

全民健康保險家庭醫師整合性照護制度九十三年度試辦計畫

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

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十及全民健康保險醫療費用協定委員會九十二年十二月二十六日費協字第 0 九二五九 0 一二五九號公告訂定之。

貳、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。

參、預算來源

本計畫之預算來自九十三年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中「家庭醫師整合性照護制度試辦計畫，並提供電話醫療諮詢服務」部門之預算。該預算為九十三年度西醫基層總額每人醫療給付費用成長率的百分之〇·七五，採專款專用方式辦理，不列入地區總額分配。

肆、推動策略

- 一、成立社區醫療群，以群體力量提供服務。
- 二、民眾可選擇社區醫療群之醫師登記為家庭醫師，但不限制民眾就醫之選擇。
- 三、提供適當誘因，以促成家庭醫師制度之形成。

伍、社區醫療群之組織運作

- 一、組織方式可採下列兩種型式：

1. 甲型：

以同一地區特約西醫診所五至十家為單位組成，其中一半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，並應與一家特約醫院（以地區醫院或區域醫院為原則）作為合作對象，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。

2. 乙型

以同一地區特約西醫診所五至十家為單位組成；其中至少需有五分之一以上醫師（四捨五入）具有家庭醫學科專科醫師資格，並應與特約醫院建立轉診及合作機制。或與一家特約醫院（以地區醫院或區域醫院為原則）作為合作對象，開辦共同照護門診。

二、若聯合診所或聯合門診具有五位專任醫師以上，且結合該地區其他三家特約診所以上者，得共同參與本計畫，惟一家聯合診所或聯合門診限成立一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，以符合社區民眾生活圈為原則，並由中央健康保險局（以下簡稱本局）各分局依實際情形認定。

四、設立會員 24 小時緊急電話諮詢服務專線

參與試辦計畫之社區醫療群，應共同提供 24 小時緊急電話諮詢服務，提供家戶登錄之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) 甲型及乙型社區醫療群採「共同照護門診」模式者，其運作如下：

參與試辦計畫之基層診所醫師如與一家特約醫院作為合作對象，應由合作醫院聘為兼任醫師，每週至少半天到合作醫院開設共同照護門診（不限看診其轉診對象），另共同照護門診亦可部分時間以家戶會員病房巡診、個案研討與衛教宣導等代替；且必須建立基層診所醫師間平行照會。

(二) 乙型社區醫療群採轉診模式者，其運作如下：

參與試辦計畫之基層診所醫師如未與特約醫院作為合作對象，必須建立基層診所醫師間平行轉診機制，並提出與後送醫院間之轉診及合作計畫（包括安排病人轉診、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，另如家戶會員病房巡診、個案研討與衛教宣導等措施亦可納入）以及醫療品質提升計畫。

六、成立計畫執行中心

(一) 社區醫療群應成立計畫執行中心，並以基層診所醫師中具有家庭醫學科專科醫師資格者擔任負責人為原則，負責該計畫之申請、運作與協調。為利有效使用資源，降低管理成本，各社區醫療群亦得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、運作及協調外，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、一家醫院最多與三個社區醫療群合作為原則，由本局各分局考量合作醫院輔導社區醫療群運作之能力，予以增減。

八、家戶會員健康資料應予建檔

(一) 建檔欄位資料可參考本試辦計畫所附表單，並由各社區醫療群依其所需自行或由合作醫院開發及使用。

(二) 合作醫院應配合修改資訊系統，以配合連結及運用，若社區醫療群未與固定醫院合作組成社區醫療群者，其計畫執行中心應負責各基層診所健康家戶資訊系統建立與基層醫師團隊醫師間之資訊系統連結及運用。

(三) 基層診所醫師間所登錄之健康家戶檔案資料，應於符合電腦處理個人資料保護法之規範下共享，並注意網路安全以保障個人隱私。

九、偏遠地區可視其醫療資源狀況另予考量。

陸、醫院及醫師參與試辦計畫資格

一、對醫院及醫師之共同基本要求

(一) 參與試辦計畫之特約院所或醫師於參與試辦計畫之日起前兩年內，並無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法第三十四條至第三十五條中各條所列違規情事之一且經本局處分確定者。

