

「109年度全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」建議修正條文對照表

108年現行條文	醫師公會全聯會建議修正條文(草案)													
	建議	修正說明												
<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，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>(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)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。</p> <p>(四)社區醫療群得與下列醫事服務機構作為合作單位：</p> <p>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。</p> <p>2.合作診所：提供復健科、眼科、精神科等服務(如醫療群內診所具上述專科服務，不在此限)。</p>	<p>(四)社區醫療群107年度評核指標為良好級以上者，方可於醫療群中增加合作醫師。</p> <p>(五)社區醫療群得與下列醫事服務機構作為合作單位：</p> <p>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。</p> <p>2.合作診所：提供復健科、眼科、精神科等服務(如醫療群內診所具上述專科服務，不在此限)。</p>	<p>107年評核指標達成情形</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>107年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>特優級(≥90%)</td> <td>35.1%</td> </tr> <tr> <td>良好級(80%~90%)</td> <td>44.3%</td> </tr> <tr> <td>普通級(70%~80%)</td> <td>18.9%</td> </tr> <tr> <td>輔導級(60%~70%)</td> <td>1.6%</td> </tr> <tr> <td>不支付(<60%)</td> <td>0.2%</td> </tr> </tbody> </table>		107年	特優級(≥90%)	35.1%	良好級(80%~90%)	44.3%	普通級(70%~80%)	18.9%	輔導級(60%~70%)	1.6%	不支付(<60%)	0.2%
	107年													
特優級(≥90%)	35.1%													
良好級(80%~90%)	44.3%													
普通級(70%~80%)	18.9%													
輔導級(60%~70%)	1.6%													
不支付(<60%)	0.2%													
<p>四、社區醫療群應建立醫療照護品質提升及轉診機制</p> <p>(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</p>	<p>四、社區醫療群應建立醫療照護品質提升及轉診機制</p> <p>(一)參與計畫之基層診所醫師與1-2 4家特約醫院</p>													

108年現行條文	醫師公會全聯會建議修正條文(草案)	
	建議	修正說明
<p>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。</p> <p>(二)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：</p> <p>1.醫師交班表：至少含括下列項目：</p> <p>(1)兩位醫師共同照護結果。</p> <p>(2)明列用藥及檢查結果。</p> <p>(3)醫院及診所醫師連絡方式。</p> <p>2.轉診單。</p> <p>3.轉診個案照護討論會：每季由醫院及診所共同召開。</p> <p>4.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。</p> <p>(三)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：</p> <p>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。</p> <p>2.共同照護機制：包含合作醫院下轉穩定慢性病人至醫療群提供照護、合作醫院與診所醫師間之交班流程等。</p> <p>3.慢性病人用藥一致。</p> <p>4.醫療品質提升計畫。</p> <p>(四)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。</p> <p>(五)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。</p>	<p>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。</p>	

108年現行條文	醫師公會全聯會建議修正條文(草案)	
	建議	修正說明
<p>五、成立計畫執行中心</p> <p>(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)、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>(二)社區醫療群之組成單位應為本保險特約醫事服務機構，醫療群委託非醫事服務機構之單位辦理申請等行政事宜，應依個人資料保護法規定辦理。</p> <p>(三)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> <p>(四)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>五、成立計畫執行中心</p> <p>(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)、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。<u>辦理前揭事宜應遵守「個人資料保護法」相關規定。</u></p> <p>(二)社區醫療群之組成單位應為本保險特約醫事服務機構。<u>計畫執行中心之核心業務不得委由非醫事服務機構執行，若經保險人查核有違反情事，該社區醫療群予以退出本計畫。</u>醫療群委託非醫事服務機構之單位辦理申請等行政事宜，應依個人資料保護法規定辦理。</p> <p><u>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。</u></p> <p>(三)前揭所指核心業務包含：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 個案研討、共同照護門診、病房巡診。 2. 社區衛教宣導。 3. 24小時諮詢專線服務。 4. 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。 5. 協助處理安排病人轉診、追蹤轉診病人 	<p>文字調移</p>

108年現行條文	醫師公會全聯會建議修正條文(草案)	
	建議	修正說明
	<p>治療結果，及病人轉回後之追蹤治療。</p> <p>6. 登錄個案：上傳會員名單至健保資訊網服務系統 VPN。</p> <p>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 小時諮詢電話及該醫療群所有參與診所及合作醫院名單)等。</p> <p>(三)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> <p>(四)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>四、社區醫療群收案會員每人支付費用800點/年，經費撥付原則如下：</p> <p>(一)個案管理費，每人支付250元/年：</p> <p>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上限為1,080名(上年度評核指標$\geq 90\%$之醫療群醫師上限為1,180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。</p> <p>2.本計畫會員如為本保險醫療給付改善方案及居家醫療照護整合計畫之收案個案，自該計畫收案日起不予支付個案管理費，該個案之個案管理費按收案月份等比例支付。</p>		

