

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：(中區業務組)407臺中市西屯區市政  
北一路66號  
聯絡人：游小姐  
聯絡電話：04-22583988 分機：6869  
傳真：04-22531219  
電子郵件：d110534@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112年3月24日

發文字號：健保中字第1128402814號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A21030000I\_1128402814\_doc1\_Attach1.pdf)

主旨：檢送112年3月17日「中區西醫基層總額共管會112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：



# 中區西醫基層總額共管會 112 年第 1 次會議資料

時間：112 年 3 月 17 日 13:00

地點：中央健康保險署中區業務組 10 樓第 1 會議室

出席：

中區分會：

臺中市醫師公會：王博正、羅倫楸(請假)、蔡景星、葉元宏、施英富、  
蘇主光、高嘉君、高大成、陳正和、林義龍、  
曾崇芳、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、顏炳煌、林宜民、  
陳儀崇、管灶祥、陳俊宏、黃致仰、蔡其洪、  
林釗尚(請假)、陳振昆(請假)

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

南投縣醫師公會：洪一敬、張志傑、陳宏麟(請假)、蕭志界

中區業務組：

林興裕、陳雪姝、陳麗尼、王慧英、張黛玲、游姿媛、陳之菁、  
張凱瑛、張志煌、紀虹如、陳映瑄、崔運白、林昱、徐向慧

列席：陳詩旻、謝育帆

主席：李組長純馥  
廖主任委員慶龍

紀錄：游韻真

壹、主席致詞

## 貳、上次決議事項追蹤

決議事項追蹤	承辦單位	辦理情形
自112年2月產製必審指標「檢驗(查)結果上傳率」輔導名單予中區分會協助輔導。	中區業務組	本輔導名單業於112年2月9日交予中區分會。
112年度西醫基層總額審查指標與抽樣原則除「檢驗(查)結果上傳率」自112年4月費用起實施，其餘自112年1月費用起實施。		本文件已上傳「本署全球資訊網/健保服務 健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各分區業務組總額專區/中區業務組總額專區/西醫基層」，各抽樣指標如期實施，惟有關檢驗(查)上傳率指標本次會議提案取消。

### 參、報告事項：

- 一、111年西醫基層相關試辦計畫成果報告，共10項，請詳附件1(P8)。
- 二、112年西醫基層相關計畫異動報告，共5項，請詳附件2(P11)。
- 三、就醫識別碼(健保卡資料上傳格式2.0)預檢作業上傳結果追蹤
  - (一)依「111年全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」，中區西醫診所於111年12月31日前有2,153家占94.6%完成預檢，符合本方案預檢獎勵每家獎勵費用11,000點，本署預計112年3月底發放獎勵金。
  - (二)符合獎勵名單置於本署全球資訊網/健保資訊站/健保資料開放；網址：<https://data.nhi.gov.tw/Datasets/DatasetList.aspx?c=14>。
- 四、「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」111年12月即時上傳檢驗(查)結果追蹤
  - (一)中區基層診所申報檢驗(查)暨醫療影像家數共1,409家，其中檢驗(查)結果共計705家辦理即時(24小時內)上傳，即時上傳率

44.00%、3 日內上傳率 46.29%(總上傳率 52.99%)，較 110 年 12 月(13.49%)增加 30.51%。

(二)醫療影像共計 35 家辦理即時上傳(24 小時內)上傳，即時上傳率 9.37%、3 日內上傳率 9.96%(總上傳率 11.57%)。

#### 五、居家醫療照護整合計畫就醫序號申報異常代碼 F000 追蹤

(一)111 年第 4 季中區共 324 家醫事機構申報居整案件共 36,285 件，其中 168 家(占 52%)申報 F000 共 3,279 件占 9%，較 111 年第 3 季 4,278 件占 12.6%，下降 3.6%，已趨近全署平均 8.9%，最低為南區 2.8%。

(二)111 年第 4 季診所 F000 件數 100 件以上有 5 家，50-100 件有 11 家，前次發函診所已改善達標，且異常件數較多之院所皆有改善，F000 單月大於 15 件自 112 年 2 月起列入審查。

#### 六、112 年 3 月 2 日西醫基層 112 年第 1 次研商議事會議

將依程序提「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」討論支付標準增修案：

(一)有關全民健康保險醫療費用審查注意事項中，涉及限制或限縮民眾權益之部分條文，如規定使用次數(含不得併報)、專科別、層級別、給付範圍或條件者，回歸支付標準加以規範(附件 3、P28)。

(二)增列 1 項開放表別項目 18010B (頸動脈聲圖檢查)。

(三)19013C「陰道超音波」支付規範，原訂有「限由專任醫師開立處方及執行始可申報」，修訂為婦產科診所限定執業登記醫師 5 人(含)以下者，開放診所支援診所之醫師得開立處方及執行。

(四)運用非協商因素之成長額度用於調升西醫基層 1~30 人次門診診察費支付點數 10 點。

#### 七、西醫基層 111 年第 2 季疫情期間費用成長院所回溯審查結果

已審畢分科件數核減率 19.7%~43.7%，本組後續會將核減率高或審查醫師認為不合理之院所資料，回饋予分科，必要時將邀請診所醫師至本組說明。

分科	論人回溯審查結果			
	抽審家數	抽審人數	件數核減率(%)	審查意見
01 家醫 02 內科	10	825	43.7	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 非必要之檢查過多，不符一般常規。</li> <li>2. 無起始診斷檢驗報告佐證藥物使用合理性。</li> <li>3. 部分案件檢驗數據未達收案條件，卻收入 DM 或 CKD 照護網。</li> <li>4. 處置與檢查過於浮濫。</li> <li>5. 主訴、診斷及處置均極雷同，與一般臨床所見之多樣性不同。</li> <li>6. 個案多使用大量高價及套裝多項檢驗，但診斷與病歷無法支持需定期如此檢驗之適應症。</li> </ol>
03 外科	5	110	41.2 (4 家審畢)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 尿液一般檢查未附完整報告。</li> <li>2. 執行腎超以腹超申報。</li> <li>3. 短期內重複實施前列腺按摩、同一部位重複執行液態氮治療。</li> <li>4. 皮下腫瘤摘除術、傷口處置、創傷處理、肌腱注射、X-RAY 檢查，診療品質不符專業認定及非必要治療處置/未繪圖或附手術前後照片。</li> </ol>
04 兒科	1	17	31.1	核減理由短期內實施相同處置、病歷不全治療及病情診斷不符。
06 骨科	5	221	25.6 (4 家審畢)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 麻醉疼痛治療僅限癌末病患使用。</li> <li>2. 徒手復位術未依規定檢附同意書等相關資料或所附資料不齊全。</li> <li>3. 過度醫療：套裝檢查及非必要(重複)之就醫、手術、處置或投藥。</li> <li>4. 病歷紀錄前後不一或缺乏具體內容或過於簡略，未能判斷施予該項醫令之必要。</li> </ol>
09 耳鼻 喉	3	75	34.4 (2 家審畢)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 過多短期內重複檢查</li> <li>2. 過多診療與診斷不符</li> <li>3. 同月多次就醫病歷簡易且未開藥，顯為不合理之多次就醫。</li> <li>4. 平均每人診療為同儕5-6倍，異常執業型態。</li> <li>5. 慢性病案件理應病情穩定開藥&gt;7天或慢箋，頻繁就診浪費醫療資源與病患時間。</li> <li>6. 頻繁就診與治療不符常規，且病歷簡略無法看出處置必要。</li> <li>7. 抗生素不宜長期使用，及PPI用藥、Broen-C用藥不合理。</li> </ol>

