



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

115 年第 1 次
會議資料

115 年 3 月 26 日（星期四）下午 2 時 00 分
本署 18 樓大禮堂

「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」115 年第 1 次會議議程

壹、主席致詞

貳、確認上次會議紀錄，請參閱(不宣讀)

第 01 頁

參、優先討論事項

分項頁碼(總頁碼) 預估時間
(分鐘)

一、 新增「脈衝振盪肺功能」等診療項目案。	優討 1-1 (P23)	15
二、 西醫基層門診合理量計算方式暨增加假日開診誘因。	優討 2-1 (P45)	30

肆、報告事項

一、 歷次會議決議事項辦理情形。	報 1-1 (P49)	10
二、 修訂中醫門診總額計畫(方案)案。	報 2-1 (P55)	10
三、 新增「全民健康保險中醫三高病人加強照護方案」案。	報 3-1 (P67)	15
四、 修訂「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」案。	報 4-1 (P87)	15

伍、討論事項

一、 修訂「全民健康保險推動使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫」案。	討 1-1 (P119)	10
二、 修訂「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」案。	討 2-1 (P131)	15

陸、臨時動議

柒、散會

貳、確認本會議 114 年度第 4 次

會議紀錄

-請參閱(不宣讀)確認

「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」

114 年第 4 次會議紀錄

時間：114 年 12 月 24 日（星期三）下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：陳署長亮好

紀錄：黃胤學

侯代表重光	侯重光	陳代表俊良	陳俊良
黃代表雪玲	黃雪玲	陳代表相國	陳相國
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	李飛鵬
游代表進邦	游進邦	徐代表邦賢	徐邦賢
李代表佳珂	李佳珂	羅代表界山	羅界山
陳代表志忠	(請假)	劉代表淑芬	劉淑芬
劉代表碧珠	劉碧珠	李代表懿軒	李懿軒
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	朱世瑋
羅代表永達	陳志強(代)	賴代表信亨	許宏彰(代)
謝代表景祥	謝景祥	林代表桂美	林桂美
朱代表文洋	朱文洋	黃代表國明	王泰祥(代)
朱代表益宏	朱益宏	陳代表淑華	陳淑華
吳代表家淦	吳家淦	楊代表玉琦	楊玉琦
陳代表宏麟	陳宏麟	呂代表正華	呂正華
王代表宏育	王宏育	林代表恩豪	林恩豪
黃代表振國	黃振國	蔡代表麗娟	蔡麗娟
賴代表俊良	賴俊良	洪代表芳明	(請假)
顏代表鴻順	顏鴻順	施代表壽全	(請假)
吳代表清源	(請假)		

列席單位及人員：

中華民國醫師公會全國聯合會
台灣醫院協會

中華民國中醫師公會全國聯合會
中華民國藥師公會全國聯合會
中華民國牙醫師公會全國聯合會
中華民國護理師護士公會全國聯合會
台灣放射腫瘤學會
台灣胸腔及心臟血管外科學會
台灣外傷醫學會
台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會
社團法人台灣急診醫學會
中華民國骨科醫學會
台灣復健醫學會
台灣心肺復健醫學會
臺灣兒科醫學會
台灣小兒外科醫學會
台灣兒童青少年精神醫學會
台灣胸腔暨重症加護醫學會
台灣肝癌醫學會
中華民國核醫學學會
台灣婦產科醫學會
台灣消化系醫學會
中華民國癌症醫學會
台灣腎臟醫學會
台灣乳房醫學會
台灣內科醫學會
社團法人台灣在宅醫療學會
台灣居家醫療醫學會

謝沁妤、蘇慧珂、吳韻婕
王秀貞、賴彥伶、顏正婷、
林佩菽
王逸年
陳暘
潘佩筠
梁淑媛
趙興隆、成佳憲
宋世英
郭令偉
王瀛標
顏瑞昇
盧永昌
李紹誠
陳冠誠
林建志
謝明諭
邱佩寧
周昆達、林定佑
李懿宸
(請假)
黃建霈
蕭敦仁
(請假)
陳金順、方德昭
陳芳銘、黃其晟
(請假)
(請假)
王維昌

台灣居家護理暨服務協會
中華民國呼吸治療師公會全國聯合會
台灣安寧緩和醫學學會
台灣安寧緩和護理學會
財團法人醫藥品查驗中心

衛生福利部醫事司
衛生福利部社會保險司
衛生福利部全民健康保險會

本署醫審及藥材組
本署醫務管理組

曾勤媛、洪怡蘋
謝淑貞
(請假)
邱智鈴
黃莉茵、邱欣婷、陳詠晴、
侯宗盈
韓佳玲
白其怡
邱臻麗、盛培珠、吳佳恩、
黃文瑤
蔡宛君
劉林義、黃珮珊、林右鈞、
洪于淇、呂姿曄、陳依婕、
黃怡娟、黃瓊萱、成庭甄、
許博淇、陳世卿、陳俐如、
楊瑜真、曾琬茜、鄧家佩、
黃思瑄、何懿庭、高翊庭、
蕭之宣、林香君、黃韻宸、
侯雅婷、周筱妘、陳聿萱、
蔡政伶、楊閻璘、邱宜婷、
李羿萱、張美鳳、楊麗娟、
高嘉慧、陳姿吟、蔡孟好、
宋思嫻

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄，參閱不宣讀：

決定：確認。

參、優先討論事項

- 一、增修「主動脈復甦性血管內球囊閉合術」等 19 項診療項目案。
(詳附件 1，P16-P31)

說明：新增修訂重點如下：

- (一) 新增 56044B「主動脈復甦性血管內球囊閉合術」(7,753 點)、69044B「頸部外傷探查術」(11,240 點)、75827B「軀幹體腔出血緊急填塞止血手術(損傷控制手術)」(14,931 點)計 3 項。
- (二) 修訂 37047B「身體立體定位放射治療」、64287B「關節鏡下肩關節盂唇修補手術」、18046B「生物電抗非侵入式心輸出量及血流動力學監測」放寬適用範圍或支付規範；修訂 37028B「三度空間立體定位 X 光刀照射治療」及 37029B「加馬機立體定位放射手術」、68015B-68018B「瓣膜成形術」及 69035B「主動脈根部術(含主動脈瓣置換或保留)」中英文名稱；修訂 65013B「多竇副鼻竇手術」及 65014B「全副鼻竇切除術」併同新增「立體定位多竇副鼻竇手術」及「立體定位全副鼻竇切除術」簡化申報項目以明確支付標準。
- (三) 修訂支付規範文字：30304B「血液腫瘤次世代基因定序—小套組(≤ 100 個基因)」等 2 項適應症附表 2.2.2 更正基因名稱。
- (四) 新增修訂診療項目之財務影響，由 115 年醫院總額之「新醫療科技」項下新增修訂診療項目預算支應。

決議：

- (一) 考量 68015B-68018B「瓣膜成形術」及 69035B「主動脈根部術(含主動脈瓣置換或保留)」僅修訂名稱未併同修訂點數，依提案單位建議同意撤案，重新評估後另行提案，其餘照案通過。
- (二) 同意 56044B、69044B、75827B3 項診療項目納入 114 年 9 月 25 日本會議通過之處置及手術通則「重大外傷處置或手術加成」增列前述醫令代碼。
- (三) 於本會議例行報告增修診療項目執行情形(包括使用量、財務衝擊等)。

肆、報告事項：

一、歷次會議決議事項辦理情形。

決定：有關新增「全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫」案(序號9)，考量仍需後續監測執行情形，辦理情形改為繼續列管，餘洽悉。

二、訂定 115 年召開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時程案。

說明：115 年度會議時程如下：

會議名稱	第 1 次	第 2 次	第 3 次	第 4 次	臨時會
會議日期	115.3.26 (星期四)	115.6.25 (星期四)	115.9.17 (星期四)	115.12.17 (星期四)	視必要 再預約日期

決定：洽悉。

三、增修中醫支付標準及中醫門診總額專款計畫案。(詳附件 2, P32-P80)

說明：

- (一) 修訂支付標準：門診診察費刪除「支援醫師診察費一律按未聘有護理人員在場服務者之支付標準代碼計算」規定；附表 4.4.3 及附表 4.5.1 於高度複雜性針灸及中度複雜性傷科之適應症增列「腦中風後遺症(I69)」。
- (二) 修訂西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫：針對「呼吸困難」適用範圍增列「使用呼吸器病人得否收案」之函釋說明文字以臻明確，並配合執行年度修改實施期程。
- (三) 修訂中醫癌症病人加強照護整合方案：適應症增列「卵巢癌」、「鼻咽癌」、「膀胱癌」，酌修計畫文字，並配合執行年度修改實施期程。
- (四) 修訂中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫加強照護費(P64001-P64009)申報規定文字，並配合執行年度修改實施

期程。

- (五) 增訂「115 年全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案」，符合獎勵條件者，中醫門診診察費及針傷處置費加計 13 點。

註：會後社保司建議獎勵範圍之傷科處置費由(E01-E12)修改為(E01-E14)，並獲中全會同意。

決定：洽悉。

四、修訂牙醫支付標準及牙醫門診總額特殊醫療服務計畫案。(詳附件 3, P81-P147)

說明：

- (一) 修訂支付標準第三部牙醫，包含調整支付標準規範、適應症、調升支付點數及附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則醫療費用不列入計算之範圍。
- (二) 「115 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」修正重點如下：
1. 醫療團牙醫醫療服務：「失能老人」適用對象條件新增滿 80 歲以上長者以及論次點數調升至 3,000 點。
 2. 居家牙醫醫療服務：擴大收案條件、修訂每位牙醫師診次及服務人數、新增居家個案限制、山地離島及醫療資源不足之牙醫師訪視費及醫療服務費及調升調升論次支付點數。
 3. 感染管制診察費 00318C、00311C~00314C，調升 16 點。

決定：洽悉。

五、修訂西醫基層支付標準及西醫基層總額專款計畫案。(詳附件 4, P148-P163)

說明：

- (一) 修訂全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案，

包括獎勵條件、獎勵方式、評估指標、年度執行目標及稽核機制，符合一定比例護理人員調升薪資且調薪幅度達健保投保金額至少一等級者，西醫基層門診診察費加計 40 點。

- (二) 修訂西醫基層門診合理量計算方式暨增加假日開診誘因：一般地區門診合理量每月看診日數由 25 日調整為 22 日，第一段看診人次由 30 人次調整為 35 人次；週日及國定假日「急症科別」之 1~65 人次門診診察費以每點 1 元支應，急症科別包含家醫科、內科、外科、小兒科、耳鼻喉科及急診醫學科、神經科及婦產科；訂定監測指標「基層急症科別週日開診率」。
- (三) 修訂西醫基層提升心肺疾病復健照護品質計畫，包括新增「心肺復健患者復健整合治療費合併共病症治療」3 項診療項目，包括簡單(1,320 點)、中度(1,640 點)及複雜(1,960 點)；品質獎勵費刪除 VO₂ peak 指標，最大耗氧量及六分鐘步行測試各分為三項指標。

決定：

- (一) 有關修訂「全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」，於方案明訂調薪幅度較 114 年 12 月須增加本保險投保金額至少一等級，且不得低於 115 年最低工資之 1.1 倍(33,300 元)。
- (二) 有關修訂「西醫基層門診合理量計算方式暨增加假日開診誘因」，配合 114 年 12 月 22 日急診壅塞第二次會議，部長指示先行監測春節期間開診情形後再議，本署將儘速分析數據後開會討論，預計提至 115 年 3 月本會議優先討論，暫保留。
- (三) 其餘照案通過。

六、修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目。(詳附件 5, P164-P170)

說明：

- (一) 加護病床住院診察費：兒科專科醫師得再加計 20%。
- (二) 一般病床住院診察費：學齡前兒童（未滿 2 歲）加成率調升為 60%，並同步調整兒科專科醫師加成上限。
- (三) 兒童精神治療：調升未滿六歲「精神科日間住院治療費（日間全天／日間半天）」支付點數。
- (四) 新生兒重大手術：
 - 1. 調升「隱睪雙側睪丸固定術」等 7 項新生兒重大手術支付點數。
 - 2. 調整手術章節第十八項「治療性先天殘缺手術」支付規範。
- (五) 調升 28006C「支氣管鏡檢查」支付點數。
- (六) 修訂 30022C「特異性過敏原免疫檢驗」支付規範。
- (七) 27049C「甲一胎兒蛋白」改為限醫院執行。

決定：洽悉。

七、新增 115 年度全民健康保險春節加成獎勵方案。(詳附件 6, P171-P174)

說明：為提升農曆春節長假期之醫療照護量能，本署規劃新增 115 年春節加成獎勵，並以獎勵方案方式執行。

決定：同意 115 年春節假期(115/2/14-115/2/22)，除夕至初三加成 100%，至原規劃初四、初五加成 50%、小年夜及其餘連假加成 30%是否調整，由本署試算財務衝擊後擬訂。

八、全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)115 年 1-6 月適用之相對權重統計結果案。

說明：本次計算 115 年 1-6 月適用之 SPR 值為 52,621 點，未達 113 年 7-12 月適用之 SPR 值 53,632 點，爰續沿用 113 年 7-12 月適用權重。

決定：洽悉。

九、修訂 115 年全民健康保險醫院醫療給付費用總額「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」計畫案。（詳附件 7，P175-P178）

說明：依 115 年度總額協商結果，本項預算移列至一般服務，並請本署併同醫院總額相關團體檢討執行內容及成效，落實分級醫療之目的。爰配合修改計畫中預算來源之文字。

決定：洽悉。

十、修訂透析點數、居家血液透析試辦計畫及鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫(草案)案。（詳附件 8，P179-P238）

說明：

(一) 修訂血液透析、腹膜透析追蹤處置費等 5 項診療項目：

1. 調升血液透析及腹膜透析等支付點數 2.25%，門診血液透析(58029C)由 3,912 點調升至 4,000 點，住院及急重症透析(58001C、58027C)由 4,100 點調升至 4,192 點，腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)由 8,675 點調升至 8,870 點。

2. 使用血液透析特殊藥劑(含 EPO、Vadadustat)等包裹內含醫令，應落實申報不計價醫令使用量。

(二) 修訂全民健康保險居家血液透析試辦計畫：計畫年度修正為 115 年，刪除年度獎勵金結算相關條文，另配合透析結算修正點值結算方式；配合 58029C 血液透析點數調升，併同修訂本試辦計畫 P8701C「居家血液透析(次)」點數為 4,000 點。

(三) 修訂全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫：酌修柒、院所獎勵費用文字及將「須將六成以上分配予執行業務之相關醫事人員」文字修正為「本項費用應優先考慮分配於執行業務之相關人員，並事後擬具使

用說明報告」；配合支付標準調整，修訂加強病人自我照護品質處置費；修訂計畫、附表條文及規定。

決定：洽悉。

十一、114 年第 4 季「急診、急救責任醫院及護理支付標準扣合指標」執行規劃案。

說明：

(一) 114 年第 4 季指標達標認定條件比照第 2 季辦理：

1. 設立於西醫醫療資源不足、醫療資源缺乏或山地離島地區之醫院，逕予撥付各項挹注預算額度。
2. 「護理人員調薪」指標：「護理人員調薪人數比率」須達 55%，或高於該院急性一般病床護理人員數占率。
3. 急診相關項目：「急診病人轉出率」、「每季急診轉住院病人滯留急診超過 24 小時之日均人次」、「急診轉住院人次占率」、「急診病人停留超過 24 小時之案件比率」任一指標達標。
4. 急救責任醫院加護病房基本診療項目：「檢傷一級病人及完成急診重大疾病照護病人進入加護病房 < 6 小時之比率」或「加護病床周轉率」任一指標達標，或高於同層級醫院同儕值中位數。

(二) 114 年第 4 季達標者，將據以核發該季挹注預算額度。

決定：洽悉。

伍、討論事項：

一、新增「全民健康保險乳癌照護品質提升方案」。(詳附件 9, P239-P250)

說明：方案重點如下：

- (一) 參與醫院資格：每年新診斷乳癌人數達 20 人以上之醫院。
- (二) 診療團隊規定：專任外科(含乳房外科)專科醫師 2 名以

上、放射診斷科專科醫師 1 名以上，以及專任個案管理師 1 名以上。

- (三) 收案對象：涵蓋新診斷或首次復發之乳癌病人，且明訂結案條件。
- (四) 費用支付：診察費、檢驗檢查費、治療處置費等項目核實申報。
- (五) 獎勵措施：實施初期執行「新收個案整合照護」(800~2,000 點/例)及「追蹤照護」(250 點/年)獎勵，以建置全國性乳癌照護數據，並研訂 20 項品質監控指標。

決議：通過。

二、修訂「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」案。(詳附件 10，P251-P292)

說明：修訂重點如下：

- (一) 修訂附件 11「全民健康保險提供矯正機關醫療服務作業須知」，納入「醫療人員進入矯正機關安全指引」，另刪除「每 3 天於矯正機關內提供至少 1 診次門診」文字。
- (二) 考量論次費用支付係以醫師為必要人員提供門診診療服務之醫療團隊，爰於論次計酬費用支付規範加註「應包含醫師」之文字。
- (三) 參考院所反映意見及資料取得限制，評核指標刪除「收容對象滿意度」及「C 肝全口服抗病毒藥物治療率」，並新增「門診疥瘡投藥率」。
- (四) 因應監所全年收容人數變動及減少高醫療需求收容人之影響，酌調承作獎勵金之指標定義與權重標準。
- (五) 修正計畫點值結算方式：以每點 1 元支應，預算不足時由其他預算「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」支應。

決議：通過。

三、修訂「全民健康保險急性後期整合照護計畫」案。(詳附件 11, P293-P346)

說明：修訂重點如下：

(一) 鬆綁居家模式限制：

1. 放寬個案於收案期間得同時接受居家醫療照護服務。
2. 符合衰弱高齡收案條件之 ACAH 結案個案，得接受居家 PAC 照護。

(二) 調升 PAC 計畫給付項目支付點數，及住院模式檢驗（查）費用改採核實申報。

決議：通過。

四、新增「全民健康保險復健病房試辦計畫(草案)」案。(詳附件 12, P347-P373)

說明：修訂重點如下：

(一) 試辦計畫效期為 2 年，採急性後期整合照護住院模式。

(二) 於全臺灣北、中、南、東區各擇 1 家醫院試辦，以現行執行急性後期整合照護計畫（PAC 計畫）之承作醫院為限。

(三) 先行試辦腦中風、創傷性神經損傷、脆弱性骨折及衰弱高齡病患。

(四) 支付內容：

1. 照護費：支付點數 1,374~2,573 點／日。
2. 評估費：須每 2~3 週進行評估，支付點數 1,500 點。
3. 開辦費：每家承作醫院支付 100 萬元。
4. 個案照護品質獎勵費：依品質指標達成情形，獎勵每 1 個案 5,000 點。

(五) 成效評量：分為品質指標及監測指標。

決議：通過。

五、修訂「全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案」。(詳附件 13, P374-P380)

說明：修訂重點如下：

- (一) 方案名稱：全民健康保險肝炎醫療給付改善方案。
- (二) 收案條件：放寬為最近 6 個月內曾在該院所「主或次診斷」為 B 肝帶原者或 C 肝感染者就醫 2 次以上者，並新增肝纖維化 F3 以上之代謝性、酒精性肝炎者。
- (三) 支付標準：調升追蹤頻率，由每年 2 次提升至每年 3 次，管理照護費由每次 100 點調升至 150 點。
- (四) 獎勵措施：修正「腹部超音波檢查進步率」及新增失聯率為觀察指標。
- (五) VPN 系統欄位：新增 AFP 檢驗結果與肝纖維化期別。

決議：通過。

六、修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」。(詳附件 14, P381-P406)

說明：因應 Pre-ESRD 計畫修正 eGFR 公式等，考量基準一致性，爰同步修訂 DKD 方案，修訂重點如下：

- (一) 修正附表 8.2.6 初期慢性腎臟病及糖尿病合併初期慢性腎臟病個案追蹤管理照護紀錄參考表之年齡未滿 18 歲者，以新版 Bedside Schwartz 公式計算 eGFR；年齡滿 18 歲(含)以上者，以 CKD-EPI 公式計算；藥物使用增列 SGLT2i 選項；增列糖尿病合併初期慢性腎臟病個案應執行 UACR 文字。
- (二) 修正附表 8.2.4 初期慢性腎臟疾病個案管理之慢性腎臟疾病之篩檢「高危險群」定義(年齡 65 歲以上)、初期慢性腎臟病疾病照護之衛教內容。
- (三) 修正附表 8.2.9 糖尿病個案登錄系統必要欄位簡化表、附表 8.2.11 糖尿病合併初期慢性腎臟病個案登錄系統必要欄

位簡化表之台灣腎臟醫學會「腎利人生網站」網址、調整 eGFR 為血液檢驗等。

決議：通過。

七、修訂居家醫療照護整合計畫與支付標準第五部第一章及第三章訪視費用案。(詳附件 15, P407-P449)

說明：

(一) 修訂居家醫療照護整合計畫(下稱居整計畫)與支付標準第五部第一章及第三章：

1. 調升居家醫療照護相關人員訪視費用 5%。
2. 新增兒童訪視費加成 20% 至 60%。

(二) 居整計畫：

1. 增加西醫基層診所居家專任醫師獎勵。
2. 居家專任醫師每月醫師訪視次數放寬至 240 人次。

決議：通過。

陸、臨時動議：無。

柒、散會：下午 5 時 58 分

叁、優先討論事項

優先討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：新增「脈衝振盪肺功能」等診療項目案。

說明：

一、依據本署 114 年第 4 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議（下稱專諮會議）暨 114 年第 3 次、114 年第 4 次、115 年 1 月份、115 年 3 月份全民健康保險醫療服務暨特殊材料專家諮詢會議（下稱材項專諮會議）決議暨社團法人台灣胸腔暨重症加護醫學會 115 年 3 月 18 日電子郵件辦理（**附件 1，頁次優討 1-3~1-18**）。

二、新增「脈衝振盪肺功能」1 項，推估增加財務支出 **76.86 百萬點**，重點說明如下（**附件 2，頁次優討 1-19~1-20**）：

（一）依 114 年第 4 次、115 年 3 月份材項專諮會議決議（**附件 1，頁次優討 1-10~1-13、頁次優討 1-17**），對於傳統肺量計檢查結果正常者可及早診斷小呼吸道疾病，且為無法配合傳統用力呼氣之肺量計檢查的族群，提供呼吸功能檢測機會，爰建議新增。

（二）財務評估：建議支付點數 725 點，統計 109 年至 113 年地區醫院以上主診斷為 J41-J46 及 8 歲以上申報 17003C 人數，推估 115 年執行 93,547 次，又本項屬兒童加成項目，推估增加財務支出約 76.86 百萬點。

三、「一般親職功能訓練」等 2 項不列入給付案（**附件 1，頁次優討 1-3~1-9、頁次優討 1-14~1-16**）：

依 114 年第 4 次專諮會議、114 年第 3 次、115 年 1 月份材項專諮會議決定（**附件 1，頁次優討 1-14~1-16**），考量「親職功能訓練治療(特殊)」主要服務對象為神經發展障礙兒童之照顧者，強化親職技能並非治療，非屬全民健康保險給付範圍，

建議支付主體應屬國民健康署或未來擬成立之「兒童及家庭支持署」，以求相關業務發展之完整性與專業分工，爰不予新增。

四、預算來源：新增「脈衝振盪肺功能」，推估增加財務支出約 76.86 百萬點，由 115 年醫院總額之「新醫療科技」項下新增修診療項目預算支應（附件 3，頁次優討 1-21）。

擬辦：本案經討論後如獲同意，增修支付標準表如附件 4（頁次優討 1-22），並依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決議：

114 年第 4 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

時間：114 年 5 月 22 日上午 9 點 30 分

地點：台北市信義路 3 段 140 號 18 樓大禮堂

主持人：林啓禎榮譽教授

紀錄：蔡政伶

出席專家（*表示視訊與會）：略。

請假專家：略。

請假單位：略。

列席單位及人員：（*視訊與會）略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：

一、專家諮詢會議未結案件辦理追蹤進度表。

決定：洽悉。

肆、討論事項：

四、新增「親職功能訓練治療」診療項目案。

討論重點：

(一)提案單位表示，早期療育及早介入可以有效減少病童情緒障礙，考量病人幾乎 24 小時與家長相處，因此親職功能訓練相當重要。

一般親職功能訓練治療，鼓勵小兒科及復健科醫師的參與；特殊親職功能訓練治療，則建議兒童青少年精神科醫師、臨床心理師或社工師親自實施始可申報。另成效評估可考慮以量表進行前後測評估。

(二)精神醫學會表示，需要執行特殊親職訓練之家庭問題牽涉精神、家庭動力、依附關係等複雜議題，屬精神科核心專業，為精神科醫師在受訓過程中的必須項目；同意依時間長度劃分一般與特殊。

(三)復健醫學會表示，兒童復健醫師長期參與早療，且聯評中心多為兒童復健科醫師，建議應納入復健科醫師可開立特殊親職功能訓練醫囑。

(四)臨床心理學會表示，許多高風險家庭也會出現在小兒科，建議小兒科醫師也能開立特殊親職功能醫囑，讓臨床心理師執行。

(五)醫務社會工作協會表示，「主要照顧者」應明確定義，並同意限兒童發展聯合評估中心及與各縣市政府簽約之兒童發展評估鑑定醫院來執行。

(六)與會專家表示：

1. 同意本項的重要性，惟應以跨團隊整合照護提供服務，而且建議明訂親職功能訓練內容，以及醫師或執行人員之受訓證明，特殊親職功能訓練之適用範圍也須明確定義。

2. 考量本項醫療服務執行對象為主要照顧者，宜留意健保給付之本質，若納入給付需留意系統性連鎖影響。

結論：決議暫保留，請提案單位確認適用對象、執行內容、醫事人員資格及執行頻率等，請健保署另邀集相關學會及專家以「整合性照護」研議共識後，再提會討論。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 12 時 22 分。

衛生福利部中央健康保險署

114 年第 3 次「全民健康保險醫療服務暨特殊材料專家諮詢會議」

會議紀錄

時間：114 年 11 月 27 日上午 9 點 30 分

地點：台北市信義路 3 段 140 號本署 18 樓大禮堂

主持人：陳總院長文鍾

紀錄：蔡政伶

出席專家：略。

請假專家：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：略。

一、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準暨特殊材料收載作業重點說明。

決定：洽悉，解除列管 5 案，繼續追蹤 20 案。

肆、討論事項：

五、新增「親職功能訓練治療」診療項目案。

(一)提案單位：台灣兒童青少年精神醫學會。

(二)本案經提至 114 年第 4 次本會議討論，會議決議暫保留，並請提案單位確認適用對象、執行內容、醫事人員資格及執行頻率等，請健保署另邀集相關學會及專家以「整合性照護」研議共識後，再提會討論。

討論重點：

(一)提案單位台灣兒童青少年精神醫學會表示：

1. 孩子要有更好的療育機會，不能只靠治療室，也需要家長的協助；一般親職功能訓練是針對發展遲緩兒童的照顧者的親職功能訓

練，特殊親職功能訓練是針對脆弱家庭，如果我們能在兒童期就照護好這些個案，對降低社會成本也有幫助。

2. 考量六歲到十八歲有重大傷病卡的孩子在其他單位有相關的家長協助，建議先開放六歲以下。

(二)與會學會表示：

1. 復健醫學會表示支持。
2. 兒科醫學會表示，考量早療團隊和兒童心智科亦提供在特殊親職服務建議納入小兒神經科。
3. 臨床心理師學會表示，建議特殊親職功能訓練納入兒童復健科醫師跟小兒神經科醫師開立醫囑，建議訓練課程的課程開立納入臨床心理學會，提升課程完整度。
4. 臨床心理全聯會表示，考量小兒科、精神科、復健科可以轉介相關病人，建議課程認證納入臨床心理全聯會。
5. 社工協會表示，建議執行人員包含親職功能訓練精神科、小兒科、復健科或是醫務跟心理衛生的社工。

(三)與會專家表示：

1. 須考量提供服務量能是否充足，另兒童的定義要訂清楚。
2. 建議醫囑要有一個很明確的適應症跟結束時間，及執行應檢附評估結果報告。
3. 課程開立包含兒童青少年精神醫學會、兒童復健醫學會、小兒神經醫學會跟臨床心理師學會，請提案學會會後綜整前開學會建議，研擬提供課程架構給健保署參考。

結論：同意新增診療項目如下，並請提案單位綜整相關團體意見提供課程架構予健保署。

(一)一般親職功能訓練(Caregiver Skills Training)支付規範：

1. 適用範圍：限執行於發生下列狀況，且具一般發展遲緩學齡前兒

童之家長或主要照顧者。

- (1) 因教養引發的問題或困擾。
 - (2) 於實際情境中有效完成教養任務的能力不足，須提升親職能力之家長或主要照顧者，相關能力包含技能(有效管教、溝通、問題解決)、知能(發展里程碑、教養策略、對精神病理與神經多元疾病的認識)、與主觀感受(情緒/自我效能、信心、滿意度)。
2. 執行內容：運用通用性親職技能指導父母或照顧者，改善其親職技能。
 3. 執行人員：
 - (1) 限由聯合評估中心及與各縣市政府簽約之兒童發展評估鑑定醫院中曾接受兒童家庭功能評估相關訓練之精神科、小兒神經科或兒童復健科醫師開立醫囑、執行，或由臨床心理師、社工師、治療師(物理、職能、語言)執行。
 - (2) 需具兒童青少年精神醫學會及兒童復健醫學會訓練課程證明。
 4. 執行頻率：每3個月限執行一次，每次至少30分鐘。
 5. 費用申報應檢附：每次治療應有完整紀錄與結案摘要，包括問題、治療目標、治療內容、家長反應或表現。
 6. 不得併報項目：45082B。

(二)特殊親職功能訓練(Intensive Caregiver Skills Training)支付規範：

1. 適用範圍：符合下列狀況，且具神經發展障礙、發展遲緩、身心障礙兒童(須符合下列任一診斷碼：F70-F99、G12、G71、G80-G83、H53-H54、H90-H94、Q80-Q89)之家長或主要照顧者。
 - (1) 脆弱家庭即因結構性或情境性風險(單親、低收入/經濟困難、父母失業、父母重大身心障礙或精神疾病、家庭暴力、兒少保護案例、居住不安全、社會支持匱乏等)，無法維持兒童之基

本生活與發展需求，且有較高比例出現親職功能受損或兒童發展/安全風險的家庭。

(2) 特定需求的親子情境，包括：

- A. 發展/神經行為差異：自閉症譜系障礙（ASD）、智力障礙、注意力不足過動症（ADHD）、語言發展遲緩等。
- B. 兒童/青少年有嚴重情緒或行為問題：持續攻擊性、嚴重反社會行為、頻繁自傷或自殺行為，需要家長學習危機管理與安全計畫。
- C. 父母或主要照顧者有嚴重精神病理或成癮問題：如父母精神疾病合併功能受損，影響親職能力時，需特殊介入。
- D. 遭遇重大家庭危機或創傷史：如家庭暴力、兒虐通報、重大喪失或災難後的家庭。

(3) 有明顯或複雜社會情緒行為問題，經精神科醫師診斷合併有情緒行為相關共病（診斷碼包括：F32、F33、F40-F48、F50-F59、F84、F90-F93、F98）。

2. 執行內容：以家庭動力及親子互動理論為基礎，並利用家族治療技術以協助父母或照顧者培養處理孩童情緒行為的能力，強化親職技能、解決親子衝突或改善其親職功能偏差。

3. 執行人員：

(1) 限由聯合評估中心及與各縣市政府簽約之兒童發展評估鑑定醫院之兒童青少年精神科醫師、臨床心理師或社工師親自實施始可申報。申報時應附兒童青少年精神科專科醫師、兒童神經科或兒童復健科之醫囑。

(2) 需具兒童青少年精神醫學會及兒童復健醫學會訓練課程證明。

4. 執行頻率：每年限 12 次，每次至少 60 分鐘。

5. 費用申報應檢附：每次治療應有完整紀錄與結案摘要，包括問題、

治療目標、治療內容、家長反應或表現。

6. 不得併報項目：45082B。

註：會後提案單位就特殊親職功能訓練之執行人員仍有疑義，爰暫保留。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 1 時 30 分。

114 年第 4 次「全民健康保險醫療服務暨特殊材料專家諮詢會議」

紀錄

時間：114 年 12 月 11 日上午 9 時 30 分

地點：衛生福利部中央健康保險署 18 樓大禮堂

主持人：陳教授石池

記錄：黃楷婷

出席專家：

何總顧問弘能

李教授宏昌

沈院長延盛

施教授壽全

胡教授芙蓉

徐院長永南

徐副院長紹勛

陳理事長仁熙

中華民國骨科醫學會

台灣外傷醫學會

台灣婦產科醫學會

台灣外科醫學會

社團法人台灣急診醫學會

中華民國重症醫學會

台灣胸腔及心臟血管外科學會

台灣胸腔外科醫學會

台灣小兒外科醫學會

台灣胸腔暨重症加護醫學會

台灣臨床病理暨檢驗醫學會

陳院長文鍾

陳高級審查員泰龍

曾教授焱元

黃理事長振國

黃組長育文

黃組長莉茵

黃教授凱文

蔡教授森田

盧永昌、許凱嵐

郭令偉

黃建霈

廖健宏

王斯弘

洪東源

吳青陽

詹梅麟

謝明諭

蘇文麟

林倍親

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會 林佳霓、王上彰

台灣胸腔暨重症加護醫學會 周昆達、蘇剛正

台灣兒童胸腔暨重症醫學會、台灣兒科醫學會 賴申豪

台灣內科醫學會 廖庭滄

謝致政 蔡嘉軒

請假專家：

林教授啓禎、陳副院長芳銘、洪副院長芳明、林院長宏榮、黃副院長閔照、吳教授美環、陳教授建同、蔡局長建松、張副院長至宏、蔡副教授淑鈴、黃副教授偉堯、林教授萍章、黃高級醫務專員德揚、尤主任香玉、侯教授明鋒、黃副院長挺碩、龐副署長一鳴、張參議惠萍、黃參議珮珊

列席單位及人員：

臺北榮民總醫院

何揚、林玟好

社團法人台灣國際疾病分類學會

陳亞屏

財團法人醫藥品查驗中心

張慧如、郭欣婷、柯伶蓁

本署醫審及藥材組

林其昌、丁安安、蔡宛君、

江錦欣、張淑宜、楊佩綺、

黃楷婷、鄭亦含、尉珈瑄、

潘品樺、程琪雅

本署醫務管理組

林右鈞、陳依婕、成庭甄、

陳世卿、黃思瑄、高翊庭、

蔡政伶、邱宜婷、黃胤學、

宋思嫻、蔡孟妤、楊閨璘、

高嘉慧

七、有關新增「脈衝震盪肺功能」診療項目案。

(一)建議單位：社團法人台灣胸腔暨重症加護醫學會。

(二)本項是在自然呼吸狀態下進行檢測，可為無法配合傳統用力呼氣之肺量計的老年人和兒童族群提供檢測機會，得以診斷以及時治療，爰建議新增。

討論重點：

(一)提案單位台灣胸腔暨重症加護醫學會表示：

- 1.臨床上常遇到氣喘病人在完成肺量計等標準檢查後，仍有無法歸類、無法得到確切診斷或因病況無法配合檢查之情形。
- 2.若貿然給予氣喘診斷，病人需接受長達6至12個月的吸入性類固醇治療；對於兒科病人，長期使用類固醇恐導致併發症並影響發育。
- 3.提案引進IOS(脈衝震盪肺功能)是為了提供更足夠的工具以降低診斷風險，並針對無法配合傳統肺功能檢查的族群提供診斷依據。
- 4.有關財務衝擊，建議署方再評估實際需求人數；適用範圍應明確界定為持續有症狀、但肺量計檢查正常，或未滿7歲無法配合傳統檢查之兒童。

(二)與會學會臺灣兒童胸腔暨重症、兒科醫學會表示：

- 1.由於7歲以下兒童對於傳統肺量計的配合度極低，導致氣喘的診斷與追蹤相當困難，因而支持此提案。
- 2.過去研究證實IOS在兒童臨床診斷與治療上是非常有用的工具，建議納入給付項目。

(三)與會學會臺灣內科醫學會表示，部分族群確有臨床症狀但傳統肺功能檢查結果卻正常，IOS可提供另一種診斷證據協助治療。

(四)與會專家表示：

1. 支持新增此項目以優化檢驗方式，但由於本項目亦適用於內科與老年人，執行限制不應僅限定「兒童」相關操作與判讀認證課程，建議刪除「兒童」字樣。
2. 考量本案財務衝擊較大，建議評估是否需限定於醫院層級執行，以避免基層診所因懷疑即採行本案檢查導致醫療費用攀升。

(五) 健保署說明：

1. 本案診療項目代碼依提案單位建議訂為 B 表，僅限醫院申報（含地區醫院、區域醫院、醫學中心）。
2. 目前估算財務影響達 1.9 億元，建議提案單位限縮適應範圍，並明訂使用本項檢查之條件，另有關認證課程訓練之資格，應以部定專科為主。

結論：請提案單位針對給付規範（包括適用範圍、執行資格與層級限制）進一步確認與限縮，並修正相關認證課程條文內容。待給付規定與適用範圍定義明確後，再行提會討論。

肆、臨時動議：無。

伍、散會：下午 12 時 23 分。

115 年 1 月份「全民健康保險醫療服務暨特殊材料專家諮詢會議」

會議紀錄

時間：115 年 1 月 22 日上午 9 時 30 分

地點：臺北市大安區信義路 3 段 140 號 18 樓大禮堂

主持人：陳文鍾總院長

紀錄：蔡政伶

出席專家：略。

請假專家：略。

請假學會：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：

一、醫療服務給付項目暨特殊材料專家諮詢會議未結案辦理追蹤進度表。

決定：洽悉，解除列管 12 案，繼續追蹤 15 案。

二、案由：新增「親職功能訓練治療」診療項目再提會案。

(一)提案單位：本署醫務管理組

(二)本案前經 114 年第 3 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議討論，續經 114 年第 4 次本會議討論，同意新增診療項目「一般親職功能訓練」及「特殊親職功能訓練」，並請提案單位綜整相關團體意見提供課程架構予本署。會後提案單位於同年 12 月 3 日就特殊親職功能訓練之執行人員仍有疑義，爰建議暫保留。

(三)「親職功能訓練治療(特殊)」主要服務對象為神經發展障礙兒童之照顧者，強化親職技能，惟查全民健康保險法第 1 條規定略以，本保險於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故

時，依本法規定給與保險給付；另查衛生福利部於同年 11 月 14 日召開發展遲緩兒童早期療育服務推動小組第 13 屆第 3 次會議，委員表示納入健保給付之療育項目應嚴格把關。考量本項性質為照顧者親職功能訓練，非屬全民健康保險給付範圍。另考量對於神經發展障礙兒童家長之親職功能訓練需完整配套措施，查衛生福利部近期規劃成立「兒少及家庭支持署」，以整合兒少保護、托育、家庭支持與健康政策，建議提案單位可研擬完整家庭支持配套方案向該署爭取相關資源。

發言重點：

- (一) 臨床心理學會表示，建議應新增本項診療項目。
- (二) 兒科醫學會表示，應新增相關健保支付，以保障兒童醫療照護品質。
- (三) 醫務社會工作協會表示，對於本項診療項目不納入健保給付深感遺憾，強調該服務具有重要性，主張應予保留新增。
- (四) 臨床心理師公會全國聯合會表示，認同該本項診療項目有存在之必要。考量健保預算與量能，建議建立分級制度。主張採彈性調整機制，希望提請下次會議討論。
- (五) 兒童青少年精神醫學會表示：
 1. 憂心若本項診療項目不納入健保給付，需求家庭將面臨全額自費之壓力。
 2. 兒童疾病照護者所承擔之壓力與其「親職功能」應視為治療過程之核心部分，主張應與兒童心理處置一併納入給付考量。
- (六) 本署表示衡酌本案之訓練對象係以家長為主，未符全民健康保險法第 1 條針對疾病、傷害或生育事故就醫之給付意旨；考量衛福部組織法即將調整並增設兒少及家庭支持署，屆時將統籌規劃家庭支持政策，建議本案現階段暫不納入健保給付，俟政策通盤規

劃後再行研議。

(七)與會專家表示，肯定本項之價值；惟考量給付對象非病童，建議支付主體應屬國民健康署或未來擬成立之「兒童及家庭支持署」，以求該項業務發展之完整性與專業分工。全民健康保險之給付對象應為「病人」而非「照顧者」；若欲針對照顧者進行給付，恐涉及健保給付之適法性問題。

決定：本案不納入健保給付。

肆、討論事項：略。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 1 時 00 分。

115 年 3 月份「全民健康保險醫療服務暨特殊材料專家諮詢會議」

會議紀錄

時間：115 年 3 月 12 日上午 9 時 30 分

地點：臺北市大安區信義路 3 段 140 號 18 樓大禮堂

主持人：陳石池教授

紀錄：蔡政伶

(會議紀錄待補)

主旨:

RE: 新增「脈衝振盪肺功能 Impulse Oscillometry, IOS」診療項目案

From:

Sent: Wednesday, March 18, 2026 2:46 PM

To:

Cc:

Subject: Re: 新增「脈衝振盪肺功能 Impulse Oscillometry, IOS」診療項目案

⚠️【連結不點入、個資不輸入】本郵件內含網址連結，請先核實無虞，再點選連結或回復。

郭小姐您好：

本會同意變更，謝謝

社團法人台灣胸腔暨重症加護醫學會

於 2026年3月12日 週四，下午2:29寫道：

台灣胸腔暨重症加護醫學會您好：

經今日115年3月12日專諮會議討論案前面討論及會議中文字修改，如下：

5.執行限制：限受過操作訓練之醫療人員，執行技術人員與判讀醫師需修習由台灣兒科醫學會/台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會、台灣內科醫學會/台灣胸腔暨重症加護醫學會共同制定之「IOS操作技術員認證課程」及「IOS判讀認證課程」。

改為：限受過操作訓練之醫療人員，執行技術人員與判讀醫師需修習由台灣兒科醫學會/台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會、台灣內科醫學會、台灣胸腔暨重症加護醫學會共同制定之「IOS操作技術員認證課程」及「IOS判讀認證課程」。

請協助確認文字內容是否正確？

因案件時程較為緊湊，希望能於115年3月13日(五)前回覆我。

謝謝您!

