



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)

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) ≤ 0 ;
0元

個案管理費

(每人上限250元)

內容：包含資料建檔上傳、轉診、24小時專線、個案衛教宣導、個案研討及與合作醫院開辦共照門診

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%。

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)

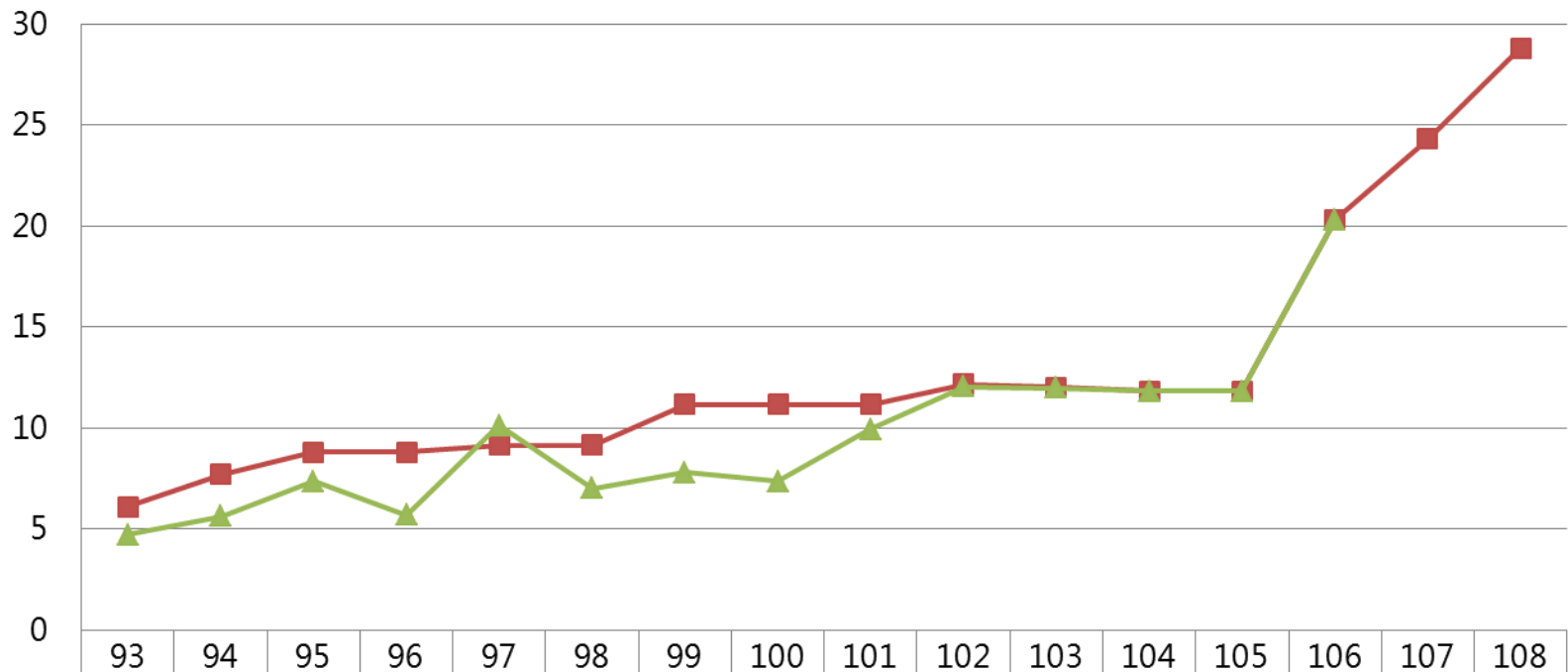


監測指標及執行成效



歷年經費執行情形

- 近四年預算執行率均達100%。



■ 預算數(億)	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108
▲ 實支費用(億)	4.72	5.61	7.34	5.68	10.11	7.02	7.78	7.36	9.93	12.02	11.98	11.8	11.8	20.3		
執行率(%)	77.4	72.9	83.4	64.5	110.5	76.7	69.8	66.0	89.1	98.9	99.8	100.0	100.0	100.0		

