

目錄

壹、	前言.....	1
貳、	研究成果.....	3
一、	家庭責任醫師制度說明會.....	3
二、	訪談.....	38
三、	研究家庭責任醫師制度於本縣實施之困難，並提出逐 步改善方案.....	43
四、	規劃金門縣基層診所(含衛生所)與醫療機構於論人計 酬試辦下合作家庭責任醫師制度之照護責任與財務 分配方式.....	52
五、	評估金門縣實施家庭責任醫師制度所需行政經費，並 提供相關數據與資訊.....	77
參、	結論與未來研究建議.....	87
肆、	期末報告審查意見回覆.....	91
附錄、		96

表目錄

表 1：民眾說明會問卷結果分析.....	11
表 2：醫療人員說明會問卷結果分析.....	32
表 3：2012 年金門論人計酬試辦計畫照護對象就情形.....	53
表 4：整體門診風險校正模型及預測力表現.....	64
表 5：金門地區各層級院所之西醫門診實際與預測費用比較.....	66
表 6：金門地區各層級院所之西醫門診實際與預測費用比較.....	67
表 7：行政經費估算表.....	86

圖目錄

圖 1: CCS 嚴重程度處理流程圖.....	61
圖 2：建議願作模式.....	77
圖 3：協調中心組織架構與工作任務.....	80

壹、前言

「金門縣論人計酬試辦結合家庭責任醫師制度可行性評估方案計畫」是希望能將疾病治療與健康管理結合，利用家庭責任醫師以論人計酬給付制度的誘因，讓醫師在提供民眾健康服務時，也能得到合理的回饋。目前健保法修正案第 44 條也已將家庭責任醫師與論人計酬支付制度納入，期望在法令保障下，在金門縣實施家庭責任醫師的推展能更具說服力，對於這項劃時代的健保制度能真正達成提升醫療品質與民眾健康，再創台灣健保奇蹟。

目前金門醫院已實施論人計酬試辦計畫，所採行的為區域整合模式，其照護對象為戶籍設於金門縣，且同時也在金門縣納保及就醫的民眾，期待能藉由改變支付財務誘因，鼓勵基層醫師及醫院提供醫療保健服務及健康促進之教育，使民眾獲得更完整的照護，變得更加健康。但目前計畫執行至今，衛生福利部金門醫院因民眾院外就醫造成醫療費用的耗用，且民眾轉診至他院時，無法得知其病程及治療狀況，都是一大考驗。因此，目前本研究團隊研擬此計畫能夠結合目前社區醫療群的基層診所與衛生所，讓民眾小病去基層診所找家庭醫師，大病再讓家庭醫師轉診給醫院的專科醫師，讓目前有限的資源合理運用、妥善分配。

本計畫研究團隊自論人計酬試辦計畫開始就參與其中，希望

本研究團隊能將過去所累積之經驗，為金門縣量身打造一提升健康狀態之整合計畫，協助縣內醫院、基層診所(含衛生所)整合，並以合作方式代替論量計酬下之惡性競爭，共同為促進全縣民眾之健康而努力，讓民眾對縣內醫療照護服務重拾信心，創造金門縣劃時代的突破。

本研究團隊透過召開說明會、與重要人物進行訪談的方式，除了闡述目前擬定之政策規劃以外，也藉此了解目前基層診所、醫院、衛生所、政府官員等對金門縣實施論人計酬結合家庭責任醫師制度的看法。另一方面，研究團隊也針對民眾進行面對面的說明會，希望民眾能夠更進一步了解目前在金門縣規劃實施的政策，並說服其改變不好的就醫行為。本研究詳細之成果如第貳章。

貳、 研究成果

一、 家庭責任醫師制度說明會

本會截至期末，共辦理五場說明會，三場為民眾說明會，兩場則為醫療人員說明會，詳細內容請見下方說明。

民眾說明會—第一場

(一)時間

103 年 6 月 25 日（三）上午 10:00 ~ 11:30

(二)地點

金城鎮鎮公所 3 樓多媒體簡報室(金門縣金城鎮民生路 2 號)

(三)參加對象

本次會議採取自由參加，特別邀請金門縣各社區發展協會以及各鄉鎮對於家庭責任醫師有興趣之民眾，參與人數近 30 位。

(四)議程

時間	內容	講者
10:00 – 10:05	開場簡介	計畫主持人：李龍騰教授
10:05 – 10:10	來賓致詞	現場來賓
10:10 – 10:25	家庭責任醫師的緣由	楊志良教授
10:25 – 10:35	社區健康促進	蔡篤堅教授
10:35 – 10:45	家庭責任醫師與社區健康促進	余儀呈醫師
10:45 – 11:00	家庭責任醫師登錄與民眾權益	涂醒哲理事長
11:00 – 11:20	問題解答	計畫主持人及學者專家
11:20 – 11:30	問卷說明及填寫	工作人員

(五)說明會之議題重點摘錄（PPT）

1. 家庭責任醫師的緣由（楊志良教授）

何謂健康？我們現在所認知的健康就是健康嗎？其實健康不只是身體無病痛，心理健康、人際互動良好也是代表健康的表徵。目前醫師都是只醫治生病，雖然醫治生病也很重要但是如何讓健康長久維持，或是增進健康這才是醫師和民眾更需要面對問題。例如現在有很多食品安全問題(毒奶粉、毒用油等等)以及環境污染，這些物質都會影響我們的健康。在不同社會、政治、文化、經濟因素下也都會影響我們的身心靈，如果在家庭責任醫師的協助下，可以讓我們了解那些會事物會傷害我們的健康。如此，家庭責任醫師不僅會看我的疾病，也會教導我維持身體健康的方法。另外，家庭責任醫師也可以協助我們在我們面對生命末期時，提供較好的居家安寧照護直到順利的往生。最後，我們期望民眾不要只在生病時去找醫師，平時就應去找他，讓他了解關於您自己身心靈方面的疑問，由他照顧您甚至是您的全家，讓他來為您的健康把關負責成為您的家庭醫師。

2. 社區健康促進（蔡篤堅教授）

今天在座很多是社區發展協會的種子成員，我也瞭解金門有社區天使這個角色，而且已建立出非常好的健康網絡模式，這是源自於民眾建立出好的社區健康意識。目前金門有 IDS 模式，我也分享一個在資源較少的地方就是在宜蘭泰雅部落 IDS 的例子，他們是位處偏鄉，但藉由社區組織以及社區診所建立一個健康網域，這樣透過專業社群以及專業醫師所串連起的成功案例，起因就是來自於有強而有力的社區自主的力量，每位使用者社區服務的人也都成為社區服務的主動參與者。我們可預料未來在社區應有一個社區雲，透過醫師以及護理人員的分析之下，找出這個社區民眾可能會有的疾病，如此一來在民眾在金門地區內就能將健康問題解決掉，不用再跑到台灣去。同時這對於健康產業的培植，也是一個有龐大商機的發展，當然這是有賴金門縣政府及衛生局局長等行政專業人員共同的支持與協助才能產生的。對於健康照護服務模式，不僅會有健康產業的發展，科技產業也會有所發展，新竹市便是一個很好的例子。對於發展智慧城市藉由遠距科技置入健康管理模式，新竹市是一個很成功的學習典範。另外，

民眾積極參與社區健康營造也可以成為帶動社區的領導者。如果我們能把金門地區將這個健康示範區做好，再把金門經驗推廣出去，讓台灣來向金門學習，領導台灣健康產業的發展，甚至也有機會影響到未來中國在醫療健康產業上的發展。

3. 家庭責任醫師與社區健康促進（余儀呈醫師）

其實在中國古代便有家庭責任醫師的概念，怎麼說呢？古代一個鄉村裡大概只有一位懂得照顧病人的醫師，於是每戶居民的門口有一瓦罐，每天醫師走在街上便收取民眾放在瓦罐上的糧食，也就是說民眾在供養這位醫師。但是當有一天某一戶的瓦罐上沒有放置糧食，醫師便會開始緊張，因為他會沒飯吃，這也會促使他進一步去了解關心這一戶發生什麼事情，是不是生病健康出問題了。其實這個方式就是家庭責任醫師制度，所以在古代是有家庭責任醫師制度的。健康其實也是可以造就成一個產業的發展，如果一位醫師在他的責任區大家都很健康，靠大家的健康來賺錢，而不是靠民眾生病才賺錢，這不僅是民眾之福也是醫師之福，因為民眾愈健康愈開心，身為醫師的我賺愈多。我在士林芝山一帶進行這樣的照護，更成立生活家讓民眾

來參與。我分析過來參與的民眾，多數居住於芝山岩、三角埔(天母)、蘭雅一帶，目前這一帶有約 11 萬 7 千人，分析一年會花健保 26 億，若這一帶的民眾願意來改變環境、改變健康。在 10 年後預估，這一帶的健保我們會花掉約 30 億，依照楊志良教授的概念，來看 30 億若能維持健保支出只花 25 億，留下 5 億的盈餘，加上又設計一個生產健康概念，大家可以一起分紅。同時成立合作社，大家來賣民眾都認同的健康產品，靠這個讓醫師、民眾有誘因來改變自己的行為。因此，我們也可以一起來思考有沒有可以把健康產業擴大，就如同一個社區就一家公司，獲利可分享給社區的每一位居民，但是獲利的基礎是健康不是生病。今天我們也成立台灣社區健康發展協會，協會的架構就是社區平台。若其他地區也想成立一個像三芝蘭這樣模式的組織，便可以來協會網站上獲得資訊。我們也希望從這個實驗中因健康能讓醫師和民眾 獲得一些商機。

4. 家庭責任醫師登錄與民眾權益（涂醒哲理事長）

家庭責任醫師與病人共同負擔健康責任，將病人疾病治癒及保持健康的功勞回饋給醫師，也就是以品質決定給

付，病人越健康，醫師的收入越增加，打破傳統的病人越常生病，醫師收入越多的觀念，民眾的健康，就是醫師的福利。目前的規劃是希望每個人或每個家庭可選擇一位家庭責任醫師，生病時到這個責任醫師就診，必要時責任醫師會轉診到專科醫師或醫院。登錄時間目前討論選項為：隨時、半年、一年半、兩年、兩年半。登錄期間，民眾仍然可向非登錄的醫師求診，民眾的就醫仍然是自由不受限制的，但是家庭責任醫師有您完整的病歷資訊，是可以較快掌握您身體的狀況，例如在幼兒時期提醒您要注意孩子要定期施打預防針、插頭要安置安全插座不要觸電，青少年時期醫師可以建議您家的孩子來聽相關愛滋病或是性行為保護演講，婦女及長者也能定期接受家庭責任醫師的身體照護，可避免浪費您的時間重複檢查與重複用藥，建議看病還是找您的家庭責任醫師。而醫師對於病患健康的職責也需要從治療轉變成預防，以健康促進概念為先，減少居民疾病發生，增進健康。

民眾說明會—第二場

(一)時間

103 年 10 月 21 日（二）下午 19:15 ~ 20:00

(二)地點

金門縣金沙鎮三山里里民活動中心

(三)參加對象

有鑑於第一場民眾說明會出席狀況較預期少，因此本會決定深入社區進行兩場說明會，以直接面對面方式和民眾接觸，並請社區發展協會的力量協助邀請民眾參與，此場民眾說明會參與人數共 20 人。

(四)議程

時間	內容	講者
19:15 ~ 19:20	開場致詞	臺大醫院家庭醫學部 李龍騰 教授
19:20 ~ 19:35	您對金門健康照護的期待與願景	台北醫學大學醫務管理系 許玫玲 教授
19:35 ~ 19:45	家庭責任醫師制度規劃	全健會 曹放之 副秘書長
19:45 ~ 20:00	摸彩、問卷說明及填寫	全健會

(五)說明會之議題重點摘錄（PPT）

請見附錄簡報及本報告中的家庭責任醫師登錄與民眾權益（p.7）。

民眾說明會—第三場

(一)時間

103 年 10 月 21 日（二）下午 20:15 ~ 21:00

(二)地點

金門縣金城鎮庵前社區

(三)參加對象

有鑑於第一場民眾說明會出席狀況較預期少，因此本會決定深入社區進行兩場說明會，以直接面對面方式和民眾接觸，並請社區發展協會的力量協助邀請民眾參與，此次民眾說明會參與人數共 30 人。

(四)議程

時間	內容	講者
20:15 ~ 20:20	開場致詞	臺大醫院家庭醫學部 李龍騰 教授
20:20 ~ 20:35	您對金門健康照護的期待與願景	台北醫學大學醫務管理系 許玫玲 教授
20:35 ~ 20:45	家庭責任醫師制度規劃	全健會 曹放之 副秘書長
20:45 ~ 21:00	摸彩、問卷說明及填寫	全健會

(五)說明會之議題重點摘錄（PPT）

請見附錄簡報及本報告中的家庭責任醫師登錄與民眾權益（p.7）。

(六)民眾說明會問卷結果分析

表 1：民眾說明會問卷結果分析

		第一場 (6/25)		第二場 (10/21 碧山)		第三場 (10/21 庵前)	
		n	%	n	%	n	%
A1.現在您在金門有沒有 一位醫師，他很了解您的 身體狀況，您有什麼健康 問題都會先請教他？	有	2	8	2	12.5	1	3.03
	沒有	22	88	11	68.75	27	81.81
	遺漏值	1	4	3	18.75	5	15.15
A1-1.那您是不是希望自 己有一位這樣的醫師當家 庭醫師？	非常希望	15	60	6	37.5	18	54.54
	希望	6	24	6	37.5	10	30.30
	普通	2	8	2	12.5	1	3.03
	不希望	0	0	0	0	0	0
	非常不希望	0	0	0	0	0	0
	遺漏值	2	8	2	12.5	4	12.12

		第一場 (6/25)		第二場 (10/21 碧山)		第三場 (10/21 庵前)	
		n	%	n	%	n	%
A2. 金門縣如果設計一種制度，您有任何的健康問題都一定先找這位醫師，有需要看其他科別或需轉診時才由這位家庭醫師幫忙轉診。請問您支持這種制度嗎？							
	非常支持	18	72	10	62.5	18	54.54
	支持	2	8	3	18.75	15	45.45
	普通	5	20	1	6.25	0	0
	不支持	0	0	1	6.25	0	0
	非常不支持	0	0	0	0	0	0
	遺漏值	0	0	1	6.25	0	0
A3. 您是否同意未來採取「登記」的方式讓民眾選擇其家庭醫師？							
	是	21	84	14	87.5	31	93.93
	否	4	16	1	6.25	1	3.03
	遺漏值	0	0	1	6.25	1	3.03

		第一場 (6/25)		第二場 (10/21 碧山)		第三場 (10/21 庵前)	
		n	%	n	%	n	%
A4. 如果現在要您做選擇，您心中是不是已經有想要登記的家庭醫師人選？	是	9	36	10	62.5	20	60.60
	否	15	60	6	37.5	12	36.36
	遺漏值	1	4	0	0	1	3.03
A5. 您會優先選擇醫院醫師、診所或衛生所醫師？	醫院醫師	13	52	12	75	15	45.45
	診所醫師	10	40	2	12.5	15	45.45
	衛生所醫師	1	4	1	6.25	2	6.06
	遺漏值	1	4	1	6.25	1	3.03
A6. 如果您不知道要選哪一個家庭醫師，您同意由衛生局幫您安排嗎？	非常同意	4	16	4	25	4	12.12
	同意	14	56	9	56.25	24	72.72
	普通	4	16	1	6.25	4	12.12
	不同意	3	12	2	12.5	1	3.03
	非常不同意	0	0	0	0	0	0

