



全民健康保險

家庭醫師整合性照護計畫

衛生福利部中央健康保險署

臺北業務組

113年4月

大綱

1. 計畫目的

2. 113年計畫內容與重點摘要

3. 收案對象及費用支付方式

4. 計畫品質評核指標與退場機制

5. 醫療群配合辦理事項

6. VPN作業-
會員查詢上傳、指標回饋

7. 相關資訊及聯絡窗口



計畫目的



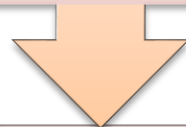
建立家庭醫師制度

提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護



建立以病人為中心的醫療觀念

以民眾健康為導向，提升醫療品質。



奠定「家庭責任醫師制度」基礎

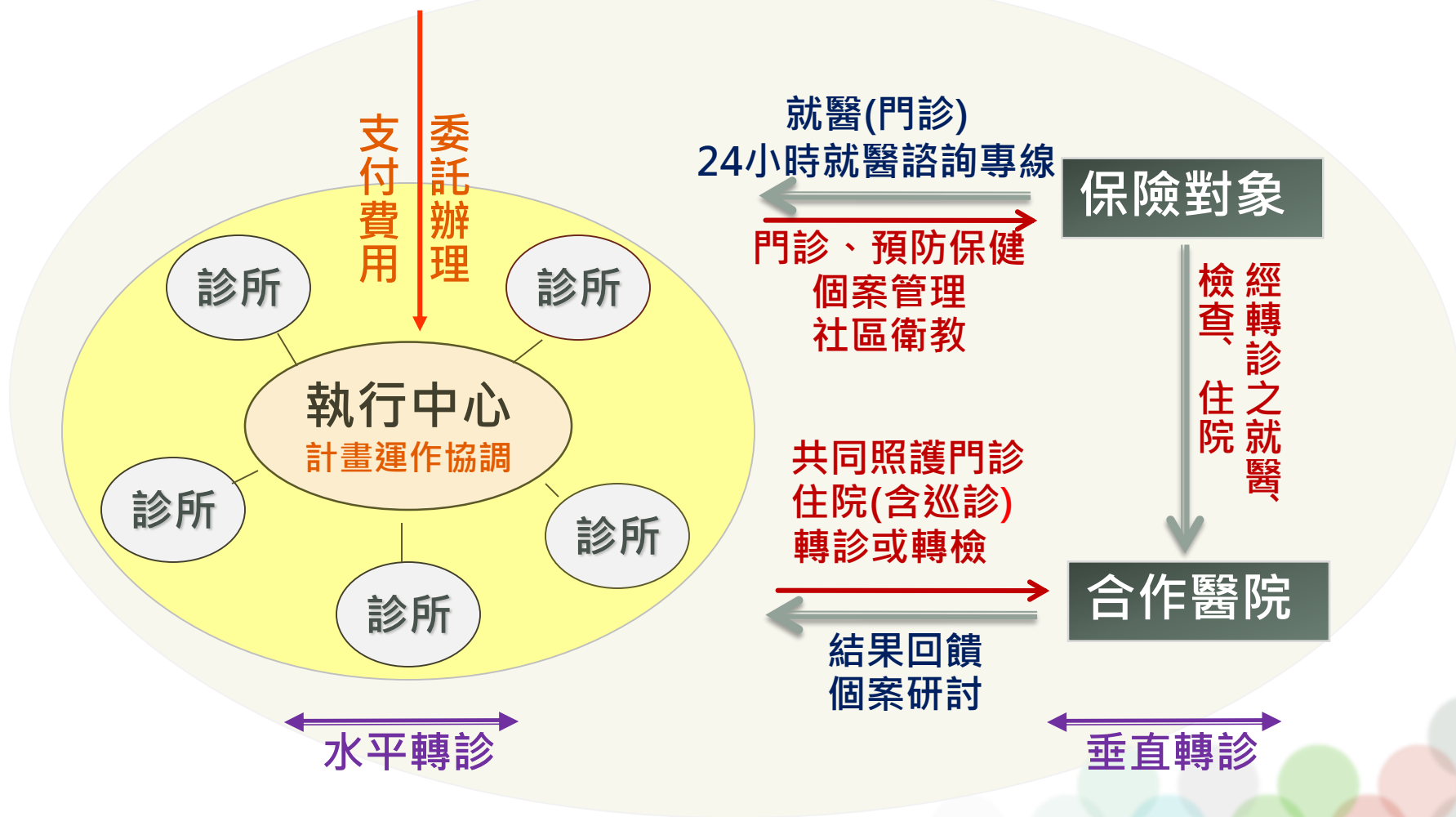
健保法第44條

為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度。

家醫計畫照護模式

健保署

社區醫療群



112年參與概況

縣市	醫療群			參與診所			參與醫師			收案會員		
	111	112	增減	111	112	增減	111	112	增減	111	112	增減
台北市	47	41	-6	492	498	+6	767	760	-7	448,042	495,727	+47,685
新北市	70	62	-8	880	879	-1	1,404	1,431	+27	911,193	1,028,581	+117,388
基隆市	9	8	-1	78	74	-4	106	100	-6	76,702	86,038	+9,336
宜蘭縣	12	12	0	89	88	-1	118	116	-2	90,878	103,821	+12,943
金門縣	2	2	0	16	15	-1	17	17	0	12,653	13,603	+950
總計	140	125	-15	1,555	1,554	-1	2,412	2,424	+12	1,539,468	1,727,770	+188,302

112年評核指標達成情形



評核成績	群數	佔率	113年計畫續約標準
評核成績 \geq 90分	42	34%	
80分 \leq 評核成績 < 90分	44	35%	達續約標準
75分 \leq 評核成績 < 80分	17	14%	
70分 \leq 評核成績 < 75分	9	7%	可續約但需接受 分區業務組輔導
評核成績 \leq 69分	13	10%	退場
	125	100%	

註:截至112年12月評核指標成績，加分項指標1之VC-AE尚待計算(尚未有確定成績)。

113年分級醫療推動策略

提昇照護品質

- 113年編列專款42.48億元(新增3億元)
 - 依論質計酬模式建立照護指引及品質指標
 - 持續檢討計畫成效
 - 朝全人照護方向整合
 - 導入一般服務之評估規劃



113年計畫(草案) 內容與重點摘要

※本簡報係依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議113年第2次會議」議程內容摘要說明，正式內容請以計畫公告為主。

社區醫療群組織運作(一)



➤ 社區醫療群之組織運作型式

- 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。
- 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。
- 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。

社區醫療群組織運作(二)



➤ 社區醫療群之組織運作型式

- 新參與計畫之規範

1. 所在地之鄉、鎮、市、區無社區醫療群。
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。

- 問答集

- 為確保執行品質及符合社區民眾生活圈，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。
- 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。

社區醫療群組織運作(三)



➤ 社區醫療群之組織運作型式

- **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(P4P)-糖尿病/初期慢性腎臟病/糖尿病合併初期慢性腎臟病(DM/CKD/DKD)，應按本計畫規範加強DM/CKD 疾病管理能力。

- **113年家醫計畫雙軌併行：**

有加強DM/CKD 疾病管理能力之醫療群認定為「家醫2.0 醫療群」，得支付「糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費」，另家醫2.0 醫療群之評核指標達特優級以上者，績效獎勵費用優先保障1 點1 元；其餘修訂事項則全體醫療群適用。

NEW

社區醫療群組織運作(四)



➤ 設立會員24小時諮詢專線

- 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(該診所不得跨其他分區業務組之縣市)，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。

• 問答集

- Q: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?
- A:為避免影響接聽品質，112年申請書新增，共聘醫事人員接聽24小時諮詢專線之醫療群，需提供說明及相關文件，併於申請計畫書送保險人分區業務組備查。

★請勾選接聽人員執業登記場所之類型：

社區醫療群內診所

合作醫院，請敘明原因：

★有關多個醫療群共聘醫事人員接聽24小時諮詢專線之情形，為避免影響接聽品質，請有共聘醫事人員接聽24小時諮詢專線之醫療群，提供說明及相關文件：

1. 諮詢專線運作機制：

2. 如何維持接聽品質：

社區醫療群組織運作(五)

- 社區醫療群應建立醫療照護品質提升及轉診機制-1
 - 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：
 - 1.醫師交班表
 - 2.轉診單
 - 3.轉診個案照護討論會
 - 4.醫療群定期與合作醫院共同辦理會員團體衛教指導
 - 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**：
 - 1.雙向轉診流程(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(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)
 - 3.慢性病人用藥一致
 - 4.醫療品質提升計畫

社區醫療群組織運作(六)

- 社區醫療群應建立醫療照護品質提升及轉診機制-2
 - 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。
 - 醫療群與合作醫院應提供收案會員跨院際合作增值服務，如就醫、檢查快速通道、掛號優先。
- 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：
 - 1.協助個案健康評估、聯繫及協調照護計畫。
 - 2.協助處理安排病人轉診及追蹤轉診病人治療結果。
 - 3.規劃會員之健康管理與疾病預防衛教。
 - 4.對於穩定之慢性病會員提供持續性的健康維護指導。



