

P4P整合至家醫計畫面面觀

永德康內科診所

嚴逢杰 院長

115 07 10



計畫修訂概要

家醫計畫整合慢性病照護提升全人照護品質

全面實施家醫2.0

- 未符合DM共照網資格之醫師，應按規定接受教育訓練，加強DM及CKD之疾病管理能力。

調整三高二次收案規定

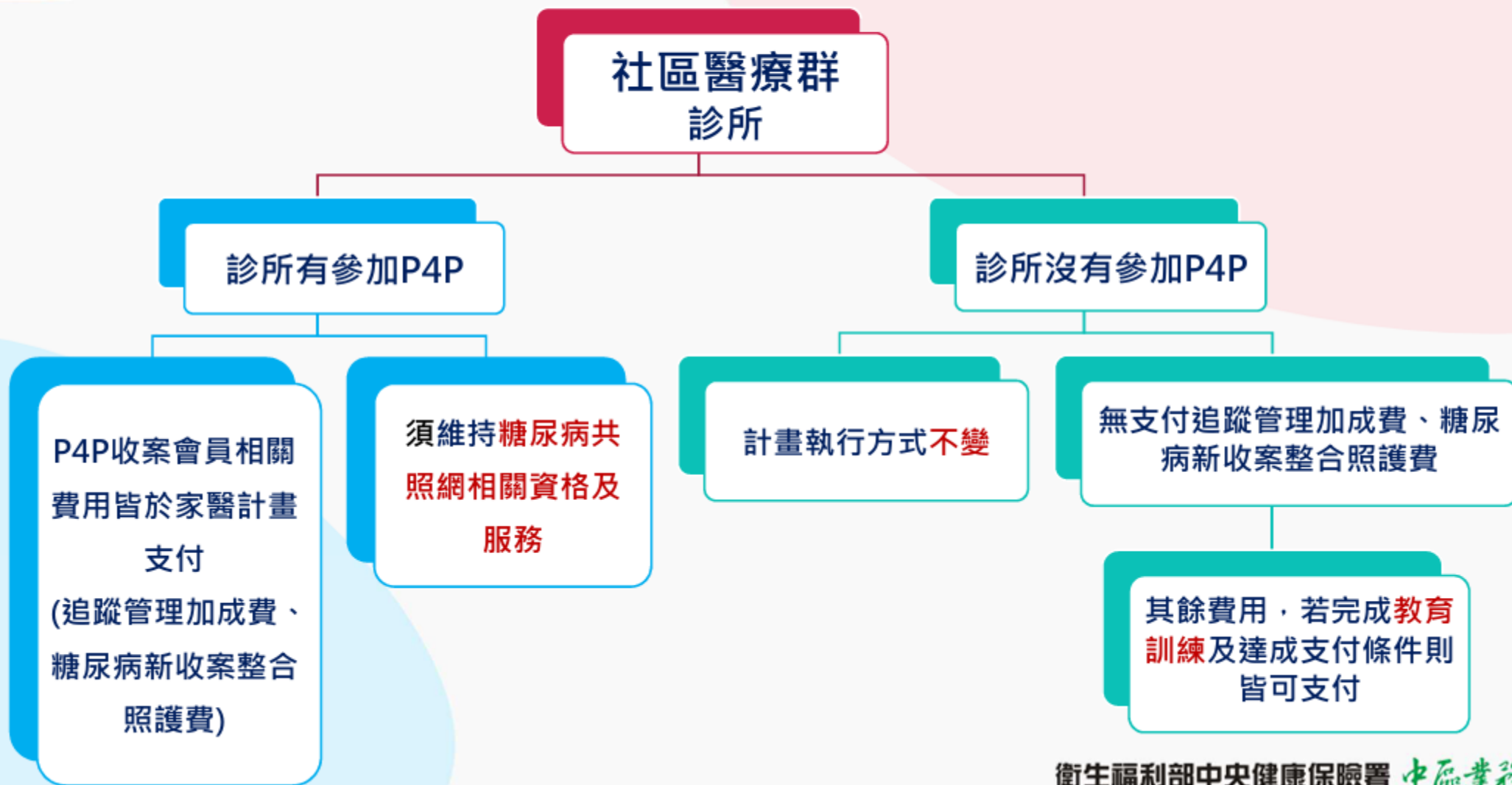
修訂部分指標及費用內容

整合P4P-DM/CKD/DKD

- 調整個案管理費：「特定疾病追蹤管理加成費」改為「定期檢驗(查)達成加成費」、新增「追蹤管理加成費」及「糖尿病新收案整合照護費」
- 修訂並調升「糖心腎症候群整合照護提升費」



家醫計畫整合P4P對診所之影響





115年計畫費用項目₁

每位醫師支付上限1080人/1180人(特優級)
第二階段加收之三高病人及原P4P收案會員另計

社區醫療群 收案會員

個案管理費
(250~2600元/年/人)

基本費用
(250元/年/人)

個人健康資料
加成費
(30元/人/年)
*須完成上傳

個案管理費最高每人每年
一般會員：380元
原P4P-DM：2030元
原P4P-DKD：2630元
原P4P-CKD：380元

NEW

整合P4P

特定疾病照護費

A.定期檢驗(查)達成加
成費(100元/人/年)

B.追蹤管理加成費
(DM：250元/每人每次，
每年最多4次)
(DKD：400元/每人每次，
每年最多4次)

C.糖尿病新收案整合照
護費(650元/人/年)
*須達支付條件

績效獎勵費用
(550點/年/人)
(以群統計)

健康管理成效鼓勵
(50%)

VC- AE差值
(上限275點/人)

僅已參與P4P診所所有給付

品質提升費
用(50%)

依品質指標達成情
形分五級支付
(0~275點/人)

