



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
115年6月

大綱

1. 收案對象及費用支付方式

2. 計畫品質評核指標及退場機制

3. 115年計畫注意事項

4. 醫療群及診所配合辦理事項

5. 相關資訊及聯絡窗口



前言

家醫計畫與P4P-DM/CKD/DKD整合

➤ 115年新增12.18億元

- 調整個案管理費，納入P4P個案
- 調整第二階段三高病人收案模式



全面實施家醫2.0

- 未符合糖尿病共同照護網資格之診所，應按本計畫所定接受教育訓練，加強糖尿病及初期慢性腎臟病之疾病管理能力。

收案對象及費用支付方式

收案對象

會員名單	內容摘錄
慢性病個案	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	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	- 每名醫師加收人數上限為<u>200</u>名 - 每家參與診所自行收案人數上限不得超過<u>1,200</u>名。 - 上年度評核指標≥ 90分之醫療群，每名醫師加收人數上限為<u>300</u>名，每家參與診所自行收案人數上限不得超過 <u>1,800</u> 名 NEW 114 年度糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率之HbA1c 及LDL 得分皆滿分之醫療群，<u>每家診所可加收 100 名三高病人</u>，不受前述人數限制

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：以慢性疾病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。

收案對象疾病樣態

- 115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：

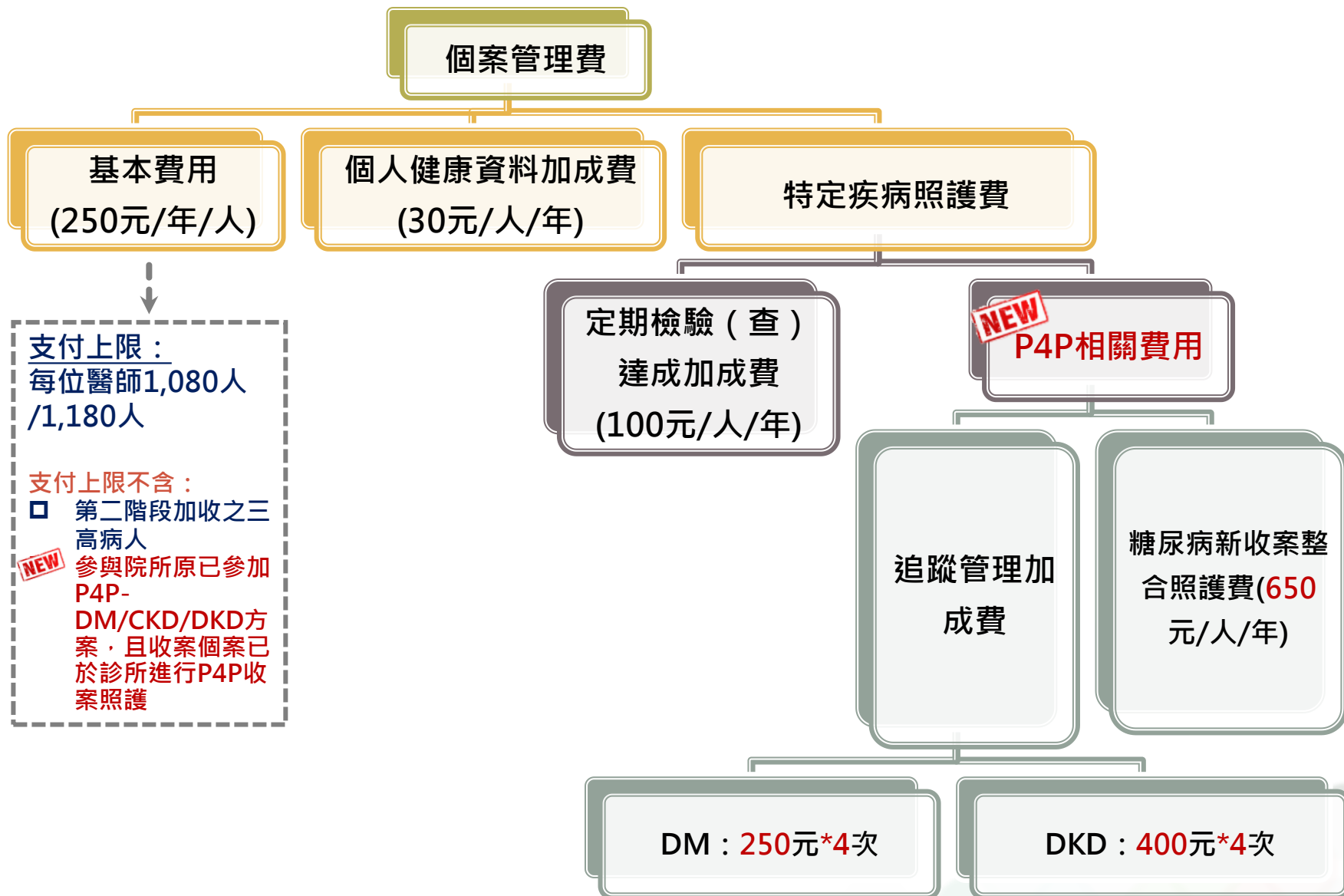
註記「1」：為三高病人
註記「0」：非三高病人

115年交付名單						
院所ID	身分證號	生日	與前一年 家醫 收案診所 相同	疾病樣態	ASCVD 風險等級	三高
3501*****	A12345****	055/	1	1	a	1
35	註記「1」：本署自動延案 註記「2」：診所上傳收案		2	2	b	0
35		/	2	3	0	0
3501		045/	2	4	0	1

