



衛生福利部
中央健康保險署

醫院及其他預算專案 計畫執行成果報告



報告人：第一部分陳專門委員真慧
第二部分李副組長純馥

報告大綱-1

1 提升住院護理照護品質計畫

2 急診品質提升方案

3 醫療給付改善方案

4 慢性B型及C型肝炎治療計畫

5 醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫

報告大綱-2

6 論人計酬試辦計畫

7 醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方式

8 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

9 藥事居家照護試辦計畫

10 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫

11 全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫



醫院及其他預算專 案計畫執行成果 報告-第一部分

報告人：陳專門委員真慧





衛生福利部
中央健康保險署

提升住院護理照護 品質計畫



102年計畫目標及重點

◆ 目的：

鼓勵醫院重視護理照護，增加護理人力配置，提高住院病人醫療照護品質。

◆ 對象：屬醫院總額範圍內之特約醫療院所。

102年方案給付方式

品質指標報告

- 醫院於每季填報資料：跌倒意外人數、院內感染、壓瘡發生人數、出院病人數、年資3個月以上護理人員離職率、該院2年以上年資護理人員比率
- 每半年填報1次住院護理服務滿意度。
- 每半年結算1次，每次支給5萬元。

通過醫院評鑑人力標準

以醫院評鑑人力基準的護理人力作標準，達到C、B、A標準之醫院以每月申報住院護理費支付標準加成獎勵。

補助新增護理人員數

102年各醫院每月平均執業登記護理人員數較於101年增加者，並依醫院病床之變動情況校正計算。每位增加人員補助金額如下：

- 地區醫院及各層級離島醫院：增加人員每位保障點值補助36萬元。
- 其餘每人每年補助金額上限為25萬點，採浮動點值計算(每點不高於一元)。

補助住院護理費點數

特約醫院於102年（費用年月）申報表列之「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」住院護理費者，其不同病床之住院護理費依表列補助，全年結算一次，採浮動點值結算，每點不高於一元。

歷年預算執行數與執行率

◆ 98年至102年預算執行情形：

項目 \ 年度	98年	99年	100年	101年	102年
預算數(億元)	8.325	8.325	10.0	20.0	25.0
預算執行數(億元)	7.5	8.325	8.74	19.96	24.95
預算執行率	90%	100%	87.5%	99.8%	99.8%
獎勵金核發醫院家數(家)	461	456	476	502	492
獎勵金核付點數(億點)	7.5	8.56	8.74	19.96	24.95

註：

1. 99年核付點數8.56億點，已超出原協定預算數，依方案內容，護理人力部分將依全年浮動點值計算，每點支付金額約0.97119865元。
2. 103年方案尚未執行。

護理品質指標值登錄-1/2

- ◆ 102年全體跌倒發生率、壓瘡發生率及感染發生率均較101年低。
- ◆ 各層級院所因醫院特性不同，品質指標值呈現不同的發生趨勢。整體而言，除慢性醫院外，醫學中心之跌倒率、壓瘡率及感染率較其他層級為高；精神專科醫院則是跌倒發生率高於其他特約層級院所。

層級別	跌倒發生率		壓瘡發生率		感染發生率	
	101年	102年	101年	102年	101年	102年
全體	0.68%	0.45%	1.03%	0.60%	3.38%	1.60%
醫學中心	0.58%	0.44%	0.91%	1.12%	2.15%	2.13%
區域醫院	0.52%	0.36%	0.43%	0.26%	1.60%	1.17%
地區醫院	0.38%	0.44%	1.30%	0.78%	3.94%	2.07%
精神專科	3.40%	2.22%	0.01%	0.00%	1.40%	0.62%
慢性醫院	0.54%	1.49%	2.61%	3.07%	14.72%	12.46%

註：發生率=當年指標數/當年住院人次

護理品質指標值登錄-2/2

- ◆ 102年住院護理滿意度上升；護理人員季離職率下降；年資2年以上護理人員比率(季)上升。

層級別	上半年滿意度		下半年滿意度		年資3個月以上護理人員季離職率		該院2年以上年資人員護理比率(季)	
	101年	102年	101年	102年	101年	102年	101年	102年
全體	88.43%	88.68%	88.69%	88.80%	3.68	3.47	64.13	65.63
醫學中心	93.49%	92.94%	93.50%	93.95%	2.26	2.05	77.58	76.12
區域醫院	90.24%	90.97%	91.03%	91.52%	3.05	2.93	71.68	72.62
地區醫院	88.00%	88.26%	88.16%	88.12%	3.94	3.73	61.06	63.40
精神專科	85.43%	84.91%	84.57%	85.53%	3.00	3.02	66.82	70.41
慢性醫院	89.51%	91.17%	90.78%	91.60%	7.80	5.09	52.84	34.26

*護理滿意度達88%以上

執行概況-護理人力統計

◆ 101年本方案計算之住院護理人力總計為54,281人，102年則為58,350人，增加4,069人，其占醫院執登人數比率分別為58.8%、61.1%。

層級	C1急性病房(含急性精神病床)		C2手術室		C3手術恢復室、觀察室		C4產房及待產室		C5嬰兒室	
	101年	102年	101年	102年	101年	102年	101年	102年	101年	102年
醫學中心	10,963	11,101	2,307	2,444	398	415	331	348	230	222
區域醫院	11,042	12,313	2,333	2,540	638	718	536	578	440	471
地區醫院	6,141	6,559	1,037	1,108	559	604	266	288	493	509
精神專科 慢性醫院	940	1,182								
合計	29,086	31,155	5,677	6,092	1,595	1,737	1,133	1,213	1,163	1,202

層級	C6門診		C7血液透析室		C8燒傷病房及嬰兒病房		C9精神科日間照護單位		慢性病房	
	101年	102年	101年	102年	101年	102年	101年	102年	101年	102年
醫學中心	2,632	2,824	959	989	988	942	81	90		
區域醫院	3,085	3,548	1,919	2,086	902	939	163	192		
地區醫院	2,130	2,452	1,490	1,510	148	162	44	37		
精神專科 慢性醫院	96	98					100	105	757	830
									133	146
合計	7,943	8,922	4,369	4,584	2,037	2,043	388	424	890	976

註：101年醫院平均執登總人數為92,331人；102年執登人數為95,546人

執行概況-淨增加護理人員數

- ◆ 102年全國參與本方案之醫院護理人員執業登錄共計95,170人，較101年全國參與本方案之院所執業登錄之護理人員數，總計增加2,841人，扣除新成立院所及原醫院床位增加所增加之護理人員598人，102年已參與本方案之院所共計淨增加2,243人，102年執登護理人員數成長率2.43%。

類別	99年	100年	101年	102年	總計
醫學中心	222	674	640	932	2,468
區域醫院	908	769	342	1071	3,090
地區醫院	29	229	145	235	638
精神專科	25	37	-52	13	23
慢性醫院	-	-	-6	-8	-14
合計	1,184	1,709	1,069	2,243	6,205

款項應用統計

◆ 102年須完成款項應用登錄之醫院，共計494家，已登錄492家，尚有2家醫院因已歇業未完成登錄。

單位：百萬

層級別	增聘 護理人力	提高大小 夜班費	用於 加班費	提高護理 人力薪資	加發 獎勵金	全年度款項 應用總金額
醫學中心	347.2	261.4	113.1	79.6	102.0	903.3
區域醫院	280.2	198.0	78.6	185.6	210.8	953.2
地區醫院	204.9	82.0	60.0	91.6	116.2	554.7
精神專科	14.6	23.0	2.9	13.2	20.0	73.7
慢性醫院	2.2	1.3	0.8	2.1	3.3	9.7
總計	849.0	565.7	255.4	372.2	452.3	2,494.7
占率	34.03%	22.68%	10.24%	14.92%	18.13%	100.00%

執行成效

- ◆ 全民健康保險提升住院護理照護品質方案實施5年(98-102年)，共挹注71.65億元用於提升護理人力配置及護理人員獎勵措施，累計5年共增加護理人力6,205人，藉由本方案之實施，增加院所提升護理人力配置之動機，經由護理人力數之統計，發現在各層級院所皆有正面之促進效益。
- ◆ 獎勵款項之應用依醫院登錄統計，多用於增聘護理人力、提高大小夜班費、加發獎勵金、提高護理人員薪資等，未來將持續進行款項運用之查核，醫院如未落實前述規定，健保署將予以追扣款項。



衛生福利部
中央健康保險署

急診品質提升方案



緣由、目的及經費

◆ 緣由及施行日期：

大醫院急診壅塞為大眾關心，影響重症醫療品質，101年5月起施行本方案。

◆ 目的：

1. 確保重大疾病照護品質
2. 落實品質導向轉診制度
3. 提升急診病人處置效率
4. 提高急診照護品質

◆ 經費：

101年至103年每年均編列3.2億元預算支應。

醫療服務提供及利用情形-1/2

◆ 近3年全國各級檢傷分類急診案件：

年度別	100年		101年		102年	
/檢傷分類	件數(萬件)	占率	件數(萬件)	占率	件數(萬件)	占率
第1級	18.0	2.49%	16.6	2.28%	15.6	2.28%
第2級	87.7	12.17%	80.0	10.99%	75.2	10.95%
第3級	400.4	55.59%	432.6	59.42%	416.4	60.62%
第4級	152.6	21.19%	140.0	19.23%	124.5	18.13%
第5級	13.4	1.86%	11.9	1.64%	10.3	1.50%
其他	48.2	6.69%	46.9	6.44%	44.8	6.53%
總計	720.3	100.00%	728.0	100.00%	686.9	100.00%

◎資料來源：健保署二代倉儲門診、住院明細醫令檔(擷取日期：103年3月31日)。

◎成長率係指與去年同期比較。

醫療服務提供及利用情形-2/2

近3年各層級醫院各級檢傷分類急診案件

特約類別	檢傷類別	100年		101年		102年	
		件數(萬)	占率	件數(萬)	占率	件數(萬)	占率
醫學中心	小計	195.5	100.0%	195.2	100.0%	183.7	100.0%
	第1級	7.4	3.8%	6.9	3.6%	6.2	3.4%
	第2級	35.0	17.9%	33.1	17.0%	32.0	17.4%
	第3級	115.2	58.9%	122.9	62.9%	115.8	63.0%
	第4級	34.2	17.5%	28.4	14.6%	25.6	13.9%
	第5級	3.1	1.6%	2.7	1.4%	2.3	1.3%
	其他	0.6	0.3%	1.2	0.6%	1.9	1.0%
區域醫院	小計	366.0	100.0%	372.7	100.0%	347.3	100.0%
	第1級	8.5	2.3%	7.8	2.1%	7.5	2.2%
	第2級	43.6	11.9%	38.8	10.4%	35.4	10.2%
	第3級	218.4	59.7%	237.1	63.6%	228.1	65.7%
	第4級	85.4	23.3%	79.7	21.4%	68.0	19.6%
	第5級	7.5	2.0%	6.5	1.7%	5.2	1.5%
	其他	2.6	0.7%	2.9	0.8%	3.1	0.9%
地區醫院	小計	153.4	100.0%	154.4	100.0%	151.5	100.0%
	第1級	2.0	1.3%	1.9	1.2%	1.9	1.3%
	第2級	9.1	5.9%	8.1	5.3%	7.8	5.2%
	第3級	66.8	43.5%	72.6	47.0%	72.4	47.8%
	第4級	33.1	21.6%	31.9	20.6%	31.0	20.4%
	第5級	2.8	1.8%	2.7	1.8%	2.8	1.9%
	其他	39.6	25.8%	37.2	24.1%	35.5	23.4%



費用支付方式-1/3

重症照護

- 訂定到院急診一定時間內接受必要之用藥或治療處置或手術之標準及獎勵。
 - 急性腦中風、急性心肌梗塞、重大外傷獎勵2,000點
 - 嚴重敗血症獎勵1,000點

轉診品質獎勵

- **上轉：**醫院照護能力未符需求之病人，轉診至上一級醫院給予獎勵，每個案轉出及轉入醫院各支付500點。
 - 主診斷包括急性心肌梗塞，急性腦中風、主動脈剝離、重大外傷須緊急手術、大量腸胃道出血、嚴重敗血症等疾病。
- **下轉或平轉：**收治病況穩定者，轉出至同等級或下一級醫院之適當醫療機構，給予獎勵，下轉個案之轉入及轉出醫院各支付1,000點，平轉個案醫院各支付500點。
 - 主診斷包括上消化道出血，肺炎，泌尿道感染、肝硬化或肝昏迷、鬱血性心臟衰竭、軟組織之蜂窩組織炎等疾病急診病人。

費用支付方式-2/3

◆ 急診處置效率獎勵指標

☐ 壅塞指標：急診病人停留超過24小時之比率

☐ 效率指標：

1. 完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6小時之比率
2. 檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8小時之比率
3. 檢傷四、五級急診病人離開醫院<4小時之比率
4. 地區醫院急診病人增加

費用支付方式-3/3

維持獎：
壅塞指標
 $\leq 1\%$

- 以該院所本年度轉出比率低於同級醫院之50百分位者
- 本年度效率指標維持在同級醫院前25百分位，三項指標達到者，每一醫院給予20點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數獎勵，單項指標達到給予1/3，兩項指標達到給予2/3

進步獎：
壅塞指標
 $> 1\%$

- 前三項效率指標年度進步8%以上，每一醫院給予10點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數之獎勵
- 前三項效率指標年度進步10%以上，每一醫院給予15點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數之獎勵
- 以上單項指標達到給予1/3，兩項指標達到給予2/3

進步獎：
地區醫院

- 地區醫院本年急診人次較上年增加，每增加1人次支給500點之獎勵

方案所列各類獎勵統計

101年5月至103年3月急診品質提升方案獎勵金統計

單位：家、萬點

特約類別	家數	重大疾病照護品質獎勵	轉診品質獎勵	急診處置效率獎勵			小計	總計
				維持獎	進步獎	地區醫院急診病人增加獎		
101年								
醫學中心	19	309.1	497.1	60.4	-	-	60.4	866.5
區域醫院	65	194.8	377.6	388.7	-	-	388.7	961.1
地區醫院	100	17.0	320.1	80.1	32.9	1,936.0	2,049.0	2,386.1
小計	184	520.9	1,194.8	529.2	32.9	1,936.0	2,498.1	4,213.8
102年								
醫學中心	19	465.5	762.1	59.2	389.6	-	448.8	1,676.3
區域醫院	68	386.4	637.6	747.5	131.0	-	878.5	1,902.6
地區醫院	96	37.0	551.6	128.4	-	504.6	633.0	1,221.6
小計	183	888.9	1,951.3	935.1	520.6	504.6	1,960.3	4,800.5
103年第一季								
醫學中心	19	135.3	214.6					349.9
區域醫院	61	95.8	180.5					276.3
地區醫院	77	7.8	150.5					158.3
小計	157	238.9	545.6					784.5

◎資料來源：健保署二代倉儲門診、住院明細醫令檔(擷取日期：103年5月15日)。

◎急診處置效率獎勵為年度結算，故103年獎勵金需至104年始進行結算。

◎特約類別：以申報當時之特約狀況認定。

急診處置效率相關指標執行情形1/2

3.1~3.3急診處置效率相關指標整體監測結果(101年5月-103年3月)

單位：人次、%

	3.1完成急診重大疾病照護進入加護病房<6小時之比率			3.2檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8小時之比率			3.3檢傷四、五級急診病人離開醫院<4小時之比率			3.4地區醫院急診病人增加	
	完成急診重大疾病照護於6小時內轉入加護病房人次	完成急診重大疾病照護總人次	比率	檢傷一至三級急診病人8小時內住院人次	檢傷一至三級病人住院人次	比率	檢傷四、五級病人4小時內出院人次	檢傷四、五級病人出院人次	比率	急診病人次	急診病人次(不含職災案件)
	A	B	C=A/B	D	E	F=D/E	G	H	I=G/H		
101年											
醫學中心	964	1,402	68.8%	187,360	349,702	53.6%	116,200	132,406	87.8%		
區域醫院	642	769	83.5%	436,854	546,862	79.9%	349,726	380,421	91.9%		
地區醫院	56	76	73.7%	113,398	122,438	92.6%	155,243	162,737	95.4%	1,571,949	1,562,725
小計	1,662	2,247	74.0%	737,612	1,019,002	72.4%	621,169	675,564	91.9%		
102年											
醫學中心	1,588	2,217	71.6%	181,422	334,055	54.3%	226,518	256,503	88.3%		
區域醫院	1,460	1,670	87.4%	430,629	547,571	78.6%	636,239	685,746	92.8%		
地區醫院	175	230	76.1%	116,894	126,718	92.2%	311,578	323,751	96.2%	1,497,068	1,488,569
小計	3,223	4,117	78.3%	728,945	1,008,344	72.3%	1,174,335	1,266,000	92.8%		
103年											
醫學中心	371	601	61.7%	41,493	77,666	53.4%	60,953	69,028	88.3%		
區域醫院	367	448	81.9%	102,328	136,337	75.1%	178,735	192,325	92.9%		
地區醫院	30	48	62.5%	27,812	30,640	90.8%	83,312	86,445	96.4%	402,946	402,433
小計	768	1,097	70.0%	171,633	244,643	70.2%	323,000	347,798	92.9%		

◎資料來源：健保署二代倉儲門診、住院明細醫令檔(擷取日期：103年3月28日及5月20日)。

◎101年資料係101年5月至12月，103年資料係103年1月至3月。

◎特約類別：以當年度最新之特約狀況認定。

急診處置效率相關指標執行情形2/2

- ◆ 102年與101年本方案急診處置效率指標相較：
 - ◆ 完成急診重大疾病照護進入加護病房<6小時之比率
各特約類別比率皆增加。
 - ◆ 檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8小時之比率
醫學中心比率增加，區域、地區醫院比率略減。
 - ◆ 檢傷四、五級急診病人離開醫院<4小時之比率
各特約類別比率皆增加。

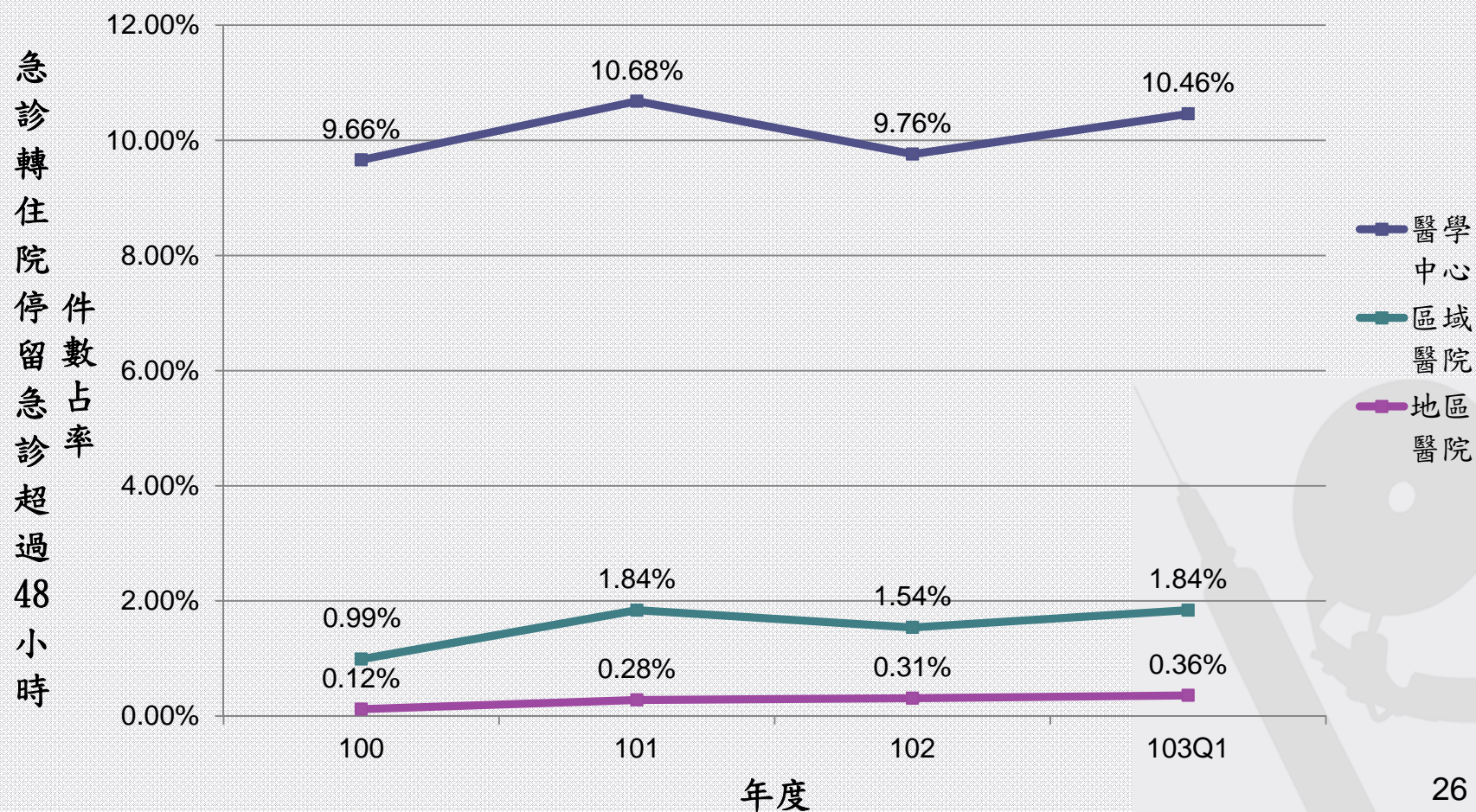
- ◆ 綜上各項指標所示，102年急診處置效率較101年略有提升。

成效評估-重症照護方面

- ◆ 重症照護申報獎勵件數：
 - ◆ 101年5-12月件數共2,997件，推估全年量約5,138件。
 - ◆ 102年全年件數共5,168件。
 - ◆ 103年1-3月件數共1,363件，推估全年量約5,452件。
- ◆ 各年度之重症照護申報獎勵件數逐年增加，顯示院所依計畫方案，對重症者即時的照護件數有增加的趨勢。

