

105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：陳相國執行長

報告日期：106年7月20日

結語

1/2

這20年來，在西醫基層一萬多位醫師的努力之下，我們的照護品質**得到了世界頂尖醫學雜誌的肯定**，無論在上呼吸道感染、胃腸道疾病或孕產婦不適症，配合疾管署的疫苗注射及防疫，我們的**照護品質都是名列世界前五名**，這是**台灣醫界、衛福部及健保會共同的光榮**。



結語

2/2

『分級醫療』是蔡總統的重要政策：

重點在突破醫療困境，健保永續經營，導正良好就醫方式。

▼ 分級醫療不僅對基層有益，醫院、民眾效益更大



醫院端：解決門急診壅塞、回歸醫院教學、研究、重症醫療的本質。

民眾端：藉由基層全人醫療照護，減少民眾輕症逕赴醫院就診的辛苦。



唯有落實分級醫療政策，才能解決急診壅塞、五大皆空、醫療糾紛不斷等種種困境。

報告大綱

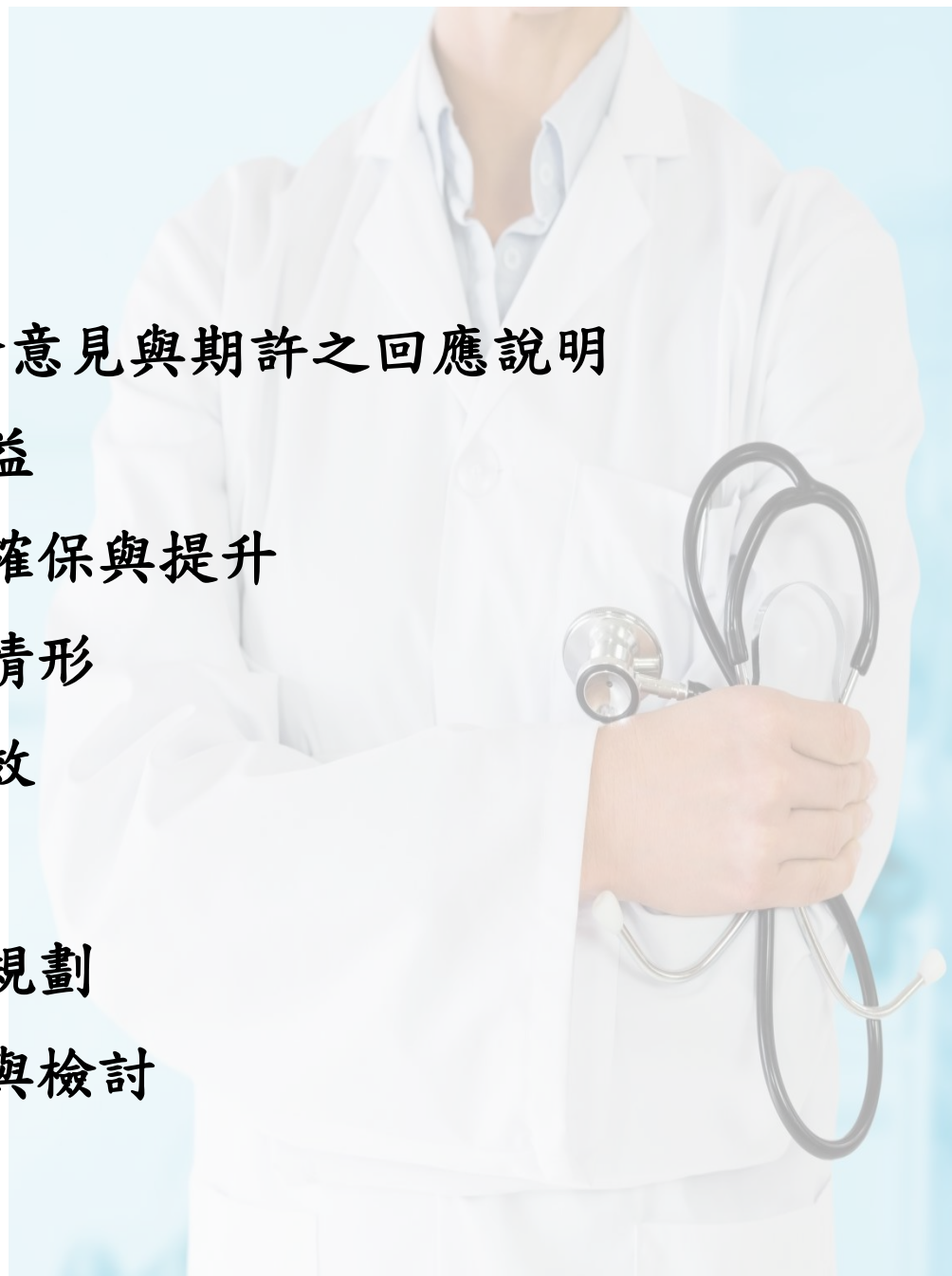
壹、一般服務執行績效

- 一、就105年評核委員評論意見與期許之回應說明
- 二、維護保險對象就醫權益
- 三、專業醫療服務品質之確保與提升
- 四、協商因素項目之執行情形
- 五、總額之管理與執行績效

貳、整體規劃與執行檢討

- 一、整體資源配置與未來規劃
- 二、年度重點項目之推動與檢討

參、結語



壹、一般服務執行績效

- 一、就105年評核委員意見與期許之回應說明
- 二、維護保險對象就醫權益
- 三、專業醫療服務品質之確保與提升
- 四、協商因素項目之執行情形
- 五、總額之管理與執行績效



一、就105年評核委員意見與期許之回應說明

項目	評核委員評論意見	醫師公會全聯會回應說明
維護保險對象權益	<p>1. 滿意度調查結果</p> <p>■ 值得肯定： 整體滿意度提升，尤其「醫師看病及治療花費時間滿意度」(80.6%)項目</p> <p>■ 尚待進步空間： 「醫護人員進行衛教指導之比率」滿意度(59.4%)雖有提升，惟仍有進步空間。另建議補強滿意度改善的推動措施。</p>	<p>✓ 105年整體滿意度持肯定態度為94.3%，相較於104年提升3.4%，「醫師看病及治療花費時間滿意度」項目更由80.6%提升至86.4%。</p> <p>✓ 「醫護人員進行衛教指導之比率」滿意度由59.4%進步至65.4%。顯示醫護人員於平日百忙之中仍努力進行衛生教育指導。</p>



一、就105年評核委員意見與期許之回應說明

項目	評核委員評論意見	醫師公會全聯會回應說明
維護保險醫 對象權益	2. 民眾自費情形 「補健保給付差額」項目比率為26.2%，較103年(19.5%)增加 建議針對「補健保給付差額」項目之原因加以改善。	105年滿意度調查 「補健保給付差額」項目比率由26.2%至17.4%，「健保不給付」 ^{註1} 之理由比例上升且為大宗，顯示民眾自費主因，是因為健保不給付， <u>項目如下頁</u> 。
專業務醫療 服之品質及 之確保提升	1. 就醫可近性及公平性 ■ 值得肯定 山地離島及醫療資源不足地區的就醫率高於一般地區 ■ 偏鄉醫療應予改進 新竹縣及苗栗縣每萬人口醫師數(8.8及9.8)偏低	<u>擴大醫療巡迴涵蓋率</u> ✓ 105年度巡迴醫療共涵蓋86個鄉鎮。新竹縣及苗栗縣共有9個鄉鎮有巡迴醫療服務。



註1：健保不給付項目（全民健康保險法第51條）

- 一. 依其他法令應由各級政府負擔費用之醫療服務項目。
- 二. 預防接種及其他由各級政府負擔費用之醫療服務項目。
- 三. 藥癮治療、美容外科手術、非外傷治療性齒列矯正、預防性手術、人工協助生殖技術、變性手術。
- 四. 成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品。
- 五. 指定醫師、特別護士及護理師。
- 六. 血液。但因緊急傷病經醫師診斷認為必要之輸血，不在此限。
- 七. 人體試驗。
- 八. 日間住院。但精神病照護，不在此限。
- 九. 管灌飲食以外之膳食、病房費差額。
- 十. 病人交通、掛號、證明文件。
- 十一. 義齒、義眼、眼鏡、助聽器、輪椅、拐杖及其他非具積極治療性之裝具。
- 十二. 其他由保險人擬訂，經健保會審議，報主管機關核定公告之診療服務及藥物。



一、就105年評核委員意見與期許之回應說明

項目	評核委員評論意見	醫師公會全聯會回應說明
<p>療品質及 醫藥品保 業務確保 專服之提升</p>	<p>2. 對未達標之品質指標項目，宜加以檢討、說明，例如：「子宮頸抹片利用率」變低的原因，若許是受「病毒量檢測」取代所致，建議收集病毒量檢測比率，以為佐證</p>	<p>✓ 有關未達指標「子宮頸抹片利用率」：本會函請健保署參考歷年執行情形，修正參考值為$\geq 12\%$。</p> <p>✓ 有關子宮頸癌的防治，首重子宮頸癌的防癌抹片篩檢，以及預防人類乳突病毒（HPV）的感染，目前子宮頸抹片篩檢為健保給付項目，病毒量檢測為自費項目，本會受健保署委託總額資料庫中未有病毒量檢測申報項目。</p>
<p>協商因素 項目之 執行情形</p>	<p>新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等)預算之編列，宜考量過去5年引進項目所造成之財務影響。</p>	<p>回應詳下表。</p>

一、就105年評核委員意見與期許之回應說明

4/10

97-105年收載新藥之5年累計申報金額

收載 年度	當年度 預算	5年 預算	收載 項數	申報點數(百萬點)										申報 合計	5年差值
				97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年			
97	49.2	246	63	4.0	41.0	115.5	192.5	252.9					605.9	-359.9	
98	27.2	136	40		41.0	135.5	235.6	308.2	393.2				1,113.5	-977.5	
99	99.9	500	55			19.0	59.9	127.0	191.5	238.2			635.6	-135.6	
100	101.5	508	48				16.7	86.3	144.7	199.2	233.5		680.4	-172.4	
101	34.6	173	70					32.6	170.7	296.1	379.1	466.7	1345.2	-1,172.2	
97-101 小計	312.4	1,562		4	82	270	504.7	807	900.1	733.5	612.6	466.7	4,380.6	-2,817.6	
102	38.4	192	29						2.1	13.6	35.2	44.9	95.8	96.2	
103	100.2	500	45											5.9	
104	120	600	50											3.5	
105	83	415	26											30	
97-105 合計	571	2,815			82.0	270	504.7	807	900.1	733.5	612.6	466.7	4,380.6	-2,817.6	

MORE INFO

以97-101年已實施5年之年為例，歷年度預算編列約27.2-101.5百萬元，雖編列當年度申報金額約4-41百萬元，但實施5年下來，扣除每年累滾基期，每年申報之金額已不足135.2-1,172.2百萬(總計約28.1億元)，顯見利

MORE
INFO



以97-101年已實施5年之年為例，歷年度預算編列約27.2-101.5百萬元，雖編列當年度申報金額約4-41百萬元，但實施5年下來，扣除每年累滾基期，每年申報之金額已不足135.2-1,172.2百萬(總計約28.1億元)，顯見利用率高速攀升。

註：特材部分，因未編列預算，故無資料提供。

一、就105年評核委員意見與期許之回應說明

5/10

項目	評核委員評論意見	醫師公會全聯會回應說明
總額之管 理與執行 績效	1. 加強宣導審查規定，分析審查及管理相關措施， 建立公平、客觀基礎判斷資訊 。	<ul style="list-style-type: none">✓ 定期於「台灣醫界雜誌」或網站刊載訊息（http://www.tma.tw/），架設「審查專區」，即時傳達資訊，宣導審查規定。✓ 各縣市醫師公會及分區分會併同以網站、會訊會刊及書面公文等方式傳遞訊息。



一、就105年評核委員意見與期許之回應說明

項目	評核委員評論意見	醫師公會全聯會回應說明				
總額之管 理與執行 績效	2. 建議分析費用結構、案件減少、精神科成長等醫療利用及費用管控情形。(1/2)	✓ 精神科平均費用下降，就醫人數及件數成長10%，顯示就醫人數近5年的遞增情形，是精神科醫療費用成長原因(如下表) ✓ 精神科「病患人數增加」與「新設院所」是影響精神科各項數據上升的重要因素。				
	項目	101 年	102 年	103 年	104 年	105 年
	就醫人數	334, 239	367, 368	391, 635	432, 826	459, 789
	件數	2, 176, 305	2, 464, 178	2, 692, 831	2, 921, 074	3, 151, 970
	醫療費用	2, 079, 861, 850	2, 398, 627, 467	2, 644, 784, 659	2, 861, 534, 512	3, 070, 955, 961
	藥費	1, 073, 027, 278	1, 261, 697, 337	1, 394, 692, 869	1, 503, 233, 908	1, 600, 114, 129
	診療費	243, 724, 110	272, 030, 146	300, 926, 486	318, 566, 414	346, 100, 638
	每件醫療費用	956	973	982	980	974
	每件藥費	493	512	518	515	508
	每件診療費	112	110	112	109	110



一、就105年評核委員意見與期許之回應說明

項目	評核委員評論意見	醫師公會全聯會回應說明 7/10
<p>總額之管 理與執行 績效</p>	<p>2. 建議分析費用結構、案件減少、精神科成長等醫療利用及費用管控情形。(2/2)</p>	<p>✓ 因應費用成長結構與特性，各區規劃醫療資源耗用監測管控項目，並配合訂定審查抽審指標。</p> <p>✓ 全聯會編制數名人員作為健保署對應窗口，掌握重大議題並草擬因應方案，籌辦會議討論內容，並規劃專責負責審查相關事務人員。</p> <p>✓ 鑒於健保申報資料檔案分析對於掌握醫療案件態樣與趨勢的重要性，自97年起培訓分析人員，定期分析各區、各科及人數、件數、費用等項目，供各類會議討論參考</p>



一、就105年評核委員意見與期許之回應說明

項目	評核委員評論意見	醫師公會全聯會回應說明
<p>總額之管 理與執行 績效</p>	<p>3. 建議檢視各區審查流程標準及建立公平客觀資訊，進行審查案例分析討論。(1/2)</p>	<p>✓ 點值穩定策略係採調整專業審查抽審指標及管控高成長科別方式處理。</p> <p>✓ 各區醫療環境及人口組成相異，點值高低不一，費用管控鬆緊不同，故同區歷年核減率相似，顯示同區醫療環境變異小；各區間核減率差異大，顯示各區間醫療資源耗用情形未盡一致。</p>




一、就105年評核委員意見與期許之回應說明

項目	評核委員評論意見	醫師公會全聯會回應說明					
總額之管 理與執行 績效	3. 建議檢視各區審查流程標準及建立公平客觀資訊，進行審查案例分析討論。(2/2)	<div>✓ 各區參考審查結果配合檔案分析數據，進行案例研討；如高屏區因管控3高病患醫療案件，致爭審撤銷率與駁回率異於它區，已召開大內科審查共識研議改善方案。</div> <div>✓ 分會不定期舉辦審查會議，研議相關議題、規範等，及舉辦教育訓練會議。</div>					
	場數	台北區	北區	中區註	南區	高屏區	東區
	審查會議	3	17	109	29	1	4
	教育訓練	2	1	2	1	1	1
	合計	5	18	111	30	2	5
	審查業務說明會 人員出席率	90%	87%	87%	88%	98%	80%

註：因中區採分科總額模式，故審查會議次數明顯高於其他分區。

一、就105年評核委員意見與期許之回應說明

項目	評核委員評論意見	醫師公會全聯會回應說明
<p>管之執行 額與績效 總額之執行</p>	<p>4. 院所違規情形及醫療機構輔導：104年違反特管辦法之家次與金額，較103年成長近一倍，建議分析原因並研擬改善措施。</p> 	<p>1. 104年違反特管辦法之家次與金額增加推測與中央健保署啟動清查藥事人員有無未實際執行調劑藥品業務虛報健保費用專案有關。</p> <p>2. 本會對於違規領取健保費的醫療院所，向來秉持毋枉毋縱的堅定態度，絕不予以寬待，皆於第一時間協請各縣市醫師公會及西醫基層服務審查執行會各分會協助輔導了解。</p> <p>3. 未來亦將持續向會員宣導相關法規規範，以免觸法違規受罰。</p>



壹、一般服務執行績效

- 一、就105年評核委員意見與期許之回應說明
- 二、維護保險對象就醫權益
- 三、專業醫療服務品質之確保與提升
- 四、協商因素項目之執行情形
- 五、總額之管理與執行績效



醫療品質與可近性民意調查

► 中央健保署委託「臺北護理健康大學」研究：

目的：瞭解西醫基層就醫病患之醫療服務品質狀況與就醫可近性。

時間：105年8月16日至105年10月6日，共計52日

調查方式：電訪近3個月內曾於西醫診所就醫經驗者

抽樣方式：電腦輔助電話訪問系統(CATI系統)進行

有效樣本數：2,012人。(104年為2,009人)



103-105年滿意度調查結果

指標項目	調查年月	103.8	104.8	105.8	補充說明
整體醫療品質滿意度		90.3 (98.7)	90.9 (97.3)	94.3 (96.7)	
治療效果滿意度		85.1 (96.5)	86.7 (94.7)	91.4 (95.5)	
診療環境(醫療設備)滿意度		86.3 (97.8)	93.2 (98.1)	94.1 (97.6)	
醫護人員服務態度滿意度		87.1 (97.4)	92.8 (97.5)	94.7 (97.9)	
醫師看病及治療過程滿意度		84.3 (96.9)	88.3 (95.5)	93.0 (97.0)	
醫師看病及治療花費時間滿意度		73.7 (92.6)	80.6 (91.6)	86.4 (93.3)	
醫護人員進行衛教指導之比例		52.2	59.4	65.4	
向院方表達不滿且得到妥善處理與回覆之比率		46.2 (54人)	61.9 (110人)	79.1 (91人)	105年回答本項問題的人數僅91人，其中只27.7%向院方表達不滿21.3%有得到院方的處理與回應。

註：1. 滿意度=非常滿意+滿意，認真程度=很認真+認真；括弧中數值為肯定態度，即前項數值加上普通、還好或可接受。

2. 「醫護人員有無進行衛生教育指導」，為「大部份時候有」+「有時候有」的比率。



103-105年民眾就醫自費情形調查結果

指標項目 \ 調查年月	103.8	104.8	105.8	補充說明
平均每次就醫總費用(元)				
中位數	150	150	150	105年中位數持平，平均值與104年相同。
平均值	165	175	175	
對就醫總費用貴不貴的看法(%)	16.9%	11.1%	13.7%	105年對就醫總費用貴的看法較104年多2.6%
每次就醫掛號費用(元)				
中位數	100	100	100	105年中位數持平，平均值下降。
平均值	102	106	103	
每次就醫部分負擔費用(元)				
中位數	50	50	50	105年平均值下降，自費比例持平。
平均值	60	66	65	
除掛號費及部分負擔外之民眾自費比例(%)	6.5%	5.8%	5.8%	
自付其他費用的理由與項目				
-健保不給付	45.8	29.6%	32.8%	105年健保不給付比率上升，補健保差額則下降。
-補健保差額	19.5	26.2%	17.4%	

103-105年就醫等候情形及醫師診療情形調查結果

指標項目	調查年月	103.8	104.8	105.8	補充說明
約診或就診容易度(%)		90.6 (95.2)	94.9 (96.6)	94.5 (96.2)	105年略降。
因院所例假日休診而造成就醫不便的比例(%)		69 (37.8)	74.8 (36.5)	68.4 (33.1)	
是否能在當地找到其他就醫的醫療院所 (是的比例%)		90.0	76.6	77.8	105年略升 (103年問卷題目略有不同)。
就診交通時間(分)					105年略降。
中位數		10	10	10	
平均值		12.8	13.8	13.6	
對就醫交通時間的感受(接受程度)		93.1	93.5	93.4	
等候診療時間(分)					105年中位數持平， 平均值微降。
中位數		15	15	15	
平均值		19.1	21.5	21.4	
對等候診療時間的感受(接受程度)		79.7	78.3	81.8	105年上升
醫師診療情形					
醫師診療花費時間(分)					呈現持平。
中位數		5	5	5	
平均值		6.7	7.2	7.3	
對醫師診療時間滿意度		73.6% (92.6%)	80.6% (91.6%)	86.4% (93.3%)	

就醫可近性

▶ 看診時段查詢

1)行動APP

2)健保署網站

3)本會網站

1



2



105年醫療品質與可近性



服務品質滿意度高



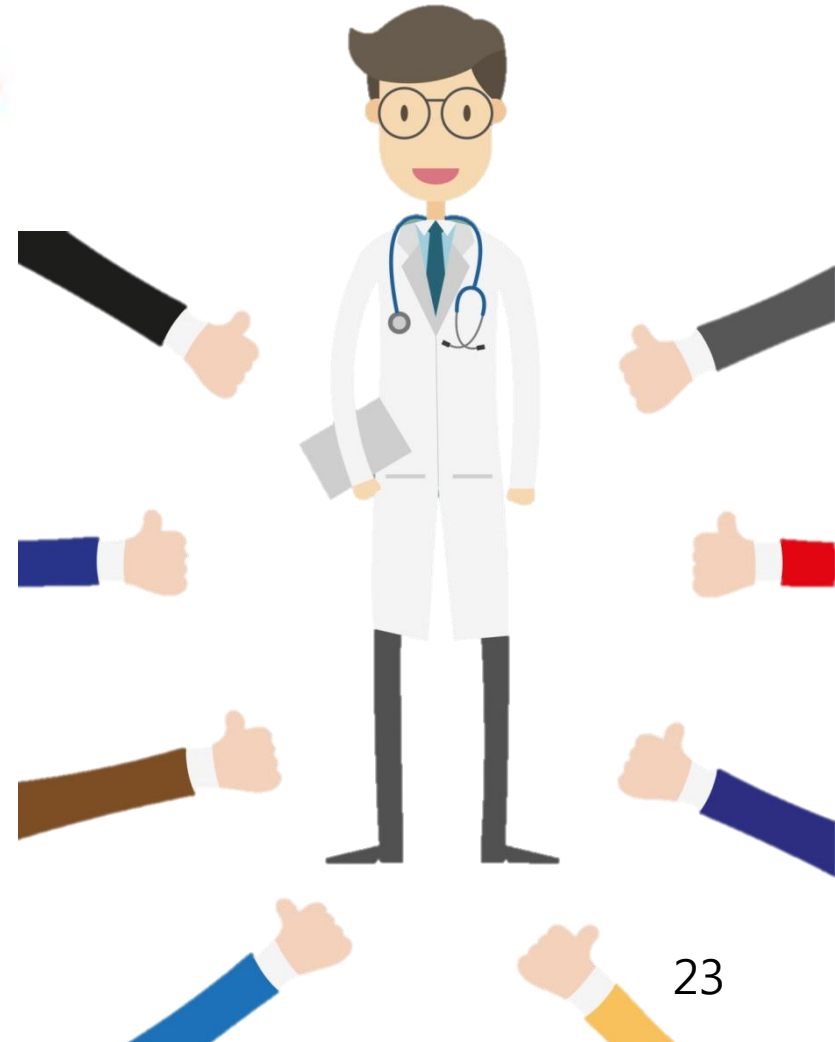
自費金額低



就醫可近性高



醫療品質高



壹、一般服務執行績效

- 一、就105年評核委員意見與期許之回應說明
- 二、維護保險對象就醫權益
- 三、專業醫療服務品質之確保與提升
- 四、協商因素項目之執行情形
- 五、總額之管理與執行績效



品質指標監測結果

(詳書面報告第43頁至第52頁)

1/4

指標名稱

1. 門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率	6. 同院所門診同藥理用藥日數重疊率
2. 平均每張慢性病處方箋開藥日數	-降血壓藥物(口服)
-糖尿病	-降血脂藥物(口服)
-高血壓	-降血糖
-高血脂	-抗思覺失調症
3. 門診注射劑使用率	-抗憂鬱症
4. 門診抗生素使用率	-安眠鎮靜
5. 跨院所門診同藥理用藥日數重疊率	7. 慢性病開立慢性病連續處方箋百分比
-降血壓藥物(口服)	8. 就診後同日於同院所再次就診率
-降血脂藥物(口服)	9. 糖尿病病人糖化血色素(HbA1c)執行率
-降血糖	10. 每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率
-抗思覺失調症	11. 剖腹產率
-抗憂鬱症	-整體
-安眠鎮靜	-自行要求
	-具適應症

專業醫療服務品質指標

以上各分區和全國皆符合參考值

惟台北區「就診後同日於同院所再次就診率」(0.31%)超出參考值(0.20%)

- ▶ 不同科別聯合執業的狀況較普遍
- ▶ 建議將指標第8項改為：就診後同日於同院所之同科別或同醫師再次就診率
- ▶ 鼓勵聯合執業診所使用整合醫療服務計畫；單人診所持續輔導健保IC卡重複刷卡，以降低高重覆就診率情形。