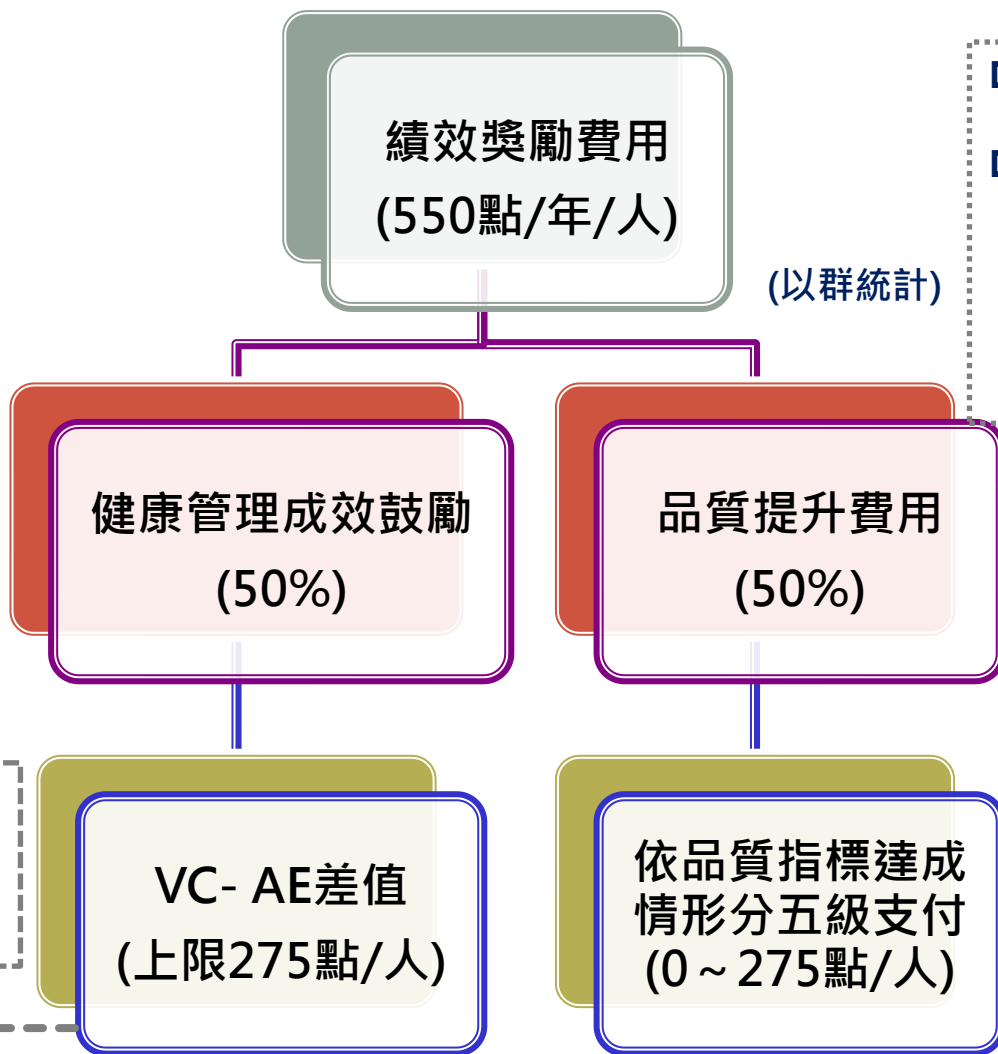
註記「1」：DM；註記「2」：CKD
註記「3」：DKD；註記「4」：非前述病人

註記「a」：非常高
註記「b」：極高

費用支付(一)



費用支付(二)



- 採浮動點值支付，每點金額不高於1元。
- 符合偏遠地區^(註)之診所且所屬社區醫療群計畫評核指標為良好級(含)以上，該診所之績效獎勵費每點支付金額以1元計算。

評核指標分數 ≥ 90 分
且平均每人VC-AE差值 > 275 點，則支付
績效獎勵費用會員每人550元

VC：以風險校正模式預估
之西醫門診醫療費用
AE：會員實際申報西醫門
診醫療費用

特優級 (≥ 90 分) 275點
良好級 (80含-90分) 210點
普通級 (75含-80分) 175點
輔導級 (70含-75分) 145點
不支付 (< 70 分) 0點

註：偏遠地區：

1. 醫療資源缺乏地區：新北市石碇、坪林、三芝、石門、平溪、雙溪、貢寮、萬里，宜蘭縣冬山、五結、三星。
2. 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，連江縣。

費用支付(三)

其他支付費用

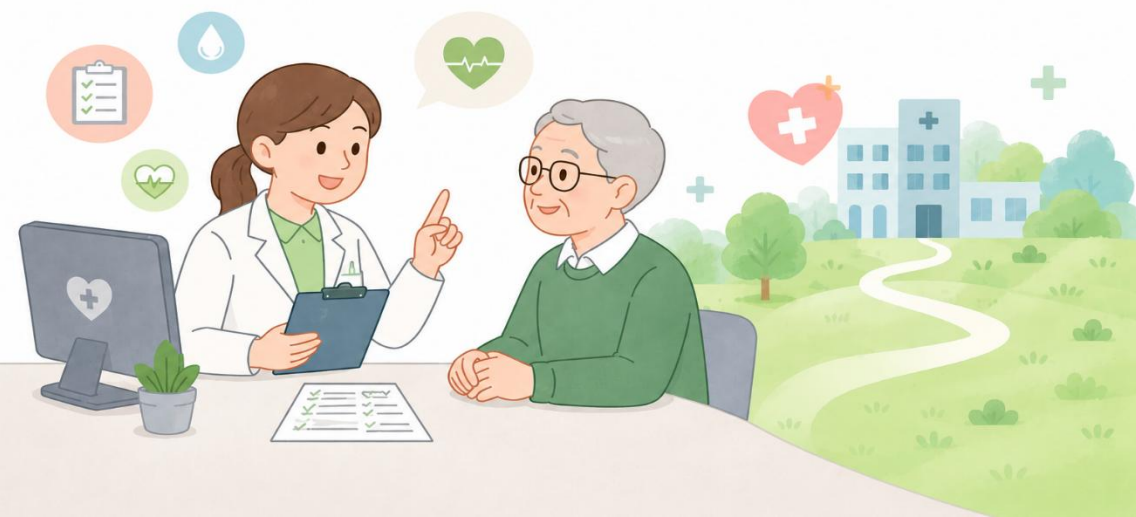
失智症門診照護
家庭諮詢費
(300~500點)

多重慢性病人門
診整合費用
(500~1110點/
人/年)

糖心腎照護提升
費(500~1110點
/人/年)

胰島素注射獎勵
(300點/人/年)

生活習慣自評
(40點/人/年)



個案管理費

半年
支付



基本 費用

- 執行內容包含資料建檔上傳、轉診、個案衛教宣導、24小時諮詢專線、個案研討及與合作醫院開辦共同照護門診，每人支付 **250 元/年**。

支付 方式

- 每人支付 250 元/年，每半年撥付1次(每個會員125元)。
- 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)。
- 支付上限不含：第二階段加收之三高病人、原P4P-DM/CKD/DKD收案個案，及115年已符合P4P-DM/CKD/DKD收案條件

