

# 「西醫基層總額支付委員會」99年第2次委員臨時會議紀錄

時間：99年12月15日上午9時30分

地點：中央健康保險局18樓會議室(台北市信義路3段140號18樓)

出席委員：

王委員正坤	王正坤	陳委員宗獻	陳宗獻
王委員錦基	王錦基	陳委員信雄	(請假)
石委員賢彥	石賢彥	陳委員晟康	(請假)
何委員活發	(請假)	陳委員相國	(請假)
何委員博基	何博基	陳委員夢熊	賴靖文 <sup>代</sup>
吳委員首寶	吳首寶	黃委員柏熊	黃柏熊
吳委員國治	(請假)	黃委員啟嘉	黃啟嘉
呂委員和雄	(請假)	廖委員本讓	(請假)
李委員日煌	(請假)	劉委員文漢	(請假)
李委員明濱	(請假)	潘委員仁修	江育同 <sup>代</sup>
李委員昭仁	(請假)	蔣委員世中	(請假)
李委員茂盛	(請假)	蔡委員明忠	蔡明忠
李委員紹誠	(請假)	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
李委員蜀平	古博仁 <sup>代</sup>	鄭委員悅承	(請假)
林委員義龍	(請假)	盧委員信昌	盧信昌
徐委員超群	(請假)	盧委員榮福	盧榮福
張委員來發	(請假)	賴委員明隆	賴明隆
張委員孟源	張孟源	錢委員慶文	(請假)
張委員清雲	張清雲	謝委員天仁	(請假)
張委員德旺	(請假)	謝委員武吉	謝武吉
梁委員淑政	梁淑政	鍾委員清全	(請假)
莊委員維周	(請假)		

(依委員姓氏筆劃排序)

列席單位及人員：

行政院衛生署  
全民健康保險醫療費用協定委員會  
中華民國醫師公會全國聯合會

台灣醫院協會  
中華民國藥師公會全國聯合會  
中華民國醫事檢驗師公會全聯會  
本局臺北業務組  
本局北區業務組  
本局中區業務組  
本局南區業務組  
本局高屏業務組  
本局資訊組  
本局醫審及藥材組  
本局醫務管理組

葉青宜  
盛培珠  
林忠劭、黃幼薰、李佩蓉  
陳思綺、  
王秀貞  
陳宛伶  
王榮濱  
張照敏、范貴惠、陳佩玲  
倪意梅  
詹純  
龔川榮  
王秀蕙  
姜義國  
曾玟富  
林阿明、張溫溫、黃淑雲  
張桂津、朱文玥、鄭正義  
劉立麗、蔡文玲  
紀錄：楊耿如

主席：黃召集人三桂  
壹、主席致詞：(略)  
貳、報告事項：

第一案

提案單位：本局醫務管理組

案由：有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度計畫」執行期間  
展延至 100 年 3 月底案。

決定：洽悉。

參、討論事項

第一案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關研訂「100年西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫」乙案，提請討論。

結論：

一、通過本計畫(草案)，如附件，主要重點如下：

(一)預算經費為2億元。

(二)計畫期間為公告日起至100年12月31日止。

(三)申請程序：符合資格西醫基層診所向分區業務組提出書面申請。

(四)照護對象

1、由保險人提供符合收案名單予基層照護診所。

2、98年10月至99年9月全國就醫資料中，慢性病門診就醫一定次數且平均用藥日數7天以上，依醫療費用分為十等分位，選取最高之2等分組。

3、全年門診就醫次數超過一定次數者。

4、排除參與醫療給付改善方案及家庭醫師整合計畫之名單。

(五)費用核付：病患每人計畫經費給付費用600元/年

1、基本承作費用：占計畫經費30%。

2、成效評量(結果面指標)：占計畫經費70%，醫院及西醫基層門診之平均就醫次數下降及門診之平均每人醫療費用(申報點數)下降，各占計畫經費比例35%。

3、建立縱向及橫向轉診作業，照護對象成功完成轉診，每件支付50元。

二、前開方案將依行政程序報請行政院衛生署核定後公告實施，並送全民健康保險醫療費用協定委員會備查。

肆、散會：上午11點20分

# 西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫（草案）

（99年12月15日修訂）

## 壹、依據

全民健康保險醫療費用協定委員會第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，依病患需求，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、藉由推動忠誠病人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

依全民健康保險醫療費用協定委員會99年○○月○○日費協字第○○○○○○○○○○號「100年度西醫基層總額醫療給付費用成長率」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院所收案，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、病患不須登記或簽署同意文件，不限制病患就醫醫療院所，減少基層診所行政作業。
- 三、鼓勵西醫基層院所對於門診就醫病患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，而影響民眾健康並耗用醫療資源。

## 陸、計畫執行

- 一、與本保險人特約滿 2 年以上之診所。
- 二、參與計畫之特約院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，及病人轉回後之追蹤治療，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、西醫基層診所向本保險人分區業務組提出書面申請(詳附錄)，經本保險之分區同意後實施。
- 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、依全民健康保險申報門診醫療費用資料，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，並將建議照護對象區分為下

列三種，提供診所予以健康管理，收案人數為建議照護對象之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 $\geq 50$ 次之病患。

二、前述慢性病及非慢性病病患，以門診就醫次數較高的診所收案照護，診所就醫次數相同，則以費用最高者收案；門診高利用個案，以其就醫次數超過 50%的診所收案照護。

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及論質計酬試辦計畫等個案。

## 玖、個案管理登錄

一、參與本計畫之診所，需至健保資訊網服務系統VPN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、收案病患每人計畫經費為 600 元/年。