特優級 (≥90分) 275點
良好級 (80含-90分) 210點
普通級 (75含-80分) 175點
輔導級 (70含-75分) 145點
不支付 (<70分) 0點

1.偏遠地區之診所且所
屬群評核指標為良好級
(550元/年/人)
2.特優級且平均每人VC-
AE差值 > 275點之完訓
醫療群(550元/年/人)



115年計畫費用項目₂

其他費用₁

失智症門診照護
家庭諮詢費用
(符合規定提供服務者
申報P碼，
300或500點)

多重慢性病人
門診整合費用
(550點/年/人，56日以上
1100點/年/人，169日以上)

生活習慣自評
獎勵費
(40點/人，
上限2萬點/診所)

其他費用₂

糖心腎症候群
整合照護提升費
(依類別及達成度，
500~1100點/年/人)

糖尿病病人之胰島素
注射獎勵費
(300點/年/人)



費用支付增修¹

整合P4P-DM/CKD/DKD

• 個案管理費

- 基本費用：每人支付250 元/年。
- 個人健康資料加成費：完成個人健康資料建檔者，每人支付30 元/年。
- 特定疾病照護費：
 - ✓ 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(ASCVD)風險等級達非常高或極高
 - ✓ 定期檢驗(查)達成加成費：達定期追蹤照護者，每人支付100元/年
 - ✓ 追蹤管理加成費：原P4P (DM/DKD/CKD)收案會員，依疾病別及年度追蹤次數分次支付
 - ✓ 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，收案照護支付每人650元/年

NEW



費用支付增修₂

NEW

• 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**
- 特定疾病類別：**糖尿病、初期慢性腎臟病、動脈粥狀硬化心血管疾病(ASCVD)**風險等級達非常高或極高。
- 定期追蹤照護定義
 - ✓ 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)**。
 - ✓ 各疾病組合對應之檢驗項目及應達到檢驗次數如下頁



費用支付增修₃

✓定期檢驗(查)達成加成費-疾病組合對應之檢驗項目及應達到檢驗次數

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
NEW DM	2	2		3 (前一年曾診斷 為高血壓並開 立相關用藥者)
DM+CKD	2	2	2	
DM+ASCVD	2	2		
CKD+ASCVD		2	2	
DM+CKD+ASCVD	2	2	2	

✓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。



費用支付增修⁴

• 追蹤管理加成費

- 依疾病別(DM/DKD)及年度追蹤次數分次支付
- 支付對象：原已參加P4P-DM/CKD/DKD方案診所之P4P已收案個案
- 支付條件：
 - ✓ 每次就醫之主、次診斷及用藥符合該疾病
 - ✓ 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：250元/每人每次，申報編號Q1408C(不計價)
 - ✓ DKD：400元/每人每次，申報編號Q7001C(不計價)

NEW



費用支付增修⁵

NEW

• 糖尿病新收案整合照護費

- 支付對象：115年已符合P4P-DM收案條件之家醫收案會員
- 支付方式：每人**650元**/年，申報編號**Q1407C**(不計價)

• 初期慢性腎臟病個案

- 115年已符合P4P-CKD收案條件，新收案申報編號**Q4301C**(不計價)
- 原P4P-CKD收案個案，每次追蹤時，申報編號**Q4302C**(不計價)
- 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」；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」。

*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

*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



家醫P4P診所 DM/DKD/CKD會員相關申報

申報	DM		DKD	CKD	
	新收案 (糖尿病新收案整合照護費)	追蹤 (追蹤管理加成費)	追蹤 (追蹤管理加成費)	新收案	追蹤
支付費用	650元	250元	400元	-	-
不計價代碼	Q1407C	Q1408C	Q7001C	Q4301C	Q4302C
診斷	主診斷+用藥	主次診斷+用藥		主診斷	-
給付次數	1	最多4次/年		-	-
每次間隔	-	10週以上		-	-
獎勵金	糖心腎症候群整合照護提升費				



費用支付增修⁶

• 個案管理費支付上限

- 前年度評核指標成績90分以上：1180名/每位醫師
- 前年度評核指標成績未滿90分：1080名/每位醫師
- 排除計算
 - ✓ 第二階段加收之三高病人
 - ✓ 原P4P-DM/CKD/DKD方案參與院所之P4P已收案個案
- 同一個案於**同診所**同時收為家醫會員及醫療給付改善方案個案者，以支付**家醫計畫**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

NEW



費用支付增修7

• 糖心腎症候群整合照護提升費

➤ 適用對象：醫療群收案會員，並依所具疾病監控下列檢驗項目

✓ 糖尿病：HbA1c 及LDL。

✓ 初期慢性腎臟病：LDL 及UACR

✓ ASCVD 之風險等級達非常高或極高：LDL

➤ 支付條件及方式

✓ 依個案**疾病類別**及達到**控制良好或進步**之檢驗項目數，支付相對應費用
500~1100點 (皆調升350點)

✓ 醫師未於年度結束前完成DM/CKD 相關教育訓練，不予支付。

✓ 若個案當年度**未因特定疾病於收案診所就醫並開立相對應用藥**，不予支付。

NEW



費用支付增修8

控制良好：最後一次(當年7/1後)或當年度半數以上(僅DM：7/1前之LDL 已控制良好，且當年未再檢驗)

進步：檢驗結果後測-前測<0，後測7/1後，前後測間隔84天以上

✓ 糖心腎症候群整合照護提升費-各疾病組合對應檢驗項目及控制良好範圍之提升費

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(點)		
	HbA1c	LDL	UACR	1 項	2 項	3 項
DM	< 7% 80 歲以上<8%	100 mg/dL		500	600	
CKD		130 mg/dL	<30mg/gm	500	600	
ASCVD		非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL		600		
DM+CKD	< 7% 80 歲以上<8%	100 mg/ dL	<30mg/gm	500	600	900
CKD+ASCVD		非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL	<30mg/gm	600	900	
DM+ASCVD	< 7% 80 歲以上<8%	非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL		600	900	
DM+CKD+ASCVD	< 7% 80 歲以上<8%	非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL	<30mg/gm	600	900	1100

