

107年度西醫基層總額一般服務 執行成果報告

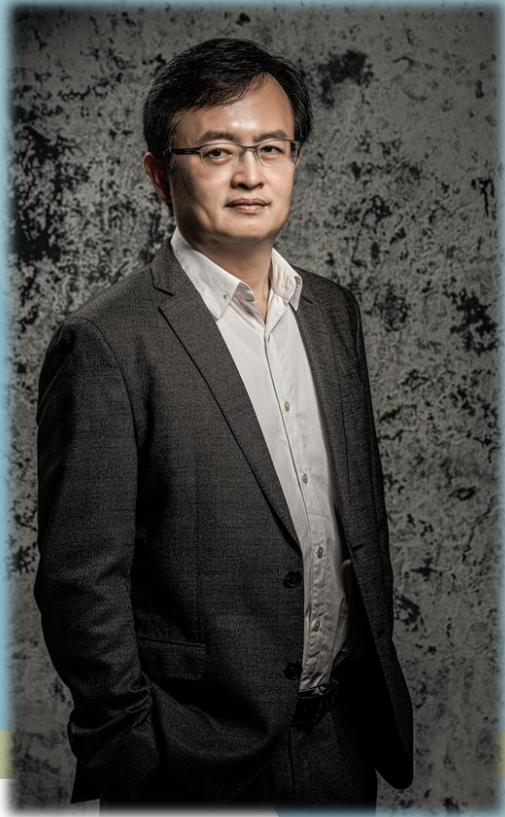
報告人：陳相國 常務理事
108年7月18日



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

陳相國醫師

- 中華民國醫師公會全國聯合會常務理事
- 中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會執行長
- 台南市醫師公會理事長
- 高雄醫學大學醫學系
- 中華民國外科專科醫師
- 中華民國消化系外科專科醫師



報告大綱

- 年度重點項目之推動與未來規劃
- 就107年評核委員評論意見與期許之回應說明
- 維護保險對象就醫權益
- 醫療服務品質之確保與提升
- 協商因素項目之執行情形
- 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

一、必要項目

二、自選項目

為配合分級醫療推動，本會積極舉辦研討會等，積極宣導及參與各界與各縣市醫師公會之分級醫療活動，並全力配合分級醫療政策。



分級醫療之西醫基層轉診概況1/8

106年3月11日分級醫療研討會



107年4月18日
高榮與高屏地區
基層分級醫療合作聯盟會議



分級醫療之西醫基層轉診概況2/8



107年7月1日
2018分級醫療，雙向轉診論壇府城
happy行動醫療大聯盟締結儀式記者會

107年7月17日
基隆共好 幸福到老記者會



分級醫療之西醫基層轉診概況3/8



分級醫療之西醫基層轉診概況4/8

► 107年4月26日立法院社會福利及衛生環境委員會召開「推動分級醫療，強化偏鄉醫療」公聽會

- ✓ 討論未來更強化分級醫療有效策略及配套措施的可改善部分
- ✓ 醫師公會提議部分負擔定率定額問題
- ✓ 新設立醫院之模式建議
- ✓ 偏鄉醫護資源分配的困境或強化策略



分級醫療之西醫基層轉診概況5/8

- ▶ 107年9月25日與立法委員林靜儀、陳曼麗、吳玉琴國會辦公室聯合舉辦「分級醫療推動現況及未來展望」公聽會



- ✓ 討論衛生福利部「推動分級醫療，落實雙向轉診」之六
大策略及24項配套措施成效，
如：區域級以上大醫院門診
年減量2%。
- ✓ 如何積極向民眾宣導「聰明
就醫」之觀念？
- ✓ 如何發展以價值為導向之醫
療，減少不必要的浪費？



本會及各縣市醫師公會建置各層級院所之溝通平台及工作小組，以響應分級醫療推動與轉診服務。



分級醫療之西醫基層轉診概況6/8

轉診數據回饋

- 定期每月公布全國區域級以上各醫院轉診相關數。
- 基層診所轉診至其他院所之病人，無論該院所有無轉回至原基層院所，皆應歸戶納入轉診案件計算。

轉診平台使用及回饋機制

- VPN或HIS系統可直接查詢病人忠誠的數家診所或醫院，使醫師能為患者建議選擇合適之轉診院所。
- 針對轉診支付設計QR_CODE使醫院與基層能快速連結在執行轉診同時，支付同時申報。

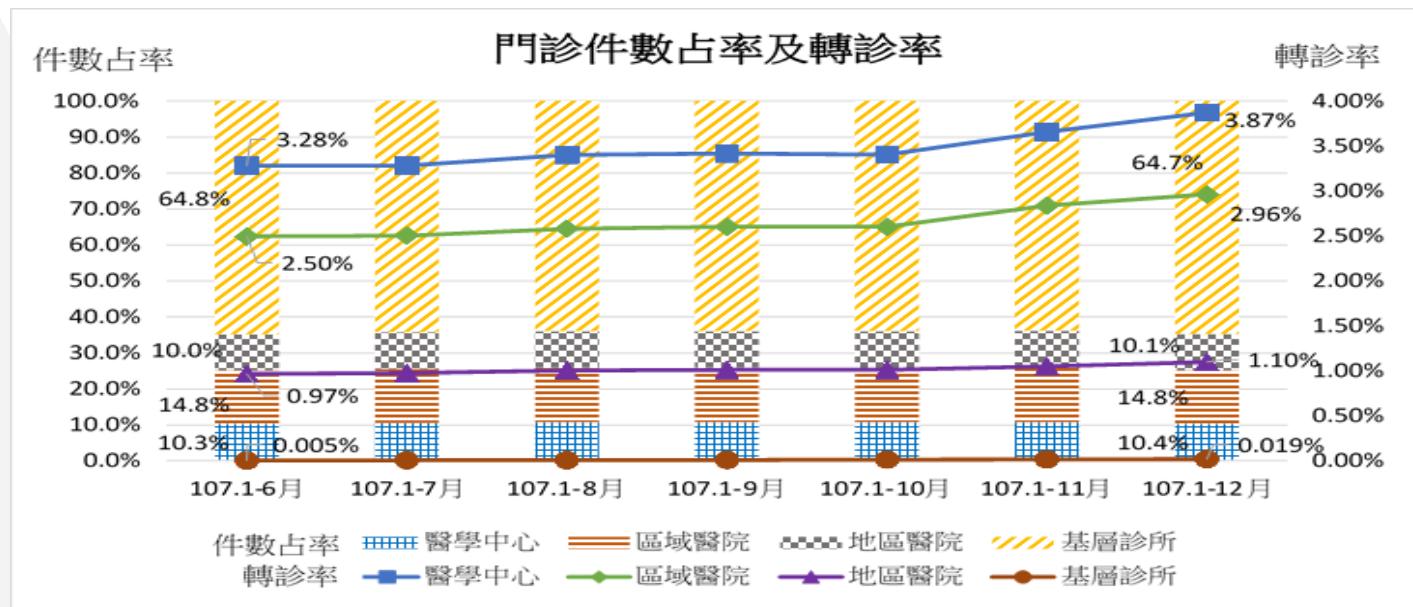
加強推動雙向轉診

- 加強推動醫院轉診至其他院所之案件數，即區域級以上之醫院轉至地區、基層診所件數不應少於接受轉診件數，若少於「區域級以上醫院須門診減量一年減2%」之目標值調整，促使醫院持續推行分級醫療。



分級醫療之西醫基層轉診概況7/8

- ▶ 基層門診件數占率維持在65%以內，107年7月轉診獎勵實施後，各層級轉診率均有增加，基層從0.005%增加至0.019%。

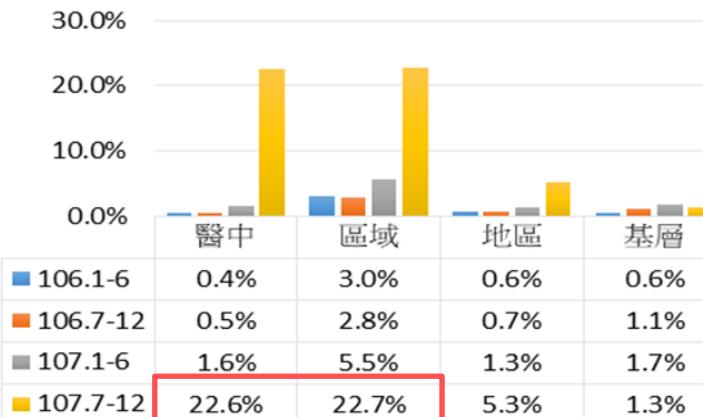


分級醫療之西醫基層轉診概況8/8

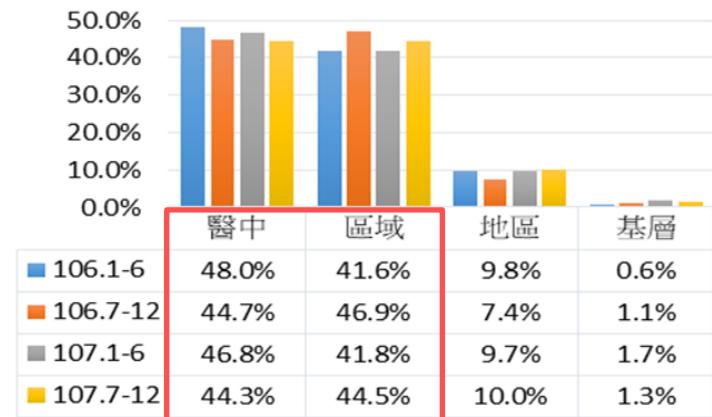
醫院案件轉至基層之比例，在107年下半年因轉診獎勵誘因，區域級以上醫院比例均達20%以上。

基層診所轉診主要轉至醫學中心及區域醫院，比例高達40%。

各層級轉診至基層之案件比率



基層診所轉診至各層級流向



西醫基層轉診指標1—轉診率(轉出案件)

- ▶ 107年7-12月西醫基層轉診率為74.25%，轉診情形高於醫院部門，且各區轉診情形都不錯，逐漸顯出各地推行分級醫療策略聯盟成效。

分區/項目	西醫基層轉診件數 A	西醫基層+醫院轉診件數 B	西醫基層轉診率 (A/B)
台北	122,383	142,992	85.59%
北區	59,123	87,698	67.42%
中區	86,966	116,129	74.89%
南區	59,714	90,247	66.17%
高屏	51,425	74,758	68.79%
東區	9,146	11,788	77.59%
全區	388,757	523,612	74.25%

註：轉診件數(僅含申報醫令代碼為01034B、01035B、01036C、01037C之轉出案件)之統計範圍為107年7月至12月。



西醫基層轉診指標2—基層接受轉診率

- ▶ 配合轉診單效期90天的規定，基層接受轉診件數時程係自107年7月至108年3月，故較醫院多3個月。
- ▶ 資料勾稽採取較嚴格的定義判別，即基層之接受轉診案件，係以醫院轉至基層案件中，基層已接受(申報01038C)且與來源醫院申報之轉診醫事機構代號一致者，且就醫日期相差90天內之案件。

分區	基層接受轉診件數 (107年7月-108年3月)	醫院轉至基層件數 (107年7月-12月)	基層接受 轉診率
台北	1,012	8,163	12.40%
北區	4,243	16,088	<u>26.37%</u>
中區	2,614	18,177	14.38%
南區	4,918	19,951	24.65%
高屏	1,690	6,922	24.41%
東區	250	1,080	23.15%
全區	14,727	70,381	20.92%



西醫基層轉診指標3—基層接受慢性病轉診率

兩項指標呈現出基層接受轉診件數與醫院轉至基層件數之間的件數差異，可能因素有：**民眾未依轉診單就醫、接受轉診之基層診所未申報01038C醫令及轉出醫令申報錯誤等。**

本會與中央健保署已於5月份基層總額研商議事會議討論未經轉診逕行至基層就醫之定義，惟仍需凝聚共識。

分區	基層接受醫院慢性病轉診案件之案件數(B) (107年7月-108年3月)	醫院轉至基層之慢性病就醫案件數(C) (107年7月-12月)	基層接受醫院慢性病轉診案件轉診率 (B/C)
台北	395	3,411	11.58%
北區	1,400	5,272	26.56%
中區	429	4,318	9.94%
南區	1,667	7,626	21.86%
高屏	546	2,140	25.51%
東區	69	320	21.56%
全區	4,506	23,087	19.52%



★醫院與診所間的策略聯盟成效良好

- 107 年 7-12 月總轉診件數 525,410 件，其中上轉 454,568 件，平轉 19,470 件，下轉(含回轉)46,035 件；其中下轉件數為去年同期 6.1 倍(增加 5.1 倍)。

★多元化的轉診樣態

- 轉診數據分析仍需長時間觀察。
- 本會將與健保署持續討論轉診案件納入定義。



聰明就醫，讓家庭醫師成為愛的起點
共同照護，讓分級醫療成為愛的循環



107年西醫基層醫療給付改善方案全年經費為3億元，辦理糖尿病、氣喘、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、慢性阻塞性肺疾病、孕產婦、思覺失調症及早期療育等7項方案。

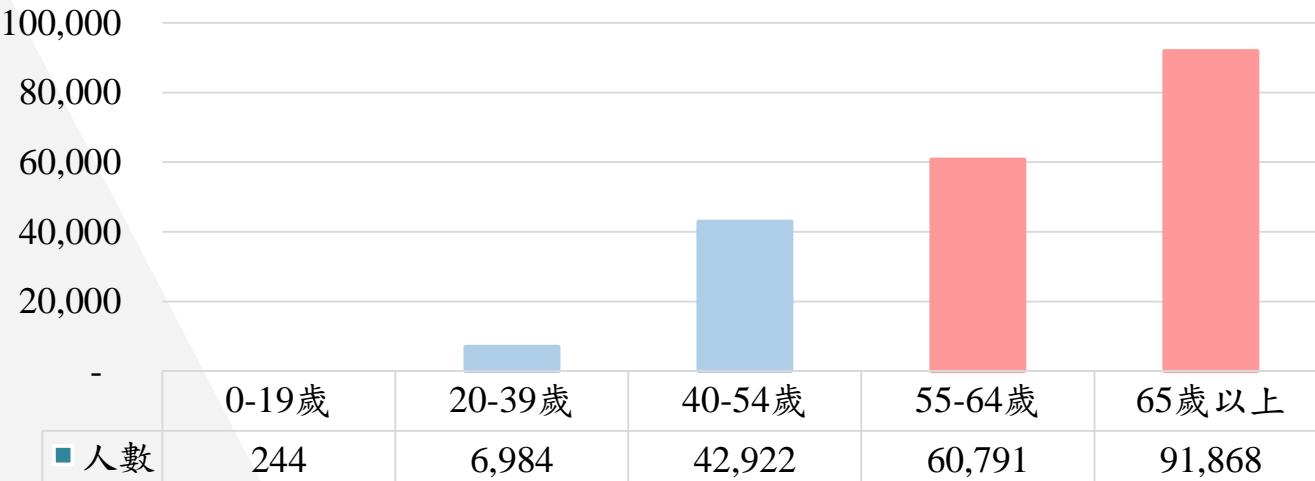
本會將依據健保會建議之績效指標—「糖尿病病人照護率」，進行相關分析及說明



醫療給付改善方案成效—糖尿病1/5

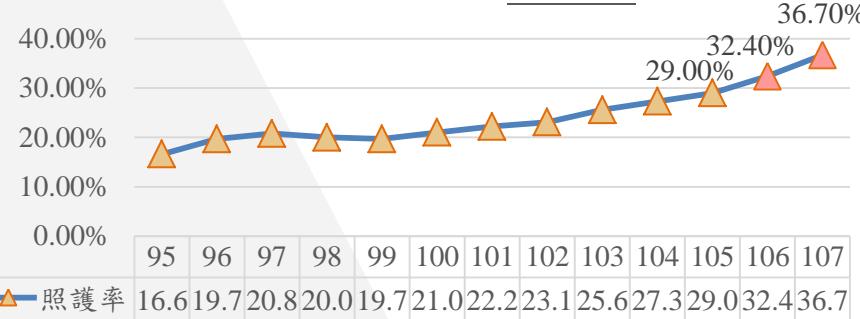
- ▶ 近年來糖尿病已高居國人十大死因前五名，國內糖尿病的發生已有愈來愈年輕之趨勢，據估計，台灣糖尿病患九成以上屬於第二型糖尿病，且多發生於55歲以上。

107年西醫基層糖尿病給付改善方案一年齡別申報人數



醫療給付改善方案成效—糖尿病2/5

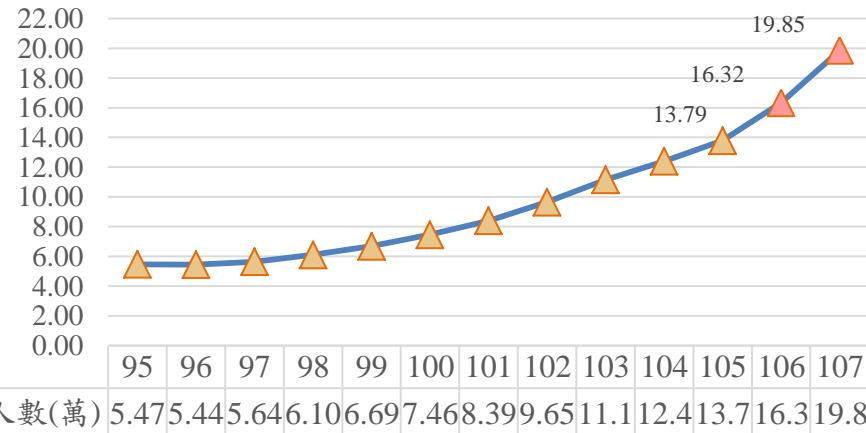
95年-107年糖尿病照護率



106年起，增加收案60,620人；參與方案家數增加187家；照護率亦提升7.7%。

近兩年由於衛福部及醫界大力推動分級醫療政策，以致基層糖尿病方案收案人數比以往提升許多。

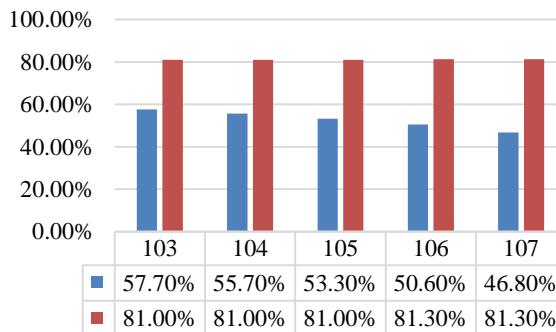
95年-107年糖尿病照護人數



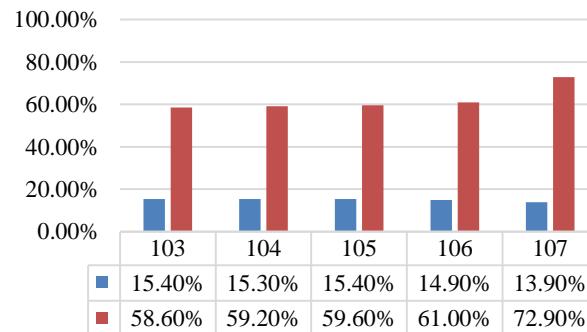
醫療給付改善方案成效—糖尿病3/5

- 參與本計畫之糖尿病患者除接受醫師之監測與管理外，且將依評估予以病人執行相關檢查，如**糖化血色素(HbA1C)**、**眼底鏡檢檢查**和**低密度脂蛋白(LDL)**等。

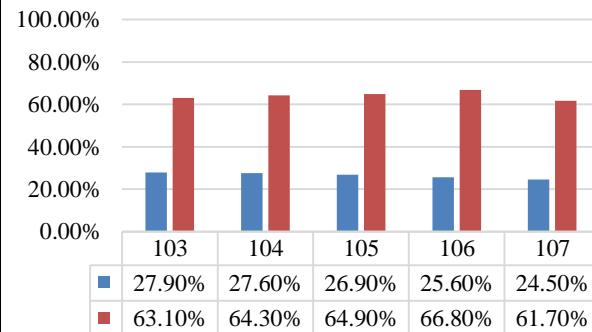
西醫基層-HbA1C檢查率



西醫基層-眼底鏡檢檢查率



西醫基層-微量白蛋白檢查率



醫療給付改善方案成效—糖尿病4/5

► 糖尿病醫療給付改善方案之推動與改善：**連結家醫計畫**

1

將醫療給付改善方案收納之糖尿病、氣喘等病人於家醫計畫之收案上限進行修訂，不受自行收案會員名額上限，不僅擴大照護人數，更提升家庭醫師與糖尿病患者之可近性。

2

醫療群則為提供完善的醫療品質，每月於群內學術研討會辦理相關議題研討，除可進行相互交流及回饋之外，還可以獲取新知瞭解治療趨勢。

3

107年增列「胰島素注射率指標」，該項指標**107年初次執行情形之執行率為13.59%**，便高於健保署訂定之目標值(12.25%)，由此可見醫療群努力精進糖尿病患者之醫療品質。



醫療給付改善方案成效—糖尿病5/5

► 糖尿病醫療給付改善方案之推動與改善：各縣市醫師公會共同努力

1

函請當地衛生局同意核定糖尿病共照網學分，於**107年**共辦理**八堂糖尿病共照網課程**，以利願意加入糖尿病方案之醫師擁有更多管道獲取學分。

2

每年舉辦免費社區健康講座活動，108年則與臺安醫院合作，提供50名民眾免費量測血壓、體重、腰圍及尿糖、尿蛋白檢查，並於檢查後進行代謝症候群之衛教宣導。



基層醫療強調所謂的2A3C，是提供可近性(accessibility)、負責性(accountability)、周全性(comprehensiveness)、協調性(coordination)與持續性(continuity)的醫療服務，並以病人為中心，家庭為導向，社區為範疇的完整健康照護，不但是醫院所無法取代的優點，現行西醫基層亦是以此為基礎，全力提供更優質的服務



