

## 全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫

中央健康保險局 92 年 3 月 10 日健保醫字第 0920005210 號公告  
中央健康保險局 92 年 4 月 21 日健保醫字第 0920008214 號公告修正  
中央健康保險局 93 年 3 月 11 日健保醫字第 0930059488 號公告修正  
中央健康保險局 94 年 7 月 13 日健保醫字第 0940017934 號公告修正  
中央健康保險局 95 年 7 月 18 日健保醫字第 0950015399 號公告修正  
中央健康保險局 96 年 1 月 11 日健保醫字第 0960002490 號公告修正  
中央健康保險局 97 年 2 月 27 日健保醫字第 0970016889 號公告修正  
中央健康保險局 97 年 9 月 9 日健保醫字第 0970035723 號公告修正  
中央健康保險局 97 年 12 月 31 日健保醫字第 0970046079 號公告修正  
中央健康保險局 98 年 12 月 21 日健保醫字第 0980043950 號公告修正  
行政院衛生署中央健康保險局 99 年 3 月 5 日健保醫字第 0990001086 號公告修正  
行政院衛生署中央健康保險局 100 年 4 月 7 日健保醫字第 1000072821 號公告修正  
行政院衛生署中央健康保險局 101 年 4 月 11 日健保醫字第 1010072898 號公告修正  
行政院衛生署中央健康保險局 102 年 1 月 14 日健保醫字第 1020020387 號公告修正  
衛生福利部中央健康保險署 102 年 12 月 31 日健保醫字第 1020004147 號公告修正

### 壹、計畫依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

### 貳、計畫說明

全民健康保險保險人(以下稱保險人)自 92 年 3 月 10 日起實施「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」，實施迄今已轉型朝向鼓勵社區醫療群選擇以會員照護成效之支付方案。短期目標期待建立個別化照護管理、平行和垂直轉診機制、全天候健康諮詢專線，奠定全民皆有家庭醫師之基礎；長期目標為落實家庭責任醫師及照護責任，提升醫療品質。

此外民眾就醫的自由在台灣為全民健保的一大特色，因此最理想的家庭醫師照護是病人由其最常就醫的診所將其收案成為家醫忠誠會員，該主要照護診所對其有照護的責任。若主要照護診所能針對其忠誠病人，提供以病人為中心，周全性、協調性、連

續性的服務，除了可提供病人更有品質的醫療照護，更可鞏固醫病關係，紮根家庭醫師的概念，亦可因照護責任確認，使計畫誘因的計算更為合理。但因預算經費有限，對病人本身相對健康狀況或自我照護良好者，對診所醫療之需求不高，應可先排除在本計畫之外。使有限的資源用在更需要醫師照護的病患身上。

若上開病人之主要照護診所能參與本計畫並將該等病人收為會員，提供整合性照護，包括個案管理、24小時緊急諮詢專線、與合作醫院的轉診機制、醫療照護品質的提升等，除可增加病人對基層診所的認同，建立家庭醫師制度的規模，亦可使計畫預算做更有效益的運用，並可提升醫療品質確保病患就醫的權益。

另自 102 年度起，將「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」及「診所以病人為中心整合照護計畫」合併為一，並以「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」為主，納入「診所以病人為中心整合照護計畫」。

#### 參、計畫目的

- 一、建立家庭醫師制度，提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護，同時提供家庭與社區健康服務，以落實全人、全家、全社區的整合照護。
- 二、以民眾健康為導向，建立以病人為中心的醫療觀念，提升醫療服務品質。
- 三、為全民健康保險法實施家庭責任醫師制度奠定基礎。

#### 肆、經費來源

全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「家庭醫師及診所以病人為中心整合照護計畫」專款項目。

## 伍、推動策略及計畫照護範圍

- 一、成立社區醫療群，以群體力量提供服務。
- 二、多元推廣家庭責任醫師制度，納入單一診所型態提供整合性照護服務。
- 三、提供參與本計畫之社區醫療群或單一診所型態診所適當誘因，並由保險人提供最適收案名單予社區醫療群或單一診所型態診所，使最需被優先照護的個案分階段由基層診所收案，期使保險對象於其最常就醫之主要照護診所中，獲得完整的醫療照護。
- 四、保險對象不需登記或簽署同意為會員(被照護對象)文件，以減少基層診所之行政作業，並將作業時間節省回歸於個案管理以增進醫病關係。
- 五、整合基層與醫院的醫療照護品質，先促進社區水平整合，提供民眾完善整合性照護，並以此為基礎，作為未來垂直整合醫療體系式照護模式的基礎。

## 陸、組織運作

診所申請參加本計畫，應就社區醫療群型態或單一診所型態，擇一參加。

### 一、社區醫療群型態

#### (一)社區醫療群之組織運作型式：

以同一地區 5 家以上(含)特約西醫診所為單位組成，其中 1/2 以上醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師資格或 1/5 以上醫師具有家庭醫學科專科醫師資格，並應與 1-2 家特約醫院(地區醫院家數不限)作為合作對象建立轉診及合作機制，開辦共同照護門診，

