

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：106646臺北市大安區安和路1段29號
9樓

承辦人：謝沁妤

電話：(02)2752-7286分機152

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：chinyu0110@mail.tma.tw

受文者：臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國115年9月10日

發文字號：全醫聯字第1150001067號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文 (0001067A00_ATTCH2. pdf)

主旨：轉知衛生福利部中央健康保險署（下稱健保署）公告修訂
「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」，並追溯
自115年1月1日起實施，請查照。

說明：

- 一、依健保署115年8月28日健保醫字第1150117451號公告副本
（附件）辦理。
- 二、本函內容業已刊登至本會網站公告事項。

正本：各縣市醫師公會

副本：電 交 2026/09/10 16:56:53 文 章

理事長 陳 相 國

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

106646



5

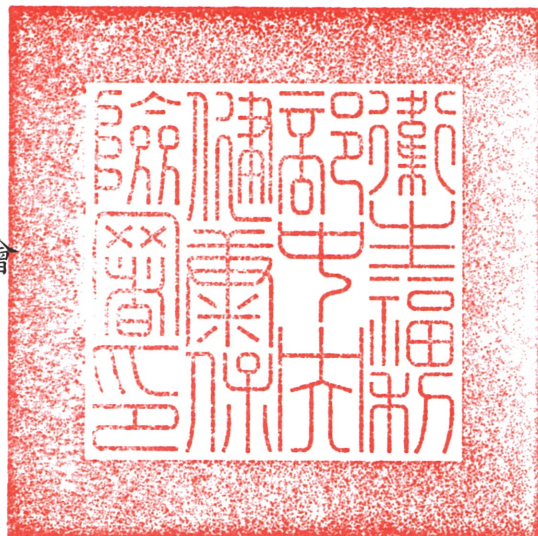
臺北市大安區安和路1段29號9樓

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國115年8月28日

發文字號：健保醫字第1150117451號

附件：如主旨（請至全球資訊網公告區擷取）



主旨：修訂「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」如附件，並追溯自115年1月1日起實施。

依據：衛生福利部115年8月20日衛部保字第1151260417號函。

副本：台灣醫院協會、台灣社區醫院協會、台灣家庭醫學醫學會、社團法人臺灣生活型態醫學會、中華民國醫師公會全國聯合會、行政院主計總處、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、地方政府衛生局、本署臺北業務組、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署東區業務組、本署企劃組、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組

署長陳亮妤 請假
副署長張禹斌 代行

全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫

113年8月27日健保醫字第1130117666號公告
114年5月6日健保醫字第1140109432號公告修正
115年1月22日健保醫字第1150660061號公告修正
115年8月28日健保醫字第1150117451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、預算來源

全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「地區醫院全人全社區照護計畫」專款項目。

參、計畫目的

- 一、由保險人分階段提供最適收案名單予地區醫院收案照護，藉由整合醫院的醫療及人力資源，使保險對象於其最常就醫之主要照護醫院中，獲得完善且整合性之醫療照護。
- 二、針對高血糖、高血脂及高血壓（下稱三高）疾病高風險族群納入照護管理，達到三高防治888（80%三高病人加入照護網、80%收案病人接受生活習慣諮商、80%收案病人達到三高控制）政策目標。

肆、組織運作

- 一、參與醫事機構資格：本保險特約之地區醫院。
- 二、參與計畫團隊組成：
 - (一) 參與醫師應具有家庭醫學科、內科或兒科專科醫師資格。如地區醫院無前述三科專科醫師，得由其他專科醫師參與。
 - (二) 專任或兼任營養師1名、專任個案管理人員1名。
 - (三) 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。如為當年度公告之本保險醫療資源缺乏地區施行區域及本保險保險對象免自行負擔費用辦法所列之山地離島地

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。

伍、執行內容：

一、會員之個人健康資料建檔（含家族史、生活型態），並按健康狀況及疾病樣態，訂定治療計畫書。

二、提供及提醒相關預防保健、癌篩、疫苗注射等。

三、提供疾病治療及相關檢驗（查），定期檢視個案健康數據（血糖／血壓／體重／檢驗檢查），並給予疾病相關照護資訊、飲食與生活相關衛教。

四、定期評估會員健康狀況是否需轉介居家或長照服務。

五、定期辦理健康促進或疾病衛教宣導等活動，院內召集照護團隊舉辦個案研討，確保全人照護品質。

六、設立會員24小時諮詢專線：

（一）提供會員於有需要時，能立即獲得醫療諮詢服務，進一步減少民眾不必要的就醫需求。所提供之具體服務項目如下：

1. 提供健康照護之建議。

2. 提供就醫地點並協助聯繫就醫。

3. 緊急狀況發生時，適時轉介個案收案醫師協助。

（二）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。

七、建立醫療照護品質提升及轉診機制：訂定團隊內合作照護機制及相關流程，併於申請計畫書送保險人分區業務組備查。合作內容至少需包含建立雙向轉診流程、共同照護機制、醫療品質提升計畫。

八、運用電話諮詢專線、即時通訊軟體、電子郵件等多元工具，優化諮詢服務。並規劃主動電訪（Call out）服務，以加強個案健康管理，提升慢性病會員照護品質。

九、醫院（含合作醫院）應提供收案會員加值服務，如就醫、檢查快速通道、掛號優先等。

十、鼓勵所屬會員下載個人健康存摺做好健康管理，並鼓勵會員利用健康存摺填寫會員滿意度調查。

十一、醫院應設置專任個案管理人員至少1名，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，辦理下列事項：