財團法人醫藥品查驗中心 Center for Drug Evaluation

表一、114 年建議新增醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計 1 項目)

序號	中文名稱	主要臨床功能及目的	適應症/支付規範	建議支付點數		建議支付點數 (含一般材料費) A	預估年執行量 E	預估年增點數 (百萬點) F=	
				表定點數	表列材料費%			①A*E-B*E	②A*E-B*D
1	脈衝振盪肺功能 (Impulse Oscillometry, IOS)	本項對於傳統肺量計檢查結果正常者可及早診斷小氣呼吸道疾病,並為無法配合傳統用力呼氣之肺量計檢查的族群,提供呼吸功能檢測機會,爰建議新增。	1.適用範圍: <u>診斷為肺阻塞 (J41-J44)、氣喘 (J45-J46),且符合下列任一條件:</u> <u>(1)八歲以上肺量計檢查(17003C)結果無異常,且有症狀需執行呼吸功能檢測者。</u> <u>(2)三歲以上至未滿八歲之兒童符合上述診斷者。</u> 2.申報專科別:限內科、兒科。 3.申報次數:三歲以上至未滿八歲之兒童第一年最多申報二次,其餘一年最多一次。 4.八歲以上申報費用時必要附件:IOS 圖形檢查紀錄、醫師判讀報告。 5.執行限制:限受過操作訓練之醫療人員,執行技術人員與判讀醫師需修習由台灣兒科醫學會、台灣內科醫學會、台灣胸腔暨重症加護醫學會制定之「IOS 操作技術員認證課程」及「IOS 判讀認證課程」。 6.兒童加成項目。	725		725	93,549	76.86	註 1
(1) 1 項新增項目 小計							合計	76.86	

註：
 (1)統計 109 年至 113 年地區醫院以上主診斷為 J41-J46 且申報 17003C 人數，以年成長率 4.99%推估 115 年八歲以上為 66,394 人；八歲以上執行 17003C 後檢查結果正常但仍有呼吸道症狀之病人約 20%至 30%需加做本項，取中間值 25%推估約 16,599 人[=66,394*25%]，依支付規範每人一年申報 1 次，推估增加財務支出約 12.03 百萬點[=16,599*725*1=12,034,275]。
 (2)統計 109 年至 113 年地區醫院以上主診斷為 J41-J46 之人數，以年成長率 3.94%推估 115 年三歲以上至未滿七歲之兒童為 31,209 人[=28,887*(1+3.94%)*(1+3.94%)]；年成長率 7.93%推估 115 年七歲以上未滿八歲為 7,265 人[=6,236*(1+7.93%)*(1+7.93%)]：
 a.三歲以上未滿七歲兒童依支付標準第二部第二章第一節（檢查章節）通則之兒童加成比率 20%加計，設定每人第一年申報 2 次，推估增加財務支出約 54.30 百萬點 [=31,209*725*(1+20%)*2=54,303,660]。
 b.七歲以上未滿八歲，設定每人第一年申報 2 次，推估增加財務支出約 10.53 百萬點[=7,265*725*2=10,534,250]。
 (3)合計增加財務支出約 76.86 百萬點[=12.03+54.30+10.53]。

003-1 診療項目 成本分析表(108年新參數校正)

現有項目 新增項目

項目名稱：脈衝振盪肺功能(Impulse Oscillometry, IOS)

提案單位：社團法人台灣胸腔暨重症加護醫學會

錄案編號：1285

單位：元

人員別	人數	每人每分鐘成本		耗用時間(分)	成本小計	成本合計	
		每人每分鐘	成本				
1.主治醫師以上	1	39.1		12	469	589	
2.住院醫師							
3.護理人員							
4.醫事人員	1	8		15	120		
5.行政人員							
6.工友、技工							
品名	單位	單位成本		消耗數量	成本小計	成本合計	
		單位成本	消耗數量				
呼吸過濾器	個	16.4		1.0	16	16	
名稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額		佔用時間(分)	成本小計	合計成本
			每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)			
脈衝式震盪分析儀	1,000,000	7	1.5		15	22	36
小計						22	
非醫療設備=醫療設備 × 28.3%						6	
平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額		佔用時間(分)	成本小計	合計成本
			每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)			
1坪	100,000	50	0.02		15	0.29	36
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) × 28.7%						8	
直接成本合計						641	
作業及管理費用(直接成本 × 13.1%)						84	
成本總計						725	

115 年新增修診療項目預算執行情形

辦理 進度	會議 時間	序 號	內容		推估預算 (百萬點)	
			類別	新增修診療項目	醫院	基層
115.4.1 生效 實施	114.12.24 共擬通過	1	新增	主動脈復甦性血管內球囊閉合術	0.86	
		2	新增	頸部外傷探查術	0.75	
		3	新增	軀幹體腔出血緊急填塞止血手術(損傷 控制手術)	6.11	
		4	新增	立體定位多竇副鼻竇手術	不影響	
		5	新增	立體定位全副鼻竇切除術	不影響	
		1	修訂	身體立體定位放射治	不影響	
		2	修訂	三度空間 X 光刀立體定位放射手術	不影響	
		3	修訂	影像導引強度調控 X 光刀立體定位放 射手術	不影響	
		4	修訂	多竇副鼻竇手術	不影響	
		5	修訂	全副鼻竇切除術	不影響	
		6	修訂	關節鏡下肩關節盂唇修補手術	不影響	
		7	修訂	生物電抗非侵入式心輸出量及血流動 力學監測	11.04	
		8	修訂	血液腫瘤次世代基因定序—小套組(≤ 100 個基因)	不影響	
		(1)已通過 13 項 小計			18.76	0.00
	115.3.26 共擬會議 討論	6	新增	脈衝振盪肺功能	76.86	
		(2)待討論 1 項 小計			76.86	0.00
共擬(1)~(2)共計增修訂 14 項 合計					95.62	0.00

115 年新醫療科技-新增修訂診療項目預算執行：

- 1.醫院總額：115 年新醫療科技-新增修訂診療項目預算 800 百萬元，尚餘 704.38 百萬元。
- 2.西醫基層總額：115 年新增修診療項目預算 50 百萬元，尚餘 50 百萬元。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目
修正規定

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第十一項 呼吸機能檢查 Respiratory Function Examination (17001-17024)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
17025B	<p><u>脈衝振盪肺功能</u> <u>Impulse Oscillometry, IOS</u> 註： 1.適用範圍：診斷為肺阻塞（J41-J44）、氣喘（J45-J46），且符合下列任一條件： <u>(1)八歲以上肺量計檢查(17003C)結果無異常，且有症狀需執行呼吸功能檢測者。</u> <u>(2)三歲以上至未滿八歲之兒童符合上述診斷者。</u> 2.申報專科別：限內科、兒科。 3.申報次數：三歲以上至未滿八歲之兒童第一年最多申報二次，其餘一年最多一次。 4.八歲以上申報費用時必要附件：<u>IOS圖形檢查紀錄、醫師判讀報告。</u> 5.執行限制：限受過操作訓練之醫療人員，執行技術人員與判讀醫師需修習由台灣兒科醫學會、台灣內科醫學會、台灣胸腔暨重症加護醫學會制定之「IOS操作技術員認證課程」及「IOS判讀認證課程」。 6.兒童加成項目。</p>		Y	Y	Y	725

優先討論事項

第二案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：西醫基層門診合理量計算方式暨增加假日開診誘因。

說明：

(資料後補)

肆、報告事項

報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決議事項辦理情形。

說明：擬解除列管計 14 項，繼續列管計 8 項。

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
							解除列管	繼續列管
1	114-2 報 4	114.6.25	修訂轉診支付標準案。	114 年第三次會議決定：除提報「全民健康保險醫療給付費用醫院/西醫基層總額研商議事會議」，亦於本會議 115 年進行報告。	健保署醫管組	衛生福利部業於 114 年 8 月 29 日公告，自 114 年 9 月 1 日生效。預計 115 年 6 月於本會議報告。		✓
2	114-3 優討 1	114.9.25	增修「非侵入式區域腦/身體血氧飽和監測」等 33 項診療項目案。	114 年第三次會議決定： 1. 衡酌臨床實務需求，47107B「成功移除長期留置鼻胃管並恢復經口進食」執行人員增列「小兒復健科」專科醫師乙項，改以部訂專科呈現，爰將小兒神經科、小兒復健科整併為「兒科」。 2. 27052C「攝護腺特異抗原」支付規範註 2. 不得同時申報 27052C 係誤植，修正為 12081C；生效後每半年觀察申報情形。 3. 其餘照案通過。	健保署醫管組	衛生福利部業於 114 年 12 月 29 日公告，自 115 年 1 月 1 日生效。	✓	
3	114-3 報 4	114.9.25	增修「重大外傷緊急手術及麻醉費加成」案。	114 年第三次會議決定：洽悉，另執行前述特定手術及麻醉時間以麻醉開始時間認定為原則。	健保署醫管組	衛生福利部業於 114 年 12 月 29 日公告，自 115 年 1 月 1 日生效。	✓	
4	114-3 討 1	114.9.25	新增「全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫」案。	114 年第三次會議決議：通過。 114 年第四次會議決定：考量仍需後續監測執行情形，辦行情形改為繼續列管，餘洽悉。	健保署醫管組	本署業於 114 年 10 月 28 日公告，自 114 年 11 月 1 日生效。預計 115 年 4 月進行成效分析檢討，115 年 6 月於本會議報告。		✓
5	114-4 優討 1	114.12.24	增修「主動脈復甦性血管內球囊閉合術」等 19 項診療項目案。	114 年第四次會議決定： 1. 考量 68015B-68018B「瓣膜成形術」及 69035B「主動脈根部術(含主動脈瓣置換或保留)」僅修訂名稱未併同修訂點數，依提案單位建議同意撤案，重新評估後另行提案，其餘照案通過。 2. 同意 56044B、69044B、75827B3 項診療項目納入 114 年 9 月 25 日本會議通過之處	健保署醫管組	衛生福利部業於 115 年 3 月 17 日公告，自 115 年 4 月 1 日生效。	✓	

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
							解除列管	繼續列管
				置及手術通則「重大外傷處置或手術加成」增列前述醫令代碼。 3. 於本會議例行報告增修診療項目執行情形(包括使用量、財務衝擊等)。				
6	114-4報2	114.12.24	訂定115年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時程案。	114年第四次會議決定：洽悉。	健保署醫管組	115年會議時間業經會議確認，請代表預留時間。	✓	
7	114-4報3	114.12.24	增修中醫支付標準及中醫門診專款計畫案。	114年第四次會議決定：洽悉。	健保署醫管組	1. 中醫支付標準：衛生福利部業於115年3月17日公告，自115年4月1日生效。 2. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：本署業於115年2月9日以健保醫字第1150102441號公告修訂，自115年1月1日生效。 3. 西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫、中醫癌症病人加強照護整合方案、115年全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案：本署業於115年1月5日以健保醫字第1140666648號函報請衛生福利部核定，俟衛生福利部核定後本署公告實施。		✓
8	114-4報4	114.12.24	修訂牙醫支付標準及牙醫門診特殊醫療服務計畫案。	114年第四次會議決定：洽悉。	健保署醫管組	1. 衛生福利部業於115年3月17日公告，自115年4月1日生效。 2. 有關牙醫門診總額特殊醫療服務計畫，本署業於115年3月2日公告，自115年1月1日生效。	✓	
9	114-4報5	114.12.24	修訂西醫基層支付標準及西醫專款計畫案。	114年第四次會議決定： 1. 有關修訂「全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」，於方案明訂調薪幅度較114年12月須增加本保險投保金額至少一等級，且不得低於115年最低工資之1.1倍(33,300元)。	健保署醫管組	1. 有關修訂「全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」：本署業於115年1月6日以健保醫字第1140666688號函報請衛生福利部核定，俟衛生福利部核定後本		✓

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管	
							建議 解除 列管	繼續 列管
				2. 有關修訂「西醫基層門診合理量計算方式暨增加假日開診誘因」，配合114年12月22日急診壅塞第二次會議，部長指示先行監測春節期間開診情形後再議，本署將儘速分析數據後開會討論，預計提至115年3月本會議優先討論，暫保留。 3. 其餘照案通過。		署公告實施。 2. 有關修訂「西醫基層門診合理量計算方式暨增加假日開診誘因」：提至本次會議優先討論第二案。 3. 有關修訂全民健康保險西醫基層提升心肺疾病復健照護品質計畫：本署業於115年1月15日以健保醫字第1150660092號函報請衛生福利部核定，俟衛生福利部核定後本署公告實施。		
10	114-4報6	114.12.24	修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目。	114年第四次會議決定：洽悉。	健保署醫管組	衛生福利部業於115年3月17日公告，自115年4月1日生效。	✓	
11	114-4報7	114.12.24	新增115年度全民健康保險春節加成獎勵方案。	114年第四次會議決定：同意115年春節假期(115/2/14-115/2/22)，除夕至初三加成100%，至原規劃初四、初五加成50%、小年夜及其餘連假加成30%是否調整，由本署試算財務衝擊後擬訂。	健保署醫管組	本署業於115年1月23日公告生效。	✓	
12	114-4報8	114.12.24	全民健康保險住院診斷相關聯群(Tw-DRGs)115年1-6月適用之相對權重統計結果案。	114年第四次會議決定：洽悉。	健保署醫管組	本署業於115年1月2日以健保醫字第1140666652號周知本署各分區業務組「115年1-6月續沿用113年7-12月適用權重」，並請其轉知轄區醫院配合辦理。	✓	
13	114-4報9	114.12.24	修訂115年全民健康保險醫院醫療給付費用總額域「健全區以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫療服務品質及量能」計畫案。	114年第四次會議決定：洽悉。	健保署醫管組	本署業於115年1月15日以健保醫字第1150660144號函報請衛生福利部核定，俟衛生福利部核定後本署公告實施。	✓	

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管	
							建議 解除列管	繼續列管
14	114-4報 10	114.12.24	修訂透析點數、居家血液透析試辦計畫及鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其品質(草案)案。	114年第四次會議決定：洽悉。	健保署醫管組	1. 全民健康保險居家血液透析試辦計畫：本署業於115年2月26日公告，本計畫涉全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，衛生福利部業於115年3月17日公告，自115年4月1日生效，其餘自115年1月1日生效。 2. 有關鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫，本署業於115年1月30日以健保醫字第1150660340號函報請衛生福利部核定，俟衛生福利部核定後本署公告實施。	✓	
15	114-4報 11	114.12.24	114年第4季「急診、急救責任醫院及護理支付標準扣合指標」執行規劃案。	114年第四次會議決定：洽悉。	健保署醫管組	刻正依會議決議辦理114年第4季「急診、急救責任醫院及護理支付標準扣合指標」案。		✓
16	114-4討 1	114.12.24	新增「全民健康保險乳癌照護品質提升方案」。	114年第四次會議決議：通過。	健保署醫管組	本署業於115年2月12日公告，自115年1月1日生效。	✓	
17	114-4討 2	114.12.24	修訂「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」案。	114年第四次會議決議：通過。	健保署醫管組	本署業於115年1月19日公告，自115年1月1日起生效。	✓	
18	114-4討 3	114.12.24	修訂「全民健康保險後期整合照護計畫」案。	114年第四次會議決議：通過。	健保署醫管組	本署業於115年2月11日以健保醫字第1150660478號函報請衛生福利部核定，俟衛生福利部核定後本署公告實施。		✓
19	114-4討 4	114.12.24	新增「全民健康保險復健病房試辦計畫(草案)」案。	114年第四次會議決議：通過。	健保署醫管組	本署業於115年1月14日以健保醫字第1150660200號函報請衛生福利部核定，俟衛生福利部核定後本署公告實施。		✓

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管	
							建議 解除 列管	繼續 列管
20	114-4 討 5	114.12.24	修訂「全民健康保險B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者醫療給付改善方案」。	114年第四次會議決議：通過。	健保署醫管組	本署業於115年3月5日公告，自115年3月1日生效。	✓	
21	114-4 討 6	114.12.24	修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二章糖尿病初期慢性及腎臟病整合方案」。	114年第四次會議決議：通過。	健保署醫管組	衛生福利部業於115年3月17日公告，自115年4月1日生效。	✓	
22	114-4 討 7	114.12.24	修訂居家醫療整合計畫與支付標準第五章及第三章訪視費用。	114年第四次會議決議：通過。	健保署醫管組	1. 居家醫療照護整合計畫：本署業於115年3月18日公告，自115年4月1日生效。 2. 支付標準第五章及第三章訪視費用：衛生福利部業於115年3月17日公告，自115年4月1日生效。	✓	

決定：

報告事項

第二案

報告單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：修訂中醫門診總額計畫(方案)案。

說明：

- 一、依據本署 115 年 2 月 12 日召開全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 115 年第 1 次研商議事會議(下稱中醫研商會議)決議(附件 1, 頁次報 2-3)辦理。
- 二、修訂「115 年度全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案」(附件 2, 頁次報 2-4~報 2-6), 重點摘要如下:
 - (一)預算來源：以 115 年中醫門診總額一般服務「鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康-友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」項目 375.1 百萬元支應。
 - (二)「獎勵方式及核發原則」新增「提升護理照護品質獎勵金」:
 - 1.前項結算後仍有結餘，診所護理人員調薪人數符合本方案標準，依診所調升護理人員薪資人月占率核發獎勵金，並於 116 年 3 月底前完成撥付。」之規範。
 - 2.查西醫基層「全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」，若加計獎勵結算後仍有結餘，則依診所調升護理人員薪資人月占率核發獎勵金，本案係比照西醫基層增訂相關規範。
 - (三)執行量推估：以 114 年 6 月較 113 年 12 月調升半數以上護理人員之健保特約中醫院所試算，計 924 家。
 - 1.門診診察費：符合獎勵條件且於 114 年 6 月申報看診時聘有護理人員跟診之門診診察費醫令量為 67.9 萬件，以每件加計 13 點計算，推估約 8.8 百萬元。
 - 2.針傷處置費：符合獎勵條件且於 114 年 6 月申報針灸處置費、傷科處置費、針灸合併傷科處置費申報醫令量為 81.6 萬件，

以每件加計 13 點計算，推估需要 10.6 百萬元。

3. 綜上，以計畫獎勵條件，推估 1 年執行數約 233.4 百萬元。

(四) 本方案前於 114 年 12 月 24 日本會議 114 年第 4 次會議決定增訂，並依程序於 115 年 1 月 5 日以健保醫字第 1140666648 號函報衛生福利部（**附件 3，頁次報 2-7~報 2-8**）。考量本方案尚未核定，為提升作業效率，本署於 115 年 3 月 5 日以健保醫字第 1150660813 號書函更新報部文件（**附件 4，頁次報 2-9~報 2-10**）。

三、修訂「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」（**附件 5，頁次報 2-11~報 2-12，下稱孕產計畫**），重點摘要如下：

(一) 預算來源：以 115 年「中醫提升孕產照護品質計畫」專款 82 百萬元支應。

(二) 修訂照護處置費(P39001-P39006)申報規定文字。

(三) 財務影響評估：

本修訂係屬執行面作業調整，推估無財務衝擊，且本案之修訂可使醫師依據病人情形提供合適之照護模式，惟尚無法評估開放後之就醫型態改變情形。

四、修訂後孕產計畫將依程序報請衛生福利部核定後，本署公告實施。

決定：

全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 115 年第 1 次研商議事會議紀錄

時間：115 年 2 月 12 日下午 2 時

地點：本署 9 樓第 1 會議室

主席：張副署長禹斌(劉主任秘書林義代理) 紀錄：邵子川

出席代表：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：(略)。

貳、確認本會前次會議紀錄。

參、報告事項：略。

肆、討論事項

(前略)

第三案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關「115 年度全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案」條文修訂案，提請討論。

決議：

- 一、本案修訂通過如附件 4，通過修訂「115 年度全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案」獎勵方式及核發原則，增列「提升護理照護品質獎勵金」**相關規定**：前項結算後仍有結餘，診所護理人員調薪人數符合本方案標準，依診所調升護理人員薪資人月占率核發獎勵金，並於 116 年 3 月底前完成撥付。
- 二、因前已於 115 年 1 月 5 日陳報衛生福利部新增本方案中，爰將併案報部，並提至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報告。

第四案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」條文修訂案，提請討論。

決議：

- 一、本案修訂通過如附件 5，修訂照護模式轉換規範文字為「療程結束且用藥結束後另開療程時不在此限」。
- 二、將提至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報告。

(下略)

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 4 時 4 分。

115 年度全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案

依 115 年 00 月 00 日健保醫字第 0000000000 號公告自 115 年 1 月 1 日生效

- 壹、依據：全民健康保險會(下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。
- 貳、目的：反映中醫門診特約醫事服務機構護理人員薪資，提升護理照護品質。
- 參、實施期間：115年1月1日至115年12月31日。
- 肆、預算來源：115年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務「友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」預算375.1百萬元。
- 伍、獎勵條件：聘有護理人員且有調升其薪資之中醫門診特約醫事服務機構。
- 一、院所及護理人員資格：114年12月31日前開業之全民健康保險(以下稱本保險)中醫門診特約醫事服務機構(不含115年新開業診所及新開設中醫醫院或醫院附設中醫部門)，不限公、私立醫療機構，且需至少一名護理人員當月執業登記於該院所；護理人員依護理人員法第2條所稱護理師及護士，且依當月所有執業登記之中醫門診特約醫事服務機構為認定。
- 二、護理人員調薪幅度之認定標準：
- (一)薪資認定：
- 依護理人員當月本保險「投保金額」進行認定。各院所調升護理人員薪資後，應於調升薪資當月向本保險保險人(以下稱保險人)各分區業務組辦理投保金額調整事宜。
- (二)須依衛生福利部公告各年度「全民健康保險投保金額分級表」，護理人員當月投保金額須較114年12月薪資調升幅度增加本保險投保金額至少一投保等級且不得低於第四投保等級，以及院所當月調升聘用護理人員達半數以上者，予以獎勵。
- (三)前項之計算採無條件進位，新聘之護理人員認列為調升薪資之護理人員，惟投保金額不得低於第四投保等級。

陸、獎勵方式及核發原則

一、反映護理人員薪資調升之加計獎勵

→(一)獎勵方式：

- (一)1. 符合獎勵條件之中醫門診特約醫事服務機構，依該院所「看診時聘有護理人員在場服務者」之門診診察費及「針灸、傷科、針灸合併傷科」治療處置費之案件，加計獎勵 13 點。
- (二)2. 「看診時聘有護理人員在場服務者」門診診察費醫令代碼範圍：A82、A83、A41、A86、A87、A43、A01、A11、A45、A03、A13、A47、A05、A15、A49、A09、A19、A53。
- (三)3. 針灸、傷科、針灸合併傷科治療處置費：針灸(D01-D08)、傷科(E01-E14)、針灸合併傷科(F01-F84)。

→(二)核發方式：

- (一)1. 本項獎勵費用由全民健康保險保險人(下稱保險人)每季依各院所每月申報門診診察費及針傷處置費案件勾稽實際調薪情形，計算加計點數，以每點 1 元暫付。
- (二)2. 符合申報之中醫門診特約醫事服務機構，應於費用年月次月二十日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報「護理人員跟診時段」，包含：護理人員姓名、身分證字號、跟診日期、跟診時間(應有明確時間點)、搭配之中醫師姓名及身分證字號暨中醫師排班時段等項。
- (三)3. 院所於方案公告當月前(含當月)符合調薪認定標準，115 年 1 月起至公告當月皆認定為符合本項獎勵條件。

→(三)點值結算：按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘，則留用至下季；若預算不足時，採浮動點值計算。

二、提升護理照護品質獎勵金：前項結算後仍有結餘，診所護理人員調薪人數符合本方案標準，依診所調升護理人員薪資人月占率核發獎勵金，並於 116 年 3 月底前完成撥付。

柒、審查方式

- 一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。
- 二、本方案每季撥付，診所如有資料修正需求，須於款項撥付日起1個月內，向保險人各分區業務組提出申請並提具佐證資料，經審核通過後，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。

捌、方案管理機制

- 一、保險人負責本方案之研訂與修正，及計算獎勵金額度。
- 二、保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之核發資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行方案。

玖、年度執行目標：聘有護理人員之中醫院所，調升護理人員薪資比率之中醫院所家數達50%。

分子：調升護理人員薪資幅度達標準之中醫院所家數(含新聘護理人員，且每家中醫院所須調升半數以上護理人員數，不足一名以一名計算)。

分母：聘有護理人員之診所家數。

拾、評估指標

- 一、聘有護理師或護士之中醫門診特約醫事服務機構增加1%。
- 二、稽核機制：每月勾稽每家中醫院所須調升半數以上護理人員薪資增加本保險投保金額至少一投保等級，且不得低於第四投保等級。

拾壹、方案修正程序

本方案由保險人與中華民國中醫師公會全國聯合會及中華民國護理師護士公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國115年1月5日
發文字號：健保醫字第1140666648號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨

主旨：檢陳增修「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」、「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」、「115年度全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案」4項中醫總額計畫(附件)，請鑒查。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第41條規定暨本署114年12月24日114年第4次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決定辦理。
- 二、旨揭3項中醫總額專款計畫修訂重點如下：
 - (一)配合執行年度修訂實施期程。
 - (二)西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫：針對「呼吸困難」適用範圍增列「使用呼吸器病人得否收案」之函釋說明文字以臻明確。

(三)中醫癌症病人加強照護整合方案：適應症增列「卵巢癌」、「鼻咽癌」、「膀胱癌」。

(四)中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：修訂加強照護費申報規定文字。

三、另增訂「115年全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案」，重點摘要如下：

(一)院所申請條件：半數(含)以上護理人員當月投保金額須較114年12月調升幅度增加本保險投保金額至少一投保等級且不得低於第四投保等級，新進人員視為符合人員，且護理人員在場方能提出申報。

(二)年度執行目標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達50%。

(三)評估指標：聘有護理師/護士之中醫健保特約院所較前一年增加1%。

四、旨揭計畫建議實施日期為115年1月1日。

正本：衛生福利部

副本：衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、台灣醫院協會、本署各分區業務組、本署企劃組、本署醫審及藥材組(均含附件)

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國115年3月5日
發文字號：健保醫字第1150660813號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨

主旨：檢送本署增修「115年度全民健康保險提升中醫護理人員照顧品質獎勵方案」草案，請查照。

說明：

- 一、依據本署115年2月12日全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額115年第1次研商議事會議(下稱中醫研商會議)決議辦理。
- 二、本案前於114年12月24日「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」114年第4次會議決議增訂旨揭方案，並依程序於115年1月5日以健保醫字第1140666648號函報鈞部(諒達)；惟115年2月12日中醫研商會議決議再次修訂旨揭方案，本署刻正辦理報部核定事宜，請協助抽換旨揭方案草案(同附件)，本案修訂將續提至115年3月26日「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」115年第1次會議報告。

正本：衛生福利部社會保險司

副本：衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗生公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、台灣醫院協會、本署各分區業務組、本署企劃組、本署醫審及藥材組(均含附件)

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫 給付項目及支付標準

通則：

- 一、本標準所訂支付點數除另有規定外，係包括中醫師診療、處置、處方、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、本計畫之醫療服務量、診察費、針灸申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸申報量計算。
- 三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。
- 五、本計畫之案件(同一個案)每週限申報一次(P39007、P39008 不在此限)。

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫 支付標準表

編號	診療項	支付點數
P39001	中醫助孕照護處置費(含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費〔排卵期評估，女性須含基礎體溫(BBT)、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、口服藥(至少七天)、調劑費、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1200
P39002	中醫助孕照護處置費(不含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費〔排卵期評估，女性須含基礎體溫(BBT)、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、口服藥(至少七天)、調劑費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900
P39003	中醫保胎照護處置費(含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費口服藥(至少七天)、調劑費、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1200
P39004	中醫保胎照護處置費(不含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(至少七天)、調劑費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900

編號	診療項	支付點數
P39005	中醫助孕照護處置費(不含藥費)(同療程第1次) 註：照護處置費包括中醫四診診察費〔排卵期評估，女性須含基礎體溫(BBT)、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900
P39006	中醫保胎照護處置費(不含藥費)(同療程第1次) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900
P39007	中醫助孕照護針灸處置費(不含藥費)(同療程第2~6次) 註：每週限申報3次。	300
P39008	中醫保胎照護針灸處置費(不含藥費)(同療程第2~6次) 註：每週限申報3次。	300
<p>註：</p> <p>1、P39003、P39004、P39006、P39008限受孕後0-20週之保胎照護病人適用。</p> <p>2、各照護模式(P39001、P39002、P39003、P39004、P39005、P39006)每週限擇一申報。</p> <p>3、含藥費之照護模式(P39001、P39002、P39003、P39004)與不含藥費之照護模式(P39005、P39006)，需≥ 28天始得相互轉換，<u>但療程結束且用藥結束後另開療程時不在此限</u>。</p> <p>4、療程案件每月限申報12次針灸(P39005與P39007合計每月限申報12次；P39006與P39008合計每月限申報12次)。</p>		

報告事項

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：新增「全民健康保險中醫三高病人加強照護方案」案。

說明：

- 一、依據 115 年 2 月 12 日「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 115 年第 1 次研商議事會議」決議辦理。
- 二、預算來源：115 年度中醫門診總額新增「中醫三高病人加強照護計畫」專款全年經費 53 百萬元。
- 三、研擬方案草案（附件 1，頁次報 3-4~3-18），重點摘要如下：

（一）收案對象(會員)及派案原則：

1. 以中醫院所忠誠三高病人作為收案對象，並按三高就醫次數交付主要就醫中醫院所收案。
2. 上述名單排除家庭醫師整合性照護計畫、地區醫院全人全社區照護計畫等慢性病相關照護計畫收案個案。
3. 每名醫師收案人數上限為 100 人。

（二）參與計畫醫療院所及醫師資格：

1. 中醫師須參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中全會)所辦理繼續教育受訓課程，且參與計畫第 1 年及每 6 年應接受 8 小時三高防治教育訓練課程(包含高血壓、高血糖、高血脂)。
2. 中醫師及醫療院所：須二年內未曾違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法及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。
3. 醫療院所得向保險人分區業務組提出參與計畫申請，分區業務組審核通過後，自核定日起執行計畫。

(三)執行內容：病人之個人健康資料建檔(含家族史、生活型態)，提供疾病治療、檢視或提供相關檢驗(查)，定期評估病人健康狀況並提供衛教，與西醫院所建立轉診及合作模式等。

(四)支付費用：

1.個案管理費：

(1)基本費用：每人支付 250 點/年。

(2)個人健康資料加成費：每人支付 30 點/年。

(3)生活習慣自評加成費：每人支付 40 點/年。

(4)費用按收案月份數等比例支付。

(5)收案會員於計畫執行期間應至少有一筆三高疾病相關之檢驗數據。

2.品質照護獎勵費：

(1)依計畫評核指標達成情形，分四級支付，達特優級(≥ 80 分)者，支付會員每人 1,000 點，依序遞減， < 60 分則不予支付。

(2)收案會員於計畫執行期間須於收案院所有就醫紀錄。

(3)計畫實施第 1 年會員須連續收案達 6 個月，第 2 年起會員須連續收案達 9 個月，始核付本項費用。

(五)評核指標：包含會員急診率、血糖、血脂監控數據良(或進步)率、血壓上傳率及成人預防保健檢查率，共計 4 項指標。

(六)退場機制：

1.提供評核指標介於 60 分至 69 分之院所名單予中全會協助輔導改善，且須於次年 6 月底前提具執行改善計畫書經本署分區業務組備查後，始得加入本計畫(計畫實施第一年無須提具執行改善計畫書)。第 2 年未達 70 分者，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。

2.如評核指標未達 60 分者，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。本項規定於計畫實施第二年起適用，計畫實施第一年比照上述評核指標介於 60 分至 69 分(60 分 \leq 評核指標 $<$ 70 分)之院所辦理。

四、財務影響（詳附件 2，頁次報 3-19）：

(一)經分析 113 年三高病人於中醫院所就醫且未被家庭醫師整合性照護計畫、地區醫院全人全社區照護計畫等慢性病相關照護計畫收案者，約 3.7 萬人。115 年計畫執行目標為收案照護人數達 3 萬人。

(二)依費用支付說明，個案管理費約需 960 萬點[(250 點+30 點+40 點)*3 萬人)、品質照護獎勵費以評核指標達特優級計算，約需 3,000 萬點(1,000 點*3 萬人)。

(三)綜上，推估本計畫 115 年費用約 3,960 萬點。

五、本案如獲共識，將提報衛生福利部全民健康保險會委員會議報告，再報請衛生福利部核定後公告實施。

決定：

全民健康保險中醫三高病人加強照護方案

115 年○月○日健保醫字第○○○○○○○○○號公告

一、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的

隨著全球人口老化及慢性病負擔日益沉重，「三高」—高血壓、高血脂、高血糖—已成為影響國人健康與醫療體系的重大挑戰。尤其中醫在慢性疾病防治與健康促進領域扮演重要角色，如何以科學實證為基礎，深化中醫在三高及其併發症的臨床應用，已是時代所趨。從而進一步融入長期照護、家庭醫學與基層醫療體系之中，拓展中醫在全民健康促進中的重要角色，發展中西醫結合治療之醫療照護模式。

三、施行期間

115 年 1 月 1 日至 115 年 12 月 31 日。

四、執行目標

收案照護人數達 3 萬人。

五、預算來源

全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「中醫三高病人加強照護計畫」專款項目。

六、收案對象(會員)

