



西醫基層專案計畫執行結果及 成效評估執行成果

中央健康保險局

100年7月25 日



家庭醫師整合性照護計畫





家醫計畫執行策略



家庭醫師整合性照護計畫推動目的及策略

➤ **經費來源：**西醫基層總額專款專用，99年預算11.15億元。

➤ **計畫目標：**

1. 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。
2. 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。

➤ **推動策略及計畫照護範圍：**

1. 成立社區醫療群，以群體力量提供服務。
2. 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。
3. 保險對象不需登記或簽署同意為會員(被照護對象)文件，並將作業時間節省回歸於個案管理增進醫病關係。
4. 整合基層與醫院的醫療照護品質，先促進社區水平整合，作為未來垂直整合醫療體系式照護模式的基礎。



99年家醫計畫變革之策略〈一〉

□ 家戶會員收案

照護範圍： 保險人提供基層診所需收案就醫名單予參與家醫計畫診所〈權責診所〉，不需民眾簽署任何同意書，惟院所負告知義務。

收案方式：

- 一、健保局指定忠誠病人〈A個案〉：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，交付參與醫療群做健康管理。
- 二、醫療群自行收案的病人〈B個案〉：社區醫療群得於保險人交付收案數額外可再加收10%之個案數。

備註：

1. 慢性病個案：指前一年全國就醫資料中，屬公告98種慢性病範圍且其曾門診就醫2次且平均用藥日數7天以上，或住院1次以上者；選取醫療資源耗用最高之前5組。
2. 無慢性病者選取醫療資源耗用最高之前1組，為本計畫之照護收案對象。



99年家醫計畫變革之策略〈二〉

□ 支付方式變革〈一〉

✓ 預算11.15億，收案會員每人給付費用800元/年，給付方式如下：

〈一〉個案管理費：每人250元/年〈執行內容包含資料建檔上傳、轉診、個案研討及與合作醫院開辦共同照護門診〉

〈二〉扣除個案管理費，每人550元/年

A. 實際醫療費用與預估醫療費用〈占70%〉；

(VC- AE)：每人上限 385元/年。

B. 品質達成情形〈30%〉



99年家醫計畫變革之策略〈三〉

品質達成情形〈品質提升費用占率30%〉

〈一〉3項組織指標，權重30%

1. 健康管理比率〈10%〉
2. 個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診至少每月1次〈10%〉
3. 24小時諮詢專線〈10%〉

〈二〉4項臨床指標，權重40%

1. 會員急診率〈10%〉
2. 疾病住院數《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》〈10%〉

3. 針劑使用率〈10%〉

4. 抗生素使用率〈10%〉

〈三〉2項病人感受指標，權重30%

1. 滿意度問卷調查〈10%〉

2. 其他政策鼓勵指標

2項預防保健檢查率《成人預防保健檢查率、子宮頸抹片檢查率》〈各5%〉、65歲以上老人流感注射率〈10%〉



99年家醫計畫支付誘因〈圖式〉

收案會員每人給付費用800元/年
99年參與醫療群獲得費用=A+B+C

A. 實際醫療費用與預估醫療費用〈占70%〉&B. 品質達成情形〈30%〉
每人550元/年

B. 品質達成情形
〈30%〉：品質提升費用占30%，依品質評核指標達成情形計算
〈230元至0元〉。

1. 特優級： $\geq 90\%$ 提升至230元
2. 良好級：89%~70%，165元
3. 輔導級： $\leq 69\%$ ，100元
4. 不支付： $\leq 60\%$ ，0元

A. 實際醫療費用與預估醫療費用〈70%〉：
1. $(VC - AE)$ ：每人上限385元/年；

2. IF $(VC - AE)$
 ≤ 0 ；0元

C. 個案管理費：
每人上限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照門診〉



99年家庭醫師整合性照護計畫

- 計畫執行期間評核及期滿續約及輔導標準〈退場機制〉
 - ✓ 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。
 - ✓ 續約標準：
各項評核指標之評比及排序落於所屬分區業務組最低之5%社區醫療群數，需接受輔導，符合續約標準者始予續約。
 - ✓ 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。



