

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：(中區業務組)407666台中市西屯區  
市政北一路66號  
聯絡人：陳小姐  
聯絡電話：04-22583988 分機：6818  
傳真：04-22531219  
電子郵件：D110228@nhi.gov.tw

受文者：社團法人臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國113年3月15日

發文字號：健保中字第1138402648號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A21030000I\_1138402648\_doc1\_Attach1.pdf、  
A21030000I\_1138402648\_doc1\_Attach2.pdf、  
A21030000I\_1138402648\_doc1\_Attach3.pdf、  
A21030000I\_1138402648\_doc1\_Attach4.pdf)

主旨：檢送113年3月10日「中區西醫基層總額共管會113年第1次  
會議紀錄」乙份，請查照。

正本：中華民國醫師公會全聯會西醫基層醫療服務審查執行會中區分會、臺中市醫師公會、社團法人臺中市大臺中醫師公會、彰化縣醫師公會、南投縣醫師公會、中華民國診所協會全國聯合會、台中市診所協會、臺中市台中都診所協會、臺中市大臺中診所協會、彰化縣診所協會、南投縣西醫診所協會

副本：



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><b>陸、組織運作</b></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> <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ol> <p><b>柒、收案對象(會員)</b></p> <p>(三)名單交付原則如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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></li> <li>2. <u>其餘個案按下列交付原則：</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)慢性病個案：...</li> <li>(2)非慢性個案：...</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>陸、組織運作</b></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> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ol> <p><b>柒、收案對象(會員)</b></p> <p>(三)名單交付原則如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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，</li> </ol>

113 年草案內容	112 年原內容
<p><b>捌、管理登錄個案</b></p> <p>二、社區醫療群需於計畫公告<b>2</b>個月內及依上年度...。</p> <p>(一)第一階段：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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></li> </ol> <p><b>玖、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求</b></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"> <li>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<math>\geq 33</math>次/年。若診所就醫次數相同，則由費用最高的診所收案。</li> </ol> <p><b>捌、管理登錄個案</b></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><b>玖、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求</b></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><b>壹拾、費用申報及支付方式</b></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&gt;275點之家醫2.0醫療群，則支付績效獎勵費</p>	<p><b>壹拾、費用申報及支付方式</b></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&gt;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<math>\geq</math>1或簡易心智量表<math>\leq</math>23)，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. 會員有2種(含)以上慢性病並於收案診所內就醫，且當年度<u>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點</u>；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點</u></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<math>\geq</math>1或簡易心智量表<math>\leq</math>23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)：&lt;7%。</u></p> <p>(2) <u>低密度脂蛋白(LDL)：</u> <u>&lt;100mg/dL。</u></p> <p>(3) <u>尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)：&lt;30mg/gm。</u></p> <p>B.進步定義：<u>檢驗結果後測-前測&lt;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&gt;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&gt;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><b>壹拾壹、計畫評核指標</b></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"> <li>1. 成人預防保健檢查率(5分)</li> <li>3. 65歲以上老人流感注射率(3分)</li> <li>4. 糞便潛血檢查率(5分) <ol style="list-style-type: none"> <li>(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<math>\geq</math>50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。</li> <li>(2) <math>&lt;</math>較需照護族群檢查率之83百分位數，但<math>\geq</math>較需照護族群檢查率之73百分位數，得<u>3</u>分。</li> <li>(3) <math>&lt;</math>較需照護族群檢查率之73百分位數，但<math>\geq</math>較需照護族群檢查率之63百分位數，得<u>2</u>分。</li> </ol> </li> <li>5. B、C肝炎篩檢率(5分) <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) <u>會員接受B、C肝炎篩檢率<math>\geq</math>較需照護族群70百分位數，得5分。</u></li> <li>(2) <u><math>&lt;</math>較需照護族群70百分位數，但<math>\geq</math>較需照護族群60百分位數，得3分。</u></li> <li>(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></li> </ol> </li> </ol>	<p>支付，且每點支付金額不高於1元。</p> <p><b>壹拾壹、計畫評核指標</b></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"> <li>1. 成人預防保健檢查率(7分)</li> <li>3. 65歲以上老人流感注射率(4分)</li> <li>4. 糞便潛血檢查率(7分) <ol style="list-style-type: none"> <li>(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<math>\geq</math>50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。</li> <li>(2) <math>&lt;</math>較需照護族群檢查率之83百分位數，但<math>\geq</math>較需照護族群檢查率之73百分位數，得5分。</li> <li>(3) <math>&lt;</math>較需照護族群檢查率之73百分位數，但<math>\geq</math>較需照護族群檢查率之63百分位數，得3分。</li> </ol> </li> </ol>
<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&lt;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&lt;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)：&lt;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>&lt;100mg/dL。</u></p> <p>(c) <u>尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)：&lt;30mg/gm。</u></p> <p>B. <u>進步定義：檢驗結果後測-前測&lt;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>(5) <u>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>3. <u>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>(七) <u>糖尿病會員胰島素注射率(5分)</u></p> <p>1. <u>≥糖尿病會員胰島素注射率60百分位，得5分。</u></p> <p>2. <u>與上年度同期自身比進步率&gt;5%，或&lt;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>3. <u>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>四、自選指標(15分)</p> <p>(五) <u>醫療群內收案會員重複用藥情形(5分)</u></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或重複用藥率≤30百分位，得5分。</u></p> <p>2. <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</u></p>	<p><u>112 年原內容</u></p> <p>四、自選指標(15分)</p> <p>(六) <u>醫療群內收案會員重複用藥核扣情形(5分)</u></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≤30百分位，得5分。</u></p> <p>2. <u>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> <math>\leq 60</math> 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> <math>\leq 70</math> 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> <math>\leq 35\%</math>，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> <math>\geq 70\%</math> 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 <math>\leq 70</math> 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 <math>\geq 80\%</math> 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><b>壹拾參、計畫申請方式</b> 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><b>壹拾參、計畫申請方式</b> 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>

