

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：106646臺北市大安區安和路1段29號
9樓

承辦人：蘇慧珂

電話：(02)2752-7286分機172

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：shk2024@mail.tma.tw

受文者：臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國113年10月14日

發文字號：全醫聯字第1130001291號

速別：普通件

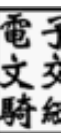
密等及解密條件或保密期限：

附件：如文 (0001291A00_ATTCH1. pdf、0001291A00_ATTCH2. pdf、0001291A00_ATTCH3. pdf、0001291A00_ATTCH5. pdf、0001291A00_ATTCH4. pdf)

主旨：轉知衛生福利部中央健康保險署公告修訂「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」等十項計畫(方案)，其中三項為醫院總額計畫(方案)，兩項為西醫基層總額專款計畫(方案)，並自114年1月1日起生效，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部中央健康保險署113年10月1日健保醫字第1130118837號公告副本辦理。
- 二、為配合衛生福利部中央健康保險署自114年1月1日起將門、住診醫療費用申報資料由2014年版ICD-10-CM/PCS轉版為2023年版，修訂計畫(方案)部分適應症之ICD-10-CM代碼。
- 三、修訂十項計畫(方案)中，其中三項為醫院總額計畫(方案)：「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」、「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」

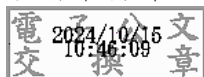


及「全民健康保險急診品質提升方案」；兩項為西醫基層
總額專款計畫(方案)：「113年度全民健康保險西醫基層提
升心肺疾病復健照護品質計畫」及「全民健康保險B型肝炎
帶原者及C型肝炎感染者醫療給付改善方案」，自114年1月
1日起生效。

四、前揭計畫修訂已刊登本會網站(路徑：全聯會首頁>公告事
項)。

正本：各縣市醫師公會

副本：



理事長 周慶明



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，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，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（疾病診斷碼如下所列），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

[-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 \(自一百十四年一月一日起
適用\)。](#)

- (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)：符合本計畫之 B 型肝炎帶原者或 C 型肝炎感染者個案管理追蹤，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)：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)，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%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。

八、資訊公開：保險人得公開參與本方案之醫療院所名單及相關品質資訊供民眾參考。

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

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

[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](#)

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、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、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、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、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)。

八、結案條件：收案對象有下列情事之一者，於發生日起終止收案。

(一)死亡。

(二)病情變化無法繼續接受本計畫。

(三)失聯≥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、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：	1000

編號	診療項目	支付點數
	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 PTM 5.被動性關節運動 Passive R.O.M. PTM 7.運動治療 Therapeutic Exs. PTM 9.肌力訓練 Strengthening Tx PTM 10.耐力訓練 Endurance training PTM 13.姿態訓練 Posture training (含步態訓練及姿勢訓練) PTS 11.低能雷射治療 Low power laser PTS 2.治療性冷/熱敷 Hot/cold pack (2)43031C職能治療-複雜治療項目： OT 1.姿態訓練 OT 3.坐站平衡訓練 OT 4.移位訓練 OT 5.日常生活訓練 OT 7.運動知覺訓練 OT 8.上肢(下肢)功能訓練 OT 12.知覺認知訓練) (3)其他：47041C、47045C或第二部第二章第六節呼吸治療處置。 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。	

編號	診療項目	支付點數
P7602P	心肺復健治療評估 註： 1.每人限申報3次。 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。 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。 4.申報須檢附附件3： (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。 (2)第二次、第三次：西醫診所心肺功能評估表。	300

(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)最大耗氧量>5 METS。
 - (2)VO₂peak>73%年紀性別預測值。
 - (3)六分鐘步行測試>500公尺以上。

十、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。

十一、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。

十二、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、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、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_2peak 最大耗氧量或無氧代謝閥值耗氧量 VO_2AT)
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、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			☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他			
	認證書面資料影本			☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他			
保險醫事服務機構	機構章戳			保險人審核意見欄	1 ☐ 審核通過 2 ☐ 不符合規定 3 ☐ 資料不全，請補齊 4 ☐ 其他 日期章戳：		本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日						

【附件2】

急性心肺疾病以ICD-10-CM認定表

ICD-10-CM代碼：

心臟

MI : I21.xxx、I25.xxx、I24.xxx、I22.xxx

-ICD-10-CM(2023年版)：I21.xxx、I25.xxx、I24.xxx、I22.xxx、I5A(自一百十四年一月一日起適用)。

CABG : Z95.xxx

Valve disorder : I35.xxx

Disease of circulation system: I00-I99

-ICD-10-CM(2023年版)：I00-I99、P91.821、P91.822、P91.823、P91.829(自一百十四年一月一日起適用)。

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

-ICD-10-CM(2023年版)：G93.3x(自一百十四年一月一日起適用)。

Peripheral artery disease：I70.2 xx

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 第一次 (收案時)	年 月 日 第二次 (第12次治療後)	年 月 日 第三次 (第36次或結案當次)
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	☐ 有 ☐ 無 (註：)	☐ 有 ☐ 無 (註：)	☐ 有 ☐ 無 (註：)
資料來源	☐ 醫院 ☐ 診所	☐ 醫院 ☐ 診所	☐ 醫院 ☐ 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	☐ 有 ☐ 無 ☐ 本人 ☐ 家屬： ☐ 其他：	☐ 有 ☐ 無 ☐ 本人 ☐ 家屬： ☐ 其他：	☐ 有 ☐ 無 ☐ 本人 ☐ 家屬： ☐ 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 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

全民健康保險急診品質提升方案

101.05.01 第一版公告實施
102.01.01 第二版公告實施
104.01.01 第三版公告實施
104.05.25 第四版公告實施
105.03.01 第五版公告實施
108.02.01 第六版公告實施
111.04.01 第七版公告實施
112.06.01 第八版公告實施
112.12.01 第九版公告實施

113.10.01 第十版公告自 114.01.01 實施

壹、前言

中央衛生主管機關為加速醫院急診部門檢傷分類作業，參採國外經驗，於 99 年公告施行急診五級檢傷分類基準，期快速檢定病人病況危急與嚴重度，讓真正急重症患者，能及時獲得緊急醫療服務，挽回寶貴的生命。為確保急診重大疾病照護品質、落實以品質導向提升急診病人處置效率，全民健康保險自 101 年起以論質計酬方式，鼓勵醫院重視並提升急重症照護品質及效率。

依據美國醫療機構評鑑聯合會(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 簡稱 JCAHO)的報告，超過 53%延誤治療的警訊事件(sentinel event)是發生在急診，而因急診壅塞所造成的事件就占了 31%。Chalfin(2007)、Nicholas(2020)等的報告，急診重症病人如果無法在 6 小時內入住加護病房，結果不僅住院天數會因此拉長，病人的死亡率也會增高(從 8.4%上升至 10.7%)。Richardson(2006)、Adam(2011)等的報告，在壅塞時段，相同疾病嚴重度的病人有較高的死亡。Sprivulis(2006)等的報告，壅塞時段，急診病人在第 2 天及第 7 天的病人死亡率增加了 30%。顯示，急診壅塞不僅影響病人的安全，同時也會造成醫療品質的下降。

全民健康保險保險人(以下稱保險人)為加強急重症之醫療照護百年衛生醫療改革計畫，邀集急診醫學會、急診管理學會、主管機關及相關專科醫學會共同研擬本方案，並與醫界協商，以論質計酬方式，期提升急重症照護品質及效能，適切滿足民眾就醫需求，保障全體國民生命安全與健康。

貳、目標

- 一、確保重大疾病照護品質。
- 二、落實品質導向轉診制度。
- 三、提升急診病人處置效率。

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

肆、參與資格：須為全民健康保險特約醫院，並依本方案規定據實登錄相關資料者。

伍、計畫構面

一、急診重大疾病照護品質：

針對急性心肌梗塞、重大外傷、嚴重敗血症、到院前心跳停止及主動脈剝離需

緊急開刀病人，訂定到院一定時間內接受必要治療處置之標準及獎勵。適用之個案定義及其獎勵條件如下：

(一)急性心肌梗塞：

主診斷碼(ICD-10-CM，以下同)為：I21.0-I21.3、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9之病人，從進入急診後經檢查適合者，於90分鐘內接受緊急介入性心導管治療(診療項目為33076B至33078B經皮冠狀動脈擴張術)之個案(door to wire time < 90 min)。

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

(二)重大外傷：

1. 符合下列主診斷碼，ISS $\geq$ 16之急診病人，從進入急診後2或4小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。

主診斷碼：

(1) T07

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

- (2) S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79 (前述第7位碼皆須為"A")

- (3) S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92 (前述第7位碼皆須為"A"或"B")

-ICD-10-CM(2023 年版)：S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99 (自一百十四年一月一日起適用) (前述第7位碼皆須為"A"或"B")。

- (4) S52、S72、S82 (前述第7位碼皆須為"A"或"B"或"C")

2. 體表面積>20%之重大燒傷，診斷為下列代碼，從進入急診後2或4小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。

主診斷碼：T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA

(三)嚴重敗血症：

主診斷或次診斷碼如下所列，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人，從進入急診後3小時內給予第一劑抗生素及6小時內完成敗血症治療組套(sepsis bundle)同時申報：09059B 乳酸檢查 (或 09135B 乳酸-丙酮酸檢查)、收縮壓，及至少完成13016B及「13001C至13026C中之任1項」細菌學及黴菌檢查之個案。

主診斷或次診斷碼：A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21

(四)到院前心跳停止(OHCA)：

1. 於收治急診之醫院治療後出院：主診斷或次診斷碼為I46.2、I46.8、I46.9及R99，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼I600000-I600003者)或存活出院(轉歸代碼為1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L者)之個案。
2. 經轉院治療後出院：主診斷或次診斷碼為I46.2、I46.8、I46.9及R99，於

地區醫院急救恢復自發性循環後，因醫療需要轉診至其他適當醫院，並於 1 小時內完成緊急處置或入住加護病房，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。

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

(五)主動脈剝離需緊急開刀：

- 1.於收治急診之醫院治療後出院：主診斷碼為 I71.00、I71.01、I71.02、I71.03、I71.1、I71.3、I71.5、I71.8、I71.5，需緊急手術者，於 4 小時內進入開刀房，且存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。
[-ICD-10-CM\(2023 年版\):I71.00、I71.010、I71.011、I71.012、I71.019、I71.02、I71.03、I71.10、I71.11、I71.12、I71.13、I71.30、I71.31、I71.32、I71.33、I71.50、I71.51、I71.52、I71.8、I71.5 \(自一百十四年一月一日起適用\)。](#)
- 2.經轉院治療後出院：主診斷碼為 I71.00、I71.01、I71.02、I71.03、I71.1、I71.3、I71.5、I71.8，需緊急手術者，於醫院 2 小時內轉出且轉入醫院於 2 小時內進入開刀房，且存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。
[-ICD-10-CM\(2023 年版\):I71.00、I71.010、I71.011、I71.012、I71.019、I71.02、I71.03、I71.10、I71.11、I71.12、I71.13、I71.30、I71.31、I71.32、I71.33、I71.50、I71.51、I71.52、I71.8 \(自一百十四年一月一日起適用\)。](#)

二、轉診品質：

為強化急診室重症病人上轉及穩定病人下轉之機制，針對符合轉診品質保證之個案，給予轉出及轉入醫院獎勵，希望透過有品質的轉診機制，使各急救責任醫院能各司其職，於第一時間依其能力完成病人醫療處置。

- (一)向上或平行轉診：中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，因重大疾病之急急狀況，醫院照護能力未符需求，須轉診至上一級或同層級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。疾病主診斷包括急性心肌梗塞，急性腦中風、主動脈剝離、食道靜脈瘤出血、敗血症、重大外傷及體表面積>20%之重大燒傷(詳附表二)。

- (二)向下或平行轉診：重度級或中度級急救責任或區域以上醫院，為讓病床更有效率運用，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至同等級或下一級急救責任醫院或同層級或下一層級醫院之適當醫療機構。疾病主診斷包括胃腸道出血、大量腸胃道出血、腸阻塞、急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞、膽管炎、急性胰臟炎、肺炎、慢性氣道阻塞、其他蜂窩組織炎及膿瘍、充血性心臟衰竭、發燒、泌尿道感染、腎盂腎炎、慢性腎衰竭、肝硬化，未提及酒精性者、及肝性昏迷(詳附表三)。

