

健保署南區業務組115年家庭醫師整合性照護計畫

修訂重點 說明會

115年家醫計畫整合模式解析與實務策略

時間：115.7.10（週五） 13:25-13:55

地點：中央健康保險署 南區業務組

簡報者：王宏育 高雄縣醫師公會榮譽理事長

醫師公會全聯會常務監事 岡山基層醫療群執行長

115年「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」說明會

一、目的：

- (一) 說明 115 年「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」方案修訂重點。
- (二) 透過經驗分享，增廣家醫診所醫師 P4P 病患照護知能及提升照護品質。

二、日期：115 年 7 月 10 日 (星期五)中午 13：00

三、主辦單位：衛生福利部中央健康保險署南區業務組

四、與會人員：家醫診所及合作醫院相關人員

五、會議方式：Teams 視訊會議，會議室連結：<https://reurl.cc/V2GINA>。

六、議程：

日期及時間	主題/內容	講者
13：00-13：05	主席致詞	主持人
13：05-13：25	115 年「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」方案修正重點	業務組
13：25-13：55	115 年家醫計畫整合模式解析與實務策略	王宏育高縣醫師公會榮譽理事長
13：55-14：25	整合 P4P 照護至家醫計畫面面觀	永德康內科診所 嚴逢杰醫師
14：25-14：45	綜合討論	全體與會人員 王宏育榮譽理事長 嚴逢杰醫師

各位應該最幸福

7月10日第三場說明會：95分

7月3日第二場說明會：85分

7月2日第一場說明會：70分

敬請多多支持 心路基金會
每月固定小額捐款，成為 **愛心股東**

心路社會福利基金會 董事 ♥ 敬請多多支持心路 ♥



社團法人高雄縣醫師公會

榮譽理事長 **王宏育**



醫師公會全聯會 常務監事
全聯會編審委員會 召集人
全聯會基層醫療委員會 副召集人

正本清源:先回答最多人的疑惑、提問：115年的大家醫計劃有何改變？何謂Q碼不計價？要怎麼樣拿到經費？

- **(1).** 原來只做家醫計劃的醫師，沒有做P4P，那就照以往的做（Q碼和您沒有任何關係）@還多了:1.定期檢驗達成加成費 2.糖心腎獎勵500～1100點/人，要好好把握，照護品質好，可以得到非常多的論質獎勵費用
- **(2).** 同時做P4P、家醫計畫，115年取消P碼，改設Q碼不計價。給的照護費用，一位病人一年少50元，取消原來獎勵計劃。@@但是多了4筆很優渥的給付：1.定期檢驗達成加成費 2.糖心腎獎勵500～1100點/人 3.多重慢性病門診整合費用550、1100點 4.家醫照護費每個收案個案最多550點@@:粗估總給付增加，品質好的診所應該增加許多給付，請放心努力做！
- **(3).** 沒有做家醫計畫，只做P4P者；甚至是家醫計劃被「退群」者，還是可以做P4P，用P碼申報。原來的P4P制度沒有取消 !!!

有做糖尿病P4P照護計劃夥伴 對P4P納入大家醫2.0平台的 **疑慮**：

- 1. 領的錢有沒有變少？ **沒有！ 應該(略為)增多！**
- 2. P碼有沒有被取消？會不會影響到平常的作業流程，習慣？
• **有虛擬Q碼，不會影響舊有的作業流程**
- 3. 營養師、衛教師的制度會不會改變？ **不會！照舊！**
- (給付的費用沒有減少，**照舊**聘用營養師、衛教師，維持品質)
- 4. 本來每個月領錢，會不會像大家醫計畫，變成一年只領三次的費用？ **抱歉！ 改為 3個月給付一次**
- 5. 今年可以雙軌制嗎？ 還是下半年才開始？ **7月1日開始**
- 6. 額外好處:資料皆已上傳，**毋須 VPN重複上傳，節省人力！**

沒有做P4P的夥伴們對P4P納入 大家醫2.0平台：有何不同？

- 1. 沒有不同！115年增加 糖心腎 論質 獎勵費用！更好！
- 2. 努力做，成績好，領到的 績效獎勵費用 更多！
- 3. 領到的獎勵費用多 → 正向的良性循環 → 提升診所服務量：
可以給夥伴更高薪水，提升診所醫療品質，病人會更多！

	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年
個案管理費	205,041元	219,834元	196,293元	185,418元	187,042元	229,098元	267,042元
績效獎勵費	406,656元	362,763元	398,603元	413,686元	448,639元	517,275元	元
總計	611,697元	582,597元	594,896元	599,104元	635,681元	746,373元	元
多重慢性病獎勵費用			100,420元	125,000元	173,242元	199,650元	
另計			695,316元	724,104元	808,923元	946,023元	

有做糖尿病照護計畫的診所約佔**17%**，這個比例沒有辦法把80%以上國民都照顧好。家醫照護計劃53%診所加入。**17+53=70%**
兩者融合才能夠發揮最堅實的基層力量，**達到888的目標 !!!**

三高防治888政策目標



80%三高個案
納入照護網



納入照護網者80%
獲得生活習慣諮詢



80%穩控三高



巷弄健康守護者
基層醫師撐起
大家醫計畫

記者沈能元／專訪 圖／健保署提供

大家醫計畫

從疾病根源因子及改善生活型態
守護國人健康

助民衆自我健康管理



健保署長
陳亮好

人口老化、三高等慢性病患人數愈來愈多，近10年來，慢性病費用占整體健保支出逐年增加，去年占比達49.6%，健保守護國人健康的角色也逐漸改變中，從傳統提供醫療，往前延伸至預防醫學，2024年推出「大家醫計畫」正是以病人為中心的醫療照護模式，協助民眾自我健康管理，從疾病根源因子及改善生活型態，守護國人健康。

三高防治888計畫

為了因應超高齡社會、慢性病患與日俱增的挑戰，賴清德總統提出健康台灣「三高防治888計畫」，預計目標至2030年，共有8成的三高、心腦血管疾病、初期慢性腎臟病患者加入照護網，照護網內的8成病友接受生活習慣諮詢，8成病友的病情獲得控制。



高醫社區醫療團隊前進高雄那瑪夏部落進行健康篩檢。

衛福部健保署長陳亮好表示，截至今年3月統計，達成率分別為61%三高病人納入共照網、52%共照網病人接受生活習慣諮詢、62%共照網病人達到三高控制，感謝所有醫療體系，尤其基層診所積極推廣及努力，應可提前達標。

為達到8成的三高、心腦血管疾病等慢性病患加入照護網，進而擴大收案且達到全人照護為目的，健保署2024年推動「大家醫計畫」，包含於西醫基層診所推行「家醫計畫2.0」、地區醫院推行「全人全社區照護計畫」，迄今已獲成效。

收案人數近600萬

「大家醫計畫」前身為2003年「全民健保家庭醫師整合性照護計畫」（家醫計畫），收治對象為高齡、慢性疾病等患者，截至112年共有5590家診所參與，收案人數接近600萬人。

衛福部長石崇良擔任健保署長時，於2024年積極整合了家醫計畫、糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案、代謝症候群防治計畫，推出「大家醫計畫」，透過家庭責任醫師進行慢性個案健康管理，配合多重慢性病門診整合，安排病人轉診並追蹤治療結果，提升慢性病人照護品質。



