# 全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會

# 會議手冊

時　　間：107 年 7 月 19、20 日(星期四、五)
地　　點：衛生福利部 1 樓大禮堂
主辦單位：衛生福利部全民健康保險會

# 目　　錄

壹、 議程---------- 1

貳、 辦理106年各部門總額執行成果評核之作業方式---- 3

參、 各部門總額執行成果報告

一、各部門總額(含門診透析)一般服務---------- 11

二、跨部門及其他預算專案計畫---------- 63

三、牙醫門診總額(含一般服務、專案計畫)---------- 101

四、中醫門診總額(含一般服務、專案計畫)---------- 167

五、西醫基層總額(含一般服務、專案計畫)---------- 211

六、醫院總額(含一般服務、專案計畫) ---------- 247

肆、 會議規則---------- 269

伍、 附錄

一、106年度各部門總額公告---------- 271

二、107年度各部門總額公告---------- 307

三、專案計畫相關資訊---------- 347

註：本會議手冊及各部門總額執行成果報告電子檔可至本部全球資訊網下載。

下載路徑：

**本部首頁/本部各單位及所屬機關/全民健康保險會/公告及重要工作成果/總額評核會議資料及評核結果/全民健康保險各部門總額評核會報告投影片/107年全民健康保險各部門總額評核報告投影片**

# 壹、議　　程

# 全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議議程

日期：107 年 7 月 19 日、20 日(星期四、五)

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂(台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)

| 7 月 19 日 | 報告內容 | 主持人/報告單位/評論人 |
|---|---|---|
| 09：00～09：25 | 報到 | |
| 09：25～09：30 | 開幕致詞 | 傅主任委員立葉 |
| 09：30～10：20 | 各部門總額(含門診透析)一般服務執行成果報告(50 分鐘)<br>1.年度重點項目之推動與未來規劃<br>2.各部門整體性、一致性項目執行成果<br>3.分區共管執行成效 | 報告單位：中央健康保險署 |
| 10：20～10：35 | 中場休息(15 分鐘) | |
| 10：35～11：15 | 跨部門及其他預算專案計畫執行成果報告(40 分鐘)<br>1.年度重點項目之推動與未來規劃<br>2.專案計畫/方案執行成效 | |
| 11：15～12：05 | 評論及意見交流(50 分鐘) | |
| 12：05～13：30 | 午餐 | |
| 13：30～14：20 | 牙醫門診總額執行成果報告(50 分鐘)<br>1.年度重點項目之推動與未來規劃<br>2.一般服務執行績效<br>3.專案計畫/方案執行成效 | 報告單位：牙醫師公會全聯會 |
| 14：20～15：10 | 評論及意見交流(50 分鐘) | |
| 15：10～15：30 | 中場休息(20 分鐘) | |
| 15：30～16：20 | 中醫門診總額執行成果報告(50 分鐘)<br>1.年度重點項目之推動與未來規劃<br>2.一般服務執行績效<br>3.專案計畫/方案執行成效 | 報告單位：中醫師公會全聯會 |
| 16：20～17：10 | 評論及意見交流(50 分鐘) | |
| --- 賦 歸 --- | | |

| 7 月 20 日 | 報告內容 | 主持人/報告單位/評論人 |
|---|---|---|
| 09：00～09：10 | 報到 | |
| 09：10～10：00 | 西醫基層總額執行成果報告(50 分鐘)<br>1.年度重點項目之推動與未來規劃<br>2.一般服務執行績效<br>3.專案計畫/方案執行成效 | 報告單位：醫師公會全聯會 |
| 10：00～10：50 | 評論及意見交流(50 分鐘) | |
| 10：50～11：00 | 中場休息(10 分鐘) | |
| 11：00～11：50 | 醫院總額執行成果報告(50 分鐘)<br>1.年度重點項目之推動與未來規劃<br>2.一般服務執行績效<br>3.專案計畫/方案執行成效 | 報告單位：台灣醫院協會 |
| 11：50～12：40 | 評論及意見交流(50 分鐘) | |
| | --- 成果發表會結束 --- | |
| 12：40～13：30 | 午餐 | |
| 13：30～16：00 | 各部門總額執行成果評核(閉門會議) | 傅主任委員立葉<br>評核委員 |
| | --- 賦 歸 --- | |

註：依健保會 107 年第 2 次委員會議(107.3.23)通過之評核作業方式，**簡報內容請以「年度重點項目之推動與未來規劃」為主。**

# 貳、辦理 106 年各部門總額執行成果評核之作業方式

# 辦理106年各部門總額執行成果評核之作業方式

第3屆107年第2次委員會議(107.3.23)通過

## 壹、評核範圍

一、106年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診四部門總額之一般服務及門診透析服務執行成果。

二、106年度四部門總額及其他預算之專案計畫/方案執行成果。

## 貳、辦理方式

一、評核委員

(一)函請四部門總額推薦評核委員人選。

(二)幕僚彙整四部門總額回復之推薦名單，及本會現任、曾任專家學者委員後，請委員推薦適合人選，再由主任委員依據委員之推薦序位，排定邀請名單。幕僚依邀請名單依序邀請7位擔任評核委員。

二、評核會議之資料

(一)請四部門總額及健保署於評核會議前1個月，提供102~106年一般服務及專案計畫之執行成果書面報告(報告大綱及提報單位，詳附表一~四)，供評核委員事先審閱，及本會推派擔任健保署「醫療給付費用總額研商議事會議」、「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之代表參閱。

(二)書面報告內容以精簡為原則，部門提報之一般服務內文限100頁，各專案計畫內文限10頁，並編製目錄 (含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。

(三)請四部門總額及健保署於評核會議前2周，提送口頭報告(簡報)；另請健保署提供四部門總額一般服務及專案計畫/方案之自評建議，供評核委員參考。

三、評核會議

(一)會議期程：2天。

(二)第一階段：公開發表會議(1天半)。

1.健保署統一報告各部門一般服務之整體性、一致性項目(如：利用概況、滿意度調查結果、品質指標監測結果等)，及分區共管執行成效。

2.由接受健保署專業事務委託之四部門總額受託團體報告一般服務、專案計畫之執行成果；為利評核委員及與會者掌握及聚焦於重點項

目，簡報內容請以「年度重點項目之推動與未來規劃」為主，請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 106 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。

3.評核委員評論各部門總額一般服務及專案計畫之執行成果報告，並開放與會者提問。

4.參與人員

除本會委員、四部門總額相關團體與健保署外，另邀請衛福部相關單位與附屬機關，如：社保司、醫事司、照護司、心口司、中醫藥司、全民健保爭議審議會、國健署、疾管署等，以及民間團體，如：病友團體、社福團體、醫策會、消基會、醫改會等，預估約 160 人。

(三)第二階段：評核內部會議(半天)。

1.評核委員就四部門總額之執行成果，充分溝通後以「共識決」評定等級;並針對四部門總額之一般服務、專案計畫/方案提出共識建議，供協商參考。

2.參與人員：主任委員、評核委員、本會幕僚。

## 參、評核項目與評分方式

一般服務與專案計畫分開評核之後再加權合併計分。該二項評核之計分權重為，一般服務：專案計畫＝80%：20%。各部門總額執行成果評核項目及配分如下表。

| 評核項目 | 權重 |
|---|---|
| **壹、年度重點項目之推動與未來規劃**<br>一、必要項目：請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 106 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。(附表三)<br>二、自選項目：部門自行提報，最多 2 項，建議可提出改善最多或有所突破之項目。<br>**貳、一般服務執行績效**<br>一、就 106 年評核委員評論意見與期許之回應說明<br>二、維護保險對象就醫權益<br>(一)醫療服務品質調查結果之檢討及改善措施<br>(二)民眾諮詢及抱怨處理<br>(三)民眾自費情形及改善措施<br>(四)就醫可近性與及時性之改善措施<br>(五)其他確保民眾就醫權益之措施 | 80 |

| 評核項目 | 權重 |
| --- | --- |
| 三、專業醫療服務品質之確保與提升<br>(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施<br>(二)其他改善專業醫療服務品質具體措施<br>四、協商因素項目之執行情形<br>(一)新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等)<br>(二)給付項目及支付標準修訂<br>(三)其他協商因素項目(依協定結果分列)<br>(四)品質保證保留款實施方案<br>五、總額之管理與執行績效<br>(一)醫療利用(含全國及各分區)及費用管控情形<br>(二)點值穩定度<br>(三)專業審查及其他管理措施<br>(四)院所違規情形及醫療機構輔導 | |
| **參、專案計畫/方案執行成效**<br>一、就 106 年評核委員評論意見與期許之回應說明<br>二、106 年計畫/方案執行成果<br>三、102~106 年執行情形及成效評估(含自選 3 項關鍵績效指標)<br>四、檢討與改善方向(含 107 年計畫/方案修正重點) | **20** |

註：列入評核之專案計畫/方案如附表四。

## 肆、評核結果之應用

一、評核結果區分為下列五等級：

| 評核分數 | 等級 |
| --- | --- |
| 90 分及以上 | 特優 |
| 85 分至未達 90 分 | 優 |
| 80 分至未達 85 分 | 良 |
| 75 分至未達 80 分 | 可 |
| 未達 75 分 | 劣 |

二、評核等級作為108年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給「品質保證保留款」之預算，以茲鼓勵。

三、評核委員針對四部門總額一般服務、專案計畫/方案之共識建議，作為協商108年度該部門總額一般服務成長率及專案經費增減及續辦與否之參

據。

## 伍、107 年評核作業時程表

| 時 間 | 作 業 內 容 |
|---|---|
| 2 月 | 1.本會函請四總額部門推薦評核委員人選。<br>2.幕僚彙整四總額部門回復之推薦名單，及本會現任、曾任專家學者委員後，請委員推薦適合人選，再由主任委員依據委員之推薦序位，排定邀請名單。 |
| 3 月 | 1.依邀請名單依序邀請 7 位擔任評核委員。<br>2.召開評核委員會前會，提供評核作業之建議。<br>3.研擬評核作業方式(草案)提委員會議定。 |
| 4 月底 | 請四總額部門及健保署依議定之評核作業方式準備資料。 |
| 5 月中旬 | 請健保署提供四總額部門所需數據；四總額部門視需要另洽請健保署提供相關資料。 |
| 6 月中旬<br>(評核會議前 1 個月) | 健保署及四總額部門提送執行成果之書面報告，供評核委員審閱，及本會推派擔任健保署「醫療給付費用總額研商議事會議」及「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之代表參閱。 |
| 7 月初<br>(評核會議前 2 周) | 1.健保署及四總額部門提送「各部門總額執行成果發表暨評核會議」之口頭報告(簡報)。<br>2.請健保署於評核會議前提供四部門總額一般服務及專案計畫/方案之自評建議，供評核委員參考。 |
| 7 月下旬<br>(預定 7 月 19、20 日) | 召開為期 2 天之「各部門總額執行成果發表暨評核會議」。 |

附表一

# 年度重點項目及各部門總額一般服務之執行成果報告大綱

| 評核項目 | 健保署提報 | 部門提報 |
|---|---|---|
| **壹、年度重點項目之推動與未來規劃** | | |
| 一、必要項目：請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出106年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。(附表三) | V | V |
| 二、自選項目：部門自行提報，最多2項，建議可提出改善最多或有所突破之項目。 | V | V |
| **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 | V | V |
| 二、維護保險對象就醫權益 | | |
| (一)醫療服務品質調查結果之檢討及改善措施 | 調查結果 | 檢討及改善 |
| (二)民眾諮詢及抱怨處理 | 成案件數統計 | V |
| (三)民眾自費情形及改善措施 | 調查結果 | 檢討及改善 |
| (四)就醫可近性與及時性之改善措施 | 調查/統計結果 | 檢討及改善 |
| (五)其他確保民眾就醫權益之措施 | — | V |
| 三、專業醫療服務品質之確保與提升 | | |
| (一)品質指標監測結果之檢討及改善措施 | 監測結果 | 檢討及改善 |
| (二)其他改善專業醫療服務品質具體措施 | — | V |
| 四、協商因素項目之執行情形 | | |
| (一) 新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等)(本項僅適用於醫院及西醫基層部門) | 預算及申報情形 | 推動情形、檢討及改善 |
| (二)給付項目及支付標準修訂 | | |
| (三)其他協商因素項目(依協定結果分列) | | |
| (四)品質保證保留款實施方案 | 核發結果統計 | V |
| 五、總額之管理與執行績效 | | |
| (一)醫療利用(含全國及各分區)及費用管控情形 | 醫療利用情形 | 檢討及管控措施 |
| (二)點值穩定度 | 點值 | 檢討及改善 |
| (三)專業審查及其他管理措施 | 審查核減統計 | V |
| (四)院所違規情形及醫療機構輔導 | 違規情形統計 | 輔導改善情形 |
| **參、附錄** | | |
| 如：品質確保方案、品質保證保留款實施方案及其他視需要提供之方案內容。 | — | — |

註：1.請健保署配合於5月中旬提供各總額部門所需數據，以利各部門提報檢討與改善措施；門診透析服務，各項目均由署提報。報告內容請至少提供5年(102~106年)之數據。

2.部門提報之執行成果報告內文限100頁，請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。

附表二

# 各部門總額及其他預算專案計畫/方案之執行成果報告大綱

| 項目 | 健保署提報 | 部門提報 |
|---|---|---|
| **一、就 106 年評核委員評論意見與期許之回應說明** | — | V |
| **二、106 年計畫/方案執行成果** | | |
| (一)計畫目的 | | |
| (二)執行目標 | | |
| (三)經費來源與協定事項 | | |
| (四)費用支付 | | |
| (五)執行內容 | | |
| (六)評核指標及退場機制 | | |
| **三、102~106 年執行情形及成效評估** | | |
| (一)預算執行數及執行率 | V | |
| (二)目標達成情形 | V | |
| (三)執行概況及結果，包含醫療服務提供及民眾利用情形、獎勵情形等 | — | |
| (四)成效評估，包含評核指標達成情形、就醫可近性及健康狀況改善情形、相關退場情形等(含自選 3 項關鍵績效指標) | V<br>(請健保署儘量提供含收案控制組與對照組之執行成果資料) | |
| **四、檢討與改善方向(含 107 年計畫/方案修正重點)** | — | |
| **五、附錄：各項專案計畫/方案內容** | — | |

註：1.由各總額部門負責之專案，請健保署提供執行情形之數據，並提出 3 項自選指標，最好含收案控制組與對照組之比較；由健保署負責之專案，各項目均由署提報。各計畫/方案之提報單位如附表四。

2.各專案之執行成果報告內文限 10 頁，請編製目錄 (含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。

附表三

# 健保署(含其他預算)及各部門總額之年度重點項目—必要項目

| 單位 | 項目 |
|---|---|
| 健保署 | (1)整體資源配置與未來規劃 |
| | (2)分級醫療推動成效 |
| | (3)C型肝炎預算執行與治療成效 |
| 牙醫門診總額 | (1)約診不易之現況與改善情形 |
| | (2)牙周病統合照護計畫於108年回歸一般服務之規劃 |
| 中醫門診總額 | (1)就醫率之檢討與改善規劃 |
| | (2)專案計畫之整體檢討與後續規劃 |
| 西醫基層總額 | (1)加強基層量能之策略與執行現況 |
| | (2)就醫方便性(包含假日開診情形) |
| 醫院總額 | (1)初級照護減少之策略與執行現況 |
| | (2)護理人力(護病比)之現況與改善情形 |
| 其他預算 | (1)提升保險服務成效(含藥品品質監測計畫)之檢討與規劃 |
| | (2)推動醫療體系整合(含以病人為中心、整合性照護、急性後期照護)之檢討與規劃 |

附表四

# 各部門總額及其他預算專案計畫/方案執行成果之提報單位

| 部門別 | 計畫／方案名稱 | 提報單位 |
|---|---|---|
| 牙醫 | －醫療資源不足地區改善方案<br>－特殊醫療服務計畫<br>－牙周病統合照護計畫 | 牙醫師公會全聯會 |
| 中醫 | －醫療資源不足地區改善方案<br>－西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫(包含 1.腦血管疾病；2.顱腦損傷；3.腫瘤患者手術、化療、放射線療法後照護；4.脊髓損傷)<br>－中醫提升孕產照護品質計畫<br>－乳癌、肝癌門診加強照護計畫<br>－兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫<br>－癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫 | 中醫師公會全聯會 |
| 西醫基層 | －西醫醫療資源不足地區改善方案 | 醫師公會全聯會 |
| | －強化基層照護能力「開放表別」 | |
| | －家庭醫師整合性照護計畫(醫界配合推動情形) | |
| | －家庭醫師整合性照護計畫(含計畫檢討與管控) | 健保署 |
| 醫院 | －急診品質提升方案<br>－西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層)<br>－醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫<br>－鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型)<br>－罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材(非計畫型)<br>－鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型) | 台灣醫院協會 |
| 醫院、西醫基層 | －加強慢性Ｂ型及Ｃ型肝炎治療計畫(註)<br>－Ｃ型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫<br>－醫療給付改善方案(糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、Ｂ 型肝炎帶原者及 Ｃ 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦全程照護及慢性阻塞性肺疾病) | 健保署 |
| 其他預算 | －山地離島地區醫療給付效益提昇計畫<br>－非屬各部門總額支付制度範圍之服務(含居家醫療整合試辦計畫)<br>－高診次者藥事照護計畫<br>－支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費、罕見疾病特材及器官移植、西醫基層總額原慢性Ｂ型及Ｃ型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費<br>－推動促進醫療體系整合計畫<br>－調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費<br>－鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案<br>－提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫<br>－慢性腎臟病照護及病人衛教計畫<br>－提升保險服務成效 | 健保署 |

註：醫院之慢性Ｂ型及Ｃ型肝炎治療計畫，已於 102 年由專案計畫移至一般服務項下

# 參、各部門總額執行成果報告

# 一、各部門總額(含門診透析)

## 一般服務

# 106年各總額部門執行報告

中央健康保險署
醫務管理組
107.7.19

1

## 報告架構

一 預算分配與執行
- 健保總額預算配置
- 年度重要政策
  - -分級醫療、C型肝炎新藥

二 執行概況—及時性
- 新醫療科技之導入
- 疾病管理方案
- 民眾就醫可近性

2

## 報告架構

三 執行概況—效率性
- 西醫部門
- 中醫部門
- 牙醫部門

四 執行概況—效果面
- 品質公開辦理情形
- 品保款辦理情形
- 滿意度調查

五 執行概況—安全性
- 存活率、死亡率、感染率
- 健保雲端查詢、健康存摺

3

## 報告架構

六 執行概況—以病人為中心
- 各整合方案

七 執行概況—公平面
- 可近性
- 弱勢族群保障
- 偏鄉照護計畫
- 審查及查核

八 醫院總額共管成效
- 北區業務組
- 中區區業務組

4

# 一 預算分配與執行

- 健保總額預算配置
- 年度重要政策-分級醫療
- 年度重要政策-C型肝炎新藥

5

# 宏觀面-健保總額資源配置規劃

## 年度總額預算協定之程序及方向

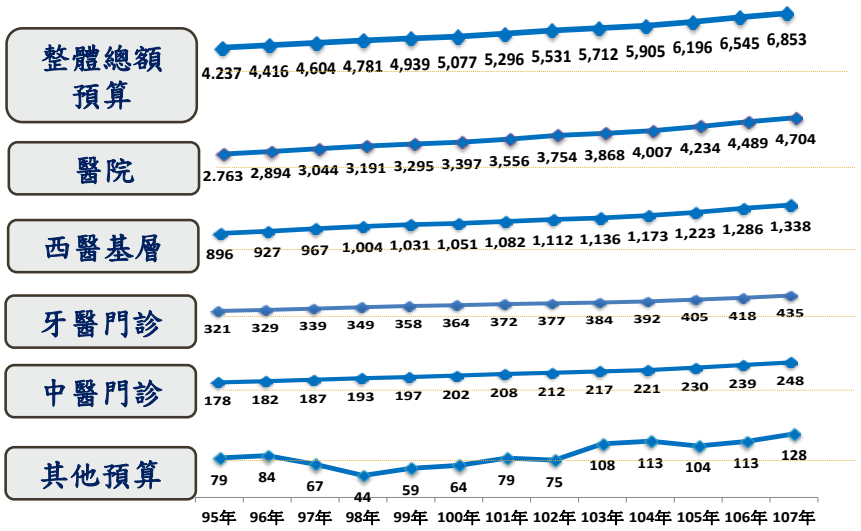
| 衛生福利部 | 行政院 | 健保會 | 健保署 |
|---|---|---|---|
| 1~4月 | 5~6月 | 8~12月 | 10~12月 |
| 擬訂總額範圍 | 核定總額範圍 | 總額協定及分配 | 執行規劃方案 |

量出為入 → 國發會審查 → 量入為出 → 專業自主

健保總額透過行政院、衛福部、全民健康保險會，就人口結構改變、民眾醫療需求、付費能力(含總體經濟情勢)、醫療服務成本、健保收支平衡、兼顧產業發展、付費者意願..等，規劃整體醫療資源之配置。

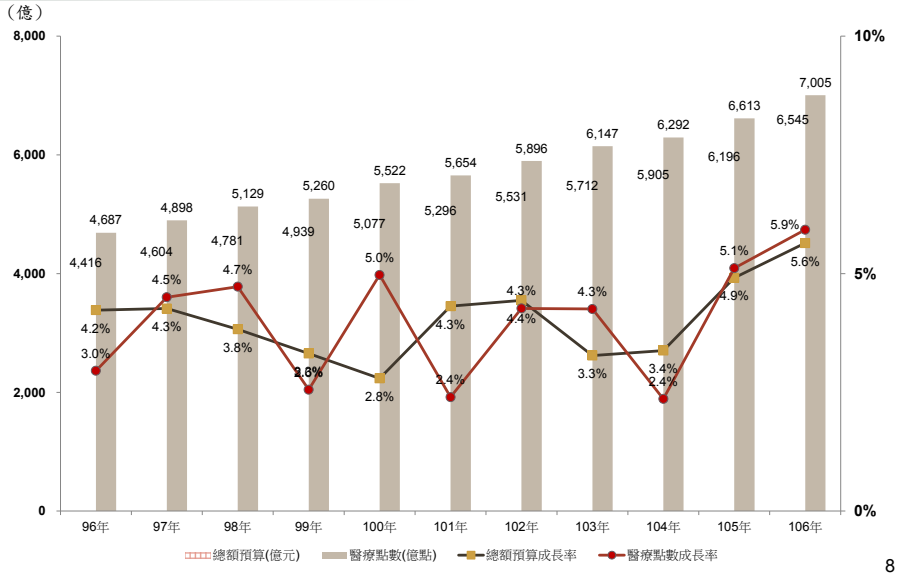
6

# 95-107年總額預算情形




7

# 96-106年總額預算與醫療點數




8

# 微觀面-106年健保預算的配置

1. 各部門總額一般服務預算，占其總額部門預算約95%(醫院)～98%(中醫)。
   ① 保障項目(非浮動金額)：約占其總額部門預算1%(牙醫)～40%(醫院)。
   ② 品質獎勵款：約占其總額部門預算0.2%～0.6%(牙醫)。
2. 專款預算，占其總額部門預算約1.6%(中醫)～5%(醫院)。

| 項目 | 醫院(含透析) | | 西醫基層(含透析) | | 牙醫 | | 中醫 | | 其他 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 值(億元) | 占合計(%) | 值(億元) | 占合計(%) | 值(億元) | 占合計(%) | 值(億元) | 占合計(%) | 值(億元) | 占合計(%) |
| 合計 | 4483 | 100.2% | 1286 | 100% | 418 | 101% | 239 | 100% | 113 | 100% |
| **一般服務預算** | **4267** | **95.2%** | **1256** | **97.7%** | **397** | **94.9%** | **236** | **98.4%** | | |
| -結算非浮動金額 | 1813 | 40.4% | 324 | 25.2% | 4 | 0.8% | 81 | 33.9% | **113** | **100%** |
| -品質獎勵(品保) | 8 | 0.2% | 2 | 0.2% | 2 | 0.6% | 0.4 | 0.2% | | |
| **專款預算** | **216** | **4.8%** | **30** | **2.3%** | **21** | **5.1%** | **4** | **1.6%** | | |



# 106年總額部門一般服務保障項目

| 總額 | 除藥品外之保障項目(以每點1元支付為原則) |
|---|---|
| 醫院 | 1. 門診、住診之藥事服務費。<br>2. 門診手術。<br>3. 住院手術費、麻醉費。<br>4. 「促進供血機制合理方案」之血品費。<br>5. 急救責任醫院之急診醫療服務點數。<br>6. 地區醫院急診診察費。<br>7. 經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院(前一季各區門住診平均點值)。 |
| 西醫基層 | 1. 論病例計酬案件。<br>2. 「促進供血機制合理方案」之血品相關項目。<br>3. 西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季婦產科診所撥付款項=280點×季申報總住院日數。 |
| 透析 | 1. 腹膜透析之追蹤處置費。<br>2. 偏遠地區之門診透析服務。 |
| 中醫 | 「中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫」之論量計酬案件 |



# 106年健保預算執行重點

單位：億元

保障弱勢就醫
1. 族群與地理弱勢：收容人、IDS、各總額醫不足計畫。
2. 疾病弱勢：重大傷病、血友病、罕病、AIDS、器官移植、C肝新藥。
3. 經濟弱勢：身心障礙、低收入戶。

1. 促進院所進行垂直水平之整合與合作。
   ① 家庭醫師整合照護計畫
   ② 提升急性後期照護計畫
   ③ 跨層級醫院合作計畫
   ④ 醫院以病人為中心計畫
   ⑤ 居家醫療整合照護
2. 提升照護連續性

1. 引入新科技(新藥、新特材、新增診療項目)
2. 疾病管理方案提升民眾就醫可近性

1. 分級醫療
2. 支付改革
   ① 推動Tw-DRGs制度
   ② 調整重症之支付標準
3. 監測醫療服務利用

1. 辦理品質公開
2. 品質之獎勵
3. 醫療結果滿意度

1. 健康存摺、就醫資訊上傳、醫療資訊雲端查詢
2. 感染率、死亡率



## 一 預算分配與執行

- 健保總額預算配置
- 年度重要政策-分級醫療
- 年度重要政策-C型肝炎新藥

# 分級醫療的推動策略

## 1.提升基層醫療服務量能

- 開放基層表別，擴大診所服務範疇
- 編列15.8億擴大家庭醫師整合性照護計畫
- 鼓勵診所朝向多科聯合執業，提供一站式整合性服務
- 輔導基層診所規劃無障礙空間，建立友善就醫環境

## 2.導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔

- 降低弱勢民眾就醫經濟障礙
- 提高假日基層開診率、提供開診時段與急診就醫資訊查詢
- 調整門診部分負擔，鼓勵民眾至診所就醫
- 調整急診部分負擔，紓解急診壅塞
- 建置電子轉診單並監控非必要轉診

## 3.調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務

- 挹注60億元調高重症支付標準
- 限制醫院輕症服務成長
- 持續推動緊急醫療能力分級

## 4.強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護

- 建置轉診資訊交換平台
- 建置居家照護資訊共享平台
- 強化醫院出院準備及追蹤服務
- 挹注1億元鼓勵醫師跨層級支援
- 鼓勵診所及醫院共同照護

## 5.提升民眾自我照護知能

- 加強宣導分級醫療
- 加強自我健康管理
- 宣導利用家醫群24小時電話諮詢服務

## 6.加強醫療財團法人管理

- 修法加強醫療財團法人監督管理
- 限制醫療法人醫院附設診所之管理措施
- 規範醫院不得以交通車載送方式不當招攬輕症病人



# 分級醫療政策依序推動

提升基層 → 大醫院減量 → 院所合作 → 導引民眾

- 擴大家庭醫師計畫
- 雲端資訊查詢系統
- 跨層級醫院合作計畫
- 居家照護共享平台
- 初級照護內容研商

- 調整門急診部分負擔
- 修訂轉診辦法

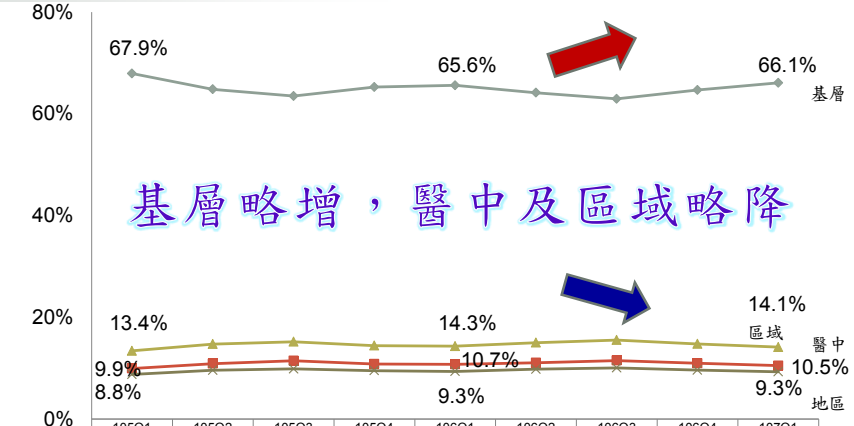
- 挹注60億調整急重症支付標準

- 區域級以上醫院門診件數減量2%
- 新增轉診誘因

106.01 電子轉診交換平台
106.03
106.04 開放25項表別
106.05
106.10 開放6項表別
107.02
107.06 再開放3項表別
107.07



# 各層級門診人次占率變化




| | 105Q1 | 105Q2 | 105Q3 | 105Q4 | 106Q1 | 106Q2 | 106Q3 | 106Q4 | 107Q1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 基層 | 67.9% | 64.8% | 63.5% | 65.3% | 65.6% | 64.2% | 62.9% | 64.7% | 66.1% |
| 醫學中心 | 9.9% | 10.9% | 11.5% | 10.8% | 10.7% | 11.1% | 11.5% | 11.0% | 10.5% |
| 區域醫院 | 13.4% | 14.7% | 15.2% | 14.4% | 14.3% | 15.0% | 15.5% | 14.7% | 14.1% |
| 地區醫院 | 8.8% | 9.6% | 9.9% | 9.5% | 9.3% | 9.8% | 10.0% | 9.6% | 9.3% |

1.資料來源：健保會4月月報，中央健保署二代倉儲門診、交付機構及住院明細檔。(擷取日期：107年6月3日)
2.統計範圍：醫院總額，不含門診透析案件。
3.特約類別：以當年度最新月份之特約類別分類，特約類別為西醫基層者歸類至地區醫院。
4.門診件數排除「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「病理中心」、「交付機構」、「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」案件。



# 轉診案件申報流向

| 轉診流向 | 106年1-4月 | 107年1-4月 |
|---|---|---|
| 大醫院下轉件數(區域級以上) | 1,826 | 2,232 |
| 基層診所上轉件數 | 130,669 | 129,219 |

70倍　60倍

下轉件數仍有加強空間

# 106年推動重點

- 壯大基層
  - 擴大家醫計畫、開放表別
- 引導民眾就醫習慣
  - 調整部分負擔、推廣健康存摺
- 建置合作平台
  - 電子轉診平台、居家照護平台、雲端查詢系統
- 調整重症支付標準
  - 106年挹注60億元，107年持續檢討

17

# 107年推動策略

## 1. 促進院所合作

| 分區 | 院所策略 |
|---|---|
| 臺北 | 雙和醫院「共好合作聯盟」、臺北榮總「榮雁領航飛」、亞東醫院「共好醫療」、台北馬偕「共好醫療」、三軍總醫院「策略聯盟」等 |
| 北區 | 林口長庚「雁行團隊」、新竹馬偕「風城醫療群英會 雁行計畫展翅飛等 |
| 中區 | 彰基「醫療航艦」、中山附醫「中山大雁、共榮基層」、中國附醫「雙向轉診一條龍」等 |
| 南區 | 台南市醫師公會/台南市診所「行動醫療大聯盟」、嘉義聖馬爾定醫院「聖馬聯盟」等 |
| 高屏 | 高雄榮總「高屏地區合作聯盟」、屏東基督教醫院「愛的同心圓」、高雄長庚「醫師聯誼會聯盟夥伴」 |
| 東區 | 醫療網「跨機關整合服務計畫」等 |

長庚成立雁行醫療團隊

結合278家社區院所，落實分級轉診

## 2. 大醫院門診減量

- 自7月1日起實施
- 同步新增雙向轉診支付誘因

| 層級別 | 西醫基層 | | 醫學中心 | |
|---|---|---|---|---|
| 是否使用電子轉診平台 | 使用 | 未使用 | 使用 | 未使用 |
| 上轉 | 每人250點 | 每人200點 | 接受轉診診察費加算200點 | |
| 下轉或治療結束後回轉（限醫院層級以上申報） | 接受轉診診察費加算200點 | | 每人500點 | 每人400點 |

18

# 一 預算分配與執行

健保總額預算配置

年度重要政策-分級醫療

年度重要政策-C型肝炎新藥

19

# C型肝炎口服新藥健保給付執行計畫

## 目的

- 配合C型肝炎治療費用專款額度，進行健保給付C型肝炎全口服新藥之管理，將有限資源做最適分配並達成最佳效益，以達成我國全面性根除C型肝炎之目標。

## 策略

- 為管理經費之運用，醫事服務機構須上傳個案資料並取得「登錄完成號碼」後，方得處方藥品，並依時序登錄個案後續追蹤之病毒量檢驗結果，以評估治療效果。
- 因專款有限，給付對象參考專科醫學會建議優先給付於成本效益較高之嚴重病人，再視治療人數及經費逐步放寬。

20

## 收案人數分布

- 醫院收案8,770人、診所768人，其中南區收案比例最高。

| 轄區別 | 醫院 | | 診所 | | 合計 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 人數 | 比例 | 人數 | 比例 | 人數 | 比例 |
| 臺北業務組 | 1,744 | 18% | 115 | 1.2% | 1,859 | 19% |
| 北區業務組 | 879 | 9% | 185 | 1.9% | 1,064 | 11% |
| 中區業務組 | 1,547 | 16% | 56 | 0.6% | 1,603 | 17% |
| 南區業務組 | 2,823 | 30% | 334 | 3.5% | 3,157 | 33% |
| 高屏業務組 | 1,556 | 16% | 45 | 0.5% | 1,601 | 17% |
| 東區業務組 | 221 | 2% | 33 | 0.3% | 254 | 3% |
| 總計 | 8,770 | 92% | 768 | 8.1% | 9,538 | 100% |



## 收案病人特性

| 項目 | N=9538 | |
|---|---|---|
| | 人數 | % |
| 1. 年齡 | | |
| 平均值±標準差 | 66.4±10.3 | |
| 範圍 | 23-96 | |
| 20-29歲 | 3 | 0.02% |
| 30-39歲 | 80 | 0.9% |
| 40-49歲 | 481 | 5.6% |
| 50-59歲 | 1736 | 20.1% |
| 60-69歲 | 3511 | 39.4% |
| 70-79歲 | 2801 | 27.1% |
| 80歲以上 | 926 | 7.0% |
| 2. 性別 | | |
| 女 | 5512 | 57.8% |
| 男 | 4026 | 42.2% |
| 3. 過去干擾素治療經驗 | | |
| 曾接受干擾素治療失敗 | 4037 | 42.3% |
| 不曾接受干擾素治療 | 4795 | 50.3% |
| 曾接受干擾素治療但中斷 | 706 | 7.4% |
| 4. 肝纖維化診斷 | | |
| F3 | 4200 | 44.0% |
| F4 | 5338 | 56.0% |
| 5. 病毒基因型 | | |
| 1a | 769 | 8.1% |
| 1b | 8764 | 91.9% |
| 4 | 5 | 0.1% |

- 106年優先給付於肝纖維化F3以上病人，其年齡主要分布於50歲至79歲間。





## 治療成果

- 個案治療後12週病毒量檢測結果：

| 達追蹤人數 | 偵測不到病毒人數(A) | 偵測到病毒人數(B) | 未檢測或太早驗人數 | SVR12 [A/(A+B)] |
|---|---|---|---|---|
| 9014 | 7819 | 243 | 952 | 97% |

註：1.臨床上判斷使用C肝新藥後是否治癒的標準，為從完成治療時起算12週後檢測不到病毒量，又稱SVR12。追蹤至2018/4/27止，治療個案之SVR12比例約97%。

2. 952名未檢測或太早驗者中，含710名未檢測及242名提早檢測病毒量病人，而提早檢測者中有231名檢測不到病毒量。



# 各總額部門執行情形

## 一、客觀數據

## 二、主觀調查

參考美國Institute of Medicine；(IOM)六大醫療品質目標。



## 二 執行概況—及時性

- 新醫療科技之導入
- 疾病管理方案
- 民眾就醫可近性



## 新醫療科技預算

| 項目 \ 年 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|
| 醫院 | | | | | |
| 成長率 | 0.418% | 0.584% | 0.646% | 0.503% | 0.531% |
| 增加金額(億元) | 13.491 | 20.014 | 22.755 | 18.535 | 20.63 |
| 西醫基層 | | | | | |
| 成長率 | 0.041% | 0.104% | 0.122 % | 0.082 % | 0.080 % |
| 增加金額(億元) | 0.384 | 1.002 | 1.200 | 0.83 | 0.84 |



## 新醫療科技-新藥

- 102-106年收載新藥之品項數

| 收載年度 | 新藥類別/品項數 | | | 合計 |
|---|---|---|---|---|
| | 第1類 | 第2A類 | 第2B類 | |
| 102 | 2 | 4 | 23 | 29 |
| 103 | 3 | 12 | 29 | 44 |
| 104 | 3 | 18 | 19 | 40 |
| 105 | 4 | 12 | 10 | 26 |
| 106 | 6 | 14 | 22 | 42 |
| 合計 | 18 | 60 | 103 | 181 |

*本表所指新藥為102至106年收載，且符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準第十四條第一項，並經全民健康保險藥物共同擬訂會議同意納入收載之藥品，且不含專款藥品(罕見疾病用藥、血友病用藥、後天免疫缺乏症候群治療藥品及C肝用藥)及代辦品項(戒菸、流感疫苗及流感抗病毒藥劑)

## 新醫療科技-新藥(收載42項)

- 第1類新藥6項，分別用於治療特發性肺纖維化、被套細胞淋巴瘤、慢性淋巴球性白血病、小淋巴球性淋巴瘤、17p缺失性之慢性淋巴球性白血病及慢性心臟衰竭等。
- 第2A類新藥14項，分別用於治療心臟衰竭、急性淋巴母細胞白血病(Acute Lymphoblastic Leukemia)、晚期腎細胞癌病患、成人侵入性麴菌病(invasive aspergillosis)、晚期非小細胞肺癌患者、原發性高血壓、特發性肺纖維化等。
- 第2B類新藥共22項，分別用於治療鉀缺乏症、同型接合子家族性高膽固醇血症、思覺失調症、第二型糖尿病成人患者的血糖控制、Lennox-Gastaut症候群相關癲癇發作、隅角開放性青光眼或高眼壓成人患者、非何杰金氏淋巴瘤等。

29

## 新醫療科技-新特材

● 102-106年收載新特材之品項數

| 收載年度 | 創新功能 | 功能改善 | 過程面 | 總計 |
|---|---|---|---|---|
| 102 | 1 | 1 | | 2 |
| 103 | 10 | 16 | | 26 |
| 104 | 7 | 53 | | 60 |
| 105 | 42 | 54 | 10 | 106 |
| 106 | 31 | 52 | | 83 |
| 合計 | 91 | 176 | 10 | 277 |

30

## 新醫療科技-新診療項目

● 102-106年新醫療科技診療項目之項目數

| 收載年度 | 項目數 | 總額編列(百萬元) | 推估增加預算(百萬點) |
|---|---|---|---|
| 102年 | 11 | 372 | 310.91 |
| 103年 | 91 | 950 | 950.32 |
| 104年 | 27 | 300 | 253.71 |
| 105年 | 26 | 300 | 300.19 |
| 106年 | 21 | 393 | 391.91 |

註：106年新增項目計16項，修訂現有項目計5項

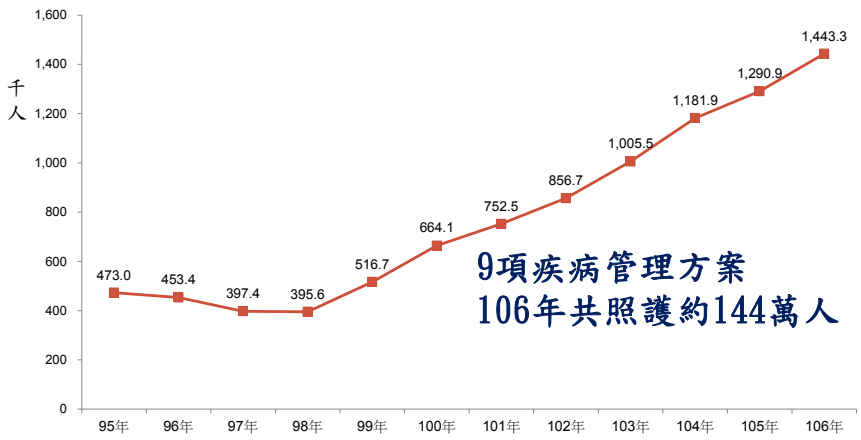
31

## (二) 執行概況—及時性

- 新醫療科技之導入
- 疾病管理方案
- 民眾就醫可近性

32

# 疾病管理方案-照護人數

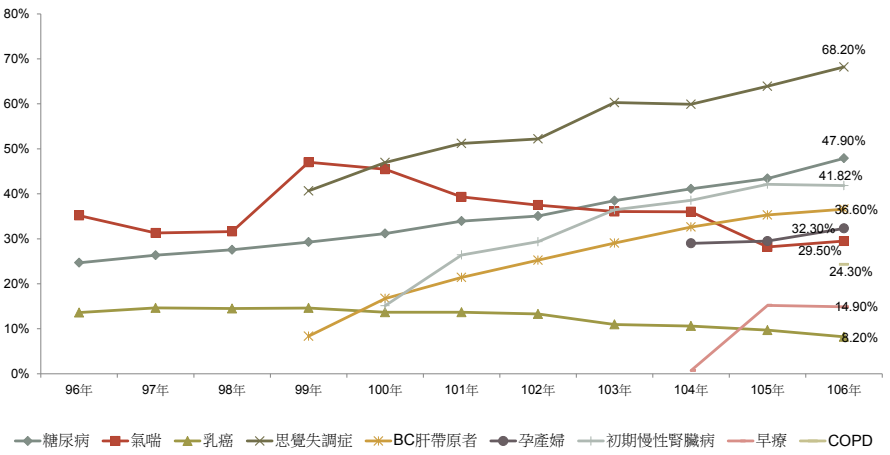



**9項疾病管理方案**
**106年共照護約144萬人**

註：疾病管理方案照護人數係統計論質方案(糖尿病、氣喘、思覺失調症、乳癌、B、C肝個案追蹤、孕產婦全程照護、早療、慢性阻塞性肺病)及Early-CKD方案之收案數



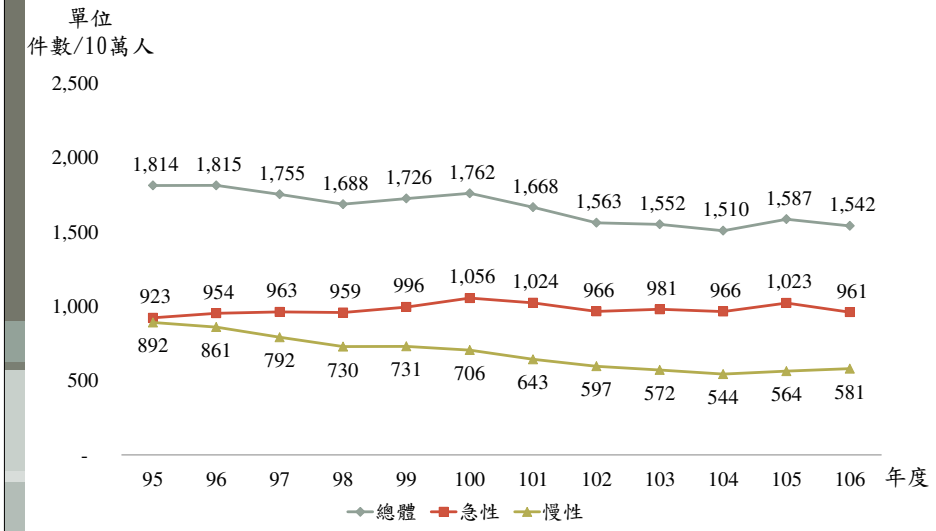
# 疾病管理方案-照護率




註1：照護率 分子:當年度申報該方案相關費用之歸戶人數。
分母:當年度該疾病之符合收案條件之歸戶人數(糖尿病)或當年度申報該疾病診斷之歸戶人數(氣喘、乳癌、高血壓、思覺失調症、BC肝帶原者)。
註2：糖尿病方案99年放寬收案條件;氣喘方案配合收案對象定義改變，99年照護率統計方式改變：99年以前分母是以門診主診斷493歸戶人數，排除兩次就醫大於60天者。99年開始分母是以門診主診斷493歸戶人數，60天內同院所就醫2次以上。。
註3：高血壓方案因病患常合併多重疾病，例如糖尿病、慢性腎臟病等，故未再以疾病別單獨另列計畫追蹤，自102年1月1日起停止試辦。



# 可避免住院指標趨勢





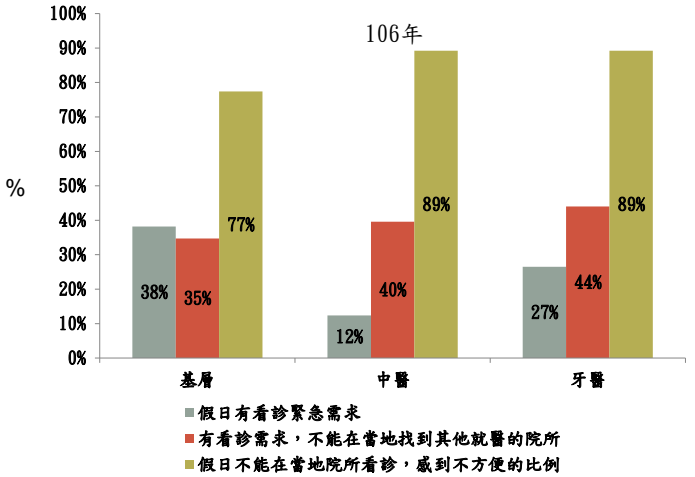

## (二) 執行概況—及時性

新醫療科技之導入

疾病管理方案

民眾就醫可近性

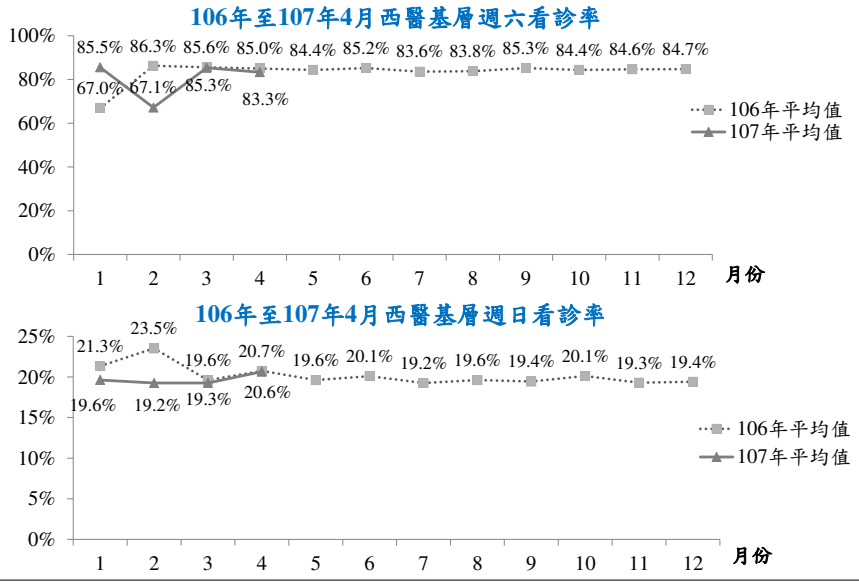
## 民眾就醫可近性-滿意度調查
### -假日有看診需求比率




註：
問卷題目：1醫療人員亦需適度休息，您(他)【就診者】曾經有緊急需求要在(診所/牙醫/中醫)假日求診？
2.[有者續答]您(他)[就醫者]是否能在當地(診所/牙醫/中醫)找到其他就醫的醫療院所？
3..[否者續答]請問您(他)[就醫者]是否因而感到不方便？



## 民眾就醫可近性
### -西醫基層診所假日開診率






## 民眾就醫可近性
### 提高假日基層開診率-提高支付誘因

- 為提高基層假日開診率，並配合106年度西醫基層總額編列20.7億元預算，用於合理調整診察費支付標準，本署研擬診所假日診察費加成給付方案，經105年11月24日及105年12月20日兩次西醫基層總額研商議事會議提案討論，惟均未獲共識。
- 107年本署再次研擬診所假日診察費加成給付方案，提案至107年5月31日西醫基層總額研商議事會議提案討論，惟會議中仍未獲共識。



## 民眾就醫可近性
### 提高假日基層開診率-全聯會輔導

- 105年12月30日支付標準共同擬訂會議決議鼓勵基層週日開診由醫師全聯會協助週日開診率較低地區協調醫師開診之方向辦理
- 醫師全聯會於106年12月26日支付標準共同擬訂會議報告協調醫師週日開診之輔導結果，該會說明，經兩度大規模全台各縣市的調查，均顯示無需公會協調週日開診且未接獲民眾抱怨反映

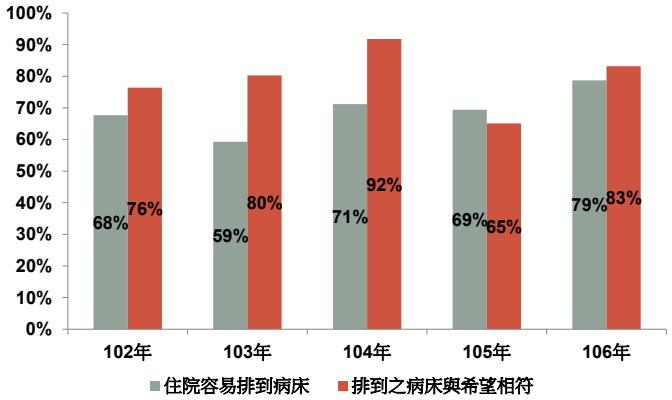
## 民眾就醫可近性
### 提高假日基層開診率-全聯會輔導(續)

- 前述106年12月26日會議共識重點如下：
  - ✓ 西醫基層開診率以維持現行全國平均值(週六83%，週日20%)為原則，開診率較低之區域醫師公會全聯會各縣市醫師公會協助輔導。
  - ✓ 請全聯會於研議運用107年度西醫基層總額非協商因素調整支付標準項目中，將提高假日開診誘因納入考量。
- 本署按上述會議之決議，持續定期函送全聯會各縣市及各鄉鎮市之假日開診率統計，洽請該會就開診率較低之地區瞭解原因及輔導。



## 民眾就醫可近性
### -住院病床等待與期望

- 是否容易排到病床：106年約79%的民眾表示容易。
- 是否與期望相符： 106年約83%的民眾期待相符。




註：回答人數，103年59人(占率5.1%)； 104年106人(占率5.2%)，105年72人(占率3.6%)，106年69人(占率6.75%)。



## 三 執行概況—效率面

- 西醫部門
- 中醫部門
- 牙醫部門



## 推動Tw-DRGs

- 執行情形

| 年 | | 98 | 99 | 100 | 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 經費(億元) | | 3 | 3 | 3 | 3.87 | 3.87 | 6.67 | 2.8 | 11.14 | 3 |
| 實際 | 導入階段 | | 1 | | | | 2 | | | |
| | 導入項目(項) | -- | 164 | -- | -- | -- | 237 | -- | -- | -- |
| 導入項目占DRG費用比 | | | 28.6% | | | | 7.6% | | | |
| 導入項目占住院費用比 | | | 16.7% | | | | 4.3% | | | |

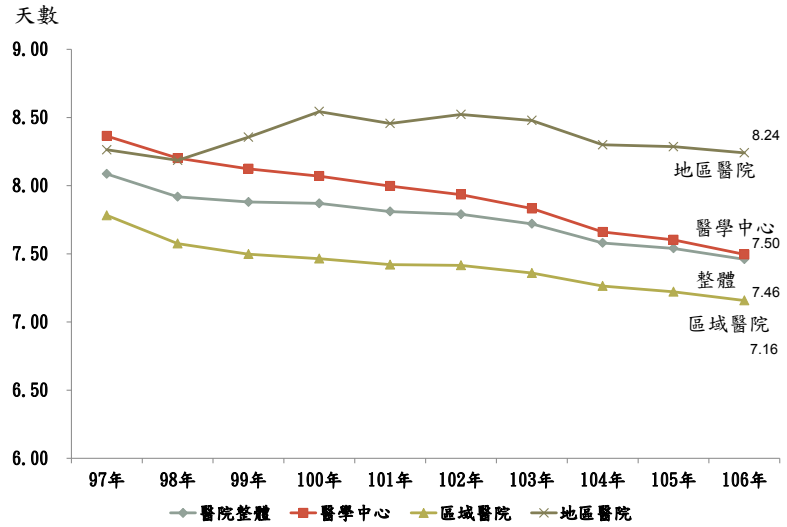
預計分5個階段導入，共1,062項。
1.100~102年因Tw-DRGs第2階段項目未導入，故預算未執行。
2.103年導入Tw-DRGs第2階段項目，併醫院總額一般服務費用結算3.87億元。
3.104年因 Tw-DRGs第3階段項目未導入，預算尚未執行。
4.105年因 Tw-DRGs第3-5階段項目未導入，預算尚未執行。
5.106年因 Tw-DRGs第3階段項目尚未導入，預算尚未執行。

# Tw-DRGs之成效

| 指標 \ 年度 | 已實施DRGs | | | 待實施DRGs | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 105 | 106 | 變化幅度 | 105 | 106 | 變化幅度 |
| 3日內再急診率 | 2.0% | 1.9% | ↓4.2% | 4.0% | 3.9% | ↓3.89% |
| 14日內再住院率 | 3.5% | 3.5% | ↓0.02% | 14.5% | 14.5% | ↑0.38% |
| 住院日數 | 3.95 | 3.96 | ↑0.1% | 12.68 | 12.34 | ↓2.70% |
| 轉院率 | 0.62% | 0.58% | ↓5.2% | 3.0% | 2.9% | ↓4.69% |
| 急性心肌梗塞出院後30內死亡率 | 10.18% | 9.88% | ↓3.0% | | | |

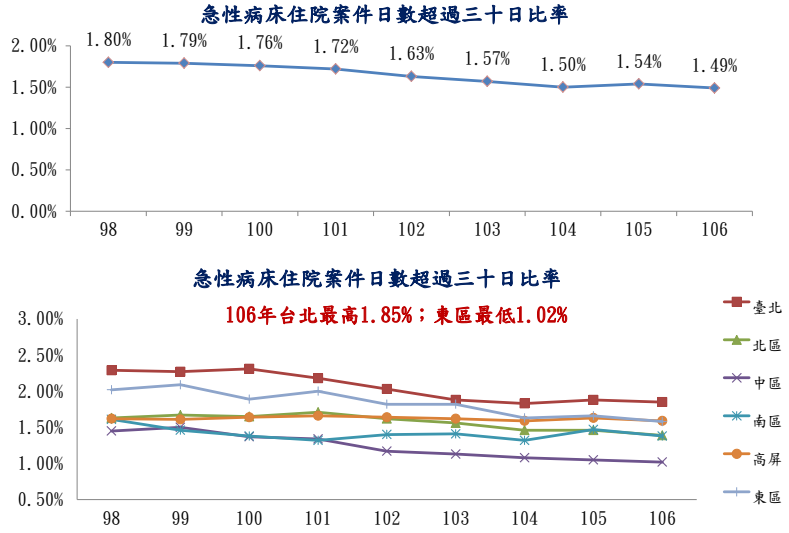
45

# 急性一般病床平均住院天數
## -健保監理指標




46

# 急性一般病床住院日數超過30天之比率-醫院總額




47

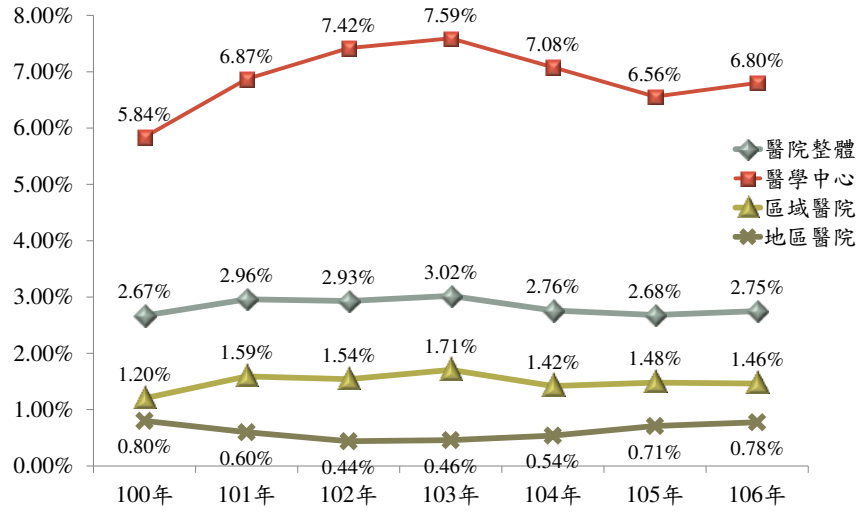
# 重症支付標準調整

- 預算來源：醫院總額醫療服務成本指數改變率預算60億元
- 106年10月1日起實施，計調整1716項診療項目

| 類別 | 調整項目 | 財務影響 |
|---|---|---|
| 共同項目 | 1. 調升ICU住院診察費計3項 | 15.97億點 |
| | 2. 調升麻醉項目點數計2項 | 2.38億點 |
| 內科 | 1. 調升急診診察費、第一天急診觀察床病房費與護理費、放寬急診診察費例假日加成時間 | 5.31億點 |
| | 2. 調升檢驗檢查、治療處置支付點數計17項 | 5.29億點 |
| 外科 | 1. 調整手術通則 | 0.67億點 |
| | 2. 手術項目全面列為提升兒童加成 | 1.37億點 |
| | 3. 調升手術項目支付點數計128項 | 13.46億點 |
| 婦產科 | 1. 調升高危險妊娠住院診察費 | 0.5億點 |
| | 2. 調升生產點數計11項 | 3.51億點 |
| | 3. 調升檢驗檢查、治療處置支付點數計10項 | 3.43億點 |
| 兒科 | 調升特定住院診察費、急診診察費兒童專科醫師加成 | 7.65億點 |
| | 合計 | 59.56億點 |

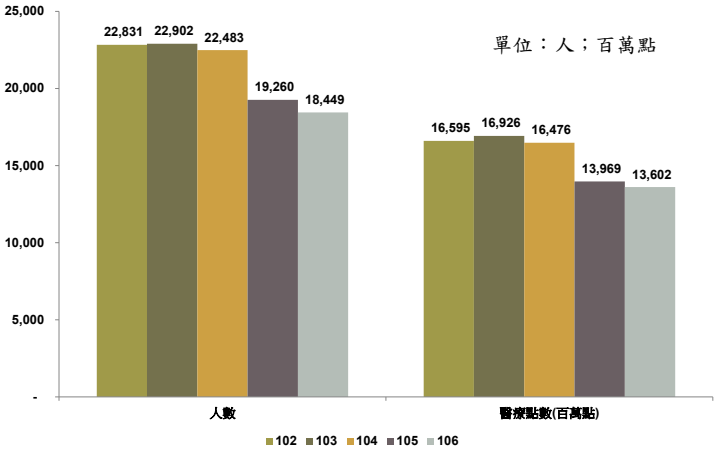
48

## 急診滯留超過24小時比率 -健保監理指標





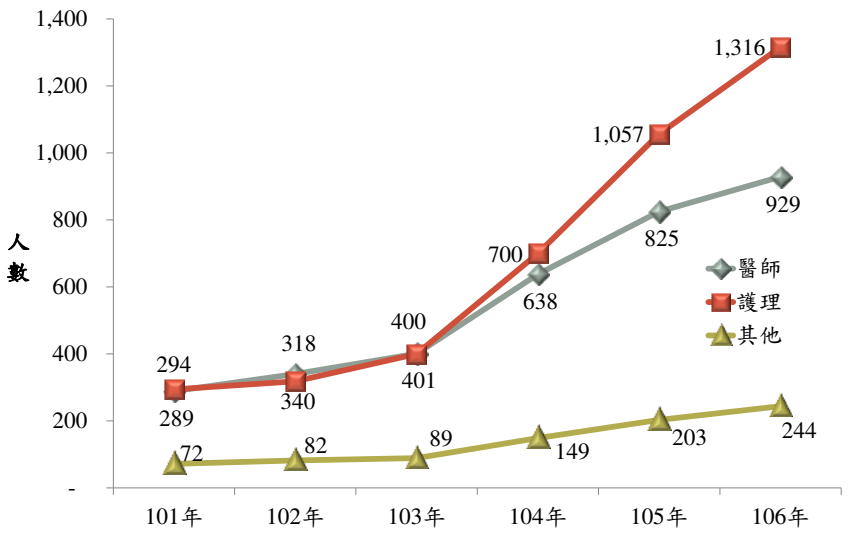

## 102-106年呼吸器依賴病人醫療利用




註：
1.資料來源：100-106年之重大傷病年報
2.105年因實施ICD-10-CM，呼吸器依賴病人診斷碼有所變動，另105年申報資料因仍在異動中，因此與過去數據有些差異。

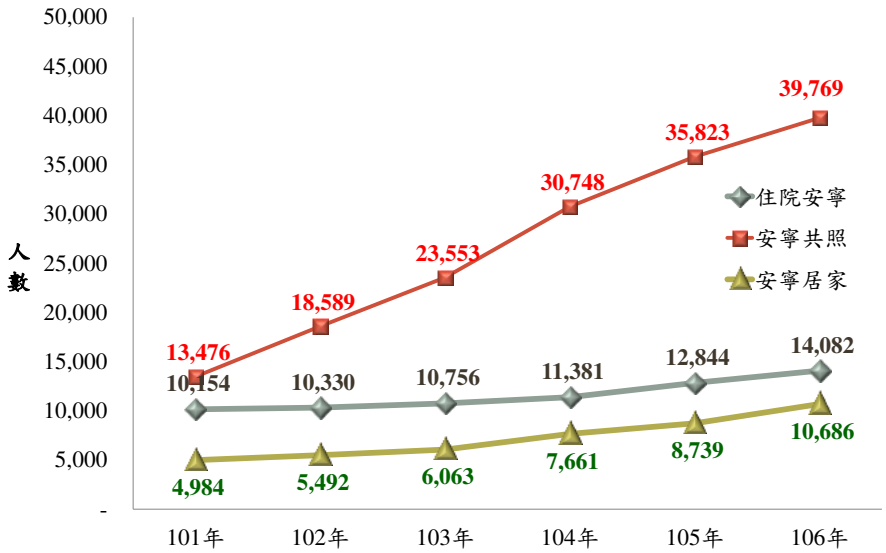


## 推廣安寧療護-供給面

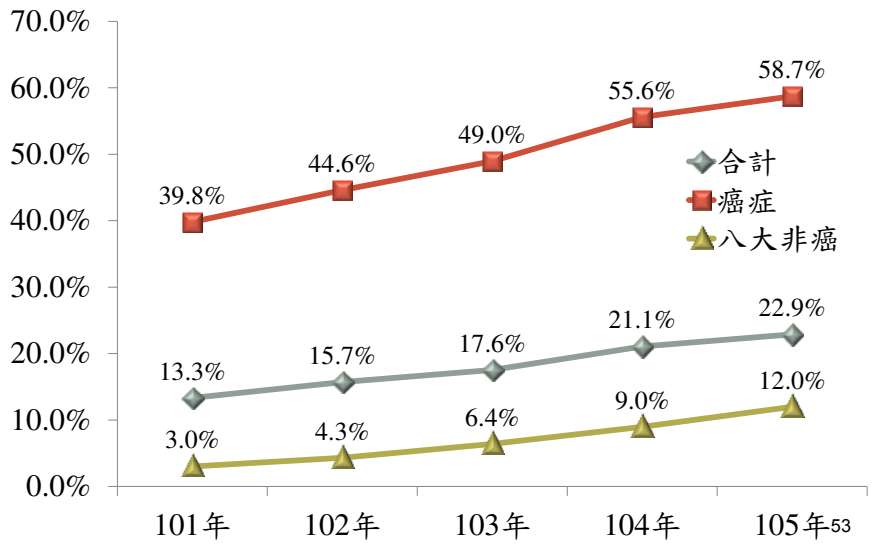





## 安寧療護之推動成效-服務人數



# 病患死亡前1年接受安寧療護之比率



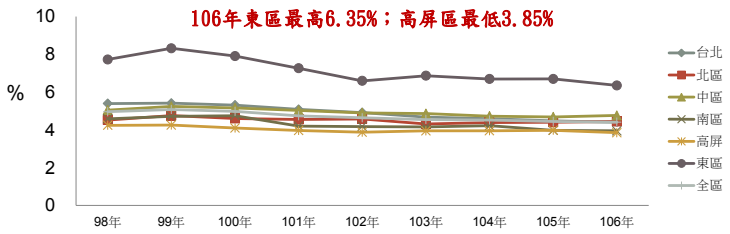



# 同院住院率

負向指標

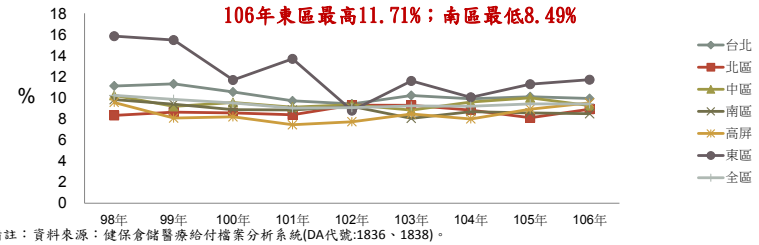
血液透析

106年東區最高6.35%；高屏區最低3.85%




腹膜透析

106年東區最高11.71%；南區最低8.49%




備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1836、1838)。
同院住院率=（追蹤期間同院勾稽住院次數）x100／(追蹤期間之總病人月數)
製表日期:107年6月11日

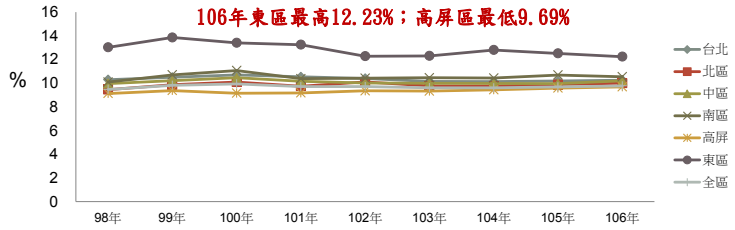


# 跨院住院率

負向指標

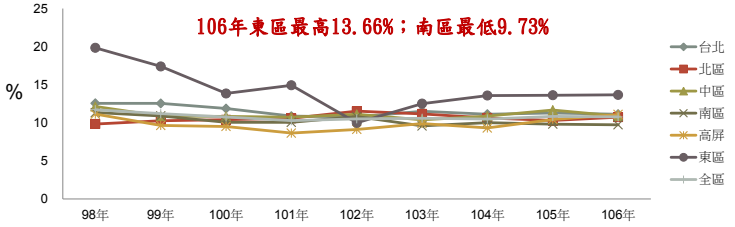
血液透析

106年東區最高12.23%；高屏區最低9.69%




腹膜透析

106年東區最高13.66%；南區最低9.73%

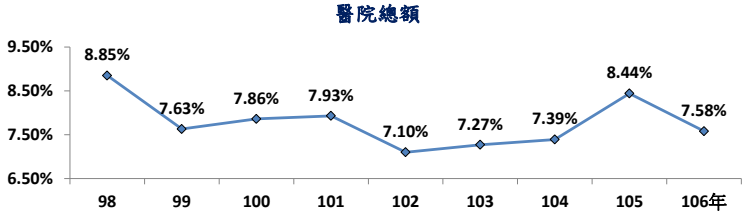



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1444、1446)。
跨院住院率=（追蹤期間跨院勾稽住院次數）x100／(追蹤期間之總病人月數)
製表日期:107年6月11日

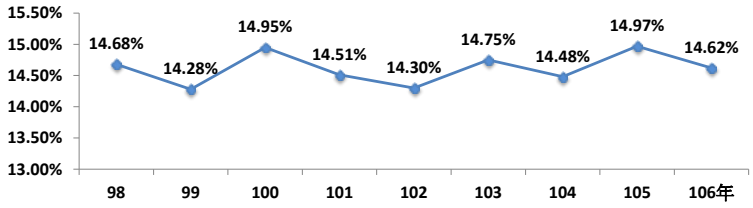


# 門診上呼吸道感染病人就診後未滿7日因同疾病再次就診率

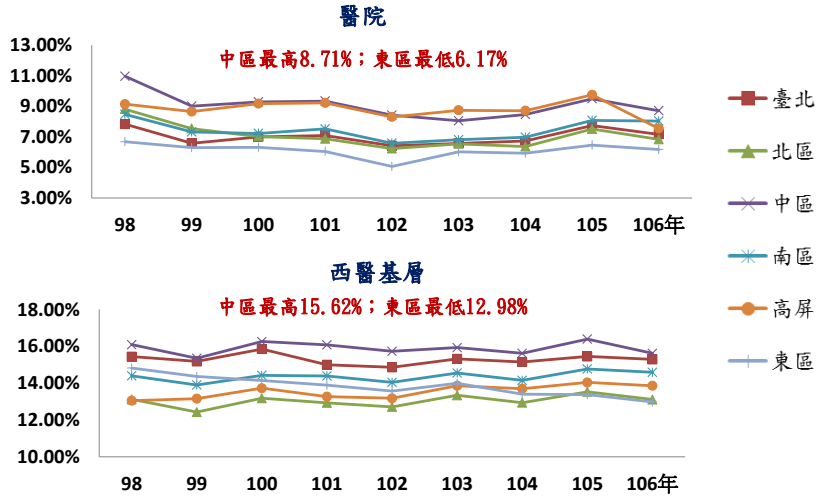
醫院總額




西醫基層



## 門診上呼吸道感染病人就診後未滿7日因同疾病再次就診率-各分區



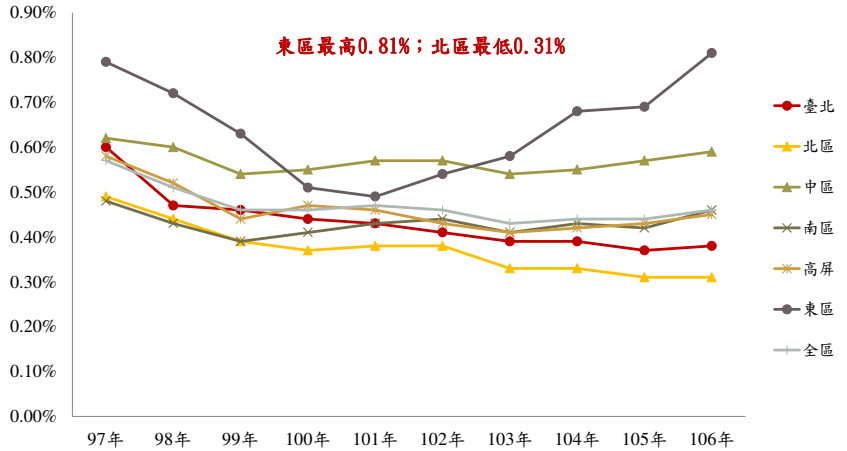



## 三 執行概況—效率面

- 西醫部門
- 中醫部門
- 牙醫部門

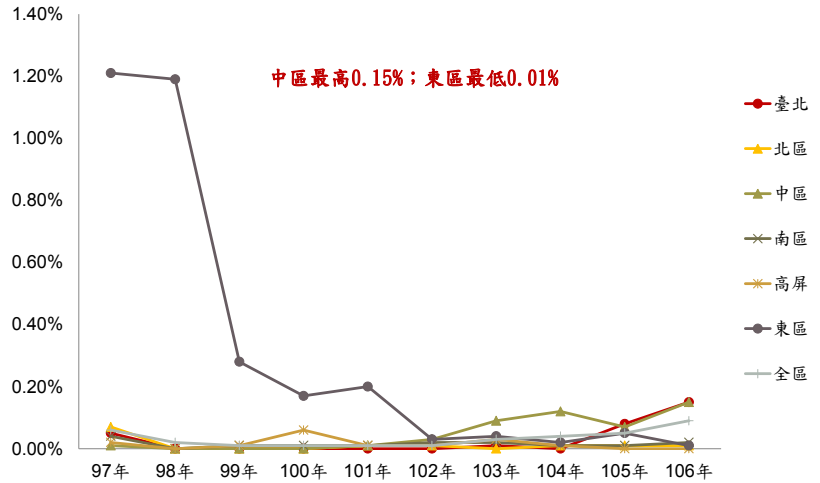


## 就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率

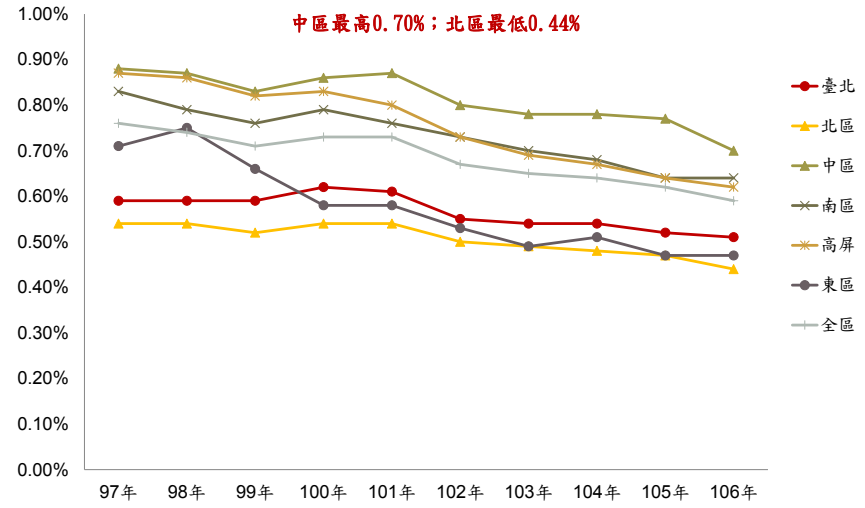





## 同院所針傷科處置次數每月大於15次之比率

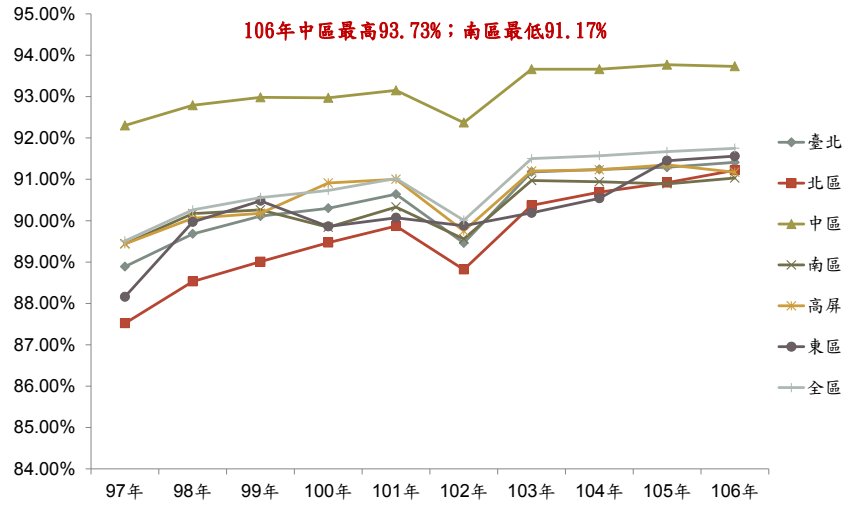


## 使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率



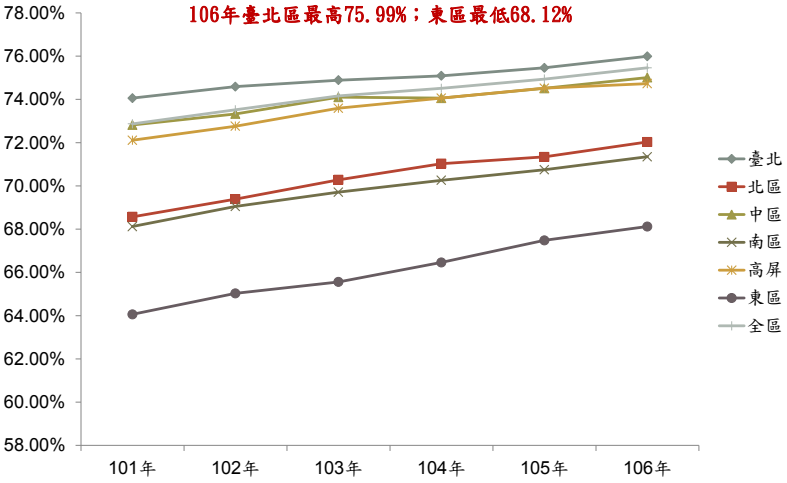

61

## 同院所九十日以內根管治療完成率



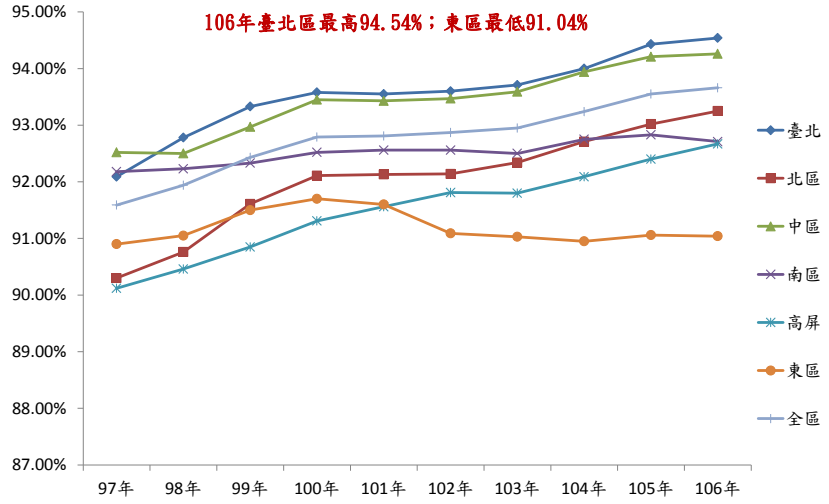

62

## 13歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率




63

## 保險對象牙齒填補保存率-二年以內




64

## 四 執行概況—效果面

- 品質公開辦理情形
- 品保款辦理情形
- 滿意度調查



## 全民健康保險醫療品質資訊公開網

## 目前醫療品質資訊公開項數

| 指標性質/項數 | 醫院總額 | 西醫基層 | 牙醫總額 | 中醫總額 | 透析總額 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. 整體性指標 | 33 | 25 | 13 | 6 | 28 | 105 |
| 2. 機構別指標 | 45 | 31 | 20 | 9 | 18 | 123 |
| 合計 | 78 | 56 | 33 | 15 | 46 | 228 |

機構別指標-疾病別

| 疾病別 | 糖尿病 | 人工膝關節手術 | 子宮肌瘤手術 | 消化性潰瘍 | 氣喘疾病 | 急性心肌梗塞 | 鼻竇炎 | 腦中風 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 項數 | 5 | 3 | 4 | 2 | 5 | 19 | 5 | 6 | 49 |



## 目前醫療品質資訊公開辦理情形

- 按季、按年公開各總額整體性醫療服務品質資訊，目前已公開至106年第4季季報及105年年報。
- 按季公開各醫療院所醫療服務品質資訊，目前已公開至106年第4季。
- 截至107年6月11日，專區上網瀏覽累積達786萬人次。

## 四 執行概況—效果面

- 品質公開辦理情形
- 品保款辦理情形
- 滿意度調查



## 醫院品保款之獎勵方式

### 105年

| | 基本獎勵 | 品質達標獎勵 | |
|---|---|---|---|
| 層級別 | 比例 | 比例 | 內容 |
| 醫學中心 | 30%→20% | 70%→80% | 15項指標，最高以8項指標計算。 |
| 區域醫院 | 30%→25% | 70%→75% | 17項指標，最高以8項指標計算。 |
| 地區醫院 | 70%→60% | 30%→40% | 22項指標，5科以上且病床數達200床者，最高以8項指標計算；其餘最高以5項指標計算。 |

### 106年

| 層級別 | 基本獎勵比例 | 品質達標獎勵比例 |
|---|---|---|
| 醫學中心 | 20%→15% | 80%→85% |
| 區域醫院 | 25%→20% | 75%→80% |
| 地區醫院 | 70%→60% | 30%→40% |



## 西醫基層品保款之獎勵方式

| 項次 | 指標項目 | 指標 | | 年度權重(%) | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 105年 | 106年 | 105年 | 106年 |
| 1 | 診所月平均門診申復核減率 | V | V | 20 | 20 |
| 2 | 診所之每位病人年平均就診次數 | V | V | 20 | 20 |
| 3 | 個案重複就診率 | V | V | 20 | 20 |
| 4 | 健保卡處方登錄差異率 | V | V | 20 | 20 |
| 5 | 門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 | V | V | 20 | 20 |
| 6 | 藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率 | V | V | 5 | 2 |
| 7 | 藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率 | V | V | 5 | 2 |
| 8 | 藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率 | V | V | 5 | 2 |
| 9 | 糖尿病病患醣化血色素(HBA1c)執行率 | - | V | - | 2 |
| 10 | 初期慢性腎臟病eGFR執行率 | - | V | - | 2 |
| 11 | 檢驗（查）結果上傳率 | - | V | - | 2 |
| | 權重合計 | | | 最高以100%計算 | 最高以100%計算 |

前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數大於80%，則依權重和由高至低排序，取前80%之診所核發品質保證保留款。



## 牙醫總額品質保證保留款實施方案

| 核發原則/核算基礎 | 指標項目 | 適用層級 | | 年度(權重) | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 醫院 | 基層 | 105 | 106 |
| 專業獎勵80% | 65歲(含)以上老人恆牙牙冠2年內自家再補率 | V | V | 20% | 20% |
| | 4歲以上自家乳牙545天再補率 | V | V | 20% | 20% |
| | 恆牙根管治療 | V | V | 20% | 20% |
| | 全口牙結石清除 | V | V | 20% | 20% |

| 核發原則/核算基礎 | 指標項目 | 適用層級 | | 年度(權重) | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 醫院 | 基層 | 105 | 106 |
| 政策獎勵20% | 牙周病額本計畫 | V | V | 5% | 5% |
| | 牙周病統合照護品質 | V | V | 5% | 5% |
| | 口腔癌篩檢 | V | - | 10% | 10% |
| | 每月完成門診時間網路登錄 | - | V | 5% | 3% |
| | 週日或國定假日有提供牙醫醫療服務 | - | V | - | 2% |
| | 月平均初核核減率 | - | V | 5% | 5% |

# 中醫總額品質保證保留款實施方案

| 核發原則/核算基礎 | 指標項目 | 年度(加減計權重%) | |
|---|---|---|---|
| | | 105年 | 106年 |
| 專業獎勵 | 同院所同患者同月就診8次以上超過90百分位 | -20% | -20% |
| | 同日重複就診率超過90百分位 | -10% | -10% |
| | 7日內處方用藥日數重複2日以上之比率超過90百分位 | -10% | -10% |

| 核發原則/核算基礎 | 指標項目 | 年度(加減計權重%) | |
|---|---|---|---|
| | | 105年 | 106年 |
| 政策獎勵 | 於中醫資源不足地區改善方案列示無中醫地區新開業 | +100% | +100% |
| | 從事教學研究且績效卓著之中醫院所 | +10% | +10% |
| | 鼓勵當年度周日開診超過30天(45天)者 | +10% (+20%) | +10% (+20%) |
| | 中醫師未依全聯會修滿繼續教育點數(每年20點) | 申報點數不列入核算基礎 | |
| | 參加即時查詢病患就醫資訊方案 | - | +5% |
| | 每月完成門診時間網路登錄 | - | +10% |

註.106年起各院所參與品保款之核算基礎為其申報費用之60%。



# 慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫

| 項　目 | 各透析院所病人監測值達成率 | | 105年配分 | 106年配分 |
|---|---|---|---|---|
| | 血液透析 | 腹膜透析 | | |
| 1.血清白蛋白(Albumin ≧3.5 gm/dl(BCG)或3.0gm/dl(BCP) | 受檢率≧95%且合格率≧75% | 受檢率≧95%且合格率≧70% | 每季5分 | 每季4分 |
| 2.URR ≧ 65% | 受檢率≧95%且合格率≧95% | | 每季5分 | 每季4分 |
| 3.Weekly Kt/V ≧ 1.7 | | 受檢率≧95%且合格率≧ 70% | | |
| 4.Hb > 8.5 g/dL | 受檢率≧95%且合格率≧90% | 受檢率≧95%且合格率≧ 80% | 每季5.5分 | 每季4分 |
| 5.鈣磷乘積小於60 $mg^2/dL^2$ | 受檢率≧95%且合格率≧80% | 受檢率≧95%且合格率≧75% | | 每半年8分 |
| 7.B型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率 | 受檢率≧90%且轉陽率≦3.5% | | 9分(年) | 8分(年) |
| 8.C型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率 | 受檢率≧90%且轉陽率≦3.5% | | 9分(年) | 8分(年) |
| 9.建立對新病人透析治療模式選擇之充分告知機制 | 100% | | 10分(年) | |
| 10.55歲以下透析病人移植登錄率 | 移植登錄率≧5% | | 10分(年) | |

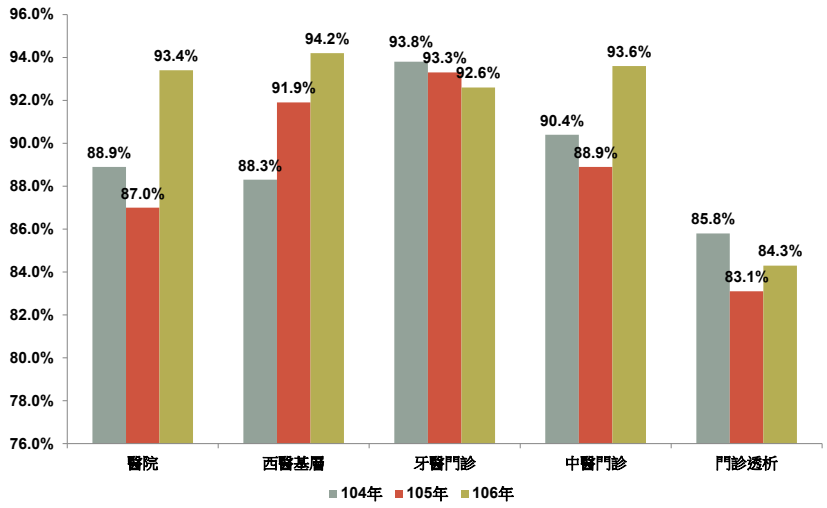


## 四 執行概況—效果面

- 品質公開辦理情形
- 品保款辦理情形
- 滿意度調查



# 滿意度調查-整體醫療結果




註：1.滿意程度=滿意+非常滿意
2.105年以前為「整體醫療品質滿意度」，106年改為「整體醫療結果滿意度」。

# 民眾申訴管道及處理

- **民眾申訴管道**

  包括民眾透過電話、電子郵件或書面等管道，向健保署檢舉申訴醫療院所疑似違規情事等。

- **106年民眾申訴情形**

  全年申訴件數為1,892件，以「其他醫療行政或違規事項」類423件最多，占23%，其次為「額外收費(自費抱怨）」計437件，占22%，第三為「其他」 計313件，占17%。

| 整體 | 件數 | 占率 |
|---|---|---|
| 其他醫療行政或違規事項 | 423 | 23% |
| 額外收費(自費抱怨) | 437 | 22% |
| 其他 | 313 | 17% |
| 小計 | 1892 | 100% |



# 民眾申訴管道及處理

106年民眾申訴及反映成案件數統計-前三名之項目

| 醫院 | 件數 | 占率 |
|---|---|---|
| 額外收費(自費抱怨) | 279 | 30% |
| 其他醫療行政或違規事項 | 182 | 19% |
| 其他 | 171 | 18% |
| 小計 | 941 | 100% |

| 西醫基層 | 件數 | 占率 |
|---|---|---|
| 其他醫療行政或違規事項 | 109 | 25% |
| 額外收費(自費抱怨) | 144 | 19% |
| 其他 | 93 | 16% |
| 小計 | 568 | 100% |

| 牙醫 | 件數 | 占率 |
|---|---|---|
| 其他醫療行政或違規事項 | 54 | 31% |
| 疑有虛報醫療費用 | 30 | 29% |
| 服務態度及醫療品質 | 59 | 16% |
| 小計 | 188 | 100% |

| 中醫 | 件數 | 占率 |
|---|---|---|
| 其他醫療行政或違規事項 | 18 | 28% |
| 額外收費(自費抱怨) | 10 | 23% |
| 疑有虛報醫療費用 | 22 | 13% |
| 小計 | 79 | 100% |

| 其他 | 件數 | 占率 |
|---|---|---|
| 藥品及處方箋 | 13 | 28% |
| 其他 | 33 | 23% |
| 疑有虛報醫療費用 | 27 | 11% |
| 小計 | 117 | 100% |



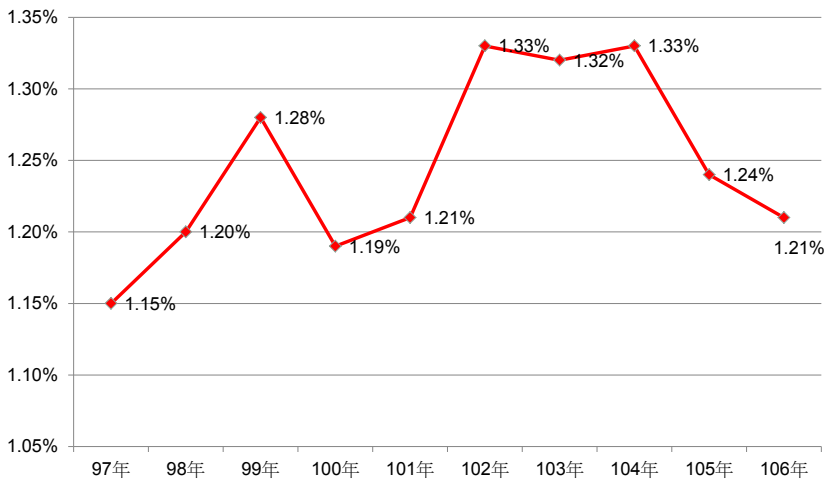
## 五 執行概況—安全性

死亡率、感染率

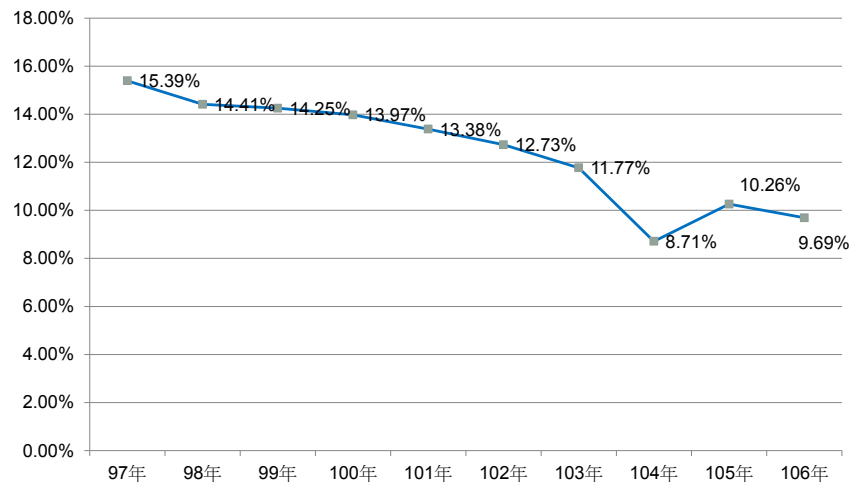
健保雲端查詢、健康存摺



# 手術傷口感染率-健保監理指標



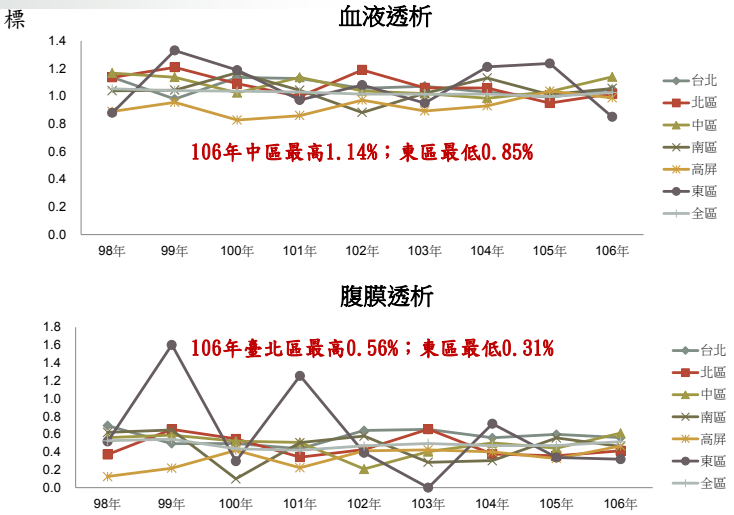
# 急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)
## -健保監理指標




81

# 透析時間<1年之死亡率

負向指標

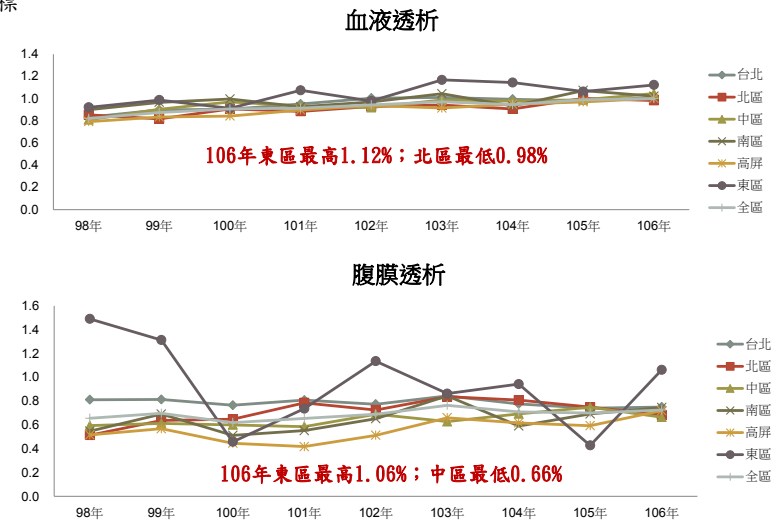



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1450、1452)。
透析時間<1年之死亡率=（追蹤期間透析時間<1年之死亡個案數）x 100／(追蹤期間透析時間<1年之總病人月數) 製表日期:107年6月11日。

82

# 透析時間≧1年之死亡率

負向指標




備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1456、1458)。
透析時間≧1年之死亡率=（追蹤期間透析時間≧1年之死亡個案數）x 100／(追蹤期間透析時間≧1年之總病人月數) 製表日期:107年6月11日。

83

# 護理人力之現況與改善情形

## 各層級醫院淨增加護理人員數(單位：人)

| 年度／類別 | 99 | 100 | 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 | 99~106年累計增加 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 淨增加總數 | 1184 | 1709 | 1069 | 2243 | 1317 | 1423 | 2217 | 2250 | 13,412 |
| 醫學中心 | 222 | 674 | 640 | 932 | 682 | 473 | 1063 | 955 | 5,641 |
| 區域醫院 | 908 | 769 | 342 | 1071 | 609 | 937 | 926 | 994 | 6,556 |
| 地區醫院 | 29 | 229 | 145 | 235 | 54 | -2 | 225 | 261 | 1,176 |
| 精神專科 | 25 | 37 | -52 | 13 | -31 | 24 | 1 | 13 | 30 |
| 慢性醫院 | - | - | -6 | -8 | 3 | -9 | 2 | 27 | 9 |

- 扣除新成立院所及原醫院床位增加所增加之護理人員，106年醫院共計淨增加2,250人。

84

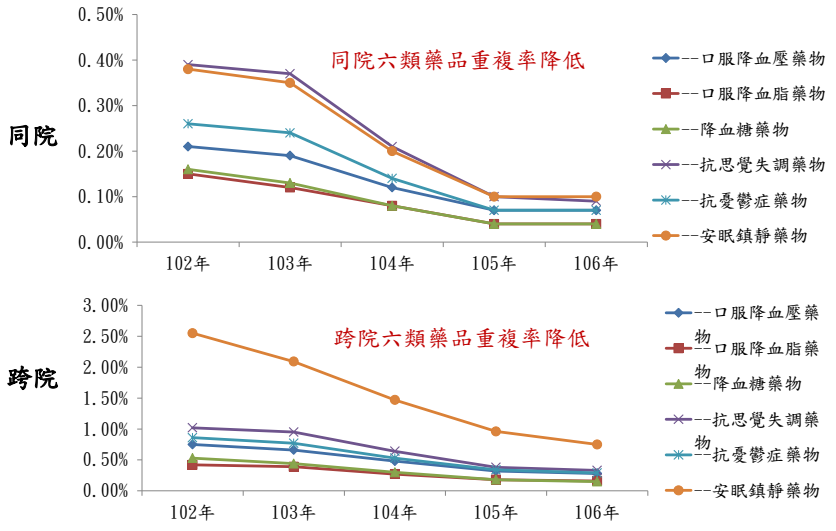
# 護理人力之現況與改善情形

各層級醫院
全日平均護病比
達特定加成率
概況

| 層級別 | 護病比加成率 104/1-106/4 | 護病比加成率 106/5迄今 | 護病比範圍 | 104年 月次 | 104年 占率 | 105年 月次 | 105年 占率 | 106年 月次 | 106年 占率 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 醫學中心 | 總計 | | | 312 | | 312 | | 312 | |
| | | 14% | < 7.0 | | | | | 43 | 14% |
| | 11% | 12% | 7.0-7.4 | 159 | 51% | 208 | 67% | 78 | 25% |
| | | 9% | 7.5-7.9 | | | | | 139 | 45% |
| | 10% | 6% | 8.0-8.4 | 94 | 30% | 84 | 27% | 48 | 15% |
| | 9% | 3% | 8.5-8.9 | 31 | 10% | 19 | 6% | 4 | 1% |
| | 無加成 | | > 8.9 | 28 | 9% | 1 | 0% | 0 | 0% |
| 區域醫院 | 總計 | | | 1,081 | | 1,074 | | 1,068 | |
| | | 14% | < 10.0 | | | | | 659 | 62% |
| | 11% | 12% | 10.0-10.4 | 917 | 85% | 912 | 85% | 178 | 17% |
| | | 9% | 10.5-10.9 | | | | | 109 | 10% |
| | 10% | 6% | 11.0-11.4 | 63 | 6% | 75 | 7% | 59 | 6% |
| | 9% | 3% | 11.5-11.9 | 44 | 4% | 45 | 4% | 49 | 5% |
| | 無加成 | | > 11.9 | 56 | 5% | 41 | 4% | 14 | 1% |
| | 未填或護病比為0 | | | | | 1 | 0% | 0 | 0% |
| 地區醫院 | 總計 | | | 4,200 | | 4,215 | | 4,162 | |
| | | 14% | < 13.0 | | | | | 3,697 | 89% |
| | 11% | 12% | 13.0-13.4 | 3,823 | 88% | 3,830 | 91% | 88 | 2% |
| | | 9% | 13.5-13.9 | | | | | 54 | 1% |
| | 10% | 6% | 14.0-14.4 | 65 | 1% | 41 | 1% | 39 | 1% |
| | 9% | 3% | 14.5-14.9 | 50 | 1% | 71 | 2% | 37 | 1% |
| | 無加成 | | > 14.9 | 39 | 1% | 17 | 0% | 26 | 1% |
| | 未填或護病比為0 | | | 367 | 8% | 256 | 6% | 221 | 5% |

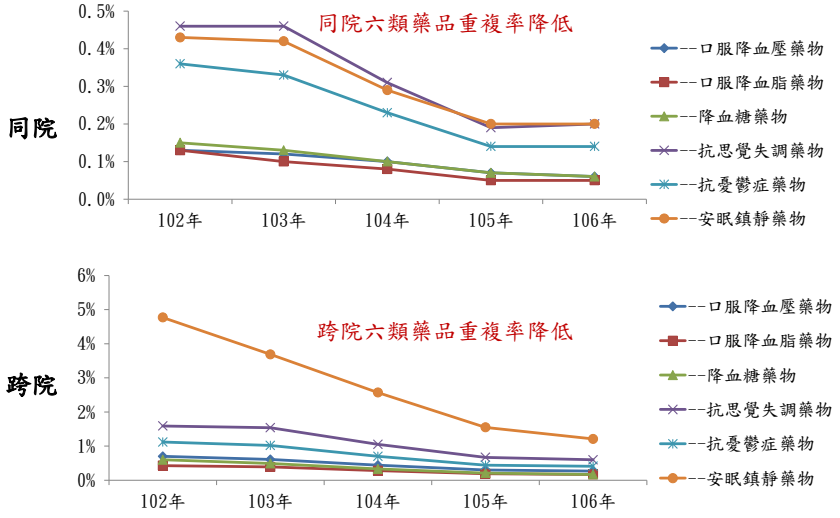
85

# 同藥理用藥日數重複率-醫院總額




86

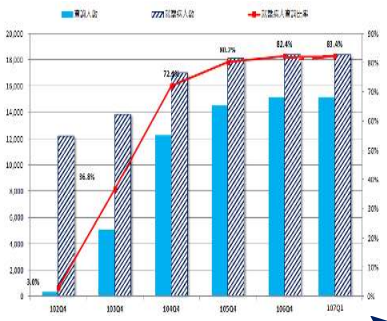
# 同藥理用藥日數重複率-西醫基層




87

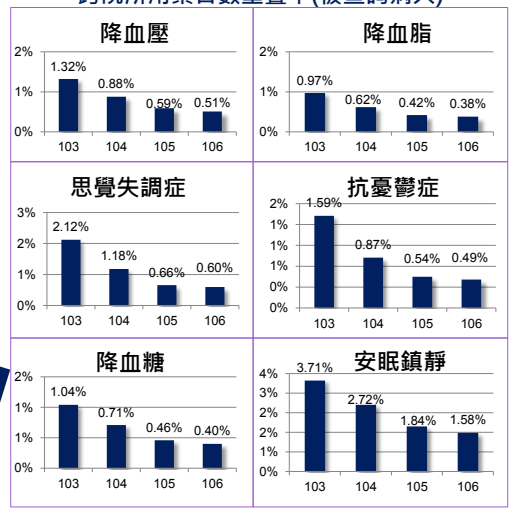
# 健保雲端查詢執行成效-1

病人數查詢比率逐季成長至83.4%



被查詢病人六類用藥之
跨院所用藥日數重疊率逐年降低

跨院所用藥日數重疊率(被查詢病人)



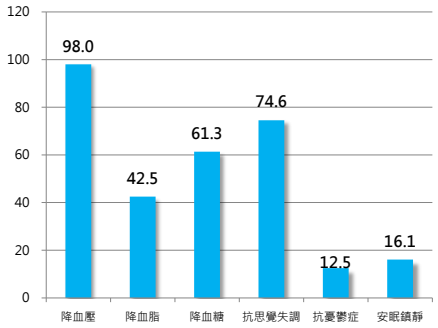

資料來源：資料倉儲醫療服務分析之雲端藥歷查詢之管理指標(DA1488、DA1500、DA1512、DA1524、DA1536、DA1548)

88

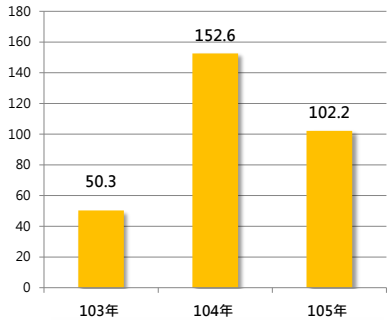
# 健保雲端查詢執行成效-2

被查詢病人六類藥品，依用藥日數重疊率下降推估之節省經費

單位：百萬元




六類藥品103-105年節省總經費




六類藥品103-105年節省經費

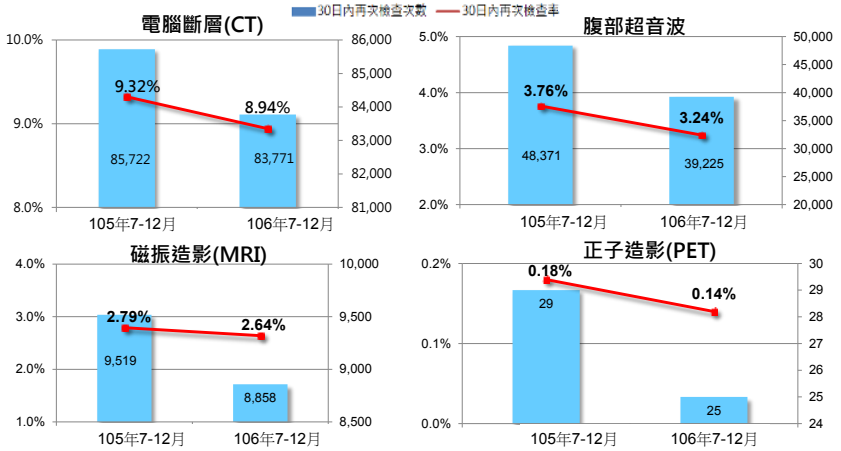
**六類藥品三年推估共節省約3億元**

資料來源：資料倉儲醫療服務分析之雲端藥歷查詢之管理指標(DA1488、DA1500、DA1512、DA1524、DA1536、DA1548)



# 健保雲端查詢執行成效-3

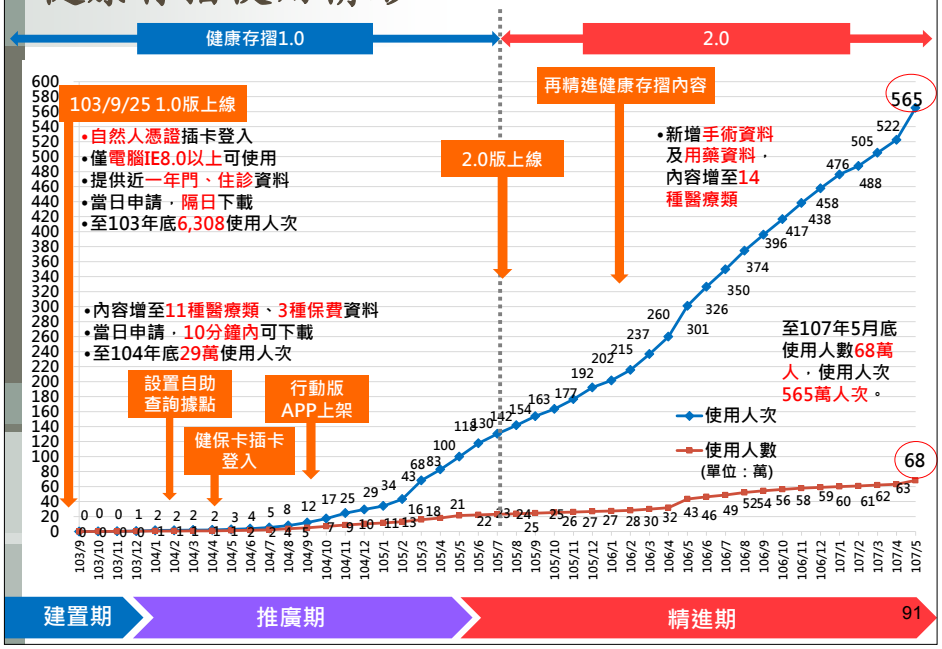
106年7-12月CT、MRI、腹部超音波30日內再檢查次數及比率分析




1.資料來源：DA系統(指標2426、2435、2444、2453)_健保醫療資訊雲端查詢系統檢查檢驗結果頁籤效益評估報表
2.統計期間：105/07/01 - 106/12/31
3.列入計算醫令代碼：CT檢查(33070B、33071B、33072B)；MRI檢查(33084B、33085B)；PET檢查(26072B)腹部超音波檢查(19001C、19009C)
4.分子(跨院)：當季分母案件中以同病患ID住前勾稽30日內全國門住診有申報CT、MRI、PET、腹部超音波執行之案件， 有勾稽到之分母案件列為分子(0<=前後次日期相減<=30)



# 健康存摺使用情形

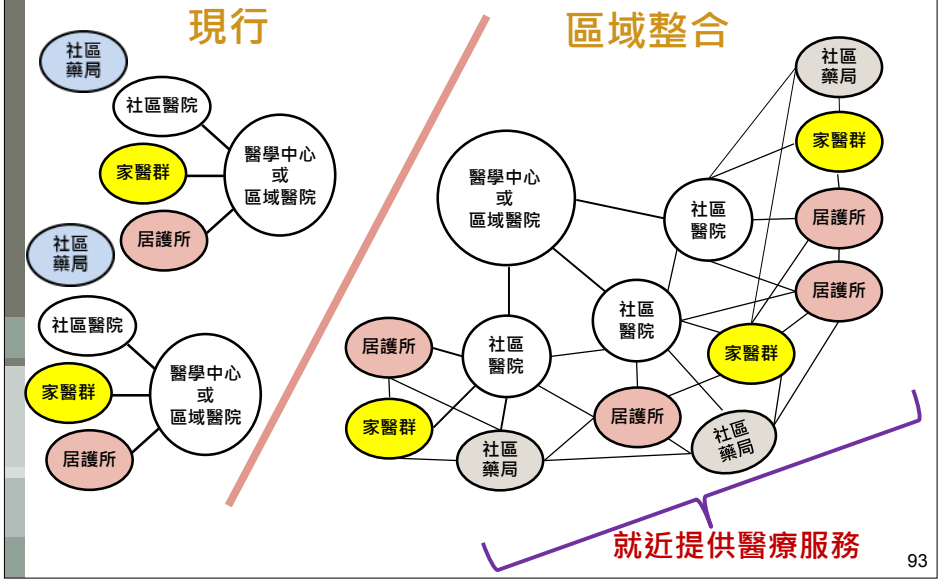





## 六 執行概況—以病人為中心

各整合方案

## 社區化整合照護模式

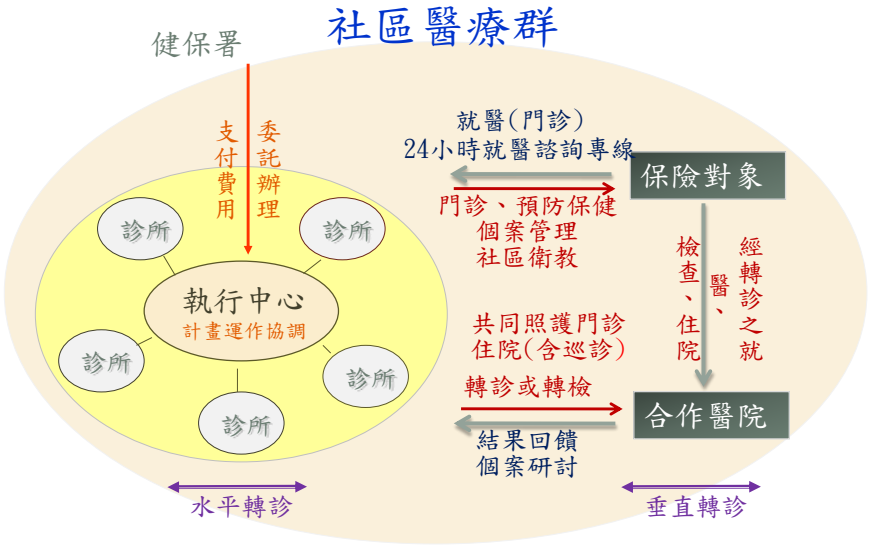



93

## 整合照護計畫

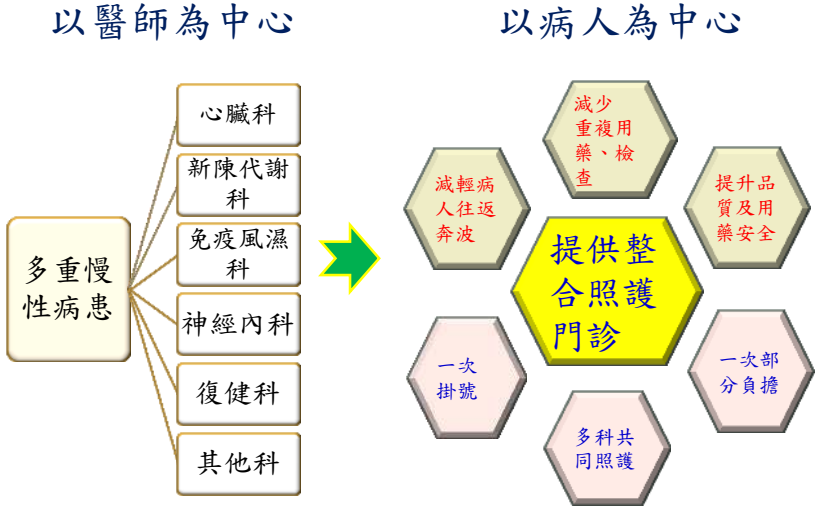
94

## 家醫群照護模式




95

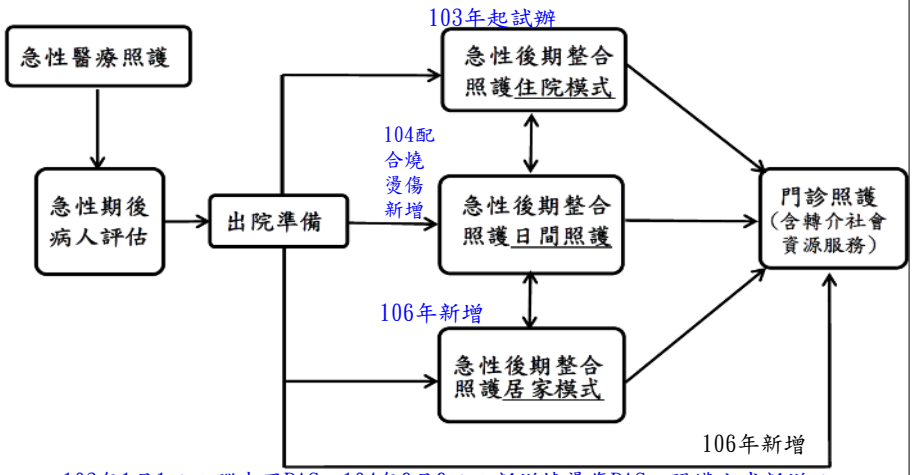
## 醫院門診整合模式




96

96

# 急性後期照護模式及內容




- 103年1月1日：腦中風PAC、104年9月9日：新增燒燙傷PAC，照護方式新增日間照護模式。106年7月1日：新增創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭及衰弱高齡病患等4類疾病，照護方式新增居家照護模式。

