



# 106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：107年7月20日

# 報告大綱

## 壹、年度重點項目之推動與未來規劃

## 貳、一般服務執行績效

一、就106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

## 參、結語



# 壹．年度重點項目之推動與未來規劃

## 一、必要項目

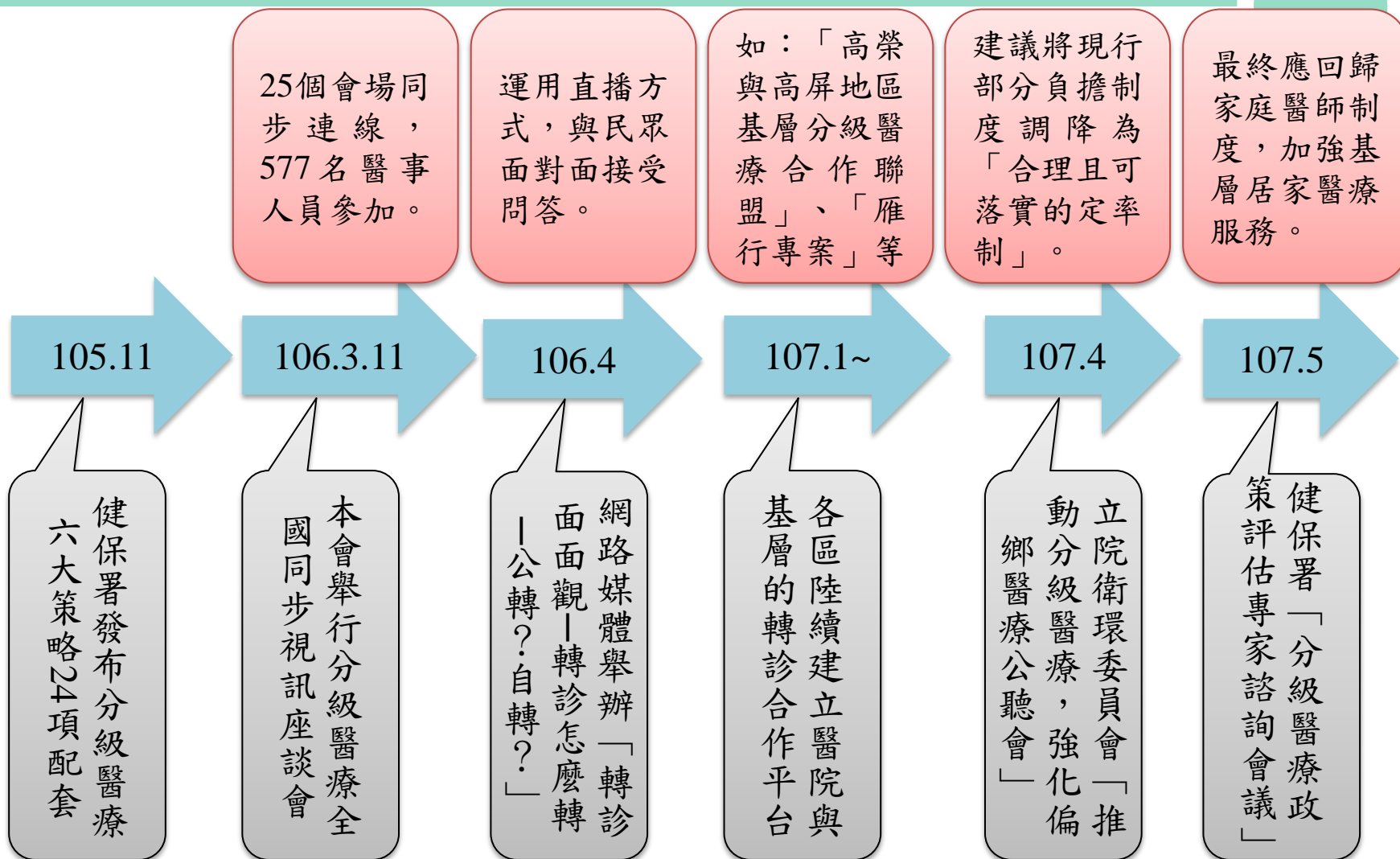
- (一)加強基層量能之策略與執行現況
- (二)就醫方便性

## 二、自選項目

主題式檔案分析及管理措施



# 加強基層量能之策略與執行現況



# 開放基層表別 【詳書面專案報告】

- 106年5月1日起實施14065B流行性感冒A型病毒抗原等25項開放表別項目，以擴大基層服務量能。
- 其中，A、B型流感項目成長較高，建議持續觀察。

醫令代碼	醫令名稱	醫令點數	醫院				105-106年成長率		西醫基層	
			105年_5-12月		106年_5-12月		成長率		106年_5-12月	
			件數 (千件)	費用 (百萬點)	件數 (千件)	費用 (百萬點)	件數	費用	件數	費用
14065C	流行性感冒A型病毒抗原	150	146.6	22.0	405.9	60.9	177%	177%	331,059	49,658,850
14066C	流行性感冒B型病毒抗原	150	146.4	22.0	405.2	60.8	177%	177%	328,122	49,218,300

註：件數為今年同年跨表申報醫令量-去年同期跨表申報醫令量。



# 全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫 1/4

## • 102-106年家醫計畫執行情形

項目/年度	102	103	104	105	106
預算數(百萬元)	1,215.0	1,200.0	1,180.0	1,180.0	1580.0+ 450.0
預算執行數(百萬元)	1,202.2	1,197.3	1,180.0	1,180.0	2,030
預算執行率	98.95%	99.78%	100.00%	100.00%	100.00%
執行社區醫療群數	374	389	426	414	526
退場	5	9	49	24	1
新加入	18	20	46	37	136
診所數	2,785	2,890	3,035	3,057	4,063
醫師數	3,343	3,527	3,709	3,789	5,182
收案人數	2,053,499	2,235,088	2,484,646	2,603,757	4,134,238
較需照護名單人數	4,869,836	5,158,654	5,158,097	5,510,363	6,144,246
參與診所占率	27.7%	28.5%	29.7%	29.90%	36.61%
參與醫師占率	23.3%	24.1%	24.9%	25.04%	33.73%
收案人數占率	8.8%	9.5%	10.5%	11.10%	17.56%
交付名單收案於較需照護群占率	33.14%	33.22%	38.60%	38.61%	49.68%

106年成長  
為歷年之最

在本會積極推動下：  
醫療群 增加136群  
診所數 增加1,006家  
醫師數 增加1,393名  
收案人數  
激增1,530,481名！

# 全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫 2/4

## • 102-106年績效獎勵金點值

年度	較需照護名單數(A)	收案人數			交付名單收案數占較需照護群占率(B/A)	總預算數(億)	點值
		交付名單收案數(B)	自行收案數(C)	合計(B+C)			
102	4,869,836	1,613,732	439,767	2,053,499	33.14%	12.15	1
103	5,158,654	1,713,510	521,578	2,235,088	33.22%	12.0	0.84
104	5,158,097	1,990,883	493,763	2,484,646	38.60%	11.8	0.99
105	5,510,363	2,127,690	476,067	2,603,757	38.61%	11.8	0.70
106	6,144,246	3,052,652	1,081,585	4,134,237	49.68%	15.8+4.5	0.74

106年雖另挹注4.5億元，績效獎勵金點值仍僅有**0.74元**。

此筆費用本用以獎勵家庭醫師執行家醫計畫，**建議未來家醫計畫之預算編列應將獎勵金以一點一元支付，不應再將獎勵費用打折**，否則未來恐將影響醫師持續參與計畫之意願。



# 全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫 3/4

家庭醫師歷年不間斷地提供服務，**會員滿意度歷年皆達98%以上**，在分級醫療中扮演著「**厝邊好醫師**」的角色。

提供24小時電話諮詢服務：36,082通/年  
辦理社區衛教：3,066場/年  
參與社區衛教人數：74,957人/年

## • 102-106年會員滿意度調查結果

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 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%
<b>106</b>	<b>5,272</b>	<b>99.5%</b>	<b>99.5%</b>	<b>99.5%</b>



# 全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫 4/4

## • 107年計畫修訂重點

增訂雙向轉診指標

- 1) 電子轉診使用率
- 2) 住院雙向轉診率
- 3) 門診雙向準診率

提供主動及  
差異化服務

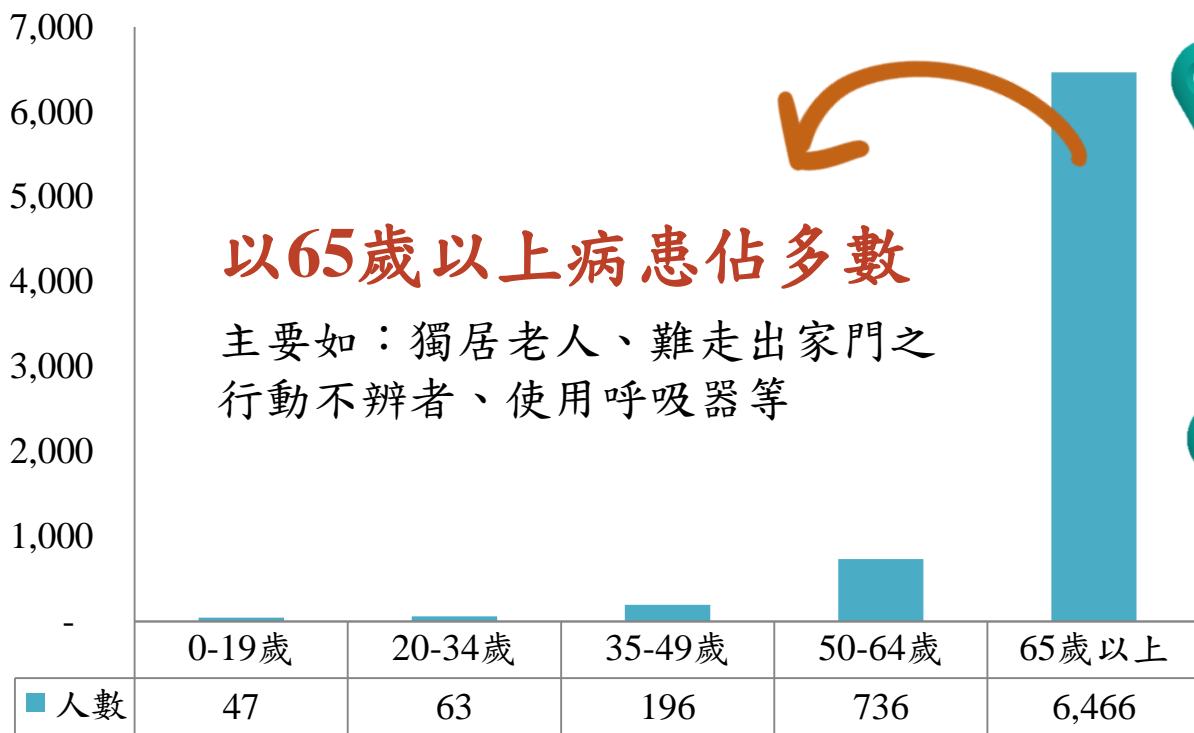
促進社區醫療群與  
合作醫院實質合作

提升社區醫療群  
照護能力，建立  
合作醫事機構



# 全民健康保險居家醫療照護整合性計畫

## • 106年各年齡別申報居家照護人數



本會邀請日本國立長壽醫療研究中心三浦久幸醫師分享日本居家醫療照護模式。

建議未來照護團隊初次與個案及家屬接觸時，加強說明及照護規劃等內容。

註：申報案件類別A1(居家照護)或申報案件類別E1(試辦計畫)及任一特定治療項目代號EC(居家照護計畫)。



# 全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案

- 為使民眾可獲得完善且連續性的照護模式，本會積極推動：

1

通過**17004B**、**17006B**，改列**C表**

2

轉知**教育訓練課程約30場**

3

發放**COPD衛教手冊**予參加院所，總計約**1,000家**

4

宣導**COPD重要性**、參加**相關記者會**

5

與**簡易肺功能機廠商接洽**

# 壹．年度重點項目之推動與未來規劃

## 一、必要項目

(一)加強基層量能之策略與執行現況

(二)就醫方便性

## 二、自選項目

主題式檔案分析及管理措施



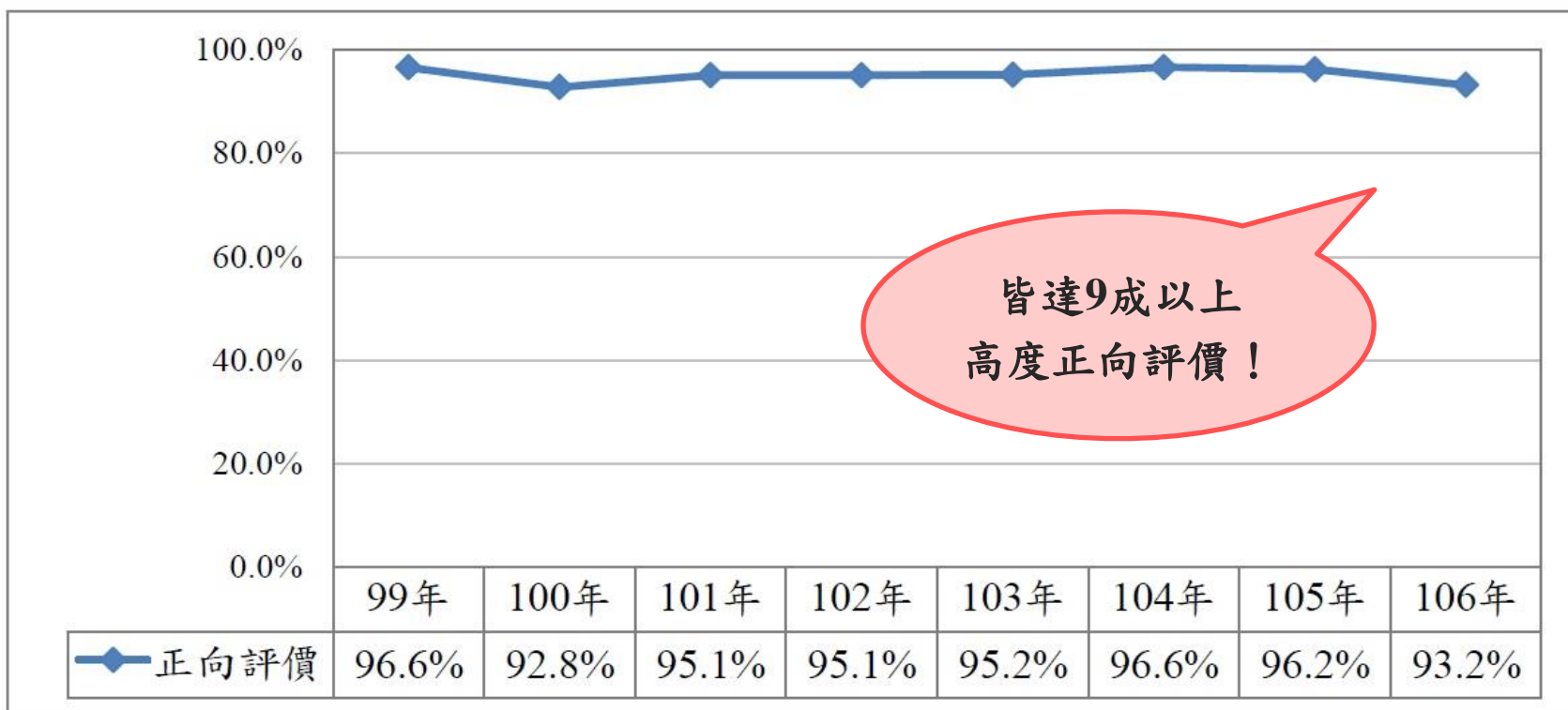
# 就醫方便性 1/5

- 本會曾於106年啟動兩度大規模各縣市假日開診調查，各縣市醫師公會均回覆未接獲民眾抱怨反應及須協調開診事宜。
- 本會亦定期提醒會員於重大節日或連假前，務必登錄VPN更新開診服務時段異動情形。
- 查106年全國基層院所週六開診率約為82.27%；週日為20.95%。



# 就醫方便性 2/5

- 民眾容易預約(或看到)醫師正向評價歷年比較

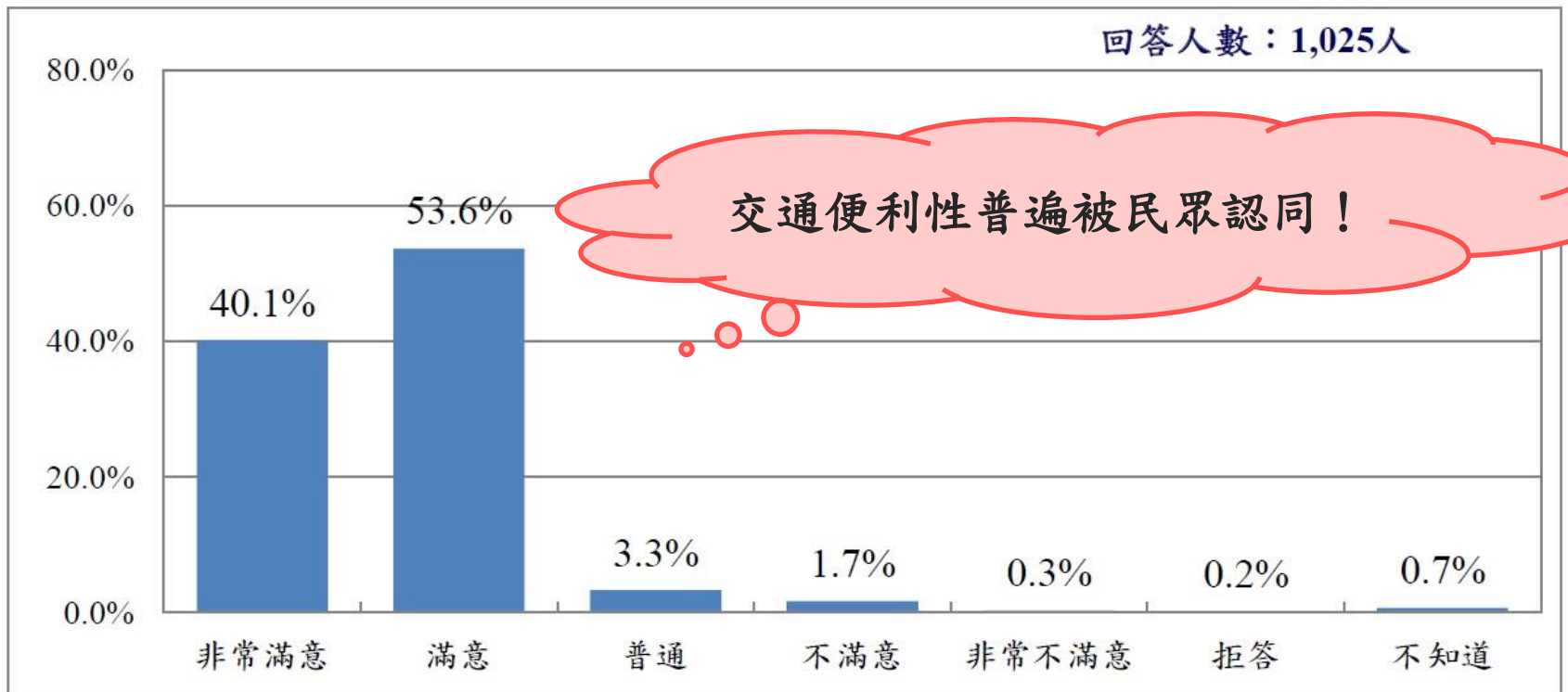


資料來源：106年西醫基層總額支付制度實施後醫療品質與可近性民意調查



# 就醫方便性 3/5

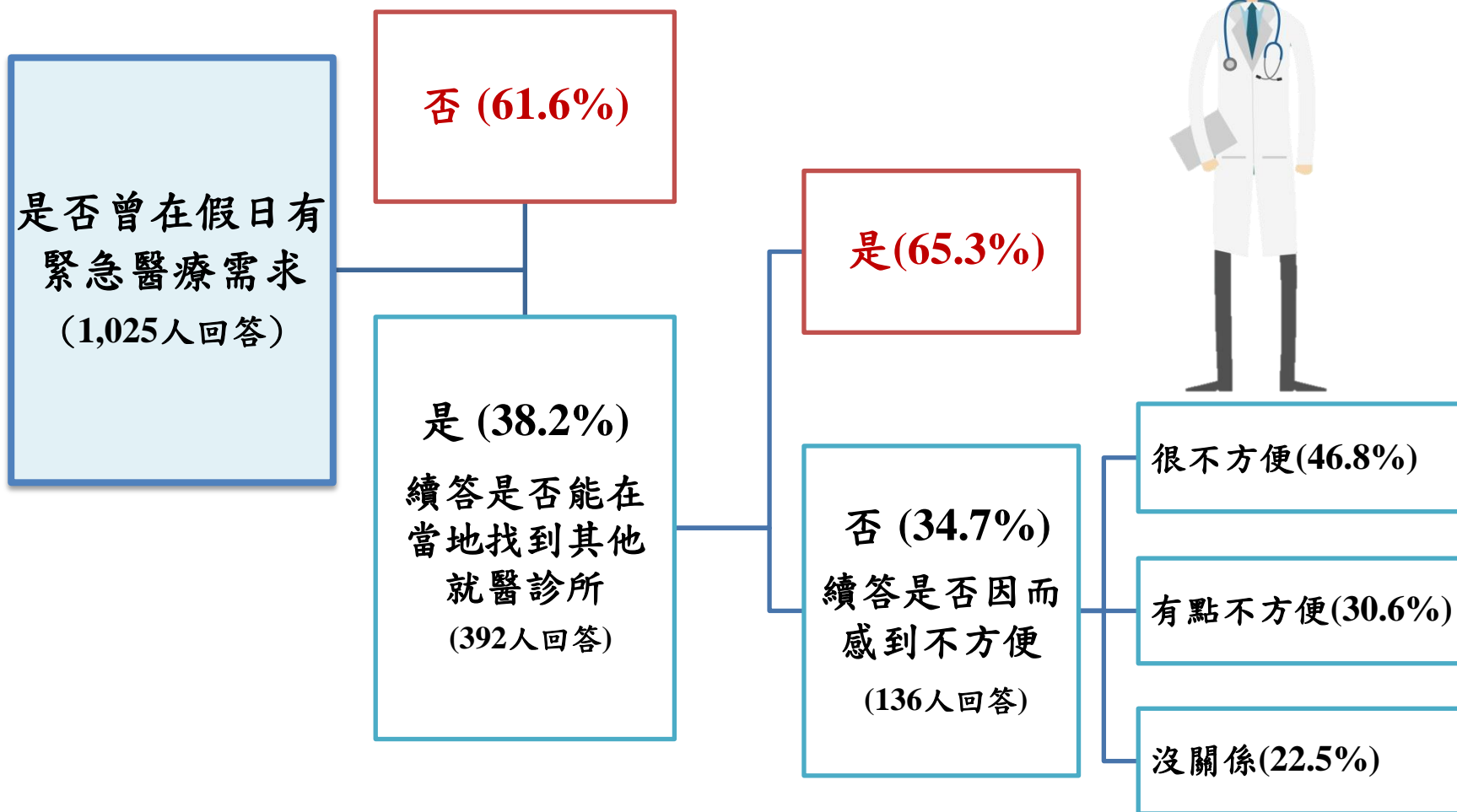
- 民眾對院所交通便利性之滿意度結果



資料來源：106年西醫基層總額支付制度實施後醫療品質與可近性民意調查



# 就醫方便性 4/5



# 就醫方便性 5/5

民眾可由健保APP、健保署  
及本會網站查詢看診時段



# 壹．年度重點項目之推動與未來規劃

## 一、必要項目

- (一)加強基層量能之策略與執行現況
- (二)就醫方便性

## 二、自選項目

主題式檔案分析及管理措施



# 主題式檔案分析及管理措施

詳簡報72-79頁，書面71-77頁

- 精神科成長探討：

- 從「特殊心理治療」處置及「抗憂鬱症、抗思覺失調、安眠鎮靜與抗焦慮」藥物申報，瞭解精神科就醫族群問題。

- 婦產科衰退因素：

- 從醫療供需及基層生產案件，瞭解婦產科件數逐年下滑的因素。



# 貳.

## 一般服務執行績效

- 一、就106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

# 回應說明：專業醫療服務品質之確保及提升 1/3

## 評核委員意見

1. 「子宮頸抹片利用率」(12.11%)相較「家庭醫師整合性照護計畫」中同項指標之利用率(28.45%)，仍有努力空間。若要調降參考值，需有實證資料做為佐證。

## 本會說明

- 因二者定義不同，建議不宜直接比較。

項目	分子	分母
家庭醫師整合性照護計畫	30歲(含)以上女性會員接受子宮頸抹片人數	30歲(含)以上女性會員數
利用率指標	合格受檢對象於基層醫療機構利用次數	子宮頸抹片合格受檢人數