## 附件 2、西醫醫療資源不足地區改善方案

113 年修正內容	112 年原內容
<p>一、<b>施行區域</b>：113 年度預計施行區域共 <u>128 個</u>。</p> <p>*補充說明：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 新增彰化縣社頭鄉。</li> <li>2. 刪除桃園市大溪區。</li> <li>3. 苗栗縣南庄鄉由第 3 級調整為第 2 級；苗栗縣卓蘭鎮、高雄市田寮區及高雄市六龜區寶來里，由第 2 級調整為第 3 級。</li> <li>4. 高雄市田寮區、屏東縣麟洛鄉、崁頂鄉及萬巒鄉開放醫院及診所同時申請執行本方案；花蓮縣吉安鄉承作單位調整為診所。</li> </ol> <p>二、<b>修訂巡迴計畫</b></p> <p>(一)巡迴醫療服務計畫（以下稱巡迴計畫）：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務(例如：專科巡迴、提供行動不便者到宅醫療或疾病個案管理服務)。本年度基層診所以 <u>227,200</u> 總服務人次及 <u>12,000</u> 總診次為目標；醫院以 <u>70,000</u> 總服務人次及 <u>5,000</u> 總診次為目標。</p> <p>(二)通則：申請參與本方案之診所、醫院及醫事人員，須為<u>最近 2 年未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第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(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)</u>。</p>	<p>一、<b>施行區域</b>：112 年度施行區域共 128 個。</p> <p>*補充說明：本組轄區共 22 個施行鄉鎮區，基層承作 14 個，計 14 家診所提出申辦巡迴計畫，涵蓋 13 個鄉鎮區，無診所提出開業計畫申請。</p> <p>二、<b>修訂巡迴計畫</b></p> <p>(一)巡迴醫療服務計畫（以下稱巡迴計畫）：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務(例如：專科巡迴、提供行動不便者到宅醫療或疾病個案管理服務)。本年度基層診所以 <u>227,000</u> 總服務人次及 <u>10,200</u> 總診次為目標；醫院以 <u>50,000</u> 總服務人次及 <u>3,000</u> 總診次為目標。</p> <p>(二)申請參與本方案之診所、醫院及醫事人員須為<u>提出申請日前二年未曾有全民健康保險特約及管理辦法(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，前述計算違規期間以保險人第一次處分函上所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)</u>。</p>

113 年修正內容	112 年原內容
<p><u>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。</u></p>	
<p><b>三、修訂開業計畫</b></p> <p>(一)申請執行本計畫特約診所之執業地點因地制宜，以與原開業之西醫特約院所設址地點為不同村(里)且距離 1.8 公里以內無診所為原則，如有特殊情形得由申請診所提出申請且詳述評估因素及條件後，經保險人各分區業務組評估後核定。</p> <p>(二)負責醫師須為中華民國醫師公會全國聯合會所屬縣市公會會員並符合開業資格之西醫師，其最近十二個月全民健康保險平均每月申報點數(含部分負擔)須大於 14 萬點；<u>無最近十二個月申報資料者，則以申請本方案前，最後有申報資料，採計十二個月為計算基礎。</u></p> <p>(三)<u>承辦本計畫後第 7 個月起，若連續 2 個月之當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度 35%者，須自次月起於開業鄉鎮(或經保險人分區業務組核定至鄰近本方案施行地區)每月至少提供 1 點巡迴醫療服務計畫。</u></p> <p>*補充說明： 112 年底前辦理本計畫之診所，自 113 年 3 月起，若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度 35%者，須自 5 月起，依本條文規定提供巡迴醫療服務計畫。</p> <p>(四)西醫基層診所屬本方案之開業計</p>	<p><b>三、修訂開業計畫</b></p> <p>(一)申請執行本計畫特約診所之執業地點因地制宜，以與原開業之西醫特約院所設址地點為不同村(里)為原則，如有特殊情形得由申請診所提出申請且詳述評估因素及條件後，經保險人各分區業務組評估後核定。</p> <p>(二)負責醫師須為中華民國醫師公會全國聯合會所屬縣市公會會員並符合開業資格之西醫師，其最近十二個月全民健康保險平均每月申報點數(含部分負擔)須大於 14 萬點。</p> <p>(三)無。</p> <p>(四)西醫基層診所屬本方案之開業計</p>

