

「100 年度西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫」相關說明

序號	問題	說明
1	西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫收案對象，排除家庭醫師整合計畫及各項醫療給付改善方案之個案，其中所指醫療給付改善方案之項目為何？	本計畫所稱醫療給付改善方案之範疇為糖尿病、氣喘、高血壓、BC 肝追蹤個案方案及精神分裂症等五項。
2	參與本計畫之診所，計畫期間診所變更負責人，如何處理？	診所實施期間變更負責醫師，新負責醫師不可承接舊診所收案對象，舊醫事服務機構視同退出，故不予計算該退出診所或醫師之成效評量費用。
3	診所申請參加本計畫即包括該診所所有醫師，或申請參與本計畫時應載明醫師始得參加？	1. 查本計畫第陸條第二項規定：「參與計畫之特約診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。」。 2. 經據前項規定，申請參與本計畫之診所及診所內之所有專任醫師均不得有違規情事。
4	陸、計畫執行第二點「參與計畫之特約院所及醫師於參與計畫之日起前 5 年內，無特管法第 36 條至	參與診所經保險人處分者，雖然處分仍在救濟程序中，仍應依本項規定，不得參加本計畫。

序號	問題	說明
	38 條中各條所列違規情事之一，且經保險人處分者」，對於經保險人處分者是否包括申復、爭議、訴願及因前述原因暫緩執行者？	
5	收案人數為建議照護對象之 80% 以上，若 3/15 前 VPN 登錄未達 80%，是否與本計畫規定不符，應通知退出本計畫？	宜先提醒參與診所，若院所不願配合改善，則不符本計畫規定，請通知退出本計畫。
6	因 2 月適逢春節，建議將診所申請參與期限往後延至 2/28；至健保資訊網服務系統上傳照護對象基本資料延至 3/31；基本承作費用之核付延至 5/31。	本計畫各項作業時程，仍請依公告規定辦理。
7	本計畫伍~二被照護之保險對象不須登記或簽署同意文件，請問院所是否需主動告知被照護之保險對象？	建議參與院所主動通知照護對象，以利診所填寫西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫收案對象照護單。
8	本計畫陸~二參與計畫之特約診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。 請問違規 5 年之時間點如何計算(是以處分日或發文日)？	違規時間點是以健保局處分函之發文日期計算。

序號	問題	說明
9	<p>三、本計畫捌~一提供收案名單予基層照護診所健康管理，收案人數為照護對象之 80%以上。若參與院所收案人數未達 80%以上是否給付相關費用，另 80%以上是否含 80%。</p>	<p>收案人數為照護對象之 80%以上，係為等於或大於 80%。</p>
10	<p>四、本計畫玖~一參與本計畫之診所，100 年 3 月 15 日前需至健保資訊網服務系統 VPN (http://10.253.253.242/idcportal/)上傳照護對象基本資料。請問上傳格式為何？</p>	<p>照護對象收案名單維護作業請至健保局全球資訊網之網址： www.nhi.gov.tw，相關路徑：醫事機構/醫療費用支付/醫療費用給付規定/全民健康保險總額支付制度/100 年/西醫基層 (http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=20&menu_id=710&webdata_id=3630&WD_ID=)。</p>
11	<p>五、本計畫拾~三費用核付： 基本承作及成效評量費用之核付，參與院所是否須主動提出申請？</p> <p>(三) 轉診規定及費用核付： 1. 被照護之保險對象經醫師轉診，若診所申報項次 16「轉入之院所代號或原處方醫療機構代號」：填報「A 診所轉診院所代號」而被照護之保險對象</p>	<p>1. 基本承作及成效評量費用之核付，參與計畫院所不需另行提出申請。 2. 健保局各分區業務組依上傳資料及照護對象基本診療照護項目執行情形，辦理基本承作費用之核付。</p> <p>1. 填報「A 診所轉診院所代號」而被照護之保險對象自行跑到 B 診所，或接受轉診之院所未依規定申報，因勾稽不成功，則不予核付轉診費用。</p>

