

99 年度「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」公告後相關疑義說明

99 年 3 月 19 日 行政院衛生署中央健康保險局擬具

問題	提出之業務組	分區業務組提出問題及建議	總局說明
一、計畫申請規定			
計畫申請書有無特定格式	臺北、北區、中區、南區		1. 計畫申請書格式如附件 1，另南區分區業務組之各項表單將轉請各分區業務組參考〈社區醫療群之院所及醫師資格審核表如附件 2、家庭醫師整合性照護計畫社區醫療群與合作醫院確認表如附件 3、99 年度全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫撰寫格式如附件 4〉。 2. 另 VPN 上傳格式已於 99 年 3 月 15 日以 099AD05582 號請辦單送分區業務組。
二、收案問題			
1-1. 忠誠病患名單何時會提供？提供之欄位、格式為何？是提供給醫療群各診所或交由執行中心處	臺北、北區、東區	1-1. 醫療群籌組完成即可提供資料。 1-1-2. 提供格式為 EXCEL 檔案，提供欄位僅有病患 ID 及主要照護院所代號。 1-1-3. 管理登錄個案社區醫療群需於計畫核可 3 個月內，將會員資料以批次上傳 VPN，基層診所希冀提早準備收案作業，否則本	1. 忠誠病患名單業經承保組、資訊組確認在保並完成註記〈98 年 12 月 31 日在保〉，並於 3 月 15 日以 099AD05582 號請辦單送分區業務組。 2. 上傳格式係提供文字檔案，欄位為個案 ID、及主要照護診所代號、慢性病註

問題	提出之業務組	分區業務組提出問題及建議	總局說明
<p>理？</p> <p>1-2. VPN 上傳邏輯建請勾稽承保死亡檔及未在保檔，以免社群影響年度品質達成率？</p> <p>1-3. 會員資料在6月底前上傳，是否不限上傳次數</p>		<p>年度要達到收案 100%恐無法如期完成。</p> <p>1-2-1. 依家醫計畫公告第 12 頁附件 1 附錄說明 4. 僅勾稽重複登錄無法輸入，並未提及勾稽承保死亡檔及未在保檔，俟上傳後再由分區業務組自行勾稽再進行追扣作業，徒增行政作業之時效，恐產生社群之爭議（因名單係由保險人提供）。</p>	<p>記、在保註記及分區別。</p> <p>3. 請個別提供給主要照護診所個案名單。</p> <p>4. 另院所主動收案之個案，仍需請分區業務組自行串承保檔〈含死亡檔〉。</p> <p>5. 診所上傳不限次數；惟請於 6 月底前完成上傳。</p>
<p>2-1. 本計畫仍有須取得病患同意之意涵，如診所告知病患後遭拒絕，醫療群是否須將其排除於收案名單外？又其是否可認定為必要排除之個案，不列為「健康管理比率」指標之分母計算？</p> <p>2-2. 權利義務說明書是否還是要製作給會員？如會員在近期內都未來看診，診所可以用郵寄方式寄給會員？</p>	<p>臺北、北區、高屏</p>	<p>2-1. 查此規定與本局另公告忠誠病人照護之「建構整合式照護模式並逐步朝促進醫療體系整合計畫」不同，該計畫無告知收案對象權利義務之要求。為利會員了解醫療群成員及 24 小時專線。既然名單由健保局提供，應由健保局通知這些民眾已為醫療群會員，以免民眾突接獲醫療群寄發之權利說明書時，感到錯愕。</p> <p>2-2. 為利會員了解醫療群成員及 24 小時專線，權利義務說明書還是請製作提供會員。可以用郵寄方式提供。</p>	<p>1. 本方案並不需收案對象同意，惟請診所仍提供權利義務說明書予每位會員；該診所仍須收案上傳該筆會員資料，〈院所仍提供醫療服務不影響該保險對象之權益〉不得排除。另本局將提供「家庭醫師整合性照護計畫」會員通知函〈格式參考如附件 5〉，供診所提供給會員〈請併權利義務說明書予每位會員〉。</p> <p>2. 可以用郵寄、電子郵件、親送方式提供權利義務說明書。</p> <p>3. 99 年計畫未要求製作其他書表，若醫療群因個案管理需要仍可自行製作。</p>