97

# 居家醫療照護整合計畫

- 105年2月15日公告實施
- 整合多項居家照護，提供連續性醫療照護。

| 整合前4服務項目 | 整合後3照護階段 |
|---|---|
| 104年居家醫療試辦計畫 | 居家醫療 |
| 一般居家照護 | 重度居家醫療 |
| 呼吸居家照護 | |
| 安寧居家療護 | 安寧療護 |

擴大照護對象

改善不同類型居家醫療片段式的服務模式

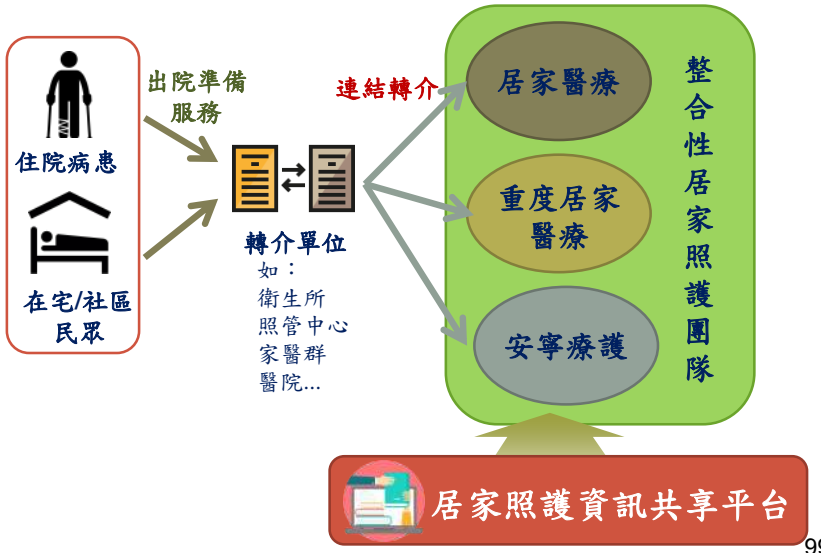
服務特色

促進社區內團隊合作：醫事人員間、院所間

強化個案管理機制

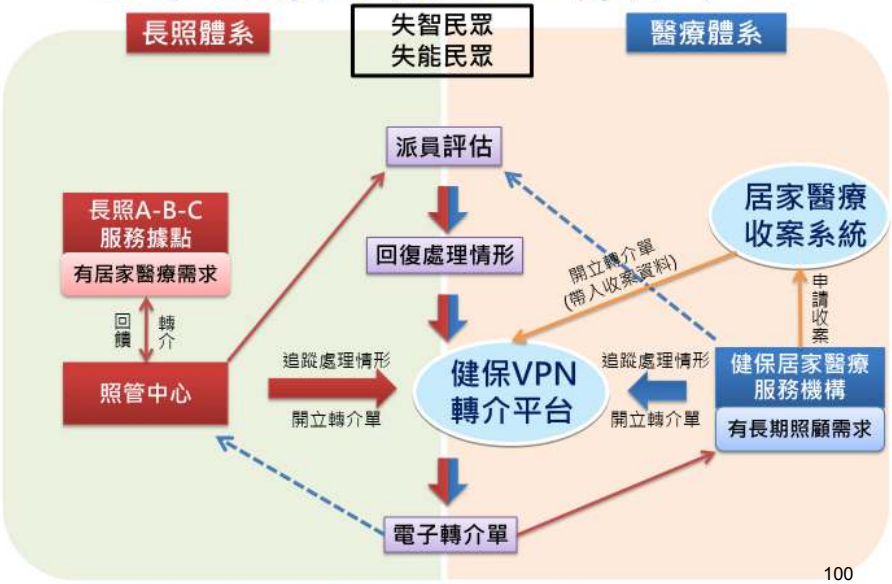
98

# 居家照護服務模式




99

# 居家醫療與長照2.0轉介平台

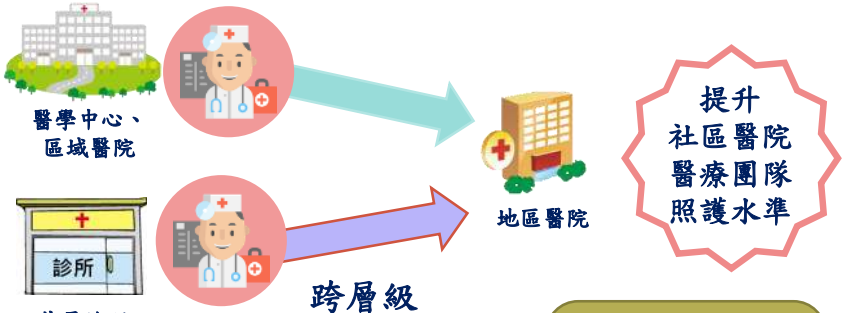



100

備註：--> 醫療轉介長照流程；→ 長照轉介醫療流程；→ 連結居家

# 跨層級醫院合作計畫

**鼓勵醫院跨層級合作，建置區域性醫療支援系統。**




■不適用對象：
- 同體系醫院間(含委託經營)之支援。
- 已參加衛生福利部或健保署有相似性質補助者。



# 修訂全民健康保險轉診實施辦法

| | |
|---|---|
| 落實雙向轉診 | ・保險對象經轉診治療後，其病情已無需在接受轉診院所繼續接受治療，應建議轉回原診療或其他適當之院所，接受後續追蹤治療。 |
| 保留轉診優先看診名額 | ・特約院所應設置適當之設施及人員，為需要轉診之保險對象提供適當就醫安排，並保留一定優先名額予轉診之病人。 |
| 明訂轉診單效期 | ・特約院所對符合需要轉診之保險對象，應開立轉診單，轉診單有效期間，自開立之日起算，至多九十日。 |
| 放寬視同轉診範圍 | ・持轉診單就醫後，經醫師認定需繼續門診診療者，自轉診就醫之日起一個月內未逾四次之回診，視同轉診。 |
| 建議採用電子轉診 | ・明列各項轉診單應記載之內容，建議特約院所使用健保署建立之電子轉診平台傳送轉診單。 |

註：修正發布自106年4月15日上路

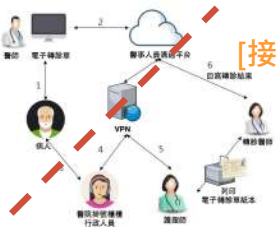


# 建置電子轉診資訊平台

**總體目標**

- ▸建置電子轉診平台，讓接受轉診的**醫師了解病人的病情**，看診結果也可回復給原醫師，加強雙向溝通。
- ▸透過「即時查詢方案」及「家醫計畫指標」，鼓勵院所使用轉診平台。
- ▸促進垂直整合，推動**落實雙向轉診**。

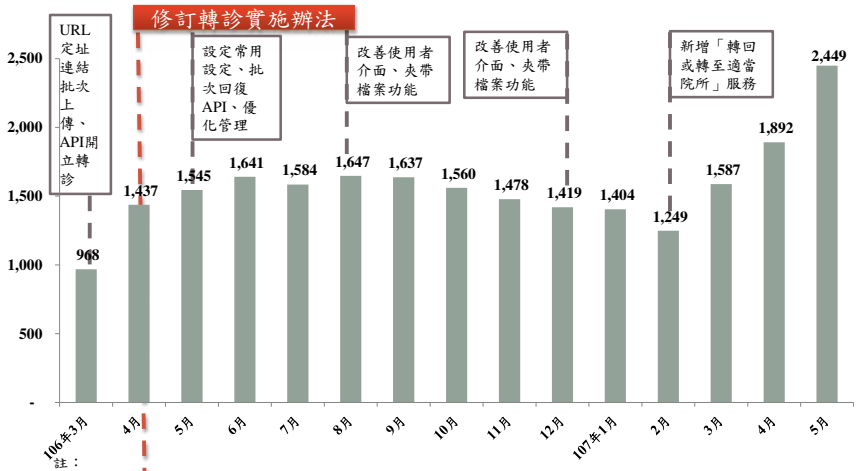
[轉出]



[接受轉診]

# 電子轉診平台每月轉診院所數

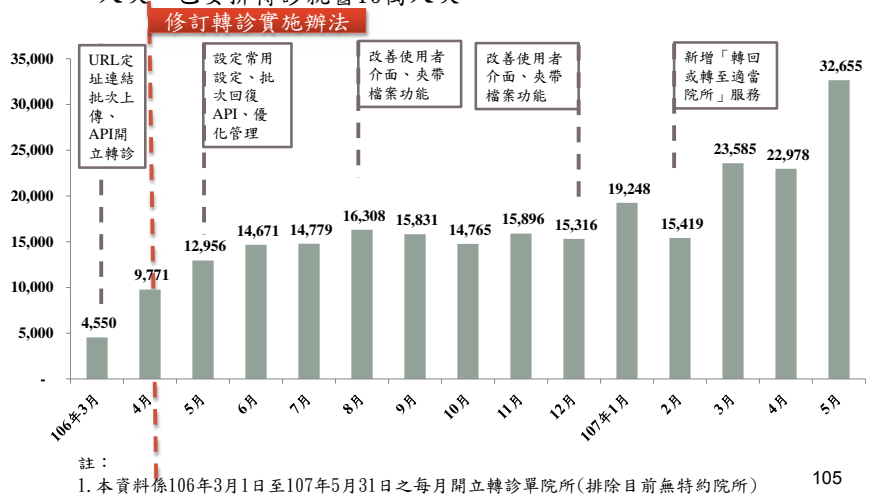
本平台自106年3月1日至107年5月底，計有4,305家院所使用。




註：
1. 本資料係106年3月1日至107年5月31日之每月開立轉診單院所(排除目前無特約院所)
2. 本平台自106年3月1日至今已經改版超過12次。包含API共同傳輸平台及轉回或轉至適當院所等功能

# 電子轉診平台每月轉診件數

本平台自106年3月1日建置，截至107年5月底，累計共轉診約25萬人次，已安排轉診就醫19萬人次。




註：
1. 本資料係106年3月1日至107年5月31日之每月開立轉診單院所(排除目前無特約院所)
2. 本平台自106年3月1日至今已經改版超過12次。包含API共同傳輸平台及轉回或轉至適當院所等功能

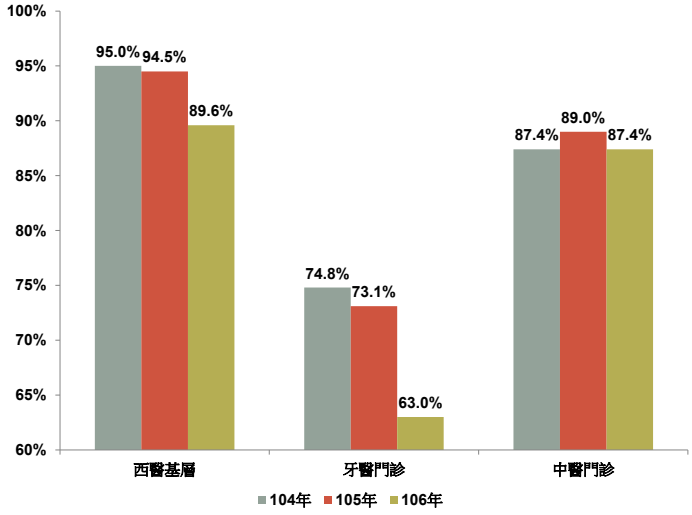


## 七 執行概況—公平面

- 可近性
- 弱勢族群保障
- 偏鄉照護計畫



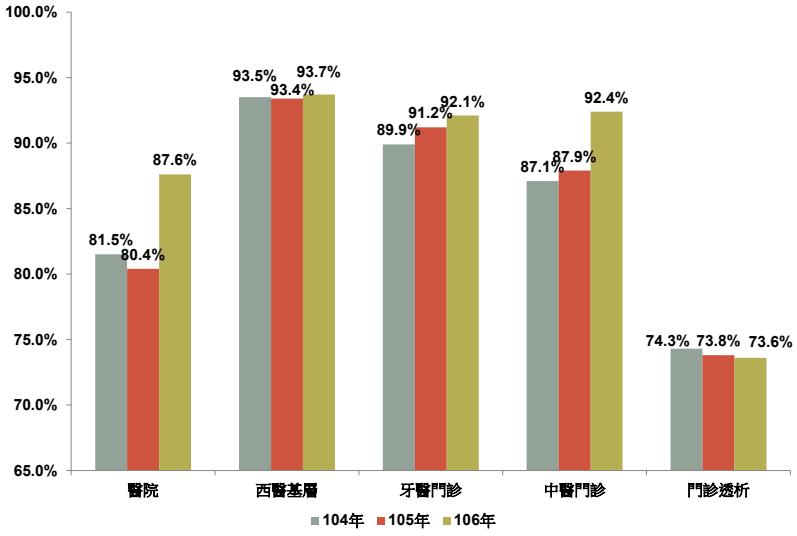
# 滿意度調查-預約醫師容易程度



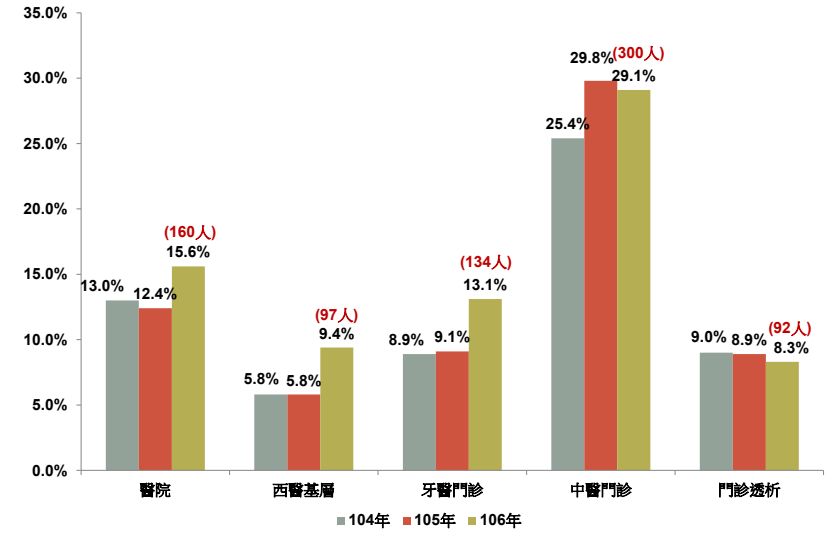

註.本表呈現數據為容易+非常容易，門診透析與醫院部門無本題項



# 滿意度調查-就醫院交通便利性



## 滿意度調查-被要求自費比率




註：106年各總額部門滿意度調查之( )內數據，表示除掛號費和部分負擔外，自付其他費用之人數



## 自費資訊公開

- **自費醫材比價網**
  - ✓ 為使自付差價或健保尚無法納入給付之自費醫材透明化，並使民眾方便查詢及比較各醫療院所的收費，縮短醫療院所間相同醫材收費之差異，自103年6月10日起，民眾可透過健保署全球資訊網，進入「自費醫材比價網」查詢比價，並了解其替代品項。
  - ✓ 醫療院所須登錄自費醫材品項價格，以供民眾參考。
  - ✓ 每週二更新資料，累計瀏覽人數約79.4萬人
  - ✓ 自104年1月增列漲價名單及各院所使用自付差額人次比率，以供民眾參考。



## 七 執行概況—公平面

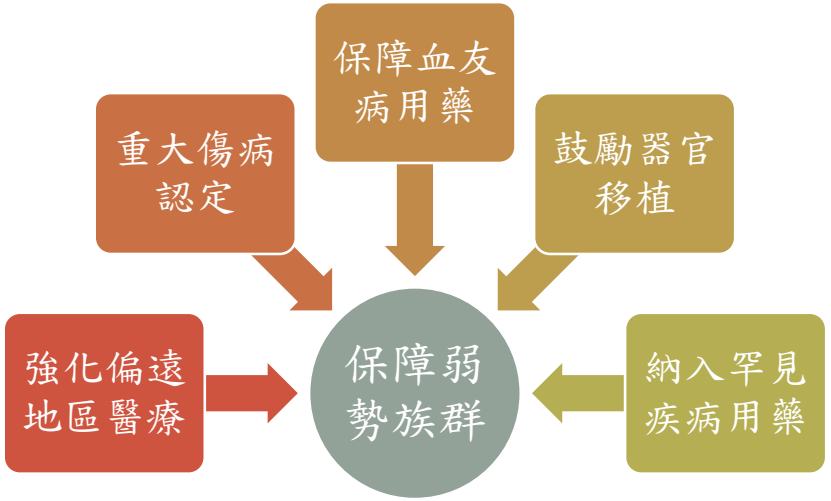
可近性

弱勢族群保障

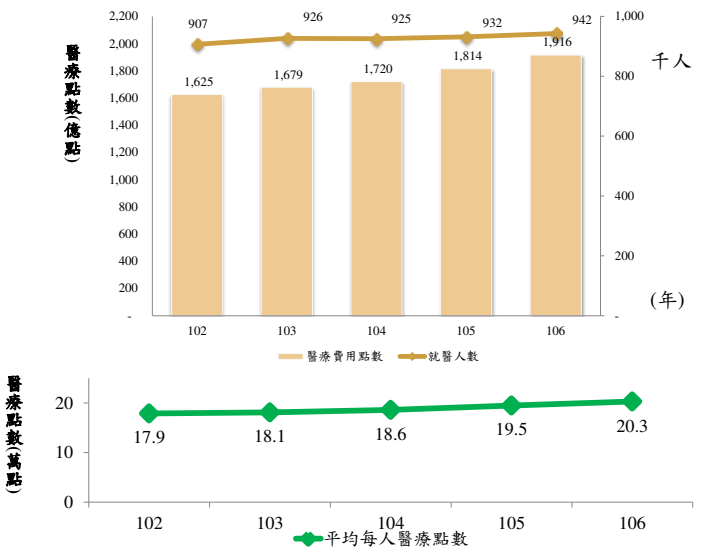
偏鄉照護計畫



## 保障弱勢族群醫療權益

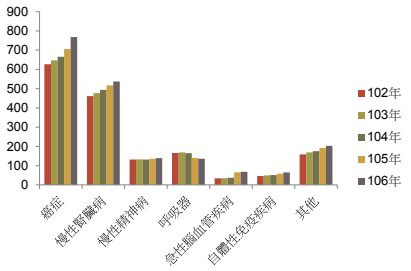


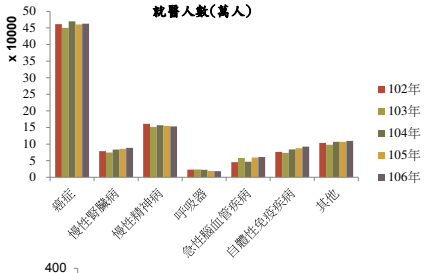
# 102-106年重大傷病費用支出

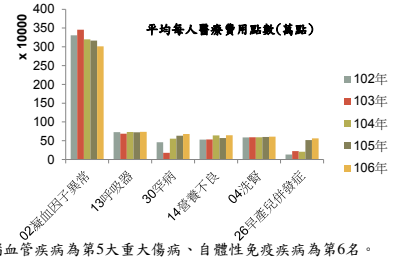





# 重大傷病就醫疾病概況



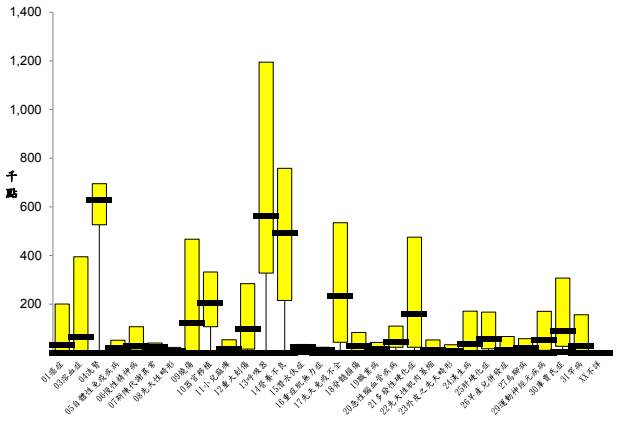

102年至106年前6大重大傷病醫療點數占所有重大傷病醫療點數之89.41%~90.25%。

註
1. :101-104年自體性免疫疾病第5名之重大傷病；105-106年為急性腦血管疾病為第5大重大傷病、自體性免疫疾病為第6名。
2. 營養不良為因腸道大量切除或失去功能，或其他慢性疾病引起嚴重營養不良者，給予全靜脈營養已超過30天，口攝飲食仍無法提供足量營養者。



# 106年各類重大傷病-每人醫療點數

| 類別 | 01感染 | 03惡血症 | 04洗腎 | 05自體性免疫疾病 | 06器官移植 | 07新陳代謝異常 | 08先天性畸形 | 09癌症 | 10腎臟移植 | 11小兒麻痺 | 12重大創傷 | 13中風 | 14營養不良 | 15慢性肝炎 | 16重症肌無力症 | 17先天免疫不全 | 18帕金森氏病 | 19癲痲病 | 20急性腦血管疾病 | 21多發性硬化症 | 22先天性肌肉萎縮 | 23外皮之先天畸形 | 24唇裂 | 25肝硬化 | 26早產兒併發症 | 27烏腳病 | 28先天性心臟病 | 29重型地中海貧血症 | 30尿毒症 | 31平病 | XX不詳 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 最大值(千點) | 14,634 | 14,196 | 14,706 | 8,749 | 6,657 | 23,464 | 8,475 | 8,723 | 13,887 | 2,560 | 4,143 | 38,307 | 4,062 | 148 | 2,724 | 2,754 | 1,485 | 2,652 | 14,258 | 1,995 | 1,767 | 1,293 | 519 | 5,139 | 18,646 | 774 | 1,449 | 1,328 | 45,094 | 1,428 |

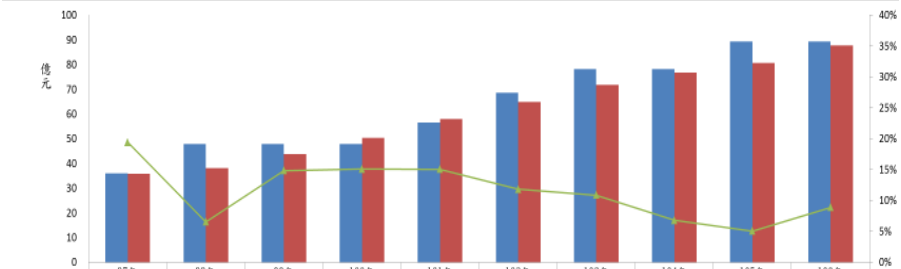





# 罕病與血友病藥費專款支出情形

- 罕病與血友病藥費自94年起協定以專款專用方式支應。
- 本項專款支出，94年為25億元，因罕病與血友病人數增加，至106年支出為89.4億元，而藥費成長率在本署監控下，近五年成長率逐年緩降。

成長率




| | 97年 | 98年 | 99年 | 100年 | 101年 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 預算(億) | 36.0 | 47.8 | 47.8 | 47.8 | 56.5 | 68.6 | 78.2 | 78.2 | 89.4 | 89.4 |
| 費用支出(億) | 35.8 | 38.1 | 43.8 | 50.4 | 58.0 | 64.8 | 71.9 | 76.7 | 80.6 | 87.8 |
| 成長率 (%) | 19.4% | 6.6% | 14.9% | 15.1% | 15.0% | 11.8% | 10.9% | 6.8% | 5.1% | 8.9% |

註:1.95年前本項專款包含愛滋藥費。.

# 鼓勵器官移植並確保術後追蹤

| 項目 \ 年 | | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 預算數 | 值(億元) | 36.7 | 39.7 | 39.7 | 41.6 | 42.2 |
| | 成長率 | 5.4% | 8.2% | 0% | 4.8% | 1.34% |
| 預算執行數 | 值(億元) | 32.3 | 36.1 | 37.0 | 39.0 | 41.92 |
| | 成長率 | 3.0% | 11.7% | 2.5% | 5.5% | 7.49% |
| 預算執行率(%) | | 88% | 91% | 93% | 94% | 99% |
| **整體支出情形** | | | | | | |
| 移植人數 | 值(人) | 1,456 | 1,590 | 1,591 | 1,657 | 1,726 |
| | 成長率 | 2.2% | 9.2% | 0.06% | 4.1% | 4.2% |
| 移植費用 | 值(億元) | 14.3 | 16.7 | 16.7 | 17.2 | 18.8 |
| | 成長率 | 4.4% | 16.2% | 0.2% | 3.0% | 9.3% |
| 抗排斥藥費 | 值(億元) | 17.9 | 19.4 | 20.3 | 21.9 | 23.2 |
| | 成長率 | 8.6% | 8.1% | 4.4% | 7.9% | 6.0% |

**本專款，主要支應心臟、肺臟、肝臟、腎臟、胰臟及骨髓等6項移植手術個案，其當次住診費用及術後門住診追蹤之抗排斥藥費。**

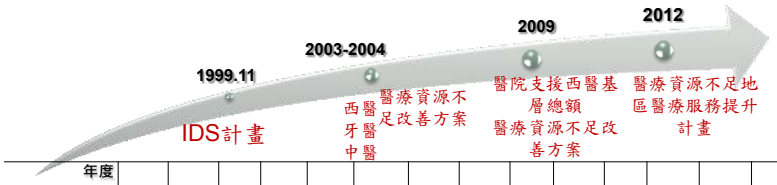


# 現行健保偏鄉醫療照護措施

註：
1.中醫地區預算分配提撥1%作為偏鄉院所保障點值每點1元，由一般服務支應。
2.牙醫部門針對偏鄉且點值低之院所亦給予保障。



# 健保偏鄉醫療推動歷程及投入資源



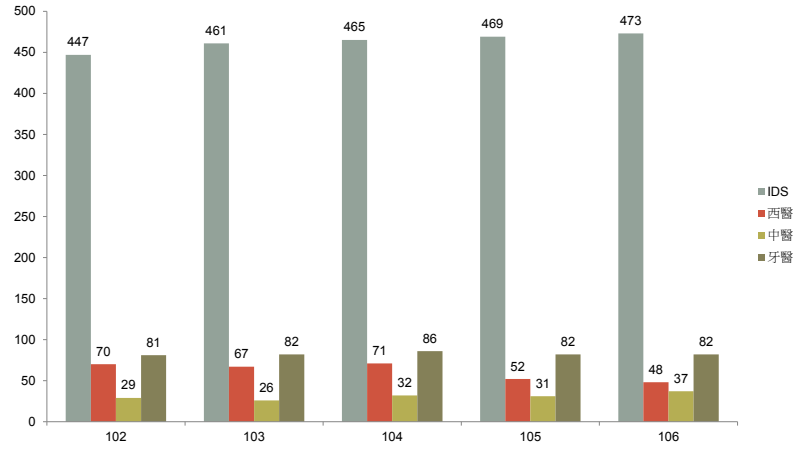

| 預算經費（百萬元） \ 年度 | | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 | 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDS計畫 | | 359 | 454 | 549 | 549 | 549 | 603 | 603 | 603 | 603 | 603 | 603 | 605 | 605 | 605 | 605 |
| 醫療資源不足改善方案 | 中醫門診總額 | 59.3 | 106.9 | 75 | 75 | 75 | 75 | 90 | 90 | 74.4 | 74.4 | 74.4 | 74.4 | 96.5 | 106.5 | 121.5 |
| | 西醫基層總額 | 150 | 231 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 150 | 150 | 150 | 150 | 240 | 180 |
| | 牙醫門診總額 | 182.4 | 251.0 | 208.3 | 208.3 | 208.3 | 208.3 | 228.3 | 228.3 | 229.2 | 229.2 | 229.2 | 280 | 280 | 280 | 280 |
| | 醫院支援西醫基層總額 | | | | | | | 200 | | 50 | 50 | 50 | 60 | 60 | 60 | 60 |
| 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫 | | | | | | | | | | | 500 | 670 | 800 | 800 | 800 | 800 |

註：執行期間係980801~990731，展延98年度計畫至99年12月31日止



# 健保偏鄉醫療歷年服務人數

單位:千人

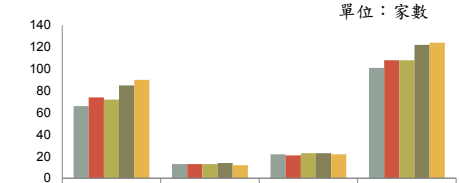



註：
1.IDS計畫照護人數為針對當年最後一筆投保狀態為在保之人數針對其戶籍紀錄進行統計。
2.醫療資源不足地區改善方案為巡迴及開/執業計畫服務人數。

# 醫療資源不足地區醫療服務提升計畫
## －參與情形及提供科別服務

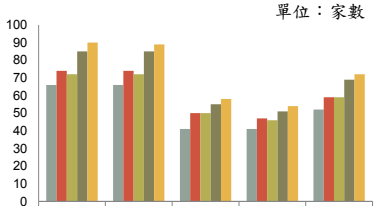
- 106年符合資格醫院計124家，其中90家(73%)參與本計畫。
- 106年89家提供內科與外科門診服務、58家提供婦產科門診服務、54家提供小兒科門診服務、72家提供急診服務。

單位：家數



| | 參加醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 | 參加偏遠地區醫院認定原則 | 未參加 | 合計 |
|---|---|---|---|---|
| 102年 | 66 | 13 | 22 | 101 |
| 103年 | 74 | 13 | 21 | 108 |
| 104年 | 72 | 13 | 23 | 108 |
| 105年 | 85 | 14 | 23 | 122 |
| 106年 | 90 | 12 | 22 | 124 |

單位：家數

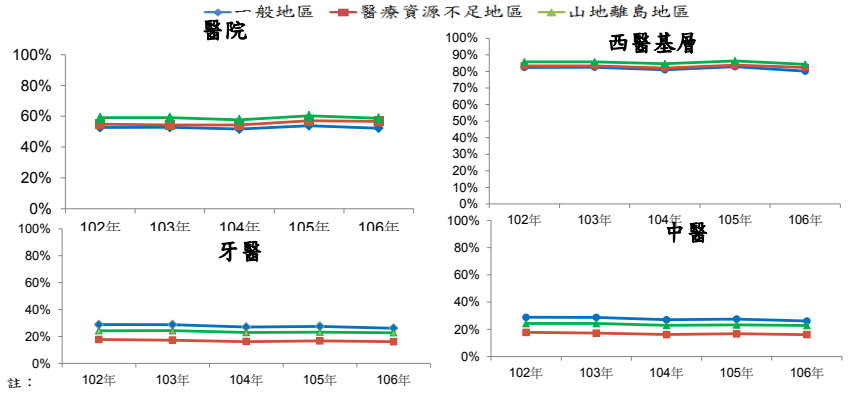


| | 內科門診 | 外科門診 | 婦產科門診 | 小兒科門診 | 急診 |
|---|---|---|---|---|---|
| 102年 | 66 | 66 | 41 | 41 | 52 |
| 103年 | 74 | 74 | 50 | 47 | 59 |
| 104年 | 72 | 72 | 50 | 46 | 59 |
| 105年 | 85 | 85 | 55 | 51 | 69 |
| 106年 | 90 | 89 | 58 | 54 | 72 |



# 各地區就醫率－一般\醫療資源不足地區\山地離島地區

106年醫院及西醫基層門診就醫率為山地離島地區最高，醫療資源不足地區居次，一般地區就醫率較低；牙醫及中醫部門則相反，一般地區之門診就醫率較高，其次為山地離島地區，最低為醫療資源不足地區。

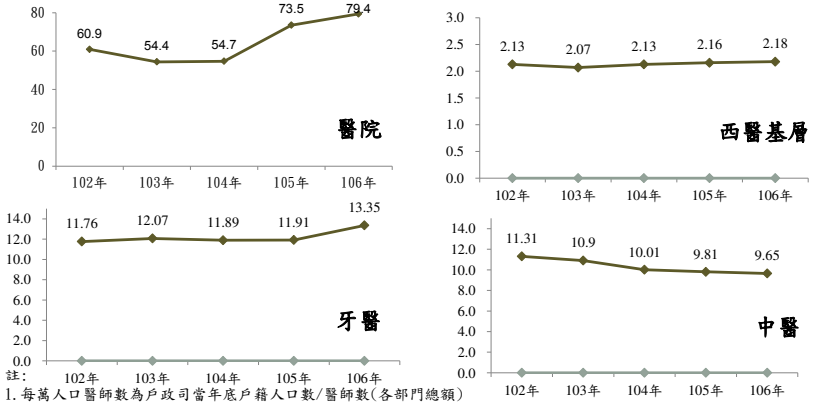



註：
1.就醫率系門診就醫人數(分為醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診)/總人數
2.醫療資源不足地區按該部門當年度公告之醫療資源不足地區；山地離島地區為執行山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS)之地區



# 依發展程度觀察最高與最低兩組之醫師人力比值

106年觀察各部門最高與最低兩組醫師人力之比值，醫院、西醫基層、牙醫比值較105年增加，中醫比值較105年降低。



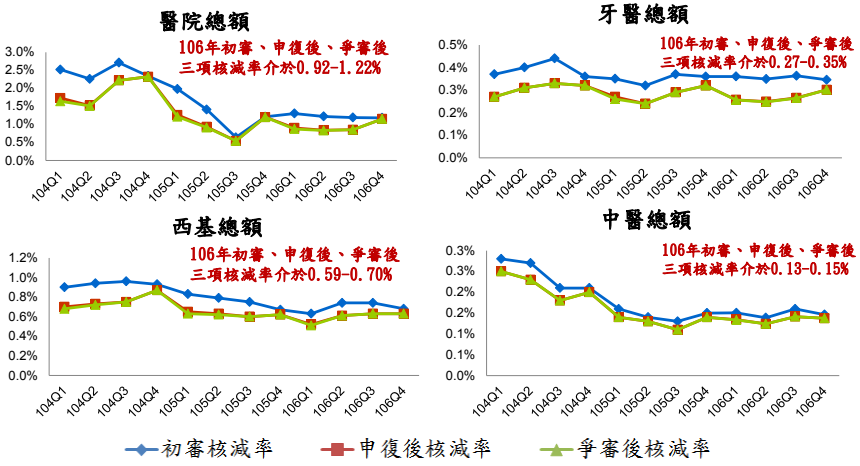

註：
1. 每萬人口醫師數為戶政司當年底戶籍人口數/醫師數(各部門總額)
2. 鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值
3. 引用全民健康保險年度監測結果報告書鄉鎮市區發展程度分類建議採謝雨生(2011)定義，依鄉鎮市區之「人力資源結構」、「社會經濟發展」、「教育文化發展」、「交通動能發展」、「生活環境發展」及「資訊基礎建設」等構面加以分類，分為1級至5級區域，共5組。



# 七 執行概況-公平面

精準審查
查核

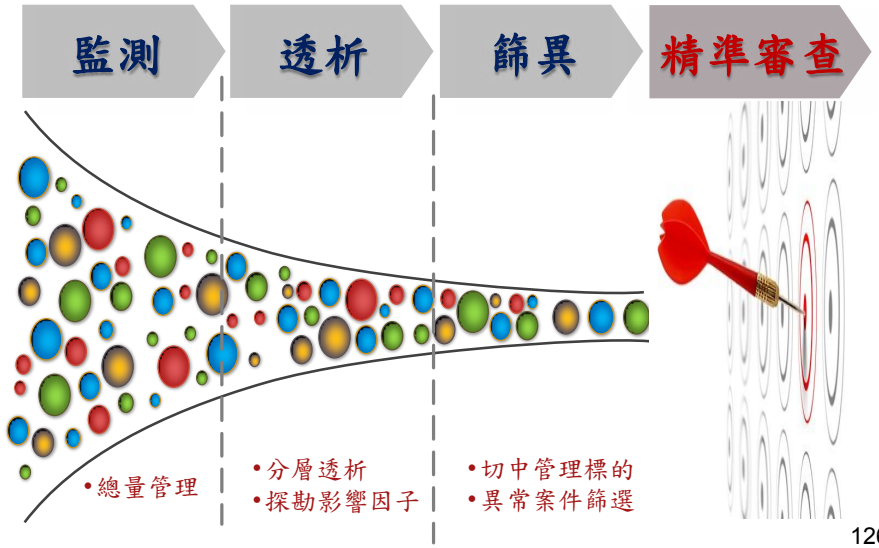
# 各部門核減率




註1. 資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1070403止已完成核付之資料。
註2. 初核核減率＝（申請點數－核定點數）/醫療點數
註3. 申復後核減率＝【申請點數－（核定點數＋申復補付點數）】/醫療點數
註4. 爭審後核減率＝【申請點數－（核定點數＋申復補付點數＋爭審補付點數）】/醫療點數



# 精準審查--醫療利用量的監控概念








# 精準審查--審查朝合理化

◆注重臨床專業

- 醫療院所- 證據醫學、病歷佐證
- 健保行政- 審查共識、核減理由

◆減少財務衝擊

- 醫療院所- 申報合理、價值醫療
- 健保行政- 減少隨機抽審回推之衝擊
  - ➢ 健保署107.03.15公告修正審查辦法~

    提高極端值案件比例、增列得設定回推上限值

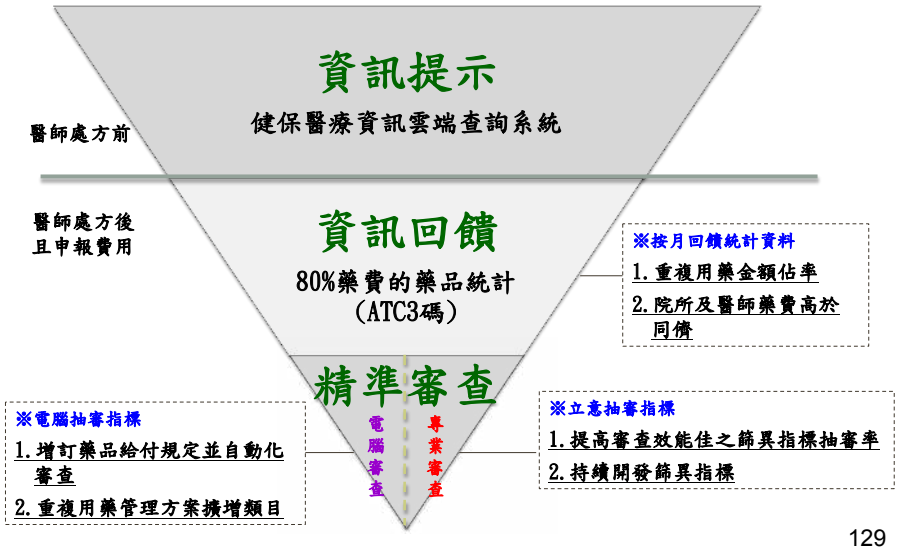


# 精準審查--審查朝智能化

◆強化資訊科技與醫療專業參與

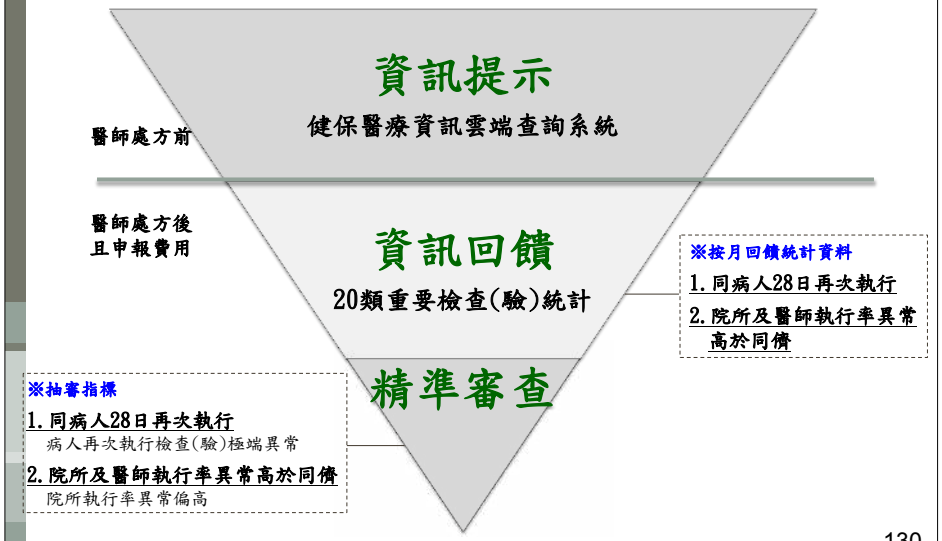
- 數位化作業環境
  （上傳、申報、送審、核定、爭審）
- 大數據分析+專業意見+資通科技
- 偏重立意抽審 朝向精準審查邁進

# 精準審查--藥品80/20管理方案






# 精準審查--20類重要檢查(驗)管理方案






# 106年度各部門總額查處追扣金額表

單位：千元

| 總額別 | 類型別 | 扣減 | 罰鍰 | 其他 | 小計 |
|---|---|---|---|---|---|
| 醫院總額 | 總額舉發 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 非總額舉發 | 508 | 5,038 | 24,224 | 29,771 |
| 西醫基層總額 | 總額舉發 | 13 | 86 | 14 | 114 |
| | 非總額舉發 | 1,559 | 3,805 | 40,671 | 46,036 |
| 牙醫總額 | 總額舉發 | 177 | 89 | 142 | 408 |
| | 非總額舉發 | 104 | 975 | 910 | 1,989 |
| 中醫總額 | 總額舉發 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 非總額舉發 | 185 | 1,563 | 2,494 | 4,243 |
| 其他預算 | 總額舉發 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 非總額舉發 | 367 | 1,858 | 12,169 | 14,394 |
| 合　計 | 總額舉發 | 190 | 175 | 157 | 522 |
| | 非總額舉發 | 2,724 | 13,239 | 80,468 | 96,431 |



## 八 醫院總額共管成效

北區業務組

中區業務組

謝謝聆聽　敬請指教

## 107年家醫計畫修訂重點

- **社區醫療群與合作醫院間進行實質合作**
  - ✓ 提供收案會員跨院際合作加值服務
  - ✓ 診所與合作醫院訂定合作照護機制
  - ✓ 新增雙向轉診指標，落實分級醫療之雙向轉診及共同照護
- **社區醫療群規劃主動電訪(Call out)服務，建立與一般診所差異化之服務模式**
- **提升社區醫療群照護能力及照護品質**
  - ✓ 新增設置個案管理人員
  - ✓ 跨大合作單位(藥局、物理治療所等)
  - ✓ 強化24小時接聽人員專業能力
- **提供持續性服務，收案對象中慢性病個案其會員收案期程以3年為原則**

134

135

關懷・創新・效率
Care Innovation Efficiency

# 「雁行專案」推動策略與執行成效

報告單位：北區業務組
報 告 者：專門委員 游慧真
日　　期：107年7月19日

心的服務心的服務 一生照護 一生照護
Thoughtful Service Endless Care



## 報告大綱

1. 問題評估與契機
2. 雁行專案介紹
3. 推動策略
4. 執行成效

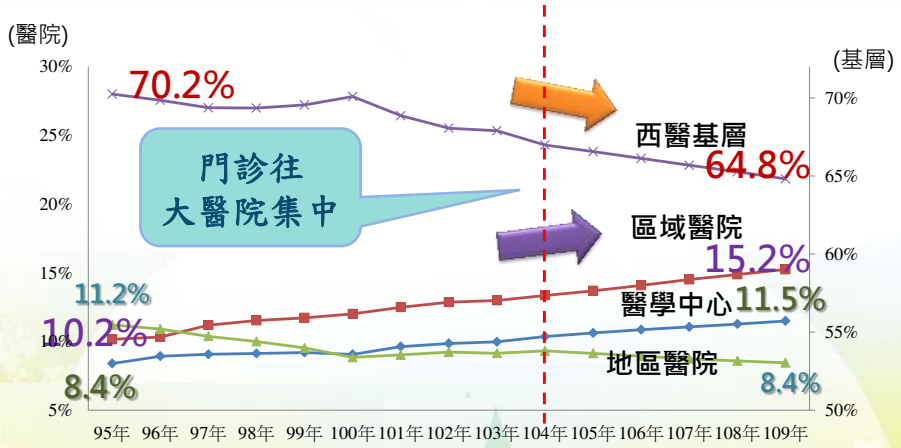


## 問題評估與契機



## 95-109年各層級門診量占率趨勢圖

以全台每日門診量100萬件估計，至109年醫學中心每日門診量增加3.1萬件




● 註:105年起件數及點數係按前10年點數及件數之幾何平均成長率推估

# 分級醫療~區域級(含)以上門診人次下降2%

- 健保會107年推動區域級(含)以上醫院門診減量措施-門診件數降低2%，超過部分不予分配。以五年降低10%為目標。
- 執行方式：自107Q3起按季結算，排除重大傷病(罕病)、IDS、西醫醫療資源不足地區改善方案、論病例計酬、愛滋病、C肝、論質且慢性病未穩定、類流感、轉診、急診、門診手術等。
- 本署107年目標：區域級以上醫院釋出約80萬人次/年
  - 北區107年下半年目標件數(下降2%)

| 第3季 | | | 第4季 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 基期門診件數 | 基期醫療費用 | 應下降件數 | 基期門診件數 | 基期醫療費用 | 應下降件數 |
| 143萬件 | 30.9億點 | 2.9萬件 | 141萬件 | 30.6億點 | 2.8萬件 |

5

# 分級醫療問題點

- 大醫院有三段五級服務功能，涵蓋診所服務同質性，難以確實分級，造成急門診壅塞，影響急重難症發展
- 缺乏上下院所合作和互相扶植誘因及措施，連續服務提供受限，下轉不易
- 民眾自由就醫
- 對大醫院的迷思，影響到基層就醫信心
- 新世代舊有就醫思維

- 基層診所資源配置有限，能力佳但有志難伸
- 擔心轉診只上不下，鱷食鯨吞
- 擔心上轉收入或承接下轉影響點值
- 資訊無法流通，高診及重複資源耗用

6

# 政策配套措施及契機

1. 提升基層醫療服務量能
   - 開放基層表別
   - 編列15.8億擴大家醫整合照護計畫
   - 鼓勵診所多科聯合，提供一站式整合服務
   - 輔導基層規劃無障礙空間，建立友善就醫
2. 導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔
   - 降低弱勢民眾就醫經濟障礙
   - 提高假日基層開診率、提供開診時段與急診就醫資訊查詢
   - 調整門診部分負擔鼓勵至診所就醫
   - 調整急診部分負擔紓解急診壅塞
   - 建置電子轉診單並監控非必要轉診
3. 調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務
   - 挹注60億元調高重症支付標準
   - 限制醫院輕症服務成長
   - 持續推動緊急醫療能力分級
4. 強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護
   - 建置轉診資訊交換平台及鼓勵機制
   - 建置居家照護資訊共享平台
   - 強化醫院出院準備及追蹤服務
   - 挹注1億元鼓勵醫師跨層級支援
   - 挹注3億元試辦區域醫療整合計畫
   - 鼓勵診所及醫院共同照護
5. 提升民眾自我照護知能
   - 加強宣導分級醫療
   - 加強自我健康管理
   - 宣導利用家醫群24小時電話諮詢服務
6. 加強醫療財團法人管理
   - 修法加強醫療財團法人監督管理
   - 限制醫療法人醫院附設診所之管理措施
   - 規範醫院不得以交通車載送方式不當招攬輕症病人

7

# 政策配套措施及契機

**106年**

- 部分負擔調整
- 修訂轉診辦法(轉診3步驟)
- 電子轉診、居家共享平台
- 行動快易通APP

**107年**

- 總額轉診預算：其他部門「基層總額轉診型態調整費用」，編列13.46億元
- 轉診及門診診療加成費支付：基層編列1.29億元、醫院編列2.58億元
- 壯大基層：編列4.5億元支應開放適用表別項目
- 家醫制度：24.3億元執行經費
- 擴大即時查詢方案：提升寬頻補助、增加影像上傳獎勵

**分級團隊合作時機成熟，注入強力方案**

8

# 雁行專案介紹



## 雁行專案重點1/3

專案目的：落實推動分級醫療，透過醫療團隊水平、垂直合作，使各層級之照護單位藉由服務的整合(急性、急性後期、慢性期照護…)，讓民眾獲得連續的最適當的醫療照護

獎勵機制：與北區醫院總額共同管理委員會議訂，自北區「醫院總額點值暨品質提升方案」政策鼓勵項下保留0.45%支應

團隊組成：申請醫院(主責醫院)與次層級別之醫院(合作醫院)、基層診所、居護所等籌組照護團隊



## 雁行專案重點2/3

申請及核定：醫院提出申請，本組評定參與資格

➢ 主責醫院獎勵
- 獎勵門檻：成功下轉基層件數達門診申報件數一定比率者始得分配。
- 分配：各指標訂不同權重，依執行成果取得獎勵點數，並設有獎勵上限。

➢ 合作醫院獎勵
- 依接收主責醫院之門診(排急診)、住院及居家病患各類別下轉人數，給予點數獎勵
- 門診下轉同體系(含委託經營)之地區醫院獎勵人數，以門診(排急診)下轉基層院所人數為上限



## 雁行專案重點3/3

指標評核：必要指標2項，40%
自選指標7項選5項，60%

必要指標
- 門診就醫人次下降比率
- 門診費用占率指標

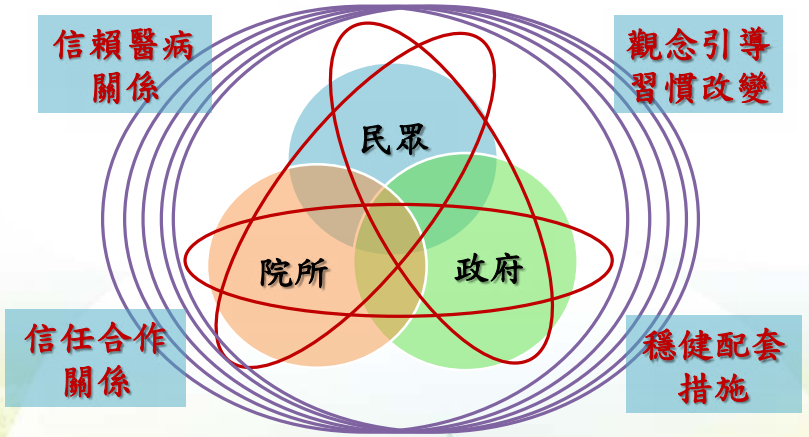
自選指標
- 慢性病件數下降比率
- 下轉件數較前季成長率
- 轉診個案運用本署電子轉診平台比率
- 團隊居家醫療照護人數成長率
- 轉銜後續照護單位或轉介長照比率
- 提升團隊運作或民眾照護智能
- 醫院分級醫療特色指標(自訂)

自訂
1. 執行雙向轉診比率(部桃)
2. 社區健康照網平台下轉率(壢新)
3. 雙主治個案出院回轉率(敏盛)
4. 高危險妊娠與新生兒轉診照護人數(竹馬)

# 推動策略



# 雁行專案著力點






# 醫療服務緊密整合要素

- 分級醫療和轉診制度，就是政策制定者藉由**服務的整合**，落實**連續性照護**，提供病患最適當醫療照護服務。

資料來源:Andre´ Wierdsma, Cornelis Mulder, Sanne de Vries, Sjoerd Sytema (2009)



# 多元策略規劃

- 滾動策略，**北區首發擴散各區**，醫界齊心合作推動

## 多元策略行動方案~鼓舞期

| 溝通提案 | 設計方案 | 勾勒特點 | 媒體行銷 | 監測評估 |
|---|---|---|---|---|
| 1. 去年底開始辦3場共識會議<br>2. 重點院所逐家分析，到院溝通說明 | 1. 擬定雁行專案計畫<br>2. 設計獎勵措施<br>3. 達區共識 | 1. 各家優勢盤點<br>2. 主動媒合跨機關<br>3. 差異化特點引導 | 1. 媒體效應，記者會理念宣達<br>2. FB粉團/line | 1. 監控指標適時調整<br>2. 參與團隊會議，促進團隊合作 |

17

## 多元策略行動方案~強化期

| 跨機關合作 | 資訊整合 | 團隊會議 | 指標監測 |
|---|---|---|---|
| 1. 媒合診所協會與醫院合作<br>2. 衛生/長照機構病患媒合 | 1. 雁行專案IT整合前置討論會<br>2. IT跨院整合會議 | 1. 雙月定期辦理雁行團隊成效檢討<br>2. 實務參與團隊會議，促進作。<br>3. 觀摩分享 | 1. 月/週報表定期回饋及監測<br>2. 重點措施追蹤表，掌握醫院推動進度 |

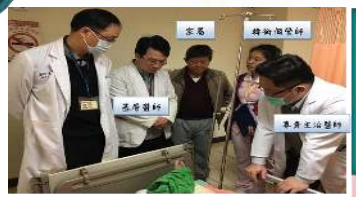
18

## 雁群行動方案

| 院所合作 | | 資訊整合 | 民眾認知 |
|---|---|---|---|
| 疾病管理 | 服務流程 | 資訊連結 | 觀念/習慣改變 |
| • **疾病照護：**支援基層/醫院駐診/雙主治/住院巡診<br>• **跨域整合：**診所協會/公會/衛生單位/長照單位<br>• **篩選重點下轉族群**<br>• **藥品整合:**常備用藥整合 | • **培植基層能力：**研討會、案例討論、醫學新知共享、協助訓練<br>• **共同走入社區**疾病衛教指導<br>• **主動性轉銜服務聯繫** | •**上轉掛號查閱下轉整合系統：**主動上轉並掛號、智能下轉並通知<br>•**善用電子轉診平台及雲端資訊**<br>•**結合開發共用平台/網頁/APP** | •**雁行分級認知宣導：**媒體傳播、FB/LINE/抽獎活動、贈牌/合作意向書簽署、個案現身說法<br>•**民眾轉診宣導：**院慶、院內宣導、跑馬燈、電視牆、單張 |

19

## 院所合作 疾病管理~醫院和診所合作照護1/6



- 醫院醫師進駐合作診所服務(長庚.敏盛)
- 基層醫師醫院駐診服務(長庚.敏盛.為恭)
- 雙主治醫師制度(長庚.敏盛.部桃.壢新)
- 常備藥品整合

20

院所合作

# 疾病管理~發展特色族群照護2/6

**篩選重點族群**

1. 慢性穩定病人
2. PAC
3. 重點科別(長庚.部桃.為恭.敏盛.)
4. COPD(部桃.為恭.敏盛)
5. 高危險妊娠轉診(竹馬)
6. 失智病人(敏盛.為恭)

**強化長照轉銜**

1. 落實出院準備服務
2. 加強居家及安寧服務
3. 發展失智共照(為恭)
4. 媒合長照2.0(部桃.竹馬.為恭)

**強化社區合作**

結合合作院所走入社區照護衛教(長庚.為恭.敏盛.竹馬)

跨域整合診所協會/公會/衛生及長照單位



院所合作

# 服務流程~壯大基層照護能力3/6

- 開放醫院學術交流、研討會、個案討論、協助專業訓練等
- 壯大基層合作網絡：
  長庚醫師聯誼會(長庚)、桃園市診所協會
- 共同走入社區疾病衛教指導
- 主動性轉銜服務聯繫：個管師、簡訊、mail通知

資訊整合

# 資訊連結~強化IT整合4/6

- 「上轉-掛號-查閱-下轉」一條龍，打通醫院與診所IT整合通路，主動上轉並掛號，智能下轉並通知

**診所端(HIS)上轉**
1. 協助上傳電子轉診平台資訊程式化
2. 協助上傳雲端系統批次資訊化
3. 優化掛號系統連結

自行掛號

**醫院端(HIS)接收上轉**
建置電子平台主動接收上轉資訊
警訊通知於診間系統

**診所端(HIS)接收回轉**
1. 建置電子平台主動接收下轉回復單
警訊通知於診間系統
2. 整合電子轉診平台受理和回復介面

沒有通知

**醫院端(HIS)下轉**
1. 智慧下轉媒合結合簡訊或mail
2. 診間系統每日批次上傳於於電子平台系統
3. 檢驗檢查影像資訊自動上傳



資訊整合

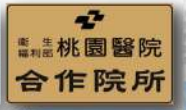
# 資訊連結~強化IT整合5/6

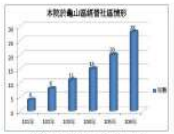
- 轉診綠色通道，迅速了解病人資訊

- His系統增設智能下轉功能，快速媒合滿足病人需求

民眾認知

# 觀念和習慣改變6/6





- 記者會、媒體宣導、合作院所掛牌
- 院內多媒體播放、跑馬燈、電視牆、單張
- 共辦社區宣導

強化民眾分級認知及信心，建立就醫新思維



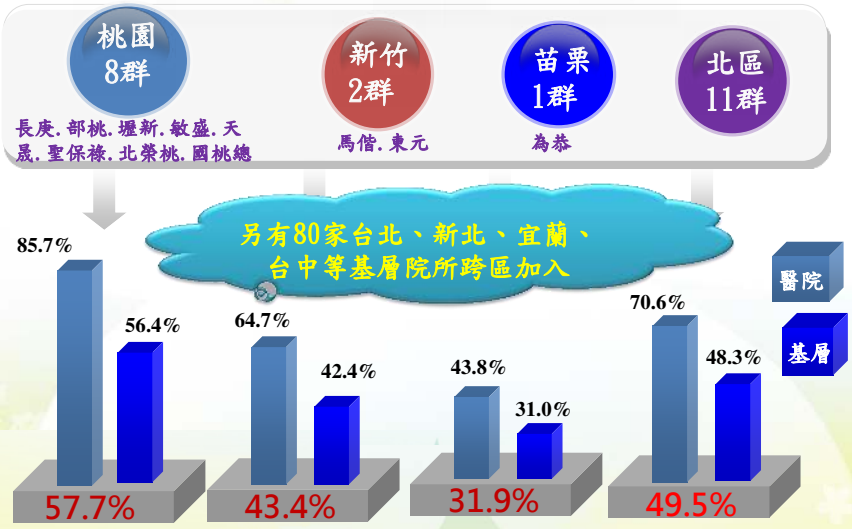
# 雁行成功可能關鍵因素

- 財務誘因：支付標準增訂支付項目、基層總額轉診調整費用預算、分區計畫獎勵機制
- 高層支持：政策制定者決心/院長全力支持
- 壯大基層：溝通及合作公開化、主動式及個別化服務轉銜媒合
- IT整合：轉診綠色通道智能轉診系統媒合與使用
- 回饋監測：指標分析與管理轉診回轉等資訊回饋與管理



# 執行成效

# 初期成效1/8~涵蓋率

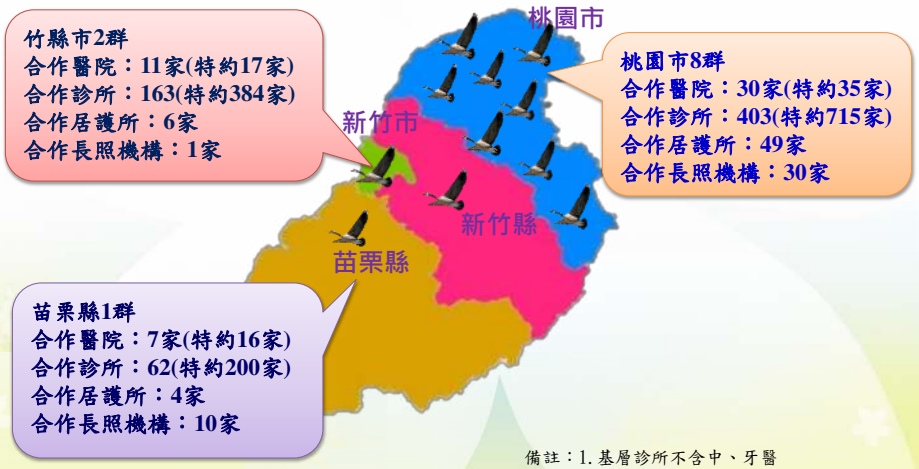



涵蓋率：已排除跨區合作及團隊間重複院所，不包括居護所及長照機構

# 初期成效2/8~跨層級合作團隊

北區特約情形:67家醫院，1,299家基層院所

雁行所有垂直整合單位共776家




竹縣市2群
合作醫院：11家(特約17家)
合作診所：163(特約384家)
合作居護所：6家
合作長照機構：1家

桃園市8群
合作醫院：30家(特約35家)
合作診所：403(特約715家)
合作居護所：49家
合作長照機構：30家

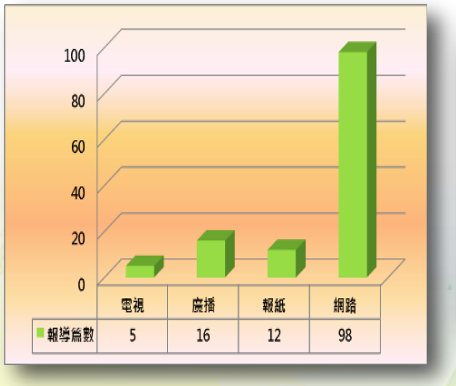
苗栗縣1群
合作醫院：7家(特約16家)
合作診所：62(特約200家)
合作居護所：4家
合作長照機構：10家

備註：1. 基層診所不含中、牙醫
2. 長照機構含包含護理之家



# 初期成效3/8~觀念宣導與擴散

- 雁行啟航記者會-分級醫療宣導，總計有超過130則的媒體報導篇數
- 分級醫療「垂直整合」概念，全國擴散、推動

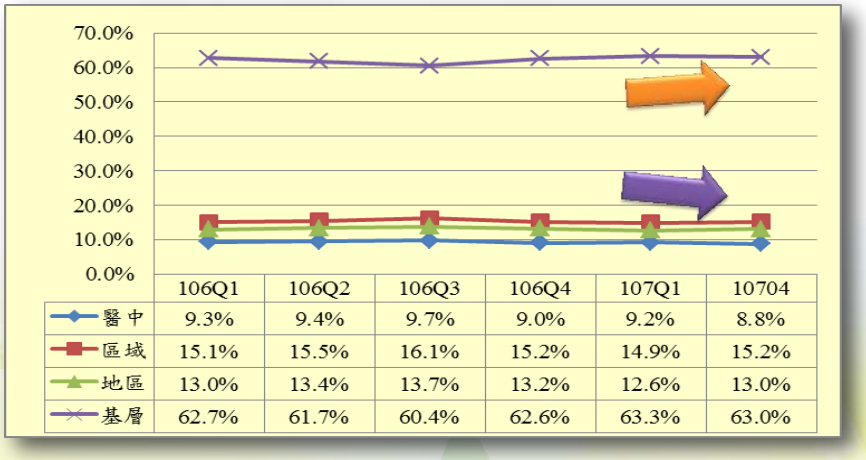



- 全台醫學中心及基層診所相互信任，各分區推出務實合作策略
  - ✓「共好醫療」
  - ✓「醫療航艦」
  - ✓「共榮基層」
  - ✓「雙向轉診一條龍」…



# 初期成效4/8~門診件數占率

- 基層略增，醫中及區域略降，持續觀察

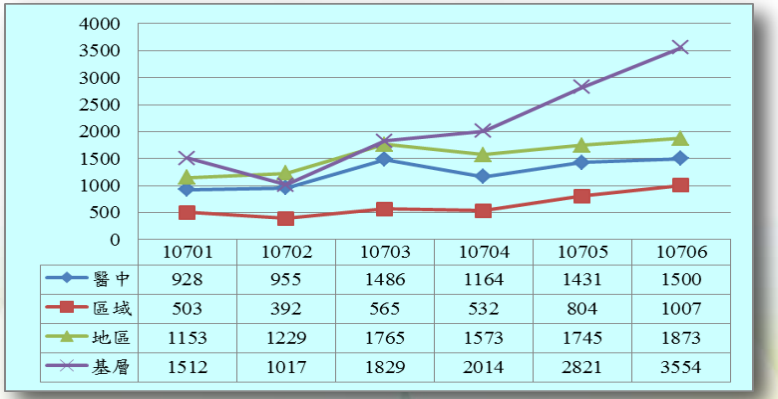



| | 106Q1 | 106Q2 | 106Q3 | 106Q4 | 107Q1 | 10704 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 醫中 | 9.3% | 9.4% | 9.7% | 9.0% | 9.2% | 8.8% |
| 區域 | 15.1% | 15.5% | 16.1% | 15.2% | 14.9% | 15.2% |
| 地區 | 13.0% | 13.4% | 13.7% | 13.2% | 12.6% | 13.0% |
| 基層 | 62.7% | 61.7% | 60.4% | 62.6% | 63.3% | 63.0% |



# 初期成效5/8~電子轉診平台

- 轉出件數持續上升，基層平台使用情形提升



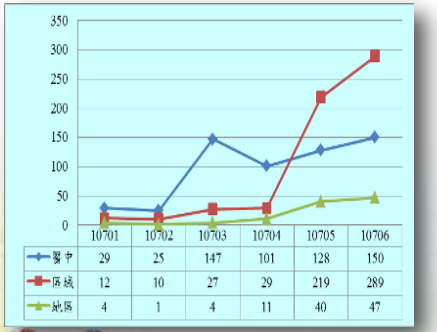

| | 10701 | 10702 | 10703 | 10704 | 10705 | 10706 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 醫中 | 928 | 955 | 1486 | 1164 | 1431 | 1500 |
| 區域 | 503 | 392 | 565 | 532 | 804 | 1007 |
| 地區 | 1153 | 1229 | 1765 | 1573 | 1745 | 1873 |
| 基層 | 1512 | 1017 | 1829 | 2014 | 2821 | 3554 |

備註：資料截止日1070630

# 初期成效6/8~電子轉診平台

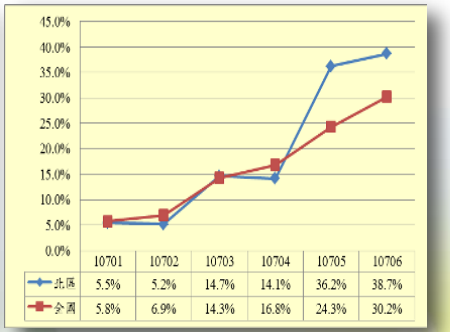
- 下轉基層件數持續上升，尤以區域醫院顯著
- 區域以上層級醫院下轉基層占率持續提升

下轉基層件數




| | 10701 | 10702 | 10703 | 10704 | 10705 | 10706 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 醫中 | 29 | 25 | 147 | 101 | 128 | 150 |
| 區域 | 12 | 10 | 27 | 29 | 219 | 289 |
| 地區 | 4 | 1 | 4 | 11 | 40 | 47 |

區域以上層級醫院下轉基層占率




| | 10701 | 10702 | 10703 | 10704 | 10705 | 10706 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 北區 | 5.5% | 5.2% | 14.7% | 14.1% | 36.2% | 38.7% |
| 全國 | 5.8% | 6.9% | 14.3% | 16.8% | 24.3% | 30.2% |

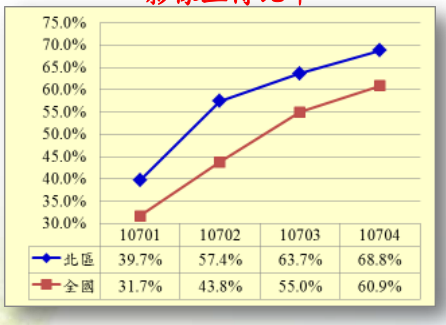
備註：1.下轉基層占率=下轉基層件數/轉出件數
2.資料截止日1070630



# 初期成效7/8~雲端資訊系統

- 帶動影像調閱及查詢呈上揚趨勢

影像上傳比率




| | 10701 | 10702 | 10703 | 10704 |
|---|---|---|---|---|
| 北區 | 39.7% | 57.4% | 63.7% | 68.8% |
| 全國 | 31.7% | 43.8% | 55.0% | 60.9% |

影像調閱比率

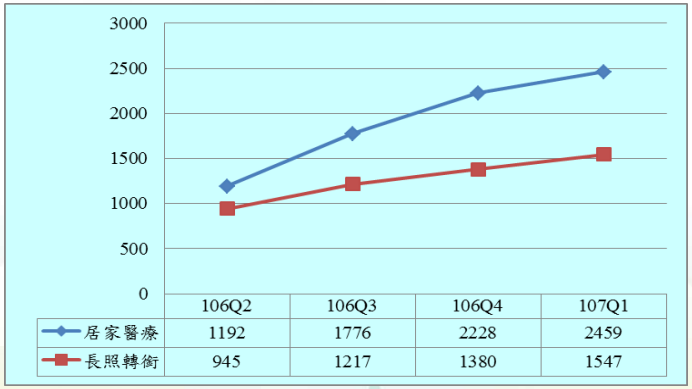
| | 10701 | 10702 | 10703 | 10704 |
|---|---|---|---|---|
| 調閱率 | 60.8% | 88.0% | 93.1% | 94.3% |

備註：1.影像項目包括CT、MRI、超音波、鏡檢、X光攝影等
2.調閱率=北區醫院調閱件數/全國醫院調閱件數



# 初期成效8/8~長照服務

- 社區照護指標呈上揚趨勢




| | 106Q2 | 106Q3 | 106Q4 | 107Q1 |
|---|---|---|---|---|
| 居家醫療 | 1192 | 1776 | 2228 | 2459 |
| 長照轉銜 | 945 | 1217 | 1380 | 1547 |

備註：1. 居家醫療照護人數為居家整合照護計畫及PAC居家照護件數
2. 長照轉銜為住院案件接受出院準備服務，經評估後轉銜後續照護單位收案者(如：家醫群、居家整合計畫、居家醫療、長照機構、長照中心等後續照護單位)



# 大雁領航 團隊齊飛

1+1>2

# 106年醫院總額共管執行情形及成效

報告日期：107年7月19日

健保署中區業務組視察 楊惠真

## 報告大綱

一、醫院總額執行現況

二、總額共管機制

三、共管執行成效

四、挑戰及努力方向



## 中區醫院總額執行現況



## 醫療服務費用-醫療供需概況

◆106年度保險對象數較上年度比較，均呈穩定成長趨勢

| 中區投保人口數(萬) | 成長率 |
|---|---|
| 428.8 | 0.52% |

◆106年跨區調整結算預算數

| 跨區調整結算預算數(億) | 成長率 |
|---|---|
| 731.54 | 5.04% |

◆106年醫療供給面_醫院家數、病床數

| 年度 | 醫院家數 | 急性病床 | 慢性病床 |
|---|---|---|---|
| 106 | 107 | 26,093 | 4,277 |
| 成長率 | -3.6% | 0.83% | -1.41% |

✓ 106年4家醫院歇業：
員林郭醫院、順天醫院、泰安醫院、溫建益醫院

# 醫療服務費用
## 106年門住診申報醫療費用點數

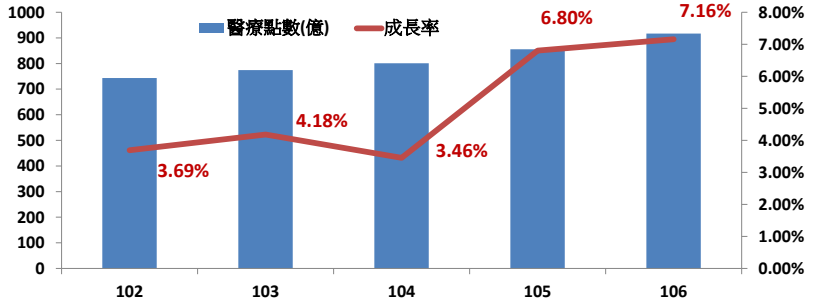
| 分區 | 醫療費用(億) | 成長率 | 門診占率 | 門診就醫人數成長率 |
|---|---|---|---|---|
| 台北 | 1,547 | 6.09% | 55.4% | -0.13% |
| 北區 | 618 | 6.21% | 53.4% | -0.27% |
| 中區 | 917 | 7.16% | 54.5% | 0.27% |
| 南區 | 654 | 6.25% | 52.4% | -0.51% |
| 高屏 | 707 | 4.91% | 50.2% | -0.96% |
| 東區 | 126 | 5.78% | 49.3% | -0.81% |
| 合計 | 4,568 | 6.14% | 53.5% | -0.27% |

| 層級 | 占率 | 成長率 |
|---|---|---|
| 醫學中心 | 44.1% | 5.92% |
| 區域醫院 | 33.4% | 4.34% |
| 地區醫院 | 22.5% | 14.42% |

- ✓ 中區醫院醫療點數成長率及就醫人數成長率高於全國值，門診占率位居全國第二高。
- ✓ 層級別中以地區醫院成長最高
- ✓ 新設立醫院：員林基督教(250床)、長安(99床)、亞大(350床)、茂盛(71床)、烏日林新醫院(350床)



# 中區醫院醫療點數統計(102-106年)

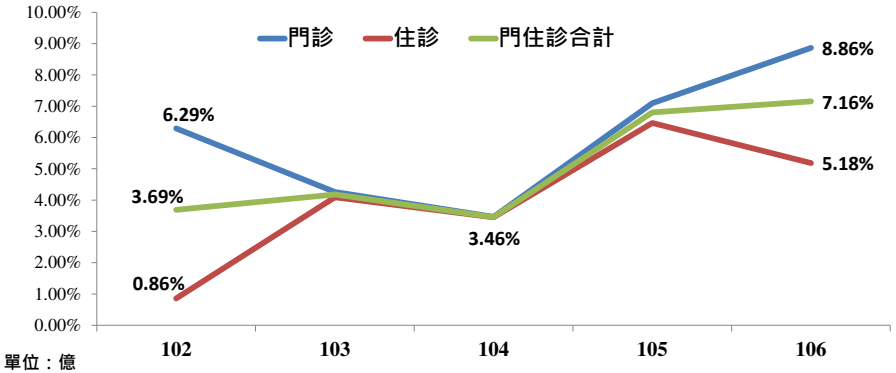



| 項目 | 分區 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 醫療點數(億) | 中區 | 743 | 774 | 801 | 856 | 917 |
| | 全區 | 3771 | 3954 | 4071 | 4304 | 4568 |
| 成長率 | 中區 | 3.69% | 4.18% | 3.46% | 6.80% | 7.16% |
| | 全區 | 4.06% | 4.85% | 2.96% | 5.72% | 6.15% |





# 醫療服務費用
## 106年門住診申報醫療費用點數




單位：億

| 醫療費用點數(億) | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|
| 門診 | 397 | 414 | 428 | 459 | 499 |
| 住診 | 346 | 360 | 373 | 397 | 417 |
| 門住診合計 | 743 | 774 | 801 | 856 | 917 |

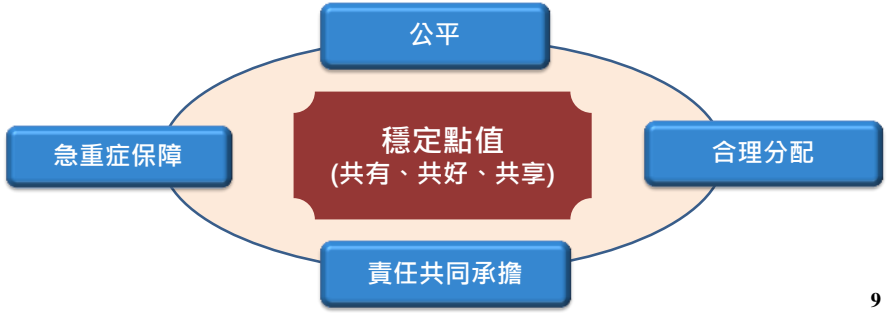


# 中區醫院總額共管機制

# 共管精神與目的

**精神**
- 發揮專業自主、同儕制約精神，提升醫療效率
- 建立公平、公開管理平台，合理分配醫療資源
- 醫療品質保障

**目的**
- 財務風險責任共同承擔：
  健保署與中區醫院代表共同定期舉行會議，制定中區醫院總額管理方案
- 健保中區醫院總額點值穩定、保障醫院均衡成長發展






# 中區業務組與醫院總額中區執行分會共同管理聯繫會議運作模式

每年召開兩次及不定期臨時會

- ✓醫院委員代表21人
  - 醫學中心7人
  - 區域醫院7人
  - 地區醫院7人
- ✓醫院列席代表14人

相關議案之議決結果再召開中區全體醫院大會進行宣達並通函轉達



# 106年醫院總額管理模式

全部醫院均參加管理方案

各季門住診申報資料

- 特定項目：設定整體額度
- 特定項目：個別目標點數 (長期使用呼吸器)
- 單價、品質指標管理結果
- 專業審查 (分級審查)

保障
- 季申報數3千萬點以下醫院
- 急診1或2級、住院重大創傷及癌症手術
- 門診單張處方>6000藥費(重大傷病)
- 門住診癌症化學治療藥費

自主管理
設定基準值，超出則進行分級審查程序(非逕予核減)

是否達成預設點值
- Y → 結算
- N → 整體檔案分析核減點數
  (申報數占率*0.4+成長貢獻率*0.6)
  申報數占率及成長貢獻率不含：
  代辦、其他部門、專款專用、BC肝藥品醫令點數、生產案件、特定項目
  → 結算



# 專業審查：自主管理分級審查模式

設立各醫院分級審查基準值，超出則進行分級審查程序(非逕予核減)

| 季總申報點數三千萬點（含）以上醫院 | 季總申報點數三千萬點以下醫院 |
|---|---|
| • 成長0%（含）以下：0% | • 成長1%（含）以下：0% |
| • 成長0%～1%（含）：30% | • 成長1%～2%（含）：30% |
| • 成長1%～3%（含）：50% | • 成長2%～4%（含）：50% |
| • 成長3%～5%（含）：70% | • 成長4%～6%（含）：70% |
| • 成長5%以上：100% | • 成長6%以上：100% |

# 特定項目管理

| 特定項目 | 管理措施 |
|---|---|
| 呼吸器管理 | 專案管理_個別醫院設定基準值 |
| 3千萬點以下醫院 | 1. 設定各項目當季整體管理額度<br>2. 如有超出整體管理額度，則以各醫院該項目之申報占率4成及成長貢獻率6成，核算扣除該項目整體超出點數 |
| 急重症<br>(急診1、2級、住院重大創傷及癌症手術) | |
| 門診重症且大於6000以上處方藥費 | |
| 癌症化學治療藥費 | |

為避免醫療利用排擠保障急重症項目及社區醫院營運



# 單價指標管理

非藥費單價

- 整體醫療費用點數成長率 <8%
  - 住院每人平均非藥費單價_超出目標值核減50%
  - 門診每人平均非藥費單價_超出目標值核減60%
- 整體醫療費用點數成長率 ≧8%
  - 住院每人平均非藥費單價_超出目標值核減80%
  - 門診每人平均非藥費單價_超出目標值核減80%

◆ 門住診每人平均一般藥費單價_超出目標值全數核減

避免醫療資源重複及浪費



# 品質指標管理

除項目（8）、（9）獎勵點數採件數（個案數）計算，其餘每項±0.05%~0.15% *當季送核總額內核定數

1. 醫院住院全人整合醫療服務_(+)
2. 精神科病人出院後30日內門診追蹤治療率_(+)
3. 初期慢性腎臟病醫療給付改善方案（CKD）之照護比率_(+)
4. 以病例組合校正之住院案件出院後14日內再入院率_(+/-)
5. 以病例組合校正之住院案件出院後3日內再急診率(+/-)
6. 健保醫療資訊雲端查詢系統應用_(+/-)
7. 健保醫療服務無紙化審查方案_(+)
8. 健康存摺應用推動_(+)
9. 居家醫療整合推展_(+)



# 整體檔案分析核減項目

結算及攤扣模式

- 整體醫療費用點數成長率 <8%
  - 申報占率*0.4+成長貢獻度*0.6
- 整體醫療費用點數成長率 ≧8%
  - 申報占率*0.3+成長貢獻度*0.7

# 106年醫院總額管理預估點值設定

- 106年醫院總額一般服務項目成長率 4.585%
- 106年人口風險因子及轉診型態(R值)調整_門診50%、住診45%(年減少3,700萬點，平均每季減少925萬)
- 預估各季醫療費用成長情形(含支付標準調整項目)，調整整體檔案分析核減項目之核減比例，以達目標點值
- 如遇足以影響點值之突發狀況得加開聯繫會議決定預設點值調整事宜

**預估點值**
**0.925~0.94**

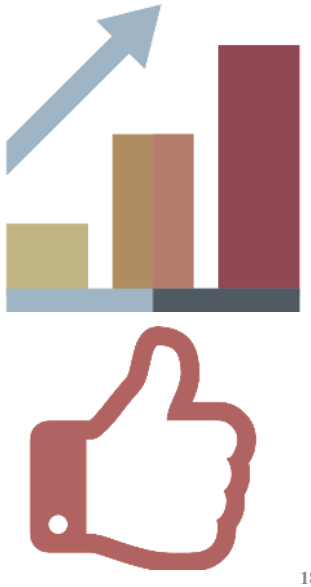
106年醫院總額一般服務項目成長率4.585%，其中2.307%用於支付標準調整(約89.7億點)

註：105年人口風險因子及轉診型態(R值)調整_門診46%、住診41%。



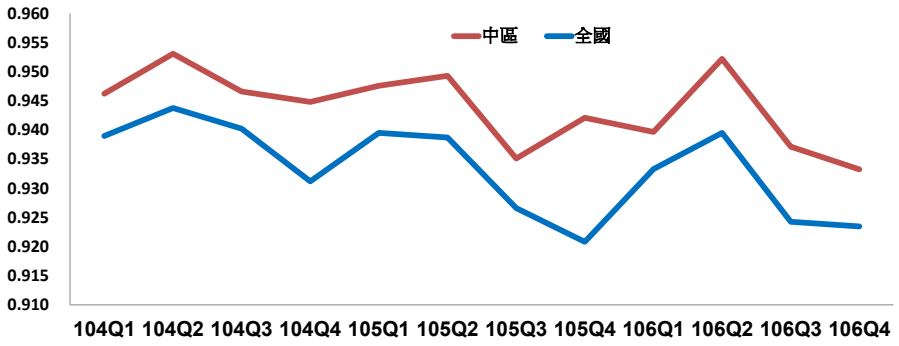
# 醫院總額管理執行成效

1. 醫院總額點值
2. 醫療給付改善方案
3. 安寧療護
4. 門診整合照護試辦計畫
5. 住院全人整合計畫
6. 提升急性後期照護品質試辦計畫
7. 居家醫療服務整合照護計畫





# 104~106年中區各季平均點值




| 季別 | 104Q1 | 104Q2 | 104Q3 | 104Q4 | 105Q1 | 105Q2 | 105Q3 | 105Q4 | 106Q1 | 106Q2 | 106Q3 | 106Q4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 中區 | 0.946 | 0.953 | 0.947 | 0.945 | 0.948 | 0.949 | 0.935 | 0.942 | 0.940 | 0.952 | 0.937 | 0.933 |
| 全國 | 0.939 | 0.944 | 0.940 | 0.931 | 0.940 | 0.939 | 0.927 | 0.921 | 0.933 | 0.940 | 0.924 | 0.923 |

# 醫療給付改善方案

◆ 推動策略：
- ✓ 列入總額方案品質提升獎勵指標
- ✓ 訂定各院目標值
- ✓ 逐季回饋醫院執行成效

| 項目_照護率 | 初期慢性腎臟病 | 糖尿病 | 思覺失調症 | BC肝 | 氣喘 |
|---|---|---|---|---|---|
| 全國平均值(%) | 35.89 | 55.66 | 73.29 | 36.74 | 34.9 |
| 中區 | 55.1 ↑ | 76.72 ↑ | 72.56 | 36.13 | 46.96 ↑ |
| 全國排名 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 |

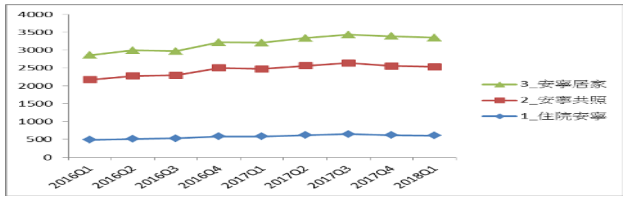
# 安寧療護

## 實地訪查

審查家數：12家(3家無安寧住院)

| 審查結果 | 安寧住院 | 安寧共照 |
|---|---|---|
| 優 | 5 | 7 |
| 良 | 3 | 3 |
| 可 | 1 | 2 |
| 待改進 | 0 | 0 |
| 總計 | 9 | 12 |

## 安寧照護人數




| 類別 | 2016Q1 | 2016Q2 | 2016Q3 | 2016Q4 | 2017Q1 | 2017Q2 | 2017Q3 | 2017Q4 | 2018Q1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1_住院安寧 | 492 | 515 | 529 | 583 | 583 | 618 | 648 | 619 | 610 |
| 2_安寧共照 | 1,678 | 1,759 | 1,764 | 1,919 | 1,890 | 1,942 | 1,988 | 1,933 | 1,923 |
| 3_安寧居家 | 685 | 719 | 678 | 716 | 735 | 777 | 795 | 837 | 817 |



# 醫院以病人為中心<br>門診整合照護試辦計畫

| 層級別 | 家數 | 提供個案數 (A) | 納入成效評量人數 (B) | 收案率(C=B/A) |
|---|---|---|---|---|
| 醫學中心 | 4 | 36,200 | 18,170 | 50.19% |
| 區域醫院 | 14 | 30,517 | 11,929 | 39.09% |
| 地區醫院 | 20 | 14,674 | 7,327 | 49.93% |
| 合計 | 38 | 81,391 | 37,426 | 45.98% |

| 指標項目 | 醫療費用 | 就醫次數 | 用藥品項數 | 用藥日數重複率(降血脂) | 用藥日數重複率(降血壓) | 用藥日數重複率(降血糖) | 高血壓/糖尿病可避免住院率 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 達成家數 | 20 | 27 | 5 | 26 | 23 | 26 | 8 |
| 占率(%) | 52.63 | 71.05 | 13.16 | 68.42 | 60.53 | 68.42 | 21.05 |

- ✓ 按季監控參與辦理計畫醫院之照護對象整合成效指標及收案率
- ✓ 回饋並追蹤輔導整合成效指標不佳及收案率偏低院所



# 住院全人整合計畫

### ◆ 推動措施

- ✓ 按季評估醫院收案率、執行成果與滿意度
- ✓ 評選並辦理創意觀摩發表會
- ✓ 不定期實地審查與抽審病歷，查驗相關會議書面資料、運作流程、定期追蹤管理記錄等

| 層級別 | 106年 | 較99年收案數成長 |
|---|---|---|
| 醫學中心 | 8,121 | 6,907 |
| 區域醫院 | 8,659 | 2,841 |
| 地區醫院 | 2,179 | 1,660 |
| 合計 | 18,959 | 11,408 |

| 題 目 | 1 (非常沒有) | 2 (沒有) | 3 (普通) | 4 (有) | 5 (非常有) |
|---|---|---|---|---|---|
| 整體滿意度 | 0.09% | 0.21% | 2.48% | 43.34% | 53.88% |
| 有助病情的了解程度 | 0.00% | 0.16% | 3.73% | 45.38% | 50.73% |
| 有助了解團隊的治療計畫 | 0.00% | 0.23% | 4.59% | 45.50% | 49.78% |
| 醫療專業人員的服務態度 | 0.00% | 0.16% | 4.54% | 44.54% | 50.75% |
| 是否有需要繼續推動 | 0.07% | 0.23% | 4.47% | 44.71% | 50.52% |



# 提升急性後期照護品質試辦計畫

### ◆ 服務地域

- ✓ 6個團隊、46家承作醫院
- ✓ 轄區主次醫療區(9次級醫療區)均有醫院參加腦中風、脆弱性骨折及衰弱高齡等3類疾病模式

### ◆ 醫院團隊推展本計畫特色

- ✓ 定期院內跨科及跨院會議
- ✓ 資訊系統整合、作業電子化
- ✓ 拍攝微電影向病人加強宣導
- ✓ 建置民眾版PAC照護網頁專區

### ◆ 推動策略

- ✓ 辦理說明會、教育訓練及實地訪查
- ✓ 加強跨團隊溝通與照護轉銜，提升下轉及收案人數
- ✓ 監測團隊照護品質，落實出院準備，回歸社區醫療

### 成效

| 項目 | 中區下轉人數 | 下轉人數比率(占全署) | 中區收案人數 | 收案人數比率(占全署) |
|---|---|---|---|---|
| 總計 | 409 | 21.60% | 742 | 16.60% |
| 醫學中心 | 386 | 25% | 2 | 52%來自醫學中心(全署第1) |

| 品質指標成效 | | |
|---|---|---|
| 項目 | 中區 | 全署 |
| 30日內急診率 | 12.00% | 10.60% |
| 14日內再住院率 | 4.90% ↓ | 7.50% |
| 30日內再住院率 | 7.80% ↓ | 11.50% |

# 居家醫療服務整合照護計畫

◆ 實施策略

協助媒合擴大服務提供覆蓋區

醫師報備支援法規鬆綁

資/通訊平台提升服務效能

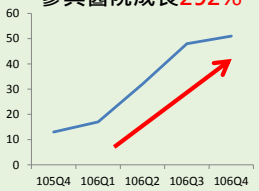
專業後援機制24小時諮詢

調整獎勵措施

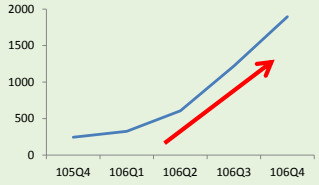
訪視設備輕量化

◆ 實施成效

參與醫院成長292%




醫院收案人數成長676 %




服務覆蓋率100%

# 居家醫療服務整合照護計畫

# 挑戰及努力方向

# 中區醫院特性

◆ 醫院為具競爭力，持續大規模發展，擴增病床數、科別數

◆ 區域醫院經營規模近似醫學中心

•醫院共106家
醫學中心6家(含兒童醫院2家 )
區域醫院16家
地區醫院85家
基層單位2家

醫療資源競爭

區域級以上醫院門診部門擴張

大醫院結盟小醫院壯大規模
-連鎖形成體系

11大體系36家醫院
彰基體系(1+6家)
中國附醫體系(1+4家)
澄清醫院體系(1+5家)
……

# 醫院總額_面臨的挑戰

| | |
|---|---|
| 總額預算不足 | • 總額分配成長率<實際醫療費用成長率 |
| 醫院新設立及擴充 | •員林基督教醫院_250床(104年7月)<br>•亞洲大學附設醫院_350床(105年7月)<br>•烏日林新醫院_350床(105年12月)<br>•長安醫院_99床(105年12月)<br>•茂盛醫院_71床(105年12月)<br>•澄清中港門診大樓新建(105年3月)<br>•大里仁愛醫院門診大樓(105年6月擴建)<br>•台中榮總門診大樓(106年5月) |
| 新藥品新支付項目 | • 標靶藥物、新科技項目、特材的開放<br>• 適應症放寬 |

中大型醫院門診擴建

醫療資源重複及浪費



# 努力方向

穩定醫院經營成長

- ✓ 持續監控醫療費用浪費及不當成長，加強檔案分析、精準審查
- ✓ 配合政策推動，修訂管理方案

提升醫療品質

- ✓ 持續提升醫療照護
- ✓ 品質指標公開

積極推動分級醫療

- ✓ 訂定鼓勵措施，配合政策推動
- ✓ 轉診資訊公開

# Thanks

# 二、跨部門及其他預算專案計畫

# 跨部門及其他預算專案計畫執行成果報告

中央健康保險署
醫務管理組
專門委員　谷祖棣
專門委員　劉林義
107年7月19日

## 報 告 大 綱

### 1 跨部門專案

1醫療給付改善方案
- 西醫基層編列3億元，辦理7項方案。
- 醫院編列9.975億元，辦理8項方案(多COPD方案)。

2 家醫計畫
- 西醫基層編列15.8億元。

### 2 其他預算

1偏遠及弱勢照護
- 山地離島IDS計畫編列6.054億元。
- 居家、精神社區復健、助產所編列50億元。
- 收容於矯正機關醫療服務編列14.045億元。

2促進體系合作
- 促進醫療體系整合編列11億元。
- 鼓勵院所即時查詢編列11億元。

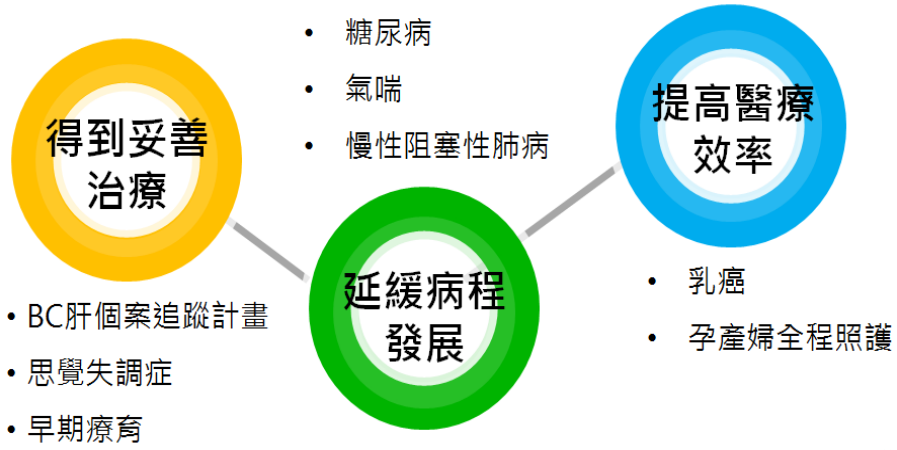
3提升保險成效及其他
- 非預期風險編列10億元。
- 慢性腎臟病照護編列4.04億元。
- 高診次藥事照護編列0.4億元
- 罕病等預備款編列3億元。
- 提升保險服務成效編列3.1億元

# 健保醫療給付改善方案

## 方案構面

參考美國Institute of Medicine；(IOM)六大醫療品質目標。

# 方案目的




5

# 方案架構

6

# 方案實施時程

子宮頸癌：95年起業務移由國民健康署辦理
結 核 病：97年導入支付標準後已排除於醫療給付改善方案專款支付項目，
高 血 壓：因常合併多重疾病（如糖尿病、慢性腎臟病等）故未再以疾病別單獨計畫追蹤，於102年停止試辦

7

# 方案簡介-糖尿病(1)

**計畫重點**

- 建立兩階段照護模式，以提供連續性照護
- 定期追蹤、教育及督促患者，以減緩病程及減少併發症

**參與資格**

- 第一階段照護須為縣市政府共同照護網認證之醫師、護理及營養專業人員
- 第二階段照護限特定科別、專科或原第一階段照護醫師
- 除特定專科及原第一階段照護醫師，其他醫師需接受DM課程認證
- 限參與第一階段的醫事機構才可提供第二階段照護

**費用項目**

新收案管理照護費
追蹤管理照護費
年度評估管理照護費

**監控指標**

①HbA1C不良率 ②HbA1C控制良好率
③LDL良率 ④LDL不良率
⑤個案完整追蹤率

8

## 方案簡介-糖尿病(2)

**獎勵指標**

醫師為獎勵單位(醫院及診所分別評比排序)

**門檻指標**

新收案率30%
收案人數 ≥50人

**品質加成指標**

個案完整追蹤率
HbA1C控制良好率(<7.0%)
HbA1C不良率(>9.0%)
LDL不良率( >130mg/dl)
LDL良率(<100mg/dl)

**品質卓越獎**

- 5項品質加成指標按權重加總後排序之**前25%**醫師
- 每完整追蹤個案1,000點

**品質進步獎**

- 5項品質加成指標**皆進步或持平**
- 每完整追蹤個案500點

- 全球資訊網公開每年度**各項品質加成指標之百分位25、50、75及100指標值**



## 方案簡介-氣喘

**計畫重點**

- 早期發現及治療，**提昇病患氣喘治療指引遵循率**
- 提供病患完整且正確衛教，加強自我照護的能力，減少急(併)症發生

**費用項目**

新收案管理照護費
追蹤管理照護費
年度評估管理照護費

**參與資格**

- 內、兒、家醫、耳鼻喉科醫師且定期接受氣喘照護教育訓練(健保署認可單位提供)
- 經特定學會認證之專科醫師

**獎勵指標**

醫院及基層皆分**成人及兒童**評比，各組排名前**25%**醫師予以獎勵，依據指標：
→**病人完整追蹤率、因氣喘住院比率、因氣喘急診比率**

**監控指標**

①降階治療成功率　②出院14日內再入院率



## 方案簡介-乳癌

**計畫重點**

- 透過定期檢查，達到**早期正確診斷及治療**
- 建立癌症資料庫及定期醫療品質報告，確保癌症診療與照護品質

**費用項目**

**依各病理分期及診療組合**(診斷、治療、追蹤等)**定額支付**

**參與資格**

- 醫院 → 每年乳癌手術達100人，且**建立乳癌各期別病人存活率統計資料庫**
  → 建立乳癌臨床照護指引及診療準則實施結果之流程與機制
- 醫師 → 外科與內科(含腫瘤內科)專任專科醫師分別≥ 2 、特定科別專任專科醫師 ≥ 1

**獎勵指標**

依據：各期病患無病或整體存活率，
對象：治療結束且滿1~5年之未死亡、復發個案數

**監控指標**

醫院定期提供所轄健保署分區**品質監控項目表**，含17項指標：**結構面**1項(ex:**每年診斷與治療的新個案數**)、**過程面**13項(ex:**手術前三個月內乳房攝影(或超音波檢查)率、個案病理期別分佈率、第一期病人執行乳房保留手術率**等)及**結果面**3項(ex:**手術後局部復發率、再度治療率**)



## 方案簡介-思覺失調

**計畫重點**

**醫師主動積極介入**，使患者能固定規則接受治療，提高治療依從性。**收案名單由健保署提供**，除正當理由，院所應全數收案。

**費用項目**

**基本承作費**(個案管理照護費40%、**高風險病人依相對風險權值加權計算**)**發現費**

**參與資格**

- 醫療院所應檢附計畫書向健保署提出申請，**成立專責窗口**
- 院方應依個人資料保護法規定，負保險對象資料保密之責

**獎勵指標**

**品質獎勵費**（個案管理照護費」之60%）

→照護品質指標目標權值達成度 ≥ **60%** 始可獎勵(上一年度為比較基礎值)

**監控指標**

- **精神科不規則門診比例、失聯結案率、強制住院發生率、急診使用率**等9項指標，且**全年品質指標權值達成度＜40%院所應提改善計畫**，評量是否得續辦

## 方案簡介- B,C肝追蹤

**計畫重點**

定期追蹤與病情變化檢查，以降低肝癌發生率

**費用項目**

新收案管理照護費、追蹤管理照護費、
超音波檢查早期肝癌病兆-篩檢異常及轉介費
肝癌早期發現費

**參與資格**

內科、消化系內科、兒科、消化系外科、家醫科醫師

- 個案若符合加強慢性B型或C型肝炎治療計畫用藥條件，可同時接受B、C型肝炎用藥的療程治療

**獎勵指標**

達獎勵門檻及**所有品質指標目標值**院所予以獎勵

→門檻：**當年度收案人數**（醫學中心及區域醫院≥50人；地區醫院及診所≥20人）

→品質：①收案率≥30% ②腹部超音波檢查執行進步率 ③年度完整追蹤率≥50%

**監控指標**

①執行腹部超音波人數 ②腹部超音波檢查實際追蹤率

13

## 方案簡介-孕產婦全程照護

**計畫重點**

- 將「懷孕」至「生產」視為一完整療程以達全人照護
- 提升在同一院所全程醫療照護品質，降低生產風險

**參與資格**

- 設有符合醫療機構設置標準規定之產房及嬰兒室
- 登記有婦產科診療科別及專任婦產科專科醫師資格

**費用項目**

**產期管理照護費**

不符醫學上適應症而自行要求剖腹產，高風險及急重症經醫師診斷有必要轉診孕產婦，不得申報

**獎勵指標**

符合以下五項指標之院所予以獎勵；具**助產人員**執登者，另外加給：

①孕產期全程照護率≥45% ②剖腹產管控率 ③低出生體重率不超過前一年度1%

④產後14日內再住院率<1% ⑤收取「自行要求剖腹產」自費費用未超過上限

**監控指標**

院所每季須提報下列指標：

①結構指標 ②過程指標(ex：方案前後平均住院天數比較) ③結果指標(ex：週產期死亡率)

④危險因子指標(ex：早產兒、低體重兒比率) ⑤其他指標(ex：住院期間總母乳哺育率)

14

## 方案簡介-早期療育

**計畫重點**

- 以家庭為中心之整合性照護模式
- 導入個案管理概念，按需求研訂療育計畫
- 提供合理、適當之療育服務，導正就醫行為

**費用項目**

以家庭為中心之早期療育整合照護費
(偏遠地區加成)
家長(或法定代理人)須參與每次治療

**參與資格**

- 院所→符合醫療機構設置標準且**具兒童獨立評估及治療空間**等規範
- 人員→有復健、精神、小兒神經或兒童心智科專科醫師、**專任專業治療人員**及**臨床心理師或社工師（醫師及專業治療人員具一定執業資歷及每年固定繼續教育)**

**獎勵指標**

按指標達成率(新舊個案分別計算)：個案固定就醫率、療育資源聯結率、收案率、年就醫總次數較前一年次數下降比率(僅舊個案)

**監控指標**

- 院所填報評估報告書、「家庭服務成效評估」及「兒童功能成效專業評估量表」
- 品質監測指標：個案復健及精神醫療接受療育次數

15

## 方案簡介-慢性阻塞性肺病

**計畫重點**

- 早期診斷與治療，提供完整且正確的衛教
- 提升治療品質，減少急(併)症發生、降低住院率

**參與資格**

- **第一類院所**：具胸腔暨重症專科專(兼)任醫師≥3，呼吸治療師及個案管理師；**第二類院所**：科別之專(兼)任醫師≥1
- **醫師、個管師及呼吸治療師**須定期取得教育時數證明

**費用項目**

- 新收案管理照護費
- 追蹤管理照護費
- 年度評估管理照護費
- **病人肺部復原及呼吸訓練評估費**

**獎勵指標**

分第一類院所、第二類醫院或基層診所分別評比，各組排名**前25%**醫師予以獎勵，評比依據指標：

病人完整追蹤率、出院後14日內再入院率、6個月戒菸成功率、接受肺部復原評估率

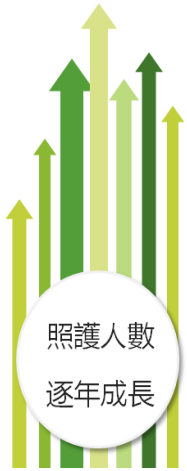
因COPD急診就醫率、因COPD急性住院率、因COPD入住加護病房率、接受正確藥物治療率

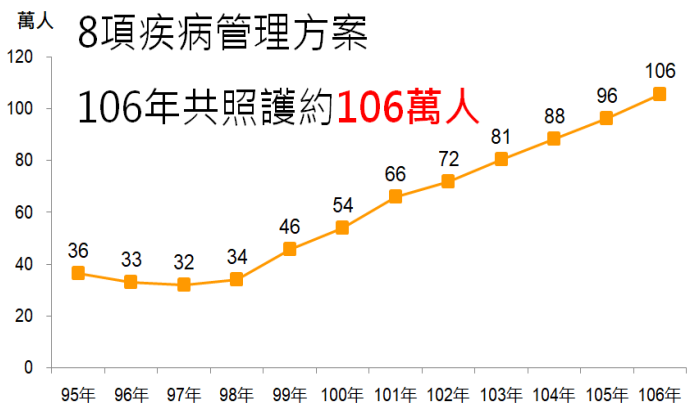
**監控指標**

- 第一類院所：**應下轉病人率、應下轉未下轉病人率、應下轉病人因病患意願未下轉率**
- 第二類院所：**應上轉病人率、應上轉未上轉病人率、應上轉病人因病患意願未上轉率**

16

# 歷年方案照護人數






# 歷年方案照護人數

| 照護人數 | 95年 | 96年 | 97年 | 98年 | 99年 | 100年 | 101年 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 糖尿病 | 176,475 | 181,098 | 191,251 | 214,340 | 254,504 | 283,748 | 325,501 | 365,821 | 419,455 | 468,180 | 520,727 | 598,259 |
| 氣喘 | 190,671 | 140,464 | 119,645 | 115,788 | 115,423 | 115,600 | 106,581 | 103,984 | 101,990 | 102,948 | 109,066 | 117,801 |
| 乳癌 | 6,927 | 8,438 | 9,807 | 10,743 | 11,678 | 11,827 | 12,653 | 13,458 | 12,041 | 12,520 | 12,183 | 11,374 |
| 思覺失調 | 未實施 | | | | 36,580 | 43,076 | 47,657 | 49,209 | 57,565 | 59,679 | 63,800 | 61,784 |
| BC肝追蹤 | 未實施 | | | | 44,057 | 92,049 | 121,451 | 149,375 | 175,317 | 201,452 | 220,928 | 231,093 |
| 孕產 | 未實施 | | | | | | | | | 59,114 | 57,958 | 60,475 |
| 早療 | 未實施 | | | | | | | | | 15 | 801 | 954 |
| COPD | 未實施 | | | | | | | | | | | 8,898 |
| 合計 | 364,213 | 328,652 | 319,037 | 339,037 | 456,434 | 537,955 | 659,479 | 717,255 | 805,166 | 883,964 | 961,869 | 1,056,756 |

註1：照護人數係指當年度有申報該方案相關費用之歸戶人數，合計為全部方案歸戶人數，故不會等於各方案人數直接加總。
註2：人數變化說明：氣喘→101年增修參與醫師資格(要求每三年 8 小時教育時數，故自101-103年陸續有醫師因三年期滿,未補教育時數而退出,間接影響照護人數下滑)、乳癌→分別各1家醫院於104年及106年完全退出，其申報量自前一年(103年及105年)開始下降；
內政部戶政司資料顯示105年出生人數(208,440人)較104年(213,598人)下降,間接影響孕產照護人數)
註3：早療自104年10月實施，故當年度照護人數僅15人



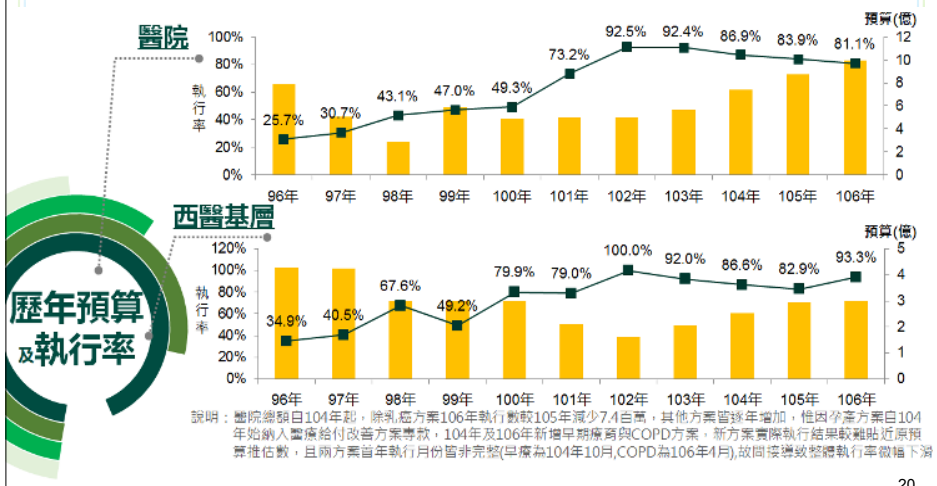
# 歷年方案照護率

| 照護率 | 95年 | 96年 | 97年 | 98年 | 99年註1 | 100年 | 101年 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 糖尿病 | 23.2% | 24.7% | 26.3% | 27.6% | 29.3% | 31.2% | 33.9% | 35.1% | 38.5% | 41.1% | 43.4% | 47.9% |
| 氣喘 | 34.8% | 35.2% | 31.3% | 31.6% | 47.0% | 45.5% | 39.3% | 37.5% | 36.1% | 36.0% | 28.2% | 29.5% |
| 乳癌 | 13.0% | 13.6% | 14.6% | 14.5% | 14.6% | 13.7% | 13.7% | 13.3% | 11.0% | 10.6% | 9.7% | 8.2% |
| 思覺失調 | 未實施 | | | | 40.7% | 46.9% | 51.2% | 52.2% | 60.3% | 59.9% | 63.9% | 68.2% |
| BC肝追蹤 | 未實施 | | | | 8.3% | 16.7% | 21.4% | 25.2% | 29.0% | 32.6% | 35.3% | 36.6% |
| 孕產 | 未實施 | | | | | | | | | 29.0% | 29.5% | 32.3% |
| 早療 | 未實施 | | | | | | | | | 0.7% | 15.2% | 14.9% |
| COPD | 未實施 | | | | | | | | | | | 24.3% |

註1：照護率 分子:當年度申報該方案相關費用之歸戶人數。
分母:當年度該疾病之符合收案條件之歸戶人數(糖尿病)或當年度申報該疾病診斷之歸戶人數(氣喘、乳癌、思覺失調症、BC肝帶原者)。
註2：糖尿病方案99年放寬收案條件;氣喘方案配合收案對象定案改變，99年照護率統計方式改變：99年以前分母是以門診主診斷493歸戶人數，排除兩次就醫大於60天者，99年開始分母是以門診主診斷493歸戶人數，60天內同院所就醫2次以上。
註3：氣喘→101年增修參與醫師資格(要求每三年 8 小時教育時數，101-103年陸續有醫師因三年期滿,未補教育時數而退出,間接影響照護率下滑
另於105年因收案條件主診斷ICD-9轉ICD-10，致分母縮小，照護率下滑；
乳癌→分別各1家醫院於104年及106年完全退出，其申報量自前一年(103年及105年)開始下降



# 歷年預算執行率




說明：醫院總額自104年起，除乳癌方案106年執行數較105年減少7.4百萬，其他方案皆逐年增加，惟因孕產方案自104年始納入醫療給付改善方案專款，104年及106年新增早期療育與COPD方案，新方案實際執行結果較難貼近原預算推估數，且兩方案首年執行月份皆非完整(早療為104年10月,COPD為106年4月),故間接導致整體執行率微幅下滑

# 106年方案執行情形

| 醫院 | 方案別 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 糖尿病 | 氣喘 | 乳癌 | 思覺失調 | BC肝追蹤 | 孕產 | 早期療育 | COPD |
| 參與家數 | 257 | 137 | 5 | 127 | 201 | 94 | 21 | 100 |
| 參與家數占率 | 58.5% | 32.7% | 10.9% | 43.6% | 51.0% | 59.5% | 8.1% | 40.7% |
| 照護人數 | 436,123 | 43,372 | 11,374 | 59,852 | 157,615 | 49,347 | 926 | 8,207 |
| 照護率 | 54.2% | 18.5% | 8.2% | 75% | 34.4% | 37.3% | 14.9% | 23.8% |
| 執行數(百萬) | 537 | 35 | 83 | 50 | 28 | 67 | 1.81 | 6.2 |

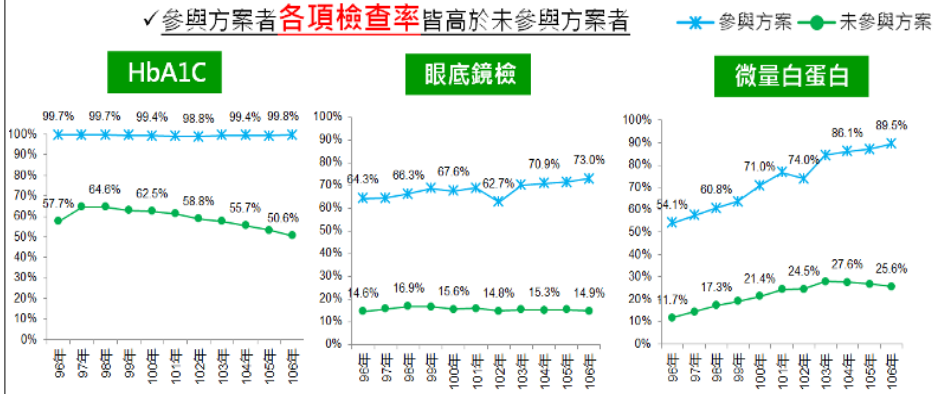
| 西醫基層 | 方案別 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 糖尿病 | 氣喘 | 乳癌 | 思覺失調 | BC肝追蹤 | 孕產 | 早期療育 | COPD |
| 參與家數 | 634 | 549 | - | 21 | 350 | 33 | 1 | 80 |
| 參與家數占率 | 9.0% | 10.6% | - | 4.8% | 10.8% | 22.1% | 0.2% | 44.0% |
| 照護人數 | 163,242 | 74,552 | - | 1,932 | 73,635 | 11,128 | 28 | 694 |
| 照護率 | 32.4% | 41.6% | - | 12% | 37.8% | 21.2% | 0.06% | 31.8% |
| 執行數(百萬) | 210 | 42 | - | 2 | 13 | 14 | 0.08 | 0.31 |