NEW

✓ 資料範圍：健保特約醫事服務機構、數位照護獎勵計畫核定廠商之上傳檢驗(查)數據。

我的首頁 > 試辦計畫資料維護 > 家醫應照護對象名單查詢作業

現行作業區

個案檢驗(查)值檢核結果查詢

管理照護費及評估費檢核結果查詢

基本資料維護

個案資料維護

個案資料查詢

思覺失調照護對象名單查詢作業

C 肝全口服藥個案資料查詢作業

MD個案資料查詢作業

安寧跨院際資源分享紀錄

思覺失調管理照護費核算明細表

資料上傳查詢作業

MD醫院以病人為中心計畫整照門診
時段維護

家醫共照登錄作業

家醫慢性病個案之三高管理臨床資料
登錄作業

家醫收案對象COVID-19疫苗施打查
詢

家醫應照護對象名單查詢作業

提升醫院用藥安全與品質方案

家醫應照護對象名單查詢作業

分區別

3-中區業務組

*醫事機構代碼

3538022537 陳宏麟診所

個案類別

- 1-慢性病
- 2-前期慢性病延續名單
- 2a-非慢性病
- 2b-非慢性病
- 4-高診次
- 5-65歲以上
- 6-論質名單

查詢

清除

115年7月2日開放下載

我的首頁 ➡ 試辦計畫資料維護 ➡ 家醫應照護對象名單查詢作業

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	
1	醫事機構	身分證號	生日	個案類別	論質名單	65歲以上	高診次	慢性病	非慢性	與前一	疾病樣態	ASCVD	三高	高血壓	高血脂	高血糖	疾病組合類別	疾病樣態	
2	353802253			6	1	0	0	1	0	2		1	0	1	0	1	1	其他	糖尿病(DM)
3	353802253			2	0	0	0	0	1	0	1	4	0	1	0	1	0	其他	非屬DM、CKD、DKD
4	353802253			5	0	1	0	0	0	1	1	3	0	1	1	1	1	其他	糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)
5	353802253			5	0	1	0	0	0	1	1	3	0	1	1	1	1	其他	糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)
6	353802253			2	0	0	0	0	0	1	1	3	0	1	0	1	1	其他	糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)
7	353802253			0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	1	0	1	0	其他	非屬DM、CKD、DKD
8	353802253			0	0	0	0	0	0	1	2	4	0	0	0	1	1	DM+CKD+ASCVD	糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)
9	353802253			5	0	1	0	0	0	0	1	4	0	0	0	1	0	其他	非屬DM、CKD、DKD
10	353802253			5	0	1	0	0	0	1	1	3	0	1	1	1	1	其他	糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)
11	353802253			3	1	0	0	0	0	1	1	4	0	1	0	1	0	其他	非屬DM、CKD、DKD
12	353802253			3	1	0	0	0	0	1	1	4	0	1	0	1	0	ASCVD	非屬DM、CKD、DKD
13	353802253			3	1	0	0	0	0	1	1	3	0	1	1	1	1	其他	糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)
14	353802253			6	1	0	0	0	0	1	1	3	0	1	0	1	1	DM+CKD+ASCVD	糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)
15	353802253			1	0	0	0	0	1	0	2	4	0	0	0	0	0	其他	非屬DM、CKD、DKD
16	353802253			2	0	0	0	0	1	0	1	3	0	1	0	1	1	DM+CKD+ASCVD	糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)
17	353802253			5	0	1	0	0	1	0	1	4	0	1	0	1	0	其他	非屬DM、CKD、DKD
18	353802253			6	1	0	0	0	1	0	1	3	0	1	1	1	1	其他	糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)
19	353802253			2	0	0	0	0	1	0	1	4	0	1	1	1	0	ASCVD	非屬DM、CKD、DKD
20	353802253			6	0	0	0	0	1	0	1	4	0	0	0	0	0	其他	非屬DM、CKD、DKD
21	353802253			6	0	0	0	0	1	0	1	4	0	1	1	0	0	其他	非屬DM、CKD、DKD
22	353802253			1	0	0	0	0	1	0	2	4	0	0	0	0	0	其他	非屬DM、CKD、DKD
23	353802253			6	1	0	0	0	1	0	1	4	0	1	1	1	0	ASCVD	非屬DM、CKD、DKD
24	353802253			2	0	0	0	0	1	0	1	3	0	1	1	1	1	其他	糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)
25	353802253			2	0	0	0	0	1	0	1	3	0	1	1	1	1	其他	糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)
26	353802253			5	0	1	0	0	1	0	1	3	0	1	1	1	1	其他	糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)
27	353802253			6	1	0	0	0	1	0	1	3	0	1	1	1	1	DM+CKD+ASCVD	糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)
28	353802253			5	0	1	0	0	1	0	1	4	0	1	1	0	0	其他	非屬DM、CKD、DKD
29	353802253			6	1	1	0	0	1	0	1	4	0	0	0	0	0	其他	非屬DM、CKD、DKD
30	353802253			2	0	0	0	0	1	0	1	3	0	1	0	1	1	其他	糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)
31	353802253			6	1	0	0	0	1	0	1	3	0	1	0	1	1	其他	糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)
32	353802253			5	0	1	0	0	1	0	1	4	0	1	1	1	0	其他	非屬DM、CKD、DKD
33	353802253			6	1	1	0	0	1	0	2	4	0	0	0	0	0	其他	非屬DM、CKD、DKD
34	353802253			6	1	1	0	0	1	0	1	3	0	1	1	1	1	其他	糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)
35	353802253			6	1	1	0	0	1	0	1	3	0	1	0	1	1	DM+CKD+ASCVD	糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)
36	353802253			5	0	1	0	0	1	0	1	3	0	1	1	1	1	DM+CKD+ASCVD	糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)
37	353802253			6	1	1	1	1	1	0	1	3	0	1	1	1	1	DM+CKD+ASCVD	糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)
38	353802253			6	1	1	0	0	1	0	1	4	0	1	1	0	0	ASCVD	非屬DM、CKD、DKD

