

全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫問答集

101.08.10

Q	A
品質指標及績效獎勵	
1. 101 年評核指標之計分方法，是否為「全有或全無定律」，即指標達成則得滿分(10 或 5 分)，未達成得 0 分？	依照費協會決議增加指標要求及加強擇優汰劣機制，依各項指標規定評分(10 或 5 分)，未達標即 0 分，不再按比例核算。
2. 分區測試的會員滿意度調查題目為何？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 因分區測試的會員滿意度調查採電話調查，題目太長容易被拒訪無法進行，依本局工作小組決議，調查題目為公告計畫附件五滿意度問卷，取第 1、4、5、6 題詢問，配分分別為 30%、20%、20%、30%。 2. 醫療群自行進行之會員滿意度調查，仍以公告計畫附件五之滿意度問卷執行。
3. 24 小時諮詢專線之執行方式	以群為單位，以醫療群提供之 24 小時諮詢專線，每群測試 5 通，5 通之平均為該群年度分數，由分區依實際回答狀況，按公告計畫之規定，分階段給 0 分、3 分、10 分。
4. 計畫執行三個月，各醫療群需回報社區醫療群自我評估表，分區視評估結果，必要時通知醫師全聯會輔導，請問需要輔導的標準為何？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 計畫執行三個月係指 101 年 4-6 月，各醫療群需回報此執行期間之社區醫療群自我評估表，依公告計畫附錄 2 格式繳交，諮詢專線、健康管理、個案研討活動等前三項中任一項為 0 分，即需要輔導。 2. 考量本年度計畫剛開始未及進行滿意度調查，本次期初自我評估表滿意度項目為非必填欄位，各醫療群視實際執行情形填報。
5. 自我評估表檢附之附件三「個案評估表」、附件五「會員滿意度調查問卷」，考量會員人數眾多，是否可將調查結果回報即可？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 考量會員人數眾多，且附件三僅為範例，各診所個案評估表格式各異，且會員數多達 200 萬人，依本局工作小組決議，完成的個案評估表可留存各診所備查。 2. 滿意度結果問卷執行完成後，依本局格式建檔後送本局，問卷原始資料留存各醫療群執行中心備查。 3. 其他公告計畫之附件一、二、四依分區業務組要求提送審查。
6. 健康管理與個案衛教請問如何舉證及評核？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 各分區業務組將請各醫療群每家診所提供舉證有辦理個案管理評估與追蹤衛教，至少提供 5 個案例，分區業務組將視實務需要再抽樣或實地訪查。 2. 有個案管理資訊系統之電子紀錄者，不用提交書面的評估單，但要提供有類似評估單的追蹤管理機制如電腦畫面等證明。

Q	A
7. 個案評估表是否全部會員皆需製作？何時需完成製作？連續個案管理(追蹤)或衛教紀錄是否可提供表格？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 對會員進行個案評估需於年底前完成，不用在3個月內上傳前完成。尤其分區業務組將抽檢慢性病個案，格式參考本計畫公告附件三範例，不用完全一樣，但至少包含評估單上五大項目，評估單不限書面，電子紀錄或該診所個案管理系統亦可，主要證明有對會員進行個案追蹤管理與衛教即可。 2. 依據「西醫基層總額支付委員會」101年第1次臨時會議決議，分區抽檢慢性病會員是否有連續個案管理(追蹤)或衛教紀錄時，參與本項癌篩會員，若有「大腸癌篩檢(糞便潛血檢驗)」之回聯單，可認定有執行追蹤。 3. 評估表僅是醫療群有做個案管理的證明之一，醫療群診所需應分區業務組要求舉證有辦理個案評估、連續個案追蹤管理或衛教，至於判定診所是否有做個案管理，需視分區業務組抽檢慢性病個案的結果。
8. 由於「急診率」及「住院率」短期內非診所能著墨，且需要長期經營才能看出其成效，是否能以達成率百分比來計分。	101年計畫「急診率」及「住院率」除已增加與上年度自身比，進步率 $\geq 10\%$ 得5分，進步率 $\geq 20\%$ 得滿分10分。
9. 如何另外計算論質個案績效獎勵費用及品質指標成效？是否另外支付費用？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 論質收案會員，同指定會員、自行收案會員指標定義，惟另外計算品質指標、VC-AE，不影響指定會員、自行收案會員績效。 2. 論質收案會員計算之績效僅參考，做為102年計畫修訂參考，不支付費用。
10. 醫療群自測滿意度問卷需提供幾份？	依公告計畫規定，以群為單位，年底前每群提交100份或至少3%會員數，不可以本年度僅9個月折算份數。
11. 是否於計畫執行三個月，提供自我評估表時一併提供自測滿意度問卷？	依醫療群排程辦理，年底前每群提交100份或至少3%會員問卷數，不要求3個月內繳交滿意度調查結果。
12. 自我評估表未達幾分需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。前開指標費用所指為何？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本計畫初評101年改由專業輔導自評，因為情節嚴重應退出本計畫，不予支付前述指標費用指本計畫全部費用(800元/年)均不支付。 2. 諮詢專線、健康管理、個案研討任1項0分者要輔導。
13. 請加強大腸癌篩檢等癌症防治之衛教	請各醫療群醫師於「社區醫療群健康照護評估單」之五、整合性健康照護諮商之建議項目，對保險對象加強大腸癌篩檢等癌症防治之衛教。

