

115 年全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫問答集

115.07.31

一、組織運作及收案對象		備註
(一)組織運作型式中新增社區藥局、物理治療所及檢驗所為醫療群合作醫事機構，加入後的差別及用意為何？	為強化醫療群會員照護能力，除既有合作醫院外，新增醫療群合作社區藥局及合作診所，提供病人就近於社區之用藥、檢驗檢查等醫療服務。	112 年 QA-1
(二)家庭醫師醫療群 24 小時諮詢專線，診所有時無法 24 小時隨時待機，建議有更人性化的處理方式，如其他通訊軟體~FB、LINE 聯繫，是否可以納入計算，而非要求家醫診所 24 小時都要接聽電話紀錄來計算。	(一)建置 24 小時電話諮詢專線，係根據台大謝博生教授、家庭醫學醫學會規劃之社區醫療群照顧模式，符合學理及國際趨勢。其目的為建立良好醫病關係，減少不必要之急、門診，請推廣會員多加使用 (二)建議 FB、Line 之聯繫管道在即時回應性及相關個案隱私問題克服後，方列入考慮。	112 年 QA-2，酌修文字
(三)預防保健達成指標中較需照顧族群的定義為何？	本計畫之應照護族群係當年度應收案之對象，包含計畫柒、一列之慢性病個案(含醫療費用最高 90%、高齡、參與醫療給付改善方案)及非慢性病個案(含醫療費用最高 30%、3-5 歲兒童、門診高利用)。	112 年 QA-3，配合現行計畫酌修
(四)110 年計畫新增新參與計畫之規範，限制所在地之鄉、鎮、市、區無社區醫療群，才能成立新的醫療群，舊有醫療群若重組，新舊診所參與規範何？	(一)現行 50 個次醫療區均至少有 1 群醫療群提供服務，為符合以社區民眾生活圈之原則，增列本項規範。 (二)為確保執行品質及符合社區民眾生活圈，如原醫療群組成龐大或有地理位置及科別組成等因素，可拆分為兩個醫療群；另如舊有醫療群經整併、重組為新的醫療群，其組成應至少 1/2 以上屬原已參與計畫之診所。	112 年 QA-4
(五)24 小時諮詢專線之接聽人員應執業登記於社區醫療群內診所為原則： 1. 若接聽人員有跨區執登情形，該如何認定是否符合規定？ 2. 另醫療群有共聘醫事人員接聽 24 小時諮詢專線之情形，是否訂定共聘群數上限？	(一)現行有數個社區醫療群共聘醫事人員接聽 24 小時諮詢專線，如醫事人員執業登記處所有跨區或跨縣市執業登記情形，為免影響接聽品質，分區業務組得請社區醫療群於計畫申請文件提出說明後據以認定為宜。 (二)有關多個醫療群共聘醫事人員接聽 24 小時諮詢專線，考量各個醫療群參與院所數及照護會員人數不一，為避免影響接聽品質，請各分區業務組協請共聘醫事人員之醫療群提供說明文件，據以評估認定。	112 年 QA-5

(六)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，如何認定醫療群有向會員說明？需填寫同意書或其他證明文件嗎？健保署指定會員或院所自行收案會員，若個案因故不同意收案時，後續應如何處理？	(一) 請社區醫療群向收案會員說明相關事項時(含使用通訊軟體說明)，可於病歷記載備查，如遇相關爭議時得出具避免爭議，並鼓勵收案會員於健康存摺填寫收案會員同意書與滿意度調查。 (二) 如個案不同意收案者，請社區醫療群將個案名單提供分區業務組進行結案。另本署 112 年起開放收案會員於健康存摺填寫家庭醫師整合性照護計畫同意書，於同意書填寫不同意收案之個案不予支付當期家醫計畫相關費用。	112 年 QA-6
(七)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；並鼓勵會員利用健康存摺填寫社區醫療群會員滿意度調查 1. 每一醫療群需填寫多少份會員滿意度調查問卷？ 2. 有關鼓勵會員利用健康存摺填寫線上會員滿意度問卷，是否設有年度各醫療群滿意度填答數量標準？	(一) 為瞭解家醫會員對於社區醫療群及家庭醫師滿意度並維持家醫計畫照護品質，建議社區醫療群比照往年請 50 名以上收案會員(含應收及自收會員)至健康存摺填寫滿意度調查。 (二) 本署將於當年底統計各社區醫療群有填寫會員滿意度調查之醫療群、會員人數及滿意度，並回饋醫療群。	112 年 QA-7
(八)社區醫療群每家參與診所自行收案人數上限不得超過 1200 名，其中包含前一年度評核指標≥ 90分可加收 100 名個案之名額嗎？即若有一診所屬特優級且有 6 位醫師，包含額外加收之 100 名，該診所自收個案總計為 1200 名？	(一) 社區醫療群每家參與診所自行收案人數上限之 1200 名個案包含特優級加收的 100 名個案。如為特優級且有 6 名醫師，依據計畫規定其該診所自收個案總計仍為 1800 名。 (二) <u>另上年度糖心腎症候群監測數據控制良好或進步率之 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，不受前一點所述上限人數之限制。</u>	112 年 QA-8，<u>配合 115 年計畫修訂</u>
(九) <u>第二階段三高病人收案，是否僅須糖心腎症候群監測數據控制良好或進步率之 HbA1c 及 LDL 得分皆滿分即可？</u>	<u>依 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資料說明，本項係以「前一年度評核指標達 90 分以上」為基本資格，並以「114 年度糖心腎症候群監測數據控制良好或進步率之 HbA1c 及 LDL 二項指標得分均為滿分」作為增加收案名額之條件。因此，應同時符合「前一年度評核指標達 90 分以上」及「HbA1c 及 LDL 二項指標得分均為滿分」兩項條件，始得適用第二階段每家診所得再自行收案 100 名三高病人之規定。</u>	<u>115 年新增</u>

(十) 上年度糖心腎症候群監測數據控制良好(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，不受上限人數 1,200 名（上年度評核指標$\geq$90 分 1,800 名）之限制。請問 100 名三高加收個案是自行找尋個案嗎？	(一) <u>每家診所可加收 100 名三高病人係由醫師自行收案三高病人，以指定收案會員之家庭成員及該醫師之忠誠病人為優先，且以非地區醫院全人計畫之應照護族群為原則。</u> (二) <u>上述加收之三高病人，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> (三) <u>三高病人係以門診主次診斷為三高疾病且使用相對應用藥認定。</u>	115 年 新增
(十一) 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？	醫療群內診所因故退出本計畫，致醫療群因未滿 5 家診所須終止參與計畫；惟各分區業務組得視各醫療群參與計畫成效、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。	102 年 QA， 重新納入，以利分區作業
(十二) 有關應照護名單中「疾病樣態」被註記為 DM/CKD/DKD 病人，其擷取定義為何？已被 P4P-DM/CKD/DKD 收案者，是否還會被註記？	本署係以病人之前一年就醫情形判斷是否屬 DM/CKD/DKD 病人，並於「疾病樣態」欄位註記，其中 1 為 DM、2 為 CKD、3 為 DKD、4 為非屬 DM/CKD/DKD。 承上，DM/CKD/DKD 病人無論是否已被 P4P 收案，只要符合疾病認定條件，皆會被註記。	113 修 訂事項 QA
(十三) 如醫師中途因離職、個人因素或因未完成訓練認證而退出全人計畫，是否能參加本計畫？還是一樣一年內不得參加？	若醫師中途因離職、個人因素或未完成訓練認證而退出全人計畫，非因醫療品質未達標準而需退場，該醫師於次年度可參加家醫計畫。	114 年 新增
(十四) <u>計畫規定醫師參與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，如已完成地區醫院全人全社區照護計畫(下稱地區醫院全人計畫)之家庭醫師訓練課程認證資格者，若參加家醫計畫，是否無須再接受家庭醫師訓練？</u>	<u>地區醫院全人計畫之家庭醫師專業教育訓練認證方式及課程時數係參考家醫計畫規範辦理，爰如已完成地區醫院全人計畫之家庭醫師訓練課程認證資格者，若參加家醫計畫時，得免再接受該教育認證課程。</u>	115 年 新增
二、家醫 2.0 醫療群(自 115 年起全面實施家醫 2.0，爰刪除本項 QA)		
(一) 有申請成為家醫 2.0 醫療群之診所，是由各分區受理後提供 2.0 名單給署嗎？會有試辦計畫代碼註記嗎？	會以「試辦計畫註記 2」欄位分辨，若申請成為 2.0 醫療群，由本署分區業務組於前述欄位維護「2 家醫 2.0 醫療群」，1.0 醫療群則為空值。	113 修 訂事項 QA