品質指標監測結果

2/4

► 利用率指標

	101年	102年	103年	104年	105年	參考值
1.子宮頸抹片利用率	12.50%	12.30%	12.37%	12.25%	12.11%	≥ 16%
2.成人預防保健利用率	21.76%	22.56%	23.04%	23.31%	22.74%	≥ 20%
3.兒童預防保健利用率	48.77%	52.61%	48.07%	47.46%	48.21%	-
4.年齡別剖腹產率(A+B)	37.56%	38.35%	38.07%	37.73%	34.62%	≤ 34%
具適應症案件(A)	34.8%	35.13%	34.82%	34.69%	32.60%	
19歲以下	19.1%	19.45%	18.15%	19.88%	17.21%	
20-34歲	33.3%	33.28%	32.82%	32.66%	29.26%	
35歲以上	44.8%	45.01%	44.47%	43.07%	41.93%	
不具適應症案件(B)	2.8%	3.22%	3.25%	3.04%	2.02%	
19歲以下	0.6%	1.84%	1.24%	1.61%	0.90%	
20-34歲	2.5%	2.81%	2.88%	2.56%	1.70%	
35歲以上	4.6%	5.18%	4.95%	4.85%	2.91%	
5.門診手術案件成長率	3.49%	2.80%	2.29%	1.10%	1.09%	≥ 10%
6.六歲以下兒童氣喘住院率	0.19%	0.18%	0.21%	0.20%	0.18%	≤ 0.29%
7.住院率	12.56%	12.30%	12.56%	12.71%	14.05%	≤ 13%
8.平均每人住院日數	1.36	1.34	1.34	1.33	1.36	≤ 1.10
9.每人急診就醫率	2.46%	2.31%	2.34%	2.41%	2.44%	≤ 1.9%

註1：資料來源：中央健康保險署。

註2：100年剖腹產率指標修改為年齡別剖腹產率。

註3：指標7-9包含基層及醫院部門。

註4：健保署修正住院率邏輯如下：

(1)增列排除條件：住院不適用tw-drg案件註記為9之案件。

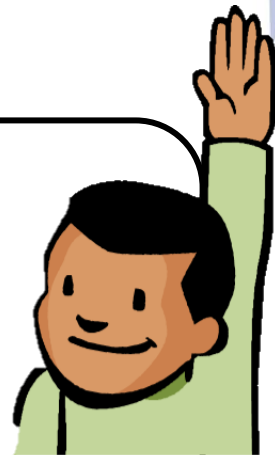
(2)件數計算方式：修正為與健保會月報相同，不計「補報部分醫令或醫令差額案件」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者（併同開立BC肝藥、C肝新藥）」案件

品質指標監測結果

3/4

▼「子宮頸抹片利用率」檢討與改善

利用率無法提高：因國情保守，而病毒量檢測可達同效果。
衛福部統計十大癌症死因105年子宮頸癌下降到11名，
顯示子宮頸癌發生率或癌前病變發生率正在下降。
本會建議參考歷年執行情形，修正參考值為 $\geq 12\%$ 。



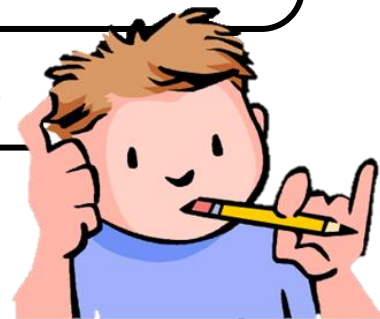
▼「門診手術案件成長率」檢討與改善

西醫基層10年來成長20%，醫院10年來成長60%，整體成長40%，換算一年成長4%，屬無具體意義的指標。
建議刪除該指標或修正參考值。



▼「平均每人住院日數」及「每人急診就醫率」檢討與改善

均含基層及醫院部門，數據變動幅度不大，推測主要原因
為人口老化及重大傷病人數逐年增加。
因此建議刪除該2項指標。



品質指標監測結果

4/4

► 「年齡別剖腹產率」檢討與改善

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，可能提高剖腹產率。

整體剖腹產率(34.62%)及其具適應症案件(32.60%)之剖腹產率監測數據雖高於本方案參考值(34%)；惟相較104年數據有下降趨勢。

請台灣婦產科醫學會協助向所屬會員宣導，鼓勵自然產並強調優點，輔導剖腹產率較高之診所。



壹、一般服務執行績效

- 一、就105年評核委員意見與期許之回應說明
- 二、維護保險對象就醫權益
- 三、專業醫療服務品質之確保與提升
- 四、協商因素項目之執行情形
- 五、總額之管理與執行績效





四、協商因素項目之執行情形

4-1新醫療科技

4-2給付項目及支付標準修訂

4-3其他協商因素項目

4-4品質保證保留款實施方案

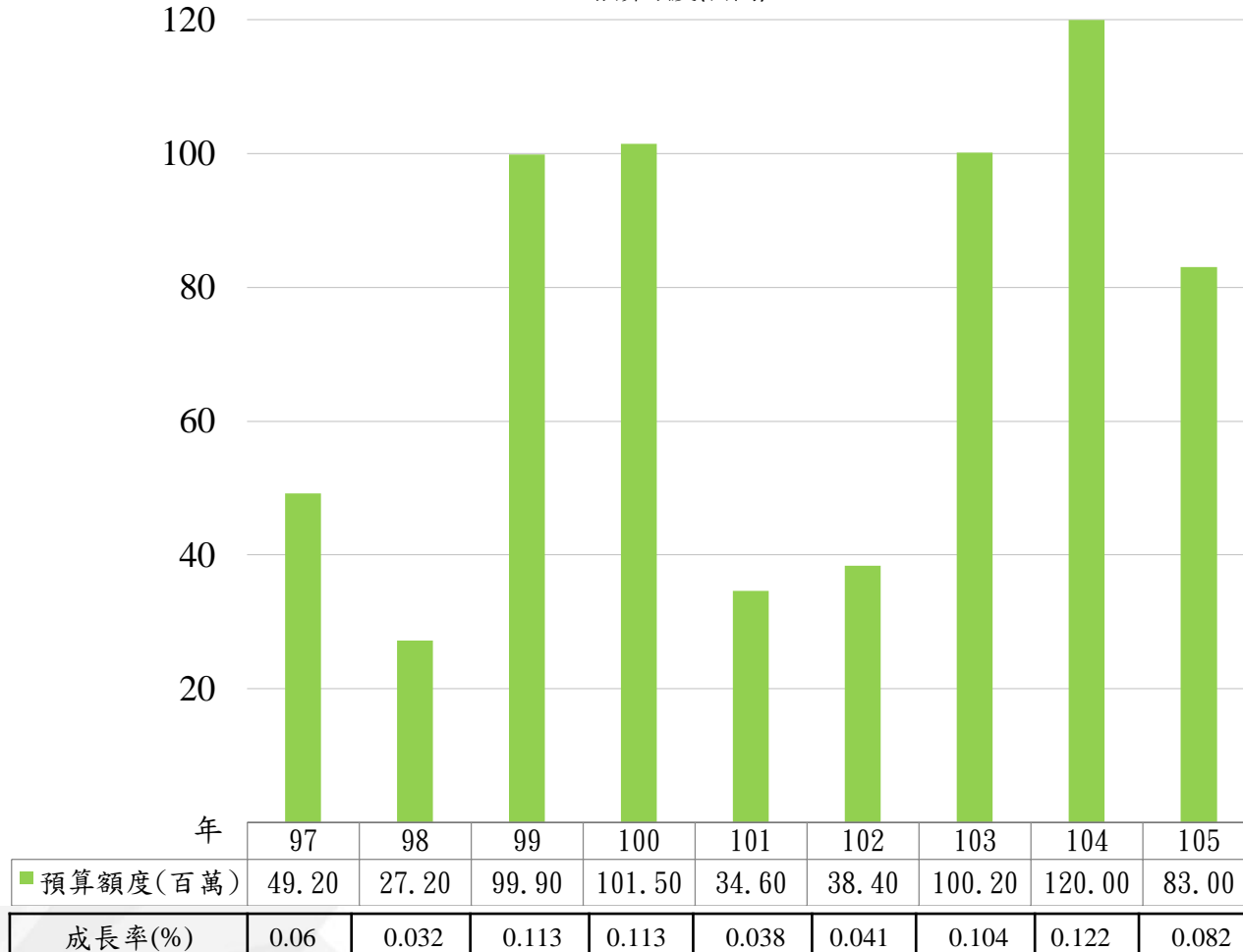


4-1)新醫療科技

1/3

新醫療科技預算額度及成長率

■ 預算額度(百萬)



歷年預算編列
約27.2-120百萬元

主要用於
新增藥品項目



4-1)新醫療科技

2/3

97-105年收載新藥之5年累計申報金額

收載 年度	當年度 預算	5年 預算	收載 項數	申報點數(百萬點)										申報 合計	5年差值
				97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年			
97	49.2	246	63	4.0	41.0	115.5	192.5	252.9					605.9	-359.9	
98	27.2	136	40		41.0	135.5	235.6	308.2	393.2				1,113.5	-977.5	
99	99.9	500	55			19.0	59.9	127.0	191.5	238.2			635.6	-135.6	
100	101.5	508	48				16.7	86.3	144.7	199.2	233.5		680.4	-172.4	
101	34.6	173	70					32.6	170.7	296.1	379.1	466.7	1345.2	-1,172.2	
97- 101 小計	312.4	1,562		4	82	270	504.7	807	900.1	733.5	612.6	466.7	4,380.6	-2,817.6	
102	38.4	192	29						2.1	13.6	35.2	44.9	95.8	96.2	
103	100.2	501	45							2.6	18.9	43.6	65.1	435.9	
104	120	600	40								2.4	9.1	11.5	588.5	
105	83	415	26									35.0	35	380	
97- 105 合計	571	2,855		4.0	82.0	270.0	504.7	807.0	902.2	749.7	669.1	599.2	4,588	-1,317	

註：特材部分，因未編列預算，故無資料提供。

4-1)新醫療科技

3/3

97-105年收載新藥之5年累計申報金額

收載 年度	當年度 預算	5年 預算	收載 項數	申報點數(百萬點)										申報 合計	5年差值
				97	98	99	100	101	102	103	104	105	年		
97	42.2	246	63	4										605.9	-359.9
98	22.5	136	40		4									1,113.5	-977.5
99	99.9	500	55			4								635.6	-135.6
100	111.5	508	48				4							680.4	-172.4
101	173	173	70					7					7	1345.2	-1,172.2
97-101 小計	312.4	1,562											7	4,380.6	-2,817.6
102	38.4	192	29						2.1	13.6	35.2	44.9	95.8	96.2	
103	100.2	501	45							2.6	18.9	43.6	65.1	435.9	
104	120	600	40								2.4	9.1	11.5	588.5	
105	83	415	26									35.0	35	380	
97-105 合計	571	2,855		4.0	82.0	270.0	504.7	807.0	902.2	749.7	669.1	599.2	4,588	-1,317	

新增26項藥品項目，4項從第二季開始實施，其餘自第三季以後實施。其用藥對象皆為第二型糖尿病病患，**申報金額約35百萬點**。

以近5年(100-104年)申報金額可發現申報量每年以1.2-7.3倍成長，若**依此成長趨勢推估105年新增之藥品項目於未來將排擠健保總額**。

註：特材部分，因未編列預算，故無資料提供。

4-2)給付項目及支付標準修訂

1/4

► 新增跨表項目

- 開放「12077C CA-125腫瘤標記(EIA/RIA)」項目
- 本會協助爭取105年編列該項預算，付費者代表同意編列成長率0.03%(約30百萬)
- 105年申報件數14,815件，費用3.3百萬點

104年6月台灣婦產科醫學會考量國內具核醫設備之院所少，且可能造成放射線汙染，目前醫學中心多以12077B（免疫法）取代27053C（核醫法），又此兩項檢驗之準確性無差異，爰建議基於支付公平性及現況需要，開放本項。



4-2)給付項目及支付標準修訂

2/4

► 支付標準調整

► 105年以醫療服務成本指數改變率增加之預算支應。

► 調整項目：

- ① 本會建議(第一階段點數調升、75歲以上加成7.5%)
- ② 配合醫院部門調整項目(如精神科診察費、急診診察費等)
- ③ 專科醫學會建議修訂之申報資格(放寬復健項次，如42017C等9項申報資格)

► 整體預算使用約**15.6**億。

限復健科專科醫師開設之基層院所
或基層院所聘有專任之復健醫師者
申報資格如下：

復健科專科醫師開設之基層院所。
聘有專任復健專科醫師之基層院所
且由復健專科醫師(含專兼任)所開
立之處方。



4-2)給付項目及支付標準修訂

3/4

▶ 安全針具推動政策之執行情形-1/2

▶ 配合100年修正醫療法第56條。

▶ 102-105年安全針具預算使用情形

類別	年度	一般型申報量(支)	安全型申報量(支)	安全型占率(%)	增加點數	預算執行率
一般空針	102	1,217,744	7,910	0.65%		
	103	1,177,595	11,708	0.98%		
	104	883,863	7,404	0.83%		
	105	814,513	14,089	1.70%		
胰島素空針	102	2,321,578	3,387	0.15%		
	103	2,080,545	9,074	0.43%		
	104	1,222,420	5,719	0.47%		
	105	1,925,488	11,948	0.62%		
靜脈留置針	102	33,159	33,053	0.20%		
	103	68	52	0.16%		
	104	32,750	76	0.23%		
	105	30,587	205	0.67%		
增加點數	102				8,869	0.24%
	103				19,372	0.5%
	104				1,515	0.004%
	105				37,722	0.97%

1. 資料來源：健保署西醫基層總額研商議事會議
2. 102年預算為378萬
3. 103-105年預算為390萬
4. 預算執行率=增加點數/預算



4-2)給付項目及支付標準修訂

4/4

► 安全針具推動政策之執行情形-2/2

窒礙難行處

- 1) 安全針具結構未完善，醫療使用限制多。
- 2) 診所議價能力低。
- 3) 檢查及手術類內含特材項目可依實際使用情形申報，惟檢驗項目無法列報。

建議

- 1) 建議修改醫療法第56條
 - 應考量法規定義與臨床使用之方便性與必要性，非一昧以預算執行情形做為評估依據。
- 2) 健保署應一併修改適用相關之支付標準項目規定
 - 兼顧醫療費用申報之公平性。



4-3)其他協商因素項目

1/3

► 其他醫療服務利用及密集度之改變

「就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響（含慢性病照護之增進）」成長率為0.229%
（預算約231.2百萬元）。

惟當時協商項目「醫療照護整合政策及服務效率提升成效利益共享」扣減31.2百萬；付費者代表亦表示肯定西醫基層部門醫療服務的成效，故回饋31.2百萬元至「因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響（含慢性病照護之增進）」項目（醫院部門亦比照辦理）。

4-3)其他協商因素項目

2/3

► 其他醫療服務利用及密集度之改變

- 協定事項：慢性病照護執行率以成長20%為目標
- 本會內部多次研議慢性病照護執行率之指標，除整體慢性病申報情形外，亦觀察國人常見高血壓、糖尿病患給藥、主要診療處置執行情形。

糖尿病論質計酬計畫比率，僅有3成，仍有努力的空間，亦請健保署檢討方案內容，如參與團隊資格、照護內容與收案條件等。



4-3)其他協商因素項目

3/3

► 其他醫療服務利用及密集度之改變

序號	指標項目		102年	103年	104年	105年
1	慢性病門診就醫人數 (千人)	值	4,829	4,953	5,074	5,197
		成長率	-	2.6%	2.4%	2.4%
2	慢性病門診申報次數 (千件)	值	22,372	23,102	23,480	24,034
		成長率	-	3.3%	1.6%	2.4%
3	慢性病門診申報費用 (百萬點)	值	26,639	28,289	28,738	29,728
		成長率	-	6.2%	1.6%	3.4%
4	慢性病有就醫者平均每人 門診就醫次數及成長率	值	4.6	4.7	4.6	4.6
		成長率	-	0.7%	-0.8%	-0.1%
5	糖尿病患者平均每人給藥 天數	值	28	28	28	28
		成長率	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
6	高血壓患者平均每人給藥 天數	值	28	28	28	28
		成長率	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
7	參加糖尿病論質計酬計畫 比率(醫療給付改善方案)	值	23.10%	25.60%	27.30%	29.00%
		成長率	4.1%	10.8%	6.6%	6.2%
8	糖尿病完整照護率	值	87.90%	89.10%	90.40%	91.30%
		成長率	2.0%	1.4%	1.5%	1.0%
		值	77.80%	79.80%	81.20%	82.30%
		成長率	4.1%	2.6%	1.8%	1.4%

整體慢性病照護及用藥情形屬於穩定成長狀態，要達到一年20%的成長目標有其困難度。



4-4)品質保證保留款

1/4

105年度分配方式

★ 各診所核發權重和最高以100%計算：

- ▼ 不超過該分區所屬科別80百分位，即<80百分位【權重各為20%】
 - ▶ 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
 - ▶ 個案重複就診率
- ▶ 健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 【權重20%】
- ▶ 門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 $>10\%$ ，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 $>15\%$ 【權重20%】
- ▼ 低於該分區80百分位，即 ≤ 80 百分位(開藥病人數<該分區20百分位者不列入計算)【權重各為5%】
 - ▶ 藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率
 - ▶ 藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率
 - ▶ 藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率



4-4)品質保證保留款

2/4

► 104年度實施結果

► 全年預算數為194,521,597元，款項尚餘2,797元。

分區別	分區 院所數	符合分配院 所數	核發金額
臺北	3,127	2,734	54,439,875
北區	1,337	1,205	24,927,875
中區	2,267	2,063	43,470,525
南區	1,669	1,508	30,607,850
高屏	1,944	1,749	36,586,200
東區	253	218	4,486,475
總計	10,597	9,477	194,518,800



4-4)品質保證保留款

3/4

► 104年西醫基層品保款各指標核發家數統計

項次	指標	104年
		90百分位家數
1	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	8,719
2	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	8,833
3	個案重複就診率不超過該分區所屬科別九十百分位	8,862
4	健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$	$\leq 8\%$ 家數
		8,314
5	門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 $>10\%$	$>10\%$ 家數
		6,760



4-4)品質保證保留款

4/4

► 檢討及改善方向

參採105年評核委員意見，本會與健保署數次會議討論106年修正如下：

項次	指標項目	105年		106年	
		指標值	權重	指標值	權重
1	診所月平均門診申復核減率	不超過該分區所屬科別80百分位	20%	不超過該分區所屬科別80百分位	20%
2	診所之每位病人年平均就診次數	不超過該分區所屬科別80百分位	20%	不超過該分區所屬科別80百分位	20%
3	個案重複就診率	不超過該分區所屬科別80百分位	20%	不超過該分區所屬科別80百分位	20%
4	健保卡處方登錄差異率	≤8%	20%	≤8%	20%
5	門診病人健保雲端藥歷系統查詢率	>10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>15%。	20%	>10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>15%。	20%
6	藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率	不超過該分區80百分位(開藥病人數<該分區20百分位者不列入計算)	5%	不超過該分區80百分位(開藥病人數<該分區20百分位者不列入計算)	<u>2%</u>
7	藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率	不超過該分區80百分位(開藥病人數<該分區20百分位者不列入計算)	5%	不超過該分區80百分位(開藥病人數<該分區20百分位者不列入計算)	<u>2%</u>
8	藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率	不超過該分區80百分位(開藥病人數<該分區20百分位者不列入計算)	5%	不超過該分區80百分位(開藥病人數<該分區20百分位者不列入計算)	<u>2%</u>
9	糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)執行率	-	-	<u>≥60%</u>	<u>2%</u>
10	初期慢性腎臟病eGFR執行率	-	-	<u>超過5百分位，即>5百分位</u>	<u>2%</u>
11	檢驗（查）結果上傳率	-	-	<u>≥70%</u>	<u>2%</u>

壹、一般服務執行績效

- 一、就105年評核委員意見與期許之回應說明
- 二、維護保險對象就醫權益
- 三、專業醫療服務品質之確保與提升
- 四、協商因素項目之執行情形
- 五、總額之管理與執行績效





五、總額之管理與執行績效

5-1 醫療利用及費用管控情形

5-2 點值穩定度

5-3 專業審查及其他管理措施

5-4 院所違規情形及醫療機構輔導



5-1) 醫療利用及費用管控情形

1/5

► 醫療利用情形

整體：105年全區門診申報件數、藥費、診療費、醫療點數及平均每件點數較104年全年分別成長2.10%、2.34%、3.76%、3.20%及1.08%。

就醫科別：精神科件數、診療費及醫療點數正成長幅度最大。

項目	件數 成長率	藥費 成長率	診療費 成長率	醫療費用 成長率	平均每件 點數
精神科	7.9%	6.4%	8.6%	7.3%	974
整體	2.1%	2.3%	3.8%	3.2%	569

► 費用管控情形

全聯會分析各類案件之特性，依各區、各科及人數、件數、費用等項目分析，探討各類案件費用申報、案件種類、數量、費用、就診頻率等檔案分析，定期於相關會議彙整報告。



5-1)醫療利用及費用管控情形

2/5

▼105年度各分區精神科門診醫療費用點數成長率（範例）

分區	105年					
	件數	藥費	診療費	每件診療費	診察費	醫療費用
臺北	873,317	417,237,058	133,183,266	153	271,985,359	861,818,221
成長率	12.27%	8.49%	15.93%		12.54%	11.04%
北區	344,044	207,160,557	39,718,393	115	107,491,375	371,118,621
成長率	12.00%	12.21%	13.64%		13.14%	12.71%
中區	603,886	378,163,946	68,094,899	113	186,892,751	661,024,015
成長率	5.02%	2.25%	-0.67%		5.27%	2.93%
南區	490,234	220,330,527	42,482,744	87	150,069,883	434,812,892
成長率	4.68%	6.98%	3.24%		4.60%	5.75%
高屏	786,777	340,401,773	55,314,257	70	247,328,560	678,033,120
成長率	6.27%	5.85%	7.37%		5.84%	6.09%
東區	53,712	36,820,268	7,307,079	136	17,282,373	64,149,092
成長率	2.69%	0.47%	-2.78%		3.70%	0.81%
全區	3,151,970	1,600,114,129	346,100,638	110	981,050,301	3,070,955,961
成長率	7.90%	6.44%	8.64%		8.04%	7.32%

註1：製表日期：106年2月20日。

註2：資料來源：截至106年2月17日於中央健保署臺北業務組分析之西醫基層醫療費用申報資料。(不含資料未完整者)

註3：本表所稱「科別」係指「就醫科別」；成長率係與前一年同期比較。

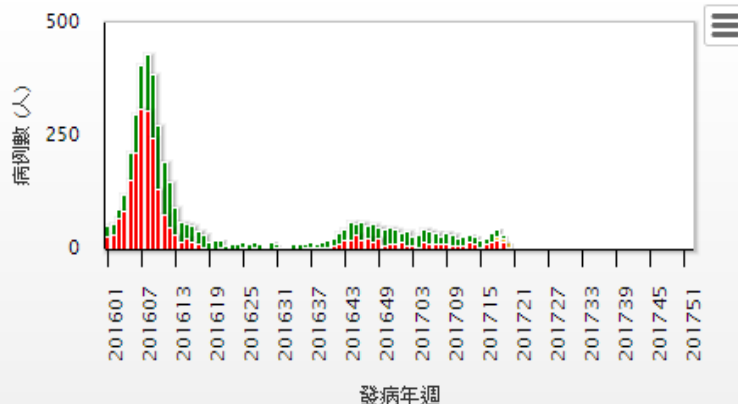
註4：各分區各科別醫療費用點數含交付之藥局、物理治療所及檢驗所之醫療費用。

註5：交付機構醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

5-1) 醫療利用及費用管控情形

3/5

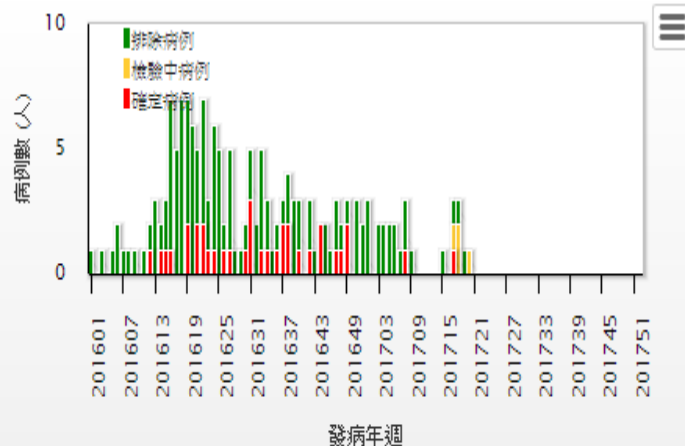
全國流感併發重症本土及境外移入病例趨勢圖



◀ 台灣**流感病毒**監測 (範例)

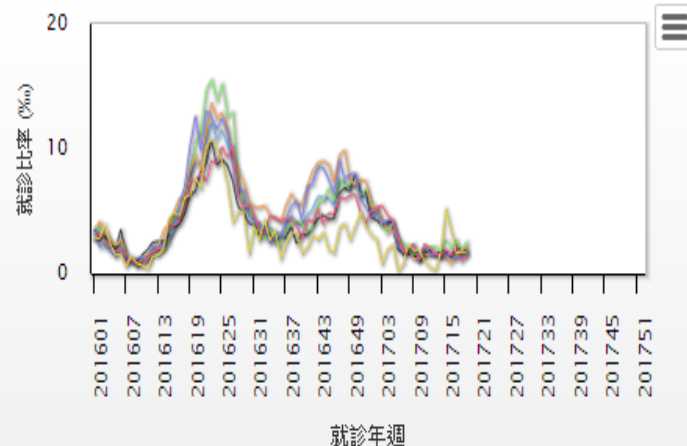
▼ 台灣**腸病毒**監測 (範例)

全國腸病毒感染併發重症本土及境外移入病例趨勢圖



Taiwan CDC 2017

全國及各區近兩年每週急診腸病毒就診率趨勢圖



Taiwan CDC 2017 (RODS)

