

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324
承辦人及電話：呂姿曄(02)27065866轉2678
電子信箱：A110745@nhi.gov.tw

40462

台中市北區中清路一段638號2樓

受文者：中華民國診所協會全國聯合會

發文日期：中華民國107年2月12日
發文字號：健保醫字第1070075513號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨

主旨：檢送本署107年2月1日召開修訂「家庭醫師整合性照護計畫」第2次溝通會議會議紀錄(如附件)，請查照。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣家庭醫學醫學會、中華民國診所協會全國聯合會、衛生福利部社會保險司、衛生福利部醫事司、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部國民健康署
副本：本署醫務管理組、本署各分區業務組、本署企劃組(均含附件)

衛生福利部中央
健康保險署核對章(5)

署長李伯璋

修訂「家庭醫師整合性照護計畫」第2次溝通會議
會議紀錄

時間：107年2月1日（星期四）下午3時00分

地點：衛生福利部中央健康保險署9樓第1會議室

主席：蔡淑鈴副署長

紀錄：呂姿曄

出席單位及人員：

中華民國醫師公會全國聯合會	黃啟嘉	黃振國	王宏育
	顏鴻順	林垣立	
台灣家庭醫學醫學會	李孟智	施錦泉	李汝禮
	潘恆嘉	詹其峰	王三郎
中華民國診所協會全國聯合會	曾梓展	陳宏麟	廖文鎮
衛生福利部社會保險司	梁淑政	葉青宜	
衛生福利部醫事司	(請假)		
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴	方瓊惠	
衛生福利部國民健康署	李惠蘭	陳美如	
本署			
醫務管理組	李純馥	劉玉娟	林淑範
	韓佩軒	呂姿曄	
企劃組	王復中	詹孟樵	
臺北業務組	陳韻寧	蔡孟臻	
北區業務組	蔡秀幸	王慈錦	謝欣穎
中區業務組	詹純		
南區業務組	王碧霞		
高屏業務組	何姿瑤		
東區業務組	張麗絹	林佳良	

主席致詞：(略)

壹、討論事項：

案由：修訂「家庭醫師整合性照護計畫」，提請討論。

決議：

一、前次會議暫行保留事項：

(一)收案對象之接受長照2.0服務及醫院潛在下轉病人之個案，因多數接受長照服務個案已被參與計畫診所收案及區域級以上醫院門診件數減少2%之措施尚在研議中，刪除此兩類為收案對象。

(二)依醫事司107年2月1日Email提供之書面意見，24小時諮詢專線服務事項屬醫療服務之一部分，應由醫療機構辦理執業登記之醫事人員執行之。爰規範24小時諮詢專線應由醫事人員擔任且以辦理執業登記為原則。

(三)提供收案對象回饋機制，其回饋方式由醫療群各自決定。

二、107年評核指標項目及配分表(如附件1)

(一)過程面指標：

1.為推動分級醫療之雙向轉診及共同照護，本署已積極透過中華電信與HIS廠商研商電子轉診平台介接事項，期社區醫療群積極使用電子轉診平台。

2.「會員住院/門診經醫療群轉診率」調整為「雙向轉診」，指標項目包含「電子轉診使用率」、「住院雙向轉診率」、「門診雙向轉診率」等3項指標。

3.本署原建議「檢驗檢查雙向轉診率」一項，基於診所硬體、軟體設備擴充、網路頻寬及醫院下轉病人等問題，暫緩列入。

4.自選指標之「使用轉診資訊交換系統」併同刪除。

(二)結果面指標：「潛在可避免急診率」及「可避免住院率」，因僅包含18歲以上之收案會員且無法判斷疾病嚴重度，為利反映整體照護成效，恢復104年「會員急診率」及新增「糖尿病會員胰島素注射率」兩項指標，並調整可避免急診率及可避免住院率指標配分權重。

(三)自選指標：其中「假日開診並公開開診資訊」一項，為推動分級醫療，調升得分診次，以提高社區醫療群診所假日開診率之誘因。

三、其餘修正部分詳「家庭醫師整合性照護計畫」建議修正條文對照表(如附件2)。

四、請健保署研議提供「潛在可避免急診率」及「可避免住院率」等回饋資料，以利會員輔導。

五、國民健康署提供之慢性疾病治療指引(Guideline)將納入計畫之附錄，提供醫療群對會員之疾病管理參考。

貳、散會：17時00分

106 年及 107 年度家醫計畫指標項目配分比較表

項目/配分	106 年	107 年 (107/1/11 會議)	107 年 (107/2/1 會議共識)
共同指標(85 分)	85 分	85 分	85 分
一、結構面指標	20 分	15 分	20 分
1.個案研討	10	7	10
2.24 小時諮詢專線	10	7	10
二、過程面指標	25 分	32 分	25 分
1.電子雙向轉診	9	16	9
(1)電子轉診使用率	-	4	3
(2)住院雙向轉診率	-	4	3
(3)門診雙向轉診率	-	4	3
(4)檢驗檢查雙向轉診率	-	4	-
(5)會員住院/門診經醫療群轉診率	9	-	-
2.預防保健達成情形	16	8	16
(1)成人預防保健檢查率	5	2	5
(2)子宮頸抹片檢查率	4	2	4
(3)65 歲以上老人流感注射率	2	2	2
(4)糞便潛血檢查率	5	2	5
三、結果面指標	40 分	38 分	40 分
1.潛在可避免急診率	10	10	5
2.會員急診率	-	-	5
3.可避免住院率	10	10	5
4.糖尿病會員胰島素注射率	-	-	5
3.會員固定就診率	10	10	10
4.會員滿意度調查	10	8	10
自選指標(15 分) 任選 3 項	15 分	15 分	15 分
1.提升社區醫療群品質	5	5	5
2.提供居家服務	5	5	5
3.假日開診並公開開診資訊	5	5	5
4.糖尿病人眼底檢查執行率	5	5	5
5.接受醫院轉介出院病人並追蹤	5	5	5
6.使用轉診資訊交換系統	5	5	-
7.收治糖尿病、初期慢性腎臟病個案	5	5	5
8.雲端藥歷查詢率	5	5	5

107/01/11 及 107/2/1 會議決議修正條文	現行條文	說明
(同現行條文)	<p>伍、推動策略及計畫照護範圍</p> <p>一、成立社區醫療群，以群體力量提供服務。</p> <p>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。</p> <p>三、保險對象不需登記或簽署同意為會員(被照護對象)文件，以減少基層診所之行政作業，並將作業時間節省回歸於個案管理以增進醫病關係。</p> <p>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。</p>	
<p>陸、組織運作</p> <p>一、社區醫療群之組織運作型式：</p> <p>(一)以同一地區 5 家以上(含)特約西醫診所為單位組成，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，並應與 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。</p> <p>(二)社區醫療群得與下列醫事服務機構作為合作單位：</p> <p>1. <u>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</u></p> <p>2. <u>合作診所：提供復健科、眼科、精神科等服務(如醫療群內診所具上述專科服務，不在此限)。</u></p> <p>(三)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。</p> <p>(四)若聯合診所具有 5 位專任醫師以上，且結合該地區其他 3 家特約診所以上者，得共同參與本計畫，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。</p> <p>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。</p>	<p>陸、組織運作</p> <p>一、社區醫療群之組織運作型式：</p> <p>(一)以同一地區 5 家以上(含)特約西醫診所為單位組成，其中 1/2 以上醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師資格或 1/5 以上醫師具有家庭醫學科專科醫師資格，<u>並應與 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。</u></p> <p>(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。</p> <p>(三)若聯合診所具有 5 位專任醫師以上，且結合該地區其他 3 家特約診所以上者，得共同參與本計畫，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。</p> <p>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。</p>	<p>1. 為實務執行需求，明訂收案醫師條件。</p> <p>2. 強化醫療群會員照護能力，除既有合作醫院外，新增醫療群合作社區藥局及合作診所，提供病人就近於社區之用藥、檢驗檢查等醫療服務。</p> <p>3. 原條文(一)「並應與 1-2 家特約醫院」移列併至(二)1.；原條文(二)及(三)條號遞移。</p>