序號	問題	說明
	自行跑到 B 診所，請問是否有給付轉診費用。請問轉出院所依相關規定申報，而接受轉診之醫療院所未依相關規定申報是否給付轉診費用？	2 預訂於 101 年 2 月執行院所轉出及轉入勾稽比對，經確認符合前述申報規定者，據以核付本項獎勵費用每件 50 元。
12	另已參與家庭醫師整合性照護計畫之院所，得知本計畫後想終止家醫計畫加入本計畫，請問是否可以？若可以，那可收案名單是否貴組會再另外提供。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 參與家庭醫師整合性照護計畫之院所，並未規定不得再參與本計畫，惟本計畫收案對象，以不與家庭醫師整合性照護計畫之個案重疊為原則。 2. 若有參與家庭醫師整合性照護計畫之院所，得知本計畫後想終止家醫計畫加入本計畫乙節，仍請院所審慎評估，健保局不另外提供收案名單。
13	收案可否分批分次點選上傳？收案點選上傳後，於 3/15 前是否可刪除？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100 年西醫基診所以病人為中心整合照護計畫資訊設計是將照護對象名單建置於 VPN，參與診所勾選收案對象後即可上傳至 VPN。 2. 若參與院所欲變更收案對象，應於 100 年 4 月 15 日前至健保資訊網服務系統 VPN 執行查詢、新增及刪除等作業。
14.	收案對象照護單是否須在 3/15 前黏貼於病歷或存於電子病歷備查？	本計畫收案對象照護單應於 100 年 5 月 31 日前黏貼於病歷或存於電子病歷備查，以為基本承作費用核付依據。
15	100 年西醫基層診所以病人為中心照護計畫與家庭醫師整合性照護計畫雖然是兩個不同的計畫，但計	1. 家庭醫師整合性照護計畫為社區醫療群，以群體力量提供醫療服務，西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫為個別診

序號	問題	說明
	<p>畫內容確極為相似，惟家醫計畫須辦理月會、個案討論、衛教、巡診、24小時電話及滿意度，另醫師還須上認證課程等等。而以病人為中心照護計畫確不用辦理上述項目，可否將兩方案整合。</p>	<p>所提供照護。</p> <p>2. 西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫是彌補沒有參加家庭醫師整合性照護計畫的診所，亦能提供其忠誠病人完整照護，以扎根家庭醫師之概念。</p>
16	<p>有關於本計畫加註全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 36 條至 38 條修正前之對照表(第 64-67 條)。</p>	<p>有關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，係為原條文之 65、66 及 67 條，故如診所於參與本計畫之日前 5 年內有因修正前，因特管辦法第 65 至 67 條中所列違規情事之一，且經保險人處分者，不得參加本計畫。(修正前後對照條文詳附件)</p>
17	<p>部分醫師表示，該計畫未要求醫療服務品質。讓醫師感受是藉由基層醫師限制照護對象之醫療利用；支付轉診獎勵費用卻未要求病人轉診結果資訊之提供與傳遞。</p>	<p>1. 本計畫收案對象為(1)慢性病個案依醫療費用分為十等分位，選取最高之 2 等分位。(2)非慢性病個案依醫療費用分為 100 等分位，選取最高之 2 等分位病患。(3)門診高利用個案為門診就醫次數\geq50 次之病患。過度使用(over-use)或提供太多醫療服務(too much care)將使醫療服務潛在風險大於潛在利益，為減少前述醫療照護品質的問題，本計畫訂定平均就醫次數與平均每人醫療費用兩項成效評量指標。</p> <p>2. 依全民健康保險特約醫院診所辦理轉診及轉檢作業須知第三</p>