問題	提出之業務組	分區業務組提出問題及建議	總局說明
2-3. 之前計畫有要求製作書面「個人健康資料表」及「家戶檔案」，現在是不是都不用再填這些書面表單？			
3. 參與本計畫保險人交付收案名單，若個案因死亡或遷居，無法全數收案者，基層診所可否仍依名單，收案於加收10%(以上)之個案數？	北區	例：保險人提供基層診所 100 位收案名單，其中有 5 位遷居、5 位死亡，致無法全數收案，基層診所可以以額外再加收 10% 以上之個案。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 目前本局將提供 99 年 12 月 31 日仍在保之個案資料，若得知收案前已死亡，除不列入收案數外，另不可計入加收 10%(以上)之個案數。 2. 另外個案在照護期間發生遷居、死亡等若醫療群得知，請將個案以 VPN 上傳〈B 資料段〉告知本局該個案結案時間。
<p>4-1. 參與本計畫之社區醫療群得於保險人交付收案數額度外再加收 10% 之個案何時應上傳完竣？</p> <p>4-2. 加收之 10% 個案經計算後若有小數，如何計算？</p>	北區、南區	<ol style="list-style-type: none"> 1. 參與計畫管理登錄個案需於計畫核可 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。 2. 係指合約起設定 3 個月或公告後 3 個月。 3. 現收案名單多為慢性病個案，等個案回診時告知收案，恐怕已超過 3 個月，來不及於 vpn 上傳資料，是否可先電話告知確認收案。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. VPN 上傳時間為 99 年 4 月 1 日至 99 年 6 月 30 日止。 2. 可以用郵寄、電子郵件、親自拜訪方式通知個案。 3. 加收之 10% 個案數以四捨五入計之。
5-1. 社區醫療群得於保險對人交付收案數額	臺北、中區、高屏	1. 請問加收 10% 之個案以醫療群計或以診所計，如果是醫療群計，該群交付名單為	1. 超收時 VPN 將整批退件，並顯示訊息告知該診所超收幾筆，請其重傳。

問題	提出之業務組	分區業務組提出問題及建議	總局說明
<p>外再加收 10%之個案，如果診所超收時如果處理？</p> <p>5-2. 外加的 10%收案數是以「群」或「診所」計算，例如 A 診所可外加 50 人，B 診所可外加 20 人，若 A 診所 50 人收案數有餘額，可否讓給 B 診所？</p> <p>5-3. 如 A 診所尚未將本局回饋之忠誠病患名單上傳，他診所卻已將該病患列為外加的 10%收案數並先上傳，這樣 A 診所即無法重覆上傳，會造成 A 診所無法達到 100% 健康管理比率。</p>		<p>5,000 人，可再加收之會員 500 人，若以醫療計群內診所之名額是否可以流用？</p> <p>2. 如果醫療群上傳件數超過加收個案之 10% 時，費用如何給付，vpn 資料是否需刪除，如果需刪除是以上傳之先後次序，超出之人數予以刪除，若不刪除後續之品質指標計算分子是不是即納入。</p>	<p>2. 傳送名單總數以診所為單位〈非醫療群〉。</p> <p>3. 該診所主動收案但超過預估人數時〈含外加 10%〉，仍請該診所予以照護免上傳資料亦不給計入費用。</p> <p>4. 同醫療群各診所間外加 10%群內名單不得流用。</p> <p>5. 10%個案若其主要照護診所所有參與本計畫以主要照護診所優先收案，若該個案之主要照護診所未參與本計畫則以先上傳成功者將其收案為會員。</p>
<p>6-1. 參與本計畫院所因負責人變更或遷徙致</p>	<p>臺北、北區</p>		<p>1. 參與本計畫之醫療群仍需以群為單位，申請加入並經分區業務組審核</p>

問題	提出之業務組	分區業務組提出問題及建議	總局說明
<p>醫事機構代號變更，本局應如何提供其收案名單？</p> <p>6-2. 診所之前有異動代號（例如換負責人、地址變更...），可以將 2 個代號之忠誠病患名單及外加的 10%收案數全歸在第二家診所？</p> <p>6-3. 診所實施期間變更負責醫師，診所代號隨之變動，已上傳之會員資料如何處理？新代號應可承接舊代號之會員及家醫費用</p>			<p>同意後，才可獲得保險人交付之名單。</p> <p>2. 診所實施期間變更負責醫師，新負責醫師不可承接舊診所會員，舊醫事服務機構視同退出。</p> <p>3. 退出的診所個案管理費依比例計之，節省醫療費用所得之健康回饋金則不計。</p>
<p>7-1. 新特約醫事服務機構並無忠誠病患，若要參與本計畫其收案名單應如何提供？</p> <p>7-2. 忠誠個案數少之診所，會影響其繼續參</p>	<p>臺北、北區、高屏</p>	<p>新成立診所沒有忠誠病患名單，還是可以加入？因為要湊足 5 家診所，另也讓新診所先了解，以利次年合作。</p>	<p>原則上並未規範〈無忠誠病患之新診所〉不得參與本計畫；惟各分區可視各區醫療群組群情形予列入評選參考。該診所不給付費用亦不計入品質。</p>