107/01/11 及 107/2/1 會議決議修正條文	現行條文	說明
<p>三、設立會員 24 小時諮詢專線</p> <p>(一) 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。<u>所提供之具體服務項目如下：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>提供健康照護與建議。</u> 2. <u>建議就醫地點並協助聯繫就醫。</u> 3. <u>緊急狀況發生時，適時轉介個案收案醫師協助。</u> <p>(二) <u>24 小時諮詢專線應由醫事人員擔任，並以辦理執業登記為原則，醫療群應於申請計畫書內述明諮詢專線接聽人員並檢送醫事人員證書。</u></p>	<p>三、設立會員 24 小時緊急諮詢專線</p> <p>參與計畫之社區醫療群，應共同提供 24 小時緊急電話諮詢服務，提供會員於緊急狀況發生時，能立即獲得醫療諮詢服務，<u>此方式除可掌握病人最佳醫治時間外，並可進一步減少民眾不必要的就醫需求。</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 強化 24 小時諮詢專線受理人員專業能力，明訂接聽人員需由醫事人員擔任，及應提供之具體服務項目。 2. 調整部分原條文文字。
<p>四、社區醫療群應建立醫療照護品質提升及轉診機制：</p> <p>(一) 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)。<u>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。</u></p> <p>(二) <u>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：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>醫師交班表：至少含括下列項目：</u> <ol style="list-style-type: none"> (1) <u>兩位醫師共同照護結果。</u> (2) <u>明列用藥及檢查結果。</u> (3) <u>醫院及診所醫師連絡方式。</u> 2. <u>轉診單。</u> 3. <u>轉診個案照護討論會：每季由醫院及診所共同召開。</u> 4. <u>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。</u> <p>(三) <u>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：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>雙向轉診流程(含括安排病人轉診、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)。</u> 2. <u>共同照護機制(含括合作醫院下轉穩定慢性病人至醫療群提供照護、合作醫院與診所醫師間之交班流程)。</u> 3. <u>慢性病人用藥一致。</u> 4. <u>醫療品質提升計畫。</u> <p>(四) <u>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。</u></p> <p>(五) <u>醫療群與合作醫院應提供收案會員跨院際合作加值服務，如就醫、檢查快速通道、掛號優先。</u></p>	<p>四、社區醫療群應建立醫療照護品質提升及轉診機制</p> <p>(一) 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)。</p> <p>(二) <u>參與計畫之基層診所醫師必須建立基層診所醫師間平行轉診機制，並提出與合作醫院間之轉診及合作計畫(含括安排病人轉診、追蹤病人轉診至後送醫院治療結果，及病人轉回後之追蹤治療等)，以及醫療品質提升計畫。</u></p> <p>(三) <u>參與計畫之基層診所醫師提供之共同照護門診，亦可以家戶會員病房巡診、個案研討與社區衛教宣導(須含用藥安全宣導)等代替。</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 社區醫療群與合作醫院間應進行實質合作，包括對病人之雙向轉診及共同照護，以確保病人照護之連續性與協調性，並訂定醫師交班表、轉診單及召開個案照護討論會。 2. 醫療群應與合作醫院共同辦理會員團體衛教指導，並由各職類醫事專業人員參與。 3. 社區醫療群應運用多元工具，優化諮詢服務品質，並規劃主動電訪(Call out)服務，以加強個案健康管理，提升照護品質，以與一般診所建立差異化之服務模式。 4. 新增「社區醫療群主動電訪(Call out)服務記錄表」由醫療群填報與分區業務組備查。 5. 鼓勵院際間合作，明訂醫療群與合作醫院應提供跨院際合作加值服務。 6. 原條文(三)文字「參與計畫之...」合併至(一)。

107/01/11 及 107/2/1 會議決議修正條文	現行條文	說明
<p>五、 成立計畫執行中心</p> <p>(一) 社區醫療群應成立計畫執行中心，負責本計畫之申請、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。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。</p> <p>(二) 社區醫療群之組成單位應為本保險特約醫事服務機構，醫療群委託非醫事服務機構之單位辦理申請等行政事宜，應依個人資料保護法規定辦理，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。</p> <p>(三) 協助處理轉介病人及個案管理：計畫執行中心除負責計畫申請、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外，並應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，以提供適切、連續性醫療照護。</p>	<p>五、 成立計畫執行中心</p> <p>(一) 社區醫療群應成立計畫執行中心，負責本計畫之申請、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。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)或各縣市醫師公會內，成立聯合計畫執行中心。<u>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。</u></p> <p>(二) 協助處理轉介病人及個案管理：計畫執行中心除負責計畫申請、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外，並應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，以提供適切、連續性醫療照護。</p>	<p>1. 明定執行本計畫之資格條件，重申應依個人資料保護法規定執行本計畫。</p> <p>2. 原條文(一)文字「運用本計畫...」移列至(二)。</p> <p>3. 原條文(二)序號遞延至(三)。</p>
(本項刪除)	<p>六、 社區醫療群得與其他醫事服務機構合作，如衛生所、藥局、物理治療所、檢驗所共同組成社區醫療群，以提供民眾就近於社區之完整性、連續性之醫療，並提高醫療品質。</p>	配合陸、組織運作、一、(二)新增醫療群合作單位，爰刪除本項。
<p>六、 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。</p>	<p>七、 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。</p>	條號調整
<p>七、 <u>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：</u></p> <p>(一) <u>協助個案健康評估、聯繫及協調照護計劃。</u></p> <p>(二) <u>協助處理安排病人轉診及追蹤轉診病人治療結果。</u></p> <p>(三) <u>規劃會員之健康管理與疾病預防衛教。</u></p> <p>(四) <u>對於穩定之慢性病會員提供持續性的健康維護指導。</u></p>		設置社區醫療群專任個案管理人員，協助會員管理，以提升醫療群個案管理服務品質。
(同現行條文)	<p>柒、 收案對象(會員)</p> <p>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、「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」及其他區域醫療整合計畫者。較需照護之名單如下：</p>	
<p>(一) 慢性病個案： 1. 係指前一年全國就醫資料中，屬於衛生福利部公告 100 種慢</p>	<p>(一) 慢性病個案： 係指前一年全國就醫資料中，屬於主管機關公告 100 種慢性病範</p>	1. 檢討收案對象名單為慢性及非慢性兩大分類。