分科	論人回溯審查結果			
	抽審家數	抽審人數	件數核減率(%)	審查意見
11 皮膚	2	56	19.7	大多為手術前未施予適當檢查、評估，由病歷紀錄缺乏實施之具體理由，以及不符醫療常規或給付規定等。
13 精神	4	190	28.0 (3 家審畢)	1. 診療核減主要為 45010C 支持性心理治療、45087C 特殊心理治療，不予支付理由為病歷資料缺乏具體內容或過於簡略，未能顯示或判斷施予該項醫令之必要。 2. 藥品主要核減安眠鎮靜與抗焦慮藥物，不予支付理由為已投予同性質藥物、用藥種類重複。
14 復健	5	180	皆審查中	

## 八、西醫基層總額點值 111 年第 3 季結算及第 4 季預估報告

### (一)111 年第 3 季點值結算之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	0.9195	0.9598	6
北區	0.9762	1.0083	2
中區	<b>0.9799</b>	<b>0.9921</b>	4
南區	0.9910	1.0047	3
高屏	0.9765	0.9888	5
東區	1.0430	1.0461	1
全署	0.9801	0.9859	

### (二)111 年 4 季點值預估之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	0.9221	0.9432	6
北區	0.9589	0.9713	5
中區	<b>0.9633</b>	<b>0.9741</b>	4
南區	0.9944	0.9961	2
高屏	0.9741	0.9820	3
東區	1.0837	1.0538	1
全署	0.9583	0.9705	

## 九、西醫基層總額醫療費用申報概況報告

### 肆、提案討論

#### 提案一

提案單位：中區業務組

案由：配合政策調整中區 112 年度「西醫基層總額審查指標與抽樣原則」，本次擬刪除 1 項必審指標，提請討論。

說明：依目前本署政策，檢驗(查)有申報未上傳不作為醫療費用給付依據，刪除原訂自 112 年 4 月起實施之必審指標「檢驗(查)結果上傳率」。

決議：同意刪除必審指標「檢驗(查)結果上傳率」。

#### 提案二

提案單位：中區分會

案由：疫情逐步解封，請落實分級醫療既定政策，提請討論。

說明：106 年起健保署推動分級醫療六大策略，107 年及 108 年兩年間醫院及基層上轉及下轉政策發展迅速及改變。但 109 年因新冠肺炎疫情，在醫院的要求下取消了每年下轉 2% 的政策，醫學中心與區域醫院門診量佔率越來越高，基層院所提供的診療服務則大幅萎縮，如果醫院持續收治過多的輕症病患，勢必會排擠到其他急重症病人的救治，醫療支出也會加速成長。現在新冠肺炎疫情即將結束，懇請健保署能全面再次推動分級醫療。

(一) 逐漸將醫院門診中初級輕症、控制穩定或固定領藥門診之病人轉診至基層診所，原來醫院下轉 2% 政策能再次推動及要求，督促醫院達到每年下轉 2%，五年達到下轉 10% 比率。

(二) 為落實分級醫療，建請中區業務組持續提供相關指標及監控數據，例如各醫學中心及區域醫院門診下降比率及門診四級醫療院所佔比等。

## 中區業務說明：

(一)推動分級醫療一直為本署重要政策，今年度(112 年)擬定調整醫學中心或區域醫院之藥品、急診部分負擔草案(下表)，充分落實分級醫療與雙向轉診。

(二)中區轉診概況為中區共管會固定議程，本組均列於西醫基層總額醫療費用申報概況中報告，有關貴會的政策建議會轉請總署參酌。

表 1、門診部分負擔調整內容

院所層級	一般藥品藥費		慢性病連續處方箋	
	100 元以下	101 元以上	第 1 次調劑	第 2 次以後調劑
基層院所及中醫	免收 (同現況)	比率 20% 上限 200 元 (同現況)	免收	免收 *考量公平性、一致性、便利性及鼓勵慢性病患穩定持續用藥，各層級第 2 次以後調劑皆免收部分負擔。
地區醫院			比照一般藥品 (現況免收)	
區域醫院醫學中心	10 元 (現況免收)	比率 20% 上限 300 元 (現況上限 200 元)		

\*藥品部分負擔採比率 20%以定額計收藥品費用每增加 100 元，部分負擔增加 20 元。

表 2、急診部分負擔調整內容

院所層級	第 1-2 級	第 3 級	第 4-5 級
基層院所	150 元(同現況)		
地區醫院	150 元(同現況)		
區域醫院	200 元 (現況 300 元)	300 元	600 元 (現況 300 元)
醫學中心	300 元 (現況 450 元)	550 元	800 元 (現況 550 元)

\*區域醫院與醫學中心急診，依嚴重/緊急程度分級收費。

\*檢傷分類為 5 級，以第 1 級最緊急、第 3 級為緊急、第 5 級為最不緊急。

\*表 1 及表 2 資料來源為本署 112/2/12 新聞稿。

**決議：本案由中區分會撤回再研議。**

伍、散會(14:48)

## 附件 1、111 年度中區西醫基層相關試辦計畫成效

試辦計畫名稱	診所數	收案數	照護率 (%)	分區排名	執行情形
家庭醫師整合性照護計畫	1,486 (164 群*)	1,432,977	-	1	<p>(1) 轄區參與群數全署第 1，收案會員占中區投保人數之 33.6%。</p> <p>(2) 1-11 月一般評核指標計 12 項，其中「電子轉診成功率、潛在可避免急診率、可避免住院率」3 項指標達成率最差，分別為 44%、49%及 54%；其餘 9 項指標醫療群達成率皆達 70%以上，詳附表 1。</p> <p>(3) 會員滿意度調查，填寫會員數為 4,328 人(0.3%)，全署第 4，計 37 群完成 50 名會員填寫，僅 1 群心北屯醫療群無會員填寫。</p> <p>(4) 各項獎勵金發放時程：個案管理費預計於當年度八月底及次年三月底完成；績效獎勵費及多重慢性病人門診整合費預計於 6 月底完成。</p> <p>(5) 每月定期回饋評核指標請針對表現不佳之項目加強管理改善；持續鼓勵會員至健康存摺填寫會員滿意度調查。</p>
糖尿病(DM)	255	67,069	50.90*	5	<p>(1) 西基糖尿病 111 年照護率較 110 年下降 0.8%、CKD 下降 5.53%。部分 DM 及 CKD 病人已合併申報為共病醫令，整合人數及整合照護率為全署第 1。</p> <p>(2) 糖尿病品質卓越獎、品質進步獎、胰島素注射獎勵、初期慢性腎臟病品質獎勵、糖尿病合併初期慢性腎臟病品質獎勵、糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵費用(第八部第三章)等 7 項獎勵費用預計於 4 月底前發放。</p>
初期慢性腎臟病(CKD)	321	33,662	49.13*	4	
DM 合併 CKD	204	11,832*	30.04*	1	

