

全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案

115.08.01 第七版修訂

壹、依據：全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項。

貳、計畫目的

- 一、鼓勵醫療院所將財務誘因由量之競爭，逐步轉化為醫療品質之提升。
- 二、鼓勵醫師發掘病人，主動積極介入治療，使思覺失調症患者能固定規則接受治療，提高病人治療之依從性。
- 三、促使醫療院所提高思覺失調症疾病之醫療照護品質，以提升病人之生活功能與品質、降低社會成本。

參、預算來源

於醫院總額及西醫基層總額之專款項目「醫療給付改善方案」項下支應，如施行結果超過各該專款預算數時，採點值浮動方式處理。

肆、參與計畫之申請及管理

- 一、參與本方案之醫療院所應檢附計畫書(建議內容如附錄)向保險人分區業務組提出申請，經保險人分區業務組同意後實施。
- 二、參與本方案之醫療院所應成立專責窗口，負責接收收案名單及連繫等相關事宜，院方應依個人資料保護法之規定，負保險對象資料保密之責。

伍、收案對象及結案條件

- 一、收案對象：由全民健康保險保險人（以下稱保險人）分區業務組定期產製名單交給特定醫療院所或本方案參與院所收案。

(一)領有重大傷病卡之思覺失調症病人(主診斷碼為 ICD-10-CM：F20、F25，下同)或前一年診斷為思覺失調症且至少就醫 2 次以上者：

- 1.固定就醫病人：病人前一年於精神科拿藥 ≥ 8 次，且於特定

醫療院所之精神科就醫次數，大於其全年精神科就醫次數60%。

2.未固定就醫病人：病人前一年於精神科就醫次數(含門住診)未明顯集中於某特定醫療院所(即固定就醫以外及久未就醫以外之病人)。

3.久未就醫病人：病人前一年連續六個月以上無精神科就醫(含門住診)資料者。

(二)新診斷病人：當年度新診斷為思覺失調症且至少就醫 2 次以上者。

(三)排除條件：精神科慢性病房住院中病人。

二、結案條件：收案對象有下列情事之一者，於發生日起終止收案。

(一)死亡。

(二)入監服刑。

(三)失聯 6 個月以上。

(四)因轉診結案。

陸、費用申報與核付：本方案費用核付作業，除「居家追蹤訪視費」及「高風險病人出院後追蹤訪視費」外，其餘各項不併醫療費用申報，由保險人分區業務組依計畫執行結果核定金額後，於追扣補付系統辦理帳務處理。

一、確認收案人數

(一)固定就醫病人：由參與本方案院所於年度開始前，與保險人分區業務組確認應收案名單；除有正當理由外，需全數收案，不得選擇病人，收案率需 $\geq 80\%$ 。收案院所應按月上傳新收案名單。

(二)未固定就醫、久未就醫、新診斷病人：收案院所應按月上傳新收案名單。

(三)個案收案月數之計算，收、結案當月均納入計算。

二、病人群組風險校正：

(一)高風險病人(high risk patient, HRP)：

1.定義(符合下列條件之一者)：

(1)前一年曾因下列情形，門、住診就醫次數合計大於3次
(不含切帳)者：

A.以思覺失調症主診斷入住急性病房者。

B.或以損傷(含自殺)及中毒(ICD-10-CM：S00-T88、V00-Y99)於門、住診就醫者。

(2)前一年曾以思覺失調症主診斷強制住院者(案件分類 B1：精神病嚴重病人送醫及住院案件)。

(3)前一年因思覺失調症住院2次以上者。

(4)就醫紀錄載有施暴史之病人。

2.支付相對風險權值(relative risk)：1.5。

(二)一般病人(general patient, GP)：

1.定義：非屬高風險病人。

2.支付相對風險權值(relative risk)：1。

三、給付項目及支付標準

(一)發現費：為鼓勵早期介入，早期治療，以避免發病或減緩發病之嚴重度，且能輔導未規則就醫者積極尋求醫療協助，收案對象屬未固定就醫或久未就醫者，每一個案支付發現費650點，每一個案每一院所支付以一次為限，且跨院所不得重複收案。