(二) 一年內沒有退出本試辦計畫之紀錄。

二、參與試辦計畫之基層診所醫師資格

(一) 應於申請本計畫前，業於現址執業且與本保險特約至少一年以上。

(二) 應於申請本計畫前完成二十戶及六十人以上之健康家庭家

戶檔案（含加入健康家庭會員同意書）建檔。

(三)應製作家庭會員權利義務說明書，告知本試辦計畫內容及其權益、義務（含24小時緊急諮詢電話），民眾要求登記為會員不得拒絕。

(四)醫師於實施計畫期間應參與中央衛生主管機關認可之機構或團體所舉辦之相關訓練課程並取得證明，其訓練課程或繼續教育內容及時數由中央衛生主管機關訂之。

(五)前開中央衛生主管機關所訂之相關訓練課程及認證事宜，基層診所醫師應於中央衛生主管機關公布後或計畫核可後六個月內完成認證，若無法於期限內取得認證者，取消參與試辦計畫資格。

三、參與試辦計畫之醫院資格

須位於計畫涵蓋地區（以符合社區民眾生活圈為原則），且經本局同意辦理本保險住診業務之醫院（以地區醫院或區域醫院為原則）。

四、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。

五、試辦計畫期間社區醫療群成員之加入及退出機制

(一) 基層診所醫師可中途加入或退出，惟應將家戶會員妥善處理（包括於一個月前通知家戶會員、家戶會員資料轉交計畫執行中心保存及介紹社區醫療群其他醫師等）。

(二) 合作醫院亦可更換，惟需事先談妥接續合作醫院

(三) 變更後社區醫療群之組成仍需符合參與試辦計畫之規定。另成員變動情形將列為次年續辦參考，退出後一年內不得再參與本計畫。

六、保險對象資格

- (一) 凡加入全民健康保險之民眾，應以家戶為單位選擇參與本計畫之診所醫師登記為家庭醫師，惟登記前半年該家戶成員至少一人應於該醫師處至少就診一次。
- (二) 一人限登記一位家庭醫師，同一家戶成員以登記於同一位家庭醫師為原則。

柒、費用支付方式

參與試辦計畫之社區醫療群，得自行選擇任一下列支付方案，作為計畫經費支應原則：

一、A型支付方案

- (一) 社區醫療群原有之醫療服務及預保保健服務，依現行全民健康保險醫療費用支付標準及總額支付制度相關規定給付，並由各醫療院所自行申報，費用撥入個別帳戶。
- (二) 共同照護門診或家戶會員病房巡診、個案研討與衛教宣導等，每半天定額給付 2,000 至 3,000 元，由執行中心依實際執行情況申報，並撥入執行中心帳戶。
- (三) 健康管理費（包括基層院所與合作醫院提供家戶/個人建檔資料與更新、社區醫療群自行設計之預防保健服務、衛生教育、雙向轉診、24 小時電話諮詢、計畫運作、資訊輔助系統、經理人/管理人行政管理、人員訓練等，由基層診所醫師與合作醫院自行協商費用比率），按登錄會員人數每人全年支付健康管理費 350 至 450 元（照護期間 6 個月（含）以下者，按照護月數比例支付，照護期間超過 6 個月以上者，按全年支付），每位基層診所醫師每年照護會員人數以 1,000 人為上限，本項費用由執行中心依實際執行情況申報，並撥入執行中心帳戶。

(四) 於每月支付費用時，將保留上述(二)及(三)項費用(合稱醫療照護費用)20%作為品質提升費用，按各該計畫費用評核指標項目達成比例計算，於合約期滿時撥付計畫執行中心，以鼓勵院所投入資源於提升醫療服務品質。

(五) 全年計畫總經費以三百五十萬元為上限。

二、B型支付方案

(一) 與A型之(一)相同。

(二) 社區醫療群登錄家戶會員實際申報西醫門診醫療費用

(Actual Expense, 簡稱AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(Virtual Capitation, 簡稱VC)之間的差額，一定比例回饋社區醫療群，撥入執行中心帳戶，計算原則如下：