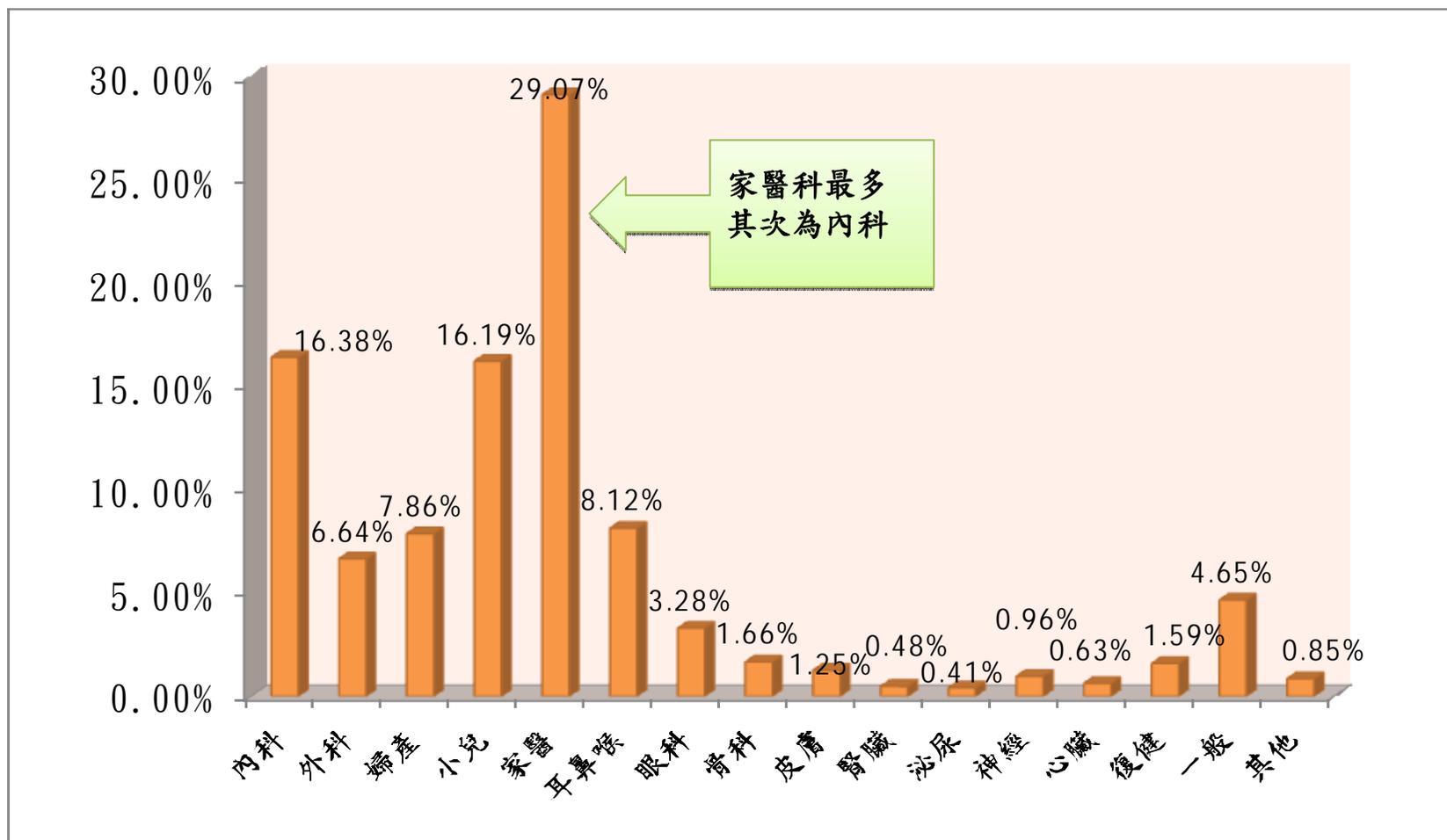
歷年家醫計畫醫療群參與與收案情形

資料期間：99.4.1-100.3.31

年度	計畫數	退出	新加入	基層院所數	醫師數	收案人數	參與診所占率	參與醫師占率	收案人數占率
92	24	0	0	144	154	60,331	1.68%	1.39%	2.73%
93	269	2	247	1,576	1,811	620,294	18.41%	16.36%	2.81%
94	258	25	14	1,533	1,766	1,186,997	17.05%	14.74%	5.11%
95	303	18	63	1801	2050	1,371,362	19.68%	16.80%	5.28%
96	305	27	29	1736	1981	1,535,740	18.76%	16.00%	6.84%
97	324	32	51	1,871	2,269	1,569,133	19.85%	17.72%	6.61%
98	318	24	18	1,789	2,026	1,610,276	18.74%	15.48%	6.99%
99	356	9	47	2,183	2,478	1,311,460	21.46%	18.59%	5.77%



