

附件 1、113 年度家庭醫師整合性照護計畫修正對照表

113 年草案內容	112 年原內容
<p>陸、組織運作</p> <p>一、社區醫療群之組織運作型式：</p> <p>(六)<u>家醫2.0醫療群：申請成為「家醫2.0醫療群」之診所，若當年度未參加醫療給付改善方案(下稱P4P)-糖尿病/初期慢性腎臟病/糖尿病合併初期慢性腎臟病(下稱DM/CKD/DKD)，應按本計畫規範加強DM/CKD疾病管理能力。</u></p> <p>四、計畫執行中心及其規範</p> <p>(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：</p> <p>1. 本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配，並於計畫申請時，擇定社區醫療群是否參與家醫2.0醫療群</p> <p>柒、收案對象(會員)</p> <p>(三)名單交付原則如下：</p> <p>1. <u>較需照護個案若已被P4P-DM/CKD/ DKD、代謝症候群防治計畫(代謝計畫)收案，且其收案診所前一年度有參加本計畫，則優先交付，並以DKD、DM、代謝計畫、CKD收案診所為優先交付順序。</u></p> <p>2. <u>其餘個案按下列交付原則：</u></p> <p>(1)慢性病個案：...</p> <p>(2)非慢性個案：...</p>	<p>陸、組織運作</p> <p>一、社區醫療群之組織運作型式：</p> <p>四、計畫執行中心及其規範</p> <p>(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：</p> <p>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。</p> <p>柒、收案對象(會員)</p> <p>(三)名單交付原則如下：</p> <p>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，</p>

113 年草案內容	112 年原內容
<p>捌、管理登錄個案</p> <p>二、社區醫療群需於計畫公告2個月內及依上年度...</p> <p>(一)第一階段：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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。 2. <u>前一年度已為家醫會員之應照護族群，收案名單由保險人自動轉入健保資訊網服務系統VPN。</u> <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所列違規情事之一暨<u>第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者</u>（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者）。前述<u>未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。</u></p>	<p>次年則再依交付原則分派院所收案。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>捌、管理登錄個案</p> <p>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經上傳至健保資訊網服務系統VPN</p> <p>(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。</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>

113 年草案內容	112 年原內容
<p>四、<u>教育訓練</u>：</p> <p>(一)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...。</p> <p>(二)<u>申請成為「家醫2.0醫療群」之診所，若未參加P4P-DM/CKD/DKD方案，其參與本計畫之醫師應按較需照護個案之疾病樣態，接受DM/CKD相關教育課程。</u></p> <p>A.<u>各項疾病之時數要求如下：</u></p> <p>(1)<u>第一年：</u></p> <p>A.<u>DM：8 小時之糖尿病或糖尿病(含初期慢性腎臟病)相關教育訓練課程。</u></p> <p>B.<u>CKD：6 小時之初期慢性腎臟病或 8 小時之糖尿病(含初期慢性腎臟病)相關教育訓練課程。</u></p> <p>C.<u>DKD：8 小時之糖尿病及 6 小時之初期慢性腎臟病相關教育課程，或 8 小時之糖尿病(含初期慢性腎臟病)相關教育訓練課程。</u></p> <p>(2)<u>第一年後，每年需接受 8 小時之糖尿病繼續教育訓練課程。</u></p> <p>B.<u>上開教育訓練課程得由中華民國醫師公會全國聯合會(含各縣市公會)、台灣醫院協會(含各層級協會)、中華民國糖尿病學會、中華民國糖尿病衛教學會、</u></p>	<p>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；...。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。</p>

113 年草案內容	112 年原內容
<p><u>台灣醫療繼續教育推廣學會、國民健康署公布之糖尿病健康促進機構、台灣腎臟醫學會、各縣市衛生局及專科醫學會主辦。</u></p> <p>壹拾、費用申報及支付方式</p> <p>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...，及「<u>“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</u>」，「<u>“2Z9”家庭醫師整合性照護計畫-糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費補付</u>」及「<u>“1Z9”家庭醫師整合性照護計畫-糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費追扣</u>」。</p> <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> <p>2. 本計畫會員如為如為本保險醫療給付改善方案及居家醫療照護整合計畫及代謝計畫之收案個案，...不支付個案管理費。<u>惟本計畫會員之收案診所與所有醫療給付改善方案及代謝計畫收案診所皆相異，不受前述限制。</u></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社區醫療群無就醫紀錄，則不予核付本項費用。計畫評核指標為特優級且平均每人VC-AE差值>275點之家醫2.0醫療群，則支付績效獎勵費</p>	<p>壹拾、費用申報及支付方式</p> <p>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...，及「<u>“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</u>」。</p> <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> <p>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及代謝計畫之收案個案，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。</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社區醫療群無就醫紀錄，則不予核付本項費用。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</p>

