

# 「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」102年第1次

## 臨時會會議紀錄

時間：102年12月5日下午2時

地點：中央健康保險署18樓會議室(台北市信義路3段140號18樓)

主席：蔡副署長魯

紀錄：楊耿如

出席代表：

王代表正坤	(請假)	陳代表炳榮	陳炳榮
王代表錦基	曾良達 <sup>代</sup>	陳代表晟康	(請假)
古代表博仁	溫國雄 <sup>代</sup>	陳代表雪芬	陳雪芬
何代表活發	(請假)	陳代表夢熊	夏保介 <sup>代</sup>
余代表忠仁	(請假)	陳代表聰波	(請假)
吳代表國治	吳國治	彭代表瑞鵬	劉家正 <sup>代</sup>
吳代表進興	吳進興	黃代表永輝	黃永輝
李代表昭仁	李昭仁	黃代表啟嘉	黃啟嘉
李代表紹誠	李紹誠	楊代表芸蘋	楊芸蘋
周代表慶明	周慶明	劉代表文漢	(請假)
林代表正泰	(請假)	潘代表仁修	王維昌 <sup>代</sup>
林代表昭吟	(請假)	蔣代表世中	蔣世中
林代表義龍	(請假)	蔡代表明忠	蔡明忠
徐代表超群	(請假)	蔡代表淑鈴	(請假)
張代表志傑	張志傑	蔡代表登順	(請假)
張代表孟源	張孟源	鄭代表悅承	鄭悅承
張代表金石	張金石	盧代表榮福	盧榮福
張代表嘉訓	(請假)	賴代表明隆	賴明隆
梁代表淑政	葉青宜 <sup>代</sup>	謝代表武吉	王秀貞 <sup>代</sup>
莊代表維周	(請假)	藍代表毅生	藍毅生
連代表哲震	連哲震	嚴代表孟祿	(請假)
陳代表宗獻	陳宗獻	蘇代表清泉	施肇榮 <sup>代</sup>
陳代表威仁	陳威仁		

(依代表姓氏筆劃排序)

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	葉青宜
衛生福利部全民健康保險會	魏璽倫、邱臻麗
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺、陳哲維、程嘉蓮
台灣醫院協會	何宛青、吳心華
中華民國藥師公會全聯會	王韻婷、溫國雄
台灣家庭醫學醫學會	張必正、黃振國
本署臺北業務組	賴香蓮、陳珮玲
本署北區業務組	陳祝美
本署中區業務組	王慧英
本署南區業務組	龔川榮
本署高屏業務組	陳惠玲
本署東區業務組	梁燕芳
本署醫審及藥材組	蔡文全
本署資訊組	姜義國
本署企劃組	詹孟樵
本署醫務管理組	林阿明、李純馥、張溫溫
	王淑華、劉立麗、甯素珠
	張桂津、洪于淇、劉立麗
	鄭正義、歐舒欣、楊秀文
	李健誠、廖子涵、張益誠

二、主席致詞：(略)

三、討論事項：

(一)有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案，提請討論。

決議：

1、依據健保會103年度西醫基層給付費用總額及其分配決議「家庭醫師及診所以病人為中心整合照護計畫，全年經費12億元，並應訂定嚴格之退場機制。

2、本次會議結論重點摘要如下：

(1)訂定嚴格之退場機制：

A、原來評核指標得分50%，或連續兩年介於50%-60%者退場。  
改為未達60%或連續兩年介於60%-65%者退場。

B、加強單一診所評核指標：增加成人預防保健檢查率(25%)及老人流感注射率(25%)配分權重。

C、退場醫療群中評核指標 $>70\%$ 之個別診所，可申請重新組群或加入其他醫療群，經分區業務組同意後參加，但不得另以單一診所型態參加。退場之單一診所型態診所不得申請參加醫療群。

(2)增加連續性照護，擴大參與：

A、收案對象增加65歲以上多重慢性病病患，費用由高至低排序，選慢性病個案病患由70百分位增至80百分位，非慢性病個案維持30百分位。

B、績優醫療群增加服務人數：上年度績效90分以上醫療群醫師自行收案會員可達200名，支付每位醫師個案管理費上限調整為1080人。

C、行政管理教育訓練時數由8小時減少為4小時，包含e-learning方式課程。

D、參與資格增列「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」。

(3)加強醫療群與醫院合作，落實醫療群服務：

A、新增住院經醫療群協助轉診率指標，配分10%。進步率 $\geq$

10%或高於同儕50百分位，得10%；較去年同期增加，得5%。

B、加重品質指標(組織指標、共照、諮詢專線、急診率、住院率、預防保健等)占績效獎勵費用權重，由165點增至275點。

C、考量醫療群會員數及風險承擔能力，降低VC-AE權重，由385點減少至275點。

D、修訂會員固定就診率，進步率 $\geq 10\%$ 或 $\geq$ 同儕60百分位，得10分及進步率 $\geq 5\%$ ，得5分。

E、新增鼓勵家醫計畫診所使用衛福部電子病歷交換中心(EEC)系統，查詢成功每件50點，相關預算執行情形下年度請健保會支持。

(4)103年「全人評估」費用刪除，並請醫師全聯會及家庭醫學醫學會辦理醫師教育訓練，加強對全人照護之瞭解，落實全人照護評估之執行。103年先行準備並辦理訓練，104年再行研議。

(5)新增保險人召開觀摩會，邀請執行成效良好之社區醫療群或診所分享經驗，推廣優良的管理模式，促進計畫執行品質。

四、與會人員發言摘要，如附件(第5~44頁)。

五、散會：下午4點20分。

附件

本會 102 年第 1 次臨時會與會人員發言摘要  
討論事項『「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案』與會  
人員發言摘要

主席

請醫務管理組說明本項修正案。

本署王淑華科長

有關醫師全聯會與家醫學會建議將本計畫之「計畫說明」部分內容修訂為「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，長期目標落實家庭責任醫師及照護責任，提升醫療品質。」，本署原則同意配合修訂於103年計畫相關條文。

主席

有關醫師全聯會與家醫學會建議修訂計畫說明，代表若無其他意見，則照案通過。

本署王淑華科長

會議資料第 5 頁，有關收案對象本署建議如下：

1. 102 年計畫收案對象每名醫師可自行收案人數為 120 名，103 年醫師全聯會與家醫學會建議增加為 200 名，本署建議仍維持 120 名。
2. 因醫療辦法修正，慢性病由 98 種增為 100 種，本計畫配合修訂。
3. 慢性病個案部分，由選取最高之 70 百分位，修訂為選取最高之 80 百分位；非慢性病個案，則由選取最高之 30 百分位，修訂為選取最高之 20 百分位。
4. 另配合立法院社福及衛環委員會要求，名單由 75 歲以上長者改為 65 歲以上多重慢性病年長病患。

5. 論質計酬個案因已有其他方案鼓勵，故不予支付本計畫費用。醫師全聯會與家醫學會建議參加論質計酬個案，仍應支付相關費用。

主席

有關收案人數上限，健保署建議 120 名，而醫師全聯會與家醫學會建議 200 名，請代表表示意見。

陳代表宗獻

醫師全聯會與家醫學會建議每名醫師加收人數上限為 200 名之原因，係為奠定全民皆有家庭醫師之基礎。小兒科應屬一般科，若參加本計畫，符合收案條件的慢性病及非慢性病人數勢必非常少，若是單一診所醫師以 120 名為上限，收案人數就會太少，缺乏誘因建議加收人數上限為 200 名，以符合評核會擴大參與之要求。