		第一場 (6/25)		第二場 (10/21 碧山)		第三場 (10/21 庵前)	
		n	%	n	%	n	%
A7. 如果您想要更換家庭醫師，您希望多久可變更一次？							
	隨時	8	32	9	56.25	10	30.30
	半年	4	16	0	0	3	9.09
	一年	3	12	5	31.25	11	33.33
	一年半	0	0	0	00	1	3.03
	二年	6	24	2	12.5	8	24.24
	遺漏值	4	16	0	0	0	0
A8.您是不是同意「如果民眾都有一位家庭醫師，就比較不會浪費時間四處看醫師」？							
	非常同意	17	68	8	50	15	45.45
	同意	6	24	6	37.5	17	51.51
	普通	2	8	0	0	0	0
	不同意	0	0	2	12.5	0	0
	非常不同意	0	0	0	0	0	0
	遺漏值	0	0	0	0	1	3.03

		第一場 (6/25)		第二場 (10/21 碧山)		第三場 (10/21 庵前)	
		n	%	n	%	n	%
A9.您是不是同意「金門縣的衛生所、診所及醫院應進一步互相合作，更有效地照顧民眾的健康」？	非常同意	17	68	10	62.5	12	36.36
	同意	6	24	4	25	21	63.63
	普通	0	0	1	6.25	0	0
	不同意	0	0	1	6.25	0	0
	非常不同意	0	0	0	0	0	0
	遺漏值	2	8	0	0	0	0
A10.您是不是同意「金門縣的民眾應該更積極參與金門健康促進與醫療環境改善的規劃」？	非常同意	17	68	11	68.75	10	30.30
	同意	7	28	3	18.75	16	48.48
	普通	0	0	0	0	0	0
	不同意	0	0	0	0	0	0
	非常不同意	0	0	0	0	0	0
	遺漏值	1	4	2	12.5	7	21.21

		第一場 (6/25)		第二場 (10/21 碧山)		第三場 (10/21 庵前)	
		n	%	n	%	n	%
A12. 請問您是否曾經到台灣本島就醫過？	是	22	88	8	50	18	54.54
	否	2	8	5	31.25	5	15.15
	遺漏值	1	4	3	18.75	10	30.30
A13. 請問最近一次您到台灣本島就醫，而非在金門就醫的主要原因為何？	自己覺得有必要專程前往台灣就醫	6	24	3	18.75	8	24.24
	醫師建議轉診	8	32	3	18.75	9	27.27
	有事到台灣順便看病	5	20	1	6.25	1	3.03
	其他	3	12	1	6.25	2	6.06
	遺漏值	3	12	8	50	13	39.39

(七)民眾同意登錄家庭責任醫師之情形

本研究團隊共舉辦三場民眾說明會，共回收 74 份問卷。根據表 1 民眾說明會問卷結果分析顯示，有 66 位民眾同意未來採取登記的方式選擇其家庭責任醫師，佔回收問卷數中的 89.18%。其中有 40 位(54.05%)民眾會選擇醫院醫師擔任其家庭責任醫師，有 27 位(36.49%)民眾會選擇診所醫師擔任其家庭責任醫師。

醫療人員說明會—第一場

(一)時間

103 年 6 月 25 日（三）下午 12:00 ~ 15:00

(二)地點

金城鎮鎮公所 3 樓多媒體簡報室(金門縣金城鎮民生路 2 號)

(三)參加對象

金門縣醫院、衛生所及診所醫師與醫療相關人員

(四)議程

時間	內容	講者
12:00 – 12:30	餐敘	
12:30 – 12:35	開場簡介	計畫主持人：李龍騰教授
12:35 – 12:40	來賓致詞	現場來賓
12:40 – 12:55	健康福祉體系再造與價值創新	石曜堂教授
12:55 – 13:10	歷史經驗的分享	謝博生教授
13:10 – 13:20	來自同儕的鼓勵	洪德仁醫師
13:20 – 13:30	醫院與基層合作的可能方式	涂醒哲理事長
13:30 – 13:50	問題解答	計畫主持人及學者專家
13:50 – 14:00	問卷說明及填寫	工作人員

(五)說明會之議題重點摘錄（PPT）

1. 健康福祉體系再造與價值創新（石曜堂教授）

健保的規劃是看病，但因為怕生病破產，卻又收小錢
來照顧重大疾病，但歷史總會將機遇不落痕跡的藏在偶然
之中。今天大家用心凝聚在這裡，就是要做這件事、創造

歷史，並不只是嘴巴說說而已，若未來要更好，現在不改的話，就沒有資格講未來。而改革要成功須從大家內心開始，論人計酬這個制度不光只是支付制度，是整個體系及價值觀的建構。所有體系皆需整合，包括健保、社會福利等等，體系的建構更須從目標開始，而目標應是大家共同的目標。而整合應是將每個人的心串連起來，而非現在大家一直說整合，卻怎麼走都一樣，那是因為沒有 accountability 的觀念。Accountability 應該是大家是一個團隊，大家手牽手承諾一起達到目標，就像陳局長承諾要有一個健康的金門。

現在很多人都會說，論人計酬很好，但是沒有賺錢，因為現在是將所有的錢灌到健保，再由健保給付，很多健康應該是另外提供誘因給付。最後有三個重點須再次提強調：第一、醫療和健康須連結，並以家庭為單位，且有個案管理的制度。第二、體系整合很重要，不然論人計酬會很困難。衛福部金門醫院須扮演分配、協調資源的角色，才能真正整合。除此之外，大家也須需許下承諾，承諾讓社會改善，每個人更健康快樂，而且大家應該思考如何落實到基層，而非一直爭吵，卻無產出。第三、民眾須大家

一起投入參與，不然一切枉然。最重要的是，民眾健康應從社區開始，而非醫院，社區再造須由社區的菁英帶領，但每個人都須參與、動員及貢獻。呼籲大家一起從現在開始，從金門開始。

2. 社區健康照護模式的建構--歷史經驗的分享（謝博生教授）

今天想與大家分享過去三十幾年來對於社區健康照護的涉入，請各位參考。

我們最初設計課程時是針對住院醫師希望其有社區醫療的實務，而社區醫療保健站及社區醫學訓練中心當時皆是以家庭醫學部住院醫師為訓練對象。真正落實到大學生是從 1993 年開始，在那之前，社區醫學教育課程僅在家庭醫學 16 堂課中的其中一堂，但對於一位醫師養成其所應涵蓋的社區醫學教育知識及訓練實在是太少。因此，從 1993 年開始，我先將社區醫學教育課程設計為 2 學分，之後再增至 6 學分，且須從大五開始進行。後來因為覺得基層醫師與醫院應有更多的互動，因此在 2000 年建立社區醫療群的模式；2003 年則是因為 SARS 的關係，建立了一個家庭醫師共同照護計畫，之後 2003 年還建立了畢

業後一般醫學訓練制度，本來一年僅需兩個月的時間進行，後來增至半年，甚至一年，而一年之中則有兩個月須到社區累積實務經驗。從去年入學的醫學系開始醫學系學生已改為修業 6 年，未來將改為 6 加 2 的制度，並加強社區醫學教育。

2006 年有機會在彰化縣執行區域共同照護計畫，當時民眾、健保、醫師、衛生局反應都很好，但因醫師覺得風險很大，所以不願意再推動，且因為政治改變而計畫中止。但試辦計畫中有發現很多問題，雖然當時並未成功，但從中學到很多。

2009 年從台大醫院雲林分院開始執行社區連續性照護計畫，病人的住院照護連結到長期照護，甚至到安寧照護等有連續性的整合。本來在雲林要推動安寧照護，但在雲林發現很多問題，雖然把架構建構起來了，但未有能接受的病人和家屬，因此相當困難。而後來論人計酬的試辦計畫，一開始台大醫院也未能加入，但若公立醫院不加入的話，計畫很容易就失敗，後來經與院長、健保署協調後，才能讓論人計酬試辦計畫起死回生。

現在金門要做的事情，我非常有信心，因為背後有很

多支持的力量。現在要做的就是建構健康支持網絡，而社區網絡會形成，屆時民眾、基層診所、醫院等都會連結在一起，相信在由陳局長的帶領下，會一步步實現。

- (1) 社區醫療保健站（1979）
- (2) 社區醫學訓練中心（1990）
- (3) 社區醫學教育（1993）
- (4) 社區醫學研究群（1999）
- (5) 社區醫療群模式建構（2000）
- (6) 家庭醫師共同照護計畫（2003）
- (7) 畢業後一般醫學訓練(2003)
- (8) 區域共同健康照護計畫（2006）
- (9) 社區連續性照護計畫（2009）
- (10)以體系為基礎的共同健康照護模式（2014）

3. 來自同儕的鼓勵（洪德仁醫師）

社區醫療群計畫是一般診療的一個進階，而論人計酬試辦計畫似乎又是社區醫療群計畫的另一個進階的可能性，尤其是此制度已納入健保法第四十四條的家庭責任醫師制度。但其實對於「責任」這兩字我很害怕，因為當初論人計酬試辦計畫剛上路時，診所作了評估，但發現當時

那個階段還無法負擔診所的財務責任，就算執行到現在，其實診所們還是很擔心。

在 2004 開始在北投開始推動社區醫療群，目前北投有五個診所加入醫療群，且和北榮與振興醫院合作，歷年來共有 6 萬多名會員，而今年便有三萬多人。至於加入醫療群與未加入醫療群有什麼不一樣？雖然同樣有轉診及互動，但現在我們和醫院有非常緊密的聯繫與互動，這樣的機制也提供很多可能性。而轉診服務制度是目前執行到現在滿意度最高的內容。我們一開始就拜託院長親自召集每月的定期會議，因為位階夠高才有決定權，所以從 2004 年開始就是院長主持，目前已發展出轉介模式，包括 SOP 的流程及優惠的機制都已建構。且診所和醫院有轉診資訊平台，診所醫師轉介至醫院，醫院會收到相關個案的資訊；而病人去住院時，也會將資訊傳回診所醫師，當診所醫師知道後，便會盡速至醫院巡診，並致上慰問卡。病人想都沒想過基層醫師會去醫院探視，因此會覺得很窩心、很感動，也會讓病人更加信任醫師。這些服務要以合作機制建構起來，非常不容易。另外，北榮雖有 24 小時的 call center，是由急診部護理人員接線，但我五年來將個人電話給 200

多位民眾，常常都是我打電話關心病人，而病人打給我一個月也只有 1、2 通電話。

做為基層醫師，總是覺得從我們可以做的事情開始做起，或許是一個很好的切入。謝教授曾經說過「醫療是關懷的專業」，這句話給我很大的震撼，因為一直以來我都認為「社會福利」是關懷的專業，但社工遇到疾病時，仍只能送到醫院，後續卻無能為力，而社工師無法做的便是醫師能做的，我們有機會能夠看到生命光譜的全貌，實屬難得。

最後，2010 年時商周來訪問，並製作幸福房價比的專題，評估 3000 多個社區，其中北投社區是入選三十個社區的第一名，我們已具備很多好東西，過去已經創造很多可能，但因為時代、人口的改變，會面臨到新的情境和困難，若不能發揮團隊精神及所長，更重要的是同理心、關懷心找到合理發展的模式，我們就會被淘汰；若有改變，一同努力，民眾會看到新的模式與價值，金門縣一定會成為最健康的城市。

4. 醫院與基層合作的可能方式（涂醒哲理事長）

現在論量計酬、總額制度實施，造成醫界不斷衡量、

點值下降，因此我們希望能夠找到一個自救的模式，這也是舉辦此次說明會的目的。現行的論人計酬試辦計畫是由健保法第 44 條的「家庭責任醫師制度之給付，應採論人計酬為實施原則」而來，其中的精神為推動更好的健康照護，從疾病治療走向健康促進，我們十幾年前就想在金門試辦此模式，希望醫界是因為民眾健康才賺錢，而非民眾生病賺錢，等著民眾生病。現在論人計酬能夠把醫師的尊嚴找回來，並鼓勵健康促進的作為，除了讓醫師權責相符，健保署也毋須管理醫師，民眾還能得到健康。

目前衛福部金門醫院有提出一盈餘分配模式，如下：依健保署核定金門醫院論人計酬獎勵金作業要點提撥後，「金門醫院盈餘之三分之一，由醫院購置先進儀器設備，提高醫療服務品質及精緻化醫療作為；盈餘之三分之二，交由衛生局統籌，其中二分之一分配給醫院，另四分之一至三分之一，依據衛生局考核辦法，分配給衛生所與診所」；並請衛生局制定相關辦法送議會審議函告。金門醫院研議的 1/3 購買醫療器材、2/3 交由金門衛生局配置，分配比率及方式先供參考，未來大家須持續進行討論，全健會也回持續協助分析相關數據。本會同時也針對金門縣醫療機

構進行費用分析，請參照第肆部分「家庭責任醫師制度照護責任與財務初步規畫之情形」。

醫療人員說明會—第二場

(一)時間

103 年 10 月 22 日（三）下午 12:30～15:00

(二)地點

金門縣衛生局 1 樓會議室（金門縣金湖鎮新市里復興路 1-12 號）

(三)參加對象

金門縣醫院、衛生所及診所醫師與醫療相關人員

(四)議程

時間	內容	講者
12:00 – 12:30 (30 分鐘)	報到及用餐	
12:30 – 12:35 (5 分鐘)	開場簡介	臺大醫院家庭醫學部 李龍騰 教授
12:35 – 12:50 (15 分鐘)	您對金門健康照護的期待與願 景是什麼？	台北醫學大學醫務管理系 許玫玲 教授
12:50 – 13:10 (20 分鐘)	家庭責任醫師結合論人計酬之 合作規劃與財務規劃說明	台灣永續全人醫療健康照護協會 曹放之 副秘書長
13:10 – 13:20 (10 分鐘)	金門運作模式	中臺科技大學醫療暨健康管理系 葉德豐 教授
13:20 – 14:50 (90 分鐘)	討論（問卷填寫）	全健會、現場來賓

(五)說明會之議題重點摘錄 (PPT)

1. 您對金門健康照護的期待與願景是什麼？（許玫玲教授）

若從比較高的角度來思考，醫療提供者覺得的幸福是什麼？什麼是金門獨有的？

今年六月底去日本參訪，日本有一個社區過去是空氣污染嚴重的地區，在民國 48 年的時候，有颱風來襲，造成很多死傷和災害。1961 年時社區組成南醫療生活協同組合，希望能夠照顧民眾的健康。原來就存在的診所在那時候扮演很重要的角色，這個組合是希望每個會員都能夠扮演各自的角色，建立每個人之間的關係。

50 年過後，診所改變了很大，整個組織有 650 個員工，會員投資超過 25 億日圓，且現在會員已超過 7 萬人。她們會投資彼此之間的需求，設立了非營利機構，以創造更多工作機會。他們也有 HAN，這是三五個 group 組成一個由下而上的組織。

除此之外，醫院不只是一個醫院，它有更多功能，包含旅行社、麵包店進駐等，讓更多的人能夠凝聚在

這裡。

另外，他們也找了一個空屋，讓失智老人能夠活動，雖然這是一個機構，但卻像一個家。舉例來說，失智老人會戴手環，走失也會有人幫忙，大家彼此會互助。

由這個故事，我們開始思考，從現在到 50 年後的金門，會變成怎麼樣呢？該如何提升？下一代應該有什麼改變？如何讓民眾、政府和醫療服務如何一起合作？現在已全球化與在地化，雖然有高科技、錢，但卻換不回無形價值。應思考究竟金門的特色是什麼？什麼會成為金門人的驕傲？

2. 家庭責任醫師結合論人計酬之合作規劃與財務規劃 說明（曹放之副秘書長）

金門應從什麼地方開始來走向 50 年後的美好世界？醫師的報酬應與健康作連結，民眾越健康，醫師越賺錢，但若要推行論人計酬制度，沒有家庭責任醫師，那麼會很困難。尤其金門醫院三成民眾使用七成的醫療費用。

