

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
衛生福利部中央健康保險署 107 年 4 月 13 日健保醫字第 1070004720 號公告修正
衛生福利部中央健康保險署 108 年 1 月 15 日健保醫字第 1080000711 號公告修正
衛生福利部中央健康保險署 109 年 1 月 22 日健保醫字第 1090000937 號公告修正
衛生福利部中央健康保險署 110 年 2 月 5 日健保醫字第 1100001541 號公告修正
衛生福利部中央健康保險署 111 年 1 月 27 日健保醫字第 1110801214 號公告修正
衛生福利部中央健康保險署 111 年 6 月 15 日健保醫字第 1110108376 號公告修正
衛生福利部中央健康保險署 112 年 1 月 30 日健保醫字第 1120101068 號公告修正
衛生福利部中央健康保險署 113 年 4 月 17 日健保醫字第 1130107418 號公告修正
衛生福利部中央健康保險署 114 年 5 月 2 日健保醫字第 1140109421 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、家庭為核心、社區為範疇的健康照護觀念，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「家庭醫師整合性照護計畫」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、社區醫療群自行收案會員於收案時向會員說明本計畫之目的及需病人配合定期回診等事項。
- 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或聯合診所具有 5 位專任醫師以上且結合該地區其他 3 家特約診所以上組成，其中 1/2 以上診所專任醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師資格或 1/5 以上診所專任醫師具有家庭醫學科專科醫師資格，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)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)社區醫療群應與 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。
- (四)新參與計畫之規範
 - 1.所在地之鄉、鎮、市、區無社區醫療群。

2.新參與之診所，以社區民眾生活圈之原則，得選擇現有社區醫療群參與本計畫。

(五)社區醫療群得與下列醫事服務機構作為合作單位：

1. 合作社區藥局、物理治療所及檢驗所：提供民眾用藥、檢驗檢查等就近於社區之醫療服務。
2. 合作診所：提供復健科、眼科、精神科等服務(如社區醫療群內診所具上述專科服務，不在此限)。

(六)家醫 2.0 社區醫療群：申請成為「家醫 2.0 醫療群」之診所，若當年度未參加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 方案)，應按本計畫所定接受教育訓練，加強糖尿病及初期慢性腎臟病之疾病管理能力。

(七)全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫將於 115 年度擴大照護服務範圍，因此自 115 年起，全面實施家醫 2.0 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、社區醫療群之業務：

(一)設立會員 24 小時諮詢專線

1. 參與計畫之社區醫療群，應共同提供 24 小時諮詢專線服務，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。

2. 24 小時諮詢專線不得設置於醫院之急診室，且應由醫事人員接聽，並應執業登記於社區醫療群內診所為原則，如執業登記於合作醫院者需經分區業務組核備同意，社區醫療群應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。

(二)建立醫療照護品質提升及轉診機制

1. 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)。所提供之共同照護門診亦可以家戶會員之病房巡診、個案研討與社區衛教宣導(須含用藥安全宣導)等代替。
2. 醫院及診所得共同照護病人，訂定合作照護機制及相關流程：
 - (1)醫師交班表：至少含括下列項目：
 - A.兩位醫師共同照護結果。
 - B.明列用藥及檢查結果。
 - C.醫院及診所醫師連絡方式。
 - (2)轉診單。
 - (3)轉診個案照護討論會：每季由醫院及診所共同召開。
 - (4)社區醫療群與合作醫院定期由護理人員、營養師、藥師、醫檢師、社工師或其他專業人員，共同辦理會員團體衛教指導。
3. 社區醫療群得訂定診所與合作醫院間之實質合作內容，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下列項目：
 - (1)雙向轉診流程：包含安排病人轉診、追蹤病人轉診至醫

院治療結果、病人轉回後之追蹤治療、診所間平行轉診等。

(2)共同照護機制：包含合作醫院下轉穩定慢性病人至社區醫療群提供照護、合作醫院與診所醫師間之交班流程等。

(3)慢性病人用藥一致。

(4)醫療品質提升計畫。

4.社區醫療群宜運用電話諮詢專線、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，提升慢性病人照護品質。

