

全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫問答集

110.03.24

Q	A	備註
一、組織運作及收案對象		
1. 組織運作型式中新增社區藥局、物理治療所及檢驗所為醫療群合作醫事機構，加入後的差別及用意為何？	為強化醫療群會員照護能力，除既有合作醫院外，新增醫療群合作社區藥局及合作診所，提供病人就近於社區之用藥、檢驗檢查等醫療服務。	未修正
2. 家庭醫師醫療群 24 小時諮詢專線，診所有時無法 24 小時隨時待機，建議有更人性化的處理方式，如其他通訊軟體~FB、LINE 聯繫，是否可以納入計算，而非要求家醫診所 24 小時都要接聽電話紀錄來計算。	<p>1. 建置 24 小時電話諮詢專線，係根據台大謝博生教授、家庭醫學醫學會規劃之社區醫療群照顧模式，符合學理及國際趨勢。</p> <p>2. 其目的為建立良好醫病關係，減少不必要之急、門診，請推廣會員多加使用。</p> <p>3. 建議 FB、Line 之聯繫管道在即時回應性及考量相關個案隱私問題克服後，可以列入考慮。</p>	未修正
3. 預防保健達成指標中較需照顧族群的定義為何？	本計畫之應照護族群係 <u>當年度應收案之對象</u> ，包含計畫柒、一所列之慢性病個案(含醫療費用最高 90%、高齡、參與醫療給付改善方案、失智症病人)及非慢性病個案(含醫療費用最高 30%、3-5 歲兒童、門診高利用)。	未修正
4. <u>110 年計畫新增新參與計畫之規範，限制所在地之鄉、鎮、市、區無社區醫療群，才能成立新的醫療群，舊有醫療群若重組，新舊診所參與規範圍何</u>	<p>1. <u>現行 50 個次醫療區均至少有 1 群醫療群提供服務，為符合以社區民眾生活圈之原則，增列本項規範。</u></p> <p>2. 為確保執行品質及符合社區民眾</p>	本項新增

Q	A	備註
?	<p><u>生活圈，如原醫療群組成龐大或有地理位置及科別組成等因素，可拆分為兩個醫療群；另如舊有醫療群經整併、重組為新的醫療群，其組成應至少 1/2 以上屬原已參與計畫之診所。</u></p>	
<p>5. <u>24 小時諮詢專線之接聽人員應執業登記於社區醫療群內診所為原則，如接聽人員有跨區執登情形，該如何認定是否符合規定。</u></p>	<p><u>現行有數個社區醫療群共聘醫事人員接聽 24 小時諮詢專線，如醫事人員執業登記處所有跨區或跨縣市執業登記情形，為免影響接聽品質，分區業務組得請社區醫療群於計畫申請文件提出說明後據以認定為宜。</u></p>	<p>本項新增</p>
<p>二、參與院所、醫師資格</p>		
<p>6. 申請參與之特約醫療院所 2 年內無違反本保險特約醫事服務機構特約及管理辦法第 38-40 條之違規期間認定，如 A 診所第一次處分函處停約 2 個月 (105/1/1~105/2/28)，違規期間認定為何？</p>	<p>1. 依本計畫玖參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求規定：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。</p> <p>2. 故 A 診所違規期間認定，以保險人第一次處分函所載停約 105/1/1 停約日起算，2 年內無違約情形，故自 107/1/2 起即可參加本計畫。</p>	<p>未修正</p>
<p>7. 因每年計畫公告時程不同，參加診所違規期間認定，如第一次處分函所載日期為 107 年 3 月 1 日，請問可參加當年度計畫嗎？</p>	<p>1. 因 107 年本計畫於 107 年 4 月 13 日公告，但實施日期自 107 年 1 月 1 日起生效，醫療院所應於計畫公告 3 個月內提出申請，<u>即於 107 年 7 月 12 日前提出申請。</u></p> <p>2. 依計畫玖、三規定，醫療院所參</p>	<p>加強文字敘述</p>

