

101 年全民健保各部門總額執行成果摘要

全民健康保險醫療費用協定委員會 編印

中華民國 101 年 8 月

(本摘要僅供總額預算協商之參考)

目 錄

壹、一般服務執行成果

一、牙醫門診總額一般服務執行成果摘要表.....	1
二、中醫門診總額一般服務執行成果摘要表.....	14
三、西醫基層總額一般服務執行成果摘要表.....	27
四、醫院總額一般服務執行成果摘要表.....	41
五、門診透析一般服務執行成果摘要表.....	65

貳、專案計畫執行成果

一、牙醫門診總額專案計畫

1.牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案.....	73
2.牙醫特殊醫療服務試辦計畫.....	79
3.牙周病統合照護計畫.....	84

二、中醫門診總額專案計畫

1.中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案.....	89
2.中醫醫療照護計畫.....	94

三、西醫基層總額專案計畫

1.西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案.....	115
2.家庭醫師整合性照護制度計畫.....	120
3.西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫.....	126

四、醫院總額專案計畫

1.醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案.....	129
2.提升住院護理照護品質方案.....	133
3.全民健康保險急診品質提升方案(101年新增).....	138

五、跨部門及其他預算專案計畫

1.醫療給付改善方案.....	140
2.慢性B型及C型肝炎治療計畫.....	151
3.慢性腎臟照護及病人衛教計畫.....	154

4.醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫.....	162
5.全民健康保險論人計酬試辦計畫(實施未滿一年).....	168
6.增進全民健康保險醫療資源不足地區之醫院點值保障方案.....	174
7.全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫(101年新增)...	176
8.高診次保險對象藥事居家照護試辦計畫.....	178

參、專案計畫 100 年度執行結果彙整表

一、牙醫門診總額專案計畫.....	183
二、中醫門診總額專案計畫.....	185
三、西醫基層總額專案計畫.....	187
四、醫院總額專案計畫.....	190
五、跨部門及其他預算專案計畫.....	191

肆、100、101 年各部門總額醫療給付費用成長率項目表

壹、一般服務執行成果

一、牙醫門診總額一般服務執行成果摘要表

評核構面	評核項目	評核指標																																																											
民眾滿意度	1. 滿意度調查結果	1.96~100 年各項滿意度調查結果： 單位：%																																																											
	2. 民眾申訴及怨處理	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">調查年月</th> <th style="width: 10%;">96.12</th> <th style="width: 10%;">97.12</th> <th style="width: 10%;">98.12</th> <th style="width: 10%;">99.08</th> <th style="width: 10%;">100.11</th> <th style="width: 45%;">補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標項目</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>整體醫療品質滿意度</td> <td>80.2</td> <td>80.2</td> <td>80.1</td> <td>82.3</td> <td>85.8</td> <td rowspan="5" style="text-align: center;">上升趨勢</td> </tr> <tr> <td>醫療設備診療環境滿意度</td> <td>73.4</td> <td>74.1</td> <td>76.0</td> <td>76.8</td> <td>86.3</td> </tr> <tr> <td>醫護人員服務態度滿意度</td> <td>81.3</td> <td>82.3</td> <td>84.4</td> <td>82.7</td> <td>84.1</td> </tr> <tr> <td>治療效果滿意度</td> <td>77.5</td> <td>76.3</td> <td>79.2</td> <td>80.0</td> <td>81.9</td> </tr> <tr> <td>醫生檢查及治療仔細程度滿意度</td> <td>76.2</td> <td>76.9</td> <td>80.2</td> <td>81.2</td> <td>83.1</td> </tr> <tr> <td>醫生常常解說病情、教導牙齒預防保健方法</td> <td>63.6</td> <td>64.6</td> <td>65.3</td> <td>67.1</td> <td>66.7</td> <td style="text-align: center;">100 年較 99 年微降</td> </tr> <tr> <td>向院方表達不滿且得到妥善處理與回覆之比例</td> <td>37.7</td> <td>35.9</td> <td>57.9</td> <td>48.3</td> <td>56.2</td> <td style="text-align: center;">回升，但為滿意度較差項目(註 2)</td> </tr> </tbody> </table> <p style="margin-left: 20px;">註：1.滿意度=非常滿意+滿意。 2.回答此問題者樣本數較少(99 年 49 位、100 年 119 位)。 3.100.11 調查單位與 96~99 年不同，抽樣方法與樣本數也不同，96~99 年完成樣本數約 1,000 多份，100.11 有效樣本數為 2,447 份。</p>	調查年月	96.12	97.12	98.12	99.08	100.11	補充說明	指標項目							整體醫療品質滿意度	80.2	80.2	80.1	82.3	85.8	上升趨勢	醫療設備診療環境滿意度	73.4	74.1	76.0	76.8	86.3	醫護人員服務態度滿意度	81.3	82.3	84.4	82.7	84.1	治療效果滿意度	77.5	76.3	79.2	80.0	81.9	醫生檢查及治療仔細程度滿意度	76.2	76.9	80.2	81.2	83.1	醫生常常解說病情、教導牙齒預防保健方法	63.6	64.6	65.3	67.1	66.7	100 年較 99 年微降	向院方表達不滿且得到妥善處理與回覆之比例	37.7	35.9	57.9	48.3	56.2	回升，但為滿意度較差項目(註 2)
	調查年月	96.12	97.12	98.12	99.08	100.11	補充說明																																																						
	指標項目																																																												
	整體醫療品質滿意度	80.2	80.2	80.1	82.3	85.8	上升趨勢																																																						
	醫療設備診療環境滿意度	73.4	74.1	76.0	76.8	86.3																																																							
	醫護人員服務態度滿意度	81.3	82.3	84.4	82.7	84.1																																																							
	治療效果滿意度	77.5	76.3	79.2	80.0	81.9																																																							
	醫生檢查及治療仔細程度滿意度	76.2	76.9	80.2	81.2	83.1																																																							
	醫生常常解說病情、教導牙齒預防保健方法	63.6	64.6	65.3	67.1	66.7	100 年較 99 年微降																																																						
向院方表達不滿且得到妥善處理與回覆之比例	37.7	35.9	57.9	48.3	56.2	回升，但為滿意度較差項目(註 2)																																																							
2. 不滿意(最低 2 項)項目的檢討改善：		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 35%;">滿意度低之項目</th> <th style="width: 65%;">檢討及改善措施</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>向院方表達不滿且得到妥善處理與回覆之比例</td> <td> 1.97 年起由專人受理諮詢申訴專線，於網站設立民眾諮詢信箱；並於 99 年建立更嚴密迅速的作業流程。 2.與健保局協調將牙全會申訴專線置於全球資訊網。 3.未來將提供會員宣導民眾看診程序與有疑問時應及時向院所反應之公告，供院所張貼。 </td> </tr> <tr> <td>醫生常常解說病情、教導牙齒預防保健方法</td> <td> 1.出版預防保健教育光碟「新口腔時代-潔牙技巧、你所不知道的牙周病」、「老人假牙維護光碟」供院所播放。 2.要求執委會六分會協助宣導牙醫師加強醫病溝通。 3.100 年印製就診須知第 3 版海報，新增口腔衛教相關內容，於 101 年度發放供各院所張貼。 </td> </tr> </tbody> </table>	滿意度低之項目	檢討及改善措施	向院方表達不滿且得到妥善處理與回覆之比例	1.97 年起由專人受理諮詢申訴專線，於網站設立民眾諮詢信箱；並於 99 年建立更嚴密迅速的作業流程。 2.與健保局協調將牙全會申訴專線置於全球資訊網。 3.未來將提供會員宣導民眾看診程序與有疑問時應及時向院所反應之公告，供院所張貼。	醫生常常解說病情、教導牙齒預防保健方法	1.出版預防保健教育光碟「新口腔時代-潔牙技巧、你所不知道的牙周病」、「老人假牙維護光碟」供院所播放。 2.要求執委會六分會協助宣導牙醫師加強醫病溝通。 3.100 年印製就診須知第 3 版海報，新增口腔衛教相關內容，於 101 年度發放供各院所張貼。																																																					
滿意度低之項目	檢討及改善措施																																																												
向院方表達不滿且得到妥善處理與回覆之比例	1.97 年起由專人受理諮詢申訴專線，於網站設立民眾諮詢信箱；並於 99 年建立更嚴密迅速的作業流程。 2.與健保局協調將牙全會申訴專線置於全球資訊網。 3.未來將提供會員宣導民眾看診程序與有疑問時應及時向院所反應之公告，供院所張貼。																																																												
醫生常常解說病情、教導牙齒預防保健方法	1.出版預防保健教育光碟「新口腔時代-潔牙技巧、你所不知道的牙周病」、「老人假牙維護光碟」供院所播放。 2.要求執委會六分會協助宣導牙醫師加強醫病溝通。 3.100 年印製就診須知第 3 版海報，新增口腔衛教相關內容，於 101 年度發放供各院所張貼。																																																												

評核構面	評核項目	評核指標																																																																									
		<p>3.民眾申訴案件分析及處理情形：</p> <p>(1)96~100年民眾向健保局申訴案件統計</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>96</th> <th>97</th> <th>98</th> <th>99</th> <th>100</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標項目</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>民眾申訴及反映成案件數</td> <td>230</td> <td>248</td> <td>251</td> <td>242</td> <td>225</td> <td>下降</td> </tr> <tr> <td>平均每位醫師申訴案件數</td> <td>0.0216</td> <td>0.0238</td> <td>0.0249</td> <td>0.0207</td> <td>0.0188</td> <td>持續下降</td> </tr> <tr> <td>有診療問題時，民眾知道諮詢及申訴管道之比例</td> <td>12.1%</td> <td>12.3%</td> <td>10.5%</td> <td>12.9%</td> <td>17.9%</td> <td>持續上升</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：醫師數採每年12月特約診所牙醫師人數計算。</p> <p>(2)96~100年申訴及反映成案件數原因別</p> <p>100年主要申訴原因前3名為「其他醫療行政或違規事項」、「額外收費(自費抱怨)」、「疑有虛報醫療費用」，其件數及占率如下：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>96</th> <th>97</th> <th>98</th> <th>99</th> <th>100</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標項目</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>其他醫療行政或違規事項</td> <td>件數 占率</td> <td>77 33.5%</td> <td>84 33.9%</td> <td>89 35.5%</td> <td>81 33.5%</td> <td>81 36%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>額外收費(收費疑義)</td> <td>件數 占率</td> <td>48 20.9%</td> <td>44 17.7%</td> <td>48 19.1%</td> <td>35 14.5%</td> <td>41 18.2%</td> <td>100年上升</td> </tr> <tr> <td>疑有虛報醫療費用</td> <td>件數 占率</td> <td>9 3.9%</td> <td>20 8.0%</td> <td>35 13.9%</td> <td>47 19.4%</td> <td>32 14.2%</td> <td>100年下降</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：1.其他醫療行政或違規事項，主要包括事前審查、藥師未到場執業、規避門診量、要求病人連續看診及借卡看病等。</p> <p>2.除此三項外，其他民眾申訴項目為：多收取部份負擔費用、不開給費用明細表及收據、多刷卡、刷卡換物、藥品及處方箋、質疑醫師或藥師資格、服務態度及醫療品質、轉診相關申訴及其他。</p> <p>(3)申訴案件處理與改善：</p> <ol style="list-style-type: none"> ①請各分會對醫療行政或違規事項加強輔導會員醫師，宣導法規及行政程序。 ②96年印製健保牙醫就診須知大型海報，增列健保不予支付範圍，發送全國牙醫院所張貼，供民眾參閱。 ③加強宣導牙醫師應於進行療程前與病患充分溝通，耐心回應病患之疑慮。 ④97年起由專人受理諮詢申訴專線，並於網站設民眾諮詢信箱，擔任民眾與院所之溝通平台。 ⑤建議各分會於共管會議，與健保局各分區業務組共同處理民眾申訴案件。 	年度	96	97	98	99	100	補充說明	指標項目							民眾申訴及反映成案件數	230	248	251	242	225	下降	平均每位醫師申訴案件數	0.0216	0.0238	0.0249	0.0207	0.0188	持續下降	有診療問題時，民眾知道諮詢及申訴管道之比例	12.1%	12.3%	10.5%	12.9%	17.9%	持續上升	年度	96	97	98	99	100	補充說明	指標項目							其他醫療行政或違規事項	件數 占率	77 33.5%	84 33.9%	89 35.5%	81 33.5%	81 36%		額外收費(收費疑義)	件數 占率	48 20.9%	44 17.7%	48 19.1%	35 14.5%	41 18.2%	100年上升	疑有虛報醫療費用	件數 占率	9 3.9%	20 8.0%	35 13.9%	47 19.4%	32 14.2%	100年下降
年度	96	97	98	99	100	補充說明																																																																					
指標項目																																																																											
民眾申訴及反映成案件數	230	248	251	242	225	下降																																																																					
平均每位醫師申訴案件數	0.0216	0.0238	0.0249	0.0207	0.0188	持續下降																																																																					
有診療問題時，民眾知道諮詢及申訴管道之比例	12.1%	12.3%	10.5%	12.9%	17.9%	持續上升																																																																					
年度	96	97	98	99	100	補充說明																																																																					
指標項目																																																																											
其他醫療行政或違規事項	件數 占率	77 33.5%	84 33.9%	89 35.5%	81 33.5%	81 36%																																																																					
額外收費(收費疑義)	件數 占率	48 20.9%	44 17.7%	48 19.1%	35 14.5%	41 18.2%	100年上升																																																																				
疑有虛報醫療費用	件數 占率	9 3.9%	20 8.0%	35 13.9%	47 19.4%	32 14.2%	100年下降																																																																				
就醫近 可性	<p>1.就醫等候情形</p> <p>2.醫師診療時間</p> <p>3.民眾自費</p>	<p>1.就醫等候：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>調查年月</th> <th>96.12</th> <th>97.12</th> <th>98.12</th> <th>99.08</th> <th>100.11</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>項目</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>約診或就診容易度(%;非常容易+容易)</td> <td>64.4</td> <td>57.6</td> <td>60.8</td> <td>56.7</td> <td>63.8</td> <td>100年上升</td> </tr> <tr> <td>因院所例假日休診而造成就醫不便的比例(%)</td> <td>36.9</td> <td>30.4</td> <td>33.6</td> <td>35.9</td> <td>21.1</td> <td>100年下降</td> </tr> </tbody> </table>	調查年月	96.12	97.12	98.12	99.08	100.11	補充說明	項目							約診或就診容易度(%;非常容易+容易)	64.4	57.6	60.8	56.7	63.8	100年上升	因院所例假日休診而造成就醫不便的比例(%)	36.9	30.4	33.6	35.9	21.1	100年下降																																													
調查年月	96.12	97.12	98.12	99.08	100.11	補充說明																																																																					
項目																																																																											
約診或就診容易度(%;非常容易+容易)	64.4	57.6	60.8	56.7	63.8	100年上升																																																																					
因院所例假日休診而造成就醫不便的比例(%)	36.9	30.4	33.6	35.9	21.1	100年下降																																																																					

評核構面	評核項目情形	評核指標					
		調查年月	96.12	97.12	98.12	99.08	100.11
	項目						
	就診交通時間(分)						
	中位數	10	10	N/A	N/A	10	
	平均值	13.0	13.7			15.6	
	標準誤	0.4	0.5			2.8	
	對就醫交通時間的接受程度 (%；完全沒問題+可以接受,100年為非常滿意+滿意)	93.8	93.3	N/A	N/A	76.7	100年下降
	等候診療時間(分)						
	中位數	10	10	N/A	N/A	15	100年上升
	平均值	19.6	20.3			20.8	
	標準誤	0.7	0.7			2.9	
	對等候診療時間的接受程度 (%；完全沒問題+可以接受,100年為非常滿意+滿意)	80.9	80.6	N/A	N/A	57.9	100年下降
<p>檢討及改善措施：</p> <p>(1)「就診交通時間接受程度」：</p> <p> ①本項於97、100年之中位數均為10分鐘，但民眾滿意度由97年93.3%降至76.7%，顯示民眾對牙醫部門之要求只增不減。</p> <p> ②本項調查結果凸顯城鄉差距，都會區及交通便利區，此問題較小；交通不便或較偏遠地區找不到醫師之情形較多。</p> <p>(2)「對等候診療時間的接受程度」：</p> <p> ①因牙醫之醫療特性，需長時間處置，若民眾未事先預約，則等候就診時間較久。</p> <p> ②民眾就醫習性與突發性就醫需求(牙痛才就醫)，也是影響等候診療時間之關鍵因素。</p> <p>(3)「約診或就診容易度」：</p> <p> ①努力改善民眾就醫觀念，宣導約診可減少等候時間。於牙全會網站建置GIS系統(地理資訊建置)查詢系統，供民眾查詢所在地之院所資訊，提高就醫可近性。</p> <p> ②使高難度治療點數合理化，讓院所得相對報酬，期高難度治療專精人才增加門診次數與時間，鼓勵更多牙醫投入專科訓練。</p> <p>2.醫師診療時間：</p>							
	項目						
	醫師診療花費時間(分)						
	中位數	20	20	20	20	20	
	平均值	21.1	21.3	23.3	23.3	20.7	
	標準誤	0.4	0.5	0.5	0.4	0.4	
	對醫師診療時間滿意度 (%；非常滿意+滿意)	70.4	69.8	71.2	72.6	80.2	上升趨勢

評核構面	評核項目	評核指標						
	3.民眾自費：							
		調查年月	96.12	97.12	98.12	99.08	100.11	補充說明
	項目							
	平均每次就醫總費用(元)							
	中位數	100	100	100	100	150	100年中位	
	平均值	469	470	444	662	1,073	數較歷年上	
	標準誤	50.4	54.3	59.2	67.6	461.6	升	
	對就醫總費用是否合理的看法(%)很貴+有點貴	20.8%	20.5%	20.2%	23.0%	34.7%	上升趨勢	
	除掛號費及部分負擔外有自費比例(%)	10.3%	11.2%	10.1%	13.7%	8.3%	100年較96~99年降低	
	自付其他費用的理由與項目							
	--健保不給付	86.2%	81.0%	73.4%	82.9%	83.3%	上升趨勢	
	--補健保差額	18.9%	18.6%	36.8%	18.3%	6.4%	下降	
	註:健保不給付項目包括：裝置假牙、牙齒矯正、裝置牙套、其他(含植牙)。							
	對民眾自費問題之檢討與改善措施							
	(1)協同內政部規劃辦理身心障礙者、中低收入戶老人假牙補助。							
	(2)詢問式約談被投訴院所，釐清收費明細，積極約束。							
	(3)於健保牙醫就診須知中詳列健保不予支付範圍，減少民眾對就診費用之疑慮。							
	(4)計畫設計新的支付項目，協助弱勢民眾維護口腔健康。							
就醫公平性	1.都市化程度醫療資源分布與醫療利用情形	1.不同都市化地區醫療資源分布情形						
		指標項目	96年	97年	98年	99年	補充說明	
		每萬人口牙醫師數	4.68	4.82	4.91	5.03	每萬人口牙醫師	
		--都市化鄉鎮	6.83	7.07	7.21	7.38	數=牙醫執業醫	
		--一般鄉鎮	2.74	2.78	2.84	2.90	師數/年底戶籍	
		--農業鄉鎮	1.22	1.19	1.19	1.20	人口數*10,000	
	註：都市化程度採劉介宇(2006)定義之都市化分層，並將原7層組別依都市化程度將相近者合併為三類 a.都市化鄉鎮(高度與中度都市化鄉鎮)、b.一般鄉鎮(新興市鎮與一般鄉鎮市區)及 c.農業鄉鎮(高齡化市鎮、農業市鎮、偏遠鄉鎮)							
	2.牙醫師人力地理分佈	2.牙醫師人力地理分佈之吉尼係數(鄉鎮市區別)						
		指標項目	96年	97年	98年	99年	補充說明	
		牙醫師人力地理分佈之吉尼係數	0.3742	0.3775	0.3774	0.3782	吉尼係數介於0~1間，其值愈小表示分布愈平均	
	資料來源：衛生署統計室醫事機構現況檔。							

評核構面	評核項目	評核指標											
醫療服務效率	醫療利用率	指標監測結果 單位：%											
		指標項目		96年	97年	98年	99年	100年	補充說明				
		半年內自家與他家再洗牙(牙結石清除)比率		8.50	7.88	7.49	6.42	5.76	逐年下降				
半年內他家醫事機構根管治療之再治療率		1.28	1.31	1.16	1.31	1.02	略為下降						
註：1.此二項指標非品質確保方案內之指標，因此無監測值。 2.半年內自家與他家再洗牙(牙結石清除)比率：醫事機構全口牙結石清除病人往前回溯發生在半年內(0~180天)出現重複自家與他家全口牙結石清除(91004C)之次數。 3.半年內他家醫事機構根管治療之再治療率：醫事機構申報恆牙根管治療(充填)醫令或乳牙根管治療(充填)醫令，同患者同牙位往前回溯發生在0~180天在他家醫事機構曾申報恆牙根管治療(充填)或乳牙根管治療(充填)醫令的齒數。													
醫療服務效益	健康照護成效	1. 「6歲以下」兒童口腔狀況											
		項目 年齡 性別	deft 乳齒齲齒指數				齲齒率(%)				填補率(%)		
			1997	2005	2006	2011	1997	2005	2006	2011	1997	2005	
		2-3歲	男	2.61	1.43	-	-	60.12	40.12	-	-	0.00	8.27
			女	2.54	1.29	-	-					0.00	0.70
		3-4歲	男	4.68	3.03	-	-	75.00	59.61	-	-	0.00	5.83
			女	4.10	2.85	-	-					0.00	6.26
		4-5歲	男	6.63	4.72	-	-	89.13	72.83	-	-	2.14	13.45
			女	7.29	4.29	-	-					0.14	20.52
		5-6歲	男	6.79	5.71	5.58	5.44	89.38	70.26	73.65	79.32	2.84	29.28
			女	7.87	5.13							4.13	31.14
		註：1.衛生署「台灣六歲以下兒童口腔狀況調查2004-2006」，表中： (1)deft index：2005年較1997年調查結果為低，以5歲兒童而言，約少1.7顆左右，齲齒率減少20%左右。 (2)2005年較1997年填補率高很多，主要是因為1997年為健保實施後第3年，父母尚無概念帶幼兒去接受治療；2004-2005年調查時，父母對牙科保健及醫療需求顯著提高，故填補率較1997年高出許多。 2.2006及2011年資料摘自國民健康局「100年度台灣兒童及青少年口腔狀況調查」。											
2. 「6-12歲」兒童口腔健康狀況													
項目 年齡	乳齒						恆齒						
	deft 乳齒齲齒指數		齲齒率(%)		填補率(%)		DMFT 恆齒齲齒指數		齲齒率(%)		填補率(%)		
	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006	
6歲	5.88	4.87	88.43	60.55	37.07	51.64	0.39	0.25	23.79	10.44	47.16	33.64	
7歲	5.29	5.03	89.59	59.65	39.16	58.35	0.52	0.48	36.12	12.5	55.25	55.28	
8歲	4.33	4.16	83.13	56.89	41.00	57.21	1.06	0.94	47.61	19.90	46.72	60.54	
9歲	2.92	2.59	81.64	44.07	38.47	58.98	1.36	1.07	57.07	20.44	61.10	62.37	
10歲	1.43	1.27	77.31	26.76	33.44	58.27	2.13	1.33	67.10	21.77	53.94	65.81	
11歲	0.47	0.55	59.50	13.56	37.66	59.60	2.34	2.00	67.07	28.84	55.30	68.44	
12歲	0.18	0.16	54.50	4.30	27.28	60.38	3.31	2.58	66.05	37.30	54.34	60.01	
註：1.衛生署國健局「88-89年台灣地區6-18歲人口之口腔調查資料」及「94-95年台灣地區兒童及青少年口腔狀況」。 2.12歲兒童之恆齒幾乎已全部萌發(除智齒外)。													

評核構面	評核項目	評核指標																																																																																																																																																																															
		<p>3. 「13-18 歲」年齡層人口之恆齒狀況</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">項目 年 年齡</th> <th colspan="2">DMFT 恆齒齲齒指數</th> <th colspan="2">齲齒率(%)</th> <th colspan="2">填補率(%)</th> </tr> <tr> <th>2000</th> <th>2006</th> <th>2000</th> <th>2006</th> <th>2000</th> <th>2006</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13 歲</td> <td>3.94</td> <td>3.78</td> <td>80.79</td> <td>52.17</td> <td>55.99</td> <td>55.17</td> </tr> <tr> <td>14 歲</td> <td>4.38</td> <td>4.23</td> <td>83.37</td> <td>54.12</td> <td>63.49</td> <td>55.92</td> </tr> <tr> <td>15 歲</td> <td>5.03</td> <td>4.52</td> <td>88.77</td> <td>57.80</td> <td>50.46</td> <td>54.89</td> </tr> <tr> <td>16 歲</td> <td>5.32</td> <td>4.72</td> <td>87.84</td> <td>51.94</td> <td>63.87</td> <td>60.77</td> </tr> <tr> <td>17 歲</td> <td>5.68</td> <td>5.14</td> <td>85.04</td> <td>50.69</td> <td>56.53</td> <td>65.77</td> </tr> <tr> <td>18 歲</td> <td>6.01</td> <td>4.86</td> <td>86.59</td> <td>50.79</td> <td>56.65</td> <td>64.20</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：衛生署國健局「88-89 年台灣地區 6-18 歲人口之口腔調查資料」及「94-95 年台灣地區兒童及青少年口腔狀況」。</p> <p>4.18 歲以上人口社區牙周治療需求指數</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="3">項目 年 年齡</th> <th colspan="2">健康</th> <th colspan="2">牙周囊袋 探測出血</th> <th colspan="2">牙結石</th> <th colspan="2">牙周囊袋深度 4-5mm</th> <th colspan="2">牙周囊袋深度 >6mm</th> </tr> <tr> <th colspan="2">CPI=0(%)</th> <th colspan="2">CPI=1(%)</th> <th colspan="2">CPI=2(%)</th> <th colspan="2">CPI=3(%)</th> <th colspan="2">CPI=4(%)</th> </tr> <tr> <th>2005</th> <th>2008</th> <th>2005</th> <th>2008</th> <th>2005</th> <th>2008</th> <th>2005</th> <th>2008</th> <th>2005</th> <th>2008</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>18-34</td> <td>44.7</td> <td>1.5</td> <td>22.9</td> <td>4.9</td> <td>29.2</td> <td>60.4</td> <td>2.2</td> <td>28.3</td> <td>1.0</td> <td>4.9</td> </tr> <tr> <td>35-44</td> <td>35.4</td> <td>0.6</td> <td>30.6</td> <td>2.4</td> <td>28.2</td> <td>43.9</td> <td>4.5</td> <td>37.4</td> <td>1.4</td> <td>15.6</td> </tr> <tr> <td>45-49</td> <td>37.0</td> <td>0.7</td> <td>24.1</td> <td>0.9</td> <td>30.5</td> <td>32.2</td> <td>5.2</td> <td>45.0</td> <td>3.2</td> <td>21.3</td> </tr> <tr> <td>50-64</td> <td>24.3</td> <td>0.2</td> <td>31.0</td> <td>1.6</td> <td>33.1</td> <td>28.7</td> <td>8.8</td> <td>45.4</td> <td>2.7</td> <td>24.2</td> </tr> <tr> <td>65-74</td> <td>12.4</td> <td>0.6</td> <td>30.9</td> <td>0.9</td> <td>41.0</td> <td>25.8</td> <td>14.7</td> <td>46.0</td> <td>1.0</td> <td>26.7</td> </tr> <tr> <td>75 以上</td> <td>11.6</td> <td>0.0</td> <td>22.0</td> <td>0.0</td> <td>49.5</td> <td>23.3</td> <td>11.2</td> <td>56.2</td> <td>5.7</td> <td>20.6</td> </tr> <tr> <td>全體</td> <td>-</td> <td>0.7</td> <td>-</td> <td>2.5</td> <td>-</td> <td>40.7</td> <td>-</td> <td>39.2</td> <td>-</td> <td>16.9</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：1.衛生署國民健康局「92-94 台灣地區成年人與老人口腔健康調查」、「台灣地區 18 歲以上人口牙周狀況(2007-2008)及保健行為之調查研究」。</p> <p>2.18 歲以上人口牙周狀況(2007-2008)」之調查重點雖然不是牙周病，但受調查民眾之牙周病情況可能與一般民眾相似，對全國牙周病情況推估，仍具參考價值。此外，此調查不包括台北與高雄兩院轄市，可能對牙周病情形造成偏差，惟實際情況需待此二市之牙周病罹患率揭曉後才知道。</p> <p>5. 「65 歲以上」老年人口剩餘齒數狀況</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年 年齡</th> <th>2005</th> <th>2008</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>65~74 歲</td> <td>14.31±5.69</td> <td>0 顆：26.1%</td> </tr> <tr> <td>75 以上</td> <td>14.43±5.60</td> <td>1~19 顆：33.7%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>20 顆以上：66.2%</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：衛生署「92-94 年台灣地區成年與老年人口口腔健康調查」、衛生署 98 年度自行研究「台灣地區老人缺牙狀況初探」。</p>	項目 年 年齡	DMFT 恆齒齲齒指數		齲齒率(%)		填補率(%)		2000	2006	2000	2006	2000	2006	13 歲	3.94	3.78	80.79	52.17	55.99	55.17	14 歲	4.38	4.23	83.37	54.12	63.49	55.92	15 歲	5.03	4.52	88.77	57.80	50.46	54.89	16 歲	5.32	4.72	87.84	51.94	63.87	60.77	17 歲	5.68	5.14	85.04	50.69	56.53	65.77	18 歲	6.01	4.86	86.59	50.79	56.65	64.20	項目 年 年齡	健康		牙周囊袋 探測出血		牙結石		牙周囊袋深度 4-5mm		牙周囊袋深度 >6mm		CPI=0(%)		CPI=1(%)		CPI=2(%)		CPI=3(%)		CPI=4(%)		2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008	18-34	44.7	1.5	22.9	4.9	29.2	60.4	2.2	28.3	1.0	4.9	35-44	35.4	0.6	30.6	2.4	28.2	43.9	4.5	37.4	1.4	15.6	45-49	37.0	0.7	24.1	0.9	30.5	32.2	5.2	45.0	3.2	21.3	50-64	24.3	0.2	31.0	1.6	33.1	28.7	8.8	45.4	2.7	24.2	65-74	12.4	0.6	30.9	0.9	41.0	25.8	14.7	46.0	1.0	26.7	75 以上	11.6	0.0	22.0	0.0	49.5	23.3	11.2	56.2	5.7	20.6	全體	-	0.7	-	2.5	-	40.7	-	39.2	-	16.9	年 年齡	2005	2008	65~74 歲	14.31±5.69	0 顆：26.1%	75 以上	14.43±5.60	1~19 顆：33.7%			20 顆以上：66.2%
項目 年 年齡	DMFT 恆齒齲齒指數			齲齒率(%)		填補率(%)																																																																																																																																																																											
	2000	2006	2000	2006	2000	2006																																																																																																																																																																											
13 歲	3.94	3.78	80.79	52.17	55.99	55.17																																																																																																																																																																											
14 歲	4.38	4.23	83.37	54.12	63.49	55.92																																																																																																																																																																											
15 歲	5.03	4.52	88.77	57.80	50.46	54.89																																																																																																																																																																											
16 歲	5.32	4.72	87.84	51.94	63.87	60.77																																																																																																																																																																											
17 歲	5.68	5.14	85.04	50.69	56.53	65.77																																																																																																																																																																											
18 歲	6.01	4.86	86.59	50.79	56.65	64.20																																																																																																																																																																											
項目 年 年齡	健康		牙周囊袋 探測出血		牙結石		牙周囊袋深度 4-5mm		牙周囊袋深度 >6mm																																																																																																																																																																								
	CPI=0(%)		CPI=1(%)		CPI=2(%)		CPI=3(%)		CPI=4(%)																																																																																																																																																																								
	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008																																																																																																																																																																							
18-34	44.7	1.5	22.9	4.9	29.2	60.4	2.2	28.3	1.0	4.9																																																																																																																																																																							
35-44	35.4	0.6	30.6	2.4	28.2	43.9	4.5	37.4	1.4	15.6																																																																																																																																																																							
45-49	37.0	0.7	24.1	0.9	30.5	32.2	5.2	45.0	3.2	21.3																																																																																																																																																																							
50-64	24.3	0.2	31.0	1.6	33.1	28.7	8.8	45.4	2.7	24.2																																																																																																																																																																							
65-74	12.4	0.6	30.9	0.9	41.0	25.8	14.7	46.0	1.0	26.7																																																																																																																																																																							
75 以上	11.6	0.0	22.0	0.0	49.5	23.3	11.2	56.2	5.7	20.6																																																																																																																																																																							
全體	-	0.7	-	2.5	-	40.7	-	39.2	-	16.9																																																																																																																																																																							
年 年齡	2005	2008																																																																																																																																																																															
65~74 歲	14.31±5.69	0 顆：26.1%																																																																																																																																																																															
75 以上	14.43±5.60	1~19 顆：33.7%																																																																																																																																																																															
		20 顆以上：66.2%																																																																																																																																																																															

評核構面	評核項目	評核指標							
醫療服務品質	1. 品質確保方案之其他專業醫療服務品質指標 2. 品質增修院所醫品資公 3. 院別療質訊開其改善專業醫療服務品質具體措施 4.	1. 指標監測結果						單位：%	
		指標項目	監測值	96年	97年	98年	99年	100年	補充說明
		牙體復形一年重補率	<3.13	0.03	0.02	0.02	0.01	-	因受支付標準規定影響，極低。
			<2.5	-	-	-	-	0.00	
		牙體復形二年重補率	<7.45	0.40	0.37	0.30	0.24	-	較世界各國文獻結果偏低，原因為同儕制約結果
			<4.6	-	-	-	-	0.24	
		根管治療未完成率	<34.09	10.74	9.95	9.23	9.04	-	100.9.28 署公告刪除本項
		牙齒填補一年保存率	>96.51	96.84	96.93	97.06	97.22	97.28	微幅上升
		牙齒填補二年保存率	>90.58	91.39	91.59	91.95	92.43	92.78	微幅上升
		同院所90日內根管治療完成率	以94年度全局各季統計之加權平均值	88.57 (>87.22)	-	-	-	-	已達專業醫療水準
			>65.91	-	89.45	90.26	90.56	-	
			>前3年平均 *(1-15%)	-	-	-	-	90.51 (>76.57)	
		13歲(含)以上全口牙結石清除率	前2年統計加權平均值±10%	52.88 (45.20-55.24)	52.79 (47.36-57.88)	53.17 (47.55-58.12)	52.95 (47.68-58.25)	53.46 (>47.74)	良好，超過監測值
		5歲以下兒童預防保健服務人數比率	前2年統計加權平均值±10%	29.49 (17.37-21.23)	33.22 (23.99-29.32)	36.33 (28.22-34.50)	38.73 (31.30-38.25)	41.53 (>33.80)	良好，超過監測值
		院所感染控制執行率	前5年統計加權平均值±10%	-	60.38 (-)	65.01 (-)	68.25 (-)	71.10 (>56.35)	1.良好，超過監測值。 2.為97年新增指標。
		執行感染控制院所查核合格率	前5年統計加權平均值±20%	-	96.06 (-)	92.57 (-)	95.81 (-)	97.57 (>75.07)	
		牙齒填補-恆牙2年保存率	前3年統計加權平均值±10%	-	-	-	93.94 (>84.33)	94.18 (>84.33)	1.良好，超過監測值。 2.為100年新增指標。
牙齒填補-乳牙1年半保存率	前3年統計加權平均值±10%	-	-	-	88.69 (>79.20)	88.84 (>79.20)			
恆牙根管治療半年內保存率	前3年統計加權平均值±10%	-	-	-	98.66 (>88.79)	98.64 (>88.79)			

註：()內數字為當年度依監測值公式計算而得之監測範圍數值。

評核構面	評核項目	評核指標																																																										
		<p>2.品質指標及監測值之檢討及增修情形：</p> <p>(1)100年經牙醫支委會通過：</p> <p>①修訂3項品質指標：「牙體復形重補率1年平均重補率」、「牙體復形重補率2年平均重補率」、「各區同院所90日內根管治療完成率」之監測值。</p> <p>②新增3項指標：「各區保險對象牙齒填補保存率-恆牙2年保存率」、「各區保險對象牙齒填補保存率-乳牙1年半保存率」、「恆牙根管治療半年內保存率」。監測值皆為：前3年統計加權平均值*(1±10%)。</p> <p>③刪除1項指標：「根管治療未完成率」。</p> <p>(2)101年經牙醫支委會通過：新增「牙周病統合照護計畫執行率」指標；維持「牙體復形同院所一年平均重補率」及「牙體復形同院所二年平均重補率」監測值，名稱修訂為「牙體復形同院所一年同一牙位再次填補率」與「牙體復形同院所二年同一牙位再次填補率」。</p> <p>3.個別院所醫療品質資訊公開(94~101年共公開22項指標)</p> <p>(1)100年新增「院所執行根管難症特別處理數量」、「執行牙周病基礎治療之人數」、「4歲(含)以下就醫人數」3項個別院所品質指標。</p> <p>(2)101年新增「執行口腔癌篩檢之案件數」、「執行單純齒切除術之數量」2項個別院所品質指標。</p> <p>4.其他改善專業醫療服務品質具體措施</p> <p>(1)加強牙醫師對民眾說明治療計畫之擬定及增加醫病互動溝通。</p> <p>(2)推動論質給付，依據各項醫療品質指標，給予良好醫療品質者獎勵。</p> <p>(3)規劃出版牙醫預防保健教育光碟，贈送會員醫師，使醫療品質規範更嚴謹。</p> <p>(4)協助國健局推行「弱勢兒童白齒窩溝封劑服務擴大補助方案」。</p> <p>(5)協助國健局積極推動口腔癌防治工作(口腔黏膜檢查)。</p>																																																										
總額管理效能	<p>1.接受健保局專業事務委託執行情形</p> <p>2.醫療費用管控(含專業審及其他管理)績效</p> <p>3.點值穩定度</p>	<p>1.接受健保局專業事務委託執行情形</p> <p>(1)審查醫師管理：依牙醫門診總額支付制度審查醫事人員管理要點，確實執行。</p> <p>A.96~100年審查醫師考核統計結果彙整如下表</p> <table border="1" data-bbox="432 1424 1401 2011"> <thead> <tr> <th colspan="2">項目\年度</th> <th>96</th> <th>97</th> <th>98</th> <th>99</th> <th>100</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">抽審移地 審查</td> <td>行為模式異常</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>濫用權力進入行政或司法調查程序</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>專案抽審比對計畫</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">暫停職務 3個月</td> <td>單月排行進前1%</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>違反第11點規定接受行政或司法調查程序者</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>醫療行為模式異常</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>審查行為模式異常</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td colspan="2">作業疏忽或誤用法規</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>14</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> <p>B.100年處理結果：審查行為模式異常1件---1人暫停職務。</p>	項目\年度		96	97	98	99	100	抽審移地 審查	行為模式異常	0	0	0	0	0	濫用權力進入行政或司法調查程序	0	0	0	0	0	專案抽審比對計畫	0	0	0	0	0	暫停職務 3個月	單月排行進前1%	2	2	2	0	0	違反第11點規定接受行政或司法調查程序者	0	0	1	0	0	醫療行為模式異常	0	0	0	0	0	審查行為模式異常	0	0	0	3	1	作業疏忽或誤用法規		1	2	14	1	0
項目\年度		96	97	98	99	100																																																						
抽審移地 審查	行為模式異常	0	0	0	0	0																																																						
	濫用權力進入行政或司法調查程序	0	0	0	0	0																																																						
	專案抽審比對計畫	0	0	0	0	0																																																						
暫停職務 3個月	單月排行進前1%	2	2	2	0	0																																																						
	違反第11點規定接受行政或司法調查程序者	0	0	1	0	0																																																						
	醫療行為模式異常	0	0	0	0	0																																																						
	審查行為模式異常	0	0	0	3	1																																																						
作業疏忽或誤用法規		1	2	14	1	0																																																						

評核構面	評核項目	評核指標																																																																																																																								
4. 支付標準修訂 5. 院所違規情形 6. 醫療機構輔導		<p>(2) 審查注意事項研修情形：</p> <p>① 100.3.29 健保局公告修訂審查注意事項第 3、9、10、20、30、48 條(100.5.1 生效)，有關牙科治療項目縮寫、檢附 X 光片之認定、根管治療之記載、全部口腔潰瘍之申報，及主要處置所需牙周囊袋測量記錄表之記載。</p> <p>② 100.10.3 健保局公告修訂審查注意事項部分條文，新增總則之檢附病歷相關規定，另以附件修訂須檢附之文件資料，並刪除第 1、3、4、7、8、14、16、47 條規定(100.11.1 生效)。</p> <p>③ 101.1.6 健保局公告修訂審查注意事項部分條文內容，另將一般原則、初診、X 光、牙體復形、根管治療、牙周病及口腔外科，重新編排項次(101.2.1 生效)。</p> <p>(3) 檔案分析指標與抽審指標之訂定：</p> <p>① 訂定抽審指標之統一原則：</p> <p>A. 審核尺度依現行相關審查辦法執行，不宜有延伸或超過法規之範圍。</p> <p>B. 抽審、申復、爭審均應考慮備齊所有完整文件。</p> <p>② 各分區自主制定審查抽樣辦法及原則。</p> <p>(4) 異常院所分析與建議抽審比例：</p> <p>① 牙醫全聯會自 88 年度起於執行報告中均一一呈現輔導處理結果。情節重大者，由各分會透過工作小組會議，請健保局各分區所屬業務組協助辦理查核事宜。</p> <p>② 建立輔導系統重點內容以及輔導原則，牙醫全聯會於 101.4.22 牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議，修訂「全民健保牙醫門診總額特約醫事服務機構異常管理方案」。</p> <p>2. 醫療利用情形及管控措施</p> <p>(1) 醫療利用成長情形(摘自 101 年費協會指標要覽資料)</p> <table border="1" data-bbox="376 1234 1461 2098"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>96 年</th> <th>97 年</th> <th>98 年</th> <th>99 年</th> <th>100 年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>總件數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>--值(千件)</td> <td>28,946</td> <td>29,780</td> <td>30,556</td> <td>30,620</td> <td>30,486</td> </tr> <tr> <td>--成長率</td> <td>2.7%</td> <td>2.9%</td> <td>2.6%</td> <td>0.2%</td> <td>-0.4%</td> </tr> <tr> <td>總費用點數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>--值(百萬點)</td> <td>33,279</td> <td>34,764</td> <td>35,730</td> <td>35,617</td> <td>35,794</td> </tr> <tr> <td>--成長率</td> <td>3.6%</td> <td>4.5%</td> <td>2.8%</td> <td>-0.3%</td> <td>0.5%</td> </tr> <tr> <td>就醫人數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>--值</td> <td>9,360</td> <td>9,567</td> <td>9,836</td> <td>9,969</td> <td>10,006</td> </tr> <tr> <td>--成長率</td> <td>2.2%</td> <td>2.2%</td> <td>2.8%</td> <td>1.4%</td> <td>0.4%</td> </tr> <tr> <td>就醫率</td> <td>41.7%</td> <td>42.2%</td> <td>43.2%</td> <td>43.6%</td> <td>43.6%</td> </tr> <tr> <td>平均每人就醫次數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>--值</td> <td>1.3</td> <td>1.3</td> <td>1.3</td> <td>1.3</td> <td>1.3</td> </tr> <tr> <td>--成長率</td> <td>1.9%</td> <td>2.0%</td> <td>2.2%</td> <td>0.2%</td> <td>-1.2%</td> </tr> <tr> <td>平均每件就醫費用點數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>--值</td> <td>1,150</td> <td>1,167</td> <td>1,169</td> <td>1,163</td> <td>1,174</td> </tr> <tr> <td>--成長率</td> <td>0.9%</td> <td>1.5%</td> <td>0.2%</td> <td>-0.5%</td> <td>0.9%</td> </tr> <tr> <td>平均每人就醫費用點數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>--值</td> <td>1,482</td> <td>1,534</td> <td>1,570</td> <td>1565</td> <td>1,561</td> </tr> <tr> <td>--成長率</td> <td>2.8%</td> <td>3.6%</td> <td>2.3%</td> <td>-0.3%</td> <td>-0.3%</td> </tr> </tbody> </table>	項目	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年	總件數						--值(千件)	28,946	29,780	30,556	30,620	30,486	--成長率	2.7%	2.9%	2.6%	0.2%	-0.4%	總費用點數						--值(百萬點)	33,279	34,764	35,730	35,617	35,794	--成長率	3.6%	4.5%	2.8%	-0.3%	0.5%	就醫人數						--值	9,360	9,567	9,836	9,969	10,006	--成長率	2.2%	2.2%	2.8%	1.4%	0.4%	就醫率	41.7%	42.2%	43.2%	43.6%	43.6%	平均每人就醫次數						--值	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	--成長率	1.9%	2.0%	2.2%	0.2%	-1.2%	平均每件就醫費用點數						--值	1,150	1,167	1,169	1,163	1,174	--成長率	0.9%	1.5%	0.2%	-0.5%	0.9%	平均每人就醫費用點數						--值	1,482	1,534	1,570	1565	1,561	--成長率	2.8%	3.6%	2.3%	-0.3%	-0.3%
項目	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年																																																																																																																					
總件數																																																																																																																										
--值(千件)	28,946	29,780	30,556	30,620	30,486																																																																																																																					
--成長率	2.7%	2.9%	2.6%	0.2%	-0.4%																																																																																																																					
總費用點數																																																																																																																										
--值(百萬點)	33,279	34,764	35,730	35,617	35,794																																																																																																																					
--成長率	3.6%	4.5%	2.8%	-0.3%	0.5%																																																																																																																					
就醫人數																																																																																																																										
--值	9,360	9,567	9,836	9,969	10,006																																																																																																																					
--成長率	2.2%	2.2%	2.8%	1.4%	0.4%																																																																																																																					
就醫率	41.7%	42.2%	43.2%	43.6%	43.6%																																																																																																																					
平均每人就醫次數																																																																																																																										
--值	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3																																																																																																																					
--成長率	1.9%	2.0%	2.2%	0.2%	-1.2%																																																																																																																					
平均每件就醫費用點數																																																																																																																										
--值	1,150	1,167	1,169	1,163	1,174																																																																																																																					
--成長率	0.9%	1.5%	0.2%	-0.5%	0.9%																																																																																																																					
平均每人就醫費用點數																																																																																																																										
--值	1,482	1,534	1,570	1565	1,561																																																																																																																					
--成長率	2.8%	3.6%	2.3%	-0.3%	-0.3%																																																																																																																					

評核構面	評核項目	評核指標																																																																																												
		<p>(2)相關管控及審查措施：</p> <p>①各分區均訂有加強醫療院所醫療費用管控辦法，進行檔案分析，並對異常者加強輔導追蹤。</p> <p>②99~100年每位就醫者主要處置項目平均醫令數如下，顯示平均每位就醫人的恆牙被拔牙顆數下降：</p> <table border="1" data-bbox="357 394 1484 683"> <thead> <tr> <th>項目(全國)</th> <th>99年</th> <th>100年</th> <th>成長率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>牙結石清除91004C</td> <td>0.7295</td> <td>0.7360</td> <td>0.90%</td> </tr> <tr> <td>牙體復形89001C~89005C+89008C~89012C</td> <td>1.8198</td> <td>1.7899</td> <td>-1.64%</td> </tr> <tr> <td>根管開擴及清創90015C</td> <td>0.2386</td> <td>0.2324</td> <td>-2.58%</td> </tr> <tr> <td>口腔顎面外科</td> <td>0.2566</td> <td>0.2541</td> <td>-0.97%</td> </tr> <tr> <td>簡單及複雜性拔牙92013C+92014C</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>單純齒及複雜齒切除術92015C+92016C</td> <td>0.0237</td> <td>0.0239</td> <td>0.70%</td> </tr> </tbody> </table> <p>3.每點支付金額(含浮動及非浮動點數)變動及超出變動容許範圍(正負10%)之情形與檢討：</p> <p>(1)浮動點值(浮動項目每點支付金額)分布情形</p> <table border="1" data-bbox="376 824 1461 1032"> <thead> <tr> <th>季別</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100年</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第1季</td> <td>0.9451</td> <td>0.9379</td> <td>0.9364</td> <td>0.9563</td> <td>0.9831</td> <td rowspan="4">點值尚稱穩定，每季皆在±10%範圍。</td> </tr> <tr> <td>第2季</td> <td>0.9821</td> <td>0.9542</td> <td>0.9388</td> <td>1.0053</td> <td>0.9998</td> </tr> <tr> <td>第3季</td> <td>1.0300</td> <td>0.9948</td> <td>1.0022</td> <td>0.9922</td> <td>0.9840</td> </tr> <tr> <td>第4季</td> <td>0.9754</td> <td>0.9669</td> <td>0.9989</td> <td>0.9706</td> <td>1.0031</td> </tr> </tbody> </table> <p>註:(浮動項目)每點支付金額=[當季預算-(藥費及議定點值核算之金額)]÷浮動之服務項目核定總點數。</p> <p>(2)平均點值分布情形</p> <table border="1" data-bbox="376 1151 1461 1359"> <thead> <tr> <th>季別</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100年</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第1季</td> <td>0.9456</td> <td>0.9384</td> <td>0.9369</td> <td>0.9567</td> <td>0.9833</td> <td rowspan="4">點值尚稱穩定，每季皆在±10%範圍。</td> </tr> <tr> <td>第2季</td> <td>0.9822</td> <td>0.9546</td> <td>0.9393</td> <td>1.0052</td> <td>0.9998</td> </tr> <tr> <td>第3季</td> <td>1.0298</td> <td>0.9948</td> <td>1.0022</td> <td>0.9923</td> <td>0.9841</td> </tr> <tr> <td>第4季</td> <td>0.9756</td> <td>0.9672</td> <td>0.9989</td> <td>0.9708</td> <td>1.0031</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：平均點值=當季預算÷所有服務之核定總點數(含藥費金額)</p> <p>4.支付標準修訂情形及對財務影響評估：</p> <p>(1)100年修訂情形：</p> <p>總額協定結果：新增複雜型顱顏障礙症治療及追蹤0.105%(預算約36.9百萬元)。</p> <p>①新增項目---複雜型顱顏障礙症之特殊咬合板(7,000點)、複雜型顱顏障礙症之特殊咬合板治療追蹤檢查與調整(600點)。</p> <p>②修訂項目---放寬「咬合板治療」可由地區醫院提供，點數不變、「根尖成形術」、「牙結石清除」、「齒齦下刮除術(含牙根整平術)」、「牙周疾病控制基本處置」、「特殊牙周疾病控制基本處置」等部分文字修訂，及附表3.3.3，不列入計算條件新增牙周病統合照護計畫申報點數、週日及國定假日申報點數等項目。</p> <p>(2)101年修訂情形：</p> <p>總額協定結果：新增「根部齲齒填補」0.319%(預算約113百萬元)。</p> <p>①新增項目---「複合體充填(800點)」、「簡單性口內切開排膿(200點)」。</p>	項目(全國)	99年	100年	成長率	牙結石清除91004C	0.7295	0.7360	0.90%	牙體復形89001C~89005C+89008C~89012C	1.8198	1.7899	-1.64%	根管開擴及清創90015C	0.2386	0.2324	-2.58%	口腔顎面外科	0.2566	0.2541	-0.97%	簡單及複雜性拔牙92013C+92014C				單純齒及複雜齒切除術92015C+92016C	0.0237	0.0239	0.70%	季別	96年	97年	98年	99年	100年	補充說明	第1季	0.9451	0.9379	0.9364	0.9563	0.9831	點值尚稱穩定，每季皆在±10%範圍。	第2季	0.9821	0.9542	0.9388	1.0053	0.9998	第3季	1.0300	0.9948	1.0022	0.9922	0.9840	第4季	0.9754	0.9669	0.9989	0.9706	1.0031	季別	96年	97年	98年	99年	100年	補充說明	第1季	0.9456	0.9384	0.9369	0.9567	0.9833	點值尚稱穩定，每季皆在±10%範圍。	第2季	0.9822	0.9546	0.9393	1.0052	0.9998	第3季	1.0298	0.9948	1.0022	0.9923	0.9841	第4季	0.9756	0.9672	0.9989	0.9708	1.0031
項目(全國)	99年	100年	成長率																																																																																											
牙結石清除91004C	0.7295	0.7360	0.90%																																																																																											
牙體復形89001C~89005C+89008C~89012C	1.8198	1.7899	-1.64%																																																																																											
根管開擴及清創90015C	0.2386	0.2324	-2.58%																																																																																											
口腔顎面外科	0.2566	0.2541	-0.97%																																																																																											
簡單及複雜性拔牙92013C+92014C																																																																																														
單純齒及複雜齒切除術92015C+92016C	0.0237	0.0239	0.70%																																																																																											
季別	96年	97年	98年	99年	100年	補充說明																																																																																								
第1季	0.9451	0.9379	0.9364	0.9563	0.9831	點值尚稱穩定，每季皆在±10%範圍。																																																																																								
第2季	0.9821	0.9542	0.9388	1.0053	0.9998																																																																																									
第3季	1.0300	0.9948	1.0022	0.9922	0.9840																																																																																									
第4季	0.9754	0.9669	0.9989	0.9706	1.0031																																																																																									
季別	96年	97年	98年	99年	100年	補充說明																																																																																								
第1季	0.9456	0.9384	0.9369	0.9567	0.9833	點值尚稱穩定，每季皆在±10%範圍。																																																																																								
第2季	0.9822	0.9546	0.9393	1.0052	0.9998																																																																																									
第3季	1.0298	0.9948	1.0022	0.9923	0.9841																																																																																									
第4季	0.9756	0.9672	0.9989	0.9708	1.0031																																																																																									

評核構面	評核項目	評核指標																																																																
		<p>②修訂項目---「乳牙根管及多根管治療」、「特殊牙周疾病基本處置」、「口內及口外切開排膿」等文字、配合衛生署公告之麻醉同意書，修改牙科局部麻醉醫令名稱，及修訂根管治療難症特別處理支付點數。</p> <p>5.審查核減率</p> <table border="1" data-bbox="357 461 1461 1055"> <thead> <tr> <th>年 指標項目</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100年</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>初審核減率</td> <td>0.64%</td> <td>0.51%</td> <td>0.52%</td> <td>0.58%</td> <td>0.47%</td> <td rowspan="3">下降趨勢</td> </tr> <tr> <td>申復後核減率</td> <td>0.52%</td> <td>0.40%</td> <td>0.41%</td> <td>0.42%</td> <td>0.34%</td> </tr> <tr> <td>爭審後核減率</td> <td>0.51%</td> <td>0.39%</td> <td>0.40%</td> <td>0.42%</td> <td>0.34%</td> </tr> <tr> <td>爭審駁回率</td> <td>64.23%</td> <td>53.16%</td> <td>61.14%</td> <td>83.92%</td> <td>78.43%</td> <td>100年較99年下降</td> </tr> <tr> <td>爭審案件數</td> <td>2,340</td> <td>2,404</td> <td>1,122</td> <td>1,269</td> <td>612</td> <td>100年較96~99年皆低</td> </tr> </tbody> </table> <p>資料來源：1.核減率：擷取全民健保門住診醫療費用統計檔，截至101.4.1止已完成核付之資料。 2.爭審案件數及駁回率：爭議審議委員會。 3.爭審駁回率=駁回案件數/爭議案件數。</p> <p>6.院所違規情形 (1)96~100年院所違反健保特約管理辦法之查處追扣金額： 單位：萬點</p> <table border="1" data-bbox="357 1384 1490 1693"> <thead> <tr> <th>年度 項目</th> <th>96</th> <th>97</th> <th>98</th> <th>99</th> <th>100</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>總額舉發</td> <td>4</td> <td>7.1</td> <td>17.5</td> <td>4.2</td> <td>5.4</td> </tr> <tr> <td>非總額舉發</td> <td>239</td> <td>138.7</td> <td>324.9</td> <td>848.5</td> <td>2,707</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>243</td> <td>145.8</td> <td>342.4</td> <td>852.7</td> <td>2,712</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：1.非總額舉發包含民眾檢舉與健保局主動查核：總額舉發為總額受託單位或相關團體舉發。 2.查處追扣金額：指違反全民健保醫事服務機構約及管理辦法第36-38條違規事件之醫療費用本身，如原認列之違規點數、虛報點數與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.資料來源為健保局，惟牙醫全聯會對總額舉發與非總額舉發之定義與結果有疑義，於101.6.22函請健保局針對有疑義之3家診所(點數12,678,639)查證是否為總額舉發(目前該3家診所列為非總額舉發)。</p>	年 指標項目	96年	97年	98年	99年	100年	補充說明	初審核減率	0.64%	0.51%	0.52%	0.58%	0.47%	下降趨勢	申復後核減率	0.52%	0.40%	0.41%	0.42%	0.34%	爭審後核減率	0.51%	0.39%	0.40%	0.42%	0.34%	爭審駁回率	64.23%	53.16%	61.14%	83.92%	78.43%	100年較99年下降	爭審案件數	2,340	2,404	1,122	1,269	612	100年較96~99年皆低	年度 項目	96	97	98	99	100	總額舉發	4	7.1	17.5	4.2	5.4	非總額舉發	239	138.7	324.9	848.5	2,707	合計	243	145.8	342.4	852.7	2,712
年 指標項目	96年	97年	98年	99年	100年	補充說明																																																												
初審核減率	0.64%	0.51%	0.52%	0.58%	0.47%	下降趨勢																																																												
申復後核減率	0.52%	0.40%	0.41%	0.42%	0.34%																																																													
爭審後核減率	0.51%	0.39%	0.40%	0.42%	0.34%																																																													
爭審駁回率	64.23%	53.16%	61.14%	83.92%	78.43%	100年較99年下降																																																												
爭審案件數	2,340	2,404	1,122	1,269	612	100年較96~99年皆低																																																												
年度 項目	96	97	98	99	100																																																													
總額舉發	4	7.1	17.5	4.2	5.4																																																													
非總額舉發	239	138.7	324.9	848.5	2,707																																																													
合計	243	145.8	342.4	852.7	2,712																																																													