成效評估-急診處置方面1/3

◆ 各特約類別醫院急診轉住院停留急診超過48小時件數占率趨勢圖



成效評估-急診處置方面2/3

◆ 各特約類別醫院急診轉住院停留急診超過48小時件數占率及成長率

特約類別	急診後轉住院件數		停留超過48小時之件數		
	值	成長率	值	占率	成長率
醫學中心					
100年	387,403	3.3%	37,422	9.7%	27.0%
101年	383,910	-0.9%	41,012	10.7%	9.6%
102年	373,590	-2.7%	36,467	9.8%	-11.1%
103第一季	95,654	3.5%	10,010	10.5%	13.9%
區域醫院					
100年	642,195	5.2%	6,328	1.0%	40.1%
101年	623,936	-2.8%	11,457	1.8%	81.1%
102年	614,767	-1.5%	9,487	1.5%	-17.2%
103第一季	160,384	5.5%	2,950	1.8%	65.1%
地區醫院					
100年	176,031	-8.1%	208	0.1%	10.6%
101年	176,521	0.3%	489	0.3%	135.1%
102年	181,787	3.0%	555	0.3%	13.5%
103第一季	44,661	-0.4%	160	0.4%	-7.0%

註：◎資料來源：中央健康保險署二代倉儲門診明細、醫令及住院明細、醫令檔(擷取日期：103.06.17)。

◎急診停留超過48小時為急診停留時間 $>2 \times 24 \times 60 = 2880$ 分。

◎特約類別：以當年度最後特約狀況認定。

◎成長率係指與去年同期比較。

成效評估-急診處置方面3/3

- ◆ 急診轉住院停留急診超過48小時件數占率：
 - ▣ 101年與前一年件數占率相較，各特約類別醫院皆成長。
 - ▣ 102年與前一年件數占率相較，醫學中心、區域醫院為下降，僅地區醫院成長。

- ◆ 綜上顯示，102年與101年相較之下，急診個案留置急診室過長情形，開始有所改善。



衛生福利部
中央健康保險署

醫療給付改善方案



分項計畫

1 糖尿病

2 氣喘

3 乳癌

4 思覺失調症

5 B、C型肝炎個案追蹤方案

歷年協定事項與經費

◆ 協定預算金額：由相關總額部門之專款項目「醫療給付改善方案」預算項目支應。

總額別	項目	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年Q1
醫院總額	預算數(億元)	7.86	5.04	2.87	5.87	4.87	4.998	4.998	5.673
	執行數(億元)	2.02	2.04	1.94	2.89	3.89	3.950	4.623	0.851
	執行率(%)	25.7	40.5	67.4	49.3	79.8	79.0	92.5	15.0
西醫基層	預算數(億元)	4.27	4.24	2.99	3.0	3.0	2.12	1.624	2.055
	執行數(億元)	1.49	1.30	1.29	1.41	1.48	1.552	1.657	0.415
	執行率(%)	35	30.8	42.7	46.9	49.3	73.2	102.0	20.2

註1：96-102年執行預算，係以點值結算結果，103年Q1暫以門住診醫療申報P碼進行計算。

註2：因乳癌及思覺失調症無申報之管理照護費用P碼可擷取，需待結算資料，故尚無法統計。

預算執行情形 - 醫院部門

單位：億點

年度	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103Q1
預算數	7.86	5.04	2.873	5.873	4.873	4.998	4.998	5.673
預算執行數	2.02	2.039	1.936	2.893	3.887	3.950	4.623	0.851
糖尿病	1.11	1.39	1.496	1.945	2.283	2.610	3.031	0.759
氣喘	0.16	0.16	0.162	0.169	0.175	0.175	0.199	0.053
高血壓	0.07	0.13	0.07	0.072	0.094	0.064	註3	—
乳癌	0.25	0.37	0.208	0.53	0.901	0.608	0.837	註4
結核病	0.431	導入支付標準	—	—	—	—	—	—
子宮頸癌	註1	—	—	—	—	—	—	—
思覺失調症	—	—	—	0.147	0.347	0.376	0.402	註4
BC肝炎帶原者	—	—	—	0.03	0.087	0.117	0.154	0.039
預算執行率	25.7%	40.5%	67.4%	49.3%	79.77%	79.03%	92.50%	15.00%

註1. 配合子宮頸抹片檢查移為公務預算，本計畫自健保刪除。

註2. 96-102年以點值結算結果，103年Q1以截至103年3月申報疾病管理照護費用計算。

註3. 高血壓因病患常合併多重疾病，例如糖尿病、慢性腎臟病等，故未再以疾病別單獨另列計畫追蹤，自102年1月1日起停止試辦。

註4. 因無申報之管理照護費用P碼可擷取，需待結算資料，故尚無法統計。



預算執行情形 - 基層部門

單位：億點

年度	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103Q1
預算數	4.27	4.236	2.99	3.00	3.00	2.12	1.624	2.055
預算執行數	1.49	1.303	1.290	1.406	1.478	1.552	1.657	0.415
糖尿病	0.48	0.60	0.684	0.768	0.832	0.966	1.139	0.290
氣喘	0.60	0.51	0.473	0.471	0.438	0.410	0.404	0.105
高血壓	0.39	0.18	0.133	0.137	0.138	0.086	註3	—
乳癌	—	—	—	—	—	—	—	—
結核病	0.018	導入支付標準	—	—	—	—	—	—
子宮頸癌	註1	—	—	—	—	—	—	—
思覺失調症	未實施	—	—	0.004	0.011	0.012	0.011	註4
BC肝炎帶原者	未實施	—	—	0.026	0.058	0.078	0.103	0.02
預算執行率	35%	30.8%	42.7%	46.9%	49.26%	73.21%	102.03%	20.19%

註1. 配合子宮頸抹片檢查移為公務預算，本計畫自健保刪除。

註2. 96-102年以點值結算結果，103年Q1以截至103年3月申報疾病管理照護費用計算。

註3. 高血壓因病患常合併多重疾病，例如糖尿病、慢性腎臟病等，故未再以疾病別單獨另列計畫追蹤，自102年1月1日起停止試辦。

註4. 因無申報之管理照護費用P碼可擷取，需待結算資料，故尚無法統計。

執行情形-照護人數(整體)

照護人數	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年 Q1	102年 成長率
糖尿病	176,475	181,098	191,251	214,340	254,504	283,748	325,501	365,821	280,696	12.39%
氣喘	190,671	140,464	119,645	115,788	115,423	115,600	106,581	103,984	54,379	-2.44%
乳癌	6,927	8,438	9,807	10,743	11,678	11,827	12,653	13,458	11,643	13.43%
高血壓	98,960	123,392	76,667	54,698	54,481	65,528	30,980	註2	—	—
思覺失調症	未實施				36,580	43,076	47,657	49,209	46,577	3.26%
BC肝帶原者	未實施				44,035	91,840	121,423	149,365	58,483	23.01%
合計	473,033	453,392	397,370	395,569	516,701	593,061	628,496	681,837	451,778	8.49%

註1：照護人數係指當年度有申報該方案相關費用之歸戶人數。

註2：95年高血壓僅於基層診所實施，因病患常合併多重疾病，例如糖尿病、慢性腎臟病等，故未再以疾病別單獨另列計畫追蹤，自102年1月1日起停止試辦。

註3：99年開始實施思覺失調症方案與BC肝炎帶原者方案。

執行情形-照護率(整體)

照護率	95年	96年	97年	98年	99年 ^{註1}	100年	101年	102年	103年 Q1
糖尿病	23.16%	24.67%	26.34%	27.56%	29.26% ^{註2}	31.16%	33.94%	35.06%	46.17%
氣喘	34.78%	35.17%	31.29%	31.61%	47.02%	45.45%	39.30%	37.49%	47.35%
乳癌	12.98%	13.60%	14.64%	14.50%	14.62%	13.67%	13.43%	13.09%	14.93%
高血壓	9.31%	6.54%	3.93%	2.65%	2.55%	2.94%	1.36%	^{註3}	—
思覺失調症	未實施				40.65%	46.94%	51.20%	52.22%	47.81%
BC肝帶原者	未實施				9.83%	19.37%	26.14%	30.58%	14.01%

註1：照護率 分子：當年度申報該方案相關費用之歸戶人數。

分母：當年度該疾病之符合收案條件之歸戶人數(糖尿病、思覺失調症)或當年度申報該疾病診斷之歸戶人數(氣喘、乳癌、高血壓、思覺失調症、BC肝帶原者)。

註2：糖尿病方案99年放寬收案條件，分母由78萬人增加為87萬人(+12%)

註3：高血壓方案因病患常合併多重疾病，例如糖尿病、慢性腎臟病等，故未再以疾病別單獨另列計畫追蹤，自102年1月1日起停止試辦。

執行情形-照護情形(醫院)

方案別	年度	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年Q1
糖尿病	個案數	123,289	127,842	135,926	154,512	188,827	209,647	241,970	270,818	203,363
	照護率	23.77%	25.51%	27.61%	30.06%	31.30%	35.01%	38.41%	39.84%	50.20%
氣喘	個案數	33,686	27,029	23,534	23,911	25,006	24,860	24,626	27,390	15,594
	照護率	13.93%	14.34%	14.60%	15.75%	21.73%	20.87%	19.34	21.24%	27.87%
乳癌	個案數	6,927	8,438	9,807	10,743	11,678	11,827	12,653	13,458	11,643
	照護率	12.98%	13.60%	14.64%	14.50%	14.62%	13.67%	13.66%	13.29%	14.93%
高血壓	個案數	未實施	25,138	30,821	18,709	19,621	26,140	12,981	—	—
	照護率	未實施	2.62%	3.16%	1.87%	1.92%	2.48%	1.21%	—	—
思覺失調症	個案數	未實施	—	—	—	35,585	41,846	46,405	47,928	39,737
	照護率	未實施	—	—	—	40.95%	54.8%	60.10%	61.23%	50.27%
B、C肝帶原者	個案數	未實施	—	—	—	23,580	55,580	74,275	91,945	38,238
	照護率	未實施	—	—	—	6.79%	15.11%	21.71%	25.62%	12.37%

註1：照護率 分子：當年度申報該方案相關費用之歸戶人數。

分母：當年度該疾病之符合收案條件之歸戶人數(糖尿病、思覺失調症)或當年度申報該疾病診斷之歸戶人數(氣喘、乳癌、高血壓、思覺失調症、BC肝帶原者)。

註2：糖尿病方案99年放寬收案條件，分母由78萬人增加為87萬人(+12%)

註3：氣喘方案配合收案對象定義改變，99年照護率統計方式改變：99年以前分母是以門診主診斷493歸戶人數，排除兩次就醫大於60天者。99年開始分母是以門診主診斷493歸戶人數，60天內同院所就醫2次以上。

執行情形-照護情形(基層)

方案別	年度	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年Q1
糖尿病	個案數	54,717	54,410	56,408	61,007	66,866	74,561	83,912	96,497	77,375
	照護率	16.55%	19.67%	20.80%	20.01%	19.74%	21.79%	22.23%	23.07%	36.75%
氣喘	個案數	159,302	114,610	97,228	92,672	91,038	91,203	82,282	76,771	38,813
	照護率	46.43%	48.12%	43.94%	40.96%	65.71%	63.03%	53.29%	48.45%	64.31%
高血壓	個案數	98,960	98,305	45,865	36,007	34,870	39,393	18,000	—	—
	照護率	9.31%	8.89%	3.98%	2.89%	2.69%	2.92%	1.30%	—	—
思覺失調症	個案數	未實施	—	—	—	995	1,230	1,252	1,281	1,230
	照護率	未實施	—	—	—	32.21%	17.6%	17.51%	13.46%	12.24%
B、C肝帶原者	個案數	未實施	—	—	—	20,645	36,366	47,244	57,543	20,245
	照護率	未實施	—	—	—	16.13%	26.36%	34.14%	39.53%	16.96%

註1：照護率 分子：當年度申報該方案相關費用之歸戶人數。

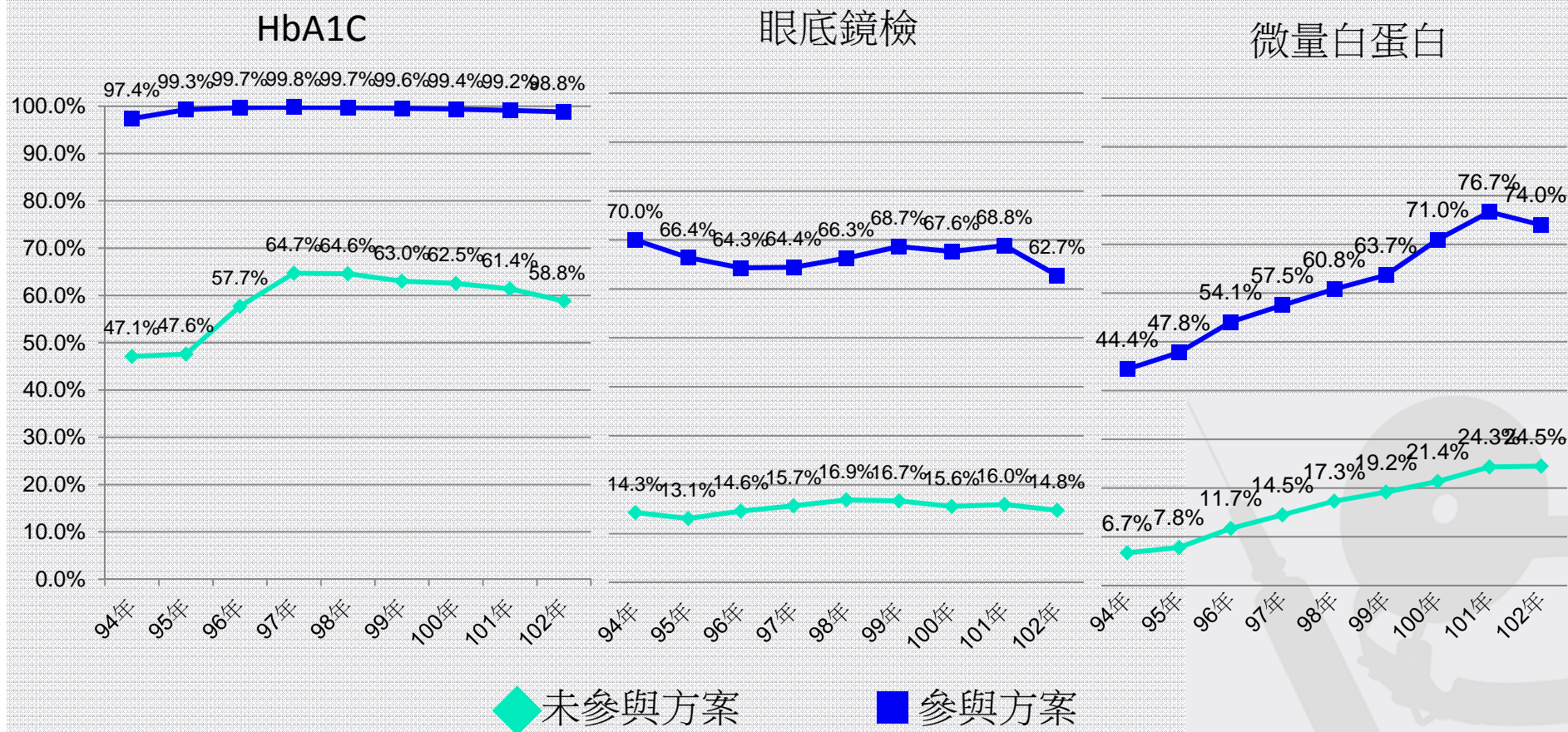
分母：當年度該疾病之符合收案條件之歸戶人數(糖尿病、思覺失調症)或當年度申報該疾病診斷之歸戶人數(氣喘、乳癌、高血壓、思覺失調症、BC肝帶原者)。

註2：糖尿病方案99年放寬收案條件，分母由78萬人增加為87萬人(+12%)

註3：氣喘方案配合收案對象定義改變，99年照護率統計方式改變：99年以前分母是以門診主診斷493歸戶人數，排除兩次就醫大於60天者。99年開始分母是以門診主診斷493歸戶人數，60天內同院所就醫2次以上。

執行成果-糖尿病方案1/4

◆ 參與方案之個案，其治療指引遵循率較高



執行成果-糖尿病方案2/4

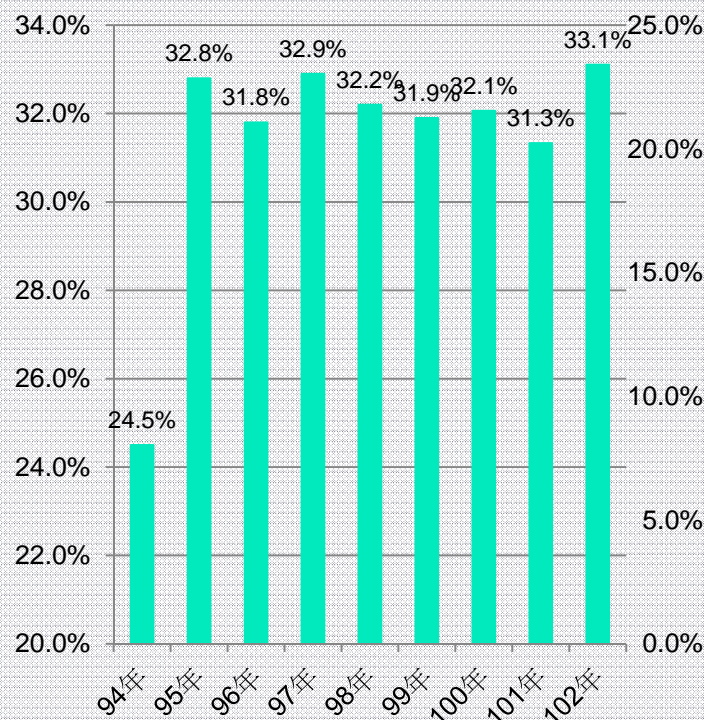
- ◆ 追蹤94-102年新收案HBA1C > 9.0%個案有61.8%個案改善。

初診HBA1C > 9.0% 人數	1年後HBA1C值	人數	比率
95,480	< 7% 良	17,765	18.6%
	7% ~ 9.0%	41,202	43.2%
	> 9.0% 不良	36,513	38.2%

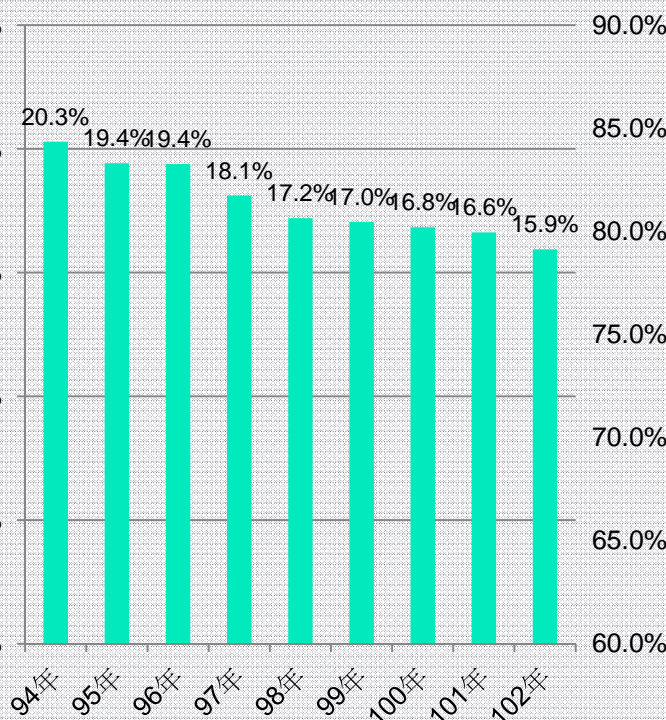
執行成果-糖尿病方案3/4

◆ 連續追蹤94年新參與方案者95-102年成效

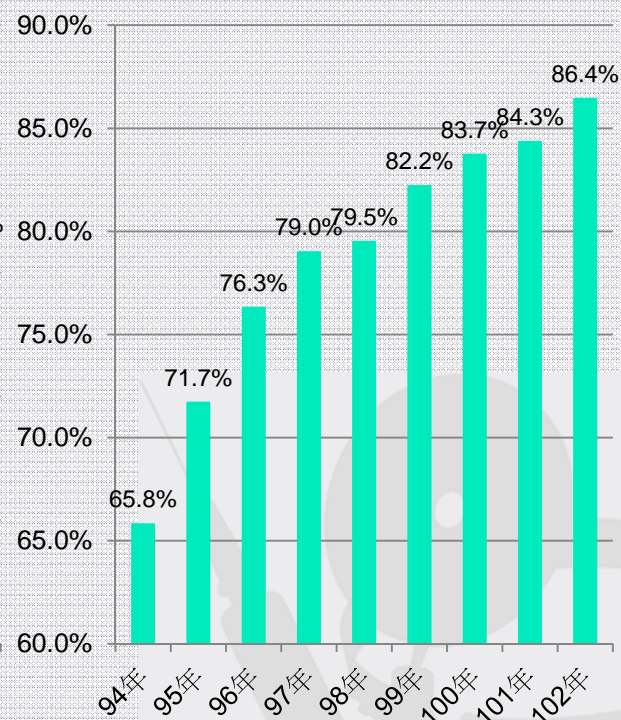
HbA1C < 7.0% (良率)



