

國立交通大學

高階主管管理碩士學程 (EMBA)

碩士論文

全民健保下的家庭醫師整合照護制度
-----竹東榮民醫院個案研究

National Health Insurance pilot project of family physician integrated
healthcare program
-----Chutung veterans hospital case study

研究生：張震慶

指導教授：楊 千 教授

中華民國九十四年六月

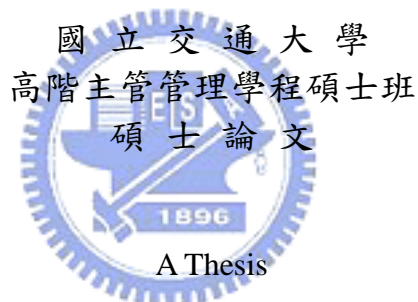
全民健保下的家庭醫師整合照護制度
-----竹東榮民醫院個案研究
National Health Insurance pilot project of family physician integrated
healthcare program
-----Chutung veterans hospital case study

研究生：張震慶

Student : chen-ching Chang

指導教授：楊 千

Advisor : chian Yang



Submitted to Master Program of Management for Executives

College of Management

National Chiao Tung University

in partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of

Executive Master

of

Business Administration

June 2005

Hsinchu, Taiwan, Republic of China

中華民國九十四年六月

全民健保下的家庭醫師整合照護制度

-----竹東榮民醫院個案研究

學生：張震慶

指導教授：楊 千教授

國立交通大學 高階主管管理學程碩士班

摘要

歷次民調顯示，民眾對全民健保的滿意度高達7成；根據英國 Healthcare International 季刊 2000 年的報導，27 個主要國家中台灣名列最健康國家的第二名，獲得各國公共衛生專家的肯定。可是，我們的健保收入恐是各國中最低的。醫療支出占 GDP 的比重，美國最高，台灣跟南韓幾乎最低，台灣一年花在健保支出為 5,616 億元。醫療費用高並不表示整體醫療品質好，美國並沒有全民健保，被批評為浪費許多資源，又無法照顧窮人。一般認為加拿大與瑞典做得最好；而台灣因保費成長遠低於給付成長，帶來沈重的財務負擔，在開源（適度提高保費）與節流（減少浪費）方面都還要努力。

世界衛生組織早於 1986 年提出「健康促進」理念，即已揭櫫社區參與和社區醫療的重要性。我國政府雖於幾年前開始推動「社區健康營造」，但基層醫療資源的參與始終有限。台灣社會在經歷 SARS 洗禮之後，開始警醒社區團隊醫療的重要性，後 SARS 醫療體系重建計畫大規模推動「家庭醫師整合健康照護制度」，成立社區醫療群，結合開業醫師、醫院與公共衛生資源，搭建平行與垂直合作模式，建立以社區為導向、以家庭為單位、以病人為中心的全人健康照護模式；另一方面經由醫師教育改革，實施「畢業後一般醫學訓練」，推展社區醫學訓練。

成立社區醫療群推動家庭醫師制度計畫是行政院衛生署，為建構社區醫療體系之先導計畫；竹東榮民醫院於民國九十三年加入此計畫，並同時成立兩群社區醫療群。本計畫基本上應由下而上，由基層自行組成，再尋求合作的社區醫院。但在開辦時點，這樣做是不可能的，乃是由本院主導而成立計畫執行中心，設立共同照護門診，成立社區醫療群轉診中心、資

訊中心，運作至今已近九個月，一般社區醫療群最常見的問題為二十四小時 call center（電話諮詢）之執行，竹榮以最大的配合度，不計成本的以醫師排二十四小時 call center 班，使計畫順利推動，醫院與社區醫療群對於計畫實際的期待亦取得共識。藉由健保局對試辦專案的品質要求，進一步辦理「家戶座談」及「社區健康促進活動」，使地區醫院及診所醫師走入個案家庭，在社區成為真正的健康促進主導者，並激發對於社區居民照護的動力。

本論文乃報告家庭醫師整合性照護制度計畫補助款對醫院所帶來的經濟效益。雖然有形的計量成果十分有限，但對於不可經濟量化的效益是無窮的。

關鍵字：全民健保、家庭醫師整合性照護制度計畫、社區醫療群。



National Health Insurance Pilot Project of Family Physician Integrated
Healthcare Program

-----Chutung veterans hospital case study

Student: chen-ching Chang

Advisors : Dr. chyan Yang

Master Program of Management for Executives

National Chiao Tung University

ABSTRACT

It is noted that National Insurance of Health (NIH) is well received in Taiwan. According to an English Healthcare the International 2000 quarterly report, in 27 main countries Taiwan ranks the second among the healthiest nations. Due to the increases of co-payments and the financial burden of NIH, Taiwan suffers the degraded performance of her national health care systems.

Taiwan government has started its community health program despite the limited basic unit medical service resources. The Taiwan society experienced the SARS epidemic and realized the importance of community medical team services. The community service includes local practice doctors, the hospital and the public health resources. Each family is treated as the basic unit. A patient is the center of health care moreover, this program helps the continued education of doctors.

Tenable Community healthcare group integrates family physician the delivery health care plan that is arranged by the Department of health (DOH). Chutung veterans hospital joins this plan in 2004, and simultaneously establishes two groups of communities health care. This plan is basically built from bootom to top, voluntarily composed by the local doctors, then seeks for the cooperation of the community hospitals. The establishment of information

center, setting up outpatient service of the community services was carried out by Chutung veterans hospital. This operation has already implemented for nearly nine months.

This project contributed some economic efficiency which brings to the hospital, but the non-economical benefit could be very extensive.

Keyword: National Health Insurance, Integrated family physician healthcare program, community healthcare group.



誌 謝

電影“*My Way*”的同名主題曲歌詞“*And now, the end is near, and so I face the final curtain*”是我深愛的二句，每當重大工作的努力已盡，等待成果的前夕，這些文字總會配合它優美的旋律，具像化的呈現我的腦海。要感謝的人太多了，千言萬語化作由衷的謝意。

由於習醫的背景，對於挫折的忍受高於常人，對於壓力的轉換為助力也有十足自信，就讀交大 EMBA 課程，更使個人能力及見識得到了灌頂般的功力增進。這二年中因頂著交大 EMBA 的光環，得到工作單位的重視，賦予一再增加的職權與業務，也得到「如果有疑慮的任務，交給某某人就可以完成」的認可。這段期間，在師長的解惑、同學的標桿學習及個人所領導的堅強團隊合作下，一路披荊斬棘，以過人的效率完成許多近乎不可能的任務，留下了公職生涯中美好的記憶。

二年來的進修課程，當然很遺憾的減少了自己與家人相處的時間，好在這些情境即將過去。但在論文寫作的期間中，適逢醫療業整體的困境及應對，兼管其他單位的行政及重整工作，家庭醫學受到重視必需規劃、執行的許多開發項目，而三年一度的家醫科教學評鑑恰在此時到臨，更加上兼任元培科技學院講師所花費的心力、持續累積的壓力以及不斷被打斷（Interrupted）的寫作過程，幾乎使我有延畢的念頭。好在指導教授楊千老師總以他過人的智慧和忙中有序的生涯體會不斷的給我們引導，終於又到了含笑收成的時候，而白髮竟也佔有了不少的領域，此刻心中有著「回看射鵰處，千里暮雲平」的悸動。交大 EMBA 給了我們最好的學習環境，相信我的學成，必能回饋學校及服務單位所給予的一切。

最後要特別感謝助理陳怡真小姐，在雜亂的手稿中，不斷的更改、修訂論文內容，維持一貫「高水準、低態勢」的工作表現，是不可多得的助力。

張震慶（2005 年 6 月于竹東榮民醫院）

目 錄

中文提要	-----	i
英文提要	-----	iii
誌謝	-----	v
目錄	-----	vi
表目錄	-----	vii
圖目錄	-----	viii
一、	前言	1
1.1	研究動機與目的	1
1.2	研究範圍與方法	2
二、	文獻探討	4
三、	竹東榮民醫院之個案分析	10
名詞解釋	-----	26
四、	結果與討論	27
五、	結論與建議	33
參考文獻		
中文部份	-----	35
英文部份	-----	37
附錄一	全民健康保險家庭醫師整合性照護制度民國九十三年 年度試辦計畫	38
附錄二	大竹東社區醫療群計畫協調會會議記錄	46
附錄三	大竹東社區醫療群家庭檔案及轉診單	48
附錄四	大竹東社區醫療群名單	53
附錄五	竹東榮院家醫科二十四小時 Call center 排班表	54
附錄六	竹東榮院家醫科二十四小時 Call center 諮詢情況	55
附錄七	大竹東社區醫療群期中執行報告書	56
附錄八	關西鎮社區醫療群期中執行報告書	58
附錄九	大竹東社區醫療群家庭醫師整合性照護宣導	62
附錄十	竹東榮民醫院家醫科 93 年度社區服務成效及 94 年社 區服務計畫表	63
簡歷	-----	67

表 目 錄

表 1	實施地區人口統計報表	12
表 2	實施地區醫療資源分佈	12
表 3	大竹東社區醫療群計畫費用支付表	20
表 4	大竹東社區醫療群計畫費用撥入主體表	21
表 5	已完成之家戶檔案數	23
表 6	大竹東社醫群家戶會員轉診記錄表	23
表 7	大竹東社區醫療群共同照護制度 94/04 月門診表	24
表 8	大竹東社區醫療群共同照護制度家戶會員巡診記錄表	24
表 9	大竹東社區醫療群學術研討表	25



圖 目 錄

圖 1	社區醫療群財務計畫暨服務內容規劃圖 -----	9
圖 2	社區醫療群涵蓋地理區域 -----	11
圖 3	社區醫療群架構圖 -----	14
圖 4	二十四小時 call center 運作圖 -----	14
圖 5	社區醫療群平行照會流程圖 -----	15
圖 6	大竹東地區醫療群整體組織運作流程圖 -----	17
圖 7	大竹東地區醫療群轉診作業流程 -----	18



一、前言

1.1 研究動機與目的

我國政府於 1995 年 3 月 1 日起實施全民健康保險制度，為國內醫療衛生政策開發新紀元，全民健康保險局管控全民健保財務，在國內民眾對健保高滿意度的支持及政策要求其兼顧社會福利之考量下尋求永續經營。雖然民眾滿意度高達 75% 以上，然而政府面臨人口老化及疾病慢性化，高科技醫療的引進，保費提昇困難，財務壓力日趨嚴重；醫院面臨保險支付不夠，收益減少，市競爭日增；診所醫師面臨收益減少，喪失自主性，日增的批評，單獨執業的危險性；病人的照護則呈現局部的、片斷的、重複的，以機構為中心而非以病人為中心的治療。由於醫療機構間的缺乏溝通，病人轉診時亦缺乏管理。因此，醫療及保險制度改革的呼聲早已不絕於耳。(36)

因此健保局為求財務平衡，提出連串措施來壓抑醫療費用的成長，這些措施導致了醫療生態的巨變。總額預算是這些措施中一個極重要的里程碑，因為健保費用節節上漲，基本費率又因民意高張而難以上調，只有在總額規劃之基本面上，實行各項配套之管控與改進方案；因為世界上實施全民健保之國家皆以實施家庭醫師制度作為配套，而台灣目前約有四千位家庭醫學專科醫師，尚不足以擔任 2,300 萬民眾的第一線照護及責任，衛生署和中央健保局積極推動家庭醫師制度，亦推動社區醫療群的建置。經由生活圈內五至十家不同專科診所組成之醫療群，與醫院合作（甲型社醫群）或特約（乙型社醫群），型成整合照護系統（IDS, integrated delivery system）以服務其家庭會員。健保局在 93 年的西醫基層總額裡，列入 0.75% 的經費，採西醫基層專款專用方式之獎勵形式辦理，不列入地區的總額分配，於 2003 年 3 月公告後實施家庭醫師整合性照護制度試辦計畫，期望經由補貼基層醫療家戶健康管理費及共同照護門診費之作法，使基層醫療經營形態做徹底的改造，最終成為民眾健康之守門員，預防醫學之推動者，並建立其與地區醫院之雙向轉診、轉檢、共同照護門診、繼續教育之合作關係；以真正整合地區醫療資源，建立地區健康資料庫，提供二十四小時電話諮詢(call center)的可近性服務，達到民眾、政府及基層診所、醫院多贏之目標。

我國醫院多採閉鎖性醫療制度 (closed system)，一般基層開業醫師單打獨鬥，凡事親力親為，以有限之精力及設備，應付日益高張之醫療品質需求，實力有未逮，而健保總額之水平切割（牙醫、中醫、醫院、診所）方式，亦造成診所與其他診所及地區醫院為相互競爭，醫療單位之整合不易。家庭醫師照護制度試辦計畫之實施是否能對症治療，真正解決問題，為吾人研究目的之所在。

1.2 研究範圍與方法

1.2.1 研究範圍與限制

本論文的研究範圍是以醫療業為研究對象，探討全民健保總額制度對基層醫療營運之影響，並進一步探討在此醫病關係緊張之時代，對於家庭醫師整合制度的垂直與水平整合中的種種推動過程中可供醫療界及政府助益之處，使立意良善的家庭醫師整合性照護制度得以發揮最大之綜效。

由於醫院營運的影響因素極多，很難歸功於單一因素，故在家醫整合制度造成醫療生態改變後，探討醫院營運可有的前瞻作法及設定指標達成狀況，由此來作評估，其他在會計方面、策略方面則暫不作探討。再者，本個案自民國九十三年八月起實施，尚未滿一年，對於目標值的達成只能以期中成果呈現，且目標值之設定亦會逐年調整至合適狀態。將來計畫延續，可進一步做本醫療群內家戶會員滿意度之調查，則更具有文獻價值。

1.2.2 研究方法

本論文參考國內外家庭醫師制度之相關文獻，並說明全民健保、總額制度、家庭醫師及家庭醫師整合制度，而後就竹東榮民醫院之個案分析其執行過程所遭遇之困境、決策焦慮與破解之道，最後以其實行家醫整合制度後之各種指標達成率來印證執行成效，而推論在未來應透過清晰的願景、團隊合作及家庭資料倉儲的建立，達成民眾的需要和期待，改善社區的整體健康。

1.2.3 研究架構

本論文共分五章，其內容大綱為：

第一章 前言：說明研究動機與目的，研究範圍與方法

第二章 文獻探討：

先就醫療現況作分析，經由國外實施家庭醫師制度之借鏡及國內

民眾與基層醫師對家庭醫師制度認可之滿意調查，來探討總額給付之下的家庭整合制度運作之情形。

第三章 竹東榮民醫院之個案分析：

其家醫科如何在十餘年的深耕社區之後，成為適當(optimal)之整合平台，作為地區醫療資源的雙向連結，推動大竹東社區醫療群（甲型社醫群）及關西社區醫療群（乙型社醫群），並將資訊平台提供給新竹縣之各醫療群共享。個案分析之重點在於規劃及經營社區醫療群之面面觀，此個案曾榮獲地區醫院協會之邀請，公開做心得分享報告（93/12/17）。

第四章 結果與討論

竹東榮院經營社區醫療群成果（以計畫內容之滿意度指標作衡量）及進一步之討論。

第五章 結論與建議

對當前的醫療大環境之改變，以竹東榮民醫院為例，如何整合地區醫療資源，共存共榮及在社醫群的架構下，可進一步發揮群策群力的空間，並對於全民健保之走向與社區醫療群之實務運作經驗作出結論與建議。



二、文獻探討

2.1 國內醫療現況

2.1.1 醫療保險

1. 勞保

我國自民國 39 年 4 月開辦勞工保險，初時，保險對象僅包括公營廠，及各事業單位勞工，以後保障對象不斷擴大，之後，只要雇用員工達到 5 人以上就需參加保險，剛開始時，僅有生育、傷害、殘廢、死亡及老年五種現金給付，民國 45 年 7 月，開辦住院診療給付，以後給付項目不斷增加，給付條件不斷放寬，以增加對保險人的醫療保障，而參加勞保之人數也逐年增加，成為在全民健保之前最重要的保險之一。

