



113年家庭醫師 整合性照護計畫 修訂重點說明會

中央健康保險署 高屏業務組
113年5月1日



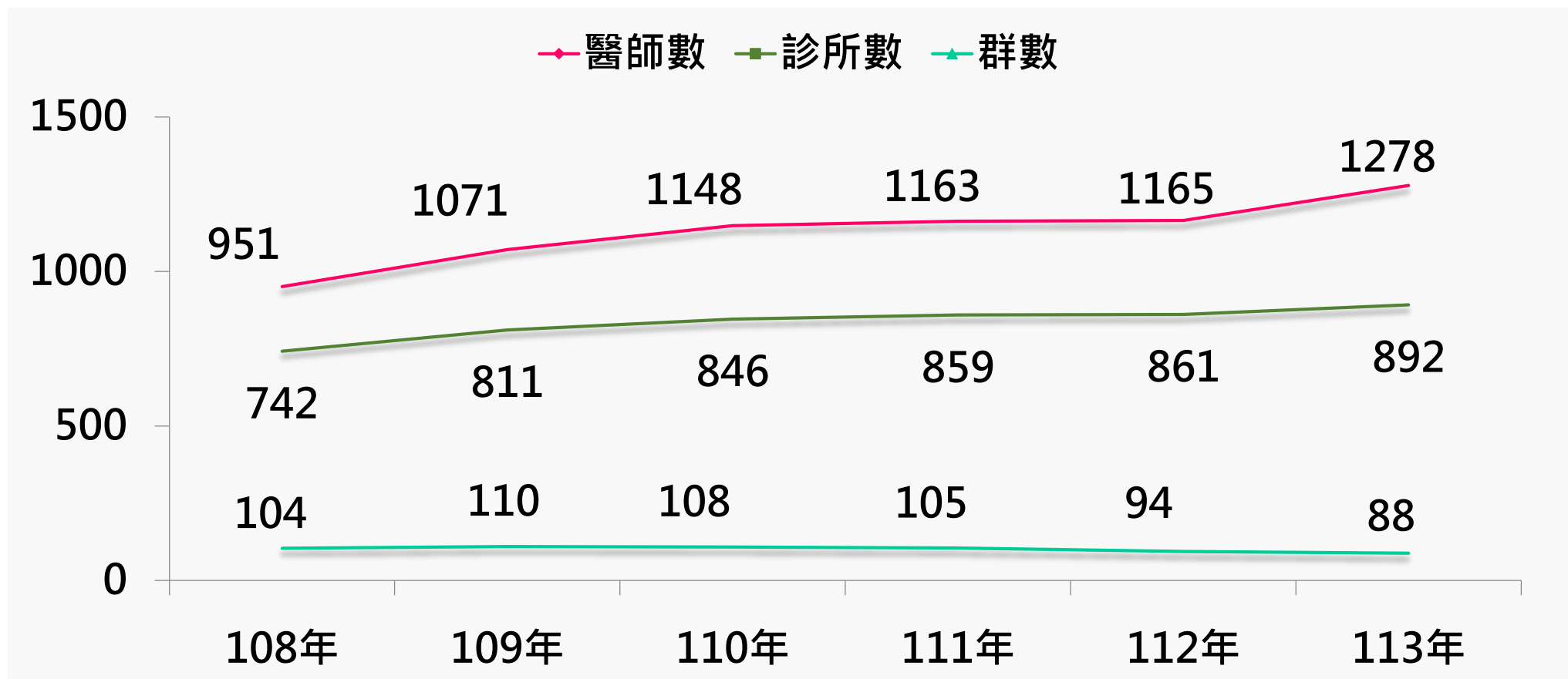


回顧執行成果



歷年參與情形

■ 113年參與醫師、診所數較去年增加113人、31家



備註：資料截至113年4月24日



112年醫療群指標執行結果



分區	特優級 (90分以上)		良好級 (80-89分)		良好級以上 小計		普通級 (75-79分)		輔導級 (70-74分)		不支付 (小於70分)		總計
	群數	占率	群數	占率	群數	占率	群數	占率	群數	占率	群數	占率	群數
臺北	42	33.6%	45	36.0%	87	69.6%	16	12.8%	9	7.2%	13	10.4%	125
北區	25	32.9%	35	46.1%	60	79.0%	8	10.5%	4	5.3%	4	5.3%	76
中區	53	35.3%	45	30.0%	98	65.3%	27	18.0%	12	8.0%	13	8.7%	150
南區	46	45.1%	38	37.3%	84	82.4%	9	8.8%	3	2.9%	6	5.9%	102
高屏	17	18.1%	54	57.4%	71	75.5%(3)	18	19.1%	3	3.2%	2	2.1%	94
東區	5	45.5%	3	27.3%	8	72.8%	2	18.2%	0	0%	1	9.1%	11
總計	188	33.7%	220	39.4%	408	73.1%	80	14.3%	31	5.6%	39	7.0%	558

備註：非112年最終成績(尚有加分項VC-AE未列計)

製表日期：113年4月24日



轄區112年必選指標分數偏低項目

各指標 加權平均得分	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
子宮頸抹片檢查率(5分)	3.82	2.84	3.71	4.17	3.49 ₍₄₎	1.91	3.63
老人流感注射率(4分)	2.30	2.79	2.45	3.18	2.45 ₍₄₎	3.45	2.62
糞便潛血檢查率(7分)	6.62	6.78	5.62	6.46	6.14 ₍₅₎	7	6.27
潛在可避免急診率(4分)	1.54	1.11	0.87	1.84	1.10 ₍₄₎	0.45	1.26
可避免住院率(4分)	1.57	1.26	0.81	1.33	0.81 ₍₅₎	0.64	1.13
會員固定就診率(10分)	4.38	5.38	6.88	5.48	2.52 ₍₆₎	10	5.19



