

「全民健康保險偏鄉地區全人整合照護執行方案(下稱本方案)」

問答集

113.12.30 修正第 3 版

面向	序號	問題	說明
執行地區	1	執行區域是以鄉鎮或縣市定義？	由申請承作院所自行擇定施行地區。
服務提供者申請資格	1	組成全人整合照護團隊之院所是否有家數限制或院所層級、院所所在地之限制？	- 依本方案規定，以單一院所做整合工作為承作院所，並鼓勵同一縣(市)特約醫事服務機構合作，組成全人照護團隊，共同提供健康促進、預防保健、疾病診療等服務。 - 承上，本方案未訂有全人照護團隊家數、院所層級等限制，惟考量院所提供醫療服務之地域可近性，承作院所申請本方案之執行地區，以位屬同一健保分區業務組為原則；合作院所以位屬執行地區同一縣(市)為原則。
	2	院所部分科別違規是否得參與計畫？	- 考量山地離島地區就醫不便，為保障保險對象就醫權益，依本署105年8月15日1050033717號簽奉核可之原則，特約醫院經本署依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第38條至40條但書規定，處以診療科別、服務項目或一部之門診、住院業務停約者，且停約處分經本署同意抵扣者，停約期間仍可以申請參加本方案，但不得提供受停約診療科別或服務項目之醫療服務。 - 承作院所得尋求其他院所合作，提供其受停約診療科別或服務項目之醫療服務。
照護對象	1	家戶建檔是否規定要建檔那些內容？家戶調查資料之蒐集欄位、格式？	本方案家戶調查內容如附件1、蒐集欄位及格式如附件2。〈113年12月2日第2版修正附件2〉
	2	提出計畫書申請時是否就需檢附照護對象名單呢？還是經核定	依本方案玖、承作計畫申請及核定作業，承作院所向分區業務組提出申請執行本方案，檢具計畫書內容應敘明預計收案之應

面向	序號	問題	說明
		為承作醫院時再確認照護名單？	照護對象，並得以IDS計畫服務個案進行收案；如非IDS計畫承作醫院，應敘明預計收案方式及對象。 2. 另如分區業務組轄內超過2個(含)以上承作院所或執行地區有承作院所提出申請，則分區業務組經由公開評選暨審核作業，擇優核定執行地區及其承作院所，並於1個月內函知院所核定結果。 3. 承作院所應與分區業務組討論照護名單(含本署提供名單及承作院所自選名單^{註1})，如本署名單未納入照護名單，承作院所應提出理由(如：籍在人不在)，雙方討論後之初版照護名單應上傳，分區業務組於114年3月20日前核定應照護人數，承作院所亦須於114年3月31日前上傳核定之照護名單^{註2}。 註1：承作院所自選名單應為戶籍地或現居地位於執行地區(如執行地區應照護對象較少，得包含直接相鄰之周邊地區)且有照護需求之民眾。 註2：核定之照護名單如與初版照護名單相同，承作院所則無須再上傳。
	3	照護對象是否有限定基本人數呢？照護對象收案人數是否有上、下限規範？	1. 考量山地離島地區民眾特性不一，本方案未訂定基本應照護人數限制，應照護對象名單人數得由承作院所與本署討論是否增減，惟照護對象擇訂條件包括方案公告前一年，設籍且在保於執行地區有就醫申報紀錄之民眾或承作院所自選名單，且應照護人數須經本署核定。 2. 如執行地區應照護對象較少，承作院所得跨鄉鎮辦理本方案。
	4	本方案照護對象是否可為本署「全民健康保險家庭醫師整合性	本方案未訂定應照護對象不得為家醫計畫收案對象之規範。

