



行政院衛生福利部
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 - 李專門委員純馥
第二部分 - 林副組長阿明



報告大綱-1/2

- 全民健康保險提升住院護理照護品質方案
- 急診品質提升方案
- 醫療給付改善方案
- 慢性B型及C型肝炎治療計畫
- 高診次保險對象藥事居家照護試辦計畫



報告大綱-2/2

- 醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案
- 推動促進醫療體系整合計畫
 - ✓ 全民健康保險論人計酬試辦計畫
 - ✓ 醫院以病人為中心門診整合照護計畫
- 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫
- 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫
 - ✓ 初期慢性腎臟病醫療給付改善方案
 - ✓ Pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫
- 實施未滿一年之新增計畫：
 - 慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫
 - 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：李專門委員純馥





全民健康保險提升 住院護理照護品質方案





101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：

屬醫院總額範圍內有申報住院護理費之特約醫院。



給付方式-1/2

- 品質指標報告：醫院於每季次次月20日前填報前季出院病人數中曾發生跌倒意外人數、院內感染、壓瘡發生人數、出院病人數、該院年資3個月以上護理人員離職率與該院2年以上年資護理人員比率，並於每年2月20日及8月20日前填報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1.3.7之C1~C9的護理人力作標準(精神專科醫院採用精神科醫院評鑑6.1.2.2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(全民健康保險醫療費用支付標準第二部第一章第三節各類病床護理費)支付標準加成獎勵。



給付方式-2/2

□ 補助新增護理人員數：

以101年各醫院之每月平均執業登記護理人員數，相較於100年醫院每月平均執業登記護理人員數增加人數，並考量醫院規模之變動情況為計算依據。以本項專款7.5億元及各醫院增加之護理人員數（含實習護士）總合，計算增加人員每位補助金額，補助方式採差別給付方式：

- 1. 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。
- 2. 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）。



預算執行數與執行率

- 101年預算為20億元，共計核發502家醫院，核付19.94億元，預算尚餘0.06億，預算執行率為99.7%。

層級	核付金額	預算占率
醫學中心	7.13億	35.66%
區域醫院	7.36億	36.78%
地區醫院	4.98億	24.88%
精神專科醫院	0.41億	2.03%
慢性醫院	0.07億	0.36%
總計	19.94億	99.7%

- 102年全年預算為25億元，102年方案擬訂中，預算尚未執行。



執行概況

□ 護理品質指標值登錄

➤ 本年度6項品質指標登錄分別為：

- ✓ 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與該院2年以上年資護理人員比率

➤ 總計有502家醫院參與本項試辦計畫，101年第1、2季品質指標登錄及上半年滿意度共有469家院所登錄，登錄率為93%，101年第3、4季品質指標登錄及下半年滿意度共有417家登錄，登錄率為83%。



護理品質指標值登錄-1/2

- 除慢性醫院外，地區醫院之壓瘡率及感染率較其他層級為高，相較100年之登錄值則有趨高的情形；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	
	100年	101年	100年	101年	100年	101年
全體	0.51%	0.68%	0.60%	1.03%	1.95%	3.38%
醫學中心	0.45%	0.58%	0.98%	0.91%	2.22%	2.15%
區域醫院	0.45%	0.52%	0.35%	0.43%	1.58%	1.60%
地區醫院	0.46%	0.38%	0.53%	1.30%	2.37%	3.94%
精神專科	5.91%	3.40%	0.02%	0.01%	2.60%	1.40%
慢性醫院	-	0.54%	-	2.61%	-	14.72%

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

□ 另2項護理人員結構性指標，年資3個月以上護理人員離職率與該院2年以上年資護理人員比率，年資3個月以上護理人員離職率全局為3.68%，該院2年以上年資護理人員比率全國為64.13%，其中慢性醫院年資3個月以上護理人員離職率最高為7.80%，相對地，該院2年以上年資護理人員比率也最低為52.84%。

*護理滿意度達88%以上

層級別	上半年滿意度		下半年滿意度		年資3個月以上護理人員離職率	該院2年以上年資人員護理比率
	100年	101年	100年	101年	101年	101年
全體	88.15%	88.43%	88.16%	88.69%	3.68%	64.13%
醫學中心	93.47%	93.49%	93.42%	93.50%	2.26%	77.58%
區域醫院	89.55%	90.24%	89.86%	91.03%	3.05%	71.68%
地區醫院	87.63%	88.00%	87.77%	88.16%	3.94%	61.06%
精神專科	86.32%	85.43%	85.13%	84.57%	3.00%	66.82%
慢性醫院	-	89.51%	-	90.78%	7.80%	52.84%



護理人力-1/2

□ 101年醫院登錄C1~C9及慢性病房護理人力統計

層級	1.急性病房 (含急性精神病床)	2.手術室	3.手術恢復室、觀察室	4.產房及待產室	5.嬰兒室	6.門診	7.血液透析室	8.燒傷病房及嬰兒病房	9.精神科日間照護單位	10.慢性病房
醫學中心	10,963	2,307	398	331	230	2,632	959	988	81	
區域醫院	11,042	2,333	638	536	440	3,085	1,919	902	163	
地區醫院	6,141	1,037	559	266	493	2,130	1,490	148	44	
精神專科	940					96			100	757
慢性醫院										133
合計	29,086	5,677	1,595	1,133	1,163	7,943	4,369	2,037	388	890
總計					54,281					
占執登人數比率			58.8%				54,281			(101年平均執登總人數為92,331)



護理人力-2/2

□ 護理人員數

101年執登新增人數1,908人，扣除新成立院所及原醫院床位增加所增加之護理人員839人，101年已參與本方案之院所共計淨增加1,069人（成長1.18%）。另101年增加實習護士之人數統計，101年有效實習護士計有1,073人，因101年以前並無實習護士相關報備統計，無法列入101年護理人員淨增加數之計算，僅供參考。

層級別	執登新增人數	新增實習護士	床位增加須扣除人數
醫學中心	825	214	185
區域醫院	697	662	355
地區醫院	390	182	245
區域精神專科	6	5	29
地區精神專科	-11	8	18
慢性醫院	1	2	7
總計	1,908	1,073	839



款項應用統計

□ 按方案規定，領有獎勵款醫院應於獎勵款核付結束3個月內完成應用情形報告，截至**102年6月30**日為止，101年領有獎勵之醫院，共計**502**家，已登錄**477**家，尚有**25**家醫院尚未完成登錄。

層級別	增聘護理人 力	提高大小夜 班費	用於超時加 班費	提高護理人 員薪資	加發獎勵金	其他類別全 年度總金額	小計
醫學中心	313,985,440	148,132,633	136,743,055	230,246,756	258,347,117	35,742,734	1,123,197,735
區域醫院	230,512,112	150,260,661	162,364,795	389,726,500	275,087,951	66,129,758	1,274,081,777
地區醫院	210,781,695	69,312,571	42,903,543	100,381,410	165,313,715	29,097,421	617,790,355
精神專科	10,938,087	8,829,631	3,447,563	10,378,531	15,799,584	3,698,025	53,091,421
總計	766,217,334	376,535,496	345,458,956	730,733,197	714,548,367	134,667,938	3,068,161,288
占率	24.97%	12.27%	11.26%	23.82%	23.29%	4.39%	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4年（98-101年），共挹注46.65億元用於提升護理人力配置及護理人員獎勵措施，累計4年共增加護理人力**3,962**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，多用於加發獎勵金、提高護理人員薪資及增聘護理人力，未來除持續進行款項運用之查核外，獎勵款項之應用將著重於提升護理人力之配置及優先提高護理人員大、小夜班費、超時加班費等獎勵措施，醫院應將款項之運用情形提報健保局備查，醫院如未落實前述規定，健保局將予以追扣款項。



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：

- 確保重大疾病照護品質、落實品質導向轉診制度、提升急診病人處置效率，以提高急診照護品質

□ 經費：

- 101年及102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2年全國各級檢傷分類急診案件

檢傷類別	100年		101年	
	件數(千)	占率	件數(千)	占率
總計	7,190	100.0%	7,260	100.0%
第1級	180	2.5%	166	2.3%
第2級	877	12.2%	799	11.0%
第3級	4,005	55.7%	4,325	59.6%
第4級	1,527	21.2%	1,400	19.3%
第5級	133	1.9%	119	1.6%
其他	469	6.5%	451	6.2%

資料來源：中央健康保險局二代倉儲系統門診、住院明細及醫令明細檔（102/2/19截取）

註：

- 1.本表統計範圍為門、住診案件中曾申報急診診察費醫令之案件。
- 2.特約類別為當年最新特約狀況。
- 3.當年曾更改醫院代碼者本表未進行合併。



醫療服務提供及利用情形-2/2

□ 近2年各層級醫院各級檢傷分類急診案件

單位：件、%

層級別	檢傷類別	100年		101年	
		件數(千)	占率	件數(千)	占率
醫學中心	總計	1,952	100.0%	1,947	100.0%
	第1級	74	3.8%	69	3.6%
	第2級	350	17.9%	330	17.0%
	第3級	1,152	59.0%	1,228	63.1%
	第4級	342	17.5%	284	14.6%
	第5級	31	1.6%	27	1.4%
	其他	3	0.1%	7	0.4%
區域醫院	總計	3,652	100.0%	3,717	100.0%
	第1級	85	2.3%	78	2.1%
	第2級	436	11.9%	388	10.4%
	第3級	2,185	59.8%	2,371	63.8%
	第4級	854	23.4%	797	21.4%
	第5級	75	2.0%	65	1.7%
	其他	17	0.5%	18	0.5%
地區醫院	總計	1,533	100.0%	1,547	100.0%
	第1級	20	1.3%	19	1.2%
	第2級	91	5.9%	81	5.2%
	第3級	668	43.6%	725	46.8%
	第4級	331	21.6%	319	20.6%
	第5級	28	1.8%	27	1.7%
	其他	396	25.8%	377	24.3%

資料來源及註同前表



費用支付方式-1/4

□ 重症照護及轉診品質獎勵

➤ 重症照護：

針對急性腦中風、急性心肌梗塞、重大外傷及嚴重敗血症患，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前三項疾病每個案獎勵2,000點，第四項每個案獎勵1,000點。



費用支付方式-2/4

➤ 轉診品質：

- 上轉：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，醫院照護能力未符需求之病人，轉診至上一級急救責任醫院或區域以上醫院給予獎勵，每個案轉出及轉入醫院各支給500點。
- 下轉或平轉：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，收治病況穩定者，轉出至同等級或下一級急救責任院或同層級或下一層級之醫院之適當醫療機構，給予獎勵。下轉每個案轉入及轉出各支給1,000點，平轉與上轉相同各支給500點。



費用支付方式-3/4

□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入住加護病房
 < 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-4/4

維持獎：
壅塞指標
 $\leq 1\%$

- 且該院所本年度轉出比率低於同級醫院之50百分位者
- 前三項效率指標，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

獎勵單位：千點

醫院層級別	所有醫 院家數	重症照 護品質 獎勵	轉診品 質獎勵	急診處置效率獎勵			總計	
				維持獎	地區醫 院進步 獎	合計	院所數	獎勵 點數
1-醫學中心	20	3,091	4,970	604		604	19	8,665
2-區域醫院	82	1,948	3,776	3,887		3,887	64	9,611
3-地區醫院	249	170	3,201	801	19,360	20,161	101	23,533
總計	351	5,209	11,948	5,292	19,360	24,652	184	41,809

備註：

- 以上重症照護及轉診品質獎勵申報點數係以101年5月至12月申報P碼之件數統計；急診處置效率獎勵點數係以101年7月本局XML申報方式施行後截至101年12月之資料進行統計比較
- 維持獎以101年5月至12月各院所申報健保檢傷前3級急診人次為核獎基礎，地區醫院急診人次增加獎勵，係以101年5月至12月與上年同期比較，健保所有急診人次增加量為核獎基礎
- 進步獎：壅塞率>1%醫院，因3.1~3.3指標無前一年相同計算基準完整之資料加以比對，故未計算核發，僅就3.4地區醫院申報急診件數增加部分計算獎勵；另於6月27日與急診管理學會及急診醫學會討論，將研議以101年第4季各項指標與第3季比較，達計畫所訂進步比率，給予進步獎勵之可行性
- 以上合計獎勵點數約為全年預算3.2億元之13.1%。



101年5-12月重症照護及轉診獎勵申報情形

獎勵代碼	獎勵名稱	支付點數	件數				點數(千)			
			醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計	醫學中心	區域醫院	地區醫院	加總
P4601B	急性腦中風、心肌梗塞及重大外傷照護獎勵	2,000	1,269	908	50	2,227	2,538	1,804	100	4,442
P4602B	嚴重敗血症照護獎勵	1,000	553	144	73	770	553	144	70	767
重症照護獎勵合計			1,822	1,052	123	2,997	3,091	1,948	170	5,209
P4603B	急診上轉轉出醫院獎勵	500		2,382	5,051	7,433		1,187	2,528	3,715
P4604B	急診上轉轉入醫院獎勵	500	8,077	2,847	76	11,000	4,039	1,425	38	5,501
上轉點數小計							4,039	2,611	2,566	9,216
P4605B	急診下轉轉出醫院獎勵	1,000	715	252	38	1,005	715	252	38	1,005
P4606B	急診下轉轉入醫院獎勵	1,000	1	361	518	880	1	360	518	879
下轉點數小計							716	612	556	1,884
P4607B	急診平轉轉出醫院獎勵	500	185	553	125	863	93	276	63	431
P4608B	急診平轉轉入醫院獎勵	500	246	555	35	836	123	278	17	417
平轉點數小計							216	553	79	848
轉診獎勵合計			9,224	6,950	5,843	22,017	4,970	3,776	3,201	11,948
總計			11,046	8,002	5,966	25,014	8,061	5,724	3,371	17,157

備註：1. 截至102年5月22日門診住院清單明細倉儲資料檔

2. 另以上轉診以上轉最多，轉入院所人次多於轉出人次可能係病人有重複轉出所致，下轉人次次多，轉入院所人次少於轉出院所可能係因診斷變更未申報所致。另有部分申報錯誤情形，健保會進行檢核扣減作業。



102年1-3月重症照護及轉診獎勵申報情形

獎勵代碼	獎勵名稱	支付點數	件數				點數(千)			
			醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計	醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計
P4601B	急性腦中風、心肌梗塞及重大外傷照護獎勵	2,000	483	412	17	912	966	822	34	1,822
P4602B	嚴重敗血症照護獎勵	1,000	205	44	42	291	205	44	40	289
重症照護獎勵合計			688	456	59	1,203	1,171	866	74	2,111
P4603B	急診上轉轉出醫院獎勵	500		880	2,087	2,967		440	1,044	1,484
P4604B	急診上轉轉入醫院獎勵	500	2,897	1,176	30	4,103	1,449	588	15	2,051
上轉點數合計										3,535
P4605B	急診下轉轉出醫院獎勵	1,000	323	97	3	423	323	97	3	423
P4606B	急診下轉轉入醫院獎勵	1,000	1	132	210	343	1	132	210	343
上轉點數合計										766
P4607B	急診平轉轉出醫院獎勵	500	98	246	32	376	49	123	16	188
P4608B	急診平轉轉入醫院獎勵	500	56	251	14	321	28	126	7	161
平轉點數合計										349
轉診獎勵合計			3,375	2,782	2,376	8,533	1,850	1,505	1,295	4,649
總計			4,063	3,238	2,435	9,736	3,021	2,371	1,369	6,760

備註：1. 截至102年6月7日門診住院清單及醫令明細倉儲資料檔

2. 以上重症照護獎勵申報1203件，為與上年施行情形比較，按8個月推估約3208件，較101年5月至12月之2997件增加211件，約7%。第1季總獎勵點數6760千點，按8個月推估約18027千點，較101年增加5%。



急診處置效率相關指標執行情形1/2

□急診病人留置急診室超過24小時人次比率(壅塞指標)-以申報檢傷分類急診診察費案件院所資料統計
(101年7月至12月)

壅塞率	醫學中心			區域醫院			地區醫院			總計	
	院所數	急診總人次/每家	急診病人停留超過24小時人次/每家	院所數	急診總人次/每家	急診病人停留超過24小時人次/每家	院所數	急診總人次/每家	急診病人停留超過24小時人次/每家	院所數	壅塞率
=<1%	1	25,033	181	53	22,347	100	78	7,065	15	132	0.38%
1%~5%	4	60,534	2,336	17	24,468	618	5	4,562	54	26	2.95%
5%~10%	9	42,772	3,007	5	26,982	1,713				14	6.85%
>10%	5	57,522	7,393	1	32,362	3,592				6	12.68%
總計	19	49,459	3,871	76	23,258	368	83	6,914	18	178	3.14%

備註：1. 資料來源截至102年5月7日之健保倉儲門診住院清單及醫令明細資料檔

2. 以上統計壅塞率 $\leq 1\%$ 主要為地區醫院，占該類申報院所之94%：區域醫院53家，約占70%；醫學中心僅1家。另壅塞率 $>5\%$ 醫院計有20家，醫學中心有14家，其中有5家壅塞率 $>10\%$ ，依序為台中榮總、台大醫院、林口長庚、高雄長庚、高雄榮總。



急診處置效率相關指標執行情形2/2

□ 3.1~3.3急診處置效率相關指標整體監測結果(101年7-12月)

特約類別	指標3.1-完成急診重大疾病照護病人入加護病房時間<6小時之人次比率			3.2-檢傷一、二、三級住院病人住院時間<8小時之人次比率			3.3-檢傷四、五級出院病人出院時間<4小時之人次比率		
	完成急診重大疾病照護於六小時內轉入加護病房人次A1	完成急診重大疾病照護總人次B1	比率值 $C1=A1/B1$	檢傷一、二、三級病人轉入病房<8小時之人次比率 A2	檢傷一、二、三級病人住院人次 B2	比率值 $C2=A2/B2$	檢傷四、五級病人4小時內出院人次 A3	檢傷四、五級病人出院人次 B3	比率值 $C3=A3/B3$
醫學中心	964	1,402	68.8%	93,730	174,955	53.6%	118,538	134,793	88%
區域醫院	643	768	83.7%	218,425	273,432	79.9%	350,256	380,964	92%
地區醫院	56	76	73.7%	55,222	59,655	92.6%	155,205	162,699	95%
總計	1663	2,246	74.0%	367,377	508,042	72.3%	623,999	678,456	92%

資料來源：截至102年5月9日之101年7月至12月申報醫令及清單檔



成效評估-重症照護方面

□ 102年1月至3月重症照護申報獎勵共1203件，按8個月推估約3208件，與101年5月至12月施行期間統計2997件比較，約增加7%，呈現增加趨勢，顯示院所逐漸依計畫方案，增加對重症者即時的照護。



成效評估-轉診方面1/2

□ 101年5月至12月各層級別醫院急診轉診率與上年同期比較

層級別	型態	100年 A	101年 B	轉診比率差異 $= B - A$
醫學中心	下轉	1.853 %	1.952 %	0.100 %
	平轉	0.557 %	0.545 %	-0.012 %
	小計	2.410 %	2.497 %	0.087 %
區域醫院	上轉	0.809 %	0.796 %	-0.013 %
	下轉	0.467 %	0.477 %	0.010 %
	平轉	0.856 %	0.896 %	0.040 %
	小計	2.133 %	2.170 %	0.037 %
地區醫院	上轉	2.982 %	3.015 %	0.033 %
	下轉	0.026 %	0.029 %	0.003 %
	平轉	0.514 %	0.522 %	0.009 %
	小計	3.522 %	3.566 %	0.044 %

註

- 資料來源:截至102年2月18日二代倉儲門診及住院明細及醫令檔
- 轉診認定:病患前一家就醫醫院代號就醫迄日與醫院代號不同且就醫日期同天或差一天。
- 本統計醫院轉診件數含基層診所的轉診情形



成效評估-轉診方面2/2

- 醫學中心及區域醫院下轉之比率略有增加，顯示部分醫院有將病情穩定病人轉出，以紓解壅塞情形，惟增加率不高，施行成效仍有待觀察。



成效評估-急診處置方面1/3

□分月統計醫學中心近2年急診後同院住院者急診暫留2日以上比率

單位：人次、%

	100年			101年		
	總人次	急診暫留	急診暫留	總人次	急診暫留	急診暫留
		2日以上人次	2日以上%		2日以上人次	2日以上%
全年合計	384,988	34,830	9.05%	389,710	39,174	10.05%
01月	27,609	2,337	8.46%	35,037	2,763	7.89%
02月	30,153	2,535	8.41%	30,299	2,755	9.09%
03月	34,498	3,924	11.37%	32,350	3,706	11.46%
04月	33,861	3,635	10.74%	31,743	3,429	10.80%
05月	32,401	3,138	9.68%	32,835	3,362	10.24%
06月	32,386	2,967	9.16%	32,691	3,504	10.72%
07月	32,291	2,950	9.14%	33,043	4,008	12.13%
08月	32,874	2,881	8.76%	32,965	4,126	12.52%
09月	31,780	2,506	7.89%	31,728	3,148	9.92%
10月	32,323	2,687	8.31%	32,925	3,151	9.57%
11月	32,126	2,700	8.40%	31,488	2,654	8.43%
12月	32,686	2,570	7.86%	32,606	2,568	7.88%

