

討論事項第八案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案。

說明：

- 一、依本署與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及衛生福利部相關司署於 110 年 12 月 17 日召開修訂「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」溝通會議結論辦理。
- 二、本次修訂重點摘要如下(詳如後附修正條文對照表)：
 - (一)修訂推動策略及計畫照護範圍，增列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。
 - (二)修訂組織運作，增列社區醫療群鼓勵所屬會員可透過健康存摺進行滿意度調查。
 - (三)修訂收案對象(會員)規範，增列社區醫療群醫師自行收案上限規範，每家參與診所自行收案人數上限不得超過 1,200 名。
 - (四)修訂健康管理成效鼓勵費用，增列「計畫評核指標分數 ≥ 90 分且平均每人 VC-AE 差值 > 275 點」，則支付健康管理成效鼓勵會員每人 275 元。
 - (五)修訂部分評核指標配分、得分閾值及內容：
 1. 結構面指標：修改「設立 24 小時諮詢專線」配分，並改由中華民國醫師公會全國聯合會進行抽測，於當年度 10 月底前提供保險人。
 2. 過程面指標
 - (1) 刪除「門診雙向轉診率」。
 - (2) 確保民眾就醫安全及提升醫療服務目的，新增「檢驗(查)結果上傳率」指標，配分 10 分，考量基層診所作業系統修改時程，本項指標自 111 年第 4 季起採計。
 - (3) 調降預防保健達成情形之「成人預防保健檢查率」、「糞便潛血檢

查率」等 2 項指標之配分。

3. 結果面指標：

- (1) 修改「固定就診率」指標得分閾值。
- (2) 考量近 5 年會員滿意度均達 99%趨於穩定，刪除「會員滿意度調查」指標。
- (3) 為提升慢性病會員之生活型態風險控制及管理，新增「慢性病個案三高生活型態風險控制率」指標。

4. 自選指標：

- (1) 考量支付標準已支付出院準備服務、轉診支付標準針對下轉個案已有相關獎勵，刪除「接受醫院轉介出院病人，並辦理出院後續追蹤」指標。
- (2) 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統，即時查詢病人近期用藥資訊應為醫師看診必要執行項目，刪除透過「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」指標。
- (3) 為改善醫療群內診所重複用藥情形，新增「醫療群內診所重複用藥核扣情形」指標。

5. 加分指標：

- (1) 「社區醫療群醫師支援醫院」指標，增列限醫院無該科別之支援者，方列入計分。
- (2) 修改「轉介失智症病人至適當醫院就醫」指標，增列轉介至診所所在縣市失智共同照護中心，可納入計分。
- (3) 參考基層總額支付制度品質確保方案，新增收案會員「同院所同日就診率」指標。
- (4) 為獎勵「檢驗(查)結果上傳率」較佳之診所，新增「社區醫療群檢驗(查)結果上傳率>80%」指標。

(六) 修改計畫申請方式：增列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(新增及異動者須檢附申請書)。

(七)修改項次、酌修文字等內容獲與會單位代表共識，一併修正。

三、有關多重慢性病人門診整合費用是否仍將醫療給付改善方案及試辦計畫案件納入，本署以 109 年結算資料(預算 35 億元)估算如下：

(一)一點一元支應：

1. 個案管理費 12.43 億元(占全年預算 35.5%)。
2. 偏遠地區參與診所績效獎勵費 0.51 億元(占全年預算 1.46%)
3. 特優級+每人 VC-AE>275 之品質提升費用 4.76 億元(占全年預算 13.59%)
4. 合計 17.70 億元(占全年預算 50.57%)

(二)浮動點值：

1. 績效獎勵費 15.62 億點(14.50 億元，占全年預算 41.43%)
2. 失智症諮詢費 27.99 萬點(25.98 萬元，占全年預算 0.01%)
3. 多重慢性病人門診整合費用(附件)：
 - (1)不含 E1 案件：2.99 億點(2.78 億元，占全年預算 8%)，點值為 0.92835。
 - (2)含 E1 案件：3.55 億點(3.21 億元，占全年預算 9.17%)，點值推估約 0.90221。較不含 E1 案件增加 5,632 萬點(5,228 萬元)，影響點值約 0.02613。
 - (3)≥90 分醫療群含 E1 案件：3.29 億點(3.07 億元，占全年預算 8.59%)，點值推估約 0.91472。較不含 E1 案件增加 2,958 萬點(2,706 萬元)，影響點值約 0.0136。
 - (4)「含 E1 案件」較「≥90 分醫療群含 E1 案件」增加 2,674 萬點。

擬辦：本案將依會議討論結果，報請衛生福利部核備後辦理公告事宜。

決議：

「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修正草案條文對照表

110/12/17 會議共識修正條文	110 年現行條文	修正說明
(同現行條文)	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。	
(同現行條文)	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小時緊急諮詢專線、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。	
(同現行條文)	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，建立以病人為中心的醫療觀念，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。	
(同現行條文)	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。	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、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。 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。	為利收案會員瞭解家醫計畫內容及權益，促進收案醫師與會員間互動且避免收案爭議，於文字敘明需自收個案須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。