社區醫療群組織運作(七)

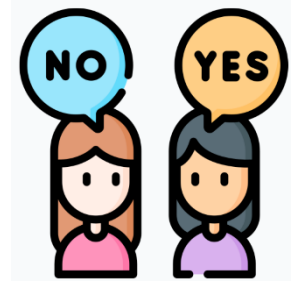


- 社區醫療群鼓勵所屬會員下載個人健康存摺做好健康管理，並由保險人定期提供社區醫療群健康存摺下載率等資料供參；並鼓勵會員利用健康存摺填寫社區醫療群會員滿意度調查。
- 問答集
 - Q：有關鼓勵會員利用健康存摺填寫線上會員滿意度問卷，是否設有年度各醫療群滿意度填答數量標準？
 - A：社區醫療群比照往年請50名以上收案會員(含應收及自收會員)至健康存摺填寫滿意度調查。
 - 本署將於當年底統計各社區醫療群有填寫會員滿意度調查之醫療群、會員人數及滿意度，並回饋醫療群。

滿意度調查問卷題目 _ 計畫附件一



問 卷 題 目		配分
一	請問您知道自己「家庭醫師整合性照護計畫」照護的會員嗎？ <input type="checkbox"/> (1)知道 <input type="checkbox"/> (2)不知道	10%
二	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)	10%
三	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)	10%
四	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？ <input type="checkbox"/> (1)非常滿意 <input type="checkbox"/> (2)滿意 <input type="checkbox"/> (3)不滿意 <input type="checkbox"/> (4)非常不滿意	20%
五	請問您的家庭醫師對您健康狀況的了解程度，您是否滿意？ <input type="checkbox"/> (1)非常滿意 <input type="checkbox"/> (2)滿意 <input type="checkbox"/> (3)不滿意 <input type="checkbox"/> (4)非常不滿意	20%
六	請問您對您的家庭醫師所提供的整體服務是否滿意？ <input type="checkbox"/> (1)非常滿意 <input type="checkbox"/> (2)滿意 <input type="checkbox"/> (3)不滿意 <input type="checkbox"/> (4)非常不滿意	30%



社區醫療群組織運作(八)

➤ 推動策略及計畫照護範圍

- 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。

➤ 家醫計畫如由診所自行收案之會員，應事先徵得當事人同意，並遵守個人資料保護規範。

• 問答集

- Q：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？若個案因故不同意收案時，後續應如何處理？
- A：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收案會員同意書與滿意度調查。
- 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。另本署 112 年起開放收案會員於健康存摺填寫家庭醫師整合性照護計畫同意書，於同意書填寫不同意收案之個案不予支付當期家醫計畫相關費用。

健康存摺會員同意書與滿意度調查位置

請到健康存摺
點選首頁

首頁項目下到
其他增值服務

其他增值服務項下
會員同意書與滿意度調查

< 上一頁 健康存摺

< 首頁

說明

本資料非醫師法及醫療法規定之病歷，實際之診斷、病名、治療、處置及用藥等詳細就醫情形，應以各該醫事服務機構之病歷記載為準。

重要資訊

COVID-19 疫苗接種/病毒檢測結果
COVID-19 Vaccines/Testing result

就醫

公告

< 上一頁 健康存摺

< 首頁

首頁

貼心提醒

個人紀錄

就醫及用藥紀錄

檢驗檢查結果

健康資訊分享|眷屬管理

其他增值服務

下載服務

- 診所已於VPN上傳收案資料的會員，目前已開放會員填寫同意書，自收或應收會員均可填寫。
- 滿意度調查預計7月開放會員填寫。

10:11 4G 90

< 上一頁 健康存摺

< 其他增值服務

其他增值服務

口罩購買紀錄

快篩購買紀錄

兒童預防接種試算

資料提供紀錄

家庭醫師整合性照護計畫會員滿意度調查

家庭醫師整合性照護計畫同意書 (收案意願調查)

首頁

健康存摺

健保櫃檯

醫療查詢

我的

社區醫療群組織運作(九)

- 應製作家庭會員權利義務說明書或會員通知(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24hr諮詢專線及該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，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醫療群所有參與診所及合作醫院名單。



可至健保署全球資訊網
(<http://www.nhi.gov.tw/>)\醫事機構\
家庭醫師整合照護計畫\醫療院所專區\
標章圖像下載

1040119



「家庭醫師整合性照護計畫」會員通知函

女士/先生/小朋友您好：

當您接到本通知時，表示您已成為全民健康保險本年度「家庭醫師整合性照護計畫」最優先要照護的會員。

為推動家庭責任醫師制度，照顧您的健康，健保署依據上年度全國民眾於基層診所就醫資料分析，將每一名民眾最常就醫的診所（以門診就醫次數最高的診所）視為主要照護診所，該診所的醫師也就是您的家庭醫師。經分析，您是本年度本計畫最優先要照護的會員。

成為本計畫優先照護的會員，您的家庭醫師將提供您第一線「整合性」的醫療服務，若有急、重症需轉診，亦會協助您轉介到合作的醫院，使您獲得持續性照顧。另外還會有會員的24小時緊急醫療諮詢電話可提供服務〈電話：_____〉，您的家庭醫師能提供您與全家人完整、周全、協調、連續的醫療服務。

您不需額外支出相關費用，就能得到更完整的醫療服務。在尊重您的意願下，請配合您的家庭醫師為您提供的健康照護計畫。如您還有其他疑問，可向您的家庭醫師溝通反映，或洽詢本署各分區業務組或健保諮詢服務專線：0800-030598。

衛生福利部中央健康保險署 關心您！

您的家庭醫師/診所：_____ 合作醫院：_____

醫療群名稱：

所有參與診所：

合作醫院名單：

社區醫療群組織運作(十)

➤ 計畫執行中心及其規範

- 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**(請協助將健保署相關訊息、函文、e-mail轉知參與診所)。
- 為利有效使用資源，各社區醫療群亦可於中華民國醫師公會全國聯合會(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。
- 計畫執行中心不能由跨其他分區業務組縣市的基層診所來擔任。

113年度全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫申請書

本社區醫療群申請參加113年度「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」，計畫執行期間將確實遵守個人資料保護法及依計畫相關規定辦理。

此致

衛生福利部中央健康保險署臺北業務組

社區醫療群名稱：
醫事機構代號(執行中心)：
醫事機構名稱(執行中心)：
醫事機構負責人(執行中心)：

參與醫療群版本： 2.0醫療群 1.0醫療群

計畫經費撥付方式： 執行中心 各診所

醫療群核心業務窗口姓名：
(電話： 、執業場所： 、職稱：)

特約醫事機構印章	負責醫事人員印章
請蓋合約印鑑	

中華民國 年 月 日

NEW

社區醫療群組織運作(十一)

➤ 計畫執行中心及其規範

- 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**(如管理顧問公司或居家護理所)來執行，也不能由跨其他分區業務組縣市的單位或個人來承攬相關業務，若有違反情事，該社區醫療群應即終止本計畫。
- 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。

核心業務

1. 個案研討、共同照護門診、病房巡診。
2. 社區衛教宣導。
3. 24小時諮詢專線服務。
4. 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。
5. 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。
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小時諮詢電話及該醫療群所有參與診所及合作醫院名單)等。

參與計畫資格 - 院所及醫師(一)



- **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第38條至第40條中各條所列違規情事之一者暨第44及45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（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者）。
- 前述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。
- 前1年內沒有退出本計畫之紀錄、或經核定終止計畫資格或不予續約之紀錄。

NEW

NEW

參與計畫資格 - 院所及醫師(二)

- 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第38條至第40條中各條所列違規情事之一者暨第44及45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（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者）。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

• 問答集

- Q：如診所第一次處分函處停約3個月(111/1/1~111/3/31)，違規期間認定為何？
- A：違規期間認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日起算，2年內無違約情形，故自113/4/1起即可參加本計畫。

參與計畫資格 - 院所及醫師(三)

- 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。

• 問答集

- Q：醫師離職移轉會員給同診所其他醫師，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？
- A：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。

衛生福利部中央健康保險署臺北業務組

「家庭醫師整合性照護計畫」院所醫師異動申請表

醫療群編號：_____

醫療群名稱：_____ 社區醫療群

執行中心診所代號：_____ 執行中心診所名稱：_____

申請異動資料：

診所代號	診所名稱	醫師 ID	醫師姓名	醫師專科別	異動情形	生效日
					<input type="checkbox"/> 加入	
					<input type="checkbox"/> 退出	

退出本計畫具體原因：

(異動醫師原參與診所印章)

(原參與診所負責人印章)

(執行中心診所印章)

(執行中心負責人印章)

_____年_____月_____日

參與計畫基本要求(一)