註.參與家數占率分母為當年符合收案條件的患者就醫院所



# 執行成效-糖尿病(1)

✓參與方案者各項檢查率皆高於未參與方案者



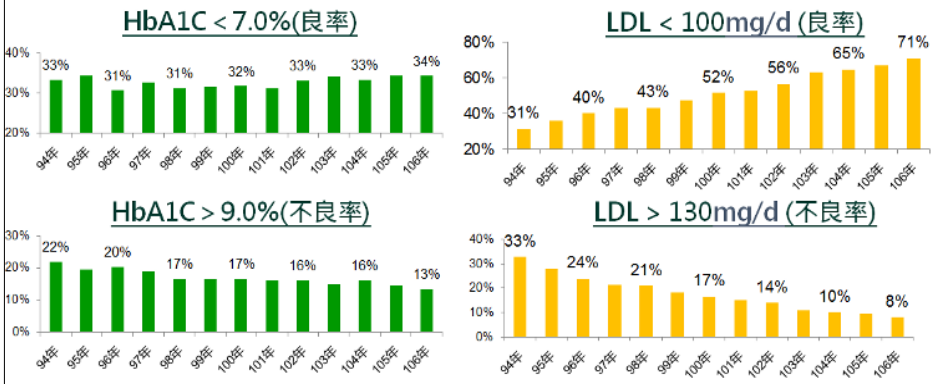

96-106年參與及未參與糖尿病方案患者之HbA1C、眼底鏡檢、微量白蛋白檢查率比較圖表

資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度符合本方案收案條件之對象



# 執行成效-糖尿病(2)

✓收案患者之HbA1C及LDL檢查值正常比例逐年增加




94年新參與糖尿病方案者(6.8萬人)於99~106年之HbA1C及LDL檢查值圖表

資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度本方案收案對象

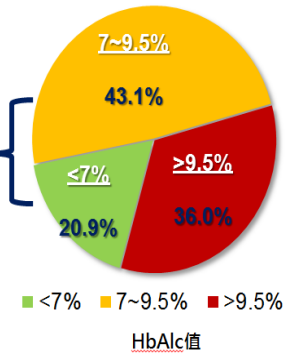


# 執行成效-糖尿病(3)

✓ 追蹤94-106年新收案：HbA1C > 9.5%個案中 64% 改善(一年後)

| 初診HbAlc>9.5%人數 | 1年後 | | |
|---|---|---|---|
| | HbAlc值 | 人數 | 比率 |
| 152,815 | <7% | 32,005 | 20.9% |
| | 7~9.5% | 65,873 | 43.1% |
| | >9.5% | 54,937 | 36.0% |

正常範圍 64%



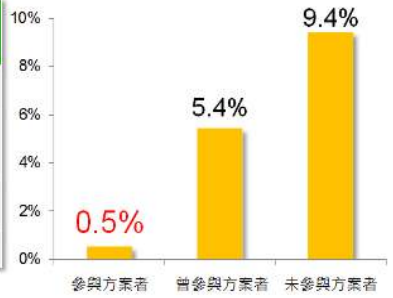

94-106年糖尿病新收案者之HbA1C一年後改善追蹤圖表

資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度本方案收案對象

## 執行成效-糖尿病(4)

✓ 參與方案者之洗腎發生率低於未參與方案者

| 94-106年 | 洗腎患者數 | 累計之糖尿病患者 | 洗腎發生率(%) |
|---|---|---|---|
| 參與方案者 | 111 | 28,455 | 0.5% |
| 曾參與方案者(中途退出) | 16,781 | 308,999 | 5.4% |
| 未參與方案者 | 30,373 | 321,825 | 9.4% |
| 合計 | 47,265 | 659,279 | 7.2% |




94-106年參與及未參與糖尿病方案之洗腎發生率比較圖表

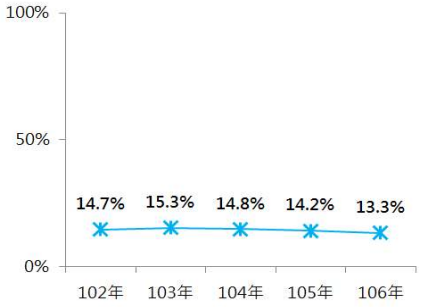
資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度符合本方案收案條件之對象



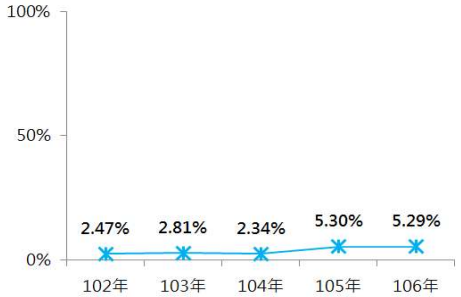
## 執行成效-氣喘(1)

✓ 近五年參與方案者之監控指標表現未有明顯起伏

降階治療成功率




出院14日內因氣喘再入院率




102-106年參與氣喘方案患者之降階治療成功率、出院14日內因氣喘再入院率圖表

資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度本方案收案對象



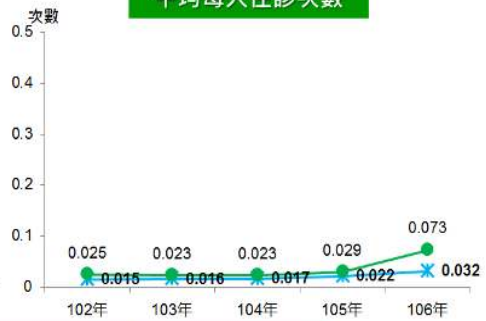
## 執行成效-氣喘(2)

參與方案 未參與方案

✓ 近五年參與方案者之平均每人急診及住診次數皆低於未參與方案者

平均每人急診次數

平均每人住診次數




102-106年參與及未參與氣喘方案患者之平均每人急診、住診比較圖表

資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度符合本方案收案條件之對象，已進行年齡校正

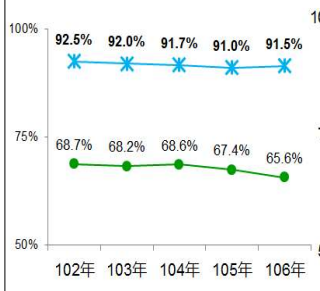


## 執行成效- B,C肝追蹤(1)

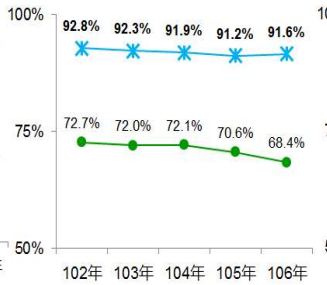
參與方案 未參與方案

✓參與方案者之各項檢查率皆高於未參與方案者

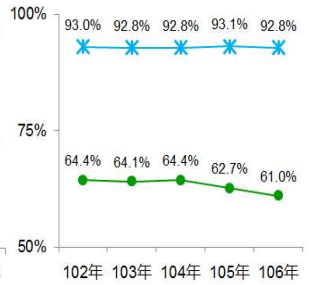
GOT




GPT




腹部超音波



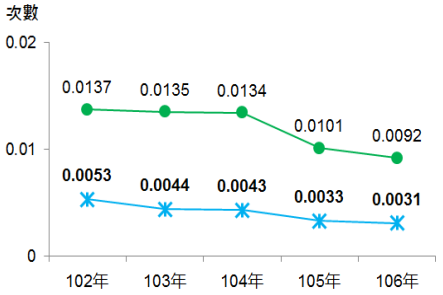

96-106年參與及未參與BC肝追蹤方案患者之GOT、GPT、腹部超音波檢查率比較圖表

資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度符合本方案收案條件之對象

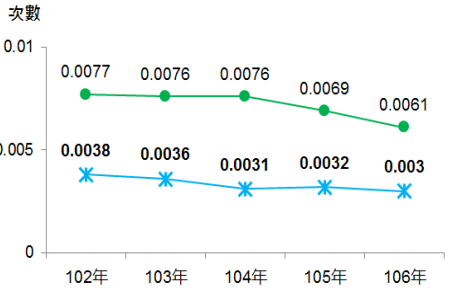
## 執行成效- B,C肝追蹤(2)

✓ 近五年參與方案者之平均每人急診及住診次數皆低於未參與方案者

平均每人因肝炎或肝硬化急診次數




平均每人因肝炎或肝硬化住診次數



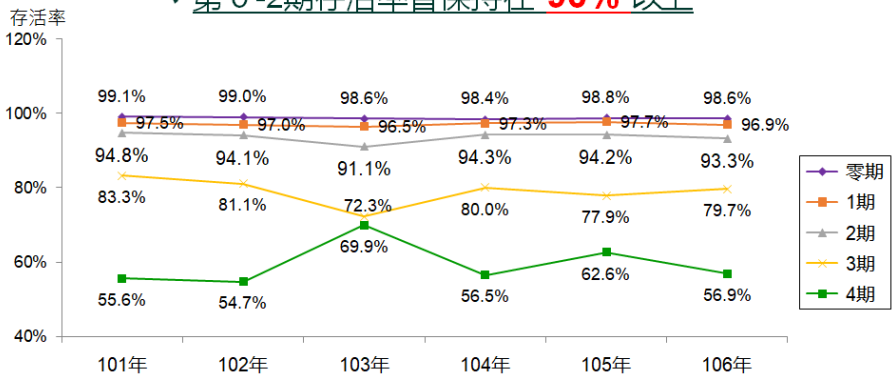

102-106年參與及未參與BC肝追蹤方案患者之平均每人急診、住診比較圖表

資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度符合本方案收案條件之對象，已進行年齡校正



## 執行成效-乳癌

✓第 0 -2期存活率皆保持在 90% 以上




101-106年參與乳癌方案患者之五年存活率圖表

資料來源：參與方案院所提供 資料說明：參與方案醫院提供數據之平均值(106年共5家醫院全年參與)



## 執行成效-思覺失調(1)

方案內高風險及非高風險病患監測指標達成狀況

(符號說明：√ 達標 X未達標)

強制住院發生人次比率
較前一年減少
非高風險 √ 高風險 √

平均每月精神科不規則門診比例
較前一年減少
非高風險 √ 高風險 √

急診使用人次比率
較前一年減少
非高風險 X 高風險 √

失聯結案率
較前一年減少
非高風險 √ 高風險 √

平均每月精神科門診次數
較前一年增加或≥1
非高風險 √ 高風險 √

非高風險病人且固定就醫占率
較前一年增加
未達標
(105年62.6%、106年55.3%)

資料來源：健保資料庫
統計範圍：當年度本方案收案之對象

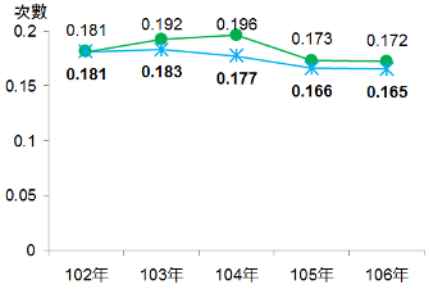


## 執行成效-思覺失調(2)

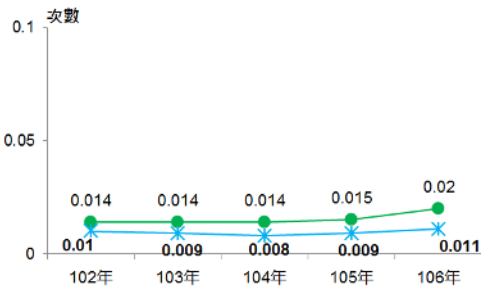
參與方案 未參與方案

✓ 近五年參與方案者之平均每人急診及強制住院次數皆低於未參與方案者

平均每人因思覺失調急診次數




平均每人因思覺失調強制住診次數



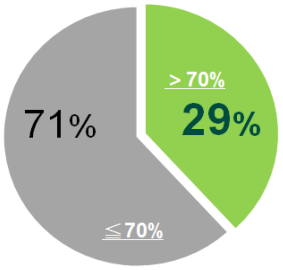

102-106年參與及未參與思覺失調方案患者之平均每人急診、強制住診比較圖表

資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度符合本方案收案條件之對象，已進行年齡校正

## 執行成效-早期療育(1)

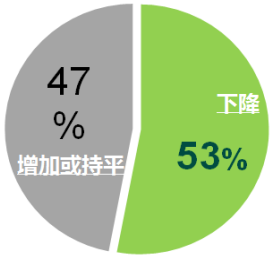
### 106年方案中舊個案就醫狀況:

✓ **29%**(21人)固定就醫率>70%




106年早療方案舊個案固定就醫率分布圖

✓ **53%**(38名)同(跨)院就醫總次數較前一年總就醫次數下降



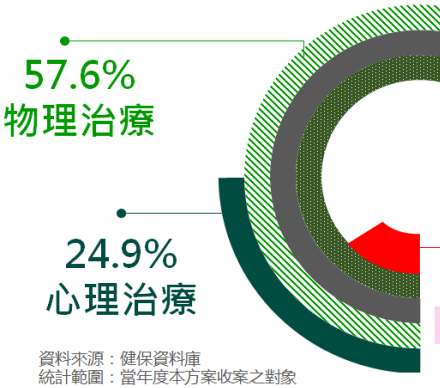

106年早療方案舊個案之同(跨)院就醫次數較前一年比較圖

資料來源：健保資料庫　統計範圍：當年度本方案收案之72名舊個案



## 執行成效-早期療育(2)

### 106年療育項目使用情形




家庭參與相關項目使用率 **9.76%**

親職技巧(9.7%)，家族治療（0.06%)

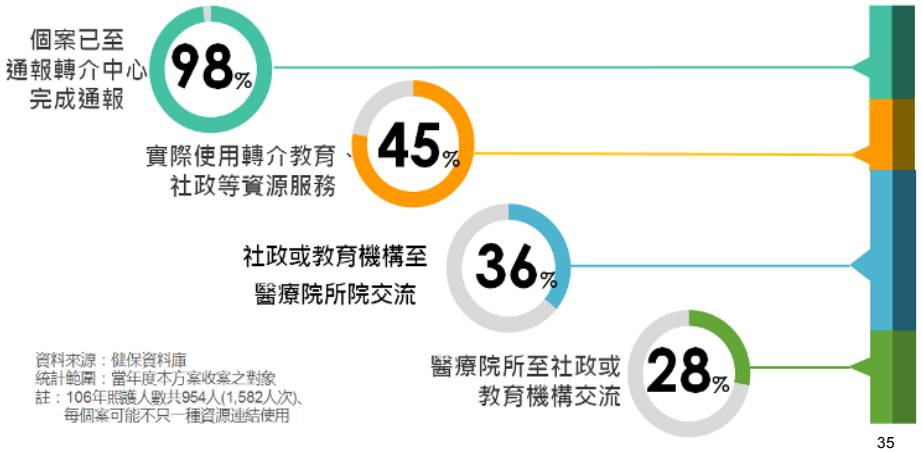
資料來源：健保資料庫
統計範圍：當年度本方案收案之對象

註１：106年照護人數共954人、每位個案會使用多種療育項目
註２：其他項目人次占率未達10%，故無呈現於圖表；依序為資源使用(1.4%)及心理支持(0.6%) 。



## 執行成效-早期療育(3)

### 106年早療個案療育資源聯結情形




資料來源：健保資料庫
統計範圍：當年度本方案收案之對象
註：106年照護人數共954人(1,582人次)、每個案可能不只一種資源連結使用



## 執行成效-孕產婦全程照護

✓ 近五年全程照護率皆達50%

| 102-106年參與方案者之全程照護率 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
| 53.2% | 53.3% | 52.8% | 51.6% | 52.9% |

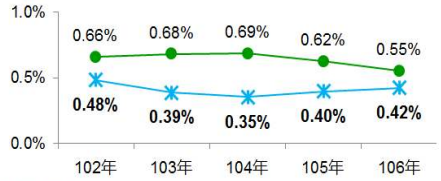
資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度本方案收案之對象

✓ 近五年低出生體重率皆未超過前一年度1%

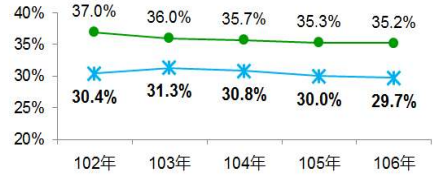
| 102-106年參與方案院所低出生體重率 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
| 0.04% | 0.04% | 0.53% | 0.29% | 0.42% |

資料來源：國民健康署 計算方式如下:
1.低出生體重率＝體重＜2500公克之活產人數/年度出生通報之活產人數
2.當年度低出生體重率院所平均值-前一年度低出生體重率院所平均值

出院後14日內再住院率




剖腹產率




註1：統計範圍：當年度符合本方案收案條件之對象
註2：已進行年齡校正

## 執行成效-慢性阻塞性肺病

**106年因COPD急診**

參與方案：12.1 %

未參與方案：6.8%

**106年因COPD住院**

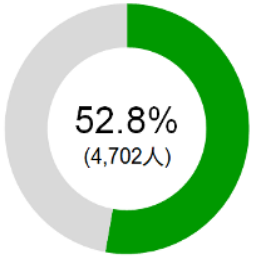
參與方案：10.0%

未參與方案：4.8%

資料來源：健保資料庫　統計範圍：當年度符合本方案收案之對象

註1.：已進行年齡校正　註2：本方案106年4月實施

✓ 過半數參與方案者接受正確藥物治療




106年參與方案者之接受正確藥物治療占率圖

統計範圍：當年度本方案收案之對象



## 小結

**01 方案辦理情形**

多數參與方案者之相關檢查(驗)執行率較未參與方案者高。

**02 方案照護狀況**

除乳癌及早期療育照護率未達30%且收案人數較少外，其他方案照護率皆較去年成長。

**03 方案執行成效**

✓ 部分方案在成效比較上差異並不明顯，如氣喘、思覺失調。

✓ 早期療育及COPD因為新辦理方案，執行成效仍需再追蹤觀察。



## 檢討及展望

醫療給付改善方案

**問題一.參與院所及醫師數低**

✓ 參與條件複雜，影響院所或醫師參與意願

✓ 方案支付或獎勵制度誘因不足

✓ 行政作業規範繁瑣，降低院所參與意願

**問題二.照護人數少或照護率低**

✓ 參與方案院所未積極收案

**問題三.缺乏呈現照護成效指標**

✓ 多為結構面、過程面指標，缺乏**結果面指標**



## 檢討及展望

**未來努力方向**

1 持續追蹤方案執行狀況

2 檢討方案規定適當性

3 相關疾病方案整合辦理

4 重視慢性病患者行為改善責任

5 收案數少,照護率低之方案研擬退場

# 家庭醫師整合性照護計畫

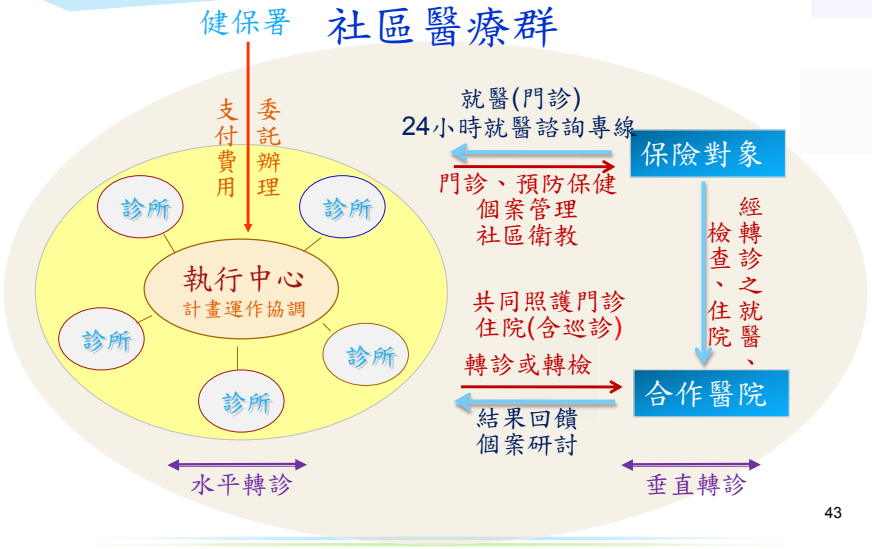
41

## 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

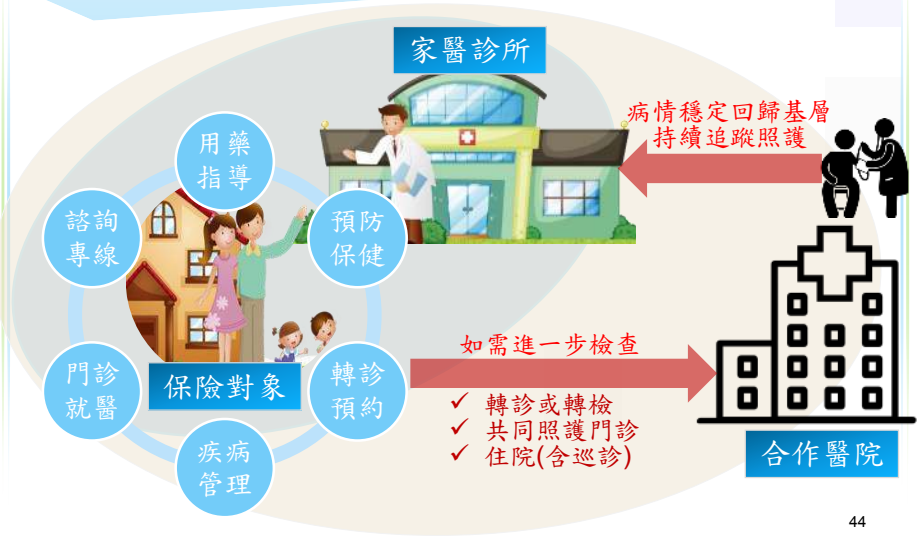
42

## 家醫計畫照護模式




43

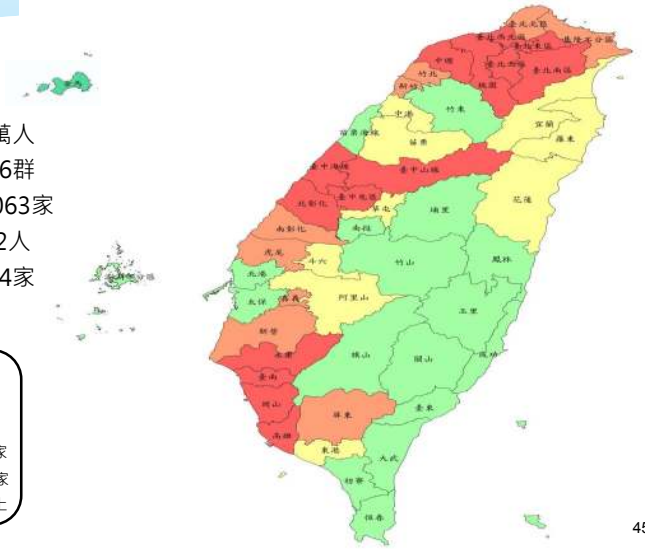
## 提供整合式照護服務




44

# 106年參與院所服務涵蓋情形

收案會員數：413萬人
參與醫療群數：526群
參與診所家數：4,063家
參與醫師數：5,182人
合作醫院家數：184家






# 106年本計畫於次醫療區服務涵蓋情形

- 50個次級醫療區均至少有1群社區醫療群提供服務。

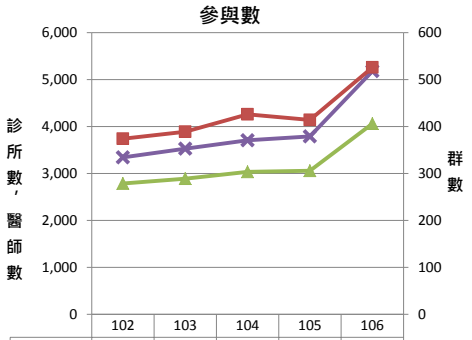
| 二級醫療區 | 次級醫療區 | 醫療群數 | 診所數 | 二級醫療區 | 次級醫療區 | 醫療群數 | 診所數 | 二級醫療區 | 次級醫療區 | 醫療群數 | 診所數 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 臺北 | 北區 | 11 | 71 | 臺中 | 山線 | 54 | 277 | 高雄 | 岡山 | 28 | 118 |
| 臺北 | 西北區 | 18 | 133 | 臺中 | 海線 | 55 | 262 | 高雄 | 高雄 | 46 | 260 |
| 臺北 | 中區 | 31 | 118 | 臺中 | 屯區 | 52 | 287 | 高雄 | 旗山 | 2 | 20 |
| 臺北 | 西區 | 33 | 229 | 彰化 | 北彰化 | 30 | 225 | 屏東 | 屏東 | 14 | 81 |
| 臺北 | 南區 | 30 | 137 | 彰化 | 南彰化 | 11 | 60 | 屏東 | 東港 | 6 | 30 |
| 臺北 | 東區 | 26 | 184 | 南投 | 埔里 | 4 | 26 | 屏東 | 枋寮 | 1 | 2 |
| 基隆 | 基隆 | 11 | 74 | 南投 | 草屯 | 9 | 41 | 屏東 | 恆春 | 1 | 6 |
| 宜蘭 | 宜蘭 | 5 | 32 | 南投 | 南投 | 5 | 26 | 澎湖 | 澎湖 | 1 | 13 |
| 宜蘭 | 羅東 | 5 | 31 | 南投 | 竹山 | 4 | 23 | 臺東 | 臺東 | 2 | 23 |
| 金馬 | 金馬 | 1 | 10 | 雲林 | 北港 | 5 | 21 | 臺東 | 關山 | 2 | 2 |
| 桃園 | 桃園 | 27 | 177 | 雲林 | 虎尾 | 14 | 63 | 臺東 | 成功 | 1 | 1 |
| 桃園 | 中壢 | 22 | 130 | 雲林 | 斗六 | 12 | 39 | 臺東 | 大武 | 2 | 2 |
| 新竹 | 新竹 | 11 | 67 | 嘉義 | 嘉義 | 11 | 66 | 花蓮 | 花蓮 | 7 | 45 |
| 新竹 | 竹北 | 10 | 54 | 嘉義 | 阿里山 | 12 | 31 | 花蓮 | 鳳林 | 2 | 2 |
| 新竹 | 竹東 | 5 | 25 | 嘉義 | 太保 | 4 | 15 | 花蓮 | 玉里 | 1 | 1 |
| 苗栗 | 海線 | 4 | 22 | 臺南 | 新營 | 14 | 70 | | | | |
| 苗栗 | 苗栗 | 8 | 38 | 臺南 | 永康 | 35 | 150 | 合計 | | 526 | 1,574 |
| 苗栗 | 中港 | 5 | 42 | 臺南 | 臺南 | 39 | 201 | | | | |

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。

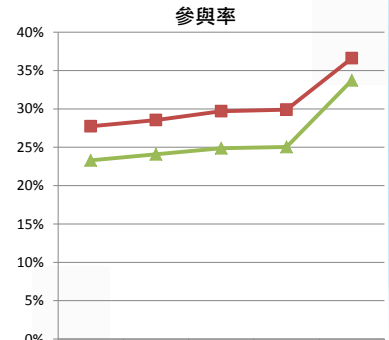


# 社區醫療群參與情形

- 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。




| | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 |
| 群數 | 374 | 389 | 426 | 414 | 526 |



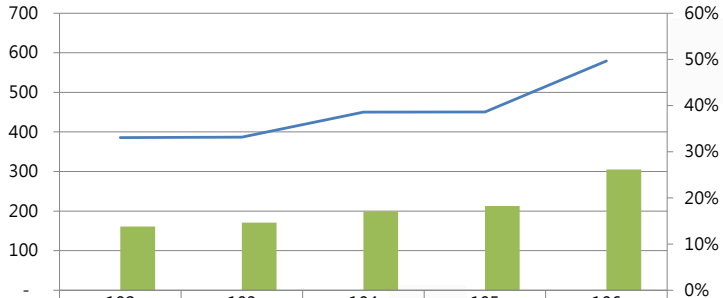

| | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 |
|---|---|---|---|---|---|
| 參與診所占率 | 28% | 29% | 30% | 30% | 37% |
| 參與醫師占率 | 23% | 24% | 25% | 25% | 34% |

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。



# 社區醫療群收案情形

- 106年本計畫交付名單收案人數占較需照護族群人數之49.7%




| | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 |
|---|---|---|---|---|---|
| 較需照護族群人數 | 487 | 516 | 516 | 551 | 614 |
| 交付名單收案數 | 161 | 171 | 199 | 213 | 305 |
| 占率 | 33% | 33% | 39% | 39% | 50% |

註1：資料擷取時間為當年度4月
註2：較需照護族群人數為慢性病、非慢性病、門診高利用、65歲以上多重慢性病、3-5歲兒童及參與醫療給付改善方案之個案。
註3：交付名單收案數不含院所自行收案個案。

# 106年家醫計畫提供服務成果

## 1 會員健康資料建檔
- 加強會員個案管理及衛教
- 預防保健各指標歷年均達高標

## 2 24小時諮詢專線
- 電話諮詢服務：36,082通
- 提供適當就醫指導
- 減少急診與不必要就醫

## 3 提供病人轉診服務
- 醫療群與184家醫院合作
- 轉診服務：302,988人次
- 共照門診：5290診次
- 病房巡診：1,038次

## 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5,000餘位。

## 5 辦理社區衛教、宣導
- 營造健康社區，提升醫療群形象。
- 辦理社區衛教3,066場次。
- 參與人數達74,957人次。



# 106年社區醫療群品質指標執行情形

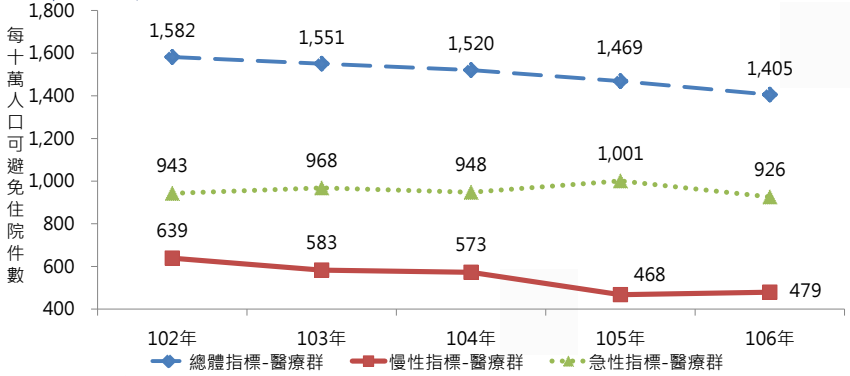
| 達標 | 指標 | 收案會員 | 目標值 | 評估構面 |
|---|---|---|---|---|
| | 每十萬人潛在可避免急診件數 | 2,157 | ≦1,873 | 服務結果 |
| | 每十萬人可避免住院件數 | 1,400 | ≦1,387 | 服務結果 |
| ◎ | 會員固定就診率 | 47.20% | ≧43.58% | 服務持續性 |
| ◎ | 成人預防保健檢查率 | 47.17% | ≧35.07% | 服務周全性 |
| ◎ | 子宮頸抹片檢查率 | 29.67% | ≧27.98% | 服務周全性 |
| ◎ | 老人流感注射率 | 49.67% | ≧45.18% | 服務周全性 |
| ◎ | 糞便潛血檢查率 | 44.42% | ≧37.62% | 服務周全性 |
| ◎ | 會員門診經醫療群轉診率 | 3.09% | ≧2.10% | 服務協調性 |
| ◎ | 會員住院經醫療群轉診率 | 5.34% | ≧3.64% | 服務協調性 |

註1：目標值：會員固定就診率為≧同儕60百分位；成人預防保健檢查率、子宮頸抹片檢查率、65歲以上老人流感疫苗注射率及會員門診經醫療群轉診率為≧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；會員住院經醫療群轉診率為≧較需照護族群50百分位；潛在可避免急診件數及可避免住院件數為低於全國民眾平均數。
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。



# 102-106年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。

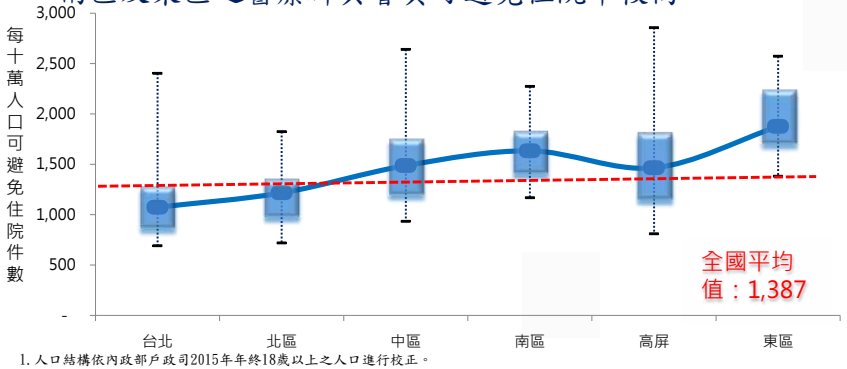



1.人口結構依內政部戶政司2015年年終18歲以上之人口進行校正。
2.AHRQ第五版之PQI指標分類定義
(1)急性指標：係指脫水、尿道感染、細菌性肺炎等3項指標。
(2)慢性指標：係指短期糖尿病併發症、長期糖尿病併發症、控制不良糖尿病、糖尿病下肢截肢、COPD及成人氣喘、青年氣喘、高血壓、心絞痛等8項指標。
(3)總體指標：急性指標及慢性指標之住院件數總和。



# 106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

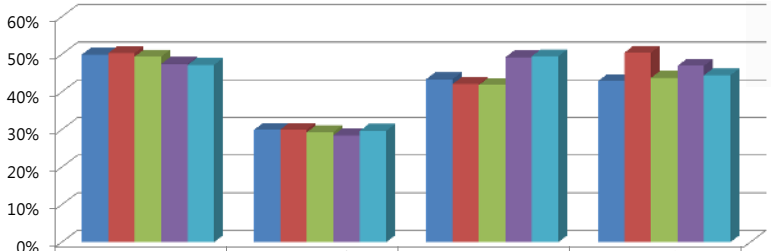



1. 人口結構依內政部戶政司2015年年終18歲以上之人口進行校正。
2. AHRQ第五版之PQI指標分類定義
(1)急性指標：係指脫水、尿道感染、細菌性肺炎等3項指標。
(2)慢性指標：係指短期糖尿病併發症、長期糖尿病併發症、控制不良糖尿病、糖尿病下肢截肢、COPD及成人氣喘、青年氣喘、高血壓、心絞痛等8項指標。
(3)總體指標：急性指標及慢性指標之住院件數總和。

# 預防保健指標達成率

- 近年社區醫療群各項預防保健達成率均達成設定之目標值

近5年各項預防保健檢查/注射率



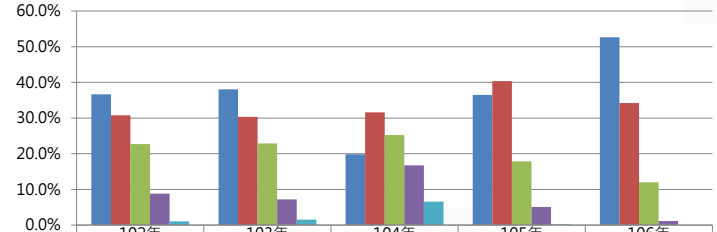

| | 成人預防保健檢查率 | 子宮頸抹片檢查率 | 老人流感注射率 | 糞便潛血檢查率 |
|---|---|---|---|---|
| 102 | 49.89% | 29.89% | 43.36% | 42.86% |
| 103 | 50.29% | 29.98% | 42.07% | 50.45% |
| 104 | 49.37% | 29.28% | 41.85% | 43.75% |
| 105 | 47.44% | 28.45% | 49.21% | 46.92% |
| 106 | 47.17% | 29.67% | 49.49% | 44.42% |

1. 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)。
2. 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。
3. 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。
4. 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
- 106年526群社區醫療群中，品質指標達80%以上共計457群，占所有群數約87%。



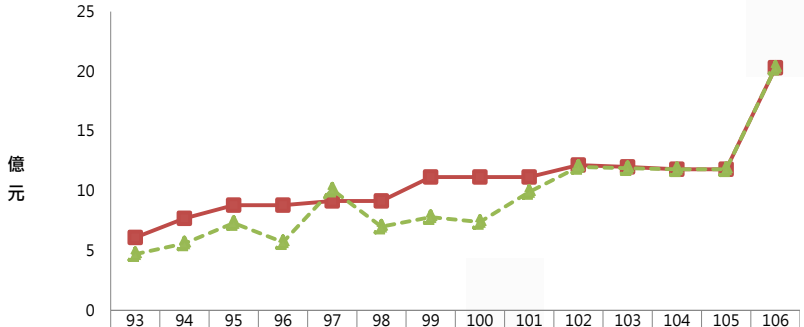

| | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|
| 特優級(≧90%) | 36.6% | 38.0% | 19.8% | 36.5% | 52.7% |
| 良好級(80%～90%) | 30.7% | 30.3% | 31.6% | 40.3% | 34.2% |
| 普通級(70%～80%) | 22.7% | 22.9% | 25.2% | 17.9% | 12.0% |
| 輔導級(60%～70%) | 8.8% | 7.2% | 16.7% | 5.1% | 1.1% |
| 不支付(＜60%) | 1.1% | 1.5% | 6.6% | 0.2% | 0.0% |

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2：102年共374群、103年共389群、104年共426群、105年共414群、106年共526群。



# 歷年計畫經費執行情形

- 近四年預算執行率均達100%。




| | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 | 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 預算數(億) | 6.1 | 7.7 | 8.8 | 8.8 | 9.15 | 9.15 | 11.15 | 11.15 | 11.15 | 12.15 | 12 | 11.8 | 11.8 | 20.3 |
| 實支費用(億) | 4.7 | 5.6 | 7.3 | 5.7 | 10.1 | 7 | 7.8 | 7.4 | 9.9 | 12 | 11.9 | 11.8 | 11.8 | 20.3 |
| 執行率 | 77% | 73% | 83% | 65% | 110% | 77% | 70% | 66% | 89% | 99% | 100% | 100% | 100% | 100% |

註1：97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)。
註2：106年原預算為15.8億元，由107年度家醫計畫專款之450百萬元挹注106年度之不足款，故106年預算為20.3億元。



# 滿意度調查結果

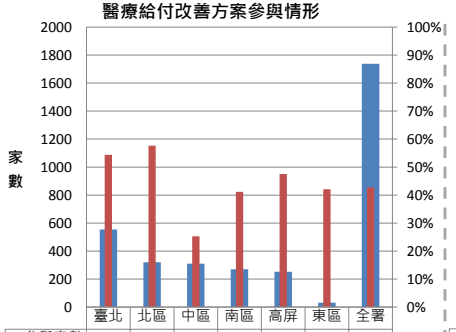
- 106年抽測會員滿意度結果均達99分以上

| 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% |
| 106 | 5,272 | 99.5% | 99.5% | 99.5% |

# 106年家醫診所參與整合服務情形

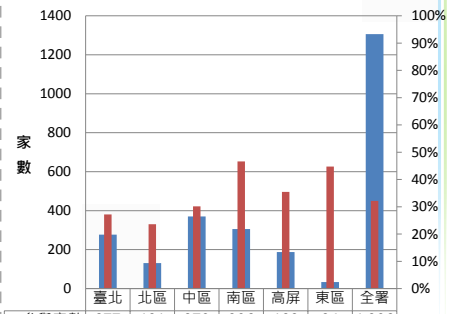
- 全國參與家醫計畫診所4,063家，其中1,738家(占43%)有參與醫療給付改善方案、1,306家(占32%)有參與居家醫療整合照護計畫。

醫療給付改善方案參與情形




| | 臺北 | 北區 | 中區 | 南區 | 高屏 | 東區 | 全署 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 參與家數 | 554 | 320 | 310 | 270 | 252 | 32 | 1,738 |
| 參與率 | 54% | 58% | 25% | 41% | 48% | 42% | 43% |

居家醫療整合照護計畫參與情形




| | 臺北 | 北區 | 中區 | 南區 | 高屏 | 東區 | 全署 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 參與家數 | 277 | 131 | 370 | 306 | 188 | 34 | 1,306 |
| 參與率 | 27% | 24% | 30% | 47% | 35% | 45% | 32% |

註1：參與率定義：分母：106年度參與家醫計畫診所(4,063家)；分子：分母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、初期慢性腎臟病及COPD方案。



# 107年計畫修訂重點

**1. 強化醫療群組織運作及增列參與計畫基本要求**

- ✓ 提升社區醫療群照護能力，新增醫療群合作醫事機構(如藥局、物理治療所)。
- ✓ 強化24小時接聽人員專業能力，明訂接聽人員應由醫事人員擔任，並規範提供之具體服務項目。
- ✓ 社區醫療群與合作醫院間進行實質合作及提供主動電訪(Call out)服務。
- ✓ 新增設置社區醫療群個案管理人員，協助個案管理，提升醫療照護品質。
- ✓ 落實計畫執行目標，提供收案對象確認回饋機制。



# 107年計畫修訂重點

**2. 為提供持續性服務，收案對象中慢性病個案其會員收案期程以3年為原則，以利收案對象之長期經營**

**3. 修訂評核指標，以落實分級醫療之雙向轉診及共同照護**



## 2 其他預算(112.64億元)

### 1偏遠及弱勢照護

- ●山地離島IDS計畫編列6.054億元。
- ●居家、精神社區復健、助產所編列50億元。
- ●收容於矯正機關醫療服務編列14.045億元。

### 2促進體系合作

- ●促進醫療體系整合編列11億元。
- ●鼓勵院所即時查詢編列11億元。

### 3提升保險成效及其他

- ●非預期風險編列10億元。
- ●慢性腎臟病照護編列4.04億元。
- ●高診次藥事照護編列0.4億元
- ●罕病等預備款編列3億元。
- ●提升保險服務成效編列3.1億元

# 歷年協定預算及執行率一覽表

| 預算項目 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.山地離島地區醫療付效業提升計畫 | 6.039億元 (4.71億元 78%) | 6.054億元 (4.48億元 74%) | 6.054億元 (4.69億元 77%) | 6.054億元 (4.88億元 81%) | **6.054億元 (4.75億元 78%)** |
| 2.非屬各部門總額之服務項目 (居家、精神社區復健、助產所等) | 37.14億元 (30.61億元 82%) | 37.68億元 (32.91億元 87.3%) | 37.14億元 (97.14億元 100%) | 40億元 (40億元 100%) | **50億元 (43.86億元 88%)** |
| 3.醫院以病人為中心門診整合照護計畫 | 5億元 (0.77億元 15%) | 5億元 (1.20億元 24%) | 3億元 (1.13億元 38%) | 3億元 (2.28億元 76%) | **3億元 (2.28億元 76%)** |
| 4.急性後期整合照護計畫 | | 2億元 (0.08億元 4%) | 4億元 (0.43億元 11%) | 4億元 (0.57億元 14%) | **4億元 (0.45億元 11%)** |
| 5.跨層級醫院合作計畫 | | | 1億元 (0.14億元 14%) | 1億元 (0.18億元 18%) | **1億元 (0.32億元 61%)** |
| 6.鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案 | | 22億元 (0.085億元 0.4%) | 22億元 (3.83億元 17%) | 11億元 (6.76億元 61%) | **11億元 (8.53億元 77.8%)** |

註：( ) 內資料為預算實際執行數及執行率



# 歷年協定預算及執行率一覽表

| 預算項目 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 |
|---|---|---|---|---|---|
| 7.高診次暨複雜用藥者藥事服務計畫 | 5,400萬元 (4,930萬元91%) | | 5,400萬元 (4, 220萬元 78%) | 5,000萬元 (3, 160萬元 63%) | **4,000萬元 (2, 820萬元 71%)** |
| 8.慢性腎臟病照護及病人衛計畫 (含Early-CKD、Pre-ESRD、ESRD門診服務品質提升計畫 | 4.04億元 (2.54億元 63%) | 4.04億元 (2.800億元 69%) | 4.04億元 (3.03億元 75%) | 4.04億元 (3.35億元 83%) | **4.04億元 (3.69億元 91%)** |
| 9.保險對象收容於矯正機關醫療服務計畫 | 14.05億元 (8.35億元 59%) | 14.05億元 (10.32億元 74%) | 14.05億元 (10.94億元 78%) | 14.05億元 (12.53億元 89%) | **14.05億元 (13.14億元 94%)** |
| 9.提升保險服務成效 | | | 2.85億元 (0.31億元 11%) | 2.95億元 (3.15億元 108%) | **3.10億元 (1.65億元 53%)** |

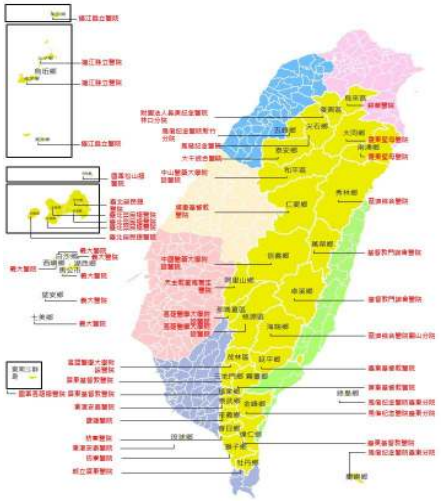
註：( ) 內資料為預算實際執行數及執行率



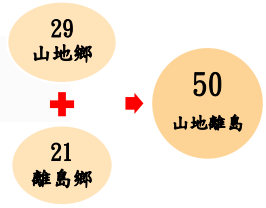
# 山地離島地區醫療給付效益提升計畫

# 山地離島地區(IDS)醫療給付效益提升計畫

- 本計畫於 50 個山地離島地區(包含 29 個山地鄉、 21 個離島鄉)共 26 家特約醫院承作 30 個計畫。

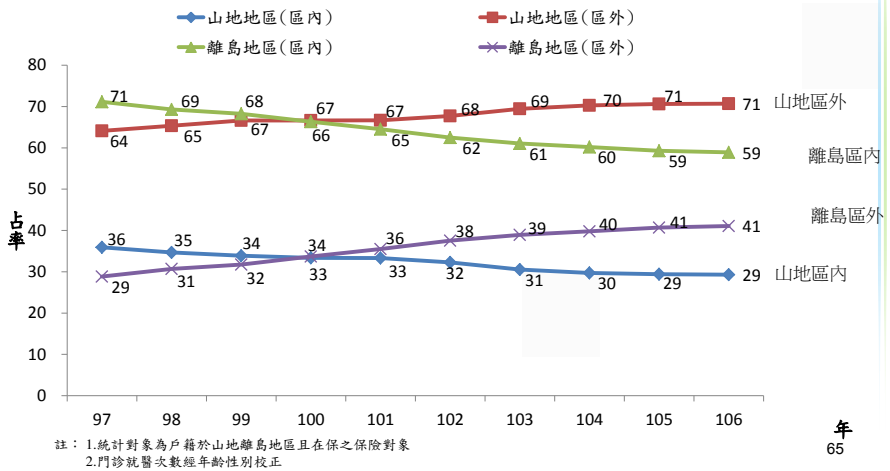


| 承作醫院 | 家數 |
|---|---|
| 醫學中心 | 7 |
| 區域醫院 | 14 |
| 地區醫院 | 5 |



## 山地離島地區保險對象於該區內外就醫次數比較

- 山地地區之區外西醫門診就醫次數占率較高(約7成)、離島地區則為區內就醫次數占率較高(約6成)

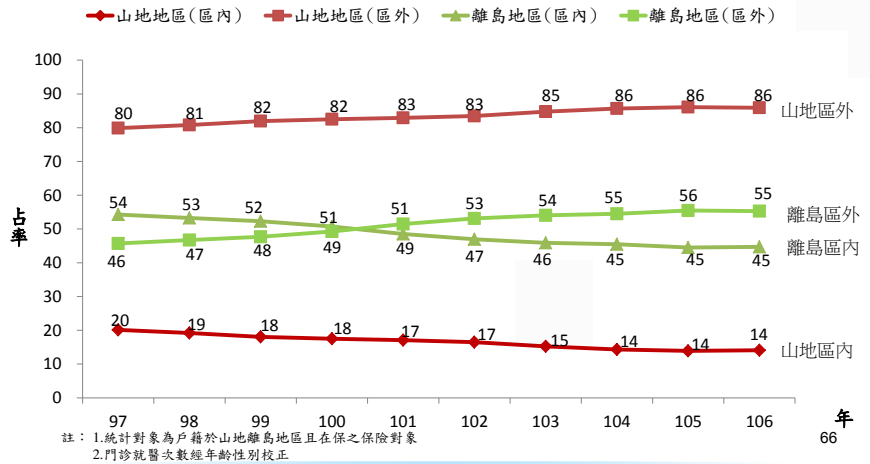



註：1.統計對象為戶籍於山地離島地區且在保之保險對象
2.門診就醫次數經年齡性別校正
3.地區外就醫指保險對象在非山地離島地區內就醫



## 山地離島地區保險對象於該區內外就醫費用比較

- 山地地區、離島地區之區外西醫門診醫療費用點數占率較高，分別為約8成6及約5成5

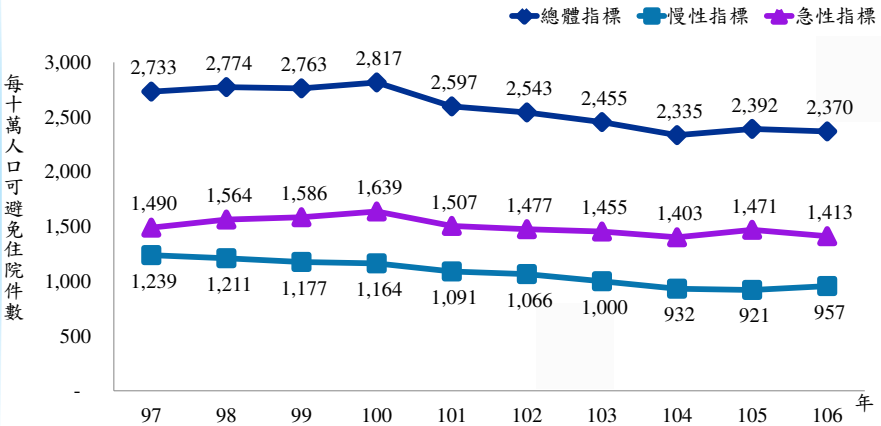



註：1.統計對象為戶籍於山地離島地區且在保之保險對象
2.門診就醫次數經年齡性別校正
3.地區外就醫指保險對象在非山地離島地區內就醫



## 97-106年山地離島地區保險對象可避免住院

- 山地離島可避免住院率有逐年下降趨勢

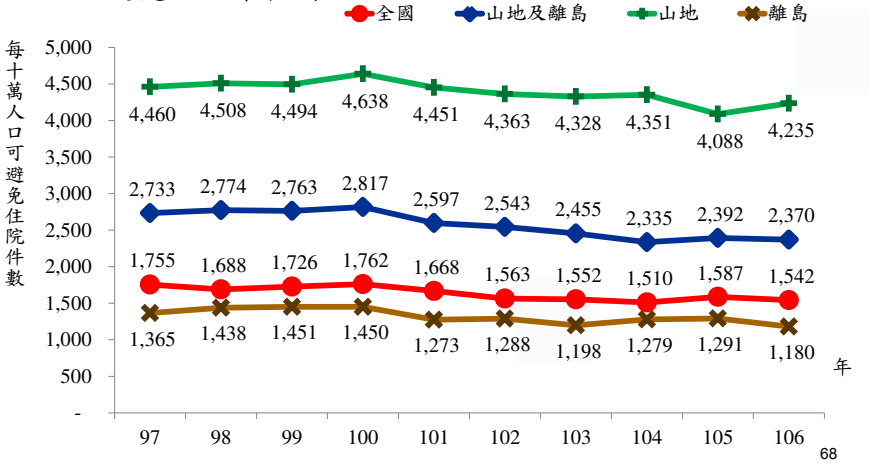



1. 人口結構依內政部戶政司2015年年終18歲以上之人口進行校正。
2. AHRQ第五版之PQI指標分類定義
(1)急性指標：係指脫水、尿道感染、細菌性肺炎等3項指標。
(2)慢性指標：係指短期糖尿病併發症、長期糖尿病併發症、控制不良糖尿病、糖尿病下肢截肢、COPD及成人氣喘、青年氣喘、高血壓、心臟衰竭、心絞痛等9項指標。
(3)總體指標：急性指標及慢性指標之住院件數總和。



## 97-106年山地離島地區保險對象可避免住院-總體指標

- 總體指標，離島地區可避免住院率較全國低、山地地區可避免住院率較高



# 居家醫療整合照護計畫

## 居家醫療照護整合計畫

**目的**

- 提升因失能或疾病特性致外出就醫不便患者之醫療照護可近性。
- 鼓勵醫事服務機構連結社區照護網絡，提供住院替代服務，降低住院日數或減少不必要之社會性住院。
- 改善現行片段式的服務模式，以提供病患整合性之全人照護。

**策略**

- 為提升保險給付效率，提供以病人為中心之連續性照護，在不影響舊制居家照護服務及支付衡平性下，將104年居家醫療試辦計畫，併同一般居家照護、呼吸居家照護、安寧居家療護服務，整合為本計畫之3照護階段(居家醫療、重度居家醫療、安寧療護)服務。



## 居家醫療照護整合計畫

- 105年2月15日公告實施
- 整合多項居家照護，提供連續性醫療照護。

| 整合**前**4服務項目 | 整合**後**3照護階段 |
|---|---|
| 104年居家醫療試辦計畫 | 居家醫療 |
| 一般居家照護 | 重度居家醫療 |
| 呼吸居家照護 | |
| 安寧居家療護 | 安寧療護 |

**擴大照護對象**

改善不同類型居家醫療片段式的服務模式

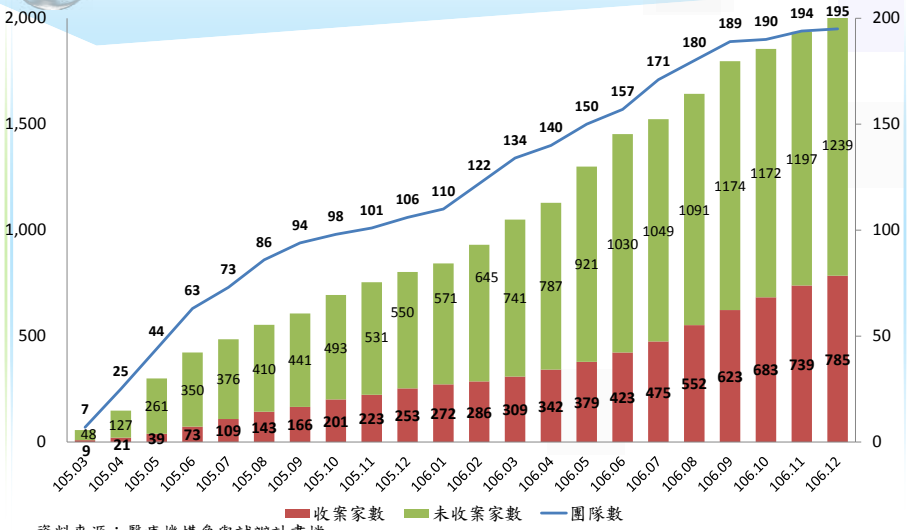
**服務特色**

促進社區內團隊合作：醫事人員間、院所間

**強化個案管理機制**

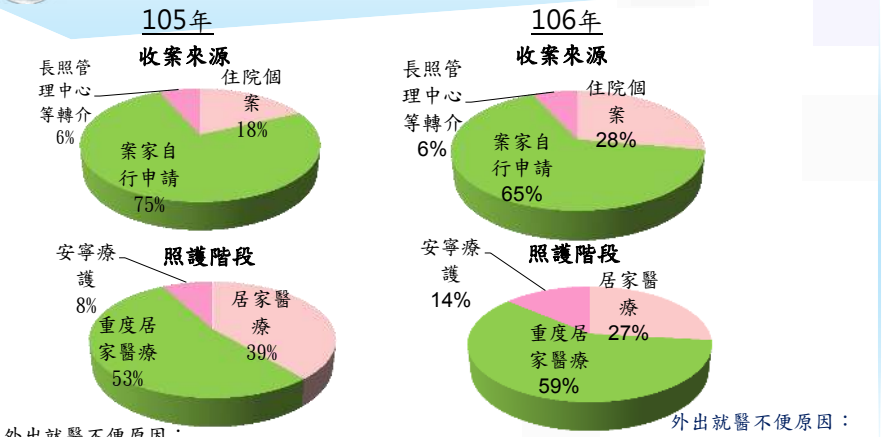


## 居家醫療整合照護計畫-院所參與情形




資料來源：醫療機構參與試辦計畫檔。
家數、團隊數：當月月底有效機構數。

# 照護對象收案來源及特性




外出就醫不便原因：
- 失能(ADL<60)：85%
- 疾病特性：23%
- 其他：4%

外出就醫不便原因：
- 失能(ADL<60)：94%
- 疾病特性:17%
- 其他:3%

**資料來源：居家醫療整合照護計畫收案資料檔。
**照護對象：包含收案照護中、已結案之個案。
**分子、分母為收案件數(同一人收案次數>=1)。

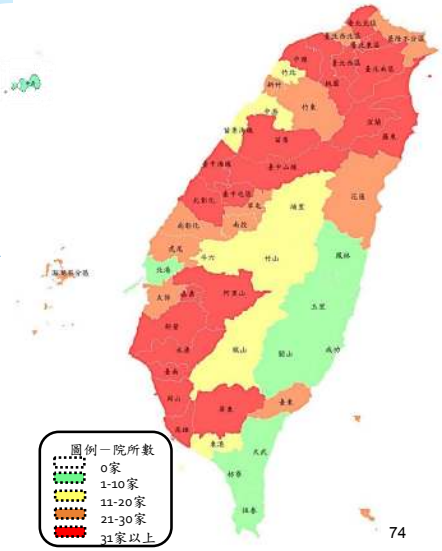
73

# 社區化居家醫療整合照護推廣情形

- 截至106年12月，計有195個團隊、2,024家院所參與，50個次醫療區域均有服務院所。逾9成為基層診所及居護所，可就近提供照護。
- 106年累計照護32,759人，較105年3-12月照護7,675人，成長4.3倍。
- 居家醫療與長照2.0之銜接方式：
  - 出院個案：出院準備服務小組評估轉介。
  - 社區個案：

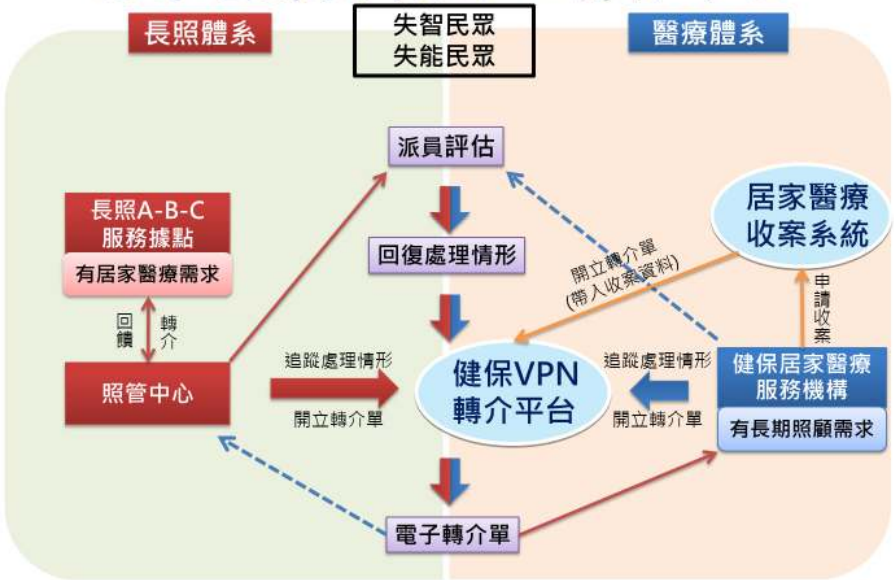
(1)醫療院所與照管中心建立聯繫合作機制，發掘社區中潛在長照及居家醫療個案。

(2)雙向轉介：長照需求轉介照管專員評估；醫療需求轉介健保居家醫療團隊評估收案。




74

# 居家醫療與長照2.0轉介平台




75

# 居家醫療與長照2.0轉介平台

- 背景：為利長期照顧管理中心及健保特約醫事服務機構雙向能轉介、交換與追蹤居家醫療及長期照顧個案，以提升收案登管效能，本署自106年10月建置「電子轉介平台」。
- 106年10月至12月：由本署中區業務組與臺中市衛生局合作試辦。
- 辦理情形：至107年6月12日止已推廣至基隆市、宜蘭市、桃園市、新竹市、臺中市、彰化縣、南投縣、雲林縣、嘉義縣、嘉義市、高雄市及屏東縣等12個縣市，期逐步推廣至全國22個縣市長期照顧管理中心使用。

76

# 居家訪視設備輕量化試辦情境

GPS定位衛星

院所訪視人員

接受服務者(試辦個案)

2 訪視人員到達服務地點，開啟手機中讀卡app程式，開始提供服務。

3 完成服務，以手機讀卡app程式讀取感應式健保卡，留下過卡紀錄(加密儲存於手機端app私有資料區)。

參與試辦院所訪視人員自備行動智慧裝置(android)

1 安裝本署開發讀取感應式健保卡app程式。

參與試辦院所訪視人員

4 回到院所或網路暢通地區，上傳過卡紀錄給本署，可作為確實提供服務佐證資料；可向本署查詢已上傳紀錄

紀錄查詢系統

健保署

77

# 收容於矯正機關者醫療服務計畫

78

# 收容於矯正機關者醫療服務計畫

## 目的

- 鼓勵特約醫療院所至矯正機關提供保險醫療服務，提升收容對象之醫療服務可近性及醫療品質。
- 兼顧矯正機關犯罪矯治管理之需求，落實轉診制度。
- 健全矯正機關醫療照護網絡。

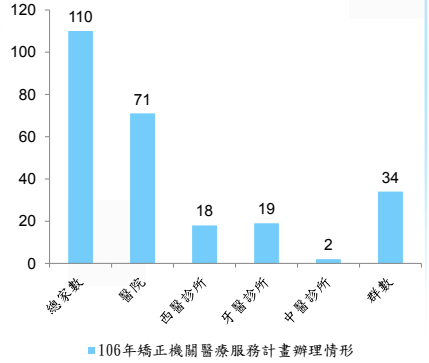
## 策略

- 54所矯正機關依照地理位置分為34群，同一群組矯正機關由同一院所(或團隊)提供醫療服務。
- 藉由支付誘因，鼓勵特約院所至矯正機關提供醫療服務。

79

# 收容於矯正機關者醫療服務計畫-服務涵蓋情形

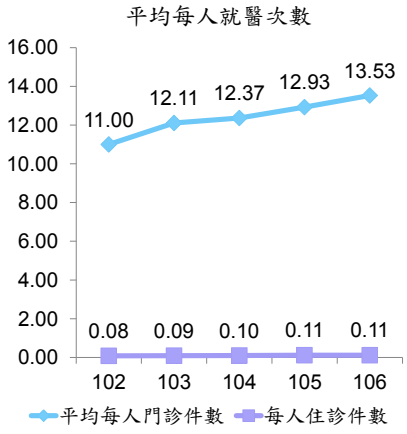
- 54所矯正機關依照地理位置分為34群，同一群組矯正機關由同一院所(或團隊)提供矯正機關西醫各專科、牙科、中醫科醫療服務。

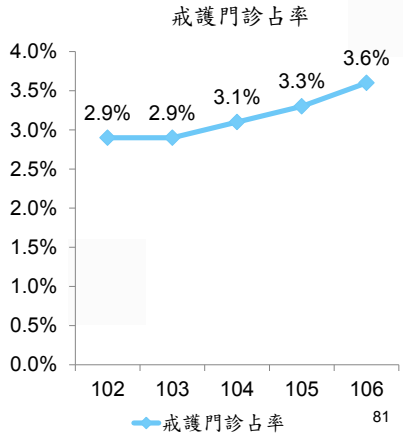



80

## 收容於矯正機關者就醫情形

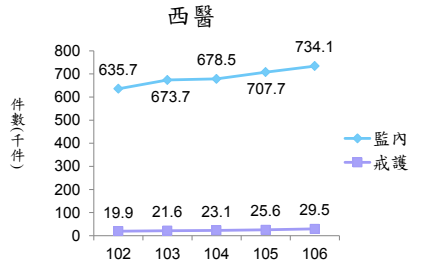
- 矯正機關收容人每人就醫次數約為13次、住院件數約為0.1次、大部分為監內就醫，戒護門診占率僅約占3.6%

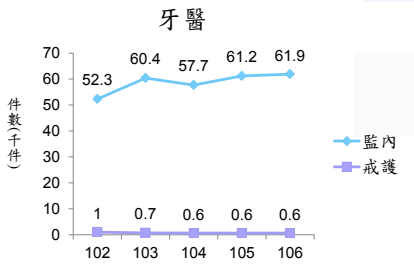


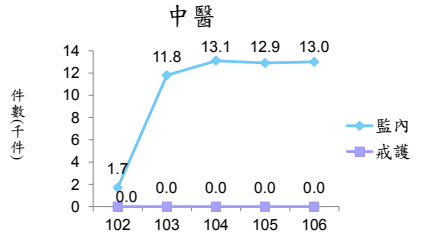



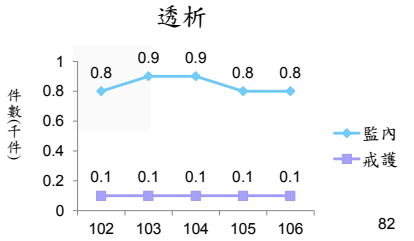



## 收容於矯正機關者就醫情形監所、戒護就醫情形



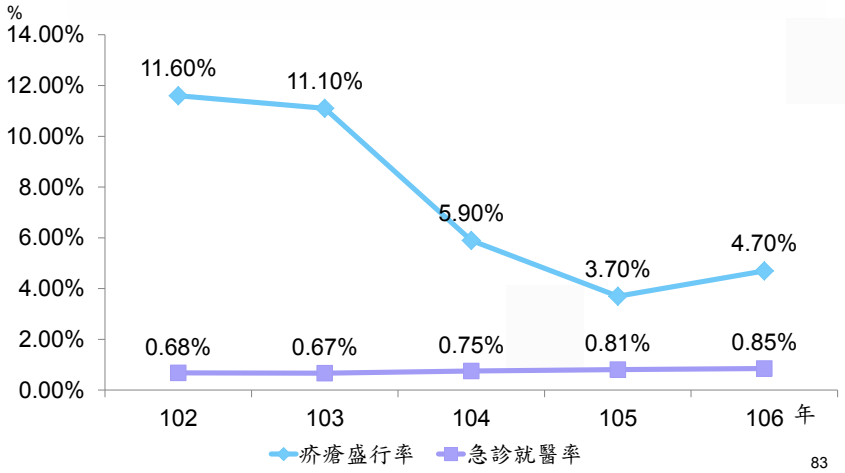






## 收容於矯正機關者-急診就醫率、疥瘡盛行率

- 106年急診就醫率微幅增加、疥瘡盛行率略為增加






## 2 其他預算(112.64億元)

### 2促進體系合作

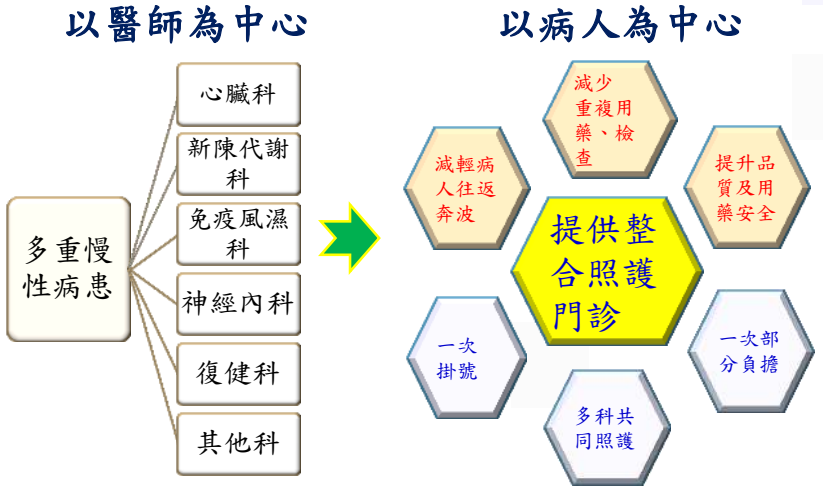
- ●促進醫療體系整合編列11億元。
  - ➢ 醫院門診整合計畫
  - ➢ 提升急性後期照護品質計畫
  - ➢ 跨層級醫院合作計畫
  - ➢ 區域醫療整合計畫
- ●鼓勵院所即時查詢編列11億元。

### 3提升保險成效及其他

- ●非預期風險編列10億元。
- ●慢性腎臟病照護編列4.04億元。
- ●高診次藥事照護編列0.4億元
- ●罕病等預備款編列3億元。
- ●提升保險服務成效編列3.1億元

# 醫院以病人為中心門診整合照護計畫

## 計畫概念






## 歷年計畫推展情形

**99年計畫(98年12月-100年3月)**

◎院內高就診忠誠病患為照護對象。

◎給付基本承作費。

◎成效指標(院內就醫費用、次數、用藥品項數、急診率)達標者，給付獎勵費。

**100年計畫(100年4月-101年3月)**

◎照護對象修訂為全國高就診之該院忠誠病人。

◎開放院所自行選定多重疾病有整合需求之個案。

**101年計畫(101年4月-102年3月)**

◎成效指標評量範圍擴大至院內+院外整體

◎指標取消急診率

**102、103年計畫(102年4月-103年12月)**

◎照護對象改為罹患2種(含)以上慢性病忠誠病人。

◎成效指標增加住院率、三高用藥重複率。

◎取消基本承作費，新增評核結果獎勵費用。

◎自行收案不納入成效評量獎勵。

**104-106年計畫(104年1月~106年12月)**

◎照護對象以高齡、三高多重慢性壁及失智症患者為重點照護病人，另開放醫院自行收案多重慢性病患整合照護。

◎配合國健署高齡友善醫院認證政策，給予加成給付。

◎104年9月新增失智症家庭諮詢費及個案門診整合費，取消住院率成效指標及評核結果獎勵費。

◎ 105年重點照護對象新增重大傷病及罕病病患。



## 106年計畫簡介

### 整合式照護對象

1. 失智症病患
2. 罹患高血糖、高血脂、高血壓至少2種以上之病患
3. 65歲以上罹患2種(含)以上慢性病，需2科(含)以上看診之病患
4. 重大傷病及罕見疾病病患

# 照護模式與費用支付

## 照護模式

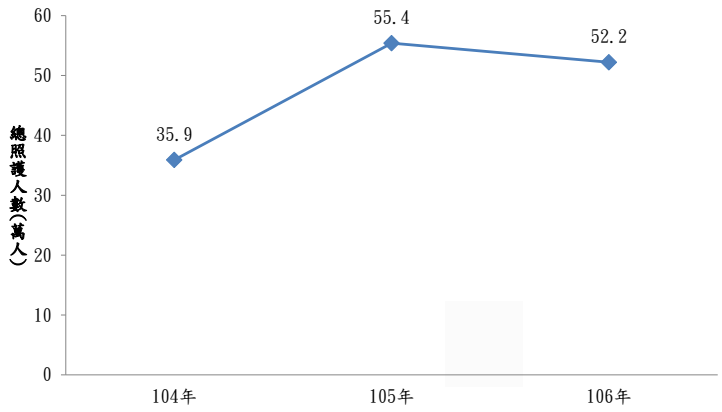
- 高齡醫學或失智症整合門診
- 罕見疾病或重大傷病整合門診
- 三高疾病整合門診
- 主責照護整合門診
- 其他整合門診

## 費用核付

- 個案門診整合費：每人次支給120點
- 整合成效獎勵費：依整合成效指標核發，每位照護對象全年最高支付1,000點
- 104年起新增失智症門診照護家庭諮詢費用：依諮詢時間給付300-500點

89

# 104-106年照護人數




註：照護人數包括：重點照護對象與醫院自行收案個案。

90

# 跨院整合成效

## 106年各項指標於參與計畫醫院整體照護情形

| 指標項目 | 成長率(%) | | |
|---|---|---|---|
| | 104年 | 105年 | 106年 |
| 平均每人每月門診次數 | -2.71% | -4.66% | -4.22% |
| 平均每人每月門診醫療點數 | 2.44% | 0.30% | 0.16% |
| 平均每人每月藥品項數 | 1.24% | 2.33% | 2.72% |
| 降血脂藥物用藥日數重複率 | -11.84% | 4.29% | -38.72% |
| 降血壓藥物用藥日數重複率 | -7.69% | 6.32% | -24.93% |
| 降血糖藥物用藥日數重複率 | -17.74% | -0.54% | -34.33% |

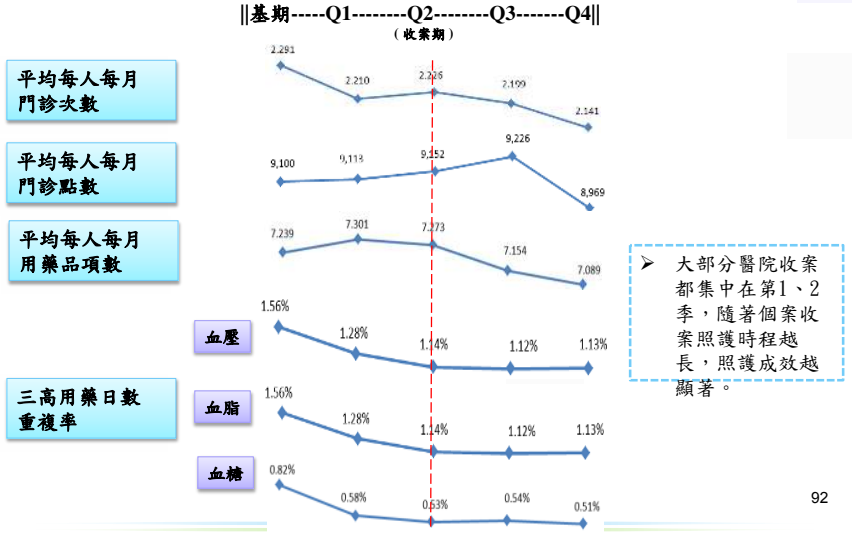
**■有關本年度指標成長率為正值之說明：**

1. 醫療費用係以照護對象當年度整體就醫費用計算，然醫療費用受到支付標準或藥價調整等多重因素影響且難以校正。
2. 本計畫主要照護對象多為多重慢性病病患，該種病患使用藥品項數較一般病患多，104年每人平均藥品項數為8.108項、 105年每人平均藥品項數為7.643項、106年每人平均藥品項數為7.436項。

91

# 整體整合成效

## 106年各項指標於各季整體照護情形




- 大部分醫院收案都集中在第1、2季，隨著個案收案照護時程越長，照護成效越顯著。

92

# 修訂方向

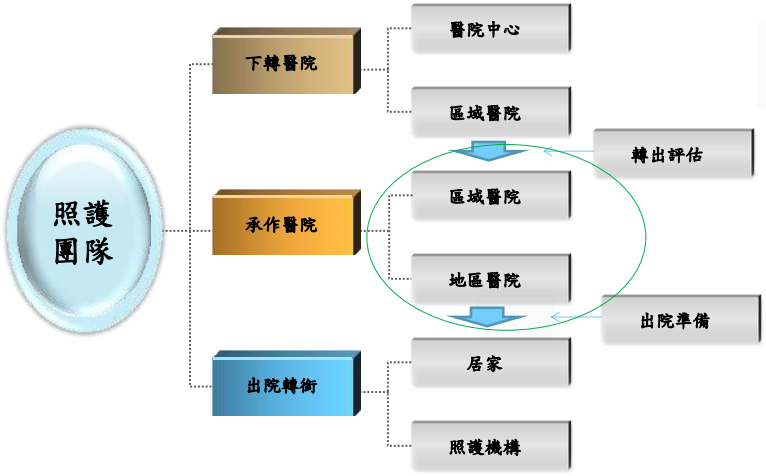
- 建立有效整合模式
  - 門診減量
  - 提升治療品質
- 鼓勵醫院下轉穩定病人
  - 穩定領慢箋病患
  - 初級照護病患



# 提升急性後期照護計畫

# 計畫概念

## 促進體系垂直整合






# 急性後期照護-院所參與情形

- 截至106年底，共38團、200家醫院參與計畫

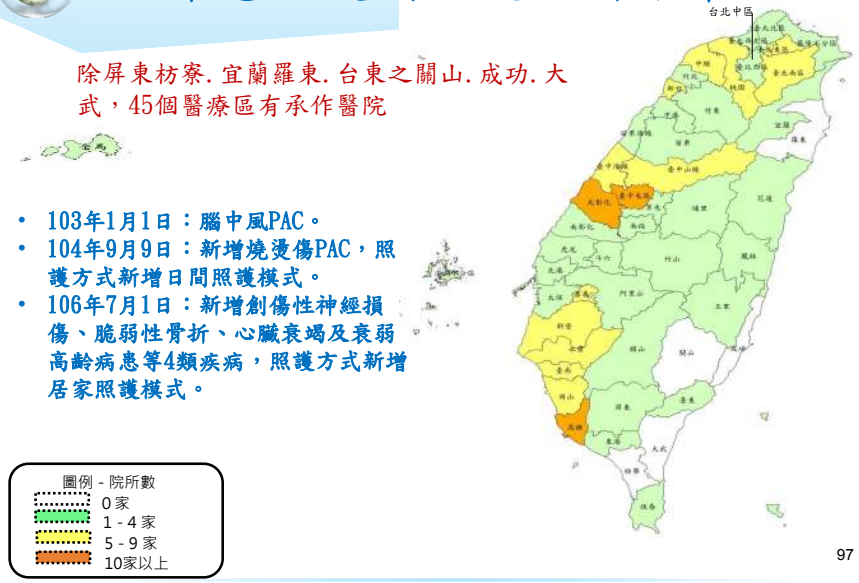
| 照護疾病 | 腦中風 | 燒燙傷 | 脆弱性骨折 | 創傷性神經損傷 | 衰弱高齡 | 心臟衰竭 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 上游醫院(轉出醫院) | | | | | | | |
| -醫學中心 | 19 | 4 | 18 | 18 | 18 | 9 | 19 |
| -區域中心 | 66 | 4 | 39 | 38 | 30 | 6 | 68 |
| -地區醫院 | 67 | 5 | 52 | 36 | 38 | - | 76 |
| 小計 | 152 | 13 | 109 | 92 | 86 | 15 | 163 |
| 承作醫院 | | | | | | | |
| -醫學中心 | - | 10 | - | - | - | 3 | 11 |
| -區域中心 | 64 | 27 | 37 | 36 | 26 | 6 | 69 |
| -地區醫院 | 104 | 7 | 71 | 49 | 55 | - | 108 |
| 小計 | 168 | 34 | 108 | 85 | 81 | 6 | 188 |
| 合計 | 191 | 55 | 131 | 107 | 104 | 15 | 200 |

註：
1.本計畫106年7月1日修正，本資料係至106年12月底之統計值，資料持續異動(院所陸續申請本計畫)。
2.資料來源：各分區業務組及HMAI2130S02_醫事機構試辦計畫檔(資料截至106年12月)。
3.醫學中心，台大醫院包含台大兒童醫院；彰基包含彰基兒童醫院；中國包含中國兒童醫院；林口長庚包含台北長庚；馬偕台北包含馬偕淡水及馬偕兒童醫院。
4.燒燙傷日間及居家照護、心臟衰竭照護，醫學中心得為承作醫院，其他照護疾病醫學中限制僅為上游(轉出)醫院。
5.區域及地區醫院得同時為上游(轉出)醫院及承作醫院。
6.合計為該照護疾病之轉出及承作醫院歸戶後總機構數。

# 106年急性後期照護院所分布

除屏東枋寮.宜蘭羅東.台東之關山.成功.大武，45個醫療區有承作醫院

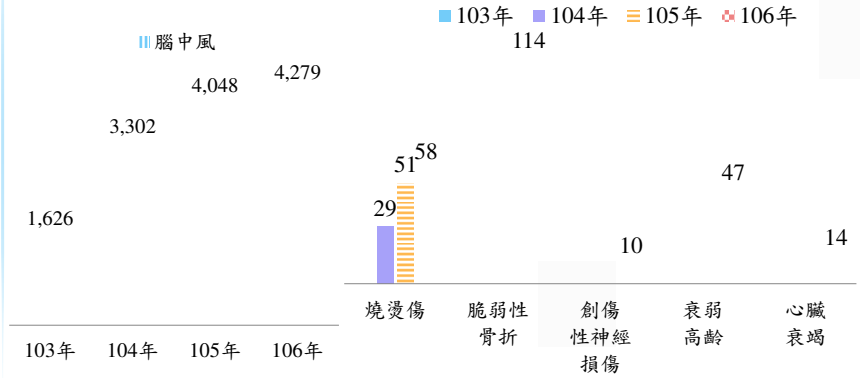
- 103年1月1日：腦中風PAC。
- 104年9月9日：新增燒燙傷PAC，照護方式新增日間照護模式。
- 106年7月1日：新增創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭及衰弱高齡病患等4類疾病，照護方式新增居家照護模式。






# 103-106年急性後期照護-收案人數

106年腦中風收案共4,279人、燒燙傷收案人數為58人(累計)、脆弱性骨折114人、創傷性神經損10人、衰弱高齡47人及心臟衰竭14人

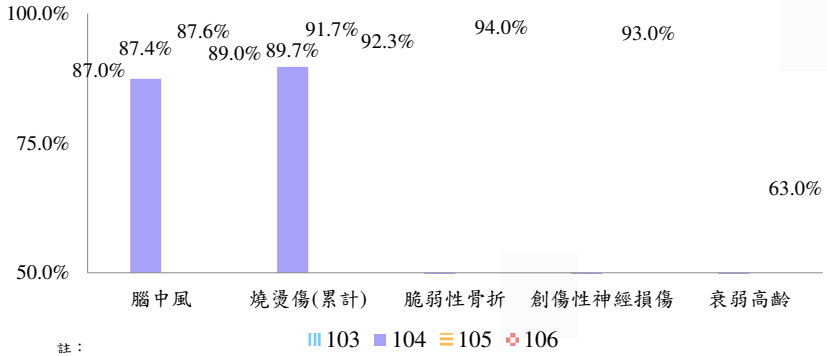



註：
1. 資料來源:中央健保署VPN-QP1急性後期整合照護計畫收案及結案資料(統計至106年12月31日收案資料、擷取日期(107.05.23)，排除不符收案條件個案。
2. 收案及結案人次依據收案日期歸戶(若跨年度結案，依收案日期歸年)。
3. 部分個案中途退出計畫未正常結案(如：死亡、病情轉變無法接受照護或自行中斷等)， 未納入計算。



# 103-106年結案病人整體成效結果進步占率

106年結案病人整體功能進步占率：腦中風89% 、燒燙傷92.3% 、脆弱性骨折94% 、創傷性神經損傷93%及衰弱高齡63% 。

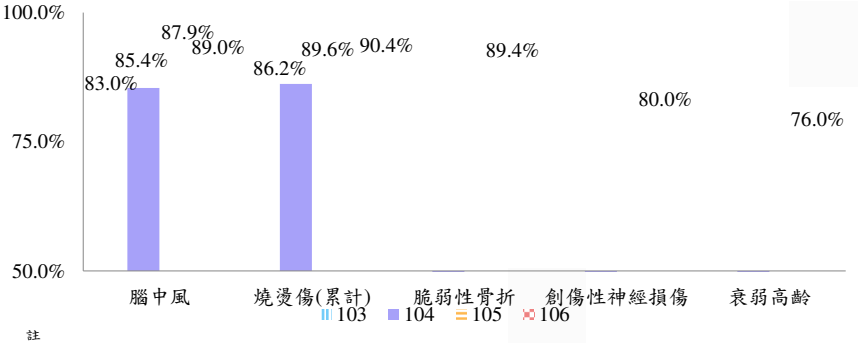



註：
1. 本資料係院所登錄個案整體成效快速進步、穩定進步者占率。進步情形共分為退步、無差異、穩定進步、快速進 步者。
2. 本以各類照護疾病之結案病人結果統計。
3. 部分個案中途退出計畫未正常結案(如：死亡、病情轉變無法接受照護或自行中斷等)，未納入計算。
4. 心臟衰竭個案照護期間為6個月，截至107年Q1所有個案均未結案。



# 103-106結案後回歸門診或居家自行復健占率

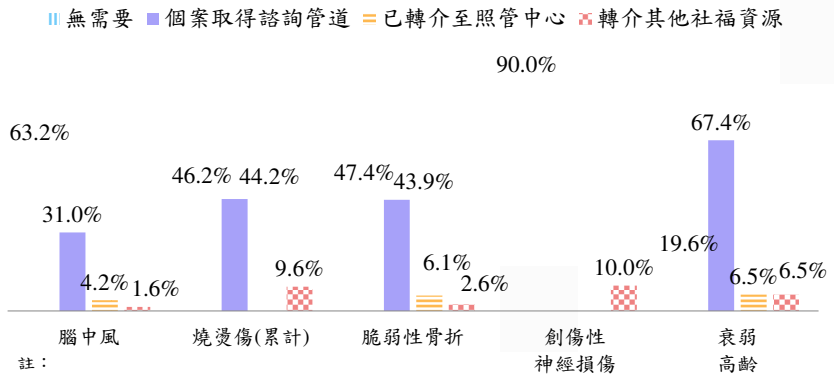
106年結案病人結案後 回歸門診或居家自行復健占率：腦中風89% 、燒燙傷90% 、脆弱性骨折89% 、創傷性神經損傷90%及衰弱高齡76% 。




註
1. 資料來源:中央健保署VPN-QP1急性後期整合照護計畫收案及結案資料(統計至106年12月31日收案資料、擷取日期(107.05.23)，排除不符收案條件個案。
2. 收案及結案人次依據收案日期歸戶(若跨年度結案，依收案日期歸年)。
3. 部分個案中途退出計畫未正常結案(如：死亡、病情轉變無法接受照護或自行中斷等)。
4. 心臟衰竭個案照護期間為6個月，截至107年Q1所有個案均未結案。
5. 本資料係包含回歸門診或居家自行復健占率，餘個案流向包含安置於療護機構、病情轉變接受其他治療,未納入計算。

# 106年結案病人社福資源轉介

106年結案病人結案個案，63%腦中風病人無轉介需要、31%已取得諮詢管道、衰弱高齡病人67%已取得諮詢管道、19.6%無轉介需要。




註：
1. 資料來源:中央健保署VPN-QP1急性後期整合照護計畫收案及結案資料(統計至106年12月31日收案資料、擷取日期(107.05.23)，排除不符收案條件個案。
2. 收案及結案人次依據收案日期歸戶(若跨年度結案，依收案日期歸年)。
3. 部分個案中途退出計畫未正常結案(如：死亡、病情轉變無法接受照護或自行中斷等)，未納入計算。
。



# 結案病人評估指標進步情形(1/3)

106年腦中風結案病人之巴氏功能量表、IADL及整體功能等均較收案初評時進步。燒燙傷結案病人之巴氏功能量表較收案初評時進步。

| 照護疾病 | 結案人次 | 評估指標 | 平均得分 | | 差值 | 指標屬性 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 收案 | 結案 | | |
| 腦中風 | 4,077 | 巴氏量表 | 38.5 | 64.4 | 25.9 | 正向 |
| | | 工具性日常生活功能(ADL) | 1.3 | 2.4 | 1.1 | 正向 |
| | | 整體功能(MRS) | 3.7 | 3.1 | -0.6 | 負向 |
| | | 健康相關生活品質 | 10.2 | 8.4 | -1.8 | 負向 |
| | | 吞嚥進食功能 | 5.7 | 6.4 | 0.7 | 正向 |
| | | 營養評估 | 15 | 15.6 | 0.6 | 正向 |
| | | 心肺耐力 | 69.7 | 149.2 | 79.6 | 正向 |
| 燒燙傷(累計) | 52 | 巴氏量表 | 59.5 | 78.6 | 19 | 正向 |



# 結案病人評估指標進步情形(2/3)

106年脆弱性骨折結案病人之巴氏功能量、疼痛評估(較不疼痛)均較收案初評時進步。創傷性神經損傷結案病人之巴氏功能及IADL等均較收案初評時進步。

| 照護疾病 | 結案人次 | 評估指標 | 平均得分 | | 差值 | 指標屬性 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 收案 | 結案 | | |
| 脆弱性骨折 | 114 | 巴氏量表 | 47.9 | 62.3 | 14.4 | 正向 |
| | | 疼痛評估 | 5.4 | 2.3 | -3.1 | 負向 |
| | | HarrisHipScore(髖關節個案) | 43.5 | 61.6 | 18.1 | 正向 |
| 創傷性神經損傷 | 10 | 巴氏量表 | 57 | 79 | 22 | 正向 |
| | | 工具性日常生活功能 | 2 | 2.9 | 0.9 | 正向 |
| | | 健康相關生活品質 | 8.5 | 7.4 | -1.1 | 負向 |



# 結案病人評估指標進步情形(3/3)

106年衰弱高齡結案病人之巴氏功能量、IADL 、衰弱程度、認知功能等均較收案初評時進步。

| 照護疾病 | 結案人次 | 評估指標 | 平均得分 | | 差值 | 指標屬性 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 收案 | 結案 | | |
| 衰弱高齡 | 47 | 巴氏量表 | 36.7 | 49.7 | 12.9 | 正向 |
| | | 工具性日常生活功能 | 0.6 | 0.7 | 0 | 正向 |
| | | 健康相關生活品質 | 10.4 | 9.6 | -0.8 | 負向 |
| | | 營養評估 | 7.9 | 8.8 | 0.9 | 正向 |
| | | 衰弱程度 | 6.4 | 5.9 | -0.6 | 負向 |
| | | 認知功能 | 5.6 | 5.3 | -0.3 | 負向 |
| | | 憂鬱狀態 | 1.7 | 1.4 | -0.3 | 負向 |
| | | 跌倒風險 | 2.500 | 2.455 | -0.044 | 負向 |
| | | 潛在不當用藥 | 0.565 | 0.587 | 0.022 | 負向 |
| | | 急性譫妄評估(有譫妄占率) | 9% | 2% | | 負向 |

# 擴大急性後期照護預期效益

**預期效益**

**對病人**在較短時間內改善失能狀態、恢復身心日常生活功能，減少急診率、再住院率、死亡率。

**對社會**減少整體之醫療耗用、減少長期照護耗用、增加照顧家屬的經濟生產力。

**對家屬**減少直接照顧壓力、減少因照顧所帶來之經濟損失及家庭支出、提升家庭成員生活品質。

**對健康照護體系**組織跨院際整合團隊，協助急重症後期康復階段病人，就近回歸社區接受服務，有助分級醫療。



# 跨層級醫院合作計畫

# 跨層級醫院合作計畫

## 目的

- 鼓勵醫院跨層級合作，建置區域性醫療支援系統。
- 透過醫師支援模式，讓中大型醫院醫師能投入社區地區醫院服務，提升社區醫院醫療團隊照護水準。
- 建立落實分級醫療及雙向轉診制度之基礎。

## 策略

- 建立醫療品質提升及雙向轉診機制，提供「以病人為中心」之連續性全人照護。
- 就醫程序安排(急診後送及下轉、轉住院或手術)
- 醫師及醫事人員專業訓練(建教合作、支援)。
- 醫療資訊交換(電子病歷互通、醫療影像交換)。



# 團隊組織運作

醫學中心、區域醫院

支援 → 跨層級合作團隊 →

地區醫院
(主責醫院)

- **不適用對象：**
  - ✓ 同體系醫院間(含委託經營)之支援，如：同法人醫院體系、國軍醫院體系等。
  - ✓ 衛生福利部或健保署有相似性質補助。如：衛福部緊急醫療資源不足地區改善計畫、全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫等。
- **經費來源：**
  - ✓ 全民健康保險醫療給付費用總額其他預算之「推動促進醫療體系整合計畫」項下「跨層級醫院合作計畫」，全年預算1億元。
- **醫療支援之補助：**
  - ✓ 每診日3,500點(由跨層級醫院團隊自行協調如何分配)，同醫師同日之支援均以1診日計，單一地區醫院每月份接受支援診日上限為35診日。

# 跨層級合作計畫院所-團隊合作情形

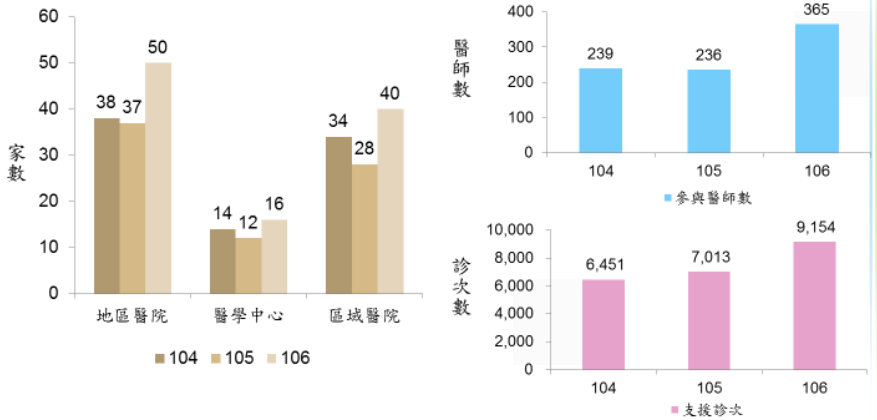
| 分區別 | 參與院所數（主責醫院） | 鼓勵團隊合作建立醫療品質提升及雙向轉診機制指標 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 對病患就醫程序安排 | 醫師及醫事人員專業訓練 | 醫療資訊交換(電子病歷、醫療影像交換) | 醫療設備共享 | 辦理或參與提升照護品質活動 | 建立雙向轉診作業機制 |
| 台北 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 4 | 5 |
| 北區 | 12 | 12 | 10 | 11 | 0 | 8 | 12 |
| 中區 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| 南區 | 11 | 11 | 10 | 4 | 7 | 10 | 11 |
| 高屏 | 8 | 7 | 8 | 6 | 8 | 8 | 8 |
| 東區 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 總計 | 46 | 45 | 43 | 34 | 30 | 40 | 46 |

註:本計畫原參與家數共50家，截至106年底為46家，中心綜合醫院於107年7月退出計畫、臨海醫院於106年7月歇業、順天醫院於106年11月歇業、蘭陽仁愛醫院於106年5月起參與本署醫療資源不足地區服務提升計畫，後續退出本計畫。



# 跨層級醫院合作計畫-院所參與情形

- 106年共50個團隊參與本計畫，共56家醫學中心及區域醫院、365名醫師，到50家地區醫院，提供9,154支援診次服務

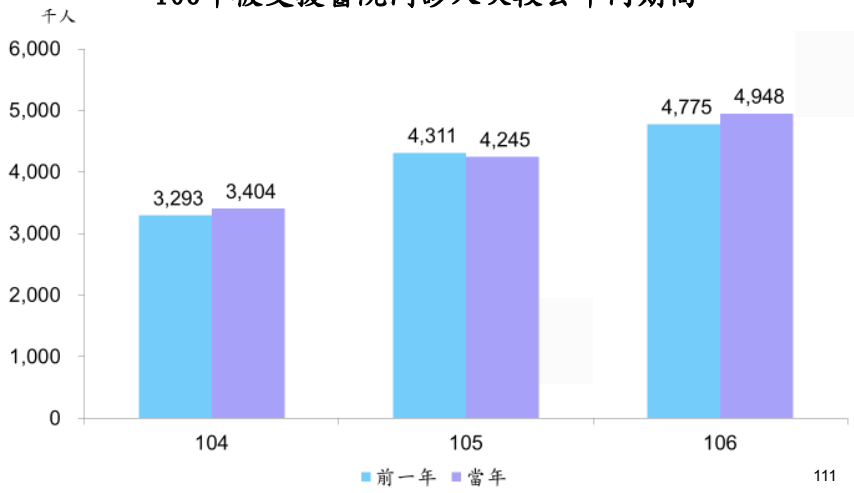



註:本計畫原參與家數共50家，截至106年底為46家，中心綜合醫院於107年7月退出計畫、臨海醫院於106年7月歇業、順天醫院於106年11月歇業、蘭陽仁愛醫院於106年5月起參與本署醫療資源不足地區服務提升計畫，後續退出本計畫，上述醫院執行情形統計至退出計畫月份。



# 跨層級醫院合作計畫-
## 被支援醫院當年就醫人次較去年同期成長情形

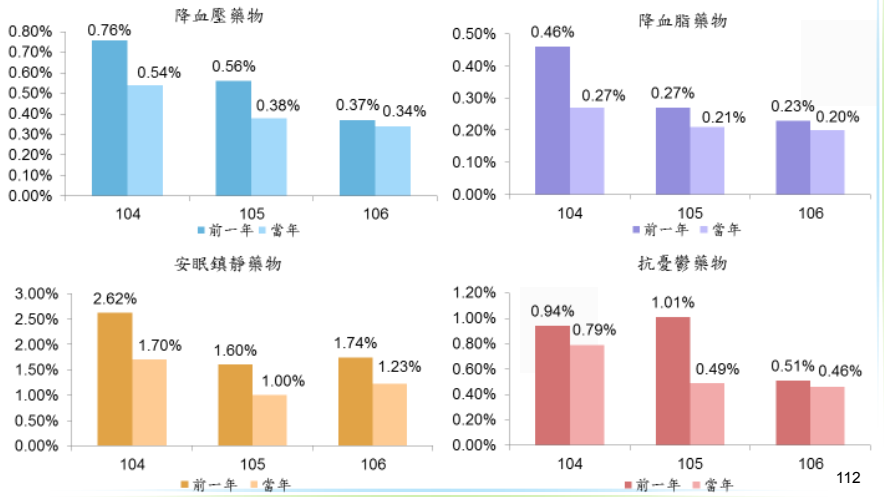
- 106年被支援醫院門診人次較去年同期高






# 跨層級醫院合作計畫-院所用藥重複情形

- 106年參與醫院之降血壓、降血脂、安民鎮定及抗憂鬱藥物，用藥重複率平均較去年同期降低。



# 區域醫療整合計畫

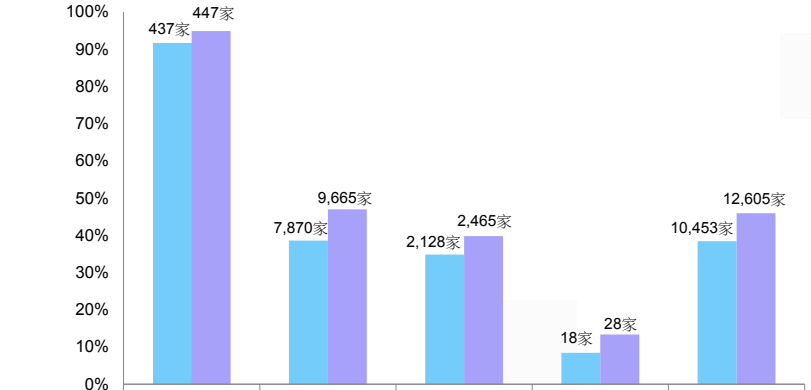
- 本署前規劃「全民健康保險區域醫療整合計畫」，希望藉由完整醫療團隊(醫院、基層院所)之合作照護，並結合西醫之區域論人預算，以提升民眾獲得連續性及完整性之醫療照護。
- 基層院所基於目前缺乏與醫院合作經驗與信任機制，故建議持續推動分級醫療之相關措施，以促進醫院與基層間之合作經驗，本署將俟前述措施之辦理成效，做為未來規劃推動之基礎。

# 即時查詢病患就醫資訊

# 即時查詢病患就醫資訊方案

| 方案或計畫摘要 | 預期產出或影響 |
|---|---|
| **目的**<br>鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時並迅速辦理各項全民健保相關業務，對跨院所就醫民眾，可提升就醫安全。<br>**內容**<br>• 固接網路月租費：<br>1.基本費：50%。<br>2.指標獎勵：扣除基本費50%之補助後，依指標達成率計算支付【醫院共7項指標、診所及交付機構共5項指標】。<br>• 行動網路月租費：核實支付。<br>• 資料上傳獎勵金：檢驗（查）結果、出院病歷摘要、人工關節植入物資料、醫事人員溝通平台之轉診資訊交換系統登錄轉診資料、居家訪視健保卡登錄暨上傳資料、特定醫令申報執行起迄時間資料。 | (1)特約醫事服務機構參與率增加<br>(2)網路月租費給付率增加<br>(3)檢驗（查）結果出院病歷摘要人工關節植入物等上傳資料量增加 |

# 即時查詢病患就醫資訊方案-參與率

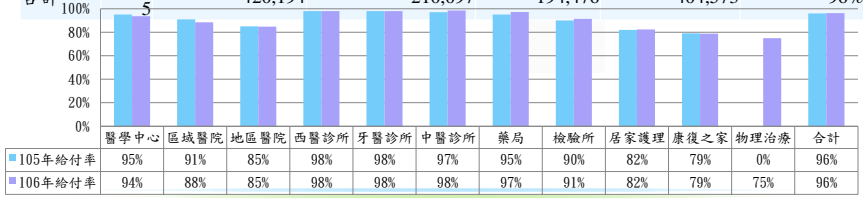



| | 醫院 | 診所 | 藥局 | 檢驗所 | 總計 |
|---|---|---|---|---|---|
| 105年參與率 | 91.61% | 38.62% | 34.85% | 8.45% | 38.46% |
| 106年參與率 | 94.90% | 47.00% | 39.84% | 13.40% | 45.95% |

# 即時查詢病患就醫資訊方案
## -固接網路月租費給付率

單位：家、千元

| 特約類別 | 家數 | 中華電信費用(A) | 基本費(B=A/2) | 指標獎勵(C) | 合計(D=B+C) | 給付率(E=D/A) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 醫學中心 | 21 | 5,957 | 2,979 | 2,595 | 5,573 | 94% |
| 區域醫院 | 84 | 20,855 | 10,428 | 8,027 | 18,455 | 88% |
| 地區醫院 | 316 | 34,126 | 17,063 | 11,839 | 28,902 | 85% |
| 西醫診所 | 4,152 | 145,990 | 72,995 | 70,129 | 143,124 | 98% |
| 牙醫診所 | 2,903 | 91,072 | 45,536 | 43,674 | 89,210 | 98% |
| 中醫診所 | 2,042 | 54,261 | 27,131 | 26,287 | 53,417 | 98% |
| 藥局 | 2,382 | 66,842 | 33,421 | 31,535 | 64,956 | 97% |
| 檢驗所 | 21 | 538 | 269 | 222 | 491 | 91% |
| 居家護理 | 17 | 230 | 115 | 75 | 190 | 82% |
| 康復之家 | 24 | 308 | 154 | 89 | 242 | 79% |
| 物理治療 | 3 | 15 | 8 | 4 | 11 | 75% |
| 合計 | 11,965 | 420,194 | 210,097 | 194,476 | 404,573 | 96% |




| | 醫學中心 | 區域醫院 | 地區醫院 | 西醫診所 | 牙醫診所 | 中醫診所 | 藥局 | 檢驗所 | 居家護理 | 康復之家 | 物理治療 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 105年給付率 | 95% | 91% | 85% | 98% | 98% | 97% | 95% | 90% | 82% | 79% | 0% | 96% |
| 106年給付率 | 94% | 88% | 85% | 98% | 98% | 98% | 97% | 91% | 82% | 79% | 75% | 96% |

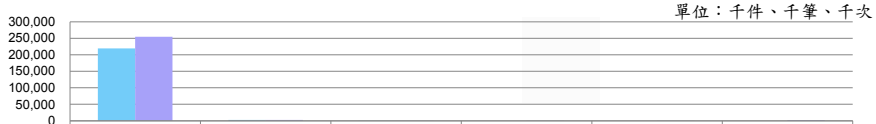


# 即時查詢病患就醫資訊方案上傳獎勵金

單位：千元

| 特約類別 | 上傳檢驗檢查結果 | | 出院病摘 | 人工關節植入物 | 轉診資料登錄 | 居家訪視健保卡登錄 | 特定醫令申報起迄時間 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 基本獎勵 | 即時上傳額外獎勵 | | | | | | |
| 醫學中心 | 154,614 | 8,652 | 5,346 | 74 | 224 | 50 | 981 | 169,941 |
| 區域醫院 | 174,233 | 9,107 | 6,738 | 85 | 211 | 263 | 780 | 191,416 |
| 地區醫院 | 73,637 | 2,668 | 2,012 | 48 | 206 | 187 | 258 | 79,016 |
| 基層診所 | 2,981 | 348 | 0 | 0 | 230 | 72 | 50 | 3,681 |
| 藥局 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 0 | 10 |
| 檢驗所 | 3,077 | 248 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3,325 |
| 居家護理 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 427 | 0 | 427 |
| 合計 | 408,542 | 21,024 | 14,096 | 207 | 870 | 1,008 | 2,069 | 447,816 |

單位：千件、千筆、千次

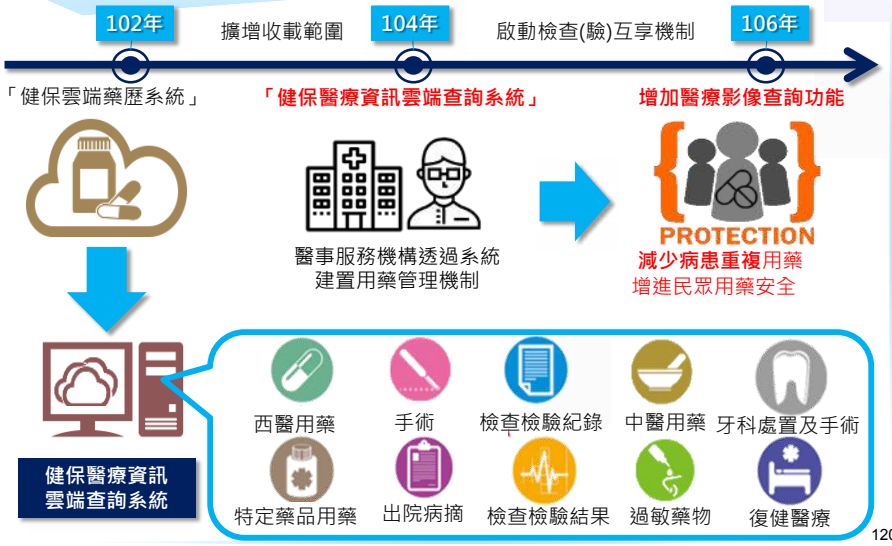



| | 檢驗檢查結果上傳醫令量 | 出院病摘上傳件數 | 人工關節資料上傳醫令量 | 轉診資料登錄筆數 | 居家訪視健保卡登錄次數 | 特定醫令申報起迄時間醫令量 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 105年 | 219,506 | 2,704 | 15 | 0 | 0 | 0 |
| 106年 | 254,489 | 2,819 | 41 | 174 | 201 | 2,069 |



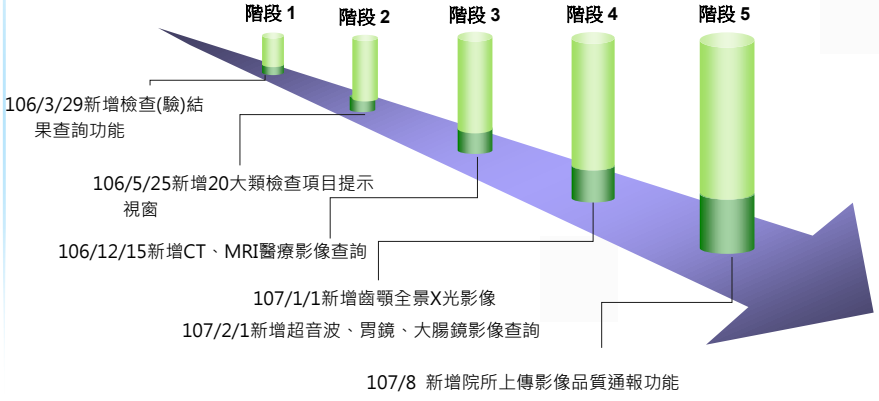
# 健保醫療資訊雲端查詢系統

# 健保醫療資訊雲端查詢系統



# 醫療資訊互享 提升醫療效益

106年起啟動檢查(驗)互享機制，分階段增加醫療影像查詢功能




121

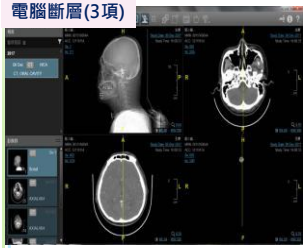
# 107年1月17日-醫療資訊上傳雲端與調閱分享，無遠弗屆，分級醫療新紀元記者會

122

# 醫療影像呈現內容

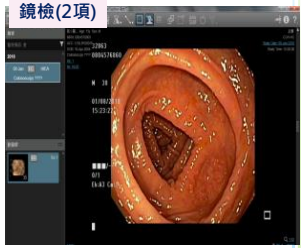
107年起雲端系統提供調閱36項醫療影像

電腦斷層(3項)

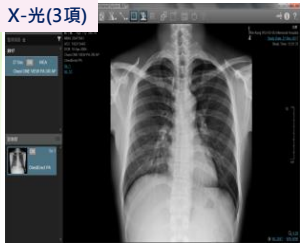


磁振造影(2項)

鏡檢(2項)



X-光(3項)



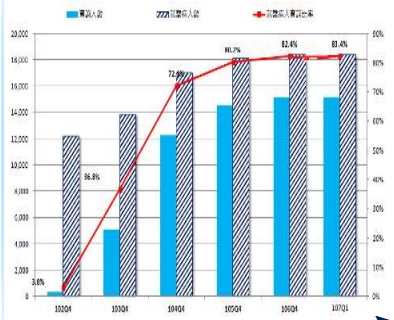
超音波(25項)

牙科X光(1項)

123

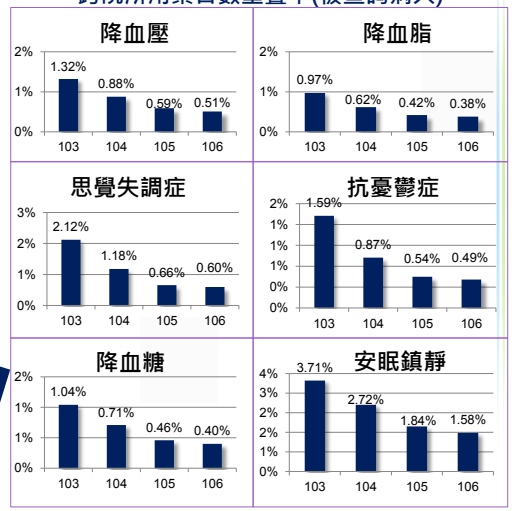
# 執行成效-1

病人數查詢比率逐季成長至83.4%



被查詢病人六類用藥之跨院所用藥日數重疊率逐年降低

跨院所用藥日數重疊率(被查詢病人)



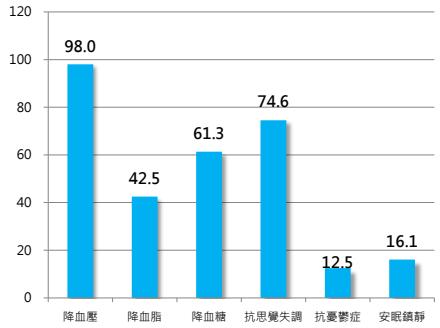

資料來源：資料倉儲醫療服務分析之雲端藥歷查詢之管理指標(DA1488、DA1500、DA1512、DA1524、DA1536、DA1548)

124

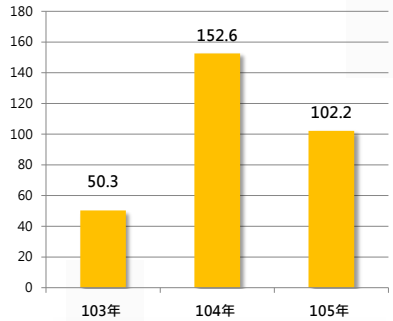
# 執行成效-2

被查詢病人六類藥品，依用藥日數重疊率下降推估之節省經費

單位：百萬元




六類藥品103-105年節省總經費




六類藥品103-105年節省經費

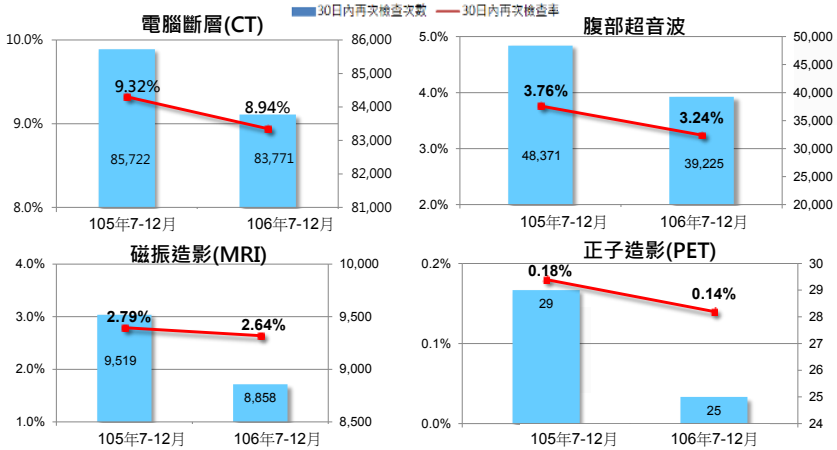
**六類藥品三年推估共節省約3億元**

資料來源：資料倉儲醫療服務分析之雲端藥歷查詢之管理指標(DA1488、DA1500、DA1512、DA1524、DA1536、DA1548)