試辦計畫名稱	診所數	收案數	照護率 (%)	分區排名	執行情形
Pre-ESRD 末期慢性腎臟病前期病人照護與衛教計畫	10	320	35.24*	4	照護率較 110 年之 35.31%微幅降低，全署排名與 110 年相同皆為第 4，請加強收案及追蹤。
氣喘醫療給付改善方案	105	9,521	33.06*	4	(1) 照護率較 110 年之 34%微幅降低，全署排名與 110 年相同皆為第 4，請加強收案及追蹤。 (2) 獎勵金預計 4 月底前發放。
居家醫療照護整合計畫	725	21,592*	-	1	55 個照護團隊，725 家院所加入，376 家有收案照護，收案人數全署第 1。
B 肝帶原者 C 肝感染者醫療給付改善方案	63	13,133	46.7*	3	(1) 收案率較 110 年(44.19%)增加，排名維持第 3，請加強收案及追蹤。 (2) 獎勵金預計 4 月底前發放。
C 型肝炎全口服新藥計畫	188	692*	-	3	(1) 188 家診所 295 位醫師加入，收案人數全署第 3。 (2) 請鼓勵陽性個案用藥治療。
偏鄉地區基層產婦生產補助試辦計畫	9*	-	-	1	(1) 參與院所數及補助點數全署第 1。 (2) 截至 111 年第 3 季補助生產件數 1,393 件，總數補助點數共 7,165,012 點。

註：\*號為分區排名之項目。

附表 1、111 年 1-11 月醫療群評核指標達成情形

一般評核指標項目	權重	中區		全署	
		達成群數	占率	達成群數	占率
<b>電子轉診成功率</b>	3	72	<b>44%</b>	228	37%
潛在可避免急診率	4	81	49%	380	62%
<b>可避免住院率</b>	4	88	54%	377	62%
老人流感注射率	3	114	70%	450	74%
<b>會員急診率</b>	4	115	<b>70%</b>	409	67%
檢驗(查)結果上傳率	10	128	78%	545	89%
<b>子宮頸抹片檢查率</b>	5	133	<b>81%</b>	477	78%
<b>會員固定就診率</b>	10	134	<b>82%</b>	395	65%
三高生活型態風險控制率	10	136	83%	527	87%
成人預防保健檢查率	6	145	88%	558	92%
糞便潛血檢查率	6	151	92%	586	96%
<b>初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢查執行率</b>	5	163	<b>99%</b>	591	97%

\*粗體標註之指標為優於全署平均之項目。

## 附件 2、112 年度西醫基層相關計畫修正對照表

西醫醫不足地區改善方案 P1  
 家庭醫師整合性照護計畫 P3  
 C 肝全口服新藥健保給付執行計畫 P8  
 孕產婦全程照護醫療給付改善方案 P9  
 全民健康保險代謝症候群防治計畫 P10

### 一、西醫醫療資源不足地區改善方案

112 年修正內容	111 年原內容
<p>一、<b>施行區域</b>：112 年度預計施行區域共 <u>128 個</u>，較 111 年新增 3 個。</p> <p>*補充說明：</p> <p>1. <u>新增地區</u>：符合醫人比&gt;2,600 有<u>桃園市觀音區、大溪區</u>，衛生局提供<u>高雄市旗山區溪州地區 8 個里</u>。(修訂)</p> <p>2. 評估調整承作單位之地區：  <u>新竹縣新埔鎮、苗栗縣卓蘭鎮、臺南市龍崎區、臺南市南化區及臺南市左鎮區</u>，評估開放基層診所及醫院同時申請。(新增)</p> <p>二、<b>修訂開業計畫</b></p> <p>(一)放寬負責醫師申請資格：負責醫師須為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 <u>14 萬點</u>。</p> <p>(二)排除上開條件資格者：增列<u>退休醫師及返國醫師</u>。</p> <p>1. <u>退休醫師指 65 歲(含)以上</u>，需檢具證明文件以證明退休、無執業。</p> <p>2. <u>返國醫師需檢具相關文件</u>：</p> <p>(1)<u>護照影本</u>。</p>	<p>一、<b>施行區域</b>：111 年共計 <u>125 個</u>鄉鎮區。(基層診所 88 個、醫院 37 個)。</p> <p>*補充說明：本組轄區共 23 個施行鄉鎮區，基層承作 14 個，計 16 家診所提出申辦巡迴計畫，涵蓋 14 個鄉鎮區，無診所提出開業計畫申請。</p> <p>二、<b>修訂開業計畫</b></p> <p>(一)負責醫師須為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 <u>15 萬點</u>。</p>

112 年修正內容	111 年原內容
<p>(2) <u>我國醫師證書影本</u>。</p> <p>(3) <u>美國、日本、歐洲、加拿大、南非、澳洲、紐西蘭、新加坡及香港等國之醫師證書影本。(含中譯版)</u>。</p> <p>(三) <u>明定保障期為 36 個月</u> <u>自保險人分區業務組審核通過(發文日期)開始起算，若發文日非該月 1 日，則由次月開始計算，保障給付至第 36 個月止。</u></p> <p><b>三、巡迴計畫相關規定修正：</b></p> <p>(一) <u>放寬第 3 級施行區域申請資格：若為第三級施行區域醫療資源導入較困難，得開放診所及醫院共同承作。(新增)</u></p> <p>(二) <u>調整診察費加成：基層診所診察費加成，每件依 110 年平均診察費 358 點加計 3 成計算。</u></p> <p><b>四、修訂方案附件內容：</b></p> <p>附件 7、門診醫療費用點數申報格式欄位 1. <u>執行巡迴計畫得同時執行「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案-糖尿病合併慢性初期腎臟病(DKD 共病照護)」，申報欄位新增糖尿病合併慢性初期腎臟病「特定治療項目代號(一)：EK」。</u></p>	<p>保障期限自辦理計畫之年度開始起算，至第三年年底保障期滿(延續辦理期不須另提出申請)。</p> <p><b>三、巡迴計畫相關規定</b></p> <p>(二) <u>診察費加成：基層診所每件依 109 年全年平均診察費 332 點加計 3 成計算。</u></p> <p><b>四、修訂方案附件內容：</b></p>

