

# 「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」104年第1次

## 臨時會會議紀錄

時間：104年12月15日下午2時

地點：中央健康保險署18樓會議室(臺北市信義路3段140號18樓)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：李宜珊

出席代表：

王代表正坤	(請假)	陳代表志明	陳志明
王代表榮濱	王榮濱	陳代表宗獻	陳宗獻
王代表錦基	王錦基	陳代表威仁	蘇美惠代
古代表博仁	溫國雄代	陳代表炳榮	陳炳榮
何代表弘能	(請假)	陳代表晟康	(請假)
何代表活發	何活發	陳代表夢熊	吳欣席代
吳代表國治	吳國治	彭代表瑞鵬	彭瑞鵬
李代表來希	李來希	黃代表振國	黃振國
李代表昭仁	李昭仁	黃代表啟嘉	黃啟嘉
李代表紹誠	(請假)	楊代表芸蘋	楊芸蘋
周代表慶明	周慶明	廖代表慶龍	(請假)
周代表穎政	周穎政	潘代表仁修	王維昌代
林代表義龍	林義龍	蔡代表其洪	(請假)
林代表慶豐	陳瑞瑛代	蔣代表世中	蔣世中
徐代表超群	徐超群	盧代表榮福	(請假)
張代表志傑	(請假)	謝代表武吉	林佩菽代
張代表孟源	張孟源	藍代表毅生	藍毅生
張代表金石	張金石	羅代表世績	羅世績
張代表嘉訓	(請假)	譚代表慶鼎	譚慶鼎
張代表維仁	(請假)	龐代表一鳴	(請假)
梁代表淑政	梁淑政	蘇代表清泉	(請假)
莊代表維周	(請假)	蘇代表榮茂	(請假)
莫代表振東	莫振東		

(依代表姓氏筆劃排序)

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

葉青宜

衛生福利部全民健康保險會

魏璽倫、謝瓊慧

台灣醫院協會

吳心華

中華民國醫師公會全國聯合會

黃幼薰、陳哲維、洪郁涵

中華民國藥師公會全聯會

洪鈺婷

中華民國醫檢師公會全聯會

宋佳玲

本署臺北業務組

陳韻寧、蔡聿雯

本署北區業務組

郭佩君、林依兒

本署中區業務組

(請假)

本署南區業務組

王碧霞

本署高屏業務組

顏如玉

本署東區業務組

馮美芳

本署資訊組

姜義國

本署企劃組

何恭政

本署醫務管理組

李純馥、張溫溫、林淑範、  
張美玲、劉林義、黃奕瑄、  
陳信樺、洪于淇、鄭正義、  
楊秀文、邵子川、歐舒欣、  
林蘭、李宜珊

一、主席致詞：(略)

二、討論事項：

(一) 案由：「105 年度西醫醫療資源不足地區改善方案-巡迴服務計畫，中華民國醫師公會全國聯合會建議巡迴計畫預算支用範圍變更」案。

決議：

1. 就上次會議保留事項決議如下：

- (1) 院所執行本方案之診察費不列入合理門診量計算。
- (2) 提高醫缺區第三級施行區域(資源導入較困難)論次費用：參考中醫及牙醫醫療資源不足地區改善方案進行調整，調整後第三級施行區域之論次費用以不高於山地離島地區為原則。
- (3) 申報診察費之案件：每件依 103 年全年平均診察費加計 3 成；診察費由一般預算支應，加成部分由專款支應；本案經費支應論次及加成後若有剩餘，則補充該案件扣除藥費後之每點支付金額最高補至 1 元。

2. 依上開共識修訂計畫，報健保會同意、報部核定公告實施。

(二) 案由：「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案。

決議：本計畫修訂詳如附件 1，修訂重點如下，報健保會同意、報部核定公告實施。

1. 增加會員涵蓋率，增列DM、CKD且未收案於醫療給付改善方案個案，納入加分項計算範圍。
2. 醫療群應承擔財務及品質責任，增列VC-AE差值為負且品質指標達成率<65%者，支付個案管理費50%。
3. 修訂「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」、「醫療群會員門診經醫療群轉診率」、「會員固定就診率」等指標同儕比較及計分方式；另品質指標「會員急診率」及「疾病住院率」修正為「潛在可避免急診率」及「可避免住院率」並調整權重。
4. 增列健康存摺下載率及收治DM、CKD個案(未於醫療給付改善方案收案)之診所，上傳檢驗檢查值符合標準者等2項為加分項指標。
5. 考量雲端藥歷及健康存摺下載已可取代EEC功能，爰取消EEC查詢費用。
6. 修正輔導改善機制為提具執行改善計畫書。
7. 醫療群應成立計畫執行中心規範，增列因執行本計畫無故洩漏個人資料者，應即終止執行本計畫。

三、與會人員發言摘要，如附件 2。

四、散會：下午 4 點 20 分。

## 附件 1 全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫修訂(草案)

105 年修正條文	104 年 (現行條文)	修正說明
<p><b>壹、計畫依據</b> 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>	<p><b>壹、計畫依據</b> 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>	<p>本項未修正。</p>
<p><b>貳、計畫說明</b> 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。</p>	<p><b>貳、計畫說明</b> 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。</p>	<p>本項未修正。</p>
<p>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患身上。</p>	<p>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患身上。</p>	<p>本項未修正。</p>
<p>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 小時緊急諮詢專線、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患就醫的權益。</p>	<p>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 小時緊急諮詢專線、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患就醫的權益。</p>	<p>本項未修正。</p>

105 年修正條文	104 年 (現行條文)	修正說明
<p><b>參、計畫目的</b></p> <p>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。</p> <p>二、以民眾健康為導向，建立以病人為中心的醫療觀念，提升醫療服務品質。</p> <p>三、為全民健康保險法實施家庭責任醫師制度奠定基礎。</p>	<p><b>參、計畫目的</b></p> <p>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。</p> <p>二、以民眾健康為導向，建立以病人為中心的醫療觀念，提升醫療服務品質。</p> <p>三、為全民健康保險法實施家庭責任醫師制度奠定基礎。</p>	<p>本項未修正。</p>
<p><b>肆、經費來源</b></p> <p>全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「家庭醫師整合照護計畫」專款項目。</p>	<p><b>肆、經費來源</b></p> <p>全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「家庭醫師整合照護計畫」專款項目。</p>	<p>本項未修正。</p>
<p><b>伍、推動策略及計畫照護範圍</b></p> <p>一、成立社區醫療群，以群體力量提供服務。</p> <p>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。</p> <p>三、保險對象不需登記或簽署同意為會員(被照護對象)文件，以減少基層診所之行政作業，並將作業時間節省回歸於個案管理以增進醫病關係。</p> <p>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式照護模式的基礎。</p>	<p><b>伍、推動策略及計畫照護範圍</b></p> <p>一、成立社區醫療群，以群體力量提供服務。</p> <p>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。</p> <p>三、保險對象不需登記或簽署同意為會員(被照護對象)文件，以減少基層診所之行政作業，並將作業時間節省回歸於個案管理以增進醫病關係。</p> <p>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式照護模式的基礎。</p>	<p>本項未修正。</p>
<p><b>陸、組織運作</b></p> <p>一、社區醫療群之組織運作型式：</p> <p>(一)以同一地區 5 家以上(含)特約西醫診所為單位組成，其中 1/2 以上醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師資格或 1/5 以上醫師具有家庭醫學科專科醫師資格，並應與 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><b>陸、組織運作</b></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組成，其中 1/2 以上醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師資格或 1/5 以上醫師具有家庭醫學科專科醫師資格，並應與 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>本項未修正。</p>

105 年修正條文	104 年 (現行條文)	修正說明
(二)若聯合診所具有 5 位專任醫師以上，且結合該地區其他 3 家特約診所以上者，得共同參與本計畫，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。	(二)若聯合診所具有 5 位專任醫師以上，且結合該地區其他 3 家特約診所以上者，得共同參與本計畫，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。	本項未修正。
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。	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。	本項未修正。
三、設立會員 24 小時緊急諮詢專線 參與計畫之社區醫療群，應共同提供 24 小時緊急電話諮詢服務，提供會員於緊急狀況發生時，能立即獲得醫療諮詢服務，此方式除可掌握病患最佳醫治時間外，並可進一步減少民眾不必要的就醫需求。	三、設立會員 24 小時緊急諮詢專線 參與計畫之社區醫療群，應共同提供 24 小時緊急電話諮詢服務，提供會員於緊急狀況發生時，能立即獲得醫療諮詢服務，此方式除可掌握病患最佳醫治時間外，並可進一步減少民眾不必要的就醫需求。	本項未修正。
四、社區醫療群應建立醫療照護品質提升及轉診機制 (一)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)。	四、社區醫療群應建立醫療照護品質提升及轉診機制 (一)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)。	本項未修正。
(二) 參與計畫之基層診所醫師必須建立基層診所醫師間平行轉診機制，並提出與合作醫院間之轉診及合作計畫(包括安排病人轉診、追蹤病人轉診至後送醫院治療結果，及病人轉回後之追蹤治療等)，以及醫療品質提升計畫。	(二) 參與計畫之基層診所醫師必須建立基層診所醫師間平行轉診機制，並提出與合作醫院間之轉診及合作計畫(包括安排病人轉診、追蹤病人轉診至後送醫院治療結果，及病人轉回後之追蹤治療等)，以及醫療品質提升計畫。	本項未修正。
(三) 參與計畫之基層診所醫師提供之共同照護門診，亦可以家戶會員病房巡診、個案研討與社區衛教宣導(須含用藥安全宣導)等代替。	(三) 參與計畫之基層診所醫師提供之共同照護門診，亦可以家戶會員病房巡診、個案研討與社區衛教宣導(須含用藥安全宣導)等代替。	本項未修正。
五、成立計畫執行中心 (一)社區醫療群應成立計畫執行中心，負責本計畫之申請、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。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) 或各縣市醫師公會內，成立聯合計畫執行中	五、成立計畫執行中心 (一)社區醫療群應成立計畫執行中心，負責本計畫之申請、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。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) 或各縣市醫師公會內，成立聯合計畫執行中心。	增列因執行本計畫無故洩漏個人資料者，應即終止執行本計畫之規定。

105 年修正條文	104 年 (現行條文)	修正說明
<p>心。因執行本計畫無故洩漏個人資料者，應即終止執行本計畫。</p>		
<p>(二)協助處理轉介病人及個案管理：計畫執行中心除負責計畫申請、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外，並應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，以提供適切、連續性醫療照護。</p>	<p>(二)協助處理轉介病人及個案管理：計畫執行中心除負責計畫申請、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外，並應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，以提供適切、連續性醫療照護。</p>	<p>本項未修正。</p>
<p>六、社區醫療群得與其他醫事服務機構合作，以提供完整性、連續性之醫療，並提高用藥品質。</p>	<p>六、社區醫療群得與其他醫事服務機構合作，以提供完整性、連續性之醫療，並提高用藥品質。</p>	<p>本項未修正。</p>
<p><b>柒、收案對象(會員)</b> 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(詳備註)，交付該參與本計畫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、「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」、「全民健康保險論人計酬試辦計畫」者。</p>	<p><b>柒、收案對象(會員)</b> 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(詳備註)，交付該參與本計畫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、「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」、「全民健康保險論人計酬試辦計畫」者。</p>	<p>本項未修正。</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120名，上年度評核指標<math>\geq 90\%</math>之醫療群，每名醫師加收人數上限為200名，原則以指定收案會員之家庭成員為優先。</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120名，上年度評核指標<math>\geq 90\%</math>之醫療群，每名醫師加收人數上限為200名，原則以指定收案會員之家庭成員為優先。</p>	<p>本項未修正。</p>
<p>1. 慢性病個案，係指前一年全國就醫資料中，屬於主管機關公告100種慢性病範圍，其曾門診就醫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，將慢性病患者依醫療費用各分為100百分位，選取最高之85百分位，且連續兩年忠誠診所相同之病人。</p>	<p>備註(名單分以下5類)： 1. 慢性病個案，係指前一年全國就醫資料中，屬於主管機關公告100種慢性病範圍，其曾門診就醫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，將慢性病患者依醫療費用各分為100百分位，選取最高之85百分位，且連續兩年忠誠診所相同之病人。</p>	<p>本項未修正。</p>

