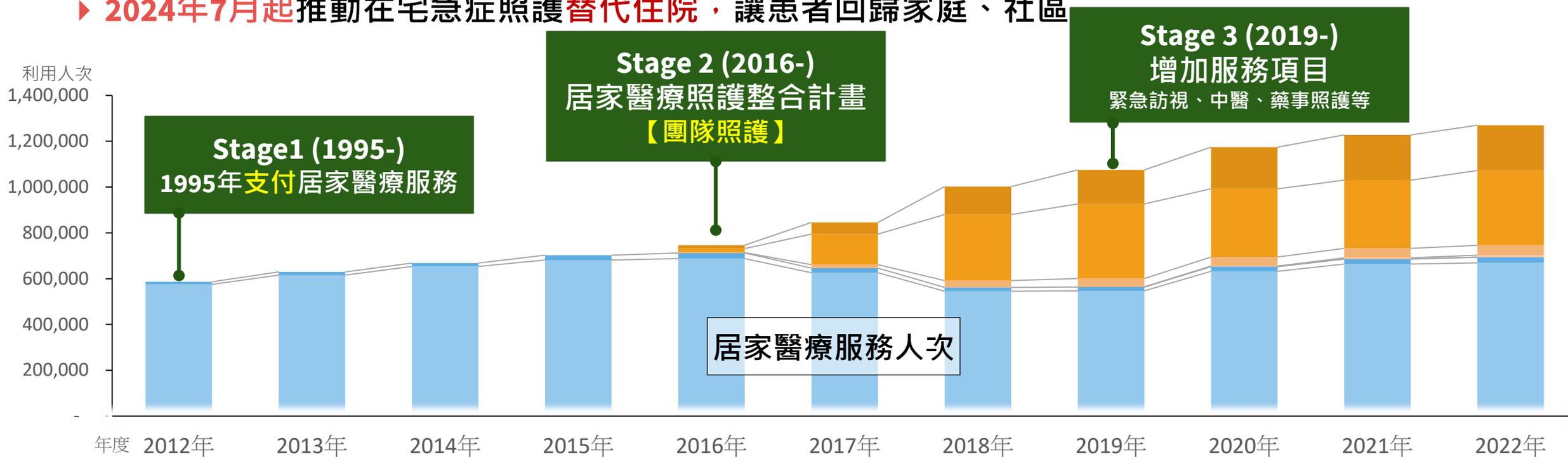


全民健保居家醫療照護服務

- ▶ 健保居家醫療服務計畫，服務人次及支付項目持續增加，服務方式也不斷進展
- ▶ 從健保開辦**1995年起**，由**單一機構提供居家服務**，**2016年起**推動居家醫療照護整合計畫，鼓勵**組成團隊**共同提供服務，**2019年**再增加多項支付項目滿足病人所需
- ▶ 然而健保居家醫療僅限Home-based primary care & Home-based palliative care範疇，缺乏在宅急重症照護(Acute care at home)模式及配套
- ▶ **2024年7月起**推動在宅急症照護**替代住院**，讓患者回歸家庭、社區



納入支付標準 payment standard		居家醫療整合照護計畫~團隊照護(服務量持續增加) integrated teams					
重度居家醫療	安寧療護	居家醫療	重度居家醫療	安寧療護	居家中醫醫療	居家藥事照護	

2022年住院人數前十大疾病

以感染症佔多數

全國

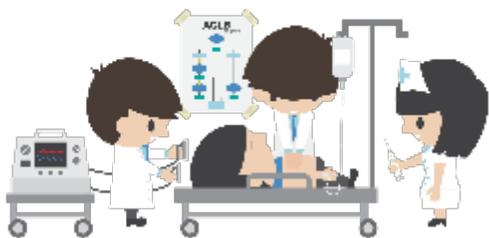
排序	主診斷(ICD10前3碼)	人數	醫療費用(百萬點)
1	肺炎	74,481	6,749.2
2	其他敗血症	61,265	8,051.6
3	來院接受其他照護	59,567	11,029.3
4	慢性缺血性心臟病	55,963	7,530.3
5	泌尿系統其他疾患	54,344	2,787.2
6	足月正常生產	44,072	1,536.3
7	膽結石	37,728	315.4
8	腦梗塞	37,084	4,125.6
9	蜂窩組織炎和急性淋巴管炎	32,939	1,587.8
10	股骨骨折	31,785	2,945.6

