

西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫

100年1月3日健保醫字第1000000032號公告

100年3月3日健保醫字第1000001442號公告修訂

壹、依據

全民健康保險醫療費用協定委員會100年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第163次會議紀錄。

貳、目的

- 一、建構以病人為中心之個案管理醫療照護模式，依病人需求，提供安全、適切及持續的整合式醫療服務，並減少醫療資源浪費。
- 二、改善民眾醫療利用狀況，提供慢性病或門診就醫次數過高者之整合式照護，避免重複治療、重複檢查(驗)及重複用藥，以促進醫療效益。
- 三、藉由推動忠誠病並結合家庭醫師與社區醫療群之概念，並以個案管理方式提供整合性的醫療照護服務，提高基層醫師全人照護的動機。
- 四、促進病情穩定之慢性病病人留至基層照護，期改善民眾健康。
- 五、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。

參、預算來源

「100年度西醫基層總額醫療給付費用總額及其分配」專款項目之「診所以病人為中心整合照護計畫」項目，100年全年2億元，採專款專用方式辦理。

肆、計畫期間

自公告日起至100年12月31日止。

伍、執行策略

- 一、提供參與本計畫之基層診所適當誘因，並由全民健康保險保險人(以下簡稱保險人)提供符合收案名單予基層照護診所，使需被照護的個案由基層診所收案，期使保險對象於最常就醫之主要照護診所中，獲得完整的醫療照護。
- 二、保險對象不須登記或簽署同意文件，不限制其就醫醫療院所，減少基層診所行政作業。
- 三、鼓勵西醫基層診所對於門診就醫病人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(查)、處置等，影響民眾健康並耗用醫療資源。

陸、計畫執行

- 一、與保險人特約滿 2 年以上之診所。
- 二、參與計畫之特約診所或醫師於參與計畫之日起前 5 年內，無全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 36 條至第 38 條中各條所列違規情事之一，且經保險人處分者。
- 三、協助處理安排病人轉診、追蹤轉診治療結果，及病人轉回後之追縱治療，以提供適切、連續之醫療照護。
- 四、考量照護之完整性，參與計畫之基層診所或醫師於參加計畫期間，如因故中途退出本計畫，則不予計算該退出診所或醫師之成效評量費用。

柒、申請程序

- 一、100 年 3 月 15 日前西醫基層診所向保險人分區業務組提出書面申請(詳附錄)，經保險人分區業務組同意後實施。
- 二、保險人分區業務組於醫務管理系統(MHA)維護參加本計畫診所名單，代碼為「E0」(0 為數字)。

捌、照護對象

- 一、依全民健康保險門診醫療費用申報資料，擷取 98 年 10 月至

99 年 9 月全國西醫基層門診明細清單資料，區分為有慢性病、非慢性病及門診高利用之個案，並將照護對象區分為下列三種，提供診所予以健康管理，收案人數為照護對象之 80% 以上。

(一)慢性病個案：係指曾以行政院衛生署公告 98 種慢性病範圍，門診就醫 5 次且平均用藥日數 7 天以上，將慢性病患者依醫療費用分為十等分位，選取最高之 2 等分位。

(二)非慢性病個案：非屬前述慢性病患者，依醫療費用分為 100 等分位，選取最高之 2 等分位病患。

(三)門診高利用個案：係指門診就醫次數 ≥ 50 次之病患。

二、前述慢性病及非慢性病患者，以門診就醫次數較高的診所收案照護。若診所就醫次數相同，則由費用最高的診所收案。

三、前述醫療費用統計，不含門診透析、代辦及論病例計酬案件。

四、本計畫之收案對象，排除已參加家庭醫師整合計畫或各項醫療給付改善方案等個案。

玖、個案管理登錄

一、參與本計畫之診所，100 年 4 月 15 日前需至健保資訊網服務系統 VPN(<http://10.253.253.242/idcportal/>)上傳照護對象基本資料。

二、經保險人審查發現登載不實，保險人不予支付費用。

拾、費用申報方式

一、參與計畫之基層診所申報照護對象門診醫療費用請於「門診醫療服務點數清單」，項次 13-1「保留欄位」填報「C」註記(「西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫」加“C”註記)，其餘欄位按照原方式申報。

二、本計畫之照護費用每人以 600 元/年計算。

三、費用核付：

(一) 基本承作費用：占計畫經費 30%。

1. 照護對象基本診療照護項目(包括過去病史及照護評估等)

