



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

104 年第四次會議資料

104 年 12 月 31 日（星期四）上午 9 時 30 分
本署 18 樓會議室

104 年度「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」第四次會議議程

壹、主席致詞

貳、上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形，請參閱(不宣讀)確認.....

第 01 頁

參、報告事項

一、105 年度共同擬訂會議時間。.....	第 1 頁
二、新增全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第三章「初期慢性腎臟病」、第四章「糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳(草案)」，及修訂本保險結核病等八項論質支付標準案。.....	第 3 頁
三、增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫、修訂 105 年度「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」及「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」案。.....	第 99 頁
四、增修訂 105 年度「全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」及「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」等三項中醫總額醫療照護試辦計畫暨「支付標準第四部中醫」報告案。.....	第 101 頁

肆、討論事項

一、修訂「全民健康保險急診品質提升方案」及增列急診相關支付標準案。.....	第 103 頁
二、修訂「全民健康保險居家醫療照護整合試辦計畫」(草案)。	第 123 頁

伍、臨時動議

陸、散會

貳、確認本會 104 年度第 4 次臨時會
會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

-請參閱(不宣讀)確認

「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」

104年第4次臨時會會議紀錄

時間：104年11月17日(星期二)上午9時30分

地點：中央健康保險署18樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：李筱婷

干代表文男	干文男	陳代表彥廷	陳彥廷
王代表榮濱	王榮濱	陳代表福展	(請假)
朱代表益宏	吳淑芬(代)	黃代表啟嘉	(請假)
何代表語	何語	黃代表雪玲	(請假)
吳代表美環	吳美環	黃代表棟國	(請假)
李代表飛鵬	吳明彥(代)	楊代表秀儀	(請假)
李代表紹誠	李紹誠	楊代表政峯	(請假)
林代表淑霞	林淑霞	葉代表宗義	葉宗義
林代表富滿	林富滿	滕代表西華	滕西華
林代表敬修	(請假)	潘代表延健	潘延健
林代表綉珠	林綉珠	盧代表榮福	(請假)
姚代表鈺	姚鈺	賴代表振榕	賴振榕
徐代表弘正	(請假)	謝代表文輝	(請假)
張代表金石	張金石	謝代表武吉	謝武吉
張代表冠宇	(請假)	顏代表良達	顏良達
張代表嘉訓	(請假)	羅代表永達	羅永達
梁代表淑政	梁淑政	蘇代表清泉	蔡明忠(代)
郭代表素珍	許美月(代)	(依代表姓氏筆劃排序)	
陳代表志忠	陳森基(代)		
陳代表宗獻	陳宗獻		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	張友珊、劉于鳳、邱臻麗
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年
中華民國牙醫師公會全國聯合會	許家禎
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺、陳思綺
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷
中華民國護理師護士公會全國聯合會	李沛湘
台灣醫院協會	吳心華、林佩荻、陳俞文、陳志強、董家淇、王秀貞、陳瑞瑛
醫藥品查驗中心	黎伊帆、朱素貞、陳嘉玲、
屏東縣政府衛生局	郭純志、張瓊月
嘉義市政府衛生局	曹放之
台灣消化系內視鏡醫學會	王秀伯、顏旭亨
台灣神經學學會	彭家勛、林瑞泰、謝鎮陽、楊富吉
台灣泌尿科醫學會	賈豫琪

台灣胸腔暨重症加護醫學會
中華民國眼科醫學會
國立臺灣大學醫學院附設醫院
台灣安寧緩和醫學學會
台灣安寧緩和護理學會

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署企劃組

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

黃忠智、何肇基、簡榮彥
蔡景耀、林昭文
蔡孟昆
翁益強、姚建安、李嘉莉
蘇逸玲、邱智鈴、杜淑文、顏
聆朱
蔡翠珍、賴香蓮、王文君、王
韋婷
許菁菁、洪嘉雲、陳孟函
詹玉霞、楊惠真
賴阿薪
曾慧玲
何恭政
程百君、周清蓮、黃瓊萱
龐一鳴、李純馥、林淑範、林
寶鳳、劉林義、谷祖棣、張淑
雅、王玲玲、涂奇君、陳逸嫻、
張巧如、陳依婕、林佑縉、李
筱婷、彭麗玲

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

(一) 上次決議辦理情形追蹤表，案由：「建議健保署採用新增診療項目的成本分析方式，套用於現行支付標準表之各個項目，對支付標準進行檢討，並爭取預算予以調整，促進支付標準之公平性與合理性」乙案，為了解申報該等診療項目之醫療院所，於兩週內提供成本分析相關資料，故原建議解除列管修正為繼續列管。

(二) 其餘確認。

三、報告事項

(一) 修訂支付標準暨修訂 105 年度「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」等 3 方案。

決定：

1. 調升編號 28031C 診療項目支付點數包裹「單一使用拋棄式生檢鉗或組織夾」1 項特材，俟 105 年西醫基層總額協商報部核定公告後再議，故本案暫緩通過。
2. 修訂 105 年度「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」洽悉。
3. 修訂 105 年度「全民健康保險高診次暨複雜用藥者藥事照護計畫」(草案)洽悉，惟附帶決議為計畫中之照護個案收案條件第(一)點之第 4 小點，酌修文字為「針對已連續 2 年收案輔導者，第 3 年起由本署各分區業務組，轉介至其他相關計畫輔導，另

有特殊情況且經中華民國藥師公會全國聯合會（以下稱藥師全聯會）及保險人分區業務組同意者，不在此限。」

4. 修訂 105 年度「醫院以病人為中心整合照護試辦計畫」（草案）洽悉，惟附帶決議為計畫中玖、費用申報及支付方式之第三、費用核付中的(四)整合成效獎勵費之指標 7，依醫界代表之意見修正，將「整合照護病人健康存摺下載率 50% 以上 10 分修訂為 30% 以上 10 分」，如下對照表：

原 修 訂 版	糖尿病或高血壓 可避免住院率或 整合照護病人健 康存摺下載率	可避免 住院率 =0%	免住院率>0%		整合照護病人健康存摺下載率					
			前10百 分位數	前11~15 百分位數	50% 以上	30%~ 49%	20%~ 29%	10%~ 19%	5%~ 9%	1%~ 4%
			10	6	4	10	8	6	4	2
全 聯 會	糖尿病或高血 壓可避免住院 率或整合照護 病人健康存摺 下載率	可避 免住 院率 =0%	可避免住院率>0%		整合照護病人健康存摺下載率					
			前 10 百 分位數	前 11~15 百分位數	30% 以上	26%~ 30%	21%~ 25%	16%~ 20%	11%~ 15%	5%~ 10%
			10	6	4	10	8	6	4	2

四、討論事項

- (一) 105 年 1 月實施 1,660 項全民健康保險住院診斷關聯群(Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs, 以下稱 Tw-DRGs)案。

決議：

1. 同意本案提報之 DRG 支付通則、分類表及暫緩實施項目計 53 項。本署將逐年滾動式檢討，並對於各界修訂意見，持續蒐集、檢討與修正。
2. 實施期程及基本診療加成方式，以下列 2 案併案陳報衛生福利部核定：
 - (1) Tw-DRGs 實施期程：
 - A. 甲案：105 年 1 月全面實施 1,660 項 Tw-DRGs。
 - B. 乙案：105 年 1 月持續辦理已導入第 1、2 階段 401 項 DRG；105 年 7 月全面實施再分類後 1,660 項 DRG。
 - (2) 基本診療章加成：
 - A. 甲案：維持現行醫學中心加成 7.1%、區域醫院加成 6.1%、地區醫院加成 5%。
 - B. 乙案：以 103 年各醫院申報之 DRG 案件費用重新試算

各層級基本診療章加成。

(二) 新增全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「膠囊內視鏡術」等 9 項暨修訂編號 68034B「心臟摘取術」等 19 項診療項目，計增修 28 項支付標準乙案。

決議：

1. 本案同意新增及修訂支付標準(詳附件 1，P7~P13)，修訂重點如下：

(1) 新增「膠囊內視鏡術」、「急性缺血性中風靜脈血栓溶解治療處置費」及雙極前列腺刮除術/汽化術 (Bipolar TURP/TUVP)-「切除之攝護腺重量 5 至 15 公克」、「切除之攝護腺重量 15 至 50 公克」及「切除之攝護腺重量大於 50 公克」、「支氣管內視鏡超音波」及支氣管內視鏡超音波導引「縱膈淋巴節定位切片術」與「週邊肺組織採檢切片術」，8 項新增診療項目，計增加預算 2.96 億點。

(2) 修訂診療項目，包括調高編號 68034B「心臟摘取」及 68038B「肺臟摘取」2 項之支付點數、調整編號 85608B「鞏膜切除併植入或扣壓」等 16 項診療項目之兒童加成方式為提升兒童加成及增列編號 58008C「血漿置換術」之適應症，計 19 項。

2. 餘「腦部血腫檢測診斷」乙項，因缺乏國內外臨床實證文獻，爰暫緩研議，不同意新增(詳附件 2，P14)。

(三) 修訂「全民健康保險急診品質提升方案」及增列急診相關支付標準案。

決議：因時間因素未及討論，本署將再召開臨時會議另行討論。

(四) 修訂「全民健康保險居家醫療照護整合試辦計畫」(草案)。

決議：因時間因素未及討論，本署將再召開臨時會議另行討論。

(五) 研訂「全民健康保險區域醫療整合計畫」(草案)。

決議：因時間因素未及討論，本署將再召開臨時會議另行討論。

五、臨時動議

六、散會：下午 12 時 40 分

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

決議辦理情形追蹤表

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
							解除列管	繼續列管
1	104-臨 3-1 討	104.10.1	建議健保署採用新增診療項目的成本分析方式，套用於現行支付標準表之各個項目，對支付標準進行檢討，並爭取預算予以調整，促進支付標準之公平性與合理性。	為了解本案之可行性，先試行 10 項診療項目。請台灣醫院協會於兩週內提供本署 10 項試行診療項目，由本署依據健保法第 79 條及第 80 條規定，函請所有申報該等診療項目之醫療院所，於兩週內提供成本分析相關資料。	健保署醫管組	本署刻正函請申報該等診療項目之醫療院所提供成本分析資料，本署彙整各院所回復資料後，將再研議後續辦理事宜。		V
2	104-臨 4-1 報	104.11.17	修訂支付標準暨修訂 105 年度「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」等 3 方案。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 調升編號 28031C 診療項目支付點數包裹「單一使用拋棄式生檢鉗或組織夾」1 項特材，俟 105 年西醫基層總額協商報部核定公告後再議，故本案暫緩通過。 2. 修訂 105 年度「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」洽悉。 3. 修訂 105 年度「全民健康保險高診次暨複雜用藥者藥事照護計畫」(草案)洽悉，惟附帶決議為計畫中之照護個案收案條件第(一)點之第 4 小點，酌修文字為「針對已連續 2 年收案輔導者，第 3 年起由本署各分區業務組，轉介至其他相關計畫輔導，另有特殊情況且經中華民國藥師公會全國聯合會(以下稱藥師全聯會)及保險人分區業務組同意者，不在此限。」 4. 修訂 105 年度「醫院以病人為中心整合照護試辦計畫」(草案)洽悉，惟附帶決議為計畫中玖、費用申報及支付方式之第三、費用核付中的(四)整合成效獎勵費之指標 7，依醫界代表之意見修正，將「整合照護病人健康存摺下載率 50% 以上 10 分修訂為 	健保署醫管組	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有關修訂之 3 方案分別報部核定中，說明如下： <ol style="list-style-type: none"> (1) 105 年度「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」於 104 年 12 月 8 日以健保醫字第 1040034321 號函報衛生福利部，俟核定後本署再公告實施。 (2) 105 年度「全民健康保險高診次暨複雜用藥者藥事照護計畫」(草案)於 104 年 12 月 3 日以健保醫字第 1040034310 號函報衛生福利部，俟核定後本署再公告實施。 (3) 105 年度「醫院以病人為中心整合照護試辦計畫」(草案)於 104 年 12 月 4 日以健保醫 		V

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
							解除列管	繼續列管
				30%以上10分」。		<p>字第1040080591號函報衛生福利部，俟核定後本署再公告實施。</p> <p>2.有關調升編號28031C診療項目支付點數包裹「單一使用拋棄式生檢鉗或組織夾」1項特材，俟105年西醫基層總額協商報部核定公告後再議。建議暫時解除列管。</p>		
3	104-臨4-1討	104.11.17	105年1月實施1,660項全民健康保險住院診斷關聯群(Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs, 以下稱 Tw-DRGs)案。(補充105年 Tw-DRGs 適用參數及支付通則補正)	<p>1. 同意本案提報之 DRG 支付通則、分類表及暫緩實施項目計 53 項。本署將逐年滾動式檢討，並對於各界修訂意見，持續蒐集、檢討與修正。</p> <p>2. 實施期程及基本診療加成方式，以下列 2 案併案陳報衛生福利部核定：</p> <p>(1) Tw-DRGs 實施期程：</p> <p>A. 甲案：105 年 1 月全面實施 1,660 項 Tw-DRGs。</p> <p>B. 乙案：105 年 1 月持續辦理已導入第 1、2 階段 401 項 DRG；105 年 7 月全面實施再分類後 1,660 項 DRG。</p> <p>(2) 基本診療章加成：</p> <p>A. 甲案：維持現行醫學中心加成 7.1%、區域醫院加成 6.1%、地區醫院加成 5%。</p> <p>B. 乙案：以 103 年各醫院申報之 DRG 案件費用重新試算各層級基本診療章加成。</p>	健保署醫管組	<p>1. 本案支付通則及分類表已於 104 年 12 月 15 日預告。</p> <p>2. 基本診療章加成經報部核定採原加成方式即維持現行醫學中心加成 7.1%、區域醫院加成 6.1%、地區醫院加成 5%。</p> <p>3. Tw-DRGs 實施期程尚未核定。</p>		V
4	104-臨4-2討	104.11.17	新增全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「膠囊內視鏡術」等 9 項暨修訂編號 68034B「心臟摘	<p>1. 本案同意新增及修訂支付標準，修訂重點如下：</p> <p>(1) 新增「膠囊內視鏡術」、「急性缺血性中風靜脈血栓溶解治療處置費」及雙極前列腺刮除術/汽化術(Bipolar TURP/TUVP) - 「切除之攝</p>	健保署醫管組	本署已於 104 年 12 月 2 日健保醫字第 1040034305 號函辦理預告，並報部核定。		V

參、報告事項

報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關訂定 105 年「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(以下簡稱共同擬訂會議)」召開會議之時程案。

說明：

- 一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法第 2 條規定，「保險人為辦理醫療服務給付項目及支付標準之擬訂事項，至少每六個月召開乙次共同擬訂會議，並於必要時召開臨時會。」
- 二、為順利辦理各項支付標準擬訂事宜並使本會議各項議案能充分討論，105 年先行暫訂每季召開共同擬訂會議乙次，會議時間如下表：

次數	1	2	3	4	5
會議日期	105.3.24 (星期四) (下午 2 時)	105.6.23 (星期四) (下午 2 時)	105.9.29 (星期四) (下午 2 時)	視必要再 預約日期	105.12.22 (星期四) (下午 2 時)
會議名稱	105 年 第 1 次	105 年 第 2 次	105 年 第 3 次	105 年 臨時會	105 年 第 4 次

- 三、原則上於每季之第四個禮拜四下午 2 時於 18 樓大禮堂召開，惟 9 月 22 日因隔天為總額協商會議，故延後一週至 9 月 29 日召開。
- 四、前述 105 年會議時間請各代表預留，以利會議順利召開，如遇特殊情事須變更會議日期時，本署將儘速通知各代表。

報告事項

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：新增全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第三章「初期慢性腎臟病」、第四章「糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳(草案)」，及修訂本保險結核病等八項論質支付標準案。

說明：

一、依據 105 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商之政策方向，暨 104 年全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會會議紀錄，辦理論質照護、家庭醫師及論人計酬等計畫之整合，以推動全人照護。

(一) 本案前於 104 年 11 月 24 日邀請專業團體召開「糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳研商會議」，決議重點如下(詳附件 2-1，P6~P9)：

1. 同意新增「糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳(草案)」之鼓勵措施。

(1) 適用對象：就醫主次診斷為糖尿病或慢性腎臟疾病 Stage1、2、3a 期個案(排除論質收案個案)。

(2) 資訊登錄：依「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」上傳檢驗(查)結果。

(3) 支付標準：年度內同院所接受定期追蹤「且」上傳必要檢驗(查)值，支付每一個案 200 點。

A. 糖尿病個案定期追蹤：同院所接受 3 次 HbA1c 及 1 次 LDL 及 1 次 UACR(或 UPCR)檢驗。

B. 初期慢性腎臟病個案定期追蹤：同院所接受 2 次 eGFR 及 2 次 LDL 及 2 次 UPCR(伴隨糖尿病者 UACR 或 UPCR 擇一執行)檢驗。

C. 檢驗(查)值上傳項目：HbA1c、LDL、eGFR、UACR、UPCR、身高、體重、血壓、抽菸、戒菸服務。

(4)費用支付：以院所為統計及支付單位，由保險人於年度結束後，依照院所年度內照護及上傳情形，予以核付回饋費用。

2. 院所若同時參與「糖尿病或慢性腎臟疾病論質支付」及「即時查詢病患就醫資訊方案」，未來僅需依後者規定上傳檢驗(查)結果，系統將自動把結果值轉入個案登錄系統。
3. 取消現行初期慢性腎臟病醫療給付改善方案，將方案內容導入支付標準，新增第八部第三章「初期慢性腎臟病」。

(二)財務影響：新增「糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳(草案)」章節乙項，以103年門診執行HbA1c、LDL、eGFR情形，並假設接受定期照護個案之檢驗(查)均上傳，高推估增加支出0.83億點(詳附件2-2，P10)。

二、為推廣及妥善運用「健康存摺」協助民眾健康管理，於結核病、糖尿病、初期慢性腎臟病、氣喘、思覺失調、B型肝炎帶原及C型肝炎感染、早期療育、乳癌等八項論質支付標準，訂定推動措施，以鼓勵計畫參與醫師運用健康存摺及提升醫療安全與效益。

(一)措施如下：

1. 規範院所醫師應輔導個案查詢健康存摺，並協助檢視健康存摺內容及個案健康管理。
2. 訂定品質觀察指標「照護對象健康存摺查詢率」。

(二)財務影響：因不涉及個案管理費之申報規範，及品質獎勵金之評比標準，爰不增加健保支出。

三、依據衛生福利部國民健康署104年9月10日請辦單，表示於癌症登記資訊發現吸菸係肝癌之危險因子，爰於B、C型肝炎個案追蹤方案，強化對吸菸者之衛教及戒菸資訊提供。另為鼓勵醫療院所加強患者之追蹤及衛教服務，放寬同一院所經結案對象不得再收案之規定，改為「同一院所經結案對象1年內不得再收案」，併同修

訂新收案管理照護費之申報規定。

四、預算來源：由各總額別「醫療給付改善方案」及其他部門「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」專款項目支應。

五、增修支付標準第八部(詳附件2-3~2-6)，P11~P37)，及修訂氣喘等四項醫療給付改善方案(詳附件2-7~2-11，P38~P97)，將依程序陳報衛生福利部公告實施。

決定：

「糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳」

研商會議紀錄

開會時間：104 年 11 月 24 日上午 9 時 30 分

地點：台北市信義路 3 段 140 號 9 樓第 1 會議室

主持人：龐組長一鳴

紀錄：涂奇君

出席者單位及人員

中華民國糖尿病學會

洪副秘書長乙仁、李醫師亭儀

中華民國醫師公會全國聯合會

張醫師孟源

台灣腎臟醫學會

邱主任怡文

台灣家庭醫學醫學會

張副秘書長必正

台灣醫院協會

陳副院長順天、吳副院長淑芬、

蔡組長佳吟、詹個管師純純、

羅個管師金蘭

社團法人中華民國糖尿病衛教學會

徐主任蓓蒂

列席者單位及人員

本署臺北業務組

陳秋雪、賴香蓮、陳雅惠、王敏貞

本署北區業務組

王慈錦、徐巧玲、林依兒、林美霞

本署中區業務組

黃明珠

本署南區業務組

邱淑瑜、陳文娟

本署高屏業務組

高依利

本署東區業務組

尤碧雲

醫務管理組

李純馥、陳真慧、林淑範、

涂奇君、陳信樺、潘尹婷、虞淑婷

一、主席致詞：略。

二、討論事項：

新增支付標準第八部品質支付服務第三章「糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳（草案）」。

決議：

（一）本案經與會單位討論，表示認同簡化檢驗數值上傳作業，及鼓勵更多醫師提供 DM 及 CKD 個案符合臨床指引之照護，並上傳檢驗(查)值之構想，及同意新增資訊整合及鼓勵資料上傳之鼓勵措施，該措施修訂事項如下，修訂後草案詳附件。

1. 基於個案就醫行為、持續追蹤個案之 HbA1c 監測頻率與新個案不同，及臨床實況等考量，建議獎勵門檻修訂為「糖尿病個案應於同院所接受 3 次 HbA1c 及 1 次 LDL 及 1 次 U_{ACR}(或 U_{PCR})檢驗，初期慢性腎臟病個案於同院所接受 2 次 eGFR 及 2 次 LDL 及 2 次 U_{PCR} (伴隨糖尿病者 U_{ACR} 或 U_{PCR}

擇一執行)檢驗」。

2. 本案有助提升照護品質，應透過宣導鼓勵院所上傳資料，並將本案規範檢驗(查)結果全數上傳，爰建議採行「糖尿病或初期慢性腎臟病個案於同院所接受定期追蹤，且院所上傳檢驗(查)值，支付每一個案 200 點；同時罹患糖尿病及初期慢性腎臟病個案，於同院所完成定期追蹤及報告，則支付 400 點」之支付方式。
3. 其中 eGFR、U_{ACR}、U_{PCR}、身高、體重、血壓、抽菸、戒菸服務等項之檢驗(查)結果，以虛擬醫令上傳。

- (二) 現行院所若同時參與「論質方案」及「即時查詢病患就醫資訊方案」，需於不同系統維護或上傳檢驗(查)結果，為簡化院所資訊端作業，未來僅需依後者規定上傳檢驗(查)結果，系統將自動把結果值轉入個案登錄系統。
- (三) 因 ICD-9 與 ICD-10 轉換，衍生 Pre-ESRD 方案適用 ICD-10 範圍之問題，已請台灣腎臟醫學會就臨床專業惠賜意見供參，該議題不影響 CKD Stage 3a 及 3b 個案本應適用之方案，爰本案支付方式之適用對象仍同現行 Early-CKD 方案，即 CKD Stage 1、2、3a 個案。
- (四) DM 論質照護已導入支付標準，惟 CKD 論質照護仍以方案方式執行，新增之資訊整合及鼓勵資料上傳係針對 DM 及 CKD 個案，故取消現行初期慢性腎臟病醫療給付改善方案，並將方案內容導入支付標準。

三、 散會：上午 11 時 30 分

第八部 品質支付服務

第四章 糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳(草案)

通則：

一、醫療服務提供者：

提供糖尿病及初期慢性腎臟病個案連續性服務之特約院所，建立院所內跨醫師、跨專科合作模式，共同照護糖尿病及初期慢性腎臟個案，提供符合治療指引之持續性追蹤服務。

二、適用對象：

- (一) 就醫主次診斷為糖尿病或慢性腎臟疾病 Stage1、2、3a 期個案。
- (二) 本部第二章及本保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案之收案對象，適用前述章節及方案支付方式。

三、照護目標：

- (一) 提供糖尿病及初期慢性腎臟病個案符合治療指引之持續性追蹤服務。
- (二) 院所上傳個案檢驗結果，以即時查詢及追蹤醫療資訊。
- (三) 輔導個案查詢健康存摺，進行個案健康管理。

四、資訊登錄：

- (一) 院所依本保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案，上傳檢驗(查)結果，不需另行登錄健保資訊網服務系統。檢驗值單位應同本部第二章及本保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案之規定。
- (二) 院所依本部第二章及本保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案，收案個案已上傳之檢驗(查)值，將自動轉入個案登錄系統。

五、費用支付：

- (一) 以院所為統計及支付單位，由保險人於年度結束後，依照院所年度內提供下列檢驗，予以核付回饋費用。
- (二) 獎勵門檻：糖尿病個案應於同院所接受 3 次 HbA1c 及 1 次 LDL 及 1 次 U_{ACR}(或 U_{PCR})檢驗，初期慢性腎臟病個案於同院所接受 2 次 eGFR 及 2 次 LDL 及 2 次 U_{PCR}(伴隨糖尿病者 U_{ACR} 或 U_{PCR} 擇一執行)檢驗。
- (三) 定期追蹤及報告回饋費
糖尿病或初期慢性腎臟病個案於同院所接受定期追蹤，且院所上傳下列檢驗(查)值，支付每一個案 200 點；同時罹患糖尿病及初期慢性腎臟病個案，於同院所完成定期追蹤及報告，則支付 400 點。

1. 定期追蹤：

- (1) 糖尿病個案接受符合門檻之 HbA1c 檢驗及每年接受 LDL、U_{ACR}(或 U_{PCR})、身高、體重、血壓、抽菸、戒菸服務等檢驗(查)。
- (2) 初期慢性腎臟病個案每半年接受 eGFR、LDL、U_{PCR}(伴隨糖尿病者 U_{ACR} 或 U_{PCR} 擇一執行)、身高、體重、血壓、抽菸、戒菸服務等檢驗(查)。

2. 檢驗(查)值上傳項目：HbA1c、LDL、eGFR、U_{ACR}、U_{PCR}、身高、體重、血壓、抽菸、戒菸服務。

六、本章節費用由各總額別「醫療給付改善方案」及其他部門「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」專款項目支應。

附表、定期追蹤檢驗(查)項目表

疾病	項目	上傳醫令代碼	單位/內容值	次數
糖尿病個案	醣化血紅素 HbA1c	09006C	%	3
	低密度脂蛋白膽固醇 LDL	09044C	mg/dl	1
	微量白蛋白 U _{ACR} (或 U _{PCR})	12111C (或虛擬碼)	mg/g	1
	身高	虛擬碼	cm	1
	體重	虛擬碼	kg	1
	血壓	虛擬碼	mmHg	1
	抽菸/戒菸服務	虛擬碼	1：無抽菸，無接受戒菸服務 2：無抽菸，有接受戒菸服務 3：有抽菸，無接受戒菸服務 4：有抽菸，有接受戒菸服務	1
初期慢性腎臟病個案	腎絲球過濾率估算值 eGFR	虛擬碼	ml/min/1.73m ²	2
	低密度脂蛋白膽固醇 LDL	09044C	mg/dl	2
	微量白蛋白 U _{ACR} (或 U _{PCR})	12111C	mg/g	2
	身高	虛擬碼	cm	2
	體重	虛擬碼	kg	2
	血壓	虛擬碼	mmHg	2
	抽菸/戒菸服務	虛擬碼	1：無抽菸，無接受戒菸服務 2：無抽菸，有接受戒菸服務 3：有抽菸，無接受戒菸服務 4：有抽菸，有接受戒菸服務	2

註：

1. eGFR 線上計算：台灣腎臟醫學會「腎利人生網站」<http://kidney.tsn.org.tw>，點選「腎病指標」，輸入性別、年齡、血液 Creatinine 值即可線上計算。
2. 同時罹患糖尿病及初期慢性腎臟病個案，定期追蹤檢驗(查)項目及次數取最大值。

新增「糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳」之財務影響

疾病/層級	符合論質收案	論質收案人數	照護率 (C=B/A)	未收案個案接受		財務影響 (F=D*200) (高估)
	人數(A) (註 2)	(B) (註 3)		定期追蹤且上傳 必要檢驗值(D) (註 4)	實質照護率 [E=(B+D)/A]	
糖尿病						
醫院	708,845	308,313	43.5%	271,360	81.8%	54,272,000
基層	435,238	111,549	25.6%	118,676	52.9%	23,735,200
全國	1,090,000	419,455	38.5%	390,036	74.3%	78,007,200
初期慢性腎臟病						
醫院	500,421	162,776	32.5%	17,960	36.1%	3,592,000
基層	155,518	76,517	49.2%	5,355	52.6%	1,071,000
全國	655,939	239,157	36.5%	23,315	40.0%	4,663,000

註:

- 資料來源:截至 104 年 10 月 7 日門診清單醫令檔。統計分析 103 年申報資料。
- 符合糖尿病論質收案，係 90 天內在同院所因糖尿病就醫 2 次以上者；符合初期慢性腎臟病論質收案，係 90 天內在同院所就醫 2 次以上且第 2 次係因初期慢性腎臟病就醫者。
- 論質收案人數係申報 P14 及 P16 者，人數以 ID+生日歸戶計算。
- 未收案個案完成定期追蹤:
 - 係糖尿病個案或初期慢性腎臟病個案，但未論質收案者。
 - 糖尿病個案接受定期追蹤，係年度內同院所接受 3 次 HbA1c 及 1 次 LDL 檢驗者；初期慢性腎臟病個案接受定期追蹤，係年度內同院所接受 2 次 eGFR 及 2 次 LDL 檢驗者，且每次間隔 150~210 天。