HbA1C > 9.0% (不良率)



LDL ≤ 130 (良率)



註：94年新參加個案6.8萬人於該年度年度檢查值

執行成果-糖尿病方案4/4

◆ 追蹤九年糖尿病人之透析發生率

94-102年	新增透析人數	糖尿病人數	透析發生率
皆參加方案	242	39,711	0.61%
皆未參加方案	20,792	373,486	5.57%
曾經參加但 未連續參加	10,863	246,080	4.41%
合計	31,897	659,277	4.84%

註：追蹤94年至102年符合收案條件之糖尿病人(排除案件分類08，90天內2次以上主診斷250之就醫)，比對94~102年重大傷病檔新增領證ID，主診斷慢性腎衰竭(尿毒症)，585、40301、40311、40391、40402、40403、40412、40413、40492、40493。

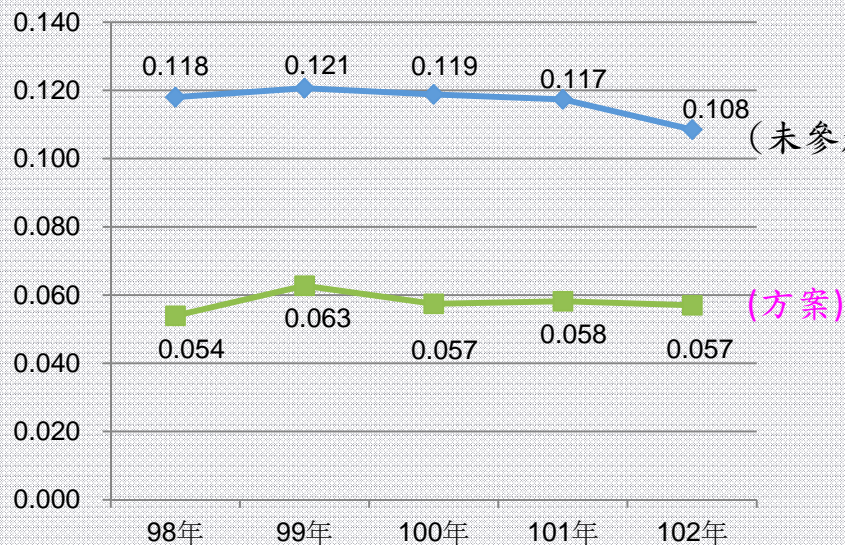
執行成果-乳癌方案

- ◆ 本指標係以Kaplan-Meier或Life table計算存活率，102年度試辦個案存活率：
 - ▣ 零期病患平均為99.0%（101年為99.1%）
 - ▣ 第1期病患平均為97.0%（101年為97.5%）
 - ▣ 第2期病患平均為94.1%（101年為94.8%）
 - ▣ 第3期病患平均為81.1%（101年為83.3%）
 - ▣ 第4期病患平均為54.7%（101年為55.6%）
- ◆ 除第3、4期略有下降外，餘維持相當水準。

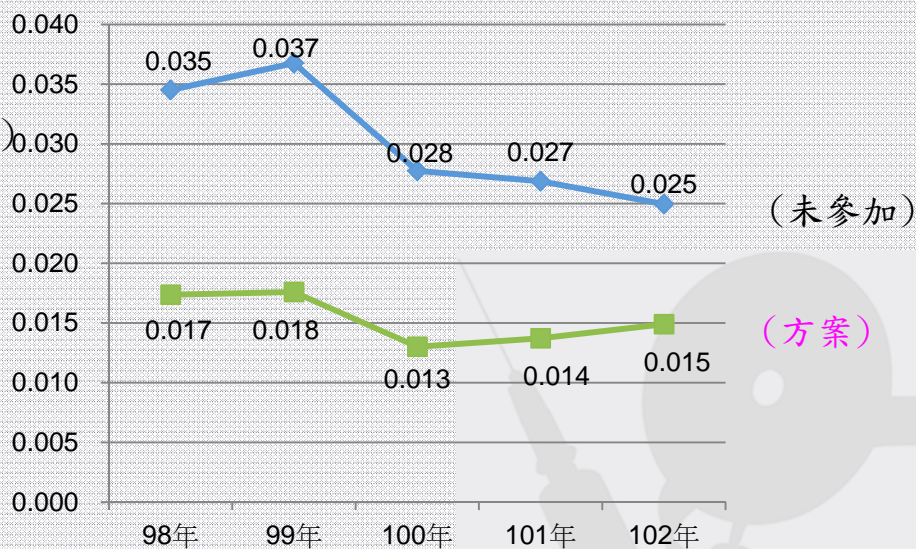
執行成果-氣喘方案1/8

◆ 參與個案每人平均因氣喘急診及住診次數均較未參加者為低

平均每人急診次數



平均每人住診次數

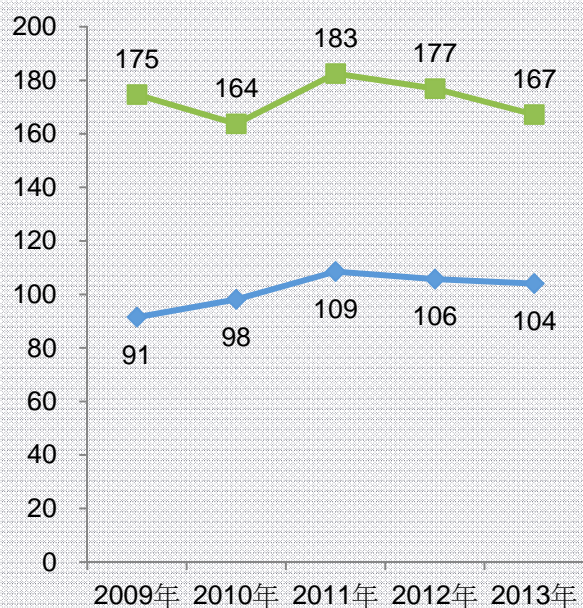


註：未參加為西醫醫院與基層主診斷為氣喘患者；方案指當年度申報氣喘試辦方案之病人。

執行成果-氣喘方案2/8

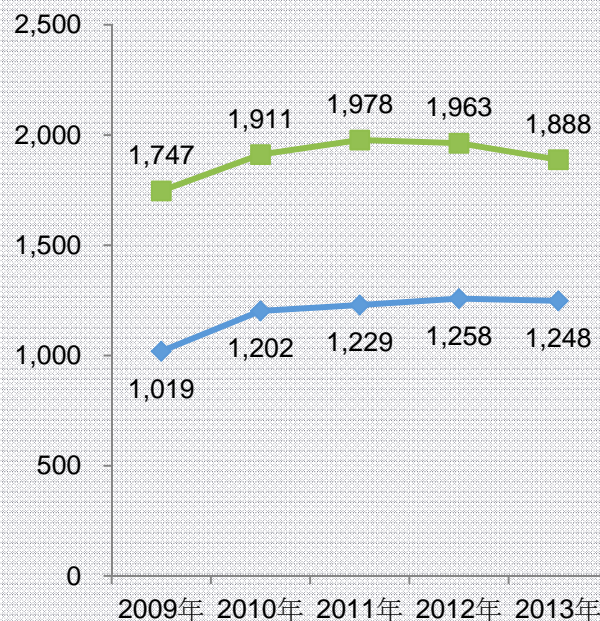
◆ 收案對象整體急診平均每人藥費、醫療費用及急診次數較未參加者為低

平均每人急診藥費



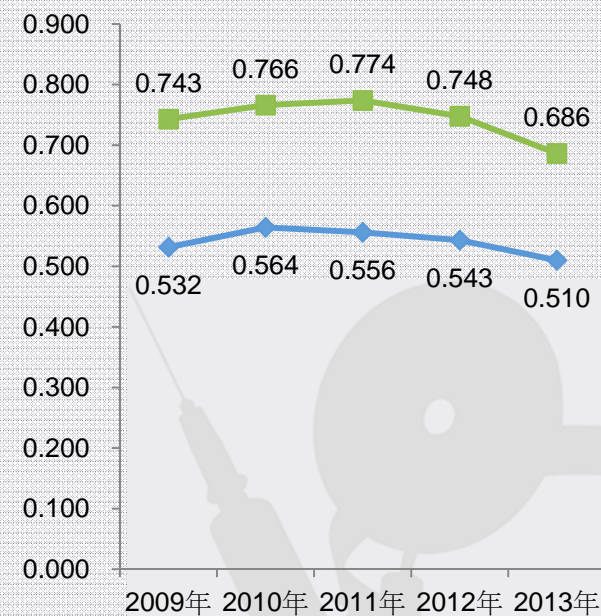
◆ 參加方案者 ■ 未參加者

平均每人急診費用



◆ 參加方案者 ■ 未參加者

平均每人急診次數

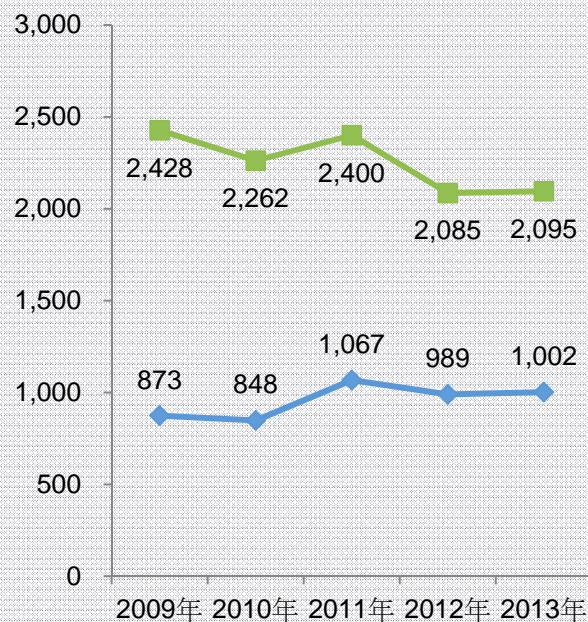


◆ 參加方案者 ■ 未參加者

執行成果-氣喘方案3/8

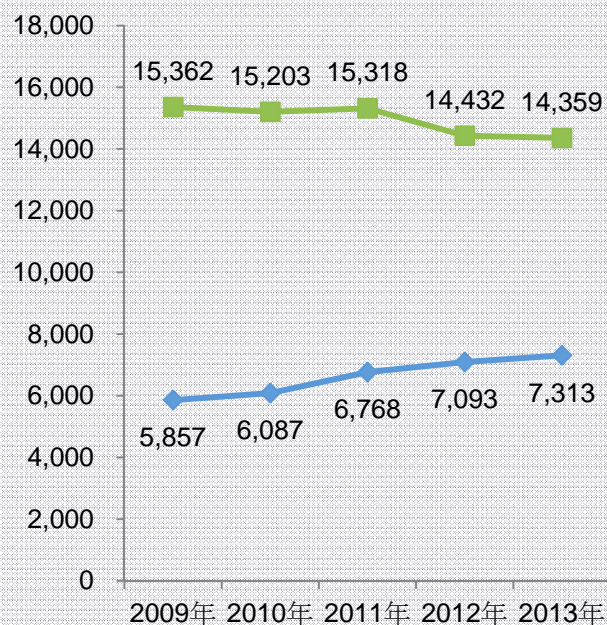
◆ 收案對象整體住院平均每人藥費、醫療費用及住院次數較未參加者為低

平均每人住院藥費



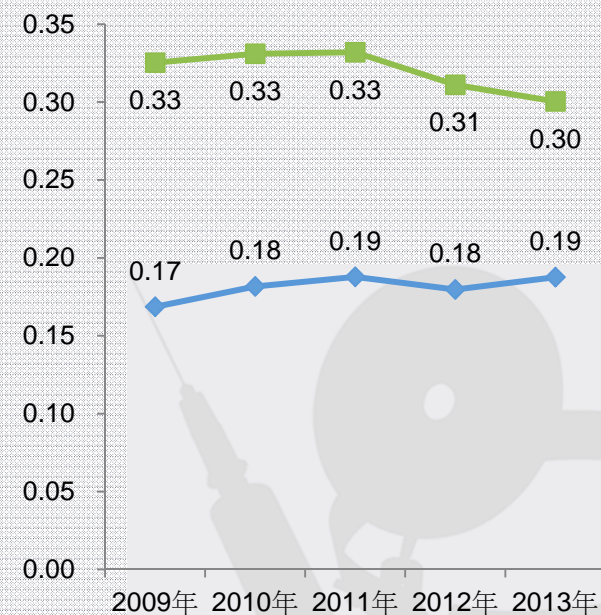
◆ 參加方案者 ■ 未參加者

平均每人住院費用



◆ 參加方案者 ■ 未參加者

平均每人住院次數



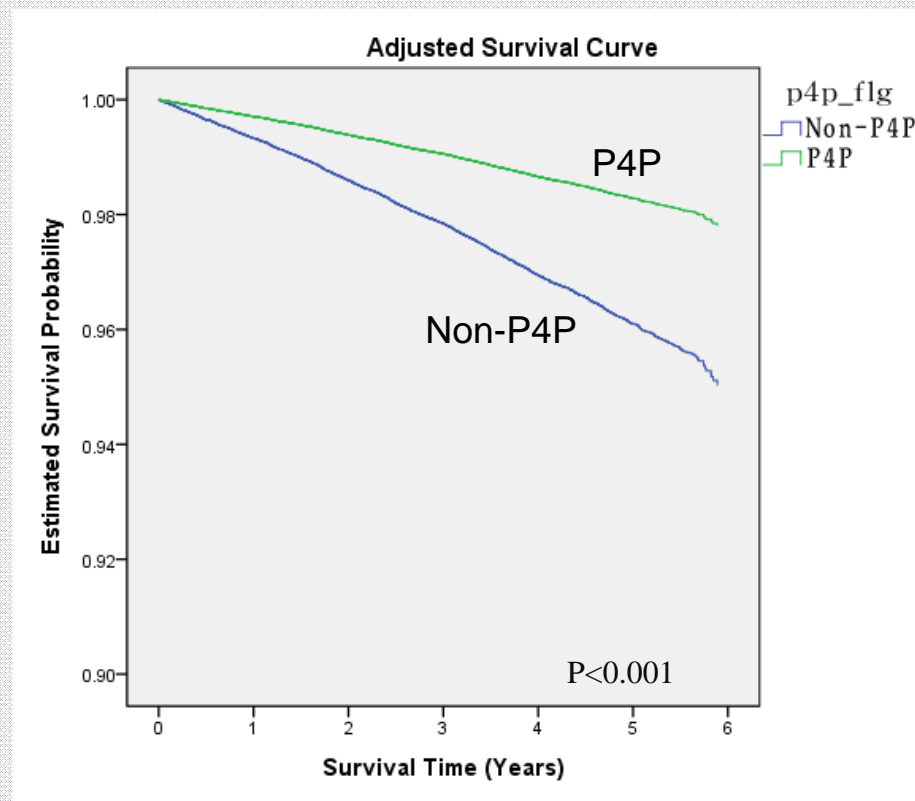
◆ 參加方案者 ■ 未參加者

執行成果-氣喘方案4/8

◆ P4P組存活機率較高

	HR	多變量		P-value
		95%CI		
		Lower	Upper	
加入P4P				
No-P4P (ref.)				
P4P	0.43	0.40	0.47	<0.001

附註:控制變項包括年齡、性別、投保金額、區域別、合併症、CCI分數、併發症、醫院層級別、醫院權屬別



執行成果-氣喘方案5/8

校正生活品質後，論質計酬確實有其成本效果

	P4P Mean \pm SD	Non-P4P Mean \pm SD	校正後 ^{ab} bootstrap SE
效用			
效用分數(utility score)	0.74(\pm 0.05)	0.73(\pm 0.03)	-
存活人年(Life-years)	3.92(\pm 0.44)	3.82(\pm 0.67)	0.103 *** (0.006)
生活品質校正後存活人年(QALY)	2.93(\pm 0.38)	2.79(\pm 0.51)	0.140 *** (0.005)
介入成本的角度			
氣喘相關的門診成本 ^{per LY}	6,070 (\pm 19,251)	3,111 (\pm 12,419)	2,986 *** (187)
氣喘相關的門診成本 ^{per QALY}	8,237 (\pm 25,419)	4,278 (\pm 17,085)	3,990 *** (248)
節省成本的角度(不包括氣喘相關門診費用)			
氣喘相關急診和住院成本 ^{per LY}	2,995 (\pm 26,265)	5,705 (\pm 80,108)	-2,834 *** (679)
氣喘相關急診和住院成本 ^{per QALY}	4,147 (\pm 36,776)	8,056 (\pm 114,964)	-4,093 *** (971)
所有醫療總成本 ^{per LY}	43,100 (\pm 114,846)	64,466 (\pm 194,559)	-22,193 *** (1,786)
所有醫療總成本 ^{per QALY}	59,226 (\pm 159,784)	89,524 (\pm 272,480)	-31,519 *** (2,488)

a:P4P - NonP4P b:校正變項包括性別、年齡、投保金額、區域別、合併症、CCI、醫院層級別和醫院權屬別。

執行成果-氣喘方案6/8

成本效果增量比率分析(ICER)，實有其成本效果

	校正前 ^a		校正後 ^{ab}	
	bootstrape (SE)	p-value	bootstrape (SE)	p-value
介入成本的角度				
ICER:氣喘相關的門診成本 ^{per LY gained}	124,526 (9,521)	<0.001	119,756 (10,569)	<0.001
ICER:氣喘相關的門診成本 ^{per QALY gained}	90,212 (5,508)	<0.001	88,405 (6,034)	<0.001
節省成本的角度(不包括與氣喘相關的門診成本)				
ICER:氣喘相關的醫療總成本 ^{per LY gained}	-11,706 (7,266)	<0.001	-12,163 (7,608)	<0.001
ICER:氣喘相關的醫療總成本 ^{per QALY gained}	-8,480 (5,206)	<0.001	-8,979 (6,034)	<0.001
節省成本的角度(不包括與氣喘相關的門診成本)				
ICER:所有醫療總成本 ^{per LY gained}	-308,503 (36,138)	<0.001	-297,889 (35,664)	<0.001
ICER:所有醫療總成本 ^{per QALY gained}	-223,492 (24,660)	<0.001	-219,906 (24,459)	<0.001

a:P4P - NonP4P b:校正變項包括性別、年齡、投保金額、區域別、合併症、CCI、醫院層級別和醫院權屬別。

執行成果-氣喘方案7/8

◆ 平均方案投資報酬率約為2.49倍

未經生活品質調整	生活品質調整後
$297,889/119,756=2.48$	$219,906/88,405=2.49$

◆ 推估方案節省醫療費用

推估平均每存活人年 (LY) 扣除方案介入成本後 節省總醫療成本(Cost-savings) $19,207 (=22,193-2,986)$ 元 *15,629人 =3.00億元	推估平均QALYs 扣除方案介入成本後 節省總醫療成本(Cost-savings) $27,529(=31,519-3,990)$ 元 *15,629人 =4.30億元
--	--

執行成果-氣喘方案8/8

◆ 本署101年委託高雄醫學大學醫務管理暨醫療資訊學系邱亨嘉教授研究計畫「健保論質計酬支付成效評估與前瞻研究」之結果

1. 以中長期醫療資源耗用情形來看，氣喘論質計酬確實透過較少的門診成本，進而減少較多的急診和住院成本。
2. 控制性別、年齡和疾病嚴重度等影響因素後，結果發現論質計酬可降低氣喘病人死亡的風險。
3. 平均每存活人年（LY），在扣除方案介入成本後，節省總醫療成本約為19,207元/人，若有15,629人加入方案，參加氣喘方案者較未參加者節省約3億元；如平均每品質校正人年（QALY），參加氣喘方案者更較未參加者節省約4.3億元。
4. 「氣喘醫療給付改善方案」經本研究在各方面的評估後，不管是對於病人照護或節省成本的效果方面，確實有其正向效果，有持續推動的價值。

執行成果-思覺失調症方案1/5

◆ 102年度院所收案家數

特約類別	本方案收案院所家數	
	一般病人	高風險病人
醫學中心	13	13
區域醫院	43	41
地區醫院	37	33
基層診所	11	11
合計	104	98