5.社區醫療群與合作醫院應提供收案會員跨院際合作增值服務，如就醫、檢查快速通道、掛號優先等。

(三)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；並鼓勵會員利用健康存摺填寫社區醫療群會員滿意度調查(滿意度問卷內容詳附件一)。

(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(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(含 24 小時諮詢專線及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單)，並提供收案對象確認回饋機制，並留存備查。參與診所應於診所明顯處張貼參與本計畫識別標幟及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單。

(五)社區醫療群宜運用家醫大平台追蹤家醫會員照護情形及健康狀況，以提升慢性病會員之健康管理效率。並得與本保險數位照護獎勵計畫之審核通過廠商合作，導入數位工具，進行個案健康管理。

四、計畫執行中心及其規範

(一)社區醫療群應以西醫基層診所成立計畫執行中心為原則，負責下列事項：

1. 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，並於計畫申請時，擇定社區醫療群是否參與家醫 2.0 醫療群。
2. 協助處理轉介病人及個案管理：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。

(二)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)、各縣市醫師公會或各類正式立案之西醫基層醫療團體內，成立聯合計畫執行中心。

(三)社區醫療群之組成單位應為本保險特約醫事服務機構，本計畫之核心業務不得委由非醫療服務機構(如管理顧問公司)執行，若有違反情事，該社區醫療群應即終止本計畫。核心業務包含下列項目：

1. 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。
2. 24 小時諮詢專線服務。
3. 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。
4. 社區衛教宣導。
5. 個案研討、共同照護門診、病房巡診。
6. 登錄個案：上傳會員名單至健保資訊網服務系統(以下稱VPN)。

7. 製作家庭會員權利義務說明書或會員通知函，發送對會員之通知，如告知本計畫內容及其權益、義務 (含 24 小時諮詢專線及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單)等。

五、為提升個案管理服務品質，社區醫療群得設置專任個案管理人員至少乙名，辦理下列事項：

- (一)協助個案健康評估、聯繫及協調照護計畫。
- (二)協助處理安排病人轉診及追蹤轉診病人治療結果。
- (三)規劃會員之健康管理與疾病預防衛教。
- (四)對於穩定之慢性病會員提供持續性的健康維護指導。

六、社區醫療群及計畫執行中心應遵守「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。

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、門診論病例計酬及前一年本保險地區醫院全人全社區照護計畫（下稱全人計畫）收案者。較需照護之名單如下：

(一)慢性病個案：

1. 係指前一年全國就醫資料中，屬全民健康保險醫療辦法所列慢性病範圍之病人，其曾於西醫基層門診就醫 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。

2. 65 歲(含)以上多重慢性病病人。

3. 參與醫療給付改善方案(係指 P4P-DM/CKD/DKD 方案、氣喘、BC 型肝炎或慢性阻塞性肺病等方案)之個案。

(二)非慢性病個案：係指符合下列資格者，且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。

1. 非屬前述慢性病個案：依醫療費用選取最高 30%之病人。

2. 3-5 歲(含)兒童：選取醫療費用最高 60%之病人。

3. 門診高利用個案：至基層診所門診就醫次數 ≥ 50 次之病人。

(三)名單交付原則如下：

1. 較需照護個案若已被 P4P-DM/CKD/DKD、代謝症候群防治計畫(以下稱代謝計畫)收案，且其收案診所前一年度有參加本計畫，則優先交付，並以 P4P-DKD、P4P-DM、代謝計畫、P4P-CKD 收案診所為優先交付順序。

2. 其餘個案按下列交付原則：

(1)慢性病個案：以慢性疾病給藥日份最高診所收案照顧，且於該診所門診慢性疾病就醫次數達 2 次(含)以上；若診所給藥日份相同，則由費用最高的診所收案。會員收案期程以 3 年為原則，如當年底未因慢性疾病於收案診所就醫，次年則再依交付原則分派院所收案。

