

# 醫院以病人為中心門診整合照護計畫

106年2月9日健保醫字第1060001379號公告修訂

107年6月21日健保醫字第1070008162號公告修訂

108年3月14日健保醫字第1080003099號公告修訂

111年5月26日健保醫字第1110106489號公告修訂

111年6月16日健保醫字第1110661492號公告勘誤

## 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、計畫說明

多重慢性病人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、預算來源

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」項下支應。

## 伍、執行方式

申請計畫之醫院(或整合團隊)須開設整合照護門診，並檢附計畫書(附件1)，向保險人各分區業務組提出申請，自保險人各分區業務組審查通過之月份開始實施。

- 一、申請及審查程序：

- (一)參與計畫醫院(或整合團隊)應先行向保險人分區業務組報備整合照護門診之門診時刻表、診次及醫師等，並將相關資料上傳健保資訊網服務系統(VPN)，如有異動，須重新報備並更新VPN資料。
- (二)醫學中心平日看診日每日至少開診 2 個診次，區域醫院平日看診日每日至少 1 個診次，地區醫院不限診次，並於門診時刻表及明顯處張貼說明。
- (三)若服務內容變動，應檢附修訂後計畫書向所屬分區業務組報備。
- (四)承作醫師資格：不限專科別，但須完成 6 小時教育訓練課程(附件 2)，並取得證明。
- (五)申請醫院資格：醫院於申請年之前一年起，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 條或第 44 條至第 45 條等歸因於醫院總額所列違規情事且經保險人處分者（以第一次處分函所載停約或終止特約期間認定，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）。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。

## 二、收案對象：

- (一)保險對象最近 3 個月符合下列條件之一者，得予以收案照護：
  - 1. 給藥日份 $\geq$ 28 天之案件中，最近 3 個月申報之主診斷中有 3 種(含)以上慢性病，並經 2 位(含)以上醫師看診者。
  - 2. 最近 3 個月至少申報 2 次(含)以上慢性病連續處方箋且最近 3 個月申報之慢性病連續處方箋用藥之藥品品項數合計達 10 種(含)以上，並經 2 位(含)以上醫師看診者。
  - 3. 保險人建議應納入門診整合照護者。

註：前開慢性病係指主診斷為本保險公告之慢性疾範圍者。

- (二)保險對象或家屬同意接受本計畫整合照護服務且簽署同意書者(附件 3)，始得收案。
- (三)同一個案不能同時被 2 家院所收案，收案時，須向病人說明應配合定期回診等事項。

### 三、收案程序：

(一)初診須完成周全性評估及照護計畫，周全性評估之內容及工具如**附件 4**(若有相關版權問題請醫院自行申請)。

(二)個案登錄及管控作業：

1. 個案經醫師評估符合收案條件並簽署同意書後始得收案，醫事服務機構必須上傳個案資料至「全民健康保險醫院以病人為中心門診整合照護計畫」之個案登錄子系統，其必要欄位如**附件 5**。承作醫師須透過參與醫院向保險人各分區業務組申請，始能登入個案登錄子系統(網址：<https://medvpn.nhi.gov.tw/>，VPN服務項目/試辦計畫資料維護/基本資料維護)。
2. 個案之首次資料登錄，應於保險對象實際就診日當日填報「收案日期」，方得收案。經保險人勾稽收案日期與申報門診整合初診診察費日期不符者，不予支付。

(三)同一分區業務組轄區醫院，得選擇採院際共同整合照護方式，並依下列規定辦理：

1. 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。
2. 應於計畫書內一併檢送各整合醫院之參加同意書。
3. 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。
4. 整合團隊之個別醫院，於計畫執行期間亦受本計畫「柒、退場機制」規範。

### 陸、費用申報及支付方式

一、本計畫之給付項目及支付標準：

(一)門診整合診察費

1. 診察費依看診階段(初診、複診)支付，支付標準如下：

編號	診療項目	支付點數
P5203C	門診整合診察費 —門診整合初診診察費	1,500 點
P5204C	—門診整合複診診察費	1,000 點

	註： 1. P5203C 初診診察費須完成周全性評估及照護計畫後，始得申報。 2. P5204C 複診診察費支付規範： (1)限門診整合初診後 200 天內申報。 (2)同一照護對象最多可申報 2 次。 (3)含照護計畫之修正與調整。	
--	--	--

2. 申報本計畫之門診整合診察費者，不得另申報醫院門診診察費。
3. 本計畫個案整合結束後，診察費回歸醫院總額一般服務預算，依一般門診診察費支付，不納入本計畫支應。
4. 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、處置或檢查類別等並檢附周全性評估相關資料，以備查核。未於病歷中載明以上整合方式並檢附相關資料者，不得申報。