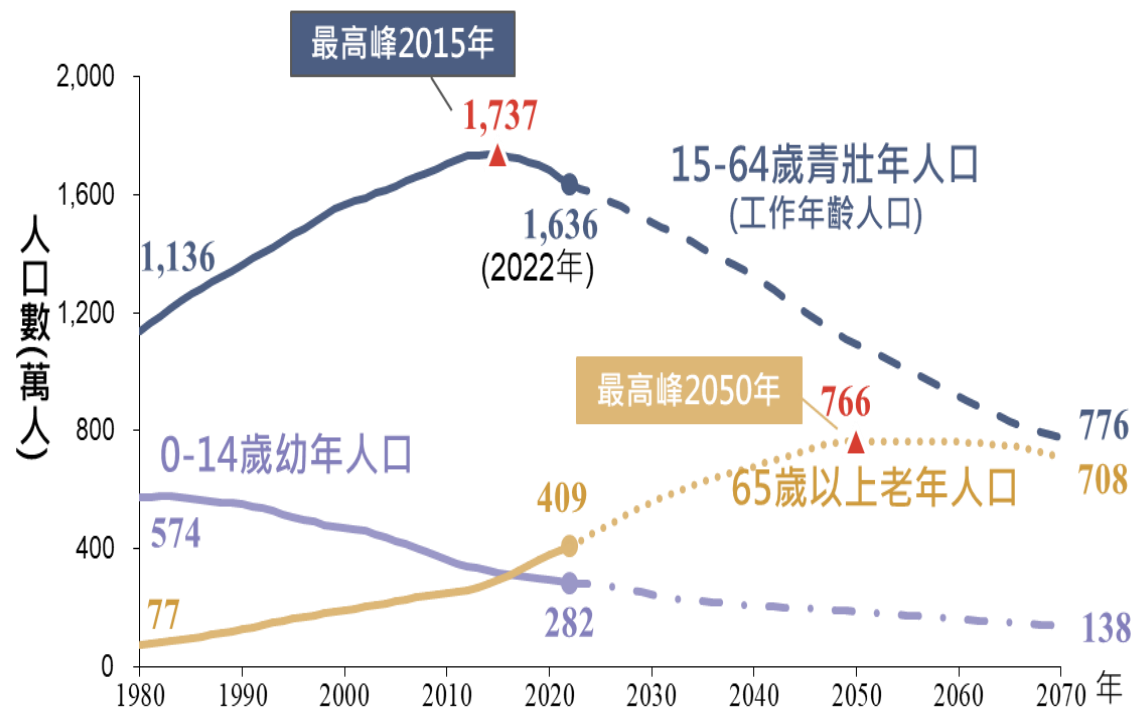
113年計畫說明



2025年邁入超高齡社會

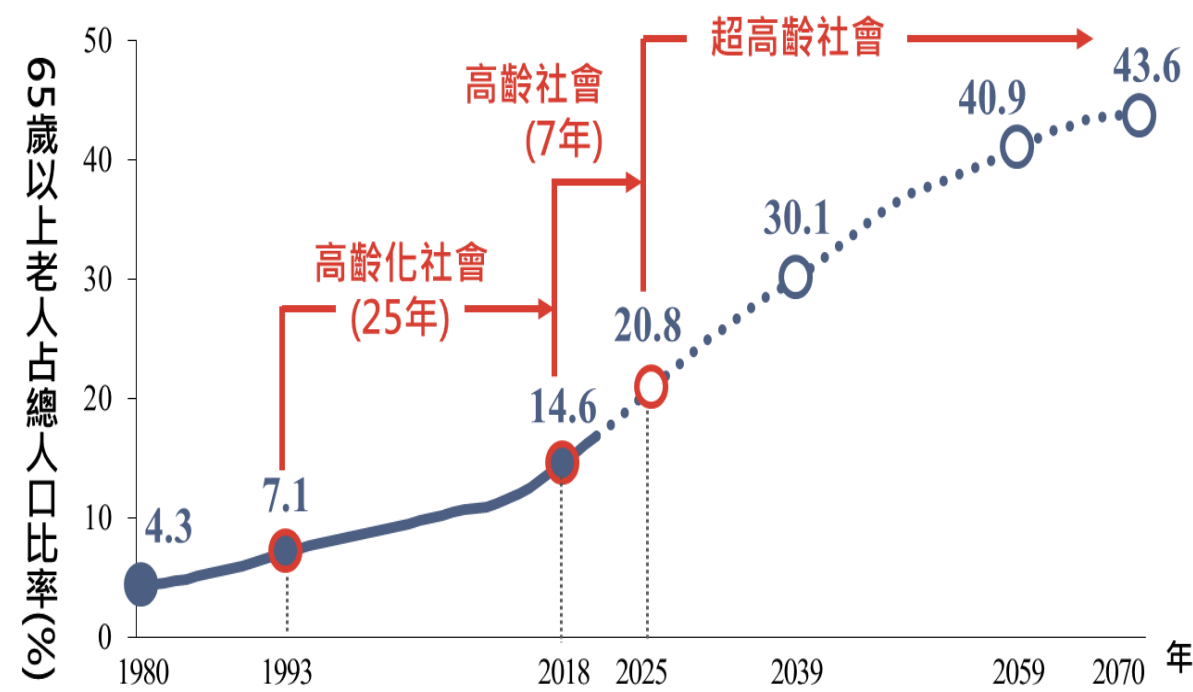
青壯年人口遞減

- 老年人口2017年已超越幼年人口，預估2065年達幼年人口的5倍



老年人口遞增

- 老年人口占總人口比率將持續提高，預估於2039年突破30%，至2070年將達43.6%

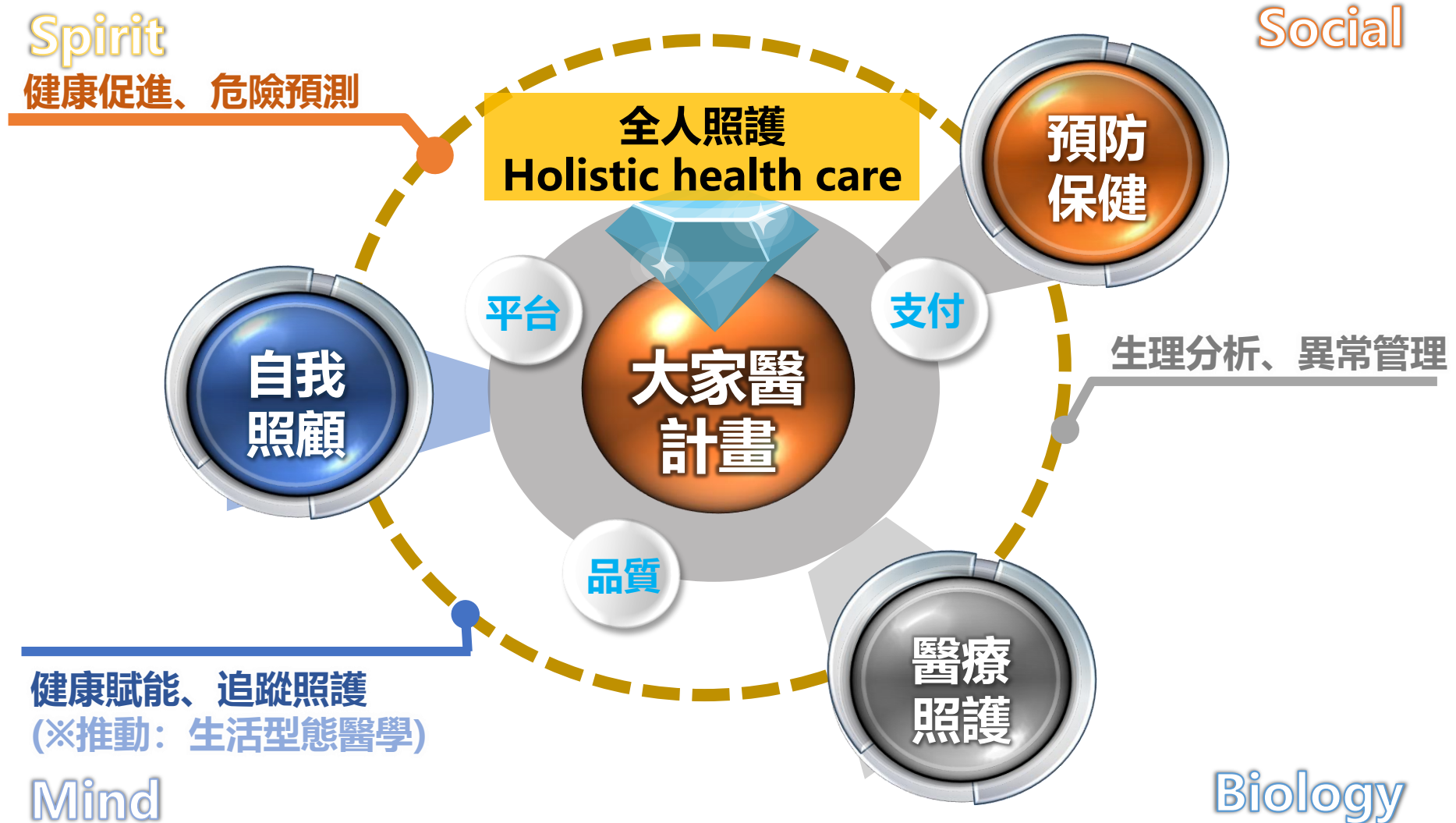


說明：幼年人口最高峰時點為1972年之583萬人，隨後上下波動，並於1984年開始逐年下滑。

資料來源：2022年(含)以前實際值為內政部；2023年(含)以後推估值為國家發展委員會「中華民國人口推估（2022年至2070年）」之中推估，2022年8月。



打造大家醫計畫 實現全人全程照護





計畫改革重點

家醫2.0 慢性整合更全面



雙軌併行

轉型「家醫2.0醫療群」
慢性會員一把罩



費用挹注

獎勵照護糖尿病及慢
性腎病病人良好院所



優先派案

交付會員優先派予參與P4P
方案及代謝症候群計畫診所



教育訓練

非P4P診所需接受
DM/CKD相關課程

◆ 113年全年經費為42.48億元，較112年增加3億元

目錄

CONTENTS



01

家醫2.0醫療群介紹

相關費用、指標操作、參與資格

02

其他修訂重點

收案對象增修、費用支付及評核
指標增修

03

醫療群配合事項

家庭醫師教育訓練、健康存摺會員
收案意願暨滿意度調查、指標查詢



Part 01

家醫2.0醫療群介紹

相關費用、指標操作、參與資格



家醫2.0醫療群介紹

-費用支付

個案管理費

250元/人/年
支付上限：1,080名-1,180名

