



家庭醫師整合性照護計畫 之監測指標及執行成效-落實以 病人為中心照護與執行面監督

中央健康保險署
108年5月24日





大綱

- 計畫目的
- 監測指標及執行成效
- 108年修訂方向
- 以病人為重心之照護策略



計畫目的

1. 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。

2. 建立以病人為中心的醫療觀念

以民眾健康為導向，提升醫療品質。

3. 奠定「家庭責任醫師制度」基礎



經費撥付原則

1. 依收案會員數給付費用

(每人800元/年)

績效獎勵費用
(每人上限550點)

個案管理費
(每人上限250元)

品質提升費用
(50%)依品質評核指標達成情形
計算
(0~275點)

健康管理成效鼓勵
(50%)實際西醫門診醫療費用與風險校正模式
預估之西醫門診醫療費用差值回饋 (VC-AE)
(0~275點)

- 1.特優級：90分以上，275點
- 2.良好級：80~90分，210點
- 3.普通級：70~80分，175點
- 4.輔導級：60~70分，145點
- 5.不支付：少於60分，0點

IF (VC-AE) \leq 0 ;
0元

2. 失智症門診照護家庭諮詢費用

(每次300-500點)

(每人最多2次/年)

(自106年起新增)

3. 多重慢性病人

門診整合費用

(每人500-1000點)

(自108年起新增)