評核構面	評核項目	評核指標								
	(2)違規類型									
		年度	99年				100年			
		類型別	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
		未依處方箋或病歷記載提供醫療服務	0	0	17	134,006	1	40,152	17	104,951
		處方箋之處方或醫療費用申報內容與病歷記載不符	0	0	1	500	0	0	3	11,860
		未記載病歷，申報醫療費用	0	0	0	0	0	0	1	579
		未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用	0	0	4	51,056	0	0	6	113,133
		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	4	36,580	8	686,530	1	13,922	5	104,995
		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	0	0	0	0	0	0	1	13,373,182
		特約醫院或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	3	66,660	0	0	1	8,007
		其他	1	5,110	8	7,546,330	0	0	10	13,352,947
		合計	5	41,690	41	8,485,082	2	54,074	44	27,069,654
	7.院所輔導									
	(1)輔導情形(申報家數為有申報牙醫門診費用之院所數，含醫院與診所)									
			96年	97年	98年	99年	100年			
		輔導家數	1,122	875	876	725	859			
		申報家數	6,152	6,238	6,286	6,334	6,422			
	(2)依「全民健康保險牙醫門診特約醫事服務機構輔導作業及異常管理方案」進行協談、約談、書面溝通(通知改善)。100年協談/約談院所共499家；書面溝通(通知改善)院所共400家；自動繳回費用之院所共240家，點數為11,173千點(99年為312家，共15,686千點)。									
	(3)依實地審查作業原則「經各分區執行專業審查或檔案分析，發現醫療模式異常，且經委員會通過者，則啟動實地審查機制」，100年僅中區執行實地審查案件7件，其他區則未有需啟動實地審查之情形。									

其他參考資料：

99 年品質保證保留款實施方案(已結算)

一、預算及協定事項：

99 年牙醫門診總額「品質保證保留款」成長率 0.25%，加上自一般服務費用移撥 0.5% 成長率，合計 2.59 億元。

二、分配方式：

(一)不予核發項目：

- 1：99 年 1 月至 99 年 12 月費用未辦理第一次暫付者。
- 2：經中央健康保險局違約記點者(一年內)處分日期:99/01/01 - 99/12/31。
- 3：本年度內經中央健康保險局處以扣減其十倍醫療費用者。
- 4：經中央健康保險局停止特約者(三年內)處分起迄日: 97/01/01 - 99/12/31。
- 5：經中央健康保險局終止特約者(五年內)處分起迄日: 95/01/01 - 99/12/31。
- 6：特約醫療院所有異常醫療行為模式，經分區委員會輔導後，認其情節重大經決議提中華民國牙醫師公會全國聯合會報備者。

(二)減計核發指標(一項減計該院所核算基礎 20%)：

項目	指標
一	恆牙 2 年內自家再補率： $>4.5\%$ 者。
	恆牙 2 年內自家再補率：牙科院所開業未滿 2 年。
二	自家乳牙 545 天再補率： $>10\%$ 者。
	自家乳牙 545 天再補率：牙科院所開業未滿 1.5 年。
	自家乳牙 545 天再補率：牙科院所 99 年全年乳牙填補顆數 <60 顆者。
三	根管治療： $(\text{根管治療治療點數} \div \text{總點數}) < 5\%$ 者。
	根管治療：完成半年後的保存率 $< 95\%$ 者。
	根管治療：未完成率 $> 30\%$ 者。
	院所 99 年 1-12 月未執行任一根管難症特別處理 (90091C-90097C)。
四	全口牙結石清除：比率 $< 20\%$ 者。
	施行全口牙結石清除，且併同牙周疾病控制基本處置(91014C)的執行率 $< 20\%$ 者。
五	該院所前一年初核核減率在全國 90 百分位(含)以上者。

三、實施結果：

99 年實際核發 259,671,161 元，100% 符合核發條件院所計有 1,537 家，占院所數 (6,542 家) 之 23.5%。

核發比率	100%	80%	60%	40%	20%	0% (不核發)	合計
家數	1,537	1,822	1,663	834	209	477	6,542
占率	23.5%	27.9%	25.4%	12.7%	3.2%	7.3%	100%

四、檢討及改善方向：

(一)100 年新增指標「口腔癌篩檢」、「跨院所重複執行牙結石清除」、「完成牙周病統合照護計畫」，另於修訂方案內容時亦考量不同層級間之醫療模式差異，使方案涵蓋面更廣、更趨公平。

(二)為使所有院所皆能進一步加強醫療品質，除品保款之獎勵外，並要求 6 分會之醫療品質輔導方案皆應與品質保留款方案結合。

二、中醫門診總額一般服務執行成果摘要表

評核構面	評核項目	評核指標																																																		
民眾滿意度	1.滿意度調查結果	1.96~100年各項滿意度調查結果 單位：%																																																		
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">調查年月 \ 指標項目</th> <th style="width: 10%;">96.12</th> <th style="width: 10%;">97.12</th> <th style="width: 10%;">98.12</th> <th style="width: 10%;">99.08</th> <th style="width: 10%;">100.11</th> <th style="width: 30%;">補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>對整體醫療品質滿意度</td> <td style="text-align: center;">73.7</td> <td style="text-align: center;">72.6</td> <td style="text-align: center;">73.7</td> <td style="text-align: center;">74.7</td> <td style="text-align: center;">72.5</td> <td rowspan="7" style="vertical-align: middle;">100年除對醫療設備滿意度有提升外，餘滿意度多為下降</td> </tr> <tr> <td>對醫療設備(診療環境)滿意度</td> <td style="text-align: center;">58.6</td> <td style="text-align: center;">59.7</td> <td style="text-align: center;">60.5</td> <td style="text-align: center;">60.2</td> <td style="text-align: center;">72.7</td> </tr> <tr> <td>對醫護人員服務態度滿意度</td> <td style="text-align: center;">78.1</td> <td style="text-align: center;">78.3</td> <td style="text-align: center;">76.6</td> <td style="text-align: center;">76.7</td> <td style="text-align: center;">70.0</td> </tr> <tr> <td>對治療效果滿意度</td> <td style="text-align: center;">68.1</td> <td style="text-align: center;">65.7</td> <td style="text-align: center;">66.7</td> <td style="text-align: center;">68.4</td> <td style="text-align: center;">68.4</td> </tr> <tr> <td>對醫生解說病情或預防保健方法之認真程度</td> <td style="text-align: center;">74.7</td> <td style="text-align: center;">71.4</td> <td style="text-align: center;">72.2</td> <td style="text-align: center;">73.5</td> <td style="text-align: center;">69.5</td> </tr> <tr> <td>對醫生檢查及治療仔細程度滿意度</td> <td style="text-align: center;">70.6</td> <td style="text-align: center;">69.0</td> <td style="text-align: center;">72.4</td> <td style="text-align: center;">72.8</td> <td style="text-align: center;">69.7</td> </tr> <tr> <td>向院方表達不滿且得到妥善處理與回覆之比例^(註2)</td> <td style="text-align: center;">41.4</td> <td style="text-align: center;">70.1</td> <td style="text-align: center;">77.8</td> <td style="text-align: center;">21.4</td> <td style="text-align: center;">55.2</td> </tr> </tbody> </table>	調查年月 \ 指標項目	96.12	97.12	98.12	99.08	100.11	補充說明	對整體醫療品質滿意度	73.7	72.6	73.7	74.7	72.5	100年除對醫療設備滿意度有提升外，餘滿意度多為下降	對醫療設備(診療環境)滿意度	58.6	59.7	60.5	60.2	72.7	對醫護人員服務態度滿意度	78.1	78.3	76.6	76.7	70.0	對治療效果滿意度	68.1	65.7	66.7	68.4	68.4	對醫生解說病情或預防保健方法之認真程度	74.7	71.4	72.2	73.5	69.5	對醫生檢查及治療仔細程度滿意度	70.6	69.0	72.4	72.8	69.7	向院方表達不滿且得到妥善處理與回覆之比例 ^(註2)	41.4	70.1	77.8	21.4	55.2
		調查年月 \ 指標項目	96.12	97.12	98.12	99.08	100.11	補充說明																																												
		對整體醫療品質滿意度	73.7	72.6	73.7	74.7	72.5	100年除對醫療設備滿意度有提升外，餘滿意度多為下降																																												
		對醫療設備(診療環境)滿意度	58.6	59.7	60.5	60.2	72.7																																													
		對醫護人員服務態度滿意度	78.1	78.3	76.6	76.7	70.0																																													
		對治療效果滿意度	68.1	65.7	66.7	68.4	68.4																																													
		對醫生解說病情或預防保健方法之認真程度	74.7	71.4	72.2	73.5	69.5																																													
		對醫生檢查及治療仔細程度滿意度	70.6	69.0	72.4	72.8	69.7																																													
		向院方表達不滿且得到妥善處理與回覆之比例 ^(註2)	41.4	70.1	77.8	21.4	55.2																																													
<p>註：1.滿意度=非常滿意+滿意；認真程度=很認真+認真。</p> <p>2.99年64位不滿意者中，僅14人向院方反應，3人有得到處理；100年143位不滿意者中，有29人向院方反應，16人得到處理。</p> <p>3.100.11調查單位與96~99年不同，抽樣方法與樣本數也不同，96~99年完成樣本數約1,000多份，100.11為2,456份。</p>																																																				
<p>2.不滿意及退步項目的檢討改善：</p> <p>100年11月滿意度調查結果，滿意度最低者為「對醫師花費診療時間滿意度」，健保局除將滿意度調查結果提供中醫全聯會參考，並由各分區業務組透過與轄區院所之共管/聯繫會議，轉知相關訊息，作為檢討改進之依據。各分區並設有服務中心，提供民眾諮詢與申訴管道。</p>																																																				

評核構面	評核項目	評核指標																																																						
民眾滿意度	2.民眾申訴及抱怨處理	<p>3.民眾申訴案件分析及處理情形：</p> <p>(1)96~100年民眾申訴案件統計</p> <table border="1" data-bbox="363 309 1433 719"> <thead> <tr> <th>年度 \ 指標項目</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100年</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>民眾申訴及反映成案件數</td> <td>193</td> <td>179</td> <td>193</td> <td>281</td> <td>133</td> <td rowspan="2">98年起逐漸增加，100年大幅減少</td> </tr> <tr> <td>平均每位醫師申訴案件數</td> <td>0.042</td> <td>0.037</td> <td>0.039</td> <td>0.056</td> <td>0.025</td> </tr> <tr> <td>有診療問題時，民眾知道諮詢及申訴管道之比例</td> <td>15.0%</td> <td>14.8%</td> <td>13.4%</td> <td>16.3%</td> <td>16.4%</td> <td>100年滿意度調查單位及抽樣方式有變動。</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：醫師數採每年12月特約中醫師人數計算。</p> <p>(2)96~100年申訴及反映成案件數原因別</p> <p>100年主要申訴原因前三名為「其他醫療行政或違規事項」、「額外收費(自費抱怨)」、「疑有虛報醫療費用」，其件數及占率如下：</p> <table border="1" data-bbox="363 898 1433 1368"> <thead> <tr> <th>年度 \ 指標項目</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100年</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>其他醫療行政或違規事項</td> <td>件數 69 占率 35.8%</td> <td>56 31.3%</td> <td>56 29.0%</td> <td>58 20.6%</td> <td>37 27.8%</td> <td rowspan="2">100年上升</td> </tr> <tr> <td>額外收費(收費疑義)</td> <td>件數 36 占率 18.7%</td> <td>37 20.7%</td> <td>52 26.9%</td> <td>48 17.1%</td> <td>33 24.8%</td> </tr> <tr> <td>疑有虛報醫療費用</td> <td>件數 9 占率 4.7%</td> <td>18 10.1%</td> <td>28 14.5%</td> <td>41 14.6%</td> <td>24 18.0%</td> <td>96年起有逐年上升趨勢，但100年件數減少</td> </tr> </tbody> </table> <p>註:1.其他醫療行政或違規事項，主要包括事前審查、藥師未在場執業、規避門診量、要求病人連續看診及借卡看病等。 2.除此三項外，其他民眾申訴項目為：不開給費用明細表及收據、多刷卡、刷卡換物、質疑醫師或藥師資格、轉診相關申訴及其他。</p> <p>(3)申訴案件處理與改善：有具體事證但屬單一個案或情節輕微，函請院所改善、移請相關醫事團體輔導、並加強審查，必要時移查核錄案辦理；如案情複雜或涉專業案件，請院所調病歷及說明緣由送專業審查，並回復申訴人辦理結果。</p>	年度 \ 指標項目	96年	97年	98年	99年	100年	補充說明	民眾申訴及反映成案件數	193	179	193	281	133	98年起逐漸增加，100年大幅減少	平均每位醫師申訴案件數	0.042	0.037	0.039	0.056	0.025	有診療問題時，民眾知道諮詢及申訴管道之比例	15.0%	14.8%	13.4%	16.3%	16.4%	100年滿意度調查單位及抽樣方式有變動。	年度 \ 指標項目	96年	97年	98年	99年	100年	補充說明	其他醫療行政或違規事項	件數 69 占率 35.8%	56 31.3%	56 29.0%	58 20.6%	37 27.8%	100年上升	額外收費(收費疑義)	件數 36 占率 18.7%	37 20.7%	52 26.9%	48 17.1%	33 24.8%	疑有虛報醫療費用	件數 9 占率 4.7%	18 10.1%	28 14.5%	41 14.6%	24 18.0%	96年起有逐年上升趨勢，但100年件數減少
年度 \ 指標項目	96年	97年	98年	99年	100年	補充說明																																																		
民眾申訴及反映成案件數	193	179	193	281	133	98年起逐漸增加，100年大幅減少																																																		
平均每位醫師申訴案件數	0.042	0.037	0.039	0.056	0.025																																																			
有診療問題時，民眾知道諮詢及申訴管道之比例	15.0%	14.8%	13.4%	16.3%	16.4%	100年滿意度調查單位及抽樣方式有變動。																																																		
年度 \ 指標項目	96年	97年	98年	99年	100年	補充說明																																																		
其他醫療行政或違規事項	件數 69 占率 35.8%	56 31.3%	56 29.0%	58 20.6%	37 27.8%	100年上升																																																		
額外收費(收費疑義)	件數 36 占率 18.7%	37 20.7%	52 26.9%	48 17.1%	33 24.8%																																																			
疑有虛報醫療費用	件數 9 占率 4.7%	18 10.1%	28 14.5%	41 14.6%	24 18.0%	96年起有逐年上升趨勢，但100年件數減少																																																		

評核構面	評核項目	評核指標							
就醫可近性	1.就醫等候情形 2.醫師診療時間 3.民眾自費情形	1.就醫等候：							
			調查年月	96.12	97.12	98.12	99.08	100.11	補充說明
		指標項目							
		約診或就診的容易程度(%；非常容易+容易)	78.1%	77.5%	73.8%	69.4%	69.7%	假日休診造成不便比率、對交通及等候時間接受程度，在100年大幅下降，恐與更換調查單位，改變抽樣方式及樣本數等有關。	
		因院所例假日休診而造成就醫不便的比例(%)	26.0%	21.9%	25.3%	30.8%	10.8%		
		就診交通時間(分)							
		中位數	10	10	N/A	N/A	15		
		平均值	17.4	16.1			19.5		
		標準誤	0.8	0.5			0.34		
		對就醫交通時間的接受程度(%；完全沒問題+可以接受)	90.8%	89.6%	N/A	N/A	66.8%		
		等候診療時間(分)							
		中位數	15	15	N/A	N/A	20		
		平均值	22.0	20.1			25.8		
		標準誤	0.8	0.7			0.5		
對等候診療時間的接受程度(%；完全沒問題+可以接受)	81.2%	82.4%	N/A	N/A	52.2%				
註：1.滿意度=非常滿意+滿意；認真程度=很認真+認真。 2.100年滿意度調查單位及抽樣方式有變動。									
2.醫師診療時間：									
	調查年月	96.12	97.12	98.12	99.08	100.11	補充說明		
指標項目									
醫師診療花費時間(分)							略降		
中位數	10	10	10	10	10				
平均值	14.6	13.6	16.1	15.5	12.6				
標準誤	0.5	0.4	0.5	0.5	0.21				
對醫師診療時間滿意度(%；非常滿意+滿意)	64.7%	62.9%	65.3%	65.1%	64.3%				
註：100年滿意度調查單位及抽樣方式有變動。									

評核構面	評核項目	評核指標																																																													
		3.民眾自費：																																																													
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>調查年月</th> <th>96.12</th> <th>97.12</th> <th>98.12</th> <th>99.08</th> <th>100.11</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平均每次就醫總費用(元)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="7">100年顯著下降,恐與滿意度調查單位及抽樣方式等變動有關。</td> </tr> <tr> <td>中位數</td> <td>140</td> <td>140</td> <td>140</td> <td>150</td> <td>150</td> </tr> <tr> <td>平均值</td> <td>171.2</td> <td>168.8</td> <td>190.8</td> <td>187.8</td> <td>228.3</td> </tr> <tr> <td>標準誤</td> <td>7.64</td> <td>6.59</td> <td>9.99</td> <td>9.5</td> <td>5.93</td> </tr> <tr> <td>對就醫總費用的看法(%;很貴+有點貴)</td> <td>14.1%</td> <td>12.8%</td> <td>15.4%</td> <td>14.7%</td> <td>11.8%</td> </tr> <tr> <td>除掛號費及部分負擔外有自費比例(%)</td> <td>47.9%</td> <td>51.4%</td> <td>52%</td> <td>58.6%</td> <td>16.8%</td> </tr> <tr> <td>自付費用的理由為(健保不給付)比例</td> <td>95.2%</td> <td>98.5%</td> <td>99.4%</td> <td>98.5%</td> <td>57.1%</td> </tr> <tr> <td>健保不給付而自付其他項目的比例(多拿藥)(註)</td> <td>81.6%</td> <td>83.5%</td> <td>85.1%</td> <td>76.5%</td> <td>47.9%</td> </tr> </tbody> </table>	調查年月	96.12	97.12	98.12	99.08	100.11	補充說明	平均每次就醫總費用(元)						100年顯著下降,恐與滿意度調查單位及抽樣方式等變動有關。	中位數	140	140	140	150	150	平均值	171.2	168.8	190.8	187.8	228.3	標準誤	7.64	6.59	9.99	9.5	5.93	對就醫總費用的看法(%;很貴+有點貴)	14.1%	12.8%	15.4%	14.7%	11.8%	除掛號費及部分負擔外有自費比例(%)	47.9%	51.4%	52%	58.6%	16.8%	自付費用的理由為(健保不給付)比例	95.2%	98.5%	99.4%	98.5%	57.1%	健保不給付而自付其他項目的比例(多拿藥)(註)	81.6%	83.5%	85.1%	76.5%	47.9%					
調查年月	96.12	97.12	98.12	99.08	100.11	補充說明																																																									
平均每次就醫總費用(元)						100年顯著下降,恐與滿意度調查單位及抽樣方式等變動有關。																																																									
中位數	140	140	140	150	150																																																										
平均值	171.2	168.8	190.8	187.8	228.3																																																										
標準誤	7.64	6.59	9.99	9.5	5.93																																																										
對就醫總費用的看法(%;很貴+有點貴)	14.1%	12.8%	15.4%	14.7%	11.8%																																																										
除掛號費及部分負擔外有自費比例(%)	47.9%	51.4%	52%	58.6%	16.8%																																																										
自付費用的理由為(健保不給付)比例	95.2%	98.5%	99.4%	98.5%	57.1%																																																										
健保不給付而自付其他項目的比例(多拿藥)(註)	81.6%	83.5%	85.1%	76.5%	47.9%																																																										
		註：中醫開藥除非慢性病，不然以7日為限，因民眾習慣拿10日藥，造成須自費付3日藥費。																																																													
		對民眾自費問題之檢討與改善措施：																																																													
		(1)要求各院所無論是否為健保給付項目，皆須符合「資訊公開、事先告知及開立正式收費單據」3項原則，目前各院所皆有公布其自費項目，分區業務組亦會不定期派員至院所實地訪查、輔導改善。																																																													
		(2)提供多管道受理民眾自費申訴案件，並送請專業審查醫師審查，如查屬健保給付項目，除函請院所退費予民眾，並依健保相關法規論處。民眾自費情形並列入院所品質評量項目及實地訪查項目之一。																																																													

評核構面	評核項目	評核指標																																																																																																																																	
就醫公平性	1.都市化程度醫療資源分布情形 2.中醫師人力地理分佈	1.不同都市化地區醫療資源分布情形																																																																																																																																	
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>年度 指標項目</th> <th>93年</th> <th>94年</th> <th>95年</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>每萬人口中醫 師數</td> <td>2.01</td> <td>2.02</td> <td>2.07</td> <td>2.11</td> <td>2.21</td> <td>2.28</td> <td>2.31</td> <td rowspan="4">每萬人口中 醫師數=中 醫執業醫師 數/年底戶籍 人口數 *10,000</td> </tr> <tr> <td>-都市化鄉鎮</td> <td>2.65</td> <td>2.63</td> <td>2.75</td> <td>2.81</td> <td>2.93</td> <td>3.02</td> <td>3.05</td> </tr> <tr> <td>-一般鄉鎮</td> <td>1.58</td> <td>1.61</td> <td>1.57</td> <td>1.61</td> <td>1.70</td> <td>1.77</td> <td>1.77</td> </tr> <tr> <td>-農業鄉鎮</td> <td>0.61</td> <td>0.64</td> <td>0.62</td> <td>0.63</td> <td>0.65</td> <td>0.65</td> <td>0.66</td> </tr> </tbody> </table>										年度 指標項目	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年	補充說明	每萬人口中醫 師數	2.01	2.02	2.07	2.11	2.21	2.28	2.31	每萬人口中 醫師數=中 醫執業醫師 數/年底戶籍 人口數 *10,000	-都市化鄉鎮	2.65	2.63	2.75	2.81	2.93	3.02	3.05	-一般鄉鎮	1.58	1.61	1.57	1.61	1.70	1.77	1.77	-農業鄉鎮	0.61	0.64	0.62	0.63	0.65	0.65	0.66																																																																														
		年度 指標項目	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年	補充說明																																																																																																																									
		每萬人口中醫 師數	2.01	2.02	2.07	2.11	2.21	2.28	2.31	每萬人口中 醫師數=中 醫執業醫師 數/年底戶籍 人口數 *10,000																																																																																																																									
		-都市化鄉鎮	2.65	2.63	2.75	2.81	2.93	3.02	3.05																																																																																																																										
		-一般鄉鎮	1.58	1.61	1.57	1.61	1.70	1.77	1.77																																																																																																																										
		-農業鄉鎮	0.61	0.64	0.62	0.63	0.65	0.65	0.66																																																																																																																										
		資料來源：衛生署統計室醫事機構現況檔。																																																																																																																																	
		註：都市化程度採劉介宇(2006)定義之都市化分層，並將原7層組別依都市化程度將相近者合併為三類 a.都市化鄉鎮(高度與中度都市化鄉鎮)、b.一般鄉鎮(新興市鎮與一般鄉鎮市區)及 c.農業鄉鎮(高齡化市鎮、農業市鎮、偏遠鄉鎮)																																																																																																																																	
		2.中醫師人力地理分佈之吉尼係數(鄉鎮市區別)																																																																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>年度 指標項目</th> <th>93年</th> <th>94年</th> <th>95年</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>中醫師人力地理分佈之吉尼係數</td> <td>0.3539</td> <td>0.3552</td> <td>0.3662</td> <td>0.3612</td> <td>0.3621</td> <td>0.3600</td> <td>0.3632</td> <td>吉尼係數值愈小表示分布愈平均</td> </tr> </tbody> </table>										年度 指標項目	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年	補充說明	中醫師人力地理分佈之吉尼係數	0.3539	0.3552	0.3662	0.3612	0.3621	0.3600	0.3632	吉尼係數值愈小表示分布愈平均																																																																																																								
年度 指標項目	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年	補充說明																																																																																																																											
中醫師人力地理分佈之吉尼係數	0.3539	0.3552	0.3662	0.3612	0.3621	0.3600	0.3632	吉尼係數值愈小表示分布愈平均																																																																																																																											
資料來源：衛生署統計室醫事機構現況檔。																																																																																																																																			
3.101年3月各分區中醫師數及每萬人口中醫師數																																																																																																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="3">分區</th> <th rowspan="3">中醫師數</th> <th rowspan="3">成長率(%)</th> <th colspan="8">每萬人口中醫師數</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">中醫 師數</th> <th colspan="6">組距之鄉鎮數</th> <th rowspan="2">合計</th> <th rowspan="2">>2</th> <th rowspan="2">占率(%)</th> </tr> <tr> <th>0</th> <th><1</th> <th>1~2</th> <th>2~3</th> <th>>3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>台北</td> <td>1,574</td> <td>3.1</td> <td>2.1</td> <td>20</td> <td>16</td> <td>16</td> <td>12</td> <td>6</td> <td>70</td> <td>18</td> <td>18.6</td> </tr> <tr> <td>北區</td> <td>653</td> <td>4.0</td> <td>1.9</td> <td>15</td> <td>9</td> <td>16</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>47</td> <td>7</td> <td>7.2</td> </tr> <tr> <td>中區</td> <td>1,512</td> <td>5.1</td> <td>3.4</td> <td>6</td> <td>16</td> <td>12</td> <td>12</td> <td>22</td> <td>68</td> <td>34</td> <td>35.1</td> </tr> <tr> <td>南區</td> <td>688</td> <td>2.2</td> <td>2.0</td> <td>20</td> <td>20</td> <td>18</td> <td>7</td> <td>12</td> <td>77</td> <td>19</td> <td>19.6</td> </tr> <tr> <td>高屏</td> <td>740</td> <td>2.8</td> <td>2.0</td> <td>27</td> <td>18</td> <td>16</td> <td>9</td> <td>7</td> <td>77</td> <td>16</td> <td>16.5</td> </tr> <tr> <td>東區</td> <td>89</td> <td>11.3</td> <td>1.6</td> <td>18</td> <td>6</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>29</td> <td>3</td> <td>3.1</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>5,256</td> <td>3.7</td> <td>2.3</td> <td>106</td> <td>85</td> <td>80</td> <td>45</td> <td>52</td> <td>368</td> <td>97</td> <td>100.0</td> </tr> <tr> <td>占率(%)</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>28.8</td> <td>23.1</td> <td>21.7</td> <td>12.2</td> <td>14.1</td> <td>100.0</td> <td>26.4</td> <td>—</td> </tr> </tbody> </table>										分區	中醫師數	成長率(%)	每萬人口中醫師數								中醫 師數	組距之鄉鎮數						合計	>2	占率(%)	0	<1	1~2	2~3	>3	台北	1,574	3.1	2.1	20	16	16	12	6	70	18	18.6	北區	653	4.0	1.9	15	9	16	4	3	47	7	7.2	中區	1,512	5.1	3.4	6	16	12	12	22	68	34	35.1	南區	688	2.2	2.0	20	20	18	7	12	77	19	19.6	高屏	740	2.8	2.0	27	18	16	9	7	77	16	16.5	東區	89	11.3	1.6	18	6	2	1	2	29	3	3.1	合計	5,256	3.7	2.3	106	85	80	45	52	368	97	100.0	占率(%)	—	—	—	28.8	23.1	21.7	12.2	14.1	100.0	26.4	—
分區	中醫師數	成長率(%)	每萬人口中醫師數																																																																																																																																
			中醫 師數	組距之鄉鎮數									合計	>2	占率(%)																																																																																																																				
				0	<1	1~2	2~3	>3																																																																																																																											
台北	1,574	3.1	2.1	20	16	16	12	6	70	18	18.6																																																																																																																								
北區	653	4.0	1.9	15	9	16	4	3	47	7	7.2																																																																																																																								
中區	1,512	5.1	3.4	6	16	12	12	22	68	34	35.1																																																																																																																								
南區	688	2.2	2.0	20	20	18	7	12	77	19	19.6																																																																																																																								
高屏	740	2.8	2.0	27	18	16	9	7	77	16	16.5																																																																																																																								
東區	89	11.3	1.6	18	6	2	1	2	29	3	3.1																																																																																																																								
合計	5,256	3.7	2.3	106	85	80	45	52	368	97	100.0																																																																																																																								
占率(%)	—	—	—	28.8	23.1	21.7	12.2	14.1	100.0	26.4	—																																																																																																																								
全國368個鄉鎮，有5,256位中醫師，其中有28.8%的鄉鎮無中醫師。																																																																																																																																			

評核構面	評核項目	評核指標																																																
醫療服務效率	醫療利用率	<p>1.指標監測結果： 單位：%</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年度 指標項目</th> <th>100年第4季 監測值^(註)</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100年</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>同日重複就診率</td> <td>0.12%~0.14%</td> <td>0.14</td> <td>0.14</td> <td>0.14</td> <td>0.13</td> <td>0.12</td> <td>呈穩定趨勢</td> </tr> <tr> <td>隔日重複就診率</td> <td>0.43%~0.53%</td> <td>0.66</td> <td>0.57</td> <td>0.51</td> <td>0.46</td> <td>0.46</td> <td>呈逐年下降趨勢</td> </tr> <tr> <td>7日內處方用藥日數重複2日以上比率</td> <td>0.65%~0.80%</td> <td>0.84</td> <td>0.76</td> <td>0.74</td> <td>0.71</td> <td>0.73</td> <td>呈下降趨勢，100年則上升</td> </tr> <tr> <td>針傷科處置每月大於15次占率</td> <td>0.02%~0.02%</td> <td>0.44</td> <td>0.06</td> <td>0.02</td> <td>0.01</td> <td>0.01</td> <td>呈下降趨勢</td> </tr> <tr> <td>各區平均就醫次數</td> <td>2.48~3.03</td> <td>2.62</td> <td>2.66</td> <td>2.69</td> <td>2.70</td> <td>2.78</td> <td>有逐年升高趨勢</td> </tr> </tbody> </table> <p>註:各項指標監測值：以前3年同季平均值±10%，故監測值每季變動。</p> <p>2.指標之檢討：中醫各項重複利用、高利用指標結果尚在監測範圍內。但平均就醫次數逐年上升，列為需改善項目。</p>	年度 指標項目	100年第4季 監測值 ^(註)	96年	97年	98年	99年	100年	補充說明	同日重複就診率	0.12%~0.14%	0.14	0.14	0.14	0.13	0.12	呈穩定趨勢	隔日重複就診率	0.43%~0.53%	0.66	0.57	0.51	0.46	0.46	呈逐年下降趨勢	7日內處方用藥日數重複2日以上比率	0.65%~0.80%	0.84	0.76	0.74	0.71	0.73	呈下降趨勢，100年則上升	針傷科處置每月大於15次占率	0.02%~0.02%	0.44	0.06	0.02	0.01	0.01	呈下降趨勢	各區平均就醫次數	2.48~3.03	2.62	2.66	2.69	2.70	2.78	有逐年升高趨勢
年度 指標項目	100年第4季 監測值 ^(註)	96年	97年	98年	99年	100年	補充說明																																											
同日重複就診率	0.12%~0.14%	0.14	0.14	0.14	0.13	0.12	呈穩定趨勢																																											
隔日重複就診率	0.43%~0.53%	0.66	0.57	0.51	0.46	0.46	呈逐年下降趨勢																																											
7日內處方用藥日數重複2日以上比率	0.65%~0.80%	0.84	0.76	0.74	0.71	0.73	呈下降趨勢，100年則上升																																											
針傷科處置每月大於15次占率	0.02%~0.02%	0.44	0.06	0.02	0.01	0.01	呈下降趨勢																																											
各區平均就醫次數	2.48~3.03	2.62	2.66	2.69	2.70	2.78	有逐年升高趨勢																																											
醫療服務效益	健康照護成效	尚待發展相關健康改善指標																																																
醫療服務品質	<p>1.品質確保方案之其他專業醫療服務品質指標</p> <p>2.品質指標增修</p> <p>3.院所別醫療品質資訊公</p>	<p>1.指標監測結果：</p> <p>品質指標皆按季公開於健保局全球資訊網，健保局亦會請超出監測值上限(負向指標)或低於監測值下限(正向指標)指標之分區業務組，加強輔導轄區內之院所，以確保醫療品質。 單位：%</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年度 指標項目</th> <th>100年第4季 監測值</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100年</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>各區中醫傷科病患7日內同時利用西醫復健比率^(註2)</td> <td>1.34%~1.64%</td> <td>1.44</td> <td>1.50</td> <td>1.53</td> <td>1.65</td> <td>--</td> <td rowspan="2">1.在監測值範圍內。 2.有逐年升高趨勢。</td> </tr> <tr> <td>各區中醫癌症病患同時利用西醫人數比率^(註2)</td> <td>53.89%~65.86%</td> <td>56.68</td> <td>57.74</td> <td>59.88</td> <td>59.87</td> <td>61.37</td> </tr> <tr> <td>符合針灸治療規範比率</td> <td>≥前一年同期符合規範比例</td> <td>80.88</td> <td>84.03</td> <td>16.19</td> <td>27.1</td> <td>N/A</td> <td rowspan="2">98年檢討修訂審核標準，標準趨嚴，至符合率下降。</td> </tr> <tr> <td>符合傷科治療規範比率</td> <td>≥前一年同期符合規範比例</td> <td>79.07</td> <td>75.34</td> <td>18.66</td> <td>33.8</td> <td>N/A</td> </tr> </tbody> </table> <p>註:1.各項指標監測值：以前3年同季平均值±10%，故監測值每季變動。 2.主為呈現傷科與癌症病患中西醫併用之醫療服務情形，並無品質正負向之意涵。自100年起，刪除傷科之中西醫同時利用指標。</p>	年度 指標項目	100年第4季 監測值	96年	97年	98年	99年	100年	補充說明	各區中醫傷科病患7日內同時利用西醫復健比率 ^(註2)	1.34%~1.64%	1.44	1.50	1.53	1.65	--	1.在監測值範圍內。 2.有逐年升高趨勢。	各區中醫癌症病患同時利用西醫人數比率 ^(註2)	53.89%~65.86%	56.68	57.74	59.88	59.87	61.37	符合針灸治療規範比率	≥前一年同期符合規範比例	80.88	84.03	16.19	27.1	N/A	98年檢討修訂審核標準，標準趨嚴，至符合率下降。	符合傷科治療規範比率	≥前一年同期符合規範比例	79.07	75.34	18.66	33.8	N/A										
年度 指標項目	100年第4季 監測值	96年	97年	98年	99年	100年	補充說明																																											
各區中醫傷科病患7日內同時利用西醫復健比率 ^(註2)	1.34%~1.64%	1.44	1.50	1.53	1.65	--	1.在監測值範圍內。 2.有逐年升高趨勢。																																											
各區中醫癌症病患同時利用西醫人數比率 ^(註2)	53.89%~65.86%	56.68	57.74	59.88	59.87	61.37																																												
符合針灸治療規範比率	≥前一年同期符合規範比例	80.88	84.03	16.19	27.1	N/A	98年檢討修訂審核標準，標準趨嚴，至符合率下降。																																											
符合傷科治療規範比率	≥前一年同期符合規範比例	79.07	75.34	18.66	33.8	N/A																																												

評核構面	評核項目	評核指標
	<p>開</p> <p>4.其他改善專業醫療服務品質具體措施</p>	<p>2.品質指標增修情形： 100年經檢討，考量「各區中醫傷科病患7日內同時利用西醫復健比率」指標，無法區分是否因同一疾病同時求助中西醫及其看診之先後順序，不宜做為品質指標依據，爰刪除之。</p> <p>3.個別院所醫療品質資訊公開： (1)截至100年底，已公開15項品質指標，100年新增「健保IC卡上傳正確率」、「腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫承辦院所」2項。 (2)刪除「中醫傷科示範醫療機構認證合格院所」，修訂「中醫重複就診率」之操作型定義，及部分指標之公開資訊內容。</p> <p>4.其他改善專業醫療服務品質具體措施： (1)定期監測醫療費用申報概況(包括家數、醫師數、就醫人數、件數、醫療點數等)，了解醫療費用成長情形。 (2)執行各項專案，管控費用成長： ①定期檔案分析，不符規定者逕予核扣費用：中醫針、傷同療程未完成6次另起新療程者；不符初診診察費加計者等。 ②高成長院所管控：針對成長率偏高院所進行立意抽審。 ③加權指標監測：申請診察費次數大於6次比率、針傷治療次數超過15次以上占率、療程14日內另起診察費率等比率偏高者進行立意抽審。 (3)持續推動「論人歸戶審查」。</p>
<p>總額管理效能</p>	<p>1.中醫與健保局專業事務共管辦理情形</p> <p>2.醫療利用及費用管控情形</p>	<p>1.中醫與健保局專業事務共管辦理情形： 100年中醫門診總額專業審查事務未委託中醫團體辦理，係由健保局與中醫界共同執行總額相關事務。 (1)審查人力：審查醫師(122人)中1/2由中醫全聯會推薦符合資格之專科醫師名單及優先順位，再由健保局遴聘。 (2)召開中醫總額支委會：每季會同中醫界針對各專案計畫研擬、醫療服務供給與利用、結算作業、專業醫療品質指標增修及相關管理重點進行討論。 (3)召開總額監控會議：健保定期討論分析統計數據及由各分區業務組分享報告管理經驗。 (4)建立專業審查共管機制：各分區業務組與中醫院所代表定期召開中醫總額聯繫會議，100年共召開39次專業審查相關會議。 ①共同研訂審查注意事項規範、檔案分析指標與抽審指標、異</p>

評核 構面	評核 項目	評核指標																																																																																																																																																																																																																																																																						
3.點值 穩定 度 4.支付 標準 修訂 5.審查 核減 率 6.院所 違規 情形 7.醫療 機構 輔導	<p>常院所分析與輔導管理等專業審查事宜。</p> <p>②按月、按季監控醫療利用率及每點支付金額變動情形，檢討醫療費用成長及點值下降原因，研擬改善措施。</p> <p>③醫療院所異常管理及輔導：由健保局辦理，必要時於聯繫會議討論決議後以正式公文函請各縣市公會協助辦理。</p> <p>2.醫療利用情形及管控措施： (1)醫療利用成長情形 (詳報告附表 11、14、15)</p> <table border="1" data-bbox="343 651 1422 1715"> <thead> <tr> <th rowspan="2">項目/年度</th> <th colspan="3">96 年</th> <th colspan="2">97 年</th> <th colspan="2">98 年</th> <th colspan="2">99 年</th> <th colspan="2">100 年</th> </tr> <tr> <th>值</th> <th>值</th> <th>成長率</th> <th>值</th> <th>成長率</th> <th>值</th> <th>成長率</th> <th>值</th> <th>成長率</th> <th>值</th> <th>成長率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>總件數 (萬件;%)</td> <td>3,473</td> <td>3,616</td> <td>4.1%</td> <td>3,847</td> <td>6.4%</td> <td>3,689</td> <td>-4.1%</td> <td>3,821</td> <td>3.5%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>總費用點數 (億點;%)</td> <td>187.9</td> <td>197.4</td> <td>5.0%</td> <td>211.2</td> <td>7.0%</td> <td>199.0</td> <td>-5.8%</td> <td>204.3</td> <td>2.7%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>就醫人數 (萬人;%)</td> <td>661</td> <td>671</td> <td>1.6%</td> <td>699</td> <td>4.2%</td> <td>678</td> <td>-3.0%</td> <td>677</td> <td>-0.2%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>就醫率(%)</td> <td>29.4</td> <td>29.6</td> <td>--</td> <td>30.7</td> <td>--</td> <td>29.7</td> <td>--</td> <td>29.5</td> <td>--</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>平均每件就 醫費用點數 (點;%)</td> <td>541</td> <td>546</td> <td>0.9%</td> <td>549</td> <td>0.6%</td> <td>540</td> <td>-1.8%</td> <td>535</td> <td>-0.8%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>就醫者平均 每人就醫次 數(次數;%)</td> <td>5.3</td> <td>5.4</td> <td>2.5%</td> <td>5.5</td> <td>2.1%</td> <td>5.4</td> <td>-1.1%</td> <td>5.6</td> <td>3.8%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>就醫者平均 每人就醫費 用點數 (點;%)</td> <td>2,843</td> <td>2,940</td> <td>3.4%</td> <td>3,021</td> <td>2.7%</td> <td>2,936</td> <td>-2.8%</td> <td>3,021</td> <td>2.9%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>針灸醫令點 數(億點;%)</td> <td>22.5</td> <td>24.5</td> <td>8.8%</td> <td>29.1</td> <td>18.9%</td> <td>29.8</td> <td>2.4%</td> <td>30.7</td> <td>2.9%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>傷科脫臼整 復點數 (億點;%)</td> <td>22.9</td> <td>23.1</td> <td>0.9%</td> <td>20.7</td> <td>-10.5%</td> <td>10.0</td> <td>-51.9%</td> <td>6.8</td> <td>-31.7%</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>註：99 年起非由中醫師親自執行之傷科處置，不得申請健保給付，並自第 2 季起加強稽核，故醫療利用情形均受影響。</p> <p>(2)專業審查及其他管理措施： ①建立以檔案分析為主軸之審查制度： •專業審查重點，由個案審查轉變為整體診療型態的審核，以提升審查之一致性及效率。 •結合 IC 卡上傳資料與醫療費用申報資料，開發醫療異常管</p>	項目/年度	96 年			97 年		98 年		99 年		100 年		值	值	成長率	總件數 (萬件;%)	3,473	3,616	4.1%	3,847	6.4%	3,689	-4.1%	3,821	3.5%			總費用點數 (億點;%)	187.9	197.4	5.0%	211.2	7.0%	199.0	-5.8%	204.3	2.7%			就醫人數 (萬人;%)	661	671	1.6%	699	4.2%	678	-3.0%	677	-0.2%			就醫率(%)	29.4	29.6	--	30.7	--	29.7	--	29.5	--			平均每件就 醫費用點數 (點;%)	541	546	0.9%	549	0.6%	540	-1.8%	535	-0.8%			就醫者平均 每人就醫次 數(次數;%)	5.3	5.4	2.5%	5.5	2.1%	5.4	-1.1%	5.6	3.8%			就醫者平均 每人就醫費 用點數 (點;%)	2,843	2,940	3.4%	3,021	2.7%	2,936	-2.8%	3,021	2.9%			針灸醫令點 數(億點;%)	22.5	24.5	8.8%	29.1	18.9%	29.8	2.4%	30.7	2.9%			傷科脫臼整 復點數 (億點;%)	22.9	23.1	0.9%	20.7	-10.5%	10.0	-51.9%	6.8	-31.7%			<p>常院所分析與輔導管理等專業審查事宜。</p> <p>②按月、按季監控醫療利用率及每點支付金額變動情形，檢討醫療費用成長及點值下降原因，研擬改善措施。</p> <p>③醫療院所異常管理及輔導：由健保局辦理，必要時於聯繫會議討論決議後以正式公文函請各縣市公會協助辦理。</p> <p>2.醫療利用情形及管控措施： (1)醫療利用成長情形 (詳報告附表 11、14、15)</p> <table border="1" data-bbox="343 651 1422 1715"> <thead> <tr> <th rowspan="2">項目/年度</th> <th colspan="3">96 年</th> <th colspan="2">97 年</th> <th colspan="2">98 年</th> <th colspan="2">99 年</th> <th colspan="2">100 年</th> </tr> <tr> <th>值</th> <th>值</th> <th>成長率</th> <th>值</th> <th>成長率</th> <th>值</th> <th>成長率</th> <th>值</th> <th>成長率</th> <th>值</th> <th>成長率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>總件數 (萬件;%)</td> <td>3,473</td> <td>3,616</td> <td>4.1%</td> <td>3,847</td> <td>6.4%</td> <td>3,689</td> <td>-4.1%</td> <td>3,821</td> <td>3.5%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>總費用點數 (億點;%)</td> <td>187.9</td> <td>197.4</td> <td>5.0%</td> <td>211.2</td> <td>7.0%</td> <td>199.0</td> <td>-5.8%</td> <td>204.3</td> <td>2.7%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>就醫人數 (萬人;%)</td> <td>661</td> <td>671</td> <td>1.6%</td> <td>699</td> <td>4.2%</td> <td>678</td> <td>-3.0%</td> <td>677</td> <td>-0.2%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>就醫率(%)</td> <td>29.4</td> <td>29.6</td> <td>--</td> <td>30.7</td> <td>--</td> <td>29.7</td> <td>--</td> <td>29.5</td> <td>--</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>平均每件就 醫費用點數 (點;%)</td> <td>541</td> <td>546</td> <td>0.9%</td> <td>549</td> <td>0.6%</td> <td>540</td> <td>-1.8%</td> <td>535</td> <td>-0.8%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>就醫者平均 每人就醫次 數(次數;%)</td> <td>5.3</td> <td>5.4</td> <td>2.5%</td> <td>5.5</td> <td>2.1%</td> <td>5.4</td> <td>-1.1%</td> <td>5.6</td> <td>3.8%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>就醫者平均 每人就醫費 用點數 (點;%)</td> <td>2,843</td> <td>2,940</td> <td>3.4%</td> <td>3,021</td> <td>2.7%</td> <td>2,936</td> <td>-2.8%</td> <td>3,021</td> <td>2.9%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>針灸醫令點 數(億點;%)</td> <td>22.5</td> <td>24.5</td> <td>8.8%</td> <td>29.1</td> <td>18.9%</td> <td>29.8</td> <td>2.4%</td> <td>30.7</td> <td>2.9%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>傷科脫臼整 復點數 (億點;%)</td> <td>22.9</td> <td>23.1</td> <td>0.9%</td> <td>20.7</td> <td>-10.5%</td> <td>10.0</td> <td>-51.9%</td> <td>6.8</td> <td>-31.7%</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>註：99 年起非由中醫師親自執行之傷科處置，不得申請健保給付，並自第 2 季起加強稽核，故醫療利用情形均受影響。</p> <p>(2)專業審查及其他管理措施： ①建立以檔案分析為主軸之審查制度： •專業審查重點，由個案審查轉變為整體診療型態的審核，以提升審查之一致性及效率。 •結合 IC 卡上傳資料與醫療費用申報資料，開發醫療異常管</p>	項目/年度	96 年			97 年		98 年		99 年		100 年		值	值	成長率	總件數 (萬件;%)	3,473	3,616	4.1%	3,847	6.4%	3,689	-4.1%	3,821	3.5%			總費用點數 (億點;%)	187.9	197.4	5.0%	211.2	7.0%	199.0	-5.8%	204.3	2.7%			就醫人數 (萬人;%)	661	671	1.6%	699	4.2%	678	-3.0%	677	-0.2%			就醫率(%)	29.4	29.6	--	30.7	--	29.7	--	29.5	--			平均每件就 醫費用點數 (點;%)	541	546	0.9%	549	0.6%	540	-1.8%	535	-0.8%			就醫者平均 每人就醫次 數(次數;%)	5.3	5.4	2.5%	5.5	2.1%	5.4	-1.1%	5.6	3.8%			就醫者平均 每人就醫費 用點數 (點;%)	2,843	2,940	3.4%	3,021	2.7%	2,936	-2.8%	3,021	2.9%			針灸醫令點 數(億點;%)	22.5	24.5	8.8%	29.1	18.9%	29.8	2.4%	30.7	2.9%			傷科脫臼整 復點數 (億點;%)	22.9	23.1	0.9%	20.7	-10.5%	10.0	-51.9%	6.8	-31.7%																		
項目/年度	96 年			97 年		98 年		99 年		100 年																																																																																																																																																																																																																																																														
	值	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率																																																																																																																																																																																																																																																													
總件數 (萬件;%)	3,473	3,616	4.1%	3,847	6.4%	3,689	-4.1%	3,821	3.5%																																																																																																																																																																																																																																																															
總費用點數 (億點;%)	187.9	197.4	5.0%	211.2	7.0%	199.0	-5.8%	204.3	2.7%																																																																																																																																																																																																																																																															
就醫人數 (萬人;%)	661	671	1.6%	699	4.2%	678	-3.0%	677	-0.2%																																																																																																																																																																																																																																																															
就醫率(%)	29.4	29.6	--	30.7	--	29.7	--	29.5	--																																																																																																																																																																																																																																																															
平均每件就 醫費用點數 (點;%)	541	546	0.9%	549	0.6%	540	-1.8%	535	-0.8%																																																																																																																																																																																																																																																															
就醫者平均 每人就醫次 數(次數;%)	5.3	5.4	2.5%	5.5	2.1%	5.4	-1.1%	5.6	3.8%																																																																																																																																																																																																																																																															
就醫者平均 每人就醫費 用點數 (點;%)	2,843	2,940	3.4%	3,021	2.7%	2,936	-2.8%	3,021	2.9%																																																																																																																																																																																																																																																															
針灸醫令點 數(億點;%)	22.5	24.5	8.8%	29.1	18.9%	29.8	2.4%	30.7	2.9%																																																																																																																																																																																																																																																															
傷科脫臼整 復點數 (億點;%)	22.9	23.1	0.9%	20.7	-10.5%	10.0	-51.9%	6.8	-31.7%																																																																																																																																																																																																																																																															
項目/年度	96 年			97 年		98 年		99 年		100 年																																																																																																																																																																																																																																																														
	值	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率																																																																																																																																																																																																																																																													
總件數 (萬件;%)	3,473	3,616	4.1%	3,847	6.4%	3,689	-4.1%	3,821	3.5%																																																																																																																																																																																																																																																															
總費用點數 (億點;%)	187.9	197.4	5.0%	211.2	7.0%	199.0	-5.8%	204.3	2.7%																																																																																																																																																																																																																																																															
就醫人數 (萬人;%)	661	671	1.6%	699	4.2%	678	-3.0%	677	-0.2%																																																																																																																																																																																																																																																															
就醫率(%)	29.4	29.6	--	30.7	--	29.7	--	29.5	--																																																																																																																																																																																																																																																															
平均每件就 醫費用點數 (點;%)	541	546	0.9%	549	0.6%	540	-1.8%	535	-0.8%																																																																																																																																																																																																																																																															
就醫者平均 每人就醫次 數(次數;%)	5.3	5.4	2.5%	5.5	2.1%	5.4	-1.1%	5.6	3.8%																																																																																																																																																																																																																																																															
就醫者平均 每人就醫費 用點數 (點;%)	2,843	2,940	3.4%	3,021	2.7%	2,936	-2.8%	3,021	2.9%																																																																																																																																																																																																																																																															
針灸醫令點 數(億點;%)	22.5	24.5	8.8%	29.1	18.9%	29.8	2.4%	30.7	2.9%																																																																																																																																																																																																																																																															
傷科脫臼整 復點數 (億點;%)	22.9	23.1	0.9%	20.7	-10.5%	10.0	-51.9%	6.8	-31.7%																																																																																																																																																																																																																																																															

評核構面	評核項目	評核指標																																						
		<p>理輔助系統，應用於審查或輔導。</p> <ul style="list-style-type: none"> •開發品質指標查詢系統，供院所查詢，以自我管理。 •追蹤檔案分析超出閾值者，評估進行加重審查、實地訪視、專業輔導或異常查核。 •推動二代醫療系統醫令自動化審查作業：依據支付標準、藥品給付規定、審查注意事項等規範，設計程式，對院所申報資料逐筆檢核，目前已發展 350 項審查規則，進行電腦自動化勾稽檢核。 •利用檔案分析標記異常院所資訊回饋：針對支付標準、法規等相關規定之項目，設置邏輯勾稽樣本案件，經發現申報異常，請院所提報原因說明及管理措施，此外亦立意抽調病歷進行專業審查。 <p>②即時預估點值，並提供相關團體參考。</p> <p>③特殊服務專案管理：</p> <ul style="list-style-type: none"> •針對不符支付標準或相關作業規定之院所(例如療程未完成即另起新療程多報診察費、不符初診診察費加計)，逕予核扣。 •針對申報異常之院所進行立意抽審：如高成長院所管控、中醫師申報自我看診專案管理、療程 14 日內未完成重新申請診察費等專案。 •針對申報異常之院所進行輔導：如院所申報中醫師親自調劑費專案、中醫師自身診療適當性專案、中醫檢驗檢查申報審查等專案。 <p>3.每點支付金額(含浮動及非浮動點數)變動及超出變動容許範圍(正負 10%)之情形與檢討：</p> <p>表 1 浮動點值(浮動項目每點支付金額)分布情形</p> <table border="1" data-bbox="335 1601 1428 1982"> <thead> <tr> <th>季別</th> <th>96 年</th> <th>97 年</th> <th>98 年</th> <th>99 年</th> <th>100 年</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第 1 季</td> <td>1.0129</td> <td>0.9941</td> <td>0.8653</td> <td>0.8992</td> <td>0.9874</td> <td rowspan="5">100 年點值尚稱穩定，各季皆在±10%範圍內。</td> </tr> <tr> <td>第 2 季</td> <td>0.9539</td> <td>0.9144</td> <td>0.8651</td> <td>1.0189</td> <td>0.9860</td> </tr> <tr> <td>第 3 季</td> <td>0.9290</td> <td>0.8896</td> <td>0.8473</td> <td>0.9909</td> <td>0.9513</td> </tr> <tr> <td>第 4 季</td> <td>0.9484</td> <td>0.9263</td> <td>0.9241</td> <td>1.0244</td> <td>1.0008</td> </tr> <tr> <td>全年平均</td> <td>0.9611</td> <td>0.9311</td> <td>0.8754</td> <td>0.9834</td> <td>0.9814</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：(浮動項目)每點支付金額 = [當季預算 - (藥費及議定點值核算之金額)] ÷ 浮動之服務項目核定總點數。</p>	季別	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年	補充說明	第 1 季	1.0129	0.9941	0.8653	0.8992	0.9874	100 年點值尚稱穩定，各季皆在±10%範圍內。	第 2 季	0.9539	0.9144	0.8651	1.0189	0.9860	第 3 季	0.9290	0.8896	0.8473	0.9909	0.9513	第 4 季	0.9484	0.9263	0.9241	1.0244	1.0008	全年平均	0.9611	0.9311	0.8754	0.9834	0.9814
季別	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年	補充說明																																		
第 1 季	1.0129	0.9941	0.8653	0.8992	0.9874	100 年點值尚稱穩定，各季皆在±10%範圍內。																																		
第 2 季	0.9539	0.9144	0.8651	1.0189	0.9860																																			
第 3 季	0.9290	0.8896	0.8473	0.9909	0.9513																																			
第 4 季	0.9484	0.9263	0.9241	1.0244	1.0008																																			
全年平均	0.9611	0.9311	0.8754	0.9834	0.9814																																			