110/12/17 會議共識修正條文	110 年現行條文	修正說明
(同現行條文)	<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。</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)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。</p> <p>(四)新參與計畫之規範</p> <p>1.所在地之鄉、鎮、市、區無社區醫療群。</p> <p>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。</p> <p>(五)社區醫療群得與下列醫事服務機構作為合作單位：</p> <p>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。</p> <p>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)。</p>	
(同現行條文)	<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>	
(同現行條文)	<p>三、社區醫療群之業務：</p> <p>(一)設立會員 24 小時諮詢專線</p> <p>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：</p> <p>(1)提供健康照護之建議。</p> <p>(2)提供就醫地點並協助聯繫就醫。</p> <p>(2)緊急狀況發生時，適時轉介個案收案醫師協助。</p> <p>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。</p>	
(同現行條文)	<p>(二)建立醫療照護品質提升及轉診機制</p> <p>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。</p> <p>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：</p> <p>(1)醫師交班表：至少含括下列項目：</p> <p>A. 兩位醫師共同照護結果。</p>	

110/12/17 會議共識修正條文	110 年現行條文	修正說明
(同現行條文)	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加值服務，如就醫、檢查快速通道、掛號優先等。	
<u>(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。</u>	<u>(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。</u>	本項增列會員仍可透過健康存摺進行滿意度調查(健康存摺嚐鮮版/其他加值服務/家醫計畫滿意度調查)。
(同現行條文)	(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。	
(同現行條文)	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。 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。	
(同現行條文)	(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。	

110/12/17 會議共識修正條文	110 年現行條文	修正說明
(同現行條文)	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 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。	
(同現行條文)	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。	
(同現行條文)	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。	
(同現行條文)	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、「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： (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 歲以上(含)多重慢性病病人。 3. 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。 (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. 慢性病個案：以給藥日份最高診所收案照顧，且於該診所門診就醫次數達 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。	
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；另每家參與診所自行收案人數上限不得超過 1200 名。	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。	部分診所以增加執業醫師方式增加收案會員人數、再由診所內其他醫師承接其他醫師收案會員導致收案人數超額，影響收案會員照護品質且脫離以該醫師忠誠病人為優先之意旨，爰新增每家診所自行收案人數上限規範。

110/12/17 會議共識修正條文	110 年現行條文	修正說明
(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)。 (一)第一階段：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。 (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。 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。	
(同現行條文)	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。	
(同現行條文)	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。	
(同現行條文)	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。	
(同現行條文)	四、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。	
(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)。	
(同現行條文)	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	

110/12/17 會議共識修正條文	110 年現行條文	修正說明
(同現行條文)	<p>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」。</p> <p>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。</p>	
(同現行條文)	<p>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：</p> <p>(一)個案管理費，每人支付 250 元/年：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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。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)，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。 2. 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，該個案及死亡個案之個案管理費按收案月份等比例支付；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。 3. 社區醫療群上年度評核指標未達 65 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。 4. 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. 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。 6. 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)。 	
(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社區醫療群無就醫紀錄，則不予核付本項費用。 <u>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。</u>	(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社區醫療群無就醫紀錄，則不予核付本項費用。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 為獎勵執行品質佳知社區醫療群，新增「社區醫療群計畫評核指標分數≥ 90分且平均每人 VC-AE 差值> 275點，則健康管理成效鼓勵費用會員每人 275 元」；將獎勵 202 群，推估約需 34 百萬元。 2. 上開獎勵項目與原本「評核指標分數≥ 90分且平均每人 VC-AE 差值> 275點，則品質提升費用會員每人 275 元」之獎勵，於績效獎勵指標合併敘明。
(同現行條文)	<ol style="list-style-type: none"> 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)。 	
<ol style="list-style-type: none"> 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： <ol style="list-style-type: none"> (1)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 	<ol style="list-style-type: none"> 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： <ol style="list-style-type: none"> (1)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 	<p>評核指標分數≥ 90分且平均每人 VC-AE 差值> 275點，支付品質提升費用獎勵合併本年度新增之健康管理成效鼓勵，於績效獎</p>

110/12/17 會議共識修正條文	110 年現行條文	修正說明
<p>點。</p> <p>(2)良好級：計畫評核指標分數介於 80 分\leq~<90 分，則支付品質提升費用會員每人 210 點。</p> <p>(3)普通級：計畫評核指標分數介於 70 分\leq~<80 分，則支付品質提升費用會員每人 175 點。</p> <p>(4)輔導級：計畫評核指標分數介於 65 分\leq~<70 分，則支付品質提升費用會員每人 145 點。</p> <p>(5)不支付：計畫評核指標分數<65 分則不予支付。</p>	<p>點；計畫評核指標分數\geq90 分且平均每人 VC-AE 差值>275 點，則支付品質提升費用會員每人 275 元。</p> <p>(2)良好級：計畫評核指標分數介於 80 分\leq~<90 分，則支付品質提升費用會員每人 210 點。</p> <p>(3)普通級：計畫評核指標分數介於 70 分\leq~<80 分，則支付品質提升費用會員每人 175 點。</p> <p>(4)輔導級：計畫評核指標分數介於 65 分\leq~<70 分，則支付品質提升費用會員每人 145 點。</p> <p>(5)不支付：計畫評核指標分數<65 分則不予支付。</p> <p>(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<65 分者，則支付個案管理費之 50%。</p>	<p>勵費用敘明，爰本項文字刪除。</p>
<p>(同現行條文)</p>	<p>五、偏遠地區參與診所績效獎勵費</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>	
<p>(同現行條文)</p>	<p>六、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\geq1 或簡易心智量表\leq23 者，社區醫療群診所提供家庭諮詢服務，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。 	
<p>(同現行條文)</p>	<p>七、多重慢性病人門診整合費用</p> <p>(一)支付條件：須同時符合下列條件</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 會員有 2 種(含)以上慢性病並於收案診所內就醫，且當年度該慢性病連續處方箋之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」。 <p>(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 500 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 500</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本計畫多重慢性病門診整合費之計算已於 110 年起納入醫療給付改善方案試辦計畫案件，本署以 109 年費用推估 <ol style="list-style-type: none"> (1) 納入 E1 案件：需約 56.3 萬點(52.3 百萬元)，影響點值約 0.02613。 (2) \geq90 分醫療群含 E1 案件：推估需約 29.6 百萬元(27.1 百萬元)，影響點值約 0.0136。 2. 依據 110 年第一次基層總額研商議事會議紀錄決議，本項經費試辦 1 年後再研議。是否持續將 E1 案件納入計算，請相關單位表示意見。

