全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫問答集

115.10.22

題號	問題(Q)	說明(A)	備註
一、組織運作			
1	健保署提供固定就醫病人名單，其慢性病人照護可能由執登該院之次專科醫師或由其他醫院內科醫師支援： 1. 是否再開放如神經科之次專科專任醫師加入計畫？ 2. 部分地區醫院如長期透過跨層級合作計畫由其他醫院提供支援醫師人力，是否開放參與跨層級合作計畫支援醫師加入收案？ 3. 參與計畫之醫師可否為「兼任」醫師？ 4. 若醫院已有家庭醫學科、內科或兒科專科醫師，但他們皆不參與計畫，此情況下是否可以由其他專科醫師參與？	1. 為確保參與計畫會員得於最常就醫之地區醫院獲得完善且整合性醫療照護，參與醫師須為本計畫參與地區醫院之專任醫師。 2. 計畫規定僅在醫院「無」家庭醫學科、內科或兒科專科醫師的情況下，才得由其他專科醫師參與。若該院已有上述三科專科醫師，則不得改由其他專科醫師參與。	未修正
2	依據計畫規定之參與計畫團隊組成：與 1-2 家區域級以上醫院以及 5 家以上診所建立轉診合作機制，因計畫申請書需檢附團隊醫事機構合作醫院印章及負責醫師印章，因為公文往返各醫事機構需要時間，恐將超過計畫所寫之 2 個月申請期限，恐無法於期限內完成： 1. 因部分醫院於年初即與其他醫事機構簽訂醫療合作協議書，考量計畫申請時效，是否可以該醫療合作協議書替代？ 2. 合作醫院印章是否有限制一定要是該醫事機構與健保的合約章？如為該機構關防是否可行？	計畫申請書之合作醫院及負責醫師用印形式，由保險人分區業務組認定。	修正期限

題號	問題(Q)	說明(A)	備註
3	地區醫院應與社區民眾共同生活圈之區域醫院及診所建立轉診及合作機制，針對「共同生活圈」之地理範圍是否有明確之規範？是否限制限制那些科別診所（如牙科、中醫…等是否可列入合作診所？）	1. 本計畫規定地區醫院應與社區民眾共同生活圈之 1~2 家區域級以上醫院及 5 家以上診所建立轉診及合作機制，合作內容至少需包含建立雙向轉診流程、共同照護機制等，為利社區網絡建立，合作診所以西醫基層診所為主，不含牙醫及中醫。 2. 共同生活圈以符合社區民眾同一鄉（鎮）、市（區）生活圈為原則，並由保險人分區業務組依實際情形認定。	未修正
二、執行內容			
1	部分醫院醫事人力較不足，24 小時諮詢專線接聽醫事人員是否可比照家醫計畫開放合作院所之醫事人員接聽？目前有勞基法規定，如成立 24 小諮詢專線將增加人力負荷，成立 24 小時諮詢專線之必要性是否得予以再考量？例如改為設有非 24 小時之諮詢專線？或放寬急診專線之專任醫事人員？	1. 設立 24 小時諮詢專線，是為建立良好醫病關係，減少會員不必要之急、門診就醫，並提供健康照護建議、提供就醫地點及協助聯繫就醫，及緊急狀況發生適時轉介收案醫師給予協助服務。 2. 如於急診設置專線，造成接聽人員請會員逕自急診就醫，影響本計畫之結果面指標（潛在可避免急診率、會員急診率），且違背諮詢專線設立目的。 3. 建議會員 24 小時諮詢專線不得設置於醫院之急診室，且應由執業登記於該醫院之醫事人員接聽，醫院於申請計畫書內述明諮詢專線接聽人員名單並檢附前開人員之醫事人員證書。	未修正
2	專任個案管理人員，應由執業登記於該醫院之醫事人員、具醫務管理或公共衛生背景之非醫事人員擔任，請問具有醫管或公衛背景如何認定？具有相關工作經驗是否可以認定？	醫務管理或公共衛生背景人員應具備以下任一資格： 1. 大學（含）以上，醫務管理或公共衛生相關系所畢業。 2. 領有公共衛生師相關證書。 3. 具醫務管理或公共衛生相關工作經驗滿三年以上。	未修正

