



地區醫院全人全社區照護計畫 健保實務說明

衛生福利部中央健康保險署

113年9月20日

- ◆計畫背景、目的
- ◆計畫內容、申請
- ◆費用支付方式
- ◆計畫評核指標
- ◆退場機制
- ◆常見問題



計畫背景

依據112年門診就醫情形(主次診斷及用藥)統計，有就醫之三高(高血壓、高血脂、高血糖)病人約534萬人，已接受家醫計畫、糖尿病及慢性腎臟病照護方案收案管理的病人約有301萬，仍有**233萬**名病人未有疾病照護管理，爰讓尚未接受健保相關計畫收案照護之三高病人，納入全人計畫得於主要就醫地區醫院獲得**整合性照護服務**

疾病別	總人數	皆未參與任一計畫人數	皆未參與任一計畫對象中，主要就醫層級人數			
			醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層
高血壓	3,391,127	1,543,629	322,658	468,621	306,828	445,522
高血脂	2,912,678	1,168,787	270,335	369,011	232,690	296,751
高血糖	2,132,569	604,527	140,370	185,336	122,501	156,322
總計	5,342,445	2,332,481	516,799	730,059	478,198	660,515

註1.以112年門診就醫情形(主次診斷+用藥)定義及統計各項疾病人數

註2.主要就醫層級(依序以件數、藥費較多者為主，若皆一樣多以層級別較低者為主)



計畫目的、期間

◆執行目的：

- ① 尚未接受健保相關計畫收案照護之**三高(高血壓、高血脂、高血糖)病人**，得於主要就醫地區醫院獲得**整合性照護服務**，延緩慢性疾病重症之發生。
- ② 提升三高病人之照護涵蓋率及醫療服務品質，以達三高防治**888政策目標**。

◆實施日期：公告日至113年12月31日

計畫內容-收案對象

保險人擷取去(112)年全國西醫醫院門診明細清單資料，針對三高(高血糖、高血脂及高血壓就醫並用藥)之保險對象

排除接受健保相關計畫收案者

- 家庭醫師整合性照護計畫
- 代謝症候群防治計畫
- 醫院以病人為中心門診整合照護計畫
- 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(P4P-DM/CKD/DKD)

較需照護名單

分派

- ① 三高**就醫件數最高**的地區醫院收案
- ② 若就醫件數相同時，則由**藥費最高**的地區醫院收案

計畫內容-計畫申請

計畫公告1個月
內提出申請

本署分區業務組
審核同意

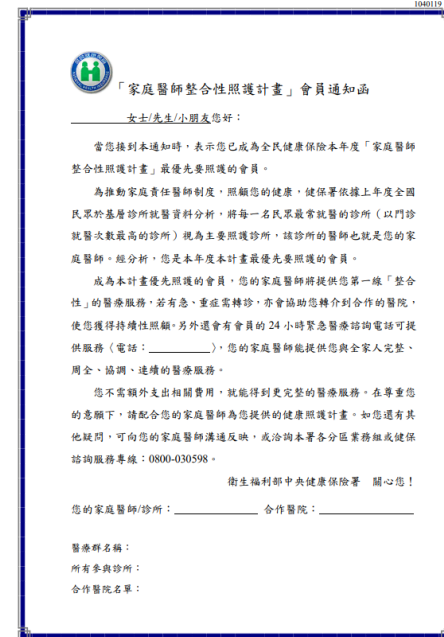
醫院登入VPN傳
輸會員資料

計畫申請書：合作醫院基本資料、參與醫師名單、24小時諮詢專線(含接聽人員名單)、個案管理人員、營養師名單、提供照護品質及轉診機制及與區域級以上醫院合作內容等

分區業務組審核同意並函復

- ① 1個月內將會員資料批次上傳至VPN，上傳後再檢視是否成功
- ② 3個月內通知會員已被收案及取得會員同意
- ③ 年底前完成會員健康資料建檔

註1.每名醫師收案人數以1,000人列計，以參與計畫的醫師數計算醫院收案人數上限
註2.收案會員權利義務說明書或計畫會員通知，可參考本署全球資訊網/健保服務/健保醫療計畫/家庭醫師整合照護計畫/會員專區/會員權益手冊及提供之服務內容



