

111年度全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫

111年○月○日公告實施

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) 台灣推行心臟疾病病人品質提升計畫及急性後期照護PAC等多年，在住院期間接受心肺復健治療已經是相當普遍，但病人出院後繼續門診復健治療比例相當低（低於15%），主要原因在於病人出院後的門診心肺復健可近性不佳，心肺復健業務對基層復健診所而言，因設備及專業人力需求更高且具專業風險性導致誘因不足，而無法執行該項治療。
- (二) 為使心肺疾病患者出院後能至社區復健門診接受後續心肺復健治療，並提升其心肺復健治療效果，本計畫冀能促進出院患者留於社區，藉由社區之基層復健診所協助該患者規劃心肺復健及健康管理，並提供心肺功能訓練，於療程結束後評估心肺復健成效。

三、實施期間：自公告日起實施至當年底。

四、年度執行目標：

- (一) 短期目標：逐年提升出院後至基層執行心肺復健比率，基層心肺復健人數超過170人（預定收案的七成），全國基層參與心肺疾病照護品質計畫達到21家，心肺功能有意義的改善達成率70%。

※註：

心肺功能有意義的改善定義如下：心肺運動功能測試(CPET)最大耗氧量進步25%，或6分鐘行走距離增加25%或100公尺。

- (二) 長期目標：目前全國心肺復健執行率全數只在醫院端且只有6.7%-15%，以南韓(36%)為整體院所之收案目標，以提升國人心肺功能及降低心血管風險。

五、收案目標人數：依本年度經費970萬元，預估收案目標人數為250人。

預算來源：

- (一) 111年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中「提升心肺疾病患者心肺復健門診pay for value論質計酬計畫」專款項目。
- (二) 本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若

有結餘則留用至下季；當季預算不足時，則採浮動點值結算。

六、收案條件：

(一)收案對象：個案符合心肺功能不良（定義為最大耗氧量<5METs、<73%年紀性別預測值或6分鐘步行測試<500公尺）仍在積極治療期且具有復健潛能病人。

1. 醫院轉診（申報01034B、01035B）急性心肺疾病出院患者且基層復健專科診所接受（申報01038C），轉出醫院必須檢附心肺運動功能測試(CPET)報告、建議的運動處方及病摘（或診斷書）。
2. 基層復健專科診所自行收案：收案時需檢附醫院施行之心肺運動功能測試(CPET)報告及病摘(或診斷書)。

(二)急性心肺疾病以下述ICD-10-CM認定

ICD-10-CM代碼：

心臟

MI : I21.xxx、I25.xxx、I24.xxx、I22.xxx

CABG : Z95.xxx

Valve disorder : I35.xxx

Disease of circulation system: I00-I99

Other congenital malformations of heart : Q24.xxx

Congenital malformation of the circulation system : Q20-Q28

Heart failure : I50.xxx

Heart failure due to hypertension : I11.0

Heart failure due to h/t with chronic kidney disease:I13.xx

Heart failure following surgery : I97.13

Rheumatoid heart failure : I09.81

肺臟

COPD : J44.x

Disease of respiratory system: J00-J99

Chronic lower lung disease: J40-J47

Lung cancer : C34.90

Malignant neoplasmas of respiratory and intrathoracic organs: C30-C39

Covid-19 : U07.1

Long covid及myalgic encephalomyelitis/chronic fatiguesyndrome or post-viral fatigue syndrome : G93.3

Peripheral artery disease : I70.2

PAOD: I73.9。

七、醫師申請資格及審查程序：

(一) 申請資格：

1. 本保險特約西醫診所，須組成團隊附上至少兩職類(含)以上之各職類名單、證書並且採取團隊方式提供相關服務，此特約診所須已具備申報42019C或43031C資格。
2. 具有復健科專科醫師資格者，並取得復健醫學會主辦之西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫訓練課程4學分。
3. 參與本計畫之特約西醫診所或醫師參與計畫之日起前2年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下稱特管辦法）第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）；終止特約者亦同。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。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療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。
4. 執行復健治療專業的醫事人員：係指診所內之物理治療師、職能治療師及護理師等，其需具備急救人員資格。
5. 申請程序：符合前述各項資格之特約西醫診所，自公告日起向保險人分區業務組提出參與計畫申請書（附件1）。經保險人分區業務組資格審核同意後，自保險人分區業務組核定日始參與本計畫。
6. 退場機制：
 - (1) 參與本計畫之特約西醫診所，未依所提計畫提供服務或參與本計畫有待改善事項(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，登錄之檢查之任一病人數