第八部 品質支付服務

第一章 結核病

通則：

- 一、本章各診療項目，得另依規定申報其他相關醫療費用。
- 二、個案經檢驗檢查確定診斷後，連續照護三個月得申報第一階段疾病管理照護費，每一階段符合連續管理者並附個案管理紀錄（每月乙次）、就診紀錄，各階段結核病管理照護費按本標準所定點數支付。
- 三、申報 A1001C 第一階段疾病管理照護費（連續管理 3 個月）之個案，初次診斷應做鏡檢塗片耐酸性染色三次（肺外結核除外），且進行分枝桿菌培養及鑑定，對於培養陽性者應作藥物感受性試驗；肺外結核之病理檢體應施行耐酸性染色及結核菌培養，並於培養陽性後執行菌種鑑定。
- 四、個案病歷上每一階段至少需記載下列檢驗檢查結果：
 - （一）一次胸部 X 光檢查結果；肺外結核者（肋膜積水除外）第二階段後免輸入胸部 X 光檢查結果。
 - （二）一次驗痰結果（痰培養陽性者需含藥物敏感試驗結果）；肺外結核者（肋膜積水除外）第二階段後免輸入驗痰檢查結果。
 - （三）一次生化檢查結果。
 - （四）肺外結核者第一階段需輸入病理檢查或結核菌培養結果。
- 五、執行本項各診療項目須符合下列條件：
 - （一）須具有胸腔、感染、結核任一專科或曾接受主管機關結核病學訓練並獲結業證明之醫師至少一名。
 - （二）院所通報結核病發現新案達 100（含）人以上，應設置專任結核病個案管理專員 1 人，並應依個案增加比率酌增個案管理員人數；惟通報結核病發現新案 100 人以下者得以專責人員任之。
- 六、限符合本章節服務內容，包括自確診、持續服藥至完治，含括過程中相關之診療、檢驗、教育宣導及追蹤管理等項目者申報。
- 七、院所醫師應輔導個案查詢健康存摺，並協助檢視健康存摺內容及個案健康管理，以提升醫療安全與效益。

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
A1001C	結核病例發現確診費 註：該病例須經疾病管制局確認登記	v	v	v	v	750
A1002C	結核病治療成功費 註：該病例須經疾病管制局確認完成	v	v	v	v	2,000
A1003C	第一階段疾病管理照護費 (連續管理3個月) 註：個案通報且申報A1001C後連續照護滿三個月後，於病患回診當次申報此費用。	v	v	v	v	1,500
A1004C	第一階段疾病管理照護費 (未連續管理3個月) 註：個案通報且申報A1001C後，且需有個案管理紀錄、就診紀錄等相關紀錄內容，方予每案每月個案管理費折半給付。	v	v	v	v	250/月
A1005C	第二階段疾病管理照護費 (連續管理6個月) 註： 1.個案須經檢驗檢查結果確定診斷並開始投藥。 2.個案通報且申報A1001C後連續照護滿六個月後，於病患回診當次申報此費用。	v	v	v	v	1,500
A1006C	第二階段疾病管理照護費 (未連續管理6個月) 註：個案通報且申報A1001C後，且需有個案管理紀錄、就診紀錄等相關紀錄內容，方予每案每月個案管理費折半給付。	v	v	v	v	250/月
A1007C	第三階段疾病管理照護費 (連續管理) 註：自個案通報且申報A1001C後，個案連續照護第七個月起實施相關醫療檢驗，持續投藥至病例檢驗檢查結果確認完成治療，於治療成功時，一併給付。	v	v	v	v	500/月
A1008C	第三階段疾病管理照護費 (未連續管理) 註：個案通報且申報A1001C後，且需有個案管理紀錄、就診紀錄等相關紀錄內容，方予每案每月個案管理費折半給付。	v	v	v	v	250/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
A1009C	第四階段疾病管理照護費 (連續管理) 註：自個案通報且申報 A1001C 後，自個案投藥第十個月起至第十二個月，實施相關醫療檢驗，持續投藥至病例檢驗檢查結果確認完成治療，於完治時一併給付。	v	v	v	v	500/月
A1010C	第四階段疾病管理照護費 (未連續管理) 註：個案通報且申報 A1001C 後，且備有個案管理紀錄、就診紀錄等相關紀錄內容，方予每案每月個案管理費折半給付。	v	v	v	v	250/月

第八部 品質支付服務

第二章 糖尿病

通則：

一、參與資格：

申報本章費用之醫事機構須組成照護團隊，醫事人員並經縣市共同照護網認證後向保險人之分區業務組申請同意。

(一) 第一階段照護：

1. 團隊醫事人員資格如下：醫師、護理衛教及營養衛教之專業人員須經各縣市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。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)，惟團隊仍需取得各縣市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。

(二) 第二階段照護

個案完整申報新收案(P1407C) 1 次、追蹤(P1408C)至少 5 次、年度評估(P1409C)至少 2 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，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 8 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，醫事機構須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。

(三) 申報本章費用之醫師，第一階段其當季個案追蹤率小於 20% 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(P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C)。

(四) 院所醫師應輔導個案查詢健康存摺，並協助檢視健康存摺內容及個案健康管理，以提升醫療安全與效益。

二、收案對象：

- (一) 最近九十天曾在該院所診斷為糖尿病 (ICD-9-CM 前三碼為 250；ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13) 至少同院所就醫達二次(含)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 1 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) 參與方案院所新收案對象，經保險人健保資訊網服務系統(VPN)查詢，若已被其他院所收案照護中(1 年內仍有追蹤紀錄)，不得收案。
- (三) 收案前需與病人解釋本方案之目的及需病人配合定期回診等事項，並發給相關文宣資料。
- (四) 結案條件：

1. 可歸因於個案者，如失聯超過三個月、拒絕再接受治療等。
2. 經醫師評估已可自行照護者。
3. 個案未執行本方案管理照護超過 1 年者。

三、品質資訊之登錄及監測：

(一) 特約醫療院所應依保險人規定內容(如附表四)，登錄相關品質資訊。

(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，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。

四、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. 門診及住院醫療服務點數清單及醫令清單填表說明
 - (1) 屬本方案收案之保險對象，其就診當次符合申報 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C 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『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」。未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。
 - (2) 申報方式：併當月份送核費用申報。

(二) 審查原則

1. 未依保險人規定內容登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。
2. 醣化血色素(HBA1C)及低密度脂蛋白(LDL)之任一病患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。

五、品質獎勵措施：

(一) 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，方可進入品質獎勵之評比對象。

1. 新收案率：

- 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-9-CM 前三碼為 250；ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13) 同院所就醫達二次(含)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。
- 門檻目標值：醫師新收案率須 $\geq 30\%$ 以上，限第一階段照護醫師有申報新收案 P1407C 者。

2. 收案人數 ≥ 50 人。

(二) 品質加成指標

1. 個案完整追蹤率：

- 定義：

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有個案當中，排除第4季新收案之人數。

(2)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)次數達3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1季申報新收案，其當年度追蹤管理+年度評估次數達3次者。

b. 如為第2季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達2次者。

c. 如為第3季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達1次者。

(3)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(2)項之B原則辦理。

2. HbA1C<7.0%比率(HbA1C 控制良好率)

► 定義：

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有個案當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第4季新收案個案。

(2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之收案當中，其 HbA1C<7.0%之次數比率。

3. HbA1C>9.0%比率(HbA1C 不良率)

► 定義：

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有收案當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第4季新收案個案。

(2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之收案當中，其 HbA1C>9.0%之次數比率。

4. LDL>130mg/dl 比率(LDL 不良率)

► 定義：(註：LDL 值係指年度評估之登錄值)

(1)分母：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次。

(2)分子：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次中，其 LDL>130mg/dl 之次數比率。

註：配合第二階段照護，年度評估者計算包含 P1409C 或 P1411C，追蹤管理計算包含 P1408C 或 P1410C。

5. LDL<100mg/dl 比率(LDL 良率)

► 定義：(註：LDL 值係指年度評估之登錄值)

(1)分母：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次。

(2)分子：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次中，其 LDL<100mg/dl 之次數比率。

註：配合第二階段照護，年度評估者計算包含 P1409C 或 P1411C，追蹤管理計算包含 P1408C 或 P1410C。

(三)品質卓越獎

1. 依各醫師新收案率分為2組(以新收案率 $\leq 55\%$ 及 $> 55\%$ 予區分，合計共分為2組)。
2. 各組依上述收案完整追蹤率、HbA1C 控制良好率、HbA1C 不良率、LDL 不良率、LDL 良率等五項指標比率分別排序(收案完整追蹤率、HbA1C 控制良好率及 LDL 良率為由高排至低；HbA1C 不良率及 LDL 不良率為由低排至高)，再將各指標之序別各乘上 1/5 後相加重新排序，取排序總和前 25%之醫師，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，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予 1,000 點獎勵，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)。

(四)品質進步獎

1. 依前一年度之各組個案完整追蹤率、HbA1C 不良率、HbA1C 控制良好率、LDL 不良率及 LDL 良率等五項指標為基準年，計算品質獎勵進步獎，惟醫師需有全曆年之指標為基準年，當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 2 個完整全曆年申報本章費用)。
 2. 門檻指標及品質加成指標計算方式同本通則五之(一)(二)規定。
 3. 各組依兩年度之 5 項品質指標比率相減，5 項品質指標中均需進步或持平，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予 500 點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付，並排除該年度品質卓越獎之得獎醫師。
- (五)品質進步獎與品質卓越獎，合計整體獎勵金額不得超過當年度糖尿病照護管理費用的 30%。

(六)品質觀察指標：照護對象健康存摺查詢率。

1. 分子：照護對象查詢健康存摺人數。
2. 分母：當年度照護對象人數。

- 六、本方案之疾病管理照護費用(P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C)及相關品質獎勵措施費用來源，由各總額別專款項目支應，保險人並得視費用支付情形，隨時召開會議研議修改本方案之相關內容。
- 七、資訊公開：保險人得公開申報本章之名單及相關品質資訊供民眾參考，其品質獎勵措施，將於保險人全球資訊網公開獲得品質獎勵金前 25% 之院所醫師人數，並於 VPN 系統中公開各組別每項品質指標之百分位 25、50、75 及 100 之指標值與各院所參與醫師門檻指標新收案率 $\geq 30\%$ 及收案人數 ≥ 50 人之醫師各品質指標值，供參與醫師自行查詢與比較。
- 八、符合本章節之個案，若合併其它疾病且分屬保險人本署辦理之不同方案收案對象時，除依本章節支付標準申報外，得再依相關方案申報費用。
- 九、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。

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	糖尿病第一階段新收案管理照護費 註：1.照護項目詳附表一，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 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
P1408C	糖尿病第一階段追蹤管理照護費 註：1.照護項目詳附表二，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報新收案後至少須間隔7週才能申報本項，本項每年度最多申報三次，每次間隔至少10週。 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80%。	v	v	v	v	200
P1409C	糖尿病第一階段年度評估管理照護費 註：1.照護項目詳附表三，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報追蹤管理後至少間隔10週才能申報本項，本項限執行P1407C及P1408C合計達三次(含)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80%。	v	v	v	v	800
P1410C	糖尿病第二階段追蹤管理照護費 註：1.照護項目參考附表二之檢驗項目，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10週。	v	v	v	v	100
P1411C	糖尿病第二階段年度評估管理照護費 註：1.照護項目參考附表三之檢驗項目，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.申報追蹤管理後至少間隔10週才能申報本項，本項限執行P1408C及P1410C追蹤合計達三次(含)以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。	v	v	v	v	300

附表一 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 (2) 營養評估, 體重史 Nutritional assessment, weight history (3) 過去及現在治療計畫 Previous and present treatment plans A. 藥物 Medications B. 營養治療 Medical Nutrition Therapy C. 病人自主管理訓練 Self-management training D. 血糖自我管理及其使用結果 SMBG and use of results (4) 現在治療執行方案 Current treatment program (5) 運動史 Exercise history (6) 急性併發症 Acute complications (7) 感染病史 History of infections (8) 慢性糖尿病併發症 Chronic diabetic complications (9) 藥物史 Medication history (10) 家族史 Family history (11) 冠狀動脈心臟病危險因素 CHD risk factors (12) 心理社會/經濟因素 Psychosocial/economic factors (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 (2) 血壓 Blood pressure * (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。 (4) 甲狀腺觸診 Thyroid palpation (5) 心臟檢查 Cardiac examination (6) 脈搏評值 Evaluation of pulses (7) 足部檢查 Foot examination (8) 皮膚檢查 Skin examination (9) 神經學檢查 Neurological examination (10) 口腔檢查 Oral examination (11) 性成熟度評估 (如屬青春前期後) Sexual maturation (if peripubertal)</p>
<p>3. 檢驗室評值 (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 ※(2)09006C 糖化血紅素 HbA1C ※(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) ※(4)09015C 血清肌酸酐 Serum creatinine ※(5)09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺基酶 SGPT (or ALT) ※(6)06013C 尿液分析 (尿生化檢查) Urine biochemistry examination ※(7)12111C 微量白蛋白(ACR) Microalbumin (Nephelometry) □(8)13007C 細菌培養鑑定檢查 (視情況而定) Urine culture (if indicated) □(9)27004C 甲狀腺刺激素放射免疫分析 (第一型病人) TSH (type 1 patients) □(10)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 (2)藥物 Medications (3)營養治療 Medical nutrition therapy (4)生活型態改變 Lifestyle changes (5)自主管理教育 Self-management education (6)監測接受指導遵循度 Monitoring instructions * (7)年度轉診至眼科專科醫師 (視情況而定) Annual referral to eye specialist (if indicated) (8)其他專科醫師會診 (視情況而定) Specialty consultations (as indicated) (9)同意接受持續性支持或追蹤的約定 Agreement on continuing support / follow-up (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。)

附表二 追蹤管理診療項目參考表 (適用編號 P1408C)

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 糖化血紅素 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>※ (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:

1. 參照中華民國糖尿病學會「2010 糖尿病臨床照護指引」。
2. 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。
3. 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 所訂費用之內, 不得另行重複申報。

附表三

年度檢查診療項目參考表（適用編號 P1409C）

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</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 (ACR) Microalbumin (Nephelometry)</p> <p>□ (8) 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：

1. 參照中華民國糖尿病學會「2010 糖尿病臨床照護指引」。
2. 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。
3. 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、P1411 所訂費用之內，不得另行重複申報。

附表四 個案登錄系統必要欄位簡化表

一、新收案(P1407C) (建立病人基本資料後，病人身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)

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
4. Urine檢驗：檢查日期、Urine microalbumin、Urine Routine(二者可視情形擇一填報)
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) (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)

必填欄位：

1. 追蹤管理日期
2. Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)

三、年度評估(P1409C、P1411C) (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
4. Urine檢驗：檢查日期、Urine microalbumin、Urine Routine(二者可視情形擇一填報)
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)

※eGFR 線上計算：台灣腎臟醫學會「腎利人生網站」<http://kidney.tsn.org.tw> 點選「腎病指標」，輸入性別、年齡、血液 Creatinine 值即可線上計算。

第三章 初期慢性腎臟病

通則：

一、參與本章之醫事人員及醫事機構，須向保險人之分區業務組提出申請，申請資格如下：

- (一) 健保特約院所，除腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師外，其他專科醫師需接受本署認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少 6 小時(4 小時上課+2 小時 e-learning 課程)，並取得證明。
- (二) 設立於山地離島地區之特約院所，具醫師資格且接受本署認可慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少 6 小時(4 小時上課+2 小時 e-learning 課程)，並取得證明。
- (三) 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患者完整之治療模式與適當的轉診服務。
- (四) 參與之醫師，年度追蹤率小於 20% 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。
- (五) 院所醫師應輔導個案查詢健康存摺，並協助檢視健康存摺內容及個案健康管理，以提升醫療安全與效益。

二、收案對象：慢性腎臟疾病(Chronic Kidney Disease, CKD) Stage 1、2、3a 期病患

- (一) 定義：經尿液及血液檢查後，已達本章收案條件之慢性腎臟病患者。
- (二) 收案要求：收案前 90 天內曾在該院所就醫，新收案當次需以「慢性腎臟疾病」為主診斷申報。收案時，需向病人解釋本章之目的及需病人配合定期回診等事項，並發給相關衛教文宣資料。同一個案不能同時被 2 家院所收案，但實際照護院所仍可依現行全民健保醫療服務給付項目及支付標準申報相關醫療費用。
- (三) 收案條件：
 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 + 尿蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine Protein and Creatinine Ratio, 以下稱 U_{PCR}) ≥ 150 mg/gm (或糖尿病患者 U_{ACR} ≥ 30 mg/gm) 之各種疾病病患。
 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 + U_{PCR} ≥ 150 mg/gm (或糖尿病患者 U_{ACR} ≥ 30 mg/gm) 之各種疾病病患。
 3. CKD stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR 45~59.9 ml/min/1.73 m² 之各種疾病病患。
- (四) 定期追蹤：依患者慢性腎臟疾病期別執行慢性腎臟病患定期身體檢查、必要尿液檢查與血液檢查及衛教指導項目，並將結果記錄於初期慢性腎臟疾病個案追蹤管理照護記錄表。
- (五) 結案條件：
 1. 腎功能持續惡化，其 Urine protein/creatinine ratio (U_{PCR}) ≥ 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)
 2. 腎功能改善恢復正常，連續追蹤 2 次腎功能及蛋白尿並未達慢性腎臟病標準。
 3. 可歸因於病人者，如長期失聯(≥ 180 天)、拒絕再接受治療、死亡或病人未執行本章管理照護超過 1 年者等。
- (六) 照護標準及目標
 1. 醫療：依照 K-DOQI Guideline(網址：

<http://www.kidney.org/PROFESSIONALS/kdoqi/guidelines.cfm>) 給予病患最適切之醫療，另請參考衛生福利部國民健康署(以下稱國健署)與台灣腎臟醫學會出版之「慢性腎臟病防治手冊」(國健署網站/搜尋)，或本章之初期慢性腎臟疾病個案管理(如附件一)；並阻緩腎功能的惡化、蛋白尿的緩解、避免不當藥物的傷害、預防併發症發生。

2. 衛教諮詢：除必須提供與教導適切的腎病衛教知識與資料外，必須能掌握病患狀況，追蹤病況與檢驗結果，提供醫師與家屬在醫療上與照護上的必要訊息與溝通機會。
3. 對於已收案照護至少3個月之初期慢性腎臟病患，因腎功能持續惡化，符合初期慢性腎臟病照護服務轉診條件者，經轉診(請填寫全民健康保險轉診單，如附件四)至參加「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，並確認收案於該計畫。

(七) 病患照護目標：

1. 必要指標：

- (1) CKD 分期較新收案時改善(如 stage 2→stage 1)；或
- (2) eGFR 較新收案時改善(eGFR > 新收案時)，且下列良好指標至少需有2項指標由異常改善為正常。

2. 良好指標：

- (1) 血壓控制：<130/80 mmHg。
- (2) 糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)控制：<7.0%
- (3) 低密度脂蛋白(LDL)控制：<130 mg/dl
- (4) 戒菸(持續六個月以上無抽菸行為)

3. 個案健康管理指標：照護對象健康存摺查詢率。

- (1) 分子：照護對象查詢健康存摺人數。
- (2) 分母：當年度照護對象人數。

三、品質資訊之登錄及監測

- (一) 特約院所應依保險人規定(如附件二)，於個案登錄系統(VPN)上傳必要欄位，照護個案資料及檢驗資料請登載於初期慢性腎臟病個案管理照護紀錄(如附件三)，留存院所備查(報告日期於就醫日期前後2個月內，必要項目有1項未執行，則整筆費用不得申報)。
- (二) 特約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，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。

四、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，依本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，其就診當次符合申報 P4301C、P4302C、P4303C 者，於申報費用時，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』；未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。
 - (2) 申報方式：併當月份送核費用申報。

- (二) 審查原則：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；另該筆疾病管理費被

核刪後不得再申報。

五、品質獎勵措施

- (一) 獎勵單位：以參與方案之醫師為計算獎勵單位，該醫師照護之病人當年度內完成 2 次追蹤管理方得列入。
- (二) 門檻指標：該醫師完整追蹤率 $\geq 50\%$ 。
 - 定義：
 1. 分母：當年度該院所該醫師收案之所有病人當中，排除第 4 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。
 - (1) 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 2 次者。
 - (2) 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。
 - d. 如為第 1 季申報新收案，其當年度追蹤管理(P4302C)次數達 2 次者。
 - e. 如為第 2、3 季申報新收案，其當年度追蹤管理(P4302C)次數達 1 次者。
- (三) 獎勵指標達成情形：病人當年度連續 2 次追蹤資料皆需達成。
 1. CKD 分期較新收案時改善 (如 stage 2→stage 1)；或
 2. eGFR 較新收案時改善(eGFR > 新收案時)，且下列良好指標至少需有 2 項指標由異常改善為正常。
 - (1) 血壓控制：由新收案 $\geq 140/90$ mmHg 改善為 $< 130/80$ mmHg。
 - (2) 糖尿病病患 HbA1c 控制：由新收案 $\geq 7.0\%$ 改善為 $< 7.0\%$ 。
 - (3) 低密度脂蛋白(LDL)：由新收案 ≥ 130 mg/dl 改善為 < 130 mg/dl。
 - (4) 戒菸(持續六個月以上無抽菸行為)：由新收案抽菸改善為戒菸。
- (四) 符合門檻指標醫師，所照護病人符合上述 1 或 2 達成情形，每個個案數給予 400 點獎勵。

六、本章之疾病管理費用 (P4301C、P4302C、P4303C) 及獎勵措施費用，由各年度全民健康保險總額其他部門預算「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」專款項目支應。先行扣除獎勵金費用額度後，預算按季均分，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，則流用至下季，若全年經費尚有結餘，則年進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於 1 元。保險人並得視實際執行及費用支付情形，召開會議與醫界研議修訂本章之相關內容。

七、資訊公開：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。

八、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(例如：糖尿病等)，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。

<u>編號</u>	<u>診療項目</u>	<u>基 層 院 所</u>	<u>地 區 醫 院</u>	<u>區 域 醫 院</u>	<u>醫 學 中 心</u>	<u>支 付 點 數</u>
P4301C	<u>初期慢性腎臟病新收案管理照護費</u> <u>註1: 新收案個案管理基本資料詳附表一，檢查、檢驗、與衛教情形詳附表二。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</u>	V	V	V	V	200
P4302C	<u>初期慢性腎臟病追蹤管理照護費</u> <u>註1: 追蹤檢查、檢驗、與衛教情形詳附表二。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</u> <u>2: 申報新收案管理照護費至少需間隔3個月才能申報本項，本項每年度最多申報2次，每次至少間隔6個月。</u>	V	V	V	V	200
P4303C	<u>初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費</u> <u>註1: 限個案符合轉診條件，並經轉診至參與健保署Pre-ESRD整體照護計畫院所，確認收案於Pre-ESRD計畫後方可申報，每人限申報1次。</u> <u>2: 跨院需填寫全民健康保險轉診單(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)</u> <u>3: 結案原因為恢復正常、長期失聯(≥180天)、拒絕再接受治療、死亡者，不可申報本項。</u>	V	V	V	V	200

附件一 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	30-59.9 ml/min/1.73m ²
	III a 期	45-59.9 ml/min/1.73m ²
	III b 期	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3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)

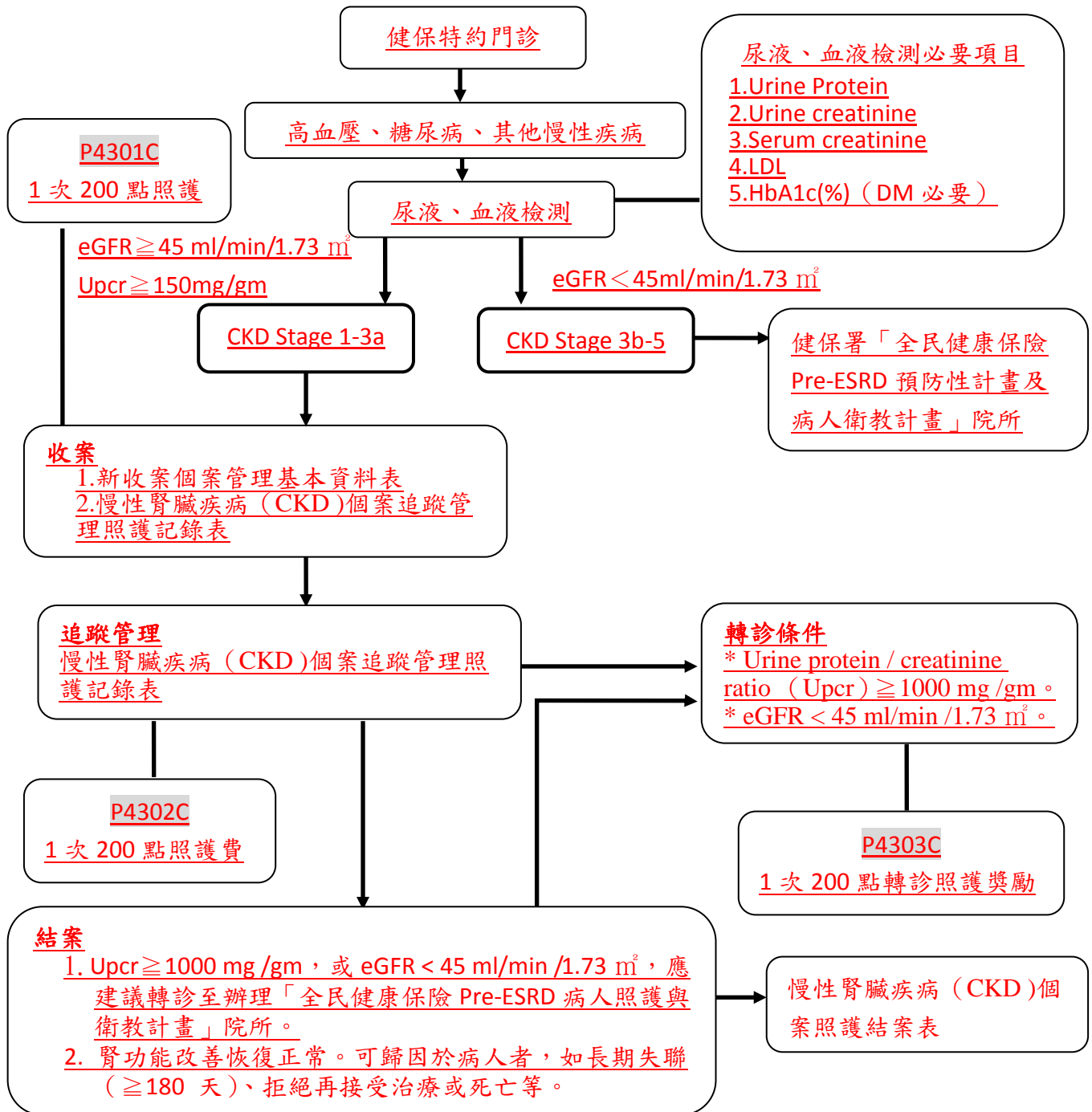
二、慢性腎臟疾病之篩檢

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)年紀>60 歲

三、慢性腎臟疾病管理流程



Stage 1-3a 收案條件

CKD stage1 :

腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況 $eGFR \geq 90 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ + $U_{\text{pcr}} \geq 150 \text{ mg/gm}$ (或糖尿病患者 $U_{\text{acr}} \geq 30 \text{ mg/gm}$) 之各種疾病病患。

CKD stage2 :

輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 $eGFR 60 \sim 89.9 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ + $U_{\text{pcr}} \geq 150 \text{ mg/gm}$ (或糖尿病患者 $U_{\text{acr}} \geq 30 \text{ mg/gm}$) 之各種疾病病患。

CKD stage3a :

中度慢性腎衰竭， $eGFR 45 \sim 59.9 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 之各種疾病病患。

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 6 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 6 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 6 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 3 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(U_{PCR}>2,000 mg/gm 者)及轉診腎臟專科醫師 ● 認識高血壓、高血壓、糖尿病與腎臟病之相關性 ● 血壓、血糖、血脂、體種、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(U_{PCR}>2,000 mg/gm 者)及轉診腎臟專科醫師 7. 簡介高血壓及其併發症 8. 簡介高血壓及其併發症 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)

附件二 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、U_{PCR} (mg/gm)
3. 血液檢驗: Serum creatinine(mg/dl)、LDL (mg/dl)、HbA1c (DM必填)

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、U_{PCR} (mg/gm)
3. 血液檢驗: Serum creatinine(mg/dl)、LDL (mg/dl)、HbA1c (DM必填)

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1年者。
3. 轉診Pre-ESRD計畫院所原因: 1: U_{PCR} ≥ 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: _____

