

全民健康保險氣喘醫療給付改善方案問答集

9601公布

9705修訂第2版

990101修訂第3版

1010830修訂第4版

1020729修訂第5版

1090330修訂第6版

修訂二、收案、結案及資料登錄事宜第1題、第2題

1090421修訂第7版

一、參與資格與退場機制

Q	A
1. 如何參與本方案？	<p>1. 向本保險分區業務組申請加入，資格如下：</p> <p>(一) 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，已加入方案之醫師每3年亦須取得8小時課程時數，並取得證明，方可申請。</p> <p>(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，可直接申請加入，無須檢附3年8小時教育訓練。</p>
2. 什麼是退場機制？	<p>1. 為確保參與本方案之品質，經與醫界協商，以「半年病人追蹤率」為退場指標。</p> <p>2. 半年病人追蹤率，係指已收案之個案中，於收案或追蹤後次季至後半年內至少完成1次追蹤者，該醫師所收個案只要於同一院所內完成追蹤即可，不限定須由同醫師完成追蹤。</p> <p>3. 參與本方案之醫師，其半年病人追蹤率小於12%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。</p> <p>4. 該醫師每季收案個案，係指於該季由該醫師申報本方案 P1612C、P1613C、P1614B、P1615C 之歸戶人數。</p> <p>5. 半年追蹤率之計算方式，係指該醫師該季歸戶人數中，於收案或追蹤後次季至半年內有申報 P1613C、P1614B、P1615C 者之比率。</p>

Q	A
	<p>6. 如 A 院所的甲醫師於96年1-3月申報 P1612C、P1613C、P1614B、P1615C 之歸戶人數中，只要於96年4月至9月於 A 院所申報 P1613C、P1614B、P1615C 者之比率(即只要於同一院所完成追蹤即可，不一定要由甲醫師自己完成追蹤；另如在96年第1季收案或追蹤者，如於96年第2季即予追蹤或年度評估，亦視為已完成半年追蹤)，即為其半年完成追蹤率。</p> <p>7. 因新收個案於56天，非新收個案於80天後即可申報 P1613C 追蹤管理，故如於當季申報該個案2次，亦視為已完成半年追蹤。</p> <p>8. 「半年病人追蹤率」計算至整數位，小數點以下四捨五入。</p>
3. 退場機制自何時實施？	<p>1. 本修訂方案自96年起實施，本署預定將於96年11月(俟96年9月費用申報完畢後)依上述計算方式，核算每位參與本方案醫師的半年追蹤率。</p> <p>2. 凡該醫師其半年病人追蹤率小於12%者，自本署文到日之次月起，一年內不得再申報本方案之相關費用；病患仍依現行支付標準申報相關醫療費用，不得拒絕診治。</p> <p>3. 健保各分區業務組於每年3月及9月，通知半年病人追蹤率小於12%之醫師，請其改善追蹤率，並於每年8月及翌年2月(因資料庫擷取可能會有1個月落差)計算上述醫師之追蹤率情形，如其追蹤率仍未達12%，則保險人文到之次月起，一年內不得再申報本方案之相關費用。</p>
4. 院所之專任醫師及支援醫師是否皆可收治氣喘個案及申報疾病管理照護費？	不論專兼任或支援醫師，如符合本方案申請資格，依規定完成報備程序者，經轄區業務組審查同意後，即可參與本方案，申報疾病管理照護費。
5. 如何維護本方案新增醫事人員教育訓練課程時數證明？	本案已於 MHAH7000S01 醫事人員多筆資料查詢，新增：「AL：氣喘教育訓練8小時」及「AM：氣喘相關學會認證之專科醫師」兩項欄位，以利本署各分區業務組維護特約院所檢送之氣喘照護教育訓練時數。
6. 院所如何得知氣喘照護訓練課程辦理日期？	氣喘照護教育訓練課程已建置於本署全球資訊網公告週知， 亦可至相關學會網站查詢。 本署全球資訊 網址如下：

Q	A
	<p data-bbox="663 322 1465 412">https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=B23169BA9436D0A5&topn=D39E2B72B0BDFA15</p> <p data-bbox="663 430 1465 568">首頁>健保服務>健保醫療費用>醫療費用申報與給付 >醫療費用支付>醫療給付改善方案專區>醫療給付改善方案介紹>氣喘方案>各學會辦理相關氣喘照護教育訓練課程</p>

