

## 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114年6月10日

發文字號：全醫聯字第1140000746號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文 (0000746A00\_ATTCH4. pdf、0000746A00\_ATTCH3. pdf)

主旨：轉知衛生福利部中央健康保險署公告「全民健康保險居家  
血液透析試辦計畫」，自中華民國114年6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114年6月4日健保醫字第  
1140111623號公告副本(附件)辦理。
- 二、為確保照護品質及病人安全，將另於健保署全球資訊網公  
告「居家血液透析治療同意書(範本)」(路徑：健保署全球  
資訊網/健保服務/健保醫療計畫/全民健康保險居家血液透  
析試辦計畫)。
- 三、旨揭內容業已刊登本會網站(路徑：全聯會首頁>公告事  
項)。

正本：各縣市醫師公會

副本：電 子 公 文 章  
2025/06/17  
08:42:28

理事長 周 慶 明

# 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114年6月1日至114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。

## 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)<br>註：<br>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。<br>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 |

| 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。<br>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<br>P8703C | 居家訪視費(次)<br>—實地訪視<br>—視訊訪視<br>註：<br>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。<br>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。<br>3. 不得同時申報下列項目：<br>(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」。<br>(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<br>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、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。

五、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 $\geq 3.8$ 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 <sup>2</sup> /dL <sup>2</sup>        | 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 $60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$                 | 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<br>(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<br><input type="checkbox"/> 2.專任腎臟專科醫師(須至少1名)：__人<br><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<br><u>附件2通訊診察治療實施計畫書</u> ) |                              |       |  |
| 醫事人員<br>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<br>對象 | <input type="checkbox"/> 1.居家個案，預定一年執行案件量：<br><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<br>數據監測設備                                                                                                                                                                         | 遠端監測設備之廠牌、型號及使用頻率，<br>應一併敘明。 |       |  |
|            | 病人轉銜合作機制                                                                                                                                                                                    |                              |       |  |
|            | 後送機制<br>(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】**

- 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 <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☐其他相關機構，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<br>名稱 | 收費費額<br>或標準 | 地方衛生主管機關<br>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：\_\_\_\_\_

副本

| 收文編號 | 收文日期       | 期   |
|------|------------|-----|
| 1436 | 114. 6. 05 | 15* |

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

106646



3

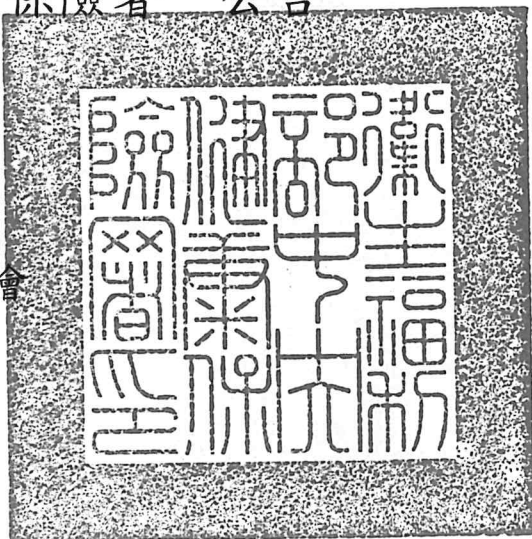
臺北市大安區安和路1段29號9樓

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國114年6月4日

發文字號：健保醫字第1140111623號

附件：請自行自本署全球資訊網擷取



主旨：公告「全民健康保險居家血液透析試辦計畫」（附件），並自中華民國一百十四年六月一日起生效。

依據：衛生福利部114年5月27日衛部保字第1141260235號函。

公告事項：為確保照護品質及病人安全，將另於本署全球資訊網公告「居家血液透析治療同意書（範本）」（路徑：本署全球資訊網/健保服務/健保醫療計畫/全民健康保險居家血液透析試辦計畫）。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署各分區業務組

署長 石崇良