

# 全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫問答集

111.03.25

Q	A	備註
一、組織運作及收案對象		
1. 組織運作型式中新增社區藥局、物理治療所及檢驗所為醫療群合作醫事機構，加入後的差別及用意為何？	為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。	未修正
2. 家庭醫師醫療群24小時諮詢專線，診所有時無法24小時隨時待機，建議有更人性化的處理方式，如其他通訊軟體~FB、LINE 聯繫，是否可以納入計算，而非要求家醫診所24小時都要接聽電話紀錄來計算。	<p>1. 建置24小時電話諮詢專線，係根據台大謝博生教授、家庭醫學醫學會規劃之社區醫療群照顧模式，符合學理及國際趨勢。</p> <p>2. 其目的為建立良好醫病關係，減少不必要之急、門診，請推廣會員多加使用。</p> <p>3. 建議FB、Line 之聯繫管道在即時回應性及考量相關個案隱私問題克服後，可以列入考慮。</p>	未修正
3. 預防保健達成指標中較需照顧族群的定義為何？	本計畫之應照護族群係當年度應收案之對象，包含計畫柒、一所列之慢性病個案(含醫療費用最高90%、高齡、參與醫療給付改善方案、失智症病人)及非慢性病個案(含醫療費用最高30%、3-5歲兒童、門診高利用)。	未修正
4. 110年計畫新增新參與計畫之規範，限制所在地之鄉、鎮、市、區無社區醫療群，才能成立新的醫療群，舊有醫療群若重組，新舊診所參與規範圍何	<p>1. 現行50個次醫療區均至少有1群醫療群提供服務，為符合以社區民眾生活圈之原則，增列本項規範。</p> <p>2. 為確保執行品質及符合社區民眾</p>	未修正

Q	A	備註
?	<p>生活圈，如原醫療群組成龐大或有地理位置及科別組成等因素，可拆分為兩個醫療群；另如舊有醫療群經整併、重組為新的醫療群，其組成應至少1/2以上屬原已參與計畫之診所。</p>	
<p>5. 24小時諮詢專線之接聽人員應執業登記於社區醫療群內診所為原則：</p> <p>(1)如接聽人員有跨區執登情形，該如何認定是否符合規定？</p> <p>(2)另醫療群有共聘醫事人員接聽24小時諮詢專線之情形，共聘群數上限是否可訂定？</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 現行有數個社區醫療群共聘醫事人員接聽24小時諮詢專線，如醫事人員執業登記處所有跨區或跨縣市執業登記情形，為免影響接聽品質，分區業務組得請社區醫療群於計畫申請文件提出說明後據以認定為宜。</li> <li>2. 有關多個醫療群共聘醫事人員接聽24小時諮詢專線，考量各個醫療群參與院所數及照護會員人數不一，為避免影響接聽品質，請各分區業務組協請共聘醫事人員之醫療群提供說明文件，據以評估認定。</li> </ol>	<p>新增第(2)點</p>
<p>6. 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，如何認定醫療群有向會員說明？需填寫同意書或其他證明文件嗎？</p> <p>健保署指定會員或院所自行收案會員，若個案因故不同意收案時，後續應如何處理？</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 請社區醫療群向收案會員說明相關事項時(含使用通訊軟體說明)，可於病歷記載備查，如遇相關爭議時得出具避免爭議，並鼓勵收案會員於健康存摺填寫滿意度調查。</li> <li>2. 如個案不同意收案者，請社區醫療群將個案名單提供分區業務組進行結案。</li> </ol>	<p>新增</p>