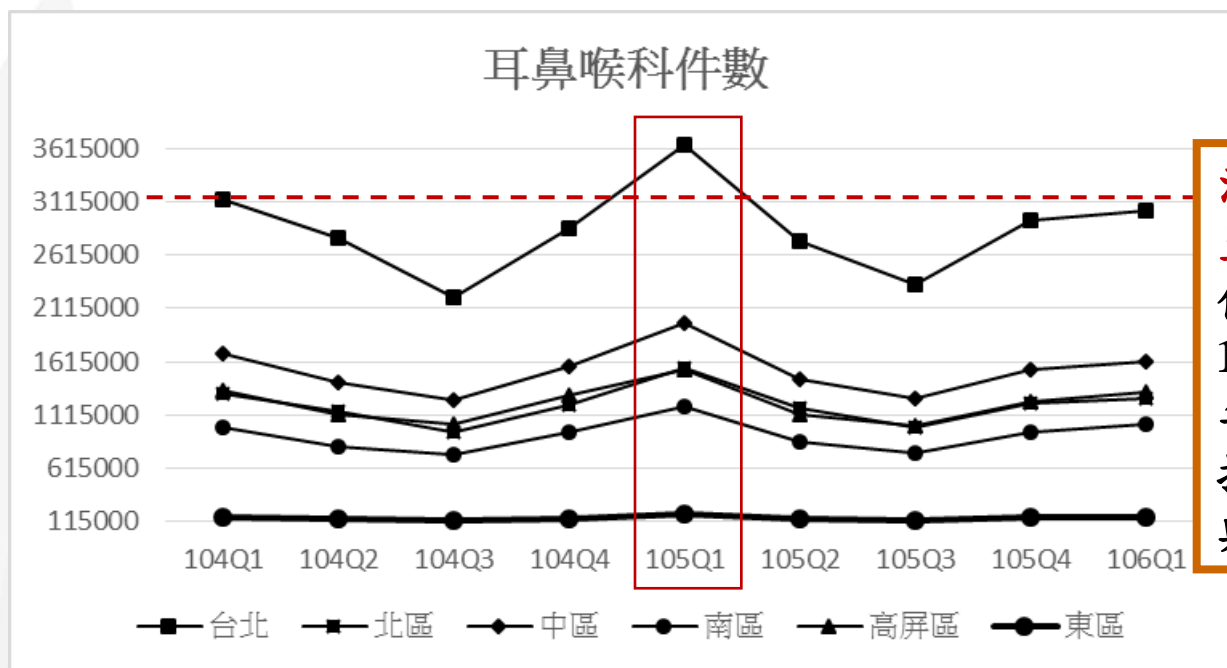
5-1)醫療利用及費用管控情形

4/5

管控原因分析

流感疫情使耳鼻喉相關科別件數及醫療費用成長：

- ▶ 內科、家醫科、小兒科及耳鼻喉科件數及醫療費用占率約為65%。
- ▶ 105年第2季後因疫情減緩，件數與去年同期差異小。



流感疫情自104年Q4起上升，至105年Q1達到高峰；依據疾管署監測資料顯示，105年春節流感發生率高於104年同期。排除疫情影響，104年Q1件數與106年Q1件數差異不大。

5-1)醫療利用及費用管控情形

5/5

管控原因分析

精神科就醫人數增加使該科醫療費用成長：

- ▶ 105年就醫人數較104年淨增加26,963人，成長率6%；件數淨增加230,896件，成長率8%。

項目	102年		103年		104年		105年	
	淨增加	成長率	淨增加	成長率	淨增加	成長率	淨增加	成長率
就醫人數	33,129	10%	24,267	7%	41,191	11%	26,963	6%
件數	287,873	13%	228,653	9%	228,243	8%	230,896	8%

- ▶ 平均每件費用差異小，104年平均每件醫療費用980元下降至105年974元，平均每件藥費從515元下降至508元，平均每件診療費維持約110元。
- ▶ 除東區醫療費用成長率略低（0.8%）外，五分區成長達3%至11%，各區持續加強監控管理精神科申報案件。



5-2)點值穩定度

1/3

- ▼點值趨勢分析，浮動點值因受流感疫情影响，105年第1季點值明顯下滑。



5-2)點值穩定度

2/3

▼ 105年西醫基層總額各區各季浮動點值

季別	項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
第1季	浮動點值	0.8531	0.9129	0.8932	0.9464	0.9419	1.0327	0.9050
	平均點值	0.9018	0.9448	0.9251	0.9634	0.9614	1.0196	0.9335
第2季	浮動點值	0.9084	0.9677	0.9148	0.9844	0.9686	1.0756	0.9354
	平均點值	0.9258	0.9692	0.9383	0.9856	0.9764	1.0451	0.9539
第3季	浮動點值	0.9213	0.9742	0.9216	0.9888	0.9982	1.0534	0.9519
	平均點值	0.9408	0.9806	0.9440	0.9917	0.9969	1.0371	0.9657
第4季	浮動點值	0.8933	0.9424	0.9049	0.9475	0.9641	1.0125	0.9283
	平均點值	0.9262	0.9635	0.9338	0.9671	0.9771	1.0124	0.9491



5-2)點值穩定度

3/3

原因分析

- ▶ 105年春節**流感發生率高於104年同期**，呼吸道疾病相關科別之件數成長自104年第4季起攀升，**105年第1季達到高峰**。
- ▶ 105年第1季點值驟降係為流感疫情所致，不宜以輔導或審查方式管控因疫情使案件成長之情形。
- ▶ 應審慎重視疾病流行或其他無法預期因素，共同處理影響點值穩定問題。



5-3) 審查醫藥專家規劃與管理

1/2

105年提升審查品質措施：

- 1) 增訂「續任次數上限」、「不當審查核減品質項目」及「輔導及退場機制」規定。
- 2) 實施審查醫師公開透明遴聘機制。
- 3) 強化集團醫師、集團院所審查管理。
- 4) 辦理特殊案件跨區審查。
- 5) 分析高撤銷率項目，降低爭審案件數量。



5-3) 審查醫藥專家規劃與管理

2/2

▼ 審查醫藥專家統計

地區別	審查醫藥專家數	各區占率
臺北	97	17.45%
北區	102	18.35%
中區	108	19.42%
南區	94	16.91%
高屏	95	17.09%
東區	60	10.79%
合計	556	100.00%

科別	審查醫藥專家數	各科占率
家醫科	76	13.67%
內科	114	20.50%
外科	42	7.55%
小兒科	46	8.27%
婦產科	37	6.65%
骨科	32	5.76%
耳鼻喉科	44	7.91%
眼科	42	7.55%
皮膚科	29	5.22%
精神科	37	6.65%
復健科	43	7.73%
腎臟科	15	2.70%
合計	556	100.00%



5-3)研擬醫療費用審查注意事項

以審查爭議案例作為審查注意事項修訂重點

- ▶ 本會徵詢各專科醫學會及分會提供各科審查注意事項條文修訂意見。
- ▶ 105年分別召開2次審查注意事項修訂會議，討論內科等7科16條修訂條文建議。



5-3) 檔案分析指標與抽審指標之訂定

1/4

- ▶ 研議檔案分析方式之審查指標，審查指標以會訊會刊、網頁公布或公文宣導等方式轉知會員。健保資訊網服務系統（VPN）、健保署全球資訊網亦提供院所查詢。
- ▶ 考量各分區費用管控措施不同，全聯會邀請分會分享管控措施成效及審查管控建議。



5-3) 檔案分析指標與抽審指標之訂定

2/4

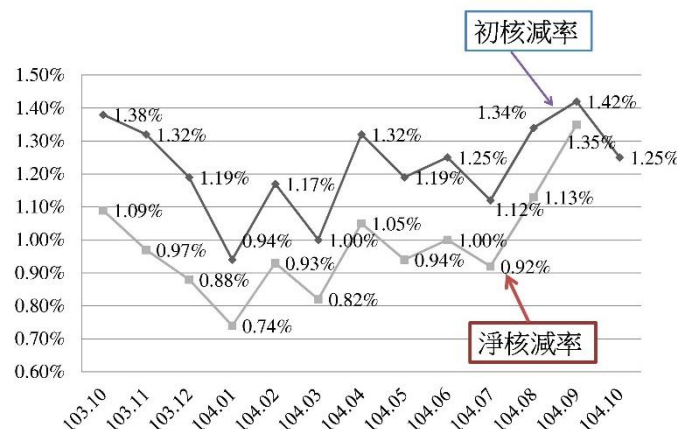
台北區審查業務分享(範例)

指標成效檢討

□ 審查管理項目-醫療利用類

項次	案由	決議																				
成效檢討	「西醫基層抽審指標」醫療利用類項次八「簡表審查」成效分析	<p>簡表占率$\geq 80\%$，且簡表醫療點數≥ 80萬，且平均就診次數高於同儕95(含)百分位西醫基層簡表案件醫療點數約占27%，現行抽樣方式簡表案件不列入抽樣審查母體，惟部分院所簡表占率偏高，每月醫療費用申報最高達200餘萬，實有審視必要，爰建議本項指標繼續執行</p> <p>執行結果：平均核減率：0.33%</p> <table><tr><th>費用 年月</th><th>抽審 家數</th><th>核減 家數</th><th>核減 點數</th><th>核減率 最大值</th></tr><tr><td>104年1月</td><td>10</td><td>6</td><td>90,883</td><td>3.48%</td></tr><tr><td>104年2月</td><td>14</td><td>7</td><td>24,086</td><td>1.30%</td></tr><tr><td>104年3月</td><td>11</td><td>7</td><td>74,315</td><td>3.62%</td></tr></table>	費用 年月	抽審 家數	核減 家數	核減 點數	核減率 最大值	104年1月	10	6	90,883	3.48%	104年2月	14	7	24,086	1.30%	104年3月	11	7	74,315	3.62%
費用 年月	抽審 家數	核減 家數	核減 點數	核減率 最大值																		
104年1月	10	6	90,883	3.48%																		
104年2月	14	7	24,086	1.30%																		
104年3月	11	7	74,315	3.62%																		

西醫基層台北區核減率



高成長科別

□ 專業審查

項次	案由	決議
高成長科別	臺北業務皮膚科、精神科組針對醫令進行分析，分析結果與臺北分會品質資訊組及審查組共同研擬管控方式。	<p>一 精神科費用申報偏高院所，自104年6月份起採論人隨機抽樣審查6個月（歸戶後共28家，抽審家數占39.4%）：</p> <ul style="list-style-type: none"> 一月平均診療點數最高前10家。 二月平均藥費點數最高前5家。 三每件平均診療最高1家。 四每件平均藥費偏高最高前5家。 五醫療服務審查醫療利用類第六項-精神科醫療點數高於同儕70百分位22家。 <p>二 高費用個案立意抽審送請專業審查（8家診所，22人，703件）：</p> <ul style="list-style-type: none"> 一全年醫療費用最高前10名個案。 二全年診療費用最高前10名個案。 三全年藥品費用最高前10名個案。 四單一處方藥費點數最高前10件。 <p>三 特定醫令單日診療量暨工時偏高醫師（9家診所），實地至診所現場抽調病歷相關資料，送請專業審查或協商追扣。</p>



5-3)檔案分析指標與抽審指標之訂定

3/4

▼中區審查業務分享(範例)

分科試辦計畫管理-醫療費用監測值

▶監測指標

- 中區業務組常規監測下方指標，監測結果回饋中區分會辦理。
- 合計點數成長率、件數成長率、每件合計點數、每日藥費、慢性病每日藥費、每件診療費_不含P碼、就醫次數，增加點數。

▶監測指標管理方式

- 診所任3項指標超過P90設定為指標診所，提供中區分會作為輔導名單。
- 分科管理委員會檢視輔導名單指標值，建議業務組抽審或解密診所資料詳細檢視輔導。

105年分科試辦計畫修訂

▶中區西醫基層總額審查指標缺點

- 主要針對各分科高成長、高單價診所管理長期以來部分審查指標僅能管理特定極端院所
- 缺乏賦予多數診所自我管理的概念

▶105年西醫基層診療費管理

- 「每件診療費」指標修訂為「每人診療費」及「每人合計點數」，以增加點數及成長率，給予診所自我管理標準
- 指標閾值成長率下限訂定2%，將總額協商成長率及中區醫療費用成長率兩者合併考量

中區現行管理難點

▶分科委員會管理力度有限

▶新特約診所成長快速



5-3) 檔案分析指標與抽審指標之訂定

4/4

▼ 南區審查業務分享(範例)

南區控管特色

- ❖ 核心幹部向心力強,認真負責,由點線面全面性管理審查品質
- ❖ 成立專案審查會議
 1. 大型院前診所
 2. 超大型婦兒科診所
 3. 經營型態異常診所(EG:眼科)
 4. 醫院附設安養附設診所

審查執行會南區分會 審查組

抽審最重要指標

- ◆ 平均就醫次數、每人日藥費、每件診療費、每件平均費用
- ◆ 就醫模式及診療模式有無異常

困境

- ❖ 審查分會功能越趨薄弱,恐淪為橡皮圖章!
- ❖ 審查醫師只能推薦1/2,難以監控審查品質
- ❖ 為了維持點值,診所自宮,審查醫師核刪,點值好是真相或假象!

審查執行會南區分會 審查組



5-3) 異常院所分析與建議抽審比例

1/2

- ▶ 全聯會分析案件特性、科別、案件分類及疾病別等，按分區檔案分析人數、件數、費用、占率、成長率等資料，評估影響因素、分布及範圍。
- ▶ 定期於會議彙整報告，分會審查相關會議參考相關統計，就異常案件研議輔導管理、立意抽樣審查或隨機抽樣審查等機制。

以台北區為例，本會協助分析精神科等科別及Glucosamine等藥品費用申報情形，由臺北分會召開費用管控會議，研議管控方式。

南區分會定期請本會協助分析各就醫科別申報家數、件數、藥費、診療費、醫療費用及給藥天數等資料。



5-3) 異常院所分析與建議抽審比例

2/2

▶ 台北區申請統計資料(範例)

▼ 台北區Glucosamine藥品統計資料

分區	項次		院所				醫令	
			人數	件數	藥費	醫療費用	總量	點數
台北區	1		41,993	279,381	95,335,669	220,822,001	850,912	6,324,439
	2		51,957	313,223	116,745,895	255,948,748	363,209	2,389,558
	3		8,433	57,008	12,684,057	40,957,848	332,948	497,324
	4		15,765	124,936	62,859,913	140,262,501	201,196	309,849
	5		5,439	28,740	13,616,834	28,469,923	87,276	134,696
	6		7,896	22,196	1,091,763	15,818,737	43,578	65,058
	7		5,054	33,537	7,719,390	25,671,053	38,262	60,538
	8		3,186	16,976	4,511,053	10,351,076	32,383	49,352
	9		4,583	27,880	1,321,177	23,584,947	25,938	37,250
	10		2,441	11,137	1,590,960	5,381,802	24,862	34,568
	11		64,183	390,653	127,729,270	344,846,165	18,144	27,132
	12		1,799	8,644	1,724,293	4,765,827	15,462	24,006
	13		1,979	8,357	3,204,649	6,744,959	12,012	16,731
	14		493	2,930	156,511	1,123,842	10,780	15,785
	15		9,579	23,423	1,065,422	16,881,494	10,479	15,192



5-3)初核、申復及爭審後核減率

- ▶ 「初核核減率」與「申復後核減率」2項核減率相差，東區0.22%差距較大，中區及高屏區0.11%差距較小，全區2項核減率相差約0.14%。
- ▶ 「爭審後核減率」與「申復後核減率」2項核減率相差，各區介於0.00%~0.02%。

分區 初核核減率						分區 申復後核減率						分區 爭審後核減率					
年	101年	102年	103年	104年	105年	年	101年	102年	103年	104年	105年	年	101年	102年	103年	104年	105年
台北區	0.98%	1.29%	1.26%	1.22%	0.90%	台北區	0.78%	1.03%	1.02%	0.98%	0.76%	台北區	0.74%	0.97%	0.97%	0.94%	0.75%
北區	1.54%	1.23%	1.20%	1.10%	0.90%	北區	1.06%	0.88%	0.88%	0.82%	0.69%	北區	1.01%	0.85%	0.86%	0.80%	0.69%
中區	0.58%	0.71%	0.80%	0.71%	0.68%	中區	0.48%	0.58%	0.64%	0.57%	0.57%	中區	0.47%	0.58%	0.63%	0.57%	0.57%
南區	0.45%	0.52%	0.61%	0.54%	0.46%	南區	0.31%	0.36%	0.42%	0.39%	0.33%	南區	0.30%	0.35%	0.40%	0.37%	0.33%
高屏區	1.10%	1.03%	1.02%	0.91%	0.71%	高屏區	0.88%	0.80%	0.76%	0.70%	0.60%	高屏區	0.86%	0.76%	0.73%	0.67%	0.59%
東區	1.21%	1.25%	1.14%	1.29%	1.22%	東區	0.97%	1.01%	0.79%	0.92%	1.00%	東區	0.94%	0.99%	0.77%	0.89%	0.98%
全區	0.91%	0.99%	1.01%	0.94%	0.76%	全區	0.70%	0.77%	0.78%	0.73%	0.62%	全區	0.67%	0.74%	0.75%	0.71%	0.62%

註1.資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1060517止已完成核付之資料。

註2.初核核減率＝(申請點數－核定點數)／醫療費用點數

註3.申復後核減率＝(申請點數－核定點數－申復補付點數)／醫療費用點數

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



5-3) 申復補付率

分區別	申復補付率				
年	101年	102年	103年	104年	105年
台北區	34.61%	30.27%	32.77%	33.66%	34.12%
北區	47.90%	45.81%	43.67%	44.03%	42.35%
中區	35.91%	39.46%	39.96%	39.28%	40.81%
南區	55.30%	57.18%	53.17%	49.91%	58.19%
高屏區	39.51%	42.24%	44.75%	44.49%	42.64%
東區	43.94%	49.52%	54.76%	51.05%	39.24%
全區	40.92%	38.41%	40.21%	39.91%	40.63%

註1.資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1060517止已完成核付之資料。

註2.申復補付率＝申復補付點數/ 申復點數



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

5-3) 爭審件數及爭審撤銷率

1/3

▼105年全區「爭審案件數」13,083件，與104年相較增加1,777件（**16%**）

分 區 別	爭審件數				
年	101年	102年	103年	104年	105年
台北區	3,548	3,571	4,370	4,853	5,748
北區	2,843	1,738	2,005	1,720	2,266
中區	1,587	1,017	638	712	1,041
南區	868	743	1,177	1,816	2,438
高屏區	2,016	1,458	1,349	1,820	1,364
東區	741	476	216	385	226
全區	11,603	9,003	9,755	11,306	13,083

分 區 別	爭審撤銷率				
年	101年	102年	103年	104年	105年
台北區	20%	16%	19%	16%	19%
北區	28%	19%	16%	16%	12%
中區	21%	17%	15%	18%	12%
南區	20%	19%	13%	16%	8%
高屏區	21%	20%	35%	26%	23%
東區	64%	9%	21%	19%	20%
全區	25%	17%	20%	18%	16%

註1. 資料來源：全民健康保險爭議審議委員會，資料期間為101年及105年第1季至第4季。

註2. 撤銷率=1-(駁回件數)/爭審件數



5-3) 爭審件數及爭審撤銷率

2/3

▼ 爭議審議案件相關統計(範例)

年	月份	健保代碼	名次	醫令名稱/藥品適應症	爭審件數	撤銷量	撤銷率	重複次數	台北撤銷量	北區撤銷量	中區撤銷量	南區撤銷量	高屏撤銷量	東區撤銷量
098	01-12	B022886100	26	高膽固醇血症、高三酸甘油酯血症	42	19	45%	13	-	-	-	-	-	-
098	01-12	32018C	28	下肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	34	15	44%	13	-	-	-	-	-	-
099	01-06	32018C	5	下肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	21	14	67%	13	-	11	-	-	-	-
099	01-06	B022886100	23	高膽固醇血症、高三酸甘油酯血症	37	16	43%	13	5	-	-	-	-	-
099	07-09	32018C	4	下肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	14	9	64%	13	-	-	-	-	-	-
099	07-09	B022886100	17	高膽固醇血症、高三酸甘油酯血症	15	3	20%	13	-	-	-	-	-	-
099	10-12	32018C	4	下肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	11	4	36%	13	-	-	-	-	-	-
099	10-12	B022886100	6	高膽固醇血症、高三酸甘油酯血症	16	5	31%	13	-	-	-	-	-	-
100	01-03	B022886100	2	高膽固醇血症、高三酸甘油酯血症	18	9	50%	13	-	-	-	-	-	-
100	04-06	B022886100	4	高膽固醇血症、高三酸甘油酯血症	11	5	45%	13	-	-	-	-	-	-
100	04-06	32018C	4	下肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	29	13	45%	13	-	-	6	-	-	-
100	07-09	B022886100	1	高膽固醇血症、高三酸甘油酯血症	15	10	67%	13	-	-	-	-	-	-
100	07-09	32018C	12	下肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	39	13	33%	13	-	3	5	-	-	-
100	10-12	32018C	6	下肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	57	23	40%	13	-	8	12	-	-	-
100	10-12	B022886100	8	高膽固醇血症、高三酸甘油酯血症	11	4	36%	13	-	-	-	-	-	-
101	01-03	32018C	2	下肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	42	22	52%	13	-	10	8	-	-	-
101	01-03	B022886100	19	高膽固醇血症、高三酸甘油酯血症	27	3	11%	13	-	-	-	-	1	-
101	04-06	32018C	3	下肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	48	24	50%	13	-	15	9	-	-	-
101	04-06	B022886100	16	高膽固醇血症、高三酸甘油酯血症	14	3	21%	13	-	-	-	-	-	-
101	07-09	32018C	6	下肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	45	21	47%	13	-	12	2	-	-	-
101	07-09	B022886100	14	高膽固醇血症、高三酸甘油酯血症	27	8	30%	13	-	-	-	-	-	-
101	10-12	B022886100	10	高膽固醇血症、高三酸甘油酯血症	17	7	41%	13	-	-	-	-	-	-
101	10-12	32018C	18	下肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	48	12	25%	13	-	8	-	-	-	-
102	01-03	32018C	12	下肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	23	6	26%	13	-	4	-	-	-	-
102	01-03	B022886100	15	高膽固醇血症、高三酸甘油酯血症	23	5	22%	13	-	-	-	-	5	-
102	07-09	32018C	8	下肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	38	8	21%	13	-	7	-	-	-	-



5-3) 爭審件數及爭審撤銷率

3/3

爭審案件檢討與改善

► 分會討論降低爭議審案件數量方案，爭議性案例建立案例研討機制。

► 以北區分會為例：

1. 爭議審議案件以復健治療項目為主，加強宣導骨科及復健科審查醫藥專家詳敘核減理由及加註院所申報復健治療總量與總申報件數比例，供爭議審議委員會瞭解院所申報復健治療項目占率。
2. 加強敘明核減理由並加註執行率，以利爭議審議委員會瞭解整體申報執行率；同時蒐集爭審撤銷不合理之案例，向爭議審議委員會反應。



5-3)專業審查其他管理措施

1/4

► 審畢案件評量

► **重點性篩選** 審畢案件，由審查樣本核減率統計結果等數據篩選潛伏異常名單。

分區	抽審 醫師數	抽審 案件數	審查合理 件數	審查合理 件數占率	審查 不合理 件數	審查 不合理 件數占率
台北	30	1,188	1,151	96.89%	37	3.11%
北區	30	957	919	96.03%	38	3.97%
中區	28	1,167	1,069	91.60%	98	8.40%
南區	32	797	751	94.23%	46	5.77%
高屏	30	1,222	1,147	93.86%	75	6.14%
東區	22	1,034	962	93.04%	72	6.96%
合計	172	6,365	5,999	94.25%	366	5.75%



5-3)專業審查其他管理措施

2/4

32項檔案分析不予支付指標

項次	指標名稱
1	眼科門診局部處置申報率
2	西醫基層婦產科門診局部處置申報率
3	西醫基層耳鼻喉科門診局部處置申報率
4	基層診所病患當月就診超過10次以上
5	初次使用ticlopidine 或clopidogrel (Plavix) 前未使用aspirin比率
6	基層診所01及09案件藥品申報超過38天
7	西醫院所門診上呼吸道感染抗生素處方率
8	西醫基層總額門診注射劑使用率
9	西醫院所門診同一處方開立制酸劑重複率
10	不合理轉診型態
11	高血壓併氣喘病患不適當用藥 (non-selective beta blocking agents、alpha and beta blocking agents之藥品) 處方率過高
12	西醫診所COX II inhibitor處方不當比率過高
13	西醫診所AZULENE處方率居於同儕極端值
14	西醫診所銀杏葉萃取物(Ginkgo)處方率居於同儕極端值
15	西醫診所PIPETHANATE處方率居於同儕極端值
16	西醫基層門診新陳代謝及心血管兩系統疾病之慢性病案件開藥天數小於等於21日之案件占率過高
17	西醫基層門診PSYLLIUM HUSK處方率居於同儕極端值
18	西醫基層門診2歲以下幼兒使用CODEINE製劑比率過高
19	西醫基層門診高血壓懷孕婦女使用ACEI或ARB之比率偏高