- 持續請醫師積極向30歲以上女性宣導子宮頸抹片檢查之必要性。

# 回應說明：專業醫療服務品質之確保及提升 2/3

## 評核委員意見

2. 「剖腹產率」及「年齡別剖腹產率」分列於專業醫療服務品質指標及利用率監測指標，但整體的數據卻有明顯差距(前者為37.95%，後者為34.62%)，應註明計算公式並說明原因。又，剖腹產率在分區有明顯差異，以台北區及高屏區為全國最高，宜分析說明。

## 本會說明

- 二者整體數據差距經確認後，已重新修正105年數據為37.95%。
- 剖腹產率整體而言較105年下降

分區別	105年	106年
台北區	43.29%	42.997%
高屏區	40.36%	39.25%
全區	37.95%	37.36%

- 持續請醫師積極向30歲以上女性宣導子宮頸抹片檢查之必要性。



# 回應說明：專業醫療服務品質之確保及提升 3/3

## 評核委員意見

3. 利用率指標中「住院率」、「平均每人住院日」與「每人急診就醫率」105年皆未達參考值，雖可能與人口老化及重大傷病人數增加有關，然而西醫基層部門所被賦予的初級照護任務，若可提供完善照護，監測結果應該穩定、甚或降低此3項指標值。

## 本會說明

- 「住院率」、「平均每人住院日」與「每人急診就醫率」3項指標，包含醫院與基層部門。
- 西醫基層將會持續配合健保署分級醫療六大策略及相關計畫，如家醫計畫，以加強病患照護。
- 對病患做最好的選擇，減少不必要之急診、住院利用。

# 回應說明：協商因素項目之執行情形 1/2

## 評核委員意見

1. 品保款分配方式有逐年調整，但104年院所核發家數比率達9成，鑑別力不高。建議達標超過8成之指標，應從分配指標中刪除，並納入其他新增指標。

## 本會說明

- 品質保證保留款實施方案，106年再新增3項指標，分別為同院所處方「降血糖藥物」、「口服降血壓藥物」、「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率
- 105年較104年核發家數減少1,301家(-13.73%)，顯示指標具鑑別度。



# 回應說明：協商因素項目之執行情形 2/2

## 評核委員意見

2. 慢性病照護之成長應釐清新增病人是來自醫院部門的移轉或純粹新增個案，並進行成本效益評估。

## 本會說明

- 就106年西醫部門數據觀察，病患的增加是因為人口老化及罹患慢性病者加多之趨勢有關。
- 詳細說明已於書面資料第46頁回應。

# 回應說明：家庭醫師整合性照護計畫 1/2

## 評核委員意見

1. 「每10萬人潛在可避免急診件數」及「每10萬人可避免住院件數」未達目標值，且大於同儕50百分位，宜分析原因，並提出改善措施。

## 本會說明

- 兩項指標分母為參加本計畫之收案對象，即主要來自於慢性病個案及門診高利用個案，屬醫療高使用者，但其目標值卻為全國平均值，分母係全國民眾(包含健康民眾)，實則不公平。



# 回應說明：家庭醫師整合性照護計畫 2/2

## 評核委員意見

2. 配合分級醫療政策，應建立家醫群對轉診病人之指引或規範。

## 本會說明

- 107年其他預算已編列「**基層總額轉診型態調整費用**」項目，作為鼓勵院所建立轉診之合作機制。
- 醫院部門總額內協定「**醫院門診減量措施**，**107年醫學中心、區域醫院門診件數降低2%**，即不得超過106年之98%，超過部分，按該院門診每人平均點數，不予分配。」，該政策亦推動醫院和基層雙方主動尋求合作。



# 貳.

## 一般服務執行績效

- 一、就106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



# 醫療品質與可近性調查

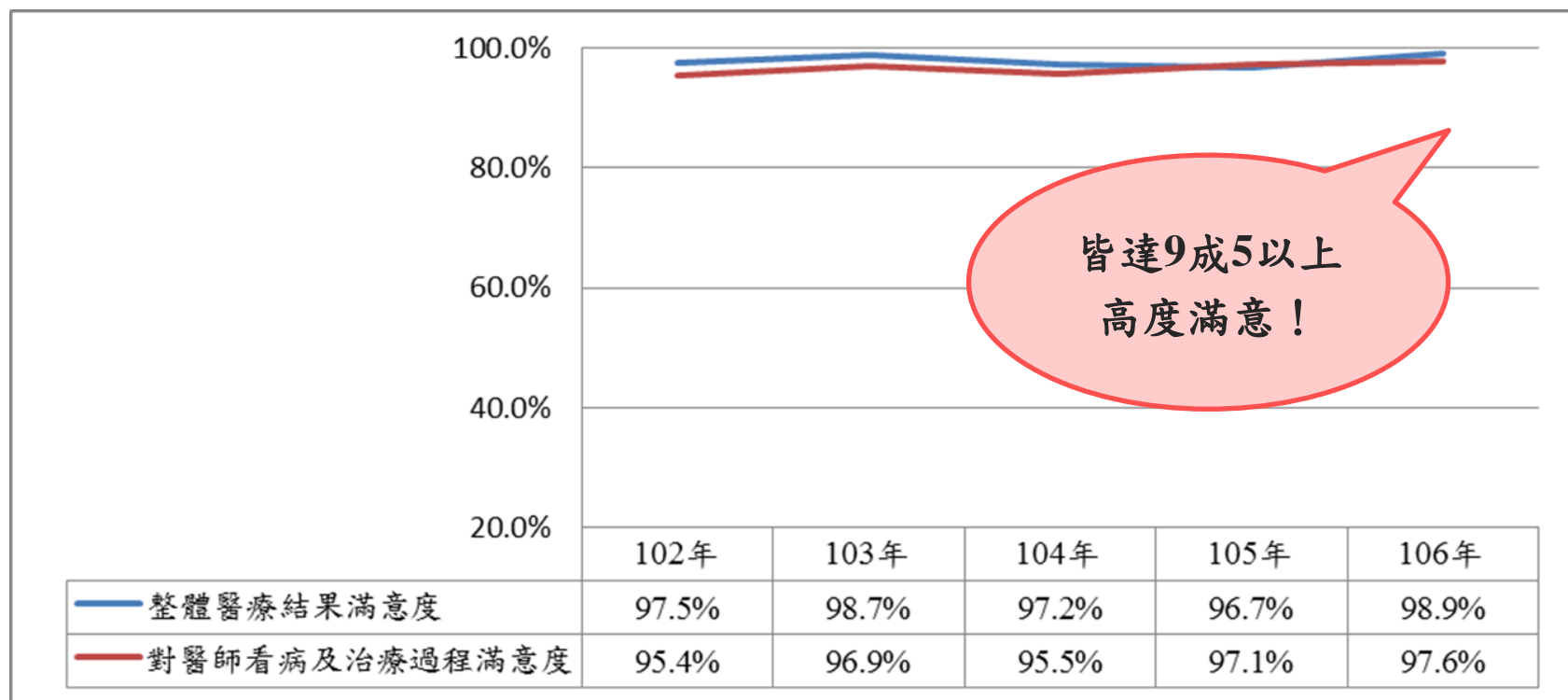
- 中央健保署委託國立陽明大學醫務管理研究所調查  
**106年西醫基層總額支付制度實施後醫療品質與可近性之狀況**
  - 對象：以臺閩地區(含離島、金門、馬祖)為範圍，在過去三個月內曾經接受西醫診所門診服務之民眾
  - 調查方式：以電腦輔助電話訪問系統進行電話調查，並以郵寄問卷、數位民調及網路專頁等多元調查方法整合
  - 時間：106年9月6日至106年10月16日
  - 有效樣本數：**1,025 份**





# 醫療服務品質調查結果 1/4

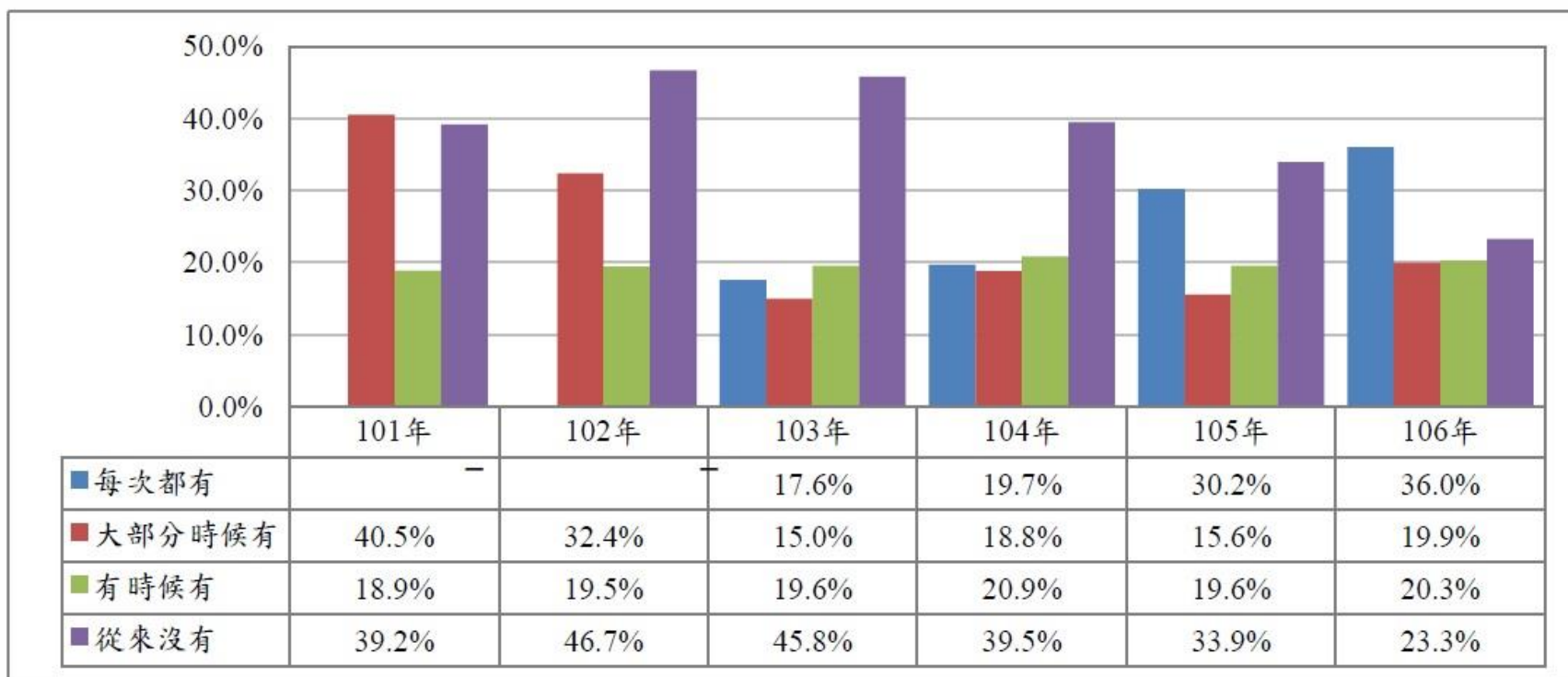
## 民眾對西醫診所醫療結果及過程滿意度歷年比較



- 資料來源：106年西醫基層總額支付制度實施後醫療品質與可近性民意調查
- 滿意度定義為肯定態度，包含非常滿意、滿意及普通。

# 醫療服務品質調查結果 2/4

## • 醫護人員有無進行衛教指導歷年比較情形



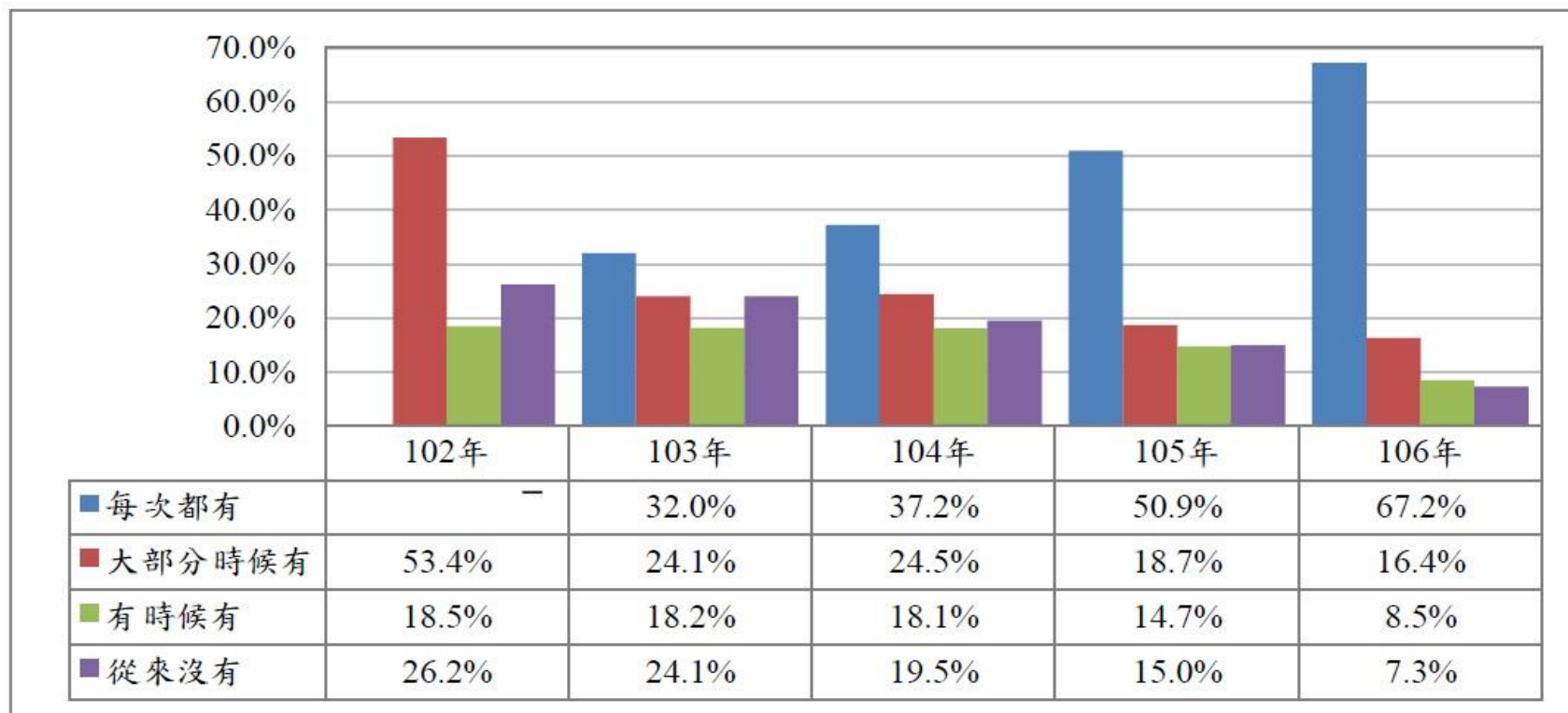
• 資料來源：106年西醫基層總額支付制度實施後醫療品質與可近性民意調查

與往年相較有逐漸改善趨勢！



# 醫療服務品質調查結果 3/4

- 醫護人員有無以簡單易懂方式解說病情與照護方法



資料來源：106年西醫基層總額支付制度實施後醫療品質與可近性民意調查

與往年相較亦呈明顯改善！



# 醫療服務品質調查結果 4/4

## • 民眾就診時是否會跟醫師討論照護或治療方式歷年比較

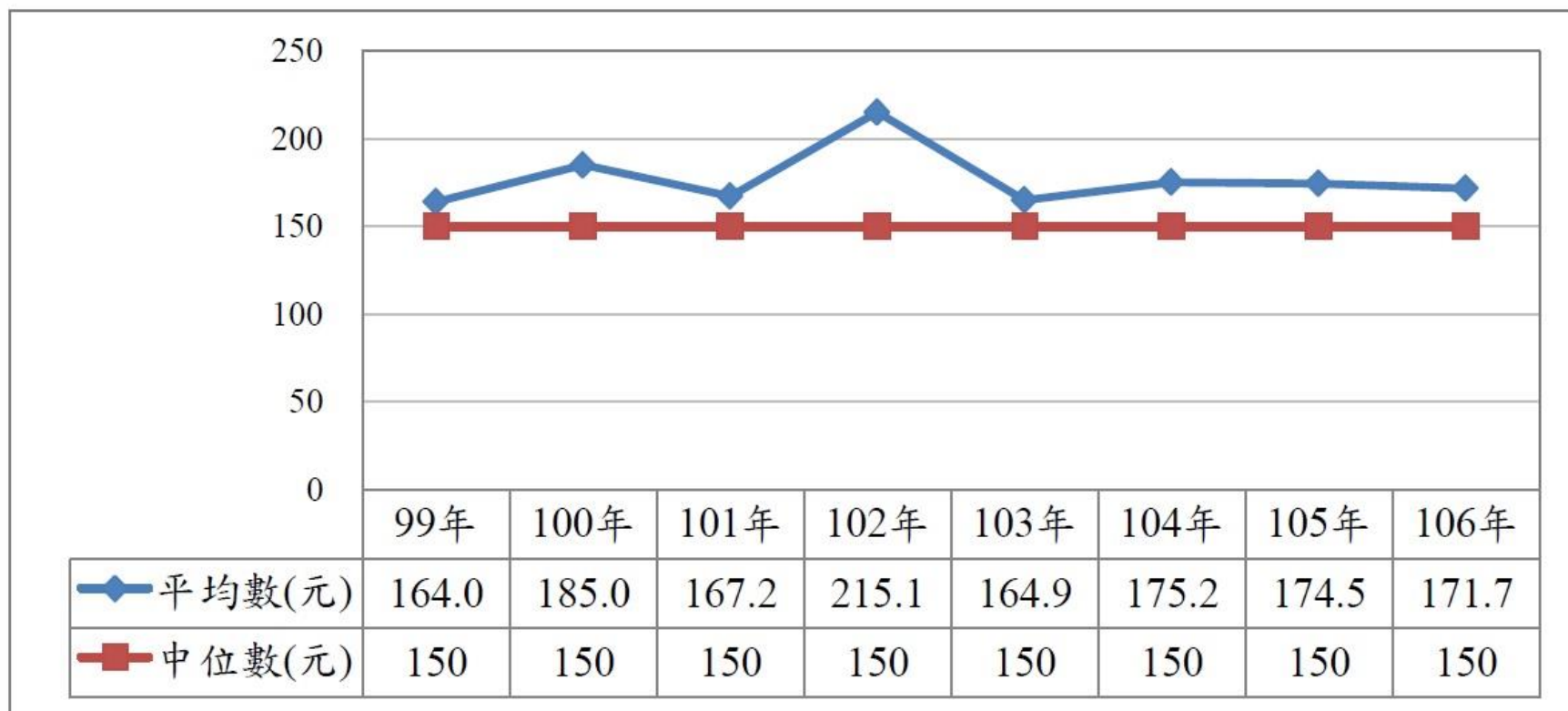
	104 年	105 年	106 年
每次都有	35.6%	41.2%	40.8%
大部分時候有	26.2%	23.0%	24.4%
有時候有	23.9%	19.6%	22.3%
從來沒有	13.6%	15.7%	11.8%
拒答	0.1%	0.0%	0.2%
不知道	0.7%	0.6%	0.5%
總和	100.0%	100.0%	100.0%