(二)參加 P4P-DM/CKD/DKD 方案之認定，假設院所有申請參加 P4P，但未收案，是否屬於參加 P4P 方案之院所呢？	若診所內醫師已參加 P4P-DM/CKD/DKD 方案，即代表該醫師符合 P4P 參與資格，具有相關照護能力，爰即使該醫師未收案，仍屬有參加 P4P 方案。	113 修訂事項 QA
(二)若醫療群中有診所不想參加 2.0 醫療群，是否可醫療群中部分診所為 2.0，部分診所仍維持 1.0。	家醫 2.0 係以「群」為單位參加，爰若申請成為家醫 2.0 醫療群，則群內診所皆為家醫 2.0。	113 修訂事項 QA
二、三、DM/CKD/DKD 教育訓練		
(一) 是比照家醫訓練課程模式由學公會提交完訓名單給署本建檔，還是分區須個別審核醫師參訓證明並記錄？後續再提供完成訓練時數之診所名單予署嗎？那這些診所後續會上註記嗎？	(一) 台灣家庭醫學醫學會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣基層糖尿病協會及中華民國診所協會全國聯合會將定期提供完訓名單予本署建檔。 (二) 若醫師所有課程並非參與上述單位主辦之課程，則須循醫事人員資格申請作業，由診所至 VPN 申請並檢附完訓證明，由分區業務組進行審核後註記。	113 修訂事項 QA，配合 114 年計畫修訂
(二) 教育訓練係採實體課程亦或是線上亦可？哪些單位可舉辦？另從何時開始舉辦的課程得以認列？	(一) 計畫所列單位皆可舉辦教育訓練，另 113 年依 113 年 6 月 3 日健保醫字第 1130662579 號書函，台灣基層糖尿病協會及中華民國診所協會全國聯合會主辦之教育訓練課程亦可認列。 (二) 本計畫未限制課程舉辦方式。自 113 年 1 月 1 日起舉辦之教育訓練課程，即可認列。當年度教育訓練課程僅可認列當年度教育訓練時數。	113 修訂事項 QA，配合 114 年計畫修訂
(三) 若「 家醫 2.0 醫療群 」之醫師僅參加 P4P-DM 或 P4P-CKD，具 P4P-DM 人員資格(AO-糖尿病共同照護網認證)或 P4P-CKD 人員資格(腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師或 BP-慢性腎臟病照護訓練)應接受那些教育訓練？	醫師接受教育訓練課程係以收案病人之疾病樣態分別判斷，說明如下： (一) 若醫師僅參加 P4P-DM 具 P4P-DM 人員資格(AO-糖尿病共同照護網認證)： 1. DM 病人：若醫師已按 P4P-DM 規定，經各地方政府糖尿病共同照護網認證合格。收案第一年及第二年後皆無須接受教育訓練。 2. CKD 病人：收案第一年需接受 6 小時 CKD 教育訓練，第二年後無須接受教育訓練。 (二) 若醫師僅參加 P4P-CKD 具 P4P-CKD 人員資格(腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師或 BP-慢性腎臟病照護訓練)： 1. DM 病人：收案後每年皆須接受 8 小時 DM 教育訓練。	113 修訂事項 QA，配合 115 年計畫酌修文字

	2. CKD 病人：收案第一年及第二年後皆無須接受教育訓練。	
(四) 未參加具 P4P-DM 及 P4P-CKD 人員資格之醫師已依收案病人之疾病樣態，於收案第一年參加 DM 及 CKD 教育訓練，若醫師中斷 1 年以上再參加，應接受那些教育訓練？	若醫師中斷 1 年以上再參加，收案病人中僅有 CKD 病人，無須接受教育訓練；收案病人中若有 DM 病人，則應接受 8 小時 DM 教育訓練。	113 修訂事項 QA， <u>配合 115 年計畫酌修文字</u>
(五) 曾接受 6 小時 CKD 教育訓練或具糖尿病共同照護網受訓認證資格之醫師，但未參與 P4P-DM 及 CKD，是否只要提供受訓證明，即無須接受教育訓練？另若為腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師，是否還需要接受 6 小時 CKD 教育訓練？	(一) 若醫師已經各地方政府糖尿病共同照護網認證合格，即認定為具 DM 疾病管理照護之能力，爰第一年及後續參與年度皆無須接受 8 小時 DM 教育訓練；CKD 比照前述原則認定。 (二) 承上，各地方政府糖尿病共同照護網認證合格或具 6 小時 CKD 教育訓練，以本署醫事人員資格維護之「AO:糖尿病衛教-醫師」及「BP:具慢性腎臟病照護訓練 6 小時-CKD」判斷。 (三) 另按 P4P-CKD 方案規定，腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師無須接受慢性腎臟病照護訓練，即可參與計畫，爰家醫計畫比照前述規定，即腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師無須接受 6 小時 CKD 教育訓練。	113 修訂事項 QA
(六) 若診所受公會/學會/衛生局等單位邀約協助辦理訓練課程，該醫療群是否得申請自選指標-提升社區醫療群品質之分數？	若診所受公會/學會/衛生局等單位邀約協助辦理訓練課程，前述課程有按計畫規定與當地主管機關(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，可申請做為自選指標-提升社區醫療群品質之分數。 承上，有關需檢附之佐證資料、主題內容及時間等規範，請按問答集十、評核指標(六)辦理。	113 修訂事項 QA
(七) 合作醫院或群內診所辦理課程，是否不能列入每月的共照活動？	DM/CKD/DKD 教育訓練與個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診等項目性質及目的相異，爰不得列入。	113 修訂事項 QA

(八) <u>2.0 醫療群未符合糖尿病共照護網資格之醫師</u>須按應照護個案之疾病樣態上課，分區如何掌握每位醫師需上課的種類？	(一) 俟收案作業結束，本署將統計每位醫師收案病人中 DM/CKD/DKD 人數，並於健保資訊網服務系統(VPN)之個案資料查詢畫面呈現，若醫師未<u>參加具</u> P4P-DM/CKD/DKD <u>人員資格</u>，且其收案名單中有 DM/CKD/DKD 病人，即需接受 DM/CKD 教育訓練。 (二) 將依上述邏輯產製應受訓醫師名單予各分區業務組參考。	113 修訂事項 QA，<u>配合 115 年計畫</u>酌修文字
(九)是以「診所」還是「醫師」判斷有參加 P4P 方案資格？若診所有參加 DM 方案，但參加家醫計畫的醫師非 DM 方案參與醫師，該醫師仍視同符合 DM 資格，無須接受本計畫 DM 課程嗎？	若診所有參加 DM 方案，但參加家醫計畫的醫師未參與 DM 方案，該醫師仍須按家醫計畫規定，依收案病人之疾病樣態，接受 DM/CKD 教育訓練。	113 修訂事項 QA 已於計畫明訂教育訓練資格及內容，爰刪除本 QA
(九) 醫師若於今年接受糖尿病共照網的 8 小時 DM 課程，是否亦可認列為<u>家醫 2.0 的</u>DM 8 小時課程？	可以，若原課程開辦目的是為讓醫師取得糖尿病共照網或 P4P-初期慢性腎臟病參與資格，只要課程名稱有涉及糖尿病或初期慢性腎臟病，亦可認列為<u>家醫 2.0 之</u>DM/CKD/DKD 教育訓練課程。	113 修訂事項 QA <u>配合 115 年計畫</u>酌修文字
(十) 國健署公布之糖尿病健康促進機構及台灣基層糖尿病協會是否可辦理 DKD 課程？亦或只能辦理 DM 課程？	按家醫計畫規定，DM/CKD/DKD 相關教育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及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。	113 修訂事項 QA，配合 114 年計畫修訂

(十一) 若家醫 <u>計畫 2.0</u> 之 DM/CKD/DKD 相關教育訓練課程可申請醫師繼續教育積分，是否 1 積分為得認列為 1 小時。	(一) 家醫計畫之各項疾病所需教育訓練皆係以「時數」訂定，而非繼續教育「積分」，爰仍需以實際教育訓練課程之「時數」列計。 (二) 承上，教育訓練課程得以分鐘累計，以 DM 為例，教育訓練課程累計達 480 分鐘，即可列計為 8 小時。	113 修訂事項 QA，<u>配合 115 年計畫酌修文字</u>
(十二) 113 年擇定 1.0 醫療群者，若醫師已在 113 年完成 DM/CKD 教育訓練(本署系統已註記)，該群若 114 年參與 2.0 醫療群，該醫師於 114 年須接受第一年的 DM/CKD/DKD 教育訓練，或接受第二年的繼續教育？	若醫師於 113 年已接受 DM/CKD 教育訓練(且已於 113 年回饋上課時數予本署於系統註記)，無論該醫師所屬醫療群於 113 年參與 1.0 或 2.0 醫療群，若於 114 年收案名單中有具 DM/CKD 個案，114 年無須再上第一年的教育訓練，但仍須完成第二年的繼續教育。	114 新增
(十三) 有關 <u>2.0 醫療群未符合糖尿病共同照護網資格之醫師須按應照護個案之疾病樣態上課</u>，第二年須接受 DM 繼續教育 8 小時， 1. 請問若接受 DM(含 CKD)8 小時課程是否可採計？ 2. <u>接受之 DM 及 DKD 相關課程時數是否得合併計算？</u>	(一) 有關 <u>家醫 2.0 醫療群未符合糖尿病共同照護網資格之醫師</u> 於第一年後，每年須接受 8 小時 DM 繼續教育訓練課程，若為 DM(含 CKD)之 8 小時教育訓練課程，亦可認列。 (二) <u>考量糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)之課程亦包含 DM 照護，爰 DM 及 DKD 相關課程時數得併計認列。</u>	114 新增，<u>酌修文字</u>
三、四 參與計畫之診所(醫師)資格及基本要求		
(一) 參與醫師中途退出，如診所所有 2 位參與計畫之醫師， 1. 其收案會員應由那位醫師承接？ 2. 社區醫療群自行收案部分採定額方式，每名醫師加收人數上限為 200 名，惟醫師離職移轉會員給同診所其他醫師，已脫離自行收案名單以該醫師之忠誠病人為優先之意旨，且造成個別醫師自行收案名單超過上限 200 人，是否符合計畫規定？	(一) 考量當年度收案會員照護連續性，依本計畫玖、二規定，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。 (二) 故中途退出之醫師，其收案會員應由該診所符合資格之「主要照護醫師」承接，以提供會員連續性照護。 (三) 承接後之社區醫療群需主動告知承接後自收會員主要照護醫師更換，如會員不同意更換主要照護醫師則不予收案。	112 年 QA-12
(二) 參與計畫醫師因診所更換負責人(診所主體未變，原 2 位醫師均有參與計畫，負責人由 A 醫師換成	考量家醫會員會員照護之連續性，計畫執行期間診所代號異動(如搬遷)，原參與本計畫醫師未異動，分區業務組得視診所原址、原機	112 年 QA-13