面向	序號	問題	說明
		照護計畫(下稱家醫計畫)」收案對象？	
	5	本方案第一期(111-113年)承作醫院(A醫院)，如經公開評選為本方案第二期(114-116年)承作醫院，請問A醫院原本第一期照護對象名單，會再調整嗎？	依本方案規定，照護對象擇訂條件包含「方案公告前一年，設籍且在保於執行地區有就醫申報紀錄之民眾，由保險人依條件排除死亡名單後產製資料」及「經承作院所評估為在地且有照護需求之民眾(自選名單)」，爰本方案第二期承作院所應照護對象將依前述條件擇定，並經本署與承作院所討論照護名單人數是否增減後確認。
	6	因設籍民眾於醫療站無就醫紀錄，醫院可能在初步判定為不符合全人方案個案，可能會將民眾歸類為「非常健康者」而排除名單。	1. 依本方案規定，照護對象擇定條件包括方案公告前一年，設籍且在保於執行地區有就醫申報紀錄(包含預防保健資料)之民眾，由本署依此條件排除死亡名單後產製資料，爰醫療站無就醫紀錄之設籍民眾，如有至執行地區內其他特約院所就醫，亦屬本署產製之應照護對象資料範圍。 2. 本方案係鼓勵醫療院所提供全人整合性照護服務，全人照護團隊應共同提供健康促進、預防保健、疾病診療、個案追蹤及健康管理等服務，應照護對象並無限定於有就醫之患者，符合資格且近一年於執行地區曾接受預防保健服務者亦符合擇定條件。
	7	設籍於執行地區，但僅有1次健保申報紀錄之保險對象是否可納入照護對象(第2版新增)	1. 本方案柒、照護對象一、照護對象擇定條件如下： (1)方案公告前一年，設籍且在保於執行地區有就醫申報紀錄之民眾，由保險人依此條件排除死亡名單後產製資料。 (2)未包含於前項資料，經承作院所評估為在地且有照護需求之民眾(自選名單)。 2. 依上開條件，本署產製部分照護對象名單資料，惟考量整年度於執行地區僅有1次健保申報紀錄之保險對象，具有「籍在人不在(指保險對象戶籍在執行地區，但不常住於

面向	序號	問題	說明
			執行地區，僅偶爾返回戶籍地就醫之情形)」問題，易造成本方案承作醫院難以掌握照護對象就醫流向及個案管理困難等問題，爰前揭名單已排除於執行地區1次健保申報紀錄(無論為就醫紀錄或預防保健紀錄)之保險對象。 3. 如有經承作醫院評估為在地且有照護需求之保險對象，得納入本方案承作醫院自選名單。
服務內容及服務地點	1	部分IDS計畫執行地區之衛生所未設置牙科專科相關設備，本方案是否必須提供牙科專科門診？	本方案提供之全人照護仍視當地醫療院所服務量能，非必須提供牙科專科門診，仍鼓勵院所提供具特色性之醫療照護服務(如花蓮縣秀林鄉醫牙共照門診)。
承作計畫申請及核定作業	1	本方案玖第四點規定，保險人分區業務組於收到計畫書並經審核後，於1個月內函知承作院所核定結果，前開「1個月內」計算起點為何？	依本方案規定，承作院所具函並檢附計畫書，向本署分區業務組提出申請，以本署收文(函文)日(以郵戳為憑)起算，1月內函知申請承作院所核定結果。如有資料檢附不足者，以本署收到最後補件日期(以郵戳為憑)起算。
	2	轄內有2家特約醫院有意願申請，如已核定其中1家醫院承作本方案，另外1家醫院何時得再申請？	考量113年本方案專款預算經費上限，本方案執行期間為3年一期，第二家有意願之醫院可先行參考113年已核定執行之院所經驗，作為是否加入第二期本方案之參考。
費用申報、支付及審查方式	1	針對方案內醫事人員論次費用部分，寫明「同一院所」如承接全人方案且有承接醫不足改善方案或居整計畫，其論次費用、開診、居家服務費用不得重複申報；如承接	依本方案陸、服務提供者申請資格，本方案由單一院所做整合工作為承作院所，另依本方案捌、服務內容及服務地點規定，承作院所應結合特約醫事服務機構組成全人照護團隊，共同提供服務，爰承作院所向本署申請執行本方案時，應與全人照護團隊內之院所協調整合於執行地區提供之服務內容，並於申請計畫書內容之財務計畫，敘明每月各項申請經費項目，不

面向	序號	問題	說明
		全人方案與醫不足方案「院所不同」，是否可以重複，如不行重複申報，院所該如何查詢是否已申報過？	得重複編列已由其他計畫或方案支應之費用。
	2	籌備費用核定是依本院全鄉家戶調查的全個案核定，還是依本院調查後名單，或者依健保署篩選名單後的個案數核費用？	依本方案規定，照護對象擇定條件包含「方案公告前一年，設籍且在保於執行地區有就醫申報紀錄之民眾，由保險人依條件排除死亡名單後產製資料」及「經承作院所評估為在地且有照護需求之民眾(自選名單)」，爰本方案第二期承作院所應照護對象將依前述條件擇定，並經本署與承作院所討論是否增減後確認。
	3	本方案籌備費(家戶調查費)於113年已撥付，114年已有家戶調查結果，是否不再撥付？	114 年本方案承作醫院已完成家戶調查，爰不再核付籌備費，另各執行地區計畫經費上限仍為 5 千萬元。
	4	申請家戶調查費用須檢附之文件及支付方式？家戶調查應包括哪些項目及內容？家戶調查是否會訂定必要調查項目？需要滿足什麼條件才能申報此項費用？	1. 家戶調查內容、蒐集欄位及格式，請參考本問答輯之照護對象面向序號1回復說明。 2. 依本方案規定，家戶調查費用以每名個案核實支付450元，並需檢附調查名單(包含必要蒐集內容)。 3. 本署將依承作院所上傳之調查名單，依個案數計算第一年籌備費，並於本署核定承作計畫之年度第4季結算時程，以補付方式撥付予承作院所。
	5	預防保健費用給付方式？	預防保健費用申報循現行國健署公告之辦理預防保健服務注意事項及申報規定辦理。本方案(草案)支應範圍涵蓋籌備費、專科門診等醫事人員論次費用、保障點值(補充點值差值)、回饋金等，並請承作醫院與當地院所共同合作，對照護對象進行有效健康管理。