(2)非慢性個案：以門診就醫次數最高的診所收案照顧，排除復健就醫次數 ≥ 33 次/年。若診所就醫次數相同，則由費用最高的診所收案。

(3)三高病人：保險人將未於第一階段收案之較需照護族群之三高病人名單交付該病人曾因三高疾病就醫 ≥ 2 次之參與計畫之診所。

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 ≥ 90 分之社區醫療群，每名醫師加收人數上限為 300 名，另可加收 100 名保險人第二階段交付之三高病人，以指定收案會員之家庭成員及該醫師之忠誠病人為優先，且以非全人計畫之應照護族群為原則；另每家參與診所自行收案人數上限不得超過 1,200 名。上年度評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群，每家參與診所自行收案人數上限不得超過 1,800 名，另保險人第二階段交付之三高病人不得超過 600 名。

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 2 個月內及依上年度評核指標分數達成情形，將會員資料以二階段方式批次經上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附錄 1)。

(一)第一階段：

- 1.每年度 1 月上傳較需照護族群收案名單及每位醫師自行收案人數 200 名。
- 2.前一年度已為家醫會員之應照護族群，收案名單由保險人自動轉入健保資訊網服務系統 VPN。

(二)第二階段：依上年度評核指標分數達成情形，評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群，每名醫師可再上傳自行收案個案加收之 100 名及三高病人 100 名。

- 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處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序中尚未執行者)。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、參與計畫診所一年內沒有下列紀錄者：

(一)社區醫療群或診所未函知保險人各分區業務組異動情形，致自動退出本計畫之紀錄。

(二)經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄。

因離職而退出醫師之會員，可由原參與診所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診所已參加本計畫醫師，則需由社區醫療群主動告知會員，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處分，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。若合作醫院停約 1 個月不在此限。

四、教育訓練：

(一)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。

(二)申請成為「家醫 2.0 醫療群」之診所，若未參加

P4P-DM/CKD/DKD 方案，其參與本計畫之醫師應按其收案對象之疾病樣態，接受下列 DM/CKD 相關教育課程，且須包含高血壓及心血管防治內容。

1.各項疾病之時數要求如下：

(1)第一年：

A.糖尿病(DM)：8 小時之糖尿病或糖尿病(含初期慢性腎臟病)相關教育訓練課程。

B.初期慢性腎臟病(CKD)：6 小時之初期慢性腎臟病或 8 小時之糖尿病(含初期慢性腎臟病)相關教育訓練課程。

C.DM+CKD：8 小時之糖尿病及 6 小時之初期慢性腎臟病相關教育課程，或 8 小時之糖尿病(含初期慢性腎臟病)相關教育訓練課程。

(2)第一年後，每年需接受 8 小時之糖尿病繼續教育訓練課程。

2.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)、中華民國糖尿病學會、中華民國糖尿病衛教學會、台灣醫療繼續教

育推廣學會、國民健康署公布之糖尿病健康促進機構、台灣腎臟醫學會、台灣基層糖尿病協會、中華民國診所協會全國聯合會、各縣市衛生局及專科醫學會等主辦。

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社區醫療群指定帳戶(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」，「“205”家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合費補付」及「“105”家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合費追扣」，

「“2N5”家庭醫師整合性照護計畫-失智症門診照護家庭諮詢費補付」及「“1N5”家庭醫師整合性照護計畫-失智症門診照護家庭諮詢費追扣」，「“2AD”家庭醫師整合性照護計畫-糖心腎症候群整合照護提升費補付」及「“1AD”家庭醫師整合性照護計畫-糖心腎症候群整合照護提升費追扣」，「“2BX”家庭醫師整合性照護計畫糖尿病病人之胰島素注射獎勵費補付」，「“1 BX”家庭醫師整合性照護計畫糖尿病病人之胰島素注射獎勵費追扣」，「“2BY”家庭醫師整合性照護計畫生活習慣自評獎勵費補付」及「“1 BY”家庭醫師整合性照護計畫生活習慣自評獎勵獎

勵費追扣」。

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，經費撥付原則如下：

(一)個案管理費：

1. 支付項目：

(1)基本費用：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，每人支付 250 元/年。

(2)個人健康資料加成費：完成個人健康資料建檔者(詳附件二)，每人支付 30 元/年。

(3)特定疾病追蹤管理加成費：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、適用範圍：家醫 2.0 收案會員。