1. 若 $AE < VC$ ，則兩者間之差額一定比例(依本計畫費用評核指標達成比率計算)回饋給社區醫療群，每年回饋金額以五百萬元為上限。
2. 若 $AE > VC$ 或 $AE < VC$ 且兩者間之差額少於一百萬元者，則給付健康管理費一百萬元。

三、其他支付方案

(一) 與A型之(一)相同。

(二) 以前述A型、B型兩種支付方式之項目與精神，由社區醫療群與本局各分局協商其他計畫經費支付項目及方式，並以全年計畫總經費三百五十萬元為上限。

捌、預期效果及影響

一、民眾方面：

(一) 可獲得24小時電話諮詢服務。

- (二) 可獲得整體性的初級醫療與預防保健。
- (三) 可獲得基層門診轉介住院的持續性照顧。
- (四) 建立良好的醫病關係，享受優質醫療服務。

二、醫療提供者方面：

- (一) 提供高品質的家庭醫師照護，贏得病患與家屬信任及卓越的聲譽。
- (二) 專業自主性增強。
- (三) 建立整合性照護網，促使醫療設施及醫事人力資源之有效利用。
- (四) 建立基層診所與醫院之合作關係。

玖、計畫評核指標

一、費用支付評核指標

參與試辦計畫之社區醫療群，不論建立醫療照護品質提升及轉診機制與費用支付採取何種方案，皆以下列項目作為費用支付評核指標，每項指標佔率按指標總數平均計算，如未達指標目標值時以比例核算，惟未達該項指標目標值 80% 時，該項指標視為未達成。

- (一) 家戶建檔管理比率：指定家庭醫師之會員家戶資料建檔管理比率達 100% 。
- (二) 會員指定率：會員指定家庭醫師之比率達該社區醫療群該年看診總人數的 10% 以上；若該社區醫療群該年看診總人數的 10% 大於該社區醫療群每年照護會員人數上限時，則會員人數需達該社區醫療群每年會員照護人數之上限。
- (三) 會員固定就診率：會員全年 70% 之門診均就診於該社區醫療群。

(四) 預防保健達成率：會員接受健保成人預防保健服務、子宮頸抹片檢查比率為 50% 以上，或與所屬健保分局轄區內之所有民眾相較（以前一年受檢率為比較基準）其接受健保成人預防保健服務、子宮頸抹片之比率超過 10% 以上。

(五) 社區醫療群得依當地實際醫療需要，與本局各分局訂定 1~2 項費用評核指標項目。例如：

1. 疾病管理指標：以糖尿病為例，對於患有糖尿病之會員，其糖化血色素（HBA_{1c}）應予控制良好。
2. 西醫基層總額支付制度品質確保方案之中長程指標：
 - (1) 「符合病例紀錄規範比率」指標：以高血壓為例，對於經診斷為高血壓疾病之會員，每次就醫均需量血壓並予記載。
 - (2) 「符合各專科治療指引比率」指標、「符合慢性病患治療指引比率」指標：可參考西醫基層總額支付制度執行委員會或各專科醫學會所訂定之各項疾病治療指引，選擇適合項目及訂定其達成率。

二、實施成果評核指標：由本局委託學術機構另行訂定，作為續約之參考。

拾、計畫管理機制：

- 一、本局醫務管理處負責協調總體計畫架構模式與修正。
- 二、本局各分局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試辦計畫之執行，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、各試辦計畫之社區醫療群應成立「計畫執行中心」，負責提出試辦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。

四、社區醫療群所提供之醫療服務如未達本試辦計畫要求者(費用支付評核指標)，除依比例核付費用外，並列為是否續約之參考。

拾壹、試辦計畫申請方式

參與試辦計畫之社區醫療群應檢附計畫書向本局各分局提出申請，經本局各分局同意並簽訂合約後實施，合約以一年為限。

拾貳、實施期程及評估

- 一、各試辦點應於計畫執行後，每半年提送執行報告至本局各分局。另實施業滿兩年之試辦點，嗣後得每年提送乙次報告。
- 二、本局將彙整各試辦地點所提執行報告，進行整體執行成效之評估(其中包含 24 小時電話諮詢專線之使用情形，會員就診情形以及減少不必要之重複就診等之分析)，作為繼續試辦或全面實施之依據。

