

101年度西醫基層總額一般服務 執行成果報告

中華民國醫師公會全國聯合會
報告人：陳宗獻常務理事

報告日期：102年7月22日



中華民國醫師公會全國聯合會
Taiwan Medical Association

報告大綱

壹、前言

貳、維護保險對象就醫權益

參、專業醫療服務品質之確保與提升

肆、總額之管理與執行績效

伍、品質保證保留款實施方案

陸、結語

(附註：★為101年評核專家、委員之提問事項)

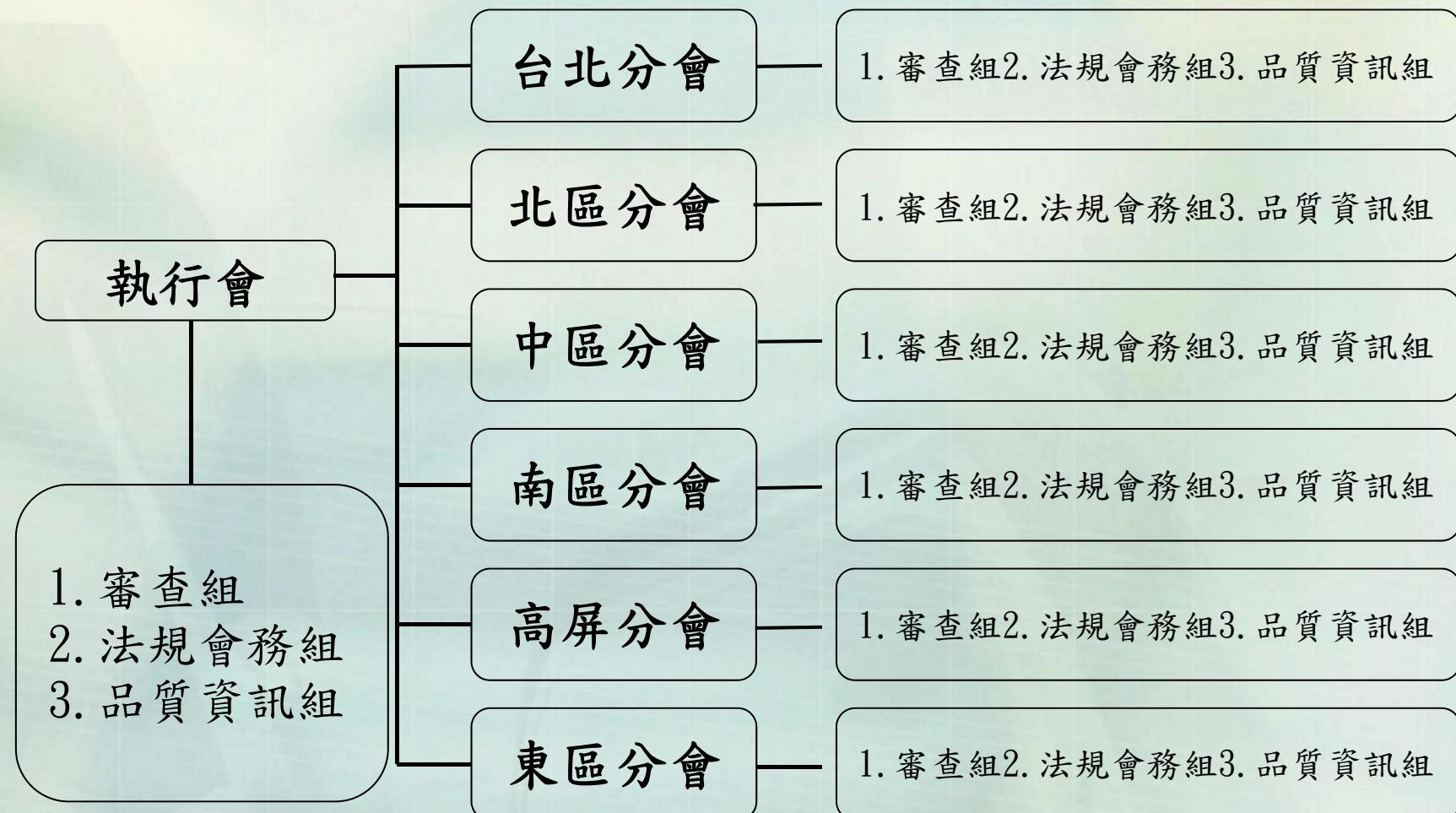


中華民國醫師公會全國聯合會
Taiwan Medical Association



壹、前言

執行會暨各分會組織架構



貳、維護保險對象就醫權益

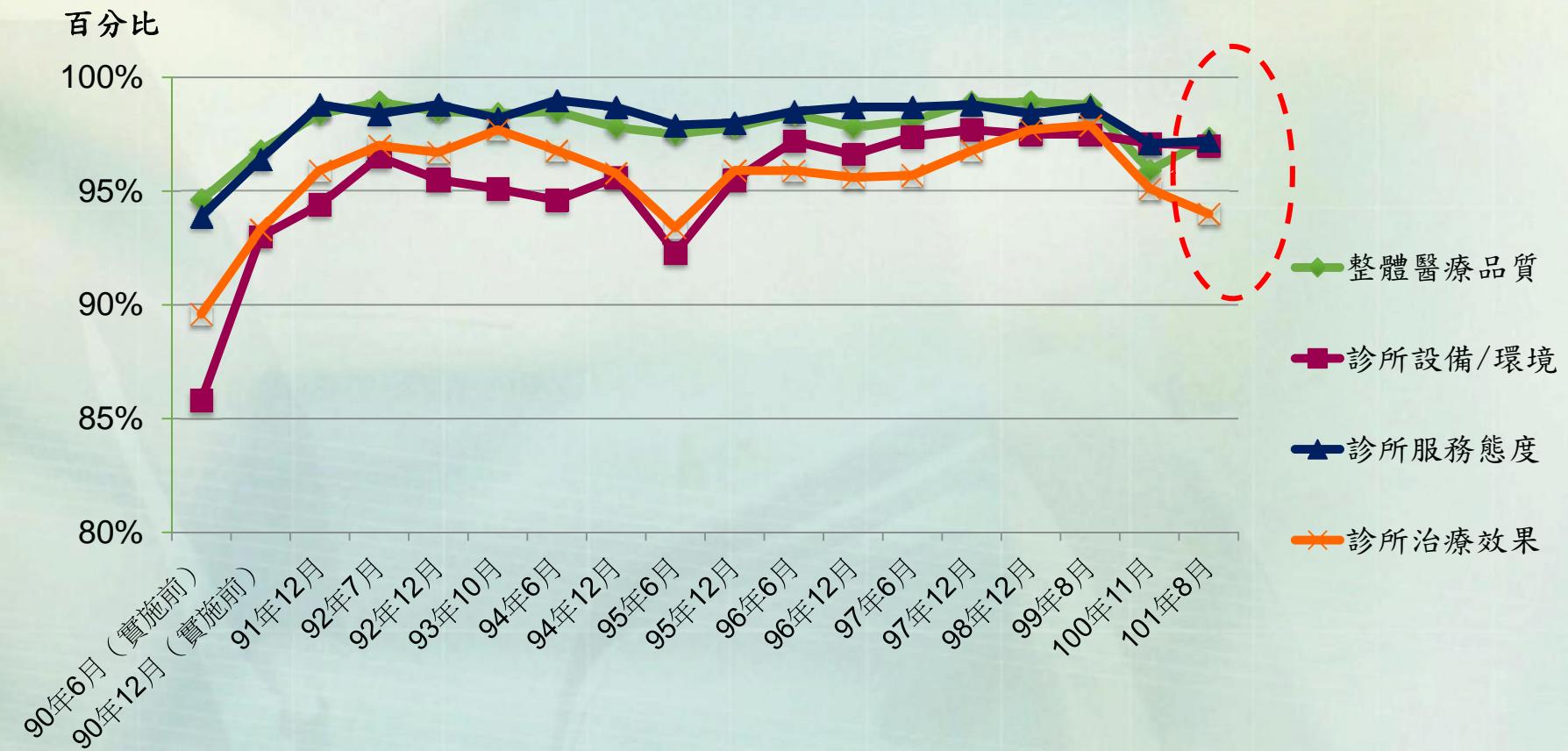
滿意度調查

- 中央健保局委託「台灣公共衛生學會」調查。
- 目的：瞭解101年西醫診所病患就醫可近性及醫療服務品質滿意度狀況。
- 調查時間：101年8月16日至101年9月21日
- 調查方式：電訪，近3個月內有西醫診所看病經驗者。
- 抽樣方式：臺閩地區各縣市住宅電話號碼簿為抽樣清冊，按縣市分層隨機抽樣。
- 有效樣本數：2,420人。（100年為2,524人）



貳、維護保險對象就醫權益

醫療品質暨服務滿意度趨勢分析



註：99年始無醫療設備之滿意度調查。



中華民國醫師公會全國聯合會
Taiwan Medical Association

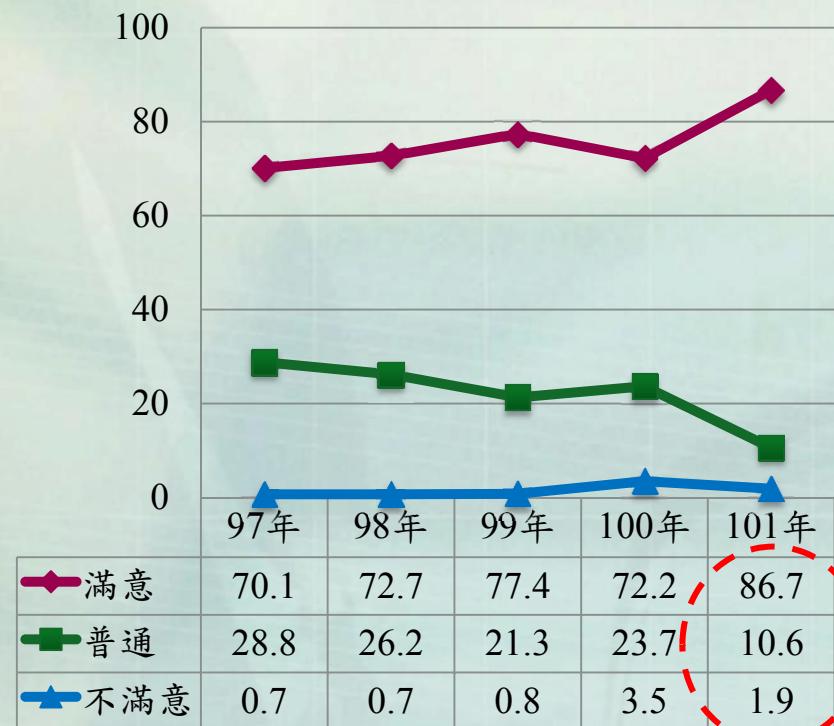
貳、維護保險對象就醫權益

醫療服務品質滿意度



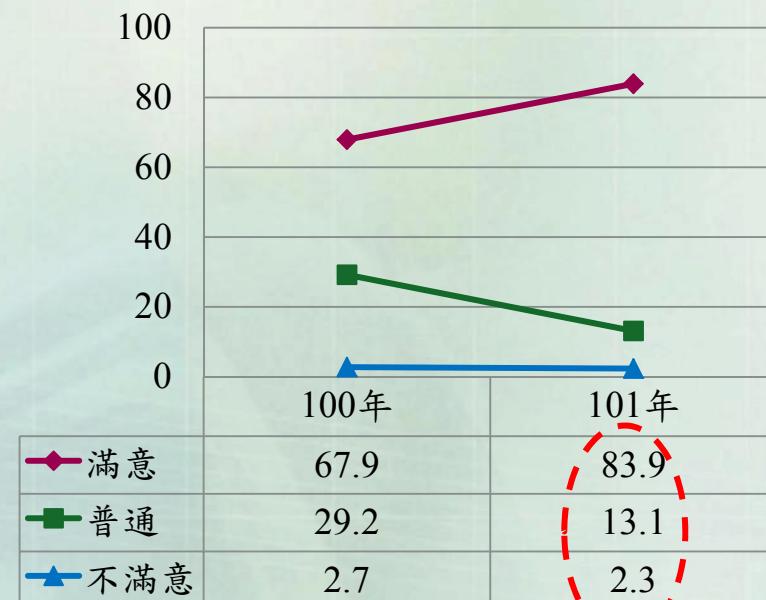
「整體醫療品質」

百分比



「診療環境」

百分比



註：100年始有診療環境之滿意度調查。



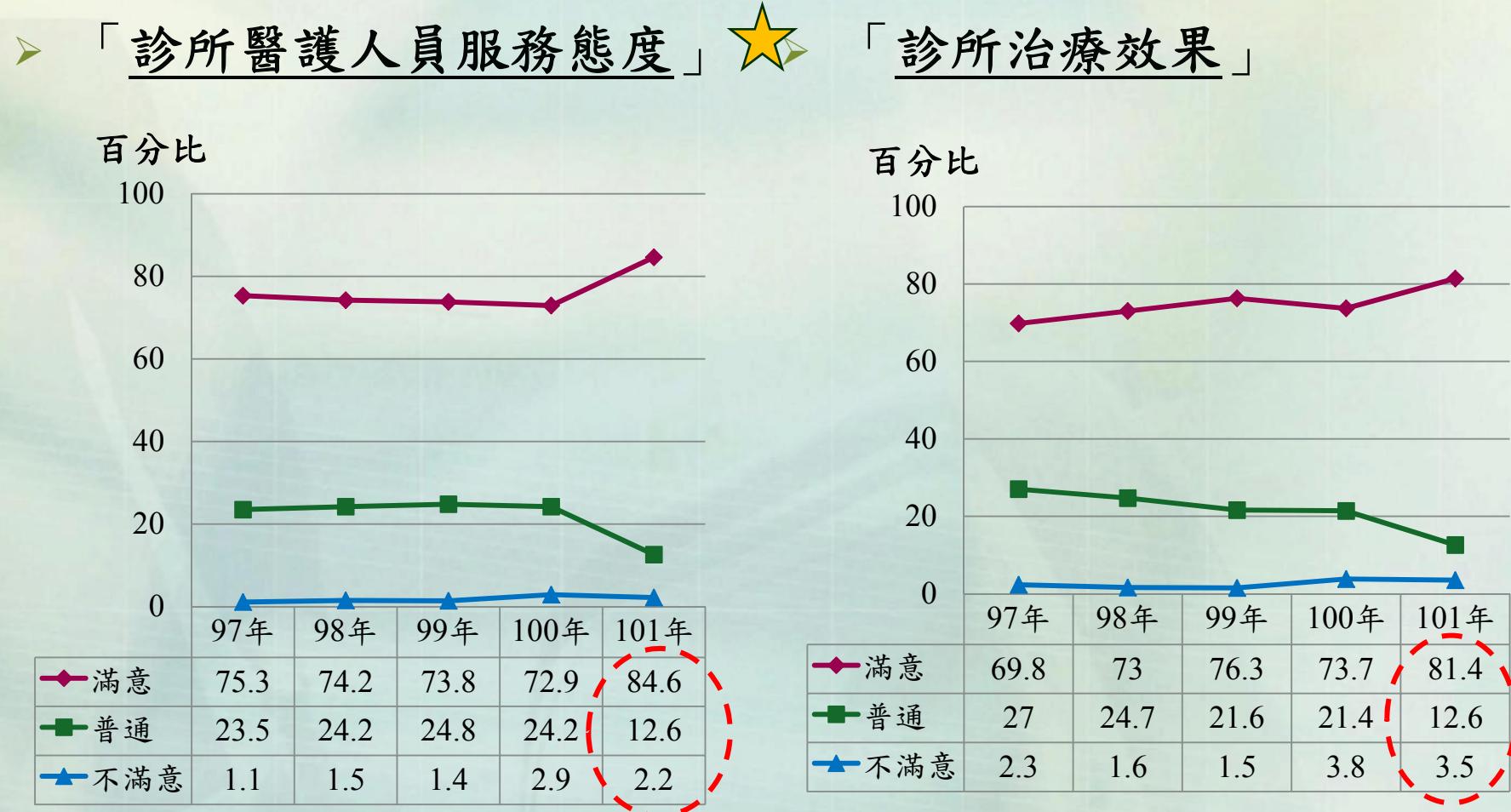
中華民國醫師公會全國聯合會
Taiwan Medical Association

註：1.滿意包含非常滿意及滿意

2.不滿意包含非常不滿意及不滿意

貳、維護保險對象就醫權益

醫療服務品質滿意度



中華民國醫師公會全國聯合會
Taiwan Medical Association

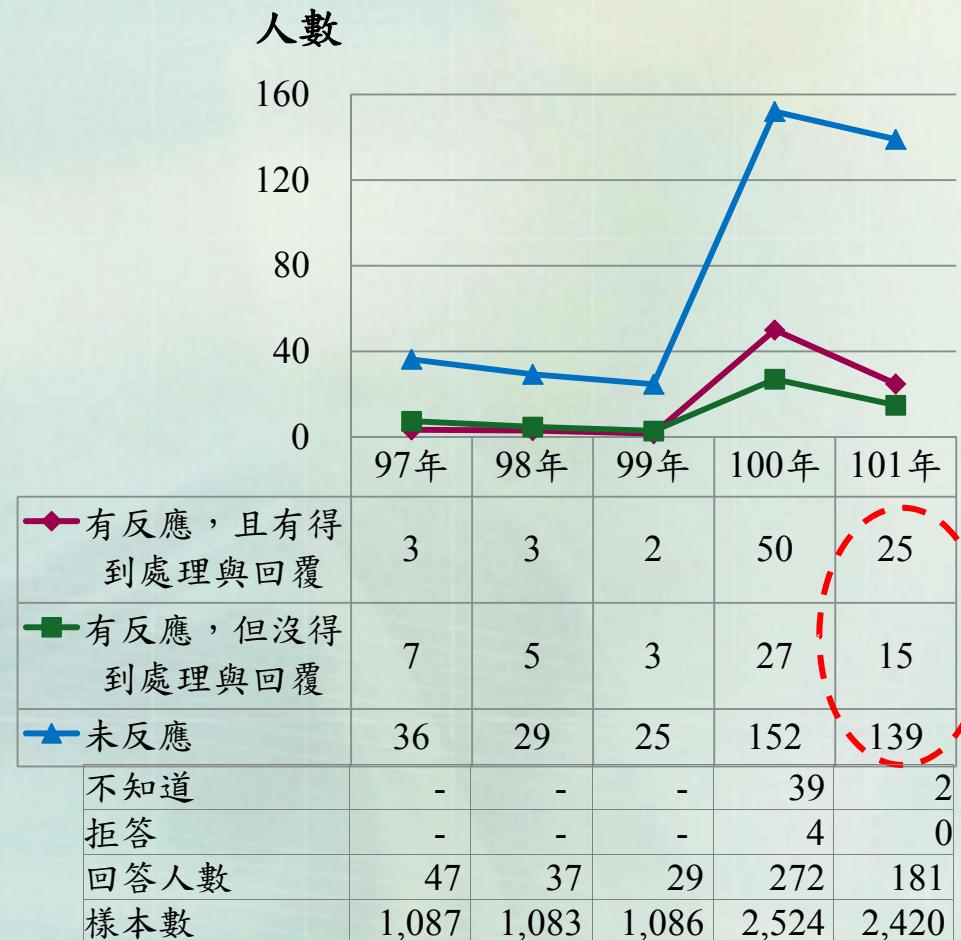
註：1.滿意包含非常滿意及滿意
2.不滿意包含非常不滿意及不滿意

貳、維護保險對象就醫權益

醫療服務品質滿意度

- 「醫療品質感到不滿意」
 - 與100年相較，民眾有反應且得到處理與回覆的比例降低，未反應的比例則是增加。以歷年調查結果來看，有反應但沒得到處理與回覆的比例，呈現降低的趨勢。

對品質感到不滿者集中在28-69歲間，教育程度小學以下較多

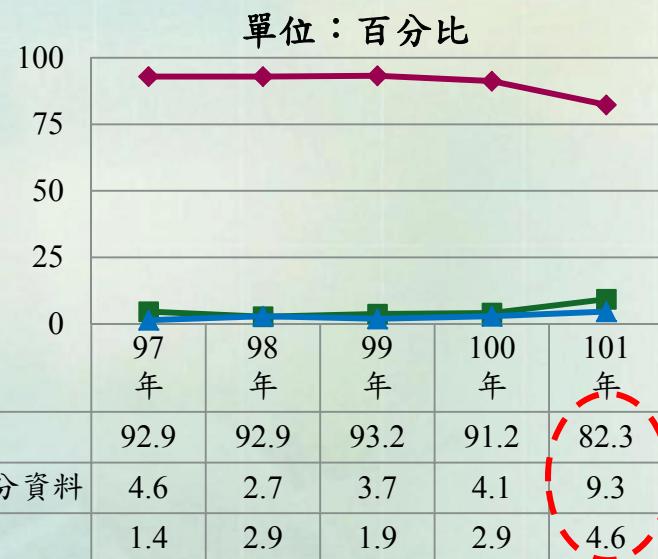


貳、維護保險對象就醫權益

醫療服務品質滿意度

➤ 「診所用藥資訊揭露」

- ✓ 藥袋或收據處方明細比例顯著下降，沒有提供藥品相關資料的比例相對增加。
- ✓ 醫師法第14條、醫療法第66條及醫療辦法第17條等法令均明定應於容器或包裝上載明病人姓名、性別、藥名、劑量、用法或適應症、警語或副作用等資訊。並開給符合醫療法施行細則規定之收據及依藥事法規定為藥袋標示。