B 醫師且於原址開業)換診所代號，醫療群來函分區業務組亦同意繼續參與，次年參與計畫，其舊代號之指定會員可以轉到新代號嗎？	構、服務內容及設備設施均無改變等狀態，逕依權責專案認定後同意該診所轉換病患名單至新診所。	
(三) 參與家醫計畫醫師因故中途退出(出國進修等)，有來函且經分區業務組同意，或有辦理會員移轉給另一位醫師照護之醫師，次年是否能加入家醫計畫？其中搬遷定義，若診所為跨區搬遷亦可加入計畫嗎？	(一) 依本計畫玖、二訂定之參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求規定，參與計畫之醫師一年內無經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄者，方可參加計畫。 (二) 上述「一年內」，以保險人分區業務組發函或本署系統註記終止家醫計畫之次日起認定。 (三) 若為不可歸責因素而退出計畫者，如診所因搬遷(含跨區)導致變更醫事機構代碼、衛生所醫師因公調職至其他醫事機構等，非參與計畫之診所或醫師自願退出本計畫之情況，經分區業務組認定後可加入計畫。	112 年 QA-14，補充說明「一年內」的定義
(四) 有關計畫玖、社區醫療群或診所未函知保險人各分區業務組異動情形，至自動退出本計畫之紀錄，請問若有來函申請退出本計畫，是否隔年即可加入計畫？	(一) 依本計畫玖、二訂定之參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求規定，參與計畫之醫師一年內無「(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」或「(二)經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄」者，方可參加計畫。 (二) 上述「一年內」，以保險人分區業務組發函或本署系統註記終止家醫計畫之次日起認定。	112 年 QA-15，補充說明「一年內」的定義
(五) 合作醫院違反特管法第 38-40 條停約 1 個月以上，停約期間不得當合作醫院，次年可以當合作醫院嗎？	合作醫院違反特管法停約 1 個月以上，須符合以下要件，即可繼續參與計畫： 1. 醫院處分為停部分診療科別、服務項目等即非全部停約。 2. 停約處分經本署同意抵扣。	112 年 QA-16

(六) 112 年新增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」，如有提供預防保健是否列入計算?醫師僅提供個案管理或轉診聯繫等服務但未申報費用者是否支付「個案管理費用」及「績效獎勵費用」?	(一) 預防保健屬代辦案件，如醫師僅於執業登記診所申報預防保健案件但未申報健保醫療費用者，不支付收案會員之「個案管理費用」及「績效獎勵費用」且次年部不得再參加計畫。 (二) 醫師僅提供個案管理或轉診聯繫等服務但未申報費用者，亦不支付「個案管理費用」及「績效獎勵費用」且次年部不得再參加計畫。	112 年 QA-17
(七) 有關參與資格，於 113 年起，由處分函改為核定違規函，其差異為何?	因衛生福利部社會保險司表示保險人與醫事服務機構特約關係之成立，係以全民健康保險法第 66 條及其授權訂定之全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法為法源依據，前述辦法規範保險醫事服務機構之違規相關事項屬違反契約之規定，非「行政處分」之概念，應避免使用「處分」，爰本署採納該司建議，自 113 年起，相關計畫皆將處分函修訂為核定違規函。	113 修訂事項 QA， 酌修文字
(八) 參與計畫之特約診所或醫師於參與計畫之日起前 2 年內，無特管辦法第 38 條至第 40 條所列違規情事之一暨第 44 及 45 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。 承上，如 A 診所第一次核定違規函處停約 2 個月(113/1/1~113/1/31)，違規期間認定為何?	按計畫規定，以 A 診所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。爰自 113/1/31 核定停約結束日之次日起算，2 年內無違約情形，故自 115/2/1 起即可參加本計畫。	113 修訂事項 QA
(九) 若醫師全年參與計畫，惟該年未完成家庭醫師訓練課程，該醫師何時可再參加家醫計畫?	(一) 按計畫玖、四、(一)規定，若於年度內未取得訓練認證之醫師，需退出本計畫，保險人將追扣該醫師當年度之相關費用。 (二) 另按計畫玖、二訂定之參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求規定，參與計畫	114 年 新增，以利各 分區統一作業

	之醫師一年內無「(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」或「(二)經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄」者，方可參加計畫。 (三) 若醫師於年度內未取得訓練認證，經分區業務組核定終止計畫資格，一年內不得參與本計畫。又前述「一年內」以保險人分區業務組發函或本署系統註記終止家醫計畫之次日起認定。	
四、 五、 個案管理費		
(一) 個案管理費超過給付上限之醫師，死亡或結案之會員個案管理費核扣原則？	如個案管理費超過支付上限(1,080/1,180 人)，優先於超收會員數中排除死亡個案、醫療給付改善方案及居家醫療照護整合計畫之收案個案及自行收案未就醫個案後，再行計算個案管理費。(前述支付上限不含第二階段加收之三高病人及參與院所原已參加 P4P-DM/CKD/DKD 方案，且收案個案已於診所進行 P4P 收案照護。)	112 年 QA-35，配合 114 年計畫修訂， <u>配合 115 年計畫修訂</u>
(二) 醫療群診所換群，如 80 分的群換至有 90 分、90 分換至 80 分或 90 分換至 90 分，個案管理費會員之給付上限？	(一) 依計畫壹拾、四、(一)、2 規範，每位醫師個案管理費之支付上限為 1,080 名，上年度評核指標$\geq 90\%$之醫療群醫師上限為 1,180 名。(前述支付上限不含第二階段加收之三高病人) (二) 如醫療群診所換群，僅有 90 分換至 90 分者，個案管理費支付上限為 1,180 名，餘皆為 1,080 名。	112 年 QA-36，配合 114 年計畫修訂
(三) 收案名單由署自動轉入 VPN，是指家醫會員且被 P4P 收案，而分派於同一家診所者才不需上傳，其餘皆須重新上傳嗎？是否會提供不需上傳名單予醫療群？	是指今年度派案診所與前一年度收案診所相同，即可延續收案，不用再由診所重新上傳若屬此類個案，於提供診所的派案名單中「與前一年收案診所相同」欄位註記 1，並由本署統一上傳收案。	113 年修訂事項 QA
(四) 有關第一次派案但沒被收案之三高病人，進行 2 次派案，每名醫師得再多自收 100 名三高病人，且不受個管費上限限制，請問：這 100 名會員是否比照自	因二次派案之三高病人係由本署交付特定診所收案，非屬診所自行收案個案，爰不適用計畫所訂「自行收案會員年度內位於收案診所就醫，不支付個管費」之規定。	114 年新增配合 115 年

行收案會員，如年度內未於收案診所就醫，則不支付個管費嗎？		<u>計畫刪除</u>
(四)請問個人健康資料加成費、<u>特定疾病追蹤管理加成費</u><u>特定疾病照護費</u>是否有支付人數上限？	個人健康資料加成費、<u>特定疾病追蹤管理加成費</u><u>特定疾病照護費</u>為個案管理費項下支付項目，爰適用個案管理費支付人數上限規定。	114 年新增，<u>配合 115 年計畫酌修文字</u>
(五)請問個人健康資料加成費、<u>特定疾病追蹤管理加成費</u><u>特定疾病照護費</u>是否適用支付條件所列「本計畫會員，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是否能申報醫療給付改善方案相關費用如為本保險醫療給付改善方案之收案個案，自該計畫收案日起不予支付個管費；若與本計畫非屬同一診所收案，則予支付個管費。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個管費」。	(一) 個人健康資料加成費：無論個案是否有參加醫療給付改善方案、居整計畫，完成個人健康資料建檔者，皆可支付。 (二) <u>特定疾病追蹤管理加成費</u><u>特定疾病照護費</u>： 1.如為 P4P-DM/CKD/DKD 之收案個案，因前述方案已要求個案須定期追蹤，並給予追蹤管理費，爰若個案被同診所之家醫及 P4P-DM/CKD/DKD 收案，不得給予本項加成費用。 1. <u>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，個案僅參加家醫計畫，與 P4P 相關之個案管理費用不重複支付，如有申報 P4P-DM/CKD/DKD 相關費用情形，將於本項費用結算時扣除。</u> 2. 如為居整計畫收案個案，仍可支付。	114 年新增，<u>配合 115 年計畫酌修文字</u>
(六)有關<u>特定疾病照護費-定期檢驗（查）達成加成費之</u>定期追蹤定義，各項檢驗(查)項目之檢驗次數應至少上、下半年各 1 次， 1. 請問血壓值 1 年至少 3 次，亦須上、下半年各上傳 1 次嗎？還是只要年度內有 3 次即可？ 2. <u>若院所未上傳達到 3 次以上之血壓值，請問將產生何種影響？影響本項定期檢驗（查）達成加成費之給付？是否會影響整體品質評核指標或院所年度評核結果？</u>	(一) 有關特定疾病照護費-定期檢驗（查）達成加成費之定期追蹤定義中，<u>如同時為高血壓患者</u>，要求血壓值 1 年至少上傳 3 次，並無要求上傳時點或間隔。 (二) <u>如高血壓患者未完整上傳血壓值，僅影響定期檢驗（查）達成加成費之給付。</u> (三) <u>為鼓勵院所上傳血壓值，現行係將「血壓上傳率」列為觀察指標，尚不影響院所評核指標或績效獎勵費。</u>	114 年新增，<u>補充血壓值未上傳達到 3 次以上之影響</u>

