

114→115 年 全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫 修訂對照表

依據：114 年 5 月 2 日公告版、115 年 6 月 26 日公告版 PDF 逐頁文字比對整理

使用說明：本表以兩版 PDF 文字抽取後依條次與段落比對，將差異彙整為「新增／刪除／修正」項目，並加入對診所／社區醫療群實務影響與建議。頁碼為原 PDF 頁碼。若需正式對外公告或法規引用，仍請以健保署公告原文為準。

一、重大修訂懶人包

面向	115 年修訂重點	診所／醫療群立即要做
制度定位	家醫 2.0 文字淡化，改以糖尿病共同照護網資格及 DM/CKD 教育訓練為重點	盤點醫師資格、補教育訓練
收案名額	三高病人加收與糖心腎 HbA1c、LDL 控制良好或進步率連動	先建糖心腎追蹤名單
新增支付	新增糖尿病新收案整合照護費、DM/DKD 追蹤管理加成等	建立申報流程與季度追蹤
糖心腎提升費	由控制良好擴大到控制良好或進步，且點數提高	安排 7 月後檢驗與 84 天前後測管理
24 小時專線	新增專線運作機制、身分確認、案件處理、追蹤及品質管理	補 SOP、紀錄表與抽測準備
評核指標	成人健檢、糞便潛血、B/C 肝炎等新增中間級距	每月追蹤評核分數
自選指標	改由保險人選最優 3 項，新增春節期間開診	醫療群需提前規劃春節值班

二、完整逐條修訂對照表（共整理 40 筆差異）

項次／頁碼	修訂類型	修訂面向	114 年版內容	115 年版內容	修訂重點與實際影響
1 114 p.1 115 p.1	修正	文字修正	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	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 號公告修正衛生福利部中央健康保險署 115 年 6 月 26 日健保醫字第 1150112544 號公告修正	修訂重點：新增 115 年 6 月 26 日修正公告紀錄。 對診所／社區醫療群影響：依 115 年版修正內部 SOP、表單、教育訓練及對外說明。
2 114 p.4 115 p.4	修正	教育訓練／制度定位	(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，	(六)未符合糖尿病共同照護網資格之醫師，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)未符合糖尿病共同照護網資格之醫師，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。	修訂重點：將「家醫 2.0 醫療群」相關文字改為「未符合糖尿病共同照護網資格之醫師」之教育訓練規範。 對診所／社區醫療群影響：需盤點醫師是否具糖共資格；未符合者須安排 DM/CKD 教育訓練。

			因此自 115 年起，全面實施家醫 2.0 社區醫療群。		
3 114 p.7 115 p.6	修正	教育訓練／制度定位	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。	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。	修訂重點：刪除計畫申請時需擇定是否參與家醫 2.0 醫療群之文字。 對診所／社區醫療群影響：依 115 年版修正內部 SOP、表單、教育訓練及對外說明。
4 114 p.8 115 p.8	修正	收案管理	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、保險人派案：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（下稱地區醫院全人計畫）收案者。較需照護之名單如下：	修訂重點：收案對象章節新增「保險人派案」標題，並將全人計畫用語調整為「地區醫院全人計畫」。 對診所／社區醫療群影響：評核更細緻，部分中段表現可取得更多分數；建議每月監測預防保健達成率。
5 114 p.9 115 p.8	修正	新增支付	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。	3.參與醫療給付改善方案(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)、氣喘、BC 型肝炎或慢性阻塞性肺病等方案)之個案。	修訂重點：明確列出 P4P-DM/CKD/DKD 方案完整名稱。 對診所／社區醫療群影響：依 115 年版修正內部 SOP、表單、教育訓練及對外說明。
6 114 p.9 115 p.9	修正	收案管理	(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)，每名醫師加收入數上限為 200 名，上年度評核指標≥90 分之社區醫療群，每名醫師加收入數上限為 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。	二、社區醫療群醫師自行收案： (一) 採定額方式，每名醫師加收入數上限為 200 名，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 分之社區醫療群每名醫師加收入數上限為 300 名，每家參與診所自行收案人數上限不得超過 1,800 名。 (二) 另上年度糖心腎症候群監測數據控制良好或進步率之 HbA1c 及 LDL 得分皆滿分之社區醫療群，其每家診所可加收 100 名三高病人，不受前一點所述上限人數之限制。 (三) 以指定收案會員之家庭成員及該醫師之忠誠病人為優先，且以非地區醫院全人計畫之應照護族群為原則。	修訂重點：三高加收機制由健保署第二階段交付，調整為與糖心腎監測數據控制良好或進步率連動。 對診所／社區醫療群影響：收案名額與糖心腎品質表現連動，需建立 HbA1c、LDL 追蹤與達標/進步率管理。
7 114 p.10 115 p.10	修正	登錄流程	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上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附錄 1)。	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上傳至 VPN(詳附錄 1)。	修訂重點：登錄系統用語簡化為 VPN，並調整第二階段上傳邏輯。 對診所／社區醫療群影響：需更新內部 VPN 登錄說明與教育訓練手冊。
8 114 p.10	修正	收案管理	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	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 VPN。	修訂重點：三高加收機制由健保署第二階段交付，調整為與糖心腎監測數據控

