



「醫院以病人為中心門診整合照 護計畫及家庭醫師整合性制度照 護計畫」成效報告

行政院衛生署中央健康保險局

101年8月31日



「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」





整合照護計畫之目的與策略

目的

- 提供具成本效益之照護，減少重複浪費。
- 增進遵循實證醫療，提升醫療品質。
- 建立以病人為中心之服務模式。

策略

- 透過獎勵誘因，鼓勵醫院對於多重醫療需求病患提供整合式門診照護服務，避免因重複及不當用藥、重複檢驗檢查、處置等。
- 配合總額支付制度，提供整合式照護服務，促成醫院各專科醫療之適當整合。
- 鼓勵醫院盡責，透過專業合作，達全人照護之理念。
- 鼓勵醫院互相標竿學習，逐步朝醫療體系整合推進。



近年計畫推展情形

99年計畫(98年12月-100年3月)，率先辦理門診整合業務，計187家院所加入，照護62萬多人。

100年3月31日辦理全國觀摩會，邀請專家學者及全國近二百家醫院代表，共400人，共同分享整合經驗。

100年計畫(100年4月-101年3月)，依各界意見，開放院所自由選定多重疾病有整合需求之個案，計193家參與，照護55萬多人。

101年計畫(101年4月-102年3月)，依各界意見，修訂參與對象之排除範圍、修訂評量指標，並將評量範圍擴大至西醫整體(含院外)。



100年整合照護計畫簡介_1

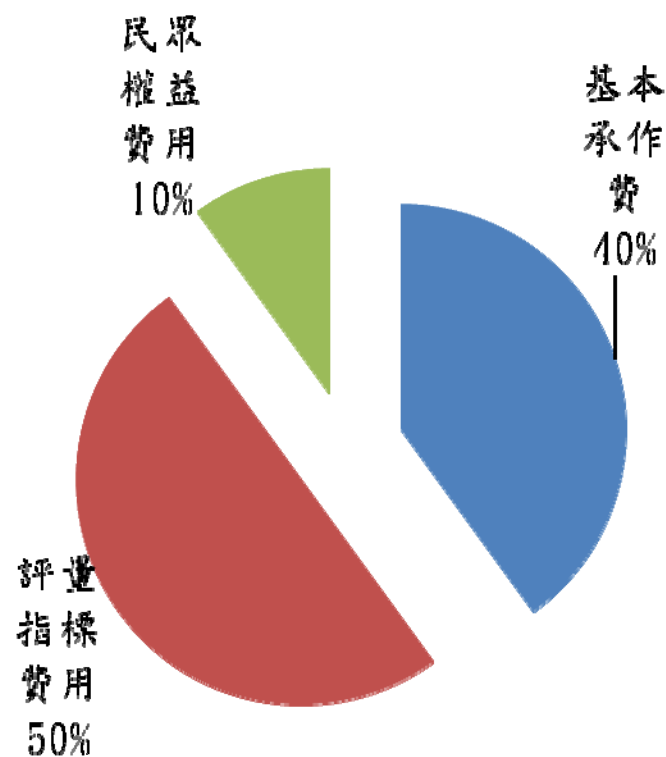
- **整合式照護對象定義**：前一年(98年10月-99年9月)西醫門診就醫病人，該病人於院內或整合團隊內個別醫院門診就醫次數占其(98年10月-99年9月)總門診就醫次數大於50%以上(忠誠病人)為對象。
- **特殊排除情況**
 1. 門、住診急重症之病患(癌症、凝血因子異常、移植、精神疾病等)
 2. 曾手術住院者或死亡
 3. 近期無該院就診紀錄者
- **照護對象分類**
 1. 將忠誠保險對象於全國就醫次數高低排序(遞減排序)切為十等分位，依順序擇定前四分位之病人，由醫院自由選定照護對象。
 2. 99年已選定之照護對象且須持續照護者，自由選定照護對象。
 3. 醫院或整合團隊，於前點名單之外，就適當之就醫病患，自由選定照護對象，惟選定人數不得超過前點由名單內選定照護人數20%為限。



100年整合照護計畫簡介_2

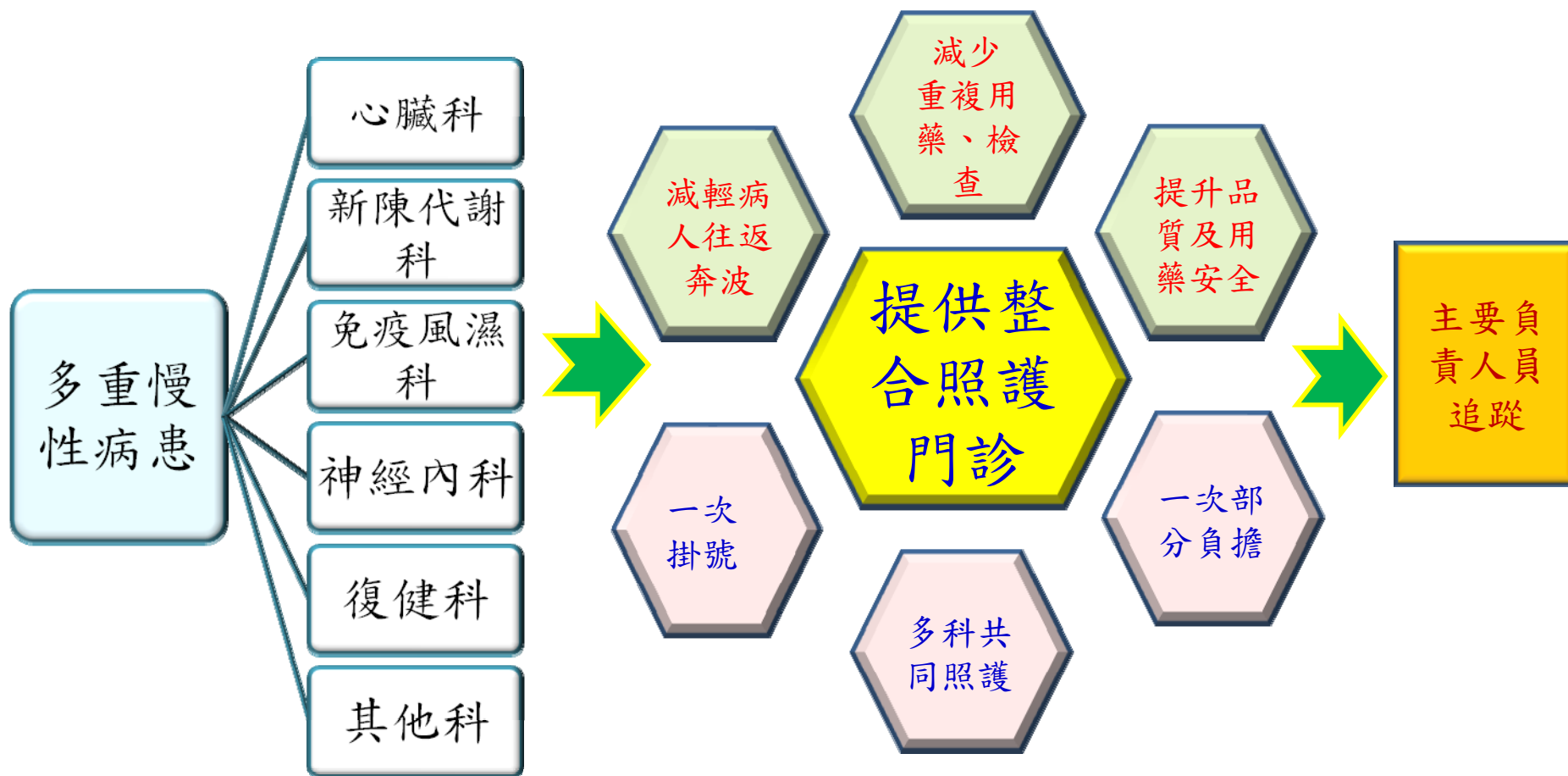
• 支付項目

1. **基本承作費**：100年新照護對象每人核付400元，繼續照護對象則不支付。
2. **成效評量**：每人計畫期間經費500元，依4項指標達成情形分配。
 - 院內平均每人每月醫療費用低於基期：每人150元。
 - 院內平均每人每月門診就醫次數低於基期：每人150元。
 - 院內平均每人每月藥品項數低於基期：每人100元。
 - 照護對象院急診率低於基期：每人100元。
3. **民眾就醫權益**：平均每月院內民眾申訴案件成案數低於比較基期，每人100元。