個案類別

1. 慢性病
2. 前期慢性病
延續名單
- 2a. 非慢性病
- 2b. 非慢性病
4. 高診次
5. 65歲以上
6. 論質名單

疾病樣態

1. DM
2. CKD
3. DKD
4. 非屬 DM , CKD, DKD

ASCVD

- a. 非常高風險
- b. 極高風險

以114年○○診所為例

個案類別

1. 慢性病
2. 前期慢性病
延續名單
- 2a. 非慢性病
- 2b. 非慢性病
4. 高診次
5. 65歲以上
6. 論質名單

疾病樣態

1. DM
2. CKD
3. DKD
4. 非屬 DM, CKD, DKD

ASCVD

- a. 非常高風險
- b. 極高風險

以114年00診所為例

醫師:嚴逢杰

家醫會員疾病樣態:3.DKD ASCVD:b,HBF:1,HBS:1

4BP|106/70

5AC|134

6PC

檢智苗

F1拷貝

F2存檔

F3組



家

跨

審



退出

調整

其一

補00



URI

詞彙

院下轉個案

隱藏版點數推進器：胰島素與生活習慣獎勵

糖尿病胰島素注射獎勵費



- 對象：持續施打胰島素之病患 (排除現行照護方案新收案者)。
- 條件：前一年注射天數 ≥ 28 天 且 當年度 ≥ 168 天。
- 獎勵：每一個案 300 點/年。

生活習慣自評獎勵費



- 對象：具三高疾病(高血壓/高血脂/高血糖)會員，不含代謝計畫收案者。
- 條件：病患完成大平台量表自評，醫師查閱並提供諮詢解析。
- 獎勵：每人 40 點。
- 門檻：完成 ≥ 50 人才啟動支付；每診所最高 2 萬點。

高階照護（一）：失智症門診家庭諮詢



收案門檻

- 經專科醫師評估有諮詢需要。
- 臨床失智症評量表 (CDR) ≥ 1 ，
或簡易心智量表 (MMSE) ≤ 23 。

給付標準 (最多2次/年)

- 15 分鐘 (含) ~ 未達 30 分鐘：300 點
(代碼 P5002C)
- 30 分鐘 (含) 以上：500 點
(代碼 P5003C)



必須填報諮詢溝通內容(附件四)並併入病歷留存。

高階照護(二)：多重慢性病人門診整合

Before



After



觸發條件

- 具2種(含)以上慢性病並於收案診所就醫。
- 當年度連續處方箋需含2類(含)以上慢性病用藥。
- 無「門診特定藥品重複用藥」情形。

階梯式獎勵

- 總處方調劑達 56日 (含) 以上：支付 550 點。
- 總處方調劑達 169日 (含) 以上：額外再加 550 點 (合計 1100 點)。

申報關鍵 (極易漏報)

- 病歷需簡述整合內容，且費用申報清單「d13」欄位必須註記「整合照護模式」。未記載於病歷者不得註記！

印回選單 F5不印選下位 F6不印回選單 轉診 證明 處方箋 慢箋 預約 排檢

復 0819-A-E1第二型0日\$110 0722-A-04第二型28日\$561 0527-A-E

二型糖尿病, 未伴有併發症 案類 04 科別 02 來源 1 給類 4

手術檢索 主治 G8,01,19 調劑 1 轉診 N 備註 04 次別

561 內服 1042 檢驗 50 自付 50 小計 561 總額

32 優品醫事檢驗所 整合照護註記 P 多重慢性病人整合門診

未伴有併發症,高血脂症,本態性(原發性)高血壓,慢性腎臟疾病,

生照護計畫,糖尿病,高血脂症,高血壓,慢性腎臟炎,

1.0	1.0	114111
1.0	1.0	114111
1.0	1.0	114111

115年積分版圖： 滿分 100+10 分在哪裡？



醫療群名稱	承辦	群內診所數	2.0醫療群	114年公式與部分113年公式，取其中較高分者
奇威社區醫院	張志強	20	V	86
奇南社區醫院	張志強	18	V	93
奇安社區醫院	張志強	29	V	95

放下死記硬背，結果面（42分）與過程面（28分）佔據七成江山，是決定年度績效的核心戰場。



115年計畫評核指標項目

必選指標(85分)		自選指標(6選3, 每項5分, 上限15分)	
結構面	- 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) 24小時諮詢專線(5分)	- 提升社區醫療群品質 - 配合政策推動指標(原為提供居整或安寧服務) - 假日開診並公開開診資訊 - 糖尿病人眼底檢查執行率 - 醫療群內收案會員重複用藥情形 - 會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率	
	- 成人預防保健檢查率(6分) - 子宮頸抹片檢查率(6分) 65歲以上老人流感注射率(4分) - 糞便潛血檢查率(6分) B、C肝炎篩檢率(6分)	加分項(每項5分, 上限10分) - 健康管理成效(VC-AE)執行結果鼓勵 - 社區醫療群醫師支援醫院 - 轉介失智症病人至失智症共照中心接受服務 - 同院所同日就診率 - 檢驗(查)結果即時上傳率$\geq 70\%$之社區醫療群 - 春節期間開診	
結果面	- 潛在可避免急診率(4分) - 會員急診率(4分) - 可避免住院率(4分) - 初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢執行率(5分) - 會員固定就診率(10分) - 糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率(10分) - 糖尿病會員胰島素注射率(5分)	觀察指標(不計分) - 血壓上傳率率 - 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	
		總分110	