面向	序號	問題	說明
	6	照護對象至非本方案承作團隊內院所(非鄉內)就醫，是否會納入鄉內就醫案件計算？	照護對象至非本方案承作團隊內之院所(非鄉內)就醫，因非本方案承作團隊所提供之服務，將不納入鄉內就醫次數計算。
	7	照護對象於全人整合照護團隊院所產生之醫療費用，是否均可申報全人整合照護方案之特定治療項目 G3？於全人團隊內(非鄉內)就醫是否納入鄉內就醫件數計算？應如何佐證？	照護對象如有已不適合於鄉內就醫，有必要由山上轉診至位於鄉外之本方案承作團隊內之院所接受全人照護時，該轉診案件納入鄉內就醫件數計算，轉診案件申報方式如下：門診醫療費用點數申報格式之「轉診、處方調劑或特定檢查資源共享案件註記」欄位填報 G3、「轉診、處方調劑或特定檢查資源共享案件之服務機構代碼」欄位填報本方案計畫代碼(如「G111014511」)、任一「特定治療項目代碼」欄位填報 G3。
	8	本方案各承作計畫代碼編列原則	1、本方案比照 IDS 計畫，各項醫療費用點數申報時，需於「山地離島地區醫療服務計畫代碼」欄位應填寫規定代碼，代碼編列原則如下： (1)第 1 碼：G (2)第 2-6 碼：實施起始年月(11401) (3)第 7-10 碼：執行鄉鎮地區代碼。如執行地區包括 2 個(含)以上鄉鎮，擇一鄉鎮之地區代碼編列。 舉例：花蓮縣秀林鄉：G111014511 2、如執行地區新一期計畫屬前期原承作院所持續執行，則計畫代碼不變。
	9	胃癌防治費用相關計畫及支付方式	1. 胃癌防治相關費用支付如下： (1)「胃幽門螺旋桿菌篩檢及監測計畫」之藥費、藥事服務費用依全民健康保險藥物給付項目及支付標準規定支付，其餘相關項目及流程依該計畫規定辦理。 (2)碳-13 尿素呼氣檢查幽門螺旋桿菌感染依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準支付。

面向	序號	問題	說明
			2. 「胃幽門螺旋桿菌篩檢及監測計畫」屬國民健康署委託國立台灣大學辦理，計畫內容不得任意公開，且僅部分鄉鎮執行，如屬執行該計畫之合作特約服務醫事機構，欲詢問該計畫細節，請洽詢當地衛生主管機關或委託單位。
	10	本方案第一期(111-113年)承作醫院(A醫院)，如經公開評選為本方案第二期(114-116年)承作醫院，請問A醫院於114年，是否有第一年籌備費(家戶調查費用)可申請？	1. 依本方案柒、照護對象規定，照護對象擇定條件除承作院所自選名單外，另包括計畫公告前一年，涉設籍且在保於執行地區有就醫申報紀錄之民眾(排除死亡名單)，且應照護對象名單本署得與承作院所討論是否增減，經確認後核定。 2. 考量113年IDS專款預算新增2.5億元，用於擴大辦理全人整合照護方案，本方案支付內容新增「新承作院所第一年籌備費」。如承作醫院(A醫院)第一期(111年-113年)與第二期方案(114年-116年)執行地區相同，其第二期方案應照護名單中個案，如屬第一期照護對象者，不予支付該個案家戶調查費用(每名450元)；如非屬前一期照護對象者，則每名個案得核實支付家戶調查費用。
	11	本方案第一期(111-113年)承作醫院(A醫院)，如經公開評選為本方案第二期(114-116年)承作醫院，請問A醫院「其他特定醫療服務、促進健康照護或提升醫療服務品質之費用」，得否比照「醫事人員支援費用」，編列金額以不高於最近一期IDS計畫或本方案同項費用或	依本方案「其他特定醫療服務、促進健康照護或提升醫療服務品質之費用」規範，編列金額以不高於最近一期IDS計畫、本方案或相關方案支付標準項目點數為原則。

