

# 全民健康保險在宅急症照護試辦計畫

113 年 5 月 24 日健保醫字第 1130110065 號公告訂定

114 年 2 月 3 日健保醫字第 1140101924 號公告修訂

114 年 11 月 3 日健保醫字第 1140123562 號公告修訂

## 一、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、目的

- (一)提供急症病人適當的居家醫療照護，提供住院的替代服務，避免因急性問題住院，促使醫療資源有效應用。
- (二)減少照護機構住民因急性問題往返醫院，提供適切的急性照護。
- (三)強化各級醫療院所垂直性轉銜的合作，提升照護品質。

## 三、預算來源

本計畫所列給付項目及支付標準(詳附件 1)、床側檢驗(查)加成本费用、回饋獎勵金，由其他預算之「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務」項目下支應。

## 四、醫療服務提供者資格

### (一)申請條件：

- 1. 參與「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」(以下稱居整計畫)之特約醫事服務機構。
- 2. 參與「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第五部第一章居家照護(以下稱居家照護)及第三章安寧居家療護(以下稱居家安寧)之特約醫事服務機構。
- 3. 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)第 21 條規定，報經全民健康保險保險人(以下稱保險人)同意至照護機構提供一般西醫門診服務並參與衛生福利部「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」之特約醫事服務機構。

### (二)本計畫由本保險特約醫事服務機構之醫事人員組成在宅急症共

同照護小組(以下稱照護小組)提供醫療服務，其中訪視人員資格如下：

1. 各類訪視人員(醫師、護理人員、藥事人員、呼吸治療師)以本保險特約醫事服務機構之專任人員為限，醫師須具專科醫師資格。
2. 各類訪視人員首次參加本計畫應接受保險人認可之教育訓練四小時並取得證明(詳附件 2)，始得參與本計畫。
3. 下列訪視人員應於參與本計畫起 1 年內完成下列專業訓練，並由主責特約醫事服務機構檢送證明文件予保險人分區業務組備查：
  - (1)護理人員：照護小組內至少有一名護理人員需接受長期照顧專業訓練(Level II(含)以上)；每十名護理人員應至少一名須接受長期照顧專業訓練(Level II(含)以上)。
  - (2)藥事人員：經中華民國藥師公會全國聯合會培訓，取得居家藥事照護資格證書。
  - (3)呼吸治療師：收案對象為呼吸器依賴個案者，其呼吸治療師應接受中華民國呼吸治療師公會全國聯合會培訓，取得居家呼吸照護資格證書。
4. 照護小組得視需求加入醫事檢驗師、醫事放射師、營養師或其他醫事人員；是類人員得免接受本計畫所訂之教育訓練。

(三)本計畫照護小組應符合下列條件：

1. 與後送醫院建立綠色通道，確保病人後送病房需求，並建立各類醫事人員及後送醫院之聯繫窗口，以利連結服務。
2. 應提供各收案院所之聯繫窗口及個案所需之 24 小時電話諮詢專線。
3. 應提供個案健康管理，且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、呼吸治療師或藥事人員擔任。
4. 應提供本計畫所需藥品調劑及送藥服務，並配置適當藥事人員或與特約藥局合作，負責調劑相關業務。

(四)參與本計畫之特約醫事服務機構及醫事人員於參與計畫日前二年內，不得有特管辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。

(五)特約醫事服務機構所屬醫師至病人住家或照護機構提供醫療服務，得視為符合醫師法第八條之二所稱應邀出診，不需經事先報准執業所在地主管機關；其他醫事人員應依醫事相關法規報經當地衛生主管機關核准及保險人備查。

## 五、計畫申請程序

(一)符合前述各項資格之照護小組，由主責特約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3,須檢附訪視人員教育訓練證明、具體後送機制、當年預計執行案件量、護理人力配置、「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」合約書、照護機構同意與醫療院所共同參與本計畫之證明文件等)及通訊診療計畫(附錄)，經保險人分區業務組審核同意並副知所在地衛生主管機關(含照護機構資訊及同意照護小組執行通訊診療)後，始可參與本計畫；異動時亦同。醫院及診所僅限參與一個照護小組。

(二)因經費有限，保險人分區業務組得審酌照護小組執行能力等情形，擇優限定照護小組辦理本計畫。

(三)參與計畫之照護小組應每年提送預計執行之案件量予保險人分區業務組，該分區業務組得視經費使用情形，適當限制照護小組執行案件量，以達經費管控目的。

## 六、收案對象及收案程序

(一)收案對象：經主治醫師評估主診斷為肺炎(ICD-10-CM：J12-J18、J20-J22、J69.0)、尿路感染(ICD-10-CM：N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0)、軟組織感染(ICD-10-

CM：L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L03.8、L03.9)，應住院治療但適合在宅接受照護者(收案適應症詳附件 4)，且須符合下列條件之一：

1. 居整計畫、「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、「全民健康保險急性後期整合照護計畫」居家模式且失能(巴氏量表小於 60 分)、居家照護及居家安寧之收案個案(下稱居家個案)。
2. 參與衛生福利部「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」且依特管辦法第 21 條規定，報經保險人同意至照護機構提供一般西醫門診服務之機構住民。
3. 急診個案：限失能(巴氏量表小於 60 分)或因疾病特性致外出就醫不便者。

(二)收案院所限醫院及診所，收案期間主治醫師如有特殊原因，經報保險人分區業務組核定後，得更換主治醫師。

(三)各照護對象由下列照護小組提供服務：

1. 居家個案：由參與居整計畫、居家照護或居家安寧之特約醫事服務機構組成照護小組提供服務。

2. 照護機構住民：

(1)由已參與衛生福利部「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」且經保險人同意至該照護機構提供一般西醫門診服務之特約醫事服務機構提供服務，並得與參與居整計畫之居家護理機構組成照護小組提供醫療服務。

(2)如該照護機構住民同時為居家個案時，以參與衛生福利部「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」之特約醫事服務機構優先提供服務。

3. 急診個案：

(1)由參與居整計畫之特約醫事服務機構組成照護小組提供本計畫服務。

(2)居家個案由原照護團隊提供服務，原團隊未參與本計畫或個案未被收案者，由參與居整計畫之特約醫事服務機構組成照護小組提供服務。

(四)收案程序：病人經主治醫師評估符合收案條件者，經完整說明後開立收案申請書(附件 5)且於收案後 24 小時內由健保資訊

網服務系統(以下稱 VPN)送保險人備查，並請病人簽署同意書(附件 6)；保險人得視情況實地評估病人之醫療需求。

(五)同一病人於相同照護期間，其他特約醫事服務機構不得再申請收案。

(六)居家個案於本計畫照護期間，原居家醫療照護服務參加計畫不需結案，並於本計畫結束後回歸原居家醫療照護服務計畫之特約醫事服務機構或護理機構持續照護。

(七)主治醫師於相同時段內，收案以 20 人為上限。

## 七、 照護內容

主治醫師應整體評估病人之醫療需求，開立在宅急症照護醫囑，並得視醫療需要於病歷註明理由，連結其他醫事人員提供醫療服務。照護內容如下(建議診療項目詳附件 7)：

### (一) 醫師

1. 提供在宅急症照護及一般西醫門診診療服務。
2. 按病人病情開立藥品處方，照護期間病人原慢性病藥物服用完畢時，應開立本計畫照護期間所需之慢性病用藥。
3. 醫師開立藥品處方時，應透過健保醫療資訊雲端查詢系統，即時查詢病人近期之用藥資訊，避免重複處方，以提升病人用藥安全及品質。
4. 醫師應於收案 3 天內及結案當天各完成 1 次實地訪視；醫師未執行實地訪視時，仍應每日以遠距診療方式追蹤病人病情，詳細記載於病歷及 VPN 登打訪視紀錄，註明遠距診療方式供保險人備查。
5. 醫師得依通訊診察治療辦法第十八條第三項規定，經保險人分區業務組核定其通訊診療計畫並報當地衛生主管機關備查後，進行遠距診療及會診。
6. 醫師依通訊診察治療辦法執行遠距診療時，以視訊診療方式為主；山地離島地區或看診時因網路傳輸問題致無法以視訊方式進行診療者，得以電話方式執行並錄音留存。