- 社區醫療群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：



專科醫師資格	行政管理 教育訓練	家庭醫師專業 教育訓練	其他專科醫師 專業教育訓練	總計時數
家庭醫學科	4			4
內科.外科.婦產科.兒科	4	8		12
以上科別之外者	4	8	8	20

- 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本計畫已核付之相關費用。

參與計畫基本要求(二)

NEW



- 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。

第一年				
疾病樣態	DM課程	CKD課程	DM(含CKD)課程	總計時數
DM	8		or 8	8
CKD		6	or 8	6 or 8
DKD	8	6	or 8	14 or 8

第二年以後：每年需再上8小時DM繼續教育課程

- 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、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。

收案對象及費用支付方式

收案對象(一)



保險人擷取前一年全國西醫基層門診
明細清單資料

選擇較需照護之民眾名單

健保署指定名單
(較需照護名單)
交付原則

NEW

1. 個案已被P4P-DM/CKD/DKD、
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。

2. 其餘個案：

- (1) 慢性病個案以給藥日份最高且於該診所就醫2次以上
- (2) 非慢性病個案以門診就醫次數最高的診所收案照顧(忠誠診所)

- 慢性病個案
- 非慢性病個案

收案對象(二)



自行收案

每名醫師加收人數上限為**200**名

上年度評核指標 $\geq 90\%$ 之醫療群，每名醫師加收人數上限為**300**名

每家參與診所自行收案人數上限不得超過**1,200**名。上年度評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群，每家參與診所自行收案人數上限不得超過 **1,800** 名。

➤以指定收案會員之家庭成員及該醫師之忠誠病人為優先

收案對象 (三)

會員名單	內容摘錄 (計畫p.9~10)
慢性病個案	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依醫療費用選取最高90%且連續2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個案(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)
非慢性病個案	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依醫療費用選取最高30%且連續2年在相同診所就醫之忠誠病人 2. 3-5歲(含)兒童選取醫療費用最高60% 3. 門診高利用個案:至基層診所門診就醫次數≥50次之病人
自行收案	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • 每家參與診所自行收案人數上限不得超過1,200名 • 上年度評核指標≥ 90分之社區醫療群，每家參與診所自行收案人數上限不得超過 1,800 名

1. **P4P-DM/CKD/DKD**、**代謝**計畫收案，且其收案診所前一年度有參加本計畫優先交付。
2. 慢性病個案：以給藥日份最高診所收案照顧。
3. 餘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**。若就醫次數相同，則由費用最高的診所收案。

收案對象 (四)

- 113年修訂「若前一年度已為家醫會員，且派案診所與前一年度相同者，診所無須於隔年度重新派案及收案」
- 113年較需照護名單已於113年3月6日放置VPN供院所下載，名單之「與前年家醫收案診所相同」欄位若註記為1，由本署匯入VPN收案，診所無須上傳

院所ID	身分證號	生日	個案類別	論質名單	65歲以上多重慢性病註記	高診次註記	慢性病註記	非慢性病註記	與前一年家醫收案診所相同	疾病樣態
35340	K200	034/	5	0	1	0	1	0	1	3
35340	A229	085/	1	0	0	0	1	0	0	4
35340	G120	053/	2	0	0	0	1	0	1	3
35340	G200	031/	6	1	1	0	0	1	1	4
35340	G222	082/	2	0	0	0	1	0	1	4
35340	G121	066/	2	0	0	0	1	0	1	4
35340	G201	044/	6	1	1	0	1	0	1	1
35340	G121	073/	2	0	0	0	1	0	1	4
35340	G200	043/	5	0	1	0	1	0	1	4
35340	G120	046/	6	1	1	0	1	0	1	1
35340	G221	070/	2	0	0	0	1	0	1	4
35340	A201	041/	5	0	1	0	1	0	1	4
35340	G220	048/	6	1	0	0	1	0	1	1

收案對象 (五)

- 113年較需照護名單之「疾病樣態」欄位，係以前一年就醫資料判斷DM/CKD/DKD病人分布：

> 家醫應照護對象名單查詢作業

院所ID	身分證號	生日	個案類別	論管名單	65歲以上多重慢性病註記	高診次註記	慢性病註記	非慢性病註記	與前一年家醫收案診所相同	疾病樣態
3501200000	A22240****	058/07/11	1	0	0	0	1	0	0	1
3501200000	A12685****	085/10/04	1	0	0	0	1	0	0	4
3501200000	A90011****	070/05/23	1	0	0	0	1	0	0	4
3501200000	B12048****	061/01/05	1	0	0	0	1	0	0	1
3501200000	A12012****	055/03/17	1	0	0	0	1	0	0	4
3501200000	T12342****	073/03/02	1	0	0	0	1	0	0	4
3501200000	F22009****	056/08/28	1	0	0	0	1	0	0	4
3501200000	C89000****	060/11/08	1	0	0	0	1	0	0	4
3501200000	K12040****	061/09/24	1	0	0	0	1	0	0	4

3501200000	E22017****	056/05/20	1	0	0	0	1	0	0	4
3501200000	A12200****	049/10/11	1	0	0	0	1	0	0	1

<< < 1 2 3 > >> 到第 1 頁

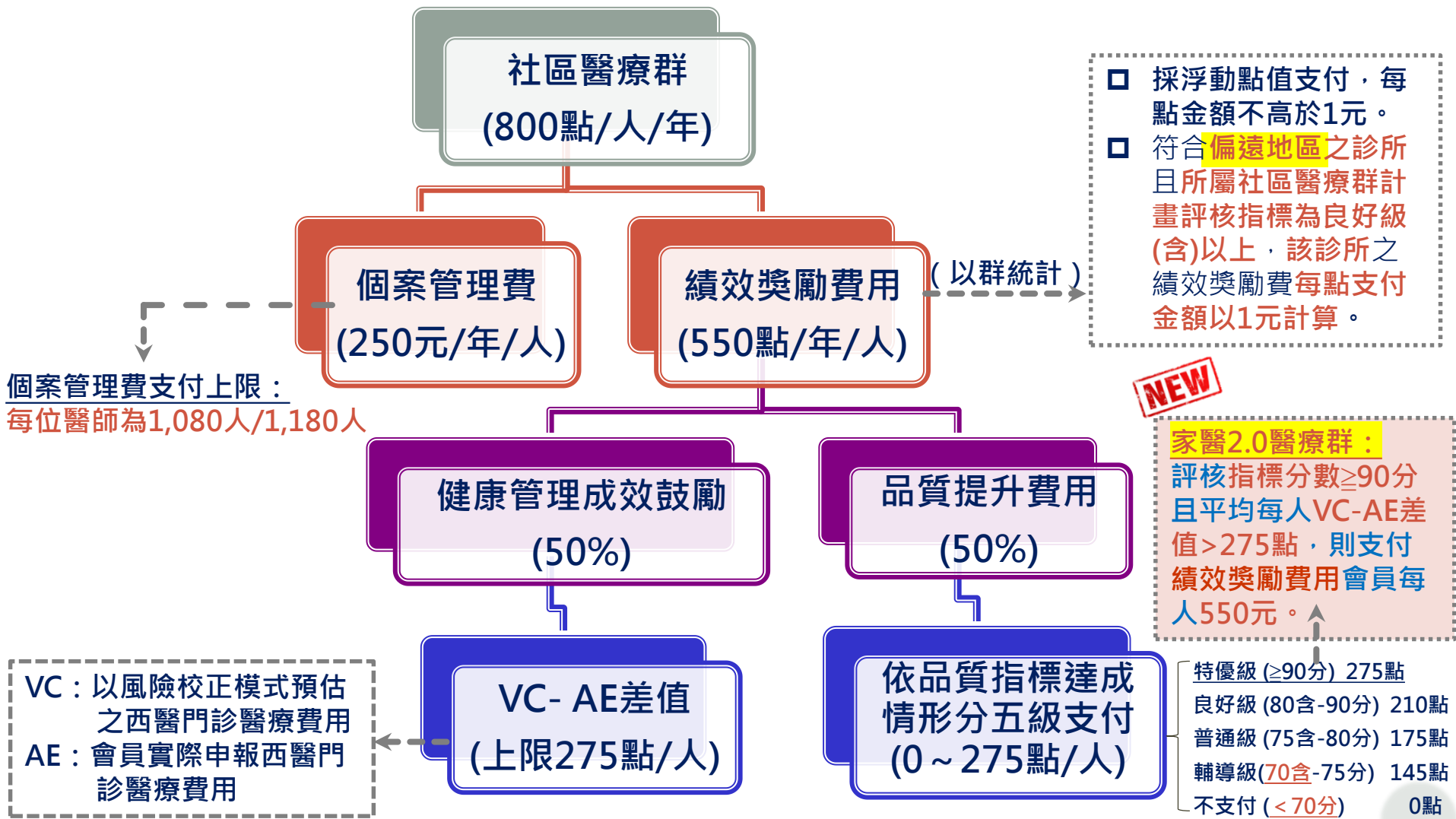
疾病樣態註記	病人疾病
1	DM
2	CKD
3	DKD
4	非屬DM、CKD、DKD

