

減少照護機構住民至醫療機構就醫方案問答集

更新時間 109.12.17

類型	項次	問題(Q)	回應內容(A)
方案 內容	1	本方案是否限制所有長輩都須由同間醫療院所看診，或可因應長輩之習慣或心理因素，由長輩選擇？	<p>本案並未完全禁止外出就診，而是希望降低頻繁外出就醫可能造成之感染風險，由照護機構與單一醫療機構簽約，專責進行住民健康管理，如機構已與 A 診所簽約，即由 A 診所負責個案之健康管理，惟本案係採獎勵照護機構輔導長輩減少外出就醫，避免感染風險，但長輩仍可至習慣的 B 診所就診。</p> <p style="text-align: right;">(長照司)</p>
	2	依現行規定照護機構僅可與單一醫療機構簽約，若原有之合約醫療機構非屬社區醫療群，是否需更換？	<p>為提供以個案為中心且符合個案需求之醫療服務，本方案獎勵醫療機構係以已加入社區醫療群之診所、醫院、衛生所及榮譽國民之家醫務室為主；另為提供緩衝期間，如醫學中心及未加入社區醫療群之診所於本方案施行前已與照護機構簽約者，得加入本方案並繼續提供服務，惟仍應落實單一專責醫療機構機制始得成為本方案獎勵對象。</p> <p>未加入社區醫療群之診所需於一年內加入社區醫療群提供服務，一年內未加入則取消獎勵資格，與醫學中心簽約者應於當次合約結束前另尋符合資格之醫療機構，當次合約結束後醫學中心不得繼續提供服務。</p> <p style="text-align: right;">(長照司)</p>
	3	本方案是否強制照護機構加入，或可自由參加？	<p>本方案係為獎勵性計畫，非強制加入，惟考量機構之服務品質及住民健康，仍鼓勵機構多加參與。</p>
	4	照護機構住民之就醫需求多元，需求的醫師科別是由機構還是地方政府提出？是否有科別或數量等限制？	<p>考量住民之個別化需求，應由照護機構針對收住住民健康情形進行評估後，與可提供適當診療之醫療機構簽訂合約，至醫療機構專科醫師科別及數量等未有限制，計畫中列出內科、家醫科、神經科、復健科等，係考量長照機構之屬性所提之優先建議科別。</p> <p style="text-align: right;">(長照司)</p>
	5	每位醫師健康管理人數上限為 50 人，若其中有人死亡或住民替換，如何計算？	<p>為資料計算之確實及便利性，有關健康管理 50 人之計算，將以長照機構暨人力管理系統之入住天數(總人日數)及健保資料勾稽，如有住院、急診等情形皆會扣除，故照護機構對於機構住民資料登打要注意資料即時性、正確性及完整性。</p> <p style="text-align: right;">(長照司)</p>
	6	若因醫療資源差異致無醫療機構可簽約，應如何處理？	<p>考量對機構住民之便利性及醫療資源分布，醫療機構於 1 比 50 的範圍內，可以同時與不同照護機構簽訂合約，尚無醫療機構可簽約者，可由地方政府協助提供名冊供參考及協助媒合，地方政府亦可洽請當地醫師公會提供協助</p>