(二)發現確診費：為發掘病人，主動介入積極治療，收案對象屬新診斷病人，每一個案支付發現確診費650點，每一個案每一院所支付以一次為限，且跨院所不得重複收案。

(三)管理照護費：

1.支付點數：

(1)固定就醫病人：每人每年 400 點。

(2)未固定就醫病人、久未就醫病人及新診斷病人：每人每年 800 點。

(3)另依病人群組之風險權值加權計算：一般病人 $\times 1$ ，高風險病人 $\times 1.5$ 。

2.固定就醫病人收案率未達 80%之院所，本項不予支付。

(1)自個案收案當月起計算至年底，按一年所占月份數比例計算；由保險人分區業務組依醫療院所上傳之實際收案情形辦理核付。

(2)計算公式=A+B+C+D

A.固定就醫之一般病人：收案總人月數/12 $\times$ 400 點

B.固定就醫之高風險病人：收案總人月數/12 $\times$ 400 點 $\times$ 1.5

C.未固定就醫病人、久未就醫病人或新診斷病人之一般病人：收案總人月數/12 $\times$ 800 點

D.未固定就醫病人、久未就醫病人或新診斷病人之高風險病人：收案總人月數/12 $\times$ 800 點 $\times$ 1.5

(四)居家追蹤訪視費(1500 點)：

1.適用條件：未固定就醫及久未就醫且非住院之病人。

2.服務內容：提供居家訪視(一年以申報4次為上限)。

3.申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)，給付項目及支付標準如附表1。

4.停止訪視條件：

(1)病人轉回門診就醫、轉介至精神居家治療或全民健康保險居家醫療照護整合計畫。

(2)病人因病情轉變而住院。

(五)高風險病人出院後追蹤訪視費(6,000 點)：

- 1.適用條件：針對高風險病人過去一年內入住急性病房出院後三個月內，提供追蹤訪視服務。由該入住醫院負責追蹤。
- 2.服務內容：提供居家訪視。訪視期為出院後三個月內，訪視次數以 6 次為上限，且其中 3 次須與衛生局及其所屬護理人員或心理衛生社工或關懷訪視員共同訪視(以下稱共訪)。非共訪之居家訪視，以 3 次為上限。
- 3.申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)，給付項目及支付標準如附表 1。
- 4.停止訪視條件：
 - (1)病人轉介至精神居家治療、全民健康保險居家醫療照護整合計畫、社區復健機構或社會福利機構。
 - (2)病人因病情轉變而再住院。

(六)長效針劑注射獎勵措施：

- 1.依當年度新增連續施打長效針劑個案人數計算，每新增加 1 人，固定就醫個案獎勵點數 1,000 點；未固定就醫、久未就醫或新診斷病人獎勵點數 1,500 點。
 - (1)連續施打定義為「施打長效針劑可涵蓋藥物作用時間(以下簡稱藥效)達 3 個月以上」。
 - (2)新增定義為「前一年未施打長效針劑或施打藥效未滿 3 個月者」。
- 2.長效針劑維持治療評估處置費(150 點)：為促使病人持續接受長效針劑治療，需運用心理治療技巧，以提升病識感、醫病關係與醫療遵囑性，並同時評估療效和副作用，長效針劑施打藥效達 3 個月以上者，依其藥效所涵蓋月份，自第一個月起，就醫施打針劑當次之月份每月獎勵點數支付 150 點。

四、醫療費用申報及審查原則

(一)申報原則：

1.醫療費用申報、暫付、審查及核付，除本方案另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」規定辦理。

2.門診醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：

屬本方案收案之保險對象，符合申報 P7401C、P7402B、P7403B、P7404C 者，採按月申報，案件分類填報「E1(支付制度試辦計畫)」，特定治療項目代號(一)填報「ES:全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」；醫令清單段之醫令類別請填寫「2」。

(二)審查原則

1.未依保險人規定內容登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付該筆費用並依相關規定辦理。

2.其餘未規定事項，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

柒、院所品質獎勵費

一、由保險人分區業務組辦理照護品質指標評量，依照醫療院所年度達成情形，於年度結束後核付。品質評量之指標項目、操作型定義、目標值及權值如附表 2。

二、醫療院所以上年度自身基礎值為比較基礎，各項收案品質指標依一般病人組及高風險病人組分別計算及獎勵。

三、品質獎勵項目

(一)收案品質獎勵費(指標項目 1 至 4)：

- 1.依病人類別及各指標進步情形，訂定基本或進階品質獎勵點數(如下表)，並按各指標權值計算每人品質獎勵費：

	基本品質獎勵 0%<進步率≤1%	進階品質獎勵 進步率>1%
一般病人	600 點	1,200 點
高風險病人	900 點	1,800 點

2.一般病人獎勵費 =

$$\text{一般病人數} \times 600 \text{ 點} \times \text{基本品質獎勵達成權值} + \\ \text{一般病人數} \times 1,200 \text{ 點} \times \text{進階品質獎勵達成權值}$$