105 年修正條文	104 年 (現行條文)	修正說明
2. 非慢性病個案：非屬前述慢性病患，依醫療費用各分為 100 百分位，選取最高之 30 百分位且連續兩年忠誠診所相同之病人。	2. 非慢性病個案：非屬前述慢性病患，依醫療費用各分為 100 百分位，選取最高之 30 百分位且連續兩年忠誠診所相同之病人。	本項未修正。
3. 門診高利用個案：至基層診所門診就醫次數 $\geq$ 50 次之病患，且連續兩年忠誠診所相同之病人。	3. 門診高利用個案：至基層診所門診就醫次數 $\geq$ 50 次之病患，且連續兩年忠誠診所相同之病人。	本項未修正。
4. 65 歲以上(含)多重慢性病年長病患。	4. 65 歲以上(含)多重慢性病年長病患。	本項未修正。
5. 參與醫療給付改善方案(係指糖尿病、氣喘、BC 型肝炎、初期慢性腎臟病等方案)個案，保險人已於該方案支付個案管理費，故本計畫的個案管理費(250 元)不另支付；但得納入績效獎勵費用計算範圍。	5. 參與醫療給付改善方案(係指糖尿病、氣喘、BC 型肝炎、初期慢性腎臟病等方案)個案，保險人已於該方案支付個案管理費，故本計畫的個案管理費(250 元)不另支付；但得納入績效獎勵費用計算範圍。	本項未修正。
6. 前述較需照護之名單，以門診就醫次數最高的診所收案照顧。若診所就醫次數相同，則由費用最高的診所收案。	6. 前述較需照護之名單，以門診就醫次數最高的診所收案照顧。若診所就醫次數相同，則由費用最高的診所收案。	
7. 收治糖尿病、初期慢性腎臟病且未收案於醫療給付改善方案之個案，得納入加分項計算範圍。		增列涵蓋糖尿病、初期慢性腎臟病且未收案個案。
<b>捌、管理登錄個案</b> 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，保險人不予支付該筆費用，並依相關規定辦理。 二、社區醫療群需於計畫公告 3 個月內，將會員資料以批次經本系統上傳至健保資訊網服務系統 VPN。 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。	<b>捌、管理登錄個案</b> 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，保險人不予支付該筆費用，並依相關規定辦理。 二、社區醫療群需於計畫公告 3 個月內，將會員資料以批次經本系統上傳至健保資訊網服務系統 VPN。 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。	本項未修正。
<b>玖、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求</b> 一、參與計畫之特約診所或醫師於參與計畫之日起前 2 年內，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者。(含行政救濟程序中尚未執行處分者)。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。	<b>玖、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求</b> 一、參與計畫之特約診所或醫師於參與計畫之日起前 2 年內，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者。(含行政救濟程序中尚未執行處分者)。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。	本項未修正。
二、一年內沒有自動退出本計畫之紀錄。沒有經核定終止	二、一年內沒有自動退出本計畫之紀錄。沒有經核定終止	酌修文字。

105 年修正條文	104 年 (現行條文)	修正說明
計畫資格或計畫不予續辦之紀錄。但因離職而退出醫師之會員，可由原參與診所符合資格醫師於一個月內承接者，不在此限。	計畫資格或計畫不予續辦之紀錄。但因離職而退出醫師之會員，可由原參與診所符合資格醫師於一個月內承接者，不在此限。	
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者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，以保險人第一次處分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。	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者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，以保險人第一次處分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。	本項未修正。
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函，告知本計畫內容及其權益、義務(含 24 小時緊急諮詢電話及該醫療群所有參與診所及合作醫院名單)，且參與診所應於診所明顯處張貼參與本計畫識別標幟及該醫療群所有參與診所及合作醫院名單。	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函，告知本計畫內容及其權益、義務(含 24 小時緊急諮詢電話及該醫療群所有參與診所及合作醫院名單)，且參與診所應於診所明顯處張貼參與本計畫識別標幟及該醫療群所有參與診所及合作醫院名單。	本項未修正。
五、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。	五、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。	本項未修正。
六、參與本計畫醫療院所合作之其他特約醫事服務機構，依現行全民健康保險相關法規辦理。	六、參與本計畫醫療院所合作之其他特約醫事服務機構，依現行全民健康保險相關法規辦理。	本項未修正。
七、醫療院所應於計畫公告 3 個月內，向保險人分區業務	七、醫療院所應於計畫公告 3 個月內，向保險人分區業務	本項未修正。

105 年修正條文	104 年 (現行條文)	修正說明
組提出參與計畫書面申請。	組提出參與計畫書面申請。	
<b>拾、費用申報及支付方式</b> 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）。	<b>拾、費用申報及支付方式</b> 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）。	本項未修正。
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」， <del>「“269”診所查閱電子病歷鼓勵費用補付」及「“169”診所查閱電子病歷鼓勵費用追扣」。</del>	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」，「“269”診所查閱電子病歷鼓勵費用補付」及「“169”診所查閱電子病歷鼓勵費用追扣」。	刪除 EEC 查閱費用項目，故刪除該項追扣補付碼。
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。	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。	本項未修正。
四、社區醫療群型態，收案會員每人給付費用 800 元/年，經費撥付原則如下： (一) 個案管理費，每人支付 250 元/年： 1. 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。支付每位醫師個案管理費(250 元/年)上限為 1000 名（上年度評核指標 $\geq 90\%$ 之醫療群醫師上限為 1080 名），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(550 點/年)。	四、社區醫療群型態，收案會員每人給付費用 800 元/年，經費撥付原則如下： (一) 個案管理費，每人支付 250 元/年： 1. 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。支付每位醫師個案管理費(250 元/年)上限為 1000 名（上年度評核指標 $\geq 90\%$ 之醫療群醫師上限為 1080 名），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(550 點/年)。	本項未修正。
2. 申請費用以群為單位半年撥付 1 次；相關之必要欄位需	2. 申請費用以群為單位半年撥付 1 次；相關之必要欄位需	本項未修正。

105 年修正條文	104 年 (現行條文)	修正說明
填寫完整；經保險人分區業務組審查通過後，得於一個月內撥付 50%費用；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。	填寫完整；經保險人分區業務組審查通過後，得於一個月內撥付 50%費用；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。	
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。	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。	本項未修正。
4. 為達全人照護目標，得視個案需要填具「全人照護評估單」（詳附件五）。	4. 為達全人照護目標，得視個案需要填具「全人照護評估單」（詳附件五）。	本項未修正。
<p>(二) 績效獎勵費用，每人支付 550 點/年(以群方式統計)；會員若於計畫執行期間於收案醫療群無就醫紀錄，則不予核付本項費用。</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>(二) 績效獎勵費用，每人支付 550 點/年(以群方式統計)；會員若於計畫執行期間於收案醫療群無就醫紀錄，則不予核付本項費用。</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>	本項未修正。
<p>2. 品質提升費用：占本項經費之 50%，依各社區醫療群會員品質評核指標達成情形，分五級支付：</p> <p>(1). 特優級：會員品質指標平均達成率<math>\geq 90\%</math>，則支付品質提升費用每人 275 點。</p> <p>(2). 良好級：會員品質指標平均達成率介於 <math>80\% \leq \sim &lt; 90\%</math>，則支付品質提升費用每人 210 點。</p> <p>(3). 普通級：會員品質指標平均達成率介於 <math>70\% \leq \sim &lt; 80\%</math>，則支付品質提升費用每人 175 點。</p> <p>(4). 輔導級：會員品質指標平均達成率介於 <math>60\% \leq \sim &lt; 70\%</math>，則支付品質提升費用每人 145 點。</p> <p>(5). 不支付：會員品質指標平均達成率 <math>&lt; 60\%</math> 則不予支付。</p>	<p>2. 品質提升費用：占本項經費之 50%，依各社區醫療群會員品質評核指標達成情形，分五級支付：</p> <p>(1). 特優級：會員品質指標平均達成率<math>\geq 90\%</math>，則支付品質提升費用每人 275 點。</p> <p>(2). 良好級：會員品質指標平均達成率介於 <math>80\% \leq \sim &lt; 90\%</math>，則支付品質提升費用每人 210 點。</p> <p>(3). 普通級：會員品質指標平均達成率介於 <math>70\% \leq \sim &lt; 80\%</math>，則支付品質提升費用每人 175 點。</p> <p>(4). 輔導級：會員品質指標平均達成率介於 <math>60\% \leq \sim &lt; 70\%</math>，則支付品質提升費用每人 145 點。</p> <p>(5). 不支付：會員品質指標平均達成率 <math>&lt; 60\%</math> 則不予支付。</p>	本項未修正。

105 年修正條文	104 年 (現行條文)	修正說明
<p>(三)醫療群應承擔財務、品質責任，VC-AE 差值為負且品質指標達成率&lt;65%者，則支付個案管理費 50%。</p>		<p>醫療群應承擔財務、品質責任，增列個案管理費折付之規定。</p>
<p>五、本計畫之預算先扣除「個案管理費」後，計算績效獎勵費用。績效獎勵費用則採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。</p>	<p>五、本計畫之預算先扣除「個案管理費」後，計算績效獎勵費用。績效獎勵費用則採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。</p>	<p>本項未修正。</p>
<p>六、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。</p>	<p>六、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。</p>	<p>本項未修正。</p>
<p>七、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。</p>	<p>七、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。</p>	<p>本項未修正。</p>
<p><del>八、參與本計畫之診所使用衛生福利部電子病歷交換中心 (EEC) 查閱會員資料，查詢個案於其他院所就醫資料，查閱成功每件支付 50 點。 註：診所應檢附查詢成功證明於次月底前向保險人分區業務組申請，經審核通過後辦理費用補付。</del></p>	<p>八、參與本計畫之診所使用衛生福利部電子病歷交換中心 (EEC) 查閱會員資料，查詢個案於其他院所就醫資料，查閱成功每件支付 50 點。 註：診所應檢附查詢成功證明於次月底前向保險人分區業務組申請，經審核通過後辦理費用補付。</p>	<p>本署雲端藥歷查詢及健康存摺下載，已可取代 EEC 查閱之功能，故刪除此條文。</p>
<p><b>拾壹、計畫評核指標</b> 一、五項組織指標(權重 40/44%)： (一)健康管理與個案衛教 (權重 10%)： 透過「全民健康保險醫療費用總額其他預算項目-鼓勵醫療院所即時查詢就醫資訊方案」： 1. 醫療群內診所「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」≥ 當年全部西醫基層診所查詢率 70 百分位，<u>或與去年同期比進步率≥5%</u>，得 10%。 2. 醫療群內診所「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」&lt;</p>	<p><b>拾壹、計畫評核指標</b> 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、五項組織指標(權重 40%)： (一)健康管理與個案衛教 (權重 10%)： 透過「全民健康保險醫療費用總額其他預算項目-鼓勵醫療院所即時查詢就醫資訊方案」： 1. 醫療群內診所「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」≥ 當年全部西醫基層診所查詢率 70 百分位，得 10%。</p>	<p>1. 調整權重。 2. 增設自身值計分標準。</p>