居整計畫個案

排序	主診斷(ICD10前3碼)	人數	醫療費用(百萬點)
1	肺炎	6,933	781.4
2	其他敗血症	6,149	889.2
3	泌尿系統其他疾患	5,813	400.8
4	呼吸衰竭，他處未歸類	3,021	883.6
5	細菌性肺炎，他處未歸類者	2,680	391.7
6	腦梗塞	2,177	336
7	固體和液體所致之肺炎	1,988	234.1
8	緊急使用(COVID-19)	1,926	152.4
9	來院接受其他照護	1,515	254.9
10	股骨骨折	1,448	145

照護機構住民

排序	主診斷(ICD10前3碼)	人數	醫療費用(百萬點)
1	肺炎	16,626	1,812.3
2	其他敗血症	13,384	1,718.5
3	泌尿系統其他疾患	11,731	785
4	細菌性肺炎，他處未歸類者	9,888	1,360.6
5	呼吸衰竭，他處未歸類	7,068	2,495.2
6	腦梗塞	3,404	537.2
7	緊急使用(COVID-19)	3,309	224.2
8	股骨骨折	2,985	297.8
9	蜂窩組織炎和急性淋巴管炎	2,495	155.1
10	固體和液體所致之肺炎	2,404	254.3



2022年

- 居整計畫收案8.1萬人
- 照護機構住民12.7萬人

2024年7月1日啟動在宅急症照護模式

目的

- ✓ 提供住院的替代服務，減少急診及住院情形
- ✓ 減少照護機構住民因急症往返醫院
- ✓ 強化各層級醫療院所進行垂直轉銜合作



醫療服務

- ✓ 醫師訪視
- ✓ 護理師訪視
- ✓ 其他醫事人員訪談
- ✓ 遠距醫療輔助
- ✓ 導入遠端監測

病人參與

- ✓ 尊重病人在家接受治療的意願
- ✓ 減少病人及家屬往返醫院與照顧負擔
- ✓ 降低住院期間交叉感染的風險

收案對象

- ✓ 居家醫療個案
- ✓ 照護機構住民
- ✓ 急診個案(限失能巴氏量表<60分或因病外出就醫不便)

適應症

- ✓ 肺炎
- ✓ 尿路感染
- ✓ 軟組織感染

配套措施

- ✓ 健保給付檢討
- ✓ 科技輔助研發
- ✓ 大眾宣導衛教
- ✓ 強化長照資源連結

醫療服務提供者資格 1

醫療院所

居家個案

由參與居整計畫、居家照護及安寧居家療護院所組成照護小組提供本計畫服務

- 1.由原居整團隊、居家照護及安寧居家療護院所持續收案或轉介其他照護小組提供本計畫服務。
- 2.限醫院及診所收案。

機構住民

由健保巡診+已參與長照司「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」之醫療院所提供本計畫服務

急診個案

由參與居整計畫院所組成照護小組提供本計畫服務

居整個案由原團隊組成之照護小組提供服務，原團隊未參與本計畫或未被收案者，由急診醫院之在宅急症照護小組提供服務

醫事人員

- ✓ 醫師、護理人員、藥事人員、呼吸治療師以專任人員為限。
- ✓ 醫師須具專科醫師資格。
- ✓ 醫事人員應接受4小時實體教育訓練並取得證明，即可參與本計畫；並應每年接受4小時繼續教育(得採線上課程)。

醫療服務提供者資格 2

- ✓ **第一年**教育訓練4小時(限實體課程，講師不得視訊授課)：

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、小組照護機制	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。 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