疾病樣態：以前一年就醫資料判斷：1為「糖尿病(DM)」、2為「初期慢性腎臟病(CKD)」、3為「糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)」、4為「非屬DM、CKD、DKD」

下載

回到畫面

費用支付(一)



- 參與醫療給付改善方案個案(C個案)，不支付個案管理費(250元/人)，但列入績效獎勵費用計算(550點/人)。
- 醫療資源缺乏地區：新北市石碇、坪林、石門、平溪、雙溪、貢寮、萬里，宜蘭縣冬山、五結、三星。
- 免自行負擔費用辦法所列之山地離島地區：新北市烏來、宜蘭縣大同、南澳，金門縣。

費用支付(二)



- 重申參與計畫醫師，不得僅掛名進行會員收案，而應依計畫精神提供會員實質醫療照護及衛教等服務。
- 本計畫參與醫師當年度未於執業登記診所申報醫療費用者(不含代辦案件)，不支付收案會員之「個案管理費用」及「績效獎勵費用」。

• 問答集

- Q：如有提供預防保健是否列入計算?醫師僅提供個案管理或轉診聯繫等服務但未申報費用者是否支付費用?
- A：預防保健屬代辦案件，如醫師僅於執業登記診所申報預防保健案件，或僅提供個案管理或轉診聯繫等服務，但未申報健保醫療費用者，不支付收案會員之「個案管理費用」及「績效獎勵費用」且次年不得再參加計畫。

費用支付(三)



!!!

多重慢性病人門診整合費

!!!

支付條件

- 收案會員2種(含)以上慢性病且於收案診所內就醫，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，依「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」規範未重複用藥
- 醫師需於病歷中載明整合之內容或藥品
- 需於門診醫療費用點數申報格式d13欄位(整合式照護計畫註記)註記「P」

NEW

當年度有申報註記P的案件，始得列入總處方調劑日份之計算

慢性病

- 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
- 以上12類慢性病診斷之疾病皆須於收案院所開立慢性處方箋

費用

- 當年度慢箋之總處方調劑日份達56日(含)以上，550點/人/年
- 當年度慢箋之總處方調劑日份達169日(含)以上，1100點/人/年
- 本項費用由本署於年度結束後與績效獎勵金統一結算

NEW

費用支付(四)

家醫2.0
醫療群
適用

NEW

糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費

支付條件

- 適用對象：「家醫2.0 醫療群」會員中，DM/CKD/DKD 個案
- 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控制良好範圍，不予支付。

控制良好

- 醣化血色素(HbA1c)：<7%。
- 低密度脂蛋白(LDL)：<100mg/dL。
- 尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)：<30mg/gm。

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。

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。

費用

- 符合上述DM或CKD病人 250元/人/年；DKD 病人 750元/人/年
- 「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。
- 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。

費用支付(五)

	個案管理費	績效獎勵費用	多重慢性病人門診整合費
申請方式	以群為單位，依計畫執行中心提出之申請，費用撥入執行中心或各基層診所個別帳戶	本署統一結算，撥入執行中心或各診所	本署統一結算
支付方式	每半年撥付1次(每個會員125元)	採年度結算	採年度結算
不核費用	<p>NEW 參與醫療給付改善方案個案、居家醫療照護整合計畫及代謝計畫之收案個案。惟本計畫會員之收案診所與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。</p> <ul style="list-style-type: none"> 會員在同診所收P4P及家醫 → 不支付家醫個管費 會員在不同診所收P4P及家醫 → 支付家醫個管費 <p> 因故於收案前3個月內中途退出(照護超過3個月則依承作月份按比例撥付) 每位醫師收案超過上限 VC-AE差值為負且品質指標分數 < 70分者，僅支付個案管理費50% 自行收案會員年度內未於收案診所就醫 未於執業登記診所申報醫療費用者(不含代辦案件) </p>	<ul style="list-style-type: none"> 於收案醫療群無就醫紀錄者 因故中途退出本計畫者 未於執業登記診所申報醫療費用者(不含代辦案件) 	<ul style="list-style-type: none"> 未註記整合照護模式(每一次開立慢箋都要註記) 12類慢性病診斷中有其中一種慢性病於他院開立慢性處方箋 有重複用藥個案

個管費支付上限：
 每位醫師為1,080人
 (上年度評核指標≥90分之醫療群醫師為1,180人)

計畫品質評核指標及退場機制

113年計畫評核指標

指定指標(85分)		自選指標(15分)
結構面	<ol style="list-style-type: none"> 個案研討活動(10分) 24小時諮詢專線(5分) 	<p>以下7項指標選擇最優3項參加評分(每項5分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 辦理健康管理活動或學術演講活動 提供居家整合服務或安寧居家服務 假日開診並公開開診資訊 糖尿病人眼底檢查執行率 醫療群內收案會員重複用藥核扣情形 會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率(5分) NEW 糖尿病會員胰島素注射率(移至結果面) 兒童預防保健檢查率
過程面	<p>✓ 檢驗(查)結果上傳率(10分)</p> <p>✓ 預防保健達成情形(23分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 成人預防保健檢查率(7分 <u>5分</u>) 子宮頸抹片檢查率(5分) 65歲以上老人流感注射率(4分 <u>3分</u>) 糞便潛血檢查率(7分 <u>5分</u>) B、C 肝炎篩檢率(5分) NEW 	<p>加分項(每項5分，最高得分10分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 健康管理成效(VC-AE)執行結果鼓勵 社區醫療群醫師支援醫院 轉介失智症病人至失智症共照中心接受服務 同院所同日就診率 NEW 檢驗(查)結果即時上傳率$\geq 70\%$之社區醫療群
結果面	<ol style="list-style-type: none"> 潛在可避免急診率(4分) 會員急診率(4分) 可避免住院率(4分) 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) 會員固定就診率(10分) 慢性病個案三高生活型態風險控制率(10分-15分) 糖尿病會員胰島素注射率(5分) NEW 	

結構面指標(一)

- 一. 個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診(10分)：醫療群每月至少需辦理1場，1年需 ≥ 12 場(四項擇一)，且年度內每位醫師至少應參與上開活動達6次(含)以上。

➤ 醫療群每季提交季報表：

附件1

季別	年月	個案研討		共同照護門診			社區衛教宣導			會訊發行	病房巡診		主動電訪 (Call out)	24小時諮詢專線	轉診統計_家醫會員							
		次數	醫師人次	開診次數	看診人次	醫師人次	次數	醫師人次	參與人次		次數	醫師人次			人數	件數	水平轉診		垂直轉診			
																	群內轉診	診所轉合作醫院門診	合作醫院轉回診所	診所轉合作醫院住院	診所轉檢	其他轉診
第一季	107/1																					
	107/2																					
	107/3																					
第二季	107/4																					
	107/5																					

醫師參與各項活動次數之每月統計表

機構代號	機構簡稱	醫師姓名	107/1	107/2	107/3	107/4	107/5	107/6	107/7	107/8	107/9	107/10	107/11	107/12	小計
出席總人數			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

下列代號之指標(1. 個案研討2. 共同照護門診3. 社區衛教宣導4. 病房巡診)。

結構面指標(二)



- 問答集
- Q：疫情期間，結構面指標之個案研討、社區宣導及每月觀摩會議等因涉及集會之活動**是否可採視訊會議？仍每月至少須辦理1場嗎？**
- A：為因應嚴重特殊傳染性肺炎，避免集會群聚感染，**同意放寬至112年第一季得採視訊方式辦理**，惟須檢附相關證明文件(如視訊截圖、會議紀錄及簽到表等)並經分區業務組認可始納入計算。**後續本署將視112年嚴重特殊傳染性肺炎疫情發展，再行評估檢討前揭規範。**

健保VPN共照活動系統登錄畫面

➤ 為實地審查需要，須指派1家診所事前至健保VPN共照活動系統登錄

註:本年度預計4月底開始登錄VPN。

我的首頁 > 試辦計畫資料維護 > 家醫共照登錄作業

- 現行作業區
- 基本資料維護
- 個案資料維護
- 個案資料查詢
- 資料上傳查詢
- 整合式照護對象名單查詢作業
- 安寧跨院際資源分享紀錄
- 氣喘方案評量作業
- 家醫共照登錄作業**

家醫計畫-醫療群共照活動登錄作業

*活動年度	<input type="text"/>		
*院所代號	3501200000 臺北虛擬診		
*醫療群代號	<input type="text"/>		
*活動日期	<input type="text"/>		
*活動項目	<input type="text"/>	*聯絡電話	<input type="text"/>
*開始時間 (0903表示9點3分)	<input type="text"/>	*結束時間 (0903表示9點3分)	<input type="text"/>
*活動地點 (如：00醫院第二會議室)	<input type="text"/>		
*活動地址	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> 取消日期	<input type="text"/>		