105 年修正條文	104 年 (現行條文)	修正說明
<p>當年全部西醫基層診所查詢率 70 百分位，但<math>\geq</math>當年全部西醫基層診所查詢率 60 百分位，<u>或較去年同期增加，得 5%</u>。</p> <p>3. 本項得分上限為 10%。</p>	<p>2. 醫療群內診所「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」<math>&lt;</math>當年全部西醫基層診所查詢率 70 百分位，但<math>\geq</math>當年全部西醫基層診所查詢率 60 百分位，得 5%。</p> <p>3. 本項得分上限為 10%。</p>	
<p>(二) 個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診 (權重 <del>10</del>14%)：</p> <p>1. 醫療群每月至少需辦理 1 場，且年度內每位醫師至少應參與上開活動達 6 次(含)以上。(10%)</p> <p>2. 醫療群會員門診經醫療群轉診率，與去年同期比進步率<math>\geq</math>10%(不限合作醫院，依健保統計門診申報資料)，<u>或<math>\geq</math>當年同儕 60 百分位，<del>加 5</del>得 4%</u>。較去年同期增加，<u>或<math>\geq</math>當年同儕 50 百分位，<del>加 3</del>得 2%</u>。轉診率得分上限 54%。</p>	<p>(二) 個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診 (權重 10%)：</p> <p>1. 醫療群每月至少需辦理 1 場，且年度內每位醫師至少應參與上開活動達 6 次(含)以上。</p> <p>2. 醫療群會員門診經醫療群轉診率，與去年同期比進步率<math>\geq</math>10%(不限合作醫院，依健保統計門診申報資料)，加 5%。較去年同期增加，加 3%。轉診率得分上限 5%。</p>	<p>「會員門診經醫療群轉診率」指標：</p> <p>1.調整權重。</p> <p>2.增設同儕值計分標準。</p>
<p>(三) 醫療群會員住院經醫療群協助轉診率 (權重 10%)：</p> <p>1. 與去年同期比進步率<math>\geq</math>10%，或<math>\geq</math>當年同儕 50 百分位，得 10%。</p> <p>2. 與去年同期比進步率<math>\geq</math>5%，得 5%。</p> <p>3. 本項得分上限 10%。</p> <p>4. 不限合作醫院，依健保申報資料計算。</p>	<p>(三) 醫療群會員住院經醫療群協助轉診率 (權重 10%)：</p> <p>1. 與去年同期比進步率<math>\geq</math>10%，或<math>\geq</math>當年同儕 50 百分位，得 10%。</p> <p>2. 與去年同期比進步率<math>\geq</math>5%，得 5%。</p> <p>3. 本項得分上限 10%。</p> <p>4. 不限合作醫院，依健保申報資料計算。</p>	<p>本項未修正。</p>
<p>(四) 24 小時諮詢專線(每群全年至少測試 5 次) (權重 10%)：</p> <p>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(由保險人分區業務組抽測，以平均分數計算得分)。</p> <p>1. 無人接聽(連續測試 3 通，每次間隔 10 分鐘)，得 0%。</p> <p>2. 執行中心或醫院人員接聽，無法解決會員問題(如不</p>	<p>(四) 24 小時諮詢專線(每群全年至少測試 5 次) (權重 10%)：</p> <p>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(由保險人分區業務組抽測，以平均分數計算得分)。</p> <p>1. 無人接聽(連續測試 3 通，每次間隔 10 分鐘)，得 0%。</p> <p>2. 執行中心或醫院人員接聽，無法解決會員問題(如不</p>	<p>本項未修正。</p>

105 年修正條文	104 年 (現行條文)	修正說明
<p>解家醫計畫、簡單回答請他來醫院等), 得 3%。</p> <p>3. 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), 滿分, 為 10%。</p> <p>4. 執行中心或醫院人員接聽, 能即時轉達收案醫師, 且收案醫師 20 分鐘內即時 call out 回電, 滿分, 為 10%。</p>	<p>家醫計畫、簡單回答請他來醫院等), 得 3%。</p> <p>3. 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), 滿分, 為 10%。</p> <p>4. 執行中心或醫院人員接聽, 能即時轉達收案醫師, 且收案醫師 20 分鐘內即時 call out 回電, 滿分, 為 10%。</p>	
<p>(五) <u>其他(20%)</u></p> <p>1. 完成安寧居家療護教育訓練或提供「<u>全民健康保險在宅醫療服務</u>」<u>全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務</u>(加 5%):</p> <p>1. (1) 醫療群內至少一家診所達成以下項目之一:</p> <p>(1) <u>A. 完成「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」教育訓練課程。</u></p> <p>(2) <u>B. 提供「全民健康保險在宅醫療服務」全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務。</u></p> <p>2. (2) 本項得分上限為 5%。</p>	<p>(五) 完成安寧居家療護教育訓練或提供「全民健康保險在宅醫療服務」服務(加 5%):</p> <p>1. 醫療群內至少一家診所達成以下項目之一:</p> <p>(1). 完成「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」教育訓練課程。</p> <p>(2). 提供「全民健康保險在宅醫療服務」。</p> <p>2. 本項得分上限為 5%。</p>	<p>1. 項次、權重修正。</p> <p>2. 修正在宅醫療服務計畫名稱。</p>
<p>2. <u>收治糖尿病、初期慢性腎臟病個案(未於醫療給付改善方案收案)之診所:</u></p> <p>(1) <u>上開疾病病患檢驗檢查值上傳率<math>\geq</math>50%者, 加 1%。</u></p> <p>(2) <u>本項醫療群得分上限為 5%(每一診所得分上限為 1%)。</u></p>		<p>增列收治罹患糖尿病、初期慢性腎臟病且未收案於醫療給付改善方案之個案, 納入加分項計算範圍。另即時查詢方案就檢驗檢查值上傳, 亦予額外給付獎勵。</p>
<p>3. <u>運用健康存摺, 協助會員做健康管理:</u></p> <p>(1) <u>健康存摺下載率<math>\geq</math>全國平均下載率, 加 10 分。</u></p> <p>(2) <u>本項得分上限為 10%。</u></p>		<p>加強全人照護, 增加民眾有感服務, 增列運用健康存摺, 協助會員做健康管理, 納入加分項計算範圍。</p>
<p>二、三項品質指標(權重 30%):</p>	<p>二、三項品質指標(權重 30%):</p>	<p>1. 修正為潛在可避免急</p>

105 年修正條文	104 年 (現行條文)	修正說明
<p>(一) <u>會員急診率(排除外傷) 潛在可避免急診率</u> ( 權重 510%) :</p> <p>1. 目標值與得分 :</p> <p>(1) <math>\leq</math> 全國平均值, 得分 10%。</p> <p>(2) 與上年度同期自身比進步率 <math>&gt;0\%</math>, 得 5 分。</p> <p>2. 計算公式說明 :</p> <p>分子: 可避免急診疾病就醫案件</p> <p>分母: 會員人數</p>	<p>(一) 會員急診率(排除外傷) ( 權重 5%) :</p> <p>1. <math>\leq</math> 較需照護族群 40 百分位數, 或與上年度同期自身比進步率 <math>\geq 20\%</math>, 得 5 %。</p> <p>2. 進步率 <math>&gt;0\%</math>, 得 3%。</p> <p>3. 本項總分上限 5%。</p> <p>4. 計算公式說明 :</p> <p>分子: 會員急診人次(排除外傷案件)</p> <p>分母: 會員人數</p>	<p>診率。</p> <p>2. 調整權重。</p>
<p>(二) <u>疾病可避免住院率</u> ( 權重 1510%) :</p> <p>1. 目標值與得分 :</p> <p>(1) <math>\leq</math> 全國平均值, 得分 10%。</p> <p>(2) 與上年度同期自身比進步率 <math>&gt;0\%</math>, 得 5 分。</p> <p>2. 計算公式 :</p> <p>分子: 可避免住院疾病之案件</p> <p>分母: 會員人數</p>	<p>(二) 疾病住院率 ( 權重 15%) :</p> <p>1. <math>\leq</math> 較需照護族群 40 百分位數, 或與上年度同期自身比進步率 <math>\geq 20\%</math>, 得 15 %。</p> <p>2. 進步率 <math>\geq 10\%</math>, 得 10%。</p> <p>3. 進步率 <math>&gt;0\%</math>, 得 5%。</p> <p>4. 本項總分上限 15%。</p> <p>5. 計算公式說明 :</p> <p>分子: 會員住院人次</p> <p>分母: 會員人數</p>	<p>1. 修正為可避免住院率。</p> <p>2. 調整權重。</p>
<p>(三) 會員固定就診率 ( 權重 10%) :</p> <p>1. 會員在群內 ( 含合作醫院) 之西醫門診固定就診率與 <u>上年度同期自身比進步率 <math>\geq 10\%</math>, 或會員固定就診率 <math>\geq</math> 當年同儕 60 百分位</u>, 得 10%。</p> <p>2. 進步率 <math>&gt;5\%</math> <u>或當年同儕 55 百分位 <math>\leq</math> 會員固定就診率 <math>&lt;</math> 當年同儕 60 百分位</u>, 得 5%。</p> <p>3. <u>當年同儕 50 百分位 <math>\leq</math> 會員固定就診率 <math>&lt;</math> 當年同儕 55 百分位</u>, 得 3%。</p> <p><del>3.</del> 4. 本項總分上限 10%。</p> <p><del>4.</del> 5. 計算公式說明 :</p>	<p>(三) 會員固定就診率 ( 權重 10%) :</p> <p>1. 會員在群內 ( 含合作醫院) 之西醫門診固定就診率與上年度同期自身比進步率 <math>\geq 10\%</math>, 或會員固定就診率 <math>\geq</math> 當年同儕 60 百分位, 得 10%。</p> <p>2. 進步率 <math>&gt;5\%</math>, 得 5%。</p> <p>3. 本項總分上限 10%。</p> <p>4. 計算公式說明 :</p> <p>分子: 會員在群內 ( 含合作醫院) 就醫次數</p> <p>分母: 會員在所有西醫門診就醫次數</p>	<p>修正得分級距。</p>

105 年修正條文	104 年 (現行條文)	修正說明
分子：會員在群內 (含合作醫院) 就醫次數 分母：會員在所有西醫門診就醫次數		
三、會員滿意度調查，權重 10%： 電訪社區醫療群會員滿意度，依以下會員滿意度結果評分。 (一)自測滿意度 $\geq$ 80%，得 3%。 註 1：滿意度問卷與計分方式詳本計畫附錄自我評估表附件四。 註 2：每群需提交 50 份，或至少 3%會員數份數。	三、會員滿意度調查，權重 10%： 電訪社區醫療群會員滿意度，依以下會員滿意度結果評分。 (一)自測滿意度 $\geq$ 80%，得 3%。 註：滿意度問卷與計分方式詳本計畫附錄自我評估表附件四。	酌修文字。
(二)分區抽測 10 件平均(調查對象以慢性病個案為主) 1. 滿意度 $<$ 50%扣 5%(與自測滿意度共得分 0%)。 2. 滿意度 $\geq$ 80%得 3%(與自測滿意度共得分 6%)。 3. 滿意度 $\geq$ 90%得 7%(與自測滿意度共得分 10%)。	(二)分區抽測 10 件平均(調查對象以慢性病個案為主) 1. 滿意度 $<$ 50%扣 5%。 2. 滿意度 $\geq$ 80%得 3%(與自測滿意度共得分 6%)。 3. 滿意度 $\geq$ 90%得 7%(與自測滿意度共得分 10%)。	酌修文字。
四、預防保健達成情形，權重 <del>20</del> <u>16</u> %： (一)成人預防保健檢查率 (權重 5%)： 1. 會員接受成人預防保健服務 $\geq$ 較需照護族群 <del>65</del> <u>60</u> 百分位數得 5%。 2. $<$ 較需照護族群 <del>65</del> <u>60</u> 百分位數，但 $\geq$ 較需照護族群 <del>55</del> <u>50</u> 百分位數得 3%。 分子：40 歲(含)以上會員接受成人健檢人數 分母：(40 歲至 64 歲會員數/3+65 歲《含》會員數)	四、預防保健達成情形，權重 20%： (一)成人預防保健檢查率 (權重 5%)： 1. 會員接受成人預防保健服務 $\geq$ 較需照護族群 65 百分位數得 5%。 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 3%。 分子：40 歲(含)以上會員接受成人健檢人數 分母：(40 歲至 64 歲會員數/3+65 歲《含》會員數)	1. 調整總權重。 2. 修正得分標準。
(二)子宮頸抹片檢查率 (權重 <del>54</del> <u>5</u> )%： 1. 會員接受子宮頸抹片服務 $\geq$ 較需照護族群 60 百分位數得 <del>54</del> <u>5</u> %。 2. $<$ 較需照護族群 60 百分位數，但 $\geq$ 較需照護族群 50 百分位數得 <del>32</del> <u>3</u> %。 3. 計算公式說明：	(二)子宮頸抹片檢查率 (權重 5%)%： 1. 會員接受子宮頸抹片服務 $\geq$ 較需照護族群 60 百分位數得 5%。 2. $<$ 較需照護族群 60 百分位數，但 $\geq$ 較需照護族群 50 百分位數得 3%。 3. 計算公式說明：	調整權重。