# 執行成效-3

106年7-12月CT、MRI、腹部超音波30日內再檢查次數及比率分析




1.資料來源：DA系統(指標2426、2435、2444、2453)_健保醫療資訊雲端查詢系統檢查檢驗結果頁籤效益評估報表
2.統計期間：105/07/01 ~ 106/12/31
3.列入計算醫令代碼：CT檢查(33070B、33071B、33072B)；MRI檢查(33084B、33085B)；PET檢查(26072B)腹部超音波檢查(19001C、19009C)
4.分子(跨院)：當季分母案件中以同病患ID往前勾稽30日內全國門住診有申報CT、MRI、PET、腹部超音波執行之案件， 有勾稽到之分母案件列為分子(0<=前後次日期相減<=30)



# 健康存摺

# 健康存摺建置理念

❖運用ICT科技，將個人健康資料還給個人，落實知情權與健康自主，協助民眾做好自我健康管理。

❖縮短醫病間醫療資訊不對等，使用者可提供個人就醫資料予醫師參考，提升就醫安全與品質。

全民健保
健康存摺
MY HEALTH BANK

# 健康存摺特色

1. 就醫資料提供由1-2年增加到3年，有利健康管理。

2. 完成健保卡註冊，可以「一般登入」免插卡登入健康存摺，提升可近性及使用便利性。

3. 健康資料以圖呈現，幫助閱讀

4. 運用健康資料，提供疾病評估服務
5. 連結衛教資訊，提升自我健康照顧能力

129

# 健康存摺內容

健康資料

生理量測 ( 可早、中、晚餐紀

貼心叮嚀

就醫提醒洗牙、成健、慢連箋、癌症篩檢)

器官捐贈/安寧緩和醫療意願

過敏資料

就醫資料

門診資料(西醫、中醫、牙醫)

住院資料(連結「出院病歷摘要」

手術資料

用藥資料

檢驗(查)結果

血糖、血脂檢驗報告

影像或病理檢查資料

其他檢驗資料

成人預防保健結果

預防接種資料

金門縣衛生局自費健檢資料

疾病評估

肝癌風險預測

末期腎病評估

個人專區

常用功能

我的行事曆

設定常用功能

設定推播

我的首頁

最近一次就醫紀錄

健康時事

使用指南

觀看影音短片

使用小技巧

健康存摺簡介

聯絡窗口

130

# 健康存摺就醫資料&檢驗(查)結果

提供近三年就醫資料
查詢藥品外觀提升用藥安全

提供近三年檢驗（查）結果，
可呈現檢驗結果趨勢圖

連結衛教資訊，提升自我健康照顧能力

131

# 健康存摺疾病評估

## 肝癌風險評估

## 末期腎臟病評估

132

## 健康存摺我的行事曆&貼心叮嚀

我的行事曆自動紀錄就醫、另可自行記錄疫苗接種資料

貼心叮嚀提醒洗牙、慢連箋領藥、回診及過敏藥品資訊

## 健康存摺登入方式

Web

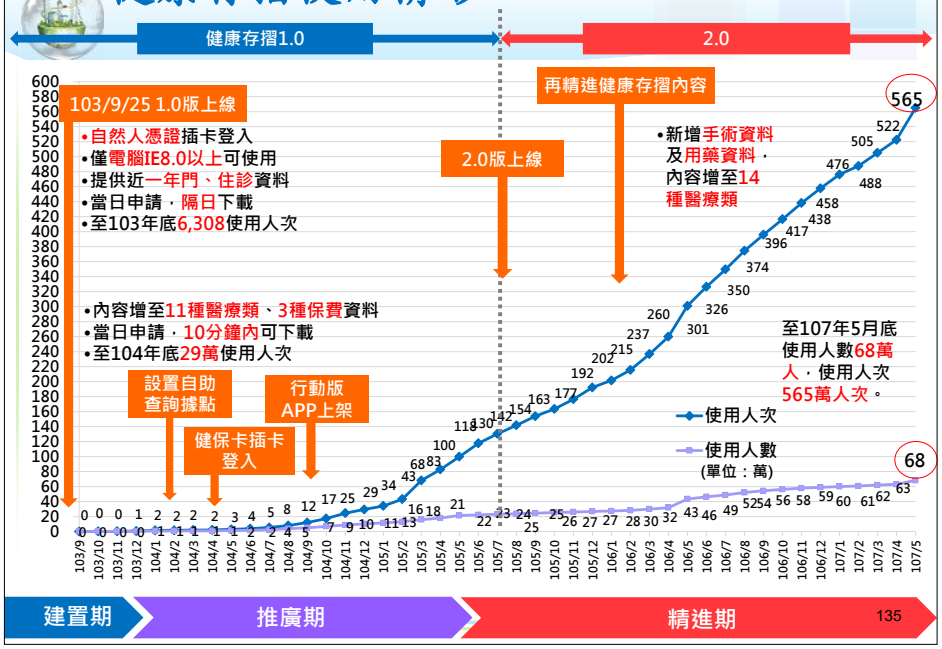
1.自然人憑證或健保卡插卡登入。
2.一般登入：完成健保卡註冊，輸入身分證號、健保卡卡號、密碼」及「圖型驗證碼」(不需插卡及讀卡機)。

App

完成健保卡註冊，登錄健保卡網路註冊服務綁定手機，即可以健保行動快易通APP查詢。

5/29 新增手機快速認證登入

## 健康存摺使用情形






## 充實資料內容增進使用黏著度

1 跨機關資料整合，提供國健署四癌篩檢結果。

2 新增醫學檢查影像查詢及下載。

3 新增兒童預防接種時間提醒，增加互動性。

## 2 其他預算(112.64億元)

### 3 提升保險成效及其他

- 非預期風險編列10億元。(非專案)
- **慢性腎臟病照護編列4.04億元。**
- **高診次藥事照護編列0.4億元**
- 罕病等預備款編列3億元。(非專案)
- **提升保險服務成效編列3.1億元**

## 減緩腎臟病人病程進度相關措施

為提早在腎臟病早期介入相關預防措施，提升早期慢性腎臟病患對自我疾病認知並做改善，進而減緩與避免其疾病病程進入末期腎病變，降低台灣尿毒症之發生率與盛行率。

- **末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫(Pre-ESRD)**
  - 照護CKD第3b-5期之個案
  - 105年有216家院所參與，新收案數為2.4萬人，透析新增病患中有接受Pre-ESRD照護之比例約35%，逐年增加。
- **初期慢性腎臟病醫療給付改善方案（Early_CKD）**
  - 照護CKD第1-3a期之個案
  - 105年共有867家院所參與，參與醫師數3558人，累計收案數為55.5萬人，收案率達4成，逐年增加。



## 確保透析醫療服務品質

- **慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫**
  - 針對血液透析及腹膜透析訂有指標，包括血清白蛋白、尿素氮移除率(URR)、血紅素(Hb)、B型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率、55歲以下透析病患移植登錄率等，針對指標優良之院所予以獎勵。
  - 全年4,500萬元，105年核發獎勵之院所數有468家，核發比率為74%。
- **定期公開醫療品質資訊**
  - 各指標之監測結果定期每季公開於健保署全球資訊網醫療品質資訊公開專區。

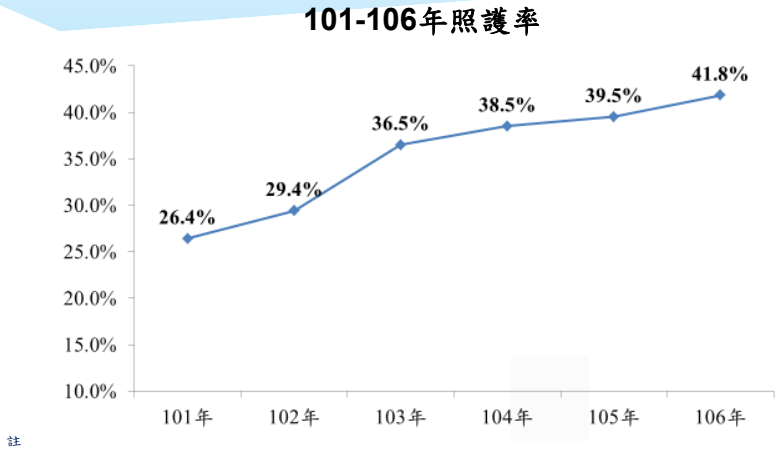


## Early-CKD醫療服務利用情形

| 年度 | 院所數 | 醫師數 | 照護人數 | 申報費用（百萬） |
|---|---|---|---|---|
| 101年 | 740 | 2,235 | 123,976 | 37.2 |
| 102年 | 751 | 2,574 | 174,915 | 53.4 |
| 103年 | 782 | 2,943 | 239,217 | 74.8 |
| 104年 | 828 | 3,289 | 278,037 | 86.6 |
| 105年 | 867 | 3,558 | 308,431 | 97.2 |
| 106年 | 901 | 3,853 | 352,650 | 113.2 |

註：1.資料來源：本署二代倉儲醫令及明細檔。(資料擷取時間:107年2月2日)
2.院所、醫師、照護人數：申報醫令碼前三碼為P43之歸戶數。
3.106年資料仍持續收載中,後會因擷取時間不同而變動。

# Early-CKD個案照護率




註
1、資料來源：本署二代倉儲系統門診醫令申報檔。(資料擷取時間:107年2月2日)
2、分母：符合收案條件之歸戶病人數，排除洗腎及申報醫令代碼為P3402C 、P3403C 、P3404C 、P3405C的病人。
3、分子：申報醫令代碼前3碼為P43之歸戶人數(ID歸戶)。
4 、 106年資料仍持續收載中,後會因擷取時間不同而變動。



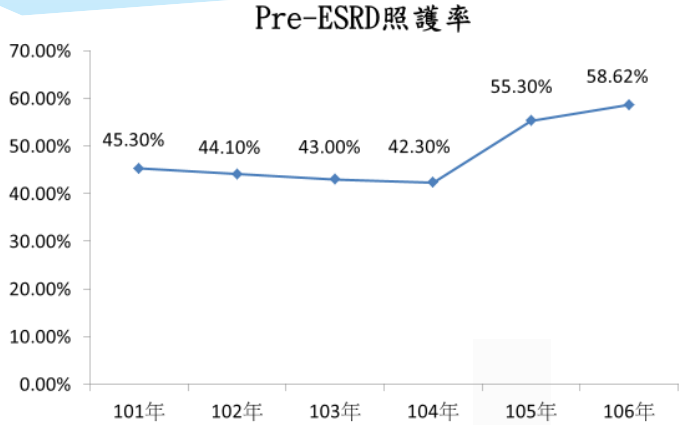
# Pre-ESRD醫療服務利用情形

| 年度 | 院所數 | 醫師數 | 照護人數 | 申報費用（百萬） |
|---|---|---|---|---|
| 101 | 205 | 723 | 56,311 | 144.9 |
| 102 | 202 | 689 | 62,135 | 154.5 |
| 103 | 212 | 746 | 68,036 | 155.0 |
| 104 | 213 | 762 | 71,978 | 164.5 |
| 105 | 216 | 787 | 77,590 | 184.7 |
| 106 | 225 | 796 | 83,260 | 201.7 |

註：1.資料來源：本署二代倉儲醫令及明細檔。
2.院所醫師、照護人數：申報醫令碼前三碼為P34之歸戶數。
3.106年1月1日新增預先建立慶管獎勵費P3410C及活體腎臟移植團隊照護獎勵費P3411C
4.資料擷取:107年2月5日。



# Pre-ESRD個案照護率




註
1、資料來源：本署二代倉儲系統門診醫令申報檔。
2、分母：符合收案條件之歸戶病人數，排除洗腎及死亡人數。
3、分子：分母當中申報醫令代碼前3碼為P34之歸戶人數(ID歸戶)。



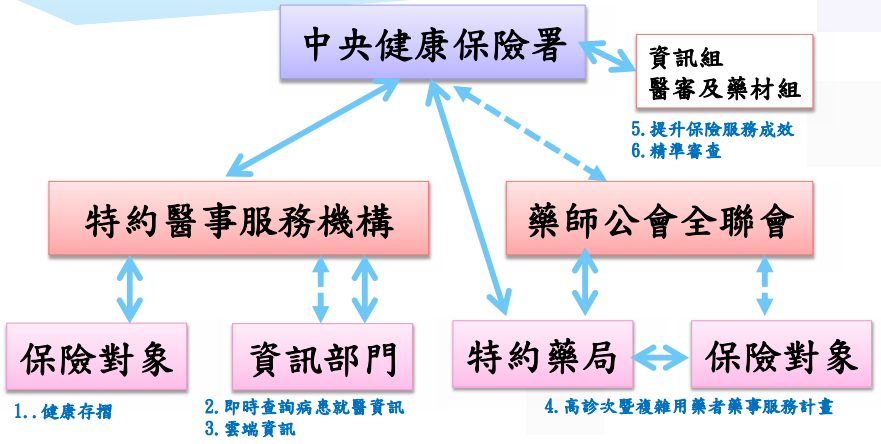
# Pre-ESRD新增獎勵費-106年申報情況

| 項目 | 院所數 | 醫師數 | 照護人數 | 預算執行（萬） |
|---|---|---|---|---|
| 預先建立癒管獎勵費 | 102 | 273 | 754 | 75.1 |
| 活體腎臟移植團隊照護獎勵費 | 3 | 3 | 3 | 15 |

註：1.資料來源：本署二代倉儲醫令及明細檔。
2.院所、醫師、照護人數：申報醫令碼前三碼為P3410及P3411之歸戶數。
3.106年1月1日新增預先建立慶管獎勵費P3410C及活體腎臟移植團隊照護獎勵費P3411C
4.106年第2季團隊申報1位活體腎臟移植團隊照護獎勵費5萬元。
5.106年第2季建立慶管獎勵費院所數76家，醫師數161人，照護313人、預算執行30.9萬元。
6.106年第3季建立慶管獎勵費院所數92家，醫師數218人，照護526人、預算執行52.3萬元。
7.資料擷取:107年2月5日。

# 高診次藥事照護計畫

# 公私協力增進管理效能




效能：達成預期產出或影響之程度？



# 高診次者藥事服務計畫

| 方案或計畫摘要 | 預期產出或影響 |
|---|---|
| **目的**<br>針對門診高利用之保險對象進行居家訪視，輔導正確服藥觀念，強化用藥安全，間接減少醫療資源之浪費。<br>**內容**<br>• 依前1年門診超過90次者再篩選藥品使用複雜之保險對象訪視輔導。（**10410-10509門診就醫次數≧90次者為基礎，再以優先輔導順序進一步篩選。第一優先：具有2種以上慢性疾病者，其在≧2家院所領取≧13張慢性病連續處方箋者，第二優先：藥費在前50百分位且就醫院所家數≧6家者，第三優先：半數以上處方箋之藥品品項≧6種，及醫師主動轉介或分區業務組認為需要藥師專業輔導轉介之個案**）<br>• 採論次計酬，每次至少30分鐘，支付點數按藥師至個案家中或指定公開場所訪視、個案自行前往藥事人員執業特約藥局、藥師至偏遠地區輔導分別為1,000點、600點及1,200點。<br>• 獎勵措施：以藥事人員輔導之所有照護個案，開始接受輔導至106年12月31日之門診醫療費用與前1年同期比較門診醫療費用下降達17%以上者得分配獎勵金。 | 1.收案5,000人<br>2.門診醫療費用下降15%<br>3.藥師協助個案整理7日藥盒比率達30%<br>4.問卷調查25%照護個案對藥師照護的滿意度達80%<br>5.醫師及照護個案對藥師建議事項之回應比率達50% |



# 高診次者藥事照護計畫指標

| 106年計畫執行結果 | 達成率 |
|---|---|
| 收案人數4,636人 | 93%<br>（目標＞5,000人） |
| 門診醫療費用點數下降率為13% | 87%<br>（目標＞15%） |
| 藥師協助照護個案整理七日藥盒之比率為60.96% | 100%<br>（目標＞30%） |
| 4,636人問卷調查1,817人【至少須抽樣25%（1,159人）】，問卷調查個案對照護藥師的滿意度（含「非常滿意」、「很滿意」），病人回答滿意人數達99.81% | 100%<br>（目標＞80%） |
| 對藥師回應比率【CC：醫師之回應結果及個案回應結果／BB：藥事人員建議醫師用藥之溝通事項及與個案溝通內容】：12,792/20,631=62% | 100%<br>（目標＞50%） |

# 提升保險服務成效

# 提升保險服務成效

| 內容 | 預期產出或影響 |
| --- | --- |
| • 進行總額作業專業審查、資料倉儲系統、行動應用服務檔案分析指標開發及強化軟硬體設備，全面提升保險服務成效。<br>• 健保藥品品質監測計畫：確保健保藥品應有品質、各廠牌間維持同一水準及保險對象用藥安全。 | • 資訊端全面提升：<br>➢增進審查效率:為達精準審查之目標，引進SAS VA視覺化工具，並建立主動管理模式，開發14項專案管理報表如處置及手術管控與用藥管控等指標<br>➢升級資料倉儲系統:擴充現有資料庫及系統作業空間，建置具巨量資料處理或分析之倉儲整體運作環境。<br>➢提升資安強化作業:強化資料庫安全監控、及資安管理，包括建置虛擬網路架構、防火牆與大量影像檔案傳輸交換平台。<br>➢擴展行動應用服務:建立雲端網路身分識別機制及雛型系統，結合健保快易通APP之新增功能。<br>• 委託食品藥物管理署以外機關抽驗健保給付之藥品品質，了解各廠牌間同成分規格藥品品質是否保持相同水準。 |

# 健保藥品品質監測計畫

- 為確保保險對象用藥安全，健保藥品各廠牌間應維持同一水準及品質，故而進行監測。
- 選定治療指數狹窄、藥品使用量大及醫療機構或民眾對藥品品質有疑慮而通報之品項包括降血壓藥、降血脂藥、降血糖藥、抗生素、血管擴張劑、抗凝血劑及安眠藥等製劑，依藥典之規範執行溶離度/崩散度試驗、單位劑量均一度試驗及含量測定。
- 檢驗藥品來源為醫院、診所及藥局，監測上開成分所有健保給付廠牌藥品之品質現況。
- 委外執行至106年6月30日，完成146件藥品檢驗，由藥政主管機關食品藥物管理署複驗5件，尚無不符規定之藥品。



# 謝謝聆聽
# 敬請指教

# 三、牙醫門診總額(含一般服務、專案計畫)

# 106年牙醫門診總額一般服務執行成果評核報告

報告人：徐邦賢

中華民國牙醫師公會全國聯合會理事
牙醫門診醫療服務審查執行會首席副主委



# 牙醫界最基本的宗旨

照顧全民口腔健康為出發點

作為社會服務之價值與初衷



# 目　標

提升就醫率

降低DMFT齲齒指數

邁向8020政策



# 大　綱

壹、前言
貳、年度重點項目之推動與未來規劃
　一、必要項目
　二、自選項目
參、一般服務執行績效
　一、委員評論意見與期許
　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

# 壹、前　言(續)

## 106年度重點工作

● 保障民眾就醫權益及安全



# 壹、前　言（續）

● 保障民眾就醫權益

一、提升急症及假日民眾就醫：

105年新增2項支付標準：「牙醫急症處置（92093B）」及「週日及國定假日牙醫門診急症處置（92094C）」。

將106年週日及國定假日於VPN登錄看診日數納入品質保證保留款指標。

108年草擬「全民健康保險牙醫緊急醫療網計畫」。

二、牙周病統合照護之患者在治療上有顯著成效：

牙周囊袋深度大幅降低，自我口腔清潔照護能力大幅提升，拔牙顆數減少，再治療、根管治療、拔牙之預後指標均呈現較低，配合回診之牙周病患者有穩定的牙周狀況，明顯改善牙周健康。



# 壹、前　言（續）

● 保障民眾就醫權益

三、提升兒童及青少年口腔健康照護

106年提出「12歲牙結石清除」及「全民口腔疾病照護」

108年規劃「兒童青少年口腔健康促進照護計畫」

四、研議糖尿病人口腔照護

107年委託學術單位研究計畫「牙周病治療對糖尿病病人醫療利用與演進影響之探討」一年期計畫。

108年研議「糖尿病口腔照顧計畫」。

五、增加高齡長者照顧：

新增複合體充填89013C，

研訂牙周病統合照護計畫及牙周顧本計畫，

新增失能老人服務並於擴大服務範圍，

108年研議「高齲齒率病患牙齒保存改善計畫」



# 壹、前　言（續）

● 保障民眾就醫權益

六、強化特殊族群口腔健康照顧：

顎顏面骨壞死術後傷口照護、懷孕婦女照護

口腔癌統合照護計畫、口乾症患者照護

108年研議「口腔外科給付改善計畫」

七、均衡醫療資源不足：

規劃108年「弱勢鄉鎮（排除醫缺地區）醫療效益獎勵提升計畫」，提升次醫缺地區民眾就醫醫療服務、確保民眾就醫醫療品質與就診品質、六分區次醫缺地區醫師人力逐漸成長、提升身心障礙者就醫可近性、提升院所感染管制執行率為目標。

# 壹、前　言（續）

- 保障民眾就醫安全

**一、為加強病人衛教、提升醫療品質方面：**

104年由衛生福利部補助編製「牙科治療注意事項與指導」衛教手冊及光碟共8000份。

105年度本會著手編製「牙科治療注意事項與指導—專業版」手冊或光碟，提供院所於治療時，遇到急性症狀或需要緊急處理時之臨床指引，107年付梓。

106年重新編版印製「牙醫健保就診須知」第4版海報供院所張貼知悉。

**二、加強感染管制、朝向100%執行率：**

104年將「符合加強感染管制院所」列入品質保證保留款核發條件(即未申報加強感染管制診察費院所不予核發品保款)。

105年編製「牙科院所感染管制措施指引作業手冊」9000份，106年寄發各院所，做為醫療院所及從業人員教育訓練、PGY訓練院所、教材等軟硬體設立及考核標準參考，落實醫療從業人員及牙醫師畢業後臨床醫學訓練之觀念。



# 貳、年度重點項目推動未來規劃

**一、必要項目**

(一)就診不易之現況與改善情形

(二)牙周病統合照護108年回歸一般服務之規劃

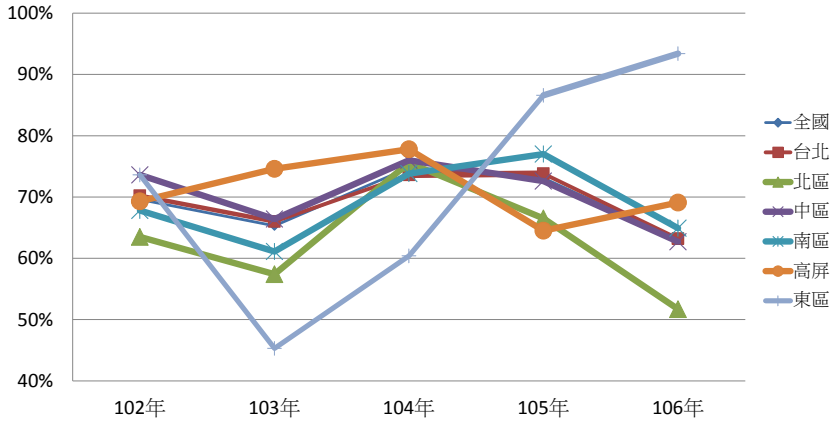
**二、自選項目**

(一)8020政策：80歲仍保有20顆自然牙



# 一、必要項目

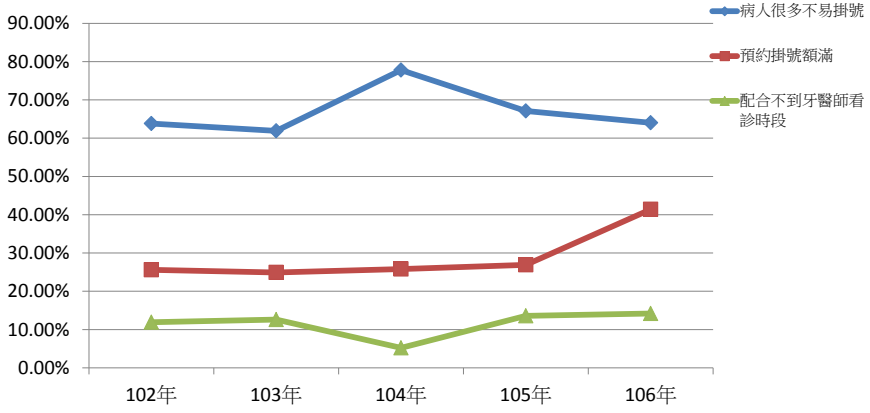
## (一)就診不易之現況與改善情形






# 一、必要項目

## (一)就診不易之現況與改善情形



# 一、必要項目

## (一)就診不易之現況與改善情形

1.加強民眾宣導。

2.製作「民眾臨時牙痛、假日看診牙醫院所查詢」文宣

3.鼓勵會員進入醫療需求高區域服務

4.新增醫院牙科「牙醫急症處置」及診所「週日及國定假日牙醫門診急症處置」支付項目，提升醫院及診所假日看診之服務。

5.「VPN登錄門診時間」納入品質保證保留款指標。



# 一、必要項目

## (一)就診不易之現況與改善情形

6.提升院所門診時間及異動登錄「健保資訊網路服務系統(VPN)」，建議健保署連合牙醫HIS廠商，於VPN登錄系統增加「即時掛號系統」，將醫療院所門診時段以「紅、黃、綠燈」顯示，呈現目前等候人數，綠燈表示可接受民眾臨時掛號，當民眾有緊急就醫之需時可經由該系統查詢臨近之院所，以便即時就醫。

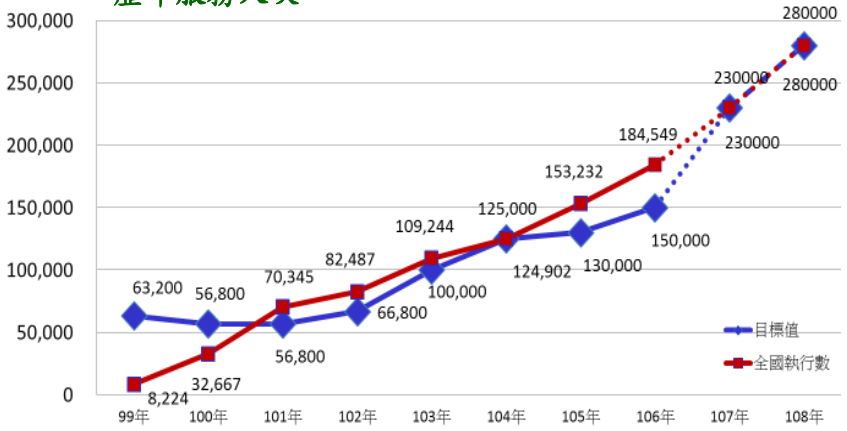
7.草擬「全民健康保險牙醫緊急醫療網計畫」



# 一、必要項目

## (二)牙周病統合照護108年回歸一般服務之規劃

歷年服務人次






# 一、必要項目

## (二)牙周病統合照護108年回歸一般服務之規劃

國人就醫治療效果：

1. 牙周囊袋深度大幅降低、自我口腔清潔照護能力大幅提升、拔牙顆數減少。
2. 再治療、根管治療、拔牙之預後指標均呈現較低。
3. 一年內回診治療次數越多拔牙顆數亦越少。
4. 牙周統合照護計畫配合回診系統可以讓牙周病患有穩定的牙周狀況，有回診的病患明顯改善牙周健康。

文獻
1. 本會健保資料分析
2. 詹前隆、游慧真、連新傑與黃啟祥（2015）發表「台灣實施牙周統合照護計畫之療效探究」
3. 臺北業務組醫療費用三科，發表健保署內自行研究計畫「牙周炎患者照護介入與成效評估」
4. A comprehensive periodontal treatment project: The periodontal status, compliance rates, and risk factors(呂炫堃教授)。

# 一、必要項目

(二)牙周病統合照護108年回歸一般服務之規劃

維持牙周病統合照護之精神

維護確保牙統案件的延續性及執行率

1.一般支付項目同一療程銜接性，應維持相同支付項目。

2.編訂審查注意事項及臨床治療指引。

3.成效評估納入品質保證保留款實施方案。

4.六區共識分配值部份依校正人口風險後保險對象人數占率(R值)、部份以執行率比例分配。

5.訂定治療實施方案，規範醫師加入及退場資格、醫療服務管控措施、自費收取等，以維持牙周統合照護之相同。



# 二、自選項目

(一)8020政策：80歲仍保有20顆自然牙

1. 提高各年齡層就醫率

2. 增加12歲以下口腔健康照顧

3. 提升假日看診醫療服務

4. 減少有就醫者平均拔牙顆數

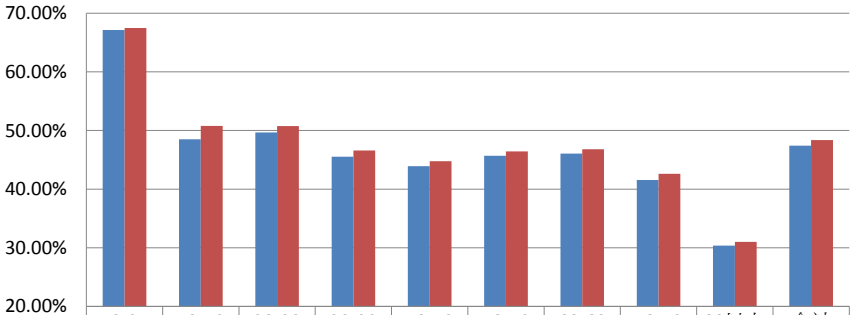
(簡單性及複雜性拔牙92013C+92014C)



# 二、自選項目

(一)8020政策：80歲仍保有20顆自然牙

1. 提高各年齡層就醫率




| | 0-9 | 10-19 | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 | 70-79 | 80以上 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 105年 | 67.14% | 48.49% | 49.67% | 45.54% | 43.91% | 45.69% | 46.06% | 41.55% | 30.35% | 47.40% |
| 106年 | 67.49% | 50.78% | 50.76% | 46.60% | 44.76% | 46.42% | 46.81% | 42.60% | 31.00% | 48.36% |



# 二、自選項目

(一)8020政策：80歲仍保有20顆自然牙

2. 提升12歲以下口腔健康照顧

| 0-12歲 | 105年 | 106年 | 成長率/增加率 |
|---|---|---|---|
| 就醫人數 | 1,728,290 | 1,738,197 | 0.57% |
| 戶籍人數 | 2,668,232 | 2,646,042 | -0.83% |
| 就醫率 | 64.77% | 65.69% | 0.92% |

# 二、自選項目

## (一)8020政策：80歲仍保有20顆自然牙

### 3. 提升假日看診醫療服務

※「牙醫急症處置」及「週日及國定假日牙醫門診急症處置」申報醫令數分析

| 項　目 | 105年申報點數 | 106年申報點數 | 成長率 |
|---|---|---|---|
| 牙醫急症處置 92093B | 4,975,500 | 10,337,000 | 207.76% |
| 週日及國定假日牙醫門診急症處置 92094C | 6,583,600 | 46,419,880 | 705.08% |

※假日看診人次及急診件數分析

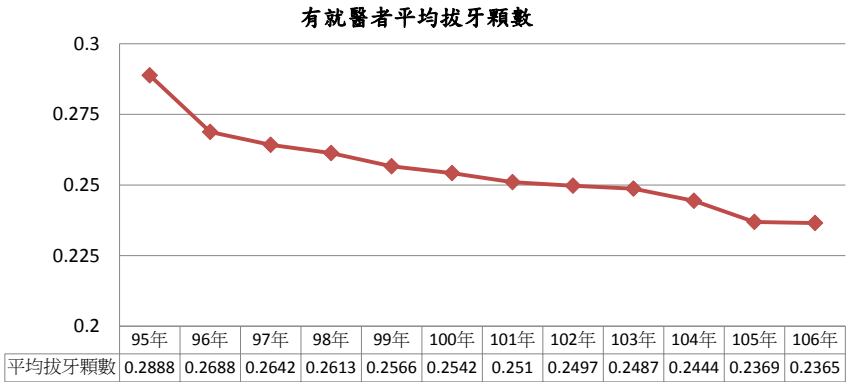
| 層級 | 星期 | 項目 | 105年 | 106年 | 成長率 |
|---|---|---|---|---|---|
| 牙醫基層門診 | 六 | 看診人次 | 3,155,561 | 3,243,184 | 2.78% |
| | 日 | 看診人次 | 90,474 | 111,377 | 23.10% |
| 醫院牙科急診 | 六 | 牙科急診件數 | 5,902 | 7,459 | 26.38% |
| | 日 | 牙科急診件數 | 9,532 | 12,254 | 28.56% |



# 二、自選項目

## (一)8020政策：80歲仍保有20顆自然牙

### 4. 減少有就醫者平均拔牙顆數(簡單性及複雜性拔牙92013C+92014C)




| | 95年 | 96年 | 97年 | 98年 | 99年 | 100年 | 101年 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平均拔牙顆數 | 0.2888 | 0.2688 | 0.2642 | 0.2613 | 0.2566 | 0.2542 | 0.251 | 0.2497 | 0.2487 | 0.2444 | 0.2369 | 0.2365 |



# 一、106年評核委員建議與期許

(一)整體規劃與執行

(二)一般服務

1.維護保險對象就醫權益

2.專業醫療服務品質之確保與提升

3. 協商因素項目之執行情形

4. 總額之管理與執行績效



# 一、106年評核建議

## (一)整體規劃與執行

1. 肯定牙醫部門鼓勵醫師前往次醫療資源不足區(蛋白區；C區)、醫療資源不足區(蛋殼區；D區)執業，其中醫療資源不足區(D區)之就醫率偏低，未來應強化提供此區之醫療服務。建議分析各區內鄉鎮之就醫率、牙醫師人力分布等資源分布的差異性，優先篩選亟需改善之鄉鎮(如就醫率低於該區平均值)，並提出執行評估成效，以逐步改善偏鄉民眾牙醫服務。

本會分析次醫療資源不足區(蛋白區；C區)為亟需改善之鄉鎮，爰由現行一般服務撥付5000萬擬定「醫療資源不足且點值低地區獎勵計畫」，以鼓勵某些分區內特殊醫療資源艱困及利用困難(不便)地區長期點值低落，進而影響就醫權益，以提升當地牙醫醫療資源照護情形，並於108年成長項目提出「弱勢鄉鎮（排除醫缺地區）提升醫療可近性獎勵計畫」。

# 一、106年評核建議

## (一)整體規劃與執行

2. 在牙醫界的努力下，當民眾口腔健康達一定水準後，醫療利用會降低，因此，宜思考牙醫門診總額未來的發展方向。建議於偏鄉地區，擇常住人口或兒童試辦牙醫論人計酬方案，以病人健康照護結果作為基礎，鼓勵牙醫師完善管理民眾的口腔健康。

105年就醫率略下降為48.05%，106年為48.96%，成長1.88%，本會仍持續朝著照顧全民口腔健康方向努力不懈，認為全民口腔照護能健全其就醫率應達一定程度，才能提升就醫可近性及普遍性。對於評核委員建議於偏鄉地區，擇常住人口或兒童試辦牙醫論人計酬方案，因重大議題，本會持續研議。



# 一、106年評核建議

## (二-1)維護保險對象就醫權

### 1.滿意度調查結果之檢討及改善措施

(1)整體各項滿意度持平，「醫護人員有無進行衛教指導」的比率已有提升，但仍低於其他項目，尚有改善空間。建議可仿照西醫糖尿病醫療給付改善方案，規劃牙醫衛教給付方式，持續、強化執行，以照顧民眾口腔健康。

本會印製口腔潔牙單張「正確的刷牙方法」、「正確的牙線操作法」、「牙醫健保門診就診須知」、「懷孕婦女衛教單張」、「牙科治療注意事項與指導」等等。

本會已於牙周統合照護計畫及牙結石清除支付表中診療項目訂定須作潔牙說明，並於牙周統合照護中列入品質監側。目前有就醫者牙結石清除比率為79.32%仍未全面性，本會將持續強化執行，以照顧民眾口腔健康。

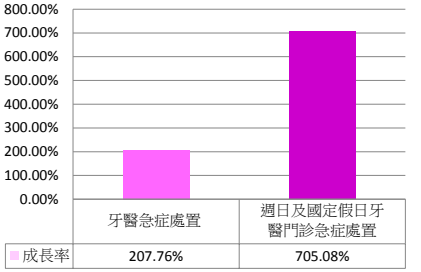


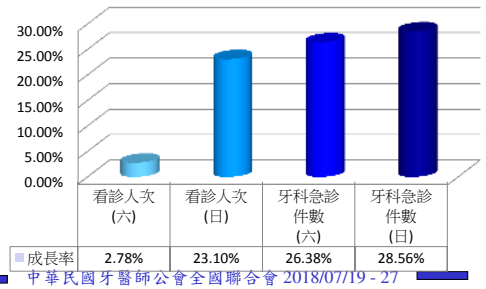
# 一、106年評核建議

## (二-1)維護保險對象就醫權

### 2.就醫可近性及公平性之改善措施

(1)105年新增「牙醫急症處置」與「週日及國定假日牙醫門診急症處置」等項目，似未能解決病人在緊急狀況下，不易約診或假日就診容易度問題。「約診或就診容易度」滿意度下降、「曾經在假日有就醫需要」及「因牙醫診所例假日休診而造成就醫不便」之比率提升，顯示約診、假日看診不易問題明顯，仍是困擾民眾的項目，有待改善。






# 一、106年評核建議

## (二-1)維護保險對象就醫權

### 2.就醫可近性及公平性之改善措施

(2)因牙科疾病不確定性，民眾仍有假日基本醫療服務之需求，建議評估各區民眾的醫療需求，協調牙醫師輪值假日看診。另，輔以就醫查詢系統及調整門診照護模式因應，如：強化APP查詢就醫院所之功能，讓民眾能即時查詢尚有容額之牙醫院所，或發展牙醫家庭醫師制度。

建議健保署連合牙醫HIS廠商，
於VPN登錄系統增加「即時掛號系統」，
將醫療院所門診時段以「紅、黃、綠燈」顯示，
呈現目前等候人數，綠燈表示可接受民眾臨時掛號，
當民眾有緊急就醫之需時可經由該系統查詢臨近之院所，以便即時就醫。

# 一、106年評核建議

## (二-1)維護保險對象就醫權

## 2.其他確保民眾就醫權益之措施

1. 105年牙醫就醫人數首次出現負成長，建議應分析原因，儘早預防、因應。

105年就醫率略下降主要因為台北區就醫率下降所致，其他五區均為正成長，經本會努力106年全國及六區均為正成長，全國105年為48.05%，106年為48.96%，成長1.88%，本會仍朝向妥善照顧全民口腔健康之方向努力不懈。



# 一、106年評核建議

## (二-1)維護保險對象就醫權

## 2.其他確保民眾就醫權益之措施

2.牙醫尚未有明確分級醫療之規劃，建議未來可研擬區分牙醫診所、醫院之牙科醫療服務項目，針對牙科疾病、治療處置屬性之差異，逐步規劃牙醫分級醫療。

透過醫療體系院所間分工、合作，達到全民健康的目標，牙科也有分級醫療的推動策略，醫院處理重症及開刀房之患者，如口腔癌統合照護計畫、特殊口腔黏膜疾統合照計畫。

99年起陸續調高阻生齒拔除，根管治療難症的處置費用，鼓勵基層院所提供該類難症醫療服務，並修訂轉診加成辦法，鼓勵基層院所進行平行轉介與垂直轉介，增加就醫可近性，同時減少醫學中心病患壅塞的情況。



# 一、106年評核建議

## (二-1)維護保險對象就醫權

## 2.其他確保民眾就醫權益之措施

2.牙醫尚未有明確分級醫療之規劃，建議未來可研擬區分牙醫診所、醫院之牙科醫療服務項目，針對牙科疾病、治療處置屬性之差異，逐步規劃牙醫分級醫療。

為因應醫院急診壅塞狀況，特別推動牙科急症處置費用分為醫院與診所(92093B與92094C)，醫院負責牙科急症外傷重症病患，診所協助處理急性牙痛病患，達到分級醫療的目的。

105年擴大急重症項目納入轉診範圍，重新修訂轉診醫師資格；鼓勵院所透過轉診機制，協助病患得到妥善治療，將支付點數增加至200點；配合宣導健保署電子化轉診平台，以總額轉診名單來進行垂直轉介與水平轉介，進行分級醫療與難症就醫可近性。



# 一、106年評核建議

## (二-2)專業醫療服務品質之確保與提升

1.各項品質指標皆達預期目標，整體照護結果符合監測值，惟「13歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率」仍有城鄉差距之問題，建議宜優先輔導改善。

東區地區因地理位置分佈狹長，醫療缺乏資源鄉鎮較多，就醫率相對較低，民眾口腔健康狀況不佳，疼痛才就醫，就醫時優先處理口腔疾病治療，民眾若沒有定期回診，自然無法為民眾進行牙結石清除，進而影響牙結石清除率，本會仍會持繼努力與關注東區地區整體醫療就醫可近性及品質提升，期望東區地區牙周照護計畫普級率後，改善當地民眾口腔相關問題。

# 一、106年評核建議

## (二-3 )協商因素項目之執行情形

1.週日及國定假日牙醫門診急症處置(92094C)」，及「懷孕婦女照護」、「口乾症患者照護」協商因素項目，執行率仍偏低，宜檢討改善。另，牙周顧本計畫執行率良好，建議將成效呈現於整體的牙齒健康指標。

「週日及國定假日牙醫門診急症處置(92094C)」於105年開始實施，爰執行率不高，106年成長率達605.08%；

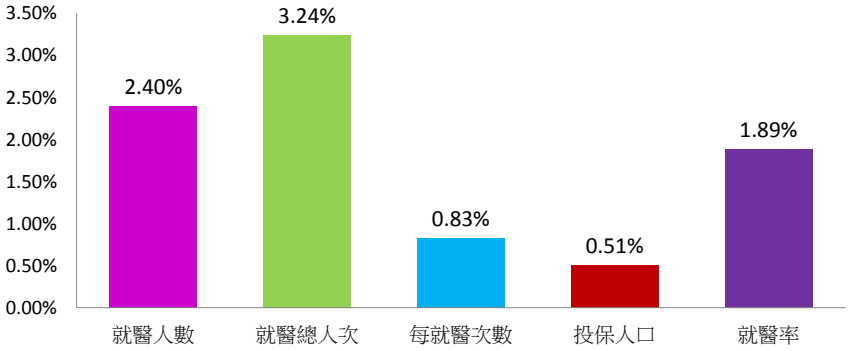
在懷孕婦女照護及口乾症患者照護方面，因懷孕初期及口乾症患者不易從外觀發覺，須由患者主動告知，本會在推廣上仍不遺於力，印製相關文宣宣傳，辦理課程，未來仍繼續努力照顧。



# 一、106年評核建議

## (二-4 )總額之管理與執行績效

1.就醫人數、平均每人就醫次數呈現下降，每人醫療費用點數呈現上升，應分析原因並及早因應。






# 一、106年評核建議

## (二-4 )總額之管理與執行績效

2.請分析平均每人拔牙顆數逐年下降，牙周及難症處置件數逐年增加的原因，究因支付標準誘因所致或民眾口腔健康惡化。

保存自然牙是本會政策，減少拔牙顆數是本會目標。

本會規劃提升根管治療難症特別處理及口腔外科支付點數做為誘因，讓牙齒保存下來， 提升民眾口腔健康，進而減少民眾假牙及植牙施作與花費。



# 一、106年評核建議

## (二-2 )專業醫療服務品質之確保與提升

2.建議研議全國性之口腔健康改善結果指標(例如：自然齒保留率、齲齒率、牙周囊袋深度等)，設定目標值及訂定相關策略，以反映牙醫部門努力照顧國民口腔健康的改善情形。

為確保牙醫門診總額支付制度實施後，醫療服務品質及可近性，87年6月29日由衛生署訂定「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」，因應歷年現況修訂相關內容及指標，口腔健康指標之監控係依主管機關(衛生福利部心理及口腔健康司)提出定期之各年齡層民眾口腔健康狀況調查分析。口腔健康指標經本會與健保署於106年研商議事會議第3次案題討論後，方案內容於107年1月5日由衛生福利部衛部保字第1061260428號公告修正。

# 二、維護保險對象就醫權益之具體措施

(一)滿意度調查結果之檢討及改善措施

(二)民眾諮詢及抱怨處理

(三)民眾自費情形及改善措施

(四)就醫可近性及公平性之改善措施

(五)其他確保民眾就醫權益之措施



## (一)滿意度調查結果之檢討及改善措施

1.醫療服務品質調查結果

(1)106年調查：內容較前一年大幅減少，整體醫療結果滿意度為92.5%，其餘項目成長均為上升，調查如下表：

| 指標項目 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|
| 整體醫療結果滿意度 | 93.3 | 92.5↓ |
| 對診療環境滿意度(106年未調查) | 95.5 | — |
| 對醫護人員服務態度滿意度(106年未調查) | 94.1 | — |
| 對治療效果滿意度(106年未調查) | 91.9 | — |
| 醫師看診病及治療過程滿意度(106年未調查) | 93.2 | — |
| 醫護人員有無進行衛教指導(解說病情、預防保健方法 | 51.4 | 54.1 ↑ |
| 醫護人員有無以簡單易懂的方式解病情與照護方式 | 65.4 | 80.7 ↑ |
| 會與醫師討論照護或治療方式的比例 | 63.4 | 71.9↑ |



## (一)滿意度調查結果之檢討及改善措施

| 105年 | 106年 |
|---|---|
| 41.4 | 54.1 ↑ |

1.醫療服務品質調查結果

(2)106年度滿意度未達80%項目-檢討與改善

A.「醫護人員有無進行衛教指導(解說病情、預防保健方法)」

(a)編製「牙科治療注意事項與指導」衛教手冊及光碟，提供民眾治療時應遵循事項。

(b)推廣牙醫助理參與認證課程，提昇本職學能協助於候診時提供病患口腔預防保健方法。

## (一)滿意度調查結果之檢討及改善措施

1.醫療服務品質調查結果

(2)106年度滿意度未達80%項目-檢討與改善

A.「醫護人員有無進行衛教指導(解說病情、預防保健方法」

(c) 配合104年新增「懷孕婦女牙結石清除」健保給付，製作衛教單張，提供全國醫療院所推廣懷孕婦女牙齒預防保健方法，早期發現疾病，早期治療，降低早產或胎兒體重過輕的風險，維護寶寶的健康。

# (一)滿意度調查結果之檢討及改善措施

1.醫療服務品質調查結果

(2)106年度滿意度未達80%項目-檢討與改善

A.「醫護人員有無進行衛教指導(解說病情、預防保健方法」

(d) 持續推廣並更新第4版

「牙醫健保門診就診須知」內含貝氏刷牙法、牙間刷及牙線使用方式，加深口腔預防保健意識。

# (一)滿意度調查結果之檢討及改善措施

| 105年 | 106年 |
|---|---|
| 63.4 | 71.9 ↑ |

1.醫療服務品質調查結果

(2)106年度滿意度未達80%項目-檢討與改善

B.「會與醫師討論照護或治療方式的比例」

(a)牙醫治療處置並無特殊性，牙醫疾病以齲齒占多數，通常治療方式為填補或根管治療，所以易造成患者認為未曾討論照護或治療方式，本會仍會持續宣導院所醫師對病患解說病情及牙齒預防保健方法之教導。

(b)本會編印相關口腔衛生宣導品供院所張貼，院所可針對相關之疾患提供患者參考，另於104年底印製「牙科治療注意事項與指導」，可供醫師及患者討論病情的治療過程。



# (二)民眾諮詢及抱怨處理

1. 102至106年度健保署民眾申訴案件及原因統計：

| 申訴類別 | 案件數 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 102年 | 103年 | | 104年 | | 105年 | | 106年 | |
| | | 健保 | 非健保 | 健保 | 非健保 | 健保 | 非健保 | 健保 | 非健保 |
| 1.額外收費(自費抱怨) | 16 | 7 | 2 | 21 | 1 | 8 | 3 | 13 | 4 |
| 2.多收取部分負擔費用 | 2 | 4 | 0 | 3 | 1 | 7 | 0 | 5 | 0 |
| 3.不開給費用明細表及收據 | 18 | 8 | 1 | 9 | 0 | 6 | 2 | 9 | 0 |
| 4.多刷卡 | 3 | 3 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 5.刷卡換物 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6.疑有虛報醫療費用 | 33 | 40 | 4 | 60 | 4 | 57 | 3 | 41 | 14 |
| 7.藥品及處方箋 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 8.質疑醫師或藥師資格 | 1 | 3 | 0 | 2 | 1 | 2 | 0 | 4 | 0 |
| 9.服務態度及醫療品質 | 36 | 26 | 1 | 27 | 0 | 33 | 4 | 30 | 2 |
| 10.其他醫療行政或違規事項 | 57 | 21 | 2 | 24 | 2 | 50 | 15 | 50 | 7 |
| 11.轉診相關申訴 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 12.其他 | 36 | 16 | 5 | 10 | 1 | 14 | 4 | 14 | 8 |
| 合計 | 206 | 129 | 15 | 158 | 13 | 177 | 31 | 168 | 35 |



# (二)民眾諮詢及抱怨處理

2. 106年度本會受理民眾諮詢、申訴案件共88件（25件為申訴案件，63件為諮詢案件），其中申訴案件分佈情形如下圖：

## (二)民眾諮詢及抱怨處理

**2.106年本會受理民眾諮詢及申訴**

處理結果：關於民眾諮詢與申訴案件，
本會注重時效性與完整性，處理結果如下：

(1)民眾諮詢案件：63件皆於3天內回覆。

(2)民眾申訴案件：共25件，處理結果如下：

| 106年申訴案件處理結果 | 案件數 |
|---|---|
| **本會協調處理完畢** | **5** |
| 經本會說明後結案 | 2 |
| 與病人溝通後結案 | 3 |
| **轉請縣市公會進行協調處理** | **20** |
| 持續回診接受治療 | 0 |
| 與病人溝通後結案 | 2 |
| 經縣市公會說明後結案 | 18 |
| **總計** | **25** |



## (三)民眾自費情形及改善措施

**1.自費情形**

(1)歷年民眾自費之情形如下，105年有自付費用者占9.1%，79.6%之原因為健保不給付項目，因非健保給付內容，僅製表提供參考，不做文字描述。

| 項目\年月 | 102.05 | 103.08 | 104.10 | 105.10 | 106.10 |
|---|---|---|---|---|---|
| 調查樣本數 | 2,010 | 1,150 | 2,011 | 2,019 | 1,024 |
| 有自付費用 | | | | | |
| 占率(%) | 7.5 | 7.1 | 8.9 | 9.1 | 13.1 |
| 人數 | 151 | 82 | 179 | 184 | 134 |
| 理由(單位：%) | | | | | |
| 健保不給付 | 82.3 | 75.6 | 85.0 | 79.6 | 81.5 |
| 該醫院或診所未加入健保 | 5.6 | 3.1 | — | — | — |
| 補健保差額 | 2.7 | 2.7 | 3.6 | 2.3 | 10.1 |
| 沒帶卡 | 0.5 | 0.7 | — | 1.0 | — |
| 非健保身分 | — | 0.4 | — | — | — |
| 醫院建議 | — | — | — | — | 5.1 |
| 其他 | 1.3 | — | 2.1 | 4.3 | — |
| 不知道 | 7.6 | 17.8 | 15.9 | — | 11.3 |
| 拒答 | — | — | — | — | — |



## (三)民眾自費情形及改善措施

| 健保不給付項目【單位:% (人數)】 | 102.05 | 103.08 | 104.10 | 105.10 | 106.10 |
|---|---|---|---|---|---|
| 裝置假牙 | 48.6 | 40.3 | 43.7 | 40.7 | 37.7 |
| 牙齒矯正 | 20.8 | 26.9 | 23.6 | 24.9 | 16.6 |
| 植牙 | 15.7 | 15.8 | 10.5 | 9.3 | 13.3 |
| 牙體復形(補牙) | 4.0 | 11.9 | 4.4 | 8.2 | 8.2 |
| 藥品 | 0.5 | 4.4 | 6.3 | 1.5 | 1.0 |
| 醫療用之材料或耗材費用 | 5.7 | 3.3 | 5.6 | 4.7 | 3.6 |
| 根管治療 | 1.0 | 2.8 | 6.9 | 1.7 | 4.8 |
| 牙周病治療 | 2.9 | 1.6 | 4.5 | 2.1 | 1.6 |
| 連續拔牙 | 0.5 | 1.3 | — | 0.9 | 0.4 |
| 口腔外科手術(含拔牙) | 2.8 | 1.2 | 0.4 | 0.4 | 2.9 |
| 塗氟 | 4.9 | — | — | 5.5 | 3.8 |
| 檢查或檢驗 | 1.5 | — | 2.6 | 2.4 | 3.1 |
| 打針 | 0.6 | — | 0.9 | — | 2.2 |
| 裝置牙套 | — | — | — | — | — |
| 其他 | — | 2.0 | — | 0.8 | — |
| 不知道 | — | — | 2.1 | 3.4 | 1.6 |
| 拒答 | — | — | — | — | — |



## (三)民眾自費情形及改善措施

**2.改善措施**

(1) 持續協同內政部規劃辦理中低收入戶老人、身心障礙者假牙補助，以降低弱勢民眾自付負擔。

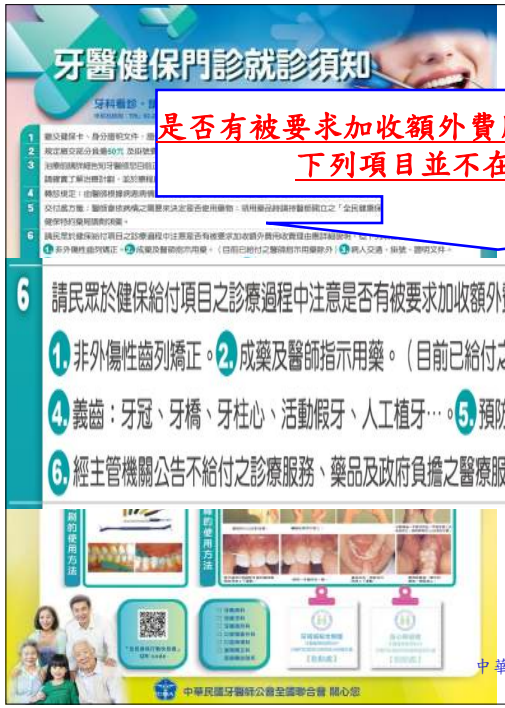
(2)牙醫各項治療引進多項新科技，基於民眾對醫療品質高度需求，自費項目略有增加。

(3)本會針對牙周病統合照護牙周抗生素凝膠及消炎凝膠，召開專家會議研議該藥所具療效、適應症及參考價格區間，以便對民眾作宣導。

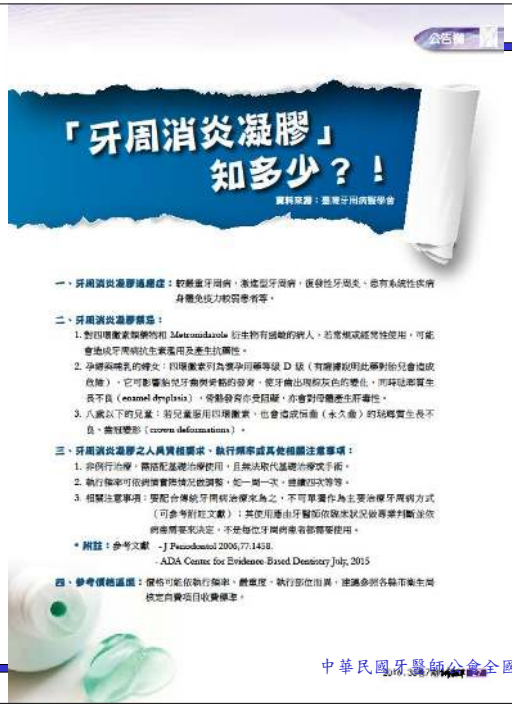
(4)於健保牙醫就診須知中詳列健保不予支付範圍，供就診民眾參閱，並減少民眾對就診費用之疑慮。以同儕制約詢問式約談被投訴院所，釐清收費明細，減少模糊空間，積極約束。

(5)本會於105年改版健保門診就醫須知內容，新增美容項目不為健保給付，寄發各牙醫醫療院所，以便供民眾參考。

(6)本會提出於收據中增列健康存摺下載網址，以利民眾查詢，函至各公會轉知會員，並編製於本會宣導書冊「2018牙醫師實用手冊」中，以便使民眾就醫時能充份了解每次門診健保就醫處置明細。








## (四)就醫可近性及公平性之改善措

### 1.就醫可近性與及時性情形

### (1)106年調查：內容略有增修，調查如下表：

| 指標項目 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|
| 1.約診或就診容易度 | 73.1 | 63.0↓ |
| 2.不容易看到牙醫師的前3項原因(106年僅322人回答此題) | | |
| A. 病人很多不易掛號 | 67.1 | 64.0↓ |
| B. 預約掛號額滿 | 26.9 | 41.4↑ |
| C. 對就醫交通時間的感受(不會太久)(106年未調查) | 13.6 | 14.2↑ |
| 3.對就醫交通時間的感受(不會太久)(106年未調查) | 91.2 | — |
| 4.對院所的交通便利性的滿意度(106年新增) | — | 92.1 |
| 5.因就醫交通時間過長而不就診的比率(104年新增) | 17.0 | 28.7↑ |
| 6.曾經在假日有就醫(牙醫)需要的比率(106年未調查) | 39.1 | — |
| 7.醫療人員亦需要適度休息，曾經有緊急需求需在假日求診的比率 | — | 26.5 |
| A.假日能在當地找到其他就醫診所的比率 | — | 56.0 |
| B. 假日無法在當地找到其他就醫診所而感到不便的比率 | — | 51.5 |

## (四)就醫可近性及公平性之改善措施

1.就醫可近性與及時性情形

| 105年 | 106年 |
|---|---|
| 17.0 | 28.7 ↑ |

(2)檢討及改善措施

A.「因就醫交通時間過長而不就醫比率」

此為104年新增項目，無論全國或六區的比率有上升之趨勢，但觀其對院所交通便利性的滿意度中(此為106年新增)，除了東區為75.0、北區87.2，全國及其他四區均為為90%以上，對於交通時間過長而不就診有可能以東區居多，花東地區的地形狹長、地廣人稀，醫療資源無法與都會地區相較，本會為解決此問題，在醫療資源缺乏地區以巡迴或另設醫療站方式解決當地民眾就醫之不便性。



## (四)就醫可近性及公平性之改善措施

1.就醫可近性與及時性情形

| 105年 | 106年 |
|---|---|
| 39.1 | 26.5 ↓ |

(2)檢討及改善措施

B.「醫療人員亦需要適度休息，曾經有緊急需求需在假日求診的比率」

(a) 105年原問卷內容「因牙醫診所例假日休診而造成就醫不便之比例」，題目修正後假日需要看診比率無論是全國或分區均大幅下降，顯示民眾亦能體諒醫療人員應有適度休息，且因緊急就醫的需求亦減少。

(b) 104年製作「民眾臨時牙痛、假日看診牙醫院所查詢」宣導文宣，提供全國所有院所張貼，透過網路查詢健保行動快易通APP查詢方式，快速有效搜尋附近假日有看診院所，並提供院所地址及電話，方便民眾儘速就醫。



## (四)就醫可近性及公平性之改善措施

1.就醫可近性與及時性情形

| 105年 | 106年 |
|---|---|
| 39.1 | 26.5 ↓ |

(2)檢討及改善措施

B.「醫療人員亦需要適度休息，曾經有緊急需求需在假日求診的比率」

(c) 105年新增醫院牙科「牙醫急症處置」及診所「週日及國定假日牙醫門診急症處置」之支付項目，提升醫院及診所假日看診之服務，緩解假日急性牙痛醫療需求並符合民眾之期待。

(d) 積極推動院所每月登錄看診時間(含例假日看診資訊)，將「每月完成VPN登錄門診時間之基層院所」納入品質保證保留款指標，增加「週日或國定假日有提供牙醫醫療服務」指標為3%，指標2%。



## (四)就醫可近性及公平性之改善措施

2.健保六分區醫療資源之分布：

(1)醫療供給

A.申報院所成長率

| 年度 | 全國 | 台北 | 北區 | 中區 | 南區 | 高屏 | 花東 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 102 | 0.98% | 1.43% | 1.61% | -0.37% | 0.25% | 2.03% | -1.40% |
| 103 | 0.78% | 0.38% | 1.83% | 1.50% | 0.86% | 0.57% | -3.55% |
| 104 | 0.91% | 0.72% | 2.16% | 0.15% | 1.47% | 1.22% | -1.47% |
| 105 | 0.28% | 0.45% | 0.94% | -0.15% | 0.36% | -0.56% | 2.99% |
| 106 | 1.08% | 1.61% | 1.51% | 0.22% | 1.08% | 0.47% | 1.45% |

B.申報牙醫師成長率

| 年度 | 全國 | 台北 | 北區 | 中區 | 南區 | 高屏 | 花東 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 102 | 2.81% | 3.05% | 3.62% | 1.35% | 1.20% | 3.56% | 2.94% |
| 103 | 2.75% | 2.49% | 4.60% | 2.86% | 4.68% | 3.54% | 7.14% |
| 104 | 1.34% | 2.79% | 3.44% | 1.80% | 3.53% | 2.16% | 4.89% |
| 105 | 2.82% | 3.09% | 5.58% | 1.92% | 3.65% | 1.48% | 0.42% |
| 106 | 3.57% | 4.35% | 4.75% | 3.43% | 3.46% | 3.30% | 2.11% |

## (四)就醫可近性及公平性之改善措施

2.健保六分區醫療資源之分布：

(1)醫療供給

C.牙醫師看診總日數成長率

| 年度 | 全國 | 台北 | 北區 | 中區 | 南區 | 高屏 | 花東 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 102 | 1.48% | 1.50% | 2.14% | 0.52% | 1.99% | 2.19% | -3.00% |
| 103 | 2.04% | 1.66% | 2.97% | 1.64% | 2.39% | 2.28% | 4.14% |
| 104 | 1.34% | 1.32% | 3.13% | 0.15% | 1.17% | 1.40% | 2.72% |
| 105 | 1.05% | 0.95% | 2.43% | 0.22% | 2.42% | 0.02% | 1.97% |
| 106 | 1.69% | 2.44% | 2.48% | 0.20% | 2.05% | 0.73% | 1.22% |

D.每牙醫師每日服務人次成長率

| 年度 | 全國 | 台北 | 北區 | 中區 | 南區 | 高屏 | 花東 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 102 | 1.85% | 2.08% | 0.83% | 2.75% | 0.00% | 1.75% | 7.14% |
| 103 | 0.00% | 1.02% | 0.00% | 0.00% | -0.83% | 0.00% | 1.48% |
| 104 | -0.09% | -0.48% | -0.01% | 1.11% | 0.00% | -0.05% | -0.91% |
| 105 | -0.84% | -1.00% | -0.72% | -0.25% | -1.51% | -0.82% | -1.83% |
| 106 | 1.83% | 1.02% | 3.33% | 1.77% | 1.68% | 0.00% | 1.50% |



## (四)就醫可近性及公平性之改善措施

2.健保六分區醫療資源之分布：

(2)醫療供給之改善措施

A.在醫療供給面分析，整體院所數、申報牙醫師數、牙醫師看診總日數、每牙醫師每日服務人次無論是全國或六分區均呈正成長。

B.以牙醫相對合理門診點數給付原則進行調控，106年修訂適用鄉鎮，將A級都會區之鄉鎮納入本給付原則，該鄉鎮若有專科醫師排除本條款，以提高非都會區及專科之醫療供給。



## (四)就醫可近性及公平性之改善措施

2.健保六分區醫療資源之分布：

(2)醫療供給之改善措施

C.持續以「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」鼓勵牙醫師投入醫療資源缺乏區(無牙醫鄉、山地離島及交通特殊困難)服務，並定期檢討調整級數，目標每投入一個牙醫醫療資源不足地區之牙醫醫療服務，都是為就醫公平性確保資源不足區民眾就醫權益。

D.透過牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案，維持都會邊緣區域的醫師數量，避免醫師流失，目前刻正研議「弱勢鄉鎮（排除醫缺地區）醫療效益獎勵提升計畫」，期待更多牙醫師投入偏鄉服務，以達資源均衡，民眾就醫便利。



## (四)就醫可近性及公平性之改善措施

2.健保六分區醫療資源之分布：

(2)醫療供給之改善措施

E.透過「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」的執行，以身心障礙教養機構巡迴醫療供給增加及到宅醫療服務之提供，提升特殊需求者就醫可近性，104年新增照護無法外出及自行就醫之失能老人，以維護就醫之公平性。

F. 為使患者充份了解每次門診就醫處置明細，並做好自我健康管理，本會與健保署於研商議事會議中討論，由本會提出於收據中增列健康存摺下載網址，以利民眾查詢，本會並函至各公會轉知會員，並編製於本會宣導書冊「2018牙醫師實用手冊」中。

## (四)就醫可近性及公平性之改善措施

### 2.健保六分區醫療資源之分布：

### (3)醫療利用

**A.就醫率** (就醫率=就醫人數／投保人口數)

| 年度 | 全國 | 台北 | 北區 | 中區 | 南區 | 高屏 | 花東 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 102 | 46.76% | 45.90% | 46.55% | 53.22% | 46.25% | 49.96% | 43.55% |
| 103 | 47.50% | 46.96% | 47.38% | 53.52% | 46.72% | 50.77% | 44.32% |
| 104 | 48.06% | 47.19% | 47.87% | 54.34% | 47.59% | 51.79% | 44.83% |
| 105 | 48.05% | 46.67% | 48.25% | 54.54% | 47.89% | 51.97% | 45.18% |
| 106 | 48.96% | 47.39% | 49.36% | 55.19% | 49.31% | 52.88% | 46.07% |

**B.就醫者平均就醫次數**

| 年度 | 全國 | 台北 | 北區 | 中區 | 南區 | 高屏 | 花東 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 102 | 3.06 | 2.97 | 2.80 | 2.97 | 3.05 | 3.20 | 2.88 |
| 103 | 3.07 | 2.96 | 2.81 | 3.00 | 3.06 | 3.23 | 3.00 |
| 104 | 3.06 | 2.94 | 2.79 | 2.98 | 3.05 | 3.21 | 3.03 |
| 105 | 3.06 | 2.96 | 2.80 | 2.96 | 3.07 | 3.17 | 3.03 |
| 106 | 3.08 | 2.99 | 2.86 | 2.95 | 3.11 | 3.18 | 3.08 |



## (四)就醫可近性及公平性之改善措施

### 2.健保六分區醫療資源之分布：

### (3)醫療利用

**C.每次平均醫療點數**

| 年度 | 全國 | 台北 | 北區 | 中區 | 南區 | 高屏 | 花東 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 102 | 1,168 | 1,165 | 1,234 | 1,164 | 1,161 | 1,126 | 1,170 |
| 103 | 1,173 | 1,167 | 1,244 | 1,163 | 1,179 | 1,132 | 1,170 |
| 104 | 1,179 | 1,177 | 1,252 | 1,164 | 1,184 | 1,136 | 1,186 |
| 105 | 1,210 | 1,204 | 1,276 | 1,200 | 1,225 | 1,161 | 1,230 |
| 106 | 1,247 | 1,246 | 1,311 | 1,239 | 1,250 | 1,189 | 1,276 |

**D.每人平均醫療點數**

| 年度 | 全國 | 台北 | 北區 | 中區 | 南區 | 高屏 | 花東 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 102 | 3,573 | 3,456 | 3,451 | 3,464 | 3,537 | 3,599 | 3,373 |
| 103 | 3,605 | 3,461 | 3,492 | 3,486 | 3,604 | 3,651 | 3,504 |
| 104 | 3,604 | 3,463 | 3,498 | 3,468 | 3,608 | 3,641 | 3,597 |
| 105 | 3,696 | 3,564 | 3569 | 3,549 | 3,756 | 3682 | 3732 |
| 106 | 3,839 | 3,730 | 3,745 | 3,659 | 3,891 | 3,782 | 3,935 |



## (四)就醫可近性及公平性之改善措施

### 2.健保六分區醫療資源之分布：

### (4)醫療利用之改善措施

A. 在醫療利用方面，就醫率、就醫者平均就醫次數、每次平均醫療點數、每人平均醫療點數均呈正成長。歷年就醫率逐年增加且各分區民眾就醫率幾乎皆呈上升趨勢，顯示就醫可近性及利用率提升，在103年評核委員建議調整全年僅執行預防保健項目就醫人數後，醫療利用情形(就醫率)仍逐年增加，下一階段將以減少城鄉差距，牙醫師人力分布趨向合理化為目標。

B. 每人平均醫療點數自100年度起因陸續調整支付標準表點數而緩步提升，調整的重點為感染管制費用提升民眾就醫的安全、積極保留老人的自然齒、調整根管治療難症、阻生齒拔除及相關口腔顎面外科手術等，使給付更趨合理，進而改善因給付偏低形成低醫療利用情形。



## (四)就醫可近性及公平性之改善措施

### 2.健保六分區醫療資源之分布：

### (4)醫療利用之改善措施

C.本年度加強口腔健康衛教之媒體宣傳，結合時事宣導新增牙醫醫療服務，將口腔健康觀念深植人心，並加強高需求之特定族群（如兒童、老人、身心障礙者及口腔癌患者等）醫療及衛教宣傳，提高民眾及早就醫意願，以避免病情之延誤。

D. 深入分析老人醫療利用較低之原因是忽略保存自然牙及就醫可近性低所致，近年積極推動牙周病統合照護計畫及提出失能老人到機構及到宅醫療服務，配合衛生福利部所屬老人長期照顧安養機構，104年設置5家，105年設置7家，106年設置8家，107年預定設置8家，本會全力配合至所屬老人之家提供醫療服務，提供更積極的醫療照護服務，讓失能老人及一般老人得到更便利及友善的醫療環境。

## (四)就醫可近性及公平性之改善措施

- 醫療利用面之檢討及改善措施

➢ 特殊需求者醫療服務示範中心　➢ 提供身心障礙者到宅醫療服務院所貼紙



## (五)其他確保民眾就醫權益之措施

1. 106年改版「健保門診就診須知」第4版，增加院所受理牙周統合照護計畫、特殊醫療(身心障礙)服務計畫、轉診、加註「民眾多加利用健康存摺全民健保行動快易通APP」查詢就醫資料，可即時、便利地取得就醫資訊。
2. 著手編製「牙科治療注意事項與指導—專業版」，於107年付梓8500份。
3. 本會網站刊載「用藥安全須知」訊息，提醒用藥安全措施
4. 不定期召開記者會，藉由媒體宣導相關衛教。



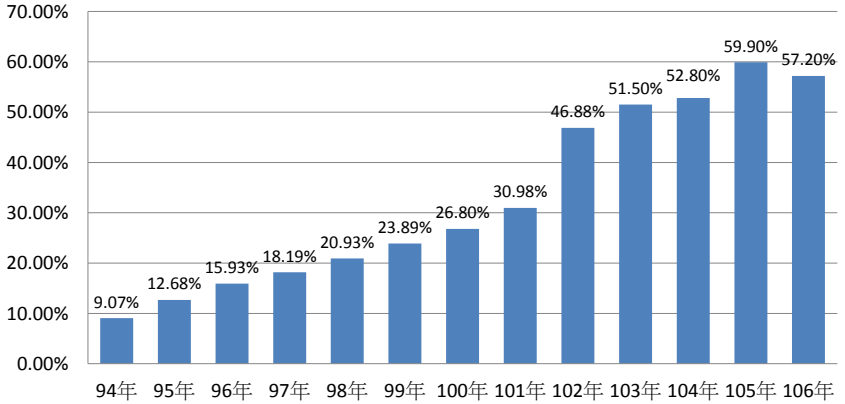
## (五)其他確保民眾就醫權益之措施

5. 舉辦全國暨各區國小學童潔牙比賽。
6. 辦理特殊需求者口腔照護指導員課程(基礎班)。
7. 舉辦特殊需求者機構潔牙觀摩活動。
8. 兒童牙齒塗氟保健服務、國小學童白齒窩溝封填、小學學童含氟漱口水防齲計畫。
9. 結合口腔黏膜篩檢，將戒菸戒檳作為口腔健康保健推廣之重點。
10. 成立牙科急重症任務小組，檢討目前牙科急診現況與困境，並執行牙科急診給付提升方案。



## (五)其他確保民眾就醫權益之措施

11. 歷年兒童牙齒塗氟保健服務執行覆蓋率




1. 覆蓋率：執行塗氟人數/5歲以下人口數。 2. 106年政府經費不足，中斷數月服務。

# (五)其他確保民眾就醫權益之措施

不定期召開記者會
藉由媒體宣導相關衛教

舉辦特殊需求者
機構潔牙觀摩活動

# 三、專業醫療服務品質之確保及提升

(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

(二)其他改善專業醫療服務品質具體措施



# (一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

## 1-1.專業醫療服務品質之檢討及改善措施

| 項目 | 指標 | 指標方向 | 指標值 | 監測值 | 監測結果 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 牙體復形同牙位再補率-1年 | 負向 | 0.01% | ＜2.5% | O |
| 2 | 牙體復形同牙位再補率-2年 | 負向 | 0.27% | ＜4.6% | O |
| 3 | 保險對象牙齒填補保存率-1年 | 正向 | 97.88% | ＞87.90% | O |
| 4 | 保險對象牙齒填補保存率-2年 | 正向 | 93.66% | ＞83.92% | O |
| 5 | 保險對象牙齒填補保存率-恆牙2年 | 正向 | 95.07% | ＞85.20% | O |
| 6 | 保險對象牙齒填補保存率-乳牙1年半 | 正向 | 89.84% | ＞80.17% | O |
| 7 | 恆牙根管治療半年以內保存率 | 正向 | 98.64% | ＞88.78% | O |
| 8 | 同院所90日以內根管治療完成率 | 正向 | 91.75% | ＞82.42% | O |
| 9 | 13歲(含)以上全口牙結石清除率 | 正向 | 75.46% | ＞67.08% | O |

→執行良好，皆在監測範圍內



# (一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

## 1-2. 專業醫療服務品質之檢討及改善措施

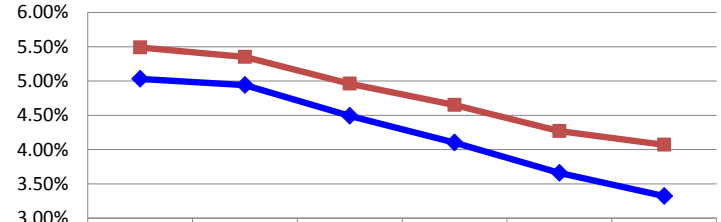
| 項目 | 指標 | 指標方向 | 指標值 | 監測值 | 監測結果 | 檢討及改善措施 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 6歲以下兒童牙齒預防保健服務人數比率 | 正向 | 88.96% | ＞81.64% | O | 本會積極爭取，開放辦理兒童牙齒保健社區巡迴服務，**大幅提高執行率** |
| 11 | 院所感染控制申報率 | 正向 | 91.54% | ＞75.96% | O | 執行良好超過監測值，**列入105年品保款核發條件，執行率大幅提升。** |
| 12 | 執行感染控制院所查核合格率 | 正向 | 95.69% | ＞84.98% | O | 執行良好合格率已超過9成 |
| 13 | 牙周病統合照護計畫執行率 | 正向 | 123.00% | 尚未訂定 | — | 新增指標項目，持續監控 |

註：兒童牙齒塗氟保健服務自102年6月起新增健保卡序號「IC87」，衛生福利部於104年5月7日衛部保字第1041260322號公告修正納入計算，為103年指標值值計算醫令代碼「IC81」，致符合低收入戶、身心障礙、原住民地區、偏遠及離島地區身分別改申報IC87之兒童牙齒塗氟保健服務未納入指標值計算，監測數據失真，爰校正指標值納入IC87計算，校正結果列於上表( )中。

## (一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

2.半年內自家與他家醫事機構再洗牙(牙結石清除)的比率

依據歷年的數據結果顯示，半年內自家與他家醫事機構再洗牙(牙結石清除)的比率呈現下降趨勢。



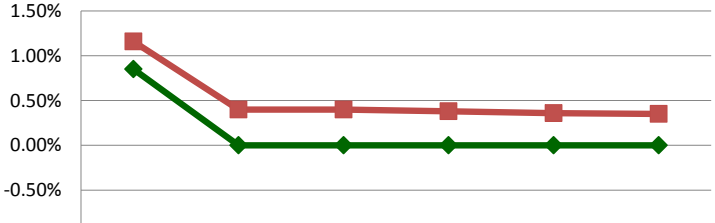

| | 101年 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 50百分位 | 5.03% | 4.94% | 4.49% | 4.10% | 3.66% | 3.32% |
| 平均值 | 5.49% | 5.35% | 4.96% | 4.65% | 4.27% | 4.07% |



## (一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

3.半年內他家醫事機構根管治療之再治療率

依據歷年的數據結果，半年內他家醫事機構根管治療之再治療率結果呈現下降趨勢。




| | 101年 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 50百分位 | 0.85% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| 平均值 | 1.16% | 0.40% | 0.40% | 0.38% | 0.36% | 0.35% |



## (二)其他改善專業醫療服務品質具體措施

(1)編製「牙科治療注意事項與指導」衛教手冊及光碟，加強牙醫師與民眾說明治療計畫、增加醫病互動溝通。

(2)藉由品質保證保留款，鼓勵院所積極提升醫療品質。

(3)透過案例討論及異地審查作業，精進審查品質。



## (二)其他改善專業醫療服務品質具體措施

(4)配合牙醫感染管制措施，修訂提升全國牙醫醫療院所之感染管制品質，以確保全國病患之健康與安全。

106年度牙醫門診加強感染管制共識營及說明會
邀請疾管署高屏管制中張朝卿主任蒞臨指導

## (二)其他改善專業醫療服務品質具體措施

### (5)協助國健署積極推動戒菸服務

106年共計233名牙醫師完成初階課程、54名牙醫師完成進階課程、75名牙醫師參與臨床個案意見交流課程，106年12月辦理「拒絕菸檳，從『齒』無負擔」記者會。

## (二)其他改善專業醫療服務品質具體措施

### (6)協助國健署積極推動口腔癌防治

- 口腔黏膜健檢基礎班研習會課程培訓160人。



# 四、協商因素項目之執行情形

(一)給付項目及支付標準修訂

(二)其他協商因素(102-106年協定內容)

(三)品質保證保留款實施方案



## (一)給付項目及支付標準修訂

**106年協定事項**

一般服務成長率為2.340%。其中，醫療服務成本及人口因素成長1.922，協商因素成長率0.418%。

一般服務總額分配相關事項：

1. 品質保證保留款(0.300%)
2. 12歲牙結石清除(0.054%)。
3. 加強全民口腔疾病照護(0.100%)：適用對象為未滿12歲兒童。
4. 顎顏面骨壞死術後傷口照護(0.026%)。
5. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.023%)。
6. 新增支付標準預算執行率連2年未達30%者，扣其原編預算之50%(-0.039%)。

# (一)給付項目及支付標準修訂

## 1.106年支付標準修訂

醫療服務利用及密集度改變69.5百萬，
預計修訂後經費影響總計約69.5百萬元。

| 支付代碼 | 診療項目 | 支付點數 | 影響費用 |
|---|---|---|---|
| 91004C | 牙結石清除(未滿十二歲兒童) | 600 | 208,000 |
| 91014C | 牙周暨齲齒控制基本處置 | 100 | 387,000 |
| 91020C | 牙菌斑去除照護 | 200 | |
| 92095C | 顎顏面骨壞死術後傷口照護 | 600 | 100,000 |



# (一)給付項目及支付標準修訂

## 1.106年支付標準修訂

醫療服務成本指數改變率745.6百萬(1.922%)，
預計修訂後經費影響總計約738.13百萬元。

| 支付代碼 | 診療項目 | 原支付點數 | 修訂點數 | 影響費用 |
|---|---|---|---|---|
| 89013C | 複合體充填 | 800 | 1000 | 80,120,664 |
| 90094C | 根管重新治療 | 1000 | 1500 | 62,771,727 |
| 90095C | 雙根管難症治療 | 1000 | 1600 | 26,177,246 |
| 90096C | 三根管難症治療 | 1500 | 2400 | 60,272,525 |
| 90097C | 四根管難症治療 | 2000 | 3200 | 24,700,482 |
| 90098C | 五根管難症治療 | 2500 | 4000 | 523,901 |
| 90004C | 齒內治療緊急處理 | 100 | 150 | 11,498,717 |
| 90005C | 乳牙斷髓處理 | 610 | 800 | 3,464,637 |
| 90012C | 橡皮障防濕裝置 | 100 | 150 | 59,478,921 |
| 90015C | 根管開擴及清創 | 410 | 600 | 393,451,802 |
| 89114C | 特殊狀況之前牙雙鄰接面複合樹脂充填 | — | 1200 | 60,592 |
| 89115C | 特殊狀況之後牙雙鄰接面複合樹脂充填 | — | 1450 | 177,772 |
| 91019C | 懷孕婦女牙周緊急處置 | — | 500 | 15,435,707 |
| 合計 | | | | **738,134,693** |



# (二)其他協商因素項目

## 1.106年協定事項

### (1)12歲牙結石清除(0.054%)

A.預算金額為20.8百萬，下修年齡至未滿12歲。

B.12歲局部牙結石清除就醫人數為1544，就醫次數2033，全口牙結石清除就醫人數為40,999，就醫次數為43,654。

| 年度 | 91003C 12歲 牙結石清除-局部 | 91004C 12歲 牙結石清除-全口 | 合計 | 執行率 |
|---|---|---|---|---|
| 106 | 404,700 | 26,192,400 | 26,597,100 | 127.87% |
| 107年Q1 | 91,200 | 1,830,000 | 1,921,200 | 9.24% |

註：106年2月7日公告，106年3月1日生效



# (二)其他協商因素項目

## 1.106年協定事項

### (2)加強全民口腔疾病照護(0.100%)

A.預算金額為38.7百萬。

B.新增支付標準表牙菌斑去除照護(91020C)，針對未滿12歲兒童每半年執行一次；並修支付標準表牙周暨齲齒控制基本處置(91014C)診療項目，修訂可併同牙菌斑去除照護(92020C)申報，以達到全民口腔照護計畫。

| 年度 | 91020C 牙菌斑去除照護 | 91014C 12歲以下 牙周暨齲齒控制基本處置 | 合計 | 執行率 |
|---|---|---|---|---|
| 106 | 137,380,060 | 39,090,400 | 176,470,460 | 456.00% |
| 107年Q1 | 43,574,450 | 11,590,300 | 55,164,750 | 142.54% |

註：106年2月7日公告，106年3月1日生效

# (二)其他協商因素項目

## 1.106年協定事項

### (3)顎顏面骨壞死術後傷口照護(0.026%)

A.成長率為0.026%，預算金額10.0百萬，新增顎顏面骨壞死術後傷口照護(92095C)。

B.106年就醫人數為1,232，就醫次數5,295。

| 年度 | 92095C<br>顎顏面骨壞死術後傷口照護 | 執行率 |
|---|---|---|
| 106 | 3,192,320 | 31.92% |
| 107年Q1 | 1,280,300 | 12.80% |

註：106年2月7日公告，106年3月1日生效



# (二)其他協商因素項目

## 2.105年協定事項

成長率為0.296%，預算金額為111.0百萬

(1)符合加強感染管制之牙科門診診察費增加費用

(2)牙醫急症處置

(3)週日及國定假日牙醫門診急症處置

| 年度 | 00129C,00130C<br>00133C,00134C<br>符合加強感染管制之牙科門診診察費增加費用 | 92093B<br>牙醫急症處置 | 92094C<br>週日及國定假日牙醫門診急症處置 | 合計 | 執行率 |
|---|---|---|---|---|---|
| 105 | 900,844,629 | 4,975,500 | 6,583,600 | 912,403,729 | 821.99% |
| 106 | 580,762,297 | 10,337,000 | 46,419,880 | 637,519,177 | 574.34% |
| 107年Q1 | 2,234,420,307 | 4,571,800 | 11,937,920 | 2,250,930,027 | 2027.86% |

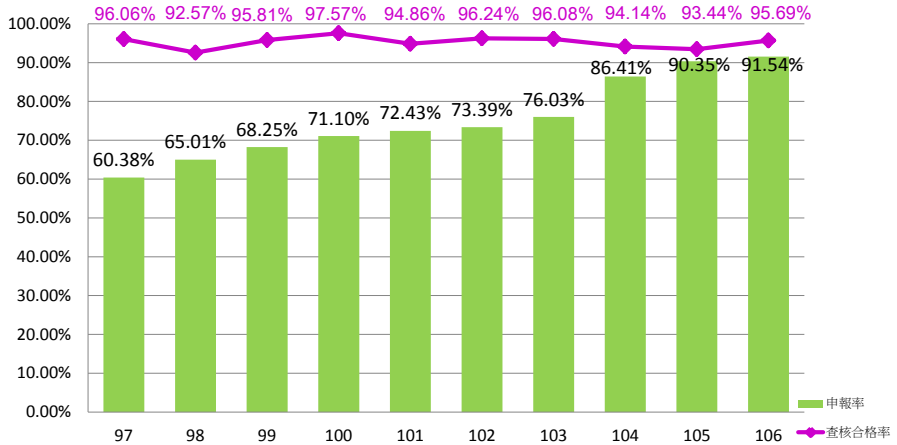
註：105年3月28日公告，105年4月1日生效



# (二)其他協商因素項目

## ★持續加強院所感染管制之推動

本會配合加強感染管制院所由103年76.03%,於106年提升為91.54%。






# (二)其他協商因素項目

## 3.104年協定事項

(1)牙周顧本計畫(0.4%)

A.預算金額為147.5百萬，

B.新增特定(1)牙周保存治療-全口總齒數9-15顆(91015C)、
(2)牙周保存治療-全口總齒數4-8顆(91016C)、
(3)牙周病支持性治療(91018C)三項。

| 年度 | 91015C<br>特定牙周保存治療<br>全口總齒數<br>9-15顆 | 91016C<br>特定牙周保存治療<br>全口總齒數<br>4-8顆 | 91018C<br>牙周病支持性治療 | 合計 | 執行率 |
|---|---|---|---|---|---|
| 104 | 4,493,600 | 786,450 | 45,241,700 | 50,521,750 | 34.25% |
| 105 | 9,974,200 | 1,683,700 | 136,268,400 | 147,500,000 | 100.29% |
| 106 | 16,269,400 | 2,674,800 | 225,008,800 | 243,953,000 | 165.39% |
| 107年Q1 | 4,855,200 | 776,400 | 70,955,100 | 76,586,700 | 51.92% |

註：104年2月12日公告，溯及104年1月1日生效

## (二)其他協商因素項目

### 3.104年協定事項

(2)特殊口腔黏膜疾病統合照護計畫(0.027%)

A. 預算金額為10百萬，新增口腔黏膜難症特別處置(92073C)。

B. 為能推廣特殊口腔黏膜患者，提高執行成效，於105年支付標準修訂診療項目，不再局限於口腔顎面外科、口腔病理專科醫師申報，在診療中若發現有疑似病患，可隨即做病理切片或抽驗血液，達到提早診斷提早治療的效果。

| 年度 | 92073C<br>口腔黏膜難症特別處置 | 執行率 |
|---|---|---|
| 104 | 9,318,060 | 93.18% |
| 105 | 19,742,760 | 197.43% |
| 106 | 21,502,860 | 215.02% |
| 107年Q1 | 4,213,260 | 42.13% |

註：104年2月12日公告，溯及104年1月1日生效



## (二)其他協商因素項目

### 3.104年協定事項

(3)懷孕婦女照護(0.217%)

A. 預算金額為80百萬，新增懷孕婦女牙結石清除(91017C)。

B. 加強懷孕婦女口腔照護的推動，

印製20萬份「懷孕婦女口腔照護」衛教單張，辦理說明會。

本會104年建議國健署媽媽手冊新增「懷孕婦女口腔照護」內容，國健署新版內容將於105年9月印製。

| 年度 | 91017C<br>懷孕婦女<br>牙結石清除 | 91019C<br>懷孕婦女<br>牙周緊急處置 | 合計 | 執行率 |
|---|---|---|---|---|
| 104 | 5,451,440 | - | 5,451,440 | 6.81% |
| 105 | 14,655,880 | - | 14,655,880 | 18.32% |
| 106 | 20,601,760 | 1,126,500 | 21,728,260 | 27.16% |
| 107年Q1 | 5,031,200 | 286,000 | 5,317,200 | 6.65% |

註：104年2月12日公告，溯及104年1月1日生效



## (二)其他協商因素項目

### 3.104年協定事項

(3)懷孕婦女照護(0.217%)

C. 105年修訂支付標準，

原規定於懷孕期間執行一次，放寬為每九十天可執行一次。

聯合報 中華民國一〇五年五月十三日 星期五 生活A8

「生一個孩子，掉一顆牙」？

給付增爲3次 孕婦洗牙可省近千元

孕婦口腔衛生要注意什麼？

1.懷孕前做口腔檢查，打造良好環境

2.吃完東西就刷牙

3.漱杜絕含漱口，中和口中酸性

4.懷孕期間有任何不適症狀，應隨時就診

5.懷孕4到6個月做口腔檢查或洗牙



## (二)其他協商因素項目

### 4.103年協定事項

(1)口乾症患者照護(0.082%)

A. 預算金額為30.1百萬，新增口乾症牙結石清除-全口(91005C)及口乾症塗氟(92072C)二項。

B. 針對高血壓、糖尿病患者且服藥而造成口乾症狀，需執行牙結石清除或塗氟時，於病歷載明適應症後，針對病者病情執行口乾症牙結石清除（91005C）及口乾症塗氟（92072C），加強口腔病患之照顧。

| 年度 | 91005C<br>口乾症牙結石清除-全口 | 92072C<br>口乾症塗氟 | 合計 | 執行率 |
|---|---|---|---|---|
| 103 | 493,200 | 391,400 | 884,600 | 2.94% |
| 104 | 905,940 | 931,000 | 1,836,940 | 6.10% |
| 105 | 7,054,200 | 6,126,550 | 13,180,750 | 43.79% |
| 106 | 12,521,880 | 10,864,950 | 23,386,830 | 155.91% |
| 107年Q1 | 2,423,280 | 2,201,550 | 4,624,830 | 30.73% |

註：103年1月27日公告，自103年2月1日生效

## (三)品質保證保留款

| 年度 | 成長率 | 金額(百萬) | 實際金額(百萬) | 協定事項 |
|---|---|---|---|---|
| 105 | 0.3% | 112.5 | 223.1 | 1.依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，預算應於105年3月底前將方案內容提經全民健康保險會同意後始得動支，並於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報一年度執行成果。<br>2.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近2年(104、105年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。 |
| 106 | 0.3% | 116.4 | 228.9 | 1.依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，預算應於105年12月底前完成相關程序，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報一年度執行成果。<br>2.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(105、106年)該保留款(約228.9百萬元)為限，104年額度回歸一般服務預算；106年品質保證保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用。<br>3.請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。 |



## (三)品質保證保留款

### 1.101-105年品保款核發比例院所占率：

| 年度 | 核發比例 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 比例 | 100% | 80-95% | 55-75% | 25-50% | | 5-20% | 不核發 |
| 101 | 5.9% | 22.4% | 29.9% | 28.8% | | 2.3% | 10.7% |
| 比例 | 100% | 80-95% | 60-75% | 40-55% | 20-35% | 5-15% | 不核發 |
| 102 | 7.1% | 17.2% | 24.1% | 26.5% | 12.3% | 2.3% | 10.4% |
| 103 | 1.3% | 18.1% | 27.6% | 27.9% | 13.0% | 1.1% | 11.1% |
| 比例 | 100% | 76-96% | 56-75% | 40-55% | 20-35% | 5-15% | 不核發 |
| 104 | 1.8% | 20.3% | 22.4% | 19.1% | 7.6% | 0.7% | 28.2% |
| 比例 | 100% | 80≦X<100% | 60%≦X<80% | 40%≦X<60% | 20%≦X<40% | 5%≦X<15% | 不核發 |
| 105 | 3.8% | 19.7% | 28.4% | 23.8% | 2.5% | 0.6% | 21.2% |

**(本方案設計有利於醫療品質進步)**



## (三)品質保證保留款

### 2. 105年層級實施結果

| 層級 \ 核發比率 | | 100% | 80≦X<100% | 60%≦X<80% | 40%≦X<60% | 20%≦X<40% | 5%≦X<15% | 0% |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 醫院 | 家數 | 96 | 90 | 52 | 32 | 6 | 2 | 68 |
| | 占率 | 27.75% | 26.01% | 15.03% | 9.25% | 1.73% | 0.58% | 19.65% |
| 基層診所 | 家數 | 214 | 1,321 | 1,940 | 1,635 | 170 | 39 | 1,433 |
| | 占率 | 3.2% | 19.6% | 28.7% | 24.2% | 2.5% | 0.6% | 21.2% |
| 總計 | 家數 | 262 | 1,366 | 1,966 | 1,651 | 173 | 40 | 1,467 |
| | 占率 | 3.8% | 19.7% | 28.4% | 23.8% | 2.5% | 0.6% | 21.2% |

**105年品保款核發金額為223.1百萬**
**醫院核發金額總計為25百萬（占總預算11.5%）**
**基層診所核發金額總計為197.5百萬（占總預算88.5%）**
**有領到品保款計5,458家院所（醫院139家、基層5,319家）**



## (三)品質保證保留款

### 3.檢討及改善方向-105年

A. 105年方案修訂方向，核發品保款的精神，依評核老師之建議以正向指標導向，區分為專業獎勵指標及政策獎勵指標，以提升品質為指標內容，朝向將品保款的分配差距拉大，以鼓勵院所積極提升醫療品質。

B. 專業獎勵指標共四項，修訂文字，未修改核發基準及要件。

## (三)品質保證保留款

3.檢討及改善方向-105年

C.政策獎勵指標共五項：

(a)新增「牙周顧本計畫」指標，鼓勵牙醫師加強牙周保存治療，針對特定保存治療(91015C、91016C)及牙周病支持性治療(91018C)申報件數達3件(含)以上。

(b)牙周病統合照護，仍以鼓勵醫師繼續追蹤治療之精神，指標定義未更動。

(c)口腔癌篩檢，指標定義未改變。

(d)每月完成門診時間網路登錄，診所的登錄將核算基礎由4%提升為5%，以落實健保署政策配合，提升民眾查詢就醫資料之準確性。

(d)修訂「月平均初核核減率」，核算基礎由2%及6%修改為5%，並刪除全國最高二區就醫率之條件。



## (三)品質保證保留款

4.檢討及改善方向-106年

在專業獎勵指標方面仍維持四項未異動

在政策獎勵指標共七項，四項內容均未異動：

1)「牙周顧本計畫」指標、2)牙周病統合照護、

3)口腔癌篩檢、6)「月平均初核核減率」。

4)每月完成門診時間網路登錄，診所的登錄將核算基礎由5%修訂為3%，

5)增加「週日或國定假日有提供牙醫醫療服務」，該院所當年度週日及國定假日於VPN登錄看診日數≧1天（週日及國定假日，定義同全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫附表3.3.3所訂），核算基礎為2%。



## (三)品質保證保留款

5.檢討及改善方向-107年

在專業獎勵指標方面仍維持四項未異動

在政策獎勵指標共六項，四項內容均未異動：

3)口腔癌篩檢。4)每月完成門診時間網路登錄，5)增加「週日或國定假日有提供牙醫醫療服務」，6)月平均初核核減率

為提升牙周病統合照顧後續追蹤，

1)「牙周顧本計畫」指標修改件數由3增加為12件，核算基礎由5%修訂為3%

2)牙周病統合照護，第三階段診療項報申報件數由3新增為6件新增

7)特殊醫療服務計畫，該院所當年度申報特殊醫療服務計畫之「院所內特定治療項目」件數在2件(含)以上，核定基礎2%。



## 五、總額之管理與執行績效

(一)醫療利用及費用管控情形

(二)點值穩定度

(三)專業審查及其他管理措施

(四)院所違規情形及醫療機構輔導

# (一)醫療利用及費用管控情形

## 1.106年全國及各分區醫療利用情形

| 項目＼分區 | 全國 | 台北 | 北區 | 中區 | 南區 | 高屏 | 東區 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 就醫人數 | 11,548,091 | 4,110,334 | 1,847,635 | 2,357,766 | 1,522,526 | 1,760,978 | 222,548 |
| 就醫總人次 | 35,564,679 | 12,301,592 | 5,276,290 | 6,963,812 | 4,737,635 | 5,598,922 | 686,428 |
| 每人就醫次數 | 3.0797 | 2.9928 | 2.8557 | 2.9536 | 3.1117 | 3.1794 | 3.0844 |
| 就醫率 | 23,589,099 | 8,672,645 | 3,743,205 | 4,272,042 | 3,087,939 | 3,330,199 | 483,069 |
| 僅執行預防保健人數 | 356,612 | 121,281 | 53,913 | 72,621 | 48,276 | 60,639 | 11,954 |
| 就醫率 | 48.96% | 47.39% | 49.36% | 55.19% | 49.31% | 52.88% | 46.07% |
| 就醫人數成長率 | 2.40% | 2.42% | 3.36% | 1.76% | 2.93% | 1.37% | 1.18% |
| 就醫總人次成長率 | 3.24% | 3.53% | 5.52% | 1.61% | 4.48% | 1.62% | 2.84% |
| 每人就醫次數成長率 | 0.83% | 1.08% | 2.09% | -0.15% | 1.51% | 0.25% | 1.64% |
| 就醫率成長率 | 1.89% | 1.54% | 2.30% | 1.19% | 2.97% | 1.75% | 1.97% |



# (一)醫療利用及費用管控情形

## 2.102-106年就醫者主要處置醫令較前一年之成長率

| 項目 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|
| 牙結石清除<br>91004C | 疾病控制、提高預防保健成效 | | | | |
| | 4.15% | 3.06% | 2.94% | 1.28% | 1.97% |
| 牙體復形<br>89001C~89005C+<br>89008C~89015C+<br>89101C~89105C+<br>89108C~89115C | 齲齒及根管治療件數皆下降 | | | | |
| | -0.70% | -0.74% | -3.09% | -1.26% | -1.64% |
| 根管開擴及清創90015C | -1.06% | -1.36% | -3.13% | -2.27% | -2.04% |
| 口腔顎面外科<br>簡單性及複雜性拔牙<br>92013C+92014C | 2.56% | 1.76% | 0.05% | -2.79% | -0.17% |



# (一)醫療利用及費用管控情形

## 3.102-106年平均每人拔牙顆數較前一年之成長率

| 項　　目 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|
| 口腔顎面外科<br>簡單性及複雜性拔牙<br>92013C+92014C | -0.52% | -0.40% | -1.73% | -3.07% | -0.17% |



# (一)醫療利用及費用管控情形

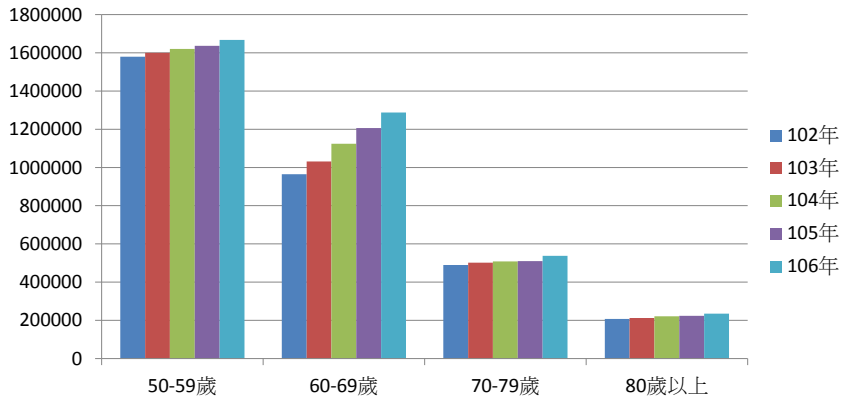
## 4.102-106年就醫者難症處置醫令較前一年之成長率

**牙周及難症處置件數逐年增加**

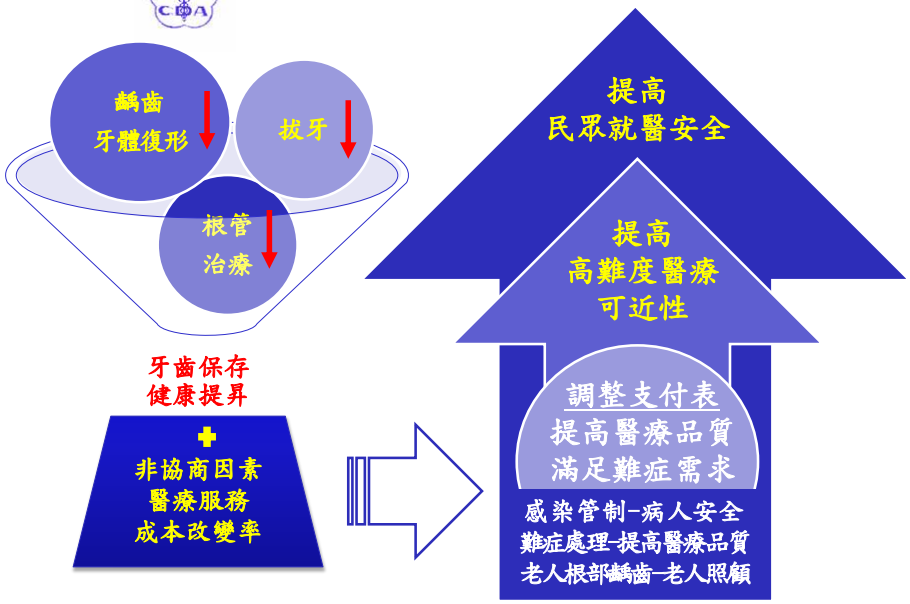
| 項目 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|
| 根管治療難症特別處理<br>90091C-90098C | 10.37% | 10.26% | 5.27% | 9.00% | 14.48% |
| 牙周病<br>齒齦下刮除術91006C-91008C<br>牙周統合照護P4001-P4003<br>牙周顧本91015C、16C、18C | 8.21% | 11.39% | 12.53% | 20.00% | 18.54% |
| 口腔顎面外科<br>簡純齒及複雜齒切除術<br>92015C+92016C | 5.47% | 3.63% | 6.89% | 3.06% | 6.37% |

# (一)醫療利用及費用管控情形

## 5.102-106年50歲以上各年齡層就醫人數

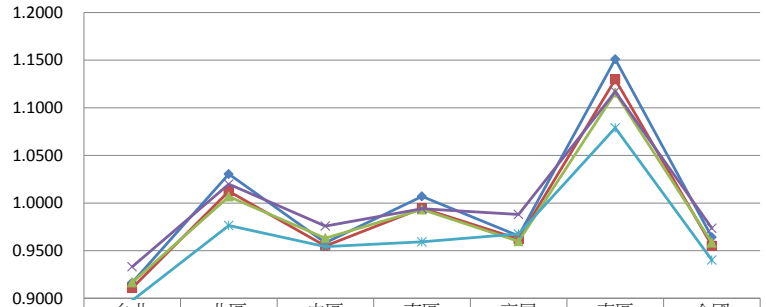







# (二)點值穩定度




| | 台北 | 北區 | 中區 | 南區 | 高屏 | 東區 | 全國 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 102年 | 0.9164 | 1.0304 | 0.9584 | 1.0070 | 0.9655 | 1.1510 | 0.9641 |
| 103年 | 0.9108 | 1.0123 | 0.9549 | 0.9945 | 0.9623 | 1.1297 | 0.9552 |
| 104年 | 0.9166 | 1.0068 | 0.9630 | 0.9932 | 0.9598 | 1.1158 | 0.9584 |
| 105年 | 0.9331 | 1.0198 | 0.9758 | 0.9940 | 0.9880 | 1.1170 | 0.9735 |
| 106年 | 0.8976 | 0.9764 | 0.9543 | 0.9593 | 0.9676 | 1.0789 | 0.9401 |



# (二)點值穩定度

1.本會歷年平均每點支付金額(含浮動及非浮動點數)，除台北區，其他區之變動均在可容許正負10%範圍內，且妥善照顧到被保險人的就醫權益：

- 每年就醫人數及就醫率逐年增加。
- 有就醫者牙結石清除率亦逐年增加。
- 在牙體復形、根管開擴及清創、簡單性及複雜性拔牙每年均呈現負成長。
- 難症及牙周處置之比例逐年增加。

## (二)點值穩定度

2.為維持各區每季預算數合理及點值趨於更穩定，本會於105年研議並送健保署研商議事第一次會議通過牙醫門診總額預算四季重分配，各季預算按前三年各季核定點數平均占率重分配。

3.修訂支付標準牙醫相對合理門診點數給付原則，分區已結算之最近4季平均點值超過1.05，該年度該區之專任醫師，不適用本原則之折付方式。以鼓勵花東地區院所增加服務天數及時數、加強醫療利用率。

4.本會研議「弱勢鄉鎮（排除醫缺地區）醫療效益獎勵提升計畫」，提升長期資源不足、弱勢人口數較少且分布分散之鄉鎮醫療服務。



## (三)專業審查及其他管理措施

1.審查醫師管理

(1)審查醫藥專家管理辦法

| 項目 | 管理辦法 |
|---|---|
| 遴聘 | 全民健康保險牙醫門診醫療服務審查醫藥專家遴聘原則 |
| 管理 | 全民健康保險牙醫門診醫療服務審查醫藥專家管理要點 |
| 品質 | 全民健保牙醫門診醫療服務審查醫藥專家審查品質考核辦法<br>牙醫門診醫療服務審查品質提升與監測方案 |
| 審查尺度 | 牙醫醫療服務審畢案件評量作業要點<br>「全民健康保險牙醫門診醫療服務精進審查」試辦計畫 |

(2)審查醫藥專家申復管道

依據審查醫藥專家管理要點第十六條規定，「受記點或解聘處理之審查醫藥專家不服者，得向牙醫審查執行會醫審室聲明異議；不服異議之結果者，可再向牙醫審查執行會聲請再議」。



## (三)專業審查及其他管理措施

(3) 102至106年審查醫師考核統計之結果

| 年度 | 抽審移地審查 | | | 暫停職務三個月 | | | | 作業疏忽或誤用法規 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 行為模式異常 | 濫用權力進入行政或司法調查程序 | 專案抽審比對計畫 | 單月排行進前1% | 違反第11點規定接受行政或司法調查程序者 | 醫療行為模式異常 | 審查行為模式異常 | |
| 102 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 103 | 0 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 104 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 105 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 106 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

註：審查醫藥專家申報個人醫療費用進入該分區個人單月排行前1%規定於104年1月25日第12屆第3次牙醫門診醫療服務審查執行會議通過刪除。



## (三)專業審查及其他管理措施

3.檔案分析指標與抽審指標之訂定

(1)依委託契約標的研訂檔案分析指標20項指標，於102年進行檢討修訂，修訂結果業於103年5月27日牙醫門診總額研商議事會議103年第2次會議通過。由各區定義異常值百分位區間界於94.5-100%之間，並由二十項指標中選用七項為共同基本指標作為各區輔導控管依據，其他指標暫列為監測性質。

(2)各分區抽審指標由各分區自主制定內容，統一原則如下：

A.審核尺度依現行相關審查辦法執行，不宜有過度延伸或逾越超過法規之範圍。

B.抽審、申復、爭審均應要求備齊所有完整文件。

## (三)專業審查及其他管理措施

**4.異常院所分析與建議抽審比例**

(1)依委託契約建立以檔案分析為主軸之醫療服務審查異常管理作業

(2)依據電腦檔案分析指標擇出

A.每項指標取百分位前5%

B.異常人數以該區總醫師數1%為上限

C.異常院所名單以該區總家數之1%為上限

(3)依特約醫事服務機構異常管理方案，進行加重審查：

A.加重審查之指標方式採大同小異原則，全國共同性指標佔80%，各分區彈性指標佔20%。

B.加重審查院所數以全部抽審院所數的10%為上限。

C.各分區點值大於1者，則酌減加重審查案件的比例。



## (三)專業審查及其他管理措施

**5.專業審查統計資料**

(1)初核核減率、申復核減率、爭審核減率統計資料

點數單位：百萬點

| 年度 | 醫療費用點數(A) | 申請點數(B) | 核定點數(C) | 申復補付點數(E) | 爭審補付點數(F) | 初核核減率(B-C)/A | 申復後核減率(B-C-E)/A | 爭審後核減率(B-C-E-F)/A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 102 | 38,734.60 | 37,235.85 | 37,093.67 | 31.16 | 0.53 | 0.37% | 0.29% | 0.29% |
| 103 | 39,852.69 | 38,332.82 | 38,200.99 | 30.29 | 0.32 | 0.33% | 0.25% | 0.25% |
| 104 | 40,529.25 | 38,999.62 | 38,840.20 | 34.43 | 0.58 | 0.39% | 0.31% | 0.31% |
| 105 | 41,663.65 | 40,137.63 | 39,991.23 | 30.19 | 0.32 | 0.35% | 0.28% | 0.28% |
| 106 | 44,335.35 | 42,750.92 | 42,593.73 | 38.03 | 0.38 | 0.35% | 0.27% | 0.27% |

不是用核減率做管理依歸。

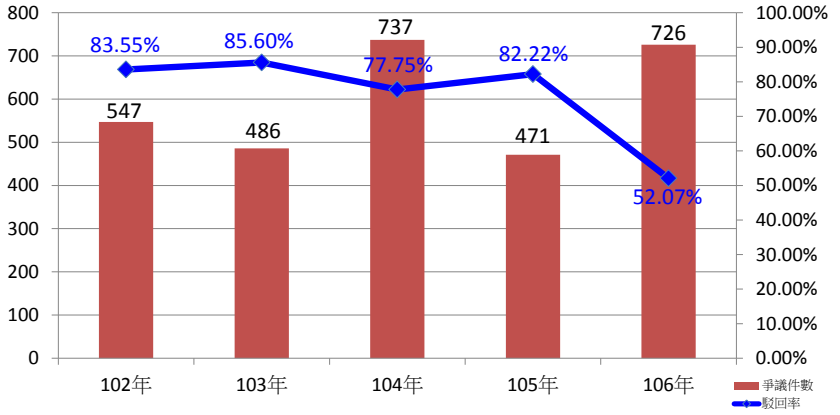
以審查品質穩定，全國審查標準趨於一致為目標。



## (三)專業審查及其他管理措施

**2.爭審統計結果**

106年度爭審駁回率為52.07%，爭審件數726。






## (三)專業審查及其他管理措施

**3.審畢案件抽審統計結果**

106年審查合理件數占率為98.81%，結果如下：

| 分區 | 抽審醫藥專家數 | 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 | 處理方式 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | 通知改善醫師數 | 列入追蹤醫師數 |
| 台北 | 14 | 1,673 | 1,658 | 99.10% | 14 | 0.84% | 8 | 0 |
| 北區 | 11 | 870 | 861 | 98.97% | 9 | 1.03% | 3 | 0 |
| 中區 | 15 | 1,515 | 1,509 | 99.60% | 6 | 0.40% | 6 | 0 |
| 南區 | 11 | 765 | 749 | 97.91% | 16 | 2.09% | 6 | 0 |
| 高屏 | 13 | 1,343 | 1,333 | 99.26% | 10 | 0.74% | 4 | 0 |
| 東區 | 10 | 913 | 885 | 96.93% | 28 | 3.07% | 6 | 0 |
| 合計 | 74 | 7,079 | 6,995 | 98.81% | 83 | 1.17% | 33 | 0 |

# (四)院所違規情形及醫療機構輔導

## 1. 全民健康保險特約醫事服務機構查處統計

| 年月 | 類別 | 醫 院 | 西醫基層 | 牙醫門診 | 中醫門診 |
|---|---|---|---|---|---|
| 102年 | 處分家數 | 10 | 170 | 39 | 48 |
| | 違規率 | 2.11% | 1.68% | 0.61% | 1.46% |
| 103年 | 處分家數 | 24 | 144 | 37 | 42 |
| | 違規率 | 5.04% | 1.41% | 0.57% | 1.24 |
| 104年 | 處分家數 | 23 | 133 | 55 | 39 |
| | 違規率 | 4.82% | 1.3% | 0.84% | 1.13% |
| 105年 | 處分家數 | 12 | 141 | 42 | 30 |
| | 違規率 | 2.52% | 1.37% | 0.64% | 0.85% |
| 106年 | 處分家數 | 31 | 162 | 34 | 32 |
| | 違規率 | 6.54% | 1.57% | 0.51% | 0.89% |

備註：1.資料來源：全民健康保險業務執行報告，資料日期：105年3月21日
2.處分家數係指經健保署核定予以違約記點、扣減費用、停止特約及終止特約之醫事服務機構家數。
3.違規率計算公式：分母為各類別之特約家數；分子為各類別之處分家數。



# (四)院所違規情形及醫療機構輔導

## 2.104-106年牙醫門診總額部門查處追扣金額表

(資料來源：健保署)

| 年度 | 104年 | | | | 105年 | | | | 106年 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 類型別 | 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 | 29 | 696,572 | 0 | 0 | 25 | 283,677 | 3 | 176,508 | 14 | 103,555 |
| 罰鍰 | 0 | 0 | 22 | 8,406,575 | 0 | 0 | 11 | 294,919 | 5 | 78,294 | 8 | 975,212 |
| 其他 | 1 | 15,940 | 4 | 13,259 | 0 | 0 | 25 | 4,388,511 | 3 | 142,471 | 11 | 910,165 |
| 小計 | 1 | 15,940 | 55 | 9,116,406 | 0 | 0 | 44 | 4,967,107 | 6 | 397,273 | 24 | 1,988,932 |