乙、疾病類別：糖尿病、初期慢性腎臟病、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。

丙、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)	尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)	血壓
DM+CKD	2 次	2 次	2 次	前一年曾診斷為高血壓並開立相關用藥者：3 次
DM+ASCVD	2 次	2 次	-	
CKD+ASCVD	-	2 次	2 次	
DM+CKD+ASCVD	2 次	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)。CKD 病人之 UACR 為 1 次/半年。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。

丁、檢驗數值來源：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。

2. 支付每位醫師個案管理費上限為 1,080 名(上年度評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群醫師上限為 1,180 名)，前述支付上限人數不含第二階段加收之三高病人。
3. 上述僅為個案管理費支付人數上限，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。
4. 支付條件：
 - (1) 本計畫會員如為本保險醫療給付改善方案之收案個案，若與本計畫屬同一收案診所，自該計畫收案日起不予支付個案管理費；若與本計畫非屬同一診所收案，則予以支付個案管理費。本計畫會員如為本保險居家醫療照護整合計畫之收案個案，自該計畫收案日起不予支付本計畫之個案管理費。
 - (2) 前項個案及死亡個案之個案管理費按收案月份等比例支付。
 - (3) 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。
 - (4) 社區醫療群上年度評核指標未達 70 分者，如已上傳會員資料第一階段名單，仍不予支付當年度之個案管理費；上年度評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群，於上傳會員資料第二階段之自行收案個案，其當年度之個案管理費，溯自社區醫療群醫師參與當年度計畫起日計算。
5. 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。

6. 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。
7. 為達全人照護目標，得視個案需要填具「全人照護評估單」(詳附件三)。

(二)績效獎勵費用，每人支付 550 點/年(以群為計算單位)：

1. 會員若於計畫執行期間於收案社區醫療群無就醫紀錄，則不予核付本項費用。
2. 參與家醫 2.0 醫療群之醫師皆完成本計畫所定 DM/CKD 相關教育訓練課程(下稱完成訓練之家醫 2.0 醫療群)且計畫評核指標為特優級且平均每人 VC-AE 差值 > 275 點，則支付績效獎勵費用會員每人 550 元。

3. 支付方式：

(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(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 $80 \text{ 分} \leq \sim < 90 \text{ 分}$ ，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 75 分 $\leq$ ~<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 70 分 $\leq$ ~<75 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<70 分則不予支付。

(三)社區醫療群應承擔財務與品質責任，VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數<70 分者，則支付個案管理費之 50%。

(四)本計畫參與醫師當年度未於執業登記診所申報醫療費用者(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」。

五、偏遠地區參與診所績效獎勵費

(一)符合偏遠地區之診所且所屬社區醫療群計畫評核指標為良好級(含)以上，該診所之績效獎勵費每點支付金額以 1 元計算。

(二)前項偏遠地區認定方式：依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。

六、失智症門診照護家庭諮詢費用

(一)病人條件：參與本計畫之失智症病人，經神經科、精神科或老年醫學專科醫師評估有諮詢需要，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。

(二)社區醫療群診所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。

(三)每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件四)，併入病人病歷記錄留存。

(四)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。

七、多重慢性病人門診整合費用

(一)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」。

3. 當年度評核指標分數達特優級之醫療群，會員之醫療給付改善方案案件(案件分類 E1)納入計算。若當年度計畫費用結算非以浮動點值支付時，再依當年度評核指標分數等級，依序納入非特優級醫療群之 E1 案件。

(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。

八、糖心腎症候群整合照護提升費：

(一)適用對象：「家醫 2.0 醫療群」收案會員，並依所具疾病監控下列檢驗項目：

- 1.糖尿病病人：HbA1c 及 LDL。
- 2.初期慢性腎臟病病人：LDL 及 UACR。
- 3.ASCVD 之風險等級達非常高或極高：LDL。

(二)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			控制良好檢驗項目數對應之提升費(元)		
	HbA1c	LDL	UACR	1 項	2 項	3 項
DM	< 7%; 80 歲以上病人為<8%	<100 mg/ dL		150	250	
CKD		<130 mg/ dL	<30 mg/gm	150	250	
ASCVD		非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL		250		
DM+CKD	< 7%; 80 歲以上病人為<8%	<100 mg/ dL	<30 mg/gm	150	250	550
CKD+ASCVD		非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL	<30 mg/gm	250	550	
DM+ASCVD	< 7%; 80 歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL		250	550	
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	250	550	750

