

檔 號：

保存年限：

# 中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市安和路一段29號9樓  
承辦人：程嘉蓮  
電話：(02)2752-7286#152  
傳真：(02)2771-8392  
電子信箱：sharon@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會

發文日期：中華民國98年12月25日

發文字號：全醫聯字第0980006636號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：如主旨

主旨：檢送中央健康保險局公告修正98年度「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」，如附件，並自即日起生效，請查照。

說明：

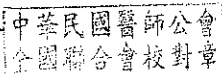
一、依據中央健康保險局98年12月21日健保醫字第0980043950號公告之副本辦理。

二、公告事項：

(一) 修正該局97年12月31日健保醫字第0970046079號公告之「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」柒、費用支付方式二之(二)健康回饋型支付方案之計算原則：「社區醫療群登錄家戶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)之間差值的比率回饋社區醫療群」。

(二) 為順利銜接99年計畫變革之準備期，98年計畫執行期間展延至99年3月31日止。

正本：各縣市醫師公會  
副本：



理事長

李明濱

第1頁 共1頁

收文

99.1.11 12.4

上網公告  
鄭華琴

99.1.4

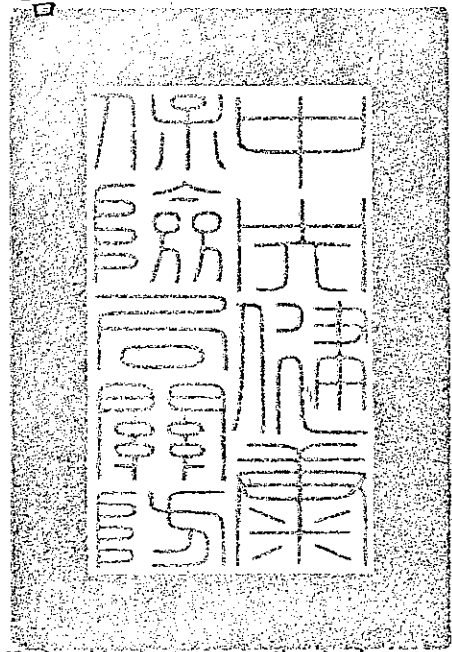
收文編號	收文日期	期	歸檔編號
3930	98.12.23	1630	

副本

中央健康保險局 公告

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國98年12月21日  
發文字號：健保醫字第0980043950號  
附件：如主旨



主旨：公告修正98年度「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」，如附件，並自即日起生效。

依據：行政院衛生署98年12月7日衛署健保字第0980088483號函。

公告事項：

- 一、修正本局97年12月31日健保醫字第0970046079號公告之「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」柒、費用支付方式二之〈二〉健康回饋型支付方案之計算原則：「社區醫療群登錄家戶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）之間差值的比率回饋社區醫療群」。
- 二、為順利銜接99年計畫變革之準備期，98年計畫執行期間展延至99年3月31日止。

副本：行政院衛生署全民健康保險小組、全民健康保險監理委員會、全民健康保險醫療費用協定委員會、行政院衛生署醫事處、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國開業醫師協會、中華民國基層醫療協會、台灣家庭醫學醫學會、台灣醫院協會、本局總經理室、本局黃副總經理室、本局陳副總經理室、本局主任秘書室、本局企劃處（請刊登至本局全球資訊網站）、本局稽核室、本局財務處、本局會計室、本局資訊處、本局醫審暨藥材小組、本局醫務管理處、本局各分局（均含附件）

總經理 鄭守夏

## 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

### 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

本計畫之預算來自全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額，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

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) 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，如由合作醫院聘為兼任醫師，每位醫師每月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）。

(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，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、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

## 十一、社區醫療群用藥安全

- 〈一〉 近程目標：家戶資料必須包括：1.病人過去重要病史2.藥品過敏資訊3.長期服用之藥品名稱。
- 〈二〉 長程目標：在社區醫療群與協辦醫院之轉介資料中，應能查詢病人最近在院所就診之處方，以方便病人提供用藥資訊之參考。
- 〈三〉 病人於群外就醫時，得在病人同意下，以電話或傳真之方式，請所屬醫療群提供家戶資料之用藥資訊，以供群外醫師診治之參考。
- 〈四〉 前項若涉及資訊安全之問題，另訂規範處理之。

## 陸、參與計畫之醫院及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，並無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法第66條至第67條中各條所列違規情事之一且經本局處分者。
- 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、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），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，其訓練課程內容及時數由中央衛生主管機關訂之。

年內不得再參與本計畫。

- (六) 基層診所醫師得於計畫合約期滿後，重新組成社區醫療群，不受自動退出後 1 年內不得再參與計畫之限制。

#### 九、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 1 人應於該醫師處至少就診 1 次。

- (二) 1 人限登記 1 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，並由基層診所醫師與合作醫院自行協商費用比率；自 97 年度以後，同一醫療群對各支付方案之選擇，僅能為 2 次之變更〈按：年度內不得變更〉：

##### 一、基本型支付方案

- (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，並由各醫療院所自行申報，費用撥入個別帳戶。
- (二) 共同照護門診每半天定額給付 2,000 至 3,000 元(家戶會員病房巡診、個案研討與社區衛教宣導每次給付以 2,000 元為上限)，(醫療群每位醫師每月最

限，第二年以 300 萬元為上限，第三年以 250 萬元為上限，第四年以 200 萬元為上限，第五年以 100 萬元為上限。【本方案 96 年 1 月 11 日公告前實施新加入之醫療群為第 1 年，餘類推。】，如附表一。

## 二、健康回饋型支付方案

- (一) 與基本型支付方案之 (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 (AE) 與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用 (VC) 之間差值的比率回饋社區醫療群，撥入執行中心帳戶，計算原則如下：