附件三-1 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：□1.男 □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：	□1.不識字 □2.小學 □3.初中 □4.高中(職) □5.大專(學)以上		
職業：	□1.退休 □2.農 □3.軍公教 □4.工 □5.商 □6.服務業 □7.家管 □8.無 □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)	□1.無		□8.惡性腫瘤【 】
	□2.糖尿病【 】	□3.高血壓【 】	□9.遺傳性腎臟疾病【 】
	□4.心臟病【 】	□5.腦血管病變(中風)【 】	□10.多囊腎【 】
	□6.高血脂【 】	□7.腎臟病或尿毒症【 】	□11.痛風【 】
			□12.自體免疫性疾病【 】
			□13.其他【 】
			□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	□無		
	病名	初次診斷時間	病名
	□1.高血壓	年 月 日	□18.視力衰退
	□2.糖尿病	年 月 日	□19.視網膜病變
	□3.腎臟病	年 月 日	□20.B型肝炎
	□4.缺血性心臟病	年 月 日	□21.C型肝炎
	□5.心律不整	年 月 日	□22.慢性肝疾病/肝硬化
	□6.心臟衰竭	年 月 日	□23.結核
	□7.腦血管疾病	年 月 日	□24.甲狀腺腫
	□8.腫瘤	年 月 日	□25.癲癇
	□9.貧血	年 月 日	□26.精神疾病
	□10.關節炎	年 月 日	□27.攝護腺肥大
	□11.高膽固醇血症	年 月 日	□28.皮膚病
	□12.痛風或高尿酸血症	年 月 日	□29.良性腫瘤
	□13.過敏性鼻炎	年 月 日	□30.惡性腫瘤
	□14.氣喘	年 月 日	□31.神經病變
	□15.慢性肺疾病	年 月 日	□32.自體免疫疾病
	□16.消化性潰瘍	年 月 日	□33.其他
□17.功能性腸胃問題	年 月 日	□34.藥物過敏 藥物名：_____	
□35.食物過敏 食物名稱：_____			

危險因子	<input type="checkbox"/> 1.血壓高(130/85 以上) <input type="checkbox"/> 2.蛋白尿 <input type="checkbox"/> 3.高血脂(TG>150) <input type="checkbox"/> 4.低白蛋白血症 <input type="checkbox"/> 5.高血糖(AC>100) <input type="checkbox"/> 6.肥胖(BMI) <input type="checkbox"/> 7.懷孕 抽煙： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有 持續每日：_____年_____支/每日 <input type="checkbox"/> 3.戒煙_____年 喝酒： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有 持續：_____年 <input type="checkbox"/> 6.戒酒_____年 <input type="checkbox"/> 3.交際應酬 <input type="checkbox"/> 4.成癮 <input type="checkbox"/> 5.習慣性_____CC/每日 檳榔： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有 持續_____年 _____粒/每日 <input type="checkbox"/> 3.戒檳榔_____年
平時用藥習慣	<input type="checkbox"/> 1.處方用藥 <input type="checkbox"/> 2.中醫（中醫師處方） <input type="checkbox"/> 3.傳統草藥（無醫師處方） <input type="checkbox"/> 4.成藥 <input type="checkbox"/> 5.提神飲料_____ <input type="checkbox"/> 6.偏方 <input type="checkbox"/> 7.健康食品_____ <input type="checkbox"/> 8.口服止痛劑 <input type="checkbox"/> 9.針劑止痛劑 <input type="checkbox"/> 10.使用不明藥物 <input type="checkbox"/> 11.其他_____
健康知識與態度	1.如患慢性疾病是否按時就醫 <input type="checkbox"/> a.是 <input type="checkbox"/> b.否，原因_____ 2.請問您是否覺得體重與慢性疾病有相關？ <input type="checkbox"/> a.否 <input type="checkbox"/> b.是 3.請問您是否瞭解慢性疾病與飲食生活習慣有相關？ <input type="checkbox"/> a.否 <input type="checkbox"/> b.是 4.請問您是否每週至少運動三次，每次持續 30 分鐘以上？ <input type="checkbox"/> a.否 <input type="checkbox"/> b.是 5.整體來說，您認為自己的健康狀況如何？ <input type="checkbox"/> a.非常不好 <input type="checkbox"/> b.不好 <input type="checkbox"/> c.普通 <input type="checkbox"/> d.好 <input type="checkbox"/> e.非常好

附件三-2 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)

說明：本表之功能在於提醒醫護人員，病患已接受或應接受追蹤檢驗與衛教之日期，本頁請置於病患病歷內或病患個案管理檔案中

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				
Urine PCR(mg/gm) 【必要】				
Urine ACR(mg/gm) (參考)				
Uric acid (mg/dl) (參考)				
Serum creatinine (mg/dl) 【必要】				
eGFR(MDRD) 【必要】				
CHOL (mg/dl) (參考)				
LDL (mg/dl) 【必要】				
HbA1c (%) (DM 必要)				
Sugar AC (mg/dl) (DM 參考)				
長期藥物使用(>3M) 降血壓藥	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他：_____
胰島素	<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
降血糖藥	<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
降血脂藥	<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
降尿酸藥	<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
NSAID	<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
中草藥	<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
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				

附件三-3 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 身份證字號：_____

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 Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫」
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 (U_{PCR}) ≥ 1000 mg/gm。
 $30 \text{ ml/min/1.73 m}^2 \leq eGFR < 45 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ (Stage 3b)。
 $15 \text{ ml/min/1.73 m}^2 \leq eGFR < 30 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 者 (Stage 4)。
 $eGFR < 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 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 1 年者。

附件四 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 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 歷 摘 要	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-9-CM			病名				
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							
診 所	院所住址						傳真號碼：				
							電子信箱：				
醫 生	診治醫師	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			
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										
	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-9-CM：											
院所名稱						電話或傳真：					
						電子信箱：					
診治醫師	姓名	科別	醫師簽章	回覆日期		年 月 日					

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、診所回覆轉出醫院、診所

第三聯：原診療醫院、診所留存

※本轉診單限使用乙次

※以上欄位均屬必填，如無則填無

第八部 品質支付服務

第四章 糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳(草案)

通則：

一、醫療服務提供者：

提供糖尿病及初期慢性腎臟病個案連續性服務之特約院所，建立院所內跨醫師、跨專科合作模式，共同照護糖尿病及初期慢性腎臟個案，提供符合治療指引之持續性追蹤服務。

二、適用對象：

- (一) 就醫主次診斷為糖尿病或慢性腎臟疾病 Stage1、2、3a 期個案。
- (二) 本部第二章及第三章之收案對象，適用前述章節及方案支付方式。

三、照護目標：

- (一) 提供糖尿病及初期慢性腎臟病個案符合治療指引之持續性追蹤服務。
- (二) 院所上傳個案檢驗結果，以即時查詢及追蹤醫療資訊。
- (三) 輔導個案查詢健康存摺，進行個案健康管理。

四、資訊登錄：

院所依本保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案，上傳檢驗(查)結果，不需另行登錄健保資訊網服務系統。檢驗值單位應同本部第二章及第三章之規定。

五、費用支付：

- (一) 以院所為統計及支付單位，由保險人於年度結束後，依照院所年度內提供下列檢驗，予以核付回饋費用。
- (二) 獎勵門檻：糖尿病個案應於同院所接受 3 次 HbA1c 及 1 次 LDL 及 1 次 U_{ACR}(或 U_{PCR})檢驗，初期慢性腎臟病個案於同院所接受 2 次 eGFR 及 2 次 LDL 及 2 次 U_{PCR}(伴隨糖尿病者 U_{ACR} 或 U_{PCR} 擇一執行)檢驗。

(三) 定期追蹤及報告回饋費

糖尿病或初期慢性腎臟病個案於同院所接受定期追蹤，且院所上傳下列檢驗(查)值，支付每一個案 200 點；同時罹患糖尿病及初期慢性腎臟病個案，於同院所完成定期追蹤及報告，則支付 400 點。

1. 定期追蹤：

- (1) 糖尿病個案接受符合門檻之 HbA1c 檢驗及每年接受 LDL、U_{ACR}(或 U_{PCR})、身高、體重、血壓、抽菸、戒菸服務等檢驗(查)。
- (2) 初期慢性腎臟病個案每半年接受 eGFR、LDL、U_{PCR}(伴隨糖尿病者 U_{ACR} 或 U_{PCR} 擇一執行)、身高、體重、血壓、抽菸、戒菸服務等檢驗(查)。

2. 檢驗(查)值上傳項目：HbA1c、LDL、eGFR、U_{ACR}、U_{PCR}、身高、體重、血壓、抽菸、戒菸服務。

六、本章節費用由各總額別「醫療給付改善方案」及其他部門「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」專款項目支應。

附表、定期追蹤檢驗(查)項目表

	項目	上傳醫令代碼	單位/內容值	次數
糖尿病個案	醣化血紅素 HbA1c	09006C	%	3
	低密度脂蛋白膽固醇 LDL	09044C	mg/dl	1
	微量白蛋白 U _{ACR} (或 U _{PCR})	12111C (或虛擬碼)	mg/g	1
	身高	Y00004	cm	1
	體重	Y00005	kg	1
	血壓-收縮壓	Y00006	mmHg	1
	血壓-舒張壓	Y00007	mmHg	1
	抽菸/戒菸服務	Y00008	抽菸結果對應報告序號 1 戒菸服務結果對應報告序號 2 1：無 2：有	1
初期慢性腎臟病個案	腎絲球過濾率估算值 eGFR	Y00001	ml/min/1.73m ²	2
	低密度脂蛋白膽固醇 LDL	09044C	mg/dl	2
	微量白蛋白 U _{ACR} (或 U _{PCR})	12111C	mg/g	2
	身高	Y00004	cm	2
	體重	Y00005	kg	2
	血壓-收縮壓	Y00006	mmHg	2
	血壓-舒張壓	Y00007	mmHg	2
	抽菸/戒菸服務	Y00008	抽菸結果對應報告序號 1 戒菸服務結果對應報告序號 2 1：無 2：有	2

註：同時罹患糖尿病及初期慢性腎臟病個案，定期追蹤檢驗(查)項目及次數取最大值。

全民健康保險氣喘醫療給付改善方案

105年00月00日 第十二版修訂

壹、前言

氣喘是一種慢性疾病，它會反覆發作，也可能自行緩解，不能自行緩解之患者若接受適當的治療，通常可恢復，惟若病況嚴重又未及時接受治療者，則可能致命，而患者本身是否具氣喘知識及遵從醫囑服藥，成為是否導致延緩治療或治療不足最重要的原因。良好氣喘治療的第一步，便是建立正確的觀念與早期發現適當治療，其實大部分的死亡是可以預防的。

全民健康保險保險人(以下稱保險人)有鑑於多數氣喘患者普遍缺乏正確知識，並且在疾病惡化前，亦無良好的疾病管理方式，因此自90年11月起，推動氣喘醫療給付改善方案，期能透過醫療團隊，給予完整且正確的衛教資訊，加強病患自我照護的能力，減少急症及併發症的發生。此方案不僅提升氣喘患者照護能力及改善生活品質，長期而言，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，導入提昇氣喘照護品質之誘因，鼓勵醫療院所設計以病人為中心之完整照護，遵守氣喘診療指引，加強氣喘患者之追蹤管理及衛教服務，提供完整且連續性的照護模式，以創造被保險人、供給者及保險人三贏之局面。

貳、現況分析

依據保險人申報資料，93年全年以氣喘為主診斷之申報人數約51萬人，總醫療費用約26億元，而自本方案實施後，平均急診次數及住院次數均呈現逐年下降的趨勢，其中平均急診次數自90年的0.144次，至93年已下降為0.113次，同期住院次數亦自0.069次下降為0.046次，已呈現初步成效。

參、目標

- 一、建立以病患為中心的共同照護模式。
- 二、提昇氣喘治療指引遵循率。
- 三、建立品質導向之支付制度。

肆、計畫內容

- 一、參與本方案之醫事人員及醫事機構，須向保險人之分區業務組申請同意，資格如下：
 - (一) 具有氣喘患者照護及管理之內、兒、家醫、耳鼻喉科醫師需接受保險人認可之氣喘照護教育訓練，新加入方案之醫師至少取得8小時課程時數，已加入方案之醫師每3年須取得8小時課程時數，並取得證明，教育訓練課程由台灣胸腔暨重症加護醫學會、中華民國免疫學會、台灣兒童胸腔醫學會、台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會、台灣氣喘衛教學會或台灣氣喘諮詢協會等六個學會協調每月公益提供，課程表詳附件1。
 - (二) 經台灣胸腔暨重症加護醫學會、中華民國免疫學會、台灣兒童胸腔醫學會、台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會認證之專科醫師。
 - (三) 參與本方案之醫師，其半年病人追蹤率小於12%者(指前半年已收案之個案中，於收案或追蹤後次季至後半年內至少完成1次追蹤者)，經保險人輔導後，3個月未改善，自保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本方案之相關費用。
 - (四) 院所醫師應輔導個案查詢健康存摺，並協助檢視健康存摺內容及個案健康管理，以提升醫療安全與效益。

二、收案對象(給付對象)

- (一) 最近90天曾在該院所同醫師診斷為氣喘(ICD-9-CM：493；ICD-10-CM：J44-J45)至少就醫達2(含)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及填表說明之第 18 欄位國際疾病分類號(一)】收案。

- (二) 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，經病人同意配合方得收案，並將病人或親屬簽名黏貼於病歷表上，未黏貼者，不予支付疾病管理照護費。
- (三) 年齡 14 歲(含)以上診斷氣喘者，需要有肺功能或尖峰流速值至少一項的紀錄，否則不得收案。
- (四) 參與方案院所新收案對象，經本保險人健保資訊網服務系統(VPN)查詢，若已被其他院所收案照護中(1 年內仍有追蹤紀錄)，不得收案。
- (五) 結案條件：
 1. 可歸因於病人者，如失聯超過三個月(≥ 90 天)、拒絕再接受治療，或病患不願再遵醫囑或聽從衛教者等。
 2. 經醫師評估已可自行照護者或轉診。
 3. 同一院所經結案對象 1 年內不得再收案，但院所仍可依現行全民健保醫療服務給付項目及支付標準申報相關醫療費用。
 4. 病人未執行本方案管理照護超過 1 年者。

三、支付標準：符合本方案之氣喘病人，接受以醫師為主導之醫療團隊提供常規性氣喘之完整性照護，醫療院所得定期申報管理照護費，給付項目及支付點數如附件 2。

四、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 3)，登錄相關品質資訊。
- (二) 保險人之分區業務組應舉辦方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約醫療院所報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。
- (三) 參與本方案之醫療院所定期依「提昇院所氣喘慢性照護能力與病人生活品質的量化評量表」(如附件 4)自我評量後，於每年年底前函送保險人之分區業務組備查。

五、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及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 P1612C、P1613C、P1614B、P1615C 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『E6』；未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。
 - (2) 申報方式：併當月份送核費用申報。

(二) 審查原則

1. 未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。
2. 其餘未規定事項，依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、獎勵措施：獎勵點數之計算自有完整曆年資料後，再予核算。

(一) 品質加成效標：

1. 病人完整追蹤率

操作型定義如下：

- (1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人當中，排除第4季新收案之人數及VPN系統登錄結案者。
- (2)分子：當年度該院所由該醫師收案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. 已申報年度評估者（P1614B 或 P1615C），其申報當年度追蹤管理(P1613C)次數達3次者。
 - B. 已申報新收案者（P1612C），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1季申報新收案，其當年度追蹤管理+年度評估次數達3次者。
 - b. 如為第2季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達2次者。
 - c. 如為第3季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達1次者。
- (3)當年度同時申報新收案（P1612C）及年度評估（P1614B 或 P1615C）者，以申報新收案（P1612C）之季別，依第(2)項之B原則辦理。

2.收案病人因氣喘住院的比率

操作型定義如下：

- (1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人當中，排除第4季新收個案及VPN系統登錄結案者。
- (2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之病人當中，因氣喘住院之總人數。

3.收案病人因氣喘急診的比率

操作型定義如下：

- (1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人當中，排除第4季新收個案及VPN系統登錄結案者。
- (2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之病人當中，因氣喘急診之總人數。

(二)獎勵評比方式：

- 1.先區分醫院與基層，再分成人與兒童共4組。
- 2.各組依上述「病人完整追蹤率」、「收案病人因氣喘住院的比率」及「收案病人因氣喘急診的比率」等三項指標比率分別排序（「病人完整追蹤率」由高排至低；「收案病人因氣喘住院的比率」及「收案病人因氣喘急診的比率」由低排至高），再將各指標之序別各乘上1/3後相加重新排序，取排序總和前25%之醫師，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，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每一個案支付500點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。

七、本方案之疾病管理費用（P1612C、P1613C、P1614B、P1615C）及相關品質獎勵措施費用於全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。保險人並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。

八、資訊公開：保險人得公開參與本方案之名單及相關品質資訊供民眾參考，其品質獎勵措施，將於本保險人全球資訊網公開獲得品質獎勵金前25%之院所醫師名單，供參與醫師自行查詢。

伍、品質監測觀察指標：

(一)降階治療成功率：

1. 分母：當年度該院所收案病人數。

2. 分子：當年度該院所收案病人數中，其年度評估之疾病嚴重度較前一年之年度評估（當年度新收個案者，採初診資料）疾病嚴重度下降者。

（二）氣喘出院 14 日內再入院率：

1. 分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人當中，因氣喘住院後出院總人數。

2. 分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之病人當中，出院後 14 日內，因氣喘再入院之總人數。

（三）照護對象健康存摺查詢率：

1. 分子：照護對象查詢健康存摺人數。

2. 分母：當年度照護對象人數。

陸、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。

附件一

參加全民健康保險氣喘醫療給付改善方案之教育訓練課程表

一.	氣喘致病機轉與氣道變形
二.	台灣成人氣喘診療指引
三.	台灣兒童氣喘診療指引
四.	氣喘病的診斷與臨床監測
五.	氣喘病的藥物與非藥物療法
六.	氣喘病的慢性照護
七.	氣喘病急性發作的處置
八.	特殊情況下的氣喘治療

備註：每項課程至少 50 分鐘。

附件二

全民健康保險氣喘醫療給付改善方案給付項目及支付標準

通則：

- 一、本方案支付標準按表訂項目及點數辦理，診察費、相關檢驗檢查及未訂項目按現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準及醫療費用審查注意事項辦理。
- 二、符合本方案之氣喘病人，若合併其它疾病且分屬保險人辦理之不同方案收案對象時(例如：糖尿病)，除依本方案支付標準申報外，得再依相關計畫或方案申報費用。

編號	診療項目	支付點數
P1612C	氣喘新收案管理照護費 註：照護項目詳附表一，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。	400 點/次
P1613C	氣喘追蹤管理照護費 註1：照護項目詳附表二，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 註2：申報新收案後至少須間隔56天才能申報本項，本項每年最多申報3次，每次至少間隔80天為宜。	200 點/次
P1614B	氣喘年度評估管理照護費 註1：照護項目詳附表三，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 註2：追蹤管理後至少須間隔80天才能申報本項，本項限執行P1612C及P1613C合計達3次(含)以上之地區醫院(含)以上層級始得申報。本項每年限申報一次。	800 點/次
P1615C	氣喘年度評估管理照護費 註1：照護項目詳附表三，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 註2：追蹤管理後至少須間隔80天才能申報本項，本項限執行P1612C及P1613C合計達3次(含)以上之基層診所始得申報。本項每年限申報一次。	400 點/次

附表一 氣喘患者新收案診療項目參考表 (適用編號 P1612C)

	病史	身體檢查	實驗室檢驗及檢查	疾病管理照護
完整性初診診察及照護	1. 家族史 2. 抽煙史 3. 職業史 4. 過去病史 (1) 過敏病史(鼻炎、結膜炎、皮膚炎等請註明過敏原) (2) 慢性阻塞性肺疾病 (3) 肺結核 (4) 職業性肺病 (5) 胸腔手術 (6) 糖尿病 (7) 心臟血管疾病史 (8) 慢性肝病 (9) 感染病史 (10) 其它(註明病因)	1. 身高體重 2. 血壓 3. 心臟、脈搏 4. 皮膚、神經 5. 口腔 6. 評估氣喘嚴重度： <input type="checkbox"/> 輕度間歇性 <input type="checkbox"/> 輕度持續性 <input type="checkbox"/> 中度持續性 <input type="checkbox"/> 重度持續性 (1) 症狀頻率 白天： 夜間： (2) PEF %預估值： 7. ACT 氣喘控制狀況(評估基準詳附表 1-1、1-2 及 1-3) <input type="checkbox"/> 良好控制 <input type="checkbox"/> 部分控制 <input type="checkbox"/> 未獲控制	1.08011C 全套血液檢查(WBC、RBC、Hb、Hct、Platelet count、MCV、MCH、MCHC 八項) 2.08013C 白血球分類計數(WBC differential count) 3.08010C 嗜酸性白血球計算(Eosinophil Count) 4.12031C 免疫球蛋白(IgE) 5.30022C 特異過敏原免疫檢驗(Specific Allergen Test) 6.09005C 血液葡萄糖(Glucose) 7.06012C 尿一般檢查(General urine examination) 8.06009C 尿沉渣顯微鏡檢查(Sediments) 9.18001C 心電圖(E.K.G) 10.17003C 流量容積圖形檢查(Flow-volume curve) 11.32001C 胸部X光(包括各種角度部位之胸腔檢查)(Chest view) 12.17019C 支氣管激發試驗(Bronchial provocation test)	1. 治療計畫 2. 教導患者自我處理治療計畫 (1) 認知及避免過敏原及促發因子 (2) 瞭解症狀、嚴重度及自我處理方法 (3) 瞭解治療目標 (4) 瞭解每日使用的預防性藥物劑量(控制性之治療) (5) 瞭解用來迅速解除症狀的支氣管擴張劑名稱與劑量(應急之治療) (6) 自己使用尖峰呼氣流速計並從臨床症狀或尖峰呼氣流速記錄來判斷病情是否在惡化中 (7) 氣喘惡化時如何治療或如何尋求諮詢及更進一步的醫療 3. 安排下次門診時間
	備註：以上所列項目非每位氣喘病患必要之檢驗檢查，請依病情需要核實申報。			

附表二 氣喘患者追蹤管理診療項目參考表（適用編號 P1613C）

	病史	身體檢查	實驗室檢驗及檢查	疾病管理照護
完整性 複診 診察 及 照護	1. 患者自我監測尖峰呼氣流速計紀錄之判讀 2. 治療計畫的調整 3. 生活型態改變 4. 併發症症狀 5. 其他疾病 6. 精神社會問題	1. 呼吸頻率 2. 喘鳴聲 3. 心跳頻率 4. 口腔 5. 評估氣喘嚴重度： <input type="checkbox"/> 輕度間歇性 <input type="checkbox"/> 輕度持續性 <input type="checkbox"/> 中度持續性 <input type="checkbox"/> 重度持續性 (1) 症狀頻率 白天： 夜間： (2) PEF %最佳值： 變異度%： 6. ACT 氣喘控制狀況 (評估基準詳附表 1-1、1-2 及 1-3) <input type="checkbox"/> 良好控制 <input type="checkbox"/> 部分控制 <input type="checkbox"/> 未獲控制	其他依病情需要	1. 治療計畫短期及長期目標之訂定 2. 測試並加強患者執行自我處理治療計畫之能力 3. 測試並加強患者自己使用尖峰呼氣流速計之正確性及依紀錄判讀病情變化之能力 4. 併發症之預防 5. 轉介追蹤 6. 精神社會調適 7. 安排下次門診時間

附表三 氣喘患者年度評估診療項目參考表（適用編號 P1614B、P1615C）

	病史	身體檢查	實驗室檢驗及檢查	疾病管理照護
完整性 複診 診察 及 年度 評估 照護	1. 患者自我監測尖峰呼氣流速計紀錄之判讀 2. 治療計畫的調整 3. 生活型態改變 4. 併發症症狀 5. 其他疾病 6. 精神社會問題 7. 完成個案照護結果年度評估	1. 呼吸頻率 2. 喘鳴聲 3. 心跳頻率 4. 口腔 5. 評估氣喘嚴重度： <input type="checkbox"/> 輕度間歇性 <input type="checkbox"/> 輕度持續性 <input type="checkbox"/> 中度持續性 <input type="checkbox"/> 重度持續性 (1) 症狀頻率 白天： 夜間： (2) PEF %最佳值： 變異度%： 6. ACT 氣喘控制狀況 (評估基準詳附表 1-1、1-2 及 1-3) <input type="checkbox"/> 良好控制 <input type="checkbox"/> 部分控制 <input type="checkbox"/> 未獲控制	其他依病情需要	1. 治療計畫短期及長期目標之訂定 2. 測試並加強患者執行自我處理治療計畫之能力 3. 測試並加強患者自己使用尖峰呼氣流速計之正確性及依紀錄判讀病情變化之能力 4. 併發症之預防 5. 轉介追蹤 6. 精神社會調適 7. 安排下次門診時間

附件三

全民健康保險氣喘醫療給付改善方案 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、醫師ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)

必填欄位：

- 1.新收案日期、門住診別
- 2.基本檢查數據：身高、體重
- 3.症狀頻率（白天）
- 4.症狀頻率（夜間）
- 5.預估值或最佳值(%)
- 6.嚴重度評估
- 7.ACT氣喘控制狀況

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

必填欄位：

- 1.追蹤管理日期
- 2.症狀頻率（白天）
- 3.症狀頻率（夜間）
- 4.預估值或最佳值(%)
- 5.變異度(%)
- 6.嚴重度評估
- 7.ACT氣喘控制狀況

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

必填欄位：

- 1.年度評估日期
- 2.症狀頻率（白天）
- 3.症狀頻率（夜間）
- 4.預估值或最佳值(%)
- 5.變異度(%)
- 6.嚴重度評估
- 7.ACT氣喘控制狀況

附件四 提昇院所氣喘慢性照護能力與病人生活品質的量化評量表

機構名稱： _____ 自評日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

評量面向	評量項目	符合打勾	配分	總分	備註
結構面 16%	1.照護醫師資格(4%) (1) 具有氣喘患者照護及管理能力之內、兒、家醫、耳鼻喉科醫師需接受保險人認可之氣喘照護教育訓練，新加入方案之醫師至少取得 8 小時課程時數，已加入本方案之醫師每 3 年須取得 8 小時課程時數，並取得證明 (2) 具有經台灣胸腔暨重症加護醫學會、中華民國免疫學會、台灣兒童胸腔醫學會、台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會認證認證之專科醫師	<input type="checkbox"/>	2		
	2.收案資格(4%) (1) 最近 90 天內曾在同一醫療院所由同醫師診斷為氣喘 (ICD-9-CM : 493 ; ICD-10-CM : J44-J45) 至少就醫達 2 次(含)以上者 (2) 年齡 14 歲 (含) 以上診斷氣喘者，需有肺功能或尖峰流速值的記錄	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 2		
	3.登錄及後續追蹤(4%) (1) 有專責人員負責登錄及追蹤 (2) 負責登錄及追蹤之專責人員需有氣喘照護相關訓練學分，兩年至少 20 學分	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 2		
	4.相關設備(4%) (1) 備有尖峰呼氣流速計相關設備(拋棄式吹嘴)可供使用 (2) 備有氣喘藥物衛教相關教具	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 2		
過程面 64%	1.資訊告知(4%) 收案前有向病人解釋參與試辦計畫之目的及需病人配合定期回診等事項，並經病人同意，且病歷中附有收案病人簽章之同意書可供查閱	<input type="checkbox"/>	4		
	2.個案資料管理(6%) (1) 收案病人初診及複診資料，定期上傳健保署 (2) 收案病人資料或電腦建檔 (3) 建立病人完整專屬病歷資料	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 2 2		
	3.收案個案之病歷或收案紀錄單完整記載病患相關資料，需包含：(16%) (1) 相關病史(家族史,過去病史,處置狀況,抽菸史/二手菸史) (2) 治療計畫的調整 (3) 過去和目前處置：藥劑、自我處理與監測 (4) 家庭狀況 (獨居或有同居者) (5) 主要照護者	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 4 4 2 2		
	4.線上登錄資料完整性(15%) (1) 登錄基本資料(ID、姓名、地址、電話等)。 (2) 於「新收案資料維護」中填報下列資料： A.新收案日期 B.症狀頻率 (白天)/(夜間) C.預估值或最佳值(%) (14 歲以下免填) D.變異度(%) (14 歲以下免填) E.嚴重度評估 ※(A~E 皆符合) (3) 於「追蹤管理資料維護」中填報下列資料： A.追蹤管理日期 B.症狀頻率 (白天)/(夜間)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 1 1 1 1 1 1 1 1 1		

