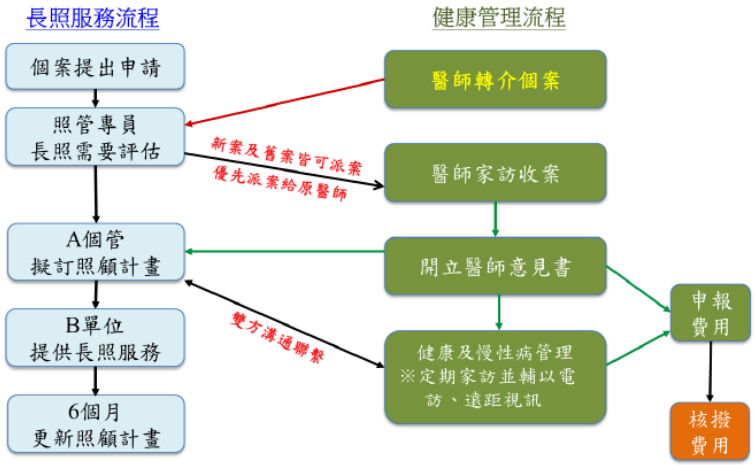
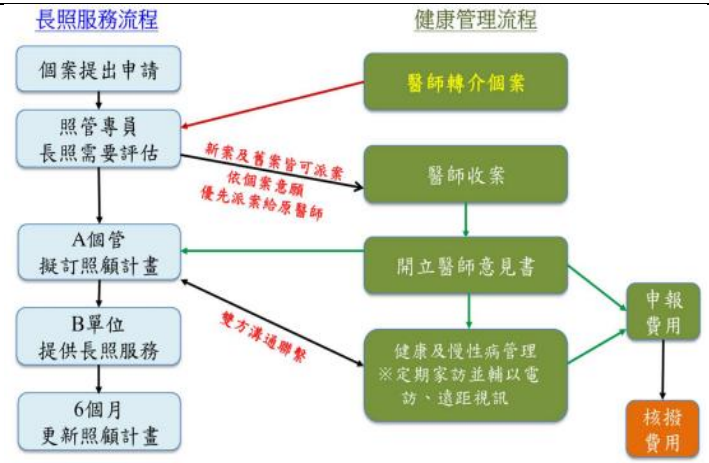
		居家失能個案家庭醫師照護方案	110 年居家失能個案家庭醫師照護方案
		修正後計畫內容	**原計畫內容**
壹、計畫依據		依長期照顧服務法第 8 條第 3 項「接受醫事照護之長照服務者，應經醫師出具意見書」、本部長照服務發展獎助作業要點第 3 點(一)「政策性獎助計畫:為本部各單位及所屬機關推動長期照顧重要政策所訂定之計畫」、醫療事業發展獎勵辦法第 2 條第 1 項第 6 款「重要慢性疾病防治醫療品質之提升」辦理。	依長期照顧服務法第 8 條第 3 項「接受醫事照護之長照服務者，應經醫師出具意見書」、本部長照服務發展獎助作業要點第 3 點(一)「政策性獎助計畫:為本部各單位及所屬機關推動長期照顧重要政策所訂定之計畫」、醫療事業發展獎勵辦法第 2 條第 1 項第 6 款「重要慢性疾病防治醫療品質之提升」辦理。
貳、背景		我國老年人口比率已於 107 年 3 月達 14.05%，成為高齡社會，預計將於 115 年成為超高齡社會，21%以上的民眾為老年人。老人具較高的慢性病盛行率 及失能率，因此，在我國人口結構快速老化的情勢下，將造成未來健保及長照財務相當大的負擔。鑑於八成以上失能者具有慢性疾病，疾病可能導致失能狀況惡化，失能也可能造成民眾就醫不便或是維持健康的能力下降，故本部於 108 年 7 月 16 日公告實施「居家失能個案家庭醫師照護方案」由基層醫療院所的醫師及護理人員 就近提供社區中居家失能個案健康及慢性病管理，並且由熟悉個案之家庭醫師開立長期照護醫師意見書，提供長照醫事服務建議，協助長照服務人員更了解個案的狀況及照顧時之注意事項，以建立醫療與長照結合之服務模式。 本方案實施迄 111 年 12 月底，約 871 家醫療院所加入特	我國老年人口比率已於 107 年 3 月達 14.05%，成為高齡社會，~~至 108 年底上升至 15.28%，~~預計將於 114 年成為超高齡社會，~~20%~~以上的民眾為老年人。老人具較高的慢性病盛行率及失能率，因此，在我國人口結構快速老化的情勢下，將造成未來健保及長照財務相當大的負擔。鑑於八成以上失能者具有慢性疾病，疾病可能導致失能狀況惡化，失能也可能造成民眾就醫不便或是維持健康的能力下降，故本部於 108 年 7 月 19 日實施「居家失能個案家庭醫師照護方案」，由基層醫療院所的醫師及護理人員就近提供社區中居家失能個案健康及慢性病管理，並且由熟悉個案之家庭醫師開立長期照護醫師意見書，提供長照醫事服務建議，協助長照服務人員更了解個案的狀況及照顧時之注意事項，以建立醫療與長照結合之服務模式。 本方案~~實施近 1 年半，迄 109 年 11 月底，約 810 家醫療~~

