：需居家護理特殊照護群組任一組之病人 第三類：需居家護理特殊照護群組任二組之病人 第四類：需居家護理特殊照護群組任三組及以上之病人 2. 護理訪視費所訂點數含訪視、護理服務、治療處置、採檢體及送檢、居家 護理治療材料及電子資料處理等費用在內。 3. 上項採之檢體，委託代檢機構應以保險醫事服務機構或保險人指定之醫事檢 驗機構為限。 4. 訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者病人或其家屬簽章。	
	呼吸治療人員訪視費	
	—非侵襲性呼吸器依賴患者-使用鼻導管(nasal prong)或面罩等	
P5401C	呼吸治療人員訪視費(次)	1050 <u>1103</u>
P5402C	山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)	1386 <u>1455</u>
	—侵襲性呼吸器依賴患者-使用氣切管或氣管內管插管等	
P5403C	呼吸治療人員訪視費(次)	1455 <u>1528</u>
P5404C	山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)	1921 <u>2017</u>
	註： 1. 限訪視呼吸器依賴患者申報。 2. 呼吸治療人員提供侵襲性呼吸器依賴患者呼吸照護時，護理人員 不得再以提供氣切護理申報資源耗用群為第二類以上之護理訪視 費。	
P5411C	居家藥事照護費(次)	1100 <u>1155</u>

編號	診療項目	支付點數
P5412C	山地離島地區居家藥事照護費(次) 註： 1. 居家藥事照護費所訂點數含用藥評估、用藥分裝、餘藥檢核、藥事服務、電子資料處理及行政作業成本等。 2. 每次服務應由居家醫療主治醫師視病人醫療需要評估連結。	1452 <u>1525</u>
05315C	其他專業人員處置費 (次)：限社會工作人員或心理師	1050 <u>1103</u>
P5405C	山地離島地區其他專業人員處置費(次)：限社會工作人員或心理師 註：限訪視呼吸器依賴患者、臨終末期病患申報。諮商心理師限訪視末期病患。	1386 <u>1455</u>
P5406C	呼吸器使用(天) 註： 1. 限呼吸器依賴患者申報。 2. 呼吸器使用期間，自使用日起算，轉出日不予計算。	590
P5407C	緩和醫療家庭諮詢費 註： 1. 限重度居家醫療階段申報。 2. 適應症：以進入末期狀態病患為主。 3. 相關規範： (1)諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病患或家屬。 (2)諮詢時間：每一個案病人諮詢時間至少 1 小時。 (3)諮詢記紀錄：應有完整的諮詢溝通內容紀錄，並應併入病患之病歷及紀錄留存，紀錄並有參與諮詢醫療團隊及病患或家屬簽名。 (4)申報規定： a.病患已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護或居家安寧照護，不得再申報此項費用。 b.出院病患住院期間已接受緩和醫療家庭諮詢服務(項目代碼 02020B)，不得再申報此項費用。 c.同一照護團隊對同一照護對象病人限申報二次。 d.由居家醫療主治醫師執業之醫事服務機構申報此項費用。	2250
05326C	臨終病患訪視費	5000 <u>5250</u>
05327C	山地離島地區臨終病患訪視費 註： 1. 限訪視臨終病人，且 ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group Scale)大於三級以上(含三級)之病人，實際訪視時間在二小時以上(含二小時)，始得申報此項費用，每位病人申報訪視次數僅限一次。 2. 甲、乙兩類安寧療護醫事人員皆可申報。 3. 服務內容需包含臨終訪視、善終準備及家屬哀傷輔導等。	6600 <u>6930</u>
05316C	病患自控式止痛處置及材料費(Patient-Controlled Analgesia, PCA) 註：限訪視臨終末期病患，所訂點數含 PCA 幫浦注射費、PCA 裝置(set)、PCA 袋(bag)等。每一個案病患每月限申報二次。	1890