醫院整合照護門診之執行架構





創新多元之整合照護模式

- **一般門診型態**

- 照護對象當日就診，不論就醫科別或疾病別都屬整合範圍，醫院多藉助資訊流程之管理。

- **僅對部分科別整合**

- 按照照護對象所須照護型態發展整合門診，如：高齡老人整合門診、內科整合門診、女性整合門診.....等。

- **僅對部分疾病別整合**

- 醫院開設以疾病別為主之整合門診，如：糖尿病、心腎門診、三高門診.....。



100年醫院整合照護試辦計畫參與情形

項目	醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計
參與家數	19	71	100	190
參與家數占率(%)	10%	37%	53%	100%
原照護人數	232, 596	217, 431	103, 677	553, 704
照護人數占率	42%	39%	19%	100%
納入成效人數	164, 391	146, 778	69, 488	380, 657
納入成效人數占率(%)	71%	68%	67%	69%

註：納入成效人數占率=納入成效人數/原照護人數



納入成效個案特性_1

- 原收案人數55萬多人，排除急重症、死亡、院內失聯與性別年齡不詳者後，100年4至12月**列入成效人數為38萬多人**。
- **以新舊照護對象**來看，舊照護對象占75%，較新照護對象25%多。
- **以性別**來看，男性占52%，多於女性48%。

項目	人數	占率 (%)
原收案人數	553,704	100%
急重症	102,654	19%
死亡	23,780	4%
院內失聯	92,518	17%
性別年齡不詳	2	0%
成效範圍人數	380,657	69%
新舊照護對象		
舊照護對象	285,163	75%
新照護對象	95,494	25%
依性別		
男性	198,566	52%
女性	182,091	48%



納入成效個案特性_2

- **依年齡來看**，45-65歲占39%最多，65-80歲占31%次之，80歲以上占16%再次之。
- **以慢性病數來看**，以1種慢性病占48%最多，2種慢性病占22%次之，3種慢性病以上占10%。

項目	人數	占率(%)
成效範圍人數	380,657	100%
依年齡		
未滿15歲	20,483	5%
15~30歲	8,989	2%
30~45歲	26,962	7%
45~65歲	146,838	39%
65~80歲	118,516	31%
80歲以上	58,869	16%
依慢性病數		
無	76,141	20%
1種	181,806	48%
2種	83,352	22%
3種	28,145	7%
4種	8,261	2%
5種以上	2,952	1%



100年整體成效指標

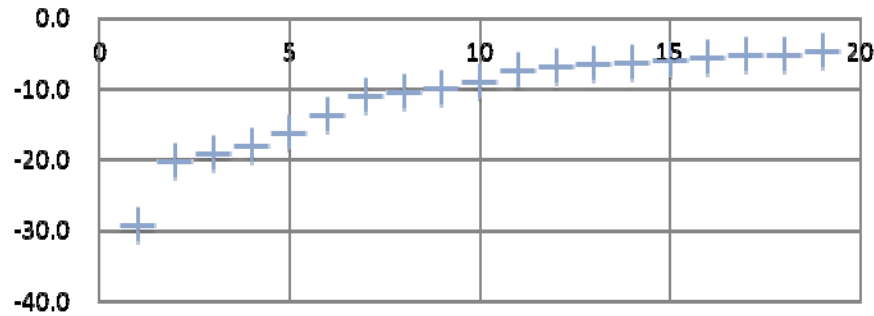
指標項目	基期 (99年4月至 12月)	計畫期間 (100年4月 至12月)	成長率 (%)
院內平均每人每月門診次數	1.198	1.048	-12.46 %
院內平均每人每月門診醫療點數	4,083	3,951	-3.23 %
院內平均每人每月藥品項數	5.094	4.960	-2.63 %
院內平均每人每月急診次數	0.040	0.035	-12.31 %

減少之點數扣除本計畫支出費用後，預估節省3.7億元。



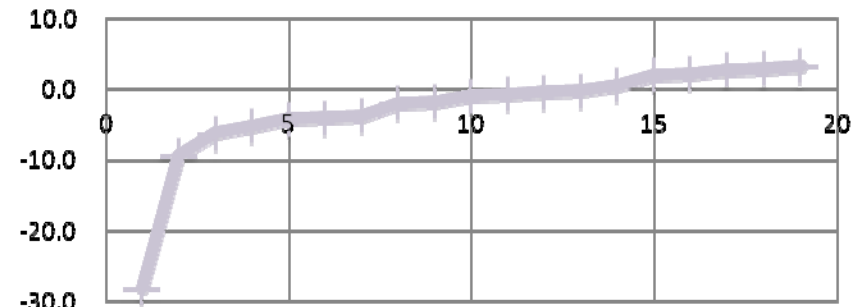
醫學中心評量指標結果散布圖

醫學中心院內平均每人每月門診次數
(成長率)



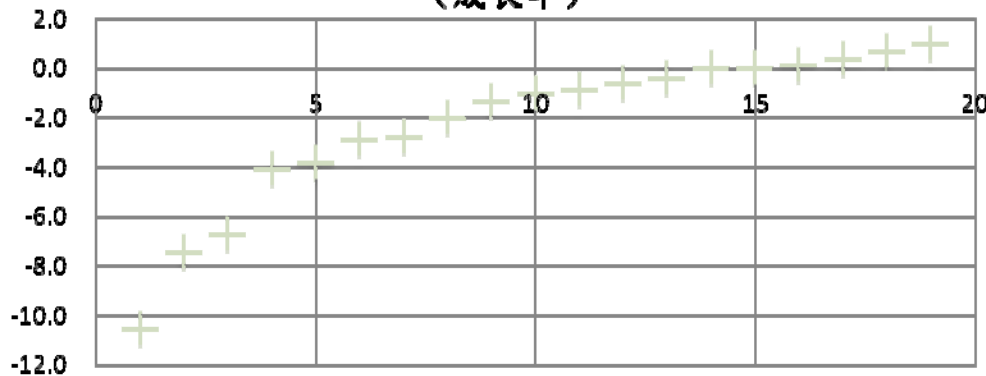
+ 院內(成長率)

醫學中心院內平均每人每月門診點數
(成長率)



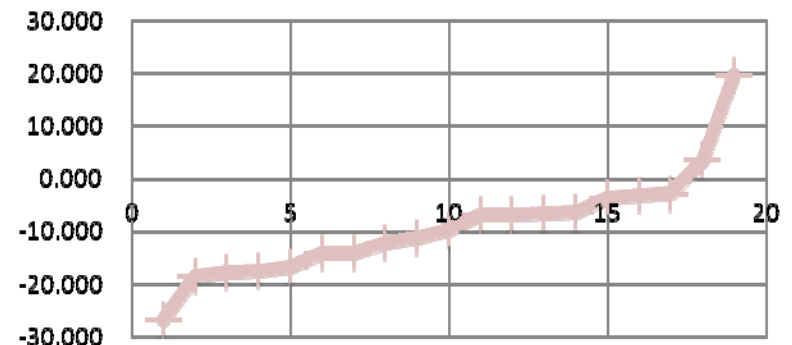
— 院內(成長率)