題號	問題(Q)	說明(A)	備註
3	本計畫收案會員權利義務說明書或計畫會員通知樣張，是否需併申請書函送業務組？	是，樣張併申請書函送業務組備查。	未修正
4	執行內容中「應製作會員權利義務說明書或會員通知」部分，應提供收案對象確認回饋機制，回饋部分是否有限定書面（含病人簽章）？	本計畫收案會員權利義務說明書或計畫會員通知，可透過書面函、簡訊、電子郵件、即時通訊軟體等，告知會員本計畫內容及其權利、義務，收案會員確認回饋部分不限定書面，相關回饋資料醫院可併同病歷留存備查，如遇相關爭議時得出具證明。	未修正
5	當年度收案的會員，如果是前一年舊個案，是否要重新再執行一次計畫附件 2 之「收案會員健康資料」表？	個人健康資料僅需於收案首年建檔上傳。 若全人計畫當年度收案會員前一年度曾為全人計畫或家醫計畫會員，且已登錄過健康資料者，院所欲增修當年資料時，可於 VPN 會員健康資料登錄頁面輸入身分證字號，系統將自動帶出曾登錄之健康資料內容，收案醫院可複製並修改該筆資料內容，即完成該筆資料增修作業。	酌修文字
三、收案對象（會員）			
1	已下載健保署提供之固定就醫病人名單，分析發現： 1. 該病人今年已未在本院就醫。 2. 該病人為無生活自理能力或意識不清病人，提供生活衛教指引對於提升病患慢性病自我照護能力效益不大。 3. 該病人為支援醫師照護病人，因本計畫限專任醫師，且本院為專科醫院無計畫規定科別之專任醫師。 以上 3 類病人是否得以從名單排除？	各地區醫院可視本署之派案名單，仍於該院就醫者據以評估是否收案，並於計畫公告 2 個月內上傳於健保資訊網服務系統。	酌修文字

題號	問題(Q)	說明(A)	備註
2	如醫院已將會員資料批次上傳VPN，但未於收案後3個月內通知收案會員已被本計畫收案或是未取得收案會員同意，醫院該如何處理？相關費用及評核指標計分是否會排除？	若已將會員資料批次上傳VPN，請醫院持續透過多元管道（書面函、簡訊、電子郵件、即時通訊軟體等）獲取收案會員同意，如未能於3個月內通知或未取得同意，則請醫院將個案名單提供分區業務組進行結案，相關費用將依實際收案會員數計算。	未修正
3	如今年度會員收案名單完成上傳後，原本未被收案個案後續又同意加入（為本署派案名單），是否可再上傳列入會員名單？	為利提供完整的個案管理服務，請依計畫規定於時限內上傳收案個案。	未修正
四、參與計畫醫院、醫師資格及基本要求			
1	非家醫科醫師第一年就要受訓20小時，有醫師反映時數太多（尤其部分內科專科醫師認為，家醫科屬基礎照護，其已取得內科專科，為何還要上這麼多學分？）。	1. 本計畫之家庭醫師專業教育訓練課程時數係參考家醫計畫規範辦理，為紮根家庭醫師的概念，爰本計畫規範參與醫師第一年應按其專科別接受4-20小時家庭醫師相關訓練課程。 2. 本計畫收案對象為三高病人，參與計畫醫師每年應接受8小時之三高防治教育訓練，為避免參與醫師接受過多教育訓練，如當年已接受中華民國醫師公會全聯會（含各縣市公會）、台灣醫院協會（含各層級醫院協會）、各縣市衛生局、專科醫學會、中華民國糖尿病衛教協會或台灣基層糖尿病協會辦理之三高防治教育訓練課程學分認證者，得免再接受該教育訓練認證課程。	未修正
2	計畫相關教育訓練課程是否可提供視訊課程？	本計畫所列單位皆可舉辦教育訓練，未限制課程舉辦方式。	未修正
3	曾接受家醫計畫之4小時行政管理教育訓練課程及8小時之家庭醫師專業教育訓練認證資格者，無須再接受教育訓練？	全人計畫之家庭醫師專業教育訓練認證方式及課程時數係參考家醫計畫規範辦理，爰如已接受家醫計畫之家庭醫師專業教育訓練認證資格者，於參與全人計畫時，得免再接受該教育訓練認證課程。	酌修文字