(三)轉診作業

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

(四)獎勵方式：

1. 符合向上轉診或平行轉診之病人，可申報之獎勵如下：

(1)轉出醫院以下列 3 項獎勵，擇一支付：

- A. 每個案獎勵 500 點。
- B. 能於 60 分鐘內轉出，每個案獎勵 1,500 點。
- C. 符合上述轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。

(2)轉入醫院以下列 2 項獎勵，擇一支付：

- A. 每個案獎勵 500 點。
- B. 符合上述轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。

2. 符合向下轉診之病人，可申報之獎勵如下：

(1)每個案獎勵 4,000 點。轉出與轉入醫院各給予 50%。

(2)自醫學中心下轉之病人，得另申報以下費用：

- A. 轉入醫院該次住院之基本診療費用(包括：急性病房病房費、護理費、醫師診察費及藥事服務費)得比照醫學中心標準支付，其差額以「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第一天）」、「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第二天起）」另行申報。
- B. 轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，可申報「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」，每次支付 1,000 點，當次住院最多申報 3 次。

三、急診處置效率

本項係以各項指標結果進行獎勵，藉以提升急診處置效率，提升急診病人照護品質。

- (一) 完成急性呼吸衰竭於急診緊急插管(門診案件分類為 02, 插管代碼為 47031C、47105C、47106C，其中醫令 47105C 及 47106C 依支付標準公告日起實施)之病人進入加護病房<6 小時，或完成急診重大疾病照護之病人進入加護病房<6 小時：每人次給予 5,000 點獎勵。倘同時符合緊急插管及重大疾病之案件，以重大疾病計算。

- (二) 檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8 小時：每人次給予 50 點獎勵。

(三) 地區醫院急診病人增加：

1. 計算基準：以檢傷分類等級申報所有急診病人次計算
2. 計算方式：本年急診人次 > 上年急診人次
3. 地區醫院急診人次較上年增加

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

(1)有基期可比較之月份：計算較基期相同月份增加之人次。

(2)無基期可比較之月份：以該月份之「月平均人次」減「基期月份之月平均人次」，乘以「無基期月份數」。

四、補助急診專科醫師人力

(一)補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務：

1.同體系醫院間（含委託經營）之支援不予補助，包括：

同法人醫院體系、國軍退除役官兵輔導委員會醫院體系、國軍醫院體系、衛生福利部醫院體系、同醫學院附設醫院體系、同縣市政府所屬醫院體系、同醫院總分院(院區)。若對保險人認定有異議，醫院可舉證非屬同體系醫院，經保險人分區業務組同意後認定。

2.補助方式：

(1)以急診專科醫師支援急診之班次計算，每人每次每月補助上限3萬點。

(2)支援人力計算方式：以全院每月急診專科醫師支援急診服務班次之總和，每15班算1人次(1班至少8小時)。支援不足1人次則依班次比例核算。

(3)派出支援醫院與接受支援醫院皆可接受本項補助。

3.支援規定：

支援醫師均應依醫事法規相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援，並請醫師考量負擔能力提供支援服務。

(二)補助地區醫院增聘急診專科醫師人力：

1.補助方式：

當年度地區醫院每增聘1名急診專科醫師執行急診業務，每人每月補助3萬點。

2.增聘急診專科醫師人數計算方式：

(1)該地區醫院當年每月平均執業登記急診專科醫師人數與前一年每月平均執業登記急診專科醫師人數相比較。

以 111 年為例：【111 年每月 10 日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12 個月】減【110 年每月 10 日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12 個月】

(2)增聘醫師未滿 1 人則依比例核算。

(三)前述兩項補助合計，每家醫院全年申請上限為 1,800,000 點，超過點數不予補助。

(四)本補助不適用對象：

1.「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之保障醫院。

2.「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」補助之門診支援服務。

3.衛生福利部醫事司「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」及「緊急醫療資源不足地區改善計畫」之補助醫師或補助開診費用。

(五)地區醫院醫療利用監測指標：

1. 接受本方案補助之急診專科醫師急診看診量：

(1)指標定義：

當年度接受補助之地區醫院支援及增聘急診專科醫師，平均每位醫師每月急診申報件數。

(2)目標值：大於去年同期值。

2. 接受醫學中心、區域醫院下轉急診案件之七日內回轉比率：

(1)指標定義：

分子：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉之急診案件，七日內回轉醫學中心、區域醫院之急診件數。

分母：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉急診件數。

(2)目標值：不超過3%。

陸、醫療費用申報、支付及審查

一、急診重大疾病照護及轉診品質獎勵及申報規定如下(如附表五)：

(一)急診重大疾病照護品質方面：採每月申報。

1. 第一項急性心肌梗塞疾病完成照護個案：以代碼 P4601B「急性心肌梗塞照護獎勵」申報，支付點數 6,000 點。

2. 第二項重大外傷疾病完成照護個案：進入急診後 2 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置者，以代碼 P4612B「重大外傷照護獎勵_2 小時內」申報，支付點數 10,000 點；進入急診後 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置者以代碼 P4613B「重大外傷照護獎勵_4 小時內」申報，支付點數 2,000 點。(兩者擇一申報)

3. 第三項嚴重敗血症疾病完成照護個案：以代碼 P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」申報，支付點數 2,000 點。

4. 第四項 OHCA 完成照護個案：

(1)於收治急診之醫院治療後出院：出院時意識清醒者以代碼 P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數 30,000 點；存活出院者以代碼 P4615B「OHCA 照護獎勵_存活出院」申報，支付點數 10,000 點(兩者擇一申報)

(2)經轉院治療後出院：

A.轉出院所：以代碼P4616B「OHCA轉出院所照護獎勵」申報，醫令類別填報G，支付點數填報0，d55「轉往之醫事服務機構」需填報轉往之院所代號。由保險人依轉入院所申報及VPN登錄內容進行勾稽後，依病人出院實際狀況每季統一補付費用(點數同轉入院所)。

B.轉入院所：以病人出院時狀態申報，清醒出院者以代碼P4617B「OHCA轉入院所照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數15,000點；存活出院者以代碼P4618B「OHCA轉入院所照護獎勵_存活出院」申報，支付點數5,000點。P4617B及P4618B兩者不得同時申報，且住診申報格式d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號。

5.第五項主動脈剝離需緊急開刀且存活出院個案：

(1)於收治急診之醫院治療後出院：進入急診後 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置，且存活出院者，以代碼 P4621B「主動脈剝離照護獎勵」申報，支付點數 30,000 點。

(2)經轉院治療後出院：

A.轉出院所：2小時內轉出者，以代碼P4622B「主動脈剝離轉出院所照護獎勵」申報，醫令類別填報G，支付點數填報0，d55「轉往之醫事服務機構」需填報轉往之院所代號。由保險人依轉入院所申報及VPN登錄內容進行勾稽病人出院時為存活出院者，每季統一補付費用每一個案15,000點。

B.轉入院所：2小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置且存活出院者，以代碼P4623B「主動脈剝離轉入院所照護獎勵」申報，住診申報格式d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號，支付點數15,000點。

(二)轉診品質獎勵方面：採每月申報

1.上轉個案：

(1)轉出醫院

A.以代碼P4603B「急診上轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數500點。

B.於60分鐘內轉出者，以代碼P4624B「急診上轉轉出醫院60分鐘內轉出獎勵」申報，支付點數1,500點。

C.符合本項轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵5,000點，由保險人每季勾稽轉入院所申報P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（上轉）」之案件，進行補付作業，按轉出醫院已申報前開第A、B項獎勵，補付獎勵差額。

(2)接受轉診醫院：

A.以代碼P4604B「急診上轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數500點。

B.符合轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵5,000點。由轉入醫院以代碼P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（上轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。

2.下轉個案：

(1)轉出醫院：以代碼 P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數 2,000 點及 P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」1,000 點。

(2)接受轉診醫院：以代碼 P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數 2,000 點及 P4609B-P4610B、P4626B-P4627B「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵」。

3.平轉個案：

(1)轉出醫院：

A.以代碼P4607B「急診平轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數500點。

B. 於60分鐘內轉出者，以代碼P4625B「急診平轉轉出醫院60分鐘內轉出獎勵」申報，支付點數1,500點。

C. 符合本項轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵5,000點，由保險人每季勾稽轉入院所申報P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（平轉）」之案件，進行補付作業，按轉出醫院已申報前開第A、B項獎勵，補付獎勵差額。

(2)接受轉診醫院：

A. 以代碼P4608B「急診平轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數500點。

B. 符合轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵5,000點。由轉入醫院以代碼P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（平轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。

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

三、年度結束後4月底前，辦理前一年度急診處置效率獎勵、急診專科醫師人力補助結算作業，急診專科醫師人力補助以撥入接受支援之地區醫院為原則。

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

五、醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

六、經保險人審查發現登載不實者，除不支付方案相關費用外，經確證日起至次年底不納入本方案之獎勵。

七、未達醫學中心評鑑基準急診48小時置留率三年「達零或小於同儕平均值」之目標，經主辦機關調降其醫院評鑑合格類別或註銷評鑑合格資格者，當年度不予撥付急診處置效率獎勵金。

柒、品質資訊之登錄

一、參加本方案醫院應依規定，於保險人健保資訊網服務系統之VPN登載急診重大疾病照護品質及轉診品質相關資料，格式如附表四（建置於健保資訊網服務系統），如健保相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。

二、醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務中，地區醫院（接受支援醫院）應於每月申報時，一併將接受醫師支援明細資料登錄於健保資訊網服務系統VPN中。

三、有關資料登錄作業，因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤者，由保險人分區業務組衡酌處理，且同醫院一年不得超過1次。

捌、資訊之分享與公開

- 一、保險人各分區業務組得舉辦方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約醫院報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。
- 二、保險人得公開參與本方案之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考。
- 三、參與醫院所獲得本方案之獎勵金，應用於改善急診工作人力或病人服務。保險人得要求參與醫院提報獎勵金之運用情形並得酌情予以公開。

玖、訂定與修正程序

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

附表一、緊急搶救手術或處置

健保碼	手術名稱
33075B	血管阻塞術
33144B	血管阻塞術-Lipiodol
64197C	肌腱切開或筋膜切開
64158B	斷肢再接手術
69038C	末稍血管修補及吻合術併血管移植
64237C	骨骼外固定器裝置術
67013B	氣管支氣管傷修補術
67002B	開胸探查術
67010B	肺單元切除術
67011B	肺楔狀或部份切除術
67022B	全肺切除及胸廓成形術或支氣管成形術
67023B	一葉肺葉切除
67024B	肺全切除術
68036B	體外循環維生系統(ECMO)建立
68006B	探查性開心術
68005B	心臟縫補術
68001B	探查性心包膜切開術
69009B	動脈縫合
75007B	縫肝術（肝損傷縫合，小於5公分）
75009B	縫肝術（複雜肝損傷之縫合或大於5公分）
75805B	剖腹探查術
83036C	硬腦膜外血腫清除術
83037C	急性硬腦膜下血腫清除術
83039B	腦內血腫清除術
73010B	小腸切除術加吻合術
71206B	食道切除再造術
72014B	胃空腸造口吻合術
73017B	結腸全切除術併行直腸切除術及迴腸造口
74206B	Hartmann 氏直腸手術
70001B	脾臟切除術
70002B	脾臟修補術
83080B	顱內壓監視置入
64022B至64024B	四肢切斷術
48014C-48017C、 48029B-48030B	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒 膿瘍之處理及換藥)