評核構面	評核項目	評核指標																																																																												
		<p>表 2 平均點值分布情形</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>季別</th> <th>96 年</th> <th>97 年</th> <th>98 年</th> <th>99 年</th> <th>100 年</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第 1 季</td> <td>1.0090</td> <td>0.9960</td> <td>0.9080</td> <td>0.9320</td> <td>0.9918</td> <td rowspan="5">100 年點值尚稱穩定，各季皆在±10%範圍內。</td> </tr> <tr> <td>第 2 季</td> <td>0.9676</td> <td>0.9403</td> <td>0.9070</td> <td>1.0127</td> <td>0.9907</td> </tr> <tr> <td>第 3 季</td> <td>0.9504</td> <td>0.9231</td> <td>0.8955</td> <td>0.9939</td> <td>0.9677</td> </tr> <tr> <td>第 4 季</td> <td>0.9643</td> <td>0.9492</td> <td>0.9483</td> <td>1.0162</td> <td>1.0005</td> </tr> <tr> <td>全年平均</td> <td>0.9728</td> <td>0.9544</td> <td>0.9147</td> <td>0.9887</td> <td>0.9877</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：平均點值 = 當季預算 ÷ 所有服務之核定總點數(含藥費金額)</p> <p>4. 支付標準修訂情形及對財務影響評估：</p> <p>(1) 100 年支付標準協商成長率 0.257%，預算約 5 千萬元，用於調整另開內服藥之針傷科治療處置費(該項於 97 年給予成長率 0.550%，預算約 9.96 千萬元；98 年 0.054%，約 1.01 千萬元)。</p> <p>(2) 修訂情形：</p> <p>① 97.1.1 調整針傷科另開內服藥之治療處置費(分別增加 100~180 點)，並新增通則「平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科及脫臼整復處置費(支付標準代碼 B41、B43、B45、B53、B55、B62)上限為 23 人次，超出 23 人次部分者五折支付」；98.1.1 修訂上限人次為 26 人次；100.1.1 又修改為 30 人次。</p> <p>② 99.1.1 調降電針治療(另開內服藥及未開內服藥)支付點數，皆由 210 點調降至 200 點。該二診療項目 100 年較 99 年醫令數量合計減少約 7.9 萬件，醫療費用點數則減少 15.5 百萬點。以 101 年第 1 季推估全年，預計仍會較前 1 年呈下降趨勢。</p> <p>5. 審查核減率</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目\年度</th> <th>96 年</th> <th>97 年</th> <th>98 年</th> <th>99 年</th> <th>100 年</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>初核核減率</td> <td>0.52%</td> <td>0.42%</td> <td>0.44%</td> <td>0.39%</td> <td>0.36%</td> <td rowspan="5">呈逐年下降趨勢</td> </tr> <tr> <td>申復後核減率</td> <td>0.47%</td> <td>0.38%</td> <td>0.39%</td> <td>0.36%</td> <td>0.33%</td> </tr> <tr> <td>爭審後核減率</td> <td>0.46%</td> <td>0.38%</td> <td>0.39%</td> <td>0.35%</td> <td>0.33%</td> </tr> <tr> <td>爭審案件數^(註 1)</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>307</td> <td>1,401</td> <td>1,352</td> </tr> <tr> <td>爭審撤銷率^(註 2)</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>24.1%</td> <td>16%</td> <td>13%</td> </tr> </tbody> </table> <p>資料來源：擷取全民健保門住診醫療費用統計檔，截至 101.04.01 止已完成核付之資料。</p> <p>註：1. 99 年爭審案件數大增，主因為 99 年起非由中醫師親自執行之傷科處置不得申請健保給付，並自第 2 季起加強稽核。</p> <p>2. 爭審撤銷率=1-(駁回件數/爭審件數)*100%</p>	季別	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年	補充說明	第 1 季	1.0090	0.9960	0.9080	0.9320	0.9918	100 年點值尚稱穩定，各季皆在±10%範圍內。	第 2 季	0.9676	0.9403	0.9070	1.0127	0.9907	第 3 季	0.9504	0.9231	0.8955	0.9939	0.9677	第 4 季	0.9643	0.9492	0.9483	1.0162	1.0005	全年平均	0.9728	0.9544	0.9147	0.9887	0.9877	項目\年度	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年	補充說明	初核核減率	0.52%	0.42%	0.44%	0.39%	0.36%	呈逐年下降趨勢	申復後核減率	0.47%	0.38%	0.39%	0.36%	0.33%	爭審後核減率	0.46%	0.38%	0.39%	0.35%	0.33%	爭審案件數 ^(註 1)	-	-	307	1,401	1,352	爭審撤銷率 ^(註 2)	-	-	24.1%	16%	13%
季別	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年	補充說明																																																																								
第 1 季	1.0090	0.9960	0.9080	0.9320	0.9918	100 年點值尚稱穩定，各季皆在±10%範圍內。																																																																								
第 2 季	0.9676	0.9403	0.9070	1.0127	0.9907																																																																									
第 3 季	0.9504	0.9231	0.8955	0.9939	0.9677																																																																									
第 4 季	0.9643	0.9492	0.9483	1.0162	1.0005																																																																									
全年平均	0.9728	0.9544	0.9147	0.9887	0.9877																																																																									
項目\年度	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年	補充說明																																																																								
初核核減率	0.52%	0.42%	0.44%	0.39%	0.36%	呈逐年下降趨勢																																																																								
申復後核減率	0.47%	0.38%	0.39%	0.36%	0.33%																																																																									
爭審後核減率	0.46%	0.38%	0.39%	0.35%	0.33%																																																																									
爭審案件數 ^(註 1)	-	-	307	1,401	1,352																																																																									
爭審撤銷率 ^(註 2)	-	-	24.1%	16%	13%																																																																									

評核構面	評核項目	評核指標																																																																																																																																
		<p>6.中醫院所違規情形</p> <p>(1)96~100年院所違反健保特約管理辦法之查處追扣金額： 單位：萬點</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目 \ 年度</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>總額舉發</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1.0</td> <td>6.8</td> </tr> <tr> <td>非總額舉發</td> <td>21</td> <td>255.9</td> <td>1077.2</td> <td>701.1</td> <td>403.9</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>21</td> <td>255.9</td> <td>1077.2</td> <td>702.1</td> <td>410.7</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：1.非總額舉發包含民眾檢舉與健保局主動查核；總額舉發為總額受託單位舉發。 2.查處追扣金額：指違反全民健保醫事服務機構約及管理辦法第36-38條違規事件之醫療費用本身，如原認列之違規點數、虛報點數與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)。</p> <p>(2)違規類型</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">類型別 \ 年度</th> <th colspan="2">98年</th> <th colspan="2">99年</th> <th colspan="2">100年</th> </tr> <tr> <th>家次</th> <th>點數</th> <th>家次</th> <th>點數</th> <th>家次</th> <th>點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>未依處方箋或病歷記載提供醫療服務</td> <td>51</td> <td>429,046</td> <td>61</td> <td>452,993</td> <td>24</td> <td>1,401,751</td> </tr> <tr> <td>未經醫師診斷逕行提供醫療服務</td> <td>20</td> <td>188,239</td> <td>11</td> <td>29,383</td> <td>11</td> <td>1,424,437</td> </tr> <tr> <td>處方箋之處方或醫療費用申報內容與病歷記載不符</td> <td>4</td> <td>238,060</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>3,629</td> </tr> <tr> <td>未記載病歷，申報醫療費用</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>400</td> <td>1</td> <td>1,858</td> </tr> <tr> <td>收治非保險對象，而以保險對象之名義，申報醫療費用</td> <td>1</td> <td>73,290</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>登錄保險對象保險憑證，換給非對症之藥品、營養品或其他物品</td> <td>3</td> <td>112,860</td> <td>2</td> <td>16,430</td> <td>2</td> <td>127,520</td> </tr> <tr> <td>未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用</td> <td>16</td> <td>369,430</td> <td>2</td> <td>25,260</td> <td>4</td> <td>61,923</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td>4</td> <td>47,290</td> <td>5</td> <td>75,320</td> <td>3</td> <td>34,232</td> </tr> <tr> <td>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，經執行完畢後二年內再有前條規定情事之一</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td>2</td> <td>208,000</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>146,012</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td>1</td> <td>23,240</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>15,740</td> </tr> <tr> <td>其他</td> <td>37</td> <td>9,082,547</td> <td>101</td> <td>6,411,526</td> <td>17</td> <td>821,831</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>138</td> <td>10,772,002</td> <td>183</td> <td>7,011,312</td> <td>66</td> <td>4,038,933</td> </tr> </tbody> </table>	項目 \ 年度	96年	97年	98年	99年	100年	總額舉發	0	0	0	1.0	6.8	非總額舉發	21	255.9	1077.2	701.1	403.9	合計	21	255.9	1077.2	702.1	410.7	類型別 \ 年度	98年		99年		100年		家次	點數	家次	點數	家次	點數	未依處方箋或病歷記載提供醫療服務	51	429,046	61	452,993	24	1,401,751	未經醫師診斷逕行提供醫療服務	20	188,239	11	29,383	11	1,424,437	處方箋之處方或醫療費用申報內容與病歷記載不符	4	238,060	0	0	2	3,629	未記載病歷，申報醫療費用	0	0	1	400	1	1,858	收治非保險對象，而以保險對象之名義，申報醫療費用	1	73,290	0	0	0	0	登錄保險對象保險憑證，換給非對症之藥品、營養品或其他物品	3	112,860	2	16,430	2	127,520	未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用	16	369,430	2	25,260	4	61,923	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	4	47,290	5	75,320	3	34,232	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，經執行完畢後二年內再有前條規定情事之一	0	0	0	0	0	0	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	2	208,000	0	0	1	146,012	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	1	23,240	0	0	1	15,740	其他	37	9,082,547	101	6,411,526	17	821,831	合計	138	10,772,002	183	7,011,312	66	4,038,933
項目 \ 年度	96年	97年	98年	99年	100年																																																																																																																													
總額舉發	0	0	0	1.0	6.8																																																																																																																													
非總額舉發	21	255.9	1077.2	701.1	403.9																																																																																																																													
合計	21	255.9	1077.2	702.1	410.7																																																																																																																													
類型別 \ 年度	98年		99年		100年																																																																																																																													
	家次	點數	家次	點數	家次	點數																																																																																																																												
未依處方箋或病歷記載提供醫療服務	51	429,046	61	452,993	24	1,401,751																																																																																																																												
未經醫師診斷逕行提供醫療服務	20	188,239	11	29,383	11	1,424,437																																																																																																																												
處方箋之處方或醫療費用申報內容與病歷記載不符	4	238,060	0	0	2	3,629																																																																																																																												
未記載病歷，申報醫療費用	0	0	1	400	1	1,858																																																																																																																												
收治非保險對象，而以保險對象之名義，申報醫療費用	1	73,290	0	0	0	0																																																																																																																												
登錄保險對象保險憑證，換給非對症之藥品、營養品或其他物品	3	112,860	2	16,430	2	127,520																																																																																																																												
未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用	16	369,430	2	25,260	4	61,923																																																																																																																												
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	4	47,290	5	75,320	3	34,232																																																																																																																												
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，經執行完畢後二年內再有前條規定情事之一	0	0	0	0	0	0																																																																																																																												
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	2	208,000	0	0	1	146,012																																																																																																																												
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	1	23,240	0	0	1	15,740																																																																																																																												
其他	37	9,082,547	101	6,411,526	17	821,831																																																																																																																												
合計	138	10,772,002	183	7,011,312	66	4,038,933																																																																																																																												

評核構面	評核項目	評核指標
		<p>7.院所輔導</p> <p>依檔案分析，及結合 IC 卡上傳與費用申報資料，開發醫療異常管理輔助系統，如疑有虛浮報者，移請查核；另開發品質指標查詢系統，供院所查詢，以自我管理。</p>

其他參考資料：99 年品質保證保留款實施方案(已結算)

一、預算：99 年中醫門診總額「品質保證保留款」成長率 0.050%，約 960 萬元。

二、分配方式：

(一)不予核發條件：

有下列情形之一者

- 1.在各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 3.0 以上之地區，新設立中醫門診特約醫事服務機構。
- 2.核減率：院所年平均核減率，超過該區 95 百分位，且超過前 1 年該區之年總平均核減率者。
- 3.輔導：院所醫療行為模式異常，經中醫全聯會分區委員會輔導 2 次未改善或情節重大，經分區委員會提報中醫全聯會，准予核備並副知當事人在案者。
- 4.當年度有特管辦法第 35 條、第 36 條、第 37 條、第 38 條等所列違規情事並經處分者，以處分日期認定之。
- 5.未經「中醫醫療院所加強感染控制」審查認證合格或經評核未合格者。
- 6.未符合保險人公布中醫總額部門醫療資訊公開「醫療費用明細標示」院所。
(100 年新增)

(二)分配原則：

- 1.分區分配，按全年各分區一般服務預算總額占率分配。
- 2.計算各分區院所核算基礎=(當年申報醫療服務點數－當年申報藥費與藥品調劑費)*平均核付率，再依下列增減原則調整。

(1)加計原則：

- ①當年新設立者（屬新醫事服務機構代號者），位於當年度中醫門診總額支付制度醫療資源不足地區改善方案無健保特約中醫院所之鄉鎮地區，依核算基礎加計 100%。
- ②為鼓勵提升中醫醫療服務品質，所為教學研究且績效卓著之中醫門診特約醫事服務機構，其核算基礎予以鼓勵加成。其適用對象應參考經行政院衛生署中醫藥委員會『中醫醫療院所負責醫師二年以上醫師訓練合格醫院』依核算基礎加計 10%。

(2)減計原則：

- ①計算未修滿依中醫全聯會規定繼續教育點數(每年24點)之院所專任中醫師數占率，作為減計核算基礎。
- ②「中醫同一院所同一患者同月就診8次以上比例」超過90百分位者減計20%。(100年新增)
- ③同日重複就診率超過90百分位者減計10%。(100年新增)
- ④7日內處方用藥日數重複2日以上比率超過90百分位者減計10%。(100年新增)

三、實施結果：

院所家數	符合分配院所家數	不符合分配院所家數		符合分配院所家數占率
		依減計原則，至減計至0%	符合不予核發條件	
3,317	2,539	176	602	76.55%

四、檢討及改善方向：

期許未來多增加醫療品質指標，作為分配品質保證保留款之依據。

三、西醫基層總額一般服務執行成果摘要表

評核構面	評核項目	評核指標						
民眾滿意度	1.滿意度調查結果	1.96~100年各項滿意度調查結果：					單位：%	
	2.民眾申訴及抱怨處理							
		調查年月 指標項目	96.12	97.12	98.12	99.08	100.11	補充說明
		整體醫療品質滿意度	70.6	70.1	72.7	77.4	72.2	100年多項品質滿意度較99年均呈下降情形，可能與更換調查單位及增加樣本數有關
		醫療設備(診療環境)滿意度	54.2	49.9	55.7	N/A	67.9	
		醫護人員服務態度滿意度	75.7	75.3	74.2	73.8	72.9	
		治療效果滿意度	71.6	69.8	73.0	76.3	73.6	
		醫生解說病情或預防保健方法之認真程度	66.6	68.5	68.3	69.7	61.5	
		醫生檢查(看診)及治療仔細程度滿意度	59.9	64.2	65.7	64.7	59.8	
		向院方表達不滿且得到妥善處理與回覆之比例	65.0	31.1	38.9	35.3	64.9	樣本人數少，年度間差異大
		註：1.滿意度=非常滿意+滿意；認真程度=很認真+認真。 2.100.11調查單位與96~99年不同，且抽樣方法與樣本數也不同，96~99年1,080人，100.11有效樣本數2,524人。						
	3.民眾申訴案件分析及處理情形：	(1)96~100年民眾申訴案件統計：						
		年	96	97	98	99	100	補充說明
		指標項目						
		民眾申訴及反映成案件數	1,037	794	811	755	662	100年申訴件數減少12.3%
		平均每位醫師申訴案件數	0.083	0.062	0.062	0.056	0.047	有逐年減少趨勢
		有診療問題時，民眾知道諮詢及申訴管道之比例	15.9%	16.7%	19.6%	20.1%	12.8%	比例偏低
		註：醫師數採每年12月特約診所西醫師人數計算						
		(2)96~100年申訴及反映成案件數原因別 100年主要申訴原因前三名為「額外收費(收費疑義)」、「其他醫療行政或違規事項」、「疑有虛報醫療費用」，其件數及占率如下：						

評核構面	評核項目	評核指標																																
		<table border="1" data-bbox="347 264 1465 734"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="354 264 635 353">年度別</th> <th data-bbox="635 264 767 353">96</th> <th data-bbox="767 264 900 353">97</th> <th data-bbox="900 264 1032 353">98</th> <th data-bbox="1032 264 1165 353">99</th> <th data-bbox="1165 264 1297 353">100</th> <th data-bbox="1297 264 1458 353">補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="354 353 520 465">額外收費(收費疑義)</td> <td data-bbox="520 353 635 465">件數 占率</td> <td data-bbox="635 353 767 465">330 31.8%</td> <td data-bbox="767 353 900 465">243 30.6%</td> <td data-bbox="900 353 1032 465">251 30.9%</td> <td data-bbox="1032 353 1165 465">204 27.0%</td> <td data-bbox="1165 353 1297 465">212 32.0%</td> <td data-bbox="1297 353 1458 465">有逐年減少趨勢</td> </tr> <tr> <td data-bbox="354 465 520 622">其他醫療行政或違規事項</td> <td data-bbox="520 465 635 622">件數 占率</td> <td data-bbox="635 465 767 622">326 31.4%</td> <td data-bbox="767 465 900 622">238 30.0%</td> <td data-bbox="900 465 1032 622">179 22.1%</td> <td data-bbox="1032 465 1165 622">169 22.4%</td> <td data-bbox="1165 465 1297 622">158 23.9%</td> <td data-bbox="1297 465 1458 622">有逐年減少趨勢</td> </tr> <tr> <td data-bbox="354 622 520 734">疑有虛報醫療費用</td> <td data-bbox="520 622 635 734">件數 占率</td> <td data-bbox="635 622 767 734">51 4.9%</td> <td data-bbox="767 622 900 734">45 5.7%</td> <td data-bbox="900 622 1032 734">72 8.9%</td> <td data-bbox="1032 622 1165 734">104 13.8%</td> <td data-bbox="1165 622 1297 734">81 12.2%</td> <td data-bbox="1297 622 1458 734">100年較99年減少</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="338 734 1458 813">註:1.其他行政或違規事項,主要包括事前審查、藥師未到場執業、規避門診量、要求病人連續看診及借卡看病等。</p> <p data-bbox="373 813 1458 931">2.除此三項外,其他民眾申訴及反映項目有:多收取部分負擔費用、不開給費用明細表及收據、多刷卡、刷卡換物、服務態度及醫療品質、藥品及處方箋、質疑醫師或藥師資格、轉診相關申訴及其他等。</p> <p data-bbox="304 931 715 981">(3)申訴案件處理與改善:</p> <p data-bbox="338 981 1506 1133">①除健保局分區業務組會就申訴案件查明處理,加強輔導作業等,並每季提供彙整申訴之資料予西醫基層總額各分區委員會,於該區之共管會議進行檢討與改善。</p> <p data-bbox="338 1133 1506 1335">②全聯會除訂定申訴作業要點外,並製作「全民健康保險西醫基層醫療民眾服務專線」宣導海報提供院所張貼,另刊登於全聯會「西醫基層總額專區」網站,建立民眾申訴管道,並由各分區委員會先就申訴內容進行調查,訪談院所,以促請醫療院所警惕改善。</p> <p data-bbox="338 1335 1506 1585">③製作「民眾電話服務紀錄單」,由各分區委員會於接獲民眾申訴案件後,依照額外收費(自費抱怨)、多收取部分負擔費用、不開給費用明細表及收據、多刷卡、刷卡換物、疑有虛報醫療費用、藥品及處方箋、質疑醫師或藥師資格、服務態度及醫療品質、其他醫療行政或違規事項、轉診相關申訴與其他等12項類別歸類,並完整記錄相關訊息。</p>	年度別		96	97	98	99	100	補充說明	額外收費(收費疑義)	件數 占率	330 31.8%	243 30.6%	251 30.9%	204 27.0%	212 32.0%	有逐年減少趨勢	其他醫療行政或違規事項	件數 占率	326 31.4%	238 30.0%	179 22.1%	169 22.4%	158 23.9%	有逐年減少趨勢	疑有虛報醫療費用	件數 占率	51 4.9%	45 5.7%	72 8.9%	104 13.8%	81 12.2%	100年較99年減少
年度別		96	97	98	99	100	補充說明																											
額外收費(收費疑義)	件數 占率	330 31.8%	243 30.6%	251 30.9%	204 27.0%	212 32.0%	有逐年減少趨勢																											
其他醫療行政或違規事項	件數 占率	326 31.4%	238 30.0%	179 22.1%	169 22.4%	158 23.9%	有逐年減少趨勢																											
疑有虛報醫療費用	件數 占率	51 4.9%	45 5.7%	72 8.9%	104 13.8%	81 12.2%	100年較99年減少																											
就醫可近性	<p data-bbox="197 1608 295 1653">1.就醫等候情形</p> <p data-bbox="197 1765 295 1899">2.醫師診療時間</p> <p data-bbox="197 1921 295 2078">3.民眾自費情形</p>	<p data-bbox="320 1608 544 1653">1. 就醫等候:</p> <table border="1" data-bbox="331 1653 1506 2094"> <thead> <tr> <th data-bbox="338 1653 584 1720">調查年月 指標項目</th> <th data-bbox="584 1653 719 1720">96.12</th> <th data-bbox="719 1653 855 1720">97.12</th> <th data-bbox="855 1653 991 1720">98.12</th> <th data-bbox="991 1653 1126 1720">99.08</th> <th data-bbox="1126 1653 1262 1720">100.11</th> <th data-bbox="1262 1653 1500 1720">補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="338 1720 584 1877">約診或就診容易度(%;非常容易+容易)</td> <td data-bbox="584 1720 719 1877">80.6%</td> <td data-bbox="719 1720 855 1877">80.9%</td> <td data-bbox="855 1720 991 1877">80.7%</td> <td data-bbox="991 1720 1126 1877">79.8%</td> <td data-bbox="1126 1720 1262 1877">78.8%</td> <td data-bbox="1262 1720 1500 1877">100年調查有4.6%表示不容易約(就)診</td> </tr> <tr> <td data-bbox="338 1877 584 2094">因院所例假日休診而造成就醫不便的比例(%)</td> <td data-bbox="584 1877 719 2094">41.7%</td> <td data-bbox="719 1877 855 2094">41.0%</td> <td data-bbox="855 1877 991 2094">41.4%</td> <td data-bbox="991 1877 1126 2094">41.4%</td> <td data-bbox="1126 1877 1262 2094">23.6%</td> <td data-bbox="1262 1877 1500 2094">100年大幅降低,各部門均有類似情形,或與更換調查單位及增加樣本數有關</td> </tr> </tbody> </table>	調查年月 指標項目	96.12	97.12	98.12	99.08	100.11	補充說明	約診或就診容易度(%;非常容易+容易)	80.6%	80.9%	80.7%	79.8%	78.8%	100年調查有4.6%表示不容易約(就)診	因院所例假日休診而造成就醫不便的比例(%)	41.7%	41.0%	41.4%	41.4%	23.6%	100年大幅降低,各部門均有類似情形,或與更換調查單位及增加樣本數有關											
調查年月 指標項目	96.12	97.12	98.12	99.08	100.11	補充說明																												
約診或就診容易度(%;非常容易+容易)	80.6%	80.9%	80.7%	79.8%	78.8%	100年調查有4.6%表示不容易約(就)診																												
因院所例假日休診而造成就醫不便的比例(%)	41.7%	41.0%	41.4%	41.4%	23.6%	100年大幅降低,各部門均有類似情形,或與更換調查單位及增加樣本數有關																												

評核構面	評核項目	評核指標					
		調查年月 指標項目	96.12	97.12	98.12	99.08	100.11
	就診交通時間(分)						
	中位數	10	10	N/A	N/A	15	100年中位數與平均值均上升
	平均值	12.4	12.9			17.3	
	標準誤	0.34	0.37			0.30	
	對就醫交通時間的接受程度(%;完全沒問題+可以接受)	92.6%	92.8%	N/A	N/A	52.4%	100年調查結果為非常滿意+滿意;表示普通者占42.8%
	等候診療時間(分)						
	中位數	15	10	10	N/A	20	100年中位數與平均值均上升
	平均值	20.7	19.0	18.1		23.2	
	標準誤	0.65	0.60	0.57		0.46	
	對等候診療時間的接受程度(%，完全沒問題+可以接受)	85.4%	81.8%	84.6%	N/A	48.8%	100年調查結果為非常滿意+滿意;表示普通者占35.5%
<p>對假日休診造成就醫不便之檢討與改善措施：</p> <p>(1)加強資訊公開：A.鼓勵院所應事先預告、張貼或網站刊登休診日期；B.若民眾於假日需要醫療服務，可於健保局各分區業務組網站查詢公告假日看診院所名單；C.主動告知、加強宣導民眾可上網查詢。</p> <p>(2)請各分區委員會會同各分區業務組定期並持續監測，列為共管會議報告項目，作為各區持續管理改善之參考。</p> <p>(3)部分分區採鼓勵院所假日不休診或協調診所輪流休診方式，藉以改善本項結果。</p>							
2.醫師診療時間：							
	項目	96.12	97.12	98.12	99.08	100.11	補充說明
	醫師診療花費時間(分)						
	中位數	5	5	5	5	10	100年中位數與平均值均上升
	平均值	7.1	7.0	8.1	8.2	10.2	
	標準誤	0.22	0.16	0.27	0.3	0.20	
	對醫師診療時間滿意度(%;非常滿意+滿意)	54.0%	56.9%	56.7%	59.3%	52.3%	100年滿意度下降，表示不滿意(含不滿意及非常不滿意)占7.4%，亦較99年上升3.5%

評核構面	評核項目	評核指標																																																																							
		<p>3.民眾自費：</p> <table border="1" data-bbox="359 286 1485 1014"> <thead> <tr> <th>調查年月 指標項目</th> <th>96.12</th> <th>97.12</th> <th>98.12</th> <th>99.08</th> <th>100.11</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平均每次就醫 總費用(元)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> 中位數</td> <td>150</td> <td>150</td> <td>150</td> <td>150</td> <td>150</td> <td rowspan="4">100年平均價值較99年增加21元,中位數則持平</td> </tr> <tr> <td> 平均值</td> <td>148</td> <td>152</td> <td>148</td> <td>164</td> <td>185</td> </tr> <tr> <td> 標準誤</td> <td>2.59</td> <td>3.24</td> <td>5.67</td> <td>14.29</td> <td>3.6</td> </tr> <tr> <td>對就醫總費用的看法 (%;很貴+有點貴)</td> <td>25.9%</td> <td>22.1%</td> <td>21.5%</td> <td>20.4%</td> <td>15.5%</td> <td>整體有降低趨勢</td> </tr> <tr> <td>除掛號費及部分負擔外有自費比例(%)</td> <td>12.1%</td> <td>15.6%</td> <td>12.9%</td> <td>14.5%</td> <td>9.5%</td> <td>自費比例較歷年為低</td> </tr> <tr> <td>自付其他費用的理由與項目 (健保不給付;補健保差額)</td> <td>60.4%; 68.6%</td> <td>78.7%; 46.3%</td> <td>84.3%; 53.8%</td> <td>89.1%; 51.9%</td> <td>54.4%; 27.6%</td> <td>數值均較歷年低,係因回答不知道的比例較99年增加17%</td> </tr> </tbody> </table> <p>檢討與改善措施：</p> <p>為建立民眾自費監控機制，全聯會已建立民眾申訴管道，製作宣導海報供院所張貼，並訂定申訴作業要點，以協助處理民眾醫療服務利用情形之相關申訴，由各分區委員會就民眾申訴內容進行調查、訪談院所，以促請院所改善。未來全聯會會多加宣導院所製發收據明細時，詳細登載，若需請民眾自付其他費用，醫師亦應盡到告知義務。</p>						調查年月 指標項目	96.12	97.12	98.12	99.08	100.11	補充說明	平均每次就醫 總費用(元)							中位數	150	150	150	150	150	100年平均價值較99年增加21元,中位數則持平	平均值	148	152	148	164	185	標準誤	2.59	3.24	5.67	14.29	3.6	對就醫總費用的看法 (%;很貴+有點貴)	25.9%	22.1%	21.5%	20.4%	15.5%	整體有降低趨勢	除掛號費及部分負擔外有自費比例(%)	12.1%	15.6%	12.9%	14.5%	9.5%	自費比例較歷年為低	自付其他費用的理由與項目 (健保不給付;補健保差額)	60.4%; 68.6%	78.7%; 46.3%	84.3%; 53.8%	89.1%; 51.9%	54.4%; 27.6%	數值均較歷年低,係因回答不知道的比例較99年增加17%												
調查年月 指標項目	96.12	97.12	98.12	99.08	100.11	補充說明																																																																			
平均每次就醫 總費用(元)																																																																									
中位數	150	150	150	150	150	100年平均價值較99年增加21元,中位數則持平																																																																			
平均值	148	152	148	164	185																																																																				
標準誤	2.59	3.24	5.67	14.29	3.6																																																																				
對就醫總費用的看法 (%;很貴+有點貴)	25.9%	22.1%	21.5%	20.4%	15.5%		整體有降低趨勢																																																																		
除掛號費及部分負擔外有自費比例(%)	12.1%	15.6%	12.9%	14.5%	9.5%	自費比例較歷年為低																																																																			
自付其他費用的理由與項目 (健保不給付;補健保差額)	60.4%; 68.6%	78.7%; 46.3%	84.3%; 53.8%	89.1%; 51.9%	54.4%; 27.6%	數值均較歷年低,係因回答不知道的比例較99年增加17%																																																																			
就醫公平性	1.都市化程度醫療資源分布情形	<p>1.不同都市化地區醫療資源分布情形</p> <table border="1" data-bbox="359 1417 1508 1951"> <thead> <tr> <th>指標項目</th> <th>94年</th> <th>95年</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>每萬人口西醫師數</td> <td>14.96</td> <td>15.24</td> <td>15.60</td> <td>16.10</td> <td>16.37</td> <td>16.77</td> <td rowspan="4">每萬人口西醫師數=西醫師執業醫師數/年底戶籍人口數*10,000。</td> </tr> <tr> <td> -都市化鄉鎮</td> <td>21.64</td> <td>21.88</td> <td>22.45</td> <td>23.32</td> <td>23.76</td> <td>24.36</td> </tr> <tr> <td> -一般鄉鎮</td> <td>8.88</td> <td>9.26</td> <td>9.38</td> <td>9.51</td> <td>9.59</td> <td>9.76</td> </tr> <tr> <td> -農業鄉鎮</td> <td>4.68</td> <td>4.66</td> <td>4.69</td> <td>4.70</td> <td>4.76</td> <td>4.86</td> </tr> <tr> <td>每萬人口西醫診所醫師數</td> <td>5.67</td> <td>5.73</td> <td>5.84</td> <td>5.96</td> <td>6.02</td> <td>6.21</td> <td rowspan="4">每萬人口西醫診所醫師數=西醫診所執業醫師數/年底戶籍人口數*10,000。</td> </tr> <tr> <td> -都市化鄉鎮</td> <td>6.81</td> <td>6.90</td> <td>7.08</td> <td>7.29</td> <td>7.41</td> <td>7.67</td> </tr> <tr> <td> -一般鄉鎮</td> <td>4.80</td> <td>4.82</td> <td>4.87</td> <td>4.90</td> <td>4.90</td> <td>5.00</td> </tr> <tr> <td> -農業鄉鎮</td> <td>3.42</td> <td>3.42</td> <td>3.40</td> <td>3.43</td> <td>3.40</td> <td>3.48</td> </tr> </tbody> </table> <p>資料來源：衛生署統計室醫事機構現況檔。</p> <p>註：都市化程度採劉介宇(2006)定義之都市化分層，並將原 7 層組別依都市化程度將相近者合併為三類 a.都市化鄉鎮(高度與中度都市化鄉鎮)、b.一般鄉鎮(新興市鎮與一般鄉鎮市區)及 c.農業鄉鎮(高齡化市鎮、農業市鎮、偏遠鄉鎮)。</p>						指標項目	94年	95年	96年	97年	98年	99年	補充說明	每萬人口西醫師數	14.96	15.24	15.60	16.10	16.37	16.77	每萬人口西醫師數=西醫師執業醫師數/年底戶籍人口數*10,000。	-都市化鄉鎮	21.64	21.88	22.45	23.32	23.76	24.36	-一般鄉鎮	8.88	9.26	9.38	9.51	9.59	9.76	-農業鄉鎮	4.68	4.66	4.69	4.70	4.76	4.86	每萬人口西醫診所醫師數	5.67	5.73	5.84	5.96	6.02	6.21	每萬人口西醫診所醫師數=西醫診所執業醫師數/年底戶籍人口數*10,000。	-都市化鄉鎮	6.81	6.90	7.08	7.29	7.41	7.67	-一般鄉鎮	4.80	4.82	4.87	4.90	4.90	5.00	-農業鄉鎮	3.42	3.42	3.40	3.43	3.40	3.48
指標項目	94年	95年	96年	97年	98年	99年	補充說明																																																																		
每萬人口西醫師數	14.96	15.24	15.60	16.10	16.37	16.77	每萬人口西醫師數=西醫師執業醫師數/年底戶籍人口數*10,000。																																																																		
-都市化鄉鎮	21.64	21.88	22.45	23.32	23.76	24.36																																																																			
-一般鄉鎮	8.88	9.26	9.38	9.51	9.59	9.76																																																																			
-農業鄉鎮	4.68	4.66	4.69	4.70	4.76	4.86																																																																			
每萬人口西醫診所醫師數	5.67	5.73	5.84	5.96	6.02	6.21	每萬人口西醫診所醫師數=西醫診所執業醫師數/年底戶籍人口數*10,000。																																																																		
-都市化鄉鎮	6.81	6.90	7.08	7.29	7.41	7.67																																																																			
-一般鄉鎮	4.80	4.82	4.87	4.90	4.90	5.00																																																																			
-農業鄉鎮	3.42	3.42	3.40	3.43	3.40	3.48																																																																			

評核構面	評核項目	評核指標																																														
就醫公平性	2.醫師人力地理分佈	2.西醫基層及西醫師人力地理分佈之吉尼係數(鄉鎮市區別) <table border="1" data-bbox="344 293 1511 680"> <thead> <tr> <th>指標項目</th> <th>94年</th> <th>95年</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>西醫師人力地理分佈之吉尼係數</td> <td>0.4685</td> <td>0.4667</td> <td>0.4689</td> <td>0.4742</td> <td>0.4739</td> <td>0.4731</td> <td>1.吉尼係數值愈小表示分布愈平均。</td> </tr> <tr> <td>西醫基層醫師人力地理分佈之吉尼係數</td> <td>0.2441</td> <td>0.2508</td> <td>0.2558</td> <td>0.2617</td> <td>0.2638</td> <td>0.2667</td> <td>2.西醫基層醫師人力吉尼係數有逐年增加趨勢。</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="320 692 871 725">資料來源：衛生署統計室醫事機構現況檔。</p>							指標項目	94年	95年	96年	97年	98年	99年	補充說明	西醫師人力地理分佈之吉尼係數	0.4685	0.4667	0.4689	0.4742	0.4739	0.4731	1.吉尼係數值愈小表示分布愈平均。	西醫基層醫師人力地理分佈之吉尼係數	0.2441	0.2508	0.2558	0.2617	0.2638	0.2667	2.西醫基層醫師人力吉尼係數有逐年增加趨勢。																
指標項目	94年	95年	96年	97年	98年	99年	補充說明																																									
西醫師人力地理分佈之吉尼係數	0.4685	0.4667	0.4689	0.4742	0.4739	0.4731	1.吉尼係數值愈小表示分布愈平均。																																									
西醫基層醫師人力地理分佈之吉尼係數	0.2441	0.2508	0.2558	0.2617	0.2638	0.2667	2.西醫基層醫師人力吉尼係數有逐年增加趨勢。																																									
醫療服務效益	健康照護成效	1.指標監測結果 單位：% <table border="1" data-bbox="320 808 1485 1301"> <thead> <tr> <th>指標項目</th> <th>監測值</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>六歲以下兒童氣喘住院率</td> <td>≤0.29</td> <td>0.22</td> <td>0.19</td> <td>0.17</td> <td>0.17</td> <td>0.19</td> <td>100年略為上升，惟仍低於監測值</td> </tr> <tr> <td>住院率</td> <td>≤13.0</td> <td>11.88</td> <td>11.88</td> <td>12.09</td> <td>12.25</td> <td>12.54</td> <td>低於監測值，但有逐年上升情形</td> </tr> <tr> <td>平均每人住院日數</td> <td>≤1.10</td> <td>1.31</td> <td>1.32</td> <td>1.32</td> <td>1.35</td> <td>1.36</td> <td>超出監測值，有逐年增加趨勢</td> </tr> <tr> <td>每人急診就醫率</td> <td>≤1.9</td> <td>2.34</td> <td>2.30</td> <td>2.48</td> <td>2.47</td> <td>2.44</td> <td>超出監測值，100年略為下降</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="320 1312 1453 1346">註:1.6歲以下兒童氣喘住院率為6歲以下醫院氣喘住院人次占6歲以下投保人數之比率。</p> <p data-bbox="352 1357 1094 1391">2.住院率為西醫(醫院與基層)住院人次占投保人數之比率。</p> <p data-bbox="352 1402 1445 1480">3.每人急診就醫率為每人西醫(醫院與基層)急診次數占每人西醫(醫院與基層)平均門診次數。</p> <p data-bbox="336 1547 767 1581">2.指標未達監測值之檢討：</p> <p data-bbox="352 1592 1501 1727">「平均每人住院日數」：與去年相較，稍微成長。因本項指標含基層及醫院部門，推測平均每人住院日數增加可能為人口老化、重大傷病人數增加、疾病嚴重度高等原因所致。</p>							指標項目	監測值	96年	97年	98年	99年	100	補充說明	六歲以下兒童氣喘住院率	≤0.29	0.22	0.19	0.17	0.17	0.19	100年略為上升，惟仍低於監測值	住院率	≤13.0	11.88	11.88	12.09	12.25	12.54	低於監測值，但有逐年上升情形	平均每人住院日數	≤1.10	1.31	1.32	1.32	1.35	1.36	超出監測值，有逐年增加趨勢	每人急診就醫率	≤1.9	2.34	2.30	2.48	2.47	2.44	超出監測值，100年略為下降
指標項目	監測值	96年	97年	98年	99年	100	補充說明																																									
六歲以下兒童氣喘住院率	≤0.29	0.22	0.19	0.17	0.17	0.19	100年略為上升，惟仍低於監測值																																									
住院率	≤13.0	11.88	11.88	12.09	12.25	12.54	低於監測值，但有逐年上升情形																																									
平均每人住院日數	≤1.10	1.31	1.32	1.32	1.35	1.36	超出監測值，有逐年增加趨勢																																									
每人急診就醫率	≤1.9	2.34	2.30	2.48	2.47	2.44	超出監測值，100年略為下降																																									

評核構面	評核項目	評核指標							
醫療服務效率	醫療利用率	1.指標監測結果 單位：%							
		指標項目	監測值	96年	97年	98年	99年	100年	補充說明
		重複就診率	-	0.20	0.20	0.23	0.22	0.20	1.本項未定監測值。 2.重複就診率=同一人同疾病同一天重複就診基層醫療機構門診人數/基層醫療機構門診人數。
		各區同院所上呼吸道感染病人7日內複診率	≤17.13	13.94	14.00	16.25	14.75	14.94	100年較99年略為上升，但未超出監測值
		各區(跨院所)不同處方用藥日數重複率							1.100年修改本項指標定義及監測值。 1.100年各項重複率均較99年為低，且低於監測值。
		-降血壓藥	≤5.03	-	-	-	2.31	2.14	
		-降血脂藥	≤1.14	-	-	-	0.67	0.64	
		-降血糖藥	≤2.51	-	-	-	1.46	1.29	
-抗精神分裂藥	≤4.33	-	-	-	2.67	2.48			
-抗憂鬱症藥	≤5.69	-	-	-	3.69	3.50			
-安眠鎮靜藥	≤13.45	-	-	-	13.09	12.63			
同院所不同處方用藥日數重複率							1.100年增列。 2.100年各項重複率均較99年為低。		
-降血壓藥	實施一年後再	-	-	-	0.52	0.49			
-降血脂藥	訂	-	-	-	0.27	0.26			
-降血糖藥		-	-	-	0.38	0.36			
-抗精神分裂藥		-	-	-	1.02	0.93			
-抗憂鬱症藥		-	-	-	0.97	0.91			
-安眠鎮靜藥		-	-	-	1.35	1.29			
門診手術案成長率	≥10.0	0.12	-1.75	3.80	0.002	-0.29	本項低於監測值		

評核構面	評核項目	評核指標																																																																																								
醫療服務效率	醫療利用率	2.品質指標未達監測值之檢討： 「門診手術案件成長率」：與去年相較，退步幅度大，且未符合監測值；進一步以分局別探討，除中區及東區外，其他區之門診手術案件均為負成長，其中以台北區負成長幅度最大(-1.43%)。因本項指標涉及基層與醫院間之動態競合關係，期相關主管機關於政策制度配合修訂。																																																																																								
醫療服務品質	1.品質確保方案其他專業服務品質指標	<p>1. 指標監測結果：除「子宮頸抹片利用率」與「剖腹產率」未達監測值外，其餘各項指標均符合監測值。</p> <p style="text-align: right;">單位：%</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>指標項目</th> <th>監測值</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100年</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>門診注射劑使用率</td> <td>≤0.93</td> <td>1.01</td> <td>0.93</td> <td>0.87</td> <td>0.74</td> <td>0.70</td> <td>整體呈下降趨勢</td> </tr> <tr> <td>門診抗生素使用率</td> <td>≤13.66</td> <td>11.36</td> <td>11.01</td> <td>10.83</td> <td>11.49</td> <td>11.91</td> <td>有逐年上升趨勢</td> </tr> <tr> <td>慢性病開立慢性病連續處方箋百分比</td> <td>≥61.60</td> <td>65.83</td> <td>68.07</td> <td>69.62</td> <td>70.76</td> <td>70.83</td> <td>整體呈上升趨勢</td> </tr> <tr> <td>處方箋釋出率</td> <td>≥25.00</td> <td>31.94</td> <td>30.73</td> <td>30.22</td> <td>30.06</td> <td>30.61</td> <td>100年略為上升</td> </tr> <tr> <td>子宮頸抹片利用率</td> <td>≥16.00</td> <td>15.64</td> <td>15.36</td> <td>14.58</td> <td>13.27</td> <td>12.93</td> <td>1.95年起由國健局辦理。 2.低於監測值，且有逐年下降趨勢。</td> </tr> <tr> <td>成人預防保健利用率</td> <td>≥20.00</td> <td>22.51</td> <td>22.46</td> <td>22.26</td> <td>22.32</td> <td>21.79</td> <td>1.96年起由國健局辦理。 2.100年略為下降。</td> </tr> <tr> <td>兒童預防保健利用率</td> <td>-</td> <td>44.64</td> <td>43.77</td> <td>40.48</td> <td>54.31</td> <td>48.62</td> <td>1.95年起由國健局辦理。 2.100年較99年降低5.69%。</td> </tr> <tr> <td>頭部外傷使用類固醇比率</td> <td>≤10</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>1.20</td> <td>1.38</td> <td>0.83</td> <td>1.100年新增指標 2.100年較99年降低，且遠低於監測值</td> </tr> <tr> <td>痔瘡治療，採冷凍痔瘡療法使用率</td> <td>≤5</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>1.15</td> <td>1.56</td> <td>1.15</td> <td>1.100年新增指標 2.100年較99年降低，且低於監測值</td> </tr> <tr> <td>感染控制評量表實評符合率</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>97.54</td> <td>98.56</td> <td>100年較99年上升</td> </tr> </tbody> </table>	指標項目	監測值	96年	97年	98年	99年	100年	補充說明	門診注射劑使用率	≤0.93	1.01	0.93	0.87	0.74	0.70	整體呈下降趨勢	門診抗生素使用率	≤13.66	11.36	11.01	10.83	11.49	11.91	有逐年上升趨勢	慢性病開立慢性病連續處方箋百分比	≥61.60	65.83	68.07	69.62	70.76	70.83	整體呈上升趨勢	處方箋釋出率	≥25.00	31.94	30.73	30.22	30.06	30.61	100年略為上升	子宮頸抹片利用率	≥16.00	15.64	15.36	14.58	13.27	12.93	1.95年起由國健局辦理。 2.低於監測值，且有逐年下降趨勢。	成人預防保健利用率	≥20.00	22.51	22.46	22.26	22.32	21.79	1.96年起由國健局辦理。 2.100年略為下降。	兒童預防保健利用率	-	44.64	43.77	40.48	54.31	48.62	1.95年起由國健局辦理。 2.100年較99年降低5.69%。	頭部外傷使用類固醇比率	≤10	-	-	1.20	1.38	0.83	1.100年新增指標 2.100年較99年降低，且遠低於監測值	痔瘡治療，採冷凍痔瘡療法使用率	≤5	-	-	1.15	1.56	1.15	1.100年新增指標 2.100年較99年降低，且低於監測值	感染控制評量表實評符合率	-	-	-	-	97.54	98.56	100年較99年上升
指標項目	監測值	96年	97年	98年	99年	100年	補充說明																																																																																			
門診注射劑使用率	≤0.93	1.01	0.93	0.87	0.74	0.70	整體呈下降趨勢																																																																																			
門診抗生素使用率	≤13.66	11.36	11.01	10.83	11.49	11.91	有逐年上升趨勢																																																																																			
慢性病開立慢性病連續處方箋百分比	≥61.60	65.83	68.07	69.62	70.76	70.83	整體呈上升趨勢																																																																																			
處方箋釋出率	≥25.00	31.94	30.73	30.22	30.06	30.61	100年略為上升																																																																																			
子宮頸抹片利用率	≥16.00	15.64	15.36	14.58	13.27	12.93	1.95年起由國健局辦理。 2.低於監測值，且有逐年下降趨勢。																																																																																			
成人預防保健利用率	≥20.00	22.51	22.46	22.26	22.32	21.79	1.96年起由國健局辦理。 2.100年略為下降。																																																																																			
兒童預防保健利用率	-	44.64	43.77	40.48	54.31	48.62	1.95年起由國健局辦理。 2.100年較99年降低5.69%。																																																																																			
頭部外傷使用類固醇比率	≤10	-	-	1.20	1.38	0.83	1.100年新增指標 2.100年較99年降低，且遠低於監測值																																																																																			
痔瘡治療，採冷凍痔瘡療法使用率	≤5	-	-	1.15	1.56	1.15	1.100年新增指標 2.100年較99年降低，且低於監測值																																																																																			
感染控制評量表實評符合率	-	-	-	-	97.54	98.56	100年較99年上升																																																																																			

評核構面	評核項目	評核指標					單位：%
2.品質指標增修 3.院所別醫療品質資訊公開 4.其他改善專業醫療服務品質具體措施	指標項目	監測值	97年	98年	99年	100年	補充說明
	剖腹產率	≤34	34.1	37.4	38.7	38.1	100年剖腹產率指標修改為年齡別剖腹產率
	具適應症	-	-	35.0	36.0	35.5	
	-19歲以下	-	-	-	-	18.5	
	-20-34歲	-	-	-	-	34.2	
	-35歲以上	-	-	-	-	45.4	
	不具適應症(自行要求剖婦產)	-	-	2.4	2.7	2.6	
	-19歲以下	-	-	-	-	0.5	
	-20-34歲	-	-	-	-	2.3	
	-35歲以上	-	-	-	-	4.6	
2.品質指標未達監測值之檢討：							
(1)「剖腹產率」：							
<p>①台灣醫療進步、少子化、民眾醫療自主性提高及產科醫療糾紛高居不下等因素，造成台灣及世界各國剖腹產率有逐年提升趨勢。另，「剖腹產率」指標容易受民眾就醫需求及選擇等因素干擾，如近年產婦的平均年齡提高、多胞胎比率增多、孕婦有選擇生產方式的自主權等因素，亦是影響剖腹產率升高之原因。考量指標適宜性，100年另將剖婦產率指標修正為「年齡別剖腹產率」，區分為19歲以上、20至34歲及35歲以上，以瞭解各年齡組之剖婦產率。此外，並觀察各年齡剖腹產率之「自行要求剖腹產率」及「具適應症之剖腹產率」執行情形，100年分別為2.6%及35.5%。</p> <p>②由台灣婦產科醫學會協助向所屬會員宣導，鼓勵孕婦自然產並強調其優點，提昇孕婦自然產之意願。另對於剖腹產率高之診所，加強輔導鼓勵其自律，期降低剖腹產率。</p>							
(2)「子宮頸抹片利用率」歷年均未達監測值標準，雖每年均有預算補助，但囿於我國民情較為保守，特別是高年齡層之婦女，故利用率偏低。全聯會除不定期於台灣醫界雜誌刊登與子宮頸抹片檢查、疫苗注射等相關議題與活動外，並於該會雜誌刊登有關婦女子宮頸抹片檢查相關資訊，持續教育醫師各項癌篩之重要性，並請醫師積極向30歲以上婦女宣導子宮頸抹片檢查的重要性與必要性。							
3.100年度品質指標增修情形：							
(1)部分專業醫療服務品質指標資料處理定義原以「藥理分類代碼」，為使資料定義與世界衛生組織(WHO)採用的藥品分類一致，業修正為「ATC碼」。							
(2)同院所降血壓、降血脂、降血糖、抗精神分裂、抗憂鬱症及安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重複率等6項指標，列入品質確保方案監測。							
(3)考量監測指標之趨勢及醫療不確定性並更能接近實際值，部分指標以最近3年全局平均值X(1±20%)作為上限值。							
4.個別院所醫療品質資訊公開：							
(1)自94年起，每年擇2-3項指標進行公開，截至100年底，已公開22							

評核構面	評核項目	評核指標
		<p>項品質指標(詳健保局網站)。</p> <p>(2)100年新增「糖尿病病患血清肌酸酐檢查執行率」、「具高鉀血症病史之高血壓病患使用 POTASSIUM-SPARING DIURETICS 或 ALDOSTERONE ANTAGONIST 之比率」等 2 項個別院所公開品質指標項目。</p>
總額管理效能	1.接受健保局專業事務委託執行情形	<p>1.接受健保局專業事務委託執行情形：</p> <p>全聯會 100 年承接西醫基層總額專業自主事務委託案，並配合健保局契約規定籌組所屬專業團體組織，負責履行契約標的之相關事務、執行或規劃等事宜。</p> <p>(1)審查醫師規劃與管理：審查醫師管理要點訂有審查醫師資格、任務及推薦程序等流程，同時為確保審查品質，訂定考核、輔導、解聘、保密及迴避等辦法。</p> <p>(2)審查品質監督及評估：</p> <p>① 審查醫師於聘期內，應受其所屬分區委員會之管理，並按審查醫師管理要點評核，以為審查醫師續任、輔導或處置之依據。每位審查醫師應接受轄區所屬分區委員會審查組會議評核。</p> <p>② 透過「審畢案件評量」，再審視已完成專業審查階段之醫療案件，以確定醫療案件專業審查均基於醫學原理、實證醫學、病情需要、治療緩急、醫療能力及服務行為進行。</p> <p>(3)研擬「全民健康保險西醫基層總額醫療費用審查注意事項」：</p> <p>① 徵詢各專科醫學會及各分區委員會，就基層各科審查注意事項、現行審查爭議常見案例、爭審撤銷率高之診療項目提出修正建議，期統一審查標準，減少爭議。</p> <p>② 100 年修訂內科、外科、皮膚科及復健科等 4 科計 9 項條文。另參酌各相關專科醫學會提供意見，修訂西醫基層審查注意事項病歷相關條文；並採納中華民國糖尿病學會建議，維持 TZD 類藥品審查注意事項條文。</p> <p>(4)檔案分析與抽審指標之訂定：</p> <p>① 就易浮報、濫報診療項目或有違反申報相關規定之虞者，與健保局共同擬訂不予支付指標及處理方式，以合理管控院所異常申報狀況。截至 100 年西醫基層施行指標共計 23 項。</p> <p>② 按病人就醫科別、醫師專科別、案件分類及疾病別等各類，以健保局定期提供之申報資料分析該類別各區之人數、件數、費用等項目，分級分類進行醫療資源耗用、就醫型態、用藥型態及治療型態等數據分析，定期於健保局西醫基層總額支委會彙整報告，並依分析結果，提供各分區委員會訂定輔導改善、立意抽樣審查或隨機審查規劃。</p> <p>(5)異常院所分析與建議抽審比例：研議院所異常開立「慢性病連續處方箋」及「血液透析服務申報費用」等問題，並函轉相關數據資料予各分區委員會研議輔導；函知健保局與各分區委員會，建議各分區審查及輔導血液透析院所申報案件方式。</p> <p>(6)建立「爭議審議案件監測與輔導管理」機制：訂定「爭議審議案件監測與輔導管理作業方案」，就爭議性案例由相關醫療專業團體共同討</p>

評核構面	評核項目	評核指標									
2.醫療費用管控 3.支付標準修訂 4.點值穩定度 5.審核減率 6.院所違規情形 7.醫療機構輔導		論，逐步建立統一之審查標準。此外，並輔導 100 年爭議審議案件高駁回率院所，促進訂定全區一致之審查規範，及分析爭議審議案件統計資料。									
		2.醫療利用情形及管控措施： (1)醫療利用成長情形(摘自 101 年費協會指標要覽資料)									
		項目	96 年	97 年		98 年		99 年		100 年	
			值	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
		總件數 (千件;%)									
		門診	170,949	169,536	-0.8%	174,800	3.1%	179,575	2.7%	189,011	5.3%
		住診	65	61	-5.5%	60	-2.2%	51	-14.7%	60	17.7%
		總費用 點數百 萬點;%)	86,913	88,694	2.0%	92,569	4.4%	94,693	2.3%	99,851	5.4%
		門診	85,042	86,930	2.2%	90,842	4.5%	93,226	2.6%	98,121	5.3%
		住診	1,871	1,764	-5.7%	1,727	-2.1%	1,468	-15.0%	1,729	17.8%
		門診就 醫人數 (千人;%)	18,777	18,760	-0.1%	19,041	1.5%	19,232	1.0%	19,668	2.3%
		就醫率 (%)	83.59	82.81	-	83.68	-	84.16	-	85.77	-
		平均每 件就醫 費用 點數 (點;%)									
		門診	497	513	3.1%	520	1.3%	519	-0.1%	519	0%
		住診	28,772	28,750	-0.1%	28,779	0.1%	28,680	-0.3%	28,719	0.1%
	就醫者 平均每 人門診 就醫次 數(次;%)	9.0	9.04	-0.7%	9.18	1.6%	9.34	1.7%	9.61	2.9%	
	就醫者 平均每 人門診 就醫費 用點數 (點;%)	4,529	4,634	2.3%	4,771	3.0%	4,847	1.6%	4,989	2.9%	
	慢性病 案件數 (千件;%)	16,768	17,524	4.5%	18,084	3.2%	18,835	4.2%	19,855	5.4%	
	慢性病 費用點 數(百萬 點;%)	12,010	12,663	5.4%	13,210	4.3%	13,275	0.5%	14,156	6.6%	
		註：本表資料不含門診透析服務。									