115 p.10			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。	(二)第二階段，依上年度評核指標分數達成情形： 1. 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。 2. 糖心腎症候群監測數據控制良好或進步率之 HbA1c 及 LDL 得分皆滿分之社區醫療群，其每家診所可加收 100 名三高病人。	制良好或進步率連動。 對診所／社區醫療群影響：收案名額與糖心腎品質表現連動，需建立 HbA1c、LDL 追蹤與達標/進步率管理。
9 114 p.11 115 p.10	修正	文字修正	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。	一、參與計畫之特約診所或醫師於參與計畫之日起前二年內，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處分等情形之一，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。	修訂重點：違規資格排除條件補充含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者。 對診所／社區醫療群影響：依 115 年版修正內部 SOP、表單、教育訓練及對外說明。
10 114 p.11 115 p.11	修正	文字修正	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。	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。若合作醫院停約 1 個月不在此限。	修訂重點：違規資格排除條件補充含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者。 對診所／社區醫療群影響：依 115 年版修正內部 SOP、表單、教育訓練及對外說明。
11 114 p.12 115 p.12	修正	教育訓練／制度定位	(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。	(二)參與本計畫之醫師若未符合糖尿病共同照護網資格，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。	修訂重點：將「家醫 2.0 醫療群」相關文字改為「未符合糖尿病共同照護網資格之醫師」之教育訓練規範。 對診所／社區醫療群影響：需盤點醫師是否具糖共資格；未符合者須安排 DM/CKD 教育訓練。
12 114 p.13 115 p.13	修正	收案管理	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	二、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。 三、第二階段加收之三高病人，年度內未於收案診所因三高疾病就醫，不支付本計畫所有費用。	修訂重點：刪除原列舉追扣補付系統帳務處理代碼之大段文字，改以簡化申報規定及新增三高病人不支付條件。 對診所／社區醫療群影響：依 115 年版修正內部 SOP、表單、教育訓練及對外說明。

			「`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」，</p> <p>「`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」，</p> <p>「`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”</p> <p>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。		
13 114 p.14 115 p.13	修正	教育訓練／制度定位	(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+CKD2 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+ASCVD2 次 2 次-CKD+ASCVD-2 次 2 次 DM+CKD+ASCVD2 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)特定疾病照護費： A.特定疾病範圍：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。 B.支付條件：(A)定期檢驗(查)達成加成費：僅具糖尿病或具 2 種以上特定疾病者，達定期追蹤照護者，每人支付 100 元/年；i.定期追蹤照護之定義：(i)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)。(ii)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)血壓僅具 DM2 次 2 次-前一年曾診斷為高血壓並開立相關用藥者：3 次 DM+CKD2 次 2 次 2 次 DM+ASCVD2 次 2 次-CKD+ASCVD-2 次 2 次 DM+CKD+ASCVD2 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。(iii)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。 (B)「追蹤管理加成費」：i.支付條件：(i)115 年家醫計畫參與院所原已參加 P4P-DM/CKD/DKD 方案，且收案個	修訂重點：三高加收機制由健保署第二階段交付，調整為與糖心腎監測數據控制良好或進步率連動。 對診所／社區醫療群影響：收案名額與糖心腎品質表現連動，需建立 HbA1c、LDL 追蹤與達標/進步率管理。