全民健康保險山地離島地區一覽表

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

參與「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」申請書

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

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

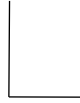
此致 衛生福利部中央健康保險署



醫事服務機構印信



負責人印章



中華民國

年

月

日

居家醫療照護團隊組成清單

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

備註：

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

全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案申請書

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

收案日期	年 月 日	前次 核定迄日	年 月 日	申請日期	年 月 日
收案機構	名稱：	代號：		照護團隊	代號：
第一部分：基本資料					
病人姓名		性別	<input type="checkbox"/> 1 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 獨居 <input type="checkbox"/> 2 家人同住 <input type="checkbox"/> 3 親友同住 <input type="checkbox"/> 4 其他				
常用語言	<input type="checkbox"/> 1 國語 <input type="checkbox"/> 2 台語 <input type="checkbox"/> 3 客家語 <input type="checkbox"/> 4 原住民族語 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 無 <input type="checkbox"/> 2 低收入戶 <input type="checkbox"/> 3 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 4 榮民 <input type="checkbox"/> 5 原住民 <input type="checkbox"/> 6 領有身心障礙證明				
第二部分：健康狀況					
意識狀態	<input type="checkbox"/> 1 清醒 <input type="checkbox"/> 2 嗜睡 <input type="checkbox"/> 3 混亂 <input type="checkbox"/> 4 呆滯(木僵) <input type="checkbox"/> 5 昏迷(或植物人) <input type="checkbox"/> 6 其他				
情緒狀態	<input type="checkbox"/> 1 平穩 <input type="checkbox"/> 2 憂鬱 <input type="checkbox"/> 3 焦慮 <input type="checkbox"/> 4 無法評估				
理解能力	<input type="checkbox"/> 1 良好 <input type="checkbox"/> 2 僅可理解簡單句子或關鍵字 <input type="checkbox"/> 3 無法理解 <input type="checkbox"/> 4 無法評估				
表達方式	<input type="checkbox"/> 1 語言 <input type="checkbox"/> 2 肢體表達 <input type="checkbox"/> 3 溝通輔具 <input type="checkbox"/> 4 無法表達 <input type="checkbox"/> 5 無法評估				
呼吸 (可複選)	<input type="checkbox"/> 1 自行呼吸 <input type="checkbox"/> 2 使用氧氣 <input type="checkbox"/> 3 使用侵襲性呼吸器 <input type="checkbox"/> 4 使用非侵襲性呼吸器 <input type="checkbox"/> 5 使用氣切管或氣管內管插管 <input type="checkbox"/> 6 其他				
進食	<input type="checkbox"/> 1 由口進食 <input type="checkbox"/> 2 鼻胃管灌食 <input type="checkbox"/> 3 靜脈注射 <input type="checkbox"/> 4 其他				
排泄	<input type="checkbox"/> 1 自行排泄 <input type="checkbox"/> 2 需協助排泄 <input type="checkbox"/> 3 大小便失禁 <input type="checkbox"/> 4 存留導尿管 <input type="checkbox"/> 5 腸造口 <input type="checkbox"/> 6 其他				
皮膚狀況	<input type="checkbox"/> 1 完整 <input type="checkbox"/> 2 損傷(部位： 大小： X X 等級： 類別： <input type="checkbox"/> 擦傷、割傷 <input type="checkbox"/> 術後傷口 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 壓瘡 <input type="checkbox"/> 其他慢性傷口：)				
日常生活 活動能力	ADL 總分： 分(請檢附 60 天內有效巴氏量表，細項如附錄 1)				
肌力	上肢(左： 分 右： 分)、下肢(左： 分 右： 分)				
疾病史					
第三部分：收案評估					
收案來源	<input type="checkbox"/> 1 住院病人，轉介醫院代碼 <input type="checkbox"/> 2 非住院病人(病患或家屬自行申請) <input type="checkbox"/> 3 非住院病人(衛生局、社會局、長照管理中心等轉介病患)				

本申請書自開立日起 14 日內有效，逾期不受理申請。

收案條件	<input type="checkbox"/> 1 有明確醫療需求 <input type="checkbox"/> 2 外出就醫不便，原因： <input type="checkbox"/> 失能(ADL<60) <input type="checkbox"/> 疾病特性： <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 3 符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第5部第1章居家照護收案條件 <input type="checkbox"/> 4 符合「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」居家照護階段之收案條件 <input type="checkbox"/> 5 符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第5部第3章安寧療護收案條件(續答附錄2 末期病患主要症狀表 (條件1、2為必要條件)
照護階段	<input type="checkbox"/> 1 居家醫療 <input type="checkbox"/> 2 重度居家醫療 <input type="checkbox"/> 3 安寧療護(續答 A~C) A.疼痛評估(0-10)： B.ECOG(0-4)： C.安寧緩和意願書或同意書簽署： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
其他照護需求評估	<input type="checkbox"/> 1 有長期照顧服務需求，轉介至 <input type="checkbox"/> 2 有居家中醫醫療需求，轉介至 <input type="checkbox"/> 3 有居家西醫醫療需求，轉介至
第四部分：醫囑	
疾病診斷	主診斷： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病名 次診斷1： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病名 次診斷2： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病名 次診斷3： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病名
醫囑	<input type="checkbox"/> 更換鼻胃管： 天換一次 材質： <input type="checkbox"/> 1 一般塑膠 <input type="checkbox"/> 2 矽質 <input type="checkbox"/> 3 其他 ; 管徑大小： FR <input type="checkbox"/> 更換導尿管： 天換一次 材質： <input type="checkbox"/> 1 一般橡膠 <input type="checkbox"/> 2 矽質 <input type="checkbox"/> 3 其他 ; 管徑大小： FR <input type="checkbox"/> 更換氣切管： 天換一次 材質： <input type="checkbox"/> 1 一般塑膠 <input type="checkbox"/> 2 矽質 <input type="checkbox"/> 3 鐵製 <input type="checkbox"/> 4 其他 ; 管徑大小： mm <input type="checkbox"/> 腸造口 <input type="checkbox"/> 胃造口 <input type="checkbox"/> 膀胱造口 <input type="checkbox"/> 壓瘡 <input type="checkbox"/> 膀胱灌洗： 天一次 <input type="checkbox"/> 傷口照護： 天一次 <input type="checkbox"/> 尿液檢查： 天一次，項目： <input type="checkbox"/> 血液檢查： 天一次，項目： <input type="checkbox"/> 呼吸照護評估與治療： 天一次 <input type="checkbox"/> 疼痛控制： <input type="checkbox"/> 1PCA <input type="checkbox"/> 2 其他 <input type="checkbox"/> 其他處置： <input type="checkbox"/> 藥物處方：
照護計畫	照護期間： 個月 訪視頻率： <input type="checkbox"/> 1 醫師 天一次，主治醫師： ，醫事機構名稱： <input type="checkbox"/> 2 護理人員 天一次，主責護理師： ，醫事機構名稱： <input type="checkbox"/> 3 呼吸治療人員 天一次，主責呼吸治療師： ，醫事機構名稱： <input type="checkbox"/> 4 心理師 天一次 <input type="checkbox"/> 5 社會工作人員 天一次