105 年修正條文	104 年 (現行條文)	修正說明
分子：30 歲(含)以上女性會員接受子宮頸抹片人數。 分母：30 歲(含)以上女性會員數。	分子：30 歲(含)以上女性會員接受子宮頸抹片人數。 分母：30 歲(含)以上女性會員數。	
(三)65 歲以上老人流感注射率 ( 權重 <u>52%</u> ) : 1. 會員接受流感注射服務 $\geq$ 較需照護族群 <u>6560</u> 百分位數得 <u>52%</u> 。 2. $<$ 較需照護族群 <u>6560</u> 百分位數, 但 $\geq$ 較需照護族群 <u>5550</u> 百分位數得 <u>31%</u> 。 3. 計算公式說明： 分子：65 歲以上會員接種流感疫苗人數。 分母：65 歲以上總會員人數。	(三)65 歲以上老人流感注射率 ( 權重 5% ) : 1. 會員接受流感注射服務 $\geq$ 較需照護族群 65 百分位數得 5%。 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 3%。 3. 計算公式說明： 分子：65 歲以上會員接種流感疫苗人數。 分母：65 歲以上總會員人數。	1. 調整權重。 2. 修正得分標準。
(四)糞便潛血檢查率 ( 權重 5% ) : 1. 50 歲以上至未滿 75 歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查 $\geq$ 全國民眾檢查比率, 得 5%。 2. 計算公式說明： 分子：50 歲以上至未滿 75 歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查人數。 分母：50 歲以上至未滿 75 歲會員人數/2。	(四)糞便潛血檢查率 ( 權重 5% ) : 1. 50 歲以上至未滿 75 歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查 $\geq$ 全國民眾檢查比率, 得 5%。 2. 計算公式說明： 分子：50 歲以上至未滿 75 歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查人數。 分母：50 歲以上至未滿 75 歲會員人數/2。	本項未修正。
<b>拾貳、計畫管理機制：</b> 一、保險人負責協調總體計畫架構模式與修正。 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。 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。 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	<b>拾貳、計畫管理機制：</b> 一、保險人負責協調總體計畫架構模式與修正。 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。 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。 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	本項未修正。

105 年修正條文	104 年 (現行條文)	修正說明
執行品質。	執行品質。	
<b>拾參、計畫申請方式</b> 參與計畫之社區醫療群應檢附申請書向保險人分區業務組提出申請，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。	<b>拾參、計畫申請方式</b> 參與計畫之社區醫療群應檢附申請書向保險人分區業務組提出申請，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。	本項未修正。
<b>拾肆、退場機制</b> 一、評核期間以本計畫所訂指標執行之期程為原則。	<b>拾肆、退場機制</b> 一、評核期間以本計畫所訂指標執行之期程為原則。	本項未修正。
二、社區醫療群如評核指標未達 65%者(評核指標<65%)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。 評核指標介於 65%至 70%者(65%≤評核指標<70%)，接受保險人分區業務組輔導改善，且須再上 4 小時行政管理課程於次年 3 月底前提具執行改善計畫書經保險人分區業務組核備，始得加入本計畫，第 2 年仍未達 70%續辦標準者(評核指標<70%)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。	二、社區醫療群如評核指標未達 65%者(評核指標<65%)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。評核指標介於 65%至 70%者(65%≤評核指標<70%)，接受保險人分區業務組輔導改善，且須再上 4 小時行政管理課程；第 2 年仍未達 70%續辦標準者(評核指標<70%)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。	需輔導改善醫療群修正需提具執行改善計畫書，並增列應完成時間與未執行之規定。
三、退場之醫療群，其中評核指標>70%之個別診所，可申請重新組群或加入其他醫療群，經保險人分區業務組同意後參加。	三、退場之醫療群，其中評核指標>70%之個別診所，可申請重新組群或加入其他醫療群，經保險人分區業務組同意後參加。	本項未修正。
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，除保險人不予支付前述指標費用外，渠應退出本計畫。	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，除保險人不予支付前述指標費用外，渠應退出本計畫。	本項未修正。
<b>拾伍、實施期程及評估</b> 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 24 小時諮詢專線之使用情形、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	<b>拾伍、實施期程及評估</b> 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 24 小時諮詢專線之使用情形、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	本項未修正。

105 年修正條文	104 年 (現行條文)	修正說明
區衛教宣導) 至保險人分區業務組。	教宣導) 至保險人分區業務組。	
<p><b>拾陸、訂定與修正程序</b></p> <p>本計畫由保險人與醫師全聯會共同研訂後，送全民健康保險會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準者，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>	<p><b>拾陸、訂定與修正程序</b></p> <p>本計畫由保險人與醫師全聯會共同研訂後，送全民健康保險會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準者，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>	本項未修正。

## 附錄 1

### 全民健康保險家庭醫師整合照護計畫檢核邏輯 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，可以點選病人管理選項，進行病患資料之登錄、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，並將會員資料以批次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；收案期限將設定3個月，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社區醫療群於3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。

● 填表單位：

填表日期： 年 月 日

一、諮詢專線			
	自我評量		
(1) 24 小時諮詢專線自行測試結果	<input type="checkbox"/> 無人接聽 (0 分)	<input type="checkbox"/> 接聽但無法解決會員問題 (3 分)	<input type="checkbox"/> 接聽且可以解答會員問題，或轉達醫師 20 分鐘內回電。 (10 分)
(2) 受理 24 小時諮詢專線總件數	共 件 (見附件一)		
● 檢附諮詢專線電話紀錄表 (見附件二)			
二、健康管理			
	自我評量		
收案時完成個案管理	<input type="checkbox"/> 達成 (10 分)	<input type="checkbox"/> 未達成 (0 分)	
三、個案研討活動			
	自我評量		
每位醫師參加至少六次「個案研討」或「共同照護門診」或「社區衛教宣導」或「病房巡診」等活動	<input type="checkbox"/> 達成 (10 分)	<input type="checkbox"/> 未達成 (0 分)	
● 檢附每位醫師參與各項活動的每月統計表 (見附件一)			
● 檢附活動簽到紀錄 (見附件三)			
四、會員通知事項			
	自我評量		
(1) 會員權利義務說明書或會員通知函是否交付並告知	<input type="checkbox"/> 是 (1 分)	<input type="checkbox"/> 否 (預定何時改善完成) (0 分)	
(2) 會員權利義務說明書或會員通知函內容是否符合規定 (含計畫內容、權益義務、24 小時緊急諮詢電話、醫療群所有診所名單及合作醫院名單)	<input type="checkbox"/> 是 (1 分)	<input type="checkbox"/> 否 (預定何時改善完成) (0 分)	
(3) 是否張貼參與本計畫之標識	<input type="checkbox"/> 是 (1 分)	<input type="checkbox"/> 否 (預定何時改善完成) (0 分)	
(4) 參與本計畫之標識內容是否符合規定 (24 小時緊急諮詢電話、醫療群所有診所名單及合作醫院名單)	<input type="checkbox"/> 是 (1 分)	<input type="checkbox"/> 否 (預定何時改善完成) (0 分)	
註：依填表時間換算辦理活動次數是否達成。		總計得分： 分	

## 社區醫療群健康照護評估單(範例)

醫療院所名稱：

評估日期： 年 月 日

## 一、基本資料：

1. 姓名：\_\_\_\_\_ 2. 性別：男  女  3. 出生日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
 4. 病歷號碼：\_\_\_\_\_ 5 主要照顧者：\_\_\_\_\_  
 6. 聯絡電話（或手機）：\_\_\_\_\_  
 7. 主要居住區域：a. 都會區  b. 鄉鎮  c. 醫療偏遠區域  d. 未知

## 二、收案原因：

1. 收案原因：a. 慢性病  b. 非慢性病  c. 門診高利用者  d. 7565 歲以上年長病患   
 e. 醫療給付改善方案  f. 其他   
 2. 慢性病之病名（請書寫中文）：  
 （1）主診斷：\_\_\_\_\_ （2）次診斷：\_\_\_\_\_ （3）次診斷：\_\_\_\_\_

## 三、收案對象照護情形：

(一) 最近一次追蹤診療情形（請就有資料部分填寫）：

1. 此次就醫，病人自述病情：

尿液檢查

蛋白質： mg/dl

生化檢查

血糖： mg/dl

總膽固醇： mg/dl

三酸甘油酯： mg/dl

高密度脂蛋白膽固醇： mg/dl

低密度脂蛋白膽固醇： mg/dl

AST(GOT)： IU/L

ALT(GPT)： IU/L

肌酸酐： mg/dl

腎絲球過濾率 (eGFR) \_\_\_\_\_ ml/min/1.73 m<sup>2</sup>

(二) 過敏史及長期用藥整合及依附醫囑性：

1. 有無過敏史：

a.  食物過敏 \_\_\_\_\_ b.  藥物過敏 \_\_\_\_\_ c. 其他過敏 \_\_\_\_\_ d.  無過敏

2. 醫療院所（醫師）有無確認患者過去他院用藥情形：

a.  有 b.  病人多在本院就醫 c.  未確認

3. 承上，有無需要用藥建議（調整劑量、用藥品項、或整合等）：

a.  有 b.  無 c.  其他 \_\_\_\_\_

4. 最近一次看診，有沒有依照醫師指示正確服用藥物並服用完畢：

a.  有 b.  無【請接續回答（5）】 c.  不知道 \_\_\_\_\_

5. 為何沒有依照醫師指示服用藥物並服用完畢之原因：

a.  病情復原，所以停藥 b.  覺得沒有效果c.  服用後感到不適，所以停藥 d.  其他 \_\_\_\_\_

(三) 體重管理

1. 身高□□□公分，體重□□□公斤
2. 腰圍：\_\_\_\_\_公分（成人男性 $\geq 90$ 公分；成人女性 $\geq 80$ 公分為肥胖）
3. 未滿18歲，BMI值（請參考附件填寫本項）：\_\_\_\_\_（正常、過重、肥胖）
4. 18歲（含）以上的成人，判斷體重是否正常？

請勾選	18歲（含）以上的成人 BMI 範圍值	體重是否正常
<input type="checkbox"/>	$BMI < 18.5 \text{ kg/m}^2$	「體重過輕」，需要多運動，均衡飲食，以增加體能，維持健康！
<input type="checkbox"/>	$18.5 \text{ kg/m}^2 \leq BMI < 24 \text{ kg/m}^2$	恭喜！「健康體重」，要繼續保持！
<input type="checkbox"/>	$24 \text{ kg/m}^2 \leq BMI < 27 \text{ kg/m}^2$	哦！「體重過重」了，要小心囉，趕快力行「健康體重管理」！
<input type="checkbox"/>	$BMI \geq 27 \text{ kg/m}^2$	啊～「肥胖」，需要立刻力行「健康體重管理」囉！

#### 四、 促進健康：

##### （一） 預防保健類：

是否曾接受下列服務：

- 成人預防保健服務：65歲，每年1次；40歲，每3年1次（上次檢查日期：\_\_\_\_\_）
- 大腸癌篩檢（糞便潛血檢驗）：50-70歲，每2年1次（上次檢查日期：\_\_\_\_\_）
- 子宮頸抹片：女性30歲以上，每年1次（上次檢查日期：\_\_\_\_\_）
- 流感疫苗：65歲以上老人、重病、6個月-6歲小孩，每年1次（上次接種日期：\_\_\_\_\_）
- 兒童預防保健服務

##### （二） 生活習慣：

1. 請問您現在「吸菸」情形：
  - a.  有，每天吸菸
  - b.  有時候吸菸
  - c.  無
2. 請問您過去一年有沒有戒菸：a.  有 b.  無
3. 請問您現在「嚼食檳榔」情形：a.  有（請接續回答第4題） b.  無
4. 曾經嚼食檳榔者，過去一年內有沒有到醫院診所做過口腔檢查 a.  有 b.  無
5. 酒精：a.  酗酒 b.  社交淺酌 c.  滴酒不沾
6. 請問您現在「運動」情形：a.  有，定期運動 b.  偶而運動 c.  無

#### 五、 整合性健康照護諮商之建議：

##### （一） 生活習慣、運動、健康促進、預防保健：

---



---



---

##### （二） 是否需要其他轉介、輔導、改善（如：戒菸門診、體重管理、飲食控制）：

---



---

##### （三） 整體健康照護建議：

---



---



---

《家庭責任醫師 守護您的健康》

## 參與各項活動次數之每月統計表

附件一

為瞭解社區醫療群參與各項活動之情況，作為未來社區醫療品質提升與家庭醫師制度改進之建議，請依照表中所列項目，簡單記錄執行情形，若能提供相關附件尤佳，謝謝！

填表單位：

項目	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	總計
24小時諮詢專線 (諮詢件數)													
個案研討 (參與次數)													
共同照護門診 (診次)													
社區衛教宣導 (辦理場數)													
病房巡診 (巡診次數)													