(一)保險人每半年依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年門診明細清單資料(排除外傷及代辦案件如：產檢、小兒健檢、流感注射等)，以三高[高血糖(ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13)、高血脂(ICD-10-CM 前 4 碼為 E78.0-E78.5)及高血壓(ICD-10-CM 前 3 碼為 I10-I15、或前 4 碼為 I27.0、I27.2、I67.4、I87.3、I97.3)]主要於中醫院所就醫者做為較需照護名單，交付參與計畫之中醫院所提供健康管理。

(二)前述名單排除全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫、全民健康保險地

區醫院全人全社區照護計畫、代謝症候群防治計畫(下稱代謝計畫)、醫院以病人為中心門診整合照護計畫、全民健康保險醫療給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(下稱 P4P-DM/CKD/DKD)收案者。

(三)交付原則：以三高就醫件數最高之中醫保險醫事服務機構收案照顧。

(四)每名醫師之收案人數上限為 100 人。

七、參與計畫醫療院所、醫師資格及申請資格

(一)申請參與本計畫之中醫師：須參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程，且參與計畫第 1 年及每 6 年應接受 8 小時三高防治教育訓練課程(包含高血壓、高血糖、高血脂)。

(二)申請參與本計畫之中醫師及保險醫事服務機構：須二年內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)。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)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。

(三)符合前述各項資格之保險醫事服務機構，得向保險人分區業務組提出參與計畫申請(申請書如附件 1)，經審核通過後，由保險人分區業務組函復保險醫事服務機構副知中醫全聯會，並自核定日起執行本計畫。

(四)因離職而退出醫師之會員，可由原參與院所於一個月內來函述明其承理由，經保險人各分區業務組同意後由符合資格醫師承接。如承接會員之醫師非當年度原院所已參加本計畫醫師，則需由院所主動告知會員，其主要照護醫師更換，如會員不同意更換則不予承接。

(五)前一年度已參加本計畫之醫療院所或醫師，若未有本計畫十一、退場機制所列之情形者，得延續執行本計畫，無須重新申請。

八、執行內容

- (一)參與院所需於保險人提供較需照護名單後，將會員資料上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附件 2)，於收案後 3 個月內通知收案會員已被本計畫收案及取得收案會員同意，收案會員以保險人提供之最新一次較需照護名單為準。
- (二)中醫師應提供完整的診療，依中醫辨證原則於病歷中詳細記載，以標準作業流程與處置完成診療，並依收案會員健康狀況及疾病樣態，給予疾病照護資訊及相關衛教。
- (三)建立與西醫院所轉診及合作模式：參與院所應與 1-2 家特約西醫醫院或診所合作，訂定共同照護機制及相關流程，併於申請書送保險人分區業務組備查。合作內容至少需包含建立雙向轉診流程、共同照護機制。
- (四)應製作本計畫收案會員權利義務說明書或計畫會員通知(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，並提供收案會員確認回饋機制，並留存備查。
- (五)收案會員應按慢性病個案臨床治療指引之各項檢驗建議頻率定期檢視或提供相關檢查(驗)，檢驗前應至健保醫療資訊雲端查詢系統查詢病人檢查數據，參考最近 3 個月(90 日)內相關檢驗數據。符合開具檢驗資格之中醫師始可申報檢驗費。
- (六)本計畫限單一院所收案，不得重複；參與本計畫之醫療院所應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。
- (七)參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付個案管理費，並依相關規定辦理。

九、費用申報及支付方式

(一)個案管理費：

1. 支付項目：

- (1)基本費用：資料建檔上傳、轉診、個案衛教宣導等照護，每人支付 250 點/年。
- (2)個人健康資料加成費：完成個人健康資料建檔者(附件 3)，每人支付 30

點/年。

(3)生活習慣自評加成費：完成生活習慣自評建檔者(附件 4)，每人支付 40 點/年。

2. 收案會員及死亡個案之個案管理費按收案月份數等比例支付。

3. 考量會員照護之完整性，參與計畫之特約院所或醫師於參與計畫期間，如因故中途退出本計畫，則依計畫參與月份數按比例核付個案管理費(收案未滿3個月退出者除外)，其餘費用則不予核付。

4. 收案會員於計畫執行期間應至少有一筆三高疾病相關之檢驗數據(資料來源不限收案院所)，不符者，則不予核付個案管理費。

疾病型態	檢驗(查)項目
高血壓	血壓
高血糖	HbA1c、LDL
高血脂	LDL

(二)品質照護獎勵費：

1. 會員若於計畫執行期間於收案院所無就醫紀錄，則不予核付本項費用。

2. 計畫實施第一年會員須連續收案達6個月始得核付本項費用，第2年起會員須連續收案達9個月始得核付本項費用。

3. 支付方式：依計畫評核指標達成情形分四級支付：

(1)特優級：計畫評核指標分數 ≥ 80 分，則支付每人 1,000 點。

(2)良好級：計畫評核指標分數介於 $70 \text{分} \leq \sim < 80 \text{分}$ ，則支付每人 750 點。

(3)輔導級：計畫評核指標分數介於 $60 \text{分} \leq \sim < 70 \text{分}$ ，則支付每人 500 點。

(4)不支付：計畫評核指標分數 < 60 分，則不予支付。

(三)計畫評核指標：

1. 會員急診率(20分)

(1) \leq 收案會員 30 百分位，得 20 分。

(2) $>$ 收案會員 30 百分位，但 \leq 收案會員 45 百分位，得 16 分。

(3) $>$ 收案會員 45 百分位，但 \leq 收案會員 65 百分位，得 10 分。

(4)計算公式說明：

分子：會員急診人次(排除外傷、全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫案件)。

分母：會員人數。

2. 血糖、血脂監控數據良(或進步)率(50分)

(1)HbA1c 控制良好(或進步)占率(25分)，限院所中醫師高血糖收案會員達3人以上適用：

A. $\geq 60\%$ ，得25分。

B. $< 60\%$ ，但 $\geq 55\%$ ，得20分。

C. $< 55\%$ ，但 $\geq 50\%$ ，得15分。

D. 計算公式說明：

分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步。

分母：高血糖收案會員數。

(2)LDL 控制良好(或進步)占率(25分)，限院所中醫師高血糖及高血脂收案會員合計達3人以上適用：

A. $\geq 60\%$ ，得25分。

B. $< 60\%$ ，但 $\geq 55\%$ ，得20分。

C. $< 55\%$ ，但 $\geq 50\%$ ，得15分。

D. 計算公式說明：

分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步。

分母：高血糖、高血脂收案會員數。

(3)控制良好範圍：

疾病組合	檢驗項目控制良好範圍	
	HbA1c	LDL
高血糖	$< 7\%$ ；80歲以上病人為 $< 8\%$	$< 100 \text{ mg/ dL}$
高血脂	-	$< 100 \text{ mg/ dL}$
高血糖+高血脂	$< 7\%$ ；80歲以上病人為 $< 8\%$	$< 100 \text{ mg/ dL}$

(4)執行方式：

A. 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 日以後。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。

(b)當年度檢驗結果中，半數以上達控制良好範圍。

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日以後，且前測及後測日期應間隔84天(含)以上。

C.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。

3. 血壓上傳率(20分)，限院所中醫師收案會員達3人以上適用。

(1) $\geq 70\%$ ，得 20 分。

(2) $<70\%$ ，但 $\geq 60\%$ ，得 15 分。

(3) $<60\%$ ，但 $\geq 50\%$ ，得 10 分。

(4)計算公式說明：

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)。

分母：會員人數。

(5)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。

4. 成人預防保健檢查率(10分)

(1) $\geq 35\%$ ，得 10 分。

(2) $<35\%$ ，但 $\geq 30\%$ ，得 5 分。

(3)計算公式說明：

分子：30 歲(含)以上會員於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)。

註.按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」，本項指標排除「已為代謝計畫、P4P-DM/CKD/DKD」之收案管理

者。

- (四)本計畫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。
- (五)參與院所原有之醫療服務，依現行「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」及總額支付制度，依實際執行情況按月依門診醫療費點數申報格式規定申報。
- (六)於年度結束後，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。
- (七)醫療費用申報、暫付、審查及核付，依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。

十、執行報告

執行本計畫之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告及實施效益至中醫全聯會及保險人分區業務組備查。

十一、退場機制

- (一)參加本計畫之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有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)，應自保險人第一次核定違規函所載停約或終止特約日起終止，退出執行本計畫。
- (二)參與計畫院所一年內沒有收案紀錄者，未函知保險人各分區業務組異動情形，致自動退出本計畫。
- (三)經核定終止計畫資格或計畫不予續辦。
- (四)保險人提供評核指標介於60分至70分($60 \text{分} \leq \text{評核指標} < 70 \text{分}$)之院所名單予中醫全聯會協助輔導改善，且須於次年6月底前提具執行改善計畫書經保險人分區業務組備查後，始得繼續參加本計畫(計畫實施第一年無須提具執行改善計畫書)；第2年仍未達70分續辦標準者(評核指標 $< 70 \text{分}$)，應退出本計畫，1年內不得再加入本計畫。
- (五)如評核指標未達60分者(評核指標 $< 60 \text{分}$)，應退出本計畫，1年內不得

再加入本計畫。本項規定於計畫實施第二年起適用，計畫實施第一年比照上述評核指標介於 60 分至 70 分(60 分 \leq 評核指標 $<$ 70 分)之院所辦理。

十二、執行本計畫之保險醫事服務機構，未依本計畫規定事項執行者，由中醫全聯會評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。

十三、新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

十四、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

建立與西醫院所轉診及合作模式

一、合作之西醫院所名稱及代碼：

二、與合作之西醫院所建立合作模式如下(請詳述內容)：

(一)共同照護機制

(二)雙向轉診流程

(三)與合作之西醫院所轉診資料之共享

(四)其他合作模式

**全民健康保險中醫三高病人加強照護方案檢核邏輯
保險人網頁之個案通報及登錄系統說明**

- 一、 參與計畫之醫師需透過醫事服務機構行文至保險人分區業務組申請，待保險人分區業務組核准後，始能登入健保資訊網服務系統(VPN)傳輸會員資料。
- 二、 醫師進入保險人資訊網服務系統網頁後登入試辦計畫登錄系統後，可以點選會員管理選項，進行會員資料之登錄、維護及查詢事項。

說明：

1. 保險人分區業務組需確實將參與院所名單登錄於 HMA 系統。
2. 醫療院所需請資訊廠商修改其自行維護的畫面，並將會員資料經本系統上傳至健保資訊網服務系統(VPN)。
3. 相關會員資料之維護仍由保險人分區業務組維護；保險人依權限擷取會員資料供分析用，對於資料登錄未完整之醫療院所於收案後2個月內補正資料/或不予支付。
4. 身分證字號有重複登錄情形，則第2筆資料無法輸入。

附件 3

「全民健康保險中醫三高病人加強照護方案」—收案會員個人健康資料

個人基本資料(必填)			
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期	西元 年 月 日	職業別	
主要照顧者		居住地	_____鄉(鎮)
<p>家庭生活週期：</p> <input type="checkbox"/> 新婚夫婦 <input type="checkbox"/> 第一個小孩誕生 <input type="checkbox"/> 有學齡兒童 <input type="checkbox"/> 有青少年子女 <input type="checkbox"/> 子女外出創業 <input type="checkbox"/> 空巢 <input type="checkbox"/> 老化的家庭			
醫療病史及菸酒檳習慣(必填)			
<p>慢性病史</p> <input type="checkbox"/> 1.高血壓 <input type="checkbox"/> 2.糖尿病 <input type="checkbox"/> 3.腎臟病 <input type="checkbox"/> 4.缺血性心臟病 <input type="checkbox"/> 5.心律不整 <input type="checkbox"/> 6.心臟衰竭 <input type="checkbox"/> 7.腦血管疾病 <input type="checkbox"/> 8.腫瘤 <input type="checkbox"/> 9.貧血 <input type="checkbox"/> 10.關節炎 <input type="checkbox"/> 11.高膽固醇血症 <input type="checkbox"/> 12.痛風或高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 13.過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 14.氣喘 <input type="checkbox"/> 15.慢性肺疾病 <input type="checkbox"/> 16.消化性潰瘍 <input type="checkbox"/> 17.功能性腸胃問題 <input type="checkbox"/> 其他			
<p>家族病史及相關健康問題</p> <p>(若有親人有罹患下列疾病，請填入家屬代碼：A.父 B.母 C.兒女 D.兄弟姊妹 E.父系親戚 F.母系親戚 G.其他)</p> <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.糖尿病【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 3.高血壓【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 4.心臟病【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 5.腦血管病變(中風)【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 6.高血脂【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 7.腎臟病或尿毒症【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 8.惡性腫瘤【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 9.遺傳性腎臟疾病【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 10.多囊腎【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 11.痛風【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 12.自體免疫性疾病【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 13.其他【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 14.不知			
<p>長期藥物使用（使用達 3 個月以上）</p> <input type="checkbox"/> 降血壓藥 <input type="checkbox"/> 胰島素 <input type="checkbox"/> 降血糖藥 <input type="checkbox"/> 降血脂藥 <input type="checkbox"/> 降尿酸藥 <input type="checkbox"/> NSAID <input type="checkbox"/> 中草藥 <input type="checkbox"/> 其他_____			
食物過敏史食物名稱：		藥物過敏史藥物名稱：	
<p>抽菸：</p> 1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸 10 支菸以下、4.平均一天約吸 10 支菸(含)以上			
<p>喝酒：</p> 1.無、2.偶爾交際應酬(每週 1-2 天)、3.經常喝 (每週>2 天)			
<p>嚼檳榔：</p> 1.無、2.偶爾交際應酬(每週 1-2 天)、3.經常嚼或習慣在嚼(每週>2 天)			
身體檢查(皆為必填)			
身高(cm)		血壓(收縮壓/舒張壓)(mmHg)	
體重(kg)		腰圍(cm)	
脈搏(次/每分鐘)			

編號	請想一想 <u>過去七天</u> ，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，多以清蒸、水煮、涼拌等烹調方式為主。(是：1分；否：0分)
3	我有進行了兩次以上(含兩次)的靈性、宗教或民俗信仰活動(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，我睡醒後覺得精神很好，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(如新鮮蔬果、全穀、未加工肉類)為主。(是：1分；否：0分)
	請想一想 <u>過去七天</u> ，並提供您關於以下問題最好的估計值：
13	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)
	<u>0</u> 、1、2、3、4、5、6、7 天(<u>0</u> 、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 <u>1</u> 、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 杯或更多(<u>2</u> 、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)

	<p>1單位酒精 = 10公克純酒精</p> <p>酒品容量 (ml) x 酒精濃度 (%) x 0.785 (酒精密度) = 每瓶酒精含量 (公克)</p>  <p>TALM 臺灣生活型態醫學會 製作 參考資料：衛生福利部心理健康司</p>
	<p>(女 3 以下、男 4 以下，2 分、0 分)</p> <p>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 單位或更多</p>
16	<p>以有喝酒精飲料的那幾天來算，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」)</p>
	<p>(女 1 以下、男 2 以下，2 分、0 分)</p> <p>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 單位或更多</p>
17	<p>我每晚大約睡幾個小時？</p>
	<p>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 小時或更多 (0、3、5 分)</p>
18	<p>我每天大約吃幾份水果？(1 份是 1 拳頭大小或一碗 8 分滿)</p> <p>水果一份</p> <p>約一個拳頭大小，或切塊水果約一碗 8 分滿</p>  <p>TALM 臺灣生活型態醫學會 製作</p>
	<p>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 份或更多 (0、1、2 分)</p>
19	<p>我每天坐著的總時間大約有幾小時？</p>
	<p>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 小時或更多 (3、1、0 分)</p>
20	<p>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。</p>
	<p>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 包或更多 (2、0 分)</p>
	<p>每天平均食用蔬菜的份數(1 份為可食重約 100 公克)。</p>

21	<p style="text-align: center;">蔬菜一份</p> <p style="text-align: center;">約100公克，或半碗至8分滿的煮熟蔬菜</p> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;">  <p style="font-size: small;">臺灣生活型態醫學會 製作 Taiwan Association of Lifestyle Medicine</p> </div>
少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 份或更多(0、1、2 分)	
22	<p>我累積的有氧運動時間，總共有幾分鐘？（例如快走、慢跑等）</p> <p>小於 30、30、45、60、90、120、150、180、210、240、270、300、大於 300 分鐘 (0、1、2、3、4、5 分)</p>

● **各領域總分計算(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_____
- 睡眠與壓力管理：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	
現在是您與醫師合作的好時機，幫助您養成顯著改善健康的生活習慣。	0-20	低於平均
您有一些不錯的健康習慣，但仍有很多生活方式可調整來改善您的健康，並降低疾病風險。	21-30	平均
您有許多良好的健康習慣，但仍有一些領域可以檢視並嘗試改善。	31-40	非常好
您做得很好，但可以對生活方式進行小調整，以達到更好的整體健康狀態。	41-50	優秀

全民健康保險中醫三高病人加強照護方案_費用推估彙整表

費用項目		支付費用(A)	預估人數(B)	合計(=A*B)
個案管理費	基本費用	250	30,000	7,500,000
	個人健康資料加成費	30	30,000	900,000
	生活習慣自評加成費	40	30,000	1,200,000
品質照護獎勵費		1000	30,000	30,000,000
			總計	39,600,000

報告事項

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)」案。

說明：

- 一、依據 115 年 3 月 12 日「西醫基層總額研商議事會議 115 年第 1 次會議」(下稱西醫基層研商會議)決議及 115 年 3 月 16 日台灣基層糖尿病學會建議書辦理。
- 二、經彙整西醫基層研商會議之與會代表建議及台灣基層糖尿病學會建議書，研擬配套措施，並將納入家醫計畫問答集，說明如下：

(一)P 碼申報方式：

1. 為使 P4P 參與診所所有充足時間修正申報方式，P4P-DM/CKD/DKD 原申報之「P 碼」將適用至 115 年 4 月底。
2. 為區隔家醫計畫及 P4P 收案資料，後續規劃特定疾病照護費之「追蹤管理加成費」及「糖尿病新收案整合照護費」，採用特定碼別(不計價)進行申報。
3. 另為方便院所識別 DKD 個案，亦規劃提供「初期慢性腎臟病新收案」特定碼別(不計價)。

(二)個案管理費上限：因本次已將 P4P 預算整併，如為原 P4P 收案個案且為家醫會員，將支付個案管理費及特定疾病照護費，且 P4P 收案個案將不列入個案管理費支付上限額度。

(三)費用支付期程：追蹤管理加成費及糖尿病新收案整合照護費改以按季支付。

(四)P4P 之 VPN 資料登錄：查 P4P 現行登錄資料係以各項檢驗(查)資料為主，考量家醫計畫自 114 年起鼓勵院所上傳個人健康

資料，並已收載全國院所上傳之檢驗(查)資料，爰 VPN 資料無須再登錄。

(五)糖尿病共同照護網資格：「追蹤管理加成費」適用對象為 115 年家醫計畫參與院所原「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，爰院所應維持糖尿病共同照護網資格。

(六)UACR 監測數據合理性：

1. 「糖心腎症候群整合照護提升費」：考量部分個案疾病嚴重度，115 年起已將進步個案納入獎勵範圍。

2. 評核指標之「糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率」，非僅監測控制良好，檢驗數值進步者亦納入評分。

(七)合理門診量排除計算：原 P4P-DM /DKD 為合理門診量排除項目，後續規劃特定碼別設計，維持原排除設定。

三、其餘修訂事項同西醫基層研商會議提案內容，與上述說明綜整如 115 年家醫計畫研擬修訂事項（附件 1，頁次報 4-3~4-4）、條文對照表如附件 2（頁次報 4-5~4-26）、P4P 及家醫費用比較表如附件 3（頁次報 4-27~4-29）。

四、財務評估：

(一)家醫計畫預算係自西醫基層總額部門專款「家庭醫師整合性照護計畫」項下支應，115 年度預算較前一年度增加 12.18 億元，其中 6.842 億元係自同總額部門專款「醫療給付改善方案」項下移入，本署將一併統計移入款金額之適足性。

(二)綜整各項修訂事項，推估全年所需預算需增加 11.29 億元(附件 4)（頁次報 4-30），預算足以支應。

五、本案如獲共識，將依程序陳報衛生福利部核定。

決定：

115 年家庭醫師整合性照護計畫研擬修訂事項

(一)派案及收案規定：為提升三高病人照護率，調整第二階段三高病人收案模式。

1. 前一年度評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群，於第二階段，除現行每名醫師可再自行收案 100 名外，114 年度糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率之 HbA1c 及 LDL 得分皆滿分之社區醫療群，其群內每家診所可自行收案三高病人 100 名。
2. 於年度費用結算時，若第二階段自行收案的 100 名三高病人當年度於收案診所無三高就醫紀錄(診斷+用藥)，將不支付計畫所有費用。

(二)個案管理費：為將家醫計畫與 P4P-DM/CKD/DKD 整合，讓家醫計畫支付趨近 P4P，修訂個案管理費之「特定疾病照護費」如下：

1. 調整「定期檢驗(查)達成加成費」名稱及給付疾病別：原「特定疾病追蹤管理加成費」調整名稱為「定期檢驗(查)達成加成費」，並新增「僅具 DM 者」納入給付。
2. 新增「追蹤管理加成費」：
 - (1) 適用對象：115 年家醫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，當次就醫未用藥者不予給付。
 - (3) 支付方式：DM 每人每次追蹤支付 250 元/次；DKD 每人每次追蹤支付 400 元/次。
3. 新增「糖尿病新收案整合照護費」：針對已符合 P4P-DM 收案條件，尚來不及於 P4P 收案個案，為鼓勵家醫將其收案照護，支付每人 650 元/年。
4. 若收案會員之 P4P-DM/CKD/DKD 與家醫計畫之收案診所相同，僅支付家醫計畫之個案管理費；並於本項費用結算時，扣除個案之 P4P 個案管理費。
5. 另為使 P4P 參與診所即時修正申報方式，P4P-DM/CKD/DKD 原申報之「P 碼」將適用至 115 年 4 月底，115 年 1-4 月申報「P 碼」之費用將由家醫計畫專款支應。

(三)修訂「糖心腎症候群整合照護提升費」：

1. 將進步個案納入獎勵範圍：考量 P4P-DM/CKD/DKD 獎勵範圍包含進步個案，將檢驗(查)結果進步個案納入獎勵範圍。
2. 每項達控制良好(或進步)之檢驗項目皆調升 350 點，調整後支付費用為 500 點/600 點/900 點/1,100 點（原為 150 元/250 元/550 元/750 元）。
3. 為免重複支應品質獎勵金，「個案若同時被家醫及 P4P-DM/CKD/DKD 收案且收案診所為同一家診所，統一由家醫計畫支付品質相關獎勵費用」。

(四)績效獎勵費用-健康管理成效鼓勵(VC-AE)：排除愛滋病用藥。

(五)多重慢性病人門診整合費用：所有會員之醫療給付改善方案案件(案件分類 E1)納入計算。

(六)修訂部分評核指標配分、得分閾值及內容：

1. 過程面指標：

- (1) 「成人預防保健檢查率」、「糞便潛血檢查率」及「B、C 肝炎篩檢率」，按不同指標調整得分及新增得分級距。又「成人預防保健檢查率」、「65 歲以上老人流感注射率」及「糞便潛血檢查率」皆改採基層院所執行量。
- (2) 「B、C 肝炎篩檢率」配合國民健康署修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，修訂計算年齡區間。

2. 結果面指標：

- (1) 「會員急診率」配合推行全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫，排除 UCC 申報案件。
- (2) 「初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率」調整得分條件。
- (3) 「糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率」改以定值作為得分閾值。

3. 自選指標改由本署擇「最優 3 項」進行評分。

4. 加分指標新增「春節期間開診」。

(七)115 年起全面實施家醫計畫 2.0，配合修訂計畫相關文字。

(八)另配合上開修訂事項，同步修訂項次及相關描述文字。

「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修正草案條文對照表

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明
(同現行條文)	<p>壹、計畫依據 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。</p>	
(同現行條文)	<p>貳、計畫說明 全民健康保險保險人(以下稱保險人)自 92 年 3 月 10 日起實施「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」,實施迄今已轉型朝向鼓勵社區醫療群選擇以會員照護成效之支付方案。短期目標期待建立個別化照護管理、平行和垂直轉診機制、全天候健康諮詢專線,奠定全民皆有家庭醫師之基礎;長期目標為落實家庭責任醫師及照護責任,提升醫療品質。 此外民眾就醫的自由在台灣為全民健保的一大特色,因此最理想的家庭醫師照護是病人由其最常就醫的診所將其收案成為家醫忠誠會員,該主要照護診所對其有照護的責任。若主要照護診所能針對其忠誠病人,提供以病人為中心,周全性、協調性、連續性的服務,除了可提供病人更有品質的醫療照護,更可鞏固醫病關係,紮根家庭醫師的概念,亦可因照護責任確認,使計畫誘因的計算更為合理。但因預算經費有限,對病人本身相對健康狀況或自我照護良好者,對診所醫療之需求不高,應可先排除在本計畫之外,使有限的資源用在更需要醫師照護的病人身上。 若上開病人之主要照護診所能參與本計畫並將該等病人收為會員,提供整合性照護,包括個案管理、24 小時諮詢專線、與合作醫院的轉診機制、醫療照護品質的提升等,除可增加病人對基層診所的認同,建立家庭醫師制度的規模,亦可使計畫預算做更有效益的運用,並可提升醫療品質確保病人就醫的權益。</p>	
(同現行條文)	<p>參、計畫目的 一、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,同時提供家庭與社區健康服務,以落實全人、全家、全社區的整合照護。 二、以民眾健康為導向,建立以病人為中心、家庭為核心、社區為範疇的健康照護觀念,提升醫療服務品質。 三、為全民健康保險法實施家庭責任醫師制度奠定基礎。</p>	
(同現行條文)	<p>肆、經費來源 全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「家庭醫師整合性照護計畫」專款項目。</p>	
(同現行條文)	<p>伍、推動策略及計畫照護範圍 一、成立社區醫療群,以群體力量提供服務。 二、提供參與本計畫之社區醫療群適當誘因,並由保險人提供最適收案名單予社區醫療群,使最需被優先照護的個案分階段由基層診所收案,期使保險對象於其最常就醫之主要照護診所中,獲得完整的醫療照護。 三、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。 四、整合基層與醫院的醫療照護品質,先促進社區水平整合,提供民眾完善整合性照護,並以此為基礎,作為未來垂直整合醫療體系照護模式的基礎。</p>	

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明
(同現行條文)	<p>陸、組織運作</p> <p>一、社區醫療群之組織運作型式：</p> <p>(一)以同一地區 5 家以上(含)特約西醫診所為單位或聯合診所具有 5 位專任醫師以上且結合該地區其他 3 家特約診所以上組成，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，惟 1 家聯合診所限成立 1 個社區醫療群且所有醫師須加入同一社區醫療群。</p> <p>(二)診所位於主管機關公告之次醫療區域，且該區域前一年度無參加本計畫之診所或僅有 1 個社區醫療群者，得由 2 家(含)以上診所，結合特約醫院組成社區醫療群，向保險人分區業務組申請通過後成立，不受前項家數及專科別之規範。</p> <p>(三)社區醫療群應與 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。</p> <p>(四)新參與計畫之規範</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>(五)社區醫療群得與下列醫事服務機構作為合作單位：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.合作社區藥局、物理治療所及檢驗所：提供民眾用藥、檢驗檢查等就近於社區之醫療服務。 2.合作診所：提供復健科、眼科、精神科等服務(如社區醫療群內診所具上述專科服務，不在此限)。 	
<u>(六)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。</u>	<p>(六)家醫 2.0 社區醫療群：申請成為「家醫 2.0 醫療群」之診所，若當年度未參加全民健康保險醫療給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案，(以下稱 P4P-DM/CKD/DKD 方案)，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。</p> <p>(七)全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫將於 115 年度擴大照護服務範圍，因此自 115 年起，全面實施家醫 2.0 社區醫療群。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>115 年起全面實施家醫計畫 2.0，配合修訂計畫相關文字。</p>
(同現行條文)	<p>二、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。</p>	
(同現行條文)	<p>三、社區醫療群之業務：</p> <p>(一)設立會員 24 小時諮詢專線</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.參與計畫之社區醫療群，應共同提供 24 小時諮詢專線服務，提供會員於有需要時，能立即獲得醫療諮詢服務，進一步減少民眾不必要的就醫需求。所提供之具體服務項目如下： <ol style="list-style-type: none"> (1)提供健康照護之建議。 (2)提供就醫地點並協助聯繫就醫。 (3)緊急狀況發生時，適時轉介個案收案醫師協助。 2.24 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，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。 	

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明
	<p>(二)建立醫療照護品質提升及轉診機制</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.參與計畫之基層診所醫師與 1-2 家特約醫院作為合作對象(地區醫院家數不限)，並得至合作醫院開設共同照護門診(不限其轉診對象)。所提供之共同照護門診亦可以家戶會員之病房巡診、個案研討與社區衛教宣導(須含用藥安全宣導)等代替。 2.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： <ol style="list-style-type: none"> (1)醫師交班表：至少含括下列項目： <ol style="list-style-type: none"> A.兩位醫師共同照護結果。 B.明列用藥及檢查結果。 C.醫院及診所醫師連絡方式。 (2)轉診單。 (3)轉診個案照護討論會：每季由醫院及診所共同召開。 (4)社區醫療群與合作醫院定期由護理人員、營養師、藥師、醫檢師、社工師或其他專業人員，共同辦理會員團體衛教指導。 3.社區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。合作內容至少需包含下列項目： <ol style="list-style-type: none"> (1)雙向轉診流程：包含安排病人轉診、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：包含合作醫院下轉穩定慢性病人至社區醫療群提供照護、合作醫院與診所醫師間之交班流程等。 (3)慢性病人用藥一致。 (4)醫療品質提升計畫。 4.社區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。 5.社區醫療群與合作醫院應提供收案會員跨院際合作加值服務，如就醫、檢查快速通道、掛號優先等。 	
(同現行條文)	<p>(三)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(滿意度問卷內容詳附件一)。</p> <p>(四)應製作家庭會員權利義務說明書或家庭醫師整合性照護計畫會員通知(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 24 小時諮詢專線及該社區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，並留存備查。參與診所應於診所明</p>	

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明
	<p>顯處張貼參與本計畫識別標幟及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單。</p> <p>(五)社區醫療群宜運用家醫大平台追蹤家醫會員照護情形及健康狀況，以提升慢性病會員之健康管理效率。並得與本保險數位照護獎勵計畫之審核通過廠商合作，導入數位工具，進行個案健康管理。</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"> 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。 2.協助處理轉介病人及個案管理：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，以提供適切、連續性醫療照護。 <p>(二)為利有效使用資源，降低管理成本，各社區醫療群亦可於中華民國醫師公會全國聯合會(以下稱醫師全聯會)、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。</p> <p>(三)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)執行，若有違反情事，該社區醫療群應即終止本計畫。核心業務包含下列項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 2.24 小時諮詢專線服務。 3.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。 4.社區衛教宣導。 5.個案研討、共同照護門診、病房巡診。 6.登錄個案：上傳會員名單至健保資訊網服務系統(以下稱 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 小時諮詢專線及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單)等。 	<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"> 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。 2.協助處理轉介病人及個案管理：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，以提供適切、連續性醫療照護。 <p>(二)為利有效使用資源，降低管理成本，各社區醫療群亦可於中華民國醫師公會全國聯合會(以下稱醫師全聯會)、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。</p> <p>(三)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)執行，若有違反情事，該社區醫療群應即終止本計畫。核心業務包含下列項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 2.24 小時諮詢專線服務。 3.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。 4.社區衛教宣導。 5.個案研討、共同照護門診、病房巡診。 6.登錄個案：上傳會員名單至健保資訊網服務系統(以下稱 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 小時諮詢專線及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單)等。 	<p>健保署說明：</p> <p>115 年起全面實施家醫計畫 2.0，配合修訂計畫相關文字。</p>
(同現行條文)	<p>五、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：</p> <ol style="list-style-type: none"> (一)協助個案健康評估、聯繫及協調照護計畫。 (二)協助處理安排病人轉診及追蹤轉診病人治療結果。 (三)規劃會員之健康管理與疾病預防衛教。 (四)對於穩定之慢性病會員提供持續性的健康維護指導。 	
(同現行條文)	<p>六、社區醫療群及計畫執行中心應遵守「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。</p>	
(同現行條文)	<p>柒、收案對象(會員)</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫基層門診明細清單資料區分為慢性病及非慢性病就醫之保險對象，並將較需照護之名單，交付該參與本計畫 	

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明
	<p>之社區醫療群提供健康管理。前述名單排除代辦案件《如：產檢、小兒健檢、流感注射等》、外傷、門診論病例計酬及前一年本保險地區醫院全人全社區照護計畫（下稱全人計畫）收案者。較需照護之名單如下：</p> <p>(一)慢性病個案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.係指前一年全國就醫資料中，屬全民健康保險醫療辦法所列慢性病範圍之病人，其曾於西醫基層門診就醫 4 次且平均用藥日數 7 天以上，或慢性病給藥天數大於 60 天，依醫療費用選取最高 90%且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。 2. 65 歲(含)以上多重慢性病病人。 3.參與醫療給付改善方案(係指 P4P-DM/CKD/DKD 方案、氣喘、BC 型肝炎或慢性阻塞性肺病等方案)之個案。 <p>(二)非慢性病個案：係指符合下列資格者，且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.非屬前述慢性病個案：依醫療費用選取最高 30%之病人。 2. 3-5 歲(含)兒童：選取醫療費用最高 60%之病人。 3.門診高利用個案：至基層診所門診就醫次數≥50 次之病人。 	
<p>(三)名單交付原則如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.較需照護個案若已被 P4P-DM/CKD/DKD、代謝症候群防治計畫(以下稱代謝計畫)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 P4P-DKD、P4P-DM、代謝計畫、P4P-CKD 收案診所為優先交付順序。 2.其餘個案按下列交付原則： <ol style="list-style-type: none"> (1)慢性病個案：以慢性疾病給藥日份最高診所收案照顧，且於該診所門診慢性疾病就醫次數達 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，次年則再依交付原則分派院所收案。 (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≥33 次/年。若診所就醫次數相同，則由費用最高的診所收案。 	<p>(三)名單交付原則如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.較需照護個案若已被 P4P-DM/CKD/DKD、代謝症候群防治計畫(以下稱代謝計畫)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 P4P-DKD、P4P-DM、代謝計畫、P4P-CKD 收案診所為優先交付順序。 2.其餘個案按下列交付原則： <ol style="list-style-type: none"> (1)慢性病個案：以慢性疾病給藥日份最高診所收案照顧，且於該診所門診慢性疾病就醫次數達 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，次年則再依交付原則分派院所收案。 (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≥33 次/年。若診所就醫次數相同，則由費用最高的診所收案。 (3)三高病人：保險人將未於第一階段收案之較需照護族群之三高病人名單交付該病人曾因三高疾病就醫≥2 次之參與計畫之診所。 	<p>健保署說明：</p> <p>配合 115 年調整第二階段三高病人收案方式，修改相關內容。</p>
<p>二、社區醫療群醫師自行收案部分採定額方式(以參與計畫醫師個數為單位)，每名醫師加收人數上限為 200 名，上年度評核指標≥90 分之社區醫療群，每名醫師加收人數上限為 300 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，且以非全人計畫之應照護族群為原則；另每家參與診所自行收案人數不得超過 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。<u>另 114 年度糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率之 HbA1c 及 LDL 得分皆滿分之社區醫療群，其每家診所可加收 100 名三高病人。</u></p>	<p>二、社區醫療群醫師自行收案部分採定額方式(以參與計畫醫師個數為單位)，每名醫師加收人數上限為 200 名，上年度評核指標≥90 分之社區醫療群，每名醫師加收人數上限為 300 名，<u>另可加收 100 名保險人第二階段交付之三高病人</u>，以指定收案會員之家庭成員及該醫師之忠誠病人為優先，且以非全人計畫之應照護族群為原則；另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，<u>另保險人第二階段交付之三高病人不得超過 600 名。</u></p>	<p>健保署說明：</p> <p>為有效提升三高病人照護率，調整第二階段收案方式為：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.前年度評核指標≥90 分之社區醫療群，於第二階段，除現行每名醫師可再自行收案 100 名外，前一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(114 年以尚未調整成績為準)皆滿分之社區醫療群，其每家診所可自行收案三高病人 100 名。 2.於年度費用結算時，若第二階段自行收案的 100 名三高病人當年度於收案診所無三高就醫紀錄（診斷+用藥），將不支付計畫所有費用。 3.財務推估：經統計 114 年糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率之 HbA1c 及 LDL 得分(尚未調整版)皆滿分之社區醫療群計 89 群，共 910 家診所，若第二