項次	指標名稱
20	同一診所同一門診病人當月申報懷孕試驗超過3次以上
21	糖尿病用藥新一代Sulfonylureas類型與Meglitinides類型藥品合併使用比率偏高
22	西醫診所門診同院所同一病人每季申報Zolpidem開藥天數(DDD)超量
23	西醫基層醫師超音波心臟圖申報量超過西醫醫院醫師申報量80百分位值
24	西醫基層醫師杜卜勒氏彩色心臟血流圖申報量超過西醫醫院醫師申報量80百分位值
25	西醫基層醫師上肢運動神經傳導測定申報量超過西醫醫院醫師申報量80百分位值
26	西醫基層醫師感覺神經傳導速度測定申報量超過西醫醫院醫師申報量80百分位值
27	西醫基層醫師成人精神科診斷性會談申報量超過西醫醫院醫師申報量80百分位值
28	西醫基層醫師光線治療申報量超過西醫醫院醫師申報量80百分位值
29	同一院所物理治療頻率過高個案所占醫令數比率過高
30	門診同院所同病人同日就醫申報耳鼻喉局部治療次數過高
31	門診液態氮冷凍治療執行率過高
32	門診同一處方重複開立屬相同劑型指示藥品之人工淚液案件



5-3)專業審查其他管理措施

3/4

105年監控審查品質指標

- ▶為提升審查品質，訂定「**審查合理件數占率**」**審查品質指標**，按月監測各分區指標，就未達指標目標值檢討原因及研議改善方案。
- ▶105年度審查指標目標值訂於85%（含）以上，各區合理件數占率均達目標值。

年月	受評量分區	審查合理件數占率
2月	台北	96.43%
2月	高屏	94.21%
3月	北區	95.86%
4月	中區	95.42%
5月	南區	94.27%
6月	東區	90.52%
7月	中區	87.08%
8月	高屏	93.52%
9月	台北	97.33%
10月	北區	96.15%
11月	南區	94.17%
12月	東區	94.77%



5-3)專業審查其他管理措施

4/4

►105年實施跨區審查作業

跨區審查申請條件如下：

- 1、醫療服務案件因審查醫藥專家專科（次專科）人力不足無法審查時。
- 2、醫療服務案件因審查醫藥專家迴避原則規定無法審查時。

105年分區辦理跨區審查案件統計			
分區	委託分區	科別	件數
台北		-	0件
北區		-	0件
中區	北區	精神科	400件
	南區	精神科	400件
	高屏區	精神科	400件
南區	高屏區	內科	13件
	高屏區	心臟內科	40件
高屏		-	0件
東區	台北區	風濕免疫科	180件



5-4)院所違規概況

1/4

《全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法》
第37-40條之違規案件類型

1

非總額舉發

共計238家次

2

總額舉發

與去年皆為0家次

▼違規家次、點數概況：

違規總點數為39,943,523點。

與104年47,228,505 點相較，

減少7,284,982點。

- 1.院所無從得知其他院所是否違規，而無法向中央健保署舉發。
 - 2.即使得知，惟礙於特定原因而無意主動出面舉發。
- 本會尊重各院所自主意願及自主考量是否主動舉發。



5-4)院所違規概況

2/4



類型別	西醫基層總額					
	103		104		105	
	家次	點數	家次	點數	家次	點數
01未依處方箋或病歷記載提供醫療服務	36	1,190,017	60	3,654,771	77	11,923,028
02未經醫師診斷逕行提供醫療服務	38	628,373	14	95,043	53	1,089,164
03處方箋之處方或醫療費用申報內容與病歷記載不符	0	-	-	-	-	-
04未記載病歷，申報醫療費用	0	-	-	-	-	-
05申報明知病人以他人之保險憑證就醫之醫療費用。	0	-	2	39,231	-	-
06容留非具醫事人員資格，執行醫師以外醫事人員之業務。	11	2,133,007	18	3,399,919	6	17,218
07收治非保險對象，而以保險對象之名義，申報醫療費用	0	-	-	-	-	-
08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	12	649,985	-	-	4	156,337
09未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用	12	1,440,744	17	4,064,551	19	976,009
10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	31	5,098,576	57	8,628,423	38	9,446,113
11保險醫事服務機構容留未具醫師資格之人員，為保險對象執行醫療業務，申報醫療費用。	0	-	1	928,393	-	-
12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	0	-	1	1,175	4	247,927
13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	10	10,125,431	23	21,206,023	5	4,241,357
14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	0	-	-	-	2	482,201
15停約期間，以不實之就診日期申報，對保險對象提供之服務費用，或交由其他保險醫事服務機構申報該服務費用。	0	-	-	-	-	-
16依第一款至前款規定，受終止特約或停約一年，期滿再申請特約後，經查於終止特約或停約一年期間，有前款所定情事。	0	-	-	-	-	-
17其他	20	2,805,855	41	5,210,976	30	11,364,169
合計	170	24,071,988	234	47,228,505	238	39,943,523

註:本表為非總額舉發之統計，103-105年總額舉發數皆為0。



5-4)院所違規概況

3/4

▼違規態樣分析(違規類型總計17類)

「容留非具醫事人員資格，執行醫師以外醫事人員之業務」類型：
較104年18家次**減少**12家次，**點數大幅減少3,382,701點**。



「未經醫師診斷逕行提供醫療服務」為**增加幅度最大**之類型：

較104年**增加39家次**。

「未依處方箋或病歷記載提供醫療服務」為**違規點數增加最多**之類型：

較104年**增加8,268,257點**。



5-4)院所違規概況

4/4

► 違規情形宣導與改進

- 1) 接獲會員違規情事，即轉知所屬縣市醫師公會，俾利公會即時介入關心、輔導。
- 2) 每二週彙整院所違規態樣。
- 3) 積極辦理違規解聘作業：
105年解聘審查醫藥專家共2名。



5-4) 醫療機構輔導

► 檔案分析、審查建議或其他需實地審查或輔導之對象。

實地審查

△審查21家院所。

參考檔案分析結果，審查原因如「慢連箋未第二次調劑比例偏高」、「新特約復健科院所實施人力設備」等。

輔導作業

△輔導家數1,406家。

就異常申報情形訂定輔導名單，輔導原因如「上消化道內視鏡執行率過高」、「就醫次數連續6個月高於該科90百分位」、「液態氮冷凍治療利用率偏高」等。



貳、整體規劃與執行檢討

一、整體資源配置與未來規劃

二、年度重點項目之推動與檢討



各層級整體滿意度結果

總額別	103年	104年	105年
醫院	86.1%	88.9%	87.0%
西醫基層	90.3%	90.9%	94.3%
牙醫門診	91.0%	93.8%	93.3%
中醫門診	87.75%	90.4%	88.9%

※計算公式：填答「非常滿意」及「滿意」總人數/所有表示意見人數

資料來源：健保署



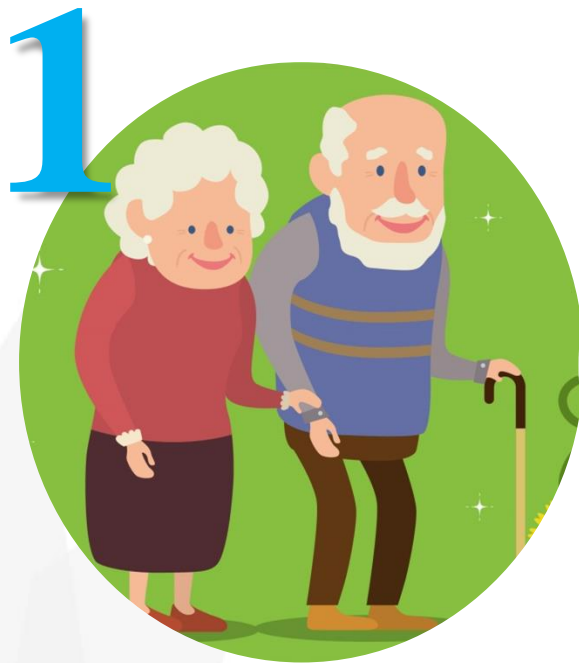
西醫基層總額預算占率年年下降

	單位：預算(百萬元)，總成長率(%)						
年度	西醫基層			醫院			總預算
	預算	總成長率	占率	預算	總成長率	占率	
95年	90,686.3	4.68	21.7%	276,945.2	4.90	66.3%	425,501.7
96年	92,706.6	4.18	21.4%	289,838.5	4.91	66.8%	442,169.6
97年	96,733.4	4.13	21.3%	304,239.5	4.90	67.1%	460,241.2
98年	100,366.4	3.35	21.2%	319,326.0	4.46	67.4%	478,283.0
99年	103,118.4	2.24	21.1%	329,506.3	2.73	67.5%	493,931.5
100年	105,050.8	1.72	20.9%	339,961.3	3.01	67.8%	508,034.8
101年	108,187.8	2.92	20.7%	355,562.1	4.61	68.2%	529,634.2
102年	111,236.7	2.81	20.4%	375,426.4	5.58	68.8%	553,128.2
103年	113,628.1	2.12	20.3%	386,808.9	2.99	69.0%	571,243.0
104年	117,254.9	2.99	20.2%	400,959.7	3.45	69.2%	590,836.4
105年	122,265.9	3.96	20.1%	423,395.4	5.33	69.5%	619,550.7
106年	128,571.5	4.789	20.0%	448,889.7	5.63	69.8%	654,506.4

一般服務+專款，西醫部門含透析



醫療費用上升因素



人口老化



重大傷病、罕見疾病
人口增加



新增藥品、醫療科技
的引進

歷年協商項目主要分類



支付標準改變

- ▶ 點數調整與開放跨表



配合政策法令改變

- ▶ 醫療法需使用安全針具之規定



醫療服務及密集度改變

- ▶ 編列慢性病照護增加與藥品適應症放寬之預算



地區預算分配公式按健保行政區規劃

- 1) 無法如實反映各區醫療需求
- 2) 基層總額地區預算分配維持微調機制
- 3) 因醫療環境及人口組成情形相異
 - ▶ 各區以調整審查指標及管控高成長科別方式穩定點值
- 4) 應以醫療費用申報情形，做為點值穩定及費用管理之參考依據





貳、整體規劃與執行檢討

一、整體資源配置與未來規劃

二、年度重點項目之推動與檢討



2-1) 專案計畫之整體檢討與後續規劃 — 家庭醫師整合照護計畫

(詳書面報告第5頁至第7頁)

► 103-105年績效獎勵金點值

年度	較需照護 名單數 (A)	收案人數 (B)	未收案 人數(C)	收案占率 (D=B/A)	預算數 (億)	預算 執行率	績效獎勵金點值
103	5,158,654	2,235,088	2,923,566	43.3%	12	99.70%	0.836元/點
104	5,158,097	2,484,646	2,673,451	48.2%	11.8	100%	0.9868元/點
105	5,510,363	2,603,758	2,906,605	47.3%	11.8	100%	0.704元/點



2-2)地區預算分配與民眾就醫、資源分配合理性

1/2

(詳書面報告第7頁至第8頁)



按健保行政分區規劃：

無法如實反映各區醫療分布、族群結構、城鄉差異及社經因素產生之醫療需求。

全聯會將地區預算分配公式配合微調機制方式，降低公式對部分地區的衝擊：

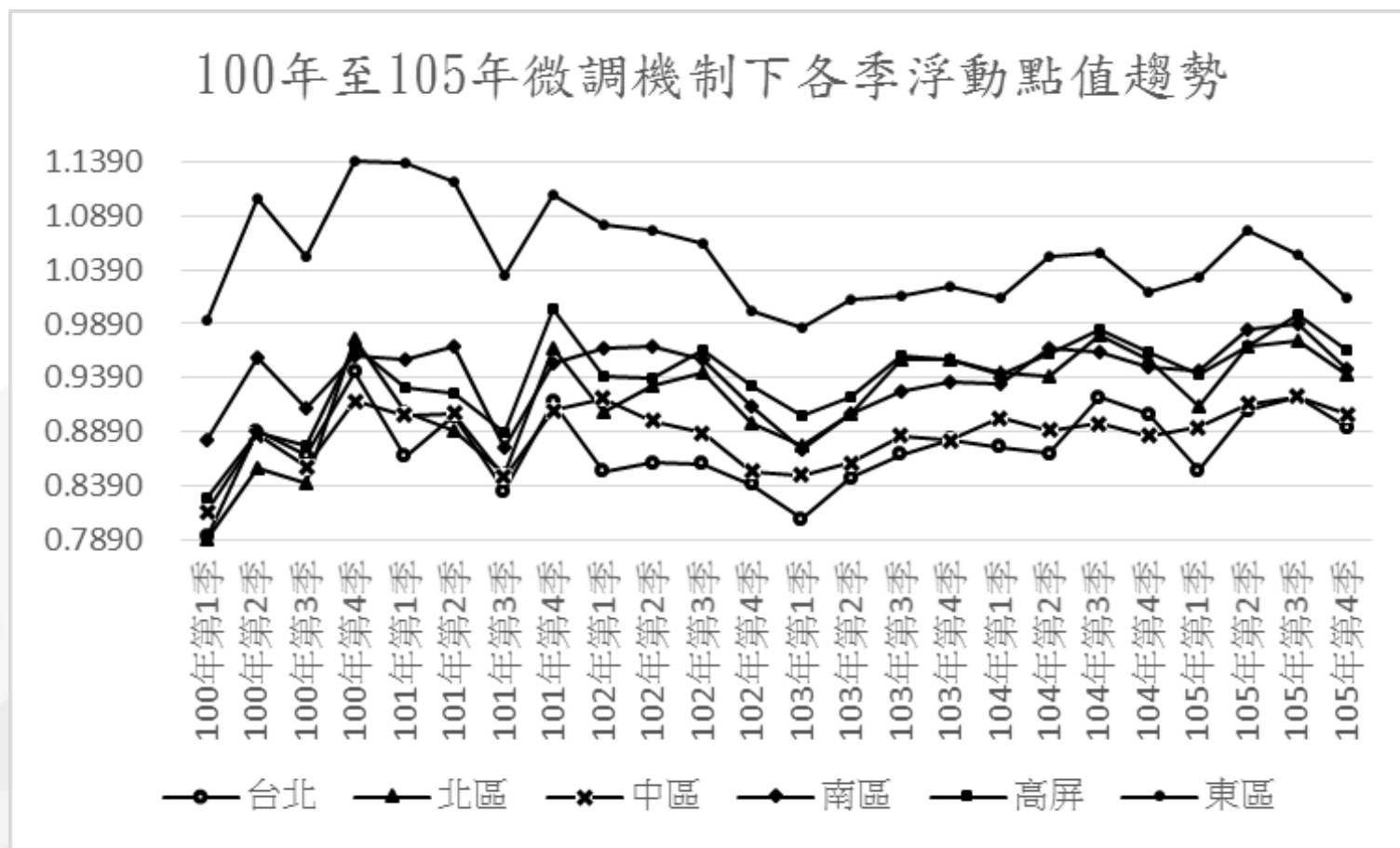
- 1) 104年及105年微調機制，採分區定額提撥及成長率下限保護方式處理。
- 2) 固定保障東區及保護低點值之分區。



2-2)地區預算分配與民眾就醫、資源分配合理性

2/2

►100年至105年各季浮動點值趨勢（下表）顯示，各區浮動點值逐步趨近，醫療資源依醫療費用支出情形合理分配。





(三)加強基層量能之策略與執行現況

1.提升基層醫療服務量能

(1)開放基層表別

(2)擴大家庭醫師整合性照護計畫

(3)全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案推動

2.導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔

(1)提高假日基層開診率

(2)電子轉診資訊交換平台


3.調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務

4.精進審查品質



3-1-1)開放基層表別

1/2



以「可壯大基層醫療」、「後續可在基層院所繼續治療」及「排除院前診所為軍備競賽施行之項目」為原則。

25項開放表別項目，並規範除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。健保署按月監控，視需要訂定適應症。

衛福部公告**自106年5月1日起實施**(如下頁)，項目為歷年來最多，包括檢驗、檢查、處置、手術項目皆予開放，以擴大基層服務量能。



序號	診療項目 編號	診療項目中文名稱	支付 點數
1	18005C	超音波心臟圖(包括單面、雙面)	1,200
2	18006C	杜卜勒氏超音波心臟圖	600
3	17006C	支氣管擴張劑試驗	485
4	17004C	標準肺量測定(包括FRC測定)	485
5	12079C	CA-1 9 9 腫瘤標記 (EIA/LIA法)	400
6	12078C	CA-1 5 3 腫瘤標記 (EIA/LIA法)	400
7	47043C	上消化道內視鏡止血法 (任何方法)	7,818
8	86402C	網膜透熱或冷凍法再附著術	6,260
9	87031C	下眼瞼攣縮併角膜暴露矯正術	5,820
10	64089C	腱、韌帶皮下切斷手術	2727
11	54044C	耳石復位數	432
12	14065C	流行性感冒A型病毒抗原	150
13	14066C	流行性感冒B型病毒抗原	150
14	09122C	INTACT副甲狀腺免疫分析	360
15	09128C	C-胜鏈胰島素免疫分析	180
16	12020C	肺炎黴漿菌抗體	225
17	12048C	運鐵蛋白	275
18	12151C	同半胱胺酸(Homocysteine)	400
19	12172C	尿液肺炎球菌抗原	320
20	13008C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)，對同一檢體合併實施一般培養及厭氧性培養時加算二分之一	100
21	13009C	細菌藥物敏感性試驗—1菌種以上	150
22	13010C	細菌藥物敏感性試驗—2菌種以上	230
23	13011C	細菌藥物敏感性試驗—3菌種以上	300
24	13017C	KOH顯微鏡檢查	45
25	09111C	甲狀腺球蛋白Thyroglobulin (EIA/LIA)	90

3-1-2)擴大家庭醫師整合性照護計畫

1/2

預估
增加收案60萬人

擴大社區醫療群
之服務量能

新增自選指標

106年家醫計畫
修訂重點

擴大參與醫事機構
(藥局、衛生所、物理治療
所、檢驗所)

增加整合服務項目



3-1-2)擴大家庭醫師整合性照護計畫

2/2

106年5月家醫計畫大幅

超出目標值

	105年	健保署預估 106年執行 目標	106/5/23 現況	超出 目標值	105年- 106/5/23 成長(率)
預算數(億)	11.8	-	15.8	-	4(33.89%)
執行社區醫療 群數	414	494 (+80)	526	32	112(27.05%)
醫師數	3,789	-	5,182	-	1,393(36.76%)
診所數	3,057	3,590(+533)	4,063	473	1,006(32.9%)
收案人數	2,603,757	約340萬人 (+64萬人)	約413萬人	73萬人	約153萬人 (58.76%)



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

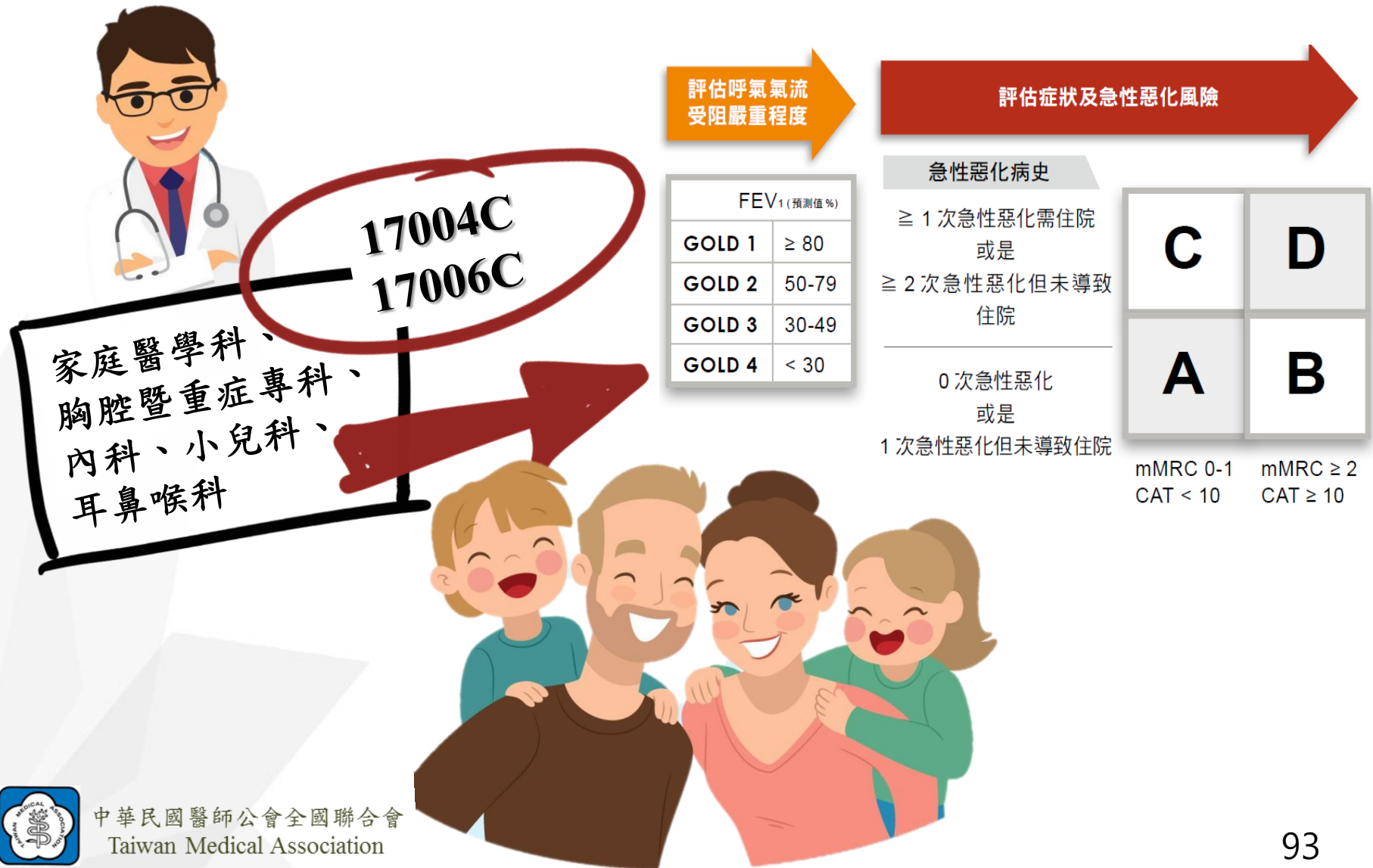
預估績效獎勵金點值為0.4



92

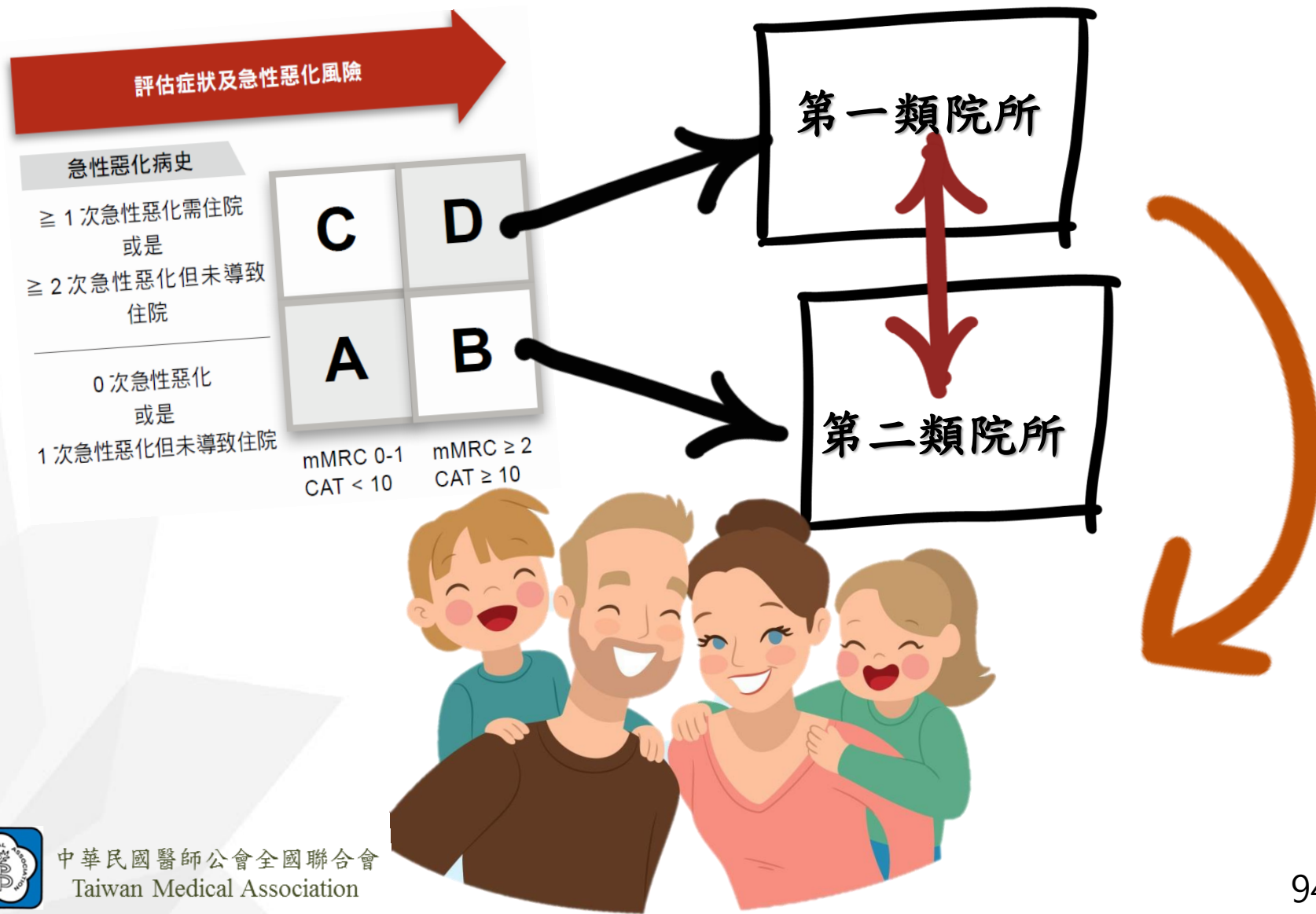
3-1-3)全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案