支付 條件

- 不核付費用
 - 不重複核付：參與P4P收案個案，若與本計畫屬同一收案診所，以支付本計畫之個案管理費為原則，不得申報醫療給付改善方案相關費用。惟本計畫會員之收案診所與 P4P收案診所相異，不受前述限制。
 - 中途退出：因故於收案前3個月內(本計畫公告收案前三個月內)中途退出不核付；照護超過3個月則依承作月份按比例撥付)。
 - 自行收案會員年度內未於收案診所就醫。
 - 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)。
- 部分核付費用：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%

個人健康資料加成費

按年
支付



個人健康資料加成費

- 完成個人健康資料建檔者，每人支付30元/年

單筆登打：VPN服務項目\試辦計畫資料維護\家醫收案會員健康資料

收案會員健康資料

醫事機構代號	3501200000	臺北虛擬診
身分證號		
出生日期	(民國年/月/日)	
* 期別	16	

新增 更正 刪除 複製 清除

個人基本資料(必填)

* 姓名		* 性別	☐ 男 ☐ 女
* 主要照顧者		* 職業別	
* 居住縣市		* 居住地區	
* 家庭生命週期	☐ 新婚夫婦 ☐ 第一個小孩誕生 ☐ 有學齡兒童 ☐ 有青少年子女 ☐ 子女外出創業 ☐ 空巢 ☐ 老化的家庭 ☐ 其他		

片深刺野部仕量事各領地備公/服來\每組領地最宜40公

批次上傳：VPN服務項目\試辦計畫資料維護\資料上傳查詢作業

資料上傳查詢作業

試辦計畫	家庭醫師整合性照護		
上傳類別	收案會員名單		
檔案名稱	收案會員名單		
傳檔日期起迄	114/07/01	(YYYYMMDD)~	114/07/23 (YYYYMMDD)
檔案格式	定長		

查詢 上傳 清除

定期檢驗（查）達成加成費

按年
支付



NEW

定期檢
驗（查）
達成加
成費

- 達定期追蹤照護者，每人支付**100元/年**：

NEW 115年新增僅具DM個案

- 定期追蹤照護之定義：各類特定疾病對應之檢驗項目之檢查驗次數應至少上、下半年各一次；若個案前一年曾診斷為高血壓並開立相關用藥，亦須上傳血壓值一年至少3次。各疾病組合對應之檢驗項目及應達到檢驗次數如下

疾病組合	當年度檢驗查項目應達到次數			
	HbA1c	LDL	UACR	血壓
NEW 僅具DM	2	2	-	前一年曾診斷為高血壓並開立相關用藥者：3次
DM+CKD	2	2	2	
DM+ASCVD	2	2	-	
CKD+ASCVD	-	2	2	
DM+CKD+ASCVD	2	2	2	

血壓上傳-單筆上傳

檢驗檢查結果每日上傳\檢驗(查)結果(每日)單筆登錄及查詢

報告類別	1-檢體檢驗報告	醫事類別	11-門診西醫診所	補卡註記	1-正常
健保卡過卡日期時間	114/04/23 - 00:00:00	採檢/實際檢查/手術日期時間	114/04/23 - 00:00:00		
醫囑日期時間	- (YYYYMMDD)-(HHMMSS)	醫師確認報告時間	- (YYYYMMDD)-(HHMMSS)		
就醫類別	01-西醫門診	報告/病理醫師身分證號			
醫囑醫師身分證號	S1234*****	醫令代碼	Y00006	←血壓虛擬醫令代碼	
就醫序號	0001	出生日期	057/03/12		
身分證號	R2258*****	治療結束日期	(YYYYMMDD)		
就醫日期	114/04/23	依附就醫新生兒胞胎註記			
依附就醫新生兒出生日期	(YYYYMMDD)	診療部位			
實際收到報告日期時間	- (YYYYMMDD)-(HHMMSS)				
檢體採檢方法/來源/類別	血壓機				
醫令調劑方式	0-自行調劑、檢驗(查)或物理治療	原開立處方醫事服務機構代碼		+增加報告序號	

註記	報告序號	檢驗項目名稱	單位	醫事人員身分證號		報告日期時間
		檢驗方法	參考值	檢驗報告結果值	檢驗結果陽陰性判斷	檢驗(查)結果值註記
□	1	收縮壓	mmHg	S1234*****		114/04/23 - 00:00:00
		血壓機	~ 120	128		
□	2	舒張壓	mmHg	S1234*****		114/04/23 - 00:00:00
		血壓機	~ 80	77		

P4P相關費用

按季
支付



NEW

追蹤管理
加成費

- 支付條件：
 1. 計畫參與院所原已參加P4P-DM/CKD/DKD 方案，且收案個案已於診所進行P4P 收案照護。
 2. 每次就醫之主次診斷及用藥符合該疾病者，支付本項加成費。每年度最多支付4 次(每次應間隔10週以上)，當次就醫未用藥者不予給付。
- 支付方式：DM 每人每次追蹤支付250 元/次(申報編碼Q1408C，不計價)；DKD 每人每次追蹤支付400元/次(申報編碼Q7001C，不計價)。

NEW

糖尿病
新收案
整合照
護費

- 針對115 年已符合P4P-DM 收案條件(最近90 天曾在該院所診斷為糖尿病 (ICD-10-CM 前三碼為E08-E13) 至少同院所就醫達二次以上者，且就醫之主(次)診斷及用藥應符合糖尿病者)之家醫會員，為鼓勵家醫將其收案照護，支付每人650 元/年(申報編碼Q1407C，不計價)。

原P4P	收案評估
DM	650
家醫計畫	新收案整合照護費
DM	650

P4P相關費用



NEW

初期慢性腎臟病個案

- 針對115年已符合P4P-CKD收案條件(收案前90天內曾在該院所就醫，新收案當次就醫之主診斷應符合慢性腎臟病)者，**申報編號Q4301C(不計價)**。
- 原P4P-CKD收案個案，於每次追蹤時，**申報編號Q4302C(不計價)**
- 若個案經申報「糖尿病新收案整合照護費」後，符合CKD者，得申報DKD「追蹤管理加成費」。

失智症門診照護家庭諮詢費



失智症 門診照 護家庭 諮詢費 (年度結算)

- 給付條件：神經科、精神科或老年醫學專科醫師評估有諮詢需要，失智症評量表(Clinical Dementia Rating,CDR)值 ≥ 1 或簡易心智量表 ≤ 23 者。
- 支付方式：
 - 1.每次諮詢服務時間15分鐘(含)以上，未達30分鐘者：支付點數**300點**，申報編號P5002C。
 - 2.每次諮詢服務時間30分鐘(含)以上者：支付點數**500點**，申報編號P5003C。
 - 3.同院所每位病人每年最多給付2次費用。