- ✓ 每年**繼續教育**4小時(得採線上課程)：在宅急症照護相關課程均得採認，惟講師需為本署認可之師資。

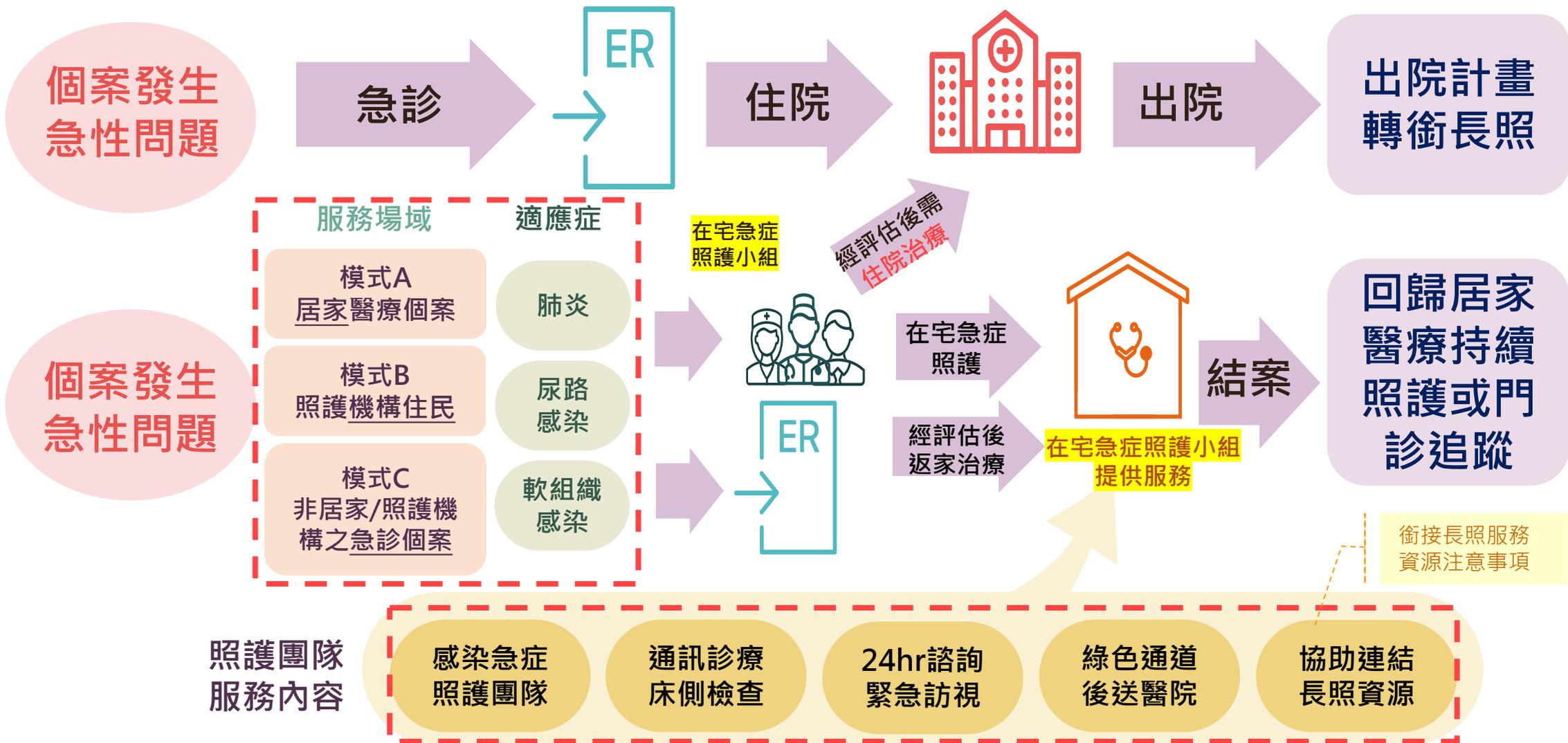
醫療服務提供者資格3

訪視人員	專業訓練(參與本計畫起1年內完成)
護理人員	<ul style="list-style-type: none">✓ 照護小組內至少有1人須接受長期照顧專業訓練(Level II)。✓ 小組內同時段收案逾20人者，每收案20人應至少有1名護理人員需接受長期照顧專業訓練(Level II)。
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 。
呼吸治療師	收案對象為 呼吸器依賴個案 ，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 。