## 二、 家庭醫師整合性照護計畫

112 年修正內容	111 年原內容
<p>玖、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求</p> <p>二、參與計畫診所一年內沒有下列紀錄者：</p> <p>(二)經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄。...。如承接會員之醫師非當年度原診所已參加本計畫醫師，則需由社區醫療群主動告知會員，其主要照護醫師更換，如會員不同意更換則不予承接。</p> <p>壹拾、費用申報及支付方式</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>3.社區醫療群上年度評核指標未達<u>70</u>分者，...。</p> <p>(二)績效獎勵費用，每人支付550點/年(以群為計算單位)；</p> <p>2.品質提升費用：...，分五級支付：</p> <p>(4)輔導級：計畫評核指標分數介於<u>70</u>分<math>\leq</math>~&lt;<u>75</u>分，則支付品質提升費用會員每人145點。</p> <p>(5)不支付：計畫評核指標分數&lt;<u>70</u>分則不予支付。</p> <p>(三)社區醫療群應承擔財務與品質責任，VC-AE差值為負值且計畫評核指標分數&lt;<u>70</u>分者，則支付個案管理費之50%。</p> <p>(四)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</p>	<p>玖、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求</p> <p>二、參與計畫診所一年內沒有下列紀錄者：</p> <p>(二)經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄。...。</p> <p>壹拾、費用申報及支付方式</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>3.社區醫療群上年度評核指標未達65分者，如已上傳會員資料第一階段名單，仍不予支付當年度之個案管理費。</p> <p>(二)績效獎勵費用，每人支付550點/年(以群為計算單位)；</p> <p>2.品質提升費用：...，分五級支付：</p> <p>(4)輔導級：計畫評核指標分數介於65分<math>\leq</math>~&lt;70分，則支付品質提升費用會員每人145點。</p> <p>(5)不支付：計畫評核指標分數&lt;65分則不予支付。</p> <p>(三)社區醫療群應承擔財務與品質責任，VC-AE差值為負值且計畫評核指標分數&lt;65分者，則支付個案管理費之50%。</p>

112 年修正內容	111 年原內容
<p><u>「個案管理費用」及「績效獎勵費用」。</u></p> <p><b>壹拾壹、計畫評核指標</b></p> <p><b>二、過程面指標(33分)</b></p> <p>(刪除「<u>電子轉診成功率</u>」)</p> <p>(一)檢驗(查)結果上傳率(10分)</p> <p>1.檢驗(查)結果上傳率<math>\geq</math><b>80%</b>，得 10 分。</p> <p>2.<b>80%</b><math>&gt;</math>檢驗(查)結果上傳率<math>\geq</math><b>70%</b>，得 8 分。</p> <p>3.<b>70%</b><math>&gt;</math>檢驗(查)結果上傳率<math>\geq</math><b>60%</b>，得 6 分。</p> <p>4.計算公式說明：</p> <p>分子：<u>檢驗(查)結果上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果)。</u></p> <p>分母：<u>「...」附件五-「獎勵醫事服務機構上傳檢驗(查)結果之項目」之診所申報醫令數。</u></p> <p>◎計算條件：</p> <p>1.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、<u>病理報告及出院病歷摘要資料。</u></p> <p>2.<u>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。</u></p> <p>(二)預防保健達成情形(<b>23</b>分)</p> <p>1.成人預防保健檢查率(<b>7</b>分)</p> <p>(1)會員接受成人預防保健服務<math>\geq</math>較需照護族群<b>70</b>百分位數，得<b>7</b>分。</p> <p>(2)<math>&lt;</math>較需照護族群<b>70</b>百分位數，但<math>\geq</math>較需照護族群<b>60</b>百分位數，得 3 分。</p>	<p><b>壹拾壹、計畫評核指標</b></p> <p><b>二、過程面指標(33分)</b></p> <p>(一)電子轉診成功率(3分)</p> <p>(二)檢驗(查)結果上傳率(10分)</p> <p>1.檢驗(查)結果上傳率<math>\geq</math>50%，得 10 分。</p> <p>2.檢驗(查)結果上傳率<math>\geq</math>40%，得 8 分。</p> <p>3.檢驗(查)結果上傳率<math>\geq</math>30%，得 6 分。</p> <p>4.計算公式說明：</p> <p>分子：檢驗(查)結果上傳醫令數。</p> <p>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表五所列之檢驗(查)結果上傳申報醫令數。</p> <p>◎計算條件：</p> <p>本指標以當年度第四季(10 月至 12 月)計算獎勵醫事服務機構上傳及申報檢驗(查)結果之項目，並排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料及出院病歷摘要資料。</p> <p>(三)預防保健達成情形(20分)</p> <p>1.成人預防保健檢查率(6分)</p> <p>(1)會員接受成人預防保健服務<math>\geq</math>較需照護族群 65 百分位數，得 6 分。</p> <p>(2)<math>&lt;</math>較需照護族群 65 百分位數，但<math>\geq</math>較需照護族群 55 百分位數，得 3 分。</p>

112 年修正內容	111 年原內容
<p>3.65 歲以上老人流感注射率(4分)</p> <p>4.糞便潛血檢查率(7分)</p> <p>(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 <b>83</b> 百分位數，得 <b>7</b> 分。</p> <p>(2)&lt;較需照護族群檢查率之 <b>83</b> 百分位數，但<math>\geq</math>較需照護族群檢查率之 <b>73</b> 百分位數，得 5 分。</p> <p>(3)&lt;較需照護族群檢查率之 <b>73</b> 百分位數，但<math>\geq</math>較需照護族群檢查率之 <b>63</b> 百分位數，得 3 分。</p>	<p>3.65 歲以上老人流感注射率(3分)</p> <p>4.糞便潛血檢查率(6分)</p> <p>(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 80 百分位數，得 6 分。</p> <p>(2)&lt;較需照護族群檢查率之 80 百分位數，但<math>\geq</math>較需照護族群檢查率之 70 百分位數，得 5 分。</p> <p>(3)&lt;較需照護族群檢查率之 70 百分位數，但<math>\geq</math>較需照護族群檢查率之 60 百分位數，得 3 分</p>
<p><b>三、結果面指標(37分)</b></p> <p>(四)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)</p> <p>1.<math>\geq</math>初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率 <b>70</b> 百分位，得 5 分。</p> <p>(六)慢性病個案三高生活型態風險控制率(10分)</p> <p>( 1.2.3同111年條文 )</p> <p>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：</p> <p>(1)<u>血壓：收縮壓介於 70mmHg 至 300mmHg，舒張壓介於 40mmHg 至 200 mmHg。</u></p> <p>(2)<u>糖化血色素：介於 4% 至 15%。</u></p>	<p><b>三、結果面指標(37分)</b></p> <p>(四)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)</p> <p>1.<math>\geq</math>初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率 50 百分位，得 5 分。</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糖化血色素(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>