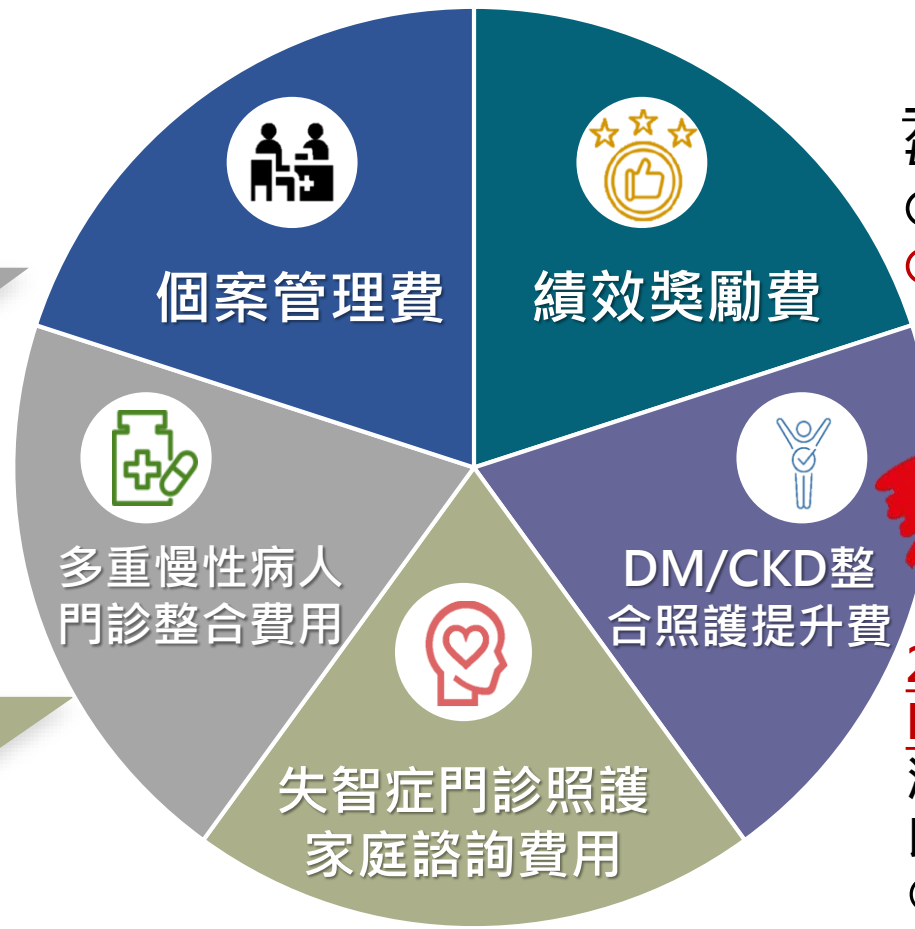
多重慢性病人門診整合費用

會員有2種(含)以上慢性病且每件連處需含2類(含)以上慢性病用藥：

- ① 總處方日份 ≥ 56 日：550點
- ② 總處方日份 ≥ 169 日：1100點

失智症門診照護家庭諮詢費用

同院所每病人每年最多給付2次：
每次300點-500點



績效獎勵費

上限550點/人/年，以下條件之一，
每點1元支付：

- ① 偏遠地區診所群指標分數 ≥ 80 分
- ② **整群完成訓練之家醫2.0醫療群：**
評核指標分數 ≥ 90 分且平均VC-AE/人 > 275 點 $\rightarrow$ 保障1點1元

NEW

DM/CKD整合照護提升費

2.0醫療群中DM/CKD/DKD會員之
HbA1C/LDL/UACR(UPCR)後測-前
測 < 0 或最後一次檢驗結果符合控制
良好範圍：

- ① DM/CKD：250點/人/年
- ② DKD：750點/人/年

備註：整群完訓之醫療群，優先保障每點1元



家醫2.0醫療群介紹

-2.0醫療群結果面指標

NEW



1.0醫療群(未參與2.0醫療群稱之)

- ◆ 適用指標：三高生活型態風險控制率(15分)
- ◆ 得分閾值：

慢性病會員得以控制或改善	得分
200名以上 <u>血壓</u> 得以控制或改善	5分
200名以上 <u>HbA1C</u> 得以控制或改善	5分
200名以上 <u>LDL</u> 得以控制或改善	5分

- ◆ 執行方式：
 - ✓ 限慢性病交付會員，且同一會員不重複計分。
 - ✓ 當年度12月底前自行至VPN登錄前後測資料。



2.0醫療群

- ◆ 適用指標：糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率(15分)
