

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324
承辦人及電話：呂姿曄(02)27065866轉2678
電子信箱：A110745@nhi.gov.tw

40462

台中市北區中清路一段638號2樓

受文者：中華民國診所協會全國聯合會

發文日期：中華民國107年1月23日
發文字號：健保醫字第1070075505號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨

主旨：檢送107年1月11日召開「修訂家庭醫師整合性照護計畫溝通會議」會議紀錄(如附件)，請查照。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣家庭醫學醫學會、中華民國診所協會全國聯合會、衛生福利部社會保險司、衛生福利部醫事司、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部國民健康署

副本：本署醫務管理組、本署各分區業務組、本署企劃組(均含附件)



署長李伯璋 出差

副署長 蔡淑鈴 代行

修訂「家庭醫師整合性照護計畫」溝通會議
會議紀錄

時間：107年1月11日（星期四）下午2時00分

地點：衛生福利部中央健康保險署9樓第一會議室

主席：蔡淑鈴副署長

紀錄：呂姿擘

出席單位及人員：

| | | | |
|---------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 中華民國醫師公會全國聯合會 | 黃啟嘉 顏鴻順 | 黃振國 | 王宏育 |
| 台灣家庭醫學醫學會 | 李孟智 潘恆嘉 | 黃信彰 林育正 | 李汝禮 詹其峰 |
| 中華民國診所協會全國聯合會 | 曾梓展 | 陳俊宏 | 陳宏麟 |
| 衛生福利部社會保險司 | (請假) | | |
| 衛生福利部醫事司 | 李筱苓 | | |
| 衛生福利部全民健康保險會 | 陳燕鈴 | 方瓊惠 | |
| 衛生福利部國民健康署 | 賈淑麗 | 李惠蘭 | |
| 本署 | | | |
| 醫務管理組 | 李純馥 韓佩軒 高豐渝 | 劉玉娟 呂姿擘 劉勁梅 | 林淑範 蘇健智 張毓芬 |
| 企劃組 | 余佺婕 | 詹孟樵 | |
| 臺北業務組 | 陳韻寧 | 蔡孟臻 | |
| 北區業務組 | 蔡秀幸 | 王慈錦 | 謝欣穎 |
| 中區業務組 | 詹純 | | |
| 南區業務組 | 王碧霞 | 黃梅珍 | |
| 高屏業務組 | 何姿瑤 | | |
| 東區業務組 | 石惠文 | 林佳良 | |

主席致詞：(略)

壹、討論事項：

第一案

案由：修訂「家庭醫師整合性照護計畫(簡稱家醫計畫)」，提請討論。

決議：

一、計畫內容獲與會單位代表共識部分，修訂詳如后附「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫修正草案條文對照表」。

二、24 小時緊急諮詢專線應由醫事人員擔任是否涉及醫療法需執登乙節，請醫事司攜回研議。

三、部分計畫修訂內容保留，待相關單位補充資料後再行討論：

(一)柒、收案對象(會員)：

1.非慢性病個案：接受長照 2.0 服務之個案。

2.醫院潛在下轉病人：符合當年度「全民健康保險醫院以病人為中心整合照護計畫」收案條件。

(二)玖、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求：應製作家庭會員權利義務說明書或家庭醫師整合性照護計畫會員通知函，告知本計畫內容及其權益、義務(含 24 小時緊急諮詢專線及該醫療群所有參與診所及合作醫院，並提供收案對象確認回饋機制。

四、計畫內容之評核指標、管理機制、申請方式及退場機制等節留待下次會議討論。

第二案

案由：106 年家庭醫師整合性照護計畫增加經費推估及經費來源案，
提請討論。

決議：留待下次會議討論。

第三案

案由：有關慢性疾病治療指引(Guideline)及監測指標，提請討論。

決議：留待下次會議討論。

貳、散會：17 時 00 分

「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修正草案條文對照表

| 107/01/11 會議決議修正條文 | 現行條文 | 說明 |
|--------------------|--|----|
| (同現行條文) | <p>壹、計畫依據 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辦理。</p> <p>貳、計畫說明 全民健康保險保險人(以下稱保險人)自 92 年 3 月 10 日起實施「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」,實施迄今已轉型朝向鼓勵社區醫療群選擇以會員照護成效之支付方案。短期目標期待建立個別化照護管理、平行和垂直轉診機制、全天候健康諮詢專線,奠定全民皆有家庭醫師之基礎;長期目標為落實家庭責任醫師及照護責任,提升醫療品質。</p> <p>此外民眾就醫的自由在台灣為全民健保的一大特色,因此最理想的家庭醫師照護是病人由其最常就醫的診所將其收案成為家醫忠誠會員,該主要照護診所對其有照護的責任。若主要照護診所能針對其忠誠病人,提供以病人為中心,周全性、協調性、連續性的服務,除了可提供病人更有品質的醫療照護,更可鞏固醫病關係,紮根家庭醫師的概念,亦可因照護責任確認,使計畫誘因的計算更為合理。但因預算經費有限,對病人本身相對健康狀況或自我照護良好者,對診所醫療之需求不高,應可先排除在本計畫之外,使有限的資源用在更需要醫師照護的病人身上。</p> <p>若上開病人之主要照護診所能參與本計畫並將該等病人收為會員,提供整合性照護,包括個案管理、24 小時緊急諮詢專線、與合作醫院的轉診機制、醫療照護品質的提升等,除可增加病人對基層診所的認同,建立家庭醫師制度的規模,亦可使計畫預算做更有效益的運用,並可提升醫療品質確保病人就醫的權益。</p> <p>參、計畫目的 一、建立家庭醫師制度,提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護,同時提供家庭與社區健康服務,以落實全人、全家、全社區的整合照護。 二、以民眾健康為導向,建立以病人為中心的醫療觀念,提升醫療服務品質。 三、為全民健康保險法實施家庭責任醫師制度奠定基礎。</p> <p>肆、經費來源 全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「家庭醫師整合照護計畫」專款項目。</p> | |