參考表單-1

社區醫療體系個人健康資料

戶號：(不用填)	姓名：	身分證字號：		
民國 年 月 生	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話：()		
血型：	手機：	e-mail：		
戶籍地址：郵遞區號 □□□				
通訊地址：郵遞區號 □□□				
教育程度：	<input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上			
婚姻狀況：	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 再婚			
職業：	<input type="checkbox"/> 士 <input type="checkbox"/> 農 <input type="checkbox"/> 工 <input type="checkbox"/> 商 <input type="checkbox"/> 家管 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 其他：			
宗教信仰：	<input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 道教 <input type="checkbox"/> 民間信仰 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 一貫道 <input type="checkbox"/> 其他_____			
個人健康評估				
慢性問題：	病名	為期時間	病名	為期時間
	<input type="checkbox"/> 高血壓		<input type="checkbox"/> 氣喘	
	<input type="checkbox"/> 糖尿病		<input type="checkbox"/> 慢性肺疾病	
	<input type="checkbox"/> 腎臟病		<input type="checkbox"/> 消化性潰瘍	
	<input type="checkbox"/> 缺血性心臟病		<input type="checkbox"/> 功能性腸胃問題	
	<input type="checkbox"/> 心律不整		<input type="checkbox"/> 視力衰退	
	<input type="checkbox"/> 心臟衰竭		<input type="checkbox"/> B型肝炎	
	<input type="checkbox"/> 腦血管疾病		<input type="checkbox"/> C型肝炎	
	<input type="checkbox"/> 腫瘤		<input type="checkbox"/> 甲狀腺腫	
	<input type="checkbox"/> 貧血		<input type="checkbox"/> 癲癇	
	<input type="checkbox"/> 關節炎		<input type="checkbox"/> 精神疾病	
	<input type="checkbox"/> 高膽固醇血症		<input type="checkbox"/> 攝護腺肥大	
	<input type="checkbox"/> 痛風或高尿酸血症		<input type="checkbox"/> 皮膚病	
	<input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 其他	
婦女諮詢：	懷孕次數 (G) 次 生產次數 (P) 次			
	月經史：初經時間_____歲			
	生理週期：規律 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，平均_____天一次			
	每次經期天數 天 經痛 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
長期用藥：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 藥物名稱_____			
藥物過敏：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 藥物名稱_____			
食物過敏：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 食物名稱_____			
身心疾病：	<input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 智能不足 <input type="checkbox"/> 精神分裂 <input type="checkbox"/> 憂鬱症 <input type="checkbox"/> 焦慮症 <input type="checkbox"/> 其他			
健檢：	<input type="checkbox"/> 小孩 <input type="checkbox"/> 婦女 <input type="checkbox"/> 成人 <input type="checkbox"/> 老人 最近一次時間_____			
預防注射：	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> DPT <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> HAV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> measle <input type="checkbox"/> JBE <input type="checkbox"/> Toxoid <input type="checkbox"/> Varicella <input type="checkbox"/> Pneumo <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Others			

門診診療紀錄

No.	診斷	用藥	就診日期	備註

急診診療紀錄

No.	診斷	用藥	就診日期	備註

住院診療紀錄

No.	診斷	用藥	住院日期	出院日期	住院地點	備註

預防保健服務紀錄

No.	檢查日期	健康檢查項目	健檢特約單位

參考表單-2

家戶檔案

戶號：(不用填)		地區：			
住址：郵遞區號 □□□			電話：()		
緊急聯絡人		手機			
家庭成員					
編號	姓名	稱謂	出生年月日 (民國)	慢性健康問題	其他(危險因子)
01					
02					
03					
家族病史 (Family History)			家族譜 (Family Pedigree)		
<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 腎病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 精神病 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> 畸形 <input type="checkbox"/> 結核病 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 過敏症 <input type="checkbox"/> 出血素質 <input type="checkbox"/> 其他					
家庭功能 (Family APGAR)			家庭生活週期 (Family life Cycle)		
日期	得分	備註	<input type="checkbox"/> 新婚夫婦 <input type="checkbox"/> 第一個小孩誕生 <input type="checkbox"/> 有學齡兒童的家庭 <input type="checkbox"/> 有青少年子女的家庭 <input type="checkbox"/> 子女出外創業的家庭 <input type="checkbox"/> 空巢期 <input type="checkbox"/> 老化的家庭		