(七)有關個人健康資料登錄，是否有提供批次上傳功能嗎？	將已提供 VPN 單筆登打及批次上傳功能，一系統建置完成後，將再請各分區周知家醫計畫參與診所。	114 年新增， <u>酌修文字</u>
(八)醫師未符合糖尿病共同照護網資格之是否需完成 <u>DM/CKD 相關家醫 2.0 教育訓練</u> ，才可支付「 <u>特定疾病照護費-定期檢驗（查）達成加成費特定疾病追蹤管理加成費</u> 」？	醫師未符合糖尿病共同照護網資格，應按其收案對象之疾病樣態，完成 <u>DM/CKD 相關須完成家醫 2.0 教育訓練</u> 才具「 <u>特定疾病照護費-定期檢驗（查）達成加成費特定疾病追蹤管理加成費</u> 」支付條件。若 A 診所包含 a、b、c 等 3 位家醫計畫參與醫師，其中一位需接受 <u>DM/CKD 相關家醫 2.0 教育訓練</u> ，卻未完成受訓，則 A 診所不支付本項加成費用(意即診所內符合家醫 2.0 需 <u>DM/CKD 相關</u> 教育訓練之醫師，皆須完成受訓)。	114 年新增， <u>配合 115 年計畫修訂</u>
(九) <u>P4P-DM/CKD/DKD 個案管理費已整合至家醫計畫個案管理費支付後，P4P 個案是否列入每位醫師個案管理費支付上限（1,080 名／1,180 名）計算？</u>	<u>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，個案僅參加家醫計畫，將支付個案管理費及特定疾病照護費，且不受個案管理費支付上限 1,080 名／1,180 名）人數限制。</u>	<u>115 年新增</u>
(十) <u>定期檢驗(查)達成加成費規定，僅具 DM 之個案，每年需完成 2 次 LDL 檢驗，惟糖心腎症候群整合照護提升費規定，僅具 DM 者，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。定期檢驗(查)達成加成費」之規定是否有比照放寬？</u>	<u>定期檢驗(查)達成加成費，僅具 DM 之個案，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，於「定期檢驗（查）達成加成費」認定時，得視為控制良好，不受每年需完成 2 次 LDL 檢驗之限制。</u>	<u>115 年新增</u>
(十一) <u>糖尿病新收案整合照護費、追蹤管理加成費各次追蹤是否有規定間隔時間？</u>	<u>間隔時間規定比照原 P4P-DM/CKD/DKD 申報規定：</u> <u>(一) 申報糖尿病新收案整合照護費(Q1407C-不計價)後至少須間隔七週才能申報追蹤管理加成費(Q1408C-不計價)。</u> <u>(二) 追蹤管理加成費每年度最多支付 4 次，每次應間隔 10 週以上。</u>	<u>115 年新增</u>
(十二) <u>符合 P4P-DM 個案於新收案當次是否也要有糖尿病主診斷＋用藥才能申報糖尿病新收案整合照護費？</u>	<u>糖尿病新收案整合照護費係針對 115 年已符合 P4P-DM 收案條件：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診斷及用藥應符合糖尿病者。</u>	<u>115 年新增</u>

(十三) <u>病人診所間轉換，如何界定病人是否為新收案？</u>	(一) <u>家醫計畫由保險人將較需照護之名單，交付參與本計畫之社區醫療群提供健康管理。依計畫交付原則，個案若已被 P4P-DM/CKD/DKD 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、P4P-CKD 收案診所為優先交付院所。</u> (二) <u>承上，如果個案去年已經被 A 診所 P4P 收案，且同時為家醫會員，依上述原則，將由 A 診所家醫收案照護，則不符合糖尿病新收案整合照顧費支付條件。</u> (三) <u>如果該個案去年被 B 診所 P4P-DM 收案，並已經結案，但 B 診所非家醫參與診所，且該個案今年尚未被家醫收案，則原已參加 P4P-DM/CKD/DKD 之家醫診所於該個案收案後，該個案可申報糖尿病新收案整合照顧費。</u> (四) <u>院所如要查詢個案是否被其他 P4P-DM/CKD 或家醫院所收案，現行已於健保醫療資訊雲端查詢系統各頁籤最上方固定之摘要區及「摘要頁籤—病人資訊」呈現個案被 P4P-DM/CKD/DKD 收案情形，未來家醫計畫收案情形亦規劃比照於上述方式呈現。</u>	115 年 新增
(十四) <u>追蹤管理加成費規定每次都需診斷+開藥才能給付，如病患初診抽血、回診看報告才同步給藥，次數會如何認列？</u>	<u>依追蹤管理加成費支付條件規範：</u> (一) <u>適用於 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。</u> (二) <u>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；初診抽血當次不符支付條件。</u>	115 年 新增
(十五) <u>新增支付標準項目追蹤管理加成費及糖尿病新收案整合照顧費後續如何進行結算作業？如忘記申報 Q 碼，是否就不會支付費用？</u>	(一) <u>為區隔家醫計畫及 P4P 收案資料，本次新增支付標準項目「追蹤管理加成費」及「糖尿病新收案整合照顧費」採用特定碼別「Q」(不計價)進行申報，案件分類及特定治療項目比照原 P4P-DM/CKD/DKD 之 P 碼申報方式。</u> (二) <u>上開費用之結算作業將由本署統一計算，按季撥付予院所，規範說明如下：</u>	115 年 新增

	1. <u>「追蹤管理加成費」</u>：針對 115 年家醫計畫參與診所且原已參加 P4P 方案者，統一由本署擷取原已由 P4P 收案之家醫會員西醫基層門診明細清單資料，檢核就醫之主、次診斷及用藥符合該疾病者，支付本項費用。每年度最多支付 4 次(每次應間隔 10 週以上)，當次就醫未用藥者不予給付。最後核付費用(含基本費用)，將扣除同一個案費用年月 1-7 月申報 P4P 之 P 碼相關費用。 2. <u>「糖尿病新收案整合照護費」</u>：針對已符合 P4P-DM 收案條件，且收案當次就醫之主診斷及用藥符合糖尿病者，統一由本署擷取之西醫基層門診明細清單資料，符合上述條件者支付本項費用。 (三) <u>有關 Q 碼申報係為方便院所追蹤管理使用，惟上開費用仍以實際申報資料為主。</u>	
(十六) <u>若病人目前純粹靠飲食與運動控制、不需吃藥，可以申報追蹤管理加成費 Q1408C 嗎？</u>	(一) <u>依追蹤管理加成費支付條件規範每次就醫之主、次診斷及用藥符合該疾病者，支付本項加成費。</u> (二) <u>針對糖尿病尚無需用藥之前期個案，建議可改由代謝症候群防治計畫收案照護，進行個案追蹤管理，透過衛教指導，引導個案改變飲食及生活型態，延緩糖尿病之發生。</u>	115 年 新增
(十七) <u>「追蹤管理加成費」自 115 年 7 月 1 日起實施，7 月申報 Q1408C，要跟 P1408C 間隔 10 週嗎？</u>	<u>追蹤管理加成費與原 P4P 追蹤管理照護費及年度評估管理照護費，係屬相同性質之追蹤管理費，仍應依原申報規範間隔時間辦理，須符合兩次追蹤管理間隔至少 10 週之規定。</u>	115 年 新增
五、 六、 多重慢性病人門診整合費用		
(一) 多重慢性病人門診整合費用：多重慢性病人需逐筆填報門診整合註記 P，是否可透過門診申報資料自行勾稽有整合成功的個案，再給予核付，以減少院所行政作業。	(一) 如家醫會員因計畫所列 12 種慢性病於收案診所外就醫，且未開立該慢性病之慢性病連續處方箋，該案件則不納入排除支付計算。 (二) 醫師每次提供整合照護後，除於病歷記載備查外，醫療費用申報時皆須於「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「P-家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合模式」。	112 年 QA-38，刪除已於計畫明定之支付條件及方式

