

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
102年4月25日健保醫字第1020023824號公告

壹、計畫依據

依各年度全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果辦理。

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，俾利建立更佳之醫療模式。
- 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：102年4月至103年12月。

伍、預算來源

- 一 由全民健保年度醫療給付費用總額其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支付本計畫之成效評量及執行評核費用，採專款專用方式辦理。
- 二 102年度預算經費上限為5億元。
- 三 103年度預算經費依年度總額協議結果辦理。

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、 參與計畫之醫院(或整合團隊)，檢附計畫書(包括整合式照護主要運作模式(含註記)、配套措施及病患權益保障措施等，如附件一)，向保險人各分區業務組提出申請，經保險人各分區業務組同意後實施。
- 二、 主要運作模式如下列所示，請於檢附計畫書時填寫(可複選)，並說明實際運作方式及其內容：
 - (一) 特殊對象整合〔A〕：由特殊對象治療團隊，提供患者一次看診之診療服務，例如老人門診整合照護。
 - (二) 特定疾病整合〔B〕：由特定疾病治療團隊，提供患者一次看診之診療服務，例如三高門診整合照護。
 - (三) 主責照護整合模式〔D〕：由主責照護醫師整合，照會其他科後仍由主責醫師診療，綜整開立處方箋。
 - (四) 其他模式〔E〕：非屬以上3種或資訊流程整合模式者，請說明。
- 三、 由保險人各分區業務組提供參與試辦醫院或整合團隊可參加整合式照護對象名單。
- 四、 照護對象
 - (一) 多重慢性忠誠病人：西醫門診就醫病人，於執行年之前二年連續於個別醫院門診就醫次數占其總門診就醫次數50%以上，有2種(含)以上慢性病，且需2個(含)以上科別照護者，為該個別醫院之多重慢性忠誠病人。
 - (二) 多重慢性病人：執行年之前一年已參加本試辦計畫醫院，得於前述名單外，選定前一年照護對象有2種(含)以上慢性病且需2個(含)以上科別照護者。
 - (三) 排除下列對象：

1. 參加本計畫之照護對象，排除已參與「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」與「全民健康保險論人計酬試辦計畫」者。
2. 執行年前一年（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、住診主診斷碼如下：
 - (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)。
 - (5) 曾手術住院者(手術費大於0且具有主手術碼)或死亡。
3. 執行年前一年全國門診就醫次數未滿12次。

註1：前述之就醫次數之計算，不計中、牙醫、代辦案件、居家與精神疾病社區復健、申報費用為0之代檢案件、慢性病連續處方箋調劑等。

註2：慢性病定義：就醫資料中主次診斷屬於主管機關公告100項慢性病範圍診斷，且每種慢性病給藥日數全年累計超過60日。

- 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，得選擇採院際共同整合照護方式，就各醫院依本計畫柒、四擇定之對象共同照護。
 - (一) 採院際共同整合照護方式醫院，應推派單一醫院為主責醫院，負責提送計畫書、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，退出之醫院成效其評量指標及執行成效評核經費不予核付。
 - (四) 整合團隊之個別醫院，於計畫執行期間亦受本計畫壹拾、退場機制規範。
- 七、 本計畫玖、二之各項指標計算，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，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

試辦醫院於執行年之前一年起，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法（以下稱特管辦法）第 38 條至第 40 條中各條所列違規情事之一且經保險人處分者（以第一次處分函所載停約或終止特約日認定，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，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、 照護對象依本計畫門診整合模式就醫者，該筆案件於申報醫療費用時，應於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報柒、二之照護模式「A」、「B」、「D」、「E」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 2)

(一) 保險人核付接受本計畫門診整合模式就醫之照護對象，每人全年期間經費最高 1,500 元，計畫執行期間未滿 1 年者，按比例計算，並依下列指標達成比率核付成效評量及執行評核費用：

1. 成效評量(結果面指標達成)：接受門診整合照護模式就醫之照護對象，依 7 項指標分配經費(各項指標達成之比例分配詳附件 2)，每人全年經費最高 1,240 元。

(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：每人全年經費最高 160 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(含急診次數)：每人全年經費最高 280 元。

(3) 照護對象平均每人每月西醫門診藥品項數(院內與院外)低於(或等於)比較基期：每人全年經費最高 160 元。

(4) 照護對象全國住院率低於比較基期，每人全年經費最高 160 元。

(5) 照護對象全局跨院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率低於比較基期，每人全年經費最高 160 元。

(6) 照護對象全局跨院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率低於比較基期，每人全年經費最高 160 元。

(7) 照護對象全局跨院所口服降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率低於比較基期，每人全年經費最高 160 元。

2. 執行評核費用：參與試辦之醫院請先自行評核(評分表格式如附件 3)，並於執行年 9 月底前函送各分區業務組進行複評。每人全年經費最高 260 元，91 分以上核付全額、81-90 分核付 9 成、71-80 分核付 8 成、60-70 分核付 7 成，未達 60 分不核付。