113 年修正內容	112 年原內容
<p>畫並提供巡迴醫療服務者，<u>得依提供巡迴醫療服務地區之分級，申請論次支付點數。</u></p> <p>(五)<u>針對辦理開業計畫第 7 個月起，連續 2 個月之當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度 35%之診所，其參與巡迴醫療服務之醫療費用(含診察費加成)、論次費用併入保障額度計算。</u></p>	<p>畫並提供巡迴醫療服務者，<u>其巡迴醫療服務之論次費用以 30%支付。</u></p> <p>(五)無。</p>
<p><b>四、修訂巡迴計畫</b></p> <p>(一)刪除「申請執行巡迴計畫之院所不得跨健保分區執行巡迴醫療服務」之規定。</p> <p>(二)若於 <u>113 年 6 月底</u>前，仍未有診所、醫院向所轄保險人分區業務組申請巡迴之鄉鎮(市區)，得由保險人開放<u>其他不同承作單位(診所、醫院)</u>申請。若同時有不同承作單位申請，由該施行區域原定承作單位或同分區優先申請。如當地民眾仍有醫療需求，經保險人分區業務組專案同意該施行區域得由醫院及基層診所同時承作。</p>	<p><b>四、修訂巡迴計畫</b></p> <p>(一)申請執行本方案巡迴服務之診所、醫院，得於同一保險人分區業務組內得跨縣市，惟不得申請跨健保分區執行巡迴醫療服務。</p> <p>(二)若於 <u>112 年 6 月底</u>前，仍未有診所、醫院向所轄保險人分區業務組申請巡迴之鄉鎮(市區)，得由保險人開放<u>其他分區或同分區不同承作單位(診所、醫院)</u>申請。若同時有不同承作單位申請，由該施行區域原定承作單位優先申請。如當地民眾仍有醫療需求，經保險人分區業務組專案同意該施行區域得由醫院及基層診所同時承作。</p>
<p>(三)申請程序： 巡迴計畫：<u>自方案公告日起 15 個工作日內(以郵戳為憑)</u>，相關醫事人員應依各該醫事人員法之規定，向當地衛生主管機關辦理報備支援，<u>並檢具相關申請文件向所轄保險人分區業務組提出申請</u>；前一年度通過西醫醫療資源不足地區方案考核要點之診所、醫院，如巡迴醫師、時段及地點</p>	<p>(三)申請程序： 巡迴計畫：相關醫事人員應依各該醫事人員法之規定，向當地衛生主管機關辦理報備支援；前一年度通過西醫醫療資源不足地區方案考核要點之診所、醫院，如巡迴醫師、時段及地點與前一年度相同者，且符合 112 年度之規定，可具函敘明前述事項並檢附衛生主管機關核定報備同意函向</p>

113 年修正內容	112 年原內容
<p>與前一年度相同者，且符合 113 年度之規定，可具函敘明前述事項並檢附衛生主管機關核定報備同意函向保險人分區業務組備查。</p> <p>(四)巡迴醫事人員之規定</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 參與本計畫之醫事人員(不含備援人員)應以執業登錄於申請本計畫之診所、醫院為限，但以總、分院型態之醫院所提計畫及申請本計畫之診所無專任護理及藥事人員者，不在此限。</li> <li>2. 每位巡迴醫事人員之備援人員，以專任人員為優先，若無專任人員，須由同層級本保險特約單位支援，<u>如有特殊情形，經保險人分區業務組評估個案同意。</u>基層診所及醫院之備援醫師各以 3 名為限(若超過 3 名應提出評估因素及必要性說明，並經保險人分區業務組個案同意)；該年度實際備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之四分之一。如有特殊情形，應由執行本方案之院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件；除育嬰假外，該年度申請備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之二分之一。經保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務。</li> </ol> <p>(五)診察費加成：            基層診所每件依 <u>111</u> 年全年平均診察費 <u>356</u> 點加計 3 成，申報方</p>	<p>保險人分區業務組備查。</p> <p>(四)巡迴醫事人員之規定</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 參與本計畫之醫事人員應以執業登錄於申請本計畫之診所、醫院為限，但以總、分院型態之醫院所提計畫及申請本計畫之診所無專任護理及藥事人員者，不在此限。</li> <li>2. 每位巡迴醫事人員之備援人員，以專任人員為優先，若無專任人員，須由同層級本保險特約單位支援；<u>基層診所及醫院之備援醫師各以 3 名為限</u> (若超過 3 名應提出評估因素及必要性說明，並經保險人分區業務組個案同意)；該年度實際備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之四分之一。如有特殊情形，應由執行本方案之院所向所轄保險人分區業務組提出申請且詳述評估因素及條件；除育嬰假外，該年度申請備援總診次數不得大於該年度原申請巡迴醫療總次數之二分之一。經保險人分區業務組視當地民眾需求審查同意後，得執行巡迴醫療服務。</li> </ol> <p>(五)診察費加成：            基層診所每件依 <u>110</u> 年全年平均診察費 <u>358</u> 點加計 3 成，申報方</p>