三、費用核付：

(一)基本承作費用：占計畫經費 30%。

1.病人基本診療照護項目(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4月30日前各分區業務組依診所上傳資料及病人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~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~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~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~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月本局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、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，保險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：本局於101年2月，執行院所轉出及轉入勾稽比對，若轉診成功將核付轉診獎勵費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~12月未有門診就醫紀錄，不核付該



計畫之執行成效費用。

### **拾壹、執行配套措施**

- 一、參與本計畫之診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。
- 二、計畫實施期間，由本局按季提供照護對象之門診就醫次數及門診醫療費用，並請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。

## 附件

### 西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫(草案)

#### 會員照護單

登錄照護之醫療院所：

#### 一、基本資料：

1. 姓名：\_\_\_\_\_ 2. 性別：男 女 3. 出生日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
4. 身分證字號： 5 年齡：\_\_\_\_\_  
6. 聯絡電話：\_\_\_\_\_ 或未知   
7. 主要居住區域：a. 都會區 b. 鄉鎮 c. 醫療偏遠區域  d. 未知

#### 二、收案對象之病情摘要：身高 體重 或 未確定

##### 1. 收案原因：

(1) 收案原因：a. 慢性病 b. 非慢性病 c. 門診高利用者

(2) 慢性病之病名：a. 主診斷： b. 次診斷： c. 次診斷：

##### 2. 過去疾病史及身體功能性評估：

(1) 過去一年住院與否：a. 有 b. 無 c. 未知

(2) 日常生活是否能自理：a. 完全失能 b. 部份失能需協助 c. 無失能

(3) 其他病史：\_\_\_\_\_

##### 3. 生活習慣、特殊體質、食物或藥物過敏史：

###### (1) 過敏史：

a. 食物過敏\_\_\_\_\_ b. 藥物過敏\_\_\_\_\_ c. 其他過敏\_\_\_\_\_

d. 無過敏

###### (2) 生活習慣：

A. 抽菸：a. 有 b. 無

B. 檳榔：a. 有 b. 無

C. 酒精：a. 酗酒 b. 社交淺酌 c. 滴酒不沾

D. 其他特別重要事項：\_\_\_\_\_

#### 三、收案對象照護評估

##### 個案醫療利用原因：

a. 慢性疾病或生理疾病 b. 心理精神因素 c. 急性感染性

d. 營養及環境因素 e. 遺傳或過敏因素 f. 其他

## 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

## 本會99年第2次委員臨時會議與會人員發言摘要

### 討論事項第一案「有關研訂「100年西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫」乙案與會人員發言摘要

#### 張委員孟源

- 一、本計畫的目標，就是不要讓病人遊走於診所或醫院間，由診所當 gatekeeper 的工作，提供整合性照護，避免重覆檢查、治療或用藥。
- 二、本計畫照護對象應為慢性病患及門診就醫次數偏高者。

#### 本局張科長溫溫

- 一、有關本計畫之照護對象
  - (一)本計畫所稱之慢性病個案，係指 98 年 10 月至 99 年 9 月全國就醫資料中，屬於行政院衛生署公告 98 種慢性病範圍，其曾門診就醫 5 次且平均用藥日數 7 天以上。將有慢性病者依醫療費用分為十等分位，有慢性病者選取最高之 3 組，為本計畫之照護收案對象。
  - (二)以病患門診就醫次數較高的所在診所收案照護，診所就醫次數相同，則以費用最高者收案。
  - (三)就醫次數及費用統計，不含門診透析、代辦及論病例計酬案件。
  - (四)排除收案對象：1. 99 年 7-9 月皆未在該院所就醫，2. 資料擷取時，病患已死亡；3. 已參加本局家庭醫師整合計畫之病患。
  - (五)若已參加本局家庭醫師整合計畫之診所，亦以排除。
- 二、會議資料第 15 頁，本計畫申報時，應於「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」)。
- 三、費用核付部份，收案病患每人計畫經費給付費用 600 元/年。

- (一) 基本承作費用占計畫經費 20%，診所需完成個案登錄資料及填寫病人基本診療照護項目(包括過去病史及照護計畫等)，並黏貼於病歷備查，以供參考。
- (二) 成效評量(結果面指標)占計畫經費 80%，包括門診平均就醫次數下降(占 40%)及門診之平均每人醫療費用下降(占 40%)兩項指標。
- 四、為鼓勵院所協助轉診至適當的醫療院所，並建立縱向及橫向轉診作業，照護對象成功完成轉診後，每件支付轉診獎勵費 50 元。另請轉出院所需填寫轉入院所代號，再依相關規定向本局申報費用。

### 張委員孟源

會議資料第 20 頁，有關收案對象名單上傳資料格式部份，病人身分證號已上傳。然而為保護病人的隱私權，診所對病人之「通訊地址」及「聯絡電話」兩項有保密義務，建議這兩欄資料不要上傳。

### 本局張科長溫溫

目前本計畫名單上傳格式係參考家庭醫師整合計畫，部份項目是必要欄位的，部份項目是選擇性欄位，我們會在計畫書中註記清楚。

### 盧委員榮福

去年家庭醫師整合計畫，BYTES 上傳不完整，VPN 就會退件。

### 張委員清雲

會議資料第 14 頁，有關「排除參與之院所，已參加本局家庭醫師整合計畫之診所」乙項，99 年家庭醫師整合計畫是由健保局篩選診所照護個案，尚有未提供之個案，可參與此方案，此排除條款，似乎有點不合理，建議重新考量。