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「整合照護模式」。

NEW

刪除114年計畫「當年度達特優級之醫療群E1案件納入計算」之限制

★當年度有申報註記「整合照護模式」(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 (年度結算)

- 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

糖心腎症候群整合照護提升費1

支付 條件

- 適用對象：收案會員中DM/CKD/ASCVD 之風險等級達非常高或極高個案。
- 各疾病組合對應之檢驗項目及控制良好或進步範圍，依照個案達到控制良好或進步的支付相對應費用：
 1. 糖尿病：HbA1c 及 LDL
 2. 初期慢性腎臟病：LDL 及 UACR
 3. ASCVD 之風險等級達非常高或極高：LDL。
- 控制良好：最後一次(或當年度半數以上)檢驗結果位於控制良好範圍。前述最後一次檢驗(查)結果應於當年度7月1日後。僅具有糖尿病個案，若於當年度7月1日前之LDL檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受LDL檢驗者，亦視為控制良好。
- **NEW** 進步：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 (年度結算)

- 資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。
- 醫師未於年度結束前完成DM/CKD 相關訓練課程，不予支付。
- 若個案當年度未因特定疾病於收案診所就醫並開立相對應用藥，不予支付。

糖心腎症候群整合照護提升費2

NEW

每項調升
350點

疾病組合	檢驗項目控制良好範圍			控制良好檢驗項目數對應之提升費(點)		
	HbA1c	LDL	UACR	1項	2項	3項
DM	<7%; 80歲以上<8%	<100mg/dL		500	600	
CKD		<130mg/dL	<30 mg/gm	500	600	
ASCVD		非常高:<70mg/dL 極高:<55mg/dL		600		
DM+CKD	<7%; 80歲以上<8%	<100mg/dL	<30 mg/gm	500	600	900
CKD+ASCVD		非常高:<70mg/dL 極高:<55mg/DI	<30 mg/gm	600	900	
DM+ASCVD	<7%; 80歲以上<8%	非常高:<70mg/dL 極高:<55mg/dL		600	900	
DM+CKD+ASCVD	<7%; 80歲以上<8%	非常高:<70mg/dL 極高:<55mg/dL	<30 mg/gm	600	900	1100



糖尿病病人之胰島素注射獎勵費



糖尿病 病人之 胰島素 注射獎 勵費 (年度結算)

- 給付條件：持續施打胰島素(前一年胰島素注射天數 ≥ 28 天且當年度胰島素注射天數 ≥ 168 天)。
- 支付方式：符合上述條件者，每一個案支付300點/年。

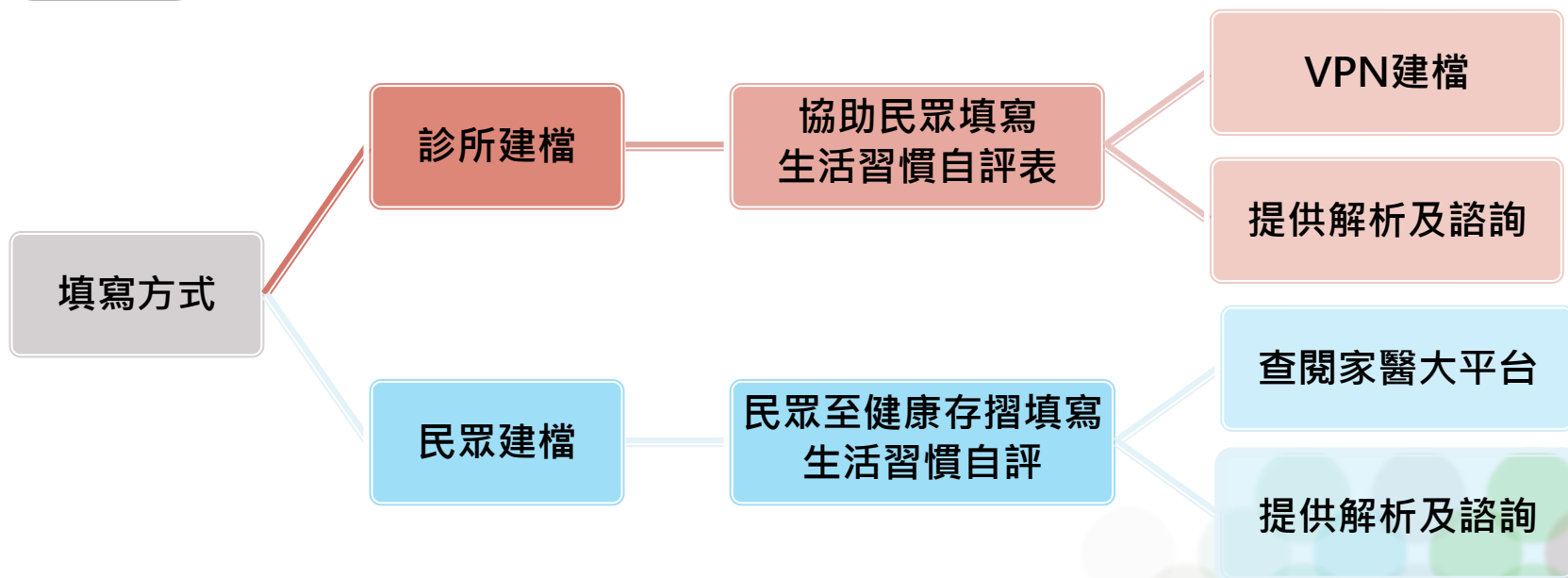
註：新胰島素注射之糖尿病病人以現行「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」之胰島素注射獎勵措施予以獎勵。



生活習慣自評獎勵費

生活習慣自評獎勵費 (年度結算)

- (一)適用對象：家醫收案會員中，具三高疾病高血壓、高血脂、高血糖個案，不含代謝計畫收案個案。
- (二)支付方式：完成生活習慣量表自評之三高疾病會員，醫師透過家醫大平台查閱，提供諮詢及解析者，支付獎勵費用，**每人獎勵40 點**：
 1. 支付門檻：**完成自評之三高疾病會員數 ≥ 50 人。**
 2. 支付上限：每家診所最高獎勵2 萬點。