2. 公保

公務人員保險則自民國 47 年 9 月開辦，其主要對象為在政府機構服務的員工，公保對象也不斷擴大，包含退休人員保險，公務員眷屬疾病保險、退休人員及其配偶疾病保險、私立學校教職員保險、私立學校退休教職員及其配偶疾病保險，而其給付項目包含生育、疾病、傷害殘廢、養老金、死亡和眷屬喪葬等七項。

3. 農保與軍保

農民保險自民國 78 年 7 月開辦，保險對象為農民，其給付項目比照勞保。軍人保險開辦自民國 39 年 10 月，保險對象為現役軍官、士官及士兵，其給付項目為死亡、殘廢及退伍，係由國防部委託中央信託局辦理。

4. 全民健保

以上所述，看起來似乎很完整健全，然而其所涵蓋的範圍卻以職業為基礎，故僅及全國民眾的 57% 左右，例如沒有職業的兒童及老人家才是最會生病的一群人，但卻是這些保險沒有照顧到的一群人，故在民國 84 年 2 月健保開辦前，公勞保及軍人保險共 1265 萬人，而未納保者 853 萬人，這與一個進步的社會福利國家的宗旨十分不符，所以在民國 84 年 3 月 1 日實施全民健康保險，在全民健康保險推行後，新納保者即 808.5 萬人（86 年 6 月），故納保人口已達全民的 95% 以上。全民健保實行後，推行的一些政策對醫療現況影響極大，也造成

醫療生態巨大的改變。

2.1.2 總額預算制，總額支付制

總額預算制度，係指健康保險機構或政府預先對某類醫療服務（如住院服務，門診服務或總體醫療支出）以協商方式訂定年度預算，以涵蓋一年內所提供醫療服務之費用。再以由上而下的方式分配費用，以確保保險財務平衡的一種制度。由於預知總預算，醫療院所較缺乏誘因以量制價，再加上同儕制約與審核制度之規範，可使醫療服務漸趨於合理；同時，總額預算制也是維持保險財務平衡的重要機轉。

2.2 總額預算之支付單位可分為兩大類：

2.2.1 以組織為支付單位，如以醫院或醫院之特殊部門為單位訂定預算。保險機構根據醫院之財務報表，參考醫院之類別、床數、占床率等指標，再考慮該院過去之實際成本，直接訂定總額預算，不考慮支付期間疾病之種類，或醫療費用消耗細目。支付額度一般只含營運成本與建築設備之折舊；新建築或昂貴儀器之投資，以及研究與教學成本則另行處理。

2.2.2 針對服務項目以全包方式訂定預算，如對全體醫師一年之服務量訂定支出總額。但個別醫師費用之分配仍依據申報之服務量決定。

2.3 總額預算制可分成兩種類型：

2.3.1 支出目標制（expenditure target）：

預先設定醫療服務支付價格及醫療服務利用量可容許之上漲率，當醫療服務利用量低於預先設定之目標時，將會有盈餘；但實際利用量超過目標時，超出部分將打折支付，以適度反應醫療服務變動成本之支出，因此實際支出可能超出原先設定的目標。德國住院部門配合論日計酬採支出目標之做法，加拿大亦有數省採行此方式醫師費用。

2.3.2 支出上限制（expenditure cap）

預先依據醫療服務成本以及服務量之成長，設定健康保險支出之年度預算，醫療服務之支付以相對點數反映各項服務之成本，但每點支付金額採回溯性由總預算除以實際之總服務量（以點數計算），當服務量超出原先協議之預算時，每點支付金額將降低，反增加。由於固預算而不固定每點支付金額，故可精確控制預算，如西德的門診就

是採用此一方法。在住院部門實施總額預算的國家亦大多採用此方法。

我國全民健康保險法明定醫療給付費用，採行總額預算制。醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比例；其中門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比例及醫藥分帳制度。保險醫事服務機構依醫療費用支付標準及藥價基準，向中央健康保險局申報所提供醫療服務之點數及藥品費用；中央健康保險局再依分配後之醫療給付用總額及經審查後之醫療服務總點數，核算每點費用，並按各保險醫事服務機構經審查之點數，核付其費用。

- 2.4 在國外實施總額預算的國家，皆配套有家庭醫師制度，英國為最早實施總額預算的國家，其基層醫師加入家庭醫師制度者超過九成。觀察各國的保險制度如加拿大為單一保險人，醫院實施總額預算、診所醫師論量計酬；德國為單一保險人，醫院論日計酬、醫師論量計酬；英國為單一保險人，醫院總額預算、醫師論人計酬或薪俸；美國為多元保險人、多元支付制度，各國有其特色及優缺點。然而歐美各國實施多年的家庭醫師制度，普遍為各國醫療保健及醫療保險的基礎。家庭醫師提供個人及全家持續性的醫療照顧，協助民眾使用醫療資源，由於長期的互動關係和關懷，家庭醫師最瞭解其照顧的個人及家人身心健康狀況。藉由家庭醫師提供第一線照護及責任，若需要進一步的檢查或治療時再安排適當的轉診，即可減少醫療資源的浪費，由此可知家庭醫師之角色及功能之重要。(36)根據林恆慶等「台灣基層醫師對家庭醫師制度的認知態度及認可之模式」研究(1)顯示：「願意」或「很願意」參與家庭醫師制度者為 62%；而最適合擔任家庭醫師的專科醫師為家醫科者約 93.4%；又其「台灣民眾對實施家庭醫師制度及相關因素研究」(30)顯示：50.3%認為台灣目前「適合」或「很適合」實施家庭醫師制度，61%「贊成」或「很贊成」健保局實施守門員制度（民眾看病從基層看起），63.3%表示「願意」或「很願意」參與家庭醫師制度。國外家庭醫師守門員制度行之有年，對於平抑醫療費用之上漲，杜絕不當使用醫療之浪費有顯著之效果，但應用於國內，必然引起民眾反彈；但証諸於國內健保財務之瀕於破產邊緣，健保局主事合理之作法是在本土化的家醫整合制度（有彈性或先期的守門員制

度)全面上路後再試行守門員計畫，後者才是真正解決健保財務困難的治本之道。

公立地區教學醫院家醫科提供的是 Localized 的服務，在醫學中心(約 20 家)、區域醫院(約 70 家)、眾多的地區醫院(近 900 家)及診所競爭之下，要配合政策要求善盡社會責任，做社區醫療群的配套服務，此部份為低營利區塊，且付出的人力成本很高，但對於醫院形象與擴大社區服務成果，製造不可量化的效益則非常重要。

2.5 家醫整合制度對民眾有什麼誘因：

1. 民眾就醫的可近性，如同駕車時的即時道路指引，提供二十四小時的醫療諮詢。
2. 轉診、轉檢的合理安排：社醫群合作醫院安排單一窗口的全面性及持續性服務，並作完整的記錄與持續追蹤。
3. 資訊平台的整合：使重覆檢查與等候減小，並易於查詢病人的基本健康資料與就醫情形。
4. 在醫療群內就醫有得到許多熟知其病情的專家共同照護，而病人真正感受到被重視、被服務的「視病猶親」的感覺。

試想如果你在嚴冬半夜被送到急診室，因為先送出一通家戶會員諮詢電話，到達急診室時，已有個人基本健康資料及既往病歷，且社醫群的專屬助理已在檢傷分類站等候協助你就診，是不是會很感動？如果住院了，第二天你的家庭醫師得到通知，在醫院主治醫師陪同下來追蹤你的病情，並與你共同討論，相信民眾是會全力支持家庭醫師整合性照護制度。

2.6 對基層診所有什麼好處：

1. 享受地區醫院的設備與資源，不再擔心後送無門並減少醫療糾紛。
2. 獲得繼續教育的機會，也能得到家庭醫學專科醫師的指導。
3. 與群體共同打拼的歸屬感，並開創聯合執業的空間。
4. 建立與家戶會員更密的連結，獲會員發自內心的支持。

2.7 對醫院的好處：

1. 進入社區，實現健康社區營造的目標。
2. 善用健保局政策之助力，創造轉診、轉檢及住院的客源。
3. 衛星診所之概念：經由轉診、轉檢、共同照護、住院安排、共同查房，使社區醫療群的醫師，成為有形的衛星診所，並共同從事衛教

與義診的工作。

4. 建立優質服務的口碑，並分享社醫群的家戶檔案，尋求永續經營。

2.8 政府推動家庭醫師整合性照護制度之綜效：

1. 整合家庭檔案及個人病歷，並邁向電子終身病歷（所謂電子終身病歷是指病人所擁有，在網路上分享，可以跨越醫療機構及照護者的病歷記錄），降低重覆就醫、檢查的成本。(38)
2. 從單一機構邁向社區共享：建立社區健康資料庫，社區疾病流行警覺及形成社區防疫網。
3. 從電子病歷邁向決策支援系統，在社醫群的基礎下，整合鄰近衛生所形成社區公衛群，推展公共衛生及預防保健業務。
4. 經由社區醫療群的作，逐步建立分級轉診（真正的家庭醫師制度），乃至最後以家庭醫師作為醫療財務的守門員制度，使全民健保不致因財務缺口的持續擴大而倒閉。



2.9 社區醫療群財務計畫暨服務內容規劃，如下圖：(37)

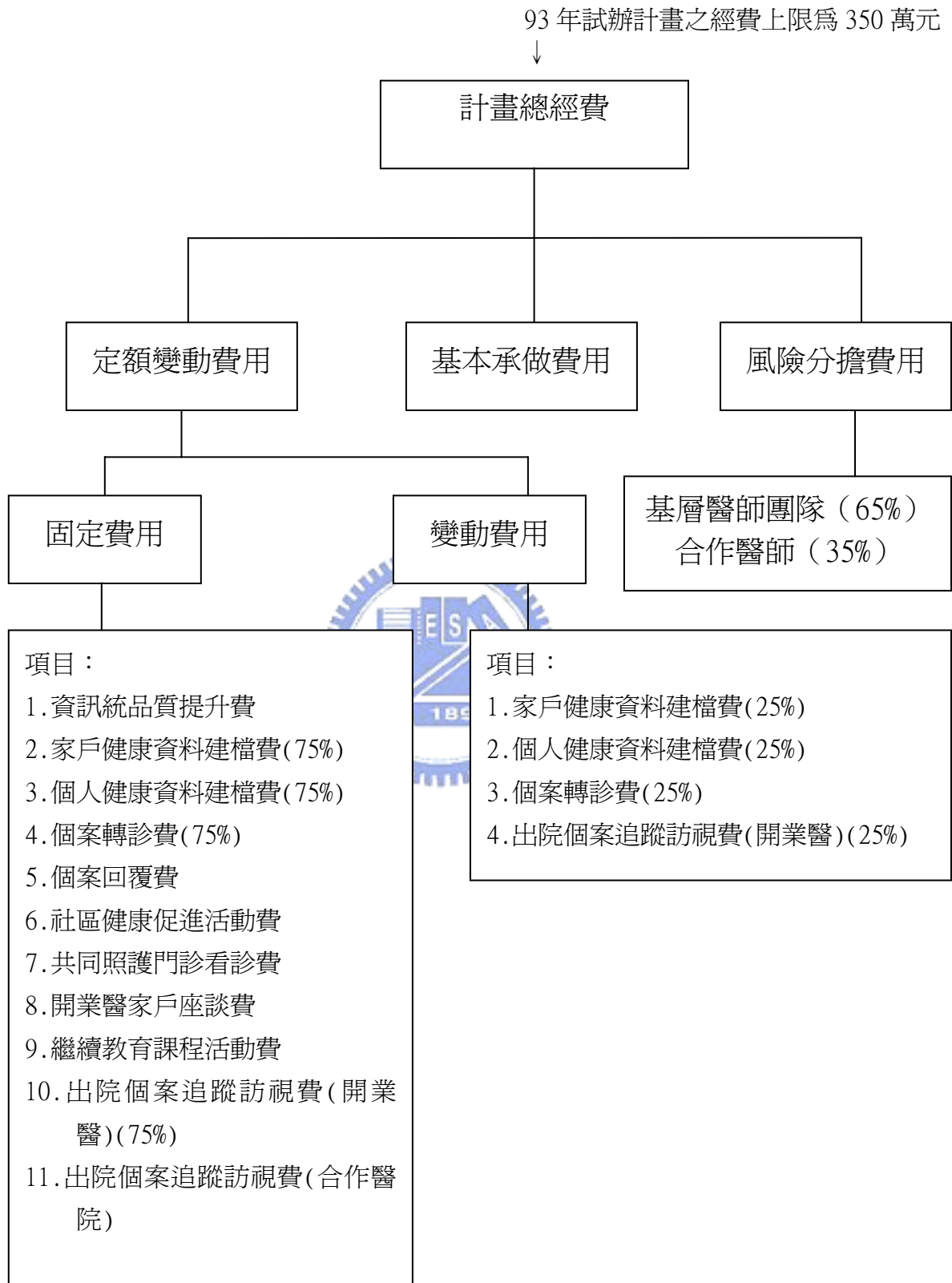


圖 1 社區醫療群財務計畫暨服務內容規劃圖

三、竹東榮民醫院之個案分析

3.1 個案背景

新竹縣竹東鎮為封閉型山城，開業診所密度為新竹縣之冠。居民多數為客家人，次為原住民及科學園區工作之外來人口，居民對於醫療專業人員的信任度高，是適合結合地區醫療資源，推動正確預防保健觀念，營造健康社區的地點。

竹東榮民醫院結合地區開業診所，建立大竹東地區整體性的醫療(健康)照護群，以連續及跨科性的照顧模式，處理各種疾病問題，尤其是關係到病人行為改變，BPS 層面之諮商與各種專業協同照顧，並落實家庭醫師制度的精神，在互信的基礎下，建立平行整合(各診所，衛生所間)及垂直整合(與醫院間)，有效利用及節省醫療資源，並提供民眾可近性的醫療諮詢，更便利高品質及減少時間和經濟消耗的醫療服務，從而創造多贏的社區醫療圈，從而延續民眾滿意度極高的健保奇蹟。

關西社區醫療群則為關西衛生所發動下成立之乙型社醫群，與本院特約為後院醫院，其先期作業、資訊平台共享、繼續教育、轉診、轉檢仍與本院密不可分，差別在執行中心設於關西衛生所。

3.2 計畫目的：

- 3.2.1 運用「生物-心理-社會」模式(Biopsychosocial model)來照顧病人。BPS：全人照顧模式為基礎，視不同場合和處理臨床問題需要再擴充。因純屬身體器官系統的疾病不及 1/3，其他會有心理社會因素，故需運用 BPS model 來照顧病人，避免頭痛醫頭，腳痛醫腳，以及與病人及家屬良好溝通，亦即充分運用合作醫院資源，採取 ABCDX 的看診模式。 $X(\text{crisis or outcome}) = A(\text{biological status}) + B(\text{stressful life event}) + C(\text{resource}) + D(\text{coping strategy})$ 。
- 3.2.2 社區為導向的第一線醫療照護(Community-oriented primary care)。以社區為導向的基層醫療保健(communitiy-oriented primary care. COPC)是一種推展基層醫療保健的方法，這是一種以互補的方式應用流行病學與臨床技巧來製作一套適合社區民眾特定健康需求的計畫。COPC 的主要特徵有二，其一為提供社區個人與家庭基層醫療保健照顧，特別強調持續性，且能適當地安排做照會性服務、專科照顧和住院照顧

等。其二為評估健康需求、計畫與提供服務，以及評估照顧的效果時，是以整個社區做焦點來評估。

3.2.3 整合性健康照護體系(IDS)。IDS 為管理式之醫療照顧方法，整合地區性之醫療照護、管理、財務、資訊，成立執行中心，可以避免醫療源之重覆投入，有利責任分工與協調，節制醫療費用成長，提高醫療服務品質與可近性。並促進衛生所系統、地區教學醫院與各診所間之交流與互動，期望對其他基層醫療工作皆有了解及互利。

3.3 計畫實施地區與提供醫療服務單位現況分析

計畫實施地區為新竹縣，包括竹東鎮及鄰近之芎林鄉、新埔鎮、關西鎮等。自民國七十八年以後，新竹縣人口數則呈快速成長，與桃園、台中併列為三大成長快速之都會區，尤以竹北都市計畫及六家高鐵車站特定區最具吸引力。