- 資料來源：106年西醫基層總額支付制度實施後醫療品質與可近性民意調查
- 103年度前未調查此題項



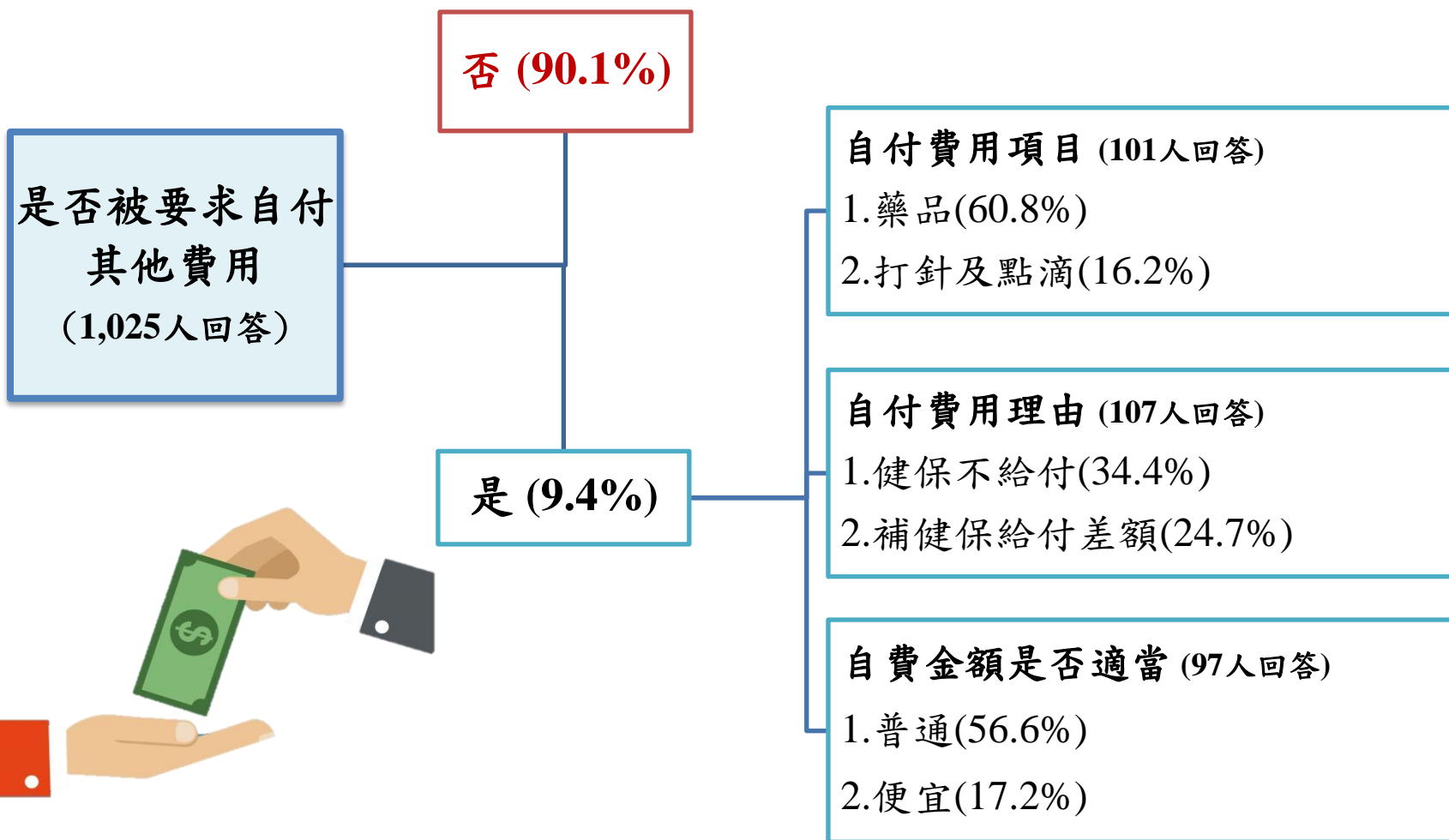
# 民眾自費情形調查結果 1/3

- 民眾最近一次於西醫診所的總支付費用歷年比較



- 資料來源：106年西醫基層總額支付制度實施後醫療品質與可近性民意調查

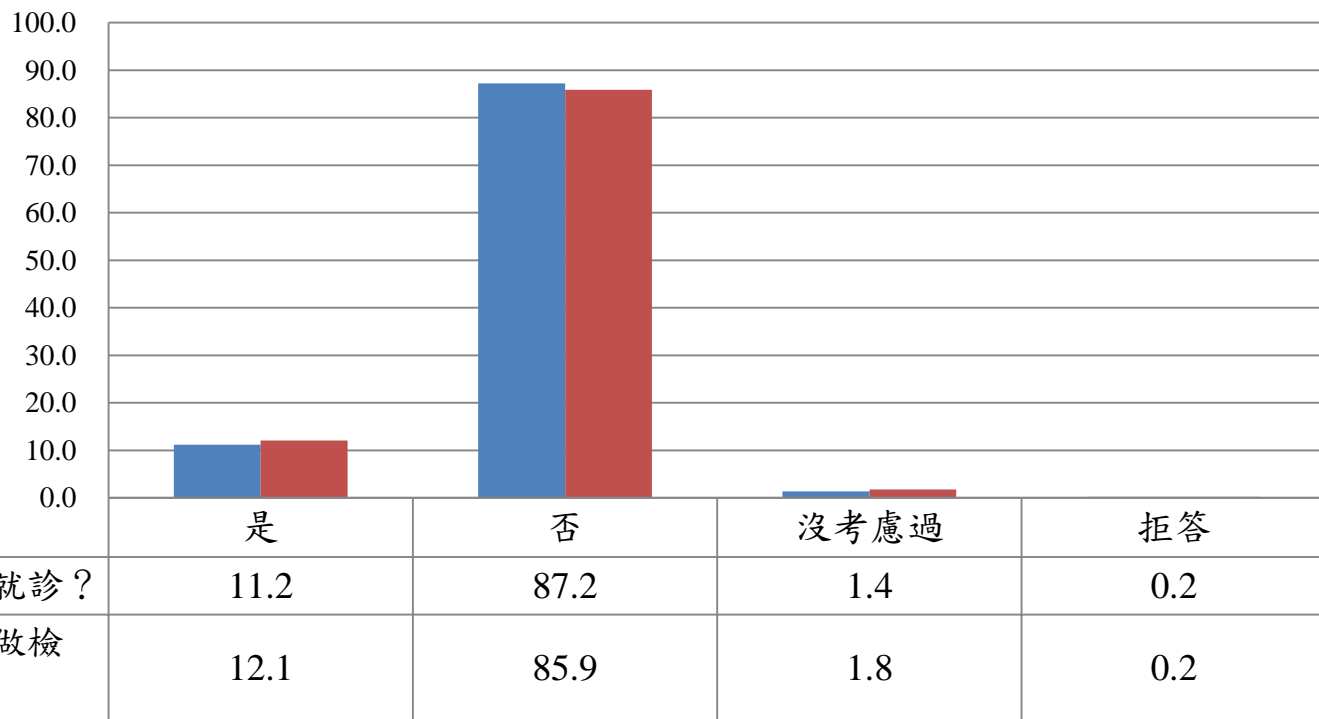
# 民眾自費情形調查結果 2/3



# 民眾自費情形調查結果 3/3



大部分民眾就診、檢查、治療及追蹤之意願，並不受就醫費用過高而有所過多限制！



• 資料來源：106年西醫基層總額支付制度實施後醫療品質與可近性民意調查





# 貳.

## 一般服務執行績效

- 一、就106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



# 106年品質指標監測結果與檢討 1/5

## • 106年全國品質指標監測結果

**全區皆符合參考值!**

指標名稱	指標方向	106年	參考值
		全區	
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	負向	14.62%	16.94%
2. 平均每張慢性病處方箋開藥日數			
-糖尿病	正向	27.30	21.95
-高血壓	正向	28.21	22.62
-高血脂	正向	28.02	22.32
3. 門診注射劑使用率	負向	0.55%	0.67%
4. 門診抗生素使用率	負向	11.94%	13.39%
5. 跨院所門診同藥理用藥日數重疊率			
-降血壓藥物(口服)	負向	0.27%	0.54%
-降血脂藥物(口服)	負向	0.17%	0.34%
-降血糖	負向	0.17%	0.41%
-抗思覺失調症	負向	0.60%	1.30%
-抗憂鬱症	負向	0.41%	0.86%
-安眠鎮靜	負向	1.21%	3.12%

指標名稱	指標方向	106年	參考值
		全區	
6. 同院所門診同藥理用藥日數重疊率			
-降血壓藥物(口服)	負向	0.06%	0.12%
-降血脂藥物(口服)	負向	0.05%	0.09%
-降血糖	負向	0.06%	0.12%
-抗思覺失調症	負向	0.20%	0.38%
-抗憂鬱症	負向	0.14%	0.28%
-安眠鎮靜	負向	0.20%	0.36%
7. 慢性病開立慢性病連續處方箋百分比	非絕對正向或負向	71.28%	60.77%
8. 就診後同日於同院所再次就診率	負向	0.16%	0.19%
9. 糖尿病病人糖化血色素(HbA1c)執行率	正向	88.87%	68.60%
10. 每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率	負向	0.09%	0.10%
11. 剖腹產率			
-整體	負向	37.36%	41.71%
-自行要求	負向	3.53%	3.54%
-具適應症	合理範圍	33.83%	38.17%

# 106年品質指標監測結果與檢討 2/5

詳書面20-22頁

## ● 106年各區品質指標結果檢討

### 門診抗生素使用率

建議提供抗生素使用率前5名疾病名與各區間差異，進行輔導及改善。(臺北分會)

### 就診後同日於同院所再次就診率

就醫方便且交通便利，院前診所與聯合診所比率較其他區較高，故相較其他區參考值比較下會偏高。(臺北分會)

### 每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率

針對偏高院所進行電話輔導與抽審，並請科召集人協助輔導。(中區分會)

依東區業務組每季提供需輔導院所名單加強電話及發文輔導。(東區分會)



# 106年品質指標監測結果與檢討 3/5



## • 106年利用率指標監測結果

	102年	103年	104年	105年	106年	參考值
1.子宮頸抹片利用率	12.30%	12.37%	12.25%	12.11%	12.06%	≥16%
2.成人預防保健利用率	22.56%	23.04%	23.31%	22.74%	23.06%	≥20%
3.兒童預防保健利用率	52.61%	48.07%	47.46%	48.21%	47.83%	-
4.年齡別剖腹產率(A+B)	38.35%	38.07%	37.73%	37.95%	37.36%	≤34%
具適應症案件(A)	35.13%	34.82%	34.69%	34.58%	33.83%	
19歲以下	19.45%	18.15%	19.88%	18.07%	20.79%	
20-34歲	33.28%	32.82%	32.66%	31.98%	31.25%	
35歲以上	45.01%	44.47%	43.07%	43.63%	41.62%	
不具適應症案件(B)	3.22%	3.25%	3.04%	3.37%	3.53%	
19歲以下	1.84%	1.24%	1.61%	1.38%	1.40%	
20-34歲	2.81%	2.88%	2.56%	2.84%	3.02%	
35歲以上	5.18%	4.95%	4.85%	5.12%	5.05%	
5.門診手術案件成長率	2.80%	2.29%	1.10%	1.09%	5.89%	≥10%
6.六歲以下兒童氣喘住院率	0.18%	0.21%	0.20%	0.18%	0.24%	≤0.29%
7.住院率	12.30%	12.56%	12.71%	14.05%	14.36%	≤13%
8.平均每人住院日數	1.34	1.34	1.33	1.36	1.36	≤1.10
9.每人急診就醫率	2.31%	2.34%	2.41%	2.44%	2.37%	≤1.9%

# 106年品質指標監測結果與檢討 4/5

## ● 「子宮頸抹片利用率」檢討與改善

1. 近年維持在12%。
2. 依據衛福部統計106年死亡率較前十年(96年)**下降至每十萬人口5.5人**，顯示持續推動子宮頸抹片篩檢成效。

十大癌症死因死亡率-106年 vs. 96年



## ● 「年齡別剖腹產率」檢討與改善

1. 整體年齡別剖腹產率雖高於參考值，**106年較前4年(102-105年)降低**。
2. 持續請台灣婦產科醫學會協助向所屬會員宣導，提昇孕婦選擇自然生產之意願。



# 106年品質指標監測結果與檢討 5/5



- 「門診手術案件成長率」檢討與改善

106年雖未達到參考值，但較前4年明顯成長(5.89%)，建議項目將再持續監測結果。

- 「住院率」、「平均每人住院日數」、「每人急診就醫率」檢討與改善

1. 3項指標含基層及醫院部門，且近年數據變幅不大。
2. 持續配合健保署推行分級醫療六大策略，加強醫院與西醫基層分工與合作，減緩不必要住院、急診就醫率。

# 貳.

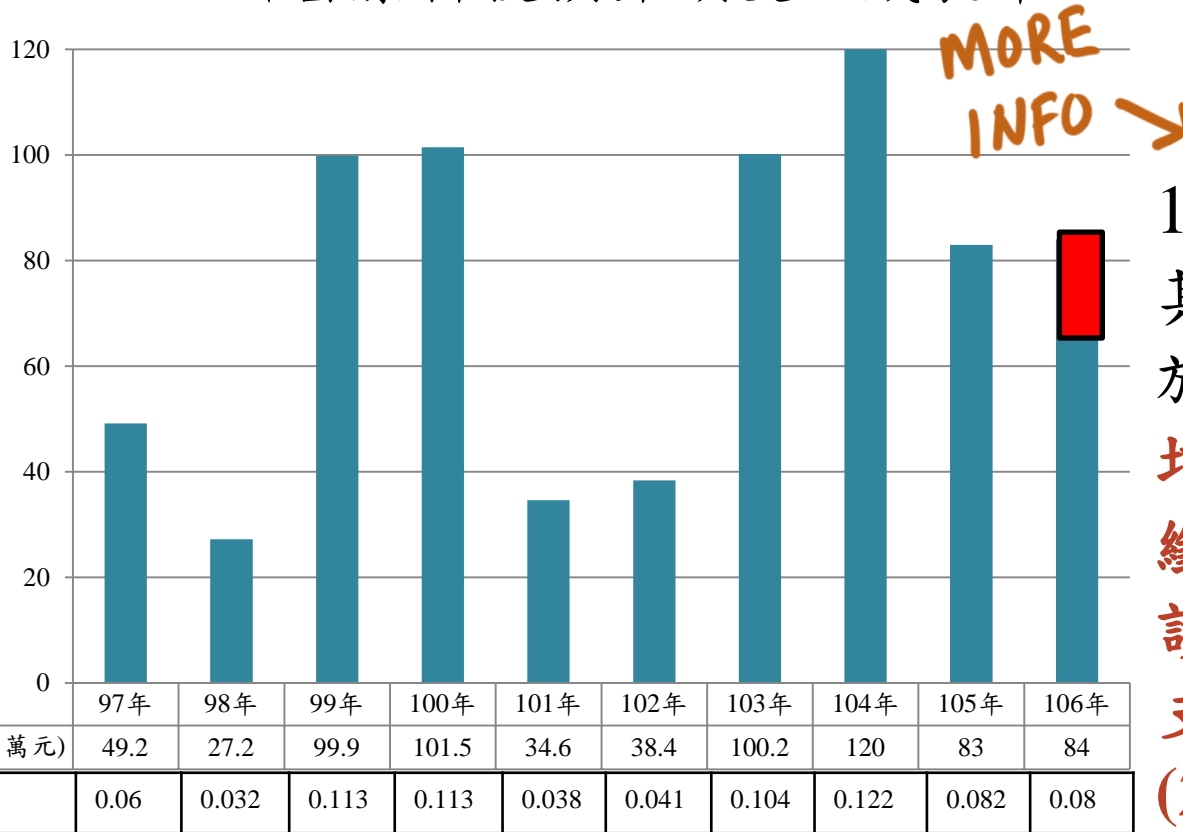
## 一般服務執行績效

- 一、就106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)新醫療科技 1/3

新醫療科技預算額度及成長率



106年度之預算  
其中**22百萬元**編列  
於新增診療項目：  
**增修「大腸或小腸  
纖維鏡切片(每一  
診次)」乙項包裹  
支付過程面特材  
(28031C)。**



# (一)新醫療科技 2/3

## 97-106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	106年			
97	49.2	246	63	4	41	115.5	192.5	252.9						605.9	-359.9	
98	27.2	136	40		41	135.5	235.6	308.2	393.2					1,113.5	-977.5	
99	99.9	499.5	55			19	59.9	127	191.5	238.2				635.6	-136.1	
100	101.5	507.5	48				16.7	86.3	144.7	199.2	233.5			680.4	-172.9	
101	34.6	173	70					32.6	170.7	296.1	379.1	466.7		1,345.2	-1172.2	
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	-2,818.60	
102	38.4	192	29						2.1	13.6	35.2	44.9	63.7	159.5	32.5	
103	100.2	501	45							2.6	18.9	43.6	68.9	134	367	
104	120	600	40								2.4	9.1	21.9	33.4	566.6	
105	83	415	26									35	175	210	205	
106	62	310	50										5	5	305	
97-106合計	716	3,580		4	82	270	504.7	807	902.2	749.7	669.1	599.3	334.5	4,922.5	-1,342.5	

# (一)新醫療科技 3/3

## 97-106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	106年			

新增50項藥品項目，主要申報以慢性病藥品居多，適應症如高膽固醇血症、慢性心臟衰竭等。

雖每年度之第一年預算執行率皆偏低，主要原因為新增項目實施未滿一年。

以105年為例，第一年雖僅申報35百萬元，**但第二年申報175百萬元，已超出92百萬元**，依此成長趨勢推估未來恐持續排擠健保總額。

102	38.4	192	29						2.1	13.6	35.2	44.9	63.7	159.5	32.5
103	100.2	501	45							2.6	18.9	43.6	68.9	134	367
104	120	600	40								2.4	9.1	21.9	33.4	566.6
105	83	415	26									35	175	210	205
106	62	310	50										5	5	305
97-106合計	716	3,580		4	82	270	504.7	807	902.2	749.7	669.1	599.3	334.5	4,922.5	-1,342.5

## (二)給付項目及支付標準修訂 1/2

### • 新增開放表別項目

#### 目的

1. 落實分級醫療，壯大基層照，達科別間平衡，逐年逐項分科導入。
2. 因應高齡化社會需求，實現醫療社區化。

#### 中長程規劃

1. 以「可壯大基層醫療」、「後續可在基層院所繼續治療」及「排除院前診所所為軍備競賽施行之項目」為原則。
2. 依醫院門診申報量10%及成長率5%，預估開放後點數。
3. 考量重要性、必要性及適切性提列項目。
4. 提列健保署西醫基層總額研商議事會議討論。
5. 進行資格或流量管控，以確保科別間穩定成長。
6. 每年評估開放表別項目使用情形。

1. 移列至一般服務費用。
2. 結合醫院和基層服務，達到社會化照護服務。

## (二)給付項目及支付標準修訂 2/2

- 106年以**醫療服務成本指數改變率**及**新醫療科技**增加之預算支應。
- 調整項目：
  - 本會建議(第一段合理量門診診察費-未開、開立慢箋醫令)
  - 配合醫院部門調整項目[如大腸或小腸纖維鏡切片(每一診次)]
  - 專科醫學會建議修訂之申報資格[嬰幼兒腦部超音波、醣化白蛋白(GA)]
- 整體預算使用約**17.7**億。

類別	實施日期	支付標準項目	項目數	預估年增點數 (百萬)	實際申報增加點數 (百萬)
基本診療	106.3.1	第一段合理量門診診察費(未開慢箋醫令)	6	2,191	1,754
	106.10.1	第一段合理量門診診察費(開慢箋醫令)	6	1.3	0.2
特定診療	106.03.01	大腸或小腸纖維鏡切片(每一診次)	1	22	14.88
	106.05.01	醣化白蛋白(GA)	1	不增加	不增加
	106.03.01	嬰幼兒腦部超音波	1	0.05	0.05
合計			15	2,214.35	1,769.13

# (三)其他協商因素項目 1/6

## ● 配合安全針具推動政策之執行情形(1/2)

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	1,023,661	4,486	0.44%		
	103	996,097	4,799	0.48%		
	104	939,586	8,384	0.88%		
	105	858,486	15,848	1.81%		
	106	680,514	71,362	9.49%		
胰島素空針	102	2,887,449	3,186	0.11%		
	103	2,613,768	10,024	0.38%		
	104	2,303,419	8,275	0.36%		
	105	1,930,593	12,044	0.62%		
	106	1,484,773	20,624	1.37%		
靜脈留置針	102	31,886	174	0.54%		
	103	31,751	264	0.82%		
	104	33,029	318	0.95%		
	105	30,701	458	1.47%		
	106	26,431	801	2.94%		
增加點數	102				6,947	0.19%
	103				18,642	0.48%
	104				7,200	0.18%
	105				33,927	0.87%
	106				211,059	5.41%

- 配合100年醫療法第56條規定修正後編列。
- 102-106年預算執行情形，從0.19%增加至5.41%

## (三)其他協商因素項目 2/6

### ● 配合安全針具推動政策之執行情形<sup>(2/2)</sup>

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

105-106年協商總額成長率項目時，亦表明若確實引起病人不適，致推動障礙，建請勿再編預算，並建議將102-105年編列費用自總額扣減，約15.6百萬，惟未獲同意。

本會103年起經內部多次研議，並積極行文健保署修訂申報規定；署方104年修改安全針具申報規定。  
應一併適用相關支付標準，兼顧醫療費用申報之公平性。

## (三)其他協商因素項目 3/6

- 其他醫療服務及密集度的改變<sup>(1/2)</sup>
  - 本項為「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）」，106年未有協定事項。
  - 105年協定事項：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。



# (三)其他協商因素項目 4/6

## ● 其他醫療服務及密集度的改變(2/2)

序號	指標項目	102年	103年	104年	105年	106年		
1	慢性病門診就醫人數(千人)	值	4,829	4,953	5,074	5,197	5,394	
		成長率	-	2.6%	2.4%	2.4%	3.79%	
2	慢性病門診申報次數(千件)	值	22,372	23,102	23,480	24,034	25,152	
		成長率	-	3.3%	1.6%	2.4%	4.65%	
3	慢性病門診申報費用(百萬點)	值	26,639	28,289	28,738	29,728	31,572	
		成長率	-	6.2%	1.6%	3.4%	6.19%	
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	4.7	
		成長率	-	0.7%	-0.8%	-0.1%	0.83%	
5	糖尿病患者平均每人給藥天數	值	28	28	28	28	28	
		成長率	0.0%	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	28	
		成長率	0.0%	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%	32.40%	
		成長率	4.1%	10.8%	6.6%	6.2%	11.7%	
8	糖尿病完整照護率	有接受HbA1c	值	87.90%	89.10%	90.40%	91.30%	92.5%
		成長率	2.0%	1.4%	1.5%	1.0%	1.3%	
		有執行「空腹血脂檢查」	值	77.80%	79.80%	81.20%	82.30%	84.19%
		成長率	4.1%	2.6%	1.8%	1.4%	2.4%	

1. 歷年整體慢性病照護及用藥情形屬於穩定成長狀態。
2. 糖尿病論質計酬計畫比率照護率有3成；計劃內有執行HbA1c及空腹血脂檢查照護率已達8至9成。



# (三)其他協商因素項目 5/6

- 新增病人來自醫院部門移轉或新個案? (1/2)

- 西醫部門慢性病就醫人數

		104Q1	104Q2	104Q3	104Q4	105Q1	105Q2	105Q3	105Q4
醫院	人數 (千人)	4,374	4,461	4,459	4,511	4,629	4,742	4,760	4,852
	成長率	3.3%	3.0%	2.6%	2.9%	5.8%	6.3%	6.7%	7.5%
基層	人數 (千人)	2,952	2,964	2,914	3,071	3,038	3,023	2,978	3,178
	成長率	2.8%	2.2%	2.2%	2.9%	2.9%	2.0%	2.2%	3.5%

資料來源：106年版協商指標要覽

1. 基層與醫院慢性病就醫人數均有增加，且醫院成長幅度高於基層。
2. 推測醫療利用增加情形係與人口老化及罹患慢性病者加多之趨勢有關。

- 1.以平均每件費用觀察，醫院慢性病平均每件醫療費用高於基層，且差距逐漸拉大。
- 2.106年總額協商時，本會曾就此提出分級醫療成功關鍵，在於強化民眾對基層的信心。基層與醫院同樣照顧慢性病患者，應有相等的資源耗用，才能真實滿足民眾期待。

## • 西醫部門慢性病平均每件費用及其成長

		97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年
醫院	平均每件	1,882	1,967	2,570	2,733	2,687	2,834	2,928	2,935	2,986	3,092
	成長率	5.4%	4.5%	30.7%	6.4%	-1.7%	5.5%	3.3%	0.2%	1.7%	3.5%
基層	平均每件	995	1,015	1,121	1,171	1,115	1,182	1,214	1,212	1,223	1,238
	成長率	1.3%	1.9%	10.5%	4.4%	-4.7%	6.0%	2.7%	-0.2%	0.9%	1.2%
差距	平均每件	887	952	1,449	1,563	1,572	1,652	1,714	1,723	1,763	1,853

資料來源：健保業務執行概況

- 1.成本效益分析，影響的面項較為廣泛，例如民眾就醫習慣、就醫地點、醫師處方之開立，以及醫療管理之策略等。
- 2.且需要有完整的大數據較能全盤解釋，建議健保署能有委託研究計劃，進行成本效益評估。



# (四)品質保證保留款 1/5

## ● 106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八十百分位，即<80百分位【權重各為20%】
  - 診所之每位病人年平均就診次數
  - 診所月平均門診申復核減率
  - 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 $\leq 80$ 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2%】
  - 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
- 糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)執行率 $\geq 60\%$ 【權重2%】
- 初期慢性腎臟病eGFR執行率，超過5百分位，即 $>5$ 百分位【權重2%】
- 檢驗（查）結果上傳率 $\geq 70\%$ 【權重2%】



## (四)品質保證保留款 2/5

- 105年度實施結果
  - 全年預算數為199,075,413元，款項尚餘819元。
  - 105年核發家數8,176(78%)較104年(9,477家 (89%)  
減少1,301家(-13.73%)，顯示西醫基層品保款具鑑別

分區別	分區院所數	符合分配院所數	核發金額
臺北	3,105	2,243(72%)	54,015,792
北區	1,329	1,015(76%)	24,779,288
中區	2,262	1,854(82%)	45,818,462
南區	1,645	1,302(79%)	31,279,717
高屏	1,948	1,582(81%)	38,826,064
東區	250	180(72%)	4,356,090
<b>總計</b>	<b>10,539</b>	<b>8,176(78%)</b>	<b>199,075,413</b>



# (四)品質保證保留款 3/5

## ● 105年西醫基層品保款各指標核發家數統計



項次	指標	105年
		80百分位家數
1	診所月平均門診申復核減率，不超過該分區所屬科別八十百分位	7,666
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八十百分位	7,711
3	個案重複就診率不超過該分區所屬科別八十百分位	7,811
4	健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$	$\leq 8\%$ 家數
		8,917
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 $>15\%$	$>10\%$ 家數
		3,459
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	4,460
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	5,421
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	4,116

註：106年度目前尚在進行各指標之計算，預計於西醫基層總額研商議事會議107年第三次會議報告。



# (四)品質保證保留款 4/5

- 參採106年評核委員意見，本會與健保署數次會議討論107年修正方向  
(保留至107年第3次西醫基層總額研商議事會議繼續討論)

項次	指標項目	106年		107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 <u>90</u> 百分位，即< <u>90</u> 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 <u>90</u> 百分位，即< <u>90</u> 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 <u>90</u> 百分位，即< <u>90</u> 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)	<u>2%</u>	不超過該分區 <u>所屬科別</u> 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)	<u>2%</u>	不超過該分區 <u>所屬科別</u> 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)	<u>2%</u>	不超過該分區 <u>8所屬科別</u> 0百分位(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	≥60%	<u>2%</u>	≥ <u>65%</u>	<u>2%</u>
10	初期慢性腎臟病eGFR執行率	超過5百分位，即>5百分位	<u>2%</u>	超過 <u>10</u> 百分位，即> <u>10</u> 百分位	<u>2%</u>
11	檢驗(查)結果上傳率	≥70%	<u>2%</u>	≥ <u>75%</u>	<u>2%</u>
12	每月完成門診時間網路登錄				<u>2%</u>
13	「長假期開診時段」維護作業指標				<u>5%</u>