病人(或代理人)簽章：

評估醫事人員簽章：

醫囑醫師簽章：

全民健康保險居家醫療照護整合計畫
病人用藥整合同意書

一、服務說明：

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

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

二、接受服務意向表達：

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

此致 ○○醫院(診所)

立書同意人：

出生年月日：民國____年____月____日

身分證號：

代理人：

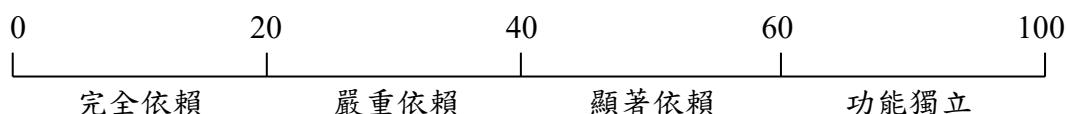
與病人之關係：

身分證號：

附錄 1、基本日常生活功能：巴氏量表(Barthel ADL index)

評估日期： 年 月 日

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



附錄 2、末期病患主要症狀表(符合安寧療護收案條件時填寫)

<p>1.癌症末期病患：</p> <p><input type="checkbox"/>高血鈣 <input type="checkbox"/>脊髓壓迫 <input type="checkbox"/>急性疼痛 <input type="checkbox"/>嚴重呼吸困難 <input type="checkbox"/>惡性腸阻塞 <input type="checkbox"/>出血 <input type="checkbox"/>腫瘤潰瘍 <input type="checkbox"/>嚴重嘔吐 <input type="checkbox"/>發燒，疑似感染 <input type="checkbox"/>癲癇發作 <input type="checkbox"/>急性瞻妄 <input type="checkbox"/>急性精神壓力，如自殺意圖</p>
<p>2.末期運動神經元病患：</p> <p><input type="checkbox"/>虛弱及萎縮 <input type="checkbox"/>肌肉痙攣 <input type="checkbox"/>吞嚥困難 <input type="checkbox"/>呼吸困難 <input type="checkbox"/>睡眠障礙 <input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>流口水 <input type="checkbox"/>心理或靈性困擾 <input type="checkbox"/>分泌物及黏稠物 <input type="checkbox"/>低效型通氣不足 <input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>流口水</p>
<p>3.失智症末期須符合下列 3 項條件：</p> <p><input type="checkbox"/>確診失智症。</p> <p><input type="checkbox"/>臨床失智評估量表 Clinical Dementia Rating (CDR) 3 分且日常體能狀況已超過半數時間臥床或依賴輪椅(如 ECOG 3 分以上)，或失智症功能評估分級量表 Functional assessment staging (FAST)等級 7C 以上。</p> <p><input type="checkbox"/>合併一年內，發生以下任一種臨床狀況：</p> <p><input type="checkbox"/>居家照護或一般支持性醫療照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。</p> <p><input type="checkbox"/>營養不良(下列任一情境)：<input type="checkbox"/>吞嚥困難，進食喝水減少，但選擇不接受管灌餵食。<input type="checkbox"/>明顯的體重減輕：過去 3 個月下降 5%或 6 個月內下降 10%。<input type="checkbox"/>身體質量指數(BMI)小於 16，或白蛋白小於 2.5g/dL。</p> <p><input type="checkbox"/>兩次以上跌倒，或者大腿骨骨折。</p> <p><input type="checkbox"/>吸入性肺炎。</p> <p><input type="checkbox"/>腎盂腎炎或其他上泌尿道感染。</p> <p><input type="checkbox"/>多處皮膚壓力性損傷(第 3、4 期)。</p> <p><input type="checkbox"/>敗血症。</p> <p><input type="checkbox"/>反覆發燒，既使已使用抗生素。</p> <p><input type="checkbox"/>過去 6 個月中，出現兩次以上非計畫性的住院，或有一次加護病房的住院。</p>
<p>4.其他大腦變質：</p> <p><input type="checkbox"/>嚴重神經疾病如：<input type="checkbox"/>嚴重中風 <input type="checkbox"/>嚴重腦傷</p> <p><input type="checkbox"/>末期大腦變質病患，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：電解值不平衡 <input type="checkbox"/>急性疼痛 <input type="checkbox"/>嚴重呼吸困難 <input type="checkbox"/>惡性腸阻塞 <input type="checkbox"/>嚴重嘔吐 <input type="checkbox"/>發燒，疑似感染 <input type="checkbox"/>癲癇發作 <input type="checkbox"/>急性瞻妄 <input type="checkbox"/>瀕死狀態 <input type="checkbox"/>末期大腦變質患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者</p>
