

101 年醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫

行政院衛生署中央健康保險局

101 年 3 月 14 日健保醫字第 1010001746 號公告

壹、計畫依據

行政院衛生署 101 年 3 月 9 日衛署健保字第 1012600024 號函。

貳、計畫說明

多重慢性病患乃是我國醫療照護系統中最重要之資源使用者，且隨著我國人口結構之逐年老化，多重慢性病的盛行率將逐年升高，其醫療照護課題也將愈趨重要。就提高慢性醫療照護品質及控制醫療成本之觀點而言，如何改變現行醫療照護模式，使成為適合多重慢性病患之整合性醫療照護模式，乃當務之急。

參、目的

- 一、提供多重慢性病人適切、效率、良好品質之醫療服務，避免重複、不當治療用藥或處置，影響病人安全。
- 二、配合總額支付制度，提供整合式照護服務，促成醫院各專科醫療之適當整合。
- 三、鼓勵醫院盡責，透過專業合作，以達全人照護之理念。
- 四、鼓勵醫院互相標竿學習，俾利更佳之醫療模式之建立。
- 五、對於病情穩定之病人，逐步落實分級醫療、促進層級間之轉診，以提升醫療資源使用效率。

肆、計畫期間：101 年 4 月至 102 年 3 月。

伍、預算來源

本計畫之預算由 101 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」其他預算之「推動促進醫療體系整合計畫」項目下支應，採專款專用方式辦理。

陸、推動策略

- 一、本計畫為一中長期計畫，將分階段導入，逐年漸進達成目標：
 - (一) 試辦期：重點在於院內或整合團隊對忠誠病人照護之整合。
 - (二) 推廣期：重點在於跨院間之整合照護。

(三) 成熟期：重點在於與基層醫療院所整合。

以上之階段俟辦理成效，逐步檢討修正。

- 二、計畫所稱之區域，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)各分區業務組轄區作為試辦之區域。
- 三、民眾不須登記或簽署同意文件，不限制民眾就醫醫療院所。
- 四、透過獎勵誘因，鼓勵醫院對於門診就醫病患提供整合式門診照護服務，避免因重複及不當用藥、重複檢驗檢查、處置等，而影響民眾健康並耗用醫療資源。

柒、執行方式

- 一. 101年新參與計畫之醫院(或整合團隊)或已參與之試辦醫院其照護模式與原申請計畫有差異者，應於101年3月31日前檢附計畫書(包括整合式照護模式、病患權益保障措施等計畫書，如附件一)，向本保險人各分區業務組提出申請，經本保險人各分區業務組同意後實施。
- 二. 由本保險人各分區業務組提供參與試辦醫院或整合團隊整合式照護對象名單。
- 三. 整合式照護對象定義

99年10月至100年9月西醫門診就醫病人，該病人於院內或整合團隊內個別醫院門診就醫次數占其99年10月至100年9月總門診就醫次數大於50%以上(忠誠病人)為對象，並排除下列情況：

- (一) 已參與「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」、「全民健康保險論人計酬試辦計畫」與「西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫」之個案。
- (二) 99年4月至100年12月(不論院內或院外)為門、住診急重症之病患，其急重症範圍之門、住診主診斷碼為：
 1. 140~208 癌症病患。
 2. 先天性凝血因子異常(2860、2861、2862、2863)及後天性凝血因子缺損(2867)。
 3. 腎臟移植術後(V42.0)、心臟移植術後(V42.1)、肺臟移植術後(V42.6)、肝臟移植術後(V42.7)、胰臟移植術後(V42.83)、骨髓移植術後(V42.81、V42.82)、腎臟移植併發症(996.81)、肝臟移植併發症(996.82)、心臟移植併發症(996.83)、肺臟移植併發症(996.84)、胰臟移植併發症(996.86)、骨髓移植併發症(996.85)。
 4. 精神疾病：腦器質性精神疾病(294), 精神分裂症(295), 情感性精神疾病(296), 妄想性精神疾病(297)。

- (三) 99年4月至100年12月間曾手術住院者(手術費大於0且具有主手術碼)或死亡。
- (四) 100年10至12月間失聯者：指無該院或整合團隊內就診紀錄者，即在該院或整合團隊內門住診費用申報資料(含中醫、牙醫、透析)均無該病患之申報資料)。