台灣家庭醫學醫學會黃振國醫師

忠誠會員是指連續兩年於相同診所之病人，若病人遷移或新成立的診所，恐無太多連續兩年的忠誠病人。若病人已於同一診所就醫，若要擴大照顧面，增加診所自選機會，讓新遷移病人多或新成立之診所，有機會參加本計畫。

主席

1. 請醫務管理組說明，加收人數上限是 120 名或 200 名？
2. 今年(102 年)7 月評核會是建議加收人數上限為 200 名？

本署王淑華科長

今年(102 年)7 月評核會並未要求加收人數上限增加至 200 名。

陳代表宗獻

今年(102年)7月評核會是要求擴大參與，現在是家醫科執行本計畫，收案對象大部分均為慢性病及老人，永遠只有該類型病患能參與家醫計畫。

本署王淑華科長

有關擴大參與可從不同面向解釋，是讓更多診所參與家醫群，並非每名醫師多收會員。另從每位醫師加收人數上限從120名增加至200名，每位醫師多收80名，預估增加費用約5500萬元。目前本計畫編列預算，執行率已很高，若要增加加收人數上限，未來預算恐不敷使用。

主席

醫務管理組認為是擴大診所參與率，每位醫師加收人數上限維持120名。

陳代表宗獻

這個辦法無法擴大醫師參與層面，像本人所屬的家醫群，最近兩年，每年僅增加1家診所，就是無法讓小兒科診所參加家醫群，因為缺乏誘因。

連代表哲震

有關每位醫師加收人數上限從120名調升至200名，與慢性病及非慢性病個案之收案情形是有相關性的。醫務管理組希望擴大非家醫科診所亦能參與家醫計畫，卻又將非慢性病個案選取最高之30百分位調降至20百分位，這樣限縮，完全不符擴大參與的決策。若非屬收慢性病的科別，根本沒有機會參與家醫計畫。

台灣家庭醫學醫學會黃振國醫師

台灣家庭醫學醫學會支持全聯會版本，因每位醫師參與家醫計畫，會有基本操作成本，若增加每位醫師收案會員人數，將能提升參加家醫計畫動機，依規定每位醫師有收案上限人數，所以不會發生每位醫師均增加 80 名的情況。若有預算問題，建議由績優診所增加收案人數開始，除提升醫療品質，進而達到評核會擴大參與的要求。

本署林阿明副組長

有關評核會建議家醫計畫「擴大參與」部分，103 年從績優醫療群增加每位醫師加收上限人數，從健保署網路上查詢，看到就是原有參與的醫療群及醫師，本署希望參與診所及醫師均能增加，而不要固定於原來診所數。建議由績優醫療群增加每位醫師加收上限人數為 200 名，以避免醫療費用遽增之狀況。

楊代表芸蘋

依消費者立場，收案人數愈多愈好，但仍須考量經費的問題，同意健保署林阿明副組長之建議，103 年由績優醫療群增加每位醫師加收上限人數為 200 名。

主席

1. 全聯會同意依評核會結論，績優醫療群增加服務人數，上年度績效 90 分以上的醫療群醫師方可收到 200 名。
2. 配合醫療辦法修正，慢性病由 98 種增加至 100 種，本計畫配合修訂相關文字。
3. 至慢性病個案病患之選取部分，健保署建議由 70 百分位增加至 80 百分位，醫師全聯會與家醫學會建議由 70 百分位增加至 90 百分位，請全聯會代表先提出說明。

陳代表宗獻

全聯會同意健保署之建議，慢性病個案病患之選取由 70 百分位增加至 80 百分位。

主席

1. 有關慢性病個案病患之選取就依健保署意見辦理，由 70 百分位增加至 80 百分位。
2. 至非慢性病個案病患之選取部分，健保署建議 20 百分位，醫師全聯會與家醫學會建議維持 102 年 30 百分位，請全聯會代表先提出說明。

陳代表宗獻

有關慢性病個案病患之選取，全聯會已同意健保署意見，非慢性病個案病患之選取，建議維持 102 年 30 百分位，降低非慢性病個案病患之選取會影響其他科別參與意願。

本署王淑華科長

配合立法院社福及衛環委員會要求，多重慢性病年長病患由 75 歲放寬為 65 歲，若是非慢性病個案病患維持 102 年 30 百分位，將增加很多需照護名單。

連代表哲震

若因考慮多重慢性病年長病患由 75 歲放寬為 65 歲，收案人數遽增的問題，但將影響急性科別醫師參與意願。非慢性病個案病患以 30 百分位，很多科就無意願參與醫療群，如外科要排除外傷病患，眼科、小兒科及皮膚科等科別亦不願意參加醫療群，因該些科別，慢性病患非常少。103 年若將非慢性病個案病患 30 百分位調降至 20 百分位，將造成原加入計畫的會員退出，健保署之建議根本是反其道而行。

陳代表宗獻

全聯會認為沒有實施總額管制之必要，增加收案人數，提升病人照護品質，即使預算不夠，採點值浮動亦可。請不要考慮預算額度，而應關注病人照護品質。建議非慢性病個案病患維持 30 百分位，讓更多急性科別醫師得以參與本計畫。

本署王淑華科長

健保署被賦予的任務，就是要多照護多重慢性病病人，但本署並非不關心急性病患，至於非慢性病個案病患收案百分位，尊重會議決議。

台灣家庭醫學醫學會黃振國醫師

家醫計畫主要是讓家庭醫師擔任忠誠病人照顧者的角色，藉由該計畫改變病人就醫習慣，65 歲多重慢性病年長病患之醫療費用應位居前面百分位，應屬本計畫收案對象，另不固定在某一診所就醫或在醫院層級就醫的病人，就是不以基層診所為主要照顧者，應不屬本計畫之收案對象，該等病患從 75 歲降至 65 歲，勉強由某一診所擔任主要照顧者，除無法達到照護目的，亦無法顯現本計畫之成效。本計畫有延續性，102 年非慢性病個案病患收案為 30 百分位，因很多非以慢性病照顧為主之診所參與，其照護病人仍認定該診所醫師為他們的家庭醫師。以家庭醫學會立場，能讓這些病人繼續認定參與計畫之醫師為家庭醫師，對消費者而言，也是一大福音。

楊代表芸蘋

本人建議，103 年非慢性病個案病患收案為 30 百分位。

盧代表榮福

有關家醫計畫之績效獎勵費用，其點數採浮動計算，請不用擔心預算爆掉的問題。至家庭醫師本來就不是僅照顧慢性病病患，未來將逐步納入，建議非慢性病個案病患收案為 30 百分位。

主席

1. 非慢性病個案病患收案維持 30 百分位。
2. 有關立法院社福及衛環委員會要求，本保險要多照顧 65 歲以上(含)多重慢性病年長病患，醫師全聯會與家庭醫學會亦表贊同，所以收案對象放寬為 65 歲以上(含)多重慢性病年長病患。
3. 有關健保署建議「參與醫療給付改善方案之個案，保險人已於該方案支付個案管理費，故不再支付本計畫費用(800 元或 600 元/人)」乙節，請代表表示意見。