評量面向	評量項目	符合打勾	配分	總分	備註
	C.預估值或最佳值(%) (14歲以下免填) D.變異度(%) (14歲以下免填) E.嚴重度評估 ※(A~E皆符合)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 1 1 1		
	5.未回診病人之追蹤(3%) (1)告知返診日期 (2)具有告知返診日期之記錄	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2		
	6.落實推動病人衛教(20%) 建立病人氣喘衛教記錄，其內容應包含： (1)認識過敏氣喘 (2)治療計畫 (3)氣喘藥物的認識 (4)氣喘藥物的使用 (5)氣喘嚴重度的評估 (6)過敏原的避免方法 (7)尖峰呼氣流速計的使用 (8)發作時自我處理 ※(1)~(8)全部符合時	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 2 2 2 2 2 2 2 4		
結果面 20%	1.病人追蹤率(6%) (1)具備病人追蹤率的統計資料可供檢閱 (2)半年病人追蹤率大於12%(收案的個案，收案或追蹤後半年內至少完成1次追蹤) (3)失聯超過6個月(≥180天)的個案數評量	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 2 2		
	2.品質提昇(需有書面資料可查閱)(6%) (1)參與本方案的醫師有無相關氣喘教育訓練課程認證 (2)參與本方案的護理人員有無相關氣喘教育訓練課程認證	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 3		
	3.品質資料紀錄：有下列資料可供查閱(8%) (1)氣喘病人急性發作次數記錄 (2)氣喘病人急診就醫次數記錄 (3)氣喘病人住院次數記錄 (4)降階治療記錄 (5)氣喘出院14日因氣喘再入院之比率	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 2 2 1 1		
其他	加分項目(至多10分) (1)年齡5歲(含)以上診斷氣喘者，有進行肺功能或尖峰流速值的記錄 (2)診所內有舉辦團體衛教或相關活動 (3)藥事人員有無相關氣喘教育訓練課程認證	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 2 2		
優點：					

醫療機構負責人簽章：

附表 1-1：5(含)歲以下兒童氣喘控制程度表

在5歲(含)以下兒童-氣喘控制程度表			
特徵	良好控制	部份控制	未獲控制
日間症狀： 喘鳴、咳嗽、 呼吸有困難	無	每週多於2次	每週多於2次
活動限制	無	任何	任何
夜間症狀/ 夜間醒覺	無	任何	任何
對緩解型藥 物的需求	每週少於2天	每週多於2天	每週多於2天

附表 1-2：6-14 歲兒童氣喘控制程度表

氣喘控制程度表			
指標	良好控制 (下列項目須全數達到)	部份控制 (任一週中有任何一項出現)	未獲控制
日間症狀	沒有 (每週兩次或兩次以下)	每週兩次以上	在任何一週中出現 三項或三項以上
日常活動的限制	沒有	有	
夜間症狀或醒來	沒有	有	
需要用緩解型藥物	沒有 (每週兩次或兩次以下)	每週兩次以上	
肺功能 (尖峰流速或第一秒呼氣量)	正常	< 80%預測值或個人最佳值	在任何一週中出現 一次或以上
惡化	沒有	每年一次或以上	

附表 1-3：14 歲以上氣喘控制程度表

指標	控制良好 (下列項目需全數達到)	部份控制 (任一週中有任何一項出現)	控制不佳
日間症狀	沒有 (每週兩次或兩次以下)	每週超過兩次	在任何一週中出現 左列三項(含)以上
日常活動的限制	沒有	有	
夜間症狀或醒來	沒有	有	
需要用緩解型藥物	沒有 (每週兩次或兩次以下)	每週超過兩次	
肺功能 尖峰呼氣流量(PEF)或 第一秒呼氣量(FEV ₁)	正常	<80%預測值或 個人最佳值	
急性惡化	沒有	每年一次或以上	在任何一週中出現 一次或以上

全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案

105年00月00日 第五版修訂

壹、計畫目的:

- 一、鼓勵醫療院所將財務誘因由量之競爭，逐步轉化為醫療品質之提升。
- 二、鼓勵醫師主動積極介入治療，使思覺失調症患者能固定規則接受治療，提高病患治療之依從性。
- 三、促使醫療院所提高思覺失調症疾病之醫療照護品質，以提昇病患之生活功能與品質、降低社會成本。

貳、計畫目標:醫療照護品質指標項目三年進步率總體達 10%。

參、收案對象:

- 一、領有重大傷病卡之思覺失調症(疾病診斷碼為 ICD-9-CM：295；ICD-10-CM：F20、F25)患者。
- 二、排除條件：
 - (一) 精神科慢性病房住院中病患。
 - (二) 同時領有 2(含)張以上不同疾病之重大傷病卡者。

肆、收案標準:

一、固定就醫病人:

- (一) 定義:病患前一年於精神科拿藥 ≥ 8 次，且於特定醫療院所之精神科就醫次數，大於其全年精神科就醫次數 60%。
- (二) 收案方式:由全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組定期產製名單交給該特定醫療院所收案。

二、未固定就醫病人:

- (一) 定義:病患前一年於精神科就醫次數(含門住診)未明顯集中於某特定醫療院所(即固定就醫以外及久未就醫以外之病人)。
- (二) 收案方式:由保險人分區業務組定期產製名單交參與本方案醫療院所收案。

三、久未就醫病人:

- (一) 定義:病患前一年連續六個月以上無精神科就醫(含門住診)資料者。
- (二) 收案方式:由保險人分區業務組定期產製名單交參與本方案醫療院所收案。

伍、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、入監服刑。
- 三、失聯 2 個月以上(連續 2 個月未於收案醫療院所就診者)。
- 四、因轉診結案。

陸、費用支付方式:

一、確認收案人數

- (一) 固定就醫病人:由參與本方案院所於年度開始前，與保險人分區業務組確認應收案名單；除有正當理由外，需全數收案，不得選擇病患，收案率需 $\geq 80\%$ 。收案院所應按月上傳新收案名單。
- (二) 未固定就醫病人、久未就醫病人:收案院所應按月上傳新收案名單。
- (三) 個案收案月數之計算，收、結案當月均納入計算。

二、病人群組風險校正:

(一) 高風險病人(high risk patient, HRP):

1. 定義:病患前 1 年曾因下列情形，門、住診就醫次數合計大於 3 次(不含切帳)者。
 - (1) 以主診斷 ICD-9-CM：295；ICD-10-CM：F20、F25 入住急性病房者。
 - (2) 或以損傷(含自殺)及中毒(ICD-9-CM：800-999、E_CODE；ICD-10-CM：S00-T88、V00-Y99)於門、住診就醫者。

2. 支付相對風險權值(relative risk):1.5。

(二) 一般病人(general patient, GP):

1. 定義:非屬高風險病人。

2. 支付相對風險權值(relative risk):1。

三、費用核付:

(一) 個案管理照護費:一般病人以每人每年 1000 點為個案管理照護費支付基準，高風險病人依病人群組相對風險權值加權計算， $1000 \text{ 點} * 1.5 = 1500 \text{ 點}$ 。

1. 基本承作費：以「個案管理照護費」之 40% 計算，固定就醫病人收案率未達 80% 者，本項不予支付。

(1) 自個案收案當月起計算至年底，按一年所占月份數比例支付基本承作費；醫療院所上傳收案名單，由保險人分區業務組依實際情形辦理核付。

(2) 計算公式=

$$\text{一般病人收案總人月數} / 12 * \text{個案管理照護費}(1000 \text{ 點}) * 40\% + \text{高風險病人收案總人月數} / 12 * \text{個案管理照護費}(1500 \text{ 點}) * 40\%$$

2. 品質獎勵費：以「個案管理照護費」之 60% 計算。

(1) 由保險人分區業務組辦理照護品質指標評量，依照醫療院所年度達成情形，於年度結束後核付。

(2) 醫療院所以上年度自身基礎值為比較基礎，各項品質指標依一般病人組及高風險病人組分別計算及獎勵。

(3) 目標權值達成度 $\geq 60\%$ 始可獎勵，獎勵金額依照目標權值達成度，給予品質獎勵費之 60%、80%、100% 獎勵。計算公式=一般病人數*個案管理照護費(1000 點) *60% *一般病人目標權值達成度 +高風險病人數*個案管理照護費(1500 點) *60% *高風險病人目標權值達成度
照護品質評量之指標項目、目標值及權值如附表 1。

(二) 發現費:為鼓勵早期介入，早期治療，以避免發病或減緩發病之嚴重度，且能輔導未規則就醫者積極尋求醫療協助，收案對象屬未固定就醫或久未就醫者，每一個案增加支付發現費 500 點，每一個案每一院所支付以一次為限，且跨院所不得重複收案。

(三) 上開費用核付作業，不併醫療費用申報，由保險人分區業務組依計畫執行結果核定金額後，於追扣補付系統辦理帳務處理。

柒、計畫申請方式:

一、參與本方案之醫療院所應檢附計畫書向保險人分區業務組提出申請，經保險人分區業務組同意後實施。

二、院所醫師應輔導個案查詢健康存摺，並協助檢視健康存摺內容及個案健康管理，以提升醫療安全與效益。

捌、經費來源:

於醫院總額及西醫基層總額之專款項目「醫療給付改善方案」項下支應，如施行結果超過該專款預算數時，採點值浮動方式處理。

玖、參與本方案之醫療院所應成立專責窗口，負責接收收案名單及連繫等相關事宜，院方應依個人資料保護法之規定，負保險對象資料保密之責。

壹拾、績效評估:

參與本方案之醫療院所全年醫療照護品質指標執行結果，於次年 2 月份時進行總評，各參與院所全年品質指標權值達成度需 $\geq 40\%$ 。未達成之院所應提改善計畫，由所屬保險人分區業務組據以評量其是否得以續辦之資格。

附表 1 全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案品質評量指標

指標項目	操作型定義		正負向	目標值 ^{註1}	指標權值
	分子	分母			
1.平均每月精神科門診就診次數	精神科門診就醫人次	收案總人數*12	正	較上年度增加或 ≥ 1 ^{註2}	20%
2.精神科不規則門診比例	精神科門診間隔 30 天以上人次	收案總人次	負	較上年度減少	20%
3.六個月內精神科急性病房再住院率	半年住院二次以上人數(含跨院)	收案總住院人數	負	較上年度減少	20%
4.急診使用人次比率	急診(含非精神科急診)人次(含跨院)	收案總人數	負	較上年度減少	20%
5.失聯結案率	因失聯結案人數	總收案人數	負	較上年度減少	20%
6.強制住院發生人次比率	強制就醫人次	收案總人數	負	較上年度減少	參考
7.固定就醫病人精神科急性病房平均住院天數	固定就醫病人精神科急性病房總住院天數(含跨院)	固定就醫病人總收案人數	負	較上年度減少	參考
8.固定就醫病人精神科急性病房住院人次比率	固定就醫病人精神科急性病房住院人次(含跨院)	固定就醫病人總收案人數	負	較上年度減少	參考
9.固定就醫且一般病人佔率之年度增加率	固定就醫且屬一般病人人數	思覺失調症門住診歸戶病人數	正	較上年度增加	參考
<u>10.照護對象健康存摺查詢率</u>	<u>照護對象查詢健康存摺人數</u>	<u>當年度照護對象人數</u>	<u>正</u>	<u>較上年度增加</u>	<u>參考</u>

備註:

1. 指標項目年度自身比，以各醫療院所上年度全年值為比較基礎。
2. 第 1 項指標若平均每月精神科門診就診次數 ≥ 1 ，即達目標值。分子需包含處方箋釋出個案、分母排除轉診結案個案。

附表 2

病人評估表(參考)

*以下評估多項皆有者綜合考量，採較嚴重者

基本資料:			
年齡:	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住所: <input type="checkbox"/> 家人 <input type="checkbox"/> 朋友,宿舍,康家 <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 機構	
患病時間:	年 月	精神科就醫: <input type="checkbox"/> 曾 <input type="checkbox"/> 否	住院次數:
收案: <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 復健機構	診斷亞型:		ICD:
臨床病況(近一週)	出現頻率	生活影響	合計
1.精神病症狀 <input type="checkbox"/> 幻聽 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 邏輯障礙 <input type="checkbox"/> 聯結障礙	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.偶而 <input type="checkbox"/> 3.隔1-2天 <input type="checkbox"/> 4.每天數小時 <input type="checkbox"/> 5.幾乎持續	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.僅一些想法意念 <input type="checkbox"/> 3.僅態度或心情改變 <input type="checkbox"/> 4.影響其多數決定,判斷 <input type="checkbox"/> 5.致行為改變	
2.情緒症狀: <input type="checkbox"/> 激躁 <input type="checkbox"/> 憂鬱 <input type="checkbox"/> 混亂	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.偶而 <input type="checkbox"/> 3.隔1-2天 <input type="checkbox"/> 4.每天數小時 <input type="checkbox"/> 5.幾乎持續	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.僅稍微波動 <input type="checkbox"/> 3.態度改變,表情明顯 <input type="checkbox"/> 4.影響其多數決定,判斷 <input type="checkbox"/> 5.致行為改變	
3.負性症狀: <input type="checkbox"/> 社交退縮 <input type="checkbox"/> 情感遲滯 <input type="checkbox"/> 思考遲頓	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.偶而 <input type="checkbox"/> 3.隔1-2天 <input type="checkbox"/> 4.每天數小時 <input type="checkbox"/> 5.幾乎持續	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.僅稍微障礙 <input type="checkbox"/> 3.僅態度或心情改變 <input type="checkbox"/> 4.影響多數決定判斷 <input type="checkbox"/> 5.致行為或日常功能改變	
4.功能退化:	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.發生六個月以內 <input type="checkbox"/> 3.已一年以內 <input type="checkbox"/> 4.已一至三年 <input type="checkbox"/> 5.已三年以上	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.少數IADL差 <input type="checkbox"/> 3. ADL可,半數IADL差 <input type="checkbox"/> 4. ADL部份差,多數IADL差 <input type="checkbox"/> 5.個人衛生ADL皆差	
危險評估	出現頻率	生活影響(近一個月)	
5.干擾行為: <input type="checkbox"/> 怪異,儀式 <input type="checkbox"/> 破壞,污染 <input type="checkbox"/> 吵鬧,噪音 <input type="checkbox"/> 其他: _	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.偶而 <input type="checkbox"/> 3.隔1-2天 <input type="checkbox"/> 4.每天數小時 <input type="checkbox"/> 5.幾乎持續	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.沒什麼影響 <input type="checkbox"/> 3.輕微影響周圍 <input type="checkbox"/> 4.顯著影響周圍 <input type="checkbox"/> 5.極嚴重影響周圍	
6.自傷 <input type="checkbox"/> 直接受精神症狀影響(如命令式幻聽) <input type="checkbox"/> 非上述 共發生: _ 次(全算)	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.以前有,兩年內無 <input type="checkbox"/> 3.兩年內有,六個月內無 <input type="checkbox"/> 4.六個月內有 <input type="checkbox"/> 5.一個月內有	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.僅有一些想法意念 <input type="checkbox"/> 3.有計畫或準備性動作 <input type="checkbox"/> 4.有危險行為(如開快車) <input type="checkbox"/> 5.有具體自傷行為	
7.他傷: <input type="checkbox"/> 直接受精神症狀影響 <input type="checkbox"/> 非上述 共發生: _ 次(全算)	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.以前有,兩年內無 <input type="checkbox"/> 3.兩年內有,六個月內無 <input type="checkbox"/> 4.六個月內有 <input type="checkbox"/> 5.一個月內有	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.僅有一些想法意念 <input type="checkbox"/> 3.有計畫或口頭威脅 <input type="checkbox"/> 4.有破壞物品或粗暴行為 <input type="checkbox"/> 5.有傷人行為	
8.物質濫用: <input type="checkbox"/> 酒 <input type="checkbox"/> 安眠鎮定	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.以前有,半年內無 <input type="checkbox"/> 3.近一個月,約每週1-2	<input type="checkbox"/> 1.功能毫無影響 <input type="checkbox"/> 2.精神或注意力有影響,一般工作尚可	

<input type="checkbox"/> 幻覺劑 <input type="checkbox"/> 其他	天 <input type="checkbox"/> 4.近一個月，約每週4-5日 <input type="checkbox"/> 5.近一個月，幾乎每天有	<input type="checkbox"/> 3.損及工作能力，身體健康無礙 <input type="checkbox"/> 4.損及身體健康(如:肝功能，嚴重戒斷，胃出血等) <input type="checkbox"/> 5.損及日常生活功能	
就醫型態與支持	態度觀念	行為(最近三個月)	
9.病人治療態度	<input type="checkbox"/> 1.病識感良好 <input type="checkbox"/> 2.承認有某種精神病，但不完全正確 <input type="checkbox"/> 3.承認有某些情緒或精神問題(症狀)，但不是病 <input type="checkbox"/> 4.承認有某些非精神疾病 <input type="checkbox"/> 5.不承認有任何毛病	<input type="checkbox"/> 1.主動配合，門診及服藥規則 <input type="checkbox"/> 2.大致配合，偶有中斷或自行減藥 <input type="checkbox"/> 3.被動接受，常需提醒 <input type="checkbox"/> 4.要密切督導始接受治療 <input type="checkbox"/> 5.拒絕任何形式之治療	
10.家人支持度 關鍵支持者：	<input type="checkbox"/> 1.治療及疾病知識良好 <input type="checkbox"/> 2.認為病人有精神病，但治療觀念不足 <input type="checkbox"/> 3.雖認為病人精神疾，但明顯低估其嚴重度或治療之必要性 <input type="checkbox"/> 4.雖認為病人有精神疾病，但不想處理 <input type="checkbox"/> 5.不認為病人任何毛病	<input type="checkbox"/> 1.主動積極協助病人就醫 <input type="checkbox"/> 2.大致配合，偶有中斷或自行減藥 <input type="checkbox"/> 3.大致配合，但客觀能力上有困難，有心無力 <input type="checkbox"/> 4.很被動，常無法提供協助 <input type="checkbox"/> 5.無親屬或幾乎拒絕任形式之合作支持	
	以上總分		
GAF：	CGI-S： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.不確定 <input type="checkbox"/> 3.輕 <input type="checkbox"/> 4.中度 <input type="checkbox"/> 5.顯著 <input type="checkbox"/> 6.嚴重 <input type="checkbox"/> 7.極重		

六個月內治療計畫與意願：

治療／個管目標	治療方案／計畫	病人意見	家人意見
醫師：	個管師：	評估日期： / /	

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

105年00月00日 第六版修訂

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、消化(含消化內、外科)、兒、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。
 - (三) 院所醫師應輔導個案查詢健康存摺，並協助檢視健康存摺內容及個案健康管理，以提升醫療安全與效益。

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-9-CM：070.30-070.33、070.51、070.54、571.40-571.49、571.5、V02.61、V02.62；

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

- (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(155)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，肝癌期別登錄於 VPN 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。

(三) 品質觀察指標：照護對象健康存摺查詢率。

1.分子：照護對象查詢健康存摺人數。

2.分母：當年度照護對象人數。

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。

附件二

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 型肝炎感染者個案，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劃申報費用，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次。

編號	診療項目	支付點數
P4201C	<p>新收案管理照護費</p> <p>註：<u>1.限新收案或結案再收案者申報，惟須符合本方案之收案對象(二)之規定。</u></p> <p>2.跨院所不得重複收案。</p>	100 點/次
P4202C	<p>追蹤管理照護費</p> <p>註：1.申報新收案後至少須間隔3個月才能申報本項。</p> <p>2.本項每年最多申報兩次，每次間隔至少6個月。</p>	100 點/次
P4203C	<p>超音波檢查早期肝癌病兆-篩檢異常及轉介費</p> <p>註：同時符合下列條件申報本項費用。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	500 點/次
P4204C	<p>肝癌早期發現費-確診</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	500 點/次
P4205C	<p>肝癌早期發現費-篩檢及確診</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	1000 點/次

附件三

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）檢查結果
3. 腹部超音波檢查結果

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 檢查結果
3. 腹部超音波檢查結果(6 個月 1 次)

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

全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案

壹、前言

依據兒童及少年福利與權益保障法，早期療育是指由社會福利、衛生、教育等專業人員以團隊合作方式，依未滿 6 歲之發展遲緩兒童及其家庭之個別需求，提供必要之治療、教育、諮詢、轉介、安置與其他服務及照顧。如能早期介入及治療兒童的發展遲緩問題，一方面可以改善遲緩的程度與發展的品質，另一方面也可以增強個體的獨立性，減少家庭與社會長期的負擔。

現行早期療育健保醫療給付採論量計酬制，經醫師診斷需接受復健治療或精神醫療之兒童均可接受治療，而部分家長因擔憂及未獲得妥適之全面療育服務，傾向四處就醫，造成患童過度治療，療效亦不佳。按國內多數早期療育專家建議，患童應經過醫療團隊完整評估個案及家庭狀況後，量身研訂適當之個別化治療計畫，並以此治療計畫提供後續服務。除此之外，早期療育具有其特殊性，往往需要較耗時之療程，並強調以家庭為中心之整合性照護模式，有別於一般單獨之復健治療服務。

爰此，本方案希望建立以家庭為中心之整合性照護模式，強調家庭充權與參與，按個案及家庭需求解決問題及研訂療育計畫，並導入個案管理概念，設立品質獎勵金及監控指標，朝簡單、可行性高之方向設計支付誘因，鼓勵醫療院所提供早期療育個案更適切、更有品質之療育服務。

貳、目標：建立早期療育以個案及家庭為中心之整合性照護模式，提升醫療服務品質，導正就醫行為，提供個案與家庭合理且適當、有效率之療育服務。

參、施行期間：自公告日起。

肆、經費來源：全民健康保險醫院及西醫基層醫療給付費用總額之「醫療給付改善方案」專款項目支應。

伍、計畫內容

一、療育模式

- (一) 協助家長瞭解個案的發展及優、弱勢能力，尊重其文化差異及關心重點。
- (二) 在服務過程中邀請家長參與評量過程，共同以個案為中心，依家庭需求量身訂定療育目標、療育計畫，給予家長居家療育活動示範與指導，強化家長對早期療育的參與。
- (三) 以「人—活動—環境」互動的觀點，瞭解問題並與家長共商解決策略，幫助孩童發展生活技能與社會適應能力，進而促進孩童及家庭的社會參與。

二、具體服務內容：

- (一) 家庭功能評估及家庭諮詢
- (二) 向家長(或法定代理人)說明及溝通個案病況、功能、預後。
- (三) 與家長(或法定代理人)共同討論個案問題、訂定功能目標及治療計畫，提出整合性治療意見，注重社會層面的參與。
- (四) 說明社政與教育資源及視需要協助轉介。
- (五) 規劃並教導家長(或法定代理人)適切之個別化居家照護或訓練技巧，且應評估及記錄檢討其執行狀況。
- (六) 專業團隊需針對每位個案每年至少需召開跨專業討論會議一次，並應依個案需要增加次數，相關紀錄應存放備查。

三、醫事服務機構申請要件

(一) 人員：早期療育團隊包括

1. 具有復健科、精神科、小兒神經科或兒童心智科之專科醫師任一者(早期療育治療項目之處方資格仍依現行醫療服務給付項目及支付標準之規定辦理)。
2. 具有符合提供服務項目之專任專業治療人員(可包含物理治療師、職能治療師、語言治療師、聽力師、臨床心理師及社工師)
3. 需聘有專任臨床心理師或社工師，地區醫院或基層院所得以兼任方式辦理。
4. 院所醫師應輔導個案查詢健康存摺，並協助檢視健康存摺內容及個案健康管理，以提升醫療安全與效益。

(二) 空間及設施：需符合醫療機構設置標準且需具有兒童獨立評估及治療空間等硬體規範。

四、 執行人員資格

- (一) 團隊中至少有一位醫師需具有實際從事兒童早期療育相關醫療工作，執業資歷3年以上；前項之專業治療人員均至少1名醫事人員具有實際從事兒童早期療育相關醫療工作，執業資歷2年以上。
- (二) 參與之醫師及前項之專業治療人員(醫事人員類別)每年每人早期療育相關繼續教育達10積分，其中以家庭為中心療育模式訓練至少3積分
 1. 認證方式依現行「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」辦理。
 2. 若課程題目未有「早期療育或以家庭為中心療育模式」等文字，請採認積分之醫事人員團體於積分證明上註明屬早期療育或以家庭為中心療育模式之積分。

五、 收案對象及標準：

(一) 新個案：由參與院所自行收案。

1. 0-3歲個案：當年度經國民健康署委辦之兒童發展聯合評估中心診斷具2項以上發展遲緩，並開立綜合評估報告書者(至少1項以上為確診遲緩項目)。
2. 4-6歲個案：當年度經國民健康署委辦之兒童發展聯合評估中心診斷具3項以上發展遲緩，並開立綜合評估報告書者(至少2項以上為確診遲緩項目)。

(二) 舊個案：0-6歲個案前一年接受任一種類之早期療育次數 ≥ 150 次，且就醫院所數 ≥ 3 家，且個案前一年接受早期療育次數未明顯集中於某特定醫療院所(治療次數最高院所之占率低於70%)者。

1. 由保險人分區業務組定期產製名單交由參與本方案且曾治療該個案醫療院所收案。
2. 優先取得病患同意收案之醫療院所得先予收案。

註:若個案同時符合新及舊個案條件，應以舊個案模式收案。

六、 結案條件及標準：

(一) 客觀條件：已超過6歲(未滿7歲)

(二) 主觀條件(以下任一項符合即可)

1. 個案各項功能已無發展遲緩。
2. 早期療育家庭成效問卷(台灣版)各項次皆達4分以上或「APGAR家庭功能評估表」7分以上及「治療進步評估表」皆達12分以上。
3. 個案轉介至教育、社政等療育資源系統接受服務，且已追蹤半年，確認轉介成功。

七、 收案相關規範

- (一) 參與本方案之醫事服務機構需按個案所需治療類別之治療次數及頻率提供適當之服務，若因人力、設備等因素無法提供個案所需之治療類別及應有強度之服務，應轉介個案至適當之醫療院所接受治療。

- (二) 參與本方案之院所應提供此一方案之宣傳單張，邀請適當個案參與。
 - (三) 參與個案之家長(或法定代理人)應獲得充分的說明，得知參與此方案可以獲得的權益、需要配合的事項、可能需協助填寫的家庭服務成效評估相關表單。
 - (四) 醫療服務提供者就具體服務內容第(二)及(三)點，向家長(或法定代理人)說明及溝通個案病況、功能、預後，與家長(或法定代理人)共同討論個案問題、訂定功能目標及治療計畫，注重社會參與層面，提出整合性治療意見後作成簡要書面紀錄，並請家長(或法定代理人)於評估報告書相關欄位簽名(如附表 3)。
 - (五) 家長(或法定代理人)每次治療都需參與。
 - (六) 參與方案之院所需於健保資訊網服務系統(VPN)登錄收案，經其他院所收案接受治療者，不得再重複收案。保險人將定期回饋收案院所個案最近就醫紀錄以利管理。
- 八、 申請程序及受理資格審查：申請本方案之醫事服務機構應檢附下列資料向保險人分區業務組提出申請，並經保險人審核通過後，始得執行，變更時亦同。
- (一)申請表(如附表 1)
 - (二)專業團隊名冊(請條列各執行人員之姓名、身分證字號、專業類別、證書字號、早期療育執業年資、早期療育繼續教育積分數、以家庭為中心繼續教育積分數)，需包含臨床心理師或社工師一名
 - (三)各執行人員之早期療育及以家庭為中心之繼續教育積分證明(影本)
 - (四)兒童獨立評估及治療空間相關證明(請檢附平面圖或照片)。
- 九、 給付項目及支付標準：
- (一) 以家庭為中心之早期療育整合照護費：支付標準代碼為「P5301C」，每次支付 1,000 點
 - 1. 每人每季限申報一次，每次申報費用前，皆需於健保資訊網服務系統(VPN)登錄資訊。
 - 2. 為獎勵偏遠地區提供整合性醫療，縮短城鄉差距，本項加成如下：
 - (1) 設立於山地離島(如附表 2)地區之參與院所得加計 20%。
 - (2) 屬「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」中，以巡迴醫療方式於社區服務據點提供行動早期療育服務之院所，得加計 30%。
 - (二)品質獎勵費：依給分標準計算不同品質獎勵點數，於年度結束後由保險人計算核付，院所不需申報。收案需滿 3 個月以上之個案，始列入品質獎勵費計算。各項品質指標及其計算方式如下：
 - 1. 新個案：各項指標總分達 10 分之個案支付 2,000 點，其餘按分數比例計算獎勵金。
 - (1) 個案固定就醫率
 - I. 定義
 - A. 分子：當年度收案個案於收案後之同院治療次數(各治療類別合計)
 - B. 分母：當年度收案個案之同院及跨院總治療次數(各治療類別合計)
 - II. 跨院不同類別之治療不列入該院固定就醫率計算。
 - III. 給分標準：85-89% 給予 1 分，90-94% 給予 2 分，95% 給予 3 分，100% 給予 4 分。
 - (2) 個案收案率(排除已結案個案)
 - I. 定義
 - A. 分子：當年度實際收案個案數
 - B. 分母：當年度按國民健康署系統登錄資料符合收案條件且在該院所當年度治療累計超過 10 次以上個案
 - II. 給分標準：70-79% 每位個案給予 1 分，80-89% 給予 2 分，90% 以上給予 3

分。

(3) 個案療育資源聯結率

I. 定義

A. 分子：下列項目擇一計算

- (1) 當年度收案對象中實際轉介使用教育、社政等資源服務之個案數(不包含請領交通費、轉介入學及申請身障手冊)。
- (2) 個案所在教育或社政相關機構早期療育專業人員曾實際至院所交流技巧並簽名確認之個案數。
- (3) 醫療院所專業人員曾至個案所在教育或社政相關機構與其早期療育專業人員交流技巧並簽名確認之個案數。