Q	A	備註
<p>7. 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；並鼓勵會員利用健康存摺填寫社區醫療群會員滿意度調查，(1)每一醫療群需填寫多少份會員滿意度調查問卷？(2)有關鼓勵會員利用健康存摺填寫線上會員滿意度問卷，是否設有年度各醫療群滿意度填答數量標準？</p>	<p>1. 為瞭解家醫會員對於社區醫療群及家庭醫師滿意度並維持家醫計畫照護品質，建議社區醫療群比照往年請50名以上<u>收案會員(含應收及自收會員)</u>至健康存摺填寫滿意度調查。</p> <p>2. 本署將於當年底統計各社區醫療群有填寫會員滿意度調查之醫療群、會員人數及滿意度，並回饋醫療群。</p>	新增
<p>8. 社區醫療群每家參與診所自行收案人數上限不得超過1200名，其中包含前一年度評核指標<math>\geq 90</math>分可加收100名個案之名額嗎？即若有一診所屬特優級且有6位醫師，包含額外加收之100名，該診所自收個案總計為1200名？</p>	<p>社區醫療群每家參與診所自行收案人數上限之1200名個案包含特優級加收的100名個案。如為特優級且有6名醫師，其該診所自收個案總計仍為1200名。</p>	新增
<p>二、參與院所、醫師資格</p>		
<p>9. 申請參與之特約醫療院所2年內無違反本保險特約醫事服務機構特約及管理辦法第38-40條之違規期間認定，如A診所第一次處分函處停約2個月(105/1/1~105/2/28)，違規期間認定為何？</p>	<p>1. 依本計畫玖參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求規定：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>2. 故A診所違規期間認定，以保險人第一次處分函所載停約105/1/1停約日起算，2年內無違約情形，故自107/1/2起即可參加本計畫。</p>	未修正
<p>10. 因每年計畫公告時程不同，參加診所違規期間認定，如第一</p>	<p>1. 因107年本計畫於107年4月13日公告，但實施日期自107年1月1日起</p>	未修正

Q	A	備註
<p>次處分函所載日期為107年3月1日，請問可參加當年度計畫嗎？</p>	<p>生效，醫療院所應於計畫公告3個月內提出申請，即於107年7月12日前提出申請。</p> <p>2. 依計畫玖、三規定，醫療院所參與計畫執行期間，違反本保險特約醫事服務機構特約及管理辦法第38-40條，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。</p>	
<p>11. 參與醫師中途退出，如診所所有2位參與計畫之醫師，</p> <p>(1)其收案會員應由那位醫師承接？</p> <p>(2)社區醫療群自行收案部分採定額方式，每名醫師加收人數上限為200名，惟醫師離職移轉會員給同診所其他醫師，已脫離自行收案名單以該醫師之忠誠病人為優先之意旨，且造成個別醫師自行收案名單超過上限200人，是否符合計畫規定？</p>	<p>1. 考量當年度收案會員照護連續性，依本計畫玖、二規定，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>2. 故中途退出之醫師，其收案會員應由該診所符合資格之「主要照護醫師」承接，以提供會員連續性照護。</p> <p>3. 承接後之社區醫療群需主動告知承接後自收會員主要照護醫師更換，如會員不同意更換主要照護醫師則不予收案。</p>	<p>新增第(2)點及加強文字說明</p>
<p>12. 參與計畫醫師因診所更換負責人(診所主體未變，原2位醫師均有參與計畫，負責人由A醫師換成B醫師且於原址開業)換診所代號，醫療群來函分區業務組亦同意繼續參與，次年</p>	<p>考量家醫會員會員照護之連續性，計畫執行期間診所代號異動(如搬遷)，原參與本計畫醫師未異動，分區業務組得視診所原址、原機構、服務內容及設備設施均無改變等狀態，逕依權責專案認定後同意該診所轉換病患名單至新診所。</p>	<p>未修正</p>

