

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
衛生福利部中央健康保險署103年12月15日健保醫字第1030014303號公告修正
衛生福利部中央健康保險署105年1月14日健保醫字第1050000318號公告修正
衛生福利部中央健康保險署105年3月8日健保醫字第1050080347號公告修正
衛生福利部中央健康保險署105年12月28日健保醫字第1050015808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人身上。

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人就醫的權益。

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、提供參與本計畫之社區醫療群適當誘因，並由保險人提供最適收案名單予社區醫療群，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。
- 三、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。
- 四、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照護模式的基礎。

陸、組織運作

一、社區醫療群之組織運作型式：

- (一)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)診所位於主管機關公告之次醫療區域，且該區域前一年度無參加本計畫之診所或僅有1個社區醫療群者，得由2家(含)以上診所，結合特約醫院組成社區醫療群，向保險人分區業務組申請通過後成立，不受前項家數及專科別之規範。
- (三)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。

二、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。

三、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，此方式除可掌握病人最佳醫治時間外，並可進一步減少民眾不必要的就醫需求。

四、社區醫療群應建立醫療照護品質提升及轉診機制

(一)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)。

(二)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(包括安排病人轉診、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。

(三)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。

五、成立計畫執行中心

(一)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。運用本計畫之個人資料，執行非本計畫目的之行為(如商業促銷等)者，應即終止執行本計畫。

(二)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。

六、社區醫療群得與其他醫事服務機構合作，如衛生所、藥局、物理治療所、檢驗所共同組成社區醫療群，以提供民眾就近於社區之完整性、連續性之醫療，並提高醫療品質。

七、社區醫療群鼓勵所屬會員下載個人健康存摺做好健康管理，並由保險人定期提供社區醫療群健康存摺下載率等資料供參。

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，交付該參與本計畫之社區醫療群提供健康管理。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計畫」及其他區域醫療整合計畫者。較需照護之名單如下：

(一)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，依醫療費用選取最高90%且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。

(二)非慢性病個案：

1. 非屬前述慢性病個案，依醫療費用選取最高30%且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。

2. 3-5歲(含)兒童選取醫療費用最高60%，連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。

(三)門診高利用個案：至基層診所門診就醫次數 ≥ 50 次之病人，且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。

(四)65歲以上(含)多重慢性病病人。

(五)參與醫療給付改善方案(係指糖尿病、氣喘、BC型肝炎、初期慢性腎臟病或慢性阻塞性肺病等方案)個案，保險人已於該方案支付個案管理費，故本計畫的個案管理費(250元)不另支付；但得納入績效獎勵費用計算範圍。

(六)前述較需照護之名單，交付名單原則如下：

1. 慢性病個案，以給藥日份最高診所。

2. 其餘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。

(七)分派未參加本計畫診所之較需照護之名單，保險人得依上述原則交付參加計畫診所，該診所得於1個月內上傳會員資料至健保資訊網服務系統VPN完成收案。

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200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300名，原則以指定收案會員之家庭成員及該醫師之忠誠病人為優先。自行收案會員年度內未於收案診所就醫，不支付個案管理費。

三、符合醫療給付改善方案收案條件之糖尿病、氣喘、BC型肝炎、初期慢性腎臟病或慢性阻塞性肺病病人，且非前述交付名單之病人，並於前一年度第一季曾於該診所就醫之病人，納入自行收案對象，不受自行收案會員名額上限，並由保險人提供參考名單。

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，保險人不予支付相關費用，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上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附錄1)。
- 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。
- 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小時緊急諮詢電話及該醫療群所有參與診所及合作醫院名單)，且參與診所應於診所明顯處張貼參與本計畫識別標幟及該醫療群所有參

與診所及合作醫院名單。

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。

六、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。

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」。

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、社區醫療群收案會員每人支付費用800點/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1080名(上年度評核指標 $\geq 90\%$ 之醫療群醫師上限為1180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)。另屬參與本保險醫療給付改善方案之個案，不予支付本項個案管理費。
2. 本項費用以群為單位，每半年撥付1次；由保險人分區業務組於期中及年度結束，經審查通過後一個月內撥付50%費用。相關之必要欄位需填寫完整，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」(詳附件一)。

(二) 績效獎勵費用，每人支付550點/年(以群為計算單位)；

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。
- (三)醫療群應承擔財務與品質責任，VC-AE 差值為負值且品質指標達成率 $< 65\%$ 者，則支付個案管理費之50%。

五、失智症門診照護家庭諮詢費用

- (一)參與本計畫之失智症病人，經神經科或精神科專科醫師確診評估有諮詢需要，且病人之失智症評估結果，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，社區醫療群診所得提供家庭諮詢服務，並申報本項費用。
- (二)每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件二)，併入病人病歷記錄留存。