自選項目 1/4

- 在「可近性」方面，依據107年滿意度調查結果，民眾對於就醫院所交通便利性之滿意度高達**97.0%**，為維護偏鄉民眾之就醫權益，亦有「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫施行地區」及「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」配合，近年就醫率皆維持穩定之趨勢。

地區別\年度	103年	104年	105年	106年	107年
一般地區	82.55%	80.99%	82.87%	80.16%	81.92%
醫療資源不足地區	83.38%	82.09%	83.86%	82.40%	82.83%
山地離島地區	85.80%	84.66%	86.38%	84.33%	86.21%



自選項目 2/4

- 以106-107年開放表別項目為例，觀察「流行性感冒A型病毒抗原」、「流行性感冒B型病毒抗原」及「耳石復位術」等項目，107年西醫基層申報件數較106年更趨近醫院申報件數，亦可看出民眾對於基層院所之依賴及信任關係。

年度	醫院申報件數			西醫基層申報件數		
	A流快篩	B流快篩	耳石 復位術	A流快篩	B流快篩	耳石 復位術
106年	507,121	506,251	21,321	332,623	329,683	14,462
107年	648,120	647,232	25,165	594,527	593,621	24,649



自選項目 3/4

- 為提升失能或疾病特性致外出就醫不便患者之醫療照護「可近性」及「周全性」，104年起「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」，使病患在家也能獲得完善的全人照護，並於107年整合牙醫、中醫、藥師居家醫療照護服務，由西醫師作為主責醫師，充分顯現基層醫療「協調性」之優點，係扮演協調病人一切醫療需求之重要角色。由下表可見西醫基層收案占率達65%，對於該計畫之參與相當積極。

收案來源	醫院(三層級)	居護所	基層診所	總計	占率
住院個案	598	197	207	1,002	6%
自行申請	2,572	1,229	9,092	12,893	78%
其他單位轉介	630	636	1,446	2,712	16%
總計	3,800	2,062	10,745	16,607	100%
占率	23%	12%	65%	100%	-



自選項目 4/4

- ▶ 西醫基層提供多科別之專業照護，強化第一線疾病或健康問題的篩檢與處理，也帶給民眾更「周全性」的醫療服務。
- ▶ 此外，多年來「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」建立個別化之照護管理，使基層診所與就診病人建立長期且穩固之醫病關係，完全展現「負責性」、「協調性」及「持續性」等優點。
- ▶ 配合分級醫療落實平行和垂直轉診機制，亦促使多科或多領域的專業協調整合，也都是民眾持續選擇至基層就診之重要原因。
- ▶ 本會將持續從各方面探討，包含分析醫療服務利用情形，瞭解民眾醫療需求與治療方式的關係，作為進化台灣基層醫療的重要基礎及方向。



貳、就107年評核委員評論意見與期許 之回應說明

- ▶ 有關107年評核委員評論意見與期許之回應說明，業已於一般服務報告第15-20頁及各專案中回覆並提供相關資料，敬請各位委員參考。



參、維護保險對象就醫權益

- 一、醫療服務品質調查結果及檢討與改善措施
- 二、民眾諮詢及抱怨處理
- 三、民眾自費情形及改善措施
- 四、就醫可近性及及時性之改善措施
- 五、其他確保民眾就醫權益之措施

醫療服務品質調查結果及檢討與改善措施 1/4

- ▶ 中央健保署委託國立陽明大學醫務管理研究所調查**107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
 - 時間：107年7月19日至107年9月10日
 - 有效樣本數：1,026 份

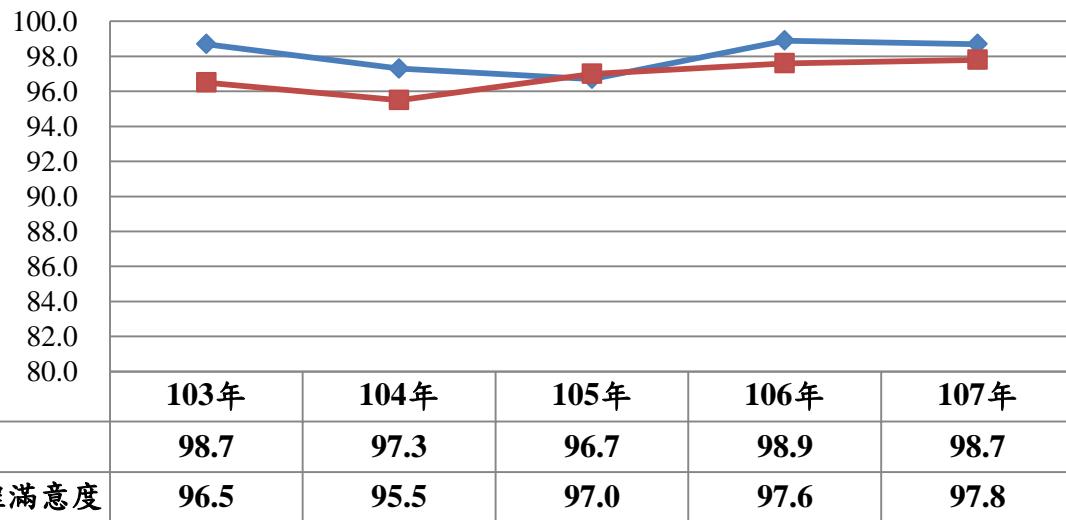


醫療服務品質調查結果及檢討與改善措施2/4

▶ 民眾對西醫診所整體醫療結果及治療過程滿意度歷年結果

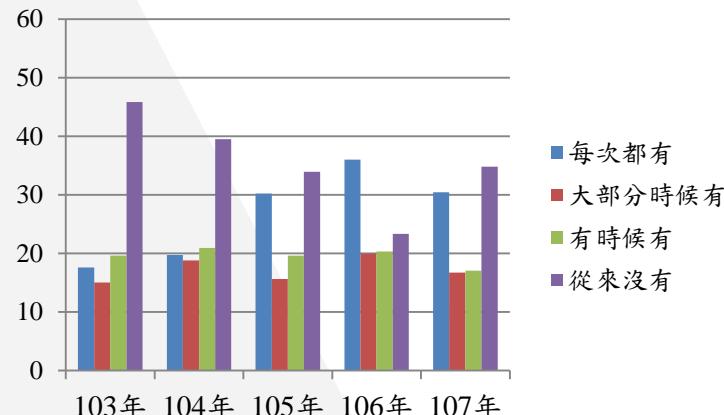


調查結果皆達95%
以上高度滿意！

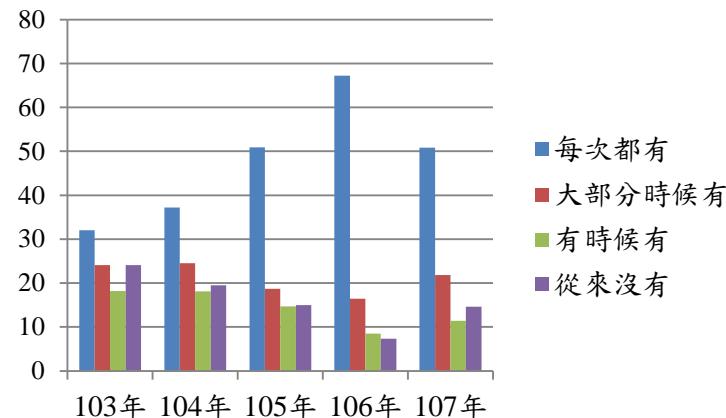


醫療服務品質調查結果及檢討與改善措施3/4

- 「醫護人員有無進行衛教指導」及「醫護人員有無以簡單易懂方式解說病情與照護方法」較106年略呈下降趨勢，本會將持續宣導。



醫護人員有無進行衛教指導

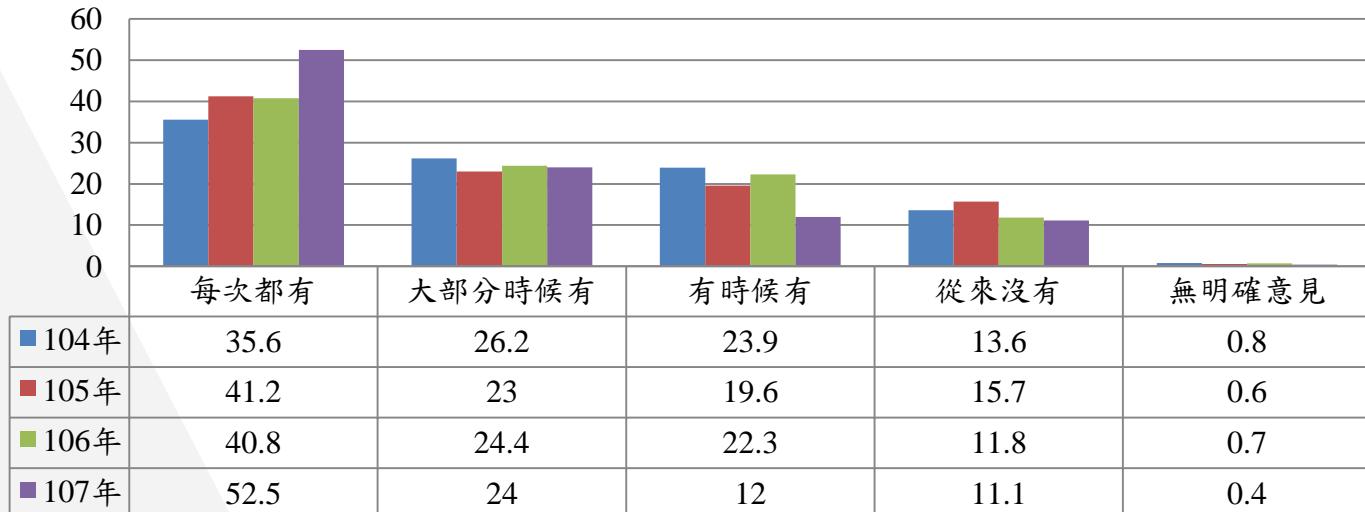


醫護人員有無以簡單易懂方式
解說病情與照護方法



醫療服務品質調查結果及檢討與改善措施 4/4

- ▶ 民眾就診時是否會跟醫師討論照護或治療方式歷年調查結果，「每次都有」於107年明顯增加。



- 資料來源：107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



民眾諮詢及抱怨處理

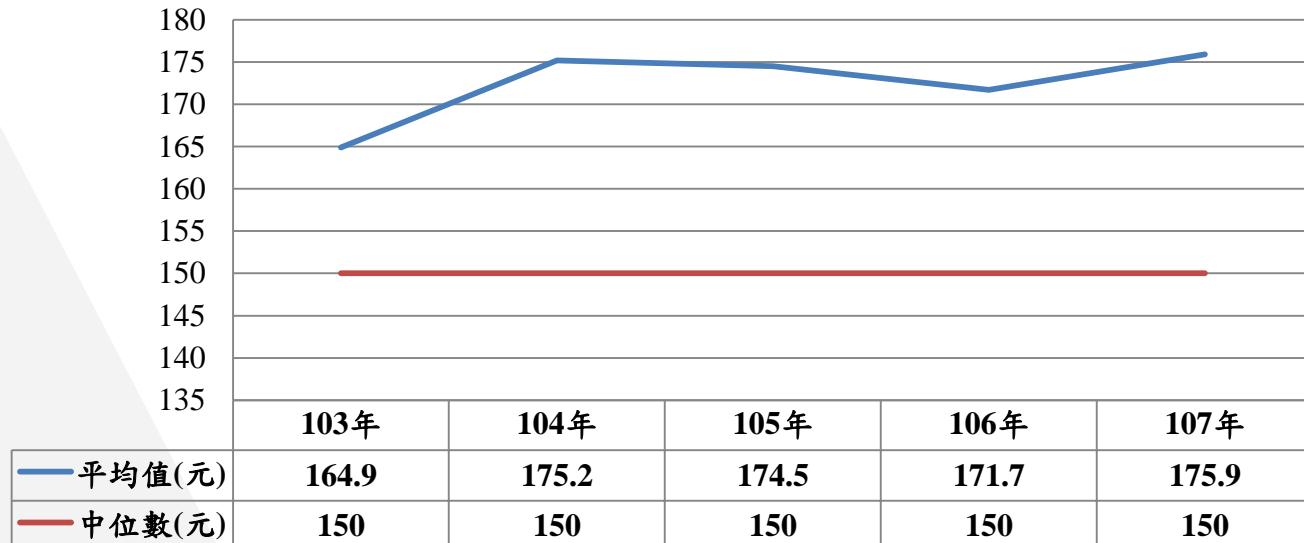
▶ 歷年來民眾申訴管道均以中央健保署各分區業務組窗口為主，依據該署提供申訴案件資料，**107年共計409件**，相較近年數據呈現下降趨勢

申訴類別	103年	104年	105年	106年	107年
1.額外收費(自費抱怨)	97	105	91	109	79
2.多收取部分負擔費用	5	21	19	19	24
3.不開給費用明細表及收據	38	23	29	11	14
4.多刷卡	16	14	4	10	9
5.刷卡換物	7	13	15	8	4
6.疑有虛報醫療費用	85	94	103	69	58
7.藥品及處方箋	65	67	48	53	44
8.質疑醫師或藥師資格	20	23	21	16	7
9.服務態度及醫療品質	51	44	50	30	16
10.其他醫療行政或違規事項	184	219	190	144	89
11.轉診相關申訴	0	1	2	6	3
12.其他	51	46	56	93	62
合計	619	670	628	568	409



民眾自費情形調查結果1/3

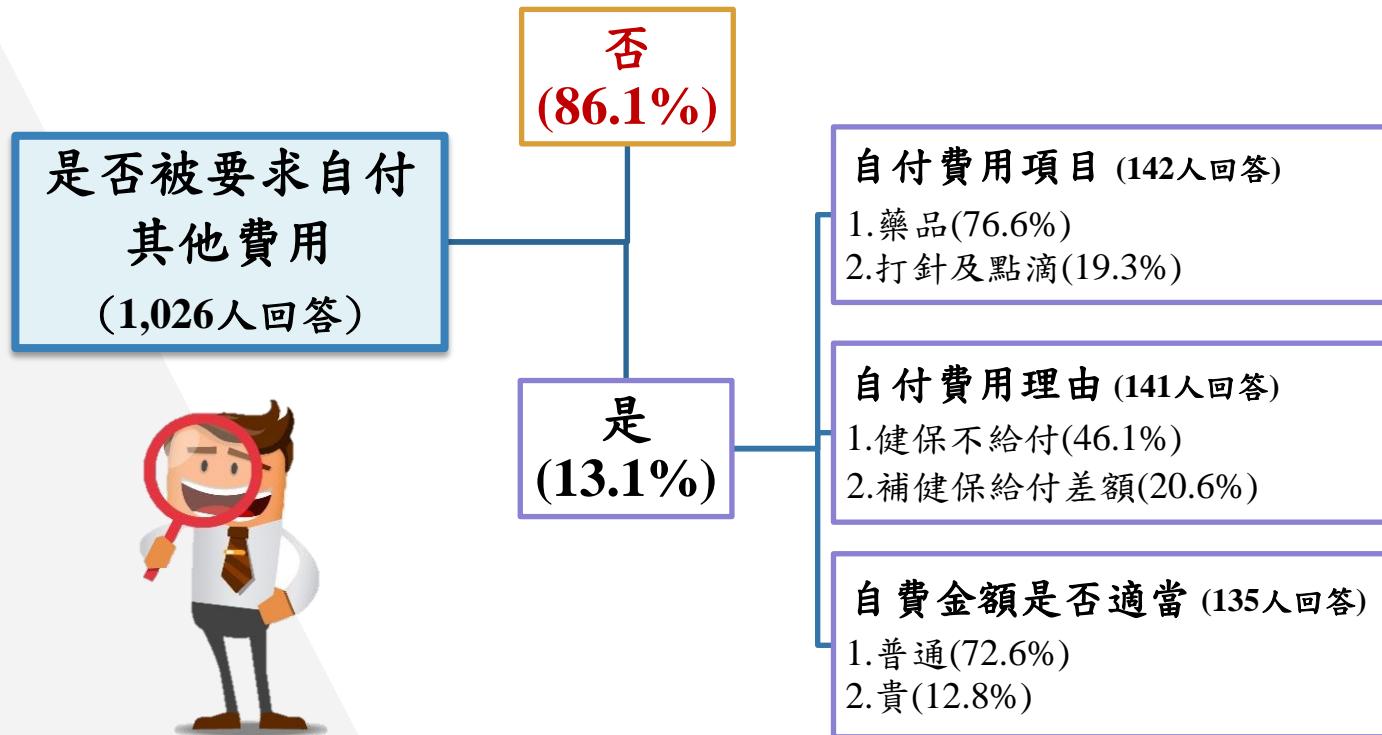
- ▶ 民眾最近一次於西醫診所的總支付費用歷年趨勢略呈持平。



• 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



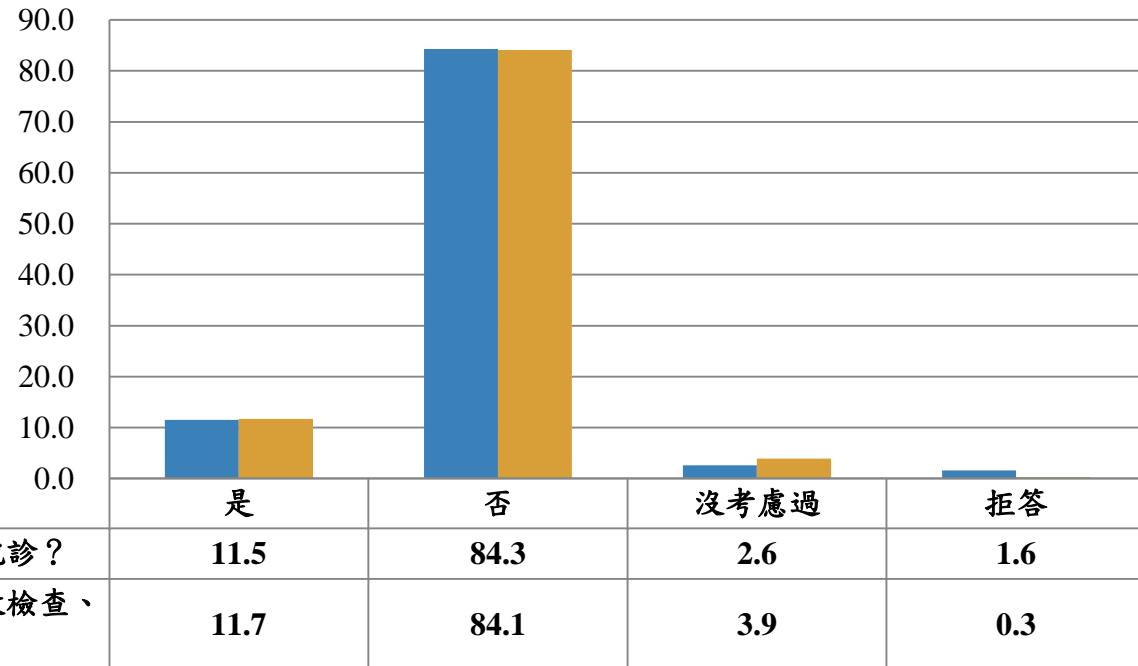
民眾自費情形調查結果2/3



• 資料來源：107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

大部分民眾就診及接受檢查、治療或追蹤之意願，並不受就醫費用過高而有所過多限制。



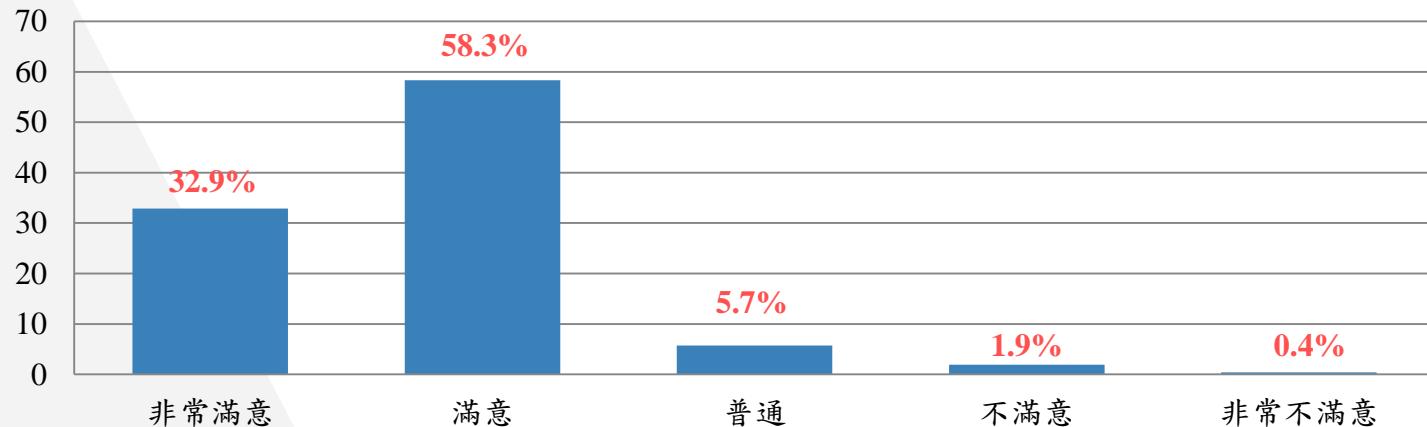
就醫方便性1/5

- ▶ 本會定期於每月提供各縣市醫師公會週六、日開診情形，並請各區依據實際需求協調院所假日開診，且各縣市醫師公會均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107年全國基層院所
週六開診率約為79.6% (總看診約55萬人次)；
週日開診率約為19.1% (總看診約27萬人次)。