Q	A	備註
<p>參與計畫，其舊代號之指定會員可以轉到新代號嗎？</p>		
<p>13. 參與家醫計畫醫師因故中途退出(出國進修等)，有來函且經分區業務組同意，或有辦理會員移轉給另一位醫師照護之醫師，次年是否能加入家醫計畫？其中搬遷定義，若診所為跨區搬遷亦可加入計畫嗎？</p>	<p>1. 依本計畫玖、二訂定之參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求規定，參與計畫之醫師一年內無經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄者，方可參加計畫。</p> <p>2. 若為不可歸責因素而退出計畫者，如診所因搬遷(含跨區)導致變更醫事機構代碼、衛生所醫師因公調職至其他醫事機構等，非參與計畫之診所或醫師自願退出本計畫之情況，經分區業務組認定後可加入計畫。</p>	<p>加強文字說明</p>
<p>14. 有關計畫玖、社區醫療群或診所未函知保險人各分區業務組異動情形，至自動退出本計畫之紀錄，請問若有來函申請退出本計畫，是否隔年即可加入計畫？</p>	<p>依本計畫玖、二訂定之參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求規定，參與計畫之醫師一年內無「(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」或「(二)經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄」者，方可參加計畫。</p>	<p>新增</p>
<p>15. 合作醫院違反特管法第38-40條停約1個月以上，停約期間不得當合作醫院，次年可以當合作醫院嗎？</p>	<p>合作醫院違反特管法停約1個月以上，須符合以下要件，即可繼續參與計畫：</p> <p>1. 醫院處分為停部分診療科別、服務項目等即非全部停約。</p> <p>2. 停約處分經本署同意抵扣。</p>	<p>未修正</p>
<p>三、評核指標</p>		

Q	A	備註
<p>16. 疫情期間，結構面指標之個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導及病房巡診之場次及每月觀摩會議可否從寬認定？個案研討、社區宣導及每月觀摩會議等因涉及集會之活動是否可延續110年度採視訊會議？仍每月至少須辦理1場嗎？</p>	<p>為因應嚴重特殊傳染性肺炎，避免集會群聚感染，在防疫期間，針對部分指標涉及需辦理個案研討、社區衛教宣導及每月觀摩會議等活動，放寬社區醫療群得不須每月至少辦理1場，年底前按社區醫療群參加計畫月份補齊辦理場次數量即可；個案研討部分亦可採視訊方式辦理，惟須檢附相關證明文件(如視訊截圖、會議紀錄及簽到表等)經分區認可才納入計算；111年仍受疫情影響，本項指標仍可依前述說明，從寬認定。</p>	<p>修正試用期間及加強文字說明</p>
<p>17. 同院所2位醫師中如僅有1位參加計畫，未參加計畫的醫師使用電子轉診案件是否會列計？</p>	<p>電子轉診案件之計算，係以院所使用電子轉診情況列計，不限診所內醫師是否參加家醫計畫。</p>	<p>未修正</p>
<p>18. 有關電子轉診成功率： (1)分子：電子轉診平台之轉出及接受轉入，且病人完成轉診就醫之案件數，是否兩項均需達成才納入計算？如何認定病人完成轉診就醫？ (2)轉診使用電子轉診平台可否跨區跨業務組轉診</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 使用電子轉診平台之轉出及接受案件係為分開計算，無須兩項皆達成才納入計算。</li> <li>2. 本署之電子轉診平台可適用跨區轉診。</li> <li>3. 本項係為計算使用電子轉診實際執行情形，認定病人完成轉診就醫係採計接受院所實際受理並回復該筆轉診資料。</li> </ol>	<p>未修正</p>
<p>19. 檢驗(查)結果上傳率之院所檢驗項目多為交付至檢驗所，檢驗(查)結果無檔案可供上傳，若檢驗所上傳資料，是否會納入院所上傳醫令數？檢驗(查)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 如為診所交付至檢驗所且由檢驗所申報計價費用之案件，其檢驗檢查上傳率不納入原本交付院所計算。</li> <li>2. 如為診所交付給檢驗所但仍由診所</li> </ol>	<p>新增</p>