執行成果-思覺失調症方案2/5

◆ 102年病人類別及收案率

病人類別		應收案人數 (A)	實際收案人數 (B)	收案率 (B/A)
一般病人	固定1	55,036	35,565	64.62%
	未固定3	20,277	8,126	40.07%
	久未5	10,382	787	7.58%
	小計	85,695	44,478	51.90%
高風險病人	固定2	5,758	3,651	63.41%
	未固定4	2,040	999	48.97%
	久未就醫6	743	107	14.40%
	小計	8,541	4,757	55.70%
合計		94,236	49,235	52.25%

註：久未就醫病人名單由各分區業務組交與參與方案醫療院所收案。



執行成果-思覺失調症方案3/5

102年品質指標達成權值情形

指標項目	目標值	權值	一般指標			高風險指標		
			101年	102年	是否達成	101年	102年	是否達成
指標一：平均每月精神科門診就診次數	較上年度增加或 ≥ 1	20%	1.3896	1.3532	Y	1.3548	1.2983	Y
指標二：精神科平均每月不規則門診比例	較上年度減少	20%	5.80%	4.11%	Y	6.09%	4.74%	Y
指標三：六個月內精神科急性病房再住院率	較上年度減少	20%	16.45%	20.14%		51.54%	39.69%	Y
指標四：急診使用人次比率	較上年度減少	20%	18.44%	20.32%		119.17%	79.17%	Y
指標五：失聯結案率	較上年度減少	20%	23.12%	0.80%	Y	24.55%	1.18%	Y
指標六：強制住院發生人次比率	較上年度減少	參考	0.48%	0.27%	Y	2.17%	0.74%	Y
指標七：固定就醫病人精神科急性病房平均住院天數	較上年度減少	參考	12.6169	13.3862		34.1994	28.2301	Y
指標八：規則病人精神科急性病房住院人次比率	較上年度減少	參考	21.08%	22.45%		72.56%	51.77%	Y
指標九：規則且一般病人佔率	較上年度增加	參考	62.78%	62.16%		62.78%	62.16%	
合計			60%			100%		

註：1. 102年一般指標之指標二(精神科平均每月不規則門診比例)、指標五(失聯結案率)、指標六(強制住院發生人次比率)均較101年成績進步。

2. 102年高風險指標，除指標一(平均每月精神科門診就診次數)、指標九(規則且一般病人佔率)外，其餘指標均較101年成績進步。

執行成果-思覺失調症方案4/5

◆ 參與方案者醫療利用－門診

單位：點

年度	人數	人次	申請費用	部分負擔	平均每人門診申請
101	48,644	149.3萬	26億	4,777.1萬	53,423
102	48,650	151.1萬	27.3億	4,575.1萬	56,128
差異	6	1.8萬	1.3億	-202.1萬	2,705

註1. 以102年收案人數49235人匯入101~102年健保門住診檔之醫療費用。

註2. 人次計算排除排除申報類別2&補報原因註記2。

執行成果-思覺失調症方案5/5

◆ 參與方案者醫療利用－住診

單位：點

年度	人數	人次	申請費用	部分負擔	住院天數	平均每 人住院 天數	平均每 人住診申請	住院 發生率
101	14,660	25,608	28.3億	1,714萬	221.2萬 (86.4天/件)	150.9	193,599	29.78%
102	14,021	25,320	28.7億	1,936萬	212.5萬 (83.9天/件)	151.6	204,958	28.48%
差異	-639	-288	0.3億	222萬	-8.7萬 (-2.5天/件)	0.6	11,359	-1.30%

註1. 以102年收案人數49235人匯入101~102年健保門住診檔之醫療費用。

註2. 人次以相同院所相同ID相同生日相同住院日計算之。

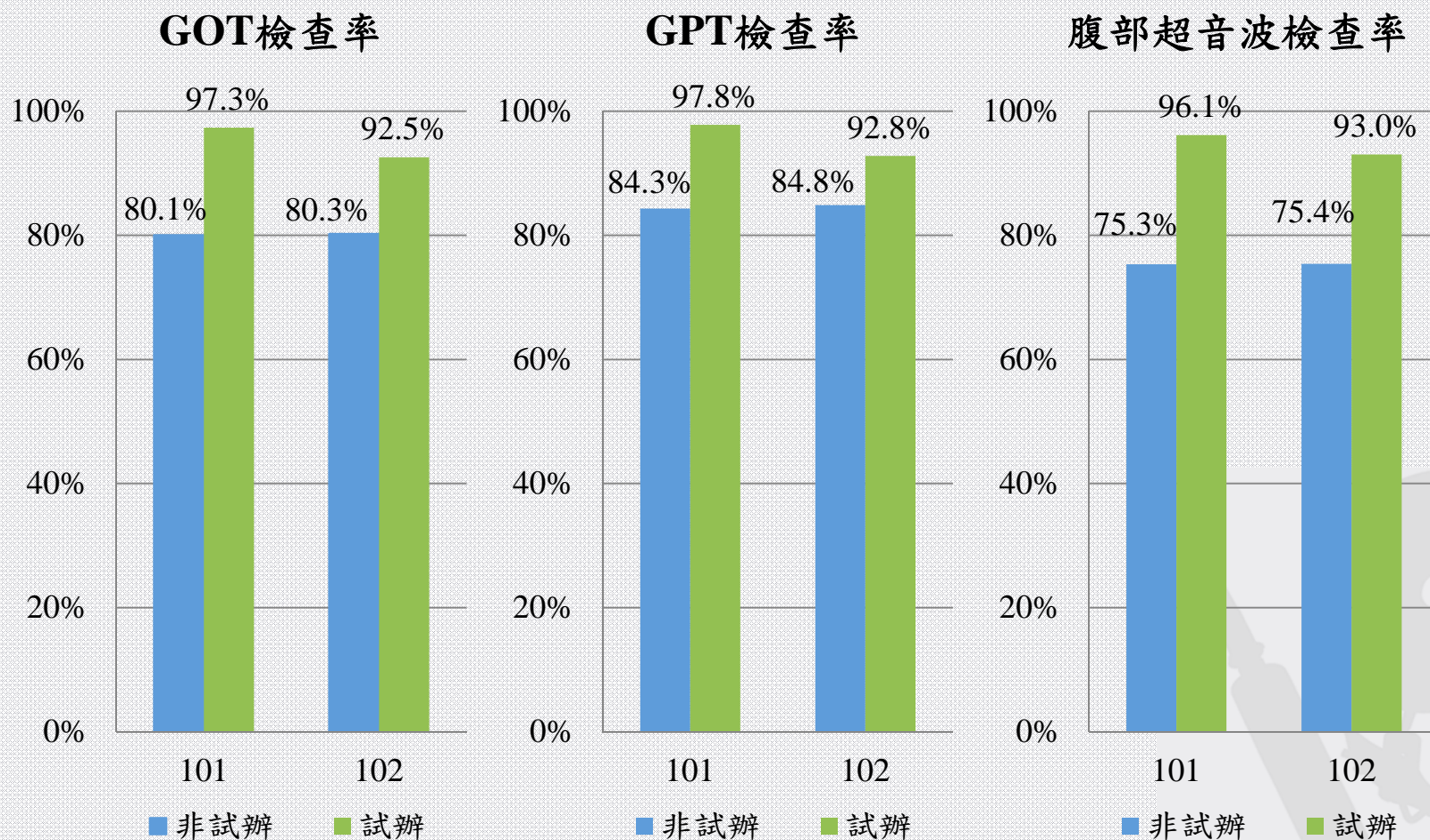
註3. 住院發生率=人數/102年收案人數49,235人。

執行成果-B、C肝帶原者1/2

層級	參與家數	門檻符合率	年度完整追蹤人數	年度完整追蹤率	早期發現肝癌人數
醫院	141	86.52%	53,346	58.02%	309
基層	265	87.11%	32,868	57.12%	8
合計	406	86.90%	86,214	57.72%	317

- 1.資料來源：102年度醫療服務指標查詢作業
- 2.年度完整追蹤人數之合計會因病患跨層級就醫而略有減少
- 3.品質獎勵措施門檻指標：
 - 醫學中心及區域醫院當年度收案人數須 ≥ 50 人以上。
 - 地區醫院及基層診所當年度收案人數須 ≥ 20 人以上。

執行成果-B、C肝帶原者2/2



比較101年-102年參與BC肝醫療給付改善方案之檢查(驗)執行率

論質方案成果總結

- ◆ 整體照護人數達68.2萬人，較101年成長8.49%，呈現上升的趨勢。
- ◆ 治療指引遵循率，參與方案者均高於未參與者，其中糖尿病最重要指標HbA1C之執行率已達98.8%。
- ◆ 糖尿病方案：初診血糖控制不良($HbA1C > 9.0\%$)的病人61.8%改善。
- ◆ 氣喘方案：參與方案者急診及住院次數減少。
- ◆ 乳癌方案：除第3、4期略有下降外，餘維持相當水準。
- ◆ 思覺失調症方案：102年較101年住院天數每件減少2.5天。
- ◆ BC肝帶原者追蹤方案：參與試辦計畫病人的GOT、GPT檢查率及腹部超音波檢查率皆高於未參加者。

檢討事項

- ◆ 乳癌方案：104年度規劃進行「建立以論質計酬為基礎之癌症照護支付制度」研究計畫，依照癌症分期，研議不同癌症疾病別之論質計酬支付制度，以提升醫療品質並控制健保醫療支出上漲壓力。

未來展望

- ◆ 總額下持續改革支付制度，逐步取消論量計酬，以提升效率及品質。
- ◆ 擴大論質計酬項目及照護人數，加強結果面指標，以確保醫療服務品質。
- ◆ 部分成效良好運作成熟之方案如糖尿病方案導入支付標準，擴大受益病人數，全面提升該病照護品質。



衛生福利部
中央健康保險署

慢性B型及C型肝炎 治療計畫



計畫目標及重點

- ◆ 計畫目標：本計畫自92年10月起試辦，主要目的為配合行政院衛生署加強肝炎防治計畫之推動，加強全民健康保險B型及C型肝炎藥物治療照護品質，本項藥物治療費用，101年(含)以前列為專款專案計畫。醫院部門自102年起預算全數回歸一般服務費用；西醫基層仍編列於專款，不足部分由其他預算支應。
- ◆ 執行重點：本署負責費用之給付及相關審核管控等，並視新藥及新療程之發展，適時修訂本計畫之給付規定。

歷年協定事項及經費執行率

單位:百萬、%

部門別	預算來源與使用情形	98年	99年	100年	101年	102年
醫院	專款專用金額	1,484.0	622.0	1,282.0	1,922.0	0.0
	一般服務部門支應預算	0.0	2,194.9	1,748.0	1,275.7	3,406.9
	其他部門支應預算	0.0	0.0	200.0	0.0	0.0
	使用金額	1,094.4	2,816.9	3,230.1	3,197.7	3,406.9
	專款專用執行率	73.7%	100.0%	100.0%	100.0%	-
西醫 基層	專款專用金額	15.0	60.0	157.0	157.0	157.0
	一般服務部門支應預算	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	其他部門支應預算	0.0	0.0	0.0	28.2	90.2
	使用金額	5.0	49.5	113.5	185.2	247.2
	專款專用執行率	33.4%	82.6%	72.3%	118.0%	153.7%

註1：98年11月起放寬用藥條件(抽血驗病毒量取代肝穿刺)及延長療程至36個月，並開放C肝復發療程。

註2：97年8月起新增貝樂克及喜必福1線用藥，及貝樂克2線用藥。

註3：B肝抗藥株自95年9月起開放治療。

註4：B肝復發自96年10月起開放治療。

註5：C肝復發自98年11月起開放治療。

註6：B肝抗藥株復發自99年7月起開放治療。

註7：當年度收案收及累計收案數有可能因病患接受不同療程而有重覆計算之情形

醫院執行情形-1/2

◆ 醫院總額新收案病人數：

項目/年度	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年 1-3月
試辦醫院家數	136	151	156	157	170	185	205	214	208	171
B型肝炎	5,662	5,439	5,715	6,637	9,263	17,771	15,715	14,404	15,495	3,601
B肝抗藥株	-	710	1,326	912	926	1,079	799	638	498	97
B肝復發	-	-	117	546	1,173	1,783	1,083	1,354	1,757	549
B肝抗藥株復發	-	-	-	0	0	235	135	141	146	25
B肝總計	5,662	6,149	7,158	8,095	11,362	20,868	17,732	16,537	17,896	4,272
C型肝炎	3,504	3,101	3,848	3,554	5,142	11,415	9,497	8,138	8,327	1,634
C肝復發	-	-	-	-	280	993	810	773	743	173
C肝總計	3,504	3,101	3,848	3,554	5,422	12,408	10,307	8,911	9,070	1,807
總計	9,166	9,250	11,006	11,649	16,784	33,276	28,039	25,448	26,966	6,079

註1：101年收案數係截至101年5月3日。

註2：B肝抗藥株自95年9月起開放治療。

註3：B肝復發自96年10月起開放治療。

註4：C肝復發自98年11月起開放治療。

註5：B肝抗藥株復發自99年7月起開放治療。

醫院執行情形-2/2

預算執行：

- 自102年起，醫院總額已全數回歸至一般服務費用，102年B型及C型肝炎治療藥費使用總計34.06億元。
- 103年1至3月，B型及C型肝炎治療藥費使用總計8.13億元。

新收案概況：

期間	院所家數	B型肝炎	B型肝炎抗藥株	B型肝炎復發	B型肝炎復發抗藥株	C型肝炎	C型肝炎復發
102年	208	15,495	498	1,757	146	8,327	743
103年第1季	171	3,601	97	549	25	1,634	173

西醫基層執行情形-1/2

◆西醫基層總額新收案病人數：

項目/年度	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年 1-3月
試辦診所家數	23	30	28	32	53	91	202	235	211	125
B型肝炎	51	51	39	44	110	510	841	875	1,327	309
B肝抗藥株	-	4	5	10	16	17	19	29	42	9
B肝復發	-	-	1	5	15	34	33	49	111	41
B肝抗藥株復發	-	-	-	-	-	2	5	6	11	3
B肝總計	51	55	45	59	141	563	898	959	1,491	362
C型肝炎	16	21	44	22	49	351	674	837	890	199
C肝復發	-	-	-	-	1	23	36	37	63	24
C肝總計	16	21	44	22	50	374	710	874	953	223
總計	67	76	89	81	191	937	1,608	1,833	2,444	585

註1：100年收案數係截至101年5月3日。

註2：B肝抗藥株自95年9月起開放治療。

註3：B肝復發自96年10月起開放治療。

註4：C肝復發自98年11月起開放治療。

註5：B肝抗藥株復發自99年7月起開放治療。

西醫基層執行情形-2/2

預算執行：

- 102年西醫基層總額部分本項協定專款專用計1.57億元，執行數2.47億元，執行率為157.3%。
- 103年1-3月西醫基層總額部分本項協定專款專用計2億元，截至今年3月底止，已申報0.69億元，執行率34.5%。

新收案概況：

期間	院所 家數	B型肝炎	B型肝炎 抗藥株	B型肝炎 復發	B型肝炎 復發 抗藥株	C型肝炎	C型肝炎 復發
102年	211	1,327	42	111	11	890	63
103年 第1季	125	309	9	41	3	199	24

未來方向

- ◆ 持續監測B型及C型肝炎治療藥物使用情形及費用審核管理。
- ◆ 持續請醫療院所於VPN登錄系統登載，以瞭解評估預算由專款項目回歸一般服務項目後，醫院收案的變化情形。



衛生福利部
中央健康保險署

醫院以病人為中心門 診整合照護試辦計畫



目的與策略

目的

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

策略

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

102計畫簡介-1/2

- ◆ 實施期間：102年4月~103年12月，計1年9個月。
- ◆ 整合式照護對象定義：
前二年連續於個別醫院門診就醫次數達50%以上及前述名單外前一年已參加計畫，且有2種(含)以上慢性病，且需2個(含)以上科別照護者)為對象。
- ◆ 特殊排除情況：
 1. 已參加「家庭醫師整合性照護計畫」、「論人計酬試辦計畫」者)
 2. 前一年為門、住診急重症之病患(癌症、凝血因子異常、移植、精神疾病及曾手術住院者或死亡者)
 3. 前一年全國門診就醫次數未滿12次
- ◆ 醫院提供健保篩選病人整合照護並申報照護模式時，納入成效計算
- ◆ 醫院可自行選擇健保提供名單以外病人整合照護，但不納入成效

計畫簡介-2/2

◆ 照護模式：

- ▣ 特殊對象整合〔A〕：提供患者一次看診之診療服務，例如老人門診整合照護。
- ▣ 特定疾病整合〔B〕：提供患者一次看診之診療服務，例如三高門診整合照護。。
- ▣ 主責照護整合模式〔D〕：由主責照護醫師整合，照會其他科後仍由主責醫師診療，綜整開立處方箋
- ▣ 其他模式〔E〕：非屬以上3種或資訊流程整合之其他整合模式者，包括以資訊整合運作為主，個管師介入整合協調聯繫看診時間、提供就醫後用藥衛教服務。

◆ 照護模式：

1. 結果面評核指標：依達標情形給予獎勵金，包括次數、費用、用藥品項數、住院率及三高用藥重複率。每人每年最高1,240元。
2. 過程面執行評核：每人每年最高260元。

歷年醫療服務及民眾利用情形

項目\年度	99年	100年	101年	102年
參加院所數	187	190	192	179
健保提供可照護人數	712,377	561,355	482,473	373,229
計畫醫院可選定照護人數	624,435	553,704	448,591	323,759
65歲以上人數	359,277*	275,477	226,047	182,749
65歲以上占率	57.5%*	49.8%	50.4%	56.4%
納入成效人數	484,891	382,219	346,763	191,041
65歲以上人數	278,169*	178,334	170,768	114,355
65歲以上占率	57.4%*	46.7%	49.2%	59.9%

備註：

1. 100年及101年納入成效評量計算之照護對象，以計畫結束前3個月內仍有該院或整合團隊就診紀錄之個案計之。但若辦理期間於該院內(或整合團隊)有原排除計算急重症門診或手術住院情形者，亦不予列入成效計算
2. 102年原照護人數係統計符合條件，可提供照護之最多人數，但該病人需實際接受整合照護計畫，申報照護類別代碼時，才納入成效計算之照護對象。

歷年主要成效指標執行結果

指標項目	99年 (院內)	100年 (院內)	101年 (院內)	102年 (院內)	101年 (合併院外)	102年 (合併院外)
平均每人每月 門診次數	-13.40%	-12.46%	-10.69%	-7.21%	-3.20%	-1.94%
平均每人每月 門診醫療點數	-3.68%	-3.23%	-0.38%	0.57%	3.09%	5.64%
平均每人每月 藥品項數	-3.66%	-2.63%	1.42%	-1.81%	3.59%	-1.11%

歷年預算執行情形

年度	98年	99年	100年	101年	102年
預算數 (百萬元)	452	800	500	500	500
預算執行數 (百萬元)	98.12公告 實施	433 ^{註1}	232 ^{註2}	228.5 ^{註3}	76.5 ^{註4}
預算執行率	-	54.13%	46.40%	45.70%	15.30%
法定預算數 與預算實支 數差異原因 說明	因98年12月公告，故當年未執行該項預算，相關照護成效評估併入99年計算及預算支應。	預算為推動促進醫療體系整合計畫，當年僅支用於醫院以病人為中心整合照護計畫。	當年預算係依99年執行數推估，但檢討計畫後變更支付方式，僅新收案照護者支給基本承作費，且由500降低為400元，繼續照護者不予支付。	檢討計畫，修訂繼續照護基本承作費另支給100點，評核指標值由院內執行結果改為院內院外合計執行結果加以評核，許多醫院因而未達指標。	本年檢討，取消基本承作費、新增四項指標及實際照護申報模式方納入成效，以院內與院外合計執行結果進行評核，達標比例下降。

註1：98年12月公告實施，所編預算未執行，99年度計畫施行期間為98年12月~99年12月

註2：100年度計畫施行期間為100年4~12月，預算執行數為185.4百萬元，100年1~3月係延續99年計畫，預算執行數為46.7百萬元，合計為232百萬。

註3：101年施行期間為101年4月至102年3月，執行數為180.3百萬元，101年1-3月係延續100年計畫，預算執行數48.1百萬元，合計為228.5百萬。

註4：102年度計畫施行期間為102年4月至103年12月，其中102年執行9個月，按0.75計算獎勵單價。⁷⁵

102年醫院參與計畫情形

項目	醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計
參與家數	18	67	94	179
參與家數占率(%)	10%	37%	53%	100%
提供照護人數	118,914	137,363	67,482	323,759
照護人數占率	37%	42%	21%	100%

102年成效指標執行結果1/3

指標名稱	基期	計畫期	
	101年 4~12月	102年 4~12月	成長率
院內			
平均每人每月門診次數	1.501	1.393	-7.20%
平均每人每月門診點數	5,174	5,203	0.60%
平均每人每月用藥品項數	6.866	6.741	-1.80%
全區(院內+院外)			
平均每人每月門診次數	2.304	2.259	-1.90%
平均每人每月門診點數	6,320	6,677	5.60%
平均每人每月用藥品項數	7.804	7.717	-1.10%

