

## 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  
行政院衛生署中央健康保險局 100 年 4 月 7 日健保醫字第 1000072821 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。

此外民眾就醫的自由在台灣為全民健保的一大特色，因此最理想的家庭醫師照護是病人由其最常就醫的診所將其收案成為家醫忠誠會員，該主要照護診所對其有照護的責任。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。

若上開病患之主要照護診所能參與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、協調性與持續性的醫療照護。
- 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 100 年 1 月 4 日費協字 1005940001 號函「100 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，100 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、 100 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，先促進社區水平整合，提供民眾完善整合性照護，並以此為基礎，作為未來垂直整合醫療體系式照護模式的基礎。

#### 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不必要的就醫需求。

#### 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(註 2)就醫之保險對象，並將需照護之名單，交付予參與本計畫之社區醫療群予以健康管理，並排除代辦案件《例：產檢、小兒健檢、流感注射等》、外傷、門診論病例計酬，另將排除「西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫」、論質計酬試辦計畫等個案不計入應收案篩選名單。

二、 社區醫療群醫師自行收案部分則改採定額方式〈以參與計畫醫師個數為單位〉，每名醫師加收會員額度上限為 60 名。

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 5 次且平均用藥日數 7 天以上，或慢性病給藥天數大於 60 天，將慢性病患者依醫療費用各分為 10 等分位，選取最高之 6 等分位〈第 5 至第 10 等分位〉。
2. 非慢性病個案：非屬前述慢性病患者，依醫療費用各分為 10 等分位，選取最高之 2 等分位病患。
3. 前述慢性病及非慢性病病患，以門診就醫次數最高的診所收案照顧。若診所就醫次數相同，則由費用最高的診所收案。

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。
- 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、參與計畫院所、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 37 條至第 38 條中各條所列違規情事之一者。〈含行政救濟程序中尚未執行處分者〉。

- 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、院所參與本計畫執行期間因涉及有全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法第 37 至第 38 條中各條所列違規情事之一者（含行政救濟程序進行中尚未執行處分者），於文到同月起同步終止本計畫。
- 四、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）。
- 五、醫師參與本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。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。
- 六、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。

#### 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，由各診所依實際執行情況按月申報，費用撥入個別帳戶。本計畫相關費用撥入醫療群指定帳戶（或依計畫執行中心之申請撥入各基層診所）。
- 二、 相關費用由本局各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，於追扣補付系統辦理帳務處理「“214”家庭醫師整合性照護計畫補付」及「“114”家庭醫師整合性照護計畫追扣」，前開系統另新增原因別代碼「“294”家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金補付」及「“194”家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金追扣」。
- 三、 參與計畫之診所申報會員門診醫療費用請於「門診醫療服務點數清單」，項次 07-1「特定治療項目代號」欄位填報「G8」，其餘欄位按照原方式申報。
- 四、 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：
    1. 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)。

2. 申請費用以群為單位半年撥付 1 次；相關之必要欄位需填寫完整；經保險人〈分區業務組〉審查通過得於 1 個月內撥付 50%費用；填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則核扣該筆上傳之個案管理費用。
3. 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，則依承作月份按比例核給個案管理費〈收案前三月內退出除外〉，其餘費用則不予核付。

(二) 照顧會員節省之醫療費用，每人 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  $\leq 89\% \sim 70\%$ ，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。

4. 會員若於計畫執行期間無就醫紀錄，則不核付〈二〉照顧會員節省之醫療費用。

五、全年給付費用經結算後，超過全年預算額度時，則〈二〉照顧會員節省之醫療費用之 1. 實際醫療費用與預估醫療費用，改採浮動點值方式計算。

#### 拾壹、計畫評核指標

參與計畫之社區醫療群，達成情形以群為計算單位並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%)：

(一) 健康管理比率〈權重 10%〉：需達 100%(含 VPN 上傳資料之完整性)。

(二) 個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診〈權重 10%〉：擇一場辦理〈醫療群每月至少需辦理 1 場，且年度內每位醫師至少應參與上開活動達 6 次(含)以上〉。

(三) 24 小時諮詢專線(每群全年至少測試 6 次)〈權重 10%〉：

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、 三項品質指標(權重 30%)：

(一) 會員急診率(排除外傷) 〈權重 10%〉：較應照護族群 40 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

(二) 疾病住院率 〈權重 10%〉：較應照護族群 40 百分位數低。

分子：會員住院人次

分母：會員人數

(三) 會員固定就診率 〈權重 10%〉：會員在群內 〈含合作醫院〉之西醫門診固定就診率較前一年成長 10% 〈含〉以上，〈若會員固定就診率已達當年同儕 60 百分位 〈含〉以上者即符合本指標〉。

分子：會員在群內 〈含合作醫院〉就醫次數 〈含合作醫院〉

分母：會員在所有西醫門診就醫次數

三、 會員滿意度調查，權重 10%

滿意度問卷調查達 80% 〈含〉以上 〈權重 10%〉：

電訪社區醫療群會員滿意度，依會員滿意度結果評分。

四、 預防保健達成情形，權重 30%：

(一) 成人預防保健檢查率 〈權重 5%〉，會員接受成人預防保健服務高於應照護族群 60 百分位數。

分子：40 歲(含)以上會員接受成人健檢人數

分母：(40 歲-64 歲會員數/3+65 歲《含》會員數)

(二) 子宮頸抹片檢查率〈權重 5%〉，會員接受子宮頸抹片服務高於應照護族群 60 百分位數：

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。

(三) 65 歲以上老人流感注射率〈權重 10%〉，會員接受流感注射服務高於應照護族群 60 百分位數：

分子：65 歲以上會員接種流感疫苗人數。

分母：65 歲以上總會員人數。

(四) 糞便潛血檢查率〈權重 10%〉：50 歲以上至未滿 70 歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查高於全國民眾檢查比率。

分子：50 歲以上至未滿 70 歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查人數。

分母：50 歲以上至未滿 70 歲會員應接受定量免疫糞便潛血檢查人數/2。

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(100 年)為限。

#### 拾肆、計畫執行期間評核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% 續約標準者，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。
- 三、計畫執行三個月內，有關三項組織指標中，相關診所若前述三項指標，經保險人〈分區業務組〉評核得分均為 0 分者，除本局不予支付前述指標費用外，渠應退出本計畫；惟其中一項評核指標為 0 分者，需接受保險人〈分區業務組〉輔導。

#### 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。

#### 拾陸、訂定與修正程序

本計畫由保險人報請行政院衛生署核定後公告實施，修正時亦同，並送全民健康保險醫療費用協定委員會備查；惟屬執行面之修正，由保險人逕行公告，並送全民健康保險醫療費用協定委員會備查。

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，保險人依權限擷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。