



115年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

115年03月19日



大綱

- ◆ 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
- ◆ 家醫大平台簡介
- ◆ 常見問題

計畫背景

- ◆ 依據113年門診就醫情形統計，三高(高血壓、高血脂、高血糖)病人約530萬人，114年有321.7萬人接受家醫計畫、糖尿病及慢性腎臟病照護方案收案管理及地區醫院全人全社區等計畫。
- ◆ 全人計畫針對未於健保相關計畫收案照護之三高病人，交付主要就醫地區醫院提供**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	3,282,960	1,359,339	336,300	412,580	241,013	369,506
高血脂	3,013,912	1,087,209	296,353	347,280	195,960	247,616
高血糖	2,104,805	530,413	141,155	162,202	95,377	131,679
總計	5,300,387	2,082,856	544,823	658,871	382,611	541,285

註1.以113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)

註3.資料擷取日期:115.2.26



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)**及**動脈粥狀硬化心血管疾病(下稱ASCVD)**風險等級達**非常高或極高病人**，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**：115年度計畫於1月22日公告並溯自115年1月1日起生效，實施期程為115年1月1日至115年12月31日。



計畫內容-收案對象

保險人擷取去(114)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)及**ASCVD**風險等級達**非常高或極高**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、ASCVD**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2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

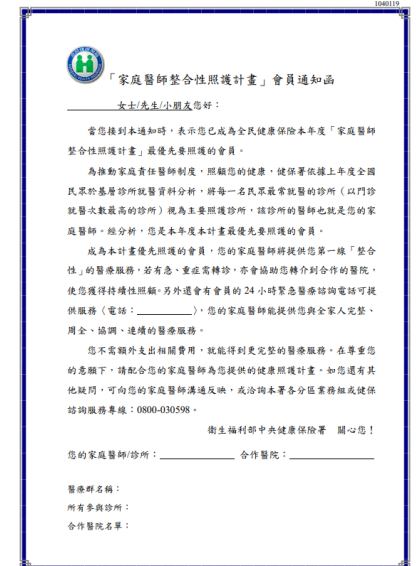
- ① **公告2個月內**將會員資料批次上傳至VPN，上傳後再檢視是否成功
- ② **3個月內**通知會員已被收案及取得會員同意
- ③ **年底前**完成會員健康資料建檔

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

註3.前一年度已經參與本計畫且參與醫師與前一年度相同者，可具函敘明向分區業務組備查

註4.若前一年度已為會員，收案名單由保險人自動轉入VPN，無須於隔年度重新派案及收案





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、兒科**專科且**專任**醫師(如地區醫院無前述三科專科醫師，得由其他專科醫師參與)
- 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)	其他專科醫師專業教育訓練課程 (參與第一年)	三高防治教育訓練 (每年)		
個案管理人員	4	-	-	-	4	追扣開辦建置費
醫師						
家庭醫學專科	4	-	-	8	12	
內科、兒科專科	4	8	-	8	20	需退出本計畫，並追扣該醫師當年度之相關費用
其他	4	8	8	8	28	

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
- ✓ 使用家醫大平台

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(參與本計畫醫院限支付1次)

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)

血糖、血脂管理提升費

(150點/250點/550點)

糖尿病病人之胰島素注射獎勵費

(300點/年/人)

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)