台灣家庭醫學醫學會黃振國醫師

所謂「全人照護」，係照顧所有基層診所就醫民眾的權益，各項醫療給付改善方案，均以單一疾病為主要目標，與家醫計畫之「全人照護」的各項指標(含會員急診率、疾病住院率、會員固定就診率..等)是不相同的，以及兼顧節省醫療費用，本人認為「基本照護費」250 點不予再支付，而品質提升費用與 VC-AE 費用應該支付。

曾良達醫師(王代表錦基代理人)

本人診所於 91 年參加糖尿病醫療給付改善方案，後來也陸續參與氣喘、BC 型肝炎、初期慢性腎臟病照護計畫，病人罹患一種慢性病或多重慢性病，醫療給付改善方案是結構式管理病人健康，家庭醫師整合性照護計畫，則包括預防醫學、生活型態改變與醫療給付改善方案相輔相成，並不重複，健保署不支付同時參加論質計酬者個案管理

費，南區業務組基層參加醫療給付改善方案者就衰退近 10%，因論質計酬方案並未提供太多誘因給醫療提供者，若繼續不支付同時參加論質計酬者個案管理費，將有更多診所退出論質計酬計畫。本人呼應台灣家庭醫學會黃振國醫師，論質計酬個案管理費若不支付，但在算績效指標時應予以鼓勵，以免影響診所參與論質計酬方案之意願。南區各醫師公會配合輔導會員積極參與 CKD 方案，CKD 方案更重要的問題，健保署不支付同時參加 CKD 醫療給付改善方案之個案管理費，倘後來病人需洗腎，所需的醫療費用會更多，102 年就已沒有給付同時參加論質計酬者個案管理費，103 年若仍繼續原規定，基層診所醫師可能會有更多選擇退出醫療給付改善方案。

本署林阿明副組長

本署現有很多試辦計畫，審計單位提出同一病患接受不同計畫照護，個案管理費之給付以不重複為原則，故建議維持 102 年支付方式。

陳代表宗獻

例如糖尿病醫療給付改善方案，支付的是個案管理費，其他執行的檢查(驗)相關費用，則由一般部門支應。論質計酬個案管理費與家醫計畫基本照護費是相同的，相同費用就不重複支付，但是品質提升費用則應支付，這對於審計單位應無困難，請健保署協助解釋。

本署林阿明副組長

這部分本署已向審計單位說明，仍建議維持 102 年支付規定。對於部分代表之建議，若與審計單位有共識，本署則列入考量。

台灣家庭醫學會黃振國醫師

我們知道健保署有困難，但有一點應符合審計單位的觀念，因家醫計

畫之收案條件是以前 2 年於同家診所就醫的忠誠病人，就是前 2 年病人有參加論質計畫，今年就用論質計畫標記給該病人，所以就不予支付該個案管理費，若審計單位有意見，至少有一種病人，雖然前 2 年病人有參加論質計畫，但 103 年並無參加者應該可以支付，因當年度沒有參加任何論質計畫，與家醫計畫的費用就不衝突。

台灣家庭醫學醫學會張必正醫師

以家醫計畫收案會員每人給付費用 800 元/年來看，250 元是個案管理費，550 元為品質提升費用，若論質計酬個案只給予品質提升費用，就不會發生審計單位擔心重複給予個案管理費的問題。目前比較擔心的問題，健保署於去年(102 年)家醫計畫收案對象，該個案若有參加論質計酬，則予家醫計畫相關欄位註記，假設論質計酬有 500 人，家醫計畫 1000 人，因為大多數醫師會將所有健保署交付名單上傳，但因論質計酬根本不能申報任何費用，所以家醫計畫的 1000 案中有 500 案是參加論質計酬的病人，就會佔用原本醫療群醫師可以照顧其他(慢性病及多重慢性病)的病人的機會。倘 103 年仍維持 102 年作業方式不予支付任何費用，請健保署於交付院所名單前，先將論質計酬名單排除，再提供參與院所，以免佔用家醫群收治其他多重慢性病患的機會。

本署林阿明副組長

有關 103 年家醫計畫收案會員要先排除參加論質計酬的病人，本署同意配合辦理。

主席

有關家庭醫學會張必正醫師建議家醫計畫收案對象先排除參加論質計酬的病人，醫務管理組同意配合辦理。

本署王淑華科長

本署於去年(102年)提供之家醫計畫需照護名單，若該保險對象有參加論質計酬者，會有註記，並沒有排除。

台灣家庭醫學醫學會黃振國醫師

本人認為家醫計畫之收案對象，若有參加論質計酬者，請於家醫計畫收案名單之相關欄位註記，由參與院所醫師自行勾選是否收案，建議保留論質計酬名單。現健保署擔心審計單位的問題，若審計單位溝通沒有問題，只要當年度沒有申報論質計酬個案管理費用，當然可以給付，爾後審計單位能溝通，本計畫與單一疾病照護內容並不相同，以後品質改善費用與費用節省獎勵金應予支付，以鼓勵基層醫師的努力。現在是電腦公司人員不熟悉，將收案對象全數上傳，請相關單位加強宣導，本計畫收案對象，診所醫師是可自行挑選論質計酬個案上傳。

楊代表芸蘋

有關論質計酬之個案已支付個案管理費予以鼓勵，各項計畫以不重複支付為原則，所以個案管理費維持102年支付方式。

主席

1. 有關個案管理費支付方式參照楊芸蘋代表之建議，各項計畫以不重複為原則。
2. 至於家庭醫學會黃振國醫師建議，要向審計單位爭取的部分，本署可以將黃醫師意見提供審計單位參考，若審計單位沒意見，於未來的年度再提出討論。審計單位並非事先溝通執行方式，而是採事後稽核，本署相關同仁則必須說明，若審計人員能來參加本會議當然是最好的方式。

3. 有關個案管理費支付方式，仍按 102 年方式辦理，條文為「參與醫療給付改善方案(係指糖尿病、氣喘、BC 型肝炎、初期慢性腎臟病等方案)個案，保險人已於該方案支付個案管理費，故不再支付本計畫費用(800 元或 600 元/人)。」。

本署王淑華科長

會議資料第 7 頁，參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求第二點，有關「一年內沒有自動退出本計畫之紀錄。沒有經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄。」乙項，醫師全聯會與家醫學會建議「.. 但因離職而退出者，能在三個月內有適當代理人者不在此限。」，本署建議「.. 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。」。

張代表孟源

個人建議請於本條文後段增列「者，不在此限」之文字以符合法條邏輯，否則仍為消極資格。

主席

有關參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求，修正為「二、一年內沒有自動退出本計畫之紀錄。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者，不在此限。」。

本署王淑華科長

有關參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求第五點(會議資料第 8 頁)，醫師全聯會與家醫學會建議，行政管理教育訓練方式可用 e-learning 完成，時數由 8 小時減少為 4 小時，本署同意。

主席

有關參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求第五點，同意醫師全聯會與家庭醫學會建議，行政管理教育訓練時數由8小時減少為4小時，包含e-learning方式課程。

