新增/修正長期照顧給付及支付基準照顧組合項目申請表（稿）

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

附表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. 照顧組合編號(新增) | ■A碼□B碼□C碼□D碼□E碼□F碼□G碼 | | |
| 1. 照顧組合編號(修正) |  | | |
| 1. 照顧組合名稱 | 衰弱症評估 | 1. 建議支付價格(元) | 500 |
| 1. 組合內容與說明   (給付條件) | 1. 評估 2. 採用台版衰弱症評估國際量表(SOF)進行評估及判定前衰弱和衰弱者。 3. 擬定後續計畫 4. 針對評估符合衰弱者，利用全民健保資源，轉介社區醫療群，或醫院老人醫學科或相關科別，進行後續評估與處置。 5. 同時針對評估符合衰弱者，轉介各縣市照管中心進行長照評估，若符合長照2.0計畫服務對象者，安排後續長期照護計畫。 6. 前衰弱者(不申請給付)，提供運動與營養衛教資料，半年後重新評估(若達衰弱標準，逕行後續處遇及申報)。 7. 給付頻率：   長期照護衰弱症評估原則以65歲(含)以上，每兩年一次為原則，但因病人狀況需再評估者（如首次評估認定為前衰弱或衰弱者），每半年可追蹤評估一次。   1. 執行長期照護衰弱症評估條件：   本照護組合應於健保特約醫療院所執業，且依長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法完成認證為長照人員之醫師。  \*老人醫學科、復健科、骨科、神經科、家醫科專科醫師及完成長期照顧Level-I- 共同課程並辦理長照人員認證之醫師 | | |
| 1. 給付對象及受益人數預估 | 1. 根據國家衛生研究院老人醫學組統計；臺灣醫療院所門診之65歲以上老人衰弱盛行率為19.0%，以健保資料門診就醫數推斷每年約可從門診篩出650,000名衰弱老人，其中20%實際接受評估及處置，共計約130,000名(假設每名老人每年至少會就醫1次，則2,300萬人口X老人占率14.9% X門診衰弱盛行率0.19X20%實際接受評估及處置)。 | | |
| 1. 效益分析 | 1. 早期篩出前衰弱和衰弱老人。 2. 預防或延緩前衰弱或衰弱老人衍生跌倒、行走能力下降、失能、失智、入住機構、高死亡率等嚴重後果。 3. 提昇老人群生活品質。 | | |
| 1. 成本分析 | 1. 本照顧組合給付500點，預估每年以65歲以上門診老人患者著手約可完成20%計算(老人醫學科、復健科、骨科、神經科、家醫科等專科或長照認證醫師)，共可完成約13萬人之評估，所需金額約500元X 65萬人X 20% =65,000,000元。 | | |
| 1. 可提供照顧組合之服務單位數及分布情形評估 | 1. 全國醫療院所門診部。 2. 可指定老人醫學科、復健科、骨科、神經科、家醫科等專科醫師或具長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法完成認證為長照人員之醫師。 3. 全台老人醫學科、復健科、骨科、神經科、家醫科等科別專科醫師或具長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法完成認證為長照人員之醫師分布普遍，不虞有資源不足。 4. 搭配後續照護轉介計畫可與全台長照據點結合，也有充足的資源。 5. 建議以試辦計畫開始進行，試辦對象以10間醫療群(參與國健署ICOPE計畫的醫療群優先)及10間醫院，共計20單位先行試辦，再依試辦成效，研議擴大辦理。 | | |
| 1. 可提供照顧組合之人力數及分布情形評估 | 1. 全國醫療院所門診，以108年全國醫療院所統計醫院480家、診所22,512間，衛生所約370間，分佈全台各地。 2. 後續轉介照護長照2.0 ABC級據點，目前108年五月底前佈建A級545間、B級3,439間、C級2,014間。 | | |
| 1. 照顧組合之未來發展性 | 1. 目前該組合編號由醫師執行 2. 未來可結合長照ABC級單位另立共同照顧組合代碼 | | |
| 1. 備註 |  | | |

附註：

1、新增照顧組合或修正支付價格，均請加填第8項項目(成本分析)。

2、新增或修正C碼(專業服務)，請加填第9~11項目。

3、修正照顧組合者，須加填「照顧組合內容及說明修正對照表」