3.高風險病人獎勵費 =

$$\text{高風險病人數} \times 900 \text{ 點} \times \text{基本品質獎勵達成權值} + \\ \text{高風險病人數} \times 1,800 \text{ 點} \times \text{進階品質獎勵達成權值}$$

(二)高風險病人出院追蹤品質獎勵費(指標項目 5 至 7)：

- 1.當年度參與出院後追蹤照護服務之院所，得依照達成目標值之指標項數計算，給予出院追蹤品質獎勵費。
- 2.計算公式=出院後追蹤訪視達 3 次之高風險病人數 × 1,000 點× 達成目標值之指標項數。

捌、績效評估

參與本方案之醫療院所全年醫療照護品質指標執行結果，於次年 2 月份時進行總評，各參與院所全年品質指標權值達成度需 $\geq 50\%$ 。未達成之院所應提改善計畫，由所屬保險人分區業務組據以評量其是否得以續辦之資格。

玖、方案修正程序

本方案之修正，屬給付項目及支付標準與院所品質獎勵費之修正，依全民健康險保法第 41 條第 1 項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附表 1 「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」給付項目及支付標準

通則：所訂點數已包括人事費、精神醫療治療費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等，不得申報其他費用。

編號	診療項目	支付點數
P7401C	居家追蹤訪視費(次) 註： 1.適用條件：未固定就醫及久未就醫且非住院之病人。 2.訪視次數：每一病人一年至多申報四次。 3.申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)並由病人或病人家屬簽名。 4.停止訪視條件： (1)病人轉回門診就醫、轉介至精神居家治療或全民健康保險居家醫療照護整合計畫。 (2)病人因病情轉變而住院。	1,500 點
P7402B P7403B	高風險病人出院後追蹤訪視費(次) — 共同訪視 — 非共同訪視 註： 1.適用條件：高風險病人過去一年內入住急性病房出院後三個月內。由入住醫院負責追蹤訪視。 2.P7402B 共同訪視：限與衛生局及其所屬護理人員或心理衛生社工或關懷訪視員共同訪視始可申報。 3.訪視次數(每一病人出院後三個月內)： (1)P7402B 至多申報六次。 (2)P7403B 至多申報三次。 (3)P7402B 與 P7403B 合計至多申報六次。 4.申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)並由病人或病人家屬簽名。 5.停止訪視條件： (1)病人轉介至精神居家治療、全民健康保險居家醫療照護整合計畫、社區復健機構或社會福利機構。 (2)病人因病情轉變而住院。	6,000 點 6,000 點
P7404C	長效針劑維持治療評估處置費(月) 註： 1.適用條件：長效針劑施打藥效達 3 個月以上者依其藥效所涵蓋月份，自第一個月起，就醫之月份每月獎勵點數 150 點。 2.就醫施打針劑當次申報本項。	150 點

附表 2 全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案品質評量指標

指標分類	指標項目	操作型定義		正負向	目標值	指標權值
		分子	分母			
收案品質獎勵指標	1.精神科規則門診比率	精神科門診間隔未滿 30 天人次	收案總人次	正	較上年度增加	25%
	2.六個月內精神科急性病房再住院率	半年住院二次以上人數(含跨院)	收案總住院人數	負	較上年度減少	25%
	3.急診使用人次比率	急診(含非精神科急診)人次(含跨院)	收案總人數	負	較上年度減少	25%
	4.失聯結案率	因失聯結案人數	總收案人數	負	較上年度減少	25%
出院追蹤品質獎勵指標	5.社區關懷訪視共訪比率	期間共訪至少 3 次之個案數	高風險病人當年度入住急性病房出院後追蹤訪視個案數(排除拒訪病人)	正	100%	1,000 點/人
	6.出院後 90 日內轉入社區資源或回門診就醫比率	出院後 90 日內轉介至居家治療、社區復健機構或回門診就醫	高風險病人當年度入住急性病房出院後追蹤訪視個案數	正	較上年度增加	1,000 點/人
	7.出院後轉規則門診比率	病人出院後門診就醫間隔未滿 30 天之人數	高風險病人當年度入住急性病房出院後追蹤訪視個案數	正	較上年度增加	1,000 點/人
收案品質參考指標	8.強制住院發生人次比率	強制就醫人次	收案總人數	負	較上年度減少	參考
	9.固定就醫病人精神科急性病房平均住院天數	固定就醫病人精神科急性病房總住院天數(含跨院)	固定就醫病人總收案人數	負	較上年度減少	參考
	10.固定就醫病人精神科急性病房住院人次比率	固定就醫病人精神科急性病房住院人次(含跨院)	固定就醫病人總收案人數	負	較上年度減少	參考
	11.固定就醫且一般病人占率之年度增加率	固定就醫且屬一般病人人數	思覺失調症門住診歸戶病人數	正	較上年度增加	參考
	12.高風險病人規則門診比率	高風險病人門診就醫間隔未滿 30 天(含診療追蹤後就醫)人次	高風險病人總人次	正	較上年度增加	參考
	13.因轉診結案且後續無就醫比率	後續無就醫人數	因轉診結案人數	負	較上年度減少	參考
	14.住院率	一年內因思覺失調症住院人數	收案總人數	負	較上年度減少	參考