105年起增加醫療群品質及財務責任，增列
VC-AE差值為負且品質
指標達成率 $<65\%$ 者，
支付個案管理費50%。

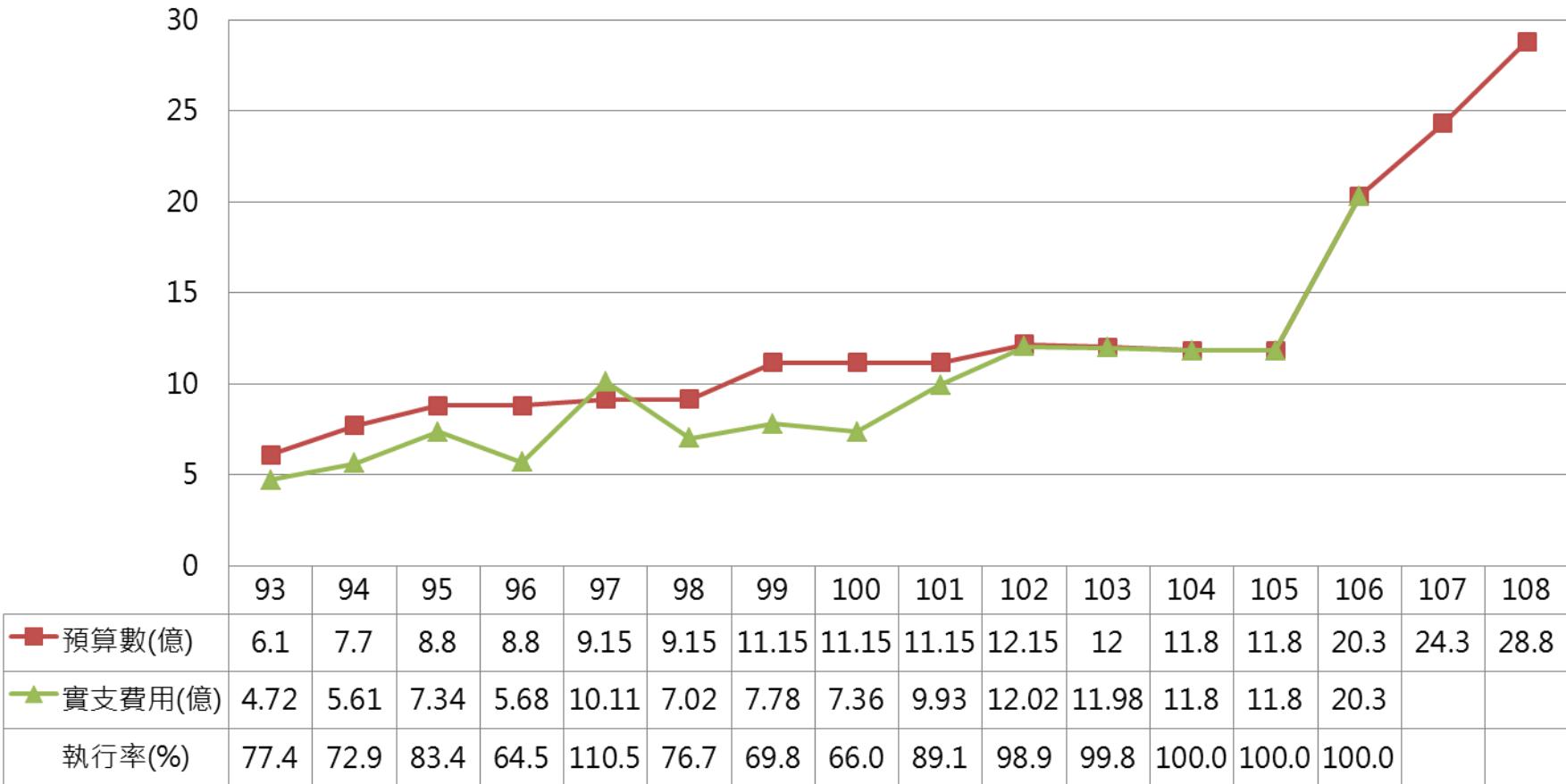


監測指標及執行成效



歷年經費執行情形

- 近四年預算執行率均達100%。



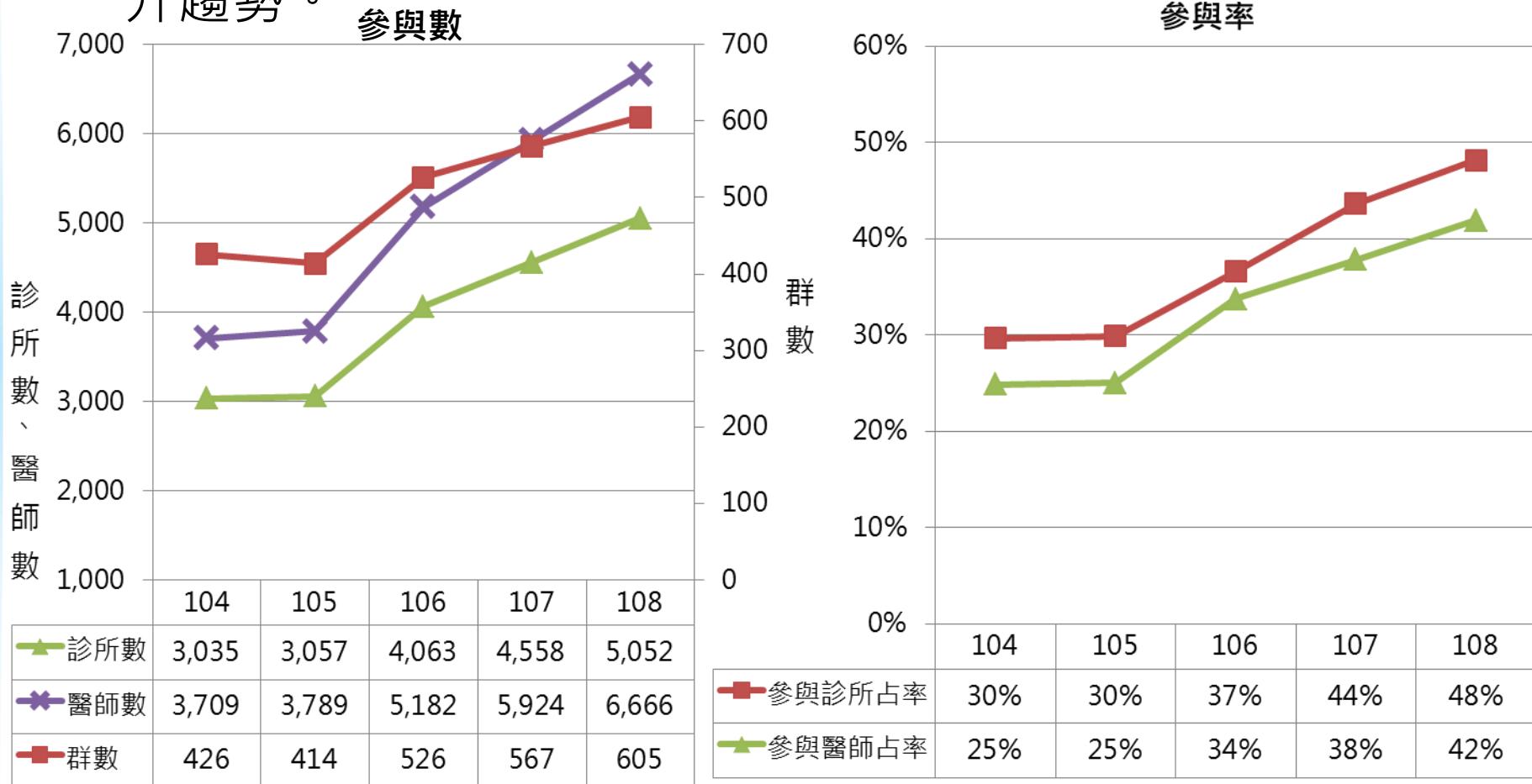
註1：97年因政策導向故選擇健康回饋型之醫療群數不斷增加，致預算較實際給付費用不足0.96億元(實支10.11億元，不足費用由總額其他部門預算之其他預期政策改變所需經費支應)。