Q	A	備註
	<p>與計畫執行期間，違反本保險特約醫事服務機構特約及管理辦法第 38-40 條，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。</p>	
<p>8. 參與醫師中途退出，如診所所有 2 位參與計畫之醫師，其收案會員應由那位醫師承接？</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依本計畫玖、二規定，因離職而退出醫師之會員，可由原參與診所於一個月內來函述明其承接理由，經保險人各分區業務組同意後由符合資格醫師承接。 2. 故中途退出之醫師，其收案會員應由該診所符合資格之「主要照護醫師」承接，以提供會員連續性照護。 	<p>未修正</p>
<p>9. 參與計畫醫師因診所更換負責人(診所主體未變，原 2 位醫師均有參與計畫，負責人由 A 醫師換成 B 醫師且於原址開業)換診所代號，醫療群來函分區業務組亦同意繼續參與，次年參與計畫，其舊代號之指定會員可以轉到新代號嗎？</p>	<p>考量家醫會員會員照護之連續性，計畫執行期間診所代號異動（如搬遷），原參與本計畫醫師未異動，分區業務組得視診所原址、原機構、服務內容及設備設施均無改變等狀態，逕依權責專案認定後同意該診所轉換病患名單至新診所。</p>	<p>未修正</p>
<p>10. 參與家醫計畫醫師因故中途退出(出國進修等)，有來函且經分區業務組同意，或有辦理會員移轉給另一位醫師照護之醫師，次年是否能加入家醫計畫？</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依本計畫玖、二訂定之參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求規定，參與計畫之醫師一年內無經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄者，方可參加計畫。 2. 若為不可歸責因素而退出計畫者，如診所因搬遷導致變更醫事機構代碼、衛生所醫師因公調職 	<p>未修正</p>

Q	A	備註
	至其他醫事機構等，非參與計畫之診所或醫師自願退出本計畫之情況，經分區業務組認定後可加入計畫。	
11. 合作醫院違反特管法第 38-40 條停約 1 個月以上，停約期間不得當合作醫院，次年可以當合作醫院嗎？	合作醫院違反特管法停約 1 個月以上，須符合以下要件，即可繼續參與計畫： 1. 醫院處分為停部分診療科別、服務項目等即非全部停約。 2. 停約處分經本署同意抵扣。	未修正
三、評核指標		
12. 疫情期間，結構面指標之個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導及病房巡診之場次可否從寬認定？	為因應嚴重特殊傳染性肺炎，避免集會群聚感染，在防疫期間，針對部分指標涉及需辦理個案研討、社區衛教宣導等活動，放寬社區醫療群得不須每月至少辦理 1 場，年底前按社區醫療群參加計畫月份補齊辦理場次數即可；個案研討部分亦可採視訊方式辦理，惟須檢附相關證明文件(如視訊截圖、會議紀錄及簽到表等)經分區認可才納入計算； <u>110 年仍受疫情影響，本項指標仍可依前述說明，從寬認定。</u>	酌修文字
13. 同院所 2 位醫師中如僅有 1 位參加計畫，未參加計畫的醫師使用電子轉診案件是否會列計？	電子轉診案件之計算，係以院所使用電子轉診情況列計，不限診所內醫師是否參加家醫計畫。	未修正
14. 有關電子轉診成功率： (1)分子：電子轉診平台之轉出及接受轉入， <u>且病人完成轉診就</u>	1. 使用電子轉診平台之轉出及接受案件係為分開計算，無須兩項皆達成才納入計算。	配合 110 年指標修訂，酌修文字

