

正本

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市安和路一段29號9樓
承辦人：劉俊宏
電話：(02)2752-7286分機131
傳真：(02)2771-8392
電子信箱：jhliu@tma.tw

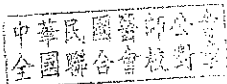
受文者：各縣市醫師公會
發文日期：中華民國99年5月13日
發文字號：全醫聯字第0990001023號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：普通
附件：如主旨

主旨：行政院衛生署中央健康保險局公告修正「腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫」、「腦血管疾病及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助試辦計畫」、「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護試辦計畫」、「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」，如附件，「腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫」及「腦血管疾病及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助試辦計畫」追溯自99年1月1日起生效，「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護試辦計畫」及「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」自99年6月1日起生效，請 查照。

說明：依據行政院衛生署中央健康保險局99年5月6日健保醫字第0990072586號公告之副本辦理。

正本：各縣市醫師公會、全民健康保險基層總額支付執行委員會、基層總額支付各分區委員會

副本：



理事長 李明濱

上網
鄭華峰
PR. 5.17

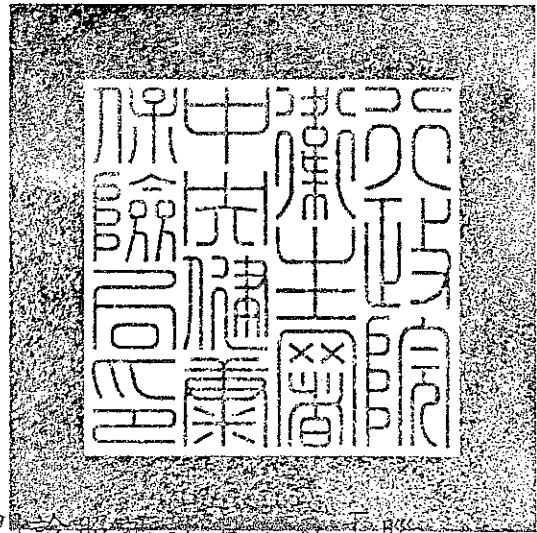
副本

| | | | | | | | |
|------|---|---|----|---|-------|---|---|
| 收文編號 | 收 | 文 | 日 | 期 | 歸檔 | 筆 | 號 |
| 1237 | | | 99 | 5 | 16:00 | | |

行政院衛生署中央健康保險局 公告

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國99年5月6日
 發文字號：健保醫字第0990072586號
 附件：如主旨



主旨：公告修正「腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫」及「腦血管疾病及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」、「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護試辦計畫」、「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」如附件、除「腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫」及「腦血管疾病及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」追溯自九十九年一月一日起生效，其餘自九十九年六月一日起生效。

依據：行政院衛生署99年4月20日衛署健保字第0990009164號函。

副本：牙全全華協、行、管爭局務審、國會中台協、會病險本財醫、民公、中院協、會醫學疾保、局告、華生師會醫醫醫醫醫醫醫醫、中劑射合醫醫醫醫醫醫醫醫、會藥放聯聯聯聯聯聯聯聯聯聯、會國事國台立基吸兵醫院全區書訊、合民醫全、私國呼官灣政、分秘資訊、聯華國會國民灣役台行會各任局訊、國中公協民華台除、員局主本資、全、華士師所華中、退府署委本局、會中產療院中、會軍政生理、本、公合、助治療、會學國縣衛監會、網、師聯會師理醫會協醫院門院險員室訊、醫國合產物立協師護政政政政政政、中全聯助國私院醫加行省行康定局球、國會國民灣醫層症、建、健協副全請、民公全民華台區基重府福局民用黃登、華師會華中、社國暨政、險全費局刊、中藥公中、會灣民腔市府保、療本請、會民護會合院、中灣高縣勞康險室組、合華師學聯醫會、台、江、健保長劃、聯中理產國立協會、府連會民康局企、國、護助全公院協會政省公國健局管、全會國民公會醫所協市建業署民本本、醫公聯華師華區療醫臺、業衛、心室局、師國中中驗中國醫業、局商院會中計、醫全、檢、民會開處醫醫醫醫醫醫、國公會會事會華教國計軍電行委門局、民公合醫協中灣民主部市、議合本材、中醫國國民醫會、中政國台制議各組及取

行政院衛生署中央健康保險局
 健保醫字第0990072586號

局長 鄭守夏

腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫

一、依據：

依據全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會)第 152 次委員會議決議辦理。

二、目的：

本計畫乃針對病情已穩定、進入慢性復健期的腦血管疾病患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療積極主動介入，期使達到病患神經學功能進步、日常生活能力改善、生活品質提昇、降低醫療費用支出的目的。

三、施行期間：自公告日起至 99 年 12 月 31 日止。

四、適用範圍：病人自述發生腦血管疾病之診斷日起一年內(年月減年月)患者 (ICD-9：~~431-439~~ 430~438)，經急性期處置後出院、轉院，或轉入療護機構，由符合資格之中醫師以門診專案照護計畫，提供中醫輔助醫療。(病人自述之診斷日需記載於病歷上，未記載者不予支付)

五、經費來源：全民健康保險 99 年度中醫門診醫療給付費用專款項目「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」支應。

六、申請資格：執業滿四年以上之中醫師且需參加總額受託單位辦理講習會領有繼續教育證明及團隊能有效提供醫療服務者(講習會不定期召開)。(符合本試辦計畫資格之院所名稱將公告於行政院衛生署中央健康保險局全球資訊網供民眾查詢。)

七、申請程序：

申請執行之中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(附件一)及計畫書，以掛號郵寄方式向中華民國中醫師公會全國聯合會(以下簡稱中醫師公會全聯會)提出申請。

八、執行方式：

(一)腦血管疾病每位患者處置每週不得超過 3 次。

(二)每週每位患者看診超出本計畫所訂之上限，超出上限者費用點數給付為 0。

(三)看診醫師應對當次看診病人提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。

(四)執行本計畫醫療服務者欲變更計畫者需報請中醫師公會全聯會審議通過，發予變更同意函；檢具中醫師公

修訂

會全聯會發予之變更同意函向本保險之分區報備核准後始得變更。

九、計畫書之規範：

(一)書寫格式：以 WORD 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號字型，橫式書寫。

(二)封面：包括計畫名稱、執行單位、執行期間。

(三)內容至少應包括下列項目：

1.前言：請敘述申請本計畫動機，包括：加強中醫醫療照護的種類、醫療資源提供情況及需求狀況等。

2.目的：分點具體列述所要達成之目標。

3.實施方法與步驟：請依計畫內容分別具體列述，並應包括下列項目：

(1)醫療人力資源：請詳述執行本計畫之醫事人力名單及其學經歷、身分證字號、中醫師證號及其完整訓練之證明。

(2)標準作業程序。

(3)適應症。

(4)治療及追蹤計畫。

(5)療效評估標準對於腦血管疾病，以 NIHSS、Barthel Index 做為評估標準。

(6)不良反應紀錄及通報。

(7)經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依本計畫第十一點之本計畫「支付標準表」之診療項目及支付點數預估。