就醫方便性2/5

- ▶ 9成以上受訪民眾皆認為約診容易，且對於就醫所交通便利性之滿意度亦高達97.0%(如下圖)。



- 資料來源：107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

是否曾在假日有緊急醫療需求
(1,026人回答)

否 (57.3%)

是 (42.1%)

續答是否能在當地找到其他就醫診所
(432人回答)

是(77.5%)

否 (22.5%)

續答是否因而感到不方便
(97人回答)



很不方便(40.4%)

有點不方便(15.6%)

沒關係(44.1%)



就醫方便性4/5

- 六分區基層診所及醫師數大致以戶籍人口數分布，台北區為最高，中區次之。每萬人口基層診所及醫師數則以高屏區最高，中區次之。

分區	基層 診所數	基層 醫師數	戶籍人口數 (千人)	每萬人口 基層診所數	每萬人口 基層醫師數
台北	3,083	5,202	7,642	4.03	6.81
北區	1,311	2,169	3,772	3.48	5.75
中區	2,245	3,219	4,579	4.9	7.03
南區	1,616	2,251	3,346	4.83	6.73
高屏	1,925	2,730	3,703	5.2	7.37
東區	250	320	547	4.57	5.85
全國	10,430	15,891	23,589	4.42	6.74

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

註：基層診所數、醫師數及戶籍人口數係採107年12月統計值。



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

上一頁 醫療院所

條件查詢 附近院所

特約類別 請選擇

診療科別 請選擇

服務時段 請選擇

上午

搜尋半徑

已加入計畫

服務時段查詢服務

1. 年度季別：106年度

2. 分區業務組：

3. 縣市鄉鎮：

4. 地址：

5. 特約類別：

6. 醫事機構名稱：

7. 醫事機構代碼：

8. 診療科別：

9. 服務時段：

資料更新日期：1060621 濱覽人次共71983人

每次顯示 10 筆

特約醫療院所看診時段查詢暨全民健保專區

醫療機構接受訪查暨醫師刑案應訊注意事項

全聯會相簿

醫療衛教

醫聲論壇

中華民國醫師公會全國聯合會

地址：台北市安和路一段29號9樓 電話：02-27527286 傳真：02-27718392 E-Mail：service@tma.tw



肆、醫療服務品質之確保與提升

- 一、品質確保方案指標監測結果之檢討及改善措施
- 二、品質保證保留款實施方案執行結果

品質確保方案指標監測結果之檢討及改善措施1/5

► 107年專業醫療服務品質指標監測結果-1

指標名稱	指標方向	107年	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	14.52%	16.89%
2.平均每張慢性病處方箋開藥日數			
-糖尿病	正向	27.25%	21.95
-高血壓	正向	28.16%	22.59
-高血脂	正向	28.01%	22.37
3.門診注射劑使用率	負向	0.55%	0.65%
4.門診抗生素使用率	負向	12.33%	13.54%
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	0.24%	0.40%
-降血脂藥物(口服)	負向	0.15%	0.26%
-降血糖	負向	0.15%	0.28%
-抗思覺失調症	負向	0.50%	0.93%
-抗憂鬱症	負向	0.37%	0.62%
-安眠鎮靜	負向	0.97%	2.13%



品質確保方案指標監測結果之檢討及改善措施2/5

► 107年專業醫療服務品質指標監測結果-2

指標名稱	指標 方向	107年	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%	0.09%
-降血脂藥物(口服)	負向	0.05%	0.07%
-降血糖	負向	0.06%	0.09%
-抗思覺失調症	負向	0.19%	0.28%
-抗憂鬱症	負向	0.14%	0.20%
-安眠鎮靜	負向	0.19%	0.27%
7.慢性病開立慢性病連續處方箋百分比	正向	71.10%	60.70%
8.就診後同日於同院所再次就診率	負向	0.13%	0.19%
9.糖尿病病人醣化血色素(HbA1c)執行率	正向	89.50%	69.87%
10.每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率	負向	0.10%	0.10%
11.剖腹產率			
-整體	負向	39.21%	41.45%
-自行要求	負向	5.13%	3.64%
-具適應症	非絕對 正向或負向	34.08%	37.80%



品質確保方案指標監測結果之檢討及改善措施3/5

專業醫療服務品質指標結果檢討

1. 107年監測結果共有10項指標達到參考值。
2. 本會業於108年5月14日函請中央健保署修訂「剖腹產率-整體、自行要求、具適應症」，建議排除重複剖腹產案件。
3. 針對剖腹產率過高一事，本會業於108年3月15日品質資訊組會議討論，並檢附多位婦產科專科醫師意見，詳參【紙本資料附件2】。



品質確保方案指標監測結果之檢討及改善措施4/5

► 107年利用率指標監測結果

指標名稱	107年	參考值
1.子宮頸抹片利用率	12.00%	≥16%
2.成人預防保健利用率	22.35%	≥20%
3.兒童預防保健利用率	48.27%	-
4.年齡別剖腹產率(A+B)	39.21%	≤34%
具適應症案件(A)	34.08%	
19歲以下	17.61%	
20-34歲	31.16%	
35歲以上	42.35%	
不具適應症案件(B)	5.13%	
19歲以下	0.83%	
20-34歲	4.26%	
35歲以上	7.59%	
5.門診手術案件成長率	1.86%	≥10%
6.六歲以下兒童氣喘住院率	0.19%	≤0.29%
7.住院率	14.42%	≤13%
8.平均每入住院日數	1.35%	≤1.10
9.每人急診就醫率	2.34%	≤1.9%



品質確保方案指標監測結果之檢討及改善措施 5/5

利用率指標結果檢討

- 有關利用率指標監測結果，皆經本會西醫基層醫療服務審查執行會品質資訊組會議討論。
- 本會除建議修訂「年齡別剖腹產率」之外，將邀集相關專業團體再研議修訂事宜利用率指標之參考值，俾利呈現指標數據之參考價值。



品質保證保留款實施方案執行結果1/3

► 107年度分配方式：各診所核發權重和最高以100%計算(計11項)

項次	指標別	備註	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八十百分位，即<80百分位	20%
2	診所之每位病人年平均就診次數		20%
3	個案重複就診率		20%
4	健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$		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%
6	藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率	低於該分區80百分位，即 ≤ 80 百分位	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	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		2%
9	糖尿病病患醣化血色素(HbA1c)執行率 $\geq 60\%$		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%
11	檢驗(查)結果上傳率 $\geq 70\%$		2%



品質保證保留款實施方案執行結果2/3

► 106年西醫基層品質保證保留款各項指標核發家數統計

項次	指標別	符合家數	比率
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，即<80百分位。	8,119	76.8%
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，即<80百分位。	7,814	74.0%
3	個案重複就診率不超過該分區所屬科別80百分位，即<80百分位。	7,853	74.3%
4	健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 。	8,986	85.1%
5	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率>10%，惟家醫科和內科門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率>15%。	7,837	74.2%
6	藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率，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)。	4,351	41.2%
7	藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率，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)。	5,406	51.2%
8	藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率，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)。	3,986	37.7%
9	糖尿病病患醣化血色素(HbA1c)執行率 $\geq 60\%$ 。	4,289	40.6%
10	初期慢性腎臟病eGFR執行率，超過5百分位，即 >5 百分位。	3,101	29.4%
11	檢驗（查）結果上傳率， $\geq 70\%$ 。	64	0.6%



品質保證保留款實施方案執行結果3/3

► 107年度尚未完成結算，106年度實施結果如下：

分區別	分區院所數	符合分配院所數	核發金額
臺北	3,122	2,087 (66.8%)	57,023,180
北區	1,320	960 (72.7%)	26,340,131
中區	2,269	1,723 (75.9%)	48,079,200
南區	1,651	1,135 (68.7%)	30,993,405
高屏	1,953	1,414 (72.4%)	38,914,433
東區	250	176 (70.4%)	4,777,299
總計	10,565	7,495 (70.9%)	206,127,648

106年全年西醫基層特約院所家數共計10,565家，不符核發資格院所計3,070家(占率29.1%)，符合分配院所家數計**7,495家**(占率**70.9%**)，實際核發共計**206,127,648元**，與預算數相差280元。



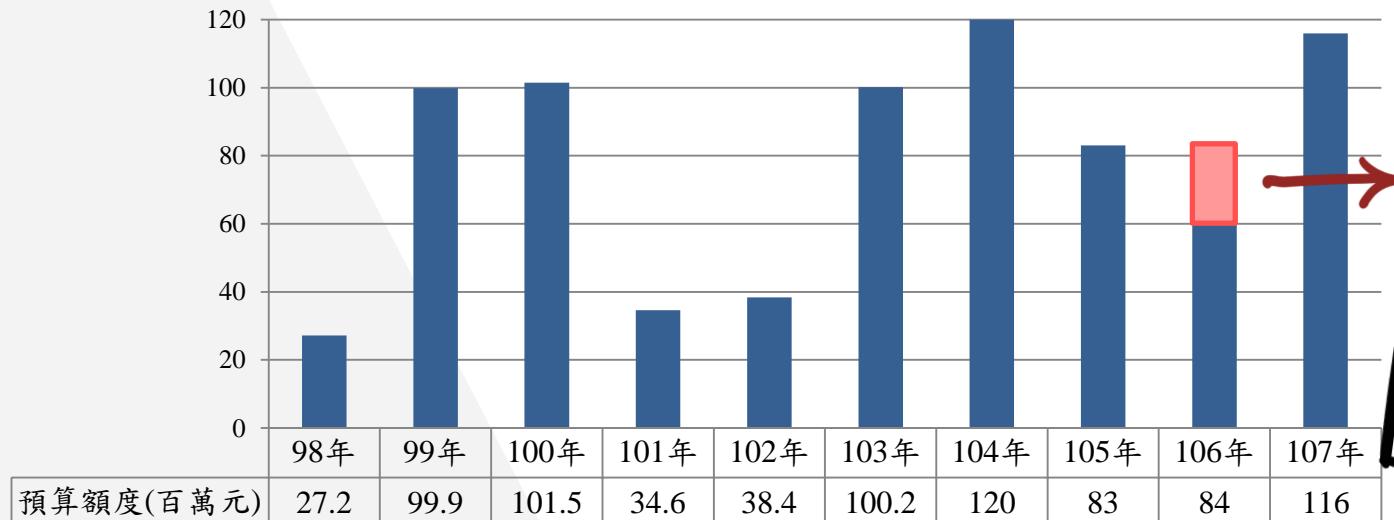
伍、協商因素項目之執行情形

一、新醫療科技

二、支付標準修訂及其他協商因素項目

新醫療科技1/3

- ▶ 新醫療科技歷年預算約27-120百萬元，主要用於新增藥品項目。



惟106年度其中
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)

新醫療科技2/3

98-107年收載新藥之5年累計申報金額

(百萬元)

收載 年度	當年度 預算	5年 預算	收載 項數	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	申報 合計	5年差值
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
102	38.4	192	29					2.1	13.6	35.2	44.9	63.7		159.5	32.5
98-102 小計	301.6	1,508		41	154.5	312.2	554.1	902.2	747.1	647.8	511.6	63.7		3,934.20	-2,426.20
103	100.2	501	44					2.6	18.9	43.6	69	91	225.1	275.9	
104	120	600	40						2.4	9.1	21.9	39.7	73.1	526.9	
105	83	415	26							35.1	175.2	328.9	539.2	-124.2	
106	62	310	42								5	25	30	280	
107	116	580	51									42.1	42.1	537.9	
98-107 合計	782.8	3,914		41	154.5	312.2	554.1	902.2	749.7	669.1	599.4	334.8	526.7	4,843.70	-929.70



新醫療科技3/3

98-107年收載新藥之5年累計申報金額

(百萬元)

收載 年度	當年度 預算	5年 預算	收載 項數	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	申報 合計	5年差值
----------	-----------	----------	----------	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	----------	------

107年新增51項藥品項目，主要申報以慢性病藥品為主，其適應症為治療第二型糖尿病、成人鬱症及青光眼等。

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，但累計三年所申報金額卻已超過5年所編列之預算，超出約125百萬元，依此成長趨勢未來恐持續排擠健保其他醫療項目服務預算。

105	83	415	26											35.1	175.2	328.9	539.2	-124.2
106	62	310	42											5	25	30	280	
107	116	580	51											42.1	42.1	537.9		
98-107 合計	782.8	3,914		41	154.5	312.2	554.1	902.2	749.7	669.1	599.4	334.8	526.7	4,843.70		-929.70		



支付標準修訂

- ▶ 107年無調整基本診療費項目及特定診療費項目。
- ▶ 106年以醫療服務成本指數改變率2.272%(約20億)、山地離島門診診察費0.095%(1億)及新醫療科技(約0.22億)，調整基本診療費項目及特定診療費項目。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



其他協商因素項目-B型肝炎藥費回歸一般服務1/2

- ▶ 配合衛生福利部加強肝炎防治計畫之推動，中央健保署於95年推動「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」

項目/年度	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年Q1
預算數(百萬元)								
慢性B型及C型肝炎治療計畫	157	157	200	400	400	400	2.8億納入一般	滾入基期
106年-C肝新藥	--	--	--	--	--	288		
執行數(百萬點)								
慢性B型及C型肝炎治療計畫	185	247	297	291	285	278	--	--
C肝藥費(含C肝新藥)	--	--	--	--	--	146	328.9	
預算執行率	118.0%	157.5%	148.7%	72.7%	71.2%	61.7%	--	--
B肝						69.5%	--	--
C肝						50.8%	80.6%	
參與家數	235	279	233	235	265	253	287	
當年度B肝新收案數	959	1,866	1,651	1,634	1,460	1,833	1,896	432
B肝治療人數	2,795	7,046	8,697	10,319	10,302	12,287	14,293	14,725



其他協商因素項目-B型肝炎藥費回歸一般服務 2/2

- ▶ C肝新藥未引進前，B型及C型肝炎藥費成長在103年到達費用高峰，之後趨於穩定。
- ▶ 106年開放C肝新藥使用後，在專家學者建議下，B肝藥費便於107年納入一般(編列2.8億元)。
- ▶ 每年B肝治療人數仍持續成長，有1,300-1,400的新收案人數，總治療人數也達到1萬2千至1萬4千人，藥品治療費用雖滾入一般服務預算，有一定成長率之成長，**惟仍需緊密監控，避免排擠其他治療項目預算，造成點值下滑之隱憂。**



其他醫療服務及密集度的改變

- ▶ 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）」，106-107年未有協定事項。
- ▶ 以下僅回應專家學者對「整體慢性病需求增加，但西醫基層慢性病照護執行率相關指標成長率低、106年就醫人數下降等現象值得注意，建議進行更細緻的分析與說明」。



其他醫療服務及密集度的改變—西醫慢性病門診就醫情形

- 慢性病門診就醫情形，醫院及基層都有成長，值得觀察的是慢性病與整體門診件數占比相反，慢性病件數占率醫院占比較高(約65%)；基層件數占率雖從95年29%成長至37%，但費用占率則維持在20%，有逐漸下降的趨勢。

年	醫院					西醫基層					平均每件 差值 (醫院-基層)	西醫基層申報占率
	(萬件)	成長率 (%)	(億點)	成長率 (%)	平均每件 費用	(萬件)	成長率 (%)	(億點)	成長率 (%)	平均每件 費用		
95年	4,260.5	0.7%	684.6	4.4%	1,777	1,766.3	12.2%	165.5	15.3%	1,026	752	29.3% 19.5%
96年	4,399.1	3.3%	714.1	4.3%	1,786	1,852.2	4.9%	167.2	1.0%	983	803	29.6% 19.0%
97年	4,479.0	1.8%	773.3	8.3%	1,882	1,968.5	6.3%	181.0	8.3%	995	887	30.5% 19.0%
98年	3,362.3	-4.4%	794.6	2.7%	1,967	1,810.4	3.2%	194.9	7.7%	1,015	952	35.0% 19.7%
99年	3,340.3	-0.7%	795.3	0.2%	2,570	1,886.1	4.2%	196.9	1.1%	1,121	1,449	36.1% 19.8%
100年	3,388.6	1.4%	862.1	8.4%	2,733	1,988.7	5.4%	217.5	10.4%	1,171	1,563	37.0% 20.1%
101年	3,488.9	3.0%	873.0	1.3%	2,687	2,104.1	5.8%	219.2	0.8%	1,115	1,572	37.6% 20.1%
102年	3,626.3	3.9%	961.5	10.1%	2,834	2,206.5	4.9%	244.6	11.6%	1,182	1,652	37.8% 20.3%
103年	3,686.5	1.7%	1,012.8	5.3%	2,928	2,275.7	3.1%	259.6	6.13%	1,214	1,714	38.2% 20.4%
104年	3,765.6	2.1%	1,036.8	2.4%	2,935	2,309.4	1.5%	263.2	1.36%	1,212	1,723	38.0% 20.2%
105年	4,031.1	7.0%	1,130.2	8.9%	2,986	2,362.1	2.26%	272.1	3.32%	1,223	1,763	36.9% 19.4%
106年	4,152.2	3.7%	1,215.4	7.5%	3,117	2,455.2	4.50%	288.4	5.94%	1,245	1,872	37.2% 19.2%
107年	4,278.5	3.0%	1286.9	5.9%	3,199	2,553.5	4%	298.8	3.63%	1,241	1,958	37.4% 18.8%



其他醫療服務及密集度的改變—基層門診慢性病疾病類型

慢性病案件的疾病類型，發現105-107年申報醫療費用前5大均是循環系統疾病、內分泌、營養和代謝疾病、精神與行為疾患、呼吸系統疾病、肌肉骨骼系統及結締組織疾病。

- 循環系統疾病申報費用達66.85億點，其中主診斷前三碼最高疾病是原發性高血壓。
- 內分泌相關疾病申報費用達50.64億點，其中最高疾病是第二型糖尿病。
- 精神與行為疾患申報費用達33.38億點，其中最高疾病是焦慮相關疾病。

年度	105年				106年				107年			
	疾病分類	人數	件數	醫療費用	費用排序	人數	件數	醫療費用	費用排序	人數	件數	醫療費用
01感染症和寄生蟲	173.7	388.4	206.1	11	185.0	422.5	232.9	10	187.9	432.8	236.4	11
04內分泌、營養和代謝疾病	966.6	4,799.2	4,578.4	2	1,020.7	5,060.3	4,839.1	2	1,073.9	5,357.5	5,064.2	2
05精神與行為疾患	635.3	3,984.6	2,885.8	3	681.9	4,310.8	3,166.3	3	724.1	4,633.0	3,337.8	3
06神經系統和感覺器官的疾病	162.3	625.6	334.0	9	172.1	673.1	368.2	9	180.5	714.1	388.2	9
07眼睛及其附屬器官的疾病	319.0	902.3	596.6	7	336.9	956.1	641.8	7	364.1	1,001.2	676.5	7
09循環系統疾病	1,488.1	9,123.8	6,620.1	1	1,506.8	9,242.8	6,691.6	1	1,522.5	9,422.2	6,684.5	1
10呼吸系統的疾病	1,170.5	2,567.2	1,256.6	4	1,214.8	2,686.0	1,343.6	4	1,260.0	2,822.1	1,396.8	4
11消化系統的疾病	585.5	1,656.8	1,100.4	6	626.1	1,786.3	1,214.4	6	640.8	1,836.3	1,244.4	6
12皮膚及皮下組織的疾病	247.7	533.8	214.0	10	254.2	557.2	232.4	11	251.3	569.1	237.3	10
13肌肉骨骼系統及結締組織疾病	670.4	1,933.7	1,204.5	5	696.2	2,003.3	1,275.1	5	699.5	1,990.0	1,260.5	5
14生殖泌尿系統疾病	269.3	927.2	587.5	8	283.3	981.2	634.5	8	293.8	1,039.4	672.3	8



其他醫療服務及密集度的改變—慢性病照護情形

► 慢性病的照護情形皆有進步，如參加糖尿病方案比率有13.27%的成長，HbA1c及空腹血脂檢查率都有85%以上的照護率。

項目		103年	104年	105年	106年	107年
慢性病有就醫者平均每人門診就醫次數及成長率	值	4.7	4.6	4.6	4.7	4.7
	成長率	0.68%	-0.79%	-0.07%	0.71%	0.91%
糖尿病患者平均每人給藥天數	值	27.5	27.5	27.3	27.3	27.3
	成長率	-1.79%	0.0%	-0.73%	0.0%	0.0%
高血壓患者平均每人給藥天數	值	28.3	28.3	28.2	28.2	28.2
	成長率	1.07%	0.0%	-0.35%	0.0%	0.0%
參加糖尿病論質計酬計畫比率 (醫療給付改善方案)	值	25.60%	27.30%	29.00%	32.40%	36.70%
	成長率	10.80%	6.60%	6.20%	11.70%	13.27%
糖尿病完整照護率	有接受HbA1c	值	84.11%	85.87%	87.27%	88.87%
		成長率	2.14%	2.09%	1.63%	1.83%
	有執行「空腹血脂檢查」	值	79.80%	81.20%	82.30%	84.19%
		成長率	2.60%	1.80%	1.40%	2.40%



其他醫療服務及密集度的改變

▶ 慢性病照護與資源失衡

- 西醫門診利用持續增加，醫院與基層費用差異、資源不同，即便基層門診量占65%，費用卻一直維持在20%，甚至有下降趨勢，慢性病的費用差距更是逐年增加。
- 慢性病費用耗用高的疾病類型，如高血壓、糖尿病等一直是國人注重的健康問題，也是健康政策的施政目標。但社會改變下的新興疾病(如焦慮相關疾病)也逐漸成長。
- 最重要的問題是，**民眾主動到基層就醫的意願**。

▶ 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，才能真實滿足民眾期待。
- 醫界期待資源應持續挹注，擴大基層服務量能，以重新配置醫療資源。