108年現行條文	醫師公會全聯會建議修正條文(草案)	
	建議	修正說明
<p>3. 社區醫療群上年度評核指標未達65分者，如已上傳會員資料第一階段名單，仍不予支付當年度之個案管理費；上年度評核指標≥ 90分之醫療群，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，溯自醫療群醫師參與當年度計畫起日計算。</p> <p>4. 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>5. 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>6. 為達全人照護目標，得視個案需要填具「全人照護評估單」(詳附件一)。</p> <p>(二)績效獎勵費用，每人支付550點/年(以群為計算單位)；會員若於計畫執行期間於收案醫療群無就醫紀錄，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(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： (1)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。 (2)良好級：計畫評核指標分數介於80分\leq~<90分，</p>	<p>(二)績效獎勵費用，每人支付550點/年(以群為計算單位)；會員若於計畫執行期間於收案醫療群無就醫紀錄，則不予核付本項費用。</p> <p>1. 健康管理成效鼓勵： (1)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；VC-AE 差值高於275點者，另依下表級距額外予以獎勵：(以群方式統計)</p>	

108年現行條文	醫師公會全聯會建議修正條文(草案)																			
	建議	修正說明																		
<p>則支付品質提升費用會員每人210點。</p> <p>(3)普通級：計畫評核指標分數介於70分\leq~<80分，則支付品質提升費用會員每人175點。</p> <p>(4)輔導級：計畫評核指標分數介於60分\leq~<70分，則支付品質提升費用會員每人145點。</p> <p>(5)不支付：計畫評核指標分數<60分則不予支付。</p> <p>(三)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<65分者，則支付個案管理費之50%。</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>平均每人節省醫療費用點數(VC-AE)</th> <th>額外予以獎勵(元)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>275<N<550</td> <td>25元</td> </tr> <tr> <td>550\leqN<825</td> <td>50元</td> </tr> <tr> <td>825\leqN<1100</td> <td>75元</td> </tr> <tr> <td>1100\leqN<1375</td> <td>100元</td> </tr> <tr> <td>1375\leqN<1650</td> <td>125元</td> </tr> <tr> <td>1650\leqN<1925</td> <td>150元</td> </tr> <tr> <td>1925\leqN<2200</td> <td>175元</td> </tr> <tr> <td>N\geq2200</td> <td>200元</td> </tr> </tbody> </table> <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>(1)特優級：計畫評核指標分數\geq90分，則支付品質提升費用會員每人275點；<u>若 VC-AE 差值>275點，以一點一元支付。</u></p> <p>(2)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>(3)普通級：計畫評核指標分數介於70分\leq~<80分，則支付品質提升費用會員每人175點。</p> <p>(4)輔導級：計畫評核指標分數介於65分\leq~<70分，則支付品質提升費用會員每人145點。</p> <p>(5)不支付：計畫評核指標分數<65分則不予</p>	平均每人節省醫療費用點數(VC-AE)	額外予以獎勵(元)	275<N<550	25元	550 \leq N<825	50元	825 \leq N<1100	75元	1100 \leq N<1375	100元	1375 \leq N<1650	125元	1650 \leq N<1925	150元	1925 \leq N<2200	175元	N \geq 2200	200元	
平均每人節省醫療費用點數(VC-AE)	額外予以獎勵(元)																			
275<N<550	25元																			
550 \leq N<825	50元																			
825 \leq N<1100	75元																			
1100 \leq N<1375	100元																			
1375 \leq N<1650	125元																			
1650 \leq N<1925	150元																			
1925 \leq N<2200	175元																			
N \geq 2200	200元																			

108年現行條文	醫師公會全聯會建議修正條文(草案)	
	建議	修正說明
	<p>支付。</p> <p>(三) 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<65分者，則支付個案管理費之50%不予支付個案管理費；VC-AE 差值為負值且<70分者，則支付個案管理費之50%。</p>	
<p>六、多重慢性病人門診整合費用</p> <p>(一)支付條件：須同時符合下列條件</p> <p>1.會員有2種(含)以上慢性病並於收案診所內就醫，且當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份須達56日(含)以上，並無「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形者。</p> <p>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、失智症、甲狀腺機能障礙、慢性肝炎、肝硬化、攝護腺(前列腺)肥大、痛風、慢性腎臟病、慢性貧血、慢性阻塞性肺病。</p> <p>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>(二)支付方式：符合前項條件者，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達56日(含)以上，每一會員每年度支付500點；若當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達169日(含)以上，每一會員每年度再增加支付500點。</p>	<p>六、多重慢性病人門診整合費用</p> <p>(一)支付條件：須同時符合下列條件</p> <p>1.會員有2種(含)以上慢性病並於收案診所內就醫，且當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份須達56日(含)以上，並無「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形者。<u>同時，為促進分級醫療，雙向轉診，鼓勵慢性病會員在社區醫療群穩定照護，會員若因有需求前往醫院就診並開立慢性病連續處方箋者，仍符合本計畫獎勵措施獎勵。</u></p> <p>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、失智症、甲狀腺機能障礙、慢性肝炎、肝硬化、攝護腺(前列腺)肥大、痛風、慢性腎臟病、慢性貧血、慢性阻塞性肺病。</p> <p>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</p>	