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)。

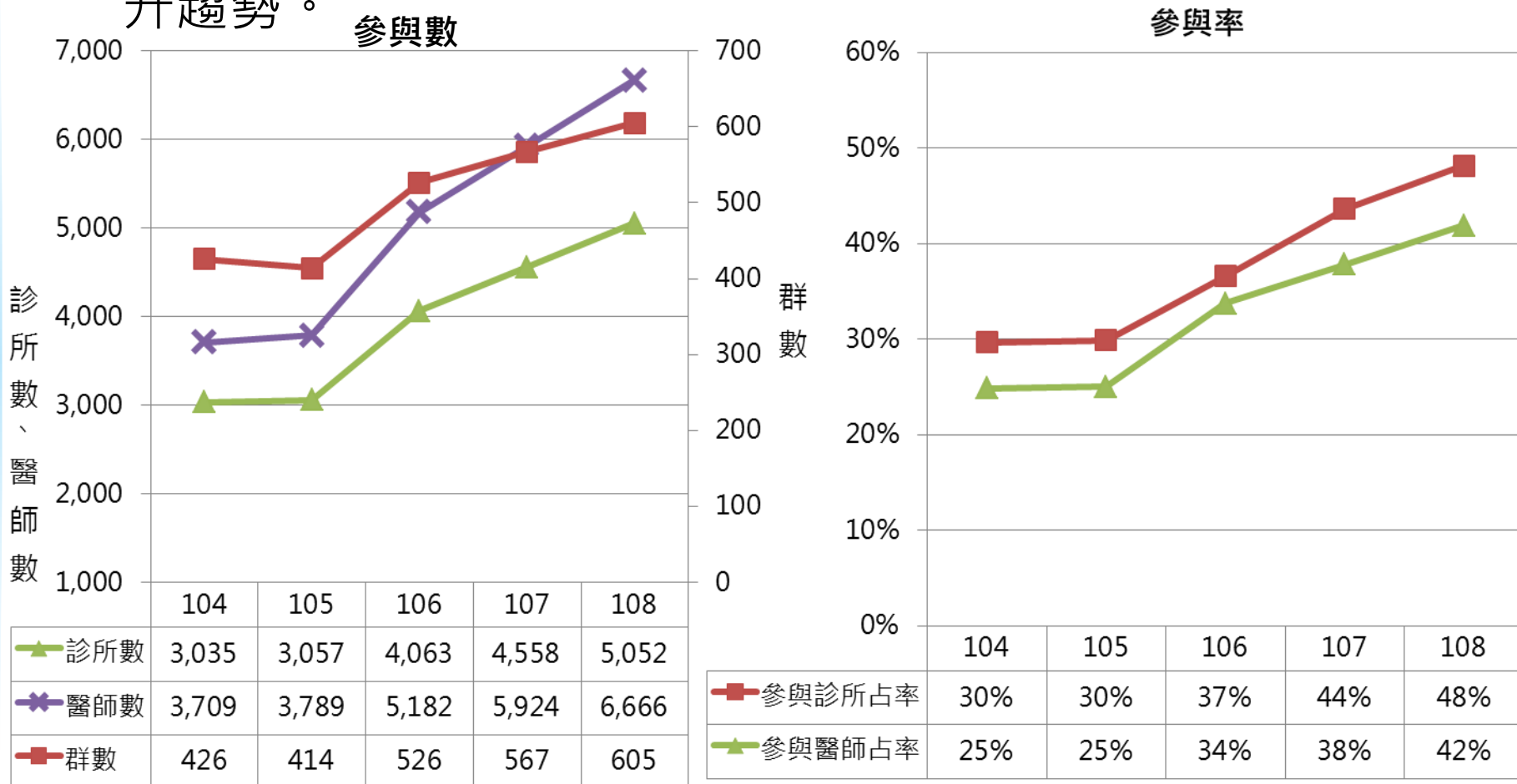
註2：106年原預算為15.8億元，由107年度家醫計畫專款之450百萬元挹注106年度之不足款，故106年預算為20.3億元。