112 年修正內容	111 年原內容
<p>(3)低密度脂蛋白：介於 30 mg/dl 至 494 mg/dl。</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：<u>100mmHg ≤ 收縮壓 ≤ 150 mmHg</u>，或 <u>50mmHg ≤ 舒張壓 ≤ 90mmHg</u>。  糖化血色素：<u>4% ≤ 糖化血色素 ≤ 7%</u>，或原為 10%以上者改善到 <u>4% ≤ 糖化血色素 ≤ 8%</u>之間。  低密度脂蛋白(LDL)：  <u>30mg/dl ≤ 糖尿病人 ≤ 100mg/dl</u>。  <u>30mg/dl ≤ 非糖尿病人 ≤ 130mg/dl</u>。</p> <p>(2)同 111 年條文。</p> <p>(3)執行方式：</p> <p>A.由收案診所於當年度 <u>12</u> 月底前上傳...</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 <u>84 天(含)以上</u>。</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><b>四、自選指標(15分)</b></p> <p>(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</p>	<p>4.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(正常值參考國健署規範：  血壓：140 mmHg/90mmHg、</p> <p>糖化血色素：&lt;7%或原為 10%以上者改善到 8%以下。</p> <p>低密度脂蛋白(LDL)：  糖尿病人為&lt;100mg/dl、非糖尿病人為&lt;130mg/dl)。</p> <p>(2)血壓、糖化血色素、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：  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，超過繳交期限者，本指標以0分計算。</p> <p><b>四、自選指標(15分)</b></p> <p>(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</p>

112 年修正內容	111 年原內容
<p>」服務(5分)</p> <p>1.提供服務<math>\geq</math><b>15</b>人，得5分。</p> <p>2.提供服務<math>\geq</math><b>10</b>人，得2分。</p> <p>(六)醫療群內收案會員重複用藥核扣情形(5分)</p> <p>1.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</math><b>30</b>百分比，得5分。</p> <p>2.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</math><b>60</b>百分比，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</math><b>70</b>百分比，得1分。</p> <p>4.計算公式說明：  <u>分子：醫療群內收案會員重複用藥核扣金額。</u>  <u>分母：醫療群內收案會員數。</u></p> <p><b>五、加分項</b></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，<u>經保險人分區業務組認定後</u>方得計分)。</p> <p>(五)檢驗(查)結果上傳率<math>\geq</math><b>90%</b>之社區醫療群，加5分。</p> <p><b>壹拾肆、退場機制</b></p> <p>二、社區醫療群如評核指標未達<b>70</b>分者(評核指標<math>&lt;</math><b>70</b>分)，應退出本計畫，1年內不得再加入本計畫。評核指標介於<b>70</b>分至<b>75</b>分者(<b>70</b>分<math>\leq</math>評核指標<math>&lt;</math><b>75</b>分)，接受保險人分區業務組輔導改善，...；第2年仍未達<b>75</b>分續辦標準者(評核指標<math>&lt;</math><b>75</b>分)，應退出本計畫，...。</p>	<p>」服務(5分)</p> <p>1.提供服務<math>\geq</math>5人，得5分。</p> <p>2.提供服務<math>\geq</math>3人，得2分。</p> <p>(六)醫療群內診所重複用藥核扣情形(5分)</p> <p>1.社區醫療群內，該年度平均重複用藥核扣金額達3,000元以下，得5分。</p> <p>2.社區醫療群內，該年度平均重複用藥核扣金額達5,000元以下，得3分。</p> <p>3.社區醫療群內，該年度平均重複用藥核扣金額達7,000元以下，得1分。</p> <p><b>五、加分項</b></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方得計分)</p> <p>(五)檢驗(查)結果上傳率<math>\geq</math>80%之社區醫療群，加5分。</p> <p><b>壹拾參、退場機制</b></p> <p>二、社區醫療群如評核指標未達65分者(評核指標<math>&lt;</math>65分)，應退出本計畫，1年內不得再加入本計畫。評核指標介於65分至70分者(65分<math>\leq</math>評核指標<math>&lt;</math>70分)，接受保險人分區業務組輔導改善，...；第2年仍未達70分續辦標準者(評核指標<math>&lt;</math>70分)，應退出本計畫，...。</p>

112 年修正內容	111 年原內容
<p>三、退場之社區醫療群，其中評核指標<math>\geq</math><u>75</u>分之個別診所，可申請重新組群或加入其他社區醫療群，...。</p> <p>五、<u>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)</u>，1年內不得再加入本計畫。</p>	<p>三、退場之社區醫療群，其中評核指標<math>\geq</math>70分之個別診所，可申請重新組群或加入其他社區醫療群，...。</p>

### 三、 C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫

112 年修正內容	111 年原內容
<p>六、個案登錄及管控作業：</p> <p>(三)個案資料登錄應填報包括起始治療之前 6 個月內(基因型及肝組織切片檢查除外)證明符合收案條件之相關檢查結果或紀錄，並得於個案登錄系統先暫存維護，<u>於病患實際就診日當日處方藥品時，應 7 日內填報「起始用藥日期」及「用藥治療組合」</u>且上傳取得「登錄完成號碼」，否則不予支付。</p> <p>(四)特約醫事服務機構於保險對象就醫後，應於 24 小時內，經由健保資訊網線路將就醫紀錄上傳予保險人備查。但有不可抗力或因特殊情況經保險人同意者，不在此限。經保險人勾稽未於處方日期 <u>7 日內取得「登錄完成號碼」</u>，不予支付。</p> <p>※用藥當日登錄規定已於 111 年 8 月修訂檢核條件放寬至 7 日，惟計畫至 112 年 2 月始修訂完成。</p>	<p>六、個案登錄及管控作業：</p> <p>(三)個案資料登錄應填報包括起始治療之前 6 個月內(基因型及肝組織切片檢查除外)證明符合收案條件之相關檢查結果或紀錄，並得於個案登錄系統先暫存維護，<u>俟病患實際就診日當日填報「起始用藥日期」及「用藥治療組合」</u>且上傳取得「登錄完成號碼」後，方得處方藥品，否則不予支付。</p> <p>(四)特約醫事服務機構於保險對象就醫後，應於 24 小時內，經由健保資訊網線路將就醫紀錄上傳予保險人備查。但有不可抗力或因特殊情況經保險人同意者，不在此限。經保險人勾稽處方日期與起始用藥日期不符者，不予支付。</p>

