

第五部 居家照護及精神病患者社區復健

第一章 居家照護

通則：

- 一、本章限經中央衛生主管機關核准設有居家護理服務業務項目之醫療機構或護理機構申報。
- 二、收案條件；收案對象需符合下列各項條件：
 - (一)病人只能維持有限之自我照顧能力，即清醒時，百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。
 - (二)有明確之醫療與護理服務項目需要服務者。
 - (三)罹患慢性病需長期護理之病人或出院後需繼續護理之病人。
- 三、收案對象屬住院個案，須經診治醫師評估，由診治醫師開立居家照護醫囑單，由診治醫院直接收案或轉介至其他設有居家護理服務部門之保險醫療機構或護理機構收案；非住院個案符合前條所列收案條件者，可向設有居家護理服務部門之保險醫療機構或護理機構申請。
- 四、保險醫療機構或護理機構受理申請後，經書面審查符合收案條件者，應排定訪視時間，符合保險收案條件者，應查驗保險對象保險憑證、身分條件及居家照護醫囑單（非住院個案應由照護機構之執業醫師或契約醫院之醫師訪視評估，開立居家照護醫囑單）等文件，並於保險憑證註記日期戳章登錄就醫紀錄，嗣後於每月第一次訪視時註記登錄一次，其不符合收案條件者，應即拒絕收案並應於登錄後二十四小時內，將之上傳予保險人備查；其不符合收案條件者，應即拒絕收案。（修訂本項）
- 五、保險醫療機構或護理機構應擬定完整居家照護計畫，並於收案後二週內（如遇例假日得順延之），連同居家照護申請書、居家照護醫囑單影本，送健保局轄區分局核備，健保局轄區分局得視情況實地評估其需要性。
- 六、每一個案收案期限以四個月為限，每次訪視應有詳實之訪視紀錄，若病情需要申請延長照護，應經醫師診斷填具居家照護申請書送健保局轄區分局核備；照護期限之計算，新收個案以收案日起算；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）。同一照護機構同一個案，於照護期限截止日起三十日內再申請照護者，應以延長照護申請，不得以新個案申請。
- 七、照護項目以附表5.1.1居家護理特殊照護項目表及表5.1.2居家護理一般照護項目表為限；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。
- 八、本章所稱山地離島地區依行政院衛生署公告之「山地離島地區醫療服務促進方案」辦理。
- 九、院所申報護理訪視費，每位居家護理人員每月訪視個案數在100人次(含)合理量內者按原支付點數給付，超過100人次者，自第101個個案起，其訪視費依原支付點數6折給付，請依本章各項超過合理量之護理訪視費支付代碼申報。(增列)

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	修訂說明
05301C	護理訪視費(次) <u>(在合理量內)</u>	√	√	√	√	700	<u>修訂</u>
05302C	山地離島地區護理訪視費(次) <u>(在合理量內)</u>	√	√	√	√	770	<u>修訂</u>
<u>05328C</u>	<u>護理訪視費(次) (超出合理量)</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>420</u>	<u>增列</u>
<u>05329C</u>	<u>山地離島地區護理訪視費(次) (超出合理量)</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>460</u>	<u>增列</u>
	—資源耗用群為第一類						
05303C	護理訪視費(次) <u>(在合理量內)</u>	√	√	√	√	970	<u>修訂</u>
05304C	山地離島地區護理訪視費(次) <u>(在合理量內)</u>	√	√	√	√	1067	<u>修訂</u>
<u>05330C</u>	<u>護理訪視費(次) (超出合理量)</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>580</u>	<u>增列</u>
<u>05331C</u>	<u>山地離島地區護理訪視費(次) (超出合理量)</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>640</u>	<u>增列</u>
	—資源耗用群為第二類						

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	修訂說明
05305C	護理訪視費(次) <u>(在合理量內)</u>	v	v	v	v	1170	<u>修訂</u>
05306C	山地離島地區護理訪視費(次) <u>(在合理量內)</u>	v	v	v	v	1287	<u>修訂</u>
<u>05332C</u>	<u>護理訪視費(次) (超出合理量)</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>700</u>	<u>增列</u>
<u>05333C</u>	<u>山地離島地區護理訪視費(次) (超出合理量)</u> —資源耗用群為第三類	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>770</u>	<u>增列</u>
05321C	護理訪視費(次) <u>(在合理量內)</u>	v	v	v	v	1370	<u>修訂</u>
05322C	山地離島地區護理訪視費(次) <u>(在合理量內)</u>	v	v	v	v	1507	<u>修訂</u>
<u>05334C</u>	<u>護理訪視費(次) (超出合理量)</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>820</u>	<u>增列</u>
<u>05335C</u>	<u>山地離島地區護理訪視費(次) (超出合理量)</u> —資源耗用群為第四類 註：1.資源耗用群分類： 第一類：需居家護理一般照護項目之病人 第二類：需居家護理特殊照護群組任一組之病人 第三類：需居家護理特殊照護群組任二組之病人 第四類：需居家護理特殊照護群組任三組及以上之病人 2.所訂點數含訪視、護理服務、治療處置、代採檢體及送檢之檢查費、治療材料及電子資料處理等費用在內。 3.上項代採之檢體，委託代檢機構應以保險醫事服務機構或保險人指定之醫事檢驗機構為限。 4.視訪時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者或其家屬簽章。 5.訪視次數每一個案每月以二次為限，出院後新收個案當次之訪視，不計算於當月訪視次數內；依病情需要多於二次者，申報費用時應檢附護理計畫，並詳述理由。	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>900</u>	<u>增列</u>
05307C	醫師訪視費(次)	v	v	v	v	1035	
05308C	山地離島地區醫師訪視費(次)	v	v	v	v	1139	
05309C	—同一醫師，應同一承辦居家照護業務機構之請，當日訪視個案在五個以上者，自第五個個案起，其訪視費依本項申報。	v	v	v	v	600	
05310C	—山地離島地區同一醫師，應同一承辦居家照護業務機構之請，當日訪視個案在五個以上者，自第五個個案起，其訪視費依本項申報。 註：1.訪視次數每一個案每二個月以一次為限，若病人病情有顯著變化，需要多於一次者，申報費用時應檢附訪視紀錄，並詳述理由。 2.每位醫師訪視個案數，每日以八個為限；每月以一百八十個為限。 3.訪視醫師，以與本局特約之保險醫事服務機構之醫師為限。	v	v	v	v	660	