備註：1.非總額舉發包含民眾檢舉與本局主動查核項目；總額舉發為總額受託單位舉發。
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)
3.106年類型別之家次有重覆。



# (四)院所違規情形及醫療機構輔導

## 3.醫療機構輔導依全民健保牙醫門診總額特約醫事服務機構異常管理及輔導作業持續執行，歷年輔導家數累計

| 輔導醫療院所數 | | 台北 | 北區 | 中區 | 南區 | 高屏 | 花東 | 總計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 102年 | 輔導家數 | 491 | 222 | 801 | 30 | 88 | 0 | 1,632 |
| | 申報家數 | 2,623 | 818 | 1,334 | 811 | 1,058 | 141 | 6,785 |
| 103年 | 輔導家數 | 421 | 62 | 800 | 22 | 56 | 4 | 1,365 |
| | 申報家數 | 2,633 | 833 | 1,354 | 818 | 1,064 | 136 | 6,838 |
| 104年 | 輔導家數 | 489 | 158 | 719 | 52 | 39 | 0 | 1457 |
| | 申報家數 | 2,652 | 851 | 1,356 | 830 | 1,077 | 134 | 6,900 |
| 105年 | 輔導家數 | 394 | 65 | 696 | 9 | 26 | 16 | 1206 |
| | 申報家數 | 2,664 | 859 | 1,354 | 833 | 1,071 | 138 | 6,919 |
| 106年 | 輔導家數 | 530 | 99 | 608 | 13 | 33 | 2 | 1285 |
| | 申報家數 | 2,707 | 872 | 1,357 | 842 | 1,076 | 140 | 6,994 |

註：輔導家數自101年起大幅上升，係因部分分區調整篩選比例及配合政策推動進行主動輔導（如：中區101年起各項指標篩選條件由>97.5百分位修改為>95百分位；北區101年以檔案分析有申報牙周病相關醫令院所，主動發函通知院所輔導加入牙周病統合照護計畫，102年依共管會議決議，發函院所建議依會議共識調整申報方式）。



# (四)院所違規情形及醫療機構輔導

## 4. 歷年六區審查分會輔導自願繳回之費用統計

點數單位：千點

| 分區\年度 | 102年 | | 103年 | | 104年 | | 105年 | | 106年 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 院所數 | 自願繳回點數(千點) | 院所數 | 自願繳回點數(千點) | 院所數 | 自願繳回點數(千點) | 院所數 | 自願繳回點數(千點) | 院所數 | 自願繳回點數(千點) |
| 台北 | 0 | 0 | 6 | 1,159 | 0 | 0 | 0 | 0 | 37 | 1,086 |
| 北區 | 31 | 1,596 | 12 | 5,072 | 31 | 872 | 26 | 358 | 8 | 93 |
| 中區 | 198 | 9,335 | 34 | 3,689 | 47 | 3,839 | 88 | 11,234 | 82 | 10,502 |
| 南區 | 19 | 4,005 | 10 | 1,338 | 5 | 546 | 2 | 10 | 15 | 5,809 |
| 高屏 | 3 | - | 6 | 0 | 2 | - | 25 | - | 2 | — |
| 東區 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 68 | 0 | 0 |
| 合計 | 251 | 14,936 (未含高屏) | 62 | 11,258 (未含高屏) | 85 | 5,257 (未含高屏) | 143 | 11,670 (未含高屏) | 136 | 17,490 (未含高屏) |

註：高屏區因輔導院所自願繳回(改核)費用，係由院所主動自承列表與分區業務組聯繫相關事宜，未取得自願繳回點數資料。

# 結 語

建構以健康安全為導向的醫療環境

邁向以提升品質為目標的醫療制度

優先考量弱勢、醫缺、急重症之特殊性

藉由專業責任達到全民口腔健康之提昇



時間：107年8月18日(六)下午3:30

地點：台北圓山飯店B1富貴廳

# 牙醫門診總額專案計畫
# 執行成果報告

報告人：羅界山

中華民國牙醫師公會全國聯合會常務理事
牙醫門診醫療服務審查執行會執行長



壹、醫療資源不足地區改善方案
貳、特殊醫療服務試辦計畫
參、牙周病統合照護計畫
肆、106年評核委員評論意見與期許之回應說明



# 壹、醫療資源不足地區改善方案



## 大綱

一、預算執行數及執行率
二、目標達成情形
三、執行概況與結果
四、成效評估
五、檢討與改善方向
六、106方案修訂重點

# 一、預算執行數與執行率

| 年度 | 預算數(百萬) | 執行數(百萬) | 預算達成率 |
|---|---|---|---|
| 102 | 229.2 | 250.3 | 109.20% |
| 103 | 280 | 248.5 | 89% |
| 104 | 280 | 247.1 | 88% |
| 105 | 280 | 241.9 | 86.39% |
| 106 | 280 | 248 | 88.57% |

自100年起費用來源分為專款及一般經費



# 二、目標達成情形

## (一)執業計畫：1.執行鄉鎮/地區數

| 年度 | 目標值 | 執行鄉數 | 醫缺鄉減少數 | 目標達成率 |
|---|---|---|---|---|
| 102 | 併同91年度起共以減少35個醫缺乏地區 | 36 | 41 | 117.14% |
| 103 | 併同91年度起共以減少35個醫缺乏地區 | 34 | 40 | 114.29% |
| 104 | 併同91年度起共以減少35個醫缺乏地區 | 33 | 39 | 111.43% |
| 105 | 併同91年度起共以減少35個醫缺乏地區 | 33 | 39 | 111.43% |
| 106 | 併同91年度起共以減少35個醫缺乏地區 | 33 | 37 | 105.71% |

備註：
106年相較105年底新增1位醫師，退出6位醫師(1位身體健康因素、5位個人因素)，另包含未加入計畫自行於澎湖縣湖西鄉、高雄市六龜區、台東縣卑南鄉開業醫師共3位。



## (一)執業計畫：2.服務總天數及總人次

| 年度 | 目標值 | 服務總天數 | 目標達成率 | 總服務人次 | 目標達成率 |
|---|---|---|---|---|---|
| 102 | 服務總天數5,600天<br>總服務人次49,000人次 | 8,858 | 158.13% | 62,405 | 127.36% |
| 103 | 服務總天數5,600天<br>總服務人次50,000人次 | 8,927 | 159.41% | 61,563 | 123.13% |
| 104 | 服務總天數5,600天<br>總服務人次50,000人次 | 8,521 | 152.16% | 58,497 | 116.99% |
| 105 | 服務總天數5,600天<br>總服務人次50,000人次 | 7,970 | 142.32% | 54,202 | 108.40% |
| 106 | 服務總天數5,600天<br>總服務人次50,000人次 | 7,588 | 135.50% | 53,366 | 106.73% |

資料來源：依健保署每月提供申報資料統計。



## (二)巡迴計畫：1.醫療團執行數

| 年度 | 目標值 | 執行醫療團數 | 執行鄉鎮數 | 目標達成率 |
|---|---|---|---|---|
| 102 | 以18個醫療團為目標 | 18 | 112 | 100.00% |
| 103 | 以18個醫療團為目標 | 18 | 124 | 100.00% |
| 104 | 以18個醫療團為目標 | 18 | 124 | 100.00% |
| 105 | 以18個醫療團為目標 | 18 | 134 | 100.00% |
| 106 | 以18個醫療團為目標 | 19 | 136 | 105.56% |

備註：目前醫療團以縣市為單位申請。

## (二)巡迴計畫：2.社區醫療站執行數

| 分區 | 承辦單位 | 所屬醫療站 | 分區 | 承辦單位 | 所屬醫療站 |
|---|---|---|---|---|---|
| 台北 | 金門醫院 | 烈嶼鄉醫療站 | 高屏 | 高雄市 | 甲仙醫療站 |
| | 新北市 | 石碇醫療站 | | 高雄市 | 六龜醫療站 |
| | 新北市 | 貢寮醫療站 | | 澎湖縣 | 七美醫療站 |
| 中區 | 台中市 | 谷關醫療站 | | 屏東縣 | 佳冬牙科醫療站 |
| | 台中市 | 石岡區醫療站 | | | (屏南醫療站) |
| | 台中市 | 新社區醫療站 | | 屏東縣 | 崁頂醫療站 |
| | 台中市 | 仁愛鄉醫療站 | | 屏東縣 | 鹽埔鄉醫療站 |
| | 彰化縣 | 竹塘鄉醫療站 | 東區 | 花蓮縣 | 秀林鄉衛生所巡迴社區醫療站 |
| | 彰化縣 | 漢寶社區醫療站 | | 花蓮縣 | 西林社區醫療站 |
| | 南投縣 | 中寮醫療站 | | 花蓮縣 | 卓溪醫療站 |
| | 南投縣 | 地利村醫療站 | | 花蓮縣 | 瑞穗社區醫療站 |
| 南區 | 嘉義縣 | 東石社區醫療站 | | 臺東縣 | 大武鄉醫療站 |

備註：截至107年3月共成立23個社區醫療站。



## (二)巡迴計畫： 3. 服務總天數及總人次

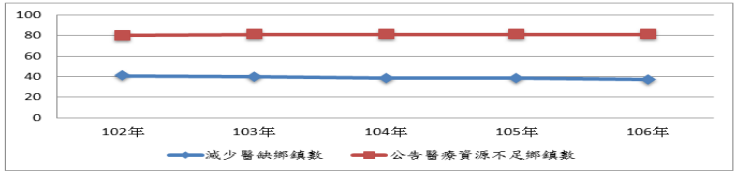
| 年度 | 目標值 | 服務總天數 | 目標達成率 | 總服務人次 | 目標達成率 |
|---|---|---|---|---|---|
| 102 | 服務總天數6,000天<br>總服務人次90,000 | 10,983 | 183.05% | 117,116 | 130.13% |
| 103 | 服務總天數6,000天<br>總服務人次100,000 | 11,365 | 189.42% | 118,392 | 118.39% |
| 104 | 服務總天數6,000天<br>總服務人次100,000 | 11,414 | 190.23% | 118,941 | 118.94% |
| 105 | 服務總天數6,000天<br>總服務人次100,000 | 11,388 | 189.80% | 116,722 | 116.72% |
| 106 | 服務總天數6,000天<br>總服務人次100,000 | 11,643 | 194.05% | 118,789 | 118.79% |

資料來源：依健保署每月提供申報資料統計

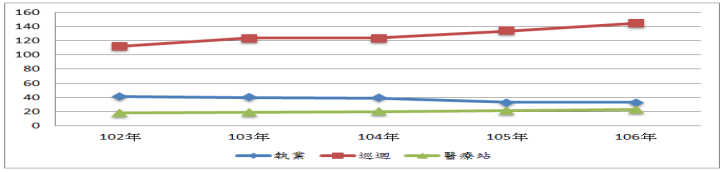


# 三、執行概況及結果

## (一)歷年醫療服務提供情形-執業點執行鄉鎮/地區數




## 歷年醫療服務提供情形-巡迴執行鄉鎮/地區數




備註：1.執業計畫：自91年度實施本方案計畫以來，有6位牙醫師退出本計畫，但仍繼續留在該鄉執業。
2. 巡迴計畫：93-95執行本方案，除專款預算扣除執業計畫預算，皆另加上前1-2年剩餘款，以致本專案執行率迅速提升。96年預算不足部分由地區預算支應。
自97年起使用金額超出部分依方案採浮動點值給付，始回復穩定成長。



## (二)醫療利用情形 1.執業計畫

**106年度**

| 分區 | 就醫人次 | 就醫人數 | 總服務點數 | 執行天數 | 每就醫人平均點數 | 每案件平均點數 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 台北 | 5,244 | 2,497 | 6,111,309 | 1,353 | 2,447 | 1,165 |
| 北區 | 13,007 | 5,412 | 11,754,776 | 2,084 | 2,172 | 904 |
| 中區 | 9,729 | 3,713 | 10,427,535 | 620 | 2,808 | 1,072 |
| 南區 | 8,125 | 3,096 | 9,728,098 | 678 | 3,142 | 1,197 |
| 高屏 | 11,689 | 5,342 | 13,002,856 | 1,954 | 2,434 | 1,112 |
| 花東 | 5,572 | 3,030 | 4,948,087 | 899 | 1,633 | 888 |
| 合計 | 53,366 | 23,090 | 55,972,661 | 7,588 | 2,424 | 1,049 |

備註：資料來源依健保署每月提供申報資料統計，不包含保障額度及巡迴論次費用。

## (二)醫療利用情形 2.巡迴計畫-一般巡迴點

**106年度**

| 分區 | 就醫人次 | 就醫人數 | 總服務點數 | 執行天數 | 每就醫人平均點數 | 每案件平均點數 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 台北 | 9,090 | 5,661 | 17,120,442 | 945 | 3,024 | 1,883 |
| 北區 | 6,382 | 3,221 | 8,611,863 | 551 | 2,674 | 1,349 |
| 中區 | 12,149 | 8,320 | 20,241,356 | 1,662 | 2,433 | 1,666 |
| 南區 | 18,458 | 10,853 | 21,349,958 | 939 | 1,967 | 1,157 |
| 高屏 | 18,408 | 9,360 | 26,722,180 | 1,753 | 2,855 | 1,452 |
| 花東 | 15,668 | 8,696 | 19,754,073 | 967 | 2,272 | 1,261 |
| 合計 | 80,155 | 46,111 | 113,799,872 | 6,817 | 2,468 | 1,420 |

備註：資料來源依健保署每月提供申報資料統計，不包含保障額度及巡迴論次費用。



## (二)醫療利用情形 2.巡迴計畫-社區醫療站

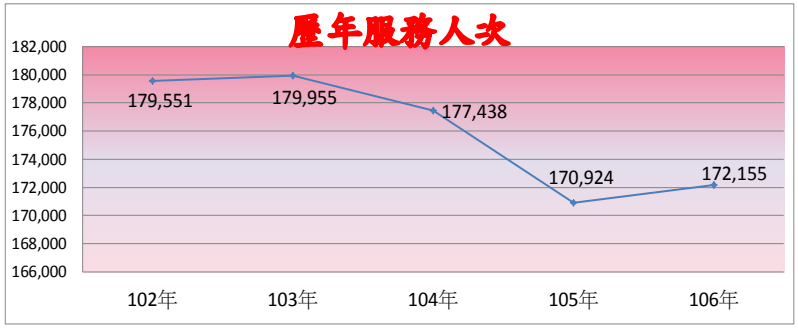
**106年度**

| 分區 | 就醫人次 | 就醫人數 | 總服務點數 | 執行天數 | 每就醫人平均點數 | 每案件平均點數 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 台北 | 5,000 | 1,945 | 5,153,226 | 533 | 2,649 | 1,031 |
| 北區 | - | - | - | - | - | - |
| 中區 | 10,060 | 4,145 | 13,777,875 | 1,819 | 3,324 | 1,370 |
| 南區 | 516 | 371 | 939,386 | 156 | 2,532 | 1,821 |
| 高屏 | 16,090 | 5,444 | 28,335,714 | 1,422 | 5,205 | 1,761 |
| 花東 | 6,968 | 2,924 | 9,551,303 | 896 | 3,267 | 1,371 |
| 合計 | 38,634 | 14,829 | 57,757,504 | 4,826 | 3,895 | 1,495 |

備註：資料來源依健保署每月提供申報資料統計，不包含保障額度及巡迴論次費用。



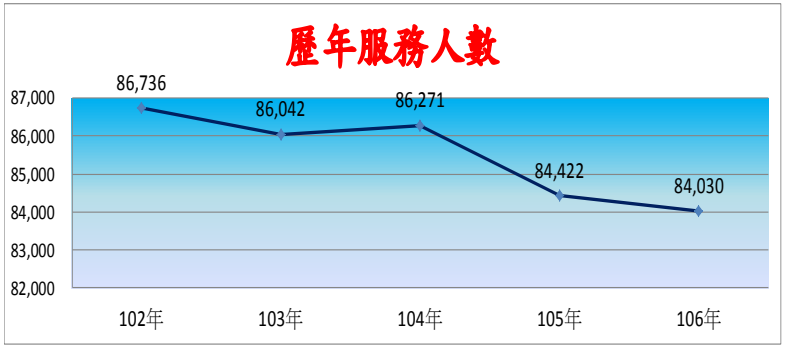
## (三)歷年服務醫療利用情形比較圖 (歷年服務人次)




資料來源：依健保署每月提供申報資料統計。

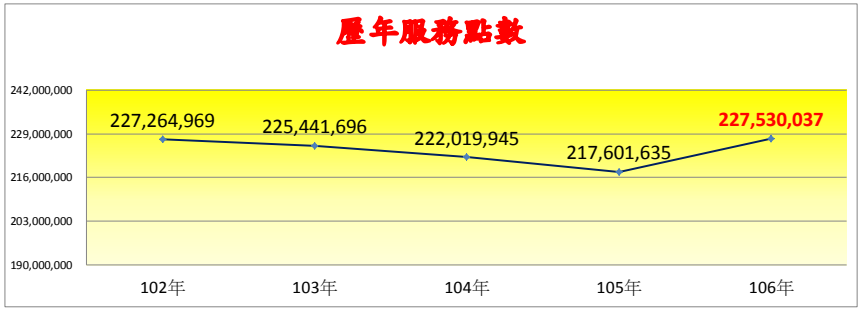


## (三)歷年服務醫療利用情形比較圖 (歷年服務人數)




資料來源：依健保署每月提供申報資料統計。

## (三)歷年服務醫療利用情形比較圖 (歷年服務點數)




資料來源：依健保署每月提供申報資料統計。



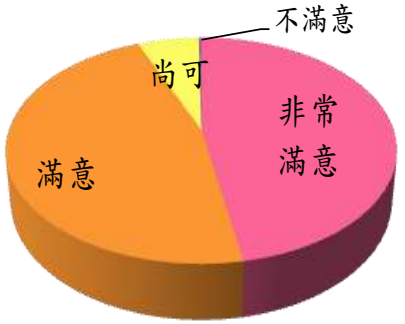
# 四、成效評估

問卷調查時間：107年3-5月
回收有效問卷：1,243份
(學校445份;一般民眾798份)

## (一)民眾滿意度調查

### 1. 對該項計畫感到滿意的程度

| 滿意度 | 人數 | 佔率 |
|---|---|---|
| 非常滿意 | 582 | 47.13% |
| 滿意 | 575 | 46.56% |
| 尚可 | 75 | 6.07% |
| 不滿意 | 3 | 0.24% |
| 非常不滿意 | 0 | 0.00% |
| 合計 | 1235 | 100.00% |

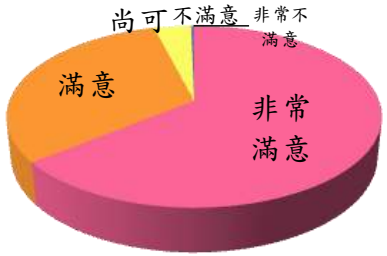



備註：本項題目回答的樣本為1,235份。



### 2. 該地區進入了執業醫師及醫療團後，是否認為就醫上較以往更便利

| 滿意度 | 人數 | 佔率 |
|---|---|---|
| 非常滿意 | 799 | 64.28% |
| 滿意 | 393 | 31.62% |
| 尚可 | 47 | 3.78% |
| 不滿意 | 3 | 0.24% |
| 非常不滿意 | 1 | 0.08% |
| 合計 | 1243 | 100.00% |



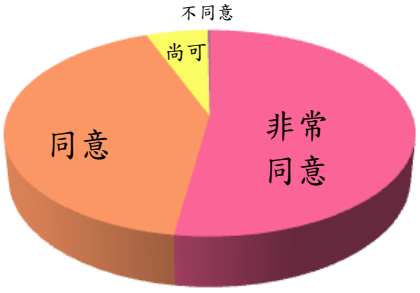

備註：本項題目回答的樣本為1,243份。

問卷調查時間：107年3-5月
回收有效問卷：1,243份
(學校445份;一般民眾798份)



### 3.由於醫缺方案的介入，您是否認同孩童或民眾的口腔健康有明確的改善

| 滿意度 | 人數 | 佔率 |
|---|---|---|
| 非常同意 | 647 | 52.35% |
| 同意 | 516 | 41.75% |
| 尚可 | 71 | 5.74% |
| 不同意 | 2 | 0.16% |
| 非常不同意 | 0 | 0.00% |
| 合計 | 1236 | 100.00% |

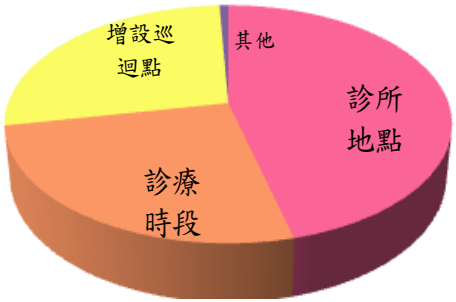



備註：本項題目回答的樣本為1,236份。

問卷調查時間：107年3-5月
回收有效問卷：1,236份
(學校445份;一般民眾798份)

## 4.就醫便利性及可近性應該改善的項目

| 項目 | 人數 | 佔率 |
|---|---|---|
| 診所地點 | 307 | 46.03% |
| 診療時段 | 173 | 25.94% |
| 增設巡迴點 | 182 | 27.29% |
| 其他 | 5 | 0.75% |
| 合計 | 667 | 100.00% |




備註：本項題目僅統計一般民眾回答問卷的樣本為667份。

問卷調查時間：107年3-5月
回收有效問卷：1,243份
(學校445份;一般民眾798份)



## (二)執業醫師考核情形

- 考核對象：
  - 執業滿一年。
  - 異常狀況：
    - 曾被民眾投訴或申報狀況異常。
    - 申報過低的醫療服務量。
    - 由牙醫全聯會審查分會執行會或中央健康保險署及其分區業務組提報需考核之醫師。

異常狀況
- 民眾投訴或申報異常
- 過低的醫療服務量
- 分區業務組反應異常者

執業滿一年

考核對象



- 考核行程：106年度考核作業共分6梯次，時間地點如下

| 梯次 | 日期 | 分區 | 縣市 | 鄉鎮 | 診所 |
|---|---|---|---|---|---|
| 一 | 9/11(一) | 東區 | 台東縣 | 延平鄉 | 恩典牙醫診所 |
| 二 | 9/14(四) | 台北 | 新北市 | 貢寮區 | 新文化牙醫診所 |
| | | | | 平溪區 | 於仁牙醫診所 |
| | | | | 石碇區 | 虹淇牙醫診所 |
| | | | | 宜蘭縣 | 心德牙醫診所 |
| 三 | 9/15(五) | 北區 | 苗栗縣 | 三灣鄉 | 三灣牙醫診所 |
| | | | | 造橋鄉 | 紐約牙醫診所 |
| | | | 新竹縣 | 尖石鄉 | 王牙醫診所 |
| 四 | 9/28(四) | 高屏 | 屏東縣 | 瑪家鄉 | 三禾牙醫診所 |
| 五 | 9/29(五) | 中區 | 台中市 | 和平區 | 梨山衛生所 |
| 六 | 9/30(六) | 中區 | 南投縣 | 信義鄉 | 同富牙醫診所 |

- 考核結果：

| 考核結果 | 特優 | 優 | 良 | 輔導 | 無法評分 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 院所數 | 2 | 4 | 3 | 1 | 1 | 11 |

確認環境

設置明顯招牌

抽查病歷、消毒紀錄

## (三)當地民眾就醫可近性

1. **執業及巡迴計劃**實施地區民眾與全國民眾醫療利用情形比較：
   依院所每月健保申報資料統計醫療利用情形

| 項目 | 執業 | 巡迴 | 全國 |
|---|---|---|---|
| 就醫總人次 | 53,366 | 118,789 | 35,564,679 |
| 就醫總人數 | 23,090 | 60,940 | 11,548,091 |
| 總服務點數 | 55,972,661 | 171,557,376 | 44,336,322,796 |
| 牙醫師申報總天數 | 7,588 | 11,643 | 3,201,680 |
| 每就醫者就醫次數 | 2.31 | 1.95 | 3.08 |
| 每就醫人平均點數 | 2,424 | 2,815 | 3,839 |
| 每案件平均點數 | 1,049 | 1,444 | 1,247 |



## 2.病患依投保地點歸戶後計算就醫率

| 項目 | 醫療資源不足地區 | 全國 |
|---|---|---|
| 就醫總人次 | 2,446,445 | 34,843,310 |
| 就醫總人數 | 790,735 | 11,279,837 |
| 總服務點數 | 3,017,533,370 | 43,418,246,392 |
| 每就醫者就醫次數 | 3.09 | 3.09 |
| 每就醫人平均點數 | 3,816 | 3,849 |
| 投保人數 | 1,718,745 | 23,757,195 |
| **就醫率** | **46.01%** | **47.48%** |

備註：

1. 資料來源：健保署二代倉儲，門診明細檔（107.4.9擷取）。
2. 資料範圍：不含本署代辦案件。
3. 投保人數：取當年最後一筆投保紀錄且在保之通訊地址郵遞區號歸類，若通訊地址郵遞區號為空值則以戶籍地郵遞區號取代。
4. 就醫人數：以該投保於該鄉鎮人口，勾稽其當年度牙醫就醫案件，進行歸戶。
5. 就醫人次：「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「病理中心」、「交付機構」、「補報部分醫令或醫令差額」，不計次。
6. 醫療費用：申請點數＋部分負擔金額。



## 3. 醫療資源不足地區民眾醫療利用情形

- 台中市石岡區、金門縣烈嶼鄉及新北市石門區等就醫率足以媲美全國其他鄉鎮平均就醫率，而屏東縣瑪家門鄉、來義鄉、春日鄉、霧台鄉及台東縣達仁鄉雖就醫率較低，但也達25%以上。
- 顯示醫療資源不足地區民眾雖居住於偏鄉，透過實施醫療資源不足地區改善方案後，醫療利用的情形與一般地區差異已經縮小。



## 4.106年學童口腔健康狀況及醫療需求調查分析

| | 人數 |
|---|---|
| 縣市數 | 16 |
| 鄉鎮數 | 126 |
| 學校數 | 919 |
| 人數 | 44,369 |
| 男 | 23,123 |
| 女 | 21,246 |

| | 平均每位學童牙齒顆數 |
|---|---|
| d | 1.32 |
| e | 0.19 |
| f | 1.01 |
| deft | 2.51 |
| D | 1.18 |
| M | 0.02 |
| F | 1.01 |
| DMFT | 2.21 |
| 合計 | 4.72 |

| 醫療需求 | 牙齒顆數 |
|---|---|
| 需填補總顆數 | 141,605 |
| 未填補顆數 | 17,090 |
| 完成填補顆數 | 124,515 |
| 平均每人須填補顆數 | 3.1915301 |
| 平均每人完成填補顆數 | 2.8063513 |
| 治療後學童口腔內未填補率 | 8.53% |
| 治療後學童口腔內完成填補率 | 91.47% |
| 本計畫執行填補率 | 87.93% |

## 三、歷年執行情形及成效評估

### (五)其他執行情形-東區訪視活動1

健保委員(周麗芳、趙銘圓、林錫維、郭錦玉委員)
參觀瑞穗醫療站實際運作情形
滕西華秘書長關心就診民眾情況



## 三、歷年執行情形及成效評估

### (五)其他執行情形-東區訪視活動2

瑞穗醫療站座談會實際情形
干文男及周麗芳委員提出建言



## 五、檢討及改進

設置固定式診療椅

- 現行規定巡迴醫療服務診療時至少須具有平躺的檢查床，或能支撐頭部且可調整椅背之檢查躺椅(角度至少可調整至45度)，替代牙科診療台使用。
- 現行的社區醫療站均設立固定式診療椅確保民眾就醫安全。
- 現行於巡迴點(大多為學校或社區活動中心)設置固定式診療椅之困境，巡迴點空間不夠、學校無經費維護、現行少子化環境下學校人數少，且安裝固定式診療椅須連接水電並定期維護，仍須各方配合完成。



設置固定式診療椅

- 本會致力於改善偏鄉民眾就醫環境，提升醫療服務品質，今年於全國進行固定式治療椅需求普查，並著手於偏鄉設立固定式診療椅，確保民眾就醫安全，未來仍持續提升醫療資源不足地區的醫療品質。

今年進行花東地區設立固定式治療椅

## 社區醫療站設立夜間門診

- 偏鄉民眾如遇到臨時牙痛須就醫，除了執業服務計畫診所依照方案每週至少提供5天門診服務(以包含2個夜診為原則)外，亦有醫療團成員輪流排班的社區醫療站。
- 例如:台中市谷關區、石岡區醫療站提供每週1次的夜診(17:30-20:30)，台中市新社區醫療站提供每週2次的夜診服務(18:00-21:00)，提供當地民眾就醫的可近性。



## 減少無牙醫鄉鎮數量

- 自91年起本會積極鼓勵牙醫師進入醫療資源不足地區及離島地區提供醫療服務，截至目前為止減少了37個無牙醫鄉鎮，其中更有6位醫師因不再需要保障，結束計畫仍留在當地執業，達成本方案實施目的。
- 目前適合設置執業點之鄉鎮均已有牙醫師進入開業，剩下的均是人口分散、幅員廣泛、不易設點之鄉鎮，且花東地區地形狹長，醫師從市區前往偏鄉的路途遙遠，更擠壓醫師進入偏鄉的服務時間。
- 本會研議於無牙醫鄉設立社區醫療站，以補足鄉鎮民眾的需求。



## 未來目標與總結

- 持續深入偏鄉進行巡迴醫療服務，希望透過預防保健及醫療資源的整合，給予偏鄉學童更完整的口腔照護，另依據當地居民實際就醫需求評估更完整的醫療服務模式。
- 本會除了此方案外，擬規劃「弱勢鄉鎮（排除醫缺地區）提升醫療可近性獎勵計畫」，期以提升次醫缺地區民眾就醫醫療服務、確保民眾就醫就醫醫療品質與就診品質、六分區次醫缺地區醫師人力逐漸成長、提升身心障礙者就醫可近性、提升院所感染管制執行率，冀希逐步改善偏鄉民眾牙醫服務。



## 六、107年度計畫修正重點

(一)執業計畫：1.執業地點門診服務：

(2)門診時段：

✓ 當月未達原訂工作天數或診察時數者，依實際工作天數與原訂工作天數之比例或實際診察時數與原訂診察時數之比例，由保險人分區業務組依實際情況衡酌核減醫療費用，惟有不可抗力之事由者（如醫師傷病、天災或其他特殊情形等），須經保險人分區業務組專案核定。

(一)執業計畫：2.牙醫巡迴醫療服務：

(1)服務次數：

✓ 除寒暑假外，執行本計畫之保險醫事服務機構每月至少提供2次牙醫巡迴醫療服務(此2次不包含口腔衛生推廣服務)，惟如屬「社區」之巡迴點者，寒暑假期間仍應持續提供本項服務。



(二)巡迴計畫：1.執行方式有兩類：

(2)社區醫療站醫療服務：

✓ 除提供本計畫之牙醫服務外，得提供下列二項計畫之服務：

A.符合「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」(以下稱牙周病統合照護計畫)適用對象之牙醫醫療服務，執行醫師須參與該計畫。

B.符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱牙醫特殊計畫)之特定身心障礙者牙醫醫療服務，執行醫師須參與該計畫，且其執業登記院所須為該計畫之照護院所；該社區醫療站應備有急救設備及氧氣設備，並須經牙醫全聯會審核通過。



**八、申請條件、文件及程序：**

(一)申請條件：2.執業計畫：

✓(2)申請本計畫之執業醫師有下列情事之一者，五年內不得再申請加入(前述期間之認定，以下列情事發生事實日起算)：

①曾經因本計畫考核列入輔導，複核後仍未達標準而停止執行本計畫者。

②曾於不同鄉鎮(區)申請參與本計畫，累計兩次計畫執行未滿三年者。



**九、醫療費用支付原則、申報及審查：**

(一)醫療費用支付原則： 1.執業計畫：

(1)執業地點門診服務：

②保障額度核付管控原則：

A.年限計算：自保險醫事服務機構簽約日開始累進計算;負責醫師如曾為同一鄉鎮(區)已歇業保險醫事服務機構之負責醫師者，其年限計算應新、舊保險醫事服務機構合併計算。

## 九、醫療費用支付原則、申報及審查：

(一)醫療費用支付原則： 2.巡迴計畫：

(2)服務量管控：

③每位醫師每月巡迴醫療服務診次以不超過16次為原則。



## 九、醫療費用支付原則、申報及審查：

(一)醫療費用支付原則： 2.巡迴計畫：

(3)巡迴計畫之品質獎勵費用：本項費用以個別醫師計算，並於全年結算時併同支付。

①巡迴點：執行之醫師全年同時符合下列A及B指標者，其論次支付點數加計15%支付。

A.看診時至少應具備一個固定式診療椅，並符合「牙醫院所感染管制SOP作業細則」(以下稱感染管制SOP作業細則)，該醫師於各巡迴點均須具備固定式診療椅，且須定期維護。

B.每位醫師之病人牙齒填補2年保存率≧90%。



## 九、醫療費用支付原則、申報及審查：

(一)醫療費用支付原則： 2.巡迴計畫：

(3)巡迴計畫之品質獎勵費用：本項費用以個別醫師計算，並於全年結算時併同支付。

C.本項獎勵試辦一年，並依下列項目評估下年度是否繼續試辦:

a.確保民眾就醫安全：107年有設置固定診療椅之巡迴點數量相較106年增加。

b.提高民眾就醫可近性：107年巡迴點總服務天數及總服務人次≧106年數值(如有天災之不可抗力因素需予以特別考量)



## 九、醫療費用支付原則、申報及審查：

(一)醫療費用支付原則： 2.巡迴計畫：

②社區醫療站：執行之醫師當年同時符合下列A至D指標者，其論次支付點數加30%支付。

A.執行醫師須參與牙醫特殊計畫，該醫師之執業登記院所亦須為該計畫之照護院所。

B.看診時至少應具備一個固定式診療椅及X光機設備，並符合感染管制SOP作業細則，該醫師於各社區醫療站均須具備固定式診療椅，且須定期維護。

C.病人牙齒填補2年保存率≧90%。

D.每年須於社區醫療站完成12件根管治療：完成下列根管治療醫令，即算完成一件: 90001C、90002C、90003C、90016C、90018C、90019C、90020C。

## 九、醫療費用支付原則、申報及審查：

(一)醫療費用支付原則： 2.巡迴計畫：

E.本項獎勵試辦一年，並依下列項目評估下年度是否繼續試辦：

a.確保民眾就醫安全：設有固定式治療椅之社區醫療站占率達100%，設有X光機之社區醫療站占率達90%。

b.提高民眾就醫可近性：107年社區醫療站總服務天數及總服務人次≧106年數值。(如有天災之不可抗力因素需予以特別考量)。

c.提升醫療品質：107年於社區醫療站完成12件根管治療案件之醫師數≧27人。



## 九、醫療費用支付原則、申報及審查：

(一)醫療費用支付原則： 2.巡迴計畫：

③前述病人牙齒填補2年保存率之定義及計算說明：

A.定義：病人乳牙及恆牙二年內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，包括：同顆牙申報銀粉充填、玻璃離子體充填、複合樹脂充填。



## 九、醫療費用支付原則、申報及審查：

(一)醫療費用支付原則： 2.巡迴計畫：

③前述病人牙齒填補2年保存率之定義及計算說明：

B.計算說明：

分子(同牙位重補數)：以分母之牙位追蹤2年（730天）內重覆執行牙體復形醫令牙位數。

分母(填補牙位數)：依同一醫師當年度在巡迴點同保險對象同一牙位歸戶，統計執行牙體復形之牙位數。

指標計算：1－（分子 / 分母）

※牙體復形醫令：89001C、89002C、89003C、89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89011C、89012C、89104C、89105C



## 九、醫療費用支付原則、申報及審查：

(一)醫療費用支付原則： 2.巡迴計畫：

④前述固定式診療椅定義: 固定式診療椅(須備有燈光、連接水電且可隨意升降至適合看診角度)、貨車載具之牙科固定治療椅及巡迴醫療車。

## 九、醫療費用支付原則、申報及審查：

(一)醫療費用支付原則： 2.巡迴計畫：

⑤前述指標之資料來源：

A.各獎勵指標：指標A項由牙醫全聯會於108年3月底前提報名單予保險人進行結算作業，指標B至D項由保險人於108年3月底前進行結算作業。

B.評估續辦指標：第a項由牙醫全聯會於107年10月底前提報資料予保險人進行評估作業；第b及c項由保險人於107年10月底前暫依107年1~9月申報資料進行評估作業。



執業服務計畫：

- ✓ 新增新北市坪林區、金門縣金寧鄉、新竹縣北埔鄉、雲林縣元長鄉、台南市山上區。

巡迴計畫鄉鎮：

- ✓ 高雄市甲仙區、六龜區由1級提升至2級。
- ✓ 花蓮縣豐濱鄉、富里鄉由1級提升至2級。
- ✓ 台東縣卑南鄉、太麻里鄉、長濱鄉、鹿野鄉、東河鄉由1級提升至2級。



# 貳、特殊醫療服務計畫



## 大綱

一、預算執行數及執行率

二、目標達成情形

三、執行概況及結果

四、成效評估

五、檢討與改善方向

六、107年計畫修正重點

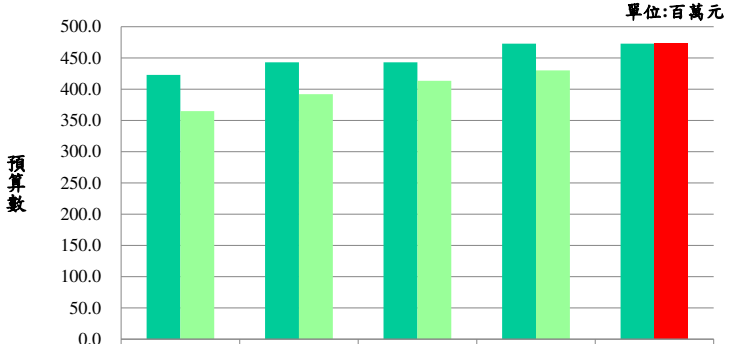
# 一、預算執行數及執行率

| 年度/項目 | 預算數 | 預算執行數 | 預算執行率 |
|---|---|---|---|
| 102 年 | 423,000,000 | 364,984,447 | 86.28% |
| 103 年 | 443,000,000 | 392,277,473 | 88.55% |
| 104 年 | 443,000,000 | 413,480,796 | 93.34% |
| 105 年 | 473,000,000 | 430,073,469 | 90.92% |
| **106 年** | **473,000,000** | **473,000,000** | **100.00%** |

備註：106 年實際支用點數為 492,050,284，預算按季均分及結算，當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點 1 元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於 0.95 元，若預算仍有不足，則**由一般服務預算支應，第 2 季浮動點值為 0.95，第 3 季為 0.98975270，第 4 季為 0.95**。



單位:百萬元




| | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|
| 預算數 | 423.0 | 443.0 | 443.0 | 473.0 | 473.0 |
| 預算執行數 | 364.9 | 392.2 | 413.5 | 430.1 | 473.0 |



# 二、目標達成情形

| 年度/項目 | 年度執行目標 | 服務人次 | 目標達成率 |
|---|---|---|---|
| 102 年 | 至少 72,600 | 137,531 | 189.44% |
| 103 年 | 至少 79,860 | 133,794 | 167.54% |
| 104 年 | 至少 87,850 | 139,877 | 159.22% |
| 105 年 | 至少 96,650 | 145,133 | 150.16% |
| 106 年 | 至少 106,350 | 159,208 | 149.70% |



# 三、執行概況及結果

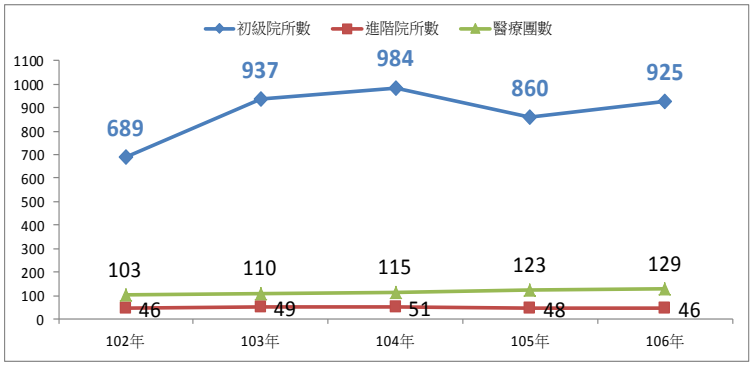
## 1.先天性唇顎裂及顱顏畸形症—
## 歷年醫療服務提供情形及民眾利用情形：

| 年度 | 申報院所數 | 與前一年成長率 | 牙醫師申報總天數 | 總服務點數 | 就醫人數 | 就醫總人次 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 102年 | 13 | -18.75% | 2,210 | 27,885,899 | 3,252 | 5,284 |
| 103年 | 18 | 38.46% | 2,161 | 27,236,014 | 3,166 | 5,160 |
| 104年 | 13 | -27.78% | 1,959 | 24,039,267 | 3,006 | 4,828 |
| 105年 | 11 | -15.38% | 1,944 | 24,600,961 | 2,940 | 4,926 |
| 106年 | 11 | 0.00% | 1,982 | 23,569,964 | 2,891 | 4,717 |

# 三、執行概況及結果

## 2.特定身心障礙者—醫療服務提供情形：

### a .初級/進階照護院所數及醫療團數

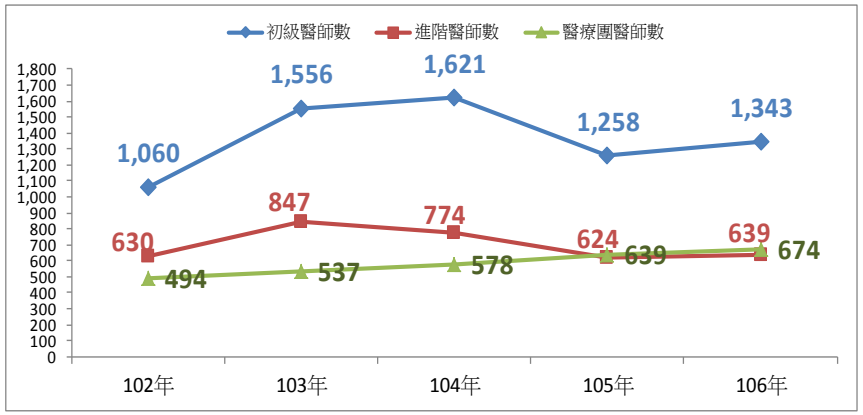





# 三、執行概況及結果

## 2.特定身心障礙者—醫療服務提供情形：

### b.初級/進階照護院所及醫療團醫師數






# 三、執行概況及結果

## 2.特定身心障礙者—醫療服務提供情形：

### c.申報院所數及申報總天數

| 年度/項目 | 極重度 | | 重度 | | 中度 | | 輕度 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 申報院所數 | 申報總天數 | 申報院所數 | 申報總天數 | 申報院所數 | 申報總天數 | 申報院所數 | 申報總天數 |
| 102 年 | 389 | 12,357 | 523 | 25,420 | 556 | 28,944 | 440 | 12,123 |
| 103 年 | 393 | 12,485 | 567 | 25,087 | 576 | 28,632 | 472 | 11,461 |
| 104 年 | 386 | 13,390 | 631 | 25,991 | 569 | 29,866 | 449 | 12,864 |
| 105 年 | 461 | 14,604 | 610 | 26,029 | 615 | 29,945 | 506 | 13,118 |
| 106 年 | 490 | 16,954 | 660 | 29,306 | 671 | 32,490 | 559 | 15,241 |



# 三、執行概況及結果

## 3.特定身心障礙者－民眾利用情形：

### a.重度以上身心障礙者

| 年度/項目 | | 就醫人數 | 就醫總人次 | 每人就診次數 |
|---|---|---|---|---|
| 102 年 | 重度 | 15,219 | 45,913 | 3.02 |
| | 極重度 | 7,668 | 23,809 | 3.10 |
| 103 年 | 重度 | 16,022 | 43,902 | 2.74 |
| | 極重度 | 8,577 | 23,984 | 2.80 |
| 104 年 | 重度 | 16,358 | 45,290 | 2.77 |
| | 極重度 | 8,812 | 25,099 | 2.85 |
| 105 年 | 重度 | 16,568 | 45,917 | 2.77 |
| | 極重度 | 9,442 | 26,796 | 2.83 |
| 106 年 | 重度 | 18,045 | 50,772 | 2.81 |
| | 極重度 | 10,187 | 29,979 | 2.94 |

備註：99年計畫改為特定身心障礙者，適用對象為肢體障礙(限腦性麻痺)、智能障礙、自閉症、染色體異常、中度以上精神障礙、失智症、多重障礙及頑固性(難治型)癲癇、植物人(100年)、罕見疾病、重度以上視覺障礙，肢障改為限重度以上(101年)、發展遲緩兒(103年)、失能老人(104年)、重度以上重要器官失去功能(105年)等身心障礙者，其餘障礙類別併入一般服務預算總額，未納入本表統計。

# 三、執行概況及結果

## 3.特定身心障礙者－民眾利用情形：

### b.中度身心障礙者

| 年度 | 就醫人數 | 就醫總人次 | 每人就診次數 |
|---|---|---|---|
| 102年 | 15,787 | 47,750 | 3.02 |
| 103年 | 17,242 | 46,943 | 2.72 |
| 104年 | 17,758 | 48,762 | 2.75 |
| 105年 | 18,153 | 50,107 | 2.76 |
| 106年 | 19,676 | 52,887 | 2.69 |

備註：99年計畫改為特定身心障礙者，適用對象為肢體障礙(限腦性麻痺)、智能障礙、自閉症、染色體異常、中度以上精神障礙、失智症、多重障礙及頑固性(難治型)癲癇、植物人(100年)、罕見疾病、重度以上視覺障礙，肢障改為限重度以上(101年)、發展遲緩兒(103年)、失能老人(104年)、重度以上重要器官失去功能(105年)等身心障礙者，其餘障礙類別併入一般服務預算總額，未納入本表統計。



# 三、執行概況及結果

## 3.特定身心障礙者－民眾利用情形：

### c.輕度身心障礙者

| 年度/項目 | 就醫人數 | 就醫總人次 | 每人就診次數 |
|---|---|---|---|
| 102年 | 5,216 | 14,713 | 2.82 |
| 103年 | 5,243 | 13,788 | 2.63 |
| 104年 | 5,555 | 15,227 | 2.74 |
| 105年 | 5,884 | 15,796 | 2.68 |
| 106年 | 6,804 | 18,318 | 2.69 |

備註：99年計畫改為特定身心障礙者，適用對象為肢體障礙(限腦性麻痺)、智能障礙、自閉症、染色體異常、中度以上精神障礙、失智症、多重障礙及頑固性(難治型)癲癇、植物人(100年)、罕見疾病、重度以上視覺障礙，肢障改為限重度以上(101年)、發展遲緩兒(103年)、失能老人(104年)、重度以上重要器官失去功能(105年)等身心障礙者，其餘障礙類別併入一般服務預算總額，未納入本表統計。



# 三、執行概況及結果

## 3.特定身心障礙者－民眾利用情形：

### d.到宅牙醫醫療服務醫療利用情形

| 年度/項目 | 就醫人數 | 就醫總人次 | 每人就診次數 |
|---|---|---|---|
| 102年 | 26 | 62 | 2.38 |
| 103年 | 84 | 149 | 1.77 |
| 104年 | 40 | 100 | 2.50 |
| 105年 | 142 | 268 | 1.89 |
| 106年 | **441** | **925** | 2.10 |

備註：資料來源為健保申報資料



# 三、執行概況及結果

## 3.特定身心障礙者－民眾利用情形：

### e.醫療費用利用情形 （醫療服務點數含加成）

| 年度/項目 | 院所 | | | 醫療團 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|
| | 重度以上 | 中度 | 輕度 | | |
| 102 年 | 重度 64,388,808<br>極重 34,388,739 | 57,042,542 | 19,246,519 | 161,914,140 | 337,098,548 |
| | 到宅 117,800 | | | | |
| 103 年 | 重度 71,221,032<br>極重 38,212,020 | 62,510,920 | 20,992,097 | 169,657,830 | 365,041,459 |
| | 到宅.特定需求者.發展遲緩兒童 2,447,560 | | | | |
| 104 年 | 重度 73,291,587<br>極重 41,601,564 | 65,204,961 | 23,211,698 | 180,976,566 | 386,976,327 |
| | 到宅.特定需求者.發展遲緩兒童.失能老人 2,689,951 | | | | |
| 105 年 | 重度 74,606,470<br>極重 46,442,419 | 65,830,766 | 25,070,232 | 191,988,211 | 407,171,859 |
| | 到宅.特定需求者.發展遲緩兒童.失能老人 3,233,761 | | | | |
| 106 年 | 重度 92,771,196<br>極重 58,617,990 | 74,980,408 | 29,896,366 | 204,887,687 | 468,333,520 |
| | 到宅.特定需求者.發展遲緩兒童.失能老人 7,179,873 | | | | |

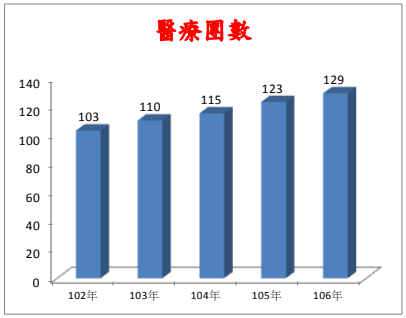
備註：醫療費用為實際申報點數含加成費用，醫療團醫療費用含論次費用。

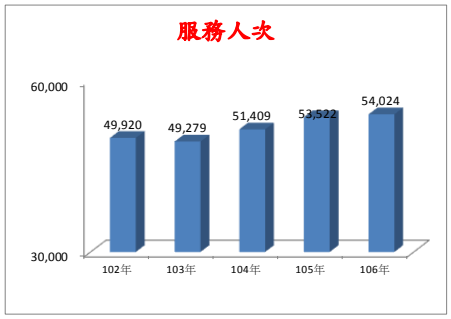
# 三、執行概況及結果

## 3.特定身心障礙者－民眾利用情形：

### f.醫療團民眾利用情形：

102-106年醫療團執行身障機構數暨服務人次統計表



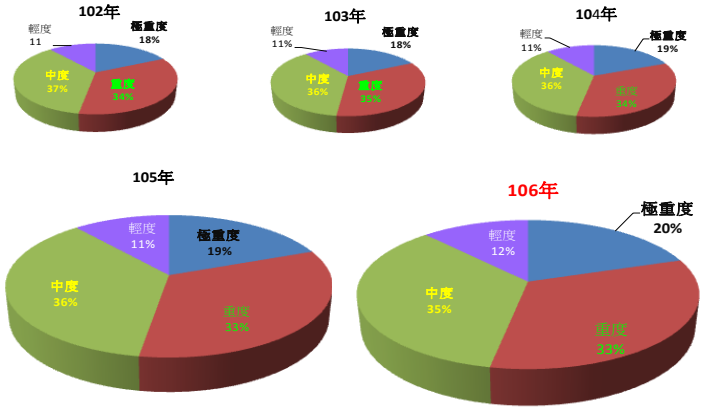




備註: 資料來源為健保甲報資料



# 四、成效評估

## 1.102-106年身心障礙者醫療利用情形




歷年服務人次重度以上超過5成、中度以上近9成



## 2.106年參訪活動–鳳林老人日間照顧中心

## 玉里醫院溪口復健園區精神護理之家

## 2.106年參訪活動–綜合座談會

## 3.辦理身心障礙者機構潔牙觀摩活動-1

宜蘭縣

台南市

桃園市、新竹縣、新竹市、苗栗縣

雲林縣、嘉義縣、嘉義市

高雄市、屏東縣、澎湖縣



## 3.辦理身心障礙者機構潔牙觀摩活動-2

基隆市

台南市溪北地區

台中市、彰化縣、南投縣

雙和醫院特殊需求者機構潔牙觀摩



## 4.身心障礙院所宣傳貼紙及發展遲緩兒童宣傳海報

## 5.身心障礙課程醫師專業培訓：

提升會員醫師參與計畫意願讓醫師更了解認識身心障礙者，以期提供身心障礙者更完善的醫療服務，本會每年於各地舉辦課程，104年起除本會辦理課程之外，並與縣市公會、醫院(含示範中心)共同開課。

★台北場106/12/10-進階課程

★台中場106/11/05-基礎課程

## ➢ 衛生福利部所屬老人福利機構執行情形：

為因應我國高齡化所導致失能人口增加的長期照顧需求，本會於104年起特殊醫療服務計畫對象新增失能老人，將醫療服務擴大服務範圍至「衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)」，衛生福利部社會及家庭署為提昇老人口腔健康和照護，於104年起編列公益彩券回饋金補助機構設置牙科設備，設置情形如表，另107年預計新增8家公立、公設民營、財團法人老人福利機構，已於5月17日辦理提升老人福利機構住民口腔照護服務補助計畫說明會，徵詢機構意願，後續衛生福利部社會及家庭署將進行評選與相關作業。



## 老人福利機構設置情形

| 補助年度 | 機構名稱 | 時程 |
|---|---|---|
| 104年 | 衛生福利部北區老人之家 | 104/11開始執行 |
| | 衛生福利部中區老人之家 | 104/12開始執行 |
| | 衛生福利部彰化老人養護中心 | 105/02開始執行 |
| | 衛生福利部南區老人之家 | 105/03開始執行 |
| | 衛生福利部東區老人之家 | 105/06開始執行 |
| 105年 | 財團法人台北市私立愛愛院 | 105/12開始執行 |
| | 財團法人臺灣基督長老教會雙連教會附設新北市私立雙連安養中心 | 106/02開始執行 |
| | 財團法人台中市私立公老坪社會社利慈善事業基金會附設台中市私立田園老人養護中心 | 106/02開始執行 |
| | 財團法人台灣省私立永信社會福利基金會附設臺中市私立松柏園老人養護中心 | 106/04開始執行 |
| | 財團法人彰化縣私立慈恩老人養護中心 | 106/01開始執行 |
| | 財團法人南投縣私立南投仁愛之家 | 106/05開始執行 |



## 老人福利機構設置情形(續)

| 補助年度 | 機構名稱 | 時程 |
|---|---|---|
| 106年 | 財團法人台灣省天主教會新竹教區附設新竹縣私立長安老人養護中心 | 107/01開始執行 |
| | 財團法人台灣省私立菩提仁愛之家 | 107/01開始執行 |
| | 財團法人台灣省台南市台灣首廟天壇附設臺南市私立天壇老人養護中心 | 107/01開始執行 |
| | 財團法人高雄市私立萃文書院社會福利慈善事業基金會附設高雄市私立萃文佛恩養護院 | 107/02開始執行 |
| | 財團法人高雄市私立張簡秋風社會福利慈善事業基金會附設高雄市私立松喬老人養護中心 | 107/02開始執行 |
| | 財團法人屏東縣私立椰子園老人養護之家 | 107/02開始執行 |
| | 臺中市立仁愛之家 | 107/02開始執行 |

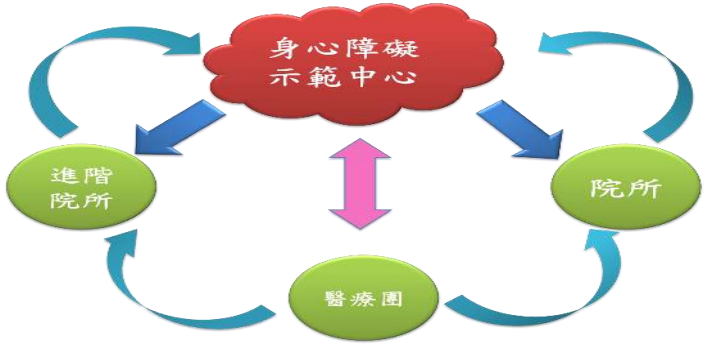


## 五、檢討與改善方向

➢ **健保IC卡註記身心障礙者障別：**本會持續建議在健保IC卡中註記身心障礙者之障別，使醫師於醫療服務提供前了解病患特殊需求，除減低醫病溝通困難外亦降低病患在高度風險下接受醫療，進而讓身心障礙者得到更完善之醫療服務與醫療環境，這是牙醫界的責任，也是大家共同努力的目標。

## ➢ 建立身障醫療分層照護制度

推動醫療服務**整合網絡**，提供身心障礙者整體性、持續性、周全性的全方位醫療照護服務網，未來可結合出院準備服務以提昇醫療品質。






## ➢ 輔導醫缺方案執行院所加入本計畫

為提升醫缺計區醫療服務品質，107年醫缺方案新增巡迴計畫品質獎勵指標，社區醫療站醫師須參與本計畫，目前共有23個醫療站，已有6個醫療站申請通過，通過之院所43家，醫師共53位，其中10家院所、15位醫師為107年度新加入本計畫，本會將持續繼續輔導更多醫師及院所(含醫缺方案之執業、巡迴計畫)參與計畫，投入服務身障者之行列。



## ➢ 未來計畫執行和改進

1. 本計畫自99年起適用對象限縮為特定之特殊障別，本會建議未來應擴大服務障別，涵蓋所有障別，以維護身心障礙者就醫權益。
2. 本會雖然努力推動於身心障礙福利機構、啟智(特教)學校及未設牙科精神科醫院、老人福利機構成立醫療團，截至106年為止已設置完成129個醫療團提供牙醫醫療服務，但多數身心障礙者仍在家裡或長照機構內，外出就醫十分不便，醫療服務應擴大服務目前計畫不適用的機構或與縣市政府結合醫療資源固定到社區巡迴點，提供無法或不便外出就醫之身心障礙者醫療服務，未來可規劃結合機構與醫療院所配合提供經常性的身心障礙特別門診服務。



## ➢ 未來計畫執行和改進(續)

3. **持續積極推動到宅牙醫醫療服務：**

自100年起至今，到宅牙醫醫療服務內容歷經多次修改，包含簡化申請流程、修訂支付方式、提高計畫誘因，並放寬執行醫師資格，執行之醫師與院所持續增加，希望未來各縣市均有醫師能夠提供服務，另107年起將納入居家醫療照護整合計畫，期使居家醫療照護更加完善。

➢ **未來計畫執行和改進(續)**

4. 107年將院所提供特殊醫療服務件數納入品質保證保留款方案指標，希望能藉此提高院所執行之意願與誘因。
5. 因應高齡化社會的來臨，如何將牙醫醫療服務社區化，以滿足民眾之需求，將是牙醫界未來重要之課題，本會將持續與政府部門、專家學者進行研議，期能創造民眾、政府、牙醫界三贏的局面。



## 六、107年計畫修正重點

1. 到宅牙醫醫療服務將納入全民健康保險居家醫療照護整合計畫，並自107年預算來源改由其他預算支應，希望未來居家醫療能提供更全方位、更全面的照護。
2. 簡化特定需求者牙醫醫療服務之申請流程及資料，申請方式比照醫療團執行，期能使患者更快獲得醫療照護，促使更多醫師提供無法自行就醫且長期臥床的身心障礙者牙醫服務。
3. 新增社區醫療站服務，使偏鄉地區之身障者亦獲得醫療照護。



# 參、牙周病統合照護計畫



## 大綱

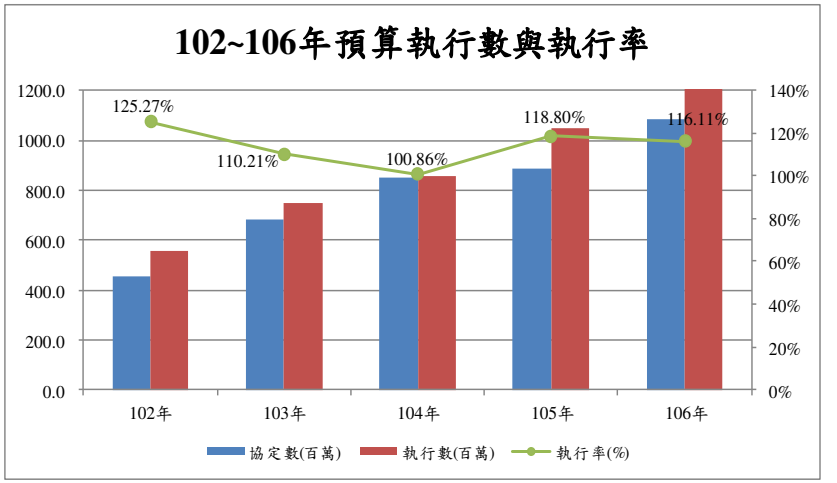
一、預算執行數及執行率
二、目標達成情形
三、執行概況及結果
四、成效評估
五、檢討及改善方向
六、107年計畫修正重點

# 一、預算執行數及執行率

| 年度 | 預算數(百萬) | 執行數(百萬) | 執行率(%) | 支應項目 |
|---|---|---|---|---|
| 102年 | 452.3 | 556.6 | **125.27** | 第1、2階段 |
| 103年 | 680 | 749.4 | **110.21** | 第1、2階段 |
| | 164.6 | 276.5 | **167.95** | 第3階段 |
| 104年 | 850 | 857.3 | **100.86** | 第1、2階段 |
| | 244.6 | 317.4 | **129.77** | 第3階段 |
| 105年 | 884 | 1,050.2 | **118.8** | 第1、2階段 |
| | 330.9 | 394.3 | **119.15** | 第3階段 |
| 106年 | 1,088 | 1,263.30 | **116.97** | 第1、2階段 |
| | 415.6 | 479.2 | **115.29** | 第3階段 |

備註：(1)資料來源：衛生福利部中央健康保險署提供每月申報資料。
(2)102年度協定之費用僅支應第1、2階段（P4001C及P4002C），另第3階段（P4003C）由一般預算支應，故102年度預算執行數僅計算P4001C及P4002C申報點數加總。
(3)103年度起考量第3階段專款費用不足協定費用分列兩項，本會與健保署協商由一般服務預算移撥支應，103年移撥78.1百萬、104年移撥60.5百萬支應、105年移撥70.3百萬支應、106年移撥65.0百萬支應，故第3階段全年經費103年242.7百萬、104年305.1百萬、105年330.9百萬、106年415.6百萬。
(4)106年度評估以第1、2階段執行率推估之費用不足協定之費用分列兩項，本會與健保署協商由一般服務預算移撥支應，106年移撥45.6百萬，故第1、2階段全年經費106年1,088百萬元。








# 二、目標達成情形

本計畫以第2階段及第3階段照護人次為執行目標，歷年目標、執行件數、執行率如下。

| 年度 | 第2階段（P4002C） | | | 第3階段（P4003C） | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 目標 | 執行件數 | 執行率 | 目標 | 執行件數 | 執行率 |
| 102年 | 66,800 | 82,487 | 123.48% | - | 65,857 | - |
| 103年 | 100,000 | 109,244 | 109.24% | 70,000 | 86,379 | 123.40% |
| 104年 | 125,000 | 124,902 | 99.92% | 90,000 | 99,194 | 110.22% |
| 105年 | 130,000 | 153,232 | 117.87% | 95,000 | 123,210 | 129.69% |
| 106年 | 150,000 | 184,549 | 123.03% | 110,000 | 149,737 | 136.12% |

備註：資料來源為衛生福利部中央健康保險署提供每月申報資料。



# 三、執行概況及結果

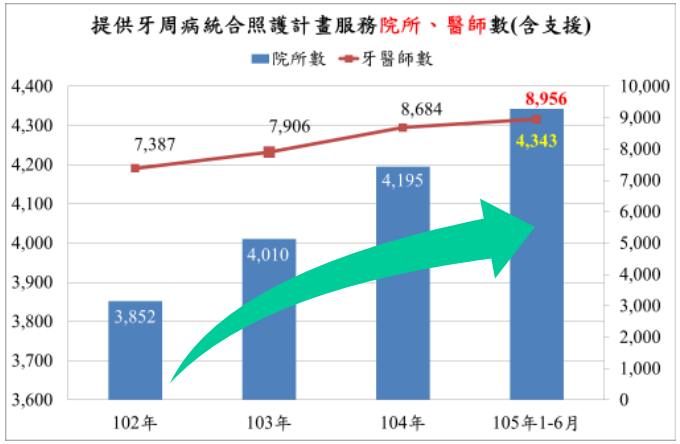
## (一) 計畫執行統計-106年度

| 分區別 | 申請醫令數 | | | 申請點數 | | | 件數配額 | 執行率(%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | P4001C | P4002C | P4003C | P4001C | P4002C | P4003C | | |
| 台北 | 74,857 | 73,361 | 59,313 | 134,742,600 | 366,805,000 | 189,801,600 | 55,084 | 133.18% |
| 北區 | 29,528 | 28,898 | 23,332 | 53,150,400 | 144,490,000 | 74,662,400 | 23,616 | 122.36% |
| 中區 | 28,771 | 28,082 | 22,777 | 51,787,800 | 140,410,000 | 72,886,400 | 27,205 | 103.22% |
| 南區 | 21,428 | 20,685 | 17,516 | 38,570,400 | 103,425,000 | 56,051,200 | 19,688 | 105.06% |
| 高屏 | 30,489 | 29,504 | 23,592 | 54,880,200 | 147,520,000 | 75,494,400 | 21,306 | 138.48% |
| 東區 | 4,112 | 4,019 | 3,207 | 7,401,600 | 20,095,000 | 10,262,400 | 3,101 | 129.61% |
| 全國 | 189,185 | 184,549 | 149,737 | 340,533,000 | 922,745,000 | 479,158,400 | 150,000 | 123.03% |

備註：(1)資料來源：衛生福利部中央健康保險署提供每月申報資料。
(2)**人次執行率**：第2階段執行184,549人次，執行率123.03%，相**較102年82,487人次、103年109,244人次、104年124,902人次、105年153,232人次，逐年穩定升**；第3階段執行149,737人次，執行率136.12%%。（106年照護人次以達成第2階段150,000人次及第3階段110,000人次為執行目標）
(3)**第1、2階段費用執行率**：執行1,263,278,000，**執行率116.97%**。（106年第一、二階段全年經費10.880億，其中10.424億為專款預算，0.456億由一般服務預算移撥支應。）
(4)**第3階段執行率**：已執行479,158,400，**執行率115.29%**。（106年第三階段全年經費4.156億元，其中3.506億元專款預算，0.650億元由一般服務預算移撥支應。）
(5)各分區執行率之件數配額以104年R值分配。

## (二)歷年醫療服務提供情形

– 102年~105年1-6月提供牙周病統合照護計畫服務**院所**、**牙醫師**數統計(採各分區支援院所計算)

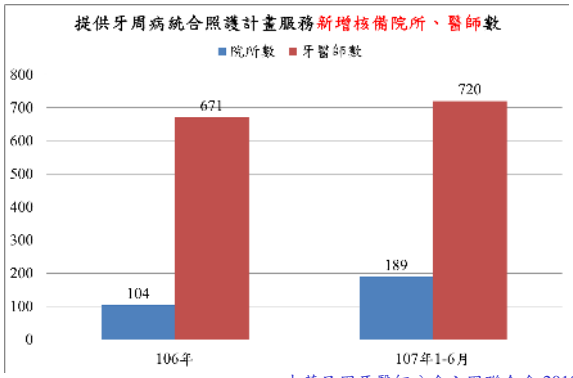





## (二)歷年醫療服務提供情形

自105年7月1日起為簡化執業執照異動函報核定作業服務院所及牙醫師數，<u>歸戶採以執登院所計算</u>，其各分區支援院所數、醫師數則未納入。

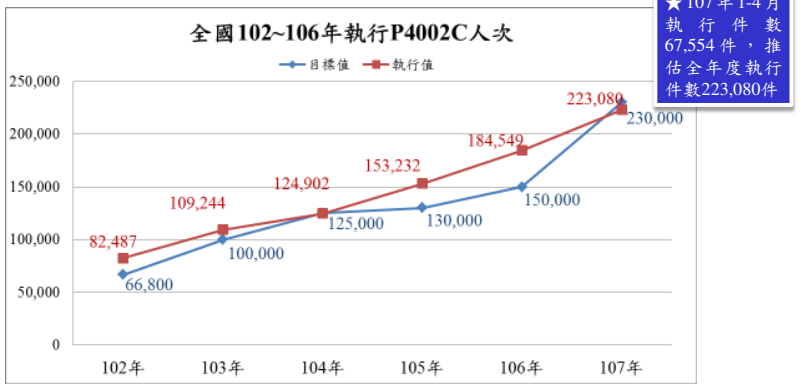
➢ 106年~107年6月止供牙周病統合照護計畫服務**新增核備院所**、**牙醫師**數統計






## (三)歷年醫療利用情形

– 102年～106年民眾利用情形如下(以P4002C執行件數認定)，自計畫開始迄今民眾利用率逐漸提升。




★107年1-4月執行件數67,554件，推估全年度執行件數223,080件

資料來源：衛生福利部中央健康保險署提供每月申報資料。



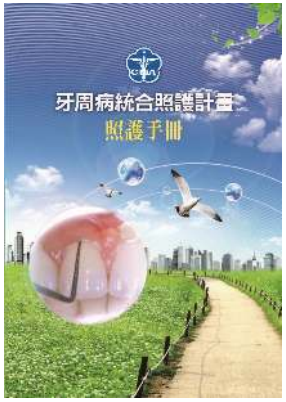
## (四)其他執行事項

**1.舉辦教育訓練：**

**至今共辦理120場次**

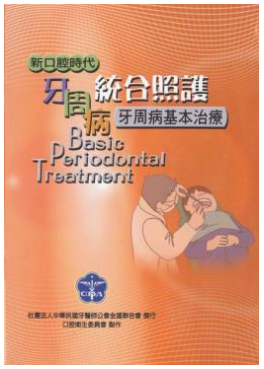
**2. 提供牙周照護手冊：**

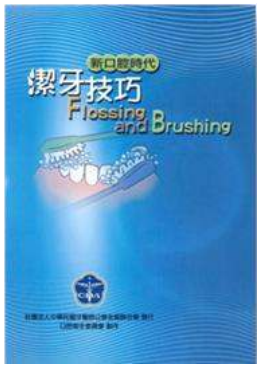
**已出版3版**



# (四)其他執行事項

### 3.製作教育光碟並刊登於本會網站








# (四)其他執行事項

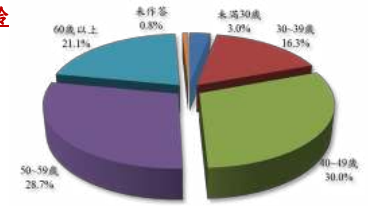
### 4.院所張貼識別貼紙

# 四、成效評估

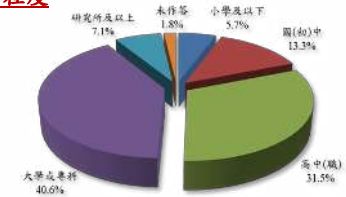
## (一)民眾滿意度評估（樣本數：1,102份）

**性別**

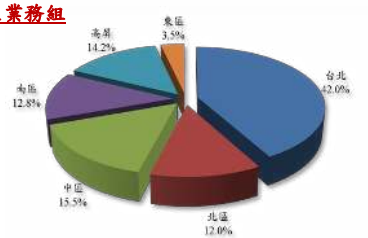
**年齡**




**教育程度**

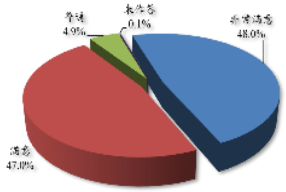



**分區業務組**

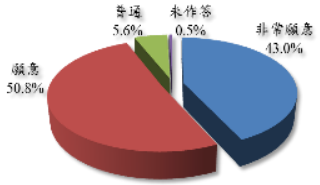




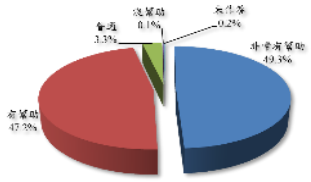

**整體滿意度(95.01%)**



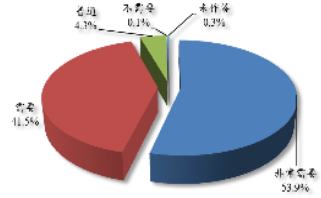

**願意親友接受此項計畫(93.83%)**




**對牙周/國民口腔健康有幫助(96.46%)**

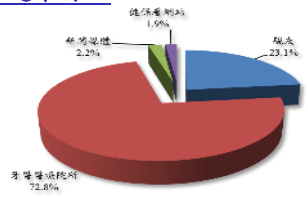



**推動本計畫促進國民口腔健康(95.37%)**

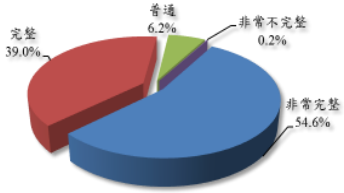


**治療前已知道此計畫 (45.10%)**

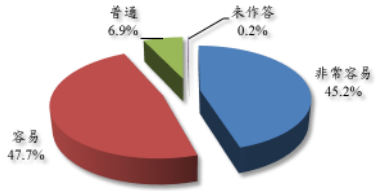
**管道來源：**



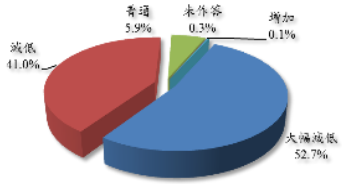

**牙醫師說明清楚、明白(93.65%)**




**更容易瞭解牙周疾病(92.92%)**



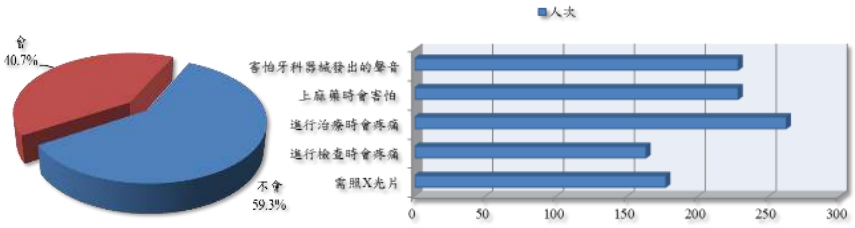

**減低治療前不舒服之症狀(93.74%)**



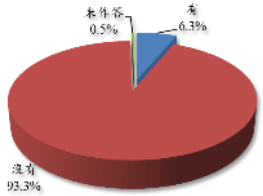



**治療過程是否不舒服(40.74%)**

**不舒服原因**




**自付其它費用(6.26%)**




**自付費用項目**

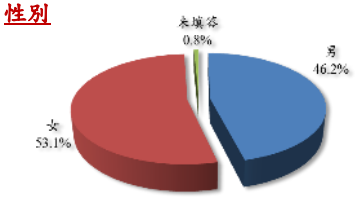
| 項目 | 人數 |
|---|---|
| 牙周抗生素凝膠、牙周消炎凝膠 | 38 |
| 牙周組織引導再生手術(含骨粉、再生膜) | 24 |
| 牙周去敏感治療(排除頭頸部腫瘤電療後病患) | 8 |



# 四、成效評估

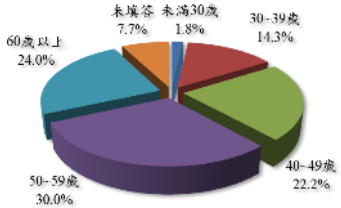
## (二)牙周健康狀況改善情形(樣本數：1,055份)

**性別**

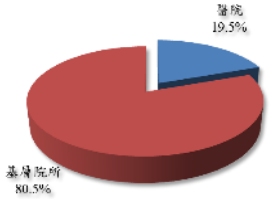



**分區別**

**年齡**

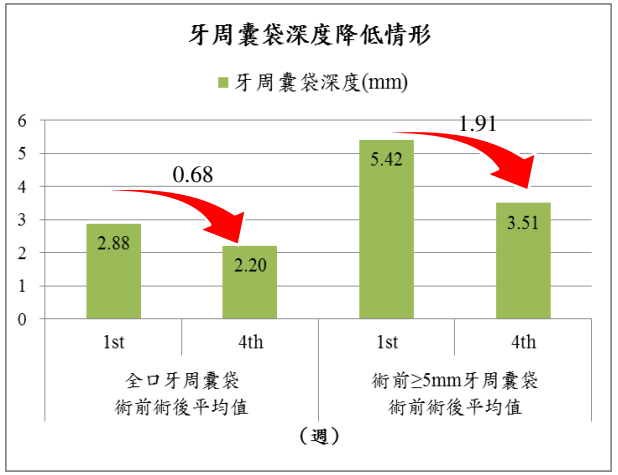



**層級別**






## 牙周囊袋深度降低情形




備註：牙周病囊袋探測深度代表牙周病病情的嚴重度，健康的牙周囊袋深度應在3mm以下，牙周囊袋深度愈高則表示病情較重。牙周囊袋深度降低的情形，臨床上代表牙周病病情的改善狀況。

## 牙周囊袋深度降低情形（性別、年齡）

| 類別 | | 全口牙周囊袋 術前術後平均值 術前(mm) | 術後(mm) | 降低(mm) | 改善比率 | 術前≥5mm牙周囊袋 術前術後平均值 術前(mm) | 術後(mm) | 降低(mm) | 改善比率 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 性別 | 男 | 2.96 | 2.28 | 0.68 | 22.96% | 5.5 | 3.61 | 1.89 | 34.42% |
| | 女 | 2.96 | 2.28 | 0.68 | 22.96% | 6.47 | 4.6 | 1.87 | 28.95% |
| 年齡 | 未滿30歲 | 2.91 | 2.17 | 0.74 | 25.33% | 5.26 | 3.44 | 1.83 | 34.68% |
| | 30~39歲 | 2.9 | 2.25 | 0.65 | 22.37% | 5.3 | 3.44 | 1.86 | 35.14% |
| | 40~49歲 | 2.92 | 2.22 | 0.7 | 23.96% | 5.47 | 3.55 | 1.91 | 35.04% |
| | 50~59歲 | 2.75 | 2.1 | 0.65 | 23.66% | 5.45 | 3.48 | 1.97 | 36.09% |
| | 60歲以上 | 2.75 | 2.1 | 0.65 | 23.66% | 5.45 | 3.5 | 1.95 | 35.78% |

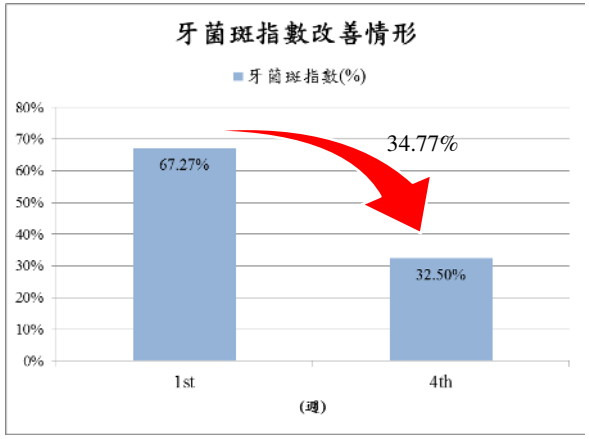


## 牙周囊袋深度降低情形（分區別、層級別）

| 類別 | | 全口牙周囊袋 術前術後平均值 術前(mm) | 術後(mm) | 降低(mm) | 改善比率 | 術前≥5mm牙周囊袋 術前術後平均值 術前(mm) | 術後(mm) | 降低(mm) | 改善比率 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 分區別 | 台北 | 2.87 | 2.3 | 0.58 | 20.09% | 5.43 | 3.72 | 1.71 | 31.42% |
| | 北區 | 3.06 | 2.31 | 0.75 | 24.44% | 5.27 | 3.48 | 1.79 | 33.99% |
| | 中區 | 2.93 | 2.03 | 0.9 | 30.85% | 5.51 | 3.13 | 2.38 | 43.16% |
| | 南區 | 2.72 | 2.08 | 0.64 | 23.63% | 5.41 | 3.37 | 2.04 | 37.80% |
| | 高屏 | 2.96 | 2.21 | 0.75 | 25.23% | 5.46 | 3.53 | 1.93 | 35.26% |
| | 東區 | 2.54 | 2.2 | 0.34 | 13.23% | 5.1 | 3.62 | 1.48 | 29.02% |
| 層級別 | 醫院 | 2.86 | 2.31 | 0.55 | 19.25% | 5.68 | 3.81 | 1.87 | 32.96% |
| | 診所 | 2.89 | 2.18 | 0.71 | 24.63% | 5.36 | 3.43 | 1.93 | 35.94% |



## 牙菌斑指數改善情形




備註：牙菌斑指數代表牙周病患本身的口腔清潔能力，牙菌斑指數較高代表病患維持牙周健康的能力較差，未來有較高的牙周病復發與較大的牙周破壞傾向。治療後牙菌斑指數降低代表未來病患可能有較低的牙周病復發機會與較少的牙周破壞情況。



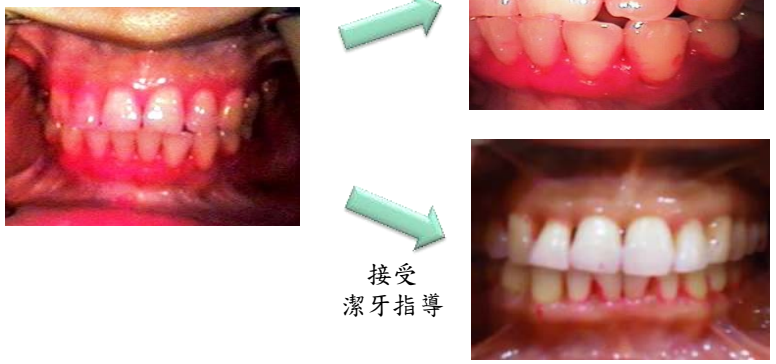
## 牙菌斑指數改善情形（性別、年齡）

| 類別 | | 術前 | 術後 | 改善率 |
|---|---|---|---|---|
| 性別 | 男 | 67.87% | 33.42% | 34.45% |
| | 女 | 66.65% | 31.64% | 35.01% |
| 年齡 | 未滿30歲 | 52.30% | 20.07% | 32.23% |
| | 30~39歲 | 66.78% | 34.24% | 32.54% |
| | 40~49歲 | 66.79% | 33.10% | 33.69% |
| | 50~59歲 | 67.89% | 31.54% | 36.35% |
| | 60歲以上 | 67.86% | 34.46% | 33.40% |

## 牙菌斑指數改善情形（分區別、層級別）

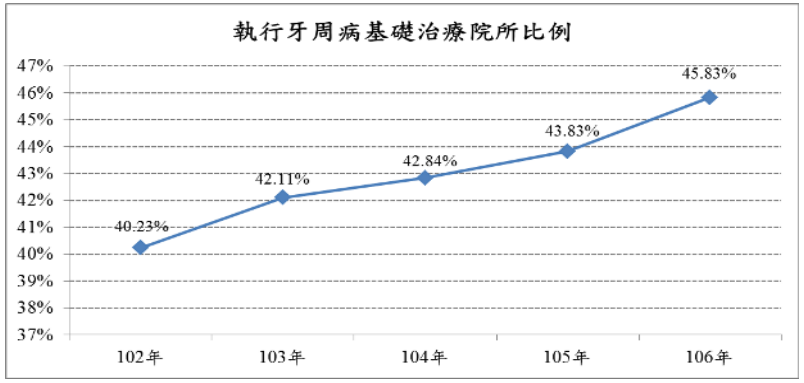
| 類別 | | 術前 | 術後 | 改善率 |
|---|---|---|---|---|
| 分區別 | 台北 | 66.11% | 35.72% | 30.38% |
| | 北區 | 71.56% | 28.25% | 43.31% |
| | 中區 | 62.63% | 24.50% | 38.13% |
| | 南區 | 73.34% | 30.40% | 42.94% |
| | 高屏 | 63.10% | 28.67% | 34.43% |
| | 東區 | 80.84% | 62.81% | 18.03% |
| 層級別 | 醫院 | 64.60% | 28.49% | 36.10% |
| | 診所 | 67.92% | 33.47% | 34.45% |





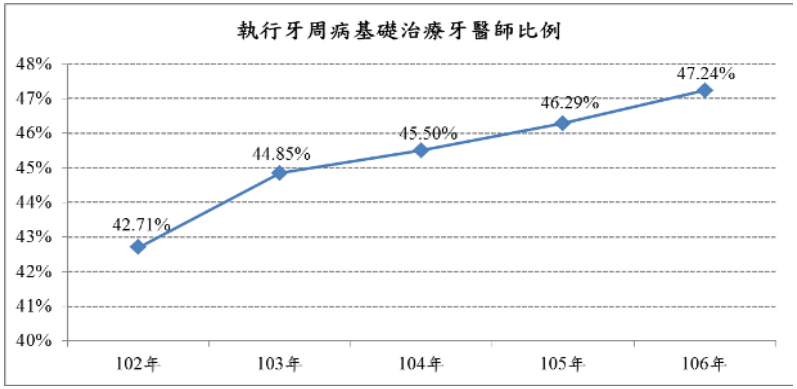



## (三)提升國內牙周病基礎治療率：102年至106年牙周病基礎治療(91006C、91007C、 P4001C、P4002C、P4003C)院所執行情形如下



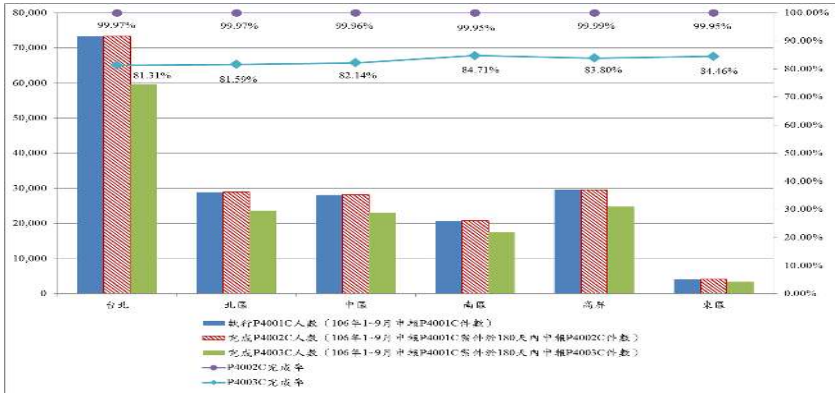



## (三)提升國內牙周病基礎治療率：102年至106年牙周病基礎治療(91006C、91007C、 P4001C、P4002C、P4003C)牙醫師執行情形如下



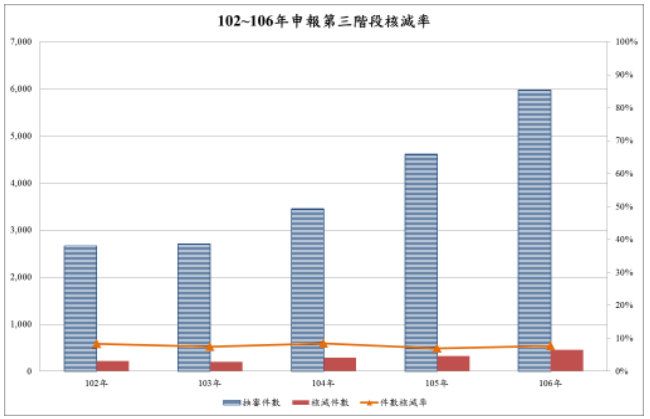
## (四)評估指標項目及數值

1.**完成率**：醫師申報第一階段後，申報第二、三階段之比例如下，分析患者未完成療程可能原因有：A.患者自覺症狀改善毋須再回診；B.患者時間無法配合(出國或在外地工作或離開本地)；C.患者牙周狀況改善情形未達本計畫規定D.其他






2.申報第三階段件數核減率：本統計係初核核減率，本會經與各區審查醫藥專家確認，多為院所送審資料檢附不全等行政疏失，因其不影響醫療品質，故本會已明定凡檢查表屬行政可補正之範圍，院所經補正即可補付；若非行政補正範圍，則請分會宣導會員醫師謹慎收案並執行，期能降低核減率。






3.本計畫之施行對象跨院所執行91006C~91007C之比例：重新再治療比例極低

| 分區別 | 106年1~9月申報P4001C及P4002C件數 | 106年1~9月申報P4001C及P4002C之患者，於180天內跨院接受91006C~91007C件數 | 百分比 |
|---|---|---|---|
| 台北 | 72,195 | 408 | 0.57% |
| 北區 | 28,448 | 132 | 0.46% |
| 中區 | 27,522 | 86 | 0.31% |
| 南區 | 20,069 | 120 | 0.60% |
| 高屏 | 28,832 | 153 | 0.53% |
| 東區 | 3,974 | 7 | 0.18% |
| 全國 | 180,991 | 906 | 0.50% |

備註：1.資料來源為衛生福利部中央健康保險署提供每月申報資料。
2.統計106年1~9月執行P4001C及P4002C者，自P4001C起180天內跨院接受齒齦下刮除(91006C~91007C)件數。



## (五)研究實證

### 1.台灣實施牙周統合照護計畫之療效探究*註

「台灣實施牙周統合照護計畫之療效探究」(2015)，牙周治療一年半(545天)之再治療、根管治療、牙體復形及拔牙等4項預後指標，發現除了牙體復形的發生狀況在實驗組與對照組間沒有明顯差異外，其他三項指標實驗組都呈現較低的發生狀況。該研究結果與本會專案計畫執行成果報告，牙菌斑控制後的結果是吻合的。

| 項目 | 合計 | | 實驗組 | | 對照組 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 人數(占率)/平均(標準差) | | 人數(占率)/平均(標準差) | | 人數(占率)/平均(標準差) | |
| 合計人數 | 172,082 | 100.00% | 65,342 | 100.00% | 106,740 | 100.00% |
| ***治療後結果指標*** | | | | | | |
| **再治療** | 19,856 | 11.54% | 4,403 | **6.74%** | 15,453 | **14.48%** |
| **根管治療** | 37,515 | 21.80% | 13,310 | **20.37%** | 24,205 | **22.68%** |
| 牙體復型 | 98,344 | 57.15% | 37,330 | 57.13% | 61,014 | 57.16% |
| **拔牙** | 49,043 | 28.50% | 16,644 | **25.47%** | 32,399 | **30.35%** |

*註：Chan CL, You HJ, Lian HJ, Huang CH: Patients receiving comprehensive periodontal treatment have better clinical outcomes than patients receiving conventional periodontal treatment. J Formos Med Assoc. 2016; 115(3):152-62.

## 2. A comprehensive periodontal treatment project: The periodontal status, compliance rates, and risk factors*註

黃國精、賴昭翰、黃瓊芳與呂炫堃（2016）發表，研究追蹤比較回診制度建立後，結合回診制度與牙周病統合照護計畫和回診制度與傳統牙周病治療的病人治療臨床結果。

161位回診追縱病人，接受過完整的牙周治療，在平均追縱3.8年後，有定期回診(n=94)相較於沒定期回診(n=67)的組別，在臨床參數上有顯著的改善。而有接受牙周統合照護計畫(n=46)相較於牙周傳統治療(n=48)的病人，有較多淺的牙周探測深度(PPD)分佈，較少的探測出血點(BOP)，較低的牙菌斑控制指數(PCR)，及較少的牙齒喪失數(TL)。

研究顯示定期回診並接受牙周病統合照護計畫的患者，在相關的治療臨床指數上都得到較好的療效，符合牙周病統合照護計畫內容定期回診追蹤機制重要性。

*註：Huang KC, Lai CH, Huang CF, Lu HK: A comprehensive periodontal treatment project: The periodontal status, compliance rates, and risk factors. Journal of Dental Sciences. 2016; 11(2):182-88.



## 3. 牙周炎患者照護介入與成效評估*註

臺北業務組醫療費用三科，發表署內自行研究計畫「牙周炎患者照護介入與成效評估」

採2011-2012年接受第一階段照護之病患排除相關條件後，分為對照組（接受第一階段照護後未接受第二階段照護）、介入組A(接受第一、二階段照護後未接受第三階段照護）與介入組B（完成三階段照護）。針對照護介入及回診維護對拔牙的影響。

結果發現完成三階段治療(介入組B)與對照組間，完成牙周病照護三階段拔牙顆較少；完成3階段照護進行回診觀察期追蹤後續2年拔牙情形，顯示一年內回診維護越多拔牙顆數越少。符合牙周病統合照護介入達到積極治療、定期回診維護，可維持牙周狀況穩定。

| 評估項目 | | 估計值 | P值 |
|---|---|---|---|
| 照護介入對拔牙的影響 | 介入組B vs對照組 | -0.0876 | <.0001 |
| 回診維護對拔牙的影響 | 回診觀察期維護情形 | -0.0134 | 0.002 |

*註：謝佩勳、蔡雅安、李幸諭、林怡君、李如芳: 牙周炎患者照護介入與成效評估. 臺北業務組醫療費用三科; 2016.



## (六)口腔疾病之三段五級預防內容–牙周病

本會以牙周病三段五級的概念，積極發展牙周病預防及醫療的需求。考量牙周病患者需要終生的支持性治療，104年新增特定牙周保存治療、牙周病支持性治療、懷孕婦女牙結石清除等服務，擴大照護牙周病嚴重之病患，讓牙周病的照護更加全面、沒有漏洞，期望提供民眾更優質的口腔醫療服務，進而保存自然牙，擁有良好的口腔健康，提升生活品質。

| 預防程度 | 初段 | | 次段 | 三段 | |
|---|---|---|---|---|---|
| 預防性 | 健康促進 | 特殊防護 | 早期診斷及立即治療 | 傷殘限制 | 復健 |
| 個人提供之服務 | 定期看診；預防服務需求 | 口腔衛生處置 | 自我檢查及轉診；使用牙科治療服務 | 使用牙科服務 | 使用牙科服務 |
| 社區服務 | 牙科衛教計畫；研究之提昇；提供口腔衛生器具；宣導 | 學校潔牙計畫之督導 | 定期篩檢及轉診複查；提供牙科治療服務 | 提供牙科治療服務 | 提供牙科服務 |
| 牙科專業人員提供之服務內容 | 病人衛教；牙菌斑控制；加強回診 | 牙齒排列不整之矯治；洗牙 | 完整檢查，牙結石清除，齒齦下括除術；矯治，保健及咬合調整服務 | 深部齒齦括除術；夾板固定；牙周病手術；選擇性拔牙 | 活動或固定補綴；小型矯政治療 |



## 五、檢討與改進

- 本計畫為99年度新增之計畫，目標為藉由建立牙周治療照護架構，期提升牙周病照護品質，增進就醫公平性，透過三段五級的完整照護，以減少後續口腔醫療疾病費用之負擔。本計畫執行迄今，在行政部門、醫療服務供給者以及民眾就醫習慣上大幅的配合與調整下，對民眾的牙周病照護已逐年穩定提升。
- 依據國民健康署的調查，40歲以上的成年人有90%輕重程度不同的牙周病，其中只有部分接受治療，為能照護更多有治療需求之民眾，並提昇本計畫品質，本會協同衛生福利部中央健康保險署實行以下方案：

## (一)鼓勵牙醫師參與計畫，提供牙周病統合照護服務

1. 自100年起刪除事前審查，減少病患等候治療時間。
2. 牙醫合理門診點數排除本計畫申報點數。
3. 第3階段給付點值不足額，由一般預算之結餘款補足
4. 刊載教育文章於本會會刊。
5. 明訂專業審查中行政補正之範圍，避免行政疏失遭核刪及放大，提升醫師提供服務之意願。
6. 具計畫執行資格之醫師簡化因執登異動需再函報核定之作業。
7. 自106年起醫療資源不足地區改善方案執業計畫醫師及社區醫療站，可提供牙周病統合照護服務。



## (二)監控並提升醫療服務品質

1. 積極辦理教育訓練課程，98迄今共辦理120場次。
2. 製作牙周病統合照護計畫手冊，目前已印三版。
3. 案件採抽樣審查，使醫師謹慎執行本計畫。
4. 訂定醫師每月收案限制，確保民眾就醫之醫療品質。
5. 將本計畫納入品質保證保留款之鼓勵項目。
6. 將本計畫納入PGY訓練計畫，使牙周病統合照護為未來所有牙醫院所的常規治療。
7. 辦理牙周病專題研討會。
8. 配合執行「特定牙周保存治療」及「牙周病支持性治療」，104年~107年第1季已分別照護23,676及477,170人次。



## (三)提升民眾就醫率

1. 召開記者會
2. 院所張貼識別貼紙
3. 提供牙周病治療院所網路查詢服務
4. 辦理相關推廣活動（銀髮族口愛特攻隊）。
5. 印製「懷孕婦女口腔照護」宣導單張，並提供予全國牙醫院所發給民眾。

## (四) 監控病人自費情形

1. 於「牙周病統合照護計畫手冊」、「就診須知」、「牙周病統合照護治療作業流程」中，詳列牙周病相關治療中健保不給付項目，並加入齒間潔牙之衛教內容。
2. 函請院所執行牙周病相關自費項目價格應依衛生主管機關核定價格公開，且應於收據詳列自費項目及點數。
3. 編修第三版之「牙醫健保門診就診須知海報」，新增健保快易通APP、查詢接受轉診及牙周統合照護牙醫醫療服務院所，並提供經健保署核備之醫療院所，診須知海報張貼其服務院所標示。

## (四) 監控病人自費情形

召開專家會議，針對「牙周抗生素凝膠及消炎凝膠之適應症、治療效用等作明確定義」，針對其適應症、禁忌、人員資格要求、執行頻率、治療效用或其他相關注意事項等作明確的定義，相關內容刊載於本會會刊、網站，以及納入醫師教育訓練課程內容及召開記者會宣導，傳遞正確的知識。

醫藥衛生 THE COMMONS DAILY 民眾日報 14

治療牙周病 消炎凝膠不是萬靈丹

## 五、107年計畫修正重點

1. **提升執行目標人次**：照護人次以達成第2階段230,000人次及第三階段184,000人次為執行目標。
2. **依據費用協商結果修訂計畫專款預算經費及費用結算方式**：第1、2階段全年預算15.64億，預算不足則採浮動點值。第3階段全年預算5.888億元，每點以1元支付。
3. X光片費用另計，第一階段至第三階段治療期間內限申報一次（限申報34001C及34002C）。
4. 收取自費規範：新增「除全民健康保險不給付項目外，不得再向牙周炎患者收取自費」文字說明。



## 肆、106年評核委員評論意見與期許之回應說明



## 一、醫療資源不足地區改善方案

(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。

回覆：醫療資源不足地區除了以每萬人口的醫師人力、醫療機構家數作為判斷標準外，亦以當地地形及交通情形進行評估。本會目前以人口密度集中的學校、巡迴點及社區醫療站提供醫療服務，未來將結合長期照護設立社區整合型服務中心，提供醫療資源不足地區更多元的服務。

(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。

回覆：目前西醫「家庭醫師整合性照護計畫」有相關費用能支付提供24小時諮詢電話，牙科目前沒相關費用及人力執行此項目，未來研議全國性24小時諮詢電話搭配牙科緊急醫療網系統，不僅醫療資源不足地區及市區都能得到此服務，唯獨需有足夠的費用及人力才能提供此服務。

目前全聯會網站有提供「民眾自助緩解方法」，未來請巡迴醫師將相關資料提供給民眾參考，如夜間急性牙痛時可先查詢使用。



(三) 醫療資源不足地區改善方案之服務天數、服務人次及預算執行率逐年下降，建議評估醫療資源不足地區民眾的實際需求，並配合調整服務目標及發展新的服務模式。

回覆：醫缺方案有其特殊性，然現在醫缺環境已改變，近年來少子化影響，學校巡迴點服務人次下降、執行率下降；醫缺鄉鎮人口外移，故就醫人數減少，影響歷年執行率。近來全聯會目標為設立社區醫療站，未來將結合長期照護設立社區整合型服務中心，增加無牙醫鄉社區醫療站。106年廣設巡迴點及社區醫療站後，服務天數、服務人次及預算執行率上升，未來持續研議無牙醫鄉設立社區醫療站之可行性。



(四) 巡迴醫療牙科服務可分為預防性、治療性之項目，建議以量化方式呈現就醫情形，如預防性牙科服務介入後，對於學童口腔健康影響，及醫療資源的使用情形。

回覆：目前「醫療資源不足地區改善方案」均以治療性項目為主，巡迴醫療團每年會進行偏鄉學童口腔健康狀況調查，給予學童完善的照護。國民健康署預防保健塗氟及窩溝的介入後，偏鄉學童的齲齒率下降。104年介入塗氟及窩溝共6902件，105年偏鄉平均每位學童齲齒顆數為3.4；105年偏鄉塗氟及窩溝的案件數增加至12萬件，106年偏鄉平均每位學童齲齒顆數下降為2.21。全聯會持續照護偏鄉兒童的口腔健康，提供更好的醫療服務。



## 二、特殊醫療服務計畫

(一)針對特定身心障礙者，積極推動不同障別之照護，成效良好，惟目前成效評估尚未呈現口腔健康改善情形，及民眾就醫感受，未來宜設法監測相關指標。建議與健保署合作，研議更正確計算各障別的整體就醫率，作為未來努力的方向。

回覆：關於如何監測關於口腔健康改善情形及民眾就醫感受，唯考量病患較難維護口腔健康及部分表達能力受限，本會仍在評估如何設立監測指標，另關於就醫率本會近年均函請健保署協助提供各縣市身心障礙者不同嚴重程度及不同年齡別的就醫率，然因計算邏輯困難，技術層面仍待解決。

(二)先天性唇顎裂及顱顏畸形患者之醫療利用逐年下降，建議瞭解原因，或重新評估照護需求，作為方案修正之參考。

回覆：根據統計，約每600位新生兒中就有一位唇顎裂患者，然因近年新生兒出生數及粗出生率逐年下降(如下表)，患者人數逐年遞減中，醫療服務提供逐年下降實屬合理，此外因早期篩檢早期治療，後續較不需要矯治的醫療服務。

| 年度 | 出生數 | 粗出生率 |
|---|---|---|
| 104年 | 213,093 | 9.08 |
| 105年 | 207,600 | 8.83 |
| 106年 | 194,616 | 8.26 |



(三)特定障別中，以極重症病患就醫率最低、申報院所也下降，除治療難度較高、支付條件外，請深入了解在實務推動上窒礙難行之處。

回覆：極重度歷年申報情形如下表，申報院所數僅於104年略為下降，但整體仍呈現上升的趨勢，另就醫率的部分因部分身障患者就醫時以一般身分申報，其就醫率容易被低估。

| 年度/項目 | 就醫人數 | 就醫總人次 | 申報院所數 | 申報總天數 |
|---|---|---|---|---|
| 102年 | 7,668 | 23,809 | 389 | 12,357 |
| 103年 | 8,577 | 23,984 | 393 | 12,485 |
| 104年 | 8,812 | 25,099 | 386 | 13,390 |
| 105年 | 9,442 | 26,796 | 461 | 14,604 |
| 106年 | 10,187 | 29,979 | 490 | 16,954 |



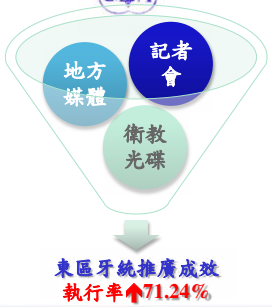
# 三、牙周病統合照護計畫

(一)整體執行率已達成目標值，惟東區受限於地理環境，執行率較低，請持續鼓勵與宣導。

回覆：東區牙周病統合計畫於執行前期執行率相較於其他分區低，東區積極結合地方電視台及藉由透過紀者會媒體推廣牙周病防治的宣導，提高民眾對牙周病的認識瞭解自身牙周狀況，鼓力醫師參與計畫提供口腔專業照護，及提升花東地區民眾對於本計畫瞭解及對於口腔照護的重視。推動成果106年執行率相較於105年提升71.24%。

| 分區 | P4002C(第二階段) | | |
|---|---|---|---|
| | 105年執行件數 | 106年執行件數 | 成長率 |
| 東區 | 2,347 | 4,019 | 71.24% |






東區牙統推廣成效
執行率↑71.24%

(二) 成效評估除呈現術前及接受牙周統合照護3個月後，牙周囊袋深度的改善情形外，宜長期追蹤患者口腔健康的改善成效。

回覆：一、牙周健康狀況改善情形抽樣調查追蹤中顯示，牙周囊袋深度均有大幅降低，病情改善（全口牙周囊袋平均探測深度降低達0.70mm。術前≧5mm牙周囊袋平均探測深度降低1.98mm）；就醫民眾自我口腔清潔照護的能力大幅提升(牙菌斑指數平均改善達37.76%)。

| 年度 | 牙周病囊袋-全口牙周囊袋 | | | 牙周病囊袋-術前≧5mm | | | 牙菌斑指數改善情形 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 治療前 | 治療後 | 改善程度 | 治療前 | 治療後 | 改善程度 | 治療前 | 治療後 | 改善率 |
| 102年 | 3.04 | 2.27 | 0.77 | 5.49 | 3.60 | 1.89 | 61.46% | 24.81% | 36.65% |
| 103年 | 3.07 | 2.36 | 0.71 | 5.65 | 3.63 | 2.02 | 65.48% | 23.87% | 41.61% |
| 104年 | 2.99 | 2.29 | 0.70 | 5.58 | 3.44 | 2.14 | 65.45% | 26.49% | 38.96% |
| 105年 | 2.99 | 2.34 | 0.65 | 5.46 | 3.55 | 1.91 | 65.65% | 28.85% | 36.80% |
| 106年 | 2.88 | 2.20 | 0.68 | 5.42 | 3.51 | 1.92 | 67.27% | 32.50% | 34.77% |



二、對長期追蹤牙周病患者口腔健康狀況，104年新增「牙周病支持性治療」建立定期的追蹤管理機制，透過定期回診經由牙結石清除、牙菌斑偵測及去除維護教導，瞭解病患本人自身口腔狀況。

三、104年新增項目執行迄107年第1季「牙周病支持性治療」共照護477,170人次。繼續提升病患定期回診機制為長期追蹤患者口腔健康主要目標。

| 年度 | 104 | 105 | 106 | 107Q1 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|
| 牙周病支持性治療 91018C | 45,220 | 136,200 | 224,838 | 70,912 | 477,170 |



(三) 牙周病照護與民眾牙齒保存率及口腔健康息息相關，在108年導入一般服務作為常規性治療前，請牙醫部門即早規劃、評估所需的醫療費用，並建立監測、成效評估指標。

回覆：

1. 原牙周病統合照護計畫第四項（三）給付項目及支付標準，支付項目移至支付標準表第三部牙醫第三節牙周病學，建議新增支付代碼為91021C~91023C。
2. 原牙周病統合照護計畫第七項審查方式，納入審查注意事項第三部第五章牙周病新增第六點1至4項。
3. 原牙周病統合照護計畫第八項臨床治療指引，修改申報代碼為91021C-91023C後，納入「全民健保牙醫門診總額臨床治療指引」。
4. 牙周病統合照護計畫第十二項成效評估指標，研議納入「品質保證保留款實施方案」獎勵指標項目。
5. 其它牙周病統合照護計畫相關內容，草擬匯整「牙周病統合性治療實施方案」辦理。



thank you!