| 107/01/11 會議決議修正條文 | 現行條文 | 說明 |
|---|--|--|
| (同現行條文) | <p>伍、推動策略及計畫照護範圍</p> <p>一、成立社區醫療群，以群體力量提供服務。</p> <p>二、提供參與本計畫之社區醫療群適當誘因，並由保險人提供最適收案名單予社區醫療群，使最需被優先照護的個案分階段由基層診所收案，期使保險對象於其最常就醫之主要照護診所中，獲得完整的醫療照護。</p> <p>三、保險對象不需登記或簽署同意為會員(被照護對象)文件，以減少基層診所之行政作業，並將作業時間節省回歸於個案管理以增進醫病關係。</p> <p>四、整合基層與醫院的醫療照護品質，先促進社區水平整合，提供民眾完善整合性照護，並以此為基礎，作為未來垂直整合醫療體系照護模式的基礎。</p> | |
| <p>陸、組織運作</p> <p>一、社區醫療群之組織運作型式：</p> <p>(一)以同一地區 5 家以上(含)特約西醫診所為單位組成，其中 1/2 以上診所專任醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師資格或 1/5 以上診所專任醫師具有家庭醫學科專科醫師資格，並應與 1-2 家特約醫院(地區醫院家數不限)作為合作對象，建立轉診及合作機制，開辦共同照護門診，建立以社區為範疇、以民眾為對象的社區照護網絡。</p> <p>(二)社區醫療群得與下列醫事服務機構作為合作單位：</p> <p>1. <u>合作社區藥局、物理治療所及檢驗所：提供民眾用藥、檢驗檢查等就近於社區之醫療服務</u></p> <p>2. <u>合作診所：提供復健科、眼科、精神科等服務(如醫療群內診所具上述專科服務，不在此限)。</u></p> <p>(三)診所位於主管機關公告之次醫療區域，且該區域前一年度無參加本計畫之診所或僅有 1 個社區醫療群者，得由 2 家(含)以上診所，結合特約醫院組成社區醫療群，向保險人分區業務組申請通過後成立，不受前項家數及專科別之規範。</p> <p>(四)若聯合診所具有 5 位專任醫師以上，且結合該地區其他 3 家特約診所以上者，得共同參與本計畫，惟 1 家聯合診所限成立 1 個社區醫療群且所有醫師須加入同一社區醫療群。</p> <p>二、社區醫療群之組成區域範圍：以符合社區民眾同一鄉(鎮)、市(區)生活圈為原則，並由保險人分區業務組依實際情形認定。</p> | <p>陸、組織運作</p> <p>一、社區醫療群之組織運作型式：</p> <p>(一)以同一地區 5 家以上(含)特約西醫診所為單位組成，其中 1/2 以上醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師資格或 1/5 以上醫師具有家庭醫學科專科醫師資格，<u>並應與 1-2 家特約醫院(地區醫院家數不限)作為合作對象，建立轉診及合作機制，開辦共同照護門診，建立以社區為範疇、以民眾為對象的社區照護網絡。</u></p> <p>(二)診所位於主管機關公告之次醫療區域，且該區域前一年度無參加本計畫之診所或僅有 1 個社區醫療群者，得由 2 家(含)以上診所，結合特約醫院組成社區醫療群，向保險人分區業務組申請通過後成立，不受前項家數及專科別之規範。</p> <p>(三)若聯合診所具有 5 位專任醫師以上，且結合該地區其他 3 家特約診所以上者，得共同參與本計畫，惟 1 家聯合診所限成立 1 個社區醫療群且所有醫師須加入同一社區醫療群。</p> <p>二、社區醫療群之組成區域範圍：以符合社區民眾同一鄉(鎮)、市(區)生活圈為原則，並由保險人分區業務組依實際情形認定。</p> | <p>1. 為實務執行需求，明訂收案醫師條件。</p> <p>2. 強化醫療群會員照護能力，除既有合作醫院外，新增醫療群合作社區藥局及合作診所，提供病人就近於社區之用藥、檢驗檢查等醫療服務。</p> <p>3. 原條文(一)「並應與 1-2 家特約醫院」移列併至(二)1.；原條文(二)及(三)條號遞移。</p> |