4.衛生主管單位報備同意文件及醫療(療護)機構同意書。

(四)評估預期效益：請詳述計畫實施後預期達成之效益指標。

十、受理資格審查：

(一)中醫師公會全聯會於每月月底(以郵戳為憑)收齊申請案件後，十五日內遴聘專家學者進行審查，並於審查完成後十五日內送保險人核備同意後函復審查結果。

(二)經審查通過並收到回復函之中醫門診特約醫事服務機構，檢具中醫師公會全聯會之同意函與本保險之分區以換文方式申請辦理本試辦計畫服務，即可執行。

十一、支付方式：

- (一)本計畫支付標準表如附件二，其每點支付金額以 1 元暫付。
- (二)本計畫預算與 99 年度中醫門診另三項延續性試辦計畫專款預算得於 15 百萬額度內互相流用，但該試辦計畫費用總額超出前述流用後總預算時，改以全年度浮動點值計算。

十二、醫療服務申報與審查

- (一)執行本計畫之醫療院所，有關醫療服務申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法辦理。
- (二)醫療費用申報

- 1.健保局特約醫事服務機構門診醫療服務點數申報總表：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。
- 2.健保局特約醫事服務機構醫療服務點數清單及醫令清單：

- (1)案件分類：屬本試辦計畫案件，請填寫「22」。
- (2)特定治療項目(一)：「腦血管後遺症」請填寫「CA」。

十三、費用分配與管控：分區按「腦血管疾病西醫住院患者中醫輔助醫療試辦計畫」費用申報比例原則分配。

十四、執行報告

經審查通過執行本試辦計畫者，應於試辦計畫執行結束或年度結束後三十日前，應檢送執行報告至中醫師公會全聯會，執行報告之格式及內容，依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果及實施效益，執行報告之內容將做為下年度審查之依據。

十五、辦理本試辦計畫之中醫門診特約醫事服務機構實施成效不佳者、未依本試辦計畫規定事項執行者或未依中醫總額受託單位規定繳交相關資料、評量報表者，得經中醫總額受託單位重新評估後停止執行者辦理本試辦計畫服務。

十六、本計畫實施成效由中醫師公會全聯會進行評估，並於年終向費協會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況等資料；並於實施半年後進行期中檢討。

十七、本計畫由保險人會同中醫師公會全聯會研訂後，並送費協會備查及報請行政院衛生署核定後，由保險人公告實施。

附件一

99 年度腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫申請書

| | | | | |
|--------------------------------------|-------------|------------|----------------|---|
| 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 | | 檢 附 證 明 文 件 | |
| | e-mail : | | 聯絡電話 : | |
| | 醫師姓名 | 身分證字號 | 中醫師證書字號 | 教職 |
| | | | 台中字第 | 號 |
| | | | 台中字第 | 號 |
| | | | 台中字第 | 號 |
| | | | 台中字第 | 號 |
| | | | 台中字第 | 號 |
| 料 | 每週診療時間 | | | |
| 檢 送 項 目 | 項 目 | | 審 查 結 果 | |
| | 繼續教育證明書 份 | | 符合 未符合 其他 | |
| | 計畫書 | | 符合 未符合 其他 | |
| | 醫師人力 | | 符合 未符合 其他 | |
| | 其他醫事人力 | | | |
| | 配合養護機構相關資料 | | | |
| 保 險 醫 事 服 務 機 構 | 機構章戳 | 中醫全聯會審核意見欄 | | 審核通過 ! 不符合規定 " 資料不全，請補齊 # 其他 \$ |
| | 申請日期： 年 月 日 | | 審核委員： 日期章戳： | |

本表由醫事單位填寫

附件二

腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫 支付標準表

通則：

- 一、本支付標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）
- 二、腦血管疾病後遺症門診照護計畫服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所合理量、針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。
- 三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，由保險人按每一申報案件扣留五點至十點以為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、申報中醫護理衛教費應於該次合併實施治療評估並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。

支付標準表

第一章 中醫輔助醫療診察費

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|-----------|------|
| P38001 | 中醫輔助醫療診察費 | 300 |

第二章 藥品費

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|-------|------|
| P38021 | 每日藥品費 | 50 |

第三章 針灸治療

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|---------|------|
| P38031 | 針灸治療處置費 | 250 |

第四章 傷外科治療

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|------|------|
| P38041 | 一般治療 | 250 |

第五章 疾病管理照護費

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|---|------|
| P38051 | 中醫護理衛教費(限有聘用護理人員之院所申報) | 300 |
| P38052 | 生心理評估 美國國家衛生研究院中風評量表 (NIHSS) 巴氏量表 (Barthel Index) | 1000 |

註：P38051 中醫護理衛教費限每三個月申請一次。

P38052 生心理評估需以個案為單位限每二個月申請一次，在醫療（療護）機構未住滿兩個月者，限申報一次。

腦血管疾病及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫

壹、腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫

一、依據：

依據全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會)第 152 次委員會議決議辦理。

二、目的：

本計畫乃針對住院中之腦血管疾病患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使達到病患神經學功能進步、日常生活能力改善、生活品質提昇，併縮短住院天數，降低醫療費用支出的目的。

三、施行期間：自公告日起至 99 年 12 月 31 日止。

修訂 四、適用範圍：腦血管疾病 (ICD-9：~~431-439~~ 430~438) 自診斷日起六個月內之住院病患，需中醫輔助醫療協助者。

五、經費來源：全民健康保險 99 年度中醫門診醫療給付費用專款項目「腦血管疾病及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」支應。

六、申請資格：設有中醫門診之醫院且需參加總額受託單位辦理講習會領有繼續教育證明之中醫師(講習會不定期召開)。

七、申請程序：

申請執行之中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(附件一)及計畫書，以掛號郵寄方式向中華民國中醫師公會全國聯合會(以下簡稱中醫師公會全聯會)提出申請。