目前試辦所遭遇的問題，包括缺乏完整與連續醫

療照護、區域體系整合不足、支付設計待改進、資訊面與審查面有落差。今天因為申報的關係，所以健保署沒辦法給很完整的資訊，團隊之間也沒有很完整的分享。而病人如何審查，兩個制度會交叉干擾，因為健保署仍用論量計酬的思考進行審核。因此，他們現在在思考要如何做，首先應以區域模式為主，以團隊代替單打獨鬥，加強垂直與水平整合，社區醫療群計畫現在和論人計酬目前是競爭的關係，未來將會整合，另外也會將論人計酬計畫的費用獨立總額出來計算。

因為金門是封閉的環境，垂直整合、水平整合架構相對單純，因此率先選擇金門來執行，可將此經驗提供全國參考。但整合若背後沒有主管機關的支持，是很難做的。現在，我們應開始思考，未來應該如何執行？醫院與基層合作的方式為何？首先，研擬家庭責任醫師的相關規定，透過民眾登錄確認家庭醫師，讓民眾意識到自己也有照顧自己健康的責任，已經被分配到醫院的對象，之後也要採取登記家庭醫師。門診部分由家庭醫師負責，住院部分由醫院負責，希望

民眾就醫時先找家庭責任醫師，醫師有把關的責任，若家庭醫師把關有成，醫院應分些盈餘給醫師，那麼家庭醫師的風險也不會太大。因為現在點值沒有連動，所以現在點值效果被稀釋，希望未來讓家庭醫師能夠照顧病人時，都有固定金額能夠當健康管理費，

文德老師採用一個預測模型，此模型對於費用的預測力很強，以糖尿病為例，預測力接近 1。而基層診所是否加入金門醫院的論人計酬，是成敗的關鍵。另外，診所也能夠和金門醫院醫療系統資訊有更完整的分享。

3. 金門運作模式（葉德豐教授）

我們走訪一些醫師，還有台灣實施區域整合運作的團隊，成立一個協調中心這個模式是我 20 年前就在做的事情，目前金門醫院可能沒有人員的編制，可能要拜託衛生局協助，希望能夠讓兩方互相溝通分享。而現在有登記，是希望能夠更有系統，醫師照顧民眾的時候，需要醫院的幫忙，可以透過執行中心來聯繫。舉例來說，目前彰濱秀傳醫院，有家庭醫師幫忙病人掛號；而澄清醫院則是不但幫忙掛號而且帶你去看病。

另外，澄清醫院所有轉診的病人，轉診同仁隔天早上一定要趕去關懷，讓所有參與的同仁都知道這是轉診病人。社區醫師若有查訪，也會有醫院同仁陪伴，主治醫師也可陪同。我建議另外建立一個資料庫，把病人資料抓出來，可以看病人更之前的資料，但金門醫院牽涉廠商的問題，可能還要估計費用。

醫院的活動非常頻繁，除了醫院，也應廣募基層醫師來幫忙，活動企劃對醫院和醫師而言，協助出現在社區活動，讓民眾明白或感受大家都在幫忙他，不僅可以就近找開業醫師，也讓醫師有需要再轉介其他醫師。而執行中心便可以成為一個登錄平台。

(六)醫療人員說明會問卷結果分析

表 2：醫療人員說明會問卷結果分析

		第一場 (6/25)		第二場 (10/22)	
		n	%	n	%
A1. 在您每天所看的病人中，大約有多少比例屬於長期在您這裡就醫的病人，您很了解他們的身體狀況，他們有什麼健康問題都會先請教您，您可以說是他們的家庭醫師？					
	10%或以下	0	0	0	0
	11%-20%	2	33.33	1	12.5
	21%-30%	1	16.67	0	0
	31%-50%	2	33.33	2	25
	51%-75%	1	16.67	4	50
	大於 75%	0	0	1	12.5

		第一場 (6/25)		第二場 (10/22)	
		n	%	n	%
A2. 金門縣如果設計一種制度，民眾有任何的健康問題都一定先找他們的醫師，有需要看其他科別或需轉診時才由這位家庭醫師幫忙轉診。請問您支持這種制度嗎？	非常支持	1	16.67	2	25
	支持	3	50	4	50
	普通	2	33.33	2	25
	不支持	0	0	0	0
	非常不支持	0	0	0	0
A3. 您是否同意未來民眾採取「登記」的方式讓民眾選擇其家庭醫師？	是	6	100	6	75
	否	0	0	1	12.5
	遺漏值	0	0	1	12.5

		第一場 (6/25)		第二場 (10/22)	
		n	%	n	%
A4. 如果民眾不知道要選哪一個家庭醫師，您同意由衛生局幫忙安排嗎？					
	非常同意	0	0	1	12.5
	同意	3	50	4	50
	普通	1	16.67	1	12.5
	不同意	2	33.33	1	12.5
	非常不同意	0	0	0	0
	遺漏值	0	0	1	12.5
A5. 如果民眾想要更換家庭醫師，你認為多久可變更一次？					
	隨時	2	33.33	1	12.5
	半年	1	16.67	3	37.5
	一年	2	33.33	0	0
	一年半	0	0	0	0
	二年	1	16.67	0	0
	遺漏值	0	0	1	12.5

		第一場 (6/25)		第二場 (10/22)	
		n	%	n	%
A6.您是不是同意「如果民眾都有一位家庭醫師，就比較不會浪費時間四處看醫師」？	非常同意	2	33.33	4	50
	同意	2	33.33	1	12.5
	普通	0	0	2	25
	不同意	2	33.33	0	0
	非常不同意	0	0	0	0
	遺漏值	0	0	1	12.5
A7.您是不是同意「金門縣的衛生所、診所及醫院應進一步互相合作，更有效地照顧民眾的健康」？	非常同意	3	50	4	50
	同意	2	33.33	2	25
	普通	1	16.67	2	25
	不同意	0	0	0	0
	非常不同意	0	0	0	0

		第一場 (6/25)		第二場 (10/22)	
		n	%	n	%
A8. 您是不是願意參加家庭醫師的相關訓練？	非常願意	1	16.67	3	37.5
	願意	4	66.67	4	50
	普通	1	16.67	1	12.5
	不願意	0	0	0	0
	非常不願意	0	0	0	0
A9. 您是不是同意「金門縣的民眾應該更積極參與金門健康促進與醫療環境改善的規劃」？	非常同意	3	50	4	50
	同意	3	50	2	25
	普通	0	0	1	12.5
	不同意	0	0	0	0
	非常不同意	0	0	0	0
	遺漏值	0	0	1	12.5

(七)醫師願意加入家庭責任醫師之情形

根據本研究團隊進行說明會及訪談後的調查，因兩次醫療人員說明會並未所有基層診所醫師都參加，因此，本研究團隊未能觸及所有醫師，向其說明此制度之規劃。然而，根據說明會所取得之問卷，經本研究團隊比對兩次受訪問卷之個人資料，總共取得 19 位問卷及訪談之資料。假設每一位問卷或訪談對象皆代表單一機構出席聆聽說明會或接受訪談，將兩次說明會重複之個案刪除，並合併加入訪談所取得之樣本後，問卷分析結果如表 2。

參加說明會或訪談的人員中，共有 15 位(78.94%)醫師或醫療人員同意未來民眾採取「登記」的方式加入家庭責任醫師或願意加入家庭責任醫師，佔目前金門縣所有基層診所(含衛生所)總數的 30.61%。另外，根據問卷及訪談資料中顯示，其他持保留態度之醫療人員認為此制度應有完善配套措施，希望能觀望、覺得對其無不利影響後才會加入。

二、 訪談

本研究團隊除了分別針對民眾及醫療人員舉辦家庭責任醫師制度之說明會外，為更深入了解金門縣執業醫師及體系運作之利害關係人對金門縣實施論人計酬結合家庭醫師制度的看法，本會分別進行個別訪談，訪談對象包括金門縣鄉鎮衛生所主任、金門縣衛生局局長、金門醫院、基層診所、醫師公會、議員及縣長，共 12 人。本研究團隊針對幾項重要主題分別摘錄訪談醫師之看法，詳細內容如下：

(一) 對家庭責任醫師制度採登記制的看法與建議

A 醫師：對於家醫制度以登記制來執行，我是贊成的，但登記完後要讓資訊透明，就算病患到他院去，家庭醫師也要能看的到。對於登記制是否能成功，民眾的教育水準很重要，依現在的情況，個人認為民眾教育水準高才有可能來參與登記。

C 醫師：基本上我是同意民眾登記在家庭醫師下，這比較符合家醫科的精神，但是現在民眾有一半時間在醫院，一半在衛生所，跑到別的地方會花很多錢。我自己收的糖尿病病人，有十來個病人跑到台灣去看。登記還是要以民眾的意願為優先，除非健保署強制，不過登記之後，跑去住

院應該算誰的？

(二) 社區醫療群計畫和論人計酬計畫結合之看法

B 醫師：如果要做論人計酬，社區醫療群可能就不需要，因為做的事情是一樣。但每個民眾應有基本的健康管理費，剩下的就是看績效。

D 醫師：比較大的問題是這個，有些台灣的醫院會自己做論人計酬，自己承包，未和其他診所合作，如果是採這種方式，醫院可以盡量做到節省醫療資源、管理病人；醫院如果和基層合作，那麼賺的錢應如何和基層分配。目前的社群醫療群的會員分配方式就是在我診所看最多，會員就是我的，但為了搶會員，我是不是就要叫病人一直來看我，那就無法節省醫療資源，這是較無法克服的部分。所以如果要和基層合作，那麼就會遇到這個問題。

D 醫師：社區醫療群也要做家庭醫師，目前似乎有那個味道，但是還不是很完整。事實上對診所而言，加入醫療群是增加一點收入的方式，因為被分配到會員會有多一點錢。跟論人計酬比較不一樣的是，即使有虧錢，還是會有收入；但論人計酬虧錢就沒有收入了。

(三) 家庭責任醫師及論人計酬制度須建立的配套措施

A 醫師：對於論人計酬計畫及家庭責任醫師制度，如何在金門地區試辦成功以及是否有辦法教育醫師和民眾，這些是我對於該計畫的首要想法。應藉由法令規範，向民眾教育及宣導，提高民眾看診行為的水準，才能改善整體的醫療生態與醫病關係。家醫制度的建立一定要有完善的配套，如何建立一個 24 小時 call center 機制，避免讓家醫去承擔 24 小時的 call center，以確保家醫有好的生活品質，這也是醫師是否願意擔任家醫的重要因素之一。

C 醫師：診所彼此還是競爭，醫院會搶病人，病人照顧上會有困難，有些照顧是醫院在做，健保署在收的時候沒有考慮到這個情況，如果要求一起照顧，也是沒有問題，但是病人要怎麼處理，應該要先談。我建議醫院要定期找我們討論，由醫院做主，因為很多錢花在醫院那邊，如果他們可以，再加上衛生局幫忙，會比較好，診所就是執行。

C 醫師：現在金門不用付掛號費和部分負擔，所以要改變民眾的就醫習慣，就要花很多時間。

D 醫師：民眾的心理是很大的因素。因為從以前大家就認為金門的醫療環境、設備不好，到現在還是有這樣的想法，但有些東西在金門做和在台灣做是一樣的。金門醫院已經

改變很多，醫生有四五十位，現在已具規模，且因為交通關係，轉診也很方便。有些設備即使設置，也不具成本效益。

(四) 醫院和診所的財務分配

A 醫師：應該要有個限度，不應該把全部的責任都給醫院與診所，健保署是應該要負擔一些比率的。如果照顧品質指標可以逐年變嚴格，不要一開始尤其是第一年就要給很高的標準。

B 醫師：須看看分配到的費用額度是多少。衛生所來看病的大部分是中老年人，比較沒有小孩，中老年人本來問題就比較多，所以需看病人結構和年齡分布。醫療群也是健保署去挑病人給診所照顧，未來健保署如何分配病人給我們也無法確定。

C 醫師：牽涉點值問題，醫院未來申請，健保申請點值是多少，開始做後，診所的點值和醫院會是一樣嗎？或是有任何保證嗎？因此加入前會討論這些，看看有無誘因。論人計酬制度鼓勵大家去做，但結果是賠的，是否有要處罰？若我們以後賠錢，應如何處理？

D 醫師：目前衛生所還是在做篩檢、轉診等，金門醫院若

要達到目標，除了拜託衛生所幫忙做以外，本身也要努力一點。若衛生所一旦成為金門醫院的下屬單位，談到分錢，要分到多一點錢，勢必就要搶病人。另外，當初醫療群有管理費，是因為要鼓勵大家參與，以後說不定會漸漸縮減。因為已經不多了，若以後做虧損沒有罰則的話，或許還會有人參加。但是若有罰則的話，礙於現實考量，只能考慮自己的能力是否能加入。

三、 研究家庭責任醫師制度於本縣實施之困難，並提出逐步改善方案

近期搭乘飛機抵達金門就可以明顯地看到「百年榮耀、幸福金門」的標語，顯見金門對於其未來有深切的期許。最近一項調查(<http://happy.edn.udn.com/happiness-index>)也指出金門民眾的主觀幸福指數在各縣市中排名第一。本研究團隊與社區民眾互動過程中，他們表示住在金門感到很幸福，包括居住環境的安適、有不少其他縣市沒有的福利（如金門酒廠的回饋）等。金門縣衛生局委託本團隊進行此研究計畫就是希望在此基礎上，透過家庭醫師制度的推動與落實，增進金門民眾的健康，提升其生活幸福。

本研究團隊今年在健保署論人計酬試辦計畫的評估研究中曾針對民眾進行調查，包括透過金門醫院在醫院門診與社區分別發放問卷（有效問卷份數分別為 132 與 101），其中問及「健保如果設計一種制度，您有任何的健康問題都一定先找這位醫師，有需要看其他科別或需轉診時才由這位家庭醫師幫忙轉診。請問您支持這種制度嗎？」，金門受訪民眾只有非常少數表示不支持，而表達非常支持或支持者超過 75%。此結果與其他論人計酬試辦地區的受訪民眾意見類似。本研究訪談醫療服務者，也都支持家庭醫師制度理念。雖然如此，本研究與民眾、醫療服務者、政府

官員與民意代表等座談過程中也發現要落實家庭責任醫師制度有許多挑戰，以下分段敘述並提出政策建議。

挑戰一：金門未來醫療體系發展方向的抉擇

與台灣本島相比，金門的醫療資源相對較匱乏。根據衛生署資料，101 年金門在每萬人口急性一般病床數與每萬人口執業醫事人員數在各縣市中敬陪末座。因為離島的先天侷限，民眾發生重大疾患常需要後送到台灣醫學中心治療，不僅可能錯失黃金治療時間，交通成本也相當可觀，因此金門民眾會覺得他們在醫療可近性方面彷彿是次等公民。本研究所接觸的社區民眾、醫療服務者、政府官員與民意代表等均表示醫療資源缺乏問題是金門必須優先解決的問題。雖然民眾希望金門醫院能夠擁有最先進的醫療科技，但是現階段連初級照護人力都不足，例如目前金門（包括小金門地區）的社區醫學服務皆落在金門醫院家醫部的兩位醫師及兩位護理師身上，人力明顯不足，也很難找到相關人才，他們雖然想做社區安寧等服務，卻沒有時間及人力。

雖然政府已經斥資台幣十億左右興建金門醫院綜合醫療大樓，希望金門醫院能朝國際觀光醫療發展，打造金門成為「國際觀光休閒島嶼」，但是要如何吸引優質醫護人員至金門服務還有一段路要走。即使未來可以吸引醫護人力至金門提供國際觀光醫