陳亮好指出，這一、兩年來，「大家醫計畫」收案對象愈來愈多，累積至2026年3月，已有321.7萬名慢性病患者參與其中，占比達60%。

「Life is medicine，生活習慣是三高防治的重要基石。」陳亮好表示，她於健保署副署長任內，邀請專家學者研議「生活型態評估量表」，制訂22題，導入家庭醫師整合性照護計畫、地區醫院全人全社區照護計畫常規執行項目，於2025年8月在健康存摺及家醫大平台上线，在收案照護的300多萬名三高病人中，已

有52%接受生活習慣諮詢。

陳亮好強調，這是「身心健康」評估的重要問卷，民眾透過自填量表，自我檢視「營養、壓力、身體活動、危害物質、正向社會連結、睡眠」等6大面向，瞭解自己的整體生活型態分數落在哪個區間，並獲得相關衛教調整建議。

6成患者獲得控制

至於8成病友的病情獲得控制目標，陳亮好表示，在眾多基層診所醫師的努力下，目前全國三高慢性病患者中，已有62%獲得



▲透過健康存摺，可查詢就醫、用藥、檢查紀錄，是便利的數位健康照護平台。 本報資料照片

▲屏東來義衛生所為民眾進行血糖測量。

控制。診所醫師們早已是國人健康守護者，除了正確診斷、給藥，提供正確衛教，另透過手機簡訊、LINE群組提醒用藥及回診，可說是大家醫計畫的重要骨幹，貢獻良多。

陳亮好表示，健保署持續結合AI技術、健保大數據及學研單位研究量能，精進健康存摺系統功能與使用介面，提升資料搜尋便利性、系統互動性及服務易用性，發展個人化健康管理，提供智慧衛教服務，讓健康存摺成為國人可信賴且便利的數位健康照護平台。

健保新紀元.. 不光靠醫師

幫助民眾自我健康管理

大家醫計畫 幫助大家

2026年6月26日 聯合報

115年家醫計畫核心主軸：更簡化的行政、更優渥的獎勵、更完整的照護



精準收案

擴大三高照護，憑實力爭取額外百名收案額度。落實真實就醫防呆機制。



申報整合

家醫與P4P深度縫合，破除重複申報痛點。設立過渡期，P碼平穩轉軌Q碼。



績效優化

獎勵典範轉移，進步就是成功！檢驗數值良善即給獎，獎勵金額大幅跳升。



三高精準收案：獎優促動模式

高績效×數據滿分×真實照護

獎優促動



前一年度評核指標

≥ 90 分

高績效醫療群



114年度

HbA1c+LDL
皆達滿分



群內每家診所

+100 名

三高病人

重要規範



有三高診斷



有用藥紀錄

-----當年度收案診所-----

無就醫紀錄(診斷及用藥)



不支付計畫
所有費用



鼓勵高績效醫療群
擴大照護量能



聚焦真實照護
提高三高控制成果



落實品質與價值
資源發揮最大效益

雙管齊下的精準疾病獎勵

Q1407C

追蹤管理加成費

原P4P收案且持續照護者(每年最多支付4次，當次就醫須有相關用藥)

DKD 400元/次

DM 250元/次

支付期程改為按季支付，增加診所現金流穩定度。

糖尿病新收案整合照護費

針對115年已符合P4P-DM條件但尚未收案之家醫會員，強力鼓勵納入照護

650元/年

(一次性獎勵)

不計價申報，列入家醫專款核算。

個案管理費優化：對齊 P4P 精神與範疇擴大

強化照護品質 × 擴大給付範疇 × 提升管理效益



01 名稱與對象更動



► 新名稱

更名為

**「定期檢驗 (查)
達成加成費」**

► 擴大對象

首度將

「僅具糖尿病 (DM) 者」

納入給付範疇



02 新增追蹤管理加成費



► 適用對象

115 年計畫院所中，
原已參加 P4P 且持續照護之個案

► 支付條件

就醫診斷與用藥必須符合該特定疾病，
每年度**最多支付 4 次**
(且須有實際用藥)



03 給付金額

DM (糖尿病)



\$250 元
/ 每人每次

DKD (糖尿病合併慢腎)



\$400 元
/ 每人每次



落實精準照護 × 提升個案健康 × 創造醫療群管理價值



擴大給付
照護更多病人



強化追蹤
提升控制成效



優化支付
創造管理價值



強化支付⁽⁷⁻³⁾

-個管費之定期檢驗(查)達成加成費



各疾病組合應檢驗項目及次數

疾病組合			當年度檢驗(查)項目應達到次數			
DM	CKD	ASCVD	HbA1C	LDL	UACR	血壓
NEW V			2次	2次	-	3次 (前一年曾診斷為 高血壓並用藥)
V	V		2次	2次	2次	
V	V	V				
V		V	2次		-	
	V	V	-		2次	

註：1.各項檢驗項目之次數應至少上、下半年各1次；血壓值一年至少上傳3次。

2.檢驗數值毋須再逐筆登打，健保系統直接擷取特約醫事服務機構、數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。



家醫計畫與P4P整合配套措施重點



1 P碼申報方式



- 1 為使P4P參與診所所有充足時間修正申報方式，P4P-DM/CKD/DKD原申報之「P碼」將適用至**115年家醫計畫公告**。



- 2 為區隔家醫計畫及P4P收案資料，後續規劃特定疾病照護費之「追蹤管理加成費」及「糖尿病新收案整合照護費」，採用特定碼別(不計價)進行申報。



- 3 另為方便院所識別DKD個案，亦規劃提供「初期慢性腎臟病新收案」特定碼別(不計價)。

P碼申報方式流程圖



2 個案管理費上限



將支付

- 個案管理費
- 特定疾病照護費



P4P收案個案
**不列入個案管理費
支付上限額度**

重點

因本次已將P4P預算整併，如為原P4P收案個案且為家醫會員，將支付個案管理費及特定疾病照護費，且P4P收案個案將**不列入個案管理費支付上限額度**。

3 費用支付期程

追蹤管理加成費及
糖尿病新收案整合照護費
改以按季支付



支付時程

Q1



1-3月

Q2



4-6月

Q3



7-9月

Q4



10-12月

重點

改以按季支付，簡化作業流程，提升院所現金流與行政效率。



整合P4P與家醫計畫，優化申報流程，提升管理效能，強化個案照護品質

家醫計畫與P4P整合配套措施(二)

4 P4P之VPN資料登錄



現行P4P登錄資料

以各項檢驗(查)資料為主



家醫計畫自114年起

- ✓ 鼓勵院所上傳個人健康資料
- ✓ 並已收載全國院所上傳之檢驗(查)資料



VPN資料無須再登錄



減輕院所登錄負擔，提升行政效率

5 糖尿病共同照護網資格

「追蹤管理加成費」適用對象為
115年家醫計畫參與院所原
「已參加P4P-DM/CKD/DKD方案」，
且收案個案已於診所進行P4P收案照護



參與P4P
(DM/CKD/DKD)