資料來源：中央健康保險局二代倉儲系統門診、住院明細及醫令明細檔(2013/02/19擷取)。

註：

- 1.急診後同院住院人次定義為門診急診後一日內第1筆就醫紀錄為該就醫院所住院者與急診診察費申報於住院案件者。
- 2.特約類別為當年最新特約狀況。
- 3.當年曾更改醫院代碼者本表未進行合併。
- 4.本表所使用之年月為急診後住院案件之住院年月。



成效評估-急診處置方面2/3

□分月統計區域醫院近2年急診後同院住院者急診暫留2日以上比率

	100年			101年		
	總人次	急診暫留 2日以上人次	急診暫留 2日以上%	總人次	急診暫留 2日以上人次	急診暫留 2日以上%
全年合計	656,313	5,917	0.90%	656,121	10,998	1.68%
01月	50,452	293	0.58%	60,563	461	0.76%
02月	53,300	414	0.78%	53,861	749	1.39%
03月	59,928	798	1.33%	56,881	1,039	1.83%
04月	57,815	647	1.12%	53,459	962	1.80%
05月	55,844	550	0.98%	55,747	1,076	1.93%
06月	54,898	433	0.79%	54,997	1,099	2.00%
07月	54,519	508	0.93%	55,886	1,502	2.69%
08月	57,500	455	0.79%	54,598	1,289	2.36%
09月	52,951	433	0.82%	51,741	903	1.75%
10月	52,852	456	0.86%	54,623	836	1.53%
11月	51,633	408	0.79%	51,231	641	1.25%
12月	54,621	522	0.96%	52,534	441	0.84%

資料來源：中央健康保險局二代倉儲系統門診、住院明細及醫令明細檔(102/02/19擷取)。



成效評估-急診處置方面3/3

- 101年5月施行本方案，初期數月急診轉住院個案留置急診超過2日以上件數比率呈現增加，醫學中心7月、8月高達12%；區域醫院7月高達2.69%
- 醫學中心自101年9月起比率呈現遞減，11月、12月比率與100年同期比較，極為接近。
- 區域醫院101年12月比率已較上年同期減少
- 綜上顯示，101年第4季後期各月住院個案留置急診室過長情形，開始有所改善。



醫療給付改善方案





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	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年Q1
醫院 總額	預算數 (億元)	7.25	7.86	5.04	2.87	5.87	4.87	4.998	4.998
	執行數 (億元)	1.88	2.02	2.04	1.94	2.89	3.89	3.950	0.707
	執行率	25.9%	25.7%	40.5%	67.4%	49.3%	79.77%	79.03%	14.14%
西醫 基層 總額	預算數 (億元)	3.56	4.27	4.24	2.99	3.0	3.0	2.12	1.624
	執行數 (億元)	2.04	1.49	1.30	1.29	1.41	1.48	1.552	0.017
	執行率	57.3%	35%	30.8%	42.7%	46.9%	49.26%	73.21%	21.74%

註1：93-101年執行預算，係以點值結算結果，101年Q1暫以門住診醫療申報P碼進行計算。

註2：因乳癌及精神分裂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	95	96	97	98	99	100	101	102Q1
預算數	7.25	7.86	5.04	2.873	5.873	4.873	4.998	4.998
預算執行數	1.88	2.02	2.039	1.936	2.893	3.887	3.950	0.707
糖尿病	1.02	1.11	1.39	1.496	1.945	2.283	2.610	0.629
氣喘	0.24	0.16	0.16	0.162	0.169	0.175	0.175	0.048
高血壓	—	0.07	0.13	0.07	0.072	0.094	0.064	註3
乳癌	0.15	0.25	0.37	0.208	0.53	0.901	0.608	註4
結核病	0.43	0.431	導入 支付標準	—	—	—	—	—
子宮頸癌	0.044	註1	—	—	—	—	—	—
精神分裂症	未實施	—	—	—	0.147	0.347	0.376	註4
BC肝炎帶原者	未實施	—	—	—	0.03	0.087	0.117	0.029
預算執行率	25.9%	25.7%	40.5%	67.4%	49.3%	79.77%	79.03%	14.14%

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. 95-100年以點值結算結果，102年Q1以截至102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	95	96	97	98	99	100	101	102Q1
預算數	3.56	4.27	4.236	2.99	3.00	3.00	2.12	1.624
預算執行數	2.04	1.49	1.303	1.290	1.406	1.478	1.552	0.353
糖尿病	0.45	0.48	0.60	0.684	0.768	0.832	0.966	0.226
氣喘	1.21	0.60	0.51	0.473	0.471	0.438	0.410	0.110
高血壓	0.29	0.39	0.18	0.133	0.137	0.138	0.086	註3
乳癌	—	—	—	—	—	—	—	—
結核病	0.019	0.018	導入 支付標準	—	—	—	—	—
子宮頸癌	0.07	註1		—	—	—	—	—
精神分裂症	未實施	—	—	—	0.004	0.011	0.012	註4
BC肝炎帶原者	未實施	—	—	—	0.026	0.058	0.078	0.017
預算執行率	57.3%	35%	30.8%	42.7%	46.9%	49.26%	73.21%	21.74%

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. 95-100年以點值結算結果，102年Q1以截至102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。



執行情形及成效評估

- 糖尿病方案
- 乳癌方案
- 氣喘方案
- 高血壓方案
- 精神分裂症方案
- B、C肝帶原者



論質方案-照護人數(整體)

照護人數	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	101/100成長率	102年Q1
糖尿病	160,889	176,475	181,098	191,251	214,340	254,504	283,748	325,501	14.71%	243,257
氣喘	184,269	190,671	140,464	119,645	115,788	115,423	115,600	106,581	-7.80%	54,217
乳癌	5,852	6,927	8,438	9,807	10,743	11,678	11,827	12,653	6.98%	10,932
高血壓	未實施	98,960	123,392	76,667	54,698	54,481	65,528	30,980	-52.72%	註2
精神分裂症	未實施					36,580	43,076	47,657	10.63%	41,469
BC肝帶原者	未實施					44,035	91,840	121,423	32.21%	46,041
合計	351,010	473,033	453,392	397,370	395,569	516,701	593,061	628,496	5.97%	391,372

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年開始實施精神分裂症方案與BC肝炎帶原者方案。



論質方案-照護率(整體)

照護率	94年	95年	96年	97年	98年	99年 ^{註1}	100年	101年	102年Q1
糖尿病	23.52%	23.16%	24.67%	26.34%	27.56%	29.26% ^{註2}	31.16%	33.94%	42.13%
氣喘	32.50%	34.78%	35.17%	31.29%	31.61%	47.02%	45.45%	39.30%	47.73%
乳癌	12.09%	12.98%	13.60%	14.64%	14.50%	14.62%	13.67%	13.43%	15.04%
高血壓	未實施	9.31%	6.54%	3.93%	2.65%	2.55%	2.94%	1.36%	註3
精神分裂症	未實施					40.65%	46.94%	51.20%	44.01%
BC肝帶原者	未實施					9.83%	19.37%	26.14%	22.17%

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、精神分裂症)或當年度申報該疾病診斷之歸戶人數(氣喘、乳癌、高血壓、精神分裂症、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。



論質方案-照護情形(醫院)

方案別	年度	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年Q1
糖尿病	個案數	119,828	123,289	127,842	135,926	154,512	188,827	209,647	241,970	179,009
	照護率	24.47%	23.77%	25.51%	27.61%	30.06%	31.30%	35.01%	38.41%	46.68%
氣喘	個案數	36,267	33,686	27,029	23,534	23,911	25,006	24,860	24,626	13,644
	照護率	13.54%	13.93%	14.34%	14.60%	15.75%	21.73%	20.87%	19.34	24.34%
乳癌	個案數	5,852	6,927	8,438	9,807	10,743	11,678	11,827	12,653	10,932
	照護率	12.09%	12.98%	13.60%	14.64%	14.50%	14.62%	13.67%	13.66%	15.21%
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%	---
精神分裂症	個案數	未實施	---	---	---	---	35,585	41,846	46,405	40,192
	照護率	未實施	---	---	---	---	40.95%	54.8%	60.10%	47.56%
B、C肝帶原者	個案數	未實施	---	---	---	---	23,580	55,580	74,275	28,660
	照護率	未實施	---	---	---	---	6.79%	15.11%	21.71%	17.20%

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、精神分裂症)或當年度申報該疾病診斷之歸戶人數(氣喘、乳癌、高血壓、精神分裂症、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。



論質方案-照護情形(基層)

方案別	年度	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年Q1
糖尿病	個案數	43,897	54,717	54,410	56,408	61,007	66,866	74,561	83,912	64,302
	照護率	14.84%	16.55%	19.67%	20.80%	20.01%	19.74%	21.79%	22.23%	31.84%
氣喘	個案數	150,778	159,302	114,610	97,228	92,672	91,038	91,203	82,282	40,630
	照護率	44.50%	46.43%	48.12%	43.94%	40.96%	65.71%	63.03%	53.29%	68.66%
高血壓	個案數	未實施	98,960	98,305	45,865	36,007	34,870	39,393	18,000	---
	照護率	未實施	9.31%	8.89%	3.98%	2.89%	2.69%	2.92%	1.30%	---
精神分裂症	個案數	未實施	---	---	---	---	995	1,230	1,252	1,277
	照護率	未實施	---	---	---	---	32.21%	17.6%	17.51%	7.24%
B、C肝帶原者	個案數	未實施	---	---	---	---	20,645	36,366	47,244	17,386
	照護率	未實施	---	---	---	---	16.13%	26.36%	34.14%	39.88%

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、精神分裂症)或當年度申報該疾病診斷之歸戶人數(氣喘、乳癌、高血壓、精神分裂症、BC肝帶原者)。

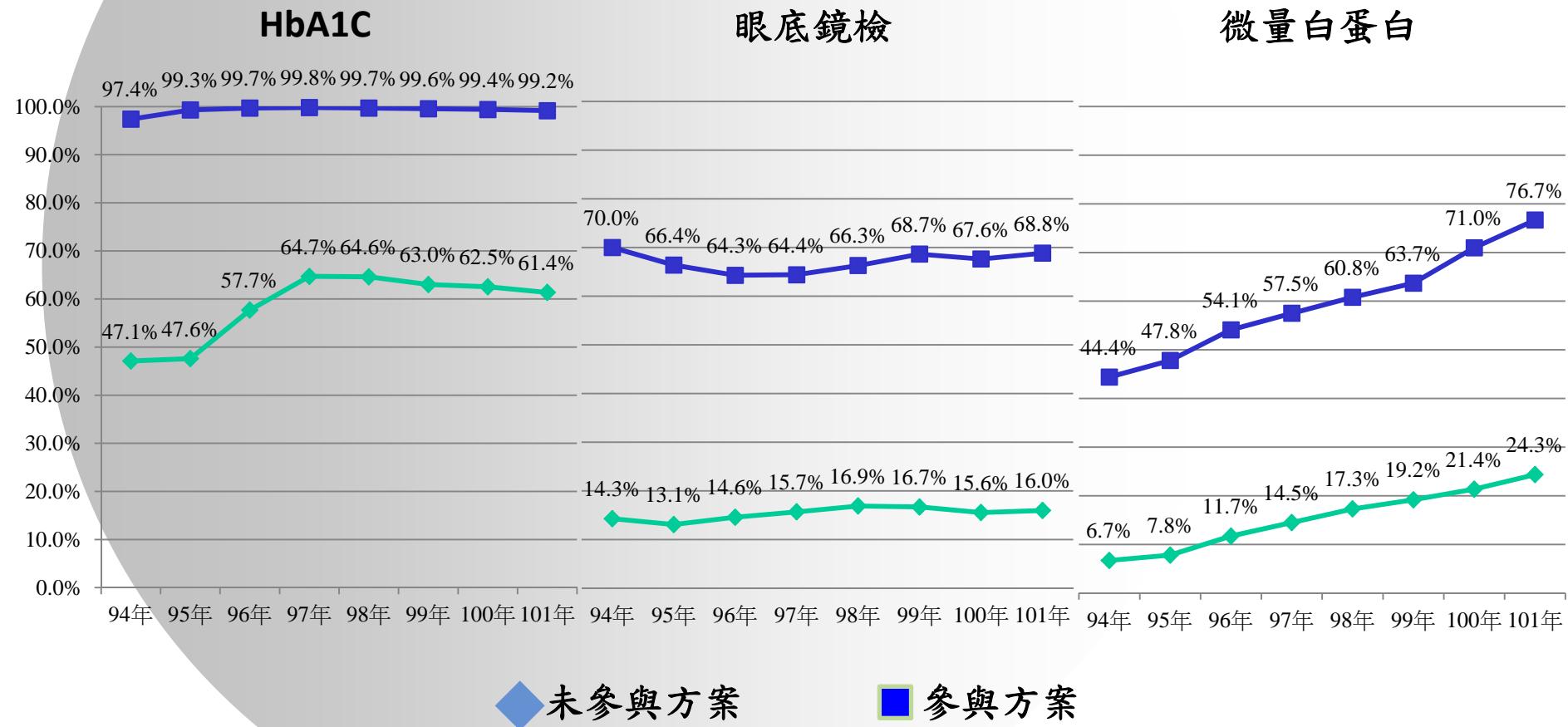
註2：糖尿病方案99年放寬收案條件，分母由78萬人增加為87萬人(+12%)

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)

□ 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)

□追蹤94-101年新收案HBA1C>9.5%個案66.6%改善

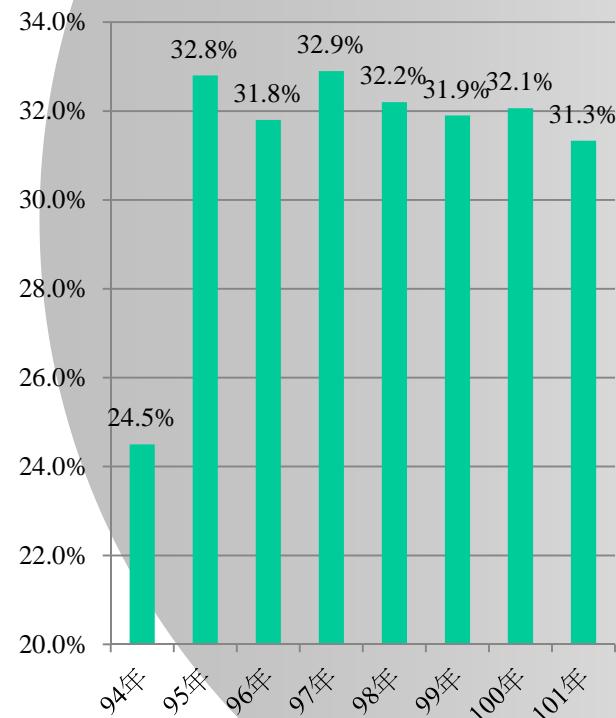
初診HBA1C>9.5%人數	1年後HBA1C值	人數	比率
	<7% 良	10,383	17.8%
58,303	7%~9.5%	28,481	48.8%
	>9.5% 不良	19,439	33.3%



執行成果-糖尿病方案(3)

□連續追蹤94年新參與方案者95-101年成效

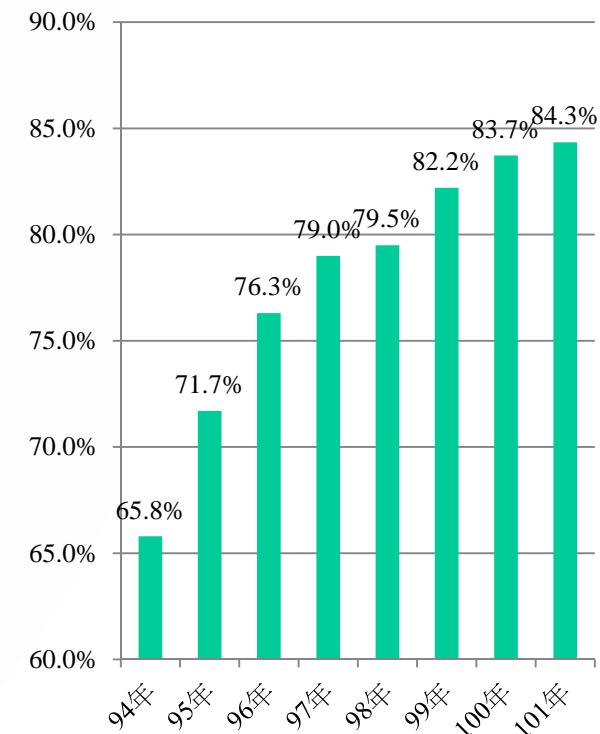
HbA1C<7.0%(良率)



HbA1C>9.5%(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)

□追蹤八年糖尿病病人之透析發生率

94-101年	糖尿病人數	新增透析人數	透析發生率
皆參加方案	43,834	264	0.60%
皆未參加方案	386,835	19,052	4.93%
曾經參加但 未連續參加	228,608	9,074	3.97%
合計	659,277	28,390	4.31%

註：追蹤94年至101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94~101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。



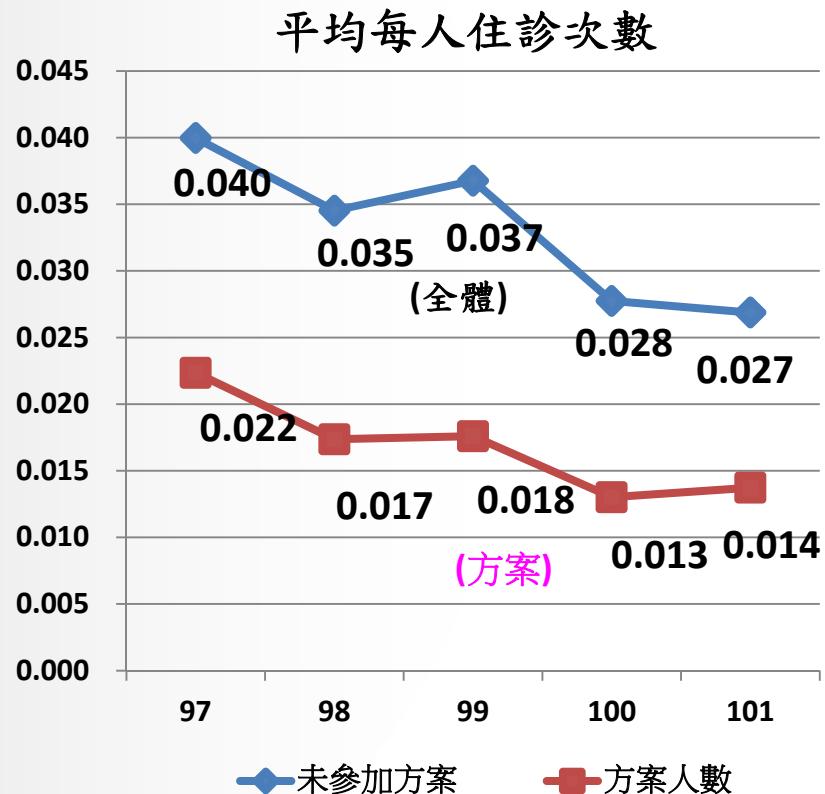
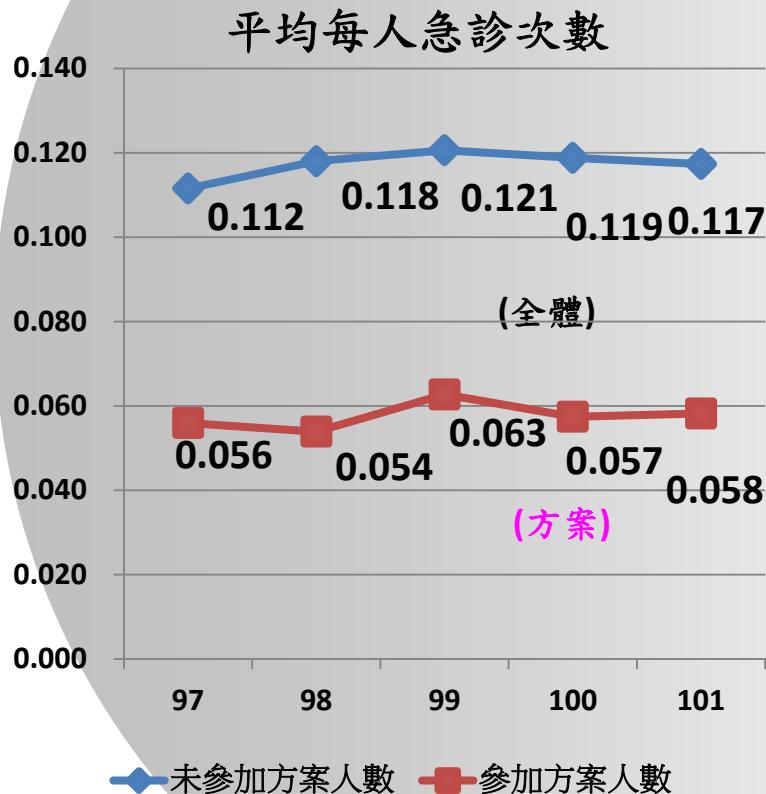
執行成果-乳癌方案