(二) 護理人員：護理人員於照護期間內應每天實地訪視；提供在宅急症照護及居家護理照護、案家自我照護指導及衛教等。

(三) 呼吸治療師訪視：經主治醫師判斷有明確呼吸照護需求者，由呼

吸治療師提供在宅急症呼吸照護及案家自我照護指導。

- (四) 藥事人員訪視：經主治醫師判斷有明確藥事照護需求者，由藥事人員提供在宅急症藥事照護。
- (五) 藥品處方調劑服務：病人照護期間所需藥品，應由處方之特約醫事服務機構或同照護小組之特約藥局調劑為原則，如有特殊情形，經病人或其家屬同意後，由護理人員或其他醫事人員代為領藥。
- (六) 檢驗(查)服務：依病人需求提供適當檢驗(查)服務，並得提供床側檢驗(查)服務。
- (七) 個案健康管理：監測生命徵象、穩定健康狀態，並得使用遠端生命徵象相關監控設備；協助病人連結醫療及長期照顧服務資源。
- (八) 24 小時電話諮詢及緊急訪視服務：於病人發生緊急狀況時，提供病人及其家屬 24 小時醫療專業諮詢服務，必要時由醫師及護理人員進行緊急訪視，或啟動緊急醫療後送程序。
- (九) 每次實地訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次實地訪視時間(自到達案家起算，至離開案家為止)。
- (十) 照護小組評估個案有長期照顧服務需求時，應協助轉介各縣市長期照顧管理中心(下稱照管中心)。轉介方式依衛生福利部「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫之收案對象銜接長照服務資源注意事項」辦理(參考衛生福利部中央健康保險署全球資訊網：首頁/健保服務/健保醫療計畫/全民健康保險在宅急症照護試辦計畫/全民健康保險在宅急症照護試辦計畫/收案對象銜接長照服務資源注意事項)；並應確認收案對象是否為長期照顧服務個案後，通知各縣市照管中心評估調整照顧計畫。

## 八、給付項目及支付標準

- (一) 每日醫療費、每日護理費、醫事人員訪視費、管理指導費、緊急訪視費及其他費用，依附件 1 給付項目及支付標準支付。
- (二) 呼吸器依賴病人之呼吸器使用及安寧療護個案安寧緩和相關費用，應回歸原計畫申報。
- (三) 使用床側檢驗(查)者，其檢驗(查)依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」所列項目支付點數加計百分之二十支付(加成項目詳附件 1)。

## 九、回饋獎勵金

(一)每位完成治療結案之在宅急症照護個案，以該疾病照護目標天數內之每日醫療費及每日護理費加總，作為「每件基本點數」；並以實際照護天數內之每日醫療費、每日護理費及緊急訪視費加總，作為「實際申報點數」。計算方式如下：

1. 每件基本點數： $(\text{每日醫療費} + \text{每日護理費}) \times \text{疾病目標照護天數}$ 。
2. 實際申報點數： $(\text{每日醫療費} + \text{每日護理費}) \times \text{實際照護天數} + \text{緊急訪視費}$ 。

(二)當「每件基本點數」高於「實際申報點數」時，以下列計算方式支付回饋獎勵點數： $(\text{每件基本點數} - \text{實際申報點數}) \times 80\%$ 。

(三)以下情形不予支付回饋獎勵金：

1. 完成治療結案後 14 日內轉急診或轉住院者。
2. 照護對象來源為急診個案。
3. 經專業審查不符本計畫收案適應症或收案條件者。

## 十、醫療費用申報、審查及點值結算

(一)醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除本計畫另有規定外，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)為確保醫療服務合理性，保險人分區業務組對於收案人數高於同儕之特約醫事服務機構，必要時得啟動專案審查。

(三)本計畫收案經審核不符收案適應症或收案條件者，保險人不予支付費用。

(四)本計畫照護小組應擇定以下列任一方式申報醫療費用：

1. 由收案院所統一執行本計畫之醫療費用申報。
2. 本計畫給付項目及支付標準所稱「每日護理費」及「護理人員緊急訪視費」由設有居家護理服務項目之護理機構或居家呼吸照護所(以下稱居家護理服務院所)申報(限由一家居家護理服務院所申報)，其餘醫療費用統一由收案院所申報。居家護理服務院所提供呼吸治療師訪視服務者，得一併申報呼吸治療師訪

視費。

#### (五)健保卡登錄

1. 照護小組實地訪視時，應查驗病人之健保卡〔含虛擬(行動)健保卡〕及身分證明文件，照護第 1 天及結案當天須自備讀卡設備於健保卡登錄就醫紀錄，24 小時內上傳予保險人備查；照護第 2 天起不須以讀卡設備過卡，惟仍須每日至 VPN 登錄訪視紀錄(附件 8)供保險人備查。

2. 過卡流程如下：

(1) 由收案院所統一執行醫療費用申報者：照護第 1 天及結案當天均由收案院所過卡〔含虛擬(行動)健保卡〕；醫師採視訊診療者，應使用虛擬(行動)健保卡過卡。

(2) 由收案院所及居家護理服務院所分別申報者：照護第 1 天及結案當天由收案院所及居家護理服務院所分別過卡〔含虛擬(行動)健保卡〕；醫師採視訊診療者，應使用虛擬(行動)健保卡過卡。

(3) 過卡之就醫類別第 1 天填報「01 西醫門診」，結案當天填報「AH 居家照護」(不累計就醫序號)。

(4) 醫師採視訊診療，如病人未綁定、未使用或拒絕使用虛擬(行動)健保卡者，就醫序號請填列「NVIT」。

#### (六)醫療費用申報：

1. 由收案院所或居家護理服務院所按月執行本計畫之醫療費用申報，並於門診醫療點數清單填報「案件分類：E1」及任一「特定治療項目代號：EN」。

2. 在宅急症照護相關費用，應於結案後按月申報(同一個案之醫療費用，應統整於一個月份申報)：

(1) 「就醫日期」及「治療結束日期」欄位分別填報該案件收案日期及結案(轉院)日期。「診治醫事人員代號」欄位，請填報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、呼吸治療師、藥事人員)。

(2) 「轉診、處方調劑或特定檢查資源共享案件註記」及「轉診、處方調劑或特定檢查資源共享案件之服務機構代號」欄位分



別填報「EN」及收案院所代號。

(3)訪視人員各次訪視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」，呼吸治療師訪視請填「AC 胸腔內科」，藥師訪視免填。

(4)申報緊急訪視費時，「醫令執行時間-起/迄」請填至時分，「醫令執行時間-起/迄」未依規定填報，該筆醫令不予支付。

(5)本計畫除給付規定及支付標準所列項目，收案院所或居家護理服務院所於申報費用時，仍應填報各項醫令編號、名稱、數量、醫令執行時間及就醫科別等資訊，並於醫令類別填報「4：不計價」、點數填報0，以利保險人估算實際醫療成本。

(6)執行床側檢驗(查)服務時，該筆檢驗(查)醫令之醫令類別請填報「4：不計價」，點數請填0；符合本計畫附件1所列加成項目者，得於「支付成數」填入「120」。

(7)護理人員於例假日提供實地訪視者，該日每日護理費醫令之「支付成數」填入「120」；於天然災害停止上班期間提供實地訪視者，「支付成數」填入「150」；並以單筆醫令進行申報；同時符合例假日及天然災害停止上班期間提供實地訪視者，「支付成數」填入「150」。

(七)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。

(八)特約醫事服務機構於山地離島地區提供服務並申報山地離島地區醫療費用：應於門診醫療服務點數清單之「特定地區醫療服務」欄位填寫「04」，並於「支援區域」填寫山地離島地區之地區代碼。

(九)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，並以實際照護天數計算每日醫療費及每日護理費之百分之五計收。

2. 若屬全民健康保險法(以下稱健保法)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%。

#### (十)點值結算方式

1. 本計畫所列給付項目及支付標準之醫療費用：由其他預算之「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務」按季均分，採浮動點值計算，每點支付金額不高於 1 元；當季預算如有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。
2. 本計畫床側檢驗(查)加成費用及回饋獎勵金：由保險人於年度結束後計算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於 1 元。

### 十一、結案條件

個案符合下列任一條件者應予結案：

- (一)死亡。
- (二)遷居。
- (三)拒絕訪視。
- (四)完成治療或病情改善，無需繼續接受在宅急症照護。
- (五)轉急診或住院。
- (六)改由其他院所收案。