- ◆ 表示未標示者約107人，其中學歷越低者，表示未標示的比例越高。
- ◆ 回歸法規層面：102年品質保證保留款實施方案取消往年以「藥品明細」為加重權重之核發依據，使其回歸法規管理，而改以「病人衛教」為權重標的，以期逐步強化基層醫療功能及衛教深度。
- ◆ 將會同健保局加強查核未開立處方明細情事。



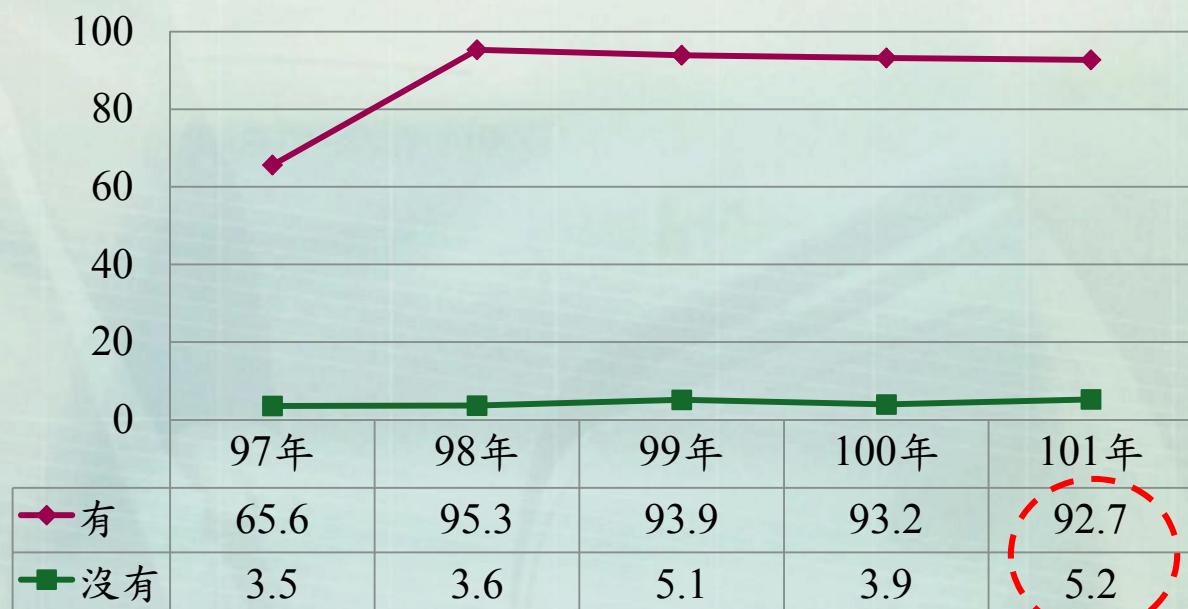
貳、維護保險對象就醫權益

醫療服務品質滿意度

➤ 「診所開立收據情形」

- ✓ 開立收據比例略有下降。

百分比



表示未開立收
據之民眾 年齡
80歲以上、教
育程度在高中
職者比率較高

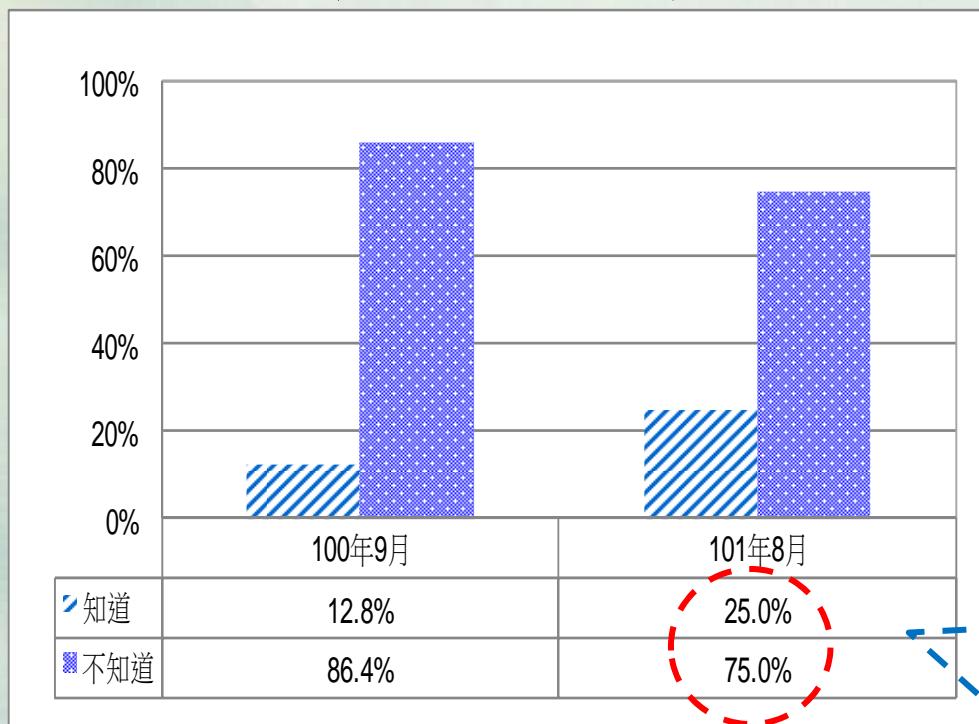


中華民國醫師公會全國聯合會
Taiwan Medical Association

貳、維護保險對象就醫權益

民眾諮詢及抱怨處理

➤ 民眾對於健保局和醫師公會申訴及諮詢管道的知悉度，今年比例大幅增加。



抱怨處理

✓ 自101年起，健保局「西醫基層醫療服務審查委託契約」項目已不包括民眾醫療服務利用情形申訴，爰此，分會於101年並未接獲民眾申訴案件。

不知道者多為年齡較高（70-79歲）、教育程度較低（小學以下）



貳、維護保險對象就醫權益

民眾自費情形及改善措施



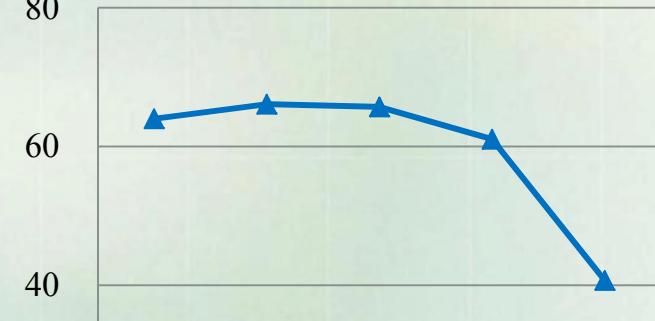
「就醫費用」

- ✓ 民眾自付費用(含部分負擔)
平均費用約167元；其中
101~150元(49.6%)、51~100
元(17.5%)、151~200元
(11.3%)。

➤ 就醫費用合理度

- ✓ 民眾對於總支付費用覺得便宜的比例大幅增加15.6個百分點。以歷年調查結果來看，呈現遞增趨勢。

百分比



	97年	98年	99年	100年	101年
◆ 很便宜	4.9	3.9	4.3	3.1	10.6
■ 便宜	7.5	7.4	8.9	16.6	24.7
▲ 還好，可以接受	64.0	66.1	65.7	61.1	40.7
✖ 有點貴	17.6	17.5	16.3	13.7	15.9
✳ 很貴	4.5	4.0	4.0	1.8	4.8
● 無明確意見	1.5	1.1	0.7	3.7	3.3



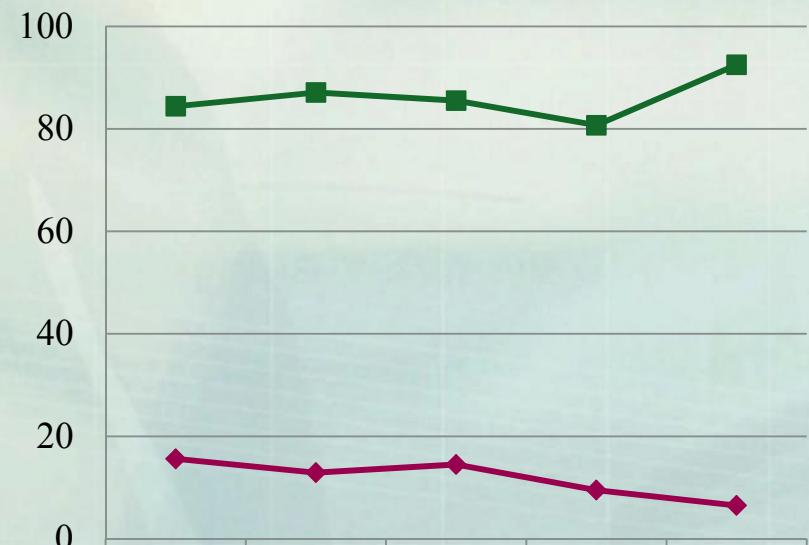
貳、維護保險對象就醫權益

民眾自費情形及改善措施



民眾被「要求自費」比例

百分比

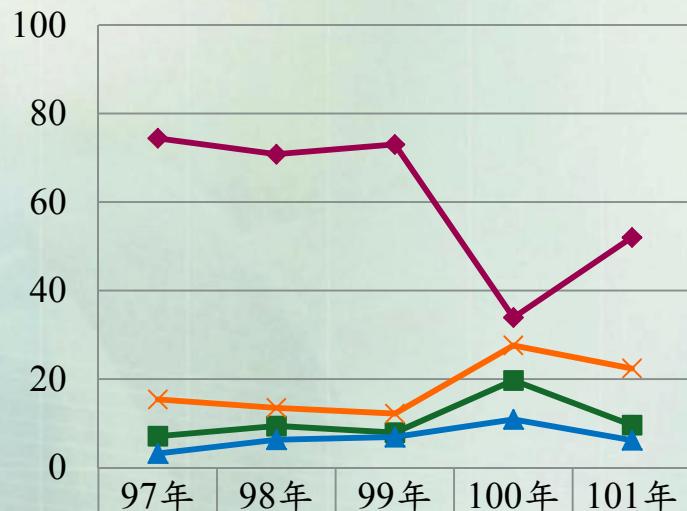


有	15.6	12.9	14.5	9.5	6.5
沒有	84.4	87.1	85.5	80.7	92.5
人數(有)	170	140	157	240	158
樣本數	1,087	1,083	1,086	2,524	2,420

被要求「自費額度」

✓ 回答人數：158人

百分比



不知道	-	-	-	7.9	9.8	13
-----	---	---	---	-----	-----	----



貳、維護保險對象就醫權益

民眾自費情形及改善措施

➤ 「自費原因」

✓ 回答人數：158人



➤ 「自費項目」

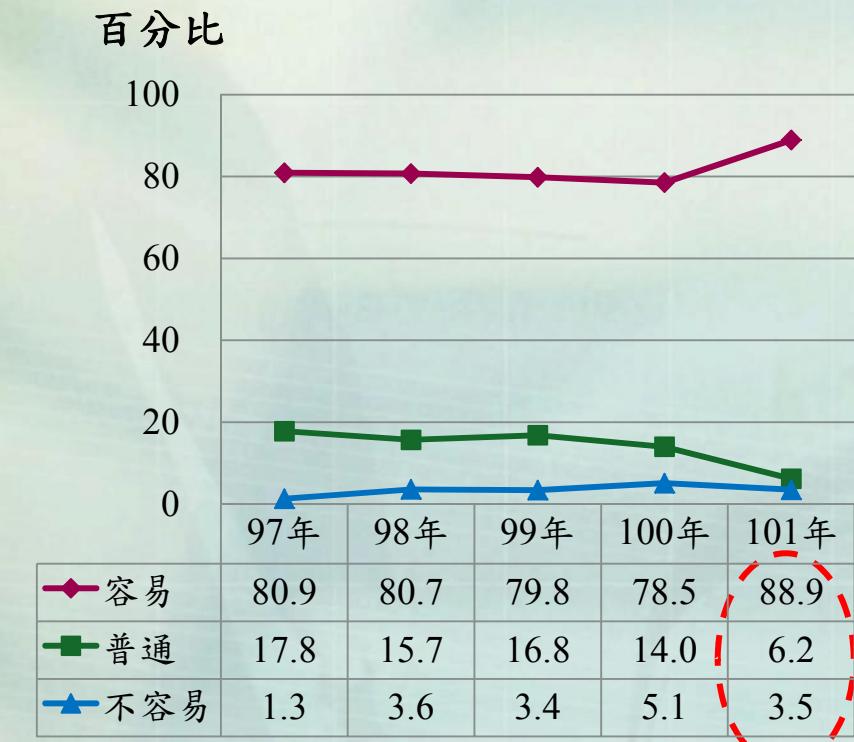
✓ 回答人數：158人



貳、維護保險對象就醫權益

就醫可近性

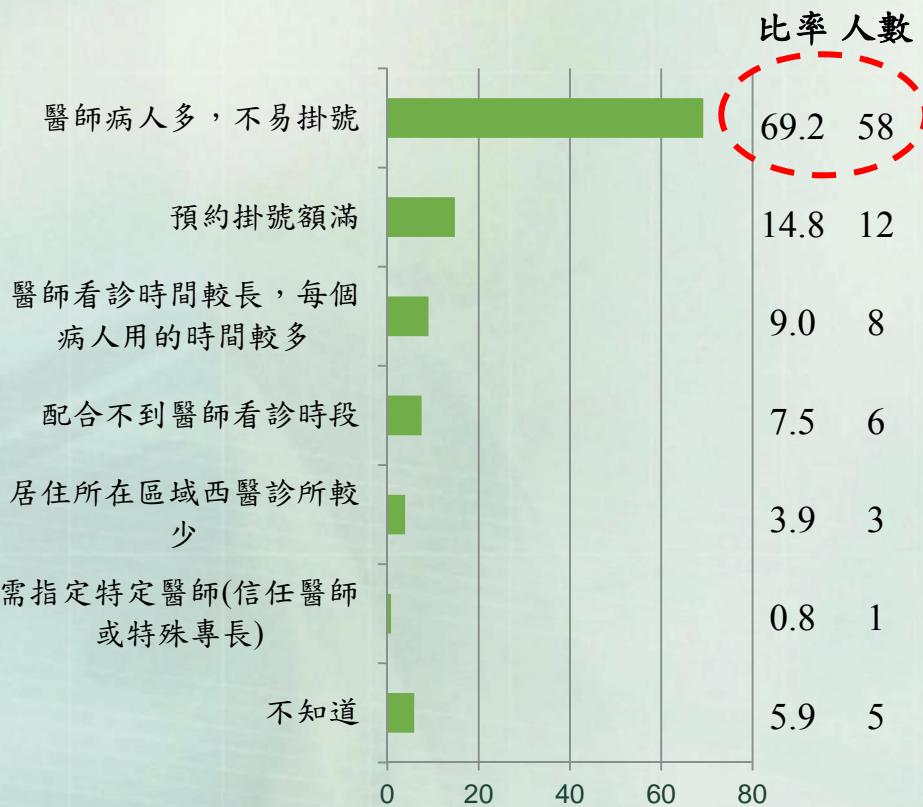
「是否容易看到或預約到醫師」



註：1. 容易包含非常容易及容易
2. 不容易包含非常不容易及不容易

「不容易之原因」

✓ 回答人數：84人



中華民國醫師公會全國聯合會
Taiwan Medical Association

貳、維護保險對象就醫權益

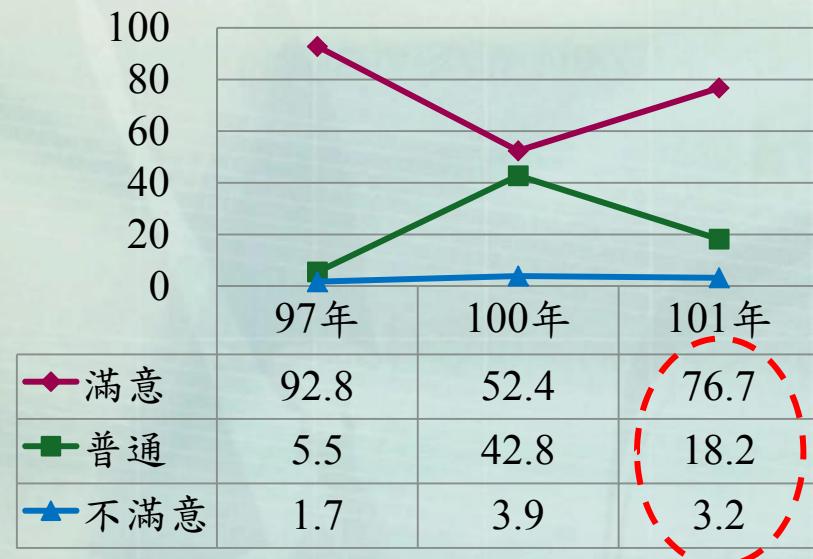
就醫可近性



「交通時間」

- ✓ 平均時間13.4分鐘；10分鐘內有63%，11~20分鐘(22.7%)、21~30分鐘(10.6%)。

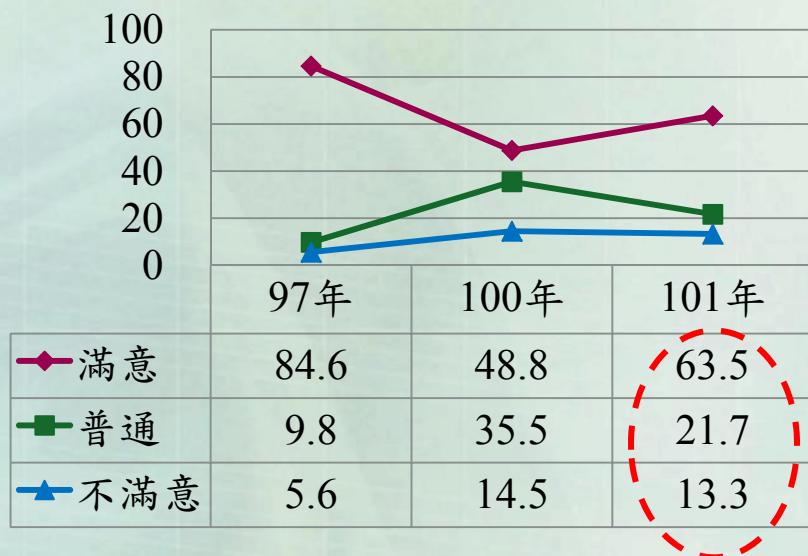
百分比



「等候時間」

- ✓ 平均時間19.8分鐘；10分鐘內有49%，11~20分鐘(23.1%)、21~30分鐘(18.4%)。

百分比



中華民國醫師公會全國聯合會
Taiwan Medical Association

註：1.滿意包含非常滿意及滿意

2.不滿意包含非常不滿意及不滿意

貳、維護保險對象就醫權益

就醫可近性



「醫師看診（檢查）及治療花費時間」

- ✓ 民眾看診及治療時間平均7分鐘；在4~6分鐘之間約有41.8%，7~10分鐘(25.3%)、3分鐘以內(23.2%)，超過10分鐘的比例不及1成。
- ✓ 民眾對其時間滿意程度如下

百分比



中華民國醫師公會全國聯合會
Taiwan Medical Association

註：1.滿意包含非常滿意及滿意

2.不滿意包含非常不滿意及不滿意

貳、維護保險對象就醫權益

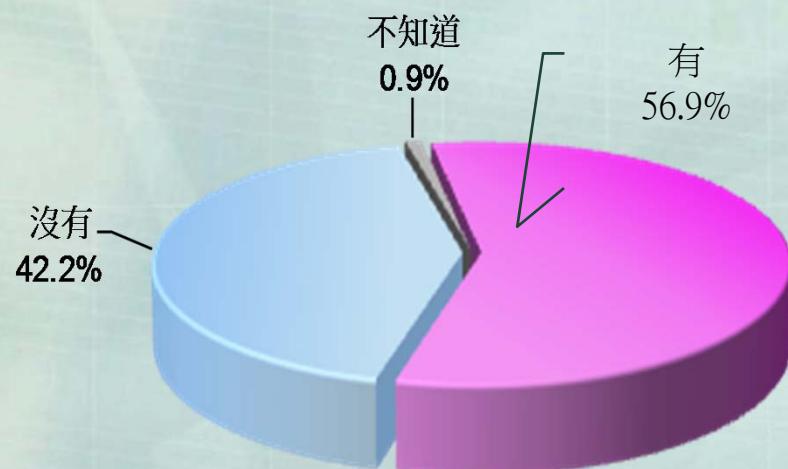
就醫可近性



「假日看診需求」

- ✓ 有假日看診需求者1,377人
- ✓ 1182位「能在當地找到其他就醫的醫療院所」，95位「至醫院掛急診或門診」，56位「等到開診時間再看」，42位「自己上藥局買藥」。