1/2



3-1-3)全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案

2/2



3-2-1)提高假日基層開診率



穩定開診
週六82%
週日21%

- 1.健保資訊網服務系統 (VPN)
- 2.全民健保行動快易通 (APP)

相關政策或法規
宜配合鬆綁，以
保障被保險人權
益



3-2-2) 電子轉診資訊交換平台

1/2

電子轉診 平台建置

1

落實雙向轉診為推動分級醫療重要配套之一。
加強醫師與醫師間轉診資訊連繫，以共同合作
提供病人連續性照護。

2

有助於資訊之整合，且提高轉診之便利性
及轉診之效率。

醫界對此政策多表支持，並積極配合政策辦理。

3

中央健康保險署，已於106年3月1日開放使用
健保資訊網服務系統(VPN)「醫事人員溝通平台-
電子轉診平台」(簡稱電子轉診平台)。



3-2-2) 電子轉診資訊交換平台

2/2

系統介面不友善

會員反映實務操作面之系統速度、建置內容、使用介面等不便。

本會發函中央健康保險署建議邀請各家資訊廠商整合電子轉診平台對操作平台提出改善建議。

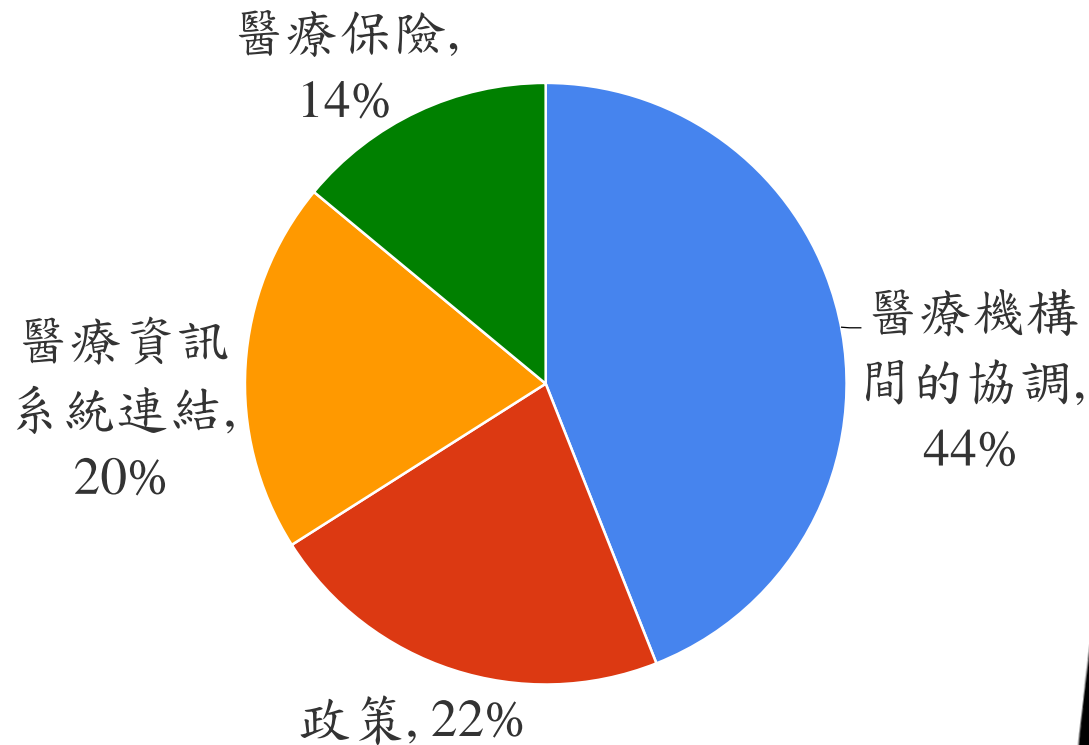
各家資訊廠商悄然漲價

增加轉診平台等功能，維護合約費用調漲至多5000元不等。
本會雖已邀集各家資訊廠商協商，然廠商調漲意願強烈。



3-3. 調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務

分級醫療的影響因素

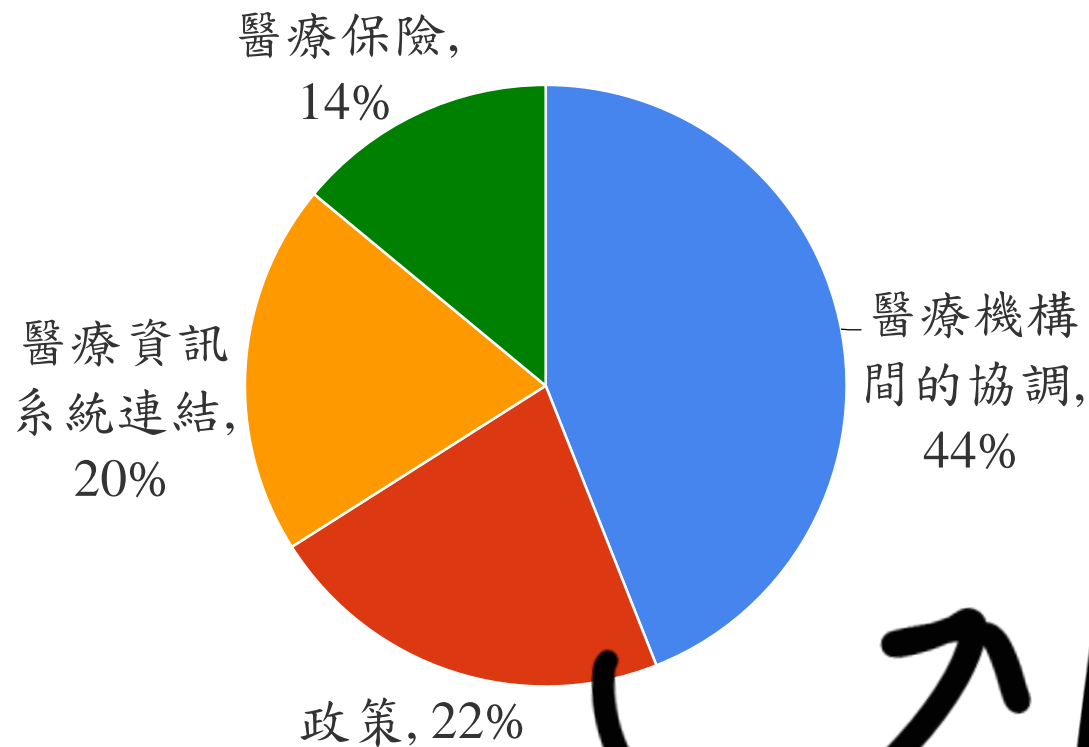


參與4次「106年度醫院總額醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過105年之一定比率，超過部分，不予分配之執行方式」研商會議。

主要目的：
導引民眾輕症前往基層診所就醫。

3-3. 調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務

分級醫療的影響因素



此政策自106年1月1日起實施，初級照護項目總計通過項目超過200項，但為因應此政策推動，基層服務量、醫療服務利用所需的費用將增加，本會建議107年應編列相對預算支應。

3-4. 精進審查品質

修訂審查醫師管理規定：
增訂「續任次數上限」、
「不當審查核減品質項
目」及「輔導及退場機
制」等規定。

辦理跨區審查：
指定之醫療服務
案件及因審查醫
師專科人力不足、
迴避規定而無法
審查時，得申請
跨區審查。

實施公開透明遴聘機制：

由健保署、縣市醫師公
會、專科醫學會或醫師自
我推薦方式提供審查醫師
推薦名單，經審核資格確
認後聘請。

集團醫師、集團院
所審查管理：

審查醫師遴選公開
透明，並實施審查
案件迴避規定。

降低爭審案件數
量：分析高撤銷率
項目，研議降低案
件數量方案及訂定
輔導管理方向。



3-4. 106年強化審查品質措施

1/2

建立初審與申復結果相異案件檢討流程

- ▶ 重申醫療案件審查係就院所申報項目與病歷主訴症狀、疾病史的關聯性、合理性，並非就醫療技術、治療效果判斷。
- ▶ 建議分會查閱審查醫師如「核減率」、「補付率」及「審畢案件評量結果」等相關資料，提報審查醫師異常案例於會議討論。
- ▶ 就異常案例研議審查案例或審查標準。
- ▶ 定期查閱「爭議審議案件結果暨說明」，提供特殊審查案例予會議討論。



3-4. 106年強化審查品質措施

2/2

建立審查案件雙審機制

- ▶ 為改善審查爭議，除建立初審與申復結果相異案件檢討流程外，將討論各區審查案件雙審機制。
- ▶ 考量各區醫療環境差異性，以審查業務運作順遂為前提，尊重各區因地制宜訂定相關機制。

加強宣導審查意見申訴或陳情管道機制

- ▶ 為提供外界對審查作業意見表達管道，已於各分會建立處理申訴、陳情案件之窗口。
- ▶ 為加強宣導申訴陳情管道，由各縣市醫師公會周知會員可利用電話、傳真及電子郵件提供申訴陳情意見。
- ▶ 分會接獲申訴案件後，呈報主管，必要時提會議討論或會同醫師公會、分區業務組討論。
- ▶ 申訴案件收案一個月內，應將審核結果回復申訴會員，並副知分區業務組。





參、結語



Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015

GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators*

Summary

Background National levels of personal health-care access and quality can be approximated by measuring mortality rates from causes that should not be fatal in the presence of effective medical care (ie, amenable mortality). Previous analyses of mortality amenable to health care only focused on high-income countries and faced several methodological challenges. In the present analysis, we use the highly standardised cause of death and risk factor estimates generated through the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD) to improve and expand the quantification of personal health-care access and quality for 195 countries and territories from 1990 to 2015.

Methods We mapped the most widely used list of causes amenable to personal health care developed by Nolte and McKee to 32 GBD causes. We accounted for variations in cause of death certification and misclassifications through the extensive data standardisation processes and redistribution algorithms developed for GBD. To isolate the effects of personal health-care access and quality, we risk-standardised cause-specific mortality rates for each geography-year by removing the joint effects of local environmental and behavioural risks, and adding back the global levels of risk exposure as estimated for GBD 2015. We employed principal component analysis to create a single, interpretable summary measure—the Healthcare Quality and Access (HAQ) Index—on a scale of 0 to 100. The HAQ Index showed strong convergence validity as compared with other health-system indicators, including health expenditure per capita ($r=0.88$), an index of 11 universal health coverage interventions ($r=0.83$), and human resources for health per 1000 ($r=0.77$). We used free disposal hull analysis with bootstrapping to produce a frontier based on the relationship between the HAQ Index and the Socio-demographic Index (SDI), a measure of overall development consisting of income per capita, average years of education, and total fertility rates. This frontier allowed us to better quantify the maximum levels of personal health-care access and quality achieved across the development spectrum, and pinpoint geographies where gaps between observed and potential levels have narrowed or widened over time.



Published Online

May 18, 2017

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30818-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30818-8)

See Online/Comment

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31289-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31289-8)

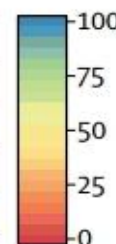
*Collaborators listed at the end of the Article

Correspondence to:

Prof Christopher J L Murray,
Institute for Health Metrics and
Evaluation, University of
Washington, 2301 5th Avenue,
Suite 600, Seattle, WA 98121,
USA
cjm@uw.edu



	Healthcare Access and Quality Index																														
	Tuberculosis	Diarrhoeal diseases	Lower respiratory infections	Upper respiratory infections	Diphtheria	Whooping cough	Tetanus	Measles	Maternal disorders	Neonatal disorders	Non-melanoma skin cancer	Cervical cancer	Uterine cancer	Testicular cancer	Hodgkin's lymphoma	Leukaemia	Rheumatic heart disease	Ischaemic heart disease	Cerebrovascular disease	Hypertensive heart disease	Chronic respiratory disease	Peptic ulcer disease	Appendicitis	Inguinal, femoral, and abdominal hernia	Gallbladder and biliary diseases	Epilepsy	Diabetes mellitus	Chronic kidney disease	Congenital heart anomalies	Adverse effects of medical treatment	
Andorra	95	98	99	85	100	100	98	99	100	100	99	82	93	96	81	70	73	96	84	96	95	97	95	99	93	91	92	96	95	96	88
Iceland	94	95	97	72	99	100	100	100	100	100	99	90	87	91	67	63	75	94	75	95	93	98	93	99	99	84	92	100	100	98	87
Switzerland	92	99	91	87	99	100	100	100	100	97	80	76	90	94	75	72	72	96	86	100	85	97	92	96	92	86	89	94	93	85	92
Sweden	90	98	96	80	99	100	100	100	100	98	90	78	76	95	83	76	67	91	73	88	94	95	79	98	92	86	85	78	95	95	86
Norway	90	95	92	78	99	100	100	100	100	99	90	81	81	91	65	70	76	93	78	87	99	95	80	98	92	86	80	78	92	93	97
Australia	90	100	94	82	99	100	100	100	99	96	81	52	84	95	86	74	70	86	78	93	98	90	93	98	89	84	83	83	88	90	77
Lebanon	80	81	88	94	97	100	95	98	97	88	64	89	83	85	50	30	49	88	48	76	72	90	91	90	96	86	79	64	57	55	71
Hungary	80	91	93	89	96	100	100	100	100	95	71	62	60	86	36	64	61	79	56	67	58	94	58	85	74	61	85	81	81	72	79
Poland	80	80	97	68	97	100	100	100	100	99	76	61	59	86	50	51	66	70	61	66	75	99	63	91	78	78	72	78	72	71	64
Saudi Arabia	79	64	81	59	98	100	97	97	93	85	51	88	100	98	92	76	80	86	59	68	87	88	97	86	100	89	81	89	45	55	45
Bermuda	79	96	94	64	99	100	100	100	96	100	75	57	72	93	100	50	40	82	58	68	66	93	69	75	74	77	89	65	52	81	60
Bahrain	79	75	83	67	98	100	98	98	95	86	71	84	91	91	96	50	61	91	65	89	86	89	80	74	88	69	69	52	52	68	68
Slovakia	79	91	92	60	97	100	97	99	100	97	70	70	62	74	46	51	63	79	54	65	65	95	64	93	78	66	68	83	71	71	72
Latvia	78	72	97	65	96	100	100	100	100	93	80	61	66	84	53	54	60	65	45	53	61	99	62	97	87	74	66	66	81	74	63
Taiwan	78	78	95	64	98	100	94	98	80	95	73	83	68	75	93	84	49	85	82	63	60	92	73	91	91	57	79	58	50	62	78
Puerto Rico	77	90	87	49	98	100	99	99	95	89	60	62	70	86	74	60	61	84	68	81	56	85	88	83	82	68	76	55	45	76	59
Lithuania	77	61	97	62	96	100	100	100	100	94	88	65	59	81	59	51	60	61	47	60	65	100	55	86	79	66	65	72	82	76	65
Macedonia	76	74	80	89	95	100	89	98	99	94	54	65	65	60	39	45	46	72	58	44	63	93	80	95	84	89	81	70	61	65	80



結語

2/3

這20年來，在西醫基層一萬多位醫師的努力之下，我們的照護品質**得到了世界頂尖醫學雜誌的肯定**，無論在上呼吸道感染、胃腸道疾病或孕產婦不適症，配合疾管署的疫苗注射及防疫，我們的**照護品質都是名列世界前五名**，這是**台灣醫界、衛福部及健保會共同的光榮**。



結語

3/3

『分級醫療』是蔡總統的重要政策：

重點在突破醫療困境，健保永續經營，導正良好就醫方式。

▼ 分級醫療不僅對基層有益，醫院、民眾效益更大



醫院端：解決門急診壅塞、回歸醫院教學、研究、重症醫療的本質。

民眾端：藉由基層全人醫療照護，減少民眾輕症逕赴醫院就診的辛苦。



唯有落實分級醫療政策，才能解決急診壅塞、五大皆空、醫療糾紛不斷等種種困境。

A stethoscope is positioned on a blue grid background. A white banner with a thin blue border is centered horizontally. The stethoscope's tubing is dark grey, and its chest piece is silver. The binaural part of the stethoscope is white with dark grey accents.

謝謝聆聽！

105年度

**西醫醫療資源不足地區改善方案
西醫基層執行成果報告**

報告人 徐超群 理事

中華民國醫師公會全國聯合會

徐超群 醫師

- 台灣大學醫學院醫學士
- 美國約翰霍普金斯大學醫療政策與管理研究所碩士
- 嘉義縣醫師公會第**20、21**屆理事長
- 中華民國醫師公會全國聯合會理事
- 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



報告大綱

壹、**105**年度方案目標及修正重點

貳、執行結果

參、成效評估

肆、**105**年評核委員評論意見及期許之回應說明

伍、結論及未來展望



壹、105年度目標及修正重點

年度目標及經費來源

年度目標

- 巡迴醫療服務計畫：鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務，本年度以**225,000總服務人次**及**10,000總診次**為目標。
- 獎勵開業服務計畫：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域開業，提供醫療服務。

經費來源

- 本方案經費自西醫基層總額「醫療資源不足地區改善方案」專款項下支應。
- **105年度預算為240百萬元**，其中180百萬元得與醫院總額同項專款相互流用。其餘60百萬元，用於提升執業於山地離島地區之特約西醫基層診所門診診察費。

施行區域

- 每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，超過2,600人之鄉鎮(市/區)；及各縣市衛生局提供醫療資源不足地區名單，並排除「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」。
- 屬每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，低於2,600人之鄉鎮（市/區），其巡迴點僅限當地衛生主管機關或所轄分區業務組認定者。
- 參酌前一年施行鄉鎮之醫人比、人口密度及交通狀況等條件，並與保險人各分區業務組及當地衛生局主管機關評估後認定，分為醫療資源導入較容易、一般及較困難等三級，每年調整一次。

費用支付-巡迴醫療服務計畫

■ 診察費加成：

基層診所每件依103年全年平均診察費284點加計3成；醫院診察費按申報點數加計2成支付，每點金額以1元計。

■ 醫事人員報酬以「論次計酬」支付：

項目		一般日(含夜診)	例假日
醫師	第一級	3,500點	4,500點
	第二級	4,500點	5,500點
	第三級	7,500點	8,500點
護理人員		1,200點	1,700點
藥事人員		1,200點	1,700點

費用支付-獎勵開業服務計畫

- 該診所總額內核定點數以該區每點支付金額計算，但每點支付金額至少1元，依分級支付原則每月最低保障額度第一級20萬點、第二級25萬點及第三級35萬點計算，至第36個月止。
- 第13個月起，若當月總服務量(含開業、巡迴醫療及釋出交付機構之醫療費用)未滿保障額度50%，當月則予保障額度50%核付。
- 如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。

105年度修正重點

施行區域

- 105年度預定公告之施行區域，計118個(基層診所86個，醫院32個)，較104年減少3個鄉鎮。

分級支付

- 依醫人比及人口密度等條件分為醫療資源導入較容易、一般及較困難等三級，每年調整一次。

加成費用

- 基層診所之診察費加成，每件依103年全年平均診察費284點加計3成，另診察及診療費用點值補至最高1元。

其他項目

- 巡迴點休診次數累計每季達該巡迴點原申請總次數之四分之一，則終止執行該巡迴點服務。

貳、執行結果

醫療服務提供概況- 歷年巡迴醫療服務統計

項目\年別	101年	102年	103年	104年	105年
參與醫師數	167	171	176	150	139
參與護理人員數	264	285	308	290	301
參與藥事人員數	-	-	66	64	57
執行院所數	133	136	139	124	118
巡迴鄉數	81	86	90	86	84
巡迴點數(村數)	330	353	323	295	281

• 資料來源：中央健保署各分區業務組及醫療資訊系統RPG追扣及醫療帳務管理子系統。

近年巡迴鄉鎮數略為減少，爰各數值亦呈下降趨勢。

醫療服務提供概況-

105年各分區巡迴醫療服務統計

項目\分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區
參與醫師數	21	9	27	67	8	7
參與護理人員數	25	12	53	151	23	37
參與藥事人員數	-	3	14	29	4	7
巡迴鄉數	11	9	28	34	5	7
執行院所數	12	9	22	62	6	7
巡迴點數(村數)	32	20	50	145	17	17

• 資料來源：中央健保署各分區業務組及醫療資訊系統RPG追扣及醫療帳務管理子系統。

醫療服務提供概況-醫師科別分布

科別 年別	家醫科	內科	外科	小兒科	婦產科	眼科	骨科	耳鼻喉科	神經外科	泌尿科	精神科	腸胃科	新陳代謝科	皮膚科	神經內科	復健科	核子醫學科	放射腫瘤科	急診醫學科	職業病科	消化外科	麻醉科	不分科	總計
101	55	22	23	8	12	4	2	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	3	0	1	0	21	157
102	81	27	29	17	15	1	10	7	2	2	1	1	4	1	4	2	1	1	4	1	0	0	8	215
103	78	27	21	12	10	0	8	6	3	2	0	0	0	1	0	1	0	0	6	0	0	0	9	184
104	71	25	21	16	10	0	5	3	1	1	1	0	0	2	1	1	0	0	8	0	1	1	5	173
105	69	27	18	12	10	0	5	2	1	1	1	0	0	2	2	0	0	0	6	0	1	1	4	162

- 資料來源：衛生福利部中央健康保險署
- 部分醫師具多重專科醫師資格

民眾利用概況-

105年醫療資源不足地區就醫疾病別

排名	疾病名稱	件數	占率	醫療點數
1	急性上呼吸道多處或未明示感染	660	15.13%	267,081
2	本態性(原發性)高血壓	281	6.44%	225,943
3	背痛	164	3.76%	172,728
4	急性支氣管炎	149	3.41%	58,244
5	第二型糖尿病	138	3.17%	48,634

- 資料來源 - 中央健康保險署二代倉儲系統門診明細檔
- 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)；其中醫療資源不足地區就醫率指投保於醫療資源不足地區之保險對象於該地區之就醫情形。
- 主診斷碼以ICD-10-CM前3碼進行分類統計。

民眾利用概況- 醫療資源不足地區就醫年齡層分布

年齡層	101年		102年		103年		104年		105年	
	人數	占率	人數	占率	人數	占率	人數	占率	人數	占率
0-9	36,020	6.90%	34,027	6.30%	35,936	6.20%	29,917	5.80%	26,528	5.47%
10-19	64,410	12.30%	64,180	11.90%	68,705	11.80%	56,340	11.00%	51,431	10.60%
20-29	36,558	7.00%	39,021	7.20%	44,540	7.70%	37,987	7.40%	36,814	7.59%
30-39	50,597	9.70%	52,136	9.70%	58,844	10.10%	50,504	9.90%	47,710	9.83%
40-49	61,854	11.90%	62,595	11.60%	66,679	11.50%	56,750	11.10%	53,405	11.01%
50-59	70,944	13.60%	74,872	13.90%	80,878	13.90%	72,209	14.10%	69,135	14.25%
60-69	75,050	14.40%	77,886	14.40%	82,659	14.20%	77,978	15.20%	76,679	15.81%
70-79	84,099	16.10%	87,791	16.30%	89,585	15.40%	79,670	15.60%	73,070	15.06%
80-89	37,891	7.30%	42,724	7.90%	47,308	8.10%	44,706	8.70%	44,441	9.16%
90以上	4,319	0.80%	4,865	0.90%	5,654	1.00%	5,533	1.10%	5,929	1.22%
總計	521,742	100%	540,097	100%	580,788	100%	511,594	100%	485,142	100%

- 資料來源 - 中央健康保險署二代倉儲系統門診明細檔及保險對象資訊檔
- 就醫人數以身分證號碼及生日歸戶



民眾利用概況- 歷年巡迴醫療民眾利用統計

項目\年別	101年	102年	103年	104年	105年
總服務診次	12,830	13,556	13,103	12,658	11,621
總服務人次	260,444	250,165	227,662	214,661	198,760
平均每診次服務人次	20	18	17	17	17

- 資料來源 - 中央健保署各分區業務組及醫療資訊系統RPG追扣及醫療帳務管理子系統。
- 總服務人次擷取D4(醫療資源不足地區鼓勵家承)+G5(巡迴醫療)案件，排除A3(健)及08(慢箋領藥)。



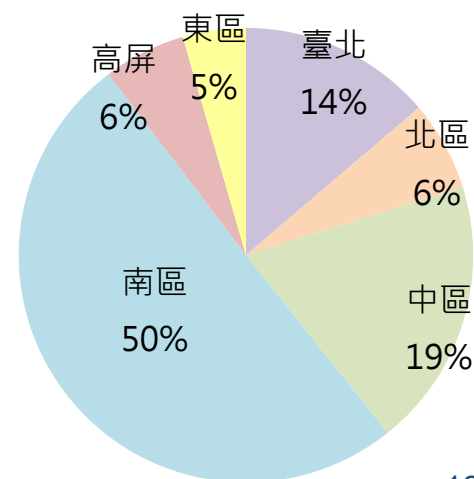
因公告施行區域逐年減少，分析歷年巡迴醫療服務總服務人次，雖略呈下降趨勢，惟平均每診次服務人次介於**17~20**人之間，顯示本方案之實施，仍穩定提供當地民眾醫療需求。

民眾利用概況-

105年各分區巡迴醫療民眾利用統計

項目\分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區
巡迴總診次	1,598	830	1,999	6,000	549	645
巡迴總人次	27,361	12,683	38,048	100,095	11,652	8,921
平均每診次服務人次	17	15	19	17	21	14