107/01/11 及 107/2/1 會議決議修正條文	現行條文	說明																		
<p>性病範圍，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。</p> <p>2. <u>65歲以上(含)多重慢性病病人。</u></p> <p>3. <u>參與醫療給付改善方案(係指糖尿病、氣喘、BC型肝炎、初期慢性腎臟病或慢性阻塞性肺病等方案)之個案。</u></p> <p>4. <u>失智症患者，係指前一年就醫資料中包含下列主診斷代碼：F01-F05、F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997、G30、G31及G91。</u></p>	<p>圍，其曾門診就醫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。</p>	<p>2. 配合「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，依該計畫收案條件將失智症病人納為慢性病收案會員。</p> <p>3. 104年失智症個案照護情形</p> <table border="1" data-bbox="2270 430 2775 766"> <thead> <tr> <th></th> <th>人數</th> <th>占率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>總人數</td> <td>77,361</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>家醫計畫</td> <td>13,112</td> <td>17%</td> </tr> <tr> <td>醫院門診整合照護計畫</td> <td>2,458</td> <td>3%</td> </tr> <tr> <td>同時照護</td> <td>65</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>未被收案</td> <td>61,726</td> <td>80%</td> </tr> </tbody> </table>		人數	占率	總人數	77,361	100%	家醫計畫	13,112	17%	醫院門診整合照護計畫	2,458	3%	同時照護	65	0%	未被收案	61,726	80%
	人數	占率																		
總人數	77,361	100%																		
家醫計畫	13,112	17%																		
醫院門診整合照護計畫	2,458	3%																		
同時照護	65	0%																		
未被收案	61,726	80%																		
<p>(二) <u>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。</u></p> <p>1. <u>非屬前述慢性病個案：依醫療費用選取最高30%之病人。</u></p> <p>2. <u>3-5歲(含)兒童：選取醫療費用最高60%之病人。</u></p> <p>3. <u>門診高利用個案：至基層診所門診就醫次數≥50次之病人。</u></p>	<p>(二) <u>非慢性病個案：</u></p> <p>1. <u>非屬前述慢性病個案，依醫療費用選取最高30%且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。</u></p> <p>2. <u>3-5歲(含)兒童選取醫療費用最高60%，連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。</u></p> <p>(三) <u>門診高利用個案：至基層診所門診就醫次數≥50次之病人，且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。</u></p>	<p>1. 107/01/11會議內容原訂4. <u>接受長照2.0服務之個案</u>，經據統計，截至106年11月底，接受長照2.0服務之個案約8.4萬人，其中應照護族群約4.1萬人，屬收案會員約2.2萬人；應照護族群中僅有381人未被參與計畫診所收案(應照護族群中約1.9萬人於未參與計畫診所就醫)，刪除本項。</p> <p>2. 107/01/11會議內容原訂新增五類<u>醫院潛在下轉病人</u>，提供合作醫院及社區醫療群收案，考量本年度區域級以上醫院門診件數減少2%之措施尚待研議，刪除本項。</p>																		
<p>(條文移列)</p>	<p>(四) <u>65歲以上(含)多重慢性病病人。</u></p> <p>(五) <u>參與醫療給付改善方案(係指糖尿病、氣喘、BC型肝炎、初期慢性腎臟病或慢性阻塞性肺病等方案)個案，保險人已於該方案支付個案管理費，故本計畫的個案管理費(250元)不另支付；但得納入績效獎勵費用計算範圍。</u></p>	<p>1. 條文移列至柒、一、(一)2.及3。</p> <p>2. 原條文(五)文字「保險人...計算範圍」文字段，合併至拾、四、(一)、一。</p>																		
<p>(三) <u>名單交付原則如下：</u></p> <p>1. <u>慢性病個案，以給藥日份最高診所收案照顧，若診所給藥日份相同，則由費用最高的診所收案。</u></p> <p>2. <u>非慢性個案以門診就醫次數最高的診所收案照顧。若診所就</u></p>	<p>(六) <u>前述較需照護之名單，交付名單原則如下：</u></p> <p>1. <u>慢性病個案，以給藥日份最高診所。</u></p> <p>2. <u>其餘以門診就醫次數最高的診所收案照顧。若診所就醫次數相同，則由費用最高的診所收案。</u></p>	<p>107/01/11會議原訂名單交付原則分二次收案，因刪除接受長照2.0之個案及醫院潛在下轉病人，名單交付改以一次性交付為主，並明訂</p>																		

107/01/11 及 107/2/1 會議決議修正條文	現行條文	說明
醫次數相同，則由費用最高的診所收案。		名單交付原則。
(條文刪除)	(七) 分派未參加本計畫診所之較需照護之名單，保險人得依上述原則交付參加計畫診所，該診所得於 1 個月內上傳會員資料至健保資訊網服務系統 VPN 完成收案。	已無第 2 次收案，爰刪除本條文。
(同現行條文)	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% 之醫療群，每名醫師加收人數上限為 300 名，原則以指定收案會員之家庭成員及該醫師之忠誠病人為優先。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。	
(條文移列)	三、 <u>符合醫療給付改善方案收案條件之糖尿病、氣喘、BC 型肝炎、初期慢性腎臟病或慢性阻塞性肺病病人，且非前述交付名單之病人，並於前一年度第一季曾於該診所就醫之病人，納入自行收案對象，不受自行收案會員名額上限，並由保險人提供參考名單。</u>	移列至柒、一、(三)、2、(2)
(同現行條文)	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 3 個月內，將會員資料以批次經上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附錄 1)。 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。	
<p>玖、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求</p> <p>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者。(含行政救濟程序中尚未執行處分者)。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。</p> <p>二、<u>參與計畫診所一年內沒有下列紀錄：</u></p> <p>1. <u>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。</u></p> <p>2. <u>經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄。</u> 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。</p> <p>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</p>	<p>玖、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求</p> <p>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者。(含行政救濟程序中尚未執行處分者)。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。</p> <p>二、一年內沒有自動退出本計畫之紀錄。<u>沒有</u>經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄。<u>但因</u>離職而退出醫師之會員，可由原參與診所符合資格醫師於一個月內承接。</p> <p>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者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，以保險人第一次處分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。</p>	為配合醫療群實際執行情形，如參與診所因變更醫事機構代碼或收案醫師中途離職等致恐退出本計畫之情形，應函知本署其承接意願，俾利民眾照護連續性。

107/01/11 及 107/2/1 會議決議修正條文	現行條文	說明
四十條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，以保險人第一次處分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、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函，告知本計畫內容及其權益、義務(含 24 小時諮詢專線及該醫療群所有參與診所及合作醫院名單)， <u>並提供收案對象確認回饋機制</u> 。參與診所應於診所明顯處張貼參與本計畫識別標幟及該醫療群所有參與診所及合作醫院名單。	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函，告知本計畫內容及其權益、義務(含 24 小時 <u>緊急</u> 諮詢電話及該醫療群所有參與診所及合作醫院名單)，且參與診所應於診所明顯處張貼參與本計畫識別標幟及該醫療群所有參與診所及合作醫院名單。	落實計畫執行目標，提供收案對象確認回饋機制。
(同現行條文)	六、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。 七、醫療院所應於計畫公告 3 個月內，向保險人分區業務組提出參與計畫書面申請。	
(同現行條文)	壹拾、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」。 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每人支付費用 800 點/年，經費撥付原則如下： (一) 個案管理費，每人支付 250 元/年： 1. 執行內容包含資料建檔上傳、轉診、個案衛教宣導、24 小	四、社區醫療群收案會員每人支付費用 800 點/年，經費撥付原則如下： (一) 個案管理費，每人支付 250 元/年： 1. 執行內容包含資料建檔上傳、轉診、個案衛教宣導、24 小	1. 原條文柒、(五)「保險人...計算範圍」文字段，合併至拾、四、(一)、2。 2. 因收案對象已刪除接受長照 2.0