於診所進行
P4P收案照護



爰院所應維持
糖尿病共同照護網資格



維持糖尿病共同照護網資格，
確保照護品質與權益

6 合理門診量排除計算

原P4P-DM/DKD為
合理門診量排除項目



後續規劃特定碼別設計，
維持原排除設定



特定碼別
設計



合理門診量
排除計算



維持原排除
設定



保障院所
權益



透過制度優化與簡化作業流程，提升照護品質，減輕院所負擔，強化醫療整合效能

提題:DKD,DM計劃VPN上傳需要身高、體重、血壓等資料，若取消VPN上

傳健保署只有抽血數據，請問後續這些資料要上傳嗎？ **回覆:** 家醫計畫有

上傳會員個人健康資料(含身高、體重、血壓)，每人支付 30元/年！

醫療群配合事項 (8-2)

-上傳個人健康資料1

👉 登錄路徑：VPN/試辦計畫資料維護 / 家醫收案會員健康資料

完成上傳，
個管費再支
付30元/人

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(多選)：			
☐ 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 ☐ 其他			

醫療病史及菸酒檳習慣(必填)

慢性病史

☐無 ☐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

「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」—收案會員個人健康資料

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			
醫療病史及菸酒檳習慣(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：	
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)			
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)			

每人只支付30元！唉

還有脈搏、腰圍、

含身高、體重、血壓，

上傳會員個人健康資料

家醫計畫 真的有

家醫計畫新配套措施與申報說明

鼓勵院所持續照護慢性病個案，提升照護品質與管理效能



B 追蹤管理加成費

i. 支付條件

-  115年家醫計畫參與院所原已參加P4P-DM/CKD/DKD方案，且收案個案已於診所進行P4P收案照護。
-  每次就醫之主、次診斷及用藥符合該疾病者，支付本項加成費。每年度最多支付4次（每次應間隔10週以上），當次就醫未用藥者不予給付。

ii. 支付方式



DM
每人每次追蹤支付 250元/次

DKD
每人每次追蹤支付 400元/次

C 糖尿病新收案整合照護費



針對115年已符合P4P-DM收案條件之家醫會員（最近90天曾在該院所診斷為糖尿病（ICD-10-CM前三碼為E08-E13）至少同院所就醫達二次以上者，且收案當次就醫之主診斷及用藥應符合糖尿病者）



為鼓勵家醫將其收案照護
支付每人 **650元/年**

D 初期慢性腎臟病個案（CKD）



針對115年已符合P4P-CKD收案條件（收案前90天內曾在該院所就醫，新收案當次就醫之主診斷應符合慢性腎臟病）者。



若個案經申報「糖尿病新收案整合照護費」後，符合CKD者，得申報DKD「追蹤管理加成費」；另原P4P-CKD收案個案，符合P4P-DM收案條件，亦可申報DKD「追蹤管理加成費」。



E 申報編號（皆為不計價）

i. DM



(i) 糖尿病新收案整合照護費

申報編號
Q1407C
(不計價)

(ii) 追蹤管理加成費

申報編號
Q1408C
(不計價)



ii. CKD

(i) 初期慢性腎臟病個案：新收案（115年已符合P4P-CKD收案條件）者

申報編號
Q4301C
(不計價)

(ii) 原P4P-CKD收案個案，於每次追蹤時

申報編號
Q4302C
(不計價)

iii. DKD



追蹤管理加成費

申報編號
Q7001C
(不計價)



政策目的



強化慢性病持續照護
提升個案健康成效



區隔家醫計畫與P4P收案資料
優化管理與追蹤效率



鼓勵院所投入新收案及DKD照護
提升照護品質與可近性



家醫計畫 特定疾病照護費重點簡介



追蹤管理加成費

支付條件



115年家醫計畫參與院所原已參加P4P-DM/CKD/DKD方案，且收案個案已於診所進行P4P收案照護。

2

每次就醫之主、次診斷及用藥符合該疾病者，支付本項加成費。



- 每年度最多支付4次（每次應間隔10週以上）
- 當次就醫未用藥者不予給付



支付方式



DM

每人每次追蹤
250元/次

DKD

每人每次追蹤
400元/次



糖尿病新收案整合照護費

支付條件

針對115年已符合P4P-DM收案條件之家醫會員



- 最近90天曾在該院所診斷為糖尿病（ICD-10-CM前三碼為E08-E13）
- 至少同院所就醫達二次以上
- 收案當次就醫之主診斷及用藥應符合糖尿病者

支付方式

為鼓勵家醫將其收案照護

650元/人·年



初期慢性腎臟病個案（CKD）

支付條件



針對115年已符合P4P-CKD收案條件者（收案前90天內曾在該院所就醫，新收案當次就醫之主診斷應符合慢性腎臟病）。

2 申報規則



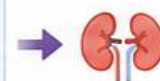
符合DM新收案整合照護費後且符合CKD



可申報DKD
追蹤管理
加成費



原P4P-CKD收案個案且符合P4P-DM收案條件



可申報DKD
追蹤管理
加成費

★ CKD個案可協助辨識與管理DKD風險



申報編號
（皆為不計價）

DM

1

糖尿病新收案整合照護費

申報編號 **Q1407C**（不計價）

2

追蹤管理加成費

申報編號 **Q1408C**（不計價）

CKD

1

初期慢性腎臟病個案：新收案
（115年已符合P4P-CKD收案條件者）

申報編號 **Q4301C**（不計價）

2

原P4P-CKD收案個案，每次追蹤時

申報編號 **Q4302C**（不計價）

DKD

1

追蹤管理加成費

申報編號 **Q7001C**（不計價）



三大重點目的



鼓勵院所持續追蹤照護
提升疾病管理成效



整合收案資料與費用支付
簡化作業流程



強化CKD/DKD個案識別
優化慢病照護品質

糖心腎整合提升費：增列進步獎勵與點數調升



重磅升級！

+350點



進步納入獎勵

回饋品質精神，115年起檢驗結果有實質進步者（後測數據 < 前測數據），亦正式納入獎勵範圍！



點數全面調升

每項指標進階成調升 **350 點**



品質獎勵整合

同步所收案者，統一由家醫計畫支付，免除醫師重複申報疑慮。

獎勵對象



糖心腎症候群收案個案

需達成檢驗（查）指標控制良好或檢驗結果有實質進步者。

適用指標



HbA1c
(血糖控制)



LDL
(血脂控制)



UACR
(尿液白蛋白/
肌酸酐比值)

激勵目的



提升慢性病控制率與腎心保護成效
實現三高及糖心腎整合照護目標



調整後四級點數對比

■ 原點數

■ 新點數（調升後）



調升重點

每項指標
加碼 **350 點**

四項全達成
最高可達 **1,100 點**

大幅提升
照護價值與誘因



進步也值得肯定！一起提升照護品質，創造醫病雙贏！

今年的

新大家醫計畫

論質獎勵計酬

大家拿得到

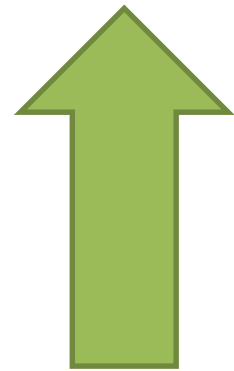
健保新紀元

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	UACR	1 項	2 項	3 項
DM	< 7%; 80 歲以上病人為<8%	<100 mg/ dL		500	600	
CKD		<130 mg/ dL	<30 mg/gm	500	600	
ASCVD		非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL		600		
DM+CKD	< 7%; 80 歲以上病人為<8%	<100 mg/ dL	<30 mg/gm	500	600	900
CKD+ASCVD		非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL	<30 mg/gm	600	900	
DM+ASCVD	< 7%; 80 歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL		600	900	
DM+CKD+ASCVD	< 7%; 80 歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL	<30 mg/gm	600	900	1100

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。僅具有糖尿病個案，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 日之後，且前測及後測日期應間隔 84 天(含)以上。

績效獎立典範轉移：進步即是成功!!!