圖 2 社區醫療涵蓋地理區域

新竹縣總人口數由民國八十四年之 408,577 人增加至民國九十二年三月底的 453,906 人，平均每年約增加 6,000 多人，轄內共有十三個鄉鎮市，分別為：竹北、竹東、新埔、關西、湖口、新豐、芎林、橫山、北埔、寶山、峨眉、尖石、五峰；其中尖石、五峰為山地鄉。

表 1 實施地區人口統計報表

鄉鎮名		鄰里數	鄰數	戶數	男人口數	女人口數	總人口數
1	竹東鎮	25	472	25815	46614	44821	91435
2	新埔鎮	19	286	9171	19507	17076	36583
3	芎林鄉	12	134	5437	10930	9842	20772

表 2 實施地區醫療資源分布

鄉鎮市	西醫師數	中醫師數	牙醫師數	醫院數	西醫診所數	中醫診所數	牙醫診所數	急性病床		慢性病床			
								一般	精神	一般	精神	結核	癩病
竹東鎮	143	15	18	7	47	10	13	417	90	30	197	0	0
新埔鎮	10	2	5	0	9	2	4	0	0	0	0	0	0
芎林鄉	3	2	2	0	4	2	2	0	0	0	0	0	0

3.3.1 竹東榮民醫院(合作醫院)：竹東榮民醫院為地區教學醫院，含內、外、婦、兒、家醫、放射、檢驗、精神、復健等共 23 科，其家醫科為一績優單位，創立已十二年，從事社區服務及預防保健不遺餘力，為唯一地區教學醫院家醫科評鑑合格(訓練容量每年三名，共 R1、R2、R3

九名容量)，完全獨立作業，全力推動社區醫療業務者，其服務績效超越多數區域教學醫院及部份醫學中心。竹榮家醫科現有醫師七人，其服務品質深受地方父老肯定，即使在民國九十二年 SARS 期間，該科看診人次與民國九十一年同期間相比並無下滑，即為證明。該院自民國九十二年九月起接受台北榮總委託代訓其畢業後醫師社區醫學訓練，每月一人，此課程與本縣衛生局及其所屬五個（竹東、五峰、竹北、關西、芎林）衛生所與開業醫師(部份加入本計畫)合作，已建立良好互動及互信之基礎，由其做為本計畫的合作醫院，促進基層診所對於防疫及預防保健觀念與服務之層面，以做到優質的健康服務。

3.3.2 本計畫之基層診所包括：

1. 呂紹達內科診所（內科；新竹縣醫師公會理事）
2. 劉外科診所（外科、家醫科；新竹縣醫師公會現任理事長）
3. 羅內科小兒科診所（內兒科、家醫科）
4. 曾政德婦產科外科診所
5. 陳武忠診所（一般科）
6. 芎林鄉衛生所（急診專科）

以上皆為新竹縣醫師公會核心人員，凝聚力強，與竹東榮院經過三次討論後（討論過程二個月）開始社區醫療群作業，並利用每週一次之共同學術討論會交換意見與修正執行內容。

3.4 計畫執行內容：

3.4.1 計畫整體架構

1. 架構圖（如下圖）

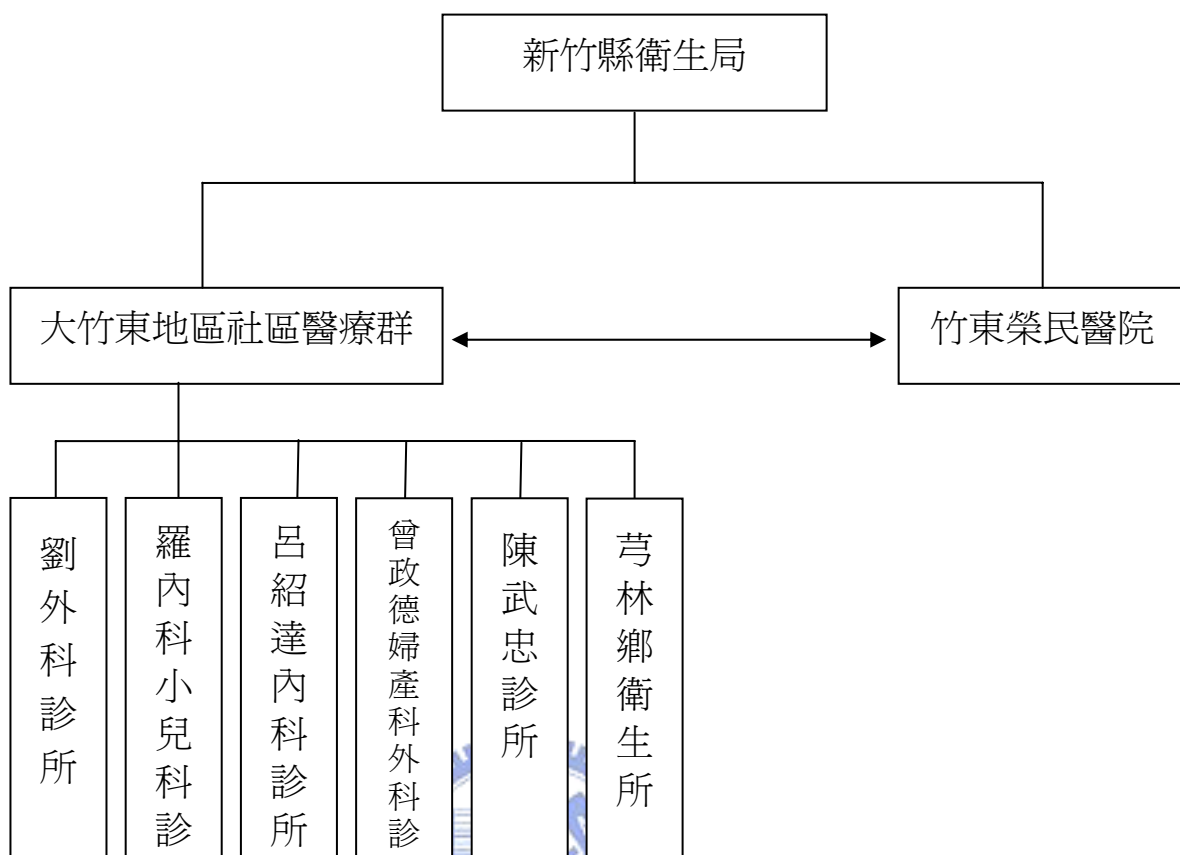


圖 3 社區醫療群架構圖

2. 組織運作型式：甲型（有合作醫院，並建立資訊平台及家戶共享）

3.4.2 二十四小時緊急電話諮詢服務專線

1. 上午 8:00~晚上 9:00---各社區醫療群醫師及社區醫療群助理徐美華（電話：5956712；手機：0963355143）。

2. 夜間例假日及其他時段，由社區醫療群醫師及竹東榮院家醫科輪值醫師轉接專線電話，雙線執行。

3. 流程圖

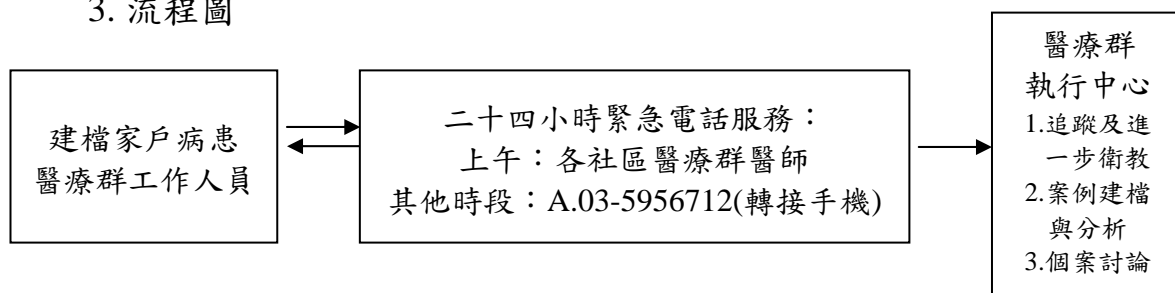


圖 4 二十四小時 call center 運作圖

3.4.3 醫療照護品質提升及轉診機制

1. 共同照護門診

竹東榮民醫院開設共同照護門診，基層醫師排定時段以兼任主治醫師身份每週至竹東榮民醫院看診並巡房或參加個案研討或執行團體衛教宣導，增進彼此互動、交流合作。

共同照護門診基層醫師每人每月至少一次，每年至少 12 次；個案研討每月二次，每次 100 分鐘，每年 24 次；病房巡診或衛教宣導每月一次，每次 100 分鐘(視實際狀況調整)，每年 12 次。

2. 轉診後送服務方式

(1) 基層診所醫師間平行照會機制

① 社區醫療群具內外婦兒等醫學各專科醫師，當家戶會員之病情非屬該家庭醫師之專科範圍時，可先行照會其他專科醫師，取得病情相關之資訊，以輔助診療之完整性。

② 平行照會流程圖

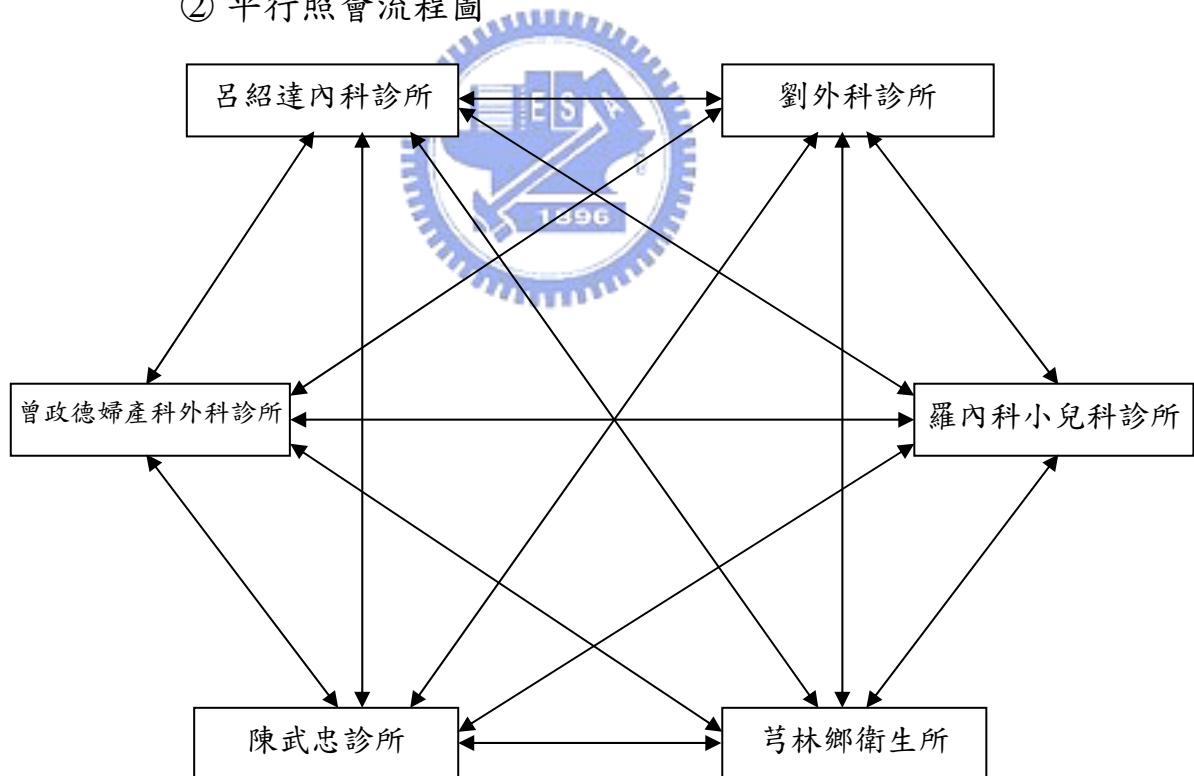


圖 5 社區醫療群平行照會流程圖

(2) 醫院間之轉診及合作計畫

① 在醫師群之協商同意下，本醫療群之執行中心設在竹東榮院，聘用助理一人由竹東榮院家醫科管理，專責執行處理行

政事務及個案管理之相關業務，為單一窗口負責轉診及合作事宜。

- ② 執行中心任務：負責該計畫之申請、運作與協調。協助處理安排病人轉診、轉檢事宜，並處理追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療與個案管理事宜，以提供適切、連續性之醫療照護。處理轉診後之資料傳輸，執行中心設置專人負責彙編所有基層診所的轉診單，並將所有轉診病人的病歷摘要、檢驗結果，以最快時間傳真、郵寄或 E-mail 方式回覆各基層診所，病人可在原基層診所追蹤，不用再回社區醫院，查詢檢驗報告，或上合作醫院網站查詢。