題號	問題(Q)	說明(A)	備註
五、費用申報與支付方式			
1	會員個案管理費起日，怎麼計算？	1. 延續參與計畫之醫院：本計畫溯自當年度1月1日起生效，醫院如依計畫規範，於計畫公告2個月內完成上傳名單者，自計畫當年度1月起核算個案管理費。 2. 當年度新參與計畫之醫院：個案管理費溯至醫院參與計畫當月起算。	配合計畫修訂
2	依計畫內容個案管理費支付規定為：收案首年每人支付500點／年，收案次年起，每人支付250點／年，請問「首年」是指？	首年係指「會員被本計畫收案首年」，因首年收案會員需依生活型態評估量表收集生活習慣資訊，並於年底前完成個人健康資料建檔上傳，方支付個案管理費500點／年；已建檔健康資料之會員，自收案次年起無需重新上傳健康資料建檔，爰個案管理費每人支付250點／年。	酌修文字
3	會員於本計畫進行收案後於該年度被其他醫院P4P-DM/CKD/DKD收案，是否不給付個管費（含個管費-定期檢驗[查]達成加成費）？	本計畫收案對象，於該年度內與P4P-DM/CKD/DKD計畫，屬同一收案院所收案，則自該計畫收案日起不予支付個案管理費；非屬同一收案院所收案，支付個案管理費。	配合115年計畫修訂
4	個案管理費-定期檢驗（查）達成加成費，各項檢驗（查）項目之檢驗次數應至少上、下半年各1次。 1. 前一年曾診斷為高血壓並開立相關用藥之個案，血壓值1年至少上傳3次，須上、下半年各上傳至少1次嗎？還是只要年度內有3次即可？ 2. 若未上傳達到3次以上之血壓值，將如何影響本項定期檢驗（查）達成加成費之給付？	1. 有關個案管理費-定期檢驗（查）達成加成費之定期追蹤定義中，如同時為高血壓患者，當年度血壓值至少上傳3次，雖未有上傳時點或間隔之規範，仍建議患者應養成定期量測血壓之習慣。 2. 如高血壓患者未完整上傳血壓值，將不給付定期檢驗（查）達成加成費。	115年新增
5	計畫參與醫師當年度未於執業登記醫院申報醫療費用者（不含代辦案件），不支付收案會員之「個案管理費用」及「績效獎勵費用」。	1. 預防保健屬代辦案件，如醫師僅於執業登記醫院申報預防保健案件但未申報健保醫療費用者，不支付「個案管理費用」及「績效獎勵費用」且次年	115年新增

題號	問題(Q)	說明(A)	備註
	1. 如提供預防保健是否列入計算？ 2. 僅提供個案管理或轉診聯繫等服務，但未申報費用者，是否支付上述兩項費用？	度不得再參加本計畫。 2. 醫師僅提供個案管理或轉診聯繫等服務，但未於執業登記醫院申報費用者，亦不支付「個案管理費用」及「績效獎勵費用」且次年度不得再參加本計畫。	
6	「失智症門診照護家庭諮詢費用」是否可與「衛福部『失智照護服務計畫』個案管理費『按月提供諮詢服務』」重複申報？	1. 查「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」規定，失智症門診照護家庭諮詢費用，同一年度同一個案不得重複申請衛生福利部「失智照護服務計畫」個案管理費之「按月提供諮詢服務」費用。 2. 參考上開計畫規範，申報本計畫失智症門診照護家庭諮詢費用者，同一年度同一個案亦不得重複申請衛生福利部「失智照護服務計畫」個案管理費之「按月提供諮詢服務」費用。	未修正
7	收案會員健康資料之問卷內容可否採電話詢問或會員郵寄回函方式取得？	為提供收案會員全人全程照護服務，進行收案會員之個人資料建檔（含家族史、生活型態評估等）時，應按健康狀況及疾病樣態，提供衛教宣導及生活習慣諮商服務，給予適切健康照護，故健康資料應採面對面或電話詢問互動方式進行。	未修正