建立以社區為範疇、以民眾為對象的社區照護網絡。

(二)若聯合診所具有 5 位專任醫師以上，且結合該地區其他 3 家特約診所以上者，得共同參與本計畫，惟 1 家聯合診所限成立 1 個社區醫療群且所有醫師須加入同一社區醫療群。

(三)社區醫療群之組成區域範圍，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。

(四)設立會員 24 小時緊急諮詢專線

參與計畫之社區醫療群，應共同提供 24 小時緊急電話諮詢服務，提供會員於緊急狀況發生時，能立即獲得醫療諮詢服務，此方式除可掌握病患最佳醫治時間外，並可進一步減少民眾不必要的就醫需求。

(五)社區醫療群應建立醫療照護品質提升及轉診機制

1. 參與計畫之基層診所醫師與 1-2 家特約醫院作為合作對象(地區醫院家數不限)，並得至合作醫院開設共同照護門診（不限其轉診對象）。

2. 參與計畫之基層診所醫師必須建立基層診所醫師間平行轉診機制，並提出與合作醫院間之轉診及合作計畫（含括安排病人轉診、追蹤病人轉診至後送醫院治療結果，及病人轉回後之追蹤治療等），以及醫療品質提升計畫。

3. 參與計畫之基層診所醫師提供之共同照護門診，亦可以家戶會員病房巡診、個案研討與社區衛教宣導（須含用藥安全宣導）等代替。

(六)成立計畫執行中心

1. 社區醫療群應成立計畫執行中心，負責本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配。為利有效使用資源，降低管理成本，各社區醫療群亦可於中華民國醫師公會全國聯合會(以下稱醫師全聯會)或各縣市醫師公會內，成立聯合計畫執行中心。
2. 協助處理轉介病人及個案管理:計畫執行中心除負責計畫申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配外，並應協助處理安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療，以提供適切、連續性醫療照護。

(七)社區醫療群得與其他醫事服務機構合作，以提供完整性、連續性之醫療，並提高用藥品質。

## 二、單一診所型態

### (一)組織運作型式：

以單一診所型態參與本計畫之診所，得與 1-2 家特約醫院(地區醫院家數不限)作為合作對象建立轉診及合作機制，建立以社區為範疇、以民眾為對象的社區照護網絡。

### (二)設立會員 24 小時緊急諮詢專線

參與計畫之診所，得提供緊急電話諮詢服務，提供會員於緊急狀況發生時，能立即獲得醫療諮詢服務，此方式除可掌握病患最佳醫治時間外，並可進一步減少民眾不必要的就醫需求。

(三)診所得與其他醫事服務機構合作，以提供完整性、連續性之醫療，並提高用藥品質。

## 柒、收案對象(會員)

- 一、保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫基層門診明細清單資料區分為慢性病及非慢性病就醫之保險對象，並將較需照護之名單(詳備註)，交付該參與本計畫之社區醫療群或單一診所型態診所提供健康管理。前述名單排除代辦案件《如：產檢、小兒健檢、流感注射等》、外傷、門診論病例計酬、「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」、「全民健康保險論人計酬試辦計畫」者。
- 二、社區醫療群醫師自行收案部分採定額方式(以參與計畫醫師個數為單位)，每名醫師加收人數上限為 120 名，上年度評核指標 $\geq$  90%之醫療群，每名醫師加收人數上限為 200 名，原則以指定收案會員之家庭成員為優先。單一診所型態的醫師無本項自行收案部分。

備註(名單分以下 5 類)：

1. 慢性病個案，係指前一年全國就醫資料中，屬於主管機關公告 100 種慢性病範圍，其曾門診就醫 4 次且平均用藥日數 7 天以上，或慢性病給藥天數大於 60 天，將慢性病患者依醫療費用各分為 100 百分位，選取最高之 80 百分位，且連續兩年忠誠診所相同之病人。
2. 非慢性病個案：非屬前述慢性病患，依醫療費用各分為 100 百分位，選取最高之 30 百分位且連續兩年忠誠診所相同之病人。
3. 門診高利用個案：至基層診所門診就醫次數 $\geq$ 50 次之病患。
4. 65 歲以上(含)多重慢性病年長病患。
5. 參與醫療給付改善方案(係指糖尿病、氣喘、BC 型肝炎、初期慢性腎臟病等方案)個案，保險人已於該方案支付個案管理費，故不再支付本計畫費用(800 元或 600 元/人)。

6. 前述較需照護之名單，以門診就醫次數最高的診所收案照顧。  
若診所就醫次數相同，則由費用最高的診所收案。

#### 捌、管理登錄個案

- 一、參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付該筆費用，並依相關規定辦理。
- 二、社區醫療群需於計畫公告 3 個月內，將會員資料以批次經本系統上傳至健保資訊網服務系統 VPN。
- 三、參與本計畫之醫療院所應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。

#### 玖、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求

- 一、參與計畫之特約診所或醫師於參與計畫之日起前 2 年內，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者。(含行政救濟程序中尚未執行處分者)。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。
- 二、一年內沒有自動退出本計畫之紀錄。沒有經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄。但因離職而退出醫師之會員，可由原參與診所符合資格醫師於一個月內承接者，不在此限。
- 三、醫療院所參與本計畫執行期間因涉及有特管辦法第三十八至第四十條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起同步終止本計畫。若合作醫院停約 1 個月不在此限。
- 四、應製作家庭會員權利義務說明書或家庭醫師整合性照護計畫會員通知函，告知本計畫內容及其權益、義務(含 24 小時緊