統計105年巡迴總人次，
主要集中於南區(50%)
及中區(19%)。



民眾利用概況- 歷年巡迴醫療費用申報統計表

單位：點

項目\年別	102年	103年	104年	105年
醫療費用	130,827,941	109,210,049	105,775,063	91,038,357
平均每診次點數	9,651	8,335	8,356	7,834
平均每人次點數	523	480	493	458
論次報酬	84,576,000	83,345,700	81,971,830	75,931,800
診察費加成	17,258,598	14,520,421	14,396,535	16,588,615

- 資料來源-中央健康保險署二代倉儲系統門診明細檔、各分區業務組、醫療資訊系統RPG追扣及醫療帳務管理子系統及西醫基層總額結算報表(論次報酬及診察費加成)。
- 總服務人次計算不含預防保健、戒菸案件。總診療人次=診療人次+到宅服務人次。
- 醫療費用為申請點數+部分負擔。

民眾利用概況-

各分區巡迴醫療費用申報統計

單位：點

項目\分區別		臺北	北區	中區	南區	高屏	東區
102	醫療費用	15,979,567	17,523,238	19,334,712	62,808,541	8,322,029	6,859,854
	診察費加成	2,282,754	1,440,905	2,750,668	8,796,211	1,132,602	855,457
103	醫療費用	15,559,014	7,558,341	22,086,702	51,493,482	6,956,859	5,555,651
	診察費加成	2,101,194	1,070,370	3,126,812	7,267,228	889,774	650,433
104	醫療費用	13,410,003	7,467,412	20,383,126	51,858,507	6,499,722	6,156,293
	診察費加成	1,886,841	1,070,481	2,908,298	6,929,647	842,581	726,638
105	醫療費用	12,046,801	5,797,161	15,866,586	45,630,361	6,908,205	4,789,243
	診察費加成	2,283,780	769,629	3,322,336	8,604,218	864,865	743,785

民眾利用概況- 獎勵開業服務計畫之申報統計1/2

項目\年別	102年	103年	104年	105年
定額給付	8,540,352	19,480,009	26,147,164	10,837,937
申報件數	22,676	41,503	61,292	22,382
醫療費用點數	8,999,174	16,609,737	26,341,692	10,837,937
平均每件醫療費用點數	397	400	430	474

- 資料來源-中央健康保險署二代倉儲系統門診明細檔、各分區業務組及西醫基層總額結算報表(定額給付)。
- 醫療費用點數為申請點數+部分負擔。
- 申報件數排除中央健保署代辦案件。

自**102**年度起共有**7**家診所申請，**102**年度**4**家、**103**年度**3**家，**104**及**105**年度則無院所申請。目前僅剩**103**年度申請之中區彰化縣大新診所及彰化縣正宜診所仍執業中，爰**105**年給付點數及件數下降幅度較大。

民眾利用概況- 獎勵開業服務計畫之申報統計2/2

計畫起日	診所名	年度	醫師 人數	實施 總診次	實施 總人次	平均每診次 服務人次	平均 每週診次	平均 每週時數
103/02/01	大新診所	第一年	1	816	5,723	7.0	16	48
		第二年	1	884	6,969	7.9	17	51
		第三年	1	885	7,724	8.7	17	51
103/05/01	正宜診所	第一年	1	918	9,355	10.2	18	54
		第二年	1	936	13,295	14.2	18	54
		第三年	1	939	12,489	13.3	18	54

• 資料來源-中央健康保險署二代倉儲系統門診明細檔、MHA試辦計畫子系統、各分區業務組。

106年獎勵開業服務計畫申辦情形

縣市/鄉鎮	醫事機構名稱	計畫起始日期
新北市石碇區	聯恩診所	106/01/01
新北市雙溪區	保惠診所	106/02/01
臺東縣太麻里鄉	南島金崙診所	106/03/01
臺東縣東河鄉	永成診所	106/04/01

• 資料來源：衛生福利部中央健康保險署。



參、成效評估

計畫達成情形-

歷年巡迴醫療服務目標達成統計1/2

項目/年度	101年	102年	103年	104年	105年
目標數					
鄉鎮數(個)	83	90	93	88	86
巡迴總服務人次	220,000	220,000	225,000	225,000	225,000
巡迴總服務時數/診次	32,000	10,000	10,000	10,000	10,000
執行數					
鄉鎮數(個)	81	86	90	86	84
巡迴總服務人次	260,444	250,165	227,662	219,626	200,173
巡迴總服務時數/診次	39,000	13,556	13,103	12,836	11,621
目標達成率					
鄉鎮數	97.60%	95.60%	96.77%	97.73%	98.00%
巡迴總服務人次	118.40%	113.70%	101.18%	97.61%	88.97%
巡迴總服務時數/診次	121.90%	135.60%	131.03%	128.36%	116.12%

• 資料來源：中央健保署各分區業務組及醫療資訊系統RPG追扣及醫療帳務管理子系統。

計畫達成情形-

歷年巡迴醫療服務目標達成統計2/2

- 105年度預定公告之施行區域計有118個(基層診所86個，醫院32個)，基層診所較前一年度減少3個鄉鎮(屏東縣佳冬鄉、花蓮縣吉安鄉、台東縣長濱鄉)，皆因近年交通漸趨便利，且鄰近區域之醫療資源充沛，因而刪除；另增加台東縣卑南鄉。
- 105年度基層診所實際執行鄉鎮數為84個，未承作地區為台中市神岡區(此區鄰近區域醫療資源豐沛，已於106年計畫修訂刪除)及台東縣卑南鄉(此區因無基層院所登記辦理，已於106年計畫改由醫院承作)。

計畫達成情形-

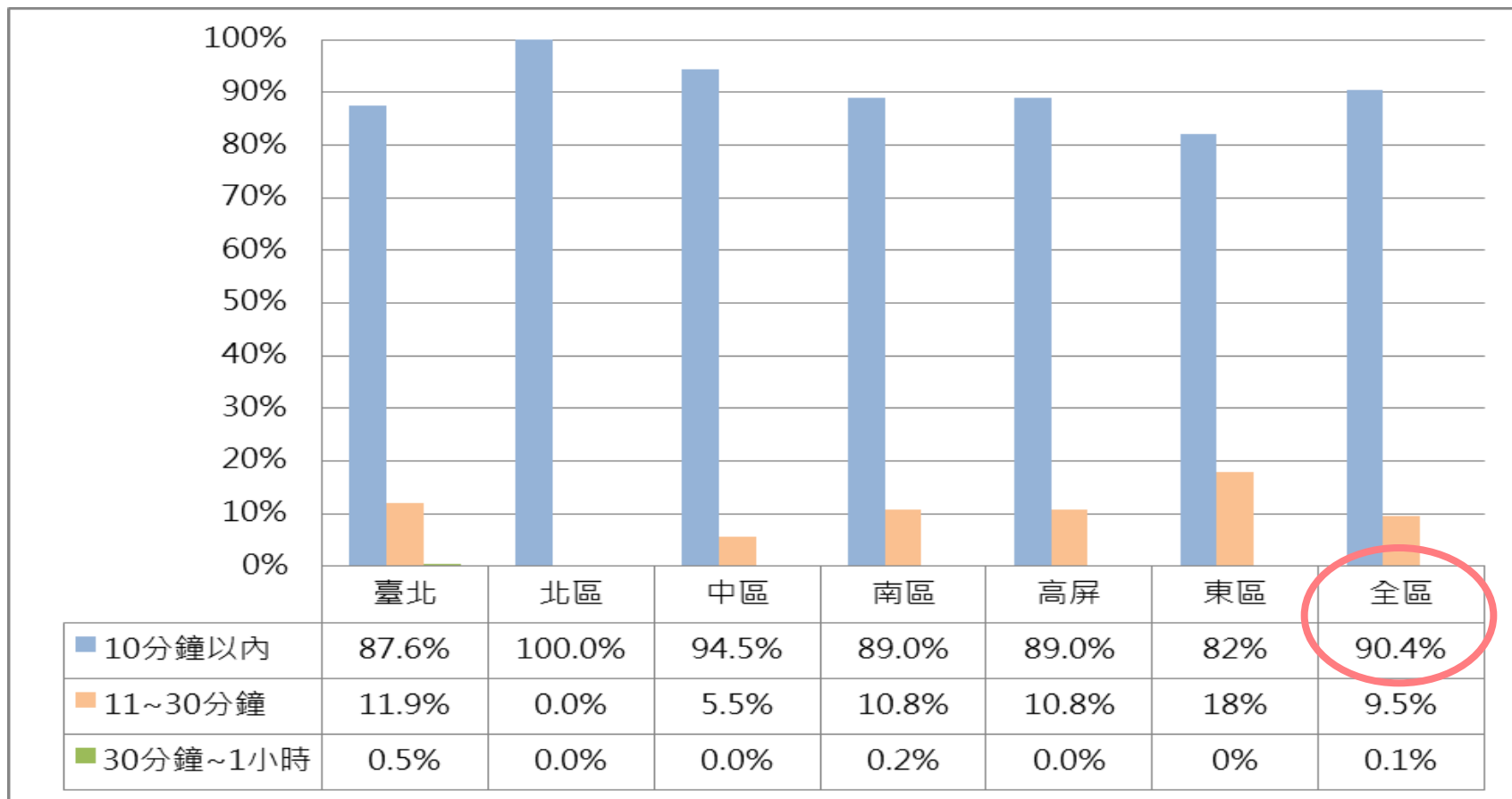
各分區巡迴醫療鄉鎮執行概況

分區/ 年度	101年		102年		103年		104年		105年	
	執行 鄉鎮數	占率	執行 鄉鎮數	占率	執行 鄉鎮數	占率	執行 鄉鎮數	占率	執行 鄉鎮數	占率
臺北	10	100%	11	92%	11	92%	11	100%	11	100%
北區	7	100%	7	100%	10	100%	9	100%	9	100%
中區	14	100%	16	89%	19	100%	19	100%	18	95%
南區	32	94%	37	100%	34	94%	33	97%	34	100%
高屏	8	100%	6	86%	7	100%	6	100%	5	100%
東區	10	100%	9	100%	9	100%	8	89%	7	88%
總計	81	98%	86	96%	90	97%	86	98%	84	98%

• 資料來源：中央健保署各分區業務組及醫療資訊系統RPG追扣及醫療帳務管理子系統



民眾就醫可近性- 105年民眾到達就醫地點所花時程



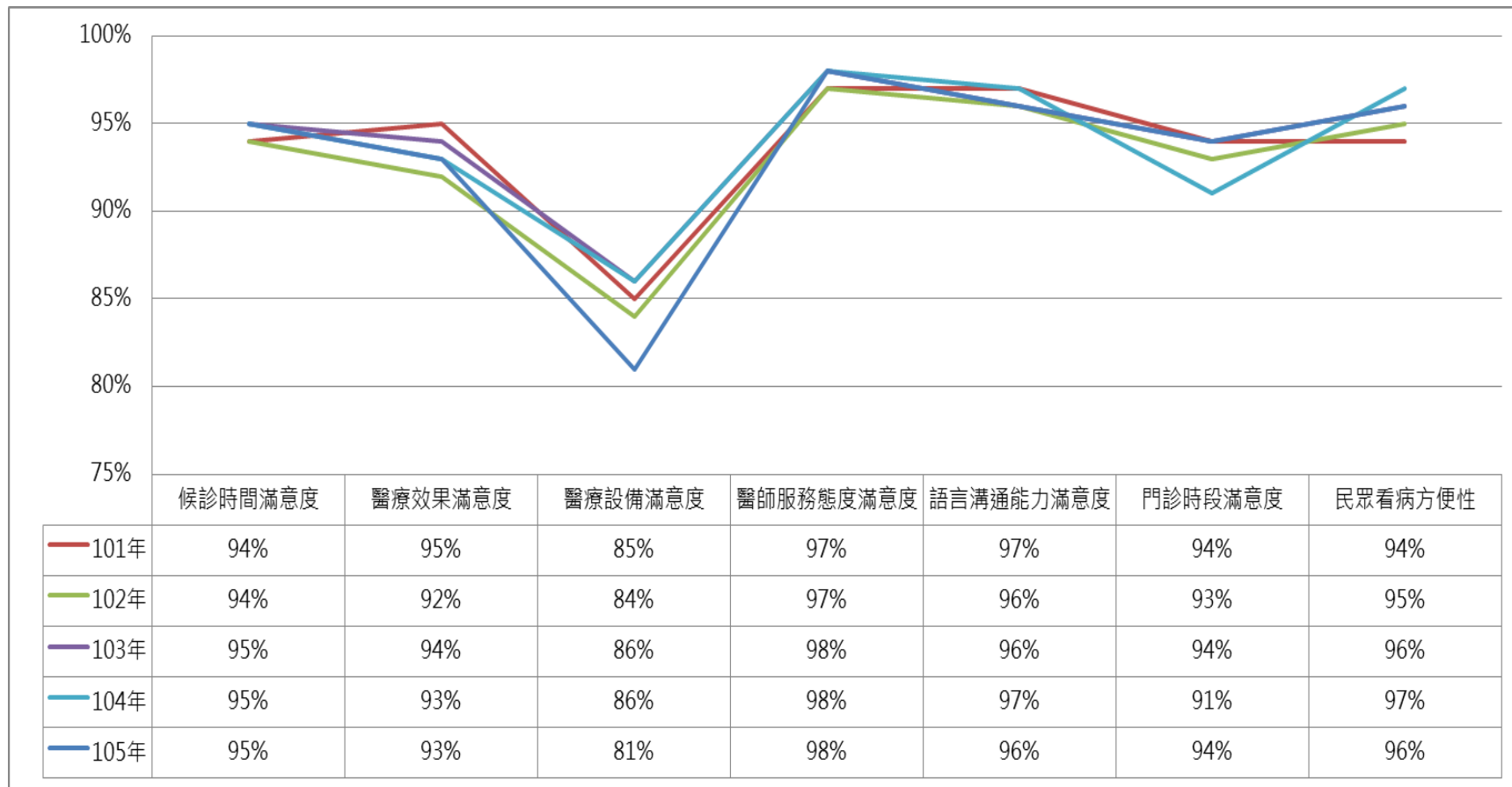
• 資料來源：中央健保署各分區業務組。

民眾就醫可近性- 提供「到宅」行動醫療照護

- 執行院所多半秉持行動醫療精神，提供到宅診療訪視服務，經由給藥服務說明，不僅使平日生活無人相陪之年長者或行動不便者脫離就醫障礙，健康更有保障。
- 統計105年到宅診療訪視服務，計有59家院所，3,399服務人次。

分區別	家數	服務人次
臺北	7	549
北區	7	236
中區	11	611
南區	26	1,686
高屏	2	145
東區	6	172
合計	59	3,399

民眾滿意度評估- 歷年民眾滿意度評估表



• 資料來源：中央健保署各分區業務組。



民眾滿意度評估-

105年各分區民眾滿意度評估

項目別\分區	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區
問卷數	523份	6份	545份	1,475份	120份	141份
候診時間滿意度	99%	100%	99%	93%	96%	82%
醫療效果滿意度	99%	89%	98%	92%	97%	82%
醫療設備滿意度	83%	67%	97%	82%	92%	66%
醫師服務態度滿意度	100%	100%	99%	95%	99%	94%
語言溝通能力滿意度	99%	100%	99%	96%	97%	87%
門診時段滿意度	100%	100%	99%	92%	95%	79%
民眾看病方便性	100%	100%	99%	94%	95%	91%

• 資料來源：中央健保署各分區業務組。



實地訪查與檢討-

中央健保署各分區實地訪查家數

單位：家

年度\分區	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計
101年	7	1	6	12	7	6	39
102年	4	2	12	18	7	6	49
103年	16	5	8	13	8	8	58
104年	3	4	6	9	7	8	37
105年	2	1	5	11	6	7	32

• 資料來源：中央健保署各分區業務組

實地訪查與檢討-

105年各分區實地訪查考核結果

分區\評分結果	優	良	觀察	輔導	總計
	(95分以上)	(80~95分)	(70~80分)	(70分以下)	
臺北	0	2	0	0	2
北區	7	0	0	0	7
中區	1	2	2	0	5
南區	2	9	0	1	12
高屏	0	6	0	0	6
東區	3	4	0	0	7
占率	33%	59%	5%	3%	39

• 資料來源：中央健保署各分區業務組

實地訪查與檢討-

105年各分區執行院所終止方案態樣

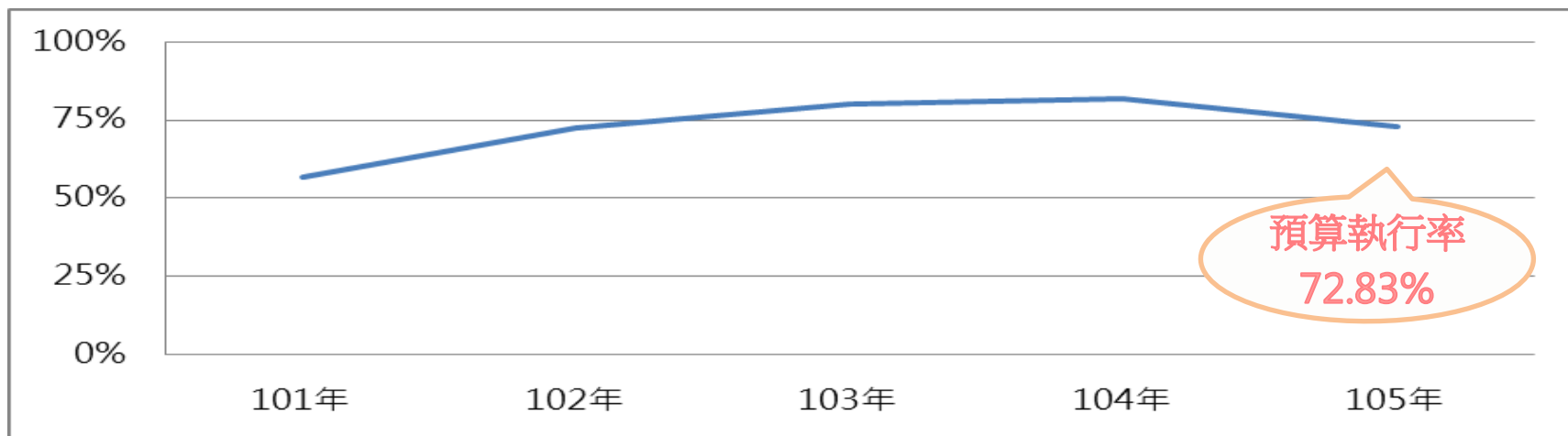
態樣\分區	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區
無故休診二次	0	0	0	0	0	0
累計請假休診達2個月者	0	0	0	0	0	0
支援其他醫療院所	0	0	0	0	0	0
輔導未改善	0	0	0	0	0	0
違背方案目的或規定	0	0	0	0	0	0
違反特管辦法第38條至第40條中各條所列違規情事	0	1	0	0	0	0
合計	0	1	0	0	0	0

• 資料來源：中央健保署各分區業務組

預算執行情形

項目/年度	101年	102年	103年	104年	105年
預算數(百萬元)	150	150	150	150	240
執行數(百萬元)	85	109	120	123	175
預算執行率	56.77%	72.53%	79.93%	81.68%	72.83%

• 資料來源：中央健保署各分區業務組



106年本會苗栗縣實地訪查活動



106年本會苗栗縣實地訪查活動



• 西湖鄉吳中堅醫師看診情形。



• 張貼明顯巡迴醫療公告。



• 藥師與簡易行動藥箱。



• 訪查委員合照。

成效指標參考-可避免住院率 (Preventable/Avoidable hospitalization)

- **AHRQ(2004)**

- 定義：

藉由良好適當的門診照護得以避免住院；與及時處置可以避免疾病惡化或引起併發症。

- 被許多先進國家或機構列為監測初級照護重要指標項目。

- 慢性類

- PQI 01 (糖尿病短期併發症)
- PQI 03 (糖尿病長期併發症)
- PQI 05 (COPD及成年氣喘)
- PQI 07 (高血壓)
- PQI 08 (心臟衰竭)
- PQI 13 (心絞痛)
- PQI 14 (控制不良之糖尿病)
- PQI 15 (青年氣喘)
- PQI 16 (糖尿病下之截肢)

- 急性類

- PQI 10 (脫水)
- PQI 11 (細菌性肺炎)
- PQI 12 (尿道感染)

- 其他

- PQI 02 (闌尾穿孔)
- PQI 09 (新生兒不足重)

■ 總體PQI值-([慢性類+急性類疾病]之住院件數/18歲以上戶籍人口數)*100,000

成效指標參考-

104年可避免住院率^{1/3}

調整後每十萬人口住院數	總體指標	急性指標	慢性指標
全國地區	1,512	965	546
山地離島地區	2,395	1,435	960
西醫醫療資源不足地區	1,769	1,142	627
標準差	398	256	198
第25百分位	1,553	959	552
第50百分位	1,702	1,112	619
第75百分位	1,922	1,249	708

註1：資料來源：衛生福利部中央健康保險署

註2：全國地區分母定義：內政部戶政司104年年終18歲以上之戶籍人口數。

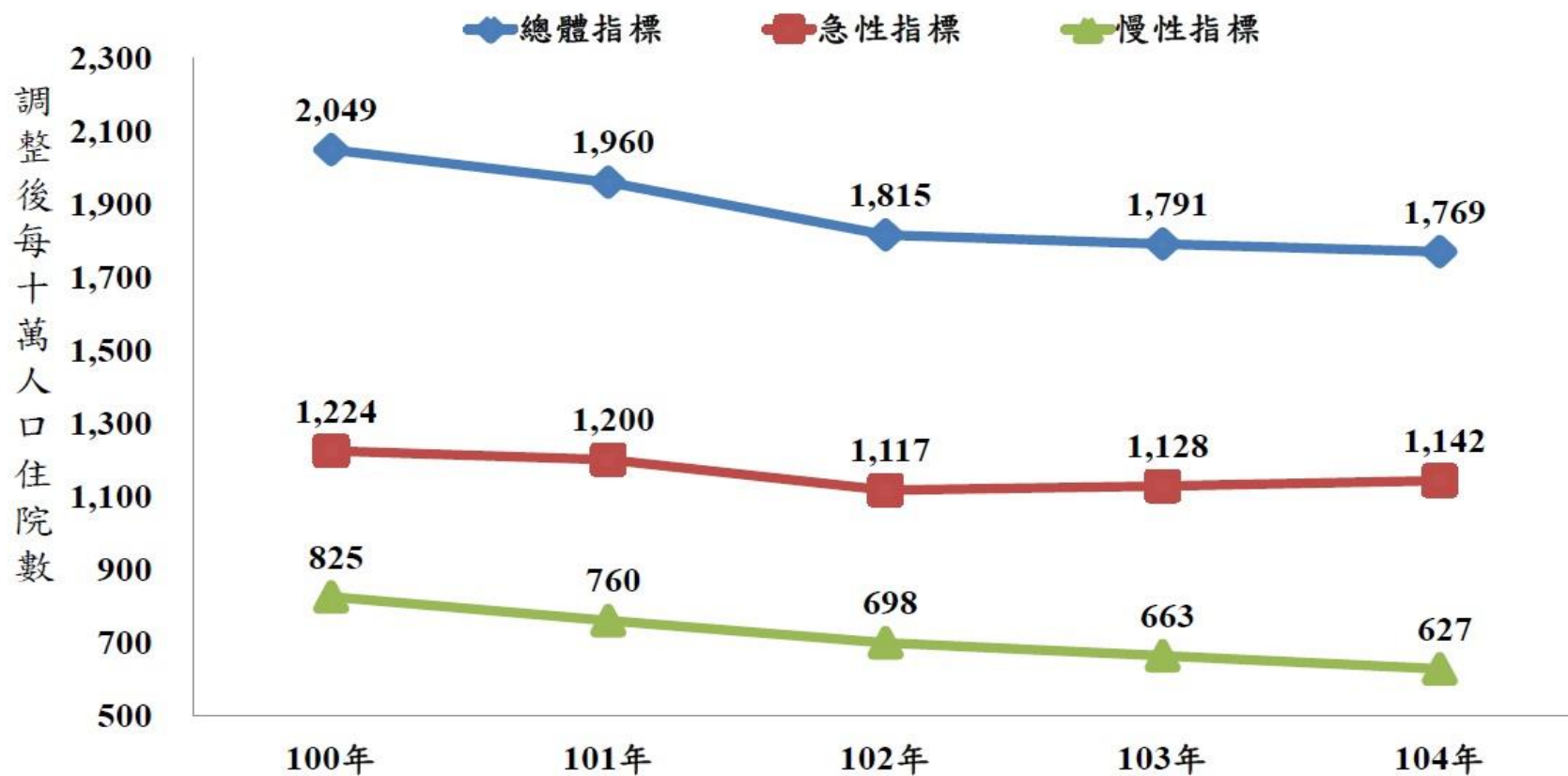
註3：醫療資源不足地區民居之定義：18歲以上戶籍或投保於西醫醫療資源不足地區者，若戶籍地及投保地皆為西醫醫療資源不足地區者，則以戶籍地為主要考量之歸戶鄉鎮

註4：排除104年無院所承作之3個鄉鎮(臺東縣長濱鄉、屏東縣萬巒鄉、台南市楠西區)