題號	問題(Q)	說明(A)	備註
8	有關失智症門診照護家庭諮詢費用，非神經科、精神科或老年醫學專科醫師也可以申報嗎？若是支援醫師執行失智症門診照護家庭諮詢是否也可申報此 2 項（P8501B、P8502B）代碼？	1. 按全人計畫規定，失智症門診照護家庭諮詢費用，申報條件： (1) 本計畫會員需先經神經科、精神科或老年醫學專科醫師評估有諮詢需要，且會員之失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia Rating, CDR)值≧1 或簡易心智量表≦23 者。 (2) 經前述專科醫師評估會員有諮詢服務需要，再由本計畫團隊醫師給予會員家庭諮詢服務，方得申報。 2. 會員家庭諮詢服務須由本計畫團隊之醫師執行，支援醫師不得申報此項費用。	未修正
9	「生活型態評估量表」建檔方式？	生活型態評估量表的建檔方式可分為兩種： 1. 民眾自填：民眾自行於健康存摺填寫生活型態評估量表（路徑：健康存摺首頁／其他加值服務／生活型態評估量表）。 2. 醫院協助：由醫院醫事人員或個案管理人員協助民眾填寫生活型態評估量表，並將結果透過健保署 VPN 系統進行填報與建檔。	酌修文字
10	開辦建置費支付條件之一，家醫大平台每月至少使用 4 次，如果同一天登入 4 次，這樣算 4 次還是 1 次？	支付條件以登入日期計算使用次數，同一天內登入多次，皆視為一次使用。	未修正
11	血糖、血脂管理提升費，控制良好定義為最後一次（或當年度半數以上）檢驗結果位於控制良好範圍。請問當年度半數以上如何認定？	1. 以 HbA1c 為例，若個案當年度有 4 筆 HbA1c 檢驗數值，即 2 筆（含）以上 HbA1c 數值達控制良好，即認定為控制良好。 2. 「血糖、血脂監測數據控制良（或進步）率」亦適用上述說明。	未修正

題號	問題(Q)	說明(A)	備註
12	糖尿病病人之胰島素注射獎勵費，給付條件有限制一定要收案醫院執行嗎？還是只要有打就算（含合作院所、非合作院所）？	參考現行糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案之胰島素注射獎勵措施，本項獎勵費用限該個案之收案醫院施打方給付獎勵。	未修正
六、計畫評核指標			
1	個案研討或社區衛教宣導活動，因人力有限，有時候無法每個月舉辦一次，請問是否可同個月舉辦 2 次，然後另外幾個月無舉辦，但是年度內合計有 12 場活動即可？	個案研討、社區衛教，一年至少辦理 12 場，即平均每月至少需辦理 1 場，倘醫院執行困難，同意醫院保有每月舉辦場次之自主彈性，惟年度內至少需辦理 12 場，並於年底檢附「參與各項活動次數之每月統計表」及「衛教宣導紀錄表」予分區業務組備查。	未修正
2	過程面之預防保健達成指標中「較需照護族群」的定義為何？	本計畫之較需照護族群即係指當年度的「派案對象」，名單係依全民健康保險申報門診醫療費用資料進行篩選，擷取前一年全國西醫醫院門診明細清單資料，符合三高就醫及動脈粥狀硬化心血管疾病風險等級達非常高或極高之保險對象，再排除前一年參加 P4P-DM/CKD/DKD、代謝計畫、醫院以病人為中心計畫之收案個案及當年度家醫計畫較需照護名單，做為較需照護名單交付參與計畫之地區醫院提供健康管理。	115 年新增
3	評核指標之百分位數如何計算及比較？	以「成人預防保健檢查率」為例，說明如下： 1. 按計畫規定「會員接受成人預防保健服務≧較需照護族群 70 百分位數，得 5 分」，爰本項指標會先計算各醫院的「較需照護族群」（即派案名單）之成人預防保健檢查率，按執行率排序，取得第 70 百分位的數值，續計算各醫院的「收案會員」之成人預防保健檢查率，若大於等於前揭應照護族群檢查率之第 70 百分位的數值，即可得 5 分。 2. 比照上述計算方式，當醫院的「收案	115 年新增