| 107/01/11 會議決議修正條文 | 現行條文 | 說明 |
|---|--|---|
| <p>三、 設立會員 24 小時緊急諮詢專線</p> <p>(一) 參與計畫之社區醫療群，應共同提供 24 小時緊急諮詢專線服務，提供會員於緊急狀況發生時，能立即獲得醫療諮詢服務，<u>並掌握病人最佳醫治時間，進一步減少民眾不必要的就醫需求。所提供之具體服務項目如下：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>提供健康照護與建議。</u> 2. <u>建議就醫地點並協助聯繫就醫。</u> 3. <u>緊急狀況發生時，適時轉介個案收案醫師或其他專業醫事人員協助。</u> <p>(二) <u>24 小時緊急諮詢專線應由醫事人員擔任，醫療群應於申請計畫書內述明諮詢專線接聽人員並檢送醫事人員證書。</u></p> | <p>三、 設立會員 24 小時緊急諮詢專線</p> <p>參與計畫之社區醫療群，應共同提供 24 小時緊急電話諮詢服務，提供會員於緊急狀況發生時，能立即獲得醫療諮詢服務，<u>此方式除可掌握病人最佳醫治時間外，並可進一步減少民眾不必要的就醫需求。</u></p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. 強化 24 小時緊急諮詢專線受理人員專業能力，明訂接聽人員需由醫事人員擔任，及應提供之具體服務項目。 2. 調整部分原條文文字。 |
| <p>四、 社區醫療群應建立醫療照護品質提升及轉診機制：</p> <p>(一) 參與計畫之基層診所醫師與 1-2 家特約醫院作為合作對象(地區醫院家數不限)，並得至合作醫院開設共同照護門診(不限其轉診對象)。<u>所提供之共同照護門診亦可以家戶會員之病房巡診、個案研討與社區衛教宣導(須含用藥安全宣導)等代替。</u></p> <p>(二) <u>醫院及診所得共同照護病人，訂定合作照護機制及相關流程：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>醫師交班表：至少含括下列項目：</u> <ol style="list-style-type: none"> (1) <u>兩位醫師共同照護結果。</u> (2) <u>明列用藥及檢查結果。</u> (3) <u>醫院及診所醫師連絡方式。</u> 2. <u>轉診單。</u> 3. <u>轉診個案照護討論會：每季由醫院及診所共同召開。</u> 4. <u>醫療群與合作醫院定期由護理人員、營養師、藥師、醫檢師、社工師或其他專業人員，共同辦理會員團體衛教指導。</u> <p>(三) <u>醫療群得訂定診所與合作醫院間之實質合作內容，併於申請計畫書送保險人分區業務組備查。合作內容至少需包含下列項目：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>雙向轉診流程(含括安排病人轉診、追蹤病人轉診至醫院治療結果、病人轉回後之追蹤治療、診所間平行轉診等)。</u> 2. <u>共同照護機制(含括合作醫院下轉穩定慢性病人至醫療群提供照護、合作醫院與診所醫師間之交班流程)。</u> 3. <u>慢性病人用藥一致。</u> 4. <u>醫療品質提升計畫。</u> <p>(四) <u>醫療群宜運用電話諮詢專線、即時通訊軟體、電子郵件等多元工具，優化諮詢服務。並規劃主動電訪(Call out)服務，以加強個案健康管理，提升慢性病人照護品質。</u></p> <p>(五) <u>醫療群與合作醫院應提供收案會員跨院際合作增值服務，如就</u></p> | <p>四、 社區醫療群應建立醫療照護品質提升及轉診機制</p> <p>(一) 參與計畫之基層診所醫師與 1-2 家特約醫院作為合作對象(地區醫院家數不限)，並得至合作醫院開設共同照護門診(不限其轉診對象)。</p> <p>(二) <u>參與計畫之基層診所醫師必須建立基層診所醫師間平行轉診機制，並提出與合作醫院間之轉診及合作計畫(含括安排病人轉診、追蹤病人轉診至後送醫院治療結果，及病人轉回後之追蹤治療等)，以及醫療品質提升計畫。</u></p> <p>(三) <u>參與計畫之基層診所醫師提供之共同照護門診，亦可以家戶會員病房巡診、個案研討與社區衛教宣導(須含用藥安全宣導)等代替。</u></p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. 社區醫療群與合作醫院間應進行實質合作，包括對病人之雙向轉診及共同照護，以確保病人照護之連續性與協調性，並訂定醫師交班表、轉診單及召開個案照護討論會。 2. 醫療群應與合作醫院共同辦理會員團體衛教指導，並由各職類醫事專業人員參與。 3. 社區醫療群應運用多元工具，優化諮詢服務品質，並規劃主動電訪(Call out)服務，以加強個案健康管理，提升照護品質，以與一般診所建立差異化之服務模式。 4. 新增「社區醫療群主動電訪(Call out)服務記錄表」由醫療群填報與分區業務組備查。 5. 鼓勵院際間合作，明訂醫療群與合作醫院應提供跨院際合作增值服務。 6. 原條文(三)文字「參與計畫之...」合併至(一)。 |