Level 1 結構面指標 (15分)：打造堅實的照護地基

社區醫療群活動 (10分)



每月至少 1 場個案研討/衛教，年度需含三高防治（高血壓含 722 原則）。每位醫師年度參與 ≥ 6 次。



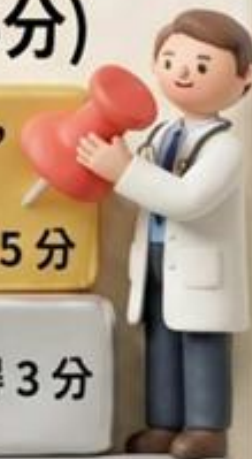
群內至少 1 家診所提供 COVID-19 或肺炎鏈球菌疫苗。

24小時諮詢專線 (5分)

20分鐘內即時 call out 回電，或能專業解答會員問題（如發燒處理）。得 5 分

醫院代接但無法解決問題（如簡單請病患來醫院）。得 3 分

無人接聽（連續3通間隔10分鐘）或未於10月底交報告。得 0 分



會議與疫苗是基本盤；專線考核的關鍵在於「即時回電」與「專業解答能力」。

Level 2 過程面指標 (28分)：預防保健的五大神盾



五大神盾的計分邏輯皆為「階梯式給分」——達標百分位越高，得分越滿。

Level 3 結果面指標 Part 1 (12分)：守護防線，降低急重症

潛在可避免急診率 (4分)

慢性病患



會員急診率 (4分)

排除外傷與 UCC



可避免住院率 (4分)

慢性病患



指針在極左綠區 (得 4 分)： $\leq$ 收案會員 30 百分位，或進步率 $\geq 10\%$

指針在中左黃區 (得 3 分)： $\leq$ 收案會員 45 百分位，或進步率 $> 5\%$

指針在中右灰區 (得 1 分)： $\leq$ 收案會員 65 百分位

防守戰的拿分法則：維持在群體低位 (≤ 30 百分位) 或挑戰超越去年的自己 (進步 10%)。

Level 3 結果面指標 Part 2 (30分)：糖心腎與慢性病精準打擊

會員固定就診率 (10分)



$\geq$ 當年較需照護
族群 65 百分位
且 $\geq 50\%$
(得 10 分)



進步率 $> 5\%$ 或
落在 60~64 百分位
(得 5 分)

初期 CKD 尿液篩檢 (5分)

UACR 或 UPCR 執行率
 ≥ 70 百分位得 5 分



糖心腎 HbA1c/LDL (10分)

HbA1c 控制良好/進步
 $\geq 70\%$ 得 5 分；LDL 控制
良好/進步 $\geq 55\%$ 得 5 分



DM 胰島素注射 (5分)

注射 ≥ 28 天人數達
 ≥ 60 百分位得 5 分



高達 30 分的佔比，說明「把慢性病會員留在群內規律就診，並嚴格控制檢驗數據」是本計畫最具決定性的戰役。

Level 4 自選指標 (15分)：六選三的戰略抉擇

由健保署自動挑選最優 3 項計分 (每項最高 5 分)



提升品質
辦理健康管理/學術演講



政策推動
居家醫療 / 長照意見書 / 居家安寧



假日開診
週日/國定假日 ≥ 120 診次



DM 眼底檢查
執行率 $\geq$ 全國平均



重複用藥
平均每位會員重複用藥率 ≤ 30 百分位



醫院 DM 慢箋
開立率 $\leq 35\%$

免焦慮機制：由健保署自動挑選當年度最優 3 項計分。請依據診所既有強項（如假日開診或居家醫療）鞏固基本盤。

Bonus 加分與觀察 (最高+10分)：突破極限的隱藏寶箱



觀察指標 (不計分)



血壓上傳率
(每年至少 2-3 筆)



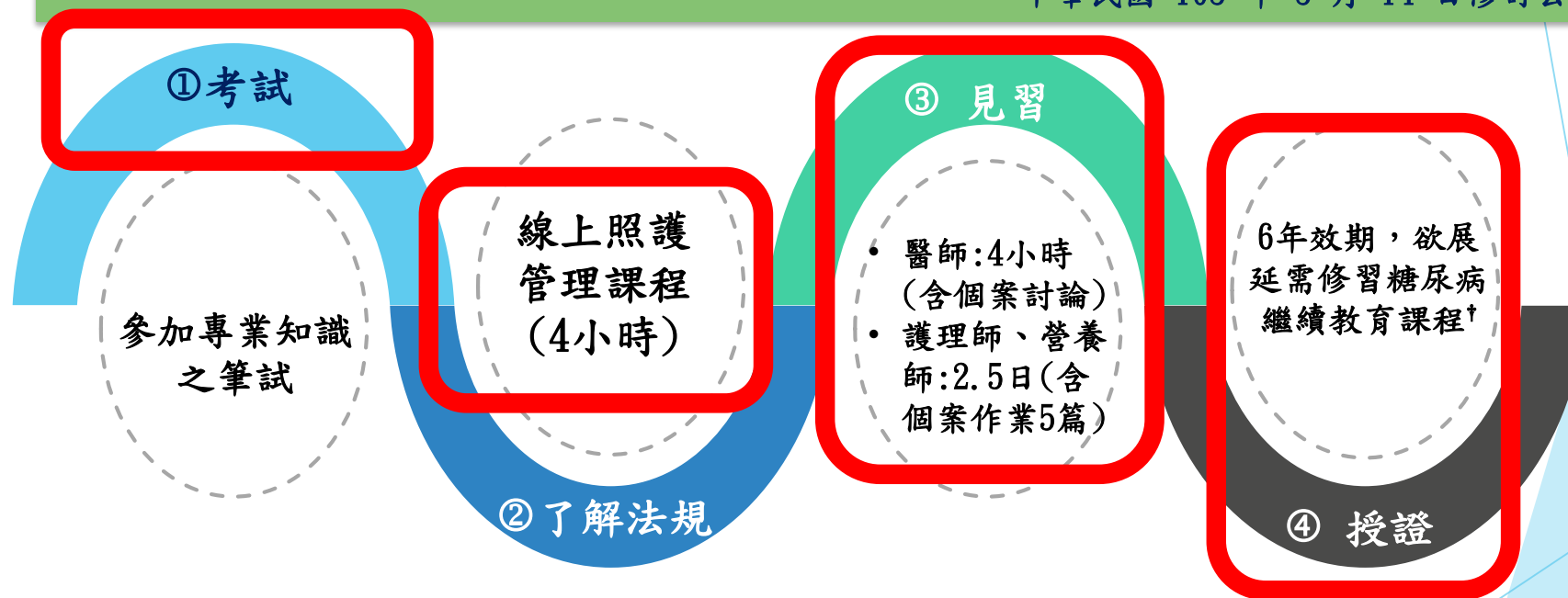
UACR 控制良好率
($< 30\text{mg/gm}$)