療服務，但這與建構家庭醫師制度其實是不一樣的範疇與思維。國際觀光醫療著眼於經濟發展，其服務對象並非一般民眾，其服務內容也有別於初級照護。未來要優先創造的醫療資源究竟要先打好初級照護基礎，落實家庭責任醫師制度，還是要先發展經濟是金門人需要思考的重要議題。最理想狀態是當然是二者並行而不悖，不過如果領導者與民眾越發相信高科技醫療應該優先發展，卻忽略初級照護的扎根，那麼整個醫療體系更會落入醫療費用高漲、醫療資源不足，但整體健康並未明顯提升的窘境。國際文獻已經指出有良好初級照護體系的地區民眾比較健康，過度依賴專科醫療，對健康促進反而不利。如果未來國際觀光醫療創造自費、貴族式的醫療消費族群，而金門初級照護體系的品質卻沒有與時俱進的話(例如吸引醫師從事醫學美容等高所得專科，初級照護人力更加短缺)，這將使金門島內的醫療服務往階級化方向發展，民眾的不滿情緒將會越高漲。

目前金門縣政府提出對金門未來發展的願景包括「國際觀光休閒島嶼」、「優質養生醫療健康島」、「詩酒並雅的白酒文化島嶼」、「兩岸高等教育殿堂薈萃的大學島」、「高級免稅精品的購物天堂」，當中與醫療直接相關的是「優質養生醫療健康島」的理想，但其他願景也與民眾健康有間接關連。政策制定者必須深入分析

在追求這些願景的過程中可能會產生哪些可預期與不可預期的正反面結果，最終將得到與(或)失去哪些「幸福」？誰得到哪些幸福？誰失去哪些幸福？而這樣的結果是否是多數金門人所樂見的發展方向？

挑戰二：如何整合醫療服務者，建構家庭責任醫師制度的服務體系？

家庭責任醫師制度不是只靠個別醫師提供服務，而是需要團隊合作。首先醫療服務者之間要有合作意願，要互相溝通協調，才有辦法進行資訊與服務整合。但是在目前論量計酬制度下，醫療服務者之間存在著競爭關係，在討論家庭醫師制度與論人計酬時，他們很難跳脫既有的論量計酬思維(例如病人是否會被醫院搶走，或者招不到會員)。此外，他們最在意的是如何分配盈與分擔風險、專科醫師如何生存下去等。總而言之，許多醫師都很擔心未來的收入會減少。

醫療服務整合需要在制度設計上有周延配套，例如服務協調中心設置、財務風險校正與財務資源分配機制之協議、合宜的評量指標、管理與醫護人力配置與教育、整合資訊系統發展。不過最根本的還是在於醫療服務者可否能夠以更寬廣的態度看整個制度發展，願意攜手共同創造更大且永續的價值，而不只侷限在

短期自身利益的考量。

挑戰三：如何吸引更多優質醫護人員，共同為金門民眾的健康努力？

在諸多配套措施中，一個核心的議題是要有優質的醫護人力投入服務行列。雖然目前金門有一些獎勵措施，包括設置公費生與本地生的獎學金、護理人員值班津貼等，但至今成效還是很有限。

挑戰四：如何讓民眾成為健康生產者，而不是不知節約資源的消費者？

家庭責任醫師制度的核心精神是醫病關係的建立與維持，最終目的是促進民眾健康，而醫師的任務不只有在民眾生病時予以診斷治療，而是要更根本地教育與協助民眾如何為自己的健康負責，因為個人生活習慣與所處環境才是影響健康的決定性因素。

現在的制度（免部分負擔、自由就醫）讓民眾過度仰賴醫療而輕忽預防保健。只靠有限的醫療資源不足以撐起金門民眾的健康，而且過度仰賴醫療科技往往使醫病關係疏離。金門人已經很健康幸福，金門需要展現的不是效法都會區高科技醫療設施，而要另類思考，努力保持目前之所以健康快樂的根本（好的生活環

境與很濃厚的社區凝聚互助力)，而醫療服務者應透過社區力量幫助民眾為健康生產者。

政策建議

(一)政策制定者應審慎思考金門需要什麼樣的醫療照護體系，以及其發展的優先順序

金門究竟是要發展高科技還是要先打造基礎建設？從健康促進、醫療資源有效利用、醫病信任關係與民眾幸福永續的角度，建立家庭責任醫師制度宜列為優先政策。

(二)利害關係人改變心態學習系統思維，提升領導力、協調力、合作力與執行力

家庭責任醫師制度採論人計酬的概念，和論量計酬彼此競爭資源的思維截然相反。醫療服務者應放下過去強調競爭、爭取自身利益的價值，學習站在系統角度思考並瞭解彼此角力的結果只會破壞信任，產生惡性循環。惟有大家一起站在金門未來健康幸福永續的目標上，彼此才可能願意合作，一起面對各種挑戰，一起創造更高價值。

以金門醫院為例，金門醫院應重新界定其的定位與角色，不只是提供民眾醫療照護，而能在整合金門醫療資源上學習

扮演領導者與協調者的角色，不是與基層競爭，而是與基層合作，與衛生局配合落實健康照護政策，共同守護金門民眾健康。

(三)加強與醫護人員溝通家庭責任醫師與論人計酬制度觀念並討論於金門實施所需要的配套

現階段許多醫師還存留著論量計酬思維，對家庭責任醫師與論人計酬制度(尤其是後者)仍不理解，建議從系統角度，用動畫或影片等較生動方式描繪家庭醫師與論人計酬制度下醫病關係、醫療提供者之間互動聯繫的特色與優點，以及所需配套等（如個案管理人員、資訊系統建置與資訊分享等）。很重要的是要以開放的態度互相溝通，建立合作意願的基礎。

(四)在現有基礎上強化家庭醫師的功能

雖然過去沒有家庭責任醫師制度，但仍有不少民眾已經有其固定就診醫師，前述本研究團隊執行的健保署論人計酬試辦計畫評估研究中所做的門診與社區問卷調查顯示，金門分別有 27%與 42%受訪者有其家庭醫師。建議金門在現有基礎上強化家庭醫師功能，包括增強家庭醫師服務能量（例如

金門醫院與診所或衛生所加強合作與資訊分享)，加強民眾宣導增加民眾選擇家庭醫師的人數等。

(五)建立家庭責任醫師制度與社區健康營造示範社區

目前金門已經有很好的社區健康營造基礎，建議在此基礎上逐步開發社區力量，例如社區與縣政府衛生局、金門醫院以及願意配合的醫師成立協會之類的組織，讓重要利害關係人建立夥伴關係，研擬社區健康促進目標與方案，建立社區健康檔案，瞭解社區健康照護現在與未來需求，嘗試不同的健康促進方案，教育民眾，評量成果與不斷檢討改進，成為落實家庭責任醫師制度的典範。

(六)塑造美好環境並有創意地培育與吸引優質領導者與醫護人力 加入幸福創造行列

美好願景的落實需要當中的行動者努力不懈，因此「人」是最重要的。不過公部門最常運用吸引人才的方式常常只是透過財務誘因。雖然重賞之下必有勇夫，但是不同特質人才的價值觀不一樣。以家庭責任醫師為例，有一位受訪的醫師表示家庭醫師很重要的特質之一是願意走入社區，不只提供醫療，也要關照民眾的心理健康。金門人需要思考他們所想

要的是哪些特質的人才，想想看要用什麼方法才能吸引甚至感動這樣的人才願意在金門服務。

四、 規劃金門縣基層診所(含衛生所)與醫療機構於論人計酬

試辦下合作家庭責任醫師制度之照護責任與財務分配方式

(一)金門地區民眾的就醫情形

1. 研究方法

本研究以金門地區論人計酬試辦計畫的照護對象為研究的樣，分析其在試辦計畫前一年（2012 年）的就醫流向，以瞭解其醫療照護的情形及財務的影響。由於健保資料僅能辨識出地區別及醫療院所層級別，故除了金門醫院外（因金門地區僅有此一家地區醫院），其餘均以院所層級及地區別加以分類，最後並分門診及住院兩大類，以各院所層級別的地區費用點數計算其占整體門、住診的比例加以呈現。

2. 結果

如表3的結果所示，2012年常住金門地區民眾的門診就醫，約有45%的費用產生於金門地區，其中金門醫院及金門其他基層診所各佔一半的比例，其他55%以上的西醫門診費用則發生於台灣本島，惟發生在台灣本島的西醫門診相當分散，並沒有集中的現象。住院的部分則僅有29%左右的費用發生在金門醫院，

其他均發生在台灣本島，且有集中在台北市北投區的現象，該地區的醫院提供的住院醫療費用，占整體金門住院費用的29%，其占率約與金門醫院的住院費用占率相當。

表 3：2012 年金門論人計酬試辦計畫照護對象就情形

院所 層級	門診		住診	
	地區(或醫院)	占率	地區(或醫院)	占率
醫學中心	台北 北投區	5.16%	台北 北投區	28.74%
	台北 中正區	1.59%	台北 中正區	4.41%
	桃園 龜山鄉	1.57%	台北 內湖區	3.89%
	台北 內湖區	1.19%	桃園 龜山鄉	2.97%
	其他	3.52%	其他	9.32%
區域醫院	台北 中和市	0.88%	台北 中和市	2.42%
	台北 新店市	0.47%	台北 北投區	1.62%
	台北 大同區	0.36%	台北 新店市	1.28%
	桃園 桃園市	0.27%	台北 大同區	1.11%
	其他	3.43%	其他	9.87%
地區醫院	金門醫院	21.88%	金門醫院	28.88%
	台北 永和市	0.23%	花蓮 玉里鎮	0.59%
	桃園 龜山鄉	0.17%	台北 永和市	0.32%
	桃園 中壢市	0.16%	台北 新莊市	0.24%
	其他	2.03%	其他	3.93%
基層診所	金門地區	22.82%	台北地區	0.15%
	台北地區	3.70%	彰化地區	0.03%
	桃園地區	1.16%	桃園地區	0.01%
	新竹地區	0.15%	雲林地區	0.01%
	其他	29.26%	其他	0.20%

3. 討論與建議

實施論人計酬制度，係由試辦團隊承擔金門地區保險對象的照護責任及相對應的財務責任。金門是個

離島，由於地理上的區隔，保險對象的就醫理應多數在當地完成，因此照護責任及財務責任均相對明確。如果所有保險對象的醫療均由金門當地的醫療提供者提供，在固定的預算下（論人計酬的預測費用），整體而言，金門當地的醫療提供者並沒有財務上的風險（financial risk），而僅有服務的風險（service risk）（Kongstvedt 2013），亦即提供者即使提供較多的醫療服務，但只要預算沒有超出醫療服務成本的範圍，均沒有財務上的損失。

（二）風險計算方式

1. 研究方法

（1）門診風險校正模型建構

本會接受中央健保署的委託，已完成論人計酬的風險校正模型建構，對於個人未來一年的西醫醫療費用，已能做出相當好的預測（涂醒哲 et al. 2012; 2014）。惟該費用預測模型較適合用來計算試辦團隊整體的醫療費用預算，對於參與其中的家庭責任醫師而言，則僅能承擔門診醫療費用的風險。過去全民健康保險家庭醫師整合性照護計

畫即基於這樣的精神，發展相關的西醫門診費用預測模型(林文德 & 王獻章 2009)。本研究在過去發展西醫門診醫療費用預測模型的基礎上，根據最新的資料進行門診費用的風險校正模型建構，詳細的步驟如下：

A. 資料來源

自國家衛生研究院提供的全民健保學術研究資料庫中，由研究者以截至 2010 年的承保資料檔中抽出約 8%的樣本（以下簡稱健保 8%樣本），抽樣的策略如下：將 1997 年（含）前在保者分為一組（以第一次的投保資料年份認定），而 1997 年之後投保者依投保年加以分組，故自 1997 年至 2010 年共分為 14 組投保年組。隨後則以 365 個鄉鎮市區為單位進行投保人口的計算，如鄉鎮市區在 1997 年（含）前之投保人數超過 5000 人，則依投保年組、鄉鎮市區、性別及出生年齡，以 SAS 統計軟體的 PROC SURVEYSELECT 程式隨機抽出 8%的樣本，1997 年後每年新加入全民健保的保險對象亦以 8%的比例抽樣。如鄉鎮市區在

1997 年（含）前之投保人數少於 5000 人者，則該鄉鎮市區的保險象將全部抽出做為樣本，1997 年後這些人數較少地區亦以全部選取的方式成為樣本。此抽樣方式可確保新加入的保險對象包含於研究樣本中，而對於保險對象較少的地區亦能保留較多的樣本，以避免該地區樣本數過少的問題。整體而言，此樣本的保險對象數至 2010 年時約有 200 萬人，由於每年均補充全民健保的新加入者，因此，不致因新生兒或新投保者未納入樣本而產生代表性不足的問題。本研究抽樣方式與美國 Medicare 的 5% 保險對象抽樣檔的概念相近，均以不斷補充新進保險對象的方式，來達到樣本的代表性(Center for Medicare and Medicaid Services 2013)。

B. 門診模型建構方法

本研究採用風險分群的模式，將個人西醫門診費用相近者分類至同一群組，分類所依據的風險校正因子包括年齡、性別及診斷資料，相關的步驟及方法如下：

- a. 選取 8%樣本中 2009 年在保者為研究對象，並擷取其年及性別等人口因子。為避免費用極端者影響風險校正模型的預測能力，研究對象排除費用超過最高的 0.1 百分位數者，約為 66.3 萬點。
- b. 將研究對象 2008 年的門診及住院診斷之國際疾病分類第九版—臨床修訂版代碼 (International Classification of Diseases 9 version, clinical modification, ICD9-CM)，以臨床分類軟體 (Clinical Classifications Software, CCS) 歸類成 260 個 CCS 類別 (Agency for Healthcare Research and Quality 2012)。在門診部分為確定研究對象的診斷，門診臨床分類碼出現兩次以上 (含兩次) 時，才將該研究對象的該門診臨床分類碼納入。
- c. 取得研究對象 2009 年的個人西醫門診醫療總費用 (包括西醫門診費用、及藥局費用)。再將同一 CCS 的所有研究對象之個人醫療總費用加以平均，以獲得各 CCS 的平均醫療費用。隨後依各 CCS 之平均醫療費用來進行排序，

此費用高低排序即可做研究對象嚴重程度之依據。

- d. 依嚴重程度整理研究對象之所有 CCS 碼，並取該個案最高的 6 個 CCS 碼納入作為後續分類之風險校正因子。雖然因個人的合併症（comorbidities）數量變異相當大，每個人所帶的 CCS 數亦有很大的差異，但依據過去研究顯示，做為未來費用的預測因子，CCS 選取 6 個以上對於未來費用的預測力增加已有限，故本研究參考過去的研究，個人的 CCS 數亦僅取 6 個。
- e. 將所有研究對象分類至該 CCS 臨床分類軟體所界定的多層次(Multi-level)的第一層主要臨床分類(共 17 層，包括循環系統疾病、感染性疾病、癌症、內分泌、新陳代謝疾病等)，另加上無法分類或完全沒有診斷資料者，共 19 個主要臨床分類（major clinical categories, MCC）。
- f. 利用 CART(classification and regression tree)

軟體，將年齡、性別及上述代表個人疾病嚴重度的最重要 6 個 CCS 做為預測因子（即風險校正因子），以資料探勘的方法針對 19 個 MCC 分別進行群組分類，以得到研究對象的個人醫療費用預測模型。模型的建構所產生的最後群組大小需至少大於 500 人，以得到較佳的費用估計值，惟整體 MCC 類別人數不足 10,000 人者，組別最小人數則下調至 100 人。每個 MCC 的風險校正模型均進行 10 次反覆的交叉效度驗證（10-fold cross-validation），最終產生的風險群組稱為風險校正群組（risk-adjusted clusters, RACs）。