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明																		
		<p>階段每家診所自行收案之三高病人，以收案率 8 成，推估收案 7.28 萬名，增加支出 2.06 億點：</p> <table border="1" data-bbox="1938 302 2887 919"> <thead> <tr> <th>費用項目</th> <th>推估費用(億點)</th> <th>推估說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>個管費</td> <td>0.98</td> <td>=7.28 萬*(1350)(暫以糖尿病個案之費用 250+100+1000 元推估)</td> </tr> <tr> <td>績效獎勵費</td> <td>0.3</td> <td>=7.28 萬*410 (113 年平均每人績效獎勵費為 410 點)</td> </tr> <tr> <td>多重慢性病人門診整合費用</td> <td>0.6</td> <td>=7.28 萬*85%*25%*550+ 14.6 萬*85%*75%*1100 (113 年具 2 種以上慢性病人中，約 85%獲獎勵，且獎勵比例(550 點：1100 點)為 1：3)</td> </tr> <tr> <td>糖心腎症候群整合照護提升費</td> <td>0.18</td> <td>=7.28 萬*36.8%*(333.9+250) (113 年糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費，符合控制好或進步人數約 36.8%，平均每人 333.9 點)</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>2.06</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	費用項目	推估費用(億點)	推估說明	個管費	0.98	=7.28 萬*(1350)(暫以糖尿病個案之費用 250+100+1000 元推估)	績效獎勵費	0.3	=7.28 萬*410 (113 年平均每人績效獎勵費為 410 點)	多重慢性病人門診整合費用	0.6	=7.28 萬*85%*25%*550+ 14.6 萬*85%*75%*1100 (113 年具 2 種以上慢性病人中，約 85%獲獎勵，且獎勵比例(550 點：1100 點)為 1：3)	糖心腎症候群整合照護提升費	0.18	=7.28 萬*36.8%*(333.9+250) (113 年糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費，符合控制好或進步人數約 36.8%，平均每人 333.9 點)	合計	2.06	
費用項目	推估費用(億點)	推估說明																		
個管費	0.98	=7.28 萬*(1350)(暫以糖尿病個案之費用 250+100+1000 元推估)																		
績效獎勵費	0.3	=7.28 萬*410 (113 年平均每人績效獎勵費為 410 點)																		
多重慢性病人門診整合費用	0.6	=7.28 萬*85%*25%*550+ 14.6 萬*85%*75%*1100 (113 年具 2 種以上慢性病人中，約 85%獲獎勵，且獎勵比例(550 點：1100 點)為 1：3)																		
糖心腎症候群整合照護提升費	0.18	=7.28 萬*36.8%*(333.9+250) (113 年糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費，符合控制好或進步人數約 36.8%，平均每人 333.9 點)																		
合計	2.06																			
<p>捌、管理登錄個案</p> <p>一、參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。</p> <p>二、社區醫療群需於計畫公告 2 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上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附錄 1)。</p> <p>(一)第一階段：</p> <p>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。</p> <p>2.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。</p> <p>(二)第二階段：依上年度評核指標分數達成情形，評核指標≥90 分之社區醫療群，每名醫師可再上傳自行收案個案加收之 100 名及每家診所三高病人 100 名。</p> <p><u>三、第二階段自行收案之三高病人年度內未於收案診所因三高疾病就醫，不支付本計畫所有費用。</u></p> <p>四、參與本計畫之醫療院所應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。</p>	<p>捌、管理登錄個案</p> <p>一、參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。</p> <p>二、社區醫療群需於計畫公告 2 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上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附錄 1)。</p> <p>(一)第一階段：</p> <p>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。</p> <p>2.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。</p> <p>(二)第二階段：依上年度評核指標分數達成情形，評核指標≥90 分之社區醫療群，每名醫師可再上傳自行收案個案加收之 100 名及三高病人 100 名。</p> <p>三、參與本計畫之醫療院所應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>配合 115 年調整第二階段三高病人收案方式，修改相關內容，並於計畫敘明第二階段自行收案之三高病人年度內未於收案診所因三高疾病就醫(含診斷及用藥)，不支付本計畫所有費用。</p>																		
<p>(同現行條文)</p>	<p>玖、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求</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暨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(含行政救濟程序中尚未執行者)。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。</p>	<p>1.</p>																		

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明
(同現行條文)	<p>二、參與計畫診所一年內沒有下列紀錄者：</p> <p>(一)社區醫療群或診所未函知保險人各分區業務組異動情形，致自動退出本計畫之紀錄。</p> <p>(二)經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄。</p> <p>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。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>	
(同現行條文)	<p>三、醫療院所參與本計畫執行期間因涉及有特管辦法第三十八至第四十條中各條所列違規情事之一暨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(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停約或終止特約日起同步終止本計畫。若合作醫院停約 1 個月不在此限。</p>	
<p>四、教育訓練：</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。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；具內科、外科、兒科、婦產科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及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程；具家庭醫學科、內科、外科、兒科、婦產科以外專科醫師資格之醫師除應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程，另應完成 8 小時其他專科醫師專業教育訓練課程。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> <p>(二)未符合糖尿病共同照護網資格之診所，其診所內參與本計畫之醫師應按其收案對象之疾病樣態，接受下列 DM/CKD 相關教育課程，且須包含高血壓及心血管防治內容。</p> <p>1.各項疾病之時數要求如下：</p> <p>(1)第一年：</p> <p>A.糖尿病(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。</p> <p>B.初期慢性腎臟病(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。</p> <p>C. DM+CKD：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。</p> <p>(2)第一年後，每年需接受 8 小時之糖尿病繼續教育訓練課程。</p> <p>2.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(含各層級醫院協會)、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、台灣基層糖尿病協會、中華民國診所協會全國聯合會、各縣市衛生局及專科醫學會等主辦。</p>	<p>四、教育訓練：</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。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；具內科、外科、兒科、婦產科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及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程；具家庭醫學科、內科、外科、兒科、婦產科以外專科醫師資格之醫師除應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程，另應完成 8 小時其他專科醫師專業教育訓練課程。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> <p>(二)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其收案對象之疾病樣態，接受下列 DM/CKD 相關教育課程，且須包含高血壓及心血管防治內容。</p> <p>1.各項疾病之時數要求如下：</p> <p>(1)第一年：</p> <p>A.糖尿病(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。</p> <p>B.初期慢性腎臟病(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。</p> <p>C. DM+CKD：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。</p> <p>(2)第一年後，每年需接受 8 小時之糖尿病繼續教育訓練課程。</p> <p>2.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(含各層級醫院協會)、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</p>	<p>健保署說明：</p> <p>115 年起全面實施家醫計畫 2.0，配合修訂計畫相關文字。</p>

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明											
	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、台灣基層糖尿病協會、中華民國診所協會全國聯合會、各縣市衛生局及專科醫學會等主辦。												
(同現行條文)	<p>壹拾、費用申報及支付方式</p> <p>一、社區醫療群原有之醫療服務及預防保健服務，依現行「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、總額支付制度及主管機關公告之「醫事服務機構辦理預防保健注意事項」相關規定支付，由各診所依實際執行情況按月申報，費用撥入個別帳戶。本計畫相關費用撥入社區醫療群指定帳戶(或依計畫執行中心之申請撥入各基層診所)。</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，於追扣補付系統辦理社區醫療群帳務處理「`214` 家庭醫師整合性照護計畫補付」及「`114` 家庭醫師整合性照護計畫追扣」，「`294` 家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金補付」及「`194` 家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金追扣」，「`205` 家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合費補付」及「`105` 家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合費追扣」，「`2N5` 家庭醫師整合性照護計畫-失智症門診照護家庭諮詢費補付」及「`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」，「`2AD` 家庭醫師整合性照護計畫-糖心腎症候群整合照護提升費補付」及「`1AD` 家庭醫師整合性照護計畫-糖心腎症候群整合照護提升費追扣」，「`2BX` 家庭醫師整合性照護計畫糖尿病病人之胰島素注射獎勵費補付」，「`1 BX` 家庭醫師整合性照護計畫糖尿病病人之胰島素注射獎勵費追扣」，「`2BY` 家庭醫師整合性照護計畫生活習慣自評獎勵費補付」及「`1 BY` 家庭醫師整合性照護計畫生活習慣自評獎勵費追扣」。</p> <p>三、參與計畫之診所申報會員門診醫療費用請依門診醫療費點數申報格式規定申報。</p>												
<p>四、社區醫療群收案會員，經費撥付原則如下：</p> <p>(一)個案管理費：</p> <p>1.支付項目：</p> <p>(1)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。</p> <p>(2)個人健康資料加成費：完成個人健康資料建檔者(詳附件二)，每人支付 30 元/年。</p> <p>(3)特定疾病照護費：</p> <p>A.特定疾病範圍：糖尿病、初期慢性腎臟病、動脈粥狀硬化心血管疾病(下稱 ASCVD)風險等級達非常高或極高。</p> <p>B.支付條件：</p> <p>(A)定期檢驗(查)達成加成費：僅具糖尿病或具 2 種以上特定疾病者，達定期追蹤照護者，每人支付 100 元/年：</p> <p>i.定期追蹤照護之定義：</p>	<p>四、社區醫療群收案會員，經費撥付原則如下：</p> <p>(一)個案管理費：</p> <p>1.支付項目：</p> <p>(1)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。</p> <p>(2)個人健康資料加成費：完成個人健康資料建檔者(詳附件二)，每人支付 30 元/年。</p> <p>(3)特定疾病追蹤管理加成費：具 2 種以上特定疾病者，達定期追蹤照護者，每人支付 100 元/年：</p> <p>甲、適用範圍：家醫 2.0 收案會員。</p> <p>乙、疾病類別：糖尿病、初期慢性腎臟病、動脈粥狀硬化心血管疾病(下稱 ASCVD)風險等級達非常高或極高。</p> <p>丙、定期追蹤照護之定義：</p>	<p>健保署說明：</p> <p>1.115 年家醫計畫與 P4P-DM/CKD/DKD 整合，重複收案個案統一由家醫計畫照護，並調整家醫計畫相關費用支付額度趨近 P4P，修訂個案管理費之「特定疾病照護費」如下：</p> <p>(1)原「個案費-特定疾病追蹤管理加成費」調整名稱為「定期檢驗(查)達成加成費」，新增僅具 DM 者納入給付。</p> <p>(2)「追蹤管理加成費」依疾病別(DM/DKD)每人每次追蹤支付 250~400 元/次。</p> <p>(3)「糖尿病新收案整合照護費」支付每人 650 元/年。</p> <p>2.財務預估：</p> <p>(1)以 114 年 P4P-DM/DKD 收案個案，統計其 114 年就醫次數(當次就醫有開立降血糖藥)，人數分布如下：</p> <table border="1" data-bbox="1938 1774 2775 1927"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>就醫次數</th> <th>其中為家醫 16 期收案者, 其 P4P 院所為診所者</th> <th>其中非家醫 16 期收案者,其 P4P 院所為家醫參與院所者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">P4P-DM</td> <td>0 次</td> <td>157</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>1 次</td> <td>5,895</td> <td>1,691</td> </tr> </tbody> </table>	項目	就醫次數	其中為家醫 16 期收案者, 其 P4P 院所為診所者	其中非家醫 16 期收案者,其 P4P 院所為家醫參與院所者	P4P-DM	0 次	157	18	1 次	5,895	1,691
項目	就醫次數	其中為家醫 16 期收案者, 其 P4P 院所為診所者	其中非家醫 16 期收案者,其 P4P 院所為家醫參與院所者										
P4P-DM	0 次	157	18										
	1 次	5,895	1,691										

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)					114 年現行條文					修正說明																																																																															
<p>(i)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)。</p> <p>(ii)各疾病組合對應之檢驗項目及應達到檢驗次數如下：</p>					<p>(甲)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)。</p> <p>(乙)各疾病組合對應之檢驗項目及應達到檢驗次數如下：</p>					<table border="1"> <tr> <td></td> <td>2 次</td> <td>19,073</td> <td>3,117</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 次</td> <td>131,909</td> <td>7,940</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>4 次以上</td> <td>108,498</td> <td>10,674</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>總計</td> <td>265,532</td> <td>23,440</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="6">P4P-DKD</td> <td>0 次</td> <td>13</td> <td>-</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1 次</td> <td>1,480</td> <td>100</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 次</td> <td>6,250</td> <td>237</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 次</td> <td>60,707</td> <td>1,798</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 次以上</td> <td>49,906</td> <td>1,913</td> <td></td> </tr> <tr> <td>總計</td> <td>118,356</td> <td>4,048</td> <td></td> </tr> </table>						2 次	19,073	3,117			3 次	131,909	7,940			4 次以上	108,498	10,674			總計	265,532	23,440		P4P-DKD	0 次	13	-		1 次	1,480	100		2 次	6,250	237		3 次	60,707	1,798		4 次以上	49,906	1,913		總計	118,356	4,048																															
	2 次	19,073	3,117																																																																																						
	3 次	131,909	7,940																																																																																						
	4 次以上	108,498	10,674																																																																																						
	總計	265,532	23,440																																																																																						
P4P-DKD	0 次	13	-																																																																																						
	1 次	1,480	100																																																																																						
	2 次	6,250	237																																																																																						
	3 次	60,707	1,798																																																																																						
	4 次以上	49,906	1,913																																																																																						
	總計	118,356	4,048																																																																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">疾病組合</th> <th colspan="4">當年度檢驗(查)項目應達到次數</th> </tr> <tr> <th>糖化血紅素(HbA1c)</th> <th>低密度脂蛋白(LDL)</th> <th>尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)</th> <th>血壓</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>僅具 DM</td> <td>2 次</td> <td>2 次</td> <td>-</td> <td rowspan="5">前一年曾診斷為高血壓並開立相關用藥者：3 次</td> </tr> <tr> <td>DM+CKD</td> <td>2 次</td> <td>2 次</td> <td>2 次</td> </tr> <tr> <td>DM+ASCVD</td> <td>2 次</td> <td>2 次</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>CKD+ASCVD</td> <td>-</td> <td>2 次</td> <td>2 次</td> </tr> <tr> <td>DM+CKD+ASCVD</td> <td>2 次</td> <td>2 次</td> <td>2 次</td> </tr> </tbody> </table>					疾病組合	當年度檢驗(查)項目應達到次數				糖化血紅素(HbA1c)	低密度脂蛋白(LDL)	尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)	血壓	僅具 DM	2 次	2 次	-	前一年曾診斷為高血壓並開立相關用藥者：3 次	DM+CKD	2 次	2 次	2 次	DM+ASCVD	2 次	2 次	-	CKD+ASCVD	-	2 次	2 次	DM+CKD+ASCVD	2 次	2 次	2 次	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">疾病組合</th> <th colspan="4">當年度檢驗(查)項目應達到次數</th> </tr> <tr> <th>糖化血紅素(HbA1c)</th> <th>低密度脂蛋白(LDL)</th> <th>尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)</th> <th>血壓</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DM+CKD</td> <td>2 次</td> <td>2 次</td> <td>2 次</td> <td rowspan="5">前一年曾診斷為高血壓並開立相關用藥者：3 次</td> </tr> <tr> <td>DM+ASCVD</td> <td>2 次</td> <td>2 次</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>CKD+ASCVD</td> <td>-</td> <td>2 次</td> <td>2 次</td> </tr> <tr> <td>DM+CKD+ASCVD</td> <td>2 次</td> <td>2 次</td> <td>2 次</td> </tr> <tr> <td>CVD</td> <td>2 次</td> <td>2 次</td> <td>2 次</td> </tr> </tbody> </table>					疾病組合	當年度檢驗(查)項目應達到次數				糖化血紅素(HbA1c)	低密度脂蛋白(LDL)	尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)	血壓	DM+CKD	2 次	2 次	2 次	前一年曾診斷為高血壓並開立相關用藥者：3 次	DM+ASCVD	2 次	2 次	-	CKD+ASCVD	-	2 次	2 次	DM+CKD+ASCVD	2 次	2 次	2 次	CVD	2 次	2 次	2 次	<p>(2)針對已同時為家醫會員者(合同/不同診所收案)，將增加支出「追蹤管理加成費」及「定期檢驗(查)達成加成費」，推估增加支出 4.03 億元，說明如下：</p> <p>A. 追蹤管理加成費推估，約增加支出 3.77 億元。 $(DM5,895*250*1+19,073*250*2+131,909*250*3+108,498*250*4=2.18/DKD 1,480*400*1+6,250*400*2+60,707*400*3+49,906*400*4=1.58)$</p> <p>B. 另定期檢驗(查)達成加成費部分，「僅具糖尿病」個案為新增支付對象，爰約增加 0.26 億元。$(265,532*100)$</p> <p>(3)針對 114 年非屬家醫會員者，但其 P4P 診所所有參加家醫：</p> <p>A. 查 114 年 P4P-DM 參與診所(1,392 家)中，家醫診所(1,199 家)約占 86%；P4P-DKD 參與診所(850 家)中，家醫診所(784 家)約占 92%。</p> <p>B. 上述個案將增加支出「基本個管費」、特定疾病照護費之「定期檢驗(查)達成加成費」及「追蹤管理加成費」，DM 及 DKD 個案將分別增加支出 0.268 億元及 0.069 億元，合計推估增加支出 0.337 億元。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>DM</th> <th>DKD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>基本個管費</td> <td>23,440*250=0.0586</td> <td>4,048*250=0.01</td> </tr> <tr> <td>特定疾病定期檢驗(查)達成加成費</td> <td>23,440*100=0.023</td> <td>4,048*100=0.004</td> </tr> <tr> <td>特定疾病追蹤管理加成費</td> <td>1,691*250*1+3,117*250*2+7,940*250*3+10,674*250*4=0.186</td> <td>100*400*1+237*400*2+1,798*400*3+1,913*400*4=0.054</td> </tr> <tr> <td>總計</td> <td>0.268</td> <td>0.069</td> </tr> </tbody> </table> <p>(4)針對已符合 P4P-DM 收案條件，尚來不及於 P4P 收案之個案，參考 114 年度糖尿病第一階段新收案管理照護費申報人數 101,131 人，且 114 年 P4P-DM 參與診所(1,392 家)中，家醫診所(1,199 家)約占 86%，推估「糖尿病新收案整合照護費」增加支出 0.56 億元。$(101,131*650*86%)$</p> <p>(5)綜上，本項調整合計增加支出 4.93 億元。</p>					項目	DM	DKD	基本個管費	23,440*250=0.0586	4,048*250=0.01	特定疾病定期檢驗(查)達成加成費	23,440*100=0.023	4,048*100=0.004	特定疾病追蹤管理加成費	1,691*250*1+3,117*250*2+7,940*250*3+10,674*250*4=0.186	100*400*1+237*400*2+1,798*400*3+1,913*400*4=0.054	總計	0.268	0.069
疾病組合	當年度檢驗(查)項目應達到次數																																																																																								
	糖化血紅素(HbA1c)	低密度脂蛋白(LDL)	尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)	血壓																																																																																					
僅具 DM	2 次	2 次	-	前一年曾診斷為高血壓並開立相關用藥者：3 次																																																																																					
DM+CKD	2 次	2 次	2 次																																																																																						
DM+ASCVD	2 次	2 次	-																																																																																						
CKD+ASCVD	-	2 次	2 次																																																																																						
DM+CKD+ASCVD	2 次	2 次	2 次																																																																																						
疾病組合	當年度檢驗(查)項目應達到次數																																																																																								
	糖化血紅素(HbA1c)	低密度脂蛋白(LDL)	尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)	血壓																																																																																					
DM+CKD	2 次	2 次	2 次	前一年曾診斷為高血壓並開立相關用藥者：3 次																																																																																					
DM+ASCVD	2 次	2 次	-																																																																																						
CKD+ASCVD	-	2 次	2 次																																																																																						
DM+CKD+ASCVD	2 次	2 次	2 次																																																																																						
CVD	2 次	2 次	2 次																																																																																						
項目	DM	DKD																																																																																							
基本個管費	23,440*250=0.0586	4,048*250=0.01																																																																																							
特定疾病定期檢驗(查)達成加成費	23,440*100=0.023	4,048*100=0.004																																																																																							
特定疾病追蹤管理加成費	1,691*250*1+3,117*250*2+7,940*250*3+10,674*250*4=0.186	100*400*1+237*400*2+1,798*400*3+1,913*400*4=0.054																																																																																							
總計	0.268	0.069																																																																																							
<p>註.按各疾病治療指引建議頻率：DM 病人之 HbA1c 為 1 次/3 個月、LDL 為 1 次/年(若血脂異常或使用降血脂藥物則為 1 次/3~6 月)。CKD 病人之 UACR 為 1 次/半年。ASCVD 風險等級達非常高或極高病人：若經治療達標，則維持治療，並每半年追蹤 LDL；若未達標，應檢視服藥狀況，並於更動治療後 1 至 3 個月內追蹤 LDL。</p> <p>(iii)檢驗數值來源：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。</p> <p>(B)「追蹤管理加成費」：依疾病別(DM / DKD)及年度追蹤次數分次支付，以反映實際照護投入。</p> <p>i. 支付條件：</p> <p>(i)115 年家醫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。</p> <p>(ii)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，當次就醫未用藥者不予給付。</p> <p>ii. 支付方式：DM 每人每次追蹤支付 250 元/次，申報編號○○○○○○(不計價)；DKD 每人每次追蹤支付 400 元/次，申報編號○○○○○○(不計價)。</p> <p>(C)「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，且收案當次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，申報編號○○○○○○(不計價)。</p> <p>(D)「初期慢性腎臟病個案」：</p> <p>i. 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次診斷應符合慢性腎臟病)者，申報編號○○○○○○(不計價)。</p> <p>ii. 原 P4P-CKD 收案個案，於每次追蹤時，申報編號○○○○○○(不計價)</p> <p>iii. 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」。</p> <p>2. 支付每位醫師個案管理費上限為 1,080 名(上年度評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群醫師上限為 1,180 名)，前述支付上限人數不含下列個案：</p> <p>(1)第二階段加收之三高病人。</p> <p>(2)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，及 115 年已符合 P4P-DM/CKD/DKD 收案條件</p>					<p>註.按各疾病治療指引建議頻率：DM 病人之 HbA1c 為 1 次/3 個月、LDL 為 1 次/年(若血脂異常或使用降血脂藥物則為 1 次/3~6 月)。CKD 病人之 UACR 為 1 次/半年。ASCVD 風險等級達非常高或極高病人：若經治療達標，則維持治療，並每半年追蹤 LDL；若未達標，應檢視服藥狀況，並於更動治療後 1 至 3 個月內追蹤 LDL。</p> <p>丁、檢驗數值來源：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。</p> <p>2. 支付每位醫師個案管理費上限為 1,080 名(上年度評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群醫師上限為 1,180 名)，前述支付上限人數不含第二階段加收之三高病人。</p> <p>3. 上述僅為個案管理費支付人數上限，但並非收案會員上限，仍可依實際收案會員數，計算、支付績效獎勵費用。</p> <p>4. 支付條件：</p> <p>(1)本計畫會員如為本保險醫療給付改善方案之收案個案，若與本計畫屬同一收案診所，自該計畫收案日起不予支付個案管理費；若與本計畫非屬同一診所收案，則予以支付個案管理費。本計畫會員如為本保險居家醫療照護整合計畫之收案個案，自該計畫收案日起不予支付本計畫之個案管理費。</p> <p>(2)前項個案及死亡個案之個案管理費按收案月份等比例支付。</p> <p>(3)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>(4)社區醫療群上年度評核指標未達 70 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；上年度評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群，於上傳會員資料</p>																																																																																				

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明
<p>3.上述僅為個案管理費支付人數上限，但並非收案會員上限，仍可依實際收案會員數，計算、支付績效獎勵費用。</p> <p>4.支付條件：</p> <p>(1)本計畫會員如為本保險醫療給付改善方案之收案個案，若與本計畫屬同一收案診所，<u>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，如有申報情形，將於本項費用結算時扣除</u>；若與本計畫非屬同一診所收案，則予以支付個案管理費。本計畫會員如為本保險居家醫療照護整合計畫之收案個案，自該計畫收案日起不予支付本計畫之個案管理費。</p> <p>(2)前項個案及死亡個案之個案管理費按收案月份等比例支付。</p> <p>(3)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>(4)社區醫療群上年度評核指標未達 70 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；上年度評核指標≥ 90分之社區醫療群，於上傳會員資料第二階段之自行收案個案，其當年度之個案管理費，溯自社區醫療群醫師參與當年度計畫起日計算。</p> <p>5.本項費用以群為單位，每半年撥付 1 次；由保險人分區業務組於期中及年度結束，經審查通過後一個月內撥付 50%費用。相關之必要欄位需填寫完整，填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則核扣該筆個案管理費用。</p> <p>6.考量會員照護之完整性，參與計畫之特約院所或醫師於參與計畫期間，如因故中途退出本計畫，則依承作月份按比例核付個案管理費(收案前三個月內退出者除外)，其餘費用則不予核付。</p> <p>7.為達全人照護目標，得視個案需要填具「全人照護評估單」(詳附件三)。</p>	<p>第二階段之自行收案個案，其當年度之個案管理費，溯自社區醫療群醫師參與當年度計畫起日計算。</p> <p>5.本項費用以群為單位，每半年撥付 1 次；由保險人分區業務組於期中及年度結束，經審查通過後一個月內撥付 50%費用。相關之必要欄位需填寫完整，填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則核扣該筆個案管理費用。</p> <p>6.考量會員照護之完整性，參與計畫之特約院所或醫師於參與計畫期間，如因故中途退出本計畫，則依承作月份按比例核付個案管理費(收案前三個月內退出者除外)，其餘費用則不予核付。</p> <p>7.為達全人照護目標，得視個案需要填具「全人照護評估單」(詳附件三)。</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>1.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。</p> <p>2.參與醫師皆完成本計畫所定 DM/CKD 相關教育訓練課程且計畫評核指標為特優級且平均每人 VC-AE 差值> 275點，則支付績效獎勵費用會員每人 550 元。</p> <p>3.支付方式：</p> <p>(1)健康管理成效鼓勵：占本項經費之 50%；社區醫療群登錄個別診所會員(排除居家醫療照護整合計畫之個案)實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋社區醫療，撥入執行中心帳戶或診所(VC-AE)：平均每人 275 點為上限(以群方式統計)。</p> <p>(2)品質提升費用：占本項經費之 50%，依各社區醫療群計畫評核指標達成情形，分五級支付：</p> <p>A.特優級：計畫評核指標分數≥ 90分，則支付品質提升費用會員每人 275 點。</p> <p>B.良好級：計畫評核指標分數介於 80 分\leq~< 90分，則支付品質提升費用會員每人 210 點。</p> <p>C.普通級：計畫評核指標分數介於 75 分\leq~< 80分，則支付品質提升費用會員每人 175 點。</p> <p>D.輔導級：計畫評核指標分數介於 70 分\leq~< 75分，則支付品質提升費用會員每人 145 點。</p> <p>E.不支付：計畫評核指標分數< 70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< 70分者，則支付個案管理費之 50%。</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>1.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。</p> <p>2.參與家醫 2.0 醫療群之醫師皆完成本計畫所定 DM/CKD 相關教育訓練課程(下稱完成訓練之家醫 2.0 醫療群)且計畫評核指標為特優級且平均每人 VC-AE 差值> 275點，則支付績效獎勵費用會員每人 550 元。</p> <p>3.支付方式：</p> <p>(1)健康管理成效鼓勵：占本項經費之 50%；社區醫療群登錄個別診所會員(排除居家醫療照護整合計畫之個案)實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋社區醫療，撥入執行中心帳戶或診所(VC-AE)：平均每人 275 點為上限(以群方式統計)。</p> <p>(2)品質提升費用：占本項經費之 50%，依各社區醫療群計畫評核指標達成情形，分五級支付：</p> <p>A.特優級：計畫評核指標分數≥ 90分，則支付品質提升費用會員每人 275 點。</p> <p>B.良好級：計畫評核指標分數介於 80 分\leq~< 90分，則支付品質提升費用會員每人 210 點。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>1.115 年起全面實施家醫計畫 2.0，配合修訂計畫相關文字。</p> <p>2.按醫師公會全聯會 114 年 9 月 16 日全醫聯字第 1140001233 號函建議，115 年家醫計畫 VC-AE 之計算，將排除愛滋病(AIDS)用藥。</p>

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明
<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「個案管理費用」及「績效獎勵費用」。</p>	<p>C.普通級:計畫評核指標分數介於 75 分\leq~<80 分,則支付品質提升費用會員每人 175 點。 D.輔導級:計畫評核指標分數介於 70 分\leq~<75 分,則支付品質提升費用會員每人 145 點。 E.不支付:計畫評核指標分數<70 分則不予支付。 (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<70 分者,則支付個案管理費之 50%。 (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「個案管理費用」及「績效獎勵費用」。</p>	
<p>(同現行條文)</p>	<p>五、偏遠地區參與診所績效獎勵費 (一)符合偏遠地區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。 (二)前項偏遠地區認定方式:依當年度公告之本保險醫療資源缺乏地區施行區域及本保險保險對象免自行負擔費用辦法所列之山地離島地區。</p>	
<p>(同現行條文)</p>	<p>六、失智症門診照護家庭諮詢費用 (一)病人條件:參與本計畫之失智症病人,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\geq1 或簡易心智量表\leq23 者。 (二)社區醫療群診所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。 (三)每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件四),併入病人病歷記錄留存。 (四)給付項目及支付標準: 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。</p>	
<p>七、多重慢性病人門診整合費用 (一)支付條件:須同時符合下列條件 1.會員有 2 種(含)以上慢性病並於收案診所內就醫,且當年度每件慢性病連續處方箋需有兩類(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。 本項慢性病係指: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。 2.醫師提供整合照護後,應於會員之就醫當日病歷中,由負責整合之醫師於其診斷下,簡述整合之內容或藥品,以備查核,並於費用申報時,於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報,註記「整合照護模式」。若醫師未於病歷中載明前述之整合資料者,不得註記「整合照護模式」。 (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 550 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 550 點。</p>	<p>七、多重慢性病人門診整合費用 (一)支付條件:須同時符合下列條件 1.會員有 2 種(含)以上慢性病並於收案診所內就醫,且當年度每件慢性病連續處方箋需有兩類(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。 本項慢性病係指: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。 2.醫師提供整合照護後,應於會員之就醫當日病歷中,由負責整合之醫師於其診斷下,簡述整合之內容或藥品,以備查核,並於費用申報時,於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報,註記「整合照護模式」。若醫師未於病歷中載明前述之整合資料者,不得註記「整合照護模式」。</p>	<p>健保署說明: 1.本署前已按 114 年 3 月 27 日共擬會議決議,將「所有醫療群之 E1 案件皆納入多重慢性病人門診整合費用結算」列為 115 年家醫計畫修訂事項,於總額協商爭取預算支應,推估增加 4,380 萬元。 2.承上,按 115 年總額協商結果,115 年計畫已增編上述預算,爰配合修訂計畫內容。</p>

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明																																																																																																																												
	<p>3.當年度評核指標分數達特優級之醫療群，會員之醫療給付改善方案案件(案件分類 E1)納入計算。若當年度計畫費用結算非以浮動點值支付時，再依當年度評核指標分數等級，依序納入非特優級醫療群之 E1 案件。</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 550 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 550 點。</p>																																																																																																																													
<p>八、糖心腎症候群整合照護提升費：</p> <p>(一)依收案會員所具疾病監控下列檢驗項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.糖尿病病人：HbA1c 及 LDL。 2.初期慢性腎臟病病人：LDL 及 UACR。 3.ASCVD 之風險等級達非常高或極高：LDL。 <p>(二)支付條件及支付方式：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.各疾病組合對應之檢驗項目及控制良好範圍如下表，依照個案達到控制良好或進步的檢驗項目數，支付相對應費用： <table border="1" data-bbox="133 787 1098 1375"> <thead> <tr> <th rowspan="2">病組合</th> <th colspan="3">檢驗項目控制良好範圍</th> <th colspan="3">控制良好檢驗項目數對應之提升費(點)</th> </tr> <tr> <th>HbA1c</th> <th>LDL</th> <th>UACR</th> <th>1 項</th> <th>2 項</th> <th>3 項</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DM</td> <td>< 7%；80 歲以上病人為<8%</td> <td><100 mg/ dL</td> <td></td> <td>500</td> <td>600</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CKD</td> <td></td> <td><130 mg/ dL</td> <td><30 mg/gm</td> <td>500</td> <td>600</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ASCVD</td> <td></td> <td>非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL</td> <td></td> <td>600</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DM+CKD</td> <td>< 7%；80 歲以上病人為<8%</td> <td><100 mg/ dL</td> <td><30 mg/gm</td> <td>500</td> <td>600</td> <td>900</td> </tr> <tr> <td>CKD+ASCVD</td> <td></td> <td>非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL</td> <td><30 mg/gm</td> <td>600</td> <td>900</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DM+ASCVD</td> <td>< 7%；80 歲以上病人為<8%</td> <td>非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL</td> <td></td> <td>600</td> <td>900</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DM+CKD+ASCVD</td> <td>< 7%；80 歲以上病人為<8%</td> <td>非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL</td> <td><30 mg/gm</td> <td>600</td> <td>900</td> <td>1100</td> </tr> </tbody> </table> <ol style="list-style-type: none"> 2.控制良好定義：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 日以後。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。 3.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。 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。 5.醫師未於年度結束前完成 DM/CKD 相關教育訓練，不予支付。 6.若個案當年度未因所具特定疾病(DM、CKD)於收案診所就醫並開立相對應用藥，不予支付。 	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 歲以上病人為<8%	<100 mg/ dL		500	600		CKD		<130 mg/ dL	<30 mg/gm	500	600		ASCVD		非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL		600			DM+CKD	< 7%；80 歲以上病人為<8%	<100 mg/ dL	<30 mg/gm	500	600	900	CKD+ASCVD		非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL	<30 mg/gm	600	900		DM+ASCVD	< 7%；80 歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL		600	900		DM+CKD+ASCVD	< 7%；80 歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL	<30 mg/gm	600	900	1100	<p>八、糖心腎症候群整合照護提升費：</p> <p>(一)適用對象：「家醫 2.0 醫療群」收案會員，並依所具疾病監控下列檢驗項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.糖尿病病人：HbA1c 及 LDL。 2.初期慢性腎臟病病人：LDL 及 UACR。 3.ASCVD 之風險等級達非常高或極高：LDL。 <p>(二)支付條件及支付方式：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.各疾病組合對應之檢驗項目及控制良好範圍如下表，依照個案達到控制良好的檢驗項目數，支付相對應費用： <table border="1" data-bbox="1157 829 1914 1564"> <thead> <tr> <th rowspan="2">病組合</th> <th colspan="3">檢驗項目控制良好範圍</th> <th colspan="3">控制良好檢驗項目數對應之提升費(元)</th> </tr> <tr> <th>HbA1c</th> <th>LDL</th> <th>UACR</th> <th>1 項</th> <th>2 項</th> <th>3 項</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DM</td> <td>< 7%；80 歲以上病人為<8%</td> <td><100 mg/ dL</td> <td></td> <td>150</td> <td>250</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CKD</td> <td></td> <td><130 mg/ dL</td> <td><30 mg/gm</td> <td>150</td> <td>250</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ASCVD</td> <td></td> <td>非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL</td> <td></td> <td>250</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DM+CKD</td> <td>< 7%；80 歲以上病人為<8%</td> <td><100 mg/ dL</td> <td><30 mg/gm</td> <td>150</td> <td>250</td> <td>550</td> </tr> <tr> <td>CKD+ASCVD</td> <td></td> <td>非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL</td> <td><30 mg/gm</td> <td>250</td> <td>550</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DM+ASCVD</td> <td>< 7%；80 歲以上病人為<8%</td> <td>非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL</td> <td></td> <td>250</td> <td>550</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DM+CKD + ASCVD</td> <td>< 7%；80 歲以上病人為<8%</td> <td>非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL</td> <td><30 mg/gm</td> <td>250</td> <td>550</td> <td>750</td> </tr> </tbody> </table> <ol style="list-style-type: none"> 2.控制良好定義：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 日以後。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。 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檢驗(查)數據。 4.「家醫 2.0 醫療群」參與診所之醫師未於年度結束前完成 DM/CKD 相關教育訓練，不予支付。 	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(元)			HbA1c	LDL	UACR	1 項	2 項	3 項	DM	< 7%；80 歲以上病人為<8%	<100 mg/ dL		150	250		CKD		<130 mg/ dL	<30 mg/gm	150	250		ASCVD		非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL		250			DM+CKD	< 7%；80 歲以上病人為<8%	<100 mg/ dL	<30 mg/gm	150	250	550	CKD+ASCVD		非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL	<30 mg/gm	250	550		DM+ASCVD	< 7%；80 歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL		250	550		DM+CKD + ASCVD	< 7%；80 歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL	<30 mg/gm	250	550	750	<p>健保署說明：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.115 年家醫計畫與 P4P-DM/CKD/DKD 整合，重複收案個案統一由家醫計畫照護，並調整家醫計畫相關費用支付額度趨近 P4P，修訂糖心腎症候群整合照護提升費，將進步個案納入獎勵範圍，每項達控制良好之檢驗項目皆調升 350 點，調整後支付費用為 500~1,100 點(原為 150 點~750 點)。 2.為不重複支付本項費用，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。(改訂於 P4P-DM/CKD/DKD 計畫中)
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 歲以上病人為<8%	<100 mg/ dL		500	600																																																																																																																									
CKD		<130 mg/ dL	<30 mg/gm	500	600																																																																																																																									
ASCVD		非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL		600																																																																																																																										
DM+CKD	< 7%；80 歲以上病人為<8%	<100 mg/ dL	<30 mg/gm	500	600	900																																																																																																																								
CKD+ASCVD		非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL	<30 mg/gm	600	900																																																																																																																									
DM+ASCVD	< 7%；80 歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL		600	900																																																																																																																									
DM+CKD+ASCVD	< 7%；80 歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL	<30 mg/gm	600	900	1100																																																																																																																								
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(元)																																																																																																																										
	HbA1c	LDL	UACR	1 項	2 項	3 項																																																																																																																								
DM	< 7%；80 歲以上病人為<8%	<100 mg/ dL		150	250																																																																																																																									
CKD		<130 mg/ dL	<30 mg/gm	150	250																																																																																																																									
ASCVD		非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL		250																																																																																																																										
DM+CKD	< 7%；80 歲以上病人為<8%	<100 mg/ dL	<30 mg/gm	150	250	550																																																																																																																								
CKD+ASCVD		非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL	<30 mg/gm	250	550																																																																																																																									
DM+ASCVD	< 7%；80 歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL		250	550																																																																																																																									
DM+CKD + ASCVD	< 7%；80 歲以上病人為<8%	非常高：<70 mg/dL 極高：<55 mg/dL	<30 mg/gm	250	550	750																																																																																																																								

