

全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案問答集

99.01.01訂定、102.07.29修訂

103.06.12修訂、104.04.28修訂

108.08.29修訂、111.05.25修訂

111.07.05修訂、111.07.28修訂

111.08.04修訂、111.11.04修訂

112.04.06修訂、112.07.19修訂

114.04.08修訂

Q	A
1. 本方案推動目的？	1. 鼓勵醫療院所主動積極介入治療，引導思覺失調症患者規律就醫，接受完整照護，減少自殘、損傷等高風險情形的發生。 2. 促使醫療院所提高醫療照護品質，提昇病患生活功能與品質，降低社會成本。
2. 參與方案院所資格	參與本方案院所限本保險特約醫療院所，且需有專任之精神科專科醫師。偏遠地區若有特殊情形授權各分區業務組個案處理。
3. 院所如何申請參與本方案？	參與院所需送「思覺失調症醫療給付改善方案」計畫書(如方案附錄內容)，經轄區業務組審查同意後始得參與。轄區業務組需於 MHA 檔註記合格院所名單，試辦計畫代碼「60」。
4. 院所申請參與本方案是否有時間限制，是否需於每年1月前申請？	1. 申請參與本方案無時間限制，惟申請加入方案需經轄區業務組審查同意後，由分區業務組交付名單後始得收案。 2. 明年如要繼續參加，無需重新申請。不再參加者請來函向轄區業務組報備，惟院所全年品質指標權值<50%，本署得請院所退場。
5. 哪些照護團隊成員異動需向分區業務組報備？	照護團隊專任之精神科專科醫師、參與方案院所聯絡窗口、病人資料保密切結書聲明人(即資料保管人)以上3類人員異動時，院所需通知分區業務組並重新檢附相關資料。
6. 本方案是否有退場機制？	有退場機制，於次年2月份時進行參與院所全年品質指標執行結果總評，參與院所全年品質指標達成權值需 $\geq 50\%$ ，未達成之院所應提改善計畫，轄區業務組得據以評量是否得以續辦之資格。

Q	A
7. 什麼樣的對象可以收案？	1. 領有重大傷病卡之思覺失調症或前一年診斷為思覺失調症且至少就醫2次以上者(主診斷碼皆為 ICD-9-CM：295；ICD-10-CM：F20、F25)，排除精神科慢性病房住院中病人。 2. 當年度新診斷為思覺失調症且至少就醫2次以上者(主診斷碼為 ICD-10-CM：F20、F25)，不限門住診，惟收案當次不得為住院狀態。 3. 精神疾病日間住院及社區復健符合精神衛生法「支持並協助病人於社區中生活」精神，並可減少住院個案，故日間住院及社區復健病人可列入收案範圍。
8. 精神科慢性病房住院病患出院後可否收案？	1. 精神科慢性病房住院中之病人不得收案，出院後方可收案。 2. 依方案規定，再入住精神科慢性病房不屬結案條件，再入住精神科慢性病房並不需結案，故計算管理照護費及計算品質指標績效無須扣除。
9. 收案後年度中可否轉換院所收案？	1. 經院所收案後因故需轉換院所之病人，即結案原因為因轉診結案者，因本方案目的為課責院所引導病人每月規律就醫用藥以控制病情，且避免當年度內反覆收案結案引起計費困擾，於同年度不得再被原結案院所收案。 2. 後續欲收案院所應妥善照顧病人使其成為下年度固定就醫病人，但無發現費。 3. 給付院所發現費650點，未固定就醫、久未就醫病人不論在任何院所收案，僅給付1次發現費。 4. 以上只與院所管理照護費有關，完全不影響病人就醫權益與醫療費用，病人仍可選擇於信任院所就醫，不受影響。
10. 未固定就醫、久未就醫或新診斷病人如何避免重複收案？VPN 上傳每筆動輒輸入14段、計70字元的上傳格式(txt 檔)，甚至格式中錯1個字元就要全部	1. 於 VPN 檢核重複名單，採事先檢核功能，若個案已有院所先行上傳，後上傳院所會被回饋重複收案訊息，無法收案。院所若有爭議請提出佐證資料由分區業務組裁量。 2. 思覺失調方案僅於收案、結案或變更個案類別才須登錄 VPN，爰未建置單筆上傳介面，考量系統建置成本及效益，為應院所需求，本署已建置完成個案簡易查詢畫面(健保 VPN>試辦計畫資料維護>思覺失