附表二、向上轉診或平行轉診疾病別

診斷碼中文名稱	ICD-10-CM
急性心肌梗塞	I21、I22
急性腦中風	I60-I66、G45 -ICD-10-CM(2023 年版)：I60-I66、G45、P91.821、P91.822、P91.823、P91.829 (自一百十四年一月一日起適用)
主動脈剝離	I71.00-I71.03
食道靜脈瘤出血	主診斷需為肝硬化 K70.0、K70.10、K70.11、K70.2、K70.30、K70.31、K70.40、K70.41、K70.9、K73.0、K73.1、K73.2、K73.8、K73.9、K74.0、K74.1、K74.2、K74.3、K74.4、K74.5、K74.60、K74.69、K75.4、K75.81、K76.0、K76.89、K76.9； 或門脈高壓 K76.6，且次診斷為 I85.01、I85.11。
敗血症	1.A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21 2.A02.1、A20.7、A21.7、A22.7、A23.0、A23.8、A23.9、A24.1、A26.7、A28.2、A32.7、A39.2、A39.3、A39.4、A42.7、A48.3、A54.86、B00.7、B37.7 3.O75.3、O85、O86.0、O03.37、O03.87、O04.87、O07.37、O08.2、O08.82 4.P36、P37.5
重大外傷	1. T07 -ICD-10-CM(2023 年版)：T07.XXXA (自一百十四年一月一日起適用) 2.S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79（前述第 7 位碼皆須為"A"） 3.S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92（前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"） -ICD-10-CM(2023 年版)：S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99 (自一百十四年一月一日起適用)（前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"） 4.S52、S72、S82（前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"或"C"）
體表面積>20%之重大燒傷	T31.20-T31.99、T32.20~T32.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T26.00XA~T26.92XA

附表三、向下轉診或平行轉診疾病別

診斷碼中文名稱	ICD-10-CM
胃腸道出血	K92.2
大量腸胃道出血	K25.0-K25.2、K31.82、K26.0-K26.2、K27.0-K27.2、K25.4-K25.6、K26.4-K26.6、K27.4-K27.6、K28.0-K28.2、K28.4-K28.6、K29.01、K29.21、K29.31、K29.41、K29.51、K29.61、K29.71、K29.81、K29.91、K31.811、K50.011、K50.111、K50.811、K50.911、K51.011、K51.211、K51.311、K51.411、K51.511、K51.811、K51.911、K55.21、K57.01、K57.11、K57.13、K57.21、K57.31、K57.33、K57.41、K57.51、K57.53、K57.81、K57.91、K57.93、K65.2
腸阻塞	K56.60、K56.69、K56.7、K31.5、K50.012、K50.112、K50.812、K50.912、K51.012、K51.212、K51.312、K51.412、K51.512、K51.812、K51.912、K56.0、K56.3、K56.5、E84.11
急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞	K80.00、K80.01、K80.11-K80.13、K80.18-K80.21、K80.30-K80.37、K80.40-K80.47、K80.50、K80.51、K80.60-K80.67、K80.70、K80.71、K80.80、K80.81、K81.0-K81.2、K81.9、K82.0-K82.4、K82.8、K82.9
膽管炎	K74.3、K80.3、K83.0、K80.4
急性胰臟炎	K85
肺炎	A01.03、A02.22、A37.01、A37.11、A37.81、A37.91、A50.04、A54.84、B01.2、B05.2、B06.81、B25.0、B59、B77.81、J09.X1、J10.00-J10.08、J11.00-J11.08、J12.0-J16.8、J18.0-J18.9、J68.0、J69.0-J69.8、J84.111-J84.117、J84.2、J84.89-J84.9、J85.1、J85.2、J95.851 -ICD-10-CM(2023 年版)：A01.03、A02.22、A37.01、A37.11、A37.81、A37.91、A50.04、A54.84、B01.2、B05.2、B06.81、B25.0、B59、B77.81、J09.X1、J10.00-J10.08、J11.00-J11.08、J12.0-J16.8(排除 J12.82)、J18.0-J18.9、J68.0、J69.0-J69.8、J84.111-J84.117、J84.2、J84.89-J84.9、J85.1、J85.2、J95.851(自一百十四年一月一日起適用)
慢性氣道阻塞	J43、J44、J47
其他蜂窩組織炎及膿瘍	K12.2、L02-L03、L98.3、L05.01-L05.02、K61.0-K61.4、N48.21-N48.22、N73.0-N73.2、N76.4、H00.031-H00.039、H60.00-H60.13、J34.0

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

附表四

全民健康保險急診品質方案 獎勵個案登錄系統(VPN)必要欄位表

一、基本資料

1. 院所代碼、2. 病人 ID、3. 出生日期、4. 進入急診時間(年月日時分)

二、急診重大疾病照護品質必登欄位

1. 急性心肌梗塞(共 2 欄)：治療項目醫令代碼(33076B 至 33078B 任一項)、開始執行時間。

2. 重大外傷(共 3 欄)：ISS 量表分數、治療項目醫令代碼(詳附表一任一項)、開始執行時間。

3. 嚴重敗血症(共 11 欄)：收縮壓、治療項目醫令代碼及開始時間如下

(1) 抗生素藥品代碼、給藥時間

(2) 09059B 或 09135B、開始執行時間

(3) 13016B、開始執行時間

(4) 13001C 至 13026C 中任一檢查項目、開始執行時間

4. OHCA(共 1 欄)：出院前 MRS 分數(0-5 分)。

5. OHCA 且轉院治療_轉出院所(共 1 欄)：轉院前心跳數。

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

三、轉診獎勵品質必登欄位

1. 轉出醫院：轉出時間、轉出醫院代號

2. 接受轉診醫院：轉入時間、轉入醫院代號

四、急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務必登欄位

1. 費用年月、2. 接受支援(地區)醫院業務組別、3. 接受支援(地區)醫院名稱、4. 接受支援(地區)醫院代號、5. 支援醫師 ID、6. 支援醫師姓名、7. 派出支援醫院代號、8. 派出支援醫院名稱、9. 支援班次數、10. 支援開始時間(年月日時分)、11. 支援結束時間(年月日時分)。

附表五 急診重大疾病照護及轉診獎勵給付項目及支付標準

一、急診重大疾病照護品質

編號	項目	點數
P4601B	急性心肌梗塞照護獎勵 註： 1.適用對象：主診斷碼(ICD-10-CM)為：I21.0-I21.3、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9 之急診病人。 <u>-ICD-10-CM(2023 年版): I21.0-I21.3、I21.9、I21.A1、I21.A9、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9 (自一百十四年一月一日起適用)。</u> 2.支付條件及規範：從進入急診後經檢查適合者，於 90 分鐘內接受緊急介入性心導管治療(診療項目為 33076B 至 33078B 經皮冠狀動脈擴張術)之個案(door to wire time < 90 min)。	6,000
P4612B P4613B	重大外傷照護獎勵_2 小時內進開刀房 重大外傷照護獎勵_4 小時內進開刀房 註： 1.適用對象： (1)符合下列主診斷碼且 ISS$\geq$16 之急診病人：T07、S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79 (前述第 7 位碼皆須為"A")、S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92 (前述第 7 位碼皆須為"A"或"B")、S52、S72、S82 (前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"或"C")。 <u>-ICD-10-CM(2023 年版)：T07.XXXA、S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79 (前述第 7 位碼皆須為"A")、S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92 (前述第 7 位碼皆須為"A"或"B")、S52、S72、S82、S99 (前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"或"C") (自一百十四年一月一日起適用)</u> (2)體表面積>20%之重大燒傷，診斷為下列代碼之急診病人： T31.20-T31.99 、 T20.30XA-T20.39XA 、 T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。 2.支付條件及規範：從進入急診後 2 小時或 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)。 3.限擇一申報。	10,000 2,000
P4602B	嚴重敗血症照護獎勵 註： 1.適用對象：主診斷或次診斷碼為：A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、	2,000

編號	項目	點數
	A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人。 2.獎勵條件及規範：進入急診後 3 小時內給予第一劑抗生素及 6 小時內完成敗血症治療組套(sepsis bundle)同時申報 09059B 乳酸檢查（或 09135B 乳酸-丙酮酸檢查）、收縮壓，及至少完成 13016B 及「13001C 至 13026C 中之任 1 項」細菌學及黴菌檢查。	
P4614B	到院前心跳停止(OHCA)於收治急診之醫院治療後出院	30,000
P4615B	—OHCA 照護獎勵_清醒出院	10,000
P4616B	—OHCA 照護獎勵_存活出院	
P4617B	OHCA 經轉院治療後出院	同轉入院所
P4618B	—OHCA 轉出院所照護獎勵	15,000
	—OHCA 轉入院所照護獎勵_清醒出院	5,000
	—OHCA 轉入院所照護獎勵_存活出院	
	註： 1.適用對象：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99 之急診病人。 2.支付條件及規範： (1)P4614B、P4615B(於收治急診之醫院治療後出院)：出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)。 (2)P4616B~P4618B(經轉院治療後出院)：於地區醫院急救恢復自發性循環後，因醫療需要轉診至其他適當醫院，並於 1 小時內完成緊急處置或入住加護病房，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。 (3)P4616B 由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾後，依病人出院實際狀況，每季統一補付(點數同轉入院所)。 (4)申報本項獎勵之急救責任醫院，應依衛生福利部公告之「到院前心跳停止（OHCA）病摘交換欄位與格式之標準規範」使用電子病歷交換中心（E.M.R. Exchange Center，EEC）上傳資料。	
P4621B	主動脈剝離於收治急診之醫院治療後出院	30,000
	—主動脈剝離照護獎勵	
	主動脈剝離經轉院治療後出院	

編號	項目	點數
P4622B	—主動脈剝離轉出院所照護獎勵	15,000
P4623B	—主動脈剝離轉入院所照護獎勵	15,000
	註： 1.適用對象：主診斷碼為 I71.00、I71.01、I71.02、I71.03、I71.1、I71.3、I71.5、I71.8 之急診病人，需緊急手術者。 <u>-ICD-10-CM(2023 年版)：I71.00、I71.010、I71.011、I71.012、I71.019、I71.02、I71.03、I71.10、I71.11、I71.12、I71.13、I71.30、I71.31、I71.32、I71.33、I71.50、I71.51、I71.52、I71.8(自一百十四年一月一日起適用)</u> 2.支付條件及規範： (1)P4621B：於 4 小時內進入開刀房，且存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)。 (2)P4622B、P4623B：於醫院 2 小時內轉出且轉入醫院於 2 小時內進入開刀房，且存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)。 (3)P4622B 由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾稽病人出院時為存活出院者，每季統一補付。	

二、急診轉診品質獎勵

編號	項目	點數
P4603B	(一)向上轉診	
P4624B	1.轉出醫院	
—	—急診上轉轉出醫院獎勵	500
	—急診上轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵	1,500
	—重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵(上轉)【本項由保險人勾稽計算】	5,000
P4604B	2.接受轉診醫院	500
P4619B	—急診上轉轉入醫院獎勵	5,000
	—重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵(上轉)	
	註： 1.中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，轉診至上一級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。 2.適用向上轉診之疾病主診斷如附表二。 3.轉出醫院之三項獎勵，限擇一申報；轉入醫院之二項獎勵，限	

	擇一申報。	
	(二)向下轉診 1.轉出醫院 —急診下轉轉出醫院獎勵 —急性醫療醫院醫師訪視獎勵費：轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，每次支付 1,000 點，當次住院最多申報 3 次。 2.接受轉診醫院 —急診下轉轉入醫院獎勵 —區域醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第一天） —區域醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第二天起） —地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第一天） —地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第二天起） 註： 1.向下轉診係指重度級或中度級急救責任醫院或區域以上醫院，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至下一級急救責任醫院或下一層級之醫院之適當醫療機構。 2.適用向下轉診之疾病主診斷如附表三。 3.P4609B、P4610B、P4626B 及 P4627B 為轉診病人當次住院之基本診療費用，該院層級與醫學中心層級支付標準點數之差額。	
P4605B		2,000
P4611B		1,000
P4606B		2,000
P4626B		詳註 3
P4609B		詳註 3
P4627B		詳註 3
P4610B		詳註 3
	(三)平行轉診 1.轉出醫院 —急診平轉轉出醫院獎勵 —急診平轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（平轉）【本項由保險人勾稽計算】 2.接受轉診醫院 —急診平轉轉入醫院獎勵 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（平轉） 註： 1.適用平行轉診之疾病主診斷如附表二、附表三。 2.轉出醫院之三項獎勵，限擇一申報；轉入醫院之二項獎勵，限擇一申報。	
P4607B		500
P4625B		1,500
—		5,000
P4608B		500
P4620B		5,000