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。



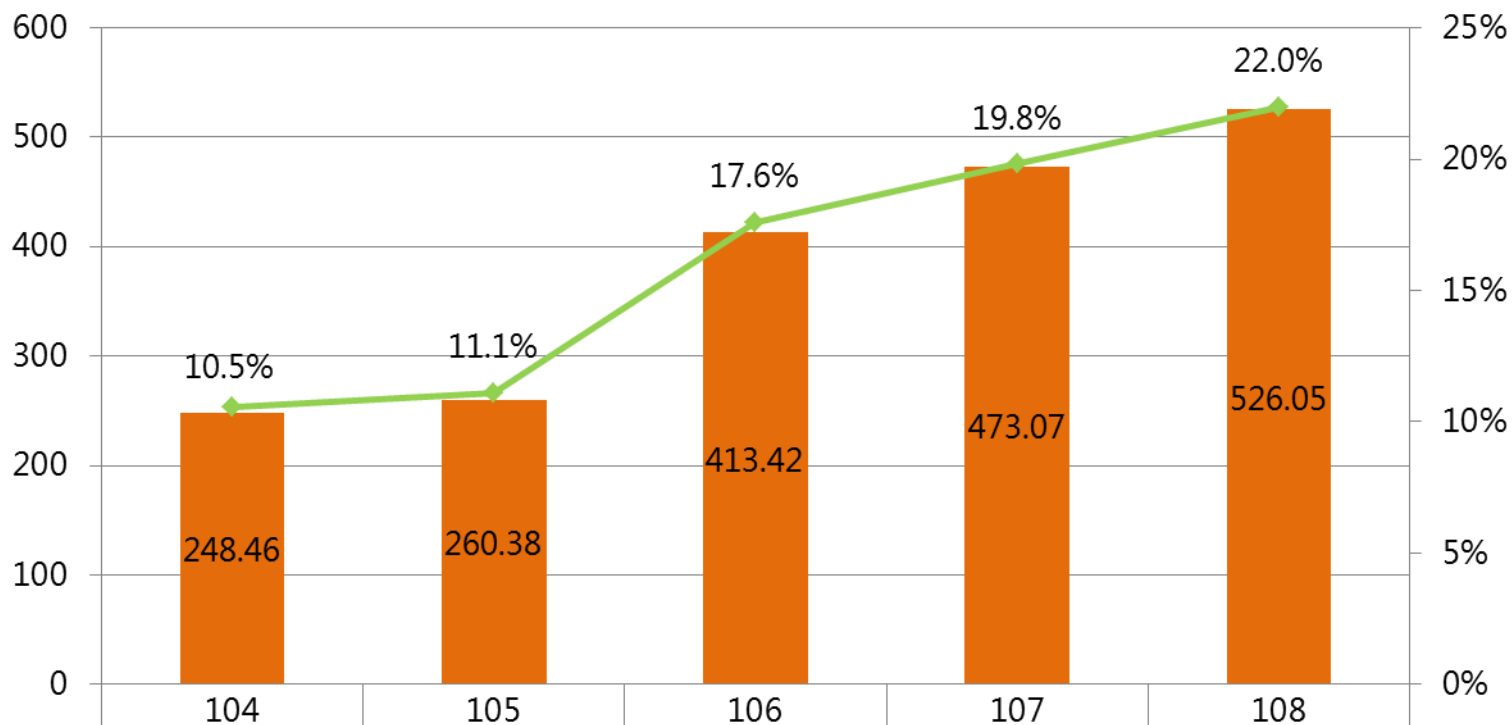
註1：資料擷取時間為當年度4月；另退場群數係以當年度全年執行後計算。

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



收案人數(萬)	248.46	260.38	413.42	473.07	526.05
收案人數占率(%)	10.5%	11.1%	17.6%	19.8%	22.0%