+ 350點

給付大幅調升

過去：僅獎勵數值「控制良好」的
優等生

現在：只要檢驗結果「進步」(後測
(7月1日以後)-前測，間隔84天)，同
享獎勵

VPN行政減壓：診所免繁瑣登打，健保系統自動抓取特約醫事服務機構及數位照護獎勵上傳的檢驗數值，計算進步幅度

多重慢性病人門診整合費用

(一) 支付條件

1



會員有 **2 種(含)以上** 慢性病並於收案診所內就醫，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



動脈粥樣硬化



心臟病



腦血管病變



慢性肝炎



肝硬化



痛風



慢性腎臟病



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」。



醫師
整合照護



病歷記載整合內容
或藥品



備查核

(二) 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



每一會員每年度支付 **550 點**



每一會員每年度
再增加支付 **550 點**

=



每一會員每年度
最高支付
1,100 點



已將會員之醫療給付改善方案案件(案件分類 E1) 納入計算 (**不限特優級醫療群**)。



開藥56日(含)以上，給予550點，開藥169日以上給予1100點。

最認真的醫師、病人，如果開藥>269日，是否應該給2200點？



強化支付⁽⁷⁻⁶⁾ -多重慢性病人門診整合費

調整支付條件



支付條件

- 收案會員有2種(含)以上慢性病。
- 收案診所開立之每件慢性病連續處方箋需含2類(含)以上慢性病用藥，總處方調劑日份達56日(含)以上。
- 須符合「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」規範，未重複用藥。
- ≥90分所有醫療群之醫療給付改善方案案件(案件分類E1)納入計算。

支付方式

- 當年度慢連箋總處方調劑日份達：
 - ①56日(含)以上550點/人/年。
 - ②169日(含)以上1,100點/人/年。

慢性疾病種類

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

👉 申報時於d13欄位「整合式照護計畫註記」填報「P註記」。



常務監事您好，
有關剛才會議提到116
年家醫計畫
多重慢性病人門診整
合費用：新增269日
(含)以上，每一會員
每年度支付2,200點、
338日(含)以上，每一
會員每年度支付3,300
點
成長率提案建議書如
下，再請您提供意
見，謝謝您。

16:03

計畫名稱	全民健康保險多重慢性病人門診整合性照護計畫
計畫性質	■ 延續 ☐ 新增 ☐
期望效益	■ 提升門診門診一、二級門診服務■ 提升門診門診■ 提升門診門診■ 提升門診門診
提供服務	■ 門診門診■ 門診門診■ 門診門診■ 門診門診
預算數	1,000 萬美元 (增加 2,013.30 萬美元)
計畫目標	1. 建立家庭醫師制度，提供民眾安全、協調性與持續性的醫療服務，同時提升家庭醫師健康服務，以落實安全、安心、全社區的醫療服務。

計畫名稱	全民健康保險多重慢性病人門診整合性照護計畫
計畫性質	■ 延續 ☐ 新增 ☐
期望效益	■ 提升門診門診一、二級門診服務■ 提升門診門診■ 提升門診門診■ 提升門診門診
提供服務	■ 門診門診■ 門診門診■ 門診門診■ 門診門診
預算數	1,000 萬美元 (增加 2,013.30 萬美元)
計畫目標	1. 建立家庭醫師制度，提供民眾安全、協調性與持續性的醫療服務，同時提升家庭醫師健康服務，以落實安全、安心、全社區的醫療服務。

9月23日
會努力

又是我的事情

全聯會再加碼



生活習慣自評獎勵費

鼓勵三高個案主動自評，醫師查閱解析，提升健康管理成效



適用對象

家醫收案會員中，
具**三高疾病**個案



高血壓



高血糖



高血脂

✗ 不含代謝計畫收案個案



支付方式

完成生活習慣量表自評，醫師查閱解析後，**支付獎勵費用**

會員完成
生活習慣量表自評



醫師透過
家醫大平台查閱



醫師提供
諮詢及解析



支付獎勵費用



支付門檻

完成自評之
三高疾病會員數 ≥ 50 人



支付上限

每家診所最高獎勵

20,000 點



鼓勵三高個案自我管理，醫師專業解析，共同打造健康生活！



115年的大家醫計劃 還有一些 其他 小 確幸：

1.胰島注射獎勵費300點 2.失智門診諮詢費300至500點

3.生活習自評獎勵40點 4.上傳個人健康資料30點



強化支付 (7-7) -其他費用

項目	胰島素注射獎勵費	生活習慣自評獎勵費	失智症門診照護家庭諮詢費
支付點數 (每人)	300點	40點 (最高2萬點/家)	諮詢 $\geq$ 15分鐘：300點 諮詢 $\geq$ 30分鐘：500點
支付條件	1.DM會員前一年胰島素注射 天數 $\geq$ 28天且當年度胰島素 注射天數 $\geq$ 168天 2.須完成DM/CKD教育訓練	至少 $\geq$ 50人完成填寫	1.服務對象：失智症會員 (CDR值 $\geq$ 1或簡易心智量表 $\leq$ 23者)經神經科、精神科或 老年醫學專科醫師評估有諮 詢需要者。 2.限收案醫師提供收案會員諮 詢服務
備註	僅支付持續施打者	限支付三高疾病會員， 不含代謝收案個案	每年最多給付2次/人



費用比較總覽 P4P方案 vs 家醫計畫



表一 管理照護費比較

糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案 (P4P)

管理項目	DM	DKD	CKD
 基本費用	N	N	N
 定期檢驗(查)達成加成費	N	N	N
 新收案	650 點	N	200 點
 追蹤	200 點 與新收案間隔7週 每年最多3次 每次間隔隔10週	400 點 與新收案間隔7週 每年最多3次 每次間隔隔10週	200 點 與新收案間隔3個月 每年最多2次 每次間隔隔6個月
 年度評估	800 點 與追蹤間隔10週 每年隔1次 (例:收案+追蹤達3次)	800 點 與追蹤間隔10週 每年隔1次 (例:收案+追蹤達3次)	N
 每人最高	2,050 點	2,650 點	400 點

家醫計畫

DM	DKD	CKD
250 元	250 元	250 元
100 元	100 元	100 元
650 元 (糖尿病新收案整合照護費)	N	N
250 元 每年最多4次 (追蹤管理加成費)	400 元 每年最多4次 (追蹤管理加成費)	N
N	N	N
2,000 元	2,600 元	350 元