謝謝聆聽

THANK YOU FOR YOUR ATTENTION

# 四、中醫門診總額(含一般服務、專案計畫)

# 中醫門診總額一般服務執行成果報告

黃頌儼 醫師
中華民國中醫師公會全國聯合會
健保會評核會議規劃小組召集人



## 報告大綱

壹、年度重點項目之推動與未來規劃
貳、就106年評核委員評論意見與期許之回應說明
參、維護保險對象就醫權益
肆、專業醫療服務品質之確保與提升
伍、協商因素項目之執行情形
陸、總額之管理與執行績效

## 壹、年度重點項目之推動與未來規劃

### 必要項目：就醫率之檢討與改善規劃

| | |
|---|---|
| 醫師端 | ・推動各項專案<br>・配合政策，正確申請職災案件 |
| 民眾端 | ・推行「中醫穴位護眼操」、「中醫護鼻健康操」<br>・辦理中醫推廣活動，如小華佗營、中醫藥博覽會、養生講座 |



## 壹、年度重點項目之推動與未來規劃

### 必要項目：專案計畫之整體檢討與後續規劃

## 壹、年度重點項目之推動與未來規劃

### 自選項目：中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

**(一)無中醫鄉逐年減少**

**(二)無中醫鄉巡迴率逐年上升**

## 壹、年度重點項目之推動與未來規劃

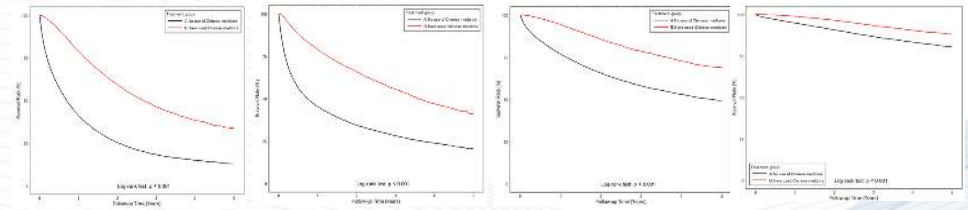
### 自選項目：中醫癌症患者加強照護整合方案

**肺癌**病患在使用相關中醫藥資源治療組別其5年存活率比未使用中醫藥資源治療組別的5年**存活率高約22%**

**大腸癌**病患在使用相關中醫藥資源治療組別其5年存活率比未使用中醫藥資源治療組別的5年**存活率高約20%**

**肝癌**病患在使用相關中醫藥資源治療組別其5年存活率比未使用中醫藥資源治療組別的5年**存活率高約20%**

**女性乳房癌**病患在使用相關中醫藥資源治療組別其5年存活率比未使用中醫藥資源治療組別的5年的**存活率高約5%**

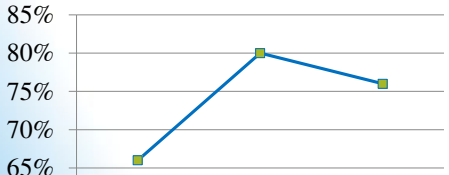




## 壹、年度重點項目之推動與未來規劃

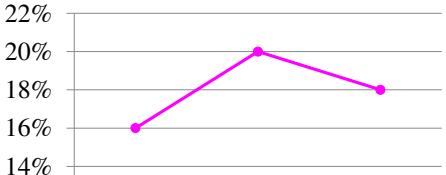
### 自選項目：
### 中醫提升孕產照護品質計畫

**保胎成功率：66%-80%**




| | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|
| 保胎 | 66% | 80% | 76% |

**助孕成功率：16%-20%**




| | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|
| 助孕 | 16% | 20% | 18% |



## 貳、評核委員評論意見與期許之回應說明

- 整體性意見
- 對中醫門診總額意見

※請參閱紙本報告

部分資料於後面簡報中呈現~

## 評核委員評論意見與期許之回應說明

地區預算分配應著重各地區人口的實際需要，「人口數占率」應持續前進，以落實「錢跟著人走」政策，並逐步引導醫師分布。另，分配公式保留1%，作為「偏鄉人口預算分配調升機制」之用，宜提出其成效評估資料。

- 中醫師公會全聯會於106年11月邀請教授團隊針對「中醫門診總額支付制度地區預算分配」進行研究。
- 楊銘欽教授團隊於107年4月30日提供研究初步成果，其結論與建議
  - 優先選擇模式為「事前分配」。
  - 其次建議的模式為「調整現有分配的指標數及其權重」。
  - 第三優先建議的模式為考慮「跨區撥補」。



## 評核委員評論意見與期許之回應說明

- 中醫自95年起改變地區預算分配方式〔分配參數取消R值(各地區校正人口風險後保險對象人數)〕，建議以該年為分界，分析每萬人口醫師數及每年增加醫師人數，以利了解人力分布的變化情形。
  - 已重新將R值列入分配參數中，但短時間尚內無法看出中醫師人力分布的改變與R值的變動之差異。
  - 花東地區配合中醫醫療機構負責醫師訓練計畫，有效的將應屆中醫師留在花東服務，使得東區執業中醫師人數明顯上升。





## 評核委員評論意見與期許之回應說明

### 107年3月與前年度同期之中醫師數變化情形

| 年月 | 台北 | 北區 | 中區 | 南區 | 高屏 | 東區 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 103年3月 | 1,740 | 711 | 1,622 | 752 | 806 | 94 | 5,725 |
| 104年3月 | 1,797 | 726 | 1,654 | 773 | 828 | 99 | 5,877 |
| 105年3月 | 1,818 | 760 | 1,687 | 793 | 863 | 108 | 6,029 |
| 106年3月 | 1,856 | 782 | 1,733 | 812 | 903 | 112 | 6,198 |
| 107年3月 | 1,924 | 791 | 1,785 | 848 | 932 | 128 | 6,408 |
| 成長率 | 37% | 1.2% | 3.0% | 4.4% | 3.2% | 14.3% | 3.4% |
| 增減醫師數 | 68 | 9 | 52 | 36 | 29 | 16 | 210 |

### 107年3月與前年度同期之「醫院執業」中醫師數變化情形

| 年月 | 台北 | 北區 | 中區 | 南區 | 高屏 | 東區 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 103年3月 | 156 | 88 | 164 | 122 | 65 | 25 | 620 |
| 104年3月 | 176 | 84 | 187 | 127 | 69 | 26 | 669 |
| 105年3月 | 187 | 90 | 201 | 128 | 83 | 29 | 718 |
| 106年3月 | 195 | 97 | 199 | 137 | 95 | 33 | 756 |
| 107年3月 | 210 | 103 | 202 | 147 | 99 | 40 | 801 |
| 成長率 | 7.7% | 6.2% | 1.5% | 7.3% | 4.2% | 21.2% | 6.0% |
| 增減醫師數 | 15 | 6 | 3 | 10 | 4 | 7 | 45 |

## 評核委員評論意見與期許之回應說明

- 近年就醫人數負成長，但平均每人就醫次數增加，建議中醫部門正視病人數減少現象，並釐清平均每人就醫次數增加，是疾病惡化亦或創造服務需求量。

- 近年來已注意到中醫利用率下降問題，積極推廣中醫活動，如小華佗營、中醫藥博覽會並於國小課綱增加中醫相關課題，未來在年輕族群就診上將有逐漸增加的可能性。
- 老年人看診中醫比例逐漸減少(原因為老人外出就醫相對不便)，本會正評估在宅醫療可能性。
- 目前已整合中醫癌症專案計畫，增加服務重症癌症族群，本會密切關注往後發展趨勢，並持續追蹤。

# 參、維護保險對象就醫權益

- 醫療服務品質調查結果及檢討及改善措施
- 民眾諮詢及抱怨處理
- 民眾自費情形及改善措施
- 就醫可近性及公平性之改善措施
- 醫療資源分布情形
- 其他確保民眾就醫權益之措施

# 滿意度．調查結果(106年vs.105年)

| | 滿意度 |
|---|---|
| 對整體醫療結果 | **+4.7%** (88.9%=>93.6%) |
| 對醫師看病及治療過程 | **+3.8%** (90.8%=>94.6%) |

| | 「每次都有」的比例 |
|---|---|
| 醫護人員有無以簡單易懂的方式解說病情與照護方法 | **+6.4%** |
| 會跟醫師討論照護或治療方式 | **+4.6%** |
| 醫護人員有無進行衛教指導 | **+1.2%** |





# 醫療品質滿意度調查結果之檢討及改善措施-1

**滿意度達90%以上，持續並維持現有滿意度**

- 對整體醫療結果滿意度(93.6%)
- 對醫師看病及治療過程滿意度(94.6%)

**檢討及改善措施**

- 整體及醫師看病及治療花費時間滿意度呈現平緩增加，本會將持續觀察追蹤，期能持續進步。
- 醫護人員有無進行衛教指導，其中「從來沒有」項目，由102年42.4%下降至106年31%，但相較前一年(105年24.8%)略增。本會將於中醫會訊上刊登相關訊息，提醒中醫醫療院所注意與確實執行。

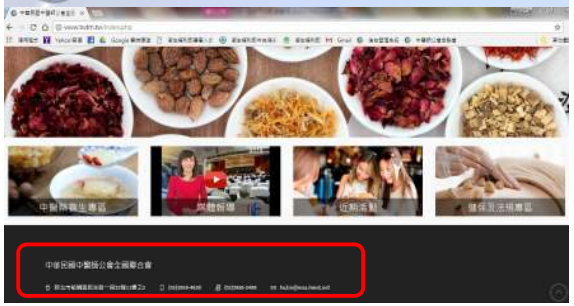


# 民眾諮詢及申訴管道-1

- 中醫會訊提供檢舉申訴專線、E-mail信箱，另已增設QR Code回覆表單，由專人處理。
- 各縣市公會網頁提供連絡信箱溝通平台，提供就醫民眾諮詢、申訴之用。
- 中醫就診須知上加印公會申訴電話。
- 已增設FB諮詢及投訴平台。

**https://www.facebook.com/中華民國中醫師公會全國聯合會-176710462818315/**

# 民眾諮詢及申訴管道-2

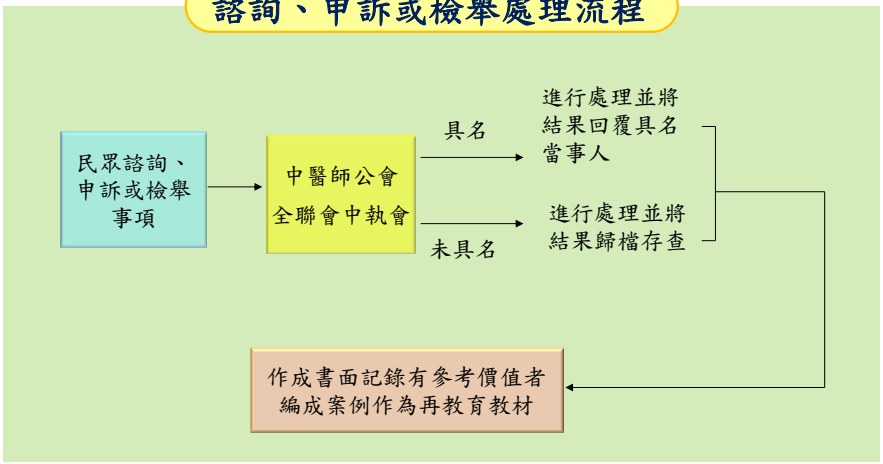


| 分會 | 聯絡人 | 電話 |
|---|---|---|
| 台北區 | 李珮茹 | 02-2314-0277 |
| 北　區 | 洪芳末 | 03-436-5567 |
| 中　區 | 楊雨軒 | 04-2235-8562 |
| 南　區 | 李侑玹 | 06-250-2912 |
| 高屏區 | 蘇綉萍 | 07-550-5551 |
| 東　區 | 陳美樺 | 03-833-0861 |
| 全聯會 | 王逸年 | 02-2959-4939-1 |

全聯會檢舉申訴專線
申訴專線
02-29500839
傳真
02-29592499

# 民眾諮詢及抱怨處理-1

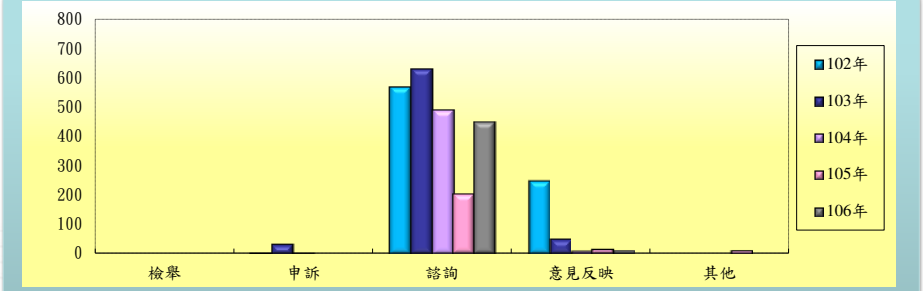
## 諮詢、申訴或檢舉處理流程






# 民眾諮詢及抱怨處理-2

## 民眾及會員意見反映統計



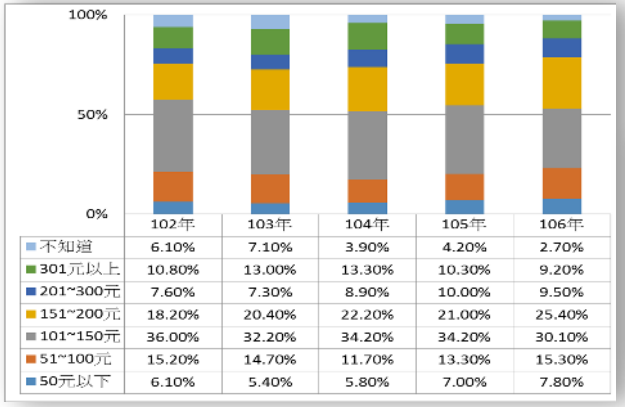

| | 檢舉 | 申訴 | 諮詢 | 意見反映 | 其他 |
|---|---|---|---|---|---|
| 102年 | 0 | 4 | 569 | 250 | 0 |
| 103年 | 0 | 32 | 630 | 50 | 0 |
| 104年 | 0 | 3 | 491 | 11 | 0 |
| 105年 | 0 | 1 | 203 | 16 | 10 |
| 106年 | 0 | 0 | 449 | 12 | 0 |



# 民眾自費情形-1

## 每次就醫總費用

106年民眾**最近一次看中醫門診的就醫總費用**，約30.10%支付總費用為101~150元，比例最高(105年此項是34.20%，有下降4.1%)。

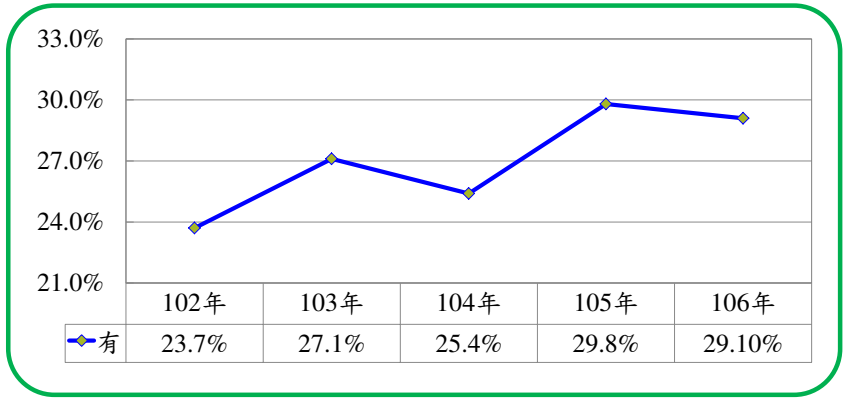



| | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|
| 不知道 | 6.10% | 7.10% | 3.90% | 4.20% | 2.70% |
| 301元以上 | 10.80% | 13.00% | 13.30% | 10.30% | 9.20% |
| 201~300元 | 7.60% | 7.30% | 8.90% | 10.00% | 9.50% |
| 151~200元 | 18.20% | 20.40% | 22.20% | 21.00% | 25.40% |
| 101~150元 | 36.00% | 32.20% | 34.20% | 34.20% | 30.10% |
| 51~100元 | 15.20% | 14.70% | 11.70% | 13.30% | 15.30% |
| 50元以下 | 6.10% | 5.40% | 5.80% | 7.00% | 7.80% |

## 民眾自費情形-2

### 除掛號費與部分負擔，有無自付其他費用

106年民眾**約69.8%的民眾沒有被要求支付除了掛號費、部分負擔以外的其他費用**，但有29.1%民眾有被要求支付其他費用。

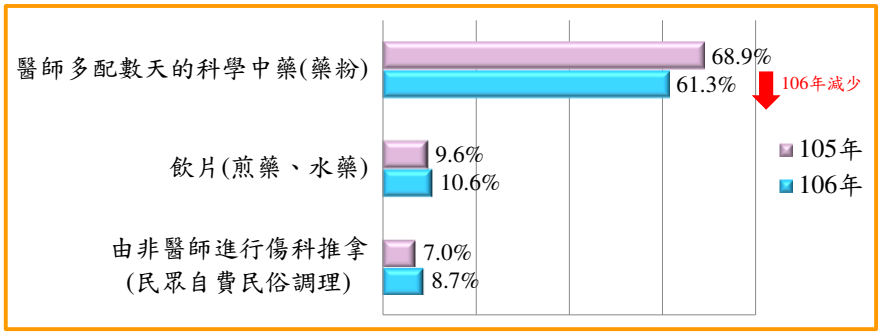





## 民眾自費情形-3

### 自付其他費用前3名項目

106年民眾自付費用前3名項目依序為「醫師多配數天的科學中藥(藥粉)」、「飲片(煎藥、水藥)」、「由非醫師進行傷科推拿(民眾自費民俗調理)」

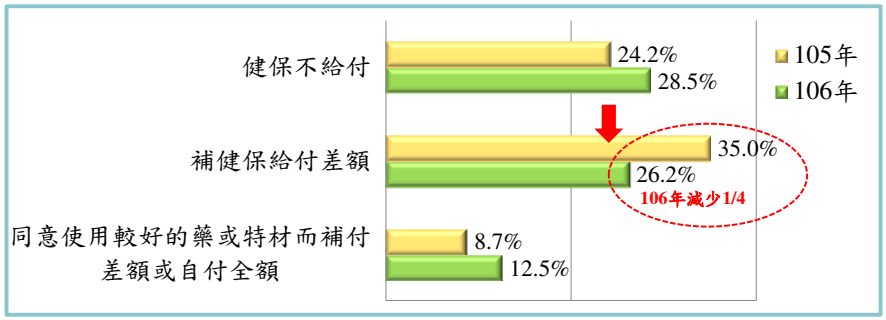





## 民眾自費情形-4

### 自付其他費用前3名原因

106年民眾自付費用前3名原因依序為「健保不給付」、「補健保給付差額」、「同意使用較好的藥或特材而補付差額或自付全額」

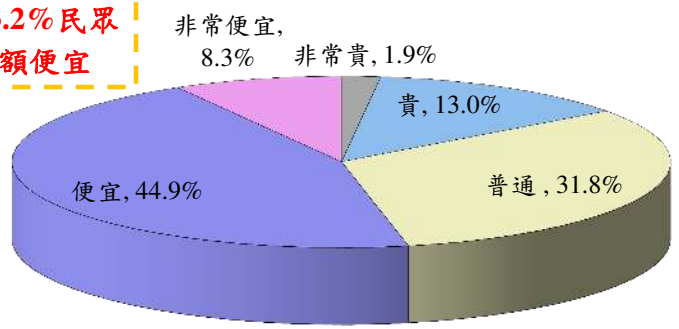





## 民眾自費情形-5

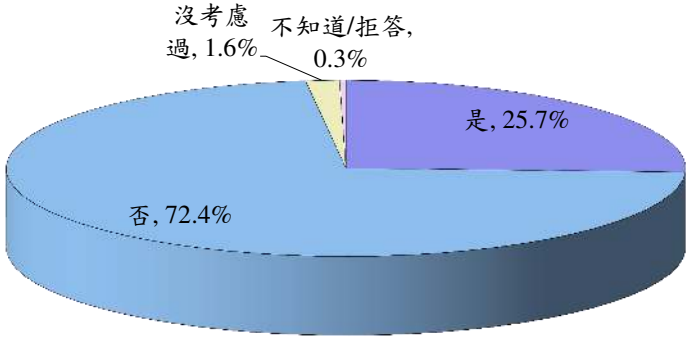
### 對院所自費金額的感受(106年新增)

以最近一次看中醫經驗來說，**約有53.2%民眾認為自費金額便宜**



# 民眾自費情形-6

- 因就醫費用過高而不就診(104年起新增)




約有72.4%民眾未曾有因為就醫費用過高而不就診的情形



# 民眾自費情形-7

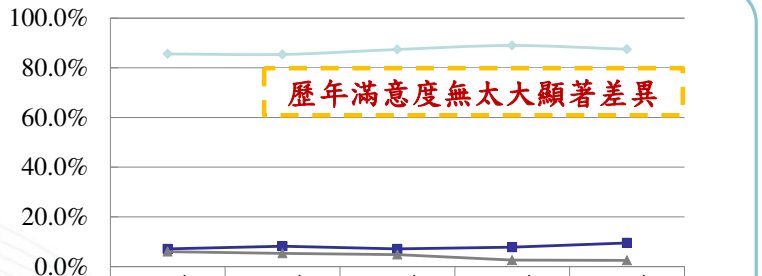
**檢討及改善**

- 建立民眾自費監控機制
- 加強宣導(不給付項目、自費品項與部分負擔說明)
- 公告收費標準表：請中醫醫療院所張貼於明顯處，各縣市衛生局皆有提供收費標準

全國各縣市皆有收費標準表→→

# 就醫民眾對中醫門診總額就醫可近性-1

對預約到(或看到)中醫師的容易度



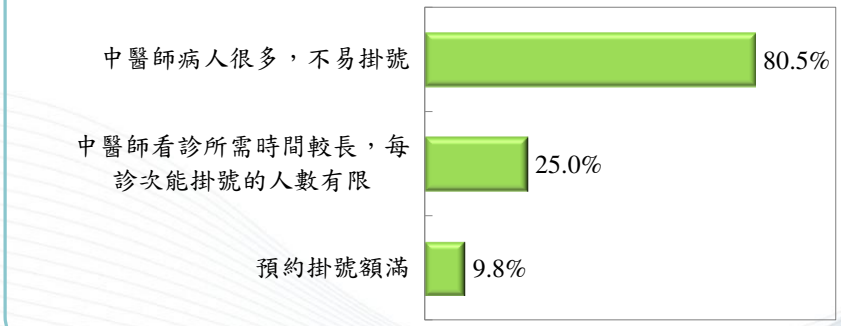

| | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|
| 滿意度 | 85.6% | 85.4% | 87.4% | 89.0% | 87.5% |
| 不滿意度 | 7.10% | 8.20% | 7.10% | 7.80% | 9.50% |
| 普通 | 6.00% | 5.30% | 4.80% | 2.60% | 2.50% |



# 就醫民眾對中醫門診總額就醫可近性-2

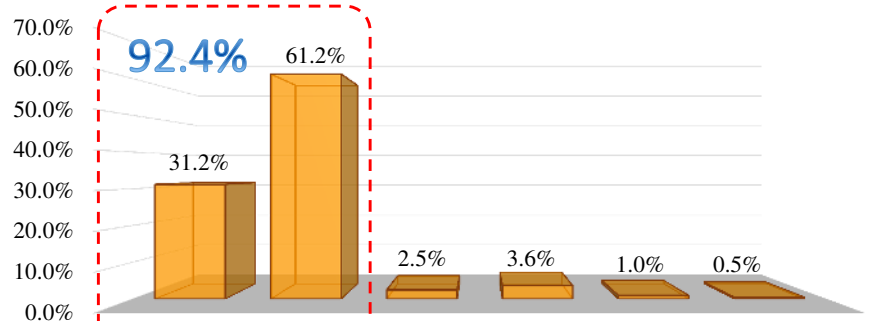
不容易看到中醫師的前三項原因

此題僅130人回答(調查人數1,033人)



## 就醫民眾對中醫門診總額就醫可近性-3

### 對院所交通便利性的滿意度

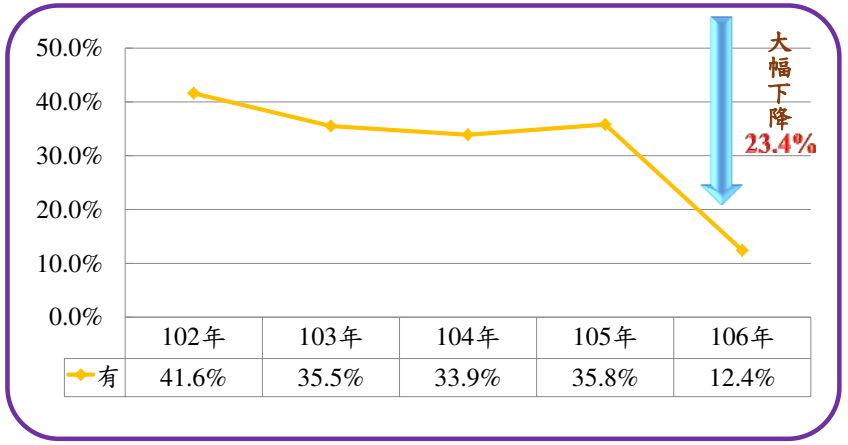



| | 非常滿意 | 滿意 | 普通 | 不滿意 | 非常不滿意 | 不知道/拒答 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 滿度度 | 31.2% | 61.2% | 2.5% | 3.6% | 1.0% | 0.5% |



## 就醫民眾對中醫門診總額就醫可近性-4

### 曾經在假日有就醫(中醫)需要的比率

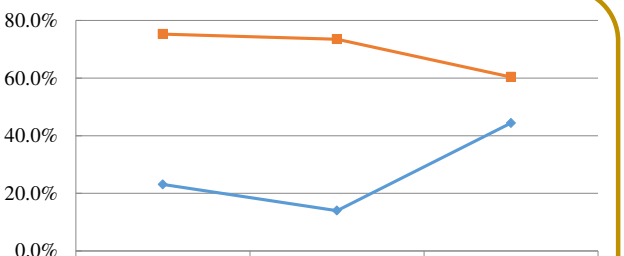



| | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|
| 有 | 41.6% | 35.5% | 33.9% | 35.8% | 12.4% |



## 就醫民眾對中醫門診總額就醫可近性-5

### 假日就診(中醫)統計

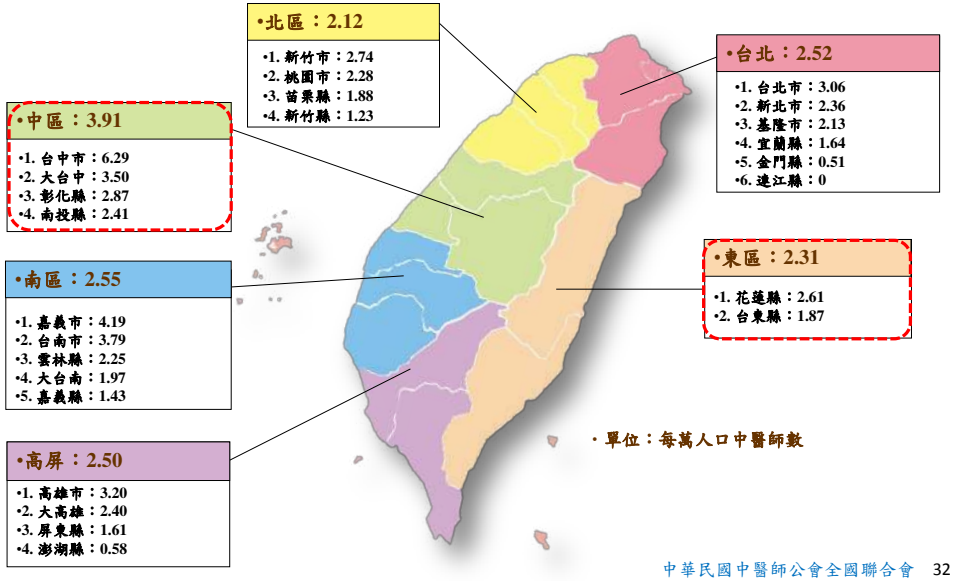



| | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|
| 假日能在當地找到其他就醫診所的比率 | 75.3% | 73.5% | 60.4% |
| 假日無法找到其他就醫診所而感到不便比率 | 23.1% | 14.0% | 44.4% |



## 就醫可近性之中醫師地理分佈情形探討

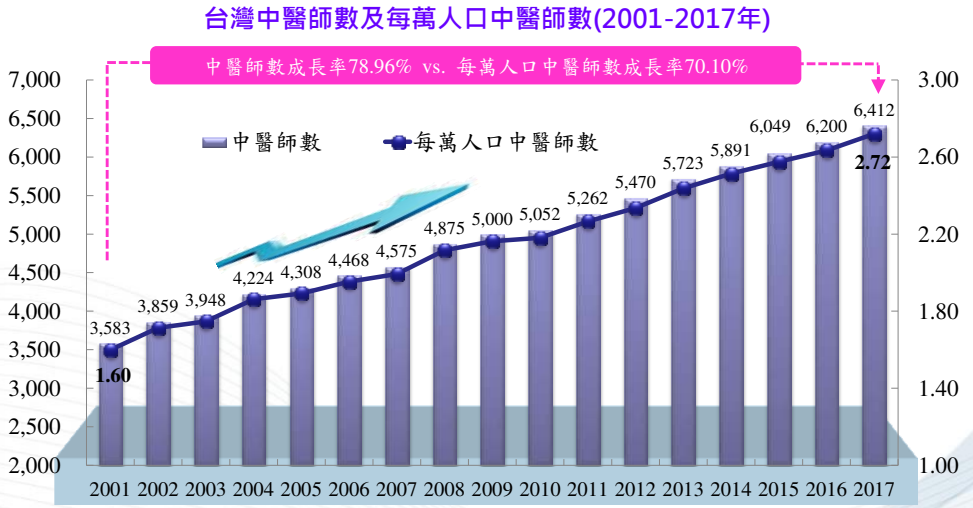
### 台灣每萬人口執業及特約中醫師數(六區、縣市別)2017年



## 其他確保民眾就醫權益及可近性之改善措施-1

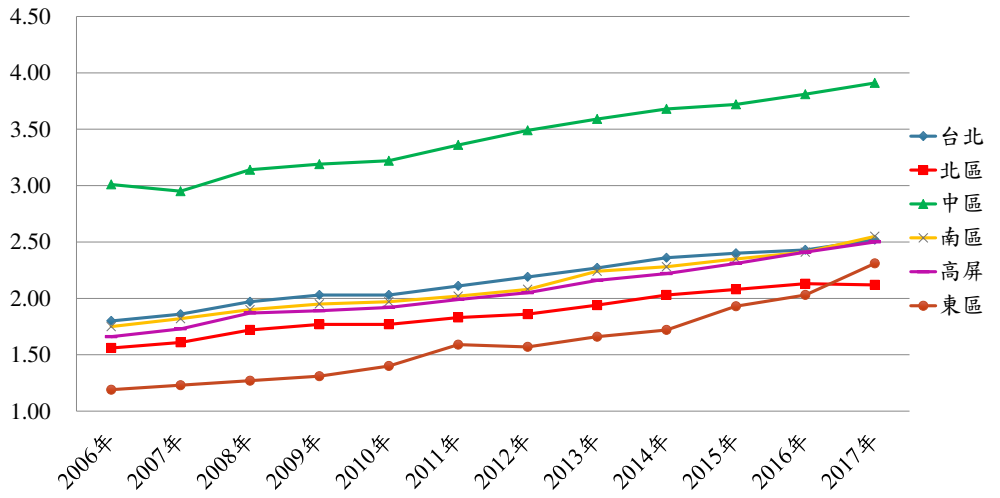
宣導:於中醫會訊上刊登「開業執業紅黃綠燈區」

## 台灣中醫師數及每萬人口中醫師數(2001-2017年)






## 2006年至2017年各區台灣特約每萬人口中醫師數





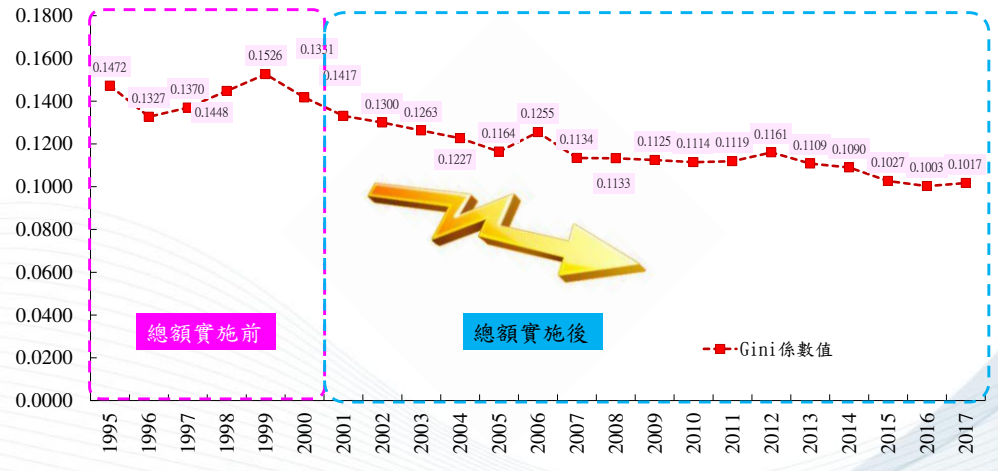

## 2006年至2017年各區台灣特約每萬人口中醫師數

| 年度 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011年 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 台北 | 1.80 | 1.86 | 1.97 | 2.03 | 2.03 | 2.11 |
| 北區 | 1.56 | 1.61 | 1.72 | 1.77 | 1.77 | 1.83 |
| 中區 | 3.01 | 2.95 | 3.14 | 3.19 | 3.22 | 3.36 |
| 南區 | 1.75 | 1.82 | 1.90 | 1.95 | 1.97 | 2.02 |
| 高屏 | 1.66 | 1.73 | 1.87 | 1.89 | 1.92 | 1.99 |
| 東區 | 1.19 | 1.23 | 1.27 | 1.31 | 1.40 | 1.59 |
| 全局 | 1.95 | 1.99 | 2.12 | 2.16 | 2.18 | 2.27 |
| 中區/全局 | 1.54 | 1.48 | 1.48 | 1.48 | 1.48 | 1.48 |

| 年度 | 2012年 | 2013年 | 2014年 | 2015年 | 2016年 | 2017年 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 台北 | 2.19 | 2.27 | 2.36 | 2.40 | 2.43 | 2.52 |
| 北區 | 1.86 | 1.94 | 2.03 | 2.08 | 2.13 | 2.12 |
| 中區 | 3.49 | 3.59 | 3.68 | 3.72 | 3.81 | 3.91 |
| 南區 | 2.08 | 2.24 | 2.28 | 2.35 | 2.41 | 2.55 |
| 高屏 | 2.05 | 2.16 | 2.22 | 2.31 | 2.41 | 2.50 |
| 東區 | 1.57 | 1.66 | 1.72 | 1.93 | 2.03 | 2.31 |
| 全局 | 2.34 | 2.44 | 2.51 | 2.57 | 2.63 | 2.72 |
| 中區/全局 | 1.49 | 1.47 | 1.45 | 1.44 | 1.45 | 1.45 |

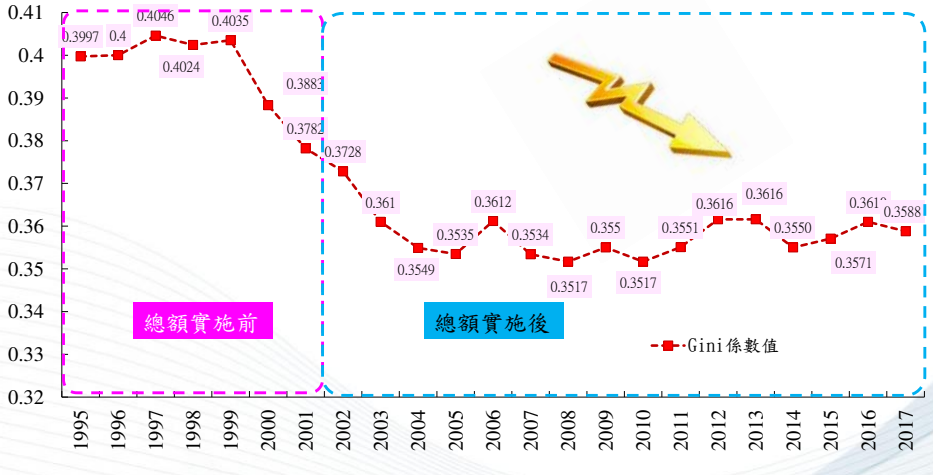
逐漸趨緩

## 台灣特約中醫師人力地理分布 (六區別Gini係數趨勢圖)





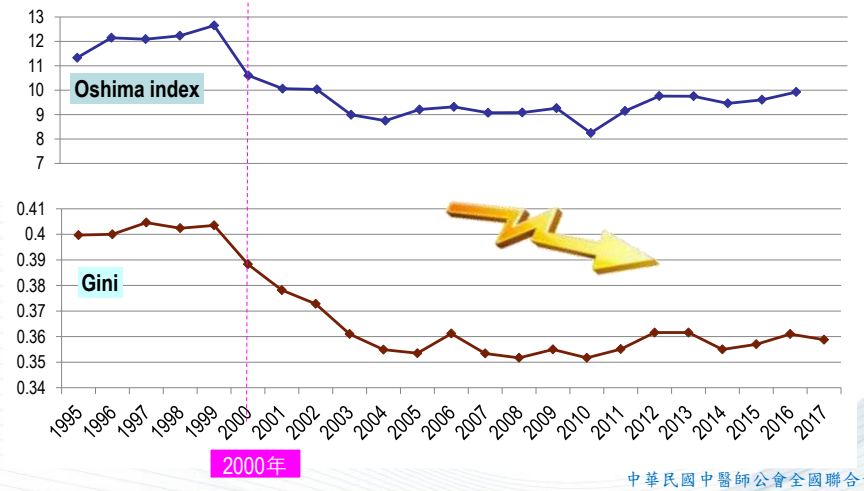

## 台灣特約中醫師人力地理分布 (鄉鎮市區別Gini係數趨勢圖)






## 台灣特約中醫師人力地理分布 (鄉鎮市區別Oshima index趨勢圖)

## 台灣特約中醫師人力地理分布 (鄉鎮市區別Gini係數趨勢圖/Oshima index趨勢圖)



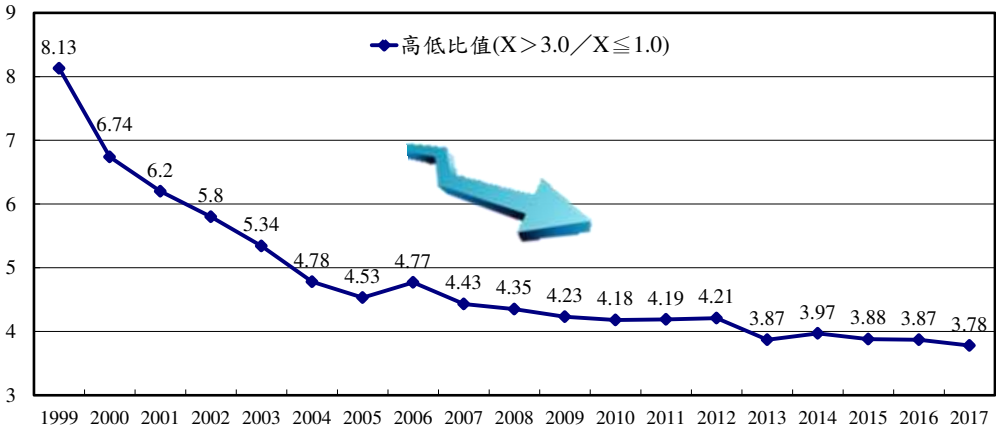
## 每萬人口中醫師數各區間變化(以1999年為基期)

| 1999年<br>每萬人口中醫師數區間 | 1999 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2017 VS. 1999 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| X≦1.0 | 0.5036 | 1.1039 | 1.1475 | 1.1894 | 1.2946 | 1.3148 | 1.3676 | 1.4145 | 1.4776 | 1.93 |
| 1.0≦X≦2.0 | 1.4880 | 2.2366 | 2.2995 | 2.4027 | 2.5028 | 2.5983 | 2.6623 | 2.6985 | 2.7638 | 0.86 |
| 2.0≦X≦3.0 | 2.3655 | 3.4092 | 3.5858 | 3.4387 | 3.6016 | 3.6665 | 3.7231 | 3.7937 | 3.9679 | 0.68 |
| X>3.0 | 4.0962 | 4.6162 | 4.8085 | 5.0114 | 5.0060 | 5.2189 | 5.3012 | 5.4721 | 5.5841 | 0.36 |
| **高低比值(X>3.0／X≦1.0)** | 8.13 | 4.18 | 4.19 | 4.21 | 3.87 | 3.97 | 3.88 | 3.87 | 3.78 | - |

資料來源：1.中醫師數-衛生福利部生命統計資訊網1999年至2017年衛生統計系列(醫政)醫療院所醫事人員數-按鄉鎮別分。
2.人口數-內政部統計月報，臺閩地區各鄉鎮市區人口數1999至2017年。
資料日期：107年5月31日
**註：以1999年每萬人口中醫師數鄉鎮分布區間為比較基礎。**



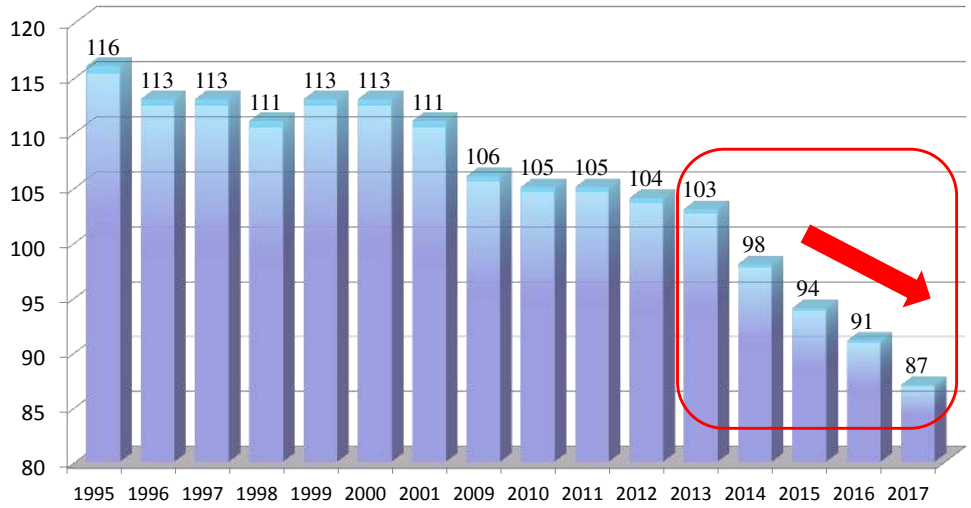
## 每萬人口中醫師數各區間變化(以1999年為基期)




**註：以1999年每萬人口中醫師數鄉鎮分布區間為比較基礎。**
高低比為每萬人口中醫師數>3.0鄉鎮／每萬人口中醫師數≦1.0鄉鎮



## 台灣無中醫鄉鎮數變遷情形 (1995-2017年)

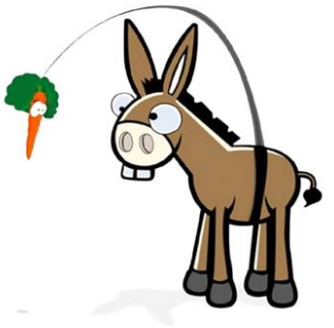





## 均衡醫療資源及就醫公平性

- **檢討與建議**
  - **中醫醫療資源充裕地區中醫師數雖仍有成長，但趨勢明顯趨緩。**
  - **中醫醫療資源分布總額後明顯較為均衡，就醫公平性明顯提升。**
  - **建議規劃將醫療資源分布及就醫權益公平性納入協商因素項目。**

(以紅蘿蔔代替棍棒)



## 其他確保民眾就醫權益及可近性之改善措施-1

【辦理養生保健講座】

【辦理國際學術大會】

【辦理中醫藥博覽會活動】

【辦理小華佗營活動】



## 其他確保民眾就醫權益及可近性之改善措施-2

【推行中醫穴位護眼操、護鼻操】

【榮獲內政部績優社團「特優」肯定】

【製作健保業務相關宣導海報】

【製作中醫養生健保手冊】



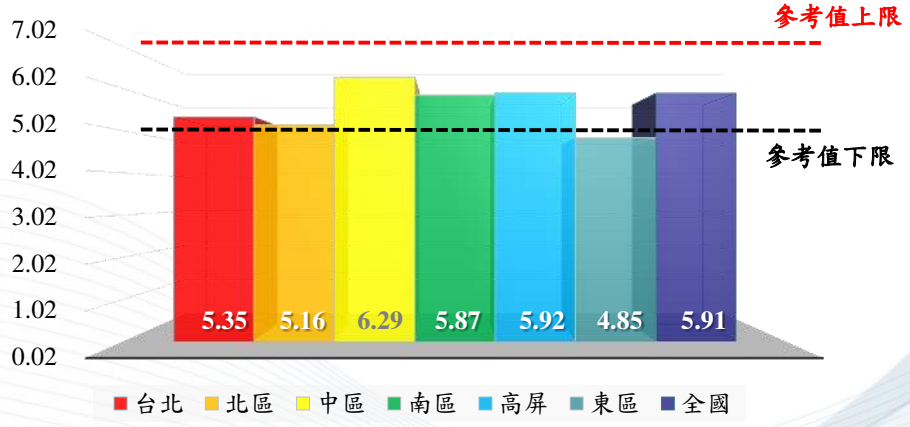


## 肆、專業醫療服務品質之確保與提升

- 品質指標監測結果
- 其他改善專業醫療服務品質或健康改善之具體措施

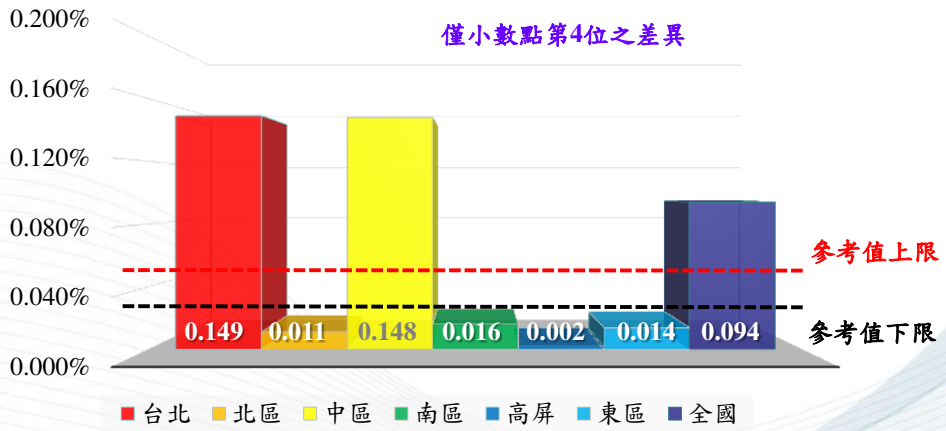
## 中醫總額專業醫療服務品質指標(106年)

各區 平均 中醫就醫次數



## 中醫總額專業醫療服務品質指標(106年)

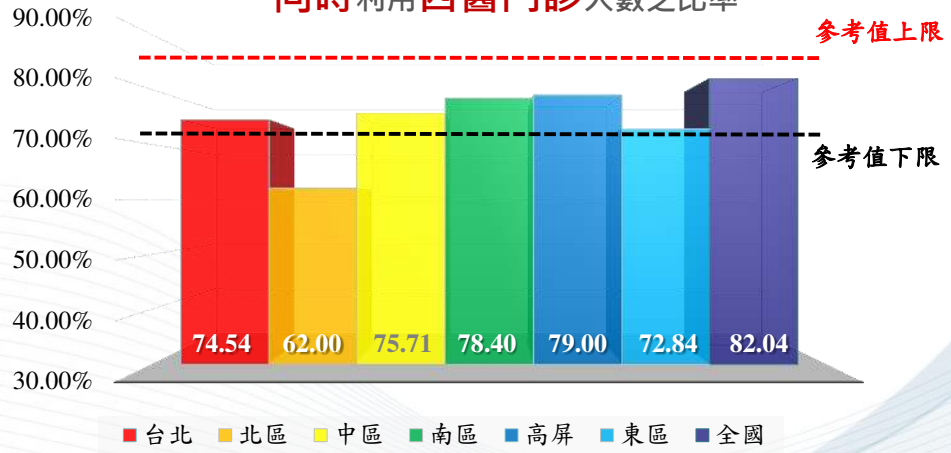
各區於**同院所針傷科**處置次數
每月大於**15次**之比率(97Q3新增)






## 中醫總額專業醫療服務品質指標(106年)

各區使用中醫門診之**癌症**病人
**同時**利用**西醫門診**人數之比率






## 其他品質監測指標(106年)

- **加強感染控制執行率**
  分子：中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季合格機構數
  分母：中醫門診特約醫療院所數
  **執行率 = 3,606/3,683=97.91%**

- **加強感染控制合格率(抽審5%)**
  分子：中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季實際訪查合格院所數
  分母：中醫門診特約醫院所加強感染控制截至該季實際訪查院所數
  **合格率 = 184/185=99%**

- **中藥藥袋標示合格率**
  分子：中醫門診特約醫療院所藥袋標示截至該季合格機構數
  分母：中醫門診特約醫療院所數
  **3,653/3,683=99.18%**



## 其他改善專業醫療服務品質具體措施

- **建立中醫門診總額傷科標準作業程序及品質提升計畫**

- **健全中醫師臨床訓練制度 --中醫負責醫師訓練計畫**

- **中藥用藥安全推動**

# 伍、協商因素項目之執行情形

- 給付項目及支付標準修訂
- 其他協商因素項目
- 品質保證保留款實施方案

# 106年支付標準之增修情形-1

- 針灸、傷科、脫臼整付及針灸(合併傷科)治療，以及一般門診診察費支付標準，有關每月看診日數之計算方式，增列「位於山地離島、花蓮縣及臺東縣之院所」超過上限者以每月實際看診日數計，並酌修文字。(第四部通則五、第一章一般門診診察費註5)

- 附表4.5.2複雜性傷科適應症，修正「頸椎骨折，閉鎖性」、「腰椎骨折，閉鎖性」、「胝骨及尾骨骨折，閉鎖性」及「未明示之脊柱骨折，閉鎖性」等項目原ICD-9-CM代碼對照之ICD-10-CM代碼。

**106年1月1日生效**



# 106年支付標準之增修情形-2

- 修訂中醫第四部通則六，專任醫師每月申報另開內服藥之針傷治療處置費，每月上限由「60人次」提高至「120人次」。

- 門診診察費第一階段每月看診日平均門診量在三十人次以下部分(≦30)及山地離島地區診察費，每項點數增加15點。

- 門診診察費註1.有護理人員在場服務者之定義，由「每位中醫師至少聘護理人員一名以上」改為「每位中醫師看診時須有護理人員在場服務」，並配合看診時段之VPN上傳作業。

**106年3月1日生效**



# 106年支付標準之增修情形-3

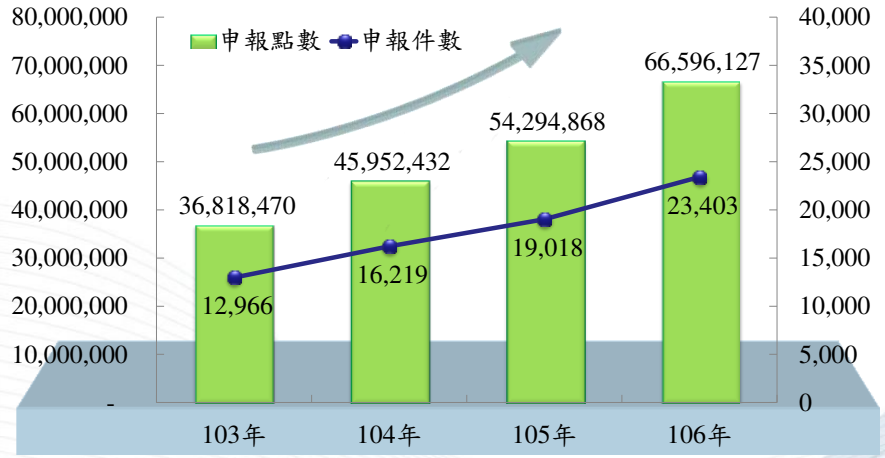
- 修訂醫師產假期間兼任醫師合理量計算規定之文字(通則九)，於106年5月1日起生效。

- 中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格醫院，每月看診日平均門診量在五十人次以下部分一般門診診察費(編號A82、A83、A84、A85)，每項點數增加十點，於106年5月1日起生效。

- 中醫(第四部)：新增「開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方」門診診察費診療項目計十四項，於106年10月1日起生效。

## 各年移列之項目後續執行情形

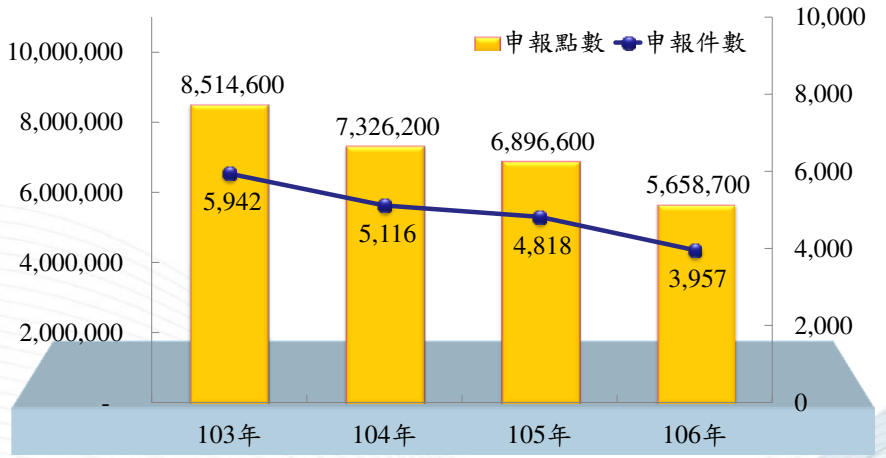
### 腦血管疾病及顱腦損傷疾病






## 各年移列之項目後續執行情形

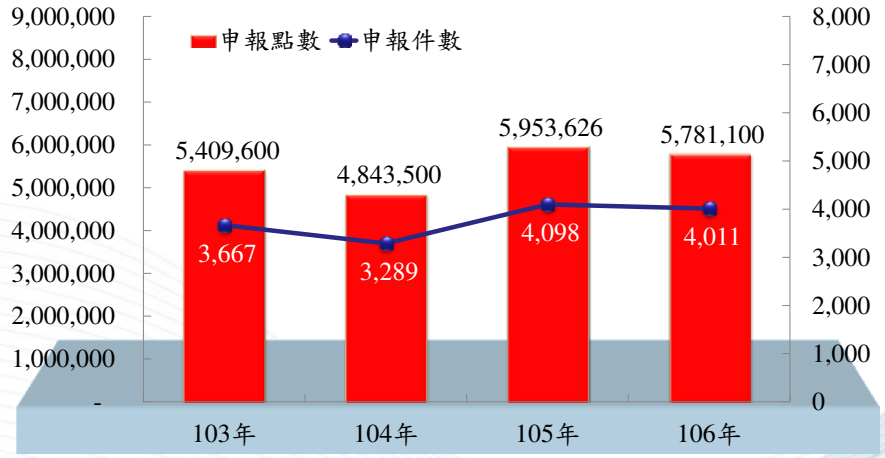
### 小兒腦性麻痺疾病






## 各年移列之項目後續執行情形

### 小兒氣喘疾病






## 品質保證保留款分配方式之精進

**106年：修訂第伍條預算分配方式之核算基礎(由100%調降為60%)**

| 不予核發 | 加計 | 減計 |
|---|---|---|
| 高資源核減高有違規無感控缺標示 | 無中醫鄉教研任務<br>週日看診<br>雲端藥歷即時查詢<br>假期排班 | 繼續教育不足<br>就診次數偏高<br>同日重複就診<br>重複用藥日數 |

106年第捌條新增加計基礎項目

全國符合核發家數2,959 占78.2%

## 品質保證保留款歷年實施結果-1

| 項目 | 91年 | 92年 | 93年 | 94年 | 95年 | 98年 | 99年 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 核發數(千元) | 51,110 | 56,177 | 68,957 | 70,567 | 51,702 | 18,635 | 9,609 |
| 總院所數 | 2,460 | 2,546 | 2,604 | 2,679 | 2,820 | 3,052 | 3,317 |
| 符合核發院所數 | 1,899 | 1,954 | 1,275 | 1,754 | 2,242 | 2,418 | 2,539 |
| 符合核發院所數佔率 | 77.20% | 76.75% | 48.96% | 65.47% | 79.50% | 79.23% | 76.55% |

註：96年、97年無品質保證保留款。



## 品質保證保留款歷年實施結果-2

| 項目 | 100年 | 101年 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 核發數(千元) | 19,334 | 39,284 | 19,950 | 20,994 | 20,994 | 21,965 |
| 總院所數 | 3,356 | 3,449 | 3,470 | 3,649 | 3,715 | 3,783 |
| 符合核發院所數 | 2,663 | 2,642 | 2,797 | 2,810 | 3,069 | 2,959 |
| 符合核發院所數佔率 | 79.35% | 78.52% | 78.92% | 77.01% | 82.61% | 78.22% |



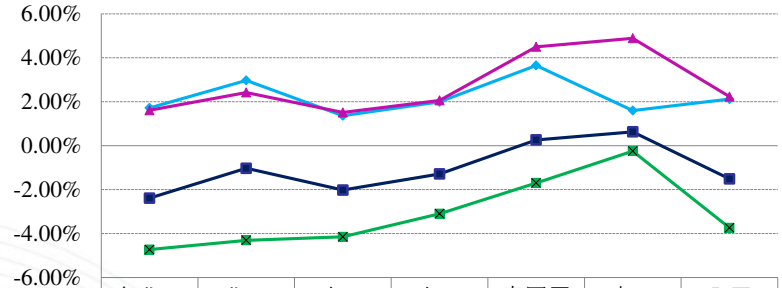
## 陸、總額之管理與執行績效

- 醫療利用(全國、分區)及費用管控情形
- 點值穩定度
- 專業審查及其他管理措施
- 院所違規情形及醫療機構輔導

## 醫療費用統計及費用管控情形

(1)人次利用成長率

±10%變動範圍

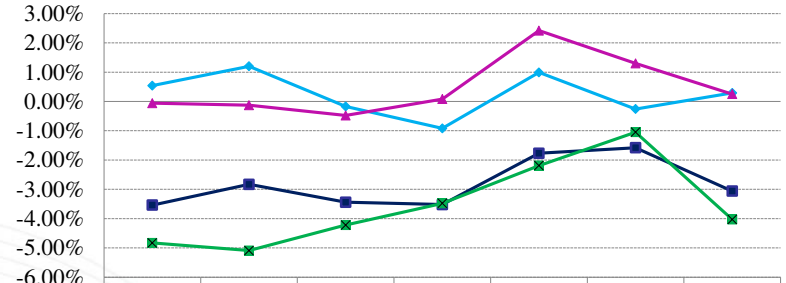



| | 台北區 | 北區 | 中區 | 南區 | 高屏區 | 東區 | 全國 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 106Q1 | 1.72% | 2.97% | 1.36% | 1.99% | 3.65% | 1.60% | 2.12% |
| 106Q2 | -2.39% | -1.03% | -2.02% | -1.29% | 0.26% | 0.63% | -1.51% |
| 106Q3 | 1.61% | 2.42% | 1.51% | 2.06% | 4.50% | 4.89% | 2.23% |
| 106Q4 | -4.73% | -4.31% | -4.15% | -3.10% | -1.70% | -0.25% | -3.74% |

## 醫療費用統計及費用管控情形

### (2)人數利用成長率

±10%變動範圍

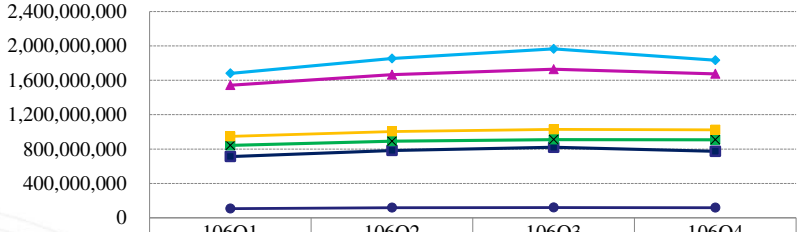



| | 台北區 | 北區 | 中區 | 南區 | 高屏區 | 東區 | 全國 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 106Q1 | 0.54% | 1.20% | -0.17% | -0.92% | 0.99% | -0.26% | 0.29% |
| 106Q2 | -3.54% | -2.83% | -3.44% | -3.52% | -1.77% | -1.58% | -3.06% |
| 106Q3 | -0.06% | -0.13% | -0.48% | 0.08% | 2.42% | 1.30% | 0.25% |
| 105Q4 | -4.83% | -5.09% | -4.22% | -3.48% | -2.19% | -1.05% | -4.03% |



## 醫療費用統計及費用管控指標

### (3)醫療費用申請點數變化情形



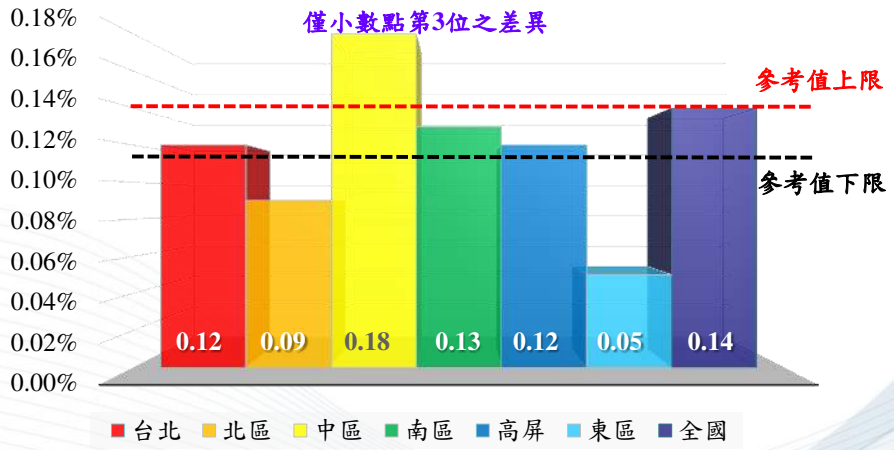

| | 106Q1 | 106Q2 | 106Q3 | 106Q4 |
|---|---|---|---|---|
| 台北區 | 1,680,557,872 | 1,852,904,375 | 1,964,601,696 | 1,833,007,079 |
| 北區 | 713,529,916 | 783,713,466 | 821,273,524 | 774,003,008 |
| 中區 | 1,542,647,675 | 1,665,185,492 | 1,728,130,172 | 1,674,797,511 |
| 南區 | 842,542,104 | 891,794,215 | 910,370,437 | 908,918,878 |
| 高屏區 | 947,437,381 | 1,004,132,620 | 1,028,931,012 | 1,024,644,086 |
| 東區 | 107,564,431 | 118,380,984 | 120,798,598 | 119,078,734 |





## 中醫總額專業醫療服務品質指標(106年)

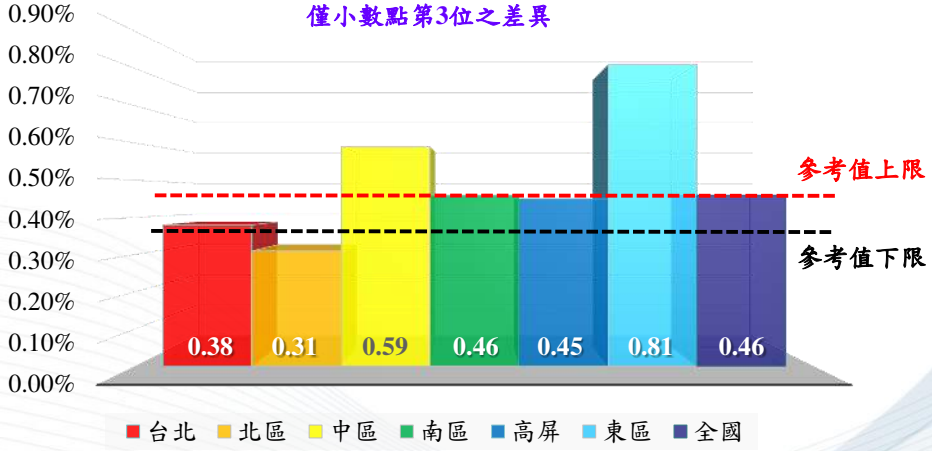
### 各區 同日 再次就診中醫之比率





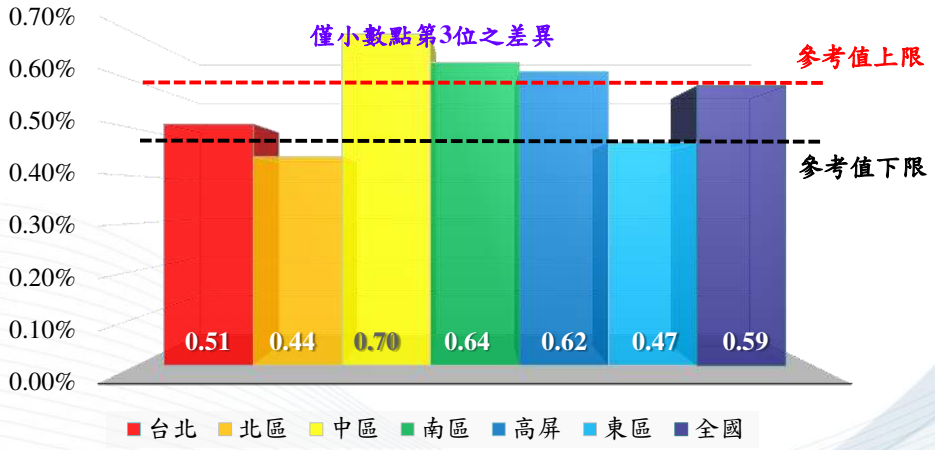

## 中醫總額專業醫療服務品質指標(106年)

### 各區 隔日 再次就診中醫之比率



## 中醫總額專業醫療服務品質指標(106年)

各區處方用藥日數重疊二日以上之比率






## 未達監測值(參考值)之檢討

**檢討與改善**

大部分品質指標經多年管控後，呈現穩定狀態。本會將檢討現有的指標並持續研議新指標。

## 105年至106年各區各季中醫門診總額浮動點值

| 季別 | 台北區 | 北區 | 中區 | 南區 | 高屏區 | 東區 | 全國 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 105Q1 | 0.9742 | 0.9909 | 0.9729 | 1.0513 | 1.0541 | 1.3015 | 1.0045 |
| 105Q2 | 0.8730 | 0.8794 | 0.8638 | 0.9239 | 0.9380 | 1.2939 | 0.8952 |
| 105Q3 | 0.8769 | 0.8883 | 0.8778 | 0.9412 | 0.9592 | 1.2933 | 0.9062 |
| 105Q4 | 0.8630 | 0.8734 | 0.8737 | 0.9510 | 0.9260 | 1.2939 | 0.8961 |
| 106Q1 | 0.9112 | 0.9123 | 0.8955 | 0.9610 | 0.9307 | 1.3894 | 0.9252 |
| 106Q2 | 0.9278 | 0.9194 | 0.8960 | 0.9521 | 0.9401 | 1.2912 | 0.9297 |
| 106Q3 | 0.8648 | 0.8769 | 0.8516 | 0.9029 | 0.8954 | 1.2902 | 0.8797 |
| 106Q4 | 0.9449 | 0.9692 | 0.9312 | 0.9924 | 0.9567 | 1.2911 | 0.9585 |

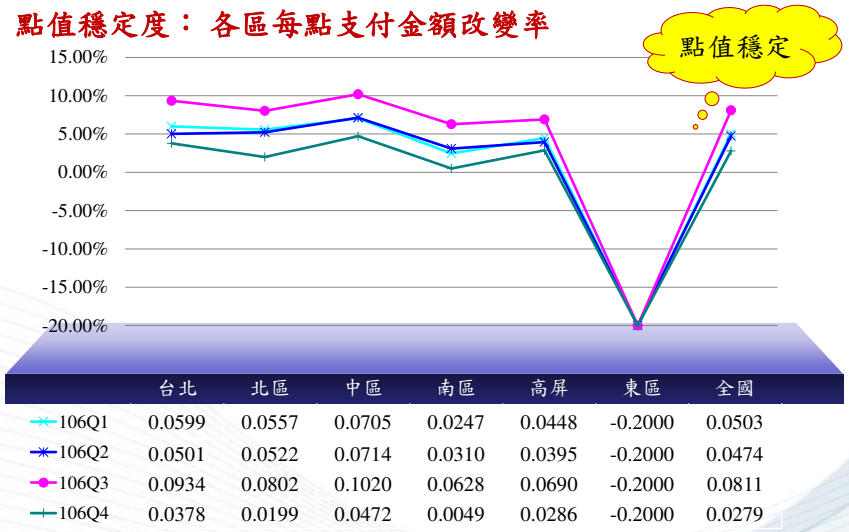


## 105年至106年各區各季中醫門診總額平均點值

| 季別 | 台北區 | 北區 | 中區 | 南區 | 高屏區 | 東區 | 全國 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 105Q1 | 0.9827 | 0.9942 | 0.9818 | 1.0320 | 1.0344 | 1.2000 | 1.0030 |
| 105Q2 | 0.9127 | 0.9220 | 0.9067 | 0.9512 | 0.9596 | 1.2000 | 0.9298 |
| 105Q3 | 0.9156 | 0.9277 | 0.9164 | 0.9924 | 0.9735 | 1.2000 | 0.9373 |
| 105Q4 | 0.9064 | 0.9186 | 0.9140 | 0.9687 | 0.9518 | 1.2000 | 0.9308 |
| 106Q1 | 0.9401 | 0.9443 | 0.9295 | 0.9753 | 0.9552 | 1.2000 | 0.9497 |
| 106Q2 | 0.9499 | 0.9478 | 0.9286 | 0.9690 | 0.9605 | 1.2000 | 0.9526 |
| 106Q3 | 0.9066 | 0.9198 | 0.8980 | 0.9372 | 0.9310 | 1.2000 | 0.9189 |
| 106Q4 | 0.9622 | 0.9801 | 0.9528 | 0.9951 | 0.9714 | 1.2000 | 0.9721 |

## 醫療利用及費用管控情形

- 點值穩定度： 各區每點支付金額改變率




| | 台北 | 北區 | 中區 | 南區 | 高屏 | 東區 | 全國 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 106Q1 | 0.0599 | 0.0557 | 0.0705 | 0.0247 | 0.0448 | -0.2000 | 0.0503 |
| 106Q2 | 0.0501 | 0.0522 | 0.0714 | 0.0310 | 0.0395 | -0.2000 | 0.0474 |
| 106Q3 | 0.0934 | 0.0802 | 0.1020 | 0.0628 | 0.0690 | -0.2000 | 0.0811 |
| 106Q4 | 0.0378 | 0.0199 | 0.0472 | 0.0049 | 0.0286 | -0.2000 | 0.0279 |



## 超出變動容許範圍之情形與檢討

### 檢討與改善

- 106年各季全國浮動點值與平均點值均在±10%變動範圍，未超出變動容許範圍。
- 東區點值超出1.2部分，依「全民健康保險中醫門診總額點值保留款機制作業方案」，作為提撥與調整之用。
- 中區申報職傷高達180百萬，有效減少健保預算支出，但點值仍低於西部各區，將持續觀察與監控。



## 專業審查及其他管理措施(一)

- Ⅰ. 訂定審查醫藥專家遴聘原則與管理作業要點
- Ⅱ. 辦理相關繼續教育課程，加強專業審查之一致性
- Ⅲ. 訂定中醫專業審查分案原則
- Ⅳ. 訂定全民健康保險中醫醫療費用審查注意事項
- Ⅴ. 訂定專案審查審畢案件抽審作業要點
- Ⅵ. 訂定中醫門診醫療服務審查品質提升與監測方案



## 專業審查及其他管理措施(二)

- 訂定審查醫藥專家審查模式異於常規統計項目

1. 核減率最低者、最高者異於平均值3倍以上者且經資深醫師及召集人複閱有明顯異常者。
2. 該醫師核減件數占總審查件數之占率過於明顯異常者平均值3倍以上者且經資深醫師及召集人複閱有明顯異常者。
3. 核減補付率達40%者屬需監測者(99.07.04中保會第64次委員會議修訂)。
4. 無故不出席審查會議，不認同共同決議，自我行事者。
5. 審查案件次數低於平均值50%且審查案件數低於平均值50%者。

# 專業審查及其他管理措施(三)

## 建立全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標

- 中醫同一院所同一患者同月看診次數過高
- 中醫用藥日數重複率過高
- 中醫門診申報同院所同病人當月針傷處置次數過高
- 中醫院所單一醫師每月申請中醫師親自調劑費(A32)次數大於1,200人次以上
- 中醫同一院所同一患者每月申報電針處置案件超過20件



# 醫療費用統計及費用管控指標

## 106年中醫門診總額醫療費用核減率 (單位：百萬點)

| 六區別 | 醫療點數 | 申請點數 | 核定點數 | 初核核減率 | 申復補付點數 | 申復後核減率 | 爭審補付點數 | 爭審後核減率 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 台北 | 7,366 | 6,461 | 6,447 | 0.19% | 1 | 0.18% | 0 | 0.18% |
| 北區 | 3,121 | 2,702 | 2,699 | 0.10% | 1 | 0.08% | 0 | 0.08% |
| 中區 | 6,794 | 5,931 | 5,922 | 0.14% | 1 | 0.13% | 0 | 0.13% |
| 南區 | 3,572 | 3,100 | 3,096 | 0.10% | 0 | 0.09% | 0 | 0.09% |
| 高屏 | 4,014 | 3,519 | 3,512 | 0.18% | 1 | 0.16% | 0 | 0.16% |
| 東區 | 467 | 415 | 415 | 0.08% | 0 | 0.07% | 0 | 0.07% |
| **全國** | **25,335** | **22,127** | **22,090** | **0.15%** | **4** | **0.13%** | **0** | **0.13%** |

註1：本表含代辦，不含自墊核退項目。
註2：醫療點數係指已核付家數之醫療點數，為申請點數加部分負擔金額。
註3：申請點數係指已核付家數之申請點數。
註4：核定點數係指申請點數經初審後已核付之點數。
註5：初核核減率=(申請點數-核定點數)/醫療點數。
註6：申復後核減率=【申請點數-(核定點數+申復補付點數)】/醫療點數。
註7：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。



# 院所違規家數及其違規情節-1

## 106年特約醫事服務機構違規類型查處追扣統計表

| 總額別 | 類型別 | 扣減 | 罰鍰 | 其他 | 小計 |
|---|---|---|---|---|---|
| 中醫總額 | 總額舉發 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 非總額舉發 | 185,378 | 1,563,047 | 2,494,109 | 4,242,534 |

**註：非總額舉發大部分源自於總額共管機制**

註：1.非總額舉發包含民眾檢舉與衛生福利部中央健康保險署主動查核項目；總額舉發為總額受託單位舉發。
2.扣減：扣減10倍之本金，即原認列之點數。
3.罰鍰：罰鍰之本金，即原認列之虛報點數。
4.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)。



# 院所違規家數及其違規情節-2

## 105年及106年特約醫事服務機構違規類型查處追扣統計

| 類型別 | 105年 家次 | 105年 點數 | 106年 家次 | 106年 點數 |
|---|---|---|---|---|
| 01未依處方箋、病歷或其他記錄之記載提供醫事服務 | 9 | 101,679 | 22 | 1,353,341 |
| 02未經醫師診斷逕行提供醫事服務 | 10 | 47,177 | 9 | 295,097 |
| 03處方箋或醫療費用申報內容為病歷或紀錄所未記載 | 2 | 230,174 | 0 | 0 |
| 04未記載病歷或未製作紀錄，申報醫療費用 | 1 | 70,200 | 0 | 0 |
| 05申報明知病人以他人之保險憑證就醫之醫療費用 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 06容留非具醫事人員資格，執行醫師之外醫事人員之業務 | 4 | 224,418 | 0 | 0 |
| 07收治非保險對象，而以保險對象之名義，申報醫療費用 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 08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 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 09未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用 | 3 | 247,697 | 1 | 6,314 |
| 10其他以不正當行為或以虛偽之証明、報告或陳述，申報醫療費用 | 26 | 4,599,408 | 15 | 2,349,076 |
| 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 | 0 | 0 | 0 |
| 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，經執行完畢後五年內再有前條規定情事之一 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 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 | 3,390,768 | 1 | 125,140 |
| 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 | 0 | 0 | 0 |
| 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 | 0 | 0 | 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 | 0 | 0 | 0 |
| 99其他 | 5 | 4,643,972 | 4 | 113,566 |
| 合計 | 70 | 13,555,493 | 52 | 4,242,534 |

備註：本表為非總額舉發之統計。

## 醫療機構輔導

| 分區業務組 | 實地審查 | | | | | 輔導作業 | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 審查家數 | 審查次數 | 審查結果處理(次數) | | | 輔導案源(次數) | | | 輔導方式(次數) | | | | 合計輔導家數 | 輔導結果追蹤(家數) | | |
| | | | 合理 | 輔導 | 移送查核 | 書面審查 | 實地審查 | 檔案分析 | 書面輔導 | 面談輔導 | 電話輔導 | 實地輔導 | | 移送查核 | 加強審查 | 改善結案 |
| 台北 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 22 | 15 | 14 | 9 | 0 | 32 | 0 | 3 | 29 |
| 北區 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 8 | 9 | 0 | 0 | 0 | 9 | 0 | 1 | 8 |
| 中區 | 7 | 7 | 0 | 7 | 0 | 63 | 7 | 1,251 | 50 | 0 | 1,264 | 7 | 1,321 | 0 | 1,233 | 88 |
| 南區 | 10 | 10 | 1 | 9 | 0 | 23 | 9 | 0 | 0 | 0 | 23 | 9 | 32 | 0 | 0 | 32 |
| 高屏 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 8 | 0 | 8 | 0 |
| 東區 | 3 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 | 0 | 3 |
| 合計 | 20 | 20 | 4 | 16 | 0 | 97 | 19 | 1,281 | 74 | 14 | 1,304 | 19 | 1,405 | 0 | 1,245 | 160 |



## 檢討及改善方向

品質保留款項，配合指標鼓勵

醫療費用標示，納入條文修訂

鼓勵假日看診，核算實質加計

加強品質指標，確保總額品質



## 報告大綱

- 就106年評核委員評論意見與期許之回應說明
- 102~106年執行結果
- 102~106年成效評估
- 檢討與改善方向

## 全民健康保險 中醫提升孕產照護品質計畫

# 委員評論意見與期許之回應(1/3)

助孕成功率於各區及分類項目(僅利用中醫、同時利用西醫)間的差異性大，分析時應考慮選樣誤差、性別影響、個案界定標準，**使分析更為嚴謹**，以做為預算調整依據。

- 成功率於各區差異性的確大。
- 傳統觀念仍是女性較積極就醫，資訊時代又使民眾接受病友推薦走訪中西名醫，所以成功率會在**女性與名醫聚集區**較突出。



# 委員評論意見與期許之回應(2/3)

預算執行率達170%，應檢討**支付標準合理性**、適用範圍是否過於寬鬆(如限制已婚1年以上)及退場機制，並分析各院所服務量是否恰當。

- 中醫孕產專案支付標準**遠低於西醫不孕症治療花費**並無不合理。另收案條件比照西醫不孕症定義收案，亦無收案條件過於寬鬆之疑。
- 中醫治療不孕症**效果佳，副作用少**，民眾需求逐年增加，執行率亦逐年成長，急需足額經費，以照護更多不孕夫妻。
- 107年起已設有更嚴謹的退場機制，公會除向會員宣導外，並督導審查端注意案件是否應退場，避免浮濫。



# 委員評論意見與期許之回應(3/3)

南區的醫療利用(平均每天服務人次、平均每人就醫次數、平均每人就醫費用)遠高於其他分區，宜請說明原因。

- 南區為鼓勵會員執行本方案，多次辦理民眾健康講座等活動，吸引有需求的民眾就醫，故出現利用成長。



# 委員評論意見與期許之回應(3/3)

王淑秋和張炯宏中醫夫妻聯手助好孕　助百餘對夫妻圓夢

未分類

記者吳振永／台南報導

2016-07-30 17:52:25

大　中　小

南區舉辦不孕夫妻回娘家聯誼會共有400位夫妻前來參與。

# 106年計畫目標及執行率

## 計畫目標及重點

- 鼓勵生育為國家當前重要政策
- 針對特定病理因素所致之原發性或繼發性不孕、有先兆流產傾向及有流產病歷者，由中醫給予適當照護，以**提升受孕率及保胎率**。

## 預算執行數與執行率

- 預算來源：106年全年經費47.7百萬元。
- 整體執行數為62.74百萬 。
- **整體執行率為131.53% 。**

89

# 歷年計畫執行結果

| 年度 | 承辦院所數 | 參與醫師數 | 醫療費用 |
|---|---|---|---|
| 104年 | 89 | 157 | 24,703,473 |
| 105年 | 108 | 184 | 54,576,995 |
| 106年 | 104 | 179 | 62,744,110 |

| 年度 | 服務人次 | 服務人數 | 平均每人就醫次數 | 平均每次就醫費用 | 平均每人就醫費用 |
|---|---|---|---|---|---|
| 104年 | 23,267 | 3,128 | 7.44 | 1,062 | 7,898 |
| 105年 | 49,848 | 5,630 | 8.85 | 1,095 | 9,694 |
| 106年 | 56,602 | 5,903 | 9.59 | 1,109 | 10,629 |

90

# 106年成效評估(1/5)

## 評估工具

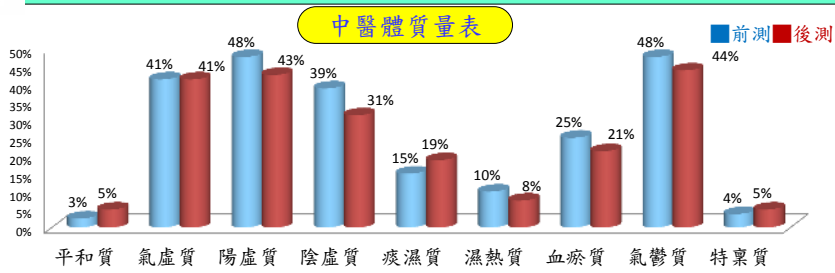
- 中醫體質量表
- 懷孕初期症狀及心理評估量表

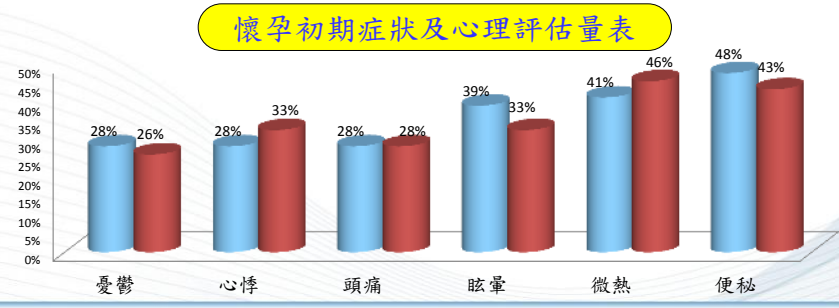
## 問卷回收情形

- 共49家院所提供(中醫體質量表)
  共46家院所提供(懷孕初期量表)
- 前後測皆完成的樣本數，去除遺漏資料
  - ✓ 中醫體質量表有 (2,084人)
  - ✓ 懷孕初期症狀及心理評估量表(46人)

91

# 106年成效評估(2/5)




92

# 106年成效評估(3/5)

## 收案年齡層分布

| 年齡層 | 人 數 | 人 次 | 點 數 |
|---|---|---|---|
| ≦25歲 | 45 | 244 | 275,400 |
| 25~29歲 | 523 | 3,533 | 3,832,800 |
| 30~34歲 | 1,946 | 17,720 | 19,461,300 |
| 35~39歲 | 2,238 | 22,530 | 25,003,140 |
| 40~44歲 | 936 | 10,140 | 11,397,000 |
| ≧45歲 | 15 | 2,435 | 2,774,470 |
| 合計 | 5,703 | 56,602 | 62,744,110 |



# 106年成效評估(4/5)

106年全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫
助孕/保胎實施效益統計表

| | 項目 | 台北 | 北區 | 中區 | 南區 | 高屏 | 東區 | 全國 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 助孕 | 成功受孕個案數 | 76 | 132 | 417 | 198 | 123 | 55 | 999 |
| | 助孕看診個案數 | 536 | 743 | 2,165 | 1,361 | 674 | 246 | 5,704 |
| | 助孕成功率 | 14% | 18% | 19% | 15% | 18% | 22% | 18% |
| 保胎 | 成功保胎個案數 | 46 | 18 | 143 | 99 | 10 | 7 | 323 |
| | 保胎看診個案數 | 60 | 22 | 207 | 113 | 15 | 9 | 426 |
| | 保胎成功率 | 77% | 82% | 69% | 88% | 67% | 78% | 76% |

資料來源：衛生福利部中央健康保險署
註：受孕成功率(=成功受孕個案數/助孕看診個案數)
保胎成功率(=孕期超過20週以上個案數/保胎看診個案數)



# 104-106年成效評估(5/5)

| 項目 | | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|
| 助孕 | 成功受孕個案數 | 481 | 890 | 999 |
| | 助孕看診個案數 | 3,052 | 4,364 | 5,704 |
| | 助孕成功率(%) | 16% | 20% | 18% |

| 項目 | | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|
| 保胎 | 成功保胎個案數 | 97 | 284 | 323 |
| | 保胎看診個案數 | 148 | 353 | 426 |
| | 保胎成功率(%) | 66% | 80% | 76% |



# 檢討與改善方案

- 預算執行率超標
  - ✓106年執行62.74百萬點
  - ✓浮動點值為0.761
  - ✓執行率達131%
  - ✓請協助來年預算編列
- 未來改善方向
  - ✓提高問卷回收率
  - ✓邀請專家學者研訂不孕症中西醫合作照護模式

# 全民健康保險中醫門診總額
# 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫

## 委員評論意見與期許之回應

兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫醫院附設中醫參與率偏低，建議加強誘因之設計

- 107年已修訂專案條文。

中區及高屏的平均每人、每次醫療點數高於其他分區，宜請分析原因

- 106年過敏性鼻炎專案給付以**包裹式**申報模式，中區、高屏區申報人數人次皆高於其他區，相對其醫療點數也會高於其他區。
- 本會將加強宣導，鼓勵醫師積極參與此項照護計畫。



## 106年計畫目標及執行率

**計畫目標及重點**

本計畫針對兒童患有過敏性鼻炎者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使病患過敏性鼻炎症狀改善且減少其他上、下呼吸道的併發症、改善日常生活能力、提升生活品質，進而提升學習能力。

**計畫目標及重點**

- 預算來源：106年全年經費20百萬元
- 整體執行數為3.8百萬
- 整體執行率為19.0%



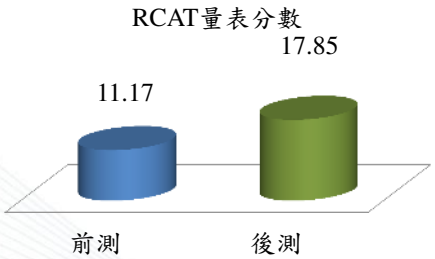
## 106年計畫分區執行情形

| 區別 | 參與醫師數 | 醫療點數 | | 平均每次醫療點數 | 平均每人醫療點數 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 值 | 百分比 | | |
| 台北 | 20 | 416,484 | 11.06% | 1,472 | 1,765 |
| 北區 | 34 | 1,036,224 | 27.52% | 1,594 | 2,584 |
| 中區 | 74 | 1,485,934 | 39.46% | 1,732 | 2,397 |
| 南區 | 8 | 136,935 | 3.64% | 1,412 | 1,712 |
| 高屏 | 11 | 677,022 | 17.98% | 1,980 | 3,091 |
| 東區 | 2 | 13,407 | 0.36% | 1,490 | 2,235 |
| 全國 | 149 | 3,766,006 | 100.00% | 1,682 | 2,411 |

# 成效評估

- **評估工具：**
  過敏性鼻炎控制評估測試量表(RCAT評估量表)
- **問卷回收情形：共260家院所提供。**
  前後測皆完成的樣本數去除遺漏資料RCAT量表有950人。

過敏性鼻炎控制評估測試量表其前後測分析




註：RCAT總分以分數高者為佳 $P < 0.0001$***

# 檢討與改善方向

- **經費執行情形**
  - 執行率19.0%。
  - 執行上誘因不大，但須受限於諸多行政流程及規範，造成院所承辦意願不高。
- **未來改善方向**
  - 107年已修訂專案條文。
  - 本會將加強宣導，提升專案執行率。

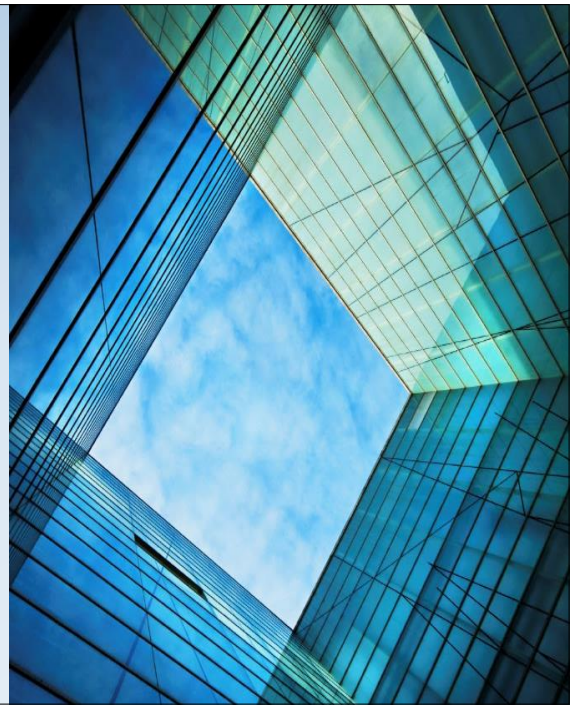
中華民國中醫師公會全國聯合會

*Thank you*

*for your attention*

# 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫

胡文龍　醫師
中華民國中醫師公會全國聯合會
副執行長
計畫召集人



## 報告大綱

- 106年評核委員評論意見與期許之回應說明
- 106年計畫目的及重點
- 歷年執行情形
- 執行結果及成效評估
  - 腦血管疾病
    顱腦損傷
    脊髓損傷
  - 腫瘤
- 檢討與改善方向



## 委員評論意見與期許之回應

委員建議：宜慎選類似條件的對照群體，並控制西醫治療介入等因素，以提高成效評估結果的可信度；提高院所回覆件數。

- 根據許多醫學文獻(有嚴謹實驗設計，控制相關條件、對照群組)表示，針灸可能有效降低中風復發率，即使在使用預防中風藥物者亦然。
- 新增修訂退場機制。



## 委員評論意見與期許之回應

委員建議：腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷住院病患的**照護密度**(服務天數、服務人次、平均每人就醫次數)大幅提升；又**中區**醫療利用高於其他各區，宜請說明差距原因。

**106年腦血管、顱腦損傷及脊髓損傷住院醫療服務提供情形**

| 項目 / 分區 | 承辦院所數 | 參與醫師數 | 服務人次 | 服務天次 | 服務天次占比 | 平均每天次服務人次 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 台北 | 9 | 55 | 23,297 | 1,890 | 14.89% | 12.33 |
| 北區 | 3 | 19 | 9,099 | 666 | 5.25% | 13.66 |
| 中區 | 25 | 83 | 46,069 | 4,596 | 36.21% | 10.02 |
| 南區 | 18 | 69 | 20,917 | 3,063 | 24.13% | 6.83 |
| 高屏 | 9 | 38 | 17,188 | 2,134 | 16.81% | 8.05 |
| 東區 | 3 | 10 | 6,306 | 345 | 2.72% | 18.28 |
| 合計 | 67 | 274 | 122,518 | 12,694 | 100.00% | 9.65 |

# 委員評論意見與期許之回應

委員建議：腫瘤住院病患療效評估

(FACT-G及ECOG)的前後測差異並不明顯，

南區醫療利用明顯高於其他各區，請瞭解原因。

- 臨床上，放化療後，病患的整體狀況會變差，經由中醫介入後，病患整體狀況在放化療後無明顯變差，顯示中醫治療對腫瘤患者有助益（維持體能）。
- 南區腫瘤科醫師認同並肯定中醫輔助治療腫瘤住院病患，故南區醫療利用明顯高於其他各區。

5

# 106年計畫目的及重點(1/2)

計畫目標及重點

- 腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷

  幫助住院中之腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷患者，神經學功能進步、日常生活能力改善、生活品質提昇，縮短住院天數，降低總醫療費用支出。

- 腫瘤

  透過中西醫結合的治療方式，將腫瘤患者手術、放化療後不適症狀減到最低，讓患者能順利完成整個放化療療程，提升患者的生活品質。

6

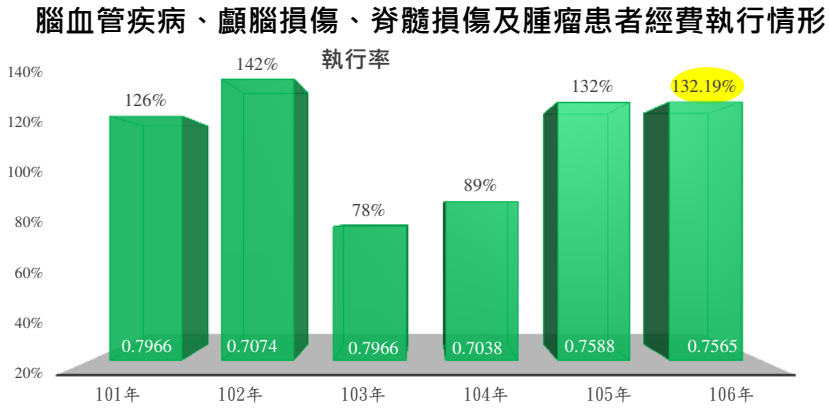
# 106年計畫目的及重點(2/2)

計畫目標及重點

- 預算來源：106年全年經費133百萬元。
- 整體執行數：175.8百萬 。
- **整體執行率：132.19% 。**

7

# 歷年執行情形




106年整體執行率達132%，治療實證均已呈現。

8

# 成效評估-
# 腦血管疾病、顱腦及脊髓損傷

**腦血管疾病評估工具**

- 美國國家衛生研究院中風量表(National Institute of Health Stroke Scale; NIHSS)
- 巴氏量表(Barthel Index)

**顱腦損傷評估工具**

- 改良式創傷嚴重度指標(Revised Trauma Score; RTS)
- 巴氏量表(Barthel Index)

**脊髓損傷評估工具**

- 美國脊髓損傷協會神經和功能評分(ASIA score)
- 巴氏量表(Barthel Index)

9

# 成效評估-腦血管疾病

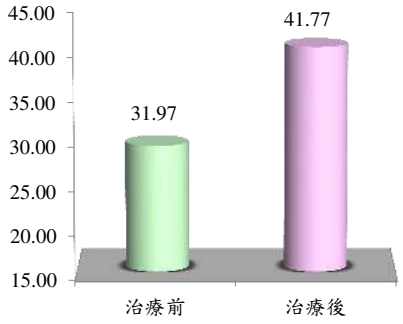
**腦血管疾病量表回收情形**

- 共61家院所提供。
- 前後測皆完成的樣本數，去除遺漏資料：
  - ✓ NIHSS量表有5,547人。
  - ✓ 巴氏量表有 5,547人。

10

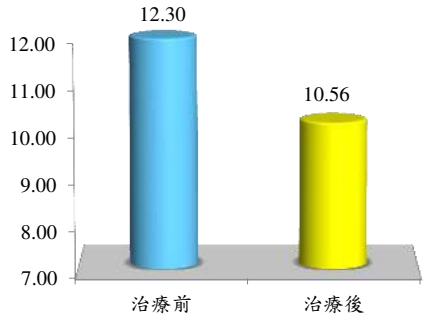
# 成效評估-腦血管疾病

腦血管病患在巴氏量表之前後測分數差異




註：分數越高生活品質越好；$P < 0.0001$***

腦血管病患在NIHSS量表之前後測分數差異

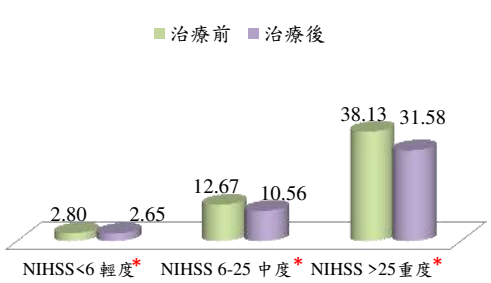



註：分數越高表示神經功能缺損愈嚴重；$P < 0.0001$***

11

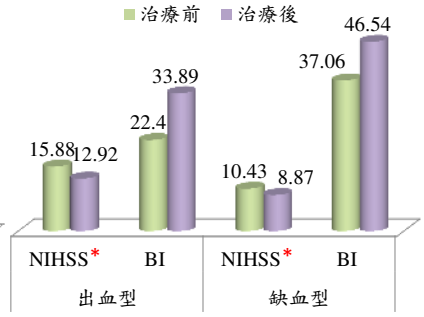
# 成效評估-腦血管疾病

腦血管疾病住院病患以NIHSS嚴重度分級前後測分數差異




註：分數越高表示神經功能缺損愈嚴重；
(*: $P < 0.0001$***)

腦血管疾病住院病患依ICD不同分類之前後測分數差異




註：NIHSS分數越高表示神經功能缺損愈嚴重，BI分數越高表示生活品質越好；(*: $P < 0.0001$***)

12

# 成效評估-腦血管疾病

## 腦血管疾病NIHSS&BI前後測分數差異與年齡及中醫治療方式之檢定

| | 治療前 | 治療後 | 95% CI of Difference | p-value |
|---|---|---|---|---|
| **大於69歲(N=2,159)** | | | | |
| **NIHSS** | *13.33±11.61* | *11.19±11.45* | *(-1.41,-1.92)* | *<0.0001**** |
| **BI** | *26.62±27.39* | *33.29±29.79* | *(8.54,7.32)* | *<0.0001**** |
| **50~69歲(N=2,631)** | | | | |
| **NIHSS** | *11.45±10.95* | *9.77±10.11* | *(-1.9,-2.3)* | *<0.0001**** |
| **BI** | *35.54±29.87* | *46.23±31.27* | *(11.35,10.01)* | *<0.0001**** |
| **30~49歲(N=705)** | | | | |
| **NIHSS** | *12.97±11.36* | *10.24±10.78* | *(-2.17,-3.28)* | *<0.0001**** |
| **BI** | *34.62±30.70* | *47.97±32.16* | *(14.83,11.87)* | *<0.0001**** |
| **小於30歲(N=52)** | | | | |
| **NIHSS** | *13.46±12.88* | *8.92±8.94* | *(-2.61,-6.47)* | *<0.0001**** |
| **BI** | *37.60±32.64* | *57.11±35.07* | *(26.07,12.97)* | *<0.0001**** |



# 成效評估-顱腦損傷

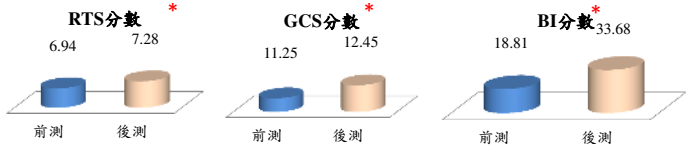
## 顱腦損傷量表回收情形

- 共43家院所提供
- 前後測皆完成的樣本數，去除遺漏資料：
  - ✓ 改良式創傷嚴重度指標(RTS)量表為930人
  - ✓ 昏迷指數(GCS)量表為930人
  - ✓ 巴氏量表為930人



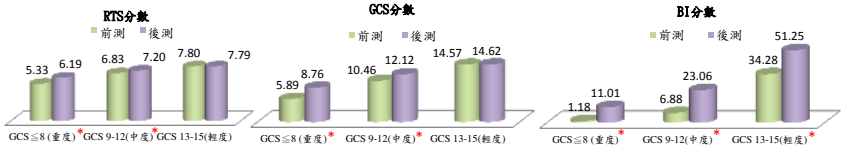
# 成效評估-顱腦損傷

## 顱腦損傷住院病患在RTS、GCS與BI之前後測分數差異




註：分數越高生活品質越好； *: *P* <0.0001***

## 顱腦損傷患者依嚴重度分類治療前後RTS、GCS和BI比較




註：分數越高表示情況越好； *: *P* <0.0001***



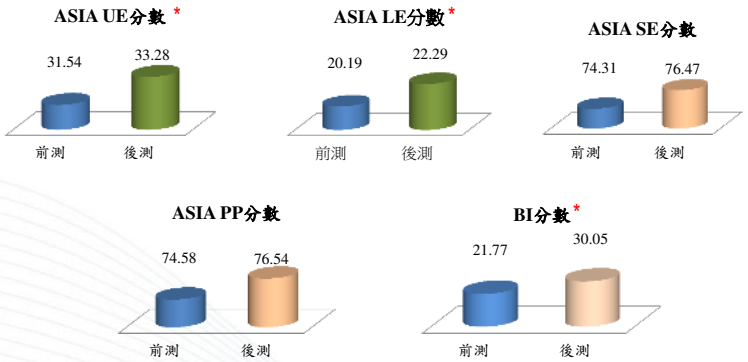
# 成效評估-脊髓損傷

## 脊髓損傷量表回收情形

- 共37家院所提供。
- 前後測皆完成的樣本數，去除遺漏資料：
  - ✓ 美國脊髓損傷協會神經和功能評分(ASIA score)量表為588人。
  - ✓ 巴氏量表為588人。

# 成效評估-脊髓損傷

脊髓損傷住院病患在美國脊傷協會神經功能評分及巴氏量表之前後測分數差異

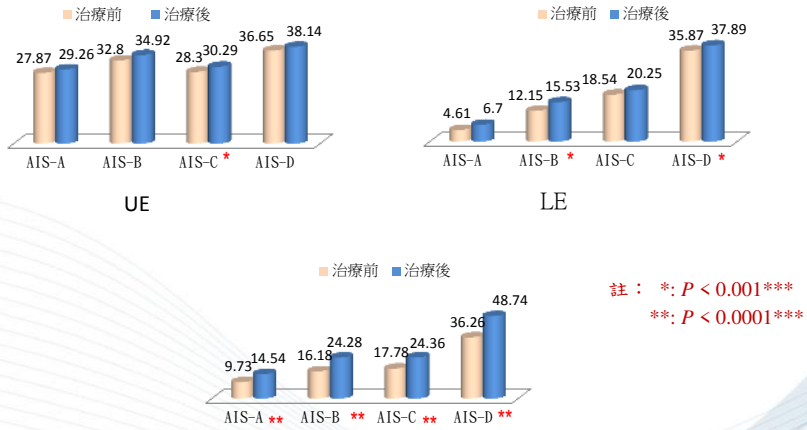



註：分數越高表示情況越好； *: $P < 0.0001$***



# 成效評估-脊髓損傷

脊髓損傷依美國脊傷協會機能損傷等級分類治療前後UE、LE和BI比較




註： *: $P < 0.001$***
**: $P < 0.0001$***



# 成效評估-腦血管疾病

以健保資料庫針對本項計畫進行整體性評估研究

腦血管疾病-有無參與針灸治療之比較

降低疾病的發生率、減少費用支出

| 計畫標的 | 項目 |
|---|---|
| 醫療耗用(1) *(Shih et al., 2017)* | 失智症發生風險降低 |
| 醫療耗用(2) *(Weng et al., 2016)* | 癲癇風險降低 |



# 成效評估-腦血管疾病

以健保資料庫針對本項計畫進行整體性評估研究

腦血管疾病病患

| 研究方法 | 結果 |
|---|---|
| 以全國人口為基礎之研究 *(Chang et al., 2016)* | 相較於只用西醫治療，合併中醫藥治療的腦中風患者死亡率降低56%；在缺血性腦中風患者可減少五成的死亡率，出血性腦中風患者可減少75%的死亡率 |
| 以全國人口為基礎之回溯世代研究*(Lee et al., 2016)* | 相對於只用西藥治療，糖尿病患者合併中醫藥治療可減少33%的腦中風風險 |
| 全國性配對介入之世代研究 *(Chang et al., 2016)* | 接受中醫輔助治療的西醫住院中風患者，於6個月隨訪期間呈現較少的入院後不良後果(如肺炎、尿路感染、死亡等) |
| 全國性配對介入之世代研究 *(Lu et al., 2017)* | 中風患者出院後3個月內接受針灸治療者，與後續的抑鬱症發生率無關。 |

# 成效評估-腦血管疾病

以健保資料庫針對本項計畫進行整體性評估研究

## 腦血管疾病病患

| 研究方法 | 結果 |
|---|---|
| 全國性配對介入之世代研究 (Shih et al., 2014) | 減少中風後相關院內死亡率及併發症 |
| 全國性回溯世代研究 (Chiu et al., 2014) | 減少2/3腦中風的再發生率及減少循環系統等疾病再發生率 |
| 回溯性世代研究 (Shih et al., 2015) | 針灸可能有效降低中風復發率(不論是否在使用預防中風藥物者) |
| 全國性配對之回溯世代研究 (Shih et al., 2015) | 針灸可能有效降低50-69歲腦中風患者發生急性心肌梗塞的風險 |

降低中風復發率



# 成效評估-顱腦損傷

以健保資料庫針對本項計畫進行整體性評估研究

住院費用及再住院次數均呈現下降

## 顱腦損傷-有無參與針灸治療之比較

| 計畫標的 | 項目 |
|---|---|
| 醫療耗用 *(Shih et al., 2013)* | 高住院次數相對風險 |
| | 高住院醫療費用相對風險 |
| | 急診次數、費用(一年內) |
| | 再住院次數、費用(一年內) |



# 成效評估-顱腦損傷、脊髓損傷

以健保資料庫針對本項計畫進行整體性評估研究

## 顱腦損傷病患

| 研究方法 | 結果 |
|---|---|
| 世代研究*(Shih et al., 2013)* | 顯示出院後第一年再利用急診和住院的次數較少 |
| 以全國人口為基礎之回溯世代研究*(Shih et al., 2014)* | 與未接受針灸治療的創傷性腦損傷患者相比，有接受針灸治療者顯示中風的風險較低 |
| 隨機對照試驗 *(曾等，2016)* | 重度腦外傷患者在西醫常規治療下，給予針刺、雷射針灸或偽針灸（對照組），三組病患治療後的昏迷指數及肌力均有改善，惟對照組肌力改善無顯著差異 |

## 脊髓損傷病患

| 研究方法 | 結果 |
|---|---|
| 隨機對照 *(Wong et al., 2003)* | 急性脊髓損傷早期給予耳針和電針治療，有助於顯著的神經功能恢復。 |



# 成效評估-腦血管疾病、顱腦損傷

- 針對本項計畫進行個別評估探討

| 院所 | 對象 | 方法 | 結果 |
|---|---|---|---|
| 高雄長庚醫院 (Hu et al., 2011) | 改善缺血腦中風 | 針灸 | 改善**意識障礙及肌力** |
| 高雄長庚醫院 (Wei et al., 2011) | 急性和亞急性缺血性中風 | 針灸 | 對病情嚴重患者**安全的治療方法** |
| 中國醫藥大學附設醫院 (Yu et al, 2012) | 膀胱排尿不完全患者 | 電針 | 改善患者**排尿功能** |
| 台北醫學大學附設醫院 (Huang et al.,2014) | 初次中風患者 | 針灸 | 改善復健療程中的**靜態平衡** |
| 高雄長庚醫院 (曾等，2016) | 重度腦外傷 | 針刺<br>雷射<br>針灸 | 針刺、雷射針灸或偽針灸（對照組），三組病患治療後的**昏迷指數及肌力**均有改善，惟對照組肌力改善無顯著差異。 |

# 成效評估-
# 腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷

**腦血管疾病/顱腦損傷/脊髓損傷滿意度問卷調查**

| | | 腦血管疾病 | 顱腦損傷 | 脊髓損傷 |
|---|---|---|---|---|
| 回收樣本數 | | 40家院所 | 24家院所 | 17家院所 |
| | | 216件 | 98件 | 58件 |
| 滿意度 | 中醫師的服務態度/醫師說明 | 96.7% | 97.89% | 96.5% |
| | 其他醫護人員的服務態度 | 96.2% | 95.79% | 96.5% |
| | 中醫師的診斷、治療等醫術方面及整體醫療品質 | 94.79% | 91.58% | 94.74% |
| | 看病流程/會診診次安排 | 82.5% | 91.58% | 89.94% |
| | 地點的環境衛生及舒適性 | 89.1% | 95.79% | 94.74% |
| | 治療的效果 | 88.6% | 89.5% | 91.23% |

25

# 成效評估-腫瘤

**評估工具**

- 一般性量表(FACT-G)
- 生活品質評估(ECOG)

**問卷回收情形**

- 共28家院所提供
- 前後測皆完成的樣本數，去除遺漏資料
  - ✓ FACT-G癌症患者生命值量表有1,737人。
  - ✓ ECOG生活品質評估有1,737人。

26

# 成效評估-腫瘤

**腫瘤病患之FACT-G各領域前後測分數差異檢定**

| | 前測 | | 後測 | | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| | MEAN | SD | MEAN | SD | |
| 四個功能 | | | | | |
| 生理健全狀況GP | 18.32 | 6.92 | 17.79 | 6.97 | **0.1663** |
| 社交/家庭健全狀況GS | 17.70 | 5.42 | 17.57 | 5.04 | **0.3883** |
| 情緒健全狀況GE | 16.76 | 4.65 | 17.00 | 4.96 | **0.0123**** |
| 功能健全狀況GF | 11.19 | 6.48 | 1157 | 6.47 | **0.0092**** |
| 整體狀況 | 63.97 | 17.06 | 64.49 | 17.90 | **0.1401** |

註：生理健全狀況為分數低較佳

27

# 成效評估-腫瘤

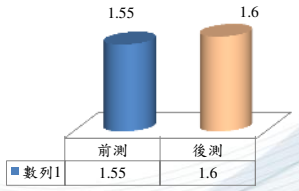
**腫瘤住院病患參與計畫ECOG生活品質評估其前後測分析**

| Karnofsky* | Scales | Zubrod-ECOG-WHO** |
|---|---|---|
| Normal, no complaints (需沒有任何抱怨，確定沒有疾病) 100 | 0 | Normal activity fully ambulatory (無症狀) |
| Able to carry on normal activities, Minor signs or symptoms of disease (可以正常活動，有一些疾病症狀) 90 | 1 | Symptoms, but nearly fully ambulatory (有症狀，完全步行，但對生活無影響) |
| Normal activity with effort (可以稍微正常活動，已經有一些疾病的症狀) 80 | | |
| Cares for self. Unable to carry on normal activity or to do active work (需要自己照顧，無法從事正常活動) 70 | 2 | Some bed time, but needs to be in bed less than 50% of normal daytime (躺在床上的時間<50%) ※2分才能接受針劑化學治療 |
| Requires occasional assistance, but able to care for most of his needs (有時需要別人幫助，能照顧患者大部分的需要) 60 | | |
| Requires considerable assistance, and frequent medical care(需要考慮別人幫助，經常給予醫療照顧) 50 | 3 | Needs to be in bed more than 50% of normal daytime (躺在床上的時間>50%) |
| Disabled. Requires special care and assistance (傷殘，需要特別照顧及幫助) 40 | | |
| Severely disabled. Hospitalization indicated though death not imminent (嚴重傷殘，尚未有死亡的危險) 30 | 4 | Unable to get out of bed (長期完全臥床) |
| Very sick. Hospitalization Necessary. Active supportive Treatment necessary (病情嚴重，尚未有死亡的危險) 20 | | |
| Moribund. (病況緊急，很快有死亡的危險) 10 | | |
| Dead 0 | 5 | Dead |

**腫瘤門診病患人數統計表**

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|---|
| 前測 | 359 | 650 | 294 | 289 | 145 |
| | 1009 | | 728 | | |
| 後測 | 282 | 721 | 303 | 278 | 153 |
| | 1003 | | 734* | | |

註： * $P < 0.0001$




28

# 成效評估-腫瘤

以健保資料庫針對本項計畫進行整體性評估

| 計畫標的 | 治療方式 |
|---|---|
| 乳癌存活率 (Lee et al., 2014) | 中藥 |
| 頭頸癌的存活率 (Lin et al., 2015) | |
| 肝癌存活率 (Liao et al., 2015) | |
| 胃癌存活率 (Hung et al., 2017) | |

存活率上升



# 成效評估-腫瘤

相關實證研究

- 中藥輔助治療對大腸癌
  - ✓ 有明確的**保肝作用** *(Lin et al., 2017)*
- 寬心飲輔助治療轉移性大腸癌
  - ✓ 可**改善自主神經功能異常** *(Chien et al., 2016)*
- 中醫藥輔助**EGFR-TKI**治療惡性非小細胞肺癌
  - ✓ 可**增加療效**與減少西藥毒性*(Liu et al.,2014)*
- 中醫藥輔助治療口腔癌和鼻咽癌住院患者
  - ✓ 平均**體重上升和整體健康狀態改善***(Yang et al., 2012)*
- 中藥外用複方「白芷蘆薈凝膠」*(Yang et al., 2012)*
  - ✓ 治療腫瘤患者放射線皮膚炎效果**不亞於**傳統類固醇



# 成效評估-腫瘤

**腫瘤病患滿意度調查問卷(回收15家院所63件)**

- ✓ 中醫師的服務態度為95.30%
- ✓ 中醫師的說明為93.70%
- ✓ 中醫師的診斷、治療等醫術方面、其他醫護人員的服務態度及整體醫療品質97.83%

- ✓ 醫療設備90.22%。
- ✓ 地點的環境衛生及舒適性92.39 % 。
- ✓ 治療的效果93.48 %。

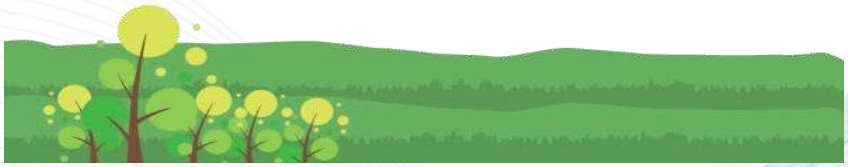


# 檢討與改善方案

- 提供研究經費補助鼓勵各承作院所進行回溯性配對研究、並持續徵求請各大醫院進行相關成效的研究計畫
- 依評核委員建議，依實證證據及世界衛生組織建議之針灸適應症做為擴大辦理醫療照護試辦計畫之評估參考
- 與醫院合作，研議中醫師可介入提供服務之住院疾病別項目，以照護需要之住院患者

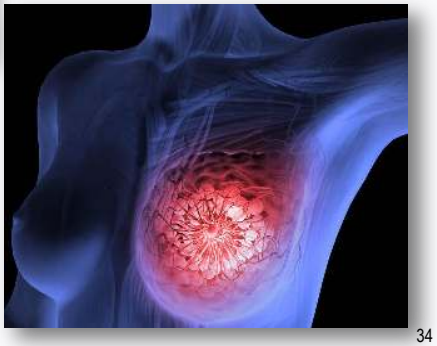
# 報告大綱

- 就106年評核委員評論意見與期許之回應說明
- 102~106年執行結果
- 102~106年成效評估
- 檢討與改善方向



# 全民健康保險中醫門診總額乳癌肝癌門診加強照護計畫

胡文龍 醫師
中華民國中醫師公會全國聯合會副執行長
計畫召集人





# 委員評論意見與期許之回應

適用範圍為乳癌、肝癌經手術後1年內，或放、化療治療期間之患者，建議**增列適應症**，使其更為嚴謹，並明確界定中、西醫治療方案及中醫介入時機，形成**標準流程**。

- 放、化療治療，隨著癌症新藥不斷推出，副作用也都不一樣，所以有不同的適應症。
- 因應不同的抗癌藥會產生不同的副作用，召開專家會議，增列適應症，制定標準流程。



# 委員評論意見與期許之回應

台北、北區執行率較低之原因為民眾自費率高，宜請分析自費項目為何？

- 針對台北、北區執行率偏低，經委員提醒後，近年經加強宣導後，106年該二區執行率已逐漸上升。
- 癌症治療的自費項目多為**健保不給付之高貴藥材或水煎藥**。

# 106年計畫目的及重點

計畫目標及重點

針對乳癌、肝癌患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療積極主動介入，降低治療期間產生之不適感，以改善患者日常生活能力、提升生活品質，使患者能順利完成整個腫瘤治療療程為目的。

# 106年計畫執行數/執行率與執行結果

- ✓ 預算來源：106年全年經費25.0百萬元。
- ✓ 整體執行數：30.3百萬
- ✓ **整體執行率：121.0%**

| 院所層級別 | 院所家數 | 照護人數 | 照護人次 | 醫療點數(百萬點) |
|---|---|---|---|---|
| 醫學中心 | 9 | 1,134 | 12,037 | 14.3 |
| 區域醫院 | 15 | 522 | 5,888 | 6.9 |
| 地區醫院 | 5 | 63 | 278 | 0.3 |
| 基層院所 | 37 | 554 | 6,775 | 8.7 |
| 全國 | 66 | 2,254 | 24,978 | 30.3 |

※以院所層級別分類，醫學中心提供之照護人次最多。



# 腫瘤門診病患成效評估(1/2)

**評估工具**

- 一般性量表(FACT-G)
- 生活品質評估(ECOG)

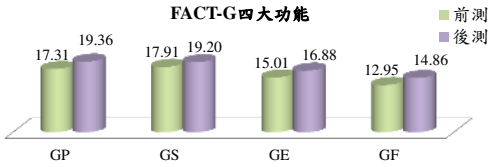
**問卷回收情形**

- 共55家院所提供
- 前後測皆完成的樣本數，去除遺漏資料
  - ✓ FACT-G癌症患者生命值量表有1,135人。
  - ✓ ECOG生活品質評估有1,135人。

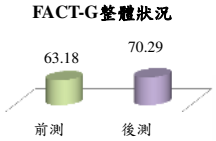


# 腫瘤門診病患成效評估(2/2)

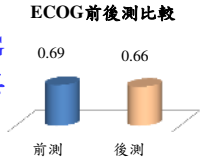
**FACT-G四大功能之前後測分數差異**




**FACT-G整體之前後測分數差異**




**參與計畫ECOG生活品質評估其前後測分析**




**腫瘤門診病患人數統計表**

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|---|
| 前測 | 449 | 596 | 80 | 9 | 1 |
| | 1045 | | 90 | | |
| 後測 | 466 | 602 | 53 | 13 | 1 |
| | 1068 | | 67* | | |

註：* $P < 0.0001$

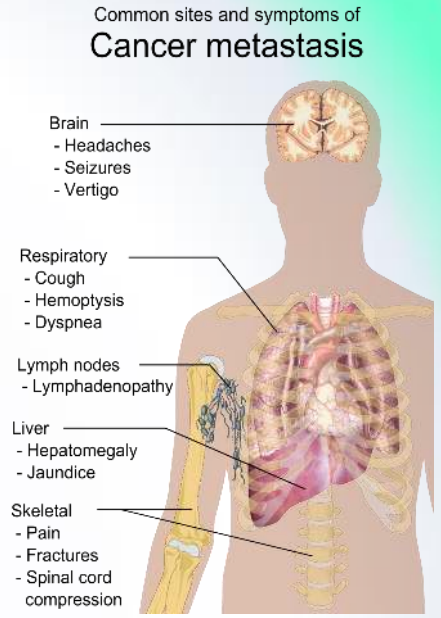
# 檢討與改善方向

- **照護仍有缺口**
  - 僅照護乳、肝癌患者，雖107年有增加大腸癌及肺癌，但仍未涵蓋全部癌症患者，無法與其他癌症照護專案完整銜接。
  - 尚有許多院所未承辦，將多加宣導並辦理相關課程，增加配合意願。