Q	A	備註
<p><u>醫之案件數，是否兩項均需達成才納入計算?如何認定病人完成轉診就醫?</u></p> <p>(2)轉診使用電子轉診平台可否跨區跨業務組轉診</p>	<p>2. 本署之電子轉診平台可適用跨區轉診。</p> <p>3. 本項係為計算使用電子轉診實際執行情形，<u>認定病人完成轉診就醫係採計接受院所實際受理並回復該筆轉診資料。</u></p>	
<p>15. 電子轉診案件要勾選「轉診目的」才會納入門診雙向轉診率的計算中，如果勾選門診或急診，但病患是去住院，這案件會列計嗎?</p>	<p>門診雙向轉診率之分母係採計電子轉診平台登打之轉診目的為急、門診治療，分子為病患至急、門診就醫後3個月內有回診之人次。</p>	未修正
<p>16. <u>受疫情影響，會員預防保健延後執行是否會影響預防保健達成率之成績?</u></p>	<p><u>預防保健達成率的比較基準係與應照護族群相較，且疫情係影響整體就醫情形，而非單一診所，應不致影響預防保健達成率之成績。</u></p>	本項新增
<p>17. 糖尿病會員胰島素病人注射率之操作型定義。</p>	<p>1. 本項指標之分母：會員門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數(糖尿病為任一主次診斷之 ICD_10_CM 前三碼為 E08-E13 之門診案件；糖尿病用藥為 ATC 前三碼為 A10)。</p> <p>2. 本項指標之分子：糖尿病會員於西醫基層胰島素注射天數≥ 28天之人數(胰島素注射 (Insulins)ATC 前五碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE)。</p>	未修正
<p>18. 會員急診率(分子:會員急診人次/分母:會員人數)，請問會員急診人次是扣除經轉診後人次，還是只要掛急診就算?</p>	<p>會員急診率會員急診人次之計算，僅排除外傷案件，未扣除經轉診後之人次。</p>	未修正

Q	A	備註
<p>19. 初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢之檢驗檢查執行率之操作型定義?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本項指標之目的為早期發現初期慢性腎臟病病人。 2. 本項指標之分母：會員門診主次診斷為初期慢性腎臟病之人數，初期慢性腎臟病之定義則依據全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部品質支付服務第三章初期慢性腎臟病問答集中新收案條件之慢性腎臟疾病所列之診斷碼。 3. 本項指標之分子：會員於西醫基層執行初期慢性腎臟病之檢驗人數，申報 ACR(12111C+09016C)或 PCR(09040C+09016C、06012C、06013C)任一檢查。 4. <u>分子及分母日期區間係採計執行計畫期間之費用年月申報資料。</u> 	酌修文字
<p>20. 自選指標(一)提升社區醫療群品質，需辦理一場(含)以上健康管理活動，或每月辦理學術演講活動提升社區醫療群醫療品質，檢附之佐證資料為何？主題內容及時間等規範為何？<u>活動應與當地主管機關(分區業務組、衛生局)、家庭醫學醫學會或各縣市醫師公會合辦，其他學公會是否可以？</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本項指標訂定目的在於希望醫療群能夠做到跨群分享及觀摩，用以作為群內改善之依據。或是將其成果分享給未參與計畫之診所，增加診所於未來加入團隊之誘因。 2. 學術演講活動，係考量醫療群的表現績效如不足以讓其他單位觀摩，至少可以藉由一些學術活動，提升群的照護品質；定期辦理之頻率應每月至少一次，辦理期間為計劃執行起訖期間。 3. 佐證資料如活動議程、內容、簽 	酌修文字

Q	A	備註
	<p>到單、照片等資料。</p> <p>4. <u>為達跨群分享及觀摩，作為群內改善之依據，觀摩活動應與分區業務組、衛生局、家醫學會或醫師公會合作並公開透明，合辦單位應為與本計畫相關之學公會為主。</u></p>	
<p>21. 自選指標(四)糖尿病病人眼底鏡檢查，如果轉介到醫療群外的診所做檢查，會列計成績嗎?</p>	<p>1. 本項指標係採用 DA 指標，分子：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行眼底檢查或眼底彩色攝影檢查人數；分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。</p> <p>2. 故按前述指標定義，本項指標係採計醫療群內之診所，有執行眼底檢查或眼底彩色攝影檢查人數。</p>	<p>未修正</p>
<p>22. 自選指標(五)接受醫院轉介出院病人，並辦理出院後續追蹤，是否限於有提供出院準備服務的醫院所轉出的病人？需提供哪些佐證資料？</p>	<p>1. 本項指標係指醫療群接受出院準備服務轉介之病人並提供後續照護。</p> <p>2. 需提供該個案在由醫院轉銜「出院準備服務」到診所之佐證資料（如出院病摘、轉診單），且診所所有持續追蹤之證明，例如後續就醫紀錄等，供分區業務組判定。</p>	<p>未修正</p>
<p>23. 加分項(二)醫療群醫師支援醫院指標，報備支援醫院每月執行業務之操作定義及是否今年度支援醫院之月份大於 6 個月即能申請該指標分數</p>	<p>1. 本項指標係為強化診所與醫院間垂直合作，且計畫之宗旨為提供病人連續性之照護。</p> <p>2. 爰社區醫療群醫師於計畫執行起訖期間每月定期支援醫院，並提</p>	<p>酌修文字</p>