# (四)品質保證保留款 5/5

## ● 104-105年品保款90百分位數值趨勢

項次	指標項目	104年		105年	
		指標值	90百分位家數	指標值	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90百分位	8,719	不超過該分區所屬科別80百分位	8,638
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90百分位	8,833	不超過該分區所屬科別80百分位	8,669
3	個案重複就診率	不超過該分區所屬科別90百分位	8,862	不超過該分區所屬科別80百分位	8,642
4	健保卡處方登錄差異率	≤8%	8,314	≤8%	8,917
5	門診病人健保雲端藥歷系統查詢率	>10%	6,760	>10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>15%。	3,459
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)	4,187
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)	5,073
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)	3,865

註：106年度目前尚在進行各指標之計算，預計於西醫基層總額研商議事會議107年第三次會議報告。

註：依委員建議，提供該指標90百分位數值，以觀察歷年趨勢。

# 貳.

## 一般服務執行績效

- 一、就106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**

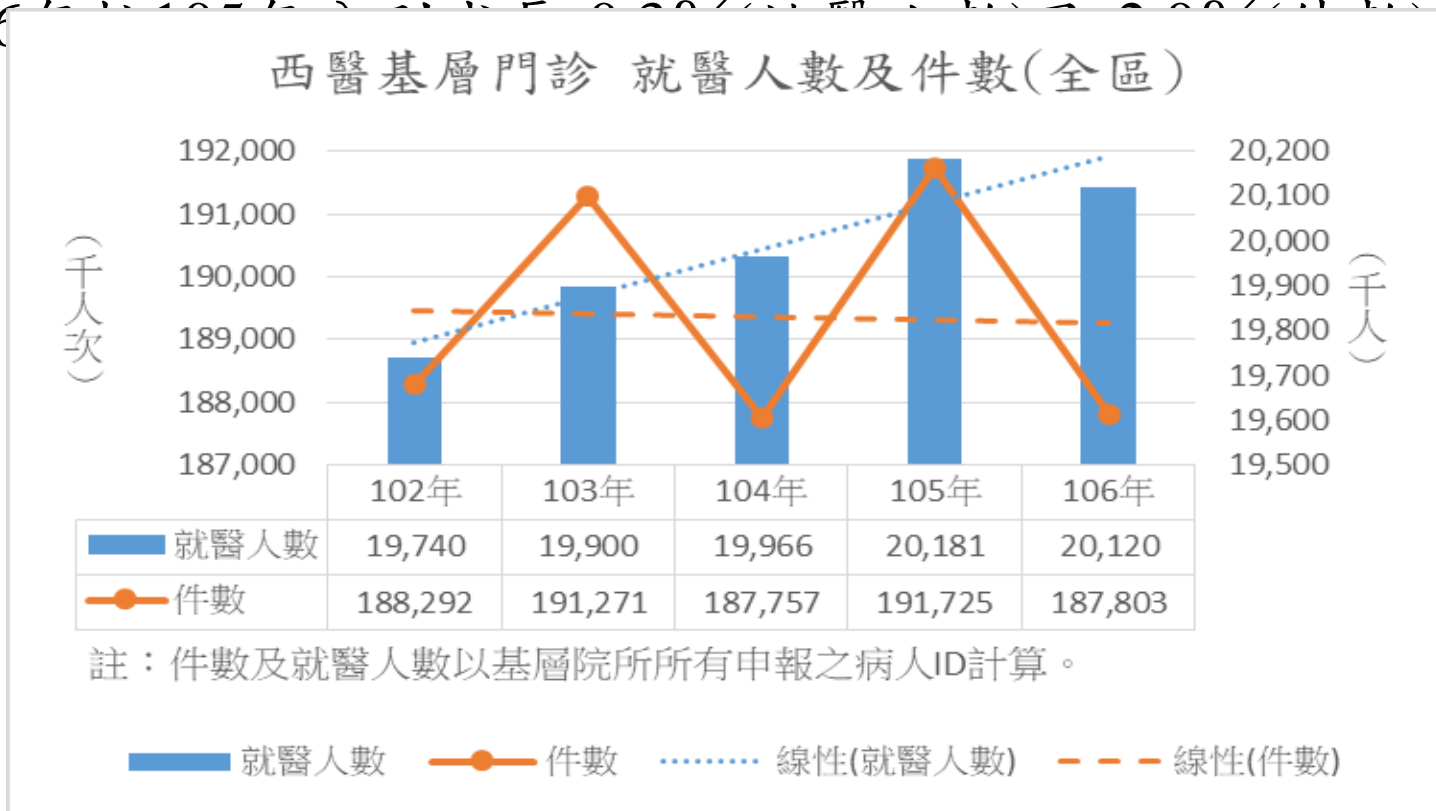




# (一) 醫療利用及費用管控情形 1/19

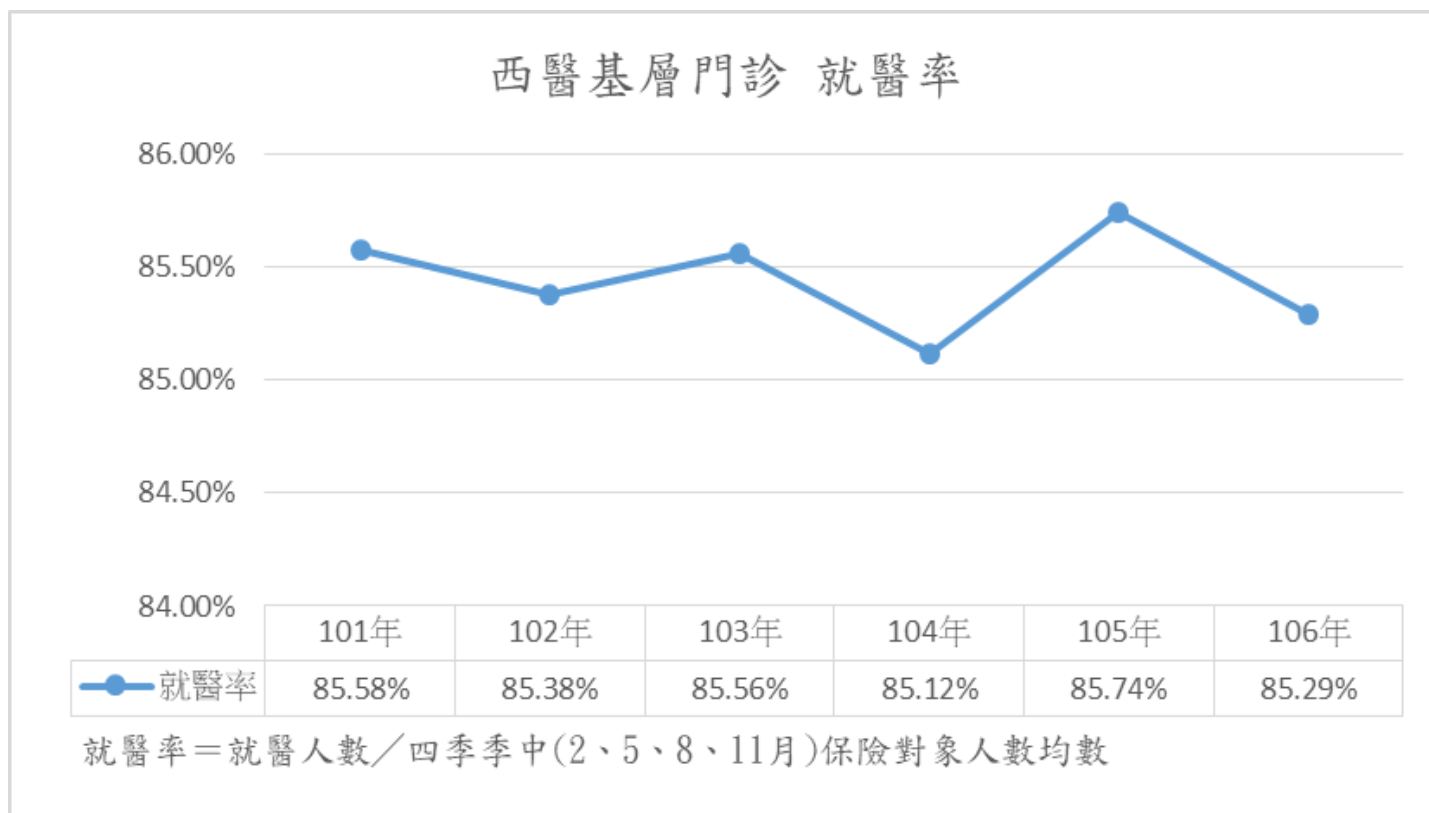
- 近5年門診就醫人數平均成長0.5%，件數平均成長-0.05%。

● 106年(19,120千人) vs 105年(20,181千人) (-5.2%)



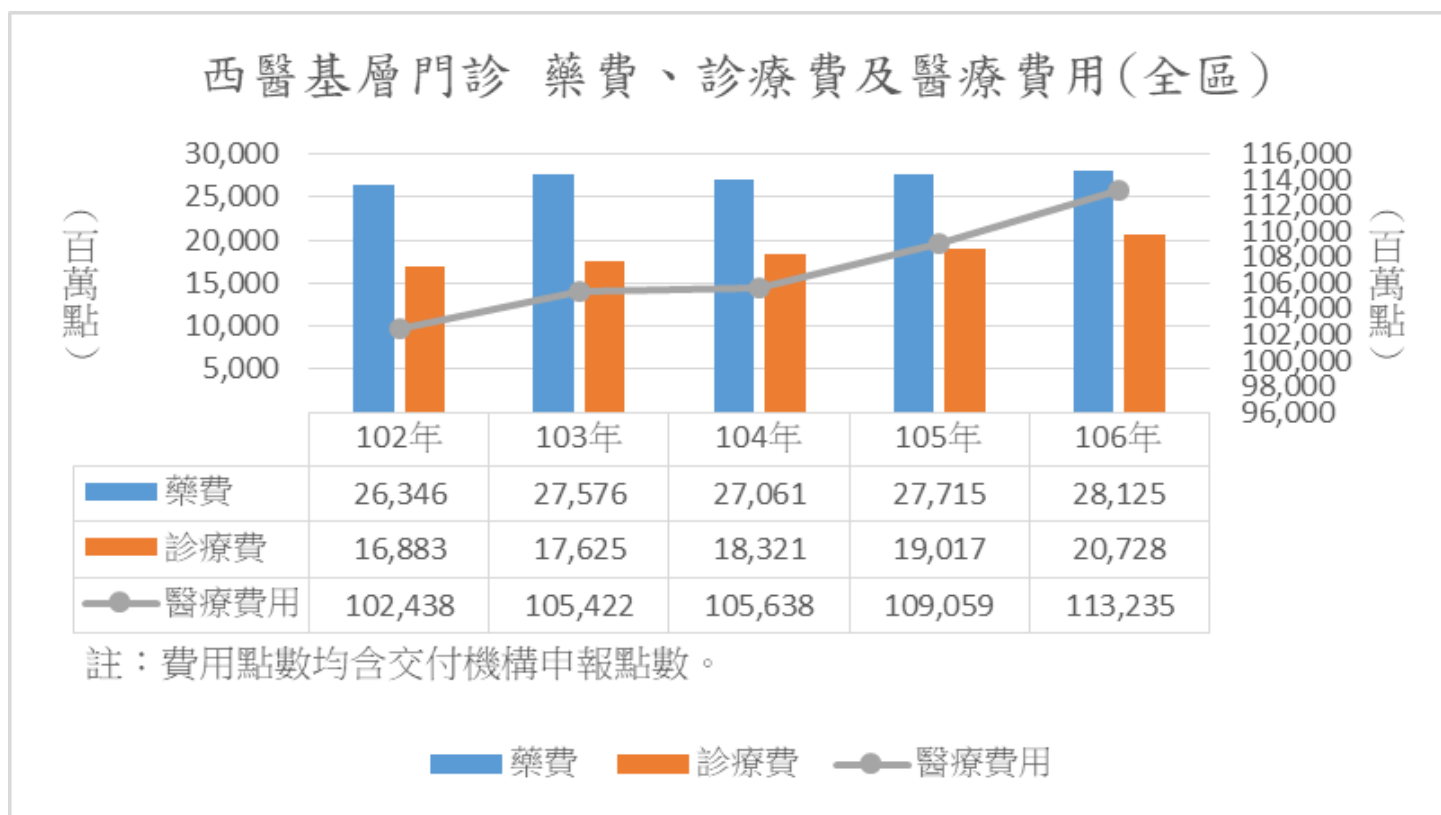
# (一)醫療利用及費用管控情形 2/19

- 近6年門診就醫率成長趨勢平穩，介於85.12%~85.74%。



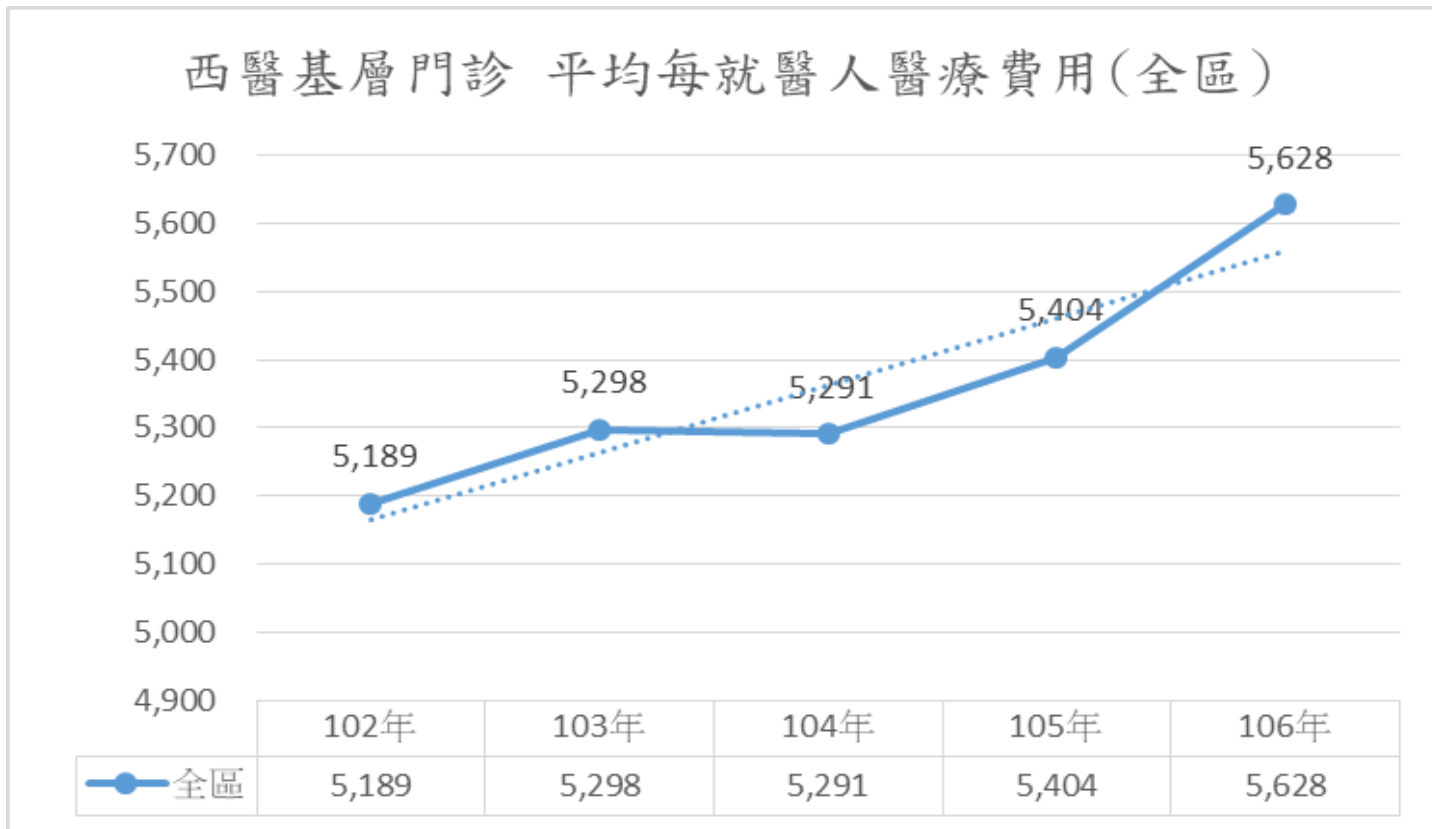
# (一) 醫療利用及費用管控情形 3/19

- 近5年門診平均成長1.7%(藥費)、5.3%(診療費)及2.5%(醫療費用)。
- 106年較105年分別成長1.5%(藥費)、9.0%(診療費)及3.8%(醫療費用)。