				案已於診所進行 P4P 收案照護。(ii)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(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)之家醫會員，為鼓勵家..... (內容較長，請參照原 PDF 頁碼)	
14 114 p.15 115 p.15	修正	收案管理	(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。	(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，以支付本計畫之個案管理費為原則，不得申報醫療給付改善方案相關費用，如有申報情形，將於本項費用結算時扣除；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。	修訂重點：同一收案診所之 P4P 個案改以支付本計畫個案管理費為原則，不得重複申報改善方案費用。 對診所／社區醫療群影響：需避免同一個案於同一診所重複申報 P4P 與本計畫費用，以免結算扣除。
15 114 p.15 115 p.16	修正	收案管理	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。	5.本項費用之支付期程說明如下： (1) 基本費用：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。 (2) 個人健康資料加成費：按年支付。 (3) 特定疾病照護費： A.定期檢驗(查)達成加成費：按年支付。 B.追蹤管理加成費及糖尿病新收案整合照護費：按季支付。 (4) 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。	修訂重點：原「特定疾病追蹤管理加成費」改為「特定疾病照護費」，並新增定期檢驗達成、追蹤管理、糖尿病新收案及 CKD/DKD 相關項目。 對診所／社區醫療群影響：新增收入機會但行政與申報流程更複雜，建議建立 DM、CKD、DKD 清冊與季度追蹤表。
16 114 p.16 115 p.17	修正	教育訓練／制度定位	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。	2.參與醫師皆完成本計畫所定 DM/CKD 相關教育訓練課程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。	修訂重點：文字或結構調整，請依 115 年版文字更新內部文件。 對診所／社區醫療群影響：依 115 年版修正內部 SOP、表單、教育訓練及對外說明。
17 114 p.18 115 p.19	刪除	刪除條文	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。	(115 刪除)	修訂重點：刪除醫療給付改善方案案件 E1 納入多重慢性病門診整合費計算之規定。 對診所／社區醫療群影響：依 115 年版修正內部 SOP、表單、教育訓練及對外說明。

18 114 p.19 115 p.19	修正	教育訓練／制度定位	(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：	(一) 依收案會員所具疾病監控下列檢驗項目：	修訂重點：文字或結構調整，請依 115 年版文字更新內部文件。 對診所／社區醫療群影響：依 115 年版修正內部 SOP、表單、教育訓練及對外說明。
19 114 p.19 115 p.19	修正	教育訓練／制度定位	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： 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。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)HbA1cLDLUACR1 項 2 項 3 項 DM< 7%；80 歲以上病人為 <8%<100 mg/ dL150250CKD<130 mg/ dL<30 mg/gm150250ASCVD 非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL250DM+CKD< 7%；80 歲以上病人為<8%<100 mg/ dL<30 mg/gm150250550CKD+ASCVD 非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL<30 mg/gm 250550DM+ASCVD< 7%；80 歲以上病人為<8%非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL250550DM+CKD+ASCVD < 7%；80 歲以上病人為<8%非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL<30 mg/gm250550750 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。	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： 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。 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檢驗(查)數據。 5. 醫師未於年度結束前完成 DM/CKD 相關教育訓練，不予支付。	修訂重點：文字或結構調整，請依 115 年版文字更新內部文件。 對診所／社區醫療群影響：依 115 年版修正內部 SOP、表單、教育訓練及對外說明。
20 114 p.20 115 p.20	修正	教育訓練／制度定位	(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。	(一) 獎勵條件：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。 (二) 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)HbA1cLDLUACR1 項 2 項 3 項 DM< 7%；80 歲以上病人為<8%<100 mg/ dL500600CKD<130 mg/ dL<30	修訂重點：糖心腎提升費納入「控制良好或進步」，點數提高，並新增進步定義。 對診所／社區醫療群影響：依 115 年版修正內部 SOP、表單、教育訓練及對外說明。