- ◆ 得分閾值：

特定疾病會員控制良好或進步	得分
200名以上DM、DKD會員HbA1C	5分
200名以上DM、DKD會員LDL	5分
50名以上CKD會員UACR(UPCR)、DKD會員UACR	5分

- ◆ 執行方式：
 - ✓ 同一會員可重複計分。
 - ✓ 以群內診所(含交付檢驗所)上傳檢驗(查)數據計算成績(不含合作醫院)。



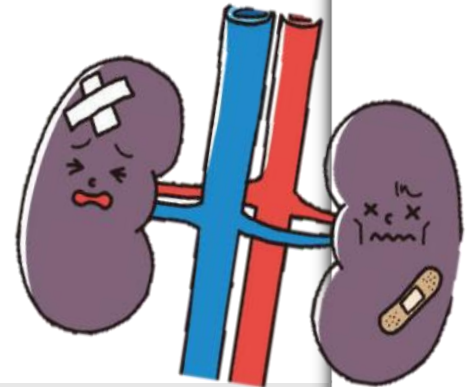
家醫2.0醫療群介紹

-另予整合照護提升費

NEW

糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費

適用對象	「家醫2.0醫療群」之DM/CKD/DKD會員
支付條件	以下檢驗結果有進步(後測-前測<0)或最後一次檢驗結果符合控制良好範圍： ➤ DM病人(250點/人)→監測HbA1C、LDL ➤ CKD病人(250點/人)→監測UACR(UPCR) ➤ DKD病人(750點/人)→監測HbA1C、LDL、UACR 備註：整群完成訓練之醫療群，優先保障每點1元
支付方式	➤ 「家醫2.0醫療群」診所年度結束前須完成相關受訓課程 ➤ 年度已獲P4P品質獎勵金之個案不重複給付





家醫2.0醫療群介紹

-依醫師P4P資格認定不同受訓時數

NEW

■ 醫師收案會員中同時具糖尿病及慢性腎臟病患者為例

醫師身分			未具任一P4P 認證資格		僅具參與 P4P-CKD方案資格		僅具參與 P4P-DM方案資格	
受訓方式			方式1	方式2	方式1	方式2	方式1	方式2
上課時數	第一年	8小時 DM	✓		✓			
		6小時 CKD	✓				✓	
		8小時 DKD		✓		✓		✓
	第二年 起	8小時DM 繼續教育	✓	✓	✓	✓	無須 繼續教育	無須 繼續教育