四、整合式照護對象範圍

- (一) 保險人將忠誠保險對象於全國就醫次數高低排序(遞減排序)切為十等分位，依順序擇定前四分位之病人，由醫院自由選定照護對象。
- (二) 參與試辦醫院或整合團隊，得於前述名單之外，就該院內多重需求之就醫病患，自由選定照護對象，惟選定人數不得超過前述由名單內選定照護人數30%為限(若前述條件選定人數1,000人，則自由選定人數不得超過300人)，且若為本計畫試辦醫院或整合團隊忠誠病人或為本計畫柒、三所列之條件者，不列入收案。
- (三) 參與試辦醫院或整合團隊，得於前述(一)及(二)之外名單，就該院100年已選定之照護對象須持續照護且未失聯者，自由選定照護對象。
- (四) 試辦醫院或整合團隊，於101年4月15日前，將選定之照護對象上傳至健保局VPN系統。

- 五、 本計畫採計之醫療費用範圍，係指西醫醫院門診、西醫基層門診及門診透析之申請點數加部分負擔，包含交付機構之申報點數；且排除下列之案件：
 - (一) 中醫門診、牙醫門診、代辦案件、居家照護與精神疾病社區復健。
 - (二) 接受其他院所代(轉)檢、慢性病連續處方箋調劑、診察費為0之案件件數不計。

- 六. 同一轄區醫院，得與其他醫事服務機構或醫院合作，採院際共同整合照護模式，就各醫院依本計畫柒、四擇定之對象共同照護。

- (一) 採跨院共同整合模式醫院，應推派單一醫院為主責醫院，負責提送計畫書、本保險人聯繫窗口、經費撥付等事宜。
- (二) 應於計畫書內一併檢送各整合醫院之參加同意書。
- (三) 整合團隊於計畫執行期間若發生個別醫院退出情形，須由主責醫院向轄區分區業務組提出申請，退出之醫院依參與月份比例核給基本承作費。至於成效評量指標及民眾就醫權益等項之經費不予核付。
- (四) 整合團隊之個別醫院，於計畫執行期間亦受本計畫玖、二、(五)規範。

- 七. 本計畫玖、二、(一)2及3費用核付之各項指標計算，採整合團隊合併計算，

亦即整合團隊之單一指標合併計算結果，若未達該項成效評量指標及民眾就醫權益等項，而團隊內單一醫院達成，該項指標費用仍不予核發。

捌、參與計畫之醫院資格

試辦醫院於 98 年 1 月 1 日至 101 年 3 月 31 日止，並無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法（以下簡稱特管辦法）第 37 條至第 38 條中各條所列違規情事之一且經本保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行處分者）。惟為保障保險對象就醫權益，本保險人各分區業務組得視違規情節及醫院所提計畫之內容，可另予考量。

玖、費用申報及支付方式

一、參與試辦之醫院對照護個案提供門診整合照護服務，於申報醫療費用時，應於「門診醫療服務點數清單」項次 13-1「保留欄位」填報 Y 註記，其餘欄位依照原方式申報。

二、費用核付：（計算方式詳附件二）

（一）參與試辦之醫院原已收案並經本年度選定繼續照護對象（以下簡稱繼續照護對象）每人計畫期間經費 750 元，101 年新照護對象每人計畫期間經費 1,000 元，依下列指標達成比率核給，惟經試辦醫院選定之照護對象，於計畫期間未於該院就診者，不予核付基本承作費、成效評量與民眾就醫權益等費用：

1. 基本承作費用：

（1）. 須達成計畫書所敘明之執行內容及參與成果分享活動。

（2）. 101 年新照護對象每人核付 400 元，繼續照護對象則每人核付 150 元。

2. 成效評量（結果面指標達成）：每人計畫期間經費 500 元，依三項指標分配（各項指標達成之比例配分詳附件 2）。

（1）. 照護對象平均每人每月西醫門診醫療費用（院內與院外）低於（或等於）比較基期：每人全年經費 200 元。

（2）. 照護對象平均每人每月西醫門診就醫次數（院內與院外）低於（或等於）比較基期：每人全年經費 150 元。

（3）. 照護對象平均每人每月西醫門診用藥品項數（院內與院外）低於（或等於）比較基期：每人全年經費 150 元。

3. 民眾就醫權益：平均每月院內整體民眾申訴案件成案數低於（或等於）比較基期，或計畫期間院內整體民眾申訴案件成案數 ≤ 3 ；每人全年經費 100 元。

(二) 比較基期：

1. 成效評量：比較基期為 99 年 4 月至 100 年 3 月。
2. 民眾就醫權益：比較基期為 100 年 4 月至 101 年 3 月。

(三) 納入成效評量計算之照護對象，以計畫結束前 3 個月內仍有該院或整合團隊就診紀錄之個案計之。若基期至計畫期間，不論院內或院外有柒、三、(二) 及(三)之急重症門住診、手術住院或死亡者，於評量指標成效時亦不予列入計算。於 102 年 4 月 30 日(含)前申報計畫期間費用資料者計算之(若為整合團隊應合併計算)。