成效指標參考-

104年可避免住院率2/3



註1：資料來源：衛生福利部中央健康保險署

註2：100-104年西醫醫療資源不足地區可避免住院率為100-104年皆為西醫醫療資源不足公告地區且有院所執行巡迴醫療之鄉鎮

成效指標參考-

104年可避免住院率^{3/3}

- 西醫醫療資源不足地區調整後每十萬人口住院數介於全國地區及山地離島地區之間。
- 西醫醫療資源不足地區可避免住院率呈現逐年下降之趨勢，且各鄉鎮間差距逐年減少。



肆、105年評核委員評論意見 及期許之回應說明

105年評核委員評論意見及期許之回應說明

1. 醫療資源不足地區改善方案，宜將就醫率列為成效指標，並建立醫療資源不足地區的評估模式，以因應社會環境的變遷，及做為未來調整參據。
2. 另，滿意度調查宜以巡迴地區之民眾為對象，建議各總額部門與健保署共同合作，發展標準化的評估工具，並交由第三單位進行調查。



105年評核委員評論意見及期許之回應說明

就醫 分區別	投保於醫療資源不足地區人口												
	投保分區別												
	台北		北區		中區		南區		高屏		東區		全區
	就醫率	就醫次數	就醫率	就醫次數	就醫率	就醫次數	就醫率	就醫次數	就醫率	就醫次數	就醫率	就醫次數	就醫次數
103年													
台北	28.96%	759,357	0.75%	5,079	0.14%	2,665	0.33%	11,420	0.14%	465	0.85%	3,017	782,003
北區	0.31%	6,595	35.60%	392,109	0.05%	1,132	0.08%	2,452	0.04%	126	0.36%	1,265	403,679
中區	0.18%	3,256	0.15%	968	32.12%	1,080,718	0.24%	7,233	0.12%	505	0.20%	665	1,093,345
南區	0.30%	5,210	0.23%	1,482	0.26%	5,419	42.51%	2,508,815	0.55%	2,102	0.22%	858	2,523,886
高屏	0.02%	285	0.02%	96	0.01%	222	0.06%	2,547	30.59%	227,893	0.05%	158	231,201
東區	0.12%	1,467	0.08%	470	0.04%	679	0.04%	809	0.06%	147	41.05%	276,852	280,424
104年													
台北	36.71%	615,047	0.20%	711	0.11%	1,900	0.22%	5,935	0.10%	312	0.59%	3,000	620,461
北區	0.02%	223	28.76%	166,373	0.04%	581	0.02%	469	0.00%	9	0.03%	154	168,786
中區	0.10%	1,045	0.19%	735	31.77%	1,054,384	0.25%	6,976	0.12%	473	0.14%	632	1,062,940
南區	0.17%	1,986	0.19%	746	0.23%	4,864	41.25%	2,174,979	0.56%	1,966	0.18%	875	2,191,538
高屏	0.02%	123	0.01%	83	0.01%	192	0.06%	2,069	29.91%	200,521	0.03%	243	203,502
東區	0.24%	2,037	0.05%	138	0.06%	1,019	0.06%	1,110	0.08%	221	38.07%	348,561	353,465
105年													
台北	36.89%	614,689	0.21%	754	0.10%	2,119	0.25%	6,594	0.09%	252	0.67%	2,108	626,516
北區	0.02%	200	28.88%	166,444	0.03%	550	0.02%	470	0.00%	10	0.02%	60	167,734
中區	0.11%	1,122	0.21%	976	31.85%	1,059,477	0.24%	6,956	0.13%	501	0.17%	438	1,069,470
南區	0.19%	1,937	0.18%	633	0.27%	5,581	41.33%	2,125,916	0.60%	2,001	0.18%	485	2,136,553
高屏	0.01%	103	0.01%	45	0.01%	169	0.05%	1,782	26.72%	147,294	0.03%	176	149,569
東區	0.11%	991	0.05%	111	0.04%	726	0.04%	847	0.07%	211	36.82%	208,149	211,035



105年評核委員評論意見及期許之回應說明

1. 本改善方案多用鼓勵方式請基層院所承作辦理，並由中央健保署評核稽查，亦規定實地考核或電話抽查評核及問卷調查。此外，105年度起施行鄉鎮改採分級支付方式，每年調整一次，為目前評估方式。
2. 「民眾滿意度調查」採中央健保署提供之評分表格，由「當地接受巡迴醫療服務之民眾」填答，並回收至少十名以上問卷，應有其代表性，如須交由第三單位進行調查，為求公正，或可由該署列入研修與委外辦理。



105年評核委員評論意見及期許之回應說明

102年起服務人數及診次呈現逐年減少趨勢，究竟是醫療資源不足地區民眾的需求已被滿足，或有其他原因，請加以探討。另，醫療設備滿意度得分較低，宜了解原因。



105年評核委員評論意見及期許之回應說明

1. 各年度之施行區域皆經健保署評估後公告，且近年交通漸趨便利，刪減之鄉鎮其鄰近區域之醫療資源豐沛，爰服務人次及診次亦呈減少趨勢。
2. 醫療設備乙項，囿於多數醫療院所無固定診間，而以活動中心、廟宇前廣場等空間替代之，且其醫療設備多以攜帶式及機能型為主，爰至今該項目仍屬於民眾滿意度偏低者，將持續盡力改善。



105年評核委員評論意見及期許之回應說明

建議修改醫師法之執業地點，將在宅醫療列入常規，不須報備支援，以提高醫師參與意願。



105年評核委員評論意見及期許之回應說明

依據衛生福利部105年函釋，醫療機構之醫師如因配合「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」至病人住處執行醫療業務，得視為符合醫師法第8條之2所稱「應邀出診」之適用規範，不需經事先報准。



伍、結論及未來展望

結論及未來展望

- 105年度預算執行率雖因獎勵開業計畫院所及巡迴服務鄉鎮減少而略呈下降，惟整體而言仍達本方案所訂之日標值，且民眾滿意度維持九成以上。由此觀之，本改善方案提供之醫療服務，除能滿足當地民眾醫療需求，亦獲得其正面響應。
- 近兩年暫無新開業基層院所進駐醫療資源不足地區，原獎勵開業計畫之院所亦有5家因故停業，本會除持續了解各區需求，若有必要則洽請當地醫師公會協助，並與中央健保署研議修正107年獎勵開業服務計畫，期能落實其施行目的，並鼓勵院所進駐偏鄉執業，提供當地民眾全面性之醫療照護。



Thank You for Your Listening !



衛生福利部
中央健康保險署

家庭醫師整合性 照護計畫

中央健康保險署

106.07.20





計畫目的

1.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。

2.建立以病人為中心的醫療觀念

- 以民眾健康為導向，提升醫療品質。

3.奠定「家庭責任醫師制度」基礎



家醫計畫照護模式

健保署

社區醫療群

委託辦理
支付費用

診所

診所

執行中心
計畫運作協調

診所

診所

診所

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

共同照護門診
住院(含巡診)

轉診或轉檢

結果回饋
個案研討

保險對象

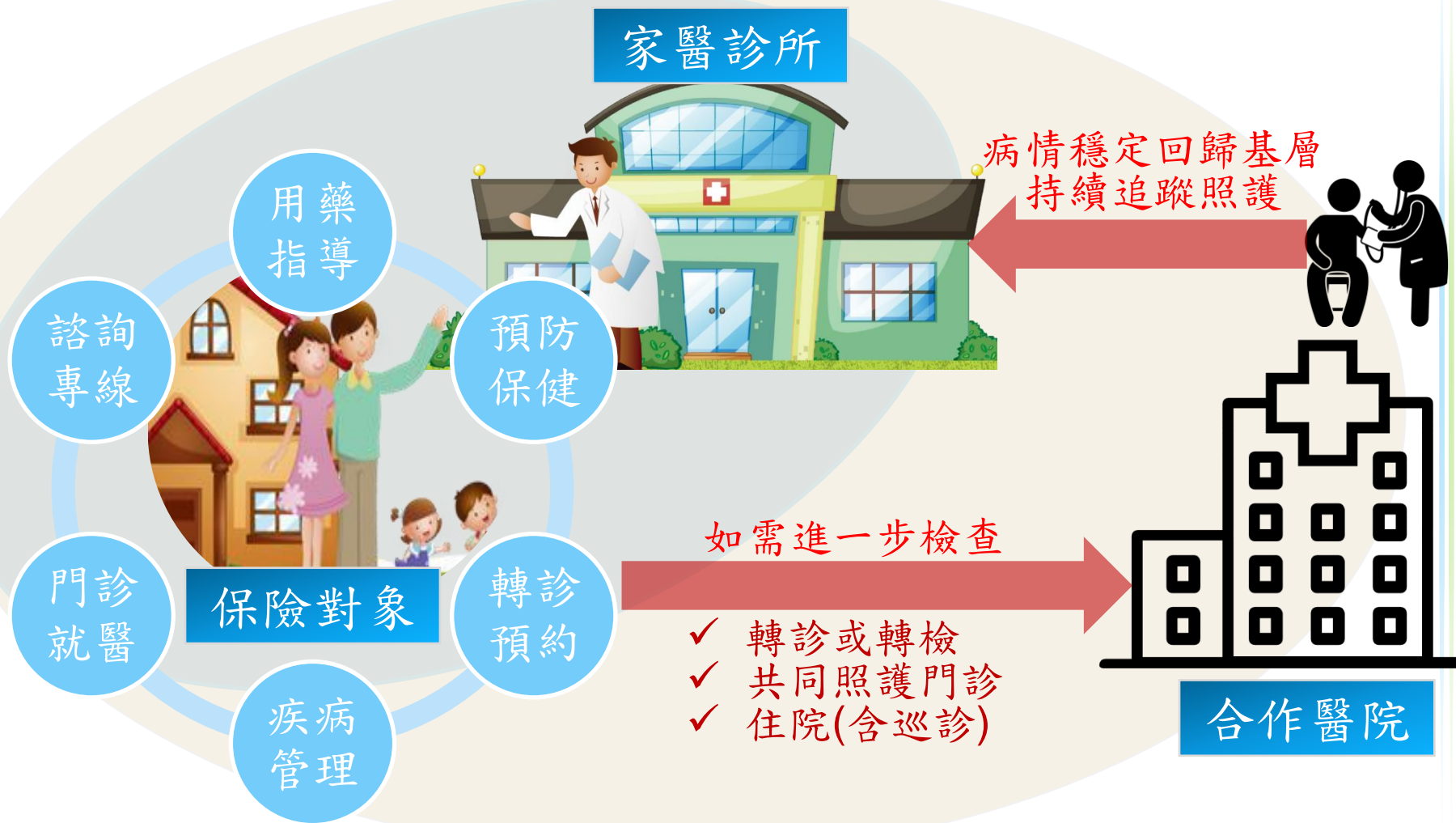
經轉診之就醫、
檢查、住院

合作醫院

垂直轉診



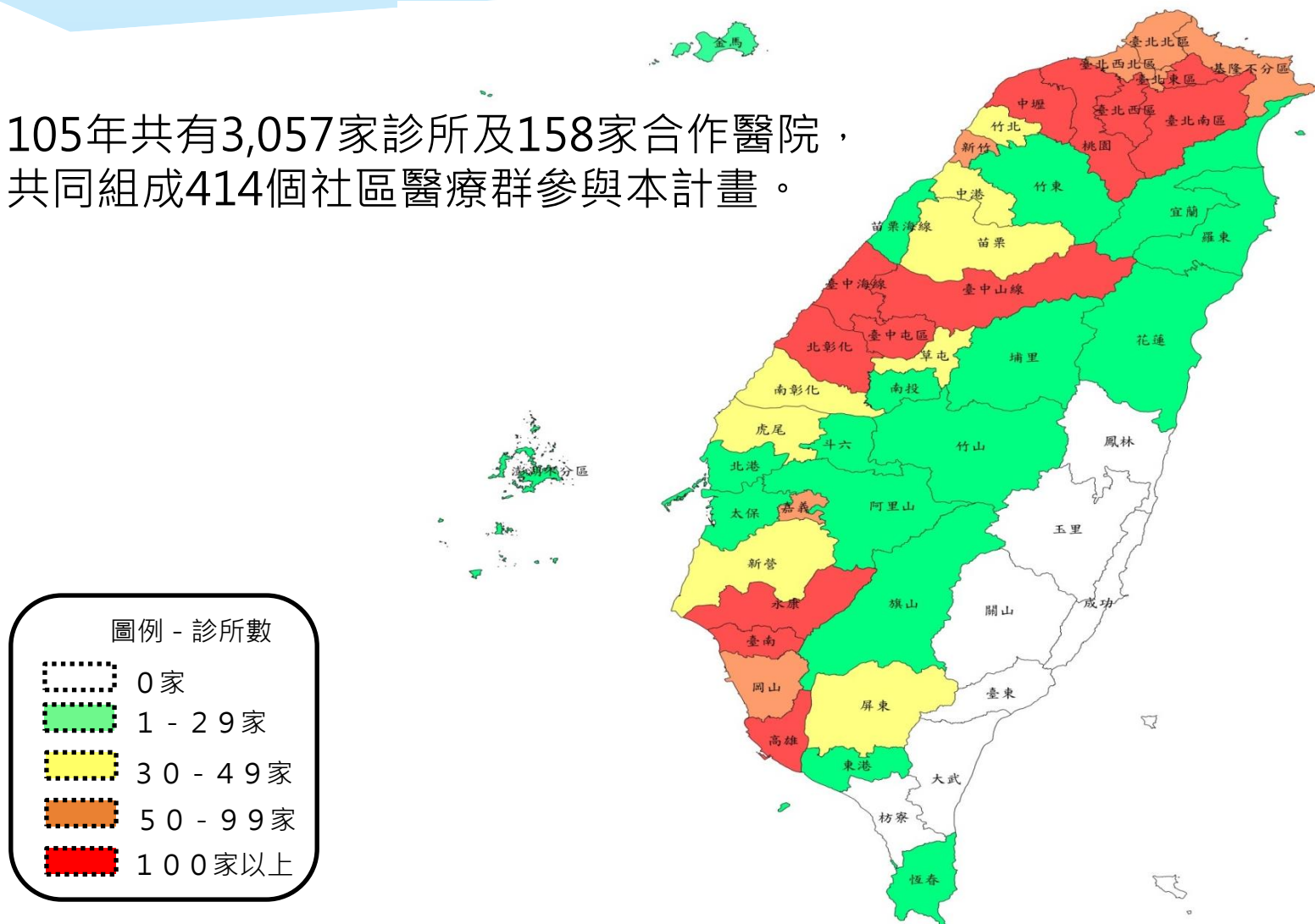
提供整合式照護服務





105年參與院所服務涵蓋情形

105年共有3,057家診所及158家合作醫院，
共同組成414個社區醫療群參與本計畫。





105年本計畫於次醫療區服務涵蓋情形

- 50個次級醫療區中，有43個區有社區醫療群診所提供服務。

二級醫療區	次級醫療區	群數	診所數	二級醫療區	次級醫療區	群數	診所數	二級醫療區	次級醫療區	群數	診所數
臺北	臺北北區	9	53	臺中	臺中屯區	40	229	高雄	高雄旗山	2	16
	臺北中區	19	70		臺中海線	48	229		高雄岡山	19	87
	臺北西北區	11	93		臺中山線	51	247		高雄高雄	25	142
	臺北南區	23	101	彰化	彰化南彰化	9	39	屏東	屏東枋寮	-	-
	臺北東區	17	103		彰化北彰化	27	197		屏東恆春	1	5
	臺北西區	20	157	南投	南投南投	3	20		屏東東港	3	19
金馬	金馬金馬	1	9		南投竹山	3	25		屏東屏東	9	49
基隆	基隆	9	64		南投埔里	3	25	澎湖	澎湖	1	5
宜蘭	宜蘭羅東	3	22		南投草屯	6	30	臺東	臺東臺東	-	-
	宜蘭宜蘭	5	29	雲林北港	5	20	臺東關山		-	-	
桃園	桃園中壢	20	113	雲林	雲林斗六	8	25		臺東大武	-	-
	桃園桃園	24	149		雲林虎尾	13	46		臺東成功	-	-
新竹	新竹竹東	6	25		嘉義	嘉義太保	3	9	花蓮	花蓮鳳林	-
	新竹竹北	8	37	嘉義阿里山		7	14	花蓮玉里		-	-
	新竹新竹	10	59	嘉義嘉義		9	52	花蓮花蓮		5	26
苗栗	苗栗海線	3	20	臺南	臺南新營	8	48	合計		414	3,064
	苗栗中港	4	36		臺南永康	25	117				
	苗栗苗栗	8	47		臺南臺南	29	156				

註1：各級醫療區係依據醫院設立或擴充許可辦法規定。

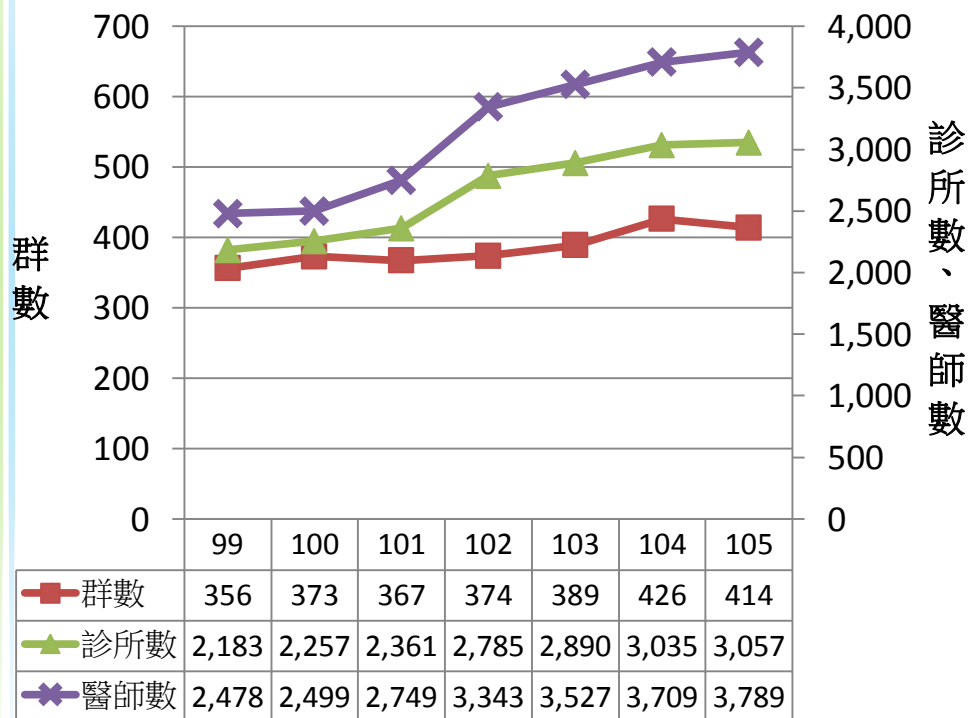
註2：群數係以參與計畫診所開業所在地統計，如同一醫療群內診所所有跨區之情形，採重複列計。



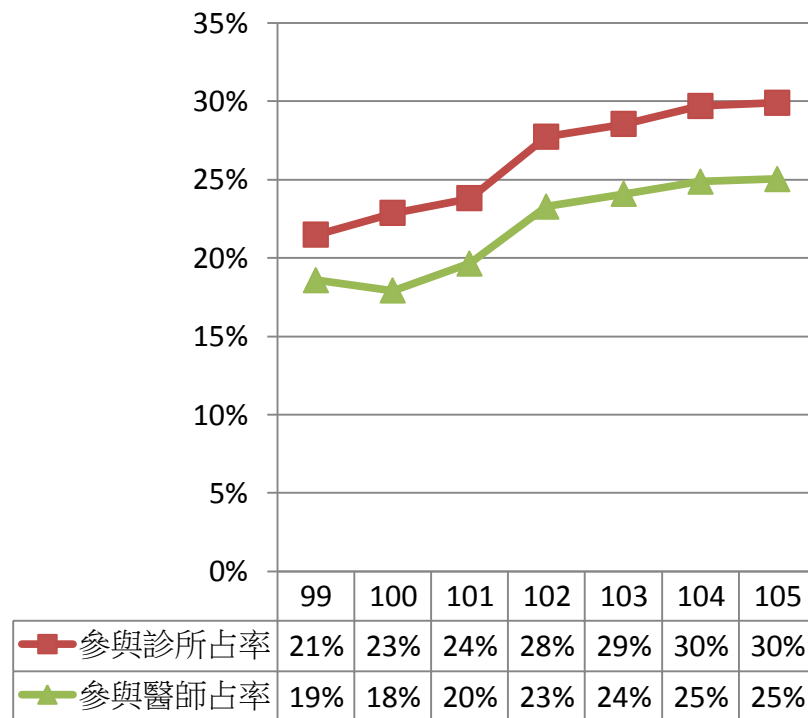
社區醫療群參與情形

- 參與本計畫之社區醫療群數、診所數、醫師數皆呈現逐年上升趨勢。

參與數



參與率



註1：資料擷取時間為當年度4月；另退場群數係以當年度全年執行後計算。

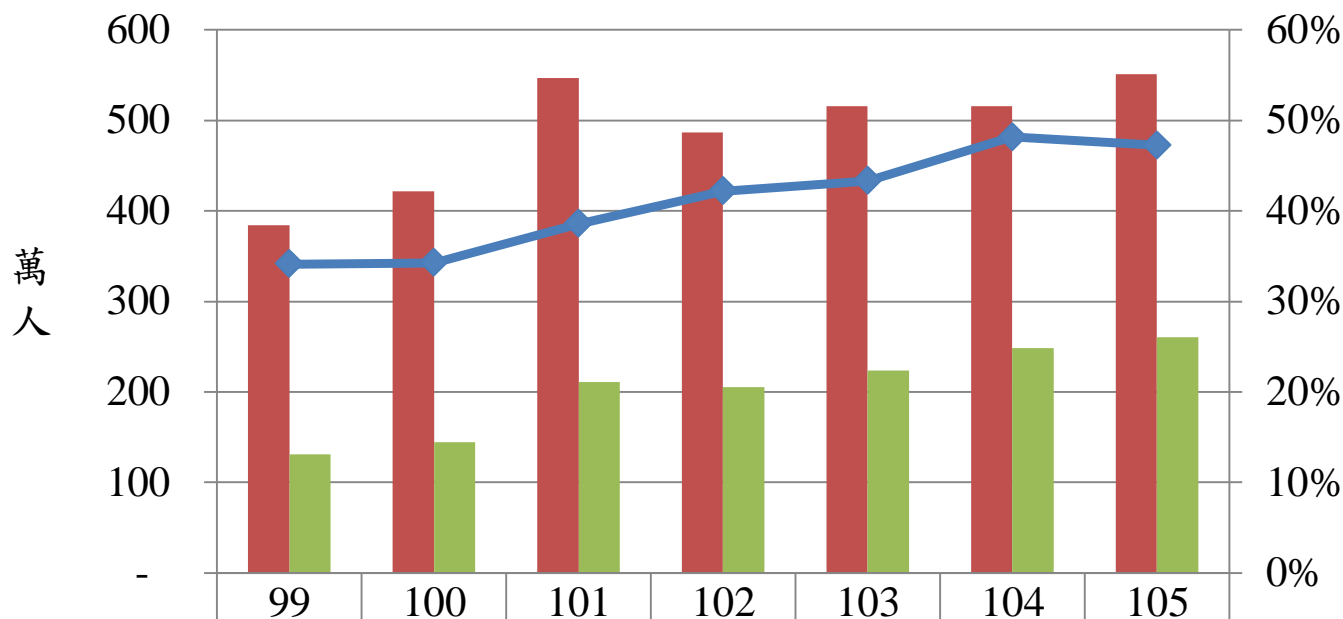
註2：102年至103年包含單一診所型態，102年284家診所、366位醫師、會員12.3萬人；103年193家診所、274位醫師、會員8.9萬人。

註3：103年退場9群(未達評核指標6群、1群因無參與意願未繼續加入計畫、2群併入其他醫療群)



社區醫療群收案情形

- 105年本計畫收案人數占符合計畫收案條件人數之47.2%



符合收案條件人數	384	422	547	487	516	516	551
收案人數	131	144	211	205	224	248	260
占率	34%	34%	39%	42%	43%	48%	47%

註1：資料擷取時間為當年度4月

註2：符合收案條件係指個案符合本計畫所列之較需照護名單，包括慢性病、非慢性病、門診高利用、65歲以上多重慢性病及參與醫療給付改善方案之個案。

註3：收案會員包括前數較需照護個案及院行收案個案。



家醫計畫提供服務成果

會員健康資料建檔

1

- 加強會員個案管理及衛教
- 預防保健各指標歷年均達高標

提供病人轉診服務

3

- 醫療群與158家醫院合作
- 轉診服務：195,505人次
- 共照門診：5,890診次
- 病房巡診：1,020次

辦理社區衛教、宣導

5

- 營造健康社區，提升醫療群形象。
- 辦理社區衛教1,711場次。
- 參與人數達61,035人次。

2

24小時諮詢專線

- 電話諮詢服務：31,768通
- 提供適當就醫指導
- 減少急診與不必要就醫

4

加強診所與醫院合作

- 醫院與診所合作轉診。
- 辦理個案研討。
- 辦理共同照護門診。
- 參與上述活動6次以上醫師計3,000餘位。



105年社區醫療群品質指標執行情形

達標	指標	收案會員	目標值	評估構面
	每十萬人潛在可避免急診件數	2,361	$\leq 1,985$	服務結果
	每十萬人可避免住院件數	1,472	$\leq 1,443$	服務結果
◎	會員固定就診率	50.90%	$\geq 44.10\%$	服務持續性
◎	成人預防保健檢查率	47.44%	$\geq 35.58\%$	服務周全性
◎	子宮頸抹片檢查率	28.45%	$\geq 26.52\%$	服務周全性
◎	老人流感注射率	49.21%	$\geq 46.18\%$	服務周全性
◎	糞便潛血檢查率	46.92%	$\geq 39.34\%$	服務周全性
	雲端藥歷系統查詢率	75.12%	$\geq 92.19\%$	服務協調性
◎	會員門診經醫療群轉診率	2.56%	$\geq 1.90\%$	服務協調性
◎	會員住院經醫療群轉診率	5.13%	$\geq 3.37\%$	服務協調性

