

# 減少照護機構住民至醫療機構就醫方案說明會 會議紀錄

時間：109年5月15日(星期五)下午2時

地點：本部301會議室

主席：薛瑞元次長

出席人員：如簽到表

紀錄：王銀漣

壹、主席致詞：略

貳、業務單位報告：略

參、與會人員發言摘要

社團法人台灣長期照顧發展協會全國聯合會：

- 一、長照機構僅與單一醫療院所簽訂合約沒有問題，但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？
- 二、轉診的計算是否可排除非急性、但於週末或假日之就診。
- 三、合約醫師如請假是否由代理人看診？
- 四、如住民需轉診，是否需刷兩次健保卡？另轉診方式的方便性很重要，若還需要有人去醫院拿轉診單，也會有感染風險，是否可簡化為電話、傳真或 e-mail？
- 五、醫師巡診及換管等是否也計入就醫次數？若有計入次數一下就滿了。

社團法人台灣老人福利機構協會：

- 一、若本方案為常態執行，獎勵費用是否也會持續？

- 二、依現行健保規定機構僅可與單一機構簽約，若原有之醫療機構非屬社區醫療群，是否需換約？希望半年內的舊約不需重新簽約。
- 三、依協會的統計，每人每年平均就醫次數為 48 次，要降到 24 次較困難，建議須就診特殊科別(如牙醫、眼科)、慢籤等可排除；另外，失智患者現行須由神經內科開藥，建議用藥穩定後可由家醫科開藥。
- 四、有關遠距看診之硬體設備及網路頻寬升級等，是否可明定或另外補助？
- 五、需考量醫療機構之簽約意願，因現行案量不高的狀況醫師也不願意至機構看診，未來是否即使僅少數住民有需求醫師也會來？
- 六、本方案之背景係考量嚴重特殊傳染性肺炎之防疫，若醫療機構因疫情無法提供服務，是否可有備用之醫療機構。
- 七、方案中醫師資格條件寫的是主責醫師對住民進行診療，而非健康管理，建議在方案中將診療及健康管理界定清楚。
- 八、依健保署規定，醫事服務機構至照護機構提供診療服務提高為每週 5 個時段，故醫院至機構巡診可提高服務量，但依本方案規定，主責醫師只能到單一照護機構，是否就不能去其他機構？
- 九、本方案是否強制照護機構加入，或可自由參加？
- 十、加入社區醫療群需有合作醫院，但部分住民對於就診主導性較強，且榮民因就醫條件不同多至榮總就診，這些問題要如何克服？

## 財團法人台灣醫療改革基金會

- 一、 希望可看到機構簽約狀況、現行住民外出就診狀況及是否有資源差距等資料分析後，再調整計畫內容。
- 二、 在疫情下遠距醫療可能會成常態，惟非就診時段仍有就醫需求，是否可有 24 小時諮詢專線。
- 三、 為達成指標，照護機構是否可能直接將住民送急診？
- 四、 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？

## 台北市政府

- 一、 依長照機構設立許可及管理辦法第 34 條，長照機構需有醫師定期巡診，故每個機構設立時就有簽訂合約醫院。
- 二、 現行健保制度醫師去機構看診要做支援報備，要看診的住民名單也會給健保署核備，本方案希望以 1 比 50 的比例提供住民良好的照護，以現行的制度，醫師一個月去機構看 3 次可看 90 位住民，之後醫師就只能看那 50 個嗎？

## 社團法人臺灣護理之家協會

- 一、 有關外出就診次數，長照機構住民復健需求較高且為長期進行，健保已針對住民有每年 180 次的限制，且針對進到機構的復健也有嚴格限制，復健的次數是否可排除？
- 二、 轉診單是否可有簡化的方式，一次治療可能需要多次回診(如高壓氧治療)，如每次都須轉診只是增加行政作業。

## 台東縣政府

本方案在地方政府之分工跨衛生局及社會處，獎勵費用的撥付流程是否由部裡撥款予衛生局後，再由衛生局給社會處？

### **國軍退除役官兵輔導委員會**

- 一、本案之名稱為減少住民至醫療機構就診，但執行內容重點為進行住民之健康管理，似乎與減少就診次數較不相關。
- 二、有些診療無法在長照機構中提供，也要算入就醫次數嗎？建議就醫次數納入哪些科別等可有明確定義。
- 三、糖尿病照護應為團隊管理，包含營養師，但營養師是在照護機構指標，須由醫療機構配合提供，而獎勵金是給予照護機構，對醫療機構較不公平。

### **高雄市政府衛生局**

- 一、社區醫療群與機構簽約，可否由衛福部提供簽約範本予地方政府？
- 二、簽約是由社區醫療群，而非單一醫師，若有糾紛產生要如何認定？
- 三、有關照護機構的營養師指標，現行護理之家多有兼任營養師，是否可算已達成？