## (二)失智症門診照護家庭諮詢費用

1. 保險對象參與本計畫整合照護門診且於整合期間，經神經科或精神科專科醫師確診為失智症(主、次診斷代碼ICD-10-CM為F01-F03、F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997、G30、G31)，經評估有諮詢需要，且其失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia Rating, CDR)值 $\geq 1$  或簡易心智量表(Mini-Mental State Examination, MMSE) $\leq 23$ 者，醫院得提供諮詢服務，申報本項費用。給付項目及支付標準如下：

編號	診療項目	支付點數
P5201C	失智症門診照護家庭諮詢費用 -諮詢服務時間 15 分鐘(含)至 30 分鐘	300 點
P5202C	-諮詢服務時間 30 分鐘(含)以上 註： 1. 諮詢服務時間不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間。 2. 同院每位病人每年最多申報 2 次。	500 點

	3. 同一年度同一個案不得重複申請衛生福利部「失智照護服務計畫」個案管理費之「按月提供諮詢服務」費用。	
--	---	--

2. 每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(附件 6)，併入病人病歷紀錄留存。

二、特約醫事服務機構門診醫療服務點數申報格式之點數清單段及醫令清單段填表說明：

**(一)門診整合診察費：**

1. 屬本計畫收案之照護對象，其就診當次符合申報初診及複診診察費者，於申報費用時，門診醫療服務點數申報格式清單段之整合式照護計畫註記(欄位ID：d13)填寫方式如下：

(1)給藥日份 $\geq$ 28天之案件中，最近3個月申報之主診斷中有3種(含)以上慢性病，並經2位(含)以上醫師看診者，應填「Q」。

(2)最近3個月至少申報2次(含)以上慢性病連續處方箋且最近3個月申報之慢性病連續處方箋用藥之藥品品項數合計達10種(含)以上，並經2位(含)以上醫師看診者，應填「R」。

(3)保險人建議應納入門診整合者，應填「S」。

2. 醫令類別應填「0」。

3. 其餘依一般費用申報原則辦理。

**(二)失智症門診照護家庭諮詢費用：**醫令類別應填「0」，醫令執行時間起迄請填報諮詢服務時間至年月日時分。本項併門診醫療費用申報，非當日執行，請比照排程檢查案件作業方式申報。

三、本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

**四、審查原則**

(一)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。

(二)本計畫所列相關資料需存放於病歷備查，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，不予支付該筆費

用並依相關規定辦理。

## 柒、退場機制

醫院於計畫執行期間因違反特管辦法第 38 條至第 40 條或第 44 條至第 45 條等歸因於醫院總額所列違規情事，致受停約或終止特約處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者），以第一次處分函所載停約或終止特約起始日起同步終止參與本計畫，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。

## 捌、執行配套措施

一、參與本計畫之醫院(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、指標之開發與計算、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，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。

(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方式，或整合後仍發現有重複用藥或處置時，得核扣該個案之門診整合診察費，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。

三、監測指標：以收案個案照護滿1年之各項指標與收案前1年比較。

(一)指標 1：照護對象每人西醫門診醫療費用<sup>註</sup>。

(二)指標 2：照護對象每人西醫門診申報件數。

(三)指標 3：照護對象每人西醫門診藥品品項數。

(四)指標 4：照護對象每人門診潛在不當用藥數(PIM) (以 2015 年 Beer's criteria 計算)。

(五)指標 5：照護對象每人門診急診申報件數(案件分類 02)。

(六)指標 6：照護對象每人住院次數(依入院日期歸戶計算)。

註：前述「西醫門診醫療費用」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加部分負擔，且排除下列之案件：1. 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。2. 慢性病連續處方箋調劑、診察費為0之案件件數不計。

### 玖、計畫實行評估

- 一、保險人分區業務組得不定時至參與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、保險人定期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，請參與醫院應用於鼓勵執行本計畫之整合單位或相關人員。

### 拾、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，並副知全民健康保險會。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計畫」

提報日期：

- 一、計畫書封面：至少包含計畫名稱、計畫執行單位。
- 二、書寫格式：以 word 建檔，A4版面，由上而下，由左而右，標楷體14號字型，橫式書寫。
- 三、計畫書撰寫說明：計畫書(含電子檔)內容應包含下列：
  - (一)請敘明開設之整合照護門診之名稱、照護目的及內容。
  - (二)請敘明上述整合門診之門診時刻表、診次及醫師等，並將相關資料上傳至健保資訊網服務系統(VPN)(請檢附最新應診時刻表、網路相關說明及張貼處照相等資料供參，如有異動，須重新報備，並更新VPN 資料)。
  - (三)本計畫照護對象之掛號、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：
- 四、整合式照護醫療需求評估方式說明。



## 【附件 2】

### 醫院以病人為中心門診整合照護計畫

#### 醫師教育訓練內容

- 一、不限專科別，均須接受 6 小時教育訓練合格後(實體或網路課程)，才能參與本計畫。
- 二、課程內容如下：
  - (一)全人整合醫療理念。
  - (二)門診整合實務。
  - (三)多重用藥與不適當用藥評估原則。
  - (四)周全性評估與照護計畫擬訂。
  - (五)失智症基礎訓練。
- 三、各相關學會均得辦理教育訓練，授課講師可依授課時數抵免。