#### 四、 孕產婦全程照護醫療給付改善方案

112 年修正內容	111 年原內容
<p>三、 給付項目與支付標準</p> <p>(一) 孕產期管理照護費</p> <p>1. 母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間產檢至生產皆在同一院所執行，且生產當次非採自行要求剖腹產之產婦，每一案件得合併生產申報「母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)」(P3904C/1, 200 點)。</p> <p>2. 非母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間產檢至生產皆在同一院所執行，且生產當次非採自行要求剖腹產之產婦，每一案件得合併生產申報「非母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)」(P3905C/900 點)。</p> <p><u>(刪除應依次產檢及未中斷產檢之文字)</u></p> <p>3. 如產婦自行要求剖腹產，不得申報「孕產期管理照護費」。</p> <p><u>(刪除產婦曾在他院接受產檢者不得申報「孕產期管理照護費」之文字)</u></p> <p>原第 4 項刪除</p> <p>4. 本項孕產期管理照護費所指全程產檢，係指完成衛生福利部國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」所列之 11 次以上孕婦產前檢查，惟孕產婦如因早產等</p>	<p>三、 給付項目與支付標準</p> <p>(一)孕產期管理照護費：</p> <p>1. 母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間依次產檢(未中斷產檢者)至生產皆在同一院所執行，且生產當次非採自行要求剖腹產之產婦，每一案件得合併生產申報「母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)」(P3904C/1, 200 點)。</p> <p>2. 非母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間依次產檢(未中斷產檢者)至生產皆在同一院所執行，且生產當次非採自行要求剖腹產之產婦，每一案件得合併生產申報「非母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)」(P3905C/900 點)。</p> <p>3. 如產婦自行要求剖腹產，或產前階段孕產婦所接受之產檢服務曾在其他醫療院所執行者，不得申報「孕產期管理照護費」。</p> <p>4. 同時加入「全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫」之產婦，因醫療照護需要等非可歸責院所之因素，轉送該計畫之後送醫院生產且非採自行要求剖腹產者，改以「孕產期管理照護費(全程產檢不含生產)」(P3903C/900 點)單獨申報。</p> <p>5. 本項孕產期管理照護費所指全程產檢，係指完成衛生福利部國民健康署「預防保健服務補助標準」所列之 10 次孕婦產前檢查，惟孕產婦如因早產等醫療因素僅執行前 8 次(含</p>

醫療因素僅執行 9 次以上產檢者，得比照申報孕產期管理照護費。	以上)產檢者，得比照申報孕產期管理照護費。
---------------------------------	-----------------------

### 五、 全民健康保險代謝症候群防治計畫

112 年修正內容	111 年原內容
<p><u>(刪除計畫施行期間)</u></p> <p>伍、 參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求  <u>(已參加者無須再次申請)</u>                      五、前一年度已參加本計畫之醫療院所或醫師，若未有本計畫壹拾壹、退場機制所列之情形者，得延續執行本計畫，<u>毋須重新申請。</u></p> <p>陸、 收案條件與服務內容、結案條件  <u>(刪除計畫收案期限)</u></p> <p><u>一、收案條件</u>  <u>(新增 DM 前期為收案條件)</u>                      (一)20 歲至 64 歲之保險對象：                      2. 符合糖尿病前期定義者：糖化血紅素(HbA1c)：5.7~6.4%。</p> <p><u>(調整收案上限、明訂不得與 DM 或 DKD 同時收案)</u>                      (二)每一診所收案人數上限為 200 名(包含前一年度延續收案個案)，不得與「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」(CKD 除外)重複收案或與其他特約醫事服務機構重複收案。</p> <p>二、服務內容                      (一)收案評估  <u>(定義執行重點及知情同意)</u>                      1. 參與本計畫醫師應向符合收案條件者解釋本計畫目的及內</p>	<p>伍、 計畫施行期間                      自公告日起實施至當年底。</p> <p>柒、 收案條件與服務內容、結案條件                      一、 收案期限：自公告日起至當年度 10 月底止。</p> <p>(二) 每一診所收案人數上限為 100 名，不得與其他特約醫事服務機構重複收案。</p> <p>二、服務內容                      (一)收案評估                      1. 參與本計畫醫師應向符合收案條件者解釋本計畫內容，並確</p>

容，由醫師確實向個案說明，若不改變慢性病危險因子(如不健康飲食、缺乏運動、菸酒檳、肥胖)，則無法改善疾病進程，並確實告知以取得個案同意後，方得收案。

(收案評估檢驗報告採計期間)

2. 須於VPN登錄收案對象相關資料及管理(附件3)：

(1) 登錄資料：包含基本資料、生活習慣及相關檢測資料(含代謝症候群指標)，可採收案日前3個月(90天)內之檢驗、檢查數據(含成人健康檢查)。

(2) 依收案對象情況，擬訂照護目標及策略：針對吸菸、嚼檳榔等個案，提供戒菸或戒檳指導或服務；個案管理資訊化，提供所需之衛教資料；注重個案評估及追蹤，並定期對個案舉辦相關課程。

(二)追蹤管理

(定義執行重點)

1. ……如電話、訪視、診間等，協助進行個案健康評估(包含飲食、運動、菸檳等風險因子改善情形、未達標準值之檢驗檢查項目監測)、提供個案疾病管理衛教(如其他預防保健項目、五癌篩檢之重要性等)、聯繫及協調照護計畫，以使收案對象認知進步，照護行為及代謝控制也能獲得顯著的改善。

(追蹤管理檢驗報告採計期間)

實告知後，方得收案。

2. 須於健保資訊網服務系統(VPN)登錄收案對象相關資料及管理(附件3)：

(1) 包含基本資料、生活習慣及相關檢測資料(含代謝症候群指標)。

(2) 依收案對象情況，擬訂照護目標及策略，個案管理資訊化、衛教資料齊全且定期更新，注重個案評估及追蹤，並定期對收案個案舉辦相關課程。

1. ……如電話、訪視、診間等、協助進行個案健康評估、聯繫及協調照護計畫、規劃個案健康管理與疾病預防衛教(如其他預防保健項目、四癌篩檢之重要性等)，以使收案對象認知進步，照護行為及代謝控制也能獲得顯著的改善。

3. 個案於收案評估時，未達標準值之檢驗檢查項目，應至少追蹤 1 次，且可採用追蹤管理日前 3 個月(90 天)內之檢驗、檢查數據，但檢驗檢查日期不得與前次追蹤日期或收案日期相同。

(增列「未進步者」為結案條件)

(四)結案條件(符合以下任一條件者可結案，同一院所同一收案對象經結案後一年內不得再收案)：

1. 個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群患者。
2. 病情變化無法繼續接受本計畫之照護者或屬「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」中糖尿病相關條件收案者。
3. 個案拒絕或失聯 $\geq 3$ 個月。
4. 個案死亡。
5. 收案個案已達一年且收案評估時未達標準值的管理項目，任一項皆未有進步者。

1. 個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群患者。
2. 病情變化無法繼續接受本計畫之照護者。
3. 個案拒絕或失聯 $\geq 3$ 個月。
4. 個案死亡。

柒、 給付項目及支付標準  
(調整 P7501C 內含項目)