B. 分母：當年度實際收案個案數。

II. 給分標準：70-79%每位個案給予 1 分，80-89%給予 2 分，90%以上給予 3 分。

2. 舊個案：各項指標總分達 12 分之個案支付 2,400 點，其餘按分數比例計算獎勵金。院所舊個案收案率未達 70%者，不予支付本項品質獎勵費。

(1) 個案固定就醫率

I. 定義

A. 分子：收案個案之同院治療次數(各治療類別合計)

B. 分母：收案個案之同院及跨院總治療次數(各治療類別合計)

II. 跨院不同類別之治療不列入該院固定就醫率計算。

III. 給分標準：80-89%給予 1 分，90-94%給予 2 分，95%以上給予 3 分。

(2) 年就醫總次數(含同院及跨院)較前一年次數下降比率

I. 定義

A. 分子：(前一年度-當年度)收案個案之同院及跨院總治療次數

B. 分母：前一年度收案個案之同院及跨院總治療次數

II. 給分標準：下降 5-10%給予 1 分，11-15%給予 2 分，16%以上 3 分。

(3) 個案收案率 (排除已結案個案)

I. 定義

A. 分子：實際收案個案數

B. 分母：保險人提供符合資格名單之個案數

II. 給分標準：75-79%每位個案給予 1 分，80-89%給予 2 分，90%以上給予 3 分。

(4) 個案療育資源聯結率

I. 定義

A. 分子：下列項目擇一計算

- (1) 當年度收案對象中實際轉介使用教育、社政等資源服務之個案數(不限首次使用資源者，包含機構及非機構式資源，不包含請領交通費、轉介入學及申請身障手冊)。
- (2) 個案所在教育或社政相關機構早期療育專業人員曾實際至院所交流技巧並簽名確認之個案數。
- (3) 醫療院所專業人員曾至個案所在教育或社政相關機構與其早期療育專業人員交流技巧並簽名確認之個案數。

B. 分母：當年度實際收案個案數。

II. 給分標準：70-79%每位個案給予 1 分，80-89%給予 2 分，90%以上給予 3 分。

3. 品質觀察指標：照護對象健康存摺查詢率。

(1) 分子：照護對象查詢健康存摺人數。

(2) 分母：當年度照護對象人數。

十、醫療費用申報及審查原則

- (一) 醫療費用申報、暫付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查、檔案分析及核付，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。
- (二) 申報填表說明
 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「E1(支付制度試辦計畫)」。
 - (2) 特定治療項目代號(一)：請填報「ED(早期療育門診醫療給付改善方案)」

十一、品質資訊之登錄及監測

- (一) 參與本方案之醫療院所應填報評估報告書(如附表3)，並依保險人規定內容(如附表4)至健保資訊網服務系統(VPN)登錄，以及定期填報「家庭服務成效評估」及「兒童功能成效專業評估量表」。其中：
 1. 家庭服務成效評估：「家庭功能評估及諮詢」、「早期療育家庭成效問卷(台灣版)」、「照護過程評量表」、或「APGAR 家庭功能評估表及治療進步評估表(如附表5)」，需擇一項填報。
 2. 兒童功能成效專業評估量表(如附表6)：按物理治療、職能治療、語言治療及心理治療等類別，依個案接受治療種類，各類可擇一項(含)以上填報。
 3. 前述評估量表於本方案執行第一年，作為保險人統計監控，暫不列為品質獎勵指標。
 - (二) 院所每次所作評估報告書及其相關評估量表應存放備查，保險人得視需要抽審其內容之合理性，以及是否與申報內容相符。
 - (三) 品質監測指標：保險人定期統計分析個案參與本方案前後及參與期間之醫療利用情形比較，監測指標包含個案復健及精神醫療接受療育次數、醫療點數、初次就診年齡及治療成效分析等。
 - (四) 保險人分區業務組應適時進行實地審查，並舉辦檢討或發表會，藉以評估其執行成效及經驗交流。
- 十二、本方案之「以家庭為中心之早期療育整合照護費」費用(P5301C)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。年度結束後4月底前辦理前一年度品質獎勵費結算作業。本方案各項費用以每點1元為上限，但若有超支，則以浮動點值支付。
- 十三、經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付該個案之整合照護費，且不得再申報，並依相關規定辦理。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方案費用。
- 十四、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方案之資格。
- 十五、保險人並得視費用支付情形，隨時召開會議研議修改本方案之相關內容。
- 十六、資訊公開：保險人得公開參與本方案之院所名單及相關品質資訊，供民眾參考。
- 十七、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。

附表 1

000 年全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案申請表

院所申請類別：新增 變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

基 本 資 料	院所名稱		院所代碼		
	本計畫負責醫師姓名		身分證字號		
	本計畫負責醫師學經歷				
	計畫聯絡人姓名		計畫聯絡人電話：		
	計畫聯絡人 e-mail				
檢 送 項 目	項 目		審 查 結 果		備 註
	醫師資格		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
	專業治療人員資格		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
	醫事機構空間及設施		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
	臨床心理師或社工師聘任狀況		<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：	
	申請日期： 年 月 日				
				本欄由審查單位填寫	

附表 2 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	
桃園縣	復興鄉	
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

附表 3

以家庭為中心之早期療育整合照護評估報告書 (參考格式)
第一部份-醫療專業部分 (*為必填欄位)

*個案姓名				*醫事機構名稱			
*生日				*身分證字號			
收案日				*診斷			
家庭主訴							
*家庭對療育成效之預期目標							
對早期療育的 認知與期待	項目	分數	描述				
	對接受評估的態度		□0.主動積極 □1.有合作意願 □2.配合度動機不強 □3.心裡抗拒 尚未準備面對 □4.其他				
	對發展遲緩及早期療育認知		□0.清楚 □1.有些概念 □2.不清楚 □3.其他				
	對問題的認知		□0.認知一致 □1.有些差距 □2.雙方差距大 □3.其他				
	家屬與專業人員對個案問題認知		□0.認知一致 □1.有些差距 □2.雙方差距大 □3.其他				
	接受早期療育的動機與期待		□1.釐清診斷 □2.入學或轉銜鑑定 3.□學習教養方法與技巧 □4.增加療育相關知識 □5.申請早期療育資源(含教育、社會福利、醫療等)□6.其他				
*家庭服務成效評估							
1 至 4 擇 一 填 報 即 可	1. 家庭 功能 評估 及 諮 詢	問 題 評 估 / 分 析	項目	分數	描述		
			經濟狀況		□0.一般戶 □1.中低收入戶 □2.低收入戶 □3.其他 經濟來源：□0 穩定 □1.不穩定 □2.收支失衡 □3.其他 經濟狀況 (說明)：		
			家庭功能		□0.佳 □1.角色分工 □2.家庭支持人手 □3.家庭內在資源□4.家庭外在資源□5.親職功能表現 □6.家庭互動關係 □7.家庭組成結構 □8.家中有其他身心障礙者□9.照顧者健康狀況 □10 (曾) 有家暴/兒保議題□11.高風險家庭或特殊家庭□12. 其他		

功能評估及治療進步評估表	(2)治療進步評估表（專業人員使用）分數： (3)治療進步評估表（家長/主要照顧者使用）分數：				
個案專業評估					
專業評估量表	治療種類	評估量表名稱	分數	常模百分位數	備註
其他項目評估 (EX 肌力、關節角度、)					

以家庭為中心之早期療育整合照護評估報告書
第二部份-綜合說明部分

綜合評估			
*個案姓名		*醫事機構名稱	
主要問題			
個案優勢			
預期個案預後			
治療目標與計畫			
*治療長期目標(1年, 需包含功能性目標)	治療短期目標(1-3個月)	*治療計畫之執行策略	
		<input type="checkbox"/> 提供兒童治療計畫(治療種類、頻率、期程及內容)	<input type="checkbox"/> 指導照顧者個別化居家照護或訓練技巧
		治療種類： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 家族治療 <input type="checkbox"/> 心理支持 <input type="checkbox"/> 親職技巧 <input type="checkbox"/> 家庭服務 <input type="checkbox"/> 資源使用 <input type="checkbox"/> 聽能復健 治療內容摘要：	指導內容摘要： 1. <input type="checkbox"/> 已轉介通報轉介中心 2. <input type="checkbox"/> 轉介使用社政或教育資源項目： (1) (2) (3) 3. <input type="checkbox"/> 邀請_____單位早期療育專業人員曾實際至院交流技巧 (簽名確認: _____) 4. <input type="checkbox"/> 醫療院所專業人員曾至個案所在相關單位(_____)與其早期療育專業人員交流技巧 (簽名確認: _____)
(專業別: _____) *計畫主負責人簽名		*家長(或主要照顧者)簽名 (與個案之關係: _____)	
			<input type="checkbox"/> 我已確認接受並瞭解本計畫照護內容*

附表 4

全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案 健保資訊網服務系統(VPN)必要欄位簡化表

一、每次收案及追蹤必填欄位：

(一)收案日期

(二)診斷碼ICD-10CM (104年12月31日前，得以ICD-9CM申報)

(三)治療種類

(四)評估結果

1.個案功能評估：評估量表分數、常模百分位數(每項專業得擇用8項以內量表)-
選填項目

2.家庭服務成效評估：(擇一項，必填)

(1)「家庭功能評估及諮詢」

(2)「早期療育家庭成效問卷(台灣版)」

(3)「過程評量表」

(4)「APGAR家庭功能評估表」及「治療進步評估表」

(五)個案療育資源聯結情形

1.個案是否已至通報轉介中心完成通報

2.是否實際轉介使用教育、社政等資源服務

3.是否有社政或教育相關機構早期療育專業人員曾實際至院交流技巧並簽名確認

4.醫療院所專業人員曾至個案所在社政或教育相關機構與其早期療育專業人員交
流技巧並簽名確認

(六)結案評估：結案原因(已超過6歲、各項功能已無發展遲緩、早期療育家庭成效問卷
(台灣版)各項次皆達4分以上、APGAR家庭功能評估表7分以上及治療進步評估表
皆達12分以上、個案轉介至教育社政療育資源系統且確認轉介成功)

二、個案就醫參考資料：就醫統計資訊(個案就醫院所數及就醫次數統計)

附表 5 「APGAR 家庭功能評估表」及「治療進步評估表」

一、APGAR 家庭功能評估表

填答說明：針對您帶孩子來醫院治療的狀況，請您就最近兩週的狀況作回答。

	經常 (2分)	有時 (1分)	幾乎沒有 (0分)
1、我滿意於當我遇到困難時，可以求助於家人。（適應度 Adaptation）	2	1	0
2、我滿意於家人和我討論事情及分擔問題的方式。（合作度 partnership）	2	1	0
3、我滿意於當我希望從事新活動，或是有新的發展方向時，家人能接受並給予支持。（成長度 growth）	2	1	0
4、我滿意於當家人對我表達情感的方式，以及對我的情緒（如憤怒、悲傷、愛）的反應。（情感度 affection）	2	1	0
5、我滿意於家人與我共處的方式。（融洽度 resolve）	2	1	0
總分數7至10分：表示家庭功能無障礙；總分數4至6分：表示中度家庭功能障礙；總分數0至3分：表示有重度家庭功能不足。			

二、治療進步評估表：專業人員使用

填答說明：針對家長/主要照顧者帶孩子來醫院的治療進步狀況，請您就最近兩週的狀況作回答。

	非常 不同意 1分	很不 同意 2分	不同 意 3分	同 意 4分	很 同 意 5分	非常 同 意 6分
1. 父母/主要照顧者知道如何對孩子使用治療中所教的技巧	1	2	3	4	5	6
2. 父母/主要照顧者會對孩子使用治療中所教的技巧	1	2	3	4	5	6
3. 父母/主要照顧者會對孩子成功的使用治療中所教的技巧	1	2	3	4	5	6
總分數12至18分：表示治療進步成功；總分數7至11分：表示中度治療進步；總分數0至6分：表示治療無進步。						

三、治療進步評估表：家長/主要照顧者使用

填答說明：針對您帶孩子來醫院的治療進步狀況，請您就最近兩週的狀況作回答。

	非常 不同意 1分	很不 同意 2分	不同 意 3分	同 意 4分	很 同 意 5分	非常 同 意 6分
1. 我知道如何對孩子使用治療中所教的技巧	1	2	3	4	5	6
2. 我會對孩子使用治療中所教的技巧	1	2	3	4	5	6
3. 我會對孩子成功的使用治療中所教的技巧	1	2	3	4	5	6
總分數12至18分：表示治療進步成功；總分數7至11分：表示中度治療進步；總分數0至6分：表示治療無進步。						

附表 6 可填報之兒童功能成效各項專業評估量表

一、物理治療(至少擇一項(含)以上填報)

- (一)嬰幼兒綜合發展測驗-診斷量表 (Comprehensive Developmental Inventory for Infants and Toddlers ,CDIIT-DT)
- (二)皮巴迪動作發展量表第一或第二版 (Peabody Developmental Motor Scales ,PDMS or PDMS-2)
- (三)布魯茵克斯-歐西瑞斯基動作精練度評量工具第一或第二版 (Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency ,BOTMP or BOT2)
- (四)兒童動作 ABC 評估量表第一或第二版(Movement Assessment Battery for Children, MABC、MABC-2)
- (五)粗動作功能評量表(Gross Motor Function Measure, GMFM)
- (六)兒童生活功能量表(中文版) (Chinese Version of Pediatric Evaluation of Disability Inventory, PEDI-C)
- (七)阿爾伯塔嬰兒動作量表 (Alberta Infant Motor Scale, AIMS)
- (八)文蘭適應行為量表 (中文版) (Vineland Adaptive Behavior Scale, VABS)
- (九)學前兒童粗大動作品質量表(Preschooler Gross Motor Quality Scale, PGMQS)
- (十)粗動作發展測試第二版(Test of Gross Motor Development, TGMD-2)

二、職能治療(至少擇一項(含)以上填報)

- (一)幼兒日常職能活動量表(Pediatric Daily Occupation Scale, PDOS)
- (二)加拿大職能表現測驗(Canadian Occupational Performance Measure, COPM)
- (三)文蘭適應行為量表-教室版(Vineland Adaptive Behavior Scales, VABS)
- (四)兒童生活功能量表(中文版)(Pediatric Evaluation of Disability Inventory, PEDI-C)
- (五)嬰幼兒綜合發展測驗 (Comprehensive Developmental Inventory for Infants and Toddlers ,CDIIT)
- (六)學齡前兒童行為發展量表(Chinese Child Development Inventory,CCDI)
- (七)皮巴迪動作發展量表第二版(Peabody Developmental Motor Scales-2,PDMS-2)
- (八)動作問題簡易量表 (Quick Motor Problem Inventory ,QMPI)
- (九)拜瑞布坦尼卡視覺-動作統整發展測驗 (The Berry-Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration, VMI-4R)
- (十)視知覺技巧測驗-修訂版(Test of Visual-Perceptual Skills , TVPS-R or TVPS-3)(Non-Motor)
- (十一)布魯茵克斯-歐西瑞斯基動作精練度評量工具第一或第二版(Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency ,BOTMP or BOT2)
- (十二)兒童動作 ABC 評估量表第一或第二版(Movement Assessment Battery for Children, MABC、MABC-2)
- (十三)動作協調問卷(中文版) (Developmental Coordination Disorder Questionnaire, DCDQ)
- (十四)嬰兒動作評估測驗(Movement Assessment of Infants , MAI)

三、語言治療(至少擇一項(含)以上填報)

- (一)修訂學前兒童語言障礙評量表
- (二)修訂學齡兒童語言障礙評量表
- (三)零至三歲華語嬰幼兒溝通及語言篩檢測驗
- (四)修訂畢保德圖畫詞彙測驗

- (五)華語兒童理解與表達詞彙測驗(REVT)
- (六)嬰幼兒綜合發展測驗 (Comprehensive Developmental Inventory for Infants and Toddlers ,CDIIT)
- (七)華語嬰幼兒溝通發展量表(臺灣版) (Mandarin-Chinese Communicative Development Inventory (Taiwan) , MCDI-T)

四、心理治療(至少擇一項(含)以上填報)

- (一)貝萊氏嬰兒發展量表(Bayley II / III)或 Mullen Scales of Early Learning 或嬰幼兒綜合發展測驗(CDIIT)
- (二)學齡前兒童發展量表(CCDI) Stanford-Binet Intelligence Scale:4th or 5th Edition
- (三)魏氏幼兒智力量表修訂版／第四版 (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-Revised/IV , WPPSI-R/IV)
- (四)魏氏兒童智力量表第四版
- (五)Wechsler Intelligence Scale for Children-4th Edition(WISC-IV)
- (六)Leiter International Performance Scale-Revised/ III (Leiter-R/ III)
- (七)Bayley III:Adaptive Behavior Questionnaire
- (八)適應行為評量系統第二版(ABAS-II)(台灣版)
- (九)文蘭適應行為量表中文編譯版(教室版)(台灣版)
- (十)Vineland Adaptive Behavior Scale: Classroom Edition(VABS Classroom Edition)或文蘭適應行為量表第二版(VABSII)
- (十一)溝通/語言神經發展評估工具，例如：畢保德圖畫詞彙測驗修訂版/第四版(PPVT-R/4)(台灣版)或學前兒童語言能力測驗(Preschool Language Comprehension Test-PLC)等。
- (十二)注意力評估工具〔如 K-CPT、CPRI/II、GDS、廣泛性非語文注意力測驗 (CNAT)、NEPSY、LeiterR-III 等〕
- (十三)Achenbach System of Empirically Based Assessment 阿肯巴克實證衡鑑
- (十四)Leiter-III Social-Emotional Examiner Rating Scale
- (十五)Bayley-III Social Emotional Scale

全民健康保險乳癌醫療給付改善方案試辦計畫

壹、前言

癌症「早期發現，早期治療」，其療效佳且治癒機會大；否則，不僅療效不佳且耗費更多的醫療資源。某醫院以該院乳癌病人為例進行五年存活率與醫療費用分析，研究結果發現第 0 期五年存活率為 95.7%，第 4 期五年存活率則為 18.5%。醫療費用分析結果發現乳癌病人經治療後，再復發者之醫療費用是無病狀態者的 6.7 倍，而第 4 期乳癌病人的醫療費用是第 0 期病人的 5 倍多，是第 1 期病人的 3 倍多。

但如果只做到「早期發現，早期治療」，癌症仍不足以獲得最佳療效，需要「早期正確診斷，早期正確治療」，癌症方可獲得最佳療效。早期正確診斷有賴於足夠且有效的檢查，才可以提供正確癌症分期，進而使癌症醫療團隊得以決定最好的醫療策略。早期正確治療不但需給予足夠的醫療服務，且依照臨床實驗認可的診療準則完整、徹底的執行治療。在目前論量計酬支付制度下，並無確保醫療品質機制的醫療服務，醫療服務提供者沒有誘因提供有效的檢查與正確且足夠的醫療服務，另保險人為控制醫療費用，常會刪減到必要的醫療服務項目，在此制度的窘境下，無法分辨刪減的醫療服務是否真的是浪費；醫療服務提供者的窘境為有意盡全力提供病人醫療服務，但同時必需考慮保險人支付的不足引起財務虧損。在論量計酬支付制度且無確保醫療品質機制的環境下，因為無有效為病人規劃治療，而使得病人持續回來接受醫療服務，反而使醫療服務提供者獲利。

「癌症治療只有一次機會」這句話道出癌症治療的重要特性。三種癌症常用的治療方式為手術、化學治療與放射治療。如果第一次手術沒有將腫瘤完全切除乾淨，癌細胞可能很容易擴散。第一次化學治療如果沒有使用有效化學治療藥物與足夠的劑量，則不僅無法達到治療效果，也會增加癌症抗藥性導致復發與轉移機率。有效治療癌症放射治療劑量僅 7000 雷得(cGY)，心臟最多能承受放射治療的劑量為 5000 雷得(cGY)，肺部則約只能承受 2000 雷得(cGY)。在第一次放射治療時，如果沒有做詳細的治療計畫，正確針對腫瘤部位給予足夠劑量，不僅無法殺死癌細胞，而且同部位再給予第二次放射治療時，正常組織累積劑量將產生更大的副作用。在論量計酬支付制度且無確保醫療品質機制的環境下，保險人往往面臨無法分辨醫事服務機構放射治療的劑量是否正確或是被濫用的窘境。

提供醫療服務的目的不外是治療好疾病與照顧好病人，但其預後評估比較困難，而存活率是評估癌症病人預後最常用的指標，因此癌症治療的預後較一般疾病容易測量。如果癌症病人沒有接受有效、正確的診斷與治療，癌症容易復發與轉移，會影響病人存活年數，甚至短時間內致死；雖然醫學上無法保證每次治療成功率為百分之百，但正確的診療獲得好的預後機率一定比較高。

先進國家診療癌症病人往往可以依循診療準則(practice guidelines 或 protocols)，因此保險人與醫療服務提供者皆有可依循的規範，癌症病人亦可獲得妥善的醫療照顧服務。國內短時間內對於癌症病人診療與照顧服務準則尚無法達成共識，但我們可以發展具有確保醫療品質機轉的癌症支付制度，創造合理的醫療環境，讓醫療服務提供者可以有有效的幫助癌症病人，同時又可達到控制醫療費用與確保醫療品質的目的。

本試辦計畫即根據癌症疾病屬性與其相關診療特性，嘗試以資料申報與專業審查監控癌症診斷正確性，以定期醫療品質報告(report)與癌症資料庫建立，確保癌症診療與照護品質。

貳、計畫目的

- 一、提升乳癌病人照護之醫療品質。
- 二、建立以醫療品質導向之支付方式。

參、試辦期間

- 一、本試辦計畫在試辦開始滿一年後，逐年由保險人與參加本計畫之醫院就試辦情況提出檢討，在保險人與試辦醫院雙方均同意下，訂定修正方案，若有一方無法同意修正方案，得停止試辦。
- 二、試辦醫院於試辦期間或年度檢討時經查醫療品質有重大缺失者，應停止其試辦醫院資格。

肆、計畫內容

一、參與試辦醫院資格

- (一)每年執行乳癌手術人數達 100 人（註）以上，且已發展乳癌之 clinical practice guidelines 或 protocols，並建立何時修訂、如何修訂與監控乳癌診療準則實施結果之流程與機制。
- (二)已成立乳癌共同診療團隊，包括以下科別：
 - 1.具有外科、內科(含腫瘤內科)等各科別專任專科醫師至少二名。
 - 2.具有放射線(腫瘤)科、放射線(診斷)科、病理科、整型外科、精神科、復健科等各科別專任專科醫師至少各一名。
 - 3.以上相關醫事人員。
- (三)上述人員應定期開會討論，以整合各科意見，確定乳癌病人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患者討論，共同決定治療計畫。
- (四)已定期追蹤、收集不同期別乳癌病人之復發與存活資料，並建立可提供不同期別乳癌病人五年以上整體存活率與無病存活率統計之相關資料庫。
註：1.參與試辦醫院應準備上述資料向本保險之分區申請及備查（備查資料明細及說明詳附件一）。
2.每年執行乳癌人數未達 100 人以上時，若其他條件皆符合本試辦計畫規定，由本保險之分區審酌以專案辦理。
- (五)院所醫師應輔導個案查詢健康存摺，並協助檢視健康存摺內容及個案健康管理，以提升醫療安全與效益。

二、試辦對象範圍

(一)收案範圍：

試辦醫院於試辦期間收治之女性新病人，其主診斷碼應符合下列範圍(安寧療護個案除外)。

ICD-9-CM：174.0~174.9、198.2、198.81、233.0、238.3、V58.0、V58.1；

ICD-10-CM：C50、C79.2、C79.81、D05.00-D05.92、D48.60-D48.62、Z51.0、Z51.11

(二)結案條件

- 1.死亡。
- 2.追蹤滿五年且無復發。
- 3.中斷治療(歸責於病患因素)。

三、費用支付

(一)支付標準涵蓋範圍

- 1.符合收案範圍主診斷碼條件者至結案期間，試辦醫院所提供之門、住診診療服務及居家照護。
- 2.已收案之乳癌病人當次就診原因非收案範圍之主診斷，若併行乳癌相關治療，因相關治療費用已含於乳癌診療組合定額費用內，故乳癌相關治療費用不得再重複併行申報。

(二)試辦醫院於試辦期間除全民健康保險法等相關規定本保險不給付項目外，不得另行

向保險對象收取自費項目。

(三)支付標準：詳附件二

(四)計畫期間所需經費

預估積極治療五年之醫療費用將增加二億六千萬餘元，惟本計畫實施五年正面可估算效益若可減少現行乳癌患者之復發率 5%，且再復發者之醫療費用為無病狀態之七倍左右，估計五年節省復發者之醫療費用二億。

四、醫療費用申報、暫付、審查及結算方式

(一)申報：

- 1.該診療組合（分期）定額費用如含括門、住（含多次）診療時，請依現行方式逐次申報，惟處方治療明細（門診）、醫令點數清單（住院）之醫令類別請以「4（不計價）」申報，俟可申報診療組合（分期）定額費用時，再以醫令類別「2」申報診療組合（分期）定額費用。定額費用可併同該個案當月診療費用申報，亦可獨立申報於門診或住院費用，若採獨立申報時，健保卡號請填「99」（若健保 IC 卡單軌實施後就醫序號請填「IC99」。
- 2.病人中斷診療(含治療或追蹤)，其完成診療組合之申報，應依已施行之診療內容，改按最相近之組合申報，且未完成之分期定額支付項目，請於中斷後一次併同申報。
- 3.為監控醫療品質，申報組合費用時須另申報個案醫療明細檔（申報格式詳附件三），如未申報或內容有品質之虞者，則暫不支付該項費用，俟補正後再予支付。
- 4.總表：併入現行送核費用申報辦理。
- 5.門診醫療服務點數清單之申報：
 - (1)案件分類欄位：應申報「E1(支付制度試辦計畫)」。
 - (2)特定治療項目代號（一）欄位：應依個案申報「N（新發個案）」、「R（復發個案）」或「C（完成個案）」。
 - A.未完成個案，每次申報費用時均應填寫「N」或「R」。
 - B.完成診療組合（包括中斷治療）之個案，申報費用時均應填寫「C」。
 - C.本欄位為 2 BYTES，故登打時請左靠，不足之 1 BYTE，請補空白。
 - (3)門診「就醫日期」及「治療迄日」欄位：

依現行方式申報（如實施化學、放射治療時，同現行同一療程方式申報），惟當次診療需填報醫令類別「2」之診療組合（分期）定額費用時，「就醫日期」應填該診療組合之開始治療日期（即該診療組合開始治療的第一天），「治療迄日」填該（期）定額費用之診療截止日期。
 - (4)申請金額欄位：將處方治療明細醫令類別「1」、「2」、「3」之費用扣除部分負擔申報。如申請金額為負數時，請依實際負數金額填寫。（例如：當次診療尚不能申報診療組合（分期）定額費用時，如果病患未領重大傷病卡或零期癌需部分負擔時，則申請金額為負數）
- 6.住診醫療服務點數清單之申報：
 - (1)案件分類欄位：應申報「4（支付制度試辦計畫）」
 - (2)入出院日期欄位：請依現行方式以實際入出院日期填寫。
 - (3)住診「申報期間一起」及「申報期間一迄」欄位：

依現行方式申報，惟當次診療需填報醫令類別「2」之診療組合（分期）定額費用時，「申報期間一起」請填該診療組合之開始治療日期（即該診療組合開始治療的第一天），及「申報期間一迄」請填該（期）定額費用之治療截止日期。
 - (4)病患來源欄位：應依個案申報「N（新發個案）」、「R（復發個案）」或「C（完

成個案)」。

A. 未完成個案，每次申報費用時均應填寫「N」或「R」。

B. 完成診療組合（包括中斷治療）之個案，申報費用時均應填寫「C」。

(5) 申請金額欄位：將醫令清單醫令類別屬「1」、「2」、「3」之費用扣除部分負擔申報。如申請金額為負數時，請依實際負數金額填寫。（例如：當次診療尚不能申報診療組合（分期）定額費用時，又病患未領重大傷病卡或者屬零期癌需部分負擔時，則申請金額為負數）