- ✓ 101年度問卷方式改為先詢問民眾「是否有假日看診之需求」，回答「是」者，則近一步追問「假日休診是否造成不便之情形」，100年度係先詢問「是否會因為西醫診所休診造成您的困擾或不方便性」



貳、維護保險對象就醫權益

就醫可近性

➤ 檢討與改善

- ✓ 為確保民眾就醫權益，各分會會同各分區業務組定期並持續監測，作為各區持續管理改善之參考，【各區檢討改善措施請參閱書面第6頁】。
 - ▣ 於診間明顯處公告看診時段
 - ▣ 休診則需事先預告、張貼或網站刊登休診日期
 - ▣ 健保局各分區業務組網站公告假日看診基層醫療院所名單
 - ▣ 宣導民眾上網查詢
- ✓ 家庭醫師制度，已可讓每位民眾有熟悉的家庭醫師，有24小時電話諮詢可解燃眉之急外，也可平行轉診到有開診的診所以滿足急需看診的民眾。
- ✓ 未來，逐步協調分配各縣市基層診所輪流休診。



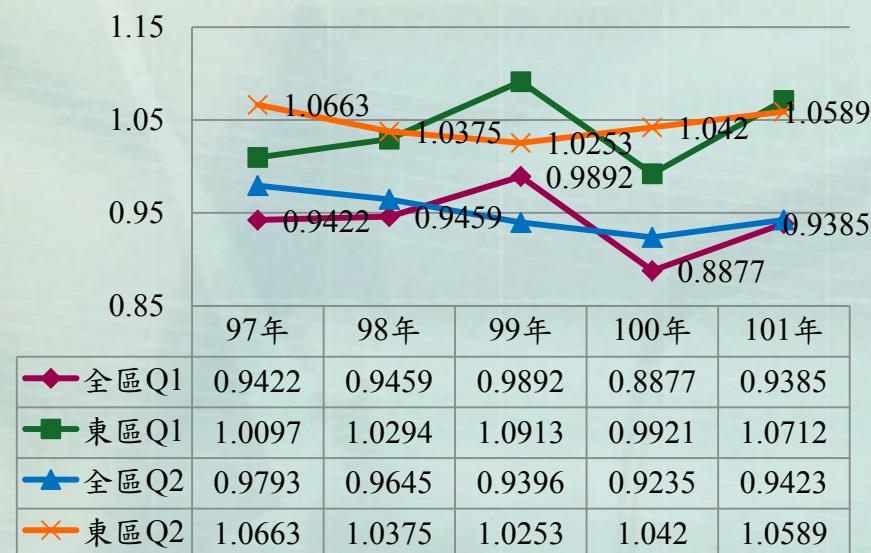
貳、維護保險對象就醫權益

就醫可近性

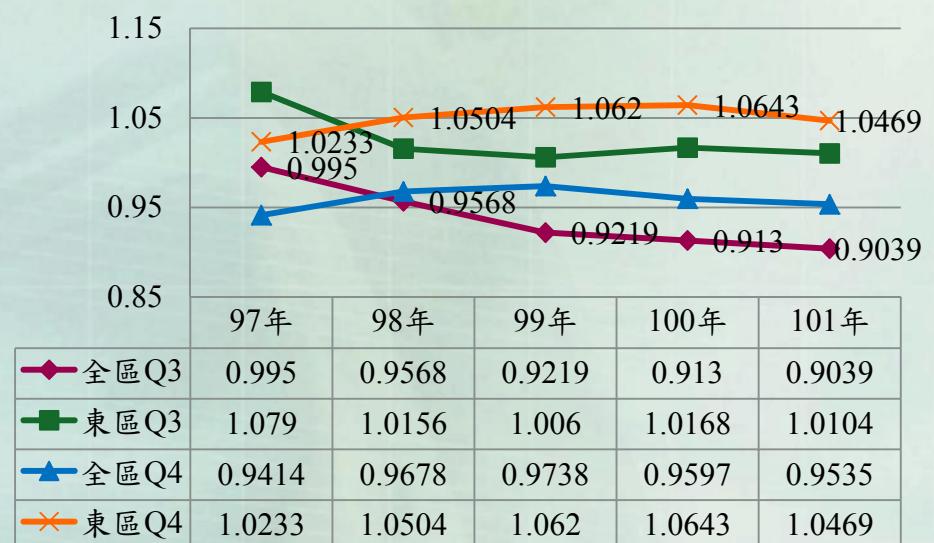
➤ 檢討與改善-續

★ ✓ 東部醫療問題：以花蓮縣為例，雖因整體人口數較少，每位醫師服務人口數低於全區平均人數，屬醫療資源豐富區域，但因其醫師人力資源多聚於花蓮市區，偏鄉地區如富里鄉、豐濱鄉等，執業醫師人數皆少於3人，醫師人力呈現地理分布不均情形仍為急需解決之課題。

平均點值



平均點值



參、專業醫療服務品質之確保與提升

品質指標監測結果

➤ 「專業醫療服務品質指標」

項次	指標名稱 \ 年度	監測值	97年	98年	99年	100年	101年	符合監測值情形
1	各區同院所上呼吸道感染病人7日內再次就診率	$\leq 17.13\%$	14.00%	16.25%	14.75%	14.94%	14.51%	○
2	平均每張慢性病(糖尿病)處方箋每月開藥天數	新增訂指標， 於實施一年後 訂定監測值。				27.54%	27.49	N/A
	平均每張慢性病(高血壓)處方箋每月開藥天數					28.19%	28.23	N/A
	平均每張慢性病(高血脂)處方箋每月開藥天數					27.69%	27.75	N/A
3	各區門診注射劑使用率	$\leq 0.88\%$	0.93%	0.87%	0.74%	0.70%	0.70%	○
4	各區門診抗生素使用率	$\leq 13.96\%$	11.01%	10.83%	11.49%	11.91%	11.89%	○
5	各區跨院所再次就醫處方之同藥理(降血壓藥物(口服))用藥日數重疊率	$\leq 1.96\%$			2.31%	2.14%	1.54%	○
6	各區跨院所再次就醫處方之同藥理(降血脂藥物(口服))用藥日數重疊率	$\leq 0.75\%$			0.67%	0.64%	0.62%	○
7	各區跨院所再次就醫處方之同藥理(降血糖(不分口服及注射))用藥日數重疊率	$\leq 1.51\%$			1.46%	1.29%	1.13%	○
8	各區跨院所再次就醫處方之同藥理(抗精神分裂症)用藥日數重疊率	$\leq 4.33\%$			2.67%	2.48%	2.22%	○
9	各區跨院所再次就醫處方之同藥理(抗憂鬱症)用藥日數重疊率	$\leq 3.68\%$			3.69%	3.50%	2.84%	○
10	各區跨院所再次就醫處方之同藥理(安眠鎮靜)用藥日數重疊率	$\leq 10.11\%$			13.09%	12.63%	7.79%	○

全部下降

註1：資料來源：101年全民健康保險總額支付制度協商參考指標要覽及102年4月份全民健康保險業務執行報告。

註2：編號3-7及9-10之監測值以最近3年全局值平均值*(1+20%)作為上限值。



中華民國醫師公會全國聯合會
Taiwan Medical Association

★：101年報告之專家意見「應再下降」

參、專業醫療服務品質之確保與提升

品質指標監測結果

➤ 「專業醫療服務品質指標」-續

項次	指標名稱 \ 年度	監測值	97年	98年	99年	100年	101年	符合監測值情形
11	各區同院所再次就醫處方之同藥理(降血壓藥物(口服))用藥日數重疊率	新增訂指標，於實施一年後訂定監測值。			0.52%	0.49%	0.37%	N/A
12	各區同院所再次就醫處方之同藥理(降血脂藥物(口服))用藥日數重疊率				0.27%	0.26%	0.27%	N/A
13	各區同院所再次就醫處方之同藥理(降血糖(不分口服及注射))用藥日數重疊率				0.38%	0.36%	0.35%	N/A
14	各區同院所再次就醫處方之同藥理(抗精神分裂症)用藥日數重疊率				1.02%	0.93%	0.94%	N/A
15	各區同院所再次就醫處方之同藥理(抗憂鬱症)用藥日數重疊率				0.97%	0.91%	0.91%	N/A
16	各區同院所再次就醫處方之同藥理(安眠鎮靜)用藥日數重疊率				1.35%	1.29%	0.98%	N/A
17	各區慢性病開立慢性病連續處方箋百分比	≥61.6%	68.07%	69.62%	70.76%	70.83%	70.82%	○
18	各區處方箋釋出率	≥25%	30.73%	30.22%	30.06%	30.61%	31.12%	○
19	感染控制評量表實評符合率	年指標			97.54%	98.56%	99.00%	-
20	頭部外傷使用類固醇	≤10%			1.20%	1.38%	0.83%	0.67%
21	痔瘡治療採冷凍治療法使用率	≤5%			1.15%	1.56%	1.15%	0.80%
22	健保IC卡上傳正確率	無					98.46%	N/A
23	西醫同院所同日再次就診率	無					0.19%	N/A
24	糖尿病病患醣化血色素 (HbA1c) 執行率	無					79.57%	N/A

資料來源：101年全民健康保險總額支付制度協商參考指標要覽及102年4月份全民健康保險業務執行報告。



中華民國醫師公會全國聯合會
Taiwan Medical Association

六區僅高屏區未達100%符合率，該分會已通知會員有關感染管控評量表之內容重點，隨時注意警惕，期能共同達到100%之符合率。

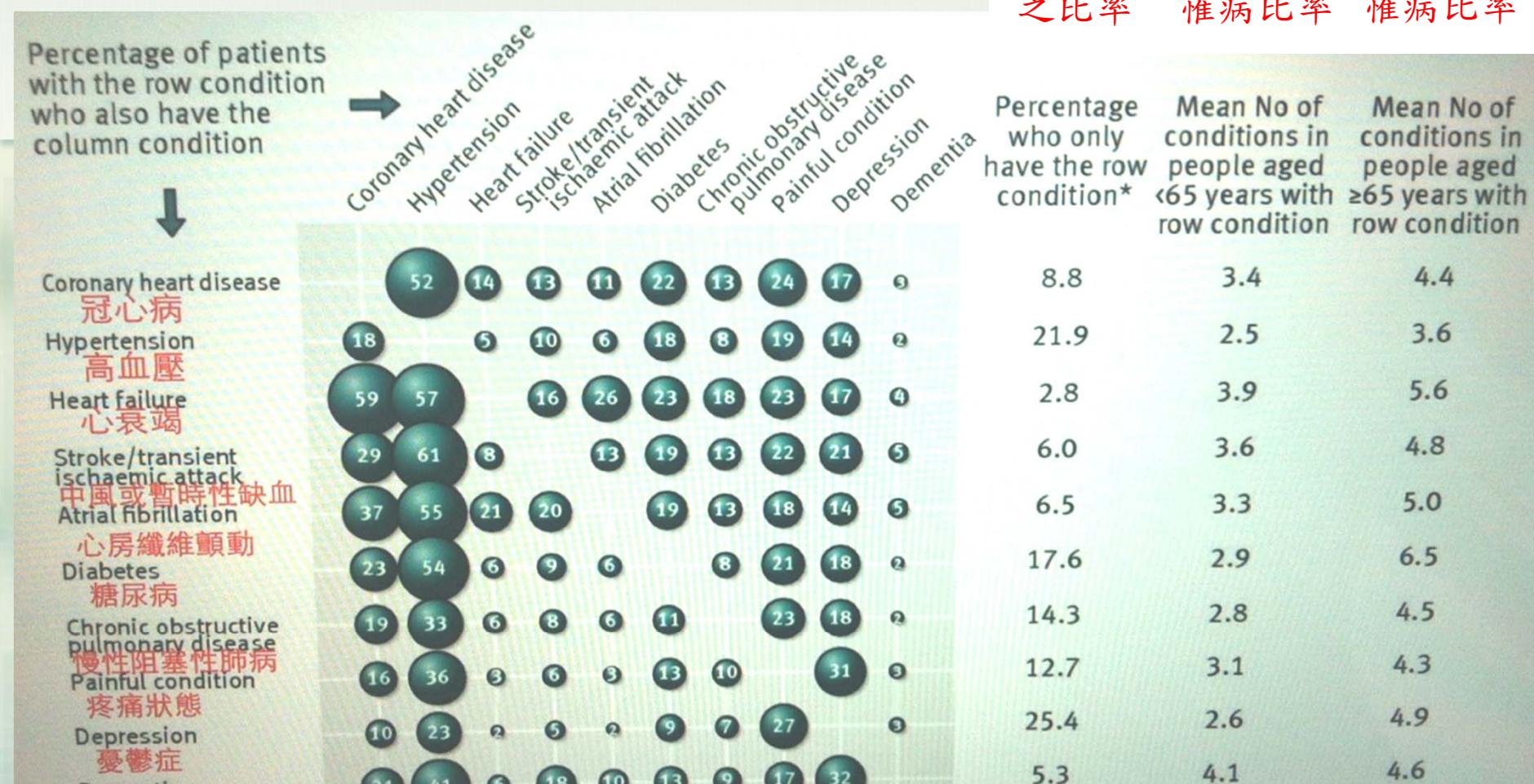
皆符合

多重疾病開立多張處方問題

- 管理：同日重覆掛號、多張連續處方、每人平均就診天數、慢性病給藥天數、同藥理重複用藥比率、不合指引不予支付、超量不予支付
- 管控：平均同處方用藥處置檢查材料合計超過十項、單件宜在五項之內、申報處方與病歷不符
- 管理？
 - ✓ 人口老化共病增加，每位病人治療方案均不相同
 - ✓ 缺乏多重疾病指引
 - ✓ 尊重醫師專業=病人照護品質
- 為減少健保藥物浪費及避免非必要之重複處方，自102年2月費用起門診平均每張處方用藥品項數大於5項及每張處方用藥品項數大於10項者將進行專業審查。



無共病
之比率 <65歲
罹病比率 >65歲
罹病比率



* Percentage who do not have one of 39 other conditions in the full count

Comorbidity of 10 common conditions among UK primary care patients²



中華民國醫師公會全國聯合會
Taiwan Medical Association

Guthrie B, Payne K, Alderson P et al. Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. BMJ 2012 ; 345

Table

76歲女性：高血壓、心律不整、退化性關節炎、中重度憂鬱症

Table 1 | Recommended medium to long term drug treatment for a 76 year old woman with hypertension, atrial fibrillation, osteoarthritis, and moderately severe depression

Condition	治療	藥物交互作用!	Number needed to treat
高血壓	<p>Target blood pressure (BP) <140/90 mm Hg:</p> <p>Calcium channel blocker</p> <p>+ ACE inhibitor (if BP uncontrolled)</p> <p>+ Thiazide-like diuretic (if BP uncontrolled)</p> <p>+ Spironolactone or other drugs (if BP uncontrolled)</p>	<p>Medicine choice has to be aligned to treatment for atrial fibrillation</p> <p>Increased risk of digoxin toxicity if diuretic induced hypokalaemia</p> <p>Spironolactone increases digoxin plasma concentration</p> <p>Consider risk of falls from treatment¹⁸</p>	<p>Compared with placebo, 50 people need to be treated with up to three antihypertensive drugs for 4.5 years to prevent one stroke (fatal or non-fatal), and 84 people need to be treated for 4.5 years to prevent one death from any cause²²</p> <p>No evidence for a tighter BP target²³</p>
心房纖維震顫	<p>Rate control:</p> <p>β blocker or rate limiting calcium channel blocker</p> <p>+ Digoxin if rate remains uncontrolled</p> <p>Prevention of stroke:</p> <p>Oral anticoagulation</p> <p>Aspirin if patient declines oral anticoagulation</p>	<p>Medicine choice has to be aligned to hypertension treatment</p> <p>Increased bleeding risk of warfarin or aspirin in combination with NSAID or SSRI</p> <p>Consider risk of falls from condition/rate control treatment¹⁸</p>	<p>Compared with placebo, 25 people need to be treated with an oral anticoagulant for one year to prevent one stroke (ischaemic stroke is reduced, haemorrhagic increased), and 59 people need to be treated for one year to prevent one death from any cause²²</p>
退化性關節炎	<p>Osteoarthritis in knees and hands with moderate pain and functional limitation²⁴</p> <p>First line analgesia in conjunction with non-pharmacological treatments:</p> <p>Paracetamol</p> <p>Topical NSAID</p> <p>Second line analgesia if first line ineffective:</p> <p>Oral NSAID + PPI</p> <p>Oral opiate</p>	<p>Increased bleeding risk of oral NSAID in combination with warfarin, aspirin or SSRI</p> <p>Oral NSAID may worsen blood pressure control</p> <p>Oral NSAID carries renal risk in combination with ACE inhibitor and diuretic</p> <p>Drug interactions with warfarin (eg, tramadol, PPI)</p> <p>Increased risk of constipation from combination of opiates and calcium channel blockers</p> <p>Consider risk of falls from condition or opiates¹⁸</p>	<p>Effectiveness can be judged by an individual's response to treatment</p>
憂鬱症	<p>Persistent moderate depression¹⁸⁻²⁴</p> <p>If unresponsive to psychosocial interventions and supportive care treat with or SSRI or alternative antidepressant if patient has particular comorbidities or is prescribed particular other medicines</p>	<p>Bleeding risk of SSRIs in combination with warfarin (avoid) or aspirin (caution); consider adding gastroprotection with a proton pump inhibitor</p> <p>Hyponatraemia risk of SSRI in combination with diuretics</p>	<p>Effectiveness can be judged by an individual's response to treatment</p>

ACE=angiotensin converting enzyme; NSAID= non-steroidal anti-inflammatory drug; SSRI= selective serotonin reuptake inhibitor; PPI=proton pump inhibitor.

* Assumes annual stroke risk of 4% based on CHADS₂ score of 2.



中華民國醫師公會全國聯合會
Taiwan Medical Association

Guthrie B, Payne K, Alderson P et al. Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. BMJ 2012; 345
Page 5 of 5 ANALYSIS Figure : Comorbidity of 10 common conditions among UK primary care patients²

參、專業醫療服務品質之確保與提升

品質指標監測結果

➤ 「利用率指標」

指標項目＼年度	監測值	97年	98年	99年	100年	101年	符合情形
子宮頸抹片利用率	$\geq 16\%$	15.36%	14.58%	13.27%	12.93%	12.50%	X
成人預防保健利用率	$\geq 20\%$	22.46%	22.26%	22.32%	21.79%	21.76%	○
兒童預防保健利用率 ^{註1}	-	43.77%	40.48%	54.31%	48.62%	48.77%	-
年齡別剖腹產率	$\leq 34\%$	35.86%	37.17%	38.60%	38.12%	37.56%	X
門診手術案件成長率	$\geq 10\%$	3.68%	5.40%	0.002%	-0.29%	3.49%	X
六歲以下兒童氣喘住院率 ^{註2}	$\leq 0.29\%$	0.19%	0.17%	0.17%	0.19%	0.17%	○
住院率 ^{註3}	$\leq 13\%$	11.88%	12.09%	12.25%	12.54%	12.55%	○
平均每人住院日數 ^{註4}	≤ 1.10	1.32	1.32	1.35	1.36	1.36	X
每人急診就醫率 ^{註5}	$\leq 1.9\%$	2.300%	2.48%	2.47%	2.44%	2.46%	○

註1：兒童預防保健自99年起由9次濃縮至7次。

註2：為六歲以下醫院氣喘住院人次占六歲下投保人數之比率（氣喘定義為主診斷碼前三碼為493）。

註3：為西醫(基層與醫院)住院人次占投保人數之比率。

註4：為西醫(基層與醫院)住院人日占投保人數之比率。

註5：為每人西醫基層急診就醫件數占西醫基層門診就醫件數之比率。

註6：96-100年資料來源為「101年度全民健康保險總額支付制度協商參考指標要覽」；101年資料為行政院衛生署中央健康保險局102年6月提供。



參、專業醫療服務品質之確保與提升

品質指標監測結果

★ 「利用率指標—年齡別剖腹產率」

年齡別 / 年度	98年		99年		100年		101年		成長率
	件數	全區	件數	全區	件數	全區	件數	全區	
具適應症之案件(A)	19,678	35.0%	17,186	36.0%	20,124	35.5%	23,476	34.8%	16.7%
19歲以下	-	-	-	-	186	18.5%	209	19.1%	
20-34歲	-	-	-	-	16,353	34.2%	18,784	33.3%	
35歲以上	-	-	-	-	3,585	45.4%	4,483	44.8%	
不具適應症之案件(B)	1,337	2.4%	1,287	2.7%	1,471	2.6%	1,898	2.8%	29.0%
19歲以下	-	-	-	-	5	0.5%	6	0.6%	
20-34歲	-	-	-	-	1,102	2.3%	1,428	2.5%	
35歲以上	-	-	-	-	364	4.6%	464	4.6%	
剖腹產率(C=A+B)	21,015	37.4%	18,473	38.7%	21,595	38.1%	25,374	37.6%	17.5%
生產案件數	56,265	100.0%	47,704	100.0%	56,650	100.0%	67,548	100.0%	19.2%