註2：106年原預算為15.8億元，由107年度家醫計畫專款之450百萬元挹注106年度之不足款，故106年預算為20.3億元。6
註3：107年尚未完成績效獎勵費用結算。



近5年社區醫療群參與情形

- 參與本計畫之社區醫療群數、診所數、醫師數皆呈現逐年上升趨勢。



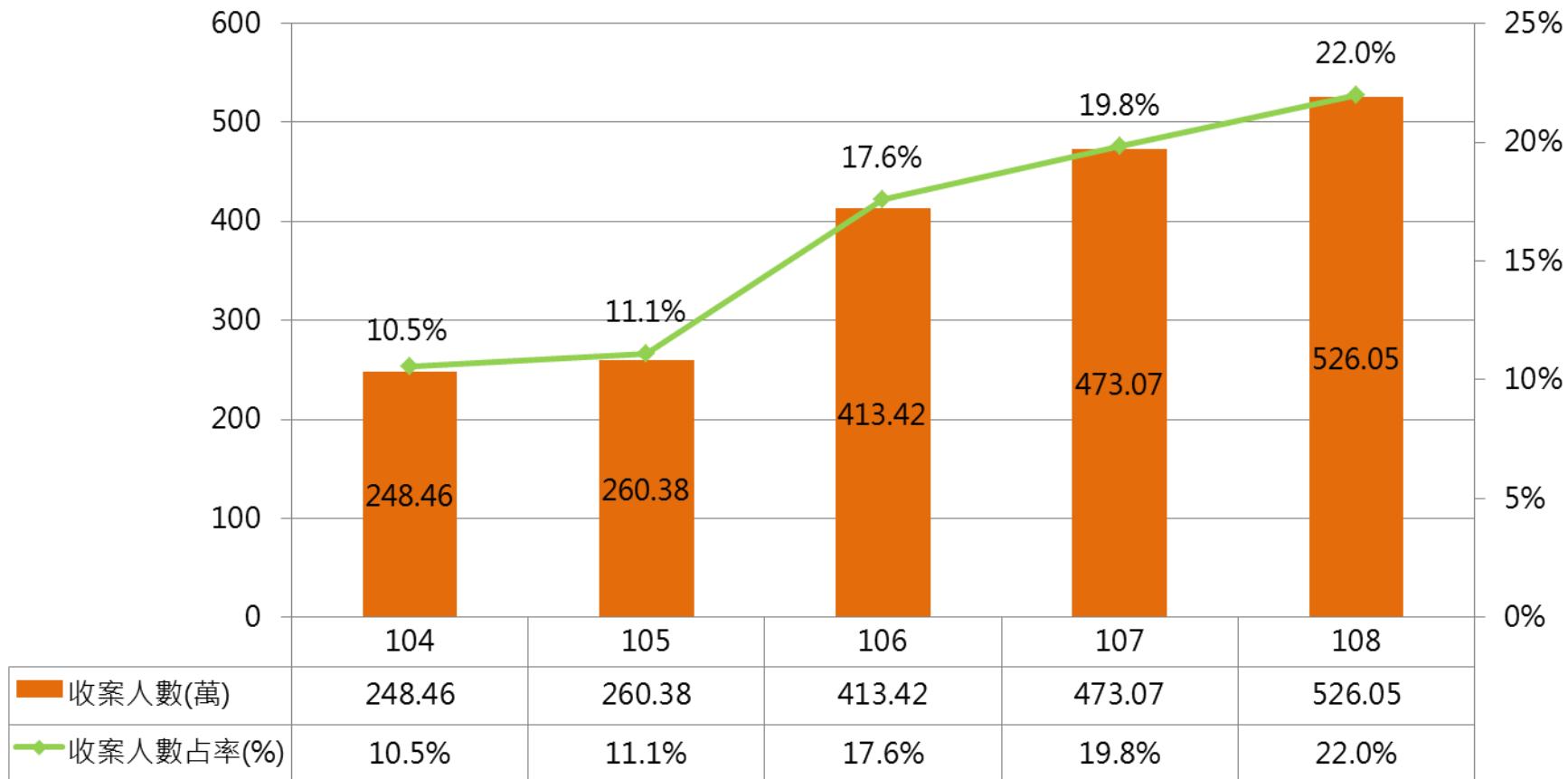
註1：資料擷取時間為當年度4月；另退場群數係以當年度全年執行後計算。

註2：102年至103年包含單一診所型態，102年284家診所、366位醫師、會員12.3萬人；103年193家診所、274位醫師、會員8.9萬人。



近5年社區醫療群收案情形

- 計畫收案人數呈現逐年上升趨勢



註1：資料擷取時間為當年度4月

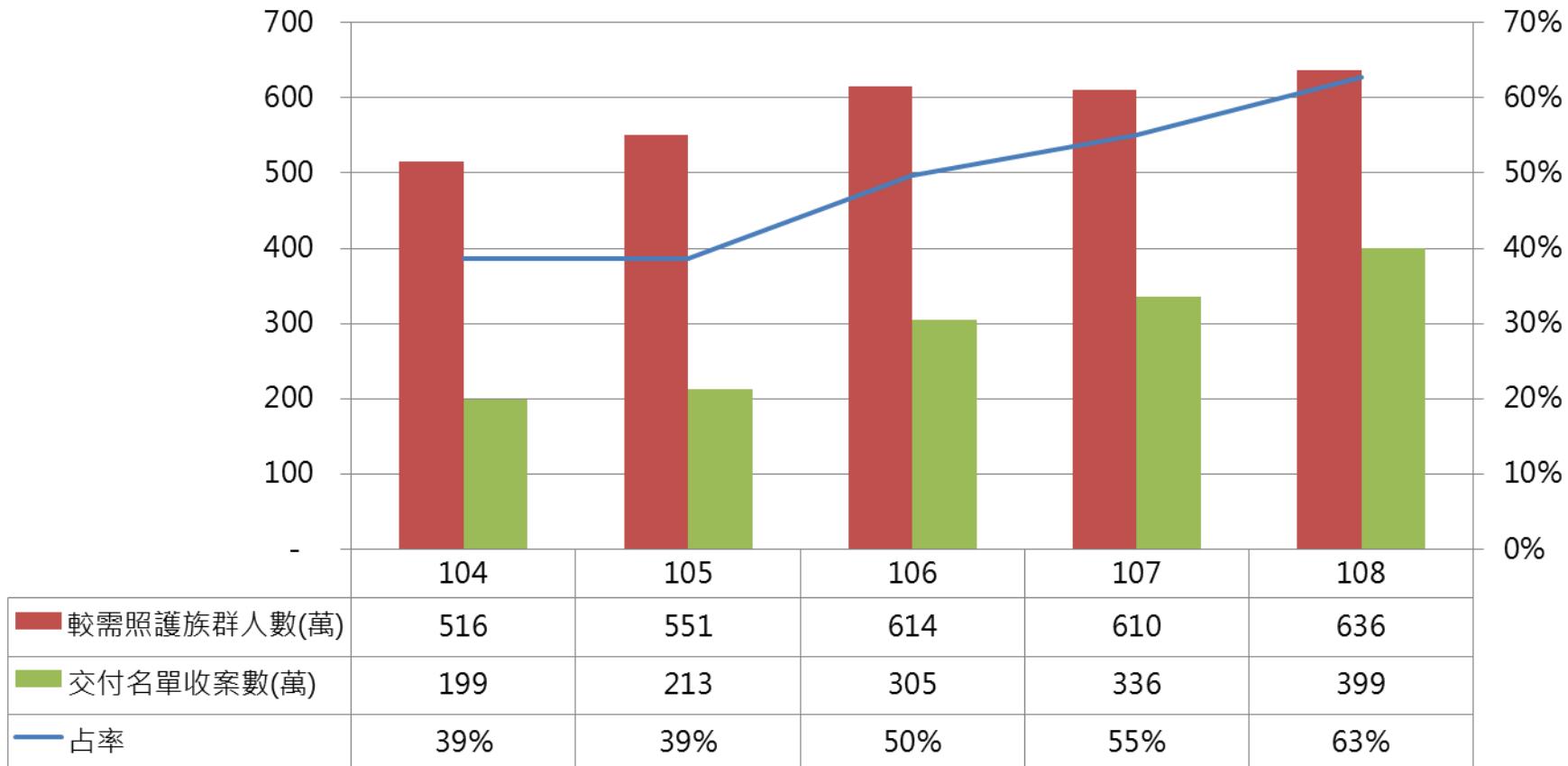
註2：收案人數占率為收案人數/保險對象人數

註3：自108年起自行收案會員採二階段上傳，108年收案人數僅包含第一階段收案人數。



近5年交付名單收案情形

- 108年本計畫交付名單收案人數占較需照護族群人數之63%



註1：資料擷取時間為當年度4月

註2：較需照護族群人數為慢性病、非慢性病、門診高利用、65歲以上多重慢性病、3-5歲兒童及參與醫療給付改善方案之個案。

註3：交付名單收案數不含院所自行收案個案。



108年應照護族群收案會員分類

- 收案以慢性病個案居多，第一階段收案達526萬人

個案類別	交付數	收案數
1.慢性病	2,389,775	2,347,261
2.65歲以上多重慢性病	1,010,731	986,163
3.論質個案	468,720	448,358