本署王淑華科長

有關支付每位醫師個案管理費上限(會議資料第8頁)部分，醫師全聯會與家庭醫學會建議1200名，本署建議維持1000名。

主席

請全聯會或家庭醫學會代表表示意見。

台灣家庭醫學醫學會黃振國醫師

有關增加支付每位醫師個案管理費上限人數，建議從績優醫療群優先鼓勵，除避免費用增加太多外，亦可確保照護品質，增加收案人數，讓更多病人成為家醫會員，接受優質照護。

本署林阿明副組長

目前支付每位醫師個案管理費上限1000名，是否為maximum，若再增加上限人數需優先考量病人照護品質，另績效醫療群醫師自行收案會員是增加80名，請大家再審慎評估。

台灣家庭醫學醫學會黃振國醫師

1. 家醫計畫明訂評比指標項目，能列為績優診所，若能達到這些指標想必具有代表性及參考性，健保署擔心除會員200名以外，其他都是健保署依條件篩選的，該類病患為醫療利用較高者，其實這類病患，更需要加強照護，所以應該讓醫療品質較好的醫師與團隊，擴

大照護面，亦能讓照護涵蓋率有進一步發展。

2. 至於績優診所之定義，建議由健保署規定。家醫計畫要有鼓勵性質，讓用心經營之診所或醫療群，能得到更多獎勵或回饋。

主席

請醫務管理組回應家庭醫學會黃振國醫師建議。

本署林阿明副組長

比照 90 分以上績效醫療群醫師自行收案會員增加 80 名，所以績效 90 分以上醫療群支付每位醫師個案管理費上限 1080 名。

主席

會議資料第 10 頁，「績效獎勵費用」之修訂部份，請醫務管理組說明。

本署王淑華科長

1. 有關「績效獎勵費用」550元，原102年計畫中「健康管理成效鼓勵」占本項經費70%，「品質提升費用」占本項經費30%。本署建議103年計畫將「健康管理成效鼓勵」之經費占率由70%調至50%，支付點數為275點，即是「VC- AE」調整為275點。
2. 至「全人照護評估單」部分，本署分區業務組到診所實地訪查發現很多問題，建議署本部廢除「全人照護評估單」；家庭醫學會認為「全人照護評估單」非常重要，應該保留。

陳代表宗獻

自 102 年實施「家庭責任醫師全人照護評估單」，醫師可從評估單瞭解病人之病史及家族史，亦是全人照護不同之處。因大部分醫師對「全人照護評估單」非常陌生，對於診所之「全人照護評估單」填寫

不全或不實，建議核扣該項費用，但請不要廢除「全人照護評估單」，未來請將「全人照護評估單」列為電子病歷的一部分，以供醫師診療時之參考。

主席

本署各分區業務組為瞭解診所「全人照護評估單」填具情況，而辦理實地訪查，現請分區業務組同仁分享經驗。

本署台北業務組賴香蓮專員

本轄區實地審查院所許多醫師反映，填寫書面「全人照護評估單」，增加很多行政作業，許多資料在診所電腦都有，建議取消；很多診所僅填基本資料，並未做評估，亦無照護計畫，實地審查不合格率達80%以上。

本署北區業務組陳祝美專員

本轄區診所之「全人照護評估單」，大部分填寫不完整。

本署中區業務組王慧英專員

本業務組醫療群共計128群，先前署本部指定實地審查的醫療群部分，完成率約為45%，其他是沒有完成，或部分件數完成。

本署南區業務組龔川榮專員

南區業務組已發函抽審每一群中，申報「全人照護評估單」最多之診所。另，已有診所坦承「全人照護評估單」是由電腦公司設定申報。

本署高屏業務組陳惠玲專員

1. 本業務組轄區診所若申報「家庭責任醫師全人照護評估費」，請診

所將單張送至本業務組，採逐案審查。對於診所填寫「全人照護評估單」，醫師及行政人員均有很多抱怨，「全人照護評估單」很多都由行政人員填寫，經過本業務組輔導，4月份填寫情況已大致符合本署規定。亦有部分醫療群不申報「家庭責任醫師全人照護評估費」，僅待計畫結束後績效獎勵費用核定結果核付。

2. 至於本業務組轄區診所之「全人照護評估單」填寫情況，不合格率偏高。

本署東區業務組梁燕芳專員

本業務組家醫計畫「全人照護評估單」不合格率，經確認為 25.64%。

陳代表宗獻

健保署各分區業務組說明，符合我們當初規劃的憂慮。醫師看病，不想填寫「全人照護評估單」，又要申報費用，難免怨聲載道。此刻是基層醫療形態轉變的契機；若採年底送審或合併常規抽審，填寫不完整的情況將會有所改善。健保署即已費心費力查核，明年狀況會大幅改善的，倘現在不努力推動，以後恐無法實施健保法規定的「論人計酬」。

台灣家庭醫學醫學會黃振國醫師

家醫計畫規定需於 102 年 6 月前申報「家庭責任醫師全人照護評估費」，且為病人就醫時才能申報本項費用，若在病人看診時填寫，難免會有疏漏。就像陳宗獻主委所說，家庭責任醫師全人照護是健保法推動的目標，實施初期做的不好，需要大家再努力。建議 103 年「全人照護評估單」填寫時間延長為 10 個月，讓醫師選擇適當會員，做完整詳細評估，訂定目標，完成 5 成應沒問題。另小兒科之小孩子會員，根本無法做評估，就醫診斷常為 URI，且不擅於表達，若要填寫

「全人照護評估單」，真的有困難。101 年家庭醫學會在設計「全人照護評估單」時，無法兼顧各面向，所以建議設定上限，103 年收案會員之 5 成得寫「全人照護評估單」。

陳代表宗獻

1. 本人認為不用到收案會員的 5 成，可以再低些，因為不是所有病人都適合填寫「全人照護評估單」，如小朋友。
2. 建議診所申報「家庭責任醫師全人照護評估費」時，應檢附「全人照護評估單」，俾供審查。
3. 診所填寫「全人照護評估單」，是改變的契機，建議不要取消。

本署林阿明副組長

會議資料第 32 頁，健康管理與個案衛教之指標，即明訂收案時完成個案評估。剛各分區業務組提到，經過實地瞭解，除「全人照護評估單」之文書工作太多，不是本計畫會員亦申報該項費用。102 年是慘痛的經驗，各分區業務組耗費很多時間及人力，在處理「家庭責任醫師全人照護評估費」之核付作業。我們也贊同「全人照護」理念，因 102 年真的沒有準備好，錢要用在刀口上，若醫師全聯會與家庭醫學會認為填寫「全人照護評估單」真的很重要，可利用 103 年完成前置作業，104 年再研議列入家醫計畫的可行性。另建議將重要概念，先寫入「社區醫療群健康照護評估單」中，讓醫師先 review。

陳代表宗獻

本計畫評估單包括「社區醫療群健康照護評估單」及「家庭責任醫師全人照護評估單」兩種，其中「社區醫療群健康照護評估單」是每位會員均要填寫，包括小朋友；而「家庭責任醫師全人照護評估單」，僅有部分會員適用，填表申報相關費用其實是不妥當的。「全人照護

評估單」需要保留，可以用其他方法改善。不是每個會員都要填，否則診所醫師會有太多文書工作。

本署王淑華科長

請家庭醫學會轉知執行中心，有關「家庭責任醫師全人照護評估費」不是每位會員均可申報，因電腦公司程式設定250點乘以會員人數，才會發生本署核扣2000多萬情事；分區業務組訪查發現，「全人照護評估單」後續衍生許多問題，如病人之將「全人照護評估單」被放在菜籃裡。