<p>5.心臟衰竭：</p> <p><input type="checkbox"/>CHF NYHA stage III 或 IV-休息或輕度活動時會喘 <input type="checkbox"/>原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡 <input type="checkbox"/>經常因嚴重心臟衰竭症狀住院 <input type="checkbox"/>因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者 <input type="checkbox"/>曾有心臟停止或心肺復甦術病史 <input type="checkbox"/>常有不明原因的昏厥 <input type="checkbox"/>心因性腦栓塞 <input type="checkbox"/>左心室射出分率$\leq 20\%$</p>
<p>6.慢性氣道阻塞，他處未歸類者：</p> <p>慢性阻塞性肺病 Chronic Obstructive Pulmonary Disease – COPD-休息時就會喘，且病況持續惡化(如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院)，合併以下任一狀況：</p> <p><input type="checkbox"/>即使使用氧氣，然而$PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$、$PaCO_2 \geq 50\text{mmHg}$或$O_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ <input type="checkbox"/>$FEV_1 \leq 30\%$ of predicted</p> <p><input type="checkbox"/>FEV_1持續下降且速度每年大於40 ml <input type="checkbox"/>6個月內體重減少10%以上 <input type="checkbox"/>休息時心跳超過100/min <input type="checkbox"/>肺心症或肺病造成之右心衰竭 <input type="checkbox"/>合併有其他症狀(如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症</p>
<p>7.肺部其他疾病：</p> <p>Cystic fibrosis, severe fibrotic lung disease等末期肺病，休息時就會喘，且病況持續惡化(如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院)，合併以下任一狀況：</p> <p><input type="checkbox"/>即使使用氧氣，然而$PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$、$PaCO_2 \geq 50\text{mmHg}$或$O_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ <input type="checkbox"/>$FEV_1 \leq 30\%$ of predicted</p> <p><input type="checkbox"/>FEV_1持續下降且速度每年大於40 ml <input type="checkbox"/>6個月內體重減少10%以上 <input type="checkbox"/>休息時心跳超過100/min <input type="checkbox"/>肺心症或肺病造成之右心衰竭 <input type="checkbox"/>合併有其他症狀(如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症</p>

8.慢性肝病及肝硬化：

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

9.急性腎衰竭，未明示者：

- 已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 長期使用呼吸器 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者 惡性腫瘤末期患者 因衰老、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者

10.慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者：

本項適用主診斷N18.4、N18.5、N18.6、N18.9 (慢性腎衰竭; chronic renal failure)及N19 (腎衰竭，未明示者; renal failure, unspecified)兩項疾病末期定義

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

11.末期骨髓增生不良症候群 (Myelodysplastic Syndromes, MDS)、ICD-10-CM代碼：D46 (D46.0~D46.Z)：

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

12.末期衰弱老人(ICD-10-CM代碼：R54)：

- (1)參考Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT) 評估符合收案條件者。
- (2)不願意使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
 - 電解質不平衡(Electrolyte imbalance)
 - 急性疼痛(Acute pain)
 - 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
 - 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
 - 嚴重嘔吐(Severe vomiting)
 - 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
 - 癲癇發作(Seizure)
 - 急性瞻妄(Acute delirium)
 - 瀕死狀態(Predying state)

13符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者：

(1)第十四條第一項第二款至第四款：

- 處不可逆轉之昏迷狀況
- 永久植物人狀態 (ICD-10-CM代碼: R40.3)
- 極重度失智 (CDR 3分以上或FAST7分以上)

(2)第十四條第一項第五款：其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。(ICD-10-CM代碼參考如下)