113 年修正內容	112 年原內容
<p>式由保險人於點值結算時加計後支付；醫院診察費按申報點數加計 2 成支付，申報方式為每月由醫院自行申報。加成部分每點金額以 1 元計。</p> <p>(六)醫事人員報酬：以「論次計酬」支付。</p> <p>1. 一般日（含夜診）：</p> <p>(1)醫師：</p> <p>    第一級：每次支付 <u>4,000</u> 點（支付代碼為「P2011C」）。</p> <p>    第二級：每次支付 <u>5,000</u> 點（支付代碼為「P2005C」）。</p> <p>    第三級：每次支付 <u>8,000</u> 點（支付代碼為「P2013C」）。</p> <p>(2)護理人員：</p> <p>    第一級：每次支付 <u>1,200</u> 點（支付代碼為「P2007C」）。</p> <p>    第二級：每次支付 <u>1,500</u> 點（支付代碼為「P2015C」）。</p> <p>    第三級：每次支付 <u>1,800</u> 點（支付代碼為「P2016C」）。</p> <p>(3)藥事人員：</p> <p>    第一級：每次支付 <u>1,200</u> 點（支付代碼為「P2009C」）。</p> <p>    第二級：每次支付 <u>1,500</u> 點（支付代碼為「P2019C」）。</p> <p>    第三級：每次支付 <u>1,800</u> 點（支付代碼為「P2020C」）。</p> <p>2. 例假日：</p> <p>(1)醫師：</p> <p>    第一級：每次支付 <u>5,000</u> 點（支付代碼為「P2012C」）。</p> <p>    第二級：每次支付 <u>6,000</u> 點（支付代碼為「P2006C」）。</p> <p>    第三級：每次支付 <u>9,000</u> 點（支付代碼為「P2014C」）。</p> <p>(2)護理人員：</p>	<p>式由保險人於點值結算時加計後支付；醫院診察費按申報點數加計 2 成支付，申報方式為每月由醫院自行申報。加成部分每點金額以 1 元計。</p> <p>(六)醫事人員報酬：以「論次計酬」支付。</p> <p>1. 一般日（含夜診）：</p> <p>(1)醫師：</p> <p>    第一級：每次支付 <u>3,500</u> 點（支付代碼為「P2011C」）。</p> <p>    第二級：每次支付 <u>4,500</u> 點（支付代碼為「P2005C」）。</p> <p>    第三級：每次支付 <u>7,500</u> 點（支付代碼為「P2013C」）。</p> <p>(2)護理人員：</p> <p>    每次支付 <u>1,200</u> 點（支付代碼為「P2007C」）。</p> <p>(3)藥事人員：</p> <p>    每次支付 <u>1,200</u> 點（支付代碼為「P2009C」）。</p> <p>2. 例假日：</p> <p>(1)醫師：</p> <p>    第一級：每次支付 <u>4,500</u> 點（支付代碼為「P2012C」）。</p> <p>    第二級：每次支付 <u>5,500</u> 點（支付代碼為「P2006C」）。</p> <p>    第三級：每次支付 <u>8,500</u> 點（支付代碼為「P2014C」）。</p> <p>(2)護理人員：</p>

113 年修正內容	112 年原內容
<p><u>第一級：每次支付 1,700 點</u> (支付代碼為「P2008C」)。</p> <p><u>第二級：每次支付 2,000 點</u> (支付代碼為「P2017C」)。</p> <p><u>第三級：每次支付 2,300 點</u> (支付代碼為「P2018C」)。</p> <p>(3)藥事人員： <u>第一級：每次支付 1,700 點</u> (支付代碼為「P2010C」)。</p> <p><u>第二級：每次支付 2,000 點</u> (支付代碼為「P2021C」)。</p> <p><u>第三級：每次支付 2,300 點</u> (支付代碼為「P2022C」)。</p> <p>(七)因應天然災害臨時宣布之停止上班(課)日，非屬人事行政總處公告之例假日，醫事人員報酬應按一般日規定辦理。屬適用勞動基準法之醫事人員，<u>勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)</u>依規定以例假日計。</p>	<p>每次支付 1,700 點 (支付代碼為「P2008C」)。</p> <p>(3)藥事人員： 每次支付 1,700 點 (支付代碼為「P2010C」)。</p> <p>(七)因應天然災害臨時宣布之停止上班(課)日，非屬人事行政總處公告之例假日，醫事人員報酬應按一般日規定辦理。屬適用勞動基準法之醫事人員，<u>勞動節</u>依規定以例假日計。</p>
<p><b>五、修訂相關規範</b></p> <p>(一)執行方案期間，因條件變更或涉有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(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請<u>暫緩執行者</u>)，應自條件變更改次月起或第一次處分函所載之停約日起停止本項服務。</p> <p>(二)申復作業：因條件變更或涉有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<u>暨第四十四條及第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</u>，且經保險人分區業務組核定違規者，經保險人分區業務組審核停止本項服務，診所、醫院得於收受通知後 30 日</p>	<p><b>五、修訂相關規範</b></p> <p>(一)執行方案期間，因條件變更或涉有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(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請<u>暫緩處分者</u>)，應自條件變更改次月起或第一次處分函所載之停約日起停止本項服務。</p> <p>(二)申復作業：因條件變更或涉有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，經保險人分區業務組審核停止本項服務，診所、醫院得於收受通知後 30 日內，以書面申請複核，惟以一次為限。</p>