102年成效指標執行結果2/3

指標名稱	基期	計畫期	
	101年 4~12月	102年 4~12月	成長率
院內			
住院率	1.92%	2.72%	41.51%
降血脂用藥日數重複率	0.48%	0.51%	5.46%
降血壓用藥日數重複率	1.27%	1.29%	1.38%
降血糖用藥日數重複率	0.67%	0.67%	1.15%
全區(院內+院外)			
住院率	2.29%	3.68%	60.56%
降血脂用藥日數重複率	0.65%	0.73%	11.24%
降血壓用藥日數重複率	1.75%	1.83%	4.78%
降血糖用藥日數重複率	0.94%	0.99%	5.77%

102年成效指標執行結果3/3

指標項目	繼續或新 照護別	院內加院外			院內		
		基期 (101.04- 101.12)	計畫期間 (102.04- 102.12)	成長率	基期 (101.04- 101.12)	計畫期間 (102.04- 102.12)	成長率
平均醫療 費用	繼續照護	5,831	6,223	6.7%	4,607	4,720	2.5%
	新照護	7,308	7,593	3.9%	6,319	6,179	-2.2%
平均就醫 次數	繼續照護	2.363	2.342	-0.9%	1.388	1.343	-3.3%
	新照護	2.186	2.092	-4.3%	1.729	1.493	-13.6%
平均藥品 項數	繼續照護	7.874	7.822	-0.7%	6.752	6.688	-1.0%
	新照護	7.663	7.506	-2.0%	7.094	6.849	-3.5%

註：納入成效繼續照護人數計127,721人，約占67%，新照護計63,270人，約占33%

102年成效指標醫院達成情形

指標項目	達標院所家數				獎勵金額
	繼續照 護對象	新照護 對象	合計	占率	
每人每月平均醫療費用	18	39	51	29%	938,370
每人每月平均就醫次數	106	138	157	89%	20,358,435
每人每月平均用藥品項	61	95	115	65%	8,536,080
住院率			4	2%	38,760
降血脂用藥重複率			65	37%	6,375,675
降血壓用藥重複率			68	39%	4,568,970
降血糖用藥重複率			68	39%	4,515,533
成效指標項目小計					45,331,823
執行成效評核費用			166	94%	31,217,713
合計					76,549,536

備註：1. 納入成效計算之院所家數計有176家

2. 降血脂達標家數低於降血壓及降血糖之家數，但因照護人數高於後二者，且支給單價較高，故獎勵金額高於後二者

執行情形檢討1/2

- ◆ 計畫第一年，就醫次數、醫療費用、用藥品項數均顯著減少，第二年後，因降幅相對減少且繼續照護病人占率較高，成效漸不明顯。**惟繼續照護者各項指標值低於新照護者，已顯現該類病人的長期照護成效。**
- ◆ 7項指標中就醫次數及用藥項數院內及合併院外均呈負成長，成效較好；醫療費用點數方面，院內照護費用成長不到1%，僅合併院外就醫資料成長較多，**顯示計畫之施行在院內費用控管較有成效**，新增指標及跨院管控須再努力。
- ◆ 本署102年委託中華學會進行本計畫執行成效評估研究，建議各點摘要如下
 - ▣ 擴大參與對象，不限忠誠病人
 - ▣ 鼓勵醫院推動實際醫療行為的轉變
 - ▣ 高齡病患應提供專責老人整合照護模式
 - ▣ 提高支付誘因

執行情形檢討2/2

- ◆ 103年延續102年公告之計畫，並將年滿65歲以上罹患2種以上慢性病患列入首要照護對象。
- ◆ 103年提供整合照護服務之名單約有45萬餘人，計有183家醫院參加計畫。
- ◆ 為加強執行整合照護成效，除按季回饋院所個案醫療利用及各項指標達成情形，供作監測及加強照護參考外，另鼓勵醫院利用健保雲端藥歷查詢系統
- ◆ 未來將參採委託研究計畫建議，研議擴大高齡患者照護比率，改善照護模式，調整給付誘因及監測指標，加強整合照護之宣導，並與醫界協商後研修計畫，持續辦理。



醫院及其他預算專 案計畫執行成果 報告-第二部分

報告人：李副組長純馥





衛生福利部
中央健康保險署

論人計酬試辦計畫



計畫目的及策略

計畫目的

- 使民眾獲得更完整之照護:除提供現有疾病治療服務外，另加強提供預防保健、衛生教育與個案管理等服務
- 使醫療團隊發揮照護能量:以全人照護為導向，促進區域體系整合。
- 促進民眾健康，減少醫療浪費。

策略

- 提供院所對保險對象健康促進之誘因
- 民眾健康與團隊所獲報酬連動

協定事項及經費

◆ 回饋金預算

- ▣ 101年～103年依費協會協定由其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應，經費分別為3億元。

計畫重點-1/4

實施原則

- 團隊之費用申報及審查作業不變
- 民眾不需登記，自由就醫

專家評選

- 召開專家會議由25個團隊評選8個優選團隊參加試辦，照護對象人數約20萬7千餘人（署立金門醫院自102年1月起加入）。

費用涵蓋範圍

- 包含全民健康保險西醫基層、醫院總額門(急)診、住診及門診透析給付項目，
- 僅排除器官移植術後追蹤、牙醫及中醫給付項目。

試辦模式

- 3種試辦模式，各團隊試辦3年（101年1月1日至104年12月31日）：
 - ✓ 醫院忠誠病人模式
 - ✓ 社區醫療群模式
 - ✓ 區域整合模式

計畫重點-2/4

◆ 參與團隊及照護人數

序號	分區	試辦模式	照護團隊組成	主要照護對象	照護人數
1	台北	區域整合型	臺大醫院金山分院	新北市金山區合理現住人口	15,614
2	中區	區域整合型	澄清綜合醫院及5家合作院所	台中市東區戶籍人口	61,923
3	中區	區域整合型	彰濱秀傳醫院及6家合作院所	彰化縣線西鄉戶籍人口	14,799
4	台北	區域整合型	署立金門醫院	金門縣投保人口	49,951
5	台北	醫院忠誠病人	天主教耕莘醫院	醫院忠誠病人	20,094
6	中區	醫院忠誠病人	彰化基督教醫院	醫院忠誠病人	30,014
7	高屏	醫院忠誠病人	屏東基督教醫院	醫院忠誠病人	8,664
8	台北	社區醫療群	芝山診所及5家合作院所	團隊忠誠病人	5,976
合計					207,035

僅3家試辦院所組成團隊。

計畫重點-3/4

◆ 虛擬總額點數之設定：

▣ 虛擬總額點數＝照護對象基期年平均每人醫療點數
×(1+照護對象之年齡性別校正後每人年醫療費用成長
率+當年西醫部門成長率) ×照護對象人數

◆ 回饋與財務風險機制：

▣ 節餘(實際醫療點數< 虛擬總額點數)

1. 60%基本回饋金。
2. 40%按量化指標達成情形成數回饋。

▣ 短絀(實際醫療點數> 虛擬總額點數)

1. 依量化指標達成情形決定。
2. 負擔餘絀金額0%-50%。

計畫重點-4/4

◆ 計畫評量指標

指標類型	類別	指標名稱	目標值	權重
組織指標	指定	照護對象於院所團隊(醫院)(區)內固定就診率	與前一年同期比較，成長率大於-5%(含)	10%
	自選	院所團隊選指標		10%
臨床指標	指定	糖尿病人加入照護方案比率	高於全國平均值	8%
		糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)檢查執行率	高於全國平均值	8%
		糖尿病病患空腹血脂(Fasting Lipid Profile)檢查執行率	高於全國平均值	8%
		眼底檢查或眼底彩色攝影執行率	高於全國平均值	8%
		尿液微量白蛋白檢查執行率	高於全國平均值	8%
	自選	院所團隊選指標		10%
民眾感受度	指定	滿意度問卷調查滿意度	得分含80%(含)以上得10% 得分70%-79%即得5%	10%
其他政策鼓勵指標	指定	子宮頸抹片檢查率	高於全國平均值	10%
	指定	65歲以上老人流感注射率	高於全國平均值	10%
專家評核指標			各試辦團隊進行報告，由專家評核	25%

註. 指標目標值為當年度同一計算期間比較

各團隊執行之創新策略-1/3

◆ 區域整合模式之團隊

依據當地民眾需求，走入社區進行健康促進及宣導活動，提供適切服務。

▣ 台大金山分院

▣社區健康營造與促進：金健康北海俱樂部，進行預防保健、高資源個案管理、生命末期照護及無效醫療介入。

▣ 彰濱秀傳醫院

▣發展垂直水平整合：整合當地衛生局所、地區醫院、基層及藥局、後送醫院、社區合作，進行個案管理分級介入與照護。

▣ 澄清醫院

▣社區網絡的建立、進行健康管理、疾病管理。

各團隊執行之創新策略-2/3

◆ 醫院忠誠病人模式團隊：

主要以團隊內(院內)資訊整合為手段，以減少院內浪費及達成品質指標為主要努力重點。

▣ 彰化基督教醫院

□門住診整合照護(未就診個案追蹤、門診就醫整合、預防保健管理、個案疾病管理)、老人周全服務。

▣ 耕莘醫院

□門診整合照護、高醫療個案管理、安寧照護。

▣ 屏東基督教醫院

□健康管理照護中心，整合照護服務(門診、急診、住診、居家及長照)及急重症轉診服務。

各團隊執行之創新策略-3/3

◆ 芝山社區醫療群模式團隊：

結合社區志工，推行健康促進與運動計畫，並提出回饋金與照護對象共享之機制。

□ 導入健康生活家，進行社區調查，結合社區推動健康營造。

論人計酬試辦計畫期中結算-1/4

試辦模式	參與團隊	101年-102年6月底期中結算財務餘絀情形	關鍵因素
線西鄉區域整合型	彰濱秀傳紀念醫院及6家鄰近衛生所及診所	+	社區介入，健康促進
金山區區域整合型	臺灣大學醫學院附金山分院	+	社區介入，安寧導入
台中市東區區域整合型	澄清綜合醫院及5家區內診所及衛生所	++	社區介入，預防服務、健康促進
金門區域整合型	行政院衛生署金門醫院	102年1月甫試辦，故未納入本次結算	
芝山社區醫療型	芝山診所(主責診所)及5家合作診所	-	導入健康生活家
耕莘醫院忠誠病人	天主教耕莘醫院	++	整合門診、安寧照護、疾病管理
彰基醫院忠誠病人	彰化基督教醫院	+	整合門診、疾病管理、個案管理
屏基醫院忠誠病人	屏東基督教醫院	+	整合門診、疾病管理、個案管理、健康促進

- 有6家試辦團隊有節餘，按計畫規定回饋金額，合計回饋金額約3.2億元。
- 另有芝山團隊處於短絀狀態，依各自量化指標達成情形，承擔短絀之財務風險，該團隊選擇於期末結算一併辦理。



論人計酬試辦計畫期中結算-2/4

◆ 101年-102年6月期中結算指標達成情形

標指標類型	標指標類型	指標名稱	參與團 隊數	團隊達 成數	達成率	
固定指標	組織指標	照護對象於院所團隊(醫院)(區)內固定就診率	7	3	43%	
	臨床指標	糖尿病人加入照護方案比率	7	7	100%	
		糖尿病病患醣化血色素(HbA1c)檢查執行率	7	6	86%	
		糖尿病病患空腹血脂(Fasting Lipid Profile)檢查執行率	7	6	86%	
		眼底檢查或眼底彩色攝影執行率	7	6	86%	
		尿液微量白蛋白檢查執行率	7	6	86%	
	其他政策	子宮頸抹片檢查率	7	4	57%	
	鼓勵指標	65歲以上老人流感注射率	7	6	86%	
	自選指標		初期慢性腎臟病(簡稱初期CKD)方案照護率	3	3	100%
			照護對象之慢性腎臟病(CKD)平均完整追蹤率	1	0	0%
		第一、二型糖尿病民眾完成初期慢性腎臟病篩檢率	2	2	100%	
		50-69歲民眾2年內接受大腸癌篩檢率	3	0	0%	
		45-69歲婦女乳房攝影篩檢率(乳癌篩檢率)	3	0	0%	
		成人預防保健檢查完成率	3	0	0%	
		論人計酬照護對象三日急診返診率	1	1	100%	
		預立DNR簽立率	1	1	100%	
		65歲以上住院病人DNR同意書及意願書簽立率	1	1	100%	
		社區診斷	1	1	100%	
照護對象感受指標		滿意度調查	7	7	100%	

註：預防保健自選指標須大於該層級別醫院75百分位值(執行一年半)，試辦團隊仍有努力空間95

論人計酬試辦計畫期中結算-3/4

期中結算(101年~102年第2季)論人計酬試辦計畫院內、團隊內占整體醫療利用占率情形

1. 忠誠型團隊：
照護對象全年之門、住醫療費用，約有50-70%發生在該院。

2. 社區型團隊：僅有門診照護型態，照護對象全年之門診醫療費用，約有25%發生在該團隊，75%發生在院外，但住診費用無法控制。

3. 區域型團隊：照護對象全年之門、住診醫療費用，約有6%-30%發生在該院，顯示照護對象過半費用都發生在他院。

試辦團隊	門診占率				住診占率			
	團隊內次數	團隊內費用	團隊外次數	團隊外費用	團隊內次數	團隊內費用	團隊外次數	團隊外費用
忠誠型_A	41.73%	69.38%	58.27%	30.62%	69.74%	66.13%	30.26%	33.87%
忠誠型_B	40.94%	69.68%	59.06%	30.32%	61.18%	53.52%	38.82%	46.48%
忠誠型_C	51.35%	70.57%	48.65%	29.43%	61.30%	54.92%	38.70%	45.08%
社區型	37.60%	24.59%	62.40%	75.41%	0.00%	0.00%	100.00%	100.00%
區域型_A	22.44%	29.13%	77.56%	70.87%	19.33%	8.48%	80.67%	91.52%
區域型_B	30.10%	36.16%	69.90%	63.84%	49.38%	45.43%	50.62%	54.57%
區域型_C	4.77%	7.23%	95.23%	92.77%	11.89%	8.24%	88.11%	91.76%
	22.52%	33.78%	77.48%	66.22%	42.28%	26.63%	57.72%	73.37%
	26.60%	47.67%	73.40%	52.33%	43.60%	39.33%	56.40%	60.67%

論人計酬試辦計畫期中結算-4/4

◆ 結算團隊至102Q2門、住診醫療費用較基期(99Q3-100Q2)成長情形

1. 忠誠型及社區型團隊：門住診次數與費用與基期相較，團隊外之成長較大。

1. 區域型團隊：門住診次數與費用與基期相較多有不同，惟整體多呈現負成長或小幅成長。

試辦團隊	門診成長率						住診成長率					
	團隊內 次數	團隊內 費用	團隊外 次數	團隊外 費用	整體次數	整體費用	團隊內 次數	團隊內 費用	團隊外 次數	團隊外 費用	整體次數	整體費用
忠誠型_A	-19.85%	-13.11%	19.57%	43.80%	-0.79%	-1.13%	-7.57%	13.20%	46.41%	53.91%	5.68%	24.33%
忠誠型_B	-26.65%	-18.04%	28.18%	37.69%	-1.86%	-6.58%	-19.00%	-15.11%	61.41%	66.14%	0.68%	9.86%
忠誠型_C	-19.37%	-14.95%	17.00%	42.90%	-5.01%	-3.45%	-19.32%	-12.19%	31.79%	54.02%	-7.04%	8.91%
社區型	-32.53%	-27.17%	10.79%	25.14%	-10.76%	6.35%			7.45%	58.44%	7.45%	58.44%
區域型_A	1.19%	10.98%	-3.11%	-2.21%	-2.18%	1.30%	9.26%	79.10%	-3.67%	-1.67%	-1.38%	2.24%
區域型_B	-4.80%	7.51%	-1.00%	9.92%	-2.18%	9.03%	-3.47%	0.28%	-1.44%	-14.71%	-2.48%	-8.50%
區域型_C	-0.96%	0.02%	-1.89%	8.14%	-1.85%	7.51%	7.26%	15.59%	0.48%	-0.16%	1.23%	0.98%
	-17.06%	-12.08%	4.13%	17.66%	-2.49%	1.32%	-10.03%	3.18%	11.86%	18.54%	1.25%	11.98%

配合本計畫之配套機制

- ◆ 定期資訊回饋
- ◆ 專家實地輔導
- ◆ 計畫定期檢討修訂
- ◆ 委託研究計畫(至103年底)

定期資訊回饋

- ◆ 按季提供各團隊照護對象醫療利用情形(含各別個案彙總明細及團隊整體等)、十大疾病別、品質指標回饋資訊、院外就醫費用前100大就醫院所及就醫科別等；102年起，本署定期提供照護對象醫療利用情形，提升團隊即時監測照護對象醫療利用之能力。
- ◆ 配合團隊個別需求。

專家學者實地輔導

- ◆ 本署分別於101年1月及6月陸續辦理3次專家學者實地參訪及輔導該7家試辦團隊，並邀請其他團隊參與觀摩及學習。
- ◆ 101年7月以後：由承辦委託研究計畫之團隊，每季至各試辦團隊輔導。

102年第1次計畫檢討與修訂

◆ 計畫檢討

- 蒐集學者專家及試辦團隊所提之相關建議，由本署於101年11月召開專家會議進行討論；並於同月辦理試辦團隊討論會議，會中就部分指標之操作型定義進行討論與修訂，並加強資訊之提供。

◆ 計畫公告修訂

- 醫院忠誠病人模式試辦期間延後半年，於101年1月1日起執行。
- 採每1年半辦理一次結算，第一次結算如有短絀，可選擇3年期滿再辦理總結算，提供團隊可多方評估計畫執行之風險管控。

102年第2次計畫檢討與修訂

◆ 計畫檢討

- 蒐集學者專家及試辦團隊所提之相關建議，由本署於102年6月及7月分別邀集專家及試辦團隊進行討論，會中就指標評量及虛擬總額之扣減事項，達成共識。

◆ 修訂計畫與公告

- 照護對象死亡及器官移植者，於下期扣減虛擬總額。
- 對於計畫評核方式，除現行評核指標外(占100%)，同意增加團隊過程面成效評核(占25%)，由本署召開評核會議，由專家進行評核。

委託研究計畫

- ◆ 本制度為全新支付方式，因此亟需倚重學者專家提供協助，進行研究分析及建議。
- ◆ 受託單位：101年由「臺灣永續全人醫療照護協會」承接。
- ◆ 委託期間：101年7月～103年8月。
- ◆ 研究目標：
 - ▣ 提出國內可行如何界定『人』之建議。
 - ▣ 提出並建構論人計酬支付制度風險校正模式三種。
 - ▣ 提出至少五項指標包括結構、過程與結果等面向之操作型定義及分配權重。
 - ▣ 進行論人計酬試辦計畫之滿意度調查。
 - ▣ 每季至7家團隊進行實地協助輔導諮詢。
 - ▣ 103年研究單位已辦理全國觀摩會(103.03.21)及研討會(103年5月24日)，合計約350-400人參與。

目前面臨之問題1/2

- ◆ 民眾自由就醫，影響院所提供連續性之醫療照護。
- ◆ 試辦團隊規模無法涵蓋多數就醫範圍，無法對院外照護盡責。
 - ▣ 區域及社區型約6-9成在團隊外，忠誠型約4成在團隊外。
 - ▣ 社區型芝山團隊，僅診所加入，對照護對象之住院無法處理。
- ◆ 照護對象照護主責與分派之適當性。
 - ▣ 隨著試辦時間之增加，固定就診於某院所之比率降低，院外就診比率增加。
 - ▣ 個別院所不易提供完整之醫療照護。
 - ▣ 照護對象不至該院就醫或至他院就醫，院所無法盡責。
- ◆ 8家試辦院所，僅3家組成團隊，但規模有限；而部立金門醫院亦未整合當地診所，區域體系整合不易。

目前面臨之問題2/2

◆ 財務風險

- ☐ 照護對象人數規模較小，費用成長差異更大，影響財務風險評估之穩定性。
- ☐ 現行計畫虛擬點數(如：固定基期的選定、醫療費用成長情形…)之計算，對於照護對象於連續年度醫療耗用之預測，會有過高或不足之誤差及風險。
- ☐ 多種支付單位(例如：論量、總額、論人…)，產生衝突及矛盾。(例如：推動社區安寧，院內收入會下降，但其節省醫療費用之結果，卻給總額內其他院所共享提升點值)。

◆ 目前的指標(如：固定就診率、糖尿病指標、預防保健指標..)尚無法全面解釋試辦團隊的努力或成效；目前較缺乏結果面之評量指標。

◆ 資訊面

- ☐ 提供照護對象醫療利用之資料深度、完整性及時序性，限於申報時點，仍有落後之問題。
- ☐ 因個資問題，對於提供照護對象個別就醫之詳細資訊，仍待克服。

未來展望

◆ 全面檢討論人計酬支付制度

- ▣ 至103年論人計酬已試辦3年，除持續蒐集各界與專家建議，亦將辦理論人計酬相關會議，凝聚專家共識，整體修訂試辦計畫。
- ▣ 進行委託研究，由專家進行成效評估，並逐步建構財務估計與醫療費用預測之技術。