- 囊狀纖維化症：E84.9
- 亨丁頓氏舞蹈症：G10
- 脊髓小腦退化性動作協調障礙：G11.0、G11.1、G11.2、G11.3、G11.4、G11.8、G11.9、G31.2、G32.81、G32.89、G60.2、R27.0、R27.8、R27.9、R29.810、R29.818、R29.890、R29.891、R29.898
- 脊髓性肌肉萎縮症：G12.9
- 肌萎縮性側索硬化症：G12.21
- 多發性系統萎縮症：G90.3
- 裘馨氏肌肉失養症：G71.0
- 肢帶型肌失養症：G71.0
- Nemaline線狀肌肉病變：G71.2
- 原發性肺動脈高壓：I27.0
- 先天性多發性關節攣縮症：Q74.3
- 遺傳性表皮分解性水泡症：Q81.0、Q81.1、Q81.2、Q81.8、Q81.9

14.罕見疾病或其他預估生命受限者：

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

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正規定

第五部 居家照護及精神病患者社區復健

第一章 居家照護

通則：

十二、本章節之各項診療項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	— 資源耗用群為第一類					
	護理訪視費(次)(在合理量內)					
05301C	1.在宅	v	v	v	v	1050 <u>1103</u>
05342C	2.機構	v	v	v	v	840 <u>882</u>
	山地離島地區護理訪視費(次)(在合理量內)					
05302C	1.在宅	v	v	v	v	1386 <u>1455</u>
05343C	2.機構	v	v	v	v	1109 <u>1164</u>
	護理訪視費(次)(超出合理量)					
05328C	1.在宅	v	v	v	v	420 <u>441</u>
05344C	2.機構	v	v	v	v	420 <u>441</u>
	山地離島地區護理訪視費(次)(超出合理量)					
05329C	1.在宅	v	v	v	v	552 <u>580</u>
05345C	2.機構	v	v	v	v	552 <u>580</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
	— 資源耗用群為第二類					
	護理訪視費(次)(在合理量內)					
05303C	1.在宅	v	v	v	v	1455 1528
05346C	2.機構	v	v	v	v	1164 1222
	山地離島地區護理訪視費(次)(在合理量內)					
05304C	1.在宅	v	v	v	v	1921 2017
05347C	2.機構	v	v	v	v	1536 1613
	護理訪視費(次)(超出合理量)					
05330C	1.在宅	v	v	v	v	580 609
05348C	2.機構	v	v	v	v	580 609
	山地離島地區護理訪視費(次)(超出合理量)					
05331C	1.在宅	v	v	v	v	768 806
05349C	2.機構	v	v	v	v	768 806
	— 資源耗用群為第三類					
	護理訪視費(次)(在合理量內)					
05305C	1.在宅	v	v	v	v	1755 1843
05350C	2.機構	v	v	v	v	1404 1474
	山地離島地區護理訪視費(次)(在合理量內)					
05306C	1.在宅	v	v	v	v	2317 2433
05351C	2.機構	v	v	v	v	1853 1946
	護理訪視費(次)(超出合理量)					
05332C	1.在宅	v	v	v	v	700 735
05352C	2.機構	v	v	v	v	700 735

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
05333C	山地離島地區護理訪視費(次)(超出合理量) 1.在宅	v	v	v	v	924 970
05353C	2.機構	v	v	v	v	924 970
	—資源耗用群為第四類					
05321C	護理訪視費(次)(在合理量內) 1.在宅	v	v	v	v	2055 2158
05354C	2.機構	v	v	v	v	1644 1726
05322C	山地離島地區護理訪視費(次)(在合理量內) 1.在宅	v	v	v	v	2713 2849
05355C	2.機構	v	v	v	v	2170 2279
05334C	護理訪視費(次)(超出合理量) 1.在宅	v	v	v	v	820 861
05356C	2.機構	v	v	v	v	820 861
05335C	山地離島地區護理訪視費(次)(超出合理量) 1.在宅	v	v	v	v	1080 1134
05357C	2.機構	v	v	v	v	1080 1134
	註：1.資源耗用群分類： 第一類：需居家護理一般照護項目之病人 第二類：需居家護理特殊照護群組任一組之病人 第三類：需居家護理特殊照護群組任二組之病人 第四類：需居家護理特殊照護群組任三組及以上之病人 2.所訂點數含訪視、護理服務、治療處置、代採檢體及送檢之檢查費、治療材料及電子資料處理等費用在內。 3.上項代採之檢體，委託代檢機構應以保險醫事服務機構或保險人指定之醫事檢驗機構為限。 4.視訪時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者或其家屬簽章。 5.訪視次數每一個案每月以二次為限，出院後新收個案當次之訪視，不計算於當月訪視次數內；依病情需要多於二次者，申報費用時應檢附護理計畫，並詳述理由。					