Q	A
重新上傳，此檢核方式耗時費力，期望貴署建置即時查詢介面	調照護對象名單查詢作業)，供院所查詢病人是否為可照護對象名單檔或已收案個案及其個案類別。 3. 另本方案為利個案數多之院所可整批上傳，優先規劃以批次功能上傳收案資料，修訂後，院所應依新上傳格式將院內資料直接轉為符合本署上傳格式，不須每筆人工自行登打。 4. 本署目前各方案或計畫，為避免重複收案問題皆係上傳 VPN 後才能檢核是否可收案或重複收案，爰於系統功能建置完成前，請院所仍以病人為中心，依現行規定辦理。
11. 哪些病人需簽署「參與方案同意書」？	1. 參與方案之未固定、久未就醫及新診斷病人需病人或家屬簽署「參與方案同意書」，同意書需有方案名稱、醫療院所名稱、簽署日等基本資料。 2. 固定就醫病人院方有義務告知病人或家屬知道有參加本項方案，但不限定要簽署同意書。 3. 參與方案同意書留存於參與方案院所備查。
12. 產製病人名單方式	1. 領有重大傷病卡之思覺失調症或前一年診斷為思覺失調症且至少就醫2次以上者(主診斷碼皆為 ICD-9-CM：295；ICD-10-CM：F20、F25)，排除已死亡個案及精神科慢性病房住院中病人。 2. 交付名單未排除當下精神科慢性病房住院中之病患，因住院為動態狀況，院所視個案當時狀況做排除。 3. 產製名單邏輯：依照方案定義，依據上述思覺失調症患者前1年就醫紀錄，先挑出久未就醫病人名單後，再挑出固定就醫病人名單，剩餘即是未固定就醫病人名單。3種名單各自獨立互不重複。
13. 如何交付名單？	1. 參與方案醫療院所簽署並交付病人資料保密條款切結書後，固定就醫、未固定就醫及久未就醫病人名單由轄區業務組提供給參與方案醫療院所，但以病人有就醫之院所為限。 2. 久未就醫病人名單區分為可歸院所及無法判別院所(因前一年度無就醫紀錄)，因考量有部分病人就醫時隱藏不告知院所其罹患思覺失調症，故久未就醫病人無法判別院所之名單，待參與方案院所向各分區業務組提出需求再予提供。

Q	A
	3. 因思覺失調症病人容易被標籤化，請院所應用時注意資安要求。
14.結案條件為何？	收案對象有下列情事之一者，於發生日起終止收案。 1.死亡。 2.入監服刑。 3.失聯6個月以上。 4.因轉診結案。
15.個案結案後，可否於同年度再被收案。	1. 當年度結案個案於同年度不得再被原結案院所收案，除因入監服刑結案者。 2. 「管理照護費」仍按收案院所實際照護月份數計算，「發現費」、「發現確診費」則僅給付當年度第一家收案院所，後續收案院所不予給付。
16.本方案管理照護費、發現費及發現確診費如何申報？	1. 本方案管理照護費、發現費及發現確診費，不併醫療費用申報，由分區業務組依執行結果核定金額後，於追扣補付系統辦理帳務處理。 2. 醫療院所僅需上傳新收案名單，無需另行申報本項費用。
17.管理照護費如何計算？	管理照護費按一年所占照護月份數比例支付，計算方式如下： 1. 固定就醫之一般病人：收案總人月數/12*400點 2. 固定就醫之高風險病人：收案總人月數/12*600點 3. 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*800點 4. 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*1200點
18.管理照護費、發現費及發現確診費核付原則？	各分區業務組核付本案費用採按季計算如下：一季管理照護費(上述點數/4)*該季各類別病人收案總人月數/3+該季之發現費及發現確診費。
19.固定就醫名單收案未達80%者，不予給付管理照護費，是指何時需達80%？	每年交付1次名單，當年度年底前收案達80%者即可。