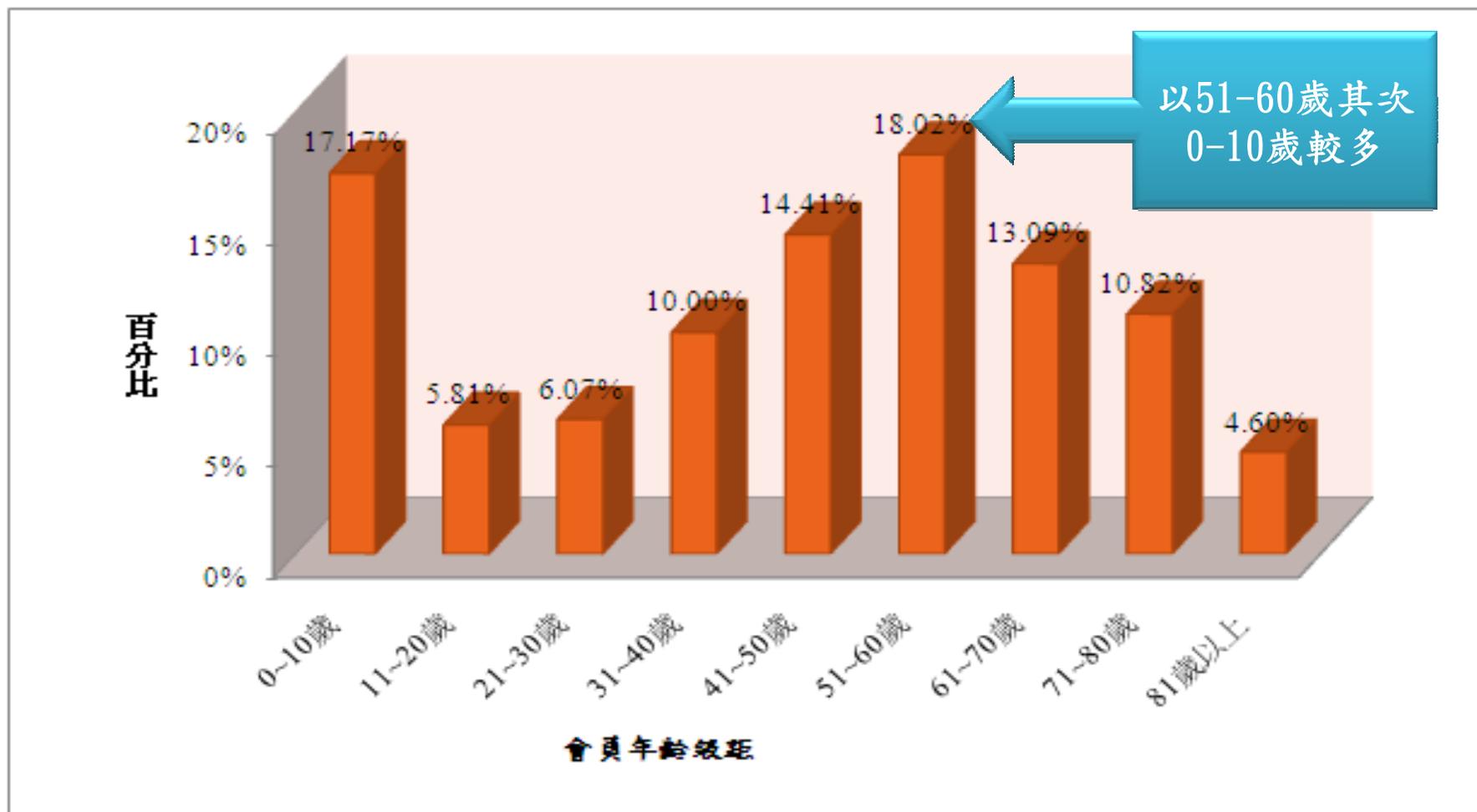
99年醫師科別分布



製表日期:99年6月30日



99年會員年齡分布情形





99年家醫計畫評核指標執行情形〈一〉

〈一〉三項組織指標成效及占率

	1. 健康管理 比率 〈需達 100%〉		2. 個案研討、 共同照護門診 、社區衛教宣 導、病房巡診 〈權重10%〉		3. 24小 時諮詢 專線 〈每群 全年需 測試6 次〉	
	占率	占率	占率	占率	占率	占率
滿分	339	95.22%	312	87.64%	356	100%
未達成	17	4.78%	44	12.36%	0	0%
小計	356	100.00%	356	100.00%	356	100.00%

單位：群

製表日期：100年6月27日



99年家醫計畫評核指標執行情形〈二〉

- ✓負向指標：應小於應照護族群才算達成
- ◆正向指標：應大於應照護族群才算達成

負〈正〉向指標	臨床指標	收案會員平均	指標定義〈較應照護族群50百分位數低〉	達成群數	未達成群數	達成群數占率
✓	會員急診率	25.6%	23.88%	156	200	43.82%
✓	疾病住院數	2.25%	1.37%	80	276	22.47%
✓	針劑使用率	0.92%	0.02%	10	346	2.8%
✓	抗生素使用率	8.89%	6.14%	117	239	32.86%
◆	成人預防保健檢查率	51.87%	34.92%	336	20	94.38%
◆	子宮頸抹片檢查率	33.69%	28.51%	284	72	79.77%
◆	65歲以上老人流感注射率	35.64%	29.94%	258	98	72.47%

資料期間：1. 9904-10003

2. 針劑使用率之應照護族群排除
開藥件數<2,000件之診所〈極端值〉