110/12/17 會議共識修正條文	110 年現行條文	修正說明
(同現行條文)	點。	
八、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」、「評核指標特優級且平均每人 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」及「多重慢性病人門診整合費用」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。	八、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」、「特優級且平均每人 VC-AE>275 點之品質提升費用」後，其餘「績效獎勵費用」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」及「多重慢性病人門診整合費用」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。	配合新增計畫「評核指標分數≥90 分(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」之績效獎勵費用，調整點值計算方式。
(同現行條文)	九、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、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。	
壹拾壹、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)	壹拾壹、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(20 分)	結構面指標調降 24 小時諮詢專線配分，由 10 分調整為 5 分。
(同現行條文)	(一) 個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診(10 分)：社區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。	
(二)設立 24 小時諮詢專線(每群全年至少測試 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(由中華民國醫師公會全國聯合會進行抽測，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 3 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 1 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(每群全年至少測試 3 次)(10 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(由保險人分區業務組抽測，以平均分數計算得分)。 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。	考量 24 小時諮詢專線已運作多年，改由醫師全聯合會進行管理並抽測，並將各醫療群平均分數提供本署計分並調整配分為 5 分。
二、過程面指標(33 分)	二、過程面指標(28 分)	過程面指標新增檢驗檢查上傳率，刪除門診雙向轉診率及雙向轉診率標題。
(一)電子轉診成功率(3 分) 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： (1)轉診使用電子平台比率≥80%，得3分。 (2)轉診使用電子平台比率≥70%，得2分。 (3)轉診使用電子平台比率≥60%，得1分。 (4)計算公式說明： 分子：電子轉診平台之轉出及接受轉入，且回復案件數(排除平行轉診) 分母：電子轉診平台之轉出及接受轉入案件數(排除平行轉診)	(一)雙向轉診(6 分) 1. 電子轉診成功率(3分) 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： (1)轉診使用電子平台比率≥80%，得3分。 (2)轉診使用電子平台比率≥70%，得2分。 (3)轉診使用電子平台比率≥60%，得1分。 (4)計算公式說明： 分子：電子轉診平台之轉出及接受轉入，且回復案件數(排除平行轉診) 分母：電子轉診平台之轉出及接受轉入案件數(排除平行轉診)	刪除門診雙向轉診率及雙向轉診率標題。