- g. 計算各 RACs 的平均費用，並除以所有研究對象的平均費用，即可取得各 RACs 的風險係數值（risk score, RS）。

金門地區照護對象的西醫門診醫療費用預測，係將保險對象依上述的分類邏輯分類至所屬的 RAC，首先需取得其預測費用前一年的各項風險

校正因子，即年齡、性別及最嚴重的六個 CCS，以 2012 年的保險對象西醫門診費用預測為例，其 CCS 處理的流程如圖 1。有了個人的風險校正因子後，即可依上述費用預測模型將其分類至適合的 RAC，而其 2012 年預測的費用即為 2012 年的全國每人平均西醫門診費用*個人所屬 RAC 之風險係數值。惟金門地區畢竟屬於離島，如以全國平均費用為基礎估算其費用，恐有較大的誤差，因此本研究以目前健保署論人計酬試辦計畫的費用計算方式，即以前一年(2011 年)金門地區平均每人西醫門診費用為基礎，校正人口結構的改變率及西醫門診費用的成長率後，計算當年(2012 年)的金門地區每人年平均西醫門診費用，以做為費用計算的基礎。

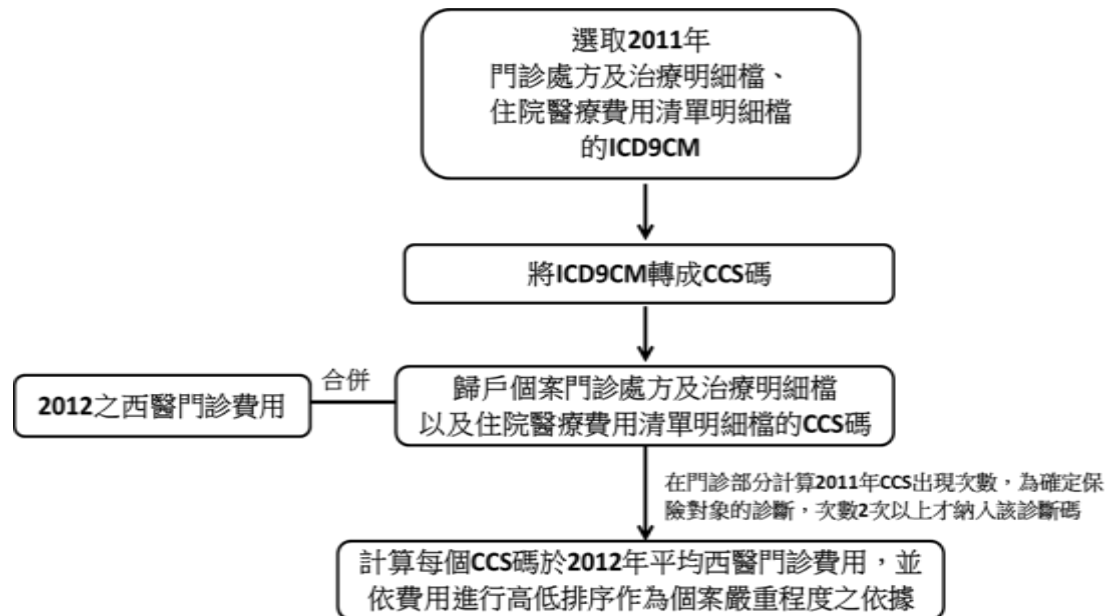


圖 1: CCS 嚴重程度處理流程圖

(2) 醫療院所門診財務表現模擬

根據上述方法發展出來的門診風險校正模型，我們可以對參與金門論人計酬計畫的照護對象進行門診費用的預測。如果以照護對象 2012 年當年門診就醫最高院所為個案的負責院所，當年無就醫者歸屬於金門醫院負責，我們可以將所有金門的照護對象指派至所有的院所，並以此計算該照護對象的實際西醫門診費用及風險校正模型預測的西醫門診費用，做為財務表現的模擬結果。我們以預測比代表預測費用與實際費用的比例，如果預測比高於 1，代表風險校正模型的預測費用

高於實際費用，反之預測比則低於 1。另外本研究以盈虧貢獻來反映院所對於整體門診財務的影響，其公式如下：

$$\text{盈虧貢獻} = (\text{院所預測費用} - \text{實際費用}) / (\text{整體預測費用} - \text{整體實際費用})$$

2. 結果

(1) 門診風險校正模型之預測表現

以個人排序最高的CCSs將每個人分類至19個MCCs，之後以其嚴重度（對於後一年費用的影響）排序最高的六個CCSs，加上年齡、性別兩個風險校正因子，本研究建構出的門診風險校正模型整體預測力表現詳如表4。由該表可以發現，此風險校正模型將所有的模型建構樣本（約180萬人）分類至124個風險校正群組（RACs, risk-adjusted clusters），最小的RAC為過去一年（2008年）沒有任何就醫診斷，且年齡為15至44歲的保險對象，其未來一年（2009年）的平均費用點數為2,055，如與當年的樣本門診平均費用點數（11,782）相較，其風險係數為0.174。相同的，

最大的RAC為泌尿生殖系統相關疾病，其2009年平均費用點數為438,013，風險係數即為37.18。

整體而言，本門診風險校正模型的預測力達47%，其中預測力最高者為泌尿生殖系統的59%，預測力最低的為過去一年沒有診斷的樣本，僅達1.2%。

表 4：整體門診風險校正模型及預測力表現

主要臨床類別 (MCC)	風險校正		平均費用	費用最小組 平均費用	費用最大組 平均費用	預測力
	組別 (RAC)	人數				
系統 0 Uncoded	5	517,986	2,602	2,055	9,967	1.2%
系統 1 Infectious	5	43,631	11,317	5,822	182,599	51.7%
系統 2 Neoplasms	6	33,590	41,414	9,983	205,586	22.6%
系統 3 Endocrine	8	73,081	29,068	8,818	81,094	19.1%
系統 4 Blood disease	3	4,346	18,466	11,466	61,926	6.4%
系統 5 Mental disord	6	44,825	26,627	17,011	74,027	14.6%
系統 6 Nervous systm	10	156,476	13,633	6,405	93,105	29.3%
系統 7 Circulatory	9	129,826	27,277	8,623	95,221	18.2%
系統 8 Respiratory	12	317,410	6,147	4,090	55,037	19.5%
系統 9 Digestive sys	9	99,334	10,759	5,591	48,596	12.8%
系統 10 Genitourinary	5	78,426	35,942	7,771	438,013	59.0%
系統 11 Pregnancy cmp	3	4,228	4,257	3,942	5,023	0.8%
系統 12 Skin/subcutan	5	41,389	6,170	3,899	30,342	10.2%
系統 13 Musculoskelet	9	97,613	15,102	8,884	85,517	17.5%
系統 14 Congenitanom	5	3,697	17,073	9,803	43,615	7.7%
系統 15 Perinatal cnd	2	885	6,840	3,807	13,712	21.9%
系統 16 Injury/poison	10	60,891	8,115	4,363	75,890	32.0%
系統 17 Health status	5	79,533	7,239	5,608	88,376	22.7%
系統 18 Unclassified	7	10,151	14,332	8,098	31,752	15.2%
合計	124	1,797,318	11,782	2,055	438,013	47.0%

註：預測力係指預測 R square，即 $1 - (\text{實際費用} - \text{模型預測費用})^2 / (\text{實際費用} - \text{平均費用})^2$ 。

(2) 醫療院門診財務表現模擬結果

表5顯示，金門地區院所的申報費用略低於其負責照護對象實際費用16%。主要原因為金門地區的院所照護的對象有一部分可能並非金門的常住人口（金門方戶籍人口有約12萬人，常住人口僅有約5萬人）。此比例最高達203%，最低僅有58.7%。照護對象的主要負責院所以金門醫院的照護人數最多，達24,468人，約占全部照護人數的一半，顯示多數金門地眾就醫場所為金門醫院，此情形亦可在表3的門診費用占率中應證。

表6則顯示，整體而言，金門地區西醫門診的預測費用略高於實際費用3%（預測比為1.03），亦即根據健保署論人計酬試辦計畫的計算方法，金門地區的門診費用應有盈餘的空間。反映在基層診所的預測比上，則是多數基層院所均有盈餘，對於盈餘的貢獻介於-9.8%至21.2%之間。反之，金門醫院的預測費用略低於實際費用1%（預測比0.99），但由於費用基礎龐大，1%的低估實際上代表近500萬的虧損，占整體盈餘的22.3%。

表 5：金門地區各層級院所之西醫門診實際與預測費用比較

院所層級	照護人數	院所申報費用	照護對象實際費用	占率	
金門醫院	24,468	295,845,076	401,118,475	73.9%	
診所	A1	2,767	19,535,746	21,862,334	89.4%
	A2	2,104	22,181,868	28,404,009	78.1%
	A3	1,758	16,547,334	11,035,909	149.9%
	A4	1,749	16,221,435	16,605,843	97.7%
	A5	1,731	9,498,443	10,349,562	91.8%
	A6	1,312	10,772,248	10,392,576	103.7%
	A7	1,178	12,450,020	14,095,610	88.3%
	A8	1,177	9,629,410	8,707,357	110.6%
	A9	964	8,940,294	6,266,075	142.7%
	A10	880	7,036,367	7,462,178	94.3%
	A11	838	10,391,692	15,964,432	65.1%
	A12	788	8,209,669	5,225,341	157.1%
	A13	676	8,793,993	10,817,356	81.3%
	A14	612	6,806,119	4,615,547	147.5%
	A15	539	12,673,489	6,229,280	203.5%
	A16	149	8,090,562	5,371,697	150.6%
	A17	689	9,708,662	7,091,495	136.9%
	A18	381	3,121,745	2,100,873	148.6%
	A19	827	7,196,087	6,464,800	111.3%
	A20	62	259,877	394,578	65.9%
	A21	2,359	21,421,747	27,635,996	77.5%
	A22	846	7,456,490	11,292,390	66.0%
	A23	784	5,114,308	6,375,525	80.2%
	A24	194	934,828	1,591,209	58.7%
合計	49,832	538,837,509	647,470,447	83.7%	

表 6：金門地區各層級院所之西醫門診實際與預測費用比較

院所層級	實際費用	預測費用	預測比	盈虧貢獻	
金門醫院	401,118,475	396,162,215	0.99	-22.3%	
基層診所	A1	21,862,334	22,109,901	1.01	1.1%
	A2	28,404,009	28,051,664	0.99	-1.6%
	A3	11,035,909	14,212,483	1.29	14.3%
	A4	16,605,843	19,214,465	1.16	11.7%
	A5	10,349,562	13,468,414	1.30	14.0%
	A6	10,392,576	10,622,453	1.02	1.0%
	A7	14,095,610	14,721,793	1.04	2.8%
	A8	8,707,357	11,124,768	1.28	10.9%
	A9	6,266,075	8,600,926	1.37	10.5%
	A10	7,462,178	7,255,246	0.97	-0.9%
	A11	15,964,432	16,938,908	1.06	4.4%
	A12	5,225,341	5,758,638	1.10	2.4%
	A13	10,817,356	10,225,238	0.95	-2.7%
	A14	4,615,547	4,640,837	1.01	0.1%
	A15	6,229,280	8,888,103	1.43	11.9%
	A16	5,371,697	3,188,922	0.59	-9.8%
	A17	7,091,495	9,776,405	1.38	12.1%
	A18	2,100,873	3,014,173	1.43	4.1%
	A19	6,464,800	6,502,048	1.01	0.2%
	A20	394,578	618,920	1.57	1.0%
	A21	27,635,996	32,344,034	1.17	21.2%
	A22	11,292,390	12,322,510	1.09	4.6%
	A23	6,375,525	7,253,631	1.14	3.9%
	A24	1,591,209	2,703,552	1.70	5.0%
合計	647,470,447	669,720,248	1.03	100.0%	

註：1.預測比= 預測費用/實際費用。

2.盈虧貢獻 = (該院預測費用-實際費用)/(整體預測費用-整體實際費用)。

3. 討論與建議

(1) 門診風險校正門診模型

本研究以約 180 萬人之人口因子（年齡、性別）及診斷相關因子（RACs）建立的風險校正門診模型，相較於過去國內風險校正模型的相關研究(Lin *et al.* 2003; Chang & Lai 2005; 謝孟甫 & 張睿詒 2006; Chang & Weiner 2010; Kuo & Lai 2010)，具有更好的預測力。此外，過去有關風險校正的研究多將 1%的費用極端個案加以排除，以提升模型的預測力。1%的費用極端個案費用約為 11 萬點，如將其排除，即可能無法納入多數的慢性病患者，如慢性腎衰竭或呼吸衰竭病人等，如此將降低論人計酬試辦計畫的疾病管理成效誘因，因此本研究將排除的條件設定為 0.1%的費用極端個案，而模型的預測力仍能達到其他研究的水準，顯示本風險校正模型有其一定的效度。此外，美國目前採用 CMS-HCC 做為 ACO 及其他論人計酬計畫支付的風險校正模型，其預測力亦僅達 12.46%，本研究的風險校正模型預測力為 47.0%，

應已足夠論人計酬試辦計畫使用。

(2) 財務分攤結果

本研究門診費用模擬結果顯示，金門地區的
西醫門診費用具有盈餘的空間，一年的額度約為
2.2 千萬，且基層院所可以結餘的空間更達 2.7 千
萬。惟因金門地區民眾的西醫門診就醫費用僅有
23%發生在當地的基層診所，亦即該節餘的空間大
部分並非該基層院所節省下來的，而是由其他 77%
的醫療提供者節餘下來的，其中包括 22%是由金
門醫院所節餘，因此把全部的基層院所負責照護
對象的西醫門診費用節餘全歸功於基層院所，或
是歸責其全部的虧損，均有失合理。因此本研究
建議參考美國科羅拉多州 Grand Junction 鎮的作法
(Bodenheimer & West 2010)，以醫療院所實際申報
點數乘以點值來計算醫療院所的初步費用，其餘
點值不足的部分則保留做為盈餘分配的依據。如
此可以保障院所得與目前健保總額制度下相同
的收入，盈餘的部分則可依據本研究模擬院所財
務表現的結果加以分配。根據本研究結果顯示，

金門地區的西醫門診費用具有盈餘的潛力，因此在所有院所通力合作，提供優質且有效的醫療照護，且輔以本研究建構的財務績效表現評量機制，提供所有金門地區院所參考比較及同儕制約的依據，應能實現盈餘分配的目標。

(三)家庭責任醫師制度之照護責任

1. 照護責任

要規劃家庭責任醫師與金門醫院合作下的財務分配方式，就必須把家庭責任醫師必須承擔的照護責任，以及相關的規定與配套措施先釐清，才能進一步去討論盈虧的歸屬。

依照目前健保署試辦論人計酬的規定，除了中醫、牙醫和與器官移植相關的處置之外，其他所有的醫療費用都在試辦涵蓋的範圍之內，這樣的規定，讓平常照護範圍只在門診部分的基層診所醫師，承受了很大的財務風險，依據目前試辦的結果，也證實了這個論點：在目前公布的 7 家試辦團隊第一階段成果中，有 6 家產生盈餘，而唯一虧損的團隊，也就是唯一由社區醫療群承接的團隊。分析該團隊的醫療費用結構，門診部分經過社區醫療群時期的運

作，已經因建立良好基礎而有很好的控制；反觀住院部分，由於社區醫療群團隊所在區域有好幾家中大型醫院，而該團隊無法與這些醫院在試辦下整合，所以當該團隊的照護對象至這幾家醫院就醫特別是住院時，這些醫院還是用論量計酬的思維在處理這些就醫，所以該團隊就很難控制住院部分醫療費用的成長，論人計酬的試辦也很難產生盈餘。也就是在論人計酬的財務架構下，住院部分的醫療費用，因為不在基層醫師的掌握中，會讓他們產生比較大的財務風險。