Q	A
20.本方案指標如何計算？參與院所是否需提供數據？	1. 指標由健保署擷取健保申報資料計算，院所無需提供數據。將於次年2月份時進行全年品質指標執行結果總評。 2. 醫療院所指標績效採自身比較，以該院所上年度全年值為比較基礎。 3. 本方案指標經二回合德菲法彙集十餘位國內精神科專家、醫學會意見所研議，後續依專家學者及衛生福利部心理健康司意見修正，分為收案品質獎勵指標、出院追蹤品質獎勵指標及收案品質參考指標，參考指標不列入品質獎勵評量範圍。
21.居家追蹤訪視費、高風險病人出院後追蹤訪視費是否有限制為精神科醫師訪視？	居家追蹤訪視費(P7401C)、高風險病人出院後追蹤訪視費(P7402B、P7403B)未限制須由精神科醫師執行，由醫院指派之精神照護團隊成員皆可訪視。
22.訪視紀錄是否有制式格式？應如何檢附提供？	訪視紀錄無制式格式，可依院所現有之紀錄表單格式，惟須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、家屬照顧個案狀態等內容。請院所自行留存訪視紀錄備查，或依分區業務組要求提供，保存年限同病歷保存年限。
23.提報新收案個案名單需登錄什麼資料？	1. 新收案名單上傳格式請依照下列格式(詳參附件1)，業務組別、醫事機構代碼、個案身分證號、出生日期、姓名、性別、收案日期、個案類別、結案日期、結案原因、施暴者。 2. 填報施暴者須為就醫紀錄載有施暴史之病人。
24.如於收案後才發現個案有施暴史，應如何改變收案類別	目前已於院所上傳名單格式(詳參附件1)之資料段新增變更個案類別欄位，院所可自行依上傳格式上傳名單修改個案類別。
25-1.居家追蹤訪視費(P7401C)之適用病人條件為何？ 25-2.高風險病人出院後追蹤訪視費(P7402B、P7403B)之適用病人條件為	1. 居家追蹤訪視費之適用對象為未固定就醫或久未就醫且非住院之病人，爰須為思覺失調方案可照護對象名單檔(DWM_SCH_BASE)或收案檔(DWM_SCH_DATA)個案類別為3、4、5、6其中之一者(3-未固定就醫一般，4-未固定就醫高風險，5-久未就醫一般，6-久未就醫高風險)。 2. 高風險病人出院後追蹤訪視費之適用對象入住急性

Q	A
何?若個案收案院所與急性住院醫院不同是否就無法進行高風險病人出院後訪視，原收案院所也無法執行高風險病人出院後訪視?建議建立跨區跨院的收案與訪視機制。	病房出院後之高風險病人，且由入住醫院負責追蹤，爰須為思覺失調方案可照護對象名單檔(DWM_SCH_BASE)或收案檔(DWM_SCH_DATA)個案類別為2、4、6、8其中之一者(2-固定就醫高風險，4-未固定就醫高風險，6-久未就醫高風險，8-新診斷高風險)。 (1) 依本方案規定，高風險病人出院後追蹤訪視費之適用對象為入住急性病房出院後之高風險病人，且由入住醫院負責追蹤，爰須為思覺失調方案可照護對象名單檔或收案檔之「高風險病人」，惟未限制需為同院之可照護對象名單或收案病人。如該個案係高風險病人即可訪視，無跨院跨區限制訪視之問題。 (2) 另因思覺失調個案資料敏感，本署不宜提供他院之整體收案名單予其他院所知悉，爰建議醫院宜優先以同院之可照護對象名單或收案病人進行訪視，如非本院收案名單者，本署已建置完成個案簡易查詢畫面(健保VPN>試辦計畫資料維護>思覺失調照護對象名單查詢作業)，就各該院收治思覺失調之住院病人，查詢是否為可照護對象名單檔(DWM_SCH_BASE)或收案檔(DWM_SCH_DATA)個案類別為2、4、6、8之高風險病人，並於出院後提供適切之追蹤訪視服務。 (3) 如前述名單或收案檔個案類別非屬高風險病人(係一般病人)，但收治住院病人之醫院已知悉該病人當年度發生暴力情事，但無法得知或聯絡其收案院所更改個案類別，仍得依本計畫規定提供個案出院後追蹤訪視及申報，並於病歷詳細紀錄相關事項，提供本署所轄分區業務組做為醫令檢核異常時之核付佐證。
26. 有關申報 P 碼(P7401C、P7402B、P7403B)，案件分類填報 E1(試辦計畫計	1. 若於訪視時，醫師因病人傷病診療所需，得開立口服藥物或針劑處方箋，並依本保險醫療給付相關規定申報費用。 2. 「居家追蹤訪視(P7401C)」及「高風險病人出院後追蹤訪視(P7402B、P7403B)」，用意係為將照護層面

