

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號9樓

聯絡人：周文馨

電話：(02)27527286-123

傳真：(02)2771-8392

Email：w5712085@tma.tw

受文者：臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國107年5月1日

發文字號：全醫聯字第1070000577號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文(1070000577_Attach1.pdf、1070000577_Attach2.docx、1070000577_Attach3.docx)

主旨：轉知「罕見疾病病人使用維持生命所需之居家照護醫療器材相關輔助之審查原則」及「罕見疾病個案報告之審查流程」，業經衛生福利部於中華民國107年4月24日以衛授國字第1070401036號函修正，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部107年4月24日衛授國字第1070401036號函辦理。
- 二、本函相關訊息刊登本會網站。

正本：各縣市醫師公會

副本：電子公文
2018-05-02
09:16:17
交章

理事長 邱 泰 源



XC04100577

檔 號：

保存年限：

衛生福利部 函

地址：11558台北市南港區忠孝東路6段488號

傳 真：(04)22277595

聯絡人及電話：徐惠卿(04)22172425

電子郵件信箱：ching@hpa.gov.tw

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國107年4月24日

發文字號：衛授國字第1070401036號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：「罕見疾病病人使用維持生命所需之居家照護醫療器材相關補助之審查原則」及「罕見疾病個案報告之審查流程」各1份(1070401036-1.docx、1070401036-2.docx)

主旨：檢送修正「罕見疾病病人使用維持生命所需之居家照護醫療器材相關補助之審查原則」及「罕見疾病個案報告之審查流程」各1份，請查照。

說明：

一、依據107年3月30日罕見疾病及藥物審議會第49次會議決議辦理。

二、「罕見疾病病人使用維持生命所需之居家照護醫療器材相關補助之審查原則」之修正說明如下：

(一)鑑於居家醫療器材之補助係針對罕見疾病導致身體功能狀況不佳之病人提供，故為利專家瞭解病人情形及審查，於該審查原則之「參、申請項目及應備資料一二、審查資格及要件」，針對【審查類別二】已使用居家呼吸器，但無健保署規定之呼吸衰竭重大傷病證明者，應備資料增加「病歷紀錄」，審查要件為「提供最近6個月內之病歷紀錄，內容應呈現病人目前身體功能狀況、使



1070401036



用呼吸器之必要性及其與此罕見疾病之相關性」。

(二)有關「罕見疾病病人使用維持生命所需之居家醫療照護器材相關補助申請流程及表單」，凡是敘及「重大傷病卡」一詞者，均修正為「罕見疾病重大傷病卡」，以避免申請時造成混淆。

三、旨揭表單，業置於本部國民健康署網站健康主題專區/罕見疾病 (<http://www.hpa.gov.tw>) 供下載查詢。惠請轉知所屬醫師/會員參考。

四、本案聯絡人：本部國民健康署徐小姐（地址：臺中市西區民權路95號7樓；電話：04-22172425；電子信箱：ching@hpa.gov.tw）。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣內科醫學會、台灣外科醫學會、臺灣兒科醫學會、台灣婦產科醫學會、台灣母胎醫學會、中華民國周產期醫學會、台灣家庭醫學醫學會、中華民國人類遺傳學會、台灣神經學學會、社團法人台灣神經外科醫學會、台灣耳鼻喉科醫學會、中華民國眼科醫學會、中華民國血液病學會、財團法人罕見疾病基金會、社團法人中華民國先天及代謝疾病關懷之友協會、國立臺灣大學醫學院附設醫院、臺北榮民總醫院、長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院、長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院、臺中榮民總醫院、中國醫藥大學附設醫院、國立成功大學醫學院附設醫院、財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院、彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院、高雄榮民總醫院、台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院、奇美醫療財團法人奇美醫院、國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹分院、振興醫療財團法人振興醫院、台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人淡水馬偕紀念醫院、臺北市立聯合醫院、臺北醫學大學附設醫院、光田醫療社團法人光田綜合醫院、佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院、佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院、天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院、高雄市立小港醫院(委託財團法人私立高雄醫學大學經營)、國防醫學院三軍總醫院、佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院、中山醫學大學附設醫院、國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院、臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院、國泰醫療財團法人國泰綜合醫院、衛生福利部臺中醫院、長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院、戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院、衛生福利部彰化醫院、衛生福利部雙和醫院(委託臺北醫學大學興建經營)、仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院、中國醫藥大學附設醫院臺北分院、澄清綜合醫院中港分院、佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院、東基醫療財團法人台東基督教醫院、臺南市立安南醫院-委託中國醫藥大學興建經營、佑民醫療社團法人佑民醫院、醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院、長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院、天主教若瑟醫療財團法人若瑟醫院、埔基醫療財團法人埔里基督教醫院、台東馬偕紀念醫院、衛生福利部南投醫院、童綜合醫療社團法人童綜合醫院、新光醫療財團法人新光吳火獅