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
05307C	醫師訪視費(次) 1.在宅	V	V	V	V	1553 <u>1631</u>
05358C	2.機構	V	V	V	V	1242 <u>1304</u>
05308C	山地離島地區醫師訪視費(次) 1.在宅	V	V	V	V	2051 <u>2154</u>
05359C	2.機構	V	V	V	V	1640 <u>1722</u>
05309C	— 同一醫師，應同一承辦居家照護業務機構之請，當日訪視個案在五個以上者，自第五個個案起，其訪視費依本項申報。 1.在宅	V	V	V	V	600 <u>630</u>
05360C	2.機構	V	V	V	V	600 <u>630</u>
05310C	— 山地離島地區同一醫師，應同一承辦居家照護業務機構之請，當日訪視個案在五個以上者，自第五個個案起，其訪視費依本項申報。 1.在宅	V	V	V	V	792 <u>832</u>
05361C	2.機構	V	V	V	V	792 <u>832</u>
	註： 1.訪視次數每一個案至少每三個月訪視一次，每二個月申報一次為限，若病人病情有顯著變化，需要多於一次者，申報費用時應檢附訪視紀錄，並詳述理由。 2.每位醫師訪視個案數，每日以八人次為原則；每月以一百八十人次為限。 3.訪視醫師，以與保險人特約之保險醫事服務機構之醫師為限。					

第三章 安寧居家療護

通則：

十、本章節各項診療項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。

編號	診療項目	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
05312C	甲類： 醫師訪視費用(次) — 在宅	V	V	V	V	1553 <u>1631</u>
05362C	— 機構	V	V	V	V	1242 <u>1304</u>
05323C	醫師訪視費用山地離島地區(次) — 在宅	V	V	V	V	2051 <u>2154</u>
05363C	— 機構	V	V	V	V	1640 <u>1722</u>
05336C	乙類： 醫師訪視費用(次) — 在宅	V	V	V	V	1088 <u>1142</u>
05364C	— 機構	V	V	V	V	870 <u>914</u>
05337C	醫師訪視費用山地離島地區(次) — 在宅	V	V	V	V	1435 <u>1507</u>
05365C	— 機構	V	V	V	V	1147 <u>1204</u>
	註： 1. 訪視次數每一個案每週以二次為原則，若病人病情有顯著變化，需要多於每週二次者，申報費用時應檢附訪視記錄，並詳述理由。 2. 每位醫師每月訪視次數以四十五次為限。					

編號	診療項目	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	— 訪視時間一小時以內 (≤ 1 小時)					
	甲類：					
	護理訪視費(次)					
05313C	— 在宅	V	V	V	V	1650 <u>1733</u>
05366C	— 機構	V	V	V	V	1320 <u>1386</u>
	護理訪視費山地離島地區(次)					
05324C	— 在宅	V	V	V	V	2178 <u>2287</u>
05367C	— 機構	V	V	V	V	1742 <u>1829</u>
	乙類：					
	護理訪視費(次)					
05338C	— 在宅	V	V	V	V	1155 <u>1213</u>
05368C	— 機構	V	V	V	V	924 <u>970</u>
	護理訪視費山地離島地區(次)					
05339C	— 在宅	V	V	V	V	1525 <u>1601</u>
05369C	— 機構	V	V	V	V	1219 <u>1280</u>
	— 訪視時間一小時以上 (> 1 小時)					
	甲類：					
	護理訪視費(次)					
05314C	— 在宅	V	V	V	V	2250 <u>2363</u>
05370C	— 機構	V	V	V	V	1800 <u>1890</u>
	護理訪視費山地離島地區(次)					
05325C	— 在宅	V	V	V	V	2970 <u>3119</u>
05371C	— 機構	V	V	V	V	2376 <u>2495</u>

編 號	診 療 項 目	基 層 診 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
05340C	乙類： 護理訪視費(次) —在宅	V	V	V	V	1575 <u>1654</u>
05372C	—機構	V	V	V	V	1260 <u>1323</u>
05341C	護理訪視費山地離島地區(次) —在宅	V	V	V	V	2080 <u>2184</u>
05373C	—機構	V	V	V	V	1663 <u>1746</u>
	註： 1. 護理人員訪視次數每一個案每週以二次為原則，若病人病情有顯著變化，需要多於每週二次者，申報費用時應檢附訪視記錄，並詳述理由。 2. 每位護理人員每月訪視次數以四十五次為限。 3. 護理訪視費所訂點數含訪視、護理服務、治療處置、代取藥、代採檢體及送檢之檢查費、治療材料及電子資料處理等費用在內。					
05326C	臨終病患訪視費	V	V	V	V	5000 <u>5250</u>
05327C	臨終病患訪視費山地離島地區	V	V	V	V	6600 <u>6930</u>
	註： 1. 限訪視臨終病人，且 ECOG 三級以上之病人，實際訪視時間在二小時以上，始得申報此項費用，每位病人申報訪視次數僅限一次。 2. 甲乙兩類醫事人員皆可申報。 3. 服務內容需包含臨終訪視、善終準備及家屬哀傷輔導等。					