Q	A	備註
<p>結果上傳率<math>\geq 50\%</math>是指與全國醫療群比嗎？</p>	<p>申報計價費用之案件，其檢驗檢查上傳率納入申報診所計算，即以誰申報誰上傳方式計算。</p> <p>3. 現檢驗(查)結果上傳格式，無門診申報格式之「醫令調劑方式」及「委託或受委託執行轉(代)檢醫事機構代號」欄位，亦無交付機構的「原處方服務機構代號」欄位，故無法以檢驗(查)結果上傳格式判斷明確的轉代檢狀況；如後續新增判別方式或欄位可進行明確轉代檢狀況之判別，本署會將檢驗所上傳資料納入原處方服務機構計算。</p> <p>4. 計算方式：以社區醫療群之「檢驗(查)結果上傳醫令數」除以「檢驗(查)結果申報醫令數」之比率<math>\geq 50\%</math>即達目標。</p>	
<p>20. 受疫情影響，會員預防保健延後執行是否會影響預防保健達成率之成績？</p>	<p>預防保健達成率的比較基準係與應照護族群相較，且疫情係影響整體就醫情形，而非單一診所，應不致影響預防保健達成率之成績。</p>	<p>未修正</p>
<p>21. 糖尿病會員胰島素病人注射率之操作型定義。</p>	<p>1. 本項指標之分母：會員門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數(糖尿病為任一主次診斷之ICD_10_CM前三碼為E08-E13之門診案件；糖尿病用藥為ATC前三碼為A10)。</p> <p>2. 本項指標之分子：糖尿病會員於西醫基層胰島素注射天數<math>\geq 28</math>天之人數(胰島素注射</p>	<p>未修正</p>

Q	A	備註
	(Insulins)ATC 前五碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE)。	
22. 會員急診率(分子:會員急診人次/分母:會員人數),請問會員急診人次是扣除經轉診後人次,還是只要掛急診就算?	會員急診率會員急診人次之計算,僅排除外傷案件,未扣除經轉診後之人次。	未修正
23. 初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢之檢驗檢查執行率之操作型定義?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本項指標之目的為早期發現初期慢性腎臟病病人。</li> <li>2. 本項指標之分母:會員門診主診診斷為初期慢性腎臟病之人數,初期慢性腎臟病之定義則依據全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部品質支付服務第三章初期慢性腎臟病問答集中新收案條件之慢性腎臟疾病所列之診斷碼。</li> <li>3. 本項指標之分子:會員於西醫基層執行初期慢性腎臟病之檢驗人數,申報 ACR(12111C+09016C)或 PCR(09040C+09016C、06012C、06013C)任一檢查。</li> <li>4. 分子及分母日期區間係採計執行計畫期間之費用年月申報資料。</li> </ol>	未修正
24. 會員固定就診率計算之會員在群內(含合作醫院)之西醫門診固定就診率 $\geq$ 「當年較需照護族群65百分位且 $\geq 50\%$ 」,得10分之計算依據?	係會員之西醫門診固定就診率需 $\geq$ 「當年較需照護族群65百分位」且西醫門診固定就診率 $\geq 50\%$ 者,得10分	新增

Q	A	備註
<p>25. 慢性病個案三高生活型態風險控制率之醫療群內150名以上慢性病收案會員，</p> <p>(1)請問是醫療群自己選150位嗎？慢性病收案會員擇定，是否有限定個案類別(A~C)及會員類別(1~6)？</p> <p>(2)若收案會員亦屬論質計酬收案對象(如DM論質方案)，是否能重複列計於該指標？</p>	<p>慢性病個案三高生活型態風險控制率之個案須為慢性病收案會員，即由健保署交付之較需照護之名單中慢性病個案(符合以下任一條件之收案會員)：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2. 65歲以上(含)多重慢性病病人。</li> <li>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。</li> </ol>	<p>新增</p>
<p>26. 慢性病個案三高生活型態風險控制率之醫療群內150名以上慢性病收案會員，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：</p> <p>(1)其操作型定義、申報注意事項及上傳前後測檢驗值之流程為何？上傳格式及路徑為何？</p> <p>(2)本項指標計算區間？</p> <p>(3)群內每家診所所有最低上傳</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 有關個案三高生活型態風險控制率將比照會員資料上傳方式，本署將於健保資訊網服務系統(VPN)提供診所上傳(含批次上傳)。相關上傳格式資訊組刻正開發系統(預定年中完成)，完成後將立即通知各醫療群及診所路徑、上傳格式等資訊。</li> <li>2. 診所應於收案時檢測個案檢驗值(前測)，並由醫師自行擇定各個慢性病會員於本年度須控制之三高項目(血壓、醣化血色素、低密</li> </ol>	<p>新增</p>