	(三) 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」，診所應依據計畫規定針對有提供整合照護個案進行註記；未註記者視為未提供整合照護模式服務，不得計算獎勵費用。	
六、七糖心腎症候群整合照護提升費(下稱照護提升費)		
(一) 請問此筆費用是以群計算？還是以診所計算？ 1. 若以群計算，假設群內有任一家診所醫師未完成受訓，是整群都不支付提升費用？還是只有未完成受訓之各別診所之病人不列入計算費用？ 2. 若以診所計算，像是眼科、復健科、耳鼻喉科等院所，若沒有相關數據可上傳又剛好會員都沒有在群內診所追蹤慢性病，是否即便完成受訓，也無法拿到提升費？	以診所為單位支付，舉例如下： (一) 若 A 診所包含 a、b、c 等 3 位家醫計畫參與醫師，其中一位需接受 DM 或 CKD 教育訓練，卻未完成受訓，則 A 診所不支付照護提升費(意即診所內符合家醫 2.0需接受 <u>DM 或 CKD</u> 教育訓練之醫師，皆須完成受訓)。 (二) 若甲醫療群包含 A、B、C 等 3 家診所，其中 A 診所因一位醫生未完成受訓，而不支付照護提升費，B 及 C 診所內醫師若皆有參加 P4P 或完成 DM/CKD 受訓，B 及 C 診所仍可支付照護提升費。惟甲醫療群之照護提升費無法優先保障一點一元。 (三) 若眼科、復健科、耳鼻喉科等院所之醫師有依病人疾病樣態完成教育訓練，且本署有收載其檢驗(查)數據，若該診所照護個案控制良好，且符合本項所訂其他支付條件，仍得支付照護提升費。	113 年修訂事項 QA，配合 114 年計畫修訂，<u>配合 115 年計畫修訂</u>
(二) 糖心腎症候群整合照護提升費是以「醫療群」或「診所」為單位計算撥付？	糖心腎症候群整合照護提升費係由健保署以診所為單位統一計算及撥付，不需由醫療群做分配。	113 年修訂事項 QA，配合 114 年計畫修訂

(三) 現行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，係將 UPCR 列為 CKD 病人之追蹤管理必要檢驗項目，是否家醫計畫之 CKD 病人得以 UPCR 檢驗結果判斷是否進步或控制良好？	(一) 考量現行部分 CKD 病人同時被家醫計畫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收案，又 UACR 及 UPCR 之檢驗目的相近，爰家醫計畫中，<u>未同時具有 DM 之 CKD 病人除原計畫規定 UACR 外，另得以 UPCR 之檢驗結果判斷是否進步或控制良好，前述控制良好範圍為<150mg/gm，進步則比照現行計畫規定認定。若個案同時具有 DM，則須以 UACR 判斷。</u> (二) <u>觀察指標-「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」亦適用上述說明。</u>	113 年修訂事項 QA，配合 114 年計畫修訂，<u>補充 UACR 適用範圍</u>
(四) 114 年計畫修訂控制良好定義為最後一次或當年度半數以上檢驗結果位於控制良好範圍，請說明當年度半數以上的認定方式。	(一) 以 HbA1c 為例，若個案當年度有 4 筆 HbA1c 檢驗數值，即 2 筆(含)以上 HbA1c 數值達控制良好，即認定為控制良好。 (二) 「糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率」亦適用上述說明。	114 年新增
(五) <u>UACR 良好控制定義為 UACR < 30 mg/g，僅以單一絕對值作為評估標準，可能無法充分反映醫療團隊於腎臟保護及疾病改善上的實際成效。</u>	<u>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。(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。)</u>	<u>115 年新增</u>
(六) <u>今年已過一半，前測的起算時間、達標獎勵是否會回溯到前半年？時間切點為何？</u>	(一) <u>家醫計畫係為提供全人、全程之整合性照護，爰計畫生效起日皆溯自 1 月 1 日起生效。</u> (二) <u>有關控制良好定義，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。</u> (三) <u>另進步定義，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。</u>	<u>115 年新增</u>
(七) <u>原 P4P 已收案病人轉入家醫後，原 P4P 已做的檢驗、追蹤是否可沿用？1-6 月 P4P 品質獎勵費是否會給？</u>	(一) <u>本計畫為提升三高等慢性病人之照護品質，提供糖心腎症候群整合照護提升費，爰本計畫與 P4P-DM/CKD/DKD 整合，重複收案個案統一由本計畫照護，並支付糖心腎症候群整合照護提升費，惟同一個案不得重複領取 P4P 品質獎勵金。</u>	<u>115 年新增</u>

	(二) <u>本項費用檢驗(查)資料範圍為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，已將原 P4P 收案時檢驗結果納入資料計算範圍。</u>	
七、A→糖尿病人胰島素注射獎勵費		
(一) 本項費用適用 <u>2.0 醫療群 DM 收案會員</u>→支付條件是否包含醫師須完訓 <u>2.0DM 相關教育訓練</u> 課程？ (二) 是否限收案診所或群內注射才算？還是有打就好(含群外診所、合作醫院、非合作醫院)？	(一) 醫師須完成<u>家醫 2.0DM 相關</u>教育訓練才具「糖尿病人胰島素注射獎勵費」獎勵條件。若 A 診所包含 a、b、c 等 3 位家醫計畫參與醫師，其中一位需接受 DM 或 DM(含 CKD)教育訓練，卻未完成受訓，則 A 診所不支付本項獎勵(意即診所內符合<u>家醫 2.0 需 DM/CKD 相關</u>教育訓練之醫師，皆須完成受訓)。 (二) 參考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，本項獎勵費用計算來源限該個案之收案診所。	114 年新增，補充完成家醫 2.0 教育訓練之認定方式， <u>配合 115 年計畫修訂</u>
八、九→生活習慣自評獎勵費		
(一) 請問需要填寫哪些項目？要到哪個系統登錄？有批次上傳的功能嗎？	本署規劃 由民眾自行至健康存摺自填生活習慣量表， <u>或由診所於 VPN 協助民眾填寫生活習慣量表爰診所不用填報（未來將持續規劃填報方式）。</u> 俟健康存摺之生活習慣評估量表建置完成， 將再周知各分區轉醫療群鼓勵收案會員填寫。	114 年新增， <u>依現況酌修文字</u>
(二) 本費用支付方式提及 1. 醫師透過大平台查閱，是指必須要有登錄大平台的紀錄嗎？會定期回饋大平台的登錄紀錄嗎？ 2. 提供諮詢及解析者，是否需要提供諮詢紀錄佐證？ 3. 如已填寫自評表但未完成上述 2 個條件者，則不支付本項費用嗎？	(一) 個案之生活習慣自評結果將於家醫大平台呈現，預計於 114 年 6 月上線。 (二) 本項獎勵條件為收案之三高病人完成生活習慣自評，且收案診所於家醫大平台查閱該個案之自評結果並提供所需衛教及諮詢，<u>但若為收案診所於 VPN 協助個案填寫生活習慣量表，並於當下提供個案所需衛教及諮詢，則無需再登錄家醫大平台查閱該個案之生活習慣評估結果。</u>	114 年新增， <u>依現況酌修文字</u>
九、<u>績效獎勵費</u>		
(一) <u>115 年新發生符合 P4P-DM/CKD 收案條件之個案申報 Q 碼後，是否納入家醫計畫績效獎勵費計算？</u>	(一) <u>本計畫績效獎勵費係為鼓勵社區醫療群持續提供以病人為中心之整合性照護，並以照護品質及照護成效作為獎勵依據。考量慢性病照護需透過持續性個案管理、定期</u>	<u>115 年新增</u>

	<u>追蹤及相關檢驗監測等完整照護歷程，經一定期間持續照護後，始能客觀評估照護品質及成效。</u> <u>(二) 因此，115年新發生符合 P4P-DM/CKD 收案條件，並於第 4 季申報 Q 碼之個案，因當年度照護期間較短，尚未完成完整照護流程，亦不足以觀察及評估相關品質指標之達成情形，不納入當年度家醫計畫績效獎勵費計算。惟醫師仍應依計畫規定持續提供個案完整照護，以維持照護之連續性及完整性。</u>	
<u>(二) VC-AE 有排除肝炎用藥嗎？</u>	<u>目前 VC-AE 未排除肝炎用藥，並自 115 年起排除愛滋病用藥，後續將檢討 VC-AE 計算公式，以確實呈現醫療群照護成效。</u>	<u>115 年新增</u>
十、評核指標		
(一) 疫情期間，結構面指標之個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導及病房巡診之場次及每月觀摩會議可否從寬認定？個案研討、社區宣導及每月觀摩會議等因涉及集會之活動是否可延續 110 年度採視訊會議？仍每月至少須辦理 1 場嗎？	為因應嚴重特殊傳染性肺炎，避免集會群聚感染，同意放寬至 112 年第一季得採視訊方式辦理，惟須檢附相關證明文件(如視訊截圖、會議紀錄及簽到表等)並經分區業務組認可始納入計算。並配合 112 年 3 月 20 日起 COVID-19 防治措施調整，自 112 年 4 月 1 日起回歸家醫計畫原規範辦理，不得再以視訊方式執行。	112 年 QA-18
(二) 糖尿病會員胰島素病人注射率之操作型定義。	一) 本項指標之分母：會員門診主診診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數(糖尿病為任一主診診斷之 ICD_10_CM 前三碼為 E08-E13 之門診案件；糖尿病用藥為 ATC 前三碼為 A10)。 二) 本項指標之分子：糖尿病會員於西醫基層胰島素注射天數$\geq$28 天之人數(胰島素注射(Insulins)ATC 前五碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE)。	112 年 QA-21
(三) 會員急診率(分子:會員急診人次/分母:會員人數)，請問會員急診人次是扣除經轉診後人次，還是只要掛急診就算？	會員急診率會員急診人次之計算，僅排除外傷案件、 <u>UCC 案件</u> ，未扣除經轉診後之人次。	112 年 QA-22， <u>配合 115 年計畫修訂</u>