				mg/gm500600ASCVD 非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL600DM+CKD<7%；80 歲以上病人為<8%<100 mg/dL<30 mg/gm500600900CKD+ASCVD 非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL<30 mg/gm600900DM+ASCVD<7%；80 歲以上病人為<8%非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL 600900DM+CKD+ASCVD <7%；80 歲以上病人為<8%非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL<30 mg/gm6009001100 臟病照護整合方案」之胰島素注射獎勵措施予以獎勵。	
21 114 p.20 115 p.21	修正	教育訓練／制度定位	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」及完成訓練之醫療群「特優級且平均每人 VC-AE>275 點之績效獎勵費用」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」、「糖心腎症候群整合照護提升費」、「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。	修訂重點：刪除「家醫 2.0 醫療群」適用對象文字，保留持續施打胰島素之獎勵條件。 對診所／社區醫療群影響：依 115 年版修正內部 SOP、表單、教育訓練及對外說明。
22 114 p.21 115 p.22	修正	收案管理	(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)設立 24 小時諮詢專線(5 分)： 1.訂定 24 小時諮詢專線運作機制： (1)內容應包含會員身分確認機制(來電者基本資料確認、會員查詢方式)、接聽案件處理流程(如會員、非會員之服務模式及處理情形(依據不同情境進行說明，如建議居家觀察、至原收案診所門診追蹤、立即急診就醫等)、轉急診及住院個案後續追蹤機制、案件紀錄及品質管理。 (2)配合醫師全聯會抽測結果繳交期限，醫療群需於當年度 10 月底前提供保險人分區業務組。 2.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(每群全年至少抽測 3 次，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	修訂重點：24 小時專線由抽測給分擴充為須訂定運作機制、處理流程、追蹤與品質管理。 對診所／社區醫療群影響：需補強專線 SOP、身分確認、案件紀錄、急診/住院追蹤與品質管理文件。

				10 分鐘) 或未提供專線運作機制，得 0 分。	
23 114 p.22 115 p.23	修正	收案管理	2. <較需照護族群 70 百分位數，但≥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。	2. <較需照護族群 70 百分位數，但≥較需照護族群 60 百分位數，得 4 分。 3. <較需照護族群 60 百分位數，但≥較需照護族群 55 百分位數，得 2 分。 4. 計算公式說明：分子：30 歲(含)以上會員於基層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。	修訂重點：成人預防保健指標新增中間級距，部分得分由 3 分調高為 4 分，並新增 2 分級距。 對診所／社區醫療群影響：評核更細緻，部分中段表現可取得更多分數；建議每月監測預防保健達成率。
24 114 p.23 115 p.23	修正	文字修正	(三)65 歲以上老人流感注射率(4 分)	(三)65 歲以上老人流感注射率(4 分)	修訂重點：流感指標文字與分子用語調整為基層院所，並修正亂碼。 對診所／社區醫療群影響：評核更細緻，部分中段表現可取得更多分數；建議每月監測預防保健達成率。
25 114 p.23 115 p.24	修正	文字修正	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。。	3. 計算公式說明：分子：65 歲以上會員於基層院所接種流感疫苗人數。分母：65 歲以上總會員人數。	修訂重點：流感指標文字與分子用語調整為基層院所，並修正亂碼。 對診所／社區醫療群影響：評核更細緻，部分中段表現可取得更多分數；建議每月監測預防保健達成率。
26 114 p.23 115 p.24	修正	文字修正	2. <較需照護族群檢查率之 83 百分位數，但≥較需照護族群檢查率之 73 百分位數，得 3 分。	2. <較需照護族群檢查率之 83 百分位數，但≥較需照護族群檢查率之 73 百分位數，得 4 分。	修訂重點：文字或結構調整，請依 115 年版文字更新內部文件。 對診所／社區醫療群影響：依 115 年版修正內部 SOP、表單、教育訓練及對外說明。
27 114 p.23 115 p.24	修正	評核指標	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。	4. <較需照護族群檢查率之 63 百分位數，但≥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 歲會員於基層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。	修訂重點：糞便潛血指標新增得分級距，73 百分位以下仍可依 63、55 百分位取得部分分數。 對診所／社區醫療群影響：評核更細緻，部分中段表現可取得更多分數；建議每月監測預防保健達成率。
28 114 p.23 115 p.24	修正	評核指標	2. <較需照護族群 70 百分位數，但≥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)。	2. <較需照護族群 70 百分位數，但≥較需照護族群 60 百分位數，得 4 分。 3. <較需照護族群 60 百分位，但≥較需照護族群 55 百分位數，得 2 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、原住民為 40 歲以上未滿 80 歲者)。	修訂重點：B、C 肝炎篩檢指標新增中間得分級距，並調整篩檢資格分母文字。 對診所／社區醫療群影響：評核更細緻，部分中段表現可取得更多分數；建議每月監測預防保健達成率。
29	修正	評核指標	4. 計算公式說明：分子：會員急診人次	4. 計算公式說明：分子：會員急診人次	修訂重點：潛在可避免急診率分子排除