1. 以固定就診率 50% 為基準值，固定就診率設定 15 級，固定就診率低於 50% 者，回饋金額須折付，最低折付差值 0.6 倍，回饋金額第 1 年最低 200 萬，第 2 年至第 5 年及第 5 年以後回饋金額最低分別為 175 萬、150 萬、125 萬、100 萬；固定就診率大於 50%，最高回饋差值 1.40 倍，回饋金額最高 700 萬，如附表二。
2. 須自訂 5-10 項照護過程面之品質提升項目，占金額回饋比率 (第 1 年保留 20%、第 2 年保留 30%、第 3 年保留 40%、第 4 年保留 50%、第 5 年保留 60%、第 5 年以後保留 60%)，按各該計畫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。【本方案 97 年 2 月 27 日公告實施前及公告實施後各年度新加入〈含更改支付方案〉之醫療群為第 1 年，餘類推。】

- (二) 綜合型支付方案之醫療群其家戶會員收案期間，應於計畫核可實施3個月內收案完竣〈偏遠地區必要時得延長2個月〉。

## 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服務。
- (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，惟未達該項指標目標值 80% 時，本項費用不予支付。

社區醫療群於第 1 (2) 年合約期滿，協商下年度計畫



社區醫療群就診比率達 40% 以上。

2. 參與計畫第二年：會員全年之西醫門診均就診於該社區醫療群就診比率達 45% 以上。
3. 參與計畫第三年以上：會員全年之西醫門診均就診於該社區醫療群就診比率達 50% 以上。
4. 參與計畫第四年以上：會員全年之西醫門診均就診於該社區醫療群就診比率達 55% 以上。
5. 參與計畫第五年以上：會員全年之西醫門診均就診於該社區醫療群就診比率達 60% 以上。

公式：醫療群家戶會員在群內就醫次數(含合作醫院)/醫療群家戶會員在全部西醫門診就診次數

#### (四) 預防保健達成率

會員接受成人預防保健服務、30 歲以上女性子宮頸抹片檢查比率達 40% 以上，或與所屬健保分局轄區內之所有民眾相較(以前 1 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 1~3 項評核指標項目。例如：

1. 會員保留率(本年收案會員中去年會員所占之比率)。
2. 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<sub>1c</sub>)應予控制良好。
3. 西醫基層總額支付制度品質確保方案之中長程指標。

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。

#### 拾壹、計畫申請方式

參與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1年為限。

#### 拾貳、實施期程及評估

- 一、各社區醫療群應於計畫執行後，每半年提送執行報告（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）至本局各分局。另實施業滿2年之社區醫療群，嗣後得每年提送乙次報告。
- 二、本局將彙整各社區醫療群所提執行報告，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，會員就診情形等之分析)，作為繼續或全面實施之依據。

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-3

社區醫療體系全民健康保險  
保險醫事服務機構代號：

院(所)轉診單(轉入至 院所)

原 診	保險對象基本資料	姓名		性別	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		地址				
治 歷	醫 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.		C.檢查及治療摘要		1.最近一次檢查結果		2.最近一次用藥或手術名稱		
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		
		院所住址				傳真號碼：		電子信箱：						
		診治醫師姓名	科別	聯絡電話	醫師簽章									
接 受 轉 診 醫 療 院 所	處 理 情 形	轉診日期		年	月	日	有效期限		年	月	日止			
		建議轉診院所及醫師		醫院		科		醫師		轉診院所地址及專線電話		地址： 電話：		
		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						
診 治 醫 師	醫 師 簽 章	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		

## 基本型支付方案

參與計畫實施年	第 1 年	第 2 年	第 3 年	第 4 年	第 5 年
總經費(萬元)/群	350	300	250	200	100
1. 固定費用(萬元)	280	210	150	100	40
占率	80%	70%	60%	50%	40%
2. 品質提昇費用(萬元)	70	90	100	100	60
占率	20%	30%	40%	50%	60%
固定就診率	40%	45%	50%	55%	60%
每人健康管理費(元)	350-450	300	200	100	50

製表日期：97/12/31

備註：

本方案 96 年 1 月 11 日公告實施前及公告實施後各年度新加入之醫療群為第 1 年，餘類推

附表三

## 98 年社區醫療群退場指標評核項目

序號	指標評核項目	說明
1	會員指定率	會員指定率、會員固定就診率、24 小時諮詢專線各占 20 分。
2	會員固定就診率	
3	24 小時諮詢專線	
4	家戶會員滿意度問卷	選擇性退場機制指標項目(11 項)，占 40 分
5	申報作業配合度	
6	轉診至合作醫院次數占率	
7	執行病房巡診及個案研討次數	
8	主動提供會訊(或相關文宣)次數	
9	家戶會員與去年自身比較急診率下降情形	
10	疾病管理--病人回診率	
11	會員保留率	
12	會員之同一家戶參與率	
13	不符合計畫伍、社區醫療群之組織運作三、社區醫療群之組成區域範圍，以符合社區民眾生活圈之要求者	
14	其他分局自訂項目	
註：		
1. 退場指標項目之評核期間以計畫執行之第 1 個月至第 9 個月計算為原則。		
2. 「會員指定率」基本型支付方案：≥98 年度設定值即得 20 分，<設定值≥設定值 50%即得 10 分，<設定值 50%不得分。 健康回饋型支付方案：≥98 年度設定值即得 20 分，<設定值≥設定值 50%即得 10 分，<設定值 50%不得分。		
3. 「會員固定就診率」：≥98 年度之全國平均值即得 20 分、<分局或全國平均值≥該區〈分局服務區〉或全國平均值 50%得 10 分，<全國平均值 50%不得分。〈按：若分局平均值>全國平均值，則採全國平均值。〉		