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明
	5.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。 6.若個案當年度未因所具特定疾病(DM、CKD)於收案診所就醫並開立相對應用藥，不予支付。	
九、糖尿病病人之胰島素注射獎勵費： <u>(一)</u> 給付條件：持續施打胰島素，即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。 <u>(二)</u> 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。	九、糖尿病病人之胰島素注射獎勵費： <u>(一)</u> 適用對象：「家醫 2.0 醫療群」之糖尿病收案會員。 <u>(二)</u> 給付條件：持續施打胰島素，即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。 <u>(三)</u> 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。	健保署說明： 115 年起全面實施家醫計畫 2.0，配合修訂計畫相關文字。
(同現行條文)	十、生活習慣自評獎勵費： <u>(一)</u> 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。 <u>(二)</u> 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。	
十一、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」及完成訓練之醫療群「特優級且平均每人 VC-AE>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」、「多重慢性病人門診整合費用」、「 <u>糖心腎症候群整合照護提升費</u> 」、「糖尿病病人之胰島素注射獎勵費」及「生活習慣自評獎勵費」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。	十一、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」、完成訓練之家醫 2.0 醫療群「特優級且平均每人 VC-AE>275 點之績效獎勵費用」及「 <u>糖心腎症候群整合照護提升費</u> 」後，其餘「績效獎勵費用」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」、「多重慢性病人門診整合費用」、「糖尿病病人之胰島素注射獎勵費」及「生活習慣自評獎勵費」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。	健保署說明： 自 115 年起糖心腎症候群整合照護提升費採浮動點值支付。
(同現行條文)	十二、醫療費用申報、暫付、審查及核付，依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。 十三、轉診規定：如有轉診之醫療院所請依「全民健康保險轉診實施辦法」規定，辦理轉診院所需填具轉診單，並依門診醫療費點數申報格式規定，於 d16-d18 欄位依實際情形填報。	
(同現行條文)	拾壹、計畫評核指標 社區醫療群型態診所，其達成情形以群為計算單位，並以下列項目作為費用支付評核指標： 一、結構面指標(15 分) <u>(一)</u> 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.社區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本項活動達 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。 <u>(二)</u> 設立 24 小時諮詢專線(每群全年至少抽測 3 次)(5 分)： 鼓勵醫師 call out，有效回答會員問題，並依實際服務品質，分階段給分(由醫師全聯會進行抽測，以平均分數計算得分)	

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明																																																																																																																																																															
	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。 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 callout 回電，得 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)，得 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)，得 3 分。 4.無人接聽(連續測試 3 通，每次間隔 10 分鐘)，得 0 分。																																																																																																																																																																
<p>二、過程面指標(28 分)：預防保健達成情形</p> <p>(一)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≥較需照護族群 70 百分位數，得 6 分。</p> <p>2.<較需照護族群 70 百分位數，但≥較需照護族群 60 百分位數，得 4 分。</p> <p><u>3.<較需照護族群 60 百分位數，但≥較需照護族群 55 百分位數，得 2 分。</u></p> <p>3.計算公式說明： 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) 註.按國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，本項指標排除「已為代謝計畫、P4P-DM/CKD/DKD」之收案管理者。</p>	<p>二、過程面指標(28 分)：預防保健達成情形</p> <p>(一)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≥較需照護族群 70 百分位數，得 6 分。</p> <p>2.<較需照護族群 70 百分位數，但≥較需照護族群 60 百分位數，得 3 分。</p> <p>3.計算公式說明： 分子：30 歲(含)以上會員於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) 註.按國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，本項指標排除「已為代謝計畫、P4P-DM/CKD/DKD」之收案管理者。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>1.按 115 年 3 月 6 日 115 年全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫修訂討論會議決議，調整「成人預防保健檢查率」3 分得分為 4 分，並新增 2 分得分，又分子改採基層院所執行量。</p> <p>2.【參考數據】112 年本項指標之整體(含醫院)列計及僅基層列計之指標百分位</p> <table border="1" data-bbox="1952 777 2864 940"> <thead> <tr> <th></th> <th>P30</th> <th>P40</th> <th>P45</th> <th>P50</th> <th>P55</th> <th>P60</th> <th>P65</th> <th>P70</th> <th>P75</th> <th>P80</th> <th>P85</th> <th>P90</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>整體</td> <td>19.0</td> <td>21.9</td> <td>23.3</td> <td>25.0</td> <td>26.5</td> <td>28.4</td> <td>30.6</td> <td>33.3</td> <td>36.7</td> <td>41.3</td> <td>48.1</td> <td>56.1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>基層</td> <td>12.2</td> <td>14.9</td> <td>16.2</td> <td>17.7</td> <td>19.4</td> <td>21.3</td> <td>23.6</td> <td>26.4</td> <td>30.4</td> <td>35.7</td> <td>42.9</td> <td>51.7</td> </tr> <tr> <td></td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> </tbody> </table> <p>分布如下：</p> <p>(1)112 年 1-9 月應照護族群之百分位分布</p> <p>(2)112 年 1-9 月醫療群之百分位分布</p> <table border="1" data-bbox="1952 1129 2864 1293"> <thead> <tr> <th></th> <th>P30</th> <th>P40</th> <th>P45</th> <th>P50</th> <th>P55</th> <th>P60</th> <th>P65</th> <th>P70</th> <th>P75</th> <th>P80</th> <th>P85</th> <th>P90</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>整體</td> <td>33.8</td> <td>36.1</td> <td>37.7</td> <td>39.0</td> <td>40.4</td> <td>42.0</td> <td>43.3</td> <td>44.9</td> <td>46.6</td> <td>48.2</td> <td>50.6</td> <td>53.7</td> </tr> <tr> <td></td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>基層</td> <td>27.4</td> <td>30.5</td> <td>32.3</td> <td>33.5</td> <td>34.9</td> <td>36.4</td> <td>37.7</td> <td>39.6</td> <td>40.9</td> <td>43.5</td> <td>46.8</td> <td>49.6</td> </tr> <tr> <td></td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> </tbody> </table> <p>(3)112年1-9月各醫療群得分情形(558群)</p> <table border="1" data-bbox="2003 1375 2819 1648"> <thead> <tr> <th rowspan="2">得分</th> <th colspan="2">列計醫院+基層</th> <th colspan="2">僅列計基層</th> </tr> <tr> <th>群數</th> <th>百分比</th> <th>群數</th> <th>百分比</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7</td> <td>403</td> <td>72.2%</td> <td>415</td> <td>74.4%</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>83</td> <td>14.9%</td> <td>85</td> <td>15.2%</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>72</td> <td>12.9%</td> <td>58</td> <td>10.4%</td> </tr> <tr> <td>總計</td> <td>558</td> <td>100.0%</td> <td>558</td> <td>100.0%</td> </tr> </tbody> </table>		P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90	整體	19.0	21.9	23.3	25.0	26.5	28.4	30.6	33.3	36.7	41.3	48.1	56.1		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	基層	12.2	14.9	16.2	17.7	19.4	21.3	23.6	26.4	30.4	35.7	42.9	51.7		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%		P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90	整體	33.8	36.1	37.7	39.0	40.4	42.0	43.3	44.9	46.6	48.2	50.6	53.7		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	基層	27.4	30.5	32.3	33.5	34.9	36.4	37.7	39.6	40.9	43.5	46.8	49.6		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	得分	列計醫院+基層		僅列計基層		群數	百分比	群數	百分比	7	403	72.2%	415	74.4%	3	83	14.9%	85	15.2%	0	72	12.9%	58	10.4%	總計	558	100.0%	558	100.0%
	P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90																																																																																																																																																					
整體	19.0	21.9	23.3	25.0	26.5	28.4	30.6	33.3	36.7	41.3	48.1	56.1																																																																																																																																																					
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%																																																																																																																																																					
基層	12.2	14.9	16.2	17.7	19.4	21.3	23.6	26.4	30.4	35.7	42.9	51.7																																																																																																																																																					
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%																																																																																																																																																					
	P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90																																																																																																																																																					
整體	33.8	36.1	37.7	39.0	40.4	42.0	43.3	44.9	46.6	48.2	50.6	53.7																																																																																																																																																					
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%																																																																																																																																																					
基層	27.4	30.5	32.3	33.5	34.9	36.4	37.7	39.6	40.9	43.5	46.8	49.6																																																																																																																																																					
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%																																																																																																																																																					
得分	列計醫院+基層		僅列計基層																																																																																																																																																														
	群數	百分比	群數	百分比																																																																																																																																																													
7	403	72.2%	415	74.4%																																																																																																																																																													
3	83	14.9%	85	15.2%																																																																																																																																																													
0	72	12.9%	58	10.4%																																																																																																																																																													
總計	558	100.0%	558	100.0%																																																																																																																																																													

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明																																																																																																																																																															
(同現行條文)	(二)子宮頸抹片檢查率(6分) 1.會員接受子宮頸抹片服務 \geq 較需照護族群 63 百分位數，得 6 分。 2.<較需照護族群 63 百分位數，但 \geq 較需照護族群 53 百分位數，得 3 分。 3.計算公式說明： 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。																																																																																																																																																																
(三)65 歲以上老人流感注射率(4分) 1.會員接受流感注射服務 \geq 較需照護族群 65 百分位數，得 4 分。 2.<較需照護族群 65 百分位數，但 \geq 較需照護族群 55 百分位數，得 2 分。 3.計算公式說明： 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。	(三)65 歲以上老人流感注射率(4分) 1.會員接受流感注射服務 \geq 較需照護族群 65 百分位數，得 4 分。 2.<較需照護族群 65 百分位數，但 \geq 較需照護族群 55 百分位數，得 2 分。 3.計算公式說明： 分子：65 歲以上會員於院所接種流感疫苗人數。 分母：65 歲以上總會員人數。	健保署說明： 1.按 115 年 3 月 6 日 115 年全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫修訂討論會議決議，調整「65 歲以上老人流感注射率」分子改採基層院所執行量。 2.【參考數據】112 年本項指標之 整體(含醫院)列計及僅基層列計 之指標百分位分布如下(因老人流感疫苗係於 10 月開打，爰以 112 年應收案族群及家醫收案個案之 111 年 執行情形試算)： (1)112 年 應照護族群 於 111 年執行情形百分位分布 <table border="1" data-bbox="1938 800 2861 961"> <thead> <tr> <th></th> <th>P30</th> <th>P40</th> <th>P45</th> <th>P50</th> <th>P55</th> <th>P60</th> <th>P65</th> <th>P70</th> <th>P75</th> <th>P80</th> <th>P85</th> <th>P90</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>整體</td> <td>61.0</td> <td>63.6</td> <td>64.8</td> <td>66.0</td> <td>66.8</td> <td>68.0</td> <td>69.2</td> <td>70.5</td> <td>71.8</td> <td>73.5</td> <td>75.7</td> <td>78.9</td> </tr> <tr> <td></td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>基層</td> <td>36.3</td> <td>40.0</td> <td>41.5</td> <td>43.1</td> <td>44.9</td> <td>46.7</td> <td>48.7</td> <td>50.2</td> <td>52.7</td> <td>55.4</td> <td>58.4</td> <td>62.7</td> </tr> <tr> <td></td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> </tbody> </table> (2)112 年 醫療群 於 111 年執行情形百分位分布 <table border="1" data-bbox="1938 1052 2861 1213"> <thead> <tr> <th></th> <th>P30</th> <th>P40</th> <th>P45</th> <th>P50</th> <th>P55</th> <th>P60</th> <th>P65</th> <th>P70</th> <th>P75</th> <th>P80</th> <th>P90</th> <th>P95</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>整體</td> <td>65.1</td> <td>66.0</td> <td>66.7</td> <td>67.2</td> <td>67.6</td> <td>68.2</td> <td>68.7</td> <td>69.5</td> <td>70.2</td> <td>70.9</td> <td>71.8</td> <td>73.2</td> </tr> <tr> <td></td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>基層</td> <td>44.3</td> <td>46.7</td> <td>47.6</td> <td>48.3</td> <td>49.2</td> <td>49.8</td> <td>50.9</td> <td>52.0</td> <td>53.4</td> <td>54.4</td> <td>56.1</td> <td>58.4</td> </tr> <tr> <td></td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> </tbody> </table> (3)112 年 醫療群 得分情形(558 群) <table border="1" data-bbox="2006 1283 2813 1556"> <thead> <tr> <th rowspan="2">得分</th> <th colspan="2">列計醫院+基層</th> <th colspan="2">僅列計基層</th> </tr> <tr> <th>群數</th> <th>百分比</th> <th>群數</th> <th>百分比</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>177</td> <td>31.7%</td> <td>265</td> <td>47.5%</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>123</td> <td>22.0%</td> <td>110</td> <td>19.7%</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>258</td> <td>46.2%</td> <td>183</td> <td>32.8%</td> </tr> <tr> <td>總計</td> <td>558</td> <td>100.0%</td> <td>558</td> <td>100.0%</td> </tr> </tbody> </table>		P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90	整體	61.0	63.6	64.8	66.0	66.8	68.0	69.2	70.5	71.8	73.5	75.7	78.9		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	基層	36.3	40.0	41.5	43.1	44.9	46.7	48.7	50.2	52.7	55.4	58.4	62.7		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%		P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P90	P95	整體	65.1	66.0	66.7	67.2	67.6	68.2	68.7	69.5	70.2	70.9	71.8	73.2		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	基層	44.3	46.7	47.6	48.3	49.2	49.8	50.9	52.0	53.4	54.4	56.1	58.4		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	得分	列計醫院+基層		僅列計基層		群數	百分比	群數	百分比	4	177	31.7%	265	47.5%	2	123	22.0%	110	19.7%	0	258	46.2%	183	32.8%	總計	558	100.0%	558	100.0%
	P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90																																																																																																																																																					
整體	61.0	63.6	64.8	66.0	66.8	68.0	69.2	70.5	71.8	73.5	75.7	78.9																																																																																																																																																					
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%																																																																																																																																																					
基層	36.3	40.0	41.5	43.1	44.9	46.7	48.7	50.2	52.7	55.4	58.4	62.7																																																																																																																																																					
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%																																																																																																																																																					
	P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P90	P95																																																																																																																																																					
整體	65.1	66.0	66.7	67.2	67.6	68.2	68.7	69.5	70.2	70.9	71.8	73.2																																																																																																																																																					
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%																																																																																																																																																					
基層	44.3	46.7	47.6	48.3	49.2	49.8	50.9	52.0	53.4	54.4	56.1	58.4																																																																																																																																																					
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%																																																																																																																																																					
得分	列計醫院+基層		僅列計基層																																																																																																																																																														
	群數	百分比	群數	百分比																																																																																																																																																													
4	177	31.7%	265	47.5%																																																																																																																																																													
2	123	22.0%	110	19.7%																																																																																																																																																													
0	258	46.2%	183	32.8%																																																																																																																																																													
總計	558	100.0%	558	100.0%																																																																																																																																																													
(四)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率 \geq 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 6 分。 2.<較需照護族群檢查率之 83 百分位數，但 \geq 較需照護族群檢查率之 73 百分位數，得 4 分。 3.<較需照護族群檢查率之 73 百分位數，但 \geq 較需照護族群檢查率之 63 百分位數，得 2 分。	(四)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率 \geq 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 6 分。 2.<較需照護族群檢查率之 83 百分位數，但 \geq 較需照護族群檢查率之 73 百分位數，得 3 分。 3.<較需照護族群檢查率之 73 百分位數，但 \geq 較需照護族群檢查率之 63 百分位數，得 2 分。	健保署說明： 1.按 115 年 3 月 6 日 115 年全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫修訂討論會議決議，調整「糞便潛血檢查率」3 分得分為 4 分，並新增 1 分得分，又分子改採基層院所執行量。 2.【參考數據】112 年本項指標之 整體(含醫院)列計及僅基層列計 之指標百分位分布如下：																																																																																																																																																															

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明																																																																																																																																																																				
<p>4.<較需照護族群檢查率之 63 百分位數，但≥較需照護族群檢查率之 55 百分位數，得 1 分。</p> <p>4.計算公式說明： 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。</p>	<p>4.計算公式說明： 分子：45 歲以上至未滿 75 歲會員於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。</p>	<p>(1)112 年 1-9 月應照護族群之百分位分布</p> <table border="1" data-bbox="1952 247 2864 415"> <thead> <tr> <th></th> <th>P30</th> <th>P40</th> <th>P45</th> <th>P50</th> <th>P55</th> <th>P60</th> <th>P65</th> <th>P70</th> <th>P75</th> <th>P80</th> <th>P85</th> <th>P90</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>整體</td> <td>23.4</td> <td>25.8</td> <td>27.0</td> <td>28.2</td> <td>29.4</td> <td>30.8</td> <td>32.1</td> <td>33.6</td> <td>35.3</td> <td>37.5</td> <td>40.0</td> <td>44.8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>基層</td> <td>5.5%</td> <td>7.4%</td> <td>8.3%</td> <td>9.4%</td> <td>10.4</td> <td>11.7</td> <td>13.0</td> <td>14.5</td> <td>16.1</td> <td>18.2</td> <td>20.9</td> <td>25.0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> </tbody> </table> <p>(2)112 年 1-9 月醫療群之百分位分布</p> <table border="1" data-bbox="1952 493 2864 661"> <thead> <tr> <th></th> <th>P30</th> <th>P40</th> <th>P45</th> <th>P50</th> <th>P55</th> <th>P60</th> <th>P65</th> <th>P70</th> <th>P75</th> <th>P80</th> <th>P85</th> <th>P90</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>整體</td> <td>28.6</td> <td>29.9</td> <td>30.6</td> <td>31.2</td> <td>31.8</td> <td>32.7</td> <td>33.7</td> <td>34.7</td> <td>35.8</td> <td>36.9</td> <td>38.3</td> <td>40.6</td> </tr> <tr> <td></td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>基層</td> <td>10.9</td> <td>12.4</td> <td>13.5</td> <td>14.5</td> <td>15.3</td> <td>16.2</td> <td>17.1</td> <td>18.8</td> <td>20.4</td> <td>22.4</td> <td>24.3</td> <td>26.4</td> </tr> <tr> <td></td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> </tbody> </table> <p>(3)112年1-9月各醫療群得分情形(558群)：</p> <table border="1" data-bbox="1952 739 2864 1054"> <thead> <tr> <th rowspan="2">得分</th> <th colspan="2">列計醫院+基層</th> <th colspan="2">僅列計基層</th> </tr> <tr> <th>群數</th> <th>百分比</th> <th>群數</th> <th>百分比</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7</td> <td>66</td> <td>11.8%</td> <td>131</td> <td>23.5%</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>88</td> <td>15.8%</td> <td>97</td> <td>17.4%</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>90</td> <td>16.1%</td> <td>94</td> <td>16.8%</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>314</td> <td>56.3%</td> <td>236</td> <td>42.3%</td> </tr> <tr> <td>總計</td> <td>558</td> <td>100.0%</td> <td>558</td> <td>100.0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：暫以應照護族群之 P85、P75 及 P65 替代 P83、P73 及 P63 試算</p>		P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90	整體	23.4	25.8	27.0	28.2	29.4	30.8	32.1	33.6	35.3	37.5	40.0	44.8		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	基層	5.5%	7.4%	8.3%	9.4%	10.4	11.7	13.0	14.5	16.1	18.2	20.9	25.0		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%		P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90	整體	28.6	29.9	30.6	31.2	31.8	32.7	33.7	34.7	35.8	36.9	38.3	40.6		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	基層	10.9	12.4	13.5	14.5	15.3	16.2	17.1	18.8	20.4	22.4	24.3	26.4		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	得分	列計醫院+基層		僅列計基層		群數	百分比	群數	百分比	7	66	11.8%	131	23.5%	5	88	15.8%	97	17.4%	3	90	16.1%	94	16.8%	0	314	56.3%	236	42.3%	總計	558	100.0%	558	100.0%
	P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90																																																																																																																																																										
整體	23.4	25.8	27.0	28.2	29.4	30.8	32.1	33.6	35.3	37.5	40.0	44.8																																																																																																																																																										
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%																																																																																																																																																										
基層	5.5%	7.4%	8.3%	9.4%	10.4	11.7	13.0	14.5	16.1	18.2	20.9	25.0																																																																																																																																																										
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%																																																																																																																																																										
	P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90																																																																																																																																																										
整體	28.6	29.9	30.6	31.2	31.8	32.7	33.7	34.7	35.8	36.9	38.3	40.6																																																																																																																																																										
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%																																																																																																																																																										
基層	10.9	12.4	13.5	14.5	15.3	16.2	17.1	18.8	20.4	22.4	24.3	26.4																																																																																																																																																										
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%																																																																																																																																																										
得分	列計醫院+基層		僅列計基層																																																																																																																																																																			
	群數	百分比	群數	百分比																																																																																																																																																																		
7	66	11.8%	131	23.5%																																																																																																																																																																		
5	88	15.8%	97	17.4%																																																																																																																																																																		
3	90	16.1%	94	16.8%																																																																																																																																																																		
0	314	56.3%	236	42.3%																																																																																																																																																																		
總計	558	100.0%	558	100.0%																																																																																																																																																																		
<p>(五)B、C 肝炎篩檢率(6 分)</p> <p>1.符合 B、C 肝炎篩檢資格之會員接受 B、C 肝炎篩檢率≥較需照護族群 70 百分位數，得 6 分。</p> <p>2.<較需照護族群 70 百分位數，但≥較需照護族群 60 百分位數，得 4 分。</p> <p>3.<較需照護族群 60 百分位，但≥較需照護族群 55 百分位數，得 2 分。</p> <p>3.計算公式說明： 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(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)。</p>	<p>(五)B、C 肝炎篩檢率(6 分)</p> <p>1.符合 B、C 肝炎篩檢資格之會員接受 B、C 肝炎篩檢率≥較需照護族群 70 百分位數，得 6 分。</p> <p>2.<較需照護族群 70 百分位數，但≥較需照護族群 60 百分位數，得 3 分。</p> <p>3.計算公式說明： 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)。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>1.衛生福利部國民健康署自 114 年 8 月 1 日調整成人預防保健 B、C 型肝炎篩檢年齡為民國 75 年(含)以前出生至 79 歲終身一次[原範圍為 45 歲至 79 歲(原住民 40 歲至 79 歲)]。</p> <p>2.承上，按本署 114 年 9 月 4 日健保醫字第 1140664456 號函，114 年家醫計畫之「B、C 型肝炎篩檢率」指標維持現行指標計算範圍，俟 115 年再行修訂。</p> <p>3.按 115 年 3 月 6 日 115 年全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫修訂討論會議決議，調整本項指標 3 分得分為 4 分，並新增 2 分得分。</p> <p>4.【參考數據】112 年本項指標之應照護族群及家醫醫療群之指標百分位分布如下：</p> <p>(1)112 年應照護族群之 B、C 型肝炎篩檢率百分位分布(截至 112.11.22)</p> <table border="1" data-bbox="1952 1579 2864 1684"> <thead> <tr> <th>P20</th> <th>P25</th> <th>P30</th> <th>P40</th> <th>P50</th> <th>P55</th> <th>P60</th> <th>P65</th> <th>P70</th> <th>P75</th> <th>P80</th> <th>P90</th> <th>P95</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>46.4</td> <td>49.1</td> <td>51.1</td> <td>55.7</td> <td>60.3</td> <td>63.0</td> <td>65.7</td> <td>68.4</td> <td>71.3</td> <td>74.7</td> <td>78.2</td> <td>86.3</td> <td>91.0</td> </tr> <tr> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> </tr> </tbody> </table> <p>(2)112 年家醫醫療群之 B、C 型肝炎篩檢率百分位分布(截至 112.11.22)</p> <table border="1" data-bbox="1952 1732 2864 1795"> <thead> <tr> <th>P20</th> <th>P25</th> <th>P30</th> <th>P40</th> <th>P50</th> <th>P60</th> <th>P70</th> <th>P75</th> <th>P80</th> <th>P90</th> <th>P95</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>57.9%</td> <td>59.6%</td> <td>61.3%</td> <td>64.5%</td> <td>66.9%</td> <td>69.7%</td> <td>73.4%</td> <td>74.8%</td> <td>76.7%</td> <td>80.8%</td> <td>83.7%</td> </tr> </tbody> </table>	P20	P25	P30	P40	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P90	P95	46.4	49.1	51.1	55.7	60.3	63.0	65.7	68.4	71.3	74.7	78.2	86.3	91.0	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	P20	P25	P30	P40	P50	P60	P70	P75	P80	P90	P95	57.9%	59.6%	61.3%	64.5%	66.9%	69.7%	73.4%	74.8%	76.7%	80.8%	83.7%																																																																																																							
P20	P25	P30	P40	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P90	P95																																																																																																																																																										
46.4	49.1	51.1	55.7	60.3	63.0	65.7	68.4	71.3	74.7	78.2	86.3	91.0																																																																																																																																																										
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%																																																																																																																																																										
P20	P25	P30	P40	P50	P60	P70	P75	P80	P90	P95																																																																																																																																																												
57.9%	59.6%	61.3%	64.5%	66.9%	69.7%	73.4%	74.8%	76.7%	80.8%	83.7%																																																																																																																																																												

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明
(同現行條文)	三、結果面指標(42 分) (一)潛在可避免急診率(4 分) 1. ≤收案會員 30 百分位，或與上年度同期自身比進步率 ≥ 10%，得 4 分。 2. ≤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. ≤收案會員 65 百分位，得 1 分。 4. 計算公式說明： 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	
(二)會員急診率(排除外傷)(4 分) 1. ≤收案會員 30 百分位，或與上年度同期自身比進步率 ≥ 10%，得 4 分。 2. ≤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. ≤收案會員 65 百分位，得 1 分。 4. 計算公式說明： 分子：會員急診人次(排除外傷案件、 <u>UCC 案件</u>) 分母：會員人數	(二)會員急診率(排除外傷)(4 分) 1. ≤收案會員 30 百分位，或與上年度同期自身比進步率 ≥ 10%，得 4 分。 2. ≤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. ≤收案會員 65 百分位，得 1 分。 4. 計算公式說明： 分子：會員急診人次(排除外傷案件) 分母：會員人數	健保署說明： 1. 為紓解大型醫院急診壅塞問題，本署於 114 年 11 月 1 日公告「全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫」，期將輕症病人分流，以緩解連假期間急診壅塞，使急診醫療資源集中於重症病人，提升整體醫療服務效率。 2. 家醫計畫主要提供收案個案初級醫療照護，爰為配合推行 UCC 試辦計畫，修訂現行「會員急診率」指標，排除 UCC 申報案件。
(同現行條文)	(三)可避免住院率(4 分) 1. ≤收案會員 30 百分位，或與上年度同期自身比進步率 ≥ 10%，得 4 分。 2. ≤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. ≤收案會員 65 百分位，得 1 分。 4. 計算公式說明： 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	
(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) 1. ≥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 <u>且 ≥ 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</u> ，得 3 分。 3. 計算公式說明： 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：會員門診主診診斷為初期慢性腎臟病之人數 註：「單次尿液白蛋白／尿液肌酸酐比例(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。	(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) 1. ≥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。 3. 計算公式說明： 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：會員門診主診診斷為初期慢性腎臟病之人數 註：「單次尿液白蛋白／尿液肌酸酐比例(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。	健保署說明： 按 115 年 3 月 6 日 115 年全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫修訂討論會議決議，「初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率」調整 3 分得分條件。
(同現行條文)	(五)會員固定就診率(10 分) 1. 會員在群內(含合作醫院)之西醫門診固定就診率 ≥ 當年較需照護族群 65 百分位且 ≥ 50%，得 10 分。 2. 進步率 > 5% 或當年較需照護族群 60 百分位 ≤ 會員固定就診率 < 「當年較需照護族群 65 百分位且 ≥ 50%」，得 5 分。 3. 當年較需照護族群 55 百分位 ≤ 會員固定就診率 < 當年較需照護族群 60 百分位，得 3 分。 4. 計算公式說明： 分子：會員在社區醫療群內診所(含合作醫院)就醫次數 分母：會員在所有西醫門診就醫次數	

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明																																	
<p>(六)糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率(10 分)</p> <p>1.HbA1c 控制良好(或進步)占率： (1) <u>控制良好(或進步)占率\geq70%</u>，得 5 分。 (2) <u>70%>控制良好(或進步)占率\geq67%</u>，得 3 分。 (3)計算公式說明： 分子：分母中，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)。</p> <p>2.LDL 控制良好(或進步)占率： (1) <u>控制良好(或進步)占率\geq55%</u>，得 5 分。 (2) <u>55%>控制良好(或進步)占率\geq54%</u>，得 3 分。 (3)計算公式說明： 分子：分母中，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)。</p> <p>3.控制良好範圍：參照糖心腎症候群整合照護提升費所訂之控制良好範圍。</p> <p>4.執行方式： (1)符合下列任一條件，即判斷為控制良好： A.以當年度最後一次檢驗結果判斷是否屬控制良好。最後一次檢驗結果應於當年度 7 月 1 日以後。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。 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。 (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檢驗(查)數據。</p>	<p>(六)糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率(10 分)</p> <p>1.HbA1c 控制良好(或進步)占率： (1) <u>\geq收案會員之 60 百分位數</u>，得 5 分。 (2) <u><收案會員之 60 百分位數，但\geq收案會員之 50 百分位數</u>，得 3 分。 (3)計算公式說明： 分子：分母中，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)。</p> <p>2.LDL 控制良好(或進步)占率： (1) <u>\geq收案會員之 60 百分位數</u>，得 5 分。 (2) <u><收案會員之 60 百分位數，但\geq收案會員之 50 百分位數</u>，得 3 分。 (3)計算公式說明： 分子：分母中，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)。</p> <p>3.控制良好範圍：參照糖心腎症候群整合照護提升費所訂之控制良好範圍。</p> <p>4.執行方式： (1)符合下列任一條件，即判斷為控制良好： A.以當年度最後一次檢驗結果判斷是否屬控制良好。最後一次檢驗結果應於當年度 7 月 1 日以後。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。 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。 (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檢驗(查)數據。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>1.按 115 年 3 月 6 日 115 年全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫修訂討論會議決議，「糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率」參考 114 年全國 HbA1c 及 LDL 控制良好之人數占率改以定值作為得分閾值。</p> <p>2.114 年 1-12 月醫療群之 HbA1c 及 LDL 控制良好(或進步)之人數占率分布如下：</p> <table border="1" data-bbox="1941 470 2680 701"> <thead> <tr> <th>檢驗項目</th> <th>P30</th> <th>P35</th> <th>P40</th> <th>P45</th> <th>P50</th> <th>P55</th> <th>P60</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HbA1c</td> <td>66.1%</td> <td>67%</td> <td>68.4%</td> <td>69.2%</td> <td>70.3%</td> <td>70.8%</td> <td>71.6%</td> </tr> <tr> <td>LDL</td> <td>49.2%</td> <td>50.2%</td> <td>51%</td> <td>52.1%</td> <td>52.9%</td> <td>53.8%</td> <td>55.1%</td> </tr> </tbody> </table> <p>3.114 年 1-12 月全國 HbA1c 及 LDL 控制良好之人數占率分別為 67.1%、54.2%。</p> <p>4.參考上表及全國之數據，訂定 HbA1c 及 LDL 之 3 分及 5 分得分閾值如下：</p> <table border="1" data-bbox="2012 816 2421 947"> <thead> <tr> <th>檢驗項目</th> <th>5 分</th> <th>3 分</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HbA1c</td> <td>\geq 70%</td> <td>\geq 67%</td> </tr> <tr> <td>LDL</td> <td>\geq 55%</td> <td>\geq 54%</td> </tr> </tbody> </table>	檢驗項目	P30	P35	P40	P45	P50	P55	P60	HbA1c	66.1%	67%	68.4%	69.2%	70.3%	70.8%	71.6%	LDL	49.2%	50.2%	51%	52.1%	52.9%	53.8%	55.1%	檢驗項目	5 分	3 分	HbA1c	\geq 70%	\geq 67%	LDL	\geq 55%	\geq 54%
檢驗項目	P30	P35	P40	P45	P50	P55	P60																												
HbA1c	66.1%	67%	68.4%	69.2%	70.3%	70.8%	71.6%																												
LDL	49.2%	50.2%	51%	52.1%	52.9%	53.8%	55.1%																												
檢驗項目	5 分	3 分																																	
HbA1c	\geq 70%	\geq 67%																																	
LDL	\geq 55%	\geq 54%																																	
<p>(同現行條文)</p>	<p>(七)糖尿病會員胰島素注射率(5 分)</p> <p>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 60 百分位，但\geq50 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\geq28 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\geq100 人。</p>																																		

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明
<p>四、自選指標(15 分)</p> <p><u>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。</u></p> <p>(一)提升社區醫療群品質(5 分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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社區醫療群醫療品質。 3.以上任一項，檢附佐證資料經分區業務組認可，得 5 分。 	<p>四、自選指標(15 分)</p> <p>社區醫療群可就下列指標，選擇最優 3 項參加評分，於當年度 10 月底前將選定指標項目回復分區業務組。</p> <p>(一)提升社區醫療群品質(5 分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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社區醫療群醫療品質。 3.以上任一項，檢附佐證資料經分區業務組認可，得 5 分。 	<p>健保署說明：</p> <p>按 115 年 3 月 6 日 115 年全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫修訂討論會議決議，自選指標改由本署擇「最優 3 項」進行評分。</p>
(同現行條文)	<p>(二)配合政策推動指標(皆為 5 分，僅能擇一計分)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <ol style="list-style-type: none"> (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： <ol style="list-style-type: none"> (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： <ol style="list-style-type: none"> (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。 	
(同現行條文)	<p>(三) 假日開診並公開開診資訊(5 分)</p> <p>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：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.開診診次≥ 120診次，得 5 分。 2.開診診次≥ 90診次，得 3 分。 3.開診診次≥ 50診次，得 1 分。 <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.國定假日，依行政院人事行政總處公布放假之紀念日、節日及補假。 2.上下午及晚上各計 1 診次。如社區醫療群計有 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。 	
(同現行條文)	<p>(四)糖尿病人眼底檢查執行率(5 分)</p> <p>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。 	

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明
	2.與上年度同期比進步率>0%，得 3 分。 3.本項得分上限 5 分。	
(同現行條文)	(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率 \leq 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率 \leq 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率 \leq 70 百分位，得 1 分。 4.計算公式說明： 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	
(同現行條文)	(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 \leq 35%，得 5 分。 2.與上年度同期比，減少 10% 以上，得 3 分。 3.計算公式說明： 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	
(同現行條文)	五、加分項(本項最高得分 10 分) (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 \geq 275 點，加 5 分。 (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)。 (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。 (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。 計算公式說明： 分子：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) 分母：門診就診人數 (五)檢驗(查)結果即時上傳率 \geq 70%之社區醫療群，加 5 分。 1.計算公式說明： 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)。 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 5-「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。 2.計算條件：	

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明
	<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、病理報告及出院病歷摘要資料。</p> <p>(2)分子包含診所申報診所上傳檢驗(查)結果及診所申報診所上傳檢驗(查)結果之案件。</p>	
<p><u>(六)春節期間開診(5 分)</u></p> <p><u>1.醫療群於春節期間，每日至少一家診所開診，得 5 分。</u></p> <p><u>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。</u></p>		<p>健保署說明：</p> <p>為鼓勵家醫診所於春節期間開診，以緩解連假期間醫院急診壅塞之情形，新增「春節期間開診」做為加分指標。</p>
(同現行條文)	<p>六、觀察指標(不計分)</p> <p>(一)血壓上傳率</p> <p>1.所有醫療群皆適用。</p> <p>2.計算公式說明：</p> <p>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)。</p> <p>分母：總收案會員人數。</p> <p>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。</p> <p>(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：</p> <p>1.計算公式說明</p> <p>分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步。</p> <p>分母：醫療群內具 DM、CKD 之總收案會員數(排除自收個案)。</p> <p>2.控制良好範圍：UACR < 30mg/gm。</p> <p>3.執行方式：</p> <p>(1)符合下列任一條件，即判斷為控制良好：</p> <p>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 日以後。</p> <p>B.當年度檢驗結果中，半數以上達控制良好範圍。</p> <p>(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 日以後，且前測及後測日期應間隔 84 天(含)以上。</p> <p>(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檢驗(查)數據。</p>	
(同現行條文)	<p>拾貳、計畫管理機制</p> <p>一、保險人負責協調總體計畫架構模式與修正。</p> <p>二、保險人分區業務組負責輔導轄區社區醫療群之成立、審核計畫與協調監督轄區各計畫之執行，並得邀請醫界代表(如總額執行單位)協助參與、輔導及評估。</p> <p>三、各計畫之社區醫療群應成立「計畫執行中心」，負責提出計畫之申請與該社區醫療群之醫療資源協調整合、醫療服務之提供及醫療費用之分配作業。</p>	

115 年條文(依 115 年 3 月 6 日共識修正條文)	114 年現行條文	修正說明
	四、保險人得召開觀摩會，邀請執行成效良好之社區醫療群或診所分享經驗，推廣優良的管理模式，促進計畫執行品質。	
(同現行條文)	<p>拾參、計畫申請方式</p> <p>參與計畫之社區醫療群應於計畫公告 2 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；前一年度已經參與本計畫且群內診所、參與醫師與前一年度相同者，可具函敘明前述事項向保險人分區業務組備查)。經保險人分區業務組同意並函復，計畫執行至當年度年底為限。</p>	
(同現行條文)	<p>拾肆、退場機制</p> <p>一、評核期間以本計畫所訂指標執行之期程為原則。</p> <p>二、社區醫療群如評核指標未達 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，計畫參與醫師則於 1 年內不得再加入本計畫或全人計畫。評核指標介於 70 分至 75 分者(70 分 ≤ 評核指標 < 75 分)，接受保險人分區業務組輔導改善，且須於次年 6 月底前提具執行改善計畫書經保險人分區業務組備查後，始得加入本計畫；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，計畫參與醫師則於 1 年內不得再加入本計畫或全人計畫。</p> <p>三、退場之社區醫療群，其中評核指標 ≥ 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。又該診所之計畫參與醫師可依其執業場所選擇參與本計畫或全人計畫。</p> <p>四、計畫執行六個月，社區醫療群依據台灣家庭醫學醫學會與醫師全聯會共同設計之自我評估表(如本計畫附錄 2)，辦理自我評估，保險人分區業務組視評估結果，必要時通知醫師全聯會輔導。未自我評估或不接受輔導者，除保險人不予支付本計畫之指標費用外，並應退出本計畫。</p> <p>五、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。</p>	
(同現行條文)	<p>拾伍、實施期程及評估</p> <p>各社區醫療群應於計畫執行後，年度結束提送執行結果(包含計畫運作執行現況、計畫評核指標執行率與社區醫療群間的協調連繫情形、社區衛教宣導)至保險人分區業務組。</p>	
(同現行條文)	<p>拾陸、訂定與修正程序</p> <p>本計畫由保險人與醫師全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。</p>	
(同現行條文)	<p>拾柒、慢性病個案臨床治療指引及參考指標，請參閱附件五。</p>	