註1：資料擷取時間為當年度4月

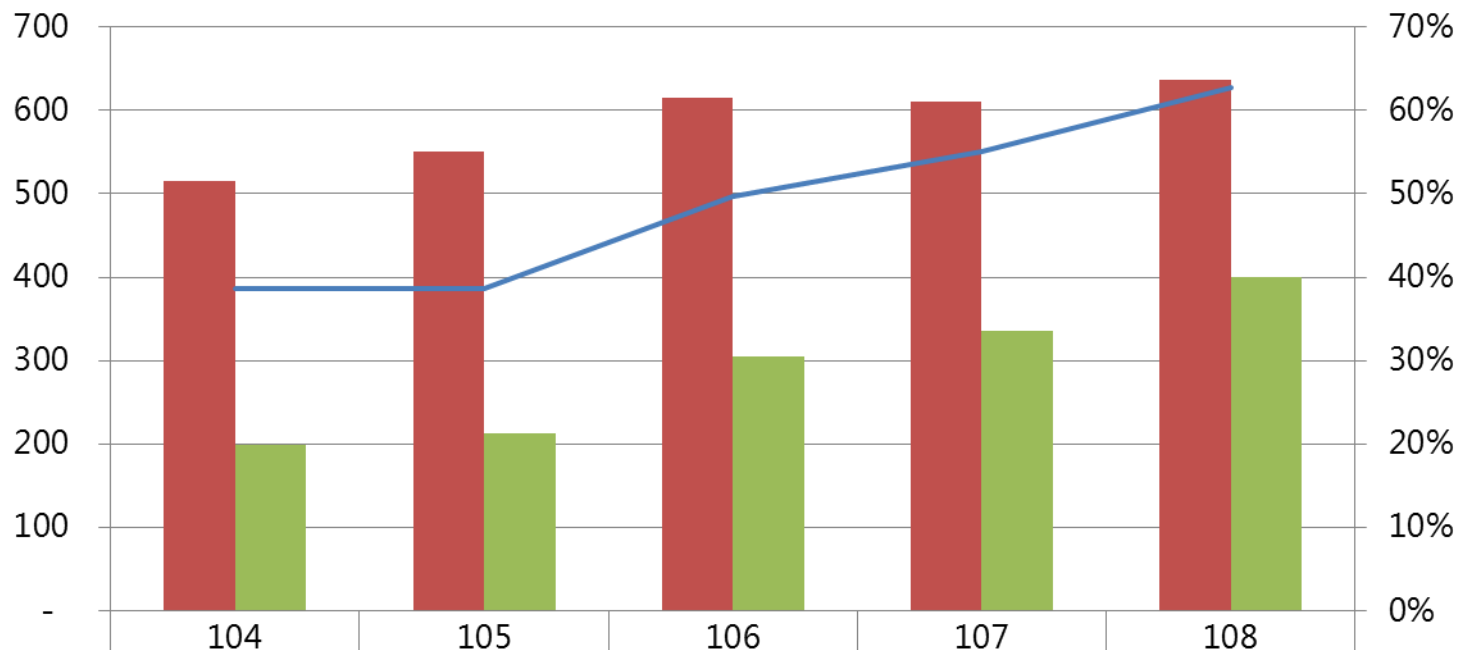
註2：收案人數占率為收案人數/保險對象人數

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%



■ 較需照護族群人數(萬)	516	551	614	610	636
■ 交付名單收案數(萬)	199	213	305	336	399
— 占率	39%	39%	50%	55%	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

2

24小時諮詢專線

- 電話諮詢服務：38,119通
- 提供適當就醫指導
- 減少急診與不必要就醫

提供病人轉診服務

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

4

加強診所與醫院合作

- 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。

辦理社區衛教、宣導

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。



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
	每十萬人均可避免住院件數	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	糖尿病人眼底檢查執行率	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。