Q	A
畫)，請問可否同時開立藥品處方？訪視團隊醫師是否可進行抽血等檢查檢驗？	擴及照護未規律門診之思覺失調症病人及關懷當年度入住急性病房且出院之高風險病人，希冀院所主動至家中提供持續的醫療服務予是類病人，目的係期使病人回到門診規律就醫，又思覺失調症無法以檢查(驗)診斷，爰本方案之訪視不宜進行與思覺失調症無關之檢驗檢查，如病人有檢查(驗)需求，應請病人至門診就醫。
27. 申報 P 碼(P7401C、P7402B、P7403B)是否累計1次就醫序號及收取部分負擔，部分負擔之申報代號及收費比率為何？	1. 進行居家訪視前應徵得個案或其家屬同意，並需逐次於健保卡登錄就醫紀錄，每次提供訪視服務均累計1次就醫序號。 2. 部分負擔： (1)依全民健康保險法第四十三條居家照護規定計收：如無藥品費用，部分負擔代號應為K00 (醫療費用5%)；如有藥品費用，處方用藥另依門診藥品部分負擔規定計收，部分負擔代號應為K20(居家照護且開立藥品)。 (2)如有符合減少或免除部分負擔條件者(例如重大傷病、山地離島地區、醫療資源缺乏地區等)，可依規定減免部分負擔。
28. 病人或其家屬得知要收部分負擔後，降低了訪視的意願、甚至該次訪視不列入紀錄，該如何執行居家追蹤訪視及高風險病人出院後追蹤訪視？	院所進行居家訪視前應與個案或其家屬妥善溝通(包含收取部分負擔)，取得案家同意後，再執行居家追蹤訪視或高風險病人出院後追蹤訪視。
29. 居家追蹤訪視費(P7401C)、高風險病人出院後追蹤訪視費(P7402B、P7403B)未限制須由精神科醫師執行，由醫院指派之精神照護團隊成員皆可訪視，如由護理師	1. 考量實務執行特殊性，為維護病人就醫權益，依醫療人員之專業判斷及考量，若訪視人員非醫師，因無法現場開藥給病人及進行精神醫療處置，於訪視當天勸病人回門診就醫，健保卡另註記登錄就醫紀錄一次，得另外申報門診相關費用，並請留存相關紀錄備查。惟於訪視時已進行之相關處置係包含於訪視費內，不得重複申報。 2. 另訪視費用之部分負擔依居家照護規定計收(醫療費用5%)，門診就醫依門診部分負擔規定計收，應與個