### 十二、觀察指標(列為次年度是否繼續辦理之參考)

#### (一)結案後 3 天內轉急診率

分子：在宅急症照護完成治療結案後 3 天內急診之案件數。

分母：在宅急症照護完成治療結案之案件數。

#### (二)結案後 14 天內轉急診率

分子：在宅急症照護完成治療結案後 14 天內急診之案件數。

分母：在宅急症照護完成治療結案之案件數。

#### (三)結案後 3 天內轉住院率

分子：在宅急症照護完成治療結案後 3 天內住院之案件數。

分母：在宅急症照護完成治療結案之案件數。

#### (四)結案後 14 天內轉住院率

分子：在宅急症照護完成治療結案後 14 天內住院之案件數。

分母：在宅急症照護完成治療結案之案件數。

#### (五)緩解完治率

分子：完成治療結案數(排除結案後因同一疾病 3 天內轉住院及轉急診之案件)。

分母：在宅急症照護案數。

#### (六)超出計畫目標天數案件比率

分子：超過該疾病目標照護天數之案件數。

分母：在宅急症照護完成治療結案之案件數。

### 十三、計畫管理機制

(一)保險人負責本計畫之研訂與修正。

(二)保險人分區業務組負責審核特約醫事服務機構之參與資格、核定及輔導轄區特約醫事服務機構執行計畫、核發費用。

### 十四、退場機制

(一)參與本計畫之特約醫事服務機構，未依排定時間進行實地訪視且未事先通知病人、無故拒絕轉介單位轉介之病人、或參與本計畫有待改善事項，經保險人通知限期改善而未改善者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。經保險人終止計畫參與資格者，一年內不得再申請參與本計畫。

(二)參與本計畫之特約醫事服務機構如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)，應自保險人第一次核定違規函所載核定停約或終止特約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫事服務機構提供本計畫服務之成效，另

予考量。

- (三)特約醫事服務機構如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起 30 日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。

## 十五、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，並副知健保會。
- (二)屬給付項目及支付標準之修正，依健保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

## 「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」給付項目及支付標準

通則：

- 一、本表限參與本計畫之收案院所或居家護理服務院所申報。
- 二、除本表給付規定及支付標準所列項目，收案院所於申報費用時，仍應填報各項醫令編號、名稱及數量等資訊，並於醫令類別填報「4：不計價」、點數填報 0。
- 三、各疾病目標照護天數及上限天數如下：
  - (一) 肺炎：目標十天，上限十四天。
  - (二) 尿路感染：目標七天，上限九天。
  - (三) 軟組織感染：目標七天，上限九天。
- 四、特約醫事服務機構對同一病人於相同照護期間，僅可擇一最適疾病(主診斷)進行申報。不同適應症者，以照護天數較高之適應症計算之。
- 五、同一病人照護天數已達本計畫上限天數者，照護小組應予結案或回歸原居家醫療照護服務之特約醫事服務機構或護理機構照護。
- 六、同一病人結案後七天內由同一照護小組重新收案，或轉由其他照護小組持續本計畫照護者，視為同一件在宅急症照護案件，照護天數不得重新計算；超過上限天數者不予支付費用。
- 七、為增加臨床醫師對於抗生素之選擇性，照護小組於目標照護天數內，得使用輸液器一日型，施打抗生素，並申報對應之每日醫療費；於目標照護天數外不予支付輸液器費用。
- 八、原居家個案或照護機構住民經同一醫師訪視後當日由本計畫收案，應申報本計畫每日醫療費，不得重複申報原計畫醫師訪視費或門診診察費。
- 九、照護小組至病人住家或照護機構評估在宅急症照護需求，如經評估病人不符合收案條件，其醫事人員訪視費或門診診察費應回歸原計畫申報。
- 十、同一病人於相同照護期間，依主治醫師評估病人實際需求後由呼吸治療師或藥事人員提供訪視。呼吸治療師訪視次數以三次為原則，惟呼吸器依賴病人不在此限；藥事人員訪視次數以 1 次為原則。
- 十一、緊急訪視適應症：適用醫師及護理人員，且訪視時間為下午六時至隔日上午八時。
  - (一) 適應症：
    1. 生命徵象不穩定。
    2. 呼吸喘急持續未改善。
    3. 譫妄或意識狀態不穩定。
    4. 急性疼痛發作。
    5. 發燒或突發性體溫不穩定。
    6. 急性腹瀉。
    7. 須立即處理之管路問題。
    8. 其他經醫師評估有立即前往需要者。
  - (二) 除須立即處理之管路問題項外，其他項適應症須先由醫師就病人病情進行評估後，決定適當醫事人員至案家緊急訪視，緊急訪視相關醫囑應載於訪視紀錄。
  - (三) 同一醫師及護理人員對同一病人之緊急訪視，每日各以一人次為限，超過不予支付。
- 十二、執行本計畫所列床側檢驗(查)加成項目(詳加成項目表)，得依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」表定點數加成計百分之二十。

支付標準表

| 編號     | 診療項目                   | 支付點數 |
|--------|------------------------|------|
|        | 每日醫療費(天)               |      |
|        | 肺炎(第一至十天)              |      |
| P8401C | 1. 在宅                  | 3734 |
| P8402C | 2. 機構                  | 2800 |
| P8448C | 3. 在宅-使用輸液器一日型         | 4836 |
| P8449C | 4. 機構-使用輸液器一日型         | 3902 |
|        | 山地離島地區每日醫療費(肺炎第一至十天)   |      |
| P8403C | 1. 在宅                  | 4929 |
| P8404C | 2. 機構                  | 3697 |
| P8450C | 3. 在宅-使用輸液器一日型         | 6031 |
| P8451C | 4. 機構-使用輸液器一日型         | 4799 |
|        | 肺炎(第十一至十四天)            |      |
| P8405C | 1. 在宅                  | 2800 |
| P8436C | 2. 機構                  | 2100 |
|        | 山地離島地區每日醫療費(肺炎第十一至十四天) |      |
| P8437C | 1. 在宅                  | 3697 |
| P8438C | 2. 機構                  | 2773 |
|        | 尿路感染(第一至七天)            |      |
| P8406C | 1. 在宅                  | 2733 |
| P8407C | 2. 機構                  | 2050 |
| P8452C | 3. 在宅-使用輸液器一日型         | 3835 |
| P8453C | 4. 機構-使用輸液器一日型         | 3152 |
|        | 山地離島地區每日醫療費(尿路感染第一至七天) |      |
| P8408C | 1. 在宅                  | 3608 |
| P8409C | 2. 機構                  | 2706 |
| P8454C | 3. 在宅-使用輸液器一日型         | 4710 |
| P8455C | 4. 機構-使用輸液器一日型         | 3808 |
|        | 尿路感染(第八至九天)            |      |
| P8410C | 1. 在宅                  | 2050 |
| P8439C | 2. 機構                  | 1538 |
|        | 山地離島地區每日醫療費(尿路感染第八至九天) |      |
| P8440C | 1. 在宅                  | 2706 |
| P8441C | 2. 機構                  | 2030 |

| 編號     | 診療項目                                                                                                                                                     | 支付點數 |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|        | 軟組織感染(第一至七天)                                                                                                                                             |      |
| P8411C | 1. 在宅                                                                                                                                                    | 3105 |
| P8412C | 2. 機構                                                                                                                                                    | 2329 |
| P8456C | 3. 在宅-使用輸液器一日型                                                                                                                                           | 4207 |
| P8457C | 4. 機構-使用輸液器一日型                                                                                                                                           | 3431 |
|        | 山地離島地區每日醫療費(軟組織感染第一至七天)                                                                                                                                  |      |
| P8413C | 1. 在宅                                                                                                                                                    | 4099 |
| P8414C | 2. 機構                                                                                                                                                    | 3074 |
| P8458C | 3. 在宅-使用輸液器一日型                                                                                                                                           | 5201 |
| P8459C | 4. 機構-使用輸液器一日型                                                                                                                                           | 4176 |
|        | 軟組織感染(第八至九天)                                                                                                                                             |      |
| P8415C | 1. 在宅                                                                                                                                                    | 2329 |
| P8442C | 2. 機構                                                                                                                                                    | 1747 |
|        | 山地離島地區每日醫療費(軟組織感染第八至九天)                                                                                                                                  |      |
| P8443C | 1. 在宅                                                                                                                                                    | 3074 |
| P8444C | 2. 機構                                                                                                                                                    | 2306 |
|        | 註：<br>1. 每日醫療費所訂點數含診察(含會診、通訊診療)、藥物、藥事服務、檢驗(查)、各項治療處置、特殊材料、個案管理、電子資料處理及行政作業成本等。<br>2. 訪視人員當日僅提供一位機構住民在宅急症照護，且同時段未提供西醫門診巡診服務、居家照護及安寧居家療護等醫療服務時，得以在宅支付點數申報。 |      |
|        | 每日護理費(天)                                                                                                                                                 |      |
| P8416C | 1. 在宅                                                                                                                                                    | 1755 |
| P8417C | 2. 機構                                                                                                                                                    | 1404 |
|        | 山地離島地區每日護理費(天)                                                                                                                                           |      |
| P8418C | 1. 在宅                                                                                                                                                    | 2317 |
| P8419C | 2. 機構                                                                                                                                                    | 1854 |
|        | 目標照護天數外之每日護理費(天)<br>(肺炎第十一至十四天、尿路感染第八至九天、軟組織感染第八至九天)                                                                                                     |      |
| P8420C | 1. 在宅                                                                                                                                                    | 1316 |
| P8445C | 2. 機構                                                                                                                                                    | 1053 |
|        | 目標照護天數外之山地離島地區每日護理費(天)<br>(肺炎第十一至十四天、尿路感染第八至九天、軟組織感染第八至九天)                                                                                               |      |
| P8446C | 1. 在宅                                                                                                                                                    | 1738 |
| P8447C | 2. 機構                                                                                                                                                    | 1391 |
|        | 註：                                                                                                                                                       |      |