「家庭醫師整合性照護計畫」會員通知函

女士/先生/小朋友您好：

當您接到本通知時，表示您已成為全民健康保險本年度「家庭醫師整合性照護計畫」最優先要照護的會員。

為推動家庭責任醫師制度，照顧您的健康，健保署依據上年度全民民眾於基層診所就醫資料分析，將每一名民眾最常就醫的診所（以門診就醫次數最高的診所）視為主要照護診所，該診所的醫師也就是您的家庭醫師。經分析，您是本年度本計畫最優先要照護的會員。

成為本計畫優先照護的會員，您的家庭醫師將提供您第一線「整合性」的醫療服務，若有急、重症需轉診，亦會協助您轉介到合作的醫院，使您獲得持續性照顧。另外還會有會員的24小時緊急醫療諮詢電話可提供服務（電話：_____），您的家庭醫師能為您與全家人完整、周全、協調、連續的醫療服務。

您不需額外支出相關費用，就能得到更完整的醫療服務。在尊重您的意願下，請配合您的家庭醫師為您提供的健康照護計畫。如您還有其他疑問，可向您的家庭醫師溝通反映，或洽詢本署各分區業務組或健保諮詢服務專線：0800-030598。

衛生福利部中央健康保險署 關心您！

您的家庭醫師/診所：_____ 合作醫院：_____

醫療群名稱：_____
所有參與診所：_____
合作醫院名單：_____



計畫內容-參與條件

◆本保險特約之**地區醫院**。

◆**團隊組成：**

- ① **家庭醫學科、內科或兒科專科且專任醫師**
- ② **專兼任營養師1名**
- ③ **專任個案管理人員**(執登於該院醫事人員、具醫務管理或公共衛生背景之非醫事人員擔任)1名
- ④ **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**

註：醫療資源缺乏地區施行區域/山地離島地區之醫院，得與1~2家區域級以上醫院及1家以上診所建立轉診及合作機制



計畫內容-教育訓練

照護團隊成員	課程(時數)			總訓練時數	備註
	行政管理教育 訓練 (參與第一年)	家庭醫師專業 教育訓練 (參與第一年)	三高防治教育 訓練 (每年)		
個案管理人員	4	-	-	4	年度內未 取得訓練證明 追扣 開辦建置費
醫師					
家庭醫學專科	4	-	8	12	需 退出 本計畫， 並 追扣 該醫師當 年度之相關費用
內科、兒科專科	4	8	8	20	

註：

1. 三高防治教育訓練得由中華民國醫師公會全國聯合會(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學會及台灣基層糖尿病協會等主辦
2. 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

計畫內容-執行內容

個人健康資料建檔

- ✓ 家族史、生活型態等
- ✓ 視健康狀況及疾病樣態訂定治療計畫書

個案管理

- ✓ 掌握健康狀況、聯繫及協調照護計畫
- ✓ 安排轉診及追蹤治療結果
- ✓ 個案管理及衛教宣導
- ✓ 持續性追蹤關懷

預防保健服務

- ✓ 癌症篩檢、疫苗接種

定期檢查追蹤

- ✓ 檢視個案健康數據(血糖/血壓/體重/檢驗檢查)

24小時諮詢專線

應由**執業登記於醫院之醫事人員**接聽

- ✓ 提供健康照護建議
- ✓ 提供就醫地點並協助聯繫就醫
- ✓ 緊急狀況發生，適時轉介收案醫師協助

衛教宣導活動

- ✓ 辦理個案研討或社區衛教宣導

轉診、轉介機制

- ✓ 雙向轉診、共同照護機制等
- ✓ 轉介居家或長照服務

下載健康存摺

- ✓ 鼓勵會員做好健康管理

費用支付方式1

依實際執行情況
按月申報

給付項目

開辦建置費
15萬點(首年)

個案管理費
500點/年/人(首年)
250點/年/人(次年起)

多重慢性病人門診
整合費用
(550點或1,100點)

三高疾病整合照
護提升費
(250點或750點)

績效獎勵費用
550點/年/人

失智症門診照護
家庭諮詢費用
(300點或500點)

依計畫執行結果核定後核付

健康管理成效鼓勵
(50%)
VC- AE差值(上限275點/人)

品質提升費用(50%)
依品質指標達成情形分
五級支付(0 ~ 275點/人)