生活習慣自評(診所端)建檔

診所建檔：VPN服務項目\試辦計畫資料維護\家醫收案會員健康資料

生活型態評估量表各領域得分(附表)每個領域最高10分

正向社會連結： 第 1、3、5、7、9 題的分數總和	身體活動： 第 13、19、22 題的分數總和
避免危害物質： 第 6、11、15、16 題的分數總和	睡眠及壓力管理： 第 4、8、10、17 題的分數總和
營養： 第 2、12、14、18、20、21 題的分數總和	
抽菸： ●無○偶爾交際應酬○平均一天約吸10支菸以下○平均一天約吸10支菸(含)以上	
喝酒： ●無○偶爾交際應酬(每週1-2天)○經常喝(每週>2天)	
嚼檳榔： ●無○偶爾交際應酬(每週1-2天)○經常嚼或習慣在嚼(每週>2天)	

生活習慣自評表下載：本署首頁\健保服務\健保醫療計畫\家庭醫師整合照護計畫\醫療院所專區\醫療院所專區\生活型態評估量表

生活型態評估量表

編號	請想一想過去七天，並回答以下問題，你是否：
1	我感覺生活有目標。(是：2分；否：0分)
2	日常飲食我會避免油炸的食物，多以清淡、水煮、凉拌等烹調方式為主。(是：1分；否：0分)
3	我有進行了兩次以上(含兩次)的靈性、宗教或信仰活動(例如冥想、靜坐、祈禱、拜拜、參加宗教活動、祭拜家中神明或祖先等)。(是：2分；否：0分)
4	我大部分時間都覺得能夠處理生活的各種壓力？(是：2分；否：0分)
5	我有參加團體聚會或活動(例如運動、社區、社團、學校團體等)。(是：2分；否：0分)
6	我有抽菸、使用電子煙或其他菸品？(是：0分；否：5分)
7	我有和家人或朋友相聚或聊天三次以上？(是：2分；否：0分)
8	大部分時間，我醒醒後覺得精神很好，有休息夠了？(是：2分；否：0分)
9	我總共花了兩小時以上的時間待在大自然中(例如：城市內外開放空間：公園、森林、海邊等)。(是：2分；否：0分)
10	大部分時間，我覺得有足夠的時間照顧自己？(是：1分；否：0分)
11	我有嚼檳榔？(是：0分；否：1分)
12	我的飲食大多以原型食物(如新鮮蔬菜、全穀、未加工肉類)為主。(是：1分；否：0分)
13	請想一想過去七天，並提供您關於以下問題最好的估計值： 我總共進行了幾天的肌力訓練？(例如伏地挺身、深蹲、引體向上等) 0、1、2、3、4、5、6、7天(0、1、2分)
14	我總共喝了幾杯含糖飲料？(例如果汁、含糖咖啡或茶、汽水、運動飲料) 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10杯或更多(2、0分)

15	我一天中喝下含有酒精的飲料，最多共有幾單位？(1單位酒精=10公克純酒精)  (女3以下、男4以下，2分、0分) 以有喝酒精飲料的附幾天來算，我每天平均喝幾單位？(如果過去七天都沒有喝酒精飲料，請選「少於1」) (女1以下、男2以下，2分、0分) 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10單位或更多
16	我每晚大約睡幾個小時？ 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10小時或更多(0、3、5分)
17	我每天大約吃幾份水果？(1份是1拳頭大小或一罐8分滿)  約一個拳頭大小，或同食水果的一罐8分滿 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10份或更多(0、1、2分)
18	我每天坐著的總時間大約有幾小時？ 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10小時或更多(3、1、0分)
19	我每天平均食用包裝零食(例如薯片、餅乾、糖果、蛋白營養棒等)的包數。 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10包或更多(2、0分)

21	每天平均食用蔬菜的份數(1份為可食量約100公克)。  約100公克，或半罐裝密封罐的無糖蔬菜 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10份或更多(0、1、2分)
22	我累積的有氣運動時間，總共有幾分鐘？(例如快走、慢跑等) 少於30、30、45、60、90、120、150、180、210、240、270、300、大於300分鐘(0、1、2、3、4、5分)

● 各種領域分計算(每個領域最高10分)
正向社會連結：第1、3、5、7、9題的分數總合
身體活動：第13、19、22題的分數總合
避免危害物質：第6、11、15、16題的分數總合
睡眠及壓力管理：第4、8、10、17題的分數總合
營養：第2、12、14、18、20、21題的分數總合
整體生活型態分數：(最高50分)

● 整體生活型態分數解釋

解釋	整體生活型態分數
現在是位與醫師合作的時時機，幫助您養成或改善健康的生活習慣。	0-20 低於平均
您有一些健康的健康習慣，但仍有很多生活方式可調整來改善您的健康，並降低健康風險。	21-30 平均
您有許多良好的健康習慣，但仍有一些領域可以繼續改善試改善。	31-40 非常好
您能保持良好，但可以對生活方式進行調整，以達到更好的整體健康狀態。	41-50 優秀

生活習慣自評(民眾端)建檔

會員填寫：健保快易通\健康存摺\右上三線點開\其他增值服務\生活型態評估量表\填寫生活型態評估量表

The image displays four sequential screenshots of the 'Health Easy Access' (健保快易通) app interface, illustrating the steps to access the 'Life Style Assessment Scale' (生活型態評估量表).

- Screenshot 1:** The main app home screen. A red box labeled '1' highlights the 'Health Easy Access' (健康存摺) icon in the left sidebar.
- Screenshot 2:** The 'Health Easy Access' (健康存摺) sub-menu. A red box labeled '2' highlights the 'Menu' icon (three horizontal lines) in the top right corner.
- Screenshot 3:** The expanded menu. A red box labeled '3' highlights the 'Other Value-added Services' (其他增值服務) option.
- Screenshot 4:** The 'Other Value-added Services' (其他增值服務) page. A red box labeled '4' highlights the 'Life Style Assessment Scale' (生活型態評估量表) option at the bottom.