4.失智症	10,123	9,563
5.非慢性病	1,028,696	1,021,667
6.3-5歲兒童	191,384	190,432
7.門診高利用	96,749	94,234
歸戶後人數	4,031,862	3,994,919
8.第一階段自收會員	-	1,265,627
總計		5,260,546

註1：參加計畫之診所，應照護族群收案率達99%

註2：自108年起自行收案會員採二階段上傳，第一階段為上傳每位醫師自行收案200名，第二階段再依上年度評核指標分數達成情形，上傳加收之100名。



107年家醫計畫個案管理

會員健康資料建檔

1

- 加強會員個案管理及衛教
- 預防保健各指標歷年均達高標

提供病人轉診服務

2

24小時諮詢專線

3

- 醫療群與202家醫院合作
- 轉診服務：366,677人次
- 共照門診：5,114診次
- 病房巡診：1,324次

辦理社區衛教、宣導

4

加強診所與醫院合作

5

- 營造健康社區，提升醫療群形象。
- 辦理社區衛教2,127場次。
- 參與人數達73,462人次。

- 醫院與診所合作轉診。
- 辦理個案研討。
- 辦理共同照護門診。
- 參與上述活動6次以上醫師計5,000餘位。



107年醫療群品質指標執行情形

達標	指標	收案會員	目標值	評估構面
V	電子轉診使用率	73.80%	$\geq 60.00\%$	服務協調性
V	住院雙向轉診率	46.79%	$\geq 16.67\%$	服務協調性
	門診雙向轉診率	84.69%	$\geq 85.00\%$	服務協調性
V	成人預防保健檢查率	45.88%	$\geq 34.56\%$	服務周全性