問題	提出之業務組	分區業務組提出問題及建議	總局說明
加計畫意願，造成計畫規定之 5-10 家診所數要求難以達成			
8. 會員資料只能批次上傳？建議亦可逐筆鍵入，因部份院所個案數不多，要批次上傳又要花錢請資訊廠商協助，恐影響參與意願	臺北		經與資訊組協商若逐筆鍵入將影響尖峰時間之頻寬與速度進而影響其他院所申報時間。
9-1. 上傳格式請及早確立，俾醫療群修正電腦。 9-2. 之前醫療群配合使用的台大公版系統現在還要用？或只要完成建檔上傳即可？	臺北		上傳格式已於 99 年 3 月 15 日傳送各分局。
10. 醫療群成立時如組成診所數達計畫規定，惟計畫期間部分診所退出，致未達 5 家之門檻，此情形是否須終止計畫？	高屏		醫療群內診所因故退出本計畫未滿 5 家診所須終止參與計畫；惟各分區業務組得視各醫群參與計畫成效、計畫執行月份或非可抗拒因素同意該醫療群繼續執行至參與計畫迄日並列為下年度該醫療群參與之評選參考。

問題	提出之業務組	分區業務組提出問題及建議	總局說明
11. 醫療群成立後，如夥伴覺得收案數不足支付行政費，4.5 月中途要退出，這時醫療群可再加入新診所？	臺北	新計畫會造成醫療群合併，因已無醫療群總經費上限，醫療群合併可節省行政費用，健保局應知醫療群數會減少	該診所應於加入計畫前，自行評估是否加入醫療群，經加入後請執行至計畫迄日。若於 99 年 6 月 30 日前退出費用整筆不核付。
三、參與計畫診所、醫師資格			
1. 如何確認認證證書為台灣家庭醫學醫學會認可之機構或團體所舉辦之家庭醫師訓練課程？	中區	「醫師參與本計畫執行期間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。」	台灣家庭醫學醫學會將提供同意機構辦理家庭醫師訓練課程之同意函〈本局將請該醫學會副知本局〉。
2. 已上完認證課程拿到證書者，是否每年仍至合作醫院上繼續教育課程。	臺北、南區、高屏	若要時數為幾小時？	<p>1. 依行政院衛生署 93 年 3 月 30 日衛署醫字第 0930201355 號公告修正「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫家庭醫師認證要點及其訓練課程綱要」。本計畫認證要點五規定，參與本計畫的醫師每年應接受合作〈後送〉醫院至少 20 小時之學習課程。</p> <p>2. 若前項訓練課程綱若廢止時則可不必接受 20 小時之學習課程〈署考慮要廢止〉，故目前仍要接受。</p>