減少照護機構住民至醫療機構就醫方案問答集

更新時間 109.12.17

類型	項次	問題(Q)	回應內容(A)
			<p>(本部前已函轉各縣市醫師公會窗口供地方政府參考)，必要時可由中央各主管機關協助。</p> <p style="text-align: right;">(長照司)</p>
	7	本方案是否限制醫師只能為 50 位住民看診?	<p>考量主責醫師應對負責之住民健康情形有一定之了解，本方案僅訂定每位醫師可負責 50 名個案之健康管理，但並未限定只能對 50 位住民看診。</p> <p style="text-align: right;">(長照司)</p>
	8	一位醫師是否可以主責多間機構?	<p>考量主責醫師應對負責之住民健康情形有一定之了解，且評核指標將隨計畫執行進行增修，如該醫師已主責機構 A 住民之健康管理，而個案數尚未達 50 名，則至多可再與 B 機構簽約，惟總個案量不得超過 50 名，即單一醫師至多主責兩間機構。</p> <p style="text-align: right;">(長照司)</p>
評核 指標	1	平均就醫次數之定義為何?	<p>就醫次數之計算係以醫療機構向健保署申報之醫事服務西醫門診案件數，並考量就醫之性質，排除「健保署代辦案件」、「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「病理中心」、「交付機構」、「補報部分醫令或醫令差額」、「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」及「同一療程及排檢」案件。</p> <p>同一療程係指全民健康保險醫療辦法第 8 條規定，於一定期間施行之連續治療療程；另必要之急診及轉診亦不計入。</p> <p style="text-align: right;">(健保署)</p>
	2	請問洗腎、復健及化療等如何計算就醫次數?	<p>考量洗腎、復健及化療之就醫性質並依全民健康保險依療辦法第 8 條規定，係以一個療程為一次計算，即洗腎及化療自首次治療日起 30 日內治療為療程，西醫復健則以自首次治療日起 30 日內、6 次以內治療為療程。</p> <p style="text-align: right;">(健保署)</p>
	3	有關照護機構指標 3 之營養師照護達成條件為何?是否必須為合約醫療機構之營養師?	<p>考量本案為新獎勵計畫，為鼓勵機構參與，初期僅需有配合之營養師提供營養諮詢及評估即可算達成，不一定需為合約醫療機構提供營養師，現行護理之家之兼職營養師、或地方政府協助媒合社區醫療中心之營養師皆可，後續將視計畫執行情形調整或增修指標。</p> <p style="text-align: right;">(長照司)</p>

減少照護機構住民至醫療機構就醫方案問答集

更新時間 109.12.17

類型	項次	問題(Q)	回應內容(A)
	4	為完成本方案醫療機構指標3,與照護機構簽約之醫事服務機構需配合事項	<p>一、本方案醫療機構指標3為「照護機構住民診斷為糖尿病者,其HbA1c良率(HbA1c<8.5%)達成率」由中央健康保險署定期產製資料。</p> <p>二、本指標分子係指機構住民診斷為糖尿病(診斷碼為ICD10 E8-E13;包括主診斷碼及次診斷碼)之人數中,其HbA1c檢測值達<8.5%之人數。其HbA1c檢驗結果資料取得,係依據全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案之即時上傳檢驗(查)結果。</p> <p>三、現行全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案之即時上傳檢驗(查)結果為獎勵項目,非強制性上傳,故鼓勵參與本方案之醫事服務機構皆需配合參加全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案,並依期限上傳HbA1c數據,以免影響指標數據計算及獎勵。</p> <p style="text-align: right;">(健保署)</p>
	5	健康管理之評核指標為何僅有糖尿病者HbA1c良率?	<p>考量本案係新獎勵計畫,為鼓勵機構參與,評核指標初期僅訂定糖尿病指標,但醫療機構需負責所有住民之健康管理,非僅針對糖尿病患者;後續將依本案執行情形增修指標,加入其他慢性病管理。</p> <p style="text-align: right;">(長照司)</p>
系統及行政流程	1	如何使用支審系統進行指標查核?	<p>為本計畫之便利性及加速執行,本計畫預計新增系統功能,由地方政府於支審系統審核機構是否達成指標,其中多數指標由健保資料庫產出,並由中央匯入支審系統,地方政府僅需確認醫療機構是否與簽約之照護機構建立專責管理機制,及照護機構是否媒合專責營養師。</p> <p style="text-align: right;">(長照司)</p>
	2	本方案獎勵費用之撥付流程為何?	<p>為本計畫之便利性及加速執行,本案由長照2.0服務費用支付審核系統審核各項指標達成情形後,以該系統支付費用予各機構。</p> <p style="text-align: right;">(長照司)</p>