第一年不予支付

- 特優級 (≥90分) 275點
- 良好級 (80含-90分) 210點
- 普通級 (70含-80分) 175點
- 輔導級 (60含-70分) 145點
- 不支付 (< 60分) 0點

◆於年度結束後，扣除在宅急症照護試辦計畫結算金額，進行全年結算，**採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元**



費用支付方式2

給付項目	支付點數	支付條件
開辦建置費	首年每家醫院支付 15萬點	符合以下 4項條件才予支付 ，如首次參與當年因故 中途退出本計畫 ， 不予支付 ① 收案會員之個人健康資料 建檔率達80% 。 ② 評核指標 - 「設立 24小時諮詢專線 」得 3分(含)以上 。 ③ 收案會員之 健康存摺下載率達80% 。 ④ 除諮詢專線外， 至少提供一種會員諮詢服務方式 (如即時通訊軟體)

本計畫收案對象		支付方式
與居家醫療照護整合計畫	同一收案院所	自該計畫 收案日起不予支付
	非同一收案院所	自該計畫 收案日起不予支付
與P4P-DM/CKD/DKD	同一收案院所	自該計畫 收案日起不予支付
	非同一收案院所	支付
死亡		按收案月份 等比例支付
參與計畫之特約 醫院或醫師 於參與計畫期間，如因故 中途退出 本計畫		依承作月份 按比例核付
未於年底前完成「個人健康資料建檔」者		不予支付
VC-AE差值為負值且計畫評核指標分數 < 60分者		支付50%
醫師當年度未於執業登記醫院申報醫療費用者		不予支付

個案管理費 收案**首年**支付**500點/年/人**；
次年起支付**250點/年/人**

- 為達全人照護目標，視個案需要撰寫「個案醫療照護計畫書」。

費用支付方式3

給付項目	支付點數	支付條件
績效獎勵費用 (第一年不支付)	- 健康管理成效鼓勵(VC-AE差值):上限275點/人 - 品質提升費用:依品質指標達成情形分五級支付(0 ~ 275點/人)	不支付要件： ① 會員 於收案期間 未 於收案醫院 就醫 ② 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)

失智症門診照護
家庭諮詢費用

諮詢(分)	支付點數	申報代碼
≥15 , 但<30	300	P8501B
≥30	500	P8502B

支付要件：

- ① 會員經**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**(下列2者符合其一)：
 - 符合臨床失智症評量表(CDR)值**≥1**
 - **簡易心智量表≤23**
- ② 每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定，併入會員病歷記錄留存註：
 1. 同院所每位會員每年**最多給付2次**費用
 2. **不得與醫院以病人為中心門診整合照護計畫**之失智症門診照護家庭諮詢費用**重複申報**



費用支付方式4

給付項目	支付點數	支付條件						
多重慢性病人門診整合費用	<table><tr><th>慢連箋 (調劑日份)</th><th>支付點數</th></tr><tr><td>≥56</td><td>550</td></tr><tr><td>≥169</td><td>1,100</td></tr></table>	慢連箋 (調劑日份)	支付點數	≥56	550	≥169	1,100	支付要件(於收案醫院)： ① 2種(含)以上慢性病(高血壓、糖尿病、高血脂、慢性腎臟病)門診就醫 ② 兩類(含)以上慢性病連續處方箋，總處方調劑日份須達56日(含)以上 ③ 無「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形 ④ 病歷簡述整合之內容或藥品，並於費用申報時，於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13整合式照護計畫註記」填報為「P」
慢連箋 (調劑日份)	支付點數							
≥56	550							
≥169	1,100							

- 三高疾病整合
照護提升費
- 單一疾病個案，支付**250點/年**；
 - 兩種疾病(含)以上個案支付**750點/年**

- 支付要件：**
- ① 檢驗(查)結果**有進步**或**控制良好**
 - ② **限收案醫院**之上傳檢驗(查)**數據**
 - ③ 參與**醫師**於年度結束前**完成三高防治教育訓練**課程
- 註：當年度**已獲P4P-DM/CKD/DKD品質獎勵金**之醫院，同一個案**不得重複領取**

疾病型態	檢驗(查)項目	進步或控制良好定義：檢驗(查)結果後測-前測<0或最後一次檢驗(查)結果位於以下範圍
高血壓	血壓	收縮壓<130 mmHg且舒張壓<80 mmHg
高血糖	HbA1c、LDL	HbA1c <7%且LDL<100mg/dL
高血脂	LDL	LDL <100mg/dL