7. 醫令申報：

(1) 診療組合定額費用

A. 診療組合定額項目：醫令類別請填「2」，其中住院申報之執行日期起迄欄，請填實際執行該（期）定額費用之起迄日期。

B. 實際醫療費用醫令項目：醫令類別請填「4」，其中住院申報之執行日期起迄欄，請填執行該醫令項目之起迄時間。

C. 醫令類別「4」之費用，請加總於門診處方治療明細之「合計金額」或住診點數清單之、「醫療費用合計」欄位。

(2) 乳癌荷爾蒙治療費用

A. 以現行論量計酬方式申報，並可與任一診療組合併同申報。

B. 申報之醫令項目，須另申報一筆醫令類別為「4」之費用。

(二) 暫付：依現行暫付作業規定辦理。

(三) 審查：

1. 參加本試辦計畫之案件，依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法規定辦理。

2. 對於試辦醫院申報資料進行相關之檔案分析，經分析發現醫療品質有疑慮部分，得擇定不同之審查方式：

(1) 實地審查

(2) 重點抽審

(3) 其他專業醫療品質評量

3. 申復、爭議審議依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法之規定。

(四) 結算：

1. 針對完成診療組合之個案（即門診點數清單特定治療項目代號（一）欄位或住診點數清單病患來源欄位申報「C」者），按季執行結算作業。

2. 對於變更治療組合之個案將依該個案完成治療時當次申報之治療組合，與先前申報之治療組合，結算其差額費用。

3. 中斷治療之個案，將依改按最相近之治療組合，與先前申報之治療組合，結算其差額費用。

五、品質監控

(一) 試辦醫院定期向本保險之分區申報品質資訊，包括：

1. 診療程序準則、診療計畫之訂定原則及修正重點（每年）。

2. 乳癌共同診療團隊定期開會之會議紀錄及名單（每季抽調會議紀錄或實地審查）。

3. 提供品質監控項目（詳附件四）之年中及年度報表。

4. 提升乳癌病人及家屬衛生教育之具體措施（每年）。

5. 其他與本試辦計畫相關之品質資訊，得由試辦醫院與本保險之分區討論後提交。

(二) 對於品質資訊有疑義部分，本保險之分區得請試辦醫院說明，或依試辦醫院所提供之診療程序準則等文件，進行實地審查或重點抽審，以瞭解該院所之個案管理情形。

(三)試辦醫院除上述品質指標報告外，如另有攸關本計畫之品質指標亦可提供。

六、獎勵措施

(一)保險人應於試辦後每年年終(試辦第一年於次年年終)，就試辦期間乳癌病人第零期至第三期之無病存活率及第四期之整體存活率均大於以下條件之試辦醫院，核撥獎勵金。存活率及獎勵金之計算說明詳附件五。

病理期別\年	第一年	第二年	第三年	第四年	第五年
第零期(無病存活率)	97%	94%	93%	93%	93%
第一期(無病存活率)	97%	93%	89%	88%	86%
第二期(無病存活率)	95%	86%	80%	78%	75%
第三期(無病存活率)	85%	70%	50%	45%	40%
第四期(整體存活率)	64%	33%	23%	18%	10%
加計百分比	2%	3%	4%	6%	7%

(二)品質觀察指標：照護對象健康存摺查詢率。

1.分子：照護對象查詢健康存摺人數。

2.分母：當年度照護對象人數。

七、計畫施行評估：

(一)本保險之分區定期監控試辦醫院實施成效，並作為其試辦醫院資格之參考：

- 1.監控試辦醫院收治之乳癌病患是否符合本計畫之收案範圍，是否有符合試辦計畫收案範圍但未進入本試辦計畫之情形。
- 2.監控試辦醫院對於個案之管理情形，並瞭解更改治療組合或中斷治療個案比率是否異常。
- 3.監控試辦醫院對於診療程序之執行狀況。
- 4.分析乳癌病人癌症分期之分布情形，以監控醫療機構有無刻意選擇病人。
- 5.比較乳癌病人實際醫療利用情形與診療組合之總支付項目，以瞭解醫療機構有無刻意減少醫療服務，及遵循乳癌診療程序準則之狀況。
- 6.歸戶分析乳癌病人之所有醫療費用，以瞭解醫療機構有無將乳癌相關之診療費用，切割另外以論量計酬申報。
- 7.必要時保險人得回饋分析資料給試辦醫院參考。

(二)本試辦計畫施行情形應每年年終定期檢討(試辦第一年於次年年終)：

- 1.試辦醫院應就整體試辦成果(含照護之品質)向本保險之分區報告及檢討。
- 2.新科技之使用應於年度檢討時提報討論。

附件一

參與試辦醫院備查資料明細

- 一、乳癌手術患者名單(過去一年達 100 人以上)
- 二、乳癌診療準則 (含診斷、治療及追蹤三階段)
- 三、乳癌共同診療團隊名單
- 四、定期開會之會議紀錄 (至少三個月之會議紀錄)
- 五、乳癌資料庫資料收集內容 (或資料收集表格)
- 六、乳癌病人不同癌症期別參與試辦前二至五年以上(含)之無病存活率(Disease free survival rate)與整體存活率(Overall survival rate)

參與試辦醫院備查資料說明

壹、乳癌手術患者名單

需列出過去一年執行乳癌手術患者名單，格式如下：

費用年月	患者姓名	身份證號碼	手術醫令碼	DRG 參考碼

貳、乳癌診療準則(clinical practice guidelines)

- 一、本試辦計畫各診療組合支付點數乃參考國內外乳癌診療準則，依診斷、治療與追蹤三階段各診療處置項目計算得之。
- 二、各試辦醫院提出之乳癌診療準則，本保險之分區將據以瞭解實際提供之醫療服務與該試辦醫院乳癌診療準則間之差異情形，其差異情形之分析結果將作為修正乳癌論診療組合支付制度之依據及監控試辦醫院醫療品質之參考。

說明：乳癌診療準則可參考 NCCN 發展之準則。

參、共同診療團隊(Multidisciplinary Team)名單

- 一、執行診療服務之醫師需為共同診療團隊成員，並定期出席共同診療團隊會議之討論。
- 二、報備團隊名單格式如下：

乳癌共同診療團隊名單

專科別	醫師姓名	身份證號碼	專科證號

肆、乳癌共同診療團隊定期會議紀錄(至少三個月紀錄)

內容應包括時間、地點、與會人員簽名、病人名稱與其相關資料，以及會議討論重點與結論。

伍、乳癌資料庫

資料庫之內容須可供不同期別乳癌病人各年存活率及復發率之計算，以作為確保醫療品質獎勵金核發之依據，並作為參與試辦醫院資格的門檻參考。
提供資料收集內容 (或資料收集表格)：需詳細說明收集乳癌病人相關資料的項目，以瞭解是否會因為資料收集項目陳述不清而影響資料收集品質。

陸、乳癌病人不同期別參與試辦前二至五年以上(含)之無病存活率(Disease free survival rate)與整體存活率(Overall survival rate)統計資料

需說明計算存活率之統計方法、時間起迄點、事件與 censored 個案的定義(因為各項定義不同會影響存活率的高低)。

附件二 乳癌醫療給付改善方案試辦計畫支付標準

通則：

- 一、乳癌病人使用之特殊材料、藥品、診療或檢查項目，得免事前審查，惟治療組合 5 請依規定辦理事前審查，另 CT 及 MRI 即時報備系統仍依規定辦理。
- 二、試辦醫院申報符合起迄期間之診療組合，若實際醫療費用大於下列定額費用時，以定額費用支付。
- 三、因實際醫療需要致更換治療計畫及組合者，以最後施行並完成之治療組合為支付點數。
- 四、病人中斷診療(非歸責於試辦醫院因素)者，其組合之申報應依已施行之診療內容，改按最相近之組合申報。(例如：原申報治療組合 1-1，惟病人僅施行乳房全切手術及 1/2 療程之化學治療後即拒絕後續治療，試辦醫院應改以治療組合 1-2 申報完成治療。)
- 五、診斷檢查、治療組合(除 5 荷爾蒙治療、6 化學藥物治療專案外)、追蹤檢查等同類別診療組合限各擇一組申報，各階段項目不得拆帳申報。
- 六、申報診療組合時應於編號後加填分期區別碼，說明如下：
 - 臨床分期或病理分期為 0 者，其區別碼為 0。
 - 臨床分期或病理分期為 1 者，其區別碼為 1。
 - 臨床分期或病理分期為 2 者，其區別碼為 2。
 - 臨床分期或病理分期為 3 者，其區別碼為 3。
 - 臨床分期或病理分期為 4 者，其區別碼為 4。
 - 臨床分期或病理分期為 X 者，其區別碼為 5。

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1501	再諮詢	門診診察	僅到試辦醫院尋求再諮詢無任何檢查		591 (同一醫院以申報一次為原則)	
P1502	診斷檢查 1	臨床分期為 0,1,2 期之診斷檢查	1.新發病個案 2.已復發個案 註：無法確定臨床分期者為 X 期	乳房腫瘤病人依臨床分期進入不同	6,737	
P1503	診斷檢查 2	臨床分期為 3,4,X 期之診斷檢查		診斷組合起至完成病理分期止，期間應於一個月內完成，特殊個案無法於期限內完成申報時，於病歷上註明備查。	11,575	

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1511	治療組合 1-1 治療滿一	施行乳房全切除手術 及化學治療及放射治 療	1.新發病個案 2.已復發個案	1.新發病病患 經診斷依 病理分期 決定治療 計畫並進 入治療組 合起至治 療結束、疾 病復發、拒 絕治療或 死亡止。 2.經診斷已確 定為復發 病患依其 治療計畫 進入治療 組合起至 治療每滿 一年止。	59,858	
P1512	個月				63,629	
P1513	治療滿三				97,477	
P1514	個月 治療滿五 個月 治療結束				97,485	
P1515	治療組合 1-2 治療滿一	施行乳房全切除手術 及化學治療			58,308	
P1516	個月				62,549	
P1517	治療滿三 個月 治療結束				41,622	
P1518	治療組合 1-3 治療滿一	施行乳房全切除術及 放射治療			56,340	
P1519	個月 治療結束				152,991	
P1520	治療組合 1-4	僅施行乳房全切除手 術			59,242	
P1521	治療組合 2-1 治療滿一	施行乳房保留手術、 化學治療及放射治療			74,428	
P1522	個月				51,765	
P1523	治療滿三				69,965	
P1524	個月 治療滿五 個月 治療結束				70,925	

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1525	治療組合 2-2	施行乳房保留手術及 化學治療			75,818	
P1526	治療滿一 個月				51,498	
P1527	治療滿三 個月 治療結束				34,759	
P1528	治療組合 2-3	施行乳房保留手術及 放射治療			76,030	
P1529	治療滿一 個月 治療結束				106,258	
P1530	治療組合 2-4	僅施行乳房保留手術			75,115	
P1531	治療組合 3-1	施行化學治療及放射 治療			66,975	
P1532	治療滿一 個月				67,687	
P1533	治療滿三 個月				100,588	
P1534	治療滿五 個月 治療結束				101,461	
P1535	治療組合 3-2	僅施行化學治療或放 射治療	64,659			
P1536	治療滿一 個月 治療結束		104,001			
P1537	治療組合 4-1	病理分期為 3,4,X 期 或遠端復發： 施行乳房全切除或保 留手術及化學治療及 放射治療	59,555			
P1538	治療滿一 個月		129,187			
P1539	治療滿三 個月		218,003			
P1540	治療滿五 個月 治療結束		147,131			

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1541	治療組合 4-2	施行乳房全切除或保留手術及化學治療			60,742	
P1542	治療滿一 個月				128,677	
P1543	治療滿三 個月				143,440	
P1544	治療滿五 個月				96,464	
	治療結束					
P1545	治療組合 4-3	施行乳房全切除或保留手術及放射治療			62,511	
P1546	治療滿一 個月				127,361	
	治療結束					
P1547	治療組合 4-4	僅施行乳房全切除或保留手術			59,936	
P1548	治療組合 4-5	僅施行化學治療及放射治療			118,969	
P1549	治療滿一 個月				119,556	
P1550	治療滿三 個月				179,170	
P1551	治療滿五 個月				178,721	
	治療結束					
P1552	治療組合 4-6	僅施行化學治療			128,672	
P1553	治療滿一 個月				128,495	
P1554	治療滿三 個月				171,396	
	治療結束					
P1555	治療組合 4-7	僅施行放射治療			117,462	
P1556	治療滿一 個月				50,880	
	治療結束					
	治療組合 5	乳癌荷爾蒙治療	須荷爾蒙受體檢查陽性患者。		費用採論量計酬申報	

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1557	治療組合 6	化學藥物治療專案 註：含 doxorubicin、 cyclophosphamide、 docetaxel、 paclitaxel(或併用 gemcitabine)等。	<ol style="list-style-type: none"> 1.限病理分期為 1,2 期已使用合併療法且腋下淋巴轉移，動情素受體陰性下，做為接續含 doxorubicin 在內之輔助性化學治療。 2.須俟化學治療(排除診療項目第 4 項)療程完成後，與治療組合 1-1 或 1-2 或 2-1 或 2-2 或 3-1 或 3-2 等組合時程併同本項目一次申報。 3.Gemcitabine 與 paclitaxel 併用，適用於曾使用過 Anthracycline 之局部復發且無法手術或轉移性之乳癌併用療法。須俟化學治療整體療程完成後，與治療組合 4-1 或 4-2 或 4-5 或 4-6，等組合時程併同本項目一次申報。 4.化學療程中斷者，不得另行申報。 5.本項目不計入獎勵措施之計算。 	化學治療之 療程內使用	217,000	

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1560	追蹤檢查 1 追蹤滿三個月	病理分期為 0,1,2,3,X 期之追蹤檢查	1.新發病病患 2.在他院已完成治療病患 3.復發病患	1.期間起點： 新/復發病患以治療結束日、續追蹤者以前一年追蹤結束日、他院完成治療病患以進入試辦醫院之就診當日為起點。	3,656	(本項支付點數以年為單位,最多給付五年)
P1561	追蹤滿六個月				3,647	
P1562	追蹤滿九個月				3,643	
P1563	追蹤滿十二個月				3,648	
P1564	追蹤檢查 2 追蹤滿三個月	病理分期為 4 期或曾於他院治療者之追蹤檢查		2.期間迄點： 以申報追蹤開始日期滿一年、病人死亡、疾病復發或拒絕追蹤為迄點。	9,105	(本項支付點數以年為單位,最多給付五年)
P1565	追蹤滿六個月				9,232	
P1566	追蹤滿九個月				9,118	
P1567	追蹤滿十二個月				9,115	

附件三 乳癌醫療給付改善方案試辦計畫個案醫療明細檔說明

分三種格式，請併該月送核費用一起申報，申報時程如下：

A 治療新個案醫療明細檔：申報治療滿一個月費用時申報，惟僅實施手術 (1-4、2-4、4-4 組合)之個案免申報。

B 治療完成個案醫療明細檔：整組診療組合治療結束時申報。

C 追蹤檢查個案醫療明細檔：申報每期追蹤檢查費用時均須申報一次。

A表：乳癌醫療給付改善方案試辦計畫治療新個案醫療明細檔							長度：74
序號	中文欄位	資料型態	長度	起始位置	迄末位置	資料說明	資料意義
一、基本資料							
1	申報費用年月	C	5	1	5	前三碼為年份，後二碼為月份	
2	醫事機構代號	C	10	6	15	衛生福利部編定之代碼，前2碼為權屬別	計算該醫院每年診斷與治療的乳癌新個案數
3	個案姓名	C	20	16	35	五個中文字，左靠不足補中文空白(BIG-5碼請補滿20個BYTES)，如為外籍人士無中文姓名者，請輸入英文半形，不足補英文空白(姓名欄為檔案最後之欄位)	
4	身份證字號	C	10	36	45	國民身份證統一編號，或外籍居留證號碼，左靠不足補空白	
5	出生日期	C	7	46	52	前三碼為年份(右靠不足補0)，中二碼為月份，後二碼為日數(如：0830630表示83年6月30日)，民國前為負數(如：-05表示民國前5年)	
6	初步病理分期	C	1	53	53	0：0期 1：1期 2：2期 3：3期 4：4期 X：不詳 [依據AJCC/IUAC(UICC)第六版本]，若病理分期確定，則初步病理分期即指病理分期)	初步病理期別分布(分子：各病理期別人數，分母：進入診療組合所有新個案數) 無初步病理分期比率(分子：初步病理分期不詳之個案，分母：進入診療組合所有新個案數)
7	本院第一次診察日期	C	7	54	60	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 病人第一次至本院門診日期	
8	本院第一次治療日期	C	7	61	67	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 第一次手術、化療、放療、荷蒙治療或復發開始治療日期	藉此判斷申報治療組合之結案日期 據此作為存活率計算時間的起點
9	經病理確認之	C	1	68	68	0：無病狀態(disease free)	據此以Kaplan-Meier方

	病人復發狀況					1：原部位復發 2：淋巴引流區復發 3：遠端復發 4：1+2 5：1+3 6：2+3 7：1+2+3 8：從未存在無病狀態 X：不詳	法估計整體存活率與無病存活率 復發率（分子：完成追蹤之原部位、淋巴引流區或遠端復發個案，分母：完成追蹤個案數） 追蹤期間因乳癌相關治療之死亡率（分子：追蹤期間因乳癌相關治療死亡個案數，分母：追蹤組合新個案數）
10	規劃組合代號	C	6	69	74	支付標準「診療組合」編號後加填分期區別碼	

B表：乳癌醫療給付改善方案試辦計畫治療完成個案醫療明細檔							長度：111
序號	中文欄位	資料型態	長度	起始位置	迄末位置	資料說明	資料意義
一、基本資料							
1	申報費用年月	C	5	1	5	前三碼為年份，後二碼為月份	
2	醫事機構代號	C	10	6	15	衛生福利部編定之代碼，前2碼為權屬別	
3	個案姓名	C	20	16	35	五個中文字，左靠不足補中文空白(BIG-5碼請補滿20個BYTES)，如為外籍人士無中文姓名者，請輸入英文半形，不足補英文空白(姓名欄為檔案最後之欄位)	
4	身份證字號	C	10	36	45	國民身份證統一編號，或外籍居留證號碼，左靠不足補空白	
5	出生日期	C	7	46	52	前三碼為年份(右靠不足補0)，中二碼為月份，後二碼為日數(如：0830630表示83年6月30日)，民國前為負數(如：-05表示民國前5年)	
二、病理分期							
6	經病理確認之病人復發狀況	C	1	53	53	0：無病狀態(disease free) 1：原部位復發 2：淋巴引流區復發 3：遠端復發 4：1+2 5：1+3 6：2+3 7：1+2+3 8：從未存在無病狀態 X：不詳	據此以Kaplan-Meier方法估計整體存活率與無病存活率 復發率
7	病人存活狀況	C	1	54	54	1：存活 2：死亡 X：不詳	據此計算存活率

8	病人治療狀況	C	1	55	55	1：病人轉他院治療 2：病人無法繼續治療 3：繼續在本院治療 X：不詳	
9	復發日期	C	7	56	62	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未治療者空白	據此計算復發率
10	死亡日期	C	7	63	69	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未治療者空白	據此計算存活率
11	病理分期	C	1	70	70	0：0期 1：1期 2：2期 3：3期 4：4期 X：不詳 [依據AJCC/IUAC(UICC) 第六版本]	病理期別分布
12	診斷腫瘤大小	N	4	71	74	前兩位數為公分，第三位為小數點，最後一位數為公釐（如：12.3表12.3公分） 9999為不詳	
13	分期定義：T(腫瘤大小)	C	2	75	76	0：無 is：CIS 1：≤2cm 2：>2cm且≤5cm 3：>5cm 4：擴散至胸壁或皮膚 X：不詳	
14	分期定義：N(侵犯淋巴結)	C	1	77	77	0：無淋巴結侵犯 1：1-3顆 2：4-9顆 3：10顆以上 X：不詳	
15	分期定義：N(侵犯淋巴結)	C	1	78	78	0：無淋巴結侵犯(N0) 1：無沾黏性淋巴結轉移(N1) 2：有沾黏性淋巴結轉移(N2) 3：同側內乳淋巴結轉移(N3) X：不詳	
16	分期定義：M(遠端轉移)	C	1	79	79	0：無轉移 1：轉移 X：不詳	
三、治療紀錄							
17	在本院診斷	C	1	80	80	0：否 1：是	在本院是否有申報診斷組合，據此列為存活率計算之母體
18	手術治療死亡日期	C	7	81	87	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未治療者空白	據此計算存活率

19	化學治療執行狀況	N	1	88	88	1：完成化學治療 2：病人本身中止治療 3：醫師判斷病人狀況不適合進行治療 4：轉院治療 5：於治療中死亡	
20	化學治療死亡日期	C	7	89	95	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未治療者空白	據此計算存活率
21	放射治療執行狀況	N	1	96	96	1：完成治療 2：病人本身中止治療 3：醫師判斷病人狀況不適合進行治療 4：轉院治療 5：治療中死亡	
22	放射治療死亡日期	C	7	97	103	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未治療者空白	據此計算存活率
23	在本院完成整個治療療程	N	1	104	104	0：否 1：是	
24	完成治療組合代號	C	7	105	111	支付標準「診療組合」編號後加填分期區別碼	

C表：乳癌醫療給付改善方案試辦計畫追蹤檢查個案醫療明細檔 長度：92							
序號	中文欄位	資料型態	長度	起始位置	迄末位置	資料說明	資料意義
一、基本資料							
1	申報費用年月	C	5	1	5	前三碼為年份，後二碼為月份	
2	醫事機構代號	C	10	6	15	衛生福利部編定之代碼，前2碼為權屬別	
3	個案姓名	C	20	16	35	五個中文字，左靠不足補中文空白(BIG-5 碼請補滿 20 個 BYTES)，如為外籍人士無中文姓名者，請輸入英文半形，不足補英文空白(姓名欄為檔案最後之欄位)	
4	身份證字號	C	10	36	45	國民身份證統一編號，或外籍居留證號碼，左靠不足補空白	
5	出生日期	C	7	46	52	前三碼為年份(右靠不足補0)，中二碼為月份，後二碼為日數(如：0830630 表示 83 年 6 月 30 日)，民國前為負數(如：-05 表示民國前 5 年)	

6	病理分期	C	1	53	53	0：0期 1：1期 2：2期 3：3期 4：4期 X：不詳 [依據AJCC/UAC(UICC) 第六版本]	
二、收案標準與日期							
7	本院第一次追蹤起日	C	7	54	60	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數	藉此判斷追蹤組合之結案日期
8	治療狀況	C	1	61	61	1：本院治療，於本院追蹤 2：他院治療，於本院追蹤 X：不詳	
三、追蹤紀錄							
9	本季第一次追蹤日期	C	7	62	68	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未追蹤者空白	
10	經病理確認之病人復發狀況	C	1	69	69	0：無病狀態(disease free) 1：原部位復發 2：淋巴引流區復發 3：遠端復發 4：1+2 5：1+3 6：2+3 7：1+2+3 8：從未存在無病狀態 X：不詳	據此以Kaplan-Meier方法估計整體存活率與無病存活率復發率
11	病人存活狀況	C	1	70	70	1：存活 2：死亡 X：不詳	據此計算存活率
12	病人追蹤狀況	C	1	71	71	1：病人轉他院追蹤 2：病人無法繼續追蹤 3：在本院繼續追蹤 X：不詳	
13	死亡日期	C	7	72	78	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未追蹤者空白	據此計算存活率
14	確定復發日期	C	7	79	85	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未追蹤者空白	據此計算存活率
15	追蹤檢查組合代號	C	7	86	92	支付標準「診療組合」編號後加填分期區別碼	

附件四

醫療品質監控項目報告表

資料擷取期間：

填表日期：

	定 義	參考值	數據	百分率
結 構 面				
1.該醫院每年診斷與治療的乳癌新個案數	新個案數指第一次至該醫院之新個案數	50 人以上		
過 程 面				
1.手術前三個月內乳房攝影或乳房超音波檢查百分率	分子：手術前三個月內實施乳房攝影或乳房超音波檢查任一種之個案數（含院外檢查） 分母：乳房手術個案總數	85% 以上		
2.50 歲以上個案手術前三個月內乳房攝影檢查百分率	分子：50 歲以上個案手術前三個月內實施乳房攝影之個案數（含院外檢查） 分母：50 歲以上乳房手術個案總數	90% 以上		
3.手術個案病理期別分佈百分率	分子：該院執行手術之病理期別 0，1，2，3，4 各期別人數 分母：乳房手術個案總數			
4.手術病人記錄腫瘤大小百分率	分子：病理報告呈現腫瘤大小的總人數 分母：乳房手術總人數	85% 以上		
5.淋巴結檢查 10 顆以上百分率	分子：改良型根除性乳房切除術、根除性乳房切除術、乳房保留手術合併清除腋下淋巴結後，病理檢查腋下淋巴結 10 個或以上的病人數。 分母：改良型根除性乳房切除術、根除性乳房切除術、乳房保留手術合併清除腋下淋巴結的病人數 排除：接受 sentinel node biopsy、手術前做化學/放射線治療、或轉移性乳癌病人除外。	85% 以上		
6.ER 或 PR 測量百分率	分子：在病理分期為第一期及以上的乳癌病人其診斷性或切除後的組織切片檢查報告，呈現動情激素接受器分析結果的病人數。 分母：在病理分期為第一期及以上的乳癌病人，有診斷性或切除後的組織切片檢查報告的病人數。	80% 以上		
7.第一期病人執行進行乳房保留手術百分率	分子：第一期乳癌接受乳房保留手術的人數。 分母：第一期乳癌手術的人數	20% 以上		
8.腋下淋巴結檢驗為陽性者接受化學治療百分率	分子：腋下淋巴結陽性者，三個月內接受化學治療個案數 分母：腋下淋巴結檢驗為陽性個案數	90% 以上		
9. 接受化學治療多於四個療程數百分率	分子：接受化學治療多於四個療程個案數 分母：接受化學治療個案總數			
10.侵犯性乳癌乳房保留手術後接受放射線治療百分率	分子：侵犯性乳癌乳房保留手術後接受放射線治療的個案數 分母：侵犯性乳癌乳房保留手術的人數	80% 以上		

	定 義	參考值	數據	百分率
	排除：轉移性乳癌病人除外			
11.乳房保留手術病人放射治療 7 週內完成率	分子：乳房保留手術病人放射治療 7 週內完成之個案數 分母：廣範圍組織切除術及部分乳房組織切除術後的放射線治療個案數 排除：放射線治療未達四周	80% 以上		
12.乳房全切除手術病人放射治療 6 週內完成率	分子：改良型根除性乳房切除術及根除性乳房切除術後的放射治療 6 週內完成之個案數 分母：改良型根除性乳房切除術及根除性乳房切除術後的放射治療個案數 排除：放射線治療未達四周	80% 以上		
13.50 歲以上侵犯性乳癌輔助性荷爾蒙治療百分率	分子：>50 歲侵犯性乳癌乳房手術後接受輔助性荷爾蒙治療的人數 分母：>50 歲侵犯性乳癌乳房手術的人數	35% 與 75% 之間		
結 果 面				
1.五年整體存活率與無病存活率	以 Kaplan-Meier 或 Life table 計算存活率	0 期 90% 以上 1 期 80% 以上 2 期 60% 以上 3 期 40% 以上 4 期 10% 以上		
2.乳癌手術後局部復發率	分子：部分乳房及全乳房切除術後局部復發（含鎖骨上淋巴結）人數 分母：部分乳房及全乳房切除術的總人數 排除：乳癌病人接受手術前化學治療、放射治療或轉移性乳癌病人	每年局部復發率低於 2% ， 五年局部復發率低於 10%		
3. 乳癌手術後再度治療率	分子：部分乳房及全乳房切除術後因乳癌再度接受化學或放射治療人數 分母：部分乳房及全乳房切除術的總人數 排除：乳癌病人接受手術前化學治療、放射治療或轉移性乳癌病人，雙側乳癌的病人。	18 個月後再度治療率 \leq 10% ， 24 個月後再度治療率 \leq 15% ， 30 個月後再度治療率 \leq 20% 。		

附件五 存活率及獎勵金計算方式

一、存活率計算：採 Kaplan-Meier estimate of the survivor 方式。

(一)存活率計算之母體為同時申報診斷與治療組合且已完成治療之乳癌病人。

(二)無病存活率(Disease free survival rate)之計算：

- 1.事件(event)：病人死亡或乳癌復發即表示事件(event)的發生。
- 2.計算時間之起點：乳癌病人自進入治療組合之第一次治療日期開始。
- 3.計算時間之迄點：
 - (1)死亡日期。
 - (2)病人未死亡但復發者，其時間迄點為首次確定乳癌復發日期。
 - (3)病人未死亡且未復發者，其時間迄點為最後一次追蹤日期。

(三)整體存活率(Overall survival rate) 之計算：

- 1.事件(event)：指病人死亡即表示事件(event)的發生。
- 2.計算時間之起點：乳癌病人自進入治療組合之第一次治療日期開始。
- 3.計算時間之迄點：
 - (1)死亡日期。
 - (2)病人未死亡，其時間迄點為最後一次追蹤日期。

(四)復發定義：

包括原部位復發(local recurrence)、淋巴引流區復發(regional recurrence)與遠端復發(distant recurrence)，病人產生任何一種復發狀況即定義為復發個案。

1.原部位復發(local recurrence)：

係指同側乳房之皮膚、皮下組織(subcutaneoustissue)、或胸壁肌肉(the muscles of the chest wall)產生與原發癌症相似細胞型態之惡性腫瘤。

2.淋巴引流區復發(regional recurrence)：

係指同側乳房之腋下淋巴區(axillary apex)、上鎖骨淋巴區(supraclavicular fossa)、內乳淋巴區(internal mammary chain)產生與原發癌症相似細胞型態之惡性腫瘤。