- 本指標係以Kaplan-Meier或Life table計算存活率，101年度試辦個案存活率：
 - ◆ 零期病患平均為99.1%（100年為99.5%）
 - ◆ 第1期病患平均為97.5%（100年為97.3%）
 - ◆ 第2期病患平均為94.8%（100年為94.4%）
 - ◆ 第3期病患平均為83.3%（100年為83.5%）
 - ◆ 第4期病患平均為55.6%（100年為58.8%）
- 除第4期略有下降外，餘維持相當水準。



執行成果-氣喘方案(1)

□ 參與個案每人平均急診及住診次數均較整體為低



註：全體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。



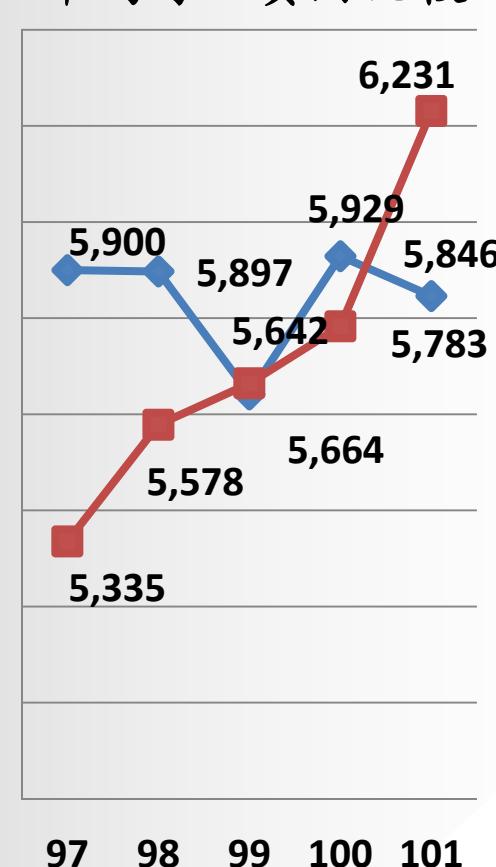
執行成果-氣喘方案(2)

□ 收案對象門診平均每人藥費、醫療費用及門診次數申報情形

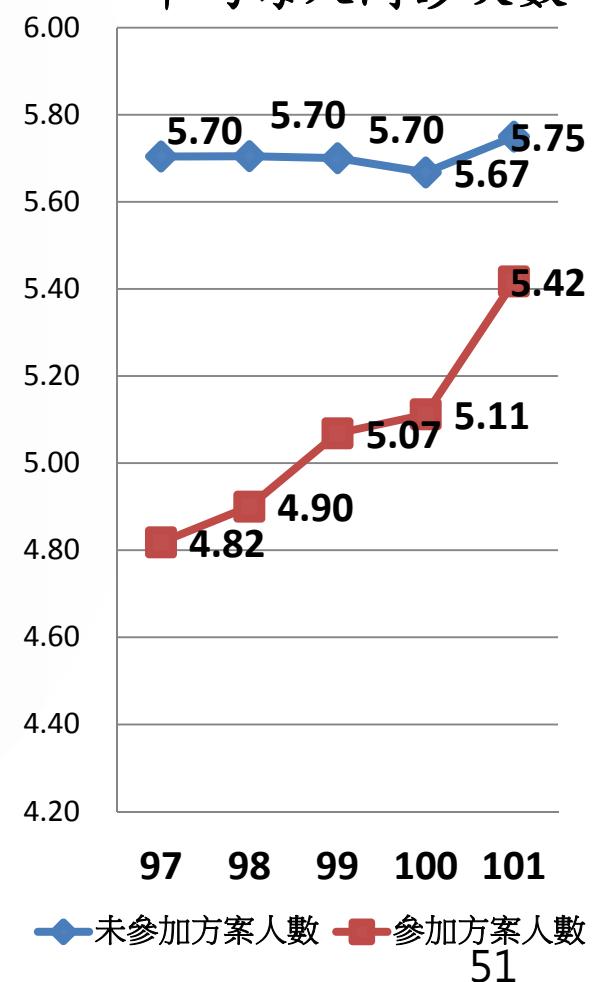
平均每人藥費比較



平均每人費用比較



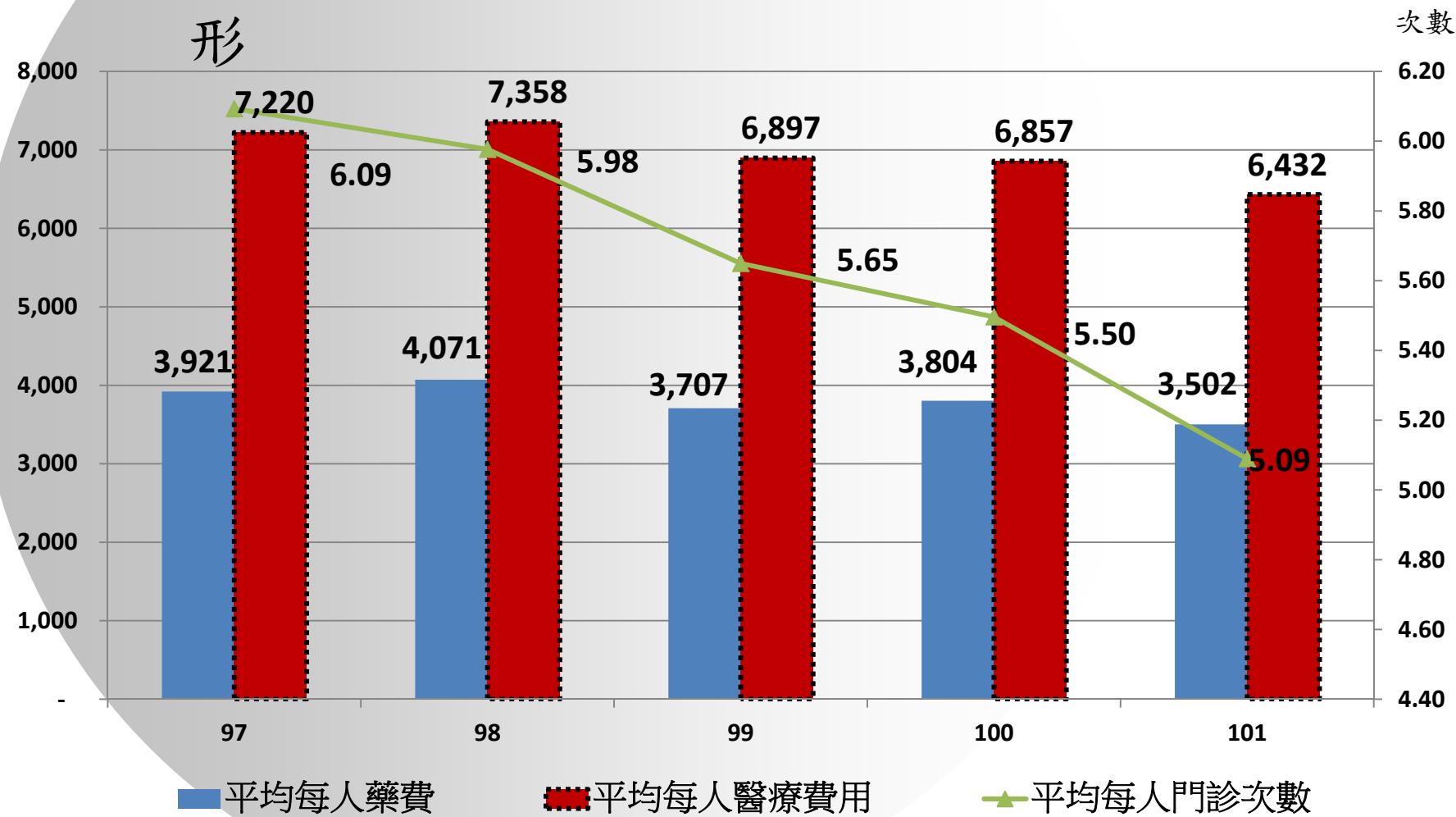
平均每人門診次數





執行成果-氣喘方案(3)

□ 收案對象連續追蹤 5 年後之門診醫療費用申報情形



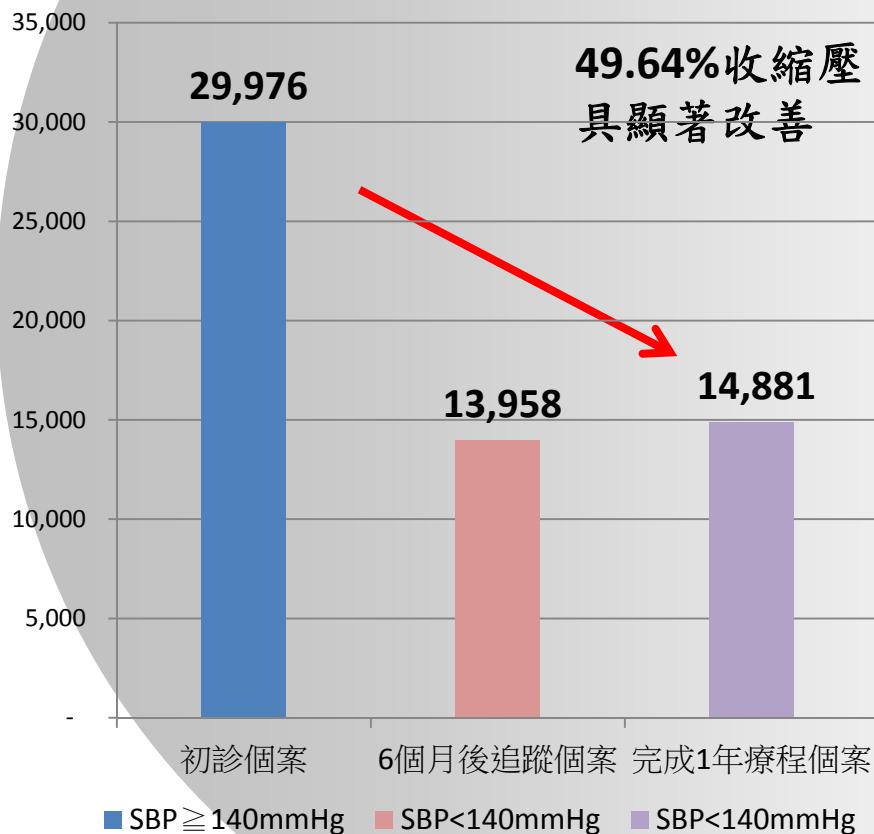
註：以97~101年皆有申報P16XXX病患(24,923)回串門住診資料。



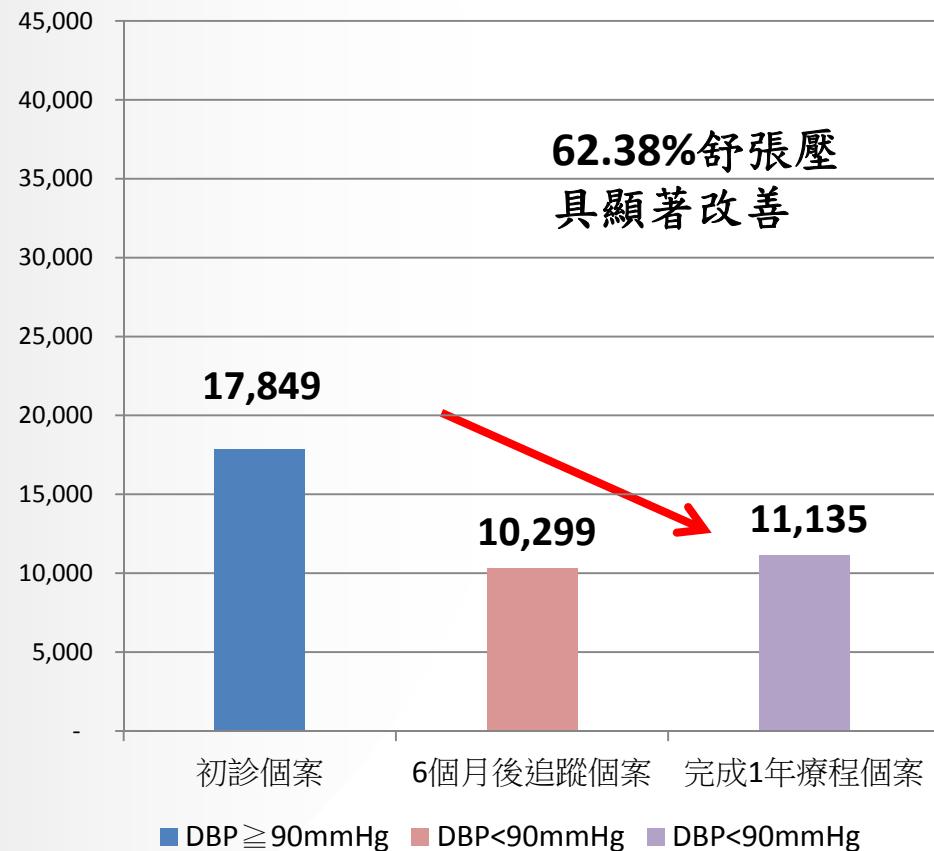
執行成果-高血壓方案

□ 參與方案後個案血壓具顯著改善

個案數



個案數



註：統計97年至101年底完成療程個案血壓改善情形



執行成果-精神分裂症方案(1)

□101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	41	40
地區醫院	35	34
基層診所	12	11
合計	101	98



執行成果-精神分裂症方案(2)

□101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	34,755	63.15%
	未固定3	31,023	7,785	25.09%
	久未5	38,779	679	1.75%
	小計	124,838	43,219	34.62%
高風險病人	固定2	5,758	3,416	59.33%
	未固定4	4,681	962	20.55%
	久未就醫6	3,483	60	1.72%
	小計	13,922	4,438	31.88%
合計		138,760	47,657	34.34%

註:久未就醫病人名單定未主動提供院所，係院所向各分區業務組提出需求再予提供，故收案率較低。 55



執行成果-精神分裂症方案(3)

□101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		
			100年	101年	是否達成	100年	101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%	1.4636	1.3625	Y	1.3414	1.2518	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%	5.69%	4.12%	Y	5.92%	4.49%	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%	17.64%	19.69%		50.03%	42.02%	Y
指標四_急診使用人次比率	較上年度減少	20%	19.14%	21.57%		116.00%	85.71%	Y
指標五_失聯結案率	較上年度減少	20%	22.75%	1.15%	Y	23.88%	1.51%	Y
指標六_強制住院發生人次比率	較上年度減少	參考	0.56%	0.45%	Y	1.78%	0.95%	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	12.7172	13.6077		32.3800	25.8144	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	21.97%	22.65%		72.25%	51.00%	Y
指標九_規則且一般病人佔率	較上年度增加	參考	70.78%	64.41%		70.78%	64.41%	
合計					60%			100%

註：1.101年一般指標之指標一_平均每月精神科門診就診次數、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100年成績進步。

2.101年高風險指標，除指標九_規則且一般病人佔率外，其餘指標均較99年成績進步。



執行成果-精神分裂症方案(4)

□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
100	46,995	141.9萬	24.8億	4,650.9萬	52,729
101	47,076	144.3萬	25.0億	4,555.5萬	53,126
差異	81	24,421	0.2億	-954,277	397

註1. 以101年收案人數47657人匯入100~101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-精神分裂症方案(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	平均每入住院天數	平均每人住診申請	住院發生率
100	14,466	25,554	28.1億	1,724萬	214.5萬 (84.0天/件)	148.3天	194,558	30.4%
101	13,781	24,428	27.6億	1,644萬	203.3萬 (83.2天/件)	147.5天	200,324	28.9%
差異	-685	-1,126	-0.5億	-79.3萬	-11.2萬 (-0.7天/件)	-0.8天	5,767	-1.4%

註1. 以101年收案人數47657人匯入100~101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 / 101年收案人數47657。



執行成果-B、C肝帶原者(1)

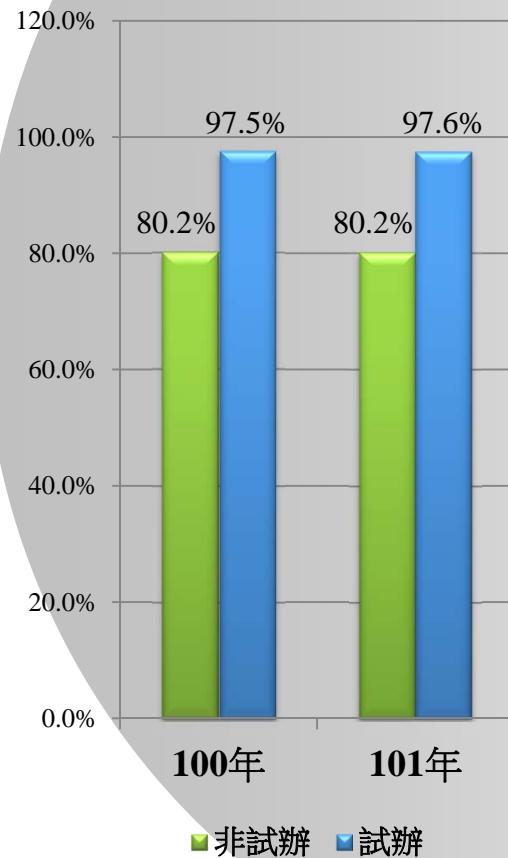
層級	參與家數	門檻符合率	年度完整追蹤人數	年度完整追蹤率	早期發現肝癌人數
醫院	136	95.77%	37,637	50.32%	227
基層	237	79.14%	25,758	54.38%	5
合計	303	82.31%	63,395	57.89%	232

1. 資料來源：101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。

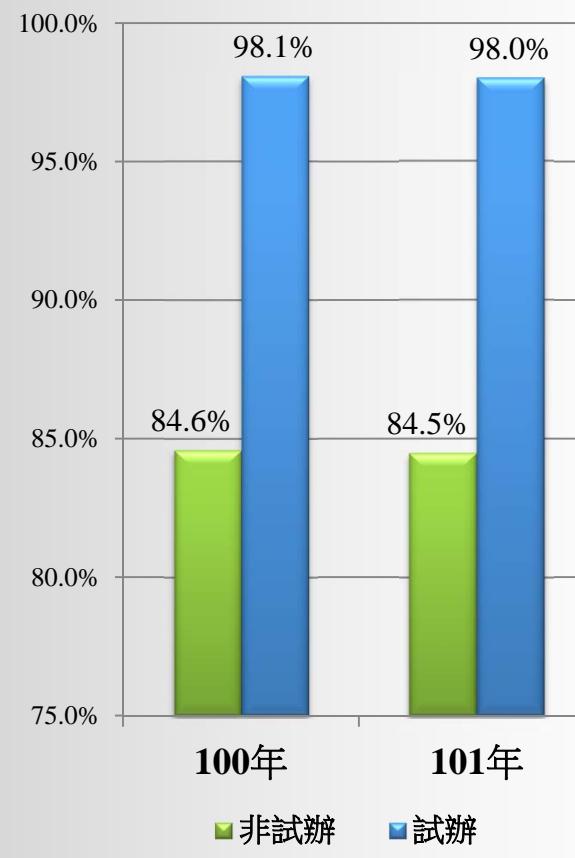


執行成果-B、C肝帶原者(2)