表二 獎勵費用比較

糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案 (P4P)

獎勵單位	DM	DKD	CKD
獎勵門檻	醫師新收案率 ≥ 30% 且收案人數 ≥ 50 人	排序前 30% 之院所	完整追蹤率 ≥ 50%
獎勵費用	1. 品質卓越獎：如 25% 醫師， 達成完整追蹤之收案個案， 每個案獎勵 1,000 點 2. 品質進步獎：該醫師收案個案中， 提升完整追蹤率， 每個案獎勵 500 點	該院所收案個案， 每個案獎勵 1,000 點	「門檻指標」之醫師， 所屬組織人王建立之共識照護項目 符合「獎勵指標」1 或 2 者， 每個案給予 400 點 獎勵

家醫計畫 (DM·CKD·DKD·ASCVD)

照護個案
—
1. 糖心腎症候群整合照護提升費： 依疾病組合對應之檢驗項目控制狀況予以獎勵，500~1,100 點(含 ASCVD)。 (1) DM：500~900 點 (2) DKD：500~1,100 點 (3) CKD：500~900 點
2. 多重慢性病人門診整合費用：符合門診用藥整合條件者，每人 550 點或 1,100 點
3. 讀救獎勵計：採品質指標及 VC-AE 達標情形每人最高 550 點
• DM 每人最高： 2,550 點 • DKD 每人最高： 2,750 點 • CKD 每人最高： 2,550 點

表三 管理照護費及獎勵費用總計比較

糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案 (P4P)

每人最高費用 (管理照護費 + 獎勵費用)	DM	DKD	CKD
	3,050 點或 2,550 點 (依獎勵指標而定)	3,650 點	800 點

家醫計畫

DM	DKD	CKD
4,550 點	5,350 點	2,900 點

註：PAP 為點數支付；家醫計畫為元支付(管理照護費) + 點數支付(獎勵費)。

資料來源：醫療給付改善方案及家醫計畫費用比較表 (附件3)



迎戰家醫 2.0： 極大化診所收益四大實戰步驟

精準盤點 → 申報轉軌 → 衝刺進步 → 固守指標

步步為營，穩拿加分，提升診所收益！

Step 1：精準盤點

- 撈取診所名單，確保自行收案的 100 名三高患者
- 必有本院就醫費用彙紀錄
- 避免年底做白工

✓ 目標：完成名單確認



01 打好基礎，
名單要精準！

Step 2：申報轉軌

4月底前清查舊有 P4P 個案，
確保順利轉軌至家醫
計畫申報體系（Q 碼），
防堵重疊扣款漏洞。

✓ 目標：轉軌無縫接軌



02 轉軌要及時，
申報零失誤！

Step 3：衝刺進步

善用 VPN 自動上傳，
不只盯「達標」，更要抓
「進步數值（後測-前測）」，
精準賺取進階的
提升費（+350 點）。

✓ 目標：進步數值拿加分



03 掌握進步數據，
提升費用到手！

Step 4：固守指標

- 把成健、抹片、流感等預防保健服務「當在本院做」
- 提早安排醫療群春節輪值排班
- 穩拿 5 分加分

✓ 目標：穩拿 5 分加分



04 固守指標不鬆懈，
加分穩定入袋！



四步驟環環相扣，提升診所競爭力與收益！ 現在行動，迎戰家醫 2.0，收益最大化！



高屏區糞便潛血檢查成績不好，實在沒有道理。6月份感冒少，
淡季，我胃癌篩檢做了100個，大腸癌順便就做了60個，+20！

如果大家像我這樣，高屏區的糞便潛血檢查分數一定會很好！

回顧執行成果⁽³⁻³⁾

- 本轄114年必選指標分數偏低項目

分自各指標 加權平均得分	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
子宮頸抹片檢查率(6分)	4.54	3.13	4.15	4.67	4.12 ₍₄₎	2.18	4.13
糞便潛血檢查率(6分)	2.75	1.54	2.03	2.63	2.15 ₍₄₎	2.18	2.25
24小時諮詢專線測試(5分)	4.89	4.94	5	4.94	4.83 ₍₆₎	5	4.93
會員固定就診率(10分)	5.21	7.28	7.97	6.34	3.65 ₍₆₎	10	6.28

👉 指標落後因應策略：

- ✓ 子抹、糞便潛血檢查率：請至家醫大平台下載未執行名單。
- ✓ 24小時諮詢專線測試：各醫療群應定期自我測試，確認接聽品質。
- ✓ 會員固定就診率：自收會員優先以忠誠病人作為收案對象。

家醫 1.0 → 家醫 2.0

從基本照護升級為三高與慢性病數據導向的精準照護

家醫 1.0

以基本個案照護為主



重點在疾病治療
以病人就醫處置為主



被動式聯繫
以病人主動回診為主



紙本/分散資料
資料分散，難以整合



缺乏數據分析
難以追蹤成效與改善

家醫 2.0

以三高與慢性病數據建構為核心


核心轉變
由「以治療為中心」
→
「以健康為中心」



深化糖心腎共照 (DM/CKD/ASCVD)

- ✓ 全面啟動家醫 2.0
- ✓ 不再只是基本個管
- ✓ 以「三高與慢性病數據建構」為核心結果導向給付



數位賦能與精準叩客

- ✓ 強制導入健康存摺與家醫大平台
- ✓ 透過數據化管理名單
- ✓ 精準執行主動電訪 (Call out)
- ✓ 提升追蹤率與病人參與度



成果導向支付引擎

- ✓ 財務誘因結構大洗牌
- ✓ 引入 VC-AE 差值
結合 110 分制品質指標
- ✓ 決定高達 550 點的績效獎勵生死



提升照護品質
精準管理慢性病



強化病人參與
主動追蹤與衛教



數據驅動決策
精準、即時、可追蹤



成果導向給付
品質提升，獎勵更多

健康升級 · 價值醫療
家醫 2.0 讓照護更有成效！



家醫 2.0 是轉型升級的關鍵一步，讓診所更有競爭力，讓病人更健康！

800元=250元+550元

800元=250元+275元+275元

收案1000個病人，1000X550點 = 55萬點

很不少!!!