家醫計畫參與會員滿意度調查

➤ 99年會員滿意度調查

◆ 調查對象：

99年會員〈有效問卷9,127份平均每群調查約26份〉。

➤ 調查方式：

➤ 以本局設計的問題以電話或郵寄方式隨機抽樣瞭解會員對參與本計畫為收案會員對醫療群的滿意度。

➤ ◆ 整體調查結果：

對家庭醫師所提供的整體服務計有99.92%會員達到滿意；其中非常滿意占率達65%、滿意占率達31%、普通者占率達3.92%



99年參與會員醫療利用情形

醫療利用情形	收案數	99年	98年	成長率	99年平均就醫次數
門診醫療費用	1,311,460	27,263,220,372	27,425,832,193	-0.59%	
門診就醫人次		32,867,387	34,423,481	-4.52%	25.06
會員住院人次		254,354	237,983	6.88%	

1. 資料期間：99年4月1日至99年12月31日

2. 以99年收案會員為主，並擷取該會員98年同期醫療利用情形〈會員資料排除已有死亡、結案日期者〉

3. 門診醫療費用計算為部分負擔+申請金額，排除案件：慢性病連續處方調劑(08)、中醫慢性病連續處方調劑(28)、代辦案件、洗腎〈05〉、居家照護〈A1〉、精神疾病社區復健〈A2〉、寧居家療護〈A5〉、護理之家居家照護〈A6〉安養、養護機構院民之居家照護〈A7〉、代辦性病者全面篩檢愛滋病毒計畫(B1)、職災案件(B6)、代辦門診戒菸(B7)、代辦精神科強制住院(B8)、代辦孕婦全面篩檢愛滋計畫(B9)、代辦無健保結核病患就醫案件(C4)、代辦愛滋病案件(D1)、代辦65歲以上老人流行性感疫苗接種(D2)、洗腎〈05〉、居家照護〈A1〉、精神疾病社區復健〈A2〉、寧居家療護〈A5〉、護理之家居家照護〈A6〉安養、養護機構院民之居家照護〈A7〉