- 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，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	<p>每家醫院支付15萬點</p> <p>(參與本計畫醫院限支付1次)</p>	<p>符合以下4項條件才予支付，如參與期間因故中途退出本計畫，不予支付</p> <ol style="list-style-type: none"> 收案會員之個人健康資料建檔率達80%。 評核指標 - 「設立24小時諮詢專線」得3分(含)以上。 家醫大平台每月至少使用4次。 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)。 																												
個案管理費	<p>收案首年支付500點/年/人； 次年起支付250點/年/人</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1082 649 1549 715">本計畫收案對象</th> <th data-bbox="1549 649 1939 715"></th> <th data-bbox="1939 649 2466 715">支付方式</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1082 715 1549 781" rowspan="2">與居家醫療照護整合計畫</td> <td data-bbox="1549 715 1939 781">同一收案院所</td> <td data-bbox="1939 715 2466 781">自該計畫收案日起不予支付</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1549 781 1939 846">非同一收案院所</td> <td data-bbox="1939 781 2466 846">自該計畫收案日起不予支付</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1082 846 1549 912" rowspan="2">與P4P-DM/CKD/DKD</td> <td data-bbox="1549 846 1939 912">同一收案院所</td> <td data-bbox="1939 846 2466 912">自該計畫收案日起不予支付</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1549 912 1939 978">非同一收案院所</td> <td data-bbox="1939 912 2466 978">支付</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1082 978 1549 1029">死亡</td> <td data-bbox="1549 978 1939 1029"></td> <td data-bbox="1939 978 2466 1029">按收案月份等比例支付</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1082 1029 1549 1143">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</td> <td data-bbox="1549 1029 1939 1143"></td> <td data-bbox="1939 1029 2466 1143">依承作月份按比例核付</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1082 1143 1549 1209">未於年底前完成「個人健康資料建檔」者</td> <td data-bbox="1549 1143 1939 1209"></td> <td data-bbox="1939 1143 2466 1209">不予支付</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1082 1209 1549 1275">VC-AE差值為負值且計畫評核指標分數 < 60分者</td> <td data-bbox="1549 1209 1939 1275"></td> <td data-bbox="1939 1209 2466 1275">支付50%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1082 1275 1549 1340">醫師當年度未於執業登記醫院申報醫療費用者</td> <td data-bbox="1549 1275 1939 1340"></td> <td data-bbox="1939 1275 2466 1340">不予支付</td> </tr> </tbody> </table> <p>● 為達全人照護目標，視個案需要撰寫「個案醫療照護計畫書」。</p>	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
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																												

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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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) 	<p>不支付要件：</p> <ul style="list-style-type: none"> 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	<table border="1" data-bbox="519 839 1065 1076"> <thead> <tr> <th>諮詢(分)</th> <th>支付點數</th> <th>申報代碼</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥15， 但<30</td> <td>300</td> <td>P8501B</td> </tr> <tr> <td>≥30</td> <td>500</td> <td>P8502B</td> </tr> </tbody> </table>	諮詢(分)	支付點數	申報代碼	≥15， 但<30	300	P8501B	≥30	500	P8502B	<p>支付要件：</p> <ul style="list-style-type: none"> 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)： <ul style="list-style-type: none"> ● 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： <ol style="list-style-type: none"> 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
諮詢(分)	支付點數	申報代碼									
≥15， 但<30	300	P8501B									
≥30	500	P8502B									

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 border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="555 454 779 562">慢連箋 (調劑日份)</th> <th data-bbox="779 454 1029 562">支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="555 562 779 625">≥56</td> <td data-bbox="779 562 1029 625">550</td> </tr> <tr> <td data-bbox="555 625 779 688">≥169</td> <td data-bbox="779 625 1029 688">1,100</td> </tr> </tbody> </table>	慢連箋 (調劑日份)	支付點數	≥56	550	≥169	1,100	<p>支付要件(於收案醫院)：</p> <ul style="list-style-type: none"> 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							
糖尿病病人之胰島素注射獎勵費	300點/年/人	<p>支付要件：</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 適用對象：糖尿病收案會員 ② 持續施打胰島素，即前一年胰島素注射天數≥28天且當年度胰島素注射天數≥168天。 <p>註.新胰島素注射之糖尿病病人以現行「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予以獎勵。</p>						

費用支付方式4

給付項目	支付點數				支付條件
血糖、血脂管理提升費	<ul style="list-style-type: none"> 各疾病組合對應之檢驗項目及控制良好範圍如下表，依照個案達到控制良好的檢驗項目數，支付相對應費用150點/250點/550點 				
	疾病組合	檢驗項目控制良好範圍		控制良好檢驗項目數對應之提升費(點)	
		HbA1c	LDL	1項	2項
	高血糖	< 7% ; 80歲以上病人為<8%	100 mg/ dL	150	250
	高血脂		100 mg/ dL	150	
	ASCVD		非常高：<70 mg/ dL ; 極高：<55 mg/ dL	250	
	高血糖+高 血脂	< 7% ; 80歲以上病人為<8%	100 mg/ dL	150	250
	高血糖 +ASCVD	< 7% ; 80歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/ dL ; 極高：<55 mg/ dL	250	550
	高血脂 +ASCVD		非常高：<70 mg/ dL ; 極高：<55 mg/ dL	250	
高血糖+高 血脂 +ASCVD	< 7% ; 80歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/ dL ; 極高：<55 mg/ dL	250	550	