107/01/11 及 107/2/1 會議決議修正條文	現行條文	說明
<p>時諮詢專線、個案研討及與合作醫院開辦共同照護門診。支付每位醫師個案管理費上限為 1,080 名(上年度評核指標\geq90%之醫療群醫師上限為 1,180 名)，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。</p> <p>2. <u>本計畫會員如為本保險醫療給付改善方案及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個案管理費，該個案之個案管理費按收案月份等比例支付。</u></p> <p>3. 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。</p> <p>4. 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。</p> <p>5. 為達全人照護目標，得視個案需要填具「全人照護評估單」(詳附件一)。</p>	<p>時諮詢專線、個案研討及與合作醫院開辦共同照護門診。支付每位醫師個案管理費(250 元/年)上限為 1080 名(上年度評核指標\geq90%之醫療群醫師上限為 1180 名)，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(550 點/年)。另屬參與本保險醫療給付改善方案之個案，不予支付本項個案管理費。</p> <p>2. 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。</p> <p>3. 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。</p> <p>4. 為達全人照護目標，得視個案需要填具「全人照護評估單」(詳附件一)。</p>	<p>服務個案及醫院潛在下轉病人，刪除相關條文。</p> <p>3. 為區分居家醫療照護個案及社區醫療群照護個案，訂定兩計畫應擇一參加，其個案管理費不予重複支付。</p> <p>4. 統計截至 106 年 11 月，接受長照 2.0 服務個案同時屬居家醫療照護計畫及本計畫收案對象計有 1,978 人。</p>
<p>(二) 績效獎勵費用，每人支付 550 點/年(以群為計算單位)；會員若於計畫執行期間於收案醫療群無就醫紀錄，則不予核付本項費用。</p> <p>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)。</p> <p>2. 品質提升費用：占本項經費之 50%，依各社區醫療群會員品質評核指標達成情形，分五級支付：</p> <p>(1) 特優級：會員品質指標平均達成率\geq90%，則支付品質提升費用每人 275 點。</p> <p>(2) 良好級：會員品質指標平均達成率介於 80%\leq~<90%，則支付品質提升費用每人 210 點。</p> <p>(3) 普通級：會員品質指標平均達成率介於 70%\leq~<80%，則支付品質提升費用每人 175 點。</p> <p>(4) 輔導級：會員品質指標平均達成率介於 60%\leq~<70%，則支付品質提升費用每人 145 點。</p> <p>(5) 不支付：會員品質指標平均達成率<60%則不予支付。</p> <p>(三) 醫療群應承擔財務與品質責任，VC-AE 差值為負值且品質指標達成率<65%者，則支付個案管理費之 50%。</p>	<p>(二) 績效獎勵費用，每人支付 550 點/年(以群為計算單位)；會員若於計畫執行期間於收案醫療群無就醫紀錄，則不予核付本項費用。</p> <p>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)。</p> <p>2. 品質提升費用：占本項經費之 50%，依各社區醫療群會員品質評核指標達成情形，分五級支付：</p> <p>(1) 特優級：會員品質指標平均達成率\geq90%，則支付品質提升費用每人 275 點。</p> <p>(2) 良好級：會員品質指標平均達成率介於 80%\leq~<90%，則支付品質提升費用每人 210 點。</p> <p>(3) 普通級：會員品質指標平均達成率介於 70%\leq~<80%，則支付品質提升費用每人 175 點。</p> <p>(4) 輔導級：會員品質指標平均達成率介於 60%\leq~<70%，則支付品質提升費用每人 145 點。</p> <p>(5) 不支付：會員品質指標平均達成率<60%則不予支付。</p> <p>(三) 醫療群應承擔財務與品質責任，VC-AE 差值為負值且品質指標達成率<65%者，則支付個案管理費之 50%。</p>	<p>1. 因收案對象已刪除醫院潛在下轉病人，刪除相關條文。</p> <p>2. 健康管理成效鼓勵(VC-AE)排除「居家醫療照護整合計畫」之個案計算。</p>

107/01/11 及 107/2/1 會議決議修正條文	現行條文	說明
<p>五、失智症門診照護家庭諮詢費用</p> <p>(一) 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，社區醫療群診所得提供家庭諮詢服務，並申報本項費用。</p> <p>(二) 每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件二)，併入病人病歷記錄留存。</p> <p>(三) 給付項目及支付標準：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 3 同院所每位病人每年最多給付 2 次費用。 	<p>五、失智症門診照護家庭諮詢費用</p> <p>(一) 參與本計畫之失智症病人，經神經科、精神科專科醫師確診評估有諮詢需要，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，社區醫療群診所得提供家庭諮詢服務，並申報本項費用。</p> <p>(二) 每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件二)，併入病人病歷記錄留存。</p> <p>(三) 給付項目及支付標準：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 	
(同現行條文)	<p>六、本計畫之預算先扣除「個案管理費」後，「績效獎勵費用」及「失智症門診照護家庭諮詢費用」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。</p> <p>七、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。</p> <p>八、轉診規定：</p> <p>九、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。</p>	
<p>拾壹、計畫評核指標</p> <p>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：</p> <p>一、<u>結構面指標(權重 20 分)</u>：</p> <p>(一) <u>個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診(權重 10 分)</u>：醫療群每月至少需辦理 1 場，且年度內每位醫師至少應參與本項活動達 6 次(含)以上。</p>	<p>壹拾壹、計畫評核指標</p> <p>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：</p> <p>一、<u>三項組織指標(權重 29%)</u>：</p> <p>(一) <u>個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診(權重 10%)</u>：醫療群每月至少需辦理 1 場，且年度內每位醫師至少應參與本項活動達 6 次(含)以上。</p>	1. 整併既有指標項目，並依收案對象分類新增過程面指標。
(本項刪除)	<p>(二) <u>醫療群會員經醫療群轉診率(權重 9%)</u>：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療群會員門診經醫療群轉診率(權重 4%)： <ol style="list-style-type: none"> (1) 與去年同期比進步率$\geq 10\%$(不限合作醫院，依健保統計門診申報資料)，或\geq當年較需照護族群 60 百分位，得 4%。 (2) 較去年同期增加，或\geq當年較需照護族群 50 百分位，但$<$當年較需照護族群 60 百分位，得 2%。 (3) 本項得分上限 4%。 	