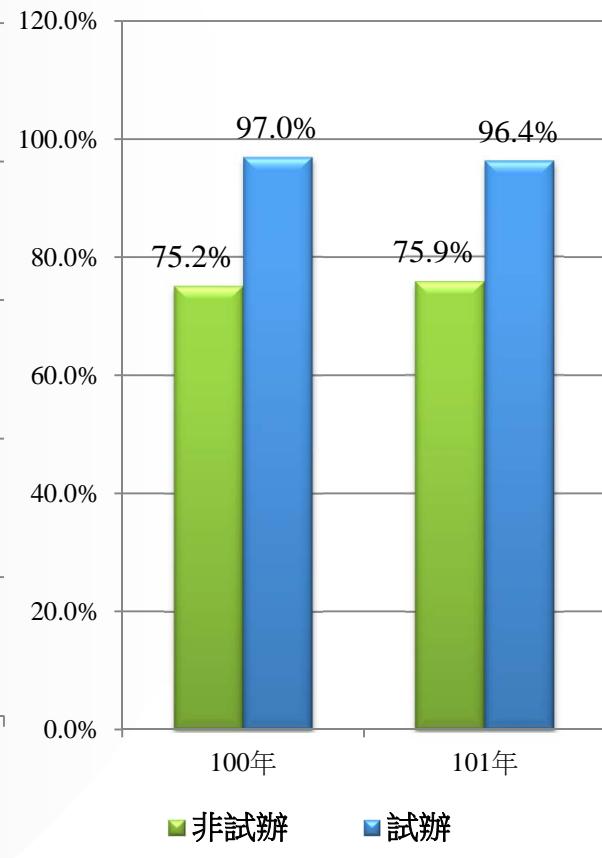
GOT檢查率



GPT檢查率



腹部超音波檢查率



比較100年-101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62.8萬人，較100年成長5.97%，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99.2%。
- 糖尿病方案：初診血糖控制不良($HbA1C > 9.5\%$)的病人66.6%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4期略有下降外，餘維持相當水準。
- 高血壓方案：參與方案者約有48.84%(收縮壓)及60.96%(舒張壓)個案血壓值獲改善。
- 精神分裂方案：較參加前1年，門診申請點數增加0.2億，住診減少0.5億。
- BC肝帶原者追蹤方案：參予試辦計畫病人的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-1/3

- 乳癌方案：本計畫獎勵金計算方式是依存活率計算，其目標值的設定應有定期檢討機制，未來將修訂本方案之目標值。
- 氣喘方案：本局已於101年5月1日新增指標如下
 - ✓ 品質加成指標：病人完整追蹤率、收案病人因氣喘住院的比率、收案病人因氣喘急診的比率。
 - ✓ 品質監測觀察指標：降階治療成功率、氣喘出院14日內再入院率。



檢討事項-2/3

□ 糖尿病方案：已於102年5月16日召開專家諮詢會議，依據專家意見預計提報102年第2次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」修改內容，包括：

- (1)增訂品質指標
- (2)提高第一階段新收案管理照護費及放寬地區醫院之團隊醫事人員比照基層診所可為醫師加另一專業執行(醫師、護理師及營養師，三人三證照放寬為兩人三證照)，以鼓勵收案率
- (3)檢討品質卓越獎訂新收案率分組 $\leq 66\%$ 及 $> 66\%$ 之合宜性，依101年申報資料統計醫院、基層新收案率中位數做為新的分組數據，以更公平獎勵。

因聘任營養師有困難，放寬醫師可持
有營養師證照



檢討事項-3/3

- 本局101年辦理科技綱要委託研究計畫-「健保論質計酬支付成效評估與前瞻研究」，係針對目前已實施的5項論質計酬方案作整體成效評估、病患端之建議及滿意度調查並提出慢性病共病整合的具體建議方案，以提供本局未來持續推動與規劃論質計酬支付制度之參考。



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。



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，但102年醫療費用經費來源，經本署健保會代表協定醫療費用總額及經主管機關裁定改為一般服務部門。
- 執行重點：本局則負責費用之給付及相關審核管控等，並隨時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

□ 醫院總額

單位:百萬、%

部門別	預算來源與使用情形	98年	99年	100年	101年
醫院	專款專用金額	1,484.0	622.0	1,282.0	1,922.0
	一般服務部門支應預算	0.0	2,194.9	1,748.0	1,275.7
	其他部門支應預算	0.0	0.0	200.0	0.0
	使用金額	1,094.4	2,816.9	3,230.1	3,197.7
	專款專用執行率	73.7%	100.0%	100.0%	100.0%

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



歷年協定事項及經費執行率

□ 西醫基層

單位:百萬、%

部門別	預算來源與使用情形	98年	99年	100年	101年
西醫基層	專款專用金額	15.0	60.0	157.0	157.0
	一般服務部門支應預算	0.0	0.0	0.0	0.0
	其他部門支應預算	0.0	0.0	0.0	28.2
	使用金額	5.0	49.5	113.5	185.2
	專款專用執行率	33.4%	82.6%	72.3%	118.0%

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-1/3

項目/年度	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年1-3月
試辦家數	136	151	156	157	170	185	205	214	214
B型肝炎	5,662	5,439	5,715	6,637	9,263	17,771	15,715	14,404	2,796
B肝抗藥株	0	710	1,326	912	926	1,079	799	638	115
B肝復發	0	0	117	546	1,173	1,783	1,083	1,354	275
B肝抗藥株復發	0	0	0	0	0	235	135	141	28
B肝總計	5,662	6,149	7,158	8,095	11,362	20,868	17,732	16,537	3,214
C型肝炎	3,504	3,101	3,848	3,554	5,142	11,415	9,497	8,138	1,373
C肝復發	-	-	-	-	280	993	810	773	773
C肝總計	3,504	3,101	3,848	3,554	5,422	12,408	10,307	8,911	2,146
總計	14,828	15,399	18,164	19,744	28,146	54,144	45,771	41,985	8,574

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-2/3

□ 預算執行：

- 101年醫院總額部分由100年12.82億元增至19.22億元，(101年西醫醫院部門共編列35億元，包含所編列專款19.22億元，及列於一般服務之15.78億元，若仍有不足，則由其他預算支應)，B型及C型肝炎治療藥費使用總計31.98億元。
- 102年醫院總額部分已於101年的專款項目移列至一般服務部門，無核定額度，該年1至3月，B型及C型肝炎治療藥費使用總計7.92億元。



醫院執行情形-3/3

□ 新收案概況：

- 101年醫院總額部門參加試辦計畫院所共計214家，B型肝炎新收案14,404人，B型肝炎抗藥株新收案638人，B型肝炎復發新收案1,354人，B型肝炎復發抗藥株新收案141人，C型肝炎新收案8,138人，C型肝炎復發新收案773人。
- 102年(1-3月)醫院總額部門參加試辦計畫院所共計214家，截至今年3月13日止B型肝炎新收案2,796人，B型肝炎抗藥株新收案115人，B型肝炎復發新收案275人，B型肝炎復發抗藥株新收案28人，C型肝炎新收案1,373人，C型肝炎復發新收案773人。



西醫基層執行情形-1/3

項目/年度	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年1-3月
試辦家數	23	30	28	32	53	91	202	235	236
B型肝炎	51	51	39	44	110	510	841	875	205
B肝抗藥株	0	4	5	10	16	17	19	29	8
B肝復發	0	0	1	5	15	34	33	49	17
B肝抗藥株復發	0	0	0	0	0	2	5	6	2
B肝總計	51	55	45	59	141	563	898	959	232
C型肝炎	16	21	44	22	49	351	674	837	131
C肝復發	0	0	0	0	1	23	36	37	37
C肝總計	16	21	44	22	50	374	710	874	168
總計	118	131	134	140	332	1,500	2,506	2,792	632

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-2/3

□ 預算執行：

- 101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1.85億元，執行率為117.8%。
- 102年1-3月西醫基層總額部分本項協定專款專用計1.57億元，截至今年3月底止，已申報0.56億元，執行率35.7%。



西醫基層執行情形-3/3

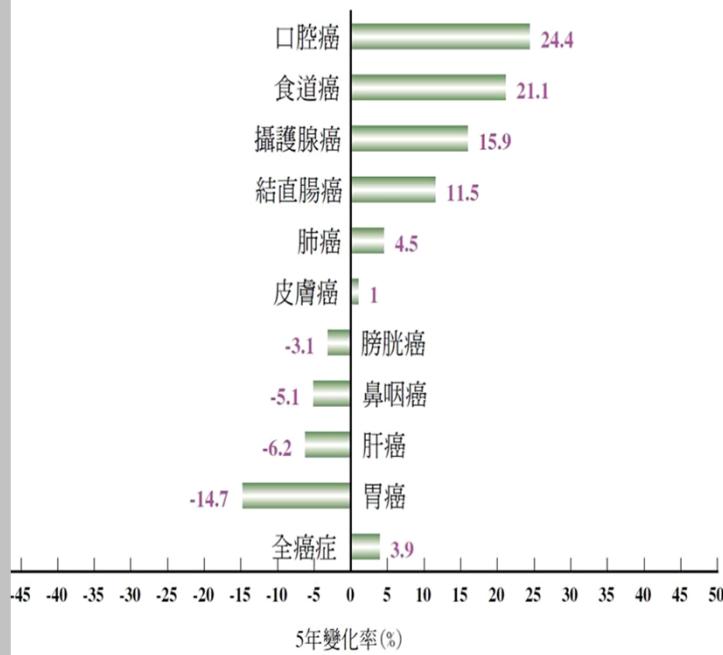
□ 新收案概況：

- 101年西醫基層部門參加試辦計畫院所共計235家，B型肝炎新收案875人，B型肝炎抗藥株新收案29人，B型肝炎復發新收案49人，B型肝炎復發抗藥株新收案6人，C型肝炎新收案837人，C型肝炎復發新收案37人。
- 102年(1-3月) 西醫基層部門參加試辦計畫院所共計209家，截至今年3月13日止B型肝炎新收案205人，B型肝炎抗藥株新收案8人，B型肝炎復發新收案17人，B型肝炎復發抗藥株新收案2人，C型肝炎新收案131人，C型肝炎復發新收案37人。

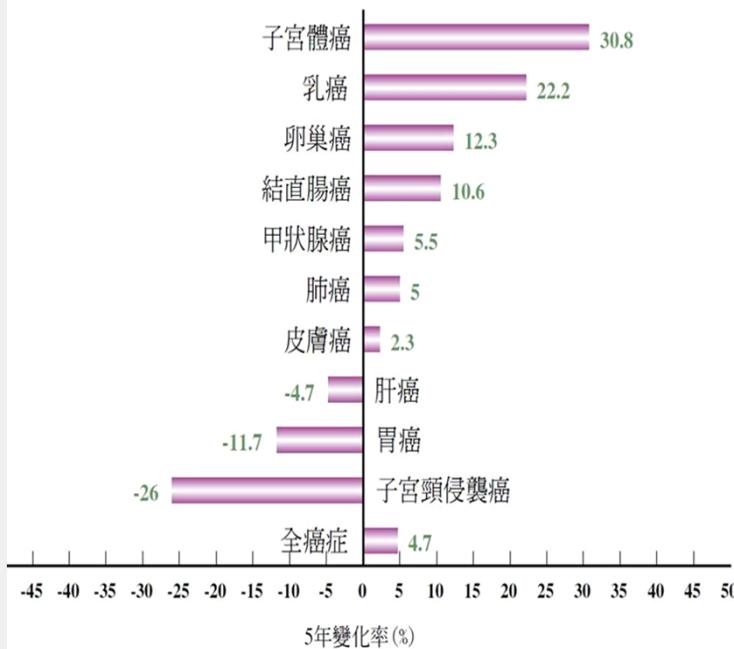


治療成效-1/3

男性十大癌症年齡標準化發生率之五年變化率, 2002~2006



女性十大癌症年齡標準化發生率之五年變化率, 2002~2006



✓ 依國民健康局統計2002年2006年癌症標準化發生率之5年變化分析顯示，男性所有癌症增加3.9%，肝癌降幅為6.2%；而女性所有癌症增加4.7%，肝癌降幅為4.7%。



治療成效-2/3

□ 本研究為本署補助為期4年(99年至102年)之「國家級卓越臨床試驗與研究中心計畫」，其下轄之「比較性效果研究中心」研究。

表2. Eighteen months Lamivudine treatment for chronic hepatitis B patients reduce Hepatocellular carcinoma incidence in Taiwan

Method	Liver-related mortality				Liver cancer incidence			
	cases	death	HR (95%CI)*	P value	cases	HCC	HR (95%CI)*	P value
Treatment	26,763				26,763			
unexposed	5,595	738	Ref.		5,595	523	Ref.	
exposed	21,168	300	0.64(0.56,0.74)	<0.001	21,168	96	0.38(0.30,0.48)	<0.001

* Hazard ratio was adjusted by sex, age, liver disease, liver disease severity and co-morbidity

✓ 有接受Lamivudine藥物治療之慢性B型肝炎病患：經控制性別、年齡、肝臟疾病(酒精性肝病、非酒精性肝硬化)、肝臟疾病嚴重度(腹水、肝性腦病變、食道靜脈曲張及肝腎症候群)及疾病合併症(Charson index/排除肝臟疾病及愛滋病)之干擾因素後，相較於未治療組，治療組之肝臟相關死因之死亡風險為0.64($p < 0.001$)，肝癌發生風險為0.38($p < 0.001$)。



治療成效-3/3

□ 本研究為本署補助為期4年(99年至102年)之「國家級卓越臨床試驗與研究中心計畫」，其下轄之「比較性效果研究中心」研究。

表3. Twenty-four weeks treatment of patients with hepatitis C by pegylated interferon and ribavirin reduced risk of hepatocelluar carcinoma and mortality in Taiwan

Method	Liver cancer incidence				Liver-related mortality			
	cases	HCC	HR (95%CI)*	P value	cases	Death	HR (95%CI)*	P value
Treatment	86,344				86,344			
unexposed	7,524	366	Ref.		7,524	172	Ref.	
exposed	78,820	5,509	0.72(0.62,0.83)	<0.001	78,820	6,882	0.33(0.29,0.39)	<0.001

* Hazard ratio was adjusted by sex, age, liver disease, liver disease severity and co-morbidity

✓ 有接受Pegylated interferon 與Ribavirin藥物治療之慢性C型肝炎病患：經控制如上述B型肝炎病患研究之干擾因素後，相較於未治療組，治療組之肝癌發生風險為0.72($p < 0.001$)，肝臟相關死因之死亡風險為0.33($p < 0.001$) 。



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，以瞭解院所收案的變化情形。



高診次保險對象藥事 居家照護試辦計畫





101年試辦計畫目標與重點

- 目的：針對門診高利用之保險對象且需輔導建立正確服藥 觀念者，進行居家訪視，以避免藥物重複使用，揭示用藥安全，進而減少醫療資源之浪費。
- 施行區域：全國實施。
- 實施期間：101年1月至12月。
- 預算來源：101年「其他預算」－3,600萬元。
- 預期目標及成效：
 - 101年預期照護至少4,300人。
 - 門診醫療下降費用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。
- 第四優先：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。

備註：

輔導對象先以前1年（99年10月～100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屬「全民健康保險山地離島地區」、「全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」或「全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」地區者，每次支付1,200點，每點1元。
- 每位保險對象全年訪視以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，始為本局支付對象。
- 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

- 奬勵資格：以藥師輔導之所有個案開始輔導至101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；另若前述（一）總節省點數之70%低於上限，則以該節省點數之70%為上限。
- 奬勵金計算公式：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%）。



101年計畫實施整體成效

項目	輔導前（100年） 收案日至12月	輔導後（101年） 收案日至12月	下降率
門診就醫次數	315, 643	263, 161	-16. 63%
門診醫療費用	3. 05億元	2. 62億元	-13. 92%
門診藥費	0. 8億元	0. 71億元	-10. 89%

備註：

1. 101年輔導人數為4, 966人，參與計畫之藥事人員共計135位。
2. 醫療費用包含藥費。



101年計畫執行情形

執行項目	101年預定目標	101年執行結果	執行率
總目標	<u>門診醫療費用</u> -12%	-13. 92%	達成
預算執行	3,600萬元	3,326萬元（截至 102/3/11申報費用）	92.4%
輔導人數	至少4,300人	4,966人	115%
照護人次	$4,300 \times 8 = 34,400$ (每人8次為上限)	30,382人次（平均每 人照護次數6.12次）	88.3%
獎勵金	180萬元 (以預算3,600萬 元 $\times 5\%$ 為上限)	參與計畫之藥事人員 135位，僅有61位達 預定目標可領取獎勵 金。	45% (61/135)

備註：因特約藥局有2年申報期限，故預算執行率有低估之情形。



101年執行結果檢討

□ 提供偏鄉服務：

自101年起針對藥師至山地離島及資源不足地區提供居家藥事服務之支付提高（1,200元/次），以鼓勵藥師前往前開地區提供服務，由截至102年3月之申報資料顯示，計畫總計提供藥事服務30,382人次，其中屬山地離島、資源不足地區有5,374人次，占總輔導人次之17.69%。

□ 執行退場機制：

本局102年計畫第八點（二）訂定101年各藥師輔導後之保險對象，門診醫療費不降反升，且成長超過10%者，不得申請次年繼續參加。故計有3位藥師不得申請參加102年藥事居家訪視。



102年計畫修正重點

- 預算增加：增為5,400萬元，收案人數增為至少7,000人。
- 提升照護品質：每位輔導對象以每個月輔導不超過1次（含）為原則，仍以1年8次輔導為上限；另針對已連續2年收案輔導者，第3年起不得繼續輔導，且藥師全聯會得不定期以電話或實地抽訪保險對象。
- 增列退場條件：
 - 符合下列事項之一者，藥事人員應退出本計畫，且次年度亦不得參與本計畫：
 - ✓ 該藥事人員經保險對象申訴且經保險人查證屬實者。
 - ✓ 藥事人員因輔導對象未遇而改為訪視其親屬或僅以電話提供藥事服務或未實際訪視且申報費用者。
 - 各藥事人員其輔導之保險對象，於前1年門診醫療費用不降反升且成長超過10%者，不得申請次年繼續參加。



各分區業務組依102年輔導名單 之收案統計表（截至102.7.4止）

業務組	已簽附約員 藥數(A)	收案人數 (B)	收案率 (B/目標 7,000人)	平均每位藥 事人數(B/A)
臺北業務組	25	540	8%	22
北區業務組	11	219	3%	20
中區業務組	45	1,243	18%	28
南區業務組	38	409	6%	11
高屏業務組	47	1,734	25%	37
東區業務組	16	18	0.3%	1
總計	182	4,163	60%	24

註：最後收案截止時間為102年8月31日，全聯會並須於102年9月15日前將最終收案名單送本局及各分區業務組。



其他預算專案計畫執行成果 報告-第二部分

報告人：林副組長阿明





報告大綱

- 醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案
- 推動促進醫療體系整合計畫
 - ✓ 全民健康保險論人計酬試辦計畫
 - ✓ 醫院以病人為中心門診整合照護計畫
- 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫
- 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫
 - ✓ 初期慢性腎臟病醫療給付改善方案
 - ✓ Pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫
- 實施未滿一年之新增計畫：
 - 慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫
 - 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：

➤ 101年及102年度費協會核定，於醫院總額預算項下編列，每年經費5千萬元。

□ 計畫目標及重點：

1. 強化偏遠地區醫療資源，藉額外經費投入，鼓勵地區級以上醫院至西醫基層診所未提供開業或巡迴服務之醫療資源缺乏地區提供醫療服務
2. 執行期間：101年1月1日～12月31日。



計畫目標與重點-2/2

□ 計畫目標及重點：

3. 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。
- ✓ 於「101年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足改善方案」公告鄉鎮中，迄101年3月底仍未有基層診所申請巡迴鄉鎮時，改列為本方案施行區域
- ✓ **101年公告35個鄉鎮。**

4. 執行目標：

- ✓ 總服務人次：101年度50,000人次
- ✓ 總服務時數：101年度5,000時數



101年執行情形及成效-1/3

□ 執行情形及成效評估：執行期間101年1月1日-12月31

預算數	預算執行數	預算執行率
5千萬元	46,071,980	92.14%
公告鄉鎮數	鄉鎮執行數	鄉鎮執行率
35個	33個	94.29%
目標值	目標執行數	目標執行率
總服務人次：50,000	37,550服務人次	75.10%
總服務時數：5,000	12,903服務時數	258.06%
滿意度	92.7%	



101年執行情形及成效-2/3

□ 執行情形及成效評估：執行期間101年1月1日-12月31

業務組別	執行鄉鎮數	執行醫院
台北	4	慈濟台北分院、新光、馬偕、基隆長庚、礦工、耕莘、北醫、仁濟醫院、雙和醫院、國泰
北區	3	署桃新屋分院、國軍桃園、台大新竹分院、為恭
中區	7	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
南區	7	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
高屏	9	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
東區	3	台東基督教、臺東榮民、署立臺東醫院
總計	33	43家地區級以上醫院

執行率：94.29%(執行鄉鎮/公告鄉鎮=33/35)