113 年草案內容	112 年原內容
<p>用會員每人550元。</p> <p>六、失智症門診照護家庭諮詢費用</p> <p>(一)病人條件：<u>參與本計畫且經神經科、精神科或老年醫學專科醫師評估之失智症病人(失智症評估表(Clinical Dementia Rating,CDR)值\geq1或簡易心智量表\leq23)，而有諮詢需要者。</u></p> <p>(二)<u>社區醫療群診所得提供符合上述條件之收案會員家庭諮詢服務，並申報本項費用。</u></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> <p>1. <u>會員有2種(含)以上慢性病並於收案診所內就醫，且當年度每件慢性病就醫開立之慢性病連續處方箋需含兩類(含)以上慢性病用藥，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。</u></p> <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<u>550</u>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<u>550</u>點</p> <p>八、<u>糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費：</u></p> <p>(一)<u>適用對象：「家醫2.0醫療群」會員中，DM/CKD/DKD個案。</u></p> <p>(二)<u>給付條件：DM病人之HbA1c及LDL、CKD病人之UACR、DKD病人之HbA1c、LDL及UACR之檢驗結果有進步或最後一次檢驗</u></p>	<p>每人550元。</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，<u>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，社區醫療群診所得提供家庭諮詢服務，並申報本項費用。</u></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> <p>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。</p> <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點。</p>

113 年草案內容	112 年原內容
<p><u>結果位於控制良好範圍，若任一項檢驗項目未有進步或不符合控制良好範圍，不予支付。</u></p> <p><u>(三)控制良好範圍及進步之定義：</u></p> <p>A.控制良好：</p> <p>(1) <u>糖化血色素(HbA1c)：<7%。</u></p> <p>(2) <u>低密度脂蛋白(LDL)：</u> <u><100mg/dL。</u></p> <p>(3) <u>尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)：<30mg/gm。</u></p> <p>B.進步定義：<u>檢驗結果後測-前測<0，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度7月1日之後，且前測及後測日期應間隔84天(含)以上。</u></p> <p>C.資料範圍：<u>限醫療群內診所(含交付檢驗所)之上傳檢驗(查)數據，不含合作醫院。</u></p> <p><u>(四)支付方式：</u></p> <p>1. <u>符合前項條件之DM或CKD病人，每一個案每年度支付250點；DKD病人，每一個案每年度支付750點。</u></p> <p>2. <u>「家醫2.0醫療群」診所未於年度結束前完成DM/CKD相關訓練課程，不予支付。</u></p> <p>3. <u>當年度已獲P4P-DM/CKD/DKD品質獎勵金之診所，同一個案不得重複領取該計畫品質獎勵金或本項費用。</u></p> <p>九、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點之家醫2.0醫療群績效獎勵費用」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</p>	<p>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</p>

113 年草案內容	112 年原內容
<p>，且每點支付金額不高於1元。</p> <p>壹拾壹、計畫評核指標</p> <p>二、過程面指標(23分)</p> <p>(刪除檢驗(查)結果上傳率)</p> <p>(一)預防保健達成情形(23分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 成人預防保健檢查率(5分) 3. 65歲以上老人流感注射率(3分) 4. 糞便潛血檢查率(5分) <ol style="list-style-type: none"> (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\geq50歲以上至未滿75歲較需照護族群檢查率之83百分位數，得<u>5</u>分。 (2) $<$較需照護族群檢查率之83百分位數，但\geq較需照護族群檢查率之73百分位數，得<u>3</u>分。 (3) $<$較需照護族群檢查率之73百分位數，但\geq較需照護族群檢查率之63百分位數，得<u>2</u>分。 5. B、C肝炎篩檢率(5分) <ol style="list-style-type: none"> (1) <u>會員接受B、C肝炎篩檢率\geq較需照護族群70百分位數，得5分。</u> (2) <u>$<$較需照護族群70百分位數，但\geq較需照護族群60百分位數，得3分。</u> (3) <u>計算公式說明：</u> <u>分子：曾做過B、C肝炎篩檢之會員人數</u> <u>分母：符合B、C肝炎篩檢資格之會員人數(45歲以上未滿80歲者、原住民為40歲以上未滿80歲者)</u> 	<p>支付，且每點支付金額不高於1元。</p> <p>壹拾壹、計畫評核指標</p> <p>二、過程面指標(33分)</p> <p>(一)檢驗(查)結果上傳率(10分)</p> <p>(二)預防保健達成情形(23分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 成人預防保健檢查率(7分) 3. 65歲以上老人流感注射率(4分) 4. 糞便潛血檢查率(7分) <ol style="list-style-type: none"> (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\geq50歲以上至未滿75歲較需照護族群檢查率之83百分位數，得7分。 (2) $<$較需照護族群檢查率之83百分位數，但\geq較需照護族群檢查率之73百分位數，得5分。 (3) $<$較需照護族群檢查率之73百分位數，但\geq較需照護族群檢查率之63百分位數，得3分。
<p>三、結果面指標(47分)</p>	<p>三、結果面指標(37分)</p>