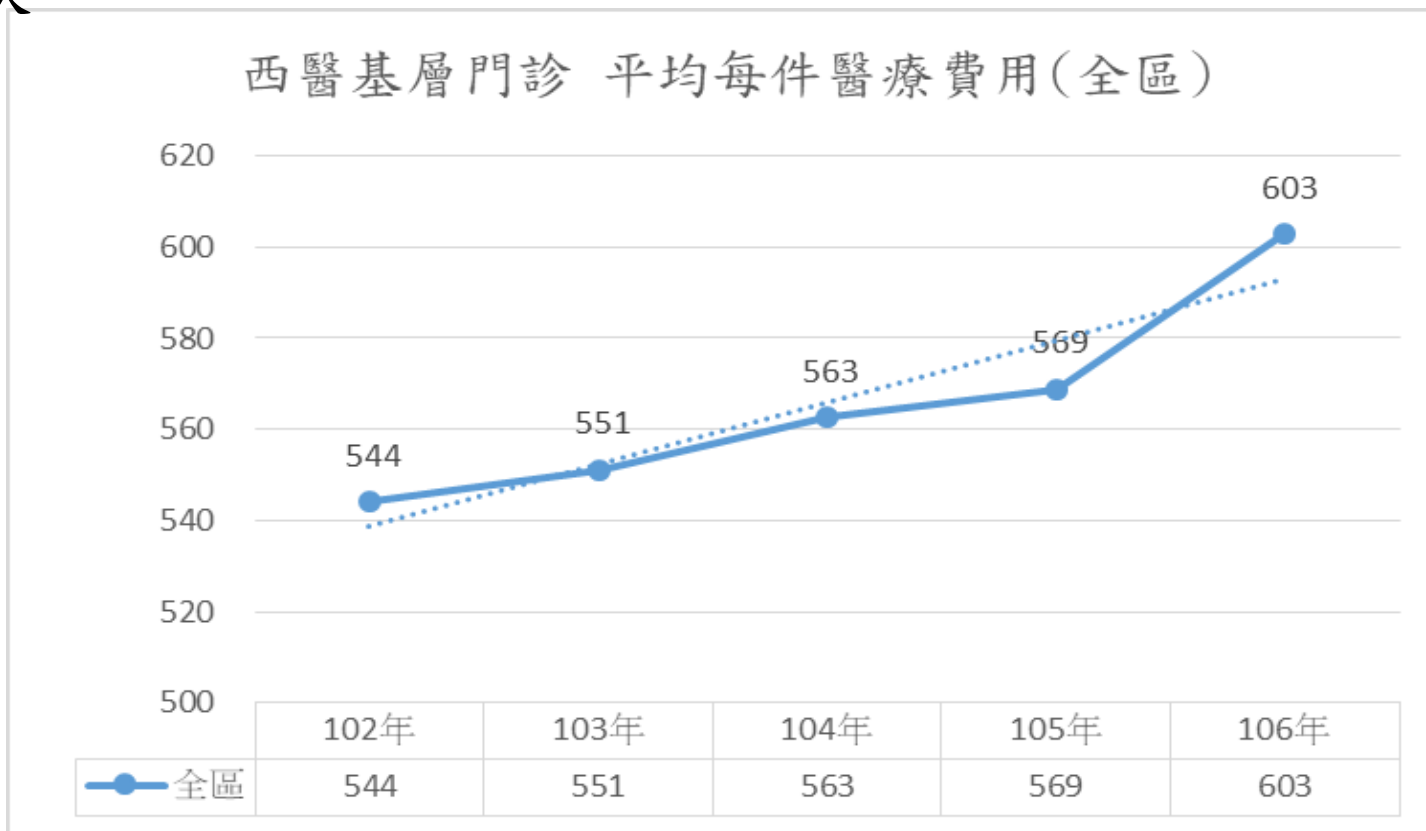
# (一) 醫療利用及費用管控情形 4/19

- 近5年門診平均每就醫人醫療費用平均成長2.1%。
- 106年較105年成長4.1%，以高屏5.9%幅度最大。



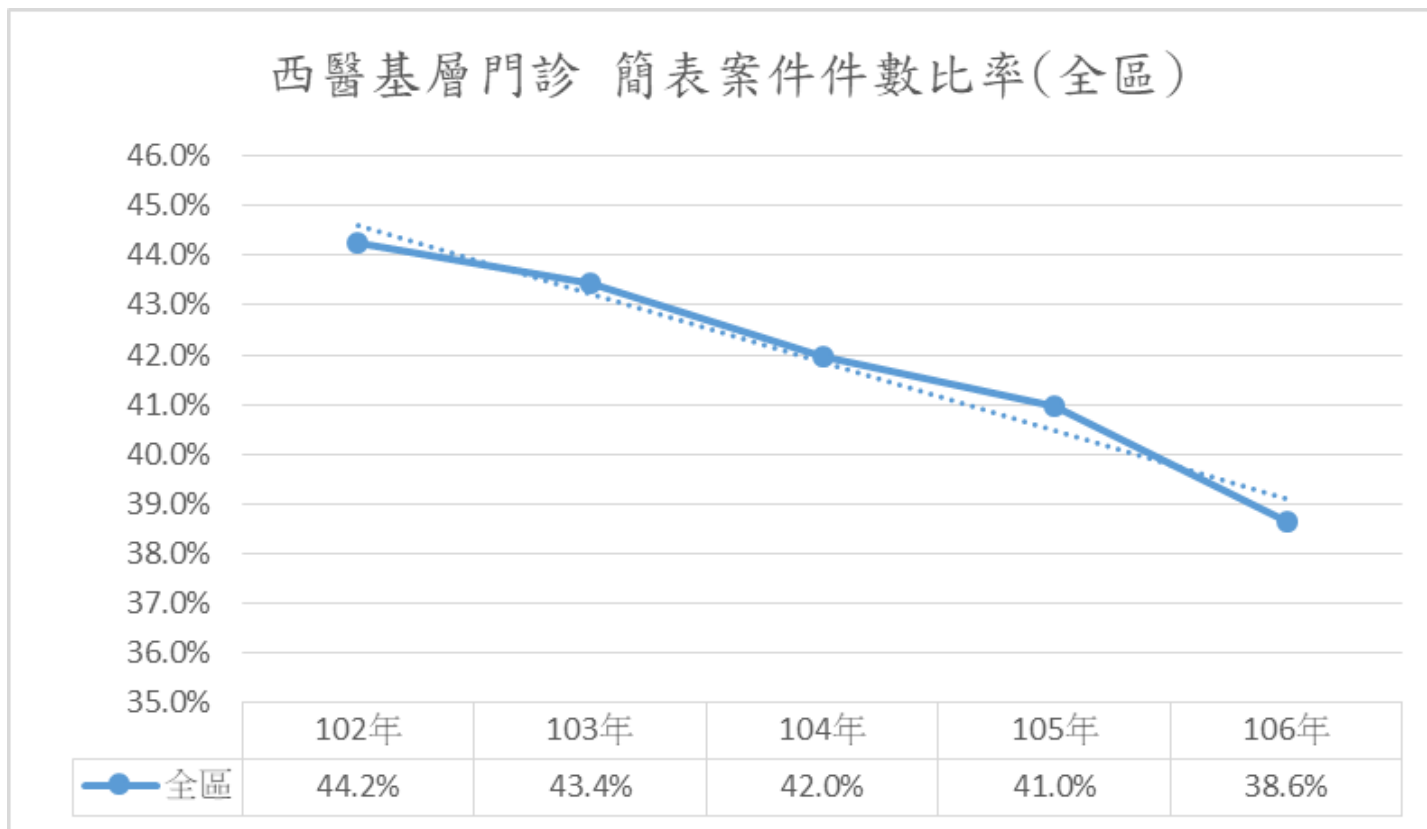
# (一)醫療利用及費用管控情形 5/19

- 近5年門診平均每件費用平均成長2.6%，平均淨增加15點。
- 106年較105年成長6.0%，淨增加34點，以東區淨增加21點幅度最大。



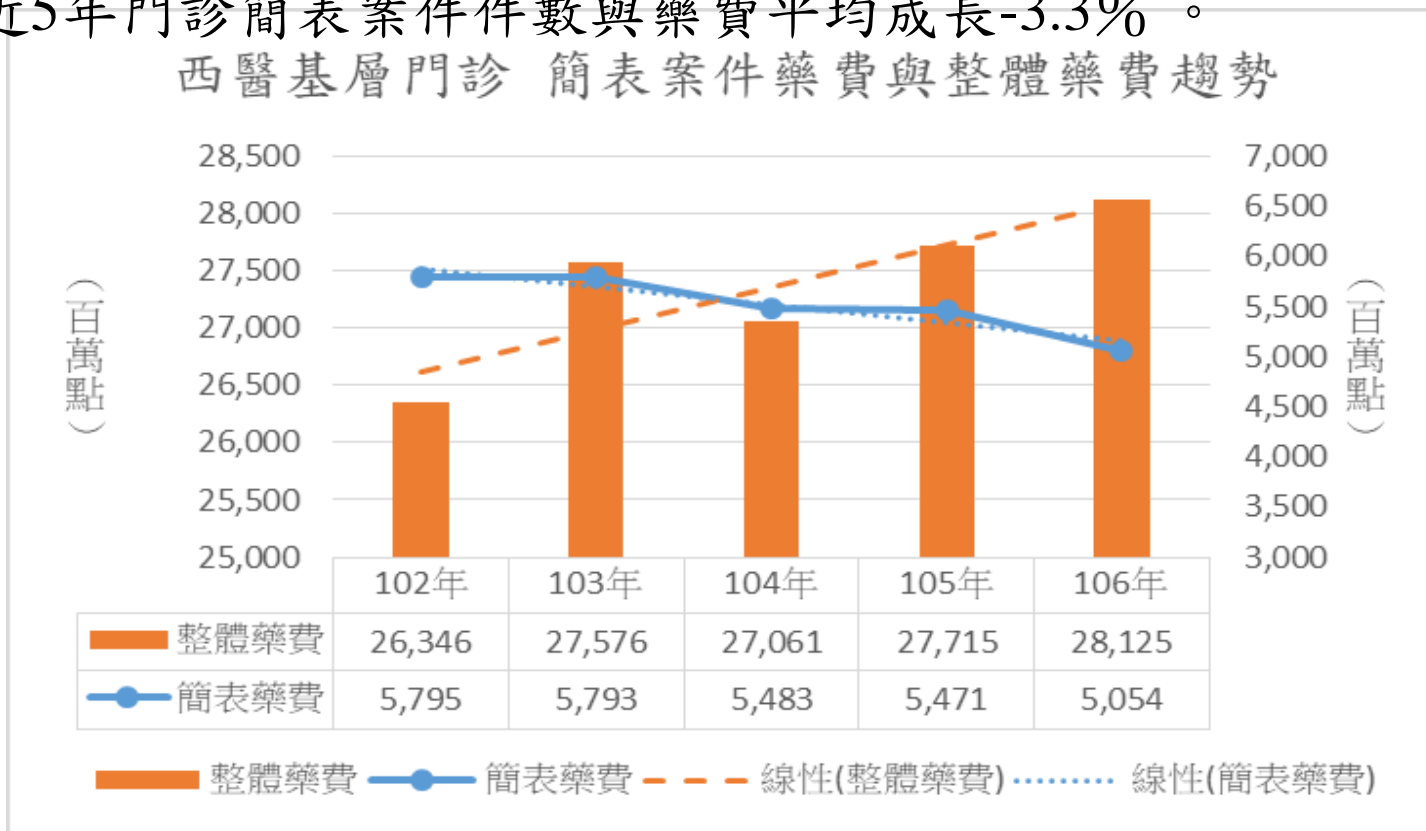
# (一)醫療利用及費用管控情形 6/19

- 近5年門診簡表案件件數平均成長-3.3%。
- 106年簡表案件占率38.6%，件數較105年成長-7.6%。



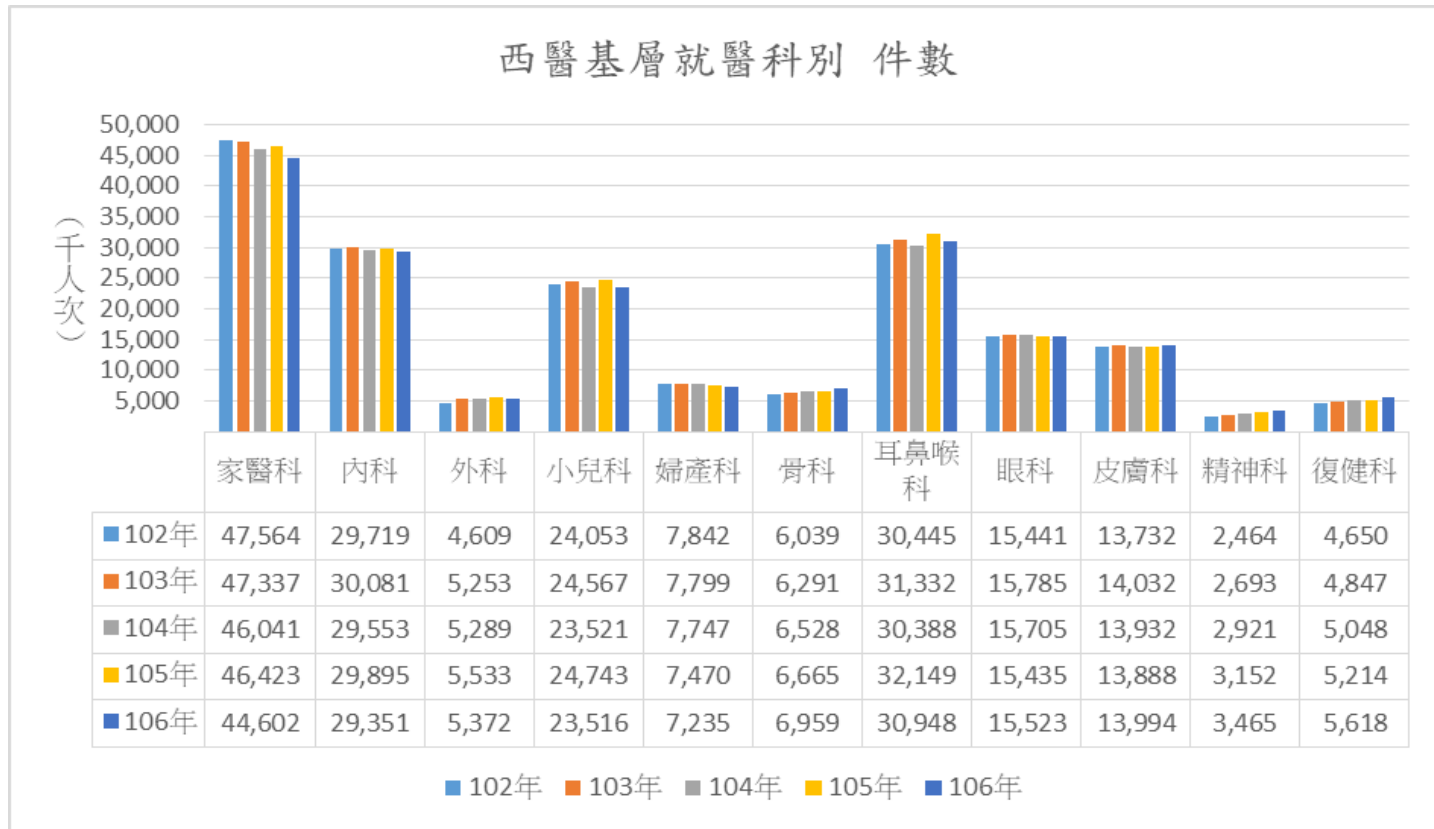
# (一) 醫療利用及費用管控情形 7/19

- 近5年門診藥費平均成長1.7%，非簡表案件藥費平均成長3.0%。
- 近5年門診簡表案件件數與藥費平均成長-3.3%。



# (一) 醫療利用及費用管控情形 8/19

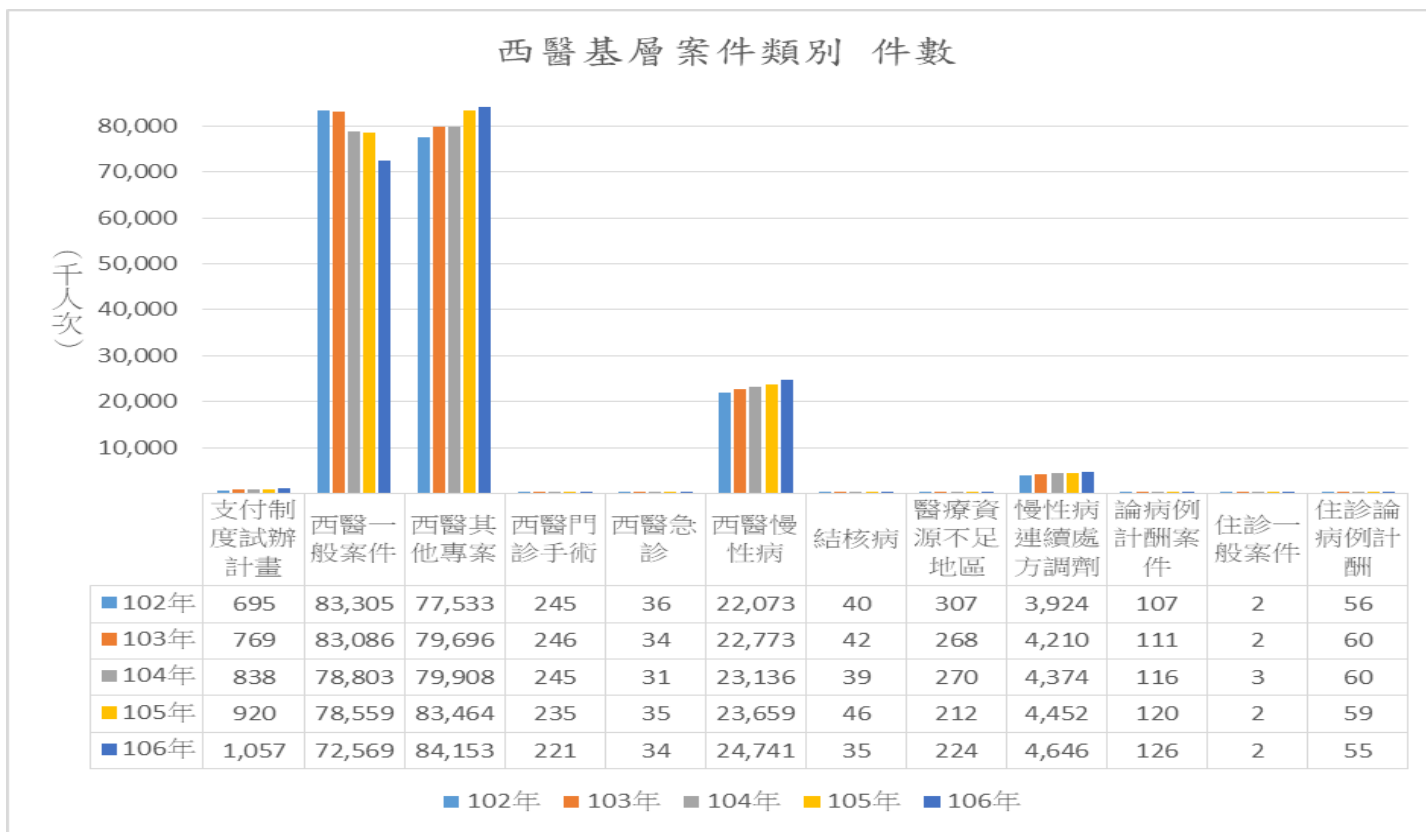
- 近5年精神科平均淨增加250千件數幅度最大，其次復健科。
- 106年精神科9.9%正成長幅度最大，復健科7.7%次之。





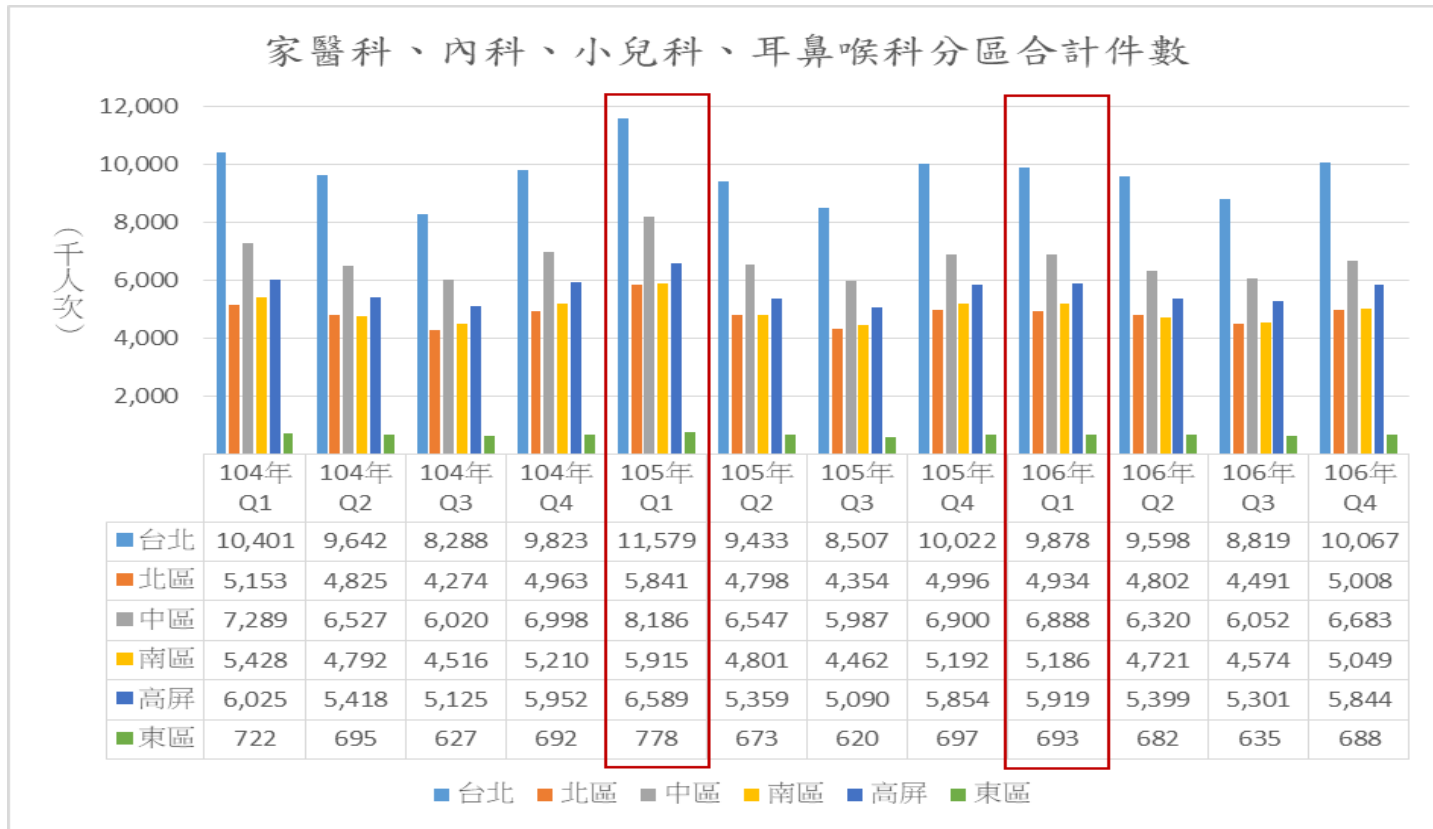
# (一) 醫療利用及費用管控情形 9/19

- 近5年「其他專案」平均淨增加件數幅度最大，其次「慢性病」案件。
- 106年費用占率以「其他專案」41.5%最高，「一般案件」26.0%次之。



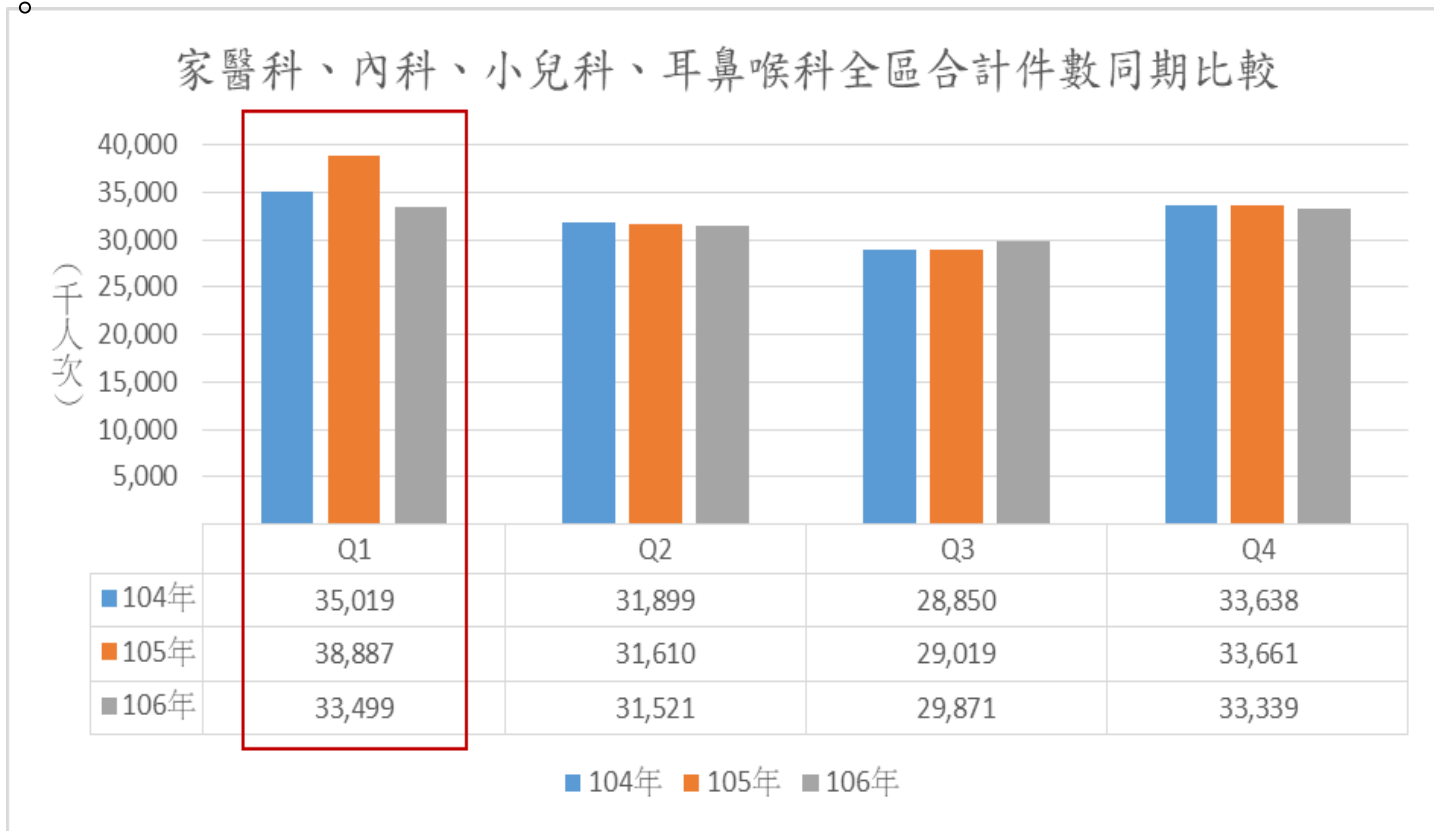
# (一) 醫療利用及費用管控情形 10/19

- 因流感疫情105年Q1至高峰，以致106年第1季門住診件數較去年同期成長-9.2%，一般案件及其他專案件數成長-15.5%及-7.0%。



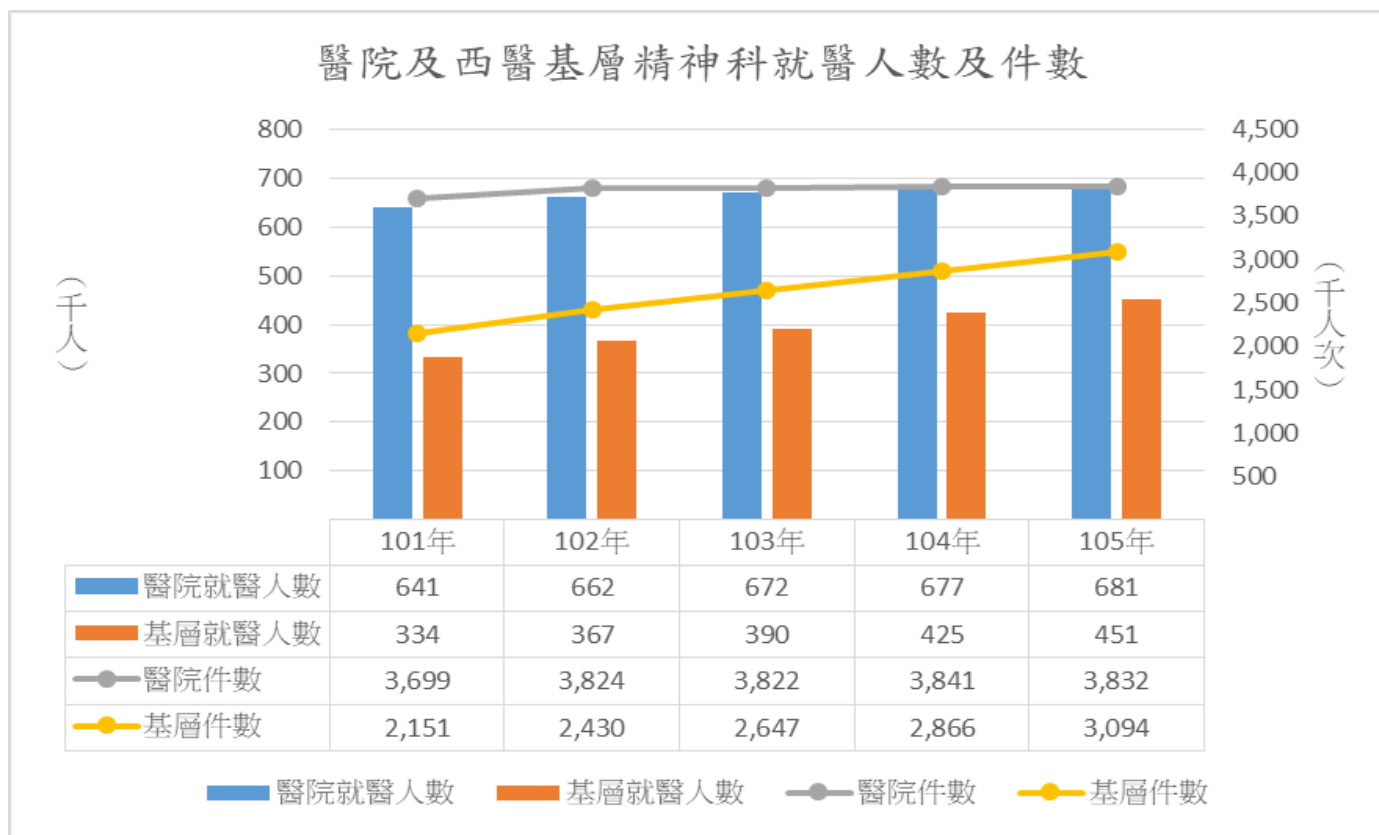
# (一)醫療利用及費用管控情形 11/19

- 106年Q1家醫科 (-12.5%)、內科 (-9.3%)、小兒科 (-17.3%) 及耳鼻喉科 (-16.8%) 件數下降幅度最大。104-106年Q2件數差異不大。