## 蔡委員淑鈴

99 年第 2 季才提供 98 年家庭醫師整合計畫收案名單，所以個案資料有 1 季的落差，100 年第 2 季提供 99 年收案名單，屆時病患名單就會相符。

## 盧委員榮福

- 一、本計畫剛開始規劃時，是以高診次病人為照護對象，現健保局修訂改以慢性病病患為收案對象，已違背當初的精神。
- 二、據全聯會統計，符合慢性病定義為 46 萬人，若未將高診次病人列為照護對象，恐影響執行成效之評量。
- 三、為何不將高診次病人列為照護對象，請健保局說明。

## 蔡委員淑鈴

- 一、慢性病患及高診次病患都非常重要，整合照護是針對有多重需求的病人，才有整合照護的必要。
- 二、起初，確實有考量將高診次病患列為照護對象範圍，惟經統計，慢性病人已達 46 萬人。本計畫的 bonus，最多每人每年給付 600 元，因經費不是很充裕，才會做這樣的取捨。若委員認為要將高診次病患列入本計畫照護範圍，可提出討論。

## 謝委員武吉

- 一、今日本案是由西醫基層所提出的計畫嗎?! 或者由健保局提擬?! 請確認?!

若為西醫基層所提，那麼我非常感佩，特別是計畫的【貳、目的】—「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。」，而且此項由西醫基層提出，健保局也照案寫入，分級醫療也是健保法第 33 條所列有的條文，至今健保局也未執行，所以，請問健保局將如何執行?! 因我呼籲將近 10 年，

落實轉診制度及分級醫療，我有講，健保局好像都沒聽到，到現在都沒執行。

二、會議資料第 11 頁，有關計畫執行一、「與中央健康保險局特約 2 年以上執業經驗之醫師。」之規定，是否有排他條款？雖然這是適用於診所，與我無關，但認為仍應提出。

三、會議資料第 14 頁，有關照護對象…(一)備註(1)「本計畫所稱之慢性病個案」，好像與醫院的忠誠患者一樣，忠誠患者制度會不會成功，我敢保證不會成功，等到年底收案就會曉得。基層若要執行，一定要將本計畫目的五、「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。」，確實擺在最前面，這樣才會成功。

四、下列問題，請健保局說明：

(一)計畫所稱之慢性病個案，係指 98 年 10 月至 99 年 9 月全國就醫資料中，屬於行政院衛生署公告 98 種慢性病範圍，其曾門診就醫 5 次且平均用藥日數 7 天以上。有關門診就醫 5 次且平均用藥日數 7 天以上。上開數據之計算基礎？是否表病患如於某院所就醫 5 次×每次領 7 日以上用藥達 35 日用藥就可納入，這樣的規定對嗎?!

(二)將有慢性病者依醫療費用各分為十等分位，有慢性病者選取最高之 3 組，為本計畫之收案對象。為何不採平均數為標準呢?!

(三)會議資料第 15~16 頁，病人基本診療照護項目黏貼於病歷備查。就我所曉得有耀聖系統公司也與鴻海子公司合作，服務有 2000 多家診所，搭建有電子病歷交換平台，所有病歷都可以上傳，那麼採用電子病歷的診所，要如何適用此規範?! 本計畫就沒有注意電子病歷的功能性，請問以後如何處理，若以採電子病歷之診所，是否也要列印出來。

(四)會議資料第 18 頁，「建立縱向及橫向轉診作業，照護對象成

功完成轉診，每件支付 50 元。」，內容都是健保局提出的，且此大項有多處都健保局都另有修訂，健保局實在很強，請問 50 元是如何計算出來，是否符合成本？請加以考量。  
(五)以上意見，如果還想到，等會慢慢補充。

### 蔡委員明忠

一、會議資料第 15 頁，基本承作費用占計畫經費 20%，因為這是一個新計畫，電腦要配合更新軟體，也會增加各家診所之負擔，目前也不知診所收案人數，但基本承作費用 20%(120 元)，真的太少。若是診所收案人數為 50 人，基本承作費用 120 元，總計 6000 元，幾乎全數都給電腦公司，故建議採用全聯會版本。

(一)基本承作費用占計畫經費 30%。

(二)執行成效指標占計畫經費 70%，門診之平均就醫次數下降及門診之平均每人醫療費用各占 35%。

二、高診次病人的照護亦非常重要，建議將高診次病人列為收案對象。

### 黃召集人三桂

有關蔡明忠委員兩項建議，業務單位同意嗎？

### 蔡委員淑鈴

一、有關建議將基本承作費用計畫經費占率由 20%調整 30%，執行成效指標計畫經費占率由 80%調整 70%乙節，在規劃之初，是要讓參與的診所有些誘因；後又考量，基本承作費用若太高，擔心診所領了該項費用後，後面就不努力執行，所以才做了微調；希望真正參加的診所，於年底結算時每位病人都能核付 600 元。

