

## 全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫

中央健康保險局 92 年 3 月 10 日健保醫字第 0920005210 號公告  
中央健康保險局 92 年 4 月 21 日健保醫字第 0920008214 號公告修正  
中央健康保險局 93 年 3 月 11 日健保醫字第 0930059488 號公告修正  
中央健康保險局 94 年 7 月 13 日健保醫字第 0940017934 號公告修正  
中央健康保險局 95 年 7 月 18 日健保醫字第 0950015399 號公告修正  
中央健康保險局 96 年 1 月 11 日健保醫字第 0960002490 號公告修正  
中央健康保險局 97 年 2 月 27 日健保醫字第 0970016889 號公告修正  
中央健康保險局 97 年 9 月 9 日健保醫字第 0970035723 號公告修正  
中央健康保險局 97 年 12 月 31 日健保醫字第 0970046079 號公告修正  
中央健康保險局 98 年 12 月 21 日健保醫字第 0980043950 號公告修正  
行政院衛生署中央健康保險局 99 年 3 月 5 日健保醫字第 0990001086 號公告修正

### 壹、計畫依據

本計畫依據全民健康保險醫療費用支付標準總則辦理。

### 貳、計畫說明

全民健康保險保險人(以下簡稱保險人)自 92 年 3 月 10 日起實施「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」，實施迄今已邁入第 7 年，為使社區醫療群對家戶會員之照護品質能逐年提升，經由制度之設計，已逐步轉型朝向鼓勵社區醫療群選擇以會員照護成效之支付方案，初步成效包括個案管理的萌芽、轉診制度的建立、24 小時諮詢專線、預防保健受檢率的提升、健康回饋金概念的導入等成效。

民眾就醫的自由選擇是在台灣全民健保的一大特色，因此最理想的基層家庭醫師照護狀況是病人由其最常就醫的診所收為會員，該診所為其主要照護診所，對其有照護責任，該病人也可稱為該診所之忠誠病人。若主要照護診所能針對其忠誠病人，提供以病人為中心，周全性、協調性、連續性的服務，除了可提供病人更有品質的醫療照護，更可鞏固醫病關係，扎根家庭醫師的概念，亦可

因照護責任確認，使計畫誘因的計算更為合理。但因預算經費有限，對病人本身相對健康狀況或自我照護良好者，對診所醫療之需求不高，應可先排除在本計畫之外。使有限的資源用在更需要醫師照護的病患身上。

保險人由 97 年全國民眾於基層診所就醫資料分析，以每一名民眾其最常就醫的診所視為其主要照護診所（就醫次數最高之診所或次數相同則為費用最高），該年於西醫基層診所共有 1,889 萬餘人有就醫記錄，經個人歸戶後；每人僅會出現在一家診所名單內，共有 9,718 家主要照護診所。每位保險對象於主要照護診所的平均就醫次數為 5.89(於西醫基層 9.38)次，平均費用為 2,678 元(於西醫基層為 4,076)元。

上開就醫病患區分為慢性病患（全年慢性病門診就醫二次且平均開藥天數大於七天以上或住院一次以上者）及非慢性病患二群，就其醫療費用十等分位分布狀況，發現非慢性病第十等分位的病患及慢性病第 6 至第 10 等分位的病患共 385 萬餘人，其占有基層就醫民眾 1,889 萬餘人的 20%，但醫療費用占就醫費用的 60%。若上開病患之主要照護診所能參予本計畫並將該等病患收為會員，提供整合性照護，包括個案管理、24 小時緊急諮詢專線、與合作醫院的轉診機制、醫療照護品質的提升等，除可增加病人對基層診所的認同，建立家庭醫師制度的規模，亦可使計畫預算做更有效益的運用，並可提升醫療品質確保病患就醫的權益。

### 參、計畫目的

- 一、建立家庭醫師制度，提供民眾周全性、協調性與持續性的服務。
- 二、以民眾健康為導向，建立以病人為中心的醫療觀念，提升醫療服務品質。

#### 肆、經費來源

- 一、依據全民健康保險醫療費用協定委員會 98 年 12 月 31 日費協字第 0985901649 號「99 年度西醫基層給付費用總額及其分配」之「家庭醫師整合性照護制度計畫」項目，99 年全年 11.15 億元，採專款專用方式辦理，不列入地區總額分配。
- 二、99 年計畫自第二季起實施，預算經費為  $11.15 \times 3/4 = 8.36$  (億元)。

#### 伍、推動策略及計畫照護範圍

- 一、成立社區醫療群，以群體力量提供服務。
- 二、提供參與本計畫之社區醫療群適當誘因，並由保險人提供最適收案名單予社區醫療群，使最需被優先照護的個案分階段由基層診所收案，期使保險對象於其最常就醫之主要照護診所中，獲得完整的醫療照護。
- 三、保險對象不需登記或簽署同意為會員(被照護對象)文件，以減少基層診所之行政作業，並將作業時間節省回歸於個案管理以增進醫病關係。
- 四、整合基層與醫院的醫療照護品質，以為未來垂直整合醫療體系式照護模式的先導。