107/01/11 及 107/2/1 會議決議修正條文	現行條文	說明																														
	2. 醫療群會員住院經醫療群協助轉診率(權重 5%)： <ol style="list-style-type: none"> (1) 與去年同期比進步率$\geq 10\%$，或\geq當年較需照護族群 50 百分位，得 5%。 (2) 與去年同期比進步率$\geq 5\%$，得 3%。 (3) 本項得分上限 5%。 3. 不限合作醫院，依健保申報資料計算。																															
(二) <u>設立 24 小時諮詢專線(每群全年至少測試 5 次)(權重 10 分)</u> ：鼓勵醫師 callout，有效回答會員問題，並依實際服務品質，分階段給分(由保險人分區業務組抽測，以平均分數計算得分)。 <ol style="list-style-type: none"> 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 10 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 10 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。 	(三) <u>24 小時諮詢專線(每群全年至少測試 5 次)(權重 10%)</u> ：鼓勵醫師 callout，有效回答會員問題，並依實際服務品質，分階段給分(由保險人分區業務組抽測，以平均分數計算得分)。 <ol style="list-style-type: none"> 1. 無人接聽(連續測試 3 通，每次間隔 10 分鐘)，得 0%。 2. 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%。 3. 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)，<u>滿分，為 10%</u>。 4. 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，<u>滿分，為 10%</u>。 	部分文字調整，條次同其它指標項由得分高依序至得分低。																														
二、 <u>過程面指標(權重 25 分)</u> ： (一) <u>雙向轉診(權重 9 分)</u> ： <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>電子轉診使用率(權重 3 分)</u> 於保險人「醫事人員溝通平台-轉診資訊交換系統」，登錄及交換轉診病人資訊，進行醫師與醫師聯繫交班，提供連續性照護。醫療群診所轉診使用電子轉診情形依下列方式計分： <ol style="list-style-type: none"> (1) <u>轉診使用電子平台比率$\geq 60\%$，得 3 分。</u> (2) <u>轉診使用電子平台比率$\geq 40\%$，得 2 分。</u> (3) <u>轉診使用電子平台比率$\geq 20\%$，得 1 分。</u> (4) <u>計算公式說明：</u> 分子：電子轉診平台之轉出及接受轉入案件數 分母：醫療費用申報案件為轉出及轉入案件 2. <u>住院雙向轉診率(權重 3 分)</u> <ol style="list-style-type: none"> (1) <u>\geq當年度醫療群 50 百分位數且上年度同期自身比進步率 5%，得 3 分。</u> (2) <u>\geq當年度醫療群 50 百分位數，得 2 分。</u> (3) <u>與上年度同期自身比進步率$> 5\%$，得 1 分。</u> (4) <u>計算公式說明：</u> 分子：會員出院後 3 個月內回診人次 分母：會員住院經醫療群電子轉診件數(轉診目的 2: 住院治療) 		1. 依總額協定事項，將原(二)醫療群會員經醫療群轉診率修改為電子雙向轉診指標。 2. 106 年 9 月份統計醫療群提供電子轉診案件數情形如下： <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>電子轉診數</th> <th>群數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2 人以下</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>3-9 人</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>10 人以上</td> <td>469</td> </tr> </tbody> </table> 3. 3-7 月電子轉診占申報轉診比率統計情形如下： <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>群百分位數</th> <th>使用率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10</td> <td>2.3%</td> </tr> <tr> <td>20</td> <td>6.3%</td> </tr> <tr> <td>30</td> <td>10.8%</td> </tr> <tr> <td>40</td> <td>16.2%</td> </tr> <tr> <td>50</td> <td>24.4%</td> </tr> <tr> <td>60</td> <td>32.7%</td> </tr> <tr> <td>70</td> <td>47.4%</td> </tr> <tr> <td>80</td> <td>62.6%</td> </tr> <tr> <td>90</td> <td>100.0%</td> </tr> <tr> <td>99</td> <td>100.0%</td> </tr> </tbody> </table>	電子轉診數	群數	2 人以下	12	3-9 人	45	10 人以上	469	群百分位數	使用率	10	2.3%	20	6.3%	30	10.8%	40	16.2%	50	24.4%	60	32.7%	70	47.4%	80	62.6%	90	100.0%	99	100.0%
電子轉診數	群數																															
2 人以下	12																															
3-9 人	45																															
10 人以上	469																															
群百分位數	使用率																															
10	2.3%																															
20	6.3%																															
30	10.8%																															
40	16.2%																															
50	24.4%																															
60	32.7%																															
70	47.4%																															
80	62.6%																															
90	100.0%																															
99	100.0%																															

107/01/11 及 107/2/1 會議決議修正條文	現行條文	說明
<p>3. <u>門診雙向轉診率(權重 3 分)</u></p> <p>(1) <u>≥當年度醫療群 50 百分位數且上年度同期自身比進步率 5%，得 3 分。</u></p> <p>(2) <u>≥當年度醫療群 50 百分位數，得 2 分。</u></p> <p>(3) <u>與上年度同期自身比進步率 >5%，得 1 分。</u></p> <p>(4) <u>計算公式說明：</u> <u>分子：會員轉診就醫後 3 個月內回診人次</u> <u>分母：會員門診經醫療群電子轉診件數(轉診目的 1：急診治療、3：門診治療)</u></p>		
<p>(二) <u>預防保健達成情形(權重 16 分)：</u></p> <p>1. <u>成人預防保健檢查率(權重 5 分)</u></p> <p>(1) <u>會員接受成人預防保健服務≥較需照護族群 60 百分位數得 5 分。</u></p> <p>(2) <u><較需照護族群 60 百分位數，但≥較需照護族群 50 百分位數得 3 分。</u></p> <p>(3) <u>計算公式說明：</u> <u>分子：40 歲(含)以上會員接受成人健檢人數</u> <u>分母：(40 歲至 64 歲會員數/3+65 歲《含》會員數)</u></p> <p>2. <u>子宮頸抹片檢查率(權重 4 分)</u></p> <p>(1) <u>會員接受子宮頸抹片服務≥較需照護族群 60 百分位數得 4 分。</u></p> <p>(2) <u><較需照護族群 60 百分位數，但≥較需照護族群 50 百分位數得 2 分。</u></p> <p>(3) <u>計算公式說明：</u> <u>分子：30 歲(含)以上女性會員接受子宮頸抹片人數。</u> <u>分母：30 歲(含)以上女性會員數。</u></p> <p>3. <u>65 歲以上老人流感注射率(權重 2 分)</u></p> <p>(1) <u>會員接受流感注射服務≥較需照護族群 60 百分位數得 2 分。</u></p> <p>(2) <u><較需照護族群 60 百分位數，但≥較需照護族群 50 百分位數得 1 分。</u></p> <p>(3) <u>計算公式說明：</u> <u>分子：65 歲以上會員接種流感疫苗人數。</u> <u>分母：65 歲以上總會員人數。</u></p> <p>4. <u>糞便潛血檢查率(權重 5 分)</u></p>		<p>依 107/01/11 會議共識，各項預防保健權重維持 106 年度之配分。</p>

