

113年家醫計畫雙軌併行 讓醫療照護服務更升級！

113年家醫計畫修訂重點說明



113年家醫計畫雙軌併行

(113年預算為42.48億元，較112年增加3億元)



● 為何要執行家醫2.0?

為提升家醫醫療群對DM/CKD/DKD的醫療照護品質，要求醫師應加強DM/CKD疾病管理能力(接受相關照護訓練課程)，並透過相關費用獎勵及優先保障一點一元等措施，鼓勵醫療群參加家醫2.0。

● 如何成為「家醫2.0醫療群」?

醫療群內診所達成共識後，向所轄分區業務組提出申請。

● 僅「家醫2.0醫療群」適用項目(與家醫1.0之差異)：

✓ 獎勵DM/CKD/DKD照護良好診所：

給付糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費(依不同疾病類型，每人支付250元/年或750元/年)

✓ 適用新指標「糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率」：

- 1.檢驗數據皆由健保署收載之檢驗(查)上傳檔自動轉入，無須診所登打
- 2.同一會員依其疾病樣態，可重複列計不同檢驗項目(HbA1c、LDL、UACR)

✓ 符合特定條件者，優先保障績效獎勵費用1點1元：

完成照護訓練課程，評核指標達特優級(≥ 90 分)且平均每人VC-AE >275 點，績效獎勵費保障1點1元

113年家醫計畫修訂事項-1

✓ 派案原則：

讓病人於同診所接受家醫、P4P或代謝計畫相關醫療照護，**若病人為P4P-DM/CKD/DKD、代謝收案診所所有參加前一年度家醫計畫，優先交付該診所。**其餘個案，則依原交付原則派案。

✓ 加強疾病管理照護能力：

「家醫2.0醫療群」之派案診所若未參加DM/CKD/DKD方案，**應依病人樣態，每年接受 DM/CKD 相關教育課程，加強該疾病管理照護能力。**

✓ 新增「糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費」

適用對象	「家醫2.0醫療群」屬DM/CKD/DKD會員
給付條件	DM/CKD/DKD個案之HbA1c、LDL及UACR有進步或控制良好。每一DM/CKD/DKD個案年度支付250元/250元/750元

符合下列任一條件，不予支付：

1. 「家醫2.0醫療群」診所醫師未於年度結束前完成DM/CKD相關訓練課程。
2. 當年度已獲P4P-DM/CKD/DKD品質獎勵金之診所。

113年家醫計畫修訂事項-2

✓ 個案管理費支付原則:

為反映醫療團隊照護之辛勞，修訂給付條件為：**若家醫會員之P4P/代謝收案院所與家醫收案診所相異，得支付家醫個管費。**

✓ 修訂「多重慢性病人門診整合費用」，以達慢性病用藥整合目標

1. 增訂「當年度於收案診所，每次慢性病就醫案件開立之慢性病連續處方箋需含兩類(含)以上慢性病用藥」條件。
2. **調升獎勵費用**：當年度符合支付條件慢箋之總處方調劑日份達56日(含)以上/169日(含)以上，每一會員每年度支付點數自500/1,000點調升至**550點/1,100點**。

113年家醫計畫修訂事項-3

✓ 修訂評核指標及計分方式

分類	指標名稱	配分	補充說明
結構面 15分	個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診	10	
	設立24小時諮詢專線	5	
	檢驗檢查上傳率		刪除
過程面 23分	成人預防保健檢查率	<u>5</u>	調整配分
	子宮頸抹片檢查率	5	
	老人流感注射率	<u>3</u>	調整配分
	糞便潛血檢查率	<u>5</u>	調整配分
	<u>BC肝炎篩檢率</u>	<u>5</u>	新增
結果面 47分	潛在可避免急診率(負向指標)	4	
	會員急診率(負向指標)	4	
	可避免住院率(負向指標)	4	
	初期慢性腎臟病會員早期尿液篩檢檢驗(查)執行率	5	
	會員固定就診率	10	
	慢性病個案三高生活型態風險控制率	<u>15</u>	調整得分閾值
	<u>糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率</u>	<u>15</u>	新增
	<u>糖尿病會員胰島素注射率</u>	<u>5</u>	自自選指標移列調整得分閾值

分類	指標名稱	配分	補充說明
自選指標 (擇最優3項) 15分	提升社區醫療群品質	5	
	提供居整計畫或安寧	5	
	假日開診並公開開診資訊	5	
	糖尿病人眼底檢查執行率	5	
	糖尿病會員胰島素注射率		移列至結果面指標
	醫療群內收案會員重複用藥核扣情形	5	調整得分條件
	兒童預防保健檢查率		刪除
加分指標 (最高加10分)	<u>會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率</u>	<u>5</u>	新增(負向指標)
	健康管理成效(VC-AE)執行結果鼓勵	5	
	社區醫療群醫師支援醫院	5	
	轉介失智症病人至失智症共照中心接受服務	5	
	同院所同日就診率	5	
	檢驗(查)結果 <u>即時</u> 上傳率 $\geq$ 90% <u>70%</u>	5	調整指標定義

- ✓ 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」，家醫1.0醫療群，則適用「慢性病個案三高生活型態風險控制率」
- ✓ 完成照護訓練之家醫2.0醫療群，評核指標達特優級(≥ 90 分)且平均每人VC-AE>275點，績效獎勵費用優先保障1點1元

補充：如何選擇「家醫2.0醫療群」之DM/CKD教育訓練

- **計畫規定：**「家醫2.0醫療群」之診所醫師若未參加DM/CKD/DKD方案，應依病人樣態，每年接受DM/CKD相關教育課程，加強該疾病管理照護能力，收案第一年規定如下表；第二年起的收案名單中有DM/DKD病人，每年需接受8小時DM繼續教育訓練課程

病人疾病類別	糖尿病(DM)	初期慢性腎臟病(CKD)	糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)
須接受課程 (皆為二擇一)	A. 8小時DM B. 8小時DM(含CKD)	A. 6小時CKD B. 8小時DM(含CKD)	A. 8小時DM及6小時CKD B. 8小時DM(含CKD)



若診所未參與任一P4P-DM/CKD/DKD，直接選擇8小時DM(含CKD)課程，即可符合計畫規定！

- **診所參與P4P-DM/CKD/DKD，如何選擇家醫2.0-DM/CKD教育訓練？**

收案狀況	僅參加P4P-DM		僅參加P4P-CKD		參加P4P-DKD	
	收案第一年	收案第二年起的	收案第一年	收案第二年起的	收案第一年	收案第二年起的
僅DM病人	無須上課	無須上課	8小時-DM 或 8小時-DM(含CKD)	8小時-DM	無須上課	無須上課
僅CKD病人	6小時-CKD 或 8小時-DM(含CKD)	無須上課	無須上課	無須上課		
兩種病人皆有 (或DKD病人)	6小時-CKD 或 8小時-DM(含CKD)	無須上課	8小時DM 或 8小時DM(含CKD)	8小時-DM		

註.參加P4P-DM/DKD之醫師，需按糖尿病共照網規範，接受相關訓練課程

攜手提升疾病管理照護能力,持續守護社區民眾健康



- 藉由醫療群內診所間互相協助，共同提升疾病照護能力，即使收案會員未有DM/CKD/DKD病人，仍可與醫療群內其他有照護慢性病人的診所一起努力，學習照護慢性病，提升疾病管理照護能力！
- 一同走入社區，宣導正確醫療觀念，強化民眾自我照護能力，提供全人、全家、全社區的健康照護！