(四) 基本承作費用於保險人分區業務組同意實施後先撥付 1/2 之款項，並於執行三個月內由分區業務組進行書面審查或實地了解運作情形後再撥付 1/2 款項，第一次查核無具體執行進度者，該院(或整合團隊)應於一個月內改善，第二次查核仍無具體進度者，得予停辦並追扣已核付之本計畫經費；成效評量及民眾就醫權益之經費，於本計畫年度執行結束時撥付，以鼓勵院所投入資源於提升醫療效率與服務品質。

(五) 醫院(或整合團隊任一醫院)於計畫期間因違反特管辦法致受停約處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，於文到之次月起同步終止本項計畫，惟為保險對象醫療照護之延續性，分區業務組得視違規情節，可另予考量。凡經終止本計畫者，依實施月份比例核給基本承作費，至於成效評量指標及民眾就醫權益等項之經費不予核付。

(六) 本計畫之費用，不併門診醫療費用申報，由本保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，於追扣補付系統辦理帳務處理(前開系統原因別代碼「296」醫院整合照護模式計畫補付—基本承作費、「196」醫院整合照護模式計畫追扣—基本承作費、「2A7」醫院整合照護模式計畫補付—成效評量、「1A7」醫院整合照護模式計畫追扣—成效評量等)。

拾、退場機制

保險人提供其各分區業務組本(101)年4至12月「平均每人每月門診就醫次數」下降比例較低(由高至低排序)之第20百分位以內，且該指標為正成長之醫院名單，由各分區業務組實地瞭解辦理情形，確實未積極辦理之醫院(含整合團隊任一醫院)，次年度將不再提供新照護對象名單。

拾壹、執行配套措施

一、參與試辦之醫院(或整合團隊)目標管理點數額度調整：由保險人各分區業務組與轄區醫院依現行作業原則共同議定，惟對於本計畫之效益應予考量。

二、計畫管理機制：

- (一) 保險人負責研議總體計畫架構模式、行政授權與協調。
- (二) 保險人各分區業務組負責受理及輔導轄區醫院申請計畫與觀察輔導醫院之執行，指標之計算與費用核發，並進行實地訪視，瞭解計畫實際執行情形。
- (三) 各計畫參與醫院負責提出計畫之申請、推動院內整合照護模式、參與保險人各分區成果分享活動。

三、指標監控：

- (一) 照護對象院內(或整合團隊)固定就診率：監控本計畫實施後，門診病人跨院或跨層級流動。

公式：計畫期間照護對象院內(或整合團隊)就醫次數/照護對象在全部西醫門診就診次數

- (二) 照護對象住院率：監控本計畫實施後，照護對象疾病嚴重度之變化。

公式：計畫期間照護對象之總住院次數/照護對象人數

拾貳、計畫實行評估

- 一、 參與試辦之醫院(或整合團隊)應於計畫執行期末提送執行報告(包含計畫運作執行現況、計畫評核指標達成率等)至保險人各分區業務組，俾作為未來是否續辦之考量。
- 二、 保險人將彙整各醫院(或整合團隊)所提執行報告，進行整體執行成效之評估，作為繼續或全面實施之依據。
- 三、 本計畫所核付之款項，請參與試辦醫院應用於鼓勵執行本計畫之整合單位或相關人員。
- 四、 若該年度有進行支付標準調整，於計算本計畫之評量指標時，調整前後之點數差額不予列入。

拾參、訂定與修正程序

本計畫由保險人報請主管機關核定後，由保險人公告實施，並送全民健康保險醫療費用協定委員會備查；修正時亦同。惟屬執行面之修正，得由保險人逕行公告。

_____醫院(院所代號：_____)

申請 101 年「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」

(建議內容)

提報日期：

- 一、整合理念
- 二、整合式照護需求評估(門診服務對象之醫療需求評估)
- 三、執行計畫內容(實際運作模式及方法)
- 四、病患就醫權益保障措施
- 五、指標達成之管控措施
- 六、經費運用
- 七、預期成效
- 八、其他