評核構面	評核項目	評核指標																																																																																					
		<p>(2)相關管控措施：各分區委員會參考西醫基層總額執行概況及該區醫療利用情形，研議抽審指標、審查標準或輔導方式等管控措施。</p> <p>3.每點支付金額(含浮動及非浮動點數)及超出變動容許範圍(正負 10%)之情形與檢討：</p> <p>(1)浮動點值(浮動項目每點支付金額)分布情形</p> <table border="1" data-bbox="379 517 1465 790"> <thead> <tr> <th>季別</th> <th>96 年</th> <th>97 年</th> <th>98 年</th> <th>99 年</th> <th>100 年</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第 1 季</td> <td>0.9046</td> <td>0.9167</td> <td>0.9210</td> <td>0.9846</td> <td>0.8394</td> <td rowspan="4">100 年第 1 季受類流感影響致點值偏低</td> </tr> <tr> <td>第 2 季</td> <td>0.9395</td> <td>0.9703</td> <td>0.9481</td> <td>0.9145</td> <td>0.8910</td> </tr> <tr> <td>第 3 季</td> <td>0.9578</td> <td>0.9928</td> <td>0.9371</td> <td>0.8893</td> <td>0.8759</td> </tr> <tr> <td>第 4 季</td> <td>0.9445</td> <td>0.9151</td> <td>0.9546</td> <td>0.9626</td> <td>0.9429</td> </tr> </tbody> </table> <p>註:(浮動項目)每點支付金額 = [當季預算 - (藥費及議定點值核算之金額)]÷浮動之服務項目核定總點數。</p> <p>(2)平均點值分布情形</p> <table border="1" data-bbox="379 949 1465 1223"> <thead> <tr> <th>季別</th> <th>96 年</th> <th>97 年</th> <th>98 年</th> <th>99 年</th> <th>100 年</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第 1 季</td> <td>0.9312</td> <td>0.9422</td> <td>0.9459</td> <td>0.9892</td> <td>0.8877</td> <td rowspan="4">100 年第 1 季平均點值超出變動容許範圍(1±10%)</td> </tr> <tr> <td>第 2 季</td> <td>0.9560</td> <td>0.9793</td> <td>0.9645</td> <td>0.9396</td> <td>0.9235</td> </tr> <tr> <td>第 3 季</td> <td>0.9691</td> <td>0.9950</td> <td>0.9568</td> <td>0.9219</td> <td>0.9130</td> </tr> <tr> <td>第 4 季</td> <td>0.9591</td> <td>0.9414</td> <td>0.9678</td> <td>0.9738</td> <td>0.9597</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：平均點值 = 當季預算 ÷ 所有服務之核定總點數(含藥費金額)</p> <p>(3)檢討與改善：</p> <p>未來將持續監測，如有點值超出支付金額±10%變動範圍時，將依契約規定與健保局進行原因分析，並訂定處理對策。</p> <p>4.支付標準修訂情形及對財務影響評估：</p> <p>100 年支付標準協商成長率 0.021%，預算約 18.9 百萬元，用於開放跨表項目 5 項，預估增加點數為 28.97 百萬點，執行情形如下表：</p> <table border="1" data-bbox="360 1641 1453 2036"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>申報件數</th> <th>申報增加點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>甲狀腺刺激素免疫分析(09112C)</td> <td>93,667</td> <td>22,480,080</td> </tr> <tr> <td>純音聽力檢查(22001C)</td> <td>1279</td> <td>517,995</td> </tr> <tr> <td>T3 甲狀腺原氨酸放射免疫分析(27001C)</td> <td>166</td> <td>52,290</td> </tr> <tr> <td>前玻璃體切除術(86203C)</td> <td>26</td> <td>89,596</td> </tr> <tr> <td>輸卵管外孕手術(住院)(97017C)</td> <td>179</td> <td>5,828,598</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>95,317</td> <td>28,968,559</td> </tr> </tbody> </table>	季別	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年	補充說明	第 1 季	0.9046	0.9167	0.9210	0.9846	0.8394	100 年第 1 季受類流感影響致點值偏低	第 2 季	0.9395	0.9703	0.9481	0.9145	0.8910	第 3 季	0.9578	0.9928	0.9371	0.8893	0.8759	第 4 季	0.9445	0.9151	0.9546	0.9626	0.9429	季別	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年	補充說明	第 1 季	0.9312	0.9422	0.9459	0.9892	0.8877	100 年第 1 季平均點值超出變動容許範圍(1±10%)	第 2 季	0.9560	0.9793	0.9645	0.9396	0.9235	第 3 季	0.9691	0.9950	0.9568	0.9219	0.9130	第 4 季	0.9591	0.9414	0.9678	0.9738	0.9597	項目	申報件數	申報增加點數	甲狀腺刺激素免疫分析(09112C)	93,667	22,480,080	純音聽力檢查(22001C)	1279	517,995	T3 甲狀腺原氨酸放射免疫分析(27001C)	166	52,290	前玻璃體切除術(86203C)	26	89,596	輸卵管外孕手術(住院)(97017C)	179	5,828,598	合計	95,317	28,968,559
季別	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年	補充說明																																																																																	
第 1 季	0.9046	0.9167	0.9210	0.9846	0.8394	100 年第 1 季受類流感影響致點值偏低																																																																																	
第 2 季	0.9395	0.9703	0.9481	0.9145	0.8910																																																																																		
第 3 季	0.9578	0.9928	0.9371	0.8893	0.8759																																																																																		
第 4 季	0.9445	0.9151	0.9546	0.9626	0.9429																																																																																		
季別	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年	補充說明																																																																																	
第 1 季	0.9312	0.9422	0.9459	0.9892	0.8877	100 年第 1 季平均點值超出變動容許範圍(1±10%)																																																																																	
第 2 季	0.9560	0.9793	0.9645	0.9396	0.9235																																																																																		
第 3 季	0.9691	0.9950	0.9568	0.9219	0.9130																																																																																		
第 4 季	0.9591	0.9414	0.9678	0.9738	0.9597																																																																																		
項目	申報件數	申報增加點數																																																																																					
甲狀腺刺激素免疫分析(09112C)	93,667	22,480,080																																																																																					
純音聽力檢查(22001C)	1279	517,995																																																																																					
T3 甲狀腺原氨酸放射免疫分析(27001C)	166	52,290																																																																																					
前玻璃體切除術(86203C)	26	89,596																																																																																					
輸卵管外孕手術(住院)(97017C)	179	5,828,598																																																																																					
合計	95,317	28,968,559																																																																																					

評核構面	評核項目	評核指標																																														
		5. 審查核減率																																														
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>年 指標項目</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100年</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>初核核減率</td> <td>1.2%</td> <td>1.0%</td> <td>1.02%</td> <td>0.96%</td> <td>1.04%</td> <td rowspan="2">100年核減率略為上升</td> </tr> <tr> <td>申復後核減率</td> <td>0.9%</td> <td>0.8%</td> <td>0.75%</td> <td>0.76%</td> <td>0.82%</td> </tr> <tr> <td>爭審後核減率</td> <td>0.9%</td> <td>0.8%</td> <td>0.72%</td> <td>0.75%</td> <td>0.80%</td> <td>100年略為上升</td> </tr> <tr> <td>爭審案件數</td> <td>16,122</td> <td>23,021</td> <td>18,068</td> <td>11,695</td> <td>9,826</td> <td>100年件數減少且爭審率(爭審件數/申報件數)下降</td> </tr> <tr> <td>爭審撤銷率</td> <td>23.7%</td> <td>21%</td> <td>21.75%</td> <td>26.16%</td> <td>20.0%</td> <td>1. 爭審撤銷率=1-(駁回件數+重新核定件數)/爭審件數 2. 100年爭審撤銷率下降6.16%。</td> </tr> </tbody> </table>	年 指標項目	96年	97年	98年	99年	100年	補充說明	初核核減率	1.2%	1.0%	1.02%	0.96%	1.04%	100年核減率略為上升	申復後核減率	0.9%	0.8%	0.75%	0.76%	0.82%	爭審後核減率	0.9%	0.8%	0.72%	0.75%	0.80%	100年略為上升	爭審案件數	16,122	23,021	18,068	11,695	9,826	100年件數減少且爭審率(爭審件數/申報件數)下降	爭審撤銷率	23.7%	21%	21.75%	26.16%	20.0%	1. 爭審撤銷率=1-(駁回件數+重新核定件數)/爭審件數 2. 100年爭審撤銷率下降6.16%。					
年 指標項目	96年	97年	98年	99年	100年	補充說明																																										
初核核減率	1.2%	1.0%	1.02%	0.96%	1.04%	100年核減率略為上升																																										
申復後核減率	0.9%	0.8%	0.75%	0.76%	0.82%																																											
爭審後核減率	0.9%	0.8%	0.72%	0.75%	0.80%	100年略為上升																																										
爭審案件數	16,122	23,021	18,068	11,695	9,826	100年件數減少且爭審率(爭審件數/申報件數)下降																																										
爭審撤銷率	23.7%	21%	21.75%	26.16%	20.0%	1. 爭審撤銷率=1-(駁回件數+重新核定件數)/爭審件數 2. 100年爭審撤銷率下降6.16%。																																										
		<p>資料來源：1.核減率：擷取全民健保門住診醫療費用統計檔，截至101.04.01止已完成核付之資料。</p> <p>2.爭審案件數及撤銷率：爭議審議委員會。</p>																																														
		6.院所違規情形																																														
		<p>(1)100年西醫基層院所違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法第36-38條之違規案件類型統計，由民眾檢舉或健保局主動查核共計332件，較99年度增加39件；總追扣費用為53.13百萬點，較99年減少11.82百萬點。</p> <p>(2)為加強輔導會員避免誤犯，全聯會行文六分區委員會加強宣導，以促進基層院所了解相關規定，並說明其違規不僅該院所遭受扣款，亦將連帶扣減西醫基層全體總額及影響總額成長率，請院所特別注意；同時為廣為宣導，該訊息亦刊登台灣醫界雜誌及網站。</p>																																														
		(3)96-100年院所違反健保特約管理辦法之查處追扣金額： 單位：萬點																																														
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>年度 項目</th> <th>96</th> <th>97</th> <th>98</th> <th>99</th> <th>100</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>總額舉發</td> <td>12</td> <td>204.6</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>160.2</td> </tr> <tr> <td>非總額舉發</td> <td>3279</td> <td>7544.6</td> <td>3737.3</td> <td>6494.9</td> <td>5313.3</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>3741</td> <td>7749.2</td> <td>3737.3</td> <td>6494.9</td> <td>5473.5</td> </tr> </tbody> </table>	年度 項目	96	97	98	99	100	總額舉發	12	204.6	0	0	160.2	非總額舉發	3279	7544.6	3737.3	6494.9	5313.3	合計	3741	7749.2	3737.3	6494.9	5473.5																						
年度 項目	96	97	98	99	100																																											
總額舉發	12	204.6	0	0	160.2																																											
非總額舉發	3279	7544.6	3737.3	6494.9	5313.3																																											
合計	3741	7749.2	3737.3	6494.9	5473.5																																											
		<p>註：1.非總額舉發包含民眾檢舉與健保局主動查核：總額舉發為總額受託單位、相關團體舉發。</p> <p>2.查處追扣金額：指違反全民健保醫事服務機構約及管理辦法第36-38條違規事件之醫療費用本身，如原認列之違規點數、虛報點數與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)。</p>																																														

評核 構面	評核 項目	評核指標						
	(4)違規類型							
		年	98		99		100	
	類型別	家次	點數	家次	點數	家次	點數	
	未依處方箋或病歷 記載提供醫療服務	47	1,518,042	40	533,501	68	1,540,191	
	未經醫師診斷逕行 提供醫療服務	70	1,456,217	35	398,711	64	98,1729	
	處方箋之處方或醫 療費用申報內容與 病歷記載不符	4	386,382	5	17,450	2	31,755	
	未記載病例，申報 醫療費用	3	3,035	3	753	0	0	
	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	0	0	
	登錄保險對象憑 證，換給非對症之 藥品、營養品或其 他物品	3	790,525	5	552,845	3	55,037	
	未診治保險對象， 卻自創就醫紀錄， 虛報醫療費用	53	790,809	25	490,935	12	167,300	
	其他以不正當型為 或以虛偽之證明、 報告或陳述，申報 醫療費用	68	4,982,730	17	2,399,161	49	6,611,216	
	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 後二年內再有前條 規定情事之一	8	7,183,327	1	30,060	0	0	
	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	3	708,634	4	1,052,643	8	3,230,574	
	特約醫院或診所容 留未具醫師資格之 人員為保險對象診 療或處方	2	7,101	1	523,713	3	25,426	
	其他	72	19,546,941	157	58,949,194	128	42,089,381	
	合計	333	37,373,743	293	64,948,966	337	54,735,453	

評核構面	評核項目	評核指標
		<p>100 年最多之違規類型別為第 12 類，其涵蓋內容包括未報備支援就跨院看診，再將費用攜回申報，誤報費用、溢報費用、病患出國卻有申報費用等情況，因前 11 項類別未能涵蓋，故全部列為第 12 類。</p> <p>7.院所輔導</p> <p>(1)各分區委員會依據審查移送、檔案分析或健保局各分區業務組提供之異常診所名單，按各區之輔導機程序，協助院所改善。據統計 100 年六分區委員會總計輔導 1,365 件，相較 99 年輔導案件(654 件)增加 711 件。</p> <p>(2)各區輔導方式包括書面輔導 1,252 件、面談輔導 60 件、電話輔導 53 件、實地訪查 0 件等；其中較大宗為書面輔導，其主要輔導內容為健保 IC 卡上傳(包含 24 小時未上傳率、IC 卡上傳與申報率、醫事人員 ID、主診斷、申報金額、部分負擔及醫令上傳率)共 965 件，約占整體輔導案件 70.6%。</p>

其他參考資料：100 年品質保證保留款(尚未結算)

一、預算及協定事項：

- 1.100 年西醫基層總額「品質保證保留款」成長率 0.05%，約 44.9 百萬元。
- 2.依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，金額應全數用於鼓勵提升醫療品質。

二、分配原則：

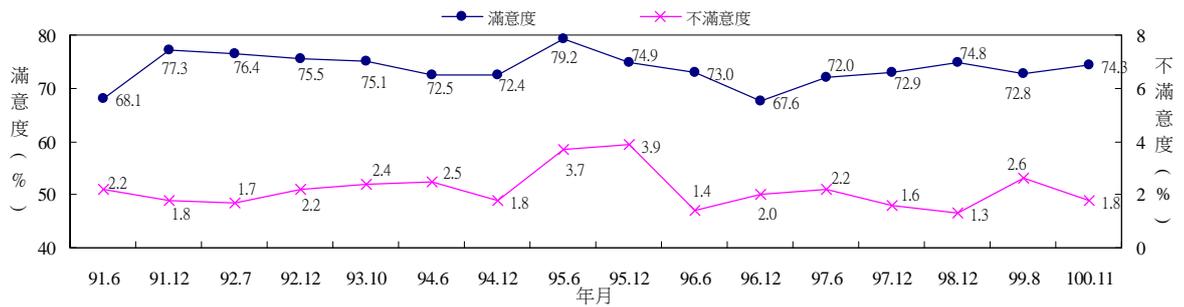
- 1.依 100.1.1 各分區特約診所家數占率，分配各區品質保證保留款預算。
- 2.特約診所於規定時限以電子資料申報且無違規情事者，若符合下列情形，各給予核發權重 25%：
 - (1)診所月平均門診申復核減率，不超過該分區所屬科別 90 百分位。
 - (2)診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區所屬科別 90 百分位。
 - (3)個案重複就診率不超過該分區所屬科別 90 百分位。
 - (4)藥品明細：單方藥品於藥品明細中標示商品名及成份名，複方藥品則標示商品名。
- 3.全數處方箋釋出之西醫基層診所未有「藥品明細」指標，核發指標之權重如下：
 - (1)診所月平均門診申復核減率占 34%。
 - (2)診所之每位病人年平均就診次數占 33%。
 - (3)個案重複就診率占 33%。

四、醫院總額一般服務執行成果摘要表

評核構面	評核項目	評核指標												
民眾滿意度	1.滿意度調查結果	1.96-100年各項滿意度調查結果												
		單位：%												
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">調查年月 指標項目</th> <th style="width: 10%;">96.12</th> <th style="width: 10%;">97.12</th> <th style="width: 10%;">98.12</th> <th style="width: 10%;">99.8</th> <th style="width: 10%;">100.11</th> <th style="width: 45%;">補充說明</th> </tr> </thead> </table>	調查年月 指標項目	96.12	97.12	98.12	99.8	100.11	補充說明						
	調查年月 指標項目	96.12	97.12	98.12	99.8	100.11	補充說明							
	2.民眾申訴及抱怨處理	整體醫療品質滿意度	67.6	72.9	74.8	72.8	74.3	100年增加1.5%。						
		--門診	72.1	74.7	77.1	73.2	--							
		--住院	78.9	73.9	73.8	88.0	--							
		--急診	57.1	52.8	55.6	60.5	--							
		醫療診療環境滿意度 ^(註2)	64.1	69.3	68.9	68.8	78.7	1.滿意度較高之項目。 2.100年增加9.9%，為增幅最大之項目。						
		--門診	68.3	69.8	70.3	69.1	--							
		--住院	70.2	72.3	68.9	75.1	--							
		--急診	54.5	62.2	60.3	61.0	--							
		服務態度滿意度	72.9	76.6	80.5	78.9	78.5	1.滿意度較高之項目。 2.100年微幅下降0.4%。						
		--門診	77.0	78.5	81.9	78.9	--							
		--住院	78.9	80.0	80.3	86.6	--							
		--急診	64.9	54.7	74.6	75.6	--							
		治療效果滿意度	63.8	68.4	72.7	70.2	72.4	100年增加2.2%。						
		--門診	67.5	69.6	73.6	70.4	--							
		--住院	77.2	80.0	67.2	84.2	--							
		--急診	59.7	56.6	68.2	62.8	--							
		醫生看診及治療花費時間滿意度 ^(註3)	57.0	59.2	67.6	64.1	64.1	滿意度較低之項目。						
		--門診	61.8	60.7	70.6	65.2	--							
	--住院	63.2	63.1	68.9	64.6	--								
	--急診	44.2	49.1	39.7	48.9	--								
	醫生看診及治療仔細程度滿意度 ^(註3)	63.5	66.9	72.2	68.3	72.4	100年增加4.4%。							
	--門診	67.5	68.3	73.8	69.5	--								
	--住院	70.2	69.2	73.8	75.6	--								
	--急診	50.6	52.8	60.3	48.5	--								
	醫生解說病情的認真程度	66.2	69.6	72.2	66.9	70.0	100年增加3.1%。							
	--門診	70.2	70.7	74.4	67.3	--								
--住院	80.7	76.9	70.5	77.1	--									
--急診	62.3	52.8	54.0	56.7	--									
向院方表達不滿且得到妥善處理與回覆之比例	53.5	47.8	36.5	46.6	48.2	100年增加1.6%。								
--門診	64.7	47.1	37.5	41.4	--									
--住院	NA	50.0	66.7	NA	--									
--急診	NA	50.0	NA	NA	--									
註：1.滿意度=非常滿意+滿意；認真程度=很認真+認真。 2.99年以前，調查項目為「醫療設備滿意度」。 3.99年以前，調查項目為「醫師檢查及治療花費時間/仔細程度滿意度」。 4.100.11調查單位與96~99年不同，且抽樣方法與樣本數也不同，96~99年完成有效樣本數約1千多份，100.11有效樣本數2,447份。														

評核構面	評核項目	評核指標
------	------	------

2.歷年西醫醫院病人對整體醫療品質的滿意及不滿意情形



註：93年(含)以前，由健保局發函請抽查樣本醫院提供抽樣日之病人名單及其聯絡電話；94年(含)以後，改採電話隨機抽樣方式，以各縣市住宅電話號碼簿做為抽樣清冊，依各縣市就醫病患申報人次占全體申報人次的比例分配樣本，並針對最近3個月有相關就醫經驗的病患進行訪問，100年改依內政部公布之最新人口普查料分配各縣市樣本數。

3.不滿意及退步項目的檢討改善

綜合100年11月之滿意度調查結果，以「對診療環境」的接受度最高，以「醫生看診及治療花費時間」的滿意度較低，改善之進行方式如下：

- (1)滿意度分析結果提供醫院協會或醫院參考，並列入總額支委會報告，以督促改善與提昇品質。
- (2)透過各分區醫院之共管會議或聯繫會議，轉知相關訊息，作為其檢討改進之依據。
- (3)健保局於各分區設有服務中心，讓民眾諮詢、申訴事項可迅速得到回應，並在網站詳載各特約醫院申訴專責窗口查詢，供保險對象瞭解於特約醫院就醫遭遇問題時之申訴管道。
- (4)針對單項調查結果，如慢性病連續處方箋釋出、自費項目改善、健保支付品項差額負擔、辦理專案型改善或品質提升計畫。
- (5)自付原因最高的「健保給付差額」，主要係入住差額病床的花費，因此，健保局業修訂特管辦法第32條，提高保險病床占總病床數之比率(增加0-10%不等)，未來應可減少病患入住非保險病床而自費情形。

4.民眾申訴案件分析及處理情形

(1)96~100年民眾申訴案件統計

年	96	97	98	99	100	補充說明
指標項目						
民眾申訴及反映成案件數	1,568	1,464	1,384	1,307	989	呈逐年減少趨勢，100年之件數較99年下降24.3%。
平均每位醫師申訴案件數	0.069	0.062	0.056	0.052	0.039	
有診療問題時，民眾知道諮詢及申訴管道之比例(%)	25.5%	24.2%	18.4%	23.0%	13.9%	100年下降12.1%。

註：醫師數採每年12月份特約醫院西醫師人數計算。

評核構面	評核項目	評核指標																																																																
		(2)96~100 年申訴及反映成案件數原因別(前三項) 歷年主要申訴原因前三名為「額外收費(收費疑義)」、「其他醫療行政或違規事項」、「服務態度及醫療品質」，其件數及占率如下：																																																																
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>年</th> <th>96</th> <th>97</th> <th>98</th> <th>99</th> <th>100</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>額外收費(收費疑義)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="3">件數逐年減少。占率約4成。</td> </tr> <tr> <td>--件數</td> <td>687</td> <td>613</td> <td>557</td> <td>539</td> <td>438</td> </tr> <tr> <td>--占率</td> <td>43.8%</td> <td>41.8%</td> <td>40.2%</td> <td>41.2%</td> <td>44.3%</td> </tr> <tr> <td>其他醫療行政或違規事項</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="3">有逐年減少趨勢。</td> </tr> <tr> <td>--件數</td> <td>427</td> <td>434</td> <td>419</td> <td>288</td> <td>192</td> </tr> <tr> <td>--占率</td> <td>27.2%</td> <td>29.6%</td> <td>30.3%</td> <td>22.0%</td> <td>19.4%</td> </tr> <tr> <td>服務態度及醫療品質</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="3">有逐年減少趨勢，99年略有增加。</td> </tr> <tr> <td>--件數</td> <td>202</td> <td>169</td> <td>136</td> <td>141</td> <td>112</td> </tr> <tr> <td>--占率</td> <td>12.9%</td> <td>11.5%</td> <td>9.8%</td> <td>10.8%</td> <td>11.3%</td> </tr> </tbody> </table>	年	96	97	98	99	100	補充說明	額外收費(收費疑義)						件數逐年減少。占率約4成。	--件數	687	613	557	539	438	--占率	43.8%	41.8%	40.2%	41.2%	44.3%	其他醫療行政或違規事項						有逐年減少趨勢。	--件數	427	434	419	288	192	--占率	27.2%	29.6%	30.3%	22.0%	19.4%	服務態度及醫療品質						有逐年減少趨勢，99年略有增加。	--件數	202	169	136	141	112	--占率	12.9%	11.5%	9.8%	10.8%	11.3%
年	96	97	98	99	100	補充說明																																																												
額外收費(收費疑義)						件數逐年減少。占率約4成。																																																												
--件數	687	613	557	539	438																																																													
--占率	43.8%	41.8%	40.2%	41.2%	44.3%																																																													
其他醫療行政或違規事項						有逐年減少趨勢。																																																												
--件數	427	434	419	288	192																																																													
--占率	27.2%	29.6%	30.3%	22.0%	19.4%																																																													
服務態度及醫療品質						有逐年減少趨勢，99年略有增加。																																																												
--件數	202	169	136	141	112																																																													
--占率	12.9%	11.5%	9.8%	10.8%	11.3%																																																													
		註：1.其他醫療行政或違規事項，主要包括事前審查、藥師未在场執業、規避門診量、要求病人連續看診及借卡看病等。 2.除此3項外，另有多收取部分負擔費用、不開給費用明細表及收據、多刷卡、刷卡換物、疑有虛報醫療費用、藥品及處方箋、質疑醫師或藥師資格、轉診相關申訴及其他等申訴類別。																																																																
		5.申訴案件處理與改善 (1)分析醫院要求額外收費之原因，並規範特約院所對民眾收費之事項，應符合資訊公開、事先告知及開立正式收費單據等三項原則。如有不當額外收費情形，經查證屬實，依健保法及特管辦法相關規定論處。 (2)各分區依轄區特性辦理輔導事宜，不定期派員至醫院實地訪查。自99年5月起，輔導特約醫療院所配合公告自費項目明細(列印明細表置於診間、佈告欄或櫃檯)，並正式函請轄區特約醫療院所配合辦理，以醫療院所回報之自費項目明細表來監測執行情形。 (3)前項醫院公告自費項目乙項作業並配合新特約、費用查核等實地訪查業務，將之納入訪查項目，一併查核。目前訪查結果多數符合規定，對未符合規定之醫療院所，則以函請改善或再度訪查等方式加以輔導，直至改善為止。 (4)受理民眾自費申訴案件，送專業審查醫師判斷是否為健保給付項目，若為健保給付項目，即函請醫院退費。本項並列為醫院品質測量項目及院所實地訪查項目之一。 (5)於健保局網站建置常見自費就醫項目，包含全國25縣市政府衛生局網站查詢(路徑參考表、連結)、常見醫療院所要求民眾自費之醫療項目、合理性說明等，俾供民眾查詢並建立正確認知。																																																																

評核構面	評核項目	評核指標						
就醫可近性	1.就醫等候情形 2.醫師診療時間 3.民眾自費情形	1.就醫等候：						
		調查年月 指標項目	96.12	97.12	98.12	99.8	100.11	補充說明
		對掛號順利與否的接受程度(%；完全沒問題+可以接受)	94.0	93.8	93.5	94.3	84.5	1.100年下降9.8%。 2.掛號不順利的原 因：醫師病人多、 預約掛號額滿、醫 師看診時間太慢 等，另有2人表示 有加號掛號費之經 濟壓力。
		等待病床天數(%；1~3天)	76.1	86.9	91.8	81.4	87.4	3天內排到床的比例 增加6%。
		住院排床容易與否(%；容易)	68.7	76.8	73.8	76.8	72.8	100年下降4%。
		等待診斷檢查天數(%；1~7天)	N/A	N/A	N/A	N/A	65.0	
		就醫單程交通時間(分) -中位數 -平均值 -標準誤	20 25.6 0.7	20 26.8 0.8	N/A.	N/A	20 22.7 0.4	交通時間變化不大。
		對就醫交通時間的接受程度(%；非常滿意+滿意)	87.5	86.6	N/A	N/A	67.8	100年之滿意度下 降。
		等候診療時間(分) -中位數 -平均值 -標準誤	30 38.8 1.2	30 42.1 1.4	N/A	N/A	25 34.5 0.7	100年之等候診 療時間縮短。
		對等候診療時間的接受程度(%；非常滿意+滿意)	71.0	73.9	N/A	N/A	45.2	100年之滿意度下 降。
		註：na.=未調查。						
		2.醫師診療時間：						
		調查年月 指標項目	96.12	97.12	98.12	99.8	100.11	補充說明
		醫師診療時間(分) --中位數 --平均值 --標準誤	7 12.0 0.6	10 13.8 0.8	10 15.9 0.8	10 15.1 0.8	10 13.6 0.4	100年看診5分鐘以 內的比為26.2%， 較99年(39.6%)減少 約13%。
		對醫師診療花費時間滿意度(%；非常滿意+滿意)	57.0	59.2	67.6	64.1	64.1	100年持平。
		--門診病人	61.8	60.7	70.6	65.2	--	
		--住院病人	63.2	63.1	68.9	64.6	--	
--急診病人	44.2	49.1	39.7	48.9	--			

評核構面	評核項目	評核指標							
		3.民眾自費：							
		調查年月	96.12	97.12	98.12	99.8	100.11	補充說明	
		指標項目							
		平均每次就醫總費用(元)--中位數	340	360	350	340	250	100年金額下降。	
		--平均值	773	920	921	1,136	530		
		--標準誤	132.8	150.1	162.8	194.9	66.7		
		對就醫總費用的看法(%；很貴+有點貴)	36.4	35.3	32.1	30.0	26.0	呈下降趨勢，100年下降4%。	
		--門診病人	33.8	35.0	31.2	29.2	--		
		--住院病人	24.6	30.8	27.9	18.1	--		
		--急診病人	48.1	45.3	42.9	45.6	--		
		除掛號費及部分負擔外之民眾自費比例(%)	42.3	44.5	44.9	37.5	11.0	100年下降26.5%。	
		自付其他費用的理由與項目							
		--健保不給付(%)	69.9	85.0	86.3	85.4	56.3	100年下降29%。	
		--補健保給付差額(%)	59.5	53.2	53.9	51.2	29.6	100年下降22%。	
就醫公平性	1.都市化程度醫療資源分布情形	1.不同都市化地區醫療資源分布情形							
	2.醫師人力地理分布	年	94	95	96	97	98	99	補充說明
		指標項目							
		每萬人口西醫師數	14.96	15.24	15.60	16.10	16.37	16.77	每萬人口西醫師數=西醫執業醫師數/年底戶籍人口數*10,000
		-都市化鄉鎮	21.64	21.88	22.45	23.32	23.76	24.36	
		-一般鄉鎮	8.88	9.26	9.38	9.51	9.59	9.76	
		-農業鄉鎮	4.68	4.66	4.69	4.70	4.76	4.86	
		每萬人口西醫院醫師數	9.29	9.51	9.76	10.14	10.35	10.56	每萬人口醫院西醫師數=醫院西醫執業醫師數/年底戶籍人口數*10,000
		-都市化鄉鎮	14.83	14.97	15.38	16.03	16.35	16.69	
		-一般鄉鎮	4.08	4.44	4.51	4.61	4.69	4.76	
		-農業鄉鎮	1.26	1.24	1.28	1.27	1.35	1.38	
		每萬人口急性一般病床數	31.80	31.88	31.94	31.87	32.06	31.93	每萬人口急性一般病床數=急性一般病床數/年底戶籍人口數*10,000
		-都市化鄉鎮	45.41	44.85	45.37	45.79	45.87	45.55	
		-一般鄉鎮	20.95	21.78	21.27	20.57	20.97	20.72	
		-農業鄉鎮	6.42	6.55	6.08	5.64	5.72	6.38	
		每萬人口慢性一般病床數	1.94	1.83	1.75	1.71	1.68	1.63	每萬人口慢性一般病床數=慢性一般病床數/年底戶籍人口數*10,000
		-都市化鄉鎮	2.39	2.23	2.15	2.14	2.07	2.00	
		-一般鄉鎮	1.65	1.61	1.60	1.50	1.53	1.49	
		-農業鄉鎮	0.89	0.79	0.46	0.46	0.46	0.46	
		資料來源：衛生署統計室醫事機構現況檔。							
		註：都市化程度採劉介宇(2006)定義之都市化分層，並將原7層組別依都市化程度將相近者合併為三類 a.都市化鄉鎮(高度與中度都市化鄉鎮)、b.一般鄉鎮(新興市鎮與一般鄉鎮市區)及 c.農業鄉鎮(高齡化市鎮、農業市鎮、偏遠鄉鎮)							

評核構面	評核項目	評核指標																																																																																																																																																								
		2.西醫師數人力地理分佈之吉尼係數(鄉鎮市區別)																																																																																																																																																								
		年	93	94	95	96	97	98	99	補充說明																																																																																																																																																
		指標項目																																																																																																																																																								
		西醫師人力地理分佈之吉尼係數	0.4657	0.4685	0.4667	0.4689	0.4742	0.4739	0.4731	吉尼係數值愈小表示分布愈平均。																																																																																																																																																
		醫院西醫師人力地理分佈之吉尼係數	0.6542	0.6604	0.6544	0.6543	0.6546	0.6507	0.6496																																																																																																																																																	
		資料來源：衛生署統計室醫事機構現況檔。																																																																																																																																																								
醫療服務效率	醫療利用率	<p>指標監測結果</p> <p>100年起修訂「不同處方用藥日數重複率」6項指標之操作型定義及「住院案件出院後14日再住院率」排除計畫性再住院案件，下表僅提供99年及100年指標值。</p> <p style="text-align: right;">單位：%；次</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年</th> <th>監測值</th> <th>96</th> <th>97</th> <th>98</th> <th>99</th> <th>100</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標項目</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>門診</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>同院所上呼吸道感染病人7日內複診率</td> <td>10.84</td> <td>7.81</td> <td>7.74</td> <td>21.84</td> <td>10.90</td> <td>7.86</td> <td>98、99年數值較高，推測可能是受98年H1N1疫情之影響。</td> </tr> <tr> <td>同一處方制酸劑重複使用率</td> <td>1.16</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>0.98</td> <td>0.89</td> <td>0.78</td> <td>呈下降(改善)趨勢且在監測值範圍內。</td> </tr> <tr> <td>同院所不同處方用藥日數重複率</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>--口服降血壓藥物</td> <td>0.91</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>0.76</td> <td>0.75</td> <td rowspan="3">呈下降(改善)趨勢且在監測值範圍內。</td> </tr> <tr> <td>--口服降血脂藥物</td> <td>0.47</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>0.39</td> <td>0.39</td> </tr> <tr> <td>--降血糖藥物</td> <td>0.59</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>0.49</td> <td>0.48</td> </tr> <tr> <td>--抗精神分裂藥物</td> <td>1.01</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>0.84</td> <td>0.85</td> <td>微幅上升，但仍在監測值範圍內。</td> </tr> <tr> <td>--抗憂鬱症藥物</td> <td>0.82</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>0.68</td> <td>0.68</td> <td rowspan="2">呈下降(改善)趨勢且在監測值範圍內。</td> </tr> <tr> <td>--安眠鎮靜藥物</td> <td>1.87</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>1.56</td> <td>1.53</td> </tr> <tr> <td>跨院所不同處方用藥日數重複率</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>--口服降血壓藥物</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>1.92</td> <td>1.86</td> <td rowspan="6">100年新增指標，將於實施1年後再訂監測值。</td> </tr> <tr> <td>--口服降血脂藥物</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>0.69</td> <td>0.67</td> </tr> <tr> <td>--降血糖藥物</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>1.22</td> <td>1.14</td> </tr> <tr> <td>--抗精神分裂藥物</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>1.71</td> <td>1.73</td> </tr> <tr> <td>--抗憂鬱症藥物</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>1.95</td> <td>1.88</td> </tr> <tr> <td>--安眠鎮靜藥物</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>5.20</td> <td>5.08</td> </tr> </tbody> </table>									年	監測值	96	97	98	99	100	補充說明	指標項目								門診								同院所上呼吸道感染病人7日內複診率	10.84	7.81	7.74	21.84	10.90	7.86	98、99年數值較高，推測可能是受98年H1N1疫情之影響。	同一處方制酸劑重複使用率	1.16	--	--	0.98	0.89	0.78	呈下降(改善)趨勢且在監測值範圍內。	同院所不同處方用藥日數重複率								--口服降血壓藥物	0.91	--	--	--	0.76	0.75	呈下降(改善)趨勢且在監測值範圍內。	--口服降血脂藥物	0.47	--	--	--	0.39	0.39	--降血糖藥物	0.59	--	--	--	0.49	0.48	--抗精神分裂藥物	1.01	--	--	--	0.84	0.85	微幅上升，但仍在監測值範圍內。	--抗憂鬱症藥物	0.82	--	--	--	0.68	0.68	呈下降(改善)趨勢且在監測值範圍內。	--安眠鎮靜藥物	1.87	--	--	--	1.56	1.53	跨院所不同處方用藥日數重複率								--口服降血壓藥物	--	--	--	--	1.92	1.86	100年新增指標，將於實施1年後再訂監測值。	--口服降血脂藥物	--	--	--	--	0.69	0.67	--降血糖藥物	--	--	--	--	1.22	1.14	--抗精神分裂藥物	--	--	--	--	1.71	1.73	--抗憂鬱症藥物	--	--	--	--	1.95	1.88	--安眠鎮靜藥物	--	--	--	--	5.20	5.08
年	監測值	96	97	98	99	100	補充說明																																																																																																																																																			
指標項目																																																																																																																																																										
門診																																																																																																																																																										
同院所上呼吸道感染病人7日內複診率	10.84	7.81	7.74	21.84	10.90	7.86	98、99年數值較高，推測可能是受98年H1N1疫情之影響。																																																																																																																																																			
同一處方制酸劑重複使用率	1.16	--	--	0.98	0.89	0.78	呈下降(改善)趨勢且在監測值範圍內。																																																																																																																																																			
同院所不同處方用藥日數重複率																																																																																																																																																										
--口服降血壓藥物	0.91	--	--	--	0.76	0.75	呈下降(改善)趨勢且在監測值範圍內。																																																																																																																																																			
--口服降血脂藥物	0.47	--	--	--	0.39	0.39																																																																																																																																																				
--降血糖藥物	0.59	--	--	--	0.49	0.48																																																																																																																																																				
--抗精神分裂藥物	1.01	--	--	--	0.84	0.85	微幅上升，但仍在監測值範圍內。																																																																																																																																																			
--抗憂鬱症藥物	0.82	--	--	--	0.68	0.68	呈下降(改善)趨勢且在監測值範圍內。																																																																																																																																																			
--安眠鎮靜藥物	1.87	--	--	--	1.56	1.53																																																																																																																																																				
跨院所不同處方用藥日數重複率																																																																																																																																																										
--口服降血壓藥物	--	--	--	--	1.92	1.86	100年新增指標，將於實施1年後再訂監測值。																																																																																																																																																			
--口服降血脂藥物	--	--	--	--	0.69	0.67																																																																																																																																																				
--降血糖藥物	--	--	--	--	1.22	1.14																																																																																																																																																				
--抗精神分裂藥物	--	--	--	--	1.71	1.73																																																																																																																																																				
--抗憂鬱症藥物	--	--	--	--	1.95	1.88																																																																																																																																																				
--安眠鎮靜藥物	--	--	--	--	5.20	5.08																																																																																																																																																				

評核構面	評核項目	評核指標																																																																																																										
		<p>指標監測結果(續)</p> <p style="text-align: right;">單位：%；次</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年</th> <th>監測值</th> <th>96</th> <th>97</th> <th>98</th> <th>99</th> <th>100</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標項目</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>住院</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>同院所 30 日以上住院率</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>原指標拆分為急性病床、慢性病床兩項，於實施 1 年後再訂監測值。</td> </tr> <tr> <td>--急性病床</td> <td>—</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>1.81</td> <td>1.80</td> <td>1.77</td> <td></td> </tr> <tr> <td>--慢性病床</td> <td>—</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>10.39</td> <td>9.33</td> <td>8.10</td> <td></td> </tr> <tr> <td>非計畫性住院案件出院後 14 日內再住院率</td> <td>8.25</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>6.64</td> <td>7.19</td> <td>7.14</td> <td rowspan="2">呈下降(改善)趨勢且在監測值範圍內。</td> </tr> <tr> <td>住院案件出院後 3 日內急診率</td> <td>2.11~3.17</td> <td>2.61</td> <td>2.54</td> <td>2.61</td> <td>2.82</td> <td>2.73</td> </tr> <tr> <td>檢查</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>同院所使用 ESWL 人口平均利用次數</td> <td>1.04~1.27</td> <td>1.13</td> <td>1.14</td> <td>1.14</td> <td>1.14</td> <td>1.15</td> <td>整體持平，且在監測值範圍內。</td> </tr> </tbody> </table>	年	監測值	96	97	98	99	100	補充說明	指標項目								住院								同院所 30 日以上住院率							原指標拆分為急性病床、慢性病床兩項，於實施 1 年後再訂監測值。	--急性病床	—	--	--	1.81	1.80	1.77		--慢性病床	—	--	--	10.39	9.33	8.10		非計畫性住院案件出院後 14 日內再住院率	8.25	--	--	6.64	7.19	7.14	呈下降(改善)趨勢且在監測值範圍內。	住院案件出院後 3 日內急診率	2.11~3.17	2.61	2.54	2.61	2.82	2.73	檢查								同院所使用 ESWL 人口平均利用次數	1.04~1.27	1.13	1.14	1.14	1.14	1.15	整體持平，且在監測值範圍內。																											
年	監測值	96	97	98	99	100	補充說明																																																																																																					
指標項目																																																																																																												
住院																																																																																																												
同院所 30 日以上住院率							原指標拆分為急性病床、慢性病床兩項，於實施 1 年後再訂監測值。																																																																																																					
--急性病床	—	--	--	1.81	1.80	1.77																																																																																																						
--慢性病床	—	--	--	10.39	9.33	8.10																																																																																																						
非計畫性住院案件出院後 14 日內再住院率	8.25	--	--	6.64	7.19	7.14	呈下降(改善)趨勢且在監測值範圍內。																																																																																																					
住院案件出院後 3 日內急診率	2.11~3.17	2.61	2.54	2.61	2.82	2.73																																																																																																						
檢查																																																																																																												
同院所使用 ESWL 人口平均利用次數	1.04~1.27	1.13	1.14	1.14	1.14	1.15	整體持平，且在監測值範圍內。																																																																																																					
醫療服務效益	健康照護成效	<p>1.衛生統計指標</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年</th> <th>95</th> <th>96</th> <th>97</th> <th>98</th> <th>99</th> <th>100</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標項目</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>孕產婦死亡率⁰(/1000)^註</td> <td>7.34</td> <td>6.85</td> <td>6.54</td> <td>8.36</td> <td>4.20</td> <td>5.04</td> <td>100 年略增。</td> </tr> <tr> <td>低出生體重率(%)</td> <td>7.33</td> <td>7.60</td> <td>7.66</td> <td>7.81</td> <td>8.30</td> <td>—</td> <td>略呈上升情形。</td> </tr> </tbody> </table> <p>資料來源：衛生統計系列(三)公務統計、國民健康指標互動網(出生通報資料) 註：97 年起死因分類為 ICD-10。</p> <p>2.癌症病人 5 年存活率</p> <p>(1)我國歷年</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>期間</th> <th>1999-2004</th> <th>2000-2005</th> <th>2001-2006</th> <th>2002-2007</th> <th>2003-2008</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>癌症別</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>子宮頸癌</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-相對存活率(%)</td> <td>75.53</td> <td>76.17</td> <td>76.49</td> <td>76.02</td> <td>75.31</td> <td rowspan="2">微幅增加，但 2003-2008 存活率略減。</td> </tr> <tr> <td>-觀察存活率(%)</td> <td>70.50</td> <td>71.14</td> <td>71.44</td> <td>71.14</td> <td>70.59</td> </tr> <tr> <td>乳 癌</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-相對存活率(%)</td> <td>77.07</td> <td>78.17</td> <td>78.08</td> <td>78.59</td> <td>79.55</td> <td rowspan="2">微幅增加。</td> </tr> <tr> <td>-觀察存活率(%)</td> <td>66.92</td> <td>67.98</td> <td>68.21</td> <td>68.85</td> <td>69.95</td> </tr> <tr> <td>大腸直腸癌</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-相對存活率(%)</td> <td>56.04</td> <td>56.22</td> <td>56.22</td> <td>56.95</td> <td>57.08</td> <td rowspan="2">微幅增加。</td> </tr> <tr> <td>-觀察存活率(%)</td> <td>47.53</td> <td>47.79</td> <td>47.94</td> <td>48.67</td> <td>48.91</td> </tr> </tbody> </table>	年	95	96	97	98	99	100	補充說明	指標項目								孕產婦死亡率 ⁰ (/1000) ^註	7.34	6.85	6.54	8.36	4.20	5.04	100 年略增。	低出生體重率(%)	7.33	7.60	7.66	7.81	8.30	—	略呈上升情形。	期間	1999-2004	2000-2005	2001-2006	2002-2007	2003-2008	補充說明	癌症別							子宮頸癌							-相對存活率(%)	75.53	76.17	76.49	76.02	75.31	微幅增加，但 2003-2008 存活率略減。	-觀察存活率(%)	70.50	71.14	71.44	71.14	70.59	乳 癌							-相對存活率(%)	77.07	78.17	78.08	78.59	79.55	微幅增加。	-觀察存活率(%)	66.92	67.98	68.21	68.85	69.95	大腸直腸癌							-相對存活率(%)	56.04	56.22	56.22	56.95	57.08	微幅增加。	-觀察存活率(%)	47.53	47.79	47.94	48.67	48.91
年	95	96	97	98	99	100	補充說明																																																																																																					
指標項目																																																																																																												
孕產婦死亡率 ⁰ (/1000) ^註	7.34	6.85	6.54	8.36	4.20	5.04	100 年略增。																																																																																																					
低出生體重率(%)	7.33	7.60	7.66	7.81	8.30	—	略呈上升情形。																																																																																																					
期間	1999-2004	2000-2005	2001-2006	2002-2007	2003-2008	補充說明																																																																																																						
癌症別																																																																																																												
子宮頸癌																																																																																																												
-相對存活率(%)	75.53	76.17	76.49	76.02	75.31	微幅增加，但 2003-2008 存活率略減。																																																																																																						
-觀察存活率(%)	70.50	71.14	71.44	71.14	70.59																																																																																																							
乳 癌																																																																																																												
-相對存活率(%)	77.07	78.17	78.08	78.59	79.55	微幅增加。																																																																																																						
-觀察存活率(%)	66.92	67.98	68.21	68.85	69.95																																																																																																							
大腸直腸癌																																																																																																												
-相對存活率(%)	56.04	56.22	56.22	56.95	57.08	微幅增加。																																																																																																						
-觀察存活率(%)	47.53	47.79	47.94	48.67	48.91																																																																																																							

評核構面	評核項目	評核指標							
		(2)我國與國際比較							
		期間	1997-2002 相對存活率(%)	2002-2007 相對存活率(%)	差異(%)				
		癌症別							
		子宮頸癌	我國	73.82	76.02	2.20			
			OECD 國家平均值	64.45	65.68	1.23			
		乳癌	我國	76.68	78.59	1.91			
			OECD 國家平均值	79.83	81.19	1.36			
		大腸直腸癌	我國	56.54	56.95	0.41			
			OECD 國家平均值	54.14	57.36	3.23			
		資料來源：行政院衛生署 100 年 4 月之健康照護品質指標之國際與國內比較報告。 註：1.1999-2004 相對(觀察)存活率係指 1995-1999 年間診斷為癌症的個案，存活 5 年之相對(觀察)存活率。 2.存活率經依 ICSS (International Cancer Survival Standard)標準化。							
		3.醫療給付改善方案之參與個案的健康改善(資料來源：健保局專案計畫執行成果報告)							
		(1)糖尿病方案，連續追蹤 94 年新參加方案個案在 95~100 年結果面品質指標如下表：							
		單位：%							
		年	95	96	97	98	99	100	補充說明
		指標項目							
		HbA1C<7% (良率)	32.8	31.8	32.9	32.2	31.9	32.1	HbA1C 及 LDL 改善之個案占率逐年增加，顯示照護個案品質維持良好，減少後續併發症的發生。
		HbA1C>9.5% (不良率)	15.5	14.0	12.9	12.2	12.1	11.9	
		LDL≤130 (良率)	71.7	76.3	79.0	79.5	82.2	83.7	
		(2)氣喘方案，參加方案個案之歷年急診及住院次數與未參與方案者比較如下表：							
		單位：次							
		年	95	96	97	98	99	100	補充說明
		指標項目							
		每人急診次數							1.整體而言，不論有無參加方案，急診、住院次數均略有逐年下降趨勢，但 99 年上升，100 年又下禡。
		-參加方案	0.057	0.063	0.056	0.054	0.063	0.057	
		-未參加方案	0.120	0.120	0.112	0.118	0.121	0.119	
		每人住院次數							2.參加方案者較未參與方案者的急診、住院次數少。
		-參加方案	0.018	0.019	0.017	0.015	0.018	0.013	
		-未參加方案	0.042	0.041	0.035	0.034	0.037	0.028	
		(3)高血壓方案，參加方案且於 96 至 100 年底完成療程之個案，收案後 6 個月及一年血壓值具改善現象。追蹤 6 個月後，46.03%個案的收縮壓<140mmHg(正常值)，57.15%個案的舒張壓<90mmHg(正常值)。另，追蹤至 100 年底已完成 1 年療程之個案，48.84%個案的收縮壓<140mmHg，60.96%個案的舒張壓<90mmHg。							

評核構面	評核項目	評核指標																																																																																																																																					
醫療服務品質	1.品質確保方案之其他專業醫療服務品質指標	<p>1.指標監測結果</p> <p>100年起，「同院所門診抗生素使用率」指標分為門診及急診抗生素使用率，「清淨手術抗生素3日使用率」修訂為「清淨手術抗生素\geq3日使用率」，下表僅提供99年及100年指標值。</p> <p style="text-align: right;">單位：%</p>																																																																																																																																					
	2.品質指標增修	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">年</th> <th style="text-align: center;">監測值</th> <th style="text-align: center;">96</th> <th style="text-align: center;">97</th> <th style="text-align: center;">98</th> <th style="text-align: center;">99</th> <th style="text-align: center;">100</th> <th style="text-align: center;">補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標項目</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>同院所門診注射劑使用率</td> <td>4.01</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>3.27</td> <td>3.32</td> <td>3.29</td> <td rowspan="2">呈改善趨勢且在監測值範圍內。</td> </tr> <tr> <td>同院所門診抗生素使用率</td> <td>8.59</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>7.10</td> <td>6.99</td> </tr> <tr> <td>同院所急診抗生素使用率</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>21.99</td> <td>22.67</td> <td>原指標拆分為門、住診兩項，急診部分於實施1年後再訂監測值。</td> </tr> <tr> <td>同院所開立慢性病連續處方箋百分比</td> <td>18.21</td> <td>17.50</td> <td>20.47</td> <td>34.16</td> <td>36.18</td> <td>39.17</td> <td>呈上升(改善)趨勢。</td> </tr> <tr> <td>剖腹產率</td> <td>37.22</td> <td>34.38</td> <td>34.37</td> <td>34.59</td> <td>34.99</td> <td>34.04</td> <td rowspan="2">呈下降(改善)趨勢且在監測值範圍內。</td> </tr> <tr> <td>初次非自願剖腹產率</td> <td>20.93</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>20.39</td> <td>20.68</td> <td>19.38</td> </tr> <tr> <td>清淨手術抗生素大於等於3日以上使用率</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>16.50</td> <td>14.76</td> <td></td> </tr> <tr> <td>預防保健利用率</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>--子宮頸抹片檢查</td> <td>--</td> <td>12.92</td> <td>13.82</td> <td>12.07</td> <td>14.15</td> <td>14.21</td> <td>95年起由國健局辦理。</td> </tr> <tr> <td>--成人預防保健</td> <td>--</td> <td>12.24</td> <td>12.09</td> <td>11.50</td> <td>12.90</td> <td>12.76</td> <td>96年起由國健局辦理。</td> </tr> <tr> <td>--兒童預防保健</td> <td>--</td> <td>22.87</td> <td>25.38</td> <td>19.49</td> <td>27.79</td> <td>27.70</td> <td>95年起由國健局辦理。</td> </tr> <tr> <td>指標疾病</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>--糖尿病人照護完整性(照護率)</td> <td>--</td> <td>24.67</td> <td>26.34</td> <td>27.56</td> <td>29.26</td> <td>31.16</td> <td rowspan="2">照護率逐年增加。</td> </tr> <tr> <td>--氣喘病人照護完整性(照護率)</td> <td>--</td> <td>35.17</td> <td>31.29</td> <td>31.61</td> <td>47.02</td> <td>45.45</td> </tr> <tr> <td>--精神病人出院30日內追蹤治療率</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>68.05</td> <td>67.43</td> <td>67.37</td> <td>整體呈持平趨勢。</td> </tr> </tbody> </table>	年	監測值	96	97	98	99	100	補充說明	指標項目								同院所門診注射劑使用率	4.01	--	--	3.27	3.32	3.29	呈改善趨勢且在監測值範圍內。	同院所門診抗生素使用率	8.59	--	--	--	7.10	6.99	同院所急診抗生素使用率	--	--	--	--	21.99	22.67	原指標拆分為門、住診兩項，急診部分於實施1年後再訂監測值。	同院所開立慢性病連續處方箋百分比	18.21	17.50	20.47	34.16	36.18	39.17	呈上升(改善)趨勢。	剖腹產率	37.22	34.38	34.37	34.59	34.99	34.04	呈下降(改善)趨勢且在監測值範圍內。	初次非自願剖腹產率	20.93	--	--	20.39	20.68	19.38	清淨手術抗生素大於等於3日以上使用率	--	--	--	--	16.50	14.76		預防保健利用率								--子宮頸抹片檢查	--	12.92	13.82	12.07	14.15	14.21	95年起由國健局辦理。	--成人預防保健	--	12.24	12.09	11.50	12.90	12.76	96年起由國健局辦理。	--兒童預防保健	--	22.87	25.38	19.49	27.79	27.70	95年起由國健局辦理。	指標疾病								--糖尿病人照護完整性(照護率)	--	24.67	26.34	27.56	29.26	31.16	照護率逐年增加。	--氣喘病人照護完整性(照護率)	--	35.17	31.29	31.61	47.02	45.45	--精神病人出院30日內追蹤治療率	--	--	--	68.05	67.43	67.37	整體呈持平趨勢。
	年	監測值	96	97	98	99	100	補充說明																																																																																																																															
	指標項目																																																																																																																																						
	同院所門診注射劑使用率	4.01	--	--	3.27	3.32	3.29	呈改善趨勢且在監測值範圍內。																																																																																																																															
	同院所門診抗生素使用率	8.59	--	--	--	7.10	6.99																																																																																																																																
	同院所急診抗生素使用率	--	--	--	--	21.99	22.67	原指標拆分為門、住診兩項，急診部分於實施1年後再訂監測值。																																																																																																																															
	同院所開立慢性病連續處方箋百分比	18.21	17.50	20.47	34.16	36.18	39.17	呈上升(改善)趨勢。																																																																																																																															
	剖腹產率	37.22	34.38	34.37	34.59	34.99	34.04	呈下降(改善)趨勢且在監測值範圍內。																																																																																																																															
	初次非自願剖腹產率	20.93	--	--	20.39	20.68	19.38																																																																																																																																
	清淨手術抗生素大於等於3日以上使用率	--	--	--	--	16.50	14.76																																																																																																																																
	預防保健利用率																																																																																																																																						
	--子宮頸抹片檢查	--	12.92	13.82	12.07	14.15	14.21	95年起由國健局辦理。																																																																																																																															
	--成人預防保健	--	12.24	12.09	11.50	12.90	12.76	96年起由國健局辦理。																																																																																																																															
	--兒童預防保健	--	22.87	25.38	19.49	27.79	27.70	95年起由國健局辦理。																																																																																																																															
	指標疾病																																																																																																																																						
	--糖尿病人照護完整性(照護率)	--	24.67	26.34	27.56	29.26	31.16	照護率逐年增加。																																																																																																																															
	--氣喘病人照護完整性(照護率)	--	35.17	31.29	31.61	47.02	45.45																																																																																																																																
	--精神病人出院30日內追蹤治療率	--	--	--	68.05	67.43	67.37	整體呈持平趨勢。																																																																																																																															
	3.個別院所醫療品質資訊公開	<p>2.100年品質指標增修情形</p> <p>(1)依「醫院總額品質指標項目及監測值討論會議」結論及健保監理會第190次會議委員建議，各項指標以最近3年全局平均值$\times(1\pm 20\%)$為監測值，惟若修訂後較原監測值寬鬆，則維持原監測值。</p> <p>(2)為使資料定義與世界衛生組織(WHO)採用的藥品分類一致，部分指標定義修正為「ATC碼」。</p> <p>(3)降血壓、降血脂、降血糖、抗精神分裂、抗憂鬱症及安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重複率等6項指標，原品質確保方案僅列「同院所」為監測指標，「跨院所」指標經健保局監測多年，爰於本次列入品質確保方案之指標，以符實際監測現況。</p> <p>(4)前述事項經醫院總額支委會討論及衛生署公告修訂「全民健康保險醫</p>																																																																																																																																					
4.其他改善專業醫療服務品質具體措施																																																																																																																																							

評核構面	評核項目	評核指標
		<p>院總額支付制度品質確保方案」，修訂重點如下：</p> <p>①指標監測值採滾動式監測，即以最近3年全局平均值$\times(1\pm 20\%)$為監測值；惟若較原監測值寬鬆，則維持原監測值。</p> <p>②「不同處方用藥日數重複率」(6項)、「清淨手術抗生素大於等於3日以上(含)使用率」、「不當用藥案件數(各區同院所門診同一處方制酸劑重複使用率)」、「各區非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率」、「剖腹產率」及「初次非自願剖腹產率」等11項指標，修訂操作型定義。</p> <p>③「各區同院所門診抗生素使用率」區分門診、急診兩項指標；「各區同院所三十日以上住院率」區分急、慢性床兩項指標。</p> <p>3.個別院所醫療品質資訊公開</p> <p>(1)自94年起，每年擇2-3項指標進行公開，目前累積達25項指標。各項指標於網站公開，並說明名稱意涵、指標參考價值及操作型定義等，民眾可查詢個別醫院、該醫院所在分區及全局的指標值。</p> <p>(2)為提供更貼近民眾需要之資訊，健保局經與醫療專家、學者、民間團體共同討論，就目前已公布之醫療品質指標為選取範圍，擇4項指標(保險病床比率、住院案件出院後3日內到同院再急診率、同院所同日急診返診比率、急診暫留2日以上案件比率)可進行院際比較。</p> <p>(3)疾病別醫療品質指標(糖尿病、人工膝關節置換手術、子宮肌瘤手術、透析治療、消化性潰瘍、氣喘病)等。</p> <p>4.其他改善專業醫療服務品質具體措施</p> <p>(1)持續以醫療品質資訊之公開化與透明化，作為提升醫療品質之重點項目，除個別院所品質資訊、品質確保方案之專業醫療服務品質指標公開上網外，另有多項品質資訊之公開，如器官移植術後存活率、長期使用呼吸器醫療品質指標等。</p> <p>(2)對品質確保方案之專業服務指標監測結果，其超出監測值上限(負向指標)或低於監測值下限(正向指標)指標之分區，定期瞭解原因，並就監控異常進行處理：</p> <p>①每季定期製作品質報告卡回饋醫院並加強管理。要求異常醫院提報原因分析及管控措施，若長期表現不佳，則加強審查或請管理階層座談與輔導。</p> <p>②各指標項目表現不佳之醫院名單，每季提報醫院總額共同管理委員會討論改善情形。</p>