急諮詢電話)。

- 五、醫師參與本計畫第一年應參與台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之家庭醫師訓練課程。具家庭醫學專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程；具內科、外科、兒科、婦產科專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之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課程；具家庭醫學科、內科、外科、兒科、婦產科以外專科醫師資格之醫師除應完成 4 小時之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課程，另應完成 8 小時其他專科醫師專業教育訓練課程。完成前述課程之醫師並需取得證明；若於年度內未取得訓練認證之醫師，須退出本計畫，保險人將追扣該醫師當年度之相關費用。前述 4 小時之行政管理課程得以 e-learning 方式完成。
- 六、參與本計畫醫療院所合作之其他特約醫事服務機構，依現行全民健康保險相關法規辦理。
- 七、醫療院所應於計畫公告 3 個月內，向保險人分區業務組提出參與計畫書面申請。另執行單一診所型態之西醫基層診所，應與保險人特約滿 2 年以上。

#### 拾、費用申報及支付方式

- 一、社區醫療群原有之醫療服務及預防保健服務，依現行「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、總額支付制度及主管機關公告之「醫事服務機構辦理預防保健注意事項」相關規定支付，由各診所依實際執行情況按月申報，費用撥入個別帳戶。本計畫相關費用撥入醫療群指定帳戶（或依計畫執行中心之申請撥入各基層診所）。

二、相關費用由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，於追扣補付系統辦理社區醫療群帳務處理「“214”家庭醫師整合性照護計畫補付」及「“114”家庭醫師整合性照護計畫追扣」，「“294”家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金補付」及「“194”家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金追扣」。單一診所型態帳務處理「“2B7”診所整合照護計畫健康評估費補付」及「“1B7”診所整合照護計畫健康評估費追扣」，「“2B8”診所整合照護計畫成效評量補付」及「“1B8”診所整合照護計畫成效評量追扣」。

三、參與計畫之診所申報會員門診醫療費用請依門診醫療費點數申報格式規定申報。

四、社區醫療群型態，收案會員每人給付費用 800 元/年，經費撥付原則如下：

(一) 個案管理費，每人支付 250 元/年：

1. 執行內容包含資料建檔上傳、轉診、個案衛教宣導、24 小時諮詢專線、個案研討及與合作醫院開辦共同照護門診。支付每位醫師個案管理費(250 元/年)上限為 1000 名(上年度評核指標 $\geq 90\%$ 之醫療群醫師上限為 1080 名)，但並非收案會員上限，仍可依實際收案會員數，計算、支付績效獎勵費用(550 點/年)。
2. 申請費用以群為單位半年撥付 1 次；相關之必要欄位需填寫完整；經保險人分區業務組審查通過後，得於一個月內撥付 50%費用；填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則核扣該筆個案管理費用。
3. 考量會員照護之完整性，參與計畫之特約院所或醫師

於參與計畫期間，如因故中途退出本計畫，則依承作月份按比例核付個案管理費（收案前三個月內退出者除外），其餘費用則不予核付。

4. 為達全人照護目標，得視個案需要填具「全人照護評估單」（詳附件六）。

(二) 績效獎勵費用，每人支付 550 點/年(以群方式統計)；會員若於計畫執行期間於收案醫療群無就醫紀錄，則不予核付本項費用。

1. 健康管理成效鼓勵：占本項經費之 50%：社區醫療群登錄個別診所會員實際申報西醫門診醫療費用 (AE) 與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用 (VC) 之間差值回饋社區醫療，撥入執行中心帳戶或診所 (VC- AE)：平均每人 275 點為上限(以群方式統計)。

2. 品質提升費用：占本項經費之 50%，依各社區醫療群會員品質評核指標達成情形，分五級支付：

(1) 特優級：會員品質指標平均達成率  $\geq 90\%$ ，則支付品質提升費用每人 275 點。

(2) 良好級：會員品質指標平均達成率介於  $80\% \leq \sim < 90\%$ ，則支付品質提升費用每人 210 點。

(3) 普通級：會員品質指標平均達成率介於  $70\% \leq \sim < 80\%$ ，則支付品質提升費用每人 175 點。

(4) 輔導級：會員品質指標平均達成率介於  $60\% \leq \sim < 70\%$ ，則支付品質提升費用每人 145 點。

(5) 不支付：會員品質指標平均達成率  $< 60\%$  則不予

支付。

五、單一診所型態，收案會員每人給付費用 600 元/年，經費撥付原則如下：

(一) 健康評估費：每人支付 180 元/年：

1. 照護對象經醫師收案完成健康評估，並填具「健康評估照護單」(詳附件三)，支付「健康評估費」，併會員就醫時醫療費用申報，一式兩聯，一聯存於病歷，另一聯送病人留存。本項費用每人每年限申報乙次，支付每位醫師健康評估費(180 元/年)上限為 1000 名(上年度評核指標 $\geq 90\%$ 之醫師上限為 1080 名)，但並非收案會員上限，仍可依實際收案會員數，計算、支付績效獎勵費用(420 點/年)。
2. 申報原則：「P4701C(健康評估費)」，併當月份送核費用申報。