醫學中心院內平均每人每月用藥品項數
(成長率)



+ 院內(成長率)

醫學中心院內平均每人每月急診次數
(成長率)

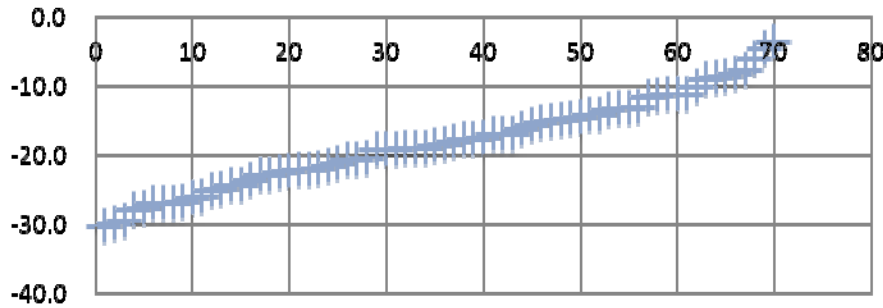


— 院內(成長率)



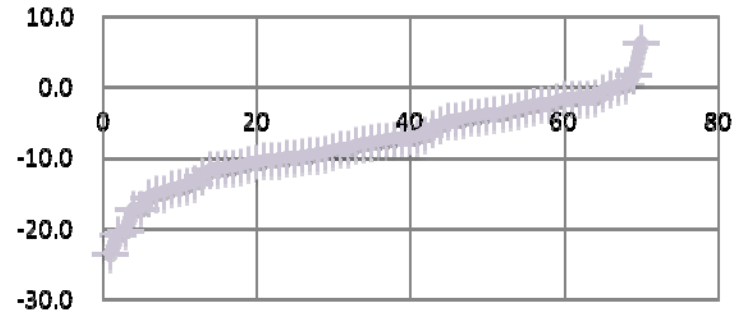
區域醫院評量指標結果散布圖

區域醫院院內平均每人每月門診次數
(成長率)



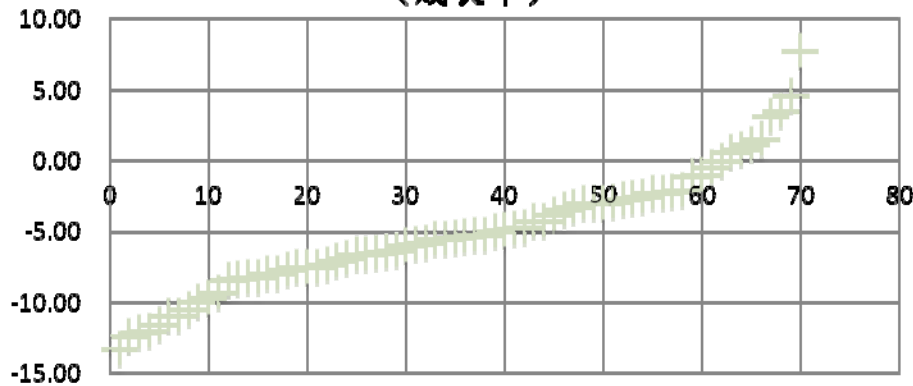
+ 院內(成長率)

區域醫院院內平均每人每月門診點數(成長率)



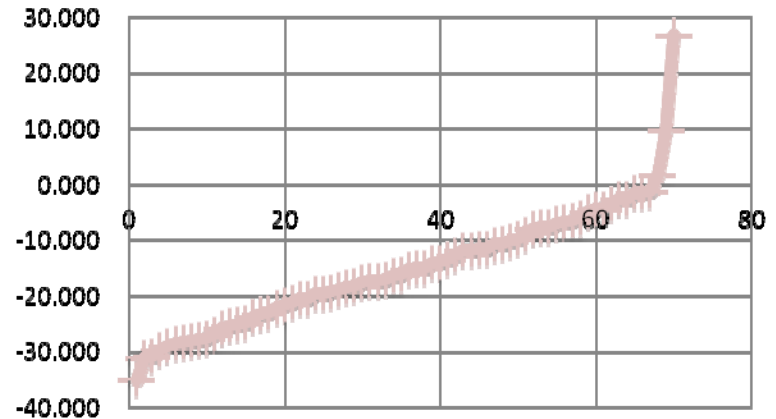
+ 院內(成長率)

區域醫院院內平均每人每月用藥品項數
(成長率)



+ 院內(成長率)

區域醫院院內平均每人每月急診次數
(成長率)

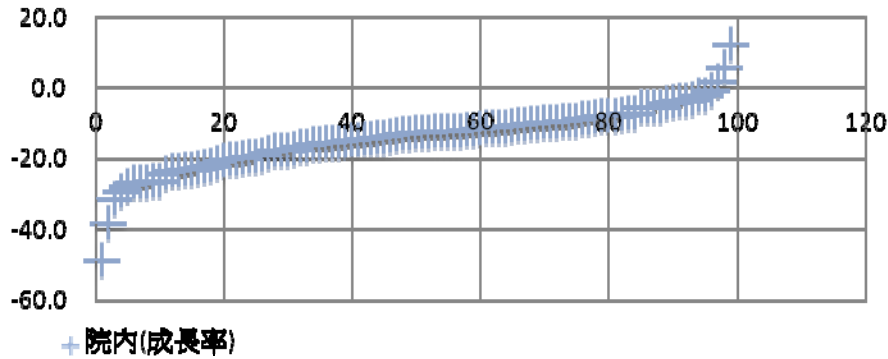


+ 院內(成長率)

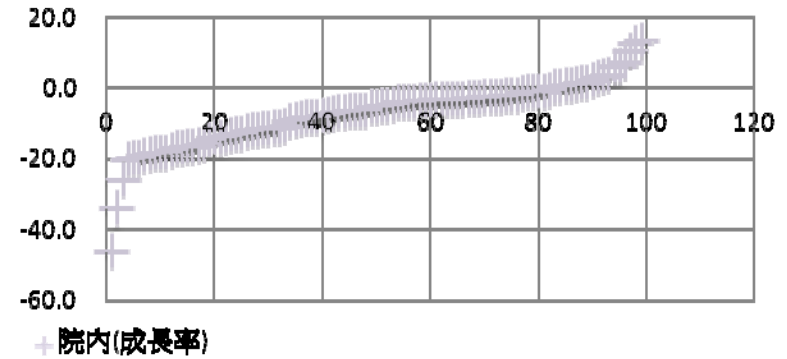


地區醫院評量指標結果散布圖

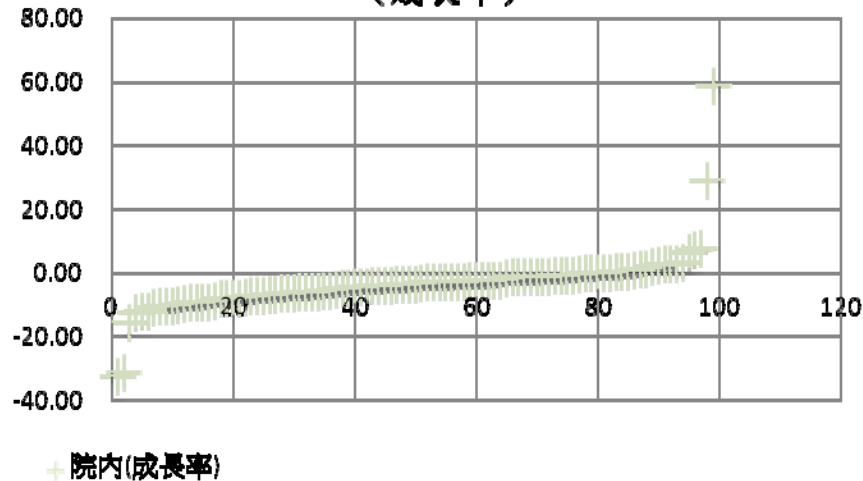
地區醫院院內平均每人每月門診次數
(成長率)