(四)「初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢之檢驗檢查執行率」之操作型定義?	(一) 本項指標之目的為早期發現初期慢性腎臟病患者。 (二) 本項指標之分母：會員門診主診診斷為初期慢性腎臟病之人數，初期慢性腎臟病之定義則依據全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部品質支付服務第三章初期慢性腎臟病問答集中新收案條件之慢性腎臟疾病所列之診斷碼。 (三) 本項指標之分子：會員於西醫基層執行初期慢性腎臟病之檢驗人數，申報 ACR(12111C+09016C)或 PCR(09040C+09016C、06012C、06013C)任一檢查。 (四) 分子及分母日期區間係採計執行計畫期間之費用年月申報資料。	112 年 QA-23
(五)「會員固定就診率」計算之會員在群內(含合作醫院)之西醫門診固定就診率$\geq$「當年較需照護族群 65 百分位且$\geq 50\%$」，得 10 分之計算依據?	係會員之西醫門診固定就診率需$\geq$「當年較需照護族群 65 百分位」且西醫門診固定就診率$\geq 50\%$者，得 10 分	112 年 QA-24
(六)自選指標(一)「提升社區醫療群品質」，需辦理一場(含)以上健康管理活動，或每月辦理學術演講活動提升社區醫療群醫療品質，檢附之佐證資料為何?主題內容及時間等規範為何?活動應與當地主管機關(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，其他學公會是否可以?	(一) 本項指標訂定目的在於希望醫療群能夠做到跨群分享及觀摩，用以作為群內改善之依據。或是將其成果分享給未參與計畫之診所，增加診所於未來加入團隊之誘因。 (二) 學術演講活動，係考量醫療群的表現績效如不足以讓其他單位觀摩，至少可以藉由一些學術活動，提升群的照護品質；定期辦理之頻率應每月至少一次，辦理期間為計劃執行起訖期間。 (三) 佐證資料如活動議程、內容、簽到單、照片等資料。 (四) 為達跨群分享及觀摩，作為群內改善之依據，觀摩活動應與分區業務組、衛生局、家庭醫學醫學會或醫師公會合作並公開透明，合辦單位應為與本計畫相關之學公會為主。	112 年 QA-27
(七)自選指標(四)「糖尿病病人眼底鏡檢查」，如果轉介到醫療群外的診所做檢查，會列計成績嗎?	(一) 本項指標係採用 DA 指標，分子：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行眼底檢查或眼底彩色攝影檢查人數；分母：門診主診診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。	112 年 QA-28

	(二) 故按前述指標定義，本項指標係採計醫療群內之診所，有執行眼底檢查或眼底彩色攝影檢查人數。	
(八)加分項(二)「醫療群醫師支援醫院指標」： 1. 報備支援醫院每月執行業務之操作定義及是否今年度支援醫院之月份大於6個月即能申請該指標分數 2. 「醫院無該科別之支援方得計分」，應檢附哪些佐證資料？支援開刀房部分是否比照無該科別方可得分之規定嗎？如果該醫院部分科別之醫生人數招聘不足，須由醫療群醫師報備支援，是否可列入計分？請問要怎麼查詢醫院當初設置時就有這項科別？社區醫療群醫師支援醫院(醫院無該科別之支援方得計分)？支援醫師為次專科別之特別門診是否可列入(如小兒內分泌科)？	本項指標係為強化診所與醫院間垂直合作，且計畫之宗旨為提供病人連續性之照護。 (一) 爰社區醫療群醫師於計畫執行起訖期間每月定期支援醫院，並提供如報備支援之醫院核定資料及門診時刻表等佐證資料，方可得分。 (二) 請診所檢附支援醫院之門診時刻表、手術排班表進行佐證得納入計分。部分科別之醫師人數招聘不足，或特殊次專科支援等情形，請醫療群提供該醫師支援前後之門診時刻表差異等資料，以茲證明該醫院新增該支援醫師服務，方得納入計分。	112 年 QA- 29,30
(九)加分項(三)轉介失智症病人至適當醫院就醫或轉介社會福利資源協助，並留有紀錄者，如何認定及需提供什麼佐證資料？佐證資料之評估量表是否仍需要有 CDR 或 MMSE 評估，其他篩檢量表是否能認定？是否有限專科別？確診之失智病人轉介至非診所所在縣市失智共同照護中心，是否可納入計分？(因與子女居住照護地緣性有跨縣市問題)？針對疑似但非確診為失智症轉介均可採計嗎？	(一) 由醫療群提供轉介失智症病人之資料，計畫執行期間轉介個案一位以上且留有紀錄即得分。 (二) 佐證資料無格式規定，由醫療群提供可供認定轉介資料即可(如轉診單、確診診斷證明書、CDR$\geq$1 分或 MMSE$\leq$23 分之評估量表等)。 (三) 另依據全民健康保險藥品給付規定，失智症治療藥品限由神經科或精神科醫師診斷及處方，並需檢附 MMSE 或 CDR 智能測驗做為佐證資料者；本項加分項如佐證資料為評估量表(MMSE 或 CDR 智能測驗)，仍應依前述藥品給付規定，評估量表應由神經科或精神科醫師診斷及開立。 (四) 協助疑似或確診失智症者優先轉介至診所所在縣市失智共同照護中心、轉至適當醫院就醫，或轉介社會福利資源協助，並留有紀錄，且轉介個案應為失智症確診個案，得納入計分。	112 年 QA- 31，補 充說明 社會福 利資源 判斷方 式

	(五) 考量社會福利資源涵蓋範圍廣泛，分區業務組將依醫療群提供的轉介紀錄，就轉介單位提供之服務是否屬社會福利基本法所列社會福利項目，判斷是否屬「社會福利資源」。 (六) 如因失智症個案居住地原因轉介至非診所所在地之失智症共同照護中心，請診所提供佐證資料方得納入計分。	
(十)有關「同院所同日就診率：收案會員同院所同日再就診率<0.015%」： 1. 指標列計是否包含合作醫院？少數會員因病於醫院同日看診多科別。 2. 若同家診所所有2位不同醫師看診，且皆申報醫療費用，是否屬同院所同日再就診？ 3. 同院所同日就診計算邏輯，是否依院所申報診察費之件數計算？	(一) 同院所同日就診率係依西醫基層總額支付制度品質確保方案新增。不包含合作醫院；僅計算收案會員於個別診所同日再就診情形。 (二) 本指標計算排除代辦案件及診察費為0之案件；如於同診所就診且申報兩筆以上診察費者，將納入同日就診率計算。	112 年 QA-33
(十一)「B、C 肝炎篩檢率」之分子是僅列計基層診所執行量，或含有醫院執行量？<u>請問曾經做過是指國健署的 IC29,還是曾做過健保給付的品項亦算(只要曾經有報告上傳)?</u>	B、C 肝炎篩檢率之分子，醫院及西醫基層診所執行量皆會列計。<u>另「完成 B、C 型肝炎篩檢之會員人數」係依國民健康署成人預防保健服務相關規範認定及計算。</u>	113 年 修訂事項 QA， <u>115 年補充分子認定方式</u>
(十二) 檢驗(查)結果即時上傳率： 1. 計算方式為何？ 2. 分子計算3日內上傳，從何時起算呢？例如即時查詢方案的上傳獎勵是從「報告日期之時效內」	若為診所交付給檢驗所但仍由診所申報計價費用之案件，其納入申報診所計算，即以誰申報誰上傳方式計算。另檢驗檢查上傳資料將以現檢驗(查)結果上傳格式中「醫令調劑方式」及「原開立處方醫事服務機構代碼」納入原處方服務機構計算。計算方式：以社區醫療群之「檢驗(查)結果即時上傳醫令數」除以「檢驗(查)結果申報醫令數」之比率$\geq 70\%$即達目標。 比照即時查詢方案，以報告日期起計算時效。	113 年 修訂事項 QA， 另將 112 年 QA 之 檢驗 (查)結 果上傳 率的說 明併入