八、執行方式：

(一)腦血管疾病每位患者處置每週不得超過 3 次(加護病房患者除外)。

(二)每週每位患者看診超出本計畫所訂之上限，超出上限者費用點數給付為 0。

(三)看診醫師應對當次看診病人提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。

(四)執行本計畫醫療服務者欲變更計畫者需報請中醫師公會全聯會審議通過，發予變更同意函；檢具中醫師公會全聯會發予之變更同意函向本保險之分區報備核准後始得變更。

九、計畫書之規範：

(一)書寫格式：以 WORD 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號字型，橫式書寫。

(二)封面：包括計畫名稱、執行單位、執行期間。

(三)內容至少應包括下列項目：

1.前言：請敘述申請本計畫動機，包括：加強中醫醫療照護門診的種類、醫療資源提供情況及需求狀況等。

2.目的：分點具體列述所要達成之目標。

3.實施方法與步驟：請依計畫內容分別具體列述，並應包括下列項目：

(1)醫療人力資源：請詳述執行本計畫之醫事人力名單及其學經歷、身分證字號、中醫師證號及其完整訓練之證明。

(2)標準作業程序。

(3)適應症。

(4)治療及追蹤計畫。

(5)療效評估標準對於腦血管疾病，以 NIHSS、Barthel Index 做為評估標準。

(6)不良反應紀錄及通報。

(7)經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依本計畫第十一點之本計畫「支付標準表」之診療項目及支付點數預估。

(四)評估預期效益：請詳述計畫實施後預期達成之效益指標。

十、受理資格審查：

(一)中醫師公會全聯會於每月月底(以郵戳為憑)收齊申請案件後，十五日內遴聘專學者進行審查，並於審查完成後十五日內送與保險人核備同意後函復審查結果。

(二)經審查通過並收到回復函之中醫門診特約醫事服務機構，檢具中醫師公會全聯會之同意函與本保險之分區以換文方式申請辦理本試辦計畫服務，即可執行。

十一、支付方式：

(一)本計畫支付標準表如附件二，其每點支付金額以 1 元暫付。

(二)本計畫預算與全民健康保險 99 年度中醫門診醫療給付費用專款項目另二項延續性試辦計畫預算得互相流用，而三項延續性試辦計畫預算與「腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫」預算得

於 15 百萬額度內互相流用，但該年度試辦計畫費用總合超出前述流用後總預算時，改以全年度浮動點值計算。

十二、醫療服務申報與審查

(一)執行本計畫之醫療院所，有關醫療服務申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法辦理。

(二)醫療費用申報

1.健保局特約醫事服務機構門診醫療服務點數申報總表：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2.健保局特約醫事服務機構醫療服務點數清單及醫令清單：

(1)「案件分類」：屬本試辦計畫案件，請填寫「22」(中醫其他案件)。

(2)特定治療項目：「腦血管疾病」請填寫「C8」。

十三、執行報告

經審查通過執行本試辦計畫者，應於試辦計畫執行結束或年度結束後三十日前，應檢送執行報告至中醫師公會全聯會，執行報告之格式及內容，依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果及實施效益，執行報告之內容將做為下年度審查之依據。

十四、辦理本試辦計畫之中醫門診特約醫事服務機構實施成效不佳者、未依本試辦計畫規定事項執行者或未依中醫總額受託單位規定繳交相關資料、評量報表者，得經中醫總額受託單位重新評估後停止執行者辦理本試辦計畫服務。

十五、本計畫實施成效由中醫師公會全聯會進行評估，並於年終向費協會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況等資料；並於實施半年後進行期中檢討。

十六、本計畫由保險人會同中醫師公會全聯會研訂後，並送費協會備查及報請行政院衛生署核定後，由保險人公告實施。

附件一

99 年度腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫申請書

| | | | | |
|--------------------------------------|-------------|------------|--|-----------|
| 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 | | 檢附證明文件 | |
| | e-mail : | | 聯絡電話 : | |
| | 醫師姓名 | 身分證字號 | 中醫師證書字號 | 教職 |
| | | | 台中字第 | 號 |
| | | | 台中字第 | 號 |
| | | | 台中字第 | 號 |
| | | | 台中字第 | 號 |
| | | | 台中字第 | 號 |
| 料 | 每週診療時間 | | | |
| 檢 送 項 目 | 項 目 | | 審 查 結 果 | |
| | 繼續教育證明書 份 | | <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他 | |
| | 計畫書 | | <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他 | |
| | 醫師人力 | | <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他 | |
| | 其他醫事人力 | | | |
| | | | | |
| 保 險 醫 事 服 務 機 構 | 機構章戳 | 中醫全聯會審核意見欄 | | 本欄由審查單位填寫 |
| | 申請日期： 年 月 日 | | 審核委員： 日期章戳： | |

附件二

腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫 支付標準表

通則：

- 一、本支付標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）
- 二、腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療門診服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。
- 三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，由保險人按每一申報案件扣留五點至十點以為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、申報中醫護理衛教費及營養飲食指導費，應於該次門診合併實施治療評估並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。

支付標準表

第一章 中醫輔助醫療診察費

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|-----------|------|
| P33001 | 中醫輔助醫療診察費 | 350 |

第二章 藥費

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|------|------|
| P33021 | 每日藥費 | 100 |

第三章 針灸治療

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|---------|------|
| P33031 | 針灸治療處置費 | 400 |
| P33032 | 電針治療 | 500 |

註：P33031、P33032 每次治療擇一申報。

第四章 傷外科治療

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|------|------|
| P33041 | 一般治療 | 300 |

第五章 疾病管理照護費

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|---|------|
| P33051 | 中醫護理衛教費 | 300 |
| P33052 | 營養飲食指導費 | 250 |
| P33053 | 生心理評估 美國國家衛生研究院中風評量表 (NIHSS) 巴氏量表 (Barthel Index) | 1000 |

註：P33051、P33052、P33053 每一個案住院期間限申請 1 次費用。
P33053 生心理評估需以個案為單位需前後量表皆完成方可提出申請給付。

第六章 藥品調劑費

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|-------|------|
| P33061 | 藥品調劑費 | 50/次 |

第七章 中醫輔助醫療檢查費

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|---------------------|-------|
| P33071 | 中醫輔助醫療檢查費 (舌診儀) | 500/次 |
| P33072 | 中醫輔助醫療檢查費 (脈診儀) | 500/次 |
| P33073 | 中醫輔助醫療檢查費(微循環儀輔助) | 500/次 |
| P33074 | 中醫輔助醫療檢查費(紅外線熱象儀輔助) | 500/次 |