| 編號     | 診療項目                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 支付點數 |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|        | <p>1. 每日護理費所訂點數含護理人員訪視、護理服務、照護處置、電子資料處理及行政作業成本等。</p> <p>2. 護理人員於下列期間提供實地訪視者，加成方式如下：</p> <p>(1)例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十。</p> <p>(2)因天然災害停止上班期間加計百分之五十。</p> <p>(3)同時符合(1)及(2)所列條件者，則加計百分之五十。</p> <p>3. 訪視人員當日僅提供一位機構住民在宅急症照護，且同時段未提供西醫門診巡診服務、居家照護及安寧居家療護等醫療服務時，得以在宅支付點數申報。</p> <p><b>醫事人員訪視費</b></p> |      |
| P8421C | 醫師收案評估費(件)                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2640 |
|        | <p>註：</p> <p>1. 同一病人於相同照護期間限報一次。</p> <p>2. 醫師於收案當日完成實地訪視，得申報本項費用。</p>                                                                                                                                                                                                                                            |      |
|        | 居家藥事照護費(次)                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |
| P8422C | 1. 在宅                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1100 |
| P8423C | 2. 機構                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 880  |
|        | 山地離島居家藥事照護費(次)                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |
| P8424C | 1. 在宅                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1452 |
| P8425C | 2. 機構                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1162 |
|        | <p>註：</p> <p>1. 居家藥事照護費所訂點數含用藥評估、用藥分裝、餘藥檢核、藥事服務、電子資料處理及行政作業成本等。</p> <p>2. 訪視人員當日僅提供一位機構住民在宅急症照護，且同時段未提供西醫門診巡診服務、居家照護及安寧居家療護等醫療服務時，得以在宅支付點數申報。</p>                                                                                                                                                                |      |
|        | 呼吸治療師訪視費(次)                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |      |
| P8426C | 1. 在宅                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1050 |
| P8427C | 2. 機構                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 840  |
|        | 山地離島呼吸治療師訪視費(次)                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |
| P8428C | 1. 在宅                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1386 |
| P8429C | 2. 機構                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1109 |
|        | <p>註：</p> <p>1. 呼吸治療訪視費所訂點數含呼吸治療處置、電子資料處理及行政作業成本等。</p> <p>2. 訪視人員當日僅提供一位機構住民在宅急症照護，且同時段未提供西醫門診巡診服務、居家照護及安寧居家療護等醫療服務時，得以在宅支付點數申報。</p>                                                                                                                                                                             |      |



| 編號     | 診療項目                                                                                                                                                   | 支付點數 |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| P8430C | <b>管理指導費</b><br>壓傷照護指導費(件)<br>註：<br>1. 同一病人於相同照護期間限報一次，照護期間產生之壓傷不得申報本項費用。<br>2. 本項支付點數內含三級以上壓傷傷口照護之病人及家屬衛教指導、24 小時諮詢服務等費用，照護小組應將衛教指導情形記載於病歷及 VPN 訪視紀錄。 | 1000 |
| P8431C | 噴霧照護指導費(件)<br>註：<br>1. 同一病人於相同照護期間限報一次。<br>2. 本項支付點數內含蒸汽吸入、抽痰或咳嗽拍痰之病人及家屬衛教指導及 24 小時諮詢服務費用，照護小組應將衛教指導情形記載於病歷及 VPN 訪視紀錄。                                 | 1000 |
| P8432C | 氧氣照護指導費(件)<br>註：<br>1. 同一病人於相同照護期間限報一次。<br>2. 本項支付點數內含氧氣、鼻導管、各式面罩、T 型管、呼吸器等氧氣照護之病人與家屬衛教指導及 24 小時諮詢服務費用，照護小組應將衛教指導情形記載於病歷及 VPN 訪視紀錄。                    | 1000 |
| P8433C | <b>緊急訪視費及其他費用</b><br>醫師緊急訪視費(次)                                                                                                                        | 3106 |
| P8434C | 護理人員緊急訪視費(次)                                                                                                                                           | 2632 |
| P8435C | 遠端生命徵象監測費(天)<br>註：<br>3. 本項支付點數內含遠端生命徵象監測設備成本(如血壓、血氧、呼吸等)、至案家完成設備架設及設定、教導病人及照顧者使用設備、電子資料處理、醫事人員監測判讀及行政成本等。<br>4. 照護小組應將遠端監測設備之類型及使用頻率記載於病歷並保留照片備查。     | 400  |

### 床側檢驗(查)加成項目表

下表所列項目依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」表定點數加計百分之二十。

| 編號     | 診療項目                                                         |
|--------|--------------------------------------------------------------|
| 08003C | 血色素檢查 Hemoglobin (Hb)                                        |
| 08004C | 血球比容值測定 Hematocrite (Hct)                                    |
| 08026C | 凝血酶原時間 Prothrombin time (一段式) (PT)                           |
| 08089B | 活化凝血時間 ACT test                                              |
| 09002C | 血中尿素氮 BUN, blood urea nitrogen                               |
| 09005C | 血液及體液空腹 Glucose-Ante Cibum, AC                               |
| 09015C | 肌酐、血 Creatinine (B) CRTN                                     |
| 09021C | 鈉 Na (Sodium)                                                |
| 09022C | 鉀 K (Potassium)                                              |
| 09023C | 氯 Cl (Chloride)                                              |
| 09041B | 血液氣體分析 Blood gas analysis                                    |
| 09059B | 乳酸 Lactic Acid (lactate)                                     |
| 09071C | 肌酸磷酸酶(MB 同功酶)<br>CK-MB (Creatine phosphokinase-MB)           |
| 09099C | 心肌旋轉蛋白 I (Troponin I)                                        |
| 12015C | C 反應性蛋白試驗 C.R.P (C-reactive protein)<br>— 免疫比濁法 Nephelometry |
| 12020C | 肺炎黴漿菌抗體試驗 (Mycoplasma pneumonia Ab test)                     |
| 12112B | 白蛋白 (免疫比濁法) Albumin (Nephelometry)                           |
| 12165C | A 群鏈球菌抗原 Streptococcus group A antigen (EIA)                 |
| 12172C | 尿液肺炎球菌抗原 Pneumococcus Ag (urine)                             |
| 12191C | 尿液退伍軍人菌抗原 Legionella pneumophila Ag (urine)                  |
| 12193C | B 型利納肽(B 型利納利尿胜肽) Pro-BNP/(BNP)                              |
| 14058C | 呼吸融合細胞病毒試驗 RSV screening test                                |
| 14064C | 腺病毒抗原檢查 Adenovirus Ag test                                   |
| 14065C | 流行性感冒 A 型病毒抗原 Influenza A Ag                                 |
| 14066C | 流行性感冒 B 型病毒抗原 Influenza B Ag                                 |