備註：二個未執行鄉鎮係北區新竹縣新埔鎮及北埔鄉



101年執行情形及成效-3/3

業務組別	巡迴科別數	巡迴診次	服務人次	巡迴報酬點數		滿意度 (註2) (%)
				論量	論次	
台北	6	575	4,233	1,579,847	3,657,300	92.1
北區	3	216	1,032	450,315	1,231,200	91.9
中區	8	1,236	12,810	6,590,923	7,701,300	93.6
南區	2	549	6,544	3,523,925	3,207,600	91.4
高屏	6	1,611	12,355	7,868,062	9,320,100	95.0
東區	3	114	576	294,008	647,400	89.0
整體總計	12個科別 ^(註1)	4,301	37,550	20,307,080	25,764,900	92.7

註1：包括一般科、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、胸腔內科等12個專科看診服務等。

註2：非常滿意+滿意。



檢討與改進-1/2

□ 檢討：

服務時數達成目標但總服務人次未達成，可能因素如下：

- 實施區域多為地理環境偏遠且居住人數偏少，不易提升服務人次，惟101年總服務人次目標達成率也從54.27%上升至75.10%，提昇20.83%個百分點。
- 因當地民眾不清楚本方案提供的時間、地點，宣傳不足之因素。



檢討與改進-2/2

□ 改進：

1. 101年多次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故102年刪除新竹縣新埔鎮、雲林縣土庫鎮及麥寮鄉等3個實施區域。
2. 102年方案加強增列各巡迴點執行成效評估：
 - (1)巡迴滿3個月，若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。
 - (2)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，以期更加提昇巡迴成效。



102年計畫修正重點

- 加強醫院提供服務之意願
 - 診察費按申報點數由加計「1成」改為「2成」支付。
- 鼓勵有意願之醫院參與-針對無醫院申請巡迴之鄉鎮，開放其他分區醫院提出申請。
- 提高民眾滿意度評量標準，採用五級分評分。



推動促進醫療體系整合計畫- 全民健康保險論人計酬試辦計畫





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～102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-1/5

□ 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

□ 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。



計畫重點-2/5

□ 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)。

□ 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



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



計畫重點-3/5

□ 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



計畫重點-4/5

□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-5/5

□ 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%

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

□ 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。

□ 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。

□ 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。



初步執行概況-1/3

□ 各團隊至102Q1門、住診醫療費用占率情形

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	41.86%	69.82%	58.14%	30.18%	70.71%	66.31%	29.29%	33.69%
忠誠型_B	40.99%	70.08%	59.01%	29.92%	63.87%	54.25%	36.13%	45.75%
忠誠型_C	51.48%	70.85%	48.52%	29.15%	63.24%	54.83%	36.76%	45.17%
社區型	38.58%	25.35%	61.42%	74.65%	0.00%	0.00%	100.00%	100.00%
區域型_A	22.32%	28.66%	77.68%	71.34%	19.60%	8.45%	80.40%	91.55%
區域型_B	30.04%	36.48%	69.96%	63.52%	46.88%	44.38%	53.12%	55.62%
區域型_C	4.83%	7.38%	95.17%	92.62%	11.83%	7.86%	88.17%	92.14%
	26.84%	48.35%	73.16%	51.65%	44.25%	39.89%	55.75%	60.11%

- 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。
- 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。
- 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。



初步執行概況-2/3

□ 各團隊至102Q1門、住診醫療費用較基期(99Q3-100Q2)成長情形

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	-21.08%	-13.53%	21.18%	44.90%	-1.01%	-1.55%	-7.25%	14.48%	51.06%	61.99%	6.60%	27.03%
忠誠型_B	-27.93%	-17.98%	31.59%	42.48%	-1.69%	-6.05%	-16.53%	-13.64%	69.94%	77.50%	3.77%	12.88%
忠誠型_C	-20.54%	-14.97%	18.28%	45.47%	-5.49%	-3.25%	-17.76%	-8.86%	39.69%	64.27%	-4.49%	14.08%
社區型	-31.94%	-25.63%	11.96%	26.96%	-10.35%	7.66%			4.94%	56.72%	4.94%	56.72%
區域型_A	0.86%	10.50%	-3.09%	-1.44%	-2.24%	1.71%	12.67%	87.42%	-4.23%	-2.11%	-1.29%	2.01%
區域型_B	-5.57%	6.96%	-1.44%	8.12%	-2.72%	7.69%	-8.94%	-1.87%	0.99%	-11.16%	-4.12%	-7.26%
區域型_C	-1.97%	1.01%	-2.10%	7.59%	-2.09%	7.07%	7.04%	10.35%	2.15%	1.22%	2.69%	1.89%
合計	-18.49%	-12.55%	4.19%	17.84%	-3.05%	0.89%	-9.90%	3.93%	13.91%	20.65%	2.21%	13.38%



初步執行概況-3/3

□102年第1季指定指標達成情形

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%
		糖尿病病人加入照護方案比率	7	6	86%
		糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)檢查執行率	7	5	71%
	臨床指標	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 鼓勵指標	子宮頸抹片檢查率	7	3	43%
		65歲以上老人流感注射率	7	4	57%
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	1	100%
		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	2	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%

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。



參與論人計酬試辦計畫餘绌推估

試辦模式	參與團隊	推估試辦一年半(至102年6月)財務餘绌	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	
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



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，本局將按月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

- 本局分別於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。



計畫修訂與檢討

- 蒐集學者專家及試辦團隊所提供之相關建議，由本局於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。
- 另配合監察院黃委員視各試辦團隊之相關建議，本局亦於102年6月召開專家諮詢第2次會議，與會專家建議應將「試辦團隊於過程面之努力，納入考量」。



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。
- 委託期間：101年7月～103年底。
- 受託單位：第一年由「臺灣永續全人醫療照護協會」承接
- 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。



本年計畫修訂重點

- 鑑於本計畫試辦約1年，試辦三年內，維持原計畫架構及8家優選試辦團隊，提供較穩定之緩衝期予試辦團隊，本局加強溝通輔導、模擬結算及蒐集資訊，並俟委託研究報告結果，邀集專家討論整體修訂之可行方案。
 - 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。



未來推動方向建議

□ 短期(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，再整體修訂計畫架構。

□ 中期(104年～106年)

- 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之保險對象之醫療利用自總額中分開。

□ 長期(107年～)

- 擴大辦理，與家醫計畫結合，推動院所水平、垂直整合體系醫院。



推動促進醫療體系整合計畫- 醫院以病人為中心整合照護計畫





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。



計畫簡介-1/3

□ 實施期間：101年4月~102年3月，計1年。

□ 整合式照護對象定義：

前一年(99年10月-100年9月)西醫門診就醫病人，該病人於院內或整合團隊內個別醫院門診就醫次數占其99年10月~100年9月總門診就醫次數大於50%以上（忠誠病人）為對象。

□ 特殊排除情況：

1. 門、住診急重症之病患(癌症、凝血因子異常、移植、精神疾病等)
2. 曾手術住院者或死亡
3. 近期(100年7~9月間)無該院就診紀錄者
4. 已參加其他整合計畫者(「家庭醫師整合性照護計畫」、「論人計酬試辦計畫」、「西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫」者)



計畫簡介-2/3

□ 照護對象分類：

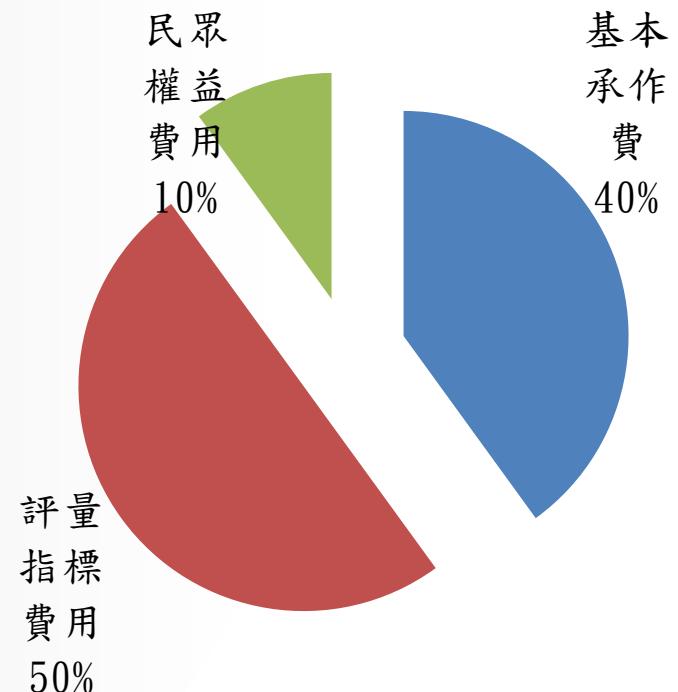
1. 將忠誠保險對象於全國就醫次數高低排序(遞減排序)切為十等分位，依順序擇定前四分位之病人，由醫院自由選定照護對象。
2. 醫院或整合團隊，得於前點名單之外，就該院內適當之就醫病患，自由選定照護對象，惟選定人數不得超過前點由名單內選定照護人數30%為限。
3. 100年已選定之照護對象且須持續照護者，自由選定照護對象。



計畫簡介-3/3

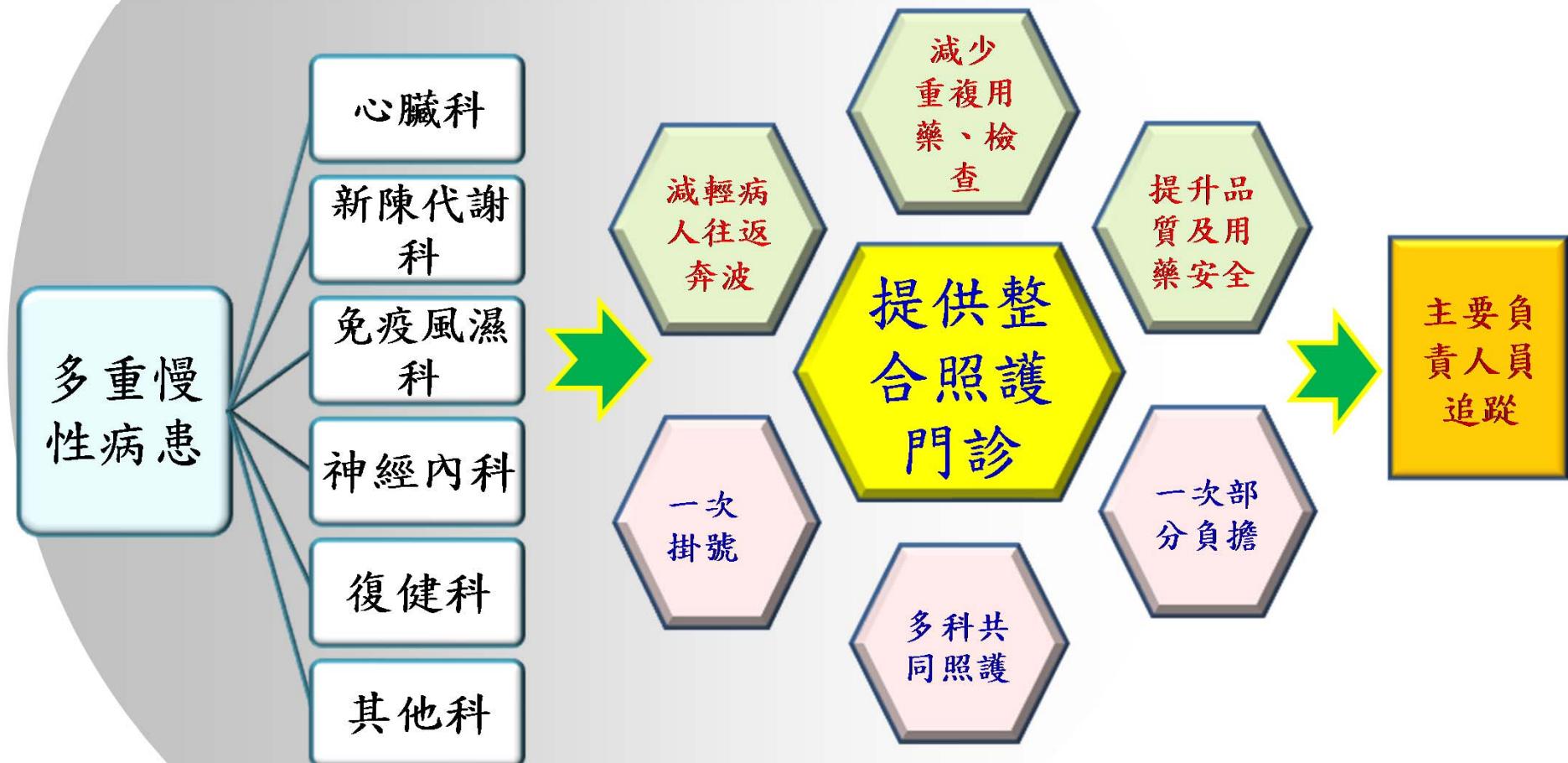
□ 獎勵誘因(全年照護費1000元)

1. **基本承作費(40%)**：101年新照護對象每人核付400元，繼續照護對象支付150元。
2. **成效評量(50%)**：每人計畫期間經費500元，依3項指標達成之比例分配。
 - 照護對象西醫門診平均每人每月醫療費用低於(或等於)基期：每人經費200元。
 - 照護對象西醫門診平均每人每月門診就醫次數低於(或等於)基期：每人經費150元。
 - 照護對象西醫門診平均每人每月藥品項目數低於(或等於)基期：每人經費150元。
3. **民眾就醫權益(10%)**：平均每月院內整體民眾申訴案件成案數低於(或等於)比較基期，或計畫期間申訴案件成案數低於3件，每人經費100元。





執行架構





創新多元之整合照護模式

□ 一般門診型態

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

□ 僅對部分科別整合

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

□ 僅對部分疾病別整合

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



參與情形

項目	醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計
參與家數	18	69	105	192
參與家數占率(%)	9%	36%	55%	100%
照護人數	170,645	184,186	93,760	448,591



納入成效個案特性-1/2

- 原收案人數排除急重症、死亡、院內失聯與性別年齡不詳者後，101年4至102年3月列入成效約佔77%。
- 以新舊照護對象來看，舊照護對象占79%，較新照護對象21%多。
- 以性別來看，男性占52%，多於女性48%。

項目	占率(%)
原收案人數	100%
急重症	12%
死亡	0%
院內失聯	14%
性別年齡不詳	0%
成效範圍人數	77%
新舊照護對象	
舊照護對象	79%
新照護對象	21%
依性別	
男性	52%
女性	48%



納入成效個案特性-2/2

- 依年齡來看，45~65歲占37%最多，65~80占32%次之，80歲以上占17%再次之。
- 以慢性病數來看，以1種慢性病占47%最多，2種慢性病占22%次之，3種慢性病以上占10%。

項目	占率(%)
成效範圍人數	100%
依年齡	
未滿15歲	5%
15~30歲	2%
30~45歲	7%
45~65歲	37%
65~80歲	32%
80歲以上	17%
依慢性病數	
無	20%
1種	47%
2種	22%
3種	7%
4種	2%
5種以上	1%



101年整體成效指標

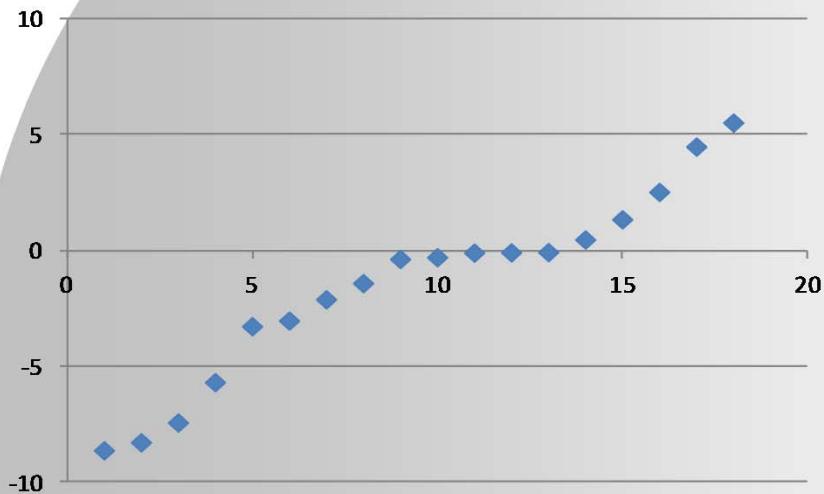
指標項目	於全國醫院及診所			照護醫院內		
	基期	計畫期間	成長率(%)	基期	計畫期間	成長率(%)
平均每人每月門診次數	1.891	1.830	-3.20%	1.174	1.048	-10.69%
平均每人每月門診醫療點數	4,677	4,821	3.09%	3,877	3,862	-0.38%
平均每人每月藥品項數	6.039	6.256	3.59%	5.448	5.525	1.42%