評核構面	評核項目	評核指標																																																																																																					
總額管理效能	1.醫院與健保局專業事務共管執行情形 2.醫療利用情形 3.特殊族群醫療利用情形 4.醫療費用管控、專業審查及其他管理措施績效	1.醫院與健保局專業事務共管執行情形 醫院總額專業自主事務雖未能委託醫院團體辦理，但健保局仍秉持與醫界共管之精神，執行總額相關事務： (1)每季召開醫院總額支委會，針對總額各專案計畫研擬、醫療服務供給與利用、結算作業、專業醫療品質指標增修及相關管理重點進行討論。 (2)定期召開分區醫院聯繫會議及監控會議等，強化分區管理效能。 (3)健保局內部定期召開醫院總額監控會議，討論分析統計數據，及由各分區業務組分享報告管理經驗。 (4)建立專業審查共管機制，各分區針對研訂審查注意事項規範、檔案分析指標與抽審指標之訂定、異常院所分析與輔導管理等專業審查事宜，與醫界召開醫院總額聯繫會議、醫院總額共同管理委員會、醫院總額業務說明會、醫院總額院長座談會及審查注意事項專業審查共識會議等，100年至101年4月期間，各分區共召開80次以上專業審查相關會議。 (5)各分區依其特性、分區預算及供需情形，結合醫界加強各項專案管控： ①推動分級審查方案，藉由同儕制約以維持醫院總額部門點值穩定及醫療服務提供之合理性。 ②門住診價量專案，透過檔案分析，定期監控醫院費用價量成長情形，對不同成長類型之醫院採行不同審查標的，立意專審異常成長項目，並適時修正篩選邏輯。 ③每季依醫院總額品質確保方案之專業醫療服務品質指標項目設定目標值，以進行監控及輔導作業。																																																																																																					
	5.支付標準修訂 6.點值穩定度	2.醫療利用情形 (1)門診 <table border="1" data-bbox="383 1377 1492 2049"> <thead> <tr> <th>項目 \ 年</th> <th>96</th> <th>97</th> <th>98</th> <th>99</th> <th>100</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>案件數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>--值(千件)</td> <td>88,763</td> <td>90,512</td> <td>93,929</td> <td>96,179</td> <td>99,318</td> </tr> <tr> <td>--成長率</td> <td>3.6%</td> <td>2.0%</td> <td>3.8%</td> <td>2.4%</td> <td>3.3%</td> </tr> <tr> <td>費用點數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>--值(百萬點)</td> <td>142,140</td> <td>152,648</td> <td>162,822</td> <td>170,043</td> <td>183,312</td> </tr> <tr> <td>--成長率</td> <td>6.1%</td> <td>7.4%</td> <td>6.7%</td> <td>4.4%</td> <td>7.8%</td> </tr> <tr> <td>就醫率(%)</td> <td>53.1%</td> <td>52.4%</td> <td>54.3%</td> <td>53.8%</td> <td>54.6%</td> </tr> <tr> <td>平均每件就醫費用點數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>--值(點/件)</td> <td>1,601</td> <td>1,686</td> <td>1,733</td> <td>1,768</td> <td>1,846</td> </tr> <tr> <td>--成長率</td> <td>2.3%</td> <td>5.3%</td> <td>2.8%</td> <td>2.0%</td> <td>4.4%</td> </tr> <tr> <td>平均每就醫人就醫次數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>--值(次/人)</td> <td>7.45</td> <td>7.62</td> <td>7.61</td> <td>7.82</td> <td>7.93</td> </tr> <tr> <td>--成長率</td> <td>3.0%</td> <td>2.3%</td> <td>-0.1%</td> <td>2.8%</td> <td>1.4%</td> </tr> <tr> <td>平均每就醫人就醫費用點數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>--值(點/人)</td> <td>11,925</td> <td>12,846</td> <td>13,190</td> <td>13,827</td> <td>14,637</td> </tr> <tr> <td>--成長率</td> <td>5.4%</td> <td>7.7%</td> <td>2.7%</td> <td>4.8%</td> <td>5.9%</td> </tr> </tbody> </table>	項目 \ 年	96	97	98	99	100	案件數						--值(千件)	88,763	90,512	93,929	96,179	99,318	--成長率	3.6%	2.0%	3.8%	2.4%	3.3%	費用點數						--值(百萬點)	142,140	152,648	162,822	170,043	183,312	--成長率	6.1%	7.4%	6.7%	4.4%	7.8%	就醫率(%)	53.1%	52.4%	54.3%	53.8%	54.6%	平均每件就醫費用點數						--值(點/件)	1,601	1,686	1,733	1,768	1,846	--成長率	2.3%	5.3%	2.8%	2.0%	4.4%	平均每就醫人就醫次數						--值(次/人)	7.45	7.62	7.61	7.82	7.93	--成長率	3.0%	2.3%	-0.1%	2.8%	1.4%	平均每就醫人就醫費用點數						--值(點/人)	11,925	12,846	13,190	13,827	14,637	--成長率	5.4%	7.7%	2.7%	4.8%
項目 \ 年	96	97	98	99	100																																																																																																		
案件數																																																																																																							
--值(千件)	88,763	90,512	93,929	96,179	99,318																																																																																																		
--成長率	3.6%	2.0%	3.8%	2.4%	3.3%																																																																																																		
費用點數																																																																																																							
--值(百萬點)	142,140	152,648	162,822	170,043	183,312																																																																																																		
--成長率	6.1%	7.4%	6.7%	4.4%	7.8%																																																																																																		
就醫率(%)	53.1%	52.4%	54.3%	53.8%	54.6%																																																																																																		
平均每件就醫費用點數																																																																																																							
--值(點/件)	1,601	1,686	1,733	1,768	1,846																																																																																																		
--成長率	2.3%	5.3%	2.8%	2.0%	4.4%																																																																																																		
平均每就醫人就醫次數																																																																																																							
--值(次/人)	7.45	7.62	7.61	7.82	7.93																																																																																																		
--成長率	3.0%	2.3%	-0.1%	2.8%	1.4%																																																																																																		
平均每就醫人就醫費用點數																																																																																																							
--值(點/人)	11,925	12,846	13,190	13,827	14,637																																																																																																		
--成長率	5.4%	7.7%	2.7%	4.8%	5.9%																																																																																																		

評核構面	評核項目	評核指標					
7. 審核減率 8. 院所違規情形 9. 醫療機構輔導	(2) 住院						
		年	96	97	98	99	100
	項目						
	案件數						
	--值(千件)		2,874	2,909	2,984	3,052	3,113
	--成長率		2.0%	1.2%	2.6%	2.3%	2.0%
	住院日數						
	--值(千日)		29,240	29,608	29,928	30,652	31,096
	--成長率		2.8%	1.3%	1.1%	2.4%	1.4%
	費用點數		154,00	160,17	164,95	167,95	173,27
	--值(百萬點)		0	1	5	8	9
	--成長率		3.1%	4.0%	3.0%	1.8%	3.2%
	就醫率(%)		7.73%	7.70%	7.85%	7.84%	7.99%
	平均住院						
	--值(日/件)		10.2	10.2	10.0	10.0	10.0
	--成長率		0.8%	0.1%	-1.5%	0.2%	-0.5%
	平均每日費用點數						
	--值(點/日)		5,267	5,410	5,512	5,479	5,572
	--成長率		0.3%	2.7%	1.9%	-0.6%	1.7%
	平均每就醫人就醫次數						
	--值(次/人)		1.66	1.67	1.67	1.70	1.70
	--成長率		0.8%	0.7%	0.2%	1.9%	1.6%
	平均每就醫人就醫費用點數						
--值(點/人)		88,734	91,857	92,406	93,721	94,524	
--成長率		1.9%	3.5%	4.1%	2.0%	2.3%	
	(3) 層級別						
		年	96	97	98	99	100
	項目						
	門診案件數						
	<醫學中心> --值(千件)		27,645	27,984	28,875	29,702	30,702
	--成長率		3.9%	1.2%	3.2%	2.9%	3.4%
	<區域醫院> --值(千件)		34,077	35,844	38,021	39,210	40,777
	--成長率		6.6%	5.2%	6.1%	3.1%	4.0%
	<地區醫院> --值(千件)		27,041	26,683	27,033	27,267	27,839
	--成長率		-0.1%	-1.3%	1.3%	0.9%	2.1%
	門診費用點數						
	<醫學中心> --值(百萬點)		57,546	61,066	64,029	66,665	71,985
	--成長率		5.6%	6.1%	4.9%	4.1%	8.0%
	<區域醫院> --值(百萬點)		53,230	57,811	61,834	64,799	69,175
	--成長率		7.4%	8.6%	7.0%	4.8%	6.8%
	<地區醫院> --值(百萬點)		27,687	28,083	29,088	29,574	31,217
	--成長率		1.0%	1.4%	3.6%	1.7%	5.6%

評核構面	評核項目	評核指標					
	(3)層級別(續)						
		年	96	97	98	99	100
	項目						
	門診平均每件點數						
	<醫學中心> --值(點/件)	2,082	2,182	2,217	2,244	2,345	
	--成長率	1.7%	4.8%	1.6%	1.2%	4.5%	
	<區域醫院> --值(點/件)	1,562	1,613	1,626	1,653	1,696	
	--成長率	0.7%	3.3%	0.8%	1.6%	2.7%	
	<地區醫院> --值(點/件)	1,024	1,052	1,076	1,085	1,121	
	--成長率	1.0%	2.8%	2.2%	0.8%	3.4%	
	住院案件數						
	<醫學中心> --值(千件)	950	972	994	1,016	1,040	
	--成長率	0.8%	2.3%	2.3%	2.1%	2.4%	
	<區域醫院> --值(千件)	1,268	1,306	1,366	1,416	1,452	
	--成長率	4.6%	3.0%	4.6%	3.6%	2.5%	
	<地區醫院> --值(千件)	656	631	624	620	621	
	--成長率	-1.1%	-3.8%	-1.1%	-0.5%	0.1%	
	住院日數						
	<醫學中心> --值(千日)	8,393	8,462	8,524	8,735	8,832	
	--成長率	1.2%	0.8%	0.7%	2.5%	1.1%	
	<區域醫院> --值(千日)	11,794	12,175	12,376	12,715	13,026	
	--成長率	4.6%	3.2%	1.6%	2.7%	2.4%	
	<地區醫院> --值(千日)	9,052	8,971	9,028	9,202	9,237	
	--成長率	1.9%	-0.9%	0.6%	1.9%	0.4%	
	住院費用點數(百萬點)						
	<醫學中心> --值(百萬點)	66,343	69,259	71,112	71,874	74,017	
	--成長率	1.7%	4.4%	2.7%	1.1%	3.0%	
	<區域醫院> --值(百萬點)	59,573	63,316	65,680	67,562	70,004	
	--成長率	5.8%	6.3%	3.7%	2.9%	3.6%	
	<地區醫院> --值(百萬點)	28,083	27,595	87,164	28,523	29,258	
	--成長率	0.9%	-1.7%	2.1%	1.3%	2.6%	
	住院平均每日點數						
	<醫學中心> --值(點/日)	7,904	8,184	8,342	8,229	8,380	
	--成長率	0.5%	3.5%	1.9%	-1.4%	1.8%	
	<區域醫院> --值(點/日)	5,051	5,201	5,307	5,314	5,374	
	--成長率	1.2%	3.0%	2.0%	0.1%	1.1%	
	<地區醫院> --值(點/日)	3,102	3,076	3,120	3,099	3,167	
	--成長率	-1.0%	-0.8%	1.4%	-0.6%	2.2%	
	平均住院日數						
	<醫學中心> --值(日)	8.8	8.7	8.6	8.6	8.5	
	--成長率	0.4%	-1.5%	-1.5%	0.3%	-1.2%	
	<區域醫院> --值(日)	9.3	9.3	9.1	9.0	9.0	
	--成長率	0.0%	0.3%	-2.8%	-0.9%	-0.1%	
	<地區醫院> --值(日)	13.8	14.2	14.5	14.8	14.9	
	--成長率	3.1%	3.1%	1.7%	2.5%	0.2%	

評核構面	評核項目	評核指標						
	(4)藥費							
		年	96	97	98	99	100	補充說明
	項目							
	藥費							1.逐年增加，98及99年成長趨緩，99年住院藥費負成長，推測係受98年10月第6次藥價調整之影響；100年成長約9%。 2.門診藥費較住院藥費成長迅速。
	--值(億)	852.0	921.5	966.9	980.5	1,071.0		
	--成長率	3.4%	8.2%	4.9%	1.4%	9.2%		
	門診藥費							
	--值(億)	637.0	695.7	736.5	755.6	829.6		
	--成長率	5.1%	9.2%	5.9%	2.6%	9.8%		
	住院藥費							
	--值(億)	215.0	225.8	230.4	224.9	241.4		
	--成長率	-1.6%	5.0%	2.0%	-2.4%	7.3%		
	門診平均每件藥費							
	--值(元/件)	718	769	784	785	836		
	--成長率	2.3%	7.1%	2.0%	0.2%	6.4%		
	住院平均每件藥費							住院每件藥費99年下降較多，100年又轉為正成長。
	--值(元/件)	7,481	7,763	7,723	7,379	7,759		
	--成長率	-3.5%	3.8%	-0.5%	-4.5%	5.1%		
	藥費占總費用比率(%)	28.8	29.5	29.5	29.0	30.1		占醫院費用約3成。
	--門診	44.8	45.6	45.2	44.4	45.3		占醫院門診費用約45%。
	--住院	14.0	14.1	14.0	13.4	13.9		占醫院住院費用約14%。
	3.特殊族群醫療利用情形							
	(1)重大傷病							
		年	96	97	98	99	100	補充說明
	項目							
	領證數							逐年增加。
	--值(千件)	758	791	831	871	919		
	--成長率	7.8%	4.4%	5.1%	4.9%	5.42%		
	領證人數占投保人數比率(%)	—	—	3.42%	3.56%	3.71%		100年增加0.04%。
	重大傷病門診費用點數							
	--值(百萬點)	27,883	31,663	34,292	37,361	41,296		
	--成長率	10.1%	13.6%	8.3%	8.9%	10.5%		
	重大傷病門診費用點數占總門診費用點數之比率	19.6%	20.7%	21.1%	22.0%	22.5%		約占門診費用的2成，占率逐年擴增。
	重大傷病住院費用點數							
	--值(百萬點)	61,491	65,152	68,233	68,155	70,383		
	--成長率	3.1%	6.0%	4.7%	-0.1%	3.3%		
	重大傷病住院費用點數占總住院費用點數之比率	39.9%	40.7%	41.4%	40.6%	40.6%		約占住院費用的4成，占率逐年擴增。

評核構面	評核項目	評核指標																																																																																																																																																																																										
		<p>(2)罕見疾病、血友病藥費</p> <p>①為確保該類病患用藥權益，依政策指示自 94 年起列專款項目，如有不足，由其他預算支應。</p> <p>②預算執行情形</p> <table border="1" data-bbox="419 427 1485 831"> <thead> <tr> <th>年</th> <th>96</th> <th>97</th> <th>98</th> <th>99</th> <th>100</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>項目</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>預算數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>--值(億元)</td> <td>30.00</td> <td>36.00</td> <td>47.82</td> <td>47.82</td> <td>47.82</td> </tr> <tr> <td>--成長率</td> <td>12.8%</td> <td>20.0%</td> <td>32.8%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>申報數或預算執行數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>--值(億元)</td> <td>29.96</td> <td>35.78</td> <td>38.12</td> <td>43.78</td> <td>50.39</td> </tr> <tr> <td>--成長率</td> <td>11.4%</td> <td>19.4%</td> <td>6.6%</td> <td>22.4%</td> <td>32.2%</td> </tr> <tr> <td>預算執行率(%)</td> <td>99.9%</td> <td>99.4%</td> <td>79.7%</td> <td>91.6%</td> <td>105.3%</td> </tr> </tbody> </table> <p>③利用情形</p> <table border="1" data-bbox="419 909 1485 1798"> <thead> <tr> <th>年</th> <th>96</th> <th>97</th> <th>98</th> <th>99</th> <th>100</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>項目</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>罕見疾病</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>病人數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>--值(人)</td> <td>4,679</td> <td>5,312</td> <td>5,869</td> <td>6,151</td> <td>6,459</td> </tr> <tr> <td>--成長率</td> <td>13.4%</td> <td>13.5%</td> <td>10.5%</td> <td>4.8%</td> <td>5.0%</td> </tr> <tr> <td>藥費</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>--值(百萬元)</td> <td>1,112</td> <td>1,347</td> <td>1,515</td> <td>1,738</td> <td>2,077</td> </tr> <tr> <td>--成長率</td> <td>2.6%</td> <td>21.1%</td> <td>12.5%</td> <td>29.1%</td> <td>37.1%</td> </tr> <tr> <td>人均藥費</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>--值(元)</td> <td>237,695</td> <td>253,502</td> <td>258,051</td> <td>282,561</td> <td>321,567</td> </tr> <tr> <td>--成長率</td> <td>-9.5%</td> <td>6.7%</td> <td>1.8%</td> <td>11.5%</td> <td>24.6%</td> </tr> <tr> <td>血友病</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>病人數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>--值(人)</td> <td>848</td> <td>889</td> <td>919</td> <td>939</td> <td>968</td> </tr> <tr> <td>--成長率</td> <td>3.8%</td> <td>4.8%</td> <td>3.4%</td> <td>5.6%</td> <td>5.3%</td> </tr> <tr> <td>藥費</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>--值(百萬元)</td> <td>1,884</td> <td>2,231</td> <td>2,298</td> <td>2,640</td> <td>2,962</td> </tr> <tr> <td>--成長率</td> <td>17.3%</td> <td>18.4%</td> <td>3.0%</td> <td>18.3%</td> <td>28.9%</td> </tr> <tr> <td>人均藥費</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>--值(元)</td> <td>2,221,706</td> <td>2,510,021</td> <td>2,500,213</td> <td>2,811,985</td> <td>3,059,807</td> </tr> <tr> <td>--成長率</td> <td>13.0%</td> <td>13.0%</td> <td>-0.4%</td> <td>12.0%</td> <td>22.4%</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：本項專款涵蓋範圍之血友病藥費，原僅有先天性凝血因子異常者(主、次診斷碼為 286.0、286.1、286.2、286.3)，於 99 年增列後天性凝血因子異常者(主、次診斷碼 286.7)之藥費。</p> <p>④依前述利用情形，顯示罕見疾病部分主要是人數及藥費之成長，而血友病部分則主要是藥費及每人用藥費用之成長。</p>	年	96	97	98	99	100	項目						預算數						--值(億元)	30.00	36.00	47.82	47.82	47.82	--成長率	12.8%	20.0%	32.8%	0%	0%	申報數或預算執行數						--值(億元)	29.96	35.78	38.12	43.78	50.39	--成長率	11.4%	19.4%	6.6%	22.4%	32.2%	預算執行率(%)	99.9%	99.4%	79.7%	91.6%	105.3%	年	96	97	98	99	100	項目						罕見疾病						病人數						--值(人)	4,679	5,312	5,869	6,151	6,459	--成長率	13.4%	13.5%	10.5%	4.8%	5.0%	藥費						--值(百萬元)	1,112	1,347	1,515	1,738	2,077	--成長率	2.6%	21.1%	12.5%	29.1%	37.1%	人均藥費						--值(元)	237,695	253,502	258,051	282,561	321,567	--成長率	-9.5%	6.7%	1.8%	11.5%	24.6%	血友病						病人數						--值(人)	848	889	919	939	968	--成長率	3.8%	4.8%	3.4%	5.6%	5.3%	藥費						--值(百萬元)	1,884	2,231	2,298	2,640	2,962	--成長率	17.3%	18.4%	3.0%	18.3%	28.9%	人均藥費						--值(元)	2,221,706	2,510,021	2,500,213	2,811,985	3,059,807	--成長率	13.0%	13.0%	-0.4%	12.0%	22.4%
年	96	97	98	99	100																																																																																																																																																																																							
項目																																																																																																																																																																																												
預算數																																																																																																																																																																																												
--值(億元)	30.00	36.00	47.82	47.82	47.82																																																																																																																																																																																							
--成長率	12.8%	20.0%	32.8%	0%	0%																																																																																																																																																																																							
申報數或預算執行數																																																																																																																																																																																												
--值(億元)	29.96	35.78	38.12	43.78	50.39																																																																																																																																																																																							
--成長率	11.4%	19.4%	6.6%	22.4%	32.2%																																																																																																																																																																																							
預算執行率(%)	99.9%	99.4%	79.7%	91.6%	105.3%																																																																																																																																																																																							
年	96	97	98	99	100																																																																																																																																																																																							
項目																																																																																																																																																																																												
罕見疾病																																																																																																																																																																																												
病人數																																																																																																																																																																																												
--值(人)	4,679	5,312	5,869	6,151	6,459																																																																																																																																																																																							
--成長率	13.4%	13.5%	10.5%	4.8%	5.0%																																																																																																																																																																																							
藥費																																																																																																																																																																																												
--值(百萬元)	1,112	1,347	1,515	1,738	2,077																																																																																																																																																																																							
--成長率	2.6%	21.1%	12.5%	29.1%	37.1%																																																																																																																																																																																							
人均藥費																																																																																																																																																																																												
--值(元)	237,695	253,502	258,051	282,561	321,567																																																																																																																																																																																							
--成長率	-9.5%	6.7%	1.8%	11.5%	24.6%																																																																																																																																																																																							
血友病																																																																																																																																																																																												
病人數																																																																																																																																																																																												
--值(人)	848	889	919	939	968																																																																																																																																																																																							
--成長率	3.8%	4.8%	3.4%	5.6%	5.3%																																																																																																																																																																																							
藥費																																																																																																																																																																																												
--值(百萬元)	1,884	2,231	2,298	2,640	2,962																																																																																																																																																																																							
--成長率	17.3%	18.4%	3.0%	18.3%	28.9%																																																																																																																																																																																							
人均藥費																																																																																																																																																																																												
--值(元)	2,221,706	2,510,021	2,500,213	2,811,985	3,059,807																																																																																																																																																																																							
--成長率	13.0%	13.0%	-0.4%	12.0%	22.4%																																																																																																																																																																																							

評核構面	評核項目	評核指標					
		(3)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質					
		①為確保該類病患就醫權益，依政策指示自 97 年起列專款項目，如有不足，由其他預算支應。					
		②預算執行情形					
		年	96	97	98	99	100
		項目					
		預算數					
		--值(億元)	—	23.373	23.373	28.817	28.817
		--成長率	—	—	0%	23.3%	0%
		申報數或預算執行數					
		--值(億元)	17.078	20.328	22.348	26.062	28.843
		--成長率	5.2%	19.0%	9.9%	16.6%	10.7%
		預算執行率(%)	—	87.0%	95.6%	90.4%	100.1%
		③利用情形					
		年	96	97	98	99	100
		項目					
		心臟移植					
		人數					
		--值(人)	73	85	91	81	88
		--成長率	2.8%	16.4%	7.1%	-11.0%	8.6%
		移植費用					
		--值(千元)	72,951	82,838	98,754	111,280	100,245
		--成長率	34.3%	13.6%	19.2%	12.7%	-9.9%
		抗排斥藥費					
		--值(千元)	88,797	94,384	98,579	100,898	108,153
		--成長率	5.4%	6.3%	4.4%	2.4%	7.2%
		合計費用					
		--值(千元)	161,748	177,223	197,333	212,178	208,397
		--成長率	16.7%	9.6%	11.4%	7.5%	-1.8%
		肺臟移植					
		人數					
		--值(人)	7	6	6	5	8
		--成長率	0%	-14.3%	0%	-16.7%	60.0%
		移植費用					
		--值(千元)	7,546	6,613	7,551	6,740	10,355
		--成長率	-16.2%	-12.4%	14.2%	-10.8%	53.6%
		抗排斥藥費					
		--值(千元)	2,529	3,933	4,957	4,798	5,602
		--成長率	-21.1%	55.5%	26.0%	-3.2%	16.8%
		合計費用					
		--值(千元)	10,075	10,546	12,508	11,537	15,957
		--成長率	-17.5%	4.7%	18.6%	-7.8%	38.3%

評核構面	評核項目	評核指標					
		③利用情形(續 1)					
		年	96	97	98	99	100
		項目					
		<u>肝臟移植</u>					
		人數					
		--值(人)	252	326	343	431	493
		--成長率	20.6%	29.4%	5.2%	25.7%	14.4%
		移植費用					
		--值(千元)	364,360	508,625	548,288	657,812	789,423
		--成長率	3.5%	39.6%	7.8%	20.0%	20.0%
		抗排斥藥費					
		--值(千元)	157,369	189,895	230,205	340,291	420,156
		--成長率	18.1%	20.7%	21.2%	47.8%	23.5%
		合計費用					
		--值(千元)	521,729	698,520	778,493	998,103	1,209,579
		--成長率	7.5%	33.9%	11.5%	28.2%	21.2%
		<u>腎臟移植</u>					
		人數					
		--值(人)	241	296	313	287	325
		--成長率	-18.6%	22.8%	5.7%	-8.3%	13.2%
		移植費用					
		--值(千元)	88,896	110,471	123,267	117,011	132,902
		--成長率	-21.9%	24.3%	11.6%	-5.1%	13.6%
		抗排斥藥費					
		--值(千元)	732,617	799,614	826,706	868,217	887,469
		--成長率	9.5%	9.1%	3.4%	5.0%	2.2%
		合計費用					
		--值(千元)	821,513	910,085	949,972	985,228	1,020,371
		--成長率	4.9%	10.8%	4.4%	3.7%	3.6%
		<u>胰臟移植</u>					
		人數					
		--值(人)	—	—	12	15	14
		--成長率	—	—	—	25.0%	-6.7%
		移植費用					
		--值(千元)	—	—	6,997	11,300	8,544
		--成長率	—	—	—	61.5%	-24.4%
		抗排斥藥費					
		--值(千元)	—	—	899	1,819	4,296
		--成長率	—	—	—	102.3%	136.2%
		合計費用					
		--值(千元)	—	—	7,895	13,119	12,840
		--成長率	—	—	—	66.2%	-2.1%

評核構面	評核項目	評核指標											
		③利用情形(續 2)											
		<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="416 264 743 349">項目 \ 年</th> <th data-bbox="743 264 895 349">96</th> <th data-bbox="895 264 1046 349">97</th> <th data-bbox="1046 264 1198 349">98</th> <th data-bbox="1198 264 1350 349">99</th> <th data-bbox="1350 264 1501 349">100</th> </tr> </thead> </table>	項目 \ 年	96	97	98	99	100					
項目 \ 年	96	97	98	99	100								
		骨髓移植											
		人數											
		--值(人)	240	295	330	500	455						
		--成長率	-4.0%	22.9%	11.9%	51.5%	-9.0%						
		移植費用											
		--值(千元)	185,706	225,232	275,030	372,209	401,170						
		--成長率	-6.3%	21.3%	22.1%	35.3%	7.8%						
		抗排斥藥費											
		--值(千元)	7,074	11,156	13,551	13,861	15,940						
		--成長率	17.7%	57.7%	21.5%	2.3%	15.0%						
		合計費用											
		--值(千元)	192,780	236,388	288,581	386,070	417,110						
		--成長率	-5.6%	22.6%	22.1%	33.8%	8.0%						
		<p>註：1.配合 98.1.1 支付標準新增診療項目-胰臟移植，本項專款涵蓋範圍於 98 年增列胰臟移植手術(醫令碼 75419B)個案當次住院費用，及其移植術後(主、次診斷碼為 V42.3、996.86)之抗排斥藥費。</p> <p>2.本項專款 涵蓋範圍於 99 年增列與受贈者分開申報之器官捐贈者的當次住院費用，及移植術後抗排斥用藥之 HBIG 免疫球蛋白(醫令碼 K000452221)乙項藥費。</p>											
		④整體而言，移植人數及移植費用以肺臟移植成長最高，術後抗排斥藥費則以胰臟移植成長較高，肝臟移植次之。											
		4.醫療費用管控措施											
		(1)建立以檔案分析為主軸之審查制度，增進審查作業之成本效益，並提昇醫療服務之品質。											
		①建立「醫療給付檔案分析系統」，開發約 300 多項檔案分析指標，供審查實務上運用。											
		②建立即時資訊回饋機制，提供個別醫院各項品質指標之自身值與同儕值，俾利醫院進行自我品質管理與提升。											
		(2)建置二代醫療系統電腦醫令自動化審查系統，已發展約 350 項審查規則，藉由電腦自動化審查勾稽檢核，提高審查效率及避免審查不公。											
		(3)利用檔案分析標記異常醫院，除將資訊回饋醫院，請其提報原因說明及管理措施外，也會立意抽調病歷進行專業審查。											
		(4)針對特定醫令設定異常利用閾值並監測，醫院申報數量高於閾值時，加強審查，並回饋醫院資訊及輔導。											
		(5)按月、按季即時預估點值，提供醫界及相關團體參考；另，定期將各醫院之預估點值，置於 VPN 網站，供各醫院下載參考及自我管理，俾降低醫院財務經營風險。											
		(6)特殊服務專案管理，如：Tw-DRG 項目之費用移轉及品質監測、復健											

評核構面	評核項目	評核指標																																																																
		<p>治療合理性管控、長期使用呼吸器照護管理專案、XML 申報格式變更輔導、門診診療費申報異常管理、高看診量醫師監控與管理、住院 ICU 申報異常管理、長期住院合理性、輕病住院監測、CT、MRI 利用合理性、溢報呼吸器(P1011C)大於 90 天之個案審查、剖腹產率偏高醫院管理、慢性病連續處方無後續調劑資料回饋等。</p> <p>(7)藥品利用或高價藥品使用之審查管理</p> <p>①進行藥價調降品項醫療利用量之移轉監測。</p> <p>②彙整管制藥品用藥偏高病人跨院所資料並置於 VPN 網站，供醫師看診時，線上即時瞭解病患管制藥品利用情形，協助臨床診療，以提升用藥品質。</p> <p>③特定藥品之專案管理，如：骨穩注射液審查專案、福善美保骨錠加強審查專案、化療藥服費及注射費錯誤申報資料回饋審查、藥師出國期間申報費用異常管理審查、住診高成長藥品審查專案、對於 B 型及 C 型肝炎治療計畫個案適應症審查專案、門診口服用藥天數重複開立之管理與審查等。</p> <p>(8)安養住民醫療利用及整合管理：針對供給面、需求面、個體面及整體面發展整合性決策系統，快速找到管理標的，並針對不同對象，而有不同管理模式，以達到通盤性成效落實以人為本的治療模式，以期讓住民得到完整而持續性醫療照護。</p> <p>5.每點支付金額(含浮動及非浮動點數)及超出變動容許範圍(正負 5%)之情形與檢討</p> <p>(1)浮動點值(浮動項目每點支付金額)分布情形</p> <table border="1" data-bbox="379 1393 1506 1655"> <thead> <tr> <th>年 季別</th> <th>96</th> <th>97</th> <th>98</th> <th>99</th> <th>100</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第 1 季</td> <td>0.9042</td> <td>0.9040</td> <td>0.9145</td> <td>0.9111</td> <td>0.8625</td> <td rowspan="4">100 年點值下降。</td> </tr> <tr> <td>第 2 季</td> <td>0.9277</td> <td>0.9249</td> <td>0.9189</td> <td>0.9241</td> <td>0.8870</td> </tr> <tr> <td>第 3 季</td> <td>0.9118</td> <td>0.8983</td> <td>0.8833</td> <td>0.9035</td> <td>0.8677</td> </tr> <tr> <td>第 4 季</td> <td>0.9104</td> <td>0.8861</td> <td>0.8915</td> <td>0.8930</td> <td>0.8813</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：(浮動項目)每點支付金額=[當季預算-(藥費及議定點值核算之金額)]÷浮動之服務項目核定總點數。</p> <p>(2)平均點值(含浮動及非浮動點數)分布情形</p> <table border="1" data-bbox="379 1798 1506 2060"> <thead> <tr> <th>年 季別</th> <th>96</th> <th>97</th> <th>98</th> <th>99</th> <th>100</th> <th>補充說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第 1 季</td> <td>0.9424</td> <td>0.9432</td> <td>0.9498</td> <td>0.9463</td> <td>0.9179</td> <td rowspan="4">漸趨穩定，均可維持在 0.9 元以上，但 100 年點值下降且超出變動容許範圍(±5%)。</td> </tr> <tr> <td>第 2 季</td> <td>0.9564</td> <td>0.9552</td> <td>0.9522</td> <td>0.9540</td> <td>0.9322</td> </tr> <tr> <td>第 3 季</td> <td>0.9468</td> <td>0.9398</td> <td>0.9316</td> <td>0.9418</td> <td>0.9217</td> </tr> <tr> <td>第 4 季</td> <td>0.9460</td> <td>0.9329</td> <td>0.9341</td> <td>0.9357</td> <td>0.9291</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：平均點值=當季預算÷所有服務之核定總點數(含藥費金額)</p>	年 季別	96	97	98	99	100	補充說明	第 1 季	0.9042	0.9040	0.9145	0.9111	0.8625	100 年點值下降。	第 2 季	0.9277	0.9249	0.9189	0.9241	0.8870	第 3 季	0.9118	0.8983	0.8833	0.9035	0.8677	第 4 季	0.9104	0.8861	0.8915	0.8930	0.8813	年 季別	96	97	98	99	100	補充說明	第 1 季	0.9424	0.9432	0.9498	0.9463	0.9179	漸趨穩定，均可維持在 0.9 元以上，但 100 年點值下降且超出變動容許範圍(±5%)。	第 2 季	0.9564	0.9552	0.9522	0.9540	0.9322	第 3 季	0.9468	0.9398	0.9316	0.9418	0.9217	第 4 季	0.9460	0.9329	0.9341	0.9357	0.9291
年 季別	96	97	98	99	100	補充說明																																																												
第 1 季	0.9042	0.9040	0.9145	0.9111	0.8625	100 年點值下降。																																																												
第 2 季	0.9277	0.9249	0.9189	0.9241	0.8870																																																													
第 3 季	0.9118	0.8983	0.8833	0.9035	0.8677																																																													
第 4 季	0.9104	0.8861	0.8915	0.8930	0.8813																																																													
年 季別	96	97	98	99	100	補充說明																																																												
第 1 季	0.9424	0.9432	0.9498	0.9463	0.9179	漸趨穩定，均可維持在 0.9 元以上，但 100 年點值下降且超出變動容許範圍(±5%)。																																																												
第 2 季	0.9564	0.9552	0.9522	0.9540	0.9322																																																													
第 3 季	0.9468	0.9398	0.9316	0.9418	0.9217																																																													
第 4 季	0.9460	0.9329	0.9341	0.9357	0.9291																																																													

評核構面	評核項目	評核指標
		<p>(3)檢討與改善</p> <ul style="list-style-type: none"> ①即時預估點值供醫界、健保局及各分區管理參考。 ②各分區依轄區地區預算分配額度，進行點值合理範圍管控，如有異常情形，即時與醫界召開會議檢討。 ③對偏遠及緊急醫療的保障，包括：偏遠地區醫院提供之醫療服務以前一季各區門住診平均點值核付費用、偏遠地區急救責任醫院提供之急診醫療服務，以每點 1 元支付；另，100 年有 15 家醫療資源不足地區之醫院，其納入醫院總額一般服務結算之核定浮動點數，依浮動點值補足至每點 1 元支付，並由其他預算項下之「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」支應。 <p>6.支付標準增修訂情形及對財務影響評估</p> <p>(1)新增項目</p> <p>100 年醫院總額「新醫療科技」協商成長率 0.309%，其中新增支付標準成長率 0.100%(約 3 億元)。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①100 年 1 月起新增診療項目 3 項，預估年增 0.55 億元。 ②100 年 11 月討論通過，自 101 年 1 月起新增診療項目 4 項，預估年增加約 1.63 億元。 ③上述新增項目 100 年全年實際申報點數，共計 0.18 億點。 <p>(2)支付標準調整</p> <ul style="list-style-type: none"> ①調整支付項目適應症：自 100 年 1 月起，新增高頻熱凝療法適應症及經皮冠狀動脈擴張術、深部複雜創傷處理修訂附註，100 年全年較前一年醫療費用點數減少約 0.09 億點。 ②取消「使用低滲透壓或非離子性含碘對比劑」適應症：自 2 月 1 日起，實施預估約增加醫療費用點數 4.452 億，100 年全年實際申報點數較前一年增加 4.61 億。 ③100 年醫院總額「配合新制醫院評鑑」協商成長率 0.075%，約 2.26 億元，對評鑑結果符合條件之地區醫院，自 100 年 1 月起調增住院病房費及護理費，與地區教學醫院支付點數一致，100 年實際申報約 2.25 億點。 ④100 年醫院總額「基本診療項目調整」協商成長率 0.491%，約 14.78 億元，用以優先考量外科、婦產科及小兒科診察費之調整。自 100 年 1 月起，調整項目如下，其全年實際執行數計約 13.62 億。 <ul style="list-style-type: none"> ➢調增醫院合理量內門診診察費點數，非金馬地區調升為 228 點，金馬地區調升為 240 點，100 年全年申報約 3.11 億點。 ➢放寬 4 歲未滿 5 歲兒童門診診察費加成 20%，100 年全年申報約

評核構面	評核項目	評核指標																																													
		<p>0.23 億點。</p> <p>➤ 西醫醫院婦產科、小兒科及新生兒科、外科之門診診察費得加計 17%(若同時符合 4 歲以下兒童加成者，則加計 37%)，100 年全年申報約 10.28 億點。</p> <p>(3)Tw-DRG 推動情形及成效：</p> <p>①99 年 1 月導入第 1 階段住院診斷關聯群支付制度(Tw-DRGs)迄今，已屆滿 2 年，其實施目的在於提昇醫療服務效率(減少浪費)並改善病人照護品質與療效(臨床路徑)。</p> <p>②健保局為監控 Tw-DRGs 實施後病患就醫權益及醫療利用情形的變化，自開始實施起即就醫療效率、費用移轉監控、可近性監控及成效測量等四個不同面向進行監控：</p> <table border="1" data-bbox="395 797 1501 2094"> <thead> <tr> <th data-bbox="395 797 722 880">年</th> <th data-bbox="722 797 842 880">98</th> <th data-bbox="842 797 962 880">99</th> <th data-bbox="962 797 1090 880">100</th> <th data-bbox="1090 797 1501 880">說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="395 880 722 925">醫療效率</td> <td data-bbox="722 880 842 925"></td> <td data-bbox="842 880 962 925"></td> <td data-bbox="962 880 1090 925"></td> <td data-bbox="1090 880 1501 925"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="395 925 722 1043">平均住院日數(天)</td> <td data-bbox="722 925 842 1043">4.39</td> <td data-bbox="842 925 962 1043">4.19</td> <td data-bbox="962 925 1090 1043">4.17</td> <td data-bbox="1090 925 1501 1043">減少 0.22 天，增加病床週轉率，減少病患等待病床或急診暫留時間。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="395 1043 722 1205">平均每件實際醫療點數(點)</td> <td data-bbox="722 1043 842 1205">45,511</td> <td data-bbox="842 1043 962 1205">--</td> <td data-bbox="962 1043 1090 1205">45,366</td> <td data-bbox="1090 1043 1501 1205">較實施前減少 145 點，顯示醫院在 DRG 制度下，有效率提供醫療服務，減少不必要手術、用藥及檢查等。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="395 1205 722 1366">DRGs 申報點數與實際醫療點數比值</td> <td data-bbox="722 1205 842 1366">1.1453</td> <td data-bbox="842 1205 962 1366">1.2143</td> <td data-bbox="962 1205 1090 1366">1.2043</td> <td data-bbox="1090 1205 1501 1366">DRG 支付點數高於醫院以論量申報之點數，部分成效為醫院提升效率減少浪費的結果，有益於醫院營運。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="395 1366 722 1411">費用移轉</td> <td data-bbox="722 1366 842 1411"></td> <td data-bbox="842 1366 962 1411"></td> <td data-bbox="962 1366 1090 1411"></td> <td data-bbox="1090 1366 1501 1411"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="395 1411 722 1709">住院前 1 週內平均門診檢驗檢查點數(點)</td> <td data-bbox="722 1411 842 1709">685</td> <td data-bbox="842 1411 962 1709">818</td> <td data-bbox="962 1411 1090 1709">645</td> <td data-bbox="1090 1411 1501 1709">99 年增加 133 點，經健保局自 99.9 開始執行住院前門急診相關檢驗(查)費用得合併該 Tw-DRGs 案件申報後，100 年已下降，表示醫院將住院之檢驗檢查費用移轉至門診申報之情形已減緩。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="395 1709 722 1881">住院後 1 週平均門診檢驗檢查點數(點)</td> <td data-bbox="722 1709 842 1881">1,176</td> <td data-bbox="842 1709 962 1881">1,218</td> <td data-bbox="962 1709 1090 1881">1,240</td> <td data-bbox="1090 1709 1501 1881">有些微增加趨勢，較實施前增加 64 點，占每件 DRGs 申報點數的 0.14%，變化極微，須再觀察。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="395 1881 722 2094">DRG 住院案件有併發症件數占率(%)</td> <td data-bbox="722 1881 842 2094">11.66%</td> <td data-bbox="842 1881 962 2094">15.95%</td> <td data-bbox="962 1881 1090 2094">14.82%</td> <td data-bbox="1090 1881 1501 2094">推測 99 年增加的原因可能是，採 DRG 支付後，申報併發症有助支付之提升，因而提高病歷或申報之正確性，100 年已下降。</td> </tr> </tbody> </table>	年	98	99	100	說明	醫療效率					平均住院日數(天)	4.39	4.19	4.17	減少 0.22 天，增加病床週轉率，減少病患等待病床或急診暫留時間。	平均每件實際醫療點數(點)	45,511	--	45,366	較實施前減少 145 點，顯示醫院在 DRG 制度下，有效率提供醫療服務，減少不必要手術、用藥及檢查等。	DRGs 申報點數與實際醫療點數比值	1.1453	1.2143	1.2043	DRG 支付點數高於醫院以論量申報之點數，部分成效為醫院提升效率減少浪費的結果，有益於醫院營運。	費用移轉					住院前 1 週內平均門診檢驗檢查點數(點)	685	818	645	99 年增加 133 點，經健保局自 99.9 開始執行住院前門急診相關檢驗(查)費用得合併該 Tw-DRGs 案件申報後，100 年已下降，表示醫院將住院之檢驗檢查費用移轉至門診申報之情形已減緩。	住院後 1 週平均門診檢驗檢查點數(點)	1,176	1,218	1,240	有些微增加趨勢，較實施前增加 64 點，占每件 DRGs 申報點數的 0.14%，變化極微，須再觀察。	DRG 住院案件有併發症件數占率(%)	11.66%	15.95%	14.82%	推測 99 年增加的原因可能是，採 DRG 支付後，申報併發症有助支付之提升，因而提高病歷或申報之正確性，100 年已下降。
年	98	99	100	說明																																											
醫療效率																																															
平均住院日數(天)	4.39	4.19	4.17	減少 0.22 天，增加病床週轉率，減少病患等待病床或急診暫留時間。																																											
平均每件實際醫療點數(點)	45,511	--	45,366	較實施前減少 145 點，顯示醫院在 DRG 制度下，有效率提供醫療服務，減少不必要手術、用藥及檢查等。																																											
DRGs 申報點數與實際醫療點數比值	1.1453	1.2143	1.2043	DRG 支付點數高於醫院以論量申報之點數，部分成效為醫院提升效率減少浪費的結果，有益於醫院營運。																																											
費用移轉																																															
住院前 1 週內平均門診檢驗檢查點數(點)	685	818	645	99 年增加 133 點，經健保局自 99.9 開始執行住院前門急診相關檢驗(查)費用得合併該 Tw-DRGs 案件申報後，100 年已下降，表示醫院將住院之檢驗檢查費用移轉至門診申報之情形已減緩。																																											
住院後 1 週平均門診檢驗檢查點數(點)	1,176	1,218	1,240	有些微增加趨勢，較實施前增加 64 點，占每件 DRGs 申報點數的 0.14%，變化極微，須再觀察。																																											
DRG 住院案件有併發症件數占率(%)	11.66%	15.95%	14.82%	推測 99 年增加的原因可能是，採 DRG 支付後，申報併發症有助支付之提升，因而提高病歷或申報之正確性，100 年已下降。																																											

評核構面	評核項目	評核指標				說明	
		年	98	99	100		
	指標						
	病患可近性監控						
	DRG 案件轉出件數	1,560	1,489	1,250	較實施前減少，未因 DRG 的實施而增加轉出率。		
	DRG 案件轉出率	0.32%	--	0.26%			
	成效測量						
	3 日內再急診件數	7,673	7,794	7,494	較實施前減少。		
	14 日內再住院件數	11,184	12,030	10,756	較實施前減少。		
	CMI 值	1.3567	1.3942	1.3773	99 年上升，可能受到前述有併發症件數占率增加的影響，100 年已略有下降。		
7. 審查核減率							
單位：%；件							
	年	96	97	98	99	100	補充說明
	指標項目						
	初核核減率	4.25%	3.98%	4.56%	4.16%	3.60%	
	申復後核減率	3.51%	3.64%	3.71%	3.49%	2.78%	
	爭審後核減率	3.27%	3.62%	3.61%	3.42%	2.75%	
	爭審案件數	81,133	95,407	73,982	96,791	71,696	件數逐年減少。
	爭審駁回率	78.8%	78.3%	80.3%	80.0%	84.0%	駁回率上升。
	爭審撤銷率	21.2%	21.7%	19.7%	20.0%	16.0%	撤銷率下降。
資料來源：歷年健保局醫院總額執行成果報告。							
8. 院所違規情形							
(1)100 年醫院總額部門之訪查違規情形，計有 70 家次，較 99 年減少 37 家次，其中扣減計 29 家次、罰鍰 15 家次及其他 26 家次；100 年違規金額約 3,052 萬元，較 99 年減少 2,849 萬元，其中扣減 39.62 萬元、罰鍰 1,440 萬元、其他約 1,215 萬元，100 年違規金額占醫院總額預算數約 0.01%。							
(2)96~100 年院所違反健保特約管理辦法之查處追扣金額(僅有非總額舉發)：							
	年	96	97	98	99	100	補充說明
	項目						
	違規金額(萬元)	2,970	5,120	8,170	5,944	3,052	減少
	占該年度總額之比率(%)	0.010%	0.017%	0.026%	0.018%	0.009%	下降
註：1.非總額舉發包含民眾檢舉與健保局主動查核；總額舉發為總額受託單位(相關團體)舉發。96~100 年醫院總額專業自主事務均未委託醫院團體辦理，故所列金額均非總額部門所舉發。							
2.查處追扣金額：指違反全民健保醫事服務機構約及管理辦法第 36-38 條違規事件之醫療費用本身，如原認列之違規點數、虛報點數與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)。							

評核構面	評核項目	評核指標						
		(3)違規類型						
		年 類型別	98年		99年		100年	
			家次	費用 (千點)	家次	費用 (千點)	家次	費用 (千點)
		01 未依處方箋或病歷記載提供醫療服務	7	37	9	377	10	112
		02 未經醫師診斷逕行提供醫療服務	3	25	31	599	17	3,761
		03 處方箋之處方或醫療費用申報內容與病歷記載不服	21	3,368	0	0	2	89
		04 未記載病例，申報醫療費用	4	382	0	0	0	0
		05 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	0	0
		06 登錄保險對象憑證，換給非對症之藥品、營養品或其他物品	0	0	0	0	0	0
		07 未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用	2	224	1	10	0	0
		08 其他以不正當型為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用	7	521	14	7,673	10	548
		09 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，經執行完畢後二年內再有前條規定情事之一	0	0	0	0	0	0
		10 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	3	25,040	2	1,400	4	9,902
		11 特約醫院或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	7	11,250	1	3,952
		12 其他	20	52,086	43	38,128	26	12,155
		合計	67	81,683	107	59,437	70	30,519
		9.院所輔導						
		(1)各分區實地訪查：						
		重點審查項目包括特定檢查項目同日重複執行、放射線專科醫師執行CT、MRI業務之現場查驗、復健治療、精神科職能治療現場查驗、精神科急性病房之申報次數與相關紀錄內容實地查驗業務，及輕病住院之實地審查等。						
		(2)健保擇優特約及汰劣機制：						
		為確實達到擇優特約目的及貫徹違規院所退場機制，於99.9.15公告修訂特管辦法，納入「負責醫事人員執業執照逾有效期限，未辦理更新者，不予特約」、「同址之機構累計曾受停約或終止特約二次以上處分，十年內不予特約」、「拒不改善，重複違規之院所或醫師，十年內不予特約」等規定。						
		(3)自99年5月起輔導特約醫療院所配合公告自費項目明細(列印明細表						

評核構面	評核項目	評核指標
		置於診間、佈告欄或櫃檯)，並持續推動資訊公開化、透明化，以發揮全民共同監督機制。以醫療院所書面回報自費項目明細表計算執行率，並評估輔導成效：100 年第 3、第 4 季執行率均為 100%。

其他參考資料：100 年品質保證保留款(尚未結算)

一、預算及協定事項：

- 1.100 年醫院總額「品質保證保留款」成長率 0.05%，約 1.5 億元。
- 2.依醫院總額品質保證保留款實施方案支付，金額應全數用於鼓勵提升醫療品質。

二、分配原則：

- 1.依 100 年各層級醫院總額核定點數之占率，計算各該層級分配之品質保證保留款金額。
- 2.基本獎勵，該層級品質保證保留款金額之 40%：
參加財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(以下稱醫策會)之 TCPI 指標計畫或台灣醫務管理學會之 THIS 指標計畫之醫院，或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之地區醫院，給予本項基本獎勵。
- 3.額外獎勵，該層級品質保證保留款金額之 60%：
(1)醫學中心與區域醫院：依 99 年各該層級醫院 8 項品質指標進行排序，正向指標以第 10 百分位數、負向指標以第 90 百分位數，做為該層級各項指標之目標值，各醫院 100 年指標值優於該層級目標值者始得計分，並依得分加權計算核定點數後分配之。8 項指標如下表。

序號	指標名稱
(1)	同院所慢性病開立慢性病連續處方箋百分比(正向指標)
(2)	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(負向指標)
(3)	住院案件出院後三日內急診率(負向指標)
(4)	同院所門診抗生素使用率(負向指標)
(5)	同院所門診同一處方制酸劑重複使用率(負向指標)
(6)	清淨手術抗生素大於三日以上使用率(負向指標)
(7)	以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再住院率_跨院-限導入之 DRG 項目(負向指標)
(8)	以病例組合校正之住院案件出院後 3 日內急診率_跨院-限導入之 DRG 項目(負向指標)

- (2)地區醫院：參與台灣醫院協會、台灣社區醫院協會、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會、台灣醫務管理學會、中華民國醫療品質協會或台灣醫療繼續教育推廣學會單位所舉辦，並經其認證屬相關醫療品質研討會，且該研討會之學分認證 1 小時時數證明等於 1 學分，至少需獲 36-72 個學分(小時)以上，方得參與該層級額外獎勵金之分配。

五、門診透析一般服務執行成果摘要表

評核構面	評核項目	評核指標								
民眾滿意度	滿意度調查結果	1.96~100年各項服務品質滿意度調查結果： 單位：%								
		調查年月	96.12		97.12		99.6		100.11	
		指標項目	滿意度	不滿意度	滿意度	不滿意度	滿意度	不滿意度	滿意度	不滿意度
		整體醫療品質滿意度	89.6	0.9	88.4	0.9	95.0	0.3	87.5	1.3
		醫療設備滿意度	84.3	0.8	87.5	0.9	91.8	0.2	94.1	0.4
		醫護人員服務態度滿意度	93.0	0.9	93.6	0.7	96.0	0.3	92.1	1.4
		治療效果滿意度	86.4	0.6	85.2	0.5	95.2	0.7	83.7	1
		醫師解說病情或衛教指導之認真程度	84.8	0.6	87.4	0.5	91.9	0.3	94.8	0.7
		對醫生看診及治療(含透析)仔細程度滿意度	90.5	1.1	89.2	0.4	89.6	4.1	95.1	0.9
		向院方表達不滿且得到妥善處理與回覆之比例	36.8		51.3		72.8		46.8	
		<p>註：1.滿意度=非常滿意+滿意；不滿意度=非常不滿意+不滿意；認真程度=很認真+認真。</p> <p>2.98年未調查，並依評核委員意見，於99年6月改以至醫療院所面談個案取代以往透過院所取得名單電訪模式。100年自門診透析資料庫中隨機抽出1萬筆資料，郵寄訪問同意書，並附上回郵信封，待受訪者回寄願意接受本次調查之同意書後(共479位)，再利用電話訪問調查蒐集資料，有效樣本數411份。</p> <p>3.«醫療設備滿意度»乙項，100年改為«診療環境滿意度»。</p>								
		<p>2.滿意度調查結果之檢討改善：</p> <p>(1)將總額各部門的滿意度分析結果，除提供各總額受託單位或醫師全聯會、醫院協會參考外，並列入健保局各部門支付委員會會議報告事項，督促改善並提昇品質。</p> <p>(2)適時由健保局各分區轉知各分區總額委員會相關訊息，作為其檢討改進之依據。</p>								
就醫可近性	就醫利用可近性及可接受性	1.民眾就醫交通與診療情形								
		調查年月	96.12		97.12		99.6		100.11	
		指標項目								
		就診交通時間(分；中位數/平均值/標準誤)	15/20.4/0.5		15/20.3/0.5		15/20.1/0.7		15/22.5/1.0	
		對就醫交通時間的接受程度(%；完全沒問題+可以接受)	93.8%		93.1%		92.1%		83.2%	
		醫師診療花費時間-血液透析(時；中位數/平均值/標準誤)	4/4.2/0.7		4/4.1/0.01		4/4.0/0.04		4/4.0/4.3	
對醫生診療(含透析)花費時間長短之滿意度(%；非常滿意+滿意)	83.0%		84.0%		81.6%		91.7%			