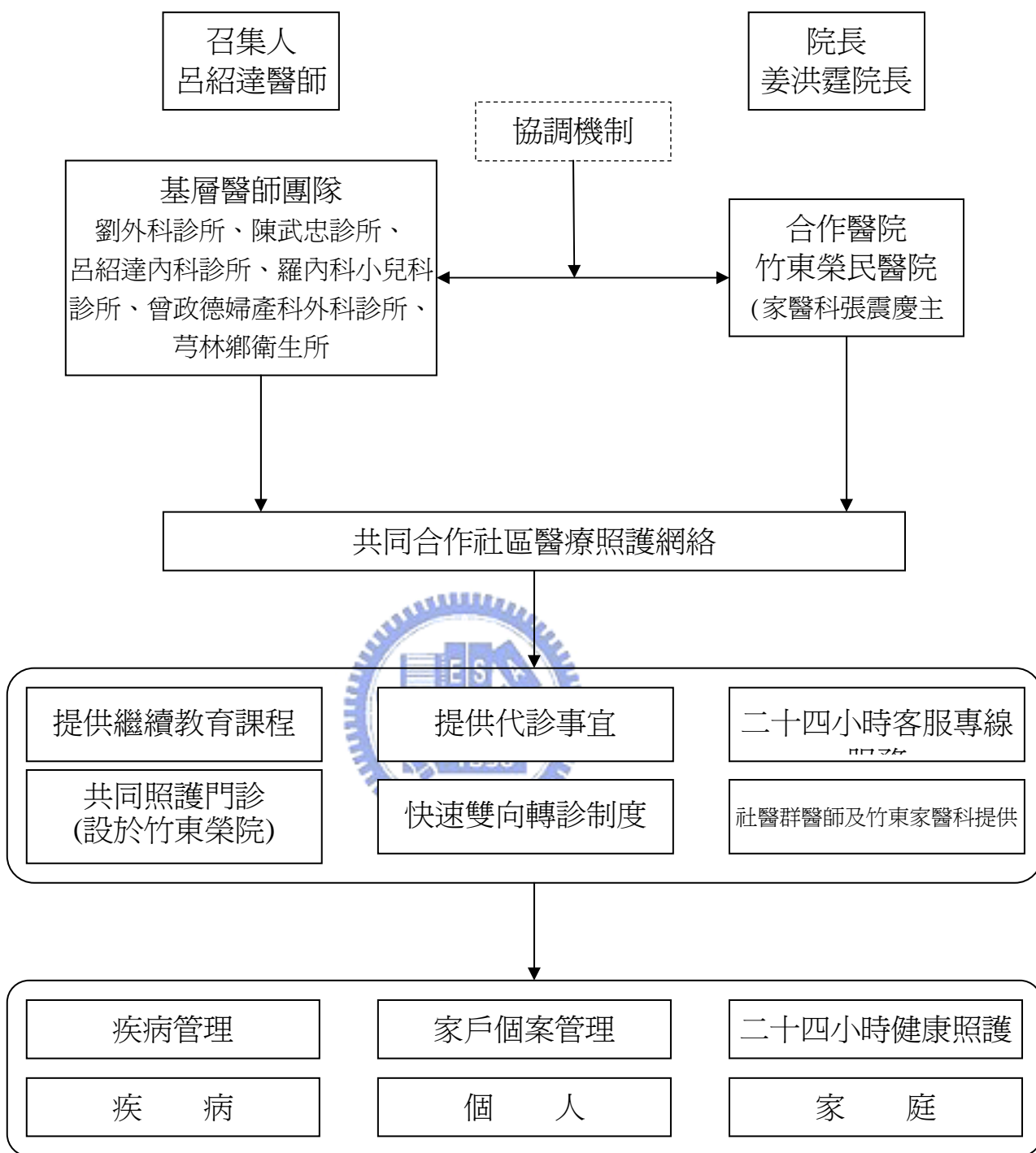


圖 6 大竹東地區醫療群整體組織運作流程圖

說明：從疾病管理邁向家戶個案管理，最終達到二十四小時健康照護管理的過程。

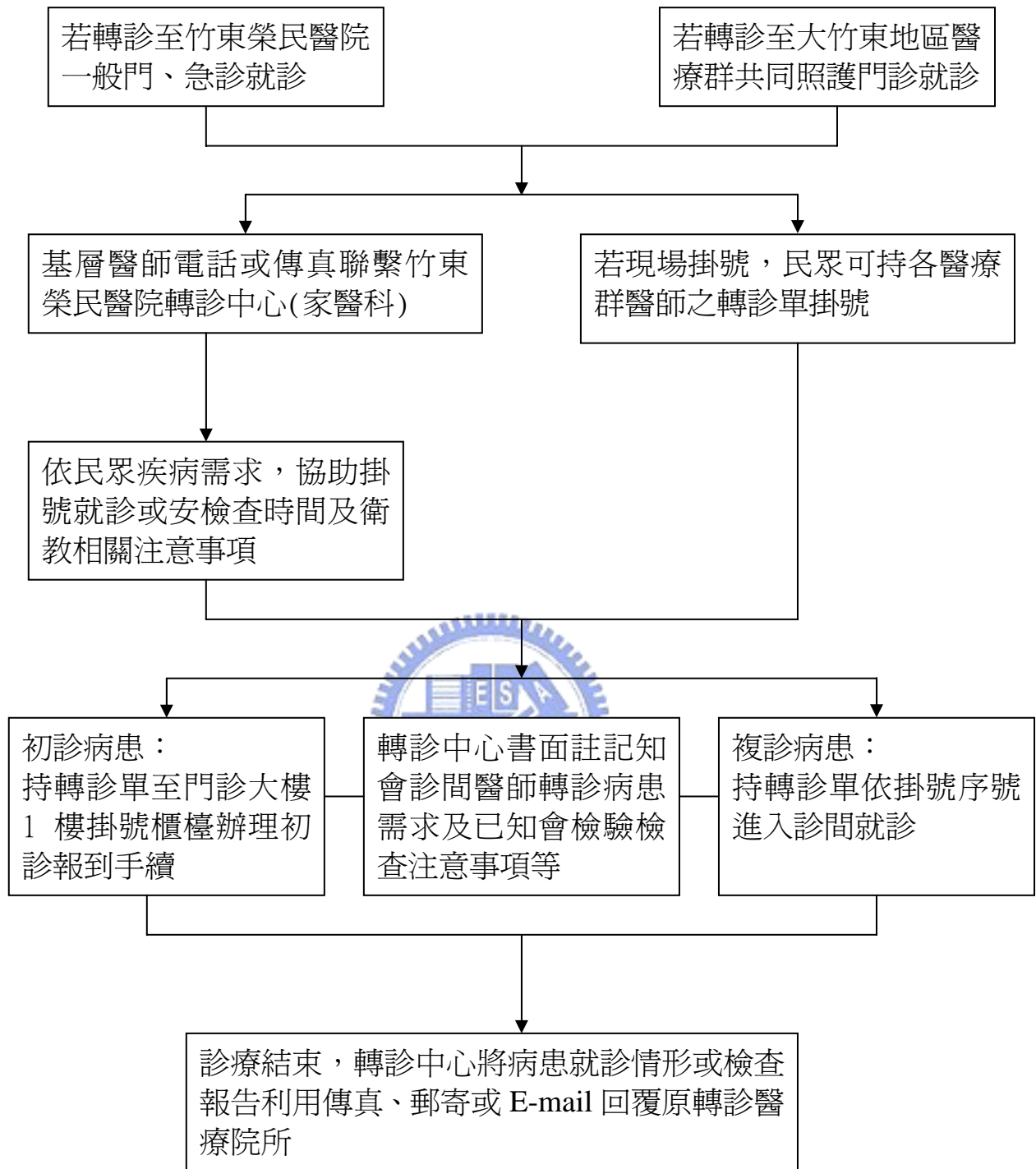


圖 7 大竹東地區醫療群轉診作業流程

(3) 品質提升計畫

- ① 打破分級醫療各自為政之弊病，重建社區醫療群，使基層醫師與在地化社區醫院可以成為唇齒相依的合作伙伴。因此可以利用經濟的誘因落實分級醫療，在地化轉診，減少民眾重

複就醫、重複檢查以及重複用藥之浪費。

- ② 鼓勵民眾以家庭為單位接受同一位家庭醫師(醫療群)的照顧，由家庭醫師提供整體性、協調性與持續性的醫療與保健預防服務。並由家庭醫師擔任醫療系統的守門員，民眾有醫療需要時再經由家庭醫師的轉介，獲得最適切的次級或三級醫療服務，減少民眾逛大醫院的就醫行為。
- ③ 改變以往基層醫師單打獨鬥的執業方式，強調聯合執業與互相資援，提升服務品質。增加基層醫師繼續教育的管道，增進醫療技術與新知，加強預防醫學、健康促進、轉介與個案管理的能力，民眾的健康獲得更佳的保障。
- ④ 本計畫各基層診所專長涵蓋內、外、婦、兒、家醫、眼科及急診專科。透過平行照會及醫師間相互諮詢，並共同提供民眾即時醫療處置與諮詢，可以相輔相成，提升醫療保健服務品質，再者，透過合作醫院作個案研討、病房巡診等互相交流，可集思廣義，並透過榮民醫院之感染專科、神經內科、心臟內科、胸腔內科等會診與諮詢以處置疑難病例及完整衛教諮詢。

3.5 費用支付方式及申報

3.5.1 費用支付方式，如下表（經費上限：350 萬/年）

表 3 大竹東社區醫療群計畫費用支付表

組織方式	支付方式	支付項目/單價	內容/頻率	編列費用
甲 型	A 型 支 付 方 式 之 共 同 照 護 門 診 模 式	(一)共同照護門診或部分時間以家戶會員病房巡診、個案研討與衛教宣導取代(3000元/每半天)	預定實施方式內容： 共同照護門診每人每月一次，每年12次： <u>6</u> 人 個案研討每月二次，每次100分鐘，每年24次： <u>6</u> 人 病房巡診或衛教宣導，每月一次，每年12次： <u>6</u> 人	※備註2 864,000元
		(二)健康管理費(450元/年/人)	按收案人數比率，每人每年預訂收案人數： <u>975</u> 人	※備註3 2,632,500元
		品質提昇費用(保留(一)、(二)20%做為品質提昇費用)		699,300元
		總計		3,496,500元

備註1：共同照護門診或部分時間以家戶會員病房巡診、個案研討與衛教宣導取代。

備註2：以本社群醫師數×每年次數計算再加總

$$(6 \times 3000 \times 12 = 216,000; 6 \times 3000 \times 24 = 432,000; 6 \times 3000 \times 12 = 216,000)$$

$$(合計：216,000 + 432,000 + 216,000 = 864,000)$$

備註3：以本社群醫師數×單價×預訂收案數計算

$$(6 \times 450 \times 975 = 2,632,500)$$

3.5.2 費用申報

1. 計畫執行中心彙整：竹東榮民醫院家醫科之執行中心。
2. 費用撥入主體：撥入以下各醫療院所。

表 4 大竹東社區醫療群計畫費用撥入主體表

項目	計畫執行中心	診所 (代號)	診所 (代號)	診所 (代號)
健康管理費	竹東 榮民醫院 家醫科	劉外科診所 3533030360	羅內科小兒科 診所 3533030146	曾政德婦產科 外科診所 3533030584
		陳武忠診所 3533020079	芎林鄉衛生所 2333090012	呂紹達內科 診所 3533030440
共同 照護 門診 費	竹東 榮民醫院 家醫科	劉外科診所 3533030360	羅內科小兒科 診所 3533030146	曾政德婦產科 外科診所 3533030584
		陳武忠診所 3533020079	芎林鄉衛生所 2333090012	呂紹達內科 診所 3533030440

3.6 費用支付評核指標

3.6.1 家戶建檔管理比率：佔 25 %。

註：家戶建檔管理比率，指定家庭醫師之會員家戶資料建檔管理比率達 100%

3.6.2 會員指定率：佔 25 %。

註：會員指定家庭醫師之比率達該社區醫療群該年看診總人數的 10% 以上；若該社區醫療群該年看診總人數的 10% 大於該社區醫療群每年照護會員人數上限時，則會員人數需達該社區醫療群每年會員照護人數上限。

3.6.3 會員固定就診率：佔 25 %。

註：會員固定就診率指會員全年 70% 之門診均就診該社區醫療群。

3.6.4 預防保健達成率：佔 25 %。

註：預防保健達成率指會員接受健保成人預防保健服務、子宮頸抹片檢查比率為 50% 以上，或與所屬健保分局轄區內之所有民眾相較(以前一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)。

3.7 資訊系統運作模式

由竹榮資訊室進行各診所與醫院間之資訊平台整合，主體設於竹榮資訊室(二十四小時值勤)，提供醫療資料與資源共享，並建立防火牆以維電腦資料之安全無洩，並由竹榮進行系統維護，專任助理維持運作。

3.8 計畫特色

本計畫參與醫療服務單位已有先前「畢業後一般醫學訓練計畫-社區醫學訓練」之合作基礎，在互信與充分溝通下進行醫療群計畫，提供民眾優質之醫療保健服務，真正做到分級轉診，杜絕醫療浪費，使家庭醫師「可近性、持續性、全面性」的理想更能落實。

3.9 預期效益

重建社區醫療群，利用經濟的誘因落實分級醫療，在地化轉診，減少民眾重複就醫、重複檢查以及重複用藥之浪費。並鼓勵民眾以家庭為單位接受同一位家庭醫師(醫療群)的照顧，減少民眾逛大醫院的就醫行為。

增加基層醫師繼續教育的管道，醫療群中的整體服務品質由整個群負責，醫療品質可以獲得進一步提昇。醫療品質提昇計劃，預期達成指標：

1. 基層醫師團隊及合作醫院間之雙向轉診比率逐漸提高。
2. 基層醫師團隊同意收案之民眾，能完整接受預防保健服務：
 - ① 三十歲以上婦女均接受每年一次之子宮頸抹片檢查。
 - ② 四十五歲以上民眾每三年接受成人健康檢查服務一次。
 - ③ 六十五歲以上民眾每年接受老人健康檢查服務一次。
 - ④ 六十五歲以上民眾每年均接種流行性感感冒疫苗服務。
3. 提昇保險對象對社區醫療群健康服務之滿意度。

3.10 目前成果

本個案研究之家庭醫師整合照護制度歷經三次協調，定名為大竹東社區醫療群，已獲健保局北區分局核定於民國九十三年八月一日揭牌運作。目前已完成之家戶檔案數(表 5)持續增加，轉診機制(表 6)、共同照護門診(表 7)及病房巡診(表 8)、學術研討(表 9)皆運作良好。並與關西社區醫療群合作(1.個案及學研討交流；2.二十四小時電話諮詢；3.資訊平台共享)，在健保總額限制之下，仍能深耕社區，達成優質醫療整合、健康服務升級的目標。

期中指標評值：

- 1.家戶建檔管理比率：92%（公告計畫設定值為 100%）
- 2.會員指定率：10.9%（公告計畫設定值為 10%）
- 3.會員固定就診率：待期末結算
- 4.預防保健達成率：待期末結算

表 5 已完成之家戶檔案數（至民國 94 年 3 月）

診所	戶數	個案數
劉外科診所	108 戶	326 人
呂紹達診所	115 戶	425 人
曾政德婦產科外科診所	187 戶	638 人
芎林鄉衛生所	155 戶	492 人
羅內科	126 戶	274 人
陳武忠診所	163 戶	748 人

表 6 大竹東社醫群家戶會員轉診記錄表（至 94 年 3 月）

日期	家戶會員/病歷號	轉介診所	處置摘要
93/08/18	黎有妹/244313	呂紹達診所	已住院治療中
93/09/30	林水錦/115205	芎林衛生所	健診檢查-腹部超音波
93/10/17	鄭秋妹/314425	呂紹達診所	已住院治療中
93/10/20	彭雲明/314513	劉外科診所	囊腫已作切片檢查
93/10/20	唐華卿/018069	呂紹達診所	健診檢查
93/10/20	楊琳/177208	劉外科診所	藥物治療-冰敷
93/11/09	賴阿傳/282251	芎林衛生所	健診檢查
93/11/22	劉林滿妹/193718	芎林衛生所	健診檢查
93/12/08	簡平和/240787	呂紹達診所	已住院治療
93/12/09	陳珈瑩/302292	曾政德婦產科外科診所	健診檢查
93/12/14	吳瑞玉/316019	呂紹達診所	健診檢查
93/12/17	梁劉鳳英/160984	曾政德婦產科外科診所	已住院治療
94/01/19	戴鳳美/316992	劉外科診所	健診檢查
94/02/17	邱錦美/317978	劉外科診所	健診檢查
94/02/18	溫興源/192200	劉外科診所	健診檢查

表 7 大竹東社區醫療群共同照護制度 94/04 月門診表

診	所	日	期
劉外科			4/4
呂紹達內科			4/11
羅內科小兒科			4/7
曾政德婦產科外科			4/12
陳武忠診所			4/18
芎林鄉衛生所			4/6

表 8 大竹東社區醫療群共同照護制度家戶會員巡診記錄表

巡診診所	日期	家戶會員 (病歷號)	巡診人員
呂紹達診所	93/8/23 下午	黎有妹 244313	呂紹達 張震慶、陳錦煌 (主治醫師)
	93/10/19 下午	鄭秋妹 314425	呂紹達 張震慶、葉玉芸 (主治醫師)
	94/01/06 下午	譚榮清 29543	呂紹達、祁松山
	94/02/01 下午	譚榮清 29543	呂紹達、葉玉芸 (主治醫師)
	94/03/04 下午	王惠珍 177141	呂紹達、祁松山
曾政德婦產科 外科診所	93/12/09 下午	梁劉鳳英 160984	曾政德、邱金德
	93/12/05 下午	簡平和 240787	曾政德、祁松山
	93/12/10 下午	陳珈瑩 302292	曾政德 張嘉林、邱金德
	94/03/11 下午	曾林甜 163299	曾政德、祁松山
陳武忠診所	93/12/20 下午	莊謝三妹 160575	陳武忠、祁松山
	94/02/04 下午	莊謝三妹 160575	陳武忠、祁松山
	94/03/10 下午	莊謝三妹 160575	陳武忠、祁松山
劉外科診所	94/01/06 下午	葉雲燭 285200	劉文漢、祁松山
	94/03/01 下午	葉雲燭 285200	劉文漢、祁松山
羅內科診所	94/03/22 下午	張許美容 318484	羅文浪、張嘉林

表 9 大竹東社區醫療群學術研討表

日期	題 目
93/8/30	能量醫學
93/9/2	機能性食品
93/9/16	Sugar control
93/9/29	地震醫學的前景與預防
93/9/30	HBAIC 血糖測定
93/10/14	通用電氣公司的數字化革命(組織變革再定位) 家庭醫業之病歷寫作.家庭檔案及個案研討寫作
93/10/28	Avandia 簡介
93/11/03	印度 Aravind 免費眼睛醫院營運研討 (非營利組織)
93/11/24	竹榮家醫科年度簡報、參觀芎林鄉保順安養中心
93/11/29	竹榮自費安養中心個案討論
93/12/23	社區醫療服務行銷策略組合分析
93/12/29	複合式篩檢簡介
94/01/06	家庭週期與家庭功能
94/01/13	下背痛
94/01/20	國際醫療援助
94/02/03	家庭導向之健康照顧
94/02/07	Spine Injuries
94/02/24	社區為導向的家庭醫業
94/03/03	家庭醫學與家庭醫業
94/03/16	建檔個案討論(1)
94/04/06	掉髮常見的疾病及治療
94/04/13	Abdominal Trauma
94/04/27	建檔個案討論(2)