註：每個月限以一次為限，未檢查者不得申報。

貳、腫瘤患者手術、化療、放線射療法西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫

一、依據：

依據全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會)第 152 次委員會議決議辦理。

二、目的：

本計畫希望透過中西醫結合的治療方式，將腫瘤患者經手術、放化療後常出現的腸胃不適、眩暈、落髮，以及療程中常出現的口乾、口腔潰瘍、便秘、腹瀉、張口困難等症狀減輕到最低，讓患者能順利完成整個西醫療程，發揮最大療效；尤其對末期患者所出現的惡病質，諸如體重減輕，食慾不振，精神萎靡等不適，以及癌性疼痛問題，透過中醫的體質調理，提升患者的生活品質。

三、施行期間：自公告日起至 99 年 12 月 31 日止。

四、適用範圍：需中醫輔助醫療之腫瘤住院患者。

五、經費來源：全民健康保險 99 年度中醫門診醫療給付費用專款項目「腦血管疾病及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」支應。

六、申請資格：設有中醫門診之醫院且需參加總額受託單位辦理講習會領有繼續教育證明之中醫師(講習會不定期召開)。

七、申請程序：

申請執行之中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(附件一)及計畫書，以掛號郵寄方式向中華民國中醫師公會全國聯合會(以下簡稱中醫師公會全聯會)提出申請。

八、執行方式：

(一)參與本計畫之中醫診療、疾病管理照護人員應參與確保本計畫執行品質之相關研習會議，並配合辦理品質管控之資料傳輸與實地臨床訪查。

(二)腫瘤住院患者每週處置不得超過 3 次(加護病房患者除外)。

(三)每週每位患者看診超出本計畫所訂之上限，超出上限者費用點數給付為 0。

(四)看診醫師應對當次看診患者提供完整的診療與評估，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療和計畫規範應執行之記錄。

(五)執行本計畫醫療服務者欲變更計畫者需報請中醫師公會全聯會

審議通過，發予變更同意函；檢具中醫師公會全聯會發予之變更同意函向本保險之分區報備核准後始得變更。

九、計畫書之規範：

(一)書寫格式：以 WORD 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號字型，橫式書寫。

(二)封面：包括計畫名稱、執行單位、執行期間。

(三)內容至少應包括下列項目：

1.前言：請敘述申請本計畫動機，包括：加強中醫醫療照護門診的種類、醫療資源提供情況及需求狀況等。

2.目的：分點具體列述所要達成之目標。

3.實施方法與步驟：請依計畫內容分別具體列述，並應包括下列項目：

(1)醫療人力資源：請詳述執行本計畫之醫事人力名單及其學歷、身分證字號、中醫師證號及其完整訓練之證明。

(2)標準作業程序。

(3)適應症。

(4)治療及追蹤計畫。

(5)療效評估標準。

(6)不良反應紀錄及通報。

(7)經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依本計畫第十一點之本計畫「支付標準表」之診療項目及支付點數預估。

(四)評估預期效益：請詳述計畫實施後預期達成之效益指標。

十、受理資格審查：

(一)中醫師公會全聯會於每月月底(以郵戳為憑)收齊申請案件後，十五日內遴聘專家學者進行審查，並於審查完成後十五日內送保險人核備同意後函復審查結果。

(二)經審查通過並收到回復函之中醫門診特約醫事服務機構，檢具中醫師公會全聯會之同意函與本保險之分區以換文方式申請辦理本試辦計畫服務，即可執行。

十一、支付方式：

(一)本計畫支付標準表如附件二，其每點支付金額以 1 元暫付。

(二)本計畫預算與全民健康保險 99 年度中醫門診醫療給付費用專款項目另二項延續性試辦計畫預算得互相流用，而三項延續性試

辦計畫預算與「腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫」預算得於15百萬額度內互相流用，但該年度試辦計畫費用總合超出前述流用後總預算時，改以全年度浮動點值計算。

十二、醫療服務申報與審查

(一)執行本計畫之醫療院所，有關醫療服務申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法辦理。

(二)醫療費用申報

1.健保局特約醫事服務機構門診醫療服務點數申報總表：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2.健保局特約醫事服務機構醫療服務點數清單及醫令清單：

(1)「案件分類」：屬本試辦計畫案件，請填寫「22」（中醫其他案件）。

(2)特定治療項目：「腫瘤」請填寫「J7」。

十三、執行報告

(一)經審查通過執行本試辦計畫者，於試辦計畫執行期間，應依規定時間傳送本計畫收案之個案數位資料至中醫師公會全聯會以確保本計畫之執行品質與提報總結成果。

(二)經審查通過執行本試辦計畫者，應於試辦計畫執行結束或年度結束後三十日前，應檢送執行報告至中醫師公會全聯會，執行報告之格式及內容，依送審計畫書之內容及要項撰寫（應包含執行成果及實施效益），並由中醫師公會全聯會遴聘專家學者針對執行成果進行審查。

十四、辦理本試辦計畫之中醫門診特約醫事服務機構實施成效不佳者、未依本試辦計畫規定事項執行者或未依中醫總額受託單位規定繳交相關資料、評量報表者，得經中醫總額受託單位重新評估後停止執行者辦理本試辦計畫服務。

十五、本計畫實施成效由中醫師公會全聯會進行評估，並於年終向費協會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況等資料；並於實施半年後進行期中檢討。

十六、本計畫由保險人會同中醫師公會全聯會研訂後，並送費協會備查及報請行政院衛生署核定後，由保險人公告實施。

附件一

99 年度腫瘤患者手術、化療、放線射療法西醫住院病患中醫輔助醫療
試辦計畫申請書

| | | | | |
|----------|------------|-------|---|-----------|
| 基 | 院所名稱 | | 院所代碼 | |
| | 本計畫負責醫師姓名 | | 身分證字號 | |
| 本 | 本計畫負責醫師學經歷 | | 檢附證明文件 | 件 |
| | e-mail : | | 聯絡電話 : | |
| 資 | 醫師姓名 | 身分證字號 | 中醫師證書字號 | 教職 |
| | | | 台中字第 | 號 |
| | | | 台中字第 | 號 |
| | | | 台中字第 | 號 |
| | | | 台中字第 | 號 |
| | | | 台中字第 | 號 |
| | | | 台中字第 | 號 |
| 料 | 每週診療時間 | | | |
| 檢 | 項 | | 目 | |
| | 繼續教育證明書 | | 份 | |
| | 計畫書 | | | |
| | 醫師人力 | | | |
| | 其他醫事人力 | | | |
| | | | | |
| 送 | 項 | | 目 | |
| | | | | |
| 目 | | | | |
| | | | | |
| 保險醫事服務機構 | 機構章戳 | | 中醫全聯會審核意見欄 | 本欄由審查單位填寫 |
| | 申請日期： | 年 | 月 | 日 |
| | | | 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 | |
| | | | 審核委員： | |
| | | | 日期章戳： | |