小撇步

未具有P4P任一疾病認證資格者，得選擇8小時DKD教育課程，省時又簡單！



家醫2.0醫療群介紹

-訓練課程舉辦單位



■ 得辦理糖尿病及初期慢性腎臟病訓練課程單位

得辦理糖尿病(DM)、初期慢性腎臟病(CKD)、糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)
訓練課程單位

中華民國醫師公會全國聯合會(含各縣市公會)

國民健康署公布之糖尿病健康促進機構

台灣醫院協會(含各層級醫院協會)

台灣腎臟醫學會

中華民國糖尿病學會

各縣市衛生局

中華民國糖尿病衛教學會

專科醫學會

台灣醫療繼續教育推廣學會



家醫2.0醫療群介紹

-1.0與2.0醫療群差異彙整

項目	執行內容			費用差異	
	計畫申請時 擇定參與類型	相關受訓課程	評核指標差異	糖尿病/初期 慢性腎臟病整 合照護提升費	績效獎勵費用
參與 類型	1.0醫療群	維持	三高生活型態風險控制率： ➢ 同一會員 不得重複計分 ➢ 自行上傳 VPN前後測資料	X	浮動點值
	 2.0醫療群	非P4P方案診所之醫師， 按較需照護個案 疾病樣態接受相關教 育課程	糖尿病及慢性腎臟病監測數 據控制良率： ➢ 同一會員 可重複計分 ➢ 本署勾稽 檢驗查上傳資料	每一會員 最高 750元	整群完訓 之「家醫2.0 醫療群」為特優級且 VC-AE差值>275點/人 保障1點1元
備註	以「群」申請	有收案但未上課 不予支付照護提升費	2.0指標執行省時、省力	2.0獎勵費用再提升	



家醫2.0醫療群介紹

-計畫申請

家醫2.0醫療群

- 申請成為「家醫2.0 醫療群」之診所，若當年度未參加P4P方案-DM/CKD/DKD，應按本計畫規範加強DM/CKD 疾病管理能力

醫療群
「1.0」與
「2.0」
雙軌併行



選擇參與
2.0或1.0醫療群

113 年度全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫申請書

本社區醫療群申請參加_____年度「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」，計畫執行期間將確實遵守個人資料保護法及依計畫相關規定辦理。

此致

衛生福利部中央健康保險署_____高屏_____業務組

社區醫療群名稱：

醫事機構代號(執行中心)：

醫事機構名稱(執行中心)：

醫事機構負責人(執行中心)：

■ 參與醫療群版本：☐ 2.0 醫療群 ☐ 1.0 醫療群

■ 計畫經費撥付方式：☐ 執行中心 ☐ 各診所

請蓋合約印鑑

特約醫事機構印章	負責醫事人員印章

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日



Part 02

其他修訂重點

收案對象、費用支付及評核指標增修



其他修訂重點

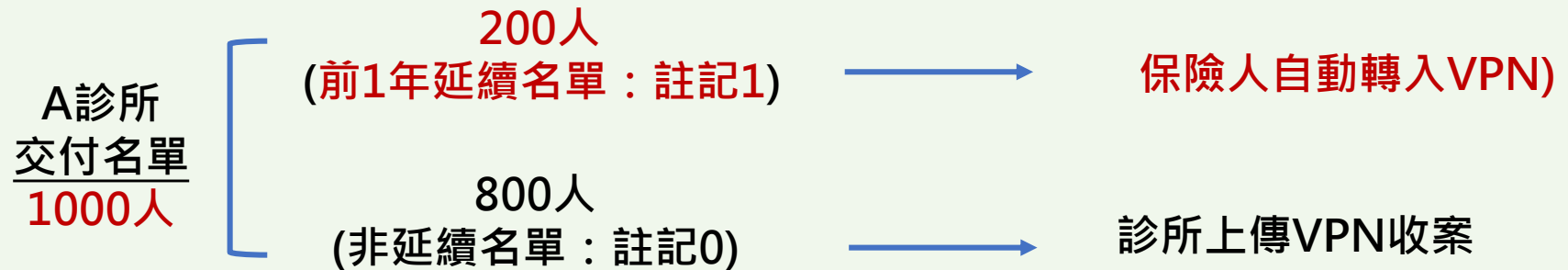
-收案對象

NEW

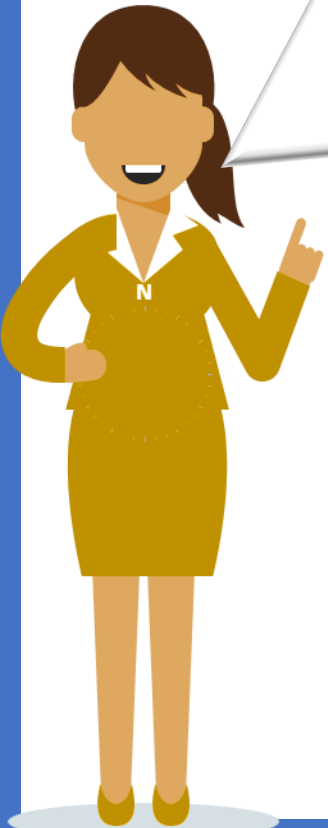
■ 需照護名單(指定/交付名單)交付原則調整

- 優先交付：交付會員已被P4P-DM/CKD/DKD、代謝症候群防治計畫收案，且其收案診所前一年度有參加本計畫
- 交付順序：以DKD→DM→代謝症候群→CKD收案診所優先交付，餘按原交付原則

■ 會員收案：延續名單由保險人自動轉入VPN系統



■ 會員上傳截止日 113年6月16日(計畫公告2個月內)