評核構面	評核項目	評核指標																																	
		2.透析治療模式告知機制及申訴管道																																	
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>調查年月</th> <th>96.12</th> <th>97.12</th> <th>99.6</th> <th>100.11</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標項目</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>醫生有無向病人說明較適合的洗腎模式(有)(%)</td> <td>72.0</td> <td>79.3</td> <td>76.9</td> <td>88.1</td> </tr> <tr> <td>有診療問題時，民眾知道諮詢及申訴管道之比例(%)</td> <td>25.4</td> <td>16.5</td> <td>28.3</td> <td>25.1</td> </tr> </tbody> </table>	調查年月	96.12	97.12	99.6	100.11	指標項目					醫生有無向病人說明較適合的洗腎模式(有)(%)	72.0	79.3	76.9	88.1	有診療問題時，民眾知道諮詢及申訴管道之比例(%)	25.4	16.5	28.3	25.1													
調查年月	96.12	97.12	99.6	100.11																															
指標項目																																			
醫生有無向病人說明較適合的洗腎模式(有)(%)	72.0	79.3	76.9	88.1																															
有診療問題時，民眾知道諮詢及申訴管道之比例(%)	25.4	16.5	28.3	25.1																															
		3.自費情形																																	
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>調查年月</th> <th>96.12</th> <th>97.12</th> <th>99.6</th> <th>100.11</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>指標項目</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>平均每次就醫總費用(元；平均值)</td> <td>276</td> <td>520</td> <td>506</td> <td>-^註</td> </tr> <tr> <td>對就醫總費用的看法(%；很貴+有點貴)</td> <td>3.6%</td> <td>3.0%</td> <td>1.0%</td> <td>2.4%</td> </tr> <tr> <td>除掛號費外有自費比例(%)</td> <td>4.4%</td> <td>3.7%</td> <td>4.7%</td> <td>7.7%</td> </tr> <tr> <td>因「健保不給付」而自付其他費用的項目(複選)(營養品(非鐵劑)；醫療器材；特效藥)</td> <td>33.3%； 10.4%； 18.8%</td> <td>49.6%； 14.9%； 14.5%</td> <td>21.7%； 9.2%； 27.5%</td> <td>31.7%； 20.2%； 41.3%</td> </tr> </tbody> </table>	調查年月	96.12	97.12	99.6	100.11	指標項目					平均每次就醫總費用(元；平均值)	276	520	506	- ^註	對就醫總費用的看法(%；很貴+有點貴)	3.6%	3.0%	1.0%	2.4%	除掛號費外有自費比例(%)	4.4%	3.7%	4.7%	7.7%	因「健保不給付」而自付其他費用的項目(複選)(營養品(非鐵劑)；醫療器材；特效藥)	33.3%； 10.4%； 18.8%	49.6%； 14.9%； 14.5%	21.7%； 9.2%； 27.5%	31.7%； 20.2%； 41.3%			
調查年月	96.12	97.12	99.6	100.11																															
指標項目																																			
平均每次就醫總費用(元；平均值)	276	520	506	- ^註																															
對就醫總費用的看法(%；很貴+有點貴)	3.6%	3.0%	1.0%	2.4%																															
除掛號費外有自費比例(%)	4.4%	3.7%	4.7%	7.7%																															
因「健保不給付」而自付其他費用的項目(複選)(營養品(非鐵劑)；醫療器材；特效藥)	33.3%； 10.4%； 18.8%	49.6%； 14.9%； 14.5%	21.7%； 9.2%； 27.5%	31.7%； 20.2%； 41.3%																															
		註：100 年度以金額級距調查自付醫療費用，因此無法計算平均值，以 100 元以下 (15.1%) 為最高。																																	
		4.民眾諮詢及抱怨處理： 健保局主動服務民眾，於各分區設有服務中心，讓民眾諮詢、申訴事項可迅速得到回應，分局全球資訊網均詳載就醫申訴服務相關訊息，明列申訴類別、各類申訴方式、應檢附書據、圖示申訴案件服務流程，供保險對象清楚了解至特約醫事服務機構就醫遭遇問題時之申訴管道及申訴案件办理流程外，並臚列常見申訴問題、就醫資訊服務等資料，供保險對象參考。																																	
		5.其他確保民眾就醫權益及可近性之改善措施：																																	
		(1)特約醫療院所之輔導：																																	
		①特約醫療院所之規範：無論是否屬於全民健保醫療給付相關規定之項目，均要求符合資訊公開、事先告知及開立正式收費單據等三項原則。																																	
		②特約醫療院所之輔導：健保局各分區業務組不定期派員至特約醫院實地訪查，輔導改善。自 99 年 5 月起輔導特約醫療院所配合公告自費項目明細(列印明細表置於診間、佈告欄或櫃檯)。																																	
		③違規醫療院所之處理：保險對象如有不當被額外收費情形，可檢具收據向所在地之健保分區業務組反映，若經查證屬實者，均將依全民健康保險法及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法等規定論處。																																	
		(2)民眾自費情形及改善措施：																																	
		①受理民眾申訴案件：提供多種就醫疑義服務管道以供諮詢，若申訴內容為自費案件，會立即送請專業審查醫師，判斷該項目是否為健保給付項目，如屬健保局給付項目即函請醫院退還費用予民																																	

評核構面	評核項目	評核指標																																																																																																																																																																					
		<p>眾。本項目並列入醫院品質評量項目及院所實地訪查項目之一。</p> <p>②於健保局全球資網建置「常見自費就醫項目」，包含全國 25 縣市政府衛生局網站查詢(路徑參考表、連結)、常見醫療院所要求民眾自費之醫療項目、合理性說明供民眾查詢，並建立正確認知。</p>																																																																																																																																																																					
專業醫療服務品質	1.品質指標監測結果及檢討與改善措施 2.品質指標增修 3.品質指標資訊公開	指標監測結果：																																																																																																																																																																					
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>指標項目</th> <th>積極性目標值</th> <th>監測項目</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>新發個案數</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>8,829</td> <td>8,765</td> <td>8,881</td> <td>8,668</td> <td>8,098</td> </tr> <tr> <td>透析發生率(每百萬人比率)</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>393</td> <td>387</td> <td>390</td> <td>379</td> <td>354</td> </tr> <tr> <td>門診透析病人數</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>58,653</td> <td>62,058</td> <td>65,218</td> <td>68,962</td> <td>71,894</td> </tr> <tr> <td>透析盛行率(每百萬人比率)</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>2,611</td> <td>2,739</td> <td>2,866</td> <td>3,018</td> <td>3,146</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">血液透析</td> <td rowspan="4">1.血清白蛋白</td> <td>合格為<3.5 gm/dl (BCG) 或 <3.0 gm/dl (BCP) 百分比 < 30%</td> <td>BCG 平均值</td> <td>3.89</td> <td>3.89</td> <td>3.90</td> <td>3.90</td> <td>3.90</td> </tr> <tr> <td><3.5 百分比</td> <td>11.30%</td> <td>11.55%</td> <td>11.13%</td> <td>11.42%</td> <td>11.13%</td> </tr> <tr> <td>BCP 平均值</td> <td>3.56</td> <td>3.59</td> <td>3.59</td> <td>3.48</td> <td>3.56</td> </tr> <tr> <td><3.0 百分比</td> <td>9.77%</td> <td>10.18%</td> <td>8.79%</td> <td>12.26%</td> <td>9.69%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">2.Kt/V</td> <td rowspan="2">合格為< 1.2 百分比< 10%</td> <td>平均值</td> <td>1.71</td> <td>1.71</td> <td>1.71</td> <td>1.70</td> <td>1.69</td> </tr> <tr> <td><1.2 百分比</td> <td>1.13%</td> <td>3.50%</td> <td>3.20%</td> <td>3.10%</td> <td>3.10%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">3.Hct</td> <td rowspan="2">合格為< 26% 百分比< 15%^{註1}</td> <td>平均值</td> <td>31.39</td> <td>31.36</td> <td>31.89</td> <td>31.68</td> <td>31.56</td> </tr> <tr> <td><26% 百分比</td> <td>3.44%</td> <td>3.20%</td> <td>2.50%</td> <td>2.70%</td> <td>6.20%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">4.住院率 (每100人月)</td> <td rowspan="2">< 3.80*1.1^{註2}</td> <td>住院次數</td> <td>21,206</td> <td>20,637</td> <td>22,267</td> <td>22,591</td> <td>24,012</td> </tr> <tr> <td>住院率</td> <td>3.88</td> <td>3.57</td> <td>3.69</td> <td>3.57</td> <td>3.66</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">5.死亡率 (每100人月)</td> <td rowspan="2"><1 年死亡率^{註2}： ≤0.92*1.1</td> <td>透析時間<1 年之死亡率</td> <td>0.99</td> <td>0.88</td> <td>0.84</td> <td>0.77</td> <td>0.71</td> </tr> <tr> <td>≥1 年死亡率^{註2}： ≤0.62*1.1</td> <td>透析時間≥1 年之死亡率</td> <td>0.65</td> <td>0.60</td> <td>0.59</td> <td>0.64</td> <td>0.64</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">6.脫離率</td> <td rowspan="2">脫離率(I)-腎功能回復^{註2}： >0.95*0.9</td> <td>腎功能恢復人數</td> <td>66</td> <td>55</td> <td>70</td> <td>84</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>脫離率 I-腎功能回復</td> <td>1.20%</td> <td>0.63%</td> <td>0.79%</td> <td>0.93%</td> <td>1.42%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">脫離率(II)-腎移植^{註2}： >0.27*0.9</td> <td>腎移植人數</td> <td>209</td> <td>239</td> <td>249</td> <td>223</td> <td>243</td> </tr> <tr> <td>脫離率 II-腎移植</td> <td>0.41%</td> <td>0.12%</td> <td>0.12%</td> <td>0.11%</td> <td>0.21%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">7.年齡</td> <td rowspan="2">—</td> <td>平均值</td> <td>61.03</td> <td>61.59</td> <td>62.09</td> <td>62.56</td> <td>62.89</td> </tr> <tr> <td>標準差</td> <td>13.41</td> <td>13.30</td> <td>13.29</td> <td>13.33</td> <td>13.31</td> </tr> </tbody> </table>	指標項目	積極性目標值	監測項目	96年	97年	98年	99年	100年	新發個案數	—	—	8,829	8,765	8,881	8,668	8,098	透析發生率(每百萬人比率)	—	—	393	387	390	379	354	門診透析病人數	—	—	58,653	62,058	65,218	68,962	71,894	透析盛行率(每百萬人比率)	—	—	2,611	2,739	2,866	3,018	3,146	血液透析	1.血清白蛋白	合格為<3.5 gm/dl (BCG) 或 <3.0 gm/dl (BCP) 百分比 < 30%	BCG 平均值	3.89	3.89	3.90	3.90	3.90	<3.5 百分比	11.30%	11.55%	11.13%	11.42%	11.13%	BCP 平均值	3.56	3.59	3.59	3.48	3.56	<3.0 百分比	9.77%	10.18%	8.79%	12.26%	9.69%	2.Kt/V	合格為< 1.2 百分比< 10%	平均值	1.71	1.71	1.71	1.70	1.69	<1.2 百分比	1.13%	3.50%	3.20%	3.10%	3.10%	3.Hct	合格為< 26% 百分比< 15% ^{註1}	平均值	31.39	31.36	31.89	31.68	31.56	<26% 百分比	3.44%	3.20%	2.50%	2.70%	6.20%	4.住院率 (每100人月)	< 3.80*1.1 ^{註2}	住院次數	21,206	20,637	22,267	22,591	24,012	住院率	3.88	3.57	3.69	3.57	3.66	5.死亡率 (每100人月)	<1 年死亡率 ^{註2} ： ≤0.92*1.1	透析時間<1 年之死亡率	0.99	0.88	0.84	0.77	0.71	≥1 年死亡率 ^{註2} ： ≤0.62*1.1	透析時間≥1 年之死亡率	0.65	0.60	0.59	0.64	0.64	6.脫離率	脫離率(I)-腎功能回復 ^{註2} ： >0.95*0.9	腎功能恢復人數	66	55	70	84	80	脫離率 I-腎功能回復	1.20%	0.63%	0.79%	0.93%	1.42%	脫離率(II)-腎移植 ^{註2} ： >0.27*0.9	腎移植人數	209	239	249	223	243	脫離率 II-腎移植	0.41%	0.12%	0.12%	0.11%	0.21%	7.年齡	—	平均值	61.03	61.59	62.09	62.56	62.89	標準差	13.41	13.30	13.29	13.33	13.31
		指標項目	積極性目標值	監測項目	96年	97年	98年	99年	100年																																																																																																																																																														
		新發個案數	—	—	8,829	8,765	8,881	8,668	8,098																																																																																																																																																														
		透析發生率(每百萬人比率)	—	—	393	387	390	379	354																																																																																																																																																														
		門診透析病人數	—	—	58,653	62,058	65,218	68,962	71,894																																																																																																																																																														
		透析盛行率(每百萬人比率)	—	—	2,611	2,739	2,866	3,018	3,146																																																																																																																																																														
		血液透析	1.血清白蛋白	合格為<3.5 gm/dl (BCG) 或 <3.0 gm/dl (BCP) 百分比 < 30%	BCG 平均值	3.89	3.89	3.90	3.90	3.90																																																																																																																																																													
				<3.5 百分比	11.30%	11.55%	11.13%	11.42%	11.13%																																																																																																																																																														
				BCP 平均值	3.56	3.59	3.59	3.48	3.56																																																																																																																																																														
				<3.0 百分比	9.77%	10.18%	8.79%	12.26%	9.69%																																																																																																																																																														
		2.Kt/V	合格為< 1.2 百分比< 10%	平均值	1.71	1.71	1.71	1.70	1.69																																																																																																																																																														
				<1.2 百分比	1.13%	3.50%	3.20%	3.10%	3.10%																																																																																																																																																														
		3.Hct	合格為< 26% 百分比< 15% ^{註1}	平均值	31.39	31.36	31.89	31.68	31.56																																																																																																																																																														
				<26% 百分比	3.44%	3.20%	2.50%	2.70%	6.20%																																																																																																																																																														
		4.住院率 (每100人月)	< 3.80*1.1 ^{註2}	住院次數	21,206	20,637	22,267	22,591	24,012																																																																																																																																																														
				住院率	3.88	3.57	3.69	3.57	3.66																																																																																																																																																														
		5.死亡率 (每100人月)	<1 年死亡率 ^{註2} ： ≤0.92*1.1	透析時間<1 年之死亡率	0.99	0.88	0.84	0.77	0.71																																																																																																																																																														
				≥1 年死亡率 ^{註2} ： ≤0.62*1.1	透析時間≥1 年之死亡率	0.65	0.60	0.59	0.64	0.64																																																																																																																																																													
		6.脫離率	脫離率(I)-腎功能回復 ^{註2} ： >0.95*0.9	腎功能恢復人數	66	55	70	84	80																																																																																																																																																														
脫離率 I-腎功能回復	1.20%			0.63%	0.79%	0.93%	1.42%																																																																																																																																																																
脫離率(II)-腎移植 ^{註2} ： >0.27*0.9	腎移植人數		209	239	249	223	243																																																																																																																																																																
	脫離率 II-腎移植		0.41%	0.12%	0.12%	0.11%	0.21%																																																																																																																																																																
7.年齡	—	平均值	61.03	61.59	62.09	62.56	62.89																																																																																																																																																																
		標準差	13.41	13.30	13.29	13.33	13.31																																																																																																																																																																

評核構面	評核項目	評核指標							
		指標項目	積極性目標值	監測項目	96年	97年	98年	99年	100年
	8. 瘻管重建率(每100人月)	$\leq 0.37 * 1.1$ ^{註2}	瘻管重建率	0.40	0.38	0.34	0.29	0.26	
			瘻管重建個案數	2,168	2,182	2,031	1,835	1,697	
		9.B 型肝炎表面抗原轉陽率	—	—	—	0.53%	0.27%	0.25%	0.26%
		10.C 型肝炎抗體轉陽率	—	—	—	1.32%	1.10%	0.72%	0.65%
	11.血液透析病患移植登錄率 ^{註3}	—	—	—	—	—	—	5.46%	
	腹膜透析	1.血清白蛋白	合格為<3.5 gm/dl (BCG) 或 <3.0 gm/dl (BCP) 百分比 < 40%	BCG 平均值	3.76	3.76	3.76	3.76	3.76
				<3.5 百分比	20.73%	20.53%	20.95%	20.94%	20.01%
			BCP 平均值	3.37	3.41	3.45	3.23	3.28	
			<3.0 百分比	19.68%	17.17%	18.41%	24.83%	18.55%	
		2.Weekly Kt/V	合格為<1.7 百分比<20%	平均值	3.28	2.09	2.08	2.05	2.10
				<1.7 百分比	15.79%	14.59%	15.26%	15.41%	12.19%
3.Hct		合格為<26% 百分比 <20% ^{註1}	平均值	30.33	30.43	30.68	30.73	30.56	
			<26% 百分比	8.98%	8.10%	7.10%	7.30%	9.80%	
4.住院率(每100人月)		$< 4.82 * 1.1$ ^{註2}	住院次數	2,588	2,677	2,842	2,895	3,021	
			住院率	5.24	4.64	4.49	4.22	4.16	
5.死亡率(每100人月)		$< 0.61 * 1.1$ ^{註2}	透析時間<1年之死亡率	0.69	0.65	0.61	0.48	0.48	
			≥ 1 年死亡率 ^{註2} ： $< 0.54 * 1.1$	透析時間 ≥ 1 年之死亡率	0.51	0.53	0.52	0.57	0.51
6.脫離率		脫離率(I)-腎功能回復 ^{註2} ： $> 0.59% * 0.9$	腎功能恢復人數	9	14	4	7	8	
			脫離率 I-腎功能回復	0.79%	0.99%	0.28%	0.53%	0.79%	
		脫離率(II)-腎移植 ^{註2} ： $> 1.07% * 0.9$	腎移植人數	76	88	109	94	125	
			脫離率 II-(腎移植)	1.60%	0.44%	0.49%	0.39%	0.49%	
7.年齡	—	平均值	51.32	52.08	52.71	52.85	53.19		
		標準差	15.11	14.44	14.37	14.05	14.12		
8.腹膜炎發生率(每100人月)	合格為<4次/100人月	腹膜炎發生率	1.86	1.61	1.63	1.57	1.44		
		腹膜炎發生數	918	932	1,030	1074	1045		

評核構面	評核項目	評核指標							
		指標項目	積極性目標值	監測項目	96年	97年	98年	99年	100年
		9.B 型肝炎表面抗原轉陽率	—	—	—	0.68%	0.30%	0.14%	0.31%
		10.C 型肝炎抗體轉陽率	—	—	—	0.59%	0.37%	0.39%	0.22%
		11.腹膜透析病患移植登錄率 ^{註3}	—	—	—	—	—	—	25.97%
		<p>註：1. 100年起將 Hct 從<24%百分比，修正為<26%百分比，惟品質提升監測值維持不變。</p> <p>2. 100年起以最近5年平均$\times(1\pm 10\%)$訂定積極目標值，表列即為100年積極性目標值(取95~99年之5年平均)。</p> <p>3. 100年新增項目(血液透析病患移植登錄率、腹膜透析病患移植登錄率)。</p> <p>4. 資料來源：健保局網站各總額部門專業醫療服務品質指標。</p> <p>結論：</p> <p>1. 指標目標值之檢討：醫療品質尚符合預期，脫離率(II)-腎移植雖未達積極性目標值，惟仍較前2年提升，仍需繼續努力推廣移植概念。</p> <p>2. 品質指標增修情形：</p> <p>(1) 血液透析(HD)部分：修訂住院率、死亡率、瘻管重建率及脫離率之積極性目標值，新增移植登錄率指標。</p> <p>(2) 腹膜透析(PD)部分：修訂住院率、死亡率及脫離率之積極性目標值，新增移植登錄率指標。</p> <p>3. 品質指標資訊公開：</p> <p>(1) 目前健保局全球資訊網已公布16項透析院所個別品質資訊。</p> <p>(2) 全民健康保險門診透析總額品質確保方案之醫療服務品質指標項目及監測值，每季進行積極性目標值監測並於門診透析總額聯合執行委員會報告監測結果。</p>							
總額管理效能	1. 醫療利用及費用管控 2. 點值穩定度 3. 專業審查及其他管理績效	1. 醫療供給情形(摘自101年費協會指標要覽資料)							
		項目	96年	97年	98年	99年	100年		
			值	值	值	值	值	值	
		家數%	523	552	555	563	583		
			5.4%	5.5%	0.5%	1.4%	3.7%		
		醫院	257	263	255	249	262		
			2.8%	2.3%	-3.0%	-2.4%	5.2%		
		基層	266	289	300	314	321		
			8.1%	8.6%	3.8%	4.7%	2.2%		
		病床數%	13,504	14,141	14,819	15,324	15,890		
7.2%	4.7%		4.8%	3.4%	3.7%				
醫院	7,914	8,075	8,168	8,293	8,474				
	3.6%	2.0%	1.2%	1.5%	2.2%				
基層	5,590	6,066	6,651	7,031	7,416				
	12.8%	8.5%	9.6%	5.7%	5.5%				

評核 構面	評核 項目	評核指標					
		項目	96年 值 成長率	97年 值 成長率	98年 值 成長率	99年 值 成長率	100年 值 成長率
		醫師數;%	1,071 0.0%	1,103 3.0%	1,126 2.1%	1,168 3.7%	12,26 5.0%
		醫院	762 0.7%	764 0.3%	759 -0.7%	767 0.9%	824 7.4%
		基層	418 7.7%	442 5.7%	478 8.1%	512 7.1%	523 2.1%
		註：醫師總數係採全年有申報門診透析服務並按 ID 歸戶之醫師數。					
		2. 醫療利用情形(摘自 101 年費協會指標要覽資料)					
		項目	96年 值 成長率	97年 值 成長率	98年 值 成長率	99年 值 成長率	100年 值 成長率
		總件數 (千件;%)	633.85 5.6%	668.94 5.5%	703.67 5.2%	742.99 5.6%	778.35 4.8%
		醫院	410.52 4.9%	422.11 2.8%	433.38 2.7%	451.35 4.1%	467.89 3.7%
		基層	223.33 7.0%	246.83 10.5%	270.28 9.5%	291.64 7.9%	310.46 6.5%
		總費用點數 (百萬點;%)	29,978 6.4%	31,821 6.1%	33,440 5.1%	35,278 5.5%	36,617 3.8%
		醫院	19,056 5.4%	19,974 3.9%	20,343 2.8%	21,123 3.8%	21,625 2.4%
		基層	10,922 8.2%	12,027 10.1%	13,098 8.9%	14,155 8.1%	14,992 6.0%
		就醫人數	58,653 5.9%	62,058 5.8%	65,218 5.1%	68,962 5.7%	71,894 4.3%
		醫院	41,537 4.8%	43,277 4.2%	44,414 2.6%	45,957 3.5%	47,495 3.3%
		基層	22,585 7.8%	24,792 9.8%	27,274 10.0%	29,021 6.4%	30,978 6.7%
		就醫率	0.26%	0.27%	0.29%	0.30%	0.31%
		醫院	0.18%	0.19%	0.20%	0.20%	0.21%
		基層	0.10%	0.11%	0.12%	0.13%	0.14%
		就醫者平均 每人費用 點數(萬點)	51.1 0.4%	51.3 0.3%	51.3 0.0%	51.2 -0.2%	51.0 -0.4%
		醫院	45.9 0.6%	45.7 -0.3%	45.8 0.1%	46.0 0.3%	45.5 -0.9%
		基層	48.3 0.3%	48.5 0.3%	48.0 -1.0%	48.7 1.6%	48.4 -0.7%

評核構面	評核項目	評核指標																																																																	
		<p>3.相關管控措施如下：</p> <p>(1)費用管控：</p> <p>①為合理支付透析醫療費用，健保局定期調查各項藥材支付價及分析支付點數之合理性，已於100年5月1日調降腹膜透析液及EPO藥品支付價，未來將持續檢討評估腹膜透析治療之支付標準。</p> <p>②血液透析目前已採定額支付，並於101年6月1日起調為3,912點，以合理控制門診透析醫療費用支出成長。</p> <p>③為降低洗腎發生率，持續推動「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」及「Pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫」計畫，對慢性腎臟病患早期介入進行健康管理，以早期發現積極治療，有效延緩進入末期腎臟病透析之發生率，以減緩透析費用之成長。</p> <p>(2)專業審查管理：利用檔案分析方式按季、年監測醫療費用申報概況，了解醫療費用申報情形，專案項目如下：</p> <p>①案件全審：血液透析若次數<5次/人月或≥15次/人月、急重症、門診血液透析另申報藥費、血液透析合併腹膜透析、腹膜透析若>155袋/人月、新透析病患個案等申報案件。</p> <p>②扣除上述案件後，抽樣率10%、隨機抽審。</p> <p>(3)按月、按季預估點值，以即時提供相關團體參考。</p> <p>(4)定期召開相關會議，如各區業務組與轄區院所之聯繫會議、總局與各分區的監控會議及透析聯合執行委員會議。</p> <p>(5)專案管理：按季、年監測醫療費用申報概況，了解醫療費用申報情形。專案項目如下：</p> <p>①血液透析內含項目合理性。</p> <p>②腹膜透析申報異常專案。</p> <p>③不定期於共管會議、院長座談會議等，共同研擬相關管控對策與改善措施。</p> <p>④慢性腎衰竭重大傷病卡申報量高及透析時間為周日之個案，進行電訪瞭解重大傷病卡及透析服務情形。</p> <p>⑤檢視院所申報58027C之急重症透析申報合理性。</p> <p>4.每點支付金額：</p> <table border="1" data-bbox="338 1641 1501 1890"> <thead> <tr> <th rowspan="2">季別</th> <th colspan="5">浮動點值</th> <th colspan="5">平均點值</th> </tr> <tr> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100年</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第1季</td> <td>0.9154</td> <td>0.8858</td> <td>0.9082</td> <td>0.8732</td> <td>0.8396</td> <td>0.9243</td> <td>0.8977</td> <td>0.9197</td> <td>0.8883</td> <td>0.8539</td> </tr> <tr> <td>第2季</td> <td>0.9565</td> <td>0.9253</td> <td>0.8922</td> <td>0.8617</td> <td>0.8298</td> <td>0.9628</td> <td>0.9349</td> <td>0.9049</td> <td>0.8775</td> <td>0.8442</td> </tr> <tr> <td>第3季</td> <td>0.9433</td> <td>0.9062</td> <td>0.8796</td> <td>0.8540</td> <td>0.8230</td> <td>0.9508</td> <td>0.9172</td> <td>0.8935</td> <td>0.8704</td> <td>0.8373</td> </tr> <tr> <td>第4季</td> <td>0.9360</td> <td>0.9109</td> <td>0.8725</td> <td>0.8405</td> <td>0.8197</td> <td>0.9440</td> <td>0.9218</td> <td>0.8872</td> <td>0.8580</td> <td>0.8343</td> </tr> </tbody> </table> <p>註:1.浮動點值(浮動項目每點支付金額)=[當季預算-(藥費及議定點值核算之金額)]÷浮動之服務項目核定總點數。</p> <p>2.平均點值=當季預算÷所有服務之核定總點數(含藥費金額)</p> <p>3.97年起醫院住院透析點值比照門診透析點值，差額從門診透析預算撥補，97年撥補3.35千萬元，98年撥補3.37千萬元，99年即停止。</p>	季別	浮動點值					平均點值					96年	97年	98年	99年	100年	96年	97年	98年	99年	100年	第1季	0.9154	0.8858	0.9082	0.8732	0.8396	0.9243	0.8977	0.9197	0.8883	0.8539	第2季	0.9565	0.9253	0.8922	0.8617	0.8298	0.9628	0.9349	0.9049	0.8775	0.8442	第3季	0.9433	0.9062	0.8796	0.8540	0.8230	0.9508	0.9172	0.8935	0.8704	0.8373	第4季	0.9360	0.9109	0.8725	0.8405	0.8197	0.9440	0.9218	0.8872	0.8580	0.8343
季別	浮動點值					平均點值																																																													
	96年	97年	98年	99年	100年	96年	97年	98年	99年	100年																																																									
第1季	0.9154	0.8858	0.9082	0.8732	0.8396	0.9243	0.8977	0.9197	0.8883	0.8539																																																									
第2季	0.9565	0.9253	0.8922	0.8617	0.8298	0.9628	0.9349	0.9049	0.8775	0.8442																																																									
第3季	0.9433	0.9062	0.8796	0.8540	0.8230	0.9508	0.9172	0.8935	0.8704	0.8373																																																									
第4季	0.9360	0.9109	0.8725	0.8405	0.8197	0.9440	0.9218	0.8872	0.8580	0.8343																																																									

評核構面	評核項目	評核指標																												
		<p>5. 審查核減率</p> <table border="1" data-bbox="371 257 1390 456"> <thead> <tr> <th>項目 \ 年度</th> <th>96 年</th> <th>97 年</th> <th>98 年</th> <th>99 年</th> <th>100 年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>初核核減率</td> <td>0.08%</td> <td>0.09%</td> <td>0.06%</td> <td>0.06%</td> <td>0.07%</td> </tr> <tr> <td>申復後核減率</td> <td>0.04%</td> <td>0.06%</td> <td>0.04%</td> <td>0.04%</td> <td>0.04%</td> </tr> <tr> <td>爭審後核減率</td> <td>0.04%</td> <td>0.06%</td> <td>0.03%</td> <td>0.03%</td> <td>0.04%</td> </tr> </tbody> </table> <p>資料來源：健保局，截至 101.04.01 止已完成核付之資料。</p> <p>6. 未來努力方向</p> <p>為提前在腎臟病早期即介入相關預防措施，提升早期慢性腎臟病患對自我疾病認知並作改善，進而減緩與避免其疾病病程進入末期腎病變，以降低台灣尿毒症之發生率與盛行率，減低門診透析的醫療費用支出，行政院衛生署結合台灣腎臟醫學會、台灣移植醫學學會、腎臟病友團體及專家學者等，共同擬定「慢性腎臟病防治與照護品質提升 5 年計畫」(101~105 年)，該計畫具體目標如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 降低洗腎發生率：新增透析重大傷病領證人數年成長-2%，10 年目標為台灣透析發生率於世界排名前 5 名之外。 (2) 提升腎臟移植人數：以 99 年移植人數 288 例推估 5 年內成長 15%，101 年至 105 年移植人數分別為 276 人、281 人、287 人、293 人及 299 人。 (3) 提升透析病患 5 年存活率：透析病患 5 年存活率高於歐盟 3%，20-44 歲 5 年存活率為 88.16%，45-64 歲 5 年存活率為 62.1%。 (4) 提升腹膜透析人數占率：以 99 年第一季腹膜透析人數 5,473 人推估，五年內腹膜透析人數占率達 14%。101 年至 105 年之腹膜透析人數及占率分別為 6,898 人(10%)、7,825 人(11%)、8,809 人(12%)、9,849(13%)、10,942(14%)。 <p>本計畫已依行政院研究發展考核委員會審議意見修正計畫內容，刻正報署核定中，期能結合衛政、醫療、及相關產官學力量，共同增進國人腎臟健康。</p>					項目 \ 年度	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年	初核核減率	0.08%	0.09%	0.06%	0.06%	0.07%	申復後核減率	0.04%	0.06%	0.04%	0.04%	0.04%	爭審後核減率	0.04%	0.06%	0.03%	0.03%	0.04%
項目 \ 年度	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年																									
初核核減率	0.08%	0.09%	0.06%	0.06%	0.07%																									
申復後核減率	0.04%	0.06%	0.04%	0.04%	0.04%																									
爭審後核減率	0.04%	0.06%	0.03%	0.03%	0.04%																									

貳、專案計畫執行成果

一、牙醫門診總額專案計畫

1.牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

專案名稱	牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
目的	鼓勵牙醫師至醫療資源缺乏地區及山地離島執行醫療服務，均衡牙醫醫療資源，提供有效、積極、安全的醫療體系，促使全體保險對象都能獲得適當的牙醫醫療服務。
分項計畫	1.牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫(以下簡稱執業計畫) 2.牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務(以下簡稱巡迴計畫)
執行目標	1.執業計畫 (1)併同 91 年度起共減少 35 個醫療資源缺乏地區為目標。 (2)100 年度以總服務天數達 5,100 天、總服務人次達 45,000 人次為目標。 2.巡迴計畫 (1)至少 18 個醫療團。 (2)至少 10 個醫療站。 (3)服務總天數達 6,000 天、總服務人次達 90,000 人次。
經費來源及協定事項	1.100 年經費 2.292 億元。 2.至少新增 10 處社區巡迴醫療站，並擴大辦理巡迴醫療服務，除提供學童口腔照護外，應增加當地民眾之使用率。
費用支付	1.執業計畫： (1)執業地點門診服務： A.分四級保障承作本計畫之費用：一、二、三、四級「醫療資源不足地區」保障額度，分別為每月 19 萬元、22 萬元、24 萬元及 28 萬元。 B.依該區每點支付金額至少每點 1 元計算，申報點數超過保障額度者，以實際申報點數計算。 (2)巡迴醫療服務： A.除寒暑假外，每月至少執行 2 次巡迴醫療(不含口腔衛生推廣服務)。 B.同一時段同一地點支付一位牙醫師費用。每次服務每小時二級 1500 點、三級 2400 點、四級 3400 點，二至三級每天以 6 小時、四級每天以 9 小時，且第 7 小時之後以三級地區支付(離島需包船地區不在此限，經牙醫全聯會核准者，第 7 小時之後仍以四級地區支付)，每週服務時數以不超過執業地點門診總時數為依準，包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用。 C.執業醫師至鄰近鄉鎮(不得跨縣及分區)執行巡迴醫療服務，得申報論次費用，以施行地區之分級多加一級申報，至多四級。

專案名稱	牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
費用支付	<p>2.巡迴計畫：</p> <p>(1)「核實申報」：每件加計 2 成點數支付，每點支付金額以 1 元暫付。</p> <p>(2)「論次加論量」：</p> <p>A.依支付標準核實申報醫療費用外，符合條件者，經牙醫全聯會總額委員會審查通過，得申請論次給付。</p> <p>B.依施行地區分級，每次服務每小時二級 1500 點、三級 2400 點、四級 3400 點，二、三級每天以 6 小時、四級每天以 9 小時，且 7 小時之後以三級地區支付(離島需包船地區不在此限，經牙醫全聯會核准者，第 7 小時之後仍以四級地區支付)，並包括車馬費、材料費及各種風險分擔醫療費用。</p> <p>(3)每點支付金額以 1 元暫付，跨分區執行巡迴服務時，得申報論次費用，且以原施行地區之分級多加一級申報，至多四級。</p> <p>3.年底結算時，以全年預算扣除執業計畫之「定額給付」後，其餘給付項目皆採浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元。</p>
執行內容	<p>1.執業計畫：</p> <p>(1)100 年公告施行地區共計 54 鄉鎮。</p> <p>(2)門診服務時數：每週至少提供 5 天，並包含 2 個夜診，且提供醫療服務之診療總時數不得少於 24 小時。</p> <p>(3)牙醫巡迴服務：每月至少 2 次。提供一般治療、溝隙封劑與預防性樹脂填充使用、口腔衛生推廣服務，每院所每月至多申報 3 小時。</p> <p>2.巡迴計畫：</p> <p>(1)100 年公告施行地區共計 123 鄉鎮。</p> <p>(2)以醫療資源不足地區之國小及國中學童、教職員及當地民眾為服務對象，由牙醫全聯會核准之醫療團進行全校集體口腔健康檢查、齲齒治療及治療後之維護，並完成口腔檢查及醫療需求調查，進而推展全鄉口腔公共衛生服務及疾病之預防。</p> <p>(3)社區醫療站模式，由醫療團成員輪流排班，維持每週 3 至 6 天為原則，進行當地或鄰近地區民眾之口腔健康維護。</p>
計畫管控及退場機制	<p>1.執業計畫：</p> <p>(1)依「牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案計畫考核作業要點」，評分未達 60 分者，即停止計畫。</p> <p>(2)服務量管控原則：</p> <p>A.依地區分級管控每月服務量</p> <p>一級地區第 2 年起總服務量須達保障額度 50%，未達者以 20%核付。</p> <p>二級地區第 2 年起總服務量須達保障額度 30%，未達者以 30%核付。</p> <p>三級地區第 3 年起總服務量須達保障額度 20%，未達者以 30%核付。</p> <p>四級地區第 3 年起總服務量須達保障額度 15%，未達者以 30%核付。</p> <p>B.各項主要處置醫令管控之絕對指標，每季執行資料分析，未達標準者，即停止計畫：</p> <p>OD 案件申報點數占率、牙周案件申報點數占率、Endo 案件申報點數占率。</p>

專案名稱		牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案																																																																					
計畫管控及退場機制		<p>2.巡迴計畫：</p> <p>(1)由巡迴醫療團隊對所屬服務醫師品質審查及工作考核，由牙醫全聯會不定期訪視。</p> <p>(2)醫療服務管控原則</p> <p>A.服務量管控(四級地區不在此限)</p> <p>(A)每月平均每1診次(以3小時為原則)申報點數不超過2萬點為限(不含論次)，超過部分不予支付。</p> <p>(B)每位醫師每月巡迴醫療服務診次(每診3小時為限)以不超過12次為原則。</p> <p>(C)每位醫師每月申報巡迴服務以24萬點為限(不含論次)，超過部分不予支付。</p> <p>(3)訪視結果及處理方式</p> <p>A.如發現疑不實申報，牙醫全聯會得提報保險人依健保相關法規處理。</p> <p>B.齶齒填補與病歷記載相符度未達90%，牙醫全聯會得提報醫療團隊輔導處理；未達80%，牙醫全聯會得提報保險人，停止該醫師參與巡迴計畫，並抽查該醫療團其他巡迴點進行檢討。</p> <p>(4)醫療團隊或所屬醫師，若違規情節重大屬實，經通知改善而未改善者，由牙醫全聯會轉請保險人，終止執行巡迴計畫。</p>																																																																					
	預算執行情形	<p>96~101年第1季預算執行情形</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>96</th> <th>97</th> <th>98</th> <th>99</th> <th>100</th> <th>101Q1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>預算數(百萬元)</td> <td>208.3</td> <td>208.3</td> <td>228.3</td> <td>228.3</td> <td>229.2</td> <td>229.2</td> </tr> <tr> <td>預算執行數(百萬元)</td> <td>240.4</td> <td>213.9</td> <td>227.3</td> <td>234.8</td> <td>185.7</td> <td>44.78</td> </tr> <tr> <td>預算執行率</td> <td>115.39%</td> <td>102.69%</td> <td>99.58%</td> <td>101.53%</td> <td>81.02%</td> <td>19.53%</td> </tr> </tbody> </table> <p>資料來源：健保局</p>						年度	96	97	98	99	100	101Q1	預算數(百萬元)	208.3	208.3	228.3	228.3	229.2	229.2	預算執行數(百萬元)	240.4	213.9	227.3	234.8	185.7	44.78	預算執行率	115.39%	102.69%	99.58%	101.53%	81.02%	19.53%																																				
年度	96	97	98	99	100	101Q1																																																																	
預算數(百萬元)	208.3	208.3	228.3	228.3	229.2	229.2																																																																	
預算執行數(百萬元)	240.4	213.9	227.3	234.8	185.7	44.78																																																																	
預算執行率	115.39%	102.69%	99.58%	101.53%	81.02%	19.53%																																																																	
歷年執行概況及結果	目標達成情形	<p>96~100年目標達成情形</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">項目\年度</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">醫缺地區減少數</td> <td>目標數</td> <td>45</td> <td>35</td> <td>35</td> <td>35</td> <td>35</td> </tr> <tr> <td>執行數</td> <td>45</td> <td>42</td> <td>34</td> <td>33</td> <td>39</td> </tr> <tr> <td>執行率</td> <td>100%</td> <td>120%</td> <td>97%</td> <td>94%</td> <td>111%</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">總天數</td> <td>目標數</td> <td>5,100</td> <td>5,100</td> <td>5,100</td> <td>5,100</td> <td>5,100</td> </tr> <tr> <td>執行數</td> <td>8,656</td> <td>7,904</td> <td>6,923</td> <td>6,146</td> <td>6,965</td> </tr> <tr> <td>執行率</td> <td>170%</td> <td>155%</td> <td>136%</td> <td>121%</td> <td>137%</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">目標總人次</td> <td>目標數</td> <td>45,000</td> <td>45,000</td> <td>45,000</td> <td>45,000</td> <td>45,000</td> </tr> <tr> <td>執行數</td> <td>64,875</td> <td>56,044</td> <td>50,673</td> <td>48,017</td> <td>52,893</td> </tr> <tr> <td>執行率</td> <td>144%</td> <td>125%</td> <td>(113%)</td> <td>(107%)</td> <td>(118%)</td> </tr> </tbody> </table>						項目\年度		96年	97年	98年	99年	100年	醫缺地區減少數	目標數	45	35	35	35	35	執行數	45	42	34	33	39	執行率	100%	120%	97%	94%	111%	總天數	目標數	5,100	5,100	5,100	5,100	5,100	執行數	8,656	7,904	6,923	6,146	6,965	執行率	170%	155%	136%	121%	137%	目標總人次	目標數	45,000	45,000	45,000	45,000	45,000	執行數	64,875	56,044	50,673	48,017	52,893	執行率	144%	125%	(113%)	(107%)	(118%)
項目\年度		96年	97年	98年	99年	100年																																																																	
醫缺地區減少數	目標數	45	35	35	35	35																																																																	
	執行數	45	42	34	33	39																																																																	
	執行率	100%	120%	97%	94%	111%																																																																	
總天數	目標數	5,100	5,100	5,100	5,100	5,100																																																																	
	執行數	8,656	7,904	6,923	6,146	6,965																																																																	
	執行率	170%	155%	136%	121%	137%																																																																	
目標總人次	目標數	45,000	45,000	45,000	45,000	45,000																																																																	
	執行數	64,875	56,044	50,673	48,017	52,893																																																																	
	執行率	144%	125%	(113%)	(107%)	(118%)																																																																	

專案名稱		牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案						
目標達成情形	巡迴計畫	項目\年度	96年	97年	98年	99年	100年	
		執行醫療團數						
		目標數	14	18	18	18	18	
		執行數	20	19	19	19	18	
		執行率	143%	106%	106%	106%	100%	
		設立醫療站						
		目標數	-	-	-	-	10	
		執行數	-	-	-	-	14	
		執行率	-	-	-	-	140%	
		服務總天數						
目標數	4,500	4,500	4,500	4,500	6,000			
執行數	4,361	4,140	4,954	5,793	7,401			
執行率	97%	92%	110%	129%	123%			
總服務人次								
目標數	76,000	76,000	76,000	76,000	90,000			
執行數	65,654	55,756	67,077	78,081	84,611			
執行率	86%	73%	88%	103%	94%			
註：100年始訂有至少設立10個社區醫療站為執行目標。								
歷年執行概況及結果	醫療服務提供情形	96~100年執業、巡迴醫療服務提供情形						
		項目\年度	96年	97年	98年	99年	100年	
		執業醫師數	41	38	33	29	34	
		執行鄉數	41	38	29	28	34	
		服務總天數	8,656	7,904	6,923	6,146	6,965	
		總服務人次	64,875	56,044	50,673	48,017	52,893	
		巡迴執行醫療團數	20	19	19	19	18	
		巡迴執行鄉數	90	70	95	105	105	
		巡迴服務總天數	4,361	4,140	4,954	5,793	7,401	
		巡迴總服務人次	65,654	55,756	67,077	78,081	84,611	
民眾利用情形	執業計畫	96~100年民眾利用情形						
		項目\年度	96年	97年	98年	99年	100年	
		服務人數	29,549	25,051	22,652	20,978	39,529	
		總服務點數	66,889,222	54,963,710	49,079,984	47,554,670	52,489,997	
		平均每人次費用點數	1,031	981	969	990	992	
		平均就醫次數	2.20	2.24	2.24	2.29	1.34	
		利用率	6.18%	5.94%	6.82%	4.77%	9.10%	
		戶籍人口	477,884	421,812	332,118	439,307	434,341	
		巡迴計畫	服務人數	37,005	31,253	37,894	43,453	71,153
			總服務點數	83,057,454	78,408,251	101,403,114	114,502,581	120,500,290
平均每人次費用點數	1,265		1,406	1,512	1,466	1,424		
平均就醫次數	1.77		1.78	1.78	1.80	1.19		
利用率	2.13%		2.84%	2.96%	2.76%	4.44%		
戶籍人口	1,733,257		1,098,822	1,279,451	1,573,566	1,603,571		
註：執業、巡迴計畫之服務人數、總服務點數及平均每人次費用點數，係健保局提供之每月申報資料(論量部分)，不含保障額度、巡迴論次及論量加成部分。								

專案名稱		牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案			
成效評估	民眾滿意度	98~100年巡迴計畫之民眾滿意度評估			
		項目\年度	98年	99年	100年
		(1)對健保局及牙全會所辦理之該項計畫之滿意度(%)	93.68(100)	88.75(99.75)	88.53(99.39)
		(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(%)	97.72(99.99)	96.3(99.26)	94.37(99)
		(3)就醫便利性及可近性應改善比率：			
		-診所地點(%)	25.49	29.80	31.28
		-診療時段(%)	36.27	29.02	26.49
		-增設巡迴點(%)	24.51	24.31	26.49
		(4)希望知道哪些正確的口腔衛生知識及指導(可複選)：			
		-正確刷牙及牙線使用(%)	94.69	22.31	54.77
		-口腔癌的起因與篩檢(%)	75.57	15.22	39.11
		-牙周病的起因與篩檢(%)	87.61	21.36	53.63
		-牙齒疾病的起因(%)	88.50	20.13	48.65
		-兒童口腔保健及預防(%)	90.27	20.98	39.42
		(5)醫缺方案介入後，是否認為孩童或民眾的口腔有明確改善(%)	93.75(100)	81.09(99.25)	91.28(99.28)
		註：1.滿意度=「非常滿意」或「非常同意」+「滿意」或「同意」；括號內數據為「非常滿意」或「非常同意」+「滿意」或「同意」再加「尚可」。			
		2.有效問卷：98年176份；99年406份；100年1,002份。			
成效評估	民眾就醫可近性及健康狀況改善	100年執業及巡迴計畫實施地區民眾與全國民眾醫療利用情形比較			
		項目	實施地區 (執業計畫)	實施地區 (巡迴計畫)	全國
		服務人次	52,893	84,611	31,177,228
		服務人數	39,529	71,153	10,197,465
		總服務點數	52,489,997	120,500,290	35,677,169,124
		每就醫者就醫次數	1.34	1.19	3.06
		每就醫人平均點數	1,328	1,694	3,499
		每案件平均點數	992	1,424	1,144

專案名稱	牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
檢討與改進	<p>1.經費執行未達目標(執行率 81%)之原因及改善措施：</p> <p>(1)原因：</p> <p>A.專款經費較 99 年增加 1 億元，全數撥於專款，未依比率撥付至一般服務，造成實際執行的困難。</p> <p>B.設立醫療站費時，從招募醫師、尋找合適地點到設立完成，約需半年籌備期，故上半年執行經費較少。</p> <p>(2)改善措施：</p> <p>A.與牙醫 6 分會進行業務溝通。</p> <p>B.100 年 9 月提案：101 年能自專款移撥 5 千萬至一般服務，惟未獲委員支持。</p> <p>C.100 年 11 月提案，101 年由一般服務移撥 1.8 億，其中 1.7 億元用於醫缺論量費用，另 1 千萬撥補高屏分區，避免各分區因擔心點值會受影響，而可積極推動巡迴醫療。</p> <p>2.巡迴計畫就醫人次 84,611，未達目標 90,000 人(執行率 94%)之說明及改善措施：</p> <p>(1)雖未達目標，惟相較於 99 年度服務 78,081 人次，穩定成長中。</p> <p>(2)設立醫療站費時，14 個醫療站多於下半年才開始運作。</p> <p>(3)醫療站每診就醫人數不如預期(如新北市貢寮及石碇醫療站，100 年 8~9 月平均每診就醫人數為 1~2 人)。部分醫療站不符成本(如宜蘭南山醫療站)，未來將改為巡迴醫療點。</p> <p>3.未來方向</p> <p>(1)建議重新訂定醫缺地區。</p> <p>A.原因：近 10 年橫向快速道路陸續通車，民眾到市區就醫方便；山地居民由於天然災害而遷到平地，致部分執業診所服務量無法達規定保障額度之 20%；部分鄉鎮雖有牙醫師，但幅員廣大，無法照護邊陲地帶民眾；部分無牙醫鄉幅員小，可與鄰近鄉鎮共享資源；部分地區有高醫療需求，卻點值低(如金門離島為醫療艱困地區，卻屬台北分區)；部分地區為醫師人口比小於 1：4500，但進駐醫師人數卻不足。</p> <p>B.做法：目前牙醫全聯會著手設置「牙醫地理資訊系統(GIS)」，以瞭解牙醫診所分布狀況、醫療需求急迫程度。</p> <p>(2)提升醫療品質：調查醫缺地區對治療椅之需求，再向一般診所募集二手治療椅，並編列整修、搬遷及安裝治療椅之費用。</p> <p>(3)輔導與考核：透過輔導與考核方式，使醫師改善，若未能改善至符合需求，則請其退出方案。</p>
101 年計畫修正重點	101 年計畫內容並無修正。

2.牙醫特殊醫療服務試辦計畫

專案名稱	牙醫特殊醫療服務試辦計畫
目的	加強提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者及特定身心障礙者牙醫醫療服務。
執行目標	100 年以至少 60,000 人次為執行目標。
經費來源及協定事項	100 年經費 4.23 億元。
費用支付	<p>1.先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者：每點 1 元。</p> <p>2.特定身心障礙者：</p> <p>(1)院所、醫療團</p> <p>A.每點以 1 元暫付，於年度結束後結算，剩餘款再逐一依身障等級別計算加成費用，極重度患者每點最多加 7 成優先結算，其次依序為重度患者每點最多加 5 成結算，中度患者每點最多加 3 成結算，輕度患者每點最多加 1 成結算，剩餘款用完即不再加成。惟麻醉項目費用不予加成。</p> <p>B.得依病情適時給予氟化物防齲處理，每次 500 點，90 天申報 1 次為限。</p> <p>C.醫療團巡迴服務，得採論次加論量方式計算，由醫師執業之院所申報費用，每位醫師每診次以 3 小時為限，每小時 2400 元(內含護理費)，平均每小時至少服務 1 人次，否則不得申請該小時費用。服務限制規定：</p> <p>(A)每位醫師支援同一機構每週不超過 2 診次。如有支援不同機構，每週合計不超過 4 診次，每月不超過 16 診次。</p> <p>(B)每診次申報點數以不超過 3 萬元(不含論次費用)為原則。</p> <p>(C)需向牙醫全聯會申請，審核通過，保險人及各分區業務組行文通知。<150 人機構，排診每週不得超過 3 診次；150~300 人機構，每週不得超過 4 診次；>300 人機構，得視醫療需求，每週 5 診次(離島及特殊醫療需求機構，經牙醫支委會討論通過者除外)。</p> <p>(2)到宅醫療服務</p> <p>A.論量部分每點支付 1 元。</p> <p>B.論次計酬，每次支付 1,900 點(不得收取交通費外之自費費用)，不得再依身障等級別計算加乘費用。每日服務達 5 人以上，第 6 人起按 6 折支付，最多 8 人為限，每月不超過 80 人，每位醫師支援到宅醫療每週不超過 2 日，每個案以 2 個月執行 1 次為限。</p>

專案名稱		牙醫特殊醫療服務試辦計畫																													
執行內容		<p>1.服務對象：</p> <p>(1)先天性唇顎裂及顱顏畸形患者(97年起)。</p> <p>(2)特定身心障礙者：重度以上身心障礙者(91年起)、中度以上身心障礙者(95年起)、99年起改依障礙別分類，限定在肢體障礙(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，100年新增植物人。</p> <p>2.醫療服務：100年新增牙醫到宅服務</p> <p>(1)院所：提供初級照護(門診有急救設備)、進階照護(除門診有急救設備外，可施行鎮靜麻醉及提供完備醫療之醫護人員)。</p> <p>(2)醫療團：定期至身心障礙福利機構(不含安養中心)、支援未設牙科之精神科醫院或有特殊需求的啟智(特教)學校提供服務。</p> <p>(3)到宅：由居家訪視醫師轉介；考量安全，醫師到宅服務應以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周病控制基本處置、塗氟、非特定局部治療及特定局部治療為限。</p>																													
退場機制		醫療團及到宅醫療服務，未遵守計畫規定，被牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第1次通知2個月內未改善，或第2次通知1個月內未改善者，得由保險人分區業務組核定暫停計畫執行。																													
歷年執行概況及結果	預算執行情形	<p>96~100年預算執行情形</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>96</th> <th>97</th> <th>98</th> <th>99</th> <th>100</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>預算數(百萬元)</td> <td>180.0</td> <td>180.0</td> <td>223.0</td> <td>423.0</td> <td>423.0</td> </tr> <tr> <td>預算執行數(百萬元)</td> <td>153.2</td> <td>180.0</td> <td>209.6</td> <td>246.6</td> <td>293.3</td> </tr> <tr> <td>預算執行率</td> <td>85.11%</td> <td>100%</td> <td>93.98%</td> <td>58.29%</td> <td>69.35%</td> </tr> </tbody> </table>						年度	96	97	98	99	100	預算數(百萬元)	180.0	180.0	223.0	423.0	423.0	預算執行數(百萬元)	153.2	180.0	209.6	246.6	293.3	預算執行率	85.11%	100%	93.98%	58.29%	69.35%
	年度	96	97	98	99	100																									
預算數(百萬元)	180.0	180.0	223.0	423.0	423.0																										
預算執行數(百萬元)	153.2	180.0	209.6	246.6	293.3																										
預算執行率	85.11%	100%	93.98%	58.29%	69.35%																										
目標達成情形	<p>96~100年目標達成情形</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目\年度</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>目標值 (服務人次)</td> <td>35,000</td> <td>35,000</td> <td>45,000</td> <td>60,000</td> <td>60,000</td> </tr> <tr> <td>服務人次</td> <td>52,195</td> <td>69,826</td> <td>76,833</td> <td>84,468</td> <td>96,172</td> </tr> <tr> <td>達成率</td> <td>149.1%</td> <td>199.5%</td> <td>170.74%</td> <td>140.78%</td> <td>160.29%</td> </tr> </tbody> </table>						項目\年度	96年	97年	98年	99年	100年	目標值 (服務人次)	35,000	35,000	45,000	60,000	60,000	服務人次	52,195	69,826	76,833	84,468	96,172	達成率	149.1%	199.5%	170.74%	140.78%	160.29%	
項目\年度	96年	97年	98年	99年	100年																										
目標值 (服務人次)	35,000	35,000	45,000	60,000	60,000																										
服務人次	52,195	69,826	76,833	84,468	96,172																										
達成率	149.1%	199.5%	170.74%	140.78%	160.29%																										

專案名稱		牙醫特殊醫療服務試辦計畫						
歷年執行概況及結果	醫療服務提供情形	1.96~100年先天性唇顎裂及顱顏畸形者醫療服務提供情形						
		項目\年度	96年	97年	98年	99年	100年	
		申報院所數	21	21	16	16	18	
		申報總天數	2,356	2,494	2,187	2,054	1,978	
		2.96~100年特定身心障礙者醫療服務提供情形						
		項目\年度	96年	97年	98年	99年	100年	
		初級	院所數	365	372	335	424	509
			醫師數	473	474	452	627	769
		進階	院所數	41	33	35	39	41
			醫師數	252	273	318	398	469
醫療團	團數	26	34	37	63	74		
	醫師數	167	163	161	396	378		
註：院所自95年起依設備要求及可否執行鎮靜麻醉分為初級/進階照護院所。								
3.96~100年特定身心障礙者醫療服務提供情形(依障別等級區分)								
項目\年度	96年	97年	98年	99年	100年			
極重度	申報院所數	-	-	-	277	296		
	申報總天數	-	-	-	6,961	8,362		
重度	申報院所數	295	338	340	407	439		
	申報總天數	15,427	18,951	20,329	16,322	17,402		
中度	申報院所數	293	335	346	426	450		
	申報總天數	13,533	17,795	20,185	18,784	20,965		
輕度	申報院所數	-	-	-	323	339		
	申報總天數	-	-	-	5,649	7,382		
民眾利用情形	1.96~100年先天性唇顎裂及顱顏畸形者利用情形							
	項目\年度	96年	97年	98年	99年	100年		
	就醫人數	3,101	3,191	3,466	3,355	3,266		
	就醫總人次	8,170	8,799	7,025	5,817	5,122		
	每人就診次數	2.63	2.76	2.03	1.73	1.57		
	總服務點數	29,448,203	32,679,896	28,704,215	26,131,212	26,129,839		
	平均每人次點數	3,604	3,714	4,086	4,492	5,101		
註：服務點數依支付標準申報，每點1元。								

專案名稱		牙醫特殊醫療服務試辦計畫						
歷 年 執 行 概 況 及 結 果	民 眾 利 用 情 形	2.96年~100年身心障礙者利用情形						
		項目\年度	96年	97年	98年	99年	100年	
		極 重 度	就醫人數				5,317	5,849
			就醫總人次				13,593	16,220
			每人就診次數				2.56	2.77
			就醫率	-	-	-	4.44%	4.77%
			總服務點數				21,360,653	26,781,236
			平均每人次點數				1,571	1,651
		重 度 以 上	就醫人數	9,572	12,853	14,200	16,435	12,175
			就醫總人次	25,653	35,955	40,206	28,087	30,937
			每人就診次數	2.68	2.80	2.83	1.71	2.54
			就醫率	3.15%	4.21%	4.52%	8.64%	6.30%
			總服務點數	51,590,210	67,370,219	77,957,948	53,065,710	54,075,453
			平均每人次點數	2,011	1,874	1,939	1,889	1,748
		中 度	就醫人數	6,727	9,014	11,153	11,930	13,154
			就醫總人次	18,457	25,071	29,602	30,221	34,955
			每人就診次數	2.74	2.78	2.65	2.53	2.66
			就醫率	1.91%	2.54%	3.09%	1.03%	3.60%
			總服務點數	29,195,499	38,824,999	47,911,289	42,085,449	45,383,796
			平均每人次點數	1,582	1,549	1,619	1,393	1,298
		輕 度	就醫人數				3,180	3,735
			就醫總人次				6,754	8,938
			每人就診次數				2.12	2.39
			就醫率	--	--	--	0.78%	0.89%
總服務點數					9,116,965	12,216,878		
平均每人次點數					1,350	1,367		
註：1.就醫率=就醫人數÷該年年底符合該障別等級之身心障礙人數。 2.96-98年「重度以上」係包含「極重度」；99年始區分為「極重度」與「重度」，另將「輕度」納入適用對象。 3.服務點數為醫療團申報論次及論量(含加成)之費用，平均每人次點數含論次及論量加成之費用。								