| 編號     | 診療項目                                                                                                                                                                   |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14084C | 新型冠狀病毒抗原檢測 SARS-CoV-2 Ag test                                                                                                                                          |
| 17002B | 最大吸氣壓及最大吐氣壓 Pi max and Pe max                                                                                                                                          |
| 17017B | 全階呼吸量測定 Haloscale respiration                                                                                                                                          |
| 18001C | 心電圖 E.K.G. (Electrocardiography)                                                                                                                                       |
| 18005C | 超音波心臟圖(包括單面、雙面)<br>Echocardiography (-M-mode and -sector- scan)                                                                                                        |
| 19001C | 腹部超音波 Abdominal ultrasound<br>(包括肝 liver, 膽囊 gall bladder, 胰 pancreas, 脾 spleen, 下腔靜脈 inferior vena cava, 腹主動脈 abdominal aorta, 腎 kidney 及其他腹部超音波 abdominal others 在內) |
| 19005C | 其他超音波 Echo for others                                                                                                                                                  |
| 19009C | 腹部超音波，追蹤性 Abdominal ultrasound, for follow-up                                                                                                                          |
| 19012C | 頭頸部軟組織超音波(如甲狀腺 thyroid、副甲狀腺 parathyroid、腮腺 parotid)<br>Head and neck soft tissue echo(thyroid, parathyroid, parotid gland)                                             |
| 19014C | 乳房超音波                                                                                                                                                                  |
| 19016C | 四肢超音波                                                                                                                                                                  |
| 24007B | 血漿游離鈣測定 Plasma free Ca <sup>++</sup>                                                                                                                                   |
| 32001C | 胸腔檢查(包括各種角度部位之胸腔檢查)第一張<br>Chest view (including each view of chest film)                                                                                               |
| 32002C | 胸腔檢查(包括各種角度部位之胸腔檢查)第二張以後<br>Chest view (including each view of chest film)                                                                                             |
| 32003C | 胸腔後前位及兩側斜位檢查(鋇餐) Chest P - A and both oblique view (with bariummeal)                                                                                                   |
| 32026C | X-光透視攝影 Fluoroscopy                                                                                                                                                    |
| 57016B | 經皮測二氧化碳分壓器或呼氣末二氧化碳分壓器(日)<br>TC PCO <sub>2</sub> or End tidal CO <sub>2</sub> monitor (day)                                                                             |

## 「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」

## 訪視人員第一年教育訓練課程內容

| 序號 | 課程名稱                      | 課程大綱                                                                                 | 時數 |
|----|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1  | 在宅急症照護試辦計畫介紹及申請           | 試辦計畫說明、計畫申請及醫療費用申報作業。                                                                | 1  |
| 2  | 在宅急症照護實務運作                | 各模式之收案流程、處置及照護之介紹(含感染症抗生素使用建議)。                                                      | 2  |
| 3  | 在宅急症照護之臨床檢驗(查)實務運用、團隊照護機制 | 1. 常見檢驗(查)、床側檢驗(查)、遠端監測設備之介紹及實務操作、通訊診療實例介紹。<br>2. 跨團隊照護合作流程、後送機制、緊急事件處理及長照資源銜接之實務介紹。 | 1  |

註：

1. 參與本計畫第一年教育訓練以實體課程為限；其中「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫介紹及申請」課程，得由保險人分區業務組以說明會或與相關單位共同辦理。
2. 相關單位欲辦理本計畫教育訓練者，其講師應採用經保險人認可之師資，並檢具詳細課程規劃及師資送保險人審查同意後開課。
3. 前開師資，由保險人或台灣在宅醫療學會辦理培訓作業；取得師資資格者，由保險人公開名單於衛生福利部中央健康保險署全球資訊網，以利相關單位規劃本計畫教育訓練。
4. 本計畫實施前，已接受相當之前述課程內容，經保險人認可者，亦可採認其訓練證明。

## 「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」申請書

提報日期：

|        |                                                                                                                                                                                                                                               |                       |        |          |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------|----------|
| 基本資料   | 照護小組名稱                                                                                                                                                                                                                                        |                       | 照護小組代號 | (由保險人填入) |
|        | 主責機構                                                                                                                                                                                                                                          |                       | 機構代碼   |          |
|        | 負責人                                                                                                                                                                                                                                           |                       | 聯絡人    |          |
|        | 聯絡電話                                                                                                                                                                                                                                          |                       | Email  |          |
| 小組資料   | 照護小組醫事機構名稱、醫事機構代號、主治醫師及各類參與人員之科別/身分證號/姓名/醫事人員類別等資料(含個管師)，醫事人員請檢附教育訓練證明文件。                                                                                                                                                                     |                       |        |          |
| 預定照護對象 | <input type="checkbox"/> 1. 居家個案，預定執行案件量：<br><input type="checkbox"/> 2. 照護機構住民，預定執行案件量：<br>照護機構名稱：                    照護機構代碼：<br>(檢附醫療院所及照護機構參與「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」合約書、照護機構同意與醫療院所共同參與本計畫之證明文件)<br><input type="checkbox"/> 3. 急診個案，預定執行案件量： |                       |        |          |
| 計畫內容   | 服務內容及<br>流程規劃                                                                                                                                                                                                                                 |                       |        |          |
|        | 24 小時諮詢專線                                                                                                                                                                                                                                     |                       |        |          |
|        | 個案健康管理措施                                                                                                                                                                                                                                      | 如有使用遠端生命徵象監測設備，應一併敘明。 |        |          |
|        | 病人轉銜合作機制                                                                                                                                                                                                                                      |                       |        |          |
|        | 後送機制<br>(含後送醫院名稱)                                                                                                                                                                                                                             |                       |        |          |
|        | 護理人力配置<br>(護理人員:病人)                                                                                                                                                                                                                           |                       |        |          |

註：請依「醫療機構通訊診察治療實施計畫書(範本)」(附錄)提具通訊診療計畫。

## 「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」收案適應症

| 疾病別   | 收案適應症                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 肺炎    | <p>下列四項應至少符合三項：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 臨床症狀：明顯下呼吸道症狀，如(膿)痰、氣促、喘鳴、胸部不適、胸痛或聽診異常(喘鳴音、囉音)；或出現全身症狀如發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變(嗜睡、混亂、譫妄或不安)、食慾變差等。</li> <li>2. 實驗室檢查：血液白血球(嗜中性球比例)上升、C 反應蛋白上升、流感或 COVID-19 快篩陽性、肺炎鏈球菌或退伍軍人症尿液抗原陽性。</li> <li>3. 影像學檢查：X 光發現或超音波之發現（影像備查）。</li> <li>4. 細菌抹片或培養報告：痰液或血液之有意義發現。</li> </ol> |
| 尿路感染  | <p>下列四項應至少符合二項：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 局部症狀：如解尿灼熱、疼痛、尿少、膿尿且過去一週內，經口服抗生素治療失敗。或腰側敲擊痛。</li> <li>2. 全身症狀：如發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變(嗜睡、混亂、譫妄或不安)、食慾變差等。</li> <li>3. 實驗室檢查：血液白血球(嗜中性球比例)上升、C 反應蛋白上升，尿液常規白血球上升、細菌(Bacteria)、亞硝酸鹽(Nitrite)呈陽性反應。</li> <li>4. 細菌抹片或培養報告：尿液或血液之有意義發現。</li> </ol>                         |
| 軟組織感染 | <p>下列四項應至少符合三項：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 局部症狀：如紅腫熱痛，且過去一週內，經口服抗生素治療失敗。</li> <li>2. 全身症狀：如發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變(嗜睡、混亂、譫妄或不安)、食慾變差等。</li> <li>3. 理學檢查：皮膚紅腫、傷口或化膿表現（影像備查）。</li> <li>4. 實驗室檢查：血液白血球(嗜中性球比例)上升、C 反應蛋白上升。或細菌抹片或培養報告：傷口或血液之有意義發現。</li> </ol>                                                         |