114 p.24 115 p.25			(排除外傷案件)分母：會員人數	(排除外傷案件、UCC 案件)分母：會員人數	項目新增 UCC 案件。 對診所／社區醫療群影響：指標計算口徑改變，分析急診率時須排除 UCC 案件。
30 114 p.25 115 p.26	修正	文字修正	1.≥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。	1.≥初期慢性腎臟病檢驗檢查執行率 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 50 百分位執行率，但＜初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率 70 百分位，得 3 分。	修訂重點：初期慢性腎臟病執行率之進步得分新增須達 50 百分位以上條件。 對診所／社區醫療群影響：依 115 年版修正內部 SOP、表單、教育訓練及對外說明。
31 114 p.25 115 p.27	修正	收案管理	(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) ≥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≥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) ≥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≥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)。	(六)糖心腎症候群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≥70%，得 5 分。 (2) 70%>控制良好或進步占率≥67%，得 3 分。 (3) 計算公式說明：分子：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) 控制良好或進步占率≥55%，得 5 分。 (2) 55%>控制良好或進步占率≥54%，得 3 分。 (3) 計算公式說明：分子：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)。	修訂重點：糖心腎 HbA1c、LDL 控制良好或進步率由相對百分位改為固定百分比門檻。 對診所／社區醫療群影響：依 115 年版修正內部 SOP、表單、教育訓練及對外說明。
32 114 p.27 115 p.28	修正	文字修正	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。	四、自選指標(15 分)由保險人選擇社區醫療群當年度最優 3 項指標項目進行計分。	修訂重點：自選指標改由保險人選擇醫療群當年度最優 3 項計分，不再由醫療群自行回復選項。 對診所／社區醫療群影響：醫療群不用自行選指標，但春節開診可成為得分來源，需提早排班。
33 114 p.30 115 p.31	新增	自選指標	(無，115 新增)	(六)春節期間開診(5 分) 1.醫療群於春節期間，每日至少一家診所開診，得 5 分。 2.上述春節期間為除夕至初五，另若當年度小年夜為週日，亦納入指標計算範圍。	修訂重點：自選指標新增春節期間開診項目。 對診所／社區醫療群影響：醫療群不用自行選指標，但春節開診可成為得分來源，需提早排班。
34 114 p.31 115 p.32	修正	收案管理	(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)。	(二)糖心腎症候群監測數據控制良好或進步率-UACR 控制良好或進步占率： 1.計算公式說明分子：檢驗結果達控制良好或進步。分母：具 DM、CKD 之總收案會員數(排除自收個案)。	修訂重點：文字或結構調整，請依 115 年版文字更新內部文件。 對診所／社區醫療群影響：依 115 年版修正內部 SOP、表單、教育訓練及對外說明。
35	修正	資格／續辦	二、社區醫療群如評核指標未達 70 分者	二、社區醫療群如評核指標未達 70 分者	修訂重點：續辦及退出規定之全人計畫