面向	序號	問題	說明
		相關方案……為原則？	
	12	當本方案回饋金低於原IDS計畫評核指標費用，以原IDS計畫評核指標費用作為核付金額時，有關評核指標項目，是使用本方案指標或原IDS計畫指標計算回饋金？	IDS計畫轉型本方案後，評核指標項目係以本方案評核指標項目計算回饋金。
	13	籌備費計算依據 (第2版新增)	1、依本方案規定，籌備費指承作院所進行照護對象家戶調查，並依調查名單核實支付費用，計算依據將以承作院所已完成家戶調查並上傳之家戶調查名單人數計算。 2、惟考量承作院所於執行地區如以普查方式進行家戶調查，並進行後續照護對象篩檢及收案，已投入人力資源，雖調查名單與後續本署核定之照護對象名單不同，基於院所權益及 114 年本方案屬擴大推動階段，承作院所已完成家戶調查並上傳之個案名單，無論後續有無核定為照護對象，籌備費仍以上傳之名單人數計算。
	14	籌備期間是否可延長辦理期限？ (第2版新增)	本署113年8月19日公告修訂本方案內容，各分區業務組業於113年10月至11月間核定轄內執行地區及其承作院所，依方案規定，籌備期間僅餘1至2個月，考量前述行政流程所需，惟致院所無法如期完成家戶調查，屬無法歸責於院所之因素，爰將同意各承作醫院籌備期間展延至114年3月31日止。
	15	承作院所計畫書是否得編列個案管理費 (第2版新增)	承作院所所提計畫書如編列個案管理費，屬本方案之「其他特定醫療服務、促進健康照護或提升醫療服務品質之費用」，依方案規定，係由分區業務組與承作院所協議後因地制宜編列，且基於鼓勵醫療院所於執行地區提供全人整

面向	序號	問題	說明
			合性照護的服務與合作機制之方案精神，承作院所得針對核定之照護對象編列個案管理費。
評核指標	1	提出計畫書申請時是否就需有評核指標數據呢？全人方案照護因地制宜，故健康管理指標、照護指標等設定是否待核定為承作醫院後才能設定呢？	1. 依本方案柒、照護對象規定，本署得與承作院所討論照護對象名單是否增減，另本方案規定，部分評核指標項目係以照護對象作為統計基礎，考量分區業務組核定執行地區及其承作院所時，應照護名單有尚需確認及討論之可能性，爰特約院所向本署申請本方案時，可於計畫書內敘明自評之評核指標目標值及效益。 2. 各分區業務組得於本署核定承作院所及其應照護對象名單後，於實施日期前與承作院所參考歷年執行成效後訂之。
	2	評核指標執行情形是否可以每季回饋？	健康管理指標執行情形由衛生福利部各主管機關提供，本署將與相關司署溝通，請各司署以每半年或每季提供執行值。餘由本署計算之醫療照護指標及其他政策指標，本署將以季為單位回饋執行值予承作院所。
	3	指標內所提「鄉民人數」，「戶籍人口數」，有何差異性？	有關大腸癌、乳癌、子宮頸癌篩檢率定義所指「鄉民」，以該地區戶籍人口數為原則。
	4	本方案「孕產婦產檢達成率」指標於山上不易達成。	「孕產婦產檢達成率」指標於山上不易達成部分，本方案已訂定指標預期目標值可由分區業務組與承作院所參考該執行地區歷年執行成效後訂之，以保有因地制宜之執行彈性及調整空間。
	5	照護對象於全人整合照護團隊之院所就醫，是否納入各項評核指標成績？	各項評核指標統計定義依本方案拾壹、評核指標規定辦理。
	6	評核指標是否僅計算已完成家戶調查之個案？ (第2版新增)	本方案部分評核指標(如可避免住院數、B、C型肝炎病人接受完整追蹤照護比率等)，係以照護對象作為計算基礎，考量方案精神為鼓勵醫療院所於執行地區提供全人整合性照護的服

面向	序號	問題	說明
			務與合作機制，且照護對象擇定條件為執行地區在地保險對象(如設籍且在保於執行地區有就醫申報紀錄或經院所評估為在地且有照護需求之民眾)，如因承作院所未及於完成家戶調查，前述評核指標計算則排除該類個案，似不符合方案精神，爰以照護對象作為計算基礎之評核指標，應仍以核定之照護對象計算。