參閱資料⁽⁶⁻¹⁾ - 績效獎勵費用

績效獎勵費用
(每人支付550點)

採年度結算
(隔年6月)

以群統計

品質提升費用(50%)
依評核指標達成情形分5級支付
(0~275點)

健康管理成效鼓勵(50%)
會員實際西醫門診醫療費用(AE)與風
險校正模式預估之西醫門診醫療費用
(VC)差值回饋(VC-AE)
(0~275點)

級別(分數)	支付點數
特優級(≥90分)	275點
良好級(80~89分)	210點
普通級(75~79分)	175點
輔導級(70~74分)	145點
不支付(<70分)	0點

- VC-AE差值為負且評核指標分數 < 70分者，支付個案管理費之50%。
- 符合以下條件之一，績效獎勵費以每點1元支付：
 1. 偏遠地區之診所且所屬醫療群計畫評核指標良好級(含)以上。
 2. 整群完成訓練之醫療群且評核指標分數 ≥ 90分且平均每人VC-AE差值 > 275點。



政策背景與改革方向



家醫計畫
自92年推動迄今



從「收案管理」
走向「健康結果導向」



115年全面推動
「家醫2.0」

家醫 2.0 四大強化重點

1 三高整合照護



- ✓ 整合管理、全面控制
- ✓ 降低併發症與風險

2 糖心腎共同管理



- ✓ 糖尿病 × 心血管病 × 腎臟病
- ✓ 跨專業、跨疾痼協同照護

3 全人全程照護



- ✓ 從預防、治療到安寧
- ✓ 全人照顧、全程陪伴

4 社區醫療整合



- ✓ 串聯在地資源
- ✓ 打造綿密醫療照護網



家醫計畫已從過去的會員管理，進一步轉型為以健康成效為核心的照護模式。

自行收案額度與擴充條件

分級累進，績效擴充，最高可達 **Level 2 特權**！



評核達標是關鍵

收案空間與「上年度品質評核」緊密綁定，
平時的數據達標是擴張版圖的唯一門票！



評核指標

上年度評核指標 ≥ 90 分



上年度評核指標
 ≥ 90 分

Level 1：基礎額度



每位醫師 **200** 名



每家診所上限 **1,200** 名



前一年評核 ≥ 90 分之醫療群，
除每位醫師自收 **100** 名外，
若 114 年 HbA1c 與 LDL 均達滿分，
每家診所可**再收 100** 名



無條件加收 **100** 名
三高病人

可再接收健保署第二階段
派發三高病人（上限 **600** 名）



兩階段累進，逐步擴充！



基礎額度
(Level 1)



績效擴充
(Level 2)



最高可達
Level 2 特權



策略 提示

收案空間與「上年度品質評核」緊密綁定，
平時的數據達標是擴張版圖的唯一門票！



115年的大家醫計劃 重點整理

~修訂重點小結~

費用支付

1.修訂個案管理費：

- (1)定期檢驗(查)達成加成費：新增僅具DM者納入給付。
- (2)第二階段加收100名三高病人及P4P會員，不受上限1,180人限制。

- 2.修訂糖心腎症候群整合照護提升費：進步個案納入計算及每項檢驗調升350點。
- 3.修訂多重慢性病人門診整合費：所有醫療群之E1案件納入計算。

評核指標

1.新增指標：加分項-春節期間開診。

2.自選指標：改由本署擇最優3項列計成績。

3.修訂部分評核指標：

- (1)成健、老人流感注射、糞便潛血檢查：限於西基診所執行，方列入計算。
- (2)B、C肝炎篩檢率：調整一般民眾篩檢年齡(民國75年(含)以前出生-79歲)。
- (3)會員急診率：排除UCC案件。
- (4)CKD會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率：調整計分方式。
- (5)糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率：改以定值作為得分閾值。

「家醫2.0醫療群」 DKD教育訓練－線上直播課程(一)

主題：114年度家醫計畫因應策略：

兼談HBA1c LDL CKD如何得分

主辦單位：中華民國醫師公會全國聯合會

主持人：周慶明理事長、黃振國常務理事

講 師：王宏育常務理事

時 間：114年6月23日（星期一）12:30~13:30

西醫師【專業品質】繼續教育積分1.2分

時間	主題	講者	主持人
12:30~12:35	致歡迎詞	周慶明 理事長 中華民國醫師公會全國聯合會	
12:35~13:20	114年度家醫計畫 因應策略:兼談 HBA1c LDL CKD 如何得分	王宏育常務理事 中華民國醫師 公會全國聯合會	黃振國常務理事 中華民國醫師 公會全國聯合會
13:20~13:30	綜合討論	黃振國常務理事 中華民國醫師公會全國聯合會	

線上直播網址

簽到(12:00-12:45)

簽退(13:20-14:00)



https://youtu.be/YVPIZ_DvzjQ



<https://forms.gle/j8ka6XDL8UN3aYiPA>



<https://forms.gle/kQUKbjBU32Dd1RRe7>

凡參加線上直播課程之學員，請依上述時程辦理線上簽到、簽退，逾時不受理補簽。

各項指標如何得高分？

敬請諸位前輩們，盡可能聽講

診所被退群解散，

今年給分標準更嚴格，預計有更多

70分被解散，三百多家診所被退群。

因為去年家醫計畫有42群得分低低

一年前的演講內容..

114年度家醫計畫因應策略：114.6.23演講內容

演講大綱：（114年家醫計畫 配分內容 分類）

(1).前言：認識基本架構：家醫計畫經費

(2).危機：如何因應策略：覺悟

(3).只要努力 就能拿高分的項目：拚命做

(4).選擇正確 才能拿高分的項目：聰明選

(5).努力 未必能拿高分的項目：盡力而為待聖人出

—(6).其他：從高屏業務組的努力談起 舉例.實戰

113年的15分很好拿!

評核指標<70分，應退出本計畫，
1年不得加入本計畫或全人計畫

113年計畫規定 要感謝誰？

- 糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率
 - 醫療群內DM、CKD及DKD收案會員之監測指標檢驗結果屬**控制良好或進步之人數**達得分門檻，下列項目各得**5分**。

監測指標	列計之疾病樣態	得分門檻人數
HbA1c	DM、DKD	200
LDL	DM、DKD	200
UACR	CKD、DKD	50

114年計畫規定...很難得高分!!!

糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率(10分)

1. HbA1c控制良好(或進步)占率：

- ① $\geq$ 收案會員之**60**百分位數，得**5**分。
- ② $<$ 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。

2. LDL控制良好(或進步)占率：

- ① $\geq$ 收案會員之**60**百分位數，得**5**分。
- ② $<$ 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。

提題：如何再多收100名家醫(三高)會員？

必須 HbA1c、LDL兩項滿分：這3年操作型定義都不同！



評核指標修訂⁽⁹⁻⁸⁾

-結果面指標₃

調整計分方式



■ 糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率(10分)

追蹤項目	控制良好(或進步)率	得分
HbA1C	$X \geq 70\%$ 60百分位	5分
	60百分位 $70\% > X \geq 67\%$ 50百分位	3分
LDL	$X \geq 55\%$ 60百分位	5分
	60百分位 $55\% > X \geq 54\%$ 50百分位	3分

註：(1) 同一會員得重複計分

(2) 分母：具相關疾患之總收案會員數(排除自收個案)

➢ HbA1C控制良好(或進步)率：DM

➢ LDL控制良好(或進步)率：DM、CKD、ASCVD(風險等級達非常高或極高)

(3) 分子：分母中檢驗結果達控制良好或進步

為何要努力執行 家醫計畫？（照護病人醫者初衷）

1/3醫療群是特優級，要如何維持？(好處多多!)

1/5：岌岌可危，要如何不被退群？(多沒面子!)