(二) 績效獎勵費用：每人支付 420 點/年，診所因故中途退出本計畫，則不予核付本項費用。

1. 平均就醫次數：當年度完成健康評估者，比較本年度與上年度之平均就醫次數，占計畫經費比例 25%。

公式： $X = \left[ \left( \frac{\text{本年度}}{\text{上年度}} \right) - 1 \right] * 100\%$

註：本項門診就醫次數之計算包含西醫醫院、西醫基層門診就醫，排除代辦、診察費為「0」、中、牙醫、門診透析、論病例計酬、居家與精神疾病社區復健及案件分類「08」之案件。

達成比例分配：

完成健康評估 人數之平均就 醫次數	$X \leq -10\%$	$-10\% < X \leq -5\%$	$-5\% < X \leq 0\%$	$X > 0\%$
核發比率	25%	20%	15%	不予核發

2. 平均每人門診醫療費用：當年度完成健康評估者，比較本年度與上年度之平均每人申報門診醫療費用點數，占計畫經費比例 25%。

公式： $X = \left[ \left( \frac{\text{本年度}}{\text{上年度}} \right) - 1 \right] * 100\%$

註：本項門診醫療點數之計算包含西醫醫院、西醫基層門診就醫，排除代辦、門診透析、論病例計酬、中、牙醫及居家與精神疾病社區復健之案件。

達成比例分配：

完成健康評估 人數之平均每 人醫療費用點 數	$X \leq -10\%$	$-10\% < X \leq -5\%$	$-5\% < X \leq 0\%$	$X > 0\%$
核發比率	25%	20%	15%	不予核發

3. 成人預防保健檢查率，占計畫經費 10%。

公式： $X = (A/B) * 100\%$

A= 40 歲(含)以上完成健康評估者接受成人健檢人數。

B= (40 歲-64 歲完成健康評估人數/3+65 歲《含》以上完成健康評估人數)。

達成比例分配：

成人預防保健 檢查率	$X < \text{較需照護族群50百分位數}$	較需照護族 群50百分位 數 $\leq X < \text{應照護族群60百分位數}$	$X \geq \text{較需照護族群60百分位數}$
核發比率	不予核發	5%	10%

4. 65歲以上老人流感注射率，占計畫經費10%。

$$\text{公式：} X = (A/B) * 100\%$$

A= 65歲以上完成健康評估者接種流感疫苗人數。

B= 65歲以上總完成健康評估人數。

達成比例分配：

65歲以上老人 流感注射率	$X < \text{較需照護族群50百分位數}$	較需照護族 群50百分位 數 $\leq X < \text{應照護族群60百分位數}$	$X \geq \text{較需照護族群60百分位數}$
核發比率	不予核發	5%	10%

5. 保險人各分區業務組依診所執行成效結果，核付相關費用。

六、本計畫之預算先扣除「個案管理費」及「健康評估費」後，計算績效獎勵費用。績效獎勵費用則採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。

七、醫療費用申報、暫付、審查及核付，依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。

八、轉診規定：

如有轉診之醫療院所請依「全民健康保險轉診實施辦法」規定，辦理轉診院所需填具轉診單，並依門診醫療費點數申報

格式規定，於 d16-d18 欄位依實際情形填報。

九、參與本計畫之診所使用衛生福利部電子病歷交換中心(EEC)查閱會員資料，查詢個案於其他院所就醫資料，查閱成功每件支付 50 點。

註：診所應檢附查詢成功證明於次月底前向保險人分區業務組申請，經審核通過後辦理費用補付。

#### 拾壹、計畫評核指標

屬單一診所型態診所，以平均就醫次數(25%)、平均每人門診醫療費用(25%)、成人預防保健檢查率(25%)、老人流感注射率(25%)為評核指標。

屬社區醫療群型態診所，其達成情形以群為計算單位，並以下列項目作為費用支付評核指標：

一、四項組織指標，達 100%(權重 40%)：

(一) 健康管理與個案衛教(權重 10%)：

1. 收案時完成個案評估(可參考本計畫附件三健康照護評估單，電子紀錄亦可)，且有連續個案管理(追蹤)或衛教紀錄(電子紀錄亦可)，得 10%。

註：抽檢範圍以慢性病個案為主。

(二) 個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診(權重 10%)：

1. 醫療群每月至少需辦理 1 場，且年度內每位醫師至少應參與上開活動達 6 次(含)以上。
2. 醫療群會員門診經醫療群轉診率，與去年同期比進步率 $\geq 10\%$ (不限合作醫院，依健保統計門診申報資

料)，加 5%。較去年同期增加，加 3%。轉診率得分上限 5%。

(三) 醫療群會員住院經醫療群協助轉診率 (權重 10%)：

1. 與去年同期比進步率  $\geq 10\%$ ，或  $\geq$  當年同儕 50 百分位，得 10%。
2. 與去年同期比進步率  $\geq 5\%$ ，得 5%。
3. 本項得分上限 10%。