加分項雖有六項，但總上限為 10 分。建議優先鎖定「檢驗即時上傳」與「轉介失智」等易與日常流程結合的項目。

如何取得衛生局認證(共照網證書)

依據衛生福利部國民健康署「糖尿病共同照護網醫事人員認證基準」

中華民國 103 年 3 月 14 日修訂公布



考試成績3年內有效
衛生局1年舉辦4次

見習時數

- 內分泌暨新陳代謝科專科醫師:0小時
- 醫師:4小時. 護理師、營養師:2.5日
- 藥師:1.5日

展延時數

- 醫師、藥師:48小時/6年
- 護理師、營養師:72小時/6年

健保局報備申請

取得認證資格



醫事人員

- 1 參加衛生局線上
照護管理課程(4H)
- 2 專業知識之筆試
- 3 機構見習

成立團隊



通過認證醫事人員
醫師 ≥ 1人
護理師1人(專/兼
任)營養師1人(專/
兼任)

核准報備



衛生局核准同
意並向中央健
康保險署核備

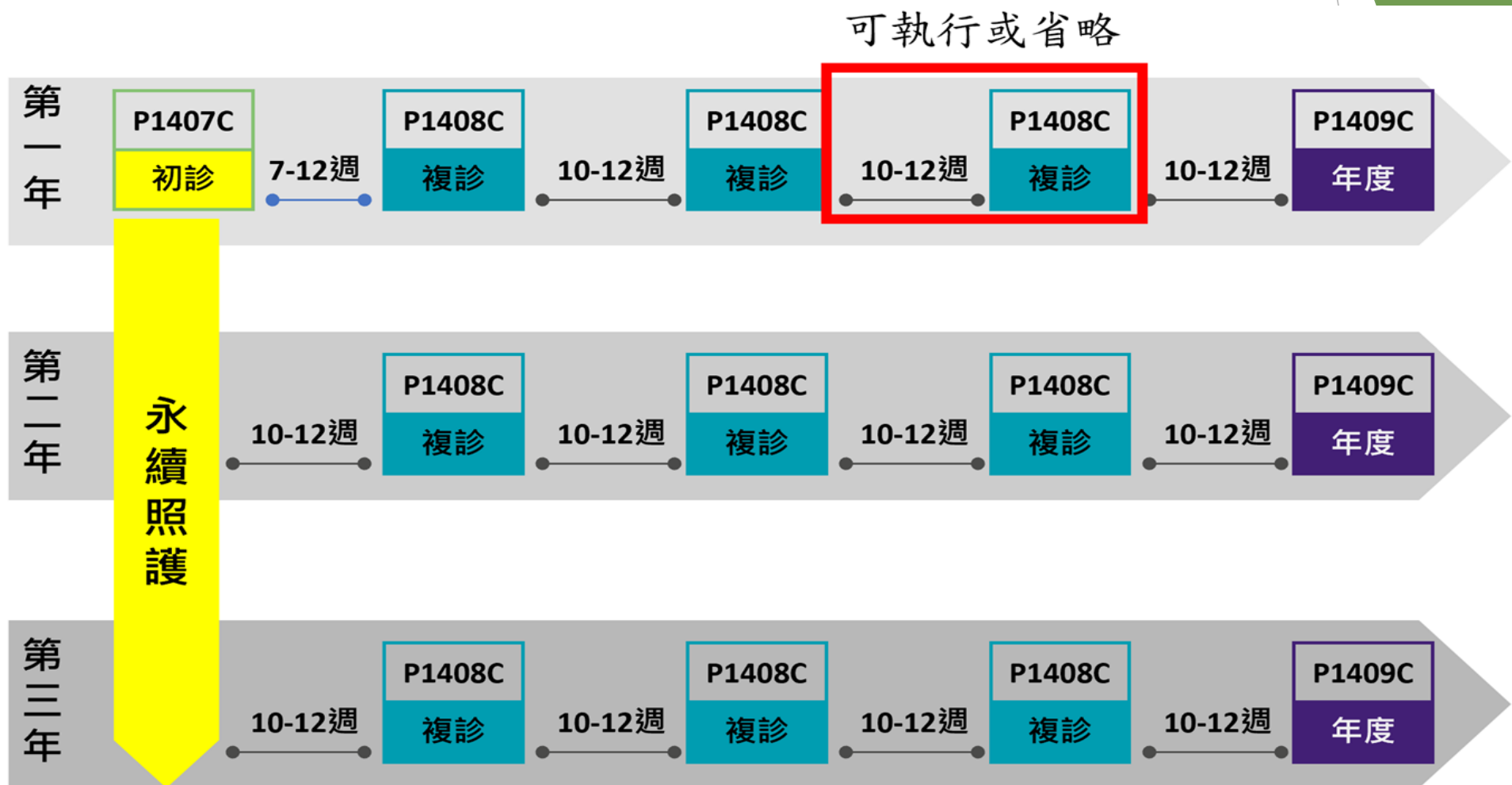
收案開始



開始收入並照
護糖尿病患

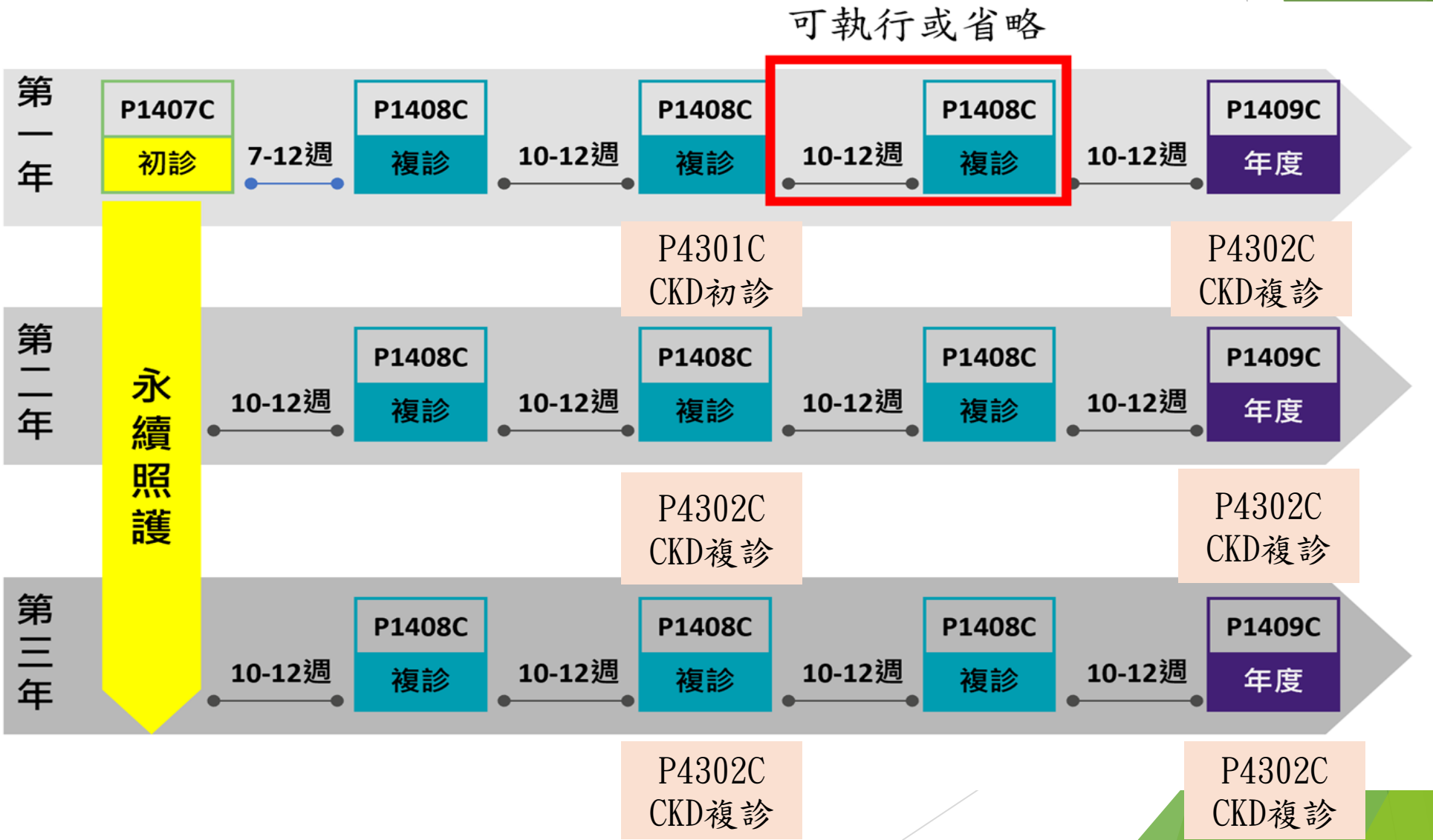
護理、營養師報備支援即可
(每月一次諮詢評估門診)