		約，1,341 名醫師參與，派案人數 18.7 萬人，顯示更多基層醫師走入社區入社區，熟悉失能個案並提供服務，後續將再持續推動實施，以利建構以社區為基礎的醫養合一照護體系。	~~院所加入特約，1,250 名醫師參與，派案人數約 9.4 萬人~~，顯示更多基層醫師走入社區，熟悉失能個案並提供服務，後續將再持續推動實施，以利建構以社區為基礎的醫養合一照護體系。
參、計畫目的		一、鑑於隨人口老化，醫療及長期照護需求大幅增加，提供失能個案以個案為中心的醫療照護及長期照顧整合性服務。 二、落實分級醫療及推動家庭醫師制度，由基層醫師提供失能個案長照醫事照護服務之建議，作為照顧計畫及提供長照服務之參考。 三、有效掌握失能個案健康情形及控制慢性病惡化，適時轉介醫療及長照服務，並推動尊嚴善終避免健保醫療資源耗用。	一、鑑於隨人口老化，醫療及長期照護需求大幅增加，提供失能個案以個案為中心的醫療照護及長期照顧整合性服務。 二、落實分級醫療及推動家庭醫師制度，由基層醫師提供失能個案長照醫事照護服務之建議，作為照顧計畫及提供長照服務之參考。 三、有效掌握失能個案健康情形及控制慢性病惡化，適時轉介醫療及長照服務，並推動尊嚴善終避免健保醫療資源耗用。
肆、期程		為 4 年期計畫（為 112 年至 115 年之 4 年期計畫，經費由本部逐年核定），執行期間為自 112 年 7 月 1 日起至 115 年 12 月 3 日止。	本方案自 110 年 1 月 1 日起至 110 年 12 月 31 日止。
伍、計畫內容	一、	一、縣市照管專員評估個案長照需求，針對符合收案條件且願意接受此服務之個案，全面派案給參與本計畫 之特約單位，並由特約單位之醫師於照顧管理資訊平台 （使用 Internet ，非以醫院 HIS 系統介接）開立醫師意見書（如附件 1），提供照管專員或 A 單位個管員，作為後續擬定、調整或核定照顧計畫，以及提供照顧個案特殊注意事項之	~~肆、計畫內容~~ 一、縣市照管專員評估個案長照需求，針對符合收案條件之個案，經個案同意後，派案給參與本計畫之特約單位，並由特約單位之醫師於照顧管理資訊平台（使用 Internet，非以醫院 HIS 系統介接)開立醫師意見書(如附件 1)，提供照管專員或 A 單位個管員，作為後續擬定、調