- 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.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.「家醫 2.0 醫療群」參與診所之醫師未於年度結束前完成 DM/CKD 相關教育訓練，不予支付。
- 5.當年度已獲 P4P-DM/CKD/DKD 品質獎勵金之診所，同一個案不得重複領取該計畫品質獎勵金或本項費用。
- 6.若個案當年度未因所具特定疾病(DM、CKD)於收案診所就醫並開立相對應用藥，不予支付。

九、糖尿病病人之胰島素注射獎勵費：

- (一)適用對象：「家醫 2.0 醫療群」之糖尿病收案會員。
- (二)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。
- (三)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。

十、生活習慣自評獎勵費：

- (一)適用對象:家醫收案會員中，具三高疾病(高血壓、高血脂、高血糖)個案，不含代謝計畫收案個案。
- (二)支付方式：完成生活習慣量表自評之三高疾病會員，醫師透過家醫大平台查閱，提供諮詢及解析者，支付獎勵費用，每人獎勵 40 點：
 - 1.支付門檻：完成自評之三高疾病會員數 ≥ 50 人。
 - 2.支付上限：每家診所最高獎勵 2 萬點。

十一、本計畫之預算先扣除「個案管理費」、「偏遠地區參與診所績效獎勵費」、完成訓練之家醫 2.0 醫療群「特優級且平均每人 VC-AE >275 點之績效獎勵費用」及「糖心腎症候群整合照護提

升費」後，其餘「績效獎勵費用」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」、「多重慢性病人門診整合費用」、「糖尿病病人之胰島素注射獎勵費」及「生活習慣自評獎勵費」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。

十二、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。

十三、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、結構面指標(15 分)

(一)個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診、提供疫苗施打(10 分)：

- 1.社區醫療群每月至少需辦理 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 6 次(含)以上。
- 2.醫療群內至少 1 家診所提供 COVID-19 或肺炎鏈球菌疫苗施打。

(二)設立 24 小時諮詢專線(每群全年至少抽測 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(由醫師全聯會進行抽測，以平均分數計算得分並將分數於當年度 10 月底前提供保險人計分，超過繳交期限以 0 分計算)。

- 1.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 callout 回電，得 5 分。

2. 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)，得 5 分。
3. 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 分。
4. 無人接聽(連續測試 3 通，每次間隔 10 分鐘)，得 0 分。

二、過程面指標(28 分)：預防保健達成情形

(一)成人預防保健檢查率(6 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 6 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. 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 歲至 39 歲會員數/5+40 歲至 64 歲會員數/3+65 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(6 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 6 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 歲至 29 歲會員數/3+30 歲(含)以上女性會員數。

(三)65 歲以上老人流感注射率(4 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 4 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(6 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 6 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. 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/2。

(五)B、C 肝炎篩檢率(6 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 6 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. 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(45 歲以上未滿 80 歲者、原住民為 40 歲以上未滿 80 歲者)。

三、結果面指標(42 分)

(一)潛在可避免急診率(4 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 4 分。

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

3. $\leq$ 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 歲以上家醫會員罹患慢性類疾病人數

(二)會員急診率(排除外傷)(4 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 4 分。

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

3. $\leq$ 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(4 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 4 分。

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

3. $\leq$ 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 歲以上家醫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，得 3 分。

3. 計算公式說明：

分子：會員於西醫基層執行初期慢性腎臟病之檢驗人數

分母：會員門診主次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(urine albumin to creatinine ratio, 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 65 百分位且 $\geq 50\%$ ，得 10 分。

2. 進步率 $> 5\%$ 或當年較需照護族群 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：會員在社區醫療群內診所(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) 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。

(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：具 DM 之總收案會員數(排除自收個案)。

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。

(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：具 DM、CKD、ASCVD(風險等級達非常高或極高)之總收案會員數(排除自收個案)。

3.控制良好範圍：參照糖心腎症候群整合照護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.以當年度最後一次檢驗結果判斷是否屬控制良好。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。

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 日之後，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：糖尿病會員於西醫基層胰島素注射天數 ≥ 28 天之人數。
分母：社區醫療群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 ≥ 100 人。