107/01/11 及 107/2/1 會議決議修正條文	現行條文	說明
<p>(1) 50歲以上至未滿75歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查\geq全國民眾檢查比率，得5分。</p> <p>(2) 計算公式說明： 分子：50歲以上至未滿75歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查人數。 分母：50歲以上至未滿75歲會員人數/2。</p>		
<p>三、<u>結果面指標(權重40分)</u>：</p> <p>(一) <u>潛在可避免急診率(權重5分)</u>：</p> <p>(1) <u>\leq收案會員30百分位，或與上年度同期自身比進步率\geq10%，得5分。</u></p> <p>(2) <u>\leq收案會員50百分位，或與上年度同期自身比進步率$>$5%，得3分。</u></p> <p>(3) <u>\leq收案會員70百分位，得1分。</u></p> <p>(4) <u>計算公式說明</u>： 分子：潛在可避免急診慢性類疾病之案件 分母：18歲以上家醫會員罹患慢性類疾病人數</p>	<p>二、<u>三項品質指標(權重30%)</u>：</p> <p>(一) <u>潛在可避免急診率(權重10%)</u>：</p> <p>1. <u>目標值與得分</u>： (1) <u>\leq全國平均值，得分10%。</u> (2) <u>與上年度同期比進步率$>$0%，得5%。</u></p> <p>2. <u>計算公式說明</u>： 分子：潛在可避免急診疾病就醫案件 分母：會員人數</p>	<p>1.修正目標值與計算方式 2.原指標計算係以急性指標+慢性指標，其計算基準改採慢性指標計算。 3.慢性指標包含糖尿病、高血壓、心臟病、慢性阻塞性肺部疾病及氣喘等慢性疾病。</p>
<p>(二) <u>會員急診率(排除外傷)(權重5分)</u>：</p> <p>(1) <u>\leq收案會員30百分位，或與上年度同期自身比進步率\geq10%，得5分。</u></p> <p>(2) <u>\leq收案會員50百分位，或與上年度同期自身比進步率$>$5%，得3分。</u></p> <p>(3) <u>\leq收案會員70百分位，得1分。</u></p> <p>(4) <u>計算公式說明</u>： 分子：<u>會員急診人次(排除外傷案件)</u> 分母：<u>會員人數</u></p>		排外傷
<p>(三) <u>可避免住院率(權重5分)</u>：</p> <p>(1) <u>\leq收案會員30百分位，或與上年度同期自身比進步率\geq10%，得5分。</u></p> <p>(2) <u>\leq收案會員50百分位，或與上年度同期自身比進步率$>$5%，得3分。</u></p> <p>(3) <u>\leq收案會員70百分位，得1分。</u></p> <p><u>計算公式說明</u>： 分子：<u>可避免住院慢性類疾病之案件</u> 分母：<u>18歲以上家醫會員因慢性類疾病就醫人數</u></p>	<p>(二) <u>可避免住院率(權重10%)</u>：</p> <p>1. <u>目標值與得分</u>： (1) <u>\leq全國平均值，得分10%。</u> (2) <u>與上年度同期比進步率$>$0%，得5%。</u></p> <p>2. <u>計算公式說明</u>： 分子：<u>可避免住院疾病之案件</u> 分母：<u>會員人數</u></p>	<p>1.修正目標值與計算方式 2.原指標計算係以急性指標+慢性指標，其計算基準改採慢性指標計算。 3.慢性指標包含糖尿病、高血壓、心臟病、慢性阻塞性肺部疾病及氣喘等慢性疾病。 4.分子排除糖尿病患者白內障手術住院案件。</p>
<p>(四) <u>糖尿病會員胰島素注射率(5分)</u></p> <p>(1) <u>\geq糖尿病會員胰島素注射率50百分位，得5分。</u></p> <p>(2) <u>與上年度同期自身比進步率$>$5%，得3分。</u></p>		

107/01/11 及 107/2/1 會議決議修正條文	現行條文	說明
<p>(3) <u>計算公式說明</u>： 分子：糖尿病會員胰島素注射天數\geq28 天之人數 分母：會員門診主診診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數</p>		
<p>(五) <u>會員固定就診率(權重 10 分)</u>： (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 60 百分位，得 10 分。 (2) 進步率$>$5%或當年較需照護族群 55 百分位\leq會員固定就診率$<$當年較需照護族群 60 百分位，得 5 分。 (3) 當年較需照護族群 50 百分位\leq會員固定就診率$<$當年較需照護族群 55 百分位，得 3 分。 (4) <u>計算公式說明</u>： 分子：會員在醫療群內診所(含合作醫院)就醫次數 分母：會員在所有西醫門診就醫次數</p>	<p>(三) <u>會員固定就診率(權重 10%)</u>： 1. 會員在群內(含合作醫院)之西醫門診固定就診率\geq當年較需照護族群 60 百分位，得 10%。 2. 進步率$>$5%或當年較需照護族群 55 百分位\leq會員固定就診率$<$當年較需照護族群 60 百分位，得 5%。 3. 當年較需照護族群 50 百分位\leq會員固定就診率$<$當年較需照護族群 55 百分位，得 3%。 4. <u>本項總分上限 10%</u>。 5. <u>計算公式說明</u>： 分子：會員在群內(含合作醫院)就醫次數 分母：會員在所有西醫門診就醫次數</p>	
<p>(六) <u>會員滿意度調查(權重 10 分)</u>： 電訪社區醫療群會員滿意度，依以下會員滿意度結果評分。 1. 自測滿意度\geq80%，得 3 分。 (1) 滿意度問卷與計分方式詳附件三。 (2) 每群需提交 50 份，或至少 3%會員數份數。 2. 分區抽測 10 件平均(調查對象以慢性病個案為主) (1) 滿意度\geq90%得 7 分(與自測滿意度共得 10 分)。 (2) 滿意度\geq80%得 3 分(與自測滿意度共得 6 分)。 (3) 滿意度$<$50%扣 5 分。</p>	<p>三、<u>會員滿意度調查，權重 10%</u>： 電訪社區醫療群會員滿意度，依以下會員滿意度結果評分。 (一) 自測滿意度\geq80%，得 3%。 註 1：滿意度問卷與計分方式詳附件三。 註 2：每群需提交 50 份，或至少 3%會員數份數。 (二) 分區抽測 10 件平均(調查對象以慢性病個案為主) 1. 滿意度$<$50%扣 5%。 2. 滿意度\geq80%得 3%(與自測滿意度共得分 6%)。 3. 滿意度\geq90%得 7%(與自測滿意度共得分 10%)。</p>	
<p>(條文移列)</p>	<p>四、<u>預防保健達成情形，權重 16%</u>： (一) <u>成人預防保健檢查率(權重 5%)</u>： 1. 會員接受成人預防保健服務\geq較需照護族群 60 百分位數得 5%。 2. $<$較需照護族群 60 百分位數，但\geq較需照護族群 50 百分位數得 3%。 分子：40 歲(含)以上會員接受成人健檢人數 分母：(40 歲至 64 歲會員數/3+65 歲《含》會員數) (二) <u>子宮頸抹片檢查率(權重 4%)</u>： 1. 會員接受子宮頸抹片服務\geq較需照護族群 60 百分位數得 4%。 2. $<$較需照護族群 60 百分位數，但\geq較需照護族群 50 百分位數得 2%。 3. <u>計算公式說明</u>： 分子：30 歲(含)以上女性會員接受子宮頸抹片人數。</p>	<p>移列至拾壹、二、(一)。</p>