V	子宮頸抹片檢查率	29.32%	$\geq 27.64\%$	服務周全性
V	老人流感注射率	45.56%	$\geq 43.23\%$	服務周全性
V	糞便潛血檢查率	44.79%	$\geq 37.89\%$	服務周全性

註1：目標值：電子轉診使用率為 $\geq 60\%$ 、住院雙向轉診率 \geq 同儕50百分位、門診雙向轉診率 \geq 同儕50百分位；成人預防保健檢查率、子宮頸抹片檢查率及65歲以上老人流感疫苗注射率為 \geq 較需照護族群60百分位；糞便潛血檢查率為高於全國民眾檢查率。

註2：住院雙向轉診率及門診雙向轉診率指標成績尚未完整計算。



107年醫療群品質指標執行情形

達標	指標	收案會員	目標值	評估構面
	每十萬人潛在可避免急診件數	1,159.2	≤ 559.5	服務結果
	每十萬人可避免住院件數	661.2	≤ 236.7	服務結果
	會員急診率	33.15%	$\leq 26.85\%$	服務結果
V	糖尿病會員胰島素注射率	13.59%	$\geq 12.25\%$	服務結果
V	會員固定就診率	48.27%	$\geq 44.72\%$	服務持續性

註1：目標值：會員固定就診率為 \geq 同儕60百分位；潛在可避免急診件數、可避免住院件數及會員急診率為收案會員30百分位；糖尿病會員胰島素注射率為其50百分位。

註2：可避免住院指標各疾病代碼係參照美國AHRQ公告之第五版，潛在可避免急診即可避免住院指標，自107年起侷限慢性類指標(短期糖尿病併發症、長期糖尿病併發症、控制不良糖尿病、糖尿病下肢截肢、COPD及成人氣喘、青年氣喘、高血壓、心絞痛等8項指標)。