電子文
騎

9

公
務
人
員

線

60

紀念醫院、財團法人馬偕紀念醫院新竹分院、國泰醫療財團法人新竹國泰綜合醫院、義大醫療財團法人義大醫院、臺北市立萬芳醫院—委託財團法人臺北醫學大學辦理

副本：資拓宏宇國際股份有限公司（含附件）



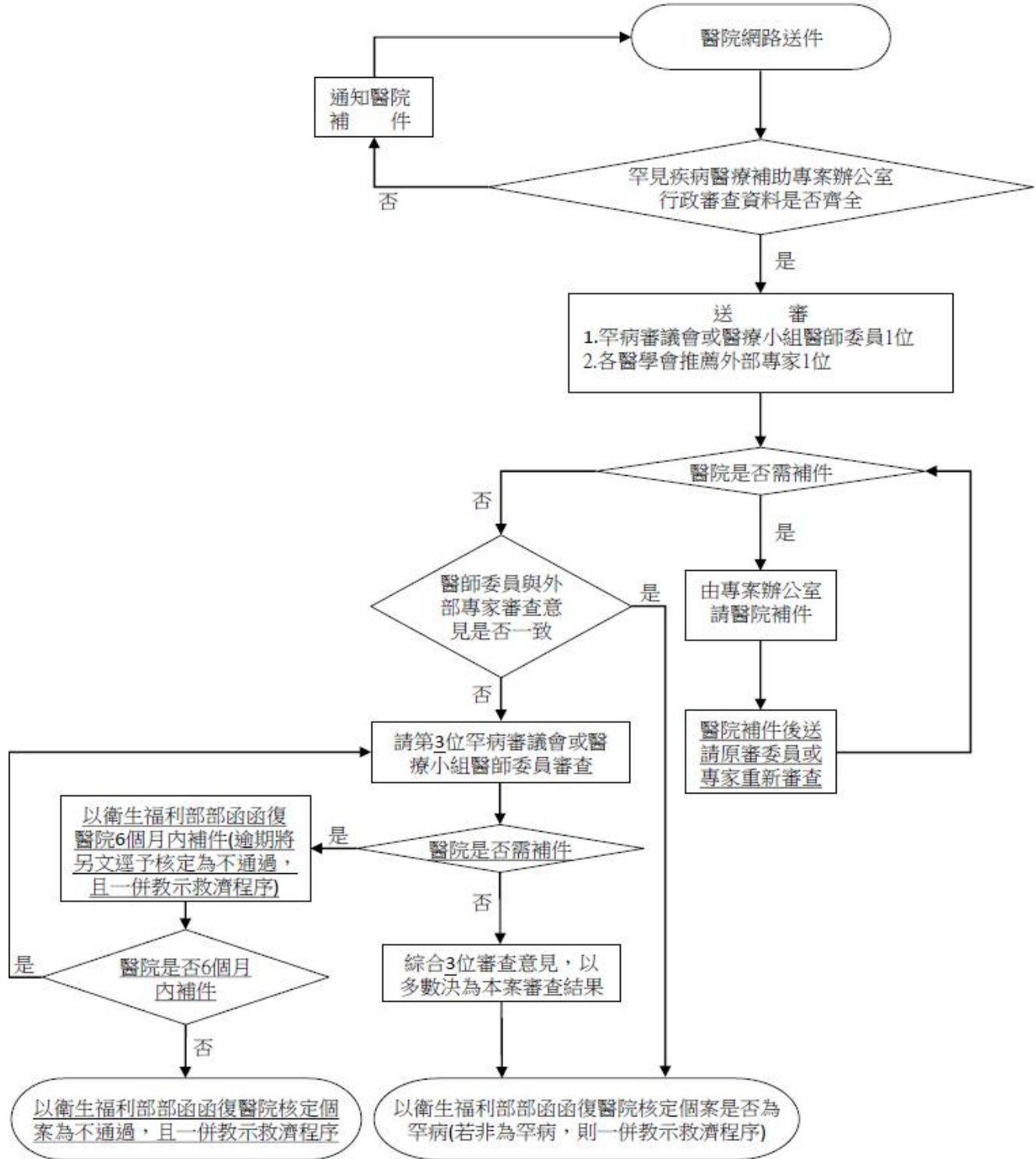
訂



線

罕見疾病個案報告之審查流程

罕見疾病個案報告之審查流程



罕見疾病病人使用維持生命所需之居家照護醫療器材 相關補助之審查原則

審查資格及要件：

【審查類別二】：已使用居家呼吸器，但無健保署規定之呼吸衰竭重大傷病證明者。

申請項目	應備資料	審查要件
1. 呼吸器 (內建不斷電居家型正壓呼吸器)	1.全民健康保險重大傷病核定審查通知書(民眾收執聯)	申請本項呼吸器之補助者，確為：未核定通過全民健保呼吸衰竭重大傷病。
2. 咳嗽(痰)機 3. 氧氣製造機 4. 血氧監測儀	2.主治醫師診斷證明	1. 最近6個月內之診斷證明。 2. 註明使用呼吸器理由與需申請之居家醫療器材項目。 附註：血氧監測儀以申請手指型為原則。若體重低於15公斤(含)或狀況特殊(診斷書敘明理由並經委員審查通過)者，得申請掌上型(貼片式)血氧監測儀補助。