107/01/11 及 107/2/1 會議決議修正條文	現行條文	說明												
	<p>分母：30 歲(含)以上女性會員數。</p> <p>(三) 65 歲以上老人流感注射率(權重 2%)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 會員接受流感注射服務\geq較需照護族群 60 百分位數得 2%。 <較需照護族群 60 百分位數，但\geq較需照護族群 50 百分位數得 1%。 計算公式說明： 分子：65 歲以上會員接種流感疫苗人數。 分母：65 歲以上總會員人數。 <p>(四) 糞便潛血檢查率(權重 5%)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 50 歲以上至未滿 75 歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查\geq全國民眾檢查比率，得 5%。 計算公式說明： 分子：50 歲以上至未滿 75 歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查人數。 分母：50 歲以上至未滿 75 歲會員人數/2。 													
<p>四、自選指標(權重 15 分)：</p> <p>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。</p> <p>(一) 提升社區醫療群品質(權重 5 分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 辦理健康管理與個案衛教活動：成效良好接受外單位觀摩，或應邀參加本醫療群以外團體主辦之經驗分享演講。 定期辦理學術演講活動提升醫療群醫療品質。 以上任一項，經分區業務組認可，得 5 分。 	<p>五、自選指標(權重 15%)：</p> <p>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。</p> <p>(一) 提升社區醫療群品質(權重 5%)</p> <ol style="list-style-type: none"> 辦理健康管理與個案衛教活動：成效良好接受外單位觀摩，或應邀參加本醫療群以外團體主辦之經驗分享演講。 定期辦理學術演講活動提升醫療群醫療品質。 以上任一項，經分區業務組認可，得 5 分。 	條號調整												
<p>(二) 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(權重 5 分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 提供服務\geq5 人，得 5 分。 提供服務\geq3 人，得 2 分。 	<p>(二) 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(權重 5%)</p> <ol style="list-style-type: none"> 提供服務\geq3 人，得 2%。 提供服務\geq5 人，得 5%。 	部分文字調整，條次同其它指標項由得分高依序至得分低。												
<p>(三) 假日開診並公開開診資訊(權重 5 分)</p> <p>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：</p> <ol style="list-style-type: none"> 開診\geq40 診次，得 5 分。 開診\geq30 診次，得 3 分。 開診\geq15 診次，得 1 分。 <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 國定假日，依行政院人事行政總處公布放假之紀念日、節日 	<p>(三) 假日開診並公開開診資訊(權重 5%)</p> <p>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：</p> <ol style="list-style-type: none"> 開診\geq10 診次，得 1%。 開診\geq20 診次，得 3%。 開診\geq30 診次，得 5%。 <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 國定假日，依行政院人事行政總處公布放假之紀念日、節日 	<ol style="list-style-type: none"> 截至 10 月份統計，全國醫療群開診診次均已達 10 診次以上。 如以開診率統計情形如下： <table border="1" data-bbox="2368 1654 2783 1927"> <thead> <tr> <th>群百分位數</th> <th>開診率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10</td> <td>12.1%</td> </tr> <tr> <td>20</td> <td>14.0%</td> </tr> <tr> <td>30</td> <td>16.1%</td> </tr> <tr> <td>40</td> <td>18.4%</td> </tr> <tr> <td>50</td> <td>20.4%</td> </tr> </tbody> </table>	群百分位數	開診率	10	12.1%	20	14.0%	30	16.1%	40	18.4%	50	20.4%
群百分位數	開診率													
10	12.1%													
20	14.0%													
30	16.1%													
40	18.4%													
50	20.4%													

107/01/11 及 107/2/1 會議決議修正條文	現行條文	說明										
<p>及補假。</p> <p>(1) <u>上下午及晚上各計 1 診次。如醫療群計有 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。</u></p>	<p>及補假。</p> <p>3. 上下午均開診計 1 診次，<u>2 家診所於 1 次假日開診計 2 診次。</u></p>	<table border="1"> <tr> <td>60</td> <td>22.8%</td> </tr> <tr> <td>70</td> <td>26.0%</td> </tr> <tr> <td>80</td> <td>29.6%</td> </tr> <tr> <td>90</td> <td>35.0%</td> </tr> <tr> <td>99</td> <td>58.1%</td> </tr> </table>	60	22.8%	70	26.0%	80	29.6%	90	35.0%	99	58.1%
60	22.8%											
70	26.0%											
80	29.6%											
90	35.0%											
99	58.1%											
<p>(四) 糖尿病人眼底檢查執行率(權重 5 分)</p> <p>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：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>≥ 全國平均值，得 5 分。</u> 2. 與上年度同期比進步率 > 0%，得 3 分。 3. 本項得分上限 5 分。 	<p>(四) 糖尿病人眼底檢查執行率(權重 5%)</p> <p>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：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>≥ 全國平均值，得 5%。</u> 2. 與上年度同期比進步率 > 0%，得 3%。 3. 本項得分上限 5%。 											
<p>(五) 接受醫院轉介出院病人，並辦理出院後續追蹤(權重 5 分)</p> <p>醫院為出院病人辦理社區醫療資源轉介，轉介至社區醫療群持續追蹤，檢具資料經分區認可，得 5 分。</p>	<p>(五) 接受醫院轉介出院病人，並辦理出院後續追蹤(權重 5%)</p> <p>醫院為出院病人辦理社區醫療資源轉介，轉介至社區醫療群持續追蹤，檢具資料經分區認可，得 5%。</p>											
<p>(條文移列)</p>	<p>(六) <u>使用轉診資訊交換系統(權重 5%)</u></p> <p><u>於保險人「醫事人員溝通平台-轉診資訊交換系統」，登錄及交換轉診病人資訊，進行醫師與醫師聯繫交班，提供連續性照護。</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>提供電子化轉診服務 ≥ 3 人，得 2%。</u> 2. <u>提供電子化轉診服務 ≥ 10 人，得 5%。</u> 	<p>移列至拾壹、計畫評核指標中之過程面指標：電子雙向轉診</p>										
<p>(六) 收治糖尿病、初期慢性腎臟病個案(未於醫療給付改善方案收案)之診所(權重 5 分)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 上開疾病病人檢驗檢查值上傳率 ≥ 50% 者，<u>得 1 分。</u> 2. 本項醫療群得分上限為 5 分(每一診所得分上限為 1 分)。 	<p>(七) 收治糖尿病、初期慢性腎臟病個案(未於醫療給付改善方案收案)之診所(權重 5%)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 上開疾病病人檢驗檢查值上傳率 ≥ 50% 者，<u>加 1%。</u> 2. 本項醫療群得分上限為 5%(每一診所得分上限為 1%)。 											
<p>(七) 透過「全民健康保險醫療費用總額其他預算項目-鼓勵醫療院所即時查詢就醫資訊方案」(權重 5 分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療群內診所「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」≥ 當年全部西醫基層診所查詢率 70 百分位，或與去年同期比進步率 ≥ 5%，得 5 分。 2. 醫療群內診所「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」< 當年全部西醫基層診所查詢率 70 百分位，但 ≥ 當年全部西醫基層診所查詢率 60 百分位，或較去年同期增加，得 3 分。 3. 本項得分上限為 5 分。 <p>五、加分項(本項最高得分 10 分)</p> <p>(一) 健康管理成效(VC-AE)執行結果鼓勵(權重 5 分)：平均每人節省醫療費用點數 ≥ 275 點，加 5 分。</p> <p>(二) 社區醫療群醫師支援醫院(權重 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(共照門診已於組織指標計</p>	<p>(八) 透過「全民健康保險醫療費用總額其他預算項目-鼓勵醫療院所即時查詢就醫資訊方案」(權重 5%)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療群內診所「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」≥ 當年全部西醫基層診所查詢率 70 百分位，或與去年同期比進步率 ≥ 5%，得 5%。 2. 醫療群內診所「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」< 當年全部西醫基層診所查詢率 70 百分位，但 ≥ 當年全部西醫基層診所查詢率 60 百分位，或較去年同期增加，得 3%。 3. 本項得分上限為 5%。 <p>六、加分項(本項最高得分 10%)</p> <p>(一) 健康管理成效(VC-AE)執行結果鼓勵(權重 5%)：平均每人節省醫療費用點數 ≥ 275 點，加 5%。</p> <p>(二) 社區醫療群醫師支援醫院(權重 5%)：社區醫療群醫師，經報備支援醫院每月定期執行業務，加 5%(共照門診已於組織指標計分，</p>											