		參考。 (一)照管專員派案原則： 1.考量對個案之熟悉度、地理位置、個案意願等因素派案，並以全面派案為原則，且優先派給基層院所或原轉介之特約單位。 2.若個案為健保「居家醫療照護整合計畫」或「家庭醫師整合性照護計畫」收案之個案，以同一團隊照顧個案為原則。 (二) 特約單位指派收案醫師： 1.每名醫師收案個案上限為 200 案，若個案結案，可再收新案至上限 200 案。 2.特約單位依個案意願、醫師對個案之熟悉度、醫師專科等指派收案醫師，且應以同一醫師長期追蹤及照護個案為原則。 (三)開立醫師意見書相關規定 1.需進行家訪。 2.收案後應於 14 天（日曆天）內完成，惟若為「~~109 年度~~出院準備銜接長照服務計畫」之個案，則不受該日數之限制。 3.每 6 個月需重新開立醫師意見書。 4.醫師意見書支付上限：同一個案 1 年 2 次。 (四)縣市照管專員與個案管理師、A 個管及 B 單位組成跨專業團隊，建立溝通平臺，每季針對困難個案召開討論會	整或核定照顧計畫，以及提供照顧個案特殊注意事項之參考。 (一)照管專員派案原則： 1.考量對個案之熟悉度、地理位置、個案意願等因素派案，並以全派案為原則，且優先派給基層診所或原轉介之特約單位。 2.若個案為健保「居家醫療照護整合計畫」或「家庭醫師整合性照護計畫」收案之個案，以同一團隊照顧個案為原則。 (二)特約單位指派收案醫師： 1.每名醫師收案中個案上限為 200 案，若個案結案，可再收新案至上限 200 案。 2.特約單位依個案意願、醫師對個案之熟悉度、醫師專科等指派收案醫師，且應以同一醫師長期追蹤及照護個案為原則。 (三) 開立醫師意見書相關規定： 1.需進行家訪。 2.收案後應於 14 天（日曆天）內完成，惟若為「109 年度出院準備銜接長照服務計畫」之個案，則不受該日數之限制。 3.每 6 個月需重新開立醫師意見書。 4.醫師意見書支付上限：同一個案 1 年 2 次。

		議，並提交成果報告予本部。	
	二、	個案管理師醫師或護理人員每月進行個案健康及慢性病管理與諮詢，~~宣導及~~推動說明「預立醫療照護諮商 ACP」及「預立醫療決定 AD」，視需要與長照個案管理人員聯繫，並適時將個案轉介醫療及長照服務。 (一)服務頻率:依個案狀況及個管師專業判斷 調整每月服務次數，至少每月須有 1 次服務。 (二)服務方式：可以家訪、電訪或遠距視訊等方式進行，收案後第 1 次服務需家訪，每 4 個月至少需有 1 次家訪。 (三)申報紀錄： 1.服務須留有紀錄，並依相關法規保存。 2.應每月於照顧管理資訊平台登打個案管理申報紀錄（附件 2）作為申報費用之依據，若未於照顧管理資訊平台登打則無法申報費用。 3.詳細記錄由服務單位依相關法規保存備查。	個案管理師醫師或護理人員每月進行個案健康及慢性病管理與諮詢，宣導及推動「預立醫療照護諮商 ACP」及「預立醫療決定 AD」，視需要與長照個案管理人員聯繫，並適時將個案轉介醫療及長照服務。 (一)服務頻率：依個案狀況及個管師專業判斷，調整每月服務次數，至少每月須有 1 次服務。 (二)服務方式：可以家訪、電訪及遠距視訊等方式進行，收案後第 1 次服務需家訪，每 4 個月至少需有 1 次家訪。 (三)申報紀錄： 1.服務須留有紀錄，並依相關法規保存。 2.應每月於照顧管理資訊平台登打個案管理申報紀錄(附件 2)作為申報費用之依據，若未於照顧管理資訊平台登打則無法申報費用。 3.詳細記錄由服務單位依相關法規保存備查。
	三、	三、可併同相關計畫同時執行符合全民健保居家照護含居家醫療照護整合計畫收案條件之個案，有抽血、檢驗等醫療服務之需求，可由同一居家照護收案醫師於本方案開立醫師意見書或個案管理時併同執行。	三、可併同相關計畫同時執行符合全民健保居家照護(含居家醫療照護整合計畫)收案條件之個案，有抽血、檢驗等醫療服務之需求，可由同一居家照護收案醫師於本方案開立醫師意見書或個案管理時併同執行。
	四、	四、服務流程圖如圖一。	四、服務流程圖如圖一~~，資訊流程圖如附件 3~~。

		 圖一 居家失能個案家庭醫師照顧方案服務流程	 圖一 居家失能個案家庭醫師照顧方案服務流程
陸、收案對象		經縣市照管中心評估，長照需要等級第 2 級至第 8 級並使用或預期使用長期照顧服務申請及給付辦法照顧組合之居家失能者。	~~伍、收案對象~~ 經縣市照管中心評估，長照需要等級第 2 級至第 8 級並使用或預期使用~~長照給付及支付基準服務~~之居家失能者。
柒、結案條件	一、	一、個案死亡、遷居、入住機構、拒絕訪視等事由，應予結案。	~~陸、結案條件~~ 一、個案死亡、遷居、入住機構、拒絕訪視等事由，應予結案。
	二、	二、長照個案之長照服務若結案，本方案亦隨之結案。有居家醫療需求之個案，則回歸健保「居家醫療照護整合計畫」或「家庭醫師整合性照護計畫」。	二、長照個案之長照服務若結案，本方案亦隨之結案。有居家醫療需求之個案，則回歸健保「居家醫療照護整合計畫」或「家庭醫師整合性照護計畫」。
捌、	一、	一、 服務提供單位	一、 服務提供單位