回顧執行成果⁽⁴⁻²⁾

-113年醫療群指標執行成果



分區	特優級 (90分以上)		良好級 (80-89分)		良好級以上 小計		普通級 (75-79分)		輔導級 (70-74分)		不支付 (小於70分)		總計
	群數	占率	群數	占率	群數	占率	群數	占率	群數	占率	群數	占率	
臺北	39	33.3%	38	32.5%	77	65.8%	18	15.4%	8	6.8%	14	12.0%	117
北區	25	35.2%	28	39.4%	53	74.6%	8	11.3%	9	12.7%	1	1.4%	71
中區	45	32.6%	49	35.5%	94	68.1%	23	16.7%	8	5.8%	13	9.4%	138
南區	47	48.5%	31	32.0%	78	80.4%	10	10.3%	3	3.1%	6	6.2%	97
高屏	17	19.1%	49	55.1%	66	74.2%	8	9.0%	7	7.9%	8	9.0%	89
東區	3	30.0%	5	50.0%	8	80.0%	1	10.0%	1	10.0%	0	0.0%	10
總計	176	33.7%	200	38.3%	376	72.0%	68	13.0%	36	6.9%	42	8.0%	522

註：113年最終成績

製表日期：114年5月1日

去年113年有42群、322家診所 成績<70分 被退群

今年更改配分:少15分送分題:預估更多被退群

今日演講目標、目的:

1/5醫療群岌岌可危，如何不被退群？

- 如果被退群：
- 1. 多沒面子！
- 2. 失去照顧病人的權利和責任，有違醫者初衷
- 3. 當然也會失去了這筆費用。還不少呢！

沒有這筆費用，就沒有辦法幫護理師
加薪。甚至護理師離職，診所每況愈下

深謀遠慮的提醒!!! (不)討喜的烏鴉？

- 114年初就預測114年家醫計畫的成績會很差。
- 烏鴉嘴：1/5：岌岌可危，要如何不被退群？

- 結果：烏鴉嘴 靈驗
- 好在：計分方式 很有創意調整：大家過關
- 遠慮：今年可以 重施故技嗎？ **NO WAY !**

- 今年115年的家醫計畫成績好不好？ **粉擔心！**

努力調整後，114年高屏區只有一群被退場



回顧執行成果⁽³⁻²⁾ -114年醫療群指標執行成果



分區	特優級 (90分以上)		良好級 (80-89分)		良好級以上 小計		普通級 (75-79分)		輔導級 (70-74分)		退場 (小於70分)		總計
	群數	占率	群數	占率	群數	占率	群數	占率	群數	占率	群數	占率	群數
臺北	55	51.4%	31	29.0%	86	80.4%	16	15.0%	3	2.8%	2	1.9%	107
北區	33	47.8%	24	34.8%	57	82.6%	7	10.1%	0	0.0%	5	7.2%	69
中區	54	45.0%	52	43.3%	106	88.3%	6	5.0%	5	4.2%	3	2.5%	120
南區	48	55.8%	29	33.7%	77	89.5%	6	7.0%	1	1.2%	2	2.3%	86
高屏	22	28.2%	45	57.7%	67	85.9%	7	9.0%	3	3.8%	1	1.3%	78
東區	6	54.5%	4	36.4%	10	90.9%	0	0.0%	0	0.0%	1	9.1%	11
總計	218	46.3%	185	39.3%	403	85.6%	42	8.9%	12	2.5%	14	3.0%	471

備註：需退場之醫療群包含114年成績<70及113年為輔導級但114年未≥75分之醫療群。

製表日期：115年6月22日

家醫計畫計分方式: 我覺得不理想, 脫離現實

- 計分方式若不改進, 每年都會有這個問題。
- 一般的世界: 考60分及格, 考80分很好。
- 家醫計畫計分方式:
- 有很多部分是 計算百分位 得分。
- 前40百分位得滿分, 41到50百分位得60分, 平均拿46分。
- 就是妳考試考80分, 若是第50名後, 還是得0分。
- 努力未必有好成績。 粉不好的 方法 !!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

家醫計畫 計分方式: 另一種的 **不好** !

- 我有詢問過健保署：
- 為什麼我們70分才及格，醫院的全人照護計劃60分就及格？
- 真的不太公平吧？
- 健保署說我們有10分的加分項，滿分是110分，醫院是100分。
- 原本因為計分方式不公平，所以才有加分項10分，作為彌補
- 加分項10分:我們很感謝，沒有想到70分才及格，
- **為德不卒，失去原本善意**，我們還要感謝嗎？

如何 家醫計畫 得高分？不被淘汰 退群？

- 我都70歲了，我應該要退休了，
- 我是一人醫師診所，常常跑台北開會，
- 我的門診時間很短，
-
- 我都可以家醫計畫 得高分，
- 您一定也可以！

如何 家醫計畫 得高分？不被淘汰 退群？

同時： 如何讓病人信賴醫師？

如何病人會介紹他的親戚朋友來給你看病？

（口碑相傳最重要 !!!）

如何病人會愈來愈多？

- 1. 鼓勵「免費」成人健檢、胃癌、大腸癌糞便篩檢、.....
- 2. 鼓勵「免費」流感疫苗、肺炎鏈球菌疫苗、
- 3. 絕不強迫，**要讓病人了解：**診所的善意和
篩檢、疫苗的重要性

如何讓病人信賴醫師？如何病人會介紹他的親戚朋友來
給你看病？（口碑相傳最重要）如何病人會愈來愈多？

- 1. 凡事 真心誠意 替病人設想！
- 2. 非常詳細的衛教，來龍去脈，治療計畫，將來的預後...
- 3. 胡蘿蔔與「棍子」：好言、善意提醒如果不治療的話，有可能
會心肌梗塞，會中風失能，會洗腎.....
- 4. 胡蘿蔔就是 鼓勵，稱讚病人，平易近人 常閒聊。
- 5. 代謝症候群努力緩解:比例高，就不會三高，就不會心梗中風
- 6. 瞭解病人，經濟不佳者千萬不要鼓勵自費項目，豪爽病人可
以建議施打帶狀皰疹疫苗，50歲到62歲自費20價肺炎鏈球菌
疫苗，小朋友鼻噴劑流感疫苗，很胖又前期糖尿病人:猛健樂？

我們國家這十年GDP的成長率 93%，最低工資的調升 47.4%。

健保支付標準、診察費的調整呢？ 全聯會很努力之餘，建議您：

待遇調整法制化、回歸GDP成長率等客觀指標 **115.7.4**

軍公教調薪非數字遊戲

聯合新聞網 udn.com 中華民國115年7月3日 農曆丙午年五月十九日 星期五

兩段式加薪 7月起專業與主管加給 先各增2千元

軍公教明年調薪4%

歷年軍公教加薪幅度

職等	非主管	主管
薦任第14職等	5.88	6.39
薦任第12職等(司處長)	6.11	7.22
薦任第10職等	6.38	8.13
薦任第9職等(科長)	6.87	9.04
薦任第6職等(高考3級)	7.80	10.46
委任第5職等(組長)	8.10	11.56
委任第3職等(督考)	8.84	
委任第1職等(初考)	9.98	

高普初考調高起薪試算

初考(委一本一)	普考(委三本一)	高考3級(薦六本一)
34880元	42970元	55160元
+9.98%	+8.84%	+7.8%
約38360元	約46770元	約59460元

資料來源：行政院人事行政總處 製表：政治中心 聯合報 編輯：張幼芳 視覺：劉靜華 2026.07.02製表

聯合報 UNITED DAILY NEWS 每份訂價10元 第27277號 創辦人 王惕吾

4 710765 921682

500 times ISSUE 161 今日隨報發行!