陳代表宗獻

1. 病人將「全人照護評估單」放在菜籃子，醫師公會已列入告誡會員的範例。
2. 建議同意診所不必一次完成申報「家庭責任醫師全人照護評估費」，因「全人照護評估單」可能需分幾次會談才能填寫完整，年度結束時，才以填寫完整的「全人照護評估單」申報「家庭責任醫師全人照護評估費」。

本署林阿明副組長

有關陳宗獻代表的意見，建議醫師全聯會與家庭醫學會轉知醫療群醫師，讓所有參與醫師知悉，俟 104 年再評估「全人照護評估單」列入家醫計畫之可行性。

陳代表宗獻

所有醫師都自期是病人的家庭醫師，我一向也是如此，102 年透過填寫「全人照護評估單」才知道自己還不是，畢竟內涵不相同。

楊代表芸蘋

1. 您們醫師不知道自己是否為家庭醫師，那怎麼執行家醫計畫，這讓人很疑惑。
2. 付費者很感激醫師們辛苦努力付出，但彼此觀念有很大出入。診所醫師填寫「全人照護評估單」，增加文書工作，徒增行政負擔，建議再重新設計，簡化文書作業，讓醫師公會與健保署達成共識，若有助於病人診療服務，如舉辦說明會講座..等，就該支付費用。
3. 付費者希望醫師公會舉辦說明會，讓醫師瞭解「全人照護評估單」填寫及申報方式，健保署需簡化「全人照護評估單」填寫內容，該核付的費用就要付，請雙方不要再爭執，104年只要對付費者有幫助的，希望都不要減少。103年先不要將「全人照護評估單」列入家醫計畫，104年再行研議。

本署林阿明副組長

有關「績效獎勵費用-每人支付550點/年(以群方式統計)」部分，健保署建議健康管理成效鼓勵(即是「VC-AE」)與「品質提升費用」各占本項經費50%。可能會有部分診所沒有拿到「VC-AE」費用，若品質提升，就可申請「品質提升費用」，建議朝這方向規劃。

陳代表宗獻

我們自以為醫師已很瞭解「全人照護」，而且做得很好，但事實好像不是。

吳代表國治

我想，陳宗獻主委的意思，103年家醫計畫仍要將「全人照護評估單」列為計畫內容之一，醫師公會才能依據，推動宣導工作，若取消，就消聲匿跡，完全沒有著力點，填寫「家庭責任醫師全人照護評估單」，

是大家努力的方向，所以 103 年計畫建議繼續保留。

台灣家庭醫學醫學會黃振國醫師

我想今年是查核與申報設計方式，造成這些困擾，建議於 103 年 10 月份診所將 103 年完成的「全人照護評估單」送至健保署分區業務組，由健保署逐案審查，以確保書寫品質，而不是當月申報，這樣就不會有虛浮報的問題。

本署王淑華科長

若診所全部將「全人照護評估單」送至分區業務組，他們有人力及能力可以審查嗎？另如何檢核送來的書面資料均是家醫計畫的會員？

台灣家庭醫學醫學會黃振國醫師

這是誠信原則，送到健保署的「全人照護評估單」就應接受審查，診所可依 ID 或流水號編排，減少審查問題。

本署高屏業務組陳惠玲專員

高屏業務組是逐案審查，所以耗費非常大的行政成本，本業務組醫療群為 52 群，台北及中區業務組之醫療群非常多，根本無力負荷。

陳代表宗獻

請問政策是否要落實「全人照護」的工作？103 年家醫計畫若無「家庭責任醫師全人照護評估單」，根本就無法推動，所以建議 103 年仍保留。請診所將「全人照護評估單」送至健保署抽審，就像每天將近 100 萬件健保申報量，但也沒有逐案審查啊！「家庭責任醫師全人照護評估費」支付點數不高，與健保署分區業務組所費行政成本是不成比例。填寫「全人照護評估單」只是釣餌，不是大魚。

楊代表芸蘋

103 年家醫計畫建議「全人照護評估單」，訂定申請成數上限，支付點數再調降，並採抽樣審查。

主席

有關診所申報「家庭責任醫師全人照護評估費」乙節，基層診所醫師也抱怨填寫「全人照護評估單」增加行政負擔，而各分區業務組於主管會報反應，請署本部提供人力及預算，以因應「全人照護評估單」審查作業，但健保署人員並無增加，但工作負荷卻愈來愈重，審查作業相當吃緊。至黃振國醫師建議「逐案審查」部分，診所將「全人照護評估單」送分區業務組，若沒審查，就可能怠忽職守，且審計單位想法與大家會有出入，本署真的很為難。

陳代表宗獻

經過今年(102 年)的衝擊，抱怨行政成本太多的診所就不會再申報「家庭責任醫師全人照護評估費」，所以 103 年申報數量會下降很多。我想 103 年申報案件應該都是填寫完整的「全人照護評估單」，不會像 102 年這麼浮濫。

楊代表芸蘋

巧婦難為無米之炊，健保署人力有限，若要採逐案審查，真的有困難。建議 103 年先做準備工作，104 年再研議執行方式。

王維昌醫師(潘代表仁修代理人)

1. 國健署給付 IC71 與 IC73，IC71 為兒童衛教指導費(診所提供嬰兒哺餵、嬰幼兒猝死症候群預防、事故傷害預防等衛教指導)，IC73 為兒童衛教指導費(診所提供哺餵及營養指導、副食品添加、口腔

清潔與乳牙照護、事故傷害預防等衛教指導)，其表單設計的非常簡單，亦提醒家長應注意的問題，建議按年齡層設計不同表單。另老人周全性評估，目前尚未給付，內容老人多重用藥及多重疾病評估，藉由表單評估，讓老人得到最適的醫療照護。

2. 至家醫計畫之「全人照護評估單」在設計上沒有問題，應予鼓勵，建議103年繼續保留，並透過醫學會教育訓練教導醫師填寫「全人照護評估單」。

#### 台灣家庭醫學醫學會黃振國醫師

101年本人醫療群於台北業務組之「VC-AE」差值回饋金及品質提升費用均居冠，支持「全人照護評估單」保留的理由就像陳宗獻主委說的，任何制度於實施初期，因參與者不熟悉作業方式，以致結果不完美周全，大家均需透過學習，將診療參考資料呈現於書面資料。以我個人「VC-AE」差值回饋金，今年根本不需填寫「全人照護評估單」，我的錢不會減少，但我願意努力。若因審查作業發現「全人照護評估單」填寫不完善，我們願意虛心檢討。剛分區業務組說明「全人照護評估單」合格率为2成，我們同意103年設限申報2成。因部分醫療群「VC-AE」差值回饋金為負值，若能增加「家庭責任醫師全人照護評估費」，將可鼓勵院所參與意願，且「家庭責任醫師全人照護評估費」為健康管理成效鼓勵項目之一。明年我應該不會填寫「全人照護評估單」，我認為理念大於實質。

#### 主席

1. 醫務管理組建議將「健康管理成效鼓勵」之經費占率由70%調至50%，即是「VC-AE」支付點數調整為275點。
2. 至「全人照護評估單」是否保留及給付費用，請醫務管理組表示意見。