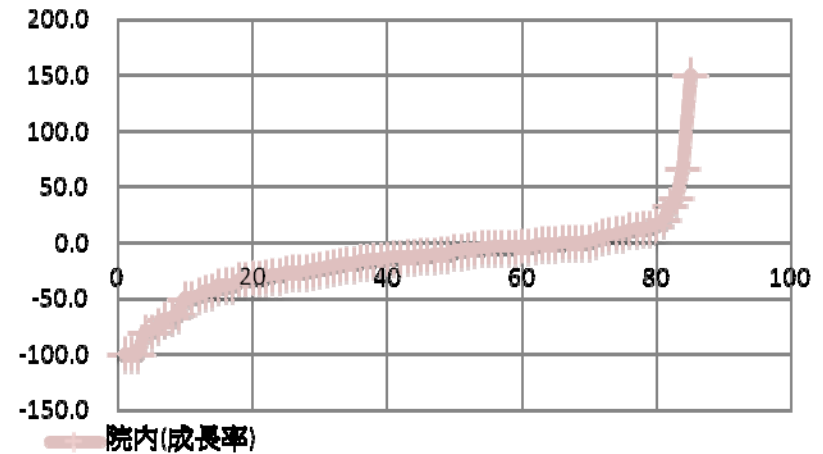
地區醫院院內平均每人每月門診點數
(成長率)



地區醫院院內平均每人每月用藥品項數
(成長率)



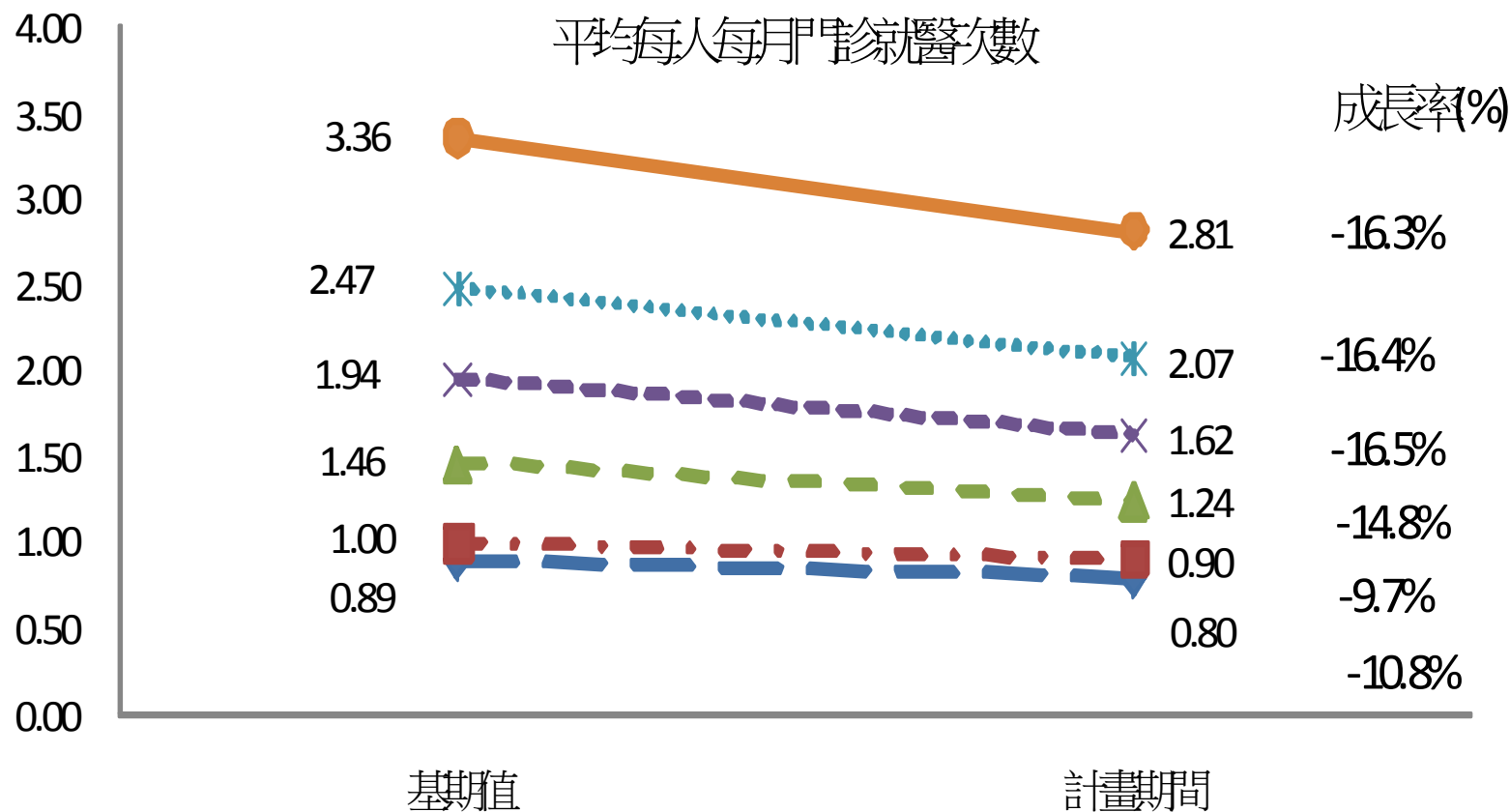
地區醫院院內平均每人每月急診次數
(成長率)