Q	A
14. 醫療群會員門診經醫療群轉診率，與去年同期比進步率 $\geq 10\%$ 加 5%如何統計？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療群轉診對象不限合作醫院，依健保統計門診申報資料統計，範圍為西醫醫院及基層總額，不含代辦及其他總額案件。 2. 分母為該醫療群 101 年度收案會員 100 年、101 年西醫門診就醫次數，分子為經群內診所協助轉診之就醫次數，轉診定義為「門診醫療服務點數清單」項次 16 有填醫療群診所代號，且項次 17「病患是否轉出」，填報代碼「Y」。 3. ID 若有變更(如外籍配偶取得身分證)，診所需主動告知分區業務組維護更新本計畫收案檔案，以增加指標正確性。
15. 轉診如何申報	<p>如有轉診之院所請依「全民健康保險特約醫院診所辦理轉診作業須知」規定，轉出院所需填具轉診單，並依「門診醫療服務點數清單媒體申報格式及填表說明」辦理，以 A 診所轉診至 B 醫院略述如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 轉出院所(如 A 診所)需於「門診醫療服務點數清單」申報下列資料： <ol style="list-style-type: none"> (1)項次 16「轉入之院所代號或原處方醫療機構代號」：填報「建議轉診院所代號」(如 B 醫院代號)。 (2)項次 17「病患是否轉出」，填報代碼「Y」。 2. 接受轉診之醫療院所(如 B 醫院)，亦需於門診醫療服務點數清單」申報下列資料： <ol style="list-style-type: none"> (1)項次 16「轉入之院所代號或原處方醫療機構代號」：填報「轉入院所代號」(如 A 診所代號)。 (2)項次 17「病患是否轉出」，填報代碼「N」。
16. VC-AE 計算是否排除洗腎或中風費用？	醫療費用計算範圍為西醫門診(含藥局)，且排除洗腎(05)案件及代辦等總額外案件之費用。另西醫門診支出 99.5 分位數以上者依其實際支出為 VC(即極端值會員之 VC=AE)。
17. 24 小時電話諮詢專線，民眾使用率不高，是否可以考慮廢除？	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，有助建立良好醫病關係，減少不必要之急、門診，符合學理及國際趨勢，請推廣會員多加使用。101 年計畫更鼓勵醫師 call out，改依實際服務品質，分階段給分。
會員名單及上傳	
1. 健保局提供較需照護名單會員分類問題？似乎少部分歸類之慢性病人以本診所掌握資料並非慢性病人。	<p>本局擷取較需照護族群邏輯詳述如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 全國 2300 萬保險對象，100 年於西醫基層門診就醫族群 1900 餘萬人(排除未就醫、僅於醫院就醫)，就醫紀錄歸戶後，可依忠誠診所定義(就醫次數最多、次數相同以費用高之診所)，1900 餘萬人均有可歸屬之忠誠診所。

Q	A
	<p>2. 每位病人醫療需求不同，限於家醫專款預算有限，依家醫計畫定義(如就醫次數 5 次以上且慢性病患費用較高之 60%、非慢性病患費用較高之 20%...等)，找出相對比較需要個案管理照護族群，共 500 餘萬人，另外約 1400 萬人屬相對健康，比較可自我管理族群。</p> <p>3. 執行步驟為先確定為該診所忠誠病人，再將該診所忠誠病人依慢性病(會員類別 1)、非慢性病(2)、100 年曾收案會員(3)、門診高利用(4)、75 歲以上長者(5)、論質個案(6)……等分 6 類。</p> <p>4. 因病人總歸戶資料有別於診所僅掌握病人部分就醫資訊，診所認為非論質病人，其實確實有在他院參加論質方案；診所認為非慢性病人，因為在他院有慢性病就醫紀錄雖未以慢性病在該診所就醫，但因該會員符合計畫規定(慢性病就醫 5 次或給藥天數 60 天以上…)故落入慢性病人名單；診所認為慢性病人，雖該病人在診所有慢性病就醫，但未達計畫規定之慢性病定義，所以未落入慢性病人名單。</p> <p>5. 101 年名單經修訂，已更擴大照護族群及增加連續性照護，該診所原本不能收的 3-6 類也增加，尚可自行收案人數亦由增加 120 人。</p>
<p>2. 101 年度交付之收案會員(A 案)超過給付上限 1000 人，可由其中自行篩選會員嗎？</p>	<p>101 年計畫未規定所有交付會員均需收案、上傳，但仍鼓勵醫療群可以收案照護的盡量提供服務，除非超過負荷。且超過 1000 人部份雖無 250 元個管費，但視年底執行成效，最高仍有 550 元獎勵費用。</p>
<p>3. 每位醫師個案管理費支付(250 元/年)上限為 1000 名，是否已含醫師自行收案 120 名？</p>	<p>是，包含醫師自行收案 120 名，每位醫師個案管理費支付上限最高為 1000 名。</p>
<p>4. 醫療群資料上傳時，因無本計畫費用，是否可以選擇不傳送論質會員(會員類別 06)？</p>	<p>雖計畫未規定，基於全人的整合照護理念，仍建議醫療群視服務負荷儘量收案，且本局抽檢慢性病患是否個案管理時，將納入論質會員一併抽檢，執行論質方案之個案管理資料可援用提供家醫查檢，無需另外準備個案管理資料。</p>
<p>5. 健保擷取慢性病及非慢性病之照顧會員，不應排除有參與糖尿病、氣喘…等共同照護網之病患。家醫制度照護之原意與照護網之目的，並不相同，兩者</p>	<p>101 年計畫已納入參加論質方案個案，但依費協會決議，已於論質方案支付個案管理費，故不再支付本計畫費用(800 元/人)，但本局將另外計算論質個案之績效獎勵費用及品質指標成效，先行試辦，以作為未來計畫修訂評估參考。</p>

