

醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫

衛生福利部中央健康保險署

103年12月26日健保醫字第1030014772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、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：104年1月至105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」項下支付本計畫之費用，採專款專用方式辦理。
- 二、104年度預算經費上限為3億元。
- 三、105年度預算經費依年度總額協議結果辦理。

陸、推動策略

- 一、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。
- 二、民眾不須登記或簽署同意文件，不限制民眾就醫醫療院所。

柒、執行方式：

一、參與計畫之醫院(或整合團隊)，檢附計畫書(如附件 1)，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。開設整合門診者，每週至少 1 診次，每診次至少 3 小時，且於門診應診時刻表及明顯處張貼說明：

(一)高齡醫學或失智症整合門診〔A〕：由醫院整合治療團隊，提供失智症或 65 歲以上高齡病患一次看診之診療服務，其門診名稱及型態即為「○○整合門診」。(同診間多科醫師共同照護者為 K)

(二)三高疾病整合門診〔B〕：由醫院整合治療團隊，提供罹患高血糖、高血脂、高血壓疾病患者一次看診之診療服務，其門診名稱及型態即為「○○整合門診」。(同診間多科醫師共同照護者為 L)

(三)主責照護整合模式〔D〕：無法開設整合門診，惟可指定由主責醫師負責整合，如需照會其他科，仍由主責醫師診療，綜整開立處方箋，並於病歷上記載以備查詢。本項限地區醫院內科、家醫科申報，並於診間外牆張貼「本門診提供整合照護服務」。

(四)其他整合門診〔E〕：由醫院整合治療團隊，提供非屬以上(一)及(二)之患者一次看診之診療服務，其門診名稱及型態亦為「○○整合門診」。(同診間多科醫師共同照護者為 M)

三、照護對象

(一)重點照護對象

由保險人依下列條件順序，擷取前一年之申報資料，提供病患名單：

1. 罹患失智症病患看診之該院(或整合團隊)忠誠病患。
2. 罹患高血糖、高血脂、高血壓至少 2 種以上患者，且前 1 年慢性病門診就診次數均超過 6 次(含)以上之該院(或整合團隊)忠誠病患。
3. 65 歲以上罹患 2 種(含)以上慢性病，需 2 科(含)以上看診之該院(或整合團隊)忠誠病患。

註 1：前 1 年係指執行年前 2 年 10 月至執行年前 1 年 9 月。

註 2：該院(或整合團隊)忠誠病患係以該病患在該院(或整合團隊)就醫之慢性病門診(案件分類為 04、06 者)就診次數占其總慢性病門診就醫次數比率超過 50%以上者優先認定，惟如未有醫院超過 50%，則以超過 40%且占率較高之醫院認定之。

註 3：前述就醫次數之計算，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 4：排除對象包括已參與「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」及糖尿病論質計畫者，及執行年前 1 年(不論院內或院外)為門、住診急重症之病患。(急重症範圍之門、住診主診斷碼如附件 2)

註 5：慢性病定義：就醫資料中主次診斷屬於主管機關公告慢性病範圍診斷，且每種慢性病給藥日數全年累計超過 60 日。

註 6：高血糖、高血脂及高血壓(三高)之定義，詳如附件 3。

註 7：失智症定義：以就醫主診斷 ICD-10CM 代碼為 F00-F09，或其對應之 ICD-9CM 代碼加以認定如附件 4。

註 8：65 歲以上老人之年齡以就醫年月-出生年月計算。

(二) 自行收案照護對象

參與試辦醫院(或整合團隊)於整合門診自行選定整合照護之對象如下：

1. 不在保險人提供該院名單中，罹患 2 種(含)以上慢性病，需 2 科以上治療之慢性病人。
2. 保險人於試辦期間另外選定或醫院提報經保險人分區業務組確立之就醫異常或高診次病人。

四、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。

五、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、三(一)擇定之「重點照護對象」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，退出之醫院當年度整合成效獎勵費用不予核付。

六、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、三、(三)之各項整合成效指標計算，如參加醫院中途申請退出計畫，或整合團隊之單一指標合併計算，未達該項成效評量指標時，該項指標費用不予核發。

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、費用申報及核付方式

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、二之照護模式註記，其餘欄位依照原方式申報。另案件分類非為 04、06、09 及 E1 案件者，不得申報整合照護模式註記。

二、整合照護對象如於整合門診由多科醫師共同看診或以會診他科醫師方式提供整合照護時，可申報多筆診察費。（請於各診察費醫令項目之 p16 醫事人員欄填報該醫師 ID）

三、費用核付：

(一) 個案門診整合費

1. 照護對象當年度申報整合照護模式註記者，每人次支給「個案門診整合費」120點，如獲得國民健康署「高齡友善健康照護機構」之認證，每人次門診整合費增加10點，每人全年最多支給4次費用；惟依第柒點三、(二)「自行收案照護對象」最高支給人次數不得超過同點三、(一)「重點照護對象」收案支給個案門診整合費人次數。
2. 醫師提供整合照護，應於個案之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之科別、疾病別或藥品、處置或檢查類別等，以備查核。僅以資訊整合，未於病歷中載明以上整合簡述資料者，不得申報整合照護模式註記。
3. 每一整合照護個案當年至少到保險人雲端藥歷系統查詢達1次(含)以上紀錄，方給付本項費用。

(二) 「同診間多科醫師共同照護者」個案門診整合費加成

整合門診由2位(含)以上醫師於「同診間」共同看診(限申報K、L、M照護模式)且申報2筆(含)以上之診察費者，每人次「個案門診整合費」再額外支給60點，惟每人全年最多支給4次費用。