參與計畫醫療院所資格及基本要求		(一)為落實分級醫療及家庭責任醫師制度，本案特約單位需符合下列條件 1.健保特約單位。 2.參與全民健康保險「居家醫療照護整合計畫」之西醫診所（不限家醫科）、地區醫院、區域醫院、居家護理所及居家呼吸照護所。 3.參與全民健康保險「家庭醫師整合性照護計畫」之西醫診所（不限家醫科）、地區醫院及區域醫院。 4.上述特約單位若未達可近性，可先特約非「居家醫療照護整合計畫」或「家庭醫師整合性照護計畫」之診所、地區醫院或區域醫院提供服務，惟應於6個月內加入二項計畫其中之一。若超過6個月尚未符合前項條件，則轉請各直轄市、縣（市）政府進行輔導。若經輔導6個月後尚未符合前項條件，則應終止特約。 5.於資源較缺乏地區，可由衛生所提供本案服務。 (二)上述醫事服務機構需與地方政府特約為長照服務單位，提出參與本方案之醫師及護理人員名單並提供本方案之服務。完成特約後，需於本部「長照機構暨長照人員相關管理資訊系統」及「照顧服務管理資訊平台」建置資料。 (三)特約單位不得拒絕照管中心之派案。	(一)為落實分級醫療及家庭責任醫師制度，本案特約單位需~~為：~~ 1.健保特約單位。 2.參與全民健康保險「居家醫療照護整合計畫」或「家庭醫師整合性照護計畫」之西醫診所(不限家醫科)、地區醫院及區域醫院。 3.上述特約單位若未達可近性，可先特約非「居家醫療照護整合計畫」或「家庭醫師整合性照護計畫」之診所、地區醫院或區域醫院提供服務，惟應於 6 個月內加入二項計畫其中之一。若超過 6 個月尚未符合前項條件，則應終止特約。 4.於資源較缺乏地區，可由衛生所提供本案服務。 (二)上述醫事服務機構需與地方政府特約為長照服務單位，提出參與本方案之醫師及護理人員名單，並提供本方案之服務。完成特約後，需於本部「長照機構暨長照人員相關管理資訊系統」及「照顧服務管理資訊平台」建置資料。 (三)特約單位不得拒絕照管中心之派案。
		二、人員及職責 執行本方案服務之醫師及護理人員，應符合各專門職業	二、人員及職責 執行本方案服務之醫師及~~護理師~~，應符合各專門職業醫事