Q	A	備註
<p>人數限制嗎？血壓、HbA1C及LDL等三項指標之上傳150名個案可以重複嗎？若同一個案有上訴3種疾病診斷該如何採計？以主診斷作為採計嗎？</p>	<p>度脂蛋白)，進行健康管理。</p> <p>3. 診所10月底前再次檢測個案檢驗值(後測)，自收案至10月底上傳資料前。</p> <p>4. 診所於10月底前於本署開發之系統，同時上傳該名個案擇定之三高項目(血壓、醣化血色素、低密度脂蛋白)、前測及後測之檢驗檢查值。</p> <p>5. 醫療群每個風險控制項目需至少上傳個案150名才可納入計分(3項共需上傳450名個案，才可得10分)，如一個會員同時符合三種疾病，則由醫師自行選擇一項該名會員需要控制之三高項目，不得重複計算。</p>	
<p>27. 自選指標(一)提升社區醫療群品質，需辦理一場(含)以上健康管理活動，或每月辦理學術演講活動提升社區醫療群醫療品質，檢附之佐證資料為何？主題內容及時間等規範為何？活動應與當地主管機關(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，其他學公會是否可以？</p>	<p>1. 本項指標訂定目的在於希望醫療群能夠做到跨群分享及觀摩，用以作為群內改善之依據。或是將其成果分享給未參與計畫之診所，增加診所於未來加入團隊之誘因。</p> <p>2. 學術演講活動，係考量醫療群的表現績效如不足以讓其他單位觀摩，至少可以藉由一些學術活動，提升群的照護品質；定期辦理之頻率應每月至少一次，辦理期間為計劃執行起訖期間。</p> <p>3. 佐證資料如活動議程、內容、簽到單、照片等資料。</p>	<p>未修正</p>

Q	A	備註
	<p>4. 為達跨群分享及觀摩，作為群內改善之依據，觀摩活動應與分區業務組、衛生局、家醫學會或醫師公會合作並公開透明，合辦單位應為與本計畫相關之學公會為主。</p>	
<p>28. 自選指標(四)糖尿病病人眼底鏡檢查，如果轉介到醫療群外的診所做檢查，會列計成績嗎？</p>	<p>1. 本項指標係採用 DA 指標，分子：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行眼底檢查或眼底彩色攝影檢查人數；分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。</p> <p>2. 故按前述指標定義，本項指標係採計醫療群內之診所，有執行眼底檢查或眼底彩色攝影檢查人數。</p>	<p>未修正</p>
<p>29. 自選指標(六)-醫療群內診所重複用藥核扣情形</p> <p>(1)請問重複用藥核扣金額的計算是僅限計算會員的部分?(2)還是計算該診所全部就診病人的重複用藥核扣金額呢?(即不論是否為會員皆列入計算)</p> <p>(2)另核扣金額是以該年度平均值來計算，請問該平均值的分子/分母是否為群內每家診所的重複用藥核扣金額加總/群內診所數?請問計算邏輯?</p>	<p>1. 本指標定義係依據「門診特定藥品重複費用管理方案」中各院所「當季重複用藥費用1000元以上須核扣藥費」金額計算每季各診所核扣藥費金額，即所有病人均納入計算。</p> <p>2. 計算方式：</p> <p>(1)每季醫療群內每家診所重複用藥核扣藥費金額加總=各個醫療群之診所每季(Q1~Q4)重複用藥核扣金額。</p> <p>(2)各醫療群之診所每季加總重複用藥金額進行全年平均(即 Q1~Q4 金額/4)為「醫療群全年平均重複用</p>	<p>新增</p>