(二) 比較基期：成效評量之比較基期為執行年之前一年同期。

(三) 納入成效評量及執行評核計算之照護對象，以計畫年度期間經試辦醫院提供服務後曾

申報主要運作模式註記之個案計之。

- (四) 本計畫之成效評量及執行評核費用，不併門診醫療費用申報，由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，每年於年度結束後辦理結算，並於追扣補付系統辦理帳務處理。

壹拾、退場機制

醫院於計畫執行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）以第一次處分函日期所載停約或終止特約日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，各項成效評量指標及執行評核費用經費不予核付。

壹拾壹、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，並得進行實地訪視瞭解其計畫實際執行情形。
- (三) 各計畫參與醫院提出計畫之申請及自行評核，推動整合照護模式，並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) 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，或計畫執行期間院內整體民眾申訴案件成案數。

- (三) 照護對象接受整合照護比率：監控本計畫實施後照護對象實際接受整合照護比率。

公式：照護對象接受門診整合照護之就醫人次 / 接受門診整合模式之照護對象於院內之總就醫人次

壹拾貳、計畫實行評估

- 一、 參與試辦之醫院(或整合團隊)應於本計畫年度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。

壹拾參、訂定與修正程序

本計畫由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送全民健康保險會備查。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

_____醫院(院所代號：_____)

申請____年「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」

提報日期：

- 一、 整合理念
- 二、 執行計畫內容：
 - (一) 請依計畫內容詳述主要運作模式及方法
 - (二) 如有併用資訊流程整合、個案管理師、藥師為主之整合團隊或其他方式輔助，請一併說明。
- 三、 整合式照護需求評估(門診服務對象之醫療需求評估)
- 四、 病患就醫權益保障措施
- 五、 指標達成之措施
- 六、 經費運用
- 七、 預期成效
- 八、 其他

費用核付及計算

一、 成效評量(結果面指標達成)：每年每人最高核付 1,240 元。

註 1：「照護對象人數」指計畫執行期間曾由醫院申報主要照護模式註記者計之。

註 2：照護對象比較基期為執行年之前一年同期。

(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. 每人每年經費最高 160 元。

2. $X=A/B-1$

A：計畫執行期間西醫門診醫療費用(含院內與院外)/月/人

B：比較基期西醫門診醫療費用(含院內與院外)/月/人

3. 核付金額

(1) 前一年為該院之照護對象核付金額：

X	$X \leq -4\%$	$-4\% < X \leq -2\%$	$-2\% < X \leq 0\%$	$X > 0\%$
核付金額	160 元	120 元	80 元	不予核付

(2) 新照護對象核付金額：

X	$X \leq -6\%$	$-6\% < X \leq -3\%$	$-3\% < X < 0\%$	$X \geq 0\%$
核付金額	160 元	120 元	80 元	不予核付

(3) 核付費用=核付金額×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. 每人每年經費最高 280 元。

2. $X=A/B-1$

A：計畫執行期間西醫門診就醫次數(含院內與院外)/月/人

B：比較基期西醫門診就醫次數(含院內與院外)/月/人

3. 核付金額

(1) 前一年為該院之照護對象核付金額：

X	$X \leq -3\%$	$-3\% < X \leq -1.5\%$	$-1.5\% < X \leq 0\%$	$X > 0\%$
核付金額	280	200	100	不予核付

(2) 新照護對象核付金額：

X	$X \leq -5\%$	$-5\% < X \leq -3\%$	$-3\% < X < 0\%$	$X \geq 0\%$
核付金額	280	200	100	不予核付

(3) 核付費用=核付金額×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. 每人每年經費最高 160 元。

2. $X=A/B-1$

A：計畫執行期間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) 前一年為該院之照護對象核付金額：

X	$X \leq 0\%$	$X > 0\%$
核付金額	160	0

(2) 新照護對象核付金額：

X	$X < 0\%$	$X \geq 0\%$
核付金額	160	0

(3) 核付費用=核付金額×人數

(四) 照護對象全國住院率低於比較基期：

1. 每人每年經費最高 160 元。

2. $X=A/B-1$

A：計畫執行期間全國住院人次/照護對象人數。

B：比較基期之全國住院人次/照護對象人數。

3. 核付金額：

(1) 核付金額：

X	$X \leq -10\%$	$-10\% < X \leq -5\%$	$-5\% < X < 0\%$	$X \geq 0\%$
核付金額	160	105	50	0

(2) 核付費用=核付金額×照護對象人數

(五) 照護對象全局跨院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率：

1. 每人每年經費最高 160 元。

2. $X=A/B-1$

A：計畫執行期間全局跨院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率

B：比較基期之全局跨院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率

3. 核付金額：

(1) 核付金額：

X	$X \leq -10\%$	$-10\% < X \leq -5\%$	$-5\% < X < 0\%$	$X \geq 0\%$
核付金額	160	105	50	0