名詞解釋

- 一、 家庭醫師：根據美國家庭醫師學會對家庭醫師所下定義為：「家庭醫師提供以家庭為單位的醫療照顧，由其所受訓練與經驗，提供內外科若干領域的服務。對家庭內各成員，不論性別、年齡、身體上、精神上或人際關係上，能以其獨特的態度與技術，提供持續、周全的保健及醫療照顧，包括適當的與其他專科照會和社會資源的利用，以協助病人及其家庭解決所有有關健康的問題。」其內容以管理學之角度視之，包括下列：
 - ◎ 提供以家庭為單位的醫療照顧（關係行銷）。
 - ◎ 由其所受訓練與經驗，提供內外科若干領域的服務（專業服務）。
 - ◎ 對家庭各成員、不論性別、年齡、身體上、精神上或人際關係上能以其獨特的態度與技術提供持續、周全的保健及醫療照顧（客製化服務）。
 - ◎ 利用適當的其他專科照會和社會資源協助病人及其家庭解決所有有健康的問題（全方位服務）。
- 二、 家戶建檔：針對已收案家戶會員回收整理問卷後，建檔於主機資料庫，在健保局網站登錄，並影印相關資料至健保局備查。實務上發給收案家戶健康家庭會員卡，提供就醫識別及二十四小時諮詢，若緊急就醫時，於資料庫搜尋基本資料和就醫記錄，並由社醫群助理到場協助就診。
- 三、 家戶建檔管理比率：指定家庭醫師之會員建檔管理人數÷指定家庭醫師之會員人數。
- 四、 會員指定率：指定家庭醫師之會員人數÷社區醫療群該年看診總人數。
- 五、 家戶會員固定就診率：會員於社區醫療群內門診就診次數÷會員全年門診就診次數。
- 六、 預防保健達成率：會員接受預防保健人數÷符合預防保健受檢資格會員人數。

四、結果與討論

4.1 結果

在本個案中，因主事者（本人）在此社區化的地區醫院（竹東榮民醫院）服務已有十五年，長期經營社區療服務（見附錄：本科社區服務統計）與地區民眾及診所密切交流，家醫科亦長期作為與診所相互轉診（檢）的窗口。個人也多年二十四小時開機服務社區（因此獲退輔會楷模員工及模範公務員），在個案中，一手催生大竹東社區醫療群，並協助關西社區醫療群成立，以身作則，領導家醫科共七名醫師（民國九十四年將增至十人），執行二十四小時 call-center（最困難之處）無礙並確保轉診病人回歸診所，化解地區診所疑慮，獲得其高度配合，使社區醫療群運作優良，在健保局實地輔導獲到高評價，並已獲其 94 年度之續約。

而醫院院長亦給予最大程度的支持，如資訊人員親赴各協力診所解決電腦連線之問題，代墊資訊平台架設費用並允諾一年後才由醫療群共同支付等，最後並協議開啟資訊平台與新竹縣其他醫療群（新仁社區醫療群）共享，經費共同負擔，以減輕各醫療群之資訊平台經費支出；在共同學術討論中增進各診所醫師對家庭醫業理論與實務的了解。此外聘請專職助理執行繁複的 paper work 與申報作業；此皆克服了家庭醫師整合照護制度執行之明顯之障礙（先支出資訊經費，診所可能得不償失，家戶建檔及行政作業大量增加診所醫護人員的 paper work；call center 應付了事，甚至外包給非專業人員，品質不良，招致民怨），得到各執行診所的永續加入承諾與家戶民眾的支持，實施至民國九十四年二月，大竹東醫療群評核指標為：(一)家戶會員建檔管理比率為 92%；(二)會員指定率為 10.9%；關西醫療群其計畫評核指標為：(一)家戶會員建檔管理比率為 94.39%；(二)會員指定率為 10.01%，皆接近甚至超過設定指標，是一個成功的個案。

竹東榮民醫院具體貫徹「與社區結合」之理念，落實預防醫學的功能，由醫療照護的提供者轉變為對社區健康的催化者，並運用社區健康平台建立的策略，發展預防照護的功能。此有賴於多年來紮根於社區的家醫科順應政策走向來執行，再者公立醫院行政法人化之後，將來可以研議以更開放的胸襟，開放社區基層醫師共同投資並使用院

內治療儀器，可以得到更緊密的、更優質的醫務合作與診療效率，共存共榮，而非業務競爭。

4.2 討論

4.2.1 台灣醫療產業的發展與改變

台灣全民健康保險自民國八十四年開辦以來，迄今已是第十年，在這段時間當中，健保政策的走向，幾乎完全主宰了台灣醫療產業的發展與改變。總體來說，全民健保對醫療資源的分配與使用上，絕對是功大於過的，譬如，醫療可近性的增加，個人醫療財務風險的分攤等。而與其他高健保費匯的國家相比，台灣以不到 7%GDP 的總支出，可以創造出高於 70%的政策滿意度，與每人每年十四次的平均門診數，不可不謂之為另一個台灣奇蹟。(29)

歷次民調顯示，民眾對全民健保的滿意度高達 75%；根據英國 Healthcare International 季刊 2000 年的報導，27 個主要國家中台灣名列最健康國家的第二名，獲得各國公共衛生專家的肯定。可是，我們的健保收入恐怕是各國中最低的。醫療支出占 GDP 的比重，美國最高，台灣跟南韓幾乎最低。醫療費用高並不表示整體醫療品質好，美國並沒有全民健保，被批評為浪費許多資源，又無法照顧窮人。一般認為加拿大與瑞典做得最好；而台灣因保費成長遠低於給付成長，帶來沈重的財務負擔，在開源（適度提高保費）與節流（減少浪費）方面都還要努力。

隨著人口結構改變、疾病型態轉移、醫療體系變遷及全民健保制度實施，「社區健康」已成為新世紀預防醫療保健重要趨勢。追求健康不只要靠醫療服務，民眾的健康意識以及知識的提升，才是最根本之道。在台灣的醫療體系中，地區性醫院被賦予服務當地社區民眾的任務，如何落實醫療資源的公平性、與當地開業醫、衛生單位建立緊密的合作聯繫關係，並藉此確實提升民眾的健康，是最重要的課題。這正是家庭醫師整合性照護制度所寄望於地區醫院之所在。

然而就在健保慶祝邁入第十年的同時，台灣民眾卻將面臨健保破產的問題，依據健保局的計算，健保安全準備金到民國九十四年年初就僅剩三億元，尚不夠一天之醫療給付。其實從幾年前的藥品部分負擔開始，健保局的財務狀況就一直被社會大眾關切著，也一直被健保局拿來當作推行所有財務相關政策的藉口，不論是收入面的健保雙

漲，或是支出面的支付新制，包括總額預算、自主管理等，似乎只要拿一個健保即將破產的大帽子扣下去，就可以凌駕所有新制度或新政策的合理性之上。

其實上述的改革方法都是「頭痛醫頭，腳痛醫腳」而已，旨在暫解燃眉之急，終非正本清源之道。在這些新制中，除了要求民眾額外從荷包掏出錢來，一些支付措施更造成民眾就醫不易，譬如最近引發社會廣泛討論的人球事件、以及重症患者無法順利就醫等；雖然全民健保是以保險的方式經營，但是民眾已經習慣用保險的責任享受福利的好處與權利，現在要把他們的權利回收，回歸保險的精神，等於就是以全民為敵，因在推行上一定會遭受來自各方的阻力，而這些措施終究都會失敗。所以財務問題要解決，必須要改變過去的思維。(29)

4.2.2 醫療結構的問題

台灣醫界從早期開始，即遠在健保開辦之前，一直到最近，醫療的支付都是採用論量計酬的方式，在做得愈多、賺得愈多的前提下，大家拚命地衝、拚命地搶病人，甚至誘導病人做一些可能是不需要或是多餘的醫療行為。雖然醫界本身對這種現象要負相當大的責任，但是這也是制度本身造成的結果。最近健保局開始反其道而行，在支付制度上推行總額預算、自主管理，雖然這是因為健保財務吃緊而不得不做的措施，但是因為規劃時並沒有作全面性的考量，又沒有適當的配套措施來降低推動的衝擊，結果造成現在醫療服務提供者的經營困難，一點一塊錢的服務現在只能回收五毛錢，一些沒有經濟規模又無法應變的醫療院所，就只能面臨關門大吉的命運了。不論政府要如何改善上述的情形，至少對體質較佳的倖存者，應該要做一個結構面上的規劃。

其次，對於現階段健保總額預算與自主管理對醫界所造成的傷害，政府應該研擬必要的紓困措施，因為目前的醫療機構，有些勢必要關閉，而每個醫療院所的關閉通常代表著是幾十個工作機會，甚至是幾百個工作機會的消失，所以紓困措施就是要協助這些已經沒有辦法合理生存的機構，在一定的時間內轉型或是解散，避免造成很大的社會問題。(29)

4.2.3 合作醫院在家庭醫師整合性照護制度試辦計畫中的角色：

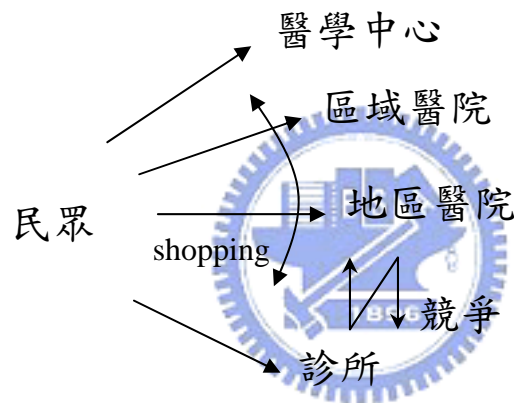
在基層院所面臨經營困境，基層醫師已二度走上街頭（連急診業

務都已出現醫師人力派遣公司，可想見其嚴重性，遑論洗腎、RCW【慢性呼吸照顧病房】、護理之家等早就以外包經營為主)，還要在極小的財務誘因下，花費大量的人力與時間成本，配合家庭醫師整合性照護制度試辦計畫的政策？所以在推動家庭醫師整合性照護制度的過程中，有賴於合作醫院之不計成本付出，從計畫撰寫、會議協調、建立執行中心、二十四小時 call center，一手催生。

4.2.4 在推行家庭醫師整合性照護制度的過程中，遇到的基層阻抗來自三個面向：

1. 民眾的阻抗

國內民眾多年來自由就醫與越級就醫，常有 Hospital shopping 之行為（如下圖），其阻抗行為來自於：



- (1) 排斥「限制就醫」，即一定要經過家庭醫師的轉介才可以到別的醫療院所診。（所謂的守門員制度）
- (2) 排斥「固定的家庭醫師」，因已自由就診慣了及害怕所託非人，希望每年可以更換家庭醫師。
- (3) 懷疑政策的可靠性（朝令夕改的記憶猶新，如保費調漲、卓越計畫、RCW 給付趨嚴，部分藥品不給付等），導致遲疑觀望，不願意成為社醫群的家戶會員。
- (4) 害怕個人及家戶的基本資料外洩，引起不必要的困擾。所以在推動家庭醫師整合性照護制度時，常會見到民眾把「健康家庭會員同意書」拿回家填寫，卻因為家戶其他成員反對而作罷。後來在執行上採用現場填寫已佑資料，其他家戶成員資料日後補填的方式，才使同意書完成率增加。
- (5) 不相信真正能得到二十四小時 Call center 視病猶親的服務。

2. 診所的阻抗

- (1) 不希望在有限基層總額下，還要撥出一塊與地區醫院共享。
- (2) 排斥繁複的 Paper work (如家戶建檔與病歷維護) 及申報程序，也無時間、人力來做這些工作。
- (3) 開業醫心態保守，排斥陌生的事物。
- (4) 財務誘因小，參加後可能得不償失，且二十四小時輪值 call center 會累死醫師。

3. 地區醫院的阻抗

- (1) 增加人力付出 (24 hr. call center 的輪值，處理行政事務的人力耗費)。
- (2) 無立即可見的實質好處：幾乎沒有財務誘因。
- (3) 平時對地區內的診所未敦親睦鄰，與其強力競爭，無互信關係，整合不易。(因診所深怕醫院在共享的家戶檔案內搶走病患)。
- (4) 無強而有力的家醫科執行整合計畫，若由其他單位操盤，則淪為敷衍了事，在期末評值時可能遭到淘汰。
- (5) 無資訊能力以建構資訊平台：因伺服器需架設在醫院內，其建立與維護皆需專人二十四小時為之。

4.2.5 健保局面臨之阻抗：

健保局在總額預算之下，推行家庭醫師整合計畫，有其勢所必為之契機，學理上亦可經財務誘因而，提供醫療垂直與水平整合契機並鼓勵社區醫學的發展；但在推行此項新的措施中，也碰到了數種層次的阻抗與衝突，對健保局而言如何建構 Buy-In process，以推升健保財務改善的成果並替客戶（民眾）帶來利益，是家庭醫師整合制度計畫能否永續推行的關鍵所在。此 Buy-In process 如下：

第一層 (Layer1)：在於健保財務困難的原因是否被確認 (問題的共識)

第二層 (Layer2)：對 Direct of the Solution 的共識 (家醫整合制度非推行不可嗎?)

第三層 (Layer3)：使相關群體同意建構的構想可以解問題 (可以得到什麼利益)

第四層 (Layer4)：Solution 不會帶來嚴重的後遺症 (參與者得不償失的可能性)

第五層 (Layer5)：克服執行上的障礙 (尤其是在醫療院所經營困難之下推動)

第六層 (Layer6)：確保執行者的承諾與社會的支持

再者，醫院與診所的阻抗需同步解決，以現狀而言，家庭醫師整合照護制度在不求敦親睦鄰，反以競爭力自豪的社區醫院，一向不執行雙向轉診 (檢)，素來為開業診所不滿，無法得其配合，推動家庭醫師整合照護制度無功，二十四小時 call center 與資訊平台之門檻，亦非共信無以為功，所以雖然表面上，開辦之社區醫療群已超過年度預期之 200 家，但良莠不齊，只好展開所謂實地輔導 (實為評鑑) 與電話家戶會抽訪之工作，展開去劣存優之淘汰工作。如此卻又引起基層醫師之不滿，透過醫師公會表達不滿與串連退出整合計畫。此皆有賴於健保局主事者溝通協商，發揮公信力，解除各方疑慮，才能使計畫延續。



五、結論與建議

5.1 結論

在全民健保總額之下的家庭醫師整合照護制度是正確的方向，至少在本個案中它的成效是得以確認的。推動家庭醫師整合照護制度三年內若未能充分發揮成效，改變民眾醫習性，節約健保支出的功能，則健保費率必然大幅調高，以擴大總額，維護健保財務免於破產。

家庭醫學在國內慘淡經營多年後，終於在時勢所趨下，成為顯學之一，並成為年輕醫師生涯的優先選擇之一，而唯有真正受過家庭醫學完整之全人及社區醫學訓練並取得專科醫師者，才能真正作好守門員的角色，並發自內心的關懷社區民眾的健康。

家庭醫師整合性照護制度如真正獲得成功，是政府、醫院、基層診所與民眾共識與共同努力的成果，其中尤以地區醫院不計成本的付出是成功的關鍵所在。

5.2 建議

健保財務困難的原因，包括保費偏低、藥價黑洞、醫療院所財務不透明、非指示用藥給付等，健保局皆已著手處理，而針對杜絕就診浪費，從預防疾病與就醫資訊共享著手的家庭醫師整合照護制度，在推動時，唯有改變民眾對家庭醫師制度既有認知才是目前最務實的方法，具體作法為：