序號	問題	說明
		<p>條第一項規定， 特約醫院、診所接受轉診之保險對象後，門診於三日內，住院於十四日內，將處理情形及建議事項通知原轉介之特約醫院、診所。</p>
18	<p>建議於 VPN 提供下載／列印「收案名單及照護對象基本資料」功能，俾利院所辦理後續醫療照護服務。</p>	<p>1. 基於資訊安全，故不提供「收案名單及照護對象基本資料」供診所下載或列印。</p> <p>2. 本計畫之參與診所需填寫「西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫收案對象照護單」，以供後續醫療照護之參考。</p>
19	<p>應規範接受轉診院所必需詳載之處理情形和建議事項，俾利原轉介院所追蹤轉診治療結果。</p>	<p>全民健康保險特約醫院診所辦理轉診及轉檢作業須知第三條第一項規定， 特約醫院、診所接受轉診之保險對象後，門診於三日內，住院於十四日內，將處理情形及建議事項通知原轉介之特約醫院、診所。</p>
20	<p>轉診之院所依規定申報，而接受轉診之院所未依規定申報轉入院所，致轉診費用勾稽不成功，應如何因應？</p>	<p>請分區業務組加強本類案件申報作業之輔導。</p>
21	<p>建議醫師退出「家庭醫師整合性照護計畫」後，能將收案對象轉由本計畫收案。</p>	<p>100 年西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫係由本局依據收案條件篩選名單，故如退出「家庭醫師整合性照護計畫」之診所，其原收案對象，不得轉由本計畫收案。</p>
22	<p>院所擔心參加本計畫收案後，給予照護個案整合性</p>	<p>對於參與本計畫之院所，因提供整合性醫療增加單件醫療費用</p>

序號	問題	說明
	醫療，致院所費用成長，可能因此被列為重點管理院所，未來在專業審查部分，可能遭核減，會降低加入本計畫意願。	乙節，本類申報案件，將請醫審及藥材組於審查時列入考量。
23	100 年度西醫基層診所以病人為中心照護計畫之成效評量指標包含診所照護對象在醫院及西醫基層門診之平均每人就醫次數及醫療費用下降(與去年同期比較)，似乎不合理。對於每月平均就醫次數本來就低之院所，要求下降有其困難，建議修正與參與本計畫所有照護對象之平均每人就醫次數及醫療費用比較？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本計畫收案對象為(1)慢性病個案依醫療費用分為十等分位，選取最高之 2 等分位。(2)非慢性病個案依醫療費用分為 100 等分位，選取最高之 2 等分位病患。(3)門診高利用個案為門診就醫次數≥ 50 次之病患。 2. 至於本計畫之成效評量指標平均就醫次數與平均每人醫療費用，係依收案對象特性訂定。
24	100年度西醫基層診所以病人為中心照護計畫之照護對象將由健保局提供名單，是否可選擇性收案？	參與本計畫之診所需依本局提供之照護對象，收案人數為照護對象之 80%以上。
25	若申請加入100年西醫基層診所以病人為中心照護計畫，而未執行是否會遭處分？	如已申請參加計畫，請依規定上傳照護對象名單，如未依規定辦理，未來該診所申請其他各項試辦計畫，將列入觀察名單。
26	100年西醫基層診所以病人為中心照護計畫之照護對象要如何查詢？	本計畫照護對象之查詢方式，請參考「100 年度西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫」照護對象收案名單維護作業，上開資料業置放於本局全球資訊網。本局全球資訊網之網址：

序號	問題	說明
		<p>www.nhi.gov.tw，相關路徑：醫事機構/醫療費用支付/醫療費用給付規定/全民健康保險總額支付制度/100年/西醫基層 (http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=20&menu_id=710&webdata_id=3630&WD_ID=)。</p>
27	<p>西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫已勾選收案照護名單，後來如符合CKD或其他疾病改善方案收案條件，該如何處理？</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本計畫第捌條第四項規定，本計畫之收案對象，排除已參加家庭醫師整合計畫或各項醫療給付改善方案等個案。 2. 經據前開規定，該診所之收案對象不得再參加該診所之CKD或其他疾病改善方案。