註1：100年剖腹產率指標修改為年齡別剖腹產率。

註2：不具適應症剖腹產率即為自行要求剖腹產之案件。

註3：成長率係與前一年度之件數比較值。

註4：資料來源：中央健保局102年6月提供。



品質指標監測結果

➤ 檢討與改善

✓ 子宮頸抹片利用率：雖每年皆有預算補助，礙於我國民情較為保守，爰利用率無法提高。全聯會已不定期於台灣醫界雜誌刊登子宮頸抹片檢查等相關議題與活動，於101年4月28日舉辦癌篩討論會，宣導各項癌篩重要性【請參閱書面第63頁】。



年齡別剖腹產率：

- A. 生產總件數達67,548件，較前一年度增加10,898件，推測應為龍年生育潮所致。
- B. 雖然自然產與剖腹產已經無價差誘因，但在前一胎為剖腹產、一胎多產（人工受孕）及高齡或相對高齡產婦人次高利用的情況下，均有可能提高剖腹產率。
- C. 因應：1.持續請台灣婦產科醫學會協助向所屬會員宣導，鼓勵孕婦自然產並強調其優點。2.檔案分析剖腹產率較高之診所加強輔導，期以降低剖腹產率。



品質指標監測結果

➤ 檢討與改善一續



門診手術案件成長率：與前一年度相較下 (-0.29%)，101年度監測結果 (3.49%) 雖仍未符合監測值 ($\geq 10\%$)，惟已有明顯成長，應持續觀察往後年度之監測結果，俾利提供適宜之修正建議。並持續開放基層門診手術。

✓ 平均每人住院日數：監測結果與前一年度相同 (1.36%)，因本項指標含基層及醫院部門，推測主要原因因為人口老化及重大傷病人數逐年增加，造成平均每人住院日數無法達到監測值。

102年支付標準調整10項外科處置或手術項目 (2200萬預算)

- ✓ 深部複雜創傷處理—傷口長5公分以下者 (48004C)
- ✓ 深部複雜創傷處理—傷口長5-10公分者 (48005C)
- ✓ 深部複雜創傷處理—傷口長10公分以上者 (48006C)
- ✓ 深部複雜臉部創傷處理—小5公分以內 (48033C)
- ✓ 深部複雜臉部創傷處理—中5公分至10公分 (48034C)
- ✓ 臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術—小小於2公分(62010C)
- ✓ 臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術—中2公分至4公分(62011C)
- ✓ 斷端成形術—指、趾(64027C)
- ✓ 腱鞘囊摘出術、液囊腫瘤摘出術(64087C)
- ✓ 肌腱修補術—單腱(64090C)



品質指標及監測值之檢討及增修

- 修訂「全民健康保險西醫基層總額品質確保方案」專業醫療服務品質部分指標及利用率指標
- 「專業醫療服務品質指標」
 - ✓ 增訂「健保IC卡上傳正確率」、「西醫同院所同日再次就診率」及「糖尿病病患糖化血色素（HbA1c）執行率」。
 - ★✓ 擬建議修訂「頭部外傷使用類固醇」指標監測值調整為5%及「痔瘡治療採冷凍治療法使用率」指標監測值調整為3%。
- 「利用率指標」
 - ✓ 修訂「成人健康檢查普及率」及「小兒健康檢查普及率」指標定義。

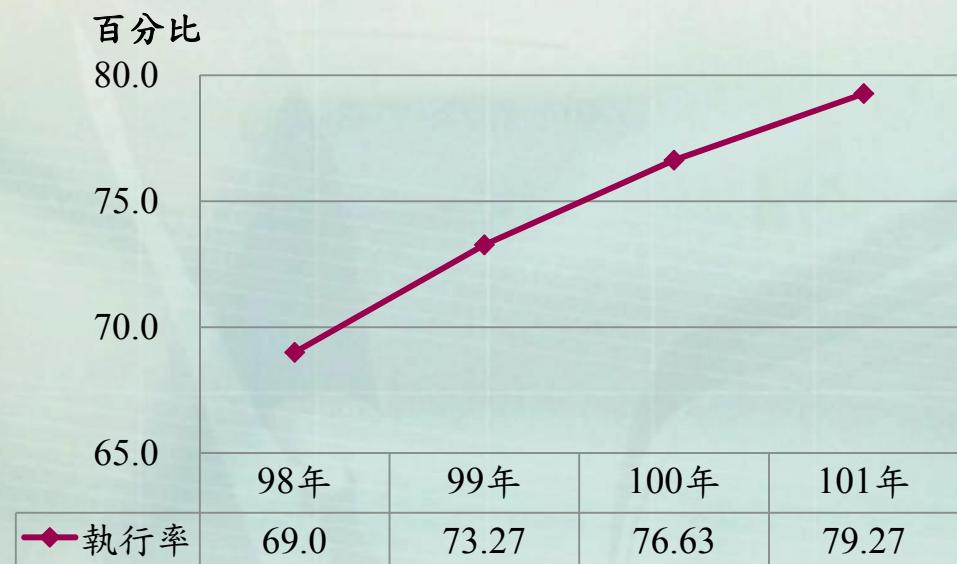


品質指標及監測值之檢討及增修

➤ 專業醫療服務品質指標



研議結果面指標：如「糖尿病病患
醣化血色素（HbA1c）執行率」調
整為「醣化血色素控制良率」。



- 更新「高血脂治療指引」
- 結合「病人衛教」與「品
質保證保留款」之關聯性

資料來源：中央健保局西醫基層總額協商醫療品質公開查詢



中華民國醫師公會全國聯合會
Taiwan Medical Association

參、專業醫療服務品質之確保與提升

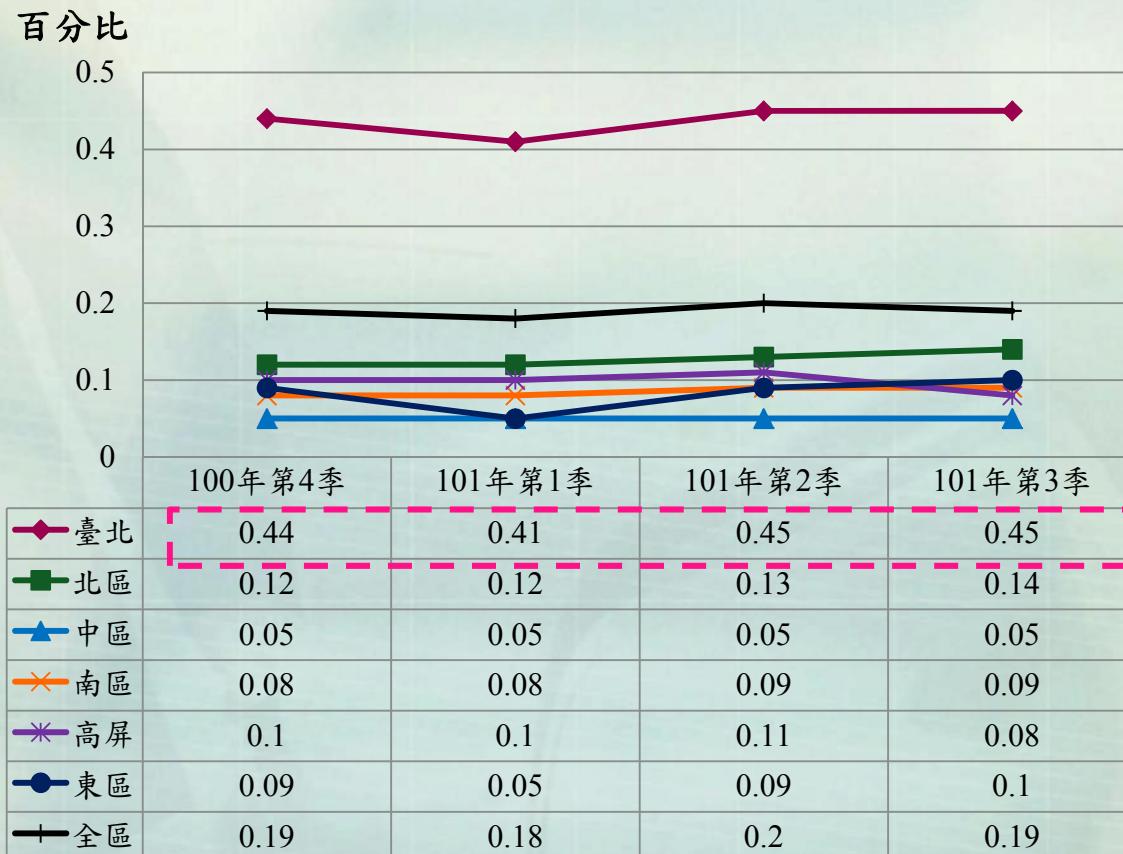
品質指標資訊公開

- 健保局101年2月7日「西醫基層總額醫療品質指標討論會」會議結論，101年開放項目：
 - ✓ 「西醫同院所同日再次就診率」
 - ✓ 「具二度或三度心臟傳導隔斷病史之高血壓病患使用β-Blocker比率」



品質指標資訊公開

➤ 「西醫同院所同日再次就診率」



診所指標值 > 分區或全局指標值
表示該診所同院同日再次就診比率較其他診所高；該院所醫師需注意就診病患再次就醫的原因，進一步改善問題，以提升就醫品質。

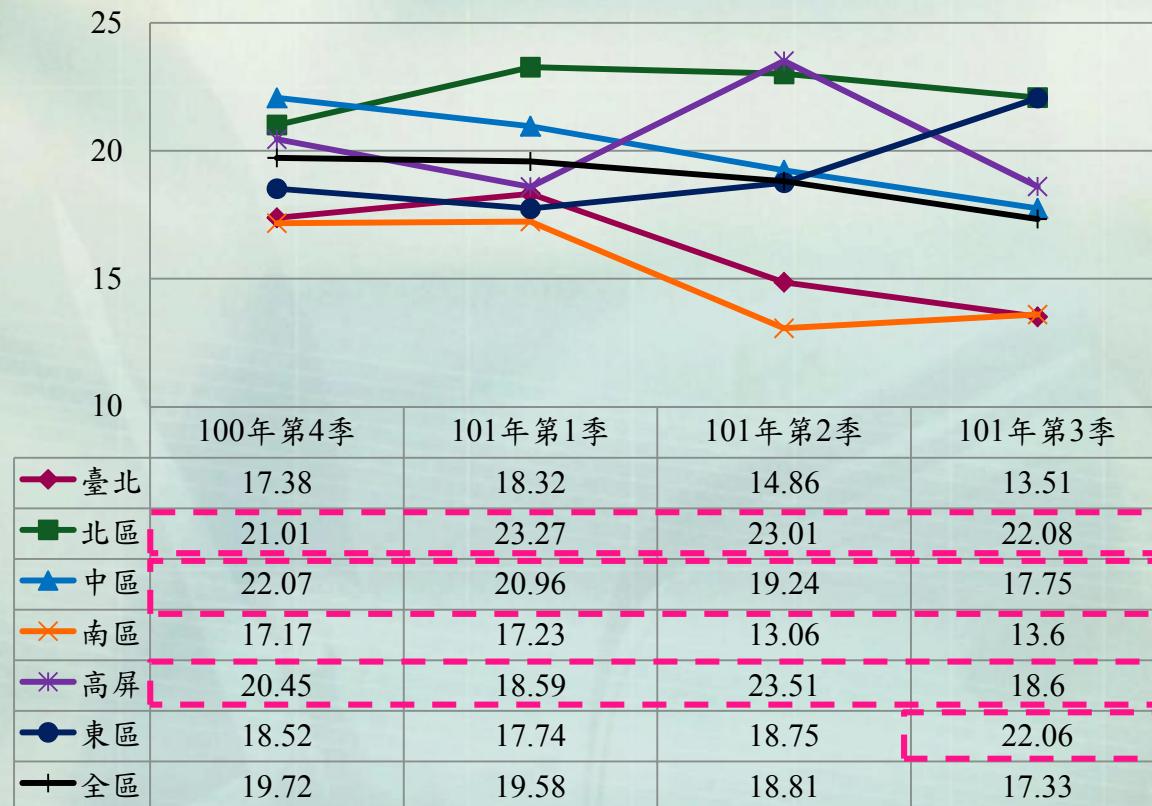


參、專業醫療服務品質之確保與提升

品質指標資訊公開

➤ 「具二度或三度心臟傳導隔斷病史之高血壓病患使用β-Blocker比率」

百分比



診所指標值 > 分區或全局指標值
表示院所並未詳加注意病人使用降血壓藥的禁忌症，健保局加強監控該院所是否有不適當的處理，以保障就醫民眾的醫療照護品質。



中華民國醫師公會全國聯合會
Taiwan Medical Association

資料來源：中央健保局西醫基層總額協商醫療品質公開查詢

肆、總額之管理與執行績效

專業事務委託

➤ 審查醫師規劃與管理

- ✓ 訂定「中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查醫師管理要點」，以為審查醫師遴選相關規劃之依據，確保醫療案件審查之公平性及客觀性。
- ✓ 遴聘資格如下：
 - 具5年以上教學、臨床或實際經驗（含2年以上（含）全民健康保險西醫基層執業經驗）。
 - 5年內未曾違反醫療法及醫事人員專門職業法規受停業以上之處分。
 - 5年內未有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定，不予以特約情形。



肆、總額之管理與執行績效

專業事務委託

➤ 審查醫師統計

地區別	審查醫師數	各區占率
臺北區	90	16.92%
北區	92	17.29%
中區	117	21.99%
南區	94	17.67%
高屏區	88	16.54%
東區	51	9.59%
合計	532	100%

科別	審查醫師數	各科占率
兒科	39	7.33%
內科	94	17.67%
外科	45	8.46%
皮膚科	32	6.02%
耳鼻喉科	48	9.02%
家醫科	82	15.41%
骨科	31	5.83%
婦產科	40	7.52%
眼科	44	8.27%
復健科	37	6.95%
精神科	24	4.51%
腎臟科	16	3.01%
合計	532	100%



肆、總額之管理與執行績效

專業事務委託

➤ 審查品質監督及評估

- ✓ 審查醫事人員品質指標評量表
- 審查醫師於聘期內，應受其所屬分會之管理，並按審查醫師管理要點之「西醫基層審查醫事人員品質指標評量表」評核。

各區審畢評量作業案件數

分區	抽審 醫師	抽審 案件	審查合 理件數	合理件 數占率	不合理 件數	不合理 件數占率
臺北	40	1,528	1,467	96.01%	61	3.99%
北區	30	1,339	1,222	91.26%	117	8.74%
中區	30	1,377	1,225	88.96%	152	11.04%
南區	30	1,053	918	87.18%	135	12.82%
高屏	29	1,066	953	89.40%	113	10.60%
東區	20	1,057	969	91.67%	88	8.33%
合計	179	7,420	6,754	91.02%	666	8.98%



專業事務委託

➤ 審查品質監督及評估

✓ 審畢案件評量作業原則

□ 審查品質改善重點以「審畢案件評量作業」之重點評量為主要方向，其以核減率統計上明顯偏離一般常態之數據資料為基礎，重點性篩選潛伏異常之審查醫師名單。

□ 篩選方式係以各院所常態核減率為各院所核減率基準值

■ 尚某審查醫師審查院所後之核減率異常高於或低於該院所基準值，則該審查醫師標註於「醫師別核減率異常明細檔」；由受評量分區業務組逕按最近一季「醫師別核減率異常明細檔」中，以「異常標註占率百分位值」欄位由高至低排序，參考該明細檔選定偏離常態之審查醫師名單5至20名為受評量醫師，並保留其最近1-3次出勤審畢案件【請參閱書面第21頁】。



肆、總額之管理與執行績效

專業事務委託

➤ 醫療費用審查注意事項

- ✓ 為提升審查品質，齊一審查標準，彙整各專科醫學會及各分會就各科審查注意事項及常見審查爭議案例、爭議審議案件高撤銷率項目提供修正意見，以改善爭議案件情形。
- ✓ 101年執行會修訂西醫基層家醫科、內科、小兒科、婦產科及耳鼻喉科等5科審查注意事項部分條文共計17條【請參閱書面第79-86頁】。
 - 同時本會以確保病人醫療品質基礎，修訂前開條文，如：**建議可彈性採用較新的指引，不一定比照世界糖尿病聯盟在2002年與WHO合作訂定之糖尿病臨床照護指引做為審查參考工具之一。**為確保病人診療完整性，建議病歷應有記載骨盆腔檢查三項或三項以上之結果。



肆、總額之管理與執行績效

專業事務委託

➤ 檔案分析指標與抽審指標 訂定

✓ 抽樣專審指標

□ 執委會擬定28項檔案分析參考指標，各分區參考地方型態差異適時修正、增減指標項目，或分類為「管理類指標」、「醫療利用類指標」、「免抽審指標」等，以切合各區審查目標與實際需求。

分析項目內容	
全部案件	1.申請金額百分位
	2.診療費百分位
	3.件數百分位
	4.平均就診次數百分位
	5.每件金額百分位
	6.每件診療費百分位
	7.每日藥費百分位
	8.申請金額成長率百分位
	9.件數成長率百分位
	10.每件金額成長率百分位
專案案件	11.重複就診
	12.件數百分位
	13.給藥日數百分位
	14.每件給藥日數百分位
	15.藥費百分位
	16.件數百分位
	17.給藥日數百分位
	18.每日藥費百分位
慢性病案件	19.每件藥費百分位
	20.每件給藥日數百分位
	21.診療費百分位
	22.藥費百分位
	23.件數百分位
	24.給藥日數百分位
	25.每日藥費百分位
	26.每件給藥日數百分位
	27.每件診療費百分位
	28.每件藥費百分位

註：1、分析資料排除洗腎及預防保健項目。
2、每件金額成長率排除慢性病案件費用。



肆、總額之管理與執行績效

專業事務委託

➤ 檔案分析指標與抽審指標訂定

- ✓ 檔案分析審查異常不予支付指標
 - 係擇定某一處置（檢查/檢驗），訂定閾值，超過該閾值部分予以核刪。其不予支付指標項目容許保有閾值以下之特例案件，以選取易流於浮報之項目為宜。
 - 執行會就易浮報、濫報診療項目或有違反申報相關規定之虞者，與健保局共同擬訂不予支付指標及處理方式，以合理管控院所異常申報狀況，截至101年西醫基層施行指標共計23項【請參閱書面第23頁】。



肆、總額之管理與執行績效

專業事務委託

➤ 異常院所分析

✓ 專科醫師申報耳鼻喉局部治療項目問題

□ 執行會分析申報耳鼻喉局部治療之醫師專科分布情形，其非耳鼻喉專科醫師申報「耳鼻喉局部治療—膿或痂皮之取出或抽吸（54019C）」、「耳鼻喉局部治療-傷口處置及換藥（54027C）」、「耳鼻喉局部治療—耳部雙側膿或痂皮之取出或抽吸（54037C）」及「耳鼻喉局部治療—耳部雙側傷口處置及換藥（54038C）」者占總件數約70%至80%，執行會審查組將就前開項目專科申報分布情形研議適當性。



肆、總額之管理與執行績效

專業事務委託

➤ 建立爭議審議案件監測與輔導管理機制

- ✓ 訂定「全民健康保險基層總額爭議審議案件監測與輔導管理作業方案」。
- ✓ 案件來源：健保局定期按季提供各區基層爭議審議案件數、高撤銷率爭審項目及高駁回率診所名單等資料。
- ✓ 爭議案件之監測：各分會依前開數據資料分析原因，就爭議性案例召開審查會議討論，研擬爭議案件改善對策。



肆、總額之管理與執行績效

專業事務委託

➤ 建立爭議審議案件監測與輔導管理機制—核減/補付情形

分區別或季別	初核核減率	申復後核減率	爭審後核減率	申復補付率
台北區	0.98%	0.82%	0.81%	34.86%
北區	1.54%	1.13%	1.10%	48.15%
中區	0.58%	0.50%	0.49%	36.80%
南區	0.45%	0.32%	0.32%	56.11%
高屏區	1.10%	0.91%	0.90%	39.25%
東區	1.21%	1.03%	1.03%	46.60%
100Q1	0.87%	0.65%	0.62%	44.73%
100Q2	0.87%	0.68%	0.67%	39.26%
100Q3	0.96%	0.75%	0.74%	39.56%
100Q4	0.95%	0.86%	0.86%	43.82%
全年	0.91%	0.74%	0.72%	41.51%

註1. 資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至102年04月03日止已完成核付之資料。

註2. 初核核減率 = (申請點數 - 核定點數) / 醫療點數

註3. 申復後核減率 = [(申請點數 - (核定點數 + 申復補付點數)) / 醫療點數]

註4. 爭審後核減率 = [(申請點數 - (核定點數 + 申復補付點數 + 爭審補付點數)) / 醫療點數]

註5. 申復補付率 = 申復補付點數 / 申復點數



肆、總額之管理與執行績效

專業事務委託

➤ 建立爭議審議案件監測與輔導管理機制—核減情形

- ✓ 101年各區「爭審案件數」以台北區3,548件最高，東區741件最低，全區11,603，較100年成長18.08%；「撤銷率」以東區撤銷率64%最高，東區檢討及改進對策詳附件8，台北區及南區撤銷率20%最低，全區撤銷率25%。