衛生福利部中央健康保險署 業務組

附件二

社區醫療群 24 小時電話諮詢服務記錄表(範例)

日期	會員姓名 會員電話	會員 登錄診所	諮詢內容	處理情形	諮詢人員

衛生福利部中央健康保險署 業務組  
社區醫療群團體衛教宣導記錄表(範例)

附件三

日期： 年 月 日  
時間： 時 分 至 時 分 第 場

活動地點：

醫療群相關人員簽名：

活動成果：



女士/先生/小朋友您好：

由於您已成為104105年度「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」照護的會員，本問卷係為了解您的主要照顧診所是否能提供您完整而持續性的醫療照護，因而設計此滿意度調查，請於此問卷上填答您的意見（請以“V”符號註記）

本問卷僅作整體分析之用，感謝您撥冗填答。再次謝謝您的協助！

敬祝 健康快樂！

衛生福利部中央健康保險署 敬啟

1. 請問您知道自己是104105年度「家庭醫師整合性照護計畫」照護的會員嗎？  
 (1)知道  (2)不知道
2. 請問您參加「家庭醫師整合性照護計畫」後，您知道以下哪些醫療服務資訊？(複選)  
 (1)可獲得24 小時電話諮詢服務  
 (2)可獲得由家庭醫師轉診至合作醫院接受醫療服務  
 (3)可至家庭醫師在合作醫院開立的共同照護門診求診  
 (4)因病轉診合作醫院，家庭醫師可到醫院關懷  
 (5)可參加家庭醫師於社區辦理的衛教宣導活動  
 (6)可收到家庭醫師寄發的健康會訊刊物  
 (7)家庭醫師對我的疾病照護及健康管理部分可提供建議及諮詢
3. 請問您參加「家庭醫師整合性照護計畫」後，您「得到」以下哪些服務？(複選)  
 (1)醫師或醫護人員對衛教及治療解說清晰  
 (2)醫師或醫護人員提供醫療保健服務  
 (3)醫師和醫護人員服務態度熱忱  
 (4)醫師或醫護人員能針對個別的需求給予關心  
 (5)醫師能尊重及回應您的問題狀況  
 (6)候診時間較合理  
 (7)提供轉診的協助
4. 請問您對您的家庭醫師向您提供健康諮詢及衛教訊息，您是否滿意？  
 (1)非常滿意  (2)滿意  (3)不滿意  (4)非常不滿意
5. 請問您的家庭醫師對您健康狀況的了解程度，您是否滿意？  
 (1)非常滿意  (2)滿意  (3)不滿意  (4)非常不滿意
6. 請問您對您的家庭醫師所提供的整體服務是否滿意？  
 (1)非常滿意  (2)滿意  (3)不滿意  (4)非常不滿意

#### 計分方式：滿分100分

第1題（10分）：『知道』：10分、『不知道』：0分。

第2-3題（每題10分，共20分）：每題每勾選項1項得5分（每題上限10分）。

第4-5題（每題20分，共40分）：『非常滿意』20分、『滿意』：15分、  
『不滿意』：0分、『非常不滿意』：0分。

第6題（30分）：『非常滿意』30分、『滿意』：25分、『不滿意』：0分、  
『非常不滿意』：0分

## 全人照護評估單

## 壹、個人基本資料：

1. 姓名	
2. 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
3. 出生日期	西元      年      月      日
4. 病歷號碼	
5. 主要照顧者	
6. 聯絡電話（或手機）	
7. 職業別	
8. 宗教信仰	<input type="checkbox"/> 民間信仰 <input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 一貫道 <input type="checkbox"/> 其他
9. 主要居住區域	<input type="checkbox"/> 都會區 <input type="checkbox"/> 鄉鎮 <input type="checkbox"/> 醫療偏遠區域 <input type="checkbox"/> 未知

## 貳、疾病及健康狀態

## 一、主要疾病及健康問題列表

- 1.
- 2.
- 3.

## 二、重要病史（現病史與過去病史）

## 三、家庭事件

1. 家族病史及相關健康問題：

2. 家系圖：

3. 家庭生命週期：新婚夫婦 第一個小孩誕生 有學齡兒童 有青少年子女  
子女外出創業 空巢 老化的家庭

## 四、心理及社會事件

**參、致病原因綜合評估**

- 1. 疾病因素：
  
- 2. 家庭心理社會因素：
  
- 3. 其他因素：

評估結果：

**肆、全人照護治療計畫**

- 1. 藥物治療：
  
  
- 2. 非藥物治療：
  
  
- 3. 其他健康照護建議：

以下兩項視需要選擇建檔，不另支付。

◎家戶檔案建檔：

◎週期性預防保健追蹤管理：(可自行新增預約項目，如各類疫苗注射)

項目	下次預約時間				
成人健檢					
癌症篩檢					
FOBT					
口腔黏膜篩檢					
子宮抹片					
乳房攝影					
疫苗注射					
流感疫苗					
肺炎疫苗					
衛教					

## 附件 2 本會 104 年第 1 次臨時會議與會人員發言摘要

討論案第一案「有關 105 年度西醫醫療資源不足地區改善方案-巡迴服務計畫，中華民國醫師公會全國聯合會建議巡迴計畫預算支用範圍變更案」

### 蔡主席淑鈴

本案上次會議列為保留案係因對專款支用的認知差距，醫師公會全聯會希望 105 年爭取到的 3 千萬專款能補原一般服務支應之診察費及診療費，健保會及本署認為協商時專款係支應額外獎勵及論次費用，因為雙方都很堅持故提案保留，今天希望就專款與一般預算在支用原則能取得共識，在雙方表示意見之前，先請健保會說明本案在協商當時的原則與一般及專款使用的用途。

### 健保會魏組長璽倫

有關醫療資源不足地區之論量計酬部分若由專款支應，形同將專款預算流出至一般服務，而且論量計酬部分本來就已經計入一般服務基期，並隨歷年總額成長率累進。另外，今年 5 月 22 日的委員會議已經就協商通則討論通過，其中，對於專款專用的項目是採零基預算直接協定，通則之一為不得以任何理由流出，實施成效並納入下一年度總額協商考量。

以醫療資源不足地區改善方案為例，專款項目應該補論次或特殊服務。如果本案結果為移由專款支應，由於 9 月已經協商完成，通則中也敘明，經過協定後之結果，若要以任何方式經過變更，就涉及協定事項之變動，則應再經總額部門與付費者代表之協定程序。

### 陳代表宗獻

我們不反對也承認通則及專款的使用原則，我們要講的是誠信，我們在協商時並不是拿著醫缺地區費用不足要求補費用，我們談的是要比照醫院在醫缺地區的醫療費用全部由專款支用，我們認為一國兩制不妥，並不是流動不流動，7 千萬來的話可以讓基層和醫院一致，但在協商過程中未獲認同，最後拿到 3 千萬。不是我們違背協商通則。所以在協商表格上，9 月 19 日我們沒有決議要改通則，因為改了茲

事體大，第一，我要講的是協商的誠信原則，這個費用我們是要完成與醫院一致，第二是基期有沒有撥費用到醫缺來，我應該說沒有，醫缺地區從來沒有再給什麼費用。我們到醫缺地區做可近性服務，增出來的服務從來沒有給我們，所以我們認為沒有道理去講通則，健保署提過鼓勵部分由專款出，基本醫療部分由一般出，如果這樣，那醫院要改，可是醫院沒有改。其實過去鼓勵的部分都從一般出，在醫缺地區發生的診察費不計入合理門診量，但他是吃合理門診量的第一段 320 點，這沒有道理，所以有醫缺到現在我們都從一般去撥補，一、二十年累積下來的費用相當多。一般部門的點值都在 0.9 上下，尤其外科、婦產科沒有藥費一點一元的保障，點值在 0.8 幾，醫缺還要去佔他的便宜，以上釐清。

如果沒辦法解決，我們還是回去健保會，我親自幫大家把會議紀錄拿出來討論。我們還是尊重主管單位，建議第一、不應再做鼓勵部分由一般部門來出，所以醫缺診察費我們願意從一般部門出的就是全國任何一區的平均診察費的點數，明年度的，因為今年還沒完成，就用 103 年的資料統計平均每件診察費點數多少，醫缺就用平均診察費。鼓勵及論次部分我們可以來討論，我們很清楚，一般付的就是平均診察費。

### 蔡主席淑鈴

非常謝謝陳代表，至少回到健保會協商原則，但還是要鼓勵醫師到醫缺地區提供服務，也不想讓一般總額有太多被醫缺占住，有這個概念在，所以這樣的話，第一個原則就是不算合理門診量，第二個原則是要用平均診察費再加誘因，第三是調整論次費用。就這三個原則，醫管組有沒有意見？其他委員有沒有意見？

### 徐代表超群

原則上就是我們退一步，照署原來的想法來做。先談總額協商的架構，總額協商是付費者與醫療提供者來談明年度給多少錢執行總額，健保署是專業諮詢與執行的角色，健保會的幕僚也是屬於專業諮詢的角色。這次協商西醫基層編 7 千萬的目的是要比照醫院把醫療費用全部由專款出，我們算一算要 7 千萬才夠，但健保署的意見認為不妥，理由就像主席說的專款只做鼓勵項目，而健保會幕僚維持中立的角色，

只分析之前費用執行的情形。但在協商時付費者代表同意我們的說法，所以給我們3千萬，如果不同意，連一塊錢也不會給。健保署有健保署的立場，我們有我們的立場，付費者代表都認同我們的訴求了，為什麼健保署不讓我們來做呢？再談下去還是原則堅持的問題，我們和署也是長期的合作關係，所以陳主委說我們轉折一個做法，原則上我也可以支持這樣的做法。

我們爭取3千萬的金額加上原來還有3千萬沒有用完，依照我們的初衷希望保障我們和醫院一樣，點值方面不要浮動，就讓我們診察費和診療費點值方面不要浮動，經費不會超過。另外大家可以試算，如果將診察費降為平均診察費，差距和原來可能有一段距離，因為我們試算過，目前醫缺都是用第一段320來報，本來就加2成是384，如果用平均的話是260左右來報，即使加到3成也是338，和384比差了46，加4成是364，差了20，所以原則上如果錢夠的話，盡量不要和以前差太多，不要讓做醫缺的醫師覺得幫他爭取到這麼多錢反而比以前拿的更少。

論次可以接受署的意見，比較偏遠的第三級再加，第二級也可以再加。診療費部分也可以和醫院一樣保障點值，診療費保障點值的差額部分大概會增加幾百萬，正確的數據署要精算，讓我們知道哪些是可以做到的，加幾成是可以做到的，如果我們共識是這樣的話，署精算出來就是我們最後的結論了。

### **蔡主席淑鈴**

謝謝徐代表，請問參與協商的付費者代表有沒有意見？

### **楊代表芸蘋**

協商時我們的想法很簡單，固定3千萬看醫界怎樣去用，把醫缺部分做好，一討論之後才知道還有協商通則規定的問題，健保署希望你們做得更好，希望鼓勵醫缺的部分，錢怎麼用，需要健保署和醫界溝通，陳委員已經把新的三個想法說出來了，是有誠意了，希望健保署好好和醫界談一談，論次計酬還要再增加的部分可以再討論，由健保署再和醫界溝通，只要合理、合法，你們達成共識我們都接受。

### **蔡主席淑鈴**

我們也非常贊成陳醫師和徐醫師剛剛的建議，鼓勵醫師到偏遠地區服務是我們的初衷，剛剛陳醫師說的是目前的做法可能會壓縮到一般總額，例如合理門診量的第一段，所以想把那一塊拿出來盡量用專款支應，不要壓縮到一般預算的總額，另一個是想和醫院比，但是這一塊比較不好比是因為現在醫院去的地區都是基層不願意去的地區，醫院總額沒有編這塊預算，後來才編，所以只能直接從專款支應，就是你們說的 1 點 1 元沒有浮動，但是醫院的診察費現在比基層低，這是西醫特殊的地方，因為牙醫、中醫之醫缺專案和你們的架構一樣，只是沒有醫院去做的部分，所以我也希望基層的代表能夠理解，因為要去比照醫院，比不完，醫院也有比基層低的地方，而且醫院去的又是基層不去的地方，不然基層全部都去，就沒有醫院去，因為基層優先，你們去，醫院就不會去，專款都給你們用，醫院就不會用到這個專款 1 點 1 元，我們也希望基層都去，因為本來就是提供 primary care。