醫療給付改善方案及家醫計畫費用比較表

表一、管理照護費

方案名稱		糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(P4P)			家醫計畫		
疾病類別		DM	DKD	CKD	DM	DKD	CKD
管理 照護 費	基本費用	N	N	N	250 元	250 元	250 元
	定期檢驗 (查)達成加 成費	N	N	N	100 元	100 元	100 元
	新收案	650 點	N	200 點	650 元 (糖尿病新收案整合 照護費)	N	N
	追蹤	200 點 與新收案間隔 7 週 每年最多 3 次 每次需間隔 10 週	400 點 與新收案間隔 7 週 每年最多 3 次 每次需間隔 10 週	200 點 與新收案間隔 3 個月 每年最多 2 次 每次需間隔 6 個月	250 元 每年最多 4 次 (追蹤管理加成費)	400 元 每年最多 4 次 (追蹤管理加成費)	N
	年度評估	800 點 與追蹤間隔 10 週 每年限 1 次 (新收案+追蹤達 3 次)	800 點 與追蹤間隔 10 週 每年限 1 次 (新收案+追蹤達 3 次)	N	N	N	N
	每人最高	2,050 點	2,650 點	400 點	2,000 元	2,600 元	350 元

表二、獎勵費用

方案名稱	糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(P4P)			家醫計畫
疾病類別	DM	DKD	CKD	DM、CKD、DKD、ASCVD
獎勵單位	醫師	院所	醫師	照護個案
獎勵門檻	醫師新收案率 \geq 30% 且收案人數 \geq 50 人		完整追蹤率 \geq 50%	完成家醫 2.0 教育訓練
獎勵費用	<p>1. 品質卓越獎：前 25% 醫師，達成完整追蹤之收案個案，<u>每個案獎勵 1,000 點</u>。</p> <p>2. 品質進步獎：該醫師收案個案中達完整追蹤者，<u>每個案獎勵 500 點</u>。</p>	<p>排序前 30% 之院所，該院所收案個案，<u>每個案獎勵 1,000 點</u>。</p>	<p>「門檻指標」之醫師，所照護病人完成二次追蹤管理且符合「獎勵指標」1 或 2 者，<u>每個案給予 400 點獎勵</u>。</p>	<p>1. 糖心腎症候群整合照護提升費：依疾病組合對應之檢驗項目控制狀況予以獎勵，500~1,100 點 (含 ASCVD)。</p> <p>(1) DM：500~900 點</p> <p>(2) DKD：500~1100 點</p> <p>(3) CKD：500~900 點</p> <p>2. 多重慢性病人門診整合費用：符合門診用藥整合條件者，每人 550 點或 1,100 點。</p> <p>3. 績效獎勵費：按品質指標及 VC-AE 達成情形每人最多 550 點。</p> <p>➢ <u>DM 每人最高：2,550 點</u></p> <p>➢ <u>DKD 每人最高：2,750 點</u></p> <p>➢ <u>CKD：2,550 點</u></p>

表三、管理照護費及獎勵費用總計

方案名稱	糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(P4P)			家醫計畫		
疾病類別	DM	DKD	CKD	DM	DKD	CKD
每人最高費用	3,050 點或 2,550 點	3650 點	800 點	4,550 點	5,350 點	2,900 點

● 115 年家醫計畫修訂事項，推估需增加支出 11.29 億元

115 年家醫計畫修訂事項	推估所需預算 (億元)
<u>個案管理費之特定疾病照護費</u> <u>定期檢驗(查)達成加成費</u> 特定疾病個案達定期追蹤照護者，每人支付 100 元/年 <u>追蹤管理加成費</u> DM 每人每次追蹤支付 250 元/次；DKD 每人每次追蹤支付 400 元/次 <u>糖尿病新收案整合照護費</u> 已符合 P4P-DM 收案條件，尚來不及於 P4P 收案個案，每人 650 元/年。	4.93
<u>糖心腎症候群整合照護提升費：</u> 將進步個案納入獎勵範圍，每項達控制良好之檢驗項目皆調升 350 點，並依個案之疾病類型(含風險等級)、控制良好之檢驗項目數，給予相對應之整合照護提升費：500 點/600 點/900 點/1,100 點	3.86
<u>調整第二階段三高病人收案模式：每家診所可自行收案三高病人 100 名</u> (將增加支出個案管理費、績效獎勵費、多重慢性病人門診整合費用、糖心腎症候群整合照護提升費)	2.06
<u>多重慢性病人門診整合費用：所有醫療群之 E1 案件皆納入</u>	0.438

伍、討論事項

討論事項

第一案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂「全民健康保險推動使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫」案，提請討論。

說明：

- 一、依據本署 114 年 7 月 25 日健保審字第 1140116185 號公告修訂「全民健康保險推動使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫」辦理。
- 二、近年各國受國際疫情、戰爭等因素影響，導致藥品供應不穩定。全民健康保險保險人為確保健保用藥供應穩定，降低國際局勢影響，故推動支持藥品在地生產、多元供應，保障病人用藥權益，自 113 年 7 月起推動本計畫優先試辦生物相似藥品，並自 114 年 8 月起納入癌症化學治療之學名藥(下稱化療學名藥)。
- 三、114 年施行成果：
 - (一)生物相似藥品占整體同成分藥品醫令量占率，114 年為 18.3%，與 112 年 7.38% 相比有成長。
 - (二)化療學名藥占整體同成分藥品醫令量占率，114 年為 50%，與 113 年 43% 相比亦有成長。
- 四、為進一步強化健保供藥韌性且實施本計畫具成效，本次計畫修訂擴大辦理學名藥類別至所有用於癌症用藥學名藥，內容如下：
 - (一)現況分析：114 年健保收載同成分劑型且同時具有原開發廠及學名藥之化療藥以外癌症學名藥計有 20 個成分、近 140 個項目(含學名藥近 100 個)，學名藥醫令量占率 113 年為 12%、114 年為 13%。

(二)藥品清單：同時符合以下條件之癌症用藥

- 1.擷取健保已收載具有藥品許可證之用於癌症之學名藥 ATC code 為 L01、L02 及 L04，該成分劑型同時具有原開發廠及學名藥且學名藥支付價不高於原開發廠支付價。
- 2.擷取病人就醫主或次診斷之國際疾病分類第十版(ICD-10)診斷碼為 C00~C97 者。

(三)鼓勵措施：

- 1.處方開立獎勵：每一處方獎勵 150 點。
- 2.藥費差額回饋：擷取同分類分組具有原開發廠及學名藥且學名藥支付價不高於原開發廠，進行回饋。

(四)實施目標：提高化療藥以外之癌症學名藥醫令量占率達 30% 以上。

(五)預算來源：處方開立獎勵費由國家藥物韌性整備計畫之衛生福利部主管項下支應，115 年爭取編列 1.5 億元。

(六)處方開立獎勵計算方式：同一處方優先計入生物相似藥品，其次為化療藥以外之癌症學名藥，餘計入化療學名藥。

(七)財務影響評估：以本計畫所有學名藥於 113 年處方推估

- 1.低推估(30%轉換)：獎勵次數 943,681 次，財務支出約 1 億 4,155 萬 2,150 點。
- 2.高推估(60%轉換)：獎勵次數 1,377,476 次，財務支出約 2 億 662 萬 1,400 點。

五、本次計畫修訂所需預算尚未經立法院審議，爰必要時將視立法院通過之預算額度作調整。

擬辦：本次計畫修訂草案如附件，頁次討 1-4~1-12，後續將依程序報請衛生福利部核定後公布實施，其中，生物相似藥品及化療

學名藥更新藥品清單於 115 年 7 月 1 日實施，化療藥以外之
癌症學名藥於立法院預算審議通過後實施。

決議：

全民健康保險推動使用生物相似性藥品及學名藥 之鼓勵試辦計畫(草案)

113 年 6 月 14 日健保審字第 1130111063 號公告

114 年 5 月 14 日健保審字第 1140109866 號修訂

114 年 7 月 25 日健保審字第 1140116185 號修訂

115 年○月○日健保審字第○號修訂

壹、前言

隨著原開發廠藥品專利到期，品質相似而研發製造成本及藥價較低之生物相似性藥品及學名藥紛紛投入市場，歐美日各國透過鼓勵使用這些藥品讓整體藥費降低，同時換取更多創新藥品引進，得以治療更多病人。另近年各國受國際疫情、戰爭等因素影響，導致藥品供應不穩定。全民健康保險保險人(下稱保險人)為確保健保用藥供應穩定，降低國際局勢影響，故推動多項措施支持藥品在地生產、多元供應，以強化藥品供應韌性，保障病人用藥權益。

經統計，113 年健保收載之生物相似性藥品計有 10 個成分、36 個項目，其中生物相似性藥品之醫令量占整體同成分藥品之醫令量占率為 11.9%，較 112 年 7.38% 提升。為進一步推動使用學名藥，114 年優先試辦癌症化學治療之學名藥，113 年健保收載的化療藥計有 53 個成分、263 個項目(含學名藥 213 個)，學名藥醫令量占率為 74%；若該成分劑型同時具有原開發廠及學名藥者，計有 15 個成分、130 個項目(含學名藥 100 個)，學名藥醫令量占率為 43%。

115 年擴大至所有癌症用藥學名藥。經分析，114 年健保收載同成分劑型且同時具有原開發廠及學名藥之化療藥以外癌症學名藥計有 20 個成分、近 140 個項目(含學名藥近 100 個)，學名藥醫令量占率 113 年為 12%、114 年為 13%。

考量生物相似性藥品及學名藥使用關鍵在於醫療院所，為鼓勵健保特約醫療院所處方使用，爰自 113 年 7 月 1 日起試辦本計畫，陸續納入生物相似藥品、學名藥，並活化健保資源，期讓更多新治療藥物加速引進，全民共享健保推動計畫成果。

貳、計畫依據

全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項及衛生福利部國家藥物韌性整備計畫辦理。

參、實施目標

- 一、提升醫療院所開立生物相似性藥品、學名藥之處方數。
- 二、提高本計畫藥品醫令量占率：生物相似藥品達 30% 以上、化療學名藥達 70% 以上、化療藥以外之癌症學名藥達 30% 以上。

肆、試辦期程

本計畫試辦 3 年，每年由保險人依前一年度實際值滾動檢討並設定新年度計畫藥品基準值及項目。生物相似藥品自 113 年 7 月 1 日起試辦，學名藥自 114 年 8 月 1 日起試辦。

伍、預算來源

- 一、生物相似藥品及化療學名藥之處方開立獎勵費：由全民健康保險醫院醫療給付費用總額及西醫基層醫療給付費用總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應。生物相似藥品及學名藥各於醫院總額部門編列 4,700 萬元、西醫基層總額部門編列 300 萬元。
- 二、化療藥以外之癌症學名藥之處方開立獎勵費：由國家藥物韌性整備計畫之衛生福利部主管項下支應，115 年編列 1.5 億元。

陸、計畫內容

- 一、參與資格：健保特約醫療院所。
- 二、本計畫藥品清單：
 - (一)生物相似藥品：
 1. 113 年 7 月至 114 年 5 月：擷取生物相似性藥品與原開發廠藥品價差大於 20% 以上者(以 113 年 4 月之支付價為計算基準)，將該藥品成分之生物相似性藥品列入清單。
 2. 114 年 6 月起：擷取生物相似性藥品與原開發廠藥品有價差者(以各年 4 月之支付價為計算基準)，將該藥品成分之生物相似性藥品列入清單(如附表 1)。

(二)學名藥：

1. 114年8月至115年○月：擷取健保已收載具有藥品許可證之化療藥 ATC code(藥物治療分類代碼系統)為 L01A、L01B、L01C、L01D、L01XA02、L01XA03 或 L01XX41，且該成分劑型同時具有原開發廠及學名藥。
2. 115年○月起，同時符合以下條件之癌症用藥：
 - (1) 擷取健保已收載具有藥品許可證之癌症學名藥 ATC code(藥物治療分類代碼系統)為 L01、L02 及 L04，該成分劑型同時具有原開發廠及學名藥且學名藥支付價不高於原開發廠支付價(如附表 2)。
 - (2) 擷取病人就醫主或次診斷之國際疾病分類第十版(ICD-10)診斷碼為 C00~C97 者。

(三)本計畫藥品成分得每年修正一次，公告後不再增修。試辦期間，本計畫藥品成分如有新暫予收載或異動之藥品項目，保險人於每月 25 日公告健保用藥品項查詢及異動檔於中央健康保險署全球資訊網。

三、鼓勵措施：

(一)處方開立獎勵：

1. 開立本計畫藥品處方者，於民眾領取本計畫藥品後，每一處方獎勵 150 點。門診按本計畫藥品處方次數計算，住院按本計畫藥品處方日計算，如開立慢性病連續處方箋得按可調劑次數計算。
2. 處方開立獎勵計算方式：同一處方優先計入生物相似藥品，其次為化療藥以外之癌症學名藥，餘計入化療學名藥。
3. 本項費用應用於推動生物相似性藥品及學名藥之相關照護使用。
4. 獎勵費用由保險人按季勾稽撥付予個別院所。資料擷取時間：以前一季之資料為計算標準，於每季末之次月 10 日為擷取日(如 113 年 11 月 10 日統計 113 年第 3 季)。
5. 點值結算方式：
預算按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元；當

季預算若有結餘，則流用至下季；若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於 1 元。

(二) 藥費差額回饋：

1. 由保險人按季統計個別院所藥費差額回饋點數，交由保險人各分區業務組回饋各醫療院所，並列入年度各分區個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫之目標管理點數校正，得以 100% 方式回饋，回饋方案由各分區因地制宜。

2. 藥費差額回饋點數計算定義：

(1) 生物相似藥品：

I. 與原開發廠為同分類分組： $(\text{原開發廠藥品之支付價} - \text{病人使用之生物相似藥品支付價}) \times \text{醫令量}$ 。

II. 與原開發廠為不同分類分組： $[\text{原開發廠藥品之支付價} - (\text{病人使用之生物相似藥品支付價} \times \text{病人使用之生物相似藥品與原開發廠藥品之藥品成分含量比例})] \times \text{醫令量}$ 。

III. 前開醫令量：以院所年度各月份申報醫令金額除以年度各月份支付價計算；藥品成分含量比例：原開發廠藥品之成分含量除以病人使用之生物相似藥品成分含量。

IV. 試辦期間，如有生物相似性藥品支付價高於原開發廠藥品，則不予列入計算。

(2) 學名藥：

I. 擷取同分類分組具有原開發廠及學名藥，且學名藥支付價不高於原開發廠： $(\text{同分類分組原開發廠之支付價} - \text{病人使用之同分類分組學名藥之支付價}) \times \text{醫令量}$ 。

II. 前開醫令量：以院所年度各月份申報醫令金額除以年度各月份支付價計算。

III. 同分類分組倘有多種規格量，則以同成分規格量原開發廠藥品為基準，分別計算藥費差額回饋。如：分類分組「POMALIDOMIDE, 一般錠劑膠囊劑, 1 MG-4 MG」之學名藥分別以 pomalidomide 1mg、2mg、3mg 及 4mg 之原開發

廠藥品為基準。

IV. 試辦期間，如有學名藥藥品支付價高於原開發廠藥品，則不予列入計算。

3. 資料擷取時間：以前一季之資料為計算標準，於每季末之次月10日為擷取日(如113年11月10日統計113年第3季)。

柒、費用申報及審查原則

- 一、除本計畫另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。
- 二、特約醫療院所未依保險人訂定本計畫藥品之藥品給付規定申報，或經保險人審查發現登載不實者，將不予支付該筆藥品費用，並追扣相關獎勵點數。

捌、預期效益

- 一、提升醫療院所醫療資源使用效益。
- 二、提供醫療院所及病人更多治療選擇，增進用藥可近性。

玖、資訊監測與公開

保險人得於中央健康保險署全球資訊網「生物相似性藥品/學名藥專區」，公開本計畫實施前後之藥品清單申報醫令量情形。

拾、計畫修正程序

本計畫之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

生物相似性藥品清單

成分項次	藥品成分	分類分組名稱	藥品項次	藥品商品名	藥品健保代碼
1	adalimumab	adalimumab, 注射劑, 40 mg	1	Amgevita	KC01098283
			2	Idacio 玻璃小瓶(瑞士廠)	KC01153283
			3	Idacio 預充填針筒(義大利廠)	KC01154283
			4	Abrilada	KC01157283
			5	Hulio	KC01149283
			6	Hyrimoz	KC01181283
			7	Yuflyma	KC01205271
2	bevacizumab	bevacizumab, 注射劑, 100 mg	1	Mvasi	KC01117219
			2	Abevmy	KC01156219
			3	Alymsys	KC01185219
			4	Vegzelma	KC01245219
			bevacizumab, 注射劑, 400 mg	6	Vegzelma
3	etanercept	etanercept, 注射劑, 25 mg	1	Erelzi	KC01139206
			2	Nepexto	KC01180206
		etanercept, 注射劑, 50 mg	3	Erelzi	KC01139209
			4	Nepexto	KC01180209
4	filgrastim	filgrastim, 注射劑, 120 mcg	1	Nivestim	KC01099263
		filgrastim, 注射劑, 300 mcg	2	Nivestim	KC01099277
		filgrastim, 注射劑, 480 mcg	3	Nivestim	KC01100277
5	infliximab	infliximab, 注射劑, 100 mg	1	Remsima	KC01035255
6	pegfilgrastim	pegfilgrastim, 注射劑, 6.00 mg	1	Fulphila	KC01108280
			2	Ziextenzo	KC01183280
7	rituximab	rituximab, 注射劑, 100mg	1	Truxima 100 mg	KC01094229
			2	Rixathon 100 mg	KC01118229
			3	Ruxience 100 mg	KC01165229
		rituximab, 注射劑, 500 mg	4	Truxima 500 mg	KC01094248
			5	Rixathon 500 mg	KC01118248
			6	Ruxience 500 mg	KC01165248
8	teriparatide	teriparatide, 注射劑, 600-750.00 MCG	1	Alvosteo	KC01151213
			2	Kauliv	KC01252216

註：試辦期間，本計畫藥品成分如有新暫予收載或異動之藥品項目，保險人於每月 25 日公告健保用藥品項查詢及異動檔於中央健康保險署全球資訊網。

學名藥清單

成分項次	藥品成分 ^{註1、註2}	ATC code	分組項次	分類分組
化療				
1	capecitabine	L01BC06	1	CAPECITABINE, 一般錠劑膠囊劑, 150.00 MG
			2	CAPECITABINE, 一般錠劑膠囊劑, 500.00 MG
2	carboplatin	L01XA02	1	CARBOPLATIN, 注射劑, 150.00 MG
			2	CARBOPLATIN, 注射劑, 450.00 MG
3	docetaxel	L01CD02	1	DOCETAXEL, 注射劑, 20.00 MG
			2	DOCETAXEL, 注射劑, 80.00 MG
			3	DOCETAXEL, 注射劑, 120.00 MG
4	doxorubicin	L01DB01	1	DOXORUBICIN, 注射劑, 10.00 MG
5	epirubicin	L01DB03	1	EPIRUBICIN, 注射劑, 10.00 MG
			2	EPIRUBICIN, 注射劑, 20.00 MG
			3	EPIRUBICIN, 注射劑, 50.00 MG
6	eribulin	L01XX41	1	ERIBULIN, 注射劑, 1.00 MG
7	irinotecan	L01CE02	1	IRINOTECAN, 注射劑, 40.00 MG
			2	IRINOTECAN, 注射劑, 100.00 MG
8	melphalan	L01AA03	1	MELPHALAN, 一般錠劑膠囊劑, 2.00 MG
			2	MELPHALAN, 注射劑, 50.00 MG
9	oxaliplatin	L01XA03	1	OXALIPLATIN, 注射劑, 50.00MG
			2	OXALIPLATIN, 注射劑, 100.00 MG
			3	OXALIPLATIN, 注射劑, 200.00 MG
10	pemetrexed	L01BA04	1	PEMETREXED, 注射劑, 100.00 MG
			2	PEMETREXED, 注射劑, 500.00MG
11	temozolomide	L01AX03	1	TEMOZOLOMIDE, 一般錠劑膠囊劑, 20.00 MG
			2	TEMOZOLOMIDE, 一般錠劑膠囊劑, 100.00 MG
12	topotecan	L01CE01	1	TOPOTECAN, 注射劑, 4.00 MG
13	vinorelbine	L01CA04	1	VINORELBINE, 一般錠劑膠囊劑, 20.00 MG
			2	VINORELBINE, 一般錠劑膠囊劑, 30.00 MG
			3	VINORELBINE, 一般錠劑膠囊劑, 80 MG
			4	VINORELBINE, 注射劑, 10.00 MG

成分項次	藥品成分 ^{註1、註2}	ATC code	分組項次	分類分組
			5	VINORELBINE, 注射劑, 50.00 MG
癌症用藥(化療除外)				
14	<u>imatinib</u>	<u>L01EA01</u>	<u>1</u>	<u>IMATINIB, 一般錠劑膠囊劑, 100.00 MG</u>
			<u>2</u>	<u>IMATINIB, 一般錠劑膠囊劑, 400.00 MG</u>
15	<u>dasatinib</u>	<u>L01EA02</u>	<u>1</u>	<u>DASATINIB, 一般錠劑膠囊劑, 20MG</u>
			<u>2</u>	<u>DASATINIB, 一般錠劑膠囊劑, 50MG</u>
			<u>3</u>	<u>DASATINIB, 一般錠劑膠囊劑, 70MG</u>
16	<u>gefitinib</u>	<u>L01EB01</u>	<u>1</u>	<u>GEFITINIB, 一般錠劑膠囊劑, 250.00 MG</u>
17	<u>erlotinib</u>	<u>L01EB02</u>	<u>1</u>	<u>ERLOTINIB, 一般錠劑膠囊劑, 100.00 MG</u>
			<u>2</u>	<u>ERLOTINIB, 一般錠劑膠囊劑, 150.00 MG</u>
18	<u>sunitinib</u>	<u>L01EX01</u>	<u>1</u>	<u>SUNITINIB, 一般錠劑膠囊劑, 12.50MG</u>
			<u>2</u>	<u>SUNITINIB, 一般錠劑膠囊劑, 25.00MG</u>
			<u>3</u>	<u>SUNITINIB, 一般錠劑膠囊劑, 50.00MG</u>
19	<u>sorafenib</u>	<u>L01EX02</u>	<u>1</u>	<u>SORAFENIB TOSYLATE 274MG(= sorafenib..200.0 mg) 一般錠劑膠囊劑</u>
20	<u>pazopanib</u>	<u>L01EX03</u>	<u>1</u>	<u>PAZOPANIB, 一般錠劑膠囊劑, 200.00 MG</u>
21	<u>bortezomib</u>	<u>L01XG01</u>	<u>1</u>	<u>BORTEZOMIB, 注射劑, 3.50 MG</u>
22	<u>medroxyprogesterone</u>	<u>L02AB02</u>	<u>1</u>	<u>MEDROXYPROGESTERONE, 一般錠劑膠囊劑/顆粒劑, 100.00 MG</u>
			<u>2</u>	<u>MEDROXYPROGESTERONE, 一般錠劑膠囊劑/顆粒劑, 500.00 MG</u>
23	<u>leuprorelin</u>	<u>L02AE02</u>	<u>1</u>	<u>LEUPRORELIN DEPOT, 注射劑, 每1個月一次</u>
			<u>2</u>	<u>LEUPRORELIN DEPOT, 注射劑, 每3個月一次</u>
			<u>3</u>	<u>LEUPRORELIN DEPOT, 注射劑, 每6個月一次</u>
24	<u>tamoxifen</u>	<u>L02BA01</u>	<u>1</u>	<u>TAMOXIFEN, 一般錠劑膠囊劑, 10.00 MG</u>
25	<u>bicalutamide</u>	<u>L02BB03</u>	<u>1</u>	<u>BICALUTAMIDE, 一般錠劑膠囊劑, 50.00 MG</u>
26	<u>enzalutamide</u>	<u>L02BB04</u>	<u>1</u>	<u>ENZALUTAMIDE, 一般錠劑膠囊劑, 40MG</u>
			<u>2</u>	<u>ENZALUTAMIDE, 一般錠劑膠囊劑, 80 MG</u>
27	<u>anastrozole</u>	<u>L02BG03</u>	<u>1</u>	<u>ANASTROZOLE, 一般錠劑膠囊劑, 1.00 MG</u>
28	<u>letrozole</u>	<u>L02BG04</u>	<u>1</u>	<u>LETROZOLE, 一般錠劑膠囊劑, 2.50 MG</u>
29	<u>abiraterone</u>	<u>L02BX03</u>	<u>1</u>	<u>ABIRATERONE, 一般錠劑膠囊劑, 250.00 MG</u>
			<u>2</u>	<u>ABIRATERONE, 一般錠劑膠囊劑, 500.00 MG</u>

成分項次	藥品成分 ^{註1、註2}	ATC code	分組項次	分類分組
<u>30</u>	<u>azathioprine</u>	<u>L04AX01</u>	<u>1</u>	<u>AZATHIOPRINE, 一般錠劑膠囊劑, 50.00 MG</u>
<u>31</u>	<u>lenalidomide</u>	<u>L04AX04</u>	<u>1</u>	<u>LENALIDOMIDE, 一般錠劑膠囊劑, 10.00MG-25.00MG</u>
			<u>2</u>	<u>LENALIDOMIDE, 一般錠劑膠囊劑, 5 MG</u>
<u>32</u>	<u>pomalidomide</u>	<u>L04AX06</u>	<u>1</u>	<u>POMALIDOMIDE, 一般錠劑膠囊劑, 1 MG-4 MG</u>
<u>33</u>	<u>methotrexate</u>	<u>L04AX03</u>	<u>1</u>	<u>METHOTREXATE, 一般錠劑膠囊劑, 2.50 MG</u>

註¹：liposome(微脂體)製劑以及複方藥品除外。

註²：納入2家以上廠商之同成分藥品(含原開發廠及學名藥)。

註³：試辦期間，本計畫藥品成分如有新暫予收載或異動之藥品項目，保險人於每月25日公告健保用藥品項查詢及異動檔於中央健康保險署全球資訊網。

討論事項

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」案。

說明：

- 一、依據本署 115 年 3 月 10 日「在宅醫療專案小組第二次會議」決議辦理。
- 二、本計畫自 113 年 7 月 1 日實施，截至 114 年 12 月，收案人次總計 5,949 人次，為擴大收案對象，研擬修訂本計畫摘要如下（計畫草案如附件，頁次討 2-4~2-42）：
 - (一)訪視費調整：配合居家醫療給付標準，調升護理、藥事及呼吸治療師訪視費用 5%。
 - (二)提高醫檢師、放射師床側檢驗加成:針對醫檢師及放射師執行之床側檢驗項目，其檢驗(查)依支付標準所列項目支付點數提高至 40% 支付(原 20%)。
 - (三)新增提早出院照護模式(ESD)：
 - 1.收案對象:失能（巴氏量表<60 分）或就醫不便之感染症住院患者，經醫師評估病況穩定，適合轉銜至家中或機構接受靜脈抗生素治療者。
 - 2.各疾病別照護天數上限：採原住院天數與本計畫照護天數合併計算，且不予給付回饋獎勵金。
 - (1)肺炎:14 天
 - (2) 尿路及軟組織感染:9 天
 - (3) 其他感染症:30 天
 - 3.支付點數：訂定每日醫療費，且藥費採核實申報，參考 4 類特定感染症之「平均每件住院費用(扣除藥費)」及「平均住院天數」計算「平均每日醫療費」再以 75% 進行估算。

	一般地區		山地離島地區	
	在宅	機構	在宅	機構
每日醫療費*	2,003 點	1,502 點	2,644 點	1,983 點
每日護理費	1,843 點	1,474 點	2,433 點	1,947 點
藥費	核實申報			

*每日醫療費包含診察(含會診、通訊診療)、藥事服務、檢驗(查)、各項治療處置、特殊材料、個案管理、電子資料處理及行政作業成本等。

4. 考量病人已於住院期間完成多數檢驗(查)，於病情相對穩定後接受在宅急症照護施打抗生素服務，爰本模式不予給付回饋獎勵金。

5. 品質獎勵措施:院所年收案達 11 人且個案須同時符合「結案 14 天內無相同疾病非預期再急診/再住院」及「總住院天數未超標」比例達 95%，則每案支付 3,000 點。

三、 本次調整總計推估增加支出約 8,375.2 萬點。

(一)新增 ESD 模式:

1. 以 3,846 點(每日醫療費 2,003 點+每日護理費 1,843 點)*4 類感染症之照護天數上限 30 天及 3,846 點(每日醫療費 2,003 點+每日護理費 1,843 點)*肺炎/尿路感染/軟組織感染之照護天數上限天數，估算 7 類感染症之每件醫療費用，並以 112 年上開感染症居家及機構住院件數之 1% 案件參與本計畫估算(1,226 人次)，影響金額為 5,898 萬點。

2. 品質獎勵金：參考 113 年獎勵金發放比例，以 ESD 預估收案量之 30%(1,226*30%=368 人次)推估為高品質個案，每案獎勵 3,000 點，預計增加 110 萬點。

3. 藥費核實申報: 參考 112 年居家住院 7 類感染症之平均藥費為 12,166 點，並以 112 年上開感染症居家及機構住院件數之

1% 案件參與本計畫估算(1,226 人次)，影響金額為 1,492 萬。

(二)調升訪視費：以 114 年收案 5,546 人次(推估值)估算，預估 115 年收案 9,040 人次，以肺炎目標天數 10 天估算，每日護理費需增加 796 萬($1,755 \times 0.05 \times 9,040 \times 10$)；居家藥事照護費需增加 24.9 萬點($1,100 \times 0.05 \times 9,040 \times 0.5$)；呼吸治療師訪視費需增加 24 萬點($1,050 \times 0.05 \times 9,040 \times 0.5$)，共計需增加 844.9 萬點。

(三)新增醫事檢驗師、放射師床側檢驗再加成 20%:參考 114 年床側檢驗獎勵之費用為 18.6 萬點，以 115 年預估收案量成長至 9,040 人次(較 114 年成長 1.63 倍)推估，以再加成比率 20%，並以所有床側檢驗皆由醫檢師執行進行高推估，預計增加 30.3 萬點($18.6 \text{ 萬點} \times 1.63$)。

擬辦：本案如經確認同意，依程序報請衛生福利部核定後公告修訂。

決議：

全民健康保險在宅急症照護試辦計畫

113 年 5 月 24 日健保醫字第 1130110065 號公告訂定

114 年 2 月 3 日健保醫字第 1140101924 號公告修訂

114 年 11 月 3 日健保醫字第 1140123562 號公告修訂

[○年○月○日日健保醫字第○○號公告修訂](#)

一、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的

- (一) 提供急症病人適當的居家醫療照護，提供住院的替代服務，避免因急性問題住院，促使醫療資源有效應用。
- (二) 減少照護機構住民因急性問題往返醫院，提供適切的急性照護。
- (三) 強化各級醫療院所垂直性轉銜的合作，提升照護品質。

三、預算來源

本計畫所列給付項目及支付標準(詳附件 1)、床側檢驗(查)加成費用、回饋獎勵金，由其他預算之「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務」項目下支應。

四、醫療服務提供者資格

(一)申請條件：

1. 參與「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」(以下稱居整計畫)之特約醫事服務機構。
2. 參與「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第五部第一章居家照護(以下稱居家照護)及第三章安寧居家療護(以下稱居家安寧)之特約醫事服務機構。
3. 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)第 21 條規定，報經全民健康保險保險人(以下稱保險人)同意至照護機構提供一般西醫門診服務並參與衛生福利部「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」之特約醫事服務機構。

(二)本計畫由本保險特約醫事服務機構之醫事人員組成在宅急症共

同照護小組(以下稱照護小組)提供醫療服務，其中訪視人員資格如下：

1. 各類訪視人員(醫師、護理人員、藥事人員、呼吸治療師)以本保險特約醫事服務機構之專任人員為限，醫師須具專科醫師資格。
2. 各類訪視人員首次參加本計畫應接受保險人認可之教育訓練四小時並取得證明(詳附件 2)，始得參與本計畫。
3. 下列訪視人員應於參與本計畫起 1 年內完成下列專業訓練，並由主責特約醫事服務機構檢送證明文件予保險人分區業務組備查：
 - (1) 護理人員：照護小組內至少有一名護理人員需接受長期照顧專業訓練(Level II(含)以上)；每十名護理人員應至少一名須接受長期照顧專業訓練(Level II(含)以上)。
 - (2) 藥事人員：經中華民國藥師公會全國聯合會培訓，取得居家藥事照護資格證書。
 - (3) 呼吸治療師：收案對象為呼吸器依賴個案者，其呼吸治療師應接受中華民國呼吸治療師公會全國聯合會培訓，取得居家呼吸照護資格證書。
4. 照護小組得視需求加入醫事檢驗師、醫事放射師、營養師或其他醫事人員；是類人員得免接受本計畫所訂之教育訓練。

(三)本計畫照護小組應符合下列條件：

1. 與後送醫院建立綠色通道，確保病人後送病房需求，並建立各類醫事人員及後送醫院之聯繫窗口，以利連結服務。
2. 應提供各收案院所之聯繫窗口及個案所需之 24 小時電話諮詢專線。
3. 應提供個案健康管理，且有個案管理人員負責協調、溝通及安排相關事宜；個案管理人員可由醫師、護理人員、呼吸治療師或藥事人員擔任。
4. 應提供本計畫所需藥品調劑及送藥服務，並配置適當藥事人員或與特約藥局合作，負責調劑相關業務。

- (四)參與本計畫之特約醫事服務機構及醫事人員於參與計畫日前二年內，不得有特管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)。前述符合申請條件之認定，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。
- (五)特約醫事服務機構所屬醫師至病人住家或照護機構提供醫療服務，得視為符合醫師法第八條之二所稱應邀出診，不需經事先報准執業所在地主管機關；其他醫事人員應依醫事相關法規報經當地衛生主管機關核准及保險人備查。

五、計畫申請程序

- (一)符合前述各項資格之照護小組，由主責特約醫事服務機構向保險人分區業務組提出參與計畫申請書(附件3，須檢附訪視人員教育訓練證明、具體後送機制、當年預計執行案件量、護理人力配置、「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」合約書、照護機構同意與醫療院所共同參與本計畫之證明文件等)及通訊診療計畫(附錄)，經保險人分區業務組審核同意並副知所在地衛生主管機關(含照護機構資訊及同意照護小組執行通訊診療)後，始可參與本計畫；異動時亦同。醫院及診所僅限參與一個照護小組。
- (二)因經費有限，保險人分區業務組得審酌照護小組執行能力等情形，擇優限定照護小組辦理本計畫。
- (三)參與計畫之照護小組應每年提送預計執行之案件量予保險人分區業務組，該分區業務組得視經費使用情形，適當限制照護小組執行案件量，以達經費管控目的。

六、收案對象及收案程序

- (一)收案對象：經主治醫師評估主診斷為肺炎(ICD-10-CM：J12-J18、J20-J22、J69.0)、尿路感染(ICD-10-CM：N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0)、軟組織感染(ICD-10-CM：L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L03.8、L03.9)、其他感染症，應

住院治療但適合在宅接受照護者(肺炎、尿路感染及軟組織感染之收案適應症詳附件 4)，且須符合下列條件之一：

1. 居整計畫、「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」居家照護階段、「全民健康保險急性後期整合照護計畫」居家模式且失能(巴氏量表小於 60 分)、居家照護及居家安寧之收案個案(下稱居家個案)。
2. 參與衛生福利部「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」且依特管辦法第 21 條規定，報經保險人同意至照護機構提供一般西醫門診服務之機構住民。
3. 急診個案：限失能(巴氏量表小於 60 分)或因疾病特性致外出就醫不便者。

4. 提早出院個案：

(1) 限失能(巴氏量表小於 60 分)或因疾病特性致外出就醫不便且因感染症住院，經醫師評估病情穩定及確認細菌菌株適合提早出院於家中/機構接受靜脈抗生素治療者。

(2) 適應症範圍:不限感染症類別。

(二) 收案院所限醫院及診所，收案期間主治醫師如有特殊原因，經報保險人分區業務組核定後，得更換主治醫師。

(三) 各照護對象由下列照護小組提供服務：

1. 居家個案：由參與居整計畫、居家照護或居家安寧之特約醫事服務機構組成照護小組提供服務。

2. 照護機構住民：

(1) 由已參與衛生福利部「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」且經保險人同意至該照護機構提供一般西醫門診服務之特約醫事服務機構提供服務，並得與參與居整計畫之居家護理機構組成照護小組提供醫療服務。

(2) 如該照護機構住民同時為居家個案時，以參與衛生福利部「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」之特約醫事服務機構優先提供服務。