註：部分地區醫院無急診服務，未納入本圖。



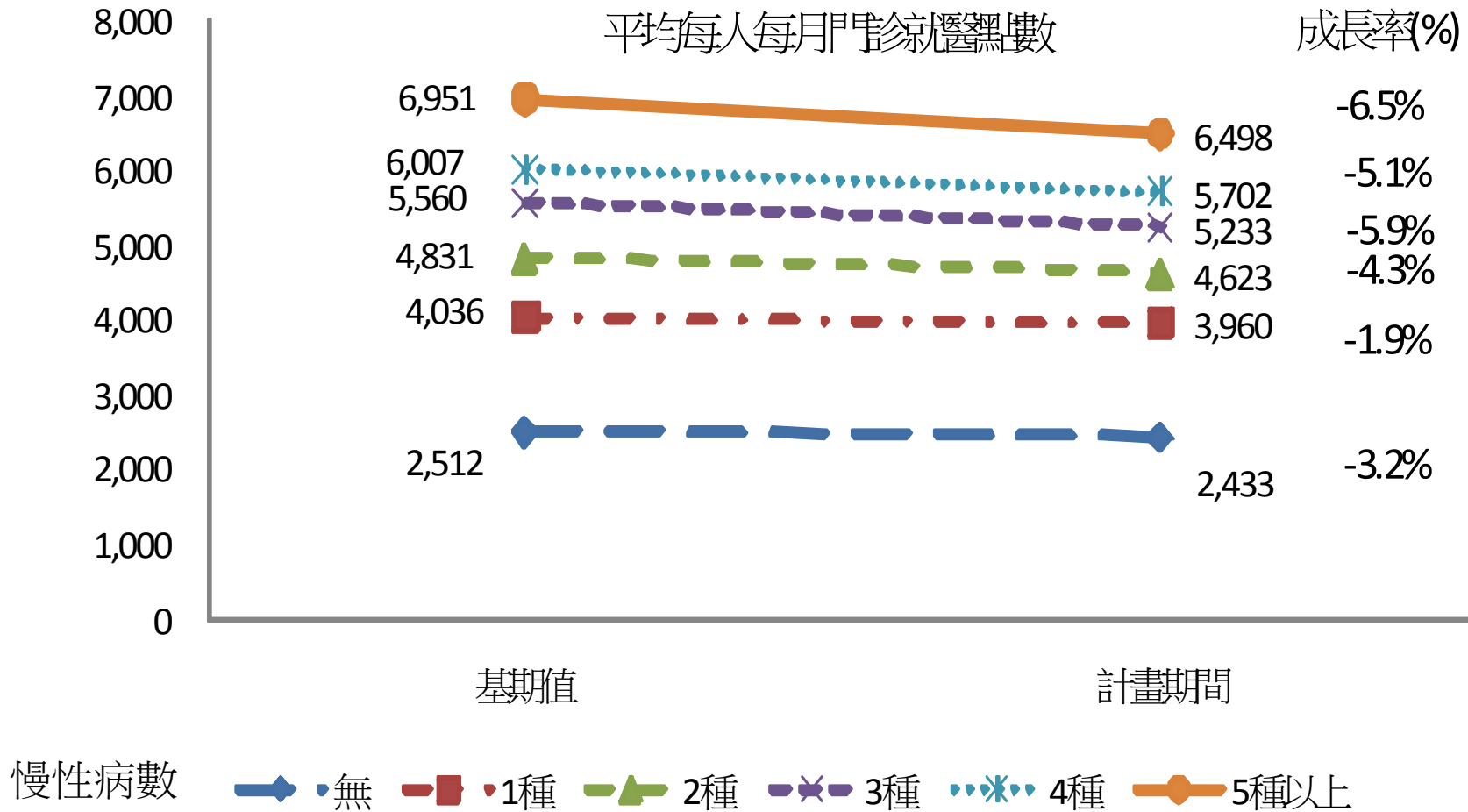
100年成效指標_以慢性病數區分_1



慢性病數 無 1種 2種 3種 4種 5種以上

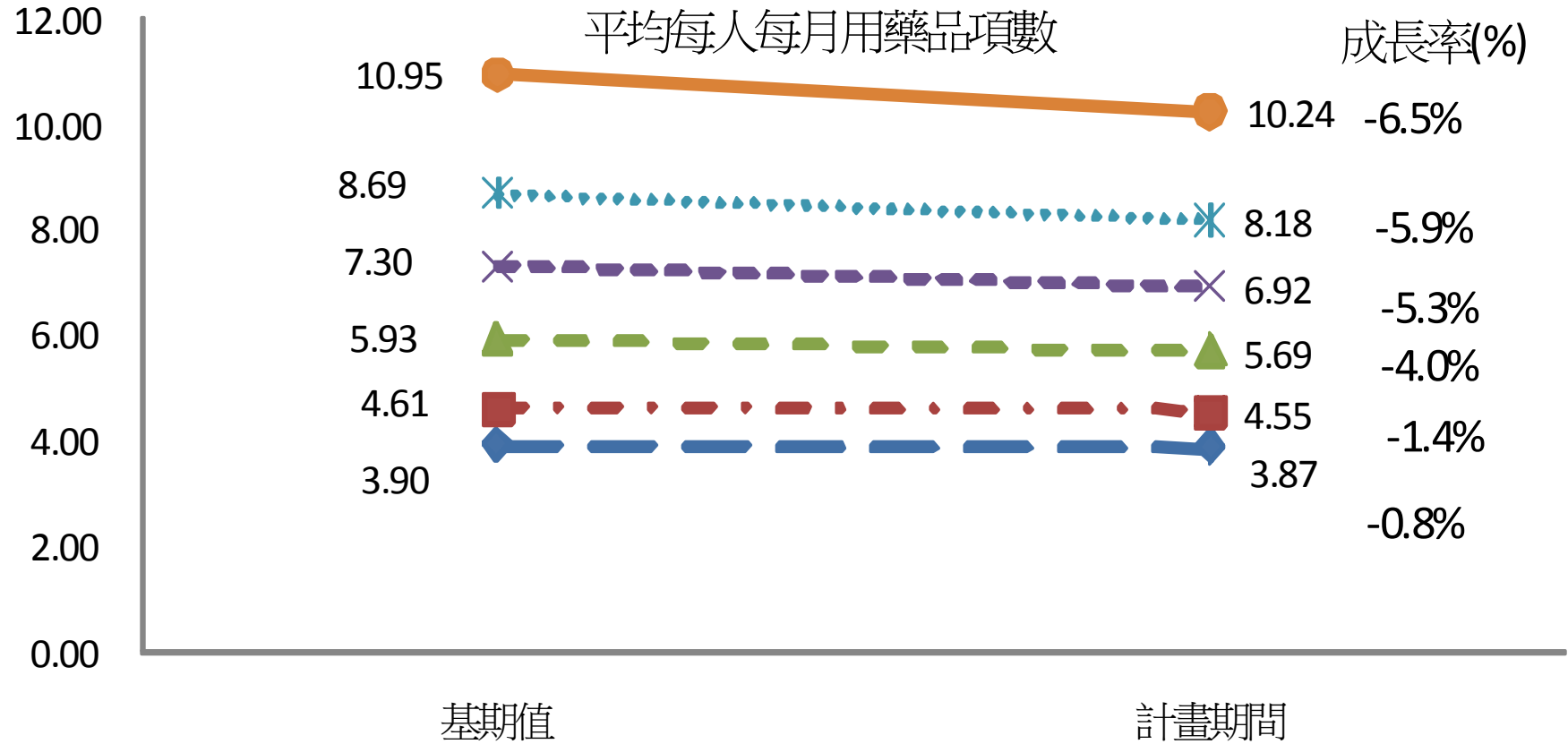


100年成效指標_以慢性病數區分_2





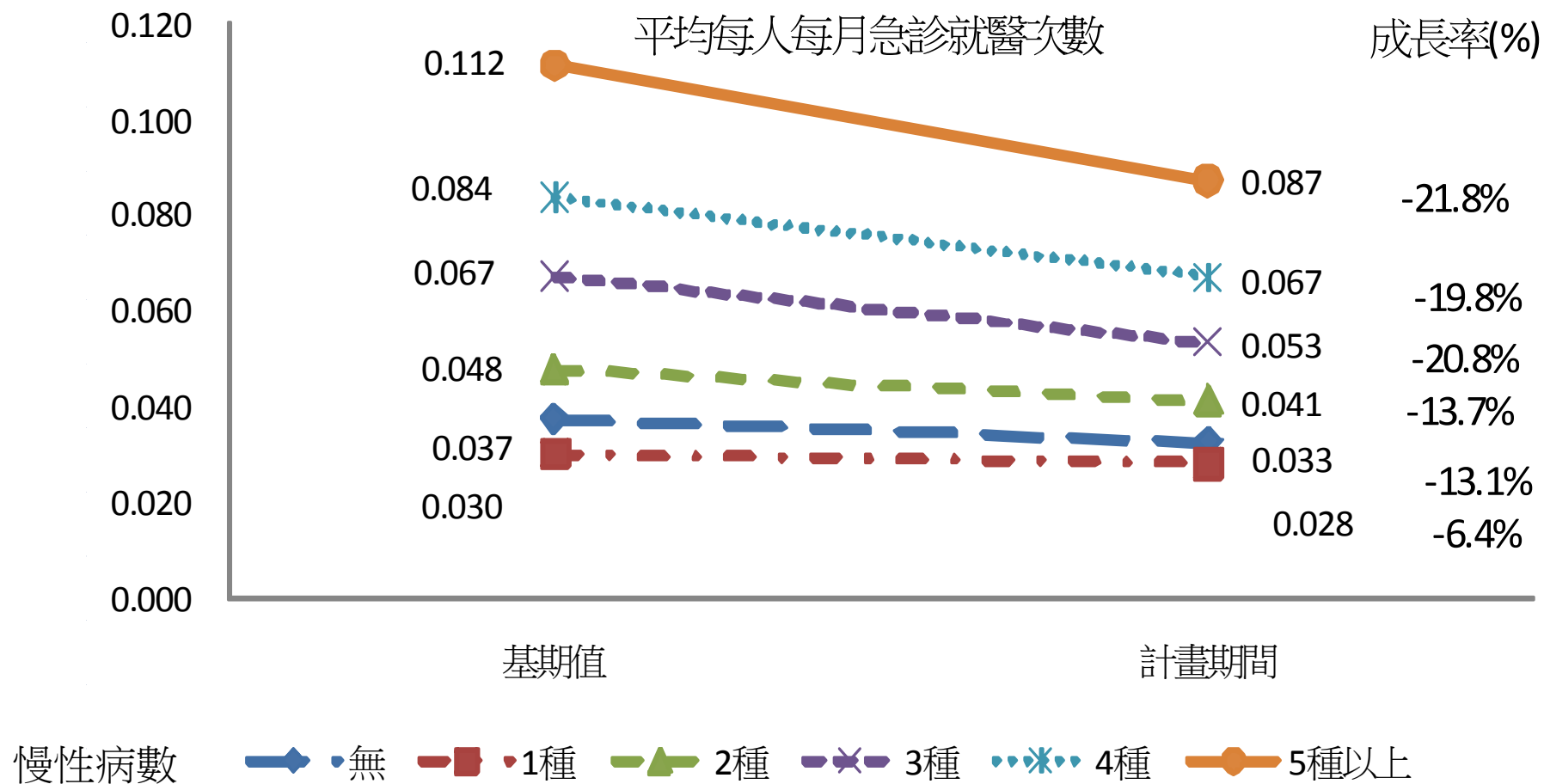
100年成效指標_以慢性病數區分_3



慢性病數 —◆— 無 —■— 1種 —▲— 2種 —✕— 3種 —*— 4種 —●— 5種以上



100年成效指標_以慢性病數區分_4





100年4-12月醫院整合計畫評量指標達成情形

指標		達成總院所家數	達成總院所比例(%)
指標1_平均每人每月醫療費用	醫院家數	176	94.1%
	核付金額(百萬)	23.3	
指標2_平均每人每月門診就醫次數指標	醫院家數	184	98.4%
	核付金額(百萬)	44.5	
指標3_平均每人每月藥品項數指標	醫院家數	169	90.4%
	核付金額(百萬)	14.7	
指標4_平均每人每月急診次數指標	醫院家數	160	85.6%
	核付金額(百萬)	18.7	
指標5_平均每人每月申訴成案數指標	醫院家數	178	95.2%
	核付金額(百萬)	32.3	
合計		186	99.5%

註：原參與192家，後因停約或退出等，納入本計畫結算家數計有187家，其中有1家因為業務轉移至總院，100年10~12月無申報資料，故未達標準外，其餘186家醫院皆全部或部分達成指標。



100年預算執行情形

- 99年計畫展延至100年Q1，100年Q1評量與民眾權益指標支出47.2百萬。
- 100年計畫自4月至12月(Q2-Q4)，基本承作費支出55.5百萬，評量與民眾權益指標支出133.6百萬

分區	100年Q1	100年(Q2-Q4)		100年合計 (百萬)
費用項目	評量與民眾權益 指標費用(百萬)	基本承作費 (百萬)	評量與民眾權益 指標費用(百萬)	
台北分區	15.9	20.4	53.7	90.0
北區分區	6.6	7.6	17.1	31.2
中區分區	10.2	12.3	24.3	46.8
南區分區	4.7	8.2	16.2	29.2
高屏分區	8.3	5.1	18.8	32.3
東區分區	1.4	1.8	3.5	6.7
合計	47.2	55.5	133.6	236.2



101年計畫修訂重點_1

- 支付項目之修訂

- 基本承作費用

- 新名單：維持100年規定，每人核付400元。
- 舊名單(繼續照護名單)：考量仍有進行整合服務，每人核付150元。