在宅急症照護模式

傳統住院

在宅急症照護



註：醫師應於收案3天內及結案當日完成實地訪視，護理人員於照護期間應每天實地訪視，得連結藥師或呼吸治療師提供訪視服務。醫師未執行實地訪視時，仍應每日以通訊方式追蹤病人病情；醫事人員訪視應製作病歷或訪視紀錄。

醫療結合長照3.0 打造幸福台灣



居家、社區、機構、醫療、社福一體式服務

- 以人為本進行跨司署計畫整合
- 結合醫療與長照系統，居家醫療與長照無縫接軌
- ☑ 依本計畫之收案對象銜接長照服務資源注意事項協助轉介及通知各縣市照管中心窗口
- ☑ 若個案已是長照個案，收案時即請通知各縣市照管中心窗口

各縣市政府照顧管理中心指定窗口(1130718更新)

縣市	姓名	電話	電子信箱
臺北市政府衛生局長期照顧管理中心	陳小姐	(02)2537-1099分機3399	ak0130@gov.taipei
新北市政府衛生局	陳小姐、劉先生	(02)2257-7155分機3633	ae4411@ntpc.gov.tw
基隆市政府長期照顧管理中心	羅小姐	(02)2434-0234	he2827@mail.klccg.gov.tw
宜蘭縣長期照護服務管理所	許小姐	(03)935-9990	hsia22@mail.e-land.gov.tw
金門縣政府衛生局	蕭小姐、呂小姐	(082)337-521分機137、167	joelly339@mail.kinmen.gov.tw
連江縣政府長期照顧管理中心	戴小姐、吳小姐	(0836)22095分機8833、8831	duffy53@matsuhb.gov.tw

臺北區在宅急症照護小組

特約類別	臺北市	新北市	基隆市	宜蘭縣	合計
醫學中心	5	4	0	0	9
區域醫院	2	4	1	3	10
地區醫院	3	8	0	3	14
基層診所	9	15	3	15	42
藥局	2	5	1	5	13
居家護理所	15	25	3	14	57
居家呼吸照護所	2	0	1	0	3
合計	38	61	9	40	148



自113/7/1
起開始推動

核定照
護團隊

44組

參與院
所家數

148家

臺北區各適應症收案件數(依縣市)

照護情形

適應症	臺北市	新北市	基隆市	宜蘭縣	合計
肺炎	24	32	0	22	78 (37%)
 尿路感染	46	43	4	23	116 (55%)
軟組織感染	4	8	0	5	17 (8%)
合計	74 (35%)	83 (39%)	4 (2%)	50 (24%)	211 (100%)