(十三) 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： 1. 前 4 項活動原由分區審核後提報署彙整，惟應無須醫療群提供疫苗施打佐證資料，是否由署統一擷取申報資料或請 CDC 提供名單後計算得分？ 2. 請問本指標兩項條件配分(共照 4 活動+疫苗)為何？	(一) 本署會與疾管署介接疫苗施打相關資料，爰無須請醫療群佐證是否有提供 COVID-19 或肺炎鏈球菌疫苗施打。 (二) 本項指標需兩項得分條件皆達成才得計分，爰若醫療群未提供 COVID-19 或肺炎鏈球菌疫苗施打，本項指標不計分。	114 年新增，酌修文字
(一) <u>個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診、提供疫苗施打規定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，且年度內每位醫師至少應參與本項活動達 6 次(含)以上。但 115 年家醫計畫於 115 年 6 月 26 日公告，新加入之醫師無法在年度內參與本項活動達 6 次，評分標準是否有調整？</u>	<u>考量 115 年家庭醫師整合性照護計畫於 115 年 6 月 26 日公告，且計畫申請截止日為 115 年 7 月 31 日，新加入醫師實際參與計畫期間約 5 個月，爰 115 年新加入之醫師，本項評核指標調整為年度內至少參與個案研討、共同照護門診、病房巡診、社區衛教宣導或提供疫苗施打等活動 4 次(含)以上。</u>	115 年新增
十一、糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率		
(一) 指標成績列計之對象，是否為有被 DM/CKD/DKD 計畫收案之家醫會員或是該家醫會員只要有相關疾病診斷碼就能列計？	本署係以收案會員前一年之就醫資料判斷是否屬 DM/CKD/DKD 個案，爰不限於 P4P 收案個案。 本署係以收案會員前一年之就醫資料判斷是否屬 DM/CKD/DKD 個案，並以前三年就醫資料判斷個案之 ASCVD 風險，爰不限於 P4P 收案個案	113 年修訂事項 QA，配合 114 年計畫修訂
(二) 請問同一會員是否可同時列計於三項檢驗項目(HbA1c、LDL、UACR)的分母？	符合各項檢驗項目控制良好(或進步)占率之分母條件者，即可列計，爰若個案具有 DM，且非為自收個案，則可列計為三項檢驗項目(HbA1c、LDL、UACR)之分母。	113 年修訂事項 QA，配合 114 年計畫修訂
(三) 檢驗數據係以院所即時(於 3 日內)上傳之檢驗數據為主，還是於年度成績結算前，有上傳當年度的檢驗數據皆可採納？	於當年度結算前，有上傳的當年度檢驗數據(以檢驗日期認定)皆會採納。又本項指標自 114 年起，資料範圍為健保特約醫事服務機構、	113 年修訂事項 QA，

	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。	配合 114 年 計畫修 訂
(四) 檢驗項目進步定義為後測-前測 <0，請問前後測如何定義呢？是指當年度檢驗上傳的第一筆及最後一筆嗎？	(一) 按計畫規定：檢驗項目進步定義如下：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。 (二) 符合上述條件下，後測為當年度最後一筆資料(以檢驗日期認定)，與後測間隔 84 天(含)以上之任一筆檢驗數值相比有進步者，即可視為進步。	113 年 修訂事 項 QA， 配合 114 年 計畫修 訂(刪除 僅 113 年適用 文字)
(五) 糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率」是否會比照「三高風險控制率」於 ICM 系統建置達成情形供各分區下載使用？	因「糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率」係由本署健保資料庫計算，與「三高風險控制率」相異(由診所自行登打)，爰與其他評核指標併同產製指標計算結果，不另於 ICM 提供明細下載。	113 年 修訂事 項 QA， 配合 114 年 計畫修 訂
(六) 有關「糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率」指標，列入計算的對象是僅有交付會員中的 DM/CKD/ASCVD(風險等級達非常高或極高)會員，還是全部(交付+自收)會員中的 DM/CKD/ASCVD(風險等級達非常高或極高)會員呢？	「糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率」指標之分母及分子，皆會排除自收個案。	113 年 修訂事 項 QA， 配合 114 年 計畫修 訂
(七) 若診所未完成 DM/CKD/DKD 教育訓練，除不支付照護提升費外，是否會影響「糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率」指標？即該診所之 DM/CKD/DKD 病人是否仍可列入指標計算？	因「糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率」指標係以醫療群做計算，爰若診所未完成 DM/CKD/DKD 教育訓練，其收案之 DM/CKD/DKD 病人仍可列入指標計算。	113 年 修訂事 項 QA， 配合 114 年 計畫修 訂

(八) 若 CKD/DKD 個案於年初進行 UACR 檢驗，檢驗結果為正常值，請問間隔 84 天後還需要再做一次 UACR 作為後測嗎？或得以年初檢驗值的做為年度最後一次檢驗，並依控制良好定義符合得分標準呢？	(一) 參考糖尿病臨床照護指引及本保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第三章規定，彙整 HbA1c、LDL 及 UCAR 建議檢測頻率如附件 1。 (二) 家醫計畫之「糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率」之控制良好判斷方式：當年度最後一次（或當年度半數以上）檢驗結果位於控制良好範圍。有關當年度最後一次，參考上述建議檢測頻率，定義如下： 1. 當年度最後一次檢驗結果應於當年度 7 月 1 日後，且檢驗直達控制良好範圍。 2. DM 病人之 LDL 若於當年度 7 月 1 日前之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。 (三) 「糖心腎症候群整合照護提升費用」比照上述說明認定最後一次檢驗結果是否達標。	113 年修訂事項 QA，配合 114 年計畫修訂，<u>酌修文字</u>
(九) 檢驗項目值（HbA1c、LDL、UACR）是否會採計成人預防保健之檢驗結果？	經檢視現行僅有 LDL 為成人預防保健項目，且本署已有收載成人預防保健結果檔，爰成人預防保健結果為 LDL 之採計來源之一。	113 年修訂事項 QA
十二、綜合問題		
(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」<u>→及完成訓練之家醫 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「糖心腎症候群整合照護提升費」</u>後，其餘費用採浮動點值支付，現行失智症諮詢費是隨每月費用申報進來，屆時年度結算如本計畫點值低於各業務組浮動點值，是否進行追扣？	是。	112 年 QA-34，配合 114 年計畫修訂，<u>配合 115 年計畫修訂</u>
(二) 若原疾病樣態為 DM 病人，幾個月後因病情轉變，診斷及用藥符合 CKD 疾病，最終是類病人之 DM/CKD 提升費係以 600 元/年計算，或改以 1100 元/年計算？	因病人健康狀況會隨時間改變，考量病人疾病樣態將影響醫師須上課種類、糖心腎症候群整合照護提升費支付額度、糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率之分母列計範圍，爰統一皆以個案前一年之就醫情形判斷其疾病樣態	113 年修訂事項 QA，配合 114 年

承上題，若院所原因僅收 DM 病人，所以只需上 8 小時 DM 的教育訓練，但若後續 DM 病人經病程變化為 DKD 病人，院所是否還需再補 6 小時 CKD 教育訓練？	(ASCVD 之風險等級則係以個案前三年就醫情形判斷)。	計畫修訂
(三) 若院所中途退出，以下費用是否仍有給付呢？ 1. 個管費之個人健康資料加成費、特定疾病追蹤管理加成費 2. 糖心腎症候群整合照護提升費、糖尿病病人之胰島素注射獎勵費、生活習慣自評獎勵費	(一) 現行計畫規定，若診所或醫師於參與計畫期間中途退出，依承作月份按比例核付個管費，其餘費用則不予支付。 (二) 按上述規定，若診所或醫師於中途退出，糖心腎症候群整合照護提升費、糖尿病病人之胰島素注射獎勵費、生活習慣自評獎勵費皆不予支付。 (三) 另為鼓勵診所完整追蹤具 2 種以上特定疾病個案，爰須完整照護一年者，才予給付<u>特定疾病追蹤管理加成費特定疾病照護-定期檢驗(查)達成加成費</u>，若診所或醫師或個案於參與計畫期間中途退出，不予支付。 (四) 個人健康資料加成費部分，若診所/醫師於參與計畫期間，確實有完成個人健康資料上傳，則將全額支付。	114 年新增，<u>配合 115 年計畫修訂</u>
(四) <u>現行 P4P 透過 VPN 進行臨床照護資料登錄，計畫整合後是否需持續登錄資料？</u>	(一) <u>為降低院所行政作業，本計畫未要求院所需於個案收案及追蹤管理時於 VPN 登錄各項檢驗(查)資料，係以全國院所上傳之檢驗(查)結果作為指標計算依據。</u> (二) <u>查 P4P 現行登錄資料係以各項檢驗(查)資料為主，考量本署前已透過「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」鼓勵醫療院所上傳檢驗結果，且本計畫自 114 年起鼓勵院所上傳個人健康資料，爰 VPN 資料無須再登錄 P4P 個案追蹤照護資料。</u>	<u>115 年新增</u>
(五) <u>家醫計畫與 P4P-DM/CKD/DKD 整合後，P4P 院所之糖尿病共同照護網資格是否需要維持？一定要繼續聘衛教師嗎？執行內容一致？</u>	(一) <u>「追蹤管理加成費」適用對象為本計畫參與院所且原「已參加 P4P-DM/CKD/DKD 方案」，爰院所應維持糖尿病共同照護網資格，而共照網規範之團隊須含認證合格之護理衛教與營養衛教人員。</u> (二) <u>本計畫與 P4P-DM/CKD/DKD 整合，重複收案個案統一由本計畫照護，惟院所仍應比</u>	<u>115 年新增</u>