113 年修正內容	112 年原內容
內，以書面申請複核，惟以一次為限。	

# 附件3、中區西醫基層總額管理方案 修正對照表

修訂時間：113年3月10日

修正規定	現行規定	說明
中區西醫基層總額管理方案	108年中區西醫基層總額管理方案	移 除 年 份，並呈修 改時間
<p>肆、 實施辦法</p> <p>一、 診所分科方式</p> <p>(一) 科別：分為家醫科、內科、外科(含泌尿科)、小兒科、婦產科、骨科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科、精神科及復健科等11科。</p> <p>(二) 以診所為單位，依診所前一年度申報<u>合計</u>點數最高之就醫科別，作為該診所主要科別；新特約診所優先以該診所執業專科別或負責醫師執業專科為主；特殊診所將請各醫師公會<u>中區分會</u>協助檢視科別歸屬適當性。</p>	<p>伍、 實施辦法</p> <p>一、 診所分科方式</p> <p>(一) 科別：分為家醫科、內科、外科(含泌尿科)、小兒科、婦產科、骨科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科、精神科及復健科等11科。</p> <p>(二) 以診所為單位，依診所前一年度申報點數最高之就醫科別，作為該診所主要科別；新特約診所優先以該診所執業專科別或負責醫師執業專科為主，特殊診所將請各醫師公會協助檢視科別歸屬適當性。</p>	
<p>二、 醫療資源監測</p> <p>(一) 各科別費用監測</p> <p>1. 設定各科每人單價目標值</p> <p>每月以前前3個月各就醫科別每人單價進行監測，並以全國每人單價作為目標值，超出目標值科別，定期於共管會議公布管理結果。</p> <p>2. 超出目標值處理方式</p> <p>(1) 依超出情形加重該科審查家數，以一般常規審查指標抽審(論件或論人隨機，指標如附件<u>中區西醫基層總額審查指標與抽樣原則</u>)，併參採各分科訂定之自主計畫。</p>	<p>二、 醫療資源監測</p> <p>(一) 各科別費用監測</p> <p>1. 設定各科每人單價目標值</p> <p>每月以前前3個月各就醫科別每人單價進行監測，並以全國每人單價作為目標值，超出目標值科別，定期於共管會議公布管理結果。</p> <p>2. 超出目標值處理方式</p> <p>(1) 依超出情形加重該科審查家數，以一般常規審查指標抽審(論件或論人隨機，指標如附件)，併參採各分科訂定之自主計畫。</p>	註明附件來源
<p>伍、 監控小組</p> <p>一、 召集人及委員遴選</p> <p>(一) 遴選資格：</p> <p>1. 5年內無違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法情節重大者(如扣減點數占申報點數大於30%)。</p> <p>2. 前年度平均樣本核減率小於5%<u>且</u>【監控值】小於<u>該科</u> P75。如被推薦者曾有監控值大於 P75者經徵詢專業意見仍認為合宜者，不在此限。</p> <p>(二) 由<u>各</u>醫師公會推派客觀公正代表2人，經<u>建</u>保署審核同意後，由中區業務組與中區分會各推派1人為召集人。</p>	<p>伍、 監控小組</p> <p>一、 召集人及委員遴選</p> <p>(一) 遴選資格：</p> <p>1. 5年內無違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法情節重大者(如扣減點數占申報點數大於30%)。</p> <p>2. 前年度平均樣本核減率小於5%。</p> <p>3. 【監控值】小於 P75，如被推薦者曾有監控值大於 P75者經徵詢專業意見仍認為合宜者，不在此限。</p> <p>(二) 由醫師公會推派客觀公正代表2人，經建保署審核同意後，由中區業務組與中區分會各推派1人為召集人。</p> <p>(三) 召集人及委員為榮譽職。</p>	合併遴選資格，並修正部分字詞
<p>陸、 分科委員</p> <p>一、 召集人及<u>分</u>科委員遴選</p> <p>(一) 每科以8人為原則，<u>分</u>科委員由各縣市醫師公會及診所協會各推派1人，若該縣市該科診所家數超過50家者該縣市增派1人，超過100家者該縣市醫師公會及診所協會可各增派1人，召集人由<u>分</u>科委員會共同推選，委員名單由中區分會提報中區業務組備查。</p> <p>(二) 推選之<u>分</u>科委員需具該科專科醫師資格(民國77</p>	<p>陸、 分科委員</p> <p>一、 召集人及科委員遴選</p> <p>(一) 每科以8人為原則，科委員由各縣市醫師公會及診所協會各推派1人，若該縣市該科診所家數超過50家者該縣市增派1人，超過100家者該縣市醫師公會及診所協會可各增派1人，召集人由科委員會共同推選，委員名單由中區分會提報中區業務組備查。</p>	統一科委員名稱為分科委員

修正規定	現行規定	說明
<p>年以前開業者，得以衛生署登記為準)始得任用，惟經查如有5年內違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法情節重大者(如扣減點數占申報點數大於30%)、「前一年度」或「近3次」平均樣本核減率高於該科 P75且大於5%者，不予委任，任期期間比照辦理。</p> <p>(三) 召集人及分科委員為榮譽職。</p>	<p>(二) 推選之科委員需具該科專科醫師資格(民國77年以前開業者，得以衛生署登記為準)始得任用，惟經查如有5年內違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法情節重大者(如扣減點數占申報點數大於30%)、「前一年度」或「近3次」平均樣本核減率高於該科 P75且大於5%者，不予委任，任期期間比照辦理。</p> <p>(三) 召集人及委員為榮譽職。</p>	
<p>柒、 健保署中區業務組資料提供及管理</p> <p>一、 每月10日中區業務組產製輔導報表，內容包括(以4月為例)：</p> <p>(一) 中區分會輔導資料</p> <p>1. 每季提供</p> <p>(1) 前前3個月(107前年12月至108該年2月)整體監控值超過 P90名單。</p> <p>(2) 前前3個月(107前年12月至108該年2月)診療點數或醫令量成長貢獻度前10大診所及其他指標極端偏離常態名單。</p> <p>2. 每月提供</p> <p>(1) 前前3個月(107前年12月至108該年2月)各就醫科別每人單價與目標單價比較結果。</p> <p>(2) 前前月(2月)監測之78項項目任三項指標超過 P90之診所名單。</p> <p>3. 其他經專業審查發現或檔案分析結果偏離常態者，經輔導未改善則加強審查(論人隨機加立意抽審)，必要時實地審查或移送查核。</p> <p>(二) 診所輔導資料</p> <p>1. 每季提供</p> <p>(1) 前前3個月(107前年12月至108該年2月)監控值、偏離值、就醫次數。</p> <p>(2) 前前月(2月)前前3個月(107前年12月至108該年2月)診療點數或醫令量成長貢獻度前50%之診所名單。</p> <p>2. 每月提供</p> <p>前前月(2月)監測之<u>合計點數、合計點數成長率、平均就醫次數、每人合計點數、每人診療費、慢性病每日藥費、非慢性病每日藥費、件數成長率等指標</u>。</p> <p>(三) 其他本署重點管理項目。</p>	<p>柒、 健保署中區業務組資料提供及管理</p> <p>一、 每月10日中區業務組產製輔導報表，內容包括(以4月為例)：</p> <p>(一) 中區分會輔導資料</p> <p>1. 每季提供</p> <p>(1) 前前3個月(107年12月至108年2月)各就醫科別每人單價與目標單價比較結果。</p> <p>(2) 前前3個月(107年12月至108年2月)整體監控值超過 P90名單。</p> <p>(3) 前前3個月(107年12月至108年2月)診療點數或醫令量成長貢獻度前10大診所及其他指標極端偏離常態名單。</p> <p>2. 每月提供</p> <p>前前月(2月)監測之7項項目任三項指標超過 P90之診所名單。</p> <p>3. 其他經專業審查發現或檔案分析結果偏離常態者，經輔導未改善則加強審查(論人隨機加立意抽審)，必要時實地審查或移送查核。</p> <p>(二) 診所輔導資料</p> <p>1. 每季提供</p> <p>前前3個月(107年12月至108年2月)監控值、偏離值、就醫次數。</p> <p>2. 每月提供</p> <p>(1) 前前月(2月)監測之7項項目指標。</p> <p>(2) 前前月(2月)診療點數或醫令量成長貢獻度前50%之診所名單。</p> <p>(三) 其他本署重點管理項目。</p>	<p>移 除 年 度，調整資料提供時程，並加註資料項目名稱</p>