## 「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」收案申請書

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                |   |              |                                                           |         |              |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------|-----------------------------------------------------------|---------|--------------|
| 收案機構                 | 名稱：                                                                                                                                                                                                                                            |   | 代號：          |                                                           | 照護小組代號： |              |
| 收案日期                 | 年                                                                                                                                                                                                                                              | 月 | 日            | 申請日期                                                      | 年       | 月 日          |
| 主治醫師                 |                                                                                                                                                                                                                                                |   | 主治醫師<br>身分證號 |                                                           |         |              |
| 主護理師                 |                                                                                                                                                                                                                                                |   | 主護理師<br>身分證號 |                                                           |         | 主護理師<br>所屬院所 |
| 第一部分：基本資料            |                                                                                                                                                                                                                                                |   |              |                                                           |         |              |
| 病人姓名                 |                                                                                                                                                                                                                                                |   | 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)                                                   |         |              |
| 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<br>聯絡人            | 與病人關係： 聯絡電話/手機：                                                                                                                                                                                                                                |   |              |                                                           |         |              |
| 社會福利<br>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                                                 |   |              |                                                           |         |              |
| 照顧者                  | <input type="checkbox"/> 1. 本人 <input type="checkbox"/> 2. 配偶 <input type="checkbox"/> 3. 子女 <input type="checkbox"/> 4. 看護 <input type="checkbox"/> 5. 其它_____                                                                                |   |              |                                                           |         |              |
| 決策者                  | <input type="checkbox"/> 1. 本人 <input type="checkbox"/> 2. 配偶 <input type="checkbox"/> 3. 子女 <input type="checkbox"/> 4. 其他_____                                                                                                               |   |              |                                                           |         |              |
| 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                                                                                                          |   |              |                                                           |         |              |
| 呼吸<br>(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<br><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<br><input type="checkbox"/> 2 損傷(部位： 大小： X X 等級：<br>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<br>活動能力<br>(收案) | ADL 總分： 分                                                                                                                                                                                                                                      |   |              |                                                           |         |              |
| 肌力                   | 上肢(左： 分 右： 分)、下肢(左： 分 右： 分)                                                                                                                                                                                                                    |   |              |                                                           |         |              |
| 主訴                   |                                                                                                                                                                                                                                                |   |              |                                                           |         |              |
| 第三部分：收案評估            |                                                                                                                                                                                                                                                |   |              |                                                           |         |              |

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 收案來源           | <input type="checkbox"/> 1. 居家個案 <input type="checkbox"/> 居家醫療照護整合計畫 <input type="checkbox"/> 一般居護 <input type="checkbox"/> 居家安寧 <input type="checkbox"/> 呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫 <input type="checkbox"/> 急性後期整合照護計畫。<br><input type="checkbox"/> 2. 照護機構住民，機構名稱：<br><input type="checkbox"/> 3. 醫院急診，來源醫院： |
| 收案適應症          | <input type="checkbox"/> 1. 肺炎 <input type="checkbox"/> 2. 尿路感染 <input type="checkbox"/> 3. 軟組織感染                                                                                                                                                                                                          |
| 收案適應症明細        | <p>(一)肺炎</p> <input type="checkbox"/> 1. 臨床症狀：下呼吸道症狀如痰、氣促、喘鳴、胸部不適、胸痛或聽診異常；或發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變、食慾變差。<br><input type="checkbox"/> 2. 實驗室檢查：血液白血球或C反應蛋白上升、流感或COVID-19快篩陽性、肺炎鏈球菌或退伍軍人症尿液抗原陽性。<br><input type="checkbox"/> 3. 影像學檢查：X光發現或超音波之發現<br><input type="checkbox"/> 4. 細菌抹片或培養報告：痰液或血液之有意義發現。            |
|                | <p>(二)尿路感染</p> <input type="checkbox"/> 1. 局部症狀：解尿灼熱、疼痛、尿少、膿尿且過去一週內經口服抗生素治療失敗。或腰側敲擊痛。<br><input type="checkbox"/> 2. 全身症狀：發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變、食慾變差等。<br><input type="checkbox"/> 3. 實驗室檢查：血液白血球或C反應蛋白上升，尿液常規白血球上升、Bacteria、Nitrite陽性反應。<br><input type="checkbox"/> 4. 細菌抹片或培養報告：尿液或血液之有意義發現。                |
|                | <p>(三)軟組織感染</p> <input type="checkbox"/> 1. 局部症狀：如紅腫熱痛，且過去一週內，經口服抗生素治療失敗。<br><input type="checkbox"/> 2. 全身症狀：發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變、食慾變差等。<br><input type="checkbox"/> 3. 理學檢查：皮膚紅腫、傷口或化膿表現。<br><input type="checkbox"/> 4. 實驗室檢查：血液白血球或C反應蛋白上升。或傷口、血液細菌抹片/培養有意義發現。<br>上述各疾病別之適應症於收案時，應至少符合3項方可收案(尿路感染須符合2項)   |
| 居家急症治療模式       | <input type="checkbox"/> 1. 居家治療 <input type="checkbox"/> 2. 照護機構治療 <input type="checkbox"/> 3. 經急診返家治療                                                                                                                                                                                                    |
| 第四部分：醫療計畫(第一天) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 主診斷            | (填ICD，限肺炎、泌尿道感染及蜂窩性組織炎：J12-J18、J20-J22、J69.0、N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0、L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L038、L039)                                                                                                                                                                                      |
| 次診斷            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 醫療治療計畫         | (Admission summary)                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 新增管路           | <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 靜脈注射                                                                                                                                                                                                                     |



|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 特殊醫囑      | <input type="checkbox"/> 呼吸照護 <input type="checkbox"/> 傷口照護 <input type="checkbox"/> 遠距生理監測 <input type="checkbox"/> 輸液治療 <input type="checkbox"/> 其他_____                                                                                                                                                                            |
| 第五部分：結案評估 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 治療經過      | (Discharge summary)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 長照需求      | 是否為長照個案<br><input type="checkbox"/> 1. 是長照個案，且已轉介照管中心<br><input type="checkbox"/> 2. 非長照個案(續答下題)：<br><input type="checkbox"/> 2-1. 有長照需求，且已轉介照管中心。轉介單位 轉介日期：<br><input type="checkbox"/> 2-2. 無長照需求，不須轉介。                                                                                                                             |
| 結案資訊      | 結案或轉院日期： 年 月 日<br>結案時日常生活活動能力：ADL 總分 分。<br><input type="checkbox"/> 1. 緩解完治，聯繫原醫療團隊或門診(巡診)醫師。<br><input type="checkbox"/> 2. 緩解完治，聯繫其他醫療團隊或安排門診。<br><input type="checkbox"/> 3. 中斷治療：病人遷居、拒絕訪視<br><input type="checkbox"/> 4. 轉醫院治療(急診/住院)，轉院院所：<br><input type="checkbox"/> 5. 轉其他在宅急症照護小組照護，轉院院所：<br><input type="checkbox"/> 6. 死亡 |

## 「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」病人同意書

### 一、 服務說明：

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」提供感染急症病人在宅/機構醫療服務，由主治醫師整體評估病人的病情，視診療需要連結其他醫師、護理人員、呼吸治療師及藥師等人員提供訪視及視訊診療服務，並協助病人照護期間之送藥服務。

為提供整合性醫療照護服務，主治醫師將透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」查詢病人近期之就醫與用藥資訊，以提升照護品質及用藥安全。

本計畫提供住院替代服務，至於所購買之商業保險產品其理賠條件，仍須由病人逕向保險公司洽詢。

### 二、 接受服務意向表達：

本人 ☐同意 ☐不同意 ○○醫院(診所)○○○醫師為本人在宅急症照護之主治醫師，於本人簽署同意書日起至結案日止，可透過衛生福利部中央健康保險署建置之「健保醫療資訊雲端查詢系統」，查詢本人就醫之醫療費用申報資料及健保卡上傳就醫資料，並提供實質在宅急症醫療照護。

### 三、 轉介長期照顧服務意願

本人目前☐是長照個案☐非長照個案，於收案期間☐有長照服務需求☐無長照需求，☐同意☐不同意○○醫院(診所)將本人資料提供居住所在地之長期照顧管理中心以協助後續長期照顧服務連結。

另本人☐已了解「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫之收案對象銜接長照服務資源注意事項」之使用限制(例：不得使用陪同外出等服務)，並同意可依前述注意事項規範於收案期間內彈性使用照顧組合。

此致 ○○醫院(診所)