二、部份委員建議將高診次病人列為照護對象部份，本局亦重新計



算。99 年高診次定義是 1 年就醫次數超過 100 次的病人，該類病人有數萬人。若委員認為需要將高診次病人需要列為照護對象，亦可增列，以吻合全聯會構想。

三、在診所間 shopping run 之高診次病人及慢性病多重需求的病人，若委員有共識，可列為本計畫照護對象。

### 蔡委員明忠

有關將基本承作費用計畫經費占率由 20% 調整為 30%，好像診所剛開始拿得多，其實費用都給電腦公司。為增加診所參與本計畫的誘因，建議健保局將基本承作費用計畫經費占率調整為 30%，執行成效指標計畫經費占率調整為 70%。

### 謝委員武吉

我的問題，相關單位尚未回答。

### 黃召集人三桂

有關謝武吉委員所提數據疑義，請全聯會代表說明。

### 謝委員武吉

請先回答本計畫目的五、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。

### 張委員孟源

- 一、謝謝謝武吉委員的指教，轉診獎勵費 50 元，係因本計畫經費有限，轉診費用是鼓勵的性質，本項獎勵費僅為行政費用補助吧。
- 二、至蔡明忠委員的建議，請健保局加以考慮。沒有任何計畫將 80% 放在成效評量，本計畫已違背比例原則。例如：每年發放 1~2 月薪水，其餘以 10 個月薪水卻當做年終獎金，如果考核沒有

甲等，就取消 10 個月獎勵金，也就是十個月沒薪水，所以這是不合理的。建議將基本承作費用計畫經費占率調整為 50%，執行成效指標計畫經費占率調整為 50%，較為合理。

### 謝委員武吉

- 一、張孟源委員所答覆的內容與我說的問題不同，若這是健保局提出的方案，就請健保局答覆。
- 二、請健保局醫務管理組就下列問題，提出說明：
  - (一)如何落實分級醫療及轉診制度？
  - (二)與健保局特約 2 年以上執業經驗之醫師，是否合理？
  - (三)門診就醫 5 次且平均用藥日數 7 天以上之訂定基礎？
  - (四)慢性病者選取最高 3 組之理由？
  - (五)2000 多家醫療院所採電子病歷，本計畫病人基本診療照護單之儲存方式？
- 三、有關轉診獎勵費支付金額，我是幫全聯會爭取，若全聯會代表無意見，我也沒有意見。

### 本局張科長溫溫

- 一、一年在基層診所門診就醫就有 1 億多件，因本計畫經費為 2 億元，那些病人需要優先列為本計畫之照護對象，經評估為經常就醫之慢性病患者。擷取條件為 98 種慢性病、門診就醫 5 次且平均用藥日數 7 天以上，該類慢性病者依醫療費用各分為十等分位，有慢性病者選取最高之 3 組，經統計病人數達 46 萬人。
- 二、與健保局特約 2 年以上執業經驗之醫師，這是全聯會建議，本局予以尊重。
- 三、至電子病歷部份，若以採電子病歷之院所，只要儲存本計畫基本照護單之電子檔即可。

## 謝委員武吉

請說明本計畫目的五、「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。」，如何落實？

## 蔡委員明忠

- 一、由我向謝武吉委員報告一下，我們西醫基層診所都非常清楚，第一年剛開始，病人若不穩定，參與整合計畫，有其困難度。西醫基層在執行這個計畫，也是在嘗試；或許計畫書中部份條文不合理或支付點數偏低，但我們西醫基層診所暫時先不管，因我們主要方向是要踏出第一步。醫院也在推動建構整合式照護模式，並逐步朝促進醫療體系整合計畫，聽說執行成效相當卓著。
- 二、西醫基層為減緩醫療支出，所以我們努力配合推動本計畫案，請謝武吉委員給我們一個機會，若有力有不逮之處，將於明年提出檢討改進。
- 三、另非常感激謝武吉委員提出轉診制度的情況，轉診制度是醫界長期無法克服的痛，但本計畫提到轉診制度，似乎太沉重。至於謝武吉委員所提轉診議題，應找其他管道再處理。因我們很清楚，健保總額之執行業務，在基本盤因轉診制度無法落實，就像 HMO 問題也很大，請謝武吉委員給西醫基層一個機會，先處理今天的計畫案。

## 陳委員宗獻

- 一、有關健保法第 33 條無法落實，有其原因及背景，本計畫算是一個開始，雖然轉診費用僅有 50 元，但這是一種宣示：「轉診是鼓勵的，而且是雙向轉診」。目前醫院正在執行建構整合式照護模式，並逐步朝促進醫療體系整合計畫，預算非常高，該計畫成效顯示，院內不同科的整合是成功的；至於院際整合，社區

醫院、區域醫院或醫學中心間，也做雙向轉診，另編列費用予以鼓勵。

本計畫獎勵費為 50 元，執行一段時間，若經評估有雙向轉診成效，建議建構整合式照護模式，逐步朝促進醫療體系整合計畫。

- 二、會議資料第 14 頁，排除已參加本局家庭醫師整合計畫之診所。今年定義已修訂，忠誠病人是以診所為單位收案，一個診所可能有一位醫師，一位醫師已參加家庭醫師整合計畫，另兩位醫師可能沒參加，建議以醫師為單位，將診所改為醫師，忠誠病人歸戶到醫師。條文改為；醫師不能同時參加「家庭醫師整合計畫」及「基層以病人為中心整合照護計畫」。這樣規定的目的，在於確保照護品質。