支付要件：

① **最後一次(或當年度半數以上)檢驗結果位於控制良好範圍。最後一次檢驗(查)結果應於當年度7月1日以後。**

② **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**



計畫評核指標1

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 ，年底前檢附「每月統計表」及「宣導紀錄表」予分區業務組(至少1場社區衛教宣導包含三高防治，其中高血壓防治須包含「722原則」)
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)
接受生活習慣諮商或衛教率(5分)	分子： 會員接受生活習慣諮商或衛教人數(每次諮商或衛教紀錄留存備查) 分母：會員人數。 ● 接受比率 $\geq 80\%$ ，得5分。 ● 接受比率 $\geq 60\%$ ，得4分。 ● 接受比率 $\geq 40\%$ ，得3分。 ● 接受比率 $\geq 20\%$ ，得1分。



計畫評核指標2

指標	分數說明
過程面指標(25分)	
成人預防保健檢查率(5分)	<ul style="list-style-type: none"> ● ≥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≥較需照護族群60百分位數(3分) <p>註.按國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，本項指標排除「已為代謝計畫、P4P-DM/CKD/DKD」之收案管理者。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>計算公式：</p> <p>分子：30歲(含)以上會員於院所接受成人健檢人數</p> <p>分母：30歲至39歲會員數/5+40歲至64歲會員數/3+65歲(含)會員數</p> </div>
子宮頸抹片檢查率(5分)	<ul style="list-style-type: none"> ● ≥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≥較需照護族群53百分位數(3分) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>計算公式：</p> <p>分子：25歲(含)以上女性會員於院所接受子宮頸抹片人數</p> <p>分母：25歲至29歲會員數/3+30歲(含)以上女性會員數</p> </div>
65歲以上老人流感注射率(5分)	<ul style="list-style-type: none"> ● 會員接受流感注射服務≥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≥較需照護族群55百分位數(2分) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>計算公式：</p> <p>分子：65歲以上會員於院所接種流感疫苗人數</p> <p>分母：65歲以上總會員人數</p> </div>



計畫評核指標3

指標	分數說明
過程面指標(25分)	
糞便潛血檢查率(5分)	<ul style="list-style-type: none">● \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) <p>計算公式： 分子：45歲以上至未滿75歲會員於院所接受定量免疫糞便潛血檢查人數 分母：45歲以上至未滿75歲會員人數/2</p>
B、C肝炎篩檢率(5分)	<ul style="list-style-type: none">● \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) <p>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(民國75年(含)以前出生至79歲(原住民提前至40歲))</p>



計畫評核指標4

指標	分數說明
結果面指標(45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

指標	分數說明
結果面指標(45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)	<ul style="list-style-type: none"> ● \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) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 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 </div>
會員固定就診率(10分)	<ul style="list-style-type: none"> ● \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) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 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 </div>
血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率(10分)	<ul style="list-style-type: none"> ● \geq收案會員之60百分位數，得5分。 ● $<$收案會員之60百分位數，但\geq收案會員之50百分位數，得3分。 註：進步定義：檢驗結果後測-前測 <0 ，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度7月1日之後，且前測及後測日期應間隔 84 天(含)以上 資料範圍含健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> HbA1c 控制良好(或進步)占率計算公式： 分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步 分母：高血糖收案會員數 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> LDL控制良好(或進步)占率計算公式： 分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步 分母：高血糖、高血脂、ASCVD(風險等級達非常高或極高)收案會員數 </div> </div>



計畫評核指標6

指標	分數說明	
結果面指標(45分)		
糖尿病會員 照護(5分)： 兩項指標擇 高分指標納 入評分	糖尿病會員胰島素注射 率(5分)	<ul style="list-style-type: none"> ● \geq糖尿病會員胰島素注射率60百分位，得5分。 ● 與上年度同期自身比進步率 > 5%，或 < 糖尿病會員胰島素注射率60百分位，但\geq50百分位，得3分。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 計算公式： 分子：糖尿病會員於收案醫院胰島素注射天數\geq28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\geq100人。 </div>
	糖尿病人眼底檢查執行 率(5分)	\geq 全國平均值(5分)