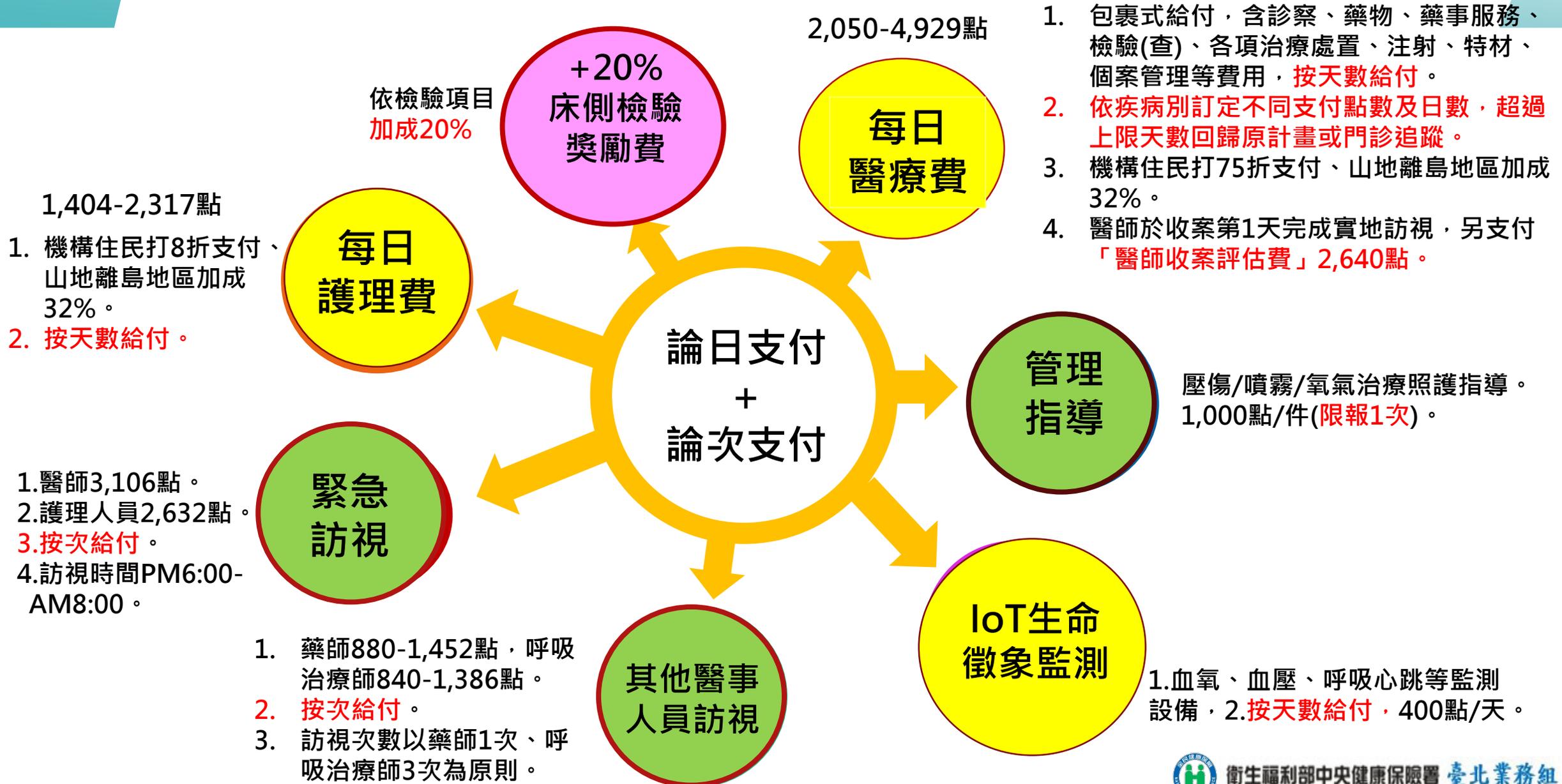
緩解完治回歸
原醫療團隊 | **176件**

收案後轉急診或
住院進行治療 | **15件**

死亡 | **1件**

持續照護中 | **19件**

給付項目及支付標準1



給付項目及支付標準2

	目標天數	上限天數	每日醫療費
肺炎	9天	14天	2,800-4,929點
尿路感染	7天	9天	2,050-3,608點
軟組織感染	6天	8天	2,329-4,099點

註：

1. 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。
2. 同一病人結案後7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，視為一件在宅急症照護案件，照護天數不得重新計算。
3. 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。

給付項目及支付標準3：回饋獎勵金

1. 為鼓勵照護小組提升照護品質並即時結案，病人若提早完治，其節省之費用差額將支付8成予收案院所作為獎勵。
2. 病人結案後14日內轉急診/住院者，不支付獎勵金。
3. 急診個案支付點數與住院點數相當，不給付回饋獎勵金。

$$\left[\text{每件基本點數} - \text{實際申報點數} \right] \times 80\% = \text{獎勵金}$$

基本點數 = (每日醫療費 + 每日護理費) * 疾病目標天數

實際申報點數 = (每日醫療費 + 每日護理費) * 實際照護天數 + 所有緊急訪視費

給付項目及支付標準4： 虛擬健保卡獎勵

- 協助收案病人綁定虛擬健保卡獎勵金：每名病人獎勵200點，限獎勵一次。(含居護所或居家呼吸照護所)
- 虛擬健保卡申報指標獎勵金：依收案院所當年使用虛擬健保卡申報醫療費用之案件比率計算