本署王淑華科長

1. 102 年「VC-AE」支付點數為 385 點，其中含「家庭責任醫師全人照護評估費」支付點數為 250 點。
2. 101 年之「VC-AE」差值回饋金約有 60%醫療群得到，100 年僅有 30% 得到「VC-AE」差值回饋金，所以 101 年在修 102 年計畫時才會將「家庭責任醫師全人照護評估費」列為健康管理成效鼓勵項目之一。診所若有填寫「全人照護評估單」，就可申請「家庭責任醫師全人照護評估費」，但「家庭責任醫師全人照護評估費」與「VC-AE」合計上限每人為 385 點，診所若拿不到「VC-AE」差值回饋金，而有填寫「全人照護評估單」，就可申請「家庭責任醫師全人照護評估費」250 點。因基層診所醫師反應及訪查發現種種問題，本署建議取消「家庭責任醫師全人照護評估費」，並將「健康管理成效鼓勵」及「品質提升費用」調整為 50%，診所若拿不到「VC-AE」差值回饋金，而品質做得很好，就可藉由「品質提升費用」獎勵。

陳代表宗獻

據分區業務組說明「全人照護評估單」合格率为 2 成，就是 20%良率，80%不良率。建議 103 年保留「全人照護評估單」，讓大家願意來聽講座。

本署林阿明副組長

並不是說，「家庭責任醫師全人照護評估費」申報件數中，80%是不好的，合格率不是 20%，可能更低。

台灣家庭醫學醫學會黃振國醫師

今年(102 年)是申報時間為 3-6 月，且需病人就醫才能申報。103 年約有 10 個月份，時間充裕，應該沒問題。

陳代表宗獻

今年(102年)申報時間為3-6月，因時間匆忙，「全人照護評估單」未填完整，就申報費用。

本署王淑華科長

分區業務組於醫療費用抽樣審時時，若抽到家醫會員，且診所有申報「家庭責任醫師全人照護評估費」，就需將「全人照護評估單」送至分區審查，倘填寫不完整，就予以核減，且放大回推。

本署台北業務組賴香蓮專員

1. 現行申報「家庭責任醫師全人照護評估費(P5001C)」案件為抽樣審查母體，樣本案件經審查如不符合規定遭核減，會回推母體。
2. 本業務組接到病人打電話抱怨，診所醫師要求病人填「全人照護評估單」之相關資料，實地訪查發現，許多「全人照護評估單」是由行政人員填寫的，護士及行政人員都說填得很辛苦。

本署林阿明副組長

建議103年家醫計畫保留「全人照護評估單」，但不核付醫療費用。

陳代表宗獻

在英國看病，「全人照護評估單」是由行政人員填寫，若由醫師填寫，將會擠壓醫師看病時間，應可由行政人員填寫，「全人照護評估單」之目的是醫師看病時，可提供參考。

本署王淑華科長

去年討論時，陳宗獻代表說，「全人照護評估單」資料應由醫師填寫，署本部才會轉知分區業務組，「全人照護評估單」相關資料需由醫師

親自填寫。

陳代表宗獻

「全人照護評估單」之個人基本資料，哪需由醫師親自填寫？

主席

1. 103 年「VC-AE」差值回饋金支付點數由 385 點調整為 275 點。
2. 103 年家醫計畫保留「全人照護評估單」，但不核付醫療費用，請利用 103 年將基礎工作準備好，104 年再研議支付「家庭責任醫師全人照護評估費」之可行性。

王維昌醫師(潘代表仁修代理人)

今年有給付「全人照護評估單」費用，已填寫不完整，103 年若不給付，應會更差，建議找幾個績優的醫療群試辦，表單若有問題，可隨時檢討，等大家都準備好，再全面上路。

主席

1. 有關「全人照護評估單」填寫方式，可請家庭醫學會於相關教育訓練講座示範。
2. 本計畫如又找醫療群試辦填寫「全人照護評估單」，未來要與審計單位解釋，恐有困難。
3. 102 年「品質提升費用」占本項經費之 30%，103 年健保署建議修改為 50%。

夏保介醫師(陳代表夢熊代理人)

會議資料第 10 頁，健保署建議「經結算會員人數 > 5000 人之醫療群方可領取 VC-AE。」，請問此段文字要保留嗎？因加入論質計酬個案，

很多醫療群都達不到。

本署林阿明副組長

有關「VC-AE」於估算時，均會跨到醫院門診部分，若群數的人數達到一定規模，「VC-AE」的風險分攤較具合理性，所以才會考量要達多少人數以上。

台灣家庭醫學醫學會黃振國醫師

任何常模在推算「VC-AE」，均採計不同的計算方式，就計畫實施而言，要擴大推廣面，很多醫療群找不到醫師加入，甚至收不到這麼多會員。以家庭醫學會立場，鼓勵不容易成立大規模的醫療群，亦能參與本計畫，建議「經結算會員人數>5000人之醫療群方可領取VC-AE」部分，應該不要設限。假設「全人照護評估單」於103年不支付相關費用時，以台北業務組涵蓋台灣三分之一的人口，若以台北業務組單獨計算我們的「VC-AE」，等於「VC」是用台北自建之常模，目前台北區的人口數，遠大於建立常模所需的人口數。這樣才能改善我們在台北業務組醫療院所領不到「VC-AE」錢的困境。若103年停止「全人照護評估單」，建議於103年結算時，台北業務組能單獨計算「VC-AE」。

本署張溫溫科長

其實醫療型態不應讓區域間差異性很大，應考量合理性，當時選取時，就要用全國資料做比較，若只做台北業務組，是不合理的。本署今年在規劃西醫基層總額品質保證保留款，於分配時就要求品質不能從自己分區來看，分區品質要與全國比較，若品質與全國相當才算優良。

台灣家庭醫學醫學會黃振國醫師

大台北地區的總額預算已達三分之一強，因民眾就醫習慣及醫療供給情形，台北業務組之「AE(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)」遠高於全國平均值，近2年台北業務組基層總額部門點值為六分區最後一名，這是反映現實狀況，只是我們推算成績的方式，採用哪種標準的差異而已。

張代表孟源

有關「經結算會員人數>5000人之醫療群方可領取VC-AE」乙節，會造成很難進入的門檻，是用全國平均統計VC(以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用)，AE為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，無論是多少個病人，均可以與全國平均比，所以在統計上，VC-AE並沒有需要5000人的上限及門檻。建議回到102年家醫計畫之條文，採用102年計算方式，才符合公平合理的原則。

本署林阿明副組長

1. 有關103年增列「經結算會員人數>5000人之醫療群方可領取VC-AE」之條文，同意刪除。
2. 至績效獎勵費用部分，健康管理成效鼓勵與品質提升費用兩項，各占50%，醫療群若有品質提升亦可領到獎勵金。

陳代表宗獻

因認同填寫「全人照護評估單」的理念，請將會議資料第11頁之「103年先行準備辦理訓練後，對有資格之醫師104年再行開放。」文字，列入103年計畫。

主席

「全人照護評估單」部分修改為「103 年先行準備辦理訓練後，對有資格之醫師 104 年再行研議。」，請醫務管理組表示意見。

本署林阿明副組長

1. 同意修改為「103 年先行準備辦理訓練後，對有資格之醫師 104 年再行研議。」。
2. 會議資料第 11 頁，有關全聯會與家庭醫學會建議「VC-AE) 差值回饋金，應於會員實際申報西醫門診醫療費用 (AE) 中扣除論質計酬醫療給付改善方案之管理照護費。」部分，因前端 VC 沒有扣，建議 AE 亦不要扣論質計酬管理照護費，因兩個須相同計算基準。