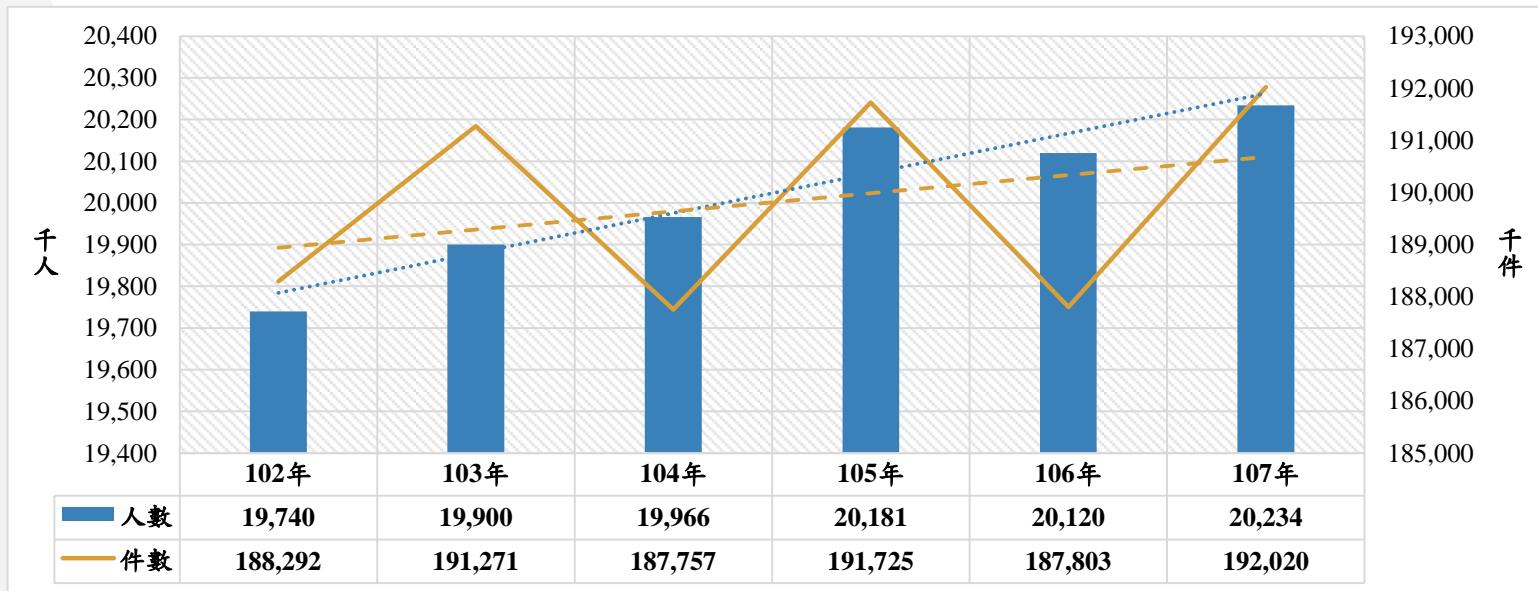


陸、總額之管理與執行績效

- 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

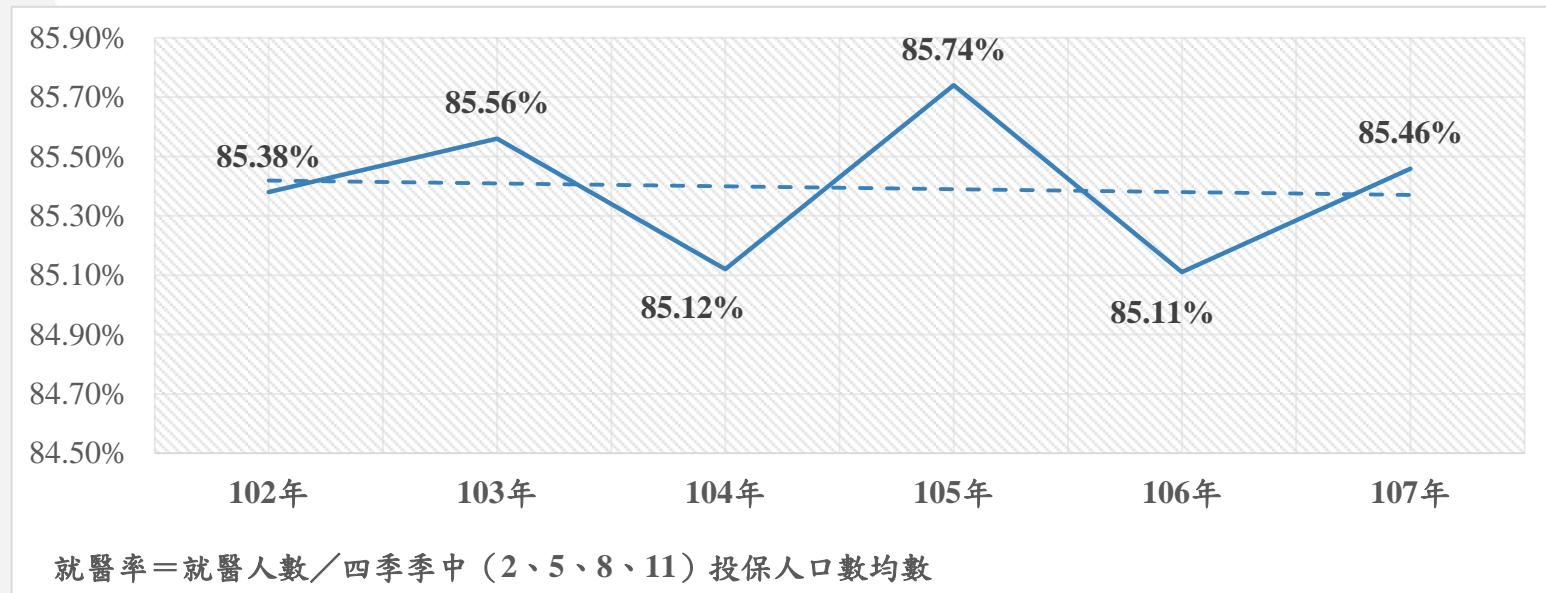
醫療利用及費用管控情形 1/14

► 近6年門診就醫人數平均成長0.5%，件數平均成長0.4%



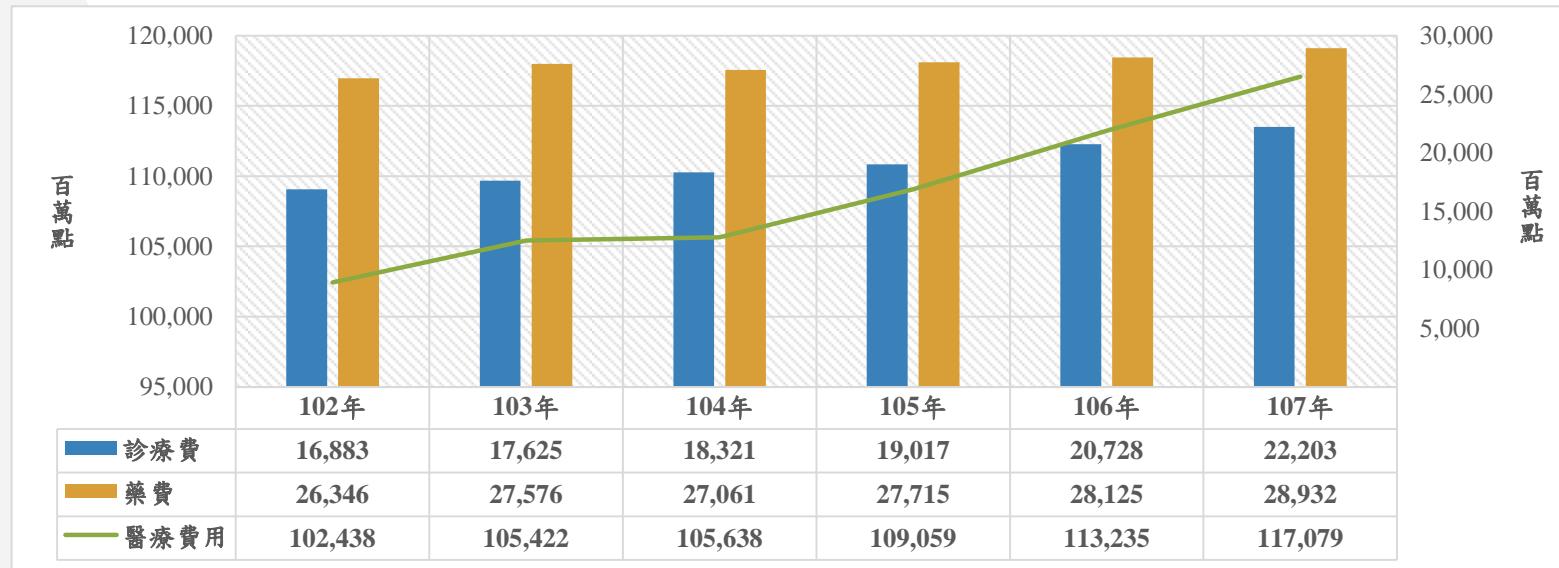
醫療利用及費用管控情形 2/14

► 近6年門診就醫率成長趨勢平穩，介於85.11%～85.74%



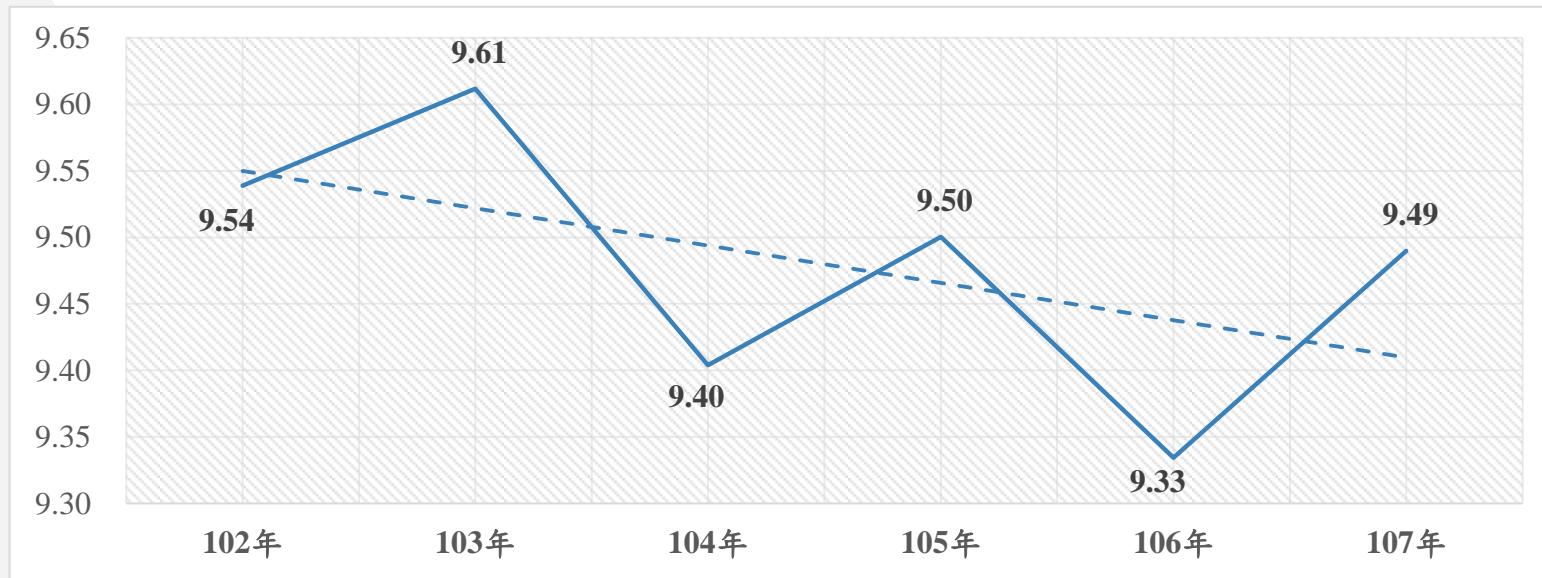
醫療利用及費用管控情形3/14

- ▶ 近6年門診藥費平均成長1.9%、診療費5.7% 及醫療費用2.7%
- ▶ 107較106年門診分別成長藥費2.9%、診療費7.1%及醫療費用3.4%



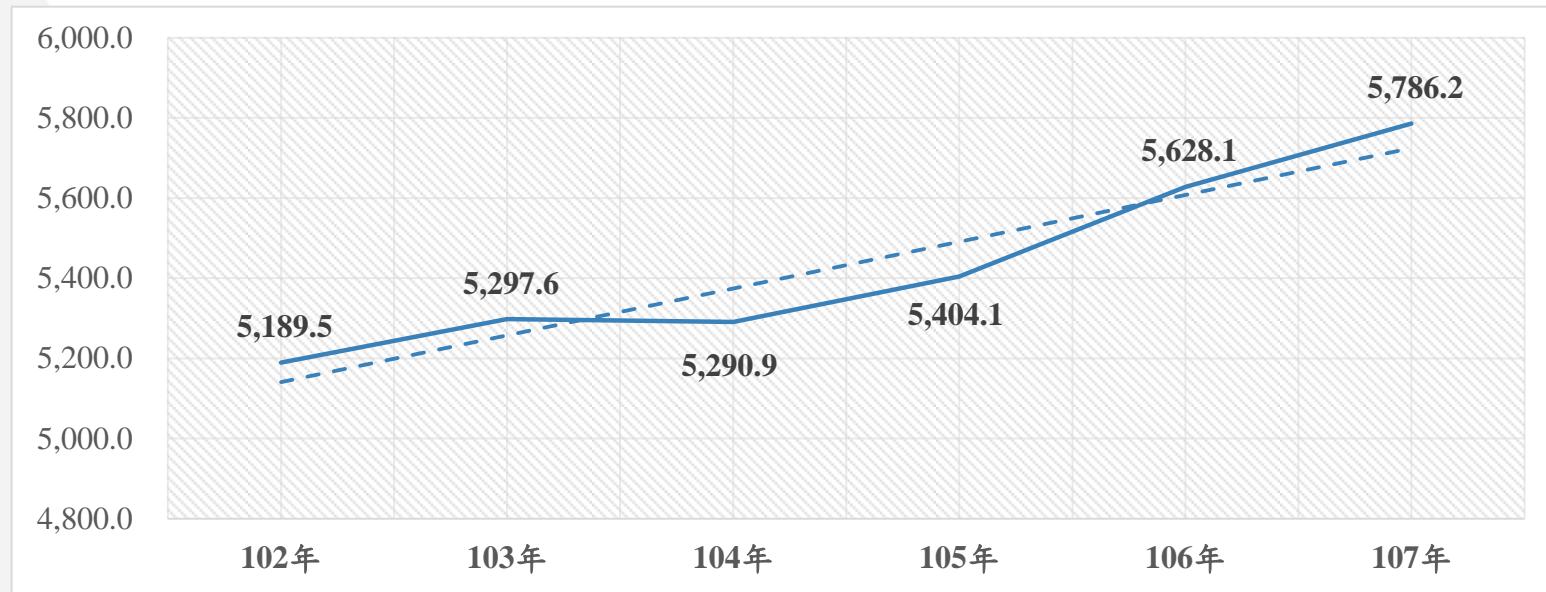
醫療利用及費用管控情形 4/14

► 近6年門診平均每就醫人就醫次數介於9.33次～9.61次



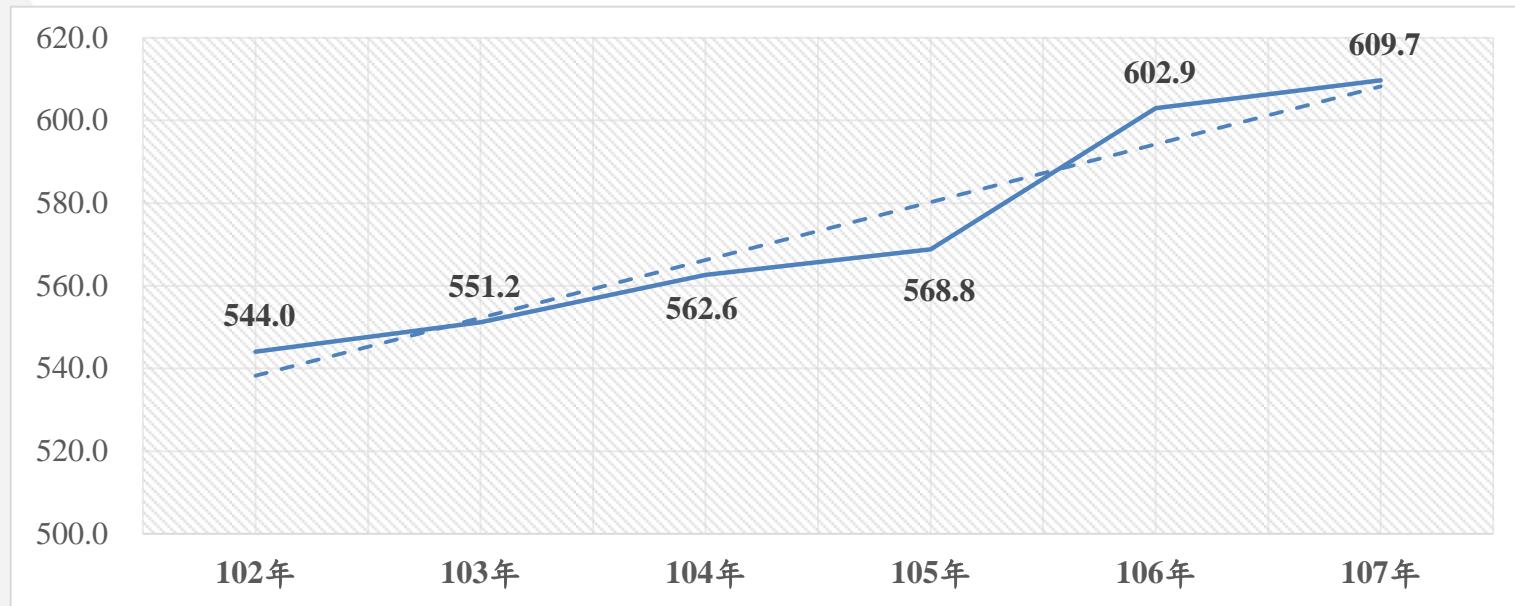
醫療利用及費用管控情形5/14

► 近6年門診平均每就醫人醫療費用平均成長1.8%



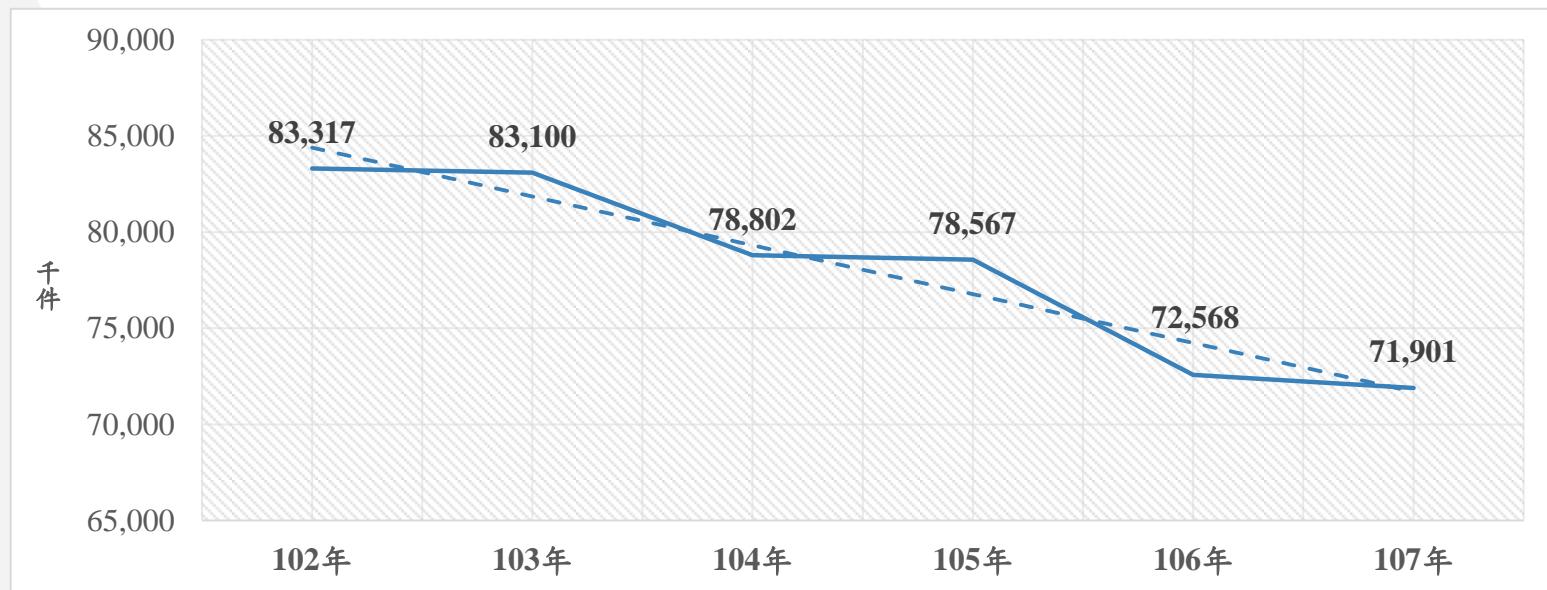
醫療利用及費用管控情形 6/14

► 近6年門診平均每件費用平均成長1.9%



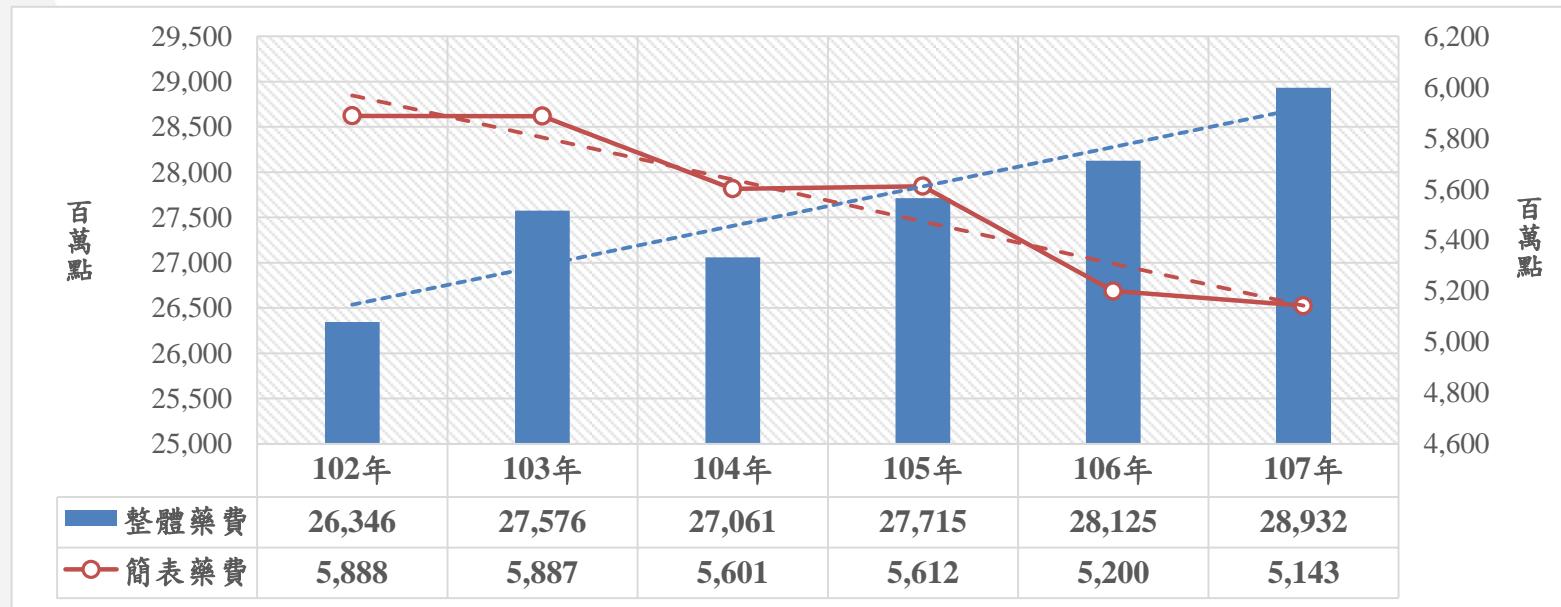