107年醫療群自選指標擇定情形

自選指標項目	提升社區醫療品質	提供居整計畫或安寧居家療護服務	假日開診並公開開診資訊	糖尿病眼底檢查執行率	接受醫院轉介出院病人，辦理後續追蹤	收治DM、CKD個案病人檢驗檢查上傳率	鼓勵醫療院所即時查詢就醫資訊方案
擇定群數	123	262	546	148	305	-	317
得 分 群 數							
5分	122	253	542	63	300	-	237
3分	-	-	2	64	-	-	64
2分		6	-	-	-	-	-
1分	-	-	2	-	-	-	-
0分	1	3	-	21	5	-	16

註1：醫療群可就自選指標項目，選擇最優3項參加評分，於當年度10月底前將選定指標項目提供分區業務組。

註2：107年計有567群參與計畫

註3：各項指標配分不同，故部分得分群數為空值。



107年醫療群加分項得分情形

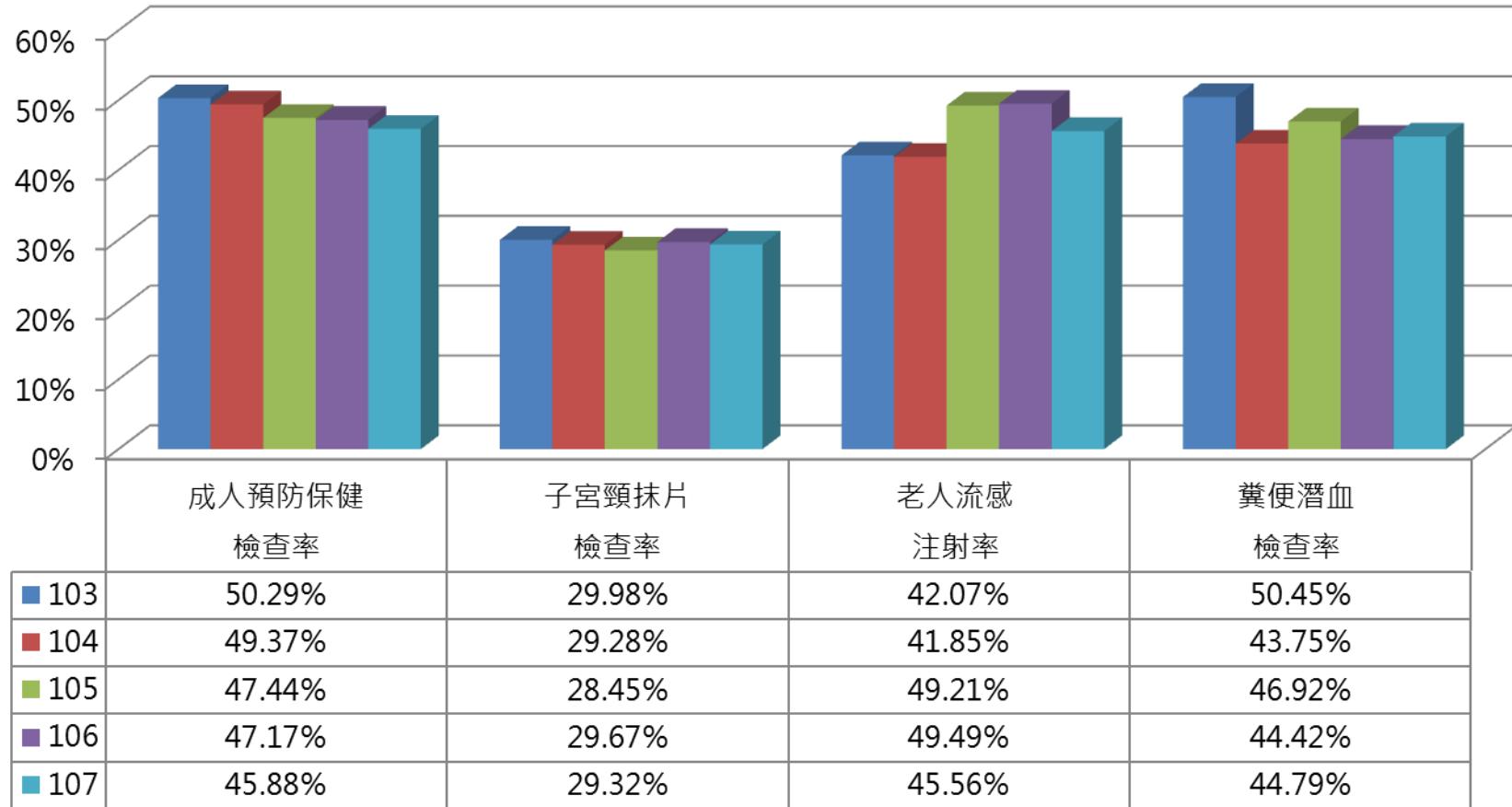
- 健康管理成效(VC-AE)執行結果鼓勵，平均每人節省醫療費用點數 ≥ 275 點
→ 目前尚在計算VC-AE，本項暫無得分群數
- 社區醫療群醫師，經報備支援醫院每月定期執行業務
→ 172個醫療群醫師支援醫院，占30.3%
- 協助失智症病人轉介至適當醫院就醫，或轉介社會福利資源協助，並留有紀錄
→ 253個醫療群提供轉介失智症病人至適當醫院就醫占44.6%