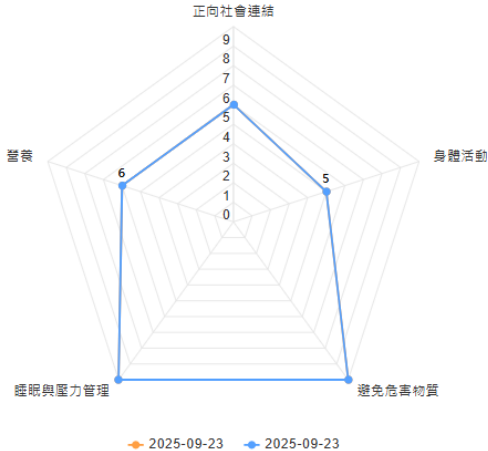
生活習慣自評(民眾端)建檔-診所查看

要查看+提供諮詢解析
才給付費用



計畫總覽 疾病分級 檢驗項目 用藥紀錄 生活型態評估

生活形態評估雷達圖



生活形態領域	2025-09-23量表結果	2025-09-23量表結果	衛教建議內容(各題)
正向社會連結	6	6	1、3、5、7、9
身體活動	5	5	13、19、22
避免危害物質	10	10	6、11、15、16
睡眠與壓力管理	10	10	4、8、10、17
營養	6	6	2、12、14、18、20、21
整體生活形態評分	37	37	

計畫品質評核指標及退場機制

115年計畫評核指標(一)

指定指標(85分)		NEW 調整情形
結構面	1. 個案研討活動(10分) 2. 24小時諮詢專線(5分)	
過程面	✓ 預防保健達成情形(28分) 1. 成人預防保健檢查率(6分) 2. 子宮頸抹片檢查率(6分) 3. 65歲以上老人流感注射率(4分) 4. 糞便潛血檢查率(6分) 5. B、C 肝炎篩檢率(6分)	■ 1.3.4僅限於會員在西醫基層執行 ■ 1.4.5增加得分級距 ■ 1.4.5調整得分百分位數
結果面	1. 潛在可避免急診率(4分) 2. 會員急診率(4分) 3. 可避免住院率(4分) 4. 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) 5. 會員固定就診率(10分) 6. 糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率 (10分) 7. 糖尿病會員胰島素注射率(5 分)	■ 2.排除UCC案件 ■ 4.增加得分條件 ■ 6.得分條件由百分位改為占率

115年計畫評核指標(二)

自選指標(15分)	NEW 調整情形
以下7項指標由本署選擇最優3項(每項5分) 1.辦理健康管理活動或學術演講活動 2.配合政策推動指標(5 分) 3.假日開診並公開開診資訊 4.糖尿病人眼底檢查執行率 5.醫療群內收案會員重複用藥情形 6.會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率(5 分)	由本署擇優選擇
加分項(每項5分，最高得分10分)	
1. 健康管理成效(VC-AE)執行結果鼓勵 2. 社區醫療群醫師支援醫院 3. 轉介失智症病人至失智症共照中心接受服務 4. 同院所同日就診率 5. 檢驗(查)結果即時上傳率$\geq 70\%$之社區醫療群 6. 春節期間開診 NEW	新增春節期間開診
觀察指標(不計分)	
1. 血壓上傳率 2. 糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率-UACR控制良好(或進步)占率	

掌握指標得分情形

從家醫大平台可掌握診所及整體醫療群各項指標得分情形

家醫評核指標

用途說明：依據最新全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫計算本診所各項指標執行率及得分

資料來源：健保醫療費用申報資料，各項上傳至健保之相關檢查項目結果，執行狀況為年度累積至當月(資料年月)的成績

查詢期別

本年度

[查看評核指標計算公式](#)

[查看評核指標得分閾值](#)

診所指標狀況

醫療群指標狀況

目前總得分46分

註：僅統計過程面及結果面指標，未包含結構面(15分)，自選(最高15分)及加分(最高加10分)指標

評核指標名稱	評核指標配 分	資料年月	執行狀況	得分	全國家醫收案會員平均執行狀況	下載表格
會員急診率	4	11409			0.2001	
會員固定就診率	10	11409			0.5118	
成人預防保健檢查	6	11409			0.4316	↓
子宮頸抹片檢查	6	11409			0.2429	↓
65歲以上老人流感注射	4	11409			0.0369	↓
糞便潛血檢查	6	11409			0.3545	↓
潛在可避免急診	4	11409			870.3058	

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、提供疫苗施打(10分)：

1. 醫療群每月至少需辦理1場，且當年度至少 1 場社區衛教宣導包含三高防治(其中高血壓防治須包含「722 原則」)，且年度內每位醫師至少應參與上開活動達6次(含)以上。
2. 醫療群內至少 1 家診所提供 COVID 19 或肺炎鏈球菌疫苗施打。

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			社區衛教室導			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					
															水平轉診		垂直轉診			
		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	次數	醫師 人次	人數	件數	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 ^{備註}
	107/1																			
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.社區衛教室等4.病房巡診)。																				

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

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			
*院所代號	3501200000 臺北虛擬診		
*醫療群代號			
*活動日期			
*活動項目		*聯絡電話	
*開始時間 (0903表示9點3分)		*結束時間 (0903表示9點3分)	
*活動地點 (如：〇〇醫院第二會議室)			
*活動地址			
☐ 取消日期			

新增

更正

刪除

查詢...

清除

結構面指標(二)

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』。

NEW 醫療群需於當年度10月底前提供24小時諮詢專線運作機制予分區業務組，內容應包含：會員身分確認、接聽案件處理流程及處理情形、轉急診及住院個案後續追蹤機制、案件紀錄及品質管理等。

➤ 醫師全聯會將進行抽測，並將分數提供保險人計分。

	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



24小時諮詢專線注意事項



- 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：

不限
醫療群
院所執行

過程面指標(一)

一、預防保健達成情形(28分)

➤ 成人預防保健檢查率(6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6分

NEW 2. 達需照護族群60~70百分位數，得4分

NEW 3. 達需照護族群55~60百分位數，得2分

NEW 分子：30歲(含)以上會員於基層院所接受成人健檢人數。

分母：(30歲至39歲會員數/5+40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)。

(指標排除「已為代謝計畫、P4P-DM/CKD/DKD」之收案管理者。)

➤ 子宮頸抹片檢查率(6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6分

2. 達需照護族群53~63百分位數，得3分

分子：25歲(含)以上女性會員於院所接受子宮頸抹片人數。

分母：25歲至29歲會員數/3+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
基層院所
執行

➤ 65 歲以上老人流感注射率(4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4分
2. 達需照護族群之55~65百分位數，得2分

NEW 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(6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6分

NEW 2. 達需照護族群之73~83百分位數，得4分

3. 達需照護族群之63~73百分位數，得2分

NEW 4. 達需照護族群之55~63百分位數，得1分

NEW 分子：45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：45歲以上至未滿75歲會員人數/2。

過程面指標(三)

不限
醫療群
院所執行

➤ B、C 肝炎篩檢率(6分)