主席

有關績效獎勵費用部分，同意修訂健康管理成效鼓勵與品質提升費用兩項之權重，各占 50%。至「VC-AE) 差值回饋金之計算依健保署方案辦理。

本署王淑華科長

會議資料第 12 頁，配合品質提升費用權重修改為 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：

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。
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。
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。
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。

5. 不支付：會員品質指標平均達成率 < 60%，則不予支付。

主席

有關品質提升費用依權重調整點數部分，請代表表示意見。

台灣家庭醫學醫學會黃振國醫師

按 102 年計畫規定，品質提升費用為 165 點，特優級可多領到 230 點，等於正向鼓勵特優級醫療群，275 點是從 385 點過來的，是鼓勵的部分被刪除，原來是 385 點及 165 點，現從 550 點分為 275 點，102 年特優級醫療群可領到 865 點的情況是沒有的，現最多只能領到 800 點。

主席

這是將特優級調整為 275 點。

台灣家庭醫學醫學會黃振國醫師

102 年每人 800 點，但特優級可領到 865 點，但 103 年計畫，特優級僅可領到 800 點，與現況不符。

主席

每年計畫內容均會做部分修正，若是特優級要增加點數，其他四級的點數，則須調降。

台灣家庭醫學醫學會黃振國醫師

現況不是所有人可領到足額，101 年每個人領到 500 點，因很多人達不到特優級，所以預算不會超過。

主席

黃振國醫師您建議的點數是多少？

台灣家庭醫學醫學會黃振國醫師

建議特優級點數維持 865 點，並縮小級距。

本署王淑華科長

因 102 年每人是 800 點，但最後有人最高可領到 865 點，審計單位有質疑，103 年計畫之修正是配合審計單位稽核。

台灣家庭醫學醫學會黃振國醫師

我們是領到 865 點，不是 865 元，因點值是浮動，建議點數不要減少。

本署王淑華科長

若用點數，仍會超過 800 元。

主席

因審計單位對本項支付有意見，本案採用健保署建議案辦理。

陳代表宗獻

有關 103 年計畫之修訂方向，建議維持理想性，因特優級並不容易達到，應予以鼓勵，若超出預算才是審計單位該關心的問題。

夏保介醫師(陳代表夢熊代理人)

品質提升費用建議採良好級(達成率 80%以上)，支付點數為 275 點，與健康管理成效鼓勵合計為 550 點，建議取消特優級。

本署林阿明副組長

特優級可增加績優醫療群增加服務人數，醫療群醫師自行收案會員可達 200 名，支付每位醫師個案管理費上限調整為 1080 人。

主席

為維持計畫規劃之連貫性，品質提升費用仍分 5 級支付，其中特優級可增加服務人數。

本署王淑華科長

會議資料第 13 頁，「單一診所型態，支付每位醫師健康評估費(180 元/年)上限人數」乙項，醫師全聯會與家庭醫學會建議為 1200 名，本署建議為 1000 名，比照醫療群收案人數，單一診所型態每位醫師健康評估費(180 元/年)上限人數為 1080 人。

主席

單一診所型態每位醫師健康評估費(180 元/年)，上限人數為 1080 人。

主席

會議資料第 13 頁「單一診所型態診所之計畫評核指標」，全聯會沒有意見，健保署建議修訂權重，平均就醫次數及平均每人門診醫療費用之權重維持 25%、成人預防保健檢查率及老人流感注射率之權重從 10%調整為 25%，請醫務管理組說明。

本署王淑華科長

102 年健康評估費占經費 30%，因健康評估有支付費用，不需列入品質指標，成人預防保健檢查率及老人流感注射率之權重從 10%調整為 25%。

主席

1. 因全聯會沒有修訂意見，本項按健保署修訂意見通過。
2. 會議資料第 13 頁「健康管理與個案衛教」，健保署建議「健康管理與個案衛教之權重 20%修改為 10%，收案時完成個案評估且有連續個案管理(追蹤)或衛教紀錄得 10%。」，因全聯會無意見，則按健保署建議通過。

本署王淑華科長

會議資料第 14 頁增列「醫療群會員住院經醫療群協助轉診率」乙項，該項與去年同期比進步率 $\geq 10\%$ ，就可拿到品質指標的分數。

主席

有關增列「醫療群會員住院經醫療群協助轉診率」乙項，代表是否有意見。

台灣家庭醫學醫學會張必正醫師

請問第 1 年怎麼計算？

本署王淑華科長

本署有統計資料，只是未列為指標項目。

盧代表榮福

請問是轉診成功或只要轉診即可，轉診成功係指執行院所轉出代碼及轉入代碼勾稽比對完成。

本署王淑華科長

醫院若於「轉入服務機構代號」(d107)欄位填入醫療群開立轉診單之服務機構代號，健保署即可計算醫療群協助轉診率。

台灣家庭醫學醫學會黃振國醫師

「醫療群會員住院經醫療群協助轉診率」之計算有點困難，以我個人而言，我的病人住院率僅有 4%，若要比去年同期增加 10%，真的很難，我將病人照顧得很好，所以病人住院率很低，所以沒有辦法將病人轉診去住院。轉診最多不是住院，而是門診，讓病人持續照護，住院是減少的標的，本人認為經由轉診住院這個指標不是很好，建議修改為門診轉診率。現有評核指標為「疾病住院率」，103 年增列「疾病轉診住院率」，這兩項指標是相衝突的。

本署林阿明副組長

因家醫群與合作醫院合作，因是社區醫療群，病人若有住院需要，透過家醫群轉診較為合理，若屬家醫群會員，每次住院都自己去，若未經過轉診，連相關病歷資料都沒有，這就不是我們想要的，所以才會建議增列「醫療群會員住院經醫療群協助轉診率」的指標。

本署王淑華科長

請看會議資料第 32 頁，102 年家醫計畫之組織指標即有醫療群會員門診經醫療群轉診率。

主席

有關「醫療群會員住院經醫療群協助轉診率」與去年同期比進步率 $\geq$  10%，目標值 10% 會不會太高？黃振國醫師病人住院率為 4%，與住院轉診率 10%，並沒有絕對關係。

陳代表宗獻

有關「醫療群會員住院經醫療群協助轉診率」，每年進步 10%，很快就沒有空間，建議訂定一個上限，若住院轉診率達 80%，就已經很高。

本署林阿明副組長

「醫療群會員住院經醫療群協助轉診率」若達同儕一定百分比，就可得滿分，另再加上進步率 10%。

本署李專門委員純馥

剛黃振國醫師說的，應是您的醫療群住院的比率，住院比率與住院轉診比率是不相同的，若是住院的 4%，都是經由醫療群轉診，「醫療群會員住院經醫療群協助轉診率」就是 100%。