### 【附件 3】

#### 醫院以病人為中心門診整合照護計畫 照護對象「用藥整合」暨「整合照護服務」同意書

為保障您的用藥安全，減少多科掛號之困擾，本院參與中央健康保險署「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，藉由醫院的整合門診，透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」查詢您近期之就醫與用藥資訊，協助整合門、住診等用藥，除了節省您寶貴時間，更可提升您就醫品質。

本計畫鼓勵您於同一醫院接受整合照護服務，您如欲維持原門診就醫習慣，無法配合西醫主治醫師整合用藥、提供實質醫療照護，則不符合本計畫之收案條件。

我同意參加門診整合照護服務，○○醫院○○○醫師為本人西醫主治醫師，於本人簽署同意書日起至結案日止，配合醫師整合用藥，提供實質醫療照護，並可透過中央健康保險署建置之「健保醫療資訊雲端查詢系統」，查詢本人就醫之醫療費用申報資料。

此致      ○○醫院

立書同意人：

出生年月日：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

身分證號：

代理人：

與照護對象之關係：

身分證號：

## 【附件 4】

### 醫院以病人為中心門診整合照護計畫

#### 周全性評估工具內容

須至少包含下列評估重點(評估量表僅供參考)

- 一、日常生活功能：建議巴氏日常生活量表 (Barthel Index) 或 (Instrumental Activities of Daily Living, IADL)
- 二、衰弱程度：建議社區民眾健康行為調查綜合問卷或臨床衰弱量表 (Clinical Frailty Scale, CFS)。
- 三、失智程度：建議簡易心智狀態問卷調查表 (SPMSQ) 或簡易失智量表 (MMSE) 或早期快篩簡易失智量表 (AD8)。
- 四、憂鬱狀態：建議老人憂鬱量表 (GDS) 或憂鬱量表 (CES-D scale)。
- 五、用藥整理：除須記載實際使用情況及重複用藥、建議以潛在不當用藥 (Beers criteria) 評估。
- 六、營養量表 (MNA-SF)。

## 【附件 5】

### 醫院以病人為中心門診整合照護計畫

#### 個案登錄系統必要欄位

- 一、新收案必登錄欄位如下：新收案日期、照護對象身分證號、照護對象姓名、照護對象性別、照護對象出生日期、醫師身分證號、醫師姓名及照護對象類別。照護對象類別如下：
  - Q：給藥日份 $\geq 28$ 天之案件中，最近3個月申報之主診斷中有3種(含)以上慢性病，並經2位(含)以上醫師看診者。
  - R：最近3個月至少申報2次(含)以上慢性病連續處方箋且最近3個月申報之慢性病連續處方箋用藥之藥品品項數合計達10種(含)以上，並經2位(含)以上醫師看診者。
  - S：保險人建議應納入門診整合者。
- 二、追蹤管理必登錄欄位如下：照護對象身分證號、照護對象姓名、照護對象複診次數、照護對象複診日期、醫師身分證號、醫師姓名。
- 三、結案（或轉診）日期必須登錄欄位如下：照護對象身分證號、照護對象姓名、照護對象複診次數、醫師身分證號、醫師姓名。
  - (一)結案（或轉診）日期。
  - (二)結案原因：
    - 1：已完成申報初診診察費及2次複診診察費。
    - 2：轉診進入其他院所。
    - 3：長期失聯( $\geq 180$ 天)。
    - 4：拒絕再接受收案。
    - 5：死亡。
    - 6：保險對象未執行本計畫照護超過半年者。
    - 7：醫院因歇業、停業、違約等因素退出本計畫。
    - 8：其他：\_\_\_\_\_（應敘明原因）
  - (三)接受轉診院所保險醫事服務機構代號：\_\_\_\_\_

## 【附件6】

失智症門診照護諮詢溝通記載內容及規定如下：

- 一、照護對象姓名及臨床失智症評量表(CDR)或簡易心智量表(MMSE)評量結果。
- 二、依需要簡要敘述病況、照護技巧指導、藥物或營養諮詢、家屬心理支持、社會資源運用等內容。
- 三、諮詢服務之日期及起迄時間至分。
- 四、提供服務者職稱及簽章(除醫師外，亦包含社工師或其他醫事人員)。
- 五、接受諮詢服務者簽章及其與照護對象之關係(接受諮詢服務者包括照護對象或主要照護者，且至少有1位家屬參與)。

註：

1. 失智症定義：主、次診斷代碼(ICD-10-CM)為 F01-F03、F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997、G30、G31。
2. 諮詢服務時間不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間。
3. 申報本計畫失智症門診照護家庭諮詢費用者，同一年度同一個案不得重複申請衛生福利部「失智照護服務計畫」個案管理費之「按月提供諮詢服務」費用。