註：基期期間為99年4月-100年3月，計畫期間為101年4月-102年3月

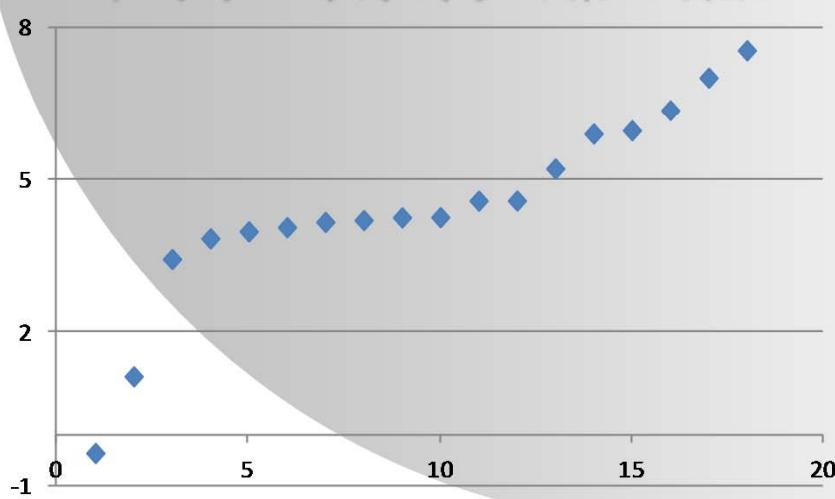


醫學中心評量指標結果散布圖

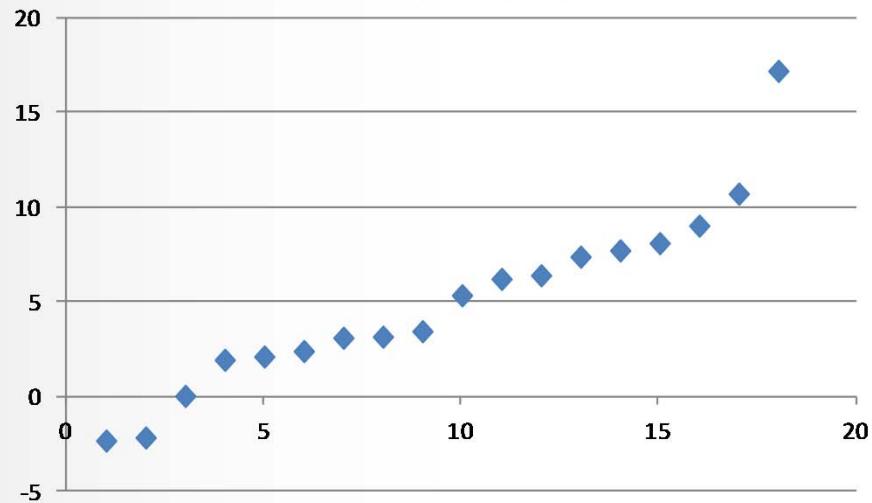
平均每人每月西醫門診就醫次數



平均每人每月門診用藥品項數



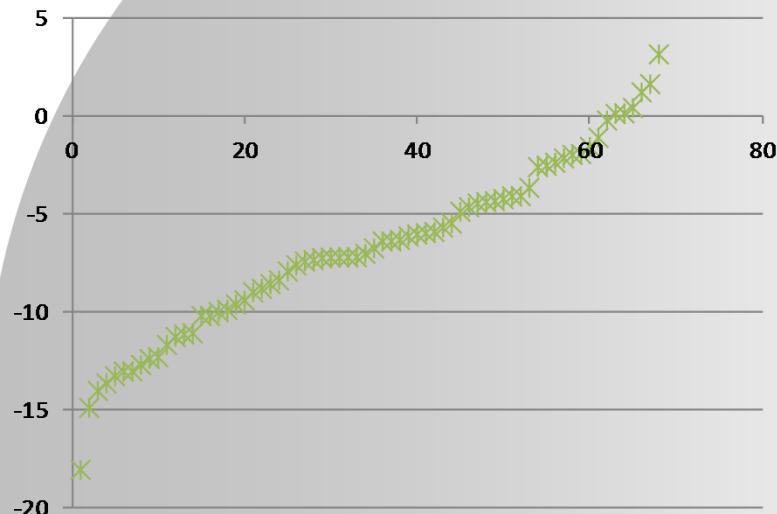
平均每人每月西醫門診醫療點數



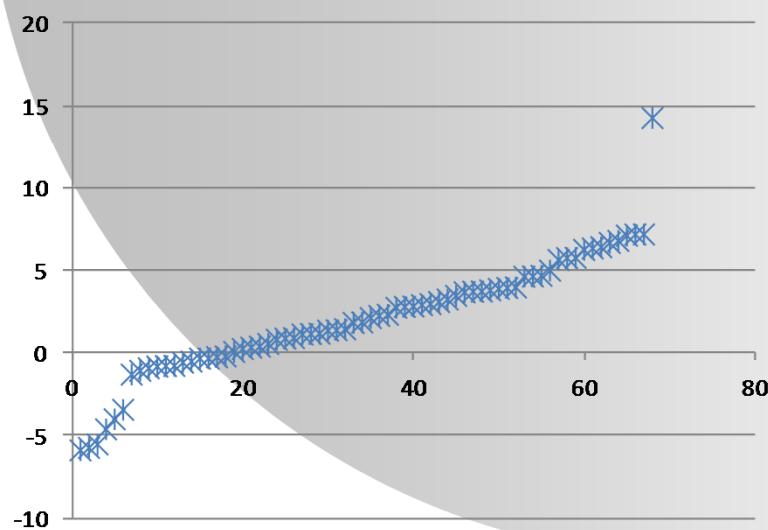


區域醫院評量指標結果散布圖

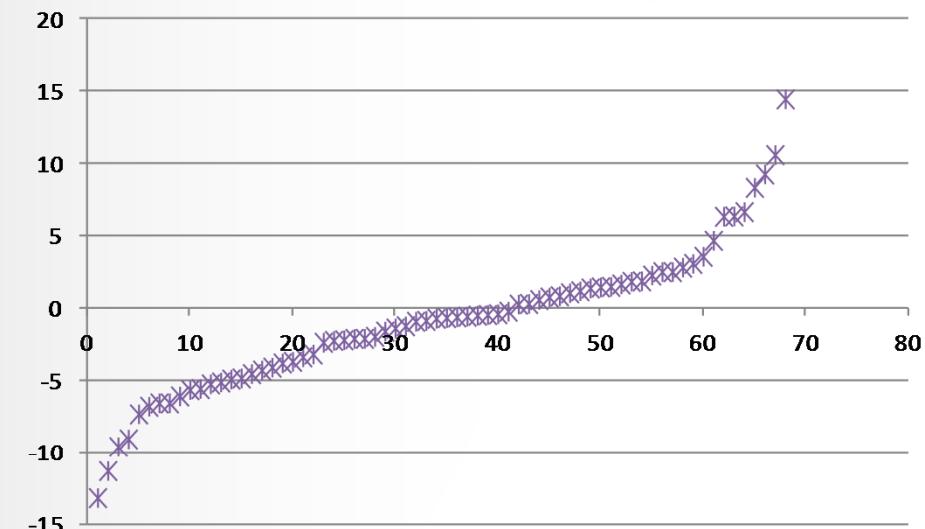
平均每人每月西醫門診就醫次數



平均每人每月門診用藥品項數

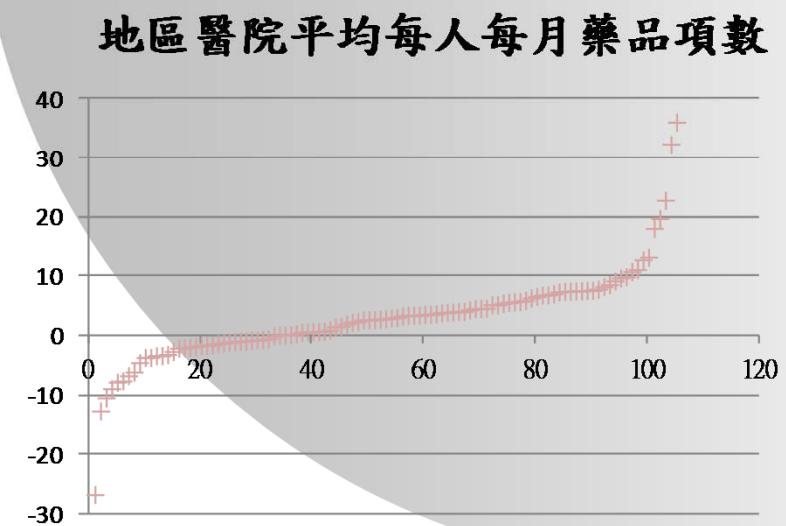
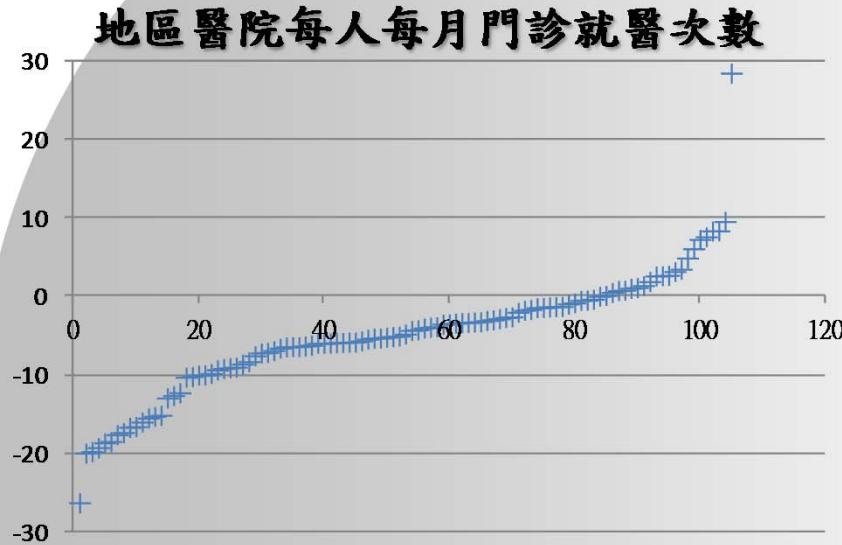


*成長率 平均每人每月西醫門診醫療點數

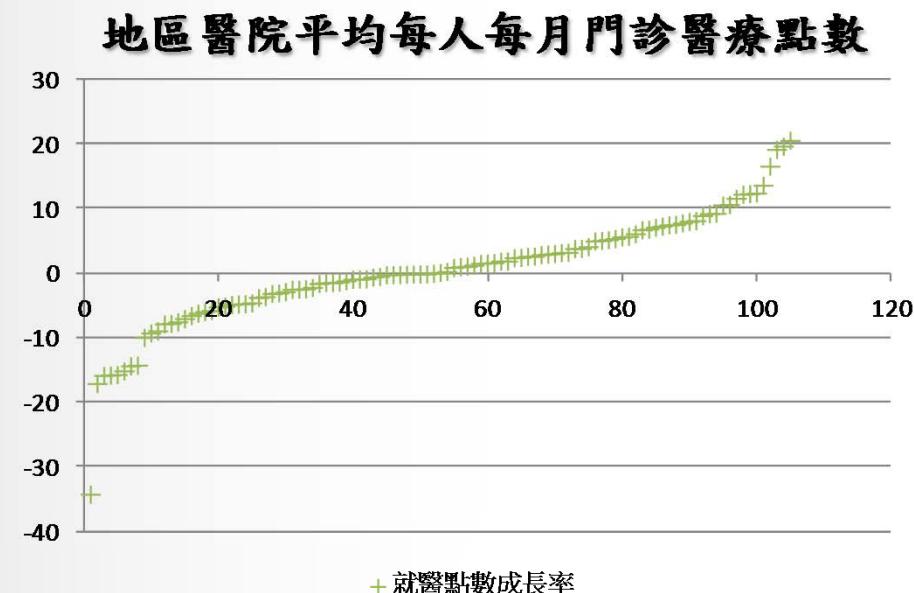




地區醫院評量指標結果散布圖



成長率

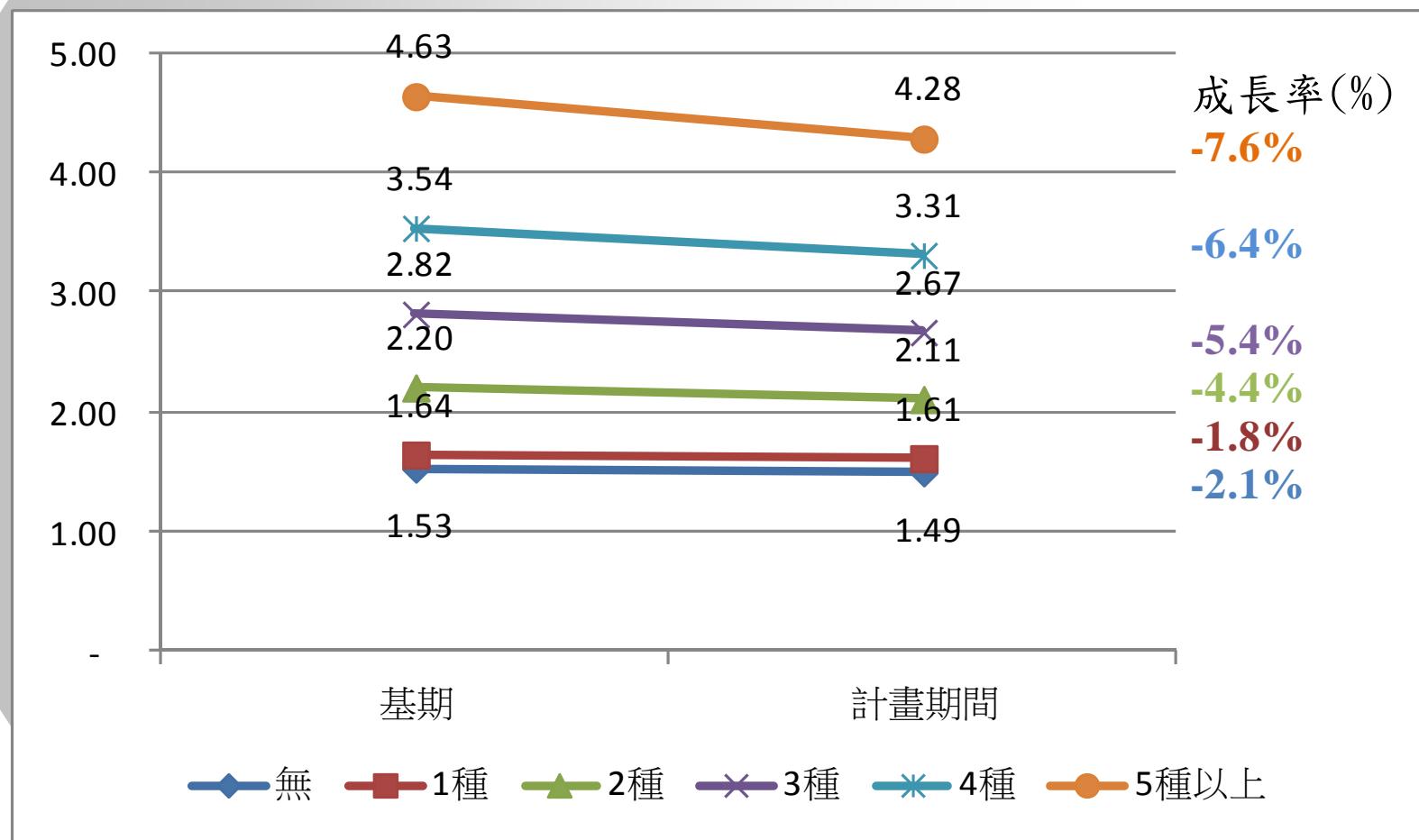


就醫點數成長率



101年成效指標_以慢性病數區分-1/3

□ 平均每人每月門診就醫次數

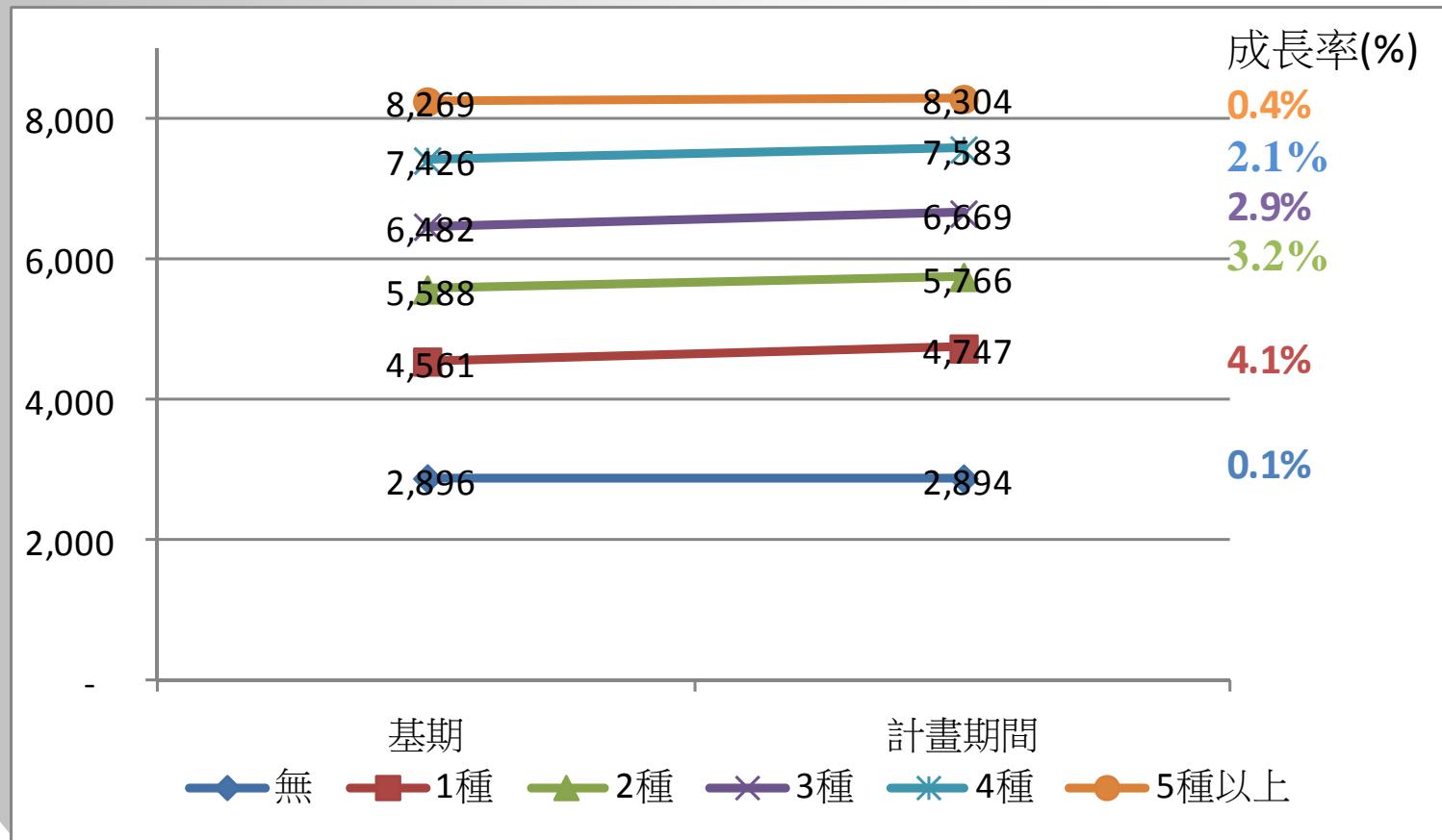


提供整合照護服務後，照護對象之全國門診就醫次數均有下降



101年成效指標_以慢性病數區分-2/3

□ 平均每人每月門診就醫點數

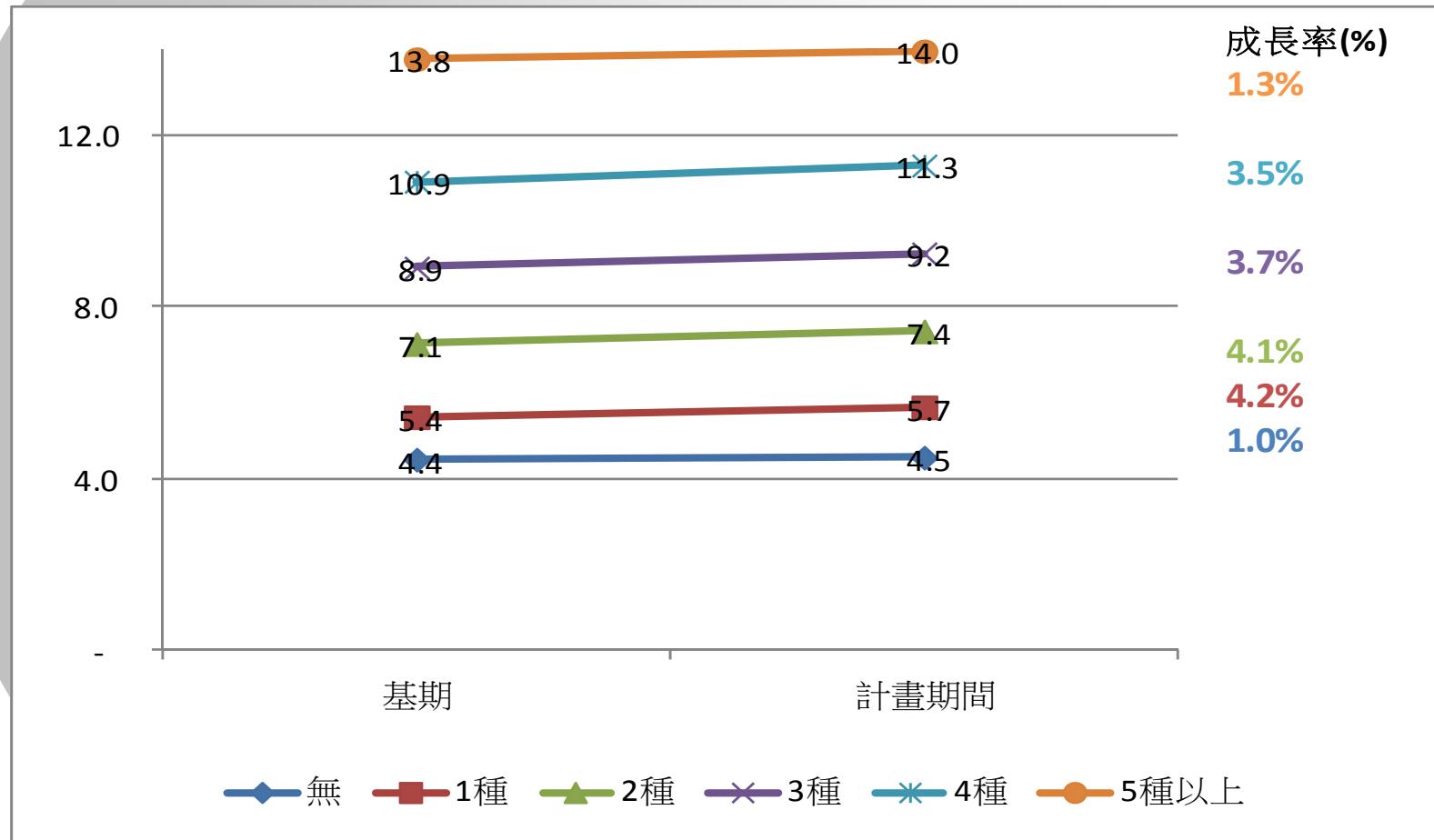


因指標範圍擴大至全國，照護對象之全國門診就醫點數下降幅度不明顯



101年成效指標_以慢性病數區分-3/3

□ 平均每人每月用藥品項數



因指標範圍擴大至全國，照護對象之全國用藥品項數成長率為正成長



101年4月~102年3月評量指標達成情形

指標		達成總 院所家數	達成總院所比例 (%)
指標1_平均每人每月醫療費用	醫院家數	99	52.1%
	核付金額 (百萬)	14.9	
指標2_平均每人每月門診就醫 次數指標	醫院家數	159	83.7%
	核付金額 (百萬)	25.0	
指標3_平均每人每月用藥品項 數指標	醫院家數	57	30.0%
	核付金額 (百萬)	8.7	
指標4_平均每人每月申訴成案 數指標	醫院家數	189	99.5%
	核付金額 (百萬)	41.9	
合計		190	100%