編號	診療項目	支付點數
P7501C	收案評估費 1. 同一病人於同一院所僅得申報一次。 2. 本項支付點數包含代謝症候群及糖尿病前期相關之檢查檢驗項目(三酸甘油酯、 <u>高密度脂蛋白膽固醇</u> 或 <u>低密度脂蛋白膽固醇</u> 、 <u>空腹血糖</u> 或 <u>糖化血紅素</u> 、 <u>總膽固醇</u> )。 3. <u>上述收案相關檢查檢驗項目數據得採用收案日前3個月(90天)內之數據(含成人健康檢查)。</u> 4. 本項支付點數包含收案所需執行項目：	900

捌、 給付項目及支付標準

編號	診療項目	支付點數
P7501C	收案評估費 註： 1. 同一病人於同一院所僅得申報一次。 2. 本項支付點數包含代謝症候群相關之檢查檢驗項目(三酸甘油酯、 <u>低密度脂蛋白膽固醇</u> 、 <u>糖化血紅素</u> 、 <u>總膽固醇</u> )。另 <u>低密度脂蛋白膽固醇</u> 值不得以計算方式取得。 3. 完成收案評估且收案後，方得申報本項費用。	900

	<p>(1) <u>個案收案資料確認(基本檢驗數據)</u></p> <p>(2) <u>配合管理所需規劃補充檢驗檢查項目</u></p> <p>(3) <u>告知個案計畫管理流程及收案</u></p> <p>(4) <u>慢性病風險計算及評估</u></p> <p>(5) <u>風險因子評估(菸癮、運動、飲食、腰圍、BMI、三高)</u></p> <p>(6) <u>個案健康指導及衛教(菸癮、運動、飲食)</u></p> <p>(7) <u>血壓量測之722指導</u></p> <p>(8) <u>醫病共識改善目標(如腰圍、體重、血壓、飯前血糖或醣化血紅素、三酸甘油脂、高密度或低密度脂蛋白膽固醇)</u></p> <p>(9) <u>完成疾病管理紀錄表交付病人</u></p> <p>(10) <u>個案健康行為及檢驗檢查值上傳 VPN 系統</u></p> <p>5. 完成收案評估且上傳收案登錄相關資料後，方得申報本項費用。</p>					
<p><b>(調整照護間隔時間)</b></p>						
<p>P7502C</p>	<p>追蹤管理費 註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>除檢驗檢查項目由西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用業已包含於本項所訂點數。</li> <li>申報「收案評估費」後，至少須間隔<u>10週(≥70天)</u>，方能申報本項費用，每年度最多申報3次，每次間隔至少<u>10週(≥70天)</u>。</li> <li>同一個案於全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫、全民健康保險醫療給付改善方案(包括糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案之初期慢性腎臟病收案對象)之收案者，不得重複申報該計畫個案管理費及本項費用。如有重複支付，將於年度結束後，核扣該項費用。</li> </ol>	<p>200</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="853 1220 965 1915"> <p>P7502C</p> </td> <td data-bbox="965 1220 1348 1915"> <p>追蹤管理費 註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>除檢驗檢查項目由西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用業已包含於本項所訂點數。</li> <li>申報「收案評估費」後，至少須間隔<u>12週</u>，方能申報本項費用，每年度最多申報3次，每次間隔至少<u>12週</u>。</li> <li>同一個案於全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫(以下稱家醫計畫)、全民健康保險各醫療給付改善方案收案者，不得重複支付該計畫個案管理費及本項費用。如有重複支付，將於年度結束後，核扣該項費用。</li> </ol> </td> <td data-bbox="1348 1220 1428 1915"> <p>200</p> </td> </tr> </table>	<p>P7502C</p>	<p>追蹤管理費 註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>除檢驗檢查項目由西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用業已包含於本項所訂點數。</li> <li>申報「收案評估費」後，至少須間隔<u>12週</u>，方能申報本項費用，每年度最多申報3次，每次間隔至少<u>12週</u>。</li> <li>同一個案於全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫(以下稱家醫計畫)、全民健康保險各醫療給付改善方案收案者，不得重複支付該計畫個案管理費及本項費用。如有重複支付，將於年度結束後，核扣該項費用。</li> </ol>	<p>200</p>
<p>P7502C</p>	<p>追蹤管理費 註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>除檢驗檢查項目由西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用業已包含於本項所訂點數。</li> <li>申報「收案評估費」後，至少須間隔<u>12週</u>，方能申報本項費用，每年度最多申報3次，每次間隔至少<u>12週</u>。</li> <li>同一個案於全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫(以下稱家醫計畫)、全民健康保險各醫療給付改善方案收案者，不得重複支付該計畫個案管理費及本項費用。如有重複支付，將於年度結束後，核扣該項費用。</li> </ol>	<p>200</p>				

<p>P7503C</p>	<p>年度評估費 註： 1. 除檢驗檢查項目由西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用業已包含於本項所訂點數。 2. 申報「追蹤管理費」後，至少須間隔<u>10週(≥70天)</u>，且限申報<u>追蹤管理費三次(含)以上</u>始得申報本項費用，每年度最多申報1次。結案原因為失聯、死亡或拒絕收案者，不得申報本項費用。</p>	<p>P7503C</p>	<p>年度評估費 註： 1. 除檢驗檢查項目由西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用業已包含於本項所訂點數。 2. 申報「追蹤管理費」後，至少須間隔12週，方能申報本項費用，每年度最多申報1次。 3. 結案原因為失聯、死亡或拒絕收案者，不得申報本項費用。</p>
---------------	--	---------------	--

捌、獎勵費

一、診所品質獎勵費

(調整獲獎資格及指標計算)

診所收案 60 名以上且當年度檢驗檢查上傳率(含診所申報檢驗所上傳之案件) ≥70%者，並依下列診所品質指標得分排序：前25%之診所，核付獎勵費 10,000 點；得分排序大於 25%至 50%之診所，核付獎勵費 5,000 點。

(一) 代謝症候群改善率(70分)

1. 診所收案之吸菸對象經醫事人員用藥或衛教指導後，期末自訴未再吸菸者，或受轉介戒菸服務對象經戒菸服務醫事機構評估為戒菸成功者(自接受戒菸服務開始後3個月或6個月，若上一支菸在7天前抽的，視為戒菸成功)，且人數 ≥10 人者，得 20 分。(戒菸服務及費用由國民健康署補助計畫支應)
2. 診所收案對象之腰圍(男性 ≥90 公分，女性 ≥80 公分)減少 3 公分以上或身體質量指數 BMI(≥27)，下降 1 以上，且人數 ≥10 人者，得 20 分。
3. 診所收案對象之血壓，收縮

玖、獎勵費

一、診所品質獎勵費：

診所收案 30 名以上且當年度檢驗檢查上傳率 ≥50%者，並依下列診所品質指標得分排序：前25%之診所，核付獎勵費 10,000 點；得分排序大於 25%至 50%之診所，核付獎勵費 5,000 點。

(一) 代謝症候群改善率(70分)