	3.呼吸治療紀錄	提供最近6個月內3次(每次至少間隔2週以上)呼吸治療居家訪視紀錄或住院期間內呼吸治療紀錄單。各次紀錄內容須包括： (1)呼吸器機型 (2)換氣模式 (3)呼吸器設定 (4)病人呼吸評估 (5)每日呼吸器使用時間(超過6小時)
	4.病歷紀錄	提供最近6個月內之病歷紀錄，內容應呈現病人目前身體功能狀況、使用呼吸器之必要性及其與此罕見疾病之相關性。
	5. 檢具下列任一病歷資料或檢驗報告：	
	(1) 肺功能檢查報告	最近6個月內之肺功能測試FVC低於預測值之40%。

申請項目	應備資料	審查要件
	(2) 血液氣體分析報告	最近6個月內之血液氣體分析報告PaCO ₂ 高於50mmHg。
	(3) 睡眠生理檢查報告	最近6個月內之睡眠生理檢查 (Polysomnography, PSG) 中 apnea-hypopnea index (AHI) 大於10/hr (18歲以下, 大於5/hr), 或4次以上 (含) 最低血氧飽和濃度值低於92%。
	(4) 住院病歷摘要	因肺炎或肺膨脹不全而於1年內反覆住院2次 (含) 以上。

罕見疾病病人使用維持生命所需之居家醫療照護器材相關補助申請流程及表單

壹、前言

為加強照顧罕見疾病病人，補助罕見疾病病人使用維持生命所需之居家醫療照護器材，以提升居家照護品質。請參考下列申請資格、應備文件及申請流程等說明後，於受理期間提出申請。