(三) 給付項目及支付標準：

1. 每次諮詢服務時間15分鐘(含)以上，未達30分鐘者：支付點數300點，申報編號 P5002C。
2. 每次諮詢服務時間30分鐘(含)以上者：支付點數500點，申報編號 P5003C。
3. 同院所每位病人每年最多給付2次費用。

六、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，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。

拾壹、計畫評核指標

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、三項組織指標(權重29%)：

(一)個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診(權重10%)：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本項活動達6次(含)以上。

(二)醫療群會員經醫療群轉診率(權重9%)：

1. 醫療群會員門診經醫療群轉診率(權重4%)：

(1)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)，或 \geq 當年較需照護族群60百分位，得4%。

(2) 較去年同期增加，或 \geq 當年較需照護族群50百分位，但 $<$ 當年較需照護族群60百分位，得2%。

(3) 本項得分上限4%。

2. 醫療群會員住院經醫療群協助轉診率(權重 5%)：

(1) 與去年同期比進步率 $\geq 10\%$ ，或 \geq 當年較需照護族群50百分位，得5%。

(2) 與去年同期比進步率 $\geq 5\%$ ，得 3%。

(3) 本項得分上限5%。

4. 不限合作醫院，依健保申報資料計算。

(三) 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) 潛在可避免急診率(權重10%)：

1. 目標值與得分：

(1) \leq 全國平均值，得分10%。

(2) 與上年度同期比進步率 $> 0\%$ ，得5 %。

2. 計算公式說明：

分子：潛在可避免急診疾病就醫案件

分母：會員人數

(二) 可避免住院率(權重10%)：

1. 目標值與得分：

(1) \leq 全國平均值，得分10%。

(2) 與上年度同期比進步率 $> 0\%$ ，得5%。

2. 計算公式說明：

分子：可避免住院疾病之案件

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 \geq 當年較需照護族群60百分位，得10%。

2. 進步率 $> 5\%$ 或 當年較需照護族群55百分位 \leq 會員固定就診率 $<$ 當年較需照護族群60百分位，得5%。

3. 當年較需照護族群50百分位 \leq 會員固定就診率 $<$ 當年較需照護族群55百分位，得3%。

4. 本項總分上限10%。

5. 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3%。

註1：滿意度問卷與計分方式詳附件三。

註2：每群需提交50份，或至少3%會員數份數。

(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%。
2. 滿意度 $\geq 80\%$ 得3%(與自測滿意度共得分6%)。
3. 滿意度 $\geq 90\%$ 得7%(與自測滿意度共得分10%)。

四、 預防保健達成情形，權重16%：

(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 \geq 較需照護族群60百分位數得5%。
2. $<$ 較需照護族群60百分位數，但 \geq 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4%)：

1. 會員接受子宮頸抹片服務 \geq 較需照護族群60百分位數得4%。
2. $<$ 較需照護族群60百分位數，但 \geq 較需照護族群50百分位數得2%。

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2%)：

1. 會員接受流感注射服務 \geq 較需照護族群60百分位數得2%。
2. $<$ 較需照護族群60百分位數，但 \geq 較需照護族群50百分位數得1%。

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 \geq 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。

五、 自選指標(權重15%)：

醫療群可就下列指標，選擇最優3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。

(一) 提升社區醫療群品質(權重5%)

1. 辦理健康管理與個案衛教活動：成效良好接受外單位觀摩，或應邀參加本醫療群以外團體主辦之經驗分享演講。
2. 定期辦理學術演講活動提升醫療群醫療品質。
3. 以上任一項，經分區業務組認可，得5分。

(二) 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(權重5%)

1. 提供服務 \geq 3人，得2%。
2. 提供服務 \geq 5人，得5%。

(三) 假日開診並公開開診資訊(權重5%)

社區醫療群診所至少1家診所於週日或國定假日當日開診，並於VPN登錄及公開開診資訊。年度開診情形依下列方式計分：

1. 開診 \geq 10診次，得1%。

2. 開診 \geq 20診次，得3%。
3. 開診 \geq 30診次，得5%。

註：

1. 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。
2. 上下午均開診計1診次，2家診所於1次假日開診計2診次。

(四) 糖尿病人眼底檢查執行率(權重5%)

依據保險人「醫療品質資訊公開網」公開之院所別醫療品質資訊/糖尿病人執行檢查率-眼底檢查或眼底彩色攝影檢查執行率：

1. \geq 全國平均值，得5%。
2. 與上年度同期比進步率 $>0\%$ ，得3%。
3. 本項得分上限5%。

(五) 接受醫院轉介出院病人，並辦理出院後續追蹤(權重5%)