值經保險人審查發現登載不實)經保險人2次通知限期改善而未改善者或一年內因相同事由經保險人通知限期改善累計達3次者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。

(2) 參與本計畫之特約西醫診所如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)，應自保險人第一次處分函所載停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療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

(3) 特約西醫診所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。

八、結案條件：收案對象有下列情事之一者，於發生日起終止收案。

- (一) 死亡。
- (二) 病情變化無法繼續接受本計畫。
- (三) 失聯 \geq 3個月。
- (四) 持續接受心肺復健達最高上限36次
- (五) 病人心肺運動功能有意義改善(最大耗氧量進步25%，或6分鐘步行測試距離增加25%或100公尺)。

九、給付項目及支付標準：

(一) 支付標準

編號	診療項目	支付點數
P7601P	心肺疾病患者復健整合治療費 註： 1. 支付規範：每人每日限申報一次，收案期間限申報36次，每次治療時間合計超過1小時。 2. 服務內容：執行心肺危險因子調整改善(生活型態改變、飲食、運動原則之指導)及PTC5.心肺功能訓練(含呼吸訓練及有氧功能訓練)且須包含下列治療項目三項(含)以上：	1000

編號	診療項目	支付點數
	<p>(1) 42019C物理治療-複雜治療項目：</p> <p>PTC 2.平衡訓練 Balance training</p> <p>PTC 4.等速肌力訓練 Isokinetic training</p> <p>PTC 6.行走訓練 Ambulation training</p> <p>PTM 5.被動性關節運動 Passive R.O.M.</p> <p>PTM 7.運動治療 Therapeutic Exs.</p> <p>PTM 9.肌力訓練 Strengthening Tx</p> <p>PTM 10.耐力訓練 Endurance training</p> <p>PTM 13.姿態訓練 Posture training (含步態訓練及姿勢訓練)</p> <p>PTS 11.低能雷射治療 Low power laser</p> <p>PTS 2.治療性冷/熱敷 Hot/cold pack</p> <p>(2) 43031C職能治療-複雜治療項目：</p> <p>OT 1.姿態訓練</p> <p>OT 3.坐站平衡訓練</p> <p>OT 4.移位訓練</p> <p>OT 5.日常生活訓練</p> <p>OT 7.運動知覺訓練</p> <p>OT 8.上肢（下肢）功能訓練</p> <p>OT 12.知覺認知訓練)</p> <p>(3) 其他：47041C、47045C或第二部第二章第二節呼吸治療處置。</p> <p>3. 收案須檢附心肺運動功能評估報告。</p> <p>4. 不得同時申報診療項目42019C、43031C。</p>	
P7602P	<p>心肺復健治療評估</p> <p>註：</p> <p>1. 每人限申報3次。</p> <p>2. 第二次、第三次：個案「病人心肺功能改善程度心肺運動功能評估報告」符合休息血壓</p>	300

編號	診療項目	支付點數
	<p>及心跳下降，或自覺疲勞指數改善1分以上或六分鐘步行測試距離進步>20公尺以上。</p> <p>3. 第二次限執行復健整合治療費至少12次後申報，第三次為執行復健整合治療費36次或符合結案條件後申報。</p> <p>4. 申報須檢附：</p> <p>(1). 第一次：心肺運動功能測試(CPET)報告、西醫診所心肺功能評估表。</p> <p>(2). 第二次、第三次：西醫診所心肺功能評估表。</p>	

(二) 品質獎勵費：

收案人數至少10位之參與院所，獎勵其中個案符合心肺運動功能改善達到正常標準(最大耗氧量>5 METS或VO₂peak>73%年紀性別預測值或六分鐘步行測試>500公尺以上)，每人500點。