108年現行條文	醫師公會全聯會建議修正條文(草案)	
	建議	修正說明
	<p>註記「整合照護模式」。</p> <p>(二)支付方式：符合前項條件者，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達56日(含)以上，每一會員每年度支付500點；若當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達168日(含)以上，每一會員每年度再增加支付500點。</p>	
<p>七、本計畫之預算先扣除「個案管理費」後，「績效獎勵費用」及「失智症門診照護家庭諮詢費用」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。</p>	<p>七、本計畫之預算先扣除「個案管理費」後，「績效獎勵費用」及「失智症門診照護家庭諮詢費用」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。</p>	
<p>二、過程面指標(25分)</p> <p>(一)雙向轉診(9分)</p> <p>1. 電子轉診使用率(3分)</p> <p>於保險人「醫事人員溝通平台-轉診資訊交換系統」，登錄及交換轉診病人資訊，進行醫師與醫師聯繫交班，提供連續性照護。醫療群診所轉診使用電子轉診情形依下列方式計分：</p> <p>(1) 轉診使用電子平台比率$\geq 80\%$，得3分。</p> <p>(2) 轉診使用電子平台比率$\geq 70\%$，得2分。</p> <p>(3) 轉診使用電子平台比率$\geq 60\%$，得1分。</p> <p>(4) 計算公式說明：</p> <p>分子：電子轉診平台之轉出及接受轉入案件數</p> <p>分母：醫療費用申報案件為轉出及轉入案件</p> <p>2. 門診雙向轉診率(3分)</p> <p>(1) \geq當年度醫療群50百分位數且上年度同期自身比進步率5%，得3分。</p> <p>(2) \geq當年度醫療群50百分位數，得2分。</p> <p>(3) 與上年度同期自身比進步率$> 5\%$，得1分。</p> <p>(4) 計算公式說明：</p> <p>分子：會員出院後3個月內回診人次</p>	<p>二、過程面指標(25分)</p> <p>雙向轉診(9分)</p> <p>(一)電子轉診使用率(3分)</p> <p>於保險人「醫事人員溝通平台-轉診資訊交換系統」，登錄及交換轉診病人資訊，進行醫師與醫師聯繫交班，提供連續性照護。醫療群診所轉診使用電子轉診情形依下列方式計分：</p> <p>1. 轉診使用電子平台比率$\geq 80\%$，得3分。</p> <p>2. 轉診使用電子平台比率$\geq 70\%$，得2分。</p> <p>3. 轉診使用電子平台比率$\geq 60\%$，得1分。</p> <p>4. 計算公式說明：</p> <p>分子：電子轉診平台之轉出及接受轉入案件數</p> <p>分母：醫療費用申報案件為轉出及轉入案件</p> <p>2.門診雙向轉診率(3分)</p> <p>(1) \geq當年度醫療群50百分位數且上年度同期自身比進步率5%，得3分。</p> <p>(2) \geq當年度醫療群50百分位數，得2分。</p>	<p>移至自選指標</p>

108年現行條文	醫師公會全聯會建議修正條文(草案)	
	建議	修正說明
<p>分母：會員住院經醫療群電子轉診件數(轉診目的1：急診治療、3：門診治療)</p> <p>(二)預防保健達成情形(19分)</p> <p>1. 成人預防保健檢查率(6分)</p> <p>(1) 會員接受成人預防保健服務\geq較需照護族群60百分位數，得6分。</p> <p>(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分。</p> <p>(3) 計算公式說明： 分子：40歲(含)以上會員於基層院所接受成人健檢人數 分母：(40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)</p> <p>2. 子宮頸抹片檢查率(5分)</p> <p>(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分。</p> <p>(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分。</p> <p>(3) 計算公式說明： 分子：30歲(含)以上女性會員於基層院所接受子宮頸抹片人數。 分母：30歲(含)以上女性會員數。</p> <p>3. 65歲以上老人流感注射率(2分)</p> <p>(1) 會員接受流感注射服務\geq較需照護族群60百分位數，得2分。</p> <p>(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1分。</p> <p>(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。</p>	<p>(3) 與上年度同期自身比進步率$>$5%，得1分。</p> <p>(4) 計算公式說明： 分子：會員出院後3個月內回診人次 分母：會員住院經醫療群電子轉診件數 (轉診目的1：急診治療、3：門診治療)</p> <p>(二)預防保健達成情形(19-22分)</p> <p>1. 成人預防保健檢查率(6-5分)</p> <p>(1) 會員接受成人預防保健服務\geq較需照護族群60百分位數，得6分。</p> <p>(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分。</p> <p>(3) 計算公式說明： 分子：40歲(含)以上會員於基層院所接受成人健檢 人數 分母：(40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)</p> <p>2. 子宮頸抹片檢查率(5分)</p> <p>(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分。</p> <p>(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分。</p> <p>(3) 計算公式說明： 分子：30歲(含)以上女性會員於基層院所接受子宮頸抹片人數。 分母：30歲(含)以上女性會員數。</p> <p>3. 65歲以上老人流感注射率(2分)</p> <p>(1) 會員接受流感注射服務\geq較需照護族群60百分位數，得2分。</p> <p>(2) $<$較需照護族群60百分位數，但\geq較需</p>	