四、自選指標(15 分)

社區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(5 分)

1. 辦理一場(含)以上健康管理活動：成效良好接受本社區醫療群內之診所及合作醫院以外之醫療機構觀摩，或應邀參加本社區醫療群以外團體主辦之經驗分享演講。該活動應與當地主管機關(健保分區業務組、衛生局)、家庭醫學醫學會或各縣市醫師公會合辦，並經公告周知。
2. 每月至少一次辦理學術演講活動提升社區醫療群醫療品質。
3. 以上任一項，檢附佐證資料經分區業務組認可，得 5 分。

(二)配合政策推動指標(皆為 5 分，僅能擇一計分)：

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」或全民健康保險在宅急症照護試辦計畫服務
 - (1) 提供服務 ≥ 15 人，得 5 分。
 - (2) 提供服務 ≥ 10 人，得 2 分。

2.針對居家失能個案家庭醫師照護方案之照顧個案開立長期
照護醫師意見書：

(1)開立長期照護醫師意見書人數 ≥ 15 人，得5分。

(2)開立長期照護醫師意見書人數 ≥ 10 人，得2分。

3.醫師到宅開立居家安寧個案之死亡診斷：

(1)開立死亡診斷人數 ≥ 10 人，得5分。

(2)開立死亡診斷人數 ≥ 5 人，得2分。

(3)醫師需於當年度曾提供該名個案居家安寧服務，才得列入
計算。

(三)假日開診並公開開診資訊(5分)

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. 開診診次 ≥ 120 診次，得5分。

2. 開診診次 ≥ 90 診次，得3分。

3. 開診診次 ≥ 50 診次，得1分。

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. 上下午及晚上各計1診次。如社區醫療群計有5家診所、
該月計有4天國定假日，則該群所列計假日診次為60診次。

(四)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：

1. $\geq$ 全國平均值，得5分。

2. 與上年度同期比進步率 $> 0\%$ ，得3分。

3. 本項得分上限5分。

(五) 醫療群內收案會員重複用藥情形(5 分)

- 1.社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥率 ≤ 30 百分位，得5分。
- 2.社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥率 ≤ 60 百分位，得3分。
- 3.社區醫療群內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：醫療群內收案會員重複用藥處方件數

分母：醫療群內收案會員調劑7日以上處方件數

(六)會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率(5 分)

- 1.會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率 $\leq 35\%$ ，得 5 分。
- 2.與上年度同期比，減少 10%以上，得 3 分。
- 3.計算公式說明：

分子：醫療群內收案會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立件數

分母：醫療群內收案會員之糖尿病慢性病連續處方箋開立件數

五、加分項(本項最高得分 10 分)

- (一)健康管理成效(VC-AE)執行結果鼓勵(5 分)：平均每人節省醫療費用點數 ≥ 275 點，加 5 分。
- (二)社區醫療群醫師支援醫院(5 分)：社區醫療群醫師，經報備支援醫院每月定期執行業務，加 5 分(醫院無該科別之支援，經保險人分區業務組認定後方得計分；共同照護門診已於結構面指標計分，不列入本加分項)。
- (三)轉介失智症病人至失智症共照中心接受服務(5 分)：協助失智

症病人優先轉介至診所所在縣市失智症共照中心、轉至適當醫院就醫，或轉介社會福利資源協助，並留有紀錄，加 5 分。

(四)同院所同日就診率(5 分)：醫療群收案會員同院同日再就診率 $<0.015\%$ ，得 5 分。

計算公式說明：

分子：同天、同院門診就醫 2 次以上人數(排除預防保健等代辦案件)

分母：門診就診人數

(五)檢驗(查)結果即時上傳率 $\geq 70\%$ 之社區醫療群，加 5 分。

1.計算公式說明：

分子：檢驗(查)結果 3 日內上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果)。

分母：「全民健康保險鼓勵醫事機構即時查訊病患就醫資訊方案」附件 5-「獎勵醫事服務機構上傳檢驗(查)結果之項目」之所列之診所申報醫令數。

2.計算條件：

(1)本指標排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料、病理報告及出院病歷摘要資料。

(2)分子包含診所申報診所上傳檢驗(查)結果及診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果之案件。