問題	提出之業務組	分區業務組提出問題及建議	總局說明
3. 合作醫院可否跨轄區	臺北	如林口的診所要籌組醫療群，找了北區業務組管轄的林口長庚醫院為合作醫院，這樣可以嗎？ 林口為台北縣，林口長庚醫院由北區管轄係礙於各區業務平分之考量，建議應可同意本案林口醫療群所請。	同意辦理
4. 未與本局特約之診所是否可參加？	中區	信義鄉醫療群中國地利村診所此次提供的名單並無此家，99 年可以參加嗎？	無特約即無申報資料，故不會有應照護名單。
四、費用申報及計算問題			
1-1. 個案管理費每人給付 250 元/年，今年 4 月簽約，其每人個案管理費是算 250 元，還是 250*3/4？何時給？若會員因故(如死亡)未完整照護一年，其照護費如何計算？如何給？ 1-2. 健康管理費：每人給付 250 元/年(執行內容含資料建檔上傳、轉診、衛教宣導等)	臺北、中區、北區、南區、高屏	1. 個案管理費是只要醫療群將會員資料上傳完成 6 月以後即可依上傳人數給付或是年底與評核指標一起給？ 1. 將建議本局於 3 個月上傳時限截止並關閉上傳系統後，各區業務組即可進行會員數統計，預計在 8 月底前即可完成本項費用核付。 2. 執行內容若有其中一項未達成是否給付健康管理費？ 3. 醫師參與本計畫因故中途加入或退出費用該如何計算？	1. 本計畫所列金額係以全年〈12 月計之〉故 99 年僅執行 3 季，個案管理費為 250 x3/4。 2. 申請費用以群為單位並按季撥付。 3. 醫療群上傳資料經分區業務組確認後即可提出撥付個案管理費申請，若該診所因故〈含停約處分〉退出本計畫，則按照護月份按比例核扣。 4. 會員若於收案後死亡〈未滿一年〉，99 年度。健康管理費按月計算，回饋金則不計。 5. 加入計畫中若因負責人變更、遷徙或不

問題	提出之業務組	分區業務組提出問題及建議	總局說明
<p>1-3. 計畫玖-六考量會員照護之完整性，醫師參與本計畫因故中途退出，則不予計算退出院所或醫師之計畫費用</p>			<p>可抗拒因素致該診所需退出計畫，則該診所不得以別家診所替代。</p> <p>個案管理費撥付案例： 某診所於 99 年 10 月 31 日歇業，個案管理費之計算應為： 原撥付：$250 \times 3/4$ (99 年僅 3 季) =187.5 實際應核付：$187.5 \times 7/9 = 145.8$ (撥付費用以元為單位，四捨五入)</p>
<p>2. 費用申報及支付方式：一、社區醫療群原有之醫療服務及預防保健(略以…)相關給付規定，由計畫執行中心依實際執行情況按月申報略以…字句相互衝突？</p>	<p>北區、中區</p>	<p>1. 依公告計畫第 7-8 頁社區醫療群原有之醫療服務及預防保健原本就依據各醫事服務機構按月申報，為何要由計畫執行中心再申報呢？ 建議修正說明為： 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費用支付標準、總額支付制度及行政院衛生署公告之「醫事服務機構辦理預防保健注意事項」相關規定給付，並由各醫療院所自行申報，費用撥入個別帳戶。</p>	<p>本案可維持原分區業務組申報方式。</p>

問題	提出之業務組	分區業務組提出問題及建議	總局說明
<p>3. 拾：參與之醫療群醫療費用及預防保健申報及支付方式與現行申報規定不符。</p>	<p>中區</p>	<p>P7. 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費用支付標準、總額支付制度及行政院衛生署公告之「醫事服務機構辦理預防保健注意事項」相關規定給付，由執行中心依實際執行情況按月申報，並撥入執行中心帳戶，(或依計畫執行中心之申請撥入各基層診所)並由各醫療院所自行申報，費用撥入個別帳戶。</p> <p>建議修正說明為</p> <p>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費用支付標準、總額支付制度及行政院衛生署公告之「醫事服務機構辦理預防保健注意事項」相關規定給付，並由各醫療院所自行申報，費用撥入個別帳戶。</p>	<p>預防保健服務使用費用為公務預算，申報方式同其他門診案件〈案件分類為 A3〉，由各診所自行申報〈支付標準表已刪除，另有申報代碼〉。</p>

問題	提出之業務組	分區業務組提出問題及建議	總局說明
4. VC. AE 差值回饋金部份，每人 385 元上限是如何計算？	臺北	是否仍以 97 年之健康回饋型之算法，計算到全組差值後，才會去算 385 元上限，這樣 VC. AE 差值回饋金就有可能是 0 元？或是在計算個別會員差值時，就會先設限每人 385 元上限，每人差值為負值或差值超過 385 元就不計算？這樣 VC. AE 差值回饋金就不太可能是 0 元？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本計畫呈現金額是以全年 12 個月計；故 99 年僅執行 3 季為 $385 \times 3/4$。 2. 計算方式同 97 年之健康回饋型之算法；惟 99 年個別會員品質指標若達成率 $\geq 90\%$，則品質提升費用將提升至 230 元。 3. 費用計算則為 $[(< 550 \text{ 元將先} \times 70\% > + \text{品質提升費用}) \times 3/4]$；以群方式統計，若 $VC-AE \leq 0$，依其品質達成情形，撥付品質提升費用。
5. 差值回饋金產生後，建議仍應提供各診所貢獻度資料，以便屆時分配回饋金	臺北		本局可計算至個診所之差值回饋金。
五、品質指標問題			操作型定義將另案提供
1. 本計畫評核指標攸關醫療群品質費用及下年度續約，希望能有預評機制（像臺北業務組之前都有按季進行各醫療群各診所品質指標評估及公	臺北	因評核指標均以全國資料統計，礙於本業務組無此權限，無法提供完整統計結果，此部份將請本局研議提供指標預評之可行性。	同意辦理