貳、補助對象：

罹患衛生福利部公告之罕見疾病並由醫師開立證明需要維生用照護器材者。

參、補助項目及標準（依每項醫療器材之租賃價格，低收入戶及中低收入戶全額補助，其他民眾補助80%為上限，最高補助租賃費如下表列，實際費用未達最高補助額者，依實際費用補助之）：

編號	器材項目		醫療器材租賃費		備註
			低收入戶及中 收入最高補助 額（元/月）	非低收入戶 最高補助額 （元/月）	
1	呼吸器		10,000	8,000	罕見疾病病人若已接受政府其他同性質補助或社會保險給付（例如：全民健康保險之居家呼吸照護服務相關給付、身障醫療補助...等），則不得重複申請本項補助。 ※血氧監測儀補助以“手指型”為優先原則。
2	氧氣製造機		4,000	3,200	
3	血氧監 測儀	手指型	750	600	
		掌上型	4,000	3,200	
4	咳嗽（痰）機		10,000	8,000	

➤ [補助款項說明]：以呼吸器舉例說明

狀況	實際補助費用	一般民眾 (政府補助 80%)	低收入戶或中低收入戶 (政府補助 100%)
實際費用低於補助金額 例如：實際費用:7,000 元/月		$7,000 * 80\% = 5,600$ 元/月	7,000 元/月
實際費用高於補助金額 例如：實際費用:12,000 元/月		8,000 元/月	10,000 元/月

肆、申請相關規定：

一、申請對象：罕病病人或其法定代理人。

二、申請文件：

(一) 罕見疾病重大傷病卡影本或重大傷病卡核定審查通知書(函)影本(有效期限內)

(二) 診斷證明影本(限定需2年內開立，並應註明症狀須使用呼吸器、氧氣製造機、血氧監測儀、咳嗽(痰)等維生設備才可)；

※若有以下診療資料，亦可一併提供：

例如肺功能檢查、或門診或住院中血氧飽和度值、或睡眠生理檢查、或住院中呼吸治療紀錄單等；若無上列數據，或是病人無法執行前開檢查時，亦可由專科醫師提供相關之臨床症狀、徵兆或其他實驗數據等等，以供審查參考。

(三) 居家使用維生用居家醫療照護器材設備之照片(本項僅需首次申請時檢附)

(四) 租賃契約書及付款證明正本(如：出租人簽收之收據、自動櫃員機轉帳交易明細表或匯款證明、發票等)

(五) 切結書

(六) 存摺封面影本(限病人或申請本人之帳戶，以「郵局」存簿帳號為佳)

(七) 低收入戶或中低收入戶證明，需有效期限內(無此資格者免附)

(八) 其他檢附文件

三、個案首次申請之設備經審查通過補助，該項設備在診斷證明2年有效期內，檢附該項設備租賃收據，開放由專案辦公室逕行行政審查後補助。

伍、申請時間：

一、依據中華民國100年4月7日署授國字第1000400309號令修正「罕見疾病醫療補助辦法」第2條第2項規定，維持生命所需之居家醫療照護器材費用補助，溯及自100年1月1日施行。

二、申請資料可隨時送件。

陸、有關申請流程及表格等，請向罕見疾病醫療補助專案辦公室索取或自國民健康署網站下載，網址：<http://www.hpa.gov.tw/> 公告區罕見疾病醫療補助「罕見疾病醫療補助專案辦公室」聯絡資訊如下：