（一）協助調查個案健康狀況、聯繫及協調照護計畫。

（二）協助處理安排會員轉診及追蹤轉診會員治療結果。

（三）協助會員之個案管理與衛教宣導。

（四）對於穩定之慢性病會員提供持續性的追蹤關懷。

十二、應製作本計畫收案會員權利義務說明書或計畫會員通知（書面函、簡訊、電子郵件、即時通訊軟體等），告知本計畫內容及其權益、義務，並提供收案對象確認回饋機制，並留存備查。

十三、應遵守「個人資料保護法」相關規定。如有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。

陸、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，擷取前一年西醫醫院門診明細清單資料（排除外傷及代辦案件如：產檢、小兒健檢、流感注射等）後，針對三高就醫（以高血糖、高血脂及高血壓就醫並用藥）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之保險對象做為較需照護名單，交付參與計畫之地區醫院提供健康管理。
- 二、前述名單排除家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫（下稱代謝計畫）、醫院以病人為中心門診整合照護計畫、全民健康保險醫療給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

(以下稱 P4P-DM/CKD/DKD) 收案者。

三、交付原則：

以三高、ASCVD 就醫件數最高的地區醫院收案照顧；若就醫件數相同時，則由藥費最高的地區醫院收案。

四、每名醫師之收案人數以1,000人列計，並以參與計畫之醫師數計算醫院收案人數上限。

柒、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、醫院需於計畫公告2個月內將會員資料批次上傳至健保資訊網服務系統 VPN (詳附件一)，並於收案後3個月內通知收案會員已被本計畫收案及取得收案會員同意，另於年底前完成會員健康資料建檔。前一年度已為會員之應照護族群，收案名單由保險人自動轉入健保資訊網服務系統 VPN。

三、參與本計畫之醫院應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。

捌、參與計畫醫院、醫師資格及基本要求

一、參與計畫之特約醫院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暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照等情形之一，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者）。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。

二、因離職而退出醫師之會員，可由原參與醫院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。如承接會員之醫師非當年度原醫院已參加本計畫醫師，則需由醫院主動告知會員，其主要照護醫師更換，如會員不同意更換則不予承接。

三、醫院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暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照等情形之一，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者），以保險人第一次核定違規函所載停約或終止特約日起同步終止本計畫。

四、教育訓練：

（一）照護團隊中至少1名個案管理人員於參與本計畫第一年接受台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之4小時之行政管理教育訓練課程並需取得證明；若於年度內未取得訓練證明，保險人將追扣該醫院之開辦建置費。

（二）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、兒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、兒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。

（三）參與本計畫之醫師每年應接受8小時三高防治教育訓練課程（包含高血壓、高血糖、高血脂、心血管疾病防治）。

（四）上開教育訓練課程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。

玖、費用申報及支付方式

一、醫院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，依實際執行情況按月申報。

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「2AM 全人全社區計畫-開辦建置費補付」及「1AM 全人全社區計畫-開辦建置費追扣」，「2AN 全人全社區計畫-個案管理費補付」及「1AN 全人全社區計畫-個案管理費追扣」，

「2AO 全人全社區計畫-績效獎勵費補付」及「1AO 全人全社區計畫-績效獎勵費追扣」，「1AP 全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費追扣」、「2AP 全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費補付」、「344 全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費全年結算追扣」及「444 全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費全年結算補付」，「2AQ 全人全社區計畫-多重慢性病人門診整合費補付」及「1AQ 全人全社區計畫-多重慢性病人門診整合費追扣」，

「2AR 全人全社區計畫-血糖、血脂管理提升費補付」及「1AR 全人全社區計畫-血糖、血脂管理提升費追扣」，「2BZ 全人全社區計畫-糖尿病病人之胰島素注射獎勵費補付」，「1BZ 全人全社區計畫-糖尿病病人之胰島素注射獎勵費追扣」。

三、參與計畫之醫院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、給付項目：應回饋一定比率予參與計畫之績優人員。

(一) 開辦建置費：每家醫院支付15萬點。

1. 未達下列任一條件者，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) 家醫大平台每月至少使用4次。

(4) 除24小時諮詢專線外，至少提供一種會員諮詢服務方式（如即時通訊軟體）。

2. 參與本計畫之醫院限支付1次，如參與期間因故中途退出本計畫，不予支付。

(二)個案管理費：

1. 支付項目：

(1) 基本費用：收案首年每人支付500點／年，收案次年起，每人支付250點／年。執行內容包含個人健康資料建檔上傳（含家族史、生活型態，詳附件二）、轉診、個案衛教宣導、24小時諮詢專線、個案研討。

(2) 定期檢驗（查）達成加成費：僅具高血糖或具2種以上特定疾病者，達定期追蹤照護者，每人支付100元／年：

甲、特定疾病範圍：高血糖、高血脂、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。

乙、定期追蹤照護之定義：

（甲）各類特定疾病對應之檢驗項目之檢查（驗）次數應至少上、下半年各一次；若個案前一年曾診斷為高血壓並開立相關用藥，亦須上傳血壓值（一年至少3次）。

（乙）各疾病組合對應之檢驗項目及應達到檢驗次數如下：

疾病組合	當年度檢驗（查）項目應達到次數		
	糖化血紅素 （HbA1c）	低密度脂蛋白 （LDL）	血壓
高血糖	2次	2次	前一年曾診斷為高血壓 並開立相關用藥者：3次
高血糖+高血脂	2次	2次	
高血糖+ASCVD	2次	2次	
高血脂+ASCVD	-	2次	