- 成效評量

- 成效計算之範圍：考量經試辦2年，已具初步成效，故由院內擴大包含院外。
- 成效評量指標：考量急診次數數值過小，較不具評量成效之代表性，故刪除急診指標，原4項修改為3項指標，並一併調整其經費額度。
 1. 收案對象平均每人每月醫療費用指標(包含院內與院外)，每人全年經費150元調為200元。
 2. 收案對象平均每人每月門診就醫次數指標(包含院內與院外)，每人全年經費維持150元。
 3. 收案對象平均每人每月藥品項數指標(包含院內與院外)，每人全年經費由100元調為150元。



101年計畫修訂重點_2

- **民眾就醫權益**：計畫期間申訴案件成案數低於3件，即達成指標。
- **基期**
 - **成效評量**：比較基期由前一年同期，改為前二年同期(99年4月~100年3月)。
 - **民眾就醫權益**：比較基期維持為前一年同期(100年4月~101年3月)。



101年醫院參與整合照護試辦計畫情形

分區別	試辦家數	本局提供名單 (類別A)	院所自選名單且 不納入評量 (類別C)	院所自選名單且 納入評量 (類別D)	選定照護人數
台北	36	182,321	10,474	4,606	197,401
北區	37	72,454	398	277	73,129
中區	43	70,196	466	3,093	73,755
南區	32	58,521	1,709	1,069	61,299
高屏	37	43,519	432	1,558	45,509
東區	8	10,955	0	196	11,151
合計	193	437,966	13,479	10,799	462,244

註：193家參與；個案B計33,882人，為本局提供名單但醫院未選入照護名單中，未列入本表計算。



成效與價值

民眾

- 減少財務負擔(1次多科看診，1次部分負擔，1次掛號費)
- 節省等候看診時間及社會成本(交通往返、家人陪伴)
- 用藥品項數的減少，提升病患用藥安全。

院所

- 99%參與院所獲得獎勵款(基本承作費與品質達成獎勵款)
- 創新照護模式(提供以病人為中心的整合照護，增加醫療服務之滿意，提升醫病關係。

政策

- 將以病人為中心之照護模式，導入現行服務，促進民眾全體健康改革。
- 宣導正確之就醫行為。
- 支付制度改革。



未來展望

- 本計畫試辦2年，已具成效，節省照護對象財務負擔，並提升就醫與用藥安全性。
- 醫院藉由創新整合照護模式，強化以病人為中心之照護理念，提升健保醫療價值。
- 101年已將院外醫療利用併入本計畫評量成效，未來本局將建置成效指標專區，回饋即時資訊，供參與醫院定期評估，提升個案管理功能。