獎勵指標 占率	每件獎勵點數		收案院所當年度累計收案 ≥ 10 人 且有提供病人在宅急症照護， 每家機構獎勵點數
	一般 地區	山地離島 地區	
$5\% \leq \text{占率} < 25\%$	10	20	5,000
$25\% \leq \text{占率} < 50\%$	20	40	10,000
$50\% \leq \text{占率} < 70\%$	30	60	20,000
$\geq 70\%$	40	80	30,000

*註：

分子：收案院所當年度以虛擬健保卡申報本計畫醫療費用成功之件數。

分母：收案院所當年度申報本計畫醫療費用之件數。

費用申報1

- 照護小組於提交計畫申請書時，擇定以下任一項醫療費用申報方式
 1. 由收案院所統一申報。
 2. 「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。

- 申報規定
 1. 結案後按月申報，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. 「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。
 3. 「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。→歸戶用。

費用申報2

➤ 申報規定(續)

4. 申報緊急訪視費時，「醫令執行時間-起/迄」請填至時分。
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機構於申報費用時，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，以利保險人估算實際醫療成本。
6. 執行床側檢驗(查)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，並於「支付成數」填入「120」。
7. 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。

健保卡登錄及上傳

1. 參照住院模式，入院日及出院日健保卡需過卡；本計畫僅照護**第1天及結案當天需過卡**登錄就醫紀錄，24小時內上傳本署備查。
2. 過卡流程
 - 1) 由收案院所統一執行醫療費用申報者：由收案院所於照護第1天過卡取號，並於結案當天過卡。
 - 2) 由收案院所及居家護理服務院所分別申報者：照護第1天由**收案院所及居家護理服務院所分別**過卡取號，並於結案當天分別過卡。
 - 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) **醫師採視訊診療者，應使用虛擬健保卡過卡**，病人未綁定或拒絕使用虛擬健保卡，改填列異常就醫序號NVIT。

常見申報錯誤樣態1

欄位未填

- 轉診、處方調劑或特定檢查資源共享案件註記，應填報「EN」。
- 轉診、處方調劑或特定檢查資源共享案件之服務機構代號，應填報**收案院所代號**。

主診斷有誤

- 申報主診斷代碼應為計畫規定之適應症，並與VPN主診斷一致。

申報多個流水號

- 僅收案第1天需過卡取號，故1個個案請申報1個流水號。

執行醫事人員誤植

- 執行醫事人員身分證，應填報實際執行人員身分證。

常見申報錯誤樣態2

執行起迄日錯誤

- 各項醫令請逐筆填報執行起迄日，範圍應為收案期間之日期。

跨月申報

- 相關費用應於結案後按月申報(同一個案之醫療費用，統一於一個月份申報)。

床側檢驗(查)成數錯誤

- 床側檢驗(查)支付成數，請填120，才可獲得20%加成費用。

部分負擔計算錯誤

- 部分負擔只計算每日醫療費+每日護理費之5%計收。

審查注意原則1

1. 收案原則：需達住院之基本必要原則：

1) 肺炎及泌尿道感染：審查注意事項已訂有住院基本原則(詳下頁)，另再請注意：

- 肺炎：應檢附核酸檢驗陽性(如covid、流感、RSV、黴漿菌或其他)及臨床症狀評估，並留存胸部X光影像備查。
- 泌尿道感染：醫師應著重於無症狀之菌尿症個案之審視，該類不宜收案。