註：原參與192家，後因停約或團隊承作等，納入本計畫結算家數計有190家，皆全部或部
分達成指標。



101年預算執行情形

- 100年計畫展延至101年Q1，101年Q1評量與民眾權益指標支出48.1百萬。
- 101年計畫自4月至102年3月，基本承作費支出89.9百萬，評量與民眾權益指標支出90.5百萬

分區	101年Q1	101年Q2-102Q1(101年計畫)		101年合計 (百萬)
費用項目	評量與民眾權益指標費用(百萬)	基本承作費 (百萬)	評量與民眾權益指標費用(百萬)	
台北分區	18.9	36.8	32.1	87.9
北區分區	7.1	13.5	13.9	34.4
中區分區	7.8	15.7	20.1	43.5
南區分區	6.3	12.3	12.2	30.7
高屏分區	7.0	9.2	8.8	25.0
東區分區	1.1	2.3	3.4	6.9
合計	48.1	89.9	90.5	228.5



執行情形檢討

- 以一年就醫資料決定為其忠誠院所之收案對象，翌年不一定在該院就醫。
- 提供之照護對象若屬單科就醫，整合成效有限。
- 部分醫院僅利用資訊系統執行重複用藥、檢查之提醒或進行費用併報，應加強實質照護整合。
- 接受整合照護對象之醫療利用情形下降有限，建議增列其他醫療品質指標



102年計畫修訂重點-1/2

□ 照護對象範圍：

- 多重慢性忠誠病人：門診就醫病人，連續2年於個別醫院門診就醫次數占總門診次數50%以上，且有2種以上慢性病，需2科(含)以上科別照護者。
- 多重慢性病人：前一年已屬醫院以病人為中心整合計畫之收案對象，有2種以上慢性病，需2科(含)以上科別照護者。

□ 填報整合運作方式：

- 試辦醫院提供照護對象整合照護服務時，需填報主要運作模式



102年計畫修訂重點-2/2

□ 支付項目之修訂

- 新增執行評核費用：試辦醫院先行自評後由分區業務組進行複評，每人全年經費260元。
- 成效評量
 - ✓ 成效計算之範圍：考量試辦已達3年，維持101年度由院內擴大包含院外。
 - ✓ 成效評量指標：原3項擴大為7項指標，並一併調整其經費額度。
 1. 收案對象平均每人每月醫療費用、藥品項數指標：每人全年經費160元。
 2. 收案對象平均每人每月門診就醫次數指標，每人全年經費為280元。
 3. 新增收案對象全局降血壓、降血糖、降血脂藥物不同處方用藥日數重複率指標，每人全年經費160元。
 4. 新增照護對象全國住院率指標，每人全年經費160元。



102年醫院參與整合照護計畫情形

分區別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全局
參與家數	33	40	39	29	31	7	179
照護對象人數	134,057	50,018	54,164	42,647	35,273	7,619	323,778

註1. 參與家數自健保局HMA資訊檔擷取

註2. 因參與院所需提供整合照護後該照護對象方能計入成效評量，故照護對象人數為最大收案人數。



未來展望

- 考量整合照護對有整合需求且罹有多重慢性病病人確有效益，102年計畫除聚焦上述病人照護外，另提高每人每年照護經費，提供財務誘因。
- 醫院藉由創新整合照護模式，強化以病人為中心之照護理念，提升健保醫療價值。
- 將持續監控試辦醫院指標達成情形，收集各界建議作為未來修訂檢討之參考。





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6.7億元，102年6.7億元。
- 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。



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)
- 101年符合資格醫院計79家，102年符合資格計101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

□ 浮動點值保障一點一元：

- 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。



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」第三十八條至四十條所列違規情事，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。



評估指標

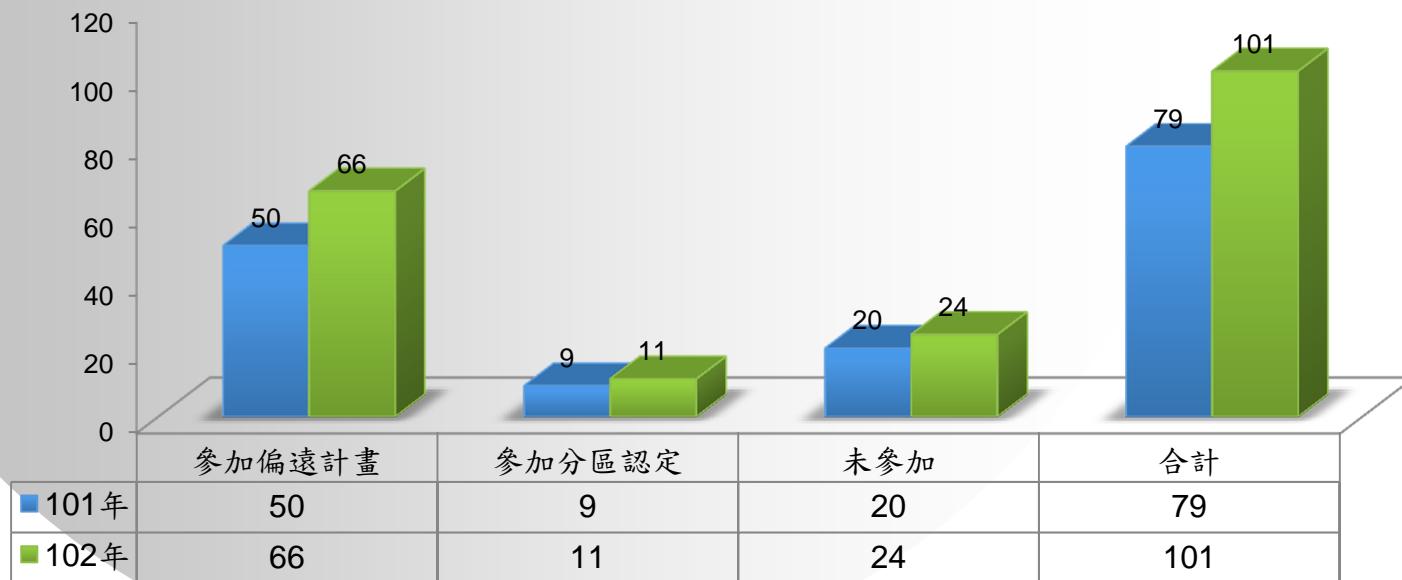
- 醫院增設24小時急診之家數。
- 醫院增設內科、外科、婦產科、小兒科之家數。
- 醫院提升預防保健服務量。
- 民眾滿意度提升
 - ✓ 民眾對急診、內科、外科、婦產科、小兒科之滿意度
 - ✓ 民眾對檢驗、檢查報告主動通知之滿意度
 - ✓ 醫院內整體民眾申訴案件成案數，低於前一年



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，11家(11%)參與分區偏遠認定，24家(24%)未參加。

單位：家數

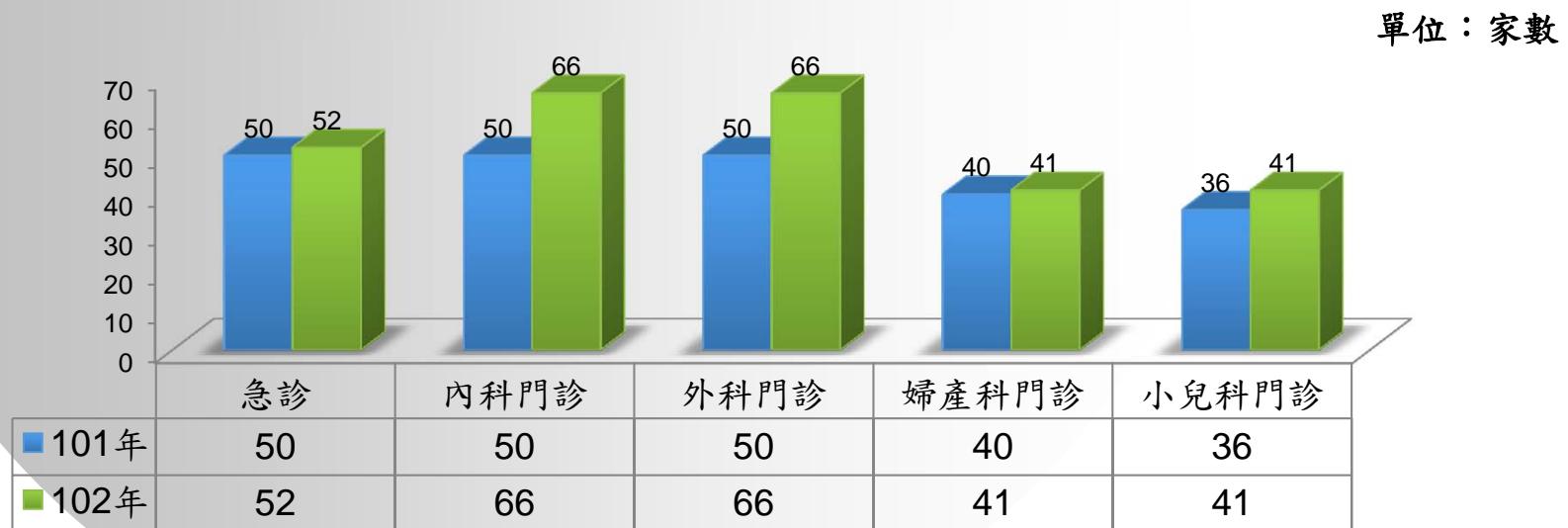




提供服務情形-1/3

□ 各參與醫院提供之科別服務

- 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家提供婦產科門診服務、41家提供小兒科門診服務。





提供服務情形-2/3

- 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。

單位：家數



註：102年醫院新增服務家數，亦包含101年醫院新增服務家數。



提供服務情形-3/3

□取101年與102年皆有參加之49家醫院進行分析，結果顯示在就醫人數、件數與點數，皆為正成長的趨勢。

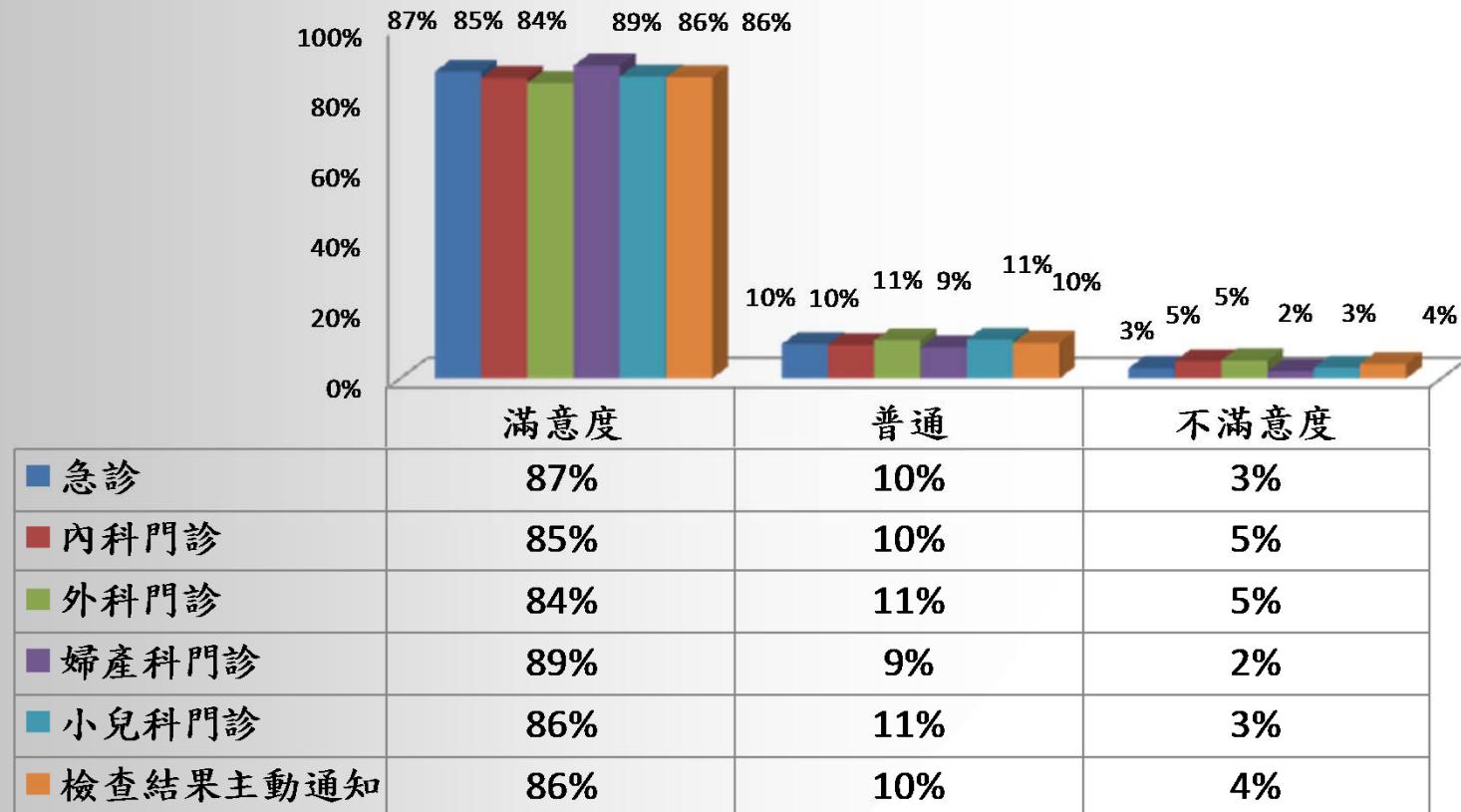
年度	門診		住診	
	101年	101年成長率	101年	101年成長率
就醫人數(千)	1,152	3%	121	3%
件數(千)	10,886	9%	326	5%
點數(百萬點)	13,743	8%	13,418	4%

註：只取101年與102年皆有參與之49家醫院進行分析。



101年滿意度調查結果

□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。



註：問卷回收2,462份。

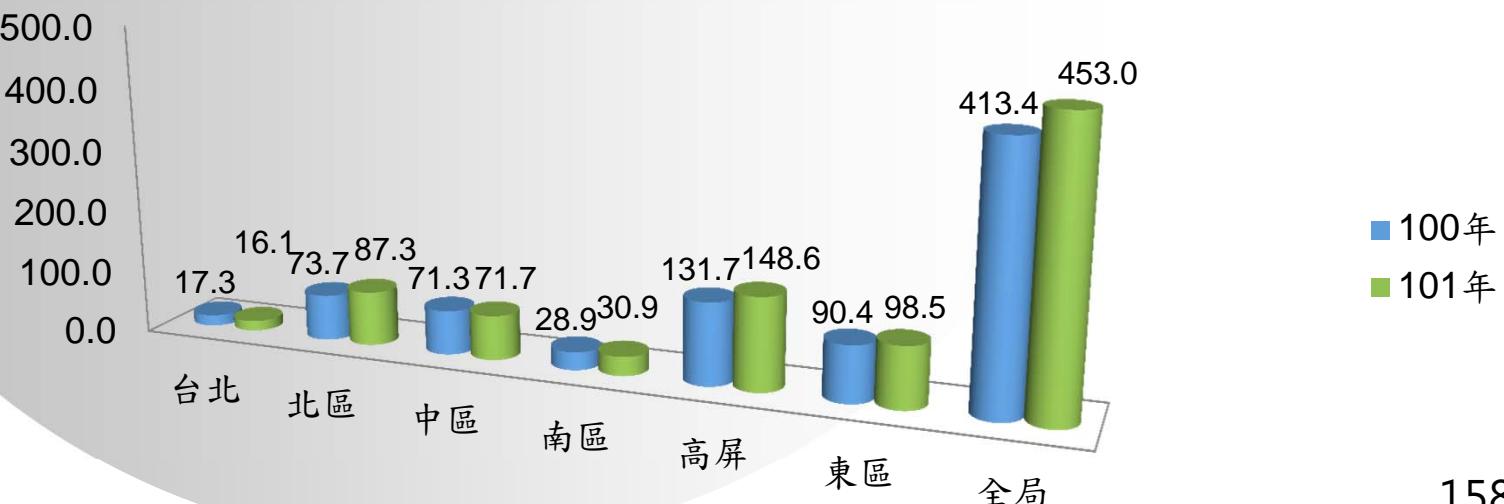


申訴案件&預防保健服務量

□ 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，100年為41.3萬件，101年增為45.3萬件，成長率10%，顯示參與醫院，確實有加強提供預防保健服務。
- 整體醫院申訴成案數，100年8件，101年減為6件。

單位：千件





101年預算支出情形

- 101年全年預算支出約2.7億元。因101年6月才開始執行，故預算執行率(54%)偏低，102年計畫自102年1月執行，預估102年預算執行率可提高。



102年實地訪查計畫

- 為瞭解參與本計畫之醫院實地執行情形，使參與醫院能確實服務離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療服務，102年3月中至4月底，由各分區業務組至參與醫院進行實地訪查。
- 訪查重點：
 - 24小時急診(急診設施須符合醫療機構設置標準、於醫院門口提供24小時急診之就醫訊息)。
 - 內、外、婦產及小兒科之實際提供醫療服務情形。
 - 對於檢查檢驗項目結果，建立主動通知病患之機制。
 - 加強預防保健服務情形。
- 訪查結果：共計訪查66家參與醫院，其中63家皆符合相關規定，另有3家部分符合(未建立主動通知病患檢查檢驗結果之機制、每周門診開診數未達3診次等)，本局各分區業務組已給予輔導，協助改善。



結語

- 102年參與本計畫之醫院為66家，較101年50家增加16家，確有保障偏遠地區醫院，使其能繼續於偏遠或其鄰近地區永續經營。
- 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。



慢性腎臟病照護及病人衛教計畫- 初期慢性腎臟病醫療給付改善方案





計畫目的

本方案自100年1月1日起開始實施，其目的如下：

- 減少透析發生率：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：需接受本局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
- $eGFR \geq 90 \text{ ml/min}/1.73 \text{ m}^2 + U_{PCR} \geq 150 \text{ mg/gm}$ (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
- $eGFR 60\sim89.9 \text{ ml/min}/1.73 \text{ m}^2 + U_{PCR} \geq 150 \text{ mg/gm}$
(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
- $eGFR 45\sim59.9 \text{ ml/min}/1.73 \text{ m}^2$ 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			101		
	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	66,067	66,584	13.3	78,362	78,659	15.7
P4302C追蹤管理照護費	24,579	25,773	5.2	76,381	103,151	20.6
P4303C轉診獎勵費	297	299	0.1	833	835	0.2
合計	67,093	92,656	18.5	122,832	182,645	36.5

註：本統計為歸戶病人數與累計收案數統計不同。



各層級累計收案數分析

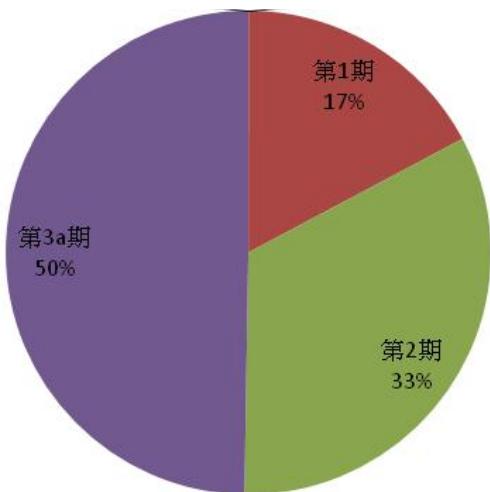
層級	101年累計收案統計				102年第1季累計收案數(D)	收案人數成長率(D-A)/(A)
	申報家數	累計收案數(A)	符合慢性腎臟病人數(B)	收案率(C=A/B)		
醫學中心	19	22,394	138,554	16%	27,491	23%
區域醫院	70	30,257	176,217	17%	34,401	14%
地區醫院	125	20,905	81,602	26%	23,484	13%
基層診所	546	72,840	103,398	70%	78,994	9%
合計	760	146,161	469,606	31%	164,370	12%

註：1.符合慢性腎臟病人數：依據國際定義之慢性腎臟病診斷碼(代碼為：016.0、095.4、189.0、189.9、223.0、236.91、250.4、271.4、274.1、283.11、403.x1、404.x2、404.x3、440.1、442.1、447.3、572.4、580-588、591、642.1、646.2、753.12-753.17、753.19、753.2、794.4及排除洗腎者)以100年健保申報資料統計結果。
2.本統計為利用VPN登錄資料，計算從100年實施本計畫方案之累積收案數。