編號	診療項目	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
05315C	其他專業人員處置費 (次)：目前僅限於社會工作人員或心理師 — 在宅	V	V	V	V	1050 <u>1103</u>
05374C	— 機構 註： 1. 現暫定為社會工作人員或心理師。訪視次數每一個案每週以乙次為原則，若病人病情有顯著變化，需要多於每週乙次者，申報費用時應檢附訪視記錄，並詳述理由。 2. 每位專業人員每月訪視次數以四十五次為限。					840 <u>882</u>
05316C	病患自控式止痛處置及材料費 (Patient- Controlled Anagesia, PCA) 註： 1. 所訂點數含 PCA 幫浦注射費、PCA 裝置(set)、PCA 袋(bag)等。 2. 每一個案每月限申報二次。	V	V	V	V	1890

附表 乙類(社區安寧照護)醫護人員教育訓練課程內容

序號	課程名稱	時數
1	安寧緩和療護的哲理、現況與展望	1
2	末期疾病症狀評估與控制總論	1
3	末期病人的心理社會需求	1
4	末期病人的靈性需求	1
5	末期病人之家屬的照護及悲傷輔導之臨床實務運用	2
6	安寧緩和醫療條例與相關法律之臨床運用	1.5
7	安寧療護臨床決策的倫理與困境	1.5
8	出院準備與安寧居家療護	1
9	老人及十大末期疾病的安寧緩和療護	2
10	社區安寧緩和療護	1
合計		13

另臨床見習八小時學習目標放置於衛生福利部中央健康保險署全球資訊網，路徑如下：[首頁](#) > [健保服務](#) > [健保醫療計畫](#) > [安寧療護\(住院、居家及共照\)網路查詢服務](#)。

附表

一、失智症

失智症末期須符合下列三項條件：

1. 確診失智症(ICD-10-CM 代碼：F01-F03、F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997、G30、G31)。
-ICD-10-CM(2023 年版)：F01-F03、F06.70、F06.71、F10.27、F10.97、F13.27、F13.97、F18.27、F18.97、F19.27、F19.97、G30.-、G31.- (自一百十四年一月一日起適用)。
2. 臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating, CDR) 3 分且日常體能狀況已超過半數時間臥床或依賴輪椅(如 ECOG 3 分以上)，或失智症功能評估分級量表(Functional Assessment Staging Test, FAST)等級 7C 以上。
3. 一年內，合併發生以下任一種臨床狀況：
 - (1) 居家照護或一般支持性醫療照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
 - (2) 營養不良 (下列任一情境)
 - 吞嚥困難，進食喝水減少，但選擇不接受管灌餵食。
 - 明顯體重減輕:過去三個月下降 5%或六個月內下降 10%。
 - 身體質量指數(BMI)小於 16，或白蛋白小於 2.5g/dL。
 - (3) 二次以上跌倒，或者大腿骨骨折。
 - (4) 吸入性肺炎。
 - (5) 腎盂腎炎或其他上泌尿道感染。
 - (6) 多處皮膚壓力性損傷(第三期、第四期)。
 - (7) 敗血症。
 - (8) 反覆發燒，既使已使用抗生素。
 - (9) 過去六個月中，出現二次以上非計畫性之住院，或有一次加護病房之住院。

二、其他腦變質

嚴重神經疾病如：嚴重中風，嚴重腦傷，Multiple sclerosis, Parkinson's disease, Huntington's disease 等退化性疾病末期，合併以下狀況：

1. 末期腦變質病人，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
 - (1) 電解值不平衡(Electrolyte imbalance)
 - (2) 急性疼痛(Acute pain)
 - (3) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
 - (4) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
 - (5) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)。
 - (6) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
 - (7) 癲癇發作(Seizure)
 - (8) 急性瞻妄(Acute delirium)
 - (9) 瀕死狀態(Predying state)
2. 末期腦變質病人，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

三、心臟衰竭

心臟衰竭末期應最少符合下列二個指標：

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

四、慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者

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

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

1. 即使使用氧氣，然而 $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$ 或 O_2 saturation $\leq 88\%$ 。
2. $\text{FEV}_1 \leq 30\%$ of predicted。
3. FEV_1 持續下降且速度每年大於 40 mL。
4. 六個月內體重減少 10%以上。
5. 休息時心跳超過 100/min。
6. 肺心症或肺病造成之右心衰竭。
7. 合併有其他症狀 (如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症。

五、肺部其他疾病

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

1. 即使使用氧氣，然而 $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$ 或 O_2 saturation $\leq 88\%$ 。
2. $\text{FEV}_1 \leq 30\%$ of predicted。
3. FEV_1 持續下降且速度每年大於 40 mL。
4. 六個月內體重減少 10%以上。
5. 休息時心跳超過 100/min。
6. 肺心症或肺病造成之右心衰竭。
7. 合併有其他症狀 (如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症。