高血糖+高血脂+ASCVD	2次	2次	
---------------	----	----	--

註.按各疾病治療指引建議頻率：DM 病人之 HbA1c 為1次／3個月、LDL 為1次／年（若血脂異常或使用降血脂藥物則為1次／3~6月）。ASCVD 風險等級達非常高或極高病人：若經治療達標，則維持治療，並每半年追蹤 LDL；若未達標，應檢視服藥狀況，並於更動治療後1至3個月內追蹤 LDL。

2. 支付條件：

- (1) 本計畫會員如為本保險居家醫療照護整合計畫或為 P4P-DM／CKD／DKD 之收案個案，若與本計畫屬同一收案醫院，自該計畫收案日起不予支付個案管理費；若與本計畫非同一醫院收案，則予以支付個案管理費，惟居家醫療照護整合計畫之收案個案除外。前開個案及死亡個案之個案管理費按收案月份等比例支付。
- (2) 考量會員照護之完整性，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，則依承作月份按比例核付個案管理費，其餘費用則不予核付。
- (3) 未於年底前完成「個人健康資料建檔」者，不予支付個案管理費。
- (4) 為達全人照護目標，視個案需要撰寫「個案醫療照護計畫書」（詳附件三）。

（三）績效獎勵費用，每人支付550點／年：

1. 會員若於計畫執行期間於收案醫院無就醫紀錄，則不予核付本項費用。

2. 支付方式：

- (1) 健康管理成效鼓勵：占本項經費之50%：醫院登錄收案會員（排除居家醫療照護整合計畫之個案）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）之間差值回饋醫院：平均每人275點為上限。
- (2) 品質提升費用：占本項經費之50%，依計畫評核指標達成情形，

分五級支付：

- A. 特優級：計畫評核指標分數 ≥ 90 分，則支付品質提升費用會員每人275點。
 - B. 良好級：計畫評核指標分數介於 $80 \leq \sim < 90$ 分，則支付品質提升費用會員每人210點。
 - C. 普通級：計畫評核指標分數介於 $70 \leq \sim < 80$ 分，則支付品質提升費用會員每人175點。
 - D. 輔導級：計畫評核指標分數介於 $60 \leq \sim < 70$ 分，則支付品質提升費用會員每人145點。
 - E. 不支付：計畫評核指標分數 < 60 分則不予支付。
3. VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數 < 60 分者，則支付個案管理費之50%。
4. 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），不支付收案會員之「個案管理費用」及「績效獎勵費用」。

（四）失智症門診照護家庭諮詢費用

- 1. 條件：參與本計畫之失智症會員，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，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. 醫院得提供符合上述條件之收案會員家庭諮詢服務，並申報本項費用。
- 3. 每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定（如附件四），併入會員病歷記錄留存。
- 4. 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 P8501B。

(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 P8502B。

(3) 同院所每位會員每年最多給付2次費用。

(4) 同一會員當年度之本項費用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。

(五) 多重慢性病人門診整合費用

1. 支付條件：須同時符合下列條件

(1) 會員有2種（含）以上慢性病並於收案醫院之門診就醫，且當年度每件慢性病連續處方箋需有兩類（含）以上慢性病用藥，總處方調劑日份須達56日（含）以上，並無「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形者。

本項慢性病係指：高血壓、糖尿病、高血脂、慢性腎臟病、動脈粥樣硬化、心臟病、腦血管病變、慢性肝炎、肝硬化、痛風、慢性貧血、慢性阻塞性肺病。

(2) 醫師提供整合照護後，應於會員之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之內容或藥品，以備查核，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」欄位填報，註記「整合照護模式」。若醫師未於病歷中載明前述之整合資料者，不得註記「整合照護模式」。

2. 支付方式：符合前項條件者，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達56日（含）以上，每一會員每年度支付550點；若當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達169日（含）以上，每一會員每年度再增加支付550點。

(六) 血糖、血脂管理提升費：

1. 適用對象：高血糖、高血脂及 ASCVD 會員，並依所具疾病監控下列檢驗項目：

(1) 高血糖：HbA1c 及 LDL。

(2) 高血脂：LDL。

(3) ASCVD 之風險等級達非常高或極高：LDL。

2. 支付條件及支付方式：

(1) 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或進步的檢驗項目數，支付相對應費用：

疾病組合	檢驗項目控制良好範圍		控制良好或進步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	500	600
高血脂		100 mg／dL	500	
ASCVD		非常高：<70 mg／dL； 極高：<55 mg／dL	600	
高血糖+高血脂	< 7%；80歲以上病人為<8%	100 mg／dL	500	600
高血糖+ASCVD	< 7%；80歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg／dL； 極高：<55 mg／dL	600	900
高血脂+ASCVD		非常高：<70 mg／dL； 極高：<55 mg／dL	600	
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	600	900

(2) 控制良好定義：最後一次（或當年度半數以上）檢驗結果位於控制良好範圍。前述最後一次檢驗（查）結果應於當年度7月1日以後。僅具有高血糖、高血脂個案，若於當年度7月1日前之

LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。

(3) 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日以後，且前測及後測日期應間隔84天（含）以上。

- 3.資料範圍：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。
- 4.參與醫師未於年度結束前完成三高防治教育訓練課程，不予支付。
- 5.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該計畫品質獎勵金或本項費用。

（七）糖尿病病人之胰島素注射獎勵費：

- 1.適用對象：糖尿病收案會員。
- 2.給付條件：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。
- 3.支付方式：符合上述條件者，每一個案支付300點／年。