1. 符合B、C肝炎篩檢資格之會員接受B、C 肝炎篩檢率高於較需照護族群70百分位數，得6分

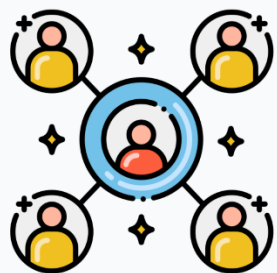
NEW 2. 達需照護族群之60~70百分位數，得4分

NEW 3. 達需照護族群之55~60百分位數，得2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

NEW (民國75 年(含)以前出生至79 歲、原住民為40歲以上未滿80歲者)



掌握會員預防保健執行情形

從家醫大平台可掌握會員各項預防保健執行情形，並可下載名單

下載全部符合篩檢名單：院所儀表板\家醫評核指標

家醫評核指標

用途說明：依據最新全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫計算本診所各項指標執行率及得分

資料來源：健保醫療費用申報資料，各項上傳至健保之相關檢查項目結果，執行狀況為年度累積至當月(資料年月)的成績

查詢期別

本年度

查看評核指標計算公式

查看評核指標得分圖值

診所指標狀況

醫療群指標狀況

目前總得分46分

註:僅統計過程面及結果面指標，未包含結構面(15分)，自選(最高15分)及加分(最高加10分)指標

評核指標名稱	評核指標配分	資料年月	執行狀況	得分	全國家醫收案會員平均執行狀況	下載表格
會員急診率	4	11409			0.2001	
會員固定就診率	10	11409			0.5118	
成人預防保健檢查	6	11409			0.4316	↓
子宮頸抹片檢查	6	11409			0.2429	↓
65歲以上老人流感注射	4	11409			0.0369	↓
糞便潛血檢查	6	11409			0.3545	↓
潛在可避免急診	4	11409			870.3058	

查看單筆會員：整合照護對象健康管控\個案健康管理\輸入身分證或姓名查詢

預防保健執行狀況				
項目	符合篩檢條件	篩檢結果	最後篩檢日	建議下次篩檢年度
BC肝篩檢	Y	已做過	-	-
成人預防保健	Y	-	108/02/19	111
糞便潛血檢查	Y	無異常	112/01/02	114
口腔黏膜檢查	Y (註2)		112/02/13	114
乳房X光攝影檢查	Y		112/01/07	114
子宮頸抹片檢查	Y	無異常	112/01/09	113



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、UCC 案件)。

分母：會員人數。

NEW



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
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 且 $\geq$ 初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率50百分位執行率，但 $<$ 初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率70百分位，得3分。

NEW

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. 糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率(10分)

1. HbA1c 控制良好(或進步)占率：

(1) 控制良好(或進步)占率 $\geq 70\%$  得 5 分

(2) $70\% >$ 控制良好(或進步)占率 $\geq 67\%$  得 3 分

分子：檢驗結果達控制良好或進步

分母：具 DM 之總收案會員數(排除自收個案)

2. LDL 控制良好(或進步)占率：

(1) 控制良好(或進步)占率 $\geq 55\%$  得 5 分

(2) $55\% >$ 控制良好(或進步)占率 $\geq 54\%$  得 3 分

分子：檢驗結果達控制良好或進步

分母：具 DM、CKD、ASCVD(風險等級達非常高或極高)
之總收案會員數(排除自收個案)

3. 控制良好(或進步)範圍：參照糖心腎症候群整合照護提升費定義

4. 資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗查數據。



結果面指標(八)

七.糖尿病會員胰島素注射率(5 分)

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)

NEW

由保險人選擇社區醫療群當年度**最優3項**指標項目進行計分。

計畫內容	執行注意事項
(一)提升社區醫療群品質(5分) 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。 2. 每月至少一次辦理學術演講活動提升醫療群醫療品質。 3. 以上任一項，檢附佐證資料經分區業務組認可，得5分。	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	執行注意事項
(二) 配合政策推動指標(5分) 1. 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」或全民健康保險在宅急症照護試辦計畫服務： (1) 提供服務 ≥ 15 人，得 5 分。 (2) 提供服務 ≥ 10 人，得 2 分。 2. 針對居家失能個案家庭醫師照護方案之照顧個案開立長期照護醫師意見書： (1) 開立長期照護醫師意見書人數 ≥ 15 人，得 5 分。 (2) 開立長期照護醫師意見書人數 ≥ 10 人，得 2 分。 3. 醫師到宅開立居家安寧個案之死亡診斷： (1) 開立死亡診斷人數 ≥ 10 人，得 5 分。 (2) 開立死亡診斷人數 ≥ 5 人，得 2 分。 (3) 醫師需於當年度曾提供該名個案居家安寧服務，才得列入計算。	1. 由健保署統一計算成效。 2. 因指標性質相似，僅能擇一列計。



自選指標 (四)

計畫內容	執行注意事項
(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： 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。	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。 — 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 (三)

計畫內容	執行注意事項
(三)假日開診並公開開診資訊(5分) 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。	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)。

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		☐	☐	☐	☐	☐
上午		☒	☐	☒	☒	☒
下午		☐	☐	☐	☐	☐
晚上		☐	☐	☐	☐	☐
備註						



自選指標 (五)

計畫內容	執行注意事項
(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<u>平均每位會員重複用藥率</u>≤30百分位，得5分。 2. 社區醫療群內當年度平均每位會員<u>重複用藥率</u>≤60百分位得3分。 3. 社區醫療群內當年度平均每位會員<u>重複用藥率</u>≤70百分位，得1分。	• 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
(六)會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率(5 分) 1. 會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率≤35%，得5分。 2. 與上年度同期比，至少減少10%以上，得3分。	1. 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 2. 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
(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。	由健保署年度統計結果認定。
(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)。	1. 由醫療群自行提供2項佐證資料： 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
(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。 	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。
(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」附件六-「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。



加分指標 (四)

NEW

計畫內容

(六)春節期間開診(5 分)：
醫療群於春節期間，每日至少一家診所
開診，得5 分。

執行注意事項

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. 上述春節期間為除夕至初五，另若當年度小年夜為週日，亦納入指標計算範圍。

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		☐	☐	☐	☐	☐
上午	↓	☒	☐	☒	☒	☒
下午	↓	☐	☐	☐	☐	☐
晚上	↓	☐	☐	☐	☐	☐
備註						



觀察指標 (不計分)

計畫內容

執行注意事項

(一)血壓上傳率：
所有醫療群皆適用。

1. 分子：收案會員中，每年至少上傳2 筆血壓值(高血壓病人則每年至少上傳3筆)
2. 分母：總收案會員人數
3. 資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳數據。