新增 更正 刪除 查詢... 清除

結構面指標(三)

二. 設立24小時諮詢專線 (5分)：鼓勵醫師call out，有效回答會員問題，依『實際服務品質，分階段給分』。

- 由醫師全聯會進行抽測，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。

	評分標準	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call out回電	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)	5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)	3分
4	無人接聽(連續測試3通，每次間隔10分鐘)	0分



過程面指標(一)

一、預防保健達成情形



➤ 成人預防保健檢查率(7分 5分)



1. 會員接受成人預防保健服務高於較需照護族群**70**百分位數，得5分
2. 達需照護族群**60~70**百分位數，得**3**分

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~64歲會員數/3+65歲(含)會員數。

➤ 子宮頸抹片檢查率(5分)

1. 會員接受子宮頸抹片服務高於較需照護族群**63**百分位數，得**5**分
2. 達需照護族群**53~63**百分位數，得**3**分

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。



過程面指標(二)

不限
醫療群
院所執行

限於
基層院所
執行

➤ 65歲以上老人流感注射率(4分 3分)



1. 會員接受流感注射服務高於較需照護族群65百分位數，得3分

2. 達需照護族群之55~65百分位數，得2分

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。

➤ 糞便潛血檢查率(7分 5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 \geq 50歲以上至未滿75歲較需照護族群83百分位數，得5分

2. 達需照護族群之73~83百分位數，得3分

3. 達需照護族群之63~73百分位數，得2分

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。

過程面指標(三)

NEW

不限
醫療群
院所執行

➤ B、C 肝炎篩檢率(5 分)

1. 會員接受B、C 肝炎篩檢率高於較需照護族群**70**百分位數，得**5**分
2. 達需照護族群之**60~70**百分位數,得**3**分
分子：曾做過 B、C 肝炎篩檢之會員人數
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)



結果面指標(一)

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

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。

慢性類疾病：主診斷為糖尿病(糖尿病短期併發症、糖尿病長期併發症、控制不良之糖尿病、糖尿病下肢截肢)、高血壓、心臟病(心絞痛)、慢性阻塞性肺部疾病及氣喘等慢性疾病之急診案件

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

分子：會員急診人次(排除外傷案件)。

分母：會員人數。

結果面指標(二)

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

分子：可避免住院慢性類疾病之案件。

分母：18歲以上家醫會員因慢性類疾病就醫人數

慢性類疾病：主診斷為糖尿病(糖尿病短期併發症、糖尿病長期併發症、控制不良之糖尿病、糖尿病下肢截肢)、高血壓、心臟病(心絞痛)、慢性阻塞性肺部疾病及氣喘等慢性疾病之住院案件



結果面指標(三)

不限
醫療群
院所執行

限於
基層院所
執行

四. 初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢之檢驗檢查執行率(5分)

1. \geq 初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率70百分位，得5分。
2. 與上年度同期自身比進步，得3分。

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：會員門診主次診斷為初期慢性腎臟病之人數。

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。

!! 執行注意事項 !!

分子檢驗定義係指申報下列醫令之案件：

- ACR：12111C+09016C (同時申報)
- PCR：09040C+09016C、06012C、06013C任一檢查 (同時申報)

結果面指標(四)

五. 會員固定就診率(10分)

- 1.會員在群內（含合作醫院）之門診固定就診率 \geq 當年較需照護族群65百分位且 $\geq 50\%$ ，得10分。
- 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 $\geq 50\%$ 」，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。

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



結果面指標(五)

六.

(一)慢性病患者三高生活型態風險控制率(10分—15分)

NEW (二)糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率(15分)

- 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「慢性病患者三高生活型態風險控制率」。



結果面指標(六)

六.(一)慢性病個案三高生活型態風險控制率(10分—15分)

1. 醫療群內200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。
2. 醫療群內200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。
3. 醫療群內200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。
4. 為避免個案登載資料錯誤，三高生活型態監測值未介於下列範圍者，收案診所須於VPN 登載原因，即可上傳：
 - (1) 血壓：收縮壓介於70至300mmHg，舒張壓介於40至200mmHg。
 - (2) HbA1c：介於4%至15%。
 - (3) LDL：介於30至494 mg/dl。



結果面指標(七)



六.(一)慢性病個案三高生活型態風險控制率(15分)

5.計算公式說明：

(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：

$100\text{mmHg} \leq \text{收縮壓} \leq 150\text{mmHg}$ 或 $50\text{mmHg} \leq \text{舒張壓} \leq 90\text{mmHg}$

- HbA1c：

$4\% \leq \text{HbA1c} \leq 7\%$ 或原為10%以上者改善到 $4\% \leq \text{HbA1c} \leq 8\%$ 之間

- LDL：

$30\text{mg/dl} \leq \text{糖尿病人LDL} \leq 100\text{mg/dl}$

$30\text{mg/dl} \leq \text{非糖尿病人LDL} \leq 130\text{mg/dl}$

(2)血壓、HbA1c、LDL得以控制或改善之收案個案不得重複計分。

結果面指標(八)

六.(一)慢性病個案三高生活型態風險控制率(15分)

5.計算公式說明：

(3)執行方式：

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。

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。

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。

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。

結果面指標(九)

NEW

家醫2.0
醫療群
適用

六.(二)糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率(15分)

1. 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。
2. 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。
3. 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。



結果面指標(十)

NEW

家醫2.0
醫療群
適用

六.(二)糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率(15分)

- 控制良好及進步之定義：

A.控制良好：當年度最後一次檢驗結果為以下範圍：

(a) HbA1c： $<7\%$ 。

(b) LDL： $<100\text{mg/dL}$ 。

(c) 尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)： $<30\text{mg/gm}$ 。

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。

- 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。

結果面指標(十一)

NEW

七. 糖尿病會員胰島素注射率(5分)(原為自選指標)

1. \geq 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 $> 5\%$ ，或糖尿病會員胰島素注射率達50 ~ 60百分位，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



自選指標 (一)



➤ 自選指標 (15分)

醫療群就以下**7項**指標擇最優**3項**參加評分，於**10月底前**將選定指標項目回復分區業務組

計畫內容	執行注意事項
<p>(一)提升社區醫療群品質(5%)</p> <p>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。</p> <p>2. 每月至少一次辦理學術演講活動提升醫療群醫療品質。</p> <p>3. 以上任一項，檢附佐證資料經分區業務組認可，得5分。</p>	<ol style="list-style-type: none">1. 外團體指主辦單位非屬該醫療群內之診所、合作醫院之醫療機構。第一項有辦理一場以上即可給分。2. 觀摩活動合辦單位應為與本計畫相關之學公會為主。3. 學術演講活動，於計畫執行期間每月至少一場。4. 學術演講活動不能與組織指標的「個案研討」重複列計。5. 佐證資料需包含：議程、簽到單、照片、簡報，分享時間20-30分鐘。

自選指標 (二)

計畫內容

(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)

1. 提供服務 ≥ 15 人，得5分。
2. 14人 \geq 提供服務 ≥ 10 人，得2分。

(三)假日開診並公開開診資訊(5%)

1. 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：
2. 開診 ≥ 120 診次，得5分。
3. 開診 ≥ 90 診次，得3分。
4. 開診 ≥ 50 診次，得1分。

長假期看診時段： 112年兒童節及民族掃墓節連續假期 ▾

112年兒童節及民族掃墓節連續假期(若當天有提供「急診」請勾選；「當天、當時段、提供之門診診療科別」亦請勾選；若未勾選服務時段，將顯示「院所未登錄」)。

日期 時段	科別	04/01	04/02	04/03	04/04	04/05
急診		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
上午		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
下午		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
晚上		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
備註						

執行注意事項

1. 由健保署統一計算成效。
 2. 計畫執行期間有收案及出訪個案即納入計算。
1. 由健保署統一計算成效。資料來源為VPN看診時段登錄情形。
 2. 本項不包含禮拜六，另彈性放假之連續假期皆認定為國定假日。
 3. 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。
 4. 4日以上長假期請務必至VPN登錄維護看診時段，單一國定假日請於VPN備註欄註明開診時段(例如：1/1上午開診、1/2下午休診等)。

自選指標 (三)

計畫內容	執行注意事項
<p>(四)糖尿病人眼底檢查執行率(5分) 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. \geq全國平均值，得5分。2. 與上年度同期比進步率 $> 0\%$，得3分。3. 本項得分上限5分。	<ol style="list-style-type: none">1. 依本保險「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。2. 分子：分母ID中於門診有執行眼底檢查或眼底彩色攝影檢查人數。3. 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。<ul style="list-style-type: none">— 糖尿病：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：指ATC前3碼為A10。— 眼底檢查或眼底彩色攝影案件：係指申報醫令代碼前五碼為23501或23502或23702之案件。4. 本項指標計算不限家醫會員，只要是該家診所的糖尿病人皆列入計算。