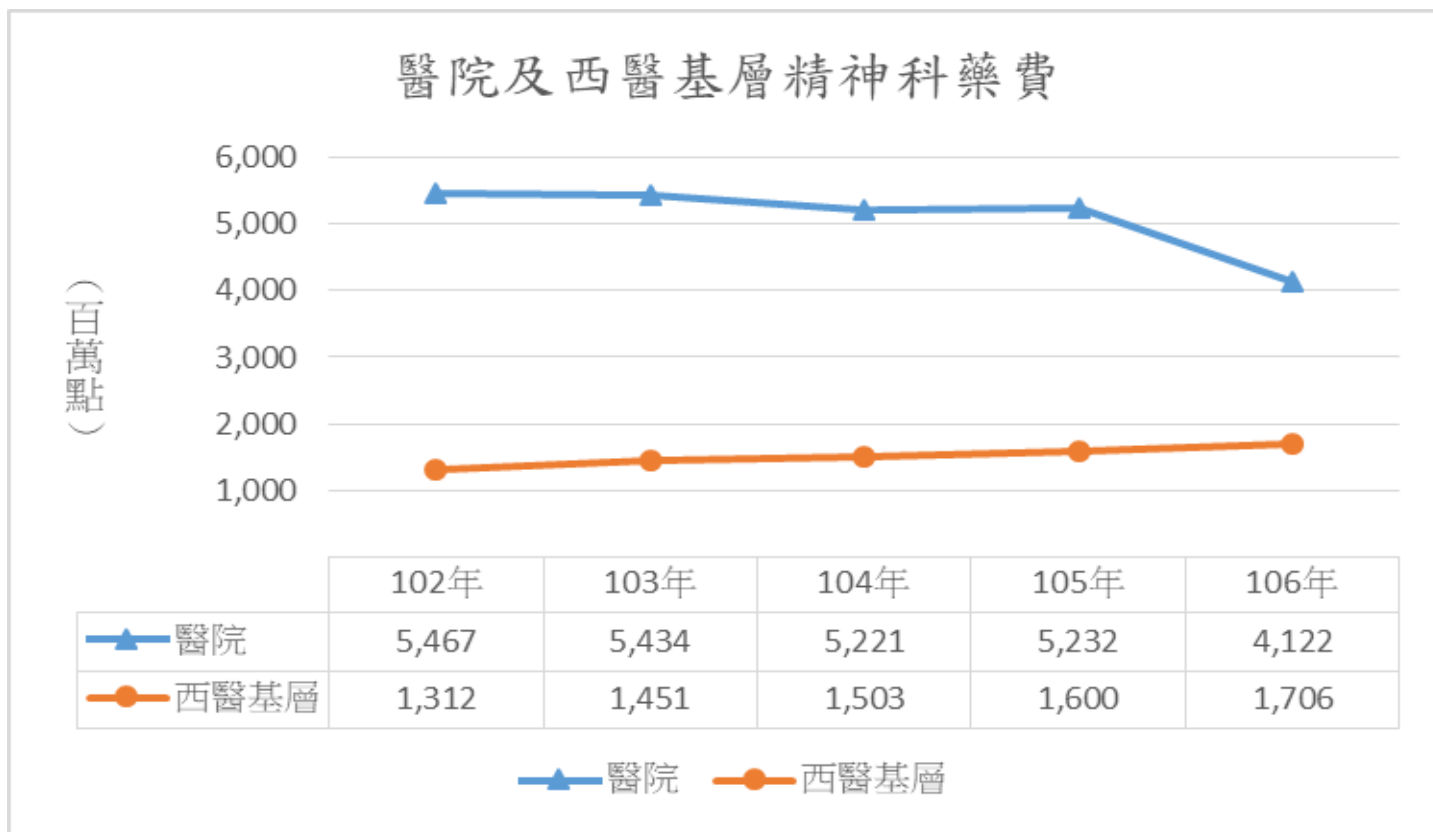
# (一) 醫療利用及費用管控情形-精神科

- 醫院5年平均淨增加就醫人數約10千人，平均淨增加件數約33千件；西醫基層5年平均淨增加就醫人數約29千人，平均淨增加件數約236千件。



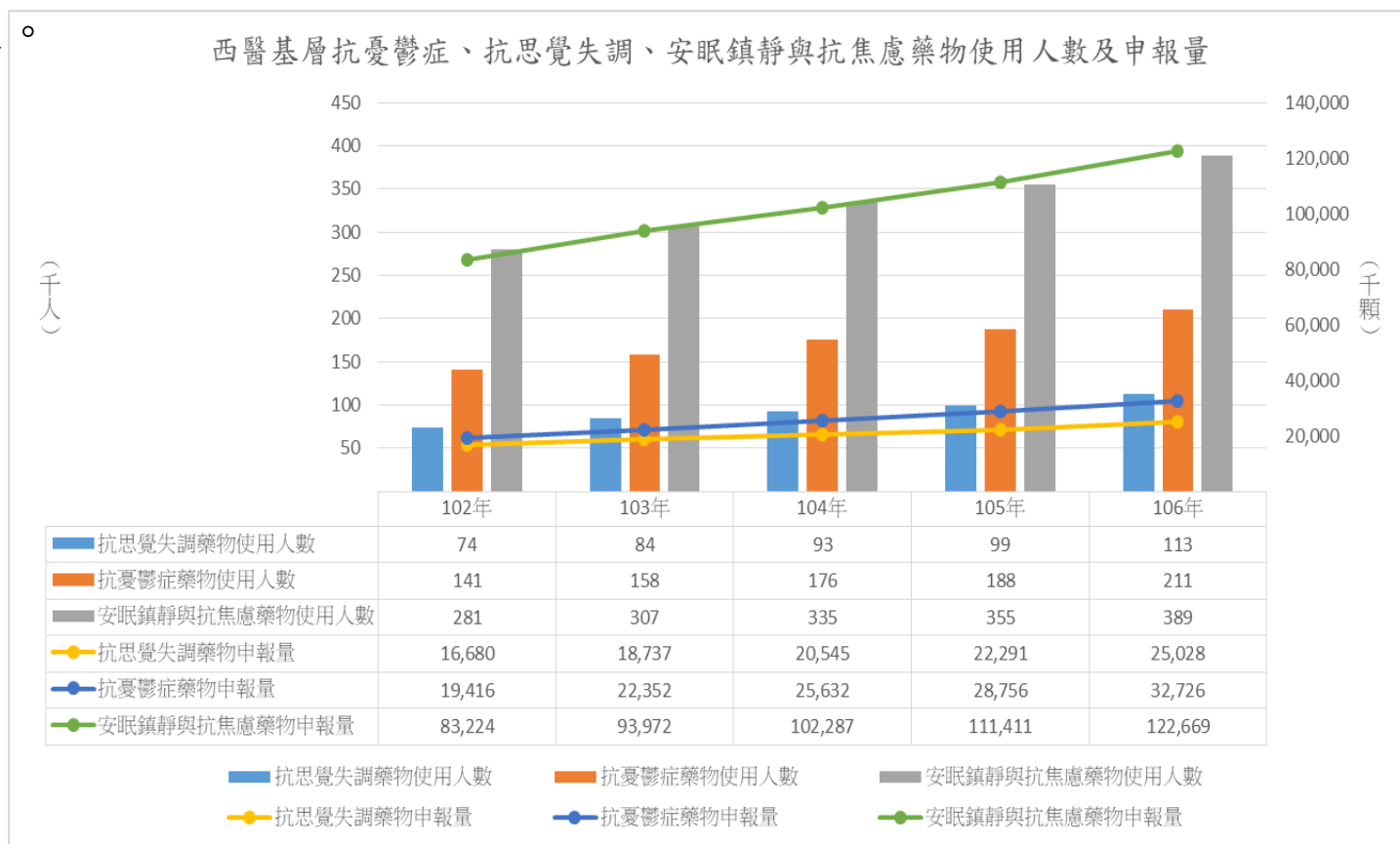
# (一) 醫療利用及費用管控情形-精神科

- 西醫基層精神科門診藥費占率51%最高，診療費占率11%。
- 精神科藥費5年平均成長6.8%，診療費5年平均成長8.7%。



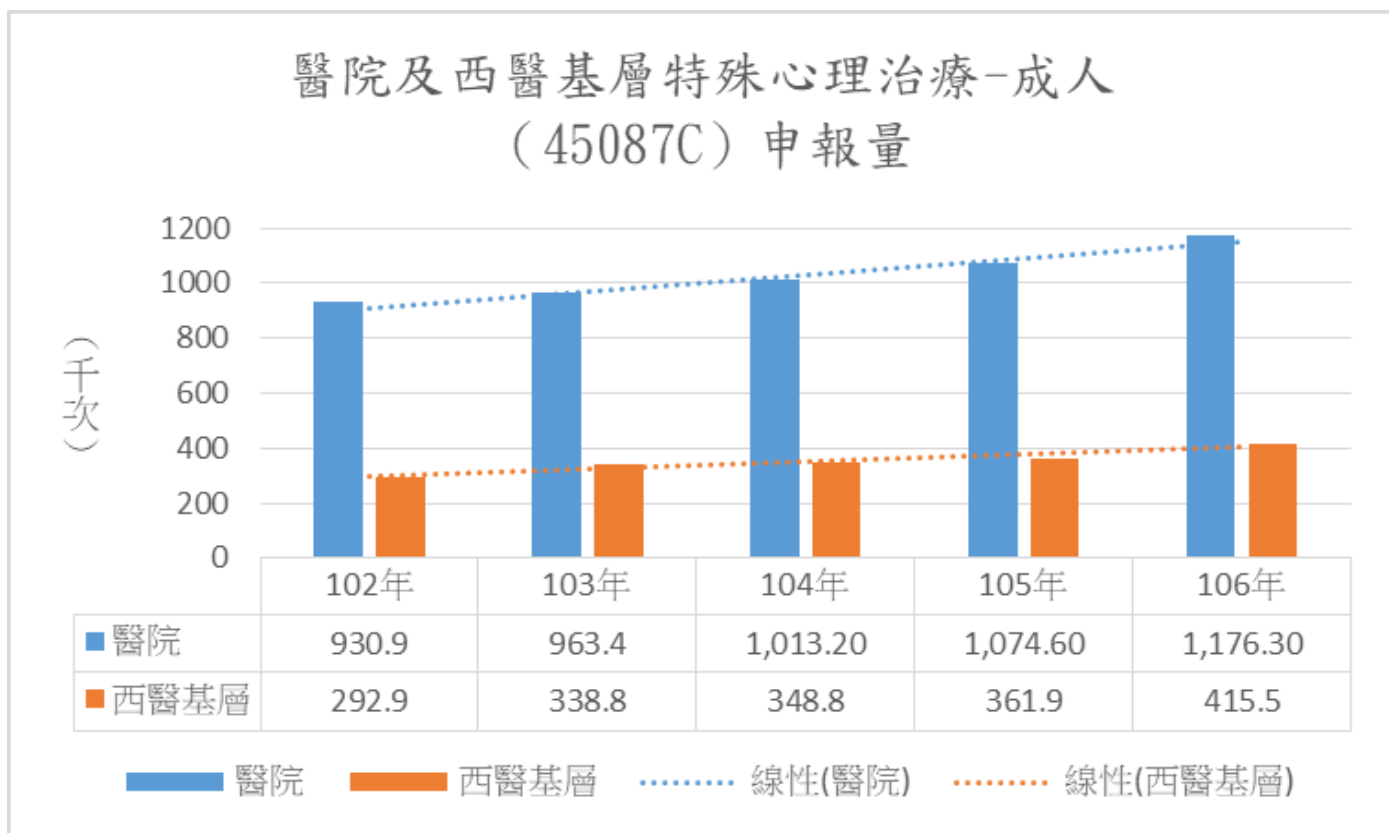
# (一) 醫療利用及費用管控情形-精神科

- 抗憂鬱症、抗思覺失調、安眠鎮靜與抗焦慮藥物，106年基層費用成長3.0%、6.9%及6.8%。安眠鎮靜與抗焦慮藥物使用人數淨增加34千人。



# (一) 醫療利用及費用管控情形-精神科

- 「特殊心理治療-成人」處置，106年基層費用成長14.8%；治療人數淨增加16千人，成長12.4%。



# (一)醫療利用及費用管控情形-精神科

## ● 精神科小結

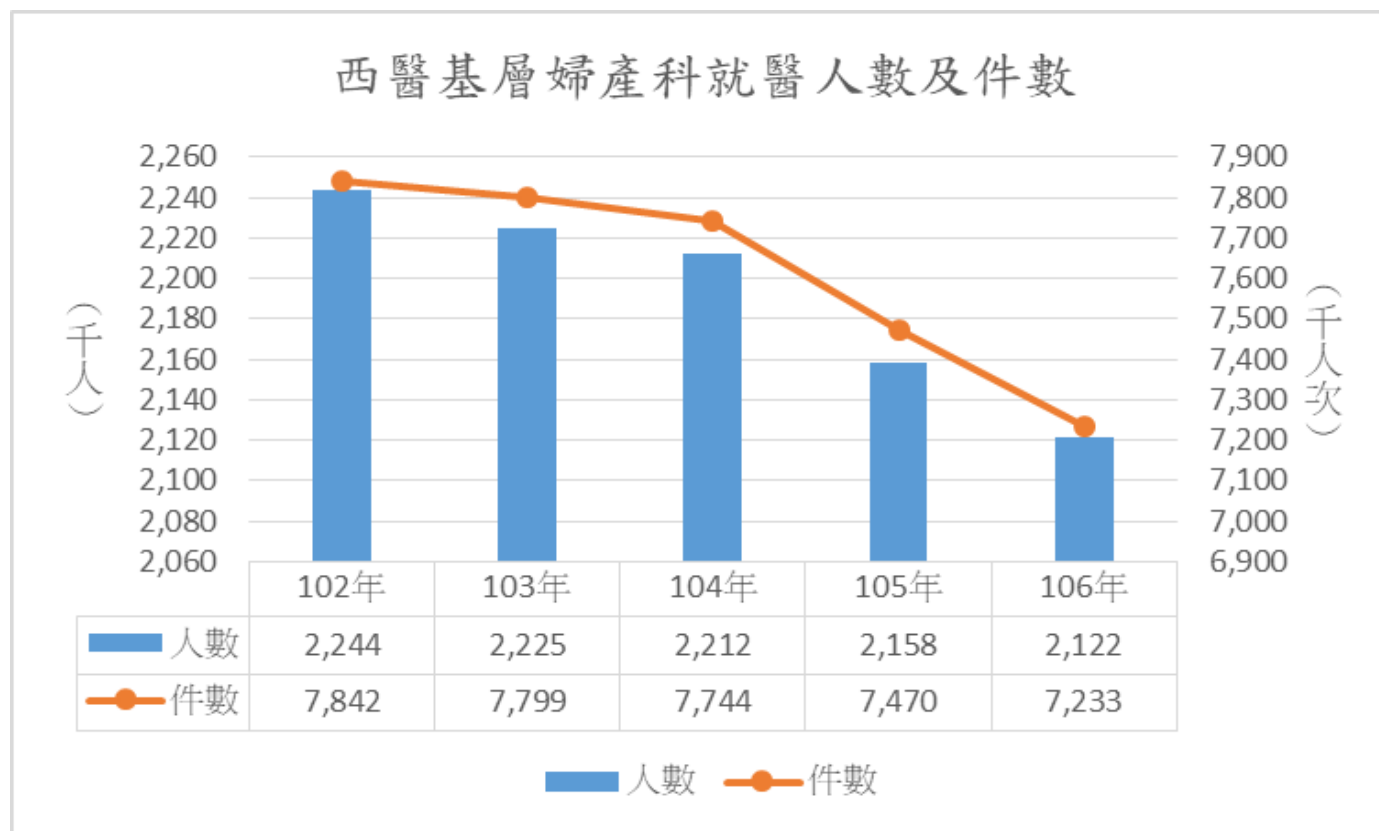
- 西醫基層精神科件數及醫療利用每年成長率約10%，**高成長主因應為精神科就醫民眾增加。**
- 精神科專科醫師西醫基層近5年平均淨增加醫師數約30.5人，較醫院平均淨增加醫師數13.8人高。**精神科醫師及院所增加亦屬該科成長的助因。**
- 精神科病人西醫基層與醫院就醫流動情形穩定。





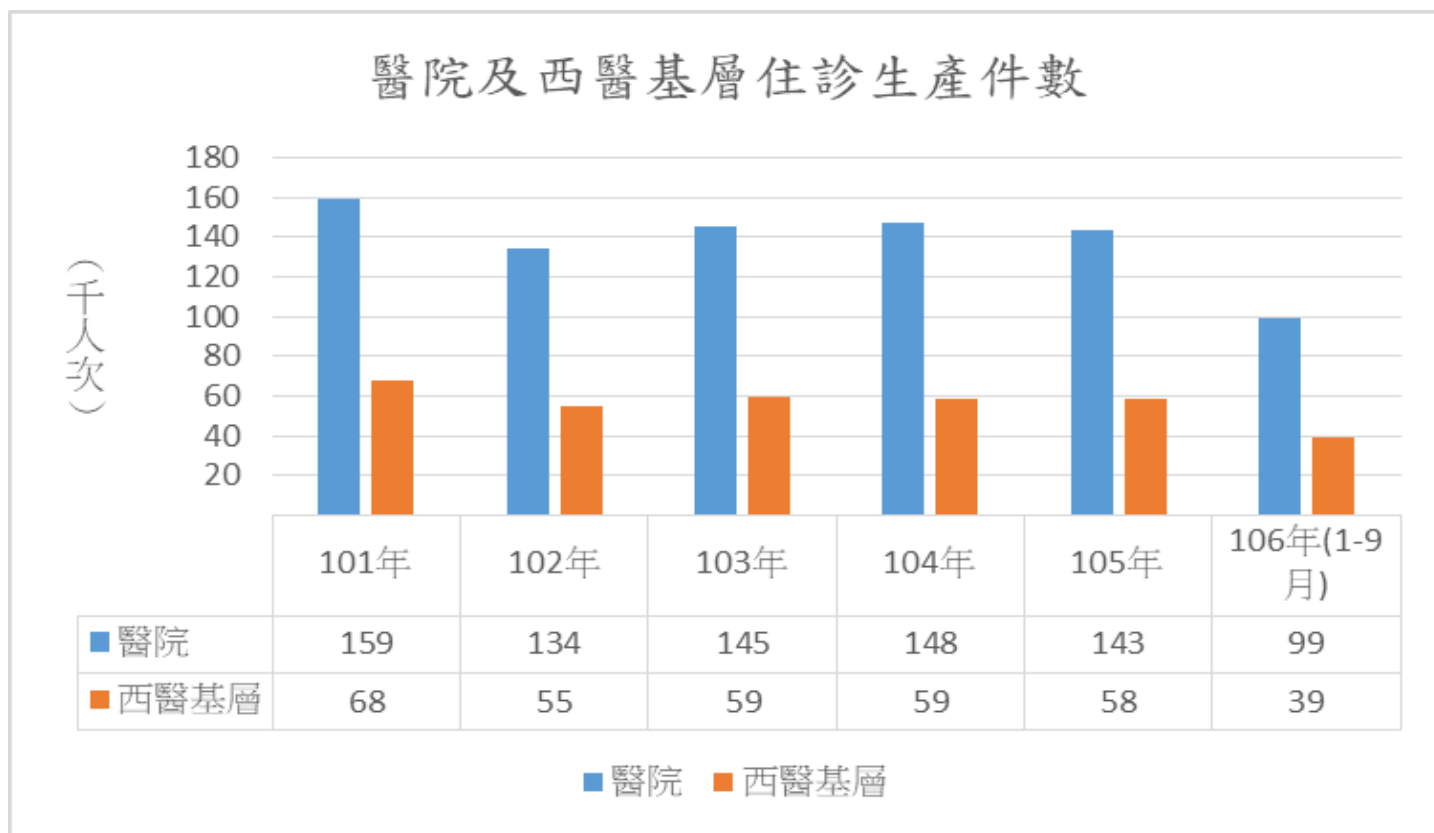
# (一) 醫療利用及費用管控情形-婦產科

- 西醫基層婦產科門診近5年件數及就醫人數均為負成長，平均成長-2.2%(件數)及-1.4%(就醫人數)。



# (一) 醫療利用及費用管控情形-婦產科

- 西醫基層件數成長率-3.50% ~ -0.52%，醫療費用成長率-1.82% ~ 1.33%。除101年(龍年)生產案件成長外，生產件數及醫療費用差異小。



# (一)醫療利用及費用管控情形-婦產科

## ● 婦產科小結

- 婦產科就醫人數近5年逐年減少，西醫基層平均淨增加就醫人數約-33千人，醫院-4千人。推測西醫基層件數**下降主因為就醫人數減少**。
- 婦產科院所近5年平均減少28家，**院所數下降亦屬該科衰退的助因**。

## (二)點值穩定度 1/3

### ● 西醫基層點值現況

- 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。
- 配合健保署雲端藥歷查詢及檢驗檢查資料共享等機制，輔導院所降低重複用藥及檢查比例，節省健保醫療資源。
- 持續分析並分享各區醫療費用申報情形，做為點值穩定及費用管理之參考依據。

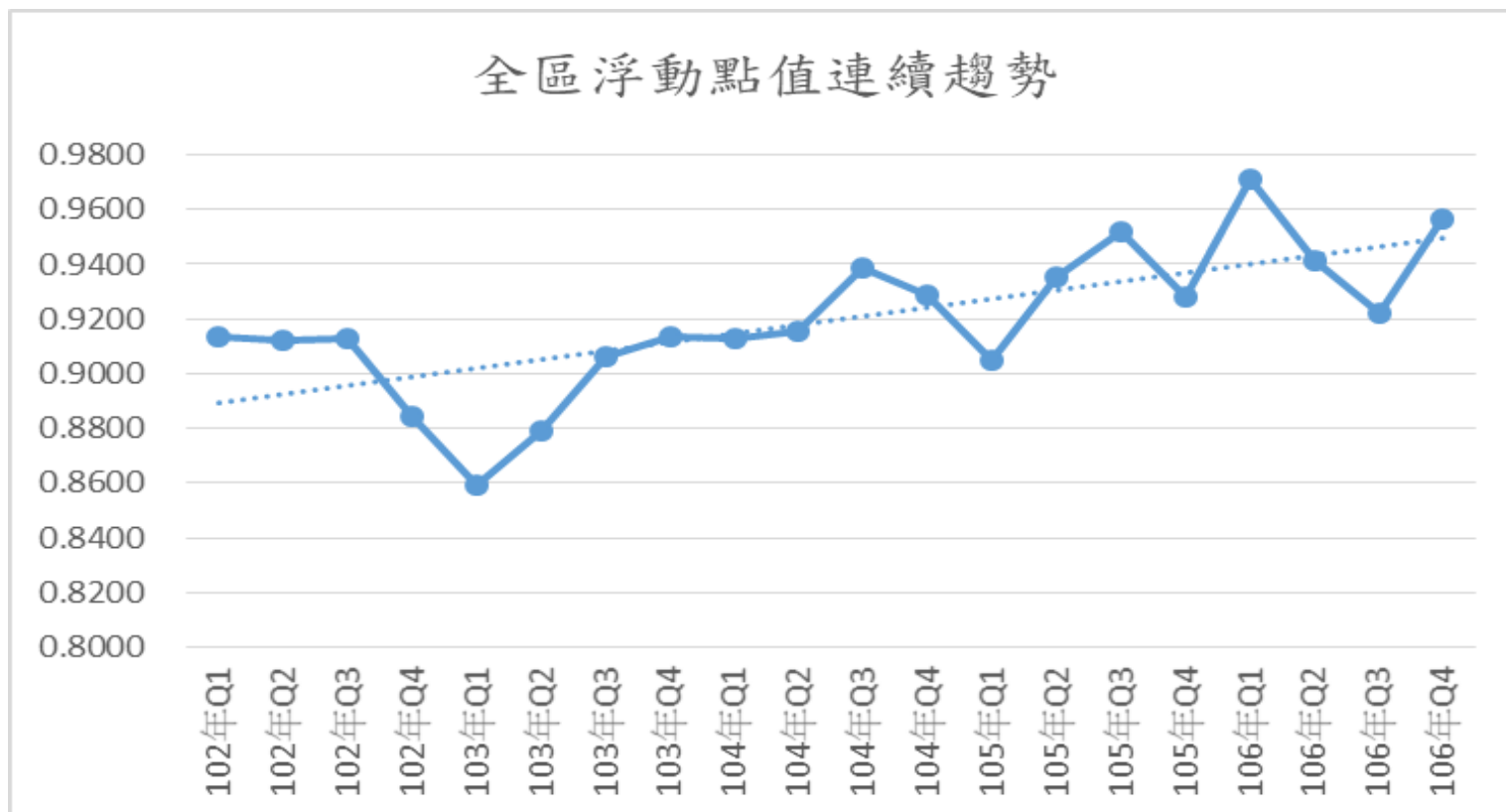
## (二)點值穩定度 2/3

- 台北區106年第2季點值較第1季明顯下滑，除該區總額自身不足外，跨區就醫計算方式影響台北區浮動點值。

季別	項目	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全區
第1季	浮動點值	0.9631	1.0157	0.9789	0.9870	0.9636	1.0783	0.9709
	平均點值	0.9637	1.0007	0.9810	0.9874	0.9748	1.0437	0.9795
第2季	浮動點值	0.8792	0.9551	0.9475	0.9911	0.9513	1.0351	0.9413
	平均點值	0.9224	0.9763	0.9642	0.9933	0.9664	1.0276	0.9577
第3季	浮動點值	0.8984	0.9367	0.9076	0.9446	0.9409	1.0106	0.9223
	平均點值	0.9220	0.9567	0.9358	0.9650	0.9589	1.0096	0.9438
第4季	浮動點值	0.9349	0.9825	0.9482	0.9956	0.9793	1.0597	0.9565
	平均點值	0.9472	0.9807	0.9607	0.9921	0.9831	1.0340	0.9688