- **未來改善方向**
  - 提高量表前後測完成率。
  - 邀請專家學者研訂癌症門診中西醫合作照護模式。



# 全民健康保險癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫






# 106年計畫目的及重點

- 減輕患者癌因性疲倦、放化療及術後不適等，以提高患者生活品質。
- 延長中醫照護期間，讓醫療團隊與患者更能掌握病情，提供更具整合性的照護，以提升中醫醫療服務品質。

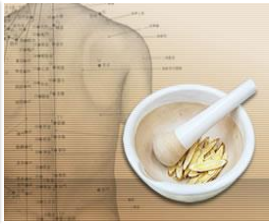
**預算執行數及執行率**

- 預算來源：106年全年經費30萬元。
- 整體執行數為4.2百萬 。
- 整體執行率為14.0% 。



# 106年計畫目的及重點

| 院所層級別 | 院所數 | 照護 | | 醫療點數(百萬點) |
|---|---|---|---|---|
| | | 人數 | 人次 | |
| 醫學中心 | 1 | 6 | 249 | 0.8 |
| 區域醫院 | 3 | 75 | 1,239 | 3.4 |
| 地區醫院 | 1 | 1 | 35 | 0.1 |
| 基層院所 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 全國 | 5 | 92 | 1,523 | 4.2 |



| 區別 | 參與醫師數 | 醫療點數 | | 平均每次醫療點數 | 平均每人醫療點數 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 值 | 百分比 | | |
| 台北 | 7 | 3,050,642 | 72.0% | 2,726 | 50,011 |
| 北區 | 12 | 222,680 | 5.3% | 2,320 | 44,536 |
| 中區 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 南區 | 3 | 206,070 | 4.9% | 3,493 | 20,607 |
| 高屏 | 9 | 755,315 | 17.8% | 3,033 | 47,207 |
| 東區 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 全國 | 31 | 4,234,707 | 100% | 2,781 | 46,029 |

# 成效評估

**評估工具**

- 身心理評估方式以評估表(CTCAE評估量表)
- 台灣版簡明疲憊量表(BFI-T評估量表)
- 台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(WHOQOL-BREF)

**問卷回收情形**

- 共5家院所提供。
- 前後測皆完成的樣本數，去除遺漏資料。
  - ✓ CTCAE量表有126人。
  - ✓ BFI-T量表有126人。
  - ✓ WHOQOL-BREF量表有126人。



# 106年計畫成效評估

**106年癌症患者門診延長照護CTCAE評估前後測比較**

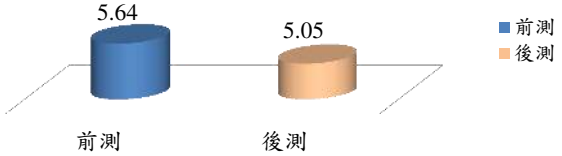
| 檢測分數 | 前測 | | 後測 | | 檢測分數 | 前測 | | 後測 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1分 | 2-5分 | 1分 | 2-5分 | | 1分 | 2-5分 | 1分 | 2-5分 |
| 疲倦 | 94 | 122 | 159 | 57 | 呼吸困難 | 187 | 29 | 192 | 24 |
| 貧血 | 188 | 28 | 192 | 24 | 膀胱炎 | 214 | 2 | 212 | 4 |
| 白血球低下 | 215 | 1 | 215 | 1 | 腹脹 | 188 | 28 | 197 | 19 |
| 疼痛 | 130 | 86 | 169 | 47 | 口乾 | 189 | 27 | 193 | 23 |
| 腹瀉 | 190 | 26 | 210 | 6 | 焦慮 | 173 | 43 | 193 | 23 |
| 便泌 | 189 | 27 | 200 | 16 | 憂鬱 | 190 | 26 | 201 | 15 |
| 嘔吐 | 202 | 14 | 213 | 3 | 失眠 | 116 | 100 | 157 | 59 |
| 食慾不振 | 142 | 74 | 167 | 49 | 咳嗽 | 184 | 32 | 195 | 21 |
| 口腔炎 | 202 | 14 | 206 | 10 | 皮膚紅疹 | 207 | 9 | 210 | 6 |
| 唾液腺發炎 | 198 | 18 | 205 | 11 | 手足症候群 | 210 | 6 | 211 | 5 |
| 吞嚥困難 | 196 | 20 | 202 | 14 | 週邊神經病變 | 193 | 23 | 201 | 15 |

註：紅圈部分症狀改善，達統計顯著



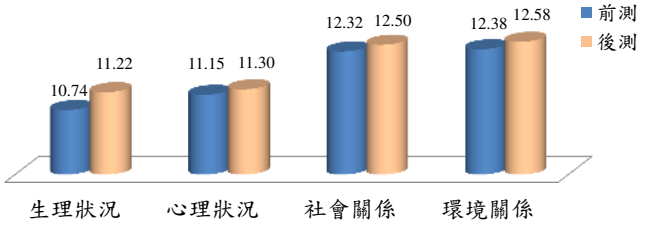
# 106年計畫成效評估

**106年癌症患者門診延長照護BFI-T評估其前後測分數差異**




註：疲累程度減輕，達統計顯著 P<0.001***

**癌症患者門診延長照護WHOQOL-BREF評估其前後測分數差異**




註：各項生活品質提升，皆達統計顯著



# 檢討與改善方向

- **經費執行情形**

  計畫初步開辦，醫療院所多在評估階段，加上須有獨立空間、人員及設備，大部分醫院尚在準備，將持續觀察後續年度執行情況。

- **資源分布問題**

  106年僅5家醫院提出申報，以台北區執行率較高，屬新的計畫、新的申報模式，醫療院所尚在準備中，後續會持續追蹤執行情況。

- **未來改善方向**

  將持續努力，以達全方位照護癌症患者。

把國人健康放在心上 將全民福祉扛在肩上

## 核心目標

提昇中醫醫療服務品質

促進中醫資源均衡分布

加強中西醫療聯合照護

確保民眾中醫就醫權益

49

## 問題檢討分析及未來努力方向

主動提供經費　嚴謹療效評估

加強實證基礎　突顯中醫專長

50

中華民國中醫師公會全國聯合會

*Thank you*

*for your attention*

# 愛在偏鄉迴盪~
## 中醫醫療資源不足地區改善方案成果報告

詹永北　醫師
中華民國中醫師公會全國聯合會常務理事
全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案召集人

## 報告大綱

- 102年至106年執行結果
- 102年至106年成效評估

## 評核委員評論意見與期許之回應1-1

**委員意見**

開業計畫102~105年減少15個無中醫鄉，巡迴計畫執行鄉鎮數達89個，執行率為93.68%，成效較過去明顯提升，肯定中醫部門的用心；105年預算執行率及醫療服務量下降，應探究原因。

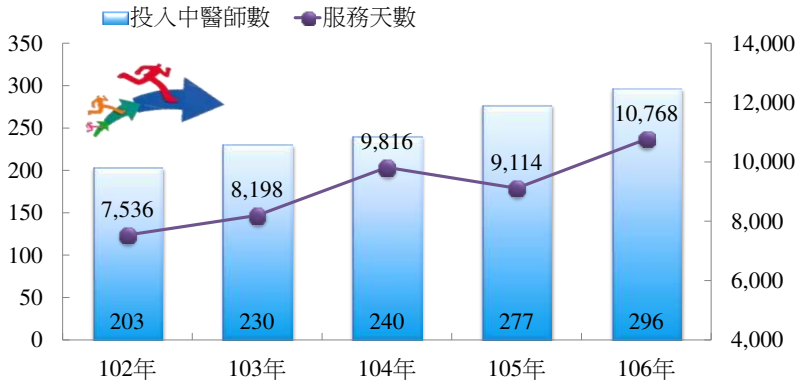
**中醫回應**

- 謝謝委員肯定。
- 因獎勵開業院所提前中止計畫、巡迴點擴充不足，造成105年執行率及服務量下降。
- 106年新增近30點巡迴點，其服務量由105年176,132人次大幅提升至217,061人次，服務量明顯上升。



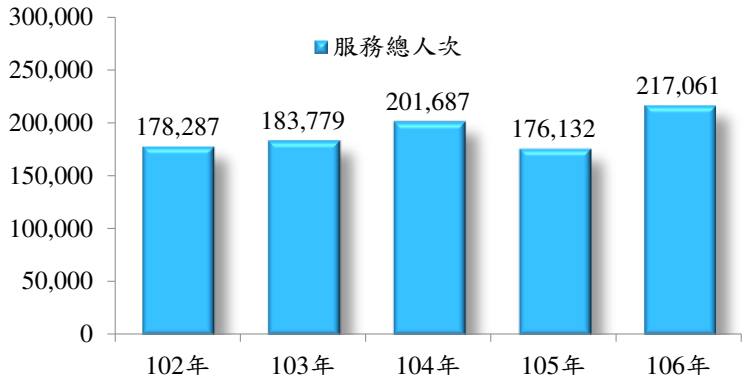
## 102年至106年執行結果

**醫療服務提供情形**



# 102年至106年執行結果

## 醫療服務利用情形





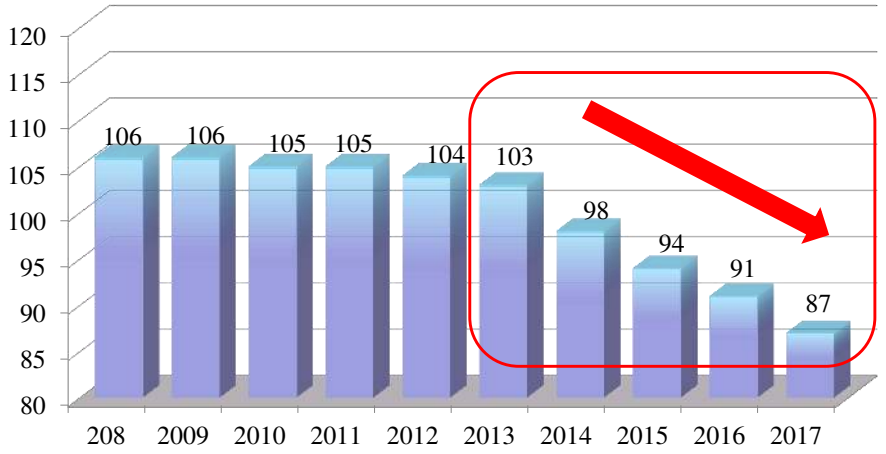

# 102年至106年執行結果

## 醫療服務利用情形

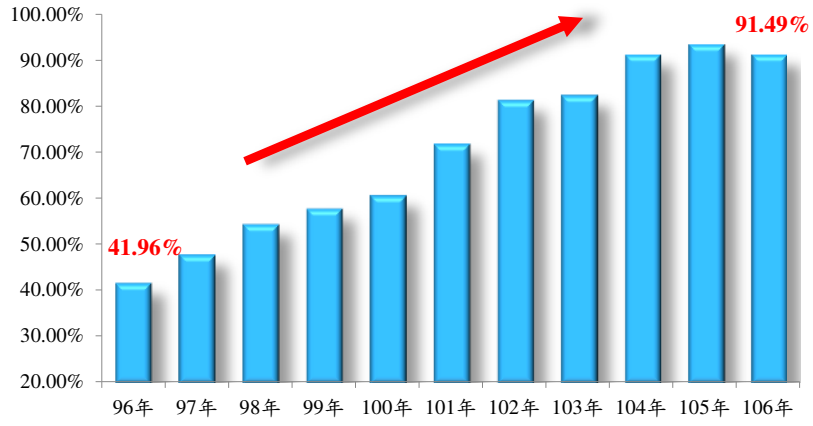
| 項目 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|
| 一、獎勵開業服務計畫 | | | | | |
| 1.服務天數 | 1,052 | 1,855 | 3,235 | 2,596 | 2,782 |
| 2.服務人數 | 5,647 | 7,370 | 11,105 | 6,736 | 7,190 |
| 3.服務人次 | 20,421 | 29,414 | 45,886 | 25,316 | 26,076 |
| 4.醫療費用點數 | 12.03百萬 | 23.35百萬 | 43.09百萬 | 33.76百萬 | 39.09百萬 |
| 二、巡迴醫療服務計畫 | | | | | |
| 1.服務天數 | 6,484 | 6,343 | 6,581 | 6,518 | 7,986 |
| 2.服務人數 | 25,179 | 27,761 | 26,265 | 26,027 | 29,926 |
| 3.服務人次 | 157,866 | 154,365 | 155,801 | 150,816 | 190,985 |
| 4.醫療費用點數 | | | | | |
| --論量 | 96.69百萬 | 94.89百萬 | 97.75百萬 | 97.27百萬 | 126.28百萬 |
| --論次+加成 | 53.47百萬 | 52.59百萬 | 55.23百萬 | 56.01百萬 | 70.79百萬 |
| 三、方案合計 | | | | | |
| 1.總服務天數 | 7,536 | 8,198 | 9,816 | 9,114 | 10,768 |
| 2.總服務人數 | 33,408 | 33,635 | 37,132 | 31,515 | 37,116 |
| 3.總服務人次 | 178,287 | 183,779 | 201,687 | 176,132 | 217,061 |
| 4.總醫療費用點數 | 162.19百萬 | 170.83百萬 | 196.07百萬 | 187.04百萬 | 236.16百萬 |



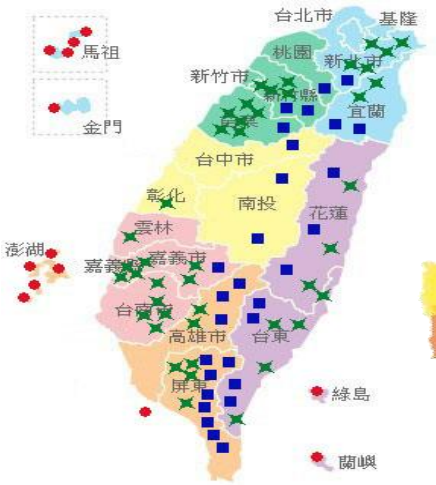
# 台灣無中醫鄉鎮數變遷情形 (2001-2017年)




# 巡迴醫療服務計畫歷年巡迴率



## 106年辦理巡迴醫療服務計畫鄉鎮標示




紅色：離島地區(13)

藍色：山地地區(29)

綠色：偏遠地區(44)

未辦理鄉鎮：
離島：金門(烏坵)
偏遠：新北(石門)、
宜蘭(冬山)、
雲林(口湖)、
屏東(新埤、車城、滿州、枋山)



## 歷年獎勵開業計畫辦理鄉鎮標示圖

99年 金門(金沙)

100年 金門(金寧)

102年 苗栗(三義) 金門(金湖)

103年 台中(大安) 南投(國姓) 雲林(林內) 屏東(琉球)

104年 台南(東山) 台南(北門) 高雄(彌陀) 高雄(甲仙) 澎湖(白沙)

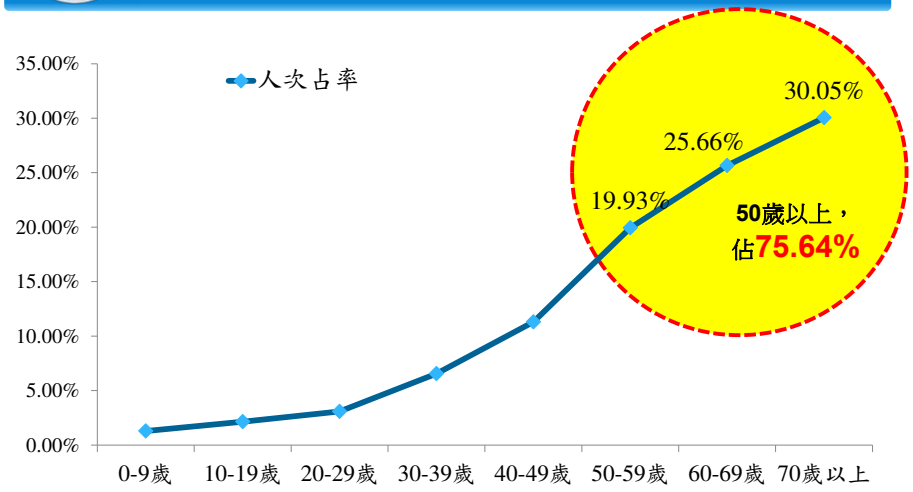
105年 雲林(元長) 嘉義(布袋) 高雄(永安) 台東(卑南)

106年
澎湖(湖西)／花蓮(壽豐)
嘉義(大埔)／宜蘭(員山)
高雄(內門)



## 鄉獎勵開業服務計畫 --臺東縣太麻里開業診所現況

## 106年度巡迴醫療服務計畫 就診病患年齡分布統計



# 民眾就醫滿意度調查

| 項目 | | 非常滿意 | 滿意 | 普通 | 不滿意 | 非常不滿意 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 地點的環境衛生及舒適性 | 個數 | 294 | 232 | 28 | 0 | 0 |
| | % | 53.07% | 41.88% | 5.05% | 0.00% | 0.00% |
| 醫療設備 | 個數 | 236 | 278 | 37 | 2 | 1 |
| | % | 42.60% | 50.18% | 6.68% | 0.36% | 0.18% |
| 看病流程 | 個數 | 291 | 238 | 25 | 0 | 0 |
| | % | 52.53% | 42.96% | 4.51% | 0.00% | 0.00% |
| 交通方便性 | 個數 | 301 | 224 | 28 | 1 | 0 |
| | % | 54.33% | 40.43% | 5.05% | 0.18% | 0.00% |
| 中醫師的說明 | 個數 | 326 | 208 | 20 | 0 | 0 |
| | % | 58.84% | 37.55% | 3.61% | 0.00% | 0.00% |
| 其他醫護人員的說明 | 個數 | 301 | 219 | 34 | 0 | 0 |
| | % | 54.33% | 39.53% | 6.14% | 0.00% | 0.00% |
| 中醫師的診斷、治療等醫術方面 | 個數 | 352 | 192 | 10 | 0 | 0 |
| | % | 63.54% | 34.66% | 1.81% | 0.00% | 0.00% |
| 中醫師的服務態度 | 個數 | 382 | 164 | 8 | 0 | 0 |
| | % | 68.95% | 29.60% | 1.44% | 0.00% | 0.00% |
| 其他醫護人員的服務態度 | 個數 | 323 | 212 | 19 | 0 | 0 |
| | % | 58.30% | 38.27% | 3.43% | 0.00% | 0.00% |
| 治療的效果 | 個數 | 300 | 236 | 18 | 0 | 0 |
| | % | 54.15% | 42.60% | 3.25% | 0.00% | 0.00% |
| 整體醫療品質 | 個數 | 304 | 227 | 23 | 0 | 0 |
| | % | 54.87% | 40.97% | 4.15% | 0.00% | 0.00% |
| 門診診次安排 | 個數 | 280 | 230 | 43 | 1 | 0 |
| | % | 50.54% | 41.52% | 7.76% | 0.18% | 0.00% |



# 民眾就醫滿意度調查

滿意度尚有進步空間：

- 門診診次安排。
- 醫療設備。
- 其他醫護人員的說明。

上述項目滿意度雖在90%以上，仍有進步空間，本會將持續追蹤後續變化，並函文提醒承辦院所注意。



# 執行成效

- 大幅提昇中醫醫療可近性
- 增加中醫醫療就醫公平性
- 減少偏鄉弱勢族群就醫障礙
- 促進中醫醫療資源均衡分佈



# 實地訪視活動-1

* 訪視日期：107年5月10日至107年5月11日
* 訪視地點：臺中市和平區梨山里
* 訪視成員：
  - ✓ 衛生福利部全民健康保險會
  - ✓ 衛生福利部中央健康保險署中區業務組
  - ✓ 中醫師公會全聯會

~感謝委員熱情參與~

# 實地訪視活動-2

| | | |
|---|---|---|
| 巡迴醫療概況 | 施行區域分級級數 | 山地地區 |
| | 服務內容 | 內科、針傷科 |
| | 承辦院所 | 佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院 |
| | 醫療團隊 | 梨山里里長辦公室、環山社區活動中心 |
| 106年執行成果 | 開診次數 | 全年36診次，每診次由2位醫師輪流看診 |
| | 看診人次 | 516（平均每診次14人） |
| | 病患分布 | 以中、老年人居多 |
| | 主要疾病 | 以慢性疾病、肌肉骨骼痠痛為主 |



# 感謝聆聽

# 五、西醫基層總額(含一般服務、專案計畫)

# 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

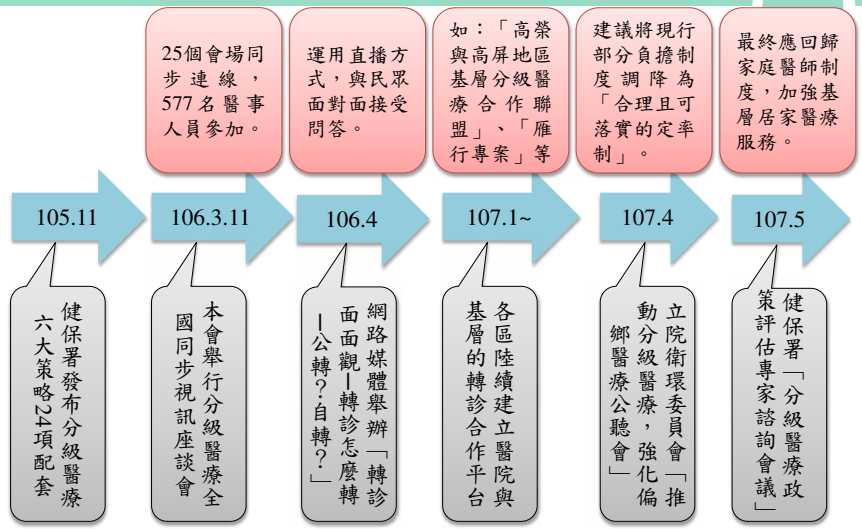
(二)就醫方便性

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年_5-12月 件數(千件) | 醫院 105年_5-12月 費用(百萬點) | 醫院 106年_5-12月 件數(千件) | 醫院 106年_5-12月 費用(百萬點) | 105-106年成長率 件數 | 105-106年成長率 費用 | 西醫基層 106年_5-12月 件數 | 西醫基層 106年_5-12月 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。

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



# 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(B) | 收案人數 自行收案數(C) | 收案人數 合計(B+C) | 交付名單收案數占較需照護群占率(B/A) | 總預算數(億) | 點值 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | 施測項目 對會員健康狀況了解程度 | 施測項目 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% |
| **106** | **5,272** | **99.5%** | **99.5%** | **99.5%** |

## 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

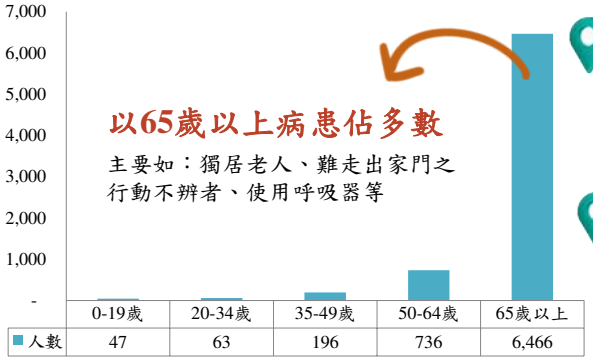
提供主動及差異化服務

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**




| | 0-19歲 | 20-34歲 | 35-49歲 | 50-64歲 | 65歲以上 |
|---|---|---|---|---|---|
| 人數 | 47 | 63 | 196 | 736 | 6,466 |

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)。

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。



## 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

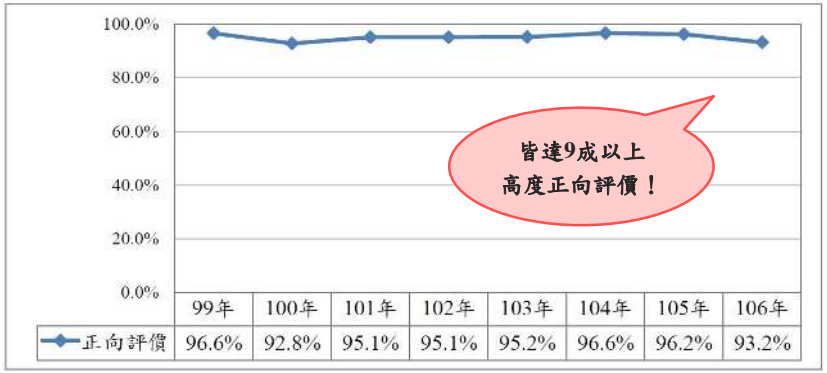
## 就醫方便性 1/5

- 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



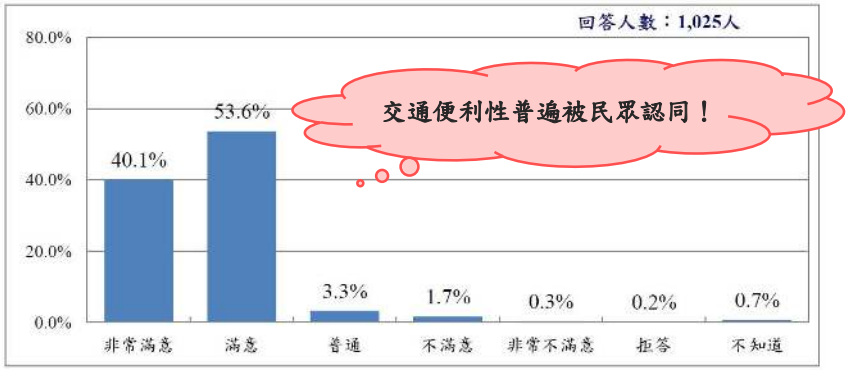

| | 99年 | 100年 | 101年 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 正向評價 | 96.6% | 92.8% | 95.1% | 95.1% | 95.2% | 96.6% | 96.2% | 93.2% |

- 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

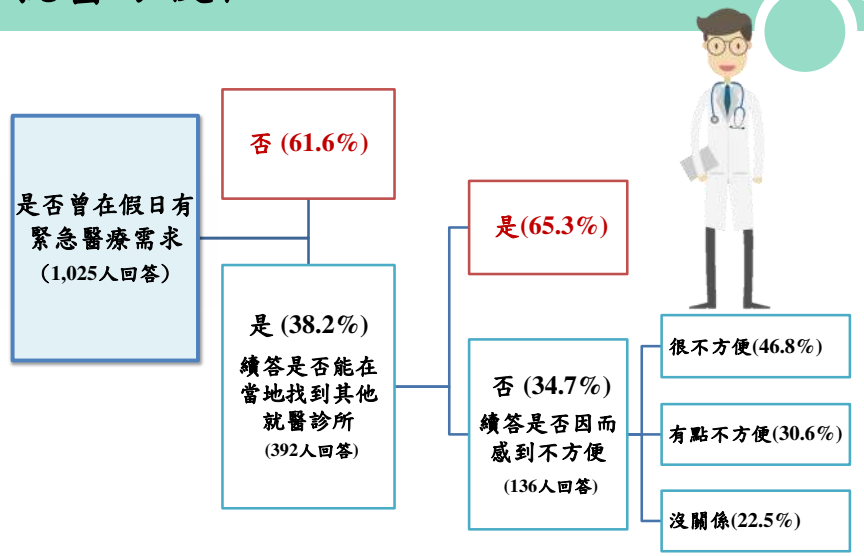
- 民眾對院所交通便利性之滿意度結果




- 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




- 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 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 | 本會說明 |
|---|---|
| 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。 | ➢ 因二者定義不同，**建議不宜直接比較**。<br>➢ 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。 |

| 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 |



## 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 | 本會說明 |
|---|---|
| 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。 | ➢ 二者整體數據差距經確認後，已重新修正。<br>➢ **剖腹產率整體而言較105年下降**<br>➢ 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。 |

| 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% |



## 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 | 本會說明 |
|---|---|
| 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。 | ➢ 「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**。<br>➢ 西醫基層將會持續配合健保署分級醫療六大策略。<br>➢ **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 | 本會說明 |
|---|---|
| 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。 | ➢ 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** |

## 回應說明：協商因素項目之執行情形 2/2

| 評核委員意見 | 本會說明 |
| --- | --- |
| 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。 | ➢ 就106年西醫部門數據觀察，**新增病患多於醫院部門的轉移**應為病人習慣或有其他共病於醫院治療有關。<br>➢ 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 | 本會說明 |
| --- | --- |
| 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。 | ➢ 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 | 本會說明 |
| --- | --- |
| 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。 | ➢ 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。<br>➢ 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，按該院門診每人次平均點數，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

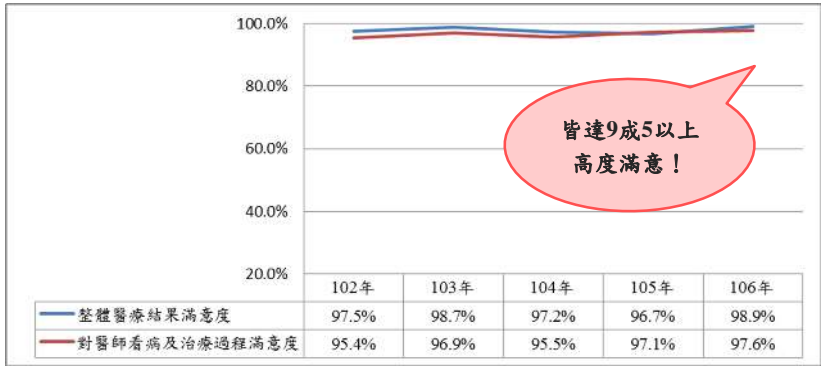
一、就106年評核委員評論意見與期許之回應說明
**二、維護保險對象就醫權益**
三、專業醫療服務品質確保與提升
四、協商因素項目之執行情形
五、總額之管理與執行績效

# 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



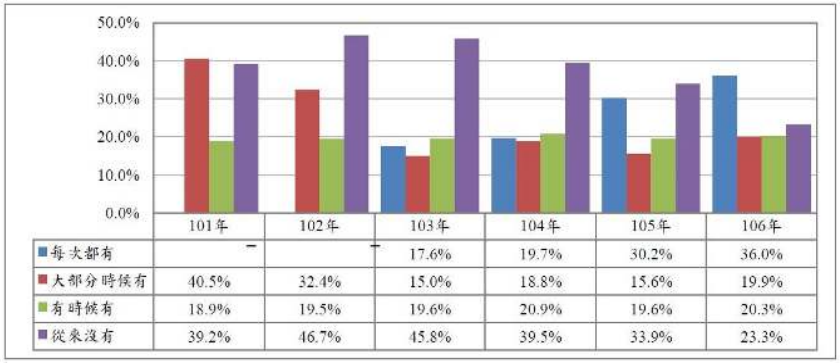

| | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|
| 整體醫療結果滿意度 | 97.5% | 98.7% | 97.2% | 96.7% | 98.9% |
| 對醫師看病及治療過程滿意度 | 95.4% | 96.9% | 95.5% | 97.1% | 97.6% |

- 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




| | 101年 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 每次都有 | – | – | 17.6% | 19.7% | 30.2% | 36.0% |
| 大部分時候有 | 40.5% | 32.4% | 15.0% | 18.8% | 15.6% | 19.9% |
| 有時候有 | 18.9% | 19.5% | 19.6% | 20.9% | 19.6% | 20.3% |
| 從來沒有 | 39.2% | 46.7% | 45.8% | 39.5% | 33.9% | 23.3% |

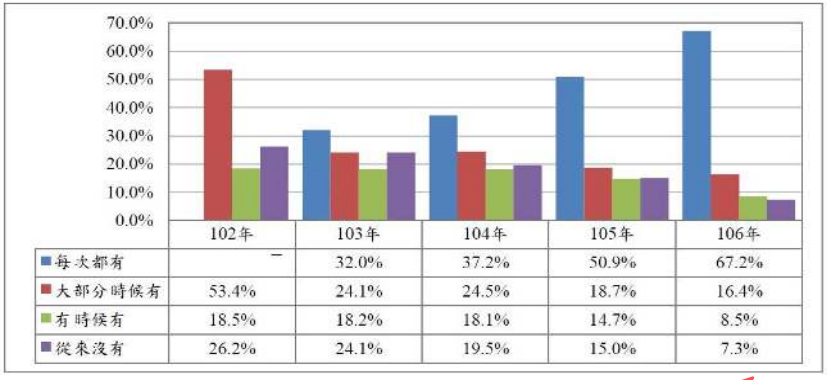
- 資料來源：106年西醫基層總額支付制度實施後醫療品質與可近性民意調查

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**




| | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|
| 每次都有 | – | 32.0% | 37.2% | 50.9% | 67.2% |
| 大部分時候有 | 53.4% | 24.1% | 24.5% | 18.7% | 16.4% |
| 有時候有 | 18.5% | 18.2% | 18.1% | 14.7% | 8.5% |
| 從來沒有 | 26.2% | 24.1% | 19.5% | 15.0% | 7.3% |

- 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

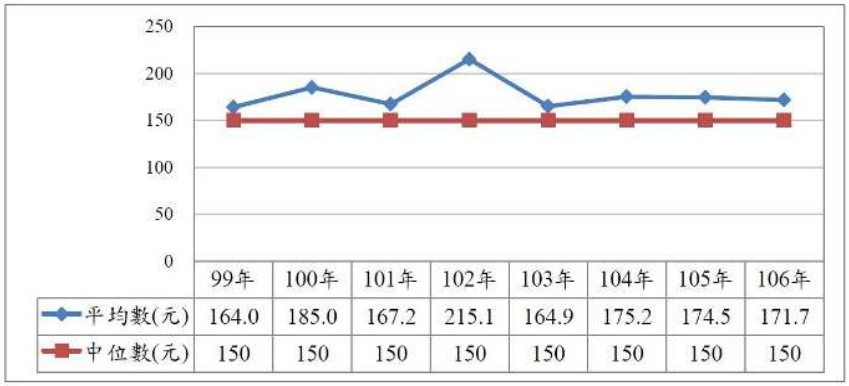
| | 104 年 | 105 年 | 106 年 |
|---|---|---|---|
| 每次都有 | 35.6% | 41.2% | 40.8% |
| 大部分時候有 | 26.2% | 23.0% | 24.4% |
| 有時候有 | 23.9% | 19.6% | 22.3% |
| 從來沒有 | 13.6% | 15.7% | 11.8% |
| 拒答 | 0.1% | 0.0% | 0.2% |
| 不知道 | 0.7% | 0.6% | 0.5% |
| 總和 | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

- 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

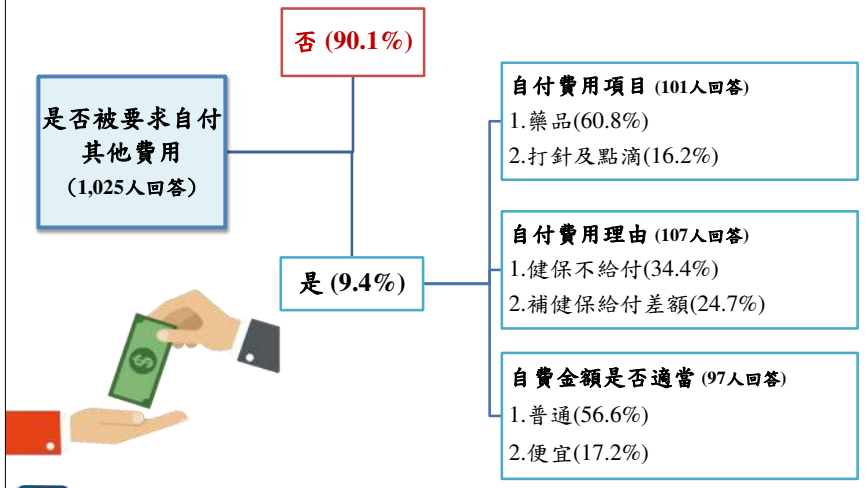



| | 99年 | 100年 | 101年 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平均數(元) | 164.0 | 185.0 | 167.2 | 215.1 | 164.9 | 175.2 | 174.5 | 171.7 |
| 中位數(元) | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 |

- 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

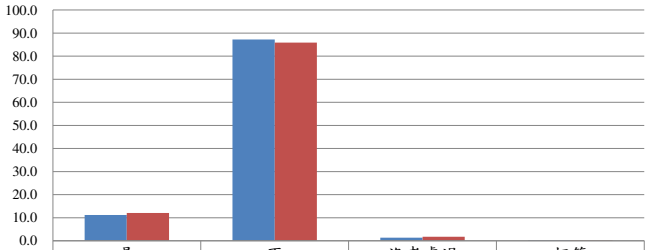



- 資料來源：106年西醫基層總額支付制度實施後醫療品質與可近性民意調查



# 民眾自費情形調查結果 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！




| | 是 | 否 | 沒考慮過 | 拒答 |
|---|---|---|---|---|
| 是否會因就醫費用過高而不就診？ | 11.2 | 87.2 | 1.4 | 0.2 |
| 是否會因就醫費用過高而不做檢查、治療或追蹤？ | 12.1 | 85.9 | 1.8 | 0.2 |

- 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

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



# 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!**

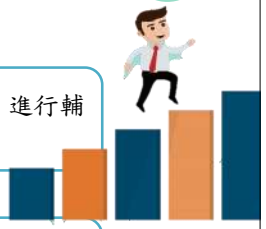
| 指標名稱 | 指標方向 | 106年 全區 | 參考值 |
|---|---|---|---|
| 1. 門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率 | 負向 | 14.62% | 16.94% |
| 2. 平均每張慢性病處方箋開藥日數 | | | |
| -糖尿病 | 正向 | 27.30 | 21.95 |
| -高血壓 | 正向 | 28.21 | 22.62 |
| -高血脂 | 正向 | 28.02 | 22.32 |
| 3. 門診注射劑使用率 | 負向 | 0.55% | 0.67% |
| 4. 門診抗生素使用率 | 負向 | 11.94% | 13.39% |
| 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 全區 | 參考值 |
|---|---|---|---|
| 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. 糖尿病病人醣化血色素(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

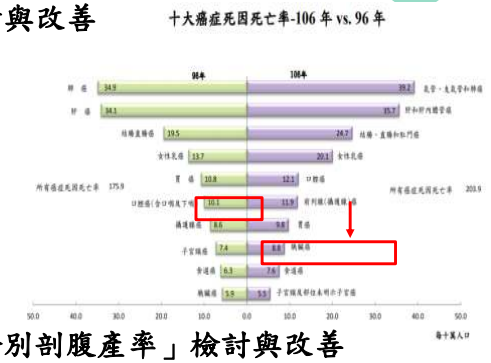
- 106年利用率指標監測結果

| | 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。




● 「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。



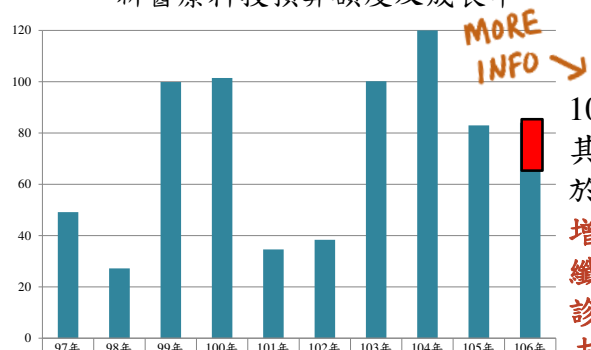
# 貳. 一般服務執行績效

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




| | 97年 | 98年 | 99年 | 100年 | 101年 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 預算額度(百萬元) | 49.2 | 27.2 | 99.9 | 101.5 | 34.6 | 38.4 | 100.2 | 120 | 83 | 84 |
| 成長率(%) | 0.06 | 0.032 | 0.113 | 0.113 | 0.038 | 0.041 | 0.104 | 0.122 | 0.082 | 0.08 |

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) 97年 | 98年 | 99年 | 100年 | 101年 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 | 申報合計 | 5年差值 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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) 97年 | 98年 | 99年 | 100年 | 101年 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 | 申報合計 | 5年差值 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

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。



# (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 |

資料來源：健保署提供。

# (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(2/2)

- 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(1/2)

- 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，僅有3成；糖尿病完整照護率的成長幅度雖小，但照護率已達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因罹患慢性病人數逐漸增加所致。(但有多少比例是由醫院部門轉移，則需進一步仰賴專家學者分析。)



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≦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
  - 糖尿病病患醣化血色素(HbA1c)執行率≧60%【權重各為2%】
  - 初期慢性腎臟病eGFR執行率，超過5百分位，即>5百分位【權重各為2%】
  - 檢驗（查）結果上傳率≧70%【權重各為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 |
| **總計** | 10,539 | 8,176(78%) | 199,075,413 |

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 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<br>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≦8% | ≦8%家數<br>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<br>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<br>指標值 | 權重 | 107年<br>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90百分位，即＜90百分位 | 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90百分位，即＜90百分位 | 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90百分位，即＜90百分位 | 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) | 2% | 不超過該分區所屬科別80百分位(開藥病人數<該分區20百分位者不列入計算) | 2% |
| 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) | 2% | 不超過該分區所屬科別80百分位(開藥病人數<該分區20百分位者不列入計算) | 2% |
| 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) | 2% | 不超過該分區8所屬科別0百分位(開藥病人數<該分區20百分位者不列入計算) | 2% |
| 9 | 糖尿病病患醣化血色素(HbA1c)執行率 | ≧60% | 2% | ≧65% | 2% |
| 10 | 初期慢性腎臟病eGFR執行率 | 超過5百分位，即>5百分位 | 2% | 超過10百分位，即>10百分位 | 2% |
| 11 | 檢驗（查）結果上傳率 | ≧70% | 2% | ≧75% | 2% |
| 12 | 每月完成門診時間網路登錄 | | | | 2% |
| 13 | 「長假期開診時段」維護作業指標 | | | | 5% |

# (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<br>指標值 | 104年<br>90百分位家數 | 105年<br>指標值 | 105年<br>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

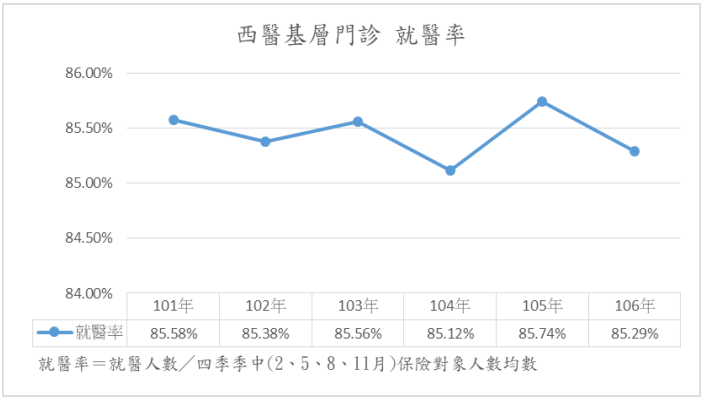
一、就106年評核委員評論意見與期許之回應說明
二、維護保險對象就醫權益
三、專業醫療服務品質確保與提升
四、協商因素項目之執行情形
**五、總額之管理與執行績效**

# (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[illegible]。

# (一)醫療利用及費用管控情形 2/19

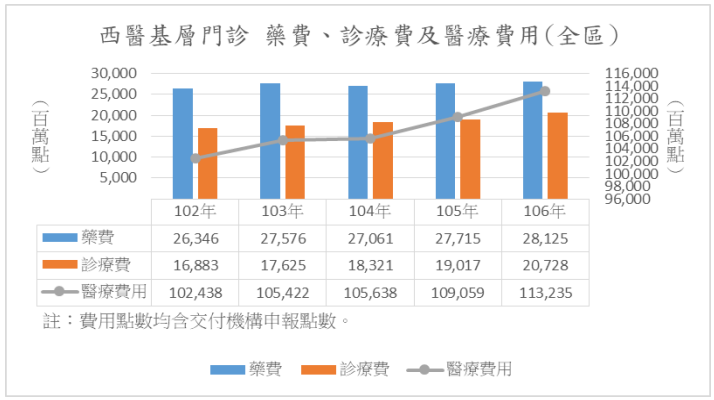
- 近6年門診就醫率成長趨勢平穩，介於85.12%～85.74%。






# (一)醫療利用及費用管控情形 3/19

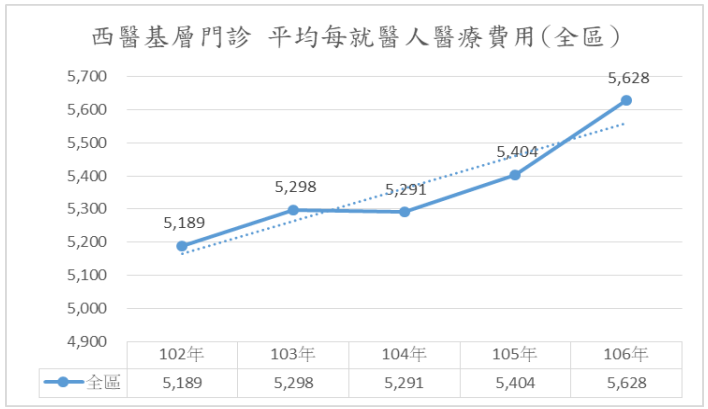
- 近5年門診平均成長1.7%(藥費)、5.3%(診療費)及2.5%(醫療費用)。
- 106年較105年分別成長1.5%(藥費)、9.0%(診療費)及3.8%(醫療費用)。





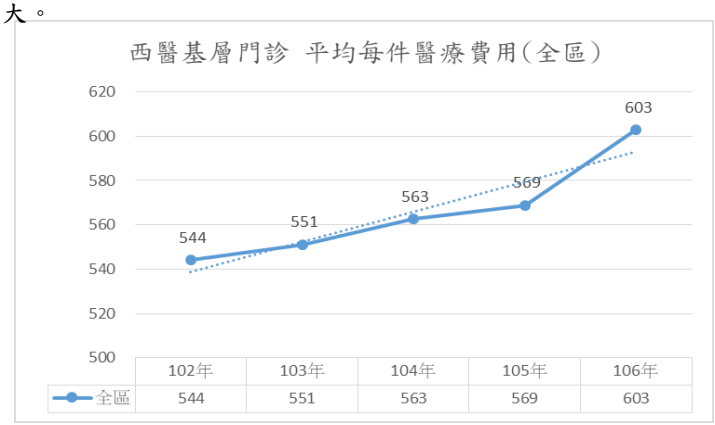

# (一)醫療利用及費用管控情形 4/19

- 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

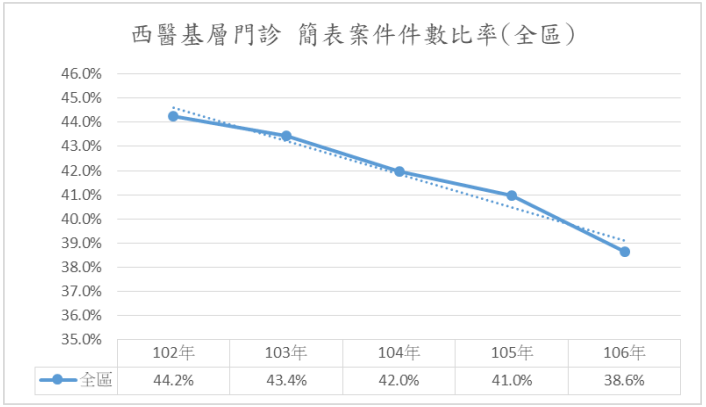
- 近5年門診平均每件費用平均成長2.6%，平均淨增加15點。
- 106年較105年成長6.0% ，淨增加34點，以東區淨增加21點幅度最大。






# (一)醫療利用及費用管控情形 6/19

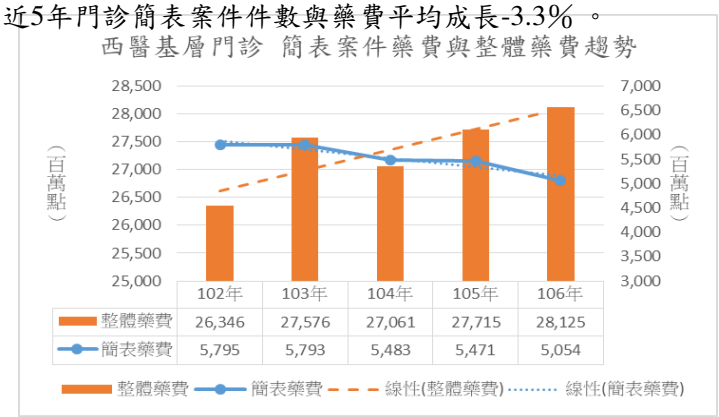
- 近5年門診簡表案件件數平均成長-3.3%。
- 106年簡表案件占率38.6%，件數較105年成長-7.6% 。






# (一)醫療利用及費用管控情形 7/19

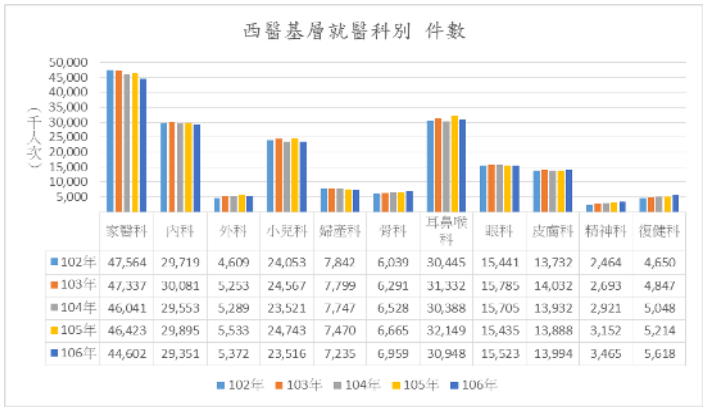
- 近5年門診藥費平均成長1.7%，非簡表案件藥費平均成長3.0%。
- 近5年門診簡表案件件數與藥費平均成長-3.3% 。





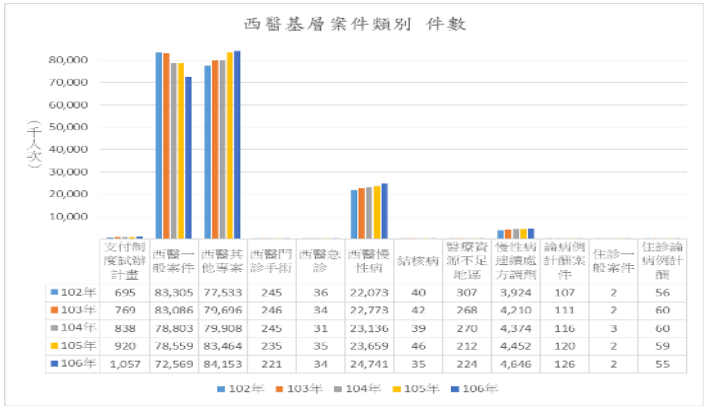

# (一)醫療利用及費用管控情形 8/19

- 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

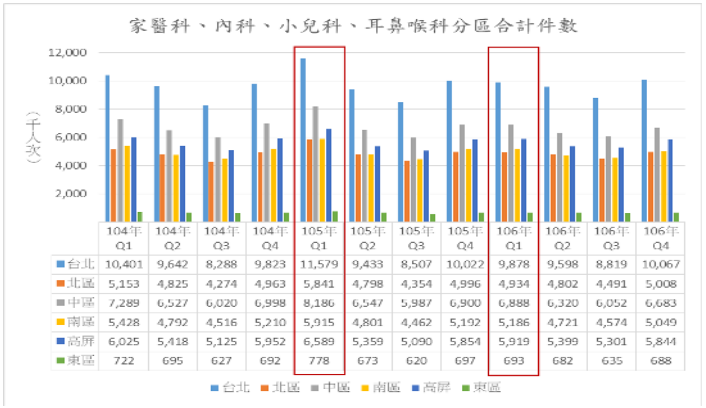
- 近5年「其他專案」平均淨增加件數幅度最大，其次「慢性病」案件。
- 106年費用占率以「其他專案」41.5%最高，「一般案件」26.0%次之 。






# (一)醫療利用及費用管控情形 10/19

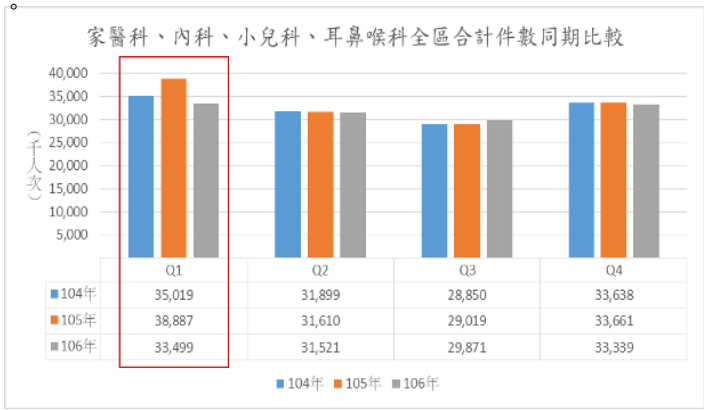
- 因流感疫情105年Q1至高峰，以致106年第1季門住診件數較去年同期成長-9.2%，一般案件及其他專案件數成長-15.5%及-7.0%。






# (一)醫療利用及費用管控情形 11/19

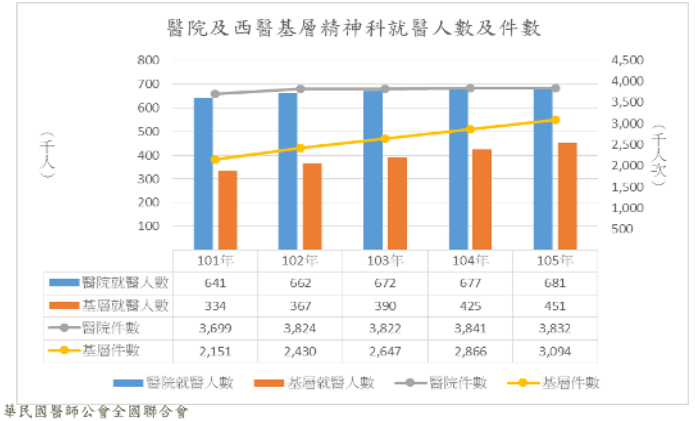
- 106年Q1家醫科（-12.5%）、內科（-9.3%）、小兒科（-17.3%）及耳鼻喉科（-16.8%）件數下降幅度最大。104-106年Q2件數差異不大。





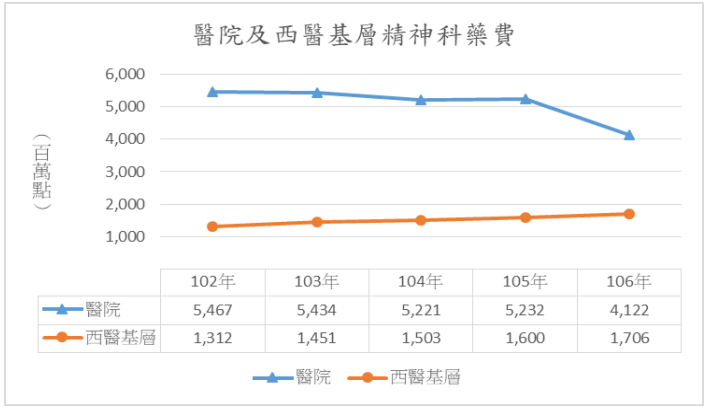

# (一)醫療利用及費用管控情形-精神科

- 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%。




| | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|
| 醫院 | 5,467 | 5,434 | 5,221 | 5,232 | 4,122 |
| 西醫基層 | 1,312 | 1,451 | 1,503 | 1,600 | 1,706 |

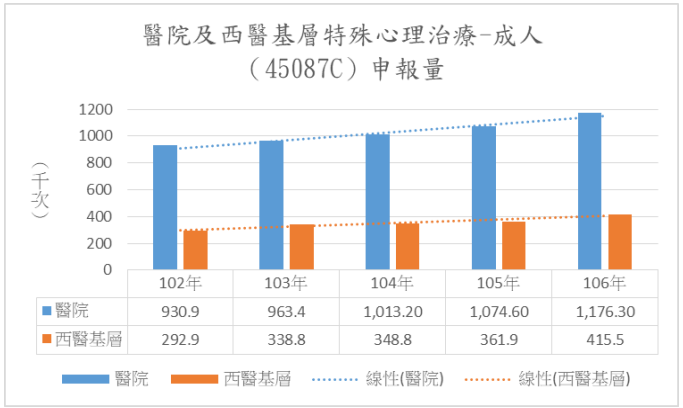


## (一)醫療利用及費用管控情形-精神科

- 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%。




| | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|
| 醫院 | 930.9 | 963.4 | 1,013.20 | 1,074.60 | 1,176.30 |
| 西醫基層 | 292.9 | 338.8 | 348.8 | 361.9 | 415.5 |



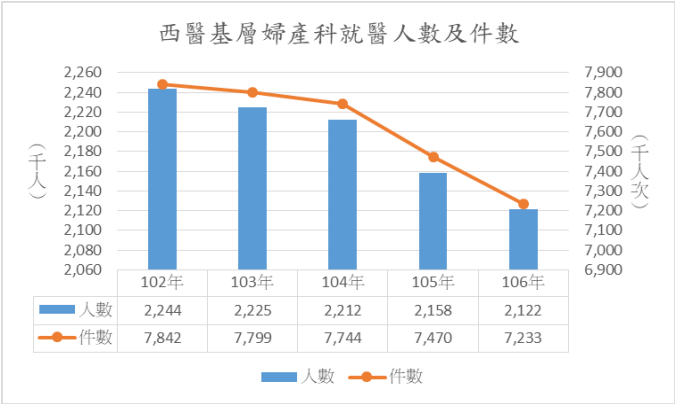
## (一)醫療利用及費用管控情形-精神科

### 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

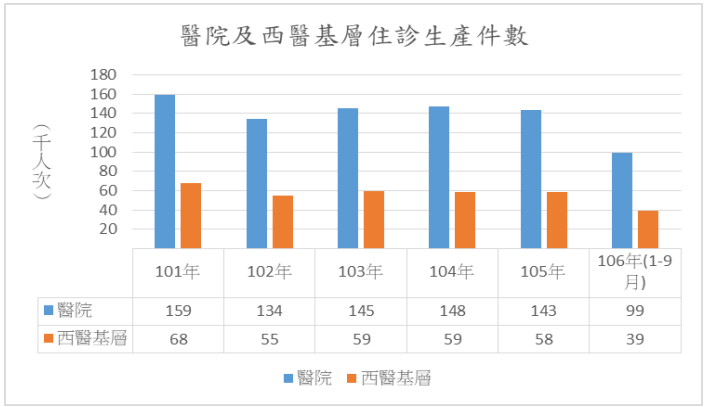
- 西醫基層婦產科門診近5年件數及就醫人數均為負成長，平均成長-2.2%(件數)及-1.4%(就醫人數)。






# (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

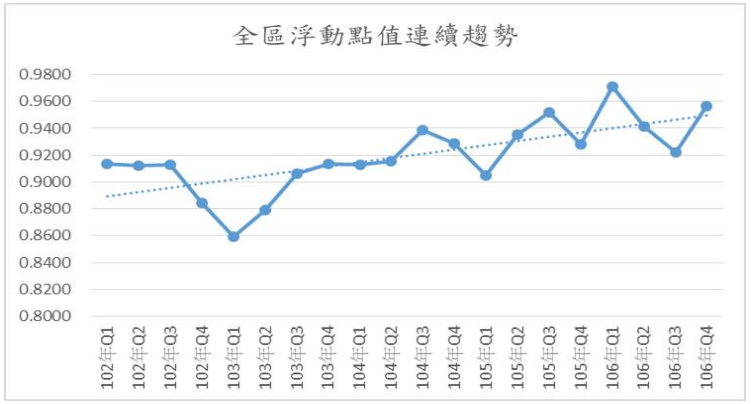
- 台北區106年第2季點值較第1季明顯下滑，除該區總額自身不足外，跨區就醫計算方式影響台北區浮動點值。

| 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。

| 年 | 初核核減率 | | | | | 申復後核減率 | | | | | 爭審後核減率 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
| 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 |
| 總計 | 253 | 46,149,277 |



# (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 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 類型別 | 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：院所垣承、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 家次 | 104年度 點數 | 105年度 家次 | 105年度 點數 | 106年度 家次 | 106年度 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，受終止特約或停約之一年，期滿再申請特約後，經查於終止特約或停約之一年期間，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。

| 分區 | 類型 | 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 |

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

| 分區 | 類型 | 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（48027P）比率達高於全國平均P90且淺部創傷件數達50件以上 | 31 |
| | | 每張處方箋開藥品項數大於10項比率指標未達成 | 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 | 原因 | 家數 |
|---|---|---|---|
| 東區 | 輔導 | 鼻竇炎floroquinolones（恩諾類抗生素）使用比率最高 | 1 |
| | | 鼻竇炎floroquinolones（恩諾類抗生素）申報案件比率最高 | 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 |

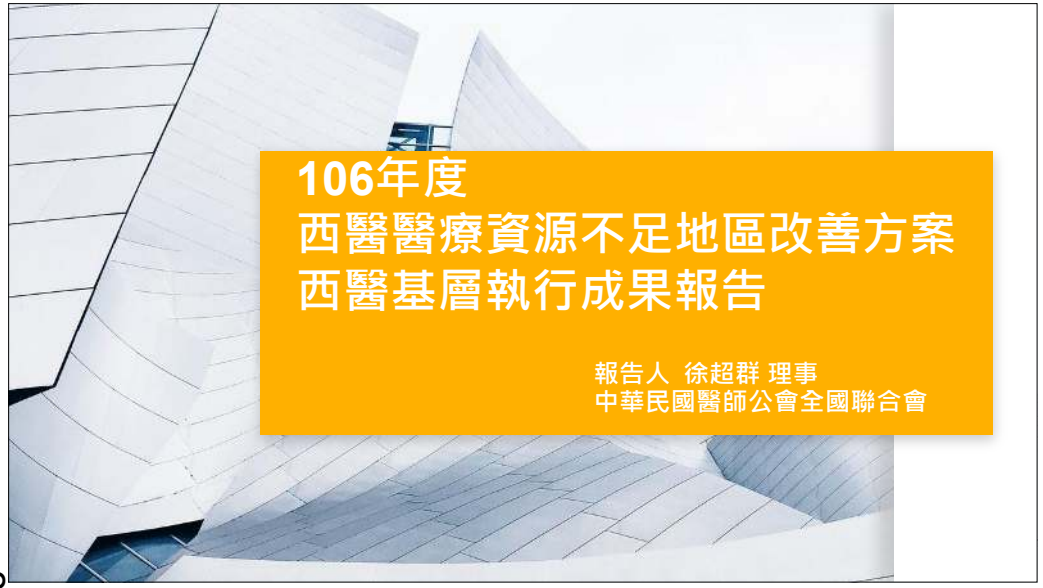
# 參. 結語

## 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

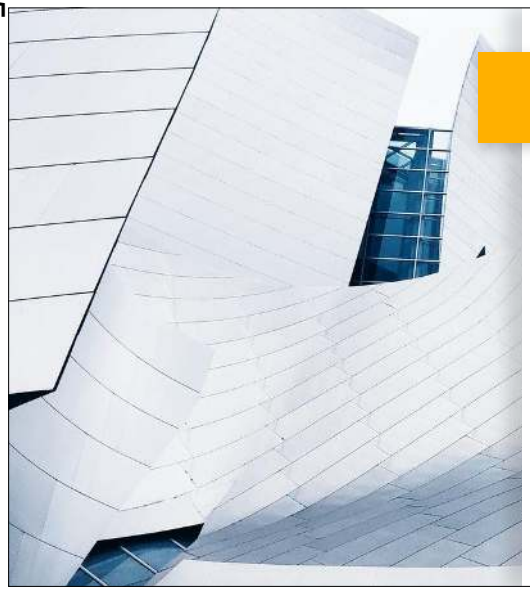
報告人 徐超群 理事
中華民國醫師公會全國聯合會

## 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

2





## 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

3

## 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。



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

# 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。



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



# 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 |



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

# 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。



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

# 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。 |



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

# 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 | **138** |
| 參與護理人員數 | 285 | 308 | 290 | 301 | **299** |
| 參與藥事人員數 | 48 | 66 | 64 | 57 | **50** |
| 計畫數(執行院所數) | 136 | 139 | 124 | 118 | **119** |
| 巡迴鄉數 | 86 | 90 | 86 | 84 | **82** |
| 巡迴點數(村數) | 353 | 323 | 295 | 281 | **273** |

• 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。



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

# 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。



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

## 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



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

## 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。



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

## 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。



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

## 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



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

## 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。

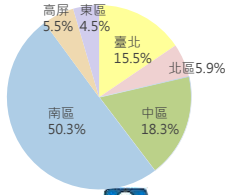


中華民國醫師公會全國聯合會 Taiwan Medical Association

## 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%)。






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

## 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 | **99,070** |
| 平均每診次點數 | 9,651 | 8,335 | 8,356 | 7,834 | **8,343** |
| 平均每人次點數 | 523 | 480 | 493 | 458 | **417** |
| 論次報酬(千點) | 84,576 | 83,346 | 81,972 | 75,932 | **79,569** |
| 診察費加成(千點) | 17,259 | 14,520 | 14,397 | 16,589 | **18,289** |

- 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。



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

## 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** |



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

## 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。



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

## 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 |



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



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

• 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。



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

## 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。



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

## 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 執行鄉鎮數 | 102年 占率 | 103年 執行鄉鎮數 | 103年 占率 | 104年 執行鄉鎮數 | 104年 占率 | 105年 執行鄉鎮數 | 105年 占率 | 106年 執行鄉鎮數 | 106年 占率 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 臺北 | 11 | 92% | 10 | 100% | 11 | 92% | 11 | 100% | **11** | **100%** |
| 北區 | 7 | 100% | 7 | 100% | 7 | 100% | 9 | 100% | **9** | **100%** |
| 中區 | 16 | 89% | 14 | 100% | 16 | 89% | 18 | 95% | **16** | **89%** |
| 南區 | 37 | 100% | 32 | 94% | 37 | 100% | 34 | 100% | **34** | **100%** |
| 高屏 | 6 | 86% | 8 | 100% | 6 | 86% | 5 | 100% | **5** | **100%** |
| 東區 | 9 | 100% | 10 | 100% | 9 | 100% | 7 | 88% | **7** | **100%** |
| 總計 | 86 | 96% | 81 | 98% | 86 | 96% | 84 | 98% | **82** | **98%** |

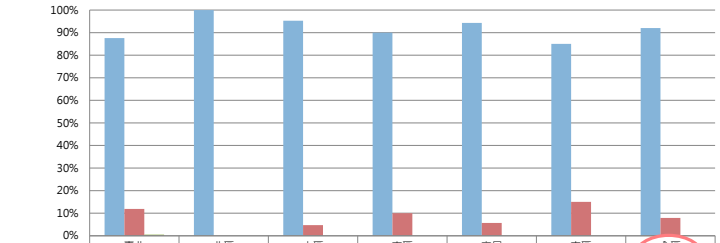
• 資料來源：中央健保署各分區業務組及醫療資訊系統RPG退扣及醫療帳務管理子系統



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



## 民眾就醫可近性-
## 106年民眾到達就醫地點所花時程




| | 臺北 | 北區 | 中區 | 南區 | 高屏 | 東區 | 全區 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10分鐘以內 | 87.60% | 100% | 95.30% | 90.00% | 94.30% | 85.00% | 92.03% |
| 11~30分鐘 | 11.90% | 0.00% | 4.70% | 10.00% | 5.70% | 15.00% | 7.88% |
| 30分鐘~1小時 | 0.50% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.08% |

• 資料來源：中央健保署各分區業務組。



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

## 民眾就醫可近性-
## 提供「到宅」行動醫療照護

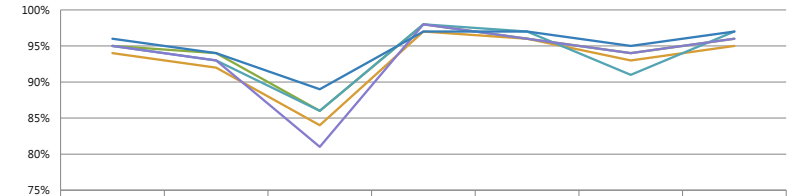
- 執行院所多半秉持行動醫療精神，提供到宅診療訪視服務，經由給藥服務之說明，不僅使平日生活無人相陪之年長者或行動不便者脫離就醫障礙，健康更有保障；同時因為這股暖意流注，當地民眾心靈亦不再孤寂，身心有所慰藉。
- 統計106年到宅診療訪視服務，全區計有52家院所。

| 分區 | 家數 |
|---|---|
| 臺北 | 1 |
| 北區 | 2 |
| 中區 | 11 |
| 南區 | 29 |
| 高屏 | 3 |
| 東區 | 6 |
| **合計** | **52** |



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

## 民眾滿意度評估-
## 歷年民眾滿意度評估表




| | 1.候診時間滿意度 | 2.醫療效果滿意度 | 3.醫療設備滿意度 | 4.醫師服務態度滿意度 | 5.語言溝通能力滿意度 | 6.門診時段滿意度 | 7.民眾看病方便性 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 102年 | 94% | 92% | 84% | 97% | 96% | 93% | 95% |
| 103年 | 95% | 94% | 86% | 98% | 96% | 94% | 96% |
| 104年 | 95% | 93% | 86% | 98% | 97% | 91% | 97% |
| 105年 | 95% | 93% | 81% | 98% | 96% | 94% | 96% |
| 106年 | 96% | 94% | 89% | 97% | 97% | 95% | 97% |

• 資料來源：中央健保署各分區業務組。



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

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

• 資料來源：中央健保署各分區業務組。



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

## 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 |
| **106年** | **3** | **5** | **5** | **14** | **6** | **0** | **33** |

• 資料來源：中央健保署各分區業務組



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

## 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



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

## 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

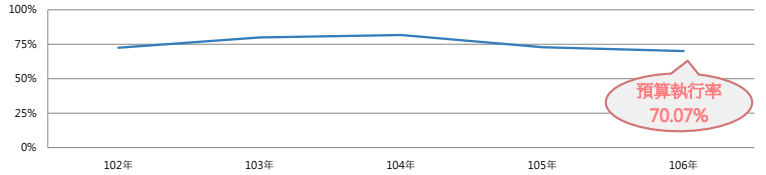


中華民國醫師公會全國聯合會 Taiwan Medical Association

## 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 | **180** |
| 執行數 (百萬元) | 109 | 120 | 123 | 175 | **127** |
| 預算執行率 | 72.53% | 79.93% | 81.68% | 72.83% | **70.07%** |

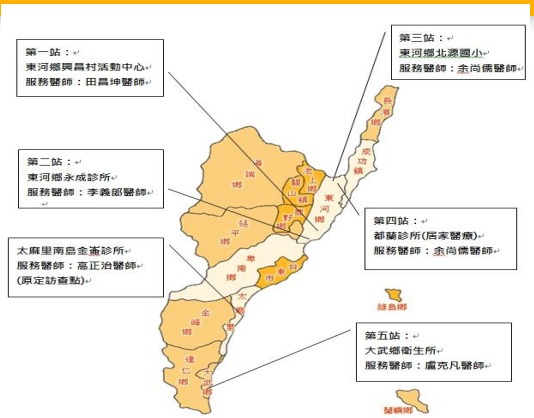
• 資料來源：中央健保署各分區業務組






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

## 107年本會台東縣實地訪查活動






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

## 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

• 張貼明醫巡迴醫療公告

• 大武鄉盧克凡醫師開設當地醫療現況

• 訪查委員合影



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

# 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。

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

## 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。

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

## 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。

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

## 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**。

41

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

## 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。

42

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

## 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，**非可調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**。

43

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

## 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。

44

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

## 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。

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

## 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。



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

# Thank You !

# 六、醫院總額(含一般服務、專案計畫)

# 107年醫院總額部門執行成果報告

潘延健副執行長

2018.07.20

## 大綱

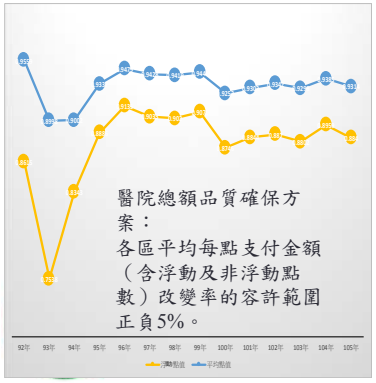
- 前言
- 106年醫療利用情形
- 保險對象就醫權益
- 初級照護減少之策略與執行現況
- 護理人力（護病比）之現況與改善情況
- 其他預算專案計畫
- 落實同儕管理-精進專業審查
- 新醫療科技執行現況與未來展望
- 給付項目及支付標準修訂
- 結論

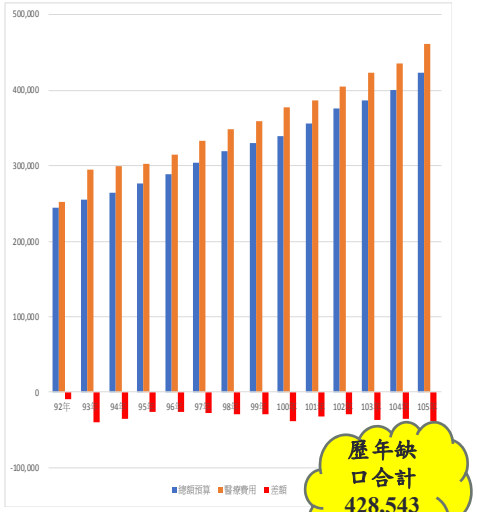
## 回顧醫院總額支付制度的推動策略

- 透過總額支付制度促進醫療費用總額及分配之合理化，與健保署共同分擔財務風險以合理控制醫療費用，提升醫療效率暨品質，兼顧醫療專業自主及尊嚴，朝整合醫療服務，層級適當分工與合作。
- 策略
  - 建立醫界與健保署共同分擔暨管理的商議式民主運作模式
  - 以財務誘因或制度導引醫療行為改變希望藉由資源重新分配導正醫療生態

## 醫院總額實施後-醫療服務點數高於總額預算數

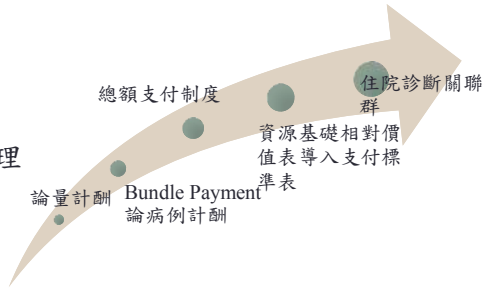
- 92年-105年名目浮動點值0.8765
  (14年平均)
  名目平均點值0.9326
- 滑落.92



## 為控制點值調控醫療服務提供-管理措施與審查併行

- 為有效控制醫療費用的成長及限制點值不得降幅過大，健保署確實用盡全力
- 歷年推動多項政策暨試辦計畫
- 各分區業務組採行不同的管理機制：A級方案、自主管理方案、限定額度攤扣措施等等
- 透過分區共管會議，與醫院管理取得一定程度的溝通，裨益方案執行。




未來？？
門診：論人（質）計酬
住診：TW-DRGs

## 總額支付制度原始設計策略-授權與分責

- 透過專業自主、同儕管理的機制下
- 由醫界內部形成一定的規則，共同調整醫療服務提供的行為模式
- 進而達到減量、抑制醫療費用成長或緩和成長速度。
- 透過醫院間集體協商與同儕約束力，始得共同承擔風險
- 鞭策醫院提供專業自主性，改善醫療服務效率與品質
- 促成醫療資源務實而合理的配置

## 106年醫院部門新紀元的開始

審查作業透明化、全國審查標準一致化

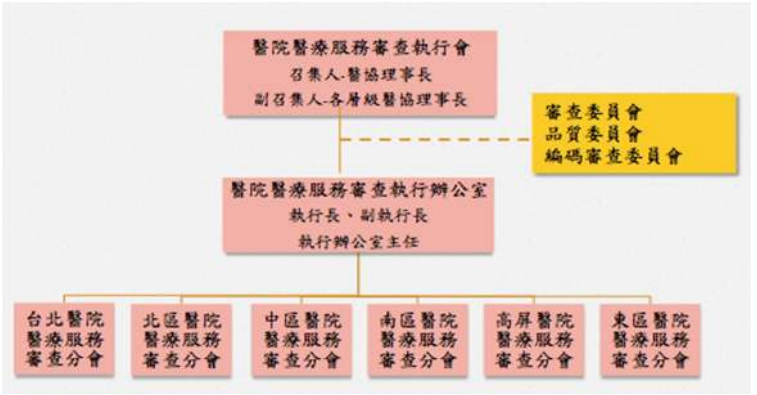
運用健保大數據分析應用、規劃指標管理，導引醫療行為調整

積極參與健保分區業務組共同管理，落實專業問題專業自承

醫院部門自主管理

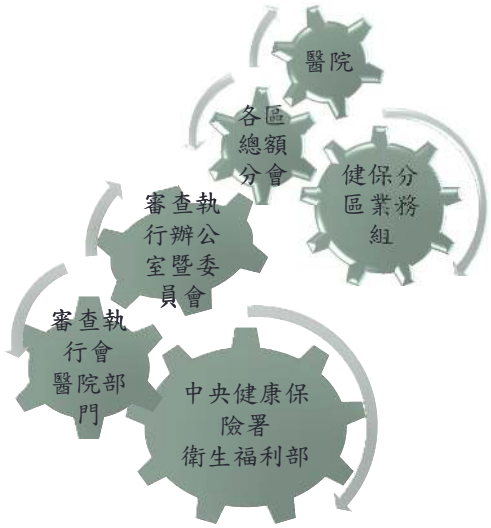
## 醫院部門籌組專案執行組織

- 醫院部門成立跨層級組織，結合醫學中心協會、區域醫院協會、社區醫院協會、私立醫療院所協會暨各區醫院領袖代表
- 合縱連橫多重管道共識統整，適時統合各區需求、兼顧臨床實務，裨益國家政策之推動



# 醫院部門運作模式

醫院部門為逐步邁入醫院自主管理的目標
重啟承辦醫院專業審查委辦事項
初期將蕭規曹隨，積極努力學習及溝通凝聚共識為主
由各區為管理主體，與各健保分區業務組充分合作，全力發展合適各區經管重點，執行會（總會）輔以各區協調作業、制定合於全國施行之政策方針，提供專業建議予健保署暨主管官署，務實執行，臻於至善




# 106年醫療利用情形

# 總費用點數

| 項目 \ 年 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 |
|---|---|---|---|---|---|
| 費用點數-值（百萬點） | 381,891 | 400,913 | 412,348 | 437,263 | 466,643 |
| -成長率（%） | 4.6% | 5.0% | 2.9% | 6.0% | 6.7% |

資料來源：衛生福利部中央健康保險署（107.03.01），全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議107年第1次會議資料-醫院總額執行概況報告，台北。

- 106年C型肝炎防治納入國家公共衛生政策，105年8月18日健保署召開藥物共擬會議結論略以：C型肝炎防治應由國家以公共衛生政策角度編列預算處理，而非僅由健保負擔，即使列為健保給付項目，預算亦應編列於健保其他部門總額，並納入民眾部分負擔的機制。
- 106年醫院總額專款專用-C型肝炎用藥，全年經費2,655百萬元，包含自一般服務移列943百萬元。

# 102年至106年門診利用情形

| 項目 \ 年 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|
| 門診 | | | | | |
| 案件數 | | | | | |
| -值（千件） | 93,.054 | 94,451 | 96,582 | 98,722 | 101,283 |
| -成長率% | 2.3% | 1.5% | 2.3% | 2.2% | 2.6% |
| 費用點數 | | | | | |
| -值（百萬點） | 204,479 | 215,178 | 221,661 | 235,650 | 256,298 |
| -成長率% | 7.1% | 5.2% | 3.0% | 6.3% | 8.8 |
| 平均每件醫療點數 | | | | | |
| -值（點/件） | 2,197 | 2,278 | 2,295 | 2,387 | 2,531 |
| -成長率% | 4.7% | 3.7% | 0.7% | 4.0% | 6.0 |
| 新醫療科技 | | | | | |
| -成長率% | 0.418% | 0.584% | 0.646% | 0.503% | 0.531% |

註：新醫療科技係指年度協商一般服務項目，其含新增診療項目、新藥及新特材等。

## 102年至106年住診醫療利用情形

| 項目 \ 年 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|
| 案件數 | | | | | |
| -值（千件） | 3,070 | 3,135 | 3,207 | 3,248 | 3,296 |
| -成長率% | -0.9% | 2.1% | 2.3% | 1.3% | 1.5% |
| 費用點數 | | | | | |
| -值（百萬點） | 177,412 | 185,735 | 190,688 | 201,613 | 210,345 |
| -成長率% | 1.8% | 4.7% | 2.7% | 5.7% | 4.3% |
| 住院日數 | | | | | |
| -值（千日） | 30,668 | 30,916 | 30,995 | 31,754 | 31,438 |
| -成長率% | -0.8% | 0.8% | 0.3% | 2.4% | -1.0% |
| 平均每日醫療點數 | | | | | |
| -值（點/日） | 5,785 | 6,008 | 6,152 | 6,349 | 6,691 |
| 成長率% | 2.6% | 3.9% | 2.4% | 3.2% | 5.4% |
| 平均住院日數 | | | | | |
| -值（日/件） | 10.0 | 9.9 | 9.7 | 9.8 | 9.5 |
| -成長率% | 0.1% | -1.3% | -2.0% | 1.2% | -2.5% |
| 新醫療科技 | | | | | |
| -成長率% | 0.418% | 0.584% | 0.646% | 0.503% | 0.531% |

註：新醫療科技係指年度協商一般服務項目，其含新增診療項目、新藥及新特材等。

## 藥費

| 項目 \ 年 | 102 年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|
| 藥費 | | | | | |
| -值（百萬點） | 117,555 | 122,369 | 124,287 | 131,329 | 143,606 |
| -成長率% | 9.4% | 4.1% | 1.6% | 5.7% | 8.5% |
| 門診藥費 | | | | | |
| -值（百萬點） | 93,479 | 97,781 | 99,861 | 105,908 | 117,323 |
| -成長率% | 10.8% | 4.6% | 2.1% | 6.1% | 10.8% |
| 住診藥費 | | | | | |
| -值（百萬點） | 24,076 | 24,588 | 24,426 | 25,420 | 26,283 |
| -成長率% | 4.3% | 2.1% | -0.7% | 4.1% | 3.4% |
| 藥費占總費用比率% | 30.8% | 30.5% | 30.1% | 30.0% | 30.8% |
| -門診 | 45.7% | 45.4% | 45.1% | 44.9% | 45.8% |
| -住診 | 13.6% | 13.2% | 12.8% | 12.6% | 12.9% |
| 新藥預算[註1] | | | | | |
| -增加金額(百萬元) | 287 | -214 | 556 | -115 | 1733[註2] |
| -增加比率% | 46.8% | -23.7% | 81.1% | -9.3 | 153.8% |

註：
1.新藥預算係指年度協商一般服務項目新醫療科技項下的新藥預算項目。
2.106年新藥預算為1148百萬元，並移列943百萬元至專款後，加入專款「C型肝炎用藥2655百萬元」合計為2860百萬元。

## 重大傷病

| 項目 \ 年 | 102 年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|
| 重大傷病門診費用點數 | | | | | |
| -值（百萬點） | 49,390 | 51,152 | 52,928 | 56,219 | 61,448 |
| -成長率% | 8.9% | 3.6% | 3.5% | 6.2 | 9.3% |
| 重大傷病門診費用占總門診費用點數比率% | 24.2 | 23.8 | 23.9 | 23.9 | 23.8 |
| 重大傷病住診費用點數 | | | | | |
| -值（百萬點） | 71,872 | 73,756 | 74,947 | 77,953 | 81,655 |
| -成長率% | 1.6% | 2.6% | 1.6% | 4.0% | 4.7% |
| 重大傷病住診費用點數占總住診費用點數比率% | 40.6 | 39.7 | 39.3 | 38.7 | 38.8 |

## 全區浮動點值

- 106年年平均浮動點值0.8707低於105年0.8840

| 季別 \ 年 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 | 107 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 第1季 | 0.8782 | 0.8718 | 0.8952 | 0.8963 | 0.8861 | 0.8061 |
| 第2季 | 0.9062 | 0.8943 | 0.9054 | 0.8973 | 0.8984 | - |
| 第3季 | 0.8851 | 0.8693 | 0.8998 | 0.8764 | 0.8726 | - |
| 第4季 | 0.8784 | 0.8854 | 0.8830 | 0.8661 | 0.8256 | - |
| 年平均 | 0.8870 | 0.8802 | 0.8959 | 0.8840 | 0.8707 | - |

註：107年第1季為預估點值。
資料來源：107年5月份全民健康保險業務執行報告。

# 全區平均點值

- 106年全區平均點值0.9239低於105年0.9314

| 季別 年 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 | 107 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 第1季 | 0.9286 | 0.9255 | 0.9390 | 0.9395 | 0.9333 | 0.8864 |
| 第2季 | 0.9447 | 0.9379 | 0.9438 | 0.9387 | 0.9395 | - |
| 第3季 | 0.9327 | 0.9229 | 0.9402 | 0.9266 | 0.9243 | - |
| 第4季 | 0.9310 | 0.9330 | 0.9312 | 0.9208 | 0.8983 | - |
| 年平均 | 0.9342 | 0.9298 | 0.9385 | 0.9314 | 0.9239 | - |

註：107年第1季為預估點值。
資料來源：107年5月份全民健康保險業務執行報告。

# 保險對象就醫權益

# 106年醫療服務品質調查結果全數優於105年

| 指標項目 年 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 |
|---|---|---|---|---|---|
| 整體醫療結果滿意度 | 81.5 | 86.1 | 88.9 | 87.0 | 93.4 |
| 肯定態度 | 94.0 | 96.2 | 95.5 | 92.0 | 96.5 |
| 醫護人員進行衛教指導之比例（如：解說病情、營養及飲食諮詢、預防保健等） | 53.0 | 58.6 | 63.7 | 64.4 | 73.8 |
| 是否會與醫師討論照護或治療方式 | | | 65 | 63.5 | 73.7 |
| 肯定態度 | | | 85.2 | 82.3 | 89.9 |
| 醫護人員是否常用簡單易懂的方式向您解說病情與照護方式 | 66.8 | 74.3 | 57.8 | 82.3 | 89.4 |
| 就診時醫師是否提供您問問題或表達顧慮的機會 | | | | 89.6 | 93.5 |

隨著時代的改變，醫療的服務型態與醫院的管理典範也漸漸地在改變，隨著這些年不斷的宣導以病人為中心，強化病人知的權益，透過醫護人員衛教傳導提升民眾健康知識的風行，透過相關醫療服務品質調查結果可發現，醫院醫療服務已漸漸調整，擴大民眾的參與感，讓醫療不再冷冰冰。

# 106年民眾對醫院部門抱怨案件較105年 大幅減少25.26%

| 指標項目年 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|
| 民眾申訴及反映成案件數 | 1,074 | 1,036 | 1,225 | 1,259 | 941 |
| 申訴案件成長率% | - | -3.54 | 18.24 | 2.78 | -25.26 |
| 平均每位醫師申訴案件數 | 0.040 | 0.038 | 0.044 | 0.044 | 0.032 |

| 申訴類別 年 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|
| 額外收費（自費抱怨） | 294 | 239 | 268 | 281 | 279 |
| 佔率-% | 27.4 | 23.1 | 21.9 | 22.3 | 29.7 |
| 其他醫療行政或違規事項 | 204 | 269 | 352 | 419 | 182 |
| 佔率-% | 19.0 | 23.1 | 28.7 | 33.3 | 19.3 |
| 其他 | 271 | 240 | 237 | 205 | 171 |
| 佔率-% | 25.2 | 23.2 | 19.3 | 16.3 | 18.2 |
| 藥品及處方箋 | 128 | 115 | 106 | 96 | 72 |
| 佔率-% | 11.9 | 11.1 | 8.7 | 7.6 | 7.7 |
| 服務態度及醫療品質 | 78 | 81 | 113 | 110 | 63 |
| 佔率-% | 11.9 | 7.8 | 9.2 | 8.7 | 6.7 |

# 106年民眾自費情形調查結果

近5年民眾自費項目經統計仍以藥品佔最大宗，其次為耗材及手術費，而民眾自費的主因在於健保不給付、補健保給付差額及自費可用較好的藥品

| 指標項目 | 年 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 自付其他費用前3名項目 | | 藥品 | 藥品 | 藥品 | 藥品 | 藥品 |
| -第一名（百分比%） | | 46.9 | 42.5 | 63.6 | 56.1 | 42.2 |
| -第二名（百分比%） | | 耗材 | 檢查 | 打針 | 打針 | 耗材 |
| -第三名（百分比%） | | 13.2 | 18.0 | 14.4 | 11.6 | 18.8 |
| 自付其他費用前3項原因 | | 檢查 | 耗材 | 耗材 | 病房 | 手術 |
| -第一項（百分比%） | | 12.7 | 12.4 | 14.2 | 8.6 | 12.5 |
| -第二項（百分比%） | | 51.5% | 54.1% | 47.7% | 42.0% | 39.5% |
| -第三項（百分比%） | | 22.2% | 16.6% | 15.3% | 22.4% | 10.8% |
| | | | 4.7% | 10.3% | 7.6% | 10.6% |

| | 健保不給付 |
|---|---|
| | 補健保給付差額 |
| | 自費可用較好的藥/醫院藥品較好 |

# 初級照護減少之策略與執行現況

# 106年「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90%，超過部份，不予分配」

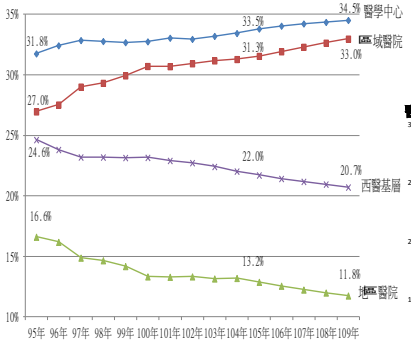



圖1 95-109年各層級門住診合計點數占率趨勢圖

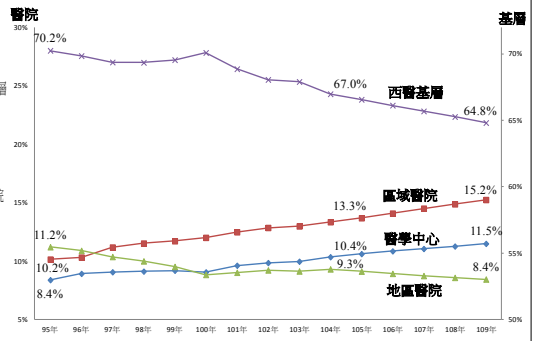
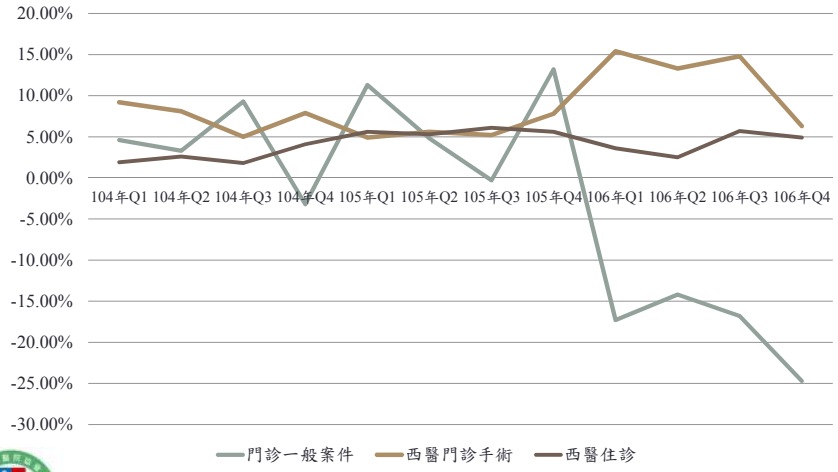



圖2 95-109年各層級門診件數占率趨勢圖

資料擷取自衛生福利部中央健康保險署（2017），106年全民健康保險評核會報告，Page2，台北，未公開

# 104-106年門住診申報點數成長率

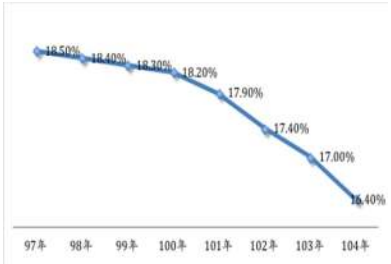



資料來源：104-106年醫院總額研商議事會議議程資料

# 推估醫療體系結構門住診

- 基於數據推估，促發各界重視
- 引發團體論戰-醫院過度執行初級照護服務，無法達到分級醫療的效果
- 推動分級醫療六大策略24項配套措施
- 106年總額設定附帶條件：「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90%，超過部份，不予分配」

# 歷年數據呈現初級照護率確實在逐年下降中




借用健保總額協商參考指標要覽彙整統計
97年至104年醫院部門區域醫院以上之初級門診照護率確實是減少的

假定全體西醫部門合計為100%，初級病人在醫院的比例以104年為例為21%
而醫院部門由98年起至104年初級照護病人門診次數占門診次數百分比也是逐年減少
是否可以推論：民眾就醫已有分級醫療的概念？！

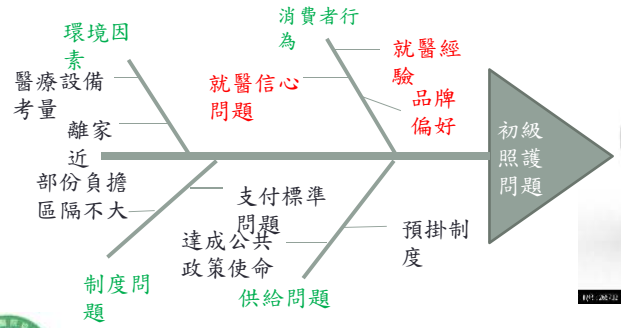
| | 98年 | 99年 | 100年 | 101年 | 102年 | 103年 | 104年 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 醫院總體 | 24.40% | 24.10% | 23.70% | 23.10% | 22.30% | 21.80% | 21.00% |
| 醫學中心 | 15.90% | 15.50% | 15.10% | 15.00% | 14.20% | 13.80% | 12.70% |
| 區域醫院 | 20.40% | 20.50% | 20.40% | 20.10% | 19.80% | 19.50% | 19.10% |
| 地區醫院 | 37.10% | 37.10% | 37.10% | 36.10% | 34.70% | 33.80% | 33.10% |

# 落實區域級以上醫院減少初級照護案件，動員百人次進行共識會議

- 定義初級照護範圍
  - 國內外醫藥領域並沒有完全定義何謂初級照護的範圍
  - 應用健保申報資料庫統計醫院部門與西醫基層部門重疊且基層申報佔大宗的醫令
  - ICD-9-CM轉換到ICD-10-CM/PCS後申報案件數
  - 排除主次診斷帶重大傷病、癌症等項
- 醫療為連續性照護是否可以完全切割劃分？！
- 專科醫學會質疑可行性
- 研擬公告「全民健康保險門診醫療費用申報診斷編碼指引」

# 單向設計配套往往效果不彰、事倍功半

消費者行為不應單從供應者角度調整，應尋求行為轉向的導因



## 降減醫療供給門診次數-供給者與需求者皆應調整

- 主管機關
  - 建立引導制度：病人端、醫療提供者端。
  - 充分提供雲端醫療資訊分享，事前批次下載功能。
  - 提供更便利轉介互通的介面。
  - 醫師執業註冊限制鬆綁。
  - 回歸合理醫療資源分配，避免各地區政府主導大型醫院之興建。
- 醫療供給者
  - 檢討預掛政策
  - 強化轉診制度
  - 院所間策略聯盟，提升就醫信心
- 醫療需求者
  - 跨部會積極宣導並鼓勵分級醫療
  - 檢討適度經濟障礙，以價制量，微調消費行為
  - 除了醫護人員引導外，各健保、衛生主管機關也應立場一致。

## 分級醫療雙向轉診 共好醫療照護

## 未來執行降低門診次數的構想

強化轉診制度 → 運用國人就醫習慣，鼓勵醫院層級暨院所精進策略聯盟 → 調整醫療體系體質，重新醫療服務定位，提升國人就醫信心 → 藉由體系間或院所間的合作，符合國人需求，進而達到減量

- 全面檢討支付標準，適時適度反應真實物價成本
- 研擬調升部份負擔可行性、適度市場區隔
- 重新就健康照護體系重新定位，落實分級醫療，以在地老化為目標

## 重新定位醫療體系任務及策略-8期醫療網

預防保健 → 門診 → 住診 → 急性後期照護 → 長期照護 → 安寧療護

| 定位 | 基層醫療機構 | 地區醫院 | 區域醫院／醫學中心 |
|---|---|---|---|
| | 基層醫療工作、一般保健及公共衛生工作，慢性病人居家照護、復健指導及社區安寧照護服務 | 承起轉銜的樞紐的角色<br>一般及專科之門診及住院醫療服務<br>串連急性後期照護、社區居家照護與社區安寧。 | 提供急重難症醫療照護服務及住院醫療服務<br>接受基層醫療單位與地區醫院轉送的病人<br>醫學中心具有研究、教學、訓練及高度醫療作業，引進與開發新醫療技術。 |

策略作法：

1. 檢討與形塑各層級醫療機構任務與定位
2. 醫療相關法規鬆綁及基礎建設調整
3. 統籌規劃醫療資源合理分布
4. 促進醫院與基層醫療機構合作，發展持續照護模式
5. 促進醫院與基層醫療機構合作，建構半開放醫院至開放醫院的可行性
6. 輔導醫療區域整合醫療服務資源

# 護理人力（護病比）之現況與改善情況

## 專業人員出走是醫院心裡最大的痛

- 護理出走潮、缺工導因很多
  - 工時問題
  - 工作負荷、排班問題
  - 薪酬暨升遷問題
  - 考照錄取問題
  - 專業職場倫理問題

圖：擷取網路新聞
https://n.yam.com/Article/20150331948680

醫院管理當局已瞭解並已著手處理

## 99年起由醫院總額專款支應提升住院護理照護品質

| | 99 | 100 | 101 | 102 | 103 | 104 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 預算數-億元 | 8.325 | 10.0 | 20.0 | 25.0 | 20.0 | 20.0 |
| 預算執行數-億元 | 8.325 | 8.77 | 19.96 | 24.95 | 19.52 | 併入一般服務結算 |
| 預算執行率-% | 100 | 87.7 | 99.8 | 99.8 | 97.6 | |

資料提供：衛生福利部中央健康保險署

- 99~103年合計投入83.325億，平均16.665億/年，104年以後才併入一般服務預算。
- 預算框定執行項目：訂定護理人力相關監理指標（護病比、護理人力、住院護理品質指標等）
- 醫院提報資料包含：護理人力配置狀況、新增護理人員數、急性一般病房每月三班平均照護人數等。

## 提升住院護理照護品質之預算運用情形

- 104年-105年1-8月

健保署調查結果：
醫院部門就調整護理人員薪資、福利待遇的支出金額高於年度編列預算

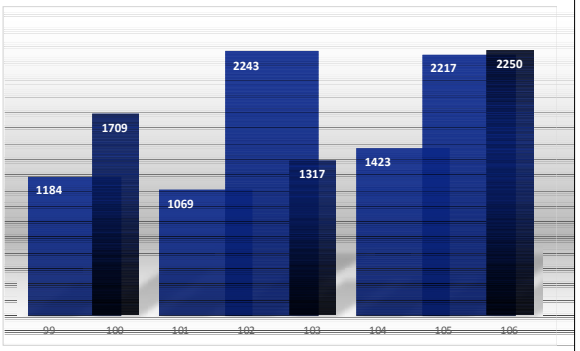
| 薪資調整項目 | 104年 | | 105年1-8月 | |
|---|---|---|---|---|
| | 調整家數(家) | 調整金額(百萬元) | 調整家數(家) | 調整金額(百萬元) |
| 基本薪資 | 147 | 1,322 | 148 | 886 |
| 提升大小夜班費 | 135 | 339 | 109 | 196 |
| 績效獎金 | 130 | 335 | 132 | 231 |
| 年終獎金 | 79 | 1,143 | 56 | 1,515 |
| 三節獎金 | 54 | 181 | 56 | 213 |
| 加班費 | 62 | 111 | 62 | 70 |
| 增聘護理人員 | 118 | 1,023 | 110 | 819 |
| 其他 | 135 | 1,063 | 117 | 574 |
| **總計** | | **5,518** | | **4,503** |

# 醫院部門就改善護理執業環境的努力

- 98年、99年致力改善護理工作設備
  - 更新護理執業設備，行動護理車
  - 規劃、設計電子化表單作業
  - 強化開發資訊系統，減少文書作業
  - 重塑護理工作環境氣氛
- 100年– 105年全面調增護理人員薪資，改善工作條件
  - 調增大小夜班費
  - 調增護理人員薪資
  - 全面檢討護理人員需求（各院組成專案小組內部調查，了解實需。）

# 醫院部門護理人員淨增加數

- 為回應各界關心，醫院部門無不努力積極改善
  - 調整薪資結構
  - 設置或提升留任獎金
  - 獎勵進修
  - 醫院智能化發展，減少工作負荷
  - 改善排班制度
- 醫院部門護理人員105年至106年趨向穩定成長，106年增加2,250名較105年增加33人。




99年至106年護理人員執業登記人數

# 醫院部門護理薪酬調查報告-暫以103年為例

-實際給付薪資係以大學學歷之第一年資歷計算
-年薪：當年度所有實際給付薪資，含「所有」固定薪津及非按月計算薪津總額

各層級護理人員年薪平均值

| 人員類別 | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 層級 | 急診護理師 | 加護病房護理師 | 手術室護理師 | 一般病房護理師 | 手術專責護理師 | 門診護理師 | 洗腎護理師 | 專科護理師 | 麻醉護理師 | 總平均值 |
| 地區醫院 | 523,978 | 572,288 | 496,827 | 487,966 | 523,508 | 405,782 | 525,242 | 616,668 | 626,638 | 511,235 |
| 區域醫院 | 588,828 | 591,695 | 565,496 | 553,232 | 596,319 | 439,892 | 541,427 | 641,559 | 588,553 | 564,772 |
| 醫學中心 | 667,134 | 672,902 | 643,638 | 649,073 | 645,821 | 503,411 | 616,541 | 676,749 | 696,068 | 642,381 |
| **總平均值** | **572,733** | **595,595** | **542,206** | **523,407** | **576,118** | **425,235** | **546,065** | **636,542** | **619,914** | **549,337** |

# 醫院部門各分區護理人員年薪平均值-暫以103年為例

-實際給付薪資係以大學學歷之第一年資歷計算
-年薪：當年度所有實際給付薪資，含「所有」固定薪津及非按月計算薪津總額

| 人員類別 | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 健保分區 | 急診護理師 | 加護病房護理師 | 手術室護理師 | 一般病房護理師 | 手術專責護理師 | 門診護理師 | 洗腎護理師 | 專科護理師 | 麻醉護理師 | 總平均值 |
| 台北區 | 577,814 | 612,003 | 555,734 | 557,101 | 609,661 | 446,158 | 566,891 | 626,390 | 560,399 | 563,341 |
| 北區 | 591,326 | 603,699 | 563,521 | 535,377 | 627,362 | 429,804 | 538,578 | 728,105 | 655,950 | 572,686 |
| 中區 | 576,325 | 615,807 | 566,576 | 539,916 | 608,650 | 445,165 | 520,198 | 661,368 | 692,949 | 564,735 |
| 南區 | 584,460 | 588,978 | 570,740 | 535,337 | 544,303 | 423,158 | 555,249 | 620,745 | 611,583 | 556,025 |
| 高屏區 | 522,052 | 528,775 | 462,632 | 448,941 | 500,201 | 384,078 | 523,412 | 506,336 | 595,621 | 476,151 |
| 東區 | 517,009 | 597,287 | 532,021 | 515,723 | - | 415,151 | 611,278 | 579,207 | 574,517 | 533,133 |
| **總平均值** | **572,733** | **595,595** | **542,206** | **523,407** | **576,118** | **425,235** | **546,065** | **636,542** | **619,914** | **549,337** |

# 回應對護理人員工作負荷的重視

- 與健保署多次就護病比加成進行研討
- 會議通過106年護病比加成率由原3級增為5級

| 106年以前加成率 | | | | 106年以後加成率 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 醫學中心 | 區域醫院 | 地區醫院 | 加成率 | 醫學中心 | 區域醫院 | 地區醫院 | 加成率 |
| <8.0 | <11.0 | <14.0 | 11% | 8.5-8.9 | 11.5-11.9 | 14.5-14.9 | 3% |
| 8.0-8.4 | 11.0-11.4 | 14.0-14.4 | 10% | 8.0-8.4 | 11.0-11.4 | 14.0-14.4 | 6% |
| 8.5-8.9 | 11.5-11.9 | 14.5-14.9 | 9% | 7.5-7.9 | 10.5-10.9 | 13.5-13.9 | 9% |
| >8.9 | >11.9 | >14.9 | 0% | 7.0-7.4 | 10.0-10.4 | 13.0-13.4 | 12% |
| | | | | <7.0 | <10.0 | <13.0 | 14% |

# 3級護病比加成率104年至106年執行結果

| 護病比加成率 | | | 11% | 10% | 9% | 無加成 | 未填或護病比為0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 醫學中心 | 護病比 | | <8.0 | 8.0-8.4 | 8.5-8.9 | >8.9 | |
| | 符合月次 | 104年 | 51% | 30.1% | 9.9% | 9.0% | |
| | | 105年 | 66.7% | 26.9% | 6.1% | 0.3% | |
| | | 106年 | 83.3% | 15.4% | 1.3% | 0% | |
| 區域醫院 | 護病比 | | <11.0 | 11.0-11.4 | 11.5-11.9 | >11.9 | |
| | 符合月次 | 104年 | 84.8% | 5.8% | 4.1% | 5.2% | |
| | | 105年 | 84.9% | 7.0% | 4.2% | 3.8% | |
| | | 106年 | 88.6% | 5.5% | 4.6% | 1.3% | |
| 地區醫院 | 護病比 | | <14.0 | 14.0-14.4 | 14.5-14.9 | >14.9 | |
| | 符合月次 | 104年 | 91.0% | 1.5% | 1.2% | 0.9% | 8.7% |
| | | 105年 | 90.8% | 0.9% | 1.7% | 0.4% | 6.1% |
| | | 106年 | 92.2% | 0.9% | 0.9% | 0.6% | 5.3% |

# 5級護病比加成率106年執行結果

| 加成率 | 醫學中心 | | 區域醫院 | | 地區醫院 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 範圍 | 月次占率 | 範圍 | 月次占率 | 範圍 | 月次占率 |
| 3% | 8.5-8.9 | 1.28% | 11.5-11.9 | 4.58% | 14.5-14.9 | 0.90% |
| 6% | 8.0-8.4 | 15.38% | 11.0-11.4 | 5.52% | 14.0-14.4 | 0.95% |
| 9% | 7.5-7.9 | 44.55% | 10.5-10.9 | 10.20% | 13.5-13.9 | 1.31% |
| 12% | 7.0-7.4 | 25.00% | 10.0-10.4 | 16.65% | 13.0-13.4 | 2.14% |
| 14% | <7.0 | 13.78% | <10.0 | 61.74% | <13.0 | 90.02% |
| 0% | >9.0 | - | >12.0 | 1.31% | >15.0 | 0.63% |
| 缺值或護病比為0 | | - | | - | | 4.04% |
| 月次合計 | 312 | 100% | 1069 | 100% | 4110 | 100% |

# 持續導入資訊科技輔助人力

- 持續監測檢討醫事人力政策
- 配合衛生政策對護病比的再行強化
- 開發資訊科技優化醫療作業

# 其他預算專案計畫

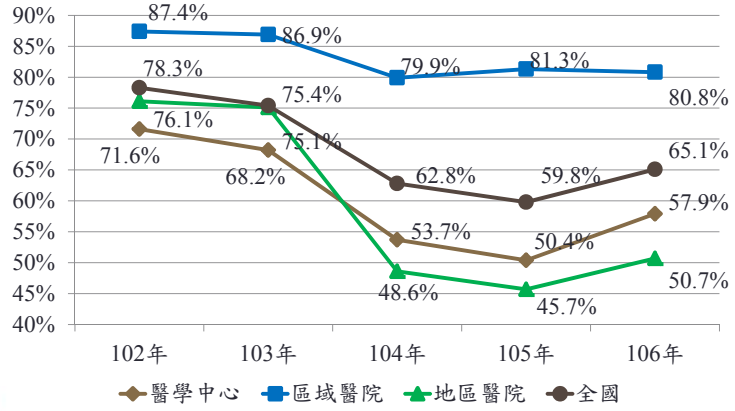
## 全民健康保險急診品質提升方案

- 目的

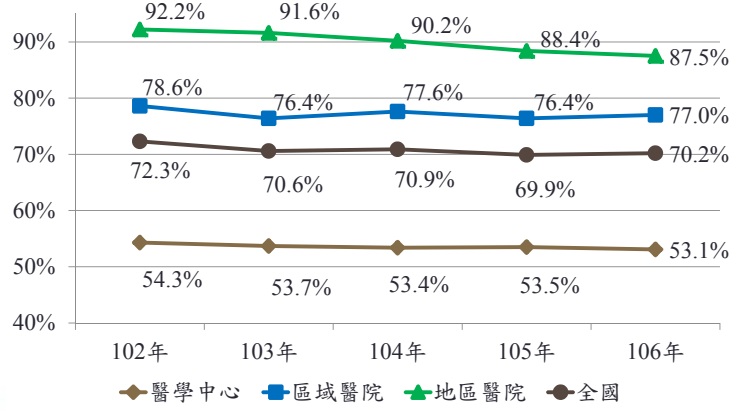
  以論質計酬方式試辦，縮短病人在急診室留置時間，提升急重症照護品質。

- 內容
  - 轉診品質獎勵：醫院照護能力未符需求之病人，轉診至上一級醫院；或收治病況穩定者，轉出至同等級或下一級醫院之適當醫療機構者，給予獎勵。
  - 急診重大疾病照護品質獎勵：針對急性心股梗塞、重大外傷及嚴重敗血症患，訂定一定時間內接受必要治療處置之標準及獎勵。
  - 急診處置效率：設定壅塞指標及效率指標，依指標達標情形及急診病人數給予獎勵。
  - 補助急診專科醫事人力：
    - 補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務。
    - 補助地區醫院增聘急診專科醫師人力。

## 急診品質提升方案指標
## - 重大疾病照護進入加護病房<6小時之比率

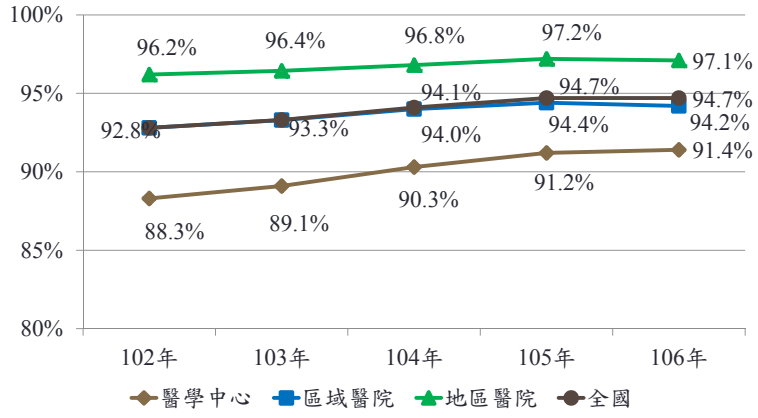



## 急診品質提升方案指標
## - 檢傷一、二、三級急診病人<8小時內轉入病房之比率



## 急診品質提升方案指標

### -檢傷四、五級急診病人<4小時內離開醫院之比率




## 小結

- 為了紓解急診壅塞問題，醫院部門於近年著手進行院際間策略聯盟，針對民眾的心理進行院際合作的模式規劃。
- 急診壅塞有部分因素源於民眾就醫的品牌習慣與就醫信心問題。
- 未來期能藉由原醫院醫師帶著病人一起下轉，讓民眾了解醫療照護不中斷，更擁有更多醫療照護，逐步成立民眾信心。

## 西醫醫療資源不足地區改善方案

### 目的

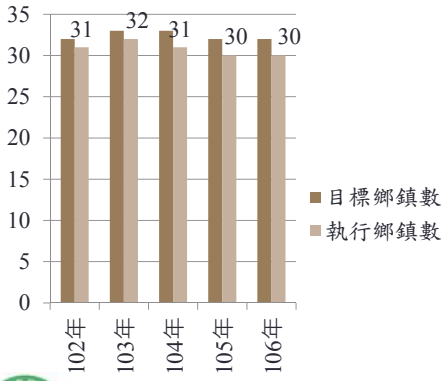
- 鼓勵醫師到醫療資源不足地區提供醫療服務。
- 促使全體保險對象都能獲得適當的照護。