Q	A	備註
	<p>藥核扣金額」。</p> <p>(3)「醫療群全年平均重複用藥核扣金額」為3,000元以下，得5分。</p>	
<p>30. 加分項(二)醫療群醫師支援醫院指標，報備支援醫院每月執行業務之操作定義及是否今年度支援醫院之月份大於6個月即能申請該指標分數</p>	<p>1. 本項指標係為強化診所與醫院間垂直合作，且計畫之宗旨為提供病人連續性之照護。</p> <p>2. 爰社區醫療群醫師於計畫執行起訖期間每月定期支援醫院，並提供如報備支援之醫院核定資料及門診時刻表等佐證資料，方可得分。</p>	<p>未修正</p>
<p>31. 加分項(二)社區醫療群醫師支援醫院，新增「醫院無該科別之支援方得計分」，應檢附哪些佐證資料？支援開刀房部分是否比照無該科別方可得分之規定嗎？如果該醫院部分科別之醫生人數招聘不足，須由醫療群醫師報備支援，是否可列入計分？請問要怎麼查詢醫院當初設置時就有這項科別？社區醫療群醫師支援醫院(醫院無該科別之支援方得計分)？支援醫師為次專科別之特別門診是否可列入(如小兒內分泌科)？</p>	<p>1. 請診所檢附支援醫院之門診時刻表、手術排班表進行佐證得納入計分。</p> <p>2. 部分科別之醫師人數招聘不足，或特殊次專科支援等情形，請醫療群提供該醫師支援前後之門診時刻表差異等資料，以茲證明該醫院新增該支援醫師服務，方得納入計分。</p>	<p>新增</p>
<p>32. 加分項(三)轉介失智症病人至適當醫院就醫或轉介社會福利資源協助，並留有紀錄者，如何認定及需提供什麼佐證資</p>	<p>1. 由醫療群提供轉介失智症病人之資料，計畫執行期間轉介個案一位以上且留有紀錄即得分。</p> <p>2. 佐證資料無格式規定，由醫療群</p>	<p>加強文字說明</p>

Q	A	備註
<p>料?佐證資料之評估量表是否仍需要有 CDR 或 MMSE 評估，其他篩檢量表是否能認定?是否有限專科別?確診之失智病人轉介至非診所所在縣市失智共同照護中心，是否可納入計分?(因與子女居住照護地緣性有跨縣市問題)?針對疑似但非確診為失智症轉介均可採計嗎?</p>	<p>提供可供認定轉介資料即可(如轉診單、確診診斷證明書、CDR&gt;1分或 MMSE&lt;23分之評估量表等)。</p> <p>3. 另依據全民健康保險藥品給付規定，失智症治療藥品限由神經科或精神科醫師診斷及處方，並需檢附 MMSE 或 CDR 智能測驗做為佐證資料者；本項加分項如佐證資料為評估量表(MMSE 或 CDR 智能測驗)，仍應依前述藥品給付規定，評估量表應由神經科或精神科醫師診斷及開立。</p> <p>4. 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，且轉介個案應為失智症確診個案，得納入計分。</p> <p>5. 如因失智症個案居住地原因轉介至非診所所在地之失智症共同照護中心，請診所提供佐證資料方得納入計分。</p>	
<p>33. 加分項(五)檢驗(查)結果上傳率<math>\geq 80\%</math>之社區醫療群該指標計算區間為何?結果上傳率<math>\geq 80\%</math>是指與全國醫療群比嗎?</p>	<p>1. 計算條件與過程面指標(二)檢驗(查)結果上傳率相同，區間以當年度10月至12月計算。</p> <p>2. 以社區醫療群之「檢驗(查)結果上傳醫令數」除以「檢驗(查)結果申報醫令數」之比率<math>\geq 80\%</math>即達目標值。</p>	<p>新增</p>