六、慢性肝病及肝硬化

必要條件：肝病或肝硬化末期，不適合肝臟移植，且

(1) PT > 5 sec above control 或 INR > 1.5

(2) Serum albumin < 2.5 g/dl

合併下列任一項症狀

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

七、急性腎衰竭，未明示者

acute renal failure, unspecified

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

八、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

本項適用主診斷 N18.4、N18.5、N18.6、N18.9 (慢性腎衰竭; chronic renal failure) 及 N19 (腎衰竭，未明示者; renal failure, unspecified) 兩項疾病末期定義

1. 慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病人，屬慢性腎臟病 (CKD) 第 4 期、第 5 期病人 (GFR < 30ml/min/1.73m²)，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病人。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病人可能在近期內死亡。
3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合新接受或繼續接受長期透析治療或腎臟移植者：
 - (1) 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症
 - (2) 長期使用呼吸器
 - (3) 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症
 - (4) 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者
 - (5) 惡性腫瘤末期病人
 - (6) 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者

九、末期骨髓增生不良症候群（Myelodysplastic syndromes，MDS）

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

ICD-10-CM 代碼：D46 (D46.0~D46.Z)

十、末期衰弱老人

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

2. 不願意使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：

- (1) 電解質不平衡(Electrolyte imbalance)
- (2) 急性疼痛(Acute pain)
- (3) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
- (4) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
- (5) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)
- (6) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
- (7) 癲癇發作(Seizure)
- (8) 急性瞻妄(Acute delirium)
- (9) 瀕死狀態(Predying state)

3. ICD-10-CM 代碼：R54

十一、符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者

1. 第十四條第一項第二款至第四款：
 - (1) 處於不可逆轉之昏迷狀況
 - (2) 永久植物人狀態 (ICD-10-CM代碼：R40.3)
 - (3) 極重度失智 (CDR3分以上或FAST7分以上)
2. 第十四條第一項第五款：其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。(ICD-10-CM代碼參考如下)
 - (1) 囊狀纖維化症：E84.9
 - (2) 亨丁頓氏舞蹈症：G10
 - (3) 脊髓小腦退化性動作協調障礙：G11.0、G11.1、G11.2、G11.3、G11.4、G11.8、G11.9、G31.2、G32.81、G32.89、G60.2、R27.0、R27.8、R27.9、R29.810、R29.818、R29.890、R29.891、R29.898
-ICD-10-CM(2023年版)：G11.0、G11.10、G11.11、G11.19、G11.2、G11.3、G11.4、G11.8、G11.9、G31.2、G32.81、G32.89、G60.2、R27.0、R27.8、R27.9、R29.810、R29.818、R29.890、R29.891、R29.898(自一百十四年一月一日起適用)
 - (4) 脊髓性肌肉萎縮症：G12.9
 - (5) 肌萎縮性側索硬化症：G12.21
-ICD-10-CM(2023年版)：G12.21、G12.25(自一百十四年一月一日起適用)
 - (6) 多發性系統萎縮症：G90.3
 - (7) 裘馨氏肌肉失養症：G71.0
-ICD-10-CM(2023年版)：G71.01(自一百十四年一月一日起適用)
 - (8) 肢帶型肌失養症：G71.0
-ICD-10-CM(2023年版)：G71.031、G71.032、G71.033、G71.0340、G71.0341、G71.0342、G71.0349、G71.035、G71.038、G71.039(自一百十四年一月一日起適用)
 - (9) Nemaline線狀肌肉病變：G71.2
-ICD-10-CM(2023年版)：G71.20、G71.21、G71.220、G71.228、G71.29(自一百十四年一月一日起適用)
 - (10) 原發性肺動脈高壓：I27.0
 - (11) 遺傳性表皮分解性水泡症：Q81.0、Q81.1、Q81.2、Q81.8、Q81.9
 - (12) 先天性多發性關節攣縮症：Q74.3

十二、罕見疾病或其他預估生命受限者

1. 罕見疾病 (依據衛生福利部國民健康署公告罕見疾病名單暨 ICD-10-CM 編碼一覽表)，預估生命受限者。
2. 先天染色體異常疾病、先天畸形(屬全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第二條附表一之重大傷病項目第八類染色體異常、先天性畸形者)，預估生命受限者。
3. 源於周產期的病況 (ICD-10-CM 代碼：P00-P96)，預估生命受限者。
-ICD-10-CM(2023年版)：P00-P96、Z05.0、Z05.1、Z05.2、Z05.3、Z05.41、Z05.42、Z05.43、Z05.5、Z05.6、Z05.71、Z05.72、Z05.73、Z05.8、Z05.9(自一百十四年一月一日起適用)
4. 染色體異常 (如 Trisomy13、Trisomy18、或其他染色體異常合併多重器官先天異常：Q91.0~Q91.7、Q97.0~Q97.9)，預估無法活至成年者。
5. 嚴重之先天腦部異常 (如無腦症：Q00.0、神經系統先天性畸形：Q07.9)，預估無法活至成年者。