勝利的新聞 勝利的新聞

EVERYONE'S BETTER THAN BRINGING IN IT'S TIME TO BE

于思遠／自由業（桃園市）

行政院日前通過一六六年軍公教待遇調整方案，通案調薪百分之四，專業加給與主管職務加給定額調增兩千元，受惠人數約七十二萬。若只看單一年度的調幅，這一步似乎不算小；但若將這組數字放在更長的時間軸上，真正的問題才會浮現。

過去十年，台灣人均GDP成長百分之九十三點二，軍公教待遇累積調幅僅百分之十四點七，兩者落差超過六倍；同一期間最低工資調幅達百分之四十七點四，與軍公教待遇之間存在逾卅二個百分點的鴻溝。十年來消費者物價指數累計上漲百分之十六，軍公教的實質購買力在通膨中持續流失。

此次軍公教待遇調升百分之四涉及五年喊到一五五年，公務員調薪法制化整整拖延十年。當調與不調、調多調少全憑行政裁量，制度便難以建立正當性。在野黨提案要求審議會納入軍公教代表與專家學者，某種程度也凸顯現行機制缺乏基層參與空間。

在各職系中，教師群體承受的結構性剝奪感最為深刻。學術研究加給本應反映教師的專業地位，但在歷次通案調薪中，這項加給從未獲得制度性的檢討與調整。一四四年導師職務加給由每月三千元調升至四千元，但這些零星的調整並未觸及問題核心。全教會與全教總多次呼籲，專業加給與學術研究加給應隨經濟發展同步調整，至今未獲具體回應。

目前已有四成持證教師放棄教職，

診所越來越多，很競爭：小小建議：如何提高診所的服務能量、醫療品質，員工待遇，永續經營呢？

- 1.醫師多讀書，多聽演講，多看「台灣醫界」雜誌
跟得上最新醫學資訊潮流 → **得到病人信任！**
 - 2. 參加 **醫療群、大家醫計劃**：**(5萬/月)**
 - 3. 多做 **代謝症候群防治**：**(5萬/月)**
 - 4. 多做**癌症篩檢：胃癌+大腸癌**：**(1.8萬 - 5萬/月)**
 - 5. 調升護理人員照護品質獎勵費用 **(1位醫師3萬元)**
 - 6. 配合疾管署多施打流感疫苗、肺鏈疫苗、
新冠疫苗。。戒菸、口腔癌篩 **(?萬/月)**
- @@ 多做 → 正向的良性循環，提升診所服務量能 →**
給夥伴好的薪資，提升醫療品質，病人會更多！



王宏育

記者林琮恩／專訪
圖／王宏育提供、聯合報系資料庫

衛教病患不嫌煩 還設專屬衛教師



高雄縣醫師公會
榮譽理事長王宏育

○ 疾病須在病徵前期就控制 盼增加健保西醫基層總額預算

政府推出「健康台灣」政策，慢性病防治的重擔落在基層診所。慢性病控制與民眾的個人生活、飲食習慣密切相關，在高雄市岡山區開業逾30年的高雄縣醫師公會榮譽理事長王宏育說，某次一位病人在他督促下，三高控制良好，後續診所竟突然增加大量病人，才發現原來這位病人是某宮廟的廟公，另類「轉診」患者至診所就醫。

政府提出「慢性病防治888計畫」，要將8成慢性病患納入照護網、8成照護網病人獲得生活習慣諮詢、8成病人疾病獲得控制。



王宏育指出，國內三高防治仍有精進空間。

制。王宏育指出，許多偏鄉民眾習慣在診所就醫，即使居住於市區也有不少偏好於診所看診，他們考量醫院候診時間長、名醫病人多、看診時間壓縮等情況而至診所就醫，大約有6至7成非重症的三高病人會固定在基層診所看病，醫師會盡可能延長衛教的時間。

初診衛教10分鐘
市區病人也求診

王宏育收治首次就醫慢性病患，衛教時間至少5至10分鐘，第二次以上就診每次衛教3分鐘，不過，這僅是醫師衛教部分，他的診所內設有多張「衛教桌」，由3位護理師擔任衛教師，以各式衛教單張向病人及家屬說明如何控制疾病，不厭其煩進行衛教，加深病人印象。

「疾病控制必須在慢性病病徵出現前期開始，否則恐一發不可收拾。」王宏育說，最典型案例是一位郭姓患者，30年前就在診所就醫，初診時身材肥胖，身體質量指數（BMI）逾30，建議患者控制三高外，也要減重，否則恐導致膝蓋壓迫，但患者仍活得



王宏育(左)以衛教單張說明如何控制疾病。對於首次就醫慢性病患，衛教時間至少5至10分鐘。

瀟灑，每日在家煮火鍋、喝啤酒，邀朋友唱卡拉OK，孰料30年後，果真出現膝蓋關節不適，甚至無法開車、騎車，外出只能搭計程車。

這位郭姓患者在王宏育及診所團隊照護下，血壓及膽固醇控制良好，未發生中風、心肌梗塞等憾事，但對於不聽醫護團隊嘮叨，未積極控制體重導致膝蓋受損一事，仍悔不當初，甚至開玩笑

的2倍。他曾經在新冠疫情期間收治一位65歲病患，接種新冠疫苗時，在他建議下順便進行成人健檢，揪出三高。這名病患還確診新冠肺炎，醫護團隊持續以電話關心，疫情後他被納入代謝症候群照護計畫，接受衛教控制血壓，後續其妻子、孫子、孫女都在診所就醫，還介紹許多病人到診所看診。

王宏育這才發現這位病患是位廟公，常在廟宇為民眾解籤，有民眾求神問卜，提及自身健康問題時，他便建議對方至王宏育診所就診，成為另類「轉診」機制，有了宗教加持，效果甚至比醫師苦口婆心衛教還有效。

王宏育指出，國內三高防治仍有精進空間，為落實賴總統「健康台灣」理念，政府應投入資源，優化疾病預防，病人出現代謝症候群等亞健康情況時，若能在診所控制病情，可延後長達10年才發生糖尿病等疾病。診所衛教必須苦口婆心，耗費時間長，盼政府增加健保西醫基層總額預算，讓診所控制住病人疾病，減少心肌梗塞等嚴重事件，也能減輕醫院負擔。

質疑王宏育，「當初怎麼不對我凶一點？」王宏育將這位病人故事貼在診所後方，也會請不願聽從醫囑的病人帶回細讀，作為「負面教材」，盼提升病人疾病控制情況。

揪出廟公有三高
另類轉診湧病患

王宏育診所代謝症候群緩解比率高達30%，為全國平均值15%

7月2日報紙
診所成功之道
看診時和病人無所不談
「勾勾纏」
回答、解決病人所有的疑惑問題
把病人的當成好朋友，無形中完成
一位真正家庭醫師的責任

如何做好大家醫計劃？

如何做一個好的家庭醫師？

我的理念 .. 醫師把病人當成家人，

.. 病人把醫師當成家人，

民國71年馬偕淡水竹圍分院54病房

有一個匾額 .. 視病猶親



理想實現!! 謝謝聆聽!! 後會有期!!