## (二)點值穩定度 3/3

- 西醫基層地區預算分配微調方式保障東區及低點值地區，全區及各區浮動點值趨勢略成長。



## (三)專業審查及其他管理措施 1/4

### ● 審查醫藥專家規劃與管理

- 落實審查醫師教育訓練、品質評核及輔導流程。
- 實施跨區審查制度，以因應無法審查案件情形。
- 建立設計複審機制、重申審查準則、檢討審查差異、主題分析及管理。
- 審查作業流暢，積極管理與輔導院所異常申報情形。
- 審查醫師未出席教育訓練、審查會議，安排資深醫師指導，並提供書面資料。
- 每半年乙次評核審查醫師，每年辦理審查業務執行座談會，106年評核結果良好。



# (三)專業審查及其他管理措施 2/4

- 因應醫療案件需求，審查醫師  
**依專業再分22科別。**

12科主專科別		
科別	人數	占率
家醫科	80	12%
內科	124	19%
外科	54	8%
小兒科	53	8%
婦產科	42	6%
骨科	38	6%
耳鼻喉科	55	8%
眼科	51	8%
皮膚科	34	5%
精神科	41	6%
復健科	51	8%
腎臟科	25	4%
合計	648	

專業分科

科別	人數
家醫科	80
內科	64
外科	40
小兒科	54
婦產科	42
骨科	38
泌尿科	14
耳鼻喉科	55
眼科	51
皮膚科	34
神經科	19
精神科	41
復健科	50
急診醫學科	0
洗腎科	4
消化內科	14
心臟血管內科	9
胸腔內科	5
腎臟內科	21
風溼免疫科	6
內分泌科	5
老人醫學科	2
合計	648





## (三)專業審查及其他管理措施 3/4

### ● 醫療費用審查注意事項檢討

- 例行性檢討審查規範：106年例行檢討內科等10科51條審查規範。
- 邏輯性編排審查條文：以處置或藥品為主體，常見治療模式或手術為內容，系統性建立索引編碼。目前西醫基層完成婦產科、耳鼻喉科等科改版更新。
- 專案性訂定審查共識：就爭議案件研議審查標準、適應症。106年陸續討論「子宮切除術適應症與審查標準」等10項爭議案件審查共識。



# (三)專業審查及其他管理措施 4/4

- 全區「初核核減率」、「申復後核減率」及「爭審後核減率」**差距小**。

單位：%

年	初核核減率					申復後核減率					爭審後核減率				
	102	103	104	105	106	102	103	104	105	106	102	103	104	105	106
台北	1.29	1.26	1.22	0.90	0.71	1.03	1.02	0.98	0.74	0.64	0.97	0.97	0.94	0.72	0.64
北區	1.23	1.20	1.10	0.90	0.85	0.88	0.88	0.82	0.68	0.69	0.85	0.86	0.80	0.65	0.69
中區	0.71	0.80	0.71	0.68	0.71	0.58	0.64	0.57	0.55	0.61	0.58	0.63	0.57	0.55	0.60
南區	0.52	0.61	0.54	0.46	0.33	0.36	0.42	0.39	0.31	0.26	0.35	0.40	0.37	0.30	0.25
高屏	1.03	1.02	0.91	0.72	0.82	0.80	0.76	0.70	0.58	0.70	0.76	0.73	0.67	0.56	0.70
東區	1.25	1.14	1.29	1.22	1.04	1.01	0.79	0.92	0.96	0.85	0.99	0.77	0.89	0.89	0.83
全區	0.99	1.01	0.94	0.76	0.70	0.77	0.78	0.73	0.60	0.60	0.74	0.75	0.71	0.59	0.59



# (四)院所違規情形 1/5

詳書面93-97頁

## ● 違規家次、金額

《全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法》

第37-40條之違規案件類型統計：



	家次	違規總點數
非總額舉發	245	46,035,615
總額舉發	8	113,662
<b>總計</b>	<b>253</b>	<b>46,149,277</b>

# (四)院所違規情形 2/5

詳書面93-97頁



年度別	104年度				105年度				106年度			
	總額舉發		非總額舉發		總額舉發		非總額舉發		總額舉發		非總額舉發	
	家次	點數	家次	點數	家次	點數	家次	點數	家次	點數	家次	點數
扣減	0	0	94	7,188,964	0	0	136	13,029,410	1	13261	129	1,559,462
罰鍰	0	0	99	34,828,565	0	0	72	15,549,944	7	86044	74	3,805,038
其他	0	0	41	5,210,976	0	0	30	11,364,169	0	14357	42	40,671,115
小計	0	0	234	47,228,505	0	0	238	39,943,523	8	113662	245	46,035,615

註1：總額舉發為總額受託單位舉發，非總額舉發包含民眾檢舉與中央健保署主動查核項目。

註2：類型別之定義

扣減：扣減10倍之本金，即原認列之點數。

罰鍰：罰鍰之本金，即原認列之虛報點數。

其他：其他因查處案件造成可行政追扣之點數(如：院所坦承、雙方協商等可追扣之金額)。



# (四)院所違規情形 3/5

詳書面93-97頁

類型別	年度(家次/點數)		104年度		105年度		106年度	
	家次	點數	家次	點數	家次	點數	家次	點數
1.未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務	60	3,654,771	77	11,923,028	62	6,778,863		
2.未經醫師診斷逕行提供醫事服務	14	95,043	53	1,089,164	55	2,031,221		
3.處方箋或醫療費用申報內容為病歷或紀錄所未記載	-	-	-	-	2	3,148		
4.未記載病歷或未製作紀錄，申報醫療費用	-	-	-	-	-	-		
5.申報明知病人以他人之保險憑證就醫之醫療費用	2	39,231	-	-	1	1,377		
6.容留非具醫事人員資格，執行醫師以外醫事人員之業務	18	3,399,919	6	17,218	9	868,067		
7.以保險對象之名義，申報非保險對象之醫療費用	-	-	-	-	-	-		
8.以提供保險對象非治療需要之藥品、營養品或其他物品之方式，登錄就醫並申報醫療費用	-	-	4	156,337	-	-		
9.未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用	17	4,064,551	19	976,009	17	1,615,911		
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	57	8,628,423	38	17,653,818	48	12,595,295		
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	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約，經執行完畢後五年內再有前條規定之一	1	1,175	4	247,927	2	118,968		
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，情節重大	23	21,206,023	5	4,241,357	6	4,617,381		
14.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，情節重大	-	-	2	482,201	1	5,640		
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	-	-	-	-	-	-		
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	-	-	-	-	-	-		
17.其他	41	5,210,976	30	3,156,464	42	17,399,744		
合計	234	47,228,505	238	39,943,523	245	46,035,615		

## (四)院所違規情形 4/5

詳書面93-97頁

- 違規態樣—違規類型

「未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務」類型較105年77家次減少12家次，點數大幅減少5,144,165點。

「其他」類型為家數增加幅度最大之類型，較105年增加12家次，點數較105年增加14,243,280點，增加最高。



## (四)院所違規情形 5/5

詳書面93-97頁

### ● 宣導與改進

- 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。
- 每二週彙整院所違規態樣。
- 落實辦理違規解聘作業：
  - ▣ 106年解聘審查醫藥專家共3名。





# (四) 醫療機構輔導

- 輔導異常院所，實地檢視病歷紀錄、藥袋標示、醫療設備、環境品質、人力設施、治療方式及醫療品質、臨床處置等。

※南區輔導案件係由健保署南區業務組直接輔導異常院所，**南區分會配合**

分區	類型	分會介入輔導/實地審查原因	家數
台北	輔導	關懷名單開啟率未達90%	151
		多位病人開立慢連箋件數≥26張	3
		醫療費用申報不合理	1
		連續3年高就醫次數病人105年最常就醫	1
		申報內容與病歷藥品品項不符	1
		IC卡上傳指標	69
		復健治療次數偏高	3
		未以復健科相關科別申報件數偏高	1

特

分區	類型	分會介入輔導/實地審查原因	家數
中區	輔導	院所前5%高醫療費用之病人	137
		淺部創傷第二次處理比率高於全國平均P90且淺部創傷件數50件以上	31
		處方箋開藥品項數大於10項比率未達成	1
		20類檢查檢驗項目申報	10
		20類檢查檢驗項目再執行率超過全國西醫基層P75且再執行醫令件數超過30件	256
		各分科費用申報分析結果異常	576
		爭議審議駁回率100%	10

分區	類型	分會介入輔導/實地審查原因	家數
北區	輔導	耳鼻喉科醫令執行率異常	21
		血液透析共病就醫診察費異常	1
		X光執行率異常	1
		單一處方用藥品項>8項	1
		傷口處置異常申報	1

分區	類型	分會介入輔導/實地審查原因	家數
高屏	實地審查	新特約復健院所實施人力設備	15
		執行設備是否支援該科門診手術	1
	輔導	偽以疾病名義虛報醫療費用	1
		符合糖尿病照護品質方案	27

分區	類型	分會介入輔導/實地審查原因	家數
東區	輔導	鼻竇炎floroquinolones使用比率最高	1
		鼻竇炎floroquinolones案件比率最高	1
		六類藥品重疊用藥日數大於10日	86
		門診注射劑使用率較高	4
		醫療服務指標每張處方箋開藥品項數大於10項之案件比率較高	40
		精神科診所申報件數100件以上之BED使用率≥50%以上	4
		未開啟雲端醫療資訊查詢系統	21



參。

# 結語



# 結語



1

106年西醫基層總額約為1,123億元，  
全年預算皆精準執行完畢。

2

西醫基層三大特色：  
醫療品質好、就醫可近性佳、民眾滿意度  
高。

3

未來，期待藉由分級醫療及雙向轉診：  
實踐以病人為中心的全人照護模式。



# 106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、**106年度方案目標及修正重點**
- 貳、**執行結果**
- 參、**成效評估**
- 肆、**106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、106年度方案目標及 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。
- **106年度預算為180百萬元**，與醫院總額同項專款相互流用。

# 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104年全年平均診察費288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。
- 第一級、第二級地區開業診所：第7個月起，須達保障額度35%，未達者以保障額度70%核付。第13個月起須達保障額度45%，未達者以60%核付。第25個月起，須達保障額度50%，未達者以50%核付。第三級地區開業診所第25個月起，若當月總服務量未滿保障額度35%，當月則以保障額度之80%核付。
- 如同時提供執業及巡迴醫療服務時，已接受前項分級額度保障者，或申報點數超過個分級保障額度者，其巡迴醫療服務之論次費用以30%支付。

# 106年度修正重點

## 施行區域

- 106年度預定公告之施行區域，計116個(基層診所84個，醫院32個)，較105年減少2個鄉鎮。

## 巡迴申請

- 106年6月底前仍未有醫療機構申請巡迴，得開放其他分區或同分區不同承作單位申請。

## 加成費用

- 基層診所之診察費加成，每件依104年全年平均診察費288點加計3成。

## 備援人員

- 西醫基層診所每一巡迴醫事人員之備援人員原各以1名為限，放寬以2名為限。



## 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	102年	103年	104年	105年	106年
參與醫師數	171	176	150	139	<b>138</b>
參與護理人員數	285	308	290	301	<b>299</b>
參與藥事人員數	48	66	64	57	<b>50</b>
計畫數(執行院所數)	136	139	124	118	<b>119</b>
巡迴鄉數	86	90	86	84	<b>82</b>
巡迴點數(村數)	353	323	295	281	<b>273</b>

• 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。
- 106年雖巡迴數減少，但醫師數及執行院所數與105年差異不大。



# 醫療服務提供概況-

## 106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	19	8	24	71	9	7
參與護理人員數	24	13	40	162	23	37
參與藥事人員數	0	3	6	31	4	6
巡迴鄉數	11	9	16	34	5	7
執行院所數	12	8	19	67	6	7
巡迴點數(村數)	32	17	45	147	17	15

• 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	婦產科	小兒科	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	12	8	4	2	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	3	0	1	0	21	157
102	81	27	29	15	17	1	10	7	2	2	1	1	4	1	0	2	1	1	4	1	0	0	8	215
103	78	27	21	10	12	0	8	6	3	2	0	0	0	1	0	1	0	0	6	0	0	0	9	184
104	71	25	21	10	16	0	5	3	1	1	1	0	0	2	1	1	0	0	8	0	1	1	5	173
105	69	27	18	10	12	0	5	2	1	1	1	0	0	2	2	0	0	0	6	0	1	1	4	162
106	71	25	21	11	13	0	4	2	1	1	0	0	0	3	2	0	0	1	7	0	1	2	5	170

- 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

# 醫療服務提供概況- 門診就醫率

就醫 分區 別	投保於醫不足地區人口												
	投保分區別												
	台北		北區		中區		南區		高屏		東區		全部
	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
台北	35.94%	589,744	0.18%	625	0.10%	1,870	0.26%	6,602	0.10%	222	0.63%	1,856	600,919
北區	0.02%	223	28.24%	161,024	0.02%	357	0.01%	414	0.00%	4	0.03%	50	162,072
中區	0.09%	866	0.14%	508	30.58%	821,503	0.18%	4,380	0.07%	162	0.10%	250	827,669
南區	0.18%	1,884	0.14%	570	0.28%	4,846	40.55%	2,045,795	0.59%	1,893	0.17%	412	2,055,400
高屏	0.01%	95	0.01%	34	0.01%	136	0.05%	2,050	26.69%	145,444	0.03%	257	148,016
東區	0.10%	906	0.04%	82	0.03%	434	0.03%	704	0.05%	129	39.12%	192,316	194,571

- 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(擷取時間：107年5月18日)。
- 就醫人數以身分證號碼及生日歸戶。
- 醫不足地區即各年度醫療資源不足地區改善方案實施鄉鎮(區)
- 醫不足地區就醫率=就醫於醫不足地區之人數/投保於醫不足地區之人數。
- 各分區就醫率(以台北區為例)=就醫於各分區醫不足地區之人數/投保於台北區醫不足地區之人數。





# 民眾利用概況- 106年醫療資源不足地區就醫疾病別

排名	疾病名稱	件數(千件)	占率	醫療點數(千點)
1	急性上呼吸道多處或未明示感染	560	14.05%	201,884
2	本態性(原發性)高血壓	269	6.75%	259,543
3	背痛	148	3.70%	55,449
4	第二型糖尿病	138	3.47%	177,451
5	急性支氣管炎	132	3.31%	46,211

- 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	102年		103年		104年		105年		106年	
	人數	占率	人數	占率	人數	占率	人數	占率	人數	占率
0-9	34,027	6.30%	36,020	6.90%	34,027	6.30%	26,528	5.47%	28,876	5.60%
10-19	64,180	11.90%	64,410	12.30%	64,180	11.90%	51,431	10.60%	51,834	10.10%
20-29	39,021	7.20%	36,558	7.00%	39,021	7.20%	36,814	7.59%	38,733	7.60%
30-39	52,136	9.70%	50,597	9.70%	52,136	9.70%	47,710	9.83%	49,536	9.70%
40-49	62,595	11.60%	61,854	11.90%	62,595	11.60%	53,405	11.01%	57,632	11.30%
2 → 50-59	74,872	13.90%	70,944	13.60%	74,872	13.90%	69,135	14.25%	74,306	14.50%
1 → 60-69	77,886	14.40%	75,050	14.40%	77,886	14.40%	76,679	15.81%	83,293	16.30%
3 → 70-79	87,791	16.30%	84,099	16.10%	87,791	16.30%	73,070	15.06%	73,462	14.40%
80-89	42,724	7.90%	37,891	7.30%	42,724	7.90%	44,441	9.16%	47,400	9.30%
90以上	4,865	0.90%	4,319	0.80%	4,865	0.90%	5,929	1.22%	6,577	1.30%
總計	540,097	100%	521,742	100%	540,097	100%	485,142	100%	511,649	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



# 民眾利用概況- 歷年巡迴醫療民眾利用統計

項目\年別	102年	103年	104年	105年	106年
巡迴總診次	13,556	13,103	12,658	11,621	11,875
巡迴總人次	250,165	227,662	214,661	198,760	216,131
平均每診次服務人次	18	17	17	17	19

- 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**17~19**人之間，顯示本方案之實施，仍穩定提供當地民眾醫療需求。

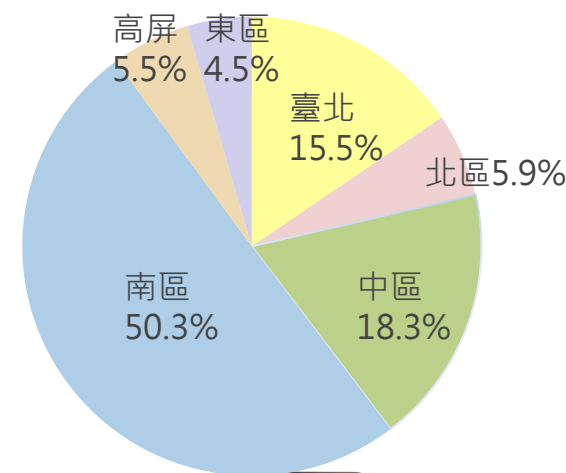
**106年巡迴總人次達 216,131，較104年及105年高。**

# 民眾利用概況-

## 106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	1,547	796	1,773	6,548	546	665
巡迴總人次	33,538	12,668	39,520	108,622	11,957	9,826
平均每診次服務人次	22	16	22	17	22	15

統計106年巡迴總人次，  
主要集中於南區(50.3%)  
及中區(18.3%)。



# 民眾利用概況- 歷年巡迴醫療費用申報統計表

項目\年別	102	103	104	105	106
醫療費用(千點)	130,828	109,210	105,775	91,038	<b>99,070</b>
平均每診次點數	9,651	8,335	8,356	7,834	<b>8,343</b>
平均每人次點數	523	480	493	458	<b>417</b>
論次報酬(千點)	84,576	83,346	81,972	75,932	<b>79,569</b>
診察費加成(千點)	17,259	14,520	14,397	16,589	<b>18,289</b>

- 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：千點

項目\分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	
102	醫療費用	15,980	17,523	19,335	62,809	8,322	6,860
	診察費加成	2,283	1,441	2,751	8,796	1,133	855
103	醫療費用	15,559	7,558	22,087	51,493	6,957	5,556
	診察費加成	2,101	1,070	3,127	7,267	890	650
104	醫療費用	13,410	7,467	20,383	51,859	6,500	6,156
	診察費加成	1,887	1,070	2,908	6,930	843	727
105	醫療費用	12,047	5,797	15,867	45,630	6,908	4,789
	診察費加成	2,284	770	3,322	8,604	865	744
106	醫療費用	14,540	5,459	17,336	49,280	7,485	4,970
	診察費加成	2,941	1,050	3,415	9,072	982	829



# 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	106/02/01
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
高雄市甲仙區	合生診所	106/11/01

- 資料來源-中央健康保險署
- 104及105年無參與方案新開業獎勵之基層診所。

# 民眾利用概況- 獎勵開業服務計畫民眾利用統計

醫療機構	縣市/鄉鎮	醫師人數	醫師科別	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
聯恩診所	新北市石碇區	1	外科、骨科	312	202	0.6	6	24
保惠診所	新北市雙溪區	1	外科	710	12,530	17.6	13.7	49
南島金崙診所	臺東縣太麻里鄉	1	內科	625	2,425	3.9	12	32
永成診所	臺東縣東河鄉	1	內科	561	3,934	7.0	15	38
合生診所	高雄市甲仙區	2	不分科	110	20	0.2	13.8	42





# 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	102年	103年	104年	105年	106年
目標數					
鄉鎮數(個)	90	93	88	86	<b>84</b>
巡迴總服務人次	220,000	225,000	225,000	225,000	<b>225,000</b>
巡迴總服務時數/診次	10,000	10,000	10,000	10,000	<b>10,000</b>
執行數					
鄉鎮數(個)	86	90	86	84	<b>82</b>
巡迴總服務人次	250,165	227,662	219,626	200,173	<b>216,131</b>
巡迴總服務時數/診次	13,556	13,103	12,836	11,612	<b>11,875</b>
目標達成率					
鄉鎮數	95.60%	96.77%	97.73%	98.00%	<b>97.62%</b>
巡迴總服務人次	113.70%	101.18%	97.61%	88.97%	<b>96.06%</b>
巡迴總服務時數/診次	135.60%	131.03%	128.36%	116.12%	<b>118.75%</b>

• 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

- 106年度預定公告之施行區域計有116個(基層診所84個，醫院32個)，基層診所之較前一年度減少2個鄉鎮(基層刪除台中市神岡區、台東縣卑南鄉改由醫院承作)、醫院刪除屏東縣萬巒鄉。台中市神岡區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。
- 106年度基層診所實際執行鄉鎮數為82個，未承作地區為台中市外埔區(原由衛生所承接，因業務繁忙無暇再承作)及彰化縣社頭鄉(105年承接醫師離職後，106年無基層院所登記辦理)。
- 107年台中市外埔區仍無基層院所承作，彰化縣社頭鄉目前由社頭鄉衛生所承作中。