### **屏東縣政府衛生局**

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？

### **雲林縣政府衛生局**

- 一、獎勵經費是代辦還是納入地方政府預算？
- 二、希望中央提供本案諮詢窗口供地方政府諮詢。
- 三、使用支審系統進行審核及健保的指標計算等操作，希望可有教育訓練。
- 四、地方政府行政費用可支用之範圍為何？

### 新北市政府衛生局

- 一、照護機構是否可與不同縣市之醫療機構簽約？若可以由哪個縣市為主責單位？
- 二、健保署產製資料後由誰匯入支審系統？

### 桃園市政府衛生局

- 一、有關主責醫師之資格條件，是否有規定協同醫師需多少科別以上？
- 二、照護機構第 3 項指標之達成條件為何？

### 澎湖縣政府衛生局

請問衛福部部立機構是由地方政府還是社家署主責？

### 肆、本部綜合回應

#### 一、計畫內容部分：

- (一)如機構已與 A 診所簽約，則長輩如習慣至 B 診所就診，仍由 A 診所開立轉診單，並由 A 診所負責個案之健康管理。
- (二)長輩臨時急診不會計入就醫次數，如原先已預約好就診時間，因臨時情形而須提前，則可由醫師視訊後開立電子轉診單，

不會影響住民就醫權益。

- (三)轉診之方式及是否需掛號等問題，原則都依照現行健保模式處理。
- (四)依本方案之獎勵對象，照護機構原簽約之醫療機構非屬社區醫療群，仍可參加本方案，惟須加入社區醫療群提供服務。
- (五)牙科、眼科等亦為符合規定之西醫師，應由醫療機構進行安排，且計畫亦未規定不可外出就診，僅希望可降低次數。
- (六)失智患者須轉診之問題，如照護機構有較多失智患者，建議醫療機構可有神經內科加入團隊。
- (七)即使僅有少數住民有就醫需求，醫師仍須至機構看診，並進行主責住民之健康管理。
- (八)醫療資源的分布是個問題，醫療機構可以同時與不同照護機構簽訂合約，並由地方政府協助媒合；過去因醫生不習慣外診模式，且缺乏誘因，所以醫療機構不願簽約，可藉本計畫提供誘因，未來讓醫院走入社區。
- (九)1比50的比例是每位醫師負責50名個案之健康管理，並非只能對那50位住民看診；長照機構設立許可及管理辦法雖有規定須特約，惟本方案尚包含其他照護機構，雖於法條或評鑑基準有規定，仍希望藉由本方案落實健康管理，於現有健保基礎架構下，不影響健保現有的特約，讓照護機構與醫療機構關係更緊密，由醫師針對沒有要看診的住民提供健康管理諮詢，而非限制醫師只能就該50位住民看診。
- (十)照護機構之診療由一間醫療機構負責，由單一醫師為主責醫師，其餘為協同醫師，每週5次可由主責醫師安排不同科別

醫師看診；如甲、乙二位不同專科醫師，甲醫師可為 A 照護機構之主責醫師，乙醫師為 B 照護機構之主責醫師，並互為協同醫師。

(十一)有關轉診制度，仍需依照健保之轉診規範進行，在看診時段現行可以電子轉診，在照護機構中刷健保卡後再回去使用電子平台，不須有人親至醫院或診所拿轉診單。

(十二)健康管理做好就可減少住民外出就醫，是有因果關係；本方案是在現有架構下，進行深化推廣，藉由獎勵讓醫療機構與照護機構建立信任關係，故先以住民健康管理為首要，健康管理可以有很多項目，目前先以糖尿病為指標，我們希望以後醫病關係建立後可逐步擴大項目。

(十三)有關醫療院所是否限制僅列舉之專科醫師加入？計畫中所列科別僅為優先對象，並非限定僅有這些科別。

## 二、 指標項目部分：

(一)評核指標之健康管理目前僅訂定糖尿病指標，並非僅針對糖尿病患者進行健康管理，醫療機構需負責所有住民之健康管理，後續將依本案執行情形增修指標，加入其他慢性病管理。