二、收案、結案及資料登錄事宜

Q	A
<p>1. 什麼樣的對象可以收案？</p>	<p>1. 符合收案資格：</p> <p>(1) 醫院：最近90天曾在同一家院所診斷為氣喘（ICD-10-CM 前三碼為 J45）至少就醫達2次以上者，或收案前1年內已開立慢性病連續處方箋者，於醫院就醫可由不同醫師診斷，收案當次主診斷必須為氣喘（ICD-10-CM 前三碼 J45），才可收案。</p> <p>(2) 西醫基層(診所)：最近90天曾在同一家院所診斷為氣喘（ICD-10-CM 前三碼為 J45）至少就醫達2次以上者，或收案前1年內已開立慢性病連續處方箋者，在西醫基層(診所)就醫限同一醫師診斷，且收案當次主診斷必須為氣喘（ICD-10-CM 前三碼 J45），才可收案。</p> <p>2. 收案前需與病人解釋本試辦計畫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。</p> <p>3. 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。</p> <p>4. 主診斷係指保險人之門診醫療服務點數清單媒體申報格式及填表說明之第18欄位國際疾病分類號（一）。</p> <p>5. 基於節省醫療資源，同一病人以不重複收案為原則。</p> <p>6. 參與本方案院所之新收案對象，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。</p>
<p>2. 有關於最近90天於同一院所但非同醫師診斷之氣喘病人，可收案嗎？或已在其他家院所確診之氣喘人，來院所看診，未達90天可收案嗎？</p>	<p>1. 新收案病人須符合本方案之收案規定(如上題所敘之條件)。</p> <p>2. 已在其他院所確診之氣喘病人，在預計收案的院所必須符合：</p> <p>(1) 醫院：最近90天內就醫2次都在同一家醫院可由不同醫師診斷為氣喘者，收案當次主診斷必須為氣喘始可收案</p> <p>(2) 西醫基層(診所)：最近90天內就醫2次都在同一家診所且為同一醫師診斷，收案當次主診斷必須為氣喘</p>

Q	A
	喘，才可收案。
3. 病人收案一段期間後就失去聯絡或拒絕繼續追蹤，可以將此病人結案嗎？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本方案之目的在鼓勵病人定期回診檢查，以利病情診斷，如病人已長期未定期回診，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，醫師可視情形予以結案，請至保險人登錄系統上鍵入結案日期及原因，即可將此病人結案。 2. 經醫師評估已可自行照護者或轉診，即可將此病人結案 3. 病患於同一院所經結案對象1年內不得再收案，但院所仍可依現行支付標準申報相關醫療費用，不得拒絕診治，為免困擾，仍請於收案前即與病患溝通清楚，可配合定期追蹤之對象方予收案。
4. 收案後有無規定須作那些檢驗檢查？又須上傳登錄什麼資料？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 參與本方案之特約醫療院所應依保險人規定內容，於收案、追蹤管理及年度評估時，參考本方案所附診療項目參考表，依病人狀況執行相關之檢驗檢查，各項檢驗檢查均請核實依本保險支付標準規定申報費用。 2. 參與本方案之特約醫療院所於執行相關檢驗檢查後，須至本系統填報資料，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。 3. 保險人另設計品質資料登錄系統，欄位包括氣喘嚴重度、白天及晚上症狀頻率、PEF 預估值或最佳值(%)及變異度等及 ACT 氣喘控制狀況。 4. 本系統建置於 VPN 系統下，網址： https://medvpn.nhi.gov.tw/iwse0000/IWSE0001S01.aspx 請以「憑證登入」進入「服務項目」點選「以病人為中心資訊整合平台」項下之「個案資料維護」即進入以此個案為主之資訊整合平台將顯示該登入人員個人所屬權限之作業清單。
5. 同一院所內因醫師離職，如何將病人轉給其它醫師？	同一院所病人於執行追蹤管理或年度評估時，如因故須更換醫師，可於登錄保險人 VPN 系統時，於新增下一階段資料時，直接將醫師代號更換為新醫師代號即可，惟更換之新醫師亦須符合本方案之資格。
6. 病人如因其他因素須提前領藥，可否先行申報 P1613C 追蹤管理照護費？	<ol style="list-style-type: none"> 5. 本方案之目的在鼓勵病人定期回診檢查以利病情診斷，故規定每次追蹤管理至少間隔80天，即不希望發生前面密集追蹤，後面卻隔很久才追蹤之問題。 6. 病人領藥請依病情由醫師專業判斷，應不受本方案追蹤管理期限之限制。