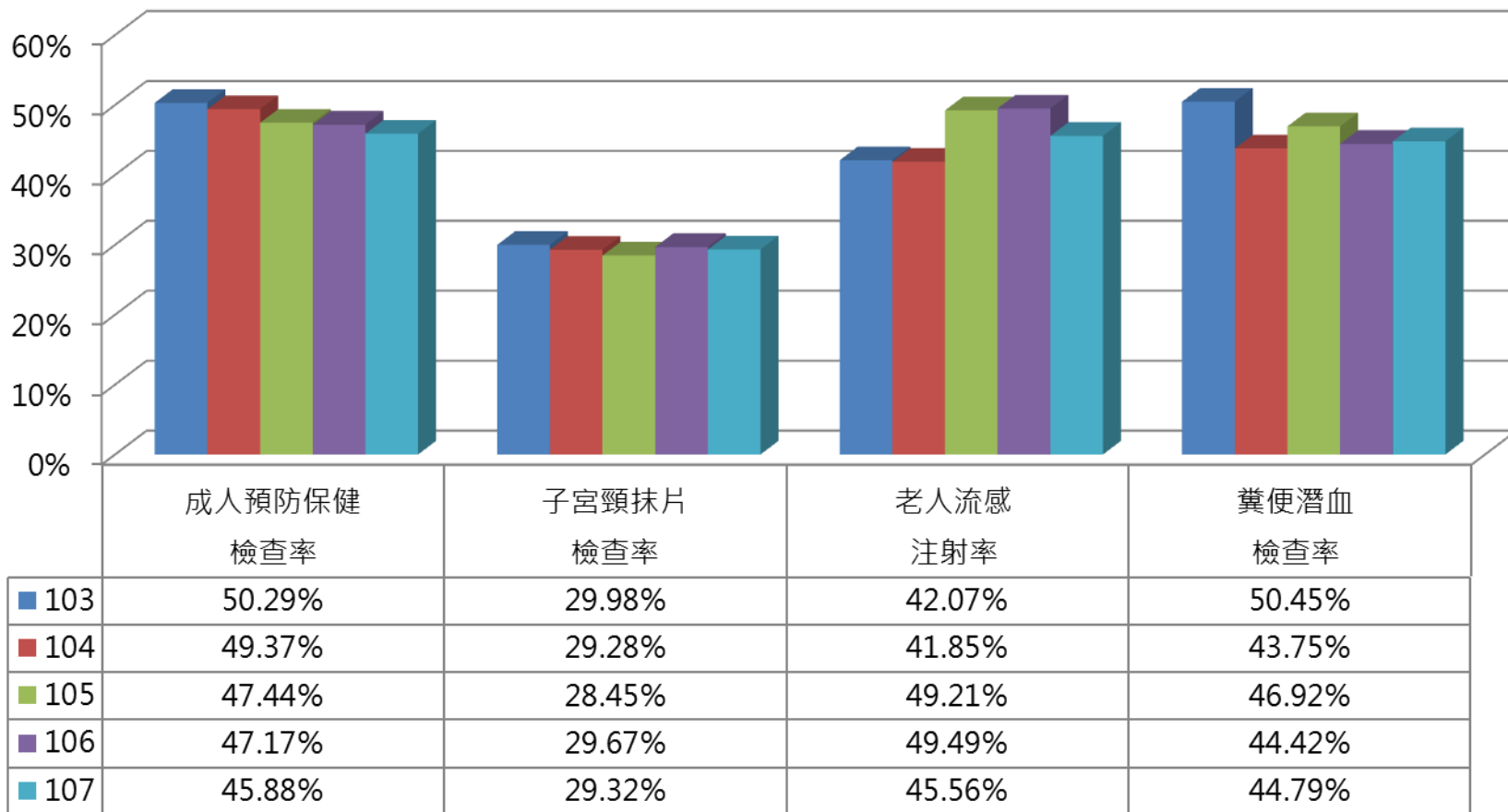
107年醫療群加分項得分情形

- 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%



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

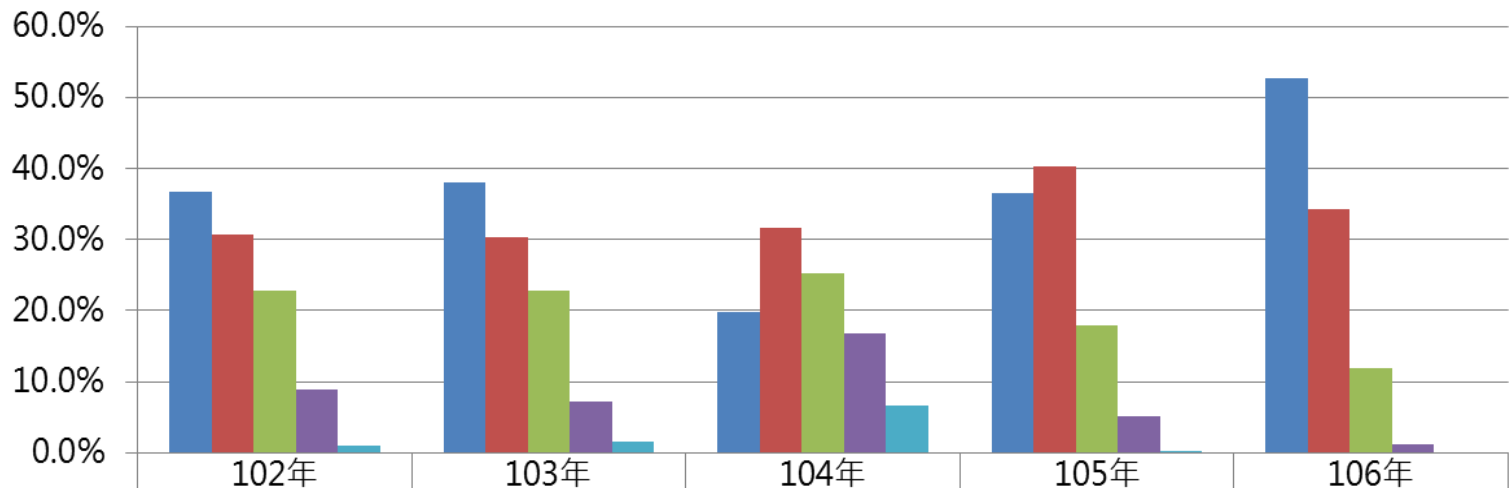
註3：65歲以上老人流感注射率：分子為65歲以上會員接種流感疫苗人數;分母為65歲以上總會員人數

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，占有群數約87%，僅一群品質指標<65%。



	102年	103年	104年	105年	106年
■ 特優級(≥90%)	36.6%	38.0%	19.8%	36.5%	52.7%
■ 良好級(80%~90%)	30.7%	30.3%	31.6%	40.3%	34.2%
■ 普通級(70%~80%)	22.7%	22.9%	25.2%	17.9%	12.0%
■ 輔導級(60%~70%)	8.8%	7.2%	16.7%	5.1%	1.1%
■ 不支付(<60%)	1.1%	1.5%	6.6%	0.2%	0.0%

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。



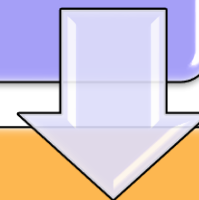
落實以病人為中心之照護



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