# 中區西醫基層總額審查指標與抽樣原則 修正對照表

修訂時間：113年3月10日

修正規定	現行規定	說明
中區西醫基層總額審查指標與抽樣原則	112年中區西醫基層總額審查指標與抽樣原則	移除年份，並呈修改時間
附表三、必審指標 <u>內指標項目文字</u> 資料定義 <u>指標項目：無基期診所</u> <u>說明：新特約或醫事機構代號變更之診所，其診所之開業醫師與健保署特約前2年內，於中區健保特約西醫基層執(開)業未滿12個月者，視為無基期診所。</u>	附表三、必審指標資料定義	修訂部分文字及編碼，並新增無基期診所的指標項目及相關說明
附表四、一般抽審指標資料定義 Σ合計點數 1. 包含部分負擔與交付費用(藥品、檢查檢驗或治療)，排除 E1 案件照護費用(醫令代碼 P 開頭)、BC 型肝炎藥費、 <u>精神科長效針劑</u> 、胰島素注射劑(含藥費及特材費)、DM 新收案案件(整筆)：申報 P1407C、DM 年度評估案件(整筆)：申報 P1409C、P1411C、代辦費用。	附表四、一般抽審指標資料定義 Σ合計點數 1. 包含部分負擔與交付費用(藥品、檢查檢驗或治療)，排除 E1 案件照護費用(醫令代碼 P 開頭)、BC 型肝炎藥費、胰島素注射劑(含藥費及特材費)、DM 新收案案件(整筆)：申報 P1407C、DM 年度評估案件(整筆)：申報 P1409C、P1411C、代辦費用。	新增合計點數計算之排除項目

# 中區西醫基層總額共管會 113 年第 1 次會議資料紀錄

時間：113 年 3 月 10 日 17:30

地點：彰化縣鹿港鎮海味珍餐廳

出席：

中區分會：

臺中市醫師公會：王博正、羅倫樾(請假)、蔡景星、葉元宏、施英富(請假)  
、蘇主光(請假)、高嘉君、高大成(請假)、陳正和(請假)、  
林義龍、曾崇芳(請假)、林煥洲、林恒立

臺中市大臺中醫師公會：魏重耀、藍毅生、彭業聰(請假)、顏炳煌、  
林宜民、陳儀崇、管灶祥(請假)、陳俊宏、  
黃致仰、蔡其洪、林釗尚、陳振昆(請假)

彰化縣醫師公會：蔡梓鑫、巫喜得、吳祥富、林育慶、  
林峯文、連哲震、孫楨文

南投縣醫師公會：洪一敬、張志傑、陳宏麟、蕭志界

中區業務組：

賴大年、蘇彥秀、陳雪妹、游姿媛

列席：施曉雅、林肇穗、陳寶全、陳彥鈞、李武波、呂和雄、陳文侯、  
蔡明忠、楊啟坤、易文仁、鄭元凱、郭大添、蔡文龍、姚美輝、  
吳國暉、倪仁仰、傅姿溶、張光廷、葉文娜、劉碧優

主席： 丁組長增輝

廖主任委員慶龍

紀錄：張黛玲

## 壹、主席致詞

## 貳、上次決議(定)事項追蹤

決議(定)事項追蹤	承辦單位	辦理情形
家醫計畫如有重大改變，中區業務組將召開說明會宣導。	中區業務組	因計畫尚未公告，本次會議先行書面提供確認修改內容。
提供重複用藥管理方案相關資料	中區業務組	該方案相關資料(方案與QA)放置於健保資訊網服務系統(VPN)/下載專區/其他/保險對象管理。已併當次會議記錄提供路徑。

## 參、報告事項：

### 一、數位健保 雲端發光 敬邀醫界夥伴蒞臨指導

本組於 113 年 3 月 16 日上午 7 點 10 分至 10 點 30 分假台中都會公園辦理「健康嘉年華健走活動」，感謝各醫師公會協辦，敬邀各位醫界夥伴共襄盛舉踴躍參加。