自選指標 (四)

NEW

計畫內容

(五) 醫療群內收案會員重複用藥情形(5分)

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。
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用藥率 ≤ 60 百分位得3分。
3. 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 ≤ 70 百分位，得1分。

執行注意事項

- 社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額：
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
- 社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥率：
分子：醫療群內收案會員重複用藥處方件數
分母：醫療群內收案會員調劑7日以上處方件數
- 每季結算後於VPN中回饋重複用藥歷程報表
- 報表路徑：VPN服務項目/保險對象管理/保險對象管理檔案下載

自選指標 (五)

計畫內容	執行注意事項
<p>NEW</p> <p><u>(六)會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率(5分)</u></p> <ol style="list-style-type: none">會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率$\leq 35\%$，得5分。與上年度同期比，至少減少10%以上，得3分。	<ol style="list-style-type: none">分子：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分母：醫療群內收案會員之糖尿病慢性病連續處方箋開立件數



加分指標 (一)

➤ 加分項(本項最高得分10分)

計畫內容	執行注意事項
<p>(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≥ 275 點，加5分。</p>	<p>由健保署年度統計結果認定。</p>
<p>(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，經保險人分區業務組認定後方得計分；共同照護門診已於結構面指標計分，不列入本加分項)。</p>	<ol style="list-style-type: none">1. 由醫療群自行提供2項佐證資料：<ol style="list-style-type: none">① 報備支援證明。② 門診時刻表或手術排班表等資料。如果門診表已經註明是「共照門診」，則以「共照門診」項目計。2. 定期係指計畫執行期間內，每月至少一次。3. 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。

加分指標 (二)

計畫內容	執行注意事項
<p>(三)轉介失智症病人至失智症共照中心接受服務(5分)：協助失智症病人優先轉介至診所所在縣市失智症共照中心、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。</p>	<ol style="list-style-type: none">1. 由醫療群提供資料予各分區業務組彙整。2. 失智症病人係指經相關專科醫師確診之病人，不限會員，計畫執行期間轉介個案一位以上且留有佐證紀錄即得分。3. 轉介適當醫院：將疑似失智症個案轉介至有提供失智症整合門診或相關專科之醫院就醫，且留有紀錄-需提供轉診單及醫院確診證明、佐證資料(CDR>1分或 MMSE<23分之評估量表等)。4. 社會福利資源、失智共同照護中心：將確診失智症個案轉介至各地失智共同照護中心、失智症協會、家庭照顧者協會、老人福利協會等，日間照顧中心、居家服務、護理之家、養護機構、長期照顧管理中心等-需提供失智症診斷的殘障手冊、轉介單及受理單位證明。



加分指標 (三)

計畫內容

執行注意事項

(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。

1. 分子：會員於醫療群內診所同天、同院門診就醫2次以上人數(排除預防保健等代辦案件)
2. 分母：門診就診人數
3. 本項指標計算不包含合作醫院；僅計算收案會員於醫療群內診所同日再就診情形。
4. 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。

NEW

(五)檢驗(查)結果即時上傳率 $\geq 70\%$ 之社區醫療群，加5分。

1. 分子：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)。
2. 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」附件五-「獎勵醫事服務機構上傳檢驗(查)結果之項目」之所列之診所申報醫令數。
3. 本指標排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料、病理報告及出院病歷摘要資料。
4. 分子包含診所申報診所上傳檢驗(查)結果及診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果之案件。

退場機制

- 評核指標未達70分者(評核指標 < 70分)，應退出本計畫，1年內不得再加入本計畫。
- 評核指標介於70至75分者(70分 \leq 評核指標 < 75分)，接受保險人分區業務組輔導改善；第2年仍未達75分續辦標準者(評核指標 < 75分)，應退出本計畫，1年內不得再加入本計畫。
- 退場之社區醫療群，其中評核指標 \geq 75分之個別診所，可申請重新組群或加入其他社區醫療群，經保險人分區業務組同意後參加。
- 本計畫參與醫師當年度未於執業登記診所申報醫療費用者(不含代辦案件)，1年內不得再加入本計畫。



The background features a white central area enclosed by a dashed black border. This area is surrounded by a decorative pattern of overlapping, semi-transparent circles in various colors including light blue, yellow, pink, and green. The circles vary in size and are scattered across the page, creating a soft, bokeh-like effect.

醫療群配合辦理事項

配合辦理事項(一)

NEW

- 申請書新增申請醫療群「家醫2.0醫療群」類別選項：
 - 社區醫療群採雙軌併行，有加強糖尿病(DM)或初期慢性腎臟病(CKD)疾病管理能力之醫療群認定為「家醫2.0醫療群」。
- 「家醫2.0醫療群」診所未參加醫療給付改善方案-DM/CKD/DKD方案者，其參與家醫計畫之醫師應按個案疾病樣態，每年接受DM/CKD相關教育課程
- 按113年修訂事項：「若前一年度已為家醫會員，且派案診所與前一年度相同者，診所無須於隔年度重新派案及收案」，爰指定名單與前一年收案診所相同者，將由本署匯入VPN收案，診所無須再上傳
- 113年較需照護族群名單已置於VPN，診所得先查詢並提供健康管理，俟計畫公告後再予收案
- 較需照護個案若已被P4P-DM/CKD/DKD、代謝計畫收案，且該收案診所前一年度有參加家醫計畫，則優先交付該診所，並以DKD、DM、代謝計畫、CKD收案診所為優先交付順序

配合辦理事項(二)

- 社區醫療群應以西醫基層診所成立計畫執行中心，執行中心不能由跨其他分區業務組縣市的基層診所來擔任
 - 核心業務不得委由非醫療服務機構(如管理顧問公司或居家護理所)來執行，也不能由跨其他分區業務組縣市的單位或個人來承攬相關業務，若有違反情事，該社區醫療群應即終止本計畫。
- 會員24小時諮詢專線接聽人員，應由醫事人員接聽
 - 執業登記應以社區醫療群內診所為原則(該診所不得跨其他分區業務組之縣市)，如執業登記於合作醫院需經本組核備同意。
 - 有共聘醫事人員接聽專線之醫療群，需於113年申請書提供說明(諮詢專線運作機制、如何維持接聽品質)及相關文件，併於申請計畫書送保險人分區業務組備查。
- 於期限內提出申請書
 - 以醫療群為單位，於計畫公告2個月內，向保險人分區業務組提出參與計畫書面申請。為提高資格審查時效，準備完成之醫療群，請配合提早繳交。

NEW

配合辦理事項(三)

➤ 收案會員分兩批次上傳

- 第一次：交付名單請於計畫公告2個月內批次上傳至VPN。(交付名單已於

NEW

113/3/6放置VPN供會員下載，前一年度已為家醫會員之應照護族群，收案名單由本署自動轉入VPN，診所無須再上傳。)

- 第二次：112年績優群醫師自行加收之100名個案(上傳時程另行通知)。

➤ 會員通知(書面函、簡訊、電子郵件、即時通訊軟體等)

- 應製作家庭會員權利義務說明書或會員通知，告知本計畫內容及其權益、義務(含24小時緊急諮詢電話)。
- 家醫計畫如由診所自行收案之會員，應事先徵得當事人同意，並遵守個人資料保護規範。
- 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(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收案會員同意書與滿意度調查。
- 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。

配合辦理事項(四)

➤ 家醫認證

- 新加入本計畫醫師應於年度內取得家庭醫師訓練認證，請於6月~7月份期間留意台灣家庭醫學醫學會寄發之認證課程報名資訊。

➤ **113/10/31**日前提交自選指標選定項目(3項)

➤ 醫療群活動

- 每月至少需辦理1場活動(如：個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診等其中一項)，1年需辦理12場以上，年度內每位醫師至少應參與上開活動達6次(含)以上，如未達成不予給分。
- 為實地審查需要，須指派1家診所事前至健保VPN共照活動系統登錄。



配合辦理事項(五)



- **計畫期間需提交相關資料**
 - 每季提供醫療群活動季報表(本計畫表一~表三)。
 - 執行6個月後應辦理自我評估，請於113/7/15前繳交自我評估表(本計畫附錄2)。
 - **113/12/31前需至健康存摺填寫滿意度調查，至少50名以上收案會員(含應收及自收會員)。**
 - 114/1/31前應繳交年度計畫執行報告。
- **院所或醫師異動**
 - 參與計畫之特約院所或醫師於參與計畫期間，如因離職、歇業、搬遷等因素退出本計畫或異動，應**一個月內**來函(或異動申請書)函知本業務組進行更改，以免影響相關費用之計算。
- **參與計畫之醫師需提供會員實質醫療照護及衛教等服務，如經本署發函清查，院所應提出明確說明及檢附完整佐證資料。**

配合辦理事項(六)