(四) 24 小時諮詢專線(每群全年至少測試 5 次)(權重 10%)：

鼓勵醫師 call out，有效回答會員問題，並依實際服務品質，分階段給分(由保險人分區業務組抽測，以平均分數計算得分)。

1. 無人接聽(連續測試 3 通，每次間隔 10 分鐘)，得 0%。
2. 執行中心或醫院人員接聽，無法解決會員問題(如不了解家醫計畫、簡單回答請他來醫院等)，得 3%。
3. 執行中心或醫院人員接聽，可以解答會員問題(可專業回答如發燒如何處理、瞭解會員狀況)，滿分，為 10%。
4. 執行中心或醫院人員接聽，能即時轉達收案醫師，且收案醫師 20 分鐘內即時 call out 回電，滿分，為 10%。

二、三項品質指標(權重 30%)：

(一) 會員急診率(排除外傷) (權重 5%)：

1.  $\leq$  較需照護族群 40 百分位數，或與上年度同期自身比進步率  $\geq 20\%$ ，得 5 %。
2. 進步率  $> 0\%$ ，得 3%。
3. 本項總分上限 5%。
4. 計算公式說明：

分子：會員急診人次(排除外傷案件)

分母：會員人數

(二) 疾病住院率 (權重 15%):

1.  $\leq$ 較需照護族群 40 百分位數，或與上年度同期自身比進步率  $\geq 20\%$ ，得 15 %。
2. 進步率  $\geq 10\%$ ，得 10%。
3. 進步率  $> 0\%$ ，得 5%。
4. 本項總分上限 15%。
5. 計算公式說明：

分子：會員住院人次

分母：會員人數

(三) 會員固定就診率 (權重 10%):

1. 會員在群內 (含合作醫院) 之西醫門診固定就診率與上年度同期自身比進步率  $\geq 10\%$ ，或會員固定就診率  $\geq$  當年同儕 60 百分位，得 10%。
2. 進步率  $> 5\%$ ，得 5%。
3. 本項總分上限 10%。
4. 計算公式說明：

分子：會員在群內 (含合作醫院) 就醫次數

分母：會員在所有西醫門診就醫次數

三、會員滿意度調查，權重 10%

電訪社區醫療群會員滿意度，依以下會員滿意度結果評分。

- (一) 自測滿意度  $\geq 80\%$ ，得 5%。

註：滿意度問卷與計分方式詳本計畫附錄自我評估表附件五。

(二) 分區抽測 10 件平均(調查對象以慢性病個案為主)

1. 滿意度 < 50% 扣 5% (與自測滿意度共得分 0%)。
2. 滿意度  $\geq$  80% 加 5% (與自測滿意度共得分 10%)。
3. 滿意度  $\geq$  90% 加 10% (與自測滿意度共得分 15%)。

四、預防保健達成情形，權重 20%：

(一) 成人預防保健檢查率 (權重 5%)：

1. 會員接受成人預防保健服務高於較需照護族群 60 百分位數得 5%。
2. 未達較需照護族群 60 百分位數，但高於較需照護族群 50 百分位數得 3%。

分子：40 歲(含)以上會員接受成人健檢人數

分母：(40 歲至 64 歲會員數/3+65 歲《含》會員數)

(二) 子宮頸抹片檢查率 (權重 5%)：

1. 會員接受子宮頸抹片服務高於較需照護族群 60 百分位數得 5%。
2. 未達較需照護族群 60 百分位數，但高於較需照護族群 50 百分位數得 3%。
3. 計算公式說明：

分子：30 歲(含)以上女性會員接受子宮頸抹片人數。

分母：30 歲(含)以上女性會員數。

(三) 65 歲以上老人流感注射率 (權重 5%)：

1. 會員接受流感注射服務高於較需照護族群 60 百分位數得 5%。
2. 未達較需照護族群 60 百分位數，但高於較需照護族群 50 百分位數得 3%。
3. 計算公式說明：

分子：65 歲以上會員接種流感疫苗人數。

分母：65 歲以上總會員人數。

(四) 糞便潛血檢查率 (權重 5%)：

1. 50 歲以上至未滿 75 歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查高於全國民眾檢查比率，得 5%。

2. 計算公式說明：

分子：50 歲以上至未滿 75 歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查人數。

分母：50 歲以上至未滿 75 歲會員人數/2。

拾貳、計畫管理機制：

- 一、保險人負責協調總體計畫架構模式與修正。
- 二、保險人分區業務組負責輔導轄區社區醫療群或單一診所型態診所之成立、審核計畫與協調監督轄區各計畫之執行，並得邀請醫界代表 (如總額執行單位) 協助參與、輔導及評估。
- 三、各計畫之社區醫療群應成立「計畫執行中心」，負責提出計畫之申請與該社區醫療群之醫療資源協調整合、醫療服務之提供及醫療費用之分配作業。
- 四、保險人召開觀摩會，邀請執行成效良好之社區醫療群或診所分享經驗，推廣優良的管理模式，促進計畫執行品質。