填表日期： 年 月 日

參考表單-3

社區醫療體系全民健康保險

院(所)轉診單(轉入至

院所)

保險醫事服務機構代號：

原 診	保險對象基本資料	姓名		性別		出生		生病		歷		號		碼			
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		民國(前)		年		月		日					
		身分證號		聯絡電話		聯		絡		人		聯		絡		地	
治 醫	病 歷 摘 要	A.病情摘要(主訴及簡短病史)						D.藥物過敏史：									
		B.診斷		ICD-9Code		病名											
		1.(主診斷)		2.		3.											
療 院 所	轉診目的	1. <input type="checkbox"/> 急診治療		4. <input type="checkbox"/> 進一步檢查，檢查項目													
		2. <input type="checkbox"/> 住院治療		5. <input type="checkbox"/> 其他													
		3. <input type="checkbox"/> 門診治療															
院 所	負責醫師	院所住址						傳真號碼：		電子信箱：							
		姓名		科別		聯絡電話		醫師簽章									
		轉診日期		年		月		日		有效期限		年		月		日止	
		建議轉診院所及科別醫師		醫院		科		醫師		轉診院所地址及專線電話		地址：		電話：			
接 受 轉 診 醫 療 院 所	處理情形	1. <input type="checkbox"/> 已予急診處置並轉診至 醫院 2. <input type="checkbox"/> 已予急診處置，並住本院 病房治療中															
		3. <input type="checkbox"/> 已安排住本院 病房治療中 4. <input type="checkbox"/> 已安排本院 科門診治療中															
		5. <input type="checkbox"/> 已予適當處理並轉回原院所，建議事項如下欄															
		治療摘要		1. 主診斷				2. 治療藥物或手術名稱				3. 轉助診斷之檢查結果					
院 所	負責醫師	院所名稱						電話或傳真：		電子信箱：							
		姓名		科別		醫師簽章		回覆日期		年		月		日			

參考表單-4

社區醫療體系全民健康保險

院(所)轉診單(轉出)

保險醫事服務機構代號：

接 受 轉 診 醫 療	保險對象基本資料	姓 名	性 別	出 生	病 歷 號 碼
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國(前) 年 月 日	
醫 療 要 點	轉 診 病 歷 摘 要	身 分 證 號	聯 絡 電 話	聯 絡 人	聯 絡 地 址
院 所	轉 診 結 果	A.病情摘要(主訴及簡短病史)		D.藥物過敏史：	
		B.診斷 1.(主診斷) 2. 3. ICD-9Code 病名		C.檢查及治療摘要 1.最後一次檢查結果 日期： 報告： 2.最近一次用藥或手術名稱 日期：	
原 診 治 醫 療 院 所	轉 出 日 期	E.建議事項		F.本次轉診醫療總費用：新台幣 元整(附於收據後) 辦事員簽章：	
		1. <input type="checkbox"/> 痊癒 2. 死亡 3. <input type="checkbox"/> 穩定可出院 4. <input type="checkbox"/> 其他 5. <input type="checkbox"/> 須轉院 原因： <input type="checkbox"/> 病情惡化 <input type="checkbox"/> 須特殊檢查 <input type="checkbox"/> 須專科治療 <input type="checkbox"/> 病人或家屬要求			
原 診 治 醫 療 院 所	負 責 醫 師	院所住址			傳真號碼： 電子信箱：
		姓名	科別	聯絡電話	醫師簽章
原 診 治 醫 療 院 所	負 責 醫 師	年 月 日		有效期限	年 月 日止
		院所名稱	電話： 傳真：	電子信箱	
原 診 治 醫 療 院 所	負 責 醫 師	姓名	科別	醫師簽章	回覆日期 年 月 日