Q	A	備註
	<p>供如<u>報備支援之醫院核定資料及門診時刻表等佐證資料</u>，方可得分。</p>	
<p>24. 加分項(三)轉介失智症病人至適當醫院就醫或轉介社會福利資源協助，並留有紀錄者，如何認定及需提供什麼佐證資料?<u>佐證資料之評估量表是否仍需要有 CDR 或 MMSE 評估，其他篩檢量表是否能認定?是否有限專科別?</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 由醫療群提供轉介失智症病人之資料，計畫執行期間轉介個案一位以上且留有紀錄即得分。 2. 佐證資料無格式規定，由醫療群提供可供認定轉介資料即可(如轉診單、確診診斷證明書、CDR>1 分或 MMSE<23 分之評估量表等)。 3. 另依據全民健康保險藥品給付規定，失智症治療藥品限由神經科或精神科醫師診斷及處方，並需檢附 MMSE 或 CDR 智能測驗做為佐證資料，本項加分項如佐證資料為評估量表，仍應依前述藥品給付規定辦理為宜。 	<p>新增開立評估量表之說明</p>
<p>四、費用申報及支付方式</p>		
<p>25. 本計畫之預算先扣除「個案管理費」後，「績效獎勵費用」及「失智症門診照護家庭諮詢費用」採浮動點值支付，現行失智症諮詢費是隨每月費用申報進來，屆時年度結算如本計畫點值低於各業務組浮動點值，是否進行追扣?</p>	<p>是。</p>	<p>未修正</p>
<p>26. 個案管理費超過給付上限之醫師，死亡或結案之會員個案管理費核扣原則?</p>	<p>如個案管理費超過支付上限(1,080/1,180 人)，優先於超收會員數中排除死亡個案、醫療給付改善方案及居家醫療照護整合計畫之收</p>	<p>未修正</p>

Q	A	備註
	案個案及自行收案未就醫個案後，再行計算個案管理費。	
27. 醫療群診所換群，如 80 分的群換至有 90 分、90 分換至 80 分或 90 分換至 90 分，個案管理費會員之給付上限？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依計畫壹拾、四、(一)規範，每位醫師個案管理費之支付上限為 1,080 名，上年度評核指標\geq90%之醫療群醫師上限為 1,180 名。 2. 如醫療群診所換群，僅有 90 分換至 90 分者，個案管理費支付上限為 1,180 名，餘皆為 1,080 名。 	未修正
28. 計畫中會員因疾病因素若由應收案對象轉為醫療給付改善方案及居整個案收案名單，請問係由本署統一給各分區計算個管費用。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依本計畫壹拾、四、(一)規定，計畫會員如屬醫療給付改善方案及居家醫療照護整合計畫之個案，自計畫收案日起不予支付個案管理費。 2. 自 108 年起，由署本部統一計算各醫療群個案管理費支付明細，供分區業務組參考。 	未修正
29. 多重慢性病人門診整合費用申報條件及支付方式為何？申報整合照護模式註記方式？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 為減少家醫會員於不同院所就醫及重複用藥，由收案診所提供多重慢性病人門診用藥整合，符合計畫要件者支付每會員每年度 500 點或 1000 點。 2. 家醫會員如有高血壓、糖尿病、高血脂、動脈粥樣硬化、心臟病、腦血管病變、慢性肝炎、肝硬化、痛風、慢性腎臟病、慢性貧血、慢性阻塞性肺病等 12 種慢性病，2 種(含以上)慢性病並於收案診所內就醫(不限科別醫師)，且當年度該慢性病連續處方箋之 	未修正

Q	A	備註
	<p>總處方調劑日分達 56 日(含)以上，無重複用藥情形，即可支付本項費用。</p> <p>3. 如家醫會員因前述 12 種慢性病於收案診所外就醫，且未開立該慢性病之慢性病連續處方箋，該案件則不納入排除支付計算。</p> <p>4. 醫師每次提供整合照護後，除於病歷記載備查外，醫療費用申報時皆須於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報，註記「P-家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合模式」。</p>	