其他修訂重點

-收案對象

■ 需照護名單(指定/交付名單)新增註記說明

113年交付名單										NEW
院所ID	身分證號	生日	個案類別	論質名單	65歲以上多重慢性病註記	高診次註記	慢性病註記	非慢性病註記	與前一年家醫收案診所相同	疾病樣態
2342*****	S22039****	055/	1	0	0	0	1	0	0	4
2342*****	S12048****	056/	2	0				0	1	4

註記「0」：由院所上傳收案

註記「1」：本署自動延案

👉 下載路徑：VPN/試辦計畫資料維護/
家醫應照護對象名單查詢作業

註記1：DM；註記2：CKD

註記3：DKD；註記4：非前述患者



其他修訂重點

-多重慢性病人門診整合費用

支付條件

NEW

- 1.收案會員有2種(含)以上慢性病。
- 2.收案診所開立之每件慢性病連續處方箋需含2類(含)以上慢性病用藥，總處方調劑日份達56日(含)以上。
- 3.須符合「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」規範，未重複用藥。

支付方式

50點



- 當年度慢連箋總處方調劑日份達：
- ①56日(含)以上 550點/人/年。
 - ②169日(含)以上 1100點/人/年。

慢性疾病種類

高血壓、糖尿病、高血脂、動脈粥樣硬化、心臟病、腦血管病變、慢性肝炎、肝硬化、痛風、慢性腎臟病、慢性貧血、慢性阻塞性肺病。



其他修訂重點

-評核指標增修

評核指標 面向 (總分110分)	內容	調整	配分	限2.0 醫療群	限診所	不限 會員
結構面指標 (15分)	個案研討(10)					
	24小時諮詢專線(5)					
過程面指標 (23分)	檢驗(查)結果上傳率(10)	刪除				
	成人預防保健檢查率(5)		-2		V	
	子宮頸抹片檢查率(5)					
	65歲以上老人流感注射率(3)		-1		V	
	糞便潛血檢查率(5)		-2		V	
	B、C肝炎篩檢率(5)	新增				
結果面指標 (47分)	潛在可避免急診率(4)					
	會員急診率(排除外傷)(4)					
	可避免住院率(4)					
	CKD會員之早期尿液篩檢檢驗(查)執行率(5)				V	
	會員固定就診率(10)					



其他修訂重點

-評核指標增修

評核指標 面向 (總分110分)	內容	調整	配分	限2.0 醫療群	限診所	不限 會員
結果面指標 (47分)	慢性病個案三高生活型態風險控制率(15)	<u>調整閾值</u>	<u>+5</u>		V	
	糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率(15)	<u>新增</u>		V	V	
	糖尿病會員胰島素注射率(5)	<u>新增閾值</u>			V	
自選指標 (15分) 6選3 各指標5分	1.提升社區醫療群品質					
	2.提供居家服務					V
	3.假日開診					
	4.糖尿病人眼底檢查執行率					V
	5.醫療群內收案會員重複用藥情形	<u>新增計分 方式</u>				
	6.會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率	<u>新增</u>				
	糖尿病會員胰島素注射率	<u>改為必選</u>				
	兒童預防保健檢查率	<u>刪除</u>				



其他修訂重點

-評核指標增修

評核指標 面向 (總分110分)	內容	調整	配分	限2.0 醫療群	限診所	不限 會員
加分項(10分) 各指標5分	VC-AE					
	支援合作醫院					V
	轉介失智症患者					V
	同院所同日就診率					
	檢驗(查)結果即時上傳率 $\geq 70\%$	<u>調整計分方 式及閾值</u>				V



備註：1.指標成績 ≥ 90 分，隔年自收會員可收300人
2.成績 ≥ 70 分者方符合續約標準(70-74分者隔年指標成績需達75分方符合續約標準)



其他修訂重點

-過程面指標(23分)₁

■ 預防保健(23分)

指標	檢查率	得分
(一)成人預防保健檢查率	$X \geq \underline{70}$ 百分位	5分
	$\underline{70}$ 百分位 $> X \geq \underline{60}$ 百分位	3分
(二)65歲以上老人流感注射率	$X \geq \underline{65}$ 百分位	3分
	$\underline{65}$ 百分位 $> X \geq \underline{55}$ 百分位	2分
(三)糞便潛血檢查率	$X \geq \underline{83}$ 百分位	5分
	$\underline{83}$ 百分位 $> X \geq \underline{73}$ 百分位	3分
	$\underline{73}$ 百分位 $> X \geq \underline{63}$ 百分位	2分

2分

1分

2分

註：百分位係以當年照護族群統計



- 「限」於基層院所執行
- 113年12月31日前已具成人預防保健服務執行資格者有效期間僅至116年12月31日



其他修訂重點

-過程面指標(23分)₂

NEW

■ B、C肝炎篩檢率(5分)

篩檢率	得分
$X \geq 70$ 百分位	5分
70 百分位 $> X \geq 60$ 百分位	3分

註：百分位係以當年需照護族群計。

分子：曾做過B、C肝炎篩檢之會員人數

分母：符合B、C肝炎篩檢資格之會員人數



- 「不限」西基診所執行。
- 曾做過B、C肝炎篩檢係指曾申報過醫令代碼 **L1001C**。
- 執行B、C型肝炎篩檢，應落實民眾篩檢資格查詢及檢驗結果上傳。

願景-2025消除C肝、超越世衛

終身免費一次 B、C型肝炎篩檢
早篩早安心





其他修訂重點

-結果面指標(47分)₁

家醫1.0醫療群適用

■ 慢性病個案三高生活型態風險控制率(15分)

各↑50名



慢性病收案會員控制率	得分
<u>200名以上血壓</u> 得以控制或改善	5分
<u>200名以上HbA1C</u> 得以控制或改善	5分
<u>200名以上LDL</u> 得以控制或改善	5分