詳附件，黏貼於病歷或存於電子病歷備查。

2. **100年5月31日**前各分區業務組依診所上傳資料及照護對象基本診療照護項目執行情形，辦理基本承作費用之核付。

(二) 成效評量(結果面指標)：占計畫經費 70%。

(1) 照護對象在醫院及西醫基層門診之平均就醫次數下降(與同期比較)，占計畫經費比例 35%。

公式： $(A/B)-1*100\%$

A=100年1月至100年12月照護對象在醫院及西醫基層門診就醫次數/診所照護人數

B=99年1月至99年12月照護對象在醫院及西醫基層門診就醫次數/診所照護人數

註：不含代辦案件及診察費為0之案件。

達成比例分配：

照護對象之平均就醫次數	下降比例 $\geq 10\%$	10% $>$ 下降比例 $\geq 5\%$	5% $>$ 下降比例 $\geq 0\%$	下降比例 $< 0\%$
核發比率(占計畫經費)	35%	25%	15%	不予核發

(2) 照護對象在醫院及西醫基層門診之平均每人醫療費用(申報點數)下降(與同期比較)，占計畫經費比例 35%。

公式： $(A/B)-1*100\%$

A=100年1月至100年12月照護對象在醫院及西醫基層門診醫療費用/診所照護人數

B=99年1月至99年12月照護對象醫院及西醫基層門診醫療費用/診所照護人數

註：不含代辦案件。

達成比例分配：

照護對象之平均每人醫療費用(申報點數)	下降比例 \geq 10%	10% $>$ 下降比例 \geq 5%	5% $>$ 下降比例 \geq 0%	下降比例 $<$ 0%
核發比率(占計畫經費)	35%	25%	15%	不予核發

(3)101年4月本保險人各分區業務組依診所執行成效結果，核付相關費用。

(三)轉診規定及費用核付

- 1、經保險人確認轉診成功支付轉診獎勵費用，每件支付50元。
- 2、依全民健康保險特約醫院診所辦理轉診作業須知規定，轉出院所需填具轉診單，收案對象應於就醫日期起，31日內至轉入院所就醫。
- 3、申報規定：
 - (1)轉出院所需於「門診醫療服務點數清單」申報下列資料：
 - a. 項次16「轉入之院所代號或原處方醫療機構代號」：填報「建議轉診院所代號」。
 - b. 項次17「病患是否轉出」，填報代碼「Y」。
 - (2)接受轉診之醫療院所，亦需於門診醫療服務點數清單」申報下列資料：
 - a. 項次16「轉入之院所代號或原處方醫療機構代號」：填報「轉入院所代號」。
 - b. 項次17「病患是否轉出」，依病患是否轉出填報。
- 4、轉診成功之定義：保險人於101年2月執行院所轉出及轉入勾稽比對，經確認符合前述申報規定者，即支付本項獎勵費用50元。
5. 核付時間：將於計畫年度結束後101年4月依相關規定辦理

本項費用核付事宜。

(四)照護對象若於 100 年 1 月至 12 月未於收案診所有門診就醫紀錄，不核付本計畫之執行成效費用。

拾壹、執行配套措施

- 一、參與本計畫之西醫基層診所應依電腦處理個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。
- 二、本計畫實施期間，本保險人按季提供照護對象之門診就醫次數及門診醫療費用，並由本保險人各分區業務組將執行結果回饋予個別院所，以作為醫療院所改進檢討之依據。
- 三、中華民國醫師公會全國聯合會應於 100 年 6 月前及 100 年 12 月前提報成效執行報告，俾作為本計畫持續推動之參考依據。

拾貳、訂定與修正程序

- 一、本計畫由保險人報請行政院衛生署核定後公告實施，修正時亦同，並送全民健康保險醫療費用協定委員會備查。
- 二、屬執行面之修正，由保險人逕行公告，並送全民健康保險醫療費用協定委員會備查。

附錄

100 年度西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫申請書

本機構自 年 月 日起申請參加「100 年度西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫」，並同意遵照本計畫內容之規範。

此致

行政院衛生署中央健康保險局

分區業務組

申請資料

醫事機構名稱及代號：

醫事機構負責人：

醫事機構地址：

本計畫聯絡人：

聯絡電話：

醫事機構（特約）章戳

（醫事機構印章）

（負責醫師印章）

中 華 民 國 年

月 日