### 蔡委員淑鈴

- 一、有關會議資料第 11 頁，與健保局特約 2 年以上執業經驗之醫師，因本計畫需要有過去實證經驗資料，才能夠找到診所的忠誠病人，所以剛開業前兩年，其實 Evidence-Based Data 非常不穩定，且忠誠病人也非常少；所以我們認為要成為 gatekeeper，至少要將診所經營穩定，病人固定在診所就醫，才会有忠誠病人，這是訂定 2 年以上執業經驗之醫師的理由。另全聯會也建議 2 年以上執業經驗之醫師，本局也同意，所以這是 match 的。
- 二、至於轉診部份，我認為陳宗獻委員看法非常好，本計畫將轉診概念放進去，也是充分瞭解基層診所醫師要成為 gatekeeper，不可能全包，因診所設備有限，醫師能力亦有限，只能滿足病人部份需求，在設備、技術不及情況下，一定要 refer，但是 refer 若做不好，病人到醫院，所有過去病史則需透過一系列的檢查都重來一次，這對醫療資源是浪費的。我們希望能落實有責任的轉診作業，而不是只有將病人請到醫院就醫。雖然本計畫經

費非常有限，但我們看到全聯會誠意，認為應將病人 refer 過去時，需將病人所有的 information shift 給醫院，醫院就不至於需再重新檢查一遍。例如：病人在陳宗獻委員的診所已經就醫 5 年了，陳醫師非常瞭解病人病情，所以對於最瞭解病人狀況及病程變化的醫師，有必要將病人所有的 information 透過轉診方式送到醫院，這才是負責任之轉診。

三、另外 Primary care 很多是專科醫師，譬如要照會眼科，內科醫師要轉診給眼科醫師，這也是轉診，我們會在計畫書中敘明橫向與縱向的轉診作業均列入。

四、病人轉診時，醫師可給病人最好的建議，但也牽涉病人意願，所以我們才會設計須轉診成功，才可支付轉診獎勵費。換句話說，病人有進到想看病的醫院，診所將病人的 information 送到醫院，這才是負責任的轉診。這個計畫試著把這個動作做好，將來才有可能要求醫院端，必須得到這個 information 後，對病人有更詳細的瞭解，所有檢查就不需重來一遍，這是我們對這計畫的期待。轉診已講了很久，但是轉診概念是有動作的、有責任的，亦需落實的，並不是口號，不僅牽涉醫師，也與病人意願有關，雖然我們的醫療系統內有這麼多層級的醫院，但是病人的 prefer，要如何 refer，病人與醫師才能雙贏，需要我們不斷嘗試不同的方法。所以在診所，以病人為中心整合照護計畫中，全聯會特別提出，也放進這樣的概念，我們希望基層診所能把這一步做好，以奠定成功的第一步。

五、我們提供的誘因，轉診獎勵費 50 元真的不多，可能要做的事情，比 50 元多很多，因經費有限，我們先踏出第一步，若看到轉診的優點，未來就有機會更往前邁進。

六、診所以病人為中心整合照護計畫，是希望所有診所的醫師 join 進來，每個病人到每個點，碰到真正想做 gatekeeper 的醫師，醫療品質才會更好。

- 七、其中還強調一個精神，就是 accountability，病人就是您的忠誠病人，醫師您怎麼可以不負責，因為病人就是以您診所為主要就醫場所，診所醫師若不負責，對病人是很不公平。病人對醫師這麼有信心，所以有這幾個 part 的理想在計畫中，真的很抱歉，經費有限，也放了很多責任在上面，真的很謝謝全聯會，願意來接受這個挑戰。但是我們的醫療體系，確實需要一步一步落實，所以放了幾個因素在裡面，希望未來有好的結果。
- 八、陳宗獻委員提到西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫與家庭醫師整合性照護計畫，如何做公平及不同的設計。家庭醫師整合性照護計畫屬 group physician，本計畫為 solo 的診所，group 應是更有效率，我們試作這麼久，他們與合作醫院的轉診都是電子化往來，很多資訊是共享的，家庭醫師整合性照護計畫比 solo 的診所好很多，因已建立很好的基礎。據我瞭解，很多醫院與家醫診所間，病歷是共享的，轉診是電子轉的，病人轉診醫院時，醫院有較好的 Priority，診所醫師也會到醫院看病人，那是一個非常好的模式，所以需要維持，與本計畫並不競爭，但是診所醫師願意參加家庭醫師整合性照護計畫，我們也非常歡迎，這是一個消長問題，但我們不希望長期沒有參與家庭醫師整合性照護計畫的院所，好像就不用承擔 gatekeeper 的責任，這是不對的，本計畫是彌補沒有參加家庭醫師整合性照護計畫的部分。長期來看，這兩個計畫的型態是可以競爭的，我們在設計 performance，就有相同的期待，我們從多面向來看這兩個模式，那一個在台灣比較適合、恰當及可行，但也不排除，兩個同時存在，但是我們分別給不一樣的成效評比。我們希望，以過去家庭醫師整合性照護計畫的經驗，可以幫助西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫往前走，且做的更好，這是我們對這個計畫的期待，也希望能擴大開業醫師的參與。

## 蔡委員明忠

有關基本承作費用計畫經費占率調整為 30%，執行成效指標計畫經費占率調整為 70% 或基本承作費用計畫經費占率調整為 50%，執行成效指標計畫經費占率調整為 50% 之建議，是否可行，請主席裁示。