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。

五、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。

六、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。

七、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、計畫評核指標

一、結構面指標（20分）

(一)個案研討、社區衛教宣導 (10分): 一年至少辦理12場, 即平均每月至少需辦理1場, 且當年度至少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」), 且年度內每位醫師至少應參與本項活動達3次 (含) 以上 [年底應檢附「參與各項活動次數之每月統計表」(附件五) 及「衛教宣導紀錄表」(附件六) 予分區業務組備查]。

(二)設立24小時諮詢專線 (全年至少抽測3次) (5分):

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 [由台灣社區醫院協會進行抽測, 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, 並於年底檢附「24小時諮詢專線服務每月統計及紀錄表」(附件七) 予分區業務組備查, 超過繳交期限以0分計算]。

1. 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 callout 回電, 得5分。
2. 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), 得5分。
3. 醫院人員接聽, 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), 得3分。
4. 無人接聽 (連續測試3通, 每次間隔10分鐘), 得0分。

(三) 接受生活習慣諮商或衛教率 (5分)

計算公式說明:

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。

1. 接受比率 $\geq 80\%$, 得5分。
2. 接受比率 $\geq 60\%$, 得4分。

3. 接受比率 $\geq 40\%$ ，得3分。

4. 接受比率 $\geq 20\%$ ，得1分。

二、過程面指標（25分）：

（一）成人預防保健檢查率（5分）

1. 會員接受成人預防保健服務 $\geq$ 較需照護族群70百分位數，得5分。

2. $<$ 較需照護族群70百分位數，但 $\geq$ 較需照護族群60百分位數，得3分。

3. $<$ 較需照護族群60百分位數，但 $\geq$ 較需照護族群55百分位數，得1分。

4. 計算公式說明：

分子：30歲（含）以上會員於院所接受成人健檢人數。

分母： $(30\text{歲至}39\text{歲會員數}/5 + 40\text{歲至}64\text{歲會員數}/3 + 65\text{歲《含》會員數})$ 。

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。

（二）子宮頸抹片檢查率（5分）

1. 會員接受子宮頸抹片服務 $\geq$ 較需照護族群63百分位數，得5分。

2. $<$ 較需照護族群63百分位數，但 $\geq$ 較需照護族群53百分位數，得3分。

3. 計算公式說明：

分子：25歲（含）以上女性會員於院所接受子宮頸抹片人數。

分母： $25\text{歲至}29\text{歲會員數}/3 + 30\text{歲（含）以上女性會員數}$ 。

（三）65歲以上老人流感注射率（5分）

1. 會員接受流感注射服務 $\geq$ 較需照護族群65百分位數，得5分。

2. $<$ 較需照護族群65百分位數，但 $\geq$ 較需照護族群55百分位數，得2

分。

3. 計算公式說明：

分子：65歲以上會員於院所接種流感疫苗人數。

分母：65歲以上總會員人數。

(四) 糞便潛血檢查率（5分）

1. 45歲以上至未滿75歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查率 $\geq$ 45歲以上至未滿75歲較需照護族群檢查率之83百分位數，得5分。
2. $<$ 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，得3分。
3. $<$ 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，得2分。
4. $<$ 較需照護族群檢查率之63百分位數，但 $\geq$ 較需照護族群檢查率之55百分位數，得1分。

5. 計算公式說明：

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 $\div 2$ 。

(五) B、C 肝炎篩檢率（5分）

1. 符合 B、C 肝炎篩檢資格之會員接受 B、C 肝炎篩檢率 $\geq$ 較需照護族群70百分位數，得5分。
2. $<$ 較需照護族群70百分位數，但 $\geq$ 較需照護族群60百分位數，得3分。
3. $<$ 較需照護族群60百分位數，但 $\geq$ 較需照護族群55百分位數，得1分。

4. 計算公式說明：

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））。

三、結果面指標（45 分）

（一）潛在可避免急診率（5 分）

1. $\leq$ 收案會員 30 百分位，或與上年度同期自身比進步率 $\geq 10\%$ ，得 5 分。
2. $>$ 收案會員 30 百分位，但 $\leq$ 收案會員 45 百分位，或與上年度同期自身比進步率 $\geq 5\%$ ，得 3 分。
3. $>$ 收案會員 45 百分位，但 $\leq$ 收案會員 65 百分位，得 1 分。
4. 計算公式說明：

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。

（二）會員急診率（排除外傷）（5 分）

1. $\leq$ 收案會員 30 百分位，或與上年度同期自身比進步率 $\geq 10\%$ ，得 5 分。
2. $>$ 收案會員 30 百分位，但 $\leq$ 收案會員 45 百分位，或與上年度同期自身比進步率 $\geq 5\%$ ，得 3 分。
3. $>$ 收案會員 45 百分位，但 $\leq$ 收案會員 65 百分位，得 1 分。
4. 計算公式說明：

分子：會員急診人次（排除外傷案件）。

分母：會員人數。

（三）可避免住院率（5 分）

1. $\leq$ 收案會員 30 百分位，或與上年度同期自身比進步率 $\geq 10\%$ ，得 5 分。
2. $>$ 收案會員 30 百分位，但 $\leq$ 收案會員 45 百分位，或與上年度同期自身比進步率 $\geq 5\%$ ，得 3 分。