依腎臟病分期及伴隨疾病累計收案數

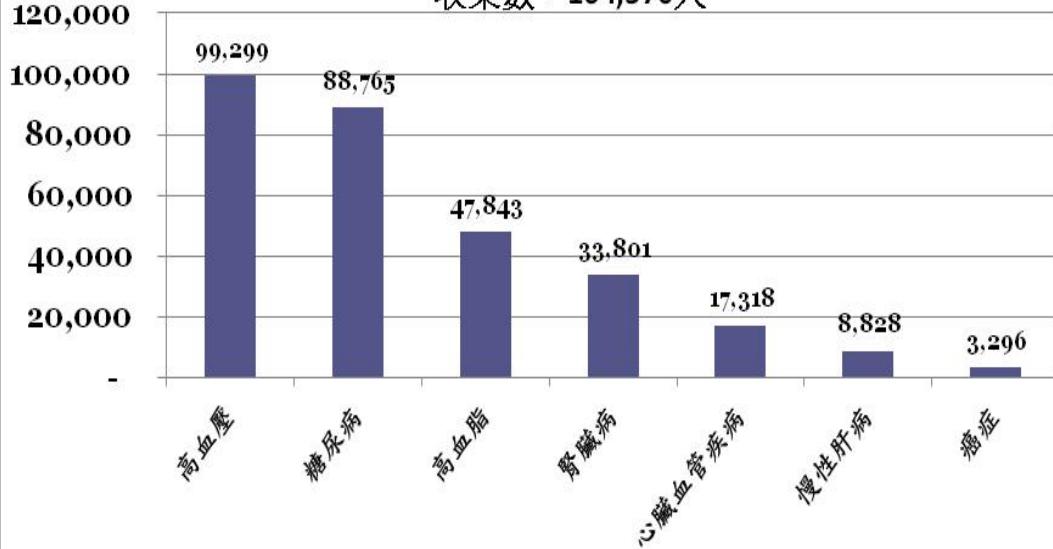
慢性腎臟病分期



單位:人數

伴隨疾病

收案數：164,370人



註:本統計為100年至102年第1季累計收案數



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	$\geq 140/90\text{mmhg}$	22,462	13.70%	5,100	22.70%
糖尿病患 HBA1C控制	$\geq 7.0\%$	60,133	36.60%	7,186	12.00%
低密度脂蛋白 LDL控制	$\geq 130\text{ mg/dl}$	43,224	26.30%	12,674	29.30%
戒菸	抽菸	23,376	14.20%	2,922	12.50%

註：資料來源VPN登錄資料，100年至102年第1季資料評估。



101年各層級別獎勵情形

層級別	醫師數	受獎勵個案數	獎勵金
醫學中心	35	144	57,600
區域醫院	43	283	113,200
地區醫院	54	465	186,000
基層診所	154	1,958	783,200
合計	286	2,850	1,140,000

註：本統計依全民康保險初期慢性腎臟病醫療給付 改善方案獎勵措施定義如下：

(一) 獎勵指標達成情形：病人當年度連續2次追蹤資料皆需達成。

1. CKD分期較新收案時改善（如stage 2→stage

1）；或

2. eGFR較新收案時改善($eGFR >$ 新收案時)，且下列良好指標至少需有2項指標由異常改善為正常。

(1) 血壓控制：由新收案 $\geq 140/90$ mmHg改善為 $< 130/80$ mmHg。

(2) 糖尿病病患HbA1c控制：由新收案 $\geq 7.0\%$ 改善為 $< 7.0\%$ 。

(3) 低密度脂蛋白(LDL)：由新收案 ≥ 130 mg/dl改善為 < 130 mg/dl。

(4) 戒菸(持續六個月以上無抽菸行為)：由新收案抽菸改善為戒菸。

(二) 符合門檻指標醫師，所照護病人符合上述1或2達成情形，每個個案數給予400點獎勵。



結語

- 本方案101年新收案7.8萬人，較100年新收案6.6萬人，成長18%。
- 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：22.7%
 - ✓ 糖尿病患HbA1c控制：12.0%
 - ✓ 低密度脂蛋白(LDL)控制：29.3%
 - ✓ 戒菸：12.5%
- 持續推廣本方案，並透過獎勵機制，提升加強病患品質指標改善率。
- 經依本方案品質獎勵標準評比，可獲獎勵醫師數共286人(獎勵個案數2,850人)，核發獎勵總金額共114萬點。



慢性腎臟病照護及病人衛教計畫- 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：

- 預算來源：101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，「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」與「全民健康保險Pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫」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
Urine> 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(upcr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



參加院所家數

年度	醫院	基層	合計
95年(11~12月)	44家	19家	63家
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1-3月	150家	36家	186家



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	
95年11~12月	721人	28人	749人	—
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1-3月	4,631人	121人	4,752人	542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。



結案狀況

結案原因 /年度	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102Q1
進入長期透析	189	1,077	1,575	1,989	2,074	2,729	694
於國內進行腎臟移植	3	19	21	22	17	12	1
死亡	43	189	263	441	590	219	15
長期失聯(≥ 180 天)	20	279	166	189	272	153	2
拒絕再接受治療	2	85	72	91	115	32	3
蛋白尿緩解	—	—	1	4	10	5	2
合計	257	1,649	2,098	2,736	3,078	3,150	717

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	96年	97年	98年	99年	100年	101年
院所申報結案 進入長期透析 者(A)	189人	1,077人	1,575人	1,989人	2,027人	2,729人
當年透析新發 生人數(B)	8,995人	9,387人	9,561人	10,176人	10,017人	10,382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)	2.10%	11.47%	16.47%	19.55%	20.24%	26.29%

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)。



95-102年第1季預算執行率

年度	95年 11月- 12月	96年	97年	98年	99年	100年 (註3)	101年 (註4)	102Q1 (註5)
預算數	52.0	49.9	59.9	44.1	48.4	404	404	404
實際執行點數	2.0	8.5	40.9	66.6	87.7	127.0	182.7	46.8
執行率	3.91%	17.02%	68.22%	150.98%	181.03%	31.43%	45.21%	12%

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)102Q1CKD預算執行數1,106萬點。

(2)102Q1Pre-ESRD計畫預算執行數3,571萬點。



歷年符合獎勵人次與成長率

診療項目別	97年	98年		99年		100年		101年		102Q1
	人次	人次	成長率	人次	成長率	人次	成長率	人次	成長率	人次
病患照護獎勵費 (P3406C)	978	2,685	174.5%	5,461	103.4%	5,888	7.8%	8,812	49.7%	2,363
病患照護獎勵費 (P3407C)	959	1,638	70.8%	2,268	38.5%	2,229	-1.7%	3,038	36.3%	711
病患照護獎勵費 (P3408C)	—	3	—	35	1066.7%	36	2.86%	67	86.11%	12
持續照護獎勵費 (P3409C)	—	—	—	—	—	—	—	7,587	—	1,284
合計	1,937	4,326	123%	7,764	79%	8,153	5%	19,504	46%(註)	4,370

註：101年成長率計算不含持續照護獎勵費 (P3409C) 人次。



96-101透析發生率及盛行率統計

單位：人、%

年度	年底人口數	當年透析 新發生人數	每百萬人 發生率	當年洗腎 人數	每百萬人 盛行率	境內 腎移植 人數	腹膜透析 人數	腹膜透析率 (%)
	(A)	(B)	$=(B)/(A)*10^6$	(C)	$=(C)/(A)*10^6$	(D)	(E)	$=(E)/(C)*100\%$
96	22,958,360	8,995	392	57,777	2,516.6	240	5,175	8.96
97	23,037,031	9,387	407	61,252	2,658.8	298	5,840	9.53
98	23,119,772	9,561	414	64,363	2,783.9	313	6,434	10.00
99	23,162,123	10,176	439	68,054	2,938.2	287	6,890	10.12
100	23,224,912	10,017	431	70,952	3,055.00	325	7,215	10.17
101	23,315,822	10,382	445	73,735	3,162.44	287	7,376	10.00

註：

- 有關透析病患認定僅一人一次，例如透析病患中途換腎後(停止透析)，再回來透析時則該病患將不再認定為新發生個案。
- 盛行率(當年透析人數)係指曾連續3個月透析且當年仍持續透析之人數。
- 境內腎移植人數(D)：該年曾申報76020A、76020B等醫令代碼者。
- 腹膜透析人數(E)：年底透析者曾於該年擁有腹膜透析之門診就醫紀錄。



結語

- ❖ 參與院所數逐年增加，由96年的142家增加到101年的210家。
- ❖ 新收案人數逐年增加，由96年的10,062人增加到101年的22,348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101年已增至26.29%。
- ❖ 101年符合照護個案之獎勵條件人數為19,504人，較98、99年有明顯增加趨勢。



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，送費協會(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。



計畫修訂重點

- 參考國際治療準則將Hct、Kt/V品質指標更改為Hb、URR。
- 102年起為提升獎勵效益，品質指標配分由全年105分，修改為100分。並將獎勵門檻由60分提高為超過70分方予核發。
- 分配獎勵金之公式，將原98年方案按各血液透析院所申報「血液透析次數」占率改為「申報點數」占率；各腹膜透析院所「申報腹膜透析病人透析月數」占率改為「申報點數」占率，以提高分配公平性。



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(103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100年執行情形供參：
 - 實際核發獎勵金額-血液透析41,473,411元；腹膜透析3,526,581元。
 - 100年全年符合指標之院所，血液透析共544家(96.63%)，較99年血液透析533家(97.09%)增加11家；100全年腹膜透析共108家(95.58%)，較99年腹膜透析107家(98.17%)增加1家。
 - 不予核發院所：血液透析分數低於60分者有19家、腹膜透析分數低於60分者有5家。



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





計畫目標與重點

□ 依據：

- ✓ 全民健康保險法第40條第2項暨全民健康保險對象收容於矯正機關者就醫管理辦法。

□ 目的：

- ✓ 鼓勵本保險特約醫療院所至矯正機關提供保險醫療服務，提升收容對象之醫療服務可近性及醫療品質。
- ✓ 兼顧矯正機關管理需求，落實轉診制度實施。
- ✓ 健全矯正機關醫療照護網絡。

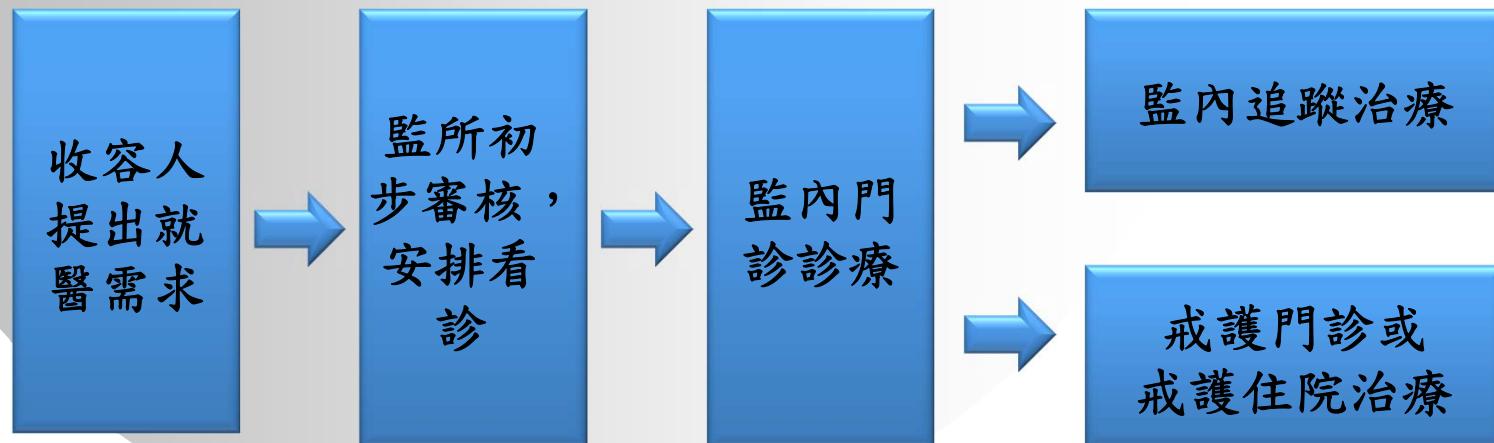
□ 102年經費：

- ✓ **醫療費用**：各部門專款項目共計13.24億元(醫院9.04億、西醫基層2.62億、中醫0.57億、牙醫1.01億)。
- ✓ **獎勵費用**：其他預算項下編列0.8億元。



醫療服務提供方式

- 由矯正機關設置之健保特約醫療院所，提供醫療服務。如：臺中監獄附設培德醫院。
- 由經本局同意之健保特約醫療院所，至矯正機關內提供門診醫療服務。大多數矯正機關屬之。
- 收容人就醫程序：優先於矯正機關內門診就醫，如有轉診之必要者，再以戒護外醫方式辦理。





醫療服務提供策略

- 本計畫每期3年，第1期執行期間102年1月1日至104年12月31日。
- 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所矯正機關，約有6萬4千餘收容人。
- 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。
- 各群組矯正機關之承作醫療團隊經公開評選產生
- **獎勵誘因**：門診診察費加1成、偏遠地區額外支付論次費用。



執行情形

- 計有90家特約醫療院所參與矯正機關醫療服務。
 - ✓ 醫院58家(64.4%)
 - ✓ 西醫診所15家(16.7%)
 - ✓ 牙醫診所17家(18.9%)
- 每月提供矯正機關內門診近2,100診(含牙科330餘診)。
- 門診就醫前五大科別依序為家醫科、內科、精神科、皮膚科及牙科；住診就醫前五大科別依序為心臟血管內科、外科、家醫科、消化內科及內科



102年第1季門、住診利用情形

業務組別	收容人數	門診人次	門診醫療費用(千元)	住診人次	住診醫療費用(千元)	總人次	總醫療費用(千元)
臺北	7,953	19,254	14,210	94	4,099	9,348	18,308
北區	11,077	30,665	22,757	191	7,915	30,856	30,672
中區	12,999	32,617	32,437	326	11,215	32,943	43,652
南區	12,665	30,750	20,577	184	6,825	30,934	27,402
高屏	12,782	29,743	20,402	150	6,099	29,893	26,501
東區	6,946	13,694	10,008	60	2,448	13,754	12,456
全局	64,421	156,723	120,390	1,005	38,601	157,728	158,991

- 收容人於各分區之分布不同於一般保險對象。
- 1月至3月總醫療費用依序為49.9百萬元、48.0百萬元、61.1百萬元。
- 平均每月就醫人次約55,000餘人次(住診300餘人次)。【2月適逢春節利用較低】



102年第1季監內門診利用情形

業務組別	收容人數	監內(西醫)門診		監內(牙醫)門診		監內透析	
		人次	醫療費用 (千元)	人次	醫療費用 (千元)	人次	醫療費用 (千元)
臺北	7,953	17,391	10,675	1,150	2,020	-	-
北區	11,077	27,547	17,126	2,154	2,880	-	-
中區	12,999	29,805	19,437	2,375	2,925	203	9,390
南區	12,665	28,374	16,479	1,481	1,804	-	-
高屏	12,782	26,546	15,687	2,117	2,466	-	-
東區	6,946	12,141	7,695	1,072	1,319	-	-
全局	64,421	141,804	87,101	10,349	13,415	203	9,390



102年第1季醫療利用情形

業務組別	平均每 人門診 次數	平均每 人住診 次數	平均每 件門診 費用	平均每 件牙醫 門診費 用	平均每 件西醫 門診費 用	平均每 件透析 門診費 用	平均每 件住診 費用	監內 人次	戒護 人次	監內 占率
臺北	2.42	0.012	738	1,747	672	3,912	43,602	18,541	713	96.3%
北區	2.77	0.017	742	1,342	692	27,242	41,440	29,701	964	96.9%
中區	2.51	0.025	994	1,244	669	46,257	34,403	32,383	234	99.3%
南區	2.43	0.015	669	1,232	637	22,168	37,092	29,855	895	97.1%
高屏	2.33	0.012	686	1,180	644	21,516	40,659	28,663	1,080	96.4%
東區	1.97	0.009	731	1,241	687	-	40,805	13,213	481	96.5%
全局	2.43	0.016	768	1,304	664	44,665	38,409	152,356	4,367	97.2%

- 平均每人門診次數2.43次，平均每入住診次數0.016次，均較101年全國平均值(門診約3.78次、住診約0.034次)低。
- 平均每件門診費用768元(西醫664元、牙醫1,304元)，較101年全國平均值969元低。



102年第1季門診用藥情形

業務組別	監內(西醫)門診		戒護(西醫)門診		合計(西醫)門診	
	平均用藥天數	藥費占率	平均用藥天數	藥費占率	平均用藥天數	藥費占率
臺北	11.6	41.8%	9.4	28.4%	11.5	40.1%
北區	11.9	39.7%	8.5	18.6%	11.8	37.0%
中區	13.4	45.6%	6.8	10.5%	13.4	44.5%
南區	13.2	39.5%	9.8	13.7%	13.1	36.5%
高屏	11.8	36.5%	8.6	13.6%	11.7	33.9%
東區	13.8	42.6%	10.0	24.6%	13.7	40.6%
全局	12.6	40.9%	9.0	18.1%	12.5	38.6%

➤西醫門診案件平均每件給藥天數12.5天，藥費占率38.6%，較101年基層診所平均每件給藥天數6.5天高。



102年第1季住診利用情形

業務組別	平均每件 住診費用	平均 住院天數
臺北	43,602	7.4
北區	41,440	6.0
中區	34,403	9.2
南區	37,092	5.8
高屏	40,659	6.7
東區	40,805	9.8
全局	38,409	7.5

➤平均每件住診費用38,409元、平均每件住院天數7.5天，均較101年全國平均值52,028元及10.18天低。



未來努力方向

- 實施初期因軟、硬體設施尚在磨合等因素，102年1月及2月之醫療利用明顯較3月低，將持續監控以確保醫療服務提供之適當性。
- 因西醫及牙醫之醫療服務作業已趨成熟，將逐步於矯正機關內提供中醫門診服務，使收容對象之醫療照護更臻完善。
 - 102年6月21日公告訂定本計畫之中醫門診試辦方案，於桃園監獄等3所矯正機關試辦。
- 將視執行情形，邀集矯正主管機關、醫界代表及衛生署相關單位進行討論，並對醫療服務計畫作階段性修正。



收容人醫療服務計畫承作團隊-1/2

群組	矯正機關別	承作醫療團隊
1	宜蘭監獄	羅東聖母醫院
2	基隆監獄、基隆看守所	署立基隆醫院
3	金門監獄	署立金門醫院
4	臺北看守所、臺北女子看守所、臺北少年觀護所	署立台北醫院等3家院所
5	新店戒治所	耕莘醫院等2家院所
6	臺北監獄(含桃園分監)	國軍桃園總醫院等2家院所
7	桃園監獄、桃園女子監獄、桃園少年輔育院	署立桃園醫院等5家院所
8	國防部北部軍事看守所	戒護外醫
9	新竹監獄、誠正中學、新竹看守所	臺大新竹分院等13家院所
10	苗栗看守所	大千綜合醫院
11	臺中監獄	培德醫院
12	臺中女子監獄、臺中看守所、臺中戒治所	中國醫大附設醫院等10家院所
13	南投看守所	竹山秀傳醫院等8家院所
14	彰化少年輔育院、彰化監獄、彰化看守所	彰化基督教醫院等11家院所
15	雲林監獄	臺大雲林分院
16	雲林第二監獄	成大斗六分院
17	嘉義監獄、嘉義看守所	臺中榮總嘉義分院
18	臺南監獄(不含明德戒治分監)	台南市立醫院



收容人醫療服務計畫承作團隊-2/2

群組	矯正機關別	承作醫療團隊
19	國防部臺南監獄	國軍高雄總醫院等6家院所
20	臺南看守所、臺南少年觀護所、明德外役監獄、臺南監獄明德戒治分監	奇美醫院等5家院所
21	高雄監獄	國軍高雄總醫院等6家院所
22	高雄女子監獄	國軍高雄總醫院等6家院所
23	高雄第二監獄、明陽中學、高雄戒治所	國軍高雄總醫院等6家院所
24	國防部南部軍事看守所	戒護外醫
25	屏東監獄、屏東看守所	屏東基督教醫院等7家院所
26	澎湖監獄	三軍總醫院澎湖分院
27	花蓮監獄	慈濟醫院
28	自強外役監獄	鳳林榮民醫院
29	花蓮看守所	署立花蓮醫院
30	臺東戒治所	慈濟關山分院
31	臺東監獄	署立臺東醫院
32	岩灣技能訓練所	臺東榮民醫院等2家院所
33	東成技能訓練所	台東基督教醫院等2家院所
34	綠島監獄	署立臺東醫院等2家院所
35	泰源技能訓練所	馬偕台東分院等2家院所



行政院衛生福利部
中央健康保險署



謝謝聆聽

敬請指教