		醫事人員法規規定。 (一)醫師： 1.收案後 14 天（日曆天）內開立醫師意見書。 2.需定期家訪、慢性病診療及監測成效，並視個案需要分級醫療轉診、說明「預立醫療照護諮商（ACP)」及「預立醫療決定（AD)」等。 3.開立醫師意見書前，醫師應完成本部「長期照顧專業人員數位學習平臺」上的醫師意見書訓練課程及跨專業合作議題，線上或實體完成。 4.應依「預立醫療照護諮商人員資格採認及課程辦理須知」規定完成預立醫療照護諮商訓練課程，且應於特約 6 個月內完成；取得預立醫療照護諮商人員資格，即可推動說明「預立醫療照護諮商（ACP)」及「預立醫療決定（AD)」。 5.每名醫師皆需於照顧服務管理資訊平台建立帳號。 6.每名醫師收案個案上限：200 案。 (二)個案管理師： 1.由醫師或護理人員擔任個案管理師，辦理健康及慢性病管理（依醫師開立之診斷、照護項目及照護目標)、衛教指導、即時反應個案狀況、個案追蹤（電訪或家訪）與評估、依個案需要與照管專員或 A 單位個管員聯繫協調。 2.護理人員可由特約醫療院所自聘或以報備支援之方式。 3.應依「預立醫療照護諮商人員資格採認及課程辦理須知」規定完成預立醫療照護諮商訓練課程，應於特約 6 個月內	人員法規規定。 (一)醫師： 1.收案後 14 天（日曆天)內開立醫師意見書。 2.需定期家訪、慢性病診療及監測成效，並視個案需要分級醫療轉診、~~宣導~~「預立醫療照護諮商(ACP)」及「預立醫療決定(AD)」等。 ~~3.加入本方案 6 個月內完成相關訓練：~~ ~~(1)醫師應依「長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法」進行認證。若於特約時尚未取得認證，得先開立醫師意見書，並於 6 個月內取得認證。超過 6 個月未取得認證，將不再支付本案服務費用。~~ (2)應依「預立醫療照護諮商人員資格採認及課程辦理須知」規定完成預立醫療照護諮商訓練課程，且應於特約 6 個月內完成；取得預立醫療照護諮商人員資格，~~才能進行~~「預立醫療照護諮商(ACP)」及 「預立醫療決定(AD)」~~之宣導~~。 4.每名醫師皆需於照顧服務管理資訊平台建立帳號。 5.每名醫師收案中個案上限：200 案。 (二)個案管理師： 1.由醫師或護理人員擔任個案管理師，辦理健康及慢性病管理(依醫師開立之診斷、照護項目及照護目標)、衛教指導、即時反應個案狀況、個案追蹤(電訪或家訪)與評估、依個案需要與照管專員或 A 單位個管員聯繫協調。

		完成；取得預立醫療照護諮商人員資格，即可推動說明「預立醫療照護諮商（ACP）」及「預立醫療決定（AD）」。 4.每名個案管理師皆需於照顧管理資訊平台建立帳號。 5.每名個案管理師個案管理上限：200 案。	2.~~每名醫師搭配1至數名護理人員，~~護理人員可由特約醫療院所自聘或以報備支援之方式與居家護理所合作。 3.應依「預立醫療照護諮商人員資格採認及課程辦理須知」規定完成預立醫療照護諮商訓練課程，應於特約6個月內完成；取得預立醫療照護諮商人員資格，才能進行「預立醫療照護諮商(ACP)」及「預立醫療決定(AD)」之宣導。 4.每名個案管理師皆需於照顧管理資訊平台建立帳號。 5.每名個案管理師個案管理上限：200 案。
玖、費用申報及支付方式	一、	一、本方案開立醫師意見書費用及個案管理費，由特約單位依「直轄市、縣（市）政府辦理長期照顧特約及費用支付作業要點」相關規定申報服務費用；若診所與居家護理所或居家呼吸照護所合作，仍應由原特約單位申報費用，不得分別申報。 (一)除特約另有規定外，特約單位提供服務後，應於次月10日前，至中央主管機關指定之資訊系統登載服務內容，並檢具相關文件，向直轄市、縣（市）政府提出服務費用申報。 (二) 本方案給付及支付標準	~~捌、費用申報及支付方式~~ 一、本方案開立醫師意見書費用及個案管理費，由特約單位依「直轄市、縣(市)政府辦理長期照顧特約及費用支付作業要點」相關規定申報服務費用；若診所與居家護理所合作，仍應由原特約單位申報費用，不得分別申報。 (一)特約單位提供服務後，應於次月10日前，至中央主管機關指定之資訊系統登載服務內容，並檢具相關文件，向直轄市、縣(市)政府提出服務費用申報。 (二) 給付及支付基準

編號	照顧組合	組合內容及說明	給（支）付價格（元）	原民區或離島支付價格
AA12	開立醫師意見書	1.內容包括： (1) 承接照管中心轉介之長照需要者，依本部公告之醫師意見書，於規定期限內以家訪方式評估個案狀況及長照醫事照護需求，提出長照醫事照護意見，並上傳資訊系統。 (2) 針對已收案之長照需要者，每 6 個月開立醫師意見書。 (3) 本項組合每年上限為 2 次。 2.本組合不扣「個人額度」。	1,500 元	1,
YA01- YA04	「居家失能個案家庭醫師方案」個案管理費	1.內容包括： (1) 每月定期追蹤與評估個案，進行個案健康及慢性病管理、衛教指導，反應個案狀況，並依個案需要與照管專員或 A 單位個管員聯繫協調。個案可以家訪、電訪或遠距視訊等方式進行，收案後第一次需家訪，後續每 4 個月需有 1 次家訪，家訪支付訪視費每次 1,000 元，以電訪或遠距視訊等方式進行，每月 250 元。 (2) 積極參與由縣市照管專員啟動之跨專業團隊溝通平臺，每季針對困難個案與跨專業團隊進行討論會議。 (3) 協助長照需要者其他資源連結。 2.於資訊系統填寫服務紀錄摘要。	YA01：以電訪或遠距視訊等方式進行，250 元/每月 YA02：家訪訪視費 1,000 元/每次，且全年度以 4 次為限	YA03：訪或遠訊等方行，30每月 YA04：訪視費元/每全年度次為限