拾參、計畫申請方式

參與計畫之社區醫療群或單一診所型態診所應檢附申請書向保險人分區業務組提出申請，經保險人分區業務組同意並函復，計畫執行至當年度年底為限。

拾肆、退場機制

- 一、評核期間以本計畫所訂指標執行之期程為原則。

- 二、社區醫療群及單一診所型態診所如評核指標未達 60%者(評核指標 < 60%)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。評核指標介於 60%至 65%者(  $60\% \leq$  評核指標 < 65%)，接受保險人分區業務組輔導改善；第 2 年仍未達 65%續辦標準者(評核指標 < 65%)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。
- 三、退場之醫療群，其中評核指標 > 70%之個別診所，可申請重新組群或加入其他醫療群，經保險人分區業務組同意後參加，但不得另以單一診所型態參加。退場之單一診所型態診所不得申請參加醫療群。
- 四、計畫執行六個月，社區醫療群及單一診所型態診所依據台灣家庭醫學醫學會與醫師全聯會共同設計之自我評估表(如本計畫附錄 2)，辦理自我評估，保險人分區業務組視評估結果，必要時通知醫師全聯會輔導。未自我評估或不接受輔導者，除保險人不予支付前述指標費用外，渠應退出本計畫。

#### 拾伍、實施期程及評估

各社區醫療群及單一診所型態診所應於計畫執行後，年度結束提送執行結果(包含 24 小時諮詢專線之使用情形、計畫運作執行現況、計畫評核指標執行率與社區醫療群間的協調連繫情形、社區衛教宣導)至保險人分區業務組。

#### 拾陸、訂定與修正程序

本計畫由保險人與醫師全聯會共同研訂後，送全民健康保險會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準者，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

## 附錄 1

### 全民健康保險家庭醫師整合照護計畫檢核邏輯 保險人網頁之個案通報及登錄系統說明

- 一、參與計畫之醫師需透過醫事服務機構行文至保險人保險人分區業務組申請，待保險人分區業務組核准後，始能登入健保資訊網服務系統(VPN)傳輸會員資料。
- 二、醫師進入保險人資訊網服務系統網頁後登入試辦計畫登錄系統後，可以點選病人管理選項，進行病患資料之登錄、維護及查詢事項。

說明：

- 1.保險人分區業務組需確實將參與院所名單登錄於 HMA 系統。
- 2.醫療院所需請資訊廠商修改其自行維護的畫面，並將會員資料以批次經本系統上傳至健保資訊網服務系統(VPN)。
- 3.相關會員資料之維護仍由保險人分區業務組維護；收案期限將設定 3 個月，保險人依權限擷取會員資料供分析用，對於資料登錄未完整之社區醫療群於 3 個月內補正資料/或不予支付。
- 4.身分證字號有重複登錄情形，則第 2 筆資料無法輸入。

## 社區醫療群(或單一診所)自我評估表

● 填表單位：

填表日期： 年 月 日

一、諮詢專線 (10 分)		
	自我評量	
(1) 24 小時諮詢專線自行測試結果	<input type="checkbox"/> 無人接聽 (0 分)	<input type="checkbox"/> 接聽但無法解決會員問題 (3 分) <input type="checkbox"/> 接聽且可以解答會員問題，或轉達醫師 20 分鐘內回電。 (10 分)
(2) 受理 24 小時諮詢專線總件數	共 件 (見附件一)	
● 檢附諮詢專線電話紀錄表 (見附件二)		
二、健康管理 (10 分)		
	自我評量	
(1) 收案時完成個案評估	<input type="checkbox"/> 達成 (10 分)	<input type="checkbox"/> 未達成 (0 分)
(2) 完成個案評估案數	已完成個案評估： 案 會員案數： 案	
● 檢附健康照護評估單 (依格式填寫，見附件三，電子紀錄可) ● 慢性病個案有連續追蹤或衛教紀錄 (檢附病歷或電子紀錄皆可)		
三、個案研討活動 (10 分)		
	自我評量	
(1) 每位醫師參加至少六次「個案研討」或「共同照護門診」或「社區衛教宣導」或「病房巡診」等活動	<input type="checkbox"/> 達成(10 分)	<input type="checkbox"/> 未達成 (0 分)
● 檢附每位醫師參與各項活動的每月統計表 (見附件一) ● 檢附活動簽到紀錄 (見附件四) <span style="float: right;">註：單一診所型態免填</span>		
四、滿意度調查 (5 分)		
	自我評量	
(1) 會員滿意度問卷調查 50 份或至少 3%會員數	<input type="checkbox"/> 滿意度 ≥ 80% (5 分)	<input type="checkbox"/> 滿意度 < 80% (0 分)
● 檢附會員滿意度調查結果問卷 (見附件五) <span style="float: right;">註：單一診所型態免填</span>		
註：依填表時間換算辦理活動次數、問卷數等是否達成。		<b>總計得分：</b> 分

## 參與各項活動次數之每月統計表

附件一

為瞭解社區醫療群參與各項活動之情況，作為未來社區醫療品質提升與家庭醫師制度改進之建議，請依照表中所列項目，簡單記錄執行情形，若能提供相關附件尤佳，謝謝！

填表單位：

項目	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	總計
24小時諮詢專線 (諮詢件數)													
個案研討 (參與次數)													
共同照護門診 (診次)													
社區衛教宣導 (辦理場數)													
病房巡診 (巡診次數)													

衛生福利部中央健康保險署 業務組

附件二

社區醫療群(或單一診所)24小時電話諮詢服務記錄表(範例)