醫院為出院病人辦理社區醫療資源轉介，轉介至社區醫療群持續追蹤，檢具資料經分區認可，得5%。

(六) 使用轉診資訊交換系統(權重5%)

於保險人「醫事人員溝通平台-轉診資訊交換系統」，登錄及交換轉診病人資訊，進行醫師與醫師聯繫交班，提供連續性照護。

1. 提供電子化轉診服務 \geq 3人，得2%。
2. 提供電子化轉診服務 \geq 10人，得5%。

(七) 收治糖尿病、初期慢性腎臟病個案(未於醫療給付改善方案收案)之診所(權重5%)：

1. 上開疾病病人檢驗檢查值上傳率 \geq 50%者，加1%。
2. 本項醫療群得分上限為5%(每一診所得分上限為1%)。

(八) 透過「全民健康保險醫療費用總額其他預算項目-鼓勵醫療院所即時查詢就醫資訊方案」(權重5%)

1. 醫療群內診所「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」 \geq 當年全部西醫基層診所查詢率70百分位，或與去年同期比進步率 \geq 5%，得5%。
2. 醫療群內診所「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」 $<$ 當年全部西醫基層診所查詢率70百分位，但 \geq 當年全部西醫基層診所查詢率60百分位，或較去年同期增加，得3%。
3. 本項得分上限為5%。

六、 加分項(本項最高得分10%)

- (一) 健康管理成效(VC-AE)執行結果鼓勵(權重5%)：平均每人節省醫療費用點數 \geq 275 點，加5%。
- (二) 社區醫療群醫師支援醫院(權重5%)：社區醫療群醫師，經報備支援醫院每月定期執行業務，加5%(共照門診已於組織指標計分，不列入本加分項)。
- (三) 轉介失智症病人至適當醫院就醫(權重5%)：協助失智症病人轉介至適當醫院就醫，或轉介社會福利資源協助，並留有紀錄，加5%。

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、保險人得召開觀摩會，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、社區醫療群如評核指標未達65%者(評核指標 $<65\%$)，應退出本計畫，1年內不得再加入本計畫。評核指標介於65%至70%者($65\% \leq \text{評核指標} < 70\%$)，接受保險人分區業務組輔導改善，且須於次年3月底前提具執行改善計畫書經保險人分區業務組備查後，始得加入本計畫；第2年仍未達70%續辦標準者(評核指標 $<70\%$)，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。
- 四、計畫執行六個月，社區醫療群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，除保險人不予支付本計畫之指標費用外，並應退出本計畫。

拾伍、實施期程及評估

各社區醫療群應於計畫執行後，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之修正，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，進行病人資料之登錄、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，對於資料登錄不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。

附錄2

社區醫療群自我評估表

● 填表單位：

填表日期： 年 月 日

一、諮詢專線

				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 (見表一)					

● 檢附諮詢專線電話紀錄表 (見表二)

二、個案研討活動

		自我評量	
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 (見表一)

● 檢附活動簽到紀錄 (見表三)

三、會員通知事項

		自我評量	
(1) 會員權利義務說明書或會員通知函是否交付並告知	<input type="checkbox"/> 是 (1分)	<input type="checkbox"/> 否 (預定何時改善完成) (0分)	
(2) 會員權利義務說明書或會員通知函內容是否符合規定 (含計畫內容、權益義務、24小時緊急諮詢電話、醫療群所有診所名單及合作醫院名單)	<input type="checkbox"/> 是 (1分)	<input type="checkbox"/> 否 (預定何時改善完成) (0分)	
(3) 是否張貼參與本計畫之標識	<input type="checkbox"/> 是 (1分)	<input type="checkbox"/> 否 (預定何時改善完成) (0分)	
(4) 參與本計畫之標識內容是否符合規定 (醫療群所有診所名單及合作醫院名單)	<input type="checkbox"/> 是 (1分)	<input type="checkbox"/> 否 (預定何時改善完成) (0分)	

註：依填表時間換算辦理活動次數是否達成。

總計得分： 分

參與各項活動次數之每月統計表

表一

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)													

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：									

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					

失智症門診照護諮詢溝通記載內容及規定

1. 病人姓名及臨床失智症評量表(CDR)或簡易心智量表評量結果。
2. 依需要簡要敘述病況、照護技巧指導、藥物或營養諮詢、家屬心理支持、社會資源運用等內容。
3. 諮詢服務之日期及起迄時間至分。
4. 提供服務者職稱及簽章。
5. 接受諮詢服務者簽章及其與病人關係(接受諮詢服務者包括病人或主要照護者，且至少有1位家屬參與)。

註：諮詢服務時間不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間。

女士/先生/小朋友您好：

由於您已成為106年度「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」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「家庭醫師整合性照護計畫」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。