Q	A
7. 新收案個案須登錄什麼資料？	1. 新收案個案請先至保險人登錄系統中登錄基本資料 (ID、姓名、地址、電話、國籍等資料)。 2. 於「新收案資料維護」中填報下列資料： (1)新收案日期 (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(%) (7)嚴重度評估 (8)ACT氣喘控制狀況
8. 追蹤管理個案須登錄什麼資料？	於「追蹤管理資料維護」中填報下列資料： (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
9. 年度評估個案須登錄什麼資料？	於「年度評估資料維護」中填報下列資料： (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
10. 氣喘病患結案後，可否再重新收案？	可以，考量過去收案超過1年病人仍可能選擇回原收案醫院就醫，所以本次結案條件修訂第3點：同一院所經結案對象1年內不得再收案，所以個案結案1年後，仍可選擇回原院所就醫。
11. 結案後之病患1年內不得再收案，請問再收案的日期如何計算？	本署資訊系統是以系統日判斷，可以再重新收案的日期為結案日的次年次日，例如：結案日期為101年5月22日，所以可以再收案的日期為102年5月23日。
12. 醫院歇業，VPN 個案資料會在哪一天上結案日	本署特約院所不論是歇業或停約，皆以其合約迄日為結案日，本署資訊系統會於當日晚上10:00前，由系統自動註記

Q	A
<p>期？另停約一年者，VPN 個案資料是否比照自動結案？</p>	<p>結案。</p>
<p>13. 結案條件：「病人未執行本方案管理照護超過1年者」何時執行？</p>	<p>為使院所提昇收治個案之氣喘照護品質，維護病人就醫權益，本次公告新增之結案條件：「病人未執行本方案管理照護超過1年者。」，將展延自102年5月1日起，執行符合結案條件個案之註記作業，且適用對象不分新舊個案，一律適用。</p>

三、支付標準

Q	A
1. 參與本方案所申報之支付標準有何不同？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本方案係鼓勵院所定期追蹤病人，並視病情變化給予適當治療，故增加定期疾病管理照護費作為支付誘因，相關檢驗檢查、醫師診察費及開立慢性病連續處方箋等項，回歸現行本保險支付標準核實申報費用，同時取消6歲以下兒童加成規定，並自96年起開始實施。 2. 本方案之診療項目參考表，係依據2004年國民健康署氣喘診療指引所訂，提供院所參考。 3. 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試辦方案收案對象時(例如：糖尿病....等)，除依本方案支付標準申報外，得再依相關方案申報費用。惟健保 IC 卡仍僅註記就醫紀錄一次。
2. 如何申報 P1612C 新收案管理照護費？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 適用氣喘病患於新收案時申報。 2. 新收案個案應參考本方案所附診療項目參考表，依病人狀況執行相關之檢驗檢查，各項檢驗檢查均請核實依本保險支付標準規定申報費用。 3. 參與本方案之特約醫療院所於執行相關檢驗檢查後，須至保險人登錄系統填報相關資料後方得申報本筆費用，未填報者本筆費用將予核刪，並不得再申報。
3. 如何申報 P1613C 追蹤管理照護費？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 適用已收案之氣喘病患於定期追蹤時申報。 2. 追蹤時程規定：申報初診後至少須間隔56天才能申報本項，本項每年最多申報3次，每次間隔至少80天 3. 追蹤個案應參考本方案所附診療項目參考表，依病人狀況執行相關之檢驗檢查，各項檢驗檢查均請核實依本保險支付標準規定申報費用。 4. 參與本方案之特約醫療院所於執行相關檢驗檢查後，須至保險人登錄系統填報相關資料後方得申報本筆費用，未填報者本筆費用將予核刪，並不得再申報。 5. 本方案所規定之追蹤時程與病人就醫之複診時程不同，即使本方案追蹤時程尚未屆滿，醫師仍可視病人病情需要約詢下次複診時間，依本保險支付標準規定申報相關費用。
4. 如何申報 P1614B、P1615C 年度評估管理照護費？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 適用已收案之氣喘病患於定期追蹤達一定次數(當年度新收個案須至少追蹤2次，舊個案須追蹤3次後)申報。 2. 年度評估時程規定：申報追蹤管理後至少須間隔80天才能申報本項。 3. 年度評估個案應參考本方案所附診療項目參考表，依病