問題	提出之業務組	分區業務組提出問題及建議	總局說明
<p>佈，讓醫療群得以及時檢討改善)。</p>			
<p>2. 品質達成率是否由本局統一建置程式擷取再轉各分區業務組進行結算撥付作業？</p>	<p>北區</p>	<p>為達各分區業務組一致性指標，建請統一建置程式。</p>	<p>品質達成率由本局統一計算，惟組織指標、滿意度問卷調查由分區業務組計算。</p>
<p>3-1. 計畫拾壹、組織指標中之個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診，前述指標擇一，至少每月 1 次；應規範執行細節。</p>	<p>中區、南區</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 若未明定屆時有可能只有一位醫師，一個月只開診 1 次，其餘醫師均未參與，如果是這樣，該次指標算有達成嗎？ 2. 如果該群當月有開診但無看診病人或只看醫師本人，該次指標算有達成嗎？ 3. 若執行的是個案研討、社區衛教如果不是所有的醫師均出席，該次指標算有達成嗎？ 4. 南區在家庭醫師整合性照護計畫社區醫療群與合作醫院確認表上要求醫療群，社區衛教宣導每群每年至少 12 場(每場至少 20 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診，醫療群需擇 1 每月辦理；惟對於開診但無看診病人或只看醫師本人，醫療群不得提報。 2. 部分分區業務組希望保有自主彈性，同意南區業務組辦理，並轉請各分區業務組參考。

問題	提出之業務組	分區業務組提出問題及建議	總局說明
		<p>人, 50 人以上人數計為 2 場), 其餘個案研討、共同照護門診、病房巡診合計須達每家診所每年 24 次。每次社區衛教宣導需包含用藥安全及腎病防治衛教, 是否可行? 因該辦法僅訂最低標準, 而我們予以具體化。</p>	
<p>4. 收案會員每人給付費用 800 元/年, 是否為上限給付金額?</p>	<p>北區、中區</p>	<p>依公告計畫第 8 頁個案管理費(每人給付 250 元/年)及照護會員節省之醫療費用(每人上限 550 元/年)加總為 800 元。 例: 若某社群取得個案管理費(每人給付 250 元/年)及實際醫療費用與預估醫療費用取得 385 元、品質達成率 95%(230 元), 其加總金額為 865 元與收案會員每人給付費用 800 元/年, 多出 65 元, 爰此, 該社群應得 800 元或是 865 元, 因公告計畫並未提及 800 元是上限金額, 恐產生爭議。</p>	<p>醫療群品質屬特優級 (>=90) 其每人給付費用加總金額會達 865 元/年 (惟並非所有醫療群皆會達到特優級); 給付以群方式統計。</p>
<p>5. 品質提升費用輔導級其指標平均達成率 <=69%? 不支付其指標平均達成率 <=60%?</p>	<p>北區</p>	<p>依公告計畫第 9 頁品質提升費用輔導級其指標平均達成率是否應列 69-60%、不支付是否應列 <60% 為宜。</p>	<p>醫療群品質指標 <=69% 只能給付 100 元, 若低到 60% 則完全不能撥付品質提升費用。</p>
<p>6. 24 小時諮詢專線全年至少測試 6 次, 其分母</p>	<p>中區</p>	<p>因有關醫療群後續品質指標達成率之計算, 建議請明確定義何謂測試有效次數,</p>	<p>另案提供。</p>