3.遠端復發(distant recurrence)：

係指產生與原發癌症相似細胞型態之惡性腫瘤但不在原部位復發與淋巴引流區復發定義之部位。

(五) Censored case 之定義：指病人中斷治療或失去追蹤或離開試辦計畫或試辦計畫結束之個案。

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) (t)	病人數 (N _j)	事件發生數 (D _j)	Censored cases	(N _j -D _j)/N _j	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(t)(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%。

二、獎勵金核付

(一) 獎勵金之計算方式：

1. 獎勵金給付對象為已治療結束且治療滿一、二、三、四、五年之未死亡、未復發、非censored個案。
2. 獎勵金以完成治療組合之支付點數，加計各年之百分比計算。

(二) 獎勵金之核付：

試辦醫院提報該院存活率及獎勵金計算表，經本保險之分區審核後再行撥付作業。

報告事項

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫、修訂 105 年度「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」及「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」案。

說明：資料後補。

決定：

報告事項

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：增修訂 105 年度「全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」及「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」等三項中醫總額醫療照護試辦計畫暨「支付標準第四部中醫」報告案。

說明：資料後補。

決定：

肆、討論事項

討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險急診品質提升方案」及增列急診相關支付標準案。

說明：

一、背景說明：

- (一)立法院衛環委員會 104 年 6 月 8 日要求「急診 48 小時滯留率」三年下降目標納入下年度「全民健康保險急診品質提升方案」計畫目標。
- (二)衛生福利部率醫事司及本署於 104 年 5 月 12 日至 104 年 6 月 24 日間多次視察多家醫學中心，研議醫學中心急診滯留情形將納入醫院評鑑標準(急診 48 小時滯留率三年需達零)，並適當獎勵急診病患下轉住院及落實出院準備及追蹤管理。
- (三)衛生福利部於 104 年 7 月 28 日公告修正「醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序」，增列醫學中心急診 48 小時置留率目標值及處理方式。
- (四)本署於 104 年 7 月 29 日邀請台灣醫院協會、醫師公會全國聯合會、護理師公會全國聯合會召開急診溝通會議，原則同意增訂急診下轉住院獎勵費。
- (五)本署於 104 年 10 月 2 日再次邀請上述團體、醫事司及照護司，召開「出院準備及追蹤管理費」溝通討論會議，與會團體表達部分意見，會議決議本署參採醫界意見，研擬草案後提會討論。
- (六)立法院衛環委員會 104 年 10 月 5 日及 19 日全體委員會議中，王委員育敏提出兒科醫師不足且分配不均，且無法從健保得到良好補助，要求本署檢討兒童(醫院)急診診察費之合理性。

二、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增列急診相關支付

(一)新增支付標準「出院準備及追蹤管理獎勵費」

1.104 年 10 月 2 日會議中醫界意見包括：應有充份財源支應、

不宜硬性規範收案適應症、再調整跨團隊會議、電訪追蹤次數、支付點數等節之合宜性，並建議應由病患端改善急診壅塞。

2.本署參考醫界意見，修正支付規範摘要如下

- (1)醫事機構條件：設有出院準備服務小組，定期召開會議。
- (2)申請程序：醫事服務機構應檢附計畫書(敘明收案對象及執行方式)及專業團隊名單向保險人分區業務組申請核備後執行。
- (3)服務項目：
 - A.出院準備服務計畫：提供營養、復健、用藥、後續門診追蹤、緊急就醫之醫療資源與途徑等資訊，提升病人及家屬居家自我照顧能力、提供生活適應訓練、社會經濟及心理層面諮詢等疾病相關之計畫及指導。
 - B.每位個案應進行一次以上之跨團隊溝通協調。
 - C.評估個案需求，協助轉介各項後續照護資源。
 - D.提供電話專線諮詢服務
 - E.出院後電訪追蹤至少一次以上
- (4)監控指標：同一疾病 3 日再急診比率(含跨院)、同一疾病 14 日內非計畫性再住院率(含跨院)
- (5)支付規範：每次 1,500 點，每人每次住院得申請乙次。
- (6)由醫院一般預算減少再急診及再住院率省下之費用支應(同保險人品保方案之「住院案件出院後十四日內再住院率」定義及統計範圍)。

(二)「未滿六個月兒童」之急診診察費加成方式，修訂為「提升兒童加成項目」案

- 1.經查 102 年支付標準調整中，已針對風險及處置困難度較高之兒科診療項目，進行點數及兒童加成率之調升。另為反應急診醫師投入心力，於支付「急診診察費」乙項，依檢傷分類等級予以不同支付點數，並得加計兒童加成、假日及夜間加成、資源不足地區急救責任醫院加成(現行加計後最高支付點數詳附件 1-1，P107)。

2. 考量醫療城鄉差距，國內各醫院之專科發展，及亦有其他專科醫師提供兒童服務，且現行「急診診察費」已訂定相關加成項目，爰不建議再訂定兒童醫院或兒科專科醫師等加成。
3. 本署建議年齡未滿六個月兒童之「急診診察費」加成方式，由現行「兒童加成項目」(即加計 60%)，修訂為「提升兒童加成項目」(即加計 100%)(調整加計後最高支付點數詳附件 1-1，P107)。
4. 財務評估：以 103 年未滿六個月兒童之急診診察費申報件數，推估全年增加約 882 萬點，由 105 年醫院總額非協商因素支應(詳附件 1-2，P108)。

三、修訂「全民健康保險急診品質提升方案」，重點說明如下：

- (一) 醫學中心評鑑基準急診 48 小時滯留率三年「達零或小於同儕平均值」之目標，列入「急診品質提升方案」撥付獎勵金之門檻指標，未達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，不予撥付急診處置效率獎勵金。
- (二) 新增「醫學中心急診病患下轉住院獎勵」
 1. 醫院接受下轉病患之住院案件得比照醫學中心標準支付，支付原層級與醫學中心之急性病房病房費、護理費、醫師診察費及藥事服務費支付點數差額。
 2. 區域醫院每名病患每日支付 171 點差額，地區醫院 290 點差額。
- (三) 新增「急性醫療轉院醫師訪視獎勵費」：
 1. 鼓勵急性醫療主治醫師至下轉轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情，增加病人信心。
 2. 支付點數每次支付 1,000 點，每週申報一次，每次住院最多申報 3 次。
- (四) 取消急性腦中風完成 r-tPA 注射個案之急診重大疾病照護品質獎勵費：本署業經 104 年 10 月 7 日支付標準專家諮詢會議通過支付標準新增「急性缺血性中風靜脈血栓溶解治療處置費」(前次會議已同意新增)，基於給付不重複原則，本方案配合刪除本項獎勵費用。

(五)調整部分適應症，符合臨床實際現況

1.增列附表一「緊急搶救手術或處置」之項目：急診重大疾病照護品質中，體表面積>20%之重大燒傷患者，需接受之緊急搶救手術或處置增列「皮面創傷處理」乙類處置(醫令代碼48014C-48017C、48029B-48030B)

2.增列附表二「向上轉診或平行轉診疾病別」項目：增列「體表面積>20%之重大燒傷」乙類疾病。

(六)酌修部分文字呈現方式或誤植：包含重大外傷適應症

ICD-10CM、附表三「向下或平行轉診疾病別」中泌尿道感染之 ICD-10-CM 呈現方式及附表四 VPN 欄位表部分文字。

(七)財務評估：

1.新增「醫學中心急診病患下轉住院獎勵費」及新增「急性醫療轉院醫師訪視獎勵費」預估增加 9.7 百萬點醫療費用；)取消急性腦中風完成 r-tPA 注射個案之急診重大疾病照護品質獎勵費預估減少 8.2 百萬點醫療費用；調整重大燒傷患者處置碼及將之列入向上轉診適應症預估增加 5.45 百萬點醫療費用。

2.總計將增加 0.069 億點。104 年本方案編列 1.6 億，按現行方案預估執行 0.99 億點，修訂後預估執行 1.059 億點，105 年本方案續編列 1.6 億，足以支應。

擬辦：本案如經討論同意，擬增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準表（詳附件 1-3，P109-P110）及修訂「全民健康保險急診品質提升方案」（詳附 1-4，P111~P121），依程序陳報衛生福利部核定公布。

急診診察費支付點數

急診診察費	支付點數	現行最高支付點數 (加計成數 140%) (註 2)	調整後最高支付點數 (加計成數 180%) (註 3)
01015C 非按檢傷分類	478	1,147	1,338
00201B 檢傷分類第一級	1,652	3,965	4,626
00202B 檢傷分類第二級	901	2,162	2,523
00203B 檢傷分類第三級	606	1,454	1,697
00204B 檢傷分類第四級	412	989	1,154
00225B 檢傷分類第五級	358	859	1,002

註:

1. 現行支付標準支付加成規定:

- (1) 夜間(晚上十時至隔日早上六時) 加成 50%、例假日(週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成 20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成 50%。
- (2) 兒童加成項目:病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計 60%；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計 30%；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計 20%。
- (3) 山地離島及符合行政院衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加成 30%，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加成 80%。
- (4) 地區醫院申報檢傷分類第四、五級之急診診察費得依表定點數加成 19%。

2. 現行最高支付點數，為同時符合兒童加成(60%)、夜間及例假日加成(50%)，及緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加成(30%)者，得加計 140%。

3. 調整後最高得加計 180%，係年齡未滿六個月者，修訂為提升兒童加成項目(100%)。

年齡未滿六個月兒童之急診診察費加成方式，修訂為「提升兒童加成項目」之財務評估

急診診察費	原支付 點數	加計後支付點數			未滿六個 月兒童之 申報件數 (D)	財務影響 (E=C*D)
		兒童加成 (加計 60%) (A)	提升兒童加成 (加計 100%) (B)	差額 (C=B-A)		
01015C 非按檢傷分類	478	765	956	191	1,350	257,850
00201B 檢傷分類第一級	1,652	2,643	3,304	661	1,044	690,084
00202B 檢傷分類第二級	901	1,442	1,802	360	9,237	3,325,320
00203B 檢傷分類第三級	606	970	1,212	242	15,009	3,632,178
00204B 檢傷分類第四級	412	659	824	165	4,934	814,110
00225B 檢傷分類第五級	358	573	716	143	695	99,385
總計						8,818,927

註:

- 1.資料來源：中央健康保險署二代倉儲系統門、住診明細及醫令檔(資料擷取日期：2015.10.1)。
- 2.統計範圍：門診案件中申報有「急診診察費相關醫令」或「急診起、迄時間醫令」者；住院案件合併申報有「急診診察費相關醫令」或「急診起、迄時間醫令」者。
- 3.同一案件申報多筆診察費醫令代碼者，取檢傷分類嚴重度最高之等級(分類碼較小者)。
- 4.診察費係以急診診察費之醫令點數計算。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(草案)

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

通則：

~~十、本節之各項診察項目中，註有「兒童加成項目」者，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計 60%；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計 30%；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計 20%。其他未註有兒童加成之診察費項目，三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計 20%。~~

十、本節所謂兒童加成項目分為：

- 1.兒童加成項目：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十。
- 2.提升兒童加成項目：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之六十。

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
01015C	急診診察費 註：1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。 2.本項支付點數含護理費46—73點。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加成 50%、例假日(週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成 20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成 50%。 4.山地離島及符合行政院衛生署公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加成30%，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加成80%。 5. <u>年齡未滿六個月者為提升兒童加成項目，餘為兒童加成項目。</u> 6.地區醫院得依表定點數加成19%。	v	v			478
00201B	急診診察費(按檢傷分類) 檢傷分類第一級		v	v	v	1652
00202B	檢傷分類第二級		v	v	v	901
00203B	檢傷分類第三級		v	v	v	606
00204B	檢傷分類第四級		v	v	v	412
00225B	檢傷分類第五級 註：1.檢傷分類依行政院衛生署規定。 2.地區醫院得就本項費用與01015C急診診察費擇一申報，惟採行後一年始得變更。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時) 加成50%、例假日(週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成50%。		v	v	v	358

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>4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加成30%，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加成80%。</p> <p>5.<u>年齡未滿六個月者為提升兒童加成項目，餘為兒童加成項目</u></p> <p>6.地區醫院申報檢傷分類第四、五級之急診診察費得依表定點數加成19%。</p> <p>7.內含護理費比率為32.04%，點數介於115點~529點。</p>					

第二節 住院診察費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
02025B	<p><u>出院準備及追蹤管理費</u></p> <p>註:</p> <p>1.<u>醫事機構條件：需設有出院準備服務小組，定期召開會議，檢討、修訂出院照護計畫架構、流程等，並能具體解決問題，並紀錄完整。</u></p> <p>2.服務項目:</p> <p>(1)<u>出院準備服務計畫：提供營養、復健、用藥、後續門診追蹤、緊急就醫之醫療資源與途徑等資訊，提升病人及家屬居家自我照顧能力、提供生活適應訓練、社會經濟及心理層面諮詢等疾病相關之計畫及指導。</u></p> <p>(2)<u>每位個案應進行一次以上之跨團隊溝通協調。</u></p> <p>(3)<u>評估個案需求，協助轉介全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫社區醫療群、各類居家照護、全民健康保險居家醫療整合照護試辦計畫、長照機構等後續照護資源。</u></p> <p>(4)<u>提供電話專線諮詢服務</u></p> <p>(5)<u>出院後電訪追蹤至少一次以上</u></p> <p>3.支付規範：</p> <p>(1)<u>醫事服務機構應檢附計畫書(敘明收案對象及執行方式)及專業團隊名單向保險人分區業務組申請核備後執行。</u></p> <p>(2)<u>每人每次住院得申請乙次。</u></p> <p>4.<u>品質監控指標：同一疾病3日再急診比率(含跨院)、同一疾病14日內非計畫性再住院率(含跨院)。</u></p>		Y	Y	Y	1500

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
104.00.00 第五版公告實施

壹、前言

中央衛生主管機關為加速醫院急診部門檢傷分類作業，參採國外經驗，於 99 年公告施行急診五級檢傷分類基準，期快速檢定病人病況危急與嚴重度，讓真正急重症患者，能及時獲得緊急醫療服務，挽回寶貴的生命，全民健康保險(以下稱全民健保)亦配合於 99 年 1 月 1 日起調增檢傷分類之急診診察費支付標準，並將夜間急診診察費用加成率由 2 成提高為 5 成，期盼醫院能因而提升急診照護之品質。

然而，國內多數醫學中心急診壅塞情形仍為外界及媒體關切，又依據全民健保 99 年 4 月至 100 年 3 月急救責任醫院相關統計，檢傷分類第 4 級及第 5 級病患病況較不危急，醫師可於 1 小時以後看診之病人，約占全部之 25%，此類病人應儘速加以紓解；第 1 級至第 3 級病況危急之病人急需住院個案中，仍有 17% 患者未於 6 小時內入住；急診病人滯留超過 24 小時者，檢傷分類第 1 級約占該類檢傷總病人次之 4.16%，又 23 家重度急救責任醫院檢傷分類計有 11 家占率大於 5%；顯示，醫院對於急診人力之安排，適時提供病人住院照護及適切的轉介作業流程未達相當的品質，除急診部門醫事人員工作負荷增加，並因而影響到急重症病患的醫療照護；急診服務品質仍有待進一步研擬改善之需要。

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)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)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，急診醫療品質的低落，不僅影響病人的安全，更對有限的醫療資源造成一種無形的浪費。

全民健康保險保險人(以下稱保險人)已加強宣導輕症病人不要到醫院急診外，並依主管機關有關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案，並與醫界協商，以試辦論質計酬計畫辦理，期提升急重症照護品質，縮短病人在急診室留置之時間。

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、經費來源：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：須為全民健保特約醫院，並依本方案規定據實登錄相關資料者。其中未申報急診檢傷分類之地區醫院，配合本方案轉診品質規定，將病人上轉或接受下轉病人個

案，給予獎勵。

伍、計畫構面

一、急診重大疾病照護品質：

針對~~急性腦中風~~急性心肌梗塞、重大外傷及嚴重敗血症患，訂定到院一定時間內接受必要治療處置之標準及獎勵

~~(一)急性腦中風：係主診斷碼為 ICD-9-CM：433.00-434.91；ICD-10-CM：I63-I66，美國中風量表 NIHSS 介於 4-25 分之急診病人，符合健保相關用藥規定，完成血栓溶解劑(rtPA 健保申報碼:K000743248)注射之個案。~~

~~(二)(一)急性心肌梗塞：主診斷碼為 ICD-9-CM：410.00-410.52、410.80-410.92；ICD-10-CM：I21.0-I21.3、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9 之病患，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 balloon time < 90 min)。~~

~~(三)(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 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。

ICD-9-CM：800-904、910-929、950-959；

ICD-10-CM：~~S00-S17、S19-S99、T07、T79(前述第 7 位碼皆須為"A")、S12、S22、S32、S42、S52、S62、S72、S82、S92(前述第 7 位碼皆須為"B")、S52、S72、S82(前述第 7 位碼皆須為"C")~~

~~(1)T07、T79~~

~~(2)S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99(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")~~

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

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

ICD-9-CM：948.2-948.9、940、941.5

ICD-10-CM：T312.0-T319.9、T265.0XA-T267.0XA、T269.0XA、

T20.30XA-T20.39X、T20.70XA-T20.79XA、T26.20XA-T26.22XA

(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 小時內給與予第一劑抗生素及 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。

ICD-9-CM：038.0-038.9、785.59

ICD-10-CM：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)獎勵方式：(一)~(四)達標者每個案支付 2000 點。

二、轉診品質：

強化急診室重症病患上轉且穩定病患下轉之機制，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，各急救責任醫院能各司其職於第一時間依其能力完成病患醫療處置。

(一) 向上或平行轉診：中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，因重大疾病之緊急狀況，醫院照護能力未符需求，須轉診至上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、重大外傷須緊急手術、嚴重敗血症等(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院或同層級或下一層級之醫院之適當醫療機構。疾病主診斷包括上消化道出血，肺炎，泌尿道感染、肝硬化或肝昏迷、鬱血性心臟衰竭、軟組織之蜂窩組織炎等(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，每個案獎勵 1000 點。轉出與轉入醫院各給予 50%。

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患，另得申報以下費用：

A. 轉入醫院該次住院之基本診療費用得按醫學中心標準支付，另行申報「醫學中心急診病患下轉住院獎勵」，區域醫院每人每日支付 171 點，地區醫院每人每日 290 點。

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，每週申報一次，每次住院最多申報 3 次。

三、急診處置效率

本項係以各項效率指標為基礎加以比較獎勵，藉以提升急診處置效率，舒緩急診的壅塞。

(一) 觀察指標：

1. 非外傷病人檢傷分類各級住院比率

定義：大於等於 18 歲非外傷病人住院(包含普通病房及加護病房)

計算基準：由急診治療後住入同一醫院比率

計算方式：分子：大於等於 18 歲非外傷該級住院人次

分母：大於等於 18 歲非外傷該級病人次

(大於等於 18 歲非外傷該級住院人次 / 大於等於 18 歲非外傷該級病人次)
* 100%

2. 外傷病人檢傷分類各級住院比率

定義：處置碼介於 48001C-48035C 之外傷病人住院(包含普通病房及加護病房)

計算基準：由急診治療後住入同一醫院比率

計算方式：分子：外傷病人該級住院人次

分母：外傷病人該級病人次

(外傷病人該級住院人次 / 外傷病人該級病人次) * 100%

3. 兒科病人檢傷分類各級住院比率

定義：小於 18 歲非外傷病人住院(包含普通病房及加護病房)

計算基準：由急診治療後住入同一醫院比率

計算方式：分子：小於 18 歲非外傷病人該級住院人次

分母：小於 18 歲非外傷病人該級病人次

(小於 18 歲非外傷病人各級住院人次 / 小於 18 歲非外傷病人各級病人次)
* 100%

(二)壅塞指標：急診病人停留超過 24 小時之比率

計算基準：病人到院時間-病人離院或住院時間

計算方式：分子：急診病人停留超過 24 小時病人次

分母：所有急診病人次

(急診停留超過 24 小時病人次/所有急診病人次) * 100%

(三)效率指標

3.1 完成急診重大疾病照護病人進入加護病房 < 6 小時之比率

計算基準：完成急診重大疾病照護病人轉入加護病房時間-其到達急診時間 < 6 小時

計算方式：分子：完成急診重大疾病照護於六小時內轉入加護病房病人次

分母：完成急診重大疾病照護總人次

(完成急診重大疾病照護病人於六小時內轉入加護病房人次/完成急診重大疾病照護之總人次) * 100%

3.2 檢傷一、二、三級急診病人轉入病房 < 8 小時之比率

計算基準：病人轉入同一家醫院病房時間-病人到達急診時間 < 8 小時

計算方式：分子：檢傷一、二、三級病人 8 小時內住院人次

分母：檢傷一、二、三級病人住院人次

(檢傷一、二、三級 8 小時內住院人次/檢傷一、二、三級病人住院人次) * 100%

3.3 檢傷四、五級急診病人離開醫院 < 4 小時之比率

計算基準：病人離院時間-病人到達急診時間 < 4 小時

計算方式：分子：檢傷四、五級病人 4 小時內出院人次

分母：檢傷四、五級病人出院人次

(檢傷四、五級病人 4 小時內出院人次/檢傷四、五級病人出院人次) * 100%

3.4 地區醫院急診病人增加

計算基準：以檢傷分類等級申報所有急診病人次計算

計算方式：本年急診人次 > 上年急診人次

(四)品質獎勵方式

1. 維持獎：壅塞指標小於或等於 1%，且該院所本年度轉出比率低於同級醫院之 50 百分位。本年度效率指標(3.1-3.3)，維持在同級醫院前 25 百分位，三項指標達到者，每一醫院給予 20 點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數獎勵，若有單項指標達到給予 1/3，兩項指標達到給予 2/3。
2. 進步獎：
 - (1) 壅塞指標大於1%
 - A. 效率指標(3.1-3.3)年度進步8%以上，三項指標均達到者，每一醫院獎勵10點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數，若有單項指標達到給予1/3，兩項指標達到給予2/3。
 - B. 效率指標(3.1-3.3)年度進步10%以上，三項指標達到者，每一醫院獎勵15點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數，若有單項指標達到給予1/3，兩項指標達到給予2/3。
 - (2) 效率指標(3.4)各醫院本年急診人次較上年增加，每增加1人次支給500點獎勵。

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1.5萬點。
 - (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) (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 104 年為例：

【104 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【103 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. 104 年「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，平均每月看診人次。

(2) 目標值：每位接受補助之急診專科醫師平均每月急診申報件數大於去年同期值。

2. 地區醫院接受醫學中心、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：實施一年後地區醫院接受下轉案件之七日內回轉比率不超過 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申報規定如下

(一)急診重大疾病照護品質方面：第一至第三項疾病完成照護個案以編號 P4601B

「急性~~腦中風~~心肌梗塞及重大外傷照護獎勵」支付點數 2000 點申報，第四項疾病完成照護個案以編號 P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」支付點數 2,000 點申報。採每月申報，醫令類別為「2」。

(二)轉診品質獎勵方面：

1. 上轉個案：轉出醫院以編號 P4603B「急診上轉轉出醫院獎勵」支付點數 500 點申報；接受轉診醫院，以編號 P4604B「急診上轉轉入醫院獎勵」支付點數 500 點申報。採每月申報，醫令類別為「2」。

2. 下轉個案：轉出醫院以編號 P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」支付點數 2,000 點及 P4609B「醫學中心急診病患下轉住院獎勵」(區域醫院每人每日支付 171 點，地區醫院每人每日 290 點)申報；接受轉診醫院，以編號 P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」支付點數 2,000 點及 P4610B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」1000 點申報。採每月申報，醫令類別為「2」。

3. 平轉個案：轉出醫院以編號 P4607B「急診平轉轉出醫院獎勵」支付點數 500 點申報；接受轉診醫院，以編號 P4608B「急診平轉轉入醫院獎勵」支付點數 500 點申報。採每月申報，醫令類別為「2」。
- 二、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。本方案各項獎勵以每點 1 元為上限，但若有超支，則以浮動點值支付。
- 三、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。
- 四、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計畫之獎勵。
- 五、未達醫學中心評鑑基準急診 48 小時滯留率三年「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，當年度不予撥付或追扣已撥付之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 <https://10.253.253.243/iwpe0000/iwpe0000s01.aspx>），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
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
<u>48014C-48017C、 48029B-48030B</u>	<u>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)</u>

附表二、向上轉診或平行轉診疾病別

診斷碼中文名稱	ICD-9-CM	ICD-10-CM
急性心肌梗塞	410.00-410.52、 410.80-410.92	I21.0-I21.3、I22.0-I22.1、 I22.8-I22.9
急性腦中風	433.00-434.91	I63-I66
主動脈剝離	441.00-441.02	I71.00-I71.02
食道靜脈瘤出血	主診斷需為肝硬化 571.0-571.9 或門脈高壓 572.3，且次 診斷為 456.20	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 I85.11。
敗血症	038.0-038.9、785.59	A41.9、R57.1、R57.8、R65.21
重大外傷	800-904、910-929、 950-959	S00-S17、S19-S99、T07、T79 (前述第7位碼皆須為"A")、 S12、S22、S32、S42、S52、 S62、S72、S82、S92 (前述 第7位碼皆須為"B")、 S52、S72、S82 (前述第7位 碼皆須為"C") (重新調整呈現方式): <u>1.T07</u> <u>2.S00-S01、S03-S11、</u> <u>S13-S17、S19-S21、S23-S51、</u> <u>S53-S61、S63-S71、S73-S81、</u> <u>S83-S91、S93-S99、T79 (前</u> <u>述第7位碼皆須為"A")</u> <u>3.S02、S12、S22、S32、S42、</u> <u>S62、S92 (前述第7位碼皆須</u> <u>為"A"或"B")</u> <u>4.S52、S72、S82 (前述第7</u> <u>位碼皆須為"A"或"B"或"C")</u>
<u>體表面積>20%之重</u> <u>大燒傷</u>	<u>948.2-948.9、940、941.5</u>	<u>T312.0-T319.9</u> <u>、</u> <u>T265.0XA-T267.0XA</u> <u>、</u> <u>T269.0XA</u> <u>、</u> <u>T20.30XA-T20.39X</u> <u>、</u> <u>T20.70XA-T20.79XA</u> <u>、</u> <u>T26.20XA-T26.22XA</u>

附表三、

診斷碼中文名稱	ICD-9-CM	ICD-10-CM
胃腸道出血	5789	K92.2
大量腸胃道出血	531.00-531.21、 532.00-532.21、 533.00-533.21	K25.0-K25.2、K31.82、K56.60、 K26.0-K26.2、K56.60、K27.0-K27.2
腸阻塞	560	K56.60、K56.69、K56.7
急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞	574-575	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	5761	K74.3、K80.3、K83.0
急性胰臟炎	5770	K85
肺炎	486	J18.9
慢性氣道阻塞	496	J44
其他蜂窩組織炎及膿瘍	682	K12.2、L02-L03、L98.3
充血性心臟衰竭	4280	I50.2-I50.9
發燒	7806	R50.9
泌尿道感染	599	N36 <u>N36.0、N36.1、N36.2、N36.4、N36.5、 N36.8</u> 、N39、N13.9、R31
腎盂腎炎	59080	N12
慢性腎衰竭	585	N18.4、N18.5
肝硬化，未提及酒精性者	5715	K74.60、K74.69
肝性昏迷	5722	K72.91

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. 急性腦中風照護(共 3 欄)：NIHSS 量表分數、藥品代碼(K000743248)、開始給藥時間。~~

2.1.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。

3.2.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。

4.3.嚴重敗血症患(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) 47015B、開始執行時間

(3) 09059B 或 09135B、開始執行時間

(4) 13001C 至 13026C 中任兩一檢查項目、各自開始執行時間

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)。

討論事項

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「全民健康保險居家醫療照護整合計畫(草案)」案，提請討論。

說明：

- 一、健保自開辦起，陸續推行多項居家醫療照護服務，為增進行動不便患者就醫可近性，擴大照護對象，自 104 年 4 月 23 日公告施行「104 年全民健康保險居家醫療整合照護試辦計畫」。
- 二、為提升保險給付效率，提供以病人為中心之全人照護，爰於不影響現行居家照護服務及支付衡平性下，著手研議整合不同類型居家醫療照護，於 104 年 6 月 23 日及 104 年 10 月 20 日邀集醫療專業團體、衛生福利部等相關單位開會討論。
- 三、本署依據前述二次會議結論，研擬旨揭「全民健康保險居家醫療照護整合計畫(草案)」，重點摘要如下(詳如附件 2-1、2-2，P126~P146)：
 - (一) 計畫施行期間：105 年至 107 年。施行初期與現制雙軌併行，預計試辦二期 6 年，期滿時評估全面導入。
 - (二) 預算來源：本計畫之個案管理費及支付標準由其他預算之「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」支應，其餘醫療費用由各總額部門預算支應。
 - (三) 服務整合範圍：將一般居家照護、呼吸居家照護、安寧居家療護及居家醫療試辦計畫 4 項個別收案之服務，整合為 3 照護階段，收案期間可彈性調整照護階段，無須結案後重新收案。
 - (四) 服務提供者資格：須組成整合性照護團隊，提供含括 3 階段居家照護服務。團隊間應有個案轉銜合作及後送機制。
 - (五) 收案條件：
 - 1、居家醫療階段(現行居家醫療試辦計畫)：限居住於住家(不含照護機構)，且經醫師評估有明確醫療需求，因失能或疾