專案名稱	牙醫特殊醫療服務試辦計畫
<p>檢討與改進</p>	<p>1. 照護院所、醫療團分布不均</p> <p>(1) 以 100 年度資料分析，各分區院所均呈正成長趨勢，但花東地區因地廣人稀，加入服務之院所家數及醫師數仍不足。100 年醫師數加入情形較 99 年減少，南區、高屏及花東之院所數及醫療團皆低於全國其他區。</p> <p>(2) 101 年度金門縣及澎湖縣等離島地區已有身心障礙服務院所，達成「101 年全國均有身心障礙牙醫醫療服務院所」之目標。</p> <p>(3) 將持續鼓勵並輔導院所加入身心障礙患者醫療照護院所，並請各縣市公會積極推動醫師與院所加入服務，及促進醫療團成立、加強牙醫師身心障礙教育課程，並藉由修訂計畫提高誘因等方式，鼓勵牙醫師投入身心障礙醫療服務。</p> <p>2. 人力問題(牙醫師及機構輔助人力)</p> <p>(1) 由於病人抗拒、理解及溝通困難，需家長或機構保育員提供協助，惟身障機構配合輔助之人力仍顯不足。</p> <p>(2) 整體執行醫師人力逐年成長：97 年 474 人、98 年 452 人、99 年 627 人、100 年 998 人。</p> <p>(3) 101 年醫師人力增加幅度有限，可能因鼓勵之支付誘因不足，致投入服務之醫事人力增加緩慢，為本計畫必須突破的重要因素。爰舊的鼓勵方式明顯不足，宜予增加。</p> <p>3. 100 年強力推動身心障礙教養機構、啟智(特教)學校及未設牙科精神科醫院成立醫療團，已完成 74 個醫療團，但對於多數位於社區內，行動不便、無法外出就醫之身心障礙者，仍無法提供適切的醫療服務。</p>
<p>101 年計畫修正重點</p>	<p>1. 擴大障別</p> <p>(1) 101 年適用對象：新增重度以上肢體障礙、重度以上視障、罕見疾病等 3 項特定障別。</p> <p>(2) 修訂 101 年計畫時，牙醫全聯會提出新增「中度肢體障礙者」及「重要器官失去功能」為適用對象，未獲通過。</p> <p>2. 放寬規定：刪除「醫療團成員申請至未設牙科之精神科醫院，除醫師人力缺乏經牙醫全聯會核定外，應有 2 年以上身心障礙教養機構(非未設牙科之精神科醫院)經驗始得申請」之規定。</p> <p>3. 醫療團每診次申報點數以不超過 3 萬點為限，<u>含</u>論次費用(原為不含)。</p> <p>4. 到宅醫療服務每日達 5 人以上，第 5(原為 6)人起按 6 折支付。</p>

3.牙周病統合照護計畫

專案名稱	牙周病統合照護計畫		
目的	藉增加牙周病照護之內容，建立治療照護架構，期提升牙周病照護品質，增進就醫公平性，以減少後續口腔醫療疾病費用之負擔。		
執行目標	達成 56,800 人次(以第二階段 P4002C 施行件數認定)之照護。		
經費來源及協定事項	1.100 年經費 3.843 億元。 2.照護人數至少 56,800 人。 3.應持續監控病人自費情形。		
費用支付	編號	診療項目	支付點數
	P4001C	牙周病統合性治療第一階段給付 (comprehensive periodontal treatment) 註：主要施行治療前 X 光檢查，並進行牙周病檢查，及提供「牙周病統合照護計畫照護手冊」及口腔保健衛教指導。	1800
	P4002C	牙周病統合性治療第二階段給付 (comprehensive periodontal treatment) 註：主要施行全口齒齦下刮除或牙根整平之治療，並提供牙菌斑進階去除指導及控制記錄。	5000
	P4003C	牙周病統合性治療第三階段給付 (comprehensive periodontal treatment) 註：主要進行治療後牙周病檢查及牙菌斑控制記錄及評估治療情形。	3200
註：94001C、94002C由專款經費支付，94003C由一般服務費用支付。			
執行內容	1.為 99 年新增的計畫，治療對象為全口牙周炎患者，總齒數至少 16 齒(專業認定需拔除者不列入總齒數計算)，6(含)顆牙齒以上牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 。 2.99 年為一般服務項目，100 年移列至專款項目。		
評核指標及退場機制	1.成效評估指標： (1)服務量。 (2)完成率：申報第一階段後，申報第二階段未達一定比例，或申報第三階段未達一定比例，則需進行再教育或限制執行牙周病統合照護計畫。 (3)申報第三階段件數核減率。 (4)計畫治療對象跨院接受齒齦下刮除術(含牙根整平術)—全口、1/2 顎、局部(91006~91008C)比率。 (5)參與計畫民眾抽樣調查治療之滿意度。 2.退場機制：本計畫之個案，如被醫師不當收取數健保給付範圍之自費項目，該醫師除依相關法規懲處外，且自保險人分區業務組通知日之次月起不得申請計畫相關費用。		

專案名稱		牙周病統合照護計畫			
歷年執行概況及結果	預算執行情形	99~101 年第 1 季預算執行情形			
		年度	99 年	100 年	101 年 Q1
		預算數 (百萬元)	384.3	384.3	384.3
		預算執行數 (百萬元)	66.9	225.0	97.1
	預算執行率	17.4%	58.6%	25.3%	
目標達成情形	99~101 年第 1 季執行情形				
	項目\年度	99 年	100 年	101 年 Q1	
	目標值(服務人次)	63,200	56,800	56,800	
	實際服務人次	8,224	32,667	14,027	
達成率 ^(註)	13%	57.5%	24.7%		
註：依 100 年第 2 次牙醫支委會決議，執行目標以第二階段施行件數認定。					
醫療服務提供情形	99~101 年第 1 季提供計畫院所及醫師數				
	合計\年度	99 年	100 年	101 年 Q1	
	院所數	2,886	3,352	3,644	
牙醫師數	4,779	5,680	6,292		
民眾利用情形	99~101 年第 1 季申請計畫之醫令數、點數				
	項目\年度	99 年	100 年	101 年 Q1	
	醫令數	第一階段	8,976	35,185	15,016
		第二階段	8,224	32,667	14,027
		第三階段	4,103	24,993	9,928
	點數	第一階段	13,469,400	62,759,000	27,007,200
		第二階段	37,017,000	162,250,800	70,096,500
第三階段		16,412,000	82,367,800	31,787,100	
註：第一階段和第二階段由專款經費支付。					

專案名稱		牙周病統合照護計畫		
成效評估	民眾滿意度	99~100 年民眾滿意度 單位：%		
		項目\年別	99 年	100 年
		(1)整體牙周病統合照護計畫治療過程和感受之滿意程度	94.4(99)	93.1(97.6)
		(2)願意有類似徵狀的親友接受此項計畫	93.1(98.8)	94.8(99)
		(3)本計畫對牙周及牙齒的健康(或國民口腔健康)有幫助	94.4(98.7)	97.5(99.7)
		(4)未來需要廣泛推動本計畫以促進國民口腔健康	94.5(99.1)	96.9(99.5)
		(5)接受計畫治療前已知道此項計畫：	53.0	55.5
		管道：親友	5.9	9.1
		牙醫醫療院所	39.6	45.0
		新聞媒體	1.4	1.0
健保局網站	0.8	0.4		
未作答	5.3	--		
(6)牙醫師提供的說明清楚、明白	93.2(99.4)	94.7(99.6)		
(7)接受本計畫能讓您更容易瞭解牙周疾病	93.9(98.9)	92.9(99.3)		
(8)加入計畫後有減低治療前不舒服之症狀，例如牙齦流血、口臭、牙肉浮腫等	94.1(99.6)	91.9(99.1)		
(9)接受計畫治療過程中，除了掛號費和部分的部份負擔，以及下列健保不給付項目外，醫師是否要您自付其他費用？				
沒有	98.3	93.9		
(10)自付費用項目為何？		(單位：人數)		
牙周病治療中，健保不給付項目為：				
A.牙周抗生素凝膠、牙周消炎凝膠		16		
B.因美容目的而作的牙周整形手術		11		
C.牙周組織引導再生手術，含骨粉、再生膜		1		
D.牙周去敏感治療		0		
A+B		1		
B+C		1		
其他		2		
註：1.滿意度=「非常滿意」或「非常同意」+「滿意」或「同意」； 括號內數據為「非常滿意」或「非常同意」+「滿意」或「同意」再加「尚可」。				
2.有效問卷：99 年 723 份、100 年 733 份。				
民眾就醫可近性及健康狀況改善	1.為評估民眾健康狀況改善情形，牙醫全聯會函請院所提供治療前後牙周病檢查紀錄表及牙菌斑控制記錄表。在 100 年度完成第一至三階段(P4001C~P4003C)之 21,985 件數中，分層隨機抽樣 1,000 件，有效樣本為 723 件。結果如下：			
	(1)牙周囊袋深度降低情形： A.全口牙周囊袋深度平均值：術前為 3.74mm；術後(4 週)為 2.89mm，降低 0.85mm。 B.術前 \geq 5mm 牙周囊袋平均值：術前為 5.55mm；術後(4 週)為 3.58mm，降低 1.97mm。			

專案名稱	牙周病統合照護計畫								
民眾就醫可近性及健康狀況改善成效評估	<p>註：牙周病囊袋探測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。牙周囊袋深度降低的情形，臨床上代表牙周病病情的改善狀況。</p> <p>(2) 牙菌斑指數改善情形：治療前平均為 66.21%，治療後平均為 30.80%，改善 35.41%。</p> <p>註：牙菌斑指數代表牙周病病患本身的口腔清潔能力，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形。</p>								
	2. 評估指標項目								
	(1) 完成率：醫師申報第一階段後，申報第二、三階段之情形。								
	分區	99 年			100 年				
	人數	完成療程人數	完成率 (%)	人數	完成第二階段人數	完成率 (%)	完成第三階段人數	完成率 (%)	
	台北	1,239	1,065	85.96	6,442	6,212	96.43	5,110	79.32
	北區	341	269	78.89	2,659	2,526	95.00	1,998	75.14
	中區	440	341	77.50	5,804	5,587	96.26	4,641	79.96
	南區	499	439	87.98	3,946	3,781	95.82	3,207	81.27
	高屏	247	227	91.90	3,921	3,649	93.06	2,932	74.78
東區	146	117	80.14	421	402	95.49	331	78.62	
全國	2,912	2,458	84.41	23,193	22,157	95.53	18,219	78.55	
<p>註：1. 牙周病統合照護計畫療程全程至多 180 天。100 年完成率係以 100 年 1~9 月執行第一階段(P4001C)之個案，分別計算其於 180 天內完成第二、三階段(P4002C、P4003C)之比例。</p> <p>2. 99 年完成率係以 99 年 1~9 月申報第一階段(P4001C)之個案，計算於 99 年 1 月~100 年 3 月申報第二及三階段(P4002C、P4003C)之比例。</p>									
(2) 本計畫施行對象跨院所執行 91006C~91008C 之比例：									
分區	99 年百分比			100 年百分比					
台北	2.99%			0.74%					
北區	2.11%			0.59%					
中區	4.00%			0.72%					
南區	3.37%			0.87%					
高屏	2.48%			0.63%					
東區	2.07%			0.75%					
全國	3.15%			0.72%					
<p>註：1. 統計 100 年 1~9 月申請第一、二階段之病人，自申請第一階段起 180 天內跨院執行 91006C~91008C 個案件數。</p> <p>2. 91006C 為齒齦下刮除術(含牙根整平術)－全口</p> <p>91007C 為齒齦下刮除術(含牙根整平術)－1/2 顎</p> <p>91008C 為齒齦下刮除術(含牙根整平術)－局部</p>									

專案名稱	牙周病統合照護計畫
檢討與改進	<p>1.99 年新增，在行政部門、醫療服務供給者及民眾就醫習慣大幅配合調整後，對民眾之牙周病照護已逐年穩定提升。</p> <p>2.為照護更多有治療需求的民眾，牙醫全聯會協同健保局進行下列方案：</p> <p>(1)自 100 年度刪除事前審查，減少患者等候時間，提升醫師及病患參與意願。</p> <p>(2)雖取消事前審查，但本計畫隨一般案件抽審，審查時若被核刪，將被放大回推核扣費用，故醫師會謹慎執行。</p> <p>(3)提供牙周病治療院所查詢服務，於牙醫全聯會及健保局網站設立查詢專區，公告服務院所名單，提升民眾就醫可近性。為利民眾查詢，建置「全國牙醫師地理資訊管理系統(Dental GIS)」，民眾可藉由地圖詳細查詢服務之院所及醫師。</p> <p>(4)99、100 年度皆召開記者會宣導，並辦理相關推廣活動、教育訓練等。</p> <p>(5)牙醫合理門診點數排除 P4001C、P4002C、P4003C，並取消醫師每月收案限制，另將本計畫納入牙醫總額品質保證保留款分配之減計原則，增加醫師參與意願。</p>
101 年計畫修正重點	<p>1.由一般服務移撥 1.44 億元支應第三階段，100 年牙周病統合照護由一般服務改列專款項目，其中第三階段維持仍由一般服務支應，以每點 1 元結算，若預算不足，第四季採點值浮動結算，若有結餘，回歸一般服務，以排除各分區因擔心執行量大而影響分區點值之心理障礙。</p> <p>2.因本計畫於 99、100 年之申請及審查模式皆不相同，所以 99 年執行結果無法做為退場機制之計算基準，故刪除醫師退場機制規定。</p> <p>3.刪除限制醫師每月申報件數之規定，以提升執行率，並避免行政流程延誤民眾就醫權益。</p> <p>4.修訂成效評估指標：考量 91008C(齒齦下刮除術)為常見局部復發性處理，不應列為成效評估指標，爰予刪除。</p>

二、中醫門診總額專案計畫

1.中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

專案名稱	中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
目的	鼓勵中醫師至醫療資源不足地區執行中醫醫療服務，均衡中醫醫療資源分佈，期使全體保險對象獲得適當之中醫醫療照護。
分項計畫	1.中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫(以下簡稱巡迴計畫) 2.中醫門診總額醫療資源不足地區獎勵開業服務計畫(以下簡稱開業計畫) 3.中醫門診總額鼓勵偏遠地區中醫師長期進駐服務試辦計畫(以下簡稱長期進駐計畫)
執行目標	1.巡迴計畫：鼓勵中醫師至醫療資源不足地區提供中醫巡迴醫療服務，100年度以至少執行60個點計畫為目標，預期服務人次75,000人次，服務總天數3,000天。 2.開業計畫：減少三個(含)以上無中醫鄉鎮。 3.長期進駐計畫(100年新增)：本年度公告執行地區之中醫特約醫療機構數，不得減少。
經費來源及協定事項	1.100年經費7,440萬元。 2.鼓勵偏遠地區中醫長期進駐之診察費加成方式，屬新增項目，為審慎使用資源，其方案內容應嚴訂符合偏遠地區之條件及建立成效評估指標。原則試辦一年，視執行成效，檢討是否續辦。
費用支付	1.巡迴計畫： 採「論量加基本承作費」，每位中醫師每月看診日平均門診量限35人次，超過之部分其門診診察費及針灸、傷科、脫臼整復治療處置費零成支付。 (1)論量計酬費用，由一般服務預算支付(每點1元優先扣除)，按中醫支付標準申報，門診診察費加1成，加成部分由本項專款預算支付。 (2)基本承作費，由本項專款預算支付，論次計酬，按偏遠、山地、離島(一級、二級、三級)等不同地區別，分別給付3,000、8,000、10,000~12,000元。 (3)每位中醫師每月看診日平均門診量限35人次，超過之部分其門診診察費及針灸、傷科、脫臼整復治療處置費不予支付。 2.開業計畫： (1)採保障額度(每月定額，第一類為醫療資源不足之離島地區，保障30萬元；第二類為其他醫療資源不足地區，保障20萬元)，如申報點數超過保障額度，以實際申報點數計算。每點支付金額1元，若該區點值大於1元，以該區點值支付。 (2)承辦計畫第4個月開始，若連續2個月未滿保障額之30%(第一類)或60%(第二類)之醫療機構，自次月起即終止補助，以實際申報點數計算至計畫結束。

專案名稱	中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
費用支付	3.長期進駐計畫(100 年新增) 按中醫支付標準申報，門診診察費加 2 成，加成部分由本項專款預算支付。
執行內容	<p>1.施行區域：</p> <p>(1)巡迴及開業計畫： 健保局與全聯會於前一年 10 月調查時，醫療資源不足之山地、離島及偏遠地區為優先評選對象，並報經健保局總額支委會同意確認後，始開放申請。巡迴及獎勵開業施行鄉鎮數，分別為 105 及 49 個。</p> <p>(2)長期進駐計畫： 於 99 年 11 月 30 日調查時符合以下條件之地區，共 55 個鄉鎮。 ①人口少於 1 萬人之鄉鎮或每萬人口中醫師數小於 1 之鄉鎮且該鄉鎮開業中醫特約醫療機構數≤ 2。 ②符合上述條件之開業中醫特約醫療機構，每位中醫師每月平均申報醫療費用≤ 40 萬。</p> <p>2.服務時數：</p> <p>(1)巡迴：每個巡迴點每天至多 1 次，每週至多 2 次；每次巡迴醫療服務時間不得少於 2.5 小時。 (2)開業：每週至少提供 5 天門診(40 小時)並包含至少 3 次夜診。</p>
評核指標及退場機制	<p>1.評核指標 醫事人力之供給、醫療服務使用狀況、本地就醫率等。</p> <p>2.退場機制</p> <p>(1)對新設立院所、實施成效不佳、實地訪視醫療品質不佳、日報表資料不齊全，或未依本計畫規定辦理者，得經中醫全聯會重新評估後轉請健保局同意更換，或裁撤巡迴醫療服務點或終止計畫服務。 (2)於計畫執行期間因違反全民健康保險法及其相關法令，經保險人予以停止特約或終止特約者，自處分停約日起停止本計畫。</p>

專案名稱		中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案																																																																																																															
預算執行情形	96~100年預算執行情形																																																																																																																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>項目 \ 年度</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>預算數 (百萬元)</td> <td>75.0</td> <td>75.0</td> <td>90.0</td> <td>90.0</td> <td>74.4</td> </tr> <tr> <td>預算執行數 (百萬元)</td> <td>72.3</td> <td>72.5</td> <td>86.0</td> <td>90.0^{註1}</td> <td>62.5^{註2}</td> </tr> <tr> <td>預算執行率</td> <td>96.40%</td> <td>96.73%</td> <td>95.52%</td> <td>100.00%</td> <td>83.95%</td> </tr> </tbody> </table>	項目 \ 年度	96年	97年	98年	99年	100年	預算數 (百萬元)	75.0	75.0	90.0	90.0	74.4	預算執行數 (百萬元)	72.3	72.5	86.0	90.0 ^{註1}	62.5 ^{註2}	預算執行率	96.40%	96.73%	95.52%	100.00%	83.95%	資料來源：健保局中醫門診總額各分局一般服務每點支付金額結算說明表。 註：1.99年申請點數為98.51百萬點，超出預算，改採浮動點值(0.8839)，實支90百萬元。 2.100年預算執行數含撥補99年開業計畫費用1.02百萬元(僅1家診所，因其於99年案件分類申報錯誤，於100年第1季撥補)；另巡迴計畫之論量計酬費用21.09百萬元(每點1元)，由一般服務預算支付。																																																																																							
項目 \ 年度	96年	97年	98年	99年	100年																																																																																																												
預算數 (百萬元)	75.0	75.0	90.0	90.0	74.4																																																																																																												
預算執行數 (百萬元)	72.3	72.5	86.0	90.0 ^{註1}	62.5 ^{註2}																																																																																																												
預算執行率	96.40%	96.73%	95.52%	100.00%	83.95%																																																																																																												
歷年執行概況及結果	96~100年目標達成情形																																																																																																																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>項目 \ 年度</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6">巡迴計畫</td> </tr> <tr> <td colspan="6">1.目標數</td> </tr> <tr> <td>-計畫數</td> <td>44</td> <td>50</td> <td>60</td> <td>60</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>-總服務天數</td> <td>--</td> <td>2,500</td> <td>3,000</td> <td>3,000</td> <td>3,000</td> </tr> <tr> <td>-總服務人次</td> <td>--</td> <td>70,000</td> <td>75,000</td> <td>75,000</td> <td>75,000</td> </tr> <tr> <td colspan="6">2.目標執行數</td> </tr> <tr> <td>-計畫數(鄉鎮數)</td> <td>47</td> <td>51</td> <td>58</td> <td>61</td> <td>64</td> </tr> <tr> <td>-總服務天數</td> <td>--</td> <td>3,096</td> <td>3,320</td> <td>4,161</td> <td>4,352</td> </tr> <tr> <td>-總服務人次</td> <td>76,193</td> <td>87,042</td> <td>110,961</td> <td>120,603</td> <td>132,034</td> </tr> <tr> <td colspan="6">3.目標達成率</td> </tr> <tr> <td>-計畫數</td> <td>106.8%</td> <td>102.0%</td> <td>96.7%</td> <td>101.7%</td> <td>106.7%</td> </tr> <tr> <td>-總服務天數</td> <td>--</td> <td>123.8%</td> <td>110.7%</td> <td>138.7%</td> <td>145.1%</td> </tr> <tr> <td>-總服務人次</td> <td>--</td> <td>124.3%</td> <td>147.9%</td> <td>160.8%</td> <td>176.0%</td> </tr> <tr> <td colspan="6">開業計畫</td> </tr> <tr> <td>1.目標數(鄉)</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2.目標執行數(鄉)</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3.目標達成率</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>33.3%</td> <td>33.3%</td> </tr> </tbody> </table>	項目 \ 年度	96年	97年	98年	99年	100年	巡迴計畫						1.目標數						-計畫數	44	50	60	60	60	-總服務天數	--	2,500	3,000	3,000	3,000	-總服務人次	--	70,000	75,000	75,000	75,000	2.目標執行數						-計畫數(鄉鎮數)	47	51	58	61	64	-總服務天數	--	3,096	3,320	4,161	4,352	-總服務人次	76,193	87,042	110,961	120,603	132,034	3.目標達成率						-計畫數	106.8%	102.0%	96.7%	101.7%	106.7%	-總服務天數	--	123.8%	110.7%	138.7%	145.1%	-總服務人次	--	124.3%	147.9%	160.8%	176.0%	開業計畫						1.目標數(鄉)	3	3	3	3	3	2.目標執行數(鄉)	0	0	0	1	1	3.目標達成率	0%	0%	0%	33.3%	33.3%	資料來源：健保局。 註：開業計畫於99.7有1家診所申請(金門縣)，後因故於99.11退出。			
項目 \ 年度	96年	97年	98年	99年	100年																																																																																																												
巡迴計畫																																																																																																																	
1.目標數																																																																																																																	
-計畫數	44	50	60	60	60																																																																																																												
-總服務天數	--	2,500	3,000	3,000	3,000																																																																																																												
-總服務人次	--	70,000	75,000	75,000	75,000																																																																																																												
2.目標執行數																																																																																																																	
-計畫數(鄉鎮數)	47	51	58	61	64																																																																																																												
-總服務天數	--	3,096	3,320	4,161	4,352																																																																																																												
-總服務人次	76,193	87,042	110,961	120,603	132,034																																																																																																												
3.目標達成率																																																																																																																	
-計畫數	106.8%	102.0%	96.7%	101.7%	106.7%																																																																																																												
-總服務天數	--	123.8%	110.7%	138.7%	145.1%																																																																																																												
-總服務人次	--	124.3%	147.9%	160.8%	176.0%																																																																																																												
開業計畫																																																																																																																	
1.目標數(鄉)	3	3	3	3	3																																																																																																												
2.目標執行數(鄉)	0	0	0	1	1																																																																																																												
3.目標達成率	0%	0%	0%	33.3%	33.3%																																																																																																												

專案名稱		中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案						
歷年執行概況及結果	醫療服務提供情形	1.96~100年巡迴計畫						
		項目\年度		96年	97年	98年	99年	100年
		參與院所數及醫師數	院所數	49	56	61	66	75
			醫師數	111	114	124 (97)	152 (116)	166 (131)
		巡迴鄉鎮數	總計	47	51	58	61	64
		巡迴計畫點數	總計	69	83	103	104	108
		資料來源：中醫全聯會，98~100年醫師數括弧數值為健保局。 註：醫師數為院所登記擬參與該計畫者，括弧數值為實際參與該計畫且有申報費用之醫師。						
		2.開業計畫：100.4金門縣金寧鄉有1家診所申請，獲准同意自5月起服務，該診所目前仍在地參與本計畫。						
		3.100年長期進駐計畫(100年新增)						
		分區別		台北	北區	中區	南區	高屏
鄉鎮數		6	5	8	17	11	3	50
執行家數		7	7	10	21	12	4	61
執業醫師人數		14	7	10	22	13	4	70
資料來源：健保局。								
民眾利用情形		1.巡迴醫療服務提供情形及醫療費用申報概況						
		項目\年度		96年	97年	98年	99年	100年
		巡迴總診次		3,655	3,317	4,039	4,543	4,809
		總人次		76,193	87,042	110,961	120,603	132,034
		醫療費用點數(百萬)		48.42	57.50	73.73	79.09	75.79 ^註
		每診服務人次		21	26	27	27	27
		平均每人次費用點數		635.4	660.5	664.5	655.8	574.0 ^註
		資料來源：健保局。 註：100年醫療費用點數及平均每人次費用點數，僅計算以專款支付之費用，即論次和論量加成部分，不含論量之費用點數。96至99年則為論量、論次及論量加成之費用點數。						
		2.中醫師長期進駐服務試辦計畫(100年新增)						
		分區別		台北	北區	中區	南區	高屏
服務人數		11,575	12,423	12,981	30,660	16,967	6,345	90,951
服務人次		35,532	41,437	51,177	133,917	71,072	18,545	351,680
醫療費用點數(百萬)		20.55	19.99	25.03	68.24	36.88	10.73	181.42
平均每人次費用點數		578.4	482.3	489.0	509.6	518.9	578.7	515.9
資料來源：健保局。 註：醫療費用點數及平均每人次費用點數，不含門診診察費加成部分。								

專案名稱	中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
成效評估	<p>巡迴醫療服務計畫之巡迴鄉鎮數、總服務天數及總服務人數均已達成目標數；獎勵開業服務計畫達成率僅33%，將與中醫全聯會持續努力，鼓勵中醫師前往無中醫鄉鎮開業。</p>
檢討與改進	<ol style="list-style-type: none"> 1.鼓勵中醫師至無中醫地區巡迴醫療： <p>100年公告施行區域105個，實際執行63個，執行率60%。其中部分鄉鎮多年無中醫師承作，將於年度修改計畫時列入檢討。對服務人次偏低鄉鎮，應再評估巡迴時間、地點之適當性，並加強宣導。</p> 2.獎勵開業未達3個鄉鎮目標之檢討： <p>100年獎勵開業有執行1個鄉鎮，但仍未達目標，執行困難的原因在於獎勵開業地區多屬山地、離島，其生活機能與交通不便，醫師因家庭及個人因素選擇所致，另保障額度相較於一般地區開業申報點數之誘因不足，故目標不易達成。</p> 3.增訂考核要點： <p>為增進巡迴醫療服務品質及效益，將比照其他醫缺方案增訂考核要點，尤其每月平均每診次超過一定人次者，加強品質要求及監控。</p> 4.變更巡迴時間： <p>方案規定執行巡迴醫療服務者，如因故休診，應事先載明原由(非不可抗拒因素)核備、變更巡迴醫療服務承作方式、時間、每週服務次數或地點，須先將變更計畫報報備後始得變更，實務上院所有事後報備之情形，本局分區業務組將加強輔導特約院所確實依規定辦理。</p> 5.巡迴院所之核定： <p>執行中醫巡迴醫療服務有資源集中，有面積較小且里數、戶數及總人口數皆較少，巡迴院所家數較多情事，日後核定巡迴醫療服務計畫時，應評估當地人口數、部落分布及地理交通狀況，作適當適時之核定。</p>
101年計畫修正重點	<ol style="list-style-type: none"> 1.巡迴計畫支付方式： <p>調整基本承作費，除偏遠地區未調整外，其他各地區增加一成支付(山地8,000→8,800、一級離島10,000→11,000、二級離島11,000→12,100、三級離島12,000→13,200)。</p> 2.加強退場機制： <p>100年方案規定，經保險人停止特約或終止特院院所申請暫緩執行處分，仍得執行本方案。101年修正，申請暫緩處分者，自處分停約日起亦應停止執行本方案。</p>

2.中醫醫療照護計畫

專案名稱	中醫醫療照護計畫
分項計畫	<ol style="list-style-type: none"> 1.腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫(以下簡稱腦血管疾病後遺症計畫，99 年開始實施) 2.腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫(以下簡稱腦血管疾病住院計畫，95 年開始實施) 3.腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫(以下簡稱腫瘤住院計畫，95 年開始實施) 4.小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫(以下簡稱小兒氣喘計畫，95 年開始實施) 5.小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫(以下簡稱小兒腦麻計畫，95 年開始實施)
目的	<ol style="list-style-type: none"> 1.腦血管疾病後遺症計畫 針對病情已穩定、進入慢性復健期的腦血管疾病患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療積極主動介入，期使達到病患神經學功能進步、日常生活能力改善、生活品質提昇、降低醫療費用支出的目的。 2.腦血管疾病住院計畫 藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使達到神經學功能進步、日常生活能力改善、生活品質提昇，並縮短住院天數，降低醫療費用支出的目的。 3.腫瘤住院計畫 希透過中西醫結合的治療方式，期能減輕手術、放/化療後的不適症狀及疼痛，透過中醫的體質調理，提升患者的生活品質，並順利完成整個西醫療程。 4.小兒氣喘計畫 藉有計畫的中醫處置介入，幫助日益增多的氣喘患童，減緩發作的頻率與嚴重度。 5.小兒腦麻計畫 促進主要照顧者對患童的居家照護能力、降低主要照顧者的生、心理負擔、提升主要照顧者的家庭生活品質、減輕腦性麻痺患童的醫療成本支出。
經費來源及協定事項	<ol style="list-style-type: none"> 1.腦血管疾病後遺症計畫：100 年經費 9,000 萬元。 (1)應限定執行院所，執行期間以治療黃金期為限。 (2)應建立療效評估指標(含健康及品質改善指標)，並提送成效評估報告。 2.原三項延續性計畫，依計畫性質分列四項，100 年經費分別為： (1)腦血管疾病住院計畫，4,500 萬元；腫瘤住院計畫，1,000 萬元；小兒腦性計畫，2,000 萬元；小兒氣喘計畫，1,000 萬元。 (2)其中兩項西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫，限由設有中醫門診之醫院申請，經中醫門診總額受託單位審查，送健保局審核通過後實施。

專案名稱	中醫醫療照護計畫
經費來源及協定事項	(3)前開計畫已實施多年，請提出執行成果及療效評估報告，包括歷年醫療利用情形，及計畫未來改進方向。
費用支付	<p>1.按試辦計畫支付標準表申報，每點支付金額以 1 元暫付。試辦計畫支付標準表，包含：診察費、治療處置費、藥費、藥品調劑費、疾病管理照護費、中醫輔助醫療檢查費等項目。年底時進行全年結算，惟每點不高於 1 元。</p> <p>2.執行上限規定：</p> <p>(1)腦血管疾病後遺症計畫、腦血管疾病及腫瘤之住院計畫： 每位患者每週處置不得超過 3 次(加護病房之腦血管疾病及腫瘤患者除外)，超出上限者，不給付。</p> <p>(2)小兒氣喘、小兒腦麻計畫： 每日執行上限為 30 人次，每位患者每週以 1 次為限，超出上限者，不給付。</p>
執行內容	<p>1.95 年「腦血管疾病及褥瘡西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」，因褥瘡參與人數過少，於 98 年取消，新增腫瘤患者的照護，修訂為「腦血管疾病及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」。100 年拆分為「腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」及「腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」。</p> <p>2.照護對象定義：</p> <p>(1)腦血管疾病後遺症計畫：病人自述發生腦血管疾病之診斷日起 2 年內患者，經急性期處置後住院、出院、轉院，或轉入療護機構，由符合資格之中醫師提供門診專案照護計畫。</p> <p>(2)腦血管疾病住院計畫：自診斷日起 6 個月內之住院病患，需中醫輔助醫療協助者。</p> <p>(3)腫瘤住院計畫：需中醫輔助醫療之腫瘤住院患者。</p> <p>(4)小兒氣喘計畫：針對 15 歲以下(含)患童。</p> <p>(5)小兒腦麻計畫：針對 12 歲以下(含)患童。</p> <p>3.看診醫師應對當次看診病人提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。</p>
療效評估標準及退場機制	<p>1.療效評估標準：</p> <p>(1)腦血管疾病後遺症計畫、腦血管疾病住院計畫：美國國家衛生研究院中風評量表(NIHSS)、巴氏量表(Barthel Index)。</p> <p>(2)腫瘤住院計畫：癌症患者生命質量測定量表(EORTC QLQ-C30)、生活品質評估(ECOG)、中醫體質量表評估(BCQ)。</p> <p>(3)小兒氣喘計畫：一氧化氮檢測(Expiratory No)、肺功能試驗(Pulmonary function)、醃丑甲基膽鹼誘發性氣道收縮測試(Methacholine challenge test)、免疫球蛋白 E(Total IgE)等四項指標、</p>

專案名稱	中醫醫療照護計畫																																						
療效評估標準及退場機制	<p>生活品質量表(SF-36)或氣喘控制測驗(Asthma Control Test)。</p> <p>(4)小兒腦麻計畫：生活品質量表(SF-36)、學齡前兒童行為發展量表(CCDI)、粗動作功能評量表(GMFM)。</p> <p>2.退場機制： 成效不佳者、未依計畫規定事項執行者或未依中醫總額受託單位規定繳交相關資料、評量報表者，得經中醫總額受託單位重新評估後，停止執行本計畫服務。</p>																																						
歷年執行概況及結果	預算執行情形	96~100年預算執行情形																																					
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="296 584 842 685"></th> <th colspan="5" data-bbox="842 584 1455 685">年度</th> </tr> <tr> <th data-bbox="296 685 416 730">項目</th> <th data-bbox="416 685 842 730"></th> <th data-bbox="842 685 963 730">96年</th> <th data-bbox="963 685 1085 730">97年</th> <th data-bbox="1085 685 1206 730">98年</th> <th data-bbox="1206 685 1327 730">99年</th> <th data-bbox="1327 685 1455 730">100年</th> </tr> </thead> </table>			年度					項目		96年	97年	98年	99年	100年																							
				年度																																			
		項目		96年	97年	98年	99年	100年																															
		預算數(百萬元)	<table border="1"> <tbody> <tr> <td data-bbox="416 685 842 730">1.腦血管疾病後遺症計畫</td> <td data-bbox="842 685 963 730">--</td> <td data-bbox="963 685 1085 730">--</td> <td data-bbox="1085 685 1206 730">--</td> <td data-bbox="1206 685 1327 730">90.0</td> <td data-bbox="1327 685 1455 730">90.0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="416 730 842 775">2.腦血管疾病住院計畫</td> <td data-bbox="842 730 963 775"></td> <td data-bbox="963 730 1085 775"></td> <td data-bbox="1085 730 1206 775"></td> <td data-bbox="1206 730 1327 775"></td> <td data-bbox="1327 730 1455 775">45.0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="416 775 842 819">3.腫瘤住院計畫</td> <td data-bbox="842 775 963 819">85.0</td> <td data-bbox="963 775 1085 819">85.0</td> <td data-bbox="1085 775 1206 819">85.0</td> <td data-bbox="1206 775 1327 819">85.0</td> <td data-bbox="1327 775 1455 819">10.0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="416 819 842 864">4.小兒氣喘計畫</td> <td data-bbox="842 819 963 864"></td> <td data-bbox="963 819 1085 864"></td> <td data-bbox="1085 819 1206 864"></td> <td data-bbox="1206 819 1327 864"></td> <td data-bbox="1327 819 1455 864">10.0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="416 864 842 909">5.小兒腦麻計畫</td> <td data-bbox="842 864 963 909"></td> <td data-bbox="963 864 1085 909"></td> <td data-bbox="1085 864 1206 909"></td> <td data-bbox="1206 864 1327 909"></td> <td data-bbox="1327 864 1455 909">20.0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="416 909 842 965">合計</td> <td data-bbox="842 909 963 965">85.0</td> <td data-bbox="963 909 1085 965">85.0</td> <td data-bbox="1085 909 1206 965">85.0</td> <td data-bbox="1206 909 1327 965">175.0</td> <td data-bbox="1327 909 1455 965">175.0</td> </tr> </tbody> </table>	1.腦血管疾病後遺症計畫	--	--	--	90.0	90.0	2.腦血管疾病住院計畫					45.0	3.腫瘤住院計畫	85.0	85.0	85.0	85.0	10.0	4.小兒氣喘計畫					10.0	5.小兒腦麻計畫					20.0	合計	85.0	85.0	85.0	175.0	175.0
		1.腦血管疾病後遺症計畫	--	--	--	90.0	90.0																																
		2.腦血管疾病住院計畫					45.0																																
		3.腫瘤住院計畫	85.0	85.0	85.0	85.0	10.0																																
		4.小兒氣喘計畫					10.0																																
		5.小兒腦麻計畫					20.0																																
合計	85.0	85.0	85.0	175.0	175.0																																		
執行數(百萬元)	<table border="1"> <tbody> <tr> <td data-bbox="416 965 842 1010">1.腦血管疾病後遺症計畫</td> <td data-bbox="842 965 963 1010">—</td> <td data-bbox="963 965 1085 1010">—</td> <td data-bbox="1085 965 1206 1010">—</td> <td data-bbox="1206 965 1327 1010">31.4</td> <td data-bbox="1327 965 1455 1010">98.4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="416 1010 842 1055">2.腦血管疾病住院計畫</td> <td data-bbox="842 1010 963 1055">26.0</td> <td data-bbox="963 1010 1085 1055">36.2</td> <td data-bbox="1085 1010 1206 1055">51.5</td> <td data-bbox="1206 1010 1327 1055">60.3</td> <td data-bbox="1327 1010 1455 1055">53.6</td> </tr> <tr> <td data-bbox="416 1055 842 1099">3.腫瘤住院計畫</td> <td data-bbox="842 1055 963 1099"></td> <td data-bbox="963 1055 1085 1099"></td> <td data-bbox="1085 1055 1206 1099"></td> <td data-bbox="1206 1055 1327 1099"></td> <td data-bbox="1327 1055 1455 1099">13.9</td> </tr> <tr> <td data-bbox="416 1099 842 1144">4.小兒氣喘計畫</td> <td data-bbox="842 1099 963 1144">6.6</td> <td data-bbox="963 1099 1085 1144">8.1</td> <td data-bbox="1085 1099 1206 1144">10.3</td> <td data-bbox="1206 1099 1327 1144">12.1</td> <td data-bbox="1327 1099 1455 1144">13.9</td> </tr> <tr> <td data-bbox="416 1144 842 1189">5.小兒腦麻計畫</td> <td data-bbox="842 1144 963 1189">24.8</td> <td data-bbox="963 1144 1085 1189">24.3</td> <td data-bbox="1085 1144 1206 1189">20.7</td> <td data-bbox="1206 1144 1327 1189">19.8</td> <td data-bbox="1327 1144 1455 1189">17.4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="416 1189 842 1245">合計</td> <td data-bbox="842 1189 963 1245">57.4</td> <td data-bbox="963 1189 1085 1245">68.6</td> <td data-bbox="1085 1189 1206 1245">82.4</td> <td data-bbox="1206 1189 1327 1245">123.6</td> <td data-bbox="1327 1189 1455 1245">197.4</td> </tr> </tbody> </table>	1.腦血管疾病後遺症計畫	—	—	—	31.4	98.4	2.腦血管疾病住院計畫	26.0	36.2	51.5	60.3	53.6	3.腫瘤住院計畫					13.9	4.小兒氣喘計畫	6.6	8.1	10.3	12.1	13.9	5.小兒腦麻計畫	24.8	24.3	20.7	19.8	17.4	合計	57.4	68.6	82.4	123.6	197.4		
1.腦血管疾病後遺症計畫	—	—	—	31.4	98.4																																		
2.腦血管疾病住院計畫	26.0	36.2	51.5	60.3	53.6																																		
3.腫瘤住院計畫					13.9																																		
4.小兒氣喘計畫	6.6	8.1	10.3	12.1	13.9																																		
5.小兒腦麻計畫	24.8	24.3	20.7	19.8	17.4																																		
合計	57.4	68.6	82.4	123.6	197.4																																		
預算執行率	<table border="1"> <tbody> <tr> <td data-bbox="416 1245 842 1290">1.腦血管疾病後遺症計畫</td> <td data-bbox="842 1245 963 1290">--</td> <td data-bbox="963 1245 1085 1290">--</td> <td data-bbox="1085 1245 1206 1290">--</td> <td data-bbox="1206 1245 1327 1290">34.9%</td> <td data-bbox="1327 1245 1455 1290">109.4%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="416 1290 842 1335">2.腦血管疾病住院計畫</td> <td data-bbox="842 1290 963 1335"></td> <td data-bbox="963 1290 1085 1335"></td> <td data-bbox="1085 1290 1206 1335"></td> <td data-bbox="1206 1290 1327 1335"></td> <td data-bbox="1327 1290 1455 1335">119.2%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="416 1335 842 1379">3.腫瘤住院計畫</td> <td data-bbox="842 1335 963 1379">67.5%</td> <td data-bbox="963 1335 1085 1379">80.8%</td> <td data-bbox="1085 1335 1206 1379">97.0%</td> <td data-bbox="1206 1335 1327 1379">108.4%</td> <td data-bbox="1327 1335 1455 1379">139.4%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="416 1379 842 1424">4.小兒氣喘計畫</td> <td data-bbox="842 1379 963 1424"></td> <td data-bbox="963 1379 1085 1424"></td> <td data-bbox="1085 1379 1206 1424"></td> <td data-bbox="1206 1379 1327 1424"></td> <td data-bbox="1327 1379 1455 1424">139.4%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="416 1424 842 1469">5.小兒腦麻計畫</td> <td data-bbox="842 1424 963 1469"></td> <td data-bbox="963 1424 1085 1469"></td> <td data-bbox="1085 1424 1206 1469"></td> <td data-bbox="1206 1424 1327 1469"></td> <td data-bbox="1327 1424 1455 1469">87.2%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="416 1469 842 1525">合計</td> <td data-bbox="842 1469 963 1525">67.5%</td> <td data-bbox="963 1469 1085 1525">80.8%</td> <td data-bbox="1085 1469 1206 1525">97.0%</td> <td data-bbox="1206 1469 1327 1525">70.6%</td> <td data-bbox="1327 1469 1455 1525">112.8%</td> </tr> </tbody> </table>	1.腦血管疾病後遺症計畫	--	--	--	34.9%	109.4%	2.腦血管疾病住院計畫					119.2%	3.腫瘤住院計畫	67.5%	80.8%	97.0%	108.4%	139.4%	4.小兒氣喘計畫					139.4%	5.小兒腦麻計畫					87.2%	合計	67.5%	80.8%	97.0%	70.6%	112.8%		
1.腦血管疾病後遺症計畫	--	--	--	34.9%	109.4%																																		
2.腦血管疾病住院計畫					119.2%																																		
3.腫瘤住院計畫	67.5%	80.8%	97.0%	108.4%	139.4%																																		
4.小兒氣喘計畫					139.4%																																		
5.小兒腦麻計畫					87.2%																																		
合計	67.5%	80.8%	97.0%	70.6%	112.8%																																		
<p>資料來源：健保局中醫門診總額各分局一般服務每點支付金額結算說明表。</p> <p>註：99年第2~5項計畫超支7.2百萬元，依規定於15百萬元額度內，可由腦血管疾病後遺症計畫支應。</p>																																							

專案名稱		中醫醫療照護計畫						
醫療服務提供情形	96~100年參與院所數及中醫師數							
	計畫別	項目\年度	96年	97年	98年	99年	100年	
	腦血管疾病後遺症計畫	參與院所數	—	—	—	82	207	
		參與中醫師數	—	—	—	186	530	
	腦血管疾病住院計畫	參與院所數	19	22	26	30	36	
		參與中醫師數	83	81	104	114	171	
	腫瘤住院計畫	參與院所數	—	—	20	23	29	
		參與中醫師數	—	—	85	92	151	
	小兒氣喘計畫	參與院所數	9	11	13	13	18	
		參與中醫師數	28	28	31	35	87	
	小兒腦麻計畫	參與院所數	7	7	9	11	12	
		參與中醫師數	26	22	28	24	48	
	資料來源：中醫全聯會。							
	歷年執行概況及結果	1.腦血管疾病後遺症計畫						
項目\年度		99年	100年	101年Q1				
收案人數		2,349	5,158	3,000				
就醫次數		39,837	126,313	38,181				
總申請費用(百萬點)		31.4	98.4	30.8				
平均每人就醫次數		17.0	24.5	12.7				
平均每次費用		789	779	808				
平均每人費用		13,375	19,084	10,280				
資料來源：健保局。								
民眾利用情形		2.腦血管疾病住院計畫						
		項目\年度	96年	97年	98年	99年	100年	101年Q1
		收案人數	1,864	2,736	3,692	4,377	4,256	1,522
		就醫次數	26,366	36,374	43,825	44,721	49,961	12,400
		總申請費用(百萬)	25.51	36.17	44.33	49.19	53.6	13.5
	平均每人就醫次數	14.1	13.3	11.9	10.2	11.7	8.1	
	平均每次費用	968	994	1,011	1,100	1,074	1,088	
	平均每人費用	13,686	13,219	12,006	11,238	12,604	8,868	
	資料來源：96~99年為中醫全聯會，100年為健保局。							

專案名稱		中醫醫療照護計畫						
歷年執行概況及結果	民眾利用情形	3.腫瘤住院計畫						
		項目\年度	98年	99年	100年	101年Q1		
		收案人數	1,121	1,831	2,098	675		
		就醫次數	5,932	9,102	11,013	2,489		
		總申請費用(百萬點)	7.29	11.31	13.9	3.3		
		平均每人就醫次數	5.3	5.0	5.2	3.7		
		平均每次費用	1,229	1,243	1,266	1,329		
		平均每人費用	6,506	6,178	6,644	4,902		
		資料來源：98~99年為中醫全聯會，100年為健保局。						
		4.小兒氣喘計畫						
		項目\年度	96年	97年	98年	99年	100年	101年Q1
		收案人數	282	273	289	393	387	226
		就醫次數	2,970	3,380	3,921	4,852	5,303	1,076
		總申請費用(百萬)	7.0	8.1	10.3	12.1	13.9	3.0
		平均每人就醫次數	10.5	12.4	13.6	12.3	13.7	4.8
		平均每次費用	2,364	2,411	2,638	2,496	2,629	2,743
		平均每人費用	24,902	29,848	35,791	30,820	36,020	13,059
		資料來源：健保局。						
		5.小兒腦麻計畫						
		項目\年度	96年	97年	98年	99年	100年	101年Q1
		收案人數	371	355	326	307	275	192
就醫次數	9,385	9,273	7,880	8,001	6,426	1,403		
總申請費用(百萬)	24.9	24.3	20.8	19.8	17.4	4.2		
平均每人就醫次數	25.3	26.1	24.2	26.1	23.4	7.3		
平均每次費用	2,658	2,618	2,634	2,469	2,715	2,967		
平均每人費用	67,227	68,394	63,664	64,352	63,448	21,682		
資料來源：健保局。								

專案名稱	中醫醫療照護計畫				
成效評估	1.參加計畫者與未參加計畫者之中西醫療利用與費用分析(資料來源：健保局)				
	(1)腦血管疾病後遺症計畫				
	a.追蹤個案				
	自 99 年實施，追蹤之目標族群為 25,522 人，參與計畫人數 2,269 人，占率為 8.9%，醫療利用統計如下：				
	項目		年度	99 年	100 年
	年度追蹤人數	全部	試辦	2,269	1,305
			非試辦	23,253	9,626
			合計	25,522	10,931
		中醫	試辦	2,269	1,305
			非試辦	23,253	9,626
		西醫	試辦	2,112	1,147
	非試辦		18,505	7,568	
	醫療費用(百萬)	全部	試辦	161.4	122.4
			非試辦	1,119.4	579.3
			合計	1,280.7	701.7
		中醫	試辦	52.6	36.1
			非試辦	182.2	118.4
		西醫	試辦	108.7	86.3
	非試辦		937.1	460.9	
	平均每人費用	全部	試辦	71,113	93,782
非試辦			48,138	60,178	
合計			50,181	64,190	
中醫		試辦	23,187	27,640	
		非試辦	7,837	12,298	
西醫		試辦	51,488	75,253	
	非試辦	50,642	60,900		
平均就醫次數	全部	試辦	42.0	57.1	
		非試辦	23.5	32.4	
		合計	25.1	35.3	
	中醫	試辦	26.3	34.0	
		非試辦	8.6	14.0	
	西醫	試辦	16.8	26.2	
非試辦		18.7	23.5		
平均每人急診次數			試辦	1.3	
			非試辦	1.4	
平均住院次數			試辦	1.3	
			非試辦	1.2	
平均每人每次住院天數			試辦	26.3	
			非試辦	25	

專案名稱	中醫醫療照護計畫					
成效評估	b.非追蹤個案(橫斷研究，目標族群條件同追蹤個案，每年度獨立選取目標族群)					
	項目		年度	99 年	100 年	
	年度追蹤人數		全部	試辦	2,269	5,007
				非試辦	23,253	21,614
				合計	25,522	26,621
			中醫	試辦	2,269	5,007
				非試辦	23,253	21,614
			西醫	試辦	2,112	4,475
	非試辦	18,505		17,034		
	醫療費用(百萬)		全部	試辦	161.4	396.8
				非試辦	1,119.4	1,018.8
				合計	1,280.7	1,415.7
			中醫	試辦	52.6	130.5
				非試辦	182.2	169.1
			西醫	試辦	108.7	266.4
	非試辦	937.1		849.7		
	平均每人費用		全部	試辦	71,113	79,258
				非試辦	48,138	47,138
				合計	50,181	53,179
			中醫	試辦	23,187	26,056
				非試辦	7,837	7,825
			西醫	試辦	51,488	59,527
	非試辦	50,642		49,883		
	平均就醫次數		全部	試辦	42	49
				非試辦	23.5	23
				合計	25.1	27.9
			中醫	試辦	26.3	31
				非試辦	8.6	9
西醫			試辦	16.8	20	
	非試辦	18.7	18			
平均每人急診次數		試辦		1.4	1	
		非試辦		1.4	1	
平均住院次數		試辦		1.3	1.3	
		非試辦		1.2	1.3	
平均每人每次住院天數		試辦		36.4	30.6	
		非試辦		27.0	28.0	
註:經比對腦血管疾病住院計畫名單，其於門診接續治療者，99 年有 830 人，100 年有 1,321 人。						

專案名稱	中醫醫療照護計畫				
成效評估	-試辦個案扣除來自於腦血管疾病住院計畫之接續照護個案				
	項目		年度	99 年	100 年
	年度追蹤人數	全部	試辦	1,439	3,686
			非試辦	23,253	21,614
			合計	24,692	25,300
		中醫	試辦	1,439	3,686
			非試辦	23,253	21,614
		西醫	試辦	1,308	3,234
	非試辦		18,505	17,034	
	醫療費用(百萬)	全部	試辦	95.0	281.1
			非試辦	1,119.4	1,018.8
			合計	1,214.3	1,300.0
		中醫	試辦	24.9	84.6
			非試辦	182.2	169.1
		西醫	試辦	70.1	196.6
	非試辦		937.1	849.7	
	平均每人費用	全部	試辦	66,008	76,274
			非試辦	48,138	47,138
			合計	49,179	51,383
		中醫	試辦	17,287	22,941
			非試辦	7,837	7,825
		西醫	試辦	53,600	60,787
	非試辦		50,642	49,883	
	平均就醫次數	全部	試辦	37.8	47.0
			非試辦	23.5	23.0
			合計	24.3	26.5
		中醫	試辦	21.0	29.0
			非試辦	8.6	9.0
西醫		試辦	18.5	21.0	
	非試辦	18.7	18.0		
平均每人急診次數			試辦	1.3	1.0
			非試辦	1.4	1.0
平均住院次數			試辦	1.2	1.2
			非試辦	1.2	1.3
平均每人每次住院天數			試辦	24.5	21.1
			非試辦	27.0	28.0

專案名稱	中醫醫療照護計畫									
成效評估	(2)腦血管疾病住院計畫									
	a.追蹤個案 自 95 年實施，追蹤之目標族群為 20,479 人，參與計畫人數 854 人，占率為 4.2%，醫療利用統計如下：									
	項目		年度		95 年	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年
	年度 追蹤 人數	全部	試辦	854	447	181	106	69	50	
			非試辦	19,625	7,659	3,841	2,397	1,620	1,124	
			合計	20,479	8,106	4,022	2,503	1,689	1,174	
		中醫	試辦	854	447	181	106	69	50	
			非試辦	19,625	7,659	3,841	2,397	1,620	1,124	
		西醫	試辦	772	411	163	96	61	41	
	非試辦		15,065	5,956	2,956	1,816	1,225	842		
	醫療 費用 (百 萬)	全部	試辦	35.9	39.4	16.7	9.2	5.4	3.3	
			非試辦	855.1	410.6	203.7	122.7	79.6	54.8	
			合計	891.1	450.0	220.4	131.9	85.0	58.1	
		中醫	試辦	11.8	7.7	2.6	1.8	1.2	0.9	
			非試辦	110.2	72.1	45.6	31.8	21.0	14.8	
		西醫	試辦	24.1	31.7	14.1	7.4	4.3	2.4	
	非試辦		744.9	338.5	158.1	90.9	58.6	40.0		
	平均 每人 費用	全部	試辦	42,067	88,183	92,275	86,603	78,705	65,095	
			非試辦	43,574	53,605	53,028	51,194	49,116	48,753	
			合計	43,511	55,512	54,794	52,694	50,325	49,449	
		中醫	試辦	13,834	17,326	14,294	16,798	16,890	17,146	
			非試辦	5,616	9,415	11,869	13,254	12,969	13,185	
		西醫	試辦	31,232	77,063	86,592	77,076	69,921	58,474	
	非試辦		49,448	56,826	53,481	50,079	47,803	47,480		
	平均 就醫 次數	全部	試辦	22.9	41.4	40.7	42.1	42.8	38.3	
			非試辦	20.7	28.0	30.0	30.8	30.7	31.0	
合計			20.8	28.7	30.5	31.3	31.2	31.3		
中醫		試辦	14.5	18.1	14.5	16.6	17.9	19.2		
		非試辦	6.9	10.9	13.0	14.3	14.4	14.8		
西醫		試辦	9.3	25.3	29.1	28.2	28.1	23.3		
	非試辦	18.0	21.9	22.1	21.8	21.6	21.7			
平均每人 急診次數	試辦	1.3	1.4	1.4	4.4	3.6	4.3			
	非試辦	1.3	1.5	1.4	1.6	1.4	1.4			
平均住院 次數	試辦	1.3	1.3	1.2	2.1	1.8	1.0			
	非試辦	1.3	1.3	1.2	1.2	1.1	1.1			
平均每人 每次住院 天數	試辦	41.8	38.8	20.5	21.3	27.9	22.6			
	非試辦	20.0	19.5	17.4	13.6	20.5	12.6			