分區別	100年		101年	
	爭審件數	撤銷率	爭審件數	撤銷率
台北區	2,943	21%	3,548	20%
北區	1,916	27%	2,843	28%
中區	1,717	20%	1,587	21%
南區	1,005	14%	868	20%
高屏區	2,087	18%	2,016	21%
東區	158	13%	741	64%
全區	9,826	20%	11,603	25%

註1.撤銷率=1-(駁回件數)/爭審件數

註2.資料來源：全民健康保險爭議審議委員會

註3.100年重核駁回案件列入撤銷率，101年重核駁回案件列入駁回率



肆、總額之管理與執行績效

專業事務委託

➤ 建立爭議審議案件監測與輔導管理機制—改善對策

【請參閱書面 第25-35頁及第179-183頁】

- ✓ 各分會審查組會議討論降低爭審案件對策，建議請相關科別審查醫師針對撤銷率高之科別及醫令提供意見。
- ✓ 請審查醫師敘明「核刪具體理由」及「記載重點審查醫令之執行率和申報百分位階值」以利申復審查醫師及爭審會判讀。
- ✓ 以同儕制約管理為主，審查為輔，即時預估分析每月醫療費用申報，加強各科別診所及其醫師管理。



肆、總額之管理與執行績效

醫療利用與費用申報

➤ 醫療利用與費用申報

- ✓ 定期於「健保局西醫基層總額支付委員會」中報告「西醫基層總額執行概況」與歷年數據之比較。

➤ 管控措施

- ✓ 依分區別、案件類別及就醫科別等，分析基層院所相關醫療費用及成長狀況，監控各區費用狀況，並依分析結果，提供各區參考，以管控費用、維護點值【請參閱書面第25頁】。



肆、總額之管理與執行績效

醫療利用與費用申報

➤ 101年1-12月基層總額門住診申報醫療費用

分區別	件數(千)		醫療點數(百萬)		平均每件點數	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	55,438	-1.1%	30,054	1.4%	542	2.6%
北區	27,391	-1.7%	14,749	0.6%	538	2.3%
中區	39,305	-2.0%	20,858	0.4%	531	2.4%
南區	30,549	-1.6%	16,039	1.8%	525	3.5%
高屏	32,809	-1.8%	16,802	-0.5%	512	1.3%
東區	3,908	-1.9%	2,154	-0.8%	551	1.1%
全局	189,400	-1.6%	100,655	0.8%	531	2.4%

註1：製表日期：102年02月20日，資料來源：截至102年02月01日明細彙總檔。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

資料來源：102年3月7日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商會議資料。



肆、總額之管理與執行績效

醫療利用與費用申報

➤ 101年1-12月基層總額案件分類申報概況

案件分類	件數(千)			醫療點數(百萬點)			平均每件點數(點)	
	值	成長率	成長貢獻度	值	成長率	成長貢獻度	值	成長率
1.一般案件(簡表)	86,518	-5.1%	153.18%	31,858	-3.2%	-134.99%	368	2.1%
2.西醫急診	41	-7.7%	0.11%	46	-8.2%	-0.53%	1,122	-0.5%
3.西醫門診手術	249	4.6%	-0.36%	929	2.1%	2.46%	3,733	-2.4%
4.慢性病	21,009	5.8%	-37.66%	14,522	2.6%	47.16%	691	-3.0%
5.結核病	40	24.8%	-0.26%	24	13.0%	0.36%	595	-9.5%
6.慢性病連續處方箋	3,633	9.3%	-10.13%	2,195	-5.3%	-16.01%	604	-13.4%
7.其他專案	76,795	0.1%	-1.77%	32,542	3.4%	136.90%	424	3.3%
8.論病例計酬	99	5.1%	-0.16%	2,045	5.1%	12.79%	20,657	0.0%
9.醫療資源缺乏地區	274	-2.4%	0.22%	126	5.6%	0.87%	460	8.2%
10.支付制度試辦計畫	672	14.7%	-2.82%	839	12.4%	11.90%	1,248	-2.1%
11.交付機構	0	#DIV/0!	0.00%	13,462	-0.3%	-4.39%	-	-
12.住診一般案件	2.2	-5.1%	0.00%	23	-5.2%	-0.16%	10,523	-0.1%
13.住診論病例計酬	69	18.7%	-0.35%	2,044	19.8%	43.64%	29,710	1.0%
合計	189,400	-1.6%	100.00%	100,655	0.8%	100.00%	531	2.4%

註：製表日期：102年2月20日，資料來源：截至102年2月1日明細彙總檔。



中華民國醫師公會全國聯合會
Taiwan Medical Association

資料來源：102年3月7日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議資料

肆、總額之管理與執行績效

分區資源耗用趨勢

➤ 101年10-12月基層總額門診申報醫療費用

分區別	件數(千)		醫療點數(百萬點)		平均每件點數(點)	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率
臺北	14,401	2 2.4%	7,734	1.2 3.8%	2 537	1.4%
北區	7,109	1 3.2%	3,815	3.8%	3 537	0.6%
中區	10,237	3 1.5%	5,380	3 3.3%	4 526	4 1.8%
南區	7,945	-0.7%	4,097	2.4%	516	1 3.2%
高屏	8,513	-1.4%	4,375	1.0%	514	2 2.4%
東區	996	0.8%	558	3.2%	1 560	3 2.3%
全局	49,203	1.1%	25,960	3.0%	528	1.9%

分區點值管控特徵：

- 一、每件點數成長率最高：南區、高屏、東區
- 二、民眾就醫耗用資源，各區差異逐漸減小。尤其東區每次就醫使用560點，居全國最高。



醫療利用與費用申報

- 檢討與改善
- 強化基層醫療照護能力，緩解急診壅塞。
 - ✓ 基層急診服務
 - 查101年度西醫急診案件41千件，醫療費用46百萬點。本項多屬外傷、急性腹瀉、嘔吐或脫水現象者等疾病，亦屬基層診所可優先照護之疾病範圍。
 - 基層診所多有提供該類服務，但因病人自付部分負擔加重，爰基層院所甚少申報。
 - 配合健保局宣導民眾落實分級醫療制度，強化落實基層急診服務，期以緩解醫院急診壅塞情形。
 - 政府應宣導民眾正確就醫資訊，除公開醫療院所品質供民眾查詢外，應破除民眾高科技即是醫療品質之迷思。



肆、總額之管理與執行績效

醫療利用與費用申報

表2：101年急診檢傷分類看診時段分析

	合計占率	第1級占率	第2級占率	第3級占率	第4級占率	第5級占率
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
依特約類別						
醫學中心	26.8%	41.7%	41.3%	28.4%	20.3%	22.6%
區域醫院	51.2%	46.9%	48.5%	54.8%	56.9%	54.7%
地區醫院	21.3%	11.4%	10.2%	16.8%	22.8%	22.7%
基層院所	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
依急診日						
平日	65.4%	71.4%	69.5%	65.9%	62.0%	57.2%
假日	34.6%	28.6%	30.5%	34.1%	38.0%	42.8%
依進急診時間						
18~24時	32.4%	25.7%	29.0%	32.7%	34.6%	34.7%
24~06時	14.6%	13.4%	14.1%	15.1%	15.3%	11.4%
06~12時	22.3%	25.8%	23.9%	22.1%	21.2%	21.9%
12~18時	26.2%	27.0%	26.6%	25.8%	25.9%	29.2%
不詳	4.6%	8.0%	6.4%	4.4%	3.0%	2.8%

表3：101年急診檢傷分類第4、5級就醫疾病分析

檢傷 分類	件數 排名	CCS 中文名	件數		醫療點數		平均每件醫 療費用點數
			件 數	占率	萬點 占率	占率	
第4 級	1	239 表面傷或挫創傷	187,636	13.8%	26,466	11.6%	1,410.5
	2	126 急性上呼吸道感染	95,005	7.0%	8,791	3.9%	925.4
	3	251 腹痛	78,293	5.8%	13,816	6.1%	1,764.7
	4	253 過敏反應	63,949	4.7%	5,072	2.2%	793.2
	5	154 非感染性胃腸炎	60,030	4.4%	6,850	3.0%	1,141.1
第4級合計			1,357,628	100.0%	227,756	100.0%	1,677.6
第5 級	1	239 表面傷或挫創傷	16,739	14.5%	1,792	0.8%	1,070.5
	2	126 急性上呼吸道感染	11,446	9.9%	829	0.4%	724.7
	3	236 四肢開放傷	7,844	6.8%	608	0.3%	775.3
	4	253 過敏反應	6,077	5.3%	413	0.2%	680.2
	5	125 急性支氣管炎	3,448	3.0%	305	0.1%	883.2
第5級合計			115,468	100.0%	15,948	100.0%	1,381.1

肆、總額之管理與執行績效

醫療利用與費用申報

- 檢討與改善-續
- 整合、全科化照護及強化落實「水平整合」與「垂直整合」之能力。
 - ✓ 落實轉診制度，則是實施醫療分工的第一步，能夠讓醫院和診所各司其職。根據國內外研究顯示，基層醫師皆有處理大部分的疾病的能力；歐美先進國家中，家庭醫師扮演了非常重要的角色。
 - ✓ 除現有的推動整合照護方案外，建議各縣市可配合當地衛生局，發展當地區域式整合照護。以「診所、地區醫院」組成的社區為出發點，結合區域醫院（醫學中心）發展該區域之「垂直整合」之在地化醫療服務。



肆、總額之管理與執行績效

點值穩定度

- 由於101年西醫基層醫療服務審查委託契約僅限於專業審查之委託，爰已無往年規定之「研擬醫療服務利用執行改善方案時程表-醫療服務利用每季預估每點支付金額超出1.1元或低於0.9元變動範圍時，乙方與甲方應共同進行原因分析，並依本條事項範圍訂定處理對策。」
- 101年各季「西醫基層總額及門診透析合併獨立預算預估點值」如下

季	浮動點值		平均點值	
	各區	全區	各區	全區
第1季	0.8660～ 1.1374	0.9139	0.9131～ 1.0712	0.9386
第2季	0.8899～ 1.1210	0.9193	0.9241～ 1.0589	0.9424
第3季	0.8343～ 1.0334	0.8665	0.8902～ 1.0105	0.9040
第4季	0.9087～ 1.1087	0.9344	0.9331～ 1.0470	0.9536



肆、總額之管理與執行績效

支付標準調整

➤ 100年至101年開放基層適用項目申報情形

開放年度	代號	支付標準	100年		101年	
			件數	費用	件數	費用
100年	09112C	甲狀腺刺激素免疫分析	93,764	12,043,804	132,207	15,728,760
	22001C	純聽力檢查	1,279	516,780	2,583	1,001,160
	27001C	T3甲狀腺原胺酸放射免疫分析	166	26,775	91	23,625
	86203C	前玻璃體切除手術	26	119,532	38	125,647
	97017C	輸卵管外孕手術	199	6,479,493	209	6,813,542
合計			95,434	19,186,384	135,128	23,692,734
101年	10501C	卡巴馬平Carbamazepine			56	16,544
	10510C	發爾波克Valproic			228	69,152
	10520C	鋰鹽Lithium			143	17,835
	12053C	Antinuclear AC (ANA)			4,548	714,450
	27053C	CA-125腫瘤標記(RIA)			1,401	497,600
	27055C	CA-199腫瘤標記(RIA)			76	26,000
	80205C	子宮頸楔狀切除術			206	885,594
	80415C	子宮鏡切除子宮腔腹膜或子宮肌瘤			69	1,413,504
	80807C	腹腔鏡子宮附屬器部份或全部切除術			248	3,885,652
	81020C	腹腔鏡子宮外孕手術			78	1,530,871
合計			-	-	7,053	9,057,202

資料來源：102年5月至健保局分析西醫基層醫療費用申報資料



中華民國醫師公會全國聯合會
Taiwan Medical Association

編列成長率
0.034%

院所違規

➤ 違規家數、金額及占總額比例

- ✓ 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（101年12月28日修正公告版本）第37-40條之違規案件類型，非總額舉發共計263家次，較100年減少69家次；違規總點數為50,892,112點，較100年減少2,240,742點。101年院所違規總點數占101年度總額0.54‰，較100年減少0.06‰。



肆、總額之管理與執行績效

院所違規

➤ 違規類型查處追扣統計表--非總額舉發

類型別	家次	點數
01未依處方箋或病歷記載提供醫療服務	46	4,282,800
02未經醫師診斷逕行提供醫療服務	45	1,690,597
03處方箋之處方或醫療費用申報內容與病歷記載不符	7	28,179
04未記載病歷，申報醫療費用	1	483
05收治非保險對象，而以保險對象之名義，申報醫療費用	-	-
06登錄保險對象保險憑證，換給非對症之藥品、營養品或其他物品	7	602,980
07未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用	25	6,727,396
08其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用	35	9,311,701
09保險醫事服務機構或其負責醫事人員依前條規定受停止特約，經執行完畢後十年內再有前條規定情事之一	-	-
10以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，其情節重大	14	7,974,195
11特約醫院及診所容留未具醫師資格之人員為保險對象診療或處方	5	240,341
12其他	78	20,033,440
合計	263	50,892,112



肆、總額之管理與執行績效

醫療機構輔導

- 訂定「中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會暨分會西醫基層醫事服務機構實地審查作業原則與輔導方案」。
- 案件來源：經檔案分析、專業審查建議或其他與健保給付相關專案需實地審查或輔導服務機構醫療服務品質者。
- 輔導方式：
 - ✓ 實地審查後有應改善事項者，持需追蹤與輔導。輔導對象結案後，製結案單回報分區共管會議，並依會議決議是否列為加強審查或稽核，以持續追蹤院所改善情形。
 - ✓ 各分會不定期召開會議討論檔案分析結果、院所輔導案例及改善處理情形。



肆、總額之管理與執行績效

醫療機構輔導

➤ 101年西醫基層實地審查暨輔導作業統計表

分區 業務組	實地審查				輔導作業												
	審 查 家 數	審 查 次 數	審查結果處理 (次數)		輔導案源 (次數)			輔導方式 (次數)			合 計 輔 導 家 數	輔導結果追蹤 (家數)					
			合 理	輔 導	移 查 處	書 面 審 查	實 地 審 查	檔 案 分 析	書 面 輔 導	面 談 輔 導		列 為 稽 核	加 強 審 查	改 善 結 案	尚 在 觀 察		
臺北	6	2	0	6	0	0	6	0	4	0	2	0	6	0	0	6	
北區	24	24	24	0	0	0	0	2	0	2	0	0	2	0	2	0	0
中區	48	4	48	0	0	1	0	6	5	1	6	0	12	0	0	12	0
南區	12	12	0	10	2	0	10	0	0	0	0	10	10	0	0	10	0
高屏	7	7	7	0	0	0	0	3	8	79	0	0	87	0	0	0	87
東區	0	0	0	0	0	36	0	0	36	0	0	0	36	0	0	0	36
合計	97	49	79	16	2	67	16	8	75	3	8	10	96	0	2	52	42



伍、品質保證保留款實施方案

預算及協定事項

- 依費協會第150次會議決議，品質保證保留款99年度開始採累計方式計算，預算來自101年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中「品質保證保留款」之預算0.1%與100年度原預算基礎，共135.9百萬元。



伍、品質保證保留款實施方案

分配方式

- 依據101年各分區特約診所家數占率，分配各區品保款預算
 - ✓ 符合下列情形，各給予核發權重25%：
 - 診所月平均門診申復核減率：不超過該分區所屬科別九十百分位
 - 診所之每位病人年平均就診次數：不超過該分區所屬科別九十百分位。
 - 個案重複就診率：不超過該分區所屬科別九十百分位
 - 藥品明細：單方藥品於藥品明細中標示商品名及成份名，複方藥品則標示商品名。
 - ✓ 全數處方箋釋出之西醫基層診所未有「藥品明細」指標，核發指標之權重如下：
 - 診所月平均門診申復核減率占34%。
 - 診所之每位病人年平均就診次數占33%。
 - 個案重複就診率占33%。



伍、品質保證保留款實施方案

實施結果

- 101年品質保證保留款尚未結算完成，爰本年度報告僅呈現100年品保款核發情形

	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
核發款項 (萬元)	1,281.9	579.2	971.1	718.5	834.6	106.4	4,491.7
總預算數 (萬元)	1282	579.2	971.1	718.5	834.6	106.4	4,491.9
餘額(元)	878	313	489	335	198	44	2,257
總院所數 (家)	2,951	1,334	2,166	1,617	1,872	238	10,178
核發院所 (家)	2,425 (82%)	1,130 (85%)	1,904 (88%)	1,437 (89%)	1,633 (87%)	194 (82%)	8,723 (86%)



伍、品質保證保留款實施方案

檢討及改善方向

➤ 102年品質保證保留款實施方案修訂重點如下：

- ✓ 考量以百分位為指標值無法代表品質高低，爰修正「診所月平均門診申復核減率」、「診所之每位病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」3項指標值為「不超過100年度該分區所屬科別90百分位」之絕對值。
- ✓ 刪除「藥品明細」指標。
- ✓ 新增「衛教宣導」指標。

➤ 未來，全聯會將持續觀察各區核發款項情形，並針對原有指標項目提出適度修正，期以完成品質保證保留款獎勵優良院所之目的，亦可提供民眾更完善之就醫環境。



結語

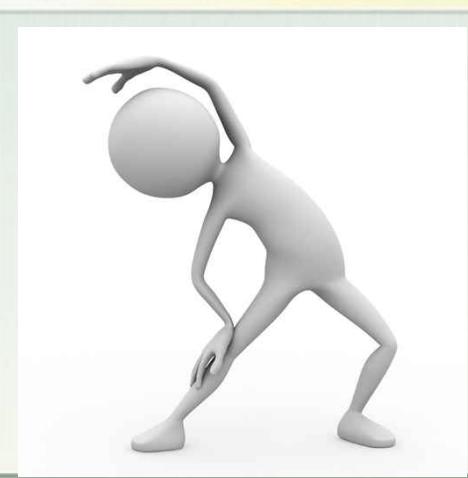
- 本會及所屬各分會除竭力完成基層總額協商項目、審查醫療案件、修訂審查注意事項、輔導異常院所及評核審查醫師等管控工作外；亦召開辦理「台灣醫界雜誌」宣導政令法規、建立「中華民國醫師公會全國聯合會資訊網站」傳達即時訊息，聯結各方網路通訊管道，發展外部多元宣導管道。
- 不定期會議討論相關議案以凝聚共識、建立適當控管規定，或與保險人共同研議管理。
- 從健保資料庫分析醫療費用申報情形，定期報告、提供各區參考，以加強同儕制約，維護健保資源。
- 繼續秉持人文、專業與品質的核心價值，維護民眾就醫權益、確保及提升專業醫療品質，提供更完善醫療服務。



**THANK YOU
FOR YOUR ATTENTION**



中華民國醫師公會全國聯合會
Taiwan Medical Association



101年度西醫基層總額專案計畫 執行成果報告

中華民國醫師公會全國聯合會
西醫基層醫療服務審查執行會
報告人 徐超群醫師

全民健保西醫基層 醫療資源不足地區改善方案



徐超群

- 台大醫學院醫學士
- 美國約翰霍普金斯大學
醫療政策與管理研究所碩士
- 嘉義縣醫師公會理事長
- 超群診所院長
- 94年度起參與規劃並實地執行巡迴醫療計畫



大 紅

壹 前言

貳 執行結果

◆ 一、歷年醫療服務提供概況

◆ 二、歷年民眾利用概況

參 成效評估

◆ 一、計畫達成情形

◆ 二、民眾就醫可近性

◆ 三、民眾滿意度評估

◆ 四、實地訪查結果與檢討改善

◆ 五、預算執行情形

肆 結論及未來展望



壹、前言

中央健保局與本會戮力推廣與宣導醫療資源不足地區改善方案，以巡迴醫療施行區域為例，100年施行鄉鎮數為78個，101年施行鄉鎮數增為81個，希由基層醫師走入醫療資源不足地區，築構嚴密健康防護網，使醫缺地區遠離「地偏遠，病無醫」之困境。

醫療資源不足地區

以病人為中心
零無醫鄉

疾病照護

就醫便利

獨居訪視

醫療品質



貳、執行結果

一、歷年醫療服務提供概況

(一) 巡迴醫療服務

◆表1 歷年巡迴醫療服務提供狀況統計表

項目\年別	99年	100年	101年
參與醫師數	167	149	167
參與護理人員數	282	261	264
計畫數（執行院所數）	115	122	133
巡迴鄉數	73	78	81

■ 資料來源：行政院衛生署中央健康保險局



貳、執行結果

一、歷年醫療服務提供概況

(一) 巡迴醫療服務

❖表2 101年各分區巡迴醫療服務提供概況統計表

項目\分區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計
參與醫師數	27	17	24	78	10	11	167
參與護理人員數	27	17	24	143	27	26	264
計畫數 (執行院所數)	18	8	19	68	10	10	133