六、觀察指標(不計分)

(一)血壓上傳率

1.所有醫療群皆適用。

2.計算公式說明：

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。

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數據。

(二)糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率-UACR 控制良好(或進步)占率：

1.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：醫療群內具 DM、CKD 之總收案會員數(排除自收個案)。

2.控制良好範圍：UACR < 30mg/gm。

3.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。

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。

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(新增及異動者須檢附申請書；前一年度已經參與本計畫且群內診所、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 70 分者(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全人計畫。評核指標介於 70 分至 75 分者($70 \text{ 分} \leq \text{評核指標} < 75 \text{ 分}$)，接受保險人分區業務組輔導改善，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 75 分續辦標準者(評核指標 <75 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全人計畫。
- 三、退場之社區醫療群，其中評核指標 ≥ 75 分之個別診所，可申請重新組群或加入其他社區醫療群，經保險人分區業務組同意後參加。又該診所之計畫參與醫師可依其執業場所選擇參與本計畫或全人計畫。
- 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。
- 五、本計畫參與醫師當年度未於執業登記診所申報醫療費用者(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，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。

拾柒、慢性病個案臨床治療指引及參考指標，請參閱附件五。

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)。如前一年度已為家醫會員之應照護族群，收案名單由保險人自動轉入健保資訊網服務系統(VPN)。
- 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，對於資料登錄未完整之社區醫療群於 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。

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	☐ 無人接聽 (0 分)	☐ 接聽但無法 解決會員問 題 (3 分)	☐ 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(含電子檔) (見表二)			
(3) 主動電訪(Call out)會員人數	共 人 (見表一)		
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	☐ 達成 (10 分)		☐ 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	☐ 是 (1 分)	☐ 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 小時諮詢電話、醫療群所有診所名單及合作醫院名單)	☐ 是 (1 分)	☐ 否(預定何時改善 完成) (0 分)	
(3) 是否張貼參與本計畫之標識	☐ 是 (1 分)	☐ 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)	☐ 是 (1 分)	☐ 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)													
主動電訪(Call out) (電訪人數)													
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)													

表二

衛生福利部中央健康保險署 業務組

社區醫療群 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	會員 登錄診所	諮詢內容	處理情形	諮詢人員

衛生福利部中央健康保險署 業務組

社區醫療群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：							
醫療群相關人員簽名：							
活動成果：							

衛生福利部中央健康保險署 業務組

_____社區醫療群

團體衛教宣導民眾簽到單(範例)

日期： 年 月 日

「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」會員滿意度調查問卷

_____女士/先生/小朋友您好：

由於您已成為 _____ 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
☐ (8) 提供主動電訪(Call out)服務或多元服務(包含書信賀卡、E-mail、Line 等多元工具)
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。

「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

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			
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		藥物過敏史	
食物名稱：		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)			

全人照護評估單

壹、個人基本資料：

1. 姓名	
2. 性別	☐ 男 ☐ 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	☐ 民間信仰 ☐ 佛教 ☐ 基督教 ☐ 天主教 ☐ 一貫道 ☐ 其他
9. 主要居住區域	☐ 都會區 ☐ 鄉鎮 ☐ 醫療偏遠區域 ☐ 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。