病特性致外出就醫不便。

- 2、 重度居家醫療階段(現行一般居家照護、呼吸居家照護)：除第 1 項條件外，護理照護限有明確護理需求者，呼吸照護限呼吸器依賴患者。
 - 3、 安寧療護階段(同現行)：除第 1 項條件外，限為末期病患。
- (六) 照護期間、照護內容及訪視頻率：由醫師專業評估決定。為確保醫師適時依照護對象病情調整醫囑，醫師每 2 個月至少應訪視 1 次，且照護階段轉換、照護期滿應重新評估。
- (七) 照護內容：醫師訪視、護理人員訪視、呼吸治療人員訪視、其他專業人員訪視、個案健康管理(含輔導新收個案查詢健康存摺供醫事人員參考)與 24 小時電話諮詢服務。
- (八) 支付原則：
- 1、 朝一致性規劃，各專業人員訪視費採論次計酬、呼吸器使用採論日計酬、藥費與藥事服務費核實、檢驗(查)費核實。
 - 2、 增加個案管理費：每人每年 600 點，以強化個案健康管理及 24 小時電話諮詢服務。參與本計畫後之新收個案均應收為本計畫之照護對象，原有個案於照護期滿應轉為本計畫之照護對象。
 - 3、 增加緩和醫療家庭諮詢費：參照現行住院或急診重症末期病患之支付內容與點數(02020B)，提供重度居家醫療階段之末期病患本項服務。
 - 4、 各類專業人員每月訪視次數訂有上限值，以現制合理量換算成權重計算(換算後安寧療護階段之醫師訪視權值為 4、護理訪視權值為 2.2)，超過時不予支付。為確保照護品質，本計畫與現制之專業人員訪視次數人次歸戶合併計算。

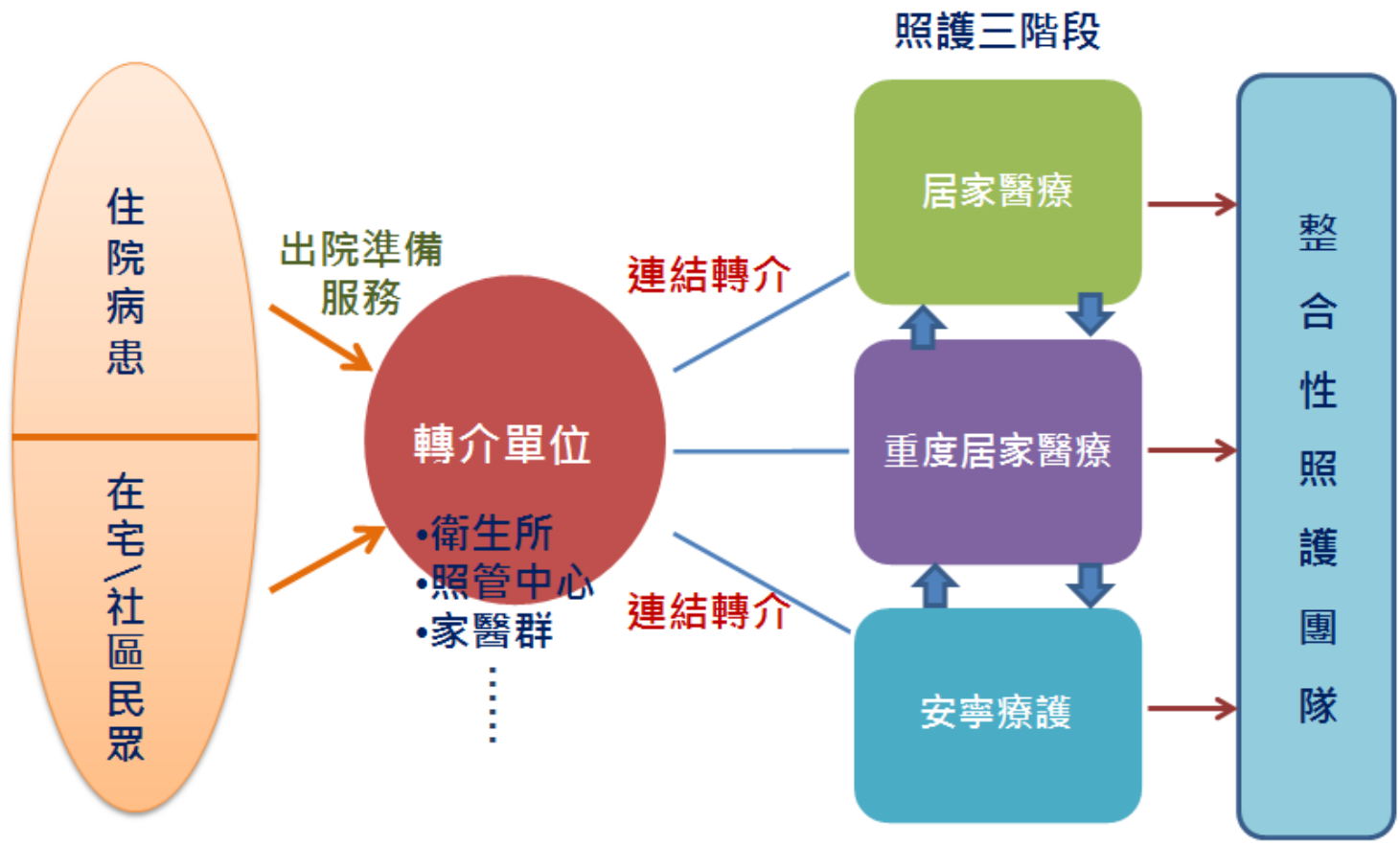
權值	醫師	護理人員	呼吸治療人員	其他專業人員
居家醫療	1	-	-	-
重度居家醫療	1	1	1	1
安寧療護	4	2.2	1	1
服務人次上限	180	100	60	45

(九) 審查原則：依西醫其他專案方式抽審。

(十) 監測指標：每人每年門診就醫次數、每人每年住院天數、住院率、急診率及照護對象健康存摺查詢率。

結論：

整合居家相關照護服務



全民健康保險居家醫療照護整合計畫(草案)

104 年 4 月 23 日健保醫字第 1040004024 號公告訂定
105 年○月○日健保醫字第 105*****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患者之醫療照護可近性。
- (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，以提供病患整合性之全人照護。

三、施行期間

自公告日起至 107 年 12 月 31 日止。

四、預算來源

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由其他預算之「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」支應，其餘醫療費用由各總額部門預算支應。

五、醫療服務提供者資格

- (一) 由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），提供含括「居家醫療」、「重度居家醫療」及「安寧療護」三階段居家醫療照護，並依其醫事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，確保照護對象轉介與後送就醫之需求。
- (二) 訪視醫師須具專科醫師資格；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之醫師，不在此限。各類專業醫事人員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。
- (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) 特約醫事服務機構於參與計畫日起前 2 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）；抵扣停約或終約者亦同。前述違規期間之認定，以第一次處分函所載處分日起算。
- (五) 醫事人員至照護對象住家提供醫療服務，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。
- (六) 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 2，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。

六、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，但全民健康保險法所稱山地離島地區（附件 3）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。

七、收案條件

- (一) 居家醫療階段：照護對象限居住於住家（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。
- (二) 重度居家醫療階段：除第(一)項條件外，另應符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第5部第1章居家照護之收案條件；使用呼吸器相關服務之照護對象，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」居家照護階段之收案條件。
- (三) 安寧療護階段：除第(一)項條件外，另應符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第5部第3章安寧居家療護之收案條件。
- (四) 基於給付不重複之原則，行動不便患者(一般)居家照護、呼吸器依賴患者居家照護、末期病患安寧療護之收案對象，應自原照護計畫結案，始得收案為本計畫之照護對象。
- (五) 同一照護對象於相同照護期間，其他特約醫事服務機構不得再申請收案。

八、收案及審核程序

- (一) 照護對象來源：
 - 1、住院個案：經診治醫師評估，由出院準備服務轉銜至參與本計畫之特約醫事服務機構收案。
 - 2、非住院個案：
 - (1) 由參與本計畫之特約醫事服務機構直接評估收案。
 - (2) 由個案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）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、照護對象經訪視醫事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），由健保資訊網服務系統(VPN)送保險人備查，保險人得視情況實地評估照護對象之醫療需求。
 - 2、特約醫事服務機構應擇一最適照護階段收案提供照護，收案期間照護對象病情轉變，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）於健保資訊網服務系統(VPN)登錄異動。
 - 3、訪視醫師於照護階段轉換或照護期滿應重新評估，且每二個月至少訪視一次，以確認照護對象病情變化，適時調整醫囑。
- (三) 照護期間之計算，新收個案以收案日起算；期滿申請延長照護個案以申請日起算（於原照護期限內申請者，以接續日起算）。同一特約醫事服務機構同一個案，於照護期間截止日起30日內再申請照護者，應以延長照護申請並以接續日起算，不得以新個案申請。
- (四) 特約醫事服務機構應依訪視醫師醫囑擬訂居家醫療照護計畫排定訪視時間。訪視時應查驗照護對象之全民健康保險憑證（以下稱健保卡）、身分證明文件，並自備讀卡設備逐次於健保卡登錄就醫紀錄，於24小時內上傳予保險人備查。
- (五) 特約醫事服務機構參與本計畫後之新收個案均應收為本計畫之照護對象，原有個案於

照護期滿應轉為本計畫之照護對象。

九、 照護內容

(一) 醫師訪視：

- 1、 依照護對象醫療需求，開立居家醫療服務醫囑。
- 2、 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。
- 3、 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。
- 4、 醫師開立藥品處方時，應透過健保資訊網服務系統(VPN)，以健保雲端藥歷系統，即時查詢照護對象近期之用藥資訊，避免重複處方，以提升照護對象用藥安全及品質。

(二) 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。

(三) 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。

(四) 其他專業人員訪視：視需要由臨床心理師或社工人員訪視。

(五) 藥品處方調劑服務：照護對象所需之藥品，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社區藥局或原處方院所調劑領藥。照護對象獨居時，應提供適當之藥事服務。

(六) 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。輔導新收個案查詢健康存摺(應經照護對象、監護人或其指定代理人同意)，以協助訪視醫事人員掌握照護對象就醫資訊，提升醫療安全與效益。

(七) 24 小時電話諮詢服務：於照護對象發生緊急狀況時，提供照護對象及其家屬 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。

(八) 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或長期照顧服務人員提供整合性之居家照護服務。

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) 本計畫收案及延長照護案件之醫療費用，依西醫其他專案方式抽審；經審核不符收案條件者，保險人不予支付費用。

(三) 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表規定填報「案件分類」及「特定治療項目代號」欄位。

照護階段	案件分類	任一特定治療項目代號
居家醫療	E1	EC
重度居家醫療	A1	EC
安寧療護	A5	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、護理人員、呼吸治療人員、其他專業人員）。

- (2) 醫事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」，其他專業人員訪視免填。
- 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、本計畫之醫師訪視費由其專任或兼任之特約醫院或診所申報，其他專業醫事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。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。

(四) 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) 每名照護對象每年支付 600 點，按月比例支付，由保險人於年度結束後計算支付給收案之特約醫事服務機構。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對半支付給首家結案機構及最終收案機構。

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	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗(查)費核實
重度居家醫療	醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 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
安寧療護	醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 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

備註：各照護階段內之給付項目應依照護對象病情實際需要提供，並非照護階段內各類醫事人員訪視均須提供。

- 3、各類醫事人員訪視費、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、藥費及檢驗（查）費：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」規定支付。
- 5、各類醫事人員每人每月服務人次上限，依各照護階段權重計算，超過的部分不予支付訪視費用。例如：甲醫師訪視居家照護階段個案 70 次、安寧療護階段個案 3 次，當月服務人次為 82 人次(70*1+3*4)；乙護理師訪視重度居家醫療個案 60 次，安寧療護階段個案 10 次，當月服務人次為 82 人次(60*1+10*2.2)。

權值	醫師	護理人員	呼吸治療人員	其他專業人員
居家醫療	1	-	-	-
重度居家醫療	1	1	1	1
安寧療護	4	2.2	1	1
服務人次上限	180	100	60	45

- 6、為確保照護品質，本計畫與健保原有居家醫療照護之各類醫事人員每月訪視次數上限歸戶合併計算。

(五) 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%。

- (六) 點值結算方式：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每點金額以 1 元暫結。

十一、 監測指標（排除已死亡個案）

(一) 每人每年門診就醫次數

- 1、分子：照護對象門診次數合計
- 2、分母：當年度照護對象人數
- 3、居家訪視次數及院所門診次數分計

(二) 每人每年住院天數

- 1、分子：照護對象住院天數合計
- 2、分母：當年度照護對象人數

(三) 住院率

- 1、分子：照護對象住院人數
- 2、分母：當年度照護對象人數

(四) 急診率

- 1、分子：照護對象急診人數
- 2、分母：當年度照護對象人數

(五) 照護對象健康存摺下載率

- 1、分子：照護對象下載健康存摺人數
- 2、分母：當年度照護對象人數

十二、計畫管理機制

- (一) 保險人負責總體計畫架構之研訂、協調與修正。
- (二) 保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、輔導轄區醫事服務機構執行計畫、計算指標與核發費用。
- (三) 參與本計畫之醫事服務機構負責提供照護對象連續性之整合醫療照護。

十三、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照護對象、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，當年度不得再申請參與本計畫。
- (二) 參與本計畫之醫事服務機構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。

十四、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，並送健保會備查。
- (二) 屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

十五、附則

- (一) 特約醫事服務機構至照護對象住家提供健保居家醫療照護服務，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，與健保原有居家醫療照護服務雙軌併行；計畫分二期逐步整合與推廣，每期3年，期滿應評估全面導入。

「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、限參與本計畫之照護團隊申報。
- 二、居家護理特殊照護項目如附表 1，居家護理一般照護項目如附表 2；施行特殊照護項目者，申報費用時，應填報項目編號、名稱及數量。居家照護治療材料表如附表 3。
- 三、照護團隊對同一照護對象於相同期間，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，支付給收案之特約醫事服務機構；照護期間不足 1 個月時，依相同原則，按實際照護天數以每日 900 點計算支付。前述醫療費用不含緩和醫療家庭諮詢費、臨終病患訪視費、PCA 及附表 3 備註所列特殊材料。

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
05308C	山地離島地區醫師訪視費(次)	1709
	甲類安寧療護：	
05312C	醫師訪視費(次)	1553
05323C	醫師訪視費山地離島地區(次)	1709
	乙類安寧療護：	
05336C	醫師訪視費(次)	1088
05337C	醫師訪視費山地離島地區(次)	1196
	註：醫師訪視費所訂點數含診療、處方、治療處置、治療材料、電子資料處理及行政作業成本等。	
	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
05302C	山地離島地區護理訪視費(次)	1155
	—資源耗用群為第二類	
05303C	護理訪視費(次)	1455
05304C	山地離島地區護理訪視費(次)	1601
	—資源耗用群為第三類	
05305C	護理訪視費(次)	1755
05306C	山地離島地區護理訪視費(次)	1931

編號	診療項目	支付點數
	—資源耗用群為第四類	
05321C	護理訪視費(次)	2055
05322C	山地離島地區護理訪視費(次)	2261
	甲類安寧療護：	
	—訪視時間一小時以內 (≤1 小時)	
05313C	護理訪視費(次)	1650
05324C	護理訪視費山地離島地區(次)	1815
	—訪視時間一小時以上 (>1 小時)	
05314C	護理訪視費(次)	2250
05325C	護理訪視費山地離島地區(次)	2475
	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
05339C	護理訪視費山地離島地區(次)	1271
	—訪視時間一小時以上 (>1 小時)	
05340C	護理訪視費(次)	1575
05341C	護理訪視費山地離島地區(次)	1733
	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、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。	
	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
P5402C	山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)	1155
	—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
P5404C	山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)	1601
	註：	

編號	診療項目	支付點數
	1. 限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之護理訪視費。	
05315C	其他專業人員處置費 (次)：限社會工作人員或心理師	1050
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：限呼吸器依賴患者、臨終病患申報。	1155
P5406C	呼吸器使用(天) 註：限呼吸器依賴患者申報。	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：每一個案諮詢時間至少 1 小時。 (3)諮詢記錄：應有完整的諮詢溝通內容紀錄，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限申報二次。 d.由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
05327C	山地離島地區臨終病患訪視費 註： 1. 限訪視臨終病患，且 ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group Scale)大於三級以上(含三級)之病患，實際訪視時間在二小時以上(含二小時)，始得申報此項費用，每位病患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。	5500
05316C	病患自控式止痛處置及材料費(Patient-Controlled Analgesia, PCA) 註：限訪視臨終病患，所訂點數含 PCA 幫浦注射費、PCA 裝置(set)、PCA 袋(bag)等。每一個案每月限申報二次。	1890

附表 1. 居家護理特殊照護項目表

特殊照護群組	支付標準 編號	診療項目
1.氣切護理	56004C	換造口器 Change tracheostomy set 註：含氣切造瘻口處理 Tracheostomy care
2.留置導尿管護理	47014C 50022C	留置導尿 Urinal indwelling catheterization 更換腎臟引流或膀胱引流管 Catheter change
3.留置鼻胃管護理	47017C	胃管插入(或更換) Insertion of nasogastric tube 註：更換胃管(Change N-G tube)比照申報。
4.膀胱灌洗	50012C	膀胱灌洗 Bladder irrigation
5.三、四期壓瘡傷口護理	48001C 48002C 48003C 48004C 48005C	淺部創傷處理-傷口長 5 公分以下者 Wound treatment <5 cm 淺部創傷處理-傷口長 5-10 公分者 Wound treatment 5-10 cm 淺部創傷處理-傷口長 10 公分以上者 Wound treatment >10 cm 深部複雜創傷處理-傷口長 5 公分以下者 Debridement <5 cm 深部複雜創傷處理-傷口長 5-10 公分者 Debridement 5-10 cm 註：傷口程度分期係採用國際腸造瘻治療協會及美國國家褥瘡學會的分類法；本項護理含傷口評估、淺部或深部創傷縫合、接紮、擴創處理、教導家屬換藥技巧及預防其他部位壓瘡發生；糖尿病足末梢動靜脈阻塞之皮膚潰爛護理比照申報。訪視紀錄請註明處置日期和部位。
6.大量液體點滴注射	39004C	大量液體點滴注射 IV drip (林格兒氏液、Rock 液、生理食鹽水、葡萄糖液、因糖液或血液代用劑等)注射。 註：含靜脈留置針設立，觀察病患對注射藥物之反應、教導家屬觀察注射部位之狀況及維護靜脈點滴之通暢。
7.造口護理	49004C 49005C 49020B 49021B 49022B	肛門切除後治療 Post APR wound care 人工肛門灌洗 Colostomy irrigation 三路灌洗 Three way irrigation 迴腸造口永久裝具裝置 Ileostomy, permanent appliance 迴腸膀胱永久裝具裝置 Ileum bladder, permanent appliance

註：48004C「深部複雜創傷處理-傷口長 5 公分以下者」及 48005C「深部複雜創傷處理-傷口長 5-10 公分者」二項診療項目，依病人之實際需要並由醫師開立醫囑者得另行核實申報。

附表 2. 居家護理一般照護項目表

支付標準 編號	診療項目
(免填報)	小量注射：如肌肉注射、皮下注射、靜脈注射
	靜脈點滴加藥
	藥物敏感反應試驗(Cytomack test, Penicillin test 等)
	濕氣吸入治療 Humidity inhalation、呼吸道抽吸 Suction、體位引流 Postural drainage
	被動性關節運動 Passive R.O.M.
	置入器皮下注射(port-A)及護理
	小換藥(10 公分以下) Change dressing small (<10 cm)
	中換藥(10-20 公分) Change dressing medium (10-20 cm)
	大換藥(20 公分以上) Change dressing large (>20 cm)
	拆線-傷口在 10cm 以下 Remove Stiches <10 cm
	拆線-傷口在 10cm 以上 Remove Stiches >10 cm
	一般導尿、更換尿袋、尿管護理、拔除尿管之膀胱訓練
	口腔護理
	塞劑給予、糞嵌塞清除 Cleaning fecal impaction
	甘油灌腸 Glycerin enema(大小量灌腸比照本項)
	礦物油留置灌腸 Retention enema(留置灌腸比照本項)
	一般身體檢查、護理指導(含胰島素注射及傷口照顧指導)
	酒精拭浴 Alcohol packing、薄荷擦拭 Menthol packing
會陰沖洗 Perineal irrigation care	
其它護理項目	

附表 3. 居家照護治療材料表

特材代碼	特材品名
NDN01	頭皮針
NDN04	靜脈留置針
CLS04	精密輸液套 (PRECISION ADMINISTRATION SET)
CEE01	延長管 (EXTENSION SET (T-CONNECTOR))
WDD08	人工生物化學覆蓋物 (ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL)
(免填報)	肛管(RECTAL TUBE)、小量灌腸器
	鼻胃管 (N-G TUBE)
	導尿包、導尿管(FOLY CATHETER)、蓄尿袋(URINE BAG)
	敷料類(紗布、棉墊、棉枝、棉棒、棉籤、棉片、膠帶)
	普通點滴套(IV SET)
	注射筒器、針頭、靜脈帽(IV CAP)、人工薄膜(OP-SITE)
	抽吸導管 (SUCTION TUBE)
	灌食空針 (FEEDING SYRINGE)
	生理食鹽水、蒸餾水
	優碘(AQ-BETA IODINE)、優碘軟膏、酒精
	KY-JELLY
	手套、口罩、紙治療巾
	壓舌板
尿糖試紙、血糖試紙、痰液收集器	

註：矽質二又留置導尿管、矽質鼻胃管、PVC 氣切管、矽質氣切管及胃造口術管路衛材(須由醫師操作更換)等特殊材料，依病人之實際需要並由醫師開立醫囑者得另行申報，支付品項以全民健康保險藥物給付項目及支付標準收載之特殊材料品項為限。

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	主責申請院所		院所代碼	
	負責醫師		聯絡人	
	聯絡電話		email	
配套措施	藥品處方調劑方式	<input type="checkbox"/> 診療院所調劑後送藥 <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			
	個案轉銜合作機制			
	轉診後送機制			

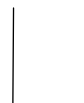
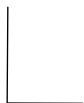
本院(所)及團隊內醫事服務機構同意於執行計畫期間，依照本計畫及全民健康保險法等相關規定，提供保險對象居家醫療照護。

此致 衛生福利部中央健康保險署



醫療院所印信

負責醫師印章



中華民國 年 月 日

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

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

保險人 受理日期	年 月 日	醫事機構 收案日期	年 月 日	前次 核定迄日	年 月 日
第一部分：基本資料					
個案姓名		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)	
住家種類	<input type="checkbox"/> 1 平房 <input type="checkbox"/> 2 公寓____樓 <input type="checkbox"/> 3 電梯大廈 <input type="checkbox"/> 4 透天厝 <input type="checkbox"/> 5 其他_____				
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	與個案關係：		聯絡電話/手機：		
主要 照顧者	與個案關係：		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(續答 A~C) A.障礙類別(可複選)： <input type="checkbox"/> 01 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 02 聽覺機能障礙 <input type="checkbox"/> 03 平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 04 聲音機能或語言機能障礙 <input type="checkbox"/> 05 肢體障礙 <input type="checkbox"/> 06 智能障礙 <input type="checkbox"/> 07 重要器官失去功能 <input type="checkbox"/> 08 顏面損傷 <input type="checkbox"/> 09 植物人 <input type="checkbox"/> 10 失智症 <input type="checkbox"/> 11 自閉症 <input type="checkbox"/> 12 慢性精神病患 <input type="checkbox"/> 13 多重障礙(請勾選各項障礙類別) <input type="checkbox"/> 14 頑型(難治型)癲癇症 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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) B.障礙等級： <input type="checkbox"/> 1 輕度 <input type="checkbox"/> 2 中度 <input type="checkbox"/> 3 重度 <input type="checkbox"/> 4 極重度 C.新制或舊制身心障礙類別評估： <input type="checkbox"/> 1 舊制 <input type="checkbox"/> 2 新制(障礙類別：第____類；ICD 診斷：_____)				
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 __ 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(細項如評估量表)				
肌力	上肢(左：__分 右：__分)、下肢(左：__分 右：__分)				

本申請書自開立日起 30 日內有效，逾期不受理申請。

疾病史	
過敏史	
第三部分：收案評估	
收案來源	<input type="checkbox"/> 1 住院個案，轉介醫院代碼_____ <input type="checkbox"/> 2 非住院個案(病患或家屬自行申請) <input type="checkbox"/> 3 非住院個案(衛生局、社會局、長照管理中心等轉介病患)
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(續答病患主要症狀表) <input type="checkbox"/> 癌症末期 <input type="checkbox"/> 末期運動神經元 <input type="checkbox"/> 老年期及初老期器質性精神病態 <input type="checkbox"/> 其他大腦變質 <input type="checkbox"/> 心臟衰竭 <input type="checkbox"/> 慢性氣道阻塞，他處未歸類者 <input type="checkbox"/> 肺部其他疾病 <input type="checkbox"/> 慢性肝病及肝硬化 <input type="checkbox"/> 急性腎衰竭，未明示者 <input type="checkbox"/> 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者 (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 病人姓名：_____ 申請人姓名：_____ 與病人關係：_____ 簽署日期：____年____月____日
照護需求評估	<input type="checkbox"/> 1 有居家醫療照護需求 <input type="checkbox"/> 2 有到宅牙科醫療需求，轉介至_____ <input type="checkbox"/> 3 有長期照顧服務需求，轉介至_____
第四部分：醫囑	
疾病診斷	主診斷：□□□□□□病名_____ 次診斷1：□□□□□□病名_____ 次診斷2：□□□□□□病名_____ 次診斷3：□□□□□□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：_____
訪視計畫	照護期間：_____個月 訪視頻率： <input type="checkbox"/> 1 醫師_____週一次 <input type="checkbox"/> 2 護理人員_____週一次 <input type="checkbox"/> 3 呼吸治療人員_____週一次 <input type="checkbox"/> 4 臨床心理師_____週一次 <input type="checkbox"/> 5 社工人員_____週一次
收案 醫事機構	名稱：_____ 代號：_____
申請日期	

個案(或代理人)簽章：_____

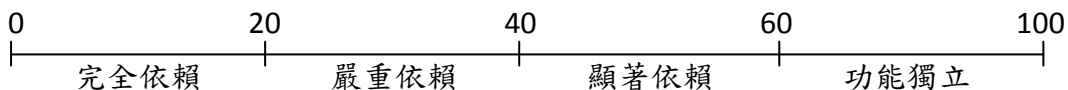
評估醫事人員簽章：_____

醫囑醫師簽章：_____

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、拐杖等輔具。 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		



末期病患主要症狀

<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.老年期及初老期器質性精神病態：</p> <p><input type="checkbox"/>CDR 臨床失智評分量表為一末期(CDR=5)者：<input type="checkbox"/>病人沒有反應或毫無理解力 <input type="checkbox"/>認不出人 <input type="checkbox"/>需旁人餵食，可能需用鼻胃管 <input type="checkbox"/>吞食困難 <input type="checkbox"/>大小便完全失禁 <input type="checkbox"/>長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮</p> <p><input type="checkbox"/>病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：<input type="checkbox"/>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</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：<input type="checkbox"/>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><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"/>$FEV1 \leq 30\%$ of predicted <input type="checkbox"/>FEV1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><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"/>$FEV1 \leq 30\%$ of predicted <input type="checkbox"/>FEV1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>8.慢性肝病及肝硬化：</p> <p><input type="checkbox"/>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 <input type="checkbox"/>PT>5sec above control或INR>1.5 <input type="checkbox"/>Serum albumin<2.5g/dl <input type="checkbox"/>困難處理之腹水 <input type="checkbox"/>自發性細菌性腹膜炎 <input type="checkbox"/>肝腎症候群 <input type="checkbox"/>肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷 <input type="checkbox"/>復發性食道靜脈瘤出血 <input type="checkbox"/>多重器官衰竭 <input type="checkbox"/>惡病質與消瘦</p>
<p>9.急性腎衰竭，未明示者：</p> <p><input type="checkbox"/>已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患 <input type="checkbox"/>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 <input type="checkbox"/>其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>長期使用呼吸器 <input type="checkbox"/>嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者 <input type="checkbox"/>惡性腫瘤末期患者 <input type="checkbox"/>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</p>
<p>10.慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者：</p> <p><input type="checkbox"/>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($GFR < 30 \text{ ml/min/1.73m}^2$)，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患 <input type="checkbox"/>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 <input type="checkbox"/>其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>長期使用呼吸器 <input type="checkbox"/>嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者 <input type="checkbox"/>惡性腫瘤末期患者 <input type="checkbox"/>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 <input type="checkbox"/>其他：_____</p>