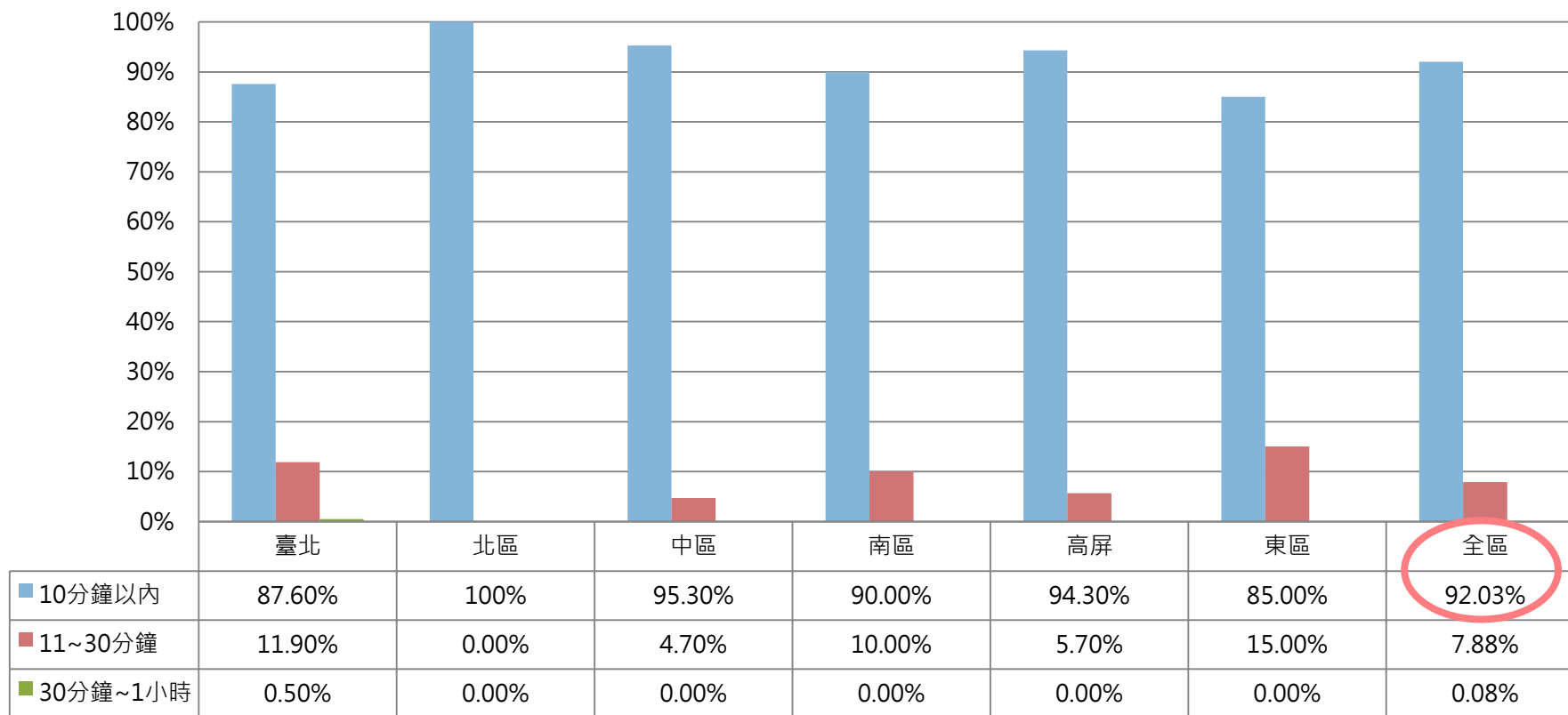
# 計畫達成情形-

## 各分區巡迴醫療鄉鎮執行概況

分區/年度	102年		103年		104年		105年		106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	11	92%	10	100%	11	92%	11	100%	<b>11</b>	<b>100%</b>
北區	7	100%	7	100%	7	100%	9	100%	<b>9</b>	<b>100%</b>
中區	16	89%	14	100%	16	89%	18	95%	<b>16</b>	<b>89%</b>
南區	37	100%	32	94%	37	100%	34	100%	<b>34</b>	<b>100%</b>
高屏	6	86%	8	100%	6	86%	5	100%	<b>5</b>	<b>100%</b>
東區	9	100%	10	100%	9	100%	7	88%	<b>7</b>	<b>100%</b>
總計	86	96%	81	98%	86	96%	84	98%	<b>82</b>	<b>98%</b>

• 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- 106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。

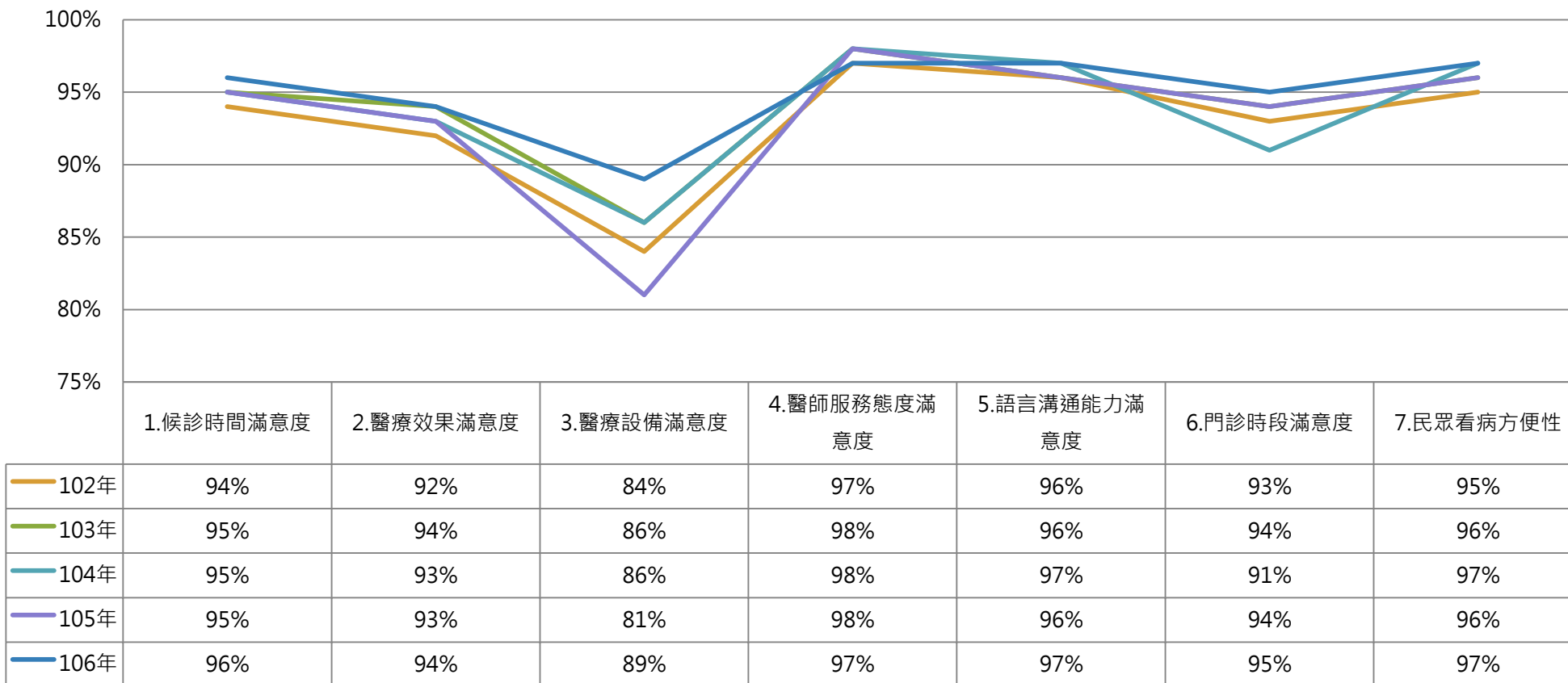


# 民眾就醫可近性- 提供「到宅」行動醫療照護

- 執行院所多半秉持行動醫療精神，提供到宅診療訪視服務，經由給藥服務之說明，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；同時因為這股暖意流注，當地民眾心靈亦不再孤寂，身心有所慰藉。
- 統計106年到宅診療訪視服務，全區計有52家院所。

分區	家數
臺北	1
北區	2
中區	11
南區	29
高屏	3
東區	6
<b>合計</b>	<b>52</b>

# 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- 106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	全區
問卷數	378份	19份	545份	1,549份	60份	150份	<b>2,701份</b>
候診時間滿意度	100.0%	85.6%	98.8%	94.6%	97.8%	83.0%	<b>93.3%</b>
醫療效果滿意度	99.7%	84.4%	98.4%	93.2%	94.2%	81.0%	<b>91.8%</b>
醫療設備滿意度	98.3%	71.7%	97.0%	86.7%	92.0%	65.0%	<b>85.1%</b>
醫師服務態度滿意度	100.0%	96.7%	99.4%	96.3%	100.0%	90.0%	<b>97.1%</b>
語言溝通能力滿意度	100.0%	100.0%	99.3%	96.5%	99.5%	88.0%	<b>97.2%</b>
門診時段滿意度	99.4%	92.2%	98.7%	93.7%	98.3%	85.0%	<b>94.6%</b>
民眾看病方便性	99.4%	96.6%	99.0%	95.4%	100.0%	91.0%	<b>96.9%</b>

• 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
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
<b>106年</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>33</b>

• 資料來源：中央健保署各分區業務組

# 實地訪查與檢討- 106年各分區實地訪查考核結果

分區\評分結果	優 (95分以上)	良 (80~95分)	觀察 (70~80分)	輔導 (70分以下)	總計
臺北	0	3	0	0	3
北區	3	2	0	0	5
中區	2	3	0	0	5
南區	3	11	0	0	14
高屏	3	3	0	0	6
東區	0	0	0	0	0
占率	33%	67%	0%	0%	100%

• 資料來源：中央健保署各分區業務組

# 實地訪查與檢討- 106年各分區執行院所終止方案態樣

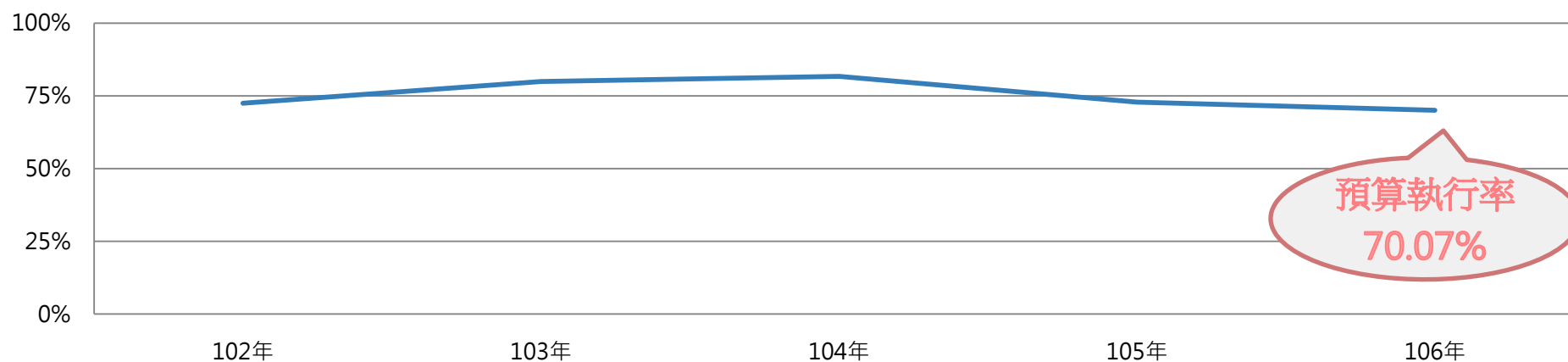
態樣\分區	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區
無故休診二次	0	0	0	0	0	0
累計請假休診達2個月者	0	0	0	0	0	0
支援其他醫療院所	0	0	0	0	0	0
跨縣(市)辦理巡迴醫療	0	0	0	0	0	0
輔導未改善	0	0	0	0	0	0
違背方案目的或規定	0	0	0	0	0	0
違反特管辦法第38條至第40條中 各條所列違規情事	0	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0	0

• 資料來源：中央健保署各分區業務組

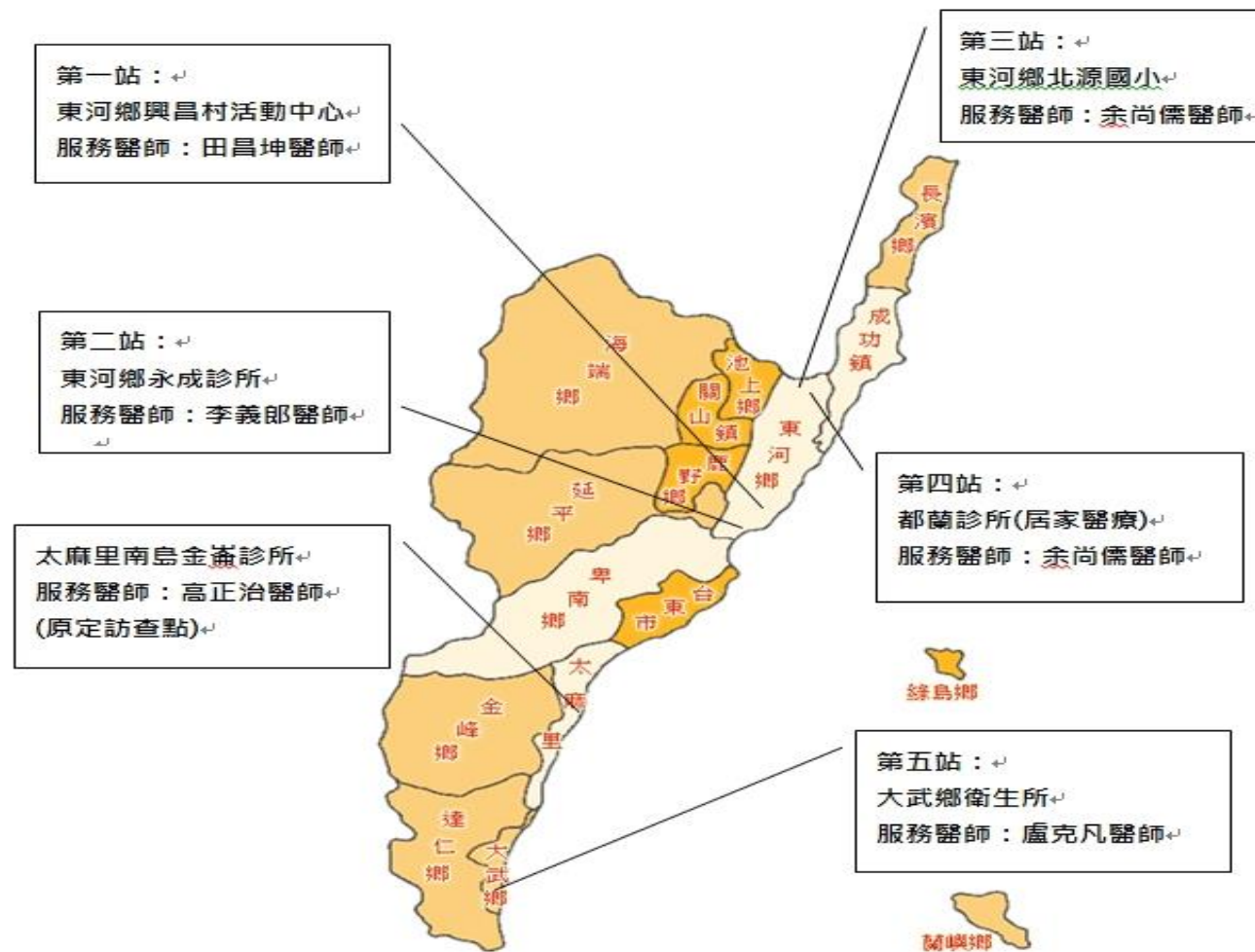
# 預算執行情形

項目/年度	102年	103年	104年	105年	106年
預算數 (百萬元)	150	150	150	240	<b>180</b>
執行數 (百萬元)	109	120	123	175	<b>127</b>
預算執行率	72.53%	79.93%	81.68%	72.83%	<b>70.07%</b>

• 資料來源：中央健保署各分區業務組



# 107年本會台東縣實地訪查活動





# 107年本會台東縣實地訪查活動



• 東河鄉田昌坤醫師調劑情形◦



• 張貼明顯巡迴醫療公告◦



• 大武鄉盧克帆醫師簡報當地醫療現況◦



• 訪查委員合影◦



# 高齡台灣 老人移動權 蹲在原地

願景工程 努力讓台灣更好

體檢行的正義 / 1張照片 看見沒跟上的政策



這張本報台東記者尤聰光在去年十月拍下一名老婦人蹲坐在無遮蔽的南迴公路上，等待久久才有一班公車的畫面，讓許多人印象深刻。這也是偏鄉公共運輸的常態，隨著高齡化社會，問題愈來愈嚴重。本報資料照片

（記者侯俐安、尤聰光、潘欣中／連線報導）去年十月，一名老婦人蹲坐在台東南迴公路等公車的畫面讓許多人看得心酸，一根孤伶伶的公交站牌緊鄰大馬路，她只能利用欄杆強忍強風狂烈日，等待一小時才有一班的公車。這張照片不僅讓人看見城鄉差距，也看見高齡者被忽視的移動權。

今年三月內政部統計顯示，台灣六十五歲以上老年人口，占總人口數一成四，平均七人中就有一個是老人，預估八年後台灣老年人口占比超過兩成，每五人中有一人是老人。台灣已來到「最老的時代」，但對待高齡者生活方式的腳步，卻沒有跟上。

交通部統計，死亡車禍事故中以「機老酒」（機車、老人、酒駕）為大宗，但為何老人會成為車禍的高危險群，他們長期「行駕」的正義，是否被漠視？為保護長者而推動的高齡駕駛換照政策難以深入偏鄉原因又何在？

當我們深入偏鄉，一切都有了解答。

### 台東大武，最近的公立醫院57公里

在台東大武鄉，老人家幾乎每周都有就醫需求，最近的公立醫院卻在五十七公里外的台東市，他們總在日出而出、日落才返，若有夜診更已無公車班次，只能自費三千元搭白牌車往返。

嘉義東石鄉的洲仔村，從村落到最近的公交站牌要一公里多，讓當地八十多歲的阿公阿嬤，就算會騎車摔斷腿，也要騎著老舊的機車去市區買罐奶粉。屏東旭海村老人家更只能仰賴一位八十二歲老司機，天天開著一千歲車，載村民就醫、採買、領錢。

偏鄉公共運輸的不足，對偏鄉老人而言，騎車、開車不是「不要」的問題而是「不得不」的選擇。

### 都會區沒電梯的捷運站也不友善

當資源缺乏時，弱勢地區就愈弱勢。但資源愈多的地方，就愈方便嗎？

從交通部二〇一六年調查可見，各縣市私有運具使用者，不使用公共運輸的原因中，認為是「較費時」的地區，比率最高就在台北市。這代表，縱使台北市擁有最多的公共運輸資源，仍有嚴重的結構性問題有待調整。

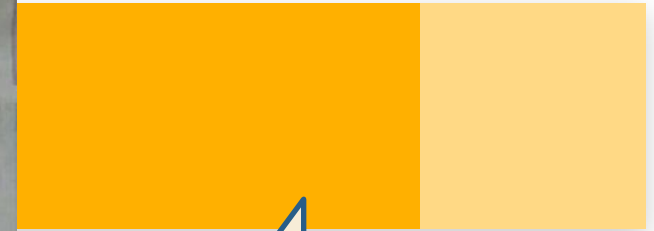
相較偏鄉缺乏接駁運具，都會區新開發區域雖有寬大的人行道、無障礙大樓，卻仍需要走很遠的路，轉乘多次才能抵達。舊城區內路障不斷的騎樓、出口處缺乏電梯的捷運站，對老人移動都充滿不友善。

而欠缺體讓行人觀念的駕駛人及人本精神的交通工程設計，導致行人遭撞身亡人數居高不下。其中長者更是主要的受害者，不幸遭撞死的行人中高達六成都是六十五歲以上的老人。

隨著台灣愈來愈老，可預見高齡者移動權問題只會日漸嚴重。

聯合報系願景工程推出「體檢行的正義」四部曲，首部曲「行的難民」今起連兩天登場，分別從偏鄉、都會探討當老人成為車禍高危險群時，背後來自長期被漠視的高齡交通平權，當台灣跨入高齡社會之際是否已做好準備？相關新聞見A3

行的難民



一名老婦人蹲坐在無遮蔽的南迴公路上，等待久久才有一班公車的畫面，這是偏鄉公共運輸的常態。隨著高齡化社會，問題越來越嚴重...  
**台東大武，最近的公立醫院57公里。**

資料來源：聯合報





## 肆、106年評核委員評論意見及期許之回應說明



# 106年評核委員評論意見及期許之回應說明

## 意見一：

醫療資源不足地區隨著交通便利及人口變遷而變化，應定時檢討其定義，非僅單純以每萬人口的醫師人力、醫療機構家數，做為判斷標準；並應實地了解該地區民眾的醫療需要，提出改善措施，並納入新年度的執行方案，以提供更適切的醫療服務。



# 106年評核委員評論意見及期許之回應說明

1. 本改善方案之醫療資源不足之地區施行區域規定，以每萬人口的醫師人力做為判斷標準，除了依醫人比標準之外，各縣市衛生局也會依實際需要指定施行村里。
2. 目前醫療資源不足之地區雖以每萬人口的醫師人力做為判斷標準，但並非作為列為醫療資源不足地區的一定標準，仍會考量當地實際醫療需求規劃，例如105年刪除屏東縣佳冬鄉、花蓮縣吉安鄉及台東縣長濱鄉，106年刪除台中市神岡區及屏東縣萬巒鄉，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。
3. 因施行區域每年調整一次，每年計畫修正時亦可提出專案討論。未來仍會以各地實際醫療需求考量本方案之施行區域。



# 106年評核委員評論意見及期許之回應說明

## 意見二：

可研議提供24 小時諮詢電話之可行性，讓民眾在巡迴醫療服務時段外，仍可獲得諮詢及衛教服務。



# 106年評核委員評論意見及期許之回應說明

本改善方案服務範圍皆為我國醫療資源不足之地區，爰多用鼓勵方式請基層院所承作辦理，多數診所為單人執業，有關24小時諮詢電話涉及醫師人力、工時負荷及相關行政作業，擬於108年計畫研議可行性及編列預算。



# 106年評核委員評論意見及期許之回應說明

## 意見三：

西醫基層實施鄉鎮數、總服務診次及總服務人次均呈現下降，顯示醫療資源不足地區的整體運作規模呈現瓶頸或萎縮。





# 106年評核委員評論意見及期許之回應說明

1. 醫療資源不足地區實施區域每年檢討調整一次，西醫基層實施鄉鎮數減少，可能係因該地有更多醫療資源進駐，已經不符合本方案施行標準，或因鄰近醫療資源充沛地區就醫方便，因而刪除。
2. 鄉鎮數減少勢必將直接影響總服務診次及總服務人次成長趨緩，非可謂整體運作規模呈現瓶頸或萎縮，反之，更落實本計畫實施目的之初衷，離消弭無醫鄉鎮之目標更近一步。



# 106年評核委員評論意見及期許之回應說明

## 意見四：

近2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，建議瞭解停業原因(當地無醫療需求，或財務誘因不足等)，作為後續方案修正參考。





# 106年評核委員評論意見及期許之回應說明

1. 102年及103年獎勵新開業計畫之院所所有5家因故停業，經瞭解係醫療資源不足地區聘請其他醫事人員不容易，且看診人次有限，本計畫所補助之費用仍無法支持院所長期開業之成本，因而需忍痛停業，惟102年及103年申請新開業計畫之院所，目前仍有兩家在本計畫補助結束後仍持續於當地提供醫療服務。各地醫療狀況不同，每間院所開業之情況皆有差異。
2. 106年新增5家院所參加獎勵新開業計畫，無論是方案結束後仍於當地持續服務之院所，或新加入本計畫之開業院所，本會將請各縣市醫師公會對於申請本方案補助開業之院所給予關心，以利有需求時能適時反映並提供適切協助，期能將醫療資源留在當地，提供在地民眾長期且穩定的醫療服務。

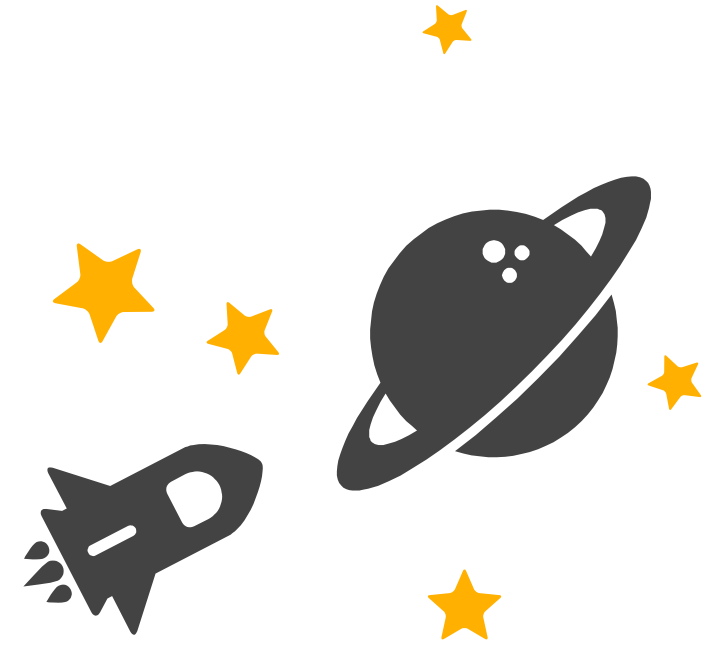




# 伍、結論及未來展望

# 結論及未來展望

- 106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目標值，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。
- 106年度有5家新申請獎勵開業計畫診所，本會將持續瞭解新開業診所各項需求，以利適時給予協助，並請當地醫師公會協助關注各區需求，亦將持續蒐集對於計畫執行之實務意見，未來將與中央健保署研議修正108年之計畫，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 !**