| 107/01/11 會議決議修正條文 | 現行條文 | 說明 |
|--|---|--|
| <u>醫、檢查快速通道、掛號優先。</u> | | |
| <p>五、 成立計畫執行中心</p> <p>(一) 社區醫療群應成立計畫執行中心，負責本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配。為利有效使用資源，降低管理成本，各社區醫療群亦可於中華民國醫師公會全國聯合會(以下稱醫師全聯會)、各縣市醫師公會或各類正式立案之西醫基層醫療團體內，成立聯合計畫執行中心。</p> <p>(二) <u>社區醫療群之組成單位應為本保險特約醫事服務機構，醫療群委託非醫事服務機構之單位辦理申請等行政事宜，應依個人資料保護法規定辦理，運用本計畫之個人資料，執行非本計畫目的之行為(如商業促銷等)者，應即終止執行本計畫。</u></p> <p>(三) 協助處理轉介病人及個案管理：計畫執行中心除負責計畫申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配外，並應協助處理安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療，以提供適切、連續性醫療照護。</p> | <p>五、 成立計畫執行中心</p> <p>(一) 社區醫療群應成立計畫執行中心，負責本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配。為利有效使用資源，降低管理成本，各社區醫療群亦可於中華民國醫師公會全國聯合會(以下稱醫師全聯會)或各縣市醫師公會內，成立聯合計畫執行中心。<u>運用本計畫之個人資料，執行非本計畫目的之行為(如商業促銷等)者，應即終止執行本計畫。</u></p> <p>(二) 協助處理轉介病人及個案管理：計畫執行中心除負責計畫申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配外，並應協助處理安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療，以提供適切、連續性醫療照護。</p> | <p>1. 明定執行本計畫之資格條件，重申應依個人資料保護法規定執行本計畫。</p> <p>2. 原條文(一)文字「運用本計畫...」移列至(二)。</p> <p>3. 原條文(二)序號遞延至(三)。</p> |
| (本項刪除) | <p>六、 社區醫療群得與其他醫事服務機構合作，如衛生所、藥局、物理治療所、檢驗所共同組成社區醫療群，以提供民眾就近於社區之完整性、連續性之醫療，並提高醫療品質。</p> | 配合陸、組織運作、一、(二)新增醫療群合作單位，爰刪除本項。 |
| <p>六、 社區醫療群鼓勵所屬會員下載個人健康存摺做好健康管理，並由保險人定期提供社區醫療群健康存摺下載率等資料供參。</p> | <p>七、 社區醫療群鼓勵所屬會員下載個人健康存摺做好健康管理，並由保險人定期提供社區醫療群健康存摺下載率等資料供參。</p> | 條號調整 |
| <p>七、 <u>為提升個案管理服務品質，社區醫療群得設置專任個案管理人員至少乙名，辦理下列事項：</u></p> <p>(一) <u>協助個案健康評估、聯繫及協調照護計劃。</u></p> <p>(二) <u>協助處理安排病人轉診及追蹤轉診病人治療結果。</u></p> <p>(三) <u>規劃會員之健康管理與疾病預防衛教。</u></p> <p>(四) <u>對於穩定之慢性病會員提供持續性的健康維護指導。</u></p> | | 設置社區醫療群專任個案管理人員，協助會員管理，以提升醫療群個案管理服務品質。 |
| (同現行條文) | <p>柒、 收案對象(會員)</p> <p>一、 保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫基層門診明細清單資料區分為慢性病及非慢性病就醫之保險對象，並將較需照護之名單，交付該參與本計畫之社區醫療群提供健康管理。前述名單排除代辦案件《如：產檢、小兒健檢、流感注射等》、外傷、門診論病例計酬、「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」及其他區域醫療整合計畫者。較需照護之名單如下：</p> | |