腫瘤患者手術、化療、放線射療法西醫住院病患中醫輔助醫療 試辦計畫

支付標準表

通則：

- 一、本支付標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）
- 二、腫瘤患者手術、化療、放線射療法西醫住院病患中醫輔助醫療門診服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。
- 三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，由保險人按每一申報案件扣留五點至十點以為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、申報中醫護理衛教費及營養飲食指導費，應於該次門診合併實施治療評估並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。

支付標準表

第一章 中醫輔助醫療診察費

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|-----------|------|
| P34001 | 中醫輔助醫療診察費 | 350 |

第二章 藥費

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|------------------|------|------|
| P34021 | 每日藥費 | 100 |
| 註：出院患者必要時得開給7天藥品 | | |

第三章 針灸治療

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|---------------------------|---------|------|
| P34031 | 針灸治療處置費 | 400 |
| P34032 | 電針治療 | 500 |
| 註：P34031、P34032 每次治療擇一申報。 | | |

第四章 傷外科治療

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|-------------------|------|
| P34041 | 一般治療（含推拿治療或外敷藥處置） | 300 |

第五章 疾病管理照護費

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|---|--|------|
| P34051 | 中醫護理衛教費 | 300 |
| P34052 | 營養飲食指導費 | 250 |
| P34053 | EORTC QLQ-C30 癌症患者生命質量測定量表 ECOG 生活品質評估 BCQ 中醫體質質量表評估 | 1000 |
| 註：P34051、P34052 每一個案住院期間限申請 1 次費用。 P34053：EORTC QLQ-C30、ECOG、BCQ 以個案為單位（每案限治療前後測各一次），前後測量表可各申請給付一次，每次需三項均完成方可申請費用。 | | |

第六章 藥品調劑費

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|-------|------|
| P34061 | 藥品調劑費 | 50/次 |

第七章 中醫輔助醫療檢查費

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|----------------|-------|
| P34071 | 中醫輔助醫療檢查費(舌診儀) | 500/次 |
| P34072 | 中醫輔助醫療檢查費(脈診儀) | 500/次 |

註：每個月限以一次為限，未檢查者不得申報。

「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」

試辦計畫支付標準

(99 年 6 月 1 日起)

第一章 呼吸器依賴患者全面納管

通則：

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

註：呼吸器使用條件詳附表 9.1。

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

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

四、結案條件：

(一) 脫離呼吸器成功。

(二) 個案病危出院。

(三) 個案死亡。

(四) 個案轉出。

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

五、病患不論是否於同一醫事服務機構之住院、出院、轉入轉出次數，多次入住呼吸照護病房或一般病房(含經濟病床)之照護日數均採累計計算。

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

註：上游病房係指下列條件之一

- (1) 經保險人核准之呼吸照護中心。
- (2) 前述呼吸照護中心所屬醫療機構設立之加護病房。
- (3) 經本保險之分區依據 weaning rate 或 dependent rate 等條件認定之加護病房。

七、法定傳染病、燒傷等病患入住隔離或特殊設備病房或罕見疾病病患得採核實申報醫療費用，惟仍需依第一章通則第二點規定辦理。

第二章 整合性照護

第一節 住院照護階段

通則：

一、符合下列(一)或(二)項條件者，需適用本節支付標準：

(一)事先報經保險人核准。

(二) 收治符合呼吸器依賴病患定義之未參與試辦計畫之呼吸照護病床及一般病床。

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

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

二、各階段醫事服務機構需符合行政院衛生署「醫療機構設置標準」，惟行政院衛生署未公告修正醫療機構設置標準前，按附表 9.2 辦理並向當地衛生主管機關核備，17歲以下患者選擇適用本節支付標準規定者，亦應符合上述設置基準，惟其中病床若符合行政院衛生署醫療機構設置標準嬰兒床或兒科病床之規定者，視同符合規定。

三、本試辦計畫鼓勵組成整合性照護系統(IDS, Integrated Delivery System)，提供含括加護病房、呼吸照護中心、呼吸照護病房各階段照護；各照護階段之支付標準及規定如附表 9.3 及 9.4，其中呼吸照護中心及呼吸照護病房階段所訂點數已含本保險支付標準及藥價基準所訂相關醫療支付點數，除施行血液透析(58001C)、腹膜透析(58002C)(含透析液及特材)、連續性可攜帶式腹膜透析(58009B-58012B、58017C)(含透析液)、氣管切開造口術(56003C)及緊急手術外，不得申報其他費用，所有個案皆需依階段下轉(STEP DOWN CARE)之原則辦理，各階段若未依病情及本節通則規定入住，則依下階段或適宜入住階段之費用支付，並累計各階段照護日數：

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

1. 應下轉而未下轉者，自應下轉日起每日醫療支付點數核扣標準如下：

(1). 醫學中心每日核扣 6,710 點

(2). 區域醫院每日核扣 5,810 點

(3). 地區教學醫院每日核扣 3,750 點

(4). 地區醫院每日核扣 2,960 點

2. 以上「應下轉而未下轉之部分」住院日數應累計於其應下轉之階段，第 1 日至 42 日累計於呼吸照護中心，呼吸照護中心累計超過 42 天部分累計於呼吸照護病房。

(二)「呼吸照護中心階段」：

1. 照護日數最長為 42 天(含嘗試脫離期間)，未依患者病情及本規定下轉，自應下轉日起醫療支付點數以呼吸照護病房或適宜入住階段標準支付。

2. 加護病房下轉至本階段個案，若下轉後合計使用呼吸器日數未達呼吸器依賴患者定義即脫離成功、轉出或死亡(含自動出院)者，其於本階段之支付點數仍按本階段支付標準支付。

3. 呼吸照護中心合計醫療服務點數大於定額時，除定額外，得加計申報『「合計醫療服務點數」減「定額」』之三分之一。

(三)「呼吸照護病房階段」：支付標準及規定如附表 9.3 及 9.4。

四、呼吸器依賴個案於嘗試脫離呼吸器期間若仍住在呼吸照護中心或呼吸照護病房，得按呼吸照護中心或呼吸照護病房支付標準申報，嘗試脫離呼吸器但未成功之患者，在嘗試脫離期間，應累計其照護日數及呼吸器使用日數，呼吸器脫離成功者，即應轉出至一般病房。