- (1) 傳播國外實施家庭醫師制度的現況與經驗，以排除民眾內心對未知而產生的抗拒力。
- (2) 宣導「本土化家庭醫師制度」的架構：由於人種、社會文化和醫療環境的不同，國內民眾無法接受「限制就醫」，強制看病一定要由基層醫師看起，造成醫病關係緊張及政策無法實行，宜適度配套以排除疑慮，日後再循序推動「守門者」之作法，後者仍有待未來數年之努力。
- (3) 正視民眾喜愛之模式：國內家醫制度實施已近二年，宜舉行公聽會或調查研究其滿意度與興革之進一步走向，成為文獻之佐證。

對於基層診所之建議如下：

- (1) 由於家庭醫師制度首重民眾醫療諮詢之可近性，所以大量增加

診所醫師在非門診時間外的工作壓力，國外加入家醫制度的醫師因此以聯合診所形態執業，這也是國內基層醫療應有與必然之走向。

- (2) 在政府不可廢除健保總額的政策前提之下，此塊專款專用，以「健康管理費」及「共同照護門診費」獎助家醫制度之額度一定要密切掌握，因為任何專款都有其上限，與其觀望而致無法加入或已加入而敷衍了事，致評比指標不佳而遭放健保局解約再來抗議，則為時已晚。
- (3) 既已加入家庭醫師制度，對於非家庭醫學專科身份的診所醫師，不妨放下身段，在合作醫院互動過程中學習家庭醫業的理論與實務，以真正成為能夠做為民眾醫療諮詢的提供者，預防醫學之執行者，心理諮商的協助者，將來轉化為民眾健康之守門者（真正的家庭醫師制度），自然水到渠成。
- (4) 認知到在不同健保給付制度下，對於社區居民的關注是唯一的不變，而診所與醫院的真實的關係是建立在促進以社區居民為福祉的目標。

對於健保局進一步的建議：

- (1) 台灣健保總額制度雖然可確保健保預算不致膨脹，卻促使醫院在完成既定服務後，即拒絕病人上門，使病患變成人球。建議健保總額預算應採垂直分割，譬如台大醫院是一個聯盟，聯盟裡有地區醫院、診所，彼此間能互相轉診病人，或共享醫療技術與資源，也有助節省醫療成本。
- (2) 本計畫各項指標達成率既已實施社醫群實地訪查，應在下年度計畫重新調整，對於達成率優良之社醫群給予獎勵，不良者予以限期輔導並建立退場機制，使試辦計畫能真正發揮功效。

參考文獻

中文部份：

1. 林恆慶等，「台灣基層醫師對家庭醫師制度的認知及認可之模式」，台灣家庭醫學雜誌，第 15 卷，pp.11-23。
2. 中華民國公共衛生年報，行政院衛生署，民國 93 年。
3. 家庭醫學，第二版，中華民國家庭醫學會，民國 89 年。
4. 黃松共，醫院策略管理，台灣醫務管理學會，民國 91 年。
5. 劉興寬，醫院策略管理-醫院永續成功之道，劉興寬發行，民國 91 年。
6. 余瑋珠，社區診斷，巨流國書公司，民國 82 年。
7. 陳慶餘、劉文俊，社區醫學訓練手冊，財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，民國 93 年。
8. 民國九十三年度北區醫療網計畫-家庭醫師整合性照護制度試辦計畫實務座談會，北區醫療網、苗栗縣衛生局、苗栗縣醫師公會主辦，93/06/02。
9. 全民健康保險家庭醫師制度整合性照護試辦計畫新竹縣座談會，健保局北區分局主辦、新竹縣醫師公會協辦，93/12/09。
10. 社區醫療群暨社區公衛群品質提升研討會，財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會主辦，92/12/05
11. 社區醫學教學研習營（第二期），台灣家庭醫學會，93/05/30，PP.11-31。
12. 總額支付制度下地區醫院營運之道，中央健康保險局，劉見祥副總，93/06/05。
13. 吳就君，台灣地區居民社會醫療行為研究，公共衛生第八卷第一期。
14. 林恆慶等，「SARS 疫情之省思-台灣實施家庭醫師制度的必要性」，台灣醫界，2003，Vol.46，No.10，PP.57~60。
15. 施國正等，「社會資本與社區健康營造」，Formosan J Med 2003 Vol7 No.5 PP.780~785。
16. 李怡娟，「運用充能策略於社區醫學教育」，榮總護理，第 16 卷第 3 期，PP.237-241。
17. 家庭醫師照護制度報導，中國時報，92/08/01，C1 版。
18. 謝淑美，醫療服務與醫療行為之研究，公共衛生，第七卷第四期，PP.373~390。
19. 張震慶等，家庭醫師整合照護制度計畫心得分享，地區醫院協會，

- 93/12/17，PP.85-107。
20. 全民健康保險家庭醫師整合性照護制試辦計畫北區分局座談會，健保局北區分局，93/12/03。
 21. 蔡武德等，「半開放制度策略在醫院試行之探討」，醫院雜誌，第 33 卷第 3 期，民國 89 年 6 月，PP.25-33。
 22. 羅芳怡等，「醫療產業策略盟以及管理的相關概念」，醫院雜誌，第 35 卷第 3 期，民國 91 年 6 月，PP.1-10。
 23. 吳文貴，「從組織理論的關點看醫院的社區導向」，醫院雜誌，第 35 卷第 3 期，民國 91 年 6 月，PP.23-33。
 24. 陳宗獻，西醫總額的經濟學問題，山椒魚（中台灣基層醫師聯盟醫訊）第 9 期，89/02/20。
 25. 翁鵬傑，「醫療院所的再造-給管理者的建議」，醫院雜誌，第 32 卷，第 4 期，民國 88 年 6 月。
 26. 楊志良主編，健康保險增訂四版，巨流圖書公司，民國 82 年 9 月。
 27. 全民健康保險法，第 47 條至第 50 條，第 54 條，行政院衛生署印，90/01/30 修正公佈。
 28. 黃越宏著，觀念-許文龍和他的奇美王國，「商周文化」第 34 頁，奇美醫院。
 29. 楊敏盛，政策窗口，醫院雜誌，第 38 卷，第 1 期，民國 94 年 2 月，special report。
 30. 林恆慶等，台灣民眾對實施家庭醫師制度之意願及相關因素研究-民眾的認知、態度及參與意願，台灣家庭醫學雜誌，第 14 卷第 4 期，民國 93 年 12 月。
 31. 陳慶餘、謝博生，後 SARS 時期醫療體系改造，Tw Fam Med Res 2003 Vol. 1 No. 1。
 32. 陳慶餘，家庭醫學的未來在台灣，社區醫療報導第二期，財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，民國 93 年 7 月 15 日。
 33. 許碧升，醫師對「全民健保家庭醫師計畫」表現指標看法與評估結果之相關性研究-以高屏地區參加計畫醫師為例，高雄醫學大學，公共衛生學研究所碩士在職專班論文，民國 92 年。
 34. 蘇訓正，台灣基層醫療網絡組織建立及運作之研究-「全民健健保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」之個案探討，雲林科技大學企業管理

系碩士班論文，民國 92 年。

35. 郭斐然，家庭檔案的建立，社區醫療報導，2004；第 2 期；P18-27。
- 36 林璨，團隊合作，整合照護，社區醫療報導，2004；第 3 期；P16-19。
- 37 洪錫隆，醫院與基層醫療團隊合作關係之建立，社區醫療報導，2004；第 3 期；P19-21。

英文部分：

38. Cave, DG, Vertical integration models to prepare healthy system for capitation, Health care Managemnet Review, 20(1) : 26~39, 1995, Winter。
39. Granek-Catarivas M., The family physician, the patient and the hospital, Israel Medical Association Journal: Imaj. 3(12):888-92, 2001 Dec.。
40. Hutton, Donald H, Organizing and managing primary care practice networks, Healthcare Executive, Mar/Apr 1995, 10, 2, ProQuest Medical Library PP. 17~21。
41. LaValley, JW. And Verhoef MJ., Integrating complementary medicine and healthy care services into practice., CMAJ (Canadian Medical Association Journal) , 153(1):45-9, 1995 Jul 1。
42. Pollock and Majeed, Community oriented primary care, 310:481~482, BMJ, 1995。
43. Lovell, NH. And Celler BG., Implementation of a clinical workstation for general practice, Medinfo, 1995; Pt1:777, 1995。
44. Suchultz, DV., The importance of primary care providers in integrated systems, Healthcare Financial Managemnet, 49(1):58-63, 1995 Jan。

附錄一

全民健康保險家庭醫師整合性照護制度民國九十三年度試辦計畫
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

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十及全民健康保險醫療費用協定委員會民國九十二年十二月二十六日費協字第 0 九二五九 0 一二五九號公告訂定之。

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

本計畫之預算來自民國九十三年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中「家庭醫師整合性照護制度試辦計畫，並提供電話醫療諮詢服務」部門之預算。該預算為民國九十三年度西醫基層總額每人醫療給付費用成長率的百分之〇·七五，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

- 一、 組織方式可採下列兩種型式：

1. 甲型：

以同一地區特約西醫診所五至十家為單位組成，其中一半以上醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師資格，並應與一家特約醫院（以地區醫院或區域醫院為原則）作為合作對象，開辦共同照護門診，建立以社區為範疇、以民眾為對象的社區照護網絡。

2. 乙型：

以同一地區特約西醫診所五至十家為單位組成；其中至少需有五分之一以上醫師（四捨五入）具有家庭醫學科專科醫師資格，並應與特約醫院建立轉診及合作機制。或與一家特約醫院（以地區醫院或區域醫院為原則）作為合作對象，開辦共同照護門診。

- 二、若聯合診所或聯合門診具有五位專任醫師以上，且結合該地區其他三家特約診所以上者，得共同參與本計畫，惟一家聯合診所或聯合門診限成立一個社區醫療群且所有醫師須加入同一社區醫療群。
- 三、社區醫療群之組成區域範圍，以符合社區民眾生活圈為原則，並由中央健康保險局（以下簡稱本局）各分局依實際情形認定。
- 四、設立會員二十四小時緊急電話諮詢服務專線

參與試辦計畫之社區醫療群，應共同提供二十四小時緊急電話諮詢服務，提供家戶登錄之會員於緊急狀況發生時，能立即獲得醫療諮詢服務，此方式除可掌握病患最佳醫治時間外，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) 甲型及乙型社區醫療群採「共同照護門診」模式者，其運作如下：

參與試辦計畫之基層診所醫師如與一家特約醫院作為合作對象，應由合作醫院聘為兼任醫師，每週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），另共同照護門診亦可部分時間以家戶會員病房巡診、個案研討與衛教宣導等代替；且必須建立基層診所醫師間平行照會。

(二) 乙型社區醫療群採轉診模式者，其運作如下：

參與試辦計畫之基層診所醫師如未與特約醫院作為合作對象，必須建立基層診所醫師間平行轉診機制，並提出與後送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，另如家戶會員病房巡診、個案研討與衛教宣導等措施亦可納入)以及醫療品質提升計畫。

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、運作與協調。為利有效使用資源，降低管理成本，各社區醫療群亦得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，成立聯合計畫執行中心。

(二) 協助處理轉介病人及個案管理

計畫執行中心除負責計畫申請、運作及協調外，並應協助處理安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療，以提供適切、連續性醫療照護。

七、 一家醫院最多與三個社區醫療群合作為原則，由本局各分局考量合作醫院輔導社區醫療群運作之能力，予以增減。

八、 家戶會員健康資料應予建檔

(一) 建檔欄位資料可參考本試辦計畫所附表單，並由各社區醫療群依其所需自行或由合作醫院開發及使用。

(二) 合作醫院應配合修改資訊系統，以配合連結及運用，若社區醫療群未與固定醫院合作組成社區醫療群者，其計畫執行中心應負責各基層診所健康家戶資訊系統建立與基層醫師團隊醫師間之資訊系統連結及運用。

(三) 基層診所醫師間所登錄之健康家戶檔案資料，應於符合電腦處理個人資料保護法之規範下共享，並注意網路安全以保障個人隱私。

九、 偏遠地區可視其醫療資源狀況另予考量。

陸、 醫院及醫師參與試辦計畫資格

一、 對醫院及醫師之共同基本要求

(一) 參與試辦計畫之特約院所或醫師於參與試辦計畫之日起前兩年內，並無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法第三十四條至第三十五條中各條所列違規情事之一且經本局處分確定者。

(二) 一年內沒有退出本試辦計畫之紀錄。

二、 參與試辦計畫之基層診所醫師資格

- (一) 應於申請本計畫前，業於現址執業且與本保險特約至少一年以上。
- (二) 應於申請本計畫前完成二十戶及六十人以上之健康家庭家戶檔案（含加入健康家庭會員同意書）建檔。
- (三) 應製作家庭會員權利義務說明書，告知本試辦計畫內容及其權益、義務（含二十四小時緊急諮詢電話），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，其訓練課程或繼續教育內容及時數由中央衛生主管機關訂之。
- (五) 前開中央衛生主管機關所訂之相關訓練課程及認證事宜，基層診所醫師應於中央衛生主管機關公布後或計畫核可後六個月內完成認證，若無法於期限內取得認證者，取消參與試辦計畫資格。

三、參與試辦計畫之醫院資格

須位於計畫涵蓋地區（以符合社區民眾生活圈為原則），且經本局同意辦理本保險住診業務之醫院（以地區醫院或區域醫院為原則）。

四、與社區醫療群合作之其他特約醫事服務機構，依現行全民健康保險相關法規辦理。

五、試辦計畫期間社區醫療群成員之加入及退出機制

- (一) 基層診所醫師可中途加入或退出，惟應將家戶會員妥善處理（包括於一個月前通知家戶會員、家戶會員資料轉交計畫執行中心保存及介紹社區醫療群其他醫師等）。
- (二) 合作醫院亦可更換，惟需事先談妥接續合作醫院
- (三) 變更後社區醫療群之組成仍需符合參與試辦計畫之規定。另成員變動情形將列為次年續辦參考，退出後一年內不得再參與本計畫。

六、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一人應於該醫師處至少就診一次。

(二) 一人限登記一位家庭醫師，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

參與試辦計畫之社區醫療群，得自行選擇任一下列支付方案，作為計畫經費支應原則：

一、A 型支付方案

(一) 社區醫療群原有之醫療服務及預保保健服務，依現行全民健康保險醫療費用支付標準及總額支付制度相關規定給付，並由各醫療院所自行申報，費用撥入個別帳戶。

(二) 共同照護門診或家戶會員病房巡診、個案研討與衛教宣導等，每半天定額給付 2,000 至 3,000 元，由執行中心依實際執行情況申報，並撥入執行中心帳戶。

(三) 健康管理費（包括基層院所與合作醫院提供家戶/個人建檔資料與更新、社區醫療群自行設計之預防保健服務、衛生教育、雙向轉診、二十四小時電話諮詢、計畫運作、資訊輔助系統、經理人/管理人行政管理、人員訓練等，由基層診所醫師與合作醫院自行協商費用比率），按登錄會員人數每人全年支付健康管理費 350 至 450 元（照護期間 6 個月（含）以下者，按照護月數比例支付，照護期間超過 6 個月以上者，按全年支付），每位基層診所醫師每年照護會員人數以 1,000 人為上限，本項費用由執行中心依實際執行情況申報，並撥入執行中心帳戶。

(四) 於每月支付費用時，將保留上述（二）及（三）項費用（合稱醫療照護費用）20% 作為品質提升費用，按各該計畫費用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。

(五) 全年計畫總經費以三百五十萬元為上限。

二、B 型支付方案

(一) 與 A 型之（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（Actual Expense, 簡稱 AE）與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用（Virtual Capitation, 簡稱 VC）之間的差額，

一定比例回饋社區醫療群，撥入執行中心帳戶，計算原則如下：

1. 若 $AE < VC$ ，則兩者間之差額一定比例（依本計畫費用評核指標達成比率計算）回饋給社區醫療群，每年回饋金額以五百萬元為上限。
2. 若 $AE > VC$ 或 $AE < VC$ 且兩者間之差額少於一百萬元者，則給付健康管理費一百萬元。