全民健康保險安寧共同照護試辦方案

100年4月1日 第一版實施
102年7月29日 第一版修訂
104年2月1日 第二版修訂
104年8月1日 第三版修訂
111年6月1日 第四版修訂
111年9月1日 第五版修訂
111年12月1日 第六版修訂

113年10月1日第七版修訂自114年1月1日生效

壹、前言

全民健康保險(以下稱健保)自 85 年及 89 年實施安寧居家療護及住院安寧療護試辦計畫，並配合衛生福利部政策於健保 IC 卡提供安寧意願註記，於 98 年正式納入支付標準常態性支付。另為讓更多有意願接受安寧緩和醫療服務之末期病人，不須入住安寧病房亦有機會接受健保安寧療護服務，健保自 100 年 4 月起實施本試辦方案，以建構更完善之安寧療護共同照護服務模式。

健保安寧療護最初收案對象僅限癌症末期病人及漸凍人，98 年新增八類經醫師專業診斷符合安寧收案條件之末期病人，111 年新增末期衰弱老人、末期骨髓增生不良症候群病人、符合病人自主權利法第十四條第一項第二至五款所列臨床條件者，以及罕見疾病或其他預估生命受限者，期讓更多病人有機會接受安寧療護服務。

健保將持續推動讓有需求之末期病人得到高品質安寧療護之政策方向，與世界潮流同步並與 WHO 理念一致，協助病人與其家人在身體、心理和靈性等需求均能獲得緩解與支持，落實善終並維護生命品質。

貳、計畫目標

- 一、建立醫院安寧療護推動模式。
- 二、使住院中(不含入住安寧病房)或急診診療中之末期病人皆有機會享有安寧療護照護服務。
- 三、提高醫護人員、病人及家屬對安寧療護的認知，並進而增加醫護人員之照護技能。

參、預算來源：本方案給付項目及支付標準(P4401B、P4402B、P4403B)之

醫療費用由醫院總額一般服務預算項下支應，採點值浮動方式。

肆、計畫內容

一、參與試辦醫院及人員資格：

(一) 醫院應填具「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」申請書(詳附件一)向全民健康保險保險人(以下稱保險人)之分區業務組提出申請，經同意後始可申報。

(二) 醫院須成立「安寧共同照護小組」，該小組成員與資格：

1. 成員：

- (1) 須包括安寧共同照護負責醫師及專任護理人員至少各1名，視必要得增設社工人員、心理師、宗教師或志工等。成員異動時，須通知保險人之分區業務組，否則不予支付相關費用。
- (2) 參與試辦之地區醫院過去3個月(每季季末計算)平均照護人數達30人以上，應設置專任護理人員1人，並應依個案增加比率酌增專任護理人員人數；惟照護人數30人以下者得以兼任人員任之。

2. 資格：

- (1) 小組成員皆須接受過安寧緩和醫療之相關教育訓練80小時以上。教育訓練內容須包含安寧緩和醫療的介紹、十大疾病病人之舒適照護、末期症狀控制、末期病人及家屬之心理社會與靈性照護、末期病人與遺族之哀傷輔導、安寧療護倫理與法律、溝通議題與安寧療護服務(含住院、居家及共照)相關表單制度與轉介等7大主題，且講師群須含括醫、護、社各專業領域，並含40小時安寧病房見習。
- (2) 每年繼續教育時數：醫師及護理人員為20小時(含院際案例討論、遠距視訊討論、e-learning課程等)，並提出相關教育訓練證明。

二、收案對象：經原照護團隊成員照會「安寧共同照護小組」後，共同

評估符合下列末期病人條件（相關症狀條件詳附表 1），且病人或家屬同意接受安寧共同照護服務並簽署服務說明書(詳附件二)（必要條件）。

(一) 癌症末期病人：

1. 確定病人對各種治癒性治療效果不佳(必要條件)。
2. 病人有身心靈症狀亟需安寧共同照護小組介入。

(二) 末期運動神經元病人：

1. 末期運動神經元病人，主要症狀有直接相關或間接相關症狀者。
 - (1) 直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。
 - (2) 間接相關症狀：睡眠障礙、便秘、流口水、心理或靈性困擾、分泌物及黏稠物、低效型通氣不足、疼痛。
2. 末期運動神經元病人，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

(三) 主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者：

1. 失智症
2. 其他腦變質。
3. 心臟衰竭。
4. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者。
5. 肺部其他疾病。
6. 慢性肝病及肝硬化。
7. 急性腎衰竭，未明示者。
8. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者。
9. 末期骨髓增生不良症候群(Myelodysplastic Syndromes，MDS)。
10. 末期衰弱老人。

(四) 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。

(五) 罕見疾病或其他預估生命受限者。

三、收案流程：

(一) 照會申請：

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

(二) 紀錄及登錄安寧共同照護服務內容：

1. 專業人員於訪視及結案時應填寫「安寧共同照護個案收案申請書」(詳附件三)及照護紀錄(安寧共同照護護理人員訪視表及其他專業人員訪視表，詳附件四)。
2. 參與本方案之特約醫療院所應依規定內容(詳附件五)於健保資訊網服務系統(VPN)登錄相關資訊。

四、服務項目：詳如安寧共同照護服務內容及紀錄表(附件六)；附件六-1 至附件六-4 為選擇性表格，得視病人及家屬需要填寫，包括初步疼痛評估表、持續疼痛評估表、心理社會需要評估、照顧紀錄及靈性需要評估及輔導計畫等表單內容。

五、照護期限：每一個案自接受首次安寧共同照護之日起，於該院所接受安寧共同照護以 1 個月為限，超過 1 個月者，若病情需要申請延長照護，應經「安寧共同照護小組」診斷並填具安寧共同照護延長照護申請書（詳附件七）提出專案申請，送保險人備查。

六、病人照護評估指標：

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

(四) 因死亡結案病人，安寧共照介入天數大於 30 天之比率。

(五) 轉入 ICU 病房比率。

七、給付項目及支付標準：符合本方案之收案對象，接受安寧共同照護小組提供之完整性照護，醫院得申報共同照護各類專業人員照護費，給付項目及支付標準詳附表 3。

(一) P4401B 安寧首次共同照護費：每人限申報 1 次，支付點數為 2,025 點。安寧共同照護小組(至少含醫師及護理人員)皆須進行訪視，每一個案訪視時間至少 1 小時，訪視時間應於交班時紀錄並簽名；每位專任護理人員每月合理訪視首次個案數為 30 人(含)，超過合理量部分，健保不予支付。

(二) P4402B 後續安寧照護團隊照護費(含醫師)(每週)(次)：每次支付 1,575 點。每週醫師及護理人員之基本訪視次數至少各 1 次；每次訪視時間至少 30 分鐘。團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄；未滿 1 週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。

(三) P4403B 後續安寧照護團隊照護費(不含醫師)(每週)(次)：每次支付 1,275 點，每週護理人員之基本訪視次數至少 1 次，每次訪視時間至少 30 分鐘。團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄；未滿 1 週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。

八、結案條件：收案對象有下列情事之一者，於發生日起終止收案。

(一) 問題改善。

(二) 轉安寧療護病房。

(三) 轉安寧居家療護。

(四) 轉一般居家。

(五) 穩定出院。

(六) 瀕死出院。

(七) 死亡。

(八) 病人拒絕。

(九) 家屬拒絕。

(十) 其他。

伍、醫療費用申報及審查原則：

一、申報原則：

(一) 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

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

(三) 住院醫療服務醫令清單：醫令執行起迄為必填欄位。

二、審查原則：

(一) 保險人分區業務組得不定期實地訪查，若發現個案照護紀錄不實者，保險人得不予支付該筆照護費並依相關規定辦理。

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

陸、附件表單包含有：

附件一：全民健康保險安寧共同照護試辦方案申請書

附件二：參與「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」服務說明書

附件三：安寧共同照護個案收案申請書

附件四：安寧共同照護護理人員訪視表及其他專業人員訪視表

附件五：安寧共同照護個案登錄健保資訊網服務系統(VPN)必要欄位表

附件六：安寧共同照護服務內容及紀錄表

附件七：安寧共同照護延長照護申請書

附表1 收案對象之相關症狀條件

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、F10.27、F10.97、F13.27、F13.97、F18.27、F18.97、F19.27、F19.97、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 (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。
 - 明顯的體重減輕: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)兩次以上跌倒，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 3、4 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，出現兩次以上非計畫性的住院，或有一次加護病房的住院。

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

心衰竭末期應最少符合下列二個指標：

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

四、慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者

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

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

- 1.即使使用氧氣，然而 $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$ 或 $\text{O}_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ 。
2. $\text{FEV1} \leq 30\%$ of predicted。
3. FEV1 持續下降且速度每年大於40 mL。
- 4.六個月內體重減少10%以上。
- 5.休息時心跳超過100/min。
- 6.肺心症或肺病造成之右心衰竭。
- 7.合併有其他症狀(如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症。

五、肺部其他疾病

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

- 1.即使使用氧氣，然而 $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$ 或 $\text{O}_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ 。
2. $\text{FEV1} \leq 30\%$ of predicted。
3. FEV1 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 asterix, somnolence, coma)。
5. 復發性食道靜脈瘤出血 (Recurrent variceal bleeding)。
6. 多重器官衰竭 (Multiple organ failure)。
7. 惡病質與消瘦 (Cachexia and asthenia)。

七、急性腎衰竭，未明示者

acute renal failure, unspecified

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

八、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

本項適用主診斷 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 < 30 ml/min/1.73m²)，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病人。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病人可能在近期內死亡。
3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合新接受或繼續接受長期透析治療或腎臟移植者：
 - (1) 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症
 - (2) 長期使用呼吸器
 - (3) 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症
 - (4) 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者
 - (5) 惡性腫瘤末期病人
 - (6) 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者

九、末期骨髓增生不良症候群（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

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) 急性譫妄(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(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)。