專線電話：(02)2545-9066

傳真電話：(02)2545-9166

地址：10574 台北市松山區民生東路四段 133 號 11 樓

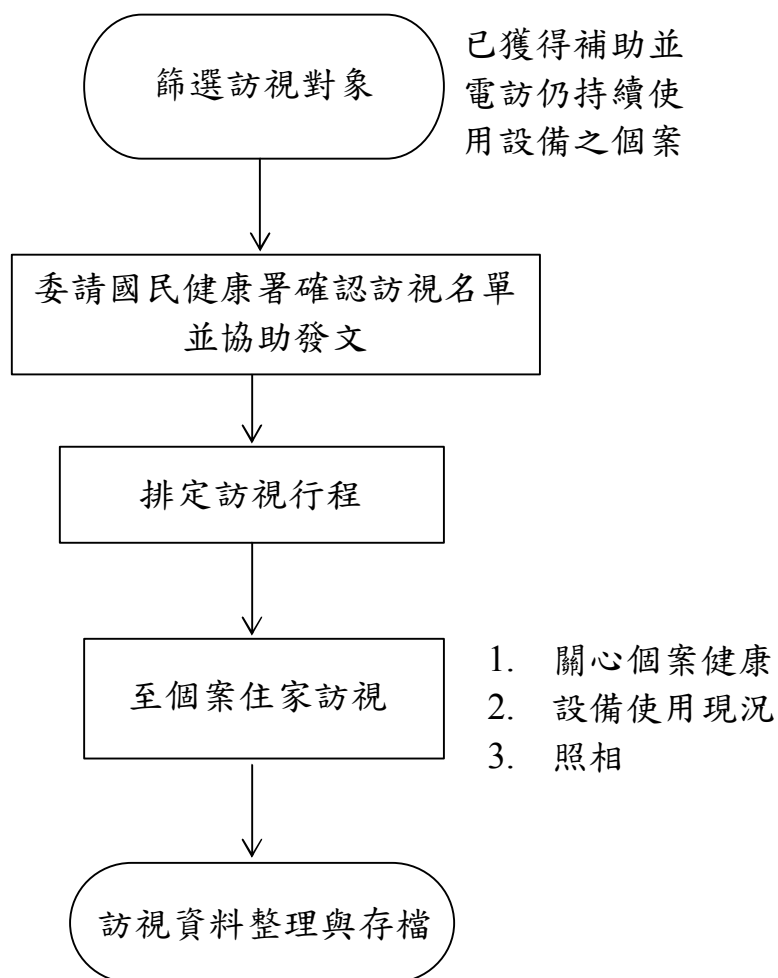
專用 email 帳號：rare_disease@ms2.iisigroup.com