立書同意人：

出生年月日：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

身分證號：

代理人：

與病人之關係：

身分證號：

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」建議診療項目 附件 7

| 醫療病史 (Medical history)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 身體檢查 (Physical examination)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 與診斷關聯之症狀、檢驗室結果<br>Symptoms, laboratory results related to diagnosis<br>2. 過去慢性病史 Past history<br>3. 感染病史 History of infections<br>4. 藥物史 Medication history<br>5. 周邊血管疾病危險因素 PAD risk factors<br>6. 結石家族史 GU Stone Family history<br>7. 現在治療計畫 present treatment plans<br>8. 藥物 Medications<br>9. 呼吸支持 Respiratory support<br>10. 過敏史 Allergy history<br>11. 現在治療執行方案 Current treatment program<br>12. 急性併發症 Acute complications<br>13. 心理社會／經濟因素<br>Psychosocial/economic factors<br>14. 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use | 1. 體溫 Body Tempature<br>2. 脈搏 pulses<br>3. 呼吸 Respiratory<br>4. 血氧 pulse oximeter<br>5. 血壓 Blood pressure<br>6. 體重 weight<br>7. 足部檢查 Foot examination<br>8. 皮膚檢查 Skin examination<br>9. 神經學檢查 Neurological examination<br>10. 口腔檢查 Oral examination<br>11. 影像學檢查 Imaging examination*(胸部 X 光或重點式超音波 POCUS)                                                                    |
| 檢驗室檢查 (Laboratory evaluation)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 管理計畫 (Management Plan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 1. 08011C 全套血液檢查 I CBC-I*<br>2. 08013C 白血球分類計數 WBC differential count*<br>3. 12015C C 反應蛋白 C-Reactive Protein*<br>4. 09015C 血清肌酐 Serum creatinine*<br>5. 09002C 血中尿素氮 BUN, blood urea nitrogen*<br>6. 09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺基 SGPT (or ALT) *<br>7. 09005C 血液葡萄糖 Glucose*<br>8. 09021C 鈉 Na (Sodium) *<br>9. 09022C 鉀 K(Potassium) *<br>10. 06012C 尿液分析 (尿一般檢查) General urine examination*<br>11. 12172C 尿液肺炎鏈球菌抗原(A) ☒<br>12. 09038C 白蛋白 Albumin☒<br>13. 13007C 細菌培養鑑定檢查 culture ☒<br>14. 13022B 抗生素敏感性試驗(MIC 法)三菌種以上☒         | 1. 短期與長期目標 Short-and long-term goals<br>2. 藥物指導 Medications<br>3. 吞嚥及營養治療 Swallowing and nutrition therapy(if indicated) ☒<br>4. 管路照護 Tube care<br>5. 生活型態改變 Lifestyle changes<br>6. 遠距專科醫師會診(視情況而定)Specialty consultations (as indicated)<br>7. 遠端生理監測 Remote Patient Monitoring*<br>8. 家庭照顧者支持 Family caregiver support<br>9. 協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定) |

|                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 15. 09041B 血液氣體分析 Blood gas analysis ㄨ<br>16. 18001C 心電圖(成人)Electrocardiogram (adults) ㄨ<br>17. 10531B 血中藥物濃度測定-Vancomycin Therapeutic drug monitoring-vancomycinㄨ<br>18. 11001C ABO 血型測定檢驗(A. B. AB. O blood grouping) ㄨ<br>19. 11002C 交叉配合試驗 Crossmatching testㄨ |  |
| 註：<br>1. 參照 2018 Taiwan Guidelines for the Management of Pneumonia Taiwan Guidelines for the Management of Pneumonia.<br>2. 表列檢驗、檢查與服務項目中，「*」註記表示為建議必要執行診療項目，「ㄨ」註記表示為建議得視病人病情 (if indicated) 為選擇性執行項目。                                                             |  |

# 「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」訪視紀錄

※一個訪視人員填寫 1 頁，同日有不同醫事人員訪視則填寫不同頁面

|                           |                                                                                                                                              |                                                                                                                                              |                                                                                                                                              |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日期                        | 年 月 日 (Day1)                                                                                                                                 | 年 月 日 (Day2)                                                                                                                                 | 年 月 日 (Day3)                                                                                                                                 |
| 時間                        | : — :                                                                                                                                        | : — :                                                                                                                                        | : — :                                                                                                                                        |
| 訪視人員<br>類別                | <input type="checkbox"/> 1. 醫師<br><input type="checkbox"/> 2. 護理人員<br><input type="checkbox"/> 3. 呼吸治療人員<br><input type="checkbox"/> 4. 藥事人員 | <input type="checkbox"/> 1. 醫師<br><input type="checkbox"/> 2. 護理人員<br><input type="checkbox"/> 3. 呼吸治療人員<br><input type="checkbox"/> 4. 藥事人員 | <input type="checkbox"/> 1. 醫師<br><input type="checkbox"/> 2. 護理人員<br><input type="checkbox"/> 3. 呼吸治療人員<br><input type="checkbox"/> 4. 藥事人員 |
| 訪視<br>人員                  |                                                                                                                                              |                                                                                                                                              |                                                                                                                                              |
| 訪視<br>類別                  | <input type="checkbox"/> 1. 實地訪視<br><input type="checkbox"/> 2. 通訊訪視<br><input type="checkbox"/> 3. 緊急訪視                                     | <input type="checkbox"/> 1. 實地訪視<br><input type="checkbox"/> 2. 通訊訪視<br><input type="checkbox"/> 3. 緊急訪視                                     | <input type="checkbox"/> 1. 實地訪視<br><input type="checkbox"/> 2. 通訊訪視<br><input type="checkbox"/> 3. 緊急訪視                                     |
| 生命<br>徵象                  | 體溫：<br>脈搏：<br>呼吸：<br>血壓：<br>血氧：                                                                                                              | 體溫：<br>脈搏：<br>呼吸：<br>血壓：<br>血氧：                                                                                                              | 體溫：<br>脈搏：<br>呼吸：<br>血壓：<br>血氧：                                                                                                              |
| 問題、<br>評估、<br>計畫<br>(PAP) |                                                                                                                                              |                                                                                                                                              |                                                                                                                                              |
| 紀錄上傳<br>時間                |                                                                                                                                              |                                                                                                                                              |                                                                                                                                              |

「(醫療機構名稱)」通訊診察治療實施計畫書(範本)

一、計畫目的/宗旨

二、計畫依據

(醫療機構名稱)依據通訊診察治療辦法規定，針對符合通訊診察治療辦法(下稱本辦法)第3條所定下列「特殊情形」(勾選如下，可複選)之病人執行通訊診察治療，茲依據本辦法第18條規定，擬具本實施計畫，報請主管機關核准。

- |                                           |                                               |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (第1款)急性後期照護      | <input type="checkbox"/> (第6款)疾病末期照護          |
| <input type="checkbox"/> (第2款)慢性病照護計畫收案病人 | <input type="checkbox"/> (第7款)矯正機關收容照護        |
| <input type="checkbox"/> (第3款)長期照顧服務      | <input type="checkbox"/> (第8款)行動不便照護          |
| <input type="checkbox"/> (第4款)家庭醫師收治照護    | <input type="checkbox"/> (第9款)災害、傳染病或其他重大變故照護 |
| <input type="checkbox"/> (第5款)居家醫療照護      | <input type="checkbox"/> (第10款)國際醫療照護         |

【填寫說明】

- 1、擬執行特殊情形通訊診療之醫療機構，如欲同時執行2種以上之特殊情形之通訊診療服務時，可合併於1份計畫書填寫後，陳報衛生局核准；惟本計畫書中「實施計畫」項下特別標註之子項，應依本頁所勾選之特殊情形款次，依序分別撰寫。
- 2、依本辦法第18條第3項規定，醫療機構所執行之通訊診療，係經中央主管機關或所屬機關(如中央健康保險署等)核定者，得以核定文件替代本實施計畫，陳報地方衛生局備查，無須填寫本實施計畫陳報衛生局核准。另「核定文件」形式不拘，中央主管機關核定公文、契約書或資訊系統核准畫面均可。

### 三、實施計畫

#### (一)實施之主責醫師、其他主責醫事人員：

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

|               |                          |
|---------------|--------------------------|
| (請下拉選單擇定)     |                          |
| 1、主責醫師        |                          |
| 部門、執業科別       | 姓名                       |
|               |                          |
| 2、其他醫事人員之主責人員 |                          |
| 醫事人員類別        | 姓名(如為其他合作機構人員，請併予敘明機構名稱) |
| (例如：護理師)      | ○○○                      |
| (例如：物理治療師)    | ○○○ (A 物理治療所)            |

#### 【填寫說明】

- 1、主責醫師請敘明執業科別，其他類醫事人員各指定 1 名主責人員即可。
- 2、本辦法第 18 條第 4 項規定，主責醫事人員如有異動，應自事實發生之日起 30 日內報直轄市、縣（市）主管機關備查。