回到今天的 solution 方面會不會比較容易一點，就是剛剛陳醫師和徐醫師的建議，第一，不算合理門診量，把它拉出來就解決了第一個問題，沒有吃到一般總額。第二，診察費怎樣加到和現在接近，這是你們的期待。第三是論次，特別是醫缺第三級看能不能再提高。是不是就是這三個訴求？

### 陳代表宗獻

一個比較簡單的概念就是一般支應平均診察費，用前一年的才有 data，用這個 base 去加成，這樣大概是加三成，在醫缺的服務就用 1 點 1 元為原則來計算，如果錢不夠就浮動。

因為這麼久下來，南部、花蓮、臺東我們都有去看，醫師常反應來這裡做服務，不知道多少錢，因為會浮動。我們論次也不必調整，論量的診察費、診療費就用 1 點 1 元計算，費用不夠再去浮動，這樣比較簡單，而且呼應在醫缺區服務醫師的訴求。

### 本署醫務管理組張專門委員溫溫

我可不可以再確認一下陳醫師剛剛的意思是說論次部分先不調整，但論量部分保障每點 1 元和浮動的 gap 部分？

### 陳代表宗獻

因為那個 gap 目前是從一般支應。

### 本署醫務管理組張專門委員溫溫

現在是一起浮動。

### 陳代表宗獻

浮動之後，我們心算還有 1 千 6 百多萬，可以把 1 點 1 元做為鼓勵項目。超群兄，這樣好不好？

### 本署醫務管理組李副組長純馥

建議試算後較為妥適，假設今天在一般部門，一般部門的點數不挪到專款支應，還是用一般部門，用專款的錢去補浮動的差額到 1 點 1 元，假設讓所有醫缺的醫師確定去醫缺區服務的錢都是 1 點 1 元，因為論次和鼓勵的錢本來就是在專款 1 點 1 元，現在浮動是在一般支應，像診察費、診療費，你們想固定 1 點 1 元，這一段要不要讓我們試算一下，還有平均診察費現在是用你們的資料算的，健保署還沒有算過，我們算完，整體財務評估完，原則上是要在專款能夠支應的範圍內，否則會產生風險，因為專款沒有談不足要從哪裡支，所以我們擔心會影響原來的論次部分。

### 陳代表宗獻

這個部分很容易心算，1 億浮動大約 0.8、0.9，所以 1 千多萬就解決了。

### 本署醫務管理組張專門委員溫溫

同意以這個原則，其他部門有類似的情形，原則就是預算足夠時優先補到 1 點 1 元，不足時再浮動，那就最高補到 1 點 1 元，若有分區點值超過 1 點 1 元就以該分區原來的點值計算。

診察費是用全國的平均不計合理量？

### 蔡主席淑鈴

診察費加成是加 30%，我粗算一下，如果用平均診察費加三成，

再補到 1 點 1 元，拿到錢就和現在差不多。

這個好處是和現在差不多，且不會支用到一般的錢。

### 本署醫務管理組李副組長純馥

論次的第三級，就是比較困難的區要不要再加？可以嗎？依照我們的意見，謝謝。

### 蔡主席淑鈴

第一，去醫缺的地方不計合理量的原則確認了，這樣對去做醫缺的個別醫師來講不會佔用他的合理門診量第一階段，不然會影響他去的意願。

第二、診察費的算法是用 103 年的平均診察費加三成，平均診察費用一般預算支應，加成部分用專款支應，加上診察費和診療費補到 1 點 1 元。

第三、診察費和診療費補到 1 點 1 元。診察費和診療費當區點值高於 1 點 1 元的就照原來比較高的點值。

第四、再討論一下論次的費用要不要調。本來醫缺沒有分級，明年分三級，第三級就是最艱困區，目前一般日是 5,500，假日是 6,500，要不要往上再調？鼓勵大家去艱困區。中醫的艱困區和你們的不一樣，中醫沒有 IDS，所以你的艱困區比他容易，中醫的艱困區代表離島的離島，牙醫和中醫的三級都是很艱困的，山之巔海之邊，你的三級是比 IDS 還近的，不然這一塊由我們來評估，比現在 5,500、6,500 高一點，看經費多少來寬估。

這樣好不好？徐代表可以嗎？滿意了。陳代表也可以。其他代表有沒有意見？沒有意見。那健保會代表有沒有意見？沒有。

就是把誘因提高，讓醫缺的民眾能夠得到服務，也麻煩公會能夠鼓勵醫師到醫缺去，特別是第三級困難的地方再調高，會更有保障。

### 蔣代表世中

我想這個案子圓滿結束，也感謝付費者代表給我們經費，我們不是要改變原則或通則，我們只是要突顯出制度的不健全，因為說滾入到基期，當初的三千萬、四千萬也沒有給，就吃到我們一般的總額，像適應症的放寬，新藥進來所衍生出的診察費，這是所衍生的問題，

我知道所有的東西已經很難切割，但是要突顯出制度引發出來的誘因，我們不是要錢，是希望制度的問題要多加考量。

### **蔡主席淑鈴**

蔣醫師講的這一段應該是講給社保司聽的，因為這是基本總額的估計，蔣醫師意見請同仁全錄，提供給社保司在估總額一般預算時，就醫缺部分是否算足，再予仔細考慮。假如有算足就要讓醫界瞭解。假如有漏算，協商時可以提出來。本案討論到這裡，第一案確定。

### **討論案第二案「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫修訂案」**

### **蔡主席淑鈴**

會議資料有附條文修正對照表，條文非常多，我們只看有修訂的部分。

第8頁，第五是說「無故洩漏個人資料者，應即終止執行本計畫」，請問大家有沒有意見？沒有，謝謝，那就通過。

接下來第9頁是講慢性病的收案，修正的原因？

### **本署醫務管理組林專門委員淑範**

第9頁慢性病的範圍本來是選取最高之85百分位，現在是把慢性病照顧的範圍擴大，只要慢性病人都納入照顧範圍。

### **蔡主席淑鈴**

收案人數會因此增加很多，大家有沒有意見？

### **黃代表振國**

終於有人講出我心中的痛，在103年平均一個人大約475元，104年可能低於470，105年新增加慢性病，可能每個人不到400元，所以計畫所謂較需要照顧的族群是哪些？哪些族群比較有功效？當時focus在醫療高使用者，假如推到所有的慢病，可能有二個問題，第一個是醫療使用率沒這麼高，第二因為就醫次數不多，所歸屬的家庭醫師可能上年度和下年度不一樣，成效會比較差，如果不必要的話建議不要擴大。

## 陳代表宗獻

我考量的重點不太一樣，把慢性病全部容納進來，慢性病的定義是門診就醫 4 次且平均用藥日數 7 天以上，4x7 就是 28 而已，一年 365 天，不是 28 天，這樣就會產生 bias，會變成群外的人一大堆都是這種的，群內的因為專門在做，忠誠的慢性病人，一年至少 8、9 個月，把一堆只是在懷疑的容納進來就會變成固定就診率下降，就會把其他指標扭曲，所以我建議範圍先不要改。

## 黃代表振國

現在到 104 年是 248 萬，應收案是 500 萬，將近 48% 都進來了，計畫預算沒有增加，從品質觀點來看，不宜從量再去增加，反而會拖垮原有的品質。

## 蔡主席淑鈴

醫管組會前會有和全聯會討論過嗎？大家當時是不是有共識要修這一條，請醫管組說明。

## 本署醫務管理組李副組長純馥

我們當時有和公會先召開會前會，我們還是有收案上限，只是有院所來反應是有卡 85 百分位，在個案選擇性上比較差，如果要挑不是很忠誠的病人，後面還是要卡連續兩年忠誠診所相同之病人，這只是給他們多一點選擇，還是會受到個案數的限制，所以不會有你們說的會多收個案的問題，只是這幾類病人你們都以挑進來，就是框在柒之二的大點下，只是這些人的選擇上範圍大一點。

## 黃代表振國

不是，這是個 A 個案，就是一定要收的個案，如果屬於 A 個案是不能選的，最近兩、三年最被質疑的是品質，所以 focus 應該是品質做得更好，而不是讓更多人進來，有的只是懷疑慢性病，有的是因為急性病就醫，醫師開個高血壓慢箋就進來了，這樣會排擠原來應該照顧的族群，會前會時沒有堅持這一點是因為急性病，署提的不是 30%，我記得是 10%，既然急性病 30% 留下來了，慢性病擴大範圍就要檢討

了。

### 陳代表宗獻

其實醫療群的醫師可以在權限範圍內的 120 名，把慢性病人選進來，這是一種補遺珠的作用，如果擴大到所有慢性病，有多少耳鼻喉科開的慢性鼻炎，這個量很大，進來之後會沖淡了，就是統計學的 sensitivity 和 specificity，這是需要考慮的地方。

### 周代表穎政

我倒是覺得今天只是針對細節做討論，應該把整個計畫抓起來思考西醫基層在這個計畫最終要走到哪一步，才會回推回來每一年的進展到哪裡。這個計畫是不是今年修細節，明年又修細節，後年再修細節，這是不是真正所謂的家庭醫師照護整合計畫，還是連半套都達不到的計畫，如果達不到計畫最後核心的目標，我覺得不需要浪費這麼多時間，而且應該回過頭來好好想一下。

我覺得長期走向應該是家庭醫師要走整合性計畫，你們自己捫心自問這個計畫真的有達到什麼叫家庭醫師嗎？因為做不到，所以弄出一堆指標，不管怎麼訂通通都有問題，我會建議找個時間好好檢討，長期來說哪些是最關鍵的因素，去審核這些東西能不能達到最終的目的。

### 蔡主席淑鈴

謝謝周老師提到健保法二代健保修正後新增家庭責任醫師，如果要真正落實該怎麼去做？沒做就是沒有依法行政。要做到家庭責任醫師，如果用時間倒推，現在該做什麼，如果五年要達到家庭責任醫師，倒推回來五年的第一年要做什麼，第二年要做什麼。這個計畫能不能成為家庭責任醫師的前身。周老師有這樣的意思，請問各位代表有什麼意見？

### 周代表穎政

我補充一下，我再怎麼看都像試辦，不是偉大的家庭責任醫師的做法，建議試著收集這些資料，大家分析看看問題在哪裡。我認為就像剛剛副署長講的，五年，不行就十年，現階段目標要達到哪一塊，

哪一些以後要配套進來，有一天是不是所有病人都要經過基層，有一個 gate keeper，才會往後面來看，目前我完全看不到會走到那裡。

### 陳代表宗獻

我們已經好幾年沒有在想 gate keeper，因為在這個環境，民眾就醫自由永遠在最前面，沒有任何一個政客敢去動，我有一個想法是在座很多人沒有爬到玉山頂，那塊土地沒有人說你不能去，所以沒有被限制自由的感覺，如果有規定哪些人不准上玉山時你就會抗議。一樣的道理，家庭責任醫師很簡單，只要讓病人有選擇的自由，一年可以換 13 個家庭責任醫師，讓他們習慣先去看自己的家庭責任醫師後再往前走，應該可以做得到，如果我們把慢性病放開來，就要考慮機制裡的指標，不能擇劣汰優。

和周老師報告，如果放寬可能比較有機會，因為 base 會變大，但不能因為 base 變大，把做得很努力的淘汰掉，就不是一個好的指標。

### 蔡主席淑鈴

請問這一項是修還是不修？

### 陳代表宗獻

現在會議上誠如周老師所說的方式，變成每個指標都要 check，例如病人固定就診率、住院率會被影響，如果是我提早發現他可能會阻塞還是怎樣，我把他轉診到醫院，這個變成扣我的分，這些要整個檢討，太複雜。所以建議維持，以後要往前推的時候要全面考慮，包括指標的定義等。

### 蔡主席淑鈴

請問其他代表是否建議維持？

### 王代表維昌(潘代表仁修代理人)

我覺得責任醫師比較像健保責任醫師，所有的動作都在推健保，真的有點偏離家庭醫師的主題，事實上這一條修不修，不會影響整個制度的發展，我們做家庭醫師這麼多年，每一年都在適應新修訂的方