柒、居家訪查說明及個案訪查流程表

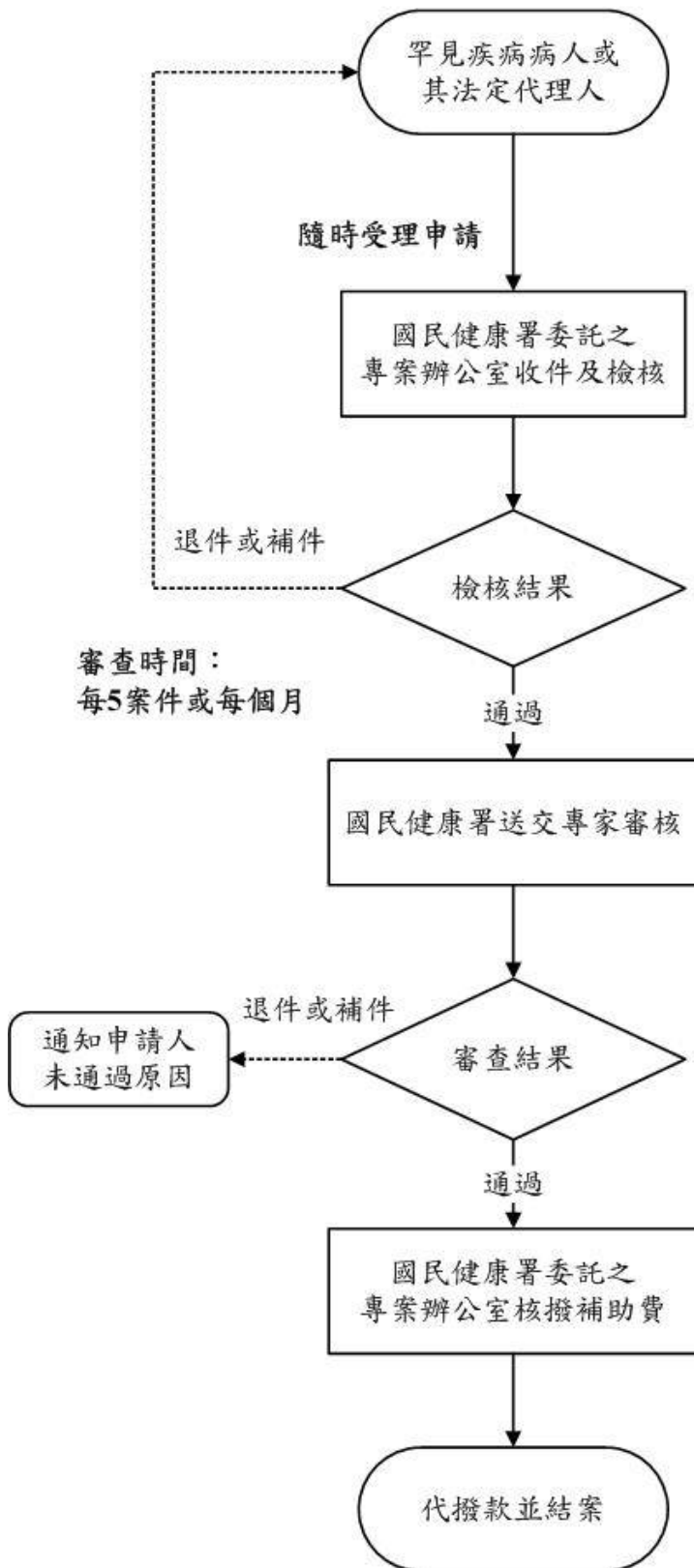
一、說明：

凡獲得本項補助之個案家庭，國民健康署為關懷受理補助後，仍持續使用相關居家醫療照護器材個案之器材使用衛教宣導，擬辦理居家訪查機制，貼近個案實地了解使用狀況及補助效益，也藉以收集個案回饋建議及實地訪查心得，做為未來改進之方針。

二、個案訪查流程表：



補助維持生命所必需之居家醫療照護器材申請流程



應檢附文件：

1. 居家醫療照護器材補助申請表
2. 罕見疾病重大傷病卡影本或重大傷病卡合併審查通知書(函)影本(有效期限內)
3. 診斷證明影本(限定需2年內開立,並應註明症狀須使用呼吸器、氧氣製造機、血氧監測儀、咳嗽(痰)等維生設備才可);
※若有以下診療資料,亦可一併提供:例如:肺功能檢查、或門診或住院中血氧飽和度值、或睡眠生理檢查、或通過健保第四階呼吸器之補助資料等;若無上列數據,或是病人無法執行前開檢查時,可由專科醫師提供相關之臨床症狀、徵兆或其他實驗數據等等,以供審查參考。
4. 居家使用維生用居家醫療照護器材設備之照片(本項僅需首次申請時檢附)
5. 租賃契約書及付款證明正本(如:出租人簽收之收據、自動櫃員機轉帳交易明細表或匯款證明、發票等,租賃契約首次申請須提供正本,如無法提供可請租賃廠商協助提供影本,加蓋公司大小章佐證,後續行證審查申請如無變動則提供影本即可)
6. 切結書
7. 存摺封面影本(限病人或申請本人之帳戶,以「郵局」存簿帳號為佳)
8. 低收入戶或中低收入戶證明,需有效期限內(無此資格者免附)
9. 其他檢附文件