113 年草案內容	112 年原內容
<p>(六)</p> <p>1. 慢性病個案三高生活型態風險控制率(15分)</p> <p>(1) 醫療群內 <u>200</u> 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 5 分。</p> <p>(2) 醫療群內 <u>200</u> 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 5 分。</p> <p>(3) 醫療群內 <u>200</u> 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 5 分。</p> <p>(4) 三高生活型態監測值應介於合理範圍：</p> <p>A. 血壓：收縮壓介於 70 至 300mmHg，舒張壓介於 40 至 200 mmHg。</p> <p>B. HbA1c：介於 4%至 15%。</p> <p>C. LDL：介於 30 mg/dl 至 494 mg/dl。</p> <p>D. 如有個案非介於合理範圍者，應上傳原因說明。</p> <p>(5) 計算公式說明：</p> <p>A. 得以控制或改善定義： 檢驗結果後測-前測<0 或維持正常值： 血壓：100 ≤ 收縮壓 ≤ 150 mmHg 或 50 ≤ 舒張壓 ≤ 90mmHg。 HbA1c：4% ≤ HbA1c ≤ 7% 或原為 10% 以上者改善到 8% 以下。 LDL：30mg/d ≤ 糖尿病人 LDL ≤ 100mg/dl、30mg/dl ≤ 非糖尿病人 LDL ≤ 130mg/dl。</p> <p>B. 血壓、HbA1c、LDL 得以控制之收案個案不得重複計分。</p> <p>C. 執行方式：</p>	<p>(六)慢性病個案三高生活型態風險控制率(10分)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>4. 三高生活型態監測值應介於合理範圍：</p> <p>(1) 血壓：收縮壓介於 70 至 300 mmHg，舒張壓介於 40 至 200 mmHg。</p> <p>(2) 糖化血色素：介於 4%至 15%。</p> <p>(3) 低密度脂蛋白：介於 30 mg/dl 至 494 mg/dl。</p> <p>(4) 如有個案非介於合理範圍者，應上傳原因說明。</p> <p>5. 計算公式說明：</p> <p>(1) 得以控制或改善定義： 檢驗結果後測-前測<0 或維持正常值： 血壓：100 ≤ 收縮壓 ≤ 150 mmHg 或 50 ≤ 舒張壓 ≤ 90mmHg、 醣化血色素：4% ≤ 糖化血色素 ≤ 7% 或原為 10% 以上者改善到 8% 以下。 低密度脂蛋白(LDL)：30mg/d ≤ 糖尿病人低密度脂蛋白 ≤ 100mg/dl、30mg/dl ≤ 非糖尿病人低密度脂蛋白 ≤ 130mg/dl。</p>

113 年草案內容	112 年原內容
<p>(a) 由收案診所於當年度 12 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。</p> <p>(b) 社區醫療群應上傳會員前測及後測之「就醫日期」或「檢驗(查)日期」，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度 7 月 1 日之後，且前測及後測日期應間隔 84 天(含)以上。</p> <p>(c) 監測資料得由醫療群內其他診所進行監控，不得以合作醫院監測資料上傳。</p> <p>(d) 慢性病收案會員當年度於醫療群內就醫未達 2 次者，不予計分。</p>	<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。</p> <p>(3) 執行方式：</p> <p>A. 由收案診所於當年度 12 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。</p> <p>B. 社區醫療群應上傳會員前測及後測之「就醫日期」或「檢驗(查)日期」，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度 7 月 1 日之後，且前測及後測日期應間隔 84 天(含)以上。</p> <p>C. 監測資料得由醫療群內其他診所進行監控，不得以合作醫院監測資料上傳。</p> <p>D. 慢性病收案會員當年度於醫療群內就醫未達 2 次者，不予計分。</p>
<p>2. <u>糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率(15分)</u></p> <p>(1) <u>醫療群內 200 名以上 DM、DKD 收案會員之 HbA1c 控制良好或進步，得 5 分。</u></p> <p>(2) <u>醫療群內 200 名以上 DM、DKD 收案會員之 LDL 控制良好或進步，得 5 分。</u></p> <p>(3) <u>醫療群內 50 名以上 CKD、DKD 收案會員之 UACR 控制良好或進步，得 5 分。</u></p> <p>(4) <u>控制良好及進步之定義：</u></p> <p>A. <u>控制良好為當年度最後一次檢驗結果位於以下範圍：</u></p> <p>(a) <u>醣化血色素(HbA1c)：<7%。</u></p> <p>(b) <u>低密度脂蛋白 (LDL)：</u></p>	