(二)依據健保之統計數據，機構住民每人每年平均就醫次數 33 次，故「管理照護機構住民平均就醫次數」指標訂為每人每半年低於 14 次。

(三)有關照護機構為達到指標，是否會直接送急診或限制住民就醫，目前先以現行之品質指標，建立基礎資料，觀察是需求減少還是需求被壓抑，半年後將再修訂指標。

(四)有關照護機構指標 3，診所可能未有營養師，可由地方政府

協助媒合社區醫療中心營養師，現階段只要有就可以，未限定須由簽約醫院提供，如護理之家現有之兼職營養師亦可。

(五)復健是住民的重要需求，至機構診療於現行法規就有包含復健，次數會再請健保署計算，於符合推動本方案基本精神下評估是否不列入。

(六)針對就醫次數的定義，會再進行資料分析，目前先以現有的基礎資料，即每年每人 33 次來訂定指標為每人每年 28 次。

(七)糖尿病雖然是由團隊來進行管理，但最終需要照護機構安排妥適的飲食，由照護機構進行管理是較有效益的，故指標先置於照護機構，半年後會再檢討調整。

(八)有關巡診是否納入，醫師係依照合約進行巡診，並非巡診就等於就醫而刷健保卡，這點請大家注意。

(九)有關榮民的就診及住民就診意願等，應由照護機構自行評估合約醫療機構是否符合住民需求，且指標並未完全禁止外出就診，只是希望降低次數。

### 三、系統部分：

(一)為簡化行政作業，本案係由地方政府簽約，地方政府有單一窗口，並由支審系統進行撥款。

(二)有關健康管理人數之計算，將以長照機構暨人力管理系統之入住天數及健保資料勾稽計算。

(三)多數指標都將由健保系統計算產出後提供予地方政府審查，地方政府僅需確認是否建立專責管理機制，及是否有專責營養師等項目。

(四)健保產出指標資料後由中央匯入支審系統。

#### 四、 行政流程部分：

(一)本方案原則為延續性方案，經費來源為長照發展基金。

(二)本方案之遠距設備僅補助基礎功能，不包含網路頻寬，且希望醫師可多去機構了解健康管理之住民，建立信任關係，故一開始並不鼓勵遠距。

(三)本部將再提供契約範本供地方政府參考。

(四)本方案將另與會計單位協調，以不納入地方政府預算為方向。

(五)會後將另提供本案地方政府諮詢窗口，並將各類型機構諮詢窗口隨會議紀錄提供與會單位。

(六)行政費範圍與住宿式機構品質提升計畫相近，但不可編列人事費。

#### 五、 其他：

(一)簽約雖是由社區醫療群為代表，若有糾紛發生仍應以行為人為主。

(二)本方案是輔導鼓勵，非強制。

(三)本方案預計於今年6月上路，並將儘速整理問答集置於長照專區，地方政府也可儘速盤點轄內機構並進行輔導簽約或媒合。

伍、 散會：下午4時30分。

## 減少照護機構住民至醫療機構就醫方案說明會議

壹、時間：109年5月15日(星期五)下午2時

貳、地點：衛生福利部301會議室

參、主席：薛次長瑞元

單位	職稱	簽到
臺北市府	簡任技正 股長 股長 副科長	王孝芬 李幸珊 廖子婷 吳瑛華 符建熾 楊丹綺 社福黃思媛
高雄市政府	股長	陳文輝
基隆市政府	行政督導	陳敬閔
宜蘭縣政府	技士 社工 組員	蕭佳如 溫淑萍 鄒巧婕
苗栗縣政府	科員 護理師	黃俊源 黃加茵
臺中市政府	社工師	施振豐

單位	職稱	簽到
連江縣政府		視訊
新北市府		視訊
桃園市政府		視訊
臺南市政府	書記 / 社工	李喬筠 陳慧 林莉倩 邱郁萍
花蓮縣政府		視訊
臺東縣政府		黃耀昆
新竹縣政府		視訊
新竹市政府		視訊
南投縣政府		視訊
彰化縣政府		視訊
雲林縣政府		視訊
嘉義縣政府		視訊
嘉義市政府		視訊
屏東縣政府		視訊
金門縣政府		視訊
澎湖縣政府	社工	呂宜珊

單位	職稱	簽到
社團法人台灣長期照顧發展協會 全國聯合會		
社團法人台灣護理之家協會	理事長 常務監事	羅彩綺 胡連順
社團法人台灣老人福利機構協會	秘書長	吳素霞
財團法人台灣醫療改革基金會	副執行長	林積志
國軍退除役官兵輔導委員會	專委	時嘉愉

單位	職稱	簽到
衛生福利部中央 健康保險署	專員	蔡佩軒
衛生福利部國民 健康署	研習員	陳琮
衛生福利部社會 及家庭署		
本部資訊處		王宇迪
本部護理及健康 照護司	科長	曹淑芳
本部心理及口腔 健康司		
本部醫事司	技正	劉沛銀

單位	職稱	簽到
長照司	司長	程恩芳
輔導會	副研究員	謝佳蓉
長照協會全體	簡任技正	白恩惠
	副理事長	吳秉明