(二)糖心腎症候群監測數據
控制良(或進步)率 UACR控制
良好(或進步)占率：

1. 分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步。
2. 分母：醫療群內具DM、CKD之總收案會員數(排除自收個案)。
3. 控制良好範圍：UACR<30mg/gm。
4. 執行方式：
 - (1) 符合下列任一條件，即判斷為控制良好：
 - A. 當年度最後一次檢驗結果屬控制良好。最後一次檢驗結果應於當年度 7月 1 日後。
 - B. 當年度檢驗結果中，半數以上達控制良好範圍。
 - (2) 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。



退場機制



可繼續參加

評核指標
≥75分

評核指標
70~74分
(輔導級)

接受**分區**輔導改
善並提出改善措
施

要退出

評核指標
<70分

前1年輔導級
第2年評核
指標<75 分

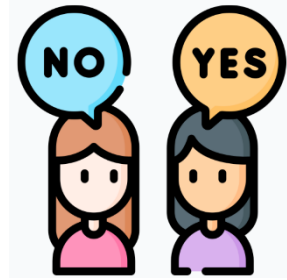
應**退出**本計畫且一
年內不得加入本計
畫及全人計畫

- 醫療群年度評核指標成績<70分，除上述退場規定外，另
1. 不予支付品質提升費用
 2. VC-AE差值為負者，支付50%個案管理費

The background of the slide is white, decorated with various colored circles (yellow, pink, light blue, green) and small star-like patterns. A dashed blue rectangular border frames the central text area.

115年計畫注意事項

收案說明與會員同意



➤ 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
- 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



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

就醫及用藥紀錄

家醫會員健康管理



首頁

- 貼心提醒
- 個人紀錄
- 就醫及用藥紀錄
- 檢驗檢查結果
- 疾病照護與防治
- 健康資訊分享 | 眷屬管理
- 其他增值服務
- 下載專區



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)

- 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。

我的

首頁

醫療查詢

服務資訊

我的

會員權利義務說明書或會員通知

- 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：

家庭醫師訓練課程-終身一次

- 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。
- ✓ 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

家醫2.0課程-每年都要

- 未符合糖尿病共同照護網資格之診所，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
DM+CKD	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

若有對應之資格可免上課

課程	參加P4P-DM	參加P4P-CKD	參加P4P-DKD	糖尿病衛教-醫師	具慢性腎臟病照護訓練6小時	腎臟專科醫師 (A0201、A0204、A0205、A0214、A0202、A02AA)
DM	免		免	免		
CKD		免	免		免	免
DM(含CKD)			免			

可上家醫2.0課程之單位



不用上傳
VPN

自行上傳
VPN

得辦理 DM、CKD、DM(含CKD)訓練課程單位

中華民國醫師公會全國聯合會
(含各縣市公會)

台灣家庭醫學醫學會

中華民國診所協會全國聯合會

台灣基層糖尿病協會

中華民國糖尿病學會

台灣醫院協會
(含各層級醫院協會)

中華民國糖尿病衛教學會

台灣腎臟醫學會

台灣醫療繼續教育推廣學會

各縣市衛生局

國民健康署公布之糖尿病健康促進機構

□上傳VPN注意事項：

1. 路徑：VPN/醫務行政/醫事人員/資格申請
2. 線上課程時數畫面截圖請截到有醫師姓名的畫面，如全聯會網頁畫面頂端有「[XXX(姓名)]您好」之字樣
3. 申請時請備足該項申請資格之時數，如申請「DS_家醫計畫-糖尿病(含初期慢性腎臟病)教育訓練8小時課程」要提供滿8小時之DM(含CKD)時數證明

➤提醒：年度內未取得訓練認證之醫師，不予支付DM/CKD/ DKD 相關照護費用

其他注意事項



參與醫師倘前一年度未於執登場所申報醫療費用者(不含代辦案件)，不得加入本計畫。



第二階段加收之三高病人，如年度內未於收案診所因三高疾病就醫者，不支付本計畫所有費用。



醫療群及診所配合辦理事項

配合辦理事項(一)_會員名單

項目	執行時間	健保署	醫療群/診所 7/31前完成申請
會員名單	計畫公告前	將較需照護族群名單 置於VPN	診所得先查詢並提供健康管理
第一次上傳名單	計畫公告兩個月內 完成	通知醫療群上傳會員	務必於8/2前(預估) 上傳
第二次上傳名單 (績優群醫師自收+心 腎症候群監測數據控 制良(或進步)率之 HbA1c 及LDL得分皆 滿分之醫療群)	依署本部公告時間	通知醫療群上傳會員	上傳時間 8/3-8/14(預估) , 務必於時間內上傳。

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

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

個案檢驗(查)值檢核結果查詢

管理照護費及評估費檢核結果查詢

基本資料維護

個案資料維護

個案資料查詢

C肝全口服藥個案資料查詢作業

MD個案資料查詢作業

安寧跨院際資源分享紀錄

資料上傳查詢

提升醫院用藥安全與品質方案

MD醫院以病人為中心計畫整照門診
時段維護

家醫應照護對象名單查詢作業

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	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歲以上多項慢性病註記	高診次註記	慢性病症註記	非慢性病症註記	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

回前畫面

- 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	瀏覽...	
傳檔日期起迄	110/01/01 (YYYYMMDD)~ 110/02/15 (YYYYMMDD)	
檔案格式	定長	

② 查詢 **①** 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。

➤ 115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

配合辦理事項(二)_評核指標

項目	健保署	醫療群 /診所
評核指標	署本部定期試算指標成績，以電子郵件回饋醫療群執行中心 (預計10月開始每月回饋)	及早針對未達成之指標 項目進行改善

配合辦理事項(三)_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。
- 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。
- 照護個案未滿三個月(本計畫公告收案前三個月內)將不予核發個案管理費。

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
					☐ 加入	
					☐ 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



相關資訊及聯絡窗口



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



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



- 家醫計畫

- 114年家醫計畫社區醫療群申請書(114.5.9更新) ods、xls
- 社區醫療群自我評估表(111.08.01更新) pdf
- 社區醫療群異動申請表(111.08.01更新) odt
- 家醫會員通知函(範本)(111.08.01更新) pdf、odt

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

醫療群執行 中心區域	承辦人	電話	E-mail
新北、基隆、 金門	梁小姐	(02)2191-2006 #6408	B111660@nhi.gov.tw
臺北	羅先生	(02)2191-2006 #6409	B111670@nhi.gov.tw
宜蘭	曾小姐	(02)2191-2006 #6410	B111212@nhi.gov.tw



厝邊好醫師、社區好醫院
厝邊就醫、在地照顧

Thank You!