計畫評核指標7

指標	分數說明	
自選指標(10分)： 醫院可就下列指標， 選擇最優2項參加評分 ，於當年度 10月底前將選定指標項目回復分區業務組 。		
提升社區照護品質及健康(5分)	<ul style="list-style-type: none"> ● 與合作機構間，辦理照護或聯繫座談會，一年至少2場。 ● 與社區公、民營機構或團體，辦理健康促進活動。 ● 以上任一項，檢附佐證資料經分區業務組認可後得分。 	
配合政策推動指標(5分)： 擇1項	提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務或「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」服務或全民健康保險在宅急症照護試辦計畫 (5分)	<ul style="list-style-type: none"> ● 提供服務≥ 25人(5分) ● 提供服務≥ 15人(2分)
	提供預立醫療照護諮商 (5分)	<ul style="list-style-type: none"> ● 提供民眾預立醫療照護諮商服務，並留有紀錄，得5分
	提升全民健康保險急性後期整合照護計畫收案人數(5分)	<ul style="list-style-type: none"> ● 收案人數較去年成長，得5分



計畫評核指標8

指標	分數說明
自選指標(10分)： 醫院可就下列指標， 選擇最優2項參加評分 ，於當年度 10月底前將選定指標項目回復分區業務組 。	
假日開診並公開開診資訊(5分)	<ul style="list-style-type: none">● 於週日或國定假日當日開診，並於VPN登錄及公開開診資訊。● 開診率≥50%，得5分。 註：國定假日，依行政院人事行政總處公布放假之紀念日、節日及補假。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">計算公式： 分子：收案醫院於當年度週日+國定假日開診天數 分母：當年度週日天數+國定假日天數</div>
收案會員重複用藥情形(5分)	<ul style="list-style-type: none">● ≤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) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">計算公式： 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</div>
血壓上傳率(5分)	<ul style="list-style-type: none">● 所有收案會員皆適用。● 健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳數據。● 上傳率≥70%(5分)● <70%，但≥60%(3分)● <60%，但≥50%(1分) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">計算公式： 分子：收案會員中，每年至少上傳2筆血壓值(高血壓病人則每年至少上傳3筆) 分母：總收案會員人數</div>

退場機制

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



家醫大平台簡介

◆ 路徑：健保資訊網服務系統(VPN)之醫事人員專區，點選「家醫大平台」

衛生福利部
中央健康保險署

健保資訊網服務系統(VPN)

所在位置 / 首頁 / 醫事人員專區

醫事人員專區

- 醫事機構登入
- 下載專區
- 聯絡窗口
- 友善連結

服務電話：(07)231-8122
服務時間：週一至週五8:00 ~ 19:45、週六9:00 ~ 17:00
電子信箱：ic_service@nhi.gov.tw

網路線路檢測/報修專線
中華電信 (02)2344-3118

醫事人員專區

 健保醫療資訊雲端查詢系統(首頁版)	 院所申報醫師別概況作業	 保險對象特定醫療資訊查詢作業
 醫事人員溝通平台	 住院病例組合編審查詢作業	 胸部X光影像輔助研究新冠肺炎系統
 家醫大平台		

■ 隱私權政策 ■ 資訊安全政策 ■ 政府網站資料開放宣告



家醫大平台-作業畫面說明

◆ 可於左方功能列表，點選欲使用的功能頁面

衛生福利部中央健康保險署
National Health Insurance Administration

歡迎使用

◆ 最新消息：可查看家醫大平台相關公告訊息

最新消息

公告事項

公告日期

家醫大平台(全人全社區)使用者手冊置於VPN下載專區/專案或試辦計畫/家醫大平台

2025-08-13

每頁項目 15 1 - 1 / 1

- 最新消息
- 院所儀表板
 - 健康資料建構及下載
 - 健康管理成效統計
 - 全人計畫評核指標
- 整合照護對象健康管控
 - 個案健康管理列表

家醫大平台-作業畫面說明

◆院所儀表板/健康資料建檔及下載

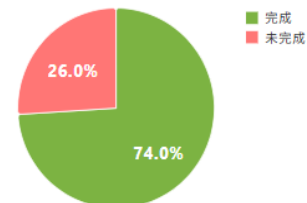
- 畫面顯示本院**今年度已收案全人計畫會員**，**各種疾病樣態人數**、**健康資料建檔下載情形**。
- 健康資料建檔**未完成名單**可點選「**名單下載**」，取得收案會員尚未有登打健康資料，下載檔案以登入之使用者身分證號加密，第1碼大寫。