## 黃召集人三桂

這個部份，我們會配合全聯會的需求，盡量來努力。

## 張委員孟源

剛有些大原則已變更，會議資料的草案，還要逐字討論嗎？

## 蔡委員淑鈴

- 一、文字修訂的部份，我們會整理。
- 二、部份委員建議將高診次病人列為照護對象，該類病患有數萬人，若願意就列入，大家同意，本局也會同意。

## 盧委員榮福

- 一、46 萬人是否涵括參與家庭醫師整合性照護計畫的病人？若扣掉家庭醫師整合性照護計畫病人應該不到 40 萬人；本計畫預算 2 億元應可照護 33 萬人。
- 二、本計畫若執行有兩項障礙：
  - (一)病人基本資料批次上傳，診所不會執行，現都委由電腦公司協助上傳，但上傳都需付費的。我們有 6 個醫療群，43 家診所都由我負責聯繫，我是請行政人員打成 EXCEL 轉成 TXT 檔再上傳，上傳過程若 BYTES 不符規定，就會遭退件，所以重複檢查非常重要，診所若看到本計畫上傳資料格式，就傻眼了；因有去年經驗，今年沒有電腦公司，我們也可獨立完成。

一間 solo 的診所要執行上傳格式，幾乎不可能，即使請電腦廠商協助，若 BYTES 不符遭退件，診所不檢查，還是會 lose 掉。

(二)基本承作費用計畫經費占率 20%(120 元)，我統計執行的 43 家診所，基本承作費用 120 元約 2 萬元左右，其中還要支付電腦廠商數千元，那為何要參與這個計畫。若請鼓勵診所參與本計畫，那這個關卡要先處理才能提高診所參與意願。家庭醫師整合性照護計畫醫療群已執行 6~7 年，因有興趣，雖然費用低，我們也能接受。本計畫是要擴大診所參與，但基本承作費用太低，將會降低參與意願。43 家診所所有 80%，可由廠商協助上傳，20%診所廠商仍無法提供協助。為提高參與本計畫誘因，建議基本承作費用計畫經費占率調整為 30%，執行成效指標計畫經費占率調整為 70%。

### 盧委員信昌

- 一、本計畫經費 2 億元，病人數 46 萬人，每位病人僅有 400 元，與計畫每年每人給付費用 600 元有所差異。
- 二、每位醫師特性不同，與病人互動型態亦有差異。健保局提供初步資料，全聯會應有這個決心，以醫療倫理小組，或其他基本價值觀的認定，邀請診所醫師參與本計畫。
- 三、醫院總額，各科間過度競爭，對醫院是不利的；若各科間互推皮球，將影響醫院聲譽。診所沒有問題，製造模糊點，責任就是別人的，現全聯會的工作，是將診所小鎮醫師形象與社會信賴營造出來，由診所帶動，建立醫病關係。
- 四、從會議資料數據與經濟誘因來看，本計畫沒有大家想像的簡單，大家若不敢採取立場，就通通有獎，做了也會怨聲載道，因每個病人只給付 400 元，1 萬多個基層醫師，每位醫師只能分配到 40 個病人，不敷成本，計畫就不要執行，病人要集中，



全聯會要有立場。全聯會重新營造基層診所在台灣社會形象與地位，及鼓勵新進人員自我成就感的肯定。

### 張委員孟源

- 一、本計畫收案對象不應排除社區醫療群及參與家庭醫師整合性照護計畫的醫師，只要醫師願意做整合照護，應以病人為重；因預算不多，建議不要排除參與家庭醫師整合性照護計畫的醫師。
- 二、會議資料第 7 頁，有關排除收案對象包括失聯、死亡、已參加本局家庭醫師整合計畫、已參加論質計酬試辦計畫及已參加全民健康保險高診次民眾行為改善方案等 5 項，建請重新考量。
- 三、照護對象範圍增加高診次病患，則應增列第三款條文。
- 四、我們是否要告知病人忠誠醫師是那位，若忠誠病人就醫次數很高，請責任之忠誠醫師加以輔導。告知醫療院所相當重要，如果要求醫師輔導病患，當然要將被輔導之病患是誰告訴醫師本人，如此方能要求負責醫師 accountable，並負起照顧病患的責任。

### 黃召集人三桂

- 一、我先整理一下，再來看看需進一步討論的部份。
- 二、會議資料第 14 頁，陳宗獻委員及張清雲委員建議刪除「排除參與之院所，已參加本局家庭醫師整合計畫之診所」之條文規定，此部份蔡淑鈴委員已說明，暫時按照健保局意見先處理。
- 三、會議資料第 16 頁，蔡明忠委員及盧榮福委員建議基本承作費用計畫經費及執行成效指標計畫經費占率維持全聯會版本，同意基本承作費用計畫經費占率調整為 30%，執行成效指標計畫經費占率調整為 70%，以鼓勵診所參與本計畫。
- 四、有關高診次病患及慢性病多重需求病患列為照護對象，若委員同意，病人數由本局重新計算。

五、會議資料第 20 頁，西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫名單上傳資料格式檔，同意刪除通訊地址及電話兩欄。