### 二、113 年西醫基層相關計畫修訂摘要

(一) 全民健康保險代謝症候群防治計畫(113 年 1 月 23 日公告自 1 月 1 日實施)

1. 收案條件增列「個案派案」：由健保署依案檢驗(查)上傳資料，擷取符合收案名單，提供代謝計畫診所進行收案評估。
2. 收案人數提高至每一診所 500 名(原 300 名)；收案對象排除透析病人(含血液透析及腹膜透析)。
3. 給付項目及支付標準：
  - (1)調整申報收案評估 P7501C 不需合併申報 4 項不計價醫令。
  - (2)修訂支付規定「同一個案於同一診所全民健康保險家庭醫師

整合性照護計畫收案者，不予支付家醫計畫個案管理費」。

4. VPN 登錄方式調整：

- (1)於 VPN 必填欄位新增各檢驗項目之檢驗日期。「醣化血紅素」之檢驗值僅「以糖尿病前期」條件收案之個案需填列。
- (2)慢性疾病風險值改由系統計算帶入資料，無須自行換算填列。

5. 獎勵費：

- (1)調整診所品質獎勵費，前 25%核付 30,000 點(原 10,000 點)；排序大於 25%至 50%核付 15,000 點(原 5,000 點)。
- (2)調整新發現個案獎勵費，每一個案獎勵 500 點(原 150 點)。
- (3)新增「腰圍或身體質量指數管理成效獎勵費」：「腰圍/BMI」及「飯前血糖」未達標準之民眾，於當年度 7 至 12 月最後一筆檢驗結果皆進步至標準值，每一個案獎勵 500 點。
- (4)調整首次提供戒菸服務之醫師獎勵費為 1,000 元(原 500 元)。

6. 收案評估費、追蹤管理費及年度評估費採固定給付每點 1 元；各項獎勵費則採浮動點值計算。

(二)全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫(尚未公告)(修正對照表附件 1)

1. 社區醫療群之組織運作型式：有加強 DM/CKD 管理能力之醫療群得申請為「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」，且評核指標達特優級且 (VC-AE)差值 > 275 點者，績效獎勵費用優先保障 1 點 1 元。

2. 修訂會員名單交付原則及收案期限

- (1)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，優先交付有參加該等計畫之診所收案，並以 DKD、DM、代謝計畫、CKD 收案診所為優先交付順序。
- (2)第一階段收案期限修訂為 2 個月，另若前一年度已為家醫會員且派案診所與前一年相同者，由健保署主動匯入 VPN。

3. 申請成為「家醫 2.0 醫療群」之診所，若未參加 P4P-DM/CKD/DKD 方案，應按較需照護個案之疾病樣態，每年接受 DM/CKD 教育課程，以加強 DM/CKD 疾病管理照護能力。

#### 4. 修訂及新增相關費用支付原則

- (1)個案管理費：家醫會員之收案診所與所有 P4P 方案及代謝計畫收案診所相異，得支付該項管理費。
- (2)多重慢性病人門診整合費用：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；每會員每年支付點數調升至 550 點 /1,100 點。
- (3)新增「糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費」：DM/CKD/DKD 個案之 HbA1c、LDL 及 UACR 有進步或控制良好，每案年度支付 250 點或 750 點。

#### 5. 修訂及新增評核指標項目

- (1)新增 3 項：B、C 肝炎篩檢率(5 分)、糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率(15 分)、會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率(5 分)。
- (2)刪除 2 項：檢驗(查)結果上傳率(10 分，改列加分項並修訂為即時上傳率)、兒童預防保健檢查率(5 分)。
- (3)調整配分 3 項：成人預防保健檢查率(7→5 分)、65 歲以上老人流感注射率(4→3 分)、糞便潛血檢查率(7→5 分)。
- (4)修訂內容 4 項：慢性病個案三高生活型態風險控制率、糖尿病會員胰島素注射率、醫療群內收案會員重複用藥情形、檢驗(查)結果即時上傳率 $\geq 70\%$ 。

決定：有關醫療群申請為「家醫 2.0 醫療群」每年接受教育課程之規範，將請署本部明確定義，應接受教育課程對象與執行方式，相關事項預計於 113 年 4 月 11 日辦理說明會週知。

### 三、全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 113 年第 1 次臨時會研商議事會議決議事項

#### (一) 113 年西醫基層總額專款項目「因應長新冠照護衍生費用」執行方式案

1. 動支條件：支應申報任一診斷碼有 U071(確認 COVID-19 病毒感

染)、U099(COVID-19 後的病況，未明示) 或申報醫令 14084C(新型冠狀病毒抗原檢測)之醫療費用點數大於 108 年同期醫療點數部分。

2. 本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

(二) 113 年度西醫基層總額「強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護」項目及決定事項案。

1. 未滿 4 歲兒童第一段門診診察費之專科加成均調升至 13%。

2. 並訂有品質監測指標「未滿 4 歲兒童於基層就醫人數或人次之比率，較前 1 年增加」。

(三) 113 年度西醫基層總額「因應基層護理人力需求，提高 1 至 30 人次診察費」項目及決定事項案。

1. 調升 00246C「提升基層護理人員照護品質加計」支付點數至 12 點，申報方式改由本署勾稽診所實際調薪情形核付費用。

2. 113 年目標值：調升護理人員薪資比率之診所家數達 70%。個別診所達標認定：調薪人數診所須按每月聘有護理人員數，聘 4 位以下調升全數護理人員薪資、5 至 10 位調升 90%以上護理人員薪資、11 位以上調升 80%以上護理人員薪資。