3. $>$ 收案會員45百分位，但 $\leq$ 收案會員65百分位，得1分。

4. 計算公式說明：

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。

(四) 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）

1. $\geq$ 初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率70百分位，得5分。

2. 與上年度同期自身比進步且 $<$ 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，得3分。

3. 計算公式說明：

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。

(五) 會員固定就診率（10分）

1. 會員在收案醫院之西醫門診固定就診率 $\geq$ 當年較需照護族群65百分位且 $\geq 50\%$ ，得10分。

2. 當年較需照護族群60百分位 $\leq$ 會員固定就診率 $<$ 「當年較需照護族群65百分位且 $\geq 50\%$ 」，得5分。

3. 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3分。

4. 計算公式說明：

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。

(六) 血糖、血脂監測數據控制良好或進步率（10分）

1. HbA1c 控制良好或進步占率：

(1) 控制良好或進步占率 $\geq 70\%$ ，得5分。

(2) $70\% >$ 控制良好或進步占率 $\geq 67\%$ ，得3分。

(3) 計算公式說明：

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。

2. LDL 控制良好或進步占率：

(1) 控制良好或進步占率 $\geq 55\%$ ，得5分。

(2) $55\% >$ 控制良好或進步占率 $\geq 54\%$ ，得3分。

(3) 計算公式說明：

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。

3. 控制良好範圍：參照血糖、血脂管理提升費所訂之控制良好範圍。

4. 執行方式：

(1) 符合下列任一條件，即判斷為控制良好：

A. 當年度最後一次檢驗結果屬控制良好。最後一次檢驗結果應於當年度7月1日以後。僅具高血糖、高血脂個案，若於當年度7月1日前之 LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。

B. 當年度檢驗結果中，半數以上達控制良好範圍。

(2) 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日以後，且前測及後測日期應間隔84天（含）以上。

(3) 資料範圍：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。

(七) 糖尿病會員照護 (5分): 下列兩項指標擇高分指標納入評分

1. 糖尿病會員胰島素注射率 (5分)

(1) $\geq$ 糖尿病會員胰島素注射率60百分位, 得5分。

(2) 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 ≥ 50 百分位, 得3分。

(3) 計算公式說明:

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: 糖尿病會員門診主診診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數且 ≥ 100 人。

2. 糖尿病人眼底檢查執行率 (5分)

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 $\geq$ 全國平均值, 得5分。

四、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。

(一) 提升社區照護品質及健康 (5分)

1. 與合作機構間, 辦理照護或聯繫座談會, 一年至少2場。
2. 與社區公、民營機構或團體, 辦理健康促進活動。
3. 以上任一項, 檢附佐證資料經分區業務組認可後得分。

(二) 配合政策推動指標 (5分):

1. 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。
 - (1) 提供服務 ≥ 25 人, 得5分。
 - (2) 提供服務 ≥ 15 人, 得3分。

(3) 提供服務 ≥ 10 人，得1分。

2. 提供預立醫療照護諮商：提供民眾預立醫療照護諮商服務，並留有紀錄，得5分。

3. 提升全民健康保險急性後期整合照護計畫收案人數：收案人數較去年成長，得5分。

(三) 假日開診並公開開診資訊（5分）。

1. 於週日或國定假日當日開診，並於VPN登錄及公開開診資訊。

2. 以下列方式計分：

(1) 開診率 $\geq 50\%$ ，得5分。

(2) 開診率 $\geq 30\%$ ，得3分。

(3) 開診率 $\geq 20\%$ ，得1分。

3. 計算公式說明：

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。

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。

(四) 收案會員重複用藥情形（5分）

1. 當年度平均每位會員重複用藥率 ≤ 30 百分位，得5分。

2. 當年度平均每位會員重複用藥率 > 30 百分位，但當年度平均每位會員重複用藥率 ≤ 60 百分位，得3分。

3. 當年度平均每位會員重複用藥率 > 60 百分位，但當年度平均每位會員重複用藥率 ≤ 70 百分位，得1分。

4. 計算公式說明：

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。

(五) 血壓上傳率（5分）

1. 所有收案會員皆適用。

2. 上傳率

(1) $\geq 70\%$ ，得5分。

(2) $< 70\%$ ，但 $\geq 60\%$ ，得3分。

(3) $< 60\%$ ，但 $\geq 50\%$ ，得1分。

3. 計算公式說明：

(1) 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）。

(2) 分母：會員人數。

4. 資料範圍：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。

拾壹、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，並定期提供參與醫院各項評核指標達成情形，以提升照護品質。
- 二、保險人分區業務組負責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、保險人分區業務組得召開觀摩會，邀請執行成效良好之地區醫院分享經驗，推廣優良的管理模式，促進計畫執行品質。

拾貳、計畫申請方式

參與計畫之地區醫院應於計畫公告2個月內，檢附申請文件向保險人分區業務組提出申請（附錄）（新增及異動者須檢附申請書；前一年度已經參與本計畫且參與醫師與前一年度相同者，可具函敘明前述事項向保險人分區業務組備查）。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。

拾參、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、保險人提供評核指標介於60分至70分（ $60分 \leq \text{評核指標} < 70分$ ）之醫院名單予台灣社區醫院協會協助輔導改善，且須於次年6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分續辦標準者（評核指標 $< 70分$ ），應退出本計畫，1年內不得再加入本計畫，計畫參與醫師則於1年內不得再加入本計畫或家庭醫師整合性照護計畫。
- 三、如評核指標未達60分者（評核指標 $< 60分$ ），應退出本計畫，1年內不得再加入本計畫。1年內不得再加入本計畫，計畫參與醫師則於1年內不得再加入本計畫或家庭醫師整合性照護計畫。
- 四、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。