題號	問題(Q)	說明(A)	備註
		會員」之成人預防保健檢查率未達「較需照護族群」的第 70 百分位數，但大於等於第 60 百分位數，即可得 3 分。	
4	針對「過程面指標」，如果會員的檢查與篩檢都被他院完成，收案醫院無法幫會員執行或安排，這樣會不會導致執行率低？	五項過程面預防保健指標係以收案會員於全國院所（含醫院及基層診所）接受相關服務並完成申報即可採計；收案醫院可協助追蹤會員完成狀況並適時安排篩檢服務。	115 年新增
5	潛在可避免急診率及可避免住院率，個案發生急症是否會造成指標結果不理想？「慢性類疾病」定義？	1. 此二項指標係參考國際間用於監測初級照護品質之指標設計，主要評估透過良好且適當的門診照護及慢性疾病管理，是否能降低特定慢性類疾病發生急診或住院之情形。 2. 慢性類疾病包括：糖尿病併發症、COPD 及成年氣喘、高血壓、心臟病、心絞痛、控制不良之糖尿病、青年氣喘及糖尿病下肢截肢。各疾病均訂有個別認定條件，包括主、次診斷、手術處置、用藥及排除條件等，符合相關條件之案件才會納入指標分子計算。	115 年新增
6	評核指標「會員固定就診率」其分子「會員在收案醫院（含合作醫院）就醫次數」其合作醫院是否包含團隊上游區域級以上醫院及合作基層診所？	評核指標「會員固定就診率」其分子「會員在收案醫院（含合作醫院）就醫次數」，係指收案醫院、合作之區域級以上醫院及基層診所。	未修正
7	自選指標（二）配合政策推動：醫院轉介會員至其他院所提供居整、居家安寧、HAH 服務是否納入本指標計算？	為能達到全人全社區照護、完善健保轉銜長照服務等重要政策目標，本項指標以該地區醫院提供服務人數計分，服務對象不限會員，轉介會員接受服務者不列計。	未修正

題號	問題(Q)	說明(A)	備註
8	自選指標（三）假日開診並公開開診資訊：請問如何認定假日開診？	本指標係指醫療院所於週日及國定假日提供門診服務，並於健保署 VPN 維護開診資訊，供民眾查詢。指標分子為收案醫院當年度於週日及國定假日之開診天數，並以醫療院所於 VPN 維護之開診資訊為統計依據；分母為當年度週日及國定假日之總天數，其中國定假日係依行政院人事總處公告放假之紀念日、節日及補假認定。	115 年新增
七、其他			
1	收案會員長期在該院就診（如失智症病人於神內門診看診並診治慢性病），會員收案後是否有需要讓收案醫師看診？	本計畫未規範要由收案醫師看診，惟參與計畫團隊（醫師、營養師及個案管理師）需提供會員個人健康資料建檔、預防保健服務（癌症篩檢、疫苗接種）、疾病管理、定期檢查追蹤、24 小時諮詢專線、個案管理、轉診、轉介機制及衛教宣導活動等，派案名單是該院之三高忠誠病人，該院對其有照護責任，應提供以病人為中心，周全性、協調性、連續性的服務。	未修正