因此要讓金門基層醫師，願意以家庭責任醫師的身分加入金門醫院論人計酬的試辦，就必須將家庭責任醫師未來須承擔的責任，與金門醫院劃分清楚。如同前段所述，在業務上家庭責任醫師沒有直接負責住院的部分，所以其財務的責任應該就限制在門診部分，如此其財務風險才不會過大，影響其合作意願，這部分的風險分析，可參考前文門診風險校正模型建構 (p.54)。

此外，雖然健保署在試辦論人計酬時，強調不影響照護對象的就醫權益，亦即對民眾並不會限制其就醫的地點，然而站在鼓勵轉診的立場，尤其轉診是影響論人計酬成敗

的一個重要關鍵，我們希望金門民眾在初次就醫時，都能先找其家庭責任醫師，然後再由家庭責任醫師視其需求，轉診給醫院的專科醫師。當然這樣的規劃在不違反健保規定下，並非是強制性的，而台灣的民眾在享受了將近 20 年健保所賦予的就醫自由後，要改變也是非常困難的，甚至還可能抗拒這樣的改變，這也是我們希望照護對象加入家庭責任醫師制度時，是採用登記制的主要原因。因為事前必須與民眾做充分的溝通及說明，而在登記的同時，就讓民眾了解我們對他們有這樣的期待，所以雖沒有強制性，而這是在為了對他們提供從健康促進開始，更完整的照護及服務，還是希望他們盡量配合。因此家庭責任醫師雖不負責住院的業務，但為了讓醫療資源的使用更有效率，仍然應在適當的程度下將守門員（Gatekeeper）的角色扮演好。

2. 相關的規定與配套措施

在家庭責任醫師角色的擔任上，除了社區的基層醫師是理想的人選之外，衛生所主任也非常適合，因為衛生所本來就在執行預防保健的業務；甚至金門醫院的醫師也可以擔任家庭責任醫師，只要民眾信任，願意登記他為家庭

責任醫師即可。鑒於以往社區醫療群使用登記制時的經驗，登記應在非服務提供者處進行，並由民眾自行選擇其家庭責任醫師，才比較不會有逆選擇的情形出現。而為了讓照護對象的健康管理能落實，且考量每位醫師的照護能力有限，每位家庭責任醫師名下可登記的民眾人數應有上限。若民眾對其家庭責任醫師所提供的服務不滿意，應提供更換家庭責任醫師的機會，而在民眾權益、服務滿意度、及行政成本等多重因素的考量下，初期的頻率可訂為半年可選擇更換一次。此外因教育宣導、原有習慣、以及不受重視等種種因素，可能有許多民眾在初期並沒有加入登記，由於為初次試辦，並不需要將民眾特別指定給某一位家庭責任醫師，一方面是由於可能初期也沒有足夠的家庭責任醫師來照護全部民眾，其次則是因為如此便失去選擇登記制的意義，再者如何指派還有如公平性等技術層面的問題需克服；可待實施一段時間，成效令人滿意後，如需擴大參與範圍，再行考慮指派之方式。

(四)財務分配方式

在目前論人計酬的試辦中，試辦團隊的盈餘來自於實際醫療費用與虛擬總額之差異(詳細計算方式請參照健保

署論人計酬試辦計畫)，健保署在計算時，是將門診與住院的醫療費用合併計算，依據前文所述，家庭責任醫師的責任，在醫療部分主要在於門診，因此本研究建議，可將金門醫院在健保署所提供的資料中，分別將實際費用與虛擬總額各區分為門診及住院兩部分，門診部分的財務責任由家庭責任醫師承擔，住院部分則由醫院負責。

1. 門診部分

門診部分是家庭責任醫師主要的業務項目，而對照護對象的照護方式及醫師營運的目標，則與社區醫療群非常類似，金門基層醫師原本就參與醫療群的運作，所以擔任家庭責任醫師的角色，對他們一定也不陌生，應該不會不知從何著手；而唯一的小差異，就在於財務回饋的方式。之前醫療群的財務回饋方式有兩種，一種是論人頭的會員管理費，這是屬於固定的給付，稱為 A 型支付方案；另一種則與費用控制連結，節省的越多則回饋的越多，稱為 B 型支付方案，而此方案與論人計酬的基本概念相同，唯一不同的只是多了上下限，讓醫師不會完全沒有回饋，但節省再多，回饋也不會超過上限。這兩種支付方案各有優劣，所以本研究的設計希望將兩種方案結合，互相截長補

短，讓家庭責任醫師的回饋，能忠實反應照護的成果。

由於論人計酬強調疾病預防與健康促進，如果家庭責任醫師對照護對象的照護與管理服務，是涵蓋在健保支付或衛生局、國健署的補助項目內，就比較不會產生問題；但如果不是，純粹要靠未來費用節省的回饋，則會緩不濟急，特別是健康促進的部份，有可能要三、五年甚至更長的時間，才會反應在費用節省上，所以固定支付的部份，就是為了降低家庭責任醫師在上述情形下的不確定性，而這部份是如何支付給家庭責任醫師，在後文中會有詳細的設計。

至於變動支付的部份，也就是醫療費用節省的回饋，可分為三階段：在試辦初期可用全數回饋的方式來鼓勵家庭責任醫師的加入；若有虧損，則由衛生局補助，使家庭責任醫師在初期為零風險。至於補助費用的預算估計，則可參閱表 4。待試行一段時期後，結餘的部份則仿照論人計酬試辦的方式，分為基本回饋與品質回饋，基本回饋為可以全數回饋的部份，品質回饋則與論人計酬之品質指標連動，依達成比例回饋；而虧損亦與品質指標連動，未達成品質指標的部份，依照未達成的比例由家庭責任醫師承

擔虧損，衛生局僅補助達成比例的部份。當執行條件成熟，衛生局不再補助虧損，並從基本回饋中保留一部分作為再保基金，當家庭責任醫師之虧損超過一定數目時，由再保基金支應。上述各階段的進程條件，與相關的比例數目，均由協調中心（於後文中詳述）協商討論產生。

2. 住院部分

住院部分雖以醫院為主，但如前文所述，家庭責任醫師應在適當程度下扮演守門員的角色，其亦對住院相關費用的控制作出部分貢獻，故若住院部分產生盈餘，醫院應將部分比例與家庭責任醫師分享，比例則由協調中心協商討論產生。

五、 評估金門縣實施家庭責任醫師制度所需行政經費，並提供
相關數據與資訊

(一) 運作模式

在實施家庭責任醫師制度時，基層醫師與金門醫院的充份整合是必要的。本研究根據其他論人計酬團隊以及中部地區 18 群社區醫療群聯合執行中心的經驗，提出以下的運作模式(如圖 2)。

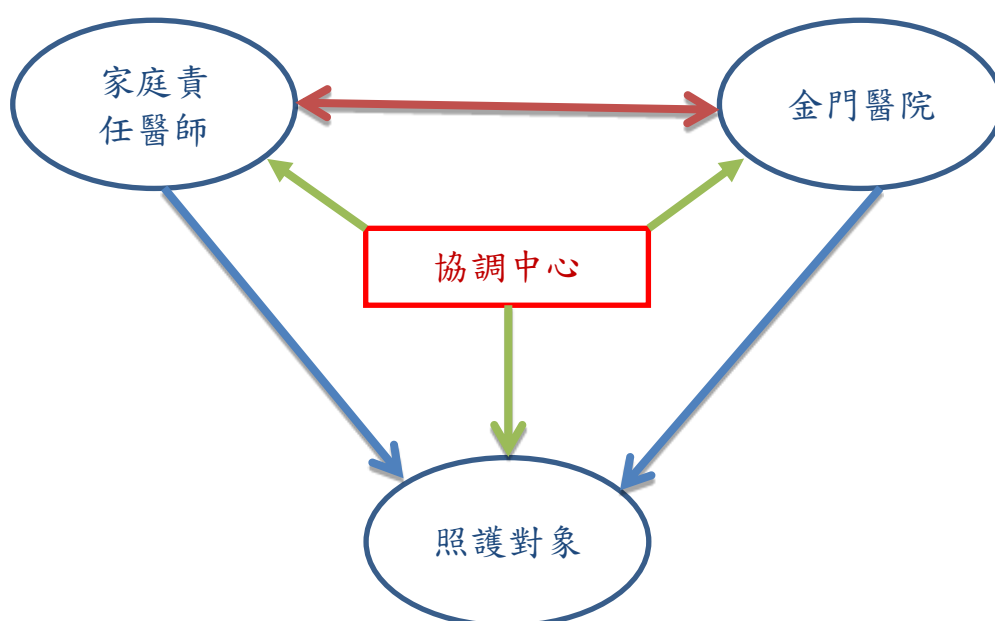


圖 2：建議願作模式

1. 基本精神

金門的民眾，不論登記與否均為照護對象，其健康由金門醫院與基層之家庭責任醫師共同負責，因此，本研究建議成立一協調中心（不使用執行中心，避免社區醫療群的執行

中心混淆)。

2. 照護責任分配

家庭責任醫師（可能是開業醫師也可能是金門醫院內的醫師）負責登記照護對象的健康諮詢、健康促進與預防保健、初級照護等工作，對於需要進一步檢查、住院的照護對象，由家庭責任醫師協助轉介至其他基層專科醫師或金門醫院適當的醫師或部門。對於未登記之照護對象，除繼續提供良好品質的照護外，亦須尋求機會對照護對象宣導家庭責任醫師制度以及相關健康資訊，促使照護對象能重視自己的健康，並考慮登記家庭責任醫師。開業醫師必須與金門醫院保持良好關係，包括瞭解金門醫院醫師之專長，參與相關教育訓練課程。

金門醫院除院內受登記為家庭責任醫師外，應協助基層開業醫師處理需進一步檢查或住院的照護對象，提供基層開業醫師照護對象在醫院接受照護內容的相關資訊，以及非看診時間的健康問題諮詢（主要功能為檢傷分類與基層醫師非看診時間的緊急照護）。另外，根據其他團隊的經驗，醫院必須提供繼續教育訓練、社區健康促進活動的相關人力，以及基層醫師的支援人力（提供代診服務，協助基層醫師有合理

的生活品質)

3. 照護對象

可根據本身需求與期望登記於自己選擇的家庭責任醫師，家庭責任醫師可為基層開業醫師、亦可為金門醫院內之醫師。照護對象是否登記，在健康照護提供之內容不須有所差別，但已登記之照護對象應可以得到更多健康促進與預防保健資訊，並由家庭責任醫師進行更完整的個案管理。

4. 協調中心

協調中心之建置可已有三個不同的方式：

(1)由衛生局建置：衛生局為所有醫療機構之管理單位，但照護內容的提供衛生局的角色不易協調。

(2)由金門醫院建置：就金門地區來說，金門醫院在照護提供、健康促進與預防保健的功能最完善，但公立醫院的角色較不具彈性。

(3)由基層醫師團體建置：雖然符合以基層照護為基礎的模式，但與金門醫院整合不易，且台灣成功案例均有一位熱心的基層醫師擔任關鍵性角色。

就現有狀況，由金門醫院出面建置應該是較為合適的方案，由衛生局提供經費成立任務編組，由金門醫院高層邀集

基層開業醫師代表，共同成立委員會，擬訂家庭責任醫師制度的實施細節，交付協調中人員執行。運作組織如圖 2。

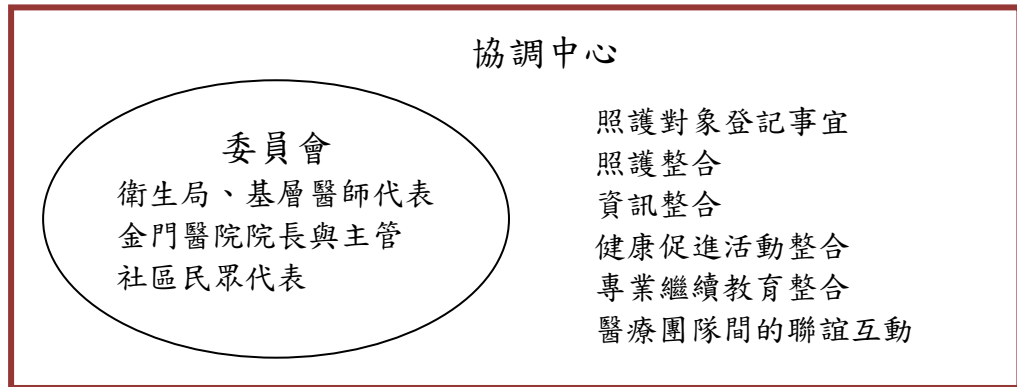


圖 3：協調中心組織架構與工作任務

協調中心有以下任務：

- (1) 照護對象登記事宜：包括登記方式、登記內容與登記異動流程等。
- (2) 照護整合：家庭責任醫師與金門醫院間照護整合的作業規範，轉診的流程與資訊需求，必要時可擔任病人在不同醫療單位轉送之協調者。
- (3) 資訊整合：家庭責任醫師與金門醫院間照護資訊共享與交流的作業規範，可透過衛福部之電子病歷交換平台或是金門醫院資料庫開放（轉診病人查詢資料庫）等進行。
- (4) 健康促進活動整合：規劃各社區（或基層家庭責任醫師診所）之社區健康促進活動，協調家庭責任醫師與

金門醫院所需的人力與相關設備，聯絡各活動之相關社區與配合單位。

(5) 專業繼續教育整合：除家庭責任醫師應有的教育訓練外，協調中心應協助將金門醫院舉辦之相關繼續教育資訊提供給基層開業醫師，以協助取得繼續教育學分。

(6) 醫療團隊間的聯誼互動：協助參與家庭責任醫師之成員與金門醫院醫療團隊的瞭解與互動，使家庭責任醫師能夠確實掌握其他醫療資源的訊息，可以讓家庭責任醫師提供照護對象更全面性的照護。

(二) 行政經費編列

1. 預估前提

由於目前健保署的原則是不重複參加試辦計畫，因此本研究以 7 家參與社區醫療群之診所（衛生所），再加上未參與社區醫療群的 3 家衛生所以共 10 家院所來進行估算，金門醫院以內科、家醫科與小兒科 12 位醫師估算，平均每家診所（醫師）以登記 300 位會員估計。

在估計上分成二部份，一為登記照護對象的健康管理費用，另一為建置協調中心之相關行政費用。

2. 登記會員之健康管理費

現行健保署實施之家庭醫師整合照護計畫中，每個登記會員最高給與 800 元的經費（包括 250 元的固定人頭費以及最高 550 點的管理績效費用），但是健保署計畫的會員是以主要就醫院所訂定，健康者與低度就醫者並不包含在內，家庭責任醫師強調前端的健康促進與預防保健服務，因此，本研究建議仍以健保署訂定之 800 元為度，但可適度提高固定之會員管理費至 300 元。其剩餘績效部分，可根據縣政府、衛生局之年度政策重點訂定績效指標，視各院所中登記會員的達成狀況給予相對點數，最後以浮動點值的方式計算，在計算績效達成時不以登記會員之院所為限，而是計算參與計畫之院所各像指標的達成狀況，以強調各專科扮演各自的角色與相互合作的觀念（例如照護對象登記於某內科診所，但是在婦產科診所進行子宮頸抹片，這部份績效歸婦產科診所）。就登記上限來看，根據資料顯示，2013 年底金門共有醫師 68 位，健保特約基層院所 27 家，若以金門醫院論人計酬照護對象 5 萬人做為估計，平均每位醫師須服務人口數為 735 人。但是因為照護對象可能不會去登記部分專科醫師做為家庭責任醫師，因此可以比照健保署現有規定 1000 人做為上限。