3. 本項為延續型項目，自 113 年 1 月 1 日起獎勵。

決定：有關「提升基層護理人員照護品質加計」之調薪認定係與 111 年 12 月比較，薪資調升幅度達健保投保金額提升一級即符合，署本部預計於 113 年 4 月提供資料給分區確認，執行細節確認後轉知轄區診所。

#### 四、113 年西醫醫療資源不足地區改善方案修正摘要(附件 2)

(一) 修訂施行區域：113 年共計 128 個施行區域；中區新增彰化縣社頭鄉。

(二) 申請條件通則：增列參與計畫前二年內不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第四十四至四十五條規定，並明訂兩年內違規之日期計算。

(三) 修訂巡迴計畫：

1. 刪除「申請執行巡迴計畫之院所不得跨健保分區執行巡迴醫療服務」之規定。
2. 調整診察費：基層診所之診察費加成，每件依 111 年全年平均診察費 356 點加計 3 成計算。
3. 調整巡迴計畫之醫事人員報酬：醫師之論次費用皆較 112 年度增加 500 點；護理及藥事人員論次費用支付方式比照醫師，依提供巡迴計畫地區分三級，第 1 級不調整，第 2、3 級分別較 112 年度增加 300 點及 600 點。

(四) 修訂開業計畫：

1. 執行開業計畫特約診所之執業地點，除原訂設址地點為不同村（里）外，新增「且距離 1.8 公里以內無診所」規定。
2. 新增「辦理本方案開業計畫診所，於承辦開業計畫後第 7 個月起，若連續 2 個月之當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度 35%者，須自次月起於開業鄉鎮(或經保險人分區業務組核定至鄰近本方案施行地區)每月至少提供 1 點巡迴醫療服務」之規定；其參與巡迴醫療服務之醫療費用、論次費用併入保障額度計算。
3. 調整支付西基診所屬本方案開業計畫並提供巡迴醫療服務者之規定：「得依提供巡迴醫療服務地區之分級，申請論次支付點數」。

五、113 年 9 月 1 日全面單軌實施「健保卡資料上傳格式 2.0 作業」

截至目前為止(113 年 2 月 6 日)，已有 2,102 家診所(92.4%)改版，家數占率以彰化縣最高 96.2%，其次為臺中市 92.5%，請各醫師公會提醒未改版會員預作準備，會後提供未改版 2.0 之 174 家診所予各醫師公會協助輔導上線。(表 1)

表 1、各縣市健保卡資料上傳格式 2.0 改版之家數分布

縣市	已改版		未改版		總計
	家數	占率%	家數	占率%	
臺中市	780	92.5	63	7.5	843
原臺中縣	634	89.9	71	10.1	705
彰化縣	480	96.2	19	3.8	499
南投縣	208	90.8	21	9.2	229
中區小計	2,102	92.4	174	7.6	2,276

## 六、西醫基層總額點值 112 年第 3 季結算及第 4 季預估報告

### (一)112 年第 3 季點值結算各分區一般服務浮動及平均點值

分區別	浮動點值	平均點值	排名
台北	0.8183	0.8661	6
北區	0.8732	0.9097	5
中區	<b>0.8800</b>	<b>0.9141</b>	4
南區	0.9185	0.9437	2
高屏	0.9022	0.9309	3
東區	1.0587	1.0388	1
全署	0.8695	0.9057	

### (二)112 年 4 季點值預估各分區一般服務浮動及平均點值

分區別	浮動點值	平均點值	排名
台北	0.8073	0.8604	6
北區	0.8633	0.9047	5
中區	<b>0.8680</b>	<b>0.9067</b>	4
南區	0.9045	0.9356	2
高屏	0.8950	0.9266	3
東區	1.0643	1.0415	1
全署	0.8605	0.8997	

## 七、「中區西醫基層總額管理方案」與「西醫基層總額審查指標與抽樣原則」修訂部分文字

1. 調整中區西醫基層總額管理方案部分文字，如「肆、實施辦法第

一項(二)：以診所為單位，依診所前一年度申報合計點數最高之「就醫科別」等，詳見中區西基總額管理方案修正對照表(如附件 3 第 1、2 頁)。

2. 中區西醫基層總額審查指標與抽樣原則新增「無基期診所定義」及「合計點數排除項目計算增列精神科長效針劑」，詳見中區西醫基層總額審查指標與抽樣原則修正對照表(如附件 3 第 3 頁)。

## 八、感謝醫界長期傳愛健保 請繼續傳遞醫界美意

感謝醫界長期支持中區健保愛心專戶，自 95 年起累計捐助 1,421 萬 8,300 元。以 112 年為例，本組接獲各界捐款 978 萬元(醫界 245 萬元)，協助 497 個遭逢急難、特殊境遇及長期未投保等弱勢家庭，繳納健保欠費 816 萬元，使其得以安心就醫，獲得適當醫療照顧。

**因為有您**

健保署中區業務組愛心專戶  
112年獲各界捐款978萬元  
協助急難、特殊境遇、長期未投保等  
經濟弱勢家庭  
繳納健保欠費816萬元  
逾497人受惠

**感謝醫界長期傳愛健保**

- 醫界自95年至113年1月，18年愛心未停歇  
捐助中區健保愛心專戶  
協助弱勢民眾繳納健保費  
累計**1,421萬8,300元**
- 中區精神科基層診所聯誼會677.5萬元~95年迄今
- 台中葉其祥醫師(其安診所) 289萬元~100年迄今
- 台中牙醫及中醫師個人189.3萬元~96年迄今
- 彰化牙醫師及家人266萬元~105年迄今

## 肆、散會