陳代表宗獻

請問非家醫群病人住院經院所協助轉診率為多少？因需要比較才會知道，建議與同儕比較，第一年採 50 百分位。

本署林阿明副組長

有關「住院經醫療群協助轉診率」指標，以進步率  $\geq 10\%$  或高於同儕 50 百分位計算得分。

主席

1. 增列「住院經醫療群協助轉診率」指標，得分計算方式參照醫務管理組意見辦理。
2. 會議資料第 14-15 頁之品質指標修訂部分，請醫務管理組說明。

本署王淑華科長

全聯會及家庭醫學會建議修訂「會員固定就診率」，新增「會員固定就診改善率」，本署建議刪除「會員固定就診率」，新增「會員固定就診改善率」。

台灣家庭醫學醫學會黃振國醫師

當時我們提出「會員固定就診率」，第1年 $\geq$ 當年同儕50百分位，102年第1年 $\geq$ 當年同儕60百分位，很多診所達不到，雖然醫師很努力，但群內醫師有不同看法，讓整個醫療群無法有好的表現，所以增加這項指標，讓他們有機會可以拿到10分。本來設計是加分題，除鼓勵表現好的診所，亦可照顧表現不好的診所。

本署王淑華科長

總分已超過100分，這樣計算方式不恰當。

本署林阿明副組長

評核會要求本署嚴格執行退場機制，將分數往上加，反而是放寬退場機制，這樣是不好的。

台灣家庭醫學醫學會黃振國醫師

我們將及格分數從60分提高至70分，為擴大院所參與，讓診所可以多面向得分，是可以考量的。

本署王淑華科長

分數若再往上加，總分是120分，調成70分還是等於50分，表現不佳的院所才會退場。

台灣家庭醫學醫學會黃振國醫師

診所達到 60 分要增加 10 分，並不容易。

主席

1. 評核會要求本署嚴格執行退場機制，總分為 100 分，分數請不要再往上加。
2. 另健保署建議刪除「會員固定就診率」，新增「會員固定就診改善率」，代表有意見嗎？

本署林阿明副組長

建議維持 100 分，會員固定就診率，進步率  $\geq$  同儕 60 百分位，得 10 分，進步率  $\geq$  5%，得 5 分。

台灣家庭醫學醫學會黃振國醫師

診所  $\geq$  同儕 60 百分位，要再進步 10%，真的非常難，假設無法加分，就改為「或」，就是診所  $\geq$  同儕 60 百分位，或增加 10%，均可得 10 分，增加 5%，得 5 分。

陳代表宗獻

全聯會建議新增「會員固定就診改善率」指標，除了「會員固定就診率」外，是希望藉由「會員固定就診改善率」看到固定會員愈來愈忠誠，當初於訂定該項指標時，並未考慮支付點數。102 年計畫中之「會員固定就診率」仍很重要，新的病人進來就固定在我的醫療群，其實「會員固定就診率」與「會員固定就診改善率」之對象及意義並不相同，建議分開計分。

台灣家庭醫學醫學會張必正醫師

有關指標之訂定，必須思考擴大參與面，若「會員固定就診率」無法讓診所達到 $\geq$ 同儕 60 百分位，就會讓醫師退卻，反而完全放棄這個指標的努力。本人樂見健保署提出「會員固定就診改善率」，既然有改善率就須設定 ceiling，ceiling 目的是讓已經原來固定就診率以績優的診所繼續保持(因為要再改善的空間有限);而改善率則是希望讓目前尚未達標的診所，有努力的空間。

本署林阿明副組長

「會員固定就診率」指標繼續保留，進步率 $\geq$ 10%，得10分，進步率 $\geq$ 5%，得5分。

主席

有關「會員固定就診率」指標計分方式，按健保署建議修訂。

本署王淑華科長

會議資料第 16 頁，「糞便潛血檢查率」配合國民健康署 102 年 6 月放寬受檢年齡。

主席

1. 有關「糞便潛血檢查率」，依健保署意見修訂。
2. 會議資料第 16 頁，有關「計畫管理機制」部分，請醫務管理組說明。

本署王淑華科長

健保署建議「保險人召開觀摩會，邀請執行成效良好之社區醫療群或診所分享經驗，推廣優良的管理模式，促進計畫執行品質。」。

主席

1. 全聯會同意健保署召開觀摩會，同意通過。
2. 會議資料第 17 頁，「應訂定嚴格之退場機制」，請醫務管理組說明。

本署王淑華科長

依總額協商結論，「應訂定嚴格之退場機制」，全聯會建議小於 65% 輔導改善，健保署建議 70%。

陳代表宗獻

建議循序漸進，請問分數達 70% 之醫療群有幾個？

本署王淑華科長

依 101 年統計，84% 醫療群分數達 70% 以上。

陳代表宗獻

醫療群的淘汰率為 16%。請看會議資料第 12 頁，普通級是介於 70%  $\leq$   $\sim$   $<$  80%，那輔導級就必須退場，建議以 65% 為基準，先執行一年，明年再檢討。

本署王淑華科長

103 年計畫建議修訂為醫療群評核指標 60% 以下，就須退場，1 年內不得再加入本計畫；60-70% 須輔導改善，經輔導 1 年，第 2 年仍未達 70%，就要退場。

台灣家庭醫學醫學會黃振國醫師

有 16%之醫療群未達 70%，請問有多少醫療群會被淘汰？第一年由 60% 進步至 65%，第 2 年 65%還是會被淘汰，應該給予成長空間，若分數訂太高，部分醫療群就必須重組。

主席

有關醫療群退場分數，請問健保會代表的意見。

楊代表芸蘋

建議 65%。

盧代表榮福

向健保會代表報告，要組成一個醫療群是非常不容易的事。

陳代表宗獻

組成一個醫療群真的不簡單，要淘汰卻很容易，全聯會配合評核會建議，已將 50%提高至 60%。

盧代表榮福

近兩年醫療群總數增加數量不高，有關退場分數應審慎評估。

本署王淑華科長

101 年 367 群，102 年 374 群，增加 7 群。

主席

請醫務管理組說明，醫療群退場分數要 65%或 70%？

本署林阿明副組長

同意全聯會循序漸進之建議，亦請健保會支持。

主席

有關退場機制分數採全聯會建議，評核指標未達60%者退場；第一年介於60%-65%，經輔導第二年仍低於65%者退場。

本署王淑華科長

會議資料第17頁，「退場之醫療群，其中評核指標>70%之個別診所，可申請重新組群或加入其他醫療群，經分區業務組同意後參加，但不得另以單一診所型態參加。退場之單一診所型態診所不得申請參加醫療群。」。

主席

本項全聯會無意見，同意通過。

本署王淑華科長

會議資料第18頁，加強鼓勵家醫計畫診所使用衛福部電子病歷交換中心系統，103年計畫新增「家醫計畫診所使用衛福部電子病歷交換中心(EEC)查閱會員資料，查詢個案於其他院所就醫資料，查閱成功每件支付50點。」。

台灣家庭醫學醫學會黃振國醫師

衛福部並未編列預算，請家醫計畫醫療群推動電子病歷，建議於預算未增加前，本人反對用原有之經費，去做其他的工作。

本署張溫溫科長

本署 103 年總額協商時，於爭取家醫計畫預算時，已承諾「診所至衛福部電子病歷交換中心(EEC)查閱會員資料，每件鼓勵 50 元。」。

本署林阿明副組長

有關診所至衛福部電子病歷交換中心(EEC)查閱會員資料，實施初期應該不會很多，醫院要將病人就醫資料建置於衛生福利部電子病歷交換中心(EEC)，本項作業目前尚未成熟。

主席

102 年家醫計畫預算應足夠支應，103 年若因診所至衛福部電子病歷交換中心(EEC)查閱會員資料之支應費用增加，以致預算不敷使用，本署於 104 年總額協商時，將協助爭取預算。