4. 住院資料：醫事類別11.12.22、總額別：醫院總額〈排除西醫基層住院《住院生產》〉、案件類別1-6、住院醫療費用=申請點數+部分負擔



99年家醫整合性照護計畫轉診統計

醫療群轉診以垂直轉診(基層診所轉至合作醫院門診)占率42.98%最多。

轉診情形	水平轉診	垂直				其他
	群內轉診	基層診所轉至合作醫院門診	由基層診所轉住院	由基層診所轉醫院檢查	由合作醫院轉回診所	
合計	4,441	35,219	4,947	8,736	26,278	2,316
占率	5.42%	42.98%	6.04%	10.66%	32.07%	2.83%

備註：其他項目係指轉至非合作醫院

資料區間：99年4月至12月



歷年計畫經費執行情形

年	預算數(億)	實支費用(億)	執行率
93	6.1	4.72	77.38%
94	7.7	5.61	72.86%
95	8.8	7.33	83.00%
96	8.8	5.72	65.00%
97	9.15	10.11	110.38%
98	9.15	7.02	76.72%
99	11.15	4.33	尚未完成結算

註：因政策導向故選擇健康回饋型之醫療群數不斷增加，致97年預算較實際給付費用不足0.96億元〈實支10.11億元，不足費用由總額其他部門預算之其他預期政策改變所需經費支應〉。



小結

- 一. 99年預算執行約7成左右。
- 二. 民眾對家庭醫師所提供的整體服務計有96%會員達到滿意〈含非常滿意及滿意〉。
- 三. 醫療利用情形：門診醫療費用及門診就醫次數較同期有下降情形；惟會員住院人次有上升情形。
- 四. 評核指標方面：預防保健指標達成率較高有其正面意義；惟會員會員急診率及針劑使用率達成情形較不理想。
- 五. 建立雙向轉診部分，已見初步成果。



100年家醫計畫改革修正〈一〉

□ 延續99年計畫，將收案對象及品質指標評核略做修正

◆ 收案對象範圍：

一、依醫療費用高低分為10等分位並選取費用最高之忠誠病人納入收案對象：

1. 慢性病〈前一年全國就醫資料中屬公告慢性病範圍，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，選取最高之6等分位《第5-10等分位》〉

2. 非慢性病〈非屬前述慢性病患，依醫療費用各分為10等分位，選取最高之2等分位病患《第9-10等分位》〉就醫之保險對象，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，另將排除相關論質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。



100年家醫計畫改革修正〈二〉

□ 延續99年計畫，將收案對象及品質指標評核略做修正

◆ 品質指標修正：

- 一、刪除臨床指標之針劑使用率與抗生素使用率。
- 二、疾病住院率刪除相關疾病診斷，改採整體之住院率。
- 三、新增「會員固定就診率」。
- 四、新增預防保健之「糞便潛血檢查率」。
- 五、指標達成標準提升：
 1. 屬負向指標之項目〈會員急診率、疾病住院率〉須較應照護族群40百分位低。
 2. 屬正向指標之項目〈成人預防保健、子宮頸抹片檢查、65歲以上流感注射率、糞便潛血檢查率〉須較應照護族群60百分位高。



100年家庭醫師整合性照護計畫執行情形

業務組別	醫療群家數	醫事機構家數	參與醫師數	收案會員數
台北	89	563	636	344,020
北區	56	332	355	220,365
中區	118	735	816	464,406
南區	56	321	327	206,455
高屏	54	319	367	193,104
東區	7	41	55	20,051
小計	380	2,311	2,556	1,448,401

- 參與醫師占西醫基層醫師比率：18.79%
- 參與診所占基層診所比率23.68%
- 收案會員占保險對象比率6.28%



未來方向

- 一、本計畫未來之檢討將增加深度及廣度之檢討，將邀請不同領域專家參與，如由公共行政、社區及家庭的概念，建構全人、全家、全社區的照護概念。
- 二、為配合新修正之全民健康保險法第44條「保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度…」，期許對未來台灣實施家庭責任醫師制度之落實。未來將視推行成效逐步與醫院垂直整合，提供以病人為中心之全人照護。



敬請指教