2) 軟組織感染：蜂窩性組織炎或壓瘡應留存患部彩色照片作備查，另審查專家基本達住院標準之共識如下：

- 具全身炎症反應症(SIRS)。
- 口服抗生素無效須改靜脈注射抗生素治療。
- 壓瘡應為四級以上壞死性或化膿性壓瘡，需住院清創且傷口屬濕性壞疽(wet gangrene)(註：無感染徵象乾性壞疽無需住院)。
- 屬蔓延性或橫跨2個肢體以上感染之蜂窩性組織炎。
- 蜂窩性組織炎或壓瘡應留存患部彩色照片作備查。

審查注意原則-肺炎及泌尿道感染住院基本要件

序號	ICD-9-CM	(105.1.1生效) ICD-10-CM/PCS	主要診斷疾病名稱	基本住院要件(符合其中之一)
01	466 485 465	J20-J21 J18 J06	急性支氣管炎 Acute Bronchitis 支氣管性肺炎 Bronchopneumonia, Organism Unspecified 急性上呼吸道感染 Acute Upper Respiratory Infection	一、成人： 發燒超過三天以上 白血球 > 10000 (Seg > 80% or Ban > 5%) 二、小兒： ① 新生兒及早產兒間歇性發燒活動力欠佳，且白血球數約20,000以上或6,000以下 ② 嬰幼兒間歇性發燒3天以上且活動力欠佳 ③ 反覆發燒、發冷合併呼吸急促或四肢發紫等，而查不出原因或有敗血症可能性者 ④ 發燒及中性白血球數降到1,000/mm，或血小板70,000/mm以下，或有其他免疫障礙 ⑤ 併發痙攣或意識不正常，但未能證實有中樞神經系統感染者 ⑥ 營養不良，癌症或其他嚴重慢性病者
07	595 597 599.0	N30 N34 N39.0	尿路感染 U.T.I： 膀胱炎 Cystitis 尿道炎 Urethritis 尿道感染	① 有發燒及頻尿經藥物治療三日以上仍未改善者 ② 有菌血症傾向 ③ 經常復發或有其他併發症或疑有先天性異常須住院檢查者

資料來源：審查注意事項-全民健康保險特定疾病之住院基本要件

審查注意原則2

2. 收案或治療建議：

- 1) 部分病人雖符合適應症條件，惟如有敗血症疑慮($qSOFA \geq 2$)、血壓太低或意識改變等，應採住院治療(不應採在宅急症計畫收案)。
- 2) 發燒定義：除一般臨床醫學公認之絕對值外，或可考量以病患之平日基礎體溫作為相對值比較，判別是否有發燒徵兆，以避免病患因體質過弱，可能已嚴重感染但無公認之外顯症狀之情形。
- 3) 如培養出抗藥性之菌株，應儘速會診感染科專科醫師做抗生素調整建議，未做後續會診處理程序，仍繼續使用同類抗生素，本組會加強審查。

審查注意原則3

3. 管理與審查指標：

- 1) 「**不合理收案**」：1個月內收案次數2次以上個案(頻繁收案)、照護天數3天以下即結案個案(收案浮濫)。
- 2) 「**照護品質不佳**」：結案後3日內急診或14日內住院案件。
- 3) 「**團隊經驗**」：前一年度無執行居整計畫經驗團隊之案件。
- 4) 「**不合理照護**」：照護期間緊急訪視次數2次以上案件。
- 5) 加強收案適應症以「**軟組織感染案件**」為主團隊之案件。

審查注意原則4

4. 送審資料及文件：

- 1) 不論院所採取實地或視訊診療，病歷皆應詳細記載病患狀況、書寫清晰，以利審查醫藥專家判斷處置之合理性。倘病歷記載雷同、或相關紀錄如病歷記載及護理紀錄之差異性太大，必要時將請醫院補件說明，本組會加強審查。
- 2) 倘照護對象為急診個案，院所送審病歷須檢附巴氏量表評估表之評分，以利審查專家評估收案病患之情形。
- 3) 遠端生命徵象監測費(天)(P8435C)，依試辦計畫支付標準規定應附遠端監測設備之類型及使用頻率記載，並保留照片備查。

Thank you