未來推動方向建議

◆ 現階段(101年~103年)

- ▣ 維持目前8家優選試辦團隊。
- ▣ 計畫小幅修訂。
- ▣ 委託研究，並俟具體結論，再整體修訂下階段計畫架構。

◆ 下階段(104年以後)

- ▣ 擴大徵求參與院所，並鼓勵其組成整合團隊為優先。
- ▣ 參與整合團隊所照護保險對象之醫療費用自總額中獨立分開。



衛生福利部
中央健康保險署

醫院支援西醫基層醫療 資源不足地區改善方案



計畫目標與重點-1/2

◆ 協定事項及經費：

- ▣ 100年至103年度於醫院總額部門之專款項目，續編方案經費，101-102年經費每年5千萬，自103年起新增經費1千萬元總計為6千萬。

◆ 計畫目標：

▣ 執行目標：

- ✓ 總服務人次：102年度50,000人次
- ✓ 總服務診次：102年度3,000診次
- ▣ 執行期間：102年1月1日～12月31日。

計畫目標與重點-2/2

◆ 計畫重點：

- ▣ 鼓勵地區級以上醫院醫師，至西醫基層醫師無法承作之醫療資源不足地區，提供巡迴醫療及行動不便或獨居老人到宅醫療或疾病個案管理服務服務。
- ▣ 公告施行區域：
 - ✓ 以「98年西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案」的101個公告鄉鎮中，至98年6月12日仍未有西醫基層診所申請開業或巡迴醫療服務之鄉鎮。
 - ✓ 惟自102年起，本計畫施行區域，係以每位執業醫師所服務戶籍人口數超過2,600人之鄉鎮及各縣市衛生局提供之鄉鎮名單，102年公告32個鄉鎮。

100-102年預算執行數與執行率

◆ 預算及鄉鎮執行率逐年成長。

項目 \ 年度	100年	101年	102年
預算數 (百萬元)	50	50	50
預算執行數 (百萬元)	33.1	46.1	58.02
預算執行率(%)	66.24	92.14	116.04
公告鄉鎮數	31	35	32
鄉鎮執行數	29	33	31
鄉鎮執行率(%)	93.55	94.29	96.88

100-102年執行情形及成效-1/6

◆ 102年服務人次及診次目標已達成，滿意度也持續增加。

項目 \ 年度	100年	101年	102年
目標總服務人次	50,000	50,000	50,000
總服務人次	27,135	37,550	51,315
總服務人次執行率(%)	54.27	75.10	102.63
目標總服務時數/診次(註)	5,000	5,000	3,000
總服務時數/診次(註)	10,101	12,903	4,369
總服務時數/診次執行率(%) (註)	202.02	258.06	145.63
滿意度(%)	91.9	92.7	93.71

註:100年至101年目標為總服務時數；102年則為總服務診次。

100-102年執行情形及成效-2/6

◆ 分區業務組鄉鎮執行概況，總體鄉鎮執行率持續增加。

分區別	執行鄉鎮數		
	100年	101年	102年
臺北	4	4	4
北區	3	3	4
中區	6	7	7
南區	6	7	5
高屏	9	9	8
東區	1	3	3
總計	29	33	31
鄉鎮執行率(%)	93.55	94.29	96.88



100-102年執行情形及成效-3/6

◆ 分區業務組各醫院執行名單

分區	執行醫院		
	100年	101年	102年
臺北	慈濟、新光、馬偕、基隆長庚、礦工、耕莘、萬芳、仁濟醫院、雙和醫院	慈濟台北分院、新光、馬偕、國泰、基隆長庚、礦工、耕莘、北醫、仁濟醫院、雙和醫院	慈濟台北分院、新光、馬偕、基隆長庚、礦工、仁濟醫院、雙和醫院、國泰
北區	署桃新屋分院、國軍桃園、為恭、馬偕新竹分院、署立新竹	署桃新屋分院、國軍桃園、台大新竹分院、為恭	部立桃園新屋分院、榮總新竹分院、為恭、台大新竹分院
中區	中山醫院、員林何醫院、洪宗鄰醫院、彰基二林分院、竹山秀傳	中山醫院、員林何醫院、洪宗鄰醫院、彰基、彰基二林分院、竹山秀傳、彰基鹿基分院、彰濱秀傳、中山中興分院、秀傳醫院、澄清復健醫院	員林何醫院、洪宗鄰醫院、彰基、彰基二林分院、竹山秀傳、彰基鹿基分院、彰濱秀傳、中山中興分院、秀傳醫院、澄清復健醫院、南基醫院、新泰宜婦幼醫院、伍倫醫療社團法人榮醫院
南區	台南新樓、成大斗六分院、奇美、奇美柳營、雲林長庚	台南新樓、成大斗六分院、奇美、奇美柳營、雲林長庚、中國北港分院	台南新樓、成大斗六分院、奇美、奇美柳營、雲林長庚、安生醫院
高屏	高雄長庚、義大、寶建、安泰、高雄榮總、署立屏東、屏東基督教、恆春旅遊醫院、南門醫院	高雄長庚、義大、寶建、安泰、高雄榮總、署立屏東、屏東基督教、恆春旅遊醫院、南門醫院	高雄長庚、義大、寶建、安泰、高雄榮總、屏東基督教、恆春旅遊醫院、南門醫院
東區	台東基督教	台東基督教、臺東榮民、署立臺東醫院	臺東基督教、臺東榮民、部立臺東醫院
總計	34家醫院	43家醫院	42家醫院 114

100-102年執行情形及成效-4/6

◆ 分區業務組巡迴科別數持續穩定、診次則逐年成長。

分區	巡迴科別數			巡迴診次		
	100年	101年	102年	100年	101年	102年
臺北	6	6	8	326	575	505
北區	3	3	2	292	216	265
中區	7	8	7	730	1,236	1,853
南區	3	2	2	478	549	563
高屏	5	6	7	1,503	1,611	985
東區	1	3	3	38	114	198
總計	13	12	11	3,367	4,301	4,369

註：

100年一般科、內科、外科、家醫科、婦產科、復健科、骨科、消化外科、感染科、心臟血管內科、老人醫學科、神經科、新陳代謝科。

101年一般科、內科、外科、家醫科、婦產科、復健科、骨科、小兒科、神經科、精神科、新陳代謝科、胸腔內科。

102年一般科、內科、外科、家醫科、婦產科、復健科、骨科、耳鼻喉科、小兒科、神經科、新陳代謝科。

100-102年執行情形及成效-5/6

- ◆ 102年服務人次達51,315人次，呈現逐年成長。
- ◆ 滿意度則維持90%以上。

分區	服務人次			滿意度(%)		
	100年	101年	102年	100年	101年	102年
臺北	2,023	4,233	4,415	93.4	92.1	93.35
北區	656	1,032	1,411	93.3	91.9	99.15
中區	9,141	12,810	22,042	92.8	93.6	94.47
南區	5,290	6,544	8,736	89.7	91.4	90.67
高屏	9,770	12,355	14,082	91.4	95.0	94.38
東區	255	576	629	83.0	89.0	89.60
總計	27,135	37,550	51,315	91.9	92.7	93.7

100-102年執行情形及成效-6/6

◆ 分區業務組論次及論量費用多為逐年成長。

單位：百萬點

分區	100年		101年		102年	
	論量	論次	論量	論次	論量	論次
臺北	1.10	1.82	1.58	3.66	2.20	3.36
北區	0.30	1.67	0.45	1.23	0.64	1.56
中區	4.68	4.15	6.59	7.70	11.97	11.72
南區	2.48	2.77	3.52	3.21	5.03	3.69
高屏	6.11	7.72	7.87	9.32	9.76	6.54
東區	0.09	0.22	0.29	0.65	0.34	1.19
總計	14.77	18.35	20.31	25.76	29.95	28.07

檢討與改進

◆ 檢討：

- ▣ 102年公告施行區域僅一個鄉鎮(屏東縣萬巒鄉)無醫院承作，係本署每年定期函請各縣市衛生局及分區業務組確實檢討巡迴實施區域是否確屬醫療資源不足地區，且查該鄉鎮於103年已由阮○○醫院承作。

◆ 改進：

- ▣ 102年總服務診次及總服務人次已達成：加強各巡迴點執行成效評估之規定
 - ✓ 巡迴滿3個月，每診次平均就醫低於3人次(不含)，暫停該巡迴點服務，醫院須立刻提報改善計畫書。
 - ✓ 年度期滿，若巡迴點每診次平均就醫人次低於5人次(不含)者，醫院不得申請於該巡迴點提供巡迴醫療服務。

103年計畫修正重點

- ◆ 依據102年全民健康保險各部門總額評核會議會議決議，應對醫療資源不足地區的醫療服務進行整合，故103年「醫院支援西醫基層總額醫療資源不足改善方案」與「西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」整併。
- ◆ 西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案-醫院部分公告施行區域增加1個(原32個增為33個)，預算並增加1千萬元(原5千萬元增為6千萬元)。



衛生福利部
中央健康保險署

醫療資源不足地區之 醫療服務提升計畫



計畫簡介

- ◆ 計畫期間：101年5月28日～迄今。
- ◆ 預算來源：
 - ▣ 其他預算「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」項目，101年5億元，102年6.7億元。
 - ▣ 醫院總額專款項目：103年8億元。
- ◆ 計畫目的：
 - ▣ 強化離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療，減少就醫奔波之苦。
 - ▣ 以點值保障該等區域或鄰近區域之醫院，使其具備較佳醫療提供之能力，並加強提供醫療服務及社區預防保健，以增進民眾就醫之可近性。

預算執行情形

- ◆ 101年預算支出約2.7億元。因101年6月才開始執行，故預算執行率(54%)偏低。
- ◆ 102年預算支出約6.1億元，預算執行率達91%。

申請醫院資格

- ◆ 設立於保險人公告之離島、山地鄉之醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達30公里以上者。
- ◆ 設立於全民健保醫療資源不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。
- ◆ 符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之地區級醫院。(102年6家、103年6家)
- ◆ 符合主管機關公告之103年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院。(103年8家)
- ◆ 符合資格醫院家數：
 - ▣ 101年79家，102年101家，103年108家。



申請醫院須承諾強化提供下列醫療服務

◆ 提供24小時急診服務：

- ▣ 101年計畫規定醫院需提供本項服務
- ▣ 102年後之計畫則放寬，若該區已有醫院提供急診服務，醫院可不提供本項服務。

◆ 提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務(含支援醫師)，並應由各該專科醫師實際提供每週三次以上之門診看診服務。

◆ 檢驗、檢查報告須主動通知民眾。

◆ 深入社區加強預防保健服務。



保障措施_符合102年計畫資格者

◆ 浮動點數保障每點一元

- ▣ 一般服務部門(不含門診透析)自保障月起，納入結算之核定浮動點數，扣除住診呼吸器及門住診精神科案件之申請醫療點數後之點數，以浮動點值補足至每點一元支付。
- ▣ 提供24小時急診服務者：每家醫院全年最高以1,500萬元為上限，最低補助900萬元，醫院如選擇四科以下科別提供醫療服務者，其最低補助金額應予遞減(未滿四科，每減少一科，減少100萬元)。
- ▣ 102年參與醫院若未提供24小時急診服務者，每家醫院每科全年最高以100萬元為補助上限。

保障措施_103年計畫新增資格者

- ◆ 補助其經急診檢傷分類第1及第2級之當次住院之前10天(含)，浮動點數保障每點一元，全年補助最高500萬元。

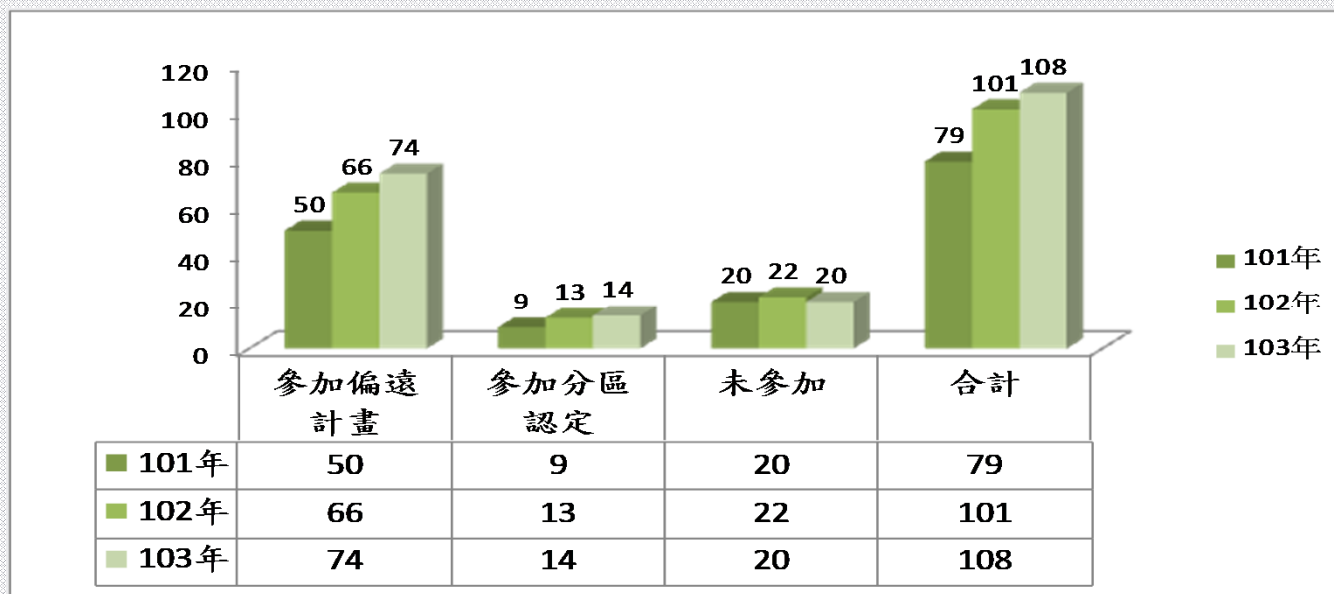
評估指標

- ◆ 醫院增設24小時急診之家數。
- ◆ 醫院增設內科、外科、婦產科、小兒科之家數。
- ◆ 醫院提升預防保健服務量。
- ◆ 民眾滿意度提升
 - ▣ 民眾對急診、內科、外科、婦產科、小兒科之滿意度
 - ▣ 民眾對檢驗、檢查報告主動通知之滿意度
 - ▣ 醫院內整體民眾申訴案件成案數，低於前一年

參與情形

- ◆ 101年符合資格醫院計79家，其中50家(63%)參與本計畫，9家參與分區偏遠認定，20家未參加。
- ◆ 102年符合資格醫院計101家，其中66家(65%)參與本計畫，13家參與分區偏遠認定，22家未參加。
- ◆ 103年符合資格醫院計108家，其中74家(68.5%)參與本計畫，14家參與分區偏遠認定，20家未參加。

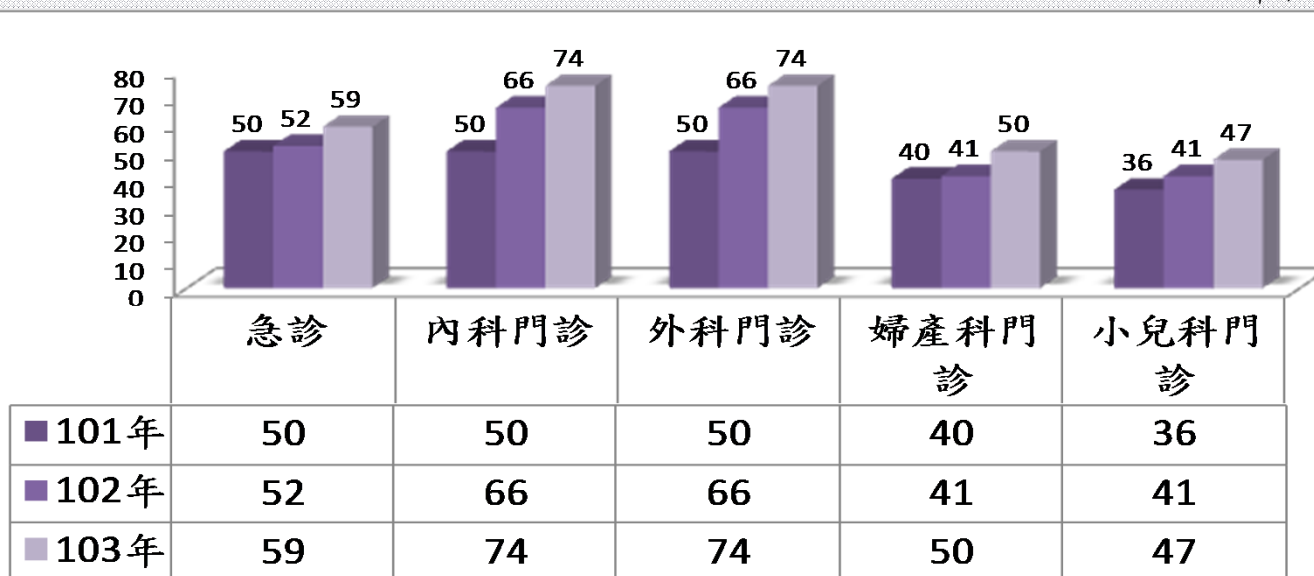
單位：家數



提供科別服務情形-1/2

- ◆ 101年：全部參與醫院(50家)皆提供急診、內科與外科門診服務，提供婦產科門診服務醫院40家，提供小兒科門診醫院36家。
- ◆ 102年：52家提供急診服務、66家提供內科與外科門診服務、41家提供婦產科與小兒科門診服務。
- ◆ 103年：59家提供急診服務、74家提供內科與外科門診服務、50家提供婦產科門診服務、47家提供小兒科門診服務。

單位：家數



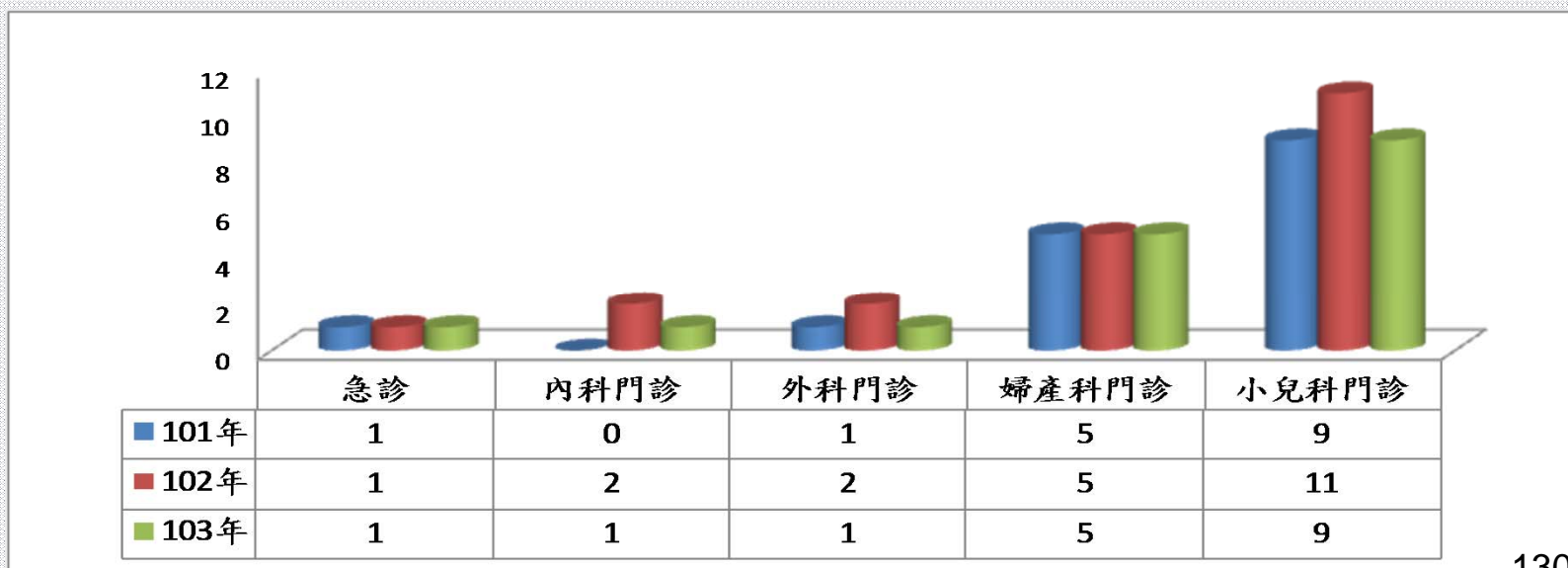
提供科別服務情形-2/2

◆ 配合參與本計畫，醫院新增提供急診或四大科門診情形。

101年，有新增提供急診服務者1家，新增提供內科門診服0家，新增外科門診1家，新增婦產科門診5家，新增小兒科門診9家。

102年，新增急診1家，新增內科門診2家，新增外科門診2家，新增婦產科門診5家，新增小兒科門診11家。

103年，新增急診1家，新增內科門診1家，新增外科門診1家，新增婦產科門診5家，新增小兒科門診9家



註：103年醫院新增服務家數，亦包含102年醫院新增服務家數。

滿意度調查結果

◆ 101年、102年急診、各科門診與檢查結果主動通知民眾之滿意度，皆可達84%以上。

項目	101年		102年	
	有效問卷數	滿意度	有效問卷數	滿意度
對急診之滿意度	665	87%	754	88%
對內科門診之滿意度	764	85%	1022	92%
對外科門診之滿意度	718	84%	948	90%
對婦產科門診之滿意度	472	89%	580	89%
對小兒科門診之滿意度	424	86%	487	87%
對檢查之滿意度	1140	86%	1407	89%