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

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

第二節 居家照護階段

通則：

- 一、適用本節之支付標準需事先報經保險人核准。
- 二、收案條件須符合下列(一)或(二)項條件：
 - (一)呼吸器依賴患者係指連續使用呼吸器 21 天(含)以上，呼吸器使用中斷時間未符合脫離呼吸器成功之定義者，皆視為連續使用。其使用呼吸器之處置項目需為 57001B(侵襲性呼吸輔助器使用)、57002B(負壓呼吸輔助器使用)或 57023B(非侵襲性陽壓呼吸治療如 Nasal PAP、CPAP、Bi-PAP)，惟使用 57023B 之呼吸器依賴患者，須由加護病房或呼吸照護中心使用 57001B 或 57002B 後，因病情好轉改用 57023B 之呼吸器依賴患者。
 - (二)經醫師診斷為 Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS 肌萎縮性脊髓側索硬化症，ICD-9-CM 335.20)領有重大傷病卡證明，且依專業判斷需使用呼吸器之患者，檢具神經學檢查、肌電圖及肺功能報告，另檢附病患於穩定情形下之慢性呼吸衰竭證明，例如 ETCO₂ 或 transcutaneous CO₂，早晚 PaCO₂(diurnal PaCO₂)，ABG 或整夜睡眠檢查報告等向本保險之分區專案申請同意者。其使用呼吸器之處置項目需為 57001B(侵襲性呼吸輔助器使用)、57002B(負壓呼吸輔助器使用)或 57023B(非侵襲性陽壓呼吸治療如 Nasal PAP、CPAP、Bi-PAP)。
- 三、符合本節收案條件之患者，因病情需要回轉加護病房或呼吸照護病房時，視同符合住院照護階段收案條件，並適用本計畫第二章第一節相關規定。
- 四、支付標準及規定如附表 9.3 及 9.4。
- 五、呼吸器依賴個案若係由醫院轉回家中或健保特約之一般護理之家照護者，只需依規定上網登錄，惟若所收個案非由醫院轉回居家或護理之家，則應由醫師評估其使用呼吸器之必要性，並檢具評估報告，送本保險之分區審查同意後上網登錄。未依規定辦理者，醫療費用不予支付。

附表 9.1

臨床上使用呼吸器的目的如下：

一、生理上的目的：

- (一)支持肺氣體交換
- (二)藉減輕呼吸肌肉負擔而降低呼吸功率

二、臨床上的目的

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

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

一、呼吸停止。

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

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

四、嚴重低血氧症。

附表 9.2

| 全民健康保險呼吸照護中心設置基準 | |
|--|---|
| 項目 | 設置標準 |
| 一、人員 | |
| (一) 醫師 | 每 24 床應有專責胸腔暨重症加護專科醫師至少一名，住院醫師日、夜班至少各一名。 每 10 床應至少有一名，並須 24 小時皆可提供照護服務。 1、每床應至少有一名，並須 24 小時皆可提供照護服務。 2、至少有百分之六十比例人員具備臨床護理工作兩年以上經驗。 由醫師、呼吸治療人員、護理人員或社會工作人員擔任（專任或兼任）。 |
| (二) 呼吸治療人員 | |
| (三) 護理人員 | |
| (四) 個案管理人員 | |
| 二、醫療設施 | |
| (一) 病房 | 1、醫院設有甲、乙級加護病房總床數四十床以上。 2、每一照護中心至少 10 床，至多 24 床。 3、可調整姿勢病床。 4、每床配備置物櫃及緊急呼叫系統。 |
| (二) 護理站 | 1、設準備室、工作台、洗手檯、治療車。 2、推床、輪椅。 3、護理紀錄、藥品及醫療器材存放櫃。 4、污染處理設備。 |
| 三、儀器設備 | |
| 1、去纖維顫動器（呼吸照護中心專用）。 2、EKG（呼吸照護中心專用）。 3、心肺血壓監視器（數量不得少於床數之二分之一）。 4、中央氣體供應系統（含 Air、O ₂ 、Suction）（每床）。 5、可移動式放射線檢查儀（全院共用）。 6、全血血球計數器、血糖分析儀、電解質分析儀（全院共用）。 7、動脈血氣體分析儀（全院共用）。 | |
| 四、備註 | |
| 1、專責胸腔暨重症加護專科醫師係指病患之醫療服務皆由其主導，每天白天至少半天於呼吸照護中心內照顧病患。 2、呼吸治療人員依呼吸治療師法規定辦理。 3、個案管理人員之兼任，以同一院內人員為限。 4、病房及護理站之中央空調，須與其他病房有明顯之區域區隔。 5、儀器設備以財產卡及維修保養紀錄登記屬該呼吸照護中心為準。 6、同一縣市之個別醫院甲、乙級加護病房總床數不足四十床者，得採醫院合作方式共同設置。 | |

全民健康保險呼吸照護病房設置基準

| 項目 | 設置標準 |
|--|---|
| 一、人員 | |
| (一) 醫師 | 1、每 30 床應有專責胸腔專科醫師或重症專科醫師或內科專科醫師至少一名，夜間應有值班醫師（主治或住院醫師）至少一名。 2、胸腔或重症加護專科醫師（專任或兼任）巡診，每週至少三次。 |
| (二) 呼吸治療人員 | 每 30 床應至少有一名（可兼任）。 |
| (三) 護理人員 | 1、每 6 床應至少有一名。 2、至少有二分之一比例人員具備臨床護理工作兩年以上經驗。由醫師、呼吸治療人員、護理人員或社會工作人員擔任（專任或兼任）。 |
| (四) 個案管理人員 | |
| 二、醫療設施 | |
| (一) 病房 | 1、呼吸照護病房至少 10 床，至多 40 床。 2、可調整姿勢病床。 3、每床配備置物櫃及緊急呼叫系統。 |
| (二) 護理站 | 1、設準備室、工作台、洗手檯、治療車。 2、推床、輪椅。 3、護理紀錄、藥品及醫療器材存放櫃。 4、污染處理設備。 |
| 三、儀器設備 | |
| 1、去纖維顫動器（呼吸照護病房專用）。 2、EKG（呼吸照護病房專用）。 3、心肺血壓監視器（數量不得少於床數之六分之一）。 4、呼吸道抽吸設備（每床）。 5、可移動式放射線檢查儀（全院共用）。 6、全血血球計數器、血糖分析儀、電解質分析儀（全院共用）。 | |
| 四、備註 | |
| 1、專責胸腔專科醫師或重症專科醫師或內科專科醫師係指病患之醫療服務皆由其主導，每天至少巡診一次。 2、呼吸治療人員依呼吸治療師法規定辦理。 3、呼吸治療人員及個案管理人員之兼任，以同一院內人員為限。因應呼吸治療師人力不足，自公告日起三年內，呼吸治療師得跨院兼任，惟以二家為限，且合計照護床數不超過 30 床，第四年起不得跨院兼任。 4、病房及護理站之中央空調，須與其他病房有明顯之區域區隔。 5、儀器設備以財產卡及維修保養紀錄登記屬該呼吸照護病房為準。 | |