| 107/01/11 會議決議修正條文 | 現行條文 | 說明 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|----|----|-----|--------|------|------|--------|-----|------------|-------|----|------|----|----|------|--------|-----|
| <p>(一) <u>慢性病個案</u>：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 係指前一年全國就醫資料中，屬於<u>衛生福利部公告 100 種慢性病範圍</u>，其曾於<u>西醫基層門診就醫 4 次且平均用藥日數 7 天以上</u>，或<u>慢性病給藥天數大於 60 天</u>，依醫療費用選取最高 90%且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。 2. <u>65 歲以上(含)多重慢性病病人。</u> 3. <u>參與醫療給付改善方案(係指糖尿病、氣喘、BC 型肝炎、初期慢性腎臟病或慢性阻塞性肺病等方案)之個案。</u> 4. <u>失智症患者，係指前一年就醫資料中包含下列主診斷代碼：F01-F05、F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997、G30、G31 及 G91。</u> | <p>(一) 慢性病個案：</p> <p>係指前一年全國就醫資料中，屬於<u>主管機關公告 100 種慢性病範圍</u>，其曾門診就醫 4 次且平均用藥日數 7 天以上，或慢性病給藥天數大於 60 天，依醫療費用選取最高 90%且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. 檢討收案對象名單為慢性及非慢性兩大分類。 2. 配合「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，依該計畫收案條件將失智症病人納為慢性病收案會員。 3. 104 年失智症個案照護情形 <table border="1" data-bbox="2347 520 2852 869"> <thead> <tr> <th></th> <th>人數</th> <th>占率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>總人數</td> <td>77,361</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>家醫計畫</td> <td>13,112</td> <td>17%</td> </tr> <tr> <td>醫院門診整合照護計畫</td> <td>2,458</td> <td>3%</td> </tr> <tr> <td>同時照護</td> <td>65</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>未被收案</td> <td>61,726</td> <td>80%</td> </tr> </tbody> </table> | | 人數 | 占率 | 總人數 | 77,361 | 100% | 家醫計畫 | 13,112 | 17% | 醫院門診整合照護計畫 | 2,458 | 3% | 同時照護 | 65 | 0% | 未被收案 | 61,726 | 80% |
| | 人數 | 占率 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 總人數 | 77,361 | 100% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家醫計畫 | 13,112 | 17% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 醫院門診整合照護計畫 | 2,458 | 3% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同時照護 | 65 | 0% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 未被收案 | 61,726 | 80% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>(二) <u>非慢性病個案</u>：係指符合下列資格者，且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 非屬前述慢性病個案：依醫療費用選取最高 30%之病人。 2. 3-5 歲(含)兒童：選取醫療費用最高 60%之病人。 3. 門診高利用個案：至基層診所門診就醫次數 ≥ 50 次之病人。 4. <u>接受長照 2.0 服務之個案</u>：符合衛生福利部社會及家庭署照顧服務管理資訊平臺核定之個案。(保留) | <p>(二) 非慢性病個案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 非屬前述慢性病個案，依醫療費用選取最高 30%且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。 2. 3-5 歲(含)兒童選取醫療費用最高 60%，<u>連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。</u> <p>(三) 門診高利用個案：至基層診所門診就醫次數 ≥ 50 次之病人，且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。</p> | <p>配合長照政策之推動、建立以社區為基礎的長期照顧體系，計畫收案對象納入「接受長照 2.0 服務」之個案，並由社區醫療群提供所需醫療服務。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>(三) <u>醫院潛在下轉病人</u>：係指符合下列資格者，並排除重大傷病及早療個案，由本署提供醫療群及其合作醫院名單參考：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>符合當年度「全民健康保險醫院以病人為中心整合照護計畫」收案條件。(保留)</u> 2. <u>穩定慢性病人</u>：係為近 2 年於區域層級以上醫院慢性病連續處方箋開立達 8 次以上者。 3. <u>長期復健病人</u>：係指上一年度於區域層級以上醫院連續接受簡單復健治療達 6 個月以上者。 4. <u>接受醫院出院準備服務個案。</u> 5. <u>診所上轉病人。</u> | | <p>新增四類醫院潛在下轉病人，提供合作醫院及社區醫療群收案。</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 105 年於區域或醫學中心連續復健 6 個月以上之個案約 10 萬人，其中屬 106 年收案會員約 2 萬人。 (2) 104-105 年於區域或醫學中心每年開立慢箋達 4 次以上之個案約 387 萬人，其中屬 106 年收案會員約 81 萬人。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>(條文移列)</p> | <p>(四) <u>65 歲以上(含)多重慢性病病人。</u></p> <p>(五) <u>參與醫療給付改善方案(係指糖尿病、氣喘、BC 型肝炎、初期慢</u></p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. 條文移列至柒、一、(一)2.及 3。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 107/01/11 會議決議修正條文 | 現行條文 | 說明 |
|--|---|--|
| | <p><u>性腎臟病或慢性阻塞性肺病等方案)個案，保險人已於該方案支付個案管理費，故本計畫的個案管理費(250 元)不另支付；但得納入績效獎勵費用計算範圍。</u></p> | <p>2. 原條文(五)文字「保險人...計算範圍」文字段，合併至拾、四、(一)、一。</p> |
| <p>(五) 名單交付原則如下： 1. <u>第一次收案：</u> (1) <u>慢性病個案，以給藥日份最高診所收案照顧，若診所給藥日份相同，則由費用最高的診所收案。會員收案期程以3年為原則，如當年底未因慢性疾病於收案診所就醫，次年則再依交付原則分派院所收案。</u> (2) <u>非慢性個案以門診就醫次數最高的診所收案照顧。若診所就醫次數相同，則由費用最高的診所收案。</u> (3) <u>接受長照 2.0 之個案，保險人得依上述原則定期上傳符合條件之個案予參加計畫診所收案，並提供名單予醫療群及收案診所參考。</u></p> | <p>(六) <u>前述較需照護之名單，交付名單原則如下：</u> 1. <u>慢性病個案，以給藥日份最高診所。</u> 2. <u>其餘以門診就醫次數最高的診所收案照顧。若診所就醫次數相同，則由費用最高的診所收案。</u></p> | <p>1. 明訂第 1 次收案之名單交付原則。 2. 慢性會員收案期程以 3 年為原則，並視每年會員就醫情形調整。 3. 接受長照 2.0 之個案將依社家署核定情形，定期由保險人協助上傳個案予參加院所收案，並提供名單予醫療群及收案診所參考。</p> |
| <p>2. 第二次收案：<u>以醫院潛在下轉病人為優先</u></p> | <p>(七) 分派未參加本計畫診所之較需照護之名單，保險人得依上述原則交付參加計畫診所，該診所得於 1 個月內上傳會員資料至健保資訊網服務系統 VPN 完成收案。</p> | <p>1. 明訂第 2 次收案之名單交付原則。 2. 原條文柒、三移列至柒、一、(三)、2、(2)</p> |
| <p>(同現行條文)</p> | <p>二、社區醫療群醫師自行收案部分採定額方式(以參與計畫醫師個數為單位)，每名醫師加收人數上限為 200 名，上年度評核指標≥90%之醫療群，每名醫師加收人數上限為 300 名，原則以指定收案會員之家庭成員及該醫師之忠誠病人為優先。自行收案會員年度內未於收案診所就醫，不支付個案管理費。</p> | |
| <p>(條文移列)</p> | <p>三、<u>符合醫療給付改善方案收案條件之糖尿病、氣喘、BC 型肝炎、初期慢性腎臟病或慢性阻塞性肺病病人，且非前述交付名單之病人，並於前一年度第一季曾於該診所就醫之病人，納入自行收案對象，不受自行收案會員名額上限，並由保險人提供參考名單。</u></p> | <p>移列至柒、一、(三)、2、(2)</p> |
| <p>(同現行條文)</p> | <p>捌、管理登錄個案 一、參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。 二、社區醫療群需於計畫公告 3 個月內，將會員資料以批次經上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附錄 1)。 三、參與本計畫之醫療院所應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。</p> | |