(三) 整合成效獎勵費

1. 照護對象屬第柒點三、(一)「重點照護對象」，且當年度申報整合照護模式註記達2次(含)以上者，依6項「整合成效指標」當年院內與院外數值與基期數值比較後之成長率，計算獎勵費用，每人全年最高支付1,000點。

2. 6項整合成效指標及其計分方式如下：

(每項指標最高以10分計算)

指標1：照護對象平均每人每月西醫門診醫療費用(院內與院外)。

指標2：照護對象平均每人每月西醫門診就醫次數(院內與院外)。

指標3：照護對象平均每人每月西醫門診藥品項數(院內與院外)

指標4：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。

指標 5：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。

指標 6：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。

指標 1 計分方式如下：

參與試辦醫院成長率及分位數	成長率 ≤ 1.5%				成長率 > 1.5%
	前 25 百分位數	前 26~50 百分位數	前 51~75 百分位數	高於 75 百分位數	
得分	10	8	6	4	0

指標 2~6 計分方式如下：

參與試辦醫院成長率及分位數	成長率 ≤ 0			成長率 > 0
	前 25 百分位數	前 26~50 百分位數	高於 50 百分位數	
得分	10	8	6	0

3. 整體整合成效獎勵費 = 1,000 點 × 6 項指標分數累計值 / 60 × 該醫院(或整合團隊)符合獎勵人數。
4. 比較基期：成效評量之比較基期為執行年之前一年同期。
5. 當年該院如已申報該個案參加保險人其他計畫方案 P 碼醫令案件時，該個案不列入成效計算。

(四) 本計畫費用以點數計算，每點最高支給 1 元；預算如有不足，採浮動點值計算。

(五) 本計畫之各項費用，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。

四、保險人各分區業務組如審查發現整合照護個案病歷中未載明整合簡述資料，或整合後仍發現有重複用藥或處置時，得核扣該個案之「個案門診整合費」及「整合成效獎勵費」人次費用，並依情況，請醫院提出說明或改善措施及列為下年度參與本計畫之資格參考。

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，各項支付費用不予核付。

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，推動整合照護模式，並參與保險人各分區成果分享活動。

三、監測指標：不列入「整合成效獎勵費」之計算，但監測值異常者，保險人各分區業務組得請醫院提出說明或改進措施。

(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)雲端藥歷查詢率：

公式：整合照護病人查詢雲端藥歷之人數/醫院整合照護收案總人數

(三)自行收案對象整合成效指標分析

公式：比照第玖點三、(三)之指標公式

(四)保險人提供名單中未收案對象醫療利用變化：

公式：比照第玖點三、(三)之指標公式

壹拾貳、計畫實行評估

一、保險人分區業務組得不定時至參加計畫醫院實地訪查或以立意抽樣審

查方式確定計畫內容是否落實，以作為未來是否准予續辦之考量。

二、保險人將於本期計畫執行 9 個月後，進行整體執行成效之評估，作為研修參考。

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。

附件 1

_____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、執行計畫內容：

(一) 主要開設整合門診照護模式

高齡醫學或失智症整合門診(A) 或(K)

三高疾病整合門診(B)或(L)

主責醫師整合模式(D)(請敘明科別_____)

其他整合門診 (E)或(M)(請敘明名稱 _____)

(二) 請敘明以上門診預訂每週開診時段；另整合門診如由 2 位(含)以上醫師於同診間共同看診情形，請將其開診時段、醫師數及預計每診人次，另外區分註明。(請檢附最新應診時刻表、網路相關說明及張貼處照像資料供參，如有異動，須通知保險人各分區業務組)

(三) 整合照護病人掛號、看診、用藥諮商標準作業流程

(四) 整合門診或主責醫師如會診他科醫師，綜合評量發現有用藥處置重複情形，請敘明聯繫處理之方式

(五) 辦理本計畫除醫師外，其他醫事人員參與情形說明：

(六) 辦理醫師及醫事人員整合照護相關教育訓練：

(預訂辦理日期及次數)

(七) 整合照護宣導方式：

二、整合式照護醫療需求評估方式說明

三、成效評核獎勵經費運用方式(部分應用於個案管理、衛教或藥物整合建議相關費用所需)

附件 2 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。

註：以上 ICD-9CM 主診斷碼，未來改以其對應之 ICD-10CM 診斷碼加以認定。

附件 3 三高疾病之定義如下：

整合照護病人須同時罹患 2 項以上三高中之疾病者

1. 年度申報主診斷碼為三高相關疾病且領有三高藥品之門診次數兩次以上且合計給藥天數大於 60 天或住院一次以上者
2. 診斷碼：高血壓 401.1、401.9、401.0、402-405、437.2；高血脂 272；
高血糖 250.0、250.1、790.2、791.5、791.6、250.02 - 250.93。
3. 藥品 (ATC)：
 - (1) 降血壓 C07、C02AC、C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA；
 - (2) 降血脂 C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX；
 - (3) 降血糖 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX。

註：以上 ICD-9CM 診斷碼，未來改以其對應之 ICD-10CM 診斷碼加以認定。

附件 4 失智症定義之 ICD-9CM 主診斷代碼如下：

290.0、290.10、290.11、290.12、290.13、290.20、290.21、290.3、290.40、
290.41、290.42、290.43、290.8、290.9、
293.0、293.1、293.81、293.82、293.83、293.84、293.89、293.9、
294.0、294.1、294.10、294.11、294.8、294.9、
310.0、310.1、310.2、310.8、310.9