110/12/17 會議共識修正條文	110 年現行條文	修正說明																						
(刪除本條文)	<p>2. 門診雙向轉診率(3分)</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> 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1：急診治療、3：門診治療)</p>	刪除門診雙向轉診率指標。																						
<p>(二)檢驗(查)結果上傳率(10分)</p> <p><u>參加全民健康保險鼓勵醫事機構即時查訊病患就醫資訊方案，於當月醫療費用申報之前，上傳檢驗(查)結果予保險人。</u></p> <p>(1) <u>檢驗(查)結果上傳率≥50%，得10分。</u></p> <p>(2) <u>檢驗(查)結果上傳率≥40%，得8分。</u></p> <p>(3) <u>檢驗(查)結果上傳率≥30%，得6分。</u></p> <p>(4) <u>計算公式說明：</u> 分子：檢驗(查)結果上傳醫令數。 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表五所列之檢驗(查)結果上傳申報醫令數。 ◎計算條件：本指標以當年度10月至12月計算獎勵醫事服務機構上傳及申報檢驗(查)結果之項目，並排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料及出院病歷摘要資料。</p>		<p>1. 本項指標新增。為確保民眾就醫安全及提升醫療服務目，鼓勵家醫群診所即時上傳「檢驗(查)結果、醫療檢查影像」等資料，提供健康存摺及健保醫療資訊雲端查詢系統運用，110年1-9月西醫基層診所檢驗檢查上傳率約21%，爰新增指標提升基層診所上傳率。</p> <p>2. 依據111總額協商-其他部門新增「提升院所智慧化資訊機制之執行目標：提升上傳率達50%」作為本指標閾值。</p> <p>3. 110年1-9月家醫群上傳率(623群)</p> <table border="1" data-bbox="2300 898 2745 1318"> <thead> <tr> <th>醫療群檢驗檢查上傳率百分位</th> <th>上傳率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>10</td><td>0%</td></tr> <tr><td>20</td><td>0%</td></tr> <tr><td>30</td><td>0%</td></tr> <tr><td>40</td><td>0%</td></tr> <tr><td>50</td><td>0%</td></tr> <tr><td>60</td><td>0.01%</td></tr> <tr><td>70</td><td>3.57%</td></tr> <tr><td>80</td><td>24.07%</td></tr> <tr><td>90</td><td>49.02%</td></tr> <tr><td>99</td><td>85.59%</td></tr> </tbody> </table> <p>4. 計算定義：考量基層診所24小時上傳較困難，調整本指標定義為「當月費用醫療費用申報之前，上傳檢驗(查)結果予保險人」。例如：9月檢驗檢查上傳資料，請於10月20日費用申報前上傳；本組將比照現行份品質指標統計方式，於10月20日費用申報後擷取相關申報醫令之檢驗檢查上傳件數，據以統計。</p>	醫療群檢驗檢查上傳率百分位	上傳率	10	0%	20	0%	30	0%	40	0%	50	0%	60	0.01%	70	3.57%	80	24.07%	90	49.02%	99	85.59%
醫療群檢驗檢查上傳率百分位	上傳率																							
10	0%																							
20	0%																							
30	0%																							
40	0%																							
50	0%																							
60	0.01%																							
70	3.57%																							
80	24.07%																							
90	49.02%																							
99	85.59%																							
<p>(三)預防保健達成情形(20分)</p> <p>1. 成人預防保健檢查率(6分)</p> <p>(1) 會員接受成人預防保健服務<u>≥較需照護族群65百分位數</u>，得<u>6</u>分。</p> <p>(2) <u><較需照護族群65百分位數</u>，但<u>≥較需照護族群55百分位數</u>，得<u>3</u>分。</p> <p>(3) 計算公式說明： 分子：40歲(含)以上會員於基層院所接受成人健檢人數 分母：(40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)</p>	<p>(三)預防保健達成情形(22分)</p> <p>1. 成人預防保健檢查率(7分)</p> <p>(1) 會員接受成人預防保健服務<u>≥較需照護族群65百分位數</u>，得<u>7</u>分。</p> <p>(2) <u><較需照護族群65百分位數</u>，但<u>≥較需照護族群55百分位數</u>，得<u>4</u>分。</p> <p>(3) 計算公式說明： 分子：40歲(含)以上會員於基層院所接受成人健檢人數 分母：(40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)</p>	配合新增結果面指標(六)慢性病個案三高生活型態風險控制率(12分)，調降本項配分為6分。																						

110/12/17 會議共識修正條文	110 年現行條文	修正說明
(同現行條文)	2. 子宮頸抹片檢查率(5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5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：30歲(含)以上女性會員於院所接受子宮頸抹片人數。 分母：30歲(含)以上女性會員數。	
(同現行條文)	3. 65歲以上老人流感注射率(3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3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歲以上會員於基層院所接種流感疫苗人數。 分母：65歲以上總會員人數。	
4. 糞便潛血檢查率(6分) (1) 50歲以上至未滿75歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查率 \geq 50歲以上至未滿75歲較需照護族群檢查率之80百分位數，得6分。 (2) $<$ 較需照護族群檢查率之80百分位數，但 \geq 較需照護族群檢查率之70百分位數，得5分。 (3) $<$ 較需照護族群檢查率之70百分位數，但 \geq 較需照護族群檢查率之60百分位數，得3分。 (4) 計算公式說明： 分子：50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：50歲以上至未滿75歲會員人數/2。	4. 糞便潛血檢查率(7分) (1) 50歲以上至未滿75歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查率 \geq 50歲以上至未滿75歲較需照護族群檢查率之80百分位數，得7分。 (2) $<$ 較需照護族群檢查率之80百分位數，但 \geq 較需照護族群檢查率之70百分位數，得6分。 (3) $<$ 較需照護族群檢查率之70百分位數，但 \geq 較需照護族群檢查率之60百分位數，得3分。 (4) 計算公式說明： 分子：50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：50歲以上至未滿75歲會員人數/2。	配合新增結果面指標(六)慢性病個案三高生活型態風險控制率(12分)，調降本項配分為6分。
三、結果面指標(37分)	三、結果面指標(37分)	結果面指標調整配分、刪除滿意度調查、新增三高個案風險控制。
(同現行條文)	(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	
(同現行條文)	(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	
(同現行條文)	(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5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	