113 年草案內容	112 年原內容
<p><u><100mg/dL。</u></p> <p><u>(c) 尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)：<30mg/gm。</u></p> <p><u>B. 進步定義：檢驗結果後測-前測 <0，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度 7 月 1 日之後，且前測及後測日期應間隔 84 天(含)以上。</u></p> <p><u>(5) 資料範圍：限醫療群內診所(含交付檢驗所)之上傳檢驗(查)數據，不含合作醫院。</u></p> <p><u>3. 申請成為家醫2.0醫療群適用「糖尿病及慢性腎病監測數據控制良率」，未申請者，則適用「慢性病個案三高生活型態風險控制率」。</u></p> <p><u>(七)糖尿病會員胰島素注射率(5分)</u></p> <p><u>1. ≥糖尿病會員胰島素注射率60百分位，得5分。</u></p> <p><u>2. 與上年度同期自身比進步率 > 5%，或 <糖尿病會員胰島素注射率60百分位，但 ≥50百分位，得3分。</u></p> <p><u>3. 計算公式說明：</u> <u>分子：糖尿病會員於西醫基層胰島素注射天數 ≥28 天之人數</u> <u>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</u></p> <p><u>四、自選指標(15分)</u></p> <p><u>(五)醫療群內收案會員重複用藥情形(5分)</u></p> <p><u>1. 社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額或重複用藥率 ≤30百分位，得5分。</u></p> <p><u>2. 社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額或重複</u></p>	<p><u>四、自選指標(15分)</u></p> <p><u>(六)醫療群內收案會員重複用藥核扣情形(5分)</u></p> <p><u>1. 社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額 ≤30百分位，得5分。</u></p> <p><u>2. 社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額 ≤60百</u></p>

113 年草案內容	112 年原內容
<p><u>用藥率</u> ≤ 60 百分位，得 3 分。</p> <p>3. <u>社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額或重複用藥率</u> ≤ 70 百分位，得 1 分。</p> <p>4. 計算公式說明：</p> <p>(1) <u>社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額</u>： 分子：醫療群內收案會員重複用藥核扣金額 分母：醫療群內收案會員數</p> <p>(2) <u>社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥率</u>： 分子：<u>醫療群內收案會員重複用藥處方件數</u> 分母：<u>醫療群內收案會員調劑 7 日以上處方件數</u>。</p> <p>(刪除兒童預防保健檢查率)</p> <p>(六)<u>會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率</u>(5分)</p> <p>1. <u>會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率</u> $\leq 35\%$，得 5 分。</p> <p>2. <u>與上年度同期比，至少減少 10% 以上</u>，得 3 分。</p> <p>3. 計算公式說明： 分子：<u>醫療群內收案會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立件數</u> 分母：<u>醫療群內收案會員之糖尿病慢性病連續處方箋開立件數</u></p> <p>五、加分項</p> <p>(五)<u>檢驗(查)結果即時上傳率</u> $\geq 70\%$ 之社區醫療群，加 5 分。</p> <p>1. 計算公式說明： 分子：<u>檢驗(查)結果 3 日內上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果)</u>。 分母：「全民健康保險鼓勵醫事機</p>	<p>分位，得 3 分。</p> <p>3. 社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額 ≤ 70 百分位，得 1 分。</p> <p>4. 計算公式說明： 分子：醫療群內收案會員重複用藥核扣金額 分母：醫療群內收案會員數。</p> <p>(七)兒童預防保健檢查率(5分)</p> <p>五、加分項</p> <p>(五)檢驗(查)結果上傳率 $\geq 80\%$ 之社區醫療群，加 5 分。</p>

113 年草案內容	112 年原內容
<p><u>構即時查訊病患就醫資訊方案」</u> <u>附件五-「獎勵醫事服務機構上傳</u> <u>檢驗(查)結果之項目」</u>之所列之診 <u>所申報醫令數。</u></p> <p>2. <u>計算條件：</u></p> <p><u>(1)本指標排除醫療檢查影像及影</u> <u>像報告、人工關節植入物資料、病</u> <u>理報告及出院病歷摘要資料。</u></p> <p><u>(2)分子包含診所申報診所上傳檢</u> <u>驗(查)結果及診所申報檢驗所上</u> <u>傳檢驗(查)結果之案件。</u></p> <p>壹拾參、計畫申請方式 參與計畫之社區醫療群應於計畫公告<u>2</u> 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；...。</p>	<p>壹拾參、計畫申請方式 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；...。</p>