註：得以控制或改善☞檢驗結果後測-前測<0或維持正常值



登錄對象：「限」交付慢性病個案，如一個會員同時符合三種疾病，則由醫師自行選擇一項，不得重複計分。



其他修訂重點

-結果面指標(47分)₂

家醫1.0醫療群適用

■ 慢性病個案三高生活型態風險控制率(15分)

三高指標執行規範及注意事項

- 監測對象：「限」交付慢性病個案，同一會員不得重複計分。
- 資料範圍：收案診所於當年度12月底前上傳個案前後測檢驗值至VPN。
- 注意事項：
 - 後測「就醫日期」及「檢驗日期」應於當年度7月1日之後，且前、後測應間隔84天(含)以上。
 - 年度須於醫療群內就醫達2次。



其他修訂重點

-結果面指標(47分)₃

家醫2.0醫療群適用

NEW

■ DM及CKD監測數據控制良率(15分)

控制良率	得分
<u>200名以上</u> DM、DKD收案會員之 <u>HbA1C</u> 控制良好或進步	5分
<u>200名以上</u> DM、DKD收案會員之 <u>LDL</u> 控制良好或進步	5分
<u>50名以上</u> CKD會員 <u>UACR(UPCR)</u> 、DKD收案會員 <u>UACR</u> 控制良好或進步	5分

註：(1)進步↔檢驗結果後測-前測<0

(2)控制良好↔當年度最後一次檢驗結果位於以下範圍：

監控種類	HbA1C	LDL	UACR	UPCR
檢驗數值	<7%	<100mg/dl	<30mg/gm	<150mg/gm



其他修訂重點

-結果面指標(47分)₄

家醫2.0醫療群適用

DM/CKD控制良率執行規範及注意事項

- 監測對象：群內所有會員中DM/CKD/DKD個案，同一會員得重複計分。
- 資料範圍：限群內診所(含交付檢驗所)之上傳檢驗(查)數據，不含合作醫院。
- 後測「就醫日期」及「檢驗日期」應於當年度7月1日之後，且前、後測應間隔84天(含)以上。

DM/CKD指標監控對象來源

疾病樣態註記「1：DM」、「2：CKD」、「3：DKD」

113年交付名單

院所ID	身分證號	生日	個案類別	論質名單	65歲以上多重慢性病註記	高診次註記	慢性病註記	非慢性病註記	與前一年家醫收案診所相同	疾病樣態
3502*****	Q10102****	042/	6	1	1	0	1	0	1	1
3502*****	S10087****	017/	5	0	1	0	1	0	0	2
3502*****	E12087****	052/	2	0	0	0	1	0	1	3



其他修訂重點

-結果面指標(47分)₅

■ 糖尿病會員胰島素注射率(5分)

胰島素注射率	得分
$X \geq \underline{60}$ 百分位	5分
與上年度同期自身比 <u>進步率</u> $> 5\%$ 或 <u>60</u> 百分位 $> X \geq \underline{50}$ 百分位	3分

原為自
選指標

分子：糖尿病會員於西醫基層胰島素注射天數 $\geq \underline{28}$ 天之人數

分母：社區醫療群糖尿病會員門診主次診斷為糖尿病且

使用糖尿病用藥之人數且 $\geq \underline{100}$ 人



- 「限」於基層院所執行、「限」收案會員。
- 糖尿病定義同糖尿病人眼底檢查執行率。



其他修訂重點

-自選指標(15分)₁

👉 自選6項指標，請於10月底前擇最優3項回復分區業務組

■ 提升社區醫療群品質(5分)：以下達任一項即得分

(一)辦理一場(含)以上健康管理活動：

成效良好接受本社區醫療群內之診所及合作醫院以外之醫療機構觀摩，或應邀參加本社區醫療群以外團體主辦之經驗分享演講。

➤ 活動應與當地主管機關(健保分區業務組、衛生局)、家庭醫學醫學會或各縣市醫師公會合辦，並經公告周知。

➤ 群內醫師受公會/學會/衛生局等單位邀約擔任「家醫2.0醫療群」DM/CKD教育訓練課程講師，該醫療群得申請本項成績。



(二)定期辦理學術演講活動：

『定期辦理』係指計畫執行期間每月至少一場。



其他修訂重點

-自選指標(15分)₂

■ 醫療群內收案會員重複用藥情形(5分)

新增計
分方式

醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額 或重複用藥率	得分
$X \leq \underline{30}$ 百分位	5分
$X \leq \underline{60}$ 百分位	3分
$X \leq \underline{70}$ 百分位	1分

(1)平均每位會員重複用藥核扣金額：

分子：醫療群內收案會員重複用藥核扣金額

分母：醫療群內收案會員數

(2)平均每位會員重複用藥率：

分子：醫療群內收案會員重複用藥處方件數

分母：醫療群內收案會員調劑7日以上處方件數



其他修訂重點

-自選指標(15分)₃



■ 會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率(5分)

開立率	得分
$X \leq \underline{35\%}$	5分
與上年度同期比，至少 <u>減少10%以上</u>	3分

分子：醫療群內收案會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立件數

分母：醫療群內收案會員之糖尿病慢性病連續處方箋開立件數



其他修訂重點

-加分項指標(10分)₁

■ 檢驗(查)結果即時上傳率 $\geq 70\%$ (5分)



分子：檢驗(查)結果3日內上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果)

分母：診所申報檢驗(查)醫令數



- 以群計算113年全年度3日內(即報告日期72小時內)上傳率。
- 如診所雖交付予檢驗所，但部分由診所自行申報費用之項目，例如：「09005C(空腹血糖檢查)、09140C(餐後血糖檢查)、14065C(A流抗原)、14066C(B流抗原)、14084C(新冠病毒抗原檢測)、06505C(懷孕試驗)」等，則仍應由診所上傳檢驗(查)結果(可批次或單筆上傳)。