三、其他支付方案

(一) 與 A 型之 (一) 相同。

(二) 以前述 A 型、B 型兩種支付方式之項目與精神，由社區醫療群與本局各分局協商其他計畫經費支付項目及方式，並以全年計畫總經費三百五十萬元為上限。

捌、預期效果及影響

一、民眾方面：

- (一) 可獲得二十四小時電話諮詢服務。
- (二) 可獲得整體性的初級醫療與預防保健。
- (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

參與試辦計畫之社區醫療群，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，每項指標佔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，該項指標視為未達成。

- (一) 家戶建檔管理比率：指定家庭醫師之會員家戶資料建檔管理比率達 100%。
- (二) 會員指定率：會員指定家庭醫師之比率達該社區醫療群該年看診總人數的 10% 以上；若該社區醫療群該年看診總人數的 10% 大於該社區醫療群每年照護會員人數上限時，則會員人數需達該社區醫療群每年會員照護人數之上限。
- (三) 會員固定就診率：會員全年 70% 之門診均就診於該社區醫療群。
- (四) 預防保健達成率：會員接受健保成人預防保健服務、子宮頸抹片檢查比率為 50% 以上，或與所屬健保分局轄區內之所有民眾相較（以前一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 1~2 項費用評核指標項目。例如：
 - 1. 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（HBA1C）應予控制良好。
 - 2. 西醫基層總額支付制度品質確保方案之中長程指標：
 - (1) 「符合病例紀錄規範比率」指標：以高血壓為例，對於經診斷為高血壓疾病之會員，每次就醫均需量血壓並予記載。
 - (2) 「符合各專科治療指引比率」指標、「符合慢性病患治療指引比率」指標：可參考西醫基層總額支付制度執行委員會或各專科醫學會所訂定之各項疾病治療指引，選擇適合項目及訂定其達成率。

二、 實施成果評核指標：由本局委託學術機構另行訂定，作為續約之參考。

拾、 計畫管理機制：

- 一、 本局醫務管理處負責協調總體計畫架構模式與修正。
- 二、 本局各分局負責輔導轄區社區醫療群之成立、審核計畫與協調監督轄區各試辦計畫之執行，並得邀請醫界代表（如總額執行單位）協助參與、輔導及評估。
- 三、 各試辦計畫之社區醫療群應成立「計畫執行中心」，負責提出試

辦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。

四、社區醫療群所提供之醫療服務如未達本試辦計畫要求者（費用支付評核指標），除依比例核付費用外，並列為是否續約之參考。

拾壹、試辦計畫申請方式

參與試辦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，合約以一年為限。

拾貳、實施期程及評估

- 一、各試辦點應於計畫執行後，每半年提送執行報告至本局各分局。另實施業滿兩年之試辦點，嗣後得每年提送乙次報告。
- 二、本局將彙整各試辦地點所提執行報告，進行整體執行成效之評估（其中包含二十四小時電話諮詢專線之使用情形，會員就診情形以及減少不必要之重複就診等之分析），作為繼續試辦或全面實施之依據。



附錄二

大竹東社區醫療群計畫協調會會議紀錄

時 間	93/05/31 中午 12:00	地 點	竹東榮民醫院招標室
主 持 人	副院長 張敏琪	報 告 人	家醫科主任 張震慶
討 論 提 綱	<p>一、計畫負責人推舉。</p> <p>二、資訊平台費用支出協定。</p> <p>三、各診所、衛生所家戶建檔執行狀況及建電子檔。</p> <p>四、call center：白天—各社醫群醫師及助理；晚上一家醫科醫師輪班。</p> <p>五、經費撥入。</p> <p>六、申報執行。</p> <p>七、助理聘用。</p> <p>八、醫療群與醫院經費分配。</p>		
出 席 人 員 簽 名	<p>竹東榮院：張敏琪、張震慶、范慶達、成尚英</p> <p>醫療群：劉文漢、陳武忠、曾政德、羅文浪、呂紹達</p>		
紀 錄：	<p>家醫科張主任報告：(計畫重點)</p> <p>一、社區醫療群每年運作經費 350 萬元上限，來源為西醫基層費用，專款專用。</p> <p>二、家戶建檔：20 戶，60 人/診所。</p> <p>三、設執行中心，由家醫科負責：提出計畫，接受約談，建電子檔，每季申報，經費分配，與醫院、各診所及健保局聯繫，行政作業。</p> <p>四、申報項目：(甲)(A)：1.共同門診 3000/次/人(Dr.)。可以迴診，個案討論，衛教代替。2.健康管理費：450/年/人(p't)。3.雙向轉診費用/次。經費撥入後自行運用，每季申報，取得 80%。</p> <p>五、社醫群協調與合作醫院經費分配。</p> <p>六、必備條件：1.資訊平台。2.call center。</p> <p>七、合作醫院需有熱忱，協助提出計畫，建立資訊平台及 call center，後續申報及經費分配，宜聘助理於執行中心作業。醫院財務誘因雖小，但無形之效期益極大。</p> <p>八、費用支付方式(A 型)：1.共同照護門診或部分時間以家戶會員病房巡診、個案研討與衛教宣導取代。2.請以本社群醫師數×單價×52 週/年計算 (7×3000×52=1,092,000)；3.請以本社群醫師數×單價×預訂收案數計算 (7×450×1000=3,150,000)</p>		

紀 錄：

討論內容：

- 一、計畫負責人（限定為診所醫師）：一致推舉呂紹達醫師。實際運作由張主任及執行中心助理執行。
- 二、資訊平台之設置，經資訊室初步處理後，將統合社醫群各家不同系統與本院系統連結，便利作業流程。為做好完善之互動機制及安全機制，將會增設防火牆及所需硬、軟體設備。程式修改及設備增購將另行估價。
- 三、各診所、衛生所家戶建檔執行及申報執行，另由本院以工時人員方式聘請助理處理（一年聘）其薪資由本計畫經費支出。
- 四、call center：白天一各社醫群醫師；晚上原則上設於竹榮急診室，但仍需另行協調。
- 五、暫定將計畫經費先入執行中心帳戶，後撥入社醫群醫師（如法令許可，以值勤業務所得項入）。下次協調會將再次討論。
- 六、經費分配，再另行協調。
- 七、其他：

（一）特殊檢查(如大腸鏡)病人轉介流程及方式，請張主任於本周三院務會議提出，以建立完善之轉介體系。

（二）開放性醫院可行，但需協調。

副院長總結：

- 一、申報費用及撥款方式，另做協調。
- 二、助理聘用事宜由本院處理。
- 三、call center 交家醫科處理。
- 四、社醫群參加本院 morning meeting 事宜，家醫科協調。
- 五、開放性醫院可行性高，可針對此研究。
- 六、希望本計畫順利執行，建立完整的社區整合性照護制度。

附件：

社醫群聯絡方式及診間系統類別

附錄三
大竹東社區醫療群家庭檔案及轉診單

戶號：		地區：			
住址：郵遞區號 □□□			電話：()		
緊急聯絡人		手 機			
家庭成員					
編號	姓名	稱謂	出生年月日 (民國)	慢性健康問題	其他 (危險因子)
01					
02					
03					
家族病史 (Family History)			家族譜 (Family Pedigree)		
<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 腎 病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 哮 喘 <input type="checkbox"/> 精神病 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> 畸 形 <input type="checkbox"/> 結核病 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 過敏症 <input type="checkbox"/> 出血素質 <input type="checkbox"/> 其他 _____					
家庭功能 (Family APGAR)			家庭生活週期 (Family life Cycle)		
日期	得分	備 註	<input type="checkbox"/> 新婚夫婦 <input type="checkbox"/> 第一個小孩誕生 <input type="checkbox"/> 有學齡兒童的家庭 <input type="checkbox"/> 有青少年子女的家庭 <input type="checkbox"/> 子女出外創業的家庭 <input type="checkbox"/> 空巢期 <input type="checkbox"/> 老化的家庭		

填表日期： 年 月 日

大竹東社區醫療群門診診療紀錄

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

親愛的先生（女士）您好：

為了要推行家庭醫師制度以提供民眾整體性的醫療照顧，期望在民眾自由就醫的情況下，積極向民眾宣導「健康家庭」觀念，讓民眾能得到更周全完善的醫療服務，希望您能撥冗，提供我們有關您個人及家庭的健康資料，您所填寫的資料除了提供家庭醫師整合式照護制度試辦計劃健康管理及品質監測外，絕不對外公開。謝謝。

敬祝

健康快樂

大竹東社區醫療群敬上



健康家庭會員同意書

本人 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

先生／女士同意將所填寫的家戶與個人健康資料，經知會本人家庭醫師後，提供給社區醫療群及參與家庭醫師整合式照護制度試辦計劃的基層醫療團隊醫師做為健康管理，以及衛生署委託之研究機關監測家庭醫師服務品質之用，共同努力在台灣實施家庭醫師制度。本人有隨時終止提供個人家戶健康資料的權利。

(未成年人由法定代理人簽名同意)

同意人簽名：1. _____ 日期： 年 月 日
2. _____ 日期： 年 月 日
3. _____ 日期： 年 月 日
4. _____ 日期： 年 月 日

家庭醫師簽名： _____

大竹東社區醫療群轉診單

原 診 基 本 資 料	保 險 對 象	姓 名	姓 別	出 生	客 戶 檔 案 號 碼		
	診 基 本 資 料	身 分 證 號		聯 絡 電 話	連 絡 地 址		
	治 病 醫 例 摘 要						
診 所	轉 目 診 的	<input type="checkbox"/> 進一步轉診 <input type="checkbox"/> 進一步治療 <input type="checkbox"/> 進一步治療 <input type="checkbox"/> 其他					
	院 住 所 址	新竹縣竹東鎮大同路 19 號					
	負 醫 責 師	姓 名	呂紹達	科 別	內科	聯 電 絡 話	03-5966228
轉診日期							
轉診院所		竹東榮民醫院		轉診院所住址 新竹縣竹東鎮中豐路一段 81 號			
接 受 轉 診 醫 院	處 理 情 形	<input type="checkbox"/> 已予適當處治並離院 <input type="checkbox"/> 已予處理，建議事項如下欄 <input type="checkbox"/> 已安排門診治療中 <input type="checkbox"/> 已住院治療中 <input type="checkbox"/> 其他					
	診 療 醫 院 摘 要						
	負 醫 責 師	姓 名	姜洪霆	科 別	由家醫科或 急診轉介	醫 簽 師 章	回 覆 日 期

附錄四
大竹東社區醫療群名單

診所名稱	地址	聯絡電話	參與醫師	診所執業起迄日	專科別
呂紹達內科診所	新竹縣竹東鎮大同路 19 號	03-5966228	呂紹達	81/09/17 迄今	內科
劉外科診所	新竹縣竹東鎮竹榮街 35 號 1 樓	03-5963320	劉文漢	68/07/30 迄今	家醫科
羅內科小兒科診所	新竹縣竹東鎮東寧路三段 33 號	03-5969766	羅文浪	69/11/07 迄今	家醫科
曾政德婦產科外科診所	新竹縣竹東鎮長春路三段 62 號	03-5953776 03-5953767	曾政德	86/06/17 迄今	外科
陳武忠診所	新竹縣新埔鎮中正路 297 號	03-5883883	陳武忠	68/03/02 迄今	家醫科
芎林鄉衛生所	新竹縣芎林鄉文山路 532 號	03-5924787	吳聲讓	83/01/18 迄今	急診科

附錄五

竹東榮院家醫科二十四小時 call center 排班表(94/04 月份)

日	期	星 期	醫 師	日	期	星 期	醫 師
1		五	張嘉林	17		日	王欣隆
2		六	王欣隆	18		一	張嘉林
3		日	張嘉林	19		二	王欣隆
4		一	林妙珊	20		三	王欣隆
5		二	祁松山	21		四	林妙珊
6		三	祁松山	22		五	張嘉林
7		四	林妙珊	23		六	祁松山
8		五	祁松山	24		日	林妙珊
9		六	王欣隆	25		一	王欣隆
10		日	祁松山	26		二	張嘉林
11		一	祁松山	27		三	祁松山
12		二	張嘉林	28		四	林妙珊
13		三	張嘉林	29		五	張嘉林
14		四	王欣隆	30		六	祁松山
15		五	林妙珊				
16		六	王欣隆				

白天：專任助理及社區醫療群醫師；晚上及假日：03-5956712 轉接本科醫師手機。

附錄六

竹東榮院家醫科二十四小時 call center 諮詢情況

日期	值班醫師	醫師處理情形
2004/10/10	張嘉林	病患糖尿病長期用藥已吃完，明日才有門診，是否有關係？
2004/10/22	張嘉興	小朋友發燒.如何處理？先冰診，再去小兒科求診
2004/11/11	林妙珊	小孩輕微發燒，建議冰敷
2004/12/8	王欣隆	接獲-女性來電.說其自吃完宵夜後，全身養起紅疹，建議其直接到本院急診
2004/12/28	林妙珊	拉肚子因如何處理.建議讓腸胃休息改吃清淡飲食
2005/1/15	張嘉興	接獲-中年女性.血壓高無不適 160/100 建議休息如有不適到 ER 求診
2005/2/12	張嘉林	病患胸悶、呼吸困難，建議至本院急診室就診
2005/2/25	王欣隆	呂紹達的病患，說剛剛跑步跌倒扭傷腳踝，建議其冰敷明天再到骨科門診就醫
2005/3/18	張嘉林	病患腹痛、噁吐，建議至 ER 看診

附錄七

大竹東社區醫療群期中執行報告書

計畫執行日期：93/08/01~94/07/31 電子信箱：hus5315@yahoo.com.tw

一、 家庭醫師整合性照護制度試辦計畫執行情形及建議

(一) 加戶及個人收案

1、 執行情形及困難：

患者本身對於個人資料外洩恐造成困擾，有時會拒絕配合填寫資料，一般而言大部分反應良好。

2、 心得及建議：

本計畫前半年屬於試辦期，對於新加入之個案需多費心思解釋說明，考慮經營成本與服務報酬之相關因素及本計畫永續服務之性質，原契約所實，健康管理費支付比例似有修正之必要，不應逐月遞減。

(二) 資料建檔及維護

1、 執行情形及困難：

診所填寫的個人資料需完整填寫緊急連絡人、電話及慢性病，遇緊急事情方便聯絡。

2、 心得及建議：

事先建立完整會員資料庫日後方便查閱家戶會員的健康及診療紀錄。

(三) 轉診功能使用

1、 執行情形及困難：

專人協助處理安排病人轉診轉檢事宜，並將轉診的病歷、檢驗結果，傳真回覆各診所，病人可在診所追蹤，病患反應良好。

2、 心得及建議：

為完善服務病患，民眾有醫療需要時再經由家庭醫師轉介，獲得最佳醫療服務。

(四) 二十四小時電話諮詢

1、 執行情形及困難：

透過二十四小時電話諮詢，使家戶會員獲得醫療方面的知識，進而對於小病不用進出醫院，減少醫療資源浪費，缺點是

因無法了解病人實際狀況，只能給予初步建議無法完善治療。

2、心得及建議

A. 最好由醫師輪接

B. 次佳為醫院值班護理長輪接

C. 急診室輪接及其他方式品質堪慮

二、民國九十三年家醫試辦計畫二十四小時電話諮詢專線使用記錄資料表，如附件一。

三、本計畫費用評核指標達成情形

(一) 家戶建管理比率

$$2736 \div 2986 = 92\%$$

(二) 會員指定率

$$2986 \div 27360 (\text{二月底止}) = 10.9\%$$

(三) 會員固家就診率

(四) 預防保健達成率



附錄八

關西鎮社區醫療群期中執行報告書

計畫執行日期：中華民國九十三年九月一日~民國九十四年八月三十一日

計畫執行中心：新竹縣關西鎮衛生所

計畫提供醫療服務單位：新竹縣關西鎮衛生所、日興家庭醫學專科診所、有田診所、朱內科診所、關心眼科診所、陳隆豐骨科診所、竹東榮民醫院、竹北市東元綜合醫院、國軍桃園總醫院