拾肆、實施期程及評估

各醫院應於計畫執行後，年度結束提送執行結果（包含計畫運作執行現況、計畫評核指標執行率與社區衛教宣導）至保險人分區業務組。

拾伍、訂定與修正程序

本計畫由保險人與台灣社區醫院協會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。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。

全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫檢核邏輯

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，可以點選會員管理選項，進行會員資料之登錄、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2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醫療院所於2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。

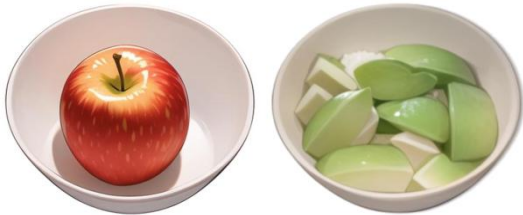
地區醫院全人全社區照護計畫－收案會員健康資料

計畫附件二

個人基本資料 (必填)			
姓名		性別	☐ 男 ☐ 女
出生日期	西元 年 月 日	職業別	
主要照顧者		居住地	_____鄉 (鎮)
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			
生活型態評估量表各領域總分 (附表) (必填) *每個領域最高10分			
正向社會連結： 第 1、3、5、7、9 題的分數總和_____		身體活動： 第 13、19、22 題的分數總和_____	
避免危害物質： 第 6、11、15、16 題的分數總和_____		睡眠及壓力管理： 第 4、8、10、17 題的分數總和_____	
營養： 第 2、12、14、18、20、21 題的分數總和_____		抽菸： 1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸10支菸以下、4.平均一天約吸10支菸 (含) 以上	
喝酒： 1.無、2.偶爾交際應酬 (每週1-2天)、3.經常喝 (每週>2天)		嚼檳榔： 1.無、2.偶爾交際應酬 (每週1-2天)、3.經常嚼或習慣在嚼 (每週>2天)	
醫療病史 (必填)			
慢性病史 ☐ 1.高血壓 ☐ 2.糖尿病 ☐ 3.腎臟病 ☐ 4.缺血性心臟病 ☐ 5.心律不整 ☐ 6.心臟衰竭 ☐ 7.腦血管疾病 ☐ 8.腫瘤 ☐ 9.貧血 ☐ 10.關節炎 ☐ 11.高膽固醇血症 ☐ 12.痛風或高尿酸血症 ☐ 13.過敏性鼻炎 ☐ 14.氣喘 ☐ 15.慢性肺疾病 ☐ 16.消化性潰瘍 ☐ 17.功能性腸胃問題 ☐ 其他			
家族病史及相關健康問題 (若有親人有罹患下列疾病，請填入家屬代碼：A.父 B.母 C.兒女 D.兄弟姊妹 E.父系親戚 F.母系親戚 G.其他) ☐ 1.無 ☐ 2.糖尿病【 】 ☐ 3.高血壓【 】 ☐ 4.心臟病【 】 ☐ 5.腦血管病變 (中風)【 】 ☐ 6.高血脂【 】 ☐ 7.腎臟病或尿毒症【 】 ☐ 8.惡性腫瘤【 】 ☐ 9.遺傳性腎臟疾病【 】 ☐ 10.多囊腎【 】 ☐ 11.痛風【 】 ☐ 12.自體免疫性疾病【 】 ☐ 13.其他【 】 ☐ 14.不知			
長期藥物使用 (使用達3個月以上) ☐ 降血壓藥 ☐ 胰島素 ☐ 降血糖藥 ☐ 降血脂藥 ☐ 降尿酸藥 ☐ NSAID ☐ 中草藥 ☐ 其他_____			
食物過敏史 食物名稱：		藥物過敏史 藥物名稱：	
身體檢查 (皆為必填)			
身高 (cm)		血壓 (收縮壓/舒張壓) (mmHg)	
體重 (kg)		腰圍 (cm)	
脈搏 (次/每分鐘)			

(附表) 資料來源：社團法人臺灣生活型態醫學會-生活型態評估量表

編號	請想一想過去七天，並回答以下問題，你是否：
1	我感覺生活有目標。(是：2分；否：0分)
2	日常飲食我會避免油炸的食物，多以清蒸、水煮、涼拌等烹調方式為主。(是：1分；否：0分)
3	我有進行了兩次以上（含兩次）的靈性、宗教或民俗信仰活動（例如冥想、靜坐、祈禱、拜拜、參加宗教活動、祭拜家中神明或祖先等）。 (是：2分；否：0分)
4	我大部分時間都覺得能夠處理生活的各種壓力？(是：2分；否：0分)
5	我有參加團體聚會或活動（例如運動、社區、社團、學校團體等）？ (是：2分；否：0分)
6	我有抽菸、使用電子煙或其他菸品？(是：0分；否：5分)
7	我有和家人或朋友相聚或聊天三次以上？ (是：2分；否：0分)
8	大部分時間，我睡醒後覺得精神很好，有休息夠了？(是：2分；否：0分)
9	我總共花了兩小時以上的時間待在大自然中（例如：城市內外開放空間：公園、森林、海邊等）？ (是：2分；否：0分)
10	大部分時間，我覺得有足夠的時間照顧自己？(是：1分；否：0分)
11	我有嚼檳榔？(是：0分；否：1分)
12	我的飲食大多以原型食物（如新鮮蔬果、全穀、未加工肉類）為主。(是：1分；否：0分)
	請想一想過去七天，並提供您關於以下問題最好的估計值：
13	我總共進行了幾天的肌力訓練？（例如伏地挺身、深蹲、引體向上等）
	0、1、2、3、4、5、6、7天（0、1、2分）
14	我總共喝了幾杯含糖飲料？（例如果汁、含糖咖啡或茶、汽水、運動飲料）。
	少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10杯或更多（2、0分）