~修訂重點小結~



113年4月17日公告，計畫申請至6月16日截止

NEW

家醫2.0醫療群介紹	- 雙軌併行：新增「家醫2.0醫療群」，於申請時擇定是否參加。 - DM/CKD教育訓練：未參加P4P方案之診所，按會員疾病樣態接受相關教育課程。
參與院所或醫師資格	增訂參與計畫之日起前2年內，無違反特管辦法第四十四及四十五條醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分之條文。
收案對象	- 修訂交付原則：優先交付參與P4P方案及代謝計畫診所 (交付順序：DKD→DM→代謝計畫→CKD)。 - 修訂會員上傳期限及方式： (1)第一階段收案需於計畫公告2個月內完成。 (2)交付會員與前一年度收案診所相同者，由本署自動延案。



~修訂重點小結~

◆ 113年全年經費為42.48億元，較112年增加3億元

NEW

費用支付

1. 「**糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費**」：適用「家醫2.0醫療群」DM/CKD/DKD會員。
2. 個案管理費：會員之收案診所與醫療給付改善方案及代謝計畫收案診所不同者得支付。
3. 績效獎勵費(550元/人)：**完訓**之「**家醫2.0醫療群**」+特優級+VC-AE差值>275點/人，**保障1點1元**。
4. 多重慢病整合費：收案診所開立**慢性病連續處方箋**需含**2類(含)以上慢性病用藥**。
5. 本署延案之會員因院所不願收案，該會員不支付本計畫相關費用。

評核指標

1. 刪除指標：~~檢驗(查)結果上傳率~~、~~兒童預防保健檢查率~~。
2. 新增指標：「**B、C肝炎篩檢率**」、「**DM及CKD監測數據控制良率**」及「會員於醫院之**糖尿病慢連箋開立率**」。
3. 「糖尿病會員胰島素注射率」移至結果面指標及修訂部分指標配分、得分閾值及內容。

NEW



Part 03

醫療群配合事項

家庭醫師教育訓練、健康存摺會員收案意願暨滿意度調查、指標查詢



醫療群配合事項⁽⁴⁻¹⁾

-家庭醫師教育訓練

- 醫療群醫師參與計畫第一年應參與家庭醫師訓練課程並取得證書

醫師專科別	行政管理課程	家庭醫師專業教育訓練課程	其他專科醫師專業教育訓練課程	總時數
家庭醫學科	4小時	—	—	4小時
內、外、婦、兒科	4小時	8小時	—	12小時
上述以外之專科	4小時	8小時	8小時	20小時

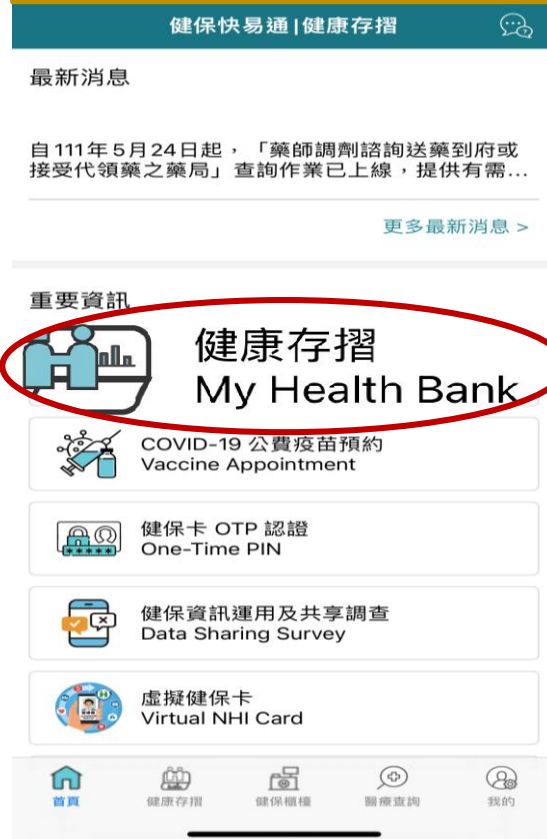
- 年度內未取得訓練認證之醫師，須退出本計畫(一年內不得參加)，並追扣該醫師當年度之相關費用。



醫療群配合事項⁽⁴⁻²⁾

-健康存摺會員收案意願暨滿意度調查

步驟一、先登入健保快易通app，點選健康存摺



步驟二、點選上方首頁，再選擇其他增值服務



步驟三、點選家醫計畫同意書(收案意願調查)



◆ 路徑☞ 健保快易通app/登入健康存摺/其他增值服務/家醫計畫同意書(收案意願調查)



醫療群配合事項⁽⁴⁻³⁾

-健康存摺會員收案意願暨滿意度調查



請各醫療群完成填寫50份滿意度問卷

步驟一、先登入健保快易通app，點選健康存摺



步驟二、點選上方首頁，再選擇其他
加值服務



步驟三、點選家醫
計畫會員滿意度調查



◆ 路徑 ➡ 健保快易通app/登入健康存摺/其他加值服務/家醫計畫會員滿意度調查



醫療群配合事項₍₄₋₄₎

-指標查詢

◆ 路徑👉VPN/試辦計畫對外資料回饋/執行成效查詢作業

對外資料回饋作業			
用戶代號		用戶名稱	
醫事機構代號		醫事機構名稱	
*試辦計畫代碼	A3家醫整合性照護計畫 ▾		
*資料類別	01 品質指標資料		
*計畫期別	15 ▾		
*執行成效之統計條件	☒ 期		
*身分(個案種類)			
病患身分證號			
		確定	清除

- ◆ 試辦計畫代碼：A3家醫整合性計畫
- ◆ 資料類別：01 品質指標資料
- ◆ 計畫期別：15【112年期別「14」，以此類推】



家醫計畫窗口人員

-聯絡方式



沈小姐

分機2212

高雄市



湯小姐

分機2217

高雄市



何小姐

分機2223

高雄市、澎湖縣



黃小姐

分機2235

屏東縣

敬請指教

THANK YOU