計畫評核指標1 (第1年不計分)

指標	分數說明
結構面指標(20分)	
個案研討、社區衛教宣導(10分)	一年至少辦理 12場 ，且年度內每位 醫師 至少應參與本項活動達 3次(含) 以上，今年按參與月份等比例辦理，年底前檢附「每月統計表」及「宣導紀錄表」予分區業務組
設立24小時諮詢專線 (全年至少抽測3次)(5分)	由台灣社區醫院協會進行抽測，依實際服務品質，分階段給分，以平均分數計算得分並將分數於當年度12月底前提供保險人計分 ● 能即時轉達收案醫師，且收案醫師20分鐘內即時callout回電(5分) ● 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)(5分) ● 無法解決會員問題(如不了解本計畫、簡單回答請他來醫院等)(3分) ● 無人接聽(連續測試3通，每次間隔10分鐘)(0分)
提供居整計畫、安寧居家療護或在宅急症照護服務(5分)	● 提供服務 ≥25人 (5分) ● 提供服務 ≥15人 (2分)
接受生活習慣諮商率 (第一年不予計分)	分子：會員接受生活習慣諮商人數。 分母：會員人數。



計畫評核指標2 (第1年不計分)

指標	分數說明
過程面指標(25分)	
成人預防保健檢查率(5分)	● $\geq$較需照護族群70百分位數(5分) ● $<$較需照護族群70百分位數，但$\geq$較需照護族群60百分位數(3分) 計算公式： 分子：40歲(含)以上會員於醫院接受成人健檢人數 分母：40歲至64歲會員數/3+65歲(含)會員數
子宮頸抹片檢查率(5分)	● $\geq$較需照護族群63百分位數(5分) ● $<$較需照護族群63百分位數，但$\geq$較需照護族群53百分位數(3分) 計算公式： 分子：30歲(含)以上女性會員於醫院接受子宮頸抹片人數 分母：30歲(含)以上女性會員數
65歲以上老人流感注射率(5分)	● 會員接受流感注射服務$\geq$較需照護族群65百分位數(5分) ● $<$較需照護族群65百分位數，但$\geq$較需照護族群55百分位數(2分) 計算公式： 分子：65歲以上會員於醫院接種流感疫苗人數 分母：65歲以上總會員人數



計畫評核指標3 (第1年不計分)

指標	分數說明
過程面指標(25分)	
糞便潛血檢查率(5分)	● $\geq$較需照護族群檢查率之83百分位數(5分) ● $<$較需照護族群檢查率之83百分位數，但$\geq$較需照護族群檢查率之73百分位數(3分) ● $<$較需照護族群檢查率之73百分位數，但$\geq$較需照護族群檢查率之63百分位數(2分) 計算公式： 分子：50歲以上至未滿75歲會員於醫院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
B、C肝炎篩檢率(5分)	● $\geq$較需照護族群70百分位數(5分) ● $<$較需照護族群70百分位數，但$\geq$較需照護族群60百分位數(3分) 計算公式： 分子：曾做過B、C肝炎篩檢之會員人數 分母：符合B、C肝炎篩檢資格之會員人數(45歲以上未滿80歲者、原住民為40歲以上未滿80歲者)



計畫評核指標4 (第1年不計分)

指標	分數說明
結果面指標(55分)	
潛在可避免急診率(5分)	分子：潛在可避免急診 慢性類疾病 之案件。 分母： 18歲以上 本計畫會員罹患 慢性 類疾病人數。
會員急診率(排除外傷)(5分)	分子：會員急診人次(排除外傷案件)。 分母：會員人數。
可避免住院率(5分)	分子：可避免住院 慢性類疾病 之案件。 分母： 18歲以上 本計畫會員因 慢性 類疾病就醫人數。

- $\leq$ 收案會員**30**百分位(5分)
- $>$ 收案會員**30**百分位，但 $\leq$ 收案會員**45**百分位(3分)
- $>$ 收案會員**45**百分位，但 $\leq$ 收案會員**65**百分位(1分)



計畫評核指標5 (第1年不計分)