110/12/17 會議共識修正條文	110 年現行條文	修正說明																																																		
(同現行條文)	分母：18 歲以上家醫會員因慢性類疾病就醫人數																																																			
(同現行條文)	<p>(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)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. \geq初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率50百分位，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：會員門診主診診斷為初期慢性腎臟病之人數 <p>註：「單次尿液肌酸酐／尿液白蛋白比例(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。</p>																																																			
<p>(五)會員固定就診率(10 分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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\geq50%，得 10 分。 2. 進步率$>$5%或當年較需照護族群 60 百分位\leq會員固定就診率$<$當年較需照護族群 65 百分位且\geq50%，得 5 分。 3. 當年較需照護族群 55 百分位\leq會員固定就診率$<$當年較需照護族群 60 百分位，得 3 分。 4. 計算公式說明： 分子：會員在醫療群內診所(含合作醫院)就醫次數 分母：會員在所有西醫門診就醫次數 	<p>(五)會員固定就診率(10 分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 會員在群內(含合作醫院)之西醫門診固定就診率\geq當年較需照護族群65 百分位，得10分。 2. 進步率$>$5%或當年較需照護族群60百分位\leq會員固定就診率$<$當年較需照護族群65百分位，得5分。 3. 當年較需照護族群55百分位\leq會員固定就診率$<$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 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依全民健康保險會第 5 屆 110 年第 3 次委員會議委員、多位立法委員(楊曜、陳玉珍、黃秀芳、賴惠員)均針對「近年會員固定就診率成效不佳」之情形，請本署研謀精進策略、改善措施，爰將原「\geq當年較需照護族群 65 百分位」得 10 分，增列且需\geq50%。 2. 110 年 1-9 月家醫群固定就診率執行情形(623 群)： <table border="1" data-bbox="2300 882 2686 1333"> <thead> <tr> <th>固定就診率百分位</th> <th>收案會員固定就診率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>10</td><td>41.5%</td></tr> <tr><td>20</td><td>43.6%</td></tr> <tr><td>30</td><td>45.6%</td></tr> <tr><td>40</td><td>47.4%</td></tr> <tr><td>50</td><td>49.3%</td></tr> <tr><td>55</td><td>50.1%</td></tr> <tr><td>60</td><td>51.1%</td></tr> <tr><td>70</td><td>53.0%</td></tr> <tr><td>80</td><td>55.4%</td></tr> <tr><td>90</td><td>58.6%</td></tr> <tr><td>99</td><td>65.6%</td></tr> </tbody> </table> 3. 110 年 1-9 月應照護族群固定就診率百分位值： <table border="1" data-bbox="2300 1417 2686 1911"> <thead> <tr> <th>固定就診率百分位</th> <th>應照護族群固定就診率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>10</td><td>22.2%</td></tr> <tr><td>20</td><td>30.5%</td></tr> <tr><td>30</td><td>36.0%</td></tr> <tr><td>40</td><td>40.6%</td></tr> <tr><td>50</td><td>44.4%</td></tr> <tr><td>55</td><td>46.2%</td></tr> <tr><td>60</td><td>48.1%</td></tr> <tr><td>65</td><td>49.9%</td></tr> <tr><td>70</td><td>51.7%</td></tr> <tr><td>80</td><td>55.9%</td></tr> <tr><td>90</td><td>63.7%</td></tr> <tr><td>99</td><td>76.1%</td></tr> </tbody> </table> 	固定就診率百分位	收案會員固定就診率	10	41.5%	20	43.6%	30	45.6%	40	47.4%	50	49.3%	55	50.1%	60	51.1%	70	53.0%	80	55.4%	90	58.6%	99	65.6%	固定就診率百分位	應照護族群固定就診率	10	22.2%	20	30.5%	30	36.0%	40	40.6%	50	44.4%	55	46.2%	60	48.1%	65	49.9%	70	51.7%	80	55.9%	90	63.7%	99	76.1%
固定就診率百分位	收案會員固定就診率																																																			
10	41.5%																																																			
20	43.6%																																																			
30	45.6%																																																			
40	47.4%																																																			
50	49.3%																																																			
55	50.1%																																																			
60	51.1%																																																			
70	53.0%																																																			
80	55.4%																																																			
90	58.6%																																																			
99	65.6%																																																			
固定就診率百分位	應照護族群固定就診率																																																			
10	22.2%																																																			
20	30.5%																																																			
30	36.0%																																																			
40	40.6%																																																			
50	44.4%																																																			
55	46.2%																																																			
60	48.1%																																																			
65	49.9%																																																			
70	51.7%																																																			
80	55.9%																																																			
90	63.7%																																																			
99	76.1%																																																			