| 107/01/11 會議決議修正條文 | 現行條文 | 說明 |
|---|--|--|
| <p>玖、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求</p> <p>一、參與計畫之特約診所或醫師於參與計畫之日起前2年內，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)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者。(含行政救濟程序中尚未執行處分者)。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。</p> <p>二、參與計畫診所一年內沒有下列紀錄：</p> <p>1. <u>醫療群或診所未函知保險人各分區業務組異動情形，致自動退出本計畫之紀錄。</u></p> <p>2. <u>經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄。因離職而退出醫師之會員，可由原參與診所於一個月內來函述明其承接理由，經保險人各分區業務組同意後由符合資格醫師承接。</u></p> <p>三、醫療院所參與本計畫執行期間因涉及有特管辦法第三十八至第四十條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起同步終止本計畫。若合作醫院停約1個月不在此限。</p> | <p>玖、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求</p> <p>一、參與計畫之特約診所或醫師於參與計畫之日起前2年內，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)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者。(含行政救濟程序中尚未執行處分者)。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。</p> <p>二、一年內沒有自動退出本計畫之紀錄。<u>沒有經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄。但因離職而退出醫師之會員，可由原參與診所符合資格醫師於一個月內承接。</u></p> <p>三、醫療院所參與本計畫執行期間因涉及有特管辦法第三十八至第四十條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起同步終止本計畫。若合作醫院停約1個月不在此限。</p> | <p>為配合醫療群實際執行情形，如參與診所因變更醫事機構代碼或收案醫師中途離職等致恐退出本計畫之情形，應函知本署其承接意願，俾利民眾照護連續性。</p> |
| <p>四、應製作家庭會員權利義務說明書或家庭醫師整合性照護計畫會員通知函，告知本計畫內容及其權益、義務(含24小時緊急諮詢專線及該醫療群所有參與診所及合作醫院名單)，<u>並提供收案對象確認回饋機制。參與診所應於診所明顯處張貼參與本計畫識別標幟及該醫療群所有參與診所及合作醫院名單。(保留)</u></p> | <p>四、應製作家庭會員權利義務說明書或家庭醫師整合性照護計畫會員通知函，告知本計畫內容及其權益、義務(含24小時緊急諮詢電話及該醫療群所有參與診所及合作醫院名單)，且參與診所應於診所明顯處張貼參與本計畫識別標幟及該醫療群所有參與診所及合作醫院名單。</p> | <p>落實計畫執行目標，提供收案對象確認回饋機制。</p> |
| <p>(同現行條文)</p> | <p>五、醫師參與本計畫第一年應參與台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之家庭醫師訓練課程。具家庭醫學專科醫師資格之醫師應完成4小時之行政管理教育訓練課程；具內科、外科、兒科、婦產科專科醫師資格之醫師應完成4小時之行政管理教育訓練課程及8小時之家庭醫師專業教育訓練課程；具家庭醫學科、內科、外科、兒科、婦產科以外專科醫師資格之醫師除應完成4小時之行政管理教育訓練課程及8小時之家庭醫師專業教育訓練課程，另應完成8小時其他專科醫師專業教育訓練課程。完成前述課程之醫師並需取得證明；若於年度內未取得訓練認證之醫師，須退出本計畫，保險人將追扣該醫師當年度之相關費用。</p> <p>六、醫療院所應於計畫公告3個月內，向保險人分區業務組提出參與計畫書面申請。</p> | |
| <p>(同現行條文)</p> | <p>壹拾、費用申報及支付方式</p> <p>一、社區醫療群原有之醫療服務及預防保健服務，依現行「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、總額支付制度及主管機關公告之「醫事服務機構辦理預防保健注意事項」相關規定支付，</p> | |