註：加分項每項5分，最高得分10分



近5年預防保健指標檢查/注射率

- 近年社區醫療群各項預防保健達成率均達成設定之目標值



註1：會員接受成人預防保健服務：分子為40歲(含)以上會員接受成人健檢人數；分母為(40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)

註2：子宮頸抹片檢查率：分子為30歲(含)以上女性會員接受子宮頸抹片人數；分母為30歲(含)以上女性會員數

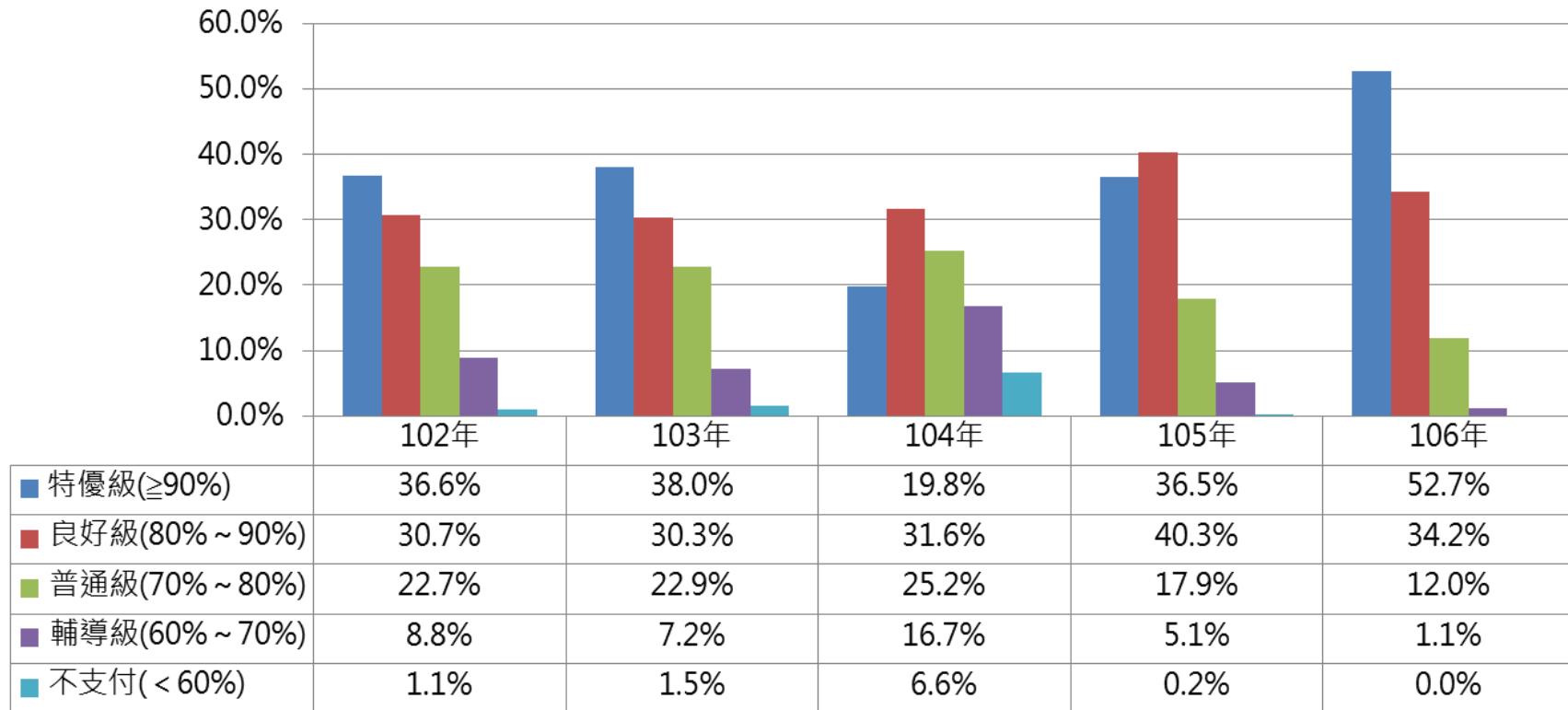
註3：65歲以上老人流感注射率：分子為65歲以上會員接種流感疫苗人數；分母為65歲以上總會員人數