### 陳委員宗獻

- 一、會議資料第 20 頁，西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫（草案）名單上傳資料格式檔，若將通訊地址及電話兩欄刪除，其他欄位在基本資料都有。我們的資訊系統屬被動式，要上 VPN 登錄基本資料才算參與，若我們在健保局資訊系統可主動抓基本資料，鍵入一個代碼後，就可主動帶入基本資料，診所醫師就不用擔心增加資訊系統的費用。
- 二、剛盧信昌委員提到，本計畫經費不夠的問題，我們預計無法每位醫師都參加，能參加的醫師大概只有 3~4 成，所以預算是夠的。
- 三、資訊的整合與進步，基層診所醫師的醫療照護已發生質變。我們不知道那位病人是我該負責，因參加本計畫，診所醫師就可瞭解自己診所的忠誠病人。
- 四、會議資料第 14 頁，「排除參與之院所，已參加本局家庭醫師整合計畫之診所」，建議將診所改為醫師。例如，診所有 3 位醫師，落在診所 B 醫師的高診次病人，可能因 A 醫師參加家庭醫師整合計畫，所以也跟著被排除，如此對病人不公平。

### 吳委員首寶

高診次病人的負責醫師，若落在家庭醫師整合計畫的醫師，可否跳到第二順位醫師，否則這位病人就不能參加本計畫。

### 蔡委員淑鈴

以病人為中心，就是病人 record 集中在一個地方，台灣病人看病不僅看廟也看和尚，我們在意的是，一個病人的病歷分散在 10~20

個地方，沒有一位醫師真正了解一個病人，只知一個片段。剛陳宗獻委員說，如果是 group practice，我相信 group practice 也只有一份病歷，三個醫師在一個診所，也只有一份病歷，即使醫師來來去去，病歷還是在該診所，若要求我們拆解每位醫師，就是將病人又拆了，我認為診所那個 location 已經是病人願意且習慣去的就醫場所，所以那個診所就要負責。至於提到參加家庭醫師整合性照護計畫醫療群有一些並沒有全部 join，是制度還要改善的地方才對。如同一個病人是醫院的忠誠病人，難道還要拆那一科醫師的忠誠病人？病人在醫院有一本病歷，當然是醫院要負責，而不是那個醫院的某位醫師負責。我們認為，未來台灣醫療體系漸漸不要讓病人到處 shopping，雖然法令無法完全禁止，或許可選擇也是一個優點，但在無法完全禁止的情況下，盡量安排在一個地方就醫，亦要教育病人 shopping 並無優點，我們請陳委員在這個角度再想一下，醫師要負責，病人也要配合，固定在一個診所，不要再拆醫師。

### 陳委員宗獻

若病人被 assign 到診所而非醫師，可能有問題。以我診所為例，我們兩位醫師固定班次看診，下午的病人基本上是另一位醫師的忠誠病人，不應因為我參加計畫，就排擠了這些病人進入照護計畫的權益。

### 盧委員信昌

- 一、本計畫目的為關心病人，減少醫療浪費，醫師將病人帶進這個體系，醫師工作主要工作是營造病人信賴，關心病人、減少醫療浪費或建立醫療新觀念等事情，可由診所其他人員負責。
- 二、本計畫由有良心的醫師，藉由自己掌握病情及社會地位，導正醫療觀念及珍惜醫療資源，這才是計畫真正的目的，這才是以病人為中心，而不是以醫師為中心。

## 江育同醫師(潘委員仁修代理人)

- 一、醫療服務供給的本質在哪裡？當然以醫師為中心，大家強調病人的重要性，媒體社群卻貶掄醫師的正面貢獻，醫師的重要性被忽視。
- 二、現在很多病人不願固定在同一醫院或診所就醫，醫師與病人的信賴感很難建立-這是社會(台灣)現況，就醫不方便，媒體宣染，貶掄少數醫師，造成越不信任。
- 三、請落實轉診，或把「住院」和「門診」的總額分開，讓所有院所同工同酬。
- 四、要基層院所醫師當「gatekeeper」，政府應建立制度性的規則，才能減抑「shopping」及老是輕病也往「medical center」or「teach hospital」跑，與健保當初設計，完全相違背。

## 張委員孟源

- 一、會議資料第 5 頁，貳、目的二、本計畫改善民眾醫療利用狀況，提供慢性病或非慢性病門診就醫次數過高者之整合式照護，避免重複治療，促進醫療效益。建議修改:.避免重複治療及檢查(驗)及重複用藥。
- 二、以病人為中心，就是要告訴病人及診所，建請訂定通知病人之專責診所，並通知診所其忠誠病人名單。
- 三、部份醫師可能沒意願，診所若於 6 個月沒上傳登錄或收案，是否由其他有意願當 gatekeeper 的診所收案，協助照護該類個案。
- 四、100 年是本計畫實施第一年，建議於相關條文之訂定，保持彈性，以利後續增修訂。

## 蔡委員明忠

會議資料第 14 頁，「排除參與之院所，已參加本局家庭醫師整合計畫之診所」部份，在執行這些方案中，其中參與家庭醫師整合照護

計畫的院所，是較積極且執行成效較好的。參與家庭醫師整合照護計畫的院所已有些忠誠患者，但還是有些病人不在這些診所中，排除與家庭醫師整合照護計畫的院所是有點奇怪，建議整理診所病人資料，已參與家庭醫師整合照護計畫的病人排除外，其他的病人還是可參加。參與家庭醫師整合照護計畫執行力較強，若將已參加本局家庭醫師整合計畫之診所排除，恐影響本計畫之執行成效。