註：101年問卷回收2,462份；102年問卷回收2,958份。

申訴案件&預防保健服務量

◆ 整體民眾申訴案件成案數與整體預防保健服務量變化：

▣ 參與醫院的預防保健服務量：

- ✓ 101年：參與醫院50家，101年為45.3萬件，較前一年(100年) 41.3萬件成長10%。
- ✓ 102年：參與醫院66家，102年為71.9萬件，較前一年(101年) 66.5萬件成長8.1%，主要因大部分醫院已參與2年，預防保健服務量成長幅度較小。

▣ 整體醫院申訴成案數：

- ✓ 100年8件，101年減為6件，102年再減為1件。

退場機制

- ◆ 醫院有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第38條至40條所列違規情事，自其違規處分(第一次)之處分月起不再保障。
- ◆ 醫院於保障期間發生未依其承諾提供醫療服務，或自願中止本計畫者，自確定事實之月起，不再保障。

結語

- ◆ 參與之醫院持續增加(101年50家、102年66家、103年74家)，本計畫持續以點值保障偏遠或其鄰近地區之醫院，使其能繼續維持較佳之急診與內外婦兒四大科之醫療服務提供能力。
- ◆ 各參與醫院，提供24小時急診服務與內、外、婦、兒科四大科之醫療服務，確實促進離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療，減少就醫奔波之苦。



衛生福利部
中央健康保險署

藥事居家照護 試辦計畫



102年試辦計畫目標與重點

- ◆ 目的：為使醫療資源合理使用，針對門診高利用之保險對象進行居家訪視，輔導正確服用藥物觀念，避免藥物重複使用，強化用藥安全，間接減少醫療資源之浪費。
- ◆ 施行區域：全國實施。
- ◆ 實施期間：102年1月至12月。
- ◆ 預算來源：102年「其他預算」—5,400萬元。
- ◆ 預期目標及成效：
 - ▣ 102年預計照護至少7,000人。
 - ▣ 以個案開始輔導至102年12月31日，與前1年同期比較，門診醫療費用降低12%以上。

輔導對象

- ◆ 第一優先：具有2種以上慢性疾病者，其在 ≥ 2 家院所領取 ≥ 13 張慢性病連續處方箋者。
- ◆ 第二優先：藥費在前50百分位且就醫院所家數 ≥ 6 家者。
- ◆ 第三優先：半數以上處方箋之藥品品項 ≥ 6 種者。
- ◆ 西醫基層醫師或分區業務組認為需要藥師專業輔導轉介之個案。
- ◆ 針對已連續2年收案輔導者，第3年起不得繼續輔導，但有特殊情況且經中華民國藥師公會全國聯合會及保險人分區業務組同意者，不在此限。

備註：

輔導對象先篩選前1年（100年10月～101年9月底）申報門診就醫次數 ≥ 100 次（排除牙醫、中醫、復健及精神科就醫次數、死亡、其他試辦計畫、醫院整合照護計畫及重大傷病）者，再以上開優先輔導順序進一步篩選。

支付方式

- ◆ 採論次計酬，每次支付1,000點，每點1元。
- ◆ 藥事人員之訪視地點符合下方計畫公告地區者，每次支付1,200點，每點1元。
 - 「全民健康保險山地離島地區」
 - 「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」
- ◆ 每位保險對象以每個月輔導不超過1次(含)為原則，全年訪視以8次為上限。
- ◆ 收案對象須具有接受輔導之書面同意書，同意接受藥師輔導至當年度12月底，始為本署支付對象。
- ◆ 藥師輔導後須填具訪視紀錄表並上傳至藥師全聯會設置的電腦化照護管理系統，若遇有保險對象申訴或疑義時，保險人得向藥師全聯會調閱上開資料查核。

獎勵機制

- ◆ 獎勵資格：以個別藥師輔導之所有個案開始輔導至102年12月31日之門診醫療費用與前1年同期比較，其門診醫療費用下降達15%以上者。
- ◆ 總獎勵金額：以計畫節餘款為準，如節餘款超過計畫經費之5%，則以5%為上限；另若總節省點數之70%低於上限，則以該節省點數之70%為上限。
- ◆ 獎勵金計算公式：總獎勵金額*（符合資格之個別藥師節省點數*70%/所有符合資格之藥師總節省點數*70%）。
- ◆ 102年輔導個案門診醫療費用下降達15%以上者，共計94位藥師，已依上開獎勵措施核發計畫經費5%，180萬元之獎勵金。

102年計畫實施整體成效

項目	輔導前（101年） 收案日至12月	輔導後（102年） 收案日至12月	下降率
門診就醫次數	423,510	341,921	-19.26%
門診醫療費用	4.57億元	3.85億元	-15.73%
門診藥費	1.2億元	1.1億元	-4.15%

備註：

1. 102年輔導人數為8,038人，參與計畫之藥事人員共計174位。
2. 醫療費用包含藥費。

102年計畫執行情形

執行項目	101年預定目標	102年執行結果	執行率
總目標	<u>門診</u> 醫療費用-12%	-15.73%	達成
預算執行	5,400萬元	4,930萬元（截至103/2/20申報費用）	91%
輔導人數	至少7,000人	8,038人	115%
照護人次	7,000*8=56,000 （每人8次為上限）	49,302人次（平均每人 照護次數6.13次）	88%
獎勵金	180萬元 （以預算3,600萬元 x5%為上限）	參與計畫之藥事人員 174位，有94位達預定 目標可領取獎勵金。	54%（94/174）

102年藥事照護計畫與本署自行輔導成效比較表

項目	藥事照護計畫 (A)	本署自行輔導 (B)	下降率比較 (A-B)
門診就醫次數 下降率	-18.94%	-20.42%	1.47%
門診醫療費用 下降率	-14.74%	-13.93%	-0.81%
門診藥費 下降率	-4.42%	-4.59%	0.17%

註：本署102年提供藥師選案者總計46,367人，分二組分析：

- 1、藥師輔導：46,367人中6,366人由藥師收案輔導。
- 2、本署輔導：46,367人扣除藥師已收案6,366人後，剩餘者再篩選屬本署102年自行輔導者，再以相同之年齡層（年齡層分三組：18歲以下、18-64歲及65歲以上，且男女性別占率皆近50%）控制及篩選與藥師相同收案（1：1）之人數（6,366人）進行比較。

102年執行結果檢討

- ◆ 訂定申報期限：為避免延後申報導致年度預算結算困難，故自102年起訂定特約藥局於103年1月20日前未申報102年度本計畫之費用者，不予支付，而年度補報案件則以103年2月20日前為限。
- ◆ 訂定退場機制：各藥事人員前一年度參與本計畫，其輔導之保險對象，門診醫療費用與前1年同期比較，成長超過10%者，不得申請辦理，惟經查不可歸責於藥師者不在此限。故102年計有5位藥師屬前開不得申請辦理103年計畫。
- ◆ 考量本計畫性質屬高價服務，研議將藥師至保險對象家中提供服務改為保險對象至藥局接受服務。
- ◆ 健保會102年9月27日研商其他部門總額預算時，委員建議本計畫應有較嚴謹之成效評估，以證明非霍桑效應，將研議訂定專業監測指標。

103年計畫修正重點

- ◆ **提高計畫目標：**以個案開始輔導至103年12月31日，與前1年同期比較，目標值由門診醫療費用降低12%以上，調高為14%以上。
- ◆ **增加專業監測指標：**對藥師回應比率（CC%），目標達50%（公式：所有個案CC的量／所有個案BB的量，BB為建議醫師或病人用藥事項代碼。CC為醫師或病人回應藥師建議事項代碼）。
- ◆ **增加提供藥事服務方式，**增列由保險對象自行前往藥事人員執業之特約藥局接受照護，每次支付600元，每次至少30分鐘，並應完成書面報告及註明輔導起訖時間。
- ◆ **提高藥師獎勵標準：**以藥事人員收案輔導個案之個別開始輔導當月起至103年12月之門診醫療費用與前1年同期比較，其門診醫療費用下降率由15%調高為16%。

103年輔導名單之收案統計表

業務組	已簽附約藥 事人員數 (A)	收案人數 (B)	收案率 (B/目標至少 7,000人)	平均每位藥事 人員照護人數 (B/A)
臺北業務組	26	347	5%	13
北區業務組	13	287	4%	22
中區業務組	41	1,874	27%	46
南區業務組	33	2,351	34%	71
高屏業務組	52	2,843	41%	55
東區業務組	17	108	2%	6
總計	182	7,810	112%	43

註：輔導名單係截至103年7月28日統計資料，最後收案截止時間為103年7月31日，收案人數雖已達預定目標，但仍在增加中，全聯會並須於103年9月15日前將最終收案名單送本署及各分區業務組。



衛生福利部
中央健康保險署

慢性腎臟病照護及 病人衛教計畫



分項計畫

1 初期慢性腎臟病醫療給付改善方案

2 末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫

3 慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫



衛生福利部
中央健康保險署

初期慢性腎臟病醫 療給付改善方案



目的

- ◆ 本方案自100年1月1日起開始實施，其目的如下：
 - ▣ 減少洗腎發生率：依照實證Guideline給予病患最適切的醫療，並預防阻緩腎功能的惡化、蛋白尿的緩解、避免不當藥物的傷害、預防併發症發生。
 - ▣ 提供衛教諮詢：教導適切的腎病衛教知識，掌握病患狀況，追蹤病況與檢驗結果，提供醫師與家屬在照護上的溝通介面。
 - ▣ 提供定期重要的追蹤檢查：eGFR(腎絲球濾過率)、Upcr(尿蛋白比值)、血清肌酸酐、LDL(低密度脂蛋白)等重要的腎功能檢查。

參與醫事人員資格及退場機制

◆ 參與醫事人員：具下列資格之醫療院所

- 1、腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師。
- 2、內、外、婦產、兒、家醫、神經科專科醫師:需接受本署認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少6小時(4小時上課+2小時e-learning課程)，並取得證明。

◆ 退場機制：

- ☐ 參與本方案之醫師，年度追蹤率小於20%者(指前一年度已收案之個案中，於本年度完成追蹤者)，經輔導未改善，自本保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本方案之相關費用。

收案對象

◆ 收案前90天內曾在該院所就醫，新收案當次需以「慢性腎臟疾病」為主診斷

CKD stage 1
病患

- 腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況
- $eGFR \geq 90 \text{ ml/min/1.73 m}^2 + U_{PCR} \geq 150 \text{ mg/gm}$ (或糖尿病患者 $U_{ACR} \geq 30 \text{ mg/gm}$)

CKD stage 2
病患

- 輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等
- $eGFR 60 \sim 89.9 \text{ ml/min/1.73 m}^2 + U_{PCR} \geq 150 \text{ mg/gm}$ (或糖尿病患者 $U_{ACR} \geq 30 \text{ mg/gm}$)

CKD stage 3a
病患

- 中度慢性腎衰竭
- $eGFR 45 \sim 59.9 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 之各種疾病病患

結案條件

- ◆ 腎功能持續惡化，其Urine protein/creatinine ratio (UPCR) ≥ 1000 mg/gm，或eGFR < 45 ml/min/1.73 m²，應建議轉診至「全民健康保險 Pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫」院所。(Stage 3b或以上)
- ◆ 腎功能改善恢復正常，連續追蹤2次腎功能及蛋白尿並未達慢性腎臟病標準。
- ◆ 可歸因於病人者，如長期失聯(≥ 180 天)、拒絕再接受治療、死亡或病人未執行本方案管理照護超過1年者等。

照護管理費申報情形

項目	100年			101年			102年		
	病人數	案件數	醫療點數 (百萬)	病人數	案件數	醫療點數 (百萬)	病人數	案件數	醫療點數 (百萬)
P4301C 新收案管理 照護費	70,811	71,441	14.29	79,878	80,223	16.04	102,282	102,614	20.52
P4302C 追蹤管理照 護費	26,119	27,518	5.50	76,983	104,883	20.97	114,764	164,077	32.83
P4303C 轉診獎勵費	323	326	0.07	850	852	0.17	279	286	0.06
合計	71,215	99,176	19.86	123,979	185,944	37.19	174,915	266,964	53.41

註：本統計為歸戶病人數與累計收案數統計不同。

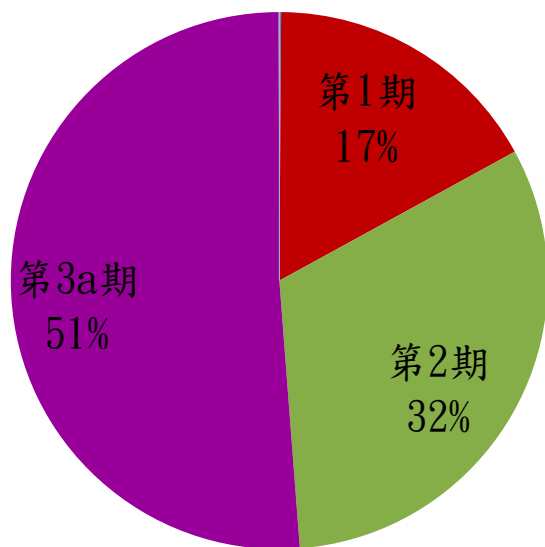
計畫執行成效-收案情形

層級	101年累計收案統計		102年累計收案統計		102年收案 人數成長率 (B-A)/A	103年第1季 累計收案統計		103年第1季 收案人數成 長率 (C-B)/B
	申報 家數	累計收案數 (A)	申報 家數	累計收案數 (B)		申報 家數	累計收案數 (C)	
醫學中心	19	22,818	19	48,072	111%	19	57,610	20%
區域醫院	75	30,831	78	57,340	86%	81	66,164	15%
地區醫院	134	21,329	158	35,201	65%	165	39,797	13%
基層診所	582	74,916	640	103,641	38%	654	110,799	7%
合計	810	149,483	894	242,455	62%	913	271,825	12%

註:收案人數:申報醫令代碼前3碼為P43之人數,從100年方案開辦累計至統計期間之資料,因部分個案結案後,至另一不同層級之院所重新收案,故各層級之收案人數加總不等於合計之人數。

依腎臟病分期及伴隨疾病累計收案數

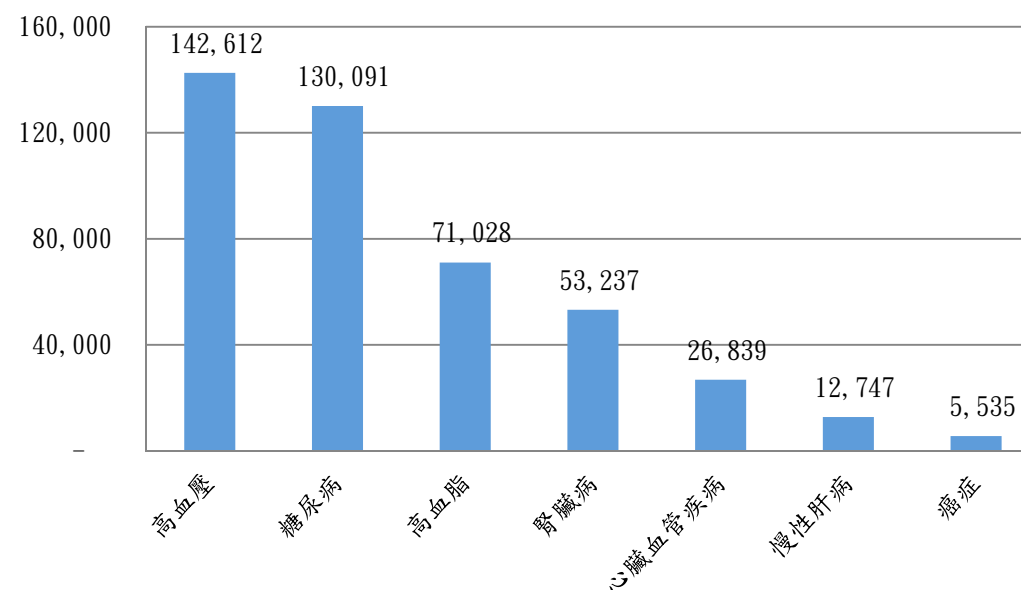
慢性腎臟病分期



伴隨疾病

收案數：242,455人

單位：人數



註：本統計為100年至102年累計收案數

病患參加照護改善情形

指標	異常	收案數	佔率	改善人數	改善率
血壓控制	$\geq 140/90\text{mmhg}$	31,654	13.06%	8,047	25.42%
糖尿病患 HBA1C控制	$\geq 7.0\%$	86,943	35.86%	12,827	14.75%
低密度脂蛋 白LDL控制	$\geq 130 \text{ mg/dl}$	61,051	25.18%	21,764	35.65%
戒菸	抽菸	33,703	13.90%	4,919	14.60%

註:資料來源VPN登錄資料，100年至102年資料評估。(有申報檔的ID)

結語

- ◆ 本方案為102年參與院所數有751家、收案病人達170,857人，收案率32%。
- ◆ 收案病人其品質指標有一定比率之病人疾病有改善：
 - ▣ 血壓控制：25.42%
 - ▣ 糖尿病患HbA1c控制：14.75%
 - ▣ 低密度脂蛋白(LDL)控制：35.65%
 - ▣ 戒菸：14.60%
- ◆ 持續推廣方案，輔導醫療院所加強收案。



衛生福利部
中央健康保險署

Pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫



目的及預算

◆ 目的：

- ▣ 對3b~5期慢性腎臟病人提供積極治療，減少併發症，有效延緩進入末期腎臟病透析之發生率。
- ▣ 結合跨專業、跨領域的醫療團隊，建立以病患為中心的慢性腎臟病整體照護模式，提升我國慢性腎臟病整體之醫療照護品質。
- ▣ 降低末期腎臟疾病發生率為最終目標。

◆ 預算來源：

- ▣ 102年度全民健保「其他預算」之「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」項下支應，與「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」、「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」合併運用4.04億元。

計畫內容-參與院所

- ◆ 具腎臟專科醫師資格，且為本計畫診療申報醫師
- ◆ 從事本計畫衛教護理人員：
 - ▣ 領有台灣腎臟護理學會、台灣營養學會、台灣醫療繼續教育推廣學會與台灣腎臟醫學會共同舉辦之慢性腎臟病整體照護訓練班上課證明。
 - ▣ 或具血液透析臨床工作經驗。
 - ▣ 或具腹膜透析臨床工作經驗。
- ◆ 營養師得依相關法規規定以支援方式辦理，至少每半年為照護對象進行營養諮詢服務1次。

計畫內容-照護對象

- ◆ 當次就診主診斷為慢性腎臟病（ICD-9-CM前三碼中有一個為585慢性腎衰竭或5819腎病症候群）之病人，依疾病與腎絲球過濾率之程度區分之。
- ◆ 收案前，需向病人解釋本計畫之目的及需病人配合定期回診等事項。
- ◆ 同一院所經結案對象，一年內不得再收案。如腎功能再次惡化，符合收案條件時，可再次收案，惟不得申報新收案管理照護費（P3402C）。
- ◆ 同一個案不能同時被2家院所收案，但實際照護院所仍可依現行健保支付標準，申報相關醫療費用。

計畫內容-收案條件

Stage
3b

GFR 30-44.9 ml/min/1.73 m²之各種疾病病患

stage
4

GFR 15-29.9 ml/min/1.73 m² 之各種疾病病患

stage
5

GFR < 15 ml/min/1.73 m²之各種疾病病患

蛋白尿
病患

24小時尿液總蛋白排出量大於1,000 mg或
Up_{cr}> 1,000mg/gm之明顯蛋白尿病患

計畫內容-結案條件

- ◆ 腎功能惡化接受腎臟移植者
- ◆ 腎功能惡化進入長期透析者
- ◆ 蛋白尿完全緩解(U_{pcr}排出量 < 200mg/gm)
- ◆ 進入安寧療護
- ◆ 可歸因病人者(不得申報結案資料處理費)
 - ▣ 長期失聯(≥180天)
 - ▣ 拒絕再接受治療
 - ▣ 轉科或轉院
 - ▣ 死亡
 - ▣ 其他

95-102年預算執行率

年度	96年	97年	98年	99年	100年 (註3)	101年 (註4)	102年 (註5)
預算數	49.9	59.9	44.1	48.4	404	404	404
實際執行點數	8.5	40.9	66.6	87.7	127.0	182.7	253.9
執行率	17.02%	68.22%	150.98%	181.03%	31.43%	45.21%	62.85%