- 高診次保險對象就醫輔導：
 - 針對全年門診就醫次數 ≥ 90 次之會員，加強衛教指導、整合門診、開立慢連箋等，減少該類會員就醫次數。
- 提高基層與地區醫院門診占整體件數占率：
 - 落實分級醫療，加強衛教指導，提升基層醫療服務量能，有效分配醫療資源。



VPN作業— 會員查詢上傳、指標回饋查詢

健保服務申請作業



健保服務申請作業

篩選條件：

選項	業務別:作業權利	使用狀態	備註
<input checked="" type="checkbox"/>	[保險對象特定醫療資訊查詢作業]:全部功能	已核可	供診間醫師使用，不納入「使用者授權管理作業」執行範圍。
<input checked="" type="checkbox"/>	[健保雲端藥歷系統]:全部功能	已核可	
<input type="checkbox"/>	[鼓勵醫療院所即時查詢病患方案]:全部功能	未申請	
<input checked="" type="checkbox"/>	[醫療費用申報]:門診西醫診所	已核可	本項作業將同步提供「預檢醫療費用申報」服務
<input checked="" type="checkbox"/>	[醫療費用支付]:全部功能	已核可	
<input checked="" type="checkbox"/>	[健保卡就醫上傳檢核結果查詢]:全部功能	已核可	
<input checked="" type="checkbox"/>	[國民健康署戒菸服務系統密碼管理]:全部功能	已核可	
<input checked="" type="checkbox"/>	[電子化專業審查系統]:全部功能	已核可	
<input checked="" type="checkbox"/>	[事前審查]:全部功能	已核可	101/10/21 已停用
<input checked="" type="checkbox"/>	[試辦計畫資料維護]:糖尿病醫療給付改善方案	已核可	
<input checked="" type="checkbox"/>	[試辦計畫資料維護]:氣喘醫療給付改善方案	已核可	
<input checked="" type="checkbox"/>	[試辦計畫資料維護]:高血壓醫療給付改善方案	已核可	
<input checked="" type="checkbox"/>	[試辦計畫資料維護]:家庭醫師整合性照護	已核可	
<input checked="" type="checkbox"/>	[試辦計畫資料維護]:診所以病人為中心整合照護計畫	已核可	
<input checked="" type="checkbox"/>	[試辦計畫-高血壓資料補登]:全部功能	已核可	

- KLT專審輔助子系統
- REP交付機構子系統
- RFD財務介面子系統
- RGB總額預算監控子系統
- RPG追扣補付醫療費用帳務管理子系統
- VPN健保資訊網服務系統
- HMA醫務行政
- IEA院所資料交換
- IES保險對象特定醫療資訊查詢作業
- IHC健保IC卡醫費勾稽作業
- IMM健保雲端藥歷系統
- IWF醫療費用支付
- IWM預檢醫療費用申報
- IWP1機構代表作業
- IWP2機構管理者作業
- 3200健保服務申請作業
 - 3100使用者維護作業
 - 3300使用者授權管理作業
- QCB試辦計畫對外資料回饋
- QIQ提升住院護理照護品質方案
- QMX試辦計畫
- RWM醫療費用申報
- Internet健保資訊網服務系統
- 單一授權

使用者授權管理



新參加診所
特別注意！

- VPN健保資訊網服務系統
- ⊕ HMA醫務行政
- ⊕ IAU檢驗(查)結果每日上傳
- ⊕ ICE鼓勵醫療院所即時查詢病患方
- ⊕ IEA院所資料交換
- ⊕ IEQ院所醫療服務指標查詢
- ⊕ IES保險對象特定醫療資訊查詢作
- ⊕ IHC健保IC卡醫費勾稽作業
- ⊕ IMC健保醫療資訊雲端系統批次下
- ⊕ IMM健保雲端藥歷系統
- ⊕ IPR醫事人員溝通平台
- ⊕ IWF醫療費用支付
- ⊕ IWM預檢醫療費用申報
- ⊕ IWP1機構代表作業
- ⊕ IWP2機構管理者作業
- 3200健保服務申請作業
- 3100使用者維護作業
- 3300使用者授權管理作業**
- ⊕ QCB試辦計畫對外資料回饋
- ⊕ IQI提升住院護理照護品質方案
- ⊕ QMX試辦計畫
- ⊕ QP3居家醫療照護整合計畫
- ⊕ QP4電子轉介平台與出院準備簡章
- ⊕ QPA居家訪視行動醫療(設定)
- ⊕ QPB居家訪視行動醫療(院所)
- ⊕ QPC居家訪視行動醫療(藥局)

使用者授權管理

查詢條件: 現行機構使用者

授權	業務代號	業務別
<input checked="" type="checkbox"/>	IMM	健保醫療資訊雲端查詢系統
<input checked="" type="checkbox"/>	ICE	鼓勵醫療院所即時查詢病患方案
<input checked="" type="checkbox"/>	IP1	電子轉診單_受理
<input checked="" type="checkbox"/>	IP2	電子轉診單_查詢
<input checked="" type="checkbox"/>	IP3	電子轉診單_管理
<input type="checkbox"/>	RWM	醫療費用申報
<input type="checkbox"/>	IWF	醫療費用支付
<input type="checkbox"/>	RIM	保險對象用藥管理
<input type="checkbox"/>	IPA	健保卡就醫上傳檢核結果查詢
<input type="checkbox"/>	QB1	事前審查
<input checked="" type="checkbox"/>	QM	試辦計畫資料維護
<input type="checkbox"/>	QCB	試辦計畫對外資料回饋
<input type="checkbox"/>	QB4	重大傷病
<input type="checkbox"/>	ORB	成人健檢作業

指定名單查詢(一)



指定名單 下載路徑

試辦計畫資料維護

以病人為中心之資訊整合平台	個案檢驗(查)值檢核結果查詢
試辦計畫對外資料回饋	管理照護費及評估費檢核結果查詢
中醫特定疾病門診照護	基本資料維護
急性後期照護	個案資料維護
中醫總額照護計畫	個案資料查詢
居家醫療照護整合計畫	C肝全口服藥個案資料查詢作業
電子轉介平台與出院準備簡表登錄	MD個案資料查詢作業
電子轉介平台_長照中心	安寧跨院際資源分享紀錄
居家照護(一般居家/安寧居家)	資料上傳查詢
中醫護理人員跟診時段維護	提升醫院用藥安全與品質方案
個案特材追蹤管理系統	MD醫院以病人為中心計畫整照門診 時段維護
牙周病統合照護登錄	家醫應照護對象名單查詢作業
成人健檢作業	家醫共照登錄作業

➤ 指定名單查詢路徑

VPN服務項目



試辦計畫資料維護



家醫應照護對象名單查詢作業

指定名單查詢(二)

家醫應照護對象名單查詢作業

分區別	1-臺北業務組
*醫事機構代碼	3501200000 臺北虛擬診
個案類別	<ul style="list-style-type: none">1-慢性病2-前期慢性病延續名單2a-非慢性病2b-非慢性病3-前期家醫會員4-高診次5-65歲以上6-論質名單

查詢 清除

- 可針對各「個案類別」分別查詢，若沒有選擇「個案類別」系統預設查詢全數個案

院所ID	身分證號	生日	個案類別	論質名單	65歲以上多重慢性病註記	高診次註記	慢性病註記	非慢性病註記	失智症
3501200000	V120#****	061/12/08	2b	0	0	0	0	1	0
3501200000	A125#****	073/09/30	2b	0	0	0	0	1	0
3501200000	V120#****	055/06/02	1	0	0	0	1	0	0
3501200000	V121#****	076/07/31	2b	0	0	0	0	1	0
3501200000	V290#****	064/12/05	2	0	0	0	0	0	0
3501200000	V220#****	051/01/06	1	0	0	0	1	0	0
3501200000	V221#****	098/12/11	2b	0	0	0	0	1	0
3501200000	V100#****	040/01/01	6	1	1	0	1	0	0
3501200000	E221#****	058/01/14	2b	0	0	0	0	1	0
3501200000	F124#****	067/07/23	6	1	0	0	0	1	0

下載 目前畫面

- 將清單產製成csv檔，以利院所上傳擬收治之個案。

VPN會員資料上傳

路徑：VPN服務項目\試辦計畫資料維護\試辦計畫上傳作業

資料上傳查詢作業

試辦計畫	家庭醫師整合性照護
檔案名稱	<input type="text"/> 瀏覽...
傳檔日期起迄	110/01/01 (YYYYMMDD)~ 110/02/15 (YYYYMMDD)
檔案格式	定長

查詢 上傳 清除

備註：
(1)本功能不支援中文檔名，現階段開放 Text file (副檔名為 .txt) 上傳。
(2)Record-End 是以 ASCII--'0D 0A' 二個BYTE做區隔。
(也就是：每筆資料的結束請用'Enter'的值與下一筆資料做區隔。)
(3)各計畫上傳格式說明及範例請詳『下載專區』
(4)上傳檔案命名規格為：業務組別(1)+醫事機構代號(10)+月份(2)+流水號(2)+'FM'.txt
同一月份流水號為01-99不可重複。
月份(2) 及 流水號(2) 需為數字，不得為英文字母。
(5)入檔檢核批次為每小時執行一次，故上傳成功後請於1小時後再次登錄以確認入檔結果。
(6)上傳檔案若有1筆以上錯誤則全部不處理，需更正後再重新上傳 (上傳檔名不可重複)。
(7)若查詢上傳結果為錯誤0筆，則表示正確資料已寫入資料庫。