Q	A
訪視，無法現場開藥給病人，若當次訪視後將病人帶回院所看精神科門診，可否同天申報訪視費及門診醫令(含診察費)或是需拆成兩筆申報?	案或其家屬妥善溝通，避免爭議。
30. A 醫院依本方案執行第1次高風險病人出院後追蹤訪視且申報費用後，方得知病人亦由 B 醫院轉介至精神居家治療，該如何處理?	1. A醫院若依本方案附表1「居家追蹤訪視費及高風險病人出院後追蹤訪視費之給付項目及支付標準」，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，始得申報執行之第1次高風險病人出院後追蹤訪視費。 2. 病人已轉介至精神居家治療，符合停止訪視條件，請A醫院停止後續訪視。

附件1

院所上傳名單格式

系統代號	MHB5	系統名稱	個案管理子系統(試辦計劃)
每筆長度	定長 70 BYTES	檔案命名規則	業務組別(1)+醫事機構代號(10)+上傳月份(2)+流水號(2)+ SCH.txt

序號	英文欄位	中文欄位	長度	起始位置	迄末位置	內容值說明			欄位值檢核說明	
1	SEGMENT	資料段	1	1	1	A	B	C	A：收案資料 B：結案資料 C：變更個案類別(因施暴史)	只能輸入 A、B、C C 適用於已收案個案，後續因施暴史變更個案類別者
2	NO	流水號	5	2	6	V	V	V	00001~99999	不足 5 位前面填 0
3	YEAR	年度	3	7	9	V	V	V		民國年「YYY」如 099
4	BRANCH_CODE	業務組別	1	10	10	V	V	V	1：臺北業務組 2：北區業務組 3：中區業務組 4：南區業務組 5：高屏業務組 6：東區業務組	(1)只能輸入 1~6 (2)須檢查是否與檔名之業務組別一致
5	HOSP_ID	醫事機構代碼	10	11	20	V	V	V		(1)必為 10 碼 (2)須檢查是否與檔名之醫事機構代碼一致
6	ID	身分證號	10	21	30	V	V	V		只能為 5~10 碼
7	BIRTHDAY	出生日期	8	31	38	V	V	V		符合日期格式邏輯 西元年(YYYYMMDD)
8	NAME	姓名	12	39	50	V				
9	SEX	性別	1	51	51	V			1：男 2：女	只能輸入 1 或 2
10	CASE_TYPE	個案類別	1	52	52	V		V	1:固定就醫且為一般病人 2:固定就醫且為高風險病人 3:非固定就醫且為一般病人 4:非固定就醫且為高風險病人 5:久未就醫且為一般病人 6:久未就醫且為高風險病人 7:新診斷之一般病人 8:新診斷之高風險病人	只能輸入 1-8 如施暴者欄位填 1，則原個案類別為 1 者須改填 2；原個案類別為 3 者須改填 4；原個案類別為 5 者須改填 6；新診斷之病人，個案類別需填 8(就醫紀錄載有施暴史者即為高風險個案)。 上傳個案類別 7 及 8 者不可為思覺失調症原始名單個案。 資料段=「C：變更個案類別(因施暴史)」者只能輸入 2、4、6、8

序號	英文欄位	中文欄位	長度	起始位置	迄末位置	內容值說明				欄位值檢核說明
11	CASE_DATE	收案日期/變更日期	8	53	60	V			V	符合日期格式邏輯; 西元年(YYYYMMDD) 1~3月:4/30日前截止上傳 4~6月:7/31日前截止上傳 7~9月:10/31日前截止上傳 10~12月:隔年1/31日前截止上傳 資料段=「C:變更個案類別(因施暴史)」者填寫變更日期(發現個案有施暴史之日期或載有施暴史之就醫日期),變更日期須大於等於原收案日期
12	CLOSE_DATE	結案日期	8	61	68		V			符合日期格式邏輯 西元年(YYYYMMDD) 且大於收案日期,小於系統日期
13	CLOSE_RSN	結案原因	1	69	69		V			1:死亡 2:入監服刑 3:失聯6個月以上(連續6個月未於收案醫院就診者) 4.因轉診結案 5.錯誤申報案件
14	ABUSER	施暴者	1	70	70	V			V	0:無施暴史 1:有施暴史 只能輸入0或1 輸入1須為就醫紀錄載有施暴史之病人