問題	提出之業務組	分區業務組提出問題及建議	總局說明
為該社區醫療群全年測試有效次數其定義為何？		避免 6 個業務組做法不一。	
7. 會員滿意度調查，達 80%：電訪社區醫療群會員滿意度，依會員滿意度結果評分，評分標準如何？需測試幾通？	中區	因有關醫療群後續品質指標達成率之計算，建議請明確定義評分標準(即評分範圍如非常滿意、滿意、普通、不滿意、非常不滿意)？需測試幾通？避免 6 個業務組做法不一。	1. 問卷及操作型定義本局另案提供。 2. 若分區業務組轉為電話度，本局將於瞭解各分區實際狀況後另案提供。
8. 99 年度本計畫自第二季開始，所訂指標執行計算亦自 99 年 4 月至 12 月嗎？	中區	「評核期間以本計畫所訂指標執行之第 1 個月至第 9 個月計算為原則」	所訂指標執行計算自 99 年 4 月至 12 月。
9. 有關臨床指標，較應照護族群 50 百分位數低，是指 98 年度之應照護族群或 99 年度之應照護族群？	中區、高屏	拾壹、計畫評核指標一、評核指標及輔導指標(二)四項臨床指標：會員急診率、疾病住院率、針劑使用率、抗生素使用率較應照護族群 50 百分位數低，若是與 98 年度之應照護族群比較應儘早提供 50 百分位數值讓醫療群有努力之目標。	1. 應照護族群：指 99 年所有應收案之名單〈約 384.2 萬人〉。 2. 本局可先試跑該族群 98 年品質指標情形。
10. 「二項會員感受指標， <u>權重 30%</u> ，1. 滿意度問卷調查 2. 其他政策鼓勵指標(2	高屏	1. 權重 30%之分配	1. 滿意度問卷調查占 10%、二項預防保健達成達成情形占 10%〈成人預防保健占 5%、子宮頸抹片占 5%〉、65 歲以上會員流感注射率占 10%。

問題	提出之業務組	分區業務組提出問題及建議	總局說明
項預防保健達成率、65 歲以上老人流感注射率)。			
11. 計畫評核： 依計畫拾肆、一、規定：「各項評核指標之評比及排序落於保險人分區業務組最低之 5%社區醫療群數。」	高屏	1. 各項指標評核是否以全局或各分局作為評比及排序？ 2. 各組如何得知各分區最低 5%之醫療群數？ 3. 為各分區評核結果一致及正確考量，計畫期滿如何進行評核？何項目是由醫務管理組統一評核？何項目由分區業務組評核？	1. 依方案文字總局將所計算的評核指標回饋給分區，經分區統計排序後最低 5%之醫療群數。 2. 二項組織指標、滿意度問卷調查由分區業務組評核。
12. 依計畫拾壹、一、(二)(三)規定：「四項臨床指標」、「二項會員感受指標」。	高屏	1. 該四項臨床指標項目及流感疫苗注射率，其衡量值是否全局統一，無分區統計差異？ 2. 成人預防保健及子宮頸抹片檢查達成比率之認定，是否規定會員執行該項檢查必須於群內完成？或年度內，只要有執行(不管群內、群外或跨分局執行)即認定該項檢查達成？	1. 除滿意度調查由分區辦理外(總局提供問卷)，預防保健達成比率係與全國平均值比，由總局計算。 2. 成人預防保健及子宮頸抹片檢查達成比率，年度內只要有執行即可算達成。
13.4 項臨床指標之「疾病	高屏	若主、次診斷均納入，忠誠個案住院者幾乎	僅主診斷納入。

問題	提出之業務組	分區業務組提出問題及建議	總局說明
<p>住院率」一項，所納住院疾病別係以主診斷認定嗎？</p>		<p>全數納入計算。</p>	
<p>15. 依計畫拾壹、一、(一)規定：「三項組織指標」1. 健康管理比率需達 100%(含 VPN 上傳資料之完整性)。</p>	<p>高屏</p>	<p>1. 該項目分母計算條件是否以醫療群 VPN 實際上傳名單？或保險人交付收案名單；另退件名單是否列入計算？ 2. 該指標操作定義(分母、分子)為何？ 3. 該指標評核時程為何？</p>	<p>1. VPN 退件係整批退件，資料不完整時也會退件〈原則上會達到 100%〉。 2. 本項操作型定義：另案提供。</p>
<p>16. 監測指標疾病住院率及抗生素使用率有矛盾之處，如病患泌尿道感染，診所使用抗生素後可避免病患去住院之可能</p>	<p>臺北</p>		<p>臨床品質指標的訂定並非設定目標請醫療群衝高數字，本年度之比較基準各指標係要求較應照護族群平均值即算達成。</p>