Q	A	備註
<p>34. 有關「同院所同日就診率：收案會員同院所同日再就診率&lt;0.015%」：</p> <p>(1)指標列計是否包含合作醫院？少數會員因病於醫院同日看診多科別。</p> <p>(2)若同家診所所有2位不同醫師看診，且皆申報醫療費用，是否屬同院所同日再就診？</p> <p>(3)同院所同日就診計算邏輯，是否依院所申報診察費之件數計算？</p>	<p>1. 同院所同日就診率係依西醫基層總額支付制度品質確保方案新增。不包含合作醫院；僅計算收案會員於個別診所同日再就診情形。</p> <p>2. 本指標計算排除代辦案件及診察費為0之案件；如於同診所就診且申報兩筆以上診察費者，將納入同日就診率計算。</p>	<p>新增</p>
<p>四、費用申報及支付方式</p>		
<p>35. 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，現行失智症諮詢費是隨每月費用申報進來，屆時年度結算如本計畫點值低於各業務組浮動點值，是否進行追扣？</p>	<p>是。</p>	<p>未修正</p>
<p>36. 個案管理費超過給付上限之醫師，死亡或結案之會員個案管理費核扣原則？</p>	<p>如個案管理費超過支付上限(1,080/1,180人)，優先於超收會員數中排除死亡個案、醫療給付改善方案及居家醫療照護整合計畫之收案個案及自行收案未就醫個案後，再行計算個案管理費。</p>	<p>未修正</p>
<p>37. 醫療群診所換群，如80分的群換至有90分、90分換至80分或</p>	<p>1. 依計畫壹拾、四、(一)規範，每位醫師個案管理費之支付上限為</p>	<p>未修正</p>

Q	A	備註
90分換至90分，個案管理費會員之給付上限？	<p>1,080名，上年度評核指標<math>\geq</math>90%之醫療群醫師上限為1,180名。</p> <p>2.如醫療群診所換群，僅有90分換至90分者，個案管理費支付上限為1,180名，餘皆為1,080名。</p>	
38. 計畫中會員因疾病因素若由應收案對象轉為醫療給付改善方案及居整個案收案名單，請問係由本署統一給各分區計算個案費用。	<p>1.依本計畫壹拾、四、(一)規定，計畫會員如屬醫療給付改善方案及居家醫療照護整合計畫之個案，自計畫收案日起不予支付個案管理費。</p> <p>2.自108年起，由署本部統一計算各醫療群個案管理費支付明細，供分區業務組參考。</p>	未修正
<p>39. 多重慢性病人門診整合費用</p> <p>(1)申報條件及支付方式為何?</p> <p>(2)申報整合照護模式註記方式?</p> <p>(3)多重慢性病人需逐筆填報門診整合註記P，是否可透過門診申報資料自行勾稽有整合成功的個案，再給予核付，以減少院所行政作業。</p>	<p>1.為減少家醫會員於不同院所就醫及重複用藥，由收案診所提供多重慢性病人門診用藥整合，符合計畫要件者支付每會員每年度500點或1000點。</p> <p>2.家醫會員如有高血壓、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、慢性阻塞性肺病等12種慢性病，2種(含以上)慢性病並於收案診所內就醫(不限科別醫師)，且當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日分達56日(含)以上，無重複用藥情形，即可支付本項費用。</p> <p>3.如家醫會員因前述12種慢性病於</p>	新增(3)

Q	A	備註
	<p>收案診所外就醫，且未開立該慢性病之慢性病連續處方箋，該案件則不納入排除支付計算。</p> <p>4. 醫師每次提供整合照護後，除於病歷記載備查外，醫療費用申報時皆須於「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「P-家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合模式」。</p> <p>5. 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」，診所應依據計畫規定針對有提供整合照護個案進行註記；未註記者視為未提供整合照護模式服務，不得計算獎勵費用。</p>	