註4：糞便潛血檢查率：分子為50歲以上至未滿75歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查人數；分母為50歲以上至未滿75歲會員人數/2



近5年醫療群績效評核結果

- 持續執行擇優汰劣之退場機制
- 106年526群社區醫療群中，品質指標達80%以上共計457群，占所有群數約87%，僅一群品質指標<65%。



註1：表內占率係呈現各品質分級之醫療群所佔當年度參與醫療群。

註2：102年共374群、103年共389群、104年共426群、105年共414群、106年共526群。

註3：107年評核結果尚在計算中。



近5年滿意度調查結果

- 107年抽測會員滿意度結果均達99分以上

年度	分區電話抽測通數	施測項目		
		健康諮詢及衛教	對會員健康狀況的了解程度	對家庭醫師整體性
103	3,895	98.0%	98.0%	98.0%
104	4,440	99.3%	99.4%	99.3%
105	4,172	99.2%	99.2%	99.1%
106	5,272	99.5%	99.5%	99.5%
107	5,398	99.3%	99.4%	99.3%



小結

- 參與計畫之醫療群、診所、醫師及收案會員人數逐年上升，已朝擴大社區醫療群之服務量能及增加整合服務項目方向規劃執行。
- 家醫會員其預防保健檢查率及固定就診率均高於較需照護族群，會員滿意度達99%以上，已具初步成效。



108年計畫修訂重點



108年計畫預算及協定事項

- 107年12月5日衛生福利部公告108年西醫基層醫療給付費用，其中「家庭醫師整合性照護計畫」全年經費28.8億元
- 較107年預算增加4.5億元，依協定事項用於新增多重慢性病患收案及其照護獎勵費用



108年計畫修訂方向

- 新增「多重慢性病人門診整合費」
- 調整收案會員及名單交付原則
- 檢討評核指標-突顯家醫群特性



新增「多重慢性病人門診整合費」

為減少家醫會員於不同院所就醫及重複用藥，由收案診所提供的多重慢性病人門診用藥整合

✓ 支付條件：

- 會員有2種(含)以上慢性病並於收案診所內就醫，該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份須達56日(含)以上，且無重複用藥情形，申報整合照護模式註記者
- 前述慢性病指高血壓、糖尿病、高血脂、動脈粥樣硬化、心臟病、腦血管病變等15種慢性病

✓ 支付方式：

- 符合前項條件，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達56日(含)以上，每一會員每年支付500點
- 當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達169日(含)以上，每一會員每年再增加支付500點。



調整收案會員及名單交付原則

- ✓ 為使收案對象為西醫基層就近之照護對象，針對慢性病個案之交付原則，增列於該診所門診就醫次數達2次(含)以上。
- ✓ 復健病患醫療需求與一般疾病就醫患者不同，為使資源有效運用，針對非慢性病個案之交付原則，增列門診就醫次數排除復健治療次數 ≥ 33 次/年。



修訂評核指標

- ✓ 推動分級醫療及雙向轉診，調升「電子轉診使用率」、「假日開診並公開開診資訊」之得分閾值
- ✓ 落實分級醫療，預防保健項目應回歸基層院所提供的服務，改以收案會員於基層院所接受預防保健項目為統計範圍。



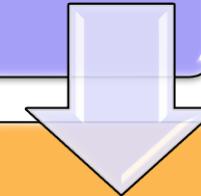
落實以病人為中心之照護



病人為中心之內涵

全聯會提供

尊重病患的價值喜好與表達出
的需求



協調與整合病人的照護



提供病人生理上舒適的醫
療服務



病人為中心之照護策略

全聯會提供

- ✓ **24小時諮詢專線**：會員於需要時，立即獲得醫療諮詢
- ✓ **增加服務內容**：協助轉介相關醫師及協調病人就醫地點
- ✓ **善盡告知、溝通責任**：製作會員權益義務說明書或通知函，告知計畫內容及權益、義務
- ✓ **建立溝通管道**：運用電話諮詢專線、即時通訊軟體等工具，提升照護品質



病人為中心之照護策略

全聯會提供

- ✓ **新增「多重慢性病人門診整合」服務**：協調整合高血壓、糖尿病、高血脂、心臟病等慢性病人，檢視用藥情形，依就醫狀況提供整合服務，提升用藥安全
- ✓ **提供全人照護**：利用健保資訊雲端查詢系統、電子轉診平台進行雙向轉診及慢性病管理



Thank

You!

敬請指教