3. 急診個案及提早出院個案：

(1) 由參與居整計畫之特約醫事服務機構組成照護小組提供本計畫服務。

(2) 居家個案由原照護團隊提供服務，原團隊未參與本計畫或

個案未被收案者，由參與居整計畫之特約醫事服務機構組成照護小組提供服務。

- (四) 收案程序：病人經主治醫師評估符合收案條件者，經完整說明後開立收案申請書(附件 5)且於收案後 24 小時內由健保資訊網服務系統(以下稱 VPN)送保險人備查，並請病人簽署同意書(附件 6)；保險人得視情況實地評估病人之醫療需求。
- (五) 同一病人於相同照護期間，其他特約醫事服務機構不得再申請收案。
- (六) 居家個案於本計畫照護期間，原居家醫療照護服務參加計畫不需結案，並於本計畫結束後回歸原居家醫療照護服務計畫之特約醫事服務機構或護理機構持續照護。
- (七) 主治醫師於相同時段內，收案以 20 人為上限。

七、照護內容

主治醫師應整體評估病人之醫療需求，開立在宅急症照護醫囑，並得視醫療需要於病歷註明理由，連結其他醫事人員提供醫療服務。照護內容如下(建議診療項目詳附件 7)：

(一) 醫師

1. 提供在宅急症照護及一般西醫門診診療服務。
2. 按病人病情開立藥品處方，照護期間病人原慢性病藥物服用完畢時，應開立本計畫照護期間所需之慢性病用藥。
3. 醫師開立藥品處方時，應透過健保醫療資訊雲端查詢系統，即時查詢病人近期之用藥資訊，避免重複處方，以提升病人用藥安全及品質。
4. 醫師應於收案 3 天內及結案當天各完成 1 次實地訪視；醫師未執行實地訪視時，仍應每日以遠距診療方式追蹤病人病情，詳細記載於病歷及 VPN 登打訪視紀錄，註明遠距診療方式供保險人備查。
5. 醫師得依通訊診察治療辦法第十八條第三項規定，經保險人分區業務組核定其通訊診療計畫並報當地衛生主管機關備查後，進行遠距診療及會診。
6. 醫師依通訊診察治療辦法執行遠距診療時，以視訊診療方式為主；山地離島地區或看診時因網路傳輸問題致無法以視訊

方式進行診療者，得以電話方式執行並錄音留存。

- (二) 護理人員：護理人員於照護期間內應每天實地訪視；提供在宅急症照護及居家護理照護、案家自我照護指導及衛教等。
- (三) 呼吸治療師訪視：經主治醫師判斷有明確呼吸照護需求者，由呼吸治療師提供在宅急症呼吸照護及案家自我照護指導。
- (四) 藥事人員訪視：經主治醫師判斷有明確藥事照護需求者，由藥事人員提供在宅急症藥事照護。
- (五) 藥品處方調劑服務：病人照護期間所需藥品，應由處方之特約醫事服務機構或同照護小組之特約藥局調劑為原則，如有特殊情形，經病人或其家屬同意後，由護理人員或其他醫事人員代為領藥。
- (六) 檢驗(查)服務：依病人需求提供適當檢驗(查)服務，並得提供床側檢驗(查)服務。
- (七) 個案健康管理：監測生命徵象、穩定健康狀態，並得使用遠端生命徵象相關監控設備；協助病人連結醫療及長期照顧服務資源。
- (八) 24 小時電話諮詢及緊急訪視服務：於病人發生緊急狀況時，提供病人及其家屬 24 小時醫療專業諮詢服務，必要時由醫師及護理人員進行緊急訪視，或啟動緊急醫療後送程序。
- (九) 每次實地訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次實地訪視時間(自到達案家起算，至離開案家為止)。
- (十) 照護小組評估個案有長期照顧服務需求時，應協助轉介各縣市長期照顧管理中心(下稱照管中心)。轉介方式依衛生福利部「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫之收案對象銜接長照服務資源注意事項」辦理(參考衛生福利部中央健康保險署全球資訊網: 首頁/健保服務/健保醫療計畫/全民健康保險在宅急症照護試辦計畫/全民健康保險在宅急症照護試辦計畫/收案對象銜接長照服務資源注意事項)；並應確認收案對象是否為長期照顧服務個案後，通知各縣市照管中心評估調整照顧計畫。

八、給付項目及支付標準

- (一) 每日醫療費、每日護理費、醫事人員訪視費、管理指導費、緊急訪視費及其他費用，依附件 1 給付項目及支付標準支付。
- (二) 呼吸器依賴病人之呼吸器使用及安寧療護個案安寧緩和相關費

用，應回歸原計畫申報。

- (三) 使用床側檢驗(查)者，其檢驗(查)依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」所列項目支付點數加計百分之二十支付；若由醫事檢驗師或放射師執行者，則加計百分之四十支付（加成項目詳附件 1）。

九、回饋獎勵金

(一) 每位完成治療結案之在宅急症照護個案，以該疾病照護目標天數內之每日醫療費及每日護理費加總，作為「每件基本點數」；並以實際照護天數內之每日醫療費、每日護理費及緊急訪視費加總，作為「實際申報點數」。計算方式如下：

1. 每件基本點數： $(\text{每日醫療費} + \text{每日護理費}) \times \text{疾病目標照護天數}$ 。
2. 實際申報點數： $(\text{每日醫療費} + \text{每日護理費}) \times \text{實際照護天數} + \text{緊急訪視費}$ 。

(二) 當「每件基本點數」高於「實際申報點數」時，以下列計算方式支付回饋獎勵點數： $(\text{每件基本點數} - \text{實際申報點數}) \times 80\%$ 。

(三) 以下情形不予支付回饋獎勵金：

1. 完成治療結案後 14 日內轉急診或轉住院者。
2. 照護對象來源為急診個案 或提早出院個案。
3. 經專業審查不符本計畫收案適應症或收案條件者。

十、醫療費用申報、審查及點值結算

(一) 醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除本計畫另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。

(二) 為確保醫療服務合理性，保險人分區業務組對於收案人數高於同儕之特約醫事服務機構，必要時得啟動專案審查。

(三) 本計畫收案經審核不符收案適應症或收案條件者，保險人不予支付費用。

(四) 本計畫照護小組應擇定以下列任一方式申報醫療費用：

1. 由收案院所統一執行本計畫之醫療費用申報。

2. 本計畫給付項目及支付標準所稱「每日護理費」及「護理人員緊急訪視費」由設有居家護理服務項目之護理機構或居家呼吸照護所(以下稱居家護理服務院所)申報(限由一家居家護理服務院所申報),其餘醫療費用統一由收案院所申報。居家護理服務院所提供呼吸治療師訪視服務者,得一併申報呼吸治療師訪視費。

(五) 健保卡登錄

1. 照護小組實地訪視時,應查驗病人之健保卡〔含虛擬(行動)健保卡〕及身分證明文件,照護第1天及結案當天須自備讀卡設備於健保卡登錄就醫紀錄,24小時內上傳予保險人備查;照護第2天起不須以讀卡設備過卡,惟仍須每日至VPN登錄訪視紀錄(附件8)供保險人備查。
2. 過卡流程如下:
 - (1) 由收案院所統一執行醫療費用申報者:照護第1天及結案當天均由收案院所過卡〔含虛擬(行動)健保卡〕;醫師採視訊診療者,應使用虛擬(行動)健保卡過卡。
 - (2) 由收案院所及居家護理服務院所分別申報者:照護第1天及結案當天由收案院所及居家護理服務院所分別過卡〔含虛擬(行動)健保卡〕;醫師採視訊診療者,應使用虛擬(行動)健保卡過卡。
 - (3) 過卡之就醫類別第1天填報「01 西醫門診」,結案當天填報「AH 居家照護」(不累計就醫序號)。
 - (4) 醫師採視訊診療,如病人未綁定、未使用或拒絕使用虛擬(行動)健保卡者,就醫序號請填列「NVIT」。

(六) 醫療費用申報:

1. 由收案院所或居家護理服務院所按月執行本計畫之醫療費用申報,並於門診醫療點數清單填報「案件分類:E1」及任一「特定治療項目代號:EN」。
2. 在宅急症照護相關費用,應於結案後按月申報(同一個案之醫療費用,應統整於一個月份申報):
 - (1) 「就醫日期」及「治療結束日期」欄位分別填報該案件收案日

期及結案(轉院)日期。「診治醫事人員代號」欄位，請填報第一次訪視人員身分證號(若同日訪視人員一人以上者，優先填報順序為醫師、護理人員、呼吸治療師、藥事人員)。

- (2) 「轉診、處方調劑或特定檢查資源共享案件註記」及「轉診、處方調劑或特定檢查資源共享案件之服務機構代號」欄位分別填報「EN」及收案院所代號。
 - (3) 訪視人員各次訪視應逐筆填報醫令代碼、執行時間-起/迄、執行醫事人員代號及就醫科別。前述就醫科別，醫師請以該次訪視實際提供之診療最適科別填報，護理人員訪視請填「EA 居家護理」，呼吸治療師訪視請填「AC 胸腔內科」，藥師訪視免填。
 - (4) 申報緊急訪視費時，「醫令執行時間-起/迄」請填至時分，「醫令執行時間-起/迄」未依規定填報，該筆醫令不予支付。
 - (5) 本計畫除給付規定及支付標準所列項目，收案院所或居家護理服務院所於申報費用時，仍應填報各項醫令編號、名稱、數量、醫令執行時間及就醫科別等資訊，並於醫令類別填報「4：不計價」、點數填報0，以利保險人估算實際醫療成本。
 - (6) 執行床側檢驗(查)服務時，該筆檢驗(查)醫令之醫令類別請填報「4：不計價」，點數請填0；符合本計畫附件1所列加成項目者，得於「支付成數」填入「120」；惟由醫事檢驗師或放射師執行者，其「支付成數」請填報「140」，並請填報執行醫事人員代號。
 - (7) 護理人員於例假日提供實地訪視者，該日每日護理費醫令之「支付成數」填入「120」；於天然災害停止上班期間提供實地訪視者，「支付成數」填入「150」；並以單筆醫令進行申報；同時符合例假日及天然災害停止上班期間提供實地訪視者，「支付成數」填入「150」。
- (七) 如可歸責於特約醫事服務機構申報資料錯誤，導致點值核付錯誤時，特約醫事服務機構需自行負責。
- (八) 特約醫事服務機構於山地離島地區提供服務並申報山地離島地區醫療費用：應於門診醫療服務點數清單之「特定地區醫療服務」

欄位填寫「04」，並於「支援區域」填寫山地離島地區之地區代碼。

(九) 部分負擔計收規定

1. 保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條居家照護規定，並以實際照護天數計算每日醫療費及每日護理費之百分之五計收。
2. 若屬全民健康保險法(以下稱健保法)第四十八條所列重大傷病、分娩、山地離島地區就醫情形之一，保險對象免自行負擔費用。
3. 若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。

(十) 點值結算方式

1. 本計畫所列給付項目及支付標準之醫療費用：由其他預算之「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務」按季均分，採浮動點值計算，每點支付金額不高於 1 元；當季預算如有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。
2. 本計畫床側檢驗(查)加成費用及回饋獎勵金：由保險人於年度結束後計算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於 1 元。

十一、結案條件

個案符合下列任一條件者應予結案：

- (一) 死亡。
- (二) 遷居。
- (三) 拒絕訪視。
- (四) 完成治療或病情改善，無需繼續接受在宅急症照護。
- (五) 轉急診或住院。
- (六) 改由其他院所收案。

十二、觀察指標(列為次年度是否繼續辦理之參考)

(一) 結案後 3 天內轉急診率

分子：在宅急症照護完成治療結案後 3 天內急診之案件數。

分母：在宅急症照護完成治療結案之案件數。

(二) 結案後 14 天內轉急診率

分子：在宅急症照護完成治療結案後 14 天內急診之案件數。

分母：在宅急症照護完成治療結案之案件數。

(三) 結案後 3 天內轉住院率

分子：在宅急症照護完成治療結案後 3 天內住院之案件數。

分母：在宅急症照護完成治療結案之案件數。

(四) 結案後 14 天內轉住院率

分子：在宅急症照護完成治療結案後 14 天內住院之案件數。

分母：在宅急症照護完成治療結案之案件數。

(五) 緩解完治率

分子：完成治療結案數(排除結案後因同一疾病 3 天內轉住院及轉急診之案件)。

分母：在宅急症照護案數。

(六) 超出計畫目標天數案件比率

分子：超過該疾病目標照護天數之案件數。

分母：在宅急症照護完成治療結案之案件數。

十三、提早出院模式 (ESD) 品質獎勵措施

(一)院所參評門檻：須同時符合「年收案量達 11 人」且「品質達標個案比例達 95%」。

(二)品質達標判定：個案須同時符合下列三項指標，始計為「品質達標個案」：

1.結案 14 天內無因相同疾病致非預期再住院。

2.結案 14 天內無因相同疾病致非預期再急診。

3.總住院天數（急性住院天數與在宅照護天數）未超過該疾病別上限天數。

十四、計畫管理機制

- (一) 保險人負責本計畫之研訂與修正。
- (二) 保險人分區業務組負責審核特約醫事服務機構之參與資格、核定及輔導轄區特約醫事服務機構執行計畫、核發費用。

十五、退場機制

- (一) 參與本計畫之特約醫事服務機構，未依排定時間進行實地訪視且未事先通知病人、無故拒絕轉介單位轉介之病人、或參與本計畫有待改善事項，經保險人通知限期改善而未改善者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。經保險人終止計畫參與資格者，一年內不得再申請參與本計畫。
- (二) 參與本計畫之特約醫事服務機構如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一暨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（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者），應自保險人第一次核定違規函所載核定停約或終止特約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫事服務機構提供本計畫服務之成效，另予考量。
- (三) 特約醫事服務機構如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起 30 日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。

十六、計畫修訂程序

- (一) 本計畫視需要檢討，由保險人邀集醫療專業團體、主管機關等單位共同修訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。
- (二) 屬給付項目及支付標準之修正，依健保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」給付項目及支付標準

通則：

- 一、本表限參與本計畫之收案院所或居家護理服務院所申報。
- 二、除本表給付規定及支付標準所列項目，收案院所於申報費用時，仍應填報各項醫令編號、名稱及數量等資訊，並於醫令類別填報「4：不計價」、點數填報 0。
- 三、各疾病目標照護天數及上限天數如下：
 - (一)肺炎：目標十天，上限十四天。
 - (二)尿路感染：目標七天，上限九天。
 - (三)軟組織感染：目標七天，上限九天。
- 四、提早出院個案之照護:以原住院天數與本計畫照護天數合併計算:
 - (一)肺炎:14 天。
 - (二)尿路感染及軟組織感染:9 天。
 - (三)其他感染症: 30 天。
- 五、特約醫事服務機構對同一病人於相同照護期間，僅可擇一最適疾病(主診斷)進行申報。不同適應症者，以照護天數較高之適應症計算之。
- 六、同一病人照護天數已達本計畫上限天數者，照護小組應予結案或回歸原居家醫療照護服務之特約醫事服務機構或護理機構照護。
- 七、同一病人結案後七天內由同一照護小組重新收案，或轉由其他照護小組持續本計畫照護者，視為同一件在宅急症照護案件，照護天數不得重新計算；超過上限天數者不予支付費用。
- 八、為增加臨床醫師對於抗生素之選擇性，照護小組於目標照護天數內，得使用輸液器一日型，施打抗生素，並申報對應之每日醫療費；於目標照護天數外不予支付輸液器費用。
- 九、原居家個案或照護機構住民經同一醫師訪視後當日由本計畫收案，應申報本計畫每日醫療費，不得重複申報原計畫醫師訪視費或門診診察費。
- 十、照護小組至病人住家或照護機構評估在宅急症照護需求，如經評估病人不符合收案條件，其醫事人員訪視費或門診診察費應回歸原計畫申報。
- 十一、同一病人於相同照護期間，依主治醫師評估病人實際需求後由呼吸治療師或藥事人員提供訪視。呼吸治療師訪視次數以三次為原則，惟呼吸器依賴病人不在此限；藥事人員訪視次數以 1 次為原則。
- 十二、緊急訪視適應症：適用醫師及護理人員，且訪視時間為下午六時至隔日上午八時。
 - (一)適應症：
 1. 生命徵象不穩定。
 2. 呼吸喘急持續未改善。
 3. 譫妄或意識狀態不穩定。
 4. 急性疼痛發作。
 5. 發燒或突發性體溫不穩定。
 6. 急性腹瀉。
 7. 須立即處理之管路問題。
 8. 其他經醫師評估有立即前往需要者。
 - (二)除須立即處理之管路問題項外，其他項適應症須先由醫師就病人病情進行評估後，決定適當醫事人員至案家緊急訪視，緊急訪視相關醫囑應載於訪視紀錄。

- (三) 同一醫師及護理人員對同一病人之緊急訪視，每日各以一人次為限，超過不予支付。
- 十三、執行本計畫所列床側檢驗(查)加成項目(詳加成項目表)，得依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」表定點數加成計百分之二十，惟由醫事檢驗師及放射師執行下表所列項目者，則依表定點數加計 40%。

支付標準表

編號	診療項目	支付點數
	每日醫療費(天)	
	肺炎(第一至十天)	
P8401C	1.在宅	3734
P8402C	2.機構	2800
P8448C	3.在宅-使用輸液器一日型	4836
P8449C	4.機構-使用輸液器一日型	3902
	山地離島地區每日醫療費(肺炎第一至十天)	
P8403C	1.在宅	4929
P8404C	2.機構	3697
P8450C	3.在宅-使用輸液器一日型	6031
P8451C	4.機構-使用輸液器一日型	4799
	肺炎(第十一至十四天)	
P8405C	1.在宅	2800
P8436C	2.機構	2100
	山地離島地區每日醫療費(肺炎第十一至十四天)	
P8437C	1.在宅	3697
P8438C	2.機構	2773
	尿路感染(第一至七天)	
P8406C	1.在宅	2733
P8407C	2.機構	2050
P8452C	3.在宅-使用輸液器一日型	3835
P8453C	4.機構-使用輸液器一日型	3152
	山地離島地區每日醫療費(尿路感染第一至七天)	
P8408C	1.在宅	3608
P8409C	2.機構	2706
P8454C	3.在宅-使用輸液器一日型	4710
P8455C	4.機構-使用輸液器一日型	3808
	尿路感染(第八至九天)	
P8410C	1.在宅	2050
P8439C	2.機構	1538
	山地離島地區每日醫療費(尿路感染第八至九天)	
P8440C	1.在宅	2706
P8441C	2.機構	2030

編號	診療項目	支付點數
	軟組織感染(第一至七天)	
P8411C	1.在宅	3105
P8412C	2.機構	2329
P8456C	3.在宅-使用輸液器一日型	4207
P8457C	4.機構-使用輸液器一日型	3431
	山地離島地區每日醫療費(軟組織感染第一至七天)	
P8413C	1.在宅	4099
P8414C	2.機構	3074
P8458C	3.在宅-使用輸液器一日型	5201
P8459C	4.機構-使用輸液器一日型	4176
	軟組織感染(第八至九天)	
P8415C	1.在宅	2329
P8442C	2.機構	1747
	山地離島地區每日醫療費(軟組織感染第八至九天)	
P8443C	1.在宅	3074
P8444C	2.機構	2306
	提早出院個案(肺炎、尿路感染、軟組織感染、其他感染症)	
P8460C	1.在宅	2003
P8461C	2.機構	1502
	山地離島地區每日醫療費(提早出院個案)	
P8462C	1.在宅	2644
P8463C	2.機構	1983
	註：	
	1. 每日醫療費所訂點數含診察(含會診、通訊診療)、藥物、藥事服務、檢驗(查)、各項治療處置、特殊材料、個案管理、電子資料處理及行政作業成本等。	
	2. 訪視人員當日僅提供一位機構住民在宅急症照護，且同時段未提供西醫門診巡診服務、居家照護及安寧居家療護等醫療服務時，得以在宅支付點數申報。	
	3. 有關提早出院個案藥費採核實申報	
	每日護理費(天)	
P8416C	1.在宅	1843 1755
P8417C	2.機構	1474 1404
	山地離島地區每日護理費(天)	
P8418C	1.在宅	2433 2317
P8419C	2.機構	1947 1854
	目標照護天數外之每日護理費(天)	

編號	診療項目	支付點數
P8420C	(肺炎第十一至十四天、尿路感染第八至九天、軟組織感染第八至九天)	
P8445C	1.在宅	<u>1382</u> 1316
P8445C	2.機構	<u>1106</u> 1053
	目標照護天數外之山地離島地區每日護理費(天)	
P8446C	(肺炎第十一至十四天、尿路感染第八至九天、軟組織感染第八至九天)	
P8446C	1.在宅	<u>1825</u> 1738
P8447C	2.機構	<u>1461</u> 1391
	註：	
	1. 每日護理費所訂點數含護理人員訪視、護理服務、照護處置、電子資料處理及行政作業成本等。	
	2.護理人員於下列期間提供實地訪視者，加成方式如下：	
	(1)例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十。	
	(2)因天然災害停止上班期間加計百分之五十。	
	(3)同時符合(1)及(2)所列條件者，則加計百分之五十。	
	4. 訪視人員當日僅提供一位機構住民在宅急症照護，且同時段未提供西醫門診巡診服務、居家照護及安寧居家療護等醫療服務時，得以在宅支付點數申報。	
	醫事人員訪視費	
P8421C	醫師收案評估費(件)	2640
	註：	
	1.同一病人於相同照護期間限報一次。	
	2.醫師於收案當日完成實地訪視，得申報本項費用。	
	居家藥事照護費(次)	
P8422C	1.在宅	<u>1155</u> 1100
P8423C	2.機構	<u>924</u> 880
	山地離島居家藥事照護費(次)	
P8424C	1.在宅	<u>1525</u> 1452
P8425C	2.機構	<u>1220</u> 1162
	註：	
	1. 居家藥事照護費所訂點數含用藥評估、用藥分裝、餘藥檢核、藥事服務、電子資料處理及行政作業成本等。	
	2. 訪視人員當日僅提供一位機構住民在宅急症照護，且同時段未提供西醫門診巡診服務、居家照護及安寧居家療護等醫療服務時，得以在宅支付點數申報。	

編號	診療項目	支付點數
	呼吸治療師訪視費(次)	
P8426C	1.在宅	1103 1050
P8427C	2.機構	882 840
	山地離島呼吸治療師訪視費(次)	
P8428C	1.在宅	1455 1386
P8429C	2.機構	1164 1109
	註： 1. 呼吸治療訪視費所訂點數含呼吸治療處置、電子資料處理及行政作業成本等。 2. 訪視人員當日僅提供一位機構住民在宅急症照護，且同時段未提供西醫門診巡診服務、居家照護及安寧居家療護等醫療服務時，得以在宅支付點數申報。	
	管理指導費	
P8430C	壓傷照護指導費(件)	1000
	註： 1.同一病人於相同照護期間限報一次，照護期間產生之壓傷不得申報本項費用。 2.本項支付點數內含三級以上壓傷傷口照護之病人及家屬衛教指導、24小時諮詢服務等費用，照護小組應將衛教指導情形記載於病歷及VPN訪視紀錄。	
P8431C	噴霧照護指導費(件)	1000
	註： 1.同一病人於相同照護期間限報一次。 2.本項支付點數內含蒸汽吸入、抽痰或咳嗽拍痰之病人及家屬衛教指導及24小時諮詢服務費用，照護小組應將衛教指導情形記載於病歷及VPN訪視紀錄。	
P8432C	氧氣照護指導費(件)	1000
	註： 1.同一病人於相同照護期間限報一次。 2.本項支付點數內含氧氣、鼻導管、各式面罩、T型管、呼吸器等氧氣照護之病人與家屬衛教指導及24小時諮詢服務費用，照護小組應將衛教指導情形記載於病歷及VPN訪視紀錄。	
	緊急訪視費及其他費用	
P8433C	醫師緊急訪視費(次)	3106

編號	診療項目	支付點數
P8434C	護理人員緊急訪視費(次)	2632
P8435C	遠端生命徵象監測費(天) 註： 1. 本項支付點數內含遠端生命徵象監測設備成本(如血壓、血氧、呼吸等)、至案家完成設備架設及設定、教導病人及照顧者使用設備、電子資料處理、醫事人員監測判讀及行政成本等。 2. 照護小組應將遠端監測設備之類型及使用頻率記載於病歷並保留照片備查。	400

床側檢驗(查)加成項目表

1. 下表所列項目依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」表定點數加計百分之二十。
2. [針對醫事檢驗師及放射師執行之下表所列項目依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」表定點數加計百分之四十。](#)

編號	診療項目
08003C	血色素檢查 Hemoglobin (Hb)
08004C	血球比容值測定 Hematocrite (Hct)
08026C	凝血酶原時間 Prothrombin time (一段式) (PT)
08089B	活化凝血時間 ACT test
09002C	血中尿素氮 BUN, blood urea nitrogen
09005C	血液及體液空腹 Glucose-Ante Cibum, AC
09015C	肌酐、血 Creatinine (B) CRTN
09021C	鈉 Na (Sodium)
09022C	鉀 K (Potassium)
09023C	氯 Cl (Chloride)
09041B	血液氣體分析 Blood gas analysis
09059B	乳酸 Lactic Acid (lactate)
09071C	肌酸磷酸酶(MB 同功酶) CK-MB (Creatine phosphokinase-MB)
09099C	心肌旋轉蛋白 I (Troponin I)
12015C	C反應性蛋白試驗 C.R.P (C-reactive protein) — 免疫比濁法 Nephelometry
12020C	肺炎黴漿菌抗體試驗 (Mycoplasma pneumonia Ab test)
12112B	白蛋白 (免疫比濁法) Albumin (Nephelometry)
12165C	A 群鏈球菌抗原 Streptococcus group A antigen (EIA)
12172C	尿液肺炎球菌抗原 Pneumococcus Ag (urine)
12191C	尿液退伍軍人菌抗原 Legionella pneumophila Ag (urine)
12193C	B 型利納肽(B 型利納利尿胜肽) Pro-BNP/(BNP)
14058C	呼吸融合細胞病毒試驗 RSV screening test

編號	診療項目
14064C	腺病毒抗原檢查 Adenovirus Ag test
14065C	流行性感冒 A 型病毒抗原 Influenza A Ag
14066C	流行性感冒 B 型病毒抗原 Influenza B Ag
14084C	新型冠狀病毒抗原檢測 SARS-CoV-2 Ag test
17002B	最大吸氣壓及最大吐氣壓 Pi max and Pe max
17017B	全階呼吸量測定 Haloscale respiration
18001C	心電圖 E.K.G. (Electrocardiography)
18005C	超音波心臟圖(包括單面、雙面) Echocardiography (-M-mode and -sector- scan)
19001C	腹部超音波 Abdominal ultrasound (包括肝 liver, 膽囊 gall bladder, 胰 pancreas, 脾 spleen, 下腔靜脈 inferior vena cava, 腹主動脈 abdominal aorta, 腎 kidney 及其他腹部超音波 abdominal others 在內)
19005C	其他超音波 Echo for others
19009C	腹部超音波, 追蹤性 Abdominal ultrasound, for follow-up
19012C	頭頸部軟組織超音波(如甲狀腺 thyroid、副甲狀腺 parathyroid、腮腺 parotid) Head and neck soft tissue echo(thyroid,parathyroid,parotid gland)
19014C	乳房超音波
19016C	四肢超音波
24007B	血漿游離鈣測定 Plasma free Ca ⁺⁺
32001C	胸腔檢查 (包括各種角度部位之胸腔檢查) 第一張 Chest view (including each view of chest film)
32002C	胸腔檢查 (包括各種角度部位之胸腔檢查) 第二張以後 Chest view (including each view of chest film)
32003C	胸腔後前位及兩側斜位檢查 (鋇餐) Chest P - A and both oblique view (with bariummeal)
32026C	X-光透視攝影 Fluoroscopy
57016B	經皮測二氧化碳分壓器或呼氣末二氧化碳分壓器(日) TC PCO ₂ or End tidal CO ₂ monitor (day)

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」

訪視人員第一年教育訓練課程內容

序號	課程名稱	課程大綱	時數
1	在宅急症照護試辦計畫介紹及申請	試辦計畫說明、計畫申請及醫療費用申報作業。	1
2	在宅急症照護實務運作	各模式之收案流程、處置及照護之介紹(含感染症抗生素使用建議)。	2
3	在宅急症照護之臨床檢驗(查)實務運用、團隊照護機制	1. 常見檢驗(查)、床側檢驗(查)、遠端監測設備之介紹及實務操作、通訊診療實例介紹。 2. 跨團隊照護合作流程、後送機制、緊急事件處理及長照資源銜接之實務介紹。	1

註：

1. 參與本計畫第一年教育訓練以實體課程為限；其中「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫介紹及申請」課程，得由保險人分區業務組以說明會或與相關單位共同辦理。
2. 相關單位欲辦理本計畫教育訓練者，其講師應採用經保險人認可之師資，並檢具詳細課程規劃及師資送保險人審查同意後開課。
3. 前開師資，由保險人或台灣在宅醫療學會辦理培訓作業；取得師資資格者，由保險人公開名單於衛生福利部中央健康保險署全球資訊網，以利相關單位規劃本計畫教育訓練。
4. 本計畫實施前，已接受相當之前述課程內容，經保險人認可者，亦可採認其訓練證明。

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」收案適應症

疾病別	收案適應症
肺炎	<p>下列四項應至少符合三項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 臨床症狀：明顯下呼吸道症狀，如(膿)痰、氣促、喘鳴、胸部不適、胸痛或聽診異常(喘鳴音、囉音)；或出現全身症狀如發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變(嗜睡、混亂、瞻妄或不安)、食慾變差等。 2. 實驗室檢查：血液白血球(嗜中性球比例)上升、C反應蛋白上升、流感或 COVID-19 快篩陽性、肺炎鏈球菌或退伍軍人症尿液抗原陽性。 3. 影像學檢查：X光發現或超音波之發現(影像備查)。 4. 細菌抹片或培養報告：痰液或血液之有意義發現。
尿路感染	<p>下列四項應至少符合二項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 局部症狀：如解尿灼熱、疼痛、尿少、膿尿且過去一週內，經口服抗生素治療失敗。或腰側敲擊痛。 2. 全身症狀：如發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變(嗜睡、混亂、瞻妄或不安)、食慾變差等。 3. 實驗室檢查：血液白血球(嗜中性球比例)上升、C反應蛋白上升，尿液常規白血球上升、細菌(Bacteria)、亞硝酸鹽(Nitrite)呈陽性反應。 4. 細菌抹片或培養報告：尿液或血液之有意義發現。
軟組織感染	<p>下列四項應至少符合三項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 局部症狀：如紅腫熱痛，且過去一週內，經口服抗生素治療失敗。 2. 全身症狀：如發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變(嗜睡、混亂、瞻妄或不安)、食慾變差等。 3. 理學檢查：皮膚紅腫、傷口或化膿表現(影像備查)。 4. 實驗室檢查：血液白血球(嗜中性球比例)上升、C反應蛋白上升。或細菌抹片或培養報告：傷口或血液之有意義發現。

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」收案申請書

收案機構	名稱：	代號：	照護小組代號：	
收案日期	年 月 日	申請日期	年 月 日	
主治醫師		主治醫師 身分證號		
主護理師		主護理師 身分證號	主護理師 所屬院所	
第一部分：基本資料				
病人姓名		性別	<input type="checkbox"/> 1 男 <input type="checkbox"/> 2 女	出生日期
身分證號		電話	(日)	(夜)
居住地址				
居住狀況	<input type="checkbox"/> 1 獨居 <input type="checkbox"/> 2 家人同住 <input type="checkbox"/> 3 親友同住 <input type="checkbox"/> 4 其他_____			
常用語言	<input type="checkbox"/> 1 國語 <input type="checkbox"/> 2 台語 <input type="checkbox"/> 3 客家語 <input type="checkbox"/> 4 原住民族語 <input type="checkbox"/> 5 其他_____			
主要 聯絡人	與病人關係：		聯絡電話/手機：	
社會福利 身分別	<input type="checkbox"/> 1 無 <input type="checkbox"/> 2 低收入戶 <input type="checkbox"/> 3 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 4 榮民 <input type="checkbox"/> 5 原住民 <input type="checkbox"/> 6 領有身心障礙證明			
照顧者	<input type="checkbox"/> 1.本人 <input type="checkbox"/> 2.配偶 <input type="checkbox"/> 3.子女 <input type="checkbox"/> 4.看護 <input type="checkbox"/> 5.其它_____			
決策者	<input type="checkbox"/> 1.本人 <input type="checkbox"/> 2.配偶 <input type="checkbox"/> 3.子女 <input type="checkbox"/> 4.其他_____			
第二部分：健康狀況				
意識狀態	<input type="checkbox"/> 1 清醒 <input type="checkbox"/> 2 嗜睡 <input type="checkbox"/> 3 混亂 <input type="checkbox"/> 4 呆滯(木僵) <input type="checkbox"/> 5 昏迷(或植物人) <input type="checkbox"/> 6 其他			
情緒狀態	<input type="checkbox"/> 1 平穩 <input type="checkbox"/> 2 憂鬱 <input type="checkbox"/> 3 焦慮 <input type="checkbox"/> 4 無法評估			
理解能力	<input type="checkbox"/> 1 良好 <input type="checkbox"/> 2 僅可理解簡單句子或關鍵字 <input type="checkbox"/> 3 無法理解 <input type="checkbox"/> 4 無法評估			
呼吸 (可複選)	<input type="checkbox"/> 1 自行呼吸 <input type="checkbox"/> 2 使用氧氣 <input type="checkbox"/> 3 使用侵襲性呼吸器 <input type="checkbox"/> 4 使用非侵襲性呼吸器 <input type="checkbox"/> 5 使用氣切管或氣管內管插管 <input type="checkbox"/> 6 其他_____			
進食	<input type="checkbox"/> 1 由口進食 <input type="checkbox"/> 2 鼻胃管灌食 <input type="checkbox"/> 3 靜脈注射 <input type="checkbox"/> 4 其他			
排泄	<input type="checkbox"/> 1 自行排泄 <input type="checkbox"/> 2 需協助排泄 <input type="checkbox"/> 3 大小便失禁 <input type="checkbox"/> 4 存留導尿管 <input type="checkbox"/> 5 腸造口 <input type="checkbox"/> 6 其他			
皮膚狀況	<input type="checkbox"/> 1 完整 <input type="checkbox"/> 2 損傷(部位： 大小： X X 等級： 類別： <input type="checkbox"/> 擦傷、割傷 <input type="checkbox"/> 術後傷口 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 壓瘡 <input type="checkbox"/> 其他慢性傷口：)			
日常生活 活動能力 (收案)	ADL 總分： 分			
肌力	上肢(左： 分 右： 分)、下肢(左： 分 右： 分)			
主訴				
第三部分：收案評估				

收案來源	<input type="checkbox"/> 1.居家個案 <input type="checkbox"/> 居家醫療照護整合計畫 <input type="checkbox"/> 一般居護 <input type="checkbox"/> 居家安寧 <input type="checkbox"/> 呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫 <input type="checkbox"/> 急性後期整合照護計畫。 <input type="checkbox"/> 2.照護機構住民，機構名稱： <input type="checkbox"/> 3.醫院急診，來源醫院： <input type="checkbox"/> 4. 提早出院個案，來源醫院：
收案適應症	<input type="checkbox"/> 1.肺炎 <input type="checkbox"/> 2.尿路感染 <input type="checkbox"/> 3.軟組織感染 <input type="checkbox"/> 4. 其他感染症
收案適應症明細	<p>(一)肺炎</p> <input type="checkbox"/> 1.臨床症狀：下呼吸道症狀如痰、氣促、喘鳴、胸部不適、胸痛或聽診異常；或發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變、食慾變差。 <input type="checkbox"/> 2.實驗室檢查：血液白血球或 C 反應蛋白上升、流感或 COVID-19 快篩陽性、肺炎鏈球菌或退伍軍人症尿液抗原陽性。 <input type="checkbox"/> 3.影像學檢查：X 光發現或超音波之發現 <input type="checkbox"/> 4.細菌抹片或培養報告：痰液或血液之有意義發現。 <p>(二) 尿路感染</p> <input type="checkbox"/> 1.局部症狀：解尿灼熱、疼痛、尿少、膿尿且過去一週內經口服抗生素治療失敗。或腰側敲擊痛。 <input type="checkbox"/> 2.全身症狀：發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變、食慾變差等。 <input type="checkbox"/> 3.實驗室檢查：血液白血球或 C 反應蛋白上升，尿液常規白血球上升、Bacteria、Nitrite 陽性反應。 <input type="checkbox"/> 4.細菌抹片或培養報告：尿液或血液之有意義發現。 <p>(三) 軟組織感染</p> <input type="checkbox"/> 1.局部症狀：如紅腫熱痛，且過去一週內，經口服抗生素治療失敗。 <input type="checkbox"/> 2.全身症狀：發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變、食慾變差等。 <input type="checkbox"/> 3.理學檢查：皮膚紅腫、傷口或化膿表現。 <input type="checkbox"/> 4.實驗室檢查：血液白血球或 C 反應蛋白上升。或傷口、血液細菌抹片/培養有意義發現。 上述各疾病別之適應症於收案時，應至少符合 3 項方可收案(尿路感染須符合 2 項)
居家急症治療模式	<input type="checkbox"/> 1.居家治療 <input type="checkbox"/> 2.照護機構治療 <input type="checkbox"/> 3.經急診返家治療 <input type="checkbox"/> 4. 提早出院返家治療
第四部分：醫療計畫(第一天)	
主診斷	(填 ICD 限肺炎、泌尿道感染及蜂窩性組織炎：J12-J18、J20-J22、J69.0、N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0、L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L038、L039)
次診斷	
醫療治療計畫	(Admission summary)
新增管路	<input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 靜脈注射