全民健康保險呼吸照護——居家照護設置基準

| 人員 | 設置標準 |
|------------|---|
| (一) 醫師 | 由胸腔專科醫師或重症專科醫師或內科專科醫師至少一名(專任或兼任),可提供每位病患至少每二個月一次,每次至少一小時之訪視。 |
| (二) 呼吸治療人員 | 由呼吸治療人員(專任或兼任,唯月個案數逾30名時,應至少有一名專任),可提供每位病患每個月至少二次,每次至少一小時之訪視。 |
| (三) 護理人員 | 至少一名專責訪視護理人員,可提供每位病患每個月至少二次,每次至少二小時之訪視。若每名專責訪視護理人員每月訪視超過四十五次後,則需增加一名。 |
| (四) 個案管理人員 | 由醫師、呼吸治療人員、護理人員或社會工作人員擔任(專任或兼任)。 |
| (五) 其他人員 | 需要時得設置物理治療人員、職能治療人員、臨床心理師及社會工作人員。 |

備註：

- 1、本項居家照護應由醫師指導之團隊提供服務。
- 2、呼吸治療人員依呼吸治療師法規定辦理,並具有二年(含)以上臨床呼吸治療工作經驗者(不含六個月受訓期間)。
- 3、專責訪視護理人員至少一名具備二年以上內外科臨床經驗。
- 4、呼吸治療人員及個案管理人員之兼任,以同一院內人員為限。
- 5、適用對象為居住家中或健保特約之一般護理之家之呼吸器依賴患者。

附表 9.3

| 照護階段 | 病患分類 | 編號 | 支付點數 | 備註 |
|-----------------------|----------------------|---|---|--|
| 加護病房 (照護日數 ≤ 21 日) | 急性呼吸衰竭期 | | 論量計酬 | <p>一、患者符合以下狀況，得延長加護病房照護，每次以 7 日為原則：</p> <ol style="list-style-type: none"> 各器官系統呈現不穩定狀況： 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 肝衰竭表現者。 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 外科術後，2 週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。 氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FI02) ≥ 40%且吐氣末端陽壓 PEEP ≥ 10cmH2O 仍無法維持 aO2(SpO2) ≥ 90%或 PaO2 ≥ 60mmHg. <p>二、各器官衰竭狀態已獲得控制時，應下轉 RCC 積極脫離呼吸器。</p> <p>三、不同醫院之加護病房轉介，依下列原則辦理：</p> <ol style="list-style-type: none"> 同層級間轉介，照護日數累計。 高層級轉低層級，照護日數累計。 低層級轉高層級，照護日數不累計。 以上「層級」係指「特約類別」。 |
| 呼吸照護中心(照護日數 ≤ 42 日) | 呼吸器長期患者(積極嘗試脫離呼吸器患者) | <p>醫學中心 P1005K</p> <p>P1006K</p> <p>區域醫院 P1007A</p> <p>P1008A</p> | <p>論日計酬：</p> <p>第 1-21 天： 10,140 點/日/人</p> <p>第 22-42 天： 7,610 點/日/人</p> <p>第 1-21 天： 9,200 點/日/人</p> | <p>一、患者符合以下狀況，得回轉加護病房照護，每次以 7 日為原則：</p> <ol style="list-style-type: none"> 各器官系統呈現不穩定狀況： 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 肝衰竭表現者。 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 外科術後，2 週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。 氧氣狀況不穩定者： |

| 照護階段 | 病患分類 | 編號 | 支付點數 | 備註 |
|--------|----------------------|----------------------|---|---|
| | | | 第 22-42 天： 6,910 點/日/ 人 | 氧氣濃度(FI _{O2})≥40%且吐氣末端陽壓 PEEP≥10cmH ₂ O 仍無法維持 aO ₂ (SpO ₂)≥90%或 PaO ₂ ≥60mmHg. 二、符合以上狀況回轉加護病房照護者，病情好轉，應依患者病情下轉適當之照護階段，下轉呼吸照護中心者，累計回轉前呼吸照護中心之照護日數。 三、病況若不適合積極嘗試脫離呼吸器者，不應轉入 RCC。 四、專業認定未積極嘗試脫離且無其他醫學上特殊理由之 RCC 病患，以下一階段 RCW 費用給付。 五、本階段病患若有醫學上理由認定無須嘗試脫離呼吸器時，改以 RCW 費用支付。 |
| 呼吸照護病房 | 呼吸器依賴患者(經判斷不易脫離呼吸器者) | P1011C P1012C | 論日計酬： 第 1-90 天： 4,349 點/日/ 人 第 91 天以後： 3,589 點/日/ 人 | 一、患者符合以下狀況，得回轉加護病房照護，每次以 7 日為原則： 1. 各器官系統呈現不穩定狀況： 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 肝衰竭表現者。 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 2. 外科術後，2 週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。 3. 氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FI _{O2})≥40%且吐氣末端陽壓 PEEP≥10cmH ₂ O 仍無法維持 aO ₂ (SpO ₂)≥90%或 PaO ₂ ≥60mmHg. 二、符合以上狀況回轉加護病房照護者，病情好轉，應回呼吸照護病房，並累計回轉前呼吸照護病房之照護日數。 三、本階段申報項目，需依病患入住呼吸照護病房或一般病房(含經濟病床)之照護日數累計計算。 |