#### (二)醫療項目：

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

|                          |           |                          |                          |
|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|
| (請下拉選單擇定)                |           |                          |                          |
| 勾選欄                      | 醫療項目(可複選) | 勾選欄                      | 醫療項目(可複選)                |
| <input type="checkbox"/> | 詢問病情      | <input type="checkbox"/> | 精神科心理治療                  |
| <input type="checkbox"/> | 提供醫療諮詢    | <input type="checkbox"/> | 開立處方(應符合本辦法第 16 條規定始得開立) |
| <input type="checkbox"/> | 診察、診斷、醫囑  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> | 開立檢查、檢驗單  | <input type="checkbox"/> | 原有處方之調整或指導               |
| <input type="checkbox"/> | 會診        | <input type="checkbox"/> | 衛生教育                     |

- 使用通訊方式提供醫療項目之服務流程：\_\_\_\_\_。



### 【填寫說明】

- 1、醫療項目，限於本辦法第 15 條第 1 項第 1 款至第 9 款內容。
- 2、請敘明醫療項目、服務流程(例如：何時、確認病人身分、收費、使用通訊診療之流程或提供處方箋等方式等)。
- 3、如有合作機構，亦請敘述合作機構如何參與醫療服務。

### (三)實施對象：

勾選欄 符合本辦法第 3 條特殊情形(未勾選之欄位得刪除)

☐

#### 第 1 款：急性後期照護(不得為初診病人)

- 為☐緊急外傷病人、☐急性冠心症病人、☐精神疾病急性病人、☐急性腦中風病人、☐慢性阻塞性肺病病人、☐慢性心衰竭病人、☐手術後病人或☐其他需急性後期照護之病人，於離開醫院、診所後三個月內施行之追蹤診療及照護。

- 勾選其他者，請敘明病人情形及理由：  
\_\_\_\_\_。

☐

#### 第 2 款：慢性病照護計畫收案病人(不得為初診病人)

- 指為主管機關或其所屬機關有關慢性病照護計畫收案之病人，因病情需要，施行之診療及照護。

註：如為「中央」主管機關或其所屬機關之照護計畫，則毋須填寫本實施計畫報地方衛生局核准。

☐

#### 第 3 款：長期照顧服務(不得為初診病人)

- 指為與醫療機構訂有醫療服務契約之☐長期照顧服務機構、☐老人福利機構、☐身心障礙福利機構、☐護理機構或☐其他相類機構，就失智、失能或行動不便之機構住民，施行之診療及照護。

註：勾選本欄位者，以下「(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關」，為必填項目。

☐

#### 第 4 款：家庭醫師收治照護(不得為初診病人)

- 指為主管機關或其所屬機關有關家庭醫師整合性照護計畫，符合參與醫療給付改善方案條件收案之病人，因病情需要由家庭醫師施行之診療及照護。

☐

#### 第 5 款：居家醫療照護(不得為初診病人)

- 指為主管機關或其所屬機關有關居家照護、居家醫療照護整合計畫收案之病人，於執行之醫療團隊醫師診療後三個月內，因病情需要施行之診療及照護。

- ☐ **第 6 款：疾病末期照護(不得為初診病人)**  
●本款實施對象應符合為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施行之緩解性、支持性診療及照護。
- ☐ **第 7 款：矯正機關收容照護**  
●本款實施對象應符合為矯正機關收容人，施行之診療及照護。  
●依本辦法第 18 條第 1 項後段規定，執行本款者，應先徵得矯正機關同意。  
註：勾選本欄位者，以下「(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關」，為必填項目。
- ☐ **第 8 款：行動不便照護(不得為初診病人)**  
●本款實施對象應符合下列條件，致外出就醫不便之病人，施行之診療及照護：  
☐失能(長期照顧服務法第 3 條第 2 款)  
☐身心障礙(身心障礙者權益保障法第 5 條)  
☐重大傷病(全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款)
- ☐ **第 9 款：災害、傳染病或其他重大變故照護**  
●本款所稱災害、傳染病或其他重大變故照護，指為居住地區發生災害防救法第二條第一款所定災害、傳染病防治法第三條第一項所定傳染病，或其他重大變故，未能或不便至醫療機構就診之病人，施行之診療及照護。
- ☐ **第 10 款：國際醫療照護**  
●本款實施對象應符合為境外之我國或非我國籍病人，施行之諮詢、診療及照護。

**【填寫說明】**

- 1、本辦法第 20 條第 1 項第 2 款規定，醫師實施通訊診療時，應確認病人身分；第三條第一款至第六款及第八款情形，不得為初診病人。
- 2、請勾選符合本辦法第 3 條之款次，並敘明實施對象來源。

**(四)實施期間：**

**【填寫說明】**

申請實施期間，建議至多為 4 年。

**(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關：**

**1、合作之醫事機構**

**【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】**

|           |      |    |          |
|-----------|------|----|----------|
| (請下拉選單擇定) |      |    |          |
| 機構名稱      | 機構類別 | 地址 | 聯絡人姓名、電話 |
|           |      |    |          |
|           |      |    |          |

## 2、服務機構（本辦法第 6 條所定機構或矯正機關）

|      |           |    |          |
|------|-----------|----|----------|
| 機構名稱 | 機構類別      | 地址 | 聯絡人姓名、電話 |
|      | (請下拉選單擇定) |    |          |
|      | (請下拉選單擇定) |    |          |

## (六)通訊診療告知同意書

本計畫收案對象將以\_\_\_\_(書面/電子)方式簽署同意書，內容如附件。

### 【填寫說明】

- 1、病患得以書面、電子方式簽署告知同意書。
- 2、上開電子方式，得以電子簽章法所定電子文件、電子簽章或數位簽章方式為之，且須具不可否認性。

## (七)個人資料保護及資料檔案安全維護措施

- 1、本實施計畫申請機構是否為「醫院個人資料檔案安全維護計畫實施辦法」第 4 條第 1 項第 1 款所稱之醫院？

☐ 是，安全維護計畫業以○年○月○日○○字第○○○號函送貴局備查。

☐ 否，惟仍應依個人資料保護法第 18 條辦理安全維護事項，或依同法第 27 條採取採行適當之安全措施。

- 2、本案通訊診療使用之資訊系統，是否涉及病歷資料之傳輸、交換、儲存，或開立處方、檢查、檢驗單：

☐ 是；☐ 否 （勾「否」者，免填以下第 3 點）

3、承 2，本案通訊診療所使用涉及「病歷資料之傳輸、交換、儲存，或開立處方、檢查、檢驗單」之資訊系統(名稱：○○○)，已具備個人身分驗證、符合國際標準組織通用之資料傳輸加密機制，並符合醫療機構電子病歷製作及管理辦法之相關規定：

(1) 已實施電子病歷，並函報貴局備查。函報貴局日期文號：○年○月○日○○字第○○○號。

（未曾備查者，請依醫療機構電子病歷製作及管理辦法第 9 條規定，於實施之日起 15 日內，報衛生局備查）

(2) 上述通訊診療之資訊系統，係：

☐ 本實施計畫申請機構自行建置；

☐ 委託(機構、法人、團體或大學名稱)建置及管理；受託機構已通過中央主管機關認可之資訊安全標準驗證，並訂有書面契約。

【請檢附「委託契約」及「受託機構通過中央主管機關認可之資訊安全標準驗證證明」】

4、其他個資及資安保護措施：

#### 【填寫說明】

- 1、非屬醫院個人資料檔案安全維護計畫實施辦法第 4 條第 1 項第 1 款所稱之醫院者，免填第 3 點。
- 2、通訊診療資訊系統如係委託機構、法人、團體或大學建置及管理，應敘明受託機構名稱，以及符合本部 113 年 3 月 12 日衛部資字第 1132660106 號公告之資訊安全標準驗證規定。
- 3、醫療機構於擬具本計畫書時，應注意通訊診察治療之相關程序，並符合我國個人資料保護法等相關規範。

### (八)其他事項

#### 自費醫療項目資訊：

| 自費醫療項目名稱 | 收費費額或標準 | 地方衛生主管機關<br>核定情形                                                                        |
|----------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
|          |         | <input type="checkbox"/> 已核定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 尚未申請 |

| 自費醫療項目名稱 | 收費費額或標準 | 地方衛生主管機關<br>核定情形                                                                        |
|----------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
|          |         | <input type="checkbox"/> 已核定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 尚未申請 |

**【填寫說明】**

- 1、申請機構得視計畫實際內容需要，於本項撰寫內容。
- 2、如有新增醫療費用項目時，醫療機構應另依醫療法第 21 條規定，送地方政府衛生局核定。

**醫療機構用印：**

**負責醫師用印：**

中華民國                      年                      月                      日