特殊醫囑	<input type="checkbox"/> 呼吸照護 <input type="checkbox"/> 傷口照護 <input type="checkbox"/> 遠距生理監測 <input type="checkbox"/> 輸液治療 <input type="checkbox"/> 其他_____
第五部分：結案評估	
治療經過	(Discharge summary)
長照需求	<p>是否為長照個案</p> <p><input type="checkbox"/>1.是長照個案，且已轉介照管中心</p> <p><input type="checkbox"/>2.非長照個案(續答下題)：</p> <p><input type="checkbox"/>2-1.有長照需求，且已轉介照管中心。轉介單位 轉介日期：</p> <p><input type="checkbox"/>2-2.無長照需求，不須轉介。</p>
結案資訊	<p>結案或轉院日期： 年 月 日</p> <p>結案時日常生活活動能力：ADL 總分 分。</p> <p><input type="checkbox"/>1.緩解完治，聯繫原醫療團隊或門診(巡診)醫師。</p> <p><input type="checkbox"/>2.緩解完治，聯繫其他醫療團隊或安排門診。</p> <p><input type="checkbox"/>3.中斷治療：病人遷居、拒絕訪視</p> <p><input type="checkbox"/>4.轉醫院治療(急診/住院)，轉院院所：</p> <p><input type="checkbox"/>5.轉其他在宅急症照護小組照護，轉院院所：</p> <p><input type="checkbox"/>6.死亡</p>

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」病人同意書

一、服務說明：

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」提供感染急症病人在宅/機構醫療服務，由主治醫師整體評估病人的病情，視診療需要連結其他醫師、護理人員、呼吸治療師及藥師等人員提供訪視及視訊診療服務，並協助病人照護期間之送藥服務。

為提供整合性醫療照護服務，主治醫師將透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」查詢病人近期之就醫與用藥資訊，以提升照護品質及用藥安全。

本計畫提供住院替代服務，至於所購買之商業保險產品其理賠條件，仍須由病人逕向保險公司洽詢。

二、接受服務意向表達：

本人 同意 不同意 醫院(診所)醫師為本人在宅急症照護之主治醫師，於本人簽署同意書日起至結案日止，可透過衛生福利部中央健康保險署建置之「健保醫療資訊雲端查詢系統」，查詢本人就醫之醫療費用申報資料及健保卡上傳就醫資料，並提供實質在宅急症醫療照護。

三、轉介長期照顧服務意願

本人目前是長照個案非長照個案，於收案期間有長照服務需求無長照需求，同意不同意醫院(診所)將本人資料提供居住所在地之長期照顧管理中心以協助後續長期照顧服務連結。

另本人已了解「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫之收案對象銜接長照服務資源注意事項」之使用限制(例：不得使用陪同外出等服務)，並同意可依前述注意事項規範於收案期間內彈性使用照顧組合。

此致 ○○醫院(診所)

立書同意人：

出生年月日：民國____年____月____日

身分證號：

代理人：

與病人之關係：

身分證號：

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」建議診療項目

醫療病史 (Medical history)	身體檢查 (Physical examination)
1. 與診斷關聯之症狀、檢驗室結果 Symptoms, laboratory results related to diagnosis 2. 過去慢性病史 Past history 3. 感染病史 History of infections 4. 藥物史 Medication history 5. 周邊血管疾病危險因素 PAD risk factors 6. 結石家族史 GU Stone Family history 7. 現在治療計畫 present treatment plans 8. 藥物 Medications 9. 呼吸支持 Respiratory support 10. 過敏史 Allergy history 11. 現在治療執行方案 Current treatment program 12. 急性併發症 Acute complications 13. 心理社會／經濟因素 Psychosocial/economic factors 14. 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use	1. 體溫 Body Temperature 2. 脈搏 pulses 3. 呼吸 Respiratory 4. 血氧 pulse oximeter 5. 血壓 Blood pressure 6. 體重 weight 7. 足部檢查 Foot examination 8. 皮膚檢查 Skin examination 9. 神經學檢查 Neurological examination 10. 口腔檢查 Oral examination 11. 影像學檢查 Imaging examination*(胸部 X光或重點式超音波 POCUS)
檢驗室檢查 (Laboratory evaluation)	管理計畫 (Management Plan)
1. 08011C 全套血液檢查 I CBC-I* 2. 08013C 白血球分類計數 WBC differential count* 3. 12015C C 反應蛋白 C-Reactive Protein* 4. 09015C 血清肌酐 Serum creatinine* 5. 09002C 血中尿素氮 BUN, blood urea nitrogen* 6. 09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺基 SGPT (or ALT) * 7. 09005C 血液葡萄糖 Glucose* 8. 09021C 鈉 Na (Sodium) * 9. 09022C 鉀 K(Potassium) * 10. 06012C 尿液分析 (尿一般檢查) General urine examination* 11. 12172C 尿液肺炎鏈球菌抗原(A) □ 12. 09038C 白蛋白 Albumin□ 13. 13007C 細菌培養鑑定檢查 culture □ 14. 13022B 抗生素敏感性試驗(MIC 法)三菌種以上□ 15. 09041B 血液氣體分析 Blood gas analysis	1. 短期與長期目標 Short-and long-term goals 2. 藥物指導 Medications 3. 吞嚥及營養治療 Swallowing and nutrition therapy(if indicated) □ 4. 管路照護 Tube care 5. 生活型態改變 Lifestyle changes 6. 遠距專科醫師會診(視情況而定)Specialty consultations (as indicated) 7. 遠端生理監測 Remote Patient Monitoring * 8. 家庭照顧者支持 Family caregiver support 9. 協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)

<p>☒</p> <p>16. 18001C 心電圖(成人)Electrocardiogram (adults) ☒</p> <p>17. 10531B 血中藥物濃度測定-Vancomycin Therapeutic drug monitoring-vancomycin ☒</p> <p>18. 11001C ABO 血型測定檢驗(A.B.AB.O blood grouping) ☒</p> <p>19. 11002C 交叉配合試驗 Crossmatching test ☒</p>	
<p>註：</p> <p>1. 參照 2018 Taiwan Guidelines for the Management of Pneumonia Taiwan Guidelines for the Management of Pneumonia.</p> <p>2. 表列檢驗、檢查與服務項目中，「*」註記表示為建議必要執行診療項目，「☒」註記表示為建議得視病人病情（if indicated）為選擇性執行項目。</p>	

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」訪視紀錄

※一個訪視人員填寫 1 頁，同日有不同醫事人員訪視則填寫不同頁面

日期	年 月 日 (Day1)	年 月 日 (Day2)	年 月 日 (Day3)
時間	: — :	: — :	: — :
訪視人員 類別	<input type="checkbox"/> 1.醫師 <input type="checkbox"/> 2.護理人員 <input type="checkbox"/> 3.呼吸治療人員 <input type="checkbox"/> 4.藥事人員	<input type="checkbox"/> 1.醫師 <input type="checkbox"/> 2.護理人員 <input type="checkbox"/> 3.呼吸治療人員 <input type="checkbox"/> 4.藥事人員	<input type="checkbox"/> 1.醫師 <input type="checkbox"/> 2.護理人員 <input type="checkbox"/> 3.呼吸治療人員 <input type="checkbox"/> 4.藥事人員
訪視 人員			
訪視 類別	<input type="checkbox"/> 1.實地訪視 <input type="checkbox"/> 2.通訊訪視 <input type="checkbox"/> 3.緊急訪視	<input type="checkbox"/> 1.實地訪視 <input type="checkbox"/> 2.通訊訪視 <input type="checkbox"/> 3.緊急訪視	<input type="checkbox"/> 1.實地訪視 <input type="checkbox"/> 2.通訊訪視 <input type="checkbox"/> 3.緊急訪視
生命 徵象	體溫： 脈搏： 呼吸： 血壓： 血氧：	體溫： 脈搏： 呼吸： 血壓： 血氧：	體溫： 脈搏： 呼吸： 血壓： 血氧：
問題、 評估、 計畫 (PAP)			
紀錄上傳 時間			

「(醫療機構名稱)」通訊診察治療實施計畫書(範本)

一、計畫目的/宗旨

二、計畫依據

(醫療機構名稱)依據通訊診察治療辦法規定，針對符合通訊診察治療辦法(下稱本辦法)第 3 條所定下列「特殊情形」(勾選如下，可複選)之病人執行通訊診察治療，茲依據本辦法第 18 條規定，擬具本實施計畫，報請主管機關核准。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> (第 1 款)急性後期照護 | <input type="checkbox"/> (第 6 款)疾病末期照護 |
| <input type="checkbox"/> (第 2 款)慢性病照護計畫收案病人 | <input type="checkbox"/> (第 7 款)矯正機關收容照護 |
| <input type="checkbox"/> (第 3 款)長期照顧服務 | <input type="checkbox"/> (第 8 款)行動不便照護 |
| <input type="checkbox"/> (第 4 款)家庭醫師收治照護 | <input type="checkbox"/> (第 9 款)災害、傳染病或其他重大變故照護 |
| <input type="checkbox"/> (第 5 款)居家醫療照護 | <input type="checkbox"/> (第 10 款)國際醫療照護 |

【填寫說明】

- 1、擬執行特殊情形通訊診療之醫療機構，如欲同時執行 2 種以上之特殊情形之通訊診療服務時，可合併於 1 份計畫書填寫後，陳報衛生局核准；惟本計畫書中「實施計畫」項下特別標註之子項，應依本頁所勾選之特殊情形款次，依序分別撰寫。
- 2、依本辦法第 18 條第 3 項規定，醫療機構所執行之通訊診療，係經中央主管機關或所屬機關(如中央健康保險署等)核定者，得以核定文件替代本實施計畫，陳報地方衛生局備查，無須填寫本實施計畫陳報衛生局核准。另「核定文件」形式不拘，中央主管機關核定公文、契約書或資訊系統核准畫面均可。

三、實施計畫

(一)實施之主責醫師、其他主責醫事人員：

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

(請下拉選單擇定)	
1、主責醫師	
部門、執業科別	姓名
2、其他醫事人員之主責人員	
醫事人員類別	姓名(如為其他合作機構人員，請併予敘明機構名稱)
(例如：護理師)	○○○
(例如：物理治療師)	○○○ (A 物理治療所)

【填寫說明】

- 1、主責醫師請敘明執業科別，其他類醫事人員各指定 1 名主責人員即可。
- 2、本辦法第 18 條第 4 項規定，主責醫事人員如有異動，應自事實發生之日起 30 日內報直轄市、縣（市）主管機關備查。

(二)醫療項目：

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

(請下拉選單擇定)			
勾選欄	醫療項目(可複選)	勾選欄	醫療項目(可複選)
<input type="checkbox"/>	詢問病情	<input type="checkbox"/>	精神科心理治療
<input type="checkbox"/>	提供醫療諮詢	<input type="checkbox"/>	開立處方(應符合本辦法第 16 條規定始得開立)
<input type="checkbox"/>	診察、診斷、醫囑		
<input type="checkbox"/>	開立檢查、檢驗單	<input type="checkbox"/>	原有處方之調整或指導
<input type="checkbox"/>	會診	<input type="checkbox"/>	衛生教育

- 使用通訊方式提供醫療項目之服務流程：_____。

【填寫說明】

- 1、醫療項目，限於本辦法第 15 條第 1 項第 1 款至第 9 款內容。
- 2、請敘明醫療項目、服務流程(例如：何時、確認病人身分、收費、使用通訊診療之流程或提供處方箋等方式等)。
- 3、如有合作機構，亦請敘述合作機構如何參與醫療服務。

(三)實施對象：

勾選欄 符合本辦法第 3 條特殊情形(未勾選之欄位得刪除)

第 1 款：急性後期照護(不得為初診病人)

- 為緊急外傷病人、急性冠心症病人、精神疾病急性病人、急性腦中風病人、慢性阻塞性肺病病人、慢性心衰竭病人、手術後病人或其他需急性後期照護之病人，於離開醫院、診所後三個月內施行之追蹤診療及照護。

- 勾選其他者，請敘明病人情形及理由：
_____。

第 2 款：慢性病照護計畫收案病人(不得為初診病人)

- 指為主管機關或其所屬機關有關慢性病照護計畫收案之病人，因病情需要，施行之診療及照護。

註：如為「中央」主管機關或其所屬機關之照護計畫，則毋須填寫本實施計畫報地方衛生局核准。

第 3 款：長期照顧服務(不得為初診病人)

- 指為與醫療機構訂有醫療服務契約之長期照顧服務機構、老人福利機構、身心障礙福利機構、護理機構或其他相類機構，就失智、失能或行動不便之機構住民，施行之診療及照護。

註：勾選本欄位者，以下「(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關」，為必填項目。

第 4 款：家庭醫師收治照護(不得為初診病人)

- 指為主管機關或其所屬機關有關家庭醫師整合性照護計畫，符合參與醫療給付改善方案條件收案之病人，因病情需要由家庭醫師施行之診療及照護。

第 5 款：居家醫療照護(不得為初診病人)

- 指為主管機關或其所屬機關有關居家照護、居家醫療照護整合計畫收案之病人，於執行之醫療團隊醫師診療後三個月內，因病情需要施行之診療及照護。

- **第 6 款：疾病末期照護(不得為初診病人)**
 - 本款實施對象應符合為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施行之緩解性、支持性診療及照護。
- **第 7 款：矯正機關收容照護**
 - 本款實施對象應符合為矯正機關收容人，施行之診療及照護。
 - 依本辦法第 18 條第 1 項後段規定，執行本款者，應先徵得矯正機關同意。

註：勾選本欄位者，以下「(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關」，為必填項目。
- **第 8 款：行動不便照護(不得為初診病人)**
 - 本款實施對象應符合下列條件，致外出就醫不便之病人，施行之診療及照護：
 - 失能(長期照顧服務法第 3 條第 2 款)
 - 身心障礙(身心障礙者權益保障法第 5 條)
 - 重大傷病(全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款)
- **第 9 款：災害、傳染病或其他重大變故照護**
 - 本款所稱災害、傳染病或其他重大變故照護，指為居住地區發生災害防救法第二條第一款所定災害、傳染病防治法第三條第一項所定傳染病，或其他重大變故，未能或不便至醫療機構就診之病人，施行之診療及照護。
- **第 10 款：國際醫療照護**
 - 本款實施對象應符合為境外之我國或非我國籍病人，施行之諮詢、診療及照護。

【填寫說明】

- 1、本辦法第 20 條第 1 項第 2 款規定，醫師實施通訊診療時，應確認病人身分；**第三條第一款至第六款及第八款情形，不得為初診病人。**
- 2、請勾選符合本辦法第 3 條之款次，並敘明實施對象來源。

(四)實施期間：

【填寫說明】

申請實施期間，建議至多為 4 年。

(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關：

1、合作之醫事機構

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

(請下拉選單擇定)			
機構名稱	機構類別	地址	聯絡人姓名、電話

2、服務機構 (本辦法第 6 條所定機構或矯正機關)

機構名稱	機構類別	地址	聯絡人姓名、電話
	(請下拉選單擇定)		
	(請下拉選單擇定)		

(六)通訊診療告知同意書

本計畫收案對象將以___(書面/電子)方式簽署同意書，內容如

附件。

【填寫說明】

- 1、病患得以書面、電子方式簽署告知同意書。
- 2、上開電子方式，得以電子簽章法所定電子文件、電子簽章或數位簽章方式為之，且須具不可否認性。

(七)個人資料保護及資料檔案安全維護措施

- 1、本實施計畫申請機構是否為「醫院個人資料檔案安全維護計畫實施辦法」第 4 條第 1 項第 1 款所稱之醫院？
 是，安全維護計畫業以○年○月○日○○字第○○○號函送貴局備查。
 否，惟仍應依個人資料保護法第 18 條辦理安全維護事項，或依同法第 27 條採取採行適當之安全措施。
- 2、本案通訊診療使用之資訊系統，是否涉及病歷資料之傳輸、交換、儲存，

或開立處方、檢查、檢驗單：

是； 否（勾「否」者，免填以下第3點）

3、承2，本案通訊診療所使用涉及「病歷資料之傳輸、交換、儲存，或開立處方、檢查、檢驗單」之資訊系統(名稱：○○○)，已具備個人身分驗證、符合國際標準組織通用之資料傳輸加密機制，並符合醫療機構電子病歷製作及管理辦法之相關規定：

(1) 已實施電子病歷，並函報貴局備查。函報貴局日期文號：○年○月○日○○字第○○○號。

（未曾備查者，請依醫療機構電子病歷製作及管理辦法第9條規定，於實施之日起15日內，報衛生局備查）

(2) 上述通訊診療之資訊系統，係：

本實施計畫申請機構自行建置；

委託(機構、法人、團體或大學名稱)建置及管理；受託機構已通過中央主管機關認可之資訊安全標準驗證，並訂有書面契約。【請檢附「委託契約」及「受託機構通過中央主管機關認可之資訊安全標準驗證證明」】

4、其他個資及資安保護措施：

【填寫說明】

1、非屬醫院個人資料檔案安全維護計畫實施辦法第4條第1項第1款所稱之醫院者，免填第3點。

2、通訊診療資訊系統如係委託機構、法人、團體或大學建置及管理，應敘明受託機構名稱，以及符合本部113年3月12日衛部資字第1132660106號公告之資訊安全標準驗證規定。

3、醫療機構於擬具本計畫書時，應注意通訊診察治療之相關程序，並符合我國個人資料保護法等相關規範。

(八)其他事項

自費醫療項目資訊：

自費醫療項目名稱	收費費額或標準	地方衛生主管機關 核定情形
		<input type="checkbox"/> 已核定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 尚未申請

自費醫療項目名稱	收費費額或標準	地方衛生主管機關 核定情形
		<input type="checkbox"/> 已核定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 尚未申請

【填寫說明】

- 1、申請機構得視計畫實際內容需要，於本項撰寫內容。
- 2、如有新增醫療費用項目時，醫療機構應另依醫療法第 21 條規定，送地方政府衛生局核定。

醫療機構用印：

負責醫師用印：

中華民國 年 月 日



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

115 年第 1 次
會議補充資料 1

115 年 3 月 26 日（星期四）下午 2 時 00 分
本署 18 樓大禮堂

臨時提案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案」，提請討論。

說明：

- 一、本署因應115年春節長假暨配合衛生福利部醫事司115年春節醫療量能整備專案，「全民健康保險門診靜脈抗生素治療（OPAT）獎勵方案」之治療計畫執行第1天介於115年2月1日至115年3月31日期間內，其治療計畫天數上限可由5天放寬至7天。（附件1，頁次臨提4）
- 二、另現行方案規定治療計畫上限為5天，臨床上多由主治醫師於治療計畫結束後再行評估並銜接後續治療；惟因門診時段不易銜接，倘需改由其他醫師接續執行，易致病人照護連續性中斷，影響整體醫療品質與病人安全，亦為現行執行醫師普遍反映之困境。
- 三、本署為確保 OPAT 照護之延續性，並因應臨床治療計畫銜接需求，爰規劃將治療計畫上限放寬至7天。此舉可減輕民眾就醫負擔，並有助釋放住院量能、提升床位運用效率，同時優化臨床作業流程，以符合醫療實務需求。
- 四、本案修訂內容，重點摘要說明如下（方案如附件2，頁次臨提6~臨提10）：
 - （一）現行支付項目包括：
 1. 門診靜脈抗生素治療處置費：以每天注射次數區分，每天注射1次支付1,031點；每天注射2次以上支付1,234點；使用輸液器1日型支付2,133點。
 2. 門診靜脈抗生素治療個案管理費：每次完成治療計畫支付500點。
 - （二）為提升治療計畫安排之彈性，減少計畫中斷及計畫銜接需

求，並確保病人照護延續性，規劃放寬治療計畫上限 5 天調整至 7 天。

(三) 修訂門診靜脈抗生素治療處置費對照支付標準如後（表 1）。

五、財務影響：本案係就現行 OPAT 支付規範配合臨床實務需要予以調整，屬病人照護流程延續及優化，並未擴大適用範圍或放寬收案條件，爰不致產生財務影響；另因有助於減少病人重複評估、避免計畫中斷，並提升門診治療替代住院之效益，整體具醫療資源有效配置及成本控管。本署後續將持續監測本方案申報量，統計114年8月至115年2月，醫院申報4,875人，5,891個治療計畫，計2,471萬點，西醫基層申報1,633人，2,216個治療計畫，計758萬點。

六、預算來源：本方案以醫院、西醫基層總額一般服務項下支應。

擬辦：本案經討論後如獲同意，方案修訂文字如附件（同附件2，頁次臨提○-6~臨提○-10），並依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決議：

表 1

修訂後

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
39027C	門診靜脈抗生素治療處置費(天) 未使用輸液器 —每天注射1次	v	v	v	v	1031
39028C	—每天注射2次以上	v	v	v	v	1234
39030C	使用輸液器1日型	v	v	v	v	2133
	註： 1.符合下列任一適應症，且病情穩定之病人： (1)肺炎(ICD-10-CM：J12-J18、J20-J22、J69.0)。 (2)尿路感染(ICD-10-CM：N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0)。 (3)軟組織感染(ICD-10-CM：L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L03.8、L03.9)。 (4)骨髓炎、脊椎感染、敗血性關節炎、心內膜炎、術後感染、醫療器材相關感染。 2.須施打符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第10節抗微生物劑 Antimicrobial agents 之藥品。 3.執行頻率：每次治療計畫上限為 <u>7</u> 天，申報時應於病歷詳載相關治療計畫(治療天數)；因病情需要仍須持續治療者，得再另啟新治療計畫。 4.內含藥事服務費、注射費、護理費及針具等耗材費用。 5.診察費、藥費及檢驗檢查費另計。 6.若治療計畫中斷，則由醫師臨床專業評估延續或重啟計畫。 7.39030C內含特殊治療材料(輸液器1日型)費用，不得另加算申報。					

修訂前

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
39027C	門診靜脈抗生素治療處置費(天) 未使用輸液器 —每天注射1次	v	v	v	v	1031
39028C	—每天注射2次以上	v	v	v	v	1234
39030C	使用輸液器1日型	v	v	v	v	2133
	註： 1.符合下列任一適應症，且病情穩定之病人： (1)肺炎(ICD-10-CM：J12-J18、J20-J22、J69.0)。 (2)尿路感染(ICD-10-CM：N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0)。 (3)軟組織感染(ICD-10-CM：L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L03.8、L03.9)。 (4)骨髓炎、脊椎感染、敗血性關節炎、心內膜炎、術後感染、醫療器材相關感染。 2.須施打符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第10節抗微生物劑 Antimicrobial agents 之藥品。 3.執行頻率：每次治療計畫上限為 <u>5</u> 天，申報時應於病歷詳載相關治療計畫(治療天數)；因病情需要仍須持續治療者，得再另啟新治療計畫。 4.內含藥事服務費、注射費、護理費及針具等耗材費用。 5.診察費、藥費及檢驗檢查費另計。 6.若治療計畫中斷，則由醫師臨床專業評估延續或重啟計畫。 7.39030C內含特殊治療材料(輸液器1日型)費用，不得另加算申報。					

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：
聯絡人：
聯絡電話： 分機：
傳真：
電子郵件：

受文者：如正本行文單位

發文日期：中華民國115年1月15日
發文字號：健保醫字第1150660157號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：因應春節長假，有關「全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案」自115年2月1日起至115年2月28日止，治療計畫天數上限由5天放寬至7天，請查照並轉知轄區特約醫事服務機構配合辦理。

說明：依衛生福利部115年1月8日衛部醫字第1151660022號函辦理。

正本：本署各分區業務組
副本：

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：
聯絡人：
聯絡電話： 分機：
傳真：
電子郵件：

受文者：如正本行文單位

發文日期：中華民國115年3月17日
發文字號：健保醫字第1150660943號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：有關「全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案」之治療計畫天數上限由5天放寬至7天一節，期限由115年2月28日延長至115年3月31日並修訂問答輯，請查照並轉知轄區特約醫事機構配合辦理。

說明：旨揭修訂問答輯請至本署全球資訊網擷取，路徑：首頁>健保服務>健保醫療計畫>全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案。

正本：本署各分區業務組
副本：

全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案

114年8月6日健保醫字第1140117016號公告實施
114年10月31日健保醫字第1140123439號公告修訂自114年11月1日生效
[115.00.00 公告修訂](#)

壹、依據：全民健康保險會（下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項。

貳、計畫說明：

為整合現行住院、急診與門診抗生素治療資源，提供可行之門診靜脈抗生素治療（Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy, OPAT）模式，提升病人醫療可近性並減少住院需求或縮短住院天數以增加醫院病床使用效率，改善現行急診壅塞現況。

參、目標：

- 一、提升醫療可近性：為因感染需長期靜脈抗生素治療之病人提供門診治療選項，減少住院時間，減少對病人工作及生活之影響。
- 二、降低醫療負擔：減少不必要住院，提高醫療機構病床使用效率，降低醫療支出。
- 三、確保醫療品質：透過跨專科醫療團隊，提供整合性治療，提升病人治療成功率，並減少併發症。

肆、預算來源：全民健康保險醫院、西醫基層醫療給付費用總額一般服務「新醫療科技」新增診療項目項下。

伍、參與機構：健保特約之醫學中心、區域醫院、地區醫院與西醫診所。

陸、收案條件：

病情穩定（如無重大併發症風險）且無須住院之病人並符合下列任一適應症

- 一、肺炎（ICD-10-CM：J12-J18、J20-J22、J69.0）。
- 二、尿路感染（ICD-10-CM：N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0）。
- 三、軟組織感染（ICD-10-CM：L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L03.8、L03.9）。
- 四、骨髓炎、脊椎感染、敗血性關節炎、心內膜炎、術後感染、醫療器材相關感染。

柒、給付項目及支付標準

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
39027C	門診靜脈抗生素治療處置費（天） 未使用輸液器 —每天注射1次	v	v	v	v	1031
39028C	—每天注射2次以上	v	v	v	v	1234
39030C	使用輸液器1日型 註： 1.符合下列任一適應症，且病情穩定之病人： (1)肺炎（ICD-10-CM：J12-J18、J20-J22、J69.0）。 (2)尿路感染（ICD-10-CM：N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0）。 (3)軟組織感染（ICD-10-CM：L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L03.8、L03.9）。 (4)骨髓炎、脊椎感染、敗血性關節炎、心內膜炎、術後感染、醫療器材相關感染。 2.須施打符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第10節抗微生物劑 Antimicrobial agents之藥品。 3.執行頻率：每次治療計畫上限為57天，申報時應於病歷詳載相關治療計畫（治療天數）；因病情需要仍須持續治療者，得再另啟新治療計畫。 4.內含藥事服務費、注射費、護理費及針具等耗材費用。 5.診察費、藥費及檢驗檢查費另計。 6.若治療計畫中斷，則由醫師臨床專業評估延續或重啟計畫。 7.39030C內含特殊治療材料（輸液器1日型）費用，不得另加算申報。	v	v	v	v	2133
39029C	門診靜脈抗生素治療個案管理費 註： 1.符合下列任一適應症，病情穩定且執行門診靜脈抗生素治療處置之病人： (1)肺炎（ICD-10-CM：J12-J18、J20-J22、J69.0）。 (2)尿路感染（ICD-10-CM：N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0）。 (3)軟組織感染（ICD-10-CM：L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L03.8、L03.9）。 (4)骨髓炎、脊椎感染、敗血性關節炎、心內膜炎、術後感染、醫療器材相關感染。 2.同個案每次治療計畫限申報一次，且須於完成當次治療計畫時申報，中斷計畫則不得申報。 3.申報本項費用，應於每次治療計畫中確實掌握病人治療情形，並記載於病歷。	v	v	v	v	500

捌、醫療費用申報及審查原則

- 一、除本方案另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療服務費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理醫療費用申報、暫付、審查及核付事宜。
- 二、醫療服務作業流程依全民健康保險醫療辦法第8條、第9條規定辦理。
- 三、醫療服務點數清單及醫令清單填表說明（詳如附表）：

(一)急診及門診病人同院所執行本方案（門診醫療費用點數申報格式）

1.治療計畫第1天

- (1)依就醫情形填報案件分類（d1）。
- (2)特定治療項目（d4-d7）：「DA：門診靜脈抗生素治療（OPAT）」。
- (3)就醫識別碼（d60）：依就醫當下產製之就醫識別碼填報。
- (4)醫令類別為（p3）「2」。
- (5)慢性病連續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記（p17）：「2-同一療程案件」。

2.治療計畫第2-57天

- (1)案件分類（d1）：「09」。
- (2)特定治療項目（d4-d7）：「DA：門診靜脈抗生素治療（OPAT）」。
- (3)就醫識別碼（d60）：依治療計畫第2天當下產製之就醫識別碼填報。
- (4)原就醫識別碼（d62）：回填計畫第1天之就醫識別碼。
- (5)醫令類別（p3）：「2」。
- (6)慢性病連續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記（p17）：「2-同一療程案件」。

(二)病人出院後同院執行本方案（出院改門診治療）

- 1.住院或急診病人經醫師評估後可改門診治療，則由住院或急診之主治醫師於出院前開立治療計畫。
- 2.出院後應於門診執行治療計畫（門診醫療費用點數申報格式）

(1)案件分類 (d1):「09」。

(2)特定治療項目 (d4-d7):「DA:門診靜脈抗生素治療 (OPAT

(3)就醫識別碼 (d60):依治療計畫第1天當下產製之就醫識別碼填報。

(4)原就醫識別碼 (d62):回填住院之就醫識別碼。

(5)醫令類別 (p3):「2」。

(6)慢性病連續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記 (p17):「2-同一療程案件」。

(三)本方案個案管理費須完成當次治療計畫方可申報，請於治療計畫完成日申報 (因故中斷治療計畫者不得申報)。

四、申報本方案支付項目，治療計畫等相關資料需存放於病歷備查，未依保險人規定內容登載相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，除核刪方案相關費用外，經確證日起至次年底不納入本方案之獎勵。

玖、訂定與修正程序

本方案由保險人與醫院、西醫基層總額相關團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附表 門診靜脈抗生素治療申報方式

OPAT 就醫健保卡事項

就醫情境	治療計畫第1天	計畫第2-57天
門診		
就醫類別	01-西醫門診	ABA-同一療程項目屬"非6次以內治療為限者"
急診		
就醫類別	04-急診	ABA-同一療程項目屬"非6次以內治療為限者"
出院後執行 OPAT (出院後才可申報)	出院後於門診執行治療計畫第1天至第57天	
就醫類別	ABA-同一療程項目屬"非6次以內治療為限者"	

OPAT 醫療費用申報

就醫情境	治療計畫第1-57天(第1天和第2-57天分2筆申報)	
	治療計畫第1天	治療計畫第2-57天 (跨月治療結束後請合併申報)
門診或急診執行首日 OPAT		
診察費	診察費僅可列報一筆	不得申報診察費
案件分類	依就醫情形填報案件分類	09
特定治療項目代碼	DA：門診靜脈抗生素治療	DA：門診靜脈抗生素治療
部分負擔代碼	依實際情形填寫	009
就醫識別碼	健保 IC 卡取得之就醫識別碼	依治療計畫第2天取得之就醫識別碼填報
原就醫識別碼	不必填	回填治療計畫第1天之就醫識別碼
就醫序號	健保 IC 卡取得之就醫序號	回填計畫第1天之就醫序號
醫令類別	2	2
慢性病連續處方箋、 同一療程及排程檢查 案件註記	2：同一療程案件	2：同一療程案件
出院後執行 OPAT (出院後才可申報)	出院後於門診執行治療計畫第1-57天 (限門診醫療費用點數申報格式申報；跨月治療結束後請合併申報)	
診察費	出院時已申報診察費，不得申報診察費	
案件分類	09	
特定治療項目代碼	DA：門診靜脈抗生素治療	
部分負擔代碼	009	
就醫識別碼	依治療計畫第1天取得之就醫識別碼填報	
原就醫識別碼	回填住院或急診之就醫識別碼	
就醫序號	回填住院或急診之就醫序號	
醫令類別	2	
慢性病連續處方箋、 同一療程及排程檢查 案件註記	2：同一療程案件	



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

115 年第 1 次
會議補充資料 2

115 年 3 月 26 日（星期四）下午 2 時 00 分
本署 18 樓大禮堂

優先討論事項

第二案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：修訂西醫基層門診合理量計算方式暨增加假日開診誘因。

說明：

一、本案前經提至 114 年 12 月 24 日本會議，決議配合 114 年 12 月 22 日急診壅塞第二次會議，部長指示先行監測春節期間開診情形後再議；續提至本署 115 年 3 月 6 日 115 年西醫基層總額第 1 次研商議事會議會前會討論，決議如下：

(一)訂定監測指標「基層急症科別週日開診率」，依開診率達標情形(目標值：不低於 3 成)，逐步調整門診合理量。

(二)醫師全聯會建議監測對象為全年診治上呼吸道感染等急性病占有所有病人比率 5 成以上之診所。

二、本署分析春節期間醫療量能，結果如下：

(一)基層醫療院所開診率有所提升，其中西醫診所開診率最高近 4 成、社區藥局開診率則介於 3 成至 6 成。統計 115 年除夕至初五診所之門診量約 85 萬人次，較 114 年同期 66 萬人次增加近 3 成，有效緩解急診壓力。

(二)115 年除夕至初五急診就醫約 17 萬人次，較 114 年同期 23 萬人次減少逾 2 成 5。

(三)顯示基層假日開診率尚達 3 成，可達緩解急診壅塞之效。

三、經衛生福利部 115 年 3 月 2 日高階會議，部長指示假日開診率達標後調降基層門診合理量，必要時可分區實施。

四、為維持基層假日服務量能，本署規劃訂定監測指標「基層急症科別週日開診率」，指標說明如下：

(一)監測對象：114 年上呼吸道感染等「急性病」占 5 成以上之診所。

(二)急症科別定義：

1. 醫師全聯會建議之基層急診科別有家醫科、內科、外科、小兒科、耳鼻喉科、急診醫學科、婦產科及神經科。
2. 考量急診醫學科、婦產科及神經科急症須仰賴專業設備(如影像、檢驗)及支持系統(如 24 小時醫療團隊運作)，惟診所以提供常見急症之初步處置為主，爰急症科別建議訂為「開業執照列有家醫科、內科、外科、小兒科及耳鼻喉科」之基層院所。

(三)114 年週日開診率統計 (附件 1，頁次優討 2-4)

	所有科別	急症科別
週日開診率	18.64%	24.52%
開診家數	3,700 家	2,288 家

(四)目標值：考量診所開診可部分紓解急診輕症案件，查急症科別診所約 4,744 家，114 年其週日開診率為 24.52%，若提升 1%約增加 50 家開診，以平均每家看診 50 件計算，可增加 2,500 件，另週日急診人次 25,000 件，若開診率再增加 5%(即開診率達 30%)，可部分緩解急診來診量。另考量東區診所數相對較低，且較未有急診壅塞情形，東區開診率目標值之訂定，提請討論。

(五)合理量修訂原則：監測指標至 115 年 6 月，達目標值之分區別，自同年 7 月 1 日起修訂合理量計算方式，一般地區門診合理量每月看診日數由 25 日調整為 22 日，第一段看診人次由 30 人次調整為 35 人次。

五、預算來源：115 年西醫基層總額專款「促進醫療服務診療項目支付衡平(新增項目)」5.586 億元。

六、財務評估：以 113 年 12 月專任醫師數 16,678 人及每位醫師每

月平均申報 1,006 件，計算每位醫師每月約增加 1,980 點，年度約增加 3.96 億點（附件 2，頁次優討 2-5）。

擬辦：依 115 年 6 月週日開診率情形，達 3 成以上之分區別自同年 7 月 1 日起修訂門診合理量計算方式，每月看診日數由 25 日調整為 22 日，第一段看診人次由 30 人次調整為 35 人次。

決議：

114 年西醫基層急症科別週日開診率

	全國	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
所有科別 開診率	18.64%	20.15%	24.46%	15.54%	45.65%	18.18%	17.62%
開診家數	3,700	1,187	521	803	477	632	80
急症科別 開診率	24.52%	27.51%	34.58%	20.36%	18.76%	24.18%	19.69%
開診家數	2,288	726	325	522	306	362	47
總院所數	4,744	1,376	582	1,099	795	785	107

註：

1. 監測對象：114 年上呼吸道感染等「急性病」占 50% 以上之診所，急性病係排除申報案件分類 04 西醫急診、05 洗腎、06 結核病、08 慢性病連續處方調劑之門診案件。
2. 急症科別：家醫科、內科、外科、小兒科、耳鼻喉科。
3. 總院所數：114 年 12 月當月開診一天以上之診所總數。

附件 2

支付點數 A	現行門診合理量 【各段每日合理量*每月看診日數 25 天】					依 6/5 研商會議決議修訂門診合理量 【各段每日合理量*每月看診日數 22 天】					每位醫師 增加之財 務評估	各階段 累積合 理量差 額
	各段每日合 理量	每月門診合理 量額度	專任醫師	兼任醫 師	財務推估 336,820 A×B1=C1	各段每日合 理量	修正後門診 合理量額度	專任醫師	兼任醫師	財務推估 338,800 A×B2=C2		
			看診門診 量 B1	可遞補 之門診 量				看診門診 量 B2	可遞補之 門診量			
364	第一階段	750	750	0	273,000	第一階段	770	770	0	280,280	7,280	20
	1-30 人次	【= 30*25】				1-35 人次	【= 35*22】					
250	第二階段	250	250	0	62,500	第二階段	220	220	0	55,000	-7,500	-10
	31-40 人次	【= 10*25】				36-45 人次	【= 10*22】					
220	第三階段	500	6	300	1,320	第三階段	440	16	424	3,520	2,200	-70
	41-60 人次	【= 20*25】				46-65 人次	【=20*22】					
160	第四階段	500	0	500	0	第四階段	440	0	440	0	0	-130
	61-80 人次	【=20*25】				66-85 人次	【=20*22】					
70	第五階段	1,750	0	1,750	0	第五階段	1,430	0	1,430	0	0	-450
	81-150 人次	【= 70*25】				86-150 人次	【=65*22】					
50	第六階段	N-150	0	N-150	0	第六階段	N-150	0	N-150	0	0	
	>150 人次	= (N-150)*25				>150 人次	= (N-150)*22					