108年現行條文	醫師公會全聯會建議修正條文(草案)	
	建議	修正說明
<p>4. 糞便潛血檢查率(6分)</p> <p>(1) 50歲以上至未滿75歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查\geq全國民眾檢查比率，得5分。</p> <p>(2) 計算公式說明： 分子：50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：50歲以上至未滿75歲會員人數/2。</p>	<p>照護族群50百分位數，得1分。</p> <p>(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。</p> <p>4. 糞便潛血檢查率(6分)</p> <p>(1) 50歲以上至未滿75歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查\geq全國民眾檢查比率，得5分。</p> <p>(2) 計算公式說明： 分子：50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：50歲以上至未滿75歲會員人數/2。</p> <p>5. 初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢之檢驗檢查執行率(5分)</p> <p>(1) \geq初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率50百分位，得5分。</p> <p>(2) 與上年度同期自身比進步，得3分。</p> <p>(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：「單次尿液肌酸酐/尿液白蛋白比例(urine albumin to creatinine ratio, UACR)」或「尿液總蛋白與肌酸酐比值(UPCR)」兩項檢查之一。</p>	
<p>四、自選指標(15分)</p> <p>醫療群可就下列指標，選擇最優3項參加評分，於當年</p>		

108年現行條文	醫師公會全聯會建議修正條文(草案)	
	建議	修正說明
<p>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. 辦理健康管理與個案衛教活動：成效良好接受外單位觀摩，或應邀參加本醫療群以外團體主辦之經驗分享演講。 2. 定期辦理學術演講活動提升醫療群醫療品質。 3. 以上任一項，經分區業務組認可，得5分。 <p>(二)提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務或「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」服務(5分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 提供服務\geq5人，得5分。 2. 提供服務\geq3人，得2分。 <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. 開診率\geq120診次，得5分。 2. 開診率\geq90診次，得3分。 3. 開診率\geq50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。 <p>(四)糖尿病人眼底檢查執行率(5分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. \geq糖尿病會員胰島素注射率50百分位，得5分。 2. 與上年度同期自身比進步率$>$5%，得3分。 3. 計算公式說明： 分子：糖尿病會員胰島素注射天數\geq28天之人數 		

108年現行條文	醫師公會全聯會建議修正條文(草案)	
	建議	修正說明
<p>分母：會員門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數</p> <p>(五)接受醫院轉介出院病人，並辦理出院後續追蹤(5分) 醫院為出院病人辦理社區醫療資源轉介，轉介至社區醫療群持續追蹤，檢具資料經分區認可，得5分。</p> <p>(六)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(5分) 1. 上開疾病病人檢驗檢查值上傳率\geq50%者，得1分。 2. 本項醫療群得分上限為5分(每一診所得分上限為1分)。</p> <p>(七)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」(5分) 1. 醫療群內診所「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」\geq當年全部西醫基層診所查詢率70百分位，或與去年同期比進步率\geq5%，得5分。 2. 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，但\geq當年全部西醫基層診所查詢率60百分位，或較去年同期增加，得3分。 3. 本項得分上限為5分。</p>	<p>(六) 門診雙向轉診率(5分) (1) \geq當年度醫療群50百分位數且上年度同期自身比進步率5%，得3分。 (2) \geq當年度醫療群50百分位數，得2分。 (3) 與上年度同期自身比進步率$>$5%，得1分。 (4) 計算公式說明： 分子：會員出院後6個月內回診人次 分母：會員住院經醫療群電子轉診件數 (轉診目的1：急診治療、3：門診治療)</p>	<p>同申報01038C之計算方式，3個月改為6個月。</p>
<p>壹拾參、計畫申請方式 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。</p>	<p>壹拾參、計畫申請方式 <u>一、限108年已參與本計畫之醫療群。</u> <u>二、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。</u></p>	