醫療利用及費用管控情形7/14

► 近6年門診簡表案件件數平均成長-2.9%



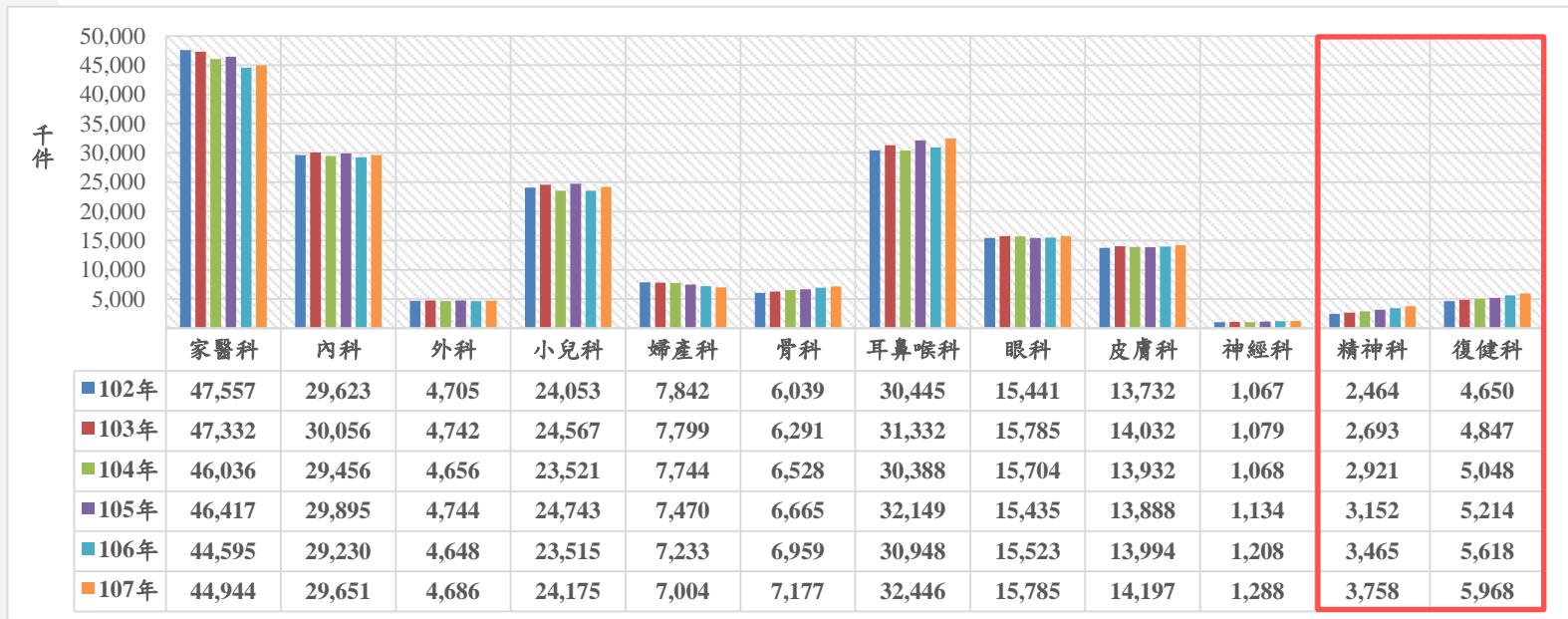
醫療利用及費用管控情形8/14

► 近6年門診整體藥費平均成長1.7%，非簡表案件藥費平均成長3.1%



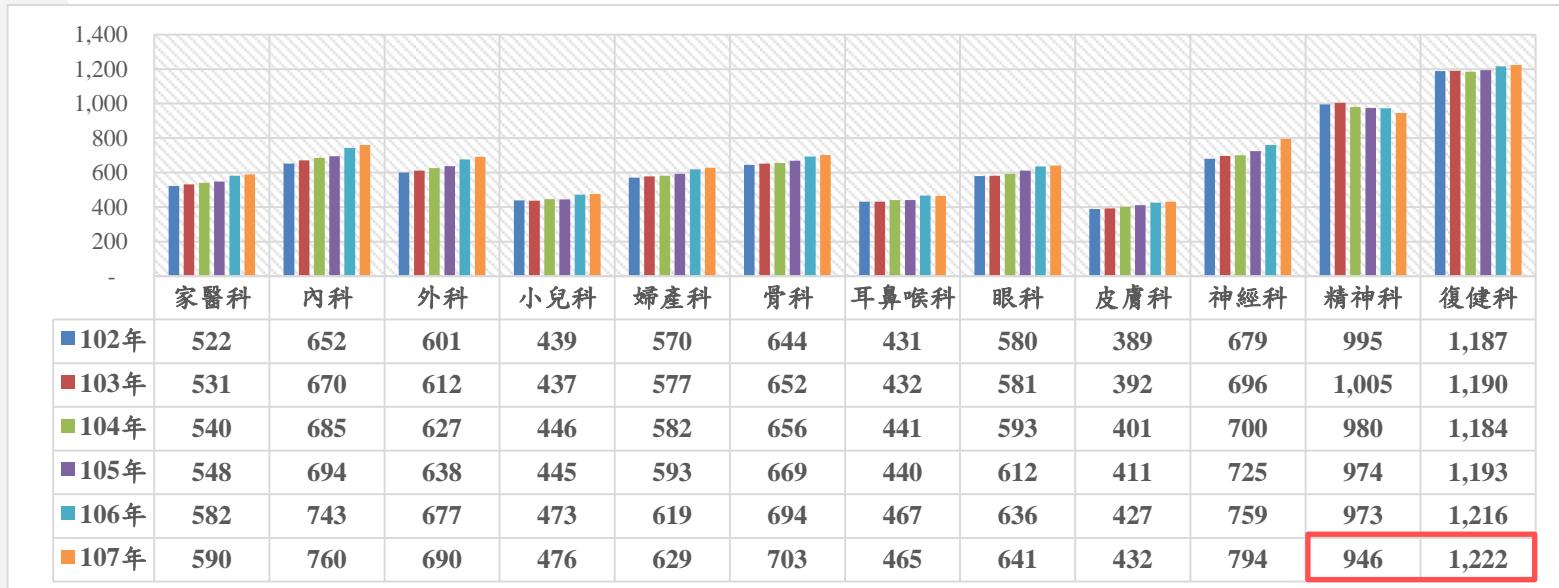
醫療利用及費用管控情形9/14

► 近6年就醫科別件數平均成長以精神科8.8%最高，復健科5.1%次之



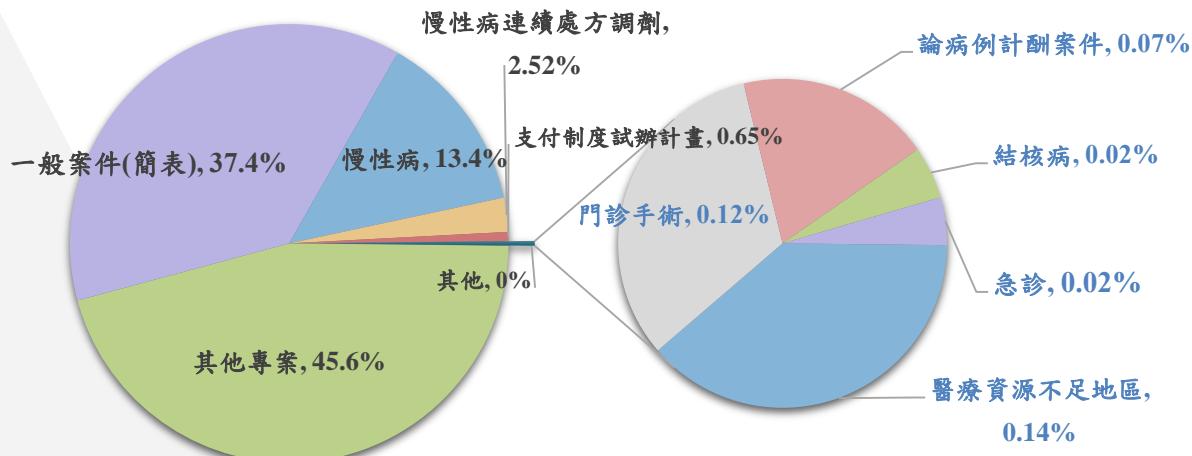
醫療利用及費用管控情形10/14

- ▶ 107年醫療費用占率以家醫科22.8%最高，內科19.3%次之；平均每件醫療費用以復健科1,222點最高，精神科946點次之。(下圖)



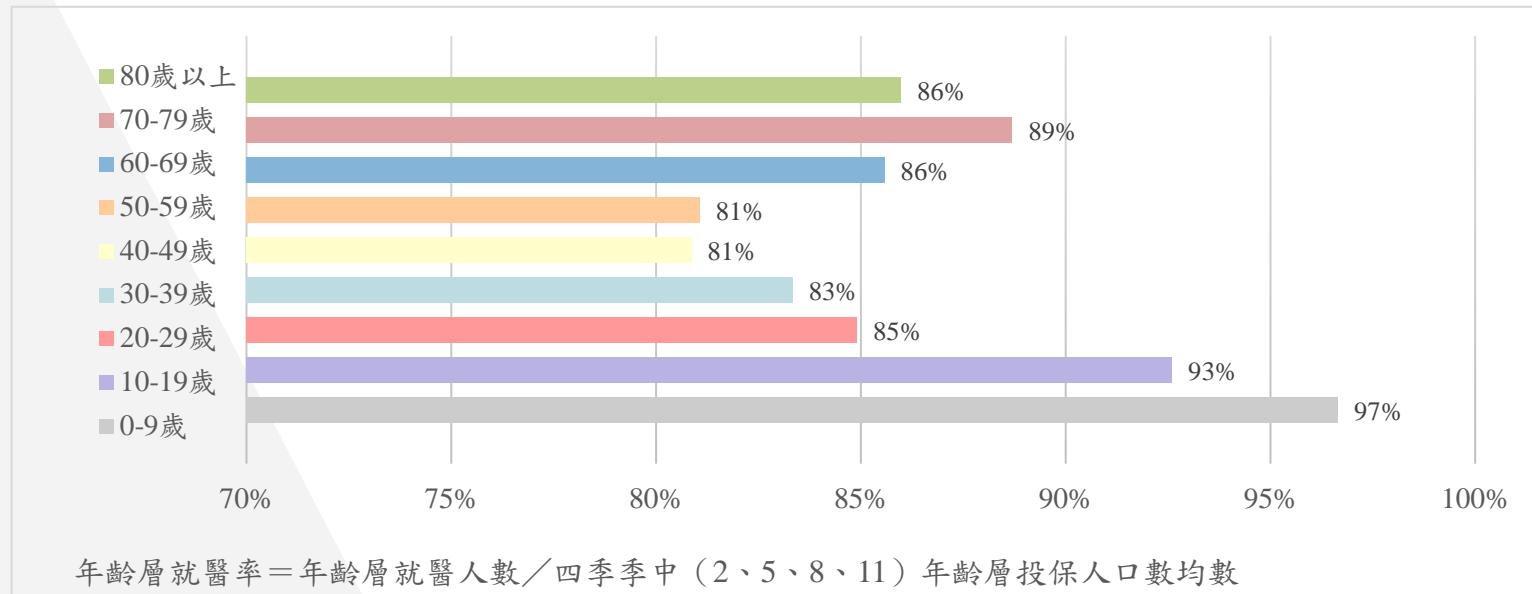
醫療利用及費用管控情形11/14

- ▶ 案件類別中，近6年「其他專案」平均淨增加件數幅度最大，其次為「慢性病」案件。107年費用占率以「其他專案」45.6%最高，「一般案件」37.4%次之。



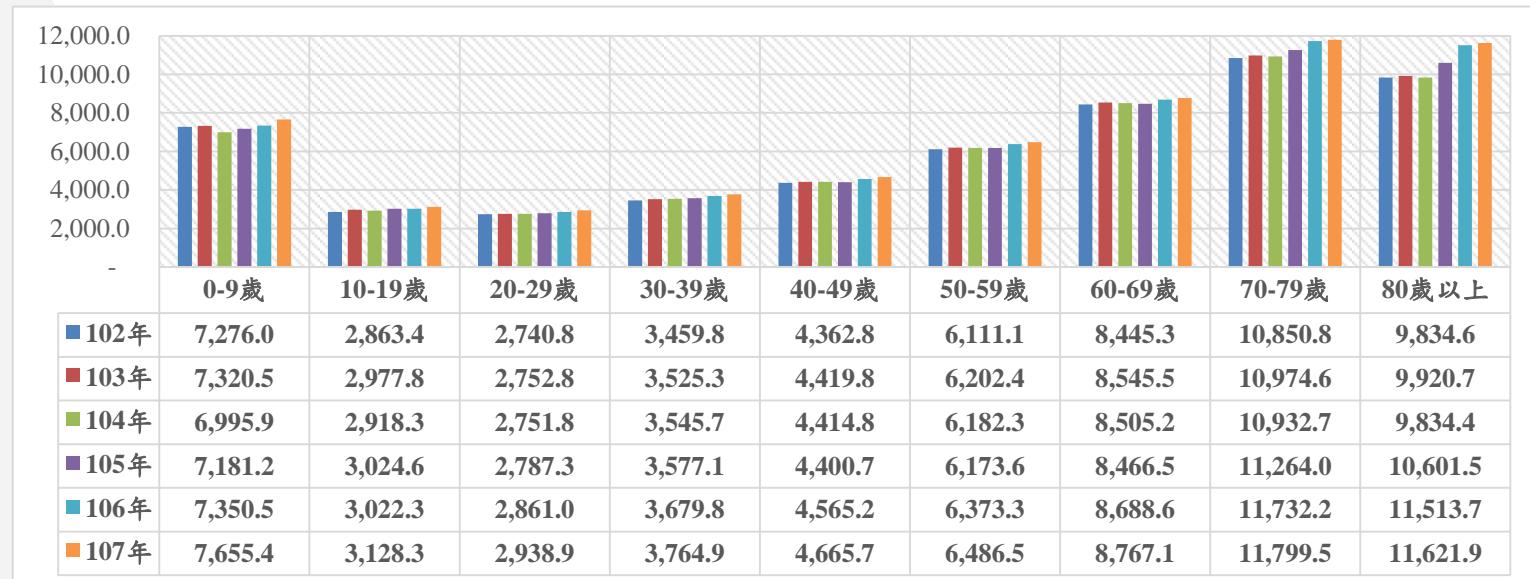
醫療利用及費用管控情形12/14

► 107年年齡層就醫率以0-9歲族群97%最高，10-19歲93%次之。



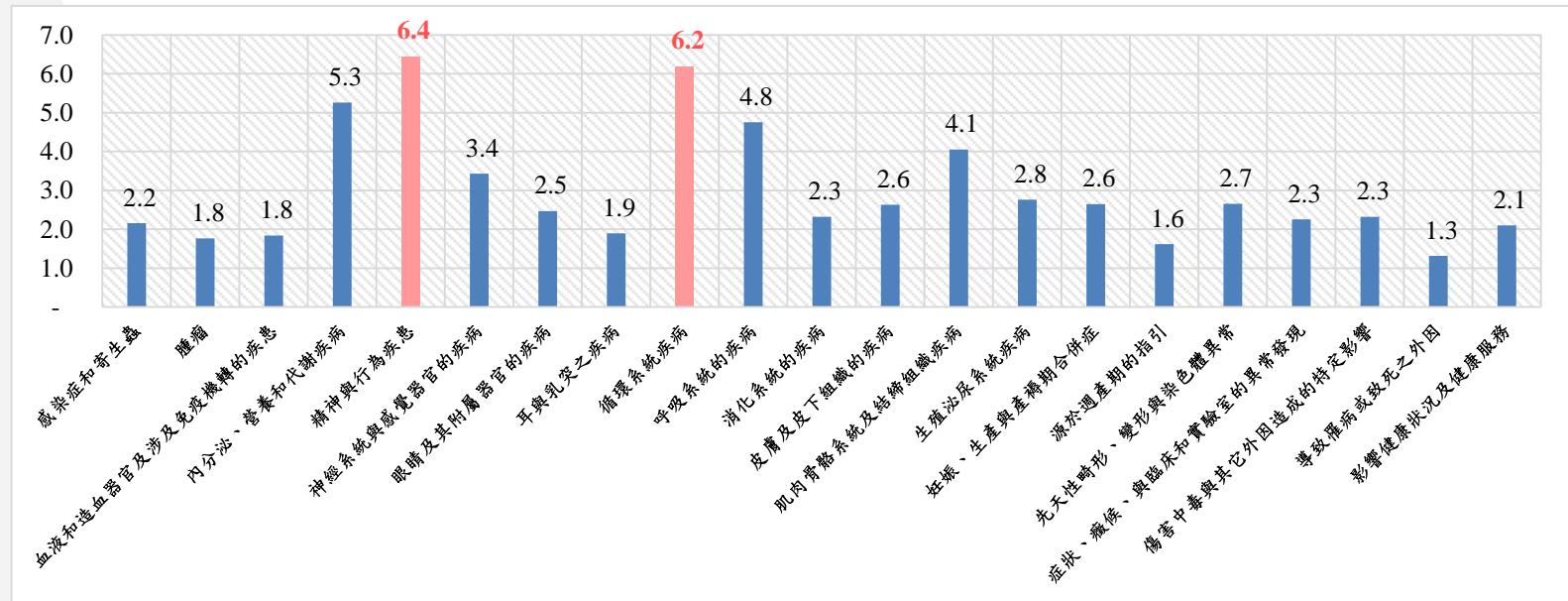
醫療利用及費用管控情形13/14

- ▶ 醫療費用以60-69歲族群最高，近6年平均醫療費用成長率7.0%。平均每就醫人醫療費用以80歲以上族群11,622點最高，70-79歲族群11,800點次之。