(2) 核付費用=核付金額×照護對象人數

(六) 照護對象全局跨院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率：

1. 每人每年經費最高 160 元。

2. $X=A/B-1$

A：計畫執行期間全局跨院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率

B：比較基期之全局跨院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率

3. 核付金額：

(1) 照護對象核付金額：

X	$X \leq -10\%$	$-10\% < X \leq -5\%$	$-5\% < X < 0\%$	$X \geq 0\%$
核付金額	160	105	50	0

(2) 核付費用=核付金額×照護對象人數

(七) 照護對象全局跨院所口服降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率：

1. 每人每年經費最高 160 元。

2. $X=A/B-1$

A：計畫執行期間全局跨院所口服降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率

B：比較基期之全局跨院所口服降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率

3. 核付金額：

(1) 核付金額：

X	$X \leq -10\%$	$-10\% < X \leq -5\%$	$-5\% < X < 0\%$	$X \geq 0\%$
核付金額	160	105	50	0

(2) 核付費用=核付金額×照護對象人數

二、 執行評核費用：

(1) 自行評核表內容如附件 3，每人每年經費最高 260 元。參與試辦醫院於執行年 9 月底前將自行評核結果函送各分區業務組，並由各分區業務組就醫院自評結果進行複評後計算分數。

(2) 照護對象核付金額：

複評分數 (X)	$100 \geq X > 90$	$90 \geq X > 80$	$80 \geq X > 70$	$70 \geq X \geq 60$	$X < 60$
核付金額	260	234	208	182	0

(3) 核付費用=核付金額×照護對象人數

「____年醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」自行評核評分表

醫院名稱：
醫院代號：

醫院自評評估日期：
分區複評日期：

項目	審查評估內容	評量結果	得分說明	自評得分	複評得分
一、訂定明確之整合照護標準作業流程(權重 10 分)		<input type="checkbox"/> 明確訂有門診整合照護標準流程 <input type="checkbox"/> 依標準作業流程進行門診整合照護	提供門診整合照護標準作業流程得 5 分 依標準作業流程進行門診整合照護(提供資料佐證)得 5 分		
二、整合照護專責團隊及實際執行運作情形(權重 55 分)	<input type="checkbox"/> 整合照護宣導(權重 10 分): <input type="checkbox"/> 照護對象於院內接受整合照護比率(權重 15 分) <input type="checkbox"/> 成立特定整合門診例如疾病整合照護門診、特殊對象整合照護門診、主責照護整合服務(權重 15 分) <input type="checkbox"/> 提供多種慢性病處方箋整合(權重 5 分) <input type="checkbox"/> 專人介入整合照護服務(權重 5 分): 藥師提供藥物解說及審視用藥重複、交互作用,平均每月__個案數(權重 5 分):	1. 照護對象及民眾方式:門診表、明信片寄發、海報張貼、網站、電視牆等 2. 醫院人員教育訓練宣導 <input type="checkbox"/> 個管師介入照護,提供疾病管理或衛教之服務 <input type="checkbox"/> 藥師介入照護,提供疾病管理或衛教之服務 <input type="checkbox"/> 提供全院藥物諮詢窗口 <input type="checkbox"/> 提供門診整合專屬藥物諮詢窗口	提供資料佐証 未滿 30%得 0 分;30%-59%得 5 分; 60%-79%得 10 分;80%以上得 15 分 以照護個案為中心,每週固定開立特定整合門診 1 診得 5 分、2 診得 10 分、3 診(含)以上得 15 分 個管師或藥師介入照護得 3 分 個管師及藥師介入照護得 5 分 提供專屬藥物諮詢窗口 5 分 全院共用藥物諮詢窗口 3 分		
三、民眾權益保障措施		<input type="checkbox"/> 滿意度調查頻率 <input type="checkbox"/> 季	1. 定期執行滿意度調查得 10 分	20	

項目	審查評估內容	評量結果	得分說明	自評得分	複評得分
與其他(含加分項目)(權重 20 分):		<input type="checkbox"/> 半年 <input type="checkbox"/> 其他請敘明 <input type="checkbox"/> 提供其他可促進整合服務之措施或創意	提供 1 項得 5 分 提供 2 項以上得 10 分		
四、整體執行成效與檢討措施(權重 15 分)	<input type="checkbox"/> 定期分析整合照護對象成效指標(5 分) <input type="checkbox"/> 依據指標分析結果適時調整擬訂管理措施(5 分) <input type="checkbox"/> 固定進行討論會議例如個案研討會、計畫運作檢討會等等(5 分)	定期分析頻率 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 季 <input type="checkbox"/> 半年 頻率 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 季 <input type="checkbox"/> 半年	1. 有定期分析整合照護對象成效指標得 5 分 2. 提供因分析結果調整管理措施資料佐証得 5 分 3. 提供會議資料佐証 頻率：每半年 1 次得 3 分 每季 1 次得 5 分	15	

.....

分區業務組評核： 同意自評分數 不同意自評分數(複評得分：_____)

原因：_____

醫院承辦人/主管：_____ / _____ 分區業務組承辦人/分區主管：_____ / _____