| 107/01/11 會議決議修正條文 | 現行條文 | 說明 |
|---|---|---|
| | <p>由各診所依實際執行情況按月申報，費用撥入個別帳戶。本計畫相關費用撥入醫療群指定帳戶(或依計畫執行中心之申請撥入各基層診所)。</p> <p>二、 相關費用由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，於追扣補付系統辦理社區醫療群帳務處理「“214”家庭醫師整合性照護計畫補付」及「“114”家庭醫師整合性照護計畫追扣」，「“294”家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金補付」及「“194”家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金追扣」。</p> <p>三、 參與計畫之診所申報會員門診醫療費用請依門診醫療費點數申報格式規定申報。</p> | |
| <p>四、 社區醫療群收案會員每人支付費用 800 點/年，經費撥付原則如下：</p> <p>(一) 個案管理費，每人支付 250 元/年：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 執行內容包含資料建檔上傳、轉診、個案衛教宣導、24 小時諮詢專線、個案研討及與合作醫院開辦共同照護門診。支付每位醫師個案管理費上限為 1,080 名(上年度評核指標\geq90%之醫療群醫師上限為 1,180 名)，但並非收案會員上限，仍可依實際收案會員數，計算、支付績效獎勵費用。 2. <u>另屬參與本保險醫療給付改善方案之個案，不予支付本項個案管理費，但得納入績效獎勵費用計算範圍。</u> 3. <u>「接受長照 2.0 服務之個案」及「醫院潛在下轉病人」，依收案月份按比例支付個案管理費。</u> 4. 本項費用以群為單位，每半年撥付 1 次；由保險人分區業務組於期中及年度結束，經審查通過後一個月內撥付 50%費用。相關之必要欄位需填寫完整，填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則核扣該筆個案管理費用。 5. 考量會員照護之完整性，參與計畫之特約院所或醫師於參與計畫期間，如因故中途退出本計畫，則依承作月份按比例核付個案管理費(收案前三個月內退出者除外)，其餘費用則不予核付。 6. 為達全人照護目標，得視個案需要填具「全人照護評估單」(詳附件一)。 | <p>四、 社區醫療群收案會員每人支付費用 800 點/年，經費撥付原則如下：</p> <p>(一) 個案管理費，每人支付 250 元/年：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 執行內容包含資料建檔上傳、轉診、個案衛教宣導、24 小時諮詢專線、個案研討及與合作醫院開辦共同照護門診。支付每位醫師個案管理費(250 元/年)上限為 1080 名(上年度評核指標\geq90%之醫療群醫師上限為 1180 名)，但並非收案會員上限，仍可依實際收案會員數，計算、支付績效獎勵費用(550 點/年)。<u>另屬參與本保險醫療給付改善方案之個案，不予支付本項個案管理費。</u> 2. 本項費用以群為單位，每半年撥付 1 次；由保險人分區業務組於期中及年度結束，經審查通過後一個月內撥付 50%費用。相關之必要欄位需填寫完整，填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則核扣該筆個案管理費用。 3. 考量會員照護之完整性，參與計畫之特約院所或醫師於參與計畫期間，如因故中途退出本計畫，則依承作月份按比例核付個案管理費(收案前三個月內退出者除外)，其餘費用則不予核付。 4. 為達全人照護目標，得視個案需要填具「全人照護評估單」(詳附件一)。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 原條文柒、(五)「保險人...計算範圍」文字段，合併至拾、四、(一)、2。 2. 醫療群接受「長照 2.0 服務之個案」及「醫院潛在下轉病人」之個案將依收案月份按比例支付個案管理費。 |
| <p>(二) 績效獎勵費用，每人支付 550 點/年(以群為計算單位)；會員若於計畫執行期間於收案醫療群無就醫紀錄，則不予核付本項費用。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 健康管理成效鼓勵：占本項經費之 50%，社區醫療群登錄個別診所會員(排除醫院潛在下轉病人)實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用 | <p>(二) 績效獎勵費用，每人支付 550 點/年(以群為計算單位)；會員若於計畫執行期間於收案醫療群無就醫紀錄，則不予核付本項費用。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 健康管理成效鼓勵：占本項經費之 50%：社區醫療群登錄個別診所會員實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋社區醫 | <p>為鼓勵診所承接合作醫院下轉之下轉病人，健康管理成效鼓勵(VC-AE)排除「醫院潛在下轉病人」計算。</p> |