備註:指標項目年度自身比，以各醫療院所上年度全年值為比較基礎。

附錄

全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案申請書

建議內容

一、院所現況分析(簡要)

二、照護團隊組成

三、執行作法

四、預期效益及目標值(可參考品質指標)

五、指定專責窗口(負責人、聯絡方式)

六、照護團隊專業證照

七、院所對保險人交付病人資料保密條款切結書(詳後附件1)

八、個案或家屬參與方案同意書(格式)

九、個案照護評估表(格式)可參考附表(詳後附件2)或自行設計

附錄之附件 1

「思覺失調症醫療給付改善方案」病人資料保密條款切結書

立切結書人

參與「思覺失調症醫療給付

改善方案」，使用病人資料，聲明如下：

- 一、 相關病人資料僅限於院所內供「醫療業務施行」及「病患聯繫」使用。
- 二、 確實遵守電腦處理個人資料保護法規定，並盡力注意防止資料被竊取、竄改、販售及不當備份等情形發生。
- 三、 如違反以上聲明，本人願負一切法律責任。

此致 行政院衛生福利部中央健康保險署 業務組

聲明人基本資料

姓名： (請簽名或蓋章，勿僅電腦繕打)

身份證字號：

聯絡電話：

※電子郵件地址：

連帶負責院所基本資料

名稱及關防：

負責人姓名及章戳：

A diagram showing two squares. On the left is a large square. To its right is a smaller square, positioned such that its top edge is aligned with the top edge of the large square.

中華民國 年 月 日

※備註

1. 本切結書，請親送或郵寄送達。
2. 如需本組以電子檔方式傳送相關資料者，聲明人請填報電子郵件地址，本組將以加密方式傳送，並以電話聯繫解密。
3. 本切結書聲明人即為資料保管人，如資料保管人異動時，請重新填具切結書送本組。

附錄之附件 2

病人評估表(參考)

基本資料:			
年齡:	性別: ☐ 男 ☐ 女	住所: ☐ 家人 ☐ 朋友,宿舍,康家 ☐ 獨居 ☐ 機構	
患病時間:	年 月	精神科就醫: ☐ 曾 ☐ 否	住院次數:
收案: ☐ 門診 ☐ 急診 ☐ 住院 ☐ 復健機構	診斷亞型: ICD:		