- (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

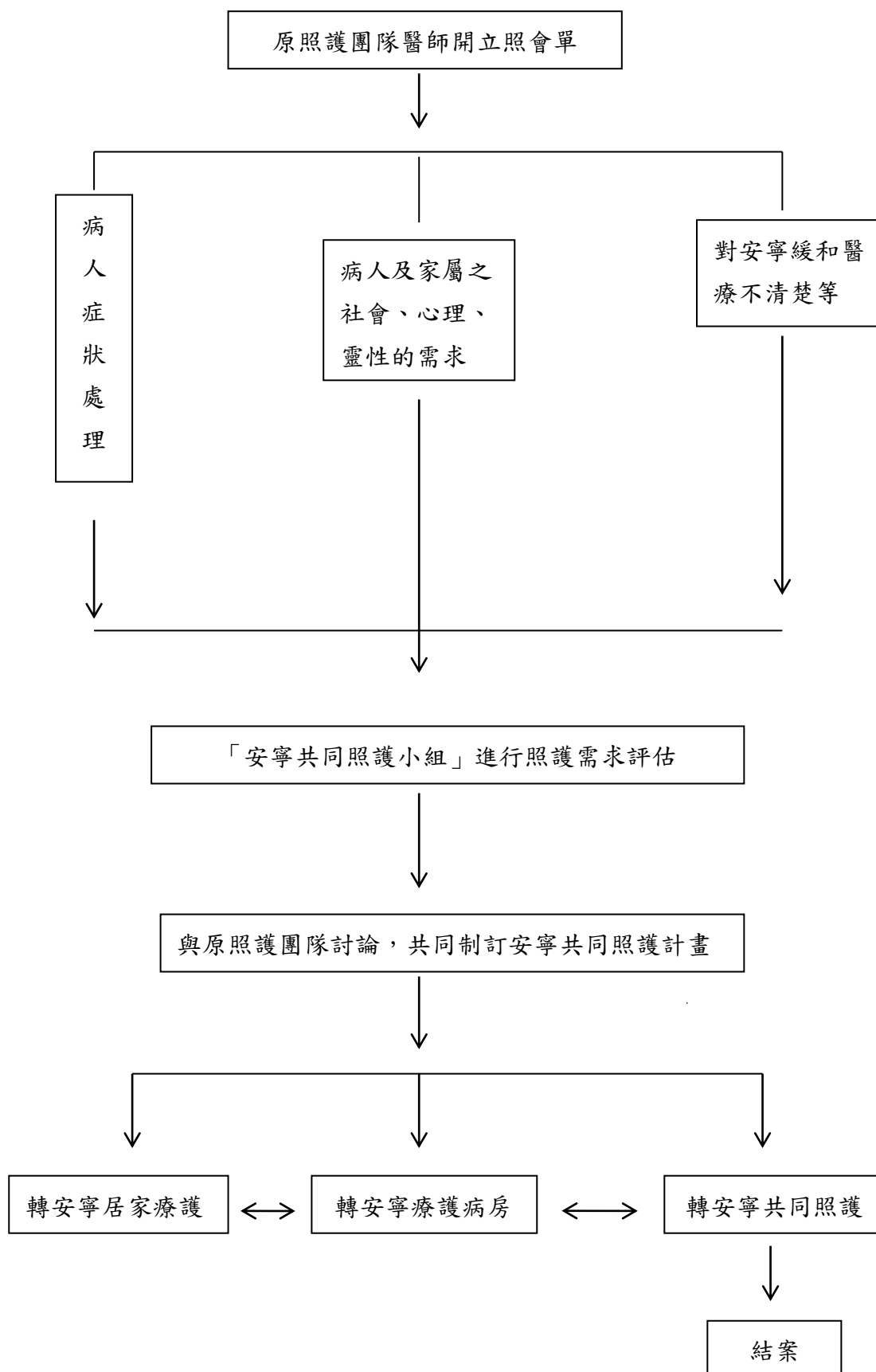
先天性多發性關節攣縮症：Q74.3

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(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 Trisomy 13、Trisomy 18、或其他染色體異常合併多重器官先天異常：Q91.0-Q91.7、Q97.0-Q97.9)，預估無法活至成年者。
5. 嚴重之先天腦部異常(如無腦症：Q00.0、神經系統先天性畸形：Q07.9)，預估無法活至成年者。

附表2

安寧共同照護流程



附表3

全民健康保險安寧共同照護試辦方案給付項目及支付標準

通則：

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

編 號	診 療 項 目	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
一、首次照護：原照護團隊醫師開立照會單，「安寧共同照護小組」進行訪視，且病人已簽署服務同意書。					
P4401B	安寧首次共同照護費 註： 1. 安寧共同照護團隊(至少含醫師及護理人員)皆須進行訪視。 2. 每位專任護理人員每月合理訪視首次個案數為30人(含)，超過合理量部分，健保不予支付。 3. 每一個案訪視時間至少1小時，訪視時間起迄於交班時紀錄並簽名。 4. 申報本項費用時，應完成醫師診療計畫、原團隊照會單及護理評估與照護計畫紀錄。 5. 每人每院限申報1次。	V	V	V	2025

二、後續照護：指申報首次照護費後，依病人病情施行之後續安寧共照服務，須與首次共照服務隔1週（7日）。					
P4402B	後續安寧照護團隊照護費(含醫師)（每週）（次） 註： 1.每週醫師及護理人員基本訪視次數至少各1次。 2.團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄。 3.未滿1週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。 4.每次訪視時間至少30分鐘。	V	V	V	1575
P4403B	後續安寧照護團隊照護費(不含醫師)（每週）（次） 註： 1.每週護理人員基本訪視次數至少1次。 2.團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄。 3.未滿1週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。 4.每次訪視時間至少30分鐘。	V	V	V	1275

全民健康保險安寧共同照護試辦方案申請書

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

此致

衛生福利部中央健康保險署

申請資料：

醫事機構代號：

醫事機構名稱：

醫事機構負責人：

計畫聯絡人：

聯絡電話：

聯絡人電子信箱：

醫事機構特約章戳

(醫事機構印章)

(負責醫師印章)

中 華 民 國 年 月 日

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

參與「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」服務說明書

壹、服務對象：

經醫師診斷或轉介之末期癌症病人、末期運動神經元病人者及下列疾病末期病人，包括：失智症、其他腦變質、心臟衰竭、慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者、肺部其他疾病、慢性肝病及肝硬化、急性腎衰竭，未明示者、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者、末期骨髓增生不良症候群、末期衰弱老人、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，以及罕見疾病或其他預估生命受限者等病人，且病人或家屬同意接受安寧共同照護服務。

貳、安寧共同照護說明：

「安寧共同照護」是指在住院(不含入住安寧病房)或急診診療中之病人有安寧療護服務之需求，可由原照護病人之醫療團隊之醫護人員照會同院之「安寧共同照護」醫療團隊，藉由安寧共照團隊人員依病人之病況，提供適宜之安寧照護服務。

參、服務項目：

安寧照護團隊評估病人之需求，提供以下之服務：

1. 症狀控制：

提供疼痛、呼吸困難、噁心、嘔吐、腹脹便秘、意識混亂、虛弱、肌肉痙攣等常見末期症狀之適當藥物處置之建議。

2. 協助其他療護處置及病人身體照護（如噴霧處置、水腫按摩、腹部按摩、傷口換藥等）；舒適護理指導（如移位、翻身擺位、床上擦澡、床上洗頭、美足護理、放鬆療法、皮膚護理、口腔護理、被動運動）及其他療護指導（如飲食指導、復健指導等）。

3. 協助病人及家屬心理社會靈性需求之照護及轉介（如支持與傾聽、協助生命回顧、協助心願達成、生命意義之討論、人際關係的修復等）。

4. 協助病人及家屬病情認知及重要療護模式之決策（如病情告知之技巧、DNR 簽署決策、管路置入、營養與水分之取捨、及善終與出院準備等）。

5. 促進病人或家屬彼此間的溝通及與醫療團隊間的溝通。

肆、民眾的權益

病人或家屬得隨時要求停止安寧共同照護服務。

本人已充分了解加入全民健康保險安寧共同照護試辦方案病人之權利義務，並同意接受服務。

病人（或代理人）簽章：_____關係：_____日期：__年__月__日

解說醫護人員簽名：_____日期：__年__月__日

文件編號		版次	02
------	--	----	----

安寧共同照護個案收案申請書

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

※是否已預立遺囑或指定醫療決策代理人：☐是 ☐否 ☐其他_____

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

※婚姻狀態：☐已婚 ☐未婚 ☐喪偶 ☐離婚 ☐其他_____※教育程度：☐大學以上 ☐大學 ☐專科 ☐高中(職) ☐國(初)中 ☐小學 ☐自修 ☐不識字※宗教信仰：☐佛教☐道教☐基督教☐天主教☐一貫道☐天帝教☐一般民間信仰☐其他_____

※現在職業：_____※過去職業：_____

※簡要家系圖：

※原主治醫師姓名：_____

※主要照顧者（日）：_____

（夜）：_____

※緊急聯絡者姓名：_____

（電話）：_____

（手機）：_____

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

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

安寧共同照護護理人員訪視表

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

問題與症狀評估

1.主要症狀：病人 ECOG：____分（請填入 0-4 分）

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

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

For breakthrough pain：☐無☐有_____

b. 便秘：嚴重度____分

c. 呼吸困難：嚴重度____分

d. 噁心嘔吐：嚴重度____分

e. 譫妄躁動：嚴重度____分

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

0 分：無此症狀。 1 分：輕微，偶而發生，尚未造成病人困擾。

2 分：中度，已造成病人困擾，或因而限制了病人部分活動。

3 分：嚴重，時常發生，限制日常活動或明顯影響其注意力。

4 分：很嚴重，持續不斷，讓病人無法忍受。

2.其他症狀：

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

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

☐壓瘡☐感染☐發燒☐失眠☐瀕死症狀☐其他_____

3.心理社會問題：

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

☐無法評估 ☐其他_____

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

☐無法評估 ☐其他_____

4.靈性宗教需求：

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

☐無法評估☐其他_____

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

☐無法評估 ☐其他_____

照護計畫與療護

1.疼痛治療藥物之建議：☐無 ☐有

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

For breakthrough pain：☐無 ☐有

預防/處理便秘措施：☐無 ☐灌腸 ☐藥物/其他_____

2.協助其他症狀處置之建議：

☐藥物治療，如_____ ☐緩解性化療 ☐緩解性放療

療護處置：☐噴霧處置 ☐水腫按摩 ☐腹部按摩 ☐傷口換藥 ☐其他_____

療護指導：☐飲食指導 ☐復健指導 ☐其他指導_____

舒適護理：☐移位☐翻身擺位☐床上擦澡☐床上洗頭☐美足護理☐放鬆療法☐皮膚護理☐口腔護理☐被動運動

☐其他_____

3.心理社會問題照護：病人：☐支持與傾聽 ☐轉介 ☐提供適當處置_____

家屬：☐支持與傾聽 ☐轉介 ☐提供適當處置_____

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

☐後事交代☐協助心願達成☐轉介☐其他_____

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

☐後事交代☐協助心願達成☐轉介☐其他_____

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

6.協助療護模式決策：

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

☐Tracheostomy ☐other_____)

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

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

檢查取捨 (☐影像檢查 ☐血液檢查 ☐病理切片 ☐其他_____)

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

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

☐他院一般居家 ☐安養院 ☐護理之家☐其他_____)

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

☐輔助治療師(藝術/音樂/芳香) ☐其他_____

8.溝通：

溝通對象：☐病人 ☐親屬_____ ☐非親屬_____

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

共照護人員簽署：_____

安寧共同照護其他專業人員訪視表

安寧團隊：☐醫師 ☐社工人員 ☐心理師 ☐靈性照顧人員☐其他_____

病歷號	姓名	照護日期	時間
		____年____月____日	自____:____至____:____
照 護 計 畫 與 療 護 建 議	1. 醫師紀錄：		

	2. 疼痛治療藥物之建議： ☐ 無 ☐ 有（請詳述藥名、途徑、劑量、頻次）		

	3. 其他症狀處置之建議： ☐ 無 ☐ 有		

4. 心理社會問題照護：病人： ☐ 支持與傾聽 ☐ 轉介 ☐ 提供適當處置			
家屬： ☐ 支持與傾聽 ☐ 轉介 ☐ 提供適當處置			
5. 靈性宗教需求照護：病人： ☐ 生命回顧 ☐ 生命意義的討論 ☐ 人際關係的修復連結			
☐ 宗教信仰的加深 ☐ 宗教儀式實行 ☐ 後事交代 ☐ 協助心願達成			
☐ 轉介 ☐ 其他_____			
家屬： ☐ 生命回顧 ☐ 生命意義的討論 ☐ 人際關係的修復連結			
☐ 宗教信仰的加深 ☐ 宗教儀式實行 ☐ 後事交代 ☐ 協助心願達成			
☐ 轉介 ☐ 其他_____			
6. 協助病情認知：病人： ☐ 診斷 ☐ 病情與預後 ☐ DNR 簽署			
家屬： ☐ 診斷 ☐ 病情與預後 ☐ DNR 簽署			
7. 協助其他療護模式決策： ☐ 無 ☐ 有			

專業人員簽署：_____			

全民健康保險安寧共同照護試辦方案

安寧共同照護個案登錄健保資訊網服務系統(VPN)必要欄位表

一、新收案必須登錄欄位(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)：

- (一)科別、病房床號、病歷號、新收案日期、個案性別、出生日期、ICD 前 3 碼、主診斷 (1：癌症末期病人；2：末期運動神經元病人；3：失智症；4：其他腦變質；5：心臟衰竭；6：慢性氣道阻塞，他處未歸類者；7：肺部其他疾病；8：慢性肝病及肝硬化；9：急性腎衰竭，未明示者；10：慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者、11：末期骨髓增生不良症候群、12：末期衰弱老人、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、14：罕見疾病或其他預估生命受限者)、轉移部位(1. 無；2.不確定；3.肺；4.肝；5.腦；6.骨髓；7.脊髓；8.其他)
- (二)基本評估照護指標：收案時 DNR 簽署狀態：(1：未簽署；2：已簽署)、收案時，病人對診斷認知：(1：知道；2：不知道；3：懷疑或半知半解；4：無法評估)、收案時，病人對病情及預後認知(1：知道；2：不知道；3：懷疑或半知半解；4：無法評估)、收案時，家屬對病情及預後認知(1：知道；2：不知道；3：懷疑或半知半解；4：無法評估)