健康資料建檔及下載

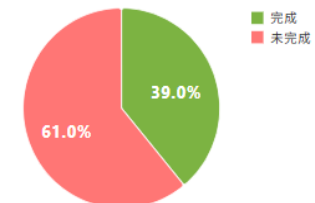
本院所全人計畫會員人數 2170 人

疾病樣態	此疾病樣態人數	健康資料建檔人數	健康存摺下載人數
高血壓	1275	943	459
高血糖	487	337	171
高血脂	1159	864	471
ASCVD	0	0	0
全人計畫會員總數	2170	1604	840
未完成名單下載		名單下載	名單下載

健康資料建檔



健康存摺下載



用途說明：本院今年度已收案全人計畫會員，各種疾病樣態人數、健康資料建檔及健康存摺下載情形
資料來源：各年度全人計畫收案資料、VPN登錄之健康資料、本署健康存摺資料申請檔



家醫大平台-作業畫面說明

◆院所儀表板/健康管理成效統計

呈現全人收案會員中「**高血壓**」、「**高血糖**」、「**高血脂**」、「**ASCVD**」等疾病樣態所對應檢驗項目之良好人數與占率；並提供全國全人計畫醫院平均值以供參照。



※各疾病樣態對應檢驗結果

疾病樣態	高血壓	高血糖	高血脂	ASCVD
檢驗項目	收縮壓、舒張壓	LDL、HbA1c	LDL	LDL

家醫大平台-作業畫面說明

◆院所儀表板/全人計畫評核指標

供查詢**本年度與去年度**的本院所全人評核指標資料：

1. 點選**查詢期別**可切換本年度期別其去年度期別資料。
2. 點選**查看評核指標計算公式**，顯示視窗供查詢各指標計算公式。
3. 點選**查看評核指標得分閾值**，顯示視窗供查詢各指標得分閾值。

全人計畫評核指標

查詢期別

2

3

評核指標名稱	評核指標配分	資料年月	執行狀況	得分	全國全人計畫收案會員平均執行狀況
成人預防保健檢查率			0		
子宮頸抹片			0		
65歲以上老人			0		
糞便潛血			0		
B、C肝炎			0		
會員急			0		

查看評核指標計算公式

查看評核指標

計算公式說明

分子：30歲(含)以上會員於醫院接受成人健檢人數分母：(30歲至39歲會員數/5+40歲至64歲會員數/3+65歲(含)會員數)

查看評核指標得分閾值

查看評核指標

得分閾值百分比	執行狀況
60	0.2562
70	0.3064

註:今年度指標資料，預計11月底前可查詢。

家醫大平台-作業畫面說明

◆整合照護對象健康管控/個案健康管理列表

- 提供查詢本院所有全人會員**最近一次HbA1C、LDL、血壓檢驗資料**，可依據「疾病樣態」或「身分證字號」進行篩選查詢。
- 點選**查看**可進入「照護對象健康管控介面」，查看該個案基本資料、疾病分級、檢驗檢查及用藥等明細資料

個案健康管理列表

查詢疾病樣態 全部 查詢 最後更新時間：2025-07-24

全人計畫收案會員ID	最近一次bA1c檢查日期	最近一次LDL檢查結果(mg/dL)	最近一次LDL檢查日期	最近一次收縮壓檢查結果(mmHg)	最近一次舒張壓檢查結果(mmHg)	最近一次血壓檢查日期	查看
N12###	5.7	128	2025-03-17	156	89	2025-02-10	
N12###	6	66	2025-03-13	126	69	2025-03-13	
N12###	7.4	94	2025-04-22	153	93	2025-04-22	
N12###	6.1	118	2025-03-27	-	-	-	