一、家庭醫師整合性照護制度試辦計畫執行情形及建議

(一) 家戶及個人收案：

1、執行情形及困難—

- ① 家戶會員的收案，大致上尚稱順利。大部份的家戶會員於看診時由基層醫師給予介紹，其他則由文宣、海報、親友或已加入之會員得知，而加入社區醫療群之家戶會員。
- ② 在家戶會員加入社區醫療群時，基層醫師即告知社區醫療群之組織、運作、目的。
- ③ 在家戶會員收案同時給予會員手冊，手冊上載明會員之權利義務說明書及二十四小時諮詢之電話。
- ④ 初期頗為辛苦，但已逐漸拓展開來，慢慢步上軌道。

2、心得及建議

- ① 耐心的和病人解釋社區醫療群計畫之優點。病人的忠誠度及信賴心強的優先收案為家戶會員。
- ② 政府若多作宣導，更有利於推展家庭醫師之計畫。

(二) 資料建檔及維護：

1、執行情形及困難—

- ① 剛開始電腦的支援及整合有某種程度的困難。
- ② 資料一步一步，慢慢的建立。
- ③ 資訊平台由竹東榮民醫院的電腦資訊室維護。

2、心得及建議—

- ① 安排一些基本的電腦訓練課程，讓醫師及助理更容易上手，家戶會員資料的輸入更為完整。

② 線上轉診早日建立，可即時得知轉診流程。

(三) 轉診功能使用：

1、執行情形及困難

- ① **平行轉診**由基層醫師開立轉診單，由病人帶到欲轉診之診所。在病人前往欲轉診之診所途中，基層醫師已先用電話聯繫。
- ② **雙向轉診**亦由基層醫師開立轉診單由病人帶到欲轉診之醫院。在病人到轉診醫院前由醫師或助理聯絡轉診醫院之對應窗口，幫病人先預約掛號，或告知病人目前狀況等前置作業。
- ③ 平行轉診單由助理收取，再送回原轉診之診所。雙向轉診單由轉診醫院7日內寄回。
- ④ 竹東榮民醫院、東元綜合醫院及國軍桃園總醫院等，三家轉診醫院的配合度高。

2、心得及建議

- ① 先聯絡好對應窗口，再轉病人，病人滿意度提高。
- ② 本醫療群落實轉診的機制，目前所接觸的轉診 case，對本醫療群轉診服務滿意度甚高。

(四) 二十四小時電話諮詢：

1、執行情形及困難—

二十四小時電話諮詢，由六位基層醫師，每人輪流值班一星期。若當日值班之醫師因故無法接聽電話時，後一位值班之醫師為第一順位，再後一位之醫師為第二順位接聽電話者。另竹東榮院家醫科醫師亦提供二十四小時電話諮詢。

2、心得及建議

- ① 必須確實的值班。
- ② 耐心對病人之問題給予合適的解答。

(五) 其他：

1、執行情形及困難—

醫療群業務執行上尚稱順利。

2、心得及建議—

- ① 家戶會員的收案，更加深了醫師與病人的信任和了解，讓

醫病關係更加圓融。

- ② 醫療群的運作，讓基層醫師間，更加團結合作，醫師之間的互動，有重新學習的動力，對民眾而言更是一大福音。

二、93 年家醫試辦計畫二十四小時電話諮詢專線使用記錄資料表

- ① 二十四小時電話諮詢輪值表（如附件一）。
- ② 二十四小時電話專線使用記錄表（如附件二）。

三、本計畫費用評核指標達成情形

- (一) 家戶建檔管理比率（公式：指定家庭醫師之會員建檔管理人數÷指定家庭醫師之會員人數）

$$4880 \div 5170 = 0.9439 \rightarrow \text{家戶建檔管理比率} : 94.39\%$$

- (二) 會員指定率（公式：指定家庭醫師之會員人數÷社區醫療群該年看診總人數）

$$5170 \div 51633 = 0.1001 \rightarrow \text{會員指定率} : 10.01\%$$

- (三) 會員固定就診率（公式：會員於社區醫療群內門診就診次數÷會員全年門診就診次數）

- (四) 預防保健達成率（公式：會員接受預防保健人數÷符合預防保健受檢資格會員人數）

- (五) 其他自訂項目達成率

※關西鎮社區醫療群相關院所 e-mail address：

姓名	醫療院所	電話	e-mail address
方光宗	新竹縣關西鎮衛生所	03-5872454	1000164@hchg.gov.tw
范文勝	日興家庭醫學專科診所	03-5872156	相關訊息由助理轉達。
陳清濤	有田診所	03-5872307	相關訊息由助理轉達。
朱志央	朱內科診所	03-5876816	chucy52@ms21.hinet.net
黃國昭	關心眼科診所	03-5878151	相關訊息由助理轉達。
陳隆豐	陳隆豐骨科診所	03-5875846	joelc888@yahoo.com.tw
李秋瑩	關西衛生所（助理）	03-5872454	j17602627@yahoo.com.tw

※轉診、病房巡診、個案研討、衛教宣導、及家戶會員成果統計表

(93/09~94/05)

診所 項目	關西 衛生所	日興 診所	有田 診所	朱內科 診所	關心眼科	陳隆豐 骨科	合計
平行轉診	16	39	1	3	14	2	75
雙向轉診	66	19	10	5	2	30	132
個案研討	30	36	36	40	37	39	130
衛教宣導	18	7	2	1	8	1	30
病房巡診	6	8	7	11	6	9	47
家戶會員	817	858	951	976	1000	817	5419



附錄九

大竹東社區醫療群家庭醫師整合性照護宣導

1. 為建立平行整合(各診所)及垂直整合(與醫院間)有效利用及節省醫療資源並提供民眾可就近的醫療諮詢。
2. 二十四小時緊急電話諮詢服務。
3. 鼓勵民眾以家庭為單位接受同一位家庭醫師(醫療群)的照顧。民眾有醫療需要時再經由家庭醫師的轉介(榮民醫院)獲得最適切的醫療服務。
4. 六家診所結合了地區榮民醫院，作為民眾就診諮詢的一貫網路，並提供即時醫療處置，依病情轉介地區醫院(榮民醫院)亦可省卻許多的重複檢驗。
5. 本計畫的合作醫院:
 - ◎榮民醫院
 - ◎劉外科診所(外科.家醫科.新竹縣醫師公會理事長)03-5963320
 - ◎呂紹達內科診所(內科 長庚醫師聯誼會理事長)03-5966228
 - ◎羅內科小兒科診所(內兒科 家醫科)03-5969766
 - ◎曾政德婦產科外科診所(一般外科 婦產科)03-5953776
 - ◎陳武忠診所(一般科 醫師公會常務理事)5883883
 - ◎芎林鄉衛生所(急診專科 長庚醫院急診科)03-5924787

附錄十

竹東榮民醫院家醫科 93 年度社區服務成效及 94 年社區服務計畫表

一、對外關係

(一)積極參與社區活動及敦親睦鄰情形

1.社區衛教演講（就診人次：約 290 人）

日期	地點	題目	主講人	參加人次
93/03/23	上館國小	成年人之健康守護	張震慶	100
93/04/10	竹縣社區大學 關西分部	高脂血症及腦中風	張震慶主任	50
93/06/01	竹東鎮大覺寺	眩暈症	張震慶主任	70
93/08/28	竹東鎮大覺寺	正確就醫觀念 認識家醫制度	張震慶主任	70
93/10/16	尖石鄉梅花國小 (世界祈願會)	身體的奧妙	林妙珊醫師	50
93/10/23	尖石鄉梅花國小 (世界祈願會)	認識中醫	王欣隆醫師	50

2.支援衛生所門診及衛生教育宣導（就診人次：約 550 人）

支援助地點	日期	醫師姓名	支援助地點	日期	醫師姓名
五峰衛生所	9/6	邱金德	五峰衛生所	9/24	祁松山
五峰衛生所	9/10	邱金德	五峰衛生所	9/27	邱金德
五峰衛生所	9/13	邱金德	五峰衛生所	10/1	張嘉興
五峰衛生所	9/15	邱金德	關西衛生所	12/25、12/26	祁松山 王欣隆
五峰衛生所	9/20	王欣隆			

◎支援新豐鄉衛生所：民國九十三年十月至十二月，每週三上午。由邱金德醫師支援

◎依來文分別支援其他衛生所；支援醫師：邱金德、祁松山、王欣隆。

3.支援山地醫療（就診人次：約 210 人）

地點	日期	派出醫護人員
支援新竹山地鄉後山 風災醫療服務	8/30、8/31、9/01	王欣隆（醫師）
	9/14、9/15、9/16	祁松山（醫師）
	9/21、9/22、9/23、9/24、9/25	祁松山（醫師）
	10/05~10/06	張通銘（醫師）
	10/19~10/20	邱金德（醫師）
	11/02、11/03	張嘉林（醫師）
	11/16、11/17	林妙姍（醫師）
	12/14、12/15	邱金德（醫師）

(二)與鄰近醫療院所互動

1.大竹東社療群（甲型）

◎合作診所：呂紹達內科診所（內科；新竹縣醫師公會理事）、劉外科診所（外科、家醫科；新竹縣醫師公會理事長）、羅內科小兒科診所（內兒科、家醫科）、曾政德婦產科外科診所、陳武忠診所（一般科）、芎林鄉衛生所（急診專科）。

◎設立執行中心於本院，開辦共同門診、個案研討、學術研討等。

2.關西社醫群（乙型）

◎合作診所

- 關西衛生所 ○朱內科診所
- 有田診所 ○日興診所
- 開心眼科 ○陳隆豐骨科

◎提供其資訊平台與防火牆

◎門診交流

◎協助轉診及轉檢

◎共同學術研討及個案研討

◎支援其二十四小時 call center 值班

3.民國九十二年十月即開始畢業後一般醫學訓練(PGY1)-社區醫學

訓練計畫，受訓學員定期至以下各社區訓練場所進行課程訓練，落實社區醫療：

◇ 長期照護機構：新竹縣長期照護示範中心、竹東榮民醫院附設護理之家（15 病房）、新竹榮譽國民之家、私立長安老人安養中

心。

◇ 社區衛生所：五峰衛生所、竹東衛生所、竹北衛生所、關西衛生所；皆在離本院 30 分鐘車程內。

◇ 社區診所及非教學醫院：陽明小兒科耳鼻喉科聯合診所、竹信醫院、德安聯合診所、呂紹達診所、徐鈞平診所；皆在離本院 10 分鐘車程內。

二、社區服務及社區健康

(一)成人健檢：每週一~五上午受理年滿四十歲之榮民(民眾)身體健康檢查，一週後回診由醫師說明報告內容及衛教。

(二)山地鄉老病榮民、榮眷訪視(民國九十三年已提報計畫，因風災取消)，民國九十四年將再與新竹榮服處合作。

(三)每月定期兩次赴湖口中興村為榮民(眷)義診。

(四)民國九十三年十二月起，每週兩次支援芎林鄉財團法人保順安養中心老人照護活動，並參與該中心不定時舉辦之社區健康營造活動。

(五)提供相關服務措施

◎40 歲以上民眾身體健康檢查：全年度實施，受檢人次 1050 人。

◎70 歲以上老人身體健康檢查：93/11/01~93/12/01 實施。

受檢人次-1056 人。

◎65 歲以上老人免費流感注射：接種人次-1000

◎新竹縣學童體檢：12810 人

(六)提供義診服務措施

日期	地點	人次
93/10/16	尖石鄉梅花國小 (世界祈願會)	約 50 人
93/10/23	尖石鄉梅花國小 (世界祈願會)	約 50 人
93/12/25~93/12/26	關西鎮東安里 迎風館 (嘉年華會義診)	約 100 人
93/07~93/12	湖口中興村巡迴醫療(6 次)	約 629 人

(七)社區公衛服務

民國九十三年底已提報衛生署、民國九十四年度關西社區公衛群試辦計畫，期程為民國九十四年一月一日至民國九十四年十二月三十日。

竹東榮民醫院家醫科 94 年社區服務計畫表

項次	服務項目	預計人數	時間	服務內容	備註
1	支援衛生所	550	全年不定期	關西衛生所；新豐衛生所	執行中
2	老人體檢	956	10月	新竹縣 70 歲以上老人健康檢查	
3	社區交流	新竹縣聽眾	每週一次	新竹勞工之聲電台，健康小百科醫學講座	執行中
4	社區專題講座	350	3/20	上館國小演講	已執行
5			4/24	上館國小演講	已執行
6			6/9	醫療保健講座(竹東大覺寺)	已執行
7			6/14	醫療保健講座(竹東大覺寺)	
8	流感疫苗注射	1000	9~10月	新竹縣市社區榮民流感注射服務(15個注射站)	
9	義診	1000	4/17	新竹縣扶輪社 50 週年慶義診活動	已執行
10			5/3	更年期關懷月講座，提供骨密度及體脂肪測試	已執行
11			1月~12月	湖口中興村巡迴醫療(23次)	執行中

簡 歷

姓 名	張 震 慶	出生日期	49/08/10
現 職	竹東榮民醫院家庭醫學科兼醫學檢驗科主任		
學 歷	國立交通大學 EMBA 第 6 屆 (2003~2005) 國立陽明大學醫務管理研究所結業(2001~2002) 中國醫藥學院針灸研習班結業 (1995) 國立陽明大學學士後醫學系畢業(1985~1990) 國立台灣大學醫事技術系畢業(1978~1982)		
經 歷	署立桃園醫院醫檢師；台中榮民總醫院內科住院醫師 竹東榮民醫院內科住院醫師；內科總醫師(1995/09/01~1997/07/16)；家醫科主治醫師(1997/07/16~1999/11/01)；家醫科主任(1999/11/01 代理；2000/08/01 真除)；兼任檢驗科主任(2004/05/17)；兼任自費安養病房主任(2004/10/01) 元培科學技術學院兼任講師(2005/02/01 起) 明新科技大學兼任講師 (2005/07/01 起)		
專業證照資格	醫事檢驗師 (1982)；醫師考試 (1991)；專業技術高考 (1994)；內科專科醫師 (1994)；家醫科專科醫師 (1996)		
專業會員資格	醫用超音波醫學會；老年醫學會；中西整合醫學會；中華民國健檢學會；職業病醫學會		
特 殊 事 蹟	竹東榮民醫院員工楷模及優良醫師 (共 6 次) 行政院退輔會員工楷模 (2000 年) 兵役體檢內政部績優表揚【地區教學醫院唯一獲獎】(2003 年) 行政院退輔會模範公務人員 (2005 年)		
考 績 及 獎 懲	記功 7 次；嘉獎 25 次 (1996~2005)；自任公職迄今，每年考績皆甲等		
部門優異表現	地區教學醫院家醫科全國具教學訓練資格最優 (住院醫師訓練名額：每年 3 名，可同時訓練 9 名)，為榮民醫院之冠，並超越許多區域教學醫院及部份醫學中心		
社 區 服 務 及 貢 獻	天主教長安老人養護中心義診 (1997~1998) 藏傳馬爾巴大圓滿佛學會顧問醫師 (2003 起) 竹東國際青年商會附屬健言社副社長 (2003) 及講師 竹北國際扶輪社講師 大竹東社區醫療群及關西社區醫療群 (家庭醫師整合性照護制度) 合作醫院主辦人 關西公衛群服務計畫籌劃人		
生涯規劃方向	有志於社區醫學、教學研究、公衛行政、醫務管理、醫療資源規劃整合工作		

社區服務績優報載整理

刊物 \ 日期	83年9月	86年7月19日	86年8月4日	89年12月2日	90年12月5日	90年12月25日	91年1月16日	92年2月28日	92年3月2日	92年4月8日
榮光週刊	✓		✓				✓			
聯合報				✓	✓	✓		✓		✓
中國時報		✓						✓	✓	
中央日報			✓					✓		
青年日報			✓					✓		✓

刊物 \ 日期	92年5月23日	92年5月26日	92年5月30日	92年12月5日	93年1月31日	93年3月3日	93年9月1日	93年10月9日	93年11月2日	94年4月2日	94年6月22日
榮光週刊											
聯合報				✓		✓					
中國時報			✓			✓			✓	✓	
中央日報		✓			✓	✓	✓				✓
青年日報	✓					✓		✓			