附件

全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法修正條文對照表		
修正後條文	原條文	說明
<p><u>第三十六條</u> 服務機構有下列情事之一者，以保險人公告各該分區總額最近一季<u>確認之平均點值計算</u>，扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額：</p> <p>一、未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務。</p> <p>二、未經醫師診斷逕行提供醫事服務。</p> <p>三、處方箋或醫療費用申報內容為病歷或紀錄所未記載。</p> <p>四、未記載病歷或未製作紀錄，申報醫療費用。</p> <p>五、申報明知病人以他人之保險憑證就醫之醫療費用。</p> <p>六、<u>第三十八條第三項</u>，容留非依醫事人員法令規定之人員，執行應由特定醫事人員執行之業務。 前項應扣減金額，保險人得於應支付服務機構之醫療費用中逕行扣抵。</p>	<p><u>第六十五條</u> 保險醫事服務機構有下列情事之一者，保險人應扣減其醫療費用之十倍金額：</p> <p>一、未依處方箋或病歷記載提供醫療服務。</p> <p>二、未經醫師診斷逕行提供醫療服務。</p> <p>三、處方箋之處方或醫療費用申報內容與病歷記載不符。</p> <p>四、未記載病歷，申報醫療費用。</p> <p>五、除第六十七條第一項第四款至第十一款所定情事外，有容留人員違反醫事人員法令，擅自執行應由特定醫事人員執行之醫療業務，且該人員經衛生主管機關處分或經判刑確定。</p> <p>前項應扣減之醫療費用，保險人得於保險醫事服務機構應領之醫療費用中逕行抵扣。</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、因應本保險各類醫療費用總額支付制度之實施，避免保險人執行相關扣減作業爭議，明定保險醫事服務機構受扣減之金額，以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算，爰修正第一項序文。</p> <p>三、配合實務作業發現，增列違約之樣態事項，予以明確規範，以為遵循，爰修正第一項第一款、第三款、第四款。</p> <p>四、為防杜保險對象冒用他人（含已死亡）之保險憑證就醫，爰增訂第一項第五款。</p> <p>五、為使語意明確，爰修正第一項第六款文字，並配合本次全案修正，修正對應條文。</p>
<p><u>第三十七條</u> 服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人應予停約一至三個月。但於特約醫院，得就其違反規定部分之服務項目或科別停約一至三個月：</p>	<p><u>第六十六條</u>（第一項） 保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人應予停止特約一至三個月，<u>或就其違反規定部分之診療科別或服務項目停止特約一至三個月</u>：</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、為使語意明確，爰修正各款文字，並配合本次全案修正，修正對應條文，並未變更其實質內涵。</p>

附件

全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法修正條文對照表		
修正後條文	原條文	說明
<p>一、違反本法第五十八條、第六十二條規定，經保險人分別處罰三次後再有違反。</p> <p>二、違反依第三十五條規定受違約記點三次後，再有違反。</p> <p>三、經扣減醫療費用三次後，再有前條規定之一。</p> <p>四、以保險對象之名義，申報非保險對象之醫療費用。</p> <p>五、以提供保險對象非治療需要之藥品、營養品或其他物品之方式，登錄就醫並申報醫療費用。</p> <p>六、拒絕對保險對象提供適當之醫事服務，且情節重大。</p> <p>七、未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。</p> <p>八、其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用。</p>	<p>月：</p> <p>一、違反本法第五十八條、第六十二條規定，經保險人分別處罰三次後再有違反。</p> <p>二、依第六十四條規定受違約記點三次後，再有同條規定情事之一。</p> <p>三、經扣減醫療費用三次後，再有前條規定情事之一。</p> <p>四、收治非保險對象，而以保險對象之名義，申報醫療費用。</p> <p>五、登錄保險對象保險憑證，換給非對症之藥品、營養品或其他物品。</p> <p>六、拒絕對保險對象提供適當醫療服務，且情節重大。</p> <p>七、未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。</p> <p>八、其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用。</p>	
<p>第三十八條 服務機構有下列情事之一者，保險人應予終止特約。但於特約醫院，得就其違反規定部分之服務項目或科別停約一年：</p> <p>一、服務機構或其負責醫</p>	<p>第六十七條（第一項、第三項）</p> <p>保險醫事服務機構有下列情事之一者，應予終止特約，或就特約醫院違反規定部分之診療科別或服務項目停止特約一年：</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、為確保保險對象醫療品質，保險醫事服務機構或其負責醫事人員應受終止特約情事之一之曾受違約處分，其期間修正為於十年內之處分，</p>