二、延長照護必須登錄欄位(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)：

- (一)延長照護日期、個案性別、出生日期、ICD前3碼、主診斷 (1：癌症末期病人；2：末期運動神經元病人；3：失智症；4：其他腦變質；5：心臟衰竭；6：慢性氣道阻塞，他處未歸類者；7：肺部其他疾病；8：慢性肝病及肝硬化；9：急性腎衰竭，未明示者；10：慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者、11：末期骨髓增生不良症候群、12：末期衰弱老人、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、14：罕見疾病或其他預估生命受限者)、轉移部位(1. 無；2.不確定；3.肺；4.肝；5.腦；6.骨髓；7.脊髓；8.其他)。
- (二)醫療品質指標：疼痛控制(疼痛對病人之影響)_____ (0-10)；呼吸

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

三、結案必須登錄欄位(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)：

(一)結案日期

(二)結案原因：1：問題改善。2：轉安寧療護病房。3：轉安寧居家療護。4：轉一般居家。5：穩定出院。6：瀕死出院。7：死亡。8：病人拒絕。9：家屬拒絕。10：轉入ICU病房。11：其他。

(三)結案時評估照護指標：結案時DNR簽署狀態：(1：未簽署；2：已簽署)、結案時，病人對診斷認知：(1：知道；2：不知道；3：懷疑或半知半解；4：無法評估)、結案時，病人對病情及預後認知(1：知道；2：不知道；3：懷疑或半知半解；4：無法評估)、結案時，家屬對病情及預後認知(1：知道；2：不知道；3：懷疑或半知半解；4：無法評估)

(四)結案時DNR簽署日期

安寧共同照護服務內容及紀錄

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

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

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

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

安寧療護初步疼痛評估表

附件六-1
(選擇性表格)

姓名：_____性別：_____

出生：____年____月____日

床號：_____

病歷號：_____

診斷：_____

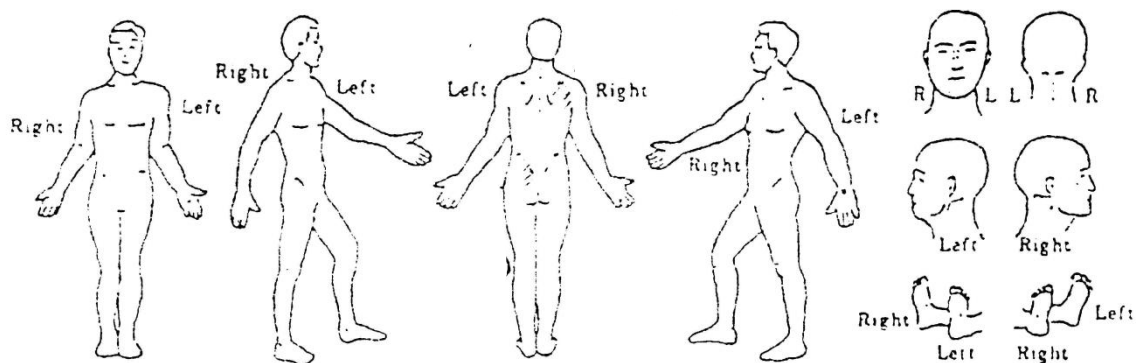
轉移部位：_____

評估日期：____/____/____評估者：_____

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

※ 疼痛反應：☐逃避按壓 ☐呻吟 ☐愁眉苦臉 ☐屈身 ☐不敢移動 ☐其他

※ 請標示疼痛部位，並附帶標示“疼痛強度/疼痛性質”(請參考下列提示，如左鎖骨之疼痛為“8/①,⑥,⑦”)(請標明“深層(內)”“淺層(外)”及延伸部位)



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

目前疼痛度____最痛時____最輕時____可忍受度

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

※ 從什麼時候開始痛_____疼痛發生頻率

每次疼痛持續時間_____一天當中最痛的時刻為

※ 緩解疼痛的辦法：☐按摩☐熱敷☐冷敷☐不動☐不碰觸☐其他方式

※ 加重疼痛的因素：☐按摩☐觸碰☐移動☐咳嗽☐進食☐其他

※ 因痛而伴隨發生之症狀(如噁心等)：

※ 因痛造成之影響：睡眠_____一般活動

食慾_____注意力

情緒(如憤怒、哭泣、自殺意圖)

人際關係(如暴躁、易怒、不安等)

其他

※ 其他附註說明：病人對於疼痛的特殊表達方式

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

安寧療護持續疼痛評估表

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

藥物滴定紀錄

日期	藥物	按時給藥一天總劑量	p.r.n.給藥一天總劑量	全天給藥總劑量

※ 副作用請填寫代碼如下：

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

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

安寧療護心理社會需要評估及照顧紀錄

[illegible]

病歷號：

安寧療護靈性需要評估及輔導紀錄 (選擇性表格)

姓名：_____
 床號：_____
 病歷號：_____

初次記錄日期：____年____月____日
 記錄者：_____

一 般 資 料					
項 目		病 人	主要照顧者	其他家人	
信仰/教派、宗派					
常去的教堂/廟宇					
熟悉的神父/牧師/師父之姓名					
電話					
是否希望有靈性關懷人員探訪		☐ 是：____ ☐ 否	☐ 是：____ ☐ 否	☐ 是：____ ☐ 否	
是否希望轉介靈性關懷人員		☐ 是：____ ☐ 否	☐ 是：____ ☐ 否	☐ 是：____ ☐ 否	
宗教對他的重要性①極重要②重要③不重要④不知					
是否祈禱/念佛/默想①常常②不常③從不					
是否需要宗教禮儀		☐ 是：____ ☐ 否	☐ 是：____ ☐ 否	☐ 是：____ ☐ 否	
是否需要宗教音樂及書籍		☐ 是：____ ☐ 否	☐ 是：____ ☐ 否	☐ 是：____ ☐ 否	
靈性上的助力(Strength)		靈性上的困擾(Distress)			
編號	日期/ 時間	說明	編號	日期/ 時間	說明
		生命有意義與價值			生命無意義無價值
		痛苦有意義			痛苦無意義
		死亡有意義			恐懼死亡
		相信死後生命			無助
		認			無希望、絕望
		安祥/平安			怨天
		有希望			尤人
		能寬恕及被寬恕			憂鬱
		衝突化解與和好			罪惡感
		接受生命的限度			不甘心
		其他			不放心
					憤怒
					麻木
					孤立隔絕
					恩怨未化解
					不能寬恕
					自憐
					自殺意圖
					其他

安寧療護靈性需要評估
及輔導紀錄（續頁）

30

安寧療護 善終準備紀錄單

病人姓名：_____
病歷號：_____
床號：_____

家屬代表：_____地址：_____電話：_____

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

安寧共同照護延長照護申請書

附件七

病歷號：

保險對象 姓名											性別	☐ 男 ☐ 女	出生 日期	年 月 日			受理 日期	年 月 日				
身分證 字號											原受理編號						受理 編號					
聯絡	地址：															電話						
主診斷 ICD-10-CM			疾病名稱																			
收案條件	☐ 1. 癌症末期 ☐ 2. 末期運動神經元 ☐ 3. 失智症 ☐ 4. 其他腦變質 ☐ 5. 心臟衰竭 ☐ 6. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者 ☐ 7. 肺部其他疾病 ☐ 8. 慢性肝病及肝硬化 ☐ 9. 急性腎衰竭，未明示者 ☐ 10. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者 ☐ 11. 末期骨髓增生不良症候群 ☐ 12. 末期衰弱老人 ☐ 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 ☐ 14. 罕見疾病或其他預估生命受限者															收案日期			年 月 日			
																本次收案 核定日期			起日	年 月 日		
																			迄日	年 月 日		
																日常生活 功能評估			ECOG (0-4): _____			

第一聯：保險人備查
第二聯：院所備查

一、病人主要症狀：

1. ☐癌症末期病人：

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

2. ☐末期運動神經元病人：

- ☐虛弱及萎縮 ☐肌肉痙攣 ☐吞嚥困難 ☐呼吸困難 ☐睡眠障礙 ☐便秘 ☐流口水 ☐心理或靈性困擾
☐分泌物及黏稠物 ☐低效型通氣不足 ☐便秘 ☐流口水

3. ☐失智症：

- ☐確診失智症 ☐CDR 臨床失智評分量表3分且日常體能狀況已超過半數時間臥床或依賴輪椅 ☐FAST 失智功能評估分級量表等級7C 以上 ☐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 ☐營養不良：☐1.吞嚥困難，進食喝水減少，但選擇不接受管灌餵食 ☐2.明顯的體重減輕：過去三個月下降5%或六個月內下降10% ☐3.身體質量指數(BMI)小於16，或白蛋白小於2.5g/dL ☐兩次以上跌倒，或者大腿骨折 ☐吸入性肺炎 ☐腎盂腎炎或其他上泌尿道感染 ☐多處皮膚壓力性損傷(第3、4期) ☐敗血症 ☐反覆發燒，既使已使用抗生素 ☐過去六個月中，出現兩次以上非計畫性的住院，或有一次加護病房的住院

4. ☐其他腦變質：

- ☐嚴重神經疾病如：☐嚴重中風 ☐嚴重腦傷 ☐末期腦變質病人，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：☐電解值不平衡 ☐急性疼痛 ☐嚴重呼吸困難 ☐惡性腸阻塞 ☐嚴重嘔吐 ☐發燒，疑似感染 ☐癲癇發作 ☐急性瞻妄 ☐瀕死狀態 ☐末期腦變質病人，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者

5. ☐心臟衰竭：

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

6. ☐慢性氣道阻塞，他處未歸類者：

- ☐即使使用氧氣，然而 PaO₂≤55mmHg、PaCO₂≥50mmHg 或 O₂ saturation≤88% ☐FEV₁≤30% of predicted ☐FEV₁持續下降且速度每年大於40 ml ☐6個月內體重減少10%以上 ☐休息時心跳超過100/min ☐肺心症或肺病造成之右心衰竭 ☐合併有其他症狀(如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症

7. ☐肺部其他疾病：

- ☐即使使用氧氣，然而 PaO₂≤55mmHg、PaCO₂≥50mmHg 或 O₂ saturation≤88% ☐FEV₁≤30% of predicted ☐FEV₁持續下降且速度每年大於40 ml ☐6個月內體重減少10%以上 ☐休息時心跳超過100/min
☐肺心症或肺病造成之右心衰竭 ☐合併有其他症狀(如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症

安寧共同照護延長照護申請書

附件七

病歷號：

8. ☐慢性肝病及肝硬化：

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

9. ☐急性腎衰竭，未明示者：

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

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

12. ☐末期衰弱老人

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：

- ☐處於不可逆轉之昏迷狀況 ☐永久植物人狀態 ☐極重度失智 ☐主管機關公告疾病

14. ☐罕見疾病或其他預估生命受限者：

- ☐罕見疾病預估生命受限者 ☐先天染色體異常疾病、先天畸形等預估生命受限者 ☐源於周產期的病況預估生命受限者 ☐染色體異常預估無法活至成年者 ☐嚴重之先天腦部異常預估無法活至成年者

二、醫囑：

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

三、病人之身體照護：

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

四、病人與家屬心理社會諮詢與照護：☐死亡與瀕死調適 ☐憂鬱 ☐焦慮 ☐其他

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

六、善終準備：

七、醫療品質指標：

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

八、其他：

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

醫師簽名：

護理人員簽名

「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫

保險人(89年5月2日) 第一次修訂(89年6月27日)

第二次修訂(89年8月19日) 第三次修訂(91年11月01日)

第四次修訂(99.01費用月份起適用，98年07月24日)

第五次修訂(99.01費用月份起適用，98年11月06日)

第六次修訂(99.09費用月份起適用，99年08月10日)

第七次修訂(102.01費用月份起適用，101年11月22日)

第八次修訂(102.08費用月份起適用，102年07月29日)

第九次修訂(104年5月25日)

第十次修訂(105.04費用月份起適用，105年4月1日)

第十一次修訂(108.04費用月份起適用，108年4月1日)

第十二次修訂(109.08費用月份起適用，109年8月1日)

第十三次修訂(110.07費用月份起適用，110年7月1日)

第十四次修訂(111.04費用年月份起適用，111年4月1日)