年度補助維持生命所需之居家照護醫療器材費申請表

【本補助經費由國民健康署菸害防制及衛生保健基金支應】

收件日期： 年 月 日/收件人：

編號：

法定代理人：	與病人關係	申請補助期間： 年 月~ 年 月
--------	-------	------------------

補助費領取：病人；法定代理人。是 否 曾申請 年度維生居家照護醫療器材補助

※凡通過居家照護醫療器材費補助之個案，應接受國民健康署所安排之居家訪查。

基本資料

病人姓名	性別	男： <input type="checkbox"/> 女： <input type="checkbox"/>	身分證字號	
出生日期	年 月 日	<input type="checkbox"/> 列冊低收入戶 <input type="checkbox"/> 列冊中低收入戶	核定日期：	年 月 日 核定文號： 字第 號
診斷病名				聯絡電話
聯絡人	<input type="checkbox"/> 同申請人	關係	手 機	
戶籍地址	縣市	鄉鎮市區	村 鄰 里	街 段 巷 弄 號 樓
居住地址	<input type="checkbox"/> 同上	縣市	鄉鎮市區	村 鄰 里 街 段 巷 弄 號 樓

應檢附文件

- 罕見疾病重大傷病卡影本或重大傷病卡合併審查通知書(函)影本(有效期限內)
- 醫師開立之診斷證明影本(限定2年內開立，並應註明症狀須使用呼吸器、氧氣製造機、血氧監測儀、咳痰機等維生設備)；
- 居家使用維生用居家醫療照護器材設備之照片(本項僅需首次申請時檢附)
- 租賃契約書及付款證明正本(如：出租人簽收之收據、自動櫃員機轉帳交易明細表或匯款證明、發票等)。
- 切結書
- 存摺封面影本(病人；法定代理人：之帳戶，以「郵局」存簿帳號為佳)
- 低收入戶或中低收入戶證明，需有效期限內(無此資格者免附)
- 其他檢附文件

申請補助項目

請依實際狀況勾選(可複選)：

- 呼吸器 氧氣製造機 血氧監測儀(手指型掌上型) 咳嗽(痰)機

審核結果(此欄由審核人員填寫)

<input type="checkbox"/> 資料不全，請補正。補正日期： 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 不通過：	
<input type="checkbox"/> 不符申請條件，不同意。理由： _____	
<input type="checkbox"/> 其他。理由： _____	
<input type="checkbox"/> 通過，補助項目如下：	
<input type="checkbox"/> 呼吸器	每月補助 _____ 元 × _____ 個月 = _____ 元
<input type="checkbox"/> 氧氣製造機	每月補助 _____ 元 × _____ 個月 = _____ 元
<input type="checkbox"/> 血氧監測儀	每月補助 _____ 元 × _____ 個月 = _____ 元 (<input type="checkbox"/> 手指型 <input type="checkbox"/> 掌上型)
<input type="checkbox"/> 咳嗽(痰)機	每月補助 _____ 元 × _____ 個月 = _____ 元
補助金額總計： _____ 元	
匯款方式： <input type="checkbox"/> 郵局(郵局：	戶名： _____ 局號： _____ 帳號： _____)
<input type="checkbox"/> 銀行(名稱：	戶名： _____ 帳號： _____)
審核日期： 年 月 日	

承辦人員：

業務主管：

單位負責人：

附件一

證件黏貼表

【本補助經費由國民健康署菸害防制及衛生保健基金支應】

<p>【罕見疾病重大傷病卡】</p> <p>正面影本</p> <p>黏貼處</p> <p>若重大傷病卡已註記於 IC 卡時， 請附上重大傷病卡合併審查通知書(函)影本。</p>	<p>【罕見疾病重大傷病卡】</p> <p>反面影本</p> <p>黏貼處</p>
---	--

匯款帳號存摺正面影本黏貼處

病人；法定代理人之帳戶，並請提供最新及正確之帳號以利後續撥款

(若影印不清楚，請自行補充手寫資料)

戶名	銀行/郵局名稱	分行名稱	銀行/郵局代碼	帳號