家醫大平台-作業畫面說明

◆ 整合照護對象健康管控/個案健康管理列表/照護對象健康管控介面

- **計畫總覽**：顯示該個案之個人健康生活狀態(資料來源為全人全社區會員健康資料)及預防保健執行狀況。

真健康 62歲 男

身高:172cm 抽菸習慣:是 家庭生命週期:—
 體重:85kg 喝酒習慣:— 健康存摺下載:否
 BMI:28.7 運動習慣:—
 腰圍:— 嚼檳榔習慣:否

[計畫總覽](#) 疾病分級 檢驗項目 用藥紀錄 生活型態評估

個人健康生活狀態

慢性病史	家族病史	長期藥物使用(使用達3個月以上)	食物過敏史	藥物過敏史
痛風或高尿酸血症、高膽固醇血症	痛風(母、父)、糖尿病(父)、高血壓(母)、高血脂(父)	降尿酸藥、降血脂藥	海鮮	痛風用藥,Ibuprofen

預防保健執行情況

項目	符合篩選條件	篩檢結果	最後篩檢日	下次檢驗年度
BC肝篩檢檢查	Y	已做過	113/05/13	-
成人預防保健檢查	Y	明細	114/03/22	117
糞便潛血檢查	Y	無異常	113/05/09	115
口腔粘膜檢查	註2	無異常	113/05/13	115

1. 篩選結果及篩選日期為空格者，表示本署無收載資料得判斷。
 2. 符合口腔黏膜篩檢的條件如下，請依個案是否有嚼檳榔（吸菸）的習慣判斷是否具篩檢資格：
 (1)18歲以上至未滿30歲有嚼檳榔(含已戒)者
 (2)30歲以上有嚼檳榔(含已戒)或吸菸者

家醫大平台-作業畫面說明

◆ 整合照護對象健康管控/個案健康管理列表/照護對象健康管控介面

- **疾病分類**：提供照護對象ASCVD疾病分級與分級相關說明。

計畫總覽
疾病分級
檢驗項目
用藥紀錄
生活型態評估

ASCVD 疾病分級 **非常高**

經臨床確診為動脈粥狀硬化心血管疾病，包含：腦梗塞、短暫性大腦缺血發作、冠狀動脈疾病、急性冠心症、周邊動脈阻塞。

關鍵數值：建議低密度膽固醇(LDL)控制在70mg/dL以下

分級說明

動脈粥狀

ASCVD分級	規則說明
資料不全，無法判斷	以現有本署收動資料判斷，個案不符合ASCVD任一疾病分級。
低	下列心血管風險因子符合 1 項，包含：高血壓、年齡(男性45歲以上；女性55歲以上)、HDL-C檢驗數值(男性小於40mg/dL；女性小於50mg/dL)、抽菸、代謝症候群照臨計畫收案。
中	下列心血管風險因子符合 2 項以上，包含：高血壓、年齡(男性45歲以上；女性55歲以上)、HDL-C檢驗數值(男性小於40mg/dL；女性小於50mg/dL)、抽菸、代謝症候群照臨計畫收案。
高	就醫診斷糖尿病或慢性腎臟病或LDL-C檢驗數值大於190mg/dL。
非常高	經臨床確診為動脈粥狀硬化心血管疾病，包含：腦梗塞、短暫性大腦缺血發作、冠狀動脈疾病、急性冠心症、周邊動脈阻塞。
極高	冠狀動脈疾病合併任一臨床狀況(包含一年內曾經歷心肌梗塞、≥兩次心肌梗塞病史、多支冠狀動脈阻塞、急性冠心症及糖尿病、周邊動脈疾病)，周邊動脈疾病合併有冠狀動脈疾病或頸動脈狹窄