■ 資料來源：行政院衛生署中央健康保險局



貳、執行結果

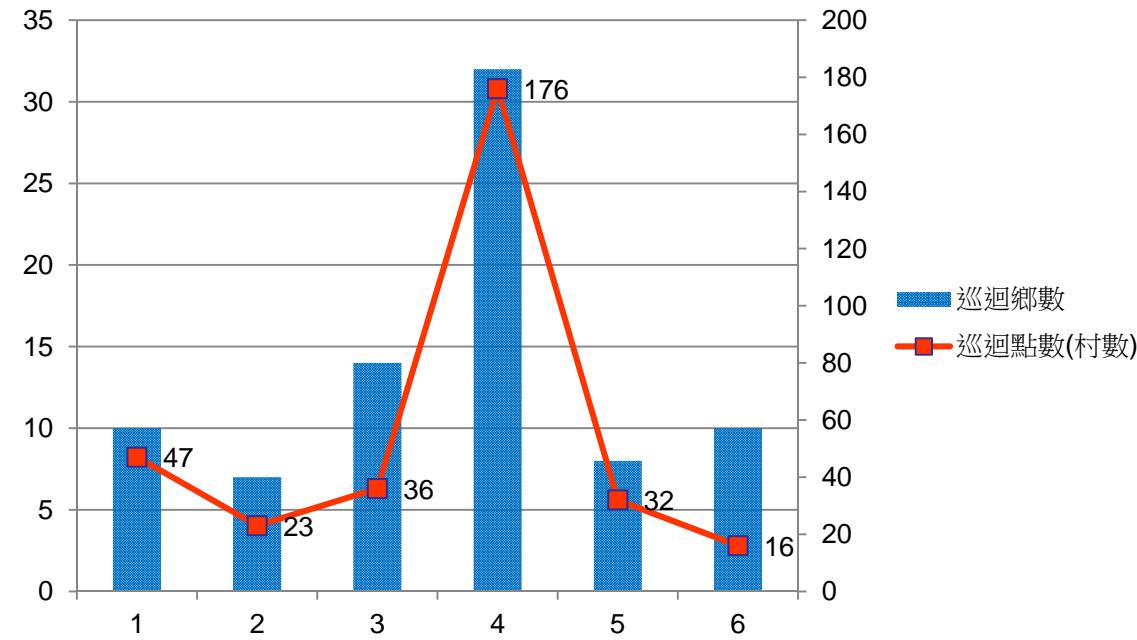
一、歷年醫療服務提供概況

(一) 巡迴醫療服務

◆表2-1 101年各分區巡迴醫療服務提供概況統計表

項目\分區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
巡迴鄉數	10	7	14	32	8	10
巡迴點數 (村數)	47	23	36	176	32	16

■ 資料來源：行政院衛生署中央健康保險局



貳、執行結果

一、歷年醫療服務提供概況

(一) 巡迴醫療服務

◆表3 歷年巡迴醫療服務醫師科別分布表

科別\年別	99	100	101
家醫科	66	47	55
一般科	48	52	20
內科	25	15	22
婦產科	7	8	12
外科	10	13	23
眼科	4	3	4
骨科	6	3	2
小兒科	8	7	8
耳鼻喉科	3	4	2
神經外科	0	0	1
泌尿科	0	0	1
精神科	1	0	0
腸胃科	0	0	0
腎臟科	0	0	0
新陳代謝科	0	0	0
心血管科	0	0	0
皮膚科	0	0	0
神經內科	1	0	0
復健科	1	3	1
不分科	4	2	1
放射線腫瘤科	0	0	1
消化外科	0	0	1
急診醫學科	0	0	3
總計	184	157	182



貳、執行結果

一、歷年醫療服務提供概況

(二) 新開業醫療服務

❖表4 歷年新開業醫療服務提供概況統計表

項目\年別	99	100	101
新開業家數	4	2	1
新開業鄉鎮數	4	2	1
	<ul style="list-style-type: none">•宜蘭縣五結鄉•宜蘭縣三星鄉•雲林縣東勢鄉•雲林縣四湖鄉	<ul style="list-style-type: none">•雲林縣東勢鄉•雲林縣二崙鄉	<ul style="list-style-type: none">•宜蘭縣五結鄉 (上四村)
平均每家院所每週服務診次	17次	17次	16次
平均每家院所每週服務時數	54小時	53小時	48小時
開業科別項目	<ul style="list-style-type: none">•內科•家醫科	<ul style="list-style-type: none">•內科•一般科	<ul style="list-style-type: none">•家醫科

▪ 資料來源：行政院衛生署中央健康保險局



貳、執行結果

二、歷年民眾利用概況

(一) 醫療資源不足地區整體醫療利用

❖表5 全國地區與醫療資源不足地區西醫基層診所之門診就醫率（單位：%）

	99		100		101	
	全國地區	醫缺地區	全國地區	醫缺地區	全國地區	醫缺地區
全區	81.41	34.69	82.83	36.50	82.58	36.49
台北	-	31.58	-	33.73	-	34.64
北區	-	20.00	-	19.62	-	18.51
中區	-	27.60	-	28.67	-	28.29
南區	-	40.86	-	41.49	-	41.86
高屏	-	32.71	-	32.94	-	30.67
東區	-	36.02	-	44.33	-	43.36

1. 資料來源—中央健康保險局二代倉儲系統門診明細檔及保險對象資訊檔。
2. 醫缺地區即各年度醫療資源缺乏(不足)地區改善方案實施鄉鎮(區)，99年共有73個鄉鎮、100年共有82個鄉鎮，101年共有83個鄉鎮。
3. 保險對象投保地以其當年度在保紀錄之最新一筆投保紀錄認定之，且排除投保地分區別不詳之保險對象。
4. 就醫人數以身分證號碼及生日歸戶。
5. 本表統計範圍為西醫基層診所就醫之門診資料(不包含代辦案件)；其中醫缺地區就醫率指投保於該地區之保險對象於該地區之就醫情形。
6. 全國地區就醫率=全國地區就醫人數/全國地區投保人數。
7. 醫缺地區就醫率=就醫於醫缺地區之人數/投保於醫缺地區之人數。
8. 各分區就醫率(以台北區為例)=就醫於各分區醫缺地區之人數/投保於台北區醫缺地區之人數。



貳、執行結果

二、歷年民眾利用概況

(一) 醫療資源不足地區整體醫療利用

◆表6 歷年醫療資源不足地區就醫前5名疾病別-99年

年度	排名	診斷碼	疾病名稱	件數	占率	醫療點數
99	1	465	急性上呼吸道感染，多處或未明示部位	1,002,286	15.45%	331,324,120
	2	401	本態性高血壓	451,216	6.96%	294,128,914
	3	780	一般徵候	291,287	4.49%	96,376,786
	4	466	急性支氣管炎及細支氣管炎	259,477	4.00%	84,759,787
	5	460	急性鼻咽炎(感冒)	221,457	3.41%	71,511,777

1. 資料來源—中央健康保險局二代倉儲系統門診明細檔。
2. 本表統計範圍為西醫基層診所就醫之門診資料(不包含代辦案件)。
3. 醫療點數=申請點數+部分負擔金額。
4. 排名指於醫缺地區就醫件數排名前五名疾病。
5. 占率指該疾病之件數占醫缺地區合計件數之比例。
6. 診斷碼係為icd-9-cm code。



貳、執行結果

二、歷年民眾利用概況

(一) 醫療資源不足地區整體醫療利用

❖表6-1 歷年醫療資源不足地區就醫前5名疾病別-100年

年度	排名	診斷碼	疾病名稱	件數	占率	醫療點數
100	1	465	急性上呼吸道感染，多處或未明示部位	1,287,560	16.62%	418,852,705
	2	401	本態性高血壓	540,624	6.98%	365,060,016
	3	466	急性支氣管炎及細支氣管炎	348,331	4.50%	109,892,172
	4	780	一般徵候	319,374	4.12%	104,904,604
	5	460	急性鼻咽炎(感冒)	290,593	3.75%	90,255,394

■ 資料來源：行政院衛生署中央健康保險局



貳、執行結果

二、歷年民眾利用概況

(一) 醫療資源不足地區整體醫療利用

◆表6-2 歷年醫療資源不足地區就醫前5名疾病別-101年

年度	排名	診斷碼	疾病名稱	件數	占率	醫療點數
101	1	465	急性上呼吸道感染，多處或未明示部位	639,970	15.07%	241,212,590
	2	401	本態性高血壓	271,023	6.38%	374,619,866
	3	780	一般徵候	213,442	5.03%	84,295,472
	4	466	急性支氣管炎及細支氣管炎	162,396	3.82%	60,755,735
	5	729	軟組織之其他疾患	154,827	3.65%	58,039,102

- 資料來源：行政院衛生署中央健康保險局



貳、執行結果

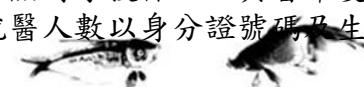
二、歷年民眾利用概況

(一) 醫療資源不足地區整體醫療利用

◆表7 歷年醫療資源不足地區就醫人數年齡層分布表

年齡層	99		100		101	
	人數	占率	人數	占率	人數	占率
0-9	36,863	8.12%	41,748	9.24%	36,020	6.9%
10-19	55,578	12.24%	68,187	12.74%	64,410	12.3%
20-29	34,182	7.53%	39,922	8.48%	36,558	7.0%
30-39	44,486	9.79%	52,864	10.54%	50,597	9.7%
40-49	54,397	11.98%	63,909	11.98%	61,854	11.9%
50-59	58,844	12.95%	69,349	12.30%	70,944	13.6%
60-69	63,085	13.89%	72,306	13.48%	75,050	14.4%
70-79	73,687	16.22%	81,448	14.91%	84,099	16.1%
80-89	29,988	6.60%	35,000	5.73%	37,891	7.3%
90以上	3,129	0.69%	3,904	0.59%	4,319	0.8%
總計	454,239	100%	528,637	100%	521,742	100%

1. 資料來源—中央健康保險局二代倉儲系統門診明細檔及保險對象資訊檔。
2. 本表統計範圍為西醫基層診所就醫之門診資料(不包含代辦案件)；其中醫缺地區就醫率指投保於醫缺地區之保險對象於醫缺地區之就醫情形。
3. 保險對象投保地以其當年度在保紀錄之最新一筆投保紀錄認定之，且排除投保地分區別不詳之保險對象。
4. 就醫人數以身分證號碼及生日歸戶。



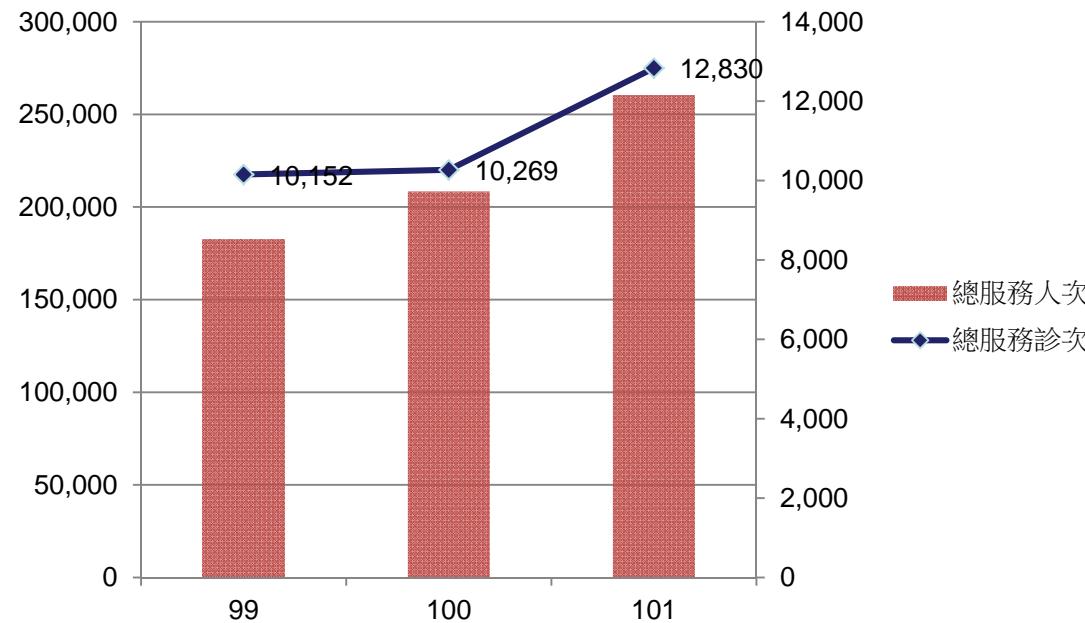
貳、執行結果

二、歷年民眾利用概況

(二) 巡迴醫療利用概況

❖表8 歷年巡迴醫療民眾利用統計表

項目\年別	99	100	101
總服務診次	10,152	10,269	12,830
總服務人次	182,321	208,376	260,444
平均每診次服務人次	18	19	20



貳、執行結果

二、歷年民眾利用概況

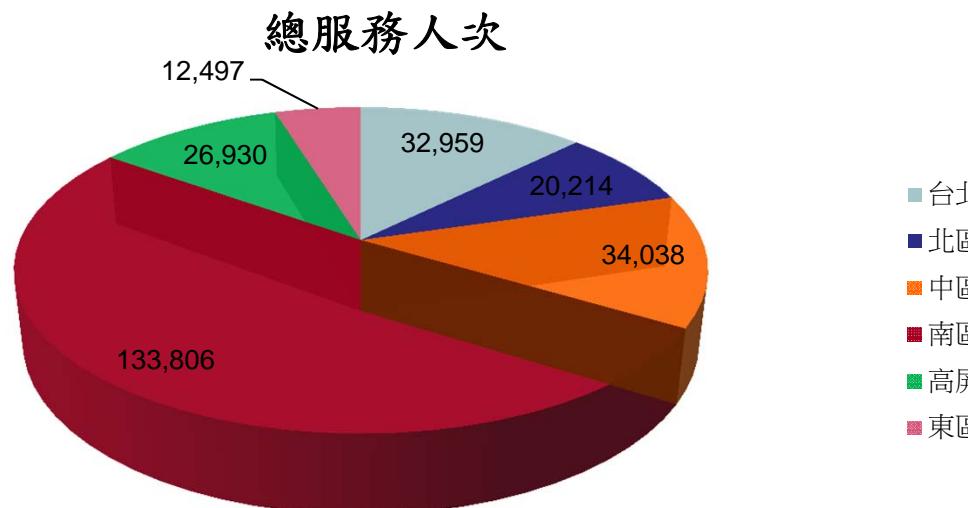
(二) 巡迴醫療利用概況

❖表9 101年各分區巡迴醫療民眾利用統計表

項目\分區別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
總服務診次	1,634	1,032	1,548	6,831	1,028	757	12,830
總服務人次	32,959	20,214	34,038	133,806	26,930	12,497	260,444
平均每診次服務人次	20	20	22	20	26	17	20

1. 資料來源：行政院衛生署中央健康保險局。

2. 總服務人次擷取D4(醫療資源不足地區鼓勵加成)+G5(巡迴醫療)案件，排除A3(成健)+08(慢箋領藥)之數字。



貳、執行結果

二、歷年民眾利用概況

(二) 巡迴醫療利用概況

❖表10 歷年巡迴醫療費用申報統計表

(單位：點)

項目\年別	99年	100年	101年
巡迴醫療報酬（論次）	53,738,500	53,996,200	76,756,537
醫療費用	78,257,411	90,010,841	118,198,089
平均每診次點數	7,709	8,765	9,213
平均每人次點數	429	456	454

❖表11 101年各分區巡迴醫療服務醫療費用申報統計表 (單位：點)

項目\分區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
醫療費用	16,164,992	9,784,772	15,916,061	57,489,926	12,527,725	6,314,613	118,198,089
診察費	10,756,702	6,761,684	11,215,623	41,301,403	8,624,106	4,024,760	82,684,278
平均每診次點數	9,893	9,481	10,281	8,416	12,187	8,342	9,213
平均每人次點數	490	484	468	430	465	505	454

- 資料來源：行政院衛生署中央健康保險局



貳、執行結果

二、歷年民眾利用概況

(三) 新開業醫療利用概況

❖表12 101年新開業診所民眾利用統計表

編號	分區	醫師人數	醫師科別	總服務診次	總服務人次	平均每診次服務人次
1	台北	1	家醫	624	11,675	19

❖表13 101年新開業診所醫療費用統計表

項目\年別	101年
申報件數	11,675
醫療費用點數	4,985,087
平均每件醫療費用點數	427

▪ 資料來源：行政院衛生署中央健康保險局



參、成效評估

一、計畫達成情形

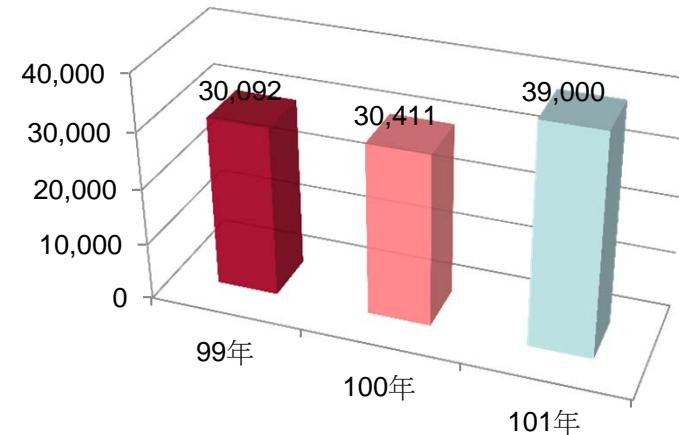
(一) 總服務時數及總服務人次

❖表14 歷年巡迴醫療服務目標達成統計表

項目\年別	99年	100年	101年
目標服務時數	15,000	26,000	32,000
總服務時數	30,092	30,411	39,000
達成率	200.61%	116.96%	121.88%

■ 資料來源：行政院衛生署中央健康保險局

總服務時數



參、成效評估

一、計畫達成情形

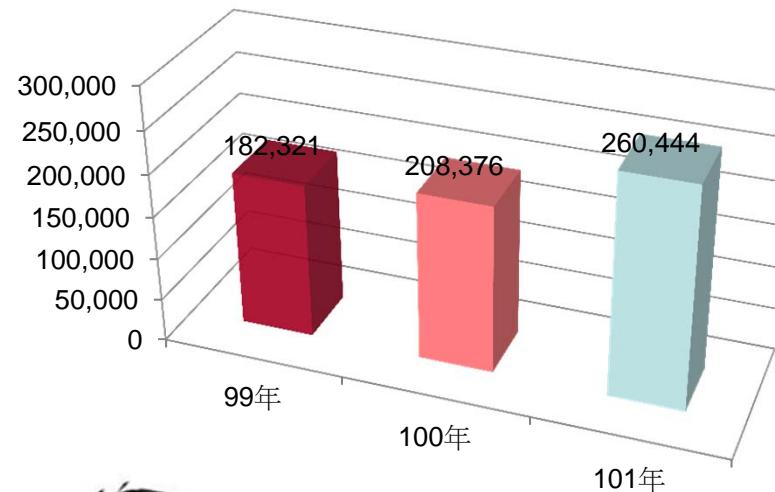
(一) 總服務時數及總服務人次

❖表14-1 歷年巡迴醫療服務目標達成統計表

項目\年別	99年	100年	101年
目標服務人次	150,000	180,000	220,000
總服務人次	182,321	208,376	260,444
達成率	121.55%	115.76%	118.38%

■ 資料來源：行政院衛生署中央健康保險局

總服務人次



參、成效評估

一、計畫達成情形

(二) 年度公告及執行鄉鎮概況

■101年度方案公告鄉鎮數為83個，執行鄉鎮數為81個，施行率為98%，未承作之地區為雲林縣東勢鄉及嘉義縣溪口鄉，嘉義縣溪口鄉為101年度增列之醫療資源不足地區。



❖紅點為實施醫缺縣市



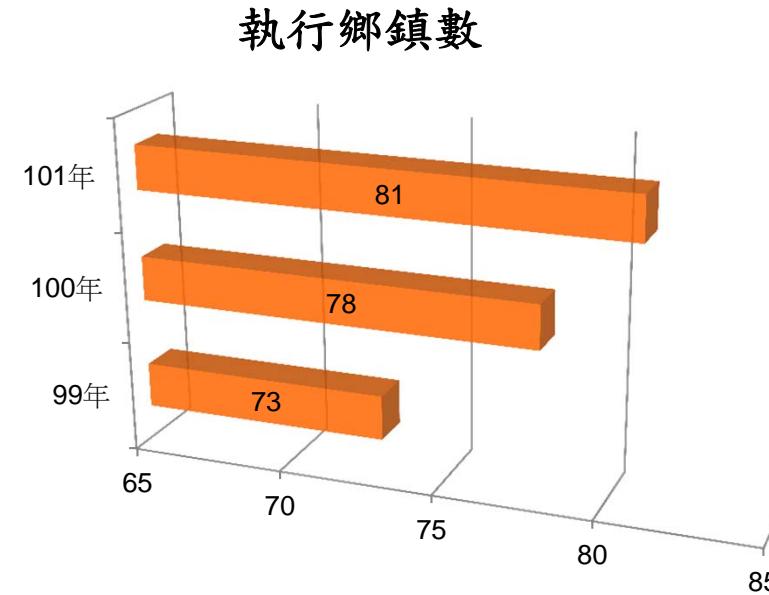
參、成效評估

一、計畫達成情形

(二) 年度公告及執行鄉鎮概況

❖表15 歷年實施巡迴醫療鄉鎮概況

項目/年度	99年	100年	101年
公告鄉鎮數(個)	75	82	83
執行鄉鎮數(個)	73	78	81
達成施行率 (%)	97%	95%	98%



參、成效評估

一、計畫達成情形

(二) 年度公告及執行鄉鎮概況

❖表16 歷年各分區巡迴醫療鄉鎮執行概況

分區/年度	99年		100年		101年	
	執行鄉鎮 數	占率 (%)	執行鄉鎮 數	占率 (%)	執行鄉鎮 數	占率 (%)
台北	9	100%	11	100%	10	100%
北區	5	83%	6	100%	7	100%
中區	14	100%	14	100%	14	100%
南區	29	100%	29	100%	32	94%
高屏	10	100%	9	100%	8	100%
東區	6	86%	9	69%	10	100%
總計	73	97%	78	95%	81	98%