#### 陸、社區醫療群之組織運作

- 一、社區醫療群之組織運作型式：

以同一地區特約西醫診所 5 至 10 家為單位組成，其中 1/2 以上

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。

二、 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。

三、 社區醫療群之組成區域範圍，以符合社區民眾同一鄉（鎮）、市（區）生活圈為原則，並由保險人分區業務組依實際情形認定。

四、 設立會員 24 小時緊急諮詢專線

參與計畫之社區醫療群，應共同提供 24 小時緊急電話諮詢服務，提供會員於緊急狀況發生時，能立即獲得醫療諮詢服務，此方式除可掌握病患最佳醫治時間外，並可進一步減少民眾就醫需求。

五、 社區醫療群應建立醫療照護品質提升及轉診機制

（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，並得至合作醫院開設共同照護門診（不限看其轉診對象）。

（二）參與計畫之基層診所醫師必須建立基層診所醫師間平行轉診機制，並提出與合作醫院間之轉診及合作計畫（含括安排病人轉診、追蹤病人轉診至後送醫院治療結

果，及病人轉回後之追蹤治療等)，以及醫療品質提升計畫。

(三)參與計畫之基層診所醫師提供之共同照護門診，亦可以家戶會員病房巡診、個案研討與社區衛教宣導（須含用藥安全宣導）等代替。

## 六、 成立計畫執行中心

(一)社區醫療群應成立計畫執行中心，負責該計畫之申請、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西醫基層總額支付制度執行委員會各區分會或各地區醫師公會內，成立聯合計畫執行中心。

(二)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。

七、 社區醫療群得與其他醫事服務機構合作，以提供完整性、連續性之醫療，並提高用藥品質。

## 柒、 收案對象

一、依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫基層

門診明細清單資料區分為有慢性病(註 1)及無慢性病就醫之保險對象，並將需照護之名單(註 2)，交付予參與本計畫之社區醫療群予以健康管理。

二、參加本計畫之社區醫療群將由保險人交付收案名單，全數收案；社區醫療群得於保險人交付收案數額外再加收 10%之個案數。

備註：

1. 本計畫所稱之慢性病個案，係指前一年全國就醫資料中，屬於行政院衛生署公告 98 種慢性病範圍，其曾門診就醫 2 次且平均用藥日數 7 天以上，或住院 1 次以上者。
2. 將有慢性病者及無慢性病者依醫療費用各分為十等分位，有慢性病者選取最高之 5 組，及無慢性者選取最高之前 1 組，為本計畫之照護收案對象。

捌、管理登錄個案

- 一、醫事服務機構須向保險人上傳個案資料，未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付該筆費用，並依相關規定辦理(登錄說明詳附錄)。
- 二、社區醫療群需於計畫核可 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 VPN。

玖、參與計畫醫院、醫師資格及基本要求

一、參與計畫之特約院所或醫師於參與計畫之日起前 2 年內，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法第 66 條至第 67 條中各條所列違規情事之一且經保險人處分者。

二、1年內沒有自動退出本計畫之紀錄。沒有經核定終止計畫合約或計畫不予續約之紀錄。

三、應製作家庭會員權利義務說明書，告知本計畫內容及其權益、義務（含24小時緊急諮詢電話）。

四、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。具家庭醫學專科醫師資格之醫師應完成8小時之行政管理教育訓練課程；具內科、外科、兒科、婦產科專科醫師資格之醫師應完成8小時之行政管理教育訓練課程及24小時之家庭醫師專業教育訓練課程；具家庭醫學科、內科、外科、兒科、婦產科以外專科醫師資格之醫師除應完成8小時之行政管理教育訓練課程及24小時之家庭醫師專業教育訓練課程，另應完成8小時全人醫療教育訓練課程。完成前述課程之醫師並需取得證明；若於年度內未取得訓練認證之醫師，須退出本計畫，保險人將追扣該醫師當年度之相關費用。

五、與社區醫療群合作之其他特約醫事服務機構，依現行全民健康保險相關法規辦理。

六、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，則不予計算該退出院所或醫師之計畫費用。

#### 拾、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。

二、收案會員每人給付費用 800 元/年，經費撥付原則如下：

(一) 個案管理費：每人給付 250 元/年(執行內容包含資料建檔上傳、轉診、個案衛教宣導、個案研討及與合作醫院開辦共同照護門診)。

(二) 照顧會員節省之醫療費用，每人上限 550 元/年(以群方式統計)：

1. 實際醫療費用與預估醫療費用之 70%：

社區醫療群登錄個別診所會員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 385 元為上限(以群方式統計)。