### 王委員正坤

本計畫要以醫師或診所為單位來計算，以醫師為單位是考慮診所內部流程構面，因某位醫師看的門診，就必須為特定的病人負責，醫師薪資也是依看診次數分配。但是醫療服務是持續提供的，所以說，某個診所有 2 位醫師，其中 1 位看診醫師請假，要由職務代理人提供醫療服務，所以建議以醫療院所為單位，為病人負責，不要因醫師出國，而中斷醫療服務，這才是較完整的計畫案。

### 吳委員首宝

請問 46 萬人是否排除參與家庭醫師整合計畫的病人，若沒有，這些病人中勢必有參與家庭醫師整合計畫的病人，所以會有 overlapping 情形，所以要將這些病人排除，參與家庭醫師整合計畫的病人約占 10~20%，參與家庭醫師整合計畫的病人 20% 就沒有辦法受到照護，除非放在第二順位的醫師，若第一個 priority 是家醫科醫師，那就放在第 2 個醫師，否則就無法由病人就醫次數最高的醫師負責統籌計畫

### 何委員博基

會議資料第 14 頁，有關「排除參與之院所，已參加本局家庭醫師整合計畫之診所」部份，因還有一些不是忠誠病人，這些病人就該列為本計畫收案對象。

## 張委員孟源

Inform consent 是簽名同意，但現建議的非 Inform consent，並非契約的性質，而屬通知的性質，即 notification 的觀念通知。

## 蔡委員淑鈴

- 一、病人端是否要 Inform concern，以家庭醫師整合性照護計畫的經驗，以前每年都要 Inform concern 一次，今年在家庭醫師整合性照護計畫在 Inform concern 作業就簡化了，病人端是否要告知。若要通知，由誰通知，真的有點複雜。在家庭醫師整合性照護計畫以前規定就是要填同意書，亦衍生一些問題，這是經驗的累積。因本計畫是第一年，大家要熟悉忠誠病人及對忠誠病人負責的方式，是否要強制告知病人端，可以再討論。
- 二、至於忠誠病人遲遲未收案，要否 refer 給第二位醫師，本計畫明年才開始實施，在此階段大家還要花時間熟悉相關作業，建議於計畫執行第 2 年再檢討，較為恰當。
- 三、大家在 argue，「排除參與之院所，已參加本局家庭醫師整合計畫之診所」乙節，因部份委員建議將高診次病人列為照護對象，所以資料仍需重新整理，故將排除對象文字修正為已參加家庭醫師整合計畫之收案對象以不重疊為原則。至會議資料 14 頁之「排除參與之院所，已參加本局家庭醫師整合計畫之診所」文字予以刪除。

## 盧委員榮福

建議將收案診所的範圍放大，參與家庭醫師整合計畫診所的活動力較強，若要未參與家庭醫師整合計畫的診所上傳照護對象，真的困難。

## 蔡委員淑鈴

- 一、非常感謝全聯會對本計畫提出構想，並積極參與計畫之規劃，全聯會扮演非常重要的角色，因要帶領大家往前走。
- 二、至於委員反映資料上傳問題，本局會再簡化一點，讓規格不要那麼複雜。
- 三、本計畫公告後，會請本局分區業務組辦理說明會，建立平台，以利公會與會員溝通，我們共同合作推動本計畫。

## 謝委員武吉

- 一、我很佩服健保局於本計畫目的貳五、提出落實分級醫療，促進層級間之轉診，也非常感謝多位委員對轉診作業的說明。在勞保時代，初級與次級照護都是在基層診所與地區醫院，今天健保局有誠意第一次提出轉診這個文字，我們也非常敬佩，剛蔡淑鈴委員說，轉診也是動作、也是責任且要落實，我們希望能落實。  
昨日會議中，某位曾任立委的委員說蔡淑鈴組長是棉花針，棉花裡藏有針，但我說今日蔡淑鈴組長是棉花裡有小鑽石。
- 二、在醫院方面執行的建構整合式照護模式並逐步朝促進醫療體系整合計畫，目的就沒有寫到落實分級醫療，促進層級間之轉診，我記得，以前台灣社區醫院協會曾提出計畫，也提出落實分級醫療及轉診制度，希望明年能將落實分級醫療及轉診制度，加入建構整合式照護模式並逐步朝促進醫療體系整合計畫，我們共同來努力。

## 蔡委員淑鈴

為提升層級間醫療效率，落實轉診制度非常重要。99年開始實施，醫院以病人為中心整合照護計畫執行屆滿1年，明年(100年)計畫書中，亦將增列轉診作業，醫院對於病情穩定的病人也要下轉給診

所，這就是雙向轉診作業，就像現在要求基層醫師一樣，這樣才會增進效率。討論 100 年醫院以病人為中心整合照護計畫，希望醫院的代表也能夠支持，就如同基層診所願意把轉診做好一樣。

### 謝委員武吉

本計畫名稱為西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫，99 年醫院計畫名稱為建構整合式照護模式並逐步朝促進醫療體系整合計畫，建議修改 100 年醫院的計畫名稱。

### 黃召集人三桂

- 一、有關會議資料第 5 頁，貳、目的二、文字部份，同意修訂為「本計畫改善民眾醫療利用狀況，提供慢性病或非慢性病門診就醫次數過高者之整合式照護，避免重複治療及檢查(驗)及重複用藥，促進醫療效益。」。
- 二、有關會議資料第 14 頁，至於「排除參與之院所，已參加本局家庭醫師整合計畫之診所」乙項，同意刪除，文字修正為「已參加家庭醫師整合計畫之收案對象以不重疊為原則。」。