15	我一天中喝下含有酒精的飲料，最多共有幾單位？（1單位酒精=10公克純酒精）  1單位酒精 = 10公克純酒精 酒品容量 (ml) x 酒精濃度 (%) x 0.785 (酒精密度) = 每瓶酒精含量 (公克) <table><tr><td>  =150ml 1單位 ml/天 </td><td>  啤酒 5% 254ml </td><td>  含酒精提神飲料 10% 127ml </td><td>  紅酒 12% 106ml </td><td>  米酒 19.5% 65ml </td><td>  烈酒 40% 31ml </td><td>  高粱酒 58% 21ml </td></tr></table>  臺灣生活型態醫學會 製作 參考資料：衛生福利部心理健康司 Taiwan Association of Lifestyle Medicine	 =150ml 1單位 ml/天	 啤酒 5% 254ml	 含酒精提神飲料 10% 127ml	 紅酒 12% 106ml	 米酒 19.5% 65ml	 烈酒 40% 31ml	 高粱酒 58% 21ml
 =150ml 1單位 ml/天	 啤酒 5% 254ml	 含酒精提神飲料 10% 127ml	 紅酒 12% 106ml	 米酒 19.5% 65ml	 烈酒 40% 31ml	 高粱酒 58% 21ml		
16	（女3以下、男4以下，2分、0分） 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10單位或更多 以有喝酒精飲料的那幾天來算，我每天平均喝幾單位？（如果過去七天都沒有喝酒精飲料，請選「少於1」） （女1以下、男2以下，2分、0分） 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10單位或更多							
17	我每晚大約睡幾個小時？ 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10小時或更多（0、3、5分）							
18	我每天大約吃幾份水果？（1份是1拳頭大小或一碗8分滿） 水果一份 約一個拳頭大小，或切塊水果約一碗8分滿   臺灣生活型態醫學會 製作 Taiwan Association of Lifestyle Medicine 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10份或更多（0、1、2分）							
19	我每天坐著的總時間大約有幾小時？ 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10小時或更多（3、1、0分）							
20	每天平均食用包裝零食（例如薯片、餅乾、糖果、蛋白營養棒等）的包數。 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10包或更多（2、0分）							

21	每天平均食用蔬菜的份數（1份為可食重約100公克）。 蔬菜一份 約100公克，或半碗至8分滿的煮熟蔬菜   臺灣生活型態醫學會 製作 Taiwan Association of Lifestyle Medicine
	少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10份或更多（0、1、2分）
22	我累積的有氧運動時間，總共有幾分鐘？（例如快走、慢跑等）
	小於30、30、45、60、90、120、150、180、210、240、270、300、大於300分鐘（0、1、2、3、4、5分）

● **各領域總分計算（每個領域最高10分）**

正向社會連結：第1、3、5、7、9題的分數總合_____

身體活動：第13、19、22題的分數總合_____

避免危害物質：第6、11、15、16題的分數總合_____

睡眠與壓力管理：第4、8、10、17題的分數總合_____

營養：第2、12、14、18、20、21題的分數總合_____

整體生活型態分數：_____（最高50分）

● **整體生活型態分數解釋**

解釋	整體生活型態分數	
現在是您與醫師合作的好時機，幫助您養成顯著改善健康的生活習慣。	0-20	低於平均
您有一些不錯的健康習慣，但仍有很多生活方式可調整來改善您的健康，並降低疾病風險。	21-30	平均
您有許多良好的健康習慣，但仍有一些領域可以檢視並嘗試改善。	31-40	非常好
您做得很好，但可以對生活方式進行小調整，以達到更好的整體健康狀態。	41-50	優秀

醫療照護計畫書

一、 疾病及健康狀態

(主要疾病及健康問題列表)

二、 致病原因綜合評估

(一) 疾病因素：

(二) 家庭心理社會因素：

(三) 其他因素：

(四) 評估結果：

三、 全人照護治療計畫

(一) 藥物治療

(二) 非藥物治療

(三) 其他健康照護建議 (內容視個案情況而定)

1. 慢性病風險評估及衛教

2. 健康生活型態建議 (戒菸、增加運動、飲食建議、減重目標等)

3. 預防保健追蹤 (如成人健檢、癌症篩檢、疫苗注射)

4. 專科醫師會診

5. 轉診或轉介 (長照或其他醫療／社區資源)

6. 其他

失智症門診照護諮詢溝通記載內容及規定

- 一、會員姓名及臨床失智症評量表（CDR）或簡易心智量表評量結果。
- 二、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。
- 三、諮詢服務之日期及起迄時間至分。
- 四、提供服務者職稱及簽章。
- 五、接受諮詢服務者簽章及其與會員關係（接受諮詢服務者包括會員或主要照護者，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

醫院參與各項活動次數之每月統計表

計畫附件五

為瞭解醫院參與各項活動之情況，作為未來醫療品質提升之建議，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！

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
個案研討 (參與次數)													
社區衛教宣導 (辦理場數)													

團體衛教宣導紀錄表（範例）

日期：	年	月	日		
時間：	時	分至	時分	第	場
活動地點：					
相關人員簽名：					
活動成果：					

_____醫院

團體衛教宣導民眾簽到單（範例）

日期： 年 月 日

醫院24小時諮詢專線服務及主動電訪之每月統計

計畫附件七

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)													
主動電訪 (Call out) (電訪人數)													