107/01/11 及 107/2/1 會議決議修正條文	現行條文	說明
<p>分，不列入本加分項)。</p> <p>(三) 轉介失智症病人至適當醫院就醫(權重 5 分)：協助失智症病人轉介至適當醫院就醫，或轉介社會福利資源協助，並留有紀錄，加 5 分。</p>	<p>不列入本加分項)。</p> <p>(三) 轉介失智症病人至適當醫院就醫(權重 5%)：協助失智症病人轉介至適當醫院就醫，或轉介社會福利資源協助，並留有紀錄，加 5%。</p>	
<p>(同現行條文)</p>	<p>壹拾貳、計畫管理機制：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>壹拾參、計畫申請方式</p> <p>參與計畫之社區醫療群應檢附申請書向保險人分區業務組提出申請，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。</p> <p>壹拾肆、退場機制</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 65%者(評核指標 < 65%)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。評核指標介於 65%至 70%者(65% ≤ 評核指標 < 70%)，接受保險人分區業務組輔導改善，且須於次年 3 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%續辦標準者(評核指標 < 70%)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。 三、 退場之醫療群，其中評核指標 > 70%之個別診所，可申請重新組群或加入其他醫療群，經保險人分區業務組同意後參加。 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。 <p>壹拾伍、實施期程及評估</p> <p>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 24 小時緊急諮詢專線之使用情形、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。</p>	

107/01/11 及 107/2/1 會議決議修正條文	現行條文	說明
	<p>拾陸、訂定與修正程序</p> <p>本計畫由保險人與醫師全聯會共同研訂後，送全民健康保險會備查，並報請主管機關核定後公告實施。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。</p>	

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)。
- 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3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3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。

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	<input type="checkbox"/> 無人接聽 (0 分)	<input type="checkbox"/> 接聽但無法 解決會員問 題 (3 分)	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 達成 (10 分)	<input type="checkbox"/> 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 (見表四)			

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	<input type="checkbox"/> 是 (1 分)	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 是 (1 分)	<input type="checkbox"/> 否(預定何時改善 完成) (0 分)	
(3) 是否張貼參與本計畫之標識	<input type="checkbox"/> 是 (1 分)	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 是 (1 分)	<input type="checkbox"/> 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)													
<u>主動電訪(Call out)</u> <u>(電訪人數)</u>													
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)													

社區醫療群團體衛教宣導記錄表(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：									

全人照護評估單

壹、個人基本資料：

1. 姓名	
2. 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 民間信仰 <input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 一貫道 <input type="checkbox"/> 其他
9. 主要居住區域	<input type="checkbox"/> 都會區 <input type="checkbox"/> 鄉鎮 <input type="checkbox"/> 醫療偏遠區域 <input type="checkbox"/> 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。

女士/先生/小朋友您好：

由於您已成為106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

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。

國民健康署提供慢性病管理指標項目內容

項目	分子定義	分母定義	目標值	操作型定義	資料來源
<p>高血壓控制率</p> <p>(1)有就診有量血壓比率</p> <p>(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患</p> <p>(3)原發性高血壓、高血壓併有中風病史或腎臟病病患</p>	<p>(1) 有量血壓人數</p> <p>(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患，門診血壓值控制在收縮壓<130mmHg及舒張壓<80mmHg 人數</p> <p>(3) 原發性高血壓、高血壓併有中風病史或腎臟病患門診血壓值控制在收縮壓 < 140mmHg 及舒張壓 <90mmHg 人數</p>	<p>(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</p> <p>(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患高血壓併有糖尿病病患門診病人總數</p> <p>(3) 原發性高血壓、或高血壓併有中風病史、或腎臟病患門診病人總數</p>	<p>(1)80%</p> <p>(2)60%</p> <p>(3)60%</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>C. 「腎臟病」係指 eGFR<60，「蛋白尿」係指 proteinuria ≥1+。</p>	<p>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。</p>
<p>高血脂控制率</p> <p>(1)缺血性腦中風、糖尿病沒有心血管疾病病患</p> <p>(2)冠心病、糖尿病患有心血管疾病</p>	<p>(1)低密度膽固醇 < 100 mg/dL 之人數</p> <p>(2)低密度膽固醇 (LDL-C) < 70 mg/dL 人數 (健保給付為 100 mg/dL)</p>	<p>(1)缺血性腦中風、糖尿病，沒有心血管疾病病患，低密度膽固醇 ≥100mg/dL 之人數</p> <p>(2)冠心病、糖尿病患有心血管疾病低密度膽固醇 ≥ 70mg/dL 之人數</p>	<p>(1)20%</p> <p>(2)20%</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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：</p> <p>*穩定冠狀動脈疾病< 70 mg/dL</p> <p>*缺血性腦中風或暫時性腦部缺氧< 100 mg/dL</p> <p>*糖尿病<100 mg/dL</p> <p>*糖尿病+心血管疾病< 70 mg/dL</p>
<p>ABC 達標率</p> <p>(1)糖化血色素 (HbA1C) 達標率</p> <p>(2)血壓(BP)達標率</p> <p>(3)低密度膽固醇 (LDL cholesterol) 達標率。</p> <p>(4)ABC 三項指標全部達標率</p>	<p>(1)分母中，當年度糖尿病人最後一次檢測 HbA1C<7%人數</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(4)分母中，同時符合 HbA1C<7%及 BP<140/90mmHg 及 LDL<100mg/dl 之人數</p>	<p>4 項指標分母均為醫療群內所有診所糖尿病人總數</p>	<p>(1)40%</p> <p>(2)45%</p> <p>(3)60%</p> <p>(4)25%</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>*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.</p> <p>*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.</p>

Table 3. Traditional office BP targets

Categories	Targets (mmHg)	COR	LOE
Primary prevention	< 140/90	I	B
Secondary prevention			
Diabetes	< 130/80	I	B
CHD	< 130/80	I	B
Stroke	< 140/90	I	A
CKD	< 140/90	I	A
CKD with proteinuria	< 130/80	Ib	C
Elderly (age ≥ 75 years)	< 140/90	I	B
Patients receiving antithrombotics for stroke prevention	< 130/80	I	B

BP, blood pressure; CHD, coronary heart disease; CKD, chronic kidney disease; COR, class of recommendation; LOE, level of evidence.