註1：目標值：會員固定就診率為 \geq 同儕60百分位；子宮頸抹片檢查率為 \geq 較需照護族群60百分位；成人預防保健檢查率、65歲以上老人流感疫苗注射率為 \geq 較需照護族群60百分位；糞便潛血檢查率為高於全國民眾檢查率；門診病人健保雲端藥歷系統查詢率為 \geq 西醫基層診所查詢率70百分位；潛在可避免急診件數及可避免住院件數為低於全國納保人口值。

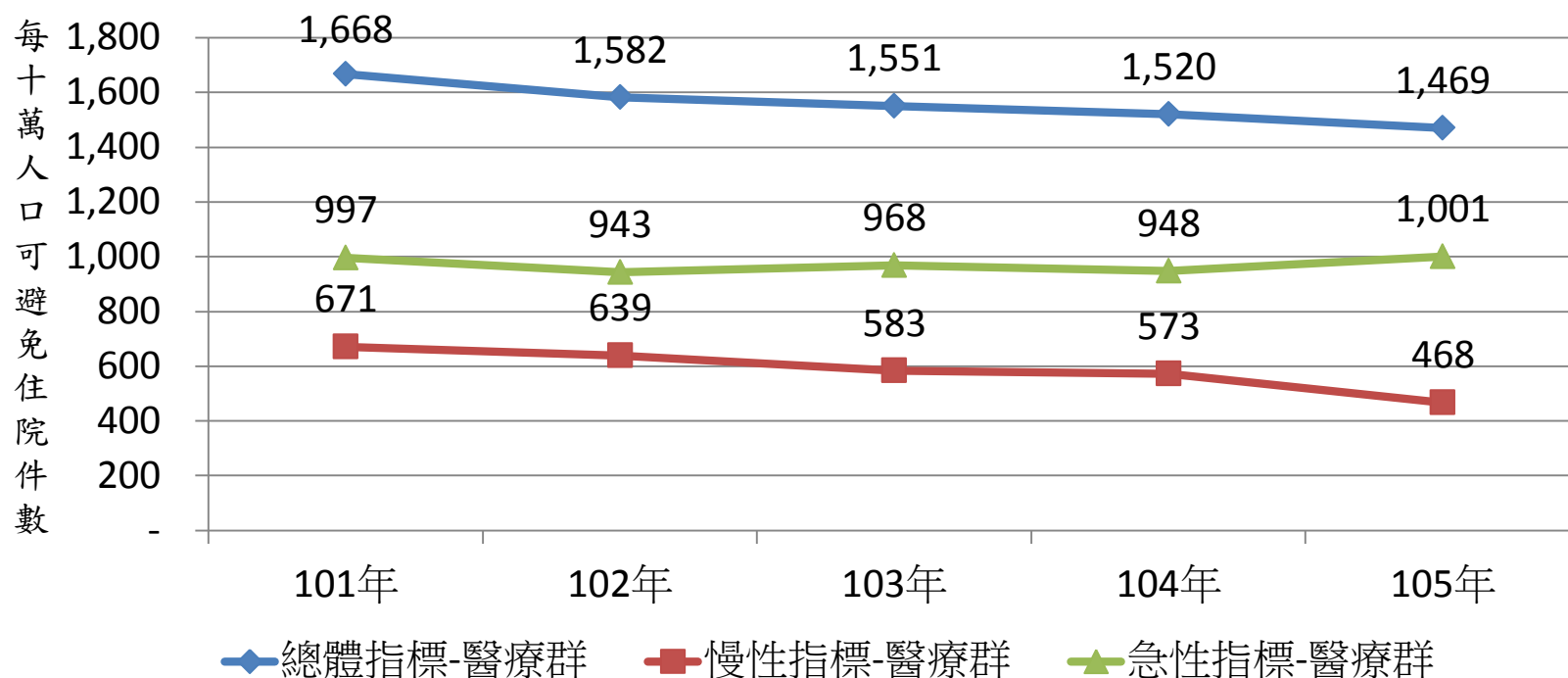
註2：可避免住院指標各疾病代碼係參照美國AHRQ公告之第五版，其中含急性指標(脫水、尿道感染、細菌性肺炎等9項指標)及慢性指標(短期糖尿病併發症、長期糖尿病併發症、控制不良糖尿病、糖尿病下肢截肢、COPD及成人氣喘、青年氣喘、高血壓、心絞痛等8項指標)。

註3：達標之符號：◎代表達目標值；○表未達標。



收案會員可避免住院

- 收案會員可避免住院率有逐年下降趨勢，其中慢性指標下降幅度較大。



1. 人口結構依內政部戶政司2015年年終18歲以上之人口進行校正。

2. AHRQ第五版之PQI指標分類定義

(1)急性指標：係指脫水、尿道感染、細菌性肺炎等9項指標。

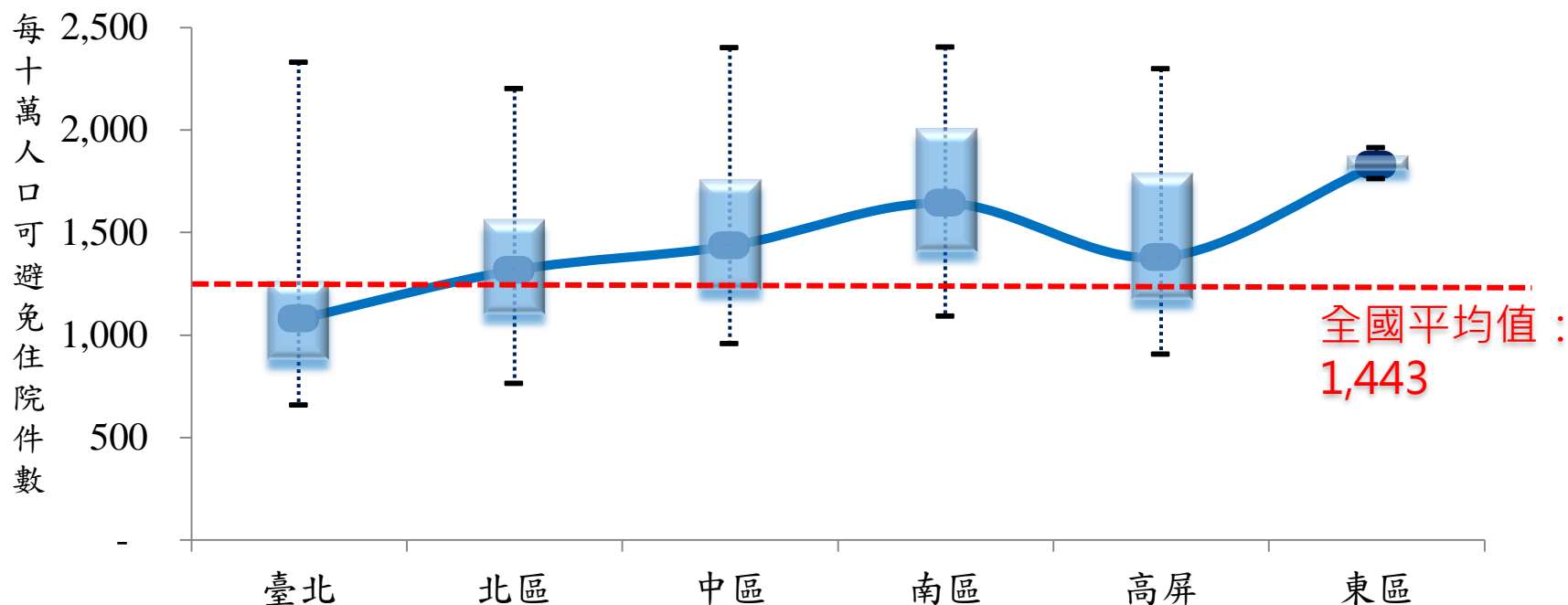
(2)慢性指標：係指短期糖尿病併發症、長期糖尿病併發症、控制不良糖尿病、糖尿病下肢截肢、COPD及成人氣喘、青年氣喘、高血壓、心絞痛等8項指標。

(3)總體指標：急性指標及慢性指標之住院件數總和。



105年家醫群可避免住院率

- 各分區內醫療群會員可避免住院率分布略有差異。
- 南區及東區之醫療群其會員可避免住院率較高



1. 人口結構依內政部戶政司2015年年終18歲以上之人口進行校正。

2. AHRQ第五版之PQI指標分類定義

(1)急性指標：係指脫水、尿道感染、細菌性肺炎等9項指標。

(2)慢性指標：係指短期糖尿病併發症、長期糖尿病併發症、控制不良糖尿病、糖尿病下肢截肢、COPD及成人氣喘、青年氣喘、高血壓、心絞痛等8項指標。

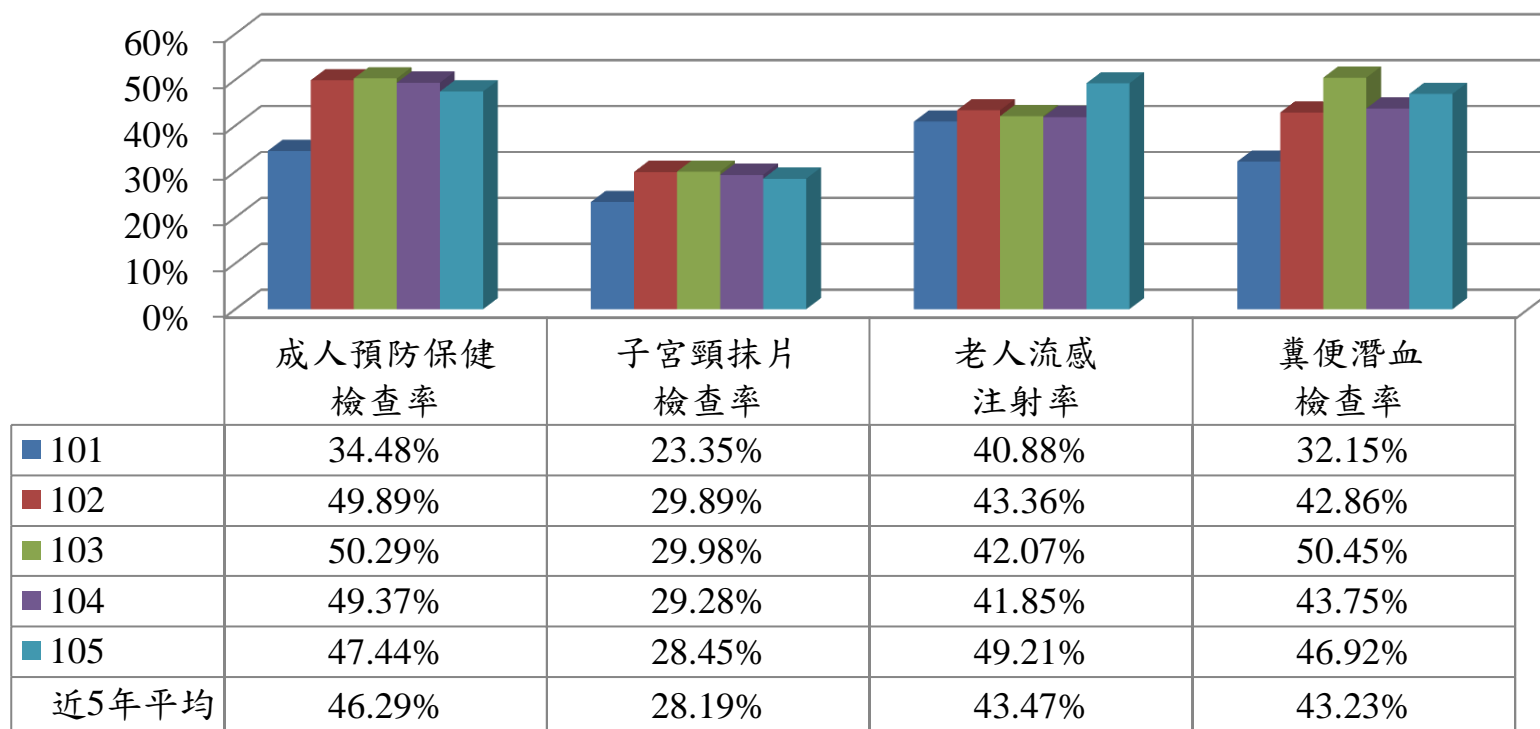
(3)總體指標：急性指標及慢性指標之住院件數總和。



預防保健指標達成率

- 105年社區醫療群各項預防保健達成率均高於近5年平均

近5年各項預防保健檢查/注射率

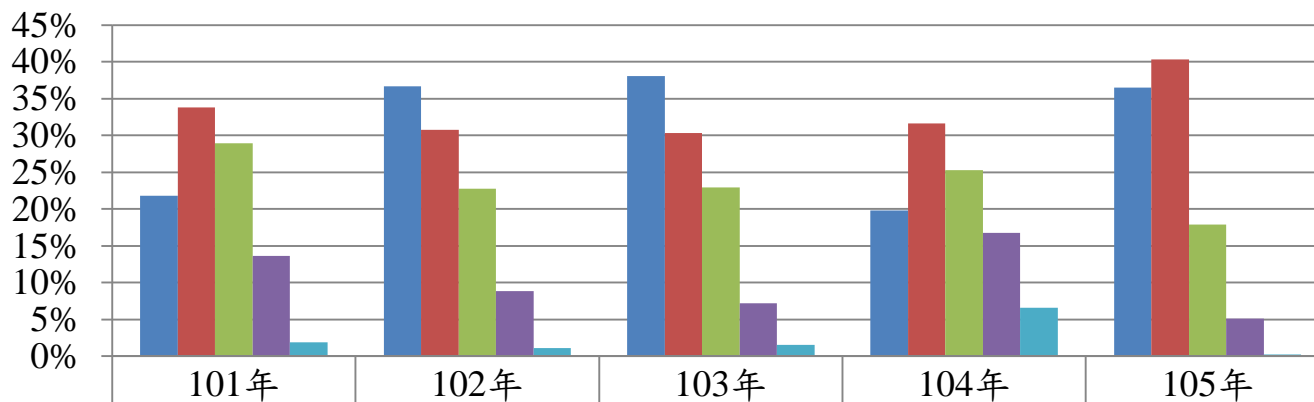


- 會員接受成人預防保健服務：分子為40歲(含)以上會員接受成人健檢人數；分母為(40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)。
- 子宮頸抹片檢查率：分子為30歲(含)以上女性會員接受子宮頸抹片人數；分母為30歲(含)以上女性會員數。
- 65歲以上老人流感注射率：分子為65歲以上會員接種流感疫苗人數；分母為65歲以上總會員人數。
- 糞便潛血檢查率：分子為50歲以上至未滿75歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查人數；分母為50歲以上至未滿75歲會員人數/2。



社區醫療群績效評核結果

- 持續執行擇優汰劣之退場機制
- 105年414群社區醫療群中，品質指標達80%以上共計318群，占有群數約76%，僅一群品質指標<60%。



	101年	102年	103年	104年	105年
■ 特優級(≥90%)	22%	37%	38%	20%	36%
■ 良好級(80%~90%)	34%	31%	30%	32%	40%
■ 普通級(70%~80%)	29%	23%	23%	25%	18%
■ 輔導級(60%~70%)	14%	9%	7%	17%	5%
■ 不支付(<60%)	2%	1%	2%	7%	0%

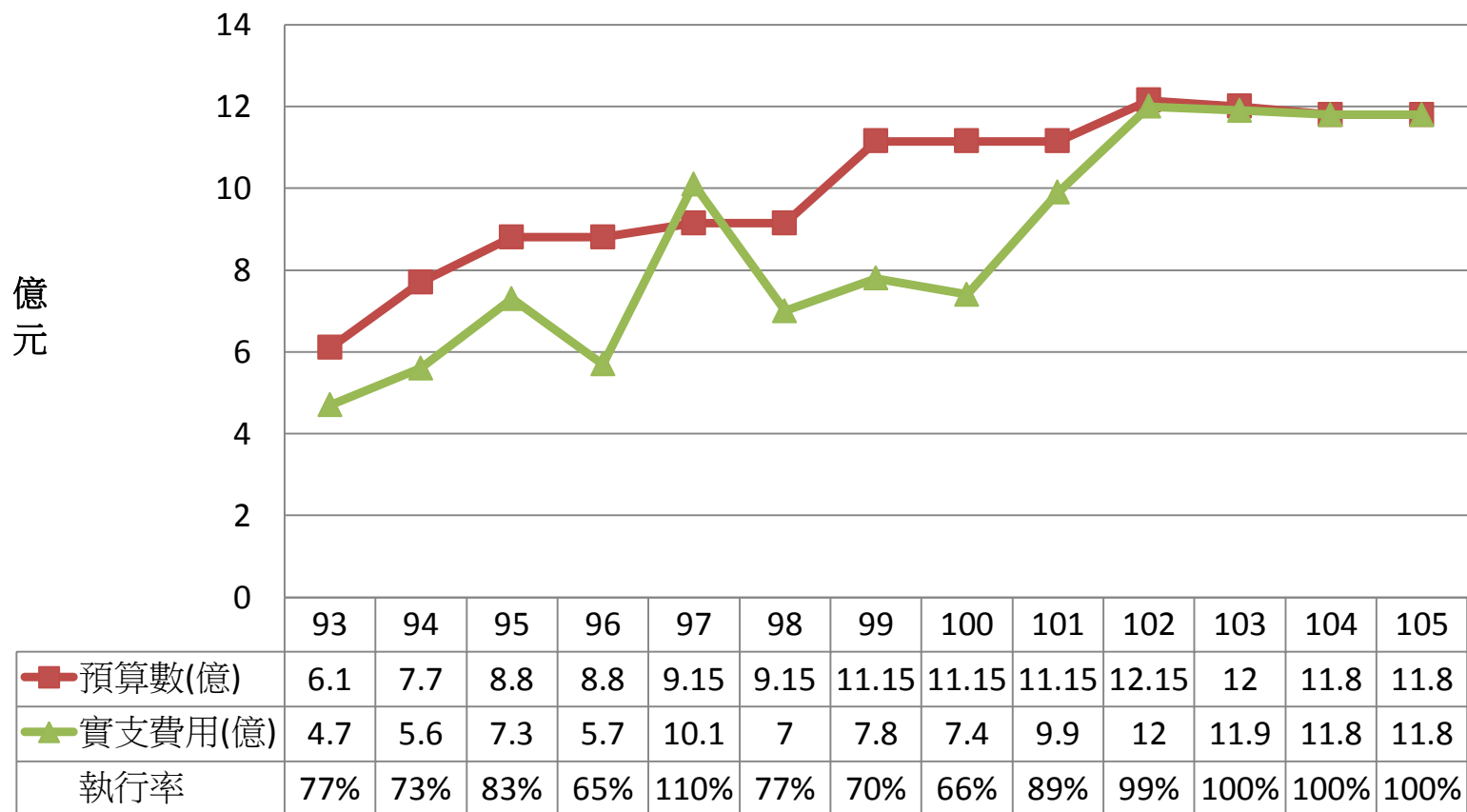
註1：表內占率係呈現各品質分級之醫療群所佔當年度參與醫療群。

註2：101年共367群、102年共374群、103年共389群、104年共424群、105年共414群。



歷年計畫經費執行情形

- 近三年預算執行率均達100%。



註：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)。



滿意度調查結果

- 抽測會員滿意度結果均達98分以上

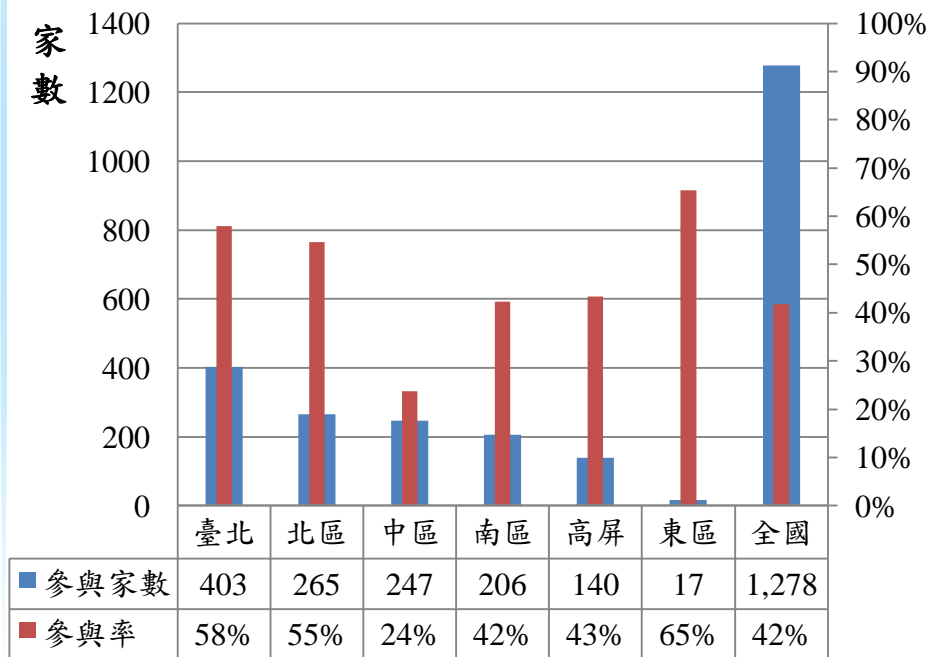
年度	分區電話抽測通數	施測項目		
		健康諮詢及衛教	對會員健康狀況的了解程度	對家庭醫師整體性
102	3,771	98.5%	98.5%	98.6%
103	3,895	98.0%	98.0%	98.0%
104	4,440	99.3%	99.4%	99.3%
105	4,172	99.2%	99.2%	99.1%



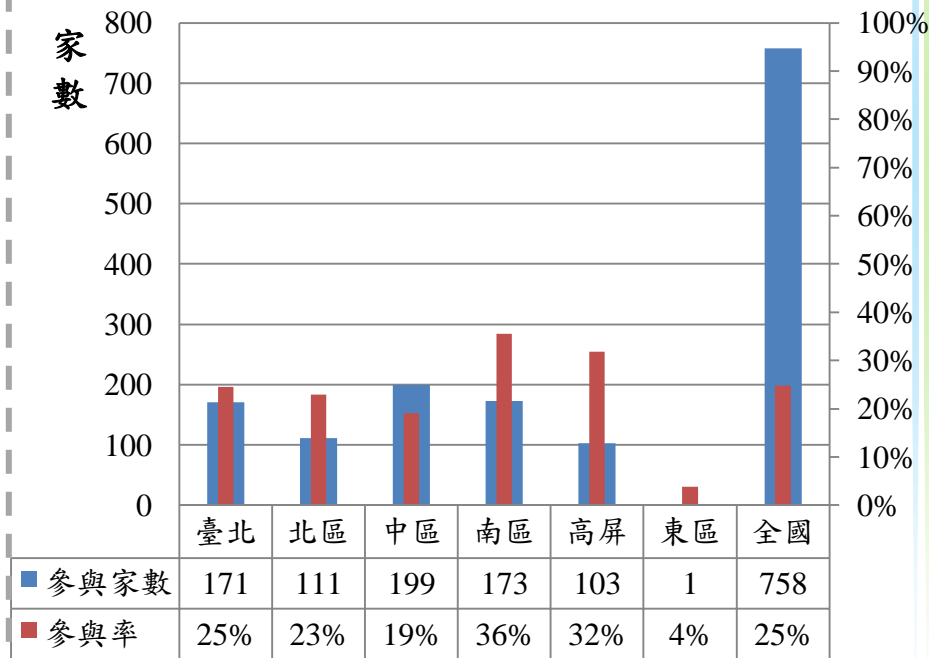
105年家醫診所參與整合服務情形

- 全國參與家醫計畫診所3,057家，其中1,278家(占42%)有參與醫療給付改善方案、758家(占25%)有參與居家醫療整合照護計畫。

醫療給付改善方案參與情形



居家醫療整合照護計畫參與情形



註1：參與率係指105年度參與家醫計畫診所(3,057家)，其中有參與論質方案及居家整合照護計畫的比率。

註2：上述醫療給付改善方案係指參與糖尿病方案、氣喘方案、BC型肝炎方案及初期慢性腎臟病方案。



106年計畫修訂重點

1.擴大服務量能

2.增加整合服務項目



106年計畫修訂重點-擴大服務量能

1.放寬次醫療區組群條件

- ✓ 次醫療區若上年度無參加診所，或僅有1個社區醫療群，得由2家(含)以上診所，結合醫院組成社區醫療群，不受家數及專科別之規範。

2.擴大收案對象涵蓋率

- ✓ 符合醫療給付改善方案對象，無自行收案名額限制，並提高自行收案會員人數上限。未參加但較需照護之名單，健保署得再交付參加診所。

3.需照護族群對象分派回歸主要照護診所

- ✓ 慢性病個案照護回歸給藥日份最高診所，餘以門診就醫次數最高診所收案。再相同者，由費用最高診所收案照護。



106年計畫修訂重點-增加整合服務項目

1.強化醫療群區域服務特性及服務項目

- ✓ 強化醫療群服務特性、納入居家服務。
- ✓ 檢討績效評核指標，納入居家照護服務。
- ✓ 新增自選指標，以發展符合地區特性之指標。

2.增加整合服務項目

- ✓ 轉介失智症病患至適當醫院就醫。
- ✓ 比照「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」提供「失智症門診照護家庭諮詢費用」。



衛生福利部
中央健康保險署

敬請指教