案，這一本我都丟掉不看了，因為用這一本怎麼去做家庭醫師，我們都在考量疾病、考量指標，但事實上社會老化看的是失能，把他篩選出來預防他失能才重要，包括現在安寧，鼓勵真正家庭醫師去做的。

每次我就等健保局打電話來，等著他別退，因為有退場機制，就是等著退，這麼多指標不可能做大，不限制病人、不網開一面，這不是醫師有辦法做到的，醫師看的是整個社會的問題，所以這些指標我們其實不關心，我們在宜蘭縣做的是不一樣的，我們配合宜蘭縣政府做失能的防治、安寧的推動更有趣，我安寧學分通過了，健保署沒有核給我安寧的資格，要護理人員，醫師去看安寧和簡單，為什麼還要綁一個護理人員，就像我看高血壓，你還要綁護理人員指標嗎？我們雖然沒有這個指標，但是安寧還是繼續看，幫助很多人善終，這才是真正的家庭醫師。站在健保署長官的立場來看一定要這樣做規劃，但是做得太詳細了，沒有一個人做得到，謝謝。

### 藍代表毅生

以我們外科來講，現在看家庭責任醫師制度，全國的基層診所醫師好像都要走家醫科才能做，因為很多慢性病的指標中，像眼科、外科在這一塊就被遺忘掉了，很多包括糖尿病、氣喘，很多外科前輩們對這些指標不太熟悉，所以沒有很care。

我們希望在基層的照護中，內、外、婦、兒都不要缺少，對民眾負起整體醫療照顧。

### 李代表昭仁

我第一次聽到關於家醫群這麼直接了當討論關於支付問題，多年來大家都有感受一直試辦，曾經有長官說把試辦這2個字去掉就是正規，我們高屏開會反應出來的是大家都無能為力，我們醫師的key point是怎麼樣服務病人，不要說為了制度去做事，為了套這個東西去做，我是想為什麼本來做的非常好的，有些醫師有些倦勤的感覺。

對於細節要不要我真沒有意見，一大本我不知道哪個好改，哪個不好改，只是長官給我們一些指示，表達我們高屏的一些意見。

### 蔡主席淑鈴

謝謝李醫師，我們要拉回來今天還是草案修正的提案，不過剛剛

周老師提了一個比較大的view就是說母法既然增訂應推行家庭責任醫師，以後如何落實，我們需要另外找時間好好來討論，就像藍醫師提到很多開業醫是專科醫師，外科、婦產科醫師怎樣去join，不是所有primary care的醫師通通可以等同看待，所以社區醫療群就是因為這樣才產生，就是要組一個group，這是為了將就開業醫有這麼多專科醫師，這也做了10幾年了，大家也有一些微詞。

拜託各位代表今天先把剛剛周老師中肯的建議紀錄下來，明年上半年找個時間好好來談未來怎麼辦，推動時間表，讓計畫可以跟上來。但是今天建議先務實地來看計畫修正的部分，避免浪費大家的時間。

回到第9頁，多數的代表是不是贊成這條暫時就不修了？好，謝謝。接下來是第10頁，請醫管組說明。

#### **本署醫務管理組林專門委員淑範**

第10頁照顧對象增加第7點是全年看診的唯一診所且就醫次數4次以上之忠誠病人。這一項是全聯會有會前會提出來的，這項在算個數的時候會和前面的個案重複。

#### **蔡主席淑鈴**

這一項是全聯會希望加的，請問大家有沒有意見？

#### **黃代表振國**

全年看診的唯一診所不會太多，我們好像都是要連續2年，是不這一項也是連續2年？

#### **蔡主席淑鈴**

文字上只有1年。

#### **黃代表振國**

可是所有的收案都是連續2年，是不是這一條改成唯一診所、就醫次數4次以上，而且連續2年？

#### **林代表義龍**

請問一下，這個病人一年總共只看4次病，到底有什麼特別需要去照顧的？

**蔡主席淑鈴**

這項是全聯會建議加的。

**黃代表振國**

不是，這是家醫學會提的，不是全聯會。

**蔡主席淑鈴**

請問今天的會議要通過這條還是不要通過？我們尊重多數代表的意見？

**黃代表振國**

我尊重林義龍主委。

**蔡主席淑鈴**

所以不要加這一條？大家有沒有同意不要加？好，第10頁的第7條大家傾向不要加，那這一項就不增加。再來第8項。

**本署醫務管理組林專門委員淑範**

第8項是照護對象增加收治糖尿病、初期慢性腎臟病且未收案於醫療給付改善方案之個案，重點是納入加分項計算範圍。會這樣做是因糖尿病、CKD個案已經在P4P被收案了，沒有收案的個案平常大家也在照顧，只要有上傳檢驗檢查值，就會變成加分項目，所以會列到收案對象中。

**蔡主席淑鈴**

這應該是吻合大家的期待，有沒有意見？沒有意見，增加本項。我們稍微有點進度，接下來是第12頁。

**本署醫務管理組林專門委員淑範**

第12頁刪除原來一些申報代碼，105年刪掉的是2G9和1G9，這是

查閱電子病歷鼓勵費用補付追扣代碼，會刪掉是因為之前鼓勵調閱電子病歷，現在因為大家用了很多藥歷和健康存摺，所以將這項鼓勵刪除，補付追扣代碼也同時刪除。

### **蔡主席淑鈴**

我們把資源轉成查詢雲端藥歷，因為雲端藥歷也取代了部分的EEC。這項大家有沒有意見？沒有意見，就照大家的共識刪除。

### **本署醫務管理組林專門委員淑範**

接下來是第14頁，新增(三)醫療群應承擔財務、品質責任，VC-AE差值為負且品質指標達成率<65%者，則支付個案管理費50%。這是在會有討論過的。

### **蔡主席淑鈴**

大家對新增條文有沒有意見？白話文是表示虧錢的，品質指標又不好，個案管理費就打5折。沒有意見，好，就是鼓勵擇優的，這一項通過。

### **本署醫務管理組林專門委員淑範**

接下來是剛剛提過使用衛生福利部電子病歷交換中心(EEC)查閱會員資料，查詢個案於其他院所就醫資料，查閱成功每件支付50點。因為已經鼓勵大家用雲端藥歷和健康存摺，所以這一項刪除。

### **蔡主席淑鈴**

這是配合的刪除條文，應該沒意見？好，謝謝。

### **本署醫務管理組林專門委員淑範**

接下來也是第14頁，計畫評核指標重點是權重有調整，五項組織指標的權重從40%調整為44%。其中1.「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」本來是70百分位，增加一個「或與去年同期比進步率 $\geq 5\%$ 」一樣可以得分。下一項也是「或較去年同期增加」都可以得分。

### **蔡主席淑鈴**

所以多4%是在第2項「個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診」。那先看第1項「健康管理與個案衛教」，就是對於雲端藥歷的查詢，大家有沒有意見？將來雲端的服務不會只有藥歷，還有雲端醫療系統，包括檢驗、檢查的結果，會逐漸擴增，現在從雲端藥歷著手減少重複用藥，就算沒有寫在這裡，也都要執行。

### 王代表維昌(潘代表仁修代理人)

雲端藥歷其實已經有重複核扣了，所以當成指標其實沒有意義，有重複核扣大家都會去看，加了這個指標沒有特別的意義而且將來雲端病歷也是一樣都會有很多問題存在。

### 陳代表宗獻

我是家庭醫學科，而且我在地方服務了32年，我非常努力去查我病人的雲端藥歷，但是不必查的我不查，比如明明就是感冒的，而且卡號就是7、8、9的就不查，結果我發現我的雲端藥歷查詢率低於別人。慢性病人口大概20%左右，所以查了20%是所有慢性病都查完了，再加還有一些可能去開刀的，大約40%就夠了，這裡訂大於70百分位，我的想法是大於外面群的70百分位，外面的群就是來掛號的時候就全部刷過了，這很奇怪，我46%輸70%的沒錯，我46%是確確實實該查的全部都查了。

### 黃代表啟嘉

我講一個小故事，臺東朱理事長雲端藥歷查詢率99%，他是眼科醫師，我就問他怎麼查的，小姐在掛號時順便查的，他主要是想試看看，並不是惡意。我的意思是說這有什麼意義，醫師的時間是要給需要的病人，不要為了一個指標去做表面工作。

### 陳代表宗獻

建議慢性病的藥歷應該查，如果這個病從頭到尾都是在你那裡看的，其實不必查。建議細膩一點，來年再改，現在這個我沒有意見，我現在是全部查。

### 蔡主席淑鈴

大家的意思是維持原條文嗎？

### 黃代表振國

這個有陷阱，剛剛講的加分多4%，是很多的加分題變成內含，所以我上次開會講的內含是取消原來加分項目，我比較建議這個列入加分，因為明年的重複用藥已經變成不查就要核扣，而且我本來不想講的，其實這一題是送分題，所有人都會拿到10%，因為今年從7、8、9月開始查，明年整個都在查，一定比去年的同期多5%。我覺得心中有愧，因為雲端藥歷只能show三個月的藥，很多病患到今年11月才給我看，卡號才01，你覺得有沒有需要查，我的病歷都已經比雲端藥歷完整了，如果真的要列入的是應查詢率，雲端藥歷明年應該已經功成身退了，因為重複用藥甚至跨院都要核扣了，所以這個列入加分就可以了，每個人加5%，我覺得也蠻好的。

### 周代表穎政

我最擔心的是每次政策只要有個東西，指標就來了，指標就愈來愈多，還是很期盼明年你們開一個會，指標就是如何keep核心，有些指標該退場、或只是造成大家困擾的就該處理掉。

### 黃代表啟嘉

如果是重複用藥核扣率就會比較準確。

### 蔡主席淑鈴

這個概念就是要用過程面的指標還是結果面的指標，查詢率是過程面，重複用藥核扣率就是結果面。

### 李代表昭仁

去年健保署正在推雲端藥歷時，各分區卯足全力，以高屏區來說，當時各地方公會的反應是不要以雲端藥歷查詢率當成評比或加分，這是當時大家都同意的事，結果現在不是。

剛剛講應該查的、重複用藥的、看病太多的，這些是醫師職責希望去care的人，都應該去查，而不是列入加分或獎勵指標，免得掛號就查，達到100%的查詢率有什麼意義。

## 藍代表毅生

我的85%都是外科病人，這5分加分題對我們外科來說都是很困難的減分題，我將我所有的病人全部查完也不過只有15%，因為其他都是來換藥的，根本沒有拿藥，我開完刀只給他一顆普拿疼，當初在我們中區就盡量鼓勵抗生素不要亂用，我們需要查的其實很少，但是配合區裡的做法還是盡量查，外科查100%根本只是應付而已。

## 黃代表啟嘉

我認為過程、手段可以直接影響結果的，應該用結果面指標。過程、手段無法不確定直接影響結果的才用過程面指標。例如我看一個病不確定會不會好，用盡心看病的各項去評估看病行為，這是對的，不要用病人會不會好，因為病人會不會好的不確定因素太高。可是查不查雲端藥歷會直接影響到重複用藥，所以應該用結果面指標。

## 蔡主席淑鈴

這已經超越這一題要講的，這題本來是送分題，修的話是更送分，但是現在有一群代表認為查了還是重複有什麼用，應該看有沒有重複，另一群代表是說有沒有參加家醫群都要扣錢了，誰還會讓他扣。那大家決議要怎樣？

## 黃代表振國

建議小修，原來的10%改成5%，另外5%給結果面，就是重複用藥率用全國50百分位切，只要重複用藥低於全國50百分位得5%。

## 周代表穎政

你們剛剛提到一個很重要的問題就是各科別不一樣，所以訂任何指標，有些科自動得分，有些科自動扣分，所以有些東西要回到源頭，基層醫療到底怎麼定義，家醫科是一種，剛剛副署長講在國外的primary care有內、外、婦、兒是做基層的，這些指標在訂定時，馬上訂下去，很多科別的影響就會出來，如果不把源頭抓清楚就有剛剛那種外科不適用的爭議，如果是通通在看慢性病的，你的問題就和外科完全不同，我們竟然有辦法用一個指標把大家一起規範，還蠻神奇