編號	照顧組合	組合內容及說明	給（支）付價格（元）	原民區或離島支付價格（元）
AA12	開立醫師意見書	1.內容包括： (1) 承接照管中心轉介之長照需要者，依本部公告之醫師意見書，於規定期限內以家訪方式評估個案狀況及長照醫事照護需求，提出長照醫事照護意見，並上傳資訊系統。 (2) 針對已收案之長照需要者，每 6 個月開立醫師意見書。 (3) 本項組合每年上限為 2 次。 2.本組合不扣「個人額度」。	1,500 元	1,800 元
YA01	「居家失能個案家庭醫師方案」個案管理費	1.內容包括： (1) 每月定期追蹤與評估個案，進行個案健康及慢性病管理、衛教指導，反應個案狀況，並依個案需要與照管專員或 A 單位個管員聯繫協調。 (2) 協助長照需要者其他資源連結。 (3) 可以家訪、電訪及遠距視訊等方式進行，其中每 4 個月需有 1 次家訪。 2.於資訊系統填寫服務紀錄摘要。 3.服務應作成紀錄，並由服務單位保存備查。	250 元	300 元

				3.服務應作成紀錄，並由服務單位保存備查。	註：每月個案管理費 YA01 以電訪或遠距視訊或家訪訪視費 YA02 擇一申報。	註：每月個案管理費 YA03 以電訪或遠距視訊或家訪訪視費 YA04 擇一申報。	
		二、申報資料由直轄市、縣市政府於 15 天內審查完成，並以資訊系統送本部彙整。					二、申報資料由直轄市、縣~~(~~市~~)~~政府於 15 天內審查完成，並以資訊系統送本部~~長照司~~彙整。
		三、本部先預撥經費，並定期將撥付清冊送至健保署，再由健保署依本部核定之撥付清冊代為撥付予醫事服務機構。					三、~~長照司~~先預撥經費，並定期將撥付清冊送至健保署，再由健保署依~~長照司~~核定之撥付清冊代為撥付予醫事服務機構。
		四、同一居家照護收案醫師於本方案開立醫師意見書或個案管理時併同執行之抽血、檢驗等醫療服務，循既有健保申報方式，由全民健康保險支付，期能逐步落實簡易檢驗於基層醫療院所執行。					四、同一居家照護收案醫師於本方案開立醫師意見書或個案管理時併同執行之抽血、檢驗等醫療服務，循既有健保申報方式，由全民健康保險支付，期能逐步落實簡易檢驗於基層醫療院所執行。

		~~(刪除)~~	五、預防篩檢、預防接種及其他由各級政府負擔費用之醫療服務項目不屬健保給付範圍。
		~~(刪除)~~	六、本案之個案管理費與全民健康保險「居家醫療照護整合計畫」及「家庭醫師整合性照護計畫」之個案管理費，僅能擇一申報。
拾、執行業務者費用標準	一、	一、參考財政部「一百零八年度執行業務者費用標準」十、西醫師（六）配合政府政策辦理老人、兒童、婦女、中低收入者、身心障礙者及其他特定對象補助計畫之業務收入，減除百分之七十八必要費用。	一、 參考財政部「一百零八年度執行業務者費用標準」十、西醫師（六）配合政府政策辦理老人、兒童、婦女、中低收入者、身心障礙者及其他特定對象補助計畫之業務收入，減除百分之七十八必要費用。
	二、	二、依財政部 109 年 8 月 25 日台財稅字 10904589830 號函，說明二（二）1.服務單位為個人設立之醫院、診所或所得稅法第 11 條第 1 項規定之執行業務者，該補助款項為其配合政府政策辦理老人、兒童、婦女、中低收入者、身心障礙者及其他特定對象補助計畫取得之業務收入，按執行業務所得（格式代號：9A-57）開立扣（免）繳憑單。	二、 依財政部 109 年 8 月 25 日台財稅字 10904589830 號函，說明二(二)1.服務單位為個人設立之醫院、診所或所得稅法第 11 條第 1 項規定之執行業務者，該補助款項為其配合政府政策辦理老人、兒童、婦女、中低收入者、身心障礙者及其他特定對象補助計畫取得之業務收入，按執行業務所得(格式代號：9A-57)開立扣(免)繳憑單。
拾壹、評核指標		以特約機構為計算單位，並於每年度評核指標達成情形	以特約機構為計算單位，並於每年度評核指標達成情形