114 p.32 115 p.33			(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 分≤評核指標＜75 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。	(評核指標＜70 分)，應退出本計畫，一年內不得再加入本計畫，計畫參與醫師則於一年內不得再加入本計畫或地區醫院全人計畫。評核指標介於 70 分至 75 分者(70 分≤評核指標＜75 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；第二年仍未達 75 分續辦標準者(評核指標＜75 分)，應退出本計畫，一年內不得再加入本計畫，計畫參與醫師則於一年內不得再加入本計畫或地區醫院全人計畫。	用語調整為「地區醫院全人計畫」。 對診所／社區醫療群影響：退出及再加入限制仍嚴格，需留意醫師參與本計畫與地區醫院全人計畫之排除期間。
36 114 p.32 115 p.33	修正	資格／續辦	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。	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地區醫院全人計畫。	修訂重點：續辦及退出規定之全人計畫用語調整為「地區醫院全人計畫」。 對診所／社區醫療群影響：退出及再加入限制仍嚴格，需留意醫師參與本計畫與地區醫院全人計畫之排除期間。
37 114 p.32 115 p.34	修正	文字修正	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。	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)，一年內不得再加入本計畫。	修訂重點：文字或結構調整，請依 115 年版文字更新內部文件。 對診所／社區醫療群影響：依 115 年版修正內部 SOP、表單、教育訓練及對外說明。
38 114 p.34 115 p.35	修正	登錄流程	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系統後，可以點選病人管理選項，進行病病人資料之登錄、維護及查詢、維護及查詢事項。說明：	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：	修訂重點：登錄系統用語簡化為 VPN，並調整第二階段上傳邏輯。 對診所／社區醫療群影響：需更新內部 VPN 登錄說明與教育訓練手冊。
39 114 p.44 115 p.45	修正	文字修正	附件四 45 慢性病個案臨床治療指引及參考指標治療指引	附件四 46 慢性病個案臨床治療指引及參考指標治療指引	修訂重點：文字或結構調整，請依 115 年版文字更新內部文件。 對診所／社區醫療群影響：依 115 年版修正內部 SOP、表單、教育訓練及對外說明。
40 114 p.45 115 p.46	修正	文字修正	附件五 46 治療指引	附件五 47 治療指引	修訂重點：文字或結構調整，請依 115 年版文字更新內部文件。 對診所／社區醫療群影響：依 115 年版修正內部 SOP、表單、教育訓練及對外說明。

三、診所／社區醫療群因應 Checklist

- 盤點醫師是否符合糖尿病共同照護網資格；未符合者安排 DM/CKD 教育訓練。
- 建立 DM、CKD、DKD、ASCVD 名單與追蹤清冊。
- 建立 HbA1c、LDL、UACR、血壓之檢驗/檢查提醒與達成率追蹤。
- 針對糖心腎提升費，規劃 7 月 1 日後檢驗與前後測間隔 84 天以上之追蹤。
- 更新 24 小時諮詢專線 SOP，包含身分確認、非會員處理、急診/住院追蹤、案件紀錄及品質管理。
- 調整 P4P 與家醫計畫申報邏輯，避免同一個案同一診所重複申報。
- 建立按季、按年、半年支付之帳務追蹤表。
- 每月追蹤預防保健、急診率、糖心腎控制良好或進步率、自選指標。
- 規劃春節期間醫療群至少每日一家診所開診，以爭取自選指標分數。
- 更新 VPN 登錄教學文件與內部稽核表。