➤ 113年會員上傳期限為計畫公告2個月內，逾期VPN系統將關閉無法上傳。

➤ 上傳後請務必點選「查詢」確認是否上傳成功。

VPN登錄作業使用者手冊下載路徑：VPN\下載專區\服務項目：試辦計畫資料維護
\ 6-家庭醫師整合性照護計畫使用者手冊

VPN會員上傳查詢

上傳個案數查詢路徑：VPN服務項目\試辦計畫資料維護\個案資料查詢

個案資料查詢作業-個案資料查詢

* 試辦計畫 家庭醫師整合性照護

家醫收案統計查詢

期別 13

查詢 清除



院所別	醫師ID	個案類別	上傳成功筆數
3531	A120	A	536
3531	A120	B	200
3531	A120	C	20

如何查詢指標回饋資料(一)

路徑：VPN服務項目\試辦計畫對外資料回饋\執行成效查詢作業

以病人為中心之資訊整合平台

試辦計畫對外資料回饋

中醫特定疾病門診照護

急性後期照護

中醫總額照護計畫

居家醫療照護整合計畫

電子轉介平台與出院準備簡表登錄

電子轉介平台_長照中心

居家照護(一般居家/安寧居家)

中醫護理人員跟診時段維護

個案特材追蹤管理系統

牙周病統合照護登錄

成人健檢作業

對外資料回饋作業

用戶代號	3501200000	用戶名稱	臺北虛擬診
醫事機構代號	3501200000	醫事機構名稱	臺北虛擬診
*試辦計畫代碼	A3 家醫整合性照護計畫		
*資料類別	01 品質指標資料		
*計畫期別	14		
*執行成效之統計條件	<input checked="" type="radio"/> 期		
*身分(個案種類)			
病患身分證號			

確定 清除

試辦計劃代碼：A3家醫整合性照護計畫
資料類別：01品質指標資料
計畫期別：15【112年「14」，依序類推】

如何查詢指標回饋資料(二)

對外資料回饋作業

醫療群名稱： 1010101234台北一極棒醫療群

指標截止月份：

收案會員品質指標成效

診所代號	診所名稱	潛在可避免急診率(診所)	去年同期 潛在可避免急診率(診所)	潛在可避免急診率(醫療群)	去年同期 潛在可避免急診率(醫療群)	全國 潛在可避免急診率	可避免住院率(診所)	去年同期 可避免住院率(診所)	可避免住院率(醫療群)
350xxx1111	A診所	3105.8699	1624.9861	1387.7990	1397.3319	1686.0706	1523.9331	702.4494	628.103
351xxx2222	B診所	1044.3095	663.3494	1387.7990	1397.3319	1686.0706	640.7463	453.5202	628.103
353xxx3333	C診所	1991.0513	802.3095	1387.7990	1397.3319	1686.0706	662.7776	789.1449	628.103
350xxx4444	D診所	1200.9483	1867.9808	1387.7990	1397.3319	1686.0706	253.6282	771.9083	628.103
351xxx4321	E診所								
353xxx2134									

資料下載

回前畫面

評核指標回饋

- 定期試算各醫療群評核指標成績並依成績高低排名，透過E-mail方式寄給執行中心。
- 醫療群執行中心及早針對未達成之指標項目進行改善，協助督促及輔導群內成績較不理想之診所，以免影響醫療群品質指標整體成績。

衛生福利部中央健康保險署臺北業務組103年社區醫療群品質指標達成情形
資料期間：103/1/1-103/11/30

製表日期：104.1.1

排名	醫療群名稱	組織指標 (30%)			會員滿意度調查 (10%)		急診率(5分)			住診率(16分)			固定就診率(10分)			成健檢查率(5分)		子抹檢查率(5分)		流感注射率(5分)		溼血檢查率(5分)		門診轉診率(5分)			住院轉診率(10%)			1-11月 總分
		健康管理制度實施數 (10%)	個案研討等共則活動 (10%)	24小時諮詢專線 (10%)	醫療群自測	分區抽測	應別醫療群急診率 40百分位(22.88%)			應別醫療群住診率 40百分位(11.83%)			參與醫療群 之80百分位(51.88%)			應別醫療群 80百分位(37.34%) 90百分位(33.89%)		應別醫療群 80百分位(26.87%) 90百分位(24.83%)		應別醫療群 80百分位(38.31%) 90百分位(36.74%)		全國受檢率 (40.44%)		參與醫療群 之60百分位(1.82%)						
							醫療群比率	去年同期比率	得分	醫療群比率	去年同期比率	得分	醫療群比率	去年同期比率	得分	醫療群比率	得分	醫療群比率	得分	醫療群比率	得分	醫療群比率	得分	醫療群比率	去年同期比率	得分	醫療群比率	去年同期比率	得分	
1		10	10	10	5	10	21.85%	22.18%	5	8.88%	7.40%	16	52.85%	58.15%	10	68.58%	5	33.83%	5	38.03%	3	88.84%	5	2.89%	2.77%	3	4.82%	3.88%	10	108

家醫整合照護計畫相關資訊

健保署全球資訊網(<http://www.nhi.gov.tw/>)\健保服務\健保醫療計畫\
家庭醫師整合照護計畫

⋮

[人才招聘](#) | [意見信箱](#) | [廉政園地](#) | [English](#) | [兒童版](#) | [字級設定](#) 小 中 大 特大



衛生福利部中央健康保險署

[關於健保署](#) [健保服務](#) [健保資料站](#) [健保法令](#) [重要政策](#) [影音文宣](#) [網路櫃檯](#) [健保表單下載](#)



⋮

健保醫療計畫

[其他疾病照顧計畫](#)

[其他居家相關醫療服務](#)

[家庭醫師整合照護計畫](#)

[安寧療護\(住院、居家、共照\)網路查詢服務](#)

[急性後期整合照護計畫](#)

[醫院以病人為中心門診整合照護計畫](#)

[衛生福利 e 寶箱](#)

首頁 > 健保服務 > 健保醫療計畫 > 家庭醫師整合照護計畫

⋮

家庭醫師整合照護計畫

家庭醫師整合性照護計畫院所查詢

衛教專區

醫療院所專區

會員專區

更新日期：108-11-13



家醫整合照護計畫相關表單

健保署全球資訊網 (<http://www.nhi.gov.tw>) \ 健保表單下載 \ 各業務組表單 \ 臺北業務組專屬表單 \ 醫療機構 \ 家醫計畫

...

[網站導覽](#) | [人才招聘](#) | [意見信箱](#) | [廉政園地](#) | [English](#) | [兒童版](#) | [字級設定](#) 小 中 大 特大



衛生福利部中央健康保險署

[關於健保署](#) [健保服務](#) [健保資料站](#) [健保法令](#) [重要政策](#) [網路櫃檯](#) [影音文宣](#) [健保表單下載](#)



...

各區業務組表單

[首頁](#) > [健保表單下載](#) > [各區業務組表單](#) > [臺北業務組專屬表單](#)

...

臺北業務組專屬表單

醫事機構

- 各項方案及試辦計畫相關表單
 - [呼吸器依賴患者IDS試辦計畫申請書](#)  
 - [參與呼吸器依賴患者IDS試辦計畫相關醫事人員核備表](#)   
 - [醫療給付改善方案\(試辦計畫\)VPN登錄上傳資訊之更正申請單 \(111.07.29更新\)](#)   
 - [專業審查作業紙本病歷替代方案申請書\(111.07.29更新\)](#) 
 - [西醫基層醫療費用電子化作業同意申請表](#)  
 - 家醫計畫
 - 111年「家庭醫師整合性照護計畫暨重要政策說明會」簡報資料
 - [家庭醫師整合性照護計畫說明會簡報\(111.2.25更新\)](#) 
 - [健保近期重要業務宣導\(111.2.25更新\)](#) 
 - [C肝全口服新藥計畫\(111.2.25更新\)](#) 
 - [112年家醫計畫社區醫療群申請書\(112.2.8更新\)](#)  
 - [社區醫療群自我評估表\(111.08.01更新\)](#) 

臺北業務組聯絡窗口及電話

衛生福利部中央健康保險署
臺北業務組醫療費用二科

地址：臺北市中正區公園路15-1號3樓

傳真：(02)2382-0874 / (02)2348-6448

莊小姐

TEL:(02)2348-6421

E-mail : b111209@nhi.gov.tw





厝邊好醫師、社區好醫院
厝邊就醫、在地照顧

Thank You!