註1：Pre-ESRD計畫自95年11月開辦，故95、96年執行率較低。

註2：98、99年執行率超過100%，採浮動點值支付。

註3：100年慢性腎臟病照護及病人衛教計畫預算4.04億元

(1)CKD預算執行數19.5百萬點。

(2)Pre-ESRD計畫預算執行數107.5百萬點。

註4：101年慢性腎臟病照護及病人衛教計畫預算4.04億元

(1)CKD預算執行數37.8百萬點。

(2)Pre-ESRD計畫預算執行數144.9百萬點。

註5：102年慢性腎臟病照護及病人衛教計畫預算4.04億元

(1)CKD預算執行數5,442萬點。

(2)Pre-ESRD計畫預算執行數154.5百萬點。

(3)102年度慢性腎衰竭門診透析品質提升獎勵計畫預算執行數4,500萬元



執行情形-參加院所家數

年度	醫院	基層	合計
96年	103家	39家	142家
97年	117家	64家	181家
98年	133家	51家	184家
99年	137家	40家	177家
100年	154家	41家	195家
101年	166家	44家	210家
102年	165家	38家	203家
103年1-3月	162家	35家	197家

執行情形-新收案及結案人數

年度	新收案人數			結案人數
	醫院	基層	合計	
96年	9,653人	409人	10,062人	271人
97年	13,626人	382人	14,008人	1,867人
98年	17,118人	676人	17,794人	2,358人
99年	17,272人	617人	17,889人	3,060人
100年	20,059人	924人	20,983人	3,244人
101年	21,572人	776人	22,348人	2,206人
102年	20,804人	554人	21,358人	2,149人
103年1-3月	4,637人	171人	4,808人	593人

註1:新收案人數係統計新收案管理照護費(P3402C)人數。

註2:結案人數係統計申報結案資料處理費(P3405C)人數。

執行情形-結案狀況

結案原因/年度	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103Q1
進入長期透析	1,077	1,575	1,989	2,074	2,729	2,393	657
於國內進行腎臟移植	19	21	22	17	12	10	1
死亡	189	263	441	590	219	220	71
長期失聯(≥ 180 天)	279	166	189	272	153	187	42
拒絕再接受治療	85	72	91	115	32	20	5
蛋白尿緩解	—	1	4	10	5	6	2
合計	1,649	2,098	2,736	3,078	3,150	3,646	753

註：此表係院所申報P3405C(結案資料處理費)時，病患治療狀況(TREATMENT_STATUS)分類統計。

計畫結案進入透析者占新發個案比例

年度	97年	98年	99年	100年	101年	101年
院所申報結案進入長期透析者(A)	1,077人	1,575人	1,989人	2,027人	2,729人	2,393人
當年透析新發生人數(B)	9,387人	9,561人	10,176人	10,017人	10,382人	10,689人
當年透析新發生病患中，經本計畫收案照護後始進入透析者所佔之比例 (A/B)	11.47%	16.47%	19.55%	20.24%	26.29%	22.38%

註：

1. 院所申報結案進入長期透析者(A)：係指申報本計畫結案資料處理費(P3405C)且結案條件為因腎功能持續惡化而必須進入長期透析者之人數。
2. 透析者之操作型定義：(1)在統計範圍內曾領有「慢性腎衰竭(尿毒症)必須定期透析治療者」之重大傷病有效卡者，包含臨時卡(有效期為3個月)及永久卡。(2)上述有效卡之有效期限合計超過3個月者。
3. 透析起始年定義為「首張有效卡有效起日之年度」及「首次於門住診血液透析或腹膜透析之年度」兩者取最小值。
4. 當年透析新發生人數(B)：係以透析者每人透析起始年歸人統計(以ID+生日歸人)。

歷年符合獎勵人次與成長率

診療項目別	98年		99年		100年		101年		102年	
	人次	成長率	人次	成長率	人次	成長率	人次	成長率	人次	成長率
病患照護獎勵費 (P3406C)	2,685	174.5%	5,461	103.4%	5,888	7.8%	8,812	49.7%	11,765	33.51%
病患照護獎勵費 (P3407C)	1,638	70.8%	2,268	38.5%	2,229	-1.7%	3,038	36.3%	3,351	10.30%
病患照護獎勵費 (P3408C)	3	—	35	1066.7%	36	2.86%	67	86.11%	34	-49.25%
持續照護獎勵費 (P3409C)	—	—	—	—	—	—	7,587	—	7,457	-1.7%
合計	4,326	123%	7,764	79%	8,153	5%	19,504	46%(註)	22,607	15.91%

註：101年成長率計算不含持續照護獎勵費（P3409C）人次。

結語

- ◆ 參與院所數逐年增加，由96年的142家增加到102年的203家。
- ◆ 新收案人數逐年增加，由96年的10,062人增加到102年的21,358人。
- ◆ 年度新增透析病人中，透過本計畫照護後進入透析者比例，自96年2.10%、97年11.47%，至102年已增至22.38%。
- ◆ 102年符合照護個案之獎勵條件人數為22,607人，較98、99年有明顯增加趨勢。



衛生福利部
中央健康保險署

慢性腎衰竭病人門診透析 服務品質提升獎勵計畫



協定事項及經費

- ◆ 99~101年經費由醫療發展基金預算項下編列4,500萬元支應
- ◆ 102年、103年預算改由全民健保「其他預算」之「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」項下支應，全年預算和「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」與「末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫」合併運用4.04億元，其中編列4,500萬元支應本計畫。
- ◆ 本計畫由保險人與台灣腎臟醫學會及醫事服務機構相關團體代表共同研訂，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。

計畫目標

- ◆ 提升專業服務品質，減少慢性腎衰竭病患併發症、住院率、死亡率及腹膜炎發生率等。
- ◆ 提升慢性腎衰竭病患自我照護能力，預防疾病惡化促進健康。
- ◆ 鼓勵有效管理腎臟疾病，持續改善品質，提升腎臟病整體醫療照護品質。

計畫重點

◆ 監測指標項目如下：

- ▣ 準時繳交報告者
- ▣ 血清白蛋白、血紅素(Hb)、尿素氮移除率(URR)
- ▣ 住院率、死亡率、瘻管重建率、脫離率
- ▣ 腹膜炎發生率
- ▣ B肝表面抗原(HBsAg)轉陽率、C肝抗體(anti-HCV)轉陽率
- ▣ 透析治療模式選擇充分告知機制
- ▣ 55歲以下透析病患移植登錄率

◆ 針對各項指標設訂監測值及達成率，符合規定之院所方可得分。

◆ 依全年得分之高低訂定加權指數，得分越高分配加權越多。

執行情形

- ◆ 本計畫係依該年度院所品質監測指標分數及所申報醫療服務點數於次年(104年)6月底進行計算及費用核發，故目前尚無執行情形。
- ◆ 茲提供102年執行情形供參：
 - ▣ 實際核發獎勵金額-血液透析41,533,019元；腹膜透析3,466,977元。
 - ▣ 102年全年符合指標之院所，血液透析共512家(89.4%)，較101年血液透析544家(96.28%)減少32家；102全年腹膜透析共95家(82.6%)，較101年腹膜透析104家(88.9%)減少9家。

103年計畫修訂重點

- ◆ 刪除部分指標：瘻管重建率、腹膜炎發生率、以及住院率、死亡率、脫離率等
- ◆ 受檢率計算：僅納入接受透析1個月以上之病人：
 - ▣ 院所每月透析病人數低於20人，受檢率目標值 $\geq 90\%$
 - ▣ 院所每月透析病人數超過20人，受檢率目標值 $\geq 95\%$ 。
- ◆ 103年7月起請院所以VPN資料庫上傳檢驗資料予本署統計結果核對並進行邏輯確認，103年度獎勵計畫仍依腎臟醫學會計算指標值核發獎勵金。



衛生福利部
中央健康保險署

全民健康保險提供保險 對象收容於矯正機關者 醫療服務計畫



計畫簡介1/2

目的

- 提升收容人醫療服務可近性及醫療品質。
- 兼顧矯正機關犯罪矯治管理之需求，落實轉診制度。
- 健全矯正機關醫療照護網絡。

策略

- 矯正機關依照地理位置分為35群，同一群組矯正機關由同一院所(或團隊)提供醫療服務。
- 藉由支付誘因，鼓勵特約院所至矯正機關提供醫療服務。

期間及經費

- 102年起實施，每期3年。
- 102年經費：醫療費用由各部門專款項目(醫院9.04億、西醫基層2.62億、中醫0.57億、牙醫1.01億)支應，共計13.24億元；獎勵費用於其他預算項下編列0.8億元支應。

施行區域

- 法務部矯正署所屬49所矯正機關，及國防部所屬3家矯正機關。
- 約6萬5千名收容人。

計畫簡介2/2

收容人 就醫程序

- 優先於矯正機關內門診就醫，如有轉診必要，再戒護外醫。
- 不得指定戒護外醫的時間及處所，住院時應優先入住戒護病房。
- 基於公平原則，就醫仍應繳交部分負擔。

矯正機關 醫療特性

- 人口密集，呼吸道與接觸性傳染病易傳播。
- 成癮性收容人多，精神科、感染科需求高。
- 牙科需求高：納入健保前需自費就醫。
- 配合矯正機關管理需要：藥品以餐包方式調劑、設置戒護病房、降低戒護外醫次數。

執行現況

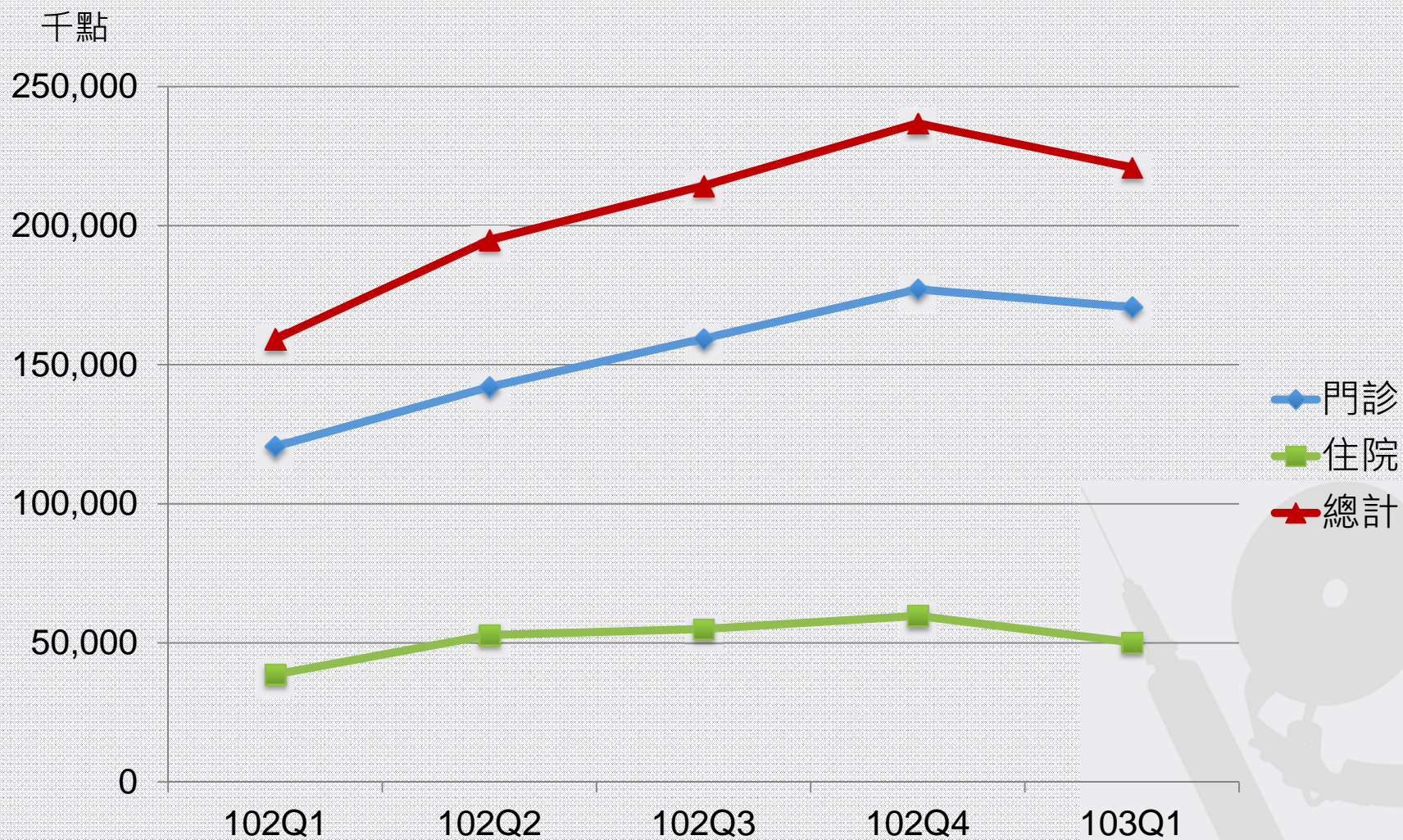
- 參與院所數：96家，醫院58家(60.4%)、西醫診所17家(17.7%)、牙醫診所21家(21.9%)。
- 每月提供矯正機關內門診逾2,100診(含牙科)，含括西醫各專科、牙科、中醫科等28種門診科別，就醫人次占門診總人次97.1%。

收容人醫療利用情形

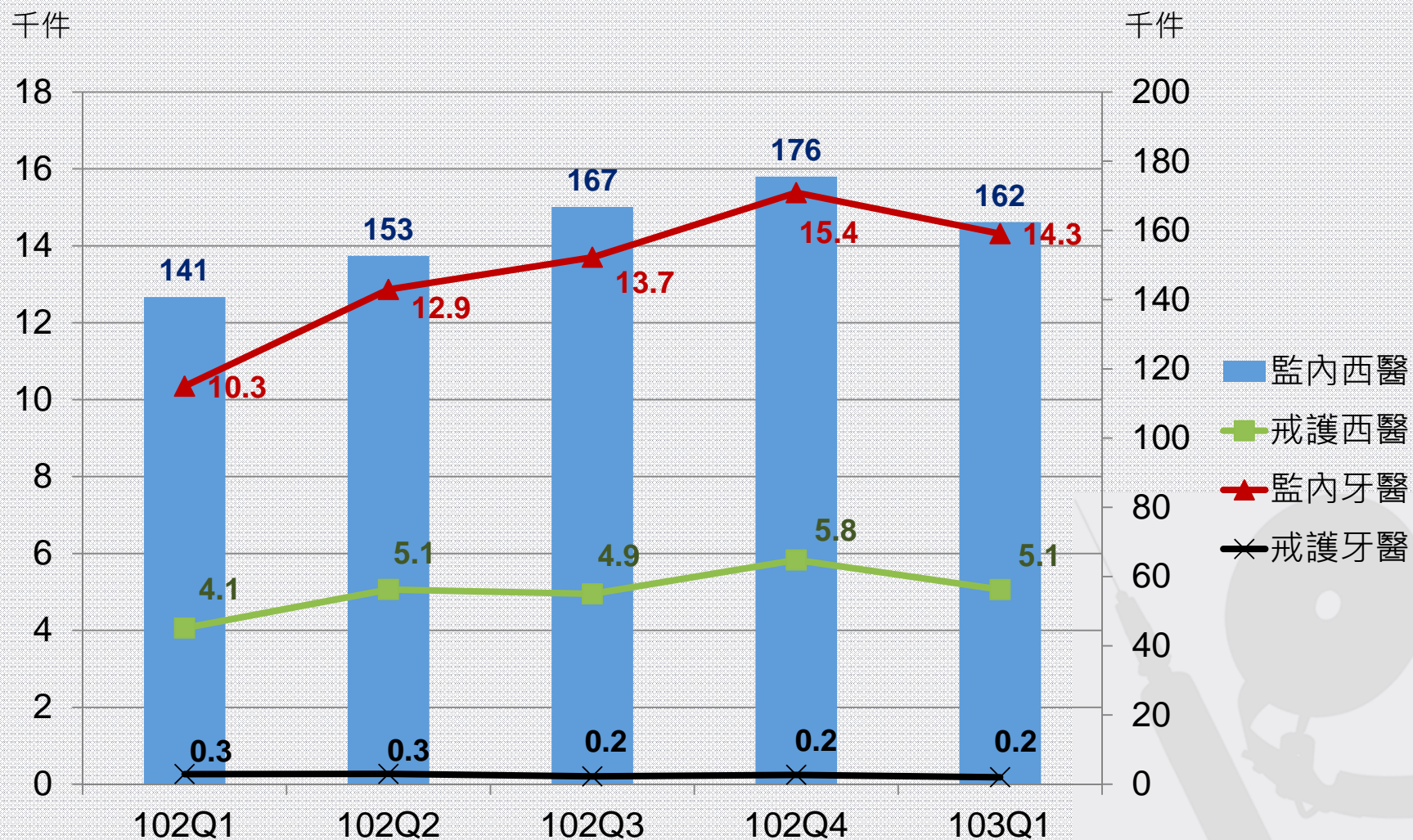
季別		102Q1	102Q2	102Q3	102Q4	103Q1	102年平均 季成長率	同期(Q1) 成長率
收容人數		64,008	63,946	64,627	64,748	63,790	0.4%	-0.3%
就醫人數		45,758	48,715	50,720	52,389	50,780	4.6%	11.0%
就醫率		71.5%	76.2%	78.5%	80.9%	79.6%	-	-
監內西醫	件數	140,742	152,617	166,771	175,570	162,396	7.7%	15.4%
	費用(千點)	87,291	101,234	112,765	122,689	119,896	12.1%	37.4%
戒護西醫	件數	4,061	5,063	4,949	5,831	5,061	13.4%	24.6%
	費用(千點)	9,804	13,437	17,913	22,266	20,379	31.6%	107.9%
監內牙醫	件數	10,349	12,864	13,700	15,380	14,313	14.4%	38.3%
	費用(千點)	13,415	17,326	18,217	20,787	18,486	16.1%	37.8%
戒護牙醫	件數	264	269	204	243	181	-1.1%	-31.4%
	費用(千點)	425	503	483	512	387	6.8%	-8.9%
監內中醫	件數	-	-	587	1,080	1,360	84.0%	-
	費用(千點)	-	-	343	599	824	74.6%	-
戒護中醫	件數		1			2	-	-
	費用(千點)		0.39			1.04	-	-
監內透析	件數	203	201	194	202	213	-0.1%	4.9%
	費用(千點)	9,390	9,319	9,376	9,683	9,987	1.0%	6.4%
戒護透析	件數	13	9	16	18	27	19.8%	107.7%
	費用(千點)	257	197	299	575	743	40.2%	188.6%
住院	件數	1,001	1,296	1,357	1,423	1,176	13.0%	17.5%
	費用(千點)	38,640	52,827	54,967	59,709	50,191	16.5%	29.9%
	平均每件費用	38,602	40,761	40,506	41,960	42,680	2.9%	10.6%
	平均住院天數	7.57	7.53	7.64	7.54	7.50	-0.1%	-0.9%

註：費用點數不含論次費用及診察費加成之獎勵。監內中醫門診自102年8月起逐步提供。

門、住診醫療費用



西醫及牙醫門診就醫次數



102年預算執行情形

單位：千點

總額別	預算	102Q1	102Q2	102Q3	102Q4	小計	執行率	平均 季成長率
醫院	903,700	139,079	169,032	185,810	204,600	698,521	77.3%	13.9%
西醫基層	262,400	6,304	7,982	9,510	10,322	34,117	13.0%	18.1%
中醫	57,100		0.39	343	599	942	1.7%	74.6%
牙醫	101,300	13,840	17,829	18,700	21,298	71,668	70.7%	15.9%
獎勵	80,000	9,004	8,985	9,634	10,248	37,871	47.3%	4.5%
總計	1,404,500	168,227	203,828	223,997	247,067	843,120	60.0%	13.8%

註：監內中醫門診自102年8月起逐步提供。

每診矯正機關內門診服務情形

醫事別	每診服務人次	每診醫療費用
西醫	31.00	20,676
牙醫	12.49	16,661
中醫	19.85	11,213

註：費用點數不含論次費用及診察費加成之獎勵。
西醫門診排除洗腎科。

收容人滿意度

- ◆ 調查工具：健保署研擬之矯正機關醫療服務滿意度調查問卷。
- ◆ 調查方式：由矯正機關於**指定問卷施測日**，收集當日健保門診就醫之**所有**收容對象之滿意度問卷。如遇指定施測日無健保門診，則順延之。
- ◆ 調查問卷數：2,926份，有效問卷達97%。
- ◆ 調查結果：與納保前矯正機關就醫經驗相較，收容人對健保提供矯正機關內門診服務之**整體滿意度為94%**。

103年公告計畫修正重點

◆ 調整獎勵費用：

- ▣ 新增藥事服務費加2成：鼓勵承作醫療團隊配合矯正機關需求，提供藥品餐包調劑服務。
- ▣ 新增基本承作費：以前一年度矯正機關內門診核定數3-5%為原則，鼓勵承作院所積極投入人力與設施(如牙科X光機等)長期經營，加強減少戒護外醫之措施。

◆ 中醫服務回歸本計畫規定，不續辦中醫門診試辦方案。

◆ 增訂矯正機關內牙科門診，若承作醫療團隊無力提供，得改由牙醫師公會醫療團提供。

◆ 配合國防部所屬矯正機關於103年1月17日裁撤，刪除相關規定。



衛生福利部
中央健康保險署

Thank You!