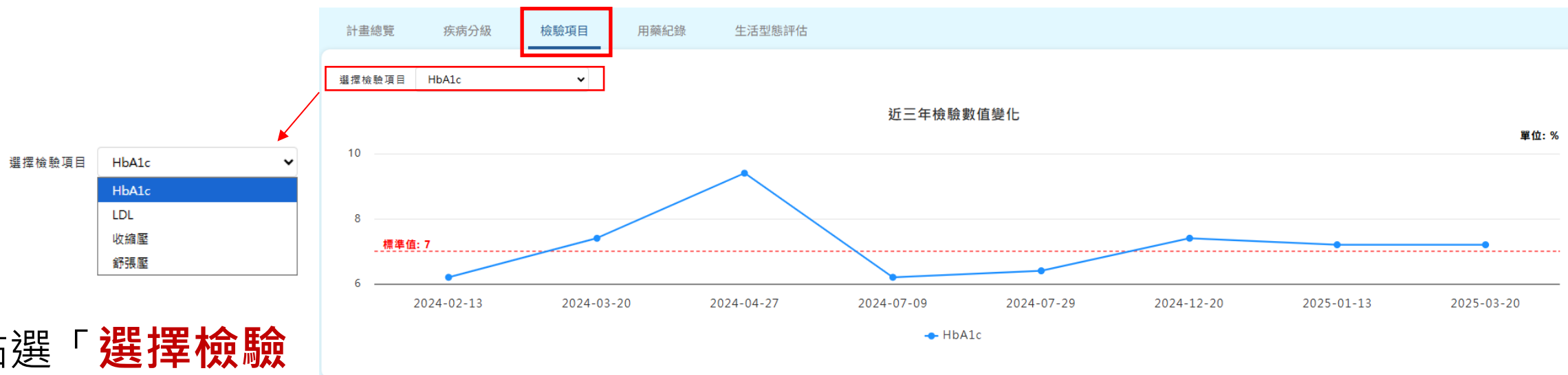
註：

1. 本署係以備註2所列資料來源判斷個案的ASCVD疾病分級，另ASCVD分級規則來源：優化並推動血脂管理臨床路徑討論會議、歐洲血脂指引(附錄1-2)、台灣血脂指引(附錄3-4)。
2. 資料來源說明：成人健康檢查、全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫、全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案、全民健康保險代謝症候群防治計畫、全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案、糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案、健保署整理之檢驗檢查資料。
3. 另本資料非醫師法及醫療法規定之病歷，實際之診斷、病名、治療、處置及用藥等詳細就醫情形，應以各該醫事服務機構之病歷記載為準。
4. 現行分級結果係以資料來源檔案中2021年12月至2024年11月(3年資料)計算結果。

家醫大平台-作業畫面說明

◆ 整合照護對象健康管控/個案健康管理列表/照護對象健康管控介面

- **檢驗檢查**：可查詢照護對象近三年檢驗數值的趨勢圖，及最近一次檢查結果。



點選「**選擇檢驗項目**」可切換近三年檢驗數值的趨勢圖內容。

檢驗項目	最近一次檢查結果	單位	參考值範圍	最近一次檢驗日期	建議下次檢驗日期
HbA1c	7.2	%	<7	114/03/20	114/06/12
LDL	50	mg/dL	<70	114/02/01	114/07/19
SBP	140	mmHg	<130	113/04/27	-
SBP	130	mmHg	<130	113/04/27	-
DBP	79	mmHg	<80	113/04/27	-



家醫大平台-作業畫面說明

◆ 整合照護對象健康管控/個案健康管理列表/照護對象健康管控介面

- **用藥紀錄**：提供照護對象近六個月降血壓藥、降血糖藥、降血脂藥等三類用藥紀錄。

計畫總覽	疾病分級	檢驗項目	用藥紀錄	生活型態評估	
顯示資料範圍:近6個月領藥紀錄。分類方式:門診特定藥品重複用藥費用管理方案 108/09/09版。					
降血壓藥物(口服)					
領藥日期	藥品名稱	成分名稱	藥品規格量	用法用量	藥品用量
2025/06/24	DIOVAN FILM-COATED TABLETS 80MG	Valsartan		OMPCPO	28
2025/06/01	DIOVAN FILM-COATED TABLETS 80MG	Valsartan		OMPCPO	28
2025/05/07	DIOVAN FILM-COATED TABLETS 80MG	Valsartan		QD	28
2025/04/02	DIOVAN FILM-COATED TABLETS 80MG	Valsartan		OMPC	28
2025/03/04	DIOVAN FILM-COATED TABLETS 80MG	Valsartan		OMPC	28
2025/02/12	DIOVAN FILM-COATED TABLETS 80MG	Valsartan		QD	28
2025/01/07	DIOVAN FILM-COATED TABLETS 80MG	Valsartan		OMPC	28
降血糖藥物(不分口服及注射)					
領藥日期	藥品名稱	成分名稱	藥品規格量	用法用量	藥品用量
2025/06/24	Relinide Tablets 1mg "Standard" (Repaglinide)	Repaglinide		QNASORDERPO	28