3. 協調中心之行政費用

由於目前金門醫院承做健保署之論人計酬試辦計畫，負責金門地區投保民眾的醫療照護，其虛擬點數以含括金門地區醫院與診所就醫點數，因此協調中心由金門醫院設置，其辦公場地、設施與辦公費用由金門醫院負責，可建立金門醫院在論人計酬試辦計畫中保留部分盈餘的正當性；另外，健保署認為社區健康促進活動是論人計酬試辦團隊降低醫療耗用的手段，並無另外給予經費，此部分亦應由金門醫院承擔。因此，本研究僅估計協調中心成力所需之人力配置。

根據台中澄清醫院的經驗，其所照護對象約 7 萬餘人，在未承接試辦計畫前，轉診公關課負責外界醫師轉介、社區健康活動、社區醫療群之行政事務；其中基層醫師轉介包含院所訪視、協助轉介病人就醫以及回報轉介醫師病人動向，社區健康活動則是與各社區接洽並規劃活動內容，並整合院內同仁參與該計畫，社區醫療群則包括應繳交之相關資料協助、繼續教育與共同門診的協助、24 小時醫療諮詢的支援，另外還包括醫院醫師與基層開業醫師的互動與醫療支援的協助等。承接計畫後於台中市東區設立 23 個健康小站，因此增聘 2 位護理師，負責規劃各站每月 2 次之健康活動，以及每

半年一次的大型社區健康活動，實際執行需協調院內各單位提供人力與相關設備；另外為了提報與監控健保署相關指標，於個管中新增聘一位行政人員協助彙整資料。

而根據台中市診所協會社區醫療群聯合執行中心的經驗，執行中心同仁 4 人負責 18 個社區醫療群(180 家診所)，其工作為提供健保署要求之表單、協助醫療群醫師完成並提報健保署要求之資料、提醒並協助醫師完成健保署所要求之指標、社區活動之歸化、聯繫與執行、規劃與執行社區醫療群要求之繼續教育或活動、協助調配 24 小時健康諮詢之人力。

因此，根據上文協調中心的功能，其人員編置如下，各人員雖有主責工作，但實際運作時必須相互協助與配合：

- (1) 主管：建議由金門醫院院長擔任，並指派院內一級主管擔任實際執行主管。
- (2) 轉介服務（2 人）：負責基層開業醫師轉介金門醫院照護對象之就醫協助、住院中關懷，診療結束後之動向回報。另外需負責協調金門醫院支援基層醫師休診期間之醫療諮詢服務。
- (3) 會員服務（2 人）：負責登記會員之資料管理（包括登記、異動等），協助建立家庭責任醫師績效分配指標，

計算每位家庭醫師應分配之健康管理費（包括固定與績效）。

- (4) 資訊整合（1人）：負責照護資訊的整合，協助基層開業醫師取得金門醫院之病歷資訊，提供登記會員與論人計酬照護對象所需指標之相關資訊。
- (5) 社區活動與繼續教育訓練規劃（1人）：負責各社區健康活動之接洽、活動企劃與執行、人力支援整合（包括社區家庭責任醫師與院內相關同仁，此部分須院長大力協助），社區健康活動以平均每鄉每年2次估算；提供基層開業醫師（不僅限於參加家庭責任醫師者）金門醫院各項繼續教育之資訊。

4. 費用估算

根據上述，本研究估算經費如下表（表1）

若照護對象登記踴躍，縣府衛生局可以酌予提高登記會員之健康管理費，而此部份之額度，仍可依政策需求與論人計酬試辦成效逐年調整。辦理之初，應著重於民眾與家庭責任醫師建立關係，績效指標宜單純、易達成，之後再逐年增加項目與提高目標。而協調中心人力配置，即使全部基層開業醫師加入，仍應有能力應付。

表 7：行政經費估算表

費用項目	單價	數量	總數
登記會員之健康管理費			
22 醫師（10 家診所+12 位金門醫院醫師）*300 人	800	6,600	5,280,000
登記會員固定管理費	300	6,600	1,980,000
登記會員健康管理績效	500	6,600	3,300,000
協調中心人力配置			
共 6 人，以平均月薪 35,000 元計，含薪資、勞健保、勞退等	708,750	6	4,252,500
法規規定項目以月薪 1.5 倍計，每人以 13.5 個月計算			
合計			9,532,500

參、 結論與未來研究建議

如前文所述，金門民眾的主觀幸福指數，在最近的一項調查顯示，於各縣市中排名第一，但是在金門縣衛生局委託調查去年（102 年）醫療品質滿意度的結果中，僅 51%受訪者滿意醫療服務品質，雖已較 101 年的 43.7%為高，但表示仍有將近一半的受訪者，對金門的醫療服務品質不滿意，而且其中有 43.9%的受訪民眾，對金門醫院的整體醫療服務品質持負面評價。因為受限於外島醫療資源不足，金門民眾對醫療服務品質不滿意已有相當久遠的歷史，就算價值 10 億的金門醫院新醫療大樓已於今年落成，要在短時間內扭轉民眾的印象，就如同本研究團隊在社區中進行民眾說明會時，一位民眾的評論：「硬體改善了還要看軟體呢！」從這句話中可以衍生出幾項思考：首先是民眾的需求是多面向的，單一面向的改善並不足以滿足金門目前的需求。其次是醫療硬體的改善就如同軍備競賽，在醫療科技日新月異的今天，是永無止境的，對原本醫療資源就不足的地區，更應該思考要如何善用得來不易的資源。再者是醫療軟體指的就是醫療服務，對許多人來說其重要性可能比醫療硬體還要高，因為高科技的硬體不見得一定用的到，但高品質的軟體，卻會讓民眾在每次的接觸過程中有感，有時甚至可以彌補硬體的不足。在幸福指數第一名的地區，有一項服務不能讓半數的民眾感到滿意，這絕對是執政者的壓力來源，也絕對是要

積極改善的目標，這應該就是金門縣要參與論人計酬試辦，還要進一步將基層醫療整合來試辦家庭責任醫師的重要因素，因為唯有從改變醫師收入來源來改變醫師提供服務的心態與方式，才能改變民眾對醫師及醫院的認知，也才能進一步改善醫病之間的關係與信任，最後才能達到讓民眾滿意的目的。

本研究團隊承接金門縣衛生局的委託，希望瞭解在金門將論人計酬的試辦結合家庭責任醫師制度的可行性為何。因而在計畫執行過程中，我們對當地的醫師與民眾各舉辦了兩場的說明會，也面對面訪談了五個鎮的衛生所主任、部分基層醫師、醫院相關主管、政府官員、及民意代表，透過這些說明會與訪談，我們整理出了要在金門試辦家庭責任醫師制度所要面臨的一些挑戰，以及在政策上要如何因應這些挑戰的相對建議，包括醫院與家庭責任醫師間的財務規劃，以及設計合適的組織架構來讓計畫的執行更有效率等。

在財務規劃方面，由於服務的提供靠的是人力，前文曾經提到，金門已經盡可能在培養新的醫護人力來投入醫療服務，但受限於時間及地理環境，這部份到目前為止還是成效有限，所以對於金門醫院服務品質的負面評價中，有相當大的一部分還是在於醫師輪調的頻繁及護理人員的短缺。所以雖然目前金門醫院接受台北榮總的支援，但醫師不能常駐於金門，對論人計酬或是家庭責任醫師制度的執行，還是

會有很嚴重的影響，此時在地的基層醫師們就會扮演一個非常重要的角色。依據說明會的互動與問卷及當面訪談的紀錄，好幾位基層醫師及衛生所主任對於論量計酬對醫療生態所造成的影響、醫療支付制度改革的重要性、以及透過論人計酬與家庭責任醫師來促進民眾健康的理念，都表示贊同，但當觸及他們是否願意擔任家庭責任醫師的問題時，有些醫師還是持保留的態度。姑且不論醫師族群是否具有較為保守的性格，但當面對一項風險較以往為大、收入又不確定的改革時，人性上難免會先採取觀望的態度；所以本研究在設計家庭責任醫師與金門醫院的財務分配時，將家庭責任醫師的財務風險限縮在門診部分，同時要求衛生局補助初期時的虧損，以及以人頭計算的健康管理費，就是希望能降低家庭責任醫師的風險，減少不確定性，提升基層醫師擔任家庭責任醫師的意願。

在執行計畫的組織設計方面，在論量計酬時，醫院與基層習於彼此互相競爭，互相搶病人，彼此都擔心病人轉出去就轉不回來，所以轉診一直無法落實。但論人計酬下，醫院與家庭責任醫師的合作非常重要，所以研究團隊規劃了「協調中心」，由所有相關的團體組成，包括醫院、診所、衛生局、甚至民眾，讓所有討論與溝通能在一個適當的平台上進行，而協調中心除了要負責照護、資訊、以及各種活動的整合，還要執行家庭責任醫師的登記，避免社區醫療群由服務提供

者負責登記的弊端。

健保法第 44 條要達成的目標是家庭責任醫師，論人計酬只是財務上的策略，當然這樣的策略非常重要，策略不對，目標可能永遠都不會達成。健保署第一階段的試辦只專注在論人計酬上，如今試辦期即將屆滿，應該在第二階段時，將家庭責任醫師的執行，納入試辦目標之一。而金門因簽約較晚的緣故，要較其他試辦單位晚一年結束，正好可以先將家庭責任醫師與論人計酬做一個嘗試性的整合，除了滿足自己如前文所提到的需求之外，更可以將過程及結果提供給健保署及其他縣市，做為未來實施的參考。在這份可行性評估中，我們除了提供了一些策略及方案，讓主管機關有更全面與深入的思考之外，在正式啟動之前，我們也建議應對以下的項目做進一步的研究及討論，以利未來執行：

- 一、 建立民眾之個人健康紀錄(Personal Health Record, PHR)，做為整合民眾至醫院及家庭責任醫師就醫、接受各種預防醫學服務、以及個人從事各項健康促進活動紀錄之平台。
- 二、 鼓勵民眾從事健康促進活動、參與家庭責任醫師登錄、及願意先至家庭責任醫師尋求協助之機制與誘因。
- 三、 民眾醫療後送資源運用重新規劃，以增加民眾在地醫療之誘因。

肆、 期末報告審查意見回覆

「金門縣論人計酬試辦結合家庭責任醫師制度」

期末成果報告審查會議記錄

一、 會議時間:103 年 11 月 19 日下午 2 時~4 時

二、 會議地點:衛生局一樓會議室

三、 主席:陳天順局長

四、 與會人員:詳如簽到表

五、 記錄人員:趙如虹

六、 報告事項:

(1) 主席致詞(略)

(2) 全健會報告(略)

七、 審查委員意見:

(1) 衛生局與金門醫院願積極推動論人計酬給付方式結合家

庭責任醫師，並推動健康促進之平台，可函請健保署參酌

本次研究計畫，儘早訂定家庭責任醫師實施辦法及推動時

程，本縣將全力配合辦理。

全健會回覆：本研究團隊將與健保署進行溝通、協商，並

請衛福部撥冗參考此計畫之成果報告。

(2) 家庭責任醫師收會員應採登記制，民眾可自願登記，滿 6

個月以上可依其意願更換家庭責任醫師。金門醫院如何與家庭責任醫師或社區醫療群醫師積極推動電子病歷交換，醫療資訊及健康紀錄的分享、整合及創新應用是十分重要的工作。

全健會回覆：本會已於成果報告中提出設置協調中心的規劃（見本報告 p.77），未來有賴協調中心進行相關作業。

- (3) 總體來看，該團隊呈現了專家學者從實地訪查及專業財務模型分析可行性評估，由實際數據來看應是有財務獲利空間，在未來的組織建議中，24 小時 call center 需要醫院與基層診所互相支援，是醫療團隊概念的模式，設置「平台中心」（協調中心）可由衛生局與醫院共同投入，全健會應提出建議：未來基層診所與醫院同時承作論人計酬試辦結合家庭責任醫師制度之操作及財務分配模型。

全健會回覆：本研究建議可將金門醫院在健保署所提供的資料中，分別將實際費用與虛擬總額各區分為門診及住院兩部分，門診部分的財務責任由家庭責任醫師承擔，住院部分則由醫院負責。論人計酬試辦結合家庭責任醫師制度之操作及財務分配模型之詳細內容請參考本報告 p.70-76。

(4) 論人計酬試辦計畫在金門醫院努力下，成績理想成果顯耀。

在縣府及衛生局規畫下，論人計酬試辦結合家庭責任醫師制度應如何符合法律規範，並研擬如何執行區域內醫療轉診制度，讓本縣的亞健康人口，在家庭責任醫師的協助下，真正落實預防醫學，避免醫療資源的濫用，才能完成「優質健康養生醫療島」之美麗遠景。

全健會回覆：健保法第 44 條明訂：「保險人為促進預防醫學、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。前項家庭責任醫師制度之給付，應採論人計酬為實施原則，並依照顧對象之年齡、性別、疾病等校正後之人頭費，計算當年度之給付總額。」因此，論人計酬結合家庭責任醫師之施行規範屬健保署權責範圍，目前健保署已進行論人計酬試辦，本團隊建議在不違背健保署論人計酬試辦實施原則下，金門縣可著手進行論人計酬結合家庭責任醫師制度。舉例來說：未來家庭責任醫師採取登記制，但不可限制民眾就醫，此為健保署現行之規範。

(5) 論人計酬給付方式結合家庭責任醫師制度應依此可行性

評估計畫之報告內容，如何以高效率方式落實，避免淪為

紙上談兵。

全健會回覆：本研究團隊已就財務風險模型進行分析，相關內容可參考本報告 p.52。本團隊建議未來可再召集金門縣之醫療院所進行相關討論，並可採實際辦理之方式，邊做邊修正，以利未來擴大實施。

- (6) 全健會承作本縣勞務採購案---「論人計酬試辦結合家庭責任醫師制度」可行性評估計畫，將審查委員意見修正於期末成果報告內，完成後即為通過。

全健會回覆：謝謝審查委員的建議。

參考文獻

- Agency for Healthcare Research and Quality (2012) Healthcare cost and utilization project (HCUP), clinical classifications software (CCS) for ICD-9-CM. Available at: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/toolssoftware/ccs/ccs.jsp> (accessed 22 Sep 2012).
- Bodenheimer T , West D (2010) Low-Cost Lessons from Grand Junction, Colorado. *New England Journal of Medicine* 363(15): 1391-1393.
- Center for Medicare and Medicaid Services (2013) Standard Analytical Files - LDS. Available at: <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Files-for-Order/LimitedDataSets/StandardAnalyticalFiles.html> (accessed 10 Oct 2013).
- Chang H-Y , Weiner JP (2010) An in-depth assessment of a diagnosis-based risk adjustment model based on national health insurance claims: the application of the Johns Hopkins Adjusted Clinical Group case-mix system in Taiwan. *BMC medicine* 8(1): 7.
- Chang RE , Lai CL (2005) Use of diagnosis-based risk adjustment models to predict Individual health care expenditure under the national health Insurance system in Taiwan. *J Formos Med Assoc* 104(12): 883-890.
- Kongstvedt P (2013) *Essentials of Managed Health Care*, 6 edn. Jones & Bartlett Learning, Burlington.
- Kuo R , Lai M-S (2010) Comparison of Rx-defined morbidity groups and diagnosis-based risk adjusters for predicting healthcare costs in Taiwan. *BMC Health Serv Res* 10(1): 126.
- Lin W, Chang RE, Hsieh CJ, Yaung CL , Chiang TL (2003) Development of a risk-adjusted capitation model based on principal inpatient diagnoses in Taiwan. *J Formos Med Assoc* 102(9): 637-643.
- 林文德 , 王献章 (2009) 家庭醫師整合性照護計畫實施健康管理支付制度方案之研究. 行政院衛生署 97 年度委託研究計畫(DOH97-NH-1003).
- 涂醒哲, 石曜堂, 李龍騰, 許玫玲, 林文德, 葉德豐, *et al.* (2012) 論人計酬之研究暨現行試辦計畫之輔導及執行成效評估. 中央健康保險署委託研究計畫(DOH101-NH-9012).
- 涂醒哲, 石曜堂, 李龍騰, 許玫玲, 林文德, 葉德豐, *et al.* (2014) 論人計酬制度成果評估與模式改善研究. 中央健康保險署委託研究計畫 (DOH102-NH-9022).
- 謝孟甫 , 張睿詒 (2006) 處方資訊用於台灣風險校正模型之初探. *臺灣公共衛生雜誌* 25(3): 189-200.