醫療利用及費用管控情形14/14

- ▶ 107年就醫人數與件數以「呼吸系統的疾病」最高，平均每就醫人就醫次數以「精神與行為疾患」6.4次最高，「循環系統疾病」6.2次次之。



醫療利用及費用管控情形—流感疫情影響 1/2

- 因流感疫情107年Q1至高峰，第2季(13週)疫情逐漸減緩；呼吸道相關科別件數成長情形與疫情流行狀況相符



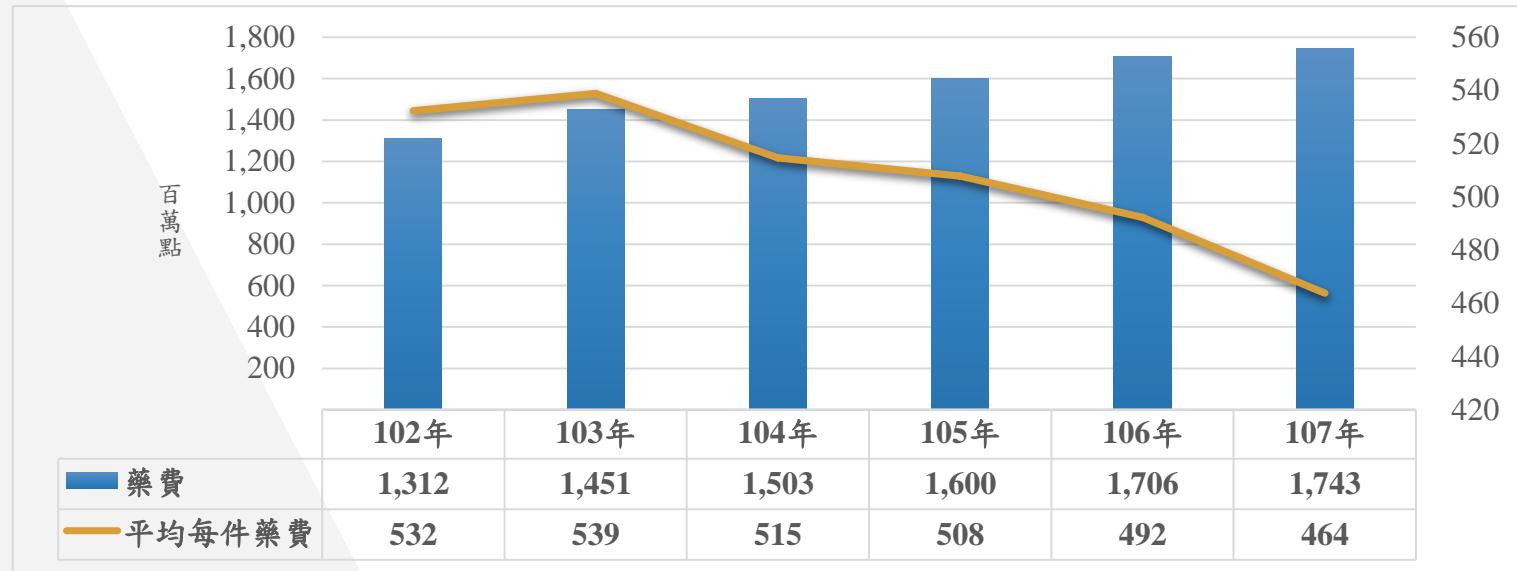
醫療利用及費用管控情形—流感疫情影響 2/2

- ▶ 107年第1季較105年春節流感情形輕微，第2季因疫情趨緩，且流行期施打流感疫苗因素，件數較同期略為下降



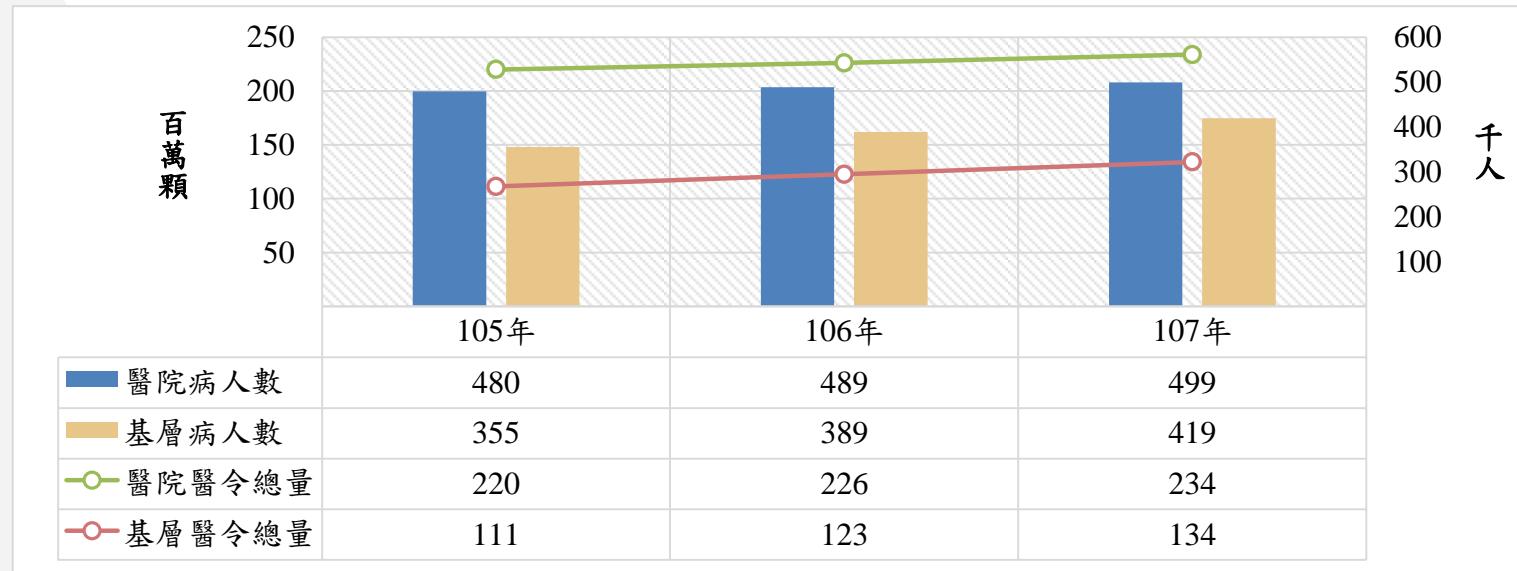
醫療利用及費用管控情形—精神科藥費1/4

- 西醫基層精神科藥費近6年平均成長5.9%，但平均每件藥費逐年減少，107年平均每件藥費464點，較102年532點減少68點。



醫療利用及費用管控情形—精神科藥費2/4

- 精神科常見藥物，以「安眠鎮靜與抗焦慮藥物」使用量最高；107年病人數醫院約50萬人，淨增加10千人，西醫基層約42萬人，淨增加30千人。



醫療利用及費用管控情形—精神科藥費3/4

- 西醫基層使用鎮靜安眠藥品病人，其在基層診所領取相同成分藥品合計給藥日份 ≥ 200 日之種類數，107年使用4種（含）以上安眠鎮靜與抗焦慮藥物之65歲（含）以上病人計30人，65歲以下病人計186人，合計216人

年度	服用藥品種類數 (同成分且給藥日份 ≥ 200 日)	65歲以下病人數	65歲（含）以上病人數
105年	4種以下	81, 329	21, 286
	4種（含）以上	165	27
106年	4種以下	90, 579	24, 964
	4種（含）以上	175	32
107年	4種以下	94, 277	73, 114
	4種（含）以上	186	30

註1：抗思覺失調藥物（口服）：ATC前五碼=N05AA、N05AB(排除N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除N05AN01)、N05AX，且醫令代碼第8碼為1。

註2：抗憂鬱症藥物（口服）：ATC前五碼=N06AAC(排除N06AA12、N06AA02)、N06AB、N06AG，且醫令代碼第8碼為1。

註3：安眠鎮靜與抗焦慮藥物（口服）：ATC前五碼為N05BA(排除N05BA09)、N05BB、N05BC、N05BD、N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第8碼為1。

註4：藥品種類數：西醫基層口服安眠鎮靜與抗焦慮藥物之病人，其在基層診所領取相同成分藥品且合計給藥日份 ≥ 200 日之種類數。



醫療利用及費用管控情形—精神科藥費 4/4

- ▶ 本會會同精神醫學會及其他相關單位代表，針對使用精神科藥品病人之衛教方式及鎮靜安眠藥高風險使用者管控措施討論。
- ▶ 台灣針對鎮靜安眠藥品之濫用防治已有顯著成效，惟多重用藥之高齡病患，有極高風險，建議優先管控65歲(含)以上病患，每日BZD+Hypnotic（含Non-BZD） \geq 4種以上。
- ▶ 建議健保署就前開65歲(含)以上多重使用藥品之病患，合理提醒醫師，且醫師宜於病歷上敍明。
- ▶ 建議睡眠醫學會提供國外文獻佐證，訂定病人衛教及轉介合適科別參考。



醫療利用及費用管控情形—超音波心臟圖

- ▶ 檔案分析發現部分院所對一般高血壓病患常規性進行「超音波心臟圖」檢查。
- ▶ 為導正異常常規檢查問題，本會徵詢相關專科醫學會意見，訂定審查規範及適應症，納入西醫基層內科審查注意事項，並由分會針對申報異常者進行輔導管理。



醫療利用及費用管控情形—慢連箋未再調劑

- ▶ 檔案分析發現申報慢性病連續處方箋件數中，未再調劑件數占率約4%。
- ▶ 為改善慢連箋未再調劑情形，由分會宣導醫師主動關心瞭解慢性病人遵醫囑服用藥物情形。
- ▶ 請健保署協助瞭解申報情形，並與本會合作管理慢連箋未再調劑案件占率大於等於50%之院所。



點值穩定度 1/4

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。

與健保署就投保人口成長與醫療費用成長等問題交換意見，以深入探討影響分區點值之因素。



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。

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。



點值穩定度 2/4

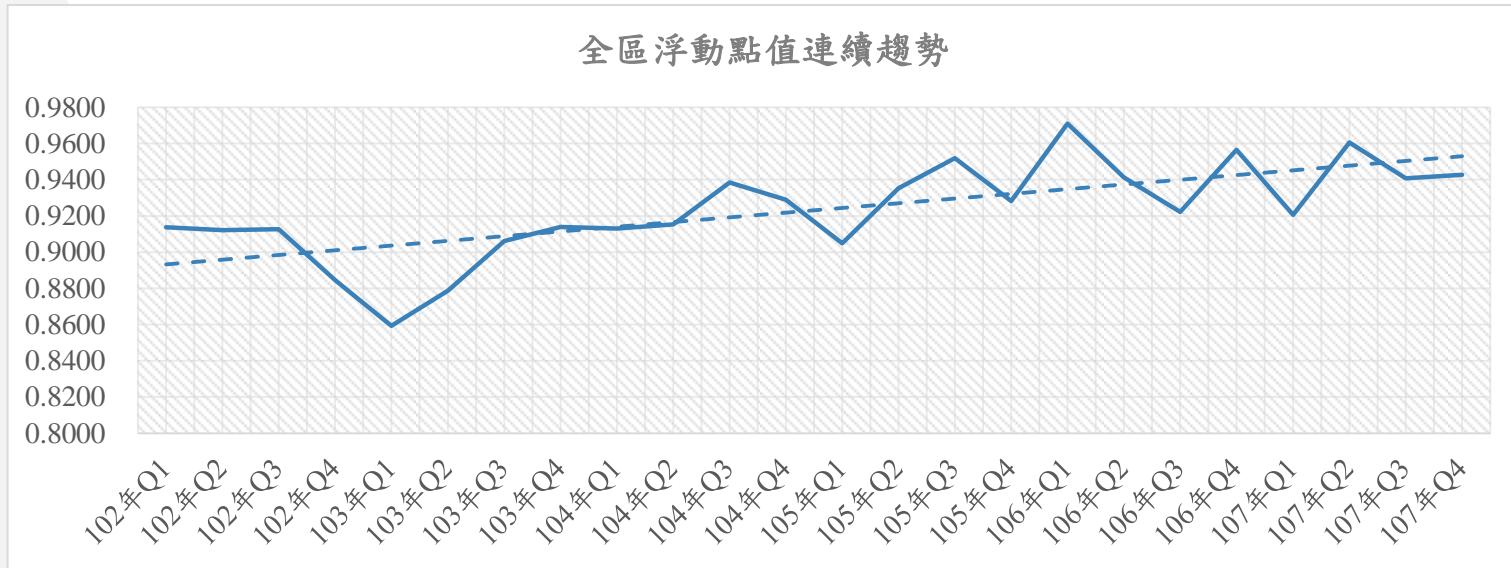
- ▶ 107年第2季各區點值表現最佳，東區浮動點值均在每點1元以上，其餘分區除預算及跨區就醫計算影響外，視當季疾病流行情形漲跌不一。

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	0.8745	0.9362	0.9226	0.9436	0.9219	1.0300	0.9206
	平均點值	0.9170	0.9614	0.9466	0.9654	0.9491	1.0225	0.9435
第2季	浮動點值	0.9476	0.9746	0.9621	1.0000	0.9765	1.1000	0.9606
	平均點值	0.9510	0.9761	0.9705	0.9947	0.9801	1.0584	0.9717
第3季	浮動點值	0.8900	0.9551	0.9241	0.9758	0.9736	1.1000	0.9408
	平均點值	0.9269	0.9703	0.9476	0.9851	0.9815	1.0663	0.9571
第4季	浮動點值	0.9177	0.9567	0.9280	0.9799	0.9625	1.0915	0.9427
	平均點值	0.9354	0.9686	0.9483	0.9854	0.9743	1.0617	0.9587



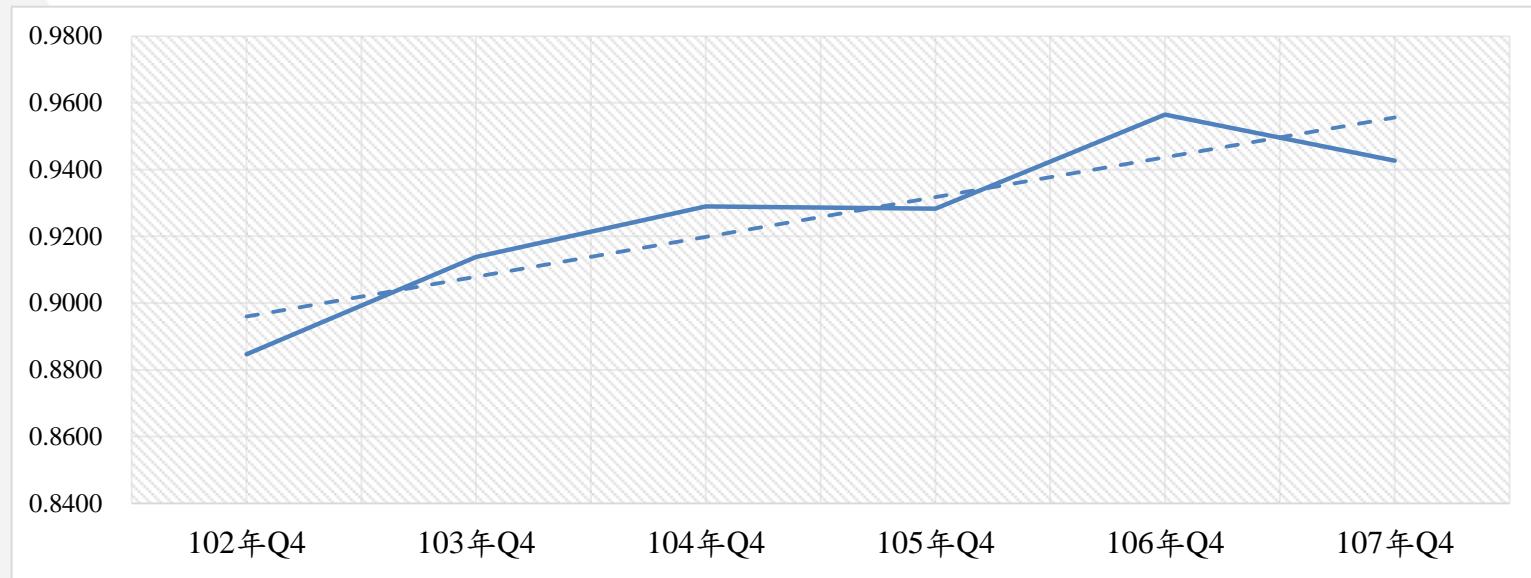
點值穩定度 3/4

- ▶ 西醫基層地區預算分配微調方式保障東區及低點值地區，除原公式分配外，另就符合特定條件之分區設計微調機制。



點值穩定度 4/4

▶ 浮動點值各年同期整體趨勢成長



專業審查及其他管理措施1/4

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

建立專案訂定審查共識、重申審查準則、異常院所分析及抽審、主題分析及管理

積極管理與輔導院所異常之申報情形



專業審查及其他管理措施2/4



- 因應醫療案件需求，審查醫師由12科主專科依專業別再分為**22科別**。
- 審查醫師未出席教育訓練及審查會議時，安排資深醫師指導，並提供書面資料。
- 審查醫師每半年進行評核乙次，每年辦理審查業務執行座談會，**107年評核結果良好**。

專業審查及其他管理措施3/4

考量各區醫療環境及輔導管理方式差異

- 本會邀請各分區分享審查管理方式及未來規畫，交換審查運作經驗及問題解決方案

例行性檢討審查規範

- 107年例行檢討家醫科等8科24條審查規範

專案性訂定審查共識

- 就爭議案件研議審查標準、適應症。107年陸續討論「超音波心臟圖審查標準」、「低密度脂蛋白-膽固醇檢驗」、「放射線診療」、「大腸鏡檢查必要性」、「四肢超音波檢查必要性」及「婦科超音波檢查必要性」等6項爭議案件審查共識專案性訂定審查共識



專業審查及其他管理措施4/4

- ▶ 初核核減率、申復後核減率及爭審後核減率全區差距皆小，且呈下降趨勢

項目	103年	104年	105年	106年	107年
初核核減率	1.01%	0.94%	0.76%	0.70%	0.37%
申復後核減率	0.78%	0.73%	0.60%	0.58%	0.33%
爭審後核減率	0.75%	0.71%	0.59%	0.57%	0.33%



院所違規情形及醫療機構輔導 1/4

▶ 違規家次及金額均較106年減少。

《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

- 「**非總額舉發**」共計190家次；違規總點數為34,971,500點。
- 與106年245家次，計46,035,615點相較，**減少55家次**，減少11,064,115點。

違規態樣-違規類型

- 「**未經醫師診斷逕行提供醫事服務**」類型較106年55家次**減少33家次**，點數大幅減少1,292,744點。
- 「**未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務**」類型為家數增加幅度最大之類型，雖較106年增加20家次，但**點數較106年減少2,160,887點**。



院所違規情形及醫療機構輔導2/4

年度	105年度				106年度				107年度			
	總額舉發		非總額舉發		總額舉發		非總額舉發		總額舉發		非總額舉發	
類型	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	136	13,029,410	1	13,261	129	1,559,462	0	0	80
罰鍰	0	0	72	15,549,944	7	86,044	74	3,805,038	0	0	32	3,414,429
其他	0	0	30	11,364,169	0	14,357	42	40,671,115	0	0	78	30,841,725
小計	0	0	238	39,943,523	8	113,662	245	46,035,615	0	0	190	34,971,500

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

註2：類型別之定義

扣減：扣減10倍之本金，即原認列之點數。

罰鍰：罰鍰之本金，即原認列之虛報點數。

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



院所違規情形及醫療機構輔導3/4

項目/年度(家次/點數)	105年度		106年度		107年度	
	家次	點數	家次	點數	家次	點數
1.未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務	77	11,923,028	62	6,778,863	82	4,617,976
2.未經醫師診斷逕行提供醫事服務	53	1,089,164	55	2,031,221	22	738,477
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	-	-	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	6	17,218	9	868,067	12	591,519
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	-	-	2	41,453
9.未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用	19	976,009	17	1,615,911	16	1,299,722
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	38	17,653,818	48	12,595,295	34	7,035,869
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	-	-	-	-	2	1,673,701
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	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	5	4,241,357	6	4,617,381	5	3,836,796
14.保險醫事服務機構容留未具醫師資格之人員，為保險對象執行醫療業務，申報醫療費用，情節重大	2	482,201	1	5,640	-	-
15.停約期間，以不實之就診日期申報，對保險對象提供之服務費用，或交由其他保險醫事服務機構申報該服務費用	-	-	-	-	-	-
16.依第一款至前款規定，受終止特約或停約一年，期滿再申請特約後，經查於終止特約或停約一年期間，有前款所定情事	-	-	-	-	-	-
17.其他	30	3,156,464	42	17,399,744	15	15,135,987
合計	238	39,943,523	245	46,035,615	190	3,4971,500



院所違規情形及醫療機構輔導 4/4

▶ 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：107年解聘審查醫藥專家共1名
- ✓ 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。



結語

1. 分級醫療自107年推動以來，各區上下轉診網絡逐漸成形，診所與醫院間展開合作對話，轉診率持續上升，分級醫療出現革命性的進展，翻轉醫療的美景正在發生。
2. 家庭醫師整合照護計畫、醫療給付改善方案等，西醫基層皆耕耘多年且表現卓越，優質的醫療品質得到病人極高滿意度，基層將持續精進提供2A3C的全人醫療，給予民眾更完善之照護。

“

- ▶ 亞馬遜CEO傑夫·貝佐斯：「聰明是一種天賦，而善良是一種選擇。天賦得來很容易，而選擇則頗為不易。」
- ▶ 選擇愛與關懷，選擇付出與包容，建立西醫基層成為善良的醫療體系，落實以病人為中心的照護模式。

”

107年度 西醫基層專案計畫執行成果報告

報告人：陳相國常務理事、徐超群醫師
中華民國醫師公會全國聯合會

報告大綱

- 全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫
- 強化基層照護能力「開放表別」
- 新增醫藥分業地區增加之藥品調劑費用
- 西醫醫療資源不足地區改善方案

全民健康保險家庭醫師 整合性照護計畫



全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫1/3

■ 103-107年家醫計畫執行情形

項目/年度	103	104	105	106	107
預算數(百萬元)	1,200.0	1,180.0	1,180.0	1580.0+ 450.0	2880.0- 450.0
預算執行數(百萬元)	1,197.3	1,180.0	1,180.0	914.9	2,430.0
預算執行率	99.78%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
執行社區醫療群數	389	426	414	526	567
退場	9	49	24	1	
新加入	20	46	37	136	46
診所數	2,890	3,035	3,057	4,063	4,558
醫師數	3,527	3,709	3,789	5,182	5,924
收案人數	2,235,088	2,484,646	2,603,757	4,134,238	4,730,740
較需照護名單人數	5,158,654	5,158,097	5,510,363	6,144,246	6,101,880
參與診所占率	28.5%	29.7%	29.90%	36.61%	43.60%
參與醫師占率	24.1%	24.9%	25.04%	33.73%	37.81%
收案人數占率	9.5%	10.5%	11.10%	17.56%	19.82%
交付名單收案在較需照護群占率	33.22%	38.60%	38.61%	49.68%	55.05%