家庭醫師整合性制度照護計畫





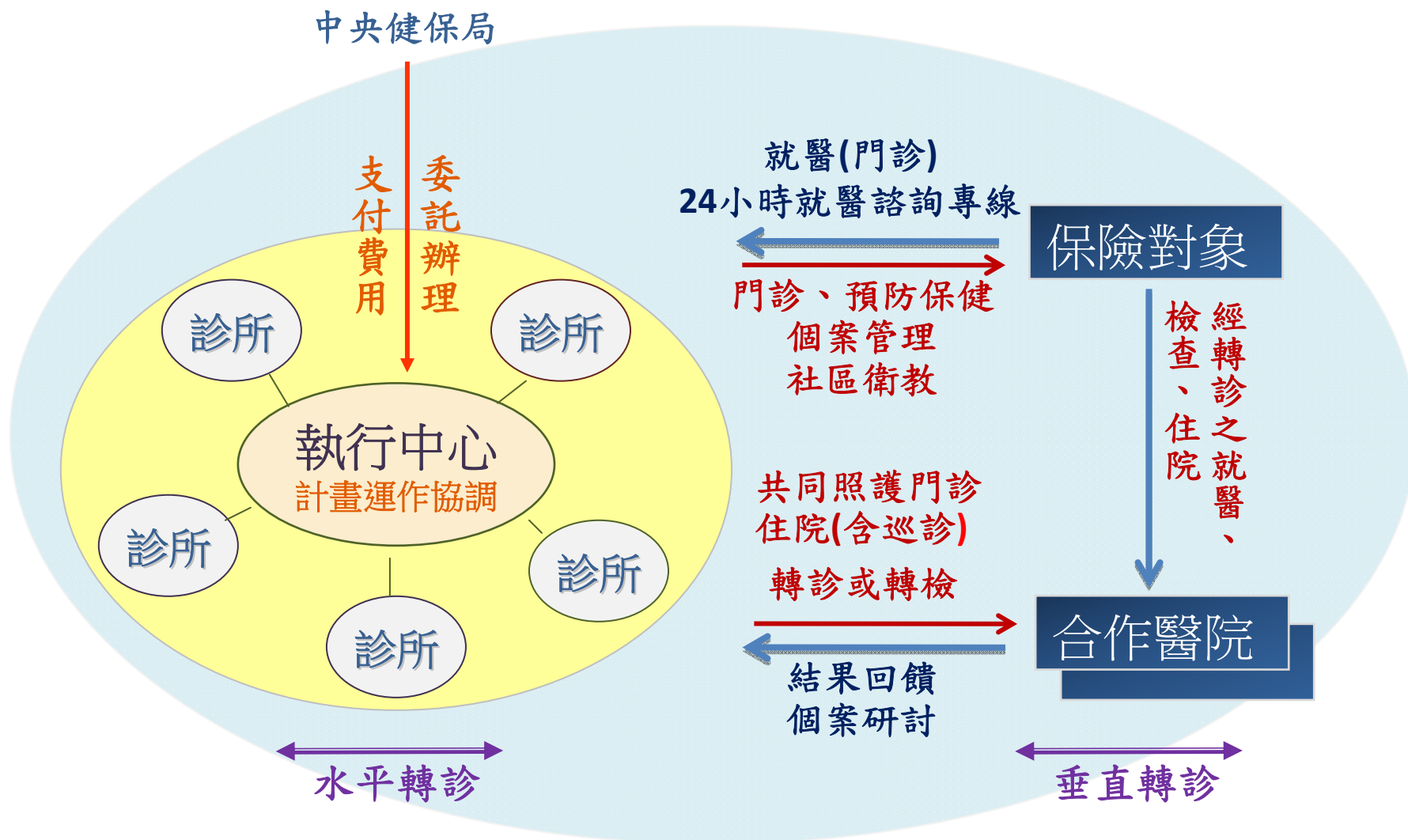
計畫目的

- 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。
- 以民眾健康為導向，建立以病人為中心的醫療觀念，提升醫療品質。
- 為二代健保法實施「家庭責任醫師制度」奠定基礎。



家醫計畫照護模式

社區醫療群





社區醫療群歷年參與情形

年度	群數	退場	新入	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%	0.27%
93	269	2	247	1,576	1,811	620,294	18.41%	16.36%	2.81%
94	258	15	4	1,533	1,766	1,186,997	17.05%	14.74%	5.11%
95	303	18	63	1,801	2,050	1,535,740	19.68%	16.80%	5.28%
96	305	27	29	1,736	1,981	1,371,362	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%
100	373	14	31	2,257	2,499	1,444,835	22.86%	17.92%	6.23%
101	368	15	10	2,360	2,749	1,853,177	23.79%	19.65%	7.99%

資料日期：101.06.30



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	4.720	77.4%
94	7.7	5.610	72.9%
95	8.8	7.335	83.0%
96	8.8	5.725	65.0%
97	9.15	10.110	110.4%
98	9.15	7.020	76.7%
99	11.15	7.785	69.8%
100	11.15	4.358	尚未完成結算

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）。
2. 因100年計畫延至101年3月，照顧會員節省之醫療費用與品質獎勵尚未完成結算。



歷年來已建立良好之基礎

- ✓ 在台灣導入家庭醫師「社區醫療群」照護模式，參與醫療群數、參與診所家數與醫師數逐年不斷增加，占率達20%，家庭醫師整合照護模式已蔚為基層醫療趨勢。
- ✓ 醫療群與合作醫院合作模式(共同照護門診、個案研討、病房巡診)，強化基層醫療品質與對病患之關懷。
- ✓ 醫療群間與合作醫院之轉診，奠定基層跨專科「水平整合」及跨醫院「垂直整合」。
- ✓ 預防保健執行率高，有助於強化預防醫學。
- ✓ 24小時電話諮詢專線，建立良好「醫病關係」，減少急診與不必要就醫。
- ✓ 執行「健康管理」資料建檔，累積基層個案管理與衛教之經驗。
- ✓ 辦理社區衛教，參與社區健康營造，提升醫療群形象。



100年家醫計畫會員醫療利用情形

醫療利用情形	100年度	99年度	成長率	較需照護族群(未參加)	100年度比較99年度
急診人次	43.0萬	47.4萬	-9.21%	-7.07%	減少4.4萬人次急診
急診費用	10.88億	11.00億	-1.13%	5.13%	減少1245萬點
急診率 (急診人數/會員數)	22.38%	24.19%	-7.50%	-5.83%	
門診人次	3244.0萬	3556.4萬	-8.79%	-11.62%	減少312.5萬人次門診
門診醫療費用	286.93億	284.87億	0.72%	-3.19%	增加2.0億點
全年西醫門診 就醫次數	22.5	24.6	-8.79%	-11.62%	減少2.1次就醫
住院人數	14.63萬	14.85萬	-1.44%	1.96%	減少2139人住院
住院率 (住院人數/會員數)	10.13%	10.28%	-1.44%	1.96%	
住院醫療費用	103.53億	87.04億	18.95%	30.85%	

註：以100年較需照護族群435萬人，家醫計畫收案會員144萬人及未收案之291萬人，分別歸戶統計其100年度與99年度醫療利用情形。



家醫計畫評核指標執行情形

(預防保健品質指標)

達標	臨床指標	收案會員 平均	目標值	全國 平均值	達成群 數	達成群數 占率
✓	成人預防保健檢查率	48.84%	≥40.4%	34.1%	279	74.8%
✓	子宮頸抹片檢查率	31.37%	≥30.3%	27.4%	181	48.5%
✓	65歲以上老人流感注射率	38.51%	≥34.88%		222	59.5%
✓	糞便潛血檢查率	43.25%	≥36.55%	36.55%	254	68.1%
	會員固定就診率	49.03%	≥50.89%		118	31.6%