1. 診所收案對象之腰圍(男性 ≥90 公分，女性 ≥80 公分)減少 3 公分以上或身體質量指數 BMI(≥27)，下降 1 以上，且人數 ≥5 人以上，得 10 分。
2. 診所收案對象之醣化血紅素(前測值須 >7.5%)，下降 10%且人數 ≥5 人以上，得 10 分。
3. 診所收案對象之血壓，收縮壓 140mmHg 以上降至 130mmHg 以下，及舒張壓 90mmHg 以上降至 80mmHg 以下(以非診間血壓紀錄為原則，722 紀錄須附存病歷)，且人數 ≥5 人以上，得 15 分。
4. 診所收案對象之三酸甘油脂，原 200mg/dL 以上降至

壓 140mmHg 以上降至 130mmHg 以下，及舒張壓 90mmHg 以上降至 80mmHg 以下(以非診間血壓紀錄為原則，722 紀錄須附存病歷)，且人數 $\geq$ 10 人者，得 10 分。

4. 診所收案對象之三酸甘油脂，原 200mg/dL 以上降至 150mg/dL 以下，且人數 $\geq$ 10 人者，得 10 分。

5. 診所收案對象之低密度脂蛋白膽固醇，原 130mg/dL 以上，下降 10%，且人數 $\geq$ 10 人者，得 10 分。

(二) 加分項(10 分)：診所收案對象之糖化血紅素(前測值須 $\geq$ 5.7%)，下降 10%或降至 5.7%以下，且人數 $\geq$ 10 人以上，得 10 分。

(三) 上述(一)及(二)執行方式：

1. 由收案診所於當年度收案時同時上傳風險控制項目及檢驗值為前測值，並以收案診所當年度 7 月至 12 月最後一筆上傳之檢驗結果為後測值。

2. 如為前一年度收案對象則以前一年度最後一筆檢驗值當作本年度前測值計算。

三、個案進步獎勵費：個案於收案評估檢測「未達標準」之代謝症候群指標，於年度評估時，下列任三項指標達成者，每一個案獎勵 500 點，同一個案獎勵一次，本項獎勵個案不得與「個案績優改善獎勵費」重複支付。

150mg/dL 以下，且人數 $\geq$ 5 人以上，得 10 分。

5. 診所收案對象之低密度脂蛋白膽固醇，原 130mg/dL 以上，下降 10%，且人數 $\geq$ 5 人以上，得 15 分。

6. 診所收案之吸菸對象經醫療人員用藥或衛教指導後，期末自訴未再吸菸者，或受轉介戒菸服務對象經戒菸服務醫事機構評估為戒菸成功者(於 3 個月或 6 個月戒菸結果追蹤 7 天內無吸菸者)，且人數 $\geq$ 5 人以上，得 10 分(戒菸服務及費用由國民健康署補助計畫支應)。

7. 執行方式：由收案診所於當年度收案時同時上傳風險控制項目及檢驗值(前測)，並於 12 月底前上傳再次檢驗結果(後測)，超過繳交期限者，檢測值不予計算。

三、個案進步獎勵費：個案於收案評估檢測「未達標準」之代謝症候群指標，於年度評估時，下列任三項指標達成者，每一個案獎勵 500 點，同一個案獎勵一次：

(新增獎勵項目)

四、個案績優改善獎勵費：個案於年度評估時，下列任三項代謝症候群指標達標準值，且收案 6 個月後至結案日前，個案無三高用藥(係指降血壓、降血糖或降血脂用藥)紀錄且結案者，每一個案獎勵 1,000 點，同一個案獎勵一次。本項獎勵個案不得與「個案進步獎勵費」重複支付。

(一)腰圍：男性<90 公分，女性<80 公分或身體質量指數(kg/m<sup>2</sup>) BMI<27。

(二)飯前血糖值(AC)：<100mg/dL，或糖化血紅素(HbA1c)：<5.7%。

(三)血壓值：收縮壓<130mmHg 且舒張壓<85mmHg。

(四)三酸甘油脂值(TG)：<150mg/dL。

(五)高密度脂蛋白膽固醇值(HDL)：男性≥40mg/dL，女性≥50mg/dL，或低密度脂蛋白膽固醇：<130mg/dL。

(增列費用申報規定)

玖、醫療費用申報、審查及點值結算：

(一)門診醫療費用點數申報格式點數清單段及醫令清單段填表說明：

1.屬本計畫收案之保險對象，其就診當次符合申報 P7501C、P7502C 及 P7503C，於申報費用時，門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填「09：西醫其他專案」特定治療

項目代號(一)應填「EM：代謝症候群防治計畫」；未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。

2. 申報方式：併當月份送核費用申報。

壹拾貳、 退場機制

(增列退場機制)

三、參與本計畫滿一年(12個月)之特約西醫診所，倘當年度年底收案滿6個月之所有個案，其代謝症候群指標皆無改善，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫，次年度不得再參加本計畫。

### 附件 3、支付標準增修案

有關全民健康保險醫療費用審查注意事項中，涉及限制或限縮民眾權益之部分條文，如規定使用次數(含不得併報)、專科別、層級別、給付範圍或條件者，回歸支付標準加以規範：

#### (一) 不得併報：

1. 18013C、18014C「胎心音監視」與18035B「胎心音監視(每日)」。
2. 28005B「喉頻閃光源內視鏡檢查」與28004C「喉鏡」。
3. 23706C「角膜活體螢光細胞染色檢查」與23401C「細隙燈顯微鏡檢查」。
4. 17006C「支氣管擴張劑試驗」與17019C「支氣管激發試驗」。

#### (二) 規範執行次數及頻率：

1. 55009C、55010C「會陰沖洗(門診，每次/住院，每日)」：C/S及婦科手術(ATH, VTH…)等患者，住院期間最多申報3次。
2. 55011C「陰道灌洗」：婦科手術(ATH, VTH…)住院患者，手術前施行陰道灌洗，以申報1次為原則。
3. 28022C「子宮鏡檢查」：依檢查結果，訂定不同執行頻率。
4. 28003C「鼻竇內視鏡檢查」：內視鏡鼻竇功能手術前得申報1次，手術後3個月內最多申報3次。
5. 53016C「換藥」：
  - (1) 執行門診手術項目至多可申報術後換藥2次，術後之期間不宜超過2個星期；隨後之門診複查、追蹤，不可再申報換藥費用。
  - (2) 角膜潰瘍點藥、包紮申報本項，因嚴重角膜潰瘍住院，施行換藥，每日最多限申報4次。
6. 41006B「等速肌力檢查」：同一病人治療期間，一個月限申報1次，同一治療期間，至多申報3次。
7. 80423C「子宮鏡剝離子宮腔粘黏或子宮內膜電燒」：沾黏分離之主手術得以本項申報，六個月最多申報1次。
8. 45049C「職能評鑑(每次)」：每月最多申報1次，病歷上應有紀錄。
9. 39012C、39013C「靜脈曲張注射療法(單腳/雙腳)」：注射治療一年內(自第1次施行時間起算)，申報不得超過4次。