Q	A
	<p>人狀況執行相關之檢驗檢查，各項檢驗檢查均請核實依本保險支付標準規定申報費用。</p> <p>4. 參與本方案之特約醫療院所於執行相關檢驗檢查後，須至保險人登錄系統填報相關資料後方得申報本筆費用，未填報者本筆費用將予核刪，並不得再申報。</p> <p>5. 本項地區醫院層級以上，請以 P1614B 申報；基層診所請申報 P1615C。</p> <p>6. 本項支付點數不同，係尊重醫院及基層總額部門之決議。</p>
5. 如何申報醫師診察費？	<p>1. 本方案經與醫界協商，醫師診察費回歸支付標準核實申報，即參與本方案院所於申報 P1612C、P1613C、P1614B、P1615C 時，醫師診察費請以本保險支付標準規定申報門診診察費(依第一段門診合理量之支付標準申報)。</p> <p>2. 申報本方案 P1612C、P1613C、P1614B、P1615C 時，當次醫師門診診察費均不納入門診合理量計算。</p>
6. 開立慢性病連續處方時，如何申報費用？	<p>如申報本方案 P1612C、P1613C、P1614B、P1615C 時符合開立慢性病連續處方-連續二次以上調劑、每次給藥28天以上者：請依本保險支付標準診察費相關規定申報。</p>
7. 一病患有氣喘及糖尿病，於同一院所同一醫師就醫，當天做氣喘照護(申報"P"醫令)及糖尿病就醫開藥，如何蓋卡及申報(同一張處方申報或分開申報)?可再另外申報診察費嗎？	<p>1. 健保 IC 卡註記就醫紀錄一次，費用合併申報。</p> <p>2. 如醫師符合氣喘試辦計畫資格，則當次就診併做氣喘照護(申報"P"醫令)及糖尿病就醫開藥時，醫師診察費按現行全民健康保險醫療費用支付標準申報一次。</p>
8. 本方案之相關費用有無點值保障？	<p>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來源，由各總額別專款項目支應，採浮動點值計算，專款預算足夠時以1點1元支付。</p>
9. 本方案之品質監測觀察指標為何？	<p>1. 降階治療成功率： 分母：當年度該院所收案病人數。 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。</p>

Q	A
	<p>2. 氣喘出院14日內再入院率：</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

四、品質獎勵措施及資訊公開

Q	A
1. 本方案之品質獎勵措施自何時實施？	<p>1. 依101.05.01公告實施之氣喘方案計畫書內容，六、獎勵措施規定：獎勵點數之計算自有完整曆年資料後，再予核算。獎勵措施是在101年5月1日修訂，完整曆年是指102年1月至12月止，考量健保申報資料完整性，核算第1次獎勵金會預計是103年5月底。</p> <p>2. 品質加成指標共有三項：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，定義請參閱氣喘方案。</p>
2. 如何下載本方案衛教單張？	<p>本方案肆、計畫內容之二、收案對象（二）…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。依前開規定，自96年起，參與本方案之院所需將新收案之氣喘病患簽名回條黏貼於病歷表上，備供日後抽審。請院所至保險人全球資訊網/下載檔案/其他/氣喘衛教單張及病人簽名回條下載即可</p>

Q	A
3. 本方案將公布那些品質資料？	<p>1. 目前保險人已將參與本方案之院所名單資料，公布於保險人網站供民眾查詢，網址 http://www.nhi.gov.tw，請點選快捷查詢/醫療給付改善方案專區中即可查詢。</p> <p>2. 本方案之品質獎勵措施資料，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。</p> <p>3. 未來保險人將視本方案執行情形，適時提供相關品質資訊供民眾參考。</p>
4. 同一院所內因醫師離職，如何將病人轉給其它醫師，其品質獎勵措施指標，該以何醫師來計算？	<p>因氣喘照護屬長期照護，恐收案醫師因故無法持續照護，而改由其他醫師照護，故「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，將歸戶於當年度申報P碼次數較多之醫師，如果都只有1次，則歸戶於當年度首次申報p碼者的收案醫師作獎勵計算。</p>
5. 如何提供「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」？	<p>本項評量表自103年起應於每年年底前函送保險人之分區業務組備查。</p>

五、因應武漢肺炎（COVID-19）疫情期間相關規定

Q	A
1. 武漢肺炎（COVID-19）疫情期間，是否仍須執行肺功能吹氣檢查？	<p>因應武漢肺炎（COVID-19）疫情，為減少感染風險且不影響照護品質，自109年1月1日至12月31日得暫停吹氣檢查。</p>
2. 武漢肺炎（COVID-19）疫情期間，已參與方案資格效期於109年屆滿如何處理？	<p>同意已參與方案且教育訓練資格效期於本年（109）屆滿之相關醫事人員，自動展延1年。</p>