備註：目標值係與『較需照護族群』相比較(依照計畫收案條件擷取會員,計有435萬人)

1. 預防保健(成人、子抹及流感):較應照護族群60百分位高
2. 糞便潛血檢查率:較全國民眾檢查率高
3. 會員固定就診率:較前一年成長10%(99年平均50.40%+10%=60.40%)或達當年同儕60百分位(50.89%)
4. 全國平均值依衛生署網站公布衛生統計最新數據為99年數據。



家醫計畫評核指標執行情形

(組織指標達成情形)

年度	健康管理比率		個案研討、共同照護 門診、社區衛教宣導、 病房巡診辦理情形		24小時諮詢專線	
	達成群數	占率	達成群數	占率	達成群數	占率
99	339	95.2%	312	87.6%	356	100.0%
100	366	98.1%	354	94.9%	362	97.1%

- ✓ 組織指標達標之醫療群數，均較上年度增加。
- ✓ 組織指標達標之醫療群數占率，健康管理比率、個案研討等活動達標占率增加，24小時諮詢專線略為減少，未能達成之5個醫療群為1或2次測試電話未能接聽。



家醫計畫評核指標執行情形

(滿意度調查情形)

- ✓ 調查對象：100年會員(有效問卷8,078份)。
- ✓ 調查方式：統一以本局設計的問卷，醫療群以電話或郵寄方式隨機抽樣，瞭解會員對參與本計畫的滿意度。

項目 \ 年度	99年度 (%)	100年度 (%)
對醫師所提供的整體服務是否滿意？ (非常滿意+滿意)	96.0	97.8
醫師對您健康狀況的了解程度，是否滿意？ (非常滿意+滿意)	88.0	97.6
對醫師提供健康諮詢及保健訊息的滿意度？ (非常滿意+滿意)	88.0	98.4



醫療群協助轉診就醫情形

經醫療群協助轉診人次增加**107%**，尤其醫療群協助轉診至合作醫院住院增加幅度最大。

轉診情形	水平轉診	垂直轉診				其他	合計
	群內轉診	基層診所轉至合作醫院門診	基層診所轉住院	基層診所轉醫院檢查	合作醫院轉診所		
100年	14,314	69,191	36,786	18,459	20,790	9,736	169,276
占率	8%	41%	22%	11%	12%	6%	100%
99年	4,441	35,219	4,947	8,736	26,278	2,316	81,937
100/99 成長率	222%	96%	644%	111%	-21%	320%	107%

註：其他係指轉診至非合作醫院、診所



100年執行成效(1)

- ✓ 會員經醫療群照顧，較上年度醫療利用情形(自身比)，急診人次、急診費用、門診人次、住院人數均有減少。
- 急診率由24.19%減少至22.38%，減少7.50%。住院率由10.28%減少至10.13%，減少1.44%。
- 全年西醫門診就醫次數由24.6次減少至22.5次，減少2.1次。
- 門診醫療費用略成長0.72%，係因會員年齡增加1歲所致，且較同年(100年)整體西醫基層門診醫療費用成長率(5.34%)為低。
- ✓ 家醫收案會員，相較未參加家醫計畫之較需照護族群(同儕比)，急診人次、急診費用、急診率、住院率減少幅度更大。
- 門診人次、費用、全年西醫門診就醫次數減少幅度較少，可能與兩族群組成結構不同有關。



100年執行成效(2)

- ✓ 醫療群會員預防保健執行率，高於較需照護族群(同儕)60百分位，更高於全國平均值。
- ✓ 組織指標達成情形高，顯示醫療群能依照計畫要求，完成個案健康管理、24小時電話諮詢專線、個案研討、共照門診、社區衛教等活動。
- ✓ 會員對醫療群醫師提供之整體服務、醫療諮詢滿意度高。
- ✓ 會員經醫療群協助之轉診就醫人次增加，有助於垂直轉診與分級醫療。



101年家醫計畫檢討與改革(1)

- 因應二代健保法第44條「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。」
- 本計畫推動多年，歷年均均有修訂，但外界仍不斷有需全面檢討之意見，為推動「家庭責任醫師制度」，本局於101年2月全省分區辦理7場家庭責任醫師制度座談會，邀請謝博生等教授、家庭醫學醫學會、醫師全聯會、各縣市醫師公會、醫療群合作醫院、醫療群診所超過735人次參加，並辦理績優醫療群經驗分享。
- 根據專家學者、各界提供理論與實務建議，全面檢討修訂本計畫，改革方向如下：
 - ① 加強擇優汰劣之退場機制。
 - ② 擴大照護對象連續性照護。
 - ③ 加強評核指標，提供病人有感的服務。



101年家醫計畫檢討與改革(2)

加強擇優汰劣 之退場機制

- 於評核指標計分方式，加強各項指標之要求，且依各項指標規定評分，不按比例核算。
- 增加三個月初評及專業輔導機制，醫療群應於期中辦理自我評估，分區視評估結果，必要時通知全聯會輔導。未自我評估或不接受輔導者，不予支付費用外，並應退出本計畫。
- 執行期滿，品質指標得分未達60%需退場。

擴大照護對象 連續性照護

- 加強落實連續性個案追蹤管理及衛教，權重由10%增加至20%。
- 照護名單增加納入曾收案會員、高利用、高齡族群、參加論質方案個案，增加照護連續性。
- 落實全人、全家、全社區照護理念，自行收案會員上限由60名提升至120名。



101年家醫計畫檢討與改革(3)

加強評核指標
提供病人有感服務

- 加強電話諮詢專線之服務品質，鼓勵醫師call out，改依實際服務品質，分階段給分。
- 增加鼓勵轉診機制，經醫療群協助轉診進步率 $\geq 10\%$ ，加分5%。
- 滿意度調查，滿意度普通者不列入計算，並增加由分區抽測滿意度機制。
- 考量家庭醫師照護能力及品質，每位醫師給付個案管理費上限1000名。
- 鼓勵績優醫療群擴大規模，擴大組織運作彈性，取消組成醫療群診所數上限，增加合作醫院家數，地區醫院不計入2家上限。



101年自我評估辦理情形

- ✓醫療群應於期中辦理自我評估，分區視評估結果，必要時通知全聯會輔導。本局將於7月起展開電話品質、滿意度抽測、個案管理訪查。
- ✓未自我評估或不接受輔導者，不予支付費用外，並應退出本計畫。

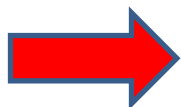
1. 完成健康管理與個案評估		3. 24小時電話諮詢專線服務品質	
達成	348	接聽且可以解答會員問題，或轉達醫師20分鐘內回電。	367
未達成	20	行政人員接聽，但無法解決會員問題	1
合計	368	無人接聽	0
已完成個案評估數	433,475	合計	368
2. 個案研討等活動 (每月至少辦理1次)		受理諮詢專線件數	6423
達成	368		
未達成	0		
合計	368		

註：資料日期101.6.30



未來努力方向

- ✓ 提供病人有感的服務：「better than better」，落實醫療群照護模式，加強個案連續性追蹤管理及衛教，加強24小時電話諮詢專線之服務品質，增加鼓勵轉診機制。
- ✓ 加強擇優汰劣之退場機制。
- ✓ 擴大照護對象連續性照護，並鼓勵績優醫療群擴大規模。
- ✓ 檢討被處予停約之合作醫院，參加本計畫資格之規定，以更符合比例原則。



加強做好個案連續性追蹤管理及衛教，增進醫病關係、落實轉診，為家庭責任醫師制度奠定良好基礎。



謝謝聆聽！