全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法修正條文對照表		
修正後條文	原條文	說明
<p>事人員依前條規定受停約，經執行完畢後<u>十年內再有前條規定之一。</u></p> <p>二、以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大。</p> <p>三、違反醫事法令，受衛生主管機關廢止開業執照之處分。</p> <p>四、<u>容留未具醫事人員資格之人員為保險對象執行各該醫事人員之業務。</u></p> <p>五、停約期間，以不實之就診日期申報，對保險對象提供之服務費用，或交由其他服務機構申報該服務費用。</p> <p>六、依第一款至前款規定，受終止特約或停約一年，期滿再申請特約後，經查於終止特約或停約一年期間，有前款所定情事。 依前項規定終止特約者，自終止之日起一年內，不得再申請特約。 <u>第一項第四款，於醫療機構容留未具醫事人員資格，執行醫師以外醫事人員之業務者，已依第三十六條規定處分執行者，得免終止特約。</u></p>	<p>一、<u>保險醫事服務機構或其負責醫事人員依前條規定受停止特約，經執行完畢後二年內再有前條規定情事之一。</u></p> <p>二、以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，其情節重大。</p> <p>三、<u>因違反醫療管理相關法規，經衛生主管機關廢止開業執照處分。</u></p> <p>四、<u>特約醫院及診所容留未具醫師資格之人員為保險對象診療或處方。</u></p> <p>五、<u>特約藥局容留未具藥事人員資格之人員為保險對象調劑。</u></p> <p>六、<u>特約醫事檢驗所容留未具醫事檢驗人員資格之人員為保險對象檢驗。</u></p> <p>七、<u>特約醫事放射所容留未具醫事放射人員資格之人員為保險對象施行放射業務。</u></p> <p>八、<u>特約居家護理機構容留未具護理人員資格之人員擅自執行護理業務。</u></p> <p>九、<u>特約助產機構容留未具助產人員資格之人員為保險對象提供助</u></p>	<p>爰修正第一項第一款。</p> <p>三、現行條文第一項第四款至第十一款之保險醫事服務機構容留未具醫事人員資格人員之規定，併為修正條文第一項第四款規範；惟將醫療機構容留未具醫事人員資格執行醫師以外醫事人員之業務者，另為修正條文第三十六條第一項第六款扣減金額之處分，以符比例原則，爰增列第三項。</p>

附件

全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法修正條文對照表		
修正後條文	原條文	說明
	<p><u>產服務。</u></p> <p><u>十、特約物理治療所容留未具物理治療人員資格之人員為保險對象提供物理治療服務。</u></p> <p><u>十一、特約職能治療所容留未具職能治療人員資格之人員為保險對象提供職能治療服務。</u></p> <p><u>十二、依前條規定受停止特約期間，仍繼續於保險對象保險憑證上登錄，並以不實之就診日期申報醫療費用，或交由其他保險醫事服務機構申報。</u></p> <p><u>十三、依第一款至第十二款規定，受終止特約或停止特約一年，期滿再申請特約後，經查於終止特約或停止特約一年期間，仍繼續於保險對象保險憑證上登錄，並以不實之就診日期申報醫療費用，或交由其他保險醫事服務機構申報。</u></p> <p><u>依第一項規定受終止特約者，自終止之日起一年內，不得申請特約。</u></p>	