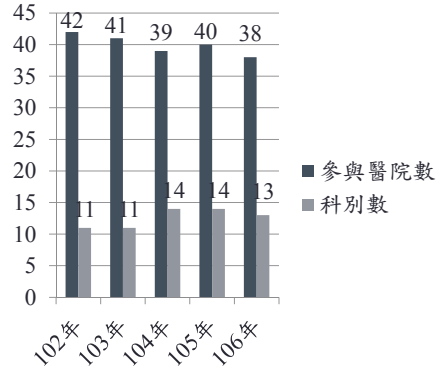
### 策略

- 獎勵開業計畫：增加當地現有醫療資源。
- 巡迴醫療計畫：將鄉外醫療資源送入醫療資源不足地區。

## 西醫醫療資源不足地區改善方案-執行狀況（醫院）

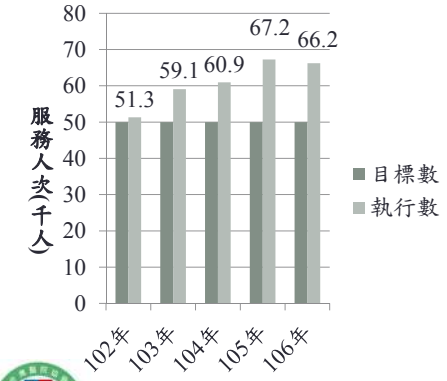
### -106年執行鄉鎮數30個，參與醫院共38間。

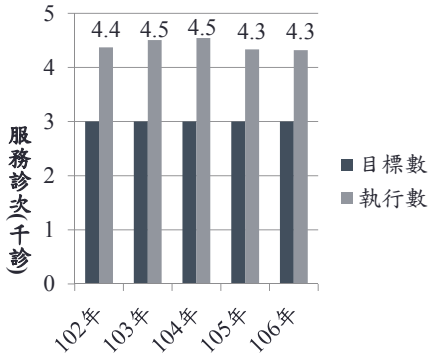


## 西醫醫療資源不足地區改善方案-執行狀況（醫院）

-106年參與院所至醫療資源不足地區巡迴約4,320診次、服務約66,237人次。




## 小結

- 將持續秉持配合政策執行之精神，輔助西醫基層，填補醫療資源不足地區醫療服務的提供。
- 擬定期監測執行情形及民眾滿意狀況以做為未來的改善的方向。

## 醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案

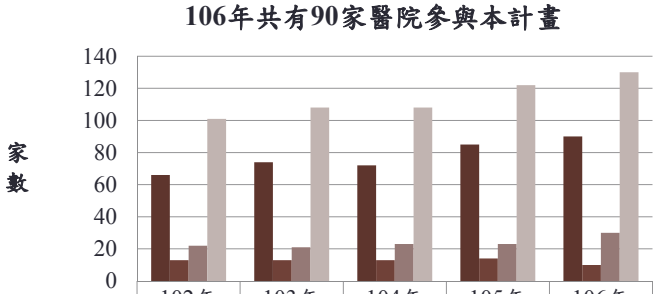
### 目的

- 強化離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療，減少就醫奔波之苦。
- 以點值保障該等區域或鄰近區域之醫院，使其具備較佳醫療提供之能力，並加強提供醫療服務及社區預防保健，以增進民眾就醫之可近性。

### 策略

- 申請醫院須承諾強化之醫療服務：
  -提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務(含支援醫師)，並應由各該專科醫師實際提供每週三次以上之門診看診服務。
  -提供24小時急診服務。

## 醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案-參與醫院

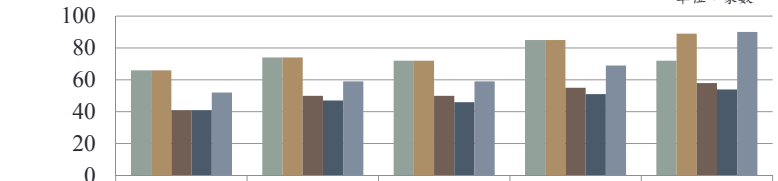



| | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|
| 參加本計畫 | 66 | 74 | 72 | 85 | 90 |
| 參加偏鄉地區認定原則 | 13 | 13 | 13 | 14 | 10 |
| 未參加 | 22 | 21 | 23 | 23 | 30 |
| 合計 | 101 | 108 | 108 | 122 | 130 |

## 醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案 -提供科別服務情形

- 106年：72家提供內科服務、89家提供外科門診服務，58家提供婦產科門診服務、54家提供小兒科門診服務、90家提供急診服務。
  - 參與提供內外婦兒門診服務由各該專科醫師實際提供每週三次以上之門診看診服務。
  - 急診服務：提供24小時急診服務。

單位：家數




| | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|
| 內科門診 | 66 | 74 | 72 | 85 | 72 |
| 外科門診 | 66 | 74 | 72 | 85 | 89 |
| 婦產科門診 | 41 | 50 | 50 | 55 | 58 |
| 小兒科門診 | 41 | 47 | 46 | 51 | 54 |
| 急診 | 52 | 59 | 59 | 69 | 90 |

## 滿意度調查結果

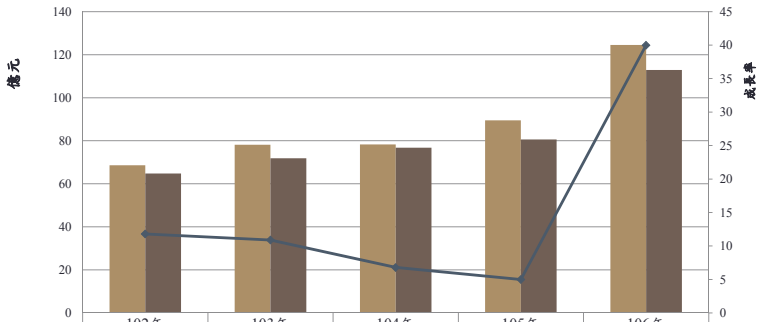
- 106年各項目之滿意度皆達8成以上。

| 項目＼年 | 有效問卷數 102 | 103 | 104 | 105 | 106 | 滿意度 102 | 103 | 104 | 105 | 106 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 對急診 | 754 | 741 | 813 | 921 | 861 | 88 | 82 | 89 | 90 | 91 |
| 對內科門診 | 1,022 | 944 | 982 | 1,010 | 1,070 | 92 | 88 | 93 | 94 | 93 |
| 對外科門診 | 948 | 827 | 904 | 923 | 923 | 90 | 86 | 91 | 91 | 92 |
| 對婦產科門診 | 580 | 583 | 615 | 619 | 553 | 89 | 86 | 91 | 91 | 86 |
| 對小兒科門診 | 487 | 484 | 503 | 575 | 563 | 87 | 82 | 89 | 89 | 89 |
| 對檢查 | 1,407 | 1,489 | 1,432 | 1,530 | 1,465 | 89 | 87 | 88 | 92 | 94 |

## TW-DRGs檢討與未來

- 106年依據衛生福利部政策指示-建立支付制度長期(3-5)年改革方案之協商機制，落實整體制度改革
- 就TW-DRGs支付通則4.0版進行討論，共商決議
  - 修正Tw-DRGs支付點數計算公式，取消病歷組合CMI加成率
  - 重新試算調整基本加成率及兒童加成率
  - DRGs345階段實施期程
  - 配合ICD-10-CM/PCS重新試算各DRG權重
- 醫院協會將持續就DRG組間/組內費用暨分類進行研商及校正，並已成立跨領域DRG任務小組，未來會持續就DRG分類表、編碼共識、DRG拆/併組等專業意見提供予健保署參考。

## 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材費用支出情形




| | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|
| 專款預算(億) | 68.64 | 78.15 | 78.275 | 89.525 | 124.525 |
| 專款費用支出(億) | 64.81 | 71.87 | 76.77 | 80.63 | 112.86 |
| 費用成長率(%) | 11.8 | 10.9 | 6.8 | 5 | 40 |

註：

1.「罕見疾病與血友病藥費及罕見疾病特材」及「後天免疫缺乏病毒治療藥費」，預算不足有其他預算支應，104年新增罕 見疾病特材、106新增後天免疫缺乏病毒治療藥費。

2.104年起新增罕見疾病特材費用，104年起預算0.125億元；104年執行數0.03億元，105年0.02億元，106年0.125億元。

3.106年起新增後天免疫缺乏病毒治療藥費預算35億元(執行數25.04億元)，故106年預算數及執行數之成長率驟高。

## 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質

| 項目 | 年 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 預算數 | 值(億元) | 36.72 | 39.72 | 39.72 | 41.62 | 42.157 |
| | 成長率(%) | 5.4 | 8.2 | 0 | 4.8 | 1.3 |
| 預算執行數 | 值(億元) | 32.28 | 36.05 | 36.96 | 39.01 | 41.92 |
| | 成長率(%) | 3.0 | 11.7 | 2.5 | 5.5 | 7.5 |
| 預算執行率 | | 87.9 | 90.8 | 93.1 | 93.7 | 99.4 |
| **整體支出情形** | | | | | | |
| 移植人數 | 值(人) | 1,456 | 1,590 | 1,591 | 1,657 | 1,726 |
| | 成長率(%) | 2.2 | 9.2 | 0.06 | 4.1 | 4.2 |
| 移植費用 | 值(億元) | 14.33 | 16.65 | 16.69 | 17.15 | 18.76 |
| | 成長率(%) | 4.4 | 16.2 | 0.2 | 2.8 | 9.4 |
| 抗排斥藥費 | 值(億元) | 17.94 | 19.39 | 20.26 | 21.85 | 23.15 |
| | 成長率(%) | 8.6 | 8.1 | 4.5 | 7.9 | 6.0 |

註
1.本項專款用於心臟、肺臟、肝臟、腎臟、胰臟及骨髓等6項移植手術個案，及其當次住診費用及術後門住診追蹤之抗排斥藥費。
2. 105年新增腸移植，106年新增角膜處理費。

# 落實同儕管理-精進專業審查

## 106年醫院醫療服務審查勞務委託 -非醫院總額專業自主事務委託

- 委辦工作範圍

一. 醫療服務審查人力之規劃與管理

二. 辦理及改進醫療服務審查業務

三. 建立以檔案分析為主軸之醫療服務審查異常管理作業方式

四. 辦理編碼品質審查，檢討編碼審查文件（包括手術處置碼與醫令對應檔），以精進編碼正確性。

五. 辦理其他與醫院醫療服務審查及諮詢相關之事項

六. 處理醫療服務審查申訴或陳情案件，並提供醫療院所對審查作業、檔案分析或抽樣方式等意見表達之管道。

## 專業審查業務

-遴聘2,572位審查醫藥專家、120名疾病分類輔助審查專員

-106年(106/4/1~107/3/31)合計審查專業服務案件近114萬件

| 分區 | 初審案件 A | 申覆案件 B | 其他案件 C | 合計A+B+C | 爭審案件 | 自墊核退 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 台北區 | 137,772 | 22,780 | 163,776 | 324,328 | 92 | 18,920 |
| 北區 | 77,518 | 7,379 | 76,730 | 161,627 | | |
| 中區 | 146,599 | 18,254 | 102,849 | 267,702 | | 1,433 |
| 南區 | 60,956 | 14,322 | 115,760 | 191,038 | 8 | 1,644 |
| 高屏區 | 71,772 | 51,324 | 67,682 | 154,778 | | |
| 東區 | 12,734 | 899 | 10,995 | 24,628 | | |

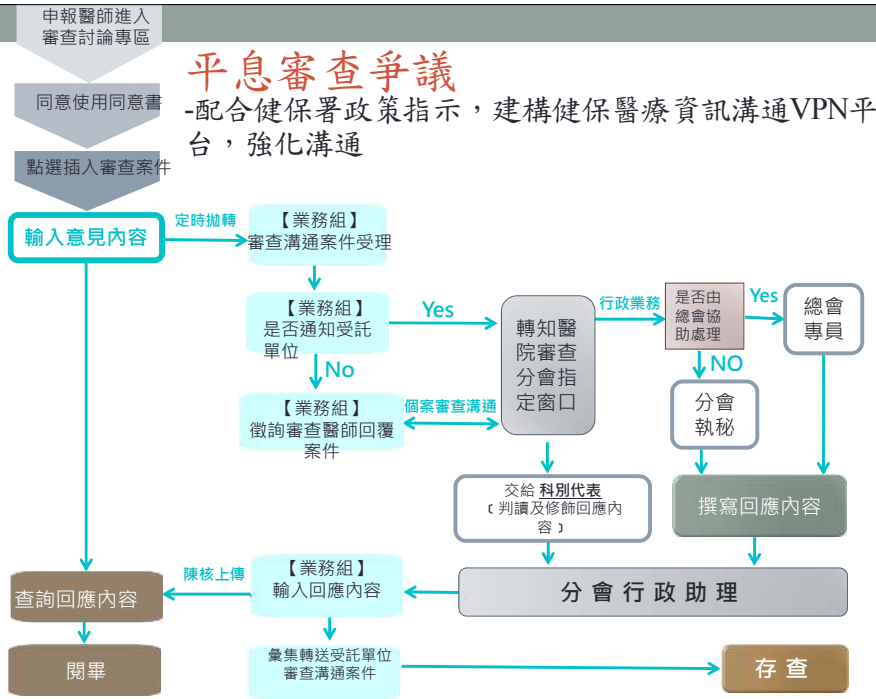
# 平息審查爭議

## -審查注意事項透明化、審查尺度齊一化

- 爭議、不平往往導因於對政策制度的不明確、共識不足，資訊落差所致
- 醫院部門自承接醫院醫療服務專審委託，旋即於各專科醫學會多次溝通，以瞭解其想法與接受建言
- 充分與健保署配合，積極溝通，亦感謝健保署暨各區業務組的指導與支援。
- 106年完成18科審查注意事項目修訂：泌尿科、婦產科、兒科、耳鼻喉科、大腸直腸外科、整形外科、急診醫學科、神經外科、放射線科、外科、骨科、心臟胸腔外科、消化外科、小兒外科、乳房暨甲狀腺、免疫風濕科、復健科、內科等
- 20項病症、健保藥物、手術及檢驗（查）審查原則的研討修訂授權分區視需要召開審查注意事項導讀及共識會議討論。

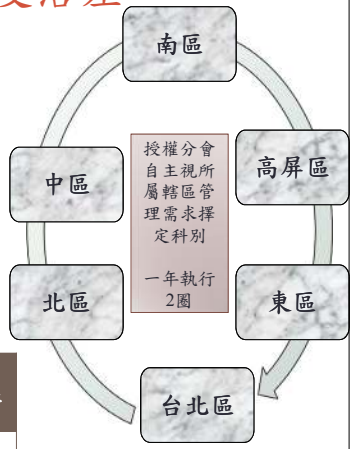
# 平息審查爭議

## -配合健保署政策指示，建構健保醫療資訊溝通VPN平台，強化溝通




# 提升審查品質，縮小審查尺度落差

- 進行全區跨區審畢評量作業
- 授權各分會自所屬區域中，一定期間的審查核減率，針對核減異常之科別、需加強管理的科別，進行立意抽樣作業。
- 完成評量後再交付各分會就評量結




| 審查合理佔率 | 台北區 | 北區 | 中區 | 南區 | 高屏區 | 東區 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 第一輪 | 91.0% | 87.9% | 92.1% | 87.8% | 89.9% | 65% |
| 第二輪 | 88.3% | 83.77% | 85.6% | 83.1% | 83.5% | 82.9% |

# 初核核減率、申復後核減率及爭審後核減率小於105年

| 核減項目年 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 | 說明 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 初核核減率 | 2.82 | 2.66 | 2.45 | 1.30 | 1.23 | |
| 台北 | 3.89 | 3.28 | 2.95 | 1.40 | 1.37 | |
| 北區 | 1.71 | 1.87 | 1.30 | 0.76 | 0.69 | 106年初核核減率除中區外皆略低於105年 |
| 中區 | 2.34 | 2.23 | 2.05 | 1.40 | 1.44 | |
| 南區 | 2.71 | 3.10 | 3.53 | 1.28 | 1.07 | |
| 高屏 | 2.30 | 2.22 | 2.01 | 1.49 | 1.36 | |
| 東區 | 1.83 | 2.12 | 1.79 | 1.09 | 0.80 | |
| 申復後核減率 | 1.89 | 1.83 | 1.68 | 0.98 | 0.94 | |
| 台北 | 2.54 | 2.23 | 1.97 | 1.04 | 1.03 | |
| 北區 | 1.40 | 1.57 | 1.02 | 0.62 | 0.62 | 106年申復後核減率各區情形不一，6區中有4區略低於105年。 |
| 中區 | 1.48 | 1.44 | 1.31 | 0.99 | 1.03 | |
| 南區 | 1.78 | 2.05 | 2.53 | 0.94 | 0.8 | |
| 高屏 | 1.64 | 1.58 | 1.40 | 1.20 | 1.1 | |
| 東區 | 1.16 | 1.16 | 1.08 | 0.87 | 0.62 | |
| 爭審後核減率 | 1.76 | 1.70 | 1.58 | 0.96 | 0.93 | |
| 台北 | 2.35 | 2.05 | 1.85 | 1.01 | 1.02 | |
| 北區 | 1.32 | 1.48 | 0.96 | 0.61 | 0.62 | |
| 中區 | 1.38 | 1.35 | 1.23 | 0.97 | 1.03 | 106年爭審後核減率除中區餘區皆低於105年 |
| 南區 | 1.65 | 1.89 | 2.36 | 0.92 | 0.79 | |
| 高屏 | 1.55 | 1.50 | 1.33 | 1.20 | 1.09 | |
| 東區 | 1.14 | 1.14 | 1.03 | 0.87 | 0.62 | |

## 醫院部門自發性規劃減少非必要性醫療行為監測指標做法

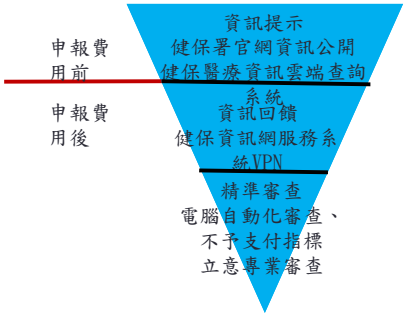
- 應用大數據分析，朝健保署既定精準審查方向邁進。
- 先以各分區成長快速之醫療服務和檢驗檢查來著手規劃，設定結果面的監測，依據此監測規劃審查強度，未來穩定後可用以作為核付折扣之比例，最終目的是醫療服務結果面全面納入監控。
- 對於不恰當之招攬行為造成浮濫使用醫療服務，依據分級醫療策略六為基礎，責成各分會凝聚共識並規劃如何加強其審查強度並設定為負向之品質指標。
- 建議針對 High Volume, High Cost 案件挑選出具代表性案件，依據EBM、guide line等進行共識的標準化醫療服務，以促進醫療品質進步減少醫療浪費。
- 對推動分級醫療的政策，規劃宏觀面（大醫院的門住診比例、門診申報量）的正負向品質指標，協助政策推動。

## 醫院部門初擬執行調整醫療服務行為之品質監測指標

- 門診直線加速器（36012B），加強抽審門診直線加速器（36012B）、先以乳癌及攝護腺癌為主要查核疾病別，對每人費用大於15萬或每人照野數大於4的案件進行討論。
- 心臟超音波，擬就同一病患3至6個月內重複實施杜卜勒氏彩色心臟血流圖或一年內大於4次之案件。
- 糖尿病，查核同一病人同一院所同一醫師或不同醫師安排2次或2次以上HbA1c檢查的案件。
- 復健物理治療，查核年復健物理治療大於等於180次的案件。
- 電腦斷層及核磁共振檢驗次數超過一定範圍的案件。

## 醫院部門醫療服務審查未來方向

- 醫院部門未來仍就**繼續配合衛生福利部中央健康保險署既定之審查政策**，提供醫院部門專業建議，輔助健保署**應用健保大數據進行指標管理**，讓審查作業更為精準，**立意審查取代隨機，調降審查案件量，讓臨床醫師臨床專業更為注重同時減少對院所的財務衝擊**。




資料來源：摘錄自王本仁（2017.12）。健保審查制度之規劃，台灣醫院協會DRG審查說明會簡報，台北

## 新醫療科技執行現況與未來展望

# 106年新醫療科技：0.531%；20.63億元

| 類別 | 項目 | 申報金額-百萬 | 類別合計 |
|---|---|---|---|
| 新增診療項目 | 新增項目 | 122.402 | 142.999 |
| | 修訂項目 | 20.597 | |
| 藥品 | 新藥 | 312.9 | 2,962.5 |
| | 修訂藥品給付規定 | 2649.6 | |
| 特材 | 新特材 | 138.76 | 184.01 |
| | 修訂特材給付規定 | 45.25 | |
| | 合計 | | 3,289.51 |

106年新醫療科技（新增診療項目、新藥及新特材）新增及修訂總申報金額已超過原核定預算

新藥預算已計算替代率？！

| 收載年度 | 分類 | 品項數 | 申報金額（百萬元） | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
| 102年 | 第1類 | 2 | 33.1 | 30.0 | 25.1 | 22.7 | 17.2 |
| | 第2A類 | 4 | 122.8 | 465.0 | 712.6 | 993.7 | 1,113.7 |
| | 第2B類 | 23 | 0.6 | 14.6 | 63.2 | 151.3 | 238.3 |
| | 合計 | 29 | 156.4 | 509.6 | 801.0 | 1,167.7 | 1,369.1 |
| 103年 | 第1類 | 3 | | 0.9 | 7.3 | 8.2 | 7.8 |
| | 第2A類 | 12 | | 84.9 | 704.6 | 918.9 | 1,168.9 |
| | 第2B類 | 30 | | 110.0 | 1,046.3 | 2,184.4 | 3,043.6 |
| | 合計 | 45 | | 195.9 | 1,758.1 | 3,111.6 | 4,220.4 |
| 104年 | 第1類 | 3 | | | 31.6 | 235.3 | 352.9 |
| | 第2A類 | 18 | | | 134.5 | 557.9 | 788.5 |
| | 第2B類 | 19 | | | 40.2 | 232.6 | 530.5 |
| | 合計 | 40 | | | 206.3 | 1,025.8 | 1,671.6 |
| 105年 | 第1類 | 4 | | | | 31.6 | 390.9 |
| | 第2A類 | 12 | | | | 174.9 | 1,019.2 |
| | 第2B類 | 10 | | | | 9.9 | 228.0 |
| | 合計 | 26 | | | | 216.4 | 1,638.0 |
| 106年 | 第1類 | 6 | | | | | 238.1 |
| | 第2A類 | 15 | | | | | 56.1 |
| | 第2B類 | 29 | | | | | 18.6 |
| | 合計 | 50 | | | | | 312.9 |

# 102年至106年新藥給付後申報情形

| 收載年度 | 品項數 | 申報年度及金額（百萬元） | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 102年 | | 103年 | | 104年 | | 105年 | | 106年 | |
| | | 申報費用 | 成長率 | 申報費用 | 成長率 | 申報費用 | 成長率 | 申報費用 | 成長率 | 申報費用 | 成長率 |
| 102 | 29 | 156.4 | | 509.6 | 226% | 801.1 | 57% | 1,167.7 | 46% | 1,371.6 | 17% |
| 103 | 45 | | | 195.9 | | 1,758.1 | 798% | 3,111.6 | 77% | 4,224.8 | 36% |
| 104 | 40 | | | | | 206.3 | | 1,025.8 | 397% | 1,674.9 | 63% |
| 105 | 26 | | | | | | | 215.8 | | 1,640.9 | 660% |
| 106 | 50 | | | | | | | | | 312.9 | |

資料來源：全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部份第31次會議議程簡報

# 新特材健保納保品項申報情況

| 收載年度 | 特材分類 | 品項數 | 申報費用(百萬點) |
|---|---|---|---|
| 105年 | 創新功能 | 42 | 18.2 |
| | 功能改善 | 54 | 82.6 |
| | 過程面特材 | 10 | 216.2 |
| | 合計 | 106 | 316.9 |
| 106年 | 創新功能 | 29 | 61.68 |
| | 功能改善 | 54 | 77.08 |
| | 合計 | 83 | 138.76 |

| 收載年度 | 分類 | 品項數 | 申報金額（百萬元） | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
| 102年 | 創新功能 | 1 | 0.04 | 1.02 | 1.61 | 1.98 | 2.0 |
| | 功能改善 | 1 | 0.05 | 0.18 | 0.29 | 1.18 | 1.7 |
| | 合計 | 2 | 0.09 | 1.20 | 1.90 | 3.16 | 3.61 |
| 103年 | 創新功能 | 10 | | 0.73 | 3.06 | 3.80 | 1.8 |
| | 功能改善 | 16 | | 21.50 | 77.04 | 84.88 | 80.3 |
| | 合計 | 26 | | 22.23 | 80.10 | 88.69 | 82.1 |
| 104年 | 創新功能 | 7 | | | 57.36 | 85.37 | 79.8 |
| | 功能改善 | 53 | | | 54.01 | 95.28 | 84.0 |
| | 合計 | 60 | | | 111.37 | 180.65 | 163.9 |
| 105年 | 創新功能 | 42 | | | | 18.20 | 125.9 |
| | 功能改善 | 54 | | | | 82.55 | 253.6 |
| | 過程面 | 10 | | | | 216.2 | 386.4 |
| | 合計 | 106 | | | | 316.9 | 765.9 |
| 106年 | 創新功能 | 29 | | | | | 77.4 |
| | 功能改善 | 54 | | | | | 61.3 |
| | 合計 | 83 | | | | | 138.8 |

# 新增診療項目申報及費用使用流向

單位：百萬

| 類別 | 項目數 | 預估年增點數 | 實際申報點數 | 經費來源 |
|---|---|---|---|---|
| 新增 | 17 | 262.164 | 122.402 | 一般服務新醫療科技 |
| 修訂 | 4 | 129.066 | 20.597 | 一般服務新醫療科技非協商因素 |
| 包裹支付過程面特材 | 7 | 92.813 | 19.886 | |
| | 3 | -220.580 | -39.778 | 非協商因素 |

| 申報年度生效年度 | 項目數 | 總額預算 | 新增診療項目推估申報增加點數 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 102年 | 11 | 372.0 | 295.8 | 108.2 | 287.9 | 334.2 | 394.3 | |
| 103年 | 91 | 950.0 | 310.9 | | 279.2 | 1,158.6 | 1,330.4 | |
| 104年 | 27 | 300.0 | 950.3 | | | 75.2 | 269.8 | |
| 105年 | 26 | 300.0 | 253.7 | | | | 105.9 | |
| 106年 | 21 | 393.0 | 391.23 | | | | | 142.99 |
| 合計 | 172 | 2315.0 | 2,072.86 | 108.2 | 567.1 | 1,568 | 2,100.4 | 142.99 |

# 醫院部門就新醫療科技引進與預算連動概念

新藥新科技等新醫療科技的引進，扣除緊急需求，應設有一定期間，含評估與公告周知以契合各界反應，共擬會議所通過之項目，應以隔年實施為原則，以緩和財務影響

| 共擬會議 | 健保署 | 衛福部社保司 | 全民健康保險會 | 健保署 |
|---|---|---|---|---|
| 一年召開固定次數決定次一年度擬引進之新興醫療科技項目與排序 | 運用一年的時間務實評估新興醫療科技的替代情況與財務影響 | 參據共擬會議決議產出新興醫療科技引進排序與預算，編列合理充足年度預算提供國發會 | 依據年度核定的總額上下限，協商年度新興科技預算 | 依據健保會協商經衛福部核定公告的預算按排序引進，並循程序公告執行日後監測作業，定期於會議中呈現 |

# 給付項目及支付標準修訂

## 106年醫院總額-醫療服務成本指數改變率所增加之預算-60億用以優先調整重症項目」

| 類別 | 調整內容 | 項目數 | 預估年增點數（億點） | 106.10-12申報點數（億點） |
|---|---|---|---|---|
| | 調升ICU住院診療費 | 3 | 15.97 | 3.55 |
| | 高危險妊娠住院診療費 | 1 | 0.50 | 0.17 |
| | 急診診察費我1-2級 | 2 | 1.78 | 0.24 |
| 基本診療 | 精神科急診診察費 | 1 | 0.07 | 0.01 |
| | 放寬急診診察費例假日加成時間 | 7 | 0.27 | 0.14 |
| | 急診觀察床病房費/護理費（第一天） | 4 | 3.2 | 1.09 |
| | 兒童專科醫師加成 | 16 | 7.65 | 1.62 |
| | 手術項目 | 130 | 13.50 | 2.91 |
| | 手術通則調整 | | 0.67 | 0.52 |
| | 麻醉項目 | 2 | 2.38 | 0.60 |
| 特定診療 | 手術項目兒童加成全面列為提升兒童加成 | 1,513 | 1.37 | 0.33 |
| | 生產支付標準（DRG+論病例計酬） | 13 | 3.51 | 0.58 |
| | 治療處置 | 11 | 4.07 | 0.83 |
| | 檢驗檢查 | 13 | 4.61 | 0.66 |
| | 總計 | 1,716 | 59.56 | 13.27 |

資料提供：衛生福利部中央健康保險署

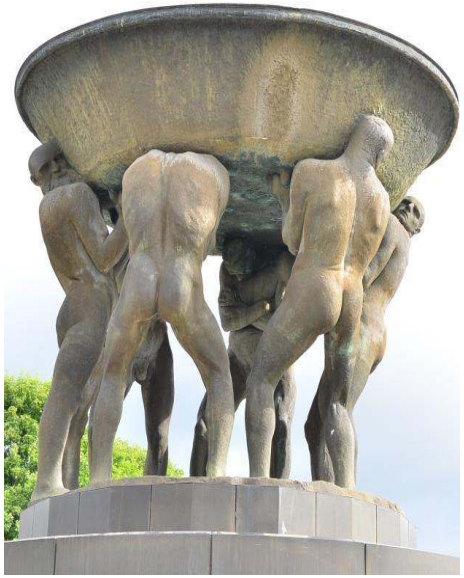
## 106年醫院總額非協商因素-醫療服務成本指數改變率(89.67億)

-扣除60億後的餘數分配，用以「壯大社區」調整地區醫院基本診療

| 類別 | 實施日期 | 調整內容 | 項目數 | 預估年增點數 預估全年 單位：千點 | 申報點數 106.10-12 單位：千點 |
|---|---|---|---|---|---|
| 基本診療 | 106.10.1 | 門診診察費加成再提升15% | 19 | 1,414,763 | 253,018 |
| | | 病房費調升至與區域醫院相同點數 | 9 | 314,739 | 50,567 |
| | | 住院護理費提升3.5% | 9 | 197,908 | 24,714 |
| | | 住院護理費偏鄉加成由3.5%調升為15% | 12 | 154,670 | 17,375 |
| | | 急診診察費保障至每點1元 | - | 134,627 | 51,638 |
| | | 總計 | | 2,216,707 | 397,312 |

## 結論

- 醫院部門睽違13年再次參與專業審查作業，未來會努力急起直追，朝向專業自主管理方向邁進。
- 謝謝各界賢達及健保署暨業務組的幫忙
- 經過一年的執行，雖然還沒真正走入完全的自主管理，尚改善空間，但醫院部門溝通對話的平台已建立



醫院部門自許
未來努力撐起守護國人健康的重大任務
與健保署共創多贏之局

謝謝聆聽！！

# 肆、會議規則

# 會議規則

一、會議報告及發言時間之響鈴提醒如下：

(一)議程各項報告：

1.報告時間大於 15 分鐘：預定時間即將結束前 3 分鐘，響鈴一聲；時間屆滿時響鈴二聲。

2.報告時間少於 15 分鐘：預定時間即將結束前 2 分鐘，響鈴一聲；時間屆滿時響鈴二聲。

(二)受評部門回應評論人之提問最多 10 分鐘：預定時間即將結束前 3 分鐘，響鈴一聲；時間屆滿時響鈴二聲。

(三)意見交流：每位發言時間為 3 分鐘，2 分鐘時響鈴一聲，時間屆滿時，響鈴二聲。

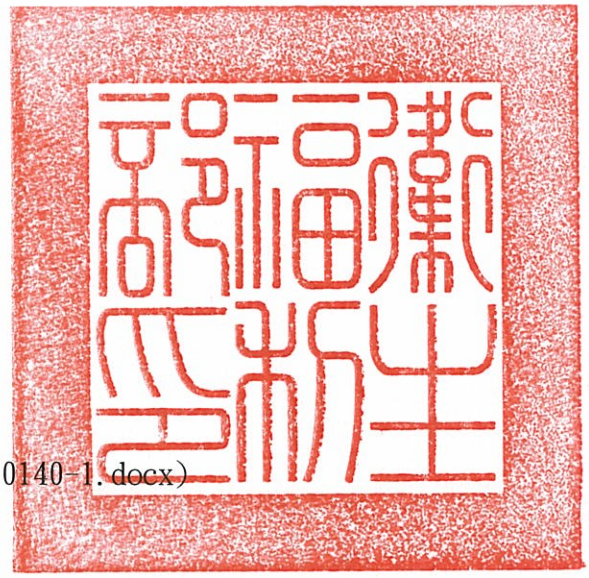
二、會議進行時，手機請改為震動或關機。

# 伍、附　　錄

# 一、106 年度各部門總額公告

檔　　號：
保存年限：

# 衛生福利部　公告



發文日期：中華民國105年11月9日
發文字號：衛部健字第1053360140號
附件：如公告事項一(附件一至五共五件)(1053360140-1.docx)

主旨：公告106年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配。

依據：全民健康保險法第61條暨105年11月2日衛部保字第1051260640號函。

公告事項：

一、106年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配如下：

(一)牙醫門診醫療給付費用成長率2.841%，其中一般服務成長率為2.340%，專款項目全年經費為2,146.0百萬元(附件一)。

(二)中醫門診醫療給付費用成長率3.643%，其中一般服務成長率為3.291%，專款項目全年經費為377.2百萬元(附件二)。

(三)西醫基層醫療給付費用成長率4.789%，其中一般服務成長率為3.963%，專款項目全年經費為2,998.0百萬元，門診透析服務成長率為5.342%(附件三)。

(四)醫院醫療給付費用成長率5.633%，其中一般服務成長率為4.585%，專款項目全年經費為21,640.7百萬元，門診透析

服務成長率為2.975%(附件四)。

(五)其他預算之額度為11,263.9百萬元，由中央健康保險署管控(附件五)。

二、106年度全民健康保險醫療給付費用總額計算公式如下：

(一)106年度全民健保醫療給付費用=$\sum_{i=1}^{4}$[校正後105年度部門別醫療給付費用×(1+106年度部門別醫療給付費用成長率)]+106年度其他預算醫療給付費用

(二)106年度全民健保醫療給付費用成長率(1)=(106年度全民健保醫療給付費用÷校正後105年度全民健保醫療給付費用)-1

(三)106年度全民健保醫療給付費用成長率(2)=(106年度全民健保醫療給付費用÷核定之105年度全民健保醫療給付費用)-1

註：

1. 部門別(i) =牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2. 校正後105年度全民健保醫療給付費用，係依本部全民健康保險會105年第5次委員會議決議，校正「投保人口預估成長率」差值(即106年度總額基期須校正104年投保人口成長率差值)。

三、106年度全民健康保險醫療給付費用成長率，依說明二之(二)公式計算，為5.261%；若相較於105年度核定總額，則成長率依說明二之(三)公式計算，為5.642%。

部長林奏延

附件一

# 106年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

106年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後105年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1＋106年度一般服務成長率)＋106年度專款項目經費

註：校正後105年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會105年第5次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值。

二、總額協定結果：

(一)一般服務成長率為 2.340%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.922%，協商因素成長率 0.418%。

(二)專款項目全年經費為 2,146.0 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，106 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 105 年度所核定總額成長 3.246%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 2.841%。各細項成長率及金額如表 1。

三、總額分配相關事項：

(一)一般服務(上限制)：

1.品質保證保留款(0.300%)：

(1)依「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於105年12月底前完成相關程序，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。

(2)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(105、106年)該保留款成長率之累計額度(約228.9百萬元)為限，104年額度回歸一般服務預算；106年品質保證保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用。

(3)請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。

2.12歲牙結石清除(0.054%)。

3.加強全民口腔疾病照護(0.100%)：適用對象為未滿12歲兒童。

4.顎顏面骨壞死術後傷口照護(0.026%)。

5.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.023%)。

6.新增支付標準預算執行率連2年未達30%者，扣其原編預算之50%(-0.039%)。

(二)專款項目：全年經費為2,146.0百萬元

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於105年11月底前完成，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.醫療資源不足地區改善方案：

全年經費280.0百萬元，辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療計畫。

2.牙醫特殊醫療服務計畫：

全年經費473.0百萬元，辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者、在宅及老人長期照顧暨安養機構牙醫醫療服務。

3.牙周病統合照護計畫：

(1)第1、2階段照護，全年經費1,042.4百萬元；第3階段照護，全年經費350.6百萬元。

(2)應於108年回歸一般服務。

# 表 1　106 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表

| 項　　目 | | | 成長率(%)或金額(百萬元) | 增加金額(百萬元) | 協 定 事 項 |
|---|---|---|---|---|---|
| 一般服務 | | | | | |
| **醫療服務成本及人口因素成長率** | | | ***1.922%*** | ***745.6*** | 計算公式：<br>醫療服務成本及人口因素成長率＝[(1+投保人口預估成長率)×(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1 |
| 投保人口預估成長率 | | | *0.113%* | | |
| 人口結構改變率 | | | *-0.118%* | | |
| 醫療服務成本指數改變率 | | | *1.925%* | | |
| **協商因素成長率** | | | ***0.418%*** | ***161.8*** | |
| | 鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康 | 品質保證保留款 | *0.300%* | *116.4* | 1.依「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於 105 年 12 月底前完成相關程序，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。<br>2.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年(105、106 年)該保留款成長率之累計額度(約 228.9 百萬元)為限，104 年額度回歸一般服務預算；106 年品質保證保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用。<br>3.請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。 |
| | 其他醫療服務利用及密集度之改變 | 12 歲牙結石清除 | *0.054%* | *20.8* | |
| | | 加強全民口腔疾病照護 | *0.100%* | *38.7* | 適用對象為未滿 12 歲兒童。 |
| | | 顎顏面骨壞死術後傷口照護 | *0.026%* | *10.0* | |

| 項　　目 | | | 成長率(%)或金額(百萬元) | 增加金額(百萬元) | 協 定 事 項 |
|---|---|---|---|---|---|
| | 其他議定項目 | 違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 | *-0.023%* | *-9.0* | |
| | | 新增支付標準預算執行率連 2 年未達 30%者，扣其原編預算之 50% | *-0.039%* | *-15.1* | |
| | **一般服務成長率** | **增加金額** | ***2.340%*** | ***907.4*** | |
| | | **總金額** | | ***39,702.0*** | |
| **專款項目(全年計畫經費)** | | | | | |
| | 醫療資源不足地區改善方案 | | *280.0* | *0.0* | 1.辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療計畫。<br>2.具體實施方案於 105 年 11 月底前完成，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。 |
| | 牙醫特殊醫療服務計畫 | | *473.0* | *0.0* | 1.辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者、在宅及老人長期照顧暨安養機構牙醫醫療服務。<br>2.具體實施方案於 105 年 11 月底前完成，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。 |
| | 牙周病統合照護計畫(第 1、2 階段) | | *1,042.4* | *158.4* | 1.應於 108 年回歸一般服務。<br>2.具體實施方案於 105 年 11 月底前完成，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。 |
| | 牙周病統合照護計畫(第 3 階段) | | *350.6* | *90.0* | |
| | **專款金額** | | ***2,146.0*** | ***248.4*** | |
| **總成長率(註1)(一般服務+專款)** | | **增加金額** | ***2.841%*** | ***1,155.8*** | |
| | | **總金額** | | ***41,848.0*** | |
| **較 105 年度核定總額成長率(註2)** | | | ***3.246%*** | — | |

註：1.計算「總成長率」所採基期費用，一般服務含校正投保人口預估成長率差值(159.6 百萬元)。
2.計算「較105年度核定總額成長率」所採基期費用，一般服務不含校正投保人口預估成長率差值。
3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

附件二

# 106年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

106年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後105年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1＋106年度一般服務成長率)＋106年度專款項目經費

註：校正後105年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會105年第5次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值。

二、總額協定結果：

(一)一般服務成長率為 3.291%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.281%，協商因素成長率 1.010%。

(二)專款項目全年經費為 377.2 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，106 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 105 年度所核定總額成長 4.066%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 3.643%。各細項成長率及金額如表 2。

三、總額分配相關事項：

(一)一般服務(上限制)：

1.品質保證保留款(0.100%)：

(1)依「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於105年12月底前完成相關程序，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。

(2)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(105、106年)該保留款成長率之累計額度(約44.8百萬元)為限，104年額度回歸一般服務預算；106年品質保證保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用。

(3)請中央健康保險署與中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。

2.其他醫療服務利用及密集度之改變(1.096%)：

(1)分2年調校診察費合理量之計算公式，105年度原編列200百萬元，經扣減104年度所編120百萬元預算已納入基期部分，計增加80百萬元。

(2)106年度編列250百萬元。

3.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.019%)。

4.腦血管疾病及顱腦損傷患者中醫特定疾病門診加強照護計畫自103年由專款移列至一般服務後，於105年上半年執行率未達80%之扣款(-0.167%)。

(二)專款項目：全年經費為 377.2 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於105年11月底前完成，新增計畫原則於105年12月底前完成，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告(新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.醫療資源不足地區改善方案：

全年經費121.5百萬元，辦理中醫師至無中醫鄉開業及巡迴醫療服務計畫。

2.西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：

全年經費133百萬元，包含腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後照護等4項。

3.中醫提升孕產照護品質計畫：

(1)全年經費47.7百萬元。

(2)106年請提出嚴謹療效評估報告，包含有無中醫治療之療效比較，並應控制西醫治療介入等因素。

4.乳癌、肝癌門診加強照護計畫：全年經費25百萬元。

5.兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：全年經費20百萬元。

6.癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫：

(1)全年經費30百萬元。

(2)不予支付病床費及病床護理費。

(3)計畫內容提經全民健康保險會備查，預算始得動支。

# 表 2　106 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表

| 項　　目 | | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 協 定 事 項 |
|---|---|---|---|---|
| **一般服務** | | | | |
| **醫療服務成本及人口因素成長率** | | ***2.281%*** | ***520.2*** | 計算公式：<br>醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+投保人口預估成長率)×(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1 |
| 投保人口預估成長率 | | *0.113%* | | |
| 人口結構改變率 | | *0.411%* | | |
| 醫療服務成本指數改變率 | | *1.755%* | | |
| **協商因素成長率** | | ***1.010%*** | ***230.5*** | |
| 鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康 | 品質保證保留款 | *0.100%* | *22.8* | 1.依「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於 105 年 12 月底前完成相關程序，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。<br>2.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年(105、106 年)該保留款成長率之累計額度(約 44.8 百萬元)為限，104 年額度回歸一般服務預算；106 年品質保證保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用。<br>3.請中央健康保險署與中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。 |
| 其他醫療服務利用及密集度之改變 | | *1.096%* | *250.0* | 1.分 2 年調校診察費合理量之計算公式，105 年度原編列 200 百萬元，經扣減 104 年度所編 120 百萬元預算已納入基期部分，計增加 80 百萬元。<br>2.106 年度編列 250 百萬元。 |

| 項　　目 | | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 協 定 事 項 |
|---|---|---|---|---|
| 其他議定項目 | 違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 | *-0.019%* | *-4.3* | |
| | 腦血管疾病及顱腦損傷患者中醫特定疾病門診加強照護計畫自 103 年由專款移列至一般服務後，於 105 年上半年執行率未達 80%之扣款 | *-0.167%* | *-38.0* | |
| **一般服務成長率** | **增加金額** | ***3.291%*** | ***750.7*** | |
| | **總金額** | | ***23,556.1*** | |
| **專款項目(全年計畫經費)** | | | | |
| 醫療資源不足地區改善方案 | | *121.5* | *15.0* | 1.辦理中醫師至無中醫鄉開業及巡迴醫療服務計畫。<br>2.具體實施方案於 105 年 11 月底前完成，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。 |
| 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫<br>1.腦血管疾病<br>2.顱腦損傷<br>3.腫瘤患者手術、化療、放射線療法後照護<br>4.脊髓損傷 | | *133.0* | *20.0* | 具體實施方案於 105 年 11 月底前完成，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。 |
| 中醫提升孕產照護品質計畫 | | *47.7* | *15.7* | 1.106 年請提出嚴謹療效評估報告，包含有無中醫治療之療效比較，並應控制西醫治療介入等因素。<br>2.具體實施方案於 105 年 11 月底前完成，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。 |

| 項　　目 | | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 協 定 事 項 |
|---|---|---|---|---|
| 乳癌、肝癌門診加強照護計畫 | | *25.0* | *10.1* | 具體實施方案於 105 年 11 月底前完成，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。 |
| 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 | | *20.0* | *0.0* | 具體實施方案於 105 年 11 月底前完成，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。 |
| 癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫(106 年新增計畫) | | *30.0* | *30.0* | 1.不予支付病床費及病床護理費。<br>2.計畫內容提經全民健康保險會備查，預算始得動支。<br>3.具體實施方案於 105 年 12 月底前完成，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報初步執行結果。 |
| **專款金額** | | ***377.2*** | ***90.8*** | |
| **總成長率(註 1)(一般服務+專款)** | **增加金額** | ***3.643%*** | ***841.5*** | |
| | **總金額** | | ***23,933.3*** | |
| **較 105 年度核定總額成長率(註 2)** | | ***4.066%*** | — | |

註：1.計算「總成長率」所採基期費用，一般服務含校正投保人口預估成長率差值(93.7 百萬元)。

2.計算「較105年度核定總額成長率」所採基期費用，一般服務不含校正投保人口預估成長率差值。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

# 106年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■ 106年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後105年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1＋106年度一般服務成長率)＋106年度專款項目經費＋106年度西醫基層門診透析服務費用

■ 106年度西醫基層門診透析服務費用＝105年度西醫基層門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後105年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會105年第5次委員會決議，校正投保人口預估成長率差值。

二、總額協定結果：

(一)一般服務成長率為 3.963%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.159%，協商因素成長率 0.804%。

(二)專款項目全年經費為 2,998.0 百萬元。

(三)門診透析服務成長率 5.342%。

(四)前述三項額度經換算，106 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 105 年度所核定總額成長 5.157%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 4.789%。各細項成長率及金額如表 3。

三、總額分配相關事項：

(一)一般服務(上限制)：

1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,070.6百萬元)：

(1)本項預算應用以調整「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，且朝支付點數相對合理之方向處理。

(2)請於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果(含調整項目及申報點數)。

2.品質保證保留款(0.100%)：

(1)依「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」支付，請於105年12月底前完成相關程序，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。

(2)請將「醫療資訊品質提升」列入品質保證保留款之分配指標之一。

(3)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(105、106年)該保留款成長率之累計額度(約206.1百萬元)為限，104年額度回歸一般服務預算；106年品質保證保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用。

(4)請中央健康保險署與西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。

3.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.080%)：

請中央健康保險署於105年12月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果(含新增項目及申報費用/點數)。若未於時程內導入，則扣減該額度。

4.山地離島門診診察費(0.095%)：

請於105年12月底前完成相關程序，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。

5.配合安全針具推動政策之費用(0.004%)：

(1)配合安全針具推動政策，5年內按比例逐步完成全面提供安全針具。本項預算自102年起分5年編列，106年為第5年。

(2)請於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。

6.其他醫療服務利用及密集度之改變(0.570%)。

7.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.045%)。

(二)專款項目：全年經費為 2,998 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於105年11月底前完成，新增計畫原則於105年12月底前完成，並於106年各部

門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告(新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.強化基層照護能力「開放表別」：全年經費250百萬元。

2.西醫醫療資源不足地區改善方案：

全年經費180百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

3.加強慢性B型及C型肝炎治療計畫(含C肝新藥)：

(1)全年經費688百萬元。

(2)原加強慢性B型及C型肝炎治療計畫，經費400百萬元，不足部分由其他預算支應。

(3)C肝新藥288百萬元，動支條件比照醫院總額辦理。

4.醫療給付改善方案：

(1)全年經費300百萬元。

(2)辦理原有之糖尿病、氣喘、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦等6項方案，並新增慢性阻塞性肺疾病方案。

5.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費1,580百萬元。

(2)應擴大社區醫療群之服務量能，納入居家照護服務，及將醫療給付改善方案之適用對象(例如：糖尿病、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、氣喘等)納入照護範圍。

(三)門診透析服務：

1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：

先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

3.門診透析服務總費用成長率為4.0%，依上述分攤基礎，西醫基

層部門本項服務費用成長率為5.342%。

4.應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。

5.請於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

# 表 3　106 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表

| 項　　目 | | 成長率(%)或金額(百萬元) | 增加金額(百萬元) | 協 定 事 項 |
|---|---|---|---|---|
| **一般服務** | | | | |
| **醫療服務成本及人口因素成長率** | | ***3.159%*** | ***3,323.6*** | 1.計算公式：<br>醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+投保人口預估成長率)×(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1。<br>2.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,070.6 百萬元)，應用以調整「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，且朝支付點數相對合理之方向處理。<br>3.請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果(含調整項目及申報點數)。 |
| 投保人口預估成長率 | | *0.113%* | | |
| 人口結構改變率 | | *1.075%* | | |
| 醫療服務成本指數改變率 | | *1.968%* | | |
| **協商因素成長率** | | ***0.804%*** | ***846.0*** | |
| 鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康 | 品質保證保留款 | *0.100%* | *105.2* | 1.依「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」支付，請於 105 年 12 月底前完成相關程序，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。<br>2.請將「醫療資訊品質提升」列入品質保證保留款之分配指標之一。<br>3.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年(105、106 年)該保留款成長率之累計額度(約 206.1 百萬元)為限，104 年額度回歸一般服務預算；106 年品質保證保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用。 |

| 項　　目 | | | 成長率(%)或金額(百萬元) | 增加金額(百萬元) | 協 定 事 項 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 4.請中央健康保險署與西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。 |
| | 保險給付項目及支付標準之改變 | 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) | *0.080%* | *84.0* | 請中央健康保險署於 105 年 12 月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果及成效評估報告(含新增項目及申報費用/點數)。若未於時程內導入，則扣減該額度。 |
| | | 山地離島門診診察費 | *0.095%* | *100.0* | 請於 105 年 12 月底前完成相關程序，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。 |
| | | 配合安全針具推動政策之費用 | *0.004%* | *4.0* | 1.配合安全針具推動政策，5 年內按比例逐步完成全面提供安全針具。本項預算自 102 年起分 5 年編列，106 年為第 5 年。<br>2.請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。 |
| | 其他醫療服務利用及密集度之改變 | | *0.570%* | *600.0* | |
| | 其他議定項目 | 違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 | *-0.045%* | *-47.2* | |
| **一般服務成長率** | | **增加金額** | ***3.963%*** | ***4,169.6*** | |
| | | **總金額** | | ***109,381.4*** | |

| 項　　目 | 成長率(%)或金額(百萬元) | 增加金額(百萬元) | 協 定 事 項 |
|---|---|---|---|
| **專款項目(全年計畫經費)** | | | |
| 強化基層照護能力「開放表別」 | *250.0* | *250.0* | 請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。 |
| 西醫醫療資源不足地區改善方案 | *180.0* | *-60.0* | 1.經費得與醫院總額同項專款相互流用。<br>2.具體實施方案於 105 年 11 月底前完成，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。 |
| 加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫(含 C 肝新藥) | *688.0* | *288.0* | 1.原加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫經費 400 百萬元，不足部分由其他預算支應。<br>2.C 肝新藥 288 百萬元，動支條件比照醫院總額辦理。<br>3.具體實施方案於 105 年 12 月底前完成，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。 |
| 醫療給付改善方案 | *300.0* | *7.3* | 1.辦理原有之糖尿病、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦等 6 項方案，並新增慢性阻塞性肺疾病方案。<br>2.具體實施方案於 105 年 11 月底前(新增方案原則於 105 年 12 月底前)完成，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告(新增方案僅需提供初步執行結果)。 |
| 家庭醫師整合性照護計畫 | *1,580.0* | *400.0* | 1.應擴大社區醫療群之服務量能，納入居家照護服務，及將醫療給付改善方案之適用對象(例如：糖尿病、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、氣喘等)納入照護範圍。 |

| 項　　目 | | 成長率(%)或金額(百萬元) | 增加金額(百萬元) | 協 定 事 項 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | 2.具體實施方案於 105 年 11 月底前完成，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。 |
| **專款金額** | | ***2,998.0*** | ***885.3*** | |
| **成長率(一般服務+專款)** | **增加金額** | ***4.710%*** | ***5,054.9*** | |
| | **總金額** | | ***112,379.4*** | |
| 門診透析服務成長率 | 增加金額 | *5.342%* | *821.1* | 1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。<br>2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。<br>3.門診透析服務總費用成長率為 4.0%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 5.342%。<br>4.應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。<br>5.請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。 |
| | 總金額 | | *16,192.1* | |
| **總成長率 (註1)(一般服務+專款+門診透析)** | **增加金額** | ***4.789%*** | ***5,876.0*** | |
| | **總金額** | | ***128,571.5*** | |
| **較 105 度核定總額成長率(註2)** | | ***5.157%*** | — | |

註：1.計算「總成長率」所採基期費用，一般服務含校正投保人口預估成長率差值(429.7 百萬元)。
2.計算「較105年度核定總額成長率」所採基期費用，一般服務不含校正投保人口預估成長率差值。
3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

附件四

# 106 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■ 106年度醫院醫療給付費用總額＝校正後105年度醫院一般服務醫療給付費用×(1＋106年度一般服務成長率)＋106年度專款項目經費＋106年度醫院門診透析服務費用

■ 106年度醫院門診透析服務費用＝105年度醫院門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後105年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會105年第5次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值。

二、總額決定結果：

經醫院部門與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定，結果如下：

(一)一般服務成長率為 4.585%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 4.203%，協商因素成長率 0.382%。

(二)專款項目全年經費為 21,640.7 百萬元。

(三)門診透析服務成長率 2.975%。

(四)前述三項額度經換算，106 年度醫院醫療給付費用總額，較 105 年度所核定總額成長 6.021%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 5.633%。各細項成長率及金額如表 4。

三、總額分配相關事項：

(一)一般服務(上限制)：

1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(8,967.4百萬元)：

(1)本項預算應用以調整「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，並優先以6,000百萬元調整重症項目，整體調整方案應送全民健康保險會備查。

(2)請於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果(含調整項目及申報點數)。

2.品質保證保留款(0.100%)：

(1)依「醫院總額品質保證保留款實施方案」支付，請於105年12月底前完成相關程序，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。

(2)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(105、106年)該保留款成長率之累計額度(約757.3百萬元)為限，104年額度回歸一般服務預算；106年品質保證保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用。

(3)請中央健康保險署與醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。

3.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.531%)：

請中央健康保險署於105年12月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果(含新增項目及申報費用/點數)。若未於時程內導入，則扣減該額度。

4.移列C型肝炎藥品費用至專款項目(-0.243%)：

105年原於一般服務執行，移列943百萬元至「C型肝炎用藥」專款項目。

5.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.006%)。

6.配合安全針具推動政策所需預算5億元，業自102年起分4年攤提(102、103年各編列1億元，104年編列2億元，105年編列1億元)，於105年已編足，請於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。

7.提升護理照護品質費用，自104年起由專款項目移列至一般服務，請中央健康保險署持續監測相關指標，如護病比、護理人力(並區分一般急性病床)、住院護理品質指標等，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。

8.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90%，超過部分，不予分配。

(二)專款項目：全年經費為21,640.7百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於105年11月底前完成，新增計畫原則於105年12月底前完成，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告(新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.C型肝炎用藥：

(1)全年經費2,655百萬元，包含自一般服務移列943百萬元。

(2)本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式，並送全民健康保險會備查後，予以動支。

(3)提報之執行成果及成效評估報告應包含102年起由專款項目移列至一般服務之「加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」。

2.罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費12,452.5百萬元。

(2)罕見疾病藥費(5,791百萬元)及罕見疾病特材(12.5百萬元)經費共計5,803.5百萬元，不得與其他項目流用；血友病藥費為3,149百萬元。不足部分由其他預算支應。

(3)後天免疫缺乏病毒治療藥費為3,500百萬元。

(4)為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署於106年6月底前提出專案報告(含醫療利用及成長原因分析)。

3.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

全年經費4,215.7百萬元，不足部分由其他預算支應。

4.醫療給付改善方案：

(1)全年經費997.5百萬元。

(2)辦理原有之糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦等7項方案，並新增慢性阻塞性肺疾病方案。

5.急診品質提升方案：

(1)全年經費160百萬元。

(2)請中央健康保險署檢討方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。

6.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

(1)全年經費300百萬元，導入第3階段DRGs項目。

(2)本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

7.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費60百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(2)配合支援西醫醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。

8.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：全年經費800百萬元。

(三)門診透析服務：

1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：

先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

3.門診透析服務總費用成長率為4.0%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為2.975%。

4.應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。

5.請於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

# 表 4　106 年度醫院醫療給付費用協定項目表(決定版)

| 項　　目 | | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 決 定 事 項 |
|---|---|---|---|---|
| 一般服務 | | | | |
| **醫療服務成本及人口因素成長率** | | ***4.203%*** | ***16,337.2*** | 1.計算公式：醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+投保人口預估成長率)×(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1。<br>2.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(8,967.4 百萬元)，應用以調整「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，並優先以6,000 百萬元調整重症項目，整體調整方案應送全民健康保險會備查。<br>3.請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果(含調整項目及申報點數)。 |
| 投保人口預估成長率 | | *0.113%* | | |
| 人口結構改變率 | | *1.778%* | | |
| 醫療服務成本指數改變率 | | *2.307%* | | |
| **協商因素成長率** | | ***0.382%*** | ***1,486.0*** | |
| 鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康 | 品質保證保留款 | *0.100%* | *388.7* | 1.依「醫院總額品質保證保留款實施方案」支付，請於 105 年 12 月底前完成相關程序，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。<br>2.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年(105、106 年)該保留款成長率之累計額度(約 757.3 百萬元)為限，104 年額度回歸一般服務預算；106 年品質保證保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用。<br>3.請中央健康保險署與醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質 |

| 項　目 | | | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 決 定 事 項 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。 |
| | 保險給付項目及支付標準之改變 | 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) | *0.531%* | *2,063.0* | 請中央健康保險署於 105 年 12 月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果(含新增項目及申報費用/點數)。若未於時程內導入，則扣減該額度。 |
| | 其他議定項目 | 移列 C 型肝炎藥品費用至專款項目 | *-0.243%* | *-943.0* | 105 年原於一般服務執行，移列 943 百萬元至「C 型肝炎用藥」專款項目。 |
| | | 違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 | *-0.006%* | *-22.7* | |
| **一般服務成長率** | | **增加金額** | ***4.585%*** | ***17,823.2*** | 1.配合安全針具推動政策所需預算 5 億元，業自 102 年起分 4 年攤提(102、103 年各編列 1 億元，104 年編列 2 億元，105 年編列 1 億元)，於 105 年已編足，請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。<br>2.提升護理照護品質費用，自 104 年起由專款項目移列至一般服務，請中央健康保險署持續監測相關指標，如護病比、護理人力(並區分一般急性病床)、住院護理品質指標等，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。<br>3.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 90%，超過部分，不予分配。 |
| | | **總金額** | | ***406,525.0*** | |

| 項　目 | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 決定事項 |
|---|---|---|---|
| **專款項目(全年計畫經費)** | | | |
| C 型肝炎用藥 | *2,655.0* | *2,655.0* | 1.包含自一般服務移列 943 百萬元。<br>2.本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式，並送全民健康保險會備查後，予以動支。<br>3.提報之執行成果及成效評估報告應包含 102 年起由專款項目移列至一般服務之「加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」。 |
| 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材 | *12,452.5* | *3,500.0* | 1.罕見疾病藥費(5,791 百萬元)及罕見疾病特材(12.5 百萬元)經費共計 5,803.5 百萬元，不得與其他項目流用；血友病藥費為 3,149 百萬元。不足部分由其他預算支應。<br>2.後天免疫缺乏病毒治療藥費為 3,500 百萬元。<br>3.為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署於 106 年 6 月底前提出專案報告(含醫療利用及成長原因分析)。 |
| 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 | *4,215.7* | *53.7* | 不足部分由其他預算支應。 |
| 醫療給付改善方案 | *997.5* | *121.2* | 辦理原有之糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦等 7 項方案，並新增慢性阻塞性肺疾病方案。 |
| 急診品質提升方案 | *160.0* | *0.0* | 請中央健康保險署檢討方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。 |
| 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs) | *300.0* | *-814.0.* | 1.導入第 3 階段 DRGs 項目。<br>2.本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。 |

| 項　目 | | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 決定事項 |
|---|---|---|---|---|
| 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 | | *60.0* | *0.0* | 1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。<br>2.配合支援西醫醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。 |
| 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 | | *800.0* | *0.0* | |
| **專款金額** | | ***21,640.7*** | ***5,515.9*** | |
| **成長率<br>(一般服務+專款)** | **增加金額** | ***5.765%*** | ***23,339.1*** | |
| | **總金額** | | ***428,165.7*** | |
| 門診透析服務<br>成長率 | 增加金額 | *2.975%* | *598.7* | 1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。<br>2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。<br>3.門診透析服務總費用成長率為 4.0%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為2.975%。<br>4.應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。<br>5.請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。 |
| | 總金額 | | *20,724.0* | |
| **總成長率(註 1)<br>(一般服務+專款+門診透析)** | **增加金額** | ***5.633%*** | ***23,937.8*** | |
| | **總金額** | | ***448,889.7*** | |
| **較 105 年度核定總額成長率(註 2)** | | ***6.021%*** | — | |

註：1.計算「總成長率」所採基期費用，一般服務含校正投保人口預估成長率差值(1,557.7 百萬元)。
2.計算「較105年度核定總額成長率」所採基期費用，一般服務不含校正投保人口預估成長率差值。
3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

附件五

# 106 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、106 年度其他預算增加 905.0 百萬元，預算總額度為 11,263.9 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配如表 5。

二、預算分配相關事項：

請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果，計畫型項目應提報執行成果及成效評估報告(新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：全年經費 605.4 百萬元。

(二)非屬各部門總額支付制度範圍之服務：

1.全年經費5,000百萬元。

2.用於「居家醫療與照護」3,412百萬元、「精神疾病社區復健」1,583百萬元及「助產所」5百萬元，各分項費用若有超支，依全民健康保險法第62條第3項辦理。「居家醫療與照護」及「助產所」2項經費可互相流用。

(三)支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費、罕見疾病特材及器官移植、西醫基層總額原慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費：全年經費 300 百萬元。

(四)推動促進醫療體系整合計畫：

1.全年經費1,100百萬元，用於「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」300百萬元、「區域醫療整合計畫」300百萬元、「提升急性後期照護品質試辦計畫」400百萬元，及「跨層級醫院合作計畫」100百萬元。

2.「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」，病人照護數應較105年成長20%。

3.「提升急性後期照護品質試辦計畫」應朝居家、社區型照護發展，及建立單一核心評估工具(非依個別疾病)，並於106年4月底前將修訂計畫提經全民健康保險會同意後，預算始得動支。

(五)其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費：

1.全年經費1,000百萬元。

2.含新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用。

3.經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。

(六)提升 ICD-10-CM/PCS 住院編碼品質：

已於 105 年全面導入ICD-10-CM/PCS，106 年起不再編列預算。

(七)鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施：

全年經費 1,100 百萬元，請中央健康保險署於 106 年 6 月底前提報健保醫療資訊雲端查詢系統執行情形之專案報告。

(八)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：全年經費 1,404.5 百萬元。

(九)慢性腎臟病照護及病人衛教計畫：

1.全年經費404百萬元。

2.用於繼續推動末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫、初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)，及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。

3.建議將「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」之適用對象，納入「家庭醫師整合性照護計畫」之照護範圍。

(十)提升保險服務成效：

全年經費 310 百萬元，包含 106 年「健保藥品品質監測計畫」15 百萬元，及繼續執行 105 年未執行完成之預算。

(十一)高診次暨複雜用藥者藥事照護計畫：

1.全年經費40百萬元。

2.若106年執行數超出預算，則納入總額協商時考量。

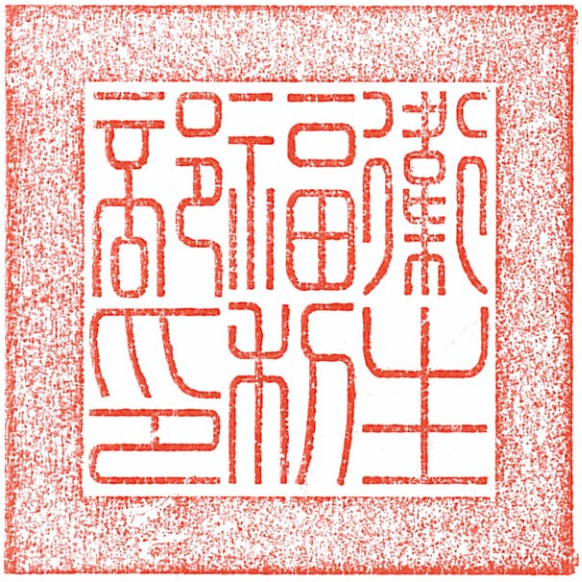
# 表 5　106 年度其他預算協定項目表

| 項目 | 金額<br>(百萬元) | 增加金額<br>(百萬元) | 協　定　事　項 |
|---|---|---|---|
| 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 | *605.4* | *0.0* | 請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。 |
| 非屬各部門總額支付制度範圍之服務 | *5,000* | *1,000.0* | 1.用於「居家醫療與照護」3,412 百萬元、「精神疾病社區復健」1,583 百萬元及「助產所」5 百萬元，各分項費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條第 3 項辦理。「居家醫療與照護」及「助產所」2 項經費可互相流用。<br>2.請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果，計畫型項目應提報執行成果及成效評估報告。 |
| 支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費、罕見疾病特材及器官移植、西醫基層總額原慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費 | *300.0* | *0.0* | 請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。 |
| 推動促進醫療體系整合計畫 | *1,100.0* | *0.0* | 1.用於「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」300 百萬元、「區域醫療整合計畫」300 百萬元、「提升急性後期照護品質試辦計畫」400 百萬元，及「跨層級醫院合作計畫」100 百萬元。<br>2.「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」，病人照護數應較 105 年成長 20%。<br>3.「提升急性後期照護品質試辦計畫」應朝居家、社區型照護發展，及建立單一核心評估工具(非依個別疾病)，並於 106 年 4 月底前將修訂計畫提經全民健康保險會同意後，預算始得動支。<br>4.請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告(新增方案僅需提供初步執行結果)。 |

| 項目 | 金額<br>(百萬元) | 增加金額<br>(百萬元) | 協　定　事　項 |
|---|---|---|---|
| 其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費 | *1,000.0* | *0.0* | 1.含新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用。<br>2.經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。<br>3.請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。 |
| 提升 ICD-10-CM/PCS 住院編碼品質 | *0.0* | *-100.0* | 已於 105 年全面導入 ICD-10-CM/PCS，106 年起不再編列預算。 |
| 鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施 | *1,100.0* | *0.0* | 1.請中央健康保險署於 106 年 6 月底前提報健保醫療資訊雲端查詢系統執行情形之專案報告。<br>2.請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。 |
| 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 | *1,404.5* | *0.0* | 請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。 |
| 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫 | *404.0* | *0.0* | 1.用於繼續推動末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫、初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)，及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。<br>2.建議將「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」之適用對象，納入「家庭醫師整合性照護計畫」之照護範圍。<br>3.請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。 |
| 提升保險服務成效 | *310.0* | *15.0* | 1.包含 106 年「健保藥品品質監測計畫」15 百萬元，及繼續執行 105 年未執行完成之預算。<br>2.請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。 |
| 高診次暨複雜用藥者藥事照護計畫 | *40.0* | *-10.0* | 1.請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。<br>2.若 106 年執行數超出預算，則納入總額協商時考量。 |
| **總　計** | ***11,263.9*** | ***905.0*** | |

檔　　號：
保存年限：

# 衛生福利部　公告



發文日期：中華民國106年1月20日
發文字號：衛部健字第1063360005號
附件：如公告事項(1063360005-1.docx)

主旨：公告106年度全民健康保險各部門醫療給付費用總額一般服務費用分配方式。

依據：全民健康保險法第61條、105年11月9日衛部健字第1053360140號公告暨106年1月16日衛部保字第1061260006號函。

公告事項：106年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用總額一般服務費用分配方式(如附件)。

部長 林奏延

繕校人員：陳盈燕

附件

# 106 年度全民健康保險各部門醫療給付費用總額一般服務費用分配方式

一、牙醫門診總額

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.自一般服務費用移撥4.156億元，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「醫療資源不足且點值低地區獎勵計畫」、「投保人口就醫率全國最高二區之保障款」、「牙周病統合照護計畫第一、二階段給付費用」及「牙周病統合照護計畫第三階段給付費用」等5項，經費若有剩餘，則回歸一般服務費用。

2.協定項目「103年新增支付標準預算執行率連2年未達30%者，扣其原編預算之50%」(-0.039%，-0.151億元)於各區之扣減方式，50%(0.0755億元)依六分區103~104年實際未達執行率扣款、50%(0.0755億元)按101年各區人口風險因子(R值)進行扣款分配。

3.扣除品質保證保留款及上開移撥費用後，預算100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

4.所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之。

(三)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

二、中醫門診總額

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.於扣除品質保證保留款及風險調整基金後，預算2.22%歸東區，

97.78%歸其他五區。

2.東區外，其他五分區依下列參數占率分配之：

(1)各區實際收入預算占率：69%。

(2)各區戶籍人口數占率：11%。

(3)各區每人於各分區就醫次數之權值占率：9%。

(4)各區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：5%。

(5)各區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

(6)偏鄉人口預算分配調升機制：1%，若有餘款則歸入依「各區實際收入預算占率」分配。

3.所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之。

(三)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

三、西醫基層總額

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.於扣除品質保證保留款後，預算66%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，34%依西醫基層總額支付制度開辦前一年(89年)各地區實際發生醫療費用比率分配。

2.所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之。

(三)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

四、醫院總額

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

於扣除品質保證保留款後及風險調整基金後，用於「計算」地區預算所採之門住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

1.門診服務(不含門診透析服務、品質保證保留款)：

預算50%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，50%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

2.住診服務(不含品質保證保留款)：

預算45%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，55%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

3.各地區門住診服務，經依1、2計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

4.所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之。

(三)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

# 二、107 年度各部門總額公告

檔　　號：
保存年限：

# 衛生福利部　公告

發文日期：中華民國106年12月28日
發文字號：衛部健字第1063360185號
附件：如公告事項一(附件一至五共5件)

主旨：公告107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。

依據：全民健康保險法第61條暨106年12月13日衛部保字第1061260546號核定函。

公告事項：

一、107年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配如下：

(一)牙醫門診醫療給付費用成長率3.740%，其中一般服務成長率為1.706%，專款項目全年經費為3,035.9百萬元(附件一)。

(二)中醫門診醫療給付費用成長率3.432%，其中一般服務成長率為3.000%，專款項目全年經費為492.2百萬元(附件二)。

(三)西醫基層醫療給付費用成長率3.822%，其中一般服務成長率為2.310%，專款項目全年經費為4,641.4百萬元，門診透析服務成長率為4.624%(附件三)。

(四)醫院醫療給付費用成長率4.555%，其中一般服務成長率為3.576%，專款項目全年經費為27,017.7百萬元，門診透析服務成長率為2.622%(附件四)。

(五)其他預算之額度為12,781.2百萬元，由中央健康保險署管控(附件五)。

繕校人員：劉玉霜

二、107年度全民健康保險醫療給付費用總額計算公式如下：

(一)107年度全民健保醫療給付費用=$\sum_{i=1}^{4}$[校正後106年度部門別(i)醫療給付費用x(1+107年度部門別(i)醫療給付費用成長率)]+107年度其他預算醫療給付費用

(二)107年度全民健保醫療給付費用成長率(1)=(107年度全民健保醫療給付費用÷校正後106年度全民健保醫療給付費用)-1

(三)107年度全民健保醫療給付費用成長率(2)=(107年度全民健保醫療給付費用÷核定之106年度全民健保醫療給付費用)-1

註：

1、部門別分別為：牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院等部門；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2、校正後106年度全民健保醫療給付費用，係依本部全民健康保險會106年第4次委員會議決議，校正「投保人口預估成長率」差值(即107年度總額基期須校正105年投保人口成長率差值)。

三、107年度全民健康保險醫療給付費用成長率，依說明二之(二)公式計算，為4.471%；若依說明二之(三)公式計算，即相較於106年度核定總額，則成長率為4.711%。

部長陳時中

附件一

# 107 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配方式

一、總額設定公式：

107年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後106年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1＋107年度一般服務成長率)＋107年度專款項目經費

註：校正後106年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會106年第4次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值。

二、總額協定結果：

(一)一般服務成長率為 1.706%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 1.341%，協商因素成長率 0.365%。

(二)專款項目全年經費為 3,035.9 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，107 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 106 年度所核定總額成長 4.001%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 3.740%。各細項成長率及金額如表 1。

三、總額分配相關事項：

(一)一般服務(上限制)：

1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(463.4百萬元)，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數，並於107年7月底前提報執行情形(含調整項目及申報費用點數)。

2.12歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護、顎顏面骨壞死術後傷口照護(0.377%)：往後不再增編此3項預算。

3.牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用(0%)：歷年執行結果，納入未來效益評估及總額協商考量。

4.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.012%)，本項不列入108年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 3,035.9 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案，屬延續型計畫應於 106 年 11 月

底前完成，新增計畫原則於106年12月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果(含醫療利用及成長原因分析)及成效評估報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.醫療資源不足地區改善方案：全年經費280百萬元，辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

2.牙醫特殊醫療服務計畫：

(1)全年經費484百萬元。

(2)持續辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者及老人長期照顧暨安養機構牙醫醫療服務。

3.牙周病統合照護計畫：

(1)第1、2階段，全年經費1,564百萬元；第3階段，全年經費588.8百萬元。

(2)於108年導入一般服務，請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體規劃及評估所需醫療費用，並建立成效評估、監測指標，成效列入108年度總額協商參考。

4.品質保證保留款：

(1)全年經費119.1百萬元，依「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於106年12月底前完成相關程序，並於107年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果及成效評估報告。

(2)原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4百萬元)，與107年度品質保證保留款(119.1百萬元)合併運用(計235.5百萬元)。

(3)請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

# 表 1　107 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表

| 項　　目 | | | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 協 定 事 項 |
|---|---|---|---|---|---|
| **一般服務** | | | | | |
| **醫療服務成本及人口因素成長率** | | | ***1.341%*** | ***533.8*** | 1.計算公式：<br>醫療服務成本及人口因素成長率＝[(1+投保人口預估成長率)×(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1。<br>2.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(463.4 百萬元)，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數，並於 107 年 7 月底前提報執行情形(含調整項目及申報費用點數)。 |
| | 投保人口預估成長率 | | *0.175%* | | |
| | 人口結構改變率 | | *0.000%* | | |
| | 醫療服務成本指數改變率 | | *1.164%* | | |
| **協商因素成長率** | | | ***0.365%*** | ***145.0*** | |
| | 其他醫療服務利用及密集度之改變 | 12 歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護、顎顏面骨壞死術後傷口照護 | *0.377%* | *150.0* | 1.往後不再增編此 3 項預算。<br>2.請於 107 年 7 月底前提報執行情形。 |
| | | 牙周病支持性治療 (91018C) 所增加之費用 | *0.000%* | *0.0* | 歷年執行結果，納入未來效益評估及總額協商考量。 |
| | 其他議定項目 | 違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 | *-0.012%* | *-5.0* | 不列入 108 年度總額協商之基期費用。 |
| **一般服務成長率** | | **增加金額** | ***1.706%*** | ***678.8*** | |
| | | **總金額** | | ***40,486.6*** | |
| **專款項目(全年計畫經費)** | | | | | |
| 醫療資源不足地區改善方案 | | | *280.0* | *0.0* | 1.辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。<br>2.具體實施方案於106年11月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。 |
| 牙醫特殊醫療服務計畫 | | | *484.0* | *11.0* | 1.持續辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者及老人長期照顧暨安養機構牙醫醫療服務。<br>2.具體實施方案於106年11月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。 |

| 項　　目 | | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 協 定 事 項 |
|---|---|---|---|---|
| 牙周病統合照護計畫(第 1、2 階段) | | *1,564.0* | *521.6* | 1.於 108 年導入一般服務，請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體規劃及評估所需醫療費用，並建立成效評估、監測指標，成效列入 108 年度總額協商參考。<br>2.具體實施方案於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。 |
| 牙周病統合照護計畫(第 3 階段) | | *588.8* | *238.2* | |
| 品質保證保留款 | | *119.1* | *119.1* | 1.依「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於 106 年 12 月底前完成相關程序，並於 107 年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果及成效評估報告。<br>2.原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)，與 107 年度品質保證保留款(119.1 百萬元)合併運用(計 235.5 百萬元)。<br>3.請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。 |
| **專款金額** | | ***3,035.9*** | ***889.9*** | |
| **總成長率(註 1)(一般服務+專款)** | **增加金額** | ***3.740%*** | ***1,568.7*** | |
| | **總金額** | | ***43,522.5*** | |
| **較 106 年度核定總額成長率(註 2)** | | ***4.001%*** | **—** | |

註：1.計算「總成長率」所採基期費用為 41,953.4 百萬元，其中一般服務為 39,807.4 百萬元(含校正投保人口預估成長率差值 105.5 百萬元)，專款為 2,146 百萬元。

2.計算「較 106 年度核定總額成長率」所採基期費用為 41,848.0 百萬元，其中一般服務為 39,702.0 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值 105.5 百萬元)，專款為 2,146 百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

附件二

# 107 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配方式

一、總額設定公式：

107年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後106年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1＋107年度一般服務成長率)＋107年度專款項目經費

註：校正後106年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會106年第4次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值。

二、總額協定結果：

(一)一般服務成長率為 3.000%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 1.715%，協商因素成長率 1.285%。

(二)專款項目全年經費為 492.2 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，107 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 106 年度所核定總額成長 3.699%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 3.432%。各細項成長率及金額如表 2。

三、總額分配相關事項：

(一)一般服務(上限制)：

1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(266.4百萬元)，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數，並於107年7月底前提報執行情形(含調整項目及申報費用點數)。

2.其他醫療服務利用及密集度之改變(0.707%)：

(1)優先用於提升用藥品質。

(2)請於107年7月底前提報執行情形。

3.鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康(0.635%)：

(1)優先用於提升用藥品質。

(2)請於107年7月底前提報執行情形。

4.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.057%)，本項不列入108年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 492.2 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險署會

同中醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案，屬延續型計畫應於106年11月底前完成，新增計畫原則於106年12月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果(含醫療利用及成長原因分析)及成效評估報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.醫療資源不足地區改善方案：全年經費135.6百萬元，辦理中醫師至無中醫鄉開業及巡迴醫療服務計畫。

2.西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：全年經費130百萬元，包含腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷等3項。

3.中醫提升孕產照護品質計畫：全年經費60百萬元。

4.兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：全年經費20百萬元。

5.乳癌、肝癌門診加強照護計畫：本項移併至「中醫癌症患者加強照護整合方案」。

6.癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫：本項移併至「中醫癌症患者加強照護整合方案」。

7.中醫癌症患者加強照護整合方案：

(1)全年經費103百萬元。

(2)本項經費用於持續辦理原「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫─腫瘤患者手術、化療、放射線療法」、「癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」；及擴大原「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」之適用癌症類別。

(3)請中央健康保險署與中醫門診總額相關團體研訂方案及其新增之適用對象，方案應送全民健康保險會備查。

8.中醫急症處置：全年經費20百萬元。

9.品質保證保留款：

(1)全年經費23.6百萬元，依「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於106年12月底前完成相關程序，並於107年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果及成效評估報告。

(2)原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8百萬元)，與107年度品質保證保留款(23.6百萬元)合併運用(計46.4百萬元)。

(3)請中央健康保險署與中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

# 表 2　107 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表

| 項　　目 | | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 協 定 事 項 |
|---|---|---|---|---|
| **一般服務** | | | | |
| **醫療服務成本及人口因素成長率** | | ***1.715%*** | ***405.0*** | 1.計算公式：<br>醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+投保人口預估成長率)×(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1。<br>2.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(266.4 百萬元)，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數，並於 107 年7 月底前提報執行情形(含調整項目及申報費用點數)。 |
| 投保人口預估成長率 | | *0.175%* | | |
| 人口結構改變率 | | *0.409%* | | |
| 醫療服務成本指數改變率 | | *1.128%* | | |
| **協商因素成長率** | | ***1.285%*** | ***303.4*** | |
| 其他醫療服務利用及密集度之改變 | | *0.707%* | *167.0* | 1.優先用於提升用藥品質。<br>2.請於 107 年 7 月底前提報執行情形。 |
| 鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康 | | *0.635%* | *150.0* | 1.優先用於提升用藥品質。<br>2.請於 107 年 7 月底前提報執行情形。 |
| 其他議定項目 | 違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 | *-0.057%* | *-13.6* | 不列入 108 年度總額協商之基期費用。 |
| **一般服務成長率** | **增加金額** | ***3.000%*** | ***708.4*** | |
| | **總金額** | | ***24,326.4*** | |
| **專款項目(全年計畫經費)** | | | | |
| 醫療資源不足地區改善方案 | | *135.6* | *14.1* | 1.辦理中醫師至無中醫鄉開業及巡迴醫療服務計畫。<br>2.具體實施方案於106 年11 月底前完成，並於107 年7 月底前提報執行成果及成效評估報告。 |
| 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫<br>1.腦血管疾病<br>2.顱腦損傷<br>3.脊髓損傷 | | *130.0* | *-3.0* | 具體實施方案於106 年11 月底前完成，並於 107 年7 月底前提報執行成果及成效評估報告。 |
| 中醫提升孕產照護品質計畫 | | *60.0* | *12.3* | 具體實施方案於106 年11 月底前完成，並於 107 年7 月底前提報執行成果及成效評估報告。 |
| 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 | | *20.0* | *0.0* | 具體實施方案於106 年11 月底前完成，並於 107 年7 月底前提報執行成果及成效評估報告。 |

| 項　　目 | | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 協 定 事 項 |
|---|---|---|---|---|
| 乳癌、肝癌門診加強照護計畫 | | *0.0* | *-25.0* | 本項移併至「中醫癌症患者加強照護整合方案」。 |
| 癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫 | | *0.0* | *-30.0* | 本項移併至「中醫癌症患者加強照護整合方案」。 |
| 中醫癌症患者加強照護整合方案 | | *103.0* | *103.0* | 1.本項經費用於持續辦理原「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫—腫瘤患者手術、化療、放射線療法」、「癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」；及擴大原「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」之適用癌症類別。<br>2.請中央健康保險署與中醫門診總額相關團體研訂方案及其新增之適用對象，方案應送全民健康保險會備查。<br>3.具體實施方案請於106年12月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。 |
| 中醫急症處置(107年新增計畫) | | *20.0* | *20.0* | 具體實施方案請於106年12月底前完成，並於107年7月底前提報初步執行結果。 |
| 品質保證保留款 | | *23.6* | *23.6* | 1.依「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於106年12月底前完成相關程序，並於107年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果及成效評估報告。<br>2.原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8百萬元)，與107年度品質保證保留款(23.6百萬元)合併運用(計46.4百萬元)。<br>3.請中央健康保險署與中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。 |
| **專款金額** | | ***492.2*** | ***115.0*** | |
| **總成長率(註1)(一般服務+專款)** | **增加金額** | ***3.432%*** | ***823.4*** | |
| | **總金額** | | ***24,818.6*** | |
| **較106年度核定總額成長率(註2)** | | ***3.699%*** | — | |

註：1.計算「總成長率」所採基期費用為23,995.0百萬元，其中一般服務為23,617.8百萬元(含校正投保人口預估成長率差值61.7百萬元)，專款為377.2百萬元。

2.計算「較106年度核定總額成長率」所採基期費用為23,933.3百萬元，其中一般服務為23,556.1百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值61.7百萬元)，專款為377.2百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

附件三

# 107 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式

一、總額設定公式：

■ 107年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後106年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1＋107年度一般服務成長率)＋107年度專款項目經費＋107年度西醫基層門診透析服務費用

■ 107年度西醫基層門診透析服務費用＝106年度西醫基層門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後106年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會106年第4次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值。

二、總額決定結果：

經西醫基層代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及西醫基層代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定，結果如下：

(一)一般服務成長率為 2.310%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 1.757%，協商因素成長率 0.553%。

(二)專款項目全年經費為 4,641.4 百萬元。

(三)門診透析服務成長率 4.624%。

(四)前述三項額度經換算，107 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 106 年度所核定總額成長 4.053%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 3.822%。各細項成長率及金額如表 3。

三、總額分配相關事項：

(一)一般服務(上限制)：

1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(429.6百萬元)，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數，並於107年7月底前提報執行情形(含調整項目及申報費用點數)。

2.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.106%)：請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並於106年12月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，若未於時程內導入，則

扣減該額度；並請於107年7月底前提報執行結果(含新增項目及申報費用/點數)。

3.B型肝炎藥費回歸一般服務(0.255%)：請中央健康保險署於107年7月底前提報執行結果。

4.其他醫療服務利用及密集度之改變(0.228%)。

5.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.036%)，本項不列入108年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 4,641.4 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案，屬延續型計畫應於 106 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 106 年 12 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果(含醫療利用及成長原因分析)及成效評估報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.強化基層照護能力「開放表別」：

(1)全年經費450百萬元。

(2)請中央健康保險署檢討推動成效，並於106年12月委員會議說明擬調整支付標準項目與作業時程，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

2.鼓勵院所建立轉診之合作機制：

(1)全年經費129百萬元，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

(2)請中央健康保險署於106年12月委員會議說明執行方式。

(3)本項依實際執行轉診之件數、點數併入一般服務費用結算，並於107年7月底前提報執行成果。

3.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)為促進社區醫療群與合作醫院間應進行實質合作，包括對病人之雙向轉診及慢性病共同照護，以確保病人照護之連續性與協調性；以及推廣社區醫療群應規劃主動電訪(Call out)服

務，以加強個案健康管理，提升照護品質，並與一般診所建立差異化之服務模式，故全年經費2,880百萬元，其中450百萬元用於挹注106年度之不足款，107年該計畫之執行經費為2,430百萬元。

(2)持續檢討計畫內容，加強執行品質管控及審核社區醫療群參加資格。

(3)具體實施方案請於106年11月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

4.西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)除原方案外，增列鼓勵偏遠地區假日開診，提升偏遠地區就醫可近性，全年經費187百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(2)請檢討方案執行內容，以提供更適切醫療服務。

(3)具體實施方案請於106年11月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

5.C型肝炎藥費：

(1)全年經費408百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。

(2)本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式，具體實施方案請於106年11月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

(3)請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)，可考量列入總額協商減項。

6.醫療給付改善方案：

(1)全年經費300百萬元。

(2)辦理原有之糖尿病、氣喘、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦及慢性阻塞性肺疾病等7項方案。

(3)請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。糖尿病醫療給付改善方案應新增胰島素注射之品質獎勵指標。

(4)具體實施方案請於106年11月底前完成；並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告，內容應包含健康狀況改善之量化指標。

7.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

(1)全年經費178百萬元，本項預算由其他預算移列。

(2)本項預算依六區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算。

8.品質保證保留款：

(1)全年經費109.4百萬元，依「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」支付，請於106年12月底前完成相關程序，並於107年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果及成效評估報告。

(2)原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2百萬元)，與107年度品質保證保留款(109.4百萬元)合併運用(計214.6百萬元)。

(3)請中央健康保險署與西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

(三)門診透析服務：

1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：

先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

3.門診透析服務總費用成長率為3.5%，不包含一例一休費用。依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為4.624%。

4.應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。

5.請於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

6.中央健康保險署建議「108年針對慢性腎臟衰竭末期(ESRD)之病人，將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」乙節，請於108年度總額協商前儘早規劃，並與相關團體先行溝通，以利推動。

# 表3　107年度西醫基層醫療給付費用協定項目表(決定版)

| 項　目 | | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 決 定 事 項 |
|---|---|---|---|---|
| **一般服務** | | | | |
| **醫療服務成本及人口因素成長率** | | ***1.757%*** | ***1,926.8*** | 1.計算公式：<br>醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+投保人口預估成長率)×(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1。<br>2.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(429.6 百萬元)，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數，並於 107 年 7 月底前提報執行情形(含調整項目及申報費用點數)。 |
| 投保人口預估成長率 | | *0.175%* | | |
| 人口結構改變率 | | *1.188%* | | |
| 醫療服務成本指數改變率 | | *0.392%* | | |
| **協商因素成長率** | | ***0.553%*** | ***606.1*** | |
| 保險給付項目及支付標準之改變 | 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) | *0.106%* | *116.0* | 請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並於 106 年 12 月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；並請於 107 年 7 月底前提報執行結果(含新增項目及申報費用/點數)。 |
| | B 型肝炎藥費回歸一般服務 | *0.255%* | *280.0* | 請中央健康保險署於 107 年 7 月底前提報執行結果。 |
| 其他醫療服務利用及密集度之改變 | | *0.228%* | *250.0* | |
| 其他議定項目 | 違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 | *-0.036%* | *-39.9* | 本項不列入 108 年度總額協商之基期費用。 |
| **一般服務成長率** | **增加金額** | ***2.310%*** | ***2,532.9*** | |
| | **總金額** | | ***112,200.0*** | |
| **專款項目(全年計畫經費)** | | | | |
| 強化基層照護能力「開放表別」 | | *450.0* | *200.0* | 請中央健康保險署檢討推動成效，並於 106 年 12 月委員會議說明擬調整支付標準項目與作業時程，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。 |

| 項　　目 | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 決 定 事 項 |
| --- | --- | --- | --- |
| 鼓勵院所建立轉診之合作機制 | *129.0* | *129.0* | 1.預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。<br>2.請中央健康保險署於 106 年12月委員會議說明執行方式。<br>3.本項依實際執行轉診之件數、點數併入一般服務費用結算，並於 107 年 7 月底前提報執行成果。 |
| 家庭醫師整合性照護計畫 | *2,880.0* | *1,300.0* | 1.為促進社區醫療群與合作醫院間應進行實質合作，包括對病人之雙向轉診及慢性病共同照護，以確保病人照護之連續性與協調性；以及推廣社區醫療群應規劃主動電訪(Call out)服務，以加強個案健康管理，提升照護品質，並與一般診所建立差異化之服務模式，其中 450 百萬元用於挹注 106 年度之不足款，107 年執行經費為2,430 百萬元。<br>2.持續檢討計畫內容，加強執行品質管控及審核社區醫療群參加資格。<br>3.具體實施方案應於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。 |
| 西醫醫療資源不足地區改善方案 | *187.0* | *7.0* | 1.除原方案外，增列鼓勵偏遠地區假日開診，提升偏遠地區就醫可近性，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。<br>2.請檢討方案執行內容，以提供更適切醫療服務。<br>3.具體實施方案應於 106 年 11 月底前完成，請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。 |

| 項　目 | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 決 定 事 項 |
|---|---|---|---|
| 慢性B型及C型肝炎治療計畫 | *0.0* | *-688.0* | 106年原列於專款，107年經費拆分為B型及C型肝炎藥費。B型肝炎藥費(280百萬元)回歸一般服務；C型肝炎藥費(408 百萬元)編列於專款。 |
| C型肝炎藥費 | *408.0* | *408.0* | 1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。<br>2.本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式，具體實施方案請於106年11月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。<br>3.請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)，可考量列入總額協商減項。 |
| 醫療給付改善方案 | *300.0* | *0.0* | 1.辦理原有糖尿病、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦及慢性阻塞性肺疾病等7項方案。<br>2.請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。糖尿病醫療給付改善方案應新增胰島素注射之品質獎勵指標。<br>3.具體實施方案應於 106 年 11 月底前完成，請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告，內容應包含健康狀況改善之量化指標。 |

| 項　目 | | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 決 定 事 項 |
|---|---|---|---|---|
| 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 | | *178.0* | *178.0* | 1.本項預算由其他預算移列。<br>2.本項預算依六區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算。 |
| 品質保證保留款 | | *109.4* | *109.4* | 1.依「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」支付，請於 106 年 12 月底前完成相關程序，並於 107 年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果及成效評估報告。<br>2.原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)，與 107 年度品質保證保留款(109.4 百萬元)合併運用(計 214.6 百萬元)。<br>3.請中央健康保險署與西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。 |
| **專款金額** | | ***4,641.4*** | ***1,643.4*** | |
| **成長率<br>(一般服務+專款)** | **增加金額** | ***3.707%*** | ***4,176.3*** | |
| | **總金額** | | ***116,841.4*** | |

| 項　目 | | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 決 定 事 項 |
|---|---|---|---|---|
| 門診透析服務成長率 | 增加金額 | *4.624%* | *748.7* | 1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。<br>2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。<br>3.門診透析服務總費用成長率為 3.5%，不包含一例一休費用。依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 4.624%。<br>4.應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。<br>5.請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。<br>6.中央健康保險署建議「108 年針對慢性腎臟衰竭末期(ESRD)之病人，將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」乙節，請於 108 年度總額協商前儘早規劃，並與相關團體先行溝通，以利推動。 |
| | 總金額 | | *16,940.8* | |
| **總成長率(註 1)<br>(一般服務+專款+門診透析)** | **增加金額** | ***3.822%*** | ***4,925.0*** | |
| | **總金額** | | ***133,782.2*** | |
| **較 106 年度核定總額成長率(註 2)** | | ***4.053%*** | — | |

註：1.計算「總成長率」所採基期費用為128,856.8百萬元，其中一般服務為109,666.7百萬元(含校正投保人口預估成長率差值285.3百萬元)，專款為2,998百萬元，門診透析為16,192.1百萬元。

2.計算「較106年度核定總額成長率」所採基期費用為128,571.5百萬元，其中一般服務為109,381.4百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值285.3百萬元)，專款為2,998百萬元，門診透析為16,192.1百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

附件四

# 107 年度醫院醫療給付費用總額及其分配方式

一、總額設定公式：

■ 107年度醫院醫療給付費用總額＝校正後106年度醫院一般服務醫療給付費用×(1＋107年度一般服務成長率)＋107年度專款項目經費＋107年度醫院門診透析服務費用

■ 107年度醫院門診透析服務費用＝106年度醫院門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後106年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會106年第4次委員會決議，校正投保人口預估成長率差值。

二、總額決定結果：

經醫院代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定，結果如下：

(一)一般服務成長率為 3.576%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 2.642%，協商因素成長率 0.934%。

(二)專款項目全年經費為 27,017.7 百萬元。

(三)門診透析服務成長率 2.622%。

(四)前述三項額度經換算，107 年度醫院醫療給付費用總額，較 106 年度所核定總額成長 4.800%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 4.555%。各細項成長率及金額如表 4。

三、總額分配相關事項：

(一)一般服務(上限制)：

1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,698.2百萬元)：

(1)為持續合理檢討支付標準，本項預算優先用以提升重症護理照護品質(如加護病房)及持續推動「護病比與健保支付連動」。

(2)請於107年7月底前提報執行情形(含調整項目及申報費用點數)。

2.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.844%)：

(1)本項含「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統」自付差額品項納入全額給付(24百萬元)。

(2)請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並於106年12月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；並請於107年7月底前提報執行結果(含新增項目及申報費用/點數)。

3.其他醫療服務利用及密集度之改變(0.098%)。

4.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.008%)，本項不列入108年度總額協商之基期費用。

5.為落實分級醫療與轉診制度，持續推動區域級(含)以上醫院門診減量措施，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，按該院門診每人次平均點數，不予分配。以五年降低10%為目標值，並定期檢討。

(二)專款項目：全年經費為 27,017.7 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案，屬延續型計畫應於106年11月底前完成，新增計畫原則於106年12月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果(含醫療利用及成長原因分析)及成效評估報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.C型肝炎藥費：

(1)為提升C型肝炎患者之照護率及照護品質，全年經費4,528百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。

(2)本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式。具體實施方案請於106年11月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

(3)請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期

健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)，可考量列入總額協商減項。

2.罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費13,960.5百萬元，不足部分由其他預算支應。

(2)為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署於107年6月底前提出專案報告(含醫療利用及成長原因分析)，並於107年7月底前提報執行成果。

3.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

(1)全年經費4,399.7百萬元，不足部分由其他預算支應。

(2)請於107年7月底前提報執行成果(含醫療利用及成長原因分析)。

4.醫療給付改善方案：

(1)全年經費1,187百萬元。

(2)除持續辦理原有之糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病方案等8項方案外，並新增「提升醫院用藥安全與品質方案」。

(3)請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。糖尿病醫療給付改善方案應新增胰島素注射之品質獎勵指標。

(4)具體實施方案請於106年11月底前完成，新增方案原則於106年12月底前完成；並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告，內容應包含健康狀況改善之量化指標。

5.急診品質提升方案：

(1)全年經費160百萬元。

(2)請精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。

(3)具體實施方案請於106年11月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

6.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

(1)全年經費1,088百萬元，導入第3~5階段DRGs項目。

(2)本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般

服務費用結算。

(3)請於107年7月底前提報執行成果。

7.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費80百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(2)配合支援西醫醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。

(3)請檢討方案執行內容，以提供更適切醫療服務。

(4)具體實施方案請於106年11月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

8.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：

(1)全年經費950百萬元。

(2)具體實施方案請於106年11月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

9.鼓勵院所建立轉診之合作機制：

(1)全年經費258百萬元，為鼓勵雙向轉診，本項經費用以支付醫院接受轉診、回轉轉診個案，以及將病情穩定病人下轉等之醫師診察費。預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

(2)請中央健康保險署於106年12月委員會議說明執行方式。

(3)本項依實際執行轉診之件數、點數併入一般服務費用結算，並於107年7月底前提報執行成果。

10.品質保證保留款：

(1)全年經費406.5百萬元，依「醫院總額品質保證保留款實施方案」支付，請於106年12月底前完成相關程序，並於107年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果及成效評估報告。

(2)原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7百萬元)，與107年度品質保證保留款(406.5百萬元)合併運用(計795.2百萬元)。

(3)請中央健康保險署與醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

(三)門診透析服務：

1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：

先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

3.門診透析服務總費用成長率為3.5%，不包含一例一休費用。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為2.622%。

4.應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。

5.請於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

6.中央健康保險署建議「108年針對慢性腎臟衰竭末期(ESRD)之病人，將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」乙節，請於108年度總額協商前儘早規劃，並與相關團體先行溝通，以利推動。

# 表 4　107 年度醫院醫療給付費用協定項目表(決定版)

| 項　　目 | | | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 決 定 事 項 |
|---|---|---|---|---|---|
| **一般服務** | | | | | |
| **醫療服務成本及人口因素成長率** | | | ***2.642%*** | ***10,768.2*** | 1.計算公式：<br>醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+投保人口預估成長率)×(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1。<br>2.為持續合理檢討支付標準，醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,698.2 百萬元)，優先用以提升重症護理照護品質(如加護病房)及持續推動「護病比與健保支付連動」；請於 107 年 7 月底前提報執行結果(含調整項目及申報點數)。 |
| | 投保人口預估成長率 | | *0.175%* | | |
| | 人口結構改變率 | | *1.801%* | | |
| | 醫療服務成本指數改變率 | | *0.662%* | | |
| **協商因素成長率** | | | ***0.934%*** | ***3,807.0*** | |
| | 保險給付項目及支付標準之改變 | 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) | *0.844%* | *3,440.0* | 1.本項含「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統」自付差額品項納入全額給付(24 百萬元)。<br>2.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並於 106 年 12 月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；並請於 107 年 7 月底前提報執行結果(含新增項目及申報費用/點數)。 |
| | 其他醫療服務利用及密集度之改變 | | *0.098%* | *400.0* | |
| | 其他議定項目 | 違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 | *-0.008%* | *-33.0* | 本項不列入 108 年度總額協商之基期費用。 |
| **一般服務成長率** | | **增加金額** | ***3.576%*** | ***14,575.2*** | 為落實分級醫療與轉診制度，持續推動區域級(含)以上醫院門診減量措施，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，按該院門診每人次平均點數，不予分配。以五年降低 10%為目標值，並定期檢討。 |
| | | **總金額** | | ***422,153.5*** | |

| 項　目 | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 決 定 事 項 |
|---|---|---|---|
| **專款項目(全年計畫經費)** | | | |
| C 型肝炎藥費 | *4,528.0* | *1,873.0* | 1.為提升 C 型肝炎患者之照護率及照護品質，全年經費 4,528 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。<br>2.本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式。具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。<br>3.請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)，可考量列入總額協商減項。 |
| 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材 | *13,960.5* | *1,508.0* | 1.不足部分由其他預算支應。<br>2.為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署於 107 年 6 月底前提出專案報告(含醫療利用及成長原因分析)，並於 107 年 7 月底前提報執行成果。 |
| 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 | *4,399.7* | *184.0* | 1.不足部分由其他預算支應。<br>2.請於 107 年 7 月底前提報執行成果(含醫療利用及成長原因分析)。 |
| 醫療給付改善方案 | *1,187.0* | *189.5* | 1.除持續辦理原有之糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病等 8 項方案外，並新增「提升醫院用藥安全與品質方案」。<br>2.請精進方案執行內容，以提 |

| 項　目 | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 決 定 事 項 |
| --- | --- | --- | --- |
| | | | 升照護率及執行成效。糖尿病醫療給付改善方案應新增胰島素注射之品質獎勵指標。<br>3.具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成，新增方案原則於 106 年 12 月底前完成；並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告，內容應包含健康狀況改善之量化指標。 |
| 急診品質提升方案 | *160.0* | *0.0* | 1.請精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。<br>2.具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。 |
| 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs) | *1,088.0* | *788.0* | 1.導入第 3~5 階段 DRGs 項目。<br>2.本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。<br>3.請於 107 年 7 月底前提報執行成果。 |
| 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 | *80.0* | *20.0* | 1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。<br>2.配合支援西醫醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。<br>3.請檢討方案執行內容，以提供更適切醫療服務。<br>4.具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。 |
| 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 | *950.0* | *150.0* | 具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。 |
| 鼓勵院所建立轉診之合作機制 | *258.0* | *258.0* | 1.為鼓勵雙向轉診，本項經費用以支付醫院接受轉診、回轉轉診個案，以及將病情穩定病人下轉等之醫師診察 |

| 項　　目 | | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 決 定 事 項 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | 費。預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。<br>2.請中央健康保險署於106年12 月委員會議說明執行方式。<br>3.本項依實際執行轉診之件數、點數併入一般服務費用結算，並於107年7月底前提報執行成果。 |
| 品質保證保留款 | | *406.5* | *406.5* | 1.依「醫院總額品質保證保留款實施方案」支付，請於106年 12 月底前完成相關程序，並於107年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果及成效評估報告。<br>2.原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7百萬元)，與 107 年度品質保證保留款(406.5 百萬元)合併運用(計795.2百萬元)。<br>3.請中央健康保險署與醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。 |
| **專款金額** | | ***27,017.7*** | ***5,377.0*** | |
| **成長率(一般服務+專款)** | **增加金額** | ***4.648%*** | ***19,952.2*** | |
| | **總金額** | | ***449,171.2*** | |

| 項　　目 | | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 決 定 事 項 |
|---|---|---|---|---|
| 門診透析服務成長率 | 增加金額 | 2.622% | 543.4 | 1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。<br>2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。<br>3.門診透析服務總費用成長率為3.5%，不包含一例一休費用。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為2.622%。<br>4.應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。<br>5.請於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。<br>6.中央健康保險署建議「108年針對慢性腎臟衰竭末期(ESRD)之病人，將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」乙節，請於108年度總額協商前儘早規劃，並與相關團體先行溝通，以利推動。 |
| | 總金額 | | 21,267.4 | |
| **總成長率(註1)(一般服務＋專款+門診透析)** | **增加金額** | ***4.555%*** | ***20,495.6*** | |
| | **總金額** | | ***470,438.6*** | |
| **較106年度核定總額成長率(註2)** | | ***4.800%*** | — | |

註：1.計算「總成長率」所採基期費用為449,943.2百萬元，其中一般服務為407,578.5百萬元(含校正投保人口預估成長率差值1,053.5百萬元)、專款為21,640.7百萬元、門診透析為20,724.0百萬元。

2.計算「較106年度核定總額成長率」所採基期費用為448,889.7百萬元，其中一般服務為406,525.0百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值1,053.5百萬元)、專款為21,640.7百萬元、門診透析為20,724.0百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

附件五

# 107 年度全民健康保險其他預算及其分配方式

一、107 年度其他預算較 106 年度增加 1,517.3 百萬元，預算總額度為 12,781.2 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配如表 5。

二、預算分配相關事項：

請於 107 年 7 月底前提報執行結果，計畫型項目應提報執行成果及成效評估報告(新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)基層總額轉診型態調整費用：

1.全年經費1,346百萬元。

2.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足。

3.為落實分級醫療，請中央健康保險署研訂醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件，當病人流動達一定門檻，方能相對動支一定比率預算。

4.本項動支方案原則於106年12月底前完成相關程序，方案(含經費動支條件及相關規劃)應送全民健康保險會備查，並請於107年7月底前提報執行情形。

(二)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：全年經費 605.4 百萬元。

(三)居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務：

1.全年經費5,520百萬元。

2.請中央健康保險署檢討「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」內容，並加強審查機制。

3.請整合牙醫、中醫及藥師居家醫療照護服務。

4.醫療點數以每點1元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第62條規定採浮動點值處理。

5.請於106年12月底前完成相關程序，計畫應送全民健康保險會備查，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告(含各項照護服務利用情形)。

(四)支應醫院總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕

見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及 C 型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費：

1.全年經費290百萬元。

2.請中央健康保險署積極協商合理藥價。

3.優先支應罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費。

4.支應C型肝炎藥費專款不足之經費，以100百萬元為上限。

(五)推動促進醫療體系整合計畫：

1.全年經費700百萬元，用於「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「區域醫療整合計畫」、「提升急性後期照護品質試辦計畫」，及「跨層級醫院合作計畫」。

2.預算盡量運用於推動轉診制度及分級醫療。

3.請中央健康保險署每半年向全民健康保險會提報執行情形。

4.新增計畫原則於106年12月底前完成相關程序，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告(新增方案僅需提供初步執行結果)。

(六)調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費：

1.全年經費822百萬元。

2.「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」(178百萬元)移列西醫基層總額專款項目。

3.經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。

(七)鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案：

1.全年經費1,100百萬元。

2.請中央健康保險署加強醫事服務機構即時查詢之執行率及增加網路頻寬。

3.請於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告(含即時查詢執行率之提升情形)。

(八)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：全年經費 1,653.8百萬元。

(九)慢性腎臟病照護及病人衛教計畫：

1.全年經費404百萬元。

2.用於繼續推動末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫、初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)，及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。

3.請加強推動初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)，並提升完整照護率。

(十)提升保險服務成效：

1.全年經費300百萬元。

2.請於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

(十一)高診次者藥事照護計畫：

1.全年經費40百萬元。

2.請加強藥物浪費稽核與輔導。

3.請中央健康保險署與中華民國藥師公會全國聯合會針對高診次病患之藥事服務費，研擬合理支付費用。

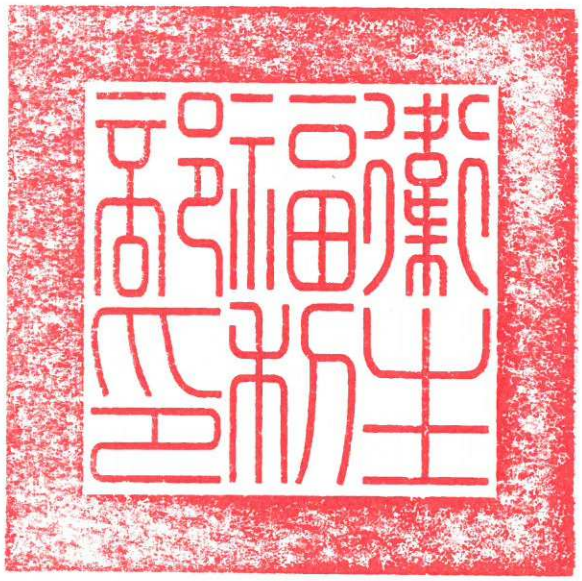
# 表 5　107 年度其他預算協定項目表

| 項目 | 金額<br>(百萬元) | 增加金額<br>(百萬元) | 協　定　事　項 |
|---|---|---|---|
| 基層總額轉診型態調整費用 | *1,346.0* | *1,346.0* | 1.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足。<br>2.為落實分級醫療，請中央健康保險署研訂醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件，當病人流動達一定門檻，方能相對動支一定比率預算。<br>3.本項動支方案原則於106年12月底前完成相關程序，方案(含經費動支條件及相關規劃)應送全民健康保險會備查，並請於107年7月底前提報執行情形。 |
| 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 | *605.4* | *0.0* | 請於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。 |
| 居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務 | *5,520.0* | *520.0* | 1.請中央健康保險署檢討「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」內容，並加強審查機制。<br>2.請整合牙醫、中醫及藥師居家醫療照護服務。<br>3.醫療點數以每點1元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第62條規定採浮動點值處理。<br>4.請於106年12月底前完成相關程序，計畫應送全民健康保險會備查，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告(含各項照護服務利用情形)。 |
| 支應醫院總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及C型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費 | *290.0* | *-10.0* | 1.請中央健康保險署積極協商合理藥價。<br>2.優先支應罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費。<br>3.支應C型肝炎藥費專款不足之經費，以100百萬元為上限。<br>4.請於107年7月底前提報執行結果。 |

| 項目 | 金額<br>(百萬元) | 增加金額<br>(百萬元) | 協　定　事　項 |
|---|---|---|---|
| 推動促進醫療體系整合計畫 | *700.0* | *-400.0* | 1.用於「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「區域醫療整合計畫」、「提升急性後期照護品質試辦計畫」，及「跨層級醫院合作計畫」。<br>2.預算盡量運用於推動轉診制度及分級醫療。<br>3.請中央健康保險署每半年向全民健康保險會提報執行情形。<br>4.新增計畫原則於106年12月底前完成相關程序，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告(新增方案僅需提供初步執行結果)。 |
| 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費 | *822.0* | *-178.0* | 1.「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」(178百萬元)移列西醫基層總額專款項目。<br>2.經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。<br>3.請於107年7月底前提報執行結果。 |
| 鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案 | *1,100.0* | *0.0* | 1.請中央健康保險署加強醫事服務機構即時查詢之執行率及增加網路頻寬。<br>2.請於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告(含即時查詢執行率之提升情形)。 |
| 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 | *1,653.8* | *249.3* | 請於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。 |
| 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫 | *404.0* | *0.0* | 1.用於繼續推動末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫、初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)，及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。<br>2.請加強推動初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)，並提升完整照護率。<br>3.請於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。 |
| 提升保險服務成效 | *300.0* | *-10.0* | 請於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。 |
| 高診次者藥事照護計畫 | *40.0* | *0.0* | 1.請加強藥物浪費稽核與輔導。<br>2.請中央健康保險署與中華民國藥師公會全國聯合會針對高診次病患之藥事服務費，研擬合理支付費用。<br>3.請於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。 |
| **總　計** | ***12,781.2*** | ***1,517.3*** | |

檔　　號：
保存年限：

# 衛生福利部　公告



發文日期：中華民國107年2月13日
發文字號：衛部健字第1073360018號
附件：如公告事項

主旨：公告107年度全民健康保險各部門醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式。

依據：全民健康保險法第61條、106年12月28日衛部健字第1063360185號公告暨107年1月15日衛部保字第1071260028號函及同年2月6日衛部保字第1070103997號函。

公告事項：107年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式(如附件)。

部長陳時中

繕校人員：劉玉霜

附件

# 107年度全民健康保險各部門醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式

一、牙醫門診總額

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度)移撥3.45億元，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「牙醫特殊醫療服務計畫」、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」、「投保人口就醫率全國最高二區之保障款」等4項，若一般服務費用移撥經費有剩餘，優先用於牙周病統合照護計畫第3階段費用；若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

2.扣除上開移撥費用後，預算100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

3.所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之。

(三)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

二、中醫門診總額

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度)2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區。

2.前項其他五分區預算移撥3,600萬元，用於撥補五分區(不含東區)各鄉鎮市區內僅有1家特約中醫院所之點值；經費若有剩餘，55%分配予臺北區，45%分配予北區。

3.其他五分區預算扣除移撥費用後，依下列參數占率分配之：

(1)各區實際收入預算占率：69%。

(2)各區戶籍人口數占率：11%。

(3)各區每人於各分區就醫次數之權值占率：9%。

(4)各區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：5%。

(5)各區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

(6)偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則歸入依「各區實際收入預算占率」分配。

4.所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之。

(三)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

三、西醫基層

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度)移撥4.48億元，用於撥補臺北區3億元、點值落後地區1億元，及東區0.48億元；107年度東區各季一般服務費用，以106年度東區各季預算為基期，另加計前開撥予該區之各季額度。

2.扣除上開移撥費用及東區預算後，其他五分區預算，66%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，34%依西醫基層總額支付制度開辦前一年(89年)各地區實際發生醫療費用比率分配。

3.所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之。

(三)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

四、醫院總額

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度)用於「計算」地區預算所採之門住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

1.門診服務(不含門診透析服務)：

預算50%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，50%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

2.住診服務：

預算45%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，55%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

3.各地區門住診服務，經依1、2計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

4.所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之。

(三)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

# 三、專案計畫相關資訊

若您需要參閱 106 年度各項專案計畫內容，請至衛福部中央健康保險署網站擷取(位置：中央健康保險署>醫事機構>醫療費用支付>醫療費用給付規定>全民保險總額支付制度>106 年度)

**一、 牙醫門診總額**

(一)牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
(二)牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
(三)牙醫門診總額牙周病統合照護計畫

**二、 中醫門診總額**

(一)中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
(二)西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫
(三)中醫提升孕產照護品質計畫
(四)中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫
(五)中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫
(六)癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫

**三、 西醫基層總額**

(一)西醫醫療資源不足地區改善方案
(二)強化基層照護能力「開放表別」
(三)家庭醫師整合性照護計畫

**四、 醫院總額**

(一)西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層)
(二)全民健康保險急診品質提升方案
(三)醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫
(四)鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型)
(五)罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材(非計畫型)
(六)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型)

**五、 跨部門及其他預算**

(一)加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫
(二)C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫
(三)醫療給付改善方案
(四)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫
(五)非屬各部門總額支付制度範圍之服務(含居家醫療整合試辦計畫)
(六)高診次者藥事照護計畫
(七)支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費、罕見疾病特材及器官移植、西醫基層總額原慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費
(八)推動促進醫療體系整合計畫
(九)調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費
(十)鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案
(十一)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫
(十二)慢性腎臟病照護及病人衛教計畫
(十三)提升保險服務成效