| 107/01/11 會議決議修正條文 | 現行條文 | 說明 |
|--|---|----|
| <p>(VC)之間差值回饋社區醫療，撥入執行中心帳戶或診所(VC-AE)：平均每人 275 點為上限(以群方式統計)。</p> <p>2. 品質提升費用：占本項經費之 50%，依各社區醫療群會員品質評核指標達成情形，分五級支付：</p> <p>(1) 特優級：會員品質指標平均達成率$\geq 90\%$，則支付品質提升費用每人 275 點。</p> <p>(2) 良好級：會員品質指標平均達成率介於 $80\% \leq \sim < 90\%$，則支付品質提升費用每人 210 點。</p> <p>(3) 普通級：會員品質指標平均達成率介於 $70\% \leq \sim < 80\%$，則支付品質提升費用每人 175 點。</p> <p>(4) 輔導級：會員品質指標平均達成率介於 $60\% \leq \sim < 70\%$，則支付品質提升費用每人 145 點。</p> <p>(5) 不支付：會員品質指標平均達成率$< 60\%$則不予支付。</p> <p>(三) 醫療群應承擔財務與品質責任，VC-AE 差值為負值且品質指標達成率$< 65\%$者，則支付個案管理費之 50%。</p> | <p>療，撥入執行中心帳戶或診所(VC-AE)：平均每人 275 點為上限(以群方式統計)。</p> <p>2. 品質提升費用：占本項經費之 50%，依各社區醫療群會員品質評核指標達成情形，分五級支付：</p> <p>(1) 特優級：會員品質指標平均達成率$\geq 90\%$，則支付品質提升費用每人 275 點。</p> <p>(2) 良好級：會員品質指標平均達成率介於 $80\% \leq \sim < 90\%$，則支付品質提升費用每人 210 點。</p> <p>(3) 普通級：會員品質指標平均達成率介於 $70\% \leq \sim < 80\%$，則支付品質提升費用每人 175 點。</p> <p>(4) 輔導級：會員品質指標平均達成率介於 $60\% \leq \sim < 70\%$，則支付品質提升費用每人 145 點。</p> <p>(5) 不支付：會員品質指標平均達成率$< 60\%$則不予支付。</p> <p>(三) 醫療群應承擔財務與品質責任，VC-AE 差值為負值且品質指標達成率$< 65\%$者，則支付個案管理費之 50%。</p> | |
| <p>五、失智症門診照護家庭諮詢費用</p> <p>(一) 參與本計畫之失智症病人，經神經科、精神科或老年醫學專科醫師評估有諮詢需要，且病人之失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia Rating,CDR)值≥ 1 或簡易心智量表≤ 23者，社區醫療群診所提供家庭諮詢服務，並申報本項費用。</p> <p>(二) 每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件二)，併入病人病歷記錄留存。</p> <p>(三) 給付項目及支付標準：</p> <p>1. 每次諮詢服務時間 15 分鐘(含)以上，未達 30 分鐘者：支付點數 300 點，申報編號 P5002C。</p> <p>2. 每次諮詢服務時間 30 分鐘(含)以上者：支付點數 500 點，申報編號 P5003C。</p> <p>3. 3 同院所每位病人每年最多給付 2 次費用。</p> | <p>五、失智症門診照護家庭諮詢費用</p> <p>(一) 參與本計畫之失智症病人，經神經科、精神科專科醫師確診評估有諮詢需要，且病人之失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia Rating,CDR)值≥ 1 或簡易心智量表≤ 23者，社區醫療群診所提供家庭諮詢服務，並申報本項費用。</p> <p>(二) 每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件二)，併入病人病歷記錄留存。</p> <p>(三) 給付項目及支付標準：</p> <p>1. 每次諮詢服務時間 15 分鐘(含)以上，未達 30 分鐘者：支付點數 300 點，申報編號 P5002C。</p> <p>2. 每次諮詢服務時間 30 分鐘(含)以上者：支付點數 500 點，申報編號 P5003C。</p> <p>3. 同院所每位病人每年最多給付 2 次費用。</p> | |
| <p>(同現行條文)</p> | <p>六、本計畫之預算先扣除「個案管理費」後，「績效獎勵費用」及「失智症門診照護家庭諮詢費用」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。</p> <p>七、醫療費用申報、暫付、審查及核付，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」辦理。</p> <p>八、轉診規定：</p> <p>九、如有轉診之醫療院所請依「全民健康保險轉診實施辦法」規定，辦理轉診院所需填具轉診單，並依門診醫療費點數申報格式規定，於 d16-d18 欄位依實際情形填報。</p> | |