慢性病個案臨床治療指引及參考指標

治療指引	參考指標	分子定義	分母定義	操作型定義
遵照” The 2017 Focused Update of the Guidelines of the Taiwan Society of Cardiology (TSOC) and the Taiwan Hypertension Society (THS) for the Management of Hypertension” 之建議(見後附 Table)，即分為<140/90mmHg 和<130/80mmHg 兩組。	高血壓控制率 (1)有就診有量血壓比率 (2)高血壓併有糖尿病或冠心病病史或腎臟病併有蛋白尿病人 (3)原發性高血壓、高血壓併有中風病史或腎臟病人	(1)有量血壓人數 (2)高血壓併有糖尿病、或冠心病病史、或腎臟病併有蛋白尿病人，門診血壓值控制在收縮壓<130mmHg 及舒張壓<80mmHg 人數 (3)原發性高血壓、高血壓併有中風病史或腎臟病人門診血壓值控制在收縮壓<140mmHg 及舒張壓<90mmHg 人數	(1)有就診病人(原發性高血壓、高血壓併有糖尿病或冠心病病史或腎臟病或中風病史)人數 (2)高血壓併有糖尿病、或冠心病病史、或腎臟病併有蛋白尿病人高血壓併有糖尿病病人門診病人總數 (3)原發性高血壓、或高血壓併有中風病史、或腎臟病人門診病人總數	A. 控制率：所有已達控制目標之病人數/所有有高血壓診斷之病人數。 B. 已達控制目標之病人數：全年紀錄之門診血壓次數至少每三個月一次，其中有 1/2 (含)以上之數值符合指引建議。 C. 「腎臟病」係指 eGFR<60，「蛋白尿」係指 proteinuria $\geq 1+$。
遵照” 2017 Taiwan lipid guidelines for high risk Patients” 之建議，初期先強調 LDL-C 為目標，且以家醫能力所及可照顧的病人群： ★穩定冠狀動脈疾病< 70 mg/dL ★缺血性腦中風或暫時性腦部缺氧< 100 mg/dL ★糖尿病<100 mg/dL ★糖尿病+心血管疾病< 70 mg/dL	高血脂控制率 (1)缺血性腦中風、糖尿病沒有心血管疾病病人 (2)冠心病、糖尿病人有心血管疾病	(1)低密度膽固醇 < 100 mg/dL 之人數 (2)低密度膽固醇 (LDL-C) < 70 mg/dL 人數 (健保給付為 100 mg/dL)	(1)缺血性腦中風、糖尿病，沒有心血管疾病病人，低密度膽固醇≥ 100mg/dL 之人數 (2)冠心病、糖尿病人有心血管疾病低密度膽固醇≥ 70mg/dL 之人數	A. 控制率：所有已達控制目標之病人數/所有有下列診斷之病人(穩定冠狀動脈疾病+缺血性腦中風或暫時性腦部缺氧+糖尿病)數。 B. 已達控制目標之病人數：全年檢驗之 LDL-C 次數至少每六個月一次，其中有 1/2(含)以上之數值符合指引建議。

治療指引	參考指標	分子定義	分母定義	操作型定義
★Stark, C.S., Fradkin, J.E., Saydah, S.H., Rust, K.F., Cowie, C.C. (2013). The prevalence of meeting A1C, blood pressure, and LDL goals among people with diabetes, 1988-2010. Diabetes Care, 36(8), 2271-9. doi: 10.2337/dc12-2258. ★Ali, M.K., Bullard, K.M., Gregg, E.W., Del, R.C. (2014). A cascade of care for diabetes in the United States: visualizing the gaps. Ann Intern Med, 161(10), 681-9. doi: 10.7326/M14-0019.	ABC 達標率			
	(1) 糖化血紅素(HbA1C) 達標率	(1) 分母中，當年度糖尿病人最後一次檢測 HbA1C<7% 人數	4 項指標分母均為醫療群內所有診所糖尿病人總數	A. 糖尿病病人至少每三個月檢查一次 HbA1c，且當年度最後一次 HbA1c 檢查值<7 者為控制良好。 B. 糖尿病病人全年紀錄之門診血壓次數至少每三個月一次，其中有 1/2(含)以上之 BP<140/90 為控制良好。 C. 糖尿病病人全年檢驗之 LDL-C 次數至少每六個月一次，其中有 1/2(含)以上之數值 LDL-c<100 mg/dl 為控制良好。
	(2) 血壓(BP)達標率	(2) 分母中，糖尿病人全年紀錄之門診血壓次數至少每三個月一次，其中有 1/2(含)以上之 BP<140/40mmHg 人數		
	(3) 低密度膽固醇(LDL cholesterol) 達標率。	(3) 分母中，糖尿病人全年檢驗之 LDL-C 次數至少每六個月一次，其中有 1/2(含)以上之 LDL<100mg/dl 人數		
	(4) ABC 三項指標全部達標率	(4) 分母中，同時符合 HbA1C<7%及 BP<140/90mmHg 及 LDL<100mg/dl 之人數		

註：本表為衛生福利部國民健康署提供。