策略目標	績效指標	衡量標準	年度預算目標值
定期監測個案健康及慢性病情形	高血壓測量率	該年度所負責個案數中，家訪時量血壓之個案數	95%
	高血糖監測率	該年度所負責個案中，有糖尿病病情穩定之失能者，一年至少二次測量糖化血紅素之個案數	70%
	高血脂監測率	該年度所負責個案中，有高血脂症之失能者，一年至少二次可完成三酸甘油脂、低密度脂蛋白膽固醇、高密度脂蛋白膽固醇檢測個案數	70%

策略目標	績效指標	衡量標準	年度預算目標值
推動尊嚴善終，避免健保醫療資源耗用	預立醫療照護諮商訓練課程完成率	參與本方案之醫師及護理人員(個案管理師)，於加入方案後 6 個月內，完成預立醫療照護諮商訓練課程之人數。	100%
	說明 ACP 及 AD 完成率	1. 該年度收案滿 6 個月之個案中，推動說明 ACP 與 AD 之個案數。 2. 前項完成 ACP 及 AD 說明之個案，應以本方案個案優先，若仍不足，得計個案之家屬。	30%

註：

血壓測量應每次家訪執行，血糖及血脂監測，係為了解個

策略目標	績效指標	衡量標準	年度預算目標值
定期監測個案健康及慢性病情形	高血壓測量率	該年度所負責個案數中，家訪時量血壓之個案數	95%
	高血糖監測率	該年度所負責個案中，有糖尿病病情穩定之失能者，一年至少二次測量糖化血紅素之個案數	70%
	高血脂監測率	該年度所負責個案中，有高血脂症之失能者，一年至少二次可完成三酸甘油脂、低密度脂蛋白膽固醇、高密度脂蛋白膽固醇檢測個案數	70%
推動尊嚴善終，避免健保醫療資源耗用	預立醫療照護諮商訓練課程完成率	參與本方案之醫師及護理人員(個案管理師)，於加入方案後 6 個月內，完成預立醫療照護諮商訓練課程之人數。	100%
	ACP 及 AD 完成宣導率	1. 該年度收案滿 6 個月之個案中，完成宣傳 ACP 與 AD 之個案數。	30%

註：血壓測量應每次家訪執行，血糖及血脂監測，係為了解個案疾病控制狀況，故應追蹤掌握其檢驗值，非必要由特約單位執行抽血。

		案疾病控制狀況，故應追蹤掌握其檢驗值，非必要由特約單位執行抽血。	
拾貳、獎勵機制		特約單位依「提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法」規定組成之預立醫療照護諮商團隊，完成本方案個案之預立醫療決定簽署健保卡註記)，每完成 1 名個案補助特約單位 1,500 元，惟與本部預立醫療照護諮商推廣獎勵計畫不得重複支領 。	特約單位依「提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法」規定組成之預立醫療照護諮商團隊，完成本方案個案之預立醫療決定簽署(健保卡註記)，每完成 1 名個案補助特約單位 1,500 元，惟與本部預立醫療照護諮商推廣獎勵計畫不得重複支領。
拾參、管理機制	一、	一、本部負責總體計畫架構之研 訂、修正，及經費撥款清冊彙整。	一、本部~~(長照司)~~負責總體計畫架構之研訂、修正，及經費撥款清冊彙整。
	二、	二、直轄市、縣直轄市、縣（市）政府負責長照機構特約、個案之長照需要評估及派案等照管流程、申報費用之受理及審核。	二、直轄市、縣(市)政府負責長照機構特約、個案之長照需要評估及派案等照管流程、申報費用之受理及審核。
	三、	三、健保署負責撥付本案開立醫師意見書費用及個案管理費予醫。	三、~~本部(~~健保署~~)~~負責撥付本案開立醫師意見書費用及個案管理費予醫事服務機構。