| 照護階段 | 病患分類 | 編號 | 支付點數 | 備註 |
|------|--------------------------|------------------|---------------------------------|--|
| 居家照護 | 呼吸器依賴患者 (經判斷不易脫離呼吸器者) | P1015C P1016C | 論日計酬： 900 點/日/人 310 點/日/人 | <p>一、患者符合以下狀況得轉居家照護：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病人與呼吸器配合良好，且呼吸器設定如下： <ol style="list-style-type: none"> a. 使用穩定的換氣方式。 b. 氧氣濃度$\leq 40\%$。 c. 呼吸道最高壓力變化不超過 10cm H₂O。 d. 吐氣末端陽壓(PEEP)≤ 5 cm H₂O。 e. 不需調整吸氣靈敏度。 f. 每日有穩定的脫離時間 (<18 小時) 或完全無法脫離。 2. 病人在使用呼吸器時，完全沒有呼吸困難的感覺。 3. 動脈血液氣體分析與酸鹼值均在合理的範圍 (PaO₂≥ 55mmHg, PaCO₂≤ 55mmHg, pH: 7.30 -7.50)。 4. 電解值在正常範圍內。 5. 心臟功能正常，且無威脅生命的心律不整出現。 6. 甲狀腺、肝、腎功能正常，中樞神經系統功能穩定。 7. 適當的營養狀態 (Albumin≥ 3 gm%)。 8. 無急性發炎狀態 (體溫不超過 38.5 C, 白血球不超過 10000/mm³)。 <p>二、支付點數含下列各項費用：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 居家呼吸照護小組各類人員訪視費：呼吸治療專業人員訪視次數每一個案每月至少二次。 護理師訪視次數每一個案每月至少二次。 醫師訪視次數每一個案每二個月至少一次。 2. 治療處置費。 3. 治療材料費：含居家呼吸照護治療處置時所需治療材料之使用或更換。 4. 設備供應費：含居家呼吸照護所需一切設備及附件之供應。 5. 設備維修費用。 <p>三、收案時，個案已自備呼吸器等設備，以 P1016C (支付點數含備註二-1、2、3、5) 申報。</p> <p>四、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。</p> <p>五、訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請</p> |

| 照護階段 | 病患分類 | 編號 | 支付點數 | 備註 |
|------|------|----|------|--|
| | | | | <p>患者或其家屬簽章，首次申報費用應檢附訪視記錄。</p> <p>六、申請本項給付者，不得再申請本保險醫療費用支付標準第五部第一章居家照護之給付。</p> <p>七、患者得依病情需要回轉加護病房或呼吸照護病房，回轉加護病房者須符合全民健康保險醫療費用支付標準加護病床使用適應症，不符合適應症而回轉者，以 P1012C 支付。</p> <p>八、回轉加護病房照護者，病情好轉，應回第三階段或第四階段，回第三階段者，以 P1012C 支付。</p> <p>九、其他未盡事宜，依全民健康保險居家照護作業要點辦理。</p> |

附表 9.4

| 項目名稱 | 編號 | 支付點數 |
|-----------------|---------|-------|
| 醫學中心呼吸照護中心病床費/天 | 03012GA | 1,560 |
| 醫學中心呼吸照護中心護理費/天 | 03049GA | 2,340 |
| 區域醫院呼吸照護中心病床費/天 | 03013HA | 1,160 |
| 區域醫院呼吸照護中心護理費/天 | 03050HA | 1,740 |
| 呼吸照護病房病床費/天 | 03003BA | 395 |
| 呼吸照護病房護理費/天 | 03028BA | 441 |
| 呼吸治療人員訪視 | 05303CA | 970 |
| 居家使用呼吸器/天 | 54007C1 | 590 |

註:1. 申請本表所列項目之病房，須符合附表「全民健康保險呼吸照護中心設置基準」及「全民健康保險呼吸照護病房設置基準」各項規定。

2. 本表所訂點數已含於各階段定額內，申報費用時，應填報項目編號、名稱、數量及金額，醫令類別填 4，本表未列者，依支付標準其他章節規定。

全民健康保險氣喘醫療給付改善方案

90.11.01第一版公告實施
93.01.01修訂第二版公告
95.01.01修訂第三版公告
96.01.01修訂第四版公告
97.01.01修訂第五版公告
99.01.01修訂第六版公告
99.06.01修訂第七版公告

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。

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，而自本試辦計畫實施後，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，須向本保險之分區申請同意，資格如下：

- (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。
- (二) 經台灣胸腔暨重症加護醫學會、中華民國免疫學會、中華民國兒童胸腔醫學會、台灣兒童過敏氣喘免疫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），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。

二、收案對象

- (一) 最近 60 天曾在該院所同醫師診斷為氣喘（ICD-9-CM 前三碼為 493）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）】收案。
- (二) 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。
- (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的紀錄，否則不得收案。
- (四) 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，本項須取得病人同意。

3. 同一院所經結案對象不得再收案，但院所仍可依現行支付標準申報相關醫療費用。

三、支付標準：符合本計畫之氣喘病人，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，支付點數如附件一。

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，登錄相關品質資訊。

(二) 本保險之分區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。

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，依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法規定辦理。

2. 門診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 P1612C、P1613C、P1614B、P1615C 者，於申報費用時，門診醫療服務點數清單之案件分類應填『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，依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法規定辦理。

六、獎勵措施(由保險人視需要實施)

(一) 參與試辦之特約醫事服務機構，經評估為合格者，得續參與試辦；經評估為不合格者，取消試辦資格。

(二) 未來將視評估結果，研議對辦理優良者給予品質加成。

七、本方案之疾病管理費用 (P1612C、P1613C、P1614B、P1615C) 及相關品質獎

勵措施費用來源，由各總額別專款項目支應，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。

伍、品質監測：

(一) 氣喘住院率：指當年度主診斷為氣喘且參與本方案之住院就醫人數。

1. 分母：全年主診斷為氣喘之患者總就醫人數。

2. 分子：全年主診斷為氣喘之患者總住院人次。

(二) 氣喘急診率：指當年度主診斷為氣喘且參與本方案之急診就醫人數。

1. 分母：全年主診斷為氣喘之患者總就醫人數。

2. 分子：全年主診斷為氣喘之患者總急診人次。

(三) 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。

附件一

全民健康保險氣喘醫療給付改善方案支付標準

通則：

- 參訂 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費用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、高血壓....等)，除依本方案支付標準申報外，得再依相關試辦計畫申報費用。

| 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。 註2: 每一病患於同一院所限申報一次。 | 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60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) 5. 過去和目前處 置:藥劑、自我處 理與監測 6. 家庭狀況(獨居 或有同居者) 7. 主要照護者(註明 姓名、關係及聯絡 方式) | 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: 變異度%: | 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%： | 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%： | 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 |