■ 資料來源：行政院衛生署中央健康保險局



參、成效評估

二、民眾就醫可近性

■ 高達84%民眾表示10分鐘以內即可到達就醫地點 → 巡迴醫療提升民眾就醫便利性，縮短城鄉醫療資源不均衡。

❖表17 101年各分區民眾到達就醫地點所花時程（僅指去程）（單位：%）

分區\去程時間	10分鐘以內	11~30分鐘	30分鐘~1小時
台北	90%	10%	0%
北區	91%	8%	1%
中區	81%	10%	9%
南區	90%	10%	0%
高屏	89%	11%	0%
東區	65%	35%	0%
全區	84%	14%	2%

■ 資料來源：行政院衛生署中央健康保險局



參、成效評估

三、民眾滿意度評估

- 101年度以醫師服務態度滿意度、醫療效果滿意度等項居高。
- 醫療設備囿於多數醫療院所無固定診間，而以活動中心、廟宇前廣場甚或警察局等空間替代之，醫療設備多以攜帶式及機能型為主，該項目仍屬於民眾滿意度偏低者。

❖表18 歷年民眾滿意度評估表 (單位：%)

年別\項目別	99年	100年	101年
(1)候診時間滿意度	95%	95%	94%
(2)醫療效果滿意度	95%	93%	95%
(3)醫療設備滿意度	88%	81%	85%
(4)醫師服務態度滿意度	97%	97%	97%
(5)語言溝通能力滿意度	96%	94%	97%
(6)門診時段滿意度	94%	93%	94%
(7)民眾看病方便性	92%	95%	94%

- 資料來源：行政院衛生署中央健康保險局



參、成效評估

三、民眾滿意度評估

❖表19 101年各分區民眾滿意度評估各項目狀況表 (單位：%)

項目別\分區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
(1)候診時間滿意度	98%	100%	94%	92%	92%	90%
(2)醫療效果滿意度	98%	100%	98%	93%	92%	90%
(3)醫療設備滿意度	80%	93%	91%	80%	89%	80%
(4)醫師服務態度滿意度	96%	100%	98%	97%	93%	96%
(5)語言溝通能力滿意度	99%	100%	97%	97%	95%	95%
(6)門診時段滿意度	92%	100%	93%	91%	90%	95%
(7)民眾看病方便性	90%	96%	95%	92%	95%	95%
問卷數	340	131	308	976	100	100

■ 資料來源：行政院衛生署中央健康保險局



參、成效評估

三、民眾滿意度評估

❖表20 101年各分區計畫執行優點

分區\項目	計畫優點(前三名)	院所認為需改善部分(摘要)
台北	1. 民眾就醫可近性提高 2. 長久投入有利醫病關係	1. 平均巡迴人次標準降低為6人 2. 民眾錯誤用藥觀念仍需加強宣導
北區	醫術好、方便、服務態度親切有禮	針對102方案，申請條件設限「專任」醫師申請，原本承作中心投入硬軟體設備資源可共享，此限制致執行困難，使就醫管理及人力運作退步，影響醫師投入偏遠地區醫療意願，進而造成當地居民醫療照護缺乏，建議取消方案該項限制。
中區	1. 方便 2. 醫術好 3. 候診時間短	1. 簡化辦理延續實施本方案作業：每年12月底公告計畫後才能向衛生局報備巡迴地點，再憑核定函向本局申請，時間匆促，盼能簡化文書作業。 2. 藥事人員之調劑，建議比照醫院支援本方案認定藥事人員為延伸服務，得以申請藥事服務費。 3. 建議「平均看診人次達15人次以上」時，護理人員由「1人/診」調整到「2人/診」。
南區	增加就醫之可近性、效能、及便利性。	建議儘早(12月)公告方案。
高屏	民眾看病方便性、語言溝通能力、醫師服務態度。	看診時應加強病患隱私性。
東區	1. 本計畫為當地村民、尤其老弱婦孺及殘障人士，帶來即時、便利之醫療照護，解決醫療缺乏之嚴重不便。 2. 改善偏遠地區之醫療環境，提升民眾健康。 3. 民眾反應良好，有效及親切之服務，讓民眾利用率不斷提昇。	1. 對於弱勢族群及原住民同胞之一份情感，希望在掛號費及部分負擔上診所醫師自行吸收能得到健保單位之同意而非解讀為吸引病患之工具。 2. 此方案旨在彌補醫療資源不足缺憾，所以期待能有更多利用率，但門診人數漸增，健保給付之醫事人力報酬僅醫生及護士各1名，實難負荷看診、病歷紀錄、調劑、護理衛教、量血壓、體重、體溫、收費等繁雜事項。 3. 建議是否能依門診就醫人次，分級補助護士報酬、增加護士名額，讓偏遠地區民眾亦能享有公平就醫權利與醫療品質。 4. 中央健保局應派員至醫缺區與當地代表、民眾與官員面對面商討當地真正就醫需求，有哪些地方需要醫護人員幫忙，而非要診所自己找地點。

參、成效評估

三、民眾滿意度評估



◆參與方案院所提供醫療服務概況



參、成效評估

三、民眾滿意度評估

❖參與方案院所提供醫療服務概況



參、成效評估

三、民眾滿意度評估

❖ 參與方案院所提供醫療服務概況



參、成效評估

三、民眾滿意度評估

❖參與方案院所提供醫療服務概況



參、成效評估

四、實地訪查結果與檢討改善

(一) 歷年各分區實地訪查概況

■目的：藉由訪查瞭解醫療資源不足地區民眾醫療需求及承作院所執行成效。

■概況：訪查家數部分，99年為35家，100年為15家，101年為39家，其中除100年度南區委員會訪查對象係針對新加入之院所進行訪查，爰南區訪查家數較往年偏低外，101年度訪查家數仍以南區訪查家數為高。

◆表21 歷年各分區實地訪查家數 (單位：家)

年度＼分區別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計
99	4	1	2	22	4	2	35
100	4	1	2	4	2	2	15
101	7	1	6	12	7	6	39

■ 資料來源：行政院衛生署中央健康保險局



參、成效評估

四、實地訪查結果與檢討改善

(二) 101年度各分區實地訪查概況

■結果：各分區訪查院所之考核結果，經評分為「優」者占率為23%，「良」者占率為77%，多數醫療院所之執行結果皆與方案規定相符。

■檢討：部分院所未給保險對象符合醫療法規定之收據；無明顯之巡迴點標誌及宣傳海報，仍應予以注意改善。

◆表22 101年各分區實地訪查考核結果統計表

分區\評分結果	優 (95分以上)	良 (80~95分)	觀察 (70~80分)	輔導 (70分以下)	總計
台北	0	7	0	0	7
北區	1	0	0	0	1
中區	1	5	0	0	6
南區	3	9	0	0	12
高屏	2	5	0	0	7
東區	2	4	0	0	6
占率	23%	77%	0	0	100%

■ 資料來源：行政院衛生署中央健康保險局各分區業務組



參、成效評估

四、實地訪查結果與檢討改善

❖101年度本會醫療資源不足地區實地訪查



病患等候就醫



簡易巡迴醫療站



醫護人員以阿美族語與病患溝通



巡迴醫師上傳看診資料



參、成效評估

五、預算執行情形

- 方案預算：99年至100年度預算數均為1億元，101年預算增為1.5億元，旨在鼓勵西醫基層醫師前往醫療資源不足地區提供醫療服務。
- 執行概況：100年62,265,159元，101年則增為85,168,097元，執行率達5成以上。

❖表23 歷年本方案預算及執行額度

項目/年度	99年	100年	101年
預算數(元)	1億	1億	1.5億
執行數(元)	69,666,439	62,265,159	85,168,097
預算執行率	69.67%	62.27%	56.77%

- 資料來源：行政院衛生署中央健康保險局



肆、結論及未來展望

■102年度醫療資源不足地區改善方案

■貫徹「落地生根」：提供配套措施，貫徹「落地生根」政策，使醫療院所長期進駐偏遠地區挹注醫療資源，而非每週二至三次之短期駐點服務。故給予新開業診所最低額度之保障。

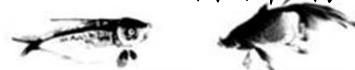
■醫療費用加成：

■鼓勵西醫基層醫師至施行區域提供巡迴醫療服務：102年度診察費按申報點數加計2成支付。

■鼓勵西醫基層醫師至施行區域提供新開業醫療服務：

■月保障額度20萬元，至第36個月止。惟承辦方案後第13個月起，若連續二個月總服務量(含開業及巡迴醫療之費用)未滿保障額度50%，則自次月起終止保障，改僅以診察費按申報點數加計2成支付，至第36個月止。

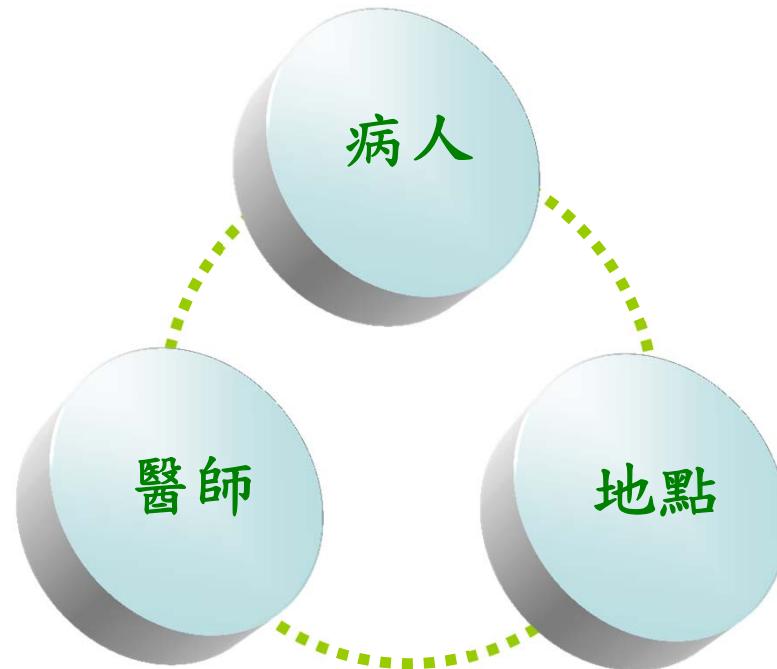
■執業醫師同時提供執業及巡迴醫療服務時，已接受前項20萬元保障者，其巡迴醫療服務之論次費用以30%支付。



肆、結論及未來展望

■ 醫療資源不足地區執行三要件

- 確實設立醫療資源不足地區施行區域
- 鼓勵西醫基層醫師前往施行區域提供巡迴服務
- 紿予當地病人適時關懷及提供全能照護



感謝聆聽，敬請指教



101年度西醫基層總額專案計畫

「西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫」

中華民國醫師公會全國聯合會

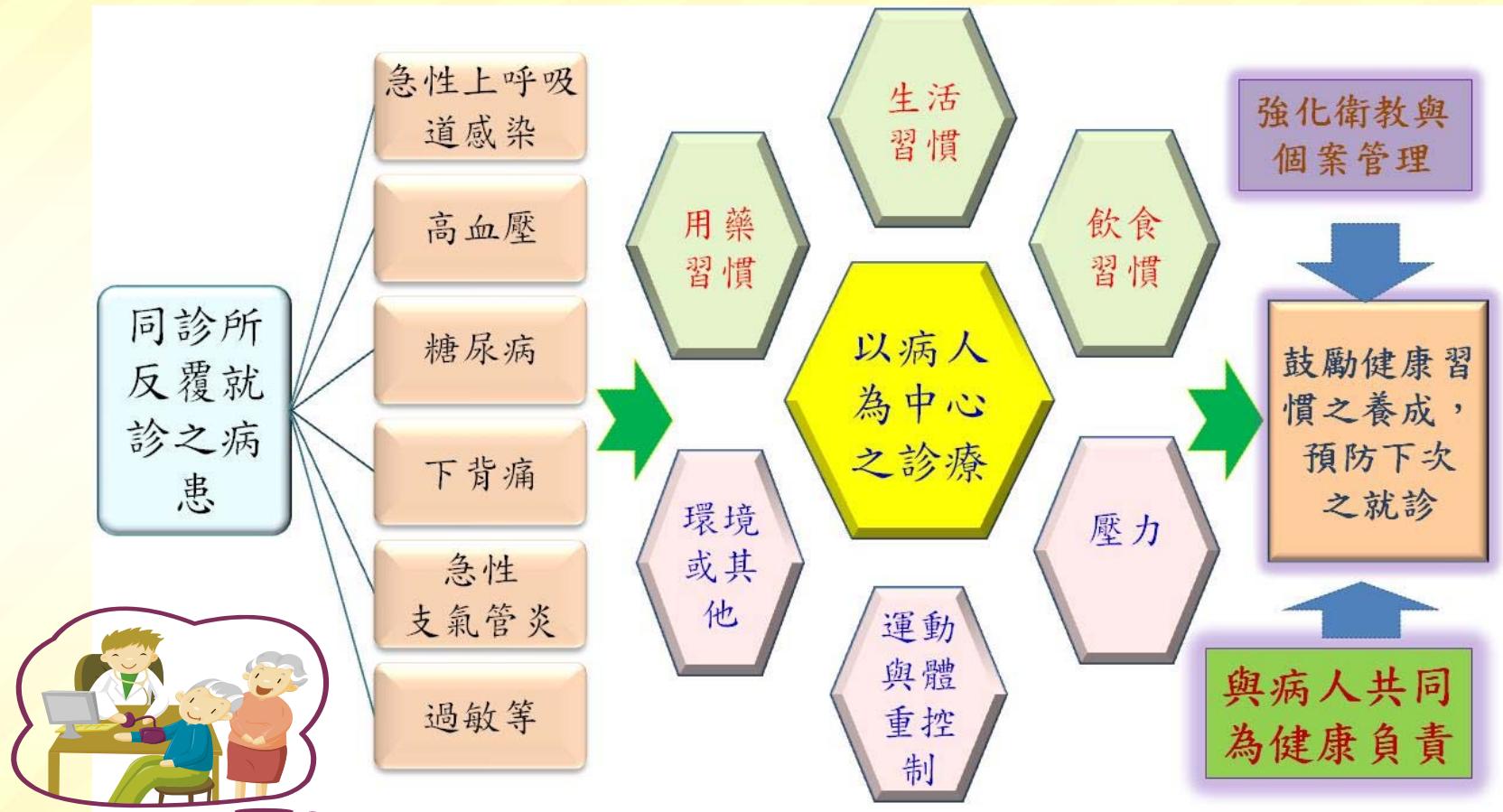
張嘉訓常務理事

102年7月22日

大綱

- 前言
- 計畫方案簡介
 - 目的、預算來源、執行成效
- 執行方式
- 執行成效
 - 供給面
 - 醫療利用
- 檢討與建議

診所之以病人為中心整合照護門診



資料來源：2012/2/12 [醫療安全暨品質研討會《41》以病人為中心之整合照護](#)-推動醫院及診所以病人為中心之門診整合醫療經驗-以政府政策、民眾觀點主講者：蔡淑鈴組長(中央健康保險局)

計畫簡介 (1/3)

- **目的**

- 建構**以病人為中心之個案管理醫療照護模式**，依病人需求，提供安全、適切及持續的整合式醫療服務，並減少醫療資源浪費。
- 改善民眾醫療利用狀況，提供慢性病或門診就醫次數過高者之**整合式照護**，避免重複治療、重複檢查(驗)及重複用藥，以促進醫療效益。
- 促進病情穩定之慢性病病人留在基層照護，期改善民眾健康。
- 落實分級醫療，促進層級間之轉診，以提升醫療資源使用效率。

- **預算來源**

- 101年全年2億元，採專款專用方式辦理。

計畫簡介 (2/3)

- 照護對象
- 機取99年9月至100年8月全國西醫基層門診明細清單資料，分析保險對象於最常就醫之主要照護診所。收案對象區分為下列四種：
 - 慢性病個案：係指曾以行政院衛生署公告98種慢性病範圍，門診就醫5次且平均用藥日數7天以上，或慢性病給藥天數大於60天，將慢性病患者依其於主要照護診所就醫之醫療費用高低排序，選取前百分之50病患。
 - 非慢性病個案：非屬前述慢性病患，依主要照護診所就醫之醫療費用高低排序，選取前百分之5病患。
 - 門診高利用個案：係指至診所門診就醫次數 ≥ 50 次之病患。
 - 75歲以上年長病患。

註：

- 主要照護診所為病患門診就醫次數較高的診所；若診所就醫次數相同，則以費用最高的診所為其主要照護診所。
- 本計畫收案對象排除死亡、參加家庭醫師整合計畫、各項醫療給付改善方案、論人計酬、全民健康保險高診次保險對象藥事居家照護試辦計畫或醫院以病人為中心整合照護試辦計畫等個案。
- 前述醫療費用統計，不含門診透析、代辦及論病例計酬案件。

計畫簡介 (3/3)

- 費用核付方式：照護費用每人以600元/年計算。
 - 健康評估費用核付：占計畫經費30%。
 - 照護對象經醫師收案完成健康評估，並填具「健康評估照護單」，一式兩聯，一聯存於病歷，另一聯送病人留存。
 - 成效評量（結果面指標），共計4項指標：占計畫經費70%。
 - 門診平均每人就醫次數，占計畫經費25%。
 - 門診平均每人醫療費用，占計畫經費25%。
 - 「成人預防保健檢查率」，占計畫經費10%
 - 「65歲以上老人流感注射率」，占計畫經費10%
 - 轉診規定及費用核付：確認轉診成功支付轉診獎勵費用，每件支付50元。

附件

《一式兩聯：一聯醫療診所存於病歷；另一聯病人留存》

西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫 健康照護評估單

醫療院所名稱：_____

評估日期： 年 月 日

一、 基本資料：

1. 姓名：_____ 2. 性別：男 女 3. 出生日期：____年____月____日
4. 病歷號碼：_____ 5. 主要照顧者：_____
6. 聯絡電話（或手機）：_____
7. 主要居住區域：a.都會區 b.鄉鎮 c.醫療偏遠區域 d.未知

二、 收案原因：

1. 收案原因：a.慢性病 b.非慢性病 c.門診高利用者 d.75 歲以上年長病患
2. 慢性病之病名（請書寫中文）：
(1) 主診斷：_____ (2) 次診斷：_____ (3) 次診斷：_____

三、 收案對象照護情形：

(一) 最近一次追蹤診療情形（請就有關資料部分填寫）：

1. 此次就醫，病人自述病情：

2. 血壓：收縮壓_____、舒張壓_____
3. 空腹血糖：
4. Hb 血紅素：
5. Chole 膽固醇：
6. UA 尿酸：
7. Cr 肌酸酐：

(二) 過敏史、用藥整合及遵囑性：

1. 有無過敏史：
a. 食物過敏_____ b. 藥物過敏_____ c. 其他過敏_____ d. 無過敏

四、 促進健康：

(一) 預防保健類：

(二) 生活習慣：

- 1.