24小時諮詢專線服務紀錄表（範例）

日期	時間 (以24小時計)	會員姓名 會員電話	諮詢內容	處理情形	諮詢人員

_____年度全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫申請書

本院申請參加_____年度「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」，計畫執行期間將確實遵守個人資料保護法及依計畫相關規定辦理。

此致

衛生福利部中央健康保險署○○業務組

醫事機構代號：

醫事機構名稱：

醫事機構負責人：

業務窗口姓名：

(電話：_____、職稱：_____)

請蓋合約印鑑

特約醫事機構印章	負責醫事人員印章

中 華 民 國 年 月 日

_____年度_____合作醫院基本資料

***合作醫院基本資料**

1. 合作醫院代號：

合作醫院名稱：

合作醫院印章	負責醫師印章

2. 合作醫院代號：

合作醫院名稱：

合作醫院印章	負責醫師印章

3. 合作診所代號：

合作診所名稱：

合作診所印章	負責醫師印章

請自行複製使用

____年度全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫

參與醫師名單

醫師姓名	身分證字號	專科別	本年度新加入醫師 (請以Y註記)		
			從未參與本計畫	曾經參與本計畫	由他院轉入

備註：

1. 本年度新加入醫師，如前一年度於其他醫院有參與，請於「由他院轉入」欄位註記；如為前一年度(含)以前曾參與過本計畫者，請於「曾經參與本計畫」欄位註記，註記方式"Y"。
2. 參與醫師超過本表欄位時，可自行插入列。
3. 參與醫院將電子檔 E-mail 至各分區業務窗口進行後續資料審查前，請務必確認表內所填之所有基本資料正確及完整。

年度計畫聯絡人及24小時諮詢專線設置情形

聯絡人	姓名	電話	電子郵件

為利計畫基本運作，聯絡人最多可填3位，請務必提供正確聯絡方式（含姓名、電話及電子信箱），以利計畫執行期間密切聯繫。

24小時諮詢專線號碼：

諮詢專線接聽人員名單

醫事人員類別	醫事人員姓名	醫事人員身分證號

*注意事項：

1. 接聽人員執業登記應為參與計畫之地區醫院。
2. 計畫執行期間如有人員異動，仍需檢送醫事人員證書影本供分區業務組查核。

諮詢專線接聽人員之醫事人員證書如附件一

個案管理人員名單

人員類別	姓名	身分證號

營養師名單

姓名	身分證號

附件一、諮詢專線接聽人員之醫事人員證書黏貼處

_____年度地區醫院提供醫療照護品質及轉診機制情形		
會員資料		
(1) 會員書面資料應妥善保管	☐ 已確認	☐ 未確認
(2) 會員資料應完成建檔	☐ 已確認	☐ 未確認
(3) 提供會員權利義務說明書或會員通知	☐ 書面函 ☐ 簡訊 ☐ 電子郵件 ☐ 即時通訊軟體 ☐ 其他	
(4) 提供會員確認回饋機制	☐ 通知函 ☐ 即時通訊軟體 ☐ 看診告知 ☐ 透過電子郵件 ☐ 其他	
與區域級以上合作醫院之共同照護及雙向轉診機制建立		
(1) 與合作醫院訂定共同照護機制及相關流程	☐ 已完成	☐ 未完成
(2) 與合作醫院訂定實質合作內容(雙向轉診流程、病人共同照護、用藥及醫療品質提升計畫)	☐ 已完成 合作內容如附件二(必填)	☐ 未完成
(3) 與合作醫院轉診資料之分享	☐ 已完成	☐ 未完成
(4) 與合作醫院共同召開轉診個案照護研討會	☐ 是 每 月 次	☐ 否
優化諮詢服務		
(1) 24小時諮詢電話建置	☐ 已完成	☐ 未完成
(2) 建立24小時諮詢電話自我抽測檢討機制	☐ 已完成	☐ 未完成
(3) 規劃主動電訪(Call out)服務	☐ 已完成	☐ 未完成
(4) 除電話諮詢外，提供多元諮詢服務	☐ 即時通訊軟體諮詢 ☐ 透過電子郵件諮詢 ☐ 其他	
(5) 接聽人員(醫事人員)	白天： ☐ 醫師 ☐ 護理人員 ☐ 其他：_____ 晚上/半夜： ☐ 醫師 ☐ 護理人員 ☐ 其他：_____	
運作機制		
(1) 是否設置專任個案管理人員	☐ 是	☐ 否
(2) 是否定期辦理院內個案研討	☐ 是 每 月 次	☐ 否
(3) 是否定期辦理社區衛教宣導	☐ 是 每 月 次	☐ 否
(4) 院內成員間定期會議	☐ 有辦理 每 月 次	☐ 未辦理
(5) 與區域級以上合作醫院定期會議	☐ 有辦理 每 月 次	☐ 未辦理
(6) 與區域級以上合作醫院定期辦理會員團體衛教指導	☐ 有辦理 每 月 次	☐ 未辦理
(7) 與區域級以上合作醫院提供收案會員跨院際合作加值服務	☐ 掛號優先 ☐ 醫療費用減免 ☐ 檢驗/查快速通關 ☐ 門診就醫快速通關 ☐ 手術/住院就醫快速通關 ☐ 其他	

附件二、與區域級以上合作醫院實質合作內容

一、雙向轉診流程

二、共同照護機制

三、醫療品質提升計畫