指標	分數說明
結果面指標(55分)	
初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率(5分)	● $\geq$初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率70百分位(5分) ● $<$初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率70百分位，但$\geq$初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率50百分位(3分) 計算公式： 分子：會員於收案醫院執行初期慢性腎臟病之檢驗人數 分母：會員門診主診診斷為初期慢性腎臟病之人數 註：「單次尿液白蛋白 / 尿液肌酸酐比例(UACR)」或「尿液總蛋白與肌酸酐比值(UPCR)」兩項檢查之一
會員固定就診率(10分)	● $\geq$當年較需照護族群65百分位且$\geq 50\%$(10分) ● $\geq$當年較需照護族群60百分位，但$<$當年較需照護族群65百分位且$\geq 50\%$(5分) ● $\geq$當年較需照護族群55百分位，但$<$當年較需照護族群60百分位(3分) 計算公式： 分子：會員在收案醫院(含合作醫院)就醫次數 分母：會員在所有西醫門診就醫次數
三高疾病監測數據控制良率(15分)	● 控制良好或進步之人數比率達80%，依疾病別各得5分。 ● 控制良好或進步之人數比率達60%，依疾病別各得3分。



計畫評核指標6 (第1年不計分)

指標	分數說明
結果面指標(55分)	
糖尿病會員胰島素注射率 (第一年不予計分)	分子：糖尿病會員於收案醫院胰島素 注射天數≥ 28天 之人數。 分母：糖尿病會員門診 主次診斷 為糖尿病 且使用糖尿病用藥 之人數 且≥ 100人
糖尿病人眼底檢查執行率(5分)	$\geq$ 全國平均值(5分)
收案會員重複用藥情形(5分)	● ≤ 30百分位(5分) ● > 30百分位，但≤ 60百分位(3分) ● > 60百分位，但≤ 70百分位(1分) 計算公式： 1.當年度平均每位會員重複用藥核扣金額： 分子：收案會員重複用藥核扣金額 分母：收案會員數 2.當年度平均每位會員重複用藥率： 分子：收案會員重複用藥處方件數 分母：收案會員調劑7日以上處方件數

退場機制-計畫實施第一年不執行退場、免提改善計畫

評核指標分數



◆本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)，1年內不得再加入本計畫

常見問題1

題號	問題(Q)	說明(A)
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？	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. 本署將再評估三高病人主要就醫科別，研修114年本計畫之參與醫師資格。
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一個月申請期限，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。

常見問題2

題號	問題(Q)	說明(A)
一、組織運作		
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。
二、執行內容		
4	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 小時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。

常見問題3

題號	問題(Q)	說明(A)
二、執行內容		
5	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。
6	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。
7	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。
8	114年度收案的會員，如果是113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。

常見問題4

題號	問題(Q)	說明(A)
三、收案對象(會員)		
9	計畫公告一個月內完成上傳名單時間太短，希望可以延長上傳時間	- 為利計畫推展及時效性，本署業於113年7月23日提供各地區醫院派案資料予各分區業務組，轉知所轄地區醫院預做準備，同步函文台灣社區醫院協會，轉知所屬會員，以利計畫公告後，依限於1個月內完成本計畫申請及收案程序。 - 本計畫業依程序公告在案，考量今年度可執行計畫時間有限，建議維持原上傳時間，如有特殊情形(如系統操作問題等)且報本署分區業務組同意後，可酌予延長至多15日。
10	已下載健保署提供之固定就醫病人名單，分析發現 - 部分病人已死亡 - 該病人今年已未在本院就醫 - 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 - 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，請問 是否得以排除？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，並於計畫公告一個月內上傳於健保資訊網服務系統。 114年起本署派案名單將先勾稽檔案將死亡個案排除，以利醫院作業。
11	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。

常見問題5

題號	問題(Q)	說明(A)
三、收案對象(會員)		
12	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。
四、參與計畫醫院、醫師資格及基本要求		
13	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4-12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，如今(113)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，今年得免再接受該教育訓練認證課程。
14	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。