附錄、

附錄 1

金門縣衛生局 「金門縣實施家庭責任醫師制度說明會」 民眾回饋問卷

親愛的金門縣鄉親，您好：

金門縣衛生局委託「台灣永續全人醫療健康照護協會」舉辦此次說明會並進行問卷調查，希望了解您的就醫經驗、健康照護需求以及對未來健保政策的看法，您的意見對未來金門縣的醫療服務改進非常重要。請您撥冗填答這份問卷，答案沒有對錯之分，請依據您的實際經驗填答。

非常謝謝您的協助！

敬祝 健康快樂！

台灣永續全人醫療健康照
護協會
金門縣衛生局
敬啟

A1.現在您在金門有沒有一位醫師，他很了解您的身體狀況，您有什麼健康問題都會先請教他？

☐⁽¹⁾有

☐⁽²⁾沒有：那您是不是希望自己有一位這樣的醫師當家庭醫師？

☐⁽¹⁾非常希望 ☐⁽²⁾希望 ☐⁽³⁾普通 ☐⁽⁴⁾不希望 ☐⁽⁵⁾非常不希望

A2.金門縣如果設計一種制度，您有任何的健康問題都一定先找這位醫師，有需要看其他科別或需轉診時才由這位家庭醫師幫忙轉診。請問您支持這種制度嗎？

☐⁽¹⁾非常支持 ☐⁽²⁾支持 ☐⁽³⁾普通 ☐⁽⁴⁾不支持 ☐⁽⁵⁾非常不支持

A3.您是否同意未來採取「登記」的方式讓民眾選擇其家庭醫師？

☐⁽¹⁾是 ☐⁽²⁾否

A4.如果現在要您做選擇，您心中是不是已經有想要登記的家庭醫師人選？

☐⁽¹⁾是 ☐⁽²⁾否

A5.您會優先選擇醫院醫師、診所或衛生所醫師？

☐⁽¹⁾醫院醫師 ☐⁽²⁾診所醫師 ☐⁽³⁾衛生所醫師

A6.如果您不知道要選哪一個家庭醫師，您同意由衛生局幫您安排嗎？

☐⁽¹⁾非常同意 ☐⁽²⁾同意 ☐⁽³⁾普通 ☐⁽⁴⁾不同意 ☐⁽⁵⁾非常不同意

A7.如果您想要更換家庭醫師，您希望多久可變更一次？

☐⁽¹⁾隨時 ☐⁽²⁾半年 ☐⁽³⁾一年 ☐⁽⁴⁾一年半 ☐⁽⁵⁾二年

A8.您是不是同意「如果民眾都有一位家庭醫師，就比較不會浪費時間四處看醫師」？

☐⁽¹⁾非常同意 ☐⁽²⁾同意 ☐⁽³⁾普通 ☐⁽⁴⁾不同意 ☐⁽⁵⁾非常不同意

A9.您是不是同意「金門縣的衛生所、診所及醫院應進一步互相合作，更有效地照顧民眾的健康」？

☐⁽¹⁾非常同意 ☐⁽²⁾同意 ☐⁽³⁾普通 ☐⁽⁴⁾不同意 ☐⁽⁵⁾非常不同意

A10.您是不是同意「金門縣的民眾應該更積極參與金門健康促進與醫療環境改善的規劃」？

☐⁽¹⁾非常同意 ☐⁽²⁾同意 ☐請翻到背面繼續填寫 ☐⁽⁵⁾非常不同意

A11. 以下各項促進民眾健康的措施中，您覺得金門最需要改進的是什麼？（請依優先順序標示 1,2,3...）

☐⁽¹⁾教育民眾如何保養自己的健康 ☐⁽²⁾增加照顧民眾基本醫療需求的醫護人力

☐⁽³⁾增加更多醫療科別服務 ☐⁽⁴⁾投資更多治療急重症的醫療設施

☐⁽⁵⁾其他（請說明）：_____

A12.請問您是否曾經到台灣本島就醫過？

☐⁽¹⁾是（請至 A13 題填答） ☐⁽²⁾否（請至 A14 題填答）

A13.請問最近一次您到台灣本島就醫，而非在金門就醫的主要原因為何？

☐⁽¹⁾自己覺得有必要專程前往台灣就醫 ☐⁽²⁾醫師建議轉診

☐⁽³⁾有事到台灣順便看病 ☐⁽⁴⁾其他_____

A14.請問您對金門縣實施家庭責任醫師制度有什麼期待或建議？

B1.請問您的年齡：_____歲，及性別：☐⁽¹⁾男性 ☐⁽²⁾女性

B2.請問您住在金門縣的哪個地區？_____（鎮、鄉）

B3.請問您和您家裡的人的總收入，每個月大約有多少？

☐⁽¹⁾無固定收入 ☐⁽²⁾未滿 2 萬元 ☐⁽³⁾2 萬元～未滿 3 萬元

☐⁽⁴⁾3 萬元～未滿 5 萬元 ☐⁽⁵⁾5 萬元～未滿 8 萬元

☐⁽⁶⁾8 萬元～未滿 12 萬元 ☐⁽⁷⁾12 萬元及以上

B4.請問您的最高學歷：

☐⁽¹⁾不識字或未接受正規教育 ☐⁽²⁾國小

☐⁽³⁾國中或初中畢（肄）業 ☐⁽⁴⁾高中（職）畢（肄）業

☐⁽⁵⁾專科畢（肄）業 ☐⁽⁶⁾大學畢（肄）業或以上

B5.您由何處得知本次說明會訊息？（可複選）

☐⁽¹⁾金門日報 ☐⁽²⁾社區發展協會 ☐⁽³⁾里長廣播 ☐⁽⁴⁾其他_____

附錄 2

金門縣衛生局 「金門縣實施家庭責任醫師制度說明會」 醫師回饋問卷

親愛的醫師，您好：

金門縣衛生局委託「台灣永續全人醫療健康照護協會」舉辦此次說明會並進行問卷調查，希望了解您的執業經驗、金門照護需求以及對未來健保政策的看法，您的意見對未來金門縣的醫療服務改進非常重要。請您撥冗填答這份問卷，答案沒有對錯之分，請依據您的實際經驗填答。

非常謝謝您的協助！

敬祝 健康快樂！

台灣永續全人醫療健康照護協會

金門縣衛生局

敬啟

A1. 在您每天所看的病人中，大約有多少比例屬於長期在您這裡就醫的病人，您很了解他們的身體狀況，他們有什麼健康問題都會先請教您，您可以說是他們的家庭醫師？

☐⁽¹⁾ 10%或以下

☐⁽²⁾ 11%-20%

☐⁽³⁾ 21%-30%

☐⁽⁴⁾ 31%-50%

☐⁽⁵⁾ 51%-75%

☐⁽⁶⁾ 大於 75%

A2. 金門縣如果設計一種制度，民眾有任何的健康問題都一定先找他們的醫師，有需要看其他科別或需轉診時才由這位家庭醫師幫忙轉診。請問您支持這種制度嗎？

☐⁽¹⁾ 非常支持

☐⁽²⁾ 支持

☐⁽³⁾ 普通

☐⁽⁴⁾ 不支持

☐⁽⁵⁾ 非常不支持

A3. 您是否同意未來民眾採取「登記」的方式讓民眾選擇其家庭醫師？

☐⁽¹⁾ 是

☐⁽²⁾ 否

A4. 如果民眾不知道要選哪一個家庭醫師，您同意由衛生局幫忙安排嗎？

☐⁽¹⁾ 非常同意

☐⁽²⁾ 同意

☐⁽³⁾ 普通

☐⁽⁴⁾ 不同意

☐⁽⁵⁾ 非常不同意

A5. 如果民眾想要更換家庭醫師，你認為多久可變更一次？

☐⁽¹⁾ 隨時

☐⁽²⁾ 半年

☐⁽³⁾ 一年

☐⁽⁴⁾ 一年半

☐⁽⁵⁾ 二年

A6. 您是不是同意「如果民眾都有一位家庭醫師，就比較不會浪費時間四處看醫師」？

☐⁽¹⁾ 非常同意

☐⁽²⁾ 同意

☐⁽³⁾ 普通

☐⁽⁴⁾ 不同意

☐⁽⁵⁾ 非常不同意

A7. 您是不是同意「金門縣的衛生所、診所及醫院應進一步互相合作，更有效地照顧民眾的健康」？

☐⁽¹⁾ 非常同意

☐⁽²⁾ 同意

☐⁽³⁾ 普通

☐⁽⁴⁾ 不同意

☐⁽⁵⁾ 非常不同意

A8. 您是不是願意參加家庭醫師的相關訓練？

☐⁽¹⁾ 非常願意

☐⁽²⁾ 願意

☐⁽³⁾ 普通

☐⁽⁴⁾ 不願意

☐⁽⁵⁾ 非常不願意

A9.您是不是同意「金門縣的民眾應該更積極參與金門健康促進與醫療環境改善的規劃」？

☐⁽¹⁾非常同意 ☐⁽²⁾同意 ☐⁽³⁾普通 ☐⁽⁴⁾不同意 ☐⁽⁵⁾非常不同意

A10.以下各項促進民眾健康的措施中，您覺得金門最需要改進的是什麼？（請依優先順序標示 1,2,3...）

☐⁽¹⁾教育民眾如何保養自己的健康 ☐⁽²⁾增加照顧民眾基本醫療需求的醫護人力

☐⁽³⁾增加更多醫療科別服務 ☐⁽⁴⁾投資更多治療急重症的醫療設施

☐⁽⁵⁾其他（請說明）：_____

B1. 聆聽完此次的說明會後，您的看法與建議為何？

B2. 未來實施家庭責任醫師制度後，您希望衛生局和金門醫院提供什麼協助？

B3. 請問您對金門縣實施家庭責任醫師制度有什麼期待或建議？

B6. 請問您的年齡：_____歲，及性別：☐⁽¹⁾男性 ☐⁽²⁾女性

B7. 請問您的執業地區？ _____（鎮、鄉）

B8. 請問您的執業場所類別？

☐⁽¹⁾醫院 ☐⁽²⁾診所 ☐⁽³⁾衛生所 ☐⁽⁴⁾其他 _____

B9. 請問您在金門的執業時間共計_____年

B10. 您由何處得知本次說明會訊息？（可複選）

☐⁽¹⁾醫師公會 ☐⁽²⁾金門衛生局 ☐⁽³⁾其他_____

附錄 3

「金門縣論人計酬試辦結合家庭責任醫師制度」

中午場醫療人員說明會

簽到表

103 年 6 月 25 日

序號	姓名	單位職稱	簽到
001	陳天順	金門縣衛生局長	陳天順
002	李金治	金門縣衛生局副局長	
003	吳俊輝	金門縣衛生局醫事科科长	吳俊輝
004	趙如虹	金門縣衛生局醫事科專員	趙如虹
005	黃宗炎	金門縣醫師公會理事長	黃宗炎
006	許仲雄	金門縣醫師公會總幹事	
007	薛雅元	衛福部金門醫院家醫科醫師	薛雅元
008	陳蕾如	禾心診所小兒科醫師	陳蕾如
009	李國卿	禾心診所骨科醫師	李國卿
010	劉兆輝	重成診院長	劉兆輝
011	吳錫鋪	吾家診所醫師	吳錫鋪
012	陳毅書	陳毅書皮膚科診所院長	陳毅書
013	蔡建鑫	蔡建鑫小兒科家醫科診所負責醫師	蔡建鑫
014	李月娥	李月娥家醫科婦產科診所醫師	李月娥
015	翁文慶	衛福部金門醫院泌尿科醫師	翁文慶
016	翁康寧	衛福部金門醫院家醫科醫師	翁康寧

017	鍾民勳	健民診所醫師	
018	張其燭	金門醫院病歷室主任	張其燭
019	洪德舜	金門縣休閒農業漁業促進會總幹事	洪德舜
020	王文君	金門王文君小兒科家庭醫學科診所院長	
021	謝博生	台灣大學醫學院名譽教授	謝博生
022	涂醒哲	全健會理事長	涂醒哲
023	石曜堂	財團法人台灣醫務管理學會榮譽理事長	石曜堂
024	李龍騰	全健會秘書長	李龍騰
025	楊志良	亞洲大學健康產業管理學系講座教授	楊志良
026	洪德仁	洪耳鼻喉科診所院長	洪德仁
027	蔡篤堅	台北醫學大學醫學人文研究所所長	蔡篤堅
028	葉德豐	中臺科技大學醫療暨健康產業管理學系副教授	葉德豐
029	許政玲	臺北醫學大學醫務管理學系暨研究所副教授	許政玲
030	余儀呈	芝山診所院長	余儀呈
031	曹放之	全健會副秘書長	曹放之
032	李恬恬	全健會研究助理	李恬恬
033	黃維紫	全健會研究助理	黃維紫
034	周盈君	全健會研究助理	周盈君
035			
036			

037	衛福部		許成榮
038	衛生局		
039	衛生局	衛生局遠東醫院	符瑞英
040	衛生局	金門H	Cathy 技師
041	許仲威	金門縣醫師公會	許仲威
042	薛素雲	金健康診所	薛素雲
043			
044			
045			
046			
047			
048			
049			
050			
051			
052			
053			
054			
055			
056			

附錄 4

「金門縣論人計酬試辦結合家庭責任醫師制度」

>3人

第二次醫療人員說明會

簽到表

103 年 10 月 22 日

序號	姓名	單位職稱	簽到
001	陳天順	金門縣衛生局長	陳天順
002	李金治	金門縣衛生局副局長	李金治
003	吳俊輝	金門縣衛生局醫事科科长	吳俊輝
004	趙如虹	金門縣衛生局醫事科專員	趙如虹
005	劉兆輝	重成診院長	劉兆輝
006	吳錫鋪	吾家診所醫師	吳錫鋪
007	楊恭孝	佑誠診所醫師	
008	侯俊吉	金城診所醫師	侯俊吉
009	鍾民勳	健民診所醫師	鍾民勳
010	吳曉蘋	彭小兒科診所彭小兒科診所護理師	吳曉蘋
011	陳宗伯	金門縣烈嶼鄉衛生所金門縣烈嶼鄉衛生所主任	陳宗伯
012	張其嫻	金門醫院病歷室主任	張其嫻
013	李月娥	李月娥家醫科婦產科診所醫師	李月娥
014	李龍騰	台灣永續全人醫療健康照護協會秘書長	李龍騰
015	曹放之	台灣永續全人醫療健康照護協會副秘書長	曹放之
016	葉德豐	中臺科技大學醫療暨健康產業管理學系副教授	葉德豐

017	許政玲	臺北醫學大學醫務管理學系暨研究所副教授	許政玲
018	林文德	長榮大學醫務管理學系副教授	
019	李恬恬	台灣永續全人醫療健康照護協會研究助理	李恬恬
020	黃維紫	台灣永續全人醫療健康照護協會研究助理	黃維紫
021	周盈君	台灣永續全人醫療健康照護協會研究助理	周盈君
022	黃宗炎	新起群診所醫師	黃宗炎
023	林佩珍	金城衛生所	林佩珍
024	傅仰賢	金門醫院內科主任	傅仰賢
025			
026			
027			
028			
029			
030			
031			
032			
033			
034			
035			
036			