Q	A
並不重複，不能以節省經費剝奪參加共同照護網病人之權益。	
6. 上傳較需照護族群(個案類別 A)時，為何出現「此照護對象已參與本局其它試辦計畫(論人計酬或醫院整合計畫)故不得再參與本計畫」訊息？為何家醫名單不先排除？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 因整合性照護計畫都有交付名單重複現象，依費協會個管費不得重複領取決議，「論人計酬試辦計畫」、「101 年醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」規定照護對象不得重複參加其他計畫。 2. 為擴大照護族群，101 年家醫名單未先排除與其他試辦計畫之交付名單，因交付名單重複不見得會被收案，而是等病人確認被收案後，於會員上傳系統辦理檢核，即先收先贏原則，使交付名單儘可能被各試辦計畫收案。 3. 同樣經該診所家醫計畫上傳成功並收案，其他診所或其他試辦計畫亦無法收案。
7. 沒有要求 100%上傳，上傳個案數量是否由院所自行決定？	是由院所自行決定，但仍鼓勵醫療群可以收案照護的盡量提供服務，除非超過負荷。
8. 醫師上傳被剔除之會員部分，可於自行收案會員中增加額度嗎？	不可以，自行收案會員(個案類別 B)不可增加額度，101 年規定，原則以指定收案會員之家庭成員為優先。
9. 需要照顧醫療群會員應每年重新評估，重新選擇。例如：101 年照顧之會員，應擷取 100 年需要照顧會員，而不是沿用 99 年之舊會員。	101 年較需照顧族群，仍以 100 年就醫紀錄重新評估為主，另 101 年計畫依照全省 7 場次家庭責任醫師座談會建議，擴大照護對象，增加連續性照護，增加納入曾收案會員、高利用、高齡族群、參加論質方案個案，較上年度較需照顧族群已大幅增加。
10. 原參加以病人為中心整合照護計畫院所，如改選擇參與家庭醫師整合性照護制度計畫，計畫生效日如何起算？參加 100 年度家醫計畫(展延 10101-10103)又參加 101 年度以病人為中心計畫之院所，會員個案管理費用如何計算？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 101 年家醫生效日為 101.4.1-101.12.31，若之前有申請 101 年「診所以病人為中心整合照護計畫」，因 101 年家醫計畫規定擇一計畫參與，改參加 101 年家醫計畫，診所以病人為中心整合照護計畫本局將把生效迄日改為 101.3.31。 2. 管理費計算：參加 101 年度家醫計畫之醫療群，醫療群僅可領取 101 年家醫計畫會員之個案管理費，將追扣同診所申報之「101 年診所以病人為中心整合照護計畫」之「P4701C 健康評估費」費用。但若該會員未參加 100 年度家醫計畫(效期至 101 年 3 月底)，因未領取該會員此期間個管費，基於個管費未重複原則，則無需追扣此會員 101 年 1-3 月期間申報之「101 年診所以病人為中心整合照護計畫」「健康評估費 P4701C」費用。
11. 建議同診所同時可以參加家醫計畫及病人中心計畫	1. 101 年「家庭醫師整合性照護計畫」之修訂，係因應各界要求檢討之意見，並提案至西醫基層總額支付委員會決議後公告實施。

Q	A
	<p>2. 本局「西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫」，係為鼓勵無法組群的診所亦能提供更適切之整合照護，且該計畫 101 年度病人名單完全包含於 101 年家醫計畫病人名單內，故診所可視實際照護模式，擇一參加，不致影響診所之權益。</p> <p>3. 展望未來，本局將逐步朝向兩計畫整合方向規劃，期能全面提升基層診所整合性照護能力，並為未來家庭責任醫師制度奠定基礎。</p>
<p>12. 若未能列入 101 年本計畫問答集之問題，是否沿用 99、100 年度之問答集？</p>	<p>若未能列入 101 年本計畫問答集之問題，請沿用網站公布之 100 年度或 99 年度最新解釋之「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」公告後相關疑義說明。</p>