110/12/17 會議共識修正條文	110 年現行條文	修正說明																																															
(刪除本條文)	<p>(六)會員滿意度調查(10分)</p> <p>電訪社區醫療群會員滿意度，依以下會員滿意度結果評分。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 自測滿意度$\geq 80\%$，得3分。 <ol style="list-style-type: none"> (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5件平均(調查對象以慢性病個案為主) <ol style="list-style-type: none"> (1)滿意度$\geq 90\%$得7分(與自測滿意度共得本項配分100%)。 (2)滿意度$\geq 80\%$得3分(與自測滿意度共得本項配分60%)。 (3)滿意度$< 50\%$扣5分。 	<p>近年會員滿意度已達99%趨於穩定，刪除本項指標，並於本計畫「陸組織運作」，增列請醫療群協助宣導會員透過健康存摺進行家醫計畫會員滿意度調查。</p>																																															
<p>(六)慢性病個案三高生活型態風險控制率(10分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療群內150名以上慢性病收案會員之血壓(收縮壓、舒張壓)得以控制或改善，得3分。 2. 醫療群內150名以上慢性病收案會員之醣化血色素(HbA1C)得以控制或改善，得3分。 3. 醫療群內150名以上慢性病收案會員之低密度脂蛋白(LDL)得以控制或改善，得4分。 4. 計算公式說明： <ol style="list-style-type: none"> (1) 得以控制或改善定義： <p>檢驗結果後測-前測< 0或維持正常值(正常值參考國健署規範：血壓：$140\text{ mmHg}/90\text{ mmHg}$、醣化血色素：$< 7\%$或原為$10\%$以上者改善到$8\%$以下。低密度脂蛋白(LDL)：糖尿病人為$< 100\text{ mg/dl}$、非糖尿病人為$< 130\text{ mg/dl}$)。</p> (2) 血壓、醣化血色素、低密度指蛋白得以控制之收案個案不得重複計分。 (3) 執行方式：由收案診所於當年度10月底前上傳個案風險控制項目及前後測檢驗值予保險人，超過繳交期限者，本指標以0分計算。 		<ol style="list-style-type: none"> 1. 本項指標新增，以提升慢性病會員之生活型態風險控制及管理，考量為第一年執行，前後測資料由收案院所於當年度10月底前上傳予保險人。 2. 配分調整部分：24小時專線5分+雙向轉診率3分+成人預防保健1分+糞便潛血檢查+1分。 3. 慢性病個案人數：各社區醫療群慢性病人數分布不均，介於503人至34,071人不等，爰本指標各社區醫療群三高控制人數需達150人且不得重複計分。 <ol style="list-style-type: none"> (1) 經統計110年收案會員共6,007,801人，其中慢性病個案共2,855,613人，占48%。醫療群分布及人數如下： <table border="1" data-bbox="2255 1081 2715 1648"> <thead> <tr> <th>慢性個案占率百分位值</th> <th>慢性病人數</th> <th>慢性個案占率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>最小值</td><td>503</td><td>14.0%</td></tr> <tr><td>P05</td><td>1,270</td><td>27.5%</td></tr> <tr><td>P10</td><td>1,680</td><td>30.5%</td></tr> <tr><td>P20</td><td>2,363</td><td>36.6%</td></tr> <tr><td>P30</td><td>2,809</td><td>40.1%</td></tr> <tr><td>P40</td><td>3,351</td><td>43.5%</td></tr> <tr><td>P50</td><td>3,792</td><td>47.0%</td></tr> <tr><td>P60</td><td>4,440</td><td>50.5%</td></tr> <tr><td>P70</td><td>5,309</td><td>54.1%</td></tr> <tr><td>P80</td><td>6,137</td><td>58.7%</td></tr> <tr><td>P90</td><td>7,961</td><td>64.6%</td></tr> <tr><td>P99</td><td>16,148</td><td>75.6%</td></tr> </tbody> </table> (2) 450名個案推估得滿分占各醫療群慢性病個案人數占率(個案不重複推估)： <table border="1" data-bbox="2255 1722 2715 1921"> <thead> <tr> <th>300名個案占該醫療群慢性個案占率</th> <th>醫療群數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>$< 5\%$</td><td>43</td></tr> <tr><td>$5\% \leq N < 10\%$</td><td>202</td></tr> <tr><td>$10\% \leq N < 15\%$</td><td>164</td></tr> </tbody> </table> 	慢性個案占率百分位值	慢性病人數	慢性個案占率	最小值	503	14.0%	P05	1,270	27.5%	P10	1,680	30.5%	P20	2,363	36.6%	P30	2,809	40.1%	P40	3,351	43.5%	P50	3,792	47.0%	P60	4,440	50.5%	P70	5,309	54.1%	P80	6,137	58.7%	P90	7,961	64.6%	P99	16,148	75.6%	300名個案占該醫療群慢性個案占率	醫療群數	$< 5\%$	43	$5\% \leq N < 10\%$	202	$10\% \leq N < 15\%$	164
慢性個案占率百分位值	慢性病人數	慢性個案占率																																															
最小值	503	14.0%																																															
P05	1,270	27.5%																																															
P10	1,680	30.5%																																															
P20	2,363	36.6%																																															
P30	2,809	40.1%																																															
P40	3,351	43.5%																																															
P50	3,792	47.0%																																															
P60	4,440	50.5%																																															
P70	5,309	54.1%																																															
P80	6,137	58.7%																																															
P90	7,961	64.6%																																															
P99	16,148	75.6%																																															
300名個案占該醫療群慢性個案占率	醫療群數																																																
$< 5\%$	43																																																
$5\% \leq N < 10\%$	202																																																
$10\% \leq N < 15\%$	164																																																

110/12/17 會議共識修正條文	110 年現行條文	修正說明								
		<table border="1"> <tr> <td>15%≤N<20%</td> <td>103</td> </tr> <tr> <td>20%≤N<30%</td> <td>64</td> </tr> <tr> <td>30%≤N<40%</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>≥40%</td> <td>21</td> </tr> </table>	15%≤N<20%	103	20%≤N<30%	64	30%≤N<40%	26	≥40%	21
15%≤N<20%	103									
20%≤N<30%	64									
30%≤N<40%	26									
≥40%	21									
(同現行條文)	<p>四、自選指標(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(5分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>以上任一項，檢附佐證資料經分區業務組認可，得5分。</p>	自選指標原8選3調整為7選3，刪除接受醫院轉介出院病人，並辦理出院後續追蹤、雲端查詢系統查詢率；並新增醫療群內診所重複用藥核扣情形。								
(同現行條文)	<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(5分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 提供服務≥5人，得5分。 2. 提供服務≥3人，得2分。 <p>(三)假日開診並公開開診資訊(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"> 1. 開診率≥120診次，得5分。 2. 開診率≥90診次，得3分。 3. 開診率≥50診次，得1分。 <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>(四)糖尿病人眼底檢查執行率(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. ≥全國平均值，得5分。 2. 與上年度同期比進步率>0%，得3分。 <p>本項得分上限5分。</p>									
(刪除本條文)	<p>(五)接受醫院轉介出院病人，並辦理出院後續追蹤(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>	配合分級醫療落實雙向轉診已執行多年，其相關轉診(介)機制應已建立，且支付標準已支付出院準備服務、轉診支付標準針對下轉個案已有相關獎勵，刪除指標。								
(五)糖尿病會員胰島素注射率(5分)	<p>(六)糖尿病會員胰島素注射率(5分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ≥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%，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。 	調整項次								