鼓勵院所參與

- 中央健保局暨各分區業務組知會所屬轄區西醫基層診所之本計畫相關訊息。
- 全聯會亦會同相關單位利用各管道轉知所屬會員本計畫訊息，如發表公開信郵寄予全國西醫基層院所醫師、刊登本會台灣醫界雜誌、於本會網站設置計畫專區、於各類會議或研討會強力宣導、輔以電話通知。
- 研討會：
 - 全聯會於100年4月30日假台大醫院國際會議中心召開「醫療安全暨品質研討會--『落實以病人為中心之整合照護：從醫院到基層』」
 - 全聯會及行政院衛生署中央健康保險局於101年2月12日台大醫院第七講堂聯合主辦「全人照護與關懷-醫療安全暨品質研討會-『以病人為中心之整合照護』」

執行結果

- 醫療供給面
- 醫療利用情形
 - 收案情行
 - 執行結果

醫療供給面 (1/2)

● 參與院所家數及醫師數---分區別

分區別	院所家數 (A)	西醫基層醫 師人數* (B)	參與院所			醫師數		
			家數 (C)	參與率 (C/A)	占率	人數 (D)	參與率 (B/D)	占率
台北	2,831	4,533	337	12%	32%	612	14%	36%
北區	1,298	1,898	180	14%	17%	277	15%	16%
中區	2,121	2,978	148	7%	14%	235	8%	14%
南區	1,586	2,123	162	10%	16%	260	12%	15%
高屏	1,826	2,430	166	9%	16%	236	10%	14%
東區	228	298	51	22%	5%	75	25%	4%
總計	9,890	14,260	1,044	11%	100%	1,695	12%	100%

註：*資料來源：行政院衛生署中央健康保險局全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議102年第2次會議；為101年12月統計資料。

醫療供給面 (2/2)

● 科別診療分布

註：以診所向衛生局登記之診療科別計算，一家診所可能會有多個診療科別，故總計高於參與院所家數。

科別	家數	占率
不分科	330	24.72%
家醫科	202	15.13%
兒科	197	14.76%
內科	165	12.36%
耳鼻喉科	119	8.91%
婦產科	57	4.27%
外科	55	4.12%
復健科	41	3.07%
眼科	38	2.85%
精神科	29	2.17%
皮膚科	28	2.10%
牙科	27	2.02%
骨科	25	1.87%
神經科	10	0.75%
泌尿科	6	0.45%
神經外科	3	0.22%
中醫科	1	0.07%
整形外科	1	0.07%
無診療科別	1	0.07%
總計	1,335	100.00%

醫療利用-收案情形 (1/3)

- 院所完成收案之人數及照護率

分區別	申請院所照護人數	完成健康評估人數	收案率
台北	148,212	57,138	39%
北區	68,258	40,443	59%
中區	59,754	28,814	48%
南區	64,679	36,288	56%
高屏	70,339	44,944	64%
東區	18,398	8,777	48%
總計	429,640	216,404	50%

註：完成收案定義係指照護對象經醫師收案完成健康評估，並填具「健康評估照護單」，併醫療費用申報，一式兩聯，一聯存於病歷，另一聯送病人留存。

醫療利用-收案情形 (2/3)

- 收案類型之性別分布

分區別	男性		女性		合計
	值	占率	值	占率	
台北	26,684	47%	30,454	53%	57,138
北區	19,727	49%	20,716	51%	40,443
中區	13,326	46%	15,488	54%	28,814
南區	16,848	46%	19,440	54%	36,288
高屏	20,471	46%	24,473	54%	44,944
東區	3,848	44%	4,929	56%	8,777
合計	100,904	47%	115,500	53%	216,404

- 收案類型之年齡別分布

年齡	人數	占率
0-9	30,150	13.9%
10-19	8,238	3.8%
20-29	5,188	2.4%
30-39	12,584	5.8%
40-49	23,816	11.0%
50-59	38,962	18.0%
60-69	37,433	17.3%
70-79	37,269	17.2%
80-89	20,511	9.5%
90-99	2,208	1.0%
100-110	45	0.0%
小計	216,404	100.0%

醫療利用-收案情形 (3/3)

- 收案類型之人數分布

分區別	慢性病		非慢性病		門診高診次		75以上年長病患		合計
	值	占率	值	占率	值	占率	值	占率	
台北	38,877	68%	16,331	29%	77	0.10%	1,853	3%	57,138
北區	28,351	70%	9,740	24%	50	0.10%	2,302	6%	40,443
中區	18,456	64%	9,511	33%	17	0.10%	830	3%	28,814
南區	27,108	75%	6,805	19%	55	0.20%	2,320	6%	36,288
高屏	32,342	72%	11,138	25%	29	0.10%	1,435	3%	44,944
東區	6,808	78%	1,512	17%	10	0.10%	447	5%	8,777
合計	151,942	70%	55,037	25%	238	0.10%	9,187	4%	216,404

101年度計劃之成效指標

- 強化醫療服務內容：「**健康照護評估單**」，期以作為醫病增進健康及醫病關係之基礎。
 - 收案對象照護情形：包括最近一次追蹤診療情形，過敏史、用藥整合及遵囑性，體重管理等。
 - 整合性健康照護諮商之建議：包括生活習慣、運動、健康促進、預防保健，是否需要其他轉介、輔導、改善（如：戒菸門診、體重管理、飲食控制）及整體健康照護建議等。
- 成效評量費用計畫經費70%(1.4億元)，若預算超支，則採浮動點值計算。
 - 門診平均每人就醫次數，占計畫經費25%。(原35%)
 - 門診平均每人醫療費用，占計畫經費25%。(原35%)
 - **增列「成人預防保健檢查率」，占計畫經費10%**
 - **增列「65歲以上老人流感注射率」，占計畫經費10%**

執行結果 (1/2)

- 平均每人門診、住院就醫次數-按收案類型

收案類型	完成健康評估人數	門診		住院	
		本期平均就醫次數	成長率	本期平均住院次數	成長率
慢性病	151,942	30.95	-4%	0.23	13%
非慢性病	55,037	25.72	-9%	0.11	-2%
門診高診次	238	48.45	-17%	0.15	-3%
75以上年長病患	9,187	24.56	8%	0.31	42%
合計	216,404	29.37	-5%	0.2	12%

執行結果 (2/2)

- 平均每人門診、住院醫療點數-按收案類型

收案類型	完成健康評估人數	門診		住院	
		平均醫療點數	成長率	平均醫療點數	成長率
慢性病	151,942	32,105	2%	12,411	26%
非慢性病	55,037	18,169	-2%	4,208	38%
門診高診次	238	29,001	-7%	4,654	14%
75以上年長病患	9,187	28,657	16%	17,980	58%
合計	216,404	28,411	2%	10,553	29%

預算執行情形

● 整體費用核付情形

分區別	健康評估費用	成效指標獎勵金	轉診獎勵費	合計	預算執行率
台北	10,834,940	11,453,610	13,200	22,301,750	44%
北區	7,613,580	9,007,530	1,800	16,622,910	
中區	5,554,080	6,879,360	2,150	12,435,590	
南區	6,665,760	7,955,490	2,250	14,623,500	
高屏	8,262,342	9,743,580	2,550	18,008,472	
東區	1,690,560	1,776,600	250	3,467,410	
合計	40,621,262	46,816,170	22,200	87,459,632	



各分區成效評量費及轉診獎勵費之核付家數及支付金額 預算執行情形

102年修正重點 (1/2)

- 依據費協會102年度西醫基層給付費用總額及其分配決議「以家庭醫師整合照護計畫為主，納入診所以病人為中心整合照護計畫」辦理。
- 擴大照護規模及收案對象，以完整體系為目標，合併「診所以病人為中心計畫」於「家庭醫師整合性照護計畫」分社區醫療群及單一診所兩種型態辦理，繼續鼓勵診所執行全人照護。

102年修正重點 (2/2)

- 組織運作型式：以單一診所型態參與本計畫之診所，得與1-2家特約醫院（地區醫院家數不限）作為合作對象建立轉診及合作機制，建立以社區為範疇、以民眾為對象的社區照護網絡。
 - 設立會員24小時緊急諮詢專線：
 - 診所得與其他醫事服務機構合作，以提供完整性、連續性之醫療，並提高用藥品質。
 - 單一診所型態之醫師受訓資格需比照醫療群，評核指標及配分沿用101年「診所以病人為中心計畫」指標，收案會員支付維持每人全年600點。鼓勵單一診所尋求合作醫院、設置諮詢專線，但102年不強制規定。亦鼓勵單一診所加入社區醫療群，分享既有合作模式，擴大照護體系。

檢討與建議

- 101年度執行成效得知，照護對象之醫療利用情形，依其個案特性不同，其改善程度不一：
 - 推測除照護對象自然老化影響外，進一步探討照護對象利用住院之原因及釐清年齡、疾病嚴重度對於醫療利用的影響。
 - 未來，持續研擬敏感度高之監測指標，如評估照護對象之疾病負荷度前後比較，期以實際反映基層醫療照護服務品質及成效。
- 以更多的個案及更長的時間來追蹤，將更能印證長期的疾病管理介入後的醫療利用和費用影響的差異。

檢討與建議

- 建議相關衛生單位應盡速研擬對策，以因應二代健保第44條明定家庭責任醫師制度並落實轉診制度，期提升醫療品質與醫病關係。
 - 有關轉診成功案件數偏低乙節，推測可能原因病人自由就醫習慣，或是醫師於病人就診時建議病患前往醫院就醫，而未填具或未申報轉診等資料所致。
- 有鑑於102年度本計畫已與「家醫整合照護計畫」整併合一，未來可併同評估兩類不同診所型態之執行情形，及進一步針對其不同之特性，加以改善，整合資源使其更效益。

感謝聆聽
敬請指教



行政院衛生福利部
中央健康保險署



西醫基層總額
專案計畫執行成果報告
報告人：王科長淑華



家庭醫師整合性制度照護計畫





計畫目的

- 建立家庭醫師制度，提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護。
- 以民眾健康為導向，建立以病人為中心的醫療觀念，提升醫療品質。
- 為二代健保法實施「家庭責任醫師制度」奠定基礎。



家醫計畫照護模式

□ 社區醫療群

中央健保局

支付費用

委託辦理

診所

診所

診所

診所

執行中心
計畫運作協調

水平轉診

就醫(門診)

24小時就醫諮詢專線

門診、預防保健
個案管理
社區衛教

保險對象

經轉診之就醫、
檢查、住院

共同照護門診
住院(含巡診)

轉診或轉檢

結果回饋
個案研討

合作醫院

垂直轉診



社區醫療群歷年參與情形

年度	群數	退場	新入	基層 院所數	醫師數	收案人數	參與診 所占率	參與醫 師占率	收案人 數占率
92	24	0	0	144	154	60,331	1.68%	1.39%	0.27%
93	269	2	247	1,576	1,811	620,294	18.41%	16.36%	2.81%
94	258	15	4	1,533	1,766	1,186,997	17.05%	14.74%	5.11%
95	303	18	63	1,801	2,050	1,535,740	19.68%	16.80%	5.28%
96	305	27	29	1,736	1,981	1,371,362	18.76%	16.00%	6.84%
97	324	32	51	1,871	2,269	1,569,133	19.85%	17.72%	6.61%
98	318	24	18	1,789	2,026	1,610,276	18.74%	15.48%	6.99%
99	356	9	47	2,183	2,478	1,311,460	21.46%	18.59%	5.77%
100	373	14	31	2,257	2,499	1,444,835	22.86%	17.92%	6.23%
101	367	20	14	2,361	2,749	2,110,866	23.79%	19.65%	9.11%
102	374	11	18	2,785	3,343	1,930,599	27.73%	23.29%	8.28%

註：

1. 102年退場11群：有4群、33家診所因評核指標<60%遭本局退場，7群執行期間中途退出。

101年退場20群：有11群因整併，9群中途退出。

2. 102年度資料包含以單一診所型態參加計畫之275家診所、366位醫師，但不含單一診所型態1-4月收案之會員4.0萬人。



歷年計畫經費執行情形

年	預算數(億)	實支費用(億)	執行率
93	6.1	4.720	77.4%
94	7.7	5.610	72.9%
95	8.8	7.335	83.0%
96	8.8	5.725	65.0%
97	9.15	10.110	110.4%
98	9.15	7.020	76.7%
99	11.15	7.785	69.8%
100	11.15	7.36	66.0%
101	11.15	9.93	89.1%

註：

1. 101年實支增加原因：因會員數由144萬成長至211萬人、較多醫療群(30%增至59%醫療群)得到節省醫療費用VC-AE鼓勵。

2. 97年因政策導向故選擇健康回饋型之醫療群數不斷增加，致預算較實際給付費用不足0.96億元(實支10.11億元，不足費用由總額其他部門預算之其他預期政策改變所需經費支應)。



101年家醫計畫檢討與改革

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



計畫改革與執行結果-1/3

加強擇優汰劣 之退場機制

- 11個醫療群退場，其中有4個醫療群、33家診所因評核指標 $<60\%$ 遭本局退場，7個醫療群執行期間中途退出。
- 中途退出係本局加強管理所致，主要原因係未能符合分區管理要求，如無法如期繳交每月活動紀錄、滿意度調查、成果報告等，且中途退出之醫療群如同被退場醫療群，退出1年內不得再加入本計畫。
- 各品質指標未達標即0分，醫療群得分更趨合理。

	群	占率
特優級($\geq 90\%$)	80	21.9%
良好級($80\% \sim 90\%$)	124	33.9%
普通級($70\% \sim 80\%$)	106	29.0%
輔導級($60\% \sim 70\%$)	50	13.7%
不支付($<60\%$)	7	1.6%
合計	367	100%



計畫改革與執行結果-2/3

加強評核指標
提供病人有感服務

- 101年經分區抽測會員滿意度共7,350通，會員對醫療群醫師整體滿意度96.5%，各項滿意度確實達90%以上。
- 分區抽測超過1835通醫療群24小時諮詢專線，醫療群接聽可以專業解答發燒如何處理、瞭解會員狀況得分達80%以上有345群，達94.0%。
- 加上各項管理要求，顯示極力要求診所落實醫療群照護模式。



計畫改革與執行結果-3/3

擴大照護對象 連續性照護

- 102年計畫合併「診所以病人為中心計畫」，分社區醫療群及單一診所兩種型態辦理，鼓勵診所執行全人照護。
- 會員名單朝向慢性病個案增加，縮減非慢性病族群，忠誠診所定義改為連續2年相同診所。
- 加強醫療群對全人、全家的整合性照護，健康管理成效鼓勵中，增加執行「家庭責任醫師全人照護評估」。
- 鼓勵績優醫療群擴大規模：平均每群診所家數由100年6.05家增加至102年6.71家，且獲得節省醫療費用(VC-AE)績效獎勵醫療群比率由100年度30%增至58.5%。
- 合作醫院家數由126家增至102年151家。



預防保健執行情形

達標	臨床指標	收案會員 平均	目標值 (同儕60 百分位)	同儕50 百分位	達成群 數	達成群數 占率
◎	成人預防保健檢查率	34.48%	≥29.42%	27.04%	299	82%
◎	子宮頸抹片檢查率	23.35%	≥22.62%	20.94%	190	52%
◎	65歲以上老人流感注射率	40.88%	≥40.70%	37.50%	163	45%
◎	糞便潛血檢查率	32.15%	≥27.46%	27.46%	275	75%
○	會員固定就診率	47.23%	≥48.40%	46.18%	112	31%

◎：達標，超過同儕(較需照護族群547萬人)60百分位。

○：未達標，但超過同儕(較需照護族群547萬人)50百分位。



家醫計畫會員醫療利用情形

醫療利用情形	101年	100年	成長率	對照組 (未參加)
急診人次	596,172	610,246	-2.31%	0.96%
急診費用 (億點)	15.42	14.56	5.90%	7.95%
急診率 (急診人次)	28.24%	28.91%	-2.31%	0.96%
門診人次 (萬人次)	4379.4	4626.9	-5.35%	-3.28%
門診醫療費用 (億點)	401.02	395.47	1.40%	2.24%
住院費用 (億點)	148.30	127.76	16.08%	20.08%
住院率 (住院人數)	9.41%	9.64%	-2.37%	-3.92%

註：以101年較需照護族群547萬人，家醫計畫收案會員211萬人及未收案之336萬人(對照組)，分別歸戶統計其101年度與100年度醫療利用情形。



組織指標達成情形

年度	健康管理比率		個案研討、共同照護 門診、社區衛教宣導、 病房巡診辦理情形		24小時諮詢專線	
	達成群數	占率	達成群數	占率	達成群數	占率
99	339	95.2%	312	87.6%	356	100%
100	366	98.1%	354	94.9%	362	97.1%
101	367	100%	365	99.5%	362	98.6%

- 24小時諮詢專線，99年、100年接通即達標。
- 102年需由分區評分，每群抽測超過5次共1835通：
 - ✓ 每次測試都能提供服務366群(占群數99.7%)。
 - ✓ 接聽可以專業解答發燒如何處理、瞭解會員狀況，得分達80%以上有345群，占94.0%群；電話回答品質得分60%以上有362群，占98.6%群。



滿意度調查情形

- ✓ 調查方式：統一以本局設計的問卷，99年、100年為醫療群以電話或郵寄方式自測，99年有效問卷9,127份，100年有效問卷8,078份。
- ✓ 101年：醫療群自測有效問卷38,314份。

增加分區抽測會員，有效問卷7,350份。

項目 \ 年度	99年（醫療群自測）	100年（醫療群自測）	101年（醫療群自測）	101年（分區測）
對醫師所提供的整體服務是否滿意？ (非常滿意 + 滿意)	96.0%	97.8%	99.8%	93.7%
醫師對您健康狀況的了解程度，是否滿意？ (非常滿意 + 滿意)	88.0%	97.6%	99.6%	92.1%
對醫師提供健康諮詢及保健訊息的滿意度？ (非常滿意 + 滿意)	88.0%	98.4%	99.8%	96.5%



醫療群協助轉診就醫情形

✓ 101年，會員經醫療群協助轉診171,115人次（較100年成長1.1%），協助病人在醫療體系間做適切的就醫安排，做好垂直與水平轉診。

轉診情形	水平轉診	垂直轉診				轉診至非合作院所	合計
		群內轉診	基層診所轉至合作醫院門診	基層診所轉住院	基層診所轉醫院檢查	合作醫院轉診所	
101年	12,791	65,515	19,316	17,597	41,888	14,008	171,115
占率	7.5%	38.3%	11.3%	10.3%	24.5%	8.2%	100.0%

註：依101年計畫執行期間4-12月實際轉診數推估全年。



建立家庭醫師良好之基礎

- 在台灣導入家庭醫師「社區醫療群」照護模式，參與醫療群數、參與診所家數與醫師數逐年不斷增加，占率超過20%，受益人數達211萬人(101年)，家庭醫師整合照護模式已蔚為基層醫療趨勢。
- 社區醫療群，以群體力量提供服務，提供有別於一般基層醫療**特色服務**：
 - ✓ 會員健康管理資料建檔，進行個案管理及衛教。
 - ✓ 提供24小時諮詢專線，提供適當就醫指導，減少急診與不必要就醫，101年醫療群共提供24,691通電話諮詢服務。
 - ✓ 提供共同照護門診、病房巡診，增進醫病關係：醫療群與126家合作醫院，提供共照門診5,613診次，病房巡診740次。
 - ✓ 加強基層與醫院之合作：包含會員轉診服務、個案研討、提供基層醫師繼續教育、醫療資訊資源分享等。參與計畫2,749位醫師每人至少參與上述個案研討等活動達6次以上，提升基層醫療品質。
 - ✓ 辦理社區衛教宣導，營造健康社區，提升醫療群形象，共辦理社區衛教1,300場次，參與人數達44,756人次。



101年委託研究結果

- 本局委託北醫大許致玲副教授進行「家庭醫師責任制度採論人計酬初探性研究」研究：
 - ✓ 回顧澳加英美初期照護改革方案，各國共同的議題是透過初期照護體系的整合，達到效率與品質的提升。
 - ✓ 台灣的初期照護，大部分受訪者贊同論人計酬、家庭責任醫師，但可行性有缺乏守門員機制、基層照護能力有限等問題，認為大醫院從上到下整合比較可行。
 - ✓ 論人計酬可扭轉論量計酬重視醫療輕忽健康促進的通病，鼓勵家庭責任醫師的發展。
 - ✓ 整體而言，目前醫療群診所表現優於非醫療群診所。
 - ✓ 醫院主導醫療群在急診率與住院率較低，非醫院主導醫療群糞便潛血檢查率較高。
 - ✓ 建議鼓勵創意試驗，讓利害關係人共同參與這項社會工程的設計與建造，建構願景、發揮創意、創造價值。



執行成效-1/2

- 會員之成人預防保健、子宮頸抹片檢查、糞便潛血檢查(大腸癌檢查)、老人流感注射率等4項預防保健執行率，高於較需照護族群(同儕)60百分位。
- 比較會員101年與100年醫療利用情形，門診人次減少5.35%、急診率減少2.31%、住院率減少2.37%。
- 相較於未收案之族群，除住院率下降幅度較小，門診、急診、住院費用及人次，經醫療群照護會員之成效較佳。
- 組織指標達成情形高，顯示醫療群能依照計畫要求，落實個案健康管理、24小時電話諮詢專線、個案研討、共照門診、社區衛教等活動。



執行成效-2/2

- 24小時電話諮詢，經分區確認，專業服務品質良好。
- 會員對醫療群醫師提供之整體服務、醫療諮詢等滿意度，經分區確認滿意度高。
- 與126家合作醫院，提供共照門診5,613診次，病房巡診740次、轉診服務12.8萬人次、提供基層醫師繼續教育、醫療資訊資源分享等。
- 辦理社區衛教宣導1300場次，營造健康社區。



未來努力方向

- 擴大照護規模，以完整體系為目標，鼓勵醫院與基層合作。
- 加強落實醫療群照護模式，增進醫病關係。
- 加強對全人、全家的整合性照護，鼓勵執行家庭責任醫師全人照護。

加強做好連續性追蹤管理及衛教，增進醫病關係、落實預防醫學及轉診，為家庭責任醫師制度奠定良好基礎。



行政院衛生福利部
中央健康保險署



謝謝聆聽

敬請指教