日期	會員姓名 會員電話	會員 登錄診所	諮詢內容	處理情形	諮詢人員

## 社區醫療群(或單一診所)健康照護評估單(範例)

醫療院所名稱：

評估日期： 年 月 日

## 一、基本資料：

1. 姓名：\_\_\_\_\_ 2. 性別：男  女  3. 出生日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
 4. 病歷號碼：\_\_\_\_\_ 5 主要照顧者：\_\_\_\_\_  
 6. 聯絡電話（或手機）：\_\_\_\_\_  
 7. 主要居住區域：a. 都會區  b. 鄉鎮  c. 醫療偏遠區域  d. 未知

## 二、收案原因：

1. 收案原因：a. 慢性病  b. 非慢性病  c. 門診高利用者  d. 75 歲以上年長病患   
 e. 醫療給付改善方案  f. 其他   
 2. 慢性病之病名（請書寫中文）：  
 （1）主診斷：\_\_\_\_\_ （2）次診斷：\_\_\_\_\_ （3）次診斷：\_\_\_\_\_

## 三、收案對象照護情形：

(一) 最近一次追蹤診療情形（請就有資料部分填寫）：

1. 此次就醫，病人自述病情：

尿液檢查

蛋白質： \_\_\_\_\_ mg/dl

生化檢查

血糖： \_\_\_\_\_ mg/dl

總膽固醇： \_\_\_\_\_ mg/dl

三酸甘油酯： \_\_\_\_\_ mg/dl

高密度脂蛋白膽固醇： \_\_\_\_\_ mg/dl

低密度脂蛋白膽固醇： \_\_\_\_\_ mg/dl

AST(GOT)： \_\_\_\_\_ IU/L

ALT(GPT)： \_\_\_\_\_ IU/L

肌酸酐： \_\_\_\_\_ mg/dl

腎絲球過濾率 (eGFR) \_\_\_\_\_ ml/min/1.73 m<sup>2</sup>

(二) 過敏史及長期用藥整合及依附醫囑性：

1. 有無過敏史：

a.  食物過敏 \_\_\_\_\_ b.  藥物過敏 \_\_\_\_\_ c. 其他過敏 \_\_\_\_\_ d.  無過敏

2. 醫療院所（醫師）有無確認患者過去他院用藥情形：

a.  有 b.  病人多在本院就醫 c.  未確認

3. 承上，有無需要用藥建議（調整劑量、用藥品項、或整合等）：

a.  有 b.  無 c.  其他 \_\_\_\_\_

4. 最近一次看診，有沒有依照醫師指示正確服用藥物並服用完畢：

a.  有 b.  無【請接續回答(5)】 c.  不知道 \_\_\_\_\_

5. 為何沒有依照醫師指示服用藥物並服用完畢之原因：

a.  病情復原，所以停藥 b.  覺得沒有效果c.  服用後感到不適，所以停藥 d.  其他 \_\_\_\_\_

(三) 體重管理

1. 身高□□□公分，體重□□□公斤
2. 腰圍：\_\_\_\_\_公分（成人男性 $\geq 90$ 公分；成人女性 $\geq 80$ 公分為肥胖）
3. 未滿18歲，BMI值（請參考附件填寫本項）：\_\_\_\_\_（正常、過重、肥胖）
4. 18歲（含）以上的成人，判斷體重是否正常？

請勾選	18歲（含）以上的成人 BMI 範圍值	體重是否正常
<input type="checkbox"/>	$BMI < 18.5 \text{ kg/m}^2$	「體重過輕」，需要多運動，均衡飲食，以增加體能，維持健康！
<input type="checkbox"/>	$18.5 \text{ kg/m}^2 \leq BMI < 24 \text{ kg/m}^2$	恭喜！「健康體重」，要繼續保持！
<input type="checkbox"/>	$24 \text{ kg/m}^2 \leq BMI < 27 \text{ kg/m}^2$	哦！「體重過重」了，要小心囉，趕快力行「健康體重管理」！
<input type="checkbox"/>	$BMI \geq 27 \text{ kg/m}^2$	啊～「肥胖」，需要立刻力行「健康體重管理」囉！

四、促進健康：

(一) 預防保健類：

是否曾接受下列服務：

- 成人預防保健服務：65歲，每年1次；40歲，每3年1次（上次檢查日期：\_\_\_\_\_）
- 大腸癌篩檢（糞便潛血檢驗）：50-70歲，每2年1次（上次檢查日期：\_\_\_\_\_）
- 子宮頸抹片：女性30歲以上，每年1次（上次檢查日期：\_\_\_\_\_）
- 流感疫苗：65歲以上老人、重病、6個月-6歲小孩，每年1次（上次接種日期：\_\_\_\_\_）
- 兒童預防保健服務

(二) 生活習慣：

1. 請問您現在「吸菸」情形：  
a. 有，每天吸菸 b. 有時候吸菸 c. 無
2. 請問您過去一年有沒有戒菸：a. 有 b. 無
3. 請問您現在「嚼食檳榔」情形：a. 有（請接續回答第4題） b. 無
4. 曾經嚼食檳榔者，過去一年內有沒有到醫院診所做過口腔檢查 a. 有 b. 無
5. 酒精：a. 酗酒 b. 社交淺酌 c. 滴酒不沾
6. 請問您現在「運動」情形：a. 有，定期運動 b. .偶而運動 c. 無