2. 品質達成情形：品質提升費用占率 30%，依品質評核指標達成情形計算。

3. 品質提升費用，依各社區醫療群會員指標達成情形分四級：

(1) 特優級：會員品質指標平均達成率 $\geq 90\%$ ，則品質提升費用提升至 230 元。

(2) 良好級：會員品質指標平均達成率介於 89%~



70%，則依原方案 165 元給付。

(3) 輔導級：會員品質指標平均達成率 $\leq 69\%$ ，則品質提升費用降為 100 元。

(4) 不支付：會員品質指標平均達成率 $\leq 60\%$ 則不予支付。

## 拾壹、計畫評核指標

### 一、評核指標及輔導指標

參與計畫之社區醫療群，以下列項目作為費用支付評核指標，每項指標占率按指標總數平均計算，如未達指標目標值時以比例核算。

(一) 三項組織指標，達 100%(權重 30%)：

1. 健康管理比率：需達 100%(含 VPN 上傳資料之完整性)。

2. 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。

3. 24 小時諮詢專線(每群全年至少測試 6 次)：

每社區醫療群全年每次測試都能提供服務。

分子：社區醫療群受測且能提供服務次數。

分母：該社區醫療群全年測試有效次數。

(二) 四項臨床指標(權重 40%)：

1. 會員急診率(排除外傷)，較應照護族群 50 百分位數低：

分子：會員急診人次(排除外傷案件)

分母：會員人數

2. 疾病住院率《肺炎、冠狀動脈心臟病、糖尿病 相關疾病 住院、慢性阻塞性肺疾病、泌尿道感染》，較應照護族群

50 百分位數低：

分子：會員主診斷有前述疾病住院人次

分母：會員門診主診斷有前述疾病人數。

3. 針劑使用率，較應照護族群 50 百分位數低：

分子：會員使用針劑次數

分母：會員人數

備註：排除施打胰島素、疫苗注射、破傷風注射案件

4. 抗生素使用率，較應照護族群 50 百分位數低：

分子：給藥案件之抗生素藥品案件數

分母：會員給藥案件數

(三) 二項會員感受指標，權重 30%

1. 滿意度問卷調查，達 80%：

電訪社區醫療群會員滿意度，依會員滿意度結果評分。

2. 其他政策鼓勵指標(2 項預防保健達成率、65 歲以上老人流感注射率)：

(1) 成人預防保健檢查率，會員接受成人預防保健服務高於全國平均值：

分子：40 歲(含)以上會員接受成人健檢人數

分母： $(40 \text{ 歲}-64 \text{ 歲會員數}/3+65 \text{ 歲《含》會員數})$

(2) 子宮頸抹片檢查率，會員接受子宮頸抹片服務高於全國平均值：

分子：30 歲(含)以上女性會員接受子宮頸抹片人數。

分母：30 歲(含)以上女性會員數。

(3) 65 歲以上老人流感注射率，會員接受流感注射服務高於全國平均值：

分子：65 歲以上會員接種流感疫苗人數。

分母：65 歲以上總會會員人數。

#### 拾貳、計畫管理機制：

- 一、保險人負責協調總體計畫架構模式與修正。
- 二、保險人分區業務組負責輔導轄區社區醫療群之成立、審核計畫與協調監督轄區各計畫之執行，並得邀請醫界代表（如總額執行單位）協助參與、輔導及評估。
- 三、各計畫之社區醫療群應成立「計畫執行中心」，負責提出計畫之申請與該社區醫療群之醫療資源協調整合、醫療服務之提供及醫療費用之分配作業。

#### 拾參、計畫申請方式

參與計畫之社區醫療群應檢附申請書送達保險人分區業務組提出申請，經保險人分區業務組同意並回復該社區醫療群，合約以 9 個月(99 年)為限。

#### 拾肆、計畫執行期間評核與計畫及期滿續約及輔導標準

- 一、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；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，則需接受保險人分區業務組輔導後符合續約標準者，始予續約。
- 二、社區醫療群如品質指標平均未達 60% 續約標準不予續約者，應退出本計畫，1 年內不得再加入計畫。

#### 拾伍、實施期程及評估

各社區醫療群應於計畫執行後，年度結束前提送執行報告（包含緊急諮詢專線之使用情形、計畫運作執行現況、計畫評核指標執行率與社區醫療群間的協調連繫情形、社區衛教宣導）至保險人分區業務組。

附錄

**全民健康保險家庭醫師整合照護計畫檢核邏輯**

保險人網頁之個案通報及登錄系統說明

- 一、參與計畫之醫師需透過醫事服務機構行文至保險人分區業務組申請，待分區業務組核准後，始能登入本系統  
(網址：<http://10.253.253.242/idcportal/>) 傳輸會員資料。
- 二、醫師進入保險人資訊網服務系統網頁後登入試辦計畫登錄系統後，可以點選病人管理選項，進行病患資料之登錄、維護及查詢事項。

說明：

- 1.保險人分區業務組需確實將參與院所名單登錄於 MHA 系統。
- 2.醫療院所需請資訊廠商修改其自行維護的畫面，並將會員資料以批次經本系統上傳至健保資訊網服務系統(VPN)。
- 3.相關會員資料之維護仍由保險人分區業務組維護；收案期限將設定 3 個月，保險人依權限截取會員資料供分析用，對於資料登錄未完整之社區醫療群於 3 個月內補正資料/或不予支付。
4. 身分證字號有重複登錄情形，則第 2 筆資料無法輸入。