107年收案人數仍成長約15%：

醫療群 **增加 41群**
診所數 **增加 495家**
醫師數 **增加 742名**
收案人數 **增加 596,502名**



全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫2/3

■ 103-107年績效獎勵金點值

年度	較需照護 名單數(A)	收案人數			交付名單收案數占 較需照護群占率 (B/A)	總預算數 (億)	點值
		交付名單 收案數(B)	自行收案數 (C)	合計 (B+C)			
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
107	6,101,880	3,359,025	1,371,715	4,730,740	55.05%	28.8-4.5	0.79

雖參與本計畫之醫師數或收案人數皆不斷上升，但卻因預算限制，**績效獎勵金採浮動點值支付，點值因此有逐年遞減之趨勢。**

此費用本用以獎勵家庭醫師執行家醫計畫，惟**自105年起點值持續低於0.8元**，對於認真付出及提供高醫療服務品質之醫師無疑是一種打擊，未來恐將影響醫師提升品質之意願。

全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫3/3

■ 103-107年會員滿意度調查結果

年度	分區電話 抽測通數	施測項目		
		健康諮詢 及衛教	對會員健康狀 況的了解程度	對家庭醫 師整體性
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%
107	5,398	99.3%	99.4%	99.3%

■ 家庭醫師歷年不間斷提供服務，呈現在會員滿意度中，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：38,119通/年

辦理社區衛教：2,127場/年

參與社區衛教人數：73,462人/年



強化基層照護能力「開放表別」



目的

- 落實分級醫療，壯大基層照護能力，以達科別間平衡，規劃逐年逐項分科導入。
- 因應高齡化社會需求，實現醫療社區化。



執行結果-106-108開放表別項目

項目	醫令代碼	醫令名稱	醫令點數	項目	醫令代碼	醫令名稱	醫令點數	項目	醫令代碼	醫令名稱	醫令點數
1	09111C	甲狀腺球蛋白(EIA/LIA)	90	16	14066C	流行性感冒B型病毒抗原	150	31	62047C	局部皮瓣(2公分以上)	7,310
2	09122C	INTACT副甲狀腺免疫分析	360	17	17004C	標準肺量測定(包括FRC測定)	485	32	09099C	心肌旋轉蛋白 I	450
3	09128C	C-勝鍾胰島素免疫分析	180	18	17006C	支氣管擴張劑試驗	485	33	12165C	A群鏈球菌抗原	200
4	12020C	肺炎叢漿菌抗體試驗	225	19	18005C	超音波心臟圖(包括單面、雙面)	1,200	34	19013C	陰道式超音波	957
5	12048C	運鐵蛋白-免疫比濁法	275	20	18006C	杜卜勒氏超音波心臟圖	600	35	09129C	維生素B12免疫分析	180
6	12078C	CA-153腫瘤標記(EIA/LIA法)	400	21	47043C	上消化道內視鏡止血法(任何方法)	7,818	36	12073C	淋巴球表面標記 - 感染性疾病檢驗	800
7	12079C	CA-199腫瘤標記(EIA/LIA法)	400	22	54044C	耳石復位術	432	37	12202C	C型肝炎病毒核酸基因檢測-即時聚合酶連鎖反應法	2,450
8	12151C	同半胱胺酸(Homocysteine)	400	23	64089C	腱、韌帶皮下切斷手術	2,727	38	14074C	HIV病毒負荷量檢查	4,000
9	12172C	尿液肺炎球菌抗原	320	24	86402C	網膜透熱或冷凍法再附著術	6,260	39	18007C	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	2,000
10	13008C	細菌培養鑑定檢查(包括一般細菌 真菌、原蟲等為對象的培養鑑定， 抗酸菌除外)。對同一檢體合併實施 一般培養及厭氧性培養時加算二 分之一	100	25	87031C	下眼瞼攀縮併角膜暴露矯正術	5,820	40	18019C	攜帶式心電圖記錄檢查	2,800
11	13009C	細菌藥物敏感性試驗 - 1菌種	150	26	09113C	皮質素免疫分析	240	41	20013C	頸動脈超音波檢查	800
12	13010C	細菌藥物敏感性試驗 - 2菌種	230	27	12086C	人類白血球抗原 - HLA-B27	1,351	42	22017C	平衡檢查	450
13	13011C	細菌藥物敏感性試驗 - 3菌種以上	300	28	12121C	甲促素結合體抗體	360	43	51018C	光化治療一天	855
14	13017C	KOH顯微鏡檢查	45	29	57017C	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器 (每次)	30	44	51019C	光線治療(包括太陽光、紫外線、 紅外線)一天	430
15	14065C	流行性感冒A型病毒抗原	150	30	62046C	局部皮瓣(1-2公分)	3,350	45	51033C	皮膚鏡檢查	250

執行結果-106-108年開放表別預算執行點數

年度	生效日期	項目數	106年 預算執行點數	107年 預算執行點數	108年Q1 預算執行點數
106年度	106.5.1	25項	134,187,150	228,169,943	97,154,058
107年度	107.2.1	6項		5,391,864	1,461,779
	107.6.1	3項		54,085,495	25,996,540
108年度	108.4.1	11項			尚無數據
合計		45項	134,187,150	287,647,302	124,612,377
預算費用			2億	4.5億	7.2億
預算執行率			53.7%	63.9%	17.3%



遞延效應：

如106年25項開放表別項目，預算為250百萬點，惟此25項於107年已達228百萬點，預估108年將超出原預算金額。



執行結果-開放表別項目衍生費用

- 西醫基層持續擴大照護基層民眾照護需求，每年爭取開放表別項目專款項目，其所衍生之其他費用，已遠超所爭取開放別表項目費用。
- 以107年開放表別項目為例，約有325.0百萬點由一般服務費用支應。

項目	專款費用	一般服務費用				醫療費用 $F=A+B+C+D+E$
	開放表別項目費用 A	診察費 B	診療費 C	藥費 D	藥事服務費 E	
費用	288,371,437	222,679,943	63,968,849	28,104,020	10,288,358	613,412,607
小計	288,371,437	325,041,170				613,412,607

註1：106年5月1日起開始申報25項開放別表項目。107年2月1日起開放6項；107年6月1日起開放3項。

註2：本資料未扣除去年度基期跨表申請醫令費用。

資料來源：本會健保倉儲資料。



運作方式-西醫基層辦理開放表別項目時程

時程	內容
1-3月	收集各專科醫學會、縣市醫師公會、執行會六分會等建議項目及說明理由
4月	函請健保署提供財務評估資料
5月	函請執行會六分會依建議項目理由及財務評估資料，併考量項目之重要性、必要性及適切性提列若干項目
6月	基層醫療委員會討論
6-7月	依會議決議項目，續函原建議單位及相關醫學會，提供後續管控措施
8月	續提基層醫療委員會討論，排序優先項目編列西醫基層『開放表別』專款項目及預算
9-11月	依西醫基層總額協商『開放表別』專款預算，確認該年度開放項目
12月	提報健保署西醫基層總額研商議事會議討論，由衛生福利部公告實施



運作方式-盤點待開放表別資料庫

開放表別資料庫

- 依支付標準總則四規定，申請支付標準適用類別以外之項目（又稱個別院所申請跨表項目）。
- 由各專科醫學會、各縣市醫師公會及基層審查執行會六分會建議之項目。

項目	106年	107年	108年
相關單位	9個專科醫學會、 3個縣市公會、 4個執行會分會、 1個其他。	8個專科醫學會、 4個執行會分會	執行會、 健保署
建議項目數	68項	48項	43項
新增開放 項目數	25項	9項	11項

- 排除106-108年已開放項目後，未開放項目含：
 - 個別院所申請跨表項目，計116項。
 - 依相關單位建議項目，計59項。
 - 上述合計145項。



運作方式- 新增開放項目外，併要求品質與合理管控1/3

■ 針對新增開放項目，與各專科醫學會合作

✓ 函請相關專科醫學會提供建議或管控措施

- 19013B陰道式超音波→台灣婦產科醫學會
- 51033B皮膚鏡檢查→台灣皮膚科醫學會
- 22017B平衡檢查→台灣耳鼻喉科醫學會、台灣神經學學會、中華民國骨科醫學會、
- 22017B平衡檢查→台灣耳鼻喉科醫學會、台灣神經學學會、中華民國骨科醫學會、
- 20043B巴金森氏症UPDRS量表、09047B銅、12050B轉銅素免疫比濁法→台灣神經學學會

✓ 邀請相關專科醫學會代表出席會議討論

- 51018C光化治療一天、51019C光線治療→台灣皮膚科醫學會

運作方式- 新增開放項目外，併要求品質與合理管控2/3

- 每月檢視預算執行情形，每二個月提會報告。
- 高成長項目管控：
 - ✓ 討論A型、B型流感快篩申報費用「管控措施」案。
 - 考量各區醫療環境不同，請各區自主追蹤監控申報情形，並訂定合宜抽審指標，加強院所管控。
 - 若影響健保財務平衡，則訂定統一管控措施，加強審查。
 - 106年執行情形如下：

醫令 代碼	醫令名稱	含材料費 支付點數	5月 醫令點數	6月 醫令點數	7月 醫令點數	8月 醫令點數	9月 醫令點數	10月 醫令點數	11月 醫令點數	12月 醫令點數
14065C	流行性感冒A型病毒抗原	150	3,095,700	10,465,950	13,746,750	6,279,300	3,091,800	2,415,000	3,041,250	7,523,100
14066C	流行性感冒B型病毒抗原	150	3,059,850	10,329,150	13,575,000	6,224,550	3,078,000	2,406,450	3,026,850	7,518,450

運作方式- 新增開放項目外，併要求品質與合理管控3/3

➤建議修訂西醫基層「開放表別項目」之支付標準規定案(已提報健保署，尚待討論)

- ✓ 有關106-108年開放表別項目，除「流行性感冒A型病毒抗原(14065C)」及「流行性感冒B型病毒抗原(14066C)」2項維持兼任醫師可執行外，餘項建議新增「除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。」之規定。
- ✓ 修訂「杜卜勒氏彩色心臟血流圖(18007C)」、「光化治療 一天(51018C)」、「光線治療(包括太陽光、紫外線、紅外線)一天(51019C)」、「皮膚鏡檢查(51033C)」等限專科醫師申報及修訂適應症。



討論1/2

預算執行率有辦法接近100%?

1. 年度新增項目，在總額協商後，本會決議→健保署研議→衛生福利部公告，作業時間長，往往公告開放時間落在第一、二季之間。
2. 預算使用情形，有時間差，難以在年中前再討論新增項目。例如：107年2月開放6項；6月開放3項目，預算使用情形約落差2個月。
3. 新項目開放，有遞延效用，需數個月宣導期，申報才可能趨於平穩。



討論2/2

開放表別項目，是否有減少民眾到醫院就醫？

以106年開放之A、B流感快篩、耳石復位術為例，107年西醫基層申報件數較106年更趨近醫院件數，顯示就醫及時性及方便性影響民眾選擇。

年度	醫院合計			西醫基層		
	A流快篩件數	B流快篩件數	耳石復位術	A流快篩件數	B流快篩件數	耳石復位術
106年	507,121	506,251	21,321	332,623	329,683	14,462
107年	648,120	647,232	25,165	594,527	593,621	24,649

結論

- 本於善良管理之責任，不一味追求增加西醫基層就診率，而增加開放項目。
- 部分開放表別項目，實施尚未滿一年，將持續監控申報情形。
- 建議五年內平均年成長率低於1%以內之項目，可移列至一般服務費用支應。



新增醫藥分業地區所增加之 藥品調劑費用



新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 1/4

■ 計畫目的

- 基層總額90年7月開辦時，當時衛生署公告新增醫藥分業增刪頻繁，健保署難以預估因處方交付特約藥局調劑所增加之費用。
- 配合醫藥分業政策，費協會91年公告規定「協定醫療給付費用總額後，本保險機關依法公告新增實施醫藥分業地區，因處方交付特約藥局調劑所增的費用，不包含於本總額範圍內」辦理。



新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用_{2/4}

■ 經費來源

- 106年以前均由其他預算「其他預期政策及調節非預期風險所需經費」項目支應
 - ▷ 由健保署逕行動支，依當季各分區實際支用狀況，併入西醫基層總額各區一般服務結算。
- 107年度基層總額列於專款項目
 - ▷ 前項其他預算專款項目修訂內容。
 - ▷ 目前已無新增醫藥分業地區，費用穩定。



新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 3/4

■ 執行情形及成效評估

分區/年度	103	104	105	106	107	占率
台北	1,848,708	1,848,708	1,848,708	1,848,708	1,848,708	1.03%
北區	14,813,506	14,813,506	14,813,506	14,813,506	14,813,506	8.32%
中區	8,356,436	8,356,436	8,356,436	8,356,436	8,356,436	4.69%
南區	43,254,260	43,254,260	43,254,260	43,254,260	43,254,260	24.3%
高屏	34,170,962	34,170,962	34,170,962	34,170,962	34,170,962	19.2%
東區	75,070,019	75,070,019	75,070,019	75,070,019	75,070,019	42.17%
全區	177,513,891	177,513,891	177,513,891	177,513,891	177,513,891	99.72%
總預算	178,000,000	178,000,000	178,000,000	178,000,000	178,000,000	
執行率	99.7%	99.7%	99.7%	99.7%	99.7%	

- 新增醫藥分業地區採逐年累計，已無新增地區，故103-107年各區費用均相同，整體執行率為99.7%。
- 各區費用執行占率以東區較高42.17%，最低為台北區1.03%，顯見政策推動與地區資源差異。



新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 4/4

■ 檢討與改善方向

- 本項費用已趨穩定，協商107年度基層總額成長率項目時，本會反對列入一般預算，係未免滾入基期後，造成各區費用分配不公問題，喪失本項預算運用之特殊性。
- 建議仍維持專款專用。



西醫醫療資源不足地區 改善方案



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
- 超群診所院長
- 94年度起參與規劃並實地執行巡迴醫療計畫

報告大綱

壹、107年度方案目標及修正重點

貳、執行結果

參、成效評估

肆、107年評核委員評論意見及期許之回應說明

伍、結論及未來展望

壹、107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。
- **107年度預算為187百萬元**，與醫院總額同項專款相互流用。



施行區域

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



費用支付-巡迴醫療服務計畫

- 診察費加成：基層診所每件依105年全年平均診察費292點加計3成；
醫院診察費按申報點數加計2成支付，每點金額以1元計。
- 醫事人員報酬以「論次計酬」支付：

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

費用支付-獎勵開業服務計畫

- 該診所總額內核定點數以該區浮動每點支付金額至少1元計算，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**。
- 如總額內核定點數超過保障額度，依該區點值每點金額至少1元計算。
- 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。
- 如同時提供開業及巡迴醫療服務，其巡迴醫療之論次費用以**30%**支付。



107年度修正重點1/2

施行 區域

- 107年度預定公告之施行區域，計115個(基層診所85個，醫院30個)，較106年減少1個鄉鎮。

加成 費用

- 基層診所之診察費加成，每件依105年全年平均診察費292點加計3成。

巡迴 計畫 修正

- 放寬方案所訂下列情形，得由院所提出申請，經保險人審查同意後，執行巡迴服務：
 1. 診療時間、地點異動，同一院所一年超過五次。
 2. 每位巡迴醫師1天得至不同地點提供最多2診次巡迴醫療
 3. 每位醫事人員，該年度實際備援巡迴醫療次數限制等



107年度修正重點 2/2

開業 計畫 修正

- 執行本計畫特約診所之執業地點，與原開業之西醫醫事服務機構設址地點為不同的村(里)，並由分區業務組評估後核定。
- 該診所總額內核定點數以該區浮動每點支付金額至少1元計算，超過保障額度者，則依該區點值每點支付金額至少1元計算。

經費 運用

- 為鼓勵醫療資源缺乏地區之診所例假日開診，計畫相關規定增列醫缺地區診所醫療費用每點補至1元之差額費用及例假日案件診察費加計之2成費用，由本計畫支應。



貳、執行結果

醫療服務提供概況- 歷年巡迴醫療服務統計

- 107年巡迴鄉鎮數與近兩年差異不大。
- 107年雖執行院所數與106年差異不大，但參與醫師數略為增加。

項目\年別	103年	104年	105年	106年	107年
參與醫師數	176	150	139	138	159
參與護理人員數	308	290	301	299	281
參與藥事人員數	66	64	57	50	56
計畫數(執行院所數)	139	124	118	119	122
巡迴鄉數	90	86	84	82	83
巡迴點數(村數)	323	295	281	273	274

醫療服務提供概況- 107年各分區巡迴醫療服務統計

- 南區同以往為巡迴鄉數 最多的一區。

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	85	8	15
參與護理人員數	20	8	40	149	23	41
參與藥事人員數	0	2	6	35	4	9
巡迴鄉數	11	9	16	34	5	8
執行院所數	13	8	19	67	6	9
巡迴點數(村數)	33	17	42	145	15	22



醫療服務提供概況-

醫師科別分布

- 近年皆以家醫科為最多，內科及外科次之。
- 107年第一次新增1名具老人醫學科資格醫師。

科別＼年別	家醫科	內科	外科	小兒科	婦產科	骨科	耳鼻喉科	神經外科	泌尿科	精神科	皮膚科	神經內科	復健科	放射腫瘤科	急診醫學科	消化外科	麻醉科	老人醫學科	不分科	眼科	腸胃科	新陳代謝科	核子醫學科	職業病科	總計
103	78	27	21	12	10	8	6	3	2	0	1	0	1	0	6	0	0	0	9	0	0	0	0	0	184
104	71	25	21	16	10	5	3	1	1	1	2	1	1	0	8	1	1	0	5	0	0	0	0	0	173
105	69	27	18	12	10	5	2	1	1	1	2	2	0	0	6	1	1	0	4	0	0	0	0	0	162
106	71	25	21	13	11	4	2	1	1	0	3	2	0	1	7	1	2	0	5	0	0	0	0	0	170
107	70	25	23	13	11	5	2	1	1	0	3	1	0	1	9	1	2	1	5	0	0	0	0	0	174

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												全部 就醫次數	
	台北			北區		中區		南區		高屏		東區		
	就醫率	就醫次數	就醫率	就醫次數	就醫率	就醫次數	就醫率	就醫次數	就醫率	就醫次數	就醫率	就醫次數	就醫率	
台北	36.23%	596,246	0.06%	522	0.18%	2,138	0.59%	6,965	0.02%	180	0.17%	2,055	608,106	
北區	0.06%	196	28.84%	161,351	0.10%	375	0.11%	440	0.00%	14	0.01%	45	162,421	
中區	0.06%	906	0.03%	491	29.79%	805,220	0.29%	4,132	0.01%	185	0.02%	256	811,190	
南區	0.08%	2,035	0.02%	552	0.18%	4,819	40.20%	2,004,282	0.07%	1,938	0.02%	526	2,014,152	
高屏	0.03%	53	0.01%	28	0.05%	136	0.52%	1,850	26.35%	142,773	0.04%	127	144,967	
東區	0.47%	1,232	0.05%	110	0.18%	388	0.38%	963	0.05%	136	41.37%	231,738	234,567	

• 資料來源 - 中央健康保險署二代及三代倉儲系統門診明細檔及保險對象資訊檔 (擷取時間 : 108年05月03日)。

• 就醫人數以身分證號碼及生日歸戶。

• 醫不足地區即各年度醫療資源不足地區改善方案實施鄉鎮(區)

• 醫不足地區就醫率 = 就醫於醫不足地區之人數 / 投保於醫不足地區之人數。

• 各分區就醫率(以台北區為例) = 就醫於各分區醫不足地區之人數 / 投保於台北區醫不足地區之人數。



民眾利用概況- 107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	562	14.13%	201,458
2	本態性(原發性)高血壓	270	6.80%	256,871
3	第二型糖尿病	148	3.71%	188,612
4	急性支氣管炎	142	3.58%	50,900
5	背痛	142	3.58%	53,604

- 資料來源 - 中央健康保險署二代及三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。
- 醫療點數=申請點數+部分負擔金額。
- 占率指該疾病之件數占西醫醫療資源不足地區合計件數之比例。

民眾利用概況 - 醫療資源不足地區就醫年齡層分布

年齡層	103年		104年		105年		106年		107年	
	人數	占率								
0-9	36,020	6.90%	34,027	6.30%	26,528	5.47%	28,876	5.60%	28,379	5.6%
10-19	64,410	12.30%	64,180	11.90%	51,431	10.60%	51,834	10.10%	49,389	9.7%
20-29	36,558	7.00%	39,021	7.20%	36,814	7.59%	38,733	7.60%	39,316	7.7%
30-39	50,597	9.70%	52,136	9.70%	47,710	9.83%	49,536	9.70%	48,539	9.5%
40-49	61,854	11.90%	62,595	11.60%	53,405	11.01%	57,632	11.30%	57,932	11.4%
50-59	70,944	13.60%	74,872	13.90%	69,135	14.25%	74,306	14.50%	74,326	14.6%
60-69	75,050	14.40%	77,886	14.40%	76,679	15.81%	83,293	16.30%	84,409	16.6%
70-79	84,099	16.10%	87,791	16.30%	73,070	15.06%	73,462	14.40%	71,890	14.1%
80-89	37,891	7.30%	42,724	7.90%	44,441	9.16%	47,400	9.30%	48,569	9.5%
90以上	4,319	0.80%	4,865	0.90%	5,929	1.22%	6,577	1.30%	7,175	1.4%
總計	521,742	100%	540,097	100%	485,142	100%	511,649	100%	509,924	100.0%