第十五次修訂(111.10費用年月份起適用，111年10月1日)

第十六次修訂(114.01費用年月份起適用，113年10月1日)

壹、前言

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

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

- 一、制度面上本國現有之組織架構如醫療組織、財務、體制是否能充分配合。
- 二、財務風險分攤之能力及責任歸屬。
- 三、藉支付機制提升照護體系運作的效率之誘因。
- 四、呼吸器依賴患者之特性如費用、利用率的分析及發生率、盛行率等流行病學之考量)。

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

貳、計畫目的

- 一、改善現行論量計酬之支付方式，加強醫療院所進行垂直性及水平性服務整合的誘因，以利提供呼吸器依賴病患完整性的醫療保健服務，並提升照護品質。
- 二、鼓勵醫療院所引進管理式照護，藉由設立亞急性呼吸照護病房(下稱RCC)、慢性呼吸照護病房(下稱RCW)或發展呼吸器依賴病患之居家照護模式，以降低長期使用呼吸器病人占用加護病房或急性病房之情況，促使醫療資源合理使用。
- 三、評估不同階段之支付方式，包括論日計酬及論人計酬，對於呼吸器依賴患者之醫療照護品質及成效之影響，以做為日後全面辦理時品質監控及支付方式設計之參考。

參、經費來源

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

肆、計畫內容

一、參與計畫醫院之資格

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

(二)設置基準

各階段特約醫事服務機構需符合衛生福利部「醫療機構設置標準」及本計畫居家照護團隊組成條件(詳附表9.2)。

(三)申請書格式

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

(四)其他

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

二、給付項目及支付標準：詳附件二

三、RCC、RCW住院階段獎勵項目及費用：

(一)獎勵項目個案定義：

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

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

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

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

「單價」及「點數」等欄位填報「0」之案件。

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

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

1.個案獎勵

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

(2)獎勵方式(區分RCC、RCW計算)：

A.脫離呼吸器個案(A)每件獎勵5,000點。

B.簽署DNR個案(B)每件獎勵5,000點。

C.臨終前接受緩和醫療照護個案(C)每件獎勵20,000點。

2.醫院評比獎勵

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

(2)獎勵方式：

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

B.評比指標：

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

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

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

前51百分位至前75百分位	6,000點	12,000點
---------------	--------	---------

(三)本獎勵費用採年度結算，由保險人依獎勵計算核定金額。

四、醫療費用之申報

(一)參與計畫之申報

1、第一到第三階段以住院案件申報，第四階段以門診案件申報。

(1).第一到第三階段使用呼吸器之各病房異動皆應「獨立」切帳申報。

(2).第三階段未結案之個案至少須每60天始得申報乙次。

(3).第四階段未結案之個案按月申報。

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

3、門診及住院醫療點數申報格式填報：

(1).總表段之申報類別：請填報【1：送核】

(2).點數清單段之給付類別：請填報【9：呼吸照護】

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

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

住院醫療費用點數申報格式點數清單段欄位填報：

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

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

C.醫療費用點數合計(欄位 IDd86、88、90、92、94、96、

98)：比照論病例計酬案件之方式申報。醫療費用點數之計算(住院第61、63、65、67、69、71、73欄)：比照論病例計酬案件之方式申報。

D.申請點數(欄位IDd85)。

(A)若：定額申報費用>合計點數

則：[申請點數]欄位=定額申報費用-部分負擔點數

(B)若：亞急性呼吸照護病房定額申報費用<亞急性呼吸照護病房合計點數

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

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

(D)同一月份同一個案申報二次以上者，流水號請連續編號。

(5).第四階段者，除申報類別填【1：送核】、案件分類【A1：居家照護】、【A6：護理之家之居家照護】、【A7：安養、養護機構院民之居家照護】、給付類別請填【9：呼吸照護】、就醫科別【AC：胸腔內科】外，其他欄位申報方式如下：

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

B.[申請點數]欄位=定額申報費用-部分負擔點數。

4、門診及住院醫療費用點數醫令清單段填報說明：

(1).第一階段之申報：以論量計酬申報。

(2).第二階段~第三階段之申報：

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

B.實際醫療費用醫令項目：醫令類別請填「4」，並填列執行起迄日期。

(3).第四階段之申報：

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

B. 實際醫療費用醫令項目：醫令類別請填「4」。

C. 「總量」欄位填列實際申報天數。

(二)住院未參與計畫之申報：各病房異動皆應「獨立」切帳申報

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

五、病患轉介之流程：詳附圖。

六、品質監控指標

(一)結構指標

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

(二)過程指標

1、照護小組各類照護人員之照護及在職教育品質。

2、內部品質監控指標：

(1)個案完整登錄比率。

(2)疾病嚴重度。

3、呼吸器依賴病患之個案管理與出院規劃完整性。

(三)結果指標：(以下之指標均以出院日為準)

1、品質監控指標

(1) 平均住院日（不適用慢性呼吸照護病房）。

(2) 平均呼吸器使用日（不適用慢性呼吸照護病房）。

(3) 回轉率。

(4) 死亡率。

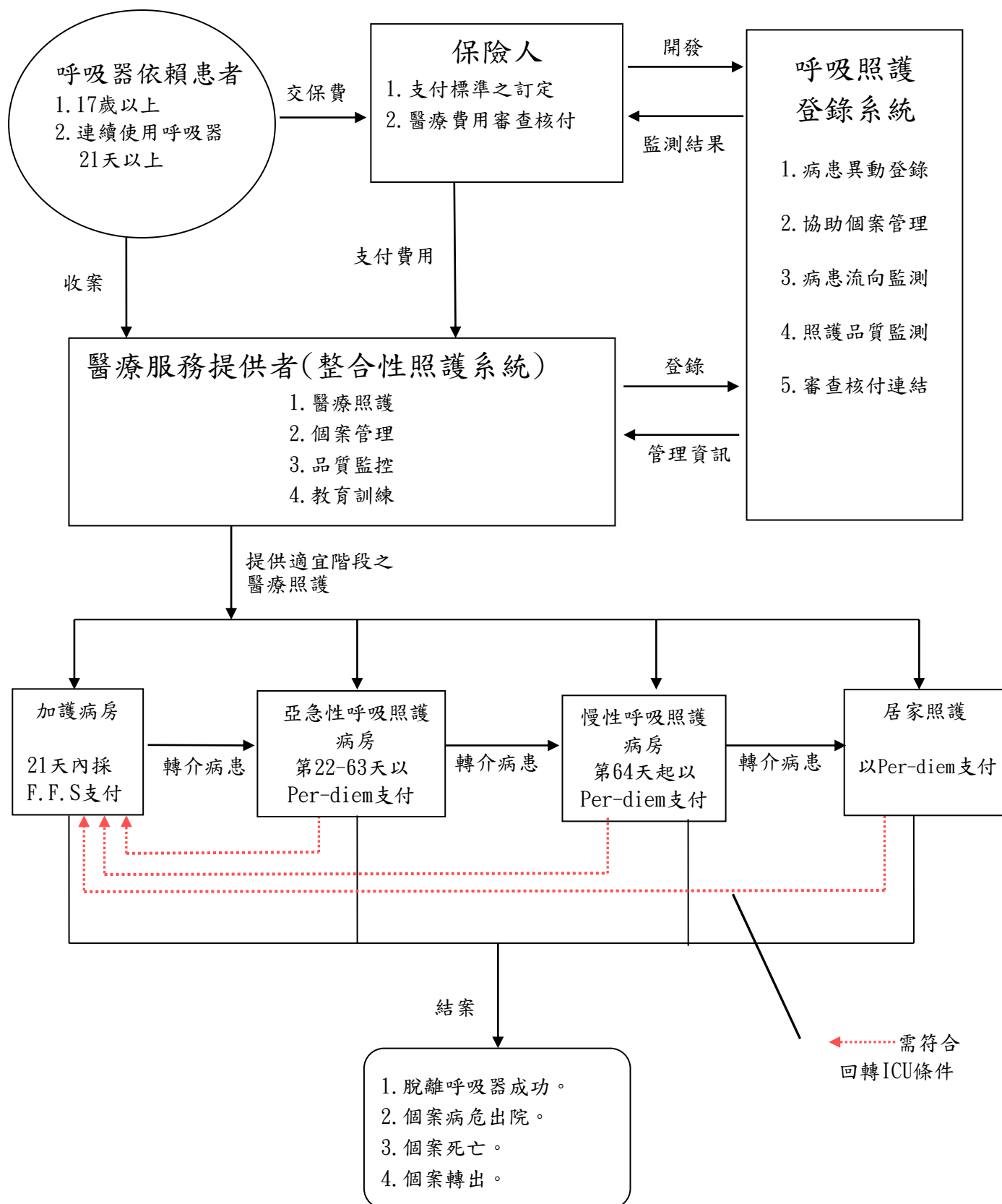
(5) 呼吸器脫離成功率。

(6) 未脫離呼吸器下轉居家照護比率

2、被保險人（或其家屬）之滿意度。

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

附圖、呼吸器依賴患者整合性照護流程圖



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

壹、整合性照護系統醫療機構名單

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

第一聯 保險人存查
第二聯 醫院存底

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

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

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

貳、配合措施：

一、個案管理人措施

個案管理人姓名：

學歷：

經歷：

聯絡電話：

職掌：1.

2.

二、個案轉介措施

三、系統內醫院輔導措施

四、醫療品質確保措施

參、預期達成效益

本申請書連同醫事人員暨設備資料表共 頁

請惠予核定為荷。此致

保險人

發文日期： 年 月 日

發文字號： 字第 號

申請醫療機構名稱及代號：

負責人： 簽章 院所經辦人： 簽章

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

相關醫事人員暨設備資料表

亞急性呼吸照護病房
慢性呼吸照護病房
居家照護機構

全 頁，第 頁

序 號	職稱 代碼 ＊	專任或兼任(勾選)		姓 名	身 分 證 字 號	出 生 年 月 日	執 業 執 照 字 號	設 備	
		專 任	兼 任					名 稱	型 號

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

附件二「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」 計畫給付項目及支付標準

第一章 呼吸器依賴患者全面納管

通則：

- 一、收案條件：呼吸器依賴患者係指連續使用呼吸器21天(含)以上，呼吸器使用中斷時間未符合脫離呼吸器成功之定義者，皆視為連續使用。其使用呼吸器之處置項目需為57001B (侵襲性呼吸輔助器使用)、57002B(負壓呼吸輔助器使用)或57023B (非侵襲性陽壓呼吸治療如Nasal PAP、CPAP、Bi-PAP)，惟使用57023B之呼吸器依賴患者，須由加護病房或亞急性呼吸照護病房使用57001B或57002B後，因病情好轉改用57023B之呼吸器依賴患者；或居家照護階段，經醫師診斷為肌萎縮性脊髓側索硬化症(ALS, Amyotrophic Lateral Sclerosis；ICD-10-CM：G12.21)、先天性肌肉萎縮症(Congenital Muscular Dystrophy；ICD-10-CM：G71.0)、脊髓肌肉萎縮症(Spinal muscular atrophy;ICD-10-CM：G12.9)或龐貝氏症(肝醣儲積症第二型Pompe disease;ICD-10-CM：E74.02)，且領有重大傷病證明並符合附表9.5之收案標準者，再經本保險人分區業務組審查符合醫療必須使用呼吸器處置項目57023B(非侵襲性陽壓呼吸治療如Bi-PAP，排除Nasal PAP、CPAP)之呼吸器依賴患者。註：呼吸器使用條件詳附表9.1。

-先天性肌肉萎縮症 ICD-10-CM(2023年版)：G71.00、G71.01、G71.02、G71.09、G71.031、G71.032、G71.033、G71.0340、G71.0341、G71.0342、G71.0349、G71.035、G71.038、G71.039、G71.20、G71.21、G71.220、G71.228、G71.29 (自一百十四年一月一日起適用)。

- 二、所有呼吸器依賴個案，自其連續使用呼吸器超過21天起，所有異動(轉入、轉出及結案狀況等)，特約醫事服務機構應於5日(工作日)內上網登錄(含本計畫公告實施日前已開始使用呼吸器之所有個案)，未於5日內登錄者，自登錄日起才支付費用，若登錄不實者，費用不予支付，惟不可歸責於醫院者，不在此限，並由原登錄不實或未登錄者扣回相關點數。