110/12/17 會議共識修正條文	110 年現行條文	修正說明																																																								
<p>(六) 醫療群內診所重複用藥核扣情形(5分)</p> <p>1. 社區醫療群內，該年度平均重複用藥核扣金額達3,000元以下，得5分。</p> <p>2. 社區醫療群內，該年度平均重複用藥核扣金額達5,000元以下，得3分。</p> <p>3. 社區醫療群內，該年度平均重複用藥核扣金額達7,000元以下，得1分。</p>	<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」(5分)</p> <p>1. 社區醫療群內診所「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」\geq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\geq5%，得5分。</p> <p>2. 社區醫療群內診所「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\geq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。</p>	<p>1. 醫師於門診就醫時均應透過健保醫療資訊雲端查詢系統，即時查詢病人近期之用藥資訊，以提升病人用藥安全及品質，應為醫師看診必要執行項目，刪除指標。</p> <p>2. 新增「社醫療群內診所重複用藥核扣情形」指標，並參考「門診特定藥品重複用藥管理方案」當季重複用藥 1,000 元以上，方核扣藥費。全年以醫療群內重複用藥核扣金額達 3,000 點以上作為閾值。</p> <p>3. 109 年家醫群診所核扣情形</p> <table border="1" data-bbox="2237 577 2760 1029"> <thead> <tr> <th>百分位值</th> <th>重複用藥核扣點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>P10</td><td>0</td></tr> <tr><td>P20</td><td>56</td></tr> <tr><td>P30</td><td>194</td></tr> <tr><td>P40</td><td>434</td></tr> <tr><td>P50</td><td>841</td></tr> <tr><td>P60</td><td>1,468</td></tr> <tr><td>P70</td><td>2,495</td></tr> <tr><td>P80</td><td>4,307</td></tr> <tr><td>P90</td><td>8,478</td></tr> <tr><td>P99</td><td>37,670</td></tr> </tbody> </table> <p>4. 110 年 1-9 月家醫群診所核扣情形</p> <table border="1" data-bbox="2237 1113 2760 1564"> <thead> <tr> <th>百分位值</th> <th>重複用藥核扣點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>P10</td><td>0</td></tr> <tr><td>P20</td><td>36</td></tr> <tr><td>P30</td><td>150</td></tr> <tr><td>P40</td><td>361</td></tr> <tr><td>P50</td><td>714</td></tr> <tr><td>P60</td><td>1,270</td></tr> <tr><td>P70</td><td>2,140</td></tr> <tr><td>P80</td><td>3,730</td></tr> <tr><td>P90</td><td>7,377</td></tr> <tr><td>P99</td><td>31,524</td></tr> </tbody> </table> <p>5. 109 年 622 群群內核扣金額\geq3,000 點之診所數(平均 2.2 家)：</p> <table border="1" data-bbox="2237 1690 2760 1942"> <thead> <tr> <th>診所數百分位</th> <th>核扣金額\geq3,000 點之診所數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>P10</td><td>0</td></tr> <tr><td>P20</td><td>1</td></tr> <tr><td>P30</td><td>1</td></tr> <tr><td>P40</td><td>2</td></tr> <tr><td>P50</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>	百分位值	重複用藥核扣點數	P10	0	P20	56	P30	194	P40	434	P50	841	P60	1,468	P70	2,495	P80	4,307	P90	8,478	P99	37,670	百分位值	重複用藥核扣點數	P10	0	P20	36	P30	150	P40	361	P50	714	P60	1,270	P70	2,140	P80	3,730	P90	7,377	P99	31,524	診所數百分位	核扣金額 \geq 3,000 點之診所數	P10	0	P20	1	P30	1	P40	2	P50	2
百分位值	重複用藥核扣點數																																																									
P10	0																																																									
P20	56																																																									
P30	194																																																									
P40	434																																																									
P50	841																																																									
P60	1,468																																																									
P70	2,495																																																									
P80	4,307																																																									
P90	8,478																																																									
P99	37,670																																																									
百分位值	重複用藥核扣點數																																																									
P10	0																																																									
P20	36																																																									
P30	150																																																									
P40	361																																																									
P50	714																																																									
P60	1,270																																																									
P70	2,140																																																									
P80	3,730																																																									
P90	7,377																																																									
P99	31,524																																																									
診所數百分位	核扣金額 \geq 3,000 點之診所數																																																									
P10	0																																																									
P20	1																																																									
P30	1																																																									
P40	2																																																									
P50	2																																																									