- 資料來源 - 中央健康保險署二代及三代倉儲系統門診明細檔及保險對象資訊檔。



民眾利用概況- 歷年巡迴醫療民眾利用統計

項目\年別	103年	104年	105年	106年	107年
巡迴總診次	13,103	12,658	11,621	11,875	12,272
巡迴總人次	227,662	214,661	198,760	216,131	232,146
平均每診次服務人次	17	17	17	19	19

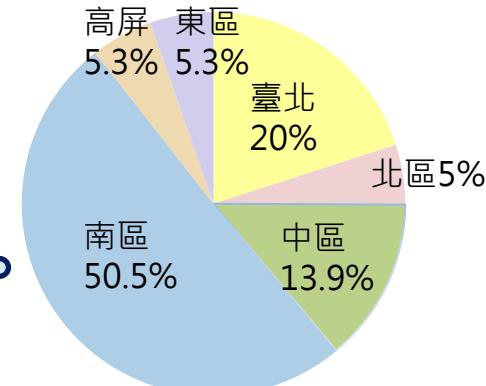
107年巡迴醫療服務總診次較106年增加397診次，服務總人次增加16,015人次，表示增加診次同時也帶給民眾更多看診便利性，讓民眾能有更多機會接受醫療服務的機會，而平均每診次服務人次與歷年相較仍介於17~19人之間，顯示本方案之實施，仍穩定提供當地民眾醫療需求



民眾利用概況- 107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	1,571	759	1,701	6,786	545	910
巡迴總人次	46,495	11,714	32,156	117,208	12,180	12,393
平均每診次服務人次	30	15	19	17	22	14

統計107年巡迴總人次，
主要集中於南區(50.5%)
及台北區(20%)。



民眾利用概況- 歷年巡迴醫療費用申報統計表

項目\年別	103	104	105	106	107
醫療費用(千點)	109,210	105,775	91,038	99,070	105,074
平均每診次點數	8,335	8,356	7,834	8,343	8,562
平均每人次點數	480	493	458	417	453
論次報酬(千點)	83,346	81,972	75,932	79,569	82,743
診察費加成(千點)	14,520	14,397	16,589	18,289	20,185

• 資料來源-中央健康保險署分區統計結果。

• 醫療費用為申請點數+部分負擔。

民眾利用概況 - 各分區巡迴醫療費用申報統計

單位：千點

項目\分區別		臺北	北區	中區	南區	高屏	東區
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
107	醫療費用	19,604	5,299	13,193	53,337	7,028	6,613
	診察費加成	4,077	1,026	2,756	10,317	937	1,071

歷年獎勵開業服務計畫申辦與服務情形 暨醫療費用申報概況

- 104及105年無參與方案新開業獎勵之基層診所。
- 102年及103年申請之7家新開業基層院所，106年時僅剩103年開業之2家診所。
- 107年申請開業診所為歷年來最多，共計7家，107年度總計共有12家開業診所。

項目\年別	105	106	107
新開業診所數	0	5	7
持續辦理開業計畫診所數	4	2	5
定額給付(千點)	10,838	17,001	38,973
申報件數(千件)	22.4	23.7	45.8
醫療費用點數(千點)	10,838	10,846	20,809
平均每件醫療費用點數	474	458	454

- 資料來源：健保會108年指標要覽及總額協商指標、中央健康保險署各分區統計及本方案結算結果。
- 醫療費用=申請點數+部分負擔。



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	103年	104年	105年	106年	107年
目標數					
鄉鎮數(個)	93	88	86	84	85
巡迴總服務人次	225,000	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)	90	86	84	82	83
巡迴總服務人次	227,662	219,626	200,173	216,131	232,146
巡迴總服務時數/診次	13,103	12,836	11,612	11,875	12,272
目標達成率					
鄉鎮數	96.77%	97.73%	98.00%	97.62%	97.64%
巡迴總服務人次	101.18%	97.61%	88.97%	96.06%	103.18%
巡迴總服務時數/診次	131.03%	128.36%	116.12%	118.75%	122.72%

計畫達成情形- 歷年巡迴醫療服務目標達成統計2/2

- 107年度預定公告之施行區域計有115個(基層診所85個，醫院30個)，基層診所之較前一年度增加1個鄉鎮(花蓮縣瑞穗鄉改由基層診所承作)。
- 107年度基層診所實際執行鄉鎮數為83個，未承作地區為台中市外埔區及彰化縣線西鄉，皆無基層院所登記辦理。108年度方案皆已改由醫院承作。

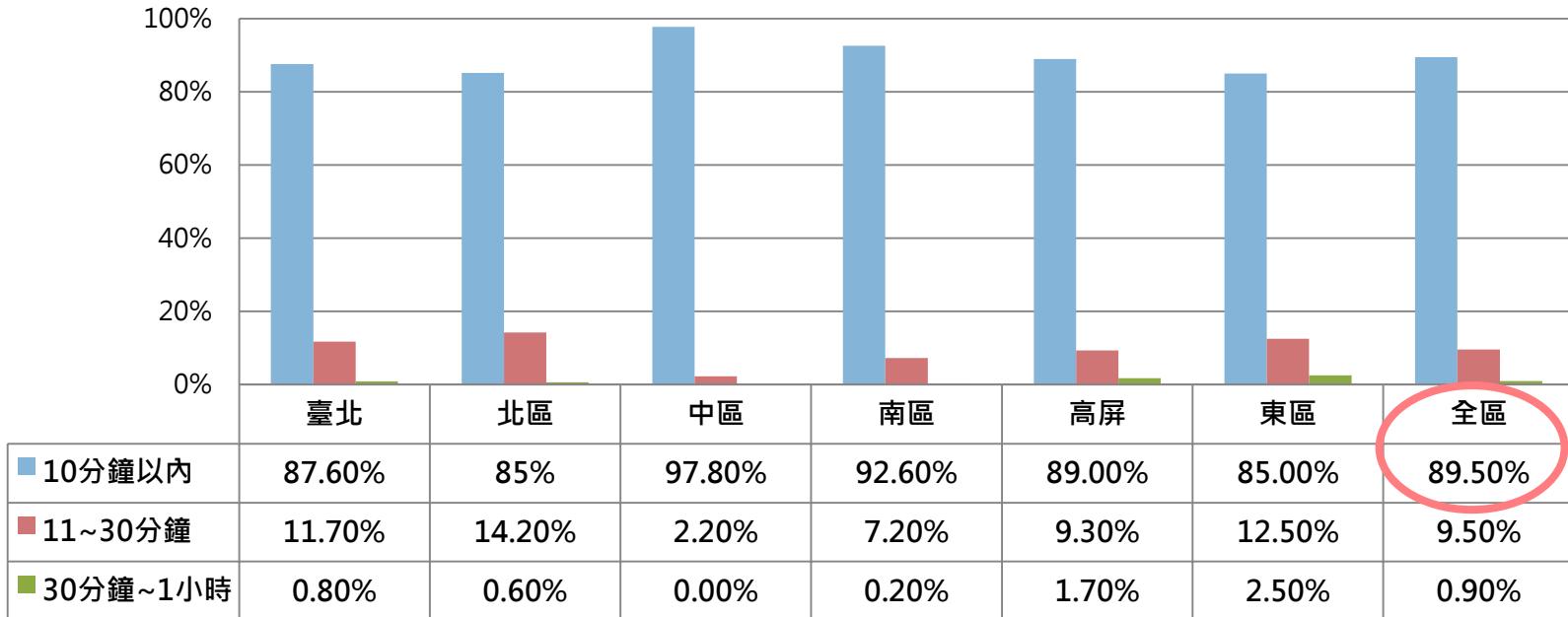


計畫達成情形 - 各分區巡迴醫療鄉鎮執行概況

分區/年度	103年		104年		105年		106年		107年	
	執行鄉鎮數	占率								
臺北	10	100%	11	92%	11	100%	11	100%	11	100%
北區	7	100%	7	100%	9	100%	9	100%	9	100%
中區	14	100%	16	89%	18	95%	16	89%	16	89%
南區	32	94%	37	100%	34	100%	34	100%	34	100%
高屏	8	100%	6	86%	5	100%	5	100%	5	100%
東區	10	100%	9	100%	7	88%	7	100%	8	100%
總計	81	98%	86	96%	84	98%	82	98%	83	98%

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

民眾就醫可近性- 107年民眾到達就醫地點所花時程



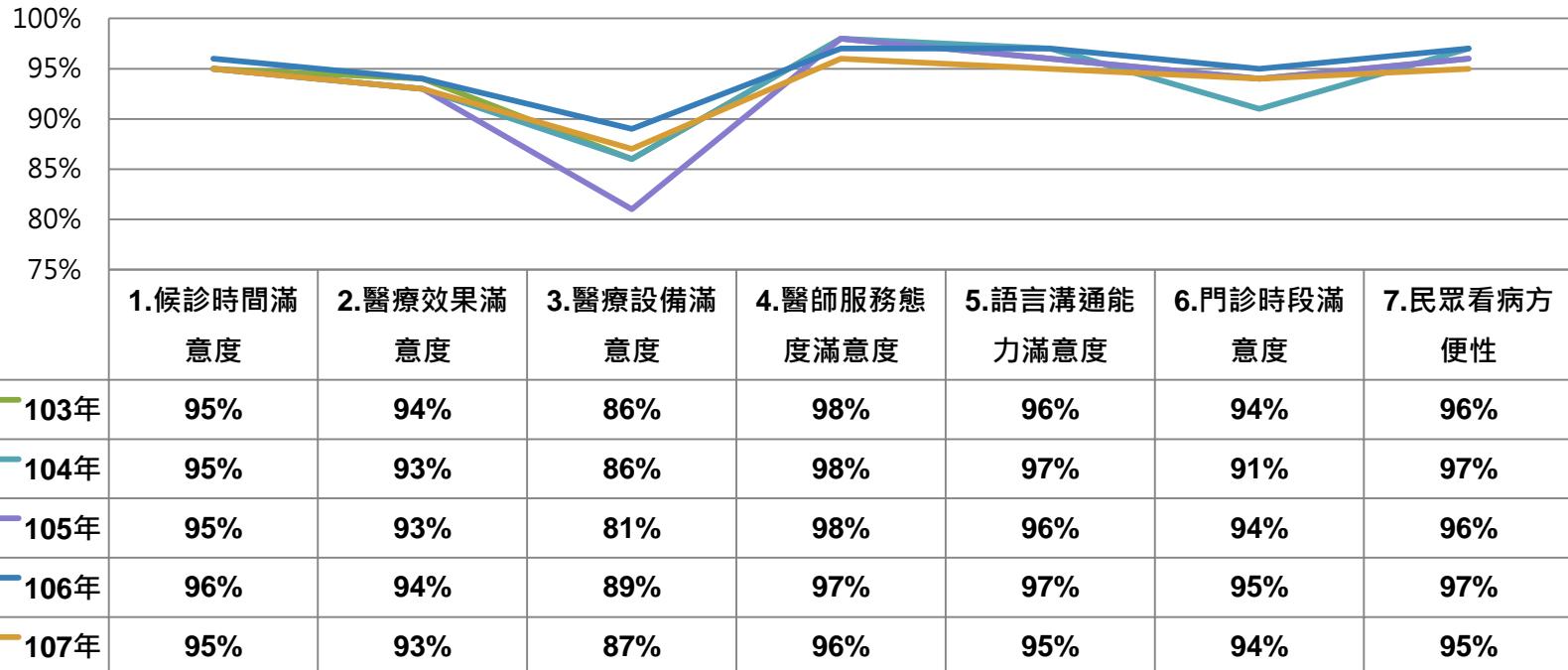
• 資料來源：中央健保署各分區業務組。

民眾就醫可近性- 提供「到宅」行動醫療照護

- 執行院所多半秉持行動醫療精神，提供到宅診療訪視服務，經由給藥服務之說明，不僅使平日生活無人相陪之年長者或行動不便者脫離就醫障礙，健康更有保障；同時因為這股暖意流注，當地民眾心靈亦不再孤寂，身心有所慰藉。
- 統計107年到宅診療訪視服務，全區計有56家院所。

分區	家數
臺北	3
北區	1
中區	11
南區	35
高屏	2
東區	4
合計	56

民眾滿意度評估- 歷年民眾滿意度評估表



• 資料來源：中央健保署各分區業務組。



民眾滿意度評估-

107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	533份	176份	545份	1,634份	112份	120份	3,120份
候診時間滿意度	99.9%	92.61%	98.8%	94.3%	98.0%	86.0%	94.94%
醫療效果滿意度	99.4%	90.34%	98.4%	94.3%	96.3%	81.0%	93.29%
醫療設備滿意度	98.0%	82.20%	97.0%	85.0%	95.8%	63.0%	86.83%
醫師服務態度滿意度	100.0%	92.80%	99.4%	96.8%	99.3%	90.0%	96.38%
語言溝通能力滿意度	98.7%	85.61%	99.3%	96.0%	99.3%	90.0%	94.82%
門診時段滿意度	99.6%	88.64%	98.7%	94.5%	98.5%	87.0%	94.49%
民眾看病方便性	97.4%	88.92%	99.0%	95.4%	99.7%	90.0%	95.07%



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
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
107年	2	4	3	14	6	0	29

- 資料來源：中央健保署各分區業務組

實地訪查與檢討 - 107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	2	0	0	2
北區	2	2	0	0	4
中區	0	3	0	0	3
南區	3	11	0	0	14
高屏	6	0	0	0	6
東區	0	0	0	0	0
占率	37.9%	62.1%	0%	0%	100%

- 資料來源：中央健保署各分區業務組

實地訪查與檢討 - 107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

預算執行情形- 醫缺地區診所點值保障及例假日診察費加成費用

- 107年起方案新增支用全民健康保險法第四十三條第四項所訂之醫療資源缺乏地區條件施行地區之診所醫療費用每點支付金額補至1元之費用，及例假日診察費加計2成之費用。

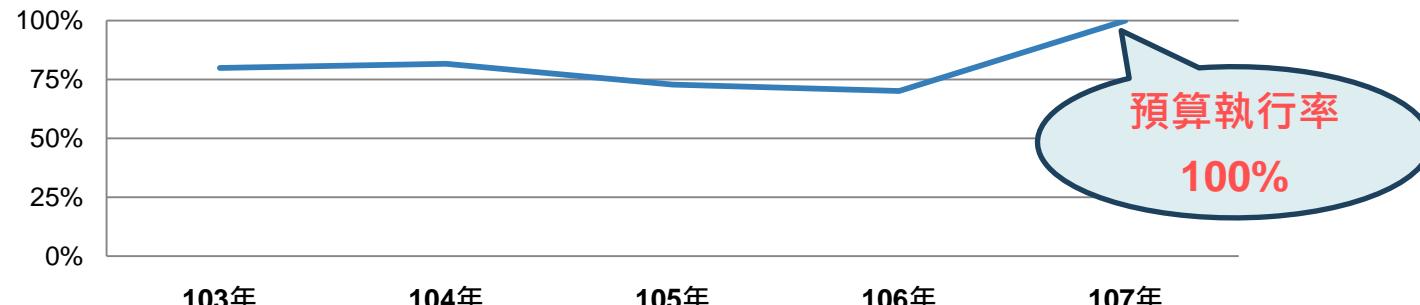
項目\年度	107年
醫缺地區診所點值保障(點值補助差額)(千點)	38,888
例假日診察費加成點數(千點)	15,676
總計	54,564

- 資料來源：中央健保署

預算執行情形- 歷年方案預算及執行

項目/年度	103年	104年	105年	106年	107年
預算數 (百萬元)	150	150	240	180	187
執行數 (百萬元)	120	123	175	127	187
預算執行率	79.93%	81.68%	72.83%	70.07%	100%

- 資料來源：中央健保署各分區業務組
- 107年西醫基層超出預算，由醫院總額同項專款支應約6.7百萬元，不足部分並改採浮動點值，若未採浮動點值，則執行率約104.5%。



108年本會南區實地訪查活動1/4



雲林縣：
古坑鄉棋盤村活動中心
許智強醫師—小太陽小兒科診所



嘉義縣：
番路鄉觸口村逐鹿社區
林文淵醫師—番路衛生所

108年本會南區實地訪查活動2/4

設置明顯巡迴公告



古坑鄉許智強醫師看診實況



陳時中部長親
臨訪視巡迴醫
療現場



小太陽小兒科診所巡迴醫療經驗分享



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

108年本會南區實地訪查活動3/4

張貼明顯巡迴公告



番路鄉林文淵醫師
看診實況



訪查委員
合影



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

108年本會南區實地訪查活動4/4

曾良達診所— 曾良達醫師糖尿病照護實例分享



王國哲診所—巷弄長照站



肆、107年評核委員評論意 見及期許之回應說明

107年評核委員 評論意見及期許之回應說明 1/10

⊗意見一：

我國行政區域之山地鄉與平地鄉設置由來已久且難以變革，建議健保給付與一般行政區域劃分脫鉤，可考慮依照實際狀況，設定醫缺區之劃分條件(如醫缺一級地區、醫缺二級地區)，以真實反映當地醫療需要，並據以設計相關配套措施。



107年評核委員 評論意見及期許之回應說明2/10

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. 目前已採「醫療資源導入較容易、一般及較困難」等三級，且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。



107年評核委員 評論意見及期許之回應說明3/10

⊗意見二：

巡迴醫療服務時段，有時病人數有限，為使資源能有效運用，建議思考適度開放居家醫療，讓巡迴醫療服務更有效益。醫療資源不足地區之在地民眾多為高齡族群，應規劃與長照2.0及居家服務進行資源整合。



107年評核委員 評論意見及期許之回應說明4/10

1. 計畫規定巡迴醫療服務可提供多元化的服務方式，除以專科巡迴方式外，還可以提供行動不便者到宅醫療服務或疾病個案管理服務等方式執行。
2. 目前已有的「提供到宅診療訪視服務」，使行動不便的長者也能得到良好的醫療照護。



107年評核委員 評論意見及期許之回應說明5/10

意見三：

巡迴醫療服務計畫中目標鄉鎮86個，已提供82個鄉鎮巡迴醫療服務，且119家院所中有52家提供到宅診療訪視服務，值得肯定，但106年本方案預算執行率略降(70.7%)，宜請繼續努力。



107年評核委員 評論意見及期許之回應說明6/10

1. 107年參加本計畫院所，共計有56家持續提供到宅診療訪視服務，本會也將持續鼓勵醫師依地方民眾需求，提供最適切的醫療服務方式。
2. 107年預算執行率創歷年新高，達100%，且因超出基層預算，由醫院總額同項專款支應約6.7百萬元，並改採浮動點值，若未採浮動點值，則執行率約104.5%。巡迴總服務人次持續增加，表示西醫基層醫師於醫療資源不足地區所提供的醫療服務深獲民眾肯定及信賴。



107年評核委員 評論意見及期許之回應說明7/10

◎意見四：

建議西醫基層總額部門藉由實際服務的經驗中，分析目前醫缺區醫療需求與服務模式，研擬轉型方案，以提供當地民眾更適切的服務。某些地區的獎勵開業服務計畫醫療利用偏低，應思考其他服務型態(如：新北市貢寮區衛生所之澳底群體醫療中心)。



107年評核委員 評論意見及期許之回應說明8/10

1. 本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，同時也積極鼓勵院所於當地辦理開業，以期提供民眾更長期且穩定的醫療服務，提高民眾就醫方便性。
2. 藉由滿意度調查，以了解民眾進一步的需求及須改善之處，同時請院所定期繳交執行報告，並評估並說明執行情況，亦可提出建議意見以作為改善方案的參考。
3. 本方案每年檢討修正一次，綜合實際執行情況及各項意見提出建議修正方案，107年底已參考委員的建議意見，檢討醫療利用偏低的開業診所退場機制，108年方案已修正新增有退場機制，使方案更臻完善，達到方案設立之目標，以提供更適切的醫療服務符合醫療資源不足地區民眾所需。



107年評核委員 評論意見及期許之回應說明9/10

⊗意見五：

106年健保署各分區實地訪查考核巡迴醫療服務，結果均達80分以上，建議考核指標可更細緻。



107年評核委員 評論意見及期許之回應說明10/10

1. 本方案針對巡迴醫療服務及開業計畫院所皆訂有考核要點，針對診療服務以實地考核或電話抽查方式執行；實際巡迴服務內容考核含括多樣(如行動不便者到宅診療給藥服務及訪視、解釋用藥安全、看診環境、診療設備、看診人次、查閱健保雲端藥歷系統等)，並規定須加入民眾意見評核資料考核等，具多種綜合評核面向，同時針對各診療點做病人滿意度調查評核，以檢視醫療服務成效。
2. 倘考核成績平均達80分以上，表示巡迴醫療品質穩定且服務量能佳，更應給予院所肯定與鼓勵。



伍、結論及未來展望

結論及未來展望1/3

- 107年度預算執行率達百分之百且超過預算，除服務總診次增加造成服務總人次提高外，辦理開業服務計畫的院所亦屬歷年最高，共計達12家，且服務量增加同時也維持著一定的服務人次，平均每診次達19人。由此觀之，西醫基層醫師所提供的醫療服務深獲民眾信賴及肯定，達成本計畫辦理目的之初衷，滿足醫療資源不足地區民眾的醫療需求。



結論及未來展望2/3

- 106年度5家及107年7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，支持並鼓勵院所進駐偏鄉執業，並維持醫師的服務意願，讓醫師能於當地安心執業，長期提供當地民眾在地化且全面性的醫療照護。



結論及未來展望3/3

- 未來亦將持續蒐集各方對於計畫執行之實務意見，與中央健保署進行問題之釐清、討論及改善，研議修正109年之計畫，期方案能更符合民眾醫療需求，照護偏鄉民眾健康，消弭無醫鄉鎮，落實方案施行之初衷及目的。





THANK YOU!