三、脫離呼吸器成功之病患應改依本計畫以外支付標準申報，脫離呼吸器成功之定義：脫離呼吸器 ≥ 5 日，5日中之第1日，若使用呼吸器小於6小時(不含)，則當日可視為未使用呼吸器(得計算為5日之第1日)；惟連續中斷之第2~5日必需是完全沒有使用呼吸器才能視為脫離成功。

四、結案條件：

(一) 脫離呼吸器成功。

(二) 個案病危出院。

(三) 個案死亡。

(四) 個案轉出。

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

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

六、收治呼吸器依賴患者之院所應積極協助病患嘗試脫離呼吸器，一般病房(含經濟病床)或慢性呼吸照護病房收治之個案，在本次呼吸器依賴期間，非曾依規定階段由上游病房下轉者，均應提出事前核備，否則費用不予支付，依規定提出事前核備經專業審查認定確為長期呼吸器依賴患者，後續轉至其他病房得免事前核備，惟病患送事前核備結果如有後續追蹤之必要(如後續病況緩和時可再次嘗試脫離呼吸器等)，或經保險人分區業務組認定需加強審查者，應配合再次提出事前核備。

註：上游病房係指下列條件之一

(一) 經保險人核准之亞急性呼吸照護病房。

(二) 前述亞急性呼吸照護病房所屬醫療機構設立之加護病房。

(三) 經保險人分區業務組依據 weaning rate 或 dependent rate 等條件認定之加護病房。

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

第二章 整合性照護

第一節 住院照護階段

通則：

一、符合下列(一)或(二)項條件者，需適用本節支付標準：

(一)事先報經保險人核准。

(二)收治符合呼吸器依賴病患定義之一般病床。

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

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

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

三、本計畫鼓勵組成整合性照護系統(IDS, Integrated Delivery System)，提供含括加護病房、亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房各階段照護；各照護階段之支付標準及規定如附表9.3及9.4，其中亞急性呼吸照護病房及慢性呼吸照護病房階段所訂點數已含本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準所訂相關醫療支付點數，除施行血液透析(58001C)、腹膜透析(58002C)(含透析液及特材)、連續性可攜帶式腹膜透析(58009B-58012B、58017C、58028C)(含透析液)、氣管切開造口術(56003C)、緊急手術、施行安

寧療護共同照護費（P4401B-P4403B）及緩和醫療家庭諮詢費（02020B）外，不得申報其他費用。

四、經醫生診斷為 Myasthenia gravis(重症肌無力症，ICD-10-CM：G70.00;G70.01)且領有重大傷病證明者，經神經內科專科醫師認定，需進行血漿交換術或輸血治療之病人，除依通則三規定及申報血液灌洗(58003C-58006C)、連續性動靜脈血液過濾術(58007C)、血漿置換術(58008C)、腹水移除透析(58013C)、連續性全靜脈血液過濾術(每日)(58014C)、血小板分離術(58015C)、二重過濾血漿置換療法(58016C)、連續性全靜脈血液過濾透析術(每三日)(58018C)、緩慢低效率每日血液透析過濾治療(58030B)、輸血費(93001-93023)、輸血技術費(94001-94005)、抗感染安全尖端導管(CPC03A4703AR、CPC03A5123AR)等項目外，不得申報其他費用。

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

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

1. 應下轉而未下轉者，自應下轉日起每日醫療支付點數核扣標準如下：

(1)醫學中心每日核扣6,710點

(2)區域醫院每日核扣5,810點

(3)地區教學醫院每日核扣3,750點

(4)地區醫院每日核扣2,960點

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

(二)「亞急性呼吸照護病房階段」：

1. 照護日數最長為42天(含嘗試脫離期間)，未依患者病情及本規定下轉，自應下轉日起醫療支付點數以慢性呼吸照護病房或適宜入住階段標準支付。
2. 加護病房下轉至本階段個案，若下轉後合計使用呼吸器日數未達呼吸器依賴患者定義即脫離成功、轉出或死亡(含自動出院)者，其於本階段之支付點數仍按本階段支付標準支付。
3. 亞急性呼吸照護病房合計醫療服務點數大於定額時，除定額外，得加計申報『「合計醫療服務點數」減「定額」』之三分之一。

(三)「慢性呼吸照護病房階段」：支付標準及規定如附表9.3。

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

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

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

第二節 居家照護階段

通則：

一、適用本節之支付標準需事先報經保險人核准。

二、收案條件須符合下列(一)或(二)項條件：

(一)呼吸器依賴患者係指連續使用呼吸器21天(含)以上，呼吸器使用中斷時間未符合脫離呼吸器成功之定義者，皆視為連續使用。其使用呼吸器之處置項目需為57001B(侵襲性呼吸輔助器使用)、57002B(負壓呼吸輔助器使用)或57023B(非侵襲性陽壓呼吸治療如 Nasal PAP、CPAP、Bi-PAP)，惟使用57023B之呼吸器依賴患者，須由加護病房或亞急性呼吸照護病房使用57001B或57002B後，因病情好轉改用57023B之呼吸器依賴患者。

(二)經醫師診斷為肌萎縮性脊髓側索硬化症(ALS, Amyotrophic Lateral Sclerosis；ICD-10-CM：G12.21)、先天性肌肉萎縮症(Congenital Muscular Dystrophy；ICD-10-CM：G71.0、G71.2)、脊髓肌肉萎縮症(Spinal muscular atrophy；ICD-10-CM：G12.9)或龐貝氏症(肝醣儲積症第二型Pompe disease;ICD-10-CM：E74.02)，且領有重大傷病證明並符合附表9.5之收案標準者；病患經專業審查同意收案後，每年評估1次，3年以後除有特殊理由，原則不再評估。

[-先天性肌肉萎縮症ICD-10-CM\(2023年版\)：G71.00、G71.01、G71.02、G71.09、G71.031、G71.032、G71.033、G71.0340、G71.0341、G71.0342、G71.0349、G71.035、G71.038、G71.039、G71.20、G71.21、G71.220、G71.228、G71.29\(自一百十四年一月一日起適用\)。](#)

三、特約醫事服務機構需按附表9.2辦理並向當地衛生主管機關核備。

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

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

六、呼吸器依賴個案若係由醫院轉回家中或健保特約之一般護理之家或「開業執照載有含收住呼吸器依賴個案之一般護理之家」或「依長期照顧服務法設立之住宿式長照機構或設有機構住宿式服務之綜合式長照機構，於設立許可證書載有服務對象含『呼吸器依賴者』」照護者，只需依規定上網登錄，惟若所收個案非由醫院轉回上述地點，則應由醫師評估其使用呼吸器之必要性，並檢具評估報告，送保險人分區業務組審查同意後上網登錄。未依規定辦理者，醫療費用不予支付。

附表9.1 呼吸器使用條件

臨床上使用呼吸器的目的如下：

一、生理上的目的：

- (一)支持肺氣體交換
- (二)藉減輕呼吸肌肉負擔而降低呼吸功率

二、臨床上的目的

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

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

一、呼吸停止。

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

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

四、嚴重低血氧症。

附表9.2 全民健康保險呼吸照護---居家照護團隊組成條件

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

附表9.3 各照護階段支付點數及規定

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
加護病房 (照護日數 ≤21日)	急性呼吸衰竭期		論量計酬	一、患者符合以下狀況，得延長加護病房照護，每次以7日為原則： - 各器官系統呈現不穩定狀況： - 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 - 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 - 肝衰竭表現者。 - 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 - 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 - 外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。 - 氧氣狀況不穩定者： - 氧氣濃度(FIO₂)≥40%且吐氣末端陽壓 PEEP≥10cm H₂O 仍無法維持 - SaO₂ (SpO₂)≥90%或PaO₂≥60mmHg. 二、各器官衰竭狀態已獲得控制時，應下轉亞急性呼吸照護病床積極脫離呼吸器。 三、不同醫院之加護病房轉介，依下列原則辦理： - 同層級間轉介，照護日數累計。 - 高層級轉低層級，照護日數累計。 - 低層級轉高層級，照護日數不累計。 - 以上「層級」係指「特約類別」。
亞急性呼吸照護病床 (照護日數 ≤42日)	呼吸器長期患者(積極嘗試脫離呼吸器者)	醫學中心 P1005K P1006K 區域醫院 P1007A P1008A	論日計酬： 第1-21天： 10,647點/日/人 第22-42天： 7,991點/日/人 第1-21天： 9,660點/日/人 第22-42天： 7,256點/日/人	一、患者符合以下狀況，得回轉加護病房照護，每次以7日為原則： - 各器官系統呈現不穩定狀況： - 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 - 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 - 肝衰竭表現者。 - 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 - 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 - 外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。

				3.氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FIO₂)≥40%且吐氣末端陽壓 PEEP ≥ 10cmH₂O 仍無法維持 SaO₂(SpO₂)≥90%或PaO₂≥60mmHg. 二、符合以上狀況回轉加護病房照護者，病情好轉，應依患者病情下轉適當之照護階段，下轉亞急性呼吸照護病床者，累計回轉前亞急性呼吸照護病床之照護日數。 三、病況若不適合積極嘗試脫離呼吸器者，不應轉入亞急性呼吸照護病床。 四、專業認定未積極嘗試脫離且無其他醫學上特殊理由之亞急性呼吸照護病床病患，以下一階段慢性呼吸照護病房費用給付。 五、本階段病患若有醫學上理由認定無須嘗試脫離呼吸器時，改以慢性呼吸照護病房費用支付。
慢性呼吸 照護病房	呼吸器依賴 患者(經 判斷不 易脫離 呼吸器 者)	P1011C P1012C	論日計酬： 第1-90天： 4,451點/日/人 第91天以後： 3,674點/日/人	一、患者符合以下狀況，得回轉加護病房照護，每次以7日為原則： 1. 各器官系統呈現不穩定狀況： • 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 • 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 • 肝衰竭表現者。 • 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 • 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 2.外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。 3.氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FIO₂)≥40%且吐氣末端陽壓 PEEP ≥ 10cm H₂O仍無法維持 SaO₂ (SpO₂)≥90%或 PaO₂≥60mmHg. 二、符合以上狀況回轉加護病房照護者，病情好轉，應回慢性呼吸照護病房，並累計回轉前慢性呼吸照護病房之照護日數。 三、本階段申報項目，需依病患入住慢性呼吸照護病房或一般病房(含經濟病床)之照護日數累計計算。

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

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
				四、上項代採之檢體，委託代檢機構應以保險特約醫事服務機構或保險人指定之醫事檢驗機構為限。 五、應確實記載訪視個案之訪視紀錄，訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者或其家屬簽章，未記載訪視紀錄或記載不全或品質不佳者，予以核扣當日論日計酬醫療費用，首次申報費用應檢附訪視紀錄。 六、申請本項給付者，不得再申請本保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第一章居家照護之支

附表9.4

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

註：本表所訂點數已含於定額內，申報費用時，應填報項目編號、名稱、

數量及金額，醫令類別填4，本表未列者，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準其他章節規定辦理。

附表9.5 居家照護階段收案條件(二)之收案標準

一、居家個案須符合下列各項生理指標之審查規定：

- (一) PCO_2 exceeds 50 mmHg or when hemoglobin saturation remains $< 92\%$ while awake.
- (二) $\text{FVC} < 50\%$ predicted or Pimax less than 60 cm H_2O : Upright and supine position examination , history and examination every three months.
- (三) $\text{PaCO}_2 > 45\text{mmHg}$, with morning headache, abdomen paradox, and orthopnea
- (四) Sleep oximetry demonstrates oxygen saturation less than or equal to 88% for at least five continuous minutes, done while breathing the member's usual FIO_2 .

二、17歲以下(含)患者得依下列規定審查：

- (一) daytime hypercapnia ($\text{PCO}_2 > 50\text{mmHg}$).
- (二) sleep hypoventilation ($\text{PCO}_2 > 50\text{mmHg}$) accompanied by oxyhemoglobin desaturation $\leq 92\%$ or a history of recurrent hospitalization for pneumonia or atelectasis.