常見問題6

題號	問題(Q)	說明(A)
四、參與計畫醫院、醫師資格及基本要求		
15	團隊參與成員之教育訓練資格認證，可否放寬迄日到明(114)年，屆時未取得訓練證明再追扣開辦費？	考量本計畫為首年執行，為利醫院協調人力且有足夠時間安排參與計畫成員完成教育訓練課程，爰今(113)年參與計畫之醫院若於明(114)年3月31日(含)前未取得訓練證明者，將追扣該醫院之相關費用。
16	三高教育訓練時數完成期限放寬至114年3月31前，想請問此教育訓練資格有效期限是否僅限113年？抑或可延續至114年底？又或者如該教育訓練開課於114年，得否併計於113年及114年時數？	1. 考量本計畫為首年執行，為利醫院協調人力且有足夠時間安排參與計畫成員完成教育訓練課程，爰今(113)年參與計畫之醫院若於明(114)年3月31日(含)前未取得訓練證明者，才追扣該醫院之相關費用。 2. 本計畫規定參與醫師每年應接受8小時之三高防治教育訓練課程，雖113年三高防治教育訓練完成期限放寬至114年3月31日，惟同一教育訓練課程，不得重複列計為113年及114年訓練時數。
17	113年(含)前曾接受家醫計畫之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。

常見問題7

題號	問題(Q)	說明(A)
五、費用申報與支付方式		
18	會員個案管理費起日，怎麼計算？	醫院如依計畫規範，於計畫公告1個月內完成上傳名單者，自113年8月起給付算個案管理費。
19	「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？	- 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。 - 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。
20	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，是否個管費不給付？	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。
21	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 113 年還是 114 年？	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；收案會員次年起無須進行健康資料建檔上傳，每人支付250點/年。

常見問題8

題號	問題(Q)	說明(A)
五、費用申報與支付方式		
22	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。
23	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。"
六、計畫評核指標		
24	結果面評核指標起算日是由計畫公告且核定後之113年9月開始起算，或是由113年1月起算？113年1月計畫尚未啟動，醫院未開始照護個案。	1. 本計畫實施第一年未逾半年，評核指標分數供參不計分，且不執行退場機制。 2. 今(113)年結果面評核指標統一自9月1日起算。

常見問題9

題號	問題(Q)	說明(A)
六、計畫評核指標		
25	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。
26	過程面評核指標目前僅算會員於「醫院」接受相關預防保健及疫苗接種，診所接受癌篩及疫苗接種不算在內嗎?	1. 查家醫計畫之預防保健、癌篩、疫苗接種等評核指標，為利收案會員於基層診所接受照護，分子僅列計基層院所人數，爰本計畫比照家醫計畫，分子只列計於醫院接受預防保健、癌篩及疫苗接種會員。 2. 所提建議納入114年計畫修訂參考。
27	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。
28	結構面指標(三)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。
29	計畫評核指標-過程面指標之各項檢查，如果是在合作醫院接受檢查，可否納入完成率計算?	本項指標分子列計會員於醫院(不限合作醫院)有執行各項檢查人數。

常見問題10

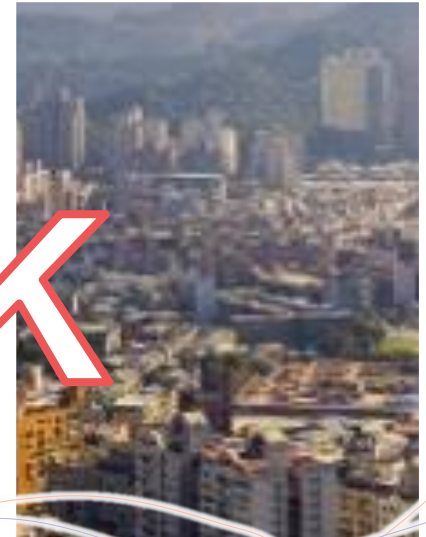
題號	問題(Q)	說明(A)
七、其他		
30	收案會員長期在該院就診(如失智症病人於神內門診看診並診治慢性病)，會員收案後是否有需要讓收案醫師看診？	本計畫未規範要由收案醫師看診，惟參與計畫團隊(醫師、營養師及個案管理師)需提供會員個人健康資料建檔、預防保健服務(癌症篩檢、疫苗接種)、疾病管理、定期檢查追蹤、24小時諮詢專線、個案管理、轉診、轉介機制及衛教宣導活動等，派案名單是該院之三高忠誠病人，該院對其有照護責任，應提供以病人為中心，周全性、協調性、連續性的服務。



Q&A



Health for All



THANK

YOU