*以下評估多項皆有者綜合考量，採較嚴重者

臨床病況(近一週)	出現頻率	生活影響	合計
1.精神病症狀 ☐ 幻聽 ☐ 妄想 ☐ 邏輯障礙 ☐ 聯結障礙	☐ 1.無 ☐ 2.偶而 ☐ 3.隔 1-2 天 ☐ 4.每天數小時 ☐ 5.幾乎持續	☐ 1.無 ☐ 2.僅一些想法意念 ☐ 3.僅態度或心情改變 ☐ 4.影響其多數決定,判斷 ☐ 5.致行為改變	
2.情緒症狀: ☐ 激躁 ☐ 憂鬱 ☐ 混亂	☐ 1.無 ☐ 2.偶而 ☐ 3.隔 1-2 天 ☐ 4.每天數小時 ☐ 5.幾乎持續	☐ 1.無 ☐ 2.僅稍微波動 ☐ 3.態度改變,表情明顯 ☐ 4.影響其多數決定,判斷 ☐ 5.致行為改變	
3.負性症狀: ☐ 社交退縮 ☐ 情感遲滯 ☐ 思考遲頓	☐ 1.無 ☐ 2.偶而 ☐ 3.隔 1-2 天 ☐ 4.每天數小時 ☐ 5.幾乎持續	☐ 1.無 ☐ 2.僅稍微障礙 ☐ 3.僅態度或心情改變 ☐ 4.影響多數決定判斷 ☐ 5.致行為或日常功能改變	
4.功能退化:	☐ 1.無 ☐ 2.發生六個月以內 ☐ 3.已一年以內 ☐ 4.已一至三年 ☐ 5.已三年以上	☐ 1.無 ☐ 2.少數IADL差 ☐ 3. ADL可,半數IADL差 ☐ 4. ADL部份差,多數IADL差 ☐ 5.個人衛生ADL皆差	
危險評估	出現頻率	生活影響(近一個月)	
5.干擾行為: ☐ 怪異,儀式 ☐ 破壞,污染 ☐ 吵鬧,噪音 ☐ 其他: _____	☐ 1.無 ☐ 2.偶而 ☐ 3.隔 1-2 天 ☐ 4.每天數小時 ☐ 5.幾乎持續	☐ 1.無 ☐ 2.沒什麼影響 ☐ 3.輕微影響周圍 ☐ 4.顯著影響周圍 ☐ 5.極嚴重影響周圍	
6.自傷 ☐ 直接受精神症狀影響(如命令式幻聽) ☐ 非上述 共發生: _____次(全算)	☐ 1.無 ☐ 2.以前有,兩年內無 ☐ 3.兩年內有,六個月內無 ☐ 4.六個月內有 ☐ 5.一個月內有	☐ 1.無 ☐ 2.僅有一些想法意念 ☐ 3.有計畫或準備性動作 ☐ 4.有危險行為(如開快車) ☐ 5.有具體自傷行為	
7.他傷: ☐ 直接受精神症狀影響 ☐ 非上述 共發生: _____次(全算)	☐ 1.無 ☐ 2.以前有,兩年內無 ☐ 3.兩年內有,六個月內無 ☐ 4.六個月內有 ☐ 5.一個月內有	☐ 1.無 ☐ 2.僅有一些想法意念 ☐ 3.有計畫或口頭威脅 ☐ 4.有破壞物品或粗暴行為 ☐ 5.有傷人行為	

8.物質濫用: ☐ 酒 ☐ 安眠鎮定 ☐ 幻覺劑 ☐ 其他	☐ 1.無 ☐ 2.以前有，半年內無 ☐ 3.近一個月，約每週 1-2 天 ☐ 4.近一個月，約每週 4-5 日 ☐ 5.近一個月，幾乎每天有	☐ 1.功能毫無影響 ☐ 2.精神或注意力有影響，一般工作尚可 ☐ 3.損及工作能力，身體健康無礙 ☐ 4.損及身體健康(如:肝功能，嚴重戒斷，胃出血等) ☐ 5.損及日常生活功能	
就醫型態與支持	態度觀念	行為(最近三個月)	
9.病人治療態度	☐ 1.病識感良好 ☐ 2.承認有某種精神病，但不完全正確 ☐ 3.承認有某些情緒或精神問題(症狀)，但不是病 ☐ 4.承認有某些非精神疾病 ☐ 5.不承認有任何毛病	☐ 1.主動配合，門診及服藥規則 ☐ 2.大致配合，偶有中斷或自行減藥 ☐ 3.被動接受，常需提醒 ☐ 4.要密切督導始接受治療 ☐ 5.拒絕任何形式之治療	
10.家人支持度 關鍵支持者：	☐ 1.治療及疾病知識良好 ☐ 2.認為病人有精神病，但治療觀念不足 ☐ 3.雖認為病人精神疾，但明顯低估其嚴重度或治療之必要性 ☐ 4.雖認為病人有精神疾病，但不想處理 ☐ 5.不認為病人任何毛病	☐ 1.主動積極協助病人就醫 ☐ 2.大致配合，偶有中斷或自行減藥 ☐ 3.大致配合，但客觀能力上有困難，有心無力 ☐ 4.很被動，常無法提供協助 ☐ 5.無親屬或幾乎拒絕任形式之合作支持	
	以上總分		
GAF：	CGI-S： ☐ 1.無 ☐ 2.不確定 ☐ 3.輕 ☐ 4.中度 ☐ 5.顯著 ☐ 6.嚴重 ☐ 7.極重		

六個月內治療計畫與意願：

治療／個管目標	治療方案／計畫	病人意見	家人意見
醫師：	個管師：	評估日期： / /	