的。

### **蔡主席淑鈴**

這是一直都在做，但是很困難的事情。

### **王代表維昌(潘代表仁修代理人)**

像雲端藥歷事實上在開始推行時，我們就很認真找出問題，像最近有新的欄位出來就是如果領藥天數大於實際領藥區間，會出現警訊的欄位註記”Y”，這就是我們在剛開始每天看，看到漏洞在哪裡，會造成我們重複用藥情形時，我們不斷向健保署提出意見，所以現在有修正了，實用比指標更重要，不需要設的指標，包括加分什麼的，我覺得都不要，對我們很迫切需要的時候，我們真的會很認真去看這個指標，我們也會持續監控新出現的欄位，要不要加分我覺得可以從實用性去考量。

### **蔡主席淑鈴**

不管是雲端藥歷或是雲端醫療系統，將來都是給大家用的，如果大家覺得不實用都是惘然，大家提的建議，我們都會設法修改到讓你們在臨床上是有幫助的，否則我們為什麼要花這麼多力氣去整理資訊，當然希望對大家有幫助，對整體資源使用不要重複，這是增進公共利益。王醫師用心給我們建議，我們會設法滿足大家的需求。

### **陳代表宗獻**

改來改去永遠不會改到一個適當的，我建議維持。因為明年會有重複用藥核減率，要改明年再改。

### **蔡主席淑鈴**

所以這一條暫時不修?照修正條文是嗎?就是更寬了。好，這一條就是照修正條文。

### **本署醫務管理組林專門委員淑範**

接下來是(二)個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診這邊，修訂的是2. 醫療群會員門診經醫療群轉診率，轉診率的評分

方法由原來的二級變成三級， $\geq 10\%$ 或 $\geq$ 當年同儕60百分位，得4%。較去年同期增加，或 $\geq$ 當年同儕50百分位，得2%。轉診率上限是4%。

### 黃代表振國

原來是配分10分，2之1是5分加分的，所以原來的10分有addition加5%，現在把內含從原來10分變14分，變成這個項目扣5分，以上說明。

### 蔡主席淑鈴

請問有沒有意見？主委可以嗎？

### 陳代表宗獻

不敢太隨便有意見。

### 蔡主席淑鈴

好，那就通過。

### 本署醫務管理組林專門委員淑範

下一個項目在第16、17頁，一次向大家報告完，就是其他的評分項目，去年有2個項目，1個是接受安寧居家療護教育訓練課程，1個是在宅醫療服務。再來是增加2個項目，第一、非P4P的糖尿病、CKD個案上傳檢驗檢查值率 $\geq 50\%$ 者可以得到分數，第二、增加運用健康存摺，協助會員做健康管理健康存摺下載率 $\geq$ 收案會員數50%，加10分。

### 蔡主席淑鈴

「全民健康保險在宅醫療服務」改成「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」這項只是改名，沒有什麼好討論的，再來是非P4P的個案如果有收案都算，剛剛已經討論過了。增加為會員下載健康存摺，大家有沒有意見？

### 黃代表振國

針對修正的說明有意見，104年度已完成安寧居家療護教育訓練

之診所，不再適用105年加分項，我想安寧照護是署要推的政策，因為去年第一年參加的，105年就不願意參加。

### **本署醫務管理組陳科員信樺**

補充說明因為今年規定一個醫療群至少有一家診所完成安寧教育訓練可以加分，104年已經受訓的診所不適用加分項的原因是我們鼓勵醫療群其他的診所來受訓，我們看資料發現今年有很多醫療群很努力，今年每一群就有 $\geq 2$ 家受訓，對於這種醫療群我們反而是鼓勵他，只要在明年保持資格就符合加分項，在104年只有1家完成受訓的話，我們期待他可以繼續從事安寧服務，但在加分項是希望有其他家診所完成受訓，以上。

### **黃代表振國**

今年計畫執行在4、5月，很多醫療群很認真去受訓，大家知道居家安寧照護應該是持續性的，如果要鼓勵的話，不要第二年把第一年參加的加分項拿掉。大家知道安寧照護的學分要maintain，不能maintain就沒有這個資格，所以原來是鼓勵性質的加分就應該要維持，比剛剛說的雲端藥歷查詢更有意義，他們受完訓還要實習才能接case，在開辦初期一個群只要有一家願意參加，105年能夠維持，我覺得都應該給予鼓勵。

### **蔡主席淑鈴**

請問具體的意見是什麼？

### **黃代表振國**

維持原條文。

### **陳代表宗獻**

這兩個居家醫療整合照護，基本上有病人的來源在什麼地方，我找了我們那邊三個里長，問他們有沒有類似的case，他們說都沒有，好不容易找到一個，但不符合資格，因為不是貧民。

## 蔡主席淑鈴

已經刪掉了，明年不限。

## 陳代表宗獻

明年沒有，好，今年就是有這個困難。還有安寧療護現在幾乎由醫院在進行，例如癌末，醫院有安寧團隊跟著到居家去做，一個醫療群不會憑空跑出一個安寧療護的對象，即使是我的會員到後來也是會進到醫院那裡，所以我不清楚這個條文到底要做什麼？去年的不算，今年的再加1家，又沒有實際上去實習，也沒辦法執行，沒有執行的經驗，只是幫安寧緩和協會增加學分的收入而已，幫忙不大。

## 蔡主席淑鈴

這樣修正顯然大家不同意，如果維持原條文可以嗎？

## 王代表維昌(潘代表仁修代理人)

這部分我們比較有實務經驗，安寧的個案其實不會很少，事實上安寧修過1年的學分，第2年只要再4個學分就可以維持資格，建議可以把維持資格修的這4個學分列為加分項目。

再來是安寧如何做，我們有一個老人家98歲，家屬說請我幫幫忙，這個阿嬤從1月到9月進出醫院9次，連安寧病房都住過就是沒有辦法往生，我就和他們開個家庭會，未來只要有問題不要送醫院時，我們就尊重家屬決定，以安寧的模式來幫你照顧，終於讓這個阿嬤在今年9月順利往生。

也就是說事實上有許多這樣的個案，很多醫療群的醫師有支援養護機構，養護機構也是安寧的處所，你照顧的病人在你家附近也是安寧的處所，要鼓勵有學分的醫師去做安寧，這可以做一個加分項目。

## 蔡主席淑鈴

居家安寧現在的個案不多，現在有一個瓶頸是取得安寧資格的醫師也不多，從取得資格到能夠真的接案是連續性過程，所以從鼓勵受訓這個環節也沒有不對。

像王醫師已經在接case，在基層醫師是少數，所以是不是還是繼續鼓勵受訓，明年如果有進一步接case再加分，這樣循序漸進。

鼓勵受訓的文字要怎樣修，大家的看法如何？

### **陳代表宗獻**

維持原修文。

### **本署醫務管理組林專門委員淑範**

這一項在第16頁是(1)醫療群內至少一家診所達成以下項目之一，這其實是很寬的條件，所以建議維持修訂後的條文。

### **黃代表振國**

其實癥結點在很多診所的基層醫師要參加受訓很不容易，基隆市我當理事長，是由醫師公會主辦，衛生局輔導來完成所有的受訓，大部分是由安寧照護學會辦的，所以很多縣市拿不到實習的資格，我覺得要推廣應該從寬，鼓勵項才5分，建議不管取得資格或未取得資格的診所都願意加入，後面還有實習的時程，很多醫院不願意配合，完成不容易，13小時的訓練並不簡單。修正條文差在第1年通過，但第2年沒有第2家參加5分就沒有了。

### **蔡主席淑鈴**

這個意思是註1、註2拿掉就行了。可以嗎？好，註1、註2拿掉，就是維持原條文。沒有意見就通過了。

### **本署醫務管理組林專門委員淑範**

我們快速進到下一個品質指標，在第17頁三項品質指標，每項都有稍微修訂，會員急診率明年改成潛在可避免急診率，第二項是疾病住院率要修成可避免住院率，第三項是會員固定就診率得分級距增加同儕值比較。

### **周代表穎政**

請問你們是試跑過這些資料了嗎？就是當診所收到各種特質不同的人會不會選病人，當指標變成重要指標時還是會有patient selection的問題，現在是既有的資料跑出來，感覺ok，但是如果這個東西有很大的影響時，某些疾病嚴重度較高的病人會不會長期在這

個制度裡，大家比較不願意去照顧。

### **蔡主席淑鈴**

我們的patient是assign的，診所只有少部分係自行收案，大部分都是我們透過指標assign給他。另外就是他是一組一組算，所以case mix都是跨科組合。

其他沒有意見，品質指標通過。

### **本署醫務管理組林專門委員淑範**

滿意度調查在第18頁，修改的部分在備註自我評分表，每群需提交50份，或至少3%會員數份數。

### **蔡主席淑鈴**

沒有意見，通過。

### **本署醫務管理組林專門委員淑範**

預防保健請看第18頁成人預防保健檢查率，評分有下修，會員接受成人預防保健服務 $\geq$ 較需照護族群從65百分位數降到60百分位數，這是全聯會在會議上提的。同樣子宮頸抹片權重下修，65歲以上老人流感注射率百分位下修，權重也下修。

### **蔡主席淑鈴**

這部分的權重是全聯會提的建議，大家有沒有意見？

### **陳代表宗獻**

這不是權重，是定義，糞便潛血檢查這個定義 $\geq$ 全國民眾檢查比率，這個全國民眾糞便檢查比率，我們很多會員都做完了，因為衛生所很努力在做，這是好事，但是群和全國比常常沒辦法比，如果群的診所和衛生所一樣有公權力，我就可以做很多。

### **蔡主席淑鈴**

可是你的會員如果是外面policy去做的都算了，不一定是你自己做的。

### 黃代表振國

其實這裡的所有的指標，包括子抹、成人健檢、老人流感，都是用應收案的人群做為比較值，惟有這個指標用全國，所以應該以指標的一致性，我建議改成較需照護的50百分位。

### 蔡主席淑鈴

其實這個prevention，家醫群的責任是只要你勸他去做，不管他是在衛生所做或醫院做，都算在你的分子裡。所以你argue說衛生所做得很勤，他是幫你增加成績，但是如果你收案的病人連外面的都沒有去做，你就應該勸他來做，老人流感疫苗也是，你make sure他在外面打了就好了，我覺得你們要善盡鼓勵會員去接受prevention，至於去哪裡做都可以。這已經實施很久了，是不是就不要有爭議。

### 黃代表振國

我以前以為不能跑應照顧族群的百分位，如果能跑的話，四個指標的一致性，應該都是和應照顧族群做比較，而不是和全國去比。

### 蔡主席淑鈴

我想這一項應該暫時維持原條文，不要大幅度修，這已經實施很長一段時間了。

### 本署醫務管理組林專門委員淑範

第20頁退場機制就是對於一些達不到指標的醫療群，過去規定必須再上4小時行政管理課程後，第2年再達不到標準就要退出，討論時認為只有上4小時行政管理課程不夠，應該在次年3月底前提具執行改善計畫書，而且經保險人分區業務組同意後，再加入本計畫，這樣對執行成效可能會更好。

### 蔡主席淑鈴

這就是要有自我改善的機制，而不是只有去上課，可以嗎？謝謝，通過。

最後大家對健康存摺還有意見？

**陳代表宗獻**

請問「健康存摺下載率 $\geq$ 收案會員數50%」的定義是什麼？

**蔡主席淑鈴**

就是你的會員有50%有下載。

**陳代表宗獻**

我1300個會員，要650個，老的連智慧型手機都不會用。

**蔡主席淑鈴**

所以你要幫忙他。

**陳代表宗獻**

我怎麼幫忙，他必須在我這裡有特別的場合，特別準備一個電腦才有辦法，他來看病看完，我還要叫他下載完健康存摺才能走，他不會理我。

**蔡主席淑鈴**

沒有要每一項指標都100分，我們努力看看。

**黃代表振國**

這一條我評估根本放棄了，我們群大概8000人，要有4000人download，我們是不會做的。我們的比較值都是全國平均值，如果不參加醫療群的醫師比參加的醫師更認真，就達不到了。

**蔡主席淑鈴**

好，改成全國下載率。

**黃代表振國**

對嘛，這樣才有動機，不然根本不想做。

**蔡主席淑鈴**

好，就改成超過全國下載率的平均值，但還是要努力。  
討論完畢，本案通過，沒有臨時動議。

今天附議決議就是明年初請醫管組另安排時間討論家庭責任醫師，請周老師和譚教授一起來。今天討論到這裡，散會，謝謝大家。