費用核付及計算

一、 不予核付費用：若經選定之照護對象病患，於本計畫期間(101年4月1日至102年3月31日)無該院就診紀錄，即在該院中醫(醫事服務類別14)、牙醫(醫事服務類別13)及門診西醫醫院(醫事服務類別12)、洗腎(醫事服務類別15)、住診西醫醫院(醫事服務類別22)均無該病患之申報資料，也就是該病患在該院是處於真正的未就醫狀態，即不予核付基本承作、成效評量與民眾就醫權益等費用。

二、 基本承作費用：101年新收案之照護對象每人支付400元(例如：某醫院選定101年新照護對象為1,000人，101年收案者之基本承作費用為400元*1,000人=40萬元)；試辦醫院原已收案並經本年度選定之繼續照護對象，每人支付150元(例如：某醫院選定繼續照護對象為300人，繼續收案者之基本承作費用為150元*300人=4.5萬元)。

註1：須達成計畫書所敘明之執行內容及參與成果分享活動。

註2：照護人數計算以本計畫柒、四點之規定辦理。

三、 成效評量(結果面指標達成)：本期每人核付500元。

註1：公式「A、B之照護對象」以計畫結束前3個月內仍有該院(或整合團隊)就診紀錄之個案數計之，惟照護對象基期與計畫期間，不論院內或院外有柒、三、(二)(三)之急重症門住診、手術住院或死亡者，於評量指標成效時亦不予列入計算。

註2：本項費用核付係依本計畫柒、四由試辦醫院選定照護對象人數計算之。

註3：照護對象比較基期為99年4月至100年3月。

(一) 照護對象平均每人每月西醫門診醫療費用(含院內與院外)低於(或等於)比較基期之照護對象平均每人每月西醫門診醫療費用(含院內與院外)。(支付標準P碼費用點數均不計)

1. 每人本期經費200元。

2. $X=A/B-1$

A：計畫期間照護對象西醫門診醫療費用(含院內與院外)/月/人

B：比較基期照護對象西醫門診醫療費用(含院內與院外)/月/人

3. 核付金額

(1) 照護對象核付金額：

X	$X \leq -10\%$	$-10\% < X \leq -5\%$	$-5\% < X \leq 0\%$	$X > 0\%$
核付金額	200 元	150 元	100 元	不予核付

(2) 核付費用 = 核付金額 × 選定照護對象人數

(二) 照護對象平均每人每月門診就醫次數(含院內與院外)低於(或等於)比較基期之月平均：

1. 每人本期經費 150 元。

2. $X = A/B - 1$

A：計畫期間照護對象西醫門診就醫次數(含院內與院外)/月/人

B：比較基期照護對象西醫門診就醫次數(含院內與院外)/月/人

3. 核付金額

(1) 照護對象核付金額

X	$X \leq -10\%$	$-10\% < X \leq -5\%$	$-5\% < X \leq 0\%$	$X > 0\%$
核付金額	150 元	100 元	50 元	不予核付

(2) 核付費用 = 核給金額 × 選定照護對象人數

(三) 照護對象平均每人每月西醫門診用藥品項數(含院內與院外)低於(或等於)比較基期之月平均：

1. 每人本期經費 150 元。

2. $X = A - B$

A：計畫期間照護對象開立之西醫門診用藥品項數(含院內與院外)/月/人

B：比較基期之照護對象開立之西醫門診用藥品項數(含院內與院外)/月/人

3. 核付金額：

(1) 核付金額 150 元。

(2) 核付費用 = 核給金額 × 選定照護對象人數

四、民眾就醫權益：計畫期間平均每月院內(或整合團隊)整體民眾申訴案件成案數低於 100 年 4 月至 101 年 3 月之月平均，或計畫期間院內整體民眾申訴案件成案數 ≤ 3 。

(一) 每人本期核付 100 元。

(二) 核付金額，下列任一達成，每人核付 100 元

1. $A = \text{計畫期間申訴成案數} / 12$

$B = 100 \text{ 年 4 月至 } 101 \text{ 年 3 月之申訴成案數} / 12$

- $X=(A-B)<0$ ，核付費用=100 元×選定照護對象人數
2. 計畫期間申訴成案數 ≤ 3
 $X=A\leq 3$ ，核付費用=100 元×選定照護對象人數