110/12/17 會議共識修正條文	110 年現行條文	修正說明																								
		P60 2 P70 3 P80 3 P90 4 P99 9																								
(七)兒童預防保健檢查率(5分)	(八)兒童預防保健檢查率(5分) 1. 會員接受兒童預防保健服務 \geq 較需照護族群 80 百分位數，得 5 分。 2. $<$ 較需照護族群 80 百分位數，但 \geq 較需照護族群 75 百分位數，得 3 分。 3. 計算公式說明： 分子：6 歲(含)以下會員於基層診所接受兒童預防保健人數 分母：6 歲(含)以下會員數	調整項次																								
(同現行條文)	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 \geq 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方得計分；共照門診已於結構面指標計分，不列入本加分項)。	(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(共照門診已於結構面指標計分，不列入本加分項)。	增列需為該醫院無該科別之支援方得計分。																								
(三)轉介失智症者至失智共同照護中心接受服務(5 分)：協助疑似或確診失智症者優先轉介至診所所在縣市失智共同照護中心、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。	(三)轉介失智症病人至適當醫院就醫(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。	增列轉介至診所所在縣市失智共同照護中心，亦可記分。																								
(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		1. 參考基層總額支付制度品質確保方案，新增收案會員「同院所同日就診率」指標 基層總額支付制度品質確保方案參考值：109年 \leq 0.17%、108年 \leq 0.18%、107年 \leq 0.19%。 2. 110年1-9月社區醫療群同日就診率執行情形： <table border="1" data-bbox="2300 1249 2715 1785"> <thead> <tr> <th>同日就診率 百分位值</th> <th>家醫群 同日就診率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>10</td><td>0.000%</td></tr> <tr><td>20</td><td>0.000%</td></tr> <tr><td>30</td><td>0.002%</td></tr> <tr><td>40</td><td>0.007%</td></tr> <tr><td>50</td><td>0.012%</td></tr> <tr><td>60</td><td>0.028%</td></tr> <tr><td>70</td><td>0.055%</td></tr> <tr><td>80</td><td>0.148%</td></tr> <tr><td>90</td><td>0.445%</td></tr> <tr><td>95</td><td>0.802%</td></tr> <tr><td>99</td><td>2.039%</td></tr> </tbody> </table>	同日就診率 百分位值	家醫群 同日就診率	10	0.000%	20	0.000%	30	0.002%	40	0.007%	50	0.012%	60	0.028%	70	0.055%	80	0.148%	90	0.445%	95	0.802%	99	2.039%
同日就診率 百分位值	家醫群 同日就診率																									
10	0.000%																									
20	0.000%																									
30	0.002%																									
40	0.007%																									
50	0.012%																									
60	0.028%																									
70	0.055%																									
80	0.148%																									
90	0.445%																									
95	0.802%																									
99	2.039%																									
(五)檢驗(查)結果上傳率 \geq 80%之社區醫療群，加 5 分。		為獎勵「檢驗(查)結果上傳率」較佳之醫療群，新增指標。																								
(同現行條文)	壹拾貳、計畫管理機制：																									

110/12/17 會議共識修正條文	110 年現行條文	修正說明
(同現行條文)	<p>一、保險人負責協調總體計畫架構模式與修正。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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>	
<p>壹拾參、計畫申請方式</p> <p>參與計畫之社區醫療群應於計畫公告 3 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。</p>	<p>壹拾參、計畫申請方式</p> <p>參與計畫之社區醫療群應於計畫公告 3 個月內，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>考量本計畫已有「新參與計畫診所，得選擇現有社區醫療群參與本計畫」規範，爰為減少醫療群書面作業，前一年已參加計畫且無異動之醫療群無須再檢附申請書。</p>
(同現行條文)	<p>壹拾肆、退場機制</p> <p>一、評核期間以本計畫所訂指標執行之期程為原則。</p> <p>二、社區醫療群如評核指標未達 65 分者(評核指標 < 65 分)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。評核指標介於 65 分至 70 分者(65 分 ≤ 評核指標 < 70 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 70 分續辦標準者(評核指標 < 70 分)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。</p> <p>三、退場之醫療群，其中評核指標 > 70 分之個別診所，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。</p> <p>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>	
<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>	<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>	<p>24 小時諮詢專線改由醫師公會全國聯合會抽測，爰刪除需提供分區業務組之文字。</p>
(同現行條文)	<p>壹拾陸、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，依全民健康保險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>	
(同現行條文)	<p>壹拾柒、慢性病個案臨床治療指引及參考指標，請參閱附件四。</p>	

附件.109 年家醫計畫多重慢性病門診整合費用納入 E1 案件估算

獎勵項目	原核發情形(不含 E1 案件)				估算後情形(含 E1 案件)				估算後情形(≥90 分醫療群含 E1 案件)			
	獎勵人數	整合費用 (百萬點)	整合費用 (百萬元)	點值	獎勵人數	整合費用 (百萬點)	整合費用 (百萬元)	預估點值	獎勵人數	整合費用 (百萬點)	整合費用 (百萬元)	預估點值
調劑達 56 日- 168 日人數	80,467	40.23	37.35	0.92835	70,553	35.28	31.83	0.90221	73,894	36.95	33.80	0.91472
調劑達 169 日 (含)以上人數	254,834	240.29	240.29	0.92835	320,107	320.11	288.82	0.90221	291,696	291.70	266.82	0.91472
小計	339,301	299.06	277.64		390,660	355.39	320.63		365,590	328.64	300.62	

註 1：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 500 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 500 點。

註 2：109 年家醫全年預算 35 億元，個案管理費支應 12.43 億元(占全年預算 35.5%)，偏遠地區參與診所績效獎勵費 0.51 億元(占全年預算 1.46%)、特優級+每人 VC-AE>275 之品質提升費用 4.76 億元(占全年預算 13.59%)、績效獎勵金總點數 15.62 億點、失智症諮詢費 27.99 萬點。