(原) 管理照護費申報規定

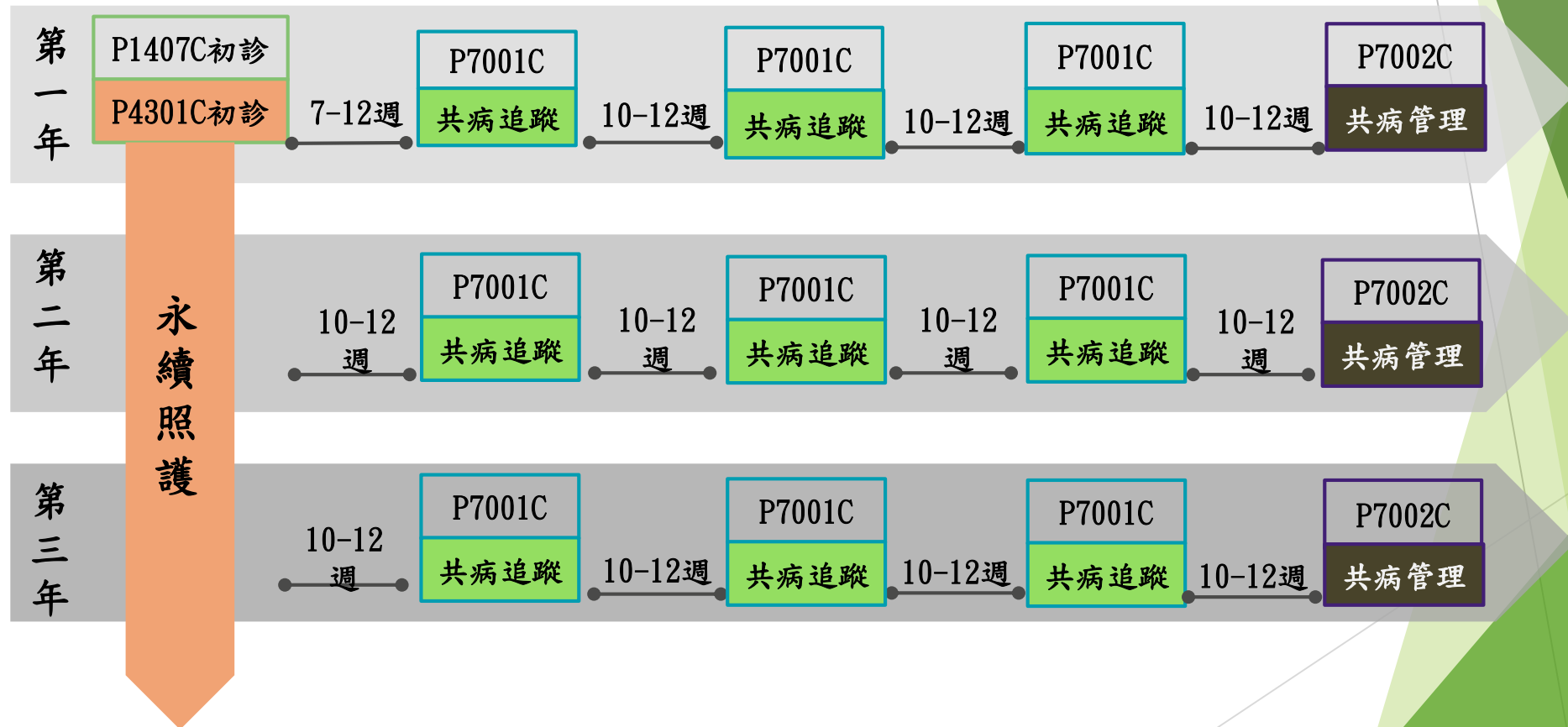


DM第一階段(CKD)其當季個案 **追蹤率小於百分之二十者**（指前一季已收案之個案中，於本季完成追蹤者），經輔導未改善，自保險人文到日之次月 起，**一年內不得再申報本章之相關費用**。

(原)單純DM或CKD管理照護費申報規定



(原) DM合併CKD (DKD)共病管理照護費申報規定規定



(盡責度) 家醫計畫 × DM / CKD / DKD 加成給付 (115年)

(B) 追蹤管理加成費



適用對象

- ✓ 已參與 P4P-DM / P4P-CKD / P4P-DKD
- ✓ 已完成 P4P 收案照護



申報條件

- ✓ 就醫主診斷 / 次診斷符合疾病
- ✓ 有相關用藥
- 4次 每年最多 4 次
- 每次須間隔 10 週以上
- ✚ 當次未開立藥物 → 不得申報



給付金額



DM
250 元/次



DKD
400 元/次

(C) 糖尿病新收案整合照護費

符合 P4P-DM 新收案條件

- ✓ 收案前 90 天內 至少同院所就醫 2 次
- ✓ ICD-10 : E08-E13
- ✓ 收案當次主診斷及用藥 符合糖尿病

650 元/人/年



(D) 初期慢性腎臟病個案(CKD)

符合 P4P-CKD 新收案

- ✓ 收案前 90 天內曾於 同院所就醫
- ✓ 收案當次主診斷 符合 CKD



DM 收案後，
若符合 CKD



可申報
DKD

追蹤管理加成費



CKD 收案後
若再符合 DM



同樣可申報
DKD

追蹤管理加成費

DM × CKD 可以串接

(E) 申報編號

i. DM

- | | |
|-----------------|--------------|
| (i) 糖尿病新收案整合照護費 | Q1407C (不計價) |
| (ii) 追蹤管理加成費 | 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) | Q4301C (不計價) |
| (ii) 原 P4P-CKD 收案個案，
於每次追蹤時 | Q4302C (不計價) |

iii. DKD

- | | |
|---------|--------------|
| 追蹤管理加成費 | Q7001C (不計價) |
|---------|--------------|

重點提醒

1 要先有
P4P 收案資格

2 追蹤要有
診斷 + 用藥
才可申報



3 DM 與 CKD 可串接成 DKD，
加成給付更完整！





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)

家醫計畫

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

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)

家醫計畫 (DM·CKD·DKD·ASCVD)

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， 所屬組組人王建立之共讀照護項目 符合「獎勵指標」1 或 2 者， 每個案給予 400 點 獎勵

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. 讀教獎勵計：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)

家醫計畫

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

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)

Take Home Check list

- ▶ 加入社區醫療群與家醫2.0. 診所/醫師相關資格.
- ▶ 加入糖尿病共照網. 診所/醫衛營相關資格.
- ▶ VPN下載家醫會員名單. 匯入His系統.
- ▶ 整理家醫會員名單. 區分各疾病樣態. 制訂各盡責目標與品質目標.
- ▶ 優化診所行政與就醫流程. 量測血壓/抽血檢驗/醫師看診/衛教賦能/數位化個案管理等
- ▶ 持續專業能力進修.



永德康內科診所

嚴逢杰 院長

謝謝聆聽