十、醫療費用申報及審查：

(一) 依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

(二) 本計畫之診療項目不得於其他計畫重複申報，例如全民健康保險急性後期整合照護計畫。

(三) 本計畫醫療費用點數申報格式：

1. 案件分類：請填報「E1（論質計酬計畫）」。
2. 特定治療項目代號(一)：請填報HK。

十一、計畫施行評估指標：

(一) 「病人疾病復發率（包括再住院或再急診）」：<30%

定義：收案6個月內病人因相同疾病再就診率<30%。

分子：門診治療過程中病人因急性心肺事件（再次心肌梗塞、心衰竭、肺阻塞發作、肺炎等）而急診或住院的人數。

分母：計畫總收案人數。

(二) 有意義的心肺功能改善比率: >70%

定義：CPET (VO₂peak最大耗氧量或無氧代謝閾值耗氧量Vo₂AT)較首次進步改善25%或6分鐘步行測試進步25%或100公尺以上

分子：達到有意義的心肺功能改善之病患總數

分母：所有接受此計畫下的門診心肺復健總人數

※註：

6MWT：距離(meter)未達300公尺為高風險正常數值為500公尺以上。

10級運動自覺量表 (RPE)	
0	沒有感覺
0.5	非常非常弱
1	非常弱
2	弱
3	適度
4	有些強
5	強
6	
7	非常強
8	
9	
10	非常非常強

【附件1】

全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫申請表

診所申請類別：新增 變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

基本資料	診所名稱		診所醫事機構代碼	
	計畫聯絡人姓名		計畫聯絡人電話：	
	計畫聯絡人 e-mail			
審核項目	項目		審查結果	備註
	參與本計畫相關醫事人員資料表		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	認證書面資料影本		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
保險醫事服務機構	機構章戳		保險人審核意見欄 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 日期章戳：	本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日			

【附件2】

全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫收案個案資料建檔

欄位

一、新收案，必須登錄欄位

- (一) 新收案日期(YYY/MM/DD)
- (二) 收案診所：醫事機構代碼、醫師ID、醫師姓名
- (三) 診所心肺復健團隊成員：醫事人員職稱、姓名
- (四) 個案基本資料：個案身分證號、姓名、性別、出生日期

二、病人心肺功能改善程度：(VPN表格如下說明)

(一) 有氧運動能力：擇一填寫，第一次評估兩者皆需要

- 1. 攝氧量【最大耗氧量(VO_{2peak})、無氧代謝閾值耗氧量(VO_{2AT})，年紀性別心肺功能預測值(%)】
- 2. 6 minute walk test六分鐘步行測試距離：未達300公尺為高風險，正常數值為500公尺以上。

(二) 運動時血流血氧變化：

血壓：收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)、血氧濃度。

(三) 運動時心臟之電生理反應：紀錄心電圖變化(HR, arrhythmia,af等)其他限制運動的徵兆或症狀、自覺疲勞指數。

(四) BMI。

心肺運動功能評估報告			
項目	就診日期 年月日 第一次 (收案時)	年月日 第二次 (第12次治療後)	年月日 第三次 (第36次或結案當次)
心肺運動功能測試(CEPT)報告【第一次必填】			
最大耗氧量(METs)			
無氧代謝閾值耗氧量 (METs)			

年紀性別心肺功能 預測值(%)			
心跳(beat/min)			
血壓-收縮壓(mmHg)			
血壓-舒張壓(mmHg)			
血氧濃度(SPO2 %)			
運動時心臟之電生理反應： 心律不整有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (註:)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (註:)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (註:)
資料來源	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所
西醫診所心肺功能評估表【必填】			
身高(cm)			
體重(kg)			
BMI			
血壓-收縮壓(mmHg)			
血壓-舒張壓(mmHg)			
心跳(beat/min)			
六分鐘步行測試距離 (m)			
自覺疲勞指數(0-10)			
治療師衛教紀錄 衛教對象	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：
醫師/團隊人員 (若更多人員請增列)	醫師 醫事人員1 醫事人員2	醫師 醫事人員1 醫事人員2	醫師 醫事人員1 醫事人員2

	醫事人員3	醫事人員3	醫事人員3
--	-------	-------	-------