家醫大平台-作業畫面說明

◆ 整合照護對象健康管控/個案健康管理列表/照護對象健康管控介面

- **生活型態評估**：以雷達圖呈現照護對象最近2次填報生活型態評估量表資料。



註：資料來源:VPN院所登錄資料+健康存摺登打資料

健康存摺填寫路徑：
 首頁/其他加值服務/生活型態評估量表

常見問題1

題號	問題(Q)	說明(A)
一、組織運作		
1	<p>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：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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？ 	<ol style="list-style-type: none"> 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。
2	<p>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：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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？ 	<p>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。</p>

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?)	<ol style="list-style-type: none"> 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?	<ol style="list-style-type: none"> 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。已規劃於VPN會員健康資料登錄頁面，輸入身分證字號及出生日期，系統帶出曾登錄健康資料內容，收案醫院可檢視或修改。功能建置完成後，將再請各分區周知參與醫院。

常見問題4

題號	問題(Q)	說明(A)
三、收案對象(會員)		
9	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，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2個月內上傳於健保資訊網服務系統
10	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。
11	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。

常見問題5

題號	問題(Q)	說明(A)
四、參與計畫醫院、醫師資格及基本要求		
12	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?)	<ol style="list-style-type: none"> 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。
13	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。
14	113年三高教育訓練時數完成期限放寬至114年3月31日前，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?	<ol style="list-style-type: none"> 1. 考量本計畫自113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113年參與計畫之醫院若於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。



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	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。
五、費用申報與支付方式		
16	會員個案管理費起日，怎麼計算？	本計畫溯自114年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114年1月起核算個案管理費(完成個人健康資料建檔核付250點，個案管理費250點)。
17	「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？	<ol style="list-style-type: none">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。

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。
19	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。
20	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。

常見問題8

題號	問題(Q)	說明(A)
五、費用申報與支付方式		
21	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？	<p>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：</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>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。”</p>
22	「生活型態評估量表」建檔方式？	<p>生活型態評估量表的建檔方式可分為兩種：</p> <p>1. 民眾自填：民眾自行至健康存摺填寫生活型態評估量表。</p> <p>2. 醫院協助：由醫院醫事人員/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。</p>



常見問題9

題號	問題(Q)	說明(A)
五、費用申報與支付方式		
23	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。
24	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？	<ol style="list-style-type: none">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。
25	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。

常見問題10

題號	問題(Q)	說明(A)
六、計畫評核指標		
26	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。
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	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、ACAH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。



常見問題11

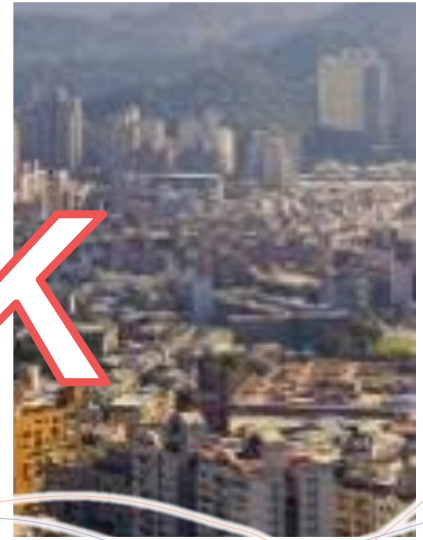
題號	問題(Q)	說明(A)
七、其他		
29	收案會員長期在該院就診(如失智症病人於神內門診看診並診治慢性病)，會員收案後是否有需要讓收案醫師看診?	本計畫未規範要由收案醫師看診，惟參與計畫團隊(醫師、營養師及個案管理師)需提供會員個人健康資料建檔、預防保健服務(癌症篩檢、疫苗接種)、疾病管理、定期檢查追蹤、24小時諮詢專線、個案管理、轉診、轉介機制及衛教宣導活動等，派案名單是該院之三高忠誠病人，該院對其有照護責任，應提供以病人為中心，周全性、協調性、連續性的服務。



Q&A



Health for All



THANK

YOU