五、整合性健康照護諮商之建議：

(一) 生活習慣、運動、健康促進、預防保健：

---

---

---

(二) 是否需要其他轉介、輔導、改善（如：戒菸門診、體重管理、飲食控制）：

---

---

(三) 整體健康照護建議：

---

---

---

社區醫療群團體衛教宣導記錄表(範例)

日期： 年 月 日  
時間： 時 分 至 時 分 第 場

活動地點：

醫療群相關人員簽名：

活動成果：



女士/先生/小朋友您好：

由於您已成為103年度「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」優先要照護的會員，本問卷係為了解您的主要照顧診所是否能提供您完整而持續性的醫療照護，因而設計此滿意度調查，請於此問卷上填答您的意見（請以“V”符號註記）

本問卷僅作整體分析之用，感謝您撥冗填答。再次謝謝您的協助！

敬祝 健康快樂！

衛生福利部中央健康保險署 敬啟

1. 請問您知道自己是103年度「家庭醫師整合性照護計畫」最優先要照護的會員嗎？  
 (1)知道     (2)不知道
2. 請問您參加「家庭醫師整合性照護計畫」後，您知道以下哪些醫療服務資訊？(複選)  
 (1)可獲得24 小時電話諮詢服務  
 (2)可獲得由家庭醫師轉診至合作醫院接受醫療服務  
 (3)可至家庭醫師在合作醫院開立的共同照護門診求診  
 (4)因病轉診合作醫院，家庭醫師可到醫院關懷  
 (5)可參加家庭醫師於社區辦理的衛教宣導活動  
 (6)可收到家庭醫師寄發的健康會訊刊物  
 (7)家庭醫師對我的疾病照護及健康管理部分可提供建議及諮詢
3. 請問您參加「家庭醫師整合性照護計畫」後，您「得到」以下哪些服務？(複選)  
 (1)醫師或醫護人員對衛教及治療解說清晰  
 (2)醫師或醫護人員提供醫療保健服務  
 (3)醫師和醫護人員服務態度熱忱  
 (4)醫師或醫護人員能針對個別的需求給予關心  
 (5)醫師能尊重及回應您的問題狀況  
 (6)候診時間較合理  
 (7)提供轉診的協助
4. 請問您對您的家庭醫師向您提供健康諮詢及衛教訊息，您是否滿意？  
 (1)非常滿意     (2)滿意     (3)不滿意     (4)非常不滿意
5. 請問您的家庭醫師對您健康狀況的了解程度，您是否滿意？  
 (1)非常滿意     (2)滿意     (3)不滿意     (4)非常不滿意
6. 請問您對您的家庭醫師所提供的整體服務是否滿意？  
 (1)非常滿意     (2)滿意     (3)不滿意     (4)非常不滿意

**計分方式：滿分100分**

第1題（10分）：『知道』：10分、『不知道』：0分。

第2-3題（每題10分，共20分）：每題每勾選項1項得5分（每題上限10分）。

第4-5題（每題20分，共40分）：『非常滿意』20分、『滿意』：15分、  
 『不滿意』：0分、『非常不滿意』：0分。

第6題（30分）：『非常滿意』30分、『滿意』：25分、『不滿意』：0分、  
 『非常不滿意』：0分

## 全人照護評估單

### 壹、個人基本資料：

1. 姓名	
2. 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
3. 出生日期	西元      年      月      日
4. 病歷號碼	
5. 主要照顧者	
6. 聯絡電話（或手機）	
7. 職業別	
8. 宗教信仰	<input type="checkbox"/> 民間信仰 <input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 一貫道 <input type="checkbox"/> 其他
9. 主要居住區域	<input type="checkbox"/> 都會區 <input type="checkbox"/> 鄉鎮 <input type="checkbox"/> 醫療偏遠區域 <input type="checkbox"/> 未知

### 貳、疾病及健康狀態

#### 一、主要疾病及健康問題列表

- 1.
- 2.
- 3.

#### 二、重要病史（現病史與過去病史）

### 三、家庭事件

#### 1. 家族病史及相關健康問題：

#### 2. 家系圖：

3. 家庭生命週期：新婚夫婦 第一個小孩誕生 有學齡兒童 有青少年子女  
子女外出創業 空巢 老化的家庭

### 四、心理及社會事件

**參、致病原因綜合評估**

- 1. 疾病因素：
  
- 2. 家庭心理社會因素：
  
- 3. 其他因素：

評估結果：

**肆、全人照護治療計畫**

- 1. 藥物治療：
  
- 2. 非藥物治療：
  
- 3.其他健康照護建議：

以下兩項視需要選擇建檔，不另支付。

◎家戶檔案建檔：

◎週期性預防保健追蹤管理：(可自行新增預約項目，如各類疫苗注射)

項目	下次預約時間				
成人健檢					
癌症篩檢					
FOBT					
口腔黏膜篩檢					
子宮抹片					
乳房攝影					
疫苗注射					
流感疫苗					
肺炎疫苗					
衛教					