	<u>照 P4P 方案規範辦理，如具備符合資格之團隊人員、個案照護方式及內容、定期追蹤執行相關檢驗（查）。</u>	
<u>(六) 如果個案由二家不同診所收為 DM 及 CKD 照護，那誰可以收為家醫，另一個還可以申報 P4P 方案的費用嗎？</u>	<u>(一) 依本計畫個案交付原則，若個案已納入 P4P-DM、P4P-CKD 或 P4P-DKD 照護計畫，且收案診所前一年度有參與家醫計畫，則優先交付予該診所收案；交付順序依序為 P4P-DKD、P4P-DM 及 P4P-CKD 收案診所。</u> <u>(二) 家醫收案診所應提供會員整合性醫療照護服務，並向會員充分說明整合照護之目的與效益，鼓勵會員於同一家診所接受 DM 及 CKD 相關照護，以提升照護連續性及整合效益。</u> <u>(三) 如會員無意願於家醫收案診所接受 DM 或 CKD 照護，而由其他診所持續提供 P4P-DM 或 P4P-CKD 照護服務，且該診所未參與家醫計畫，則仍得依各 P4P 方案相關規定辦理收案及申報費用。</u>	<u>115 年新增</u>
<u>(七) P4P-DM/CKD/DKD 方案可由來自 B 診所之支援醫師於 A 診所看診、收案，並由 A 診所如實申報支援醫師提供方案服務之費用；請問家醫計畫整合 P4P 後，支援醫師(具 P4P 資格)於家醫診所完成家醫會員看診及用藥，可申報家醫之追蹤管理加成費及糖尿病新收案整合照護費嗎?(家醫會員若屬於支援醫師 P4P 收案個案，個案習慣找原看診醫師，不會隨意變更醫師，故臨床作業會有問題)。</u>	<u>(一) 本計畫係讓病人能於同一家診所接受整合性醫療照護，並藉由基層診所與合作醫院共同組成「社區醫療群」，提供周全性、協調性且連續性的社區醫療服務。</u> <u>(二) 有關追蹤管理加成費及糖尿病新收案整合照護費，支付規範如下：</u> <u>1. 追蹤管理加成費適用於 115 年本計畫參與院所且原已參加 P4P-DM/CKD/DKD 方案，其收案個案已於診所進行 P4P 收案照護。每次就醫之主、次診斷及用藥符合該疾病者。</u> <u>2. 糖尿病新收案整合照護費支付條件為 115 年已符合 P4P-DM 收案條件：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診斷及用藥應符合糖尿病者，即不限看診醫師是否為收案醫師。</u>	<u>115 年新增</u>
<u>(八) 目前 P4P 個案之照護流程，已透過 P 碼制度明確規範，醫療團隊需依據既定照護內容與時</u>	<u>(一) 為使 P4P 參與診所所有充足時間修正申報方式，自 115 年 8 月起新增之支付標準項目「追蹤管理加成費」及「糖尿病新收案整</u>	<u>115 年新增</u>

<u>程，進行個案追蹤檢查、衛教與治療，同時將相關臨床數據進行系統 Key-in。此一制度不僅可確保照護品質，也有助於後續資料分析與品質監測。</u> 1. <u>P4P 個案就診申報方式，是否維持現行 P 碼申報方式？</u> 2. <u>追蹤管理加成費及糖尿病新收案整合照護費申報時之案件分類及特定治療項目為何？</u>	<u>合照護費」，並於 115 年 7 月得雙軌並行。</u> (二) <u>為區隔本計畫及 P4P 收案資料，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「Q」(不計價)進行申報(附件 2)，案件分類及特定治療項目比照原 P4P-DM/CKD/DKD 申報方式。</u> (三) <u>考量現行院所上傳檢查驗比率逾 9 成，為減輕行政負荷，整併後無須至 VPN 登打 P4P 資料，相關追蹤管理資料已於家醫大平台呈現，院所可透過平台進行個案追蹤管理。</u>	
(九) <u>P4P 病人不是我的家醫會員，可以申報 Q 碼嗎？還是非會員要用 P 碼？</u>	(一) <u>115 年本計畫收案作業後，新發生符合 P4P-DM/CKD 收案條件之個案，經確認尚未被其他 P4P-DM/CKD 或家醫院所收案照護，即可申報糖尿病新收案整合照護費 Q1407C、CKD 新收案申報 Q4301C，並將個案收案至本計畫照護，後續可依規申報「追蹤管理加成費」。</u> (二) <u>院所如要查詢個案是否被其他 P4P-DM/CKD 或家醫院所收案，現行已於健保醫療資訊雲端查詢系統各頁籤最上方固定之摘要區及「摘要頁籤—病人資訊」呈現個案被 P4P-DM/CKD/DKD 收案情形，未來本計畫收案情形亦規劃比照上述方式呈現。</u> (三) <u>另囑於 115 年進行本計畫與 P4P-DM/CKD/DKD 計畫整併，原 P4P 參與院所如參與本計畫後，即不得申報 P4P-DM/CKD/DKD 相關 P 碼。</u>	<u>115 年新增</u>
(十) <u>目前合理門診量排除項目包含 P4P-DM/DKD，115 年家醫計畫與 P4P-DM/CKD/DKD 整合後，是否會影響原先合理門診量之計算方式？</u>	<u>有關合理門診量排除設定，本計畫新增支付標準項目 Q1407C、Q1408C 及 Q7001C，納入合理門診量排除項目（自費用年月 115 年 7 月起），以維護計畫整合前後之制度一致性及院所權益。</u>	<u>115 年新增</u>
(十一) <u>115 年起家醫計畫與 P4P-DM/CKD/DKD 擇一參加，參與家醫計畫之院所，未參加 P4P-</u>	(一) <u>DM：比照原 P4P-DM 規範，醫事機構須組成照護團隊，醫事人員並經地方政府共同照護網認證後，向各分區業務組申請本計畫同意。(115 年參與本計畫之院所，其原</u>	<u>115 年新增</u>

<u>DM/CKD/DKD，如何判定其 P4P 資格？</u>	<u>P4P-DM 參與人員，若共同照護網認證至今年底仍有效者，由本署統一轉檔至本計畫參與人員。)</u> <u>(二) CKD：比照原 P4P-CKD 規範，若非腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師，其他專科醫師需接受保險人認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少六小時，並取得證明後，向各分區業務組報備。</u>	
--	---	--

糖心腎症候群整合照護提升費-檢驗項目說明

[評核指標-糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率適用]

✓ 適用對象：DM/CKD/ASCVD(風險等級達非常高或極高)個案

檢驗項目	建議頻率
	(參考糖尿病治療指引、支付標準第八部第三章、2025 台灣血脂管理臨床路徑規定 ^{註2})
HbA1c	1次 / 3個月
LDL	✓ DM ：1次 / 年，若血脂異常或使用降血脂藥物為1次 / 3~6個月 ✓ CKD(或DKD) ：1次/半年 ✓ ASCVD風險等級達非常高或極高 ：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
UACR	1次 / 半年

註1.僅具CKD的病人，UACR或UPCR擇一列計，UPCR控制良好範圍為<150mg/gm

註2. **HbA1c**、**DM**病人之**LDL**建議頻率參考「糖尿病臨床照護治療指引」；**UACR**及**CKD(或DKD)**病人之**LDL**建議頻率參考「支付標準第八部第三章」、**ASCVD**風險等級達非常高或極高之**LDL**建議頻率參考「2025 台灣血脂管理臨床路徑」規定

- ✓ **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DM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。
- ✓ **糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率之進步定義**：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**。**後測**為當年度最後一筆資料(以檢驗日期認定)，與後側間隔84天(含)以上之任一筆檢驗數值相比有進步者，即可視為進步。
- ✓ 糖心腎症候群整合照護提升費之支付條件及方式、糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率之計算方式詳115年家醫計畫

新增支付標準項目

診療項目 代碼	診療項 支付點數	診療項 實施日期	診療項中文名稱	診療項附註說明
Q1407C	0	115/07/01	糖尿病(DM)_新收案 整合照護費	註： 1.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診斷及用藥應符合糖尿病者)之家醫會員。 2.不得與 P1407C 同時申報。
Q1408C	0	115/07/01	糖尿病(DM)_追蹤管 理加成費	註： 1.115 年家醫計畫參與院所原已參加 P4P-DM 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 DM 者，支付本項，申報新收案後至少須間隔七週才能申報本項，本項每年度最多申報四次，每次間隔至少十週。當次就醫未用藥者不予給付。 3.不得與 P1408C、P7001C、Q7001C 同時申報。
Q4301C	0	115/07/01	初期慢性腎臟病_新收 案整合照護費	註： 1.針對 115 年已符合 P4P-CKD 收案條件(收案前 90 天內曾在該院所就醫，新收案當次就醫之主診斷應符合慢性腎臟病)者。 2.不得與 P4301C 同時申報。
Q4302C	0	115/07/01	初期慢性腎臟病_追蹤 管理加成費	註： 1.申報新收案管理照護費至少需間隔三個月才能申報本項，本項每年度最多申報二次，每次至少間隔六個月。 2.不得與 P4302C、P7001C、Q7001C 同時申報。

診療項目 代碼	診療項 支付點數	診療項 實施日期	診療項中文名稱	診療項附註說明
Q7001C	0	115/07/01	糖尿病合併初期慢性 腎臟病(DKD)_追蹤管 理加成費	註： 1 家醫計畫參與院所原已參加 P4P-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 DKD 者，支付本項，申報新收案後至少須間隔七週才能申報本項，本項每年度最多申報四次，每次間隔至少十週，當次就醫未用藥者不予給付。 3.若個案經申報「糖尿病新收案整合照護費」後，符合 CKD 者，得申報本項；另原 P4P-CKD 收案個案，符合 P4P-DM 收案條件，亦可申報本項。 4.不得與 P7001C、P1408C、Q1408C、P4302C、Q4302C 同時申報。