專案名稱	中醫醫療照護計畫					
成效評估	b.非追蹤個案(橫斷研究，目標族群條件同追蹤個案，每年度獨立選取目標族群)					
	項目		年度	99 年	100 年	
	年度追蹤人數		全部	試辦	3,758	4,161
				非試辦	21,764	22,460
				合計	25,522	26,621
			中醫	試辦	3,758	4,161
				非試辦	21,764	22,460
			西醫	試辦	3,445	3,759
	非試辦	17,172		17,750		
	醫療費用(百萬)		全部	試辦	218.4	253.1
				非試辦	1,062.4	1,162.6
				合計	1,280.7	1,415.7
			中醫	試辦	66.3	81.0
				非試辦	168.5	218.6
			西醫	試辦	152.0	172.1
	非試辦	893.8		944.0		
	平均每人費用		全部	試辦	58,104	60,831
				非試辦	48,813	51,762
				合計	50,181	53,180
			中醫	試辦	17,646	19,465
				非試辦	7,743	9,733
			西醫	試辦	44,134	45,790
	非試辦	52,052		53,181		
	平均就醫次數		全部	試辦	30	33
				非試辦	24	27
				合計	24.9	27.9
			中醫	試辦	17	20
非試辦				9	12	
西醫			試辦	13	14	
	非試辦	20	20			
平均每人急診次數		試辦		1.4	1.4	
		非試辦		1.3	1.3	
平均住院次數		試辦		1.3	1.4	
		非試辦		1.2	1.2	
平均每人每次住院天數		試辦		43.3	43.0	
		非試辦		20.1	19.7	

專案名稱

中醫醫療照護計畫

(3)腫瘤住院計畫

a.追蹤個案

自 98 年實施，追蹤之目標族群為 38,723 人，參與計畫人數 1,263 人，占率為 3.4%，醫療利用統計如下：

項目		年度			
		98 年	99 年	100 年	
年度追 蹤人數	全部	試辦	1,263	384	138
		非試辦	37,460	14,131	7,479
		合計	38,723	14,515	7,617
	中醫	試辦	1,263	384	138
		非試辦	37,460	14,131	7,479
	西醫	試辦	1,218	368	134
非試辦		27,891	11,513	6,467	
醫療費 用(百 萬)	全部	試辦	170.8	60.2	14.4
		非試辦	2,443.1	947.4	483.7
		合計	2,613.9	1,007.6	498.1
	中醫	試辦	9.7	3.7	1.4
		非試辦	146.0	95.3	61.8
	西醫	試辦	161.2	56.5	13.0
非試辦		2,297.0	852.1	421.9	
平均每 人費用	全部	試辦	135,264	156,759	104,023
		非試辦	65,218	67,046	64,677
		合計	67,503	69,419	65,390
	中醫	試辦	7,667	9,715	10,029
		非試辦	3,897	6,744	8,268
	西醫	試辦	132,312	153,438	96,799
非試辦		82,358	74,015	65,237	
平均就 醫次數	全部	試辦	27.7	34.8	35.4
		非試辦	18.1	23.5	26
		合計	18.4	23.8	26.2
	中醫	試辦	7.9	11.6	13.2
		非試辦	6.3	10.1	12.1
	西醫	試辦	20.5	24.2	22.8
非試辦		15.9	16.4	16.2	
平均每人 急診次數	試辦	2.3	2.1	2	
	非試辦	2.0	2.0	2	
平均住院 次數	試辦	2.1	1.9	2.2	
	非試辦	1.7	1.7	1.7	
平均每人每次住 院天數	試辦	37.2	34.1	26.3	
	非試辦	17.1	19.8	19.1	

成效評估

專案名稱	中醫醫療照護計畫					
成效評估	b.非追蹤個案(橫斷研究，目標族群條件同追蹤個案，每年度獨立選取目標族群)					
	項目		年度	99 年	100 年	
	年度追蹤人數		全部	試辦	1,777	2,056
				非試辦	39,085	41,118
				合計	40,862	43,174
			中醫	試辦	1,777	2,056
				非試辦	39,085	41,118
			西醫	試辦	1,697	1,981
	非試辦	28,945		30,898		
	醫療費用(百萬)		全部	試辦	241.8	305.5
				非試辦	2,610.5	2,889.5
				合計	2,852.3	3,195.1
			中醫	試辦	14.7	18.6
				非試辦	156.2	170.5
			西醫	試辦	227.1	286.9
	非試辦	2,454.3		2,719.1		
	平均每人費用		全部	試辦	136,077	148,602
				非試辦	66,790	70,274
				合計	69,803	74,004
			中醫	試辦	8,263	9,069
				非試辦	3,996	4,146
			西醫	試辦	133,839	144,816
	非試辦	84,791		88,001		
	平均就醫次數		全部	試辦	28	30
				非試辦	18	18
				合計	18.4	18.6
			中醫	試辦	8	9
				非試辦	6	7
西醫			試辦	20	21	
	非試辦	16	16			
平均每人急診次數		試辦	2	2		
		非試辦	2	2		
平均住院次數		試辦	2	2		
		非試辦	1.7	1.7		
平均每人每次住院天數		試辦	37	34		
		非試辦	17	16.4		

專案名稱	中醫醫療照護計畫								
成效評估	(4)小兒氣喘計畫								
	a.追蹤個案								
	自 95 年實施，追蹤之目標族群為 3,931 人，參與計畫人數 147 人，占率為 3.7%，醫療利用統計如下：								
	項目 \ 年度		95 年	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年	
	年度 追蹤 人數	全部	試辦	147	61	21	13	8	3
			非試辦	3,784	903	282	116	46	24
			合計	3,931	964	303	129	54	27
		中醫	試辦	147	61	21	13	8	3
			非試辦	3,784	903	282	116	46	24
		西醫	試辦	95	40	15	8	5	--
	非試辦		1,981	457	140	56	16	9	
	醫療 費用 (百 萬)	全部	試辦	4.73	1.43	0.78	0.49	0.24	0.11
			非試辦	17.23	4.92	1.68	0.73	0.25	0.16
			合計	21.96	6.36	2.47	1.22	0.50	0.27
		中醫	試辦	4.10	1.23	0.45	0.44	0.23	0.11
			非試辦	7.11	2.83	1.15	0.53	0.17	0.11
		西醫	試辦	0.63	0.20	0.34	0.05	0.02	--
	非試辦		10.11	2.09	0.53	0.20	0.08	0.04	
	平均 每人 費用	全部	試辦	32,186	23,495	37,277	37,403	30,608	37,367
			非試辦	4,553	5,452	5,974	6,313	5,438	6,463
			合計	5,586	6,594	8,144	9,446	9,167	9,897
		中醫	試辦	27,878	20,187	21,213	33,518	28,414	37,367
			非試辦	1,880	3,135	4,088	4,551	3,749	4,739
		西醫	試辦	6,667	5,044	22,488	6,312	3,511	--
	非試辦		5,105	4,579	3,799	3,650	4,857	4,599	
	平均 就醫 次數	全部	試辦	18.1	14.5	16.2	20.2	17	17.7
			非試辦	6.0	7.3	7.5	7.6	8.2	9.3
			合計	6.5	7.8	8.1	8.9	9.5	10.2
中醫		試辦	14.3	11.2	11.9	16.8	14.9	17.7	
		非試辦	3.3	4.7	5.3	5.4	6.5	7.9	
西醫		試辦	5.8	5.0	6.0	5.5	3.4	-	
	非試辦	5.1	5.2	4.5	4.5	5.0	3.8		
平均每人 急診次數		試辦	1.2	1.3	5.5	2.0	--	--	
		非試辦	1.6	1.7	1.4	1.1	1.0	1.0	
平均住院 次數		試辦	1.2	1.0	1.0	2.0	1.0	-	
		非試辦	1.2	1.2	1.0	1.3	1.0	1.0	
平均每人 每次住院 天數		試辦	4.5	5.3	3.0	5.5	3.0	-	
		非試辦	4.0	4.4	3.8	6.0	3.0	5.0	

專案名稱

中醫醫療照護計畫

b.非追蹤個案(橫斷研究，目標族群條件同追蹤個案，每年度獨立選取目標族群)

成效評估

項目		年度		99年	100年
		試辦	非試辦		
年度追蹤人數	全部	試辦		306	300
		非試辦		2,975	2,746
		合計		3,281	3,046
	中醫	試辦		306	300
		非試辦		2,975	2,746
	西醫	試辦		202	192
非試辦			1,640	1,499	
醫療費用(百萬)	全部	試辦		10.7	12.8
		非試辦		14.0	13.0
		合計		24.7	25.8
	中醫	試辦		9.7	11.2
		非試辦		6.2	5.9
	西醫	試辦		1.0	1.6
非試辦			7.8	7.0	
平均每人費用	全部	試辦		34,970	42,704
		非試辦		4,703	4,719
		合計		7,526	8,460
	中醫	試辦		31,564	37,238
		非試辦		2,090	2,152
	西醫	試辦		5,160	8,540
非試辦			4,741	4,703	
平均就醫次數	全部	試辦		17	19
		非試辦		7	6
		合計		7.9	7.3
	中醫	試辦		13	15
		非試辦		3	3
	西醫	試辦		6	7
非試辦			6	5	
平均每人急診次數		試辦		2	2
		非試辦		2	2
平均住院次數		試辦		1.1	1.4
		非試辦		1.2	1.3
平均每人每次住院天數		試辦		3.6	6
		非試辦		4.3	4.5

專案名稱	中醫醫療照護計畫									
成效評估	(5)小兒腦麻計畫									
	a.追蹤個案									
	自 95 年實施，追蹤之目標族群為 742 人，參與計畫人數 253 人，占率為 34.1%，醫療利用統計如下：									
			年度	95 年	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年	
	年度 追蹤 人數	全部	試辦	253	178	116	88	56	44	
			非試辦	489	250	144	86	50	31	
			合計	742	428	260	174	106	75	
		中醫	試辦	253	178	116	88	56	44	
			非試辦	489	250	144	86	50	31	
		西醫	試辦	226	169	111	82	52	42	
			非試辦	382	206	126	77	45	28	
		醫療 費用 (百 萬)	全部	試辦	29.76	28.96	21.23	15.32	10.11	7.04
				非試辦	33.13	21.37	12.10	7.23	3.80	2.63
	合計			62.89	50.34	33.33	22.56	13.91	9.68	
	中醫		試辦	11.05	12.43	8.66	5.77	3.90	2.61	
			非試辦	3.46	3.73	2.38	1.47	0.89	0.62	
	西醫		試辦	18.71	16.54	12.57	9.55	6.21	4.44	
			非試辦	29.67	17.64	9.71	5.76	2.91	2.01	
	平均 每人 費用		全部	試辦	117,642	162,723	183,051	174,130	180,506	160,109
		非試辦		67,753	85,499	84,015	84,121	76,085	84,856	
		合計		84,764	117,616	128,200	129,643	131,251	129,004	
		中醫	試辦	43,675	69,814	74,656	65,556	69,636	59,227	
			非試辦	7,084	14,923	16,552	17,106	17,813	20,046	
		西醫	試辦	82,804	97,856	113,278	116,518	119,399	105,686	
			非試辦	77,663	85,650	77,101	74,847	64,747	71,753	
		平均 就醫 次數	全部	試辦	47.2	64	71.1	68.3	73.3	65.8
	非試辦			30.7	39.6	41	42.7	40.8	43.1	
合計	36.3			49.7	54.4	55.6	58.0	56.4		
中醫	試辦		21	30.5	33.5	29.2	31.4	25.5		
	非試辦		9.3	13.7	14.5	15.4	15.6	17.1		
西醫	試辦		29.3	35.2	39.3	42	45.2	42.2		
	非試辦		27.4	31.4	30.3	30.5	28	28.7		
平均每人 急診次數	試辦		1.5	1.6	1.6	1.3	1.3	1.6		
	非試辦	1.5	1.3	1.6	2.0	1.5	1.5			
平均住院 次數	試辦	1.0	1.3	1.0	1.0	1.0	1.3			
	非試辦	1.3	1.2	1.0	1.0	1.0	1.0			
平均每人 每次住院 天數	試辦	6.1	10.8	5.3	3.9	4.0	6.3			
	非試辦	7.8	6.8	5.2	4.7	21.0	6.0			

專案名稱	中醫醫療照護計畫					
成效評估	b.非追蹤個案(橫斷研究，目標族群條件同追蹤個案，每年度獨立選取目標族群)					
	項目		年度	99年	100年	
	年度追蹤人數		全部	試辦	282	245
				非試辦	335	340
				合計	617	585
			中醫	試辦	282	245
				非試辦	335	340
			西醫	試辦	251	215
	非試辦	268		282		
	醫療費用(百萬)		全部	試辦	43.4	38.4
				非試辦	23.4	25.5
				合計	66.9	63.9
			中醫	試辦	19.6	16.2
				非試辦	2.7	2.9
			西醫	試辦	23.8	22.1
	非試辦	20.8		22.7		
	平均每人費用		全部	試辦	154,034	156,552
				非試辦	69,987	75,147
				合計	108,401	109,240
			中醫	試辦	69,645	66,170
				非試辦	8,004	8,390
			西醫	試辦	94,812	102,994
	非試辦	77,479		80,487		
	平均就醫次數		全部	試辦	62	59
				非試辦	32	33
				合計	45.7	43.9
			中醫	試辦	31	27
				非試辦	9	10
西醫			試辦	35	36	
	非試辦	29	29			
平均每人急診次數		試辦		1.9	2.0	
		非試辦		1.3	1.4	
平均住院次數		試辦		1.0	1.3	
		非試辦		1.1	1.0	
平均每人每次住院天數		試辦		5.8	5.9	
		非試辦		9.7	10.2	

專案名稱	中醫醫療照護計畫			
成效評估	2.研究計畫與試辦計畫成果(資料來源:中醫全聯會 100.6 專案計畫執行結果報告)			
	(1)腦血管疾病後遺症計畫			
	作者 謝慶良 (註)	研究對象 1.顱內動脈瘤破裂致蛛網下腔出血患者 2.大白鼠	研究方法 臨床試驗及動物試驗	結論 針灸、中藥，對腦中風有助益，可改善腦血流、保護神經細胞、抗發炎、抗自由基、抗細胞凋亡。
	中醫全聯會	99 年參與本計畫之腦血管疾病患者	1.參與試辦計畫的院所回覆問卷 2.採前、後測方式(入院時、出院前) 3.有校樣本 128 人 4.評估工具:測量 BI(巴氏量表)、NIHSS(中風評量表)，並紀錄有無使用中藥及針灸次數	1.前後測分數，於統計上並無差異。 2.另有中藥治療、針灸次數較多者，改善較顯著。
	中國醫藥大學附設醫院	腦血管疾病發生後 1 年內之患者	1.單一醫院之成效評估 2.有校樣本 19 人	巴氏量表中第 6 項「平地行走」、NIHSS 中第 4 項「顏面麻痺」中，治療前後有明顯改善。
	資料來源：中醫全聯會 註：謝慶良等中國醫藥大學附設醫院之中醫腦中風團隊，進行中醫在腦中風後遺症扮演的角色之系列研究。			
(2)腦血管疾病住院計畫				
作者 謝慶良 (註 1)	研究對象 缺氧性腦病變、腦外傷和腦中風 (來源為中國醫藥大學附設醫院)	研究方法 1.實驗組(中西醫合併治療)126 人；對照組(只接受西醫治療)65 人。 2.評估工具:BI(巴氏量表)、NIHSS(中風評量表)、生活功能獨立量表(FIM)、MRS(modified ranking scale)、GCS(Glasgow coma scale)、SF-36(生活品質量表)	結論 1.治療組和對照組無顯著差異。 2.在生活品質量表，治療組可減少「因生理功能角色受限」，而對照組則沒顯著差異。	
馬作鏹 (註 2)	腦中風住院患者 (實驗組來源為中部某地區醫院及北部某醫學中心;對照組則為中部某醫學中心及地區醫院)	1.實驗組及對照組，皆各 30 人。 2.評估工具:SF-36(生活品質量表) 3.計算公式:中西醫合併治療成本(含直接及間接成本)效果比=中西醫合併治療的成本/中西醫合併治療生活品質改善	加入中醫治療，所增加成本並不高(每增加 1 單位的生活品質總分，需多花 236.9 單位成本)，但對生活品質的改善卻相當顯著(實驗組生活品質總分平均為 78.8，對照組為 71.4)。	

專案名稱	中醫醫療照護計畫			
成效評估	作者	研究對象	研究方法	結論
	孫茂峰 (註3)	腦中風住院患者 (來源為桃園及林口長庚醫院)	1.實驗組，基期為41人、後續追蹤為23人；對照組，基期為26人、後續追蹤為12人。 2.評估工具：BI(巴氏量表)、NIHSS(中風評量表)	實驗組有明顯優於對照組的項目。
	中醫全聯會	96~98年參與本計畫之腦血管病患 (來源為北中南各大醫院)	1.參與試辦計畫的院所回覆問卷 2.採前、後測方式(入院時、出院前) 3.有校樣本1,118人 4.評估工具：測量BI(巴氏量表)、NIHSS(中風評量表)，並紀錄有無使用中藥及針灸次數	1.在NIHSS與BI之前後測分數，有明顯改善。(NIHSS前後測平均值分別為13.78與11.86，BI前後測分別為28.68與34.83)(註4) 2.另有中藥治療、針灸次數較多者，改善較顯著。
高雄長庚醫院	95~97年神經內外科，急、慢性腦中風住院病患	1.單一醫院之成效評估 2.回溯分析 3.實驗組(早期介入針灸治療)26人；對照組(未針灸，根據性別、年齡隨機配對抽樣)52人。 4.評估工具：NIHSS(中風評量表)	中醫針灸治療對腦中風病患，初步確認有效果，但受限於樣本數，仍須更大規模的研究支持。	
資料來源：中醫全聯會				
註：1.西醫住院中醫會診患者中醫療效及生活品質評估之研究：以缺氧性腦病變、腦外傷和腦中風為對象(中醫藥委員會94-95年度研究計畫) 2.中西醫合診臨床療效評估及成本效益分析之結果研究(中醫藥委員會95年度研究計畫) 3.中醫臨床標準作業程序及療效評估：以氣喘、腦中風、腦性麻痺為例(中醫藥委員會95~96年度研究計畫) 4.NIHSS分數越高表示神經功能缺損越嚴重，BI分數越高表示生活品質越好。				
(3)腫瘤住院計畫				
作者	研究對象	研究方法	結論	
中醫全聯會	腫瘤患者 (來源為北中南各大醫院)	1.參與試辦計畫的院所回覆問卷 2.採前、後測方式(入院時、出院前) 3.有校樣本70人 4.評估工具：測量EORTC QLQ 2C30(癌症患者生命質量測定量表)、ECOG(生活品質評估量表)	在EORTC與ECOG之前後測分數，均無顯著差異。	

專案名稱	中醫醫療照護計畫			
成效評估	(4)小兒氣喘計畫			
	作者	研究對象	研究方法	結論
	孫茂峰 (註 1)	氣喘患者 (來源為桃園及林口長庚醫院)	1.實驗組，基期為 40 人、後續追蹤為 24 人；對照組，基期為 65 人、後續追蹤為 33 人。 2.評估工具：ACT(氣喘控制檢測)、PedsQLTM 4.0(兒童生活品質量表)、PAQLQ(氣喘兒童生活品質問卷)	實驗組在氣喘控制測驗的表現與對照組近似。
	林昭庚 (註 2)	氣喘患者 (來源為北中南各一家醫院)	1.採前、後測方式。 2.實驗組，前測 96 人、後測 69 人；對照組，前後測皆 64 人(病患年齡限制與實驗組同)。 3.評估工具：SF-36(生活品質量表) 4.計算公式：中西醫合併治療成本(含直接及間接成本)效果比=中西醫合併治療的成本/中西醫合併治療生活品質改善	中醫照護比西醫治療更具成本效應(每增加 1 單位的生活品質總分，接受中西醫合併治療，需多花 362.96 單位成本，只接受西醫治療，則需多花 409.99 單位成本)。
中醫全聯會	97~98 年參與本計畫之病患 (來源為北中南教學醫院)	1.參與試辦計畫的院所回覆問卷 2.採前、後測方式(第一次接受小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護、接受照護 3 個月後) 3.有校樣本 75 人 4.評估工具：SF-36(生活品質量表)	前後測在「身體疼痛」有顯著改善，除「社會功能」外，其他構面皆未達顯著改善。	
資料來源：中醫全聯會				
註：1.中醫臨床標準作業程序及療效評估：以氣喘、腦中風、腦性麻痺為例(中醫藥委員會 95~96 年度研究計畫)				
2.中西醫聯合照護對醫療品質及成本效益之評估(中醫藥委員會 96 年度研究計畫)				

專案名稱	中醫醫療照護計畫			
成效評估	(5)小兒腦麻計畫			
	作者	研究對象	研究方法	結論
	馬作鏞 (註 2)	腦麻患者 (實驗組來源為中部某地區醫院及北部某醫學中心;對照組則為中部某醫學中心及地區醫院)	1.實驗組及對照組,皆各 30 人。 2.評估工具:SF-36(生活品質量表) 3.計算公式:中西醫合併治療成本(含直接及間接成本)效果比=中西醫合併治療的成本/中西醫合併治療生活品質改善	加入中醫治療,所增加成本並不高(每增加 1 單位的生活品質總分,需多花 159.4 單位成本),但對生活品質的改善卻相當顯著(實驗組生活品質總分平均為 96.5,對照組為 85.5)。
	孫茂峰 (註 2)	腦麻患者 (來源為桃園及林口長庚醫院)	1.實驗組,基期為 33 人、後續追蹤為 24 人;對照組,基期為 28 人、後續追蹤為 16 人。 2.評估工具:CCDI(學齡前兒童發展量表)、GMFM(粗動作功能評量)、PedsQLTM 4.0(兒童生活品質量表)	實驗組在粗動作功能評量上有顯著優於對照組的進步,但在學齡前兒童發展量表的表現卻不如對照組。
	林昭庚 (註 3)	腦麻患者 (來源為北中南各一家醫院)	1.採前、後測方式。 2.實驗組,前測 93 人、後測 59 人;對照組,前測 54 人、後測 42 人(病患年齡限制與實驗組同)。 3.評估工具:SF-36(生活品質量表) 4.計算公式:中西醫合併治療成本(含直接及間接成本)效果比=中西醫合併治療的成本/中西醫合併治療生活品質改善	接受中西醫合併治療,每增加一單位的生活品質總分,需多花 1,852.9 單位成本,只接受西醫治療組在增加生活品質總分上不具有任何成本效果。
中醫全聯會	98~99 年參與本計畫之病患 (來源為北中南的醫學中心及其他醫院)	1.參與試辦計畫的院所回覆問卷 2.採前、後測方式(第一次接受小兒腦性麻痺中醫優質門診照護,後測:治療後每 3 個月測量 1 次,共測量 3 次) 3.有校樣本 54 人 4.評估工具:SF-36(生活品質量表)、GMFM(粗動作功能評量)	生活品質問卷部分,在前後測並無顯著差異;粗動作功能評量部分,則有漸改善的趨勢。	
資料來源:中醫全聯會 註:1.中西醫合診臨床療效評估及成本效益分析之結果研究(中醫藥委員會 95 年度研究計畫) 2.中醫臨床標準作業程序及療效評估:以氣喘、腦中風、腦性麻痺為例(中醫藥委員會 95~96 年度研究計畫) 3.中西醫聯合照護對醫療品質及成本效益之評估(中醫藥委員會 96 年度研究計畫)				

專案名稱	中醫醫療照護計畫
檢討與改進	未來將修訂中醫門診腦血管試辦方案之藥費與一般中醫支付標準一致。
101 年計畫修正重點	<ol style="list-style-type: none"> 1.第2~5項試辦計畫全年總預算 85 百萬元，預算得互相流用。 2.小兒氣喘及小兒腦麻計畫，自102年起不再試辦，回歸一般服務。 3.5項試辦計畫均增列申請資格需執業滿3年以上，且2年內未涉健保特管辦法第36條至第38條所列違規情事之院所，及辦理期間涉違規情事被停約或終止特約之院所應終止其計畫服務等規範。

三、西醫基層總額專案計畫

1.西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案

專案名稱	西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案
目的	鼓勵西醫基層醫師到醫療資源缺乏地區提供醫療保健服務，促使全體保險對象都能獲得適當的醫療服務。
分項計畫	1.西醫基層醫師至西醫基層醫療資源不足地區開業提供醫療服務(以下簡稱開業計畫) 2.西醫基層醫師至西醫基層醫療資源不足地區提供巡迴醫療服務(以下簡稱巡迴計畫)
執行目標	1.鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域開業提供醫療服務，每一分區之每位醫師、每一診所名稱、每一執業地址限申請一次；變更分區申請本方案新開業須間隔三年以上。 2.鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務，100 年度以 180,000 總服務人次及 26,000 總服務時數為目標。
經費來源及協定事項	100 年全年經費 1 億元
費用支付	1.開業：診察費按申報點數加 1 成支付，加成部分由本方案預算支應。 2.巡迴：診察費按申報點數加 1 成支付；加成部分由本方案預算支應；巡迴醫療服務醫師之報酬以「論次計酬」支付，每次為 3 小時，1 天最多 1 次。一般日每次支付 4,500 點、例假日每次支付 5,500 點；配合醫師進行巡迴醫療護理人員報酬，以「論次計酬」支付，每次為 3 小時，1 天最多 2 次。一般日每次支付 1,200 點；例假日每次支付 1,700 點。 3.年底時全部採浮動點值進行結算，且每點金額不高於 1 元。
執行內容	1.施行區域：100 年公告醫缺施行區域共計 82 鄉鎮，由符合條件醫師向醫師公會全聯會提出申請。 2.服務時數： (1)開業：每週至少提供 5 天門診並包含 3 次夜診(18:00-22:00)，每診次至少 2 小時以上，診療總時數不得少於 24 小時。 (2)巡迴：每個巡迴點至多每天 1 次，每週以 2 次診療為限；每次巡迴時間不得少於 3 小時。
評核指標及退場機制	1.考核：實地審查或電話抽查、執業地點民眾意見、內部檔案分析等。考核結果列入觀察、輔導及續約與否參考。 2.開業：診所無故休診兩次或累計請假休診達二個月者，終止該診所承辦本方案。 3.巡迴：去年度已申請，每時段平均就醫人數低於 8 人，則取消承作資格。 4.於計畫期間違反特管辦法第 37 及 38 條即停止本計畫。

專案名稱		西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案																																																																
歷年執行概況及結果	預算執行情形	96~100年預算執行情形																																																																
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>項目 \ 年度</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>預算數(百萬元)</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>預算執行數(百萬元)</td> <td>49.5</td> <td>56.5</td> <td>59.3</td> <td>69.7</td> <td>62.3</td> </tr> <tr> <td>預算執行率</td> <td>49.48%</td> <td>56.51%</td> <td>59.25%</td> <td>69.67%</td> <td>62.27%</td> </tr> </tbody> </table>	項目 \ 年度	96年	97年	98年	99年	100年	預算數(百萬元)	100	100	100	100	100	預算執行數(百萬元)	49.5	56.5	59.3	69.7	62.3	預算執行率	49.48%	56.51%	59.25%	69.67%	62.27%																																								
項目 \ 年度	96年	97年	98年	99年	100年																																																													
預算數(百萬元)	100	100	100	100	100																																																													
預算執行數(百萬元)	49.5	56.5	59.3	69.7	62.3																																																													
預算執行率	49.48%	56.51%	59.25%	69.67%	62.27%																																																													
目標達成情形	1.96~100年醫缺方案公告醫缺鄉鎮數、基層院所提供服務鄉鎮數及達成施行率	<table border="1"> <thead> <tr> <th>項目/年度</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>公告鄉鎮數(個)</td> <td>80</td> <td>99</td> <td>101</td> <td>75</td> <td>82</td> </tr> <tr> <td>執行鄉鎮數(個)</td> <td>57</td> <td>57</td> <td>66</td> <td>73</td> <td>78</td> </tr> <tr> <td>達成施行率(%)</td> <td>71.3</td> <td>57.6</td> <td>65.3</td> <td>97.3</td> <td>95.1</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：自99年起針對無西醫基層醫師提出申請之醫療資源不足地區，改由醫院醫師支援(醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案)。</p>					項目/年度	96年	97年	98年	99年	100年	公告鄉鎮數(個)	80	99	101	75	82	執行鄉鎮數(個)	57	57	66	73	78	達成施行率(%)	71.3	57.6	65.3	97.3	95.1																																				
	項目/年度	96年	97年	98年	99年	100年																																																												
公告鄉鎮數(個)	80	99	101	75	82																																																													
執行鄉鎮數(個)	57	57	66	73	78																																																													
達成施行率(%)	71.3	57.6	65.3	97.3	95.1																																																													
	2.96~100年目標達成情形	<table border="1"> <thead> <tr> <th>項目 \ 年度</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>目標數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-巡迴總服務時數</td> <td>10,500</td> <td>10,500</td> <td>15,000</td> <td>15,000</td> <td>26,000</td> </tr> <tr> <td>-巡迴總服務人次</td> <td>30,000</td> <td>30,000</td> <td>150,000</td> <td>150,000</td> <td>180,000</td> </tr> <tr> <td>執行數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-巡迴總服務時數</td> <td>22,074</td> <td>25,771</td> <td>26,352</td> <td>30,092</td> <td>30,411</td> </tr> <tr> <td>-巡迴總服務人次</td> <td>294,697</td> <td>147,621</td> <td>170,637</td> <td>182,321</td> <td>208,376</td> </tr> <tr> <td>目標達成率</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-巡迴總服務時數</td> <td>210.2%</td> <td>245.4%</td> <td>175.7%</td> <td>200.6%</td> <td>117.0%</td> </tr> <tr> <td>-巡迴總服務人次</td> <td>982.3%</td> <td>492.1%</td> <td>113.8%</td> <td>121.5%</td> <td>115.76%</td> </tr> </tbody> </table>					項目 \ 年度	96年	97年	98年	99年	100年	目標數						-巡迴總服務時數	10,500	10,500	15,000	15,000	26,000	-巡迴總服務人次	30,000	30,000	150,000	150,000	180,000	執行數						-巡迴總服務時數	22,074	25,771	26,352	30,092	30,411	-巡迴總服務人次	294,697	147,621	170,637	182,321	208,376	目標達成率						-巡迴總服務時數	210.2%	245.4%	175.7%	200.6%	117.0%	-巡迴總服務人次	982.3%	492.1%	113.8%	121.5%	115.76%
項目 \ 年度	96年	97年	98年	99年	100年																																																													
目標數																																																																		
-巡迴總服務時數	10,500	10,500	15,000	15,000	26,000																																																													
-巡迴總服務人次	30,000	30,000	150,000	150,000	180,000																																																													
執行數																																																																		
-巡迴總服務時數	22,074	25,771	26,352	30,092	30,411																																																													
-巡迴總服務人次	294,697	147,621	170,637	182,321	208,376																																																													
目標達成率																																																																		
-巡迴總服務時數	210.2%	245.4%	175.7%	200.6%	117.0%																																																													
-巡迴總服務人次	982.3%	492.1%	113.8%	121.5%	115.76%																																																													

專案名稱		西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案					
醫療服務提供情形	1.開業：						
		項目\年度	96年	97年	98年	99年	100年
		新開業家數	5	3	4	4	2
		平均每週服務診次	--	--	14.5	16.8	16.5
民眾利用情形	2.巡迴：	96~100年巡迴醫療服務提供情形					
		項目\年度	96年	97年	98年	99年	100年
		參與醫師數	156	153	143	167	149
		參與護理人員數	220	239	236	282	261
		計畫數	88	82	112	115	122
		巡迴鄉數	57	57	63	73	78
		巡迴點數(村數)	193	199	222	245	247
		總服務時數	22,074	25,771	26,352	30,092	30,411
	歷年執行概況及結果	1.開業	96~100年新開業醫療費用申報概況				
			項目\年別	96年	97年	98年	99年
		申報件數	37,141	54,966	42,503	51,544	60,231
		醫療費用點數(百萬點)	13.72	19.45	17.66	17.95	18.89
		平均每件醫療費用點數	369	353.89	415.48	348.25	313.51
		註：醫療費用點數及平均每件醫療費用點數含論量及加成費用點數。					
2.巡迴		96-100年巡迴醫療服務提供情形及醫療費用申報概況					
		項目\年度	96年	97年	98年	99年	100年
		巡迴總診次	7,358	8,686	8,755	10,152	10,269
		巡迴總人次	104,464	147,621	170,637	182,321	208,376
	平均每診次服務人次	14.20	17.00	19.49	17.96	20.29	
	巡迴醫療報酬 ^註 (百萬元)	--	40.76	74.73	53.74	54.00	
	醫療費用點數 ^註 (百萬元)	--	60.98	72.96	78.26	90.01	
	平均每診次點數	--	7020.83	8333.98	7708.57	8765.30	
	平均每人次點數	--	413.10	427.60	429.23	431.96	
	註：巡迴醫療報酬為論次費用，醫療費用點數則為論量及加成費用點數。						

專案名稱		西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案					
成效評估	民眾滿意度	96年~100年民眾滿意度評估					
		單位：%					
		項目/年度	96年	97年	98年	99年	100年
		(1)候診時間滿意度	92	90	94	94.5	94.8
		(2)醫療效果滿意度	91	89	92	94.5	92.8
		(3)醫療設備滿意度	80	76	86	87.5	80.5
		(4)醫師服務態度滿意度	97	92	94	96.6	97.3
		(5)語言溝通能力滿意度	95	91	94	95.9	94.4
		(6)門診時段滿意度	87	--	93	94.0	92.7
		(7)民眾看病方便性 (包含方便與非常方便)	--	--	88	91.6	94.8
計畫優點	態度親切 有禮	態度親切 有禮	態度親切 有禮	態度親切 有禮	態度親切 有禮		
需改善部分	醫療設備	醫療設備	醫療設備	醫療設備	1.增設巡迴醫療時段 2.醫療設備		
100年各項滿意度介於80.5%~97.3%，其中候診時間、醫師服務態度及看病方便性較99提升，其餘項目則呈現下降情形。							
成效評估	民眾就醫可近性	1.100年各分區民眾到達就醫地點所花費時間，在10分鐘以內者約70~94%，11~30分鐘占6~29%，30分鐘~1小時者則占0.6~8%，整體而言較99年花費較長時間。(100年82.6%民眾表示10分鐘以內可到達就醫地點，99年則占88.8%)。					
		2.部分院所秉持「病人不動，醫師動」之精神，提供獨居老人訪視服務，經由基本醫療、給藥服務以及用藥安全之說明，使平日生活無人陪伴之年長者脫離就醫障礙，健康更有保障。					

專案名稱	西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案
<p>檢討與改進</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 整體而言，100 年度本方案執行結果均達方案所訂目標值，且民眾滿意度維持九成以上。 2. 為鼓勵西醫基層院所之醫師前往醫療資源不足地區提供醫療服務，全聯會針對 100 年度方案內容之申請流程或考量品質控管等處研擬修正意見，針對施行區域、申請流程、核定單位等進行修正，以利方案執行更為完善。 3. 隨著經濟發展因素，台灣都市化與鄉村化呈現二極發展。身處醫療資源豐富地區者，就醫處所之選擇具有多重性；惟身處於醫療資源不足地區之居民，其多屬年長者、行動不便者，甚或經濟較為弱勢者，往往因不便就醫而延誤病情，就醫權益顯遭剝削。透過本方案之實施，確實能為位處偏遠且交通受阻地區之居民帶來初級醫療照護，同時增添醫療關懷。 4. 本方案中新開業診所僅第 1 年給予診察費按申報點數加 1 成支付之鼓勵措施，誘因略嫌不足，未來如何更強化診所醫師進駐醫療資源不足地區長期提供醫療服務，消弭無醫鄉鎮，為全聯會與健保局雙方共同努力之目標。
<p>101 年計畫修正重點</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 101 預算增加為 1.5 億元。放寬巡迴次數由每週 2 次增加至 3 次，惟若於隔年 3 月底尚無基層醫師提供巡迴，改由地區級以上醫院支援。 2. 施行鄉鎮(區)共計 83 個，並以 220,000 總服務人次及 32,000 總服務時數為目標。 3. 100 年計畫規定，衛生所人員於上班時間至衛生室或醫療資源不足地區巡迴等，不得申請巡迴醫療服務之報酬，因對方案之推展造成阻力，爰修訂為：衛生所派員至醫療資源不足地區執行巡迴醫療服務時，經主管機關同意後，得申報本方案論次巡迴醫療服務報酬。 4. 其他執行相關事項： <ol style="list-style-type: none"> (1) 執行開業計畫診所不得跨縣市提供巡迴服務，執行巡迴服務診所得跨縣市、鄉鎮，但不得跨分區執行。 (2) 申請資格除特約診所醫師外，增加各縣市醫師公會得視實際需求提出巡迴服務申請。 (3) 申請流程之受理審查、同意及通知，皆由健保局各分區業務組辦理，以避免訟訴爭議。

2.家庭醫師整合性照護制度計畫

專案名稱	家庭醫師整合性照護制度計畫
目的	1.建立家庭醫師制度，提供民眾周全性、協調性與持續性的服務。 2.以民眾健康為導向，建立以病人為中心的醫療觀念，提升醫療服務品質。
經費來源及協定事項	1.100 年經費 11.15 億元。 2.應對各家醫群進行評比，落實退場機制。
費用支付	收案會員每人給付費用 800 元/年，給付方式包括： <ol style="list-style-type: none"> 1.個案管理費：每人上限 250 元/年(執行內容包含資料建檔上傳、轉診、個案研討及與合作醫院開辦共同照護門診)。 2.照顧會員節省之醫療費用，每人 550 元/年： <ol style="list-style-type: none"> (1)實際醫療費用與預估醫療費用(占 70%)：會員實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之差值(VC- AE)：每人上限 385 元/年。 (2)品質達成情形(30%)：品質提升費用占率 30%，依品質評核指標達成情形計算(特優級 230 元、良好級 165 元、輔導級 100 元，品質指標平均達成率$\leq 60\%$，則不予支付)。
執行內容	<ol style="list-style-type: none"> 1.成立社區醫療群，以群體力量提供服務： <ol style="list-style-type: none"> (1)西醫診所 5-10 家為單位組成。 (2)與 1-2 家特約醫院合作，開設共同照護門診。 (3)建立基層診所醫師間之平行轉診機制，及與合作醫院之轉診及合作計畫。 (4)設立會員 24 小時緊急諮詢專線。 2.收案對象：由健保局將需照護之名單，交付參與計畫之社區醫療群予以健康管理。社區醫療群得於保險人交付收案數額外加收 60 名個案數。 3.管理機制： <ol style="list-style-type: none"> (1)健保局負責協調總體計畫架構模式與修正。 (2)健保局分區業務組負責輔導轄區社區醫療群之成立、審核計畫與協調監督轄區各計畫之執行，並得邀請醫界代表(如總額執行單位)協助參與、輔導及評估。 (3)各計畫之社區醫療群應成立「計畫執行中心」，負責提出計畫之申請與該社區醫療群之醫療資源協調整合、醫療服務之提供及醫療費用之分配作業。並協助處理安排病人轉診，追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療。
評核指標及退場機制	1.評核指標：參與計畫之社區醫療群，以下列項目作為費用支付評核指標，每項指標占率按指標總數平均計算，如未達指標目標值時以比例核算。

專案名稱		家庭醫師整合性照護制度計畫																																								
評核指標及退場機制	<p>(1)組織指標(3項，權重30%)，達成率需100%： A.健康管理比率達100%。 B.個案研討、共同照護門診、社區宣導或病房巡診，至少每月1次。 C.24小時諮詢專線：全年至少測試6次，每次測試均能提供服務。</p> <p>(2)品質指標(3項，權重30%)：含會員急診率、疾病住院率及固定就診率，急診率、疾病住院率應低於應照護族群40百分位，固定就診率較前一年成長10%以上或高於同儕60百分位。</p> <p>(3)會員滿意度調查指標(1項，權重10%)：滿意度需達80%以上。</p> <p>(4)預防保健達成情形指標(4項，權重30%)：成人預防保健檢查率、子宮頸抹片率、65歲以上老人流感疫苗注射率，高於應照護族群60百分位，糞便潛血檢查率高於全國平均值。</p> <p>2.退場機制： (1)各項評比排序落於各分區最低之5%需經輔導後始予續約。 (2)評核指標平均未達60%，不予續約，且1年內不得再加入計畫。 (3)計畫執行3個月內，有關3項組織指標中，評核得分均為0分者，除不予支付費用外，應退出本計畫。</p>																																									
	歷年執行概況及結果	<p>95~100年預算執行情形</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>95</th> <th>96</th> <th>97</th> <th>98</th> <th>99</th> <th>100</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>項目</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>預算數(百萬元)</td> <td>880</td> <td>880</td> <td>915</td> <td>915</td> <td>1,115</td> <td>1,115</td> </tr> <tr> <td>預算執行數(百萬元)</td> <td>733.5</td> <td>572.5</td> <td>1,011.0</td> <td>702.0</td> <td>778.5</td> <td>435.8</td> </tr> <tr> <td>預算執行率</td> <td>83.0%</td> <td>65.0%</td> <td>110.4%</td> <td>76.7%</td> <td>69.8%</td> <td>(尚未完成結算)</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：1.因政策導向故選擇健康回饋型之醫療群數不斷增加，致97年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〉。 2.因100年計畫延至101年3月，照顧會員節省之醫療費用與品質獎勵尚未完成結算。</p>							年度	95	96	97	98	99	100	項目							預算數(百萬元)	880	880	915	915	1,115	1,115	預算執行數(百萬元)	733.5	572.5	1,011.0	702.0	778.5	435.8	預算執行率	83.0%	65.0%	110.4%	76.7%	69.8%
年度		95	96	97	98	99	100																																			
項目																																										
預算數(百萬元)	880	880	915	915	1,115	1,115																																				
預算執行數(百萬元)	733.5	572.5	1,011.0	702.0	778.5	435.8																																				
預算執行率	83.0%	65.0%	110.4%	76.7%	69.8%	(尚未完成結算)																																				
醫療服務提供情形	<p>1.100年計有373個社區醫療群，參加基層診所2,257家，參與占率為22.86%，參加醫師數2,499位，參與占率為17.92%，收案人數1,444,835人，占整體保險對象6.23%。經執行退場機制，上年度有14個醫療群退場未能參加100年度計畫，另100年期末373群，較期初受理群數379群低，係因有6個醫療群退場。</p>																																									

專案名稱		家庭醫師整合性照護制度計畫									
歷年執行概況及結果	醫療服務提供情形	2.歷年家醫計畫醫療群參與情形：									
		年度	計畫數	退出	新加入	基層院所數	醫師數	收案人數	參與診所占率	參與醫師占率	收案人數占率
		92	24	0	0	144	154	60,331	1.68%	1.39%	0.27%
		93	269	2	247	1,576	1,811	620,294	18.41%	16.36%	2.81%
		94	268	15	4	1,533	1,766	1,186,997	17.05%	14.74%	5.11%
		95	303	18	63	1,801	2,050	1,535,740	19.68%	16.80%	5.28%
		96	305	27	29	1,736	1,981	1,371,362	18.76%	16.00%	6.84%
		97	324	32	51	1,871	2,269	1,569,133	19.85%	17.72%	6.61%
		98	318	24	18	1,789	2,026	1,610,276	18.74%	15.48%	6.99%
		99	356	9	47	2,183	2,478	1,311,460	21.46%	18.59%	5.77%
		100	373	14	31	2,257	2,499	1,444,835	22.86%	17.92%	6.23%
民眾利用情形	100年門診醫療費用與去年同期成長0.72%，門診平均就醫次數為22.5次，較去年同期減少8.79%，住院率較去年同期減少1.44%。										
	整體會員醫療利用情形：										
		醫療利用情形	100年	99年	成長率	備註					
		門診醫療費用	286.93億元	284.87億元	0.72%	增加2億元					
		門診就醫人次	32.44百萬次	35.56百萬次	-8.79%						
		門診平均次數	22.5	24.6	-8.79%						
		急診率	22.38%	24.19%	-7.5%	急診人數/會員人數					
指標達成情形	1.組織指標達成情形(以群為單位計算)										
	(1)各醫療療群健康管理比率達100%之醫療群計366群，占整體98.1%，較99年95.2%進步。										
	(2)個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診，各醫療群每月需辦理1場，達到之醫療群計354群，占整體94.9%，較99年87.6%進步。										
	(3)24小時諮詢專線，全年6次每次測試都能提供服務之醫療群計362群，較99年356群增加。未能達成之醫療群多為6次中有1-2次未能接聽。										

專案名稱		家庭醫師整合性照護制度計畫					
指標達成情形	2.品質指標達成情形：						
	臨床指標	會員平均值	目標值	達成群數	達成比率		
	會員急診率	29.67%	<25.81%	129	34.58%		
	疾病住院率	13.54%	<12.27%	156	41.82%		
	會員固定就診率	49.03%	≥50.89%	118	31.64%		
	成人預防保健檢查率	48.84%	≥40.4%	279	74.80%		
	子宮頸抹片檢查	31.37%	≥30.3%	181	48.53%		
	65歲以上老人流感疫苗注射率	38.51%	≥34.88%	222	59.52%		
	糞便潛血檢查率	43.25%	≥36.55%	254	68.10%		
成效評估	3.參與計畫醫療群辦理轉診情形：						
	經醫療群協助轉診總人次由 8.2 萬人次增加至 16.9 萬人次，增加 107%。						
	轉診情形	水平轉診	垂直				其他
		群內轉診	基層診所轉至合作醫院門診	基層診所轉住院	基層診所轉醫院檢查	合作醫院轉回診所	
	100年	14,314	69,191	36,786	18,459	20,790	9,736
99年	4,441	35,219	4,947	8,736	26,278	2,316	
成長率	222%	96%	644%	111%	-21%	320%	
註：其他係指轉至非合作醫院、診所							
民眾滿意度	滿意度調查結果						
	項目			99年	100年		
	對家庭醫師所提供的整體服務是否滿意 (非常滿意+滿意)			87%	97.8%		
	家庭醫師對您健康狀況的了解程度，是否滿意 (非常滿意+滿意)			88%	97.6%		
對家庭醫師提供健康諮詢及保健訊息的滿意度 (非常滿意+滿意)			88%	98.4%			
註：1.100年有效問卷 8,078 份，平均每群約調查 22 份。 2.目標值為滿意度達 80%。							

專案名稱	家庭醫師整合性照護制度計畫
檢討與改進	<p>1.推動家醫計畫多年來已建立良好之基礎，如會員經照護門診次數、急診率、住院率下降，預防保健執行率高、設置 24 小時電話諮詢專線為良好醫病關係、個案管理建立基礎，會員滿意度高等。本計畫也提升基層診所品質，如推動醫療群與醫院合作模式(病房巡診、共同照護門診、個案研討)，做為基層跨專科「水平整合」及跨醫院「垂直整合」之基礎；醫療群也辦理社區衛教，參與社區健康營造活動。</p> <p>2.本計畫推動多年，歷年均有修訂，但仍需全面檢討，以因應外界期待及推動二代健保法第 44 條「家庭責任醫師制度」。經於全省分區辦理 7 場家庭責任醫師制度座談會，邀請各界專家及相關團體提供理論與實務建議，擬定檢討改進方向如下：</p> <p>(1)提供病人有感的服務：加強落實醫療群照護模式，加強連續個案追蹤管理及衛教，加強 24 小時電話諮詢專線之服務品質，增加鼓勵轉診機制。</p> <p>(2)加強擇優汰劣之退場機制：各項指標未達標即 0 分，不按比例核算，及增加三個月初評及專業輔導機制，執行期滿未達 60%需退場。</p> <p>(3)擴大照護對象連續性照護，並鼓勵績優醫療群擴大規模，提升連續照護。</p> <p>(4)建議檢討被處分停約合作醫院參加本計畫資格之規定，以更符合比例原則。</p>

專案名稱	家庭醫師整合性照護制度計畫
101 年計畫修正重點	<p>1.加強評核指標之要求，落實醫療群照護模式，提供病人有感的服務：</p> <p>(1)加強電話諮詢專線之服務品質，鼓勵醫師 call out，改依實際服務品質，分階段給分。</p> <p>(2)加強會員健康管理與個案衛教之要求，落實連續個案管理(追蹤)或衛教，權重由 10%增加至 20%。</p> <p>(3)增加鼓勵轉診機制，會員門診就醫，經醫療群協助轉診進步率(≥ 10%)列為指標(加分 5%)。</p> <p>(4)滿意度調查，滿意度普通者不列入計算，並改由分區進行調查。</p> <p>(5)急診率、住院率、固定就診率之品質指標目標值增加自身比，除維持現制(與較需照護族群比)外，增加與上年度同期自身比進步率≥ 20%，任一達標，得滿分 10%。另增加進步率≥10%，得 5%。</p> <p>2.加強擇優汰劣之退場機制：</p> <p>(1)已於評核指標計分方式，加強各項指標之要求，且依各項指標規定評分，未達標即 0 分，不按比例核算。</p> <p>(2)增加三個月初評及專業輔導機制，醫療群依據台灣家庭醫學會與中華民國醫師公會全國聯合會共同設計之期中自我評估表，辦理自我受輔導者，不予支付費用外，應退出本計畫。</p> <p>(3)執行期滿未達 60%需退場。</p> <p>3.擴大照護對象連續性照護</p> <p>(1)較需照護會員名單，納入 100 年曾收案會員、高利用(全年基層就醫 ≥ 50 次)、高齡(≥ 75 歲)族群、參加論質方案個案，增加連續性照護，可將連續照護率由 57%提升至 75%以上。惟參與論質方案個案不再支付本計畫費用。</p> <p>(2)自行收案會員上限由 60 名提升至 120 名，以指定收案會員之家庭成員為優先收案對象。</p> <p>(3)因鼓勵的設計不同不宜混淆，家醫計畫與「西醫基層診所以病人為中心計畫」，診所視實際照護模式僅能擇一參加。</p> <p>(4)考量照護能力及品質，每位醫師給付個案管理費上限 1000 名。</p> <p>4.擴大組織運作彈性，鼓勵績優醫療群擴大規模：</p> <p>(1)組織擴大，取消 10 家組成社區醫療群診所上限，改為 ≥ 5 家。</p> <p>(2)增加合作醫院家數，地區醫院不計入 2 家上限之規定。</p>

3.西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫

專案名稱	西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫														
目的	1.建構以病人為中心之個案管理醫療照護模式，依病人需求，提供安全、適切及持續的整合式醫療服務，並減少醫療資源浪費。 2.改善民眾醫療利用狀況，提供慢性病或門診就醫次數過高者之整合式照護，避免重複治療、重複檢查(驗)及重複用藥，以促進醫療效益。 3.藉由推動忠誠病人並結合家庭醫師與社區醫療群之概念，並以個案管理方式提供整合性的醫療照護服務，提高基層醫師全人照護的動機。 4.促進病情穩定之慢性病病人留至基層照護，期改善民眾健康。 5.落實分級醫療，促進層級間之轉診，以提升醫療資源使用效率。														
經費來源及協定事項	1.100年經費2億元。 2.對於門診就醫次數過高者，以個案管理方式，提供整合性醫療服務；應排除已參與家庭醫師整合性照護制度計畫及醫療給付改善方案之個案；並訂成效指標，依達成情形支付費用。														
費用支付	1.照護費用每人以600元/年計算。 (1)基本承作費用：占計畫經費30%。 (2)成效評量(結果面指標)：占計畫經費70%。 成效指標：「照護對象在醫院及西醫基層門診之平均就醫次數下降(與同期比較)」及「照護對象在醫院及西醫基層門診之平均每人醫療費用(申報點數)下降(與同期比較)」，共計2項指標，分別各占計畫經費比例35%，並依達成比例，分配如下： <table border="1" data-bbox="373 1196 1437 1391"> <thead> <tr> <th>各指標項目</th> <th>下降比例 ≥10%</th> <th>10%>下降比例 ≥5%</th> <th>5%>下降比例 ≥0%</th> <th>下降比例 <0%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>核發比率 (占計畫經費)</td> <td>35%</td> <td>25%</td> <td>15%</td> <td>不予核發</td> </tr> </tbody> </table> 2.轉診規定及費用核付：確認轉診成功支付轉診獎勵費用，每件支付50元。					各指標項目	下降比例 ≥10%	10%>下降比例 ≥5%	5%>下降比例 ≥0%	下降比例 <0%	核發比率 (占計畫經費)	35%	25%	15%	不予核發
各指標項目	下降比例 ≥10%	10%>下降比例 ≥5%	5%>下降比例 ≥0%	下降比例 <0%											
核發比率 (占計畫經費)	35%	25%	15%	不予核發											
執行內容及推動過程	1.照護對象： (1)由健保局分析保險對象於最常就醫之主要照護診所，提供符合收案名單予基層照護診所。收案對象區分為慢性病、非慢性病及門診高利用之個案(門診就醫次數≥50次之病患)，提供診所以個案管理方式提供整合性的醫療照護服務。 (2)本計畫之收案對象，排除已參加家庭醫師整合計畫或各項醫療給付改善方案等個案。 2.執行內容： (1)由保險人提供符合收案名單予基層照護診所，使需被照護的個案由基層診所收案，期使保險對象於最常就醫之主要照護診所中，獲得完整的醫療照護。 (2)保險對象不須登記或簽署同意文件，不限制其就醫醫療院所，減少基層診所行政作業。														

專案名稱		西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫																																																														
執行內容及推動過程		<p>(3)協助處理安排病人轉診、追蹤轉診治療結果，及病人轉回後之追縱治療，以提供適切、連續之醫療照護。</p> <p>(4)考量照護之完整性，參與計畫之基層診所或醫師於參加計畫期間，如因故中途退出本計畫，則不予計算該退出診所或醫師之成效評量費用。</p> <p>3.推動過程：本方案為100年新增。為鼓勵西醫基層院所參與，除由健保局知會所屬轄區診所相關訊息，全聯會亦會同相關單位利用各管道轉知所屬會員，並辦理「醫療安全暨品質研討會--『落實以病人為中心之整合照護：從醫院到基層』」，以鼓勵有意願之診所申請。</p>																																																														
評核指標及退場機制		成效指標：「照護對象在醫院及西醫基層門診之平均就醫次數下降(與同期比較)」及「照護對象在醫院及西醫基層門診之平均每人醫療費用(申報點數)下降(與同期比較)」2項指標。																																																														
執行概況及結果	預算執行情形	費用核付情形																																																														
	醫療服務提供及利用情形	<table border="1"> <thead> <tr> <th>100年預算</th> <th>基本承作費用核發金額</th> <th>成效指標核發費用</th> <th>轉診獎勵費核發金額</th> <th>核發金額合計</th> <th>預算執行率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>200,000,000</td> <td>16,589,160</td> <td>18,956,880</td> <td>1,300</td> <td>35,547,340</td> <td>18%</td> </tr> </tbody> </table> <p>1.參與本計畫診所家數為 1,596 家，參與率 18%(收案院所數/特約院所數)，參與醫師數為 2,600 人，其中以北區、中區及東區診所及醫師參與率較高。科別則以不分科比例最高，其次為家醫科、小兒科及內科。</p> <p>2.總收案人數為 92,421 人，收案率 20%(全國應收案人數 47 萬人)。以收案對象類型分析，以非慢性病比例最高占 54%、慢性病其次占 42%；其中高屏區及東區之收案對象以慢性病最高(分別各占 49%)；中區、台北區、北區及南區則以非慢性病較高(分別為 61%、55%、51%及 51%)。收案對象男女比率分別為 49%及 51%，年齡 9 歲以下人數為 14,468 人(占 16%)，50 歲以上人數為 57,953 (占 63%)。</p> <p>3.收案對象於計畫期間(100年 1-12月)人均就醫次數</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">收案類型</th> <th rowspan="2">收案人數</th> <th colspan="2">門診(含急診)</th> <th colspan="2">急診</th> <th colspan="2">住診</th> </tr> <tr> <th>次數</th> <th>成長率</th> <th>次數</th> <th>成長率</th> <th>次數</th> <th>成長率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>慢性病</td> <td>38,636</td> <td>31.6</td> <td>-8.7%</td> <td>0.53</td> <td>6.6%</td> <td>0.30</td> <td>26.5%</td> </tr> <tr> <td>非慢性病</td> <td>49,595</td> <td>31.1</td> <td>-16.5%</td> <td>0.50</td> <td>-5.2%</td> <td>0.25</td> <td>1.5%</td> </tr> <tr> <td>高利用者</td> <td>4,190</td> <td>49.6</td> <td>-14.6%</td> <td>0.73</td> <td>-2.5%</td> <td>0.38</td> <td>10.2%</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>92,421</td> <td>32.1</td> <td>-13.3%</td> <td>0.52</td> <td>-0.4%</td> <td>0.28</td> <td>12.2%</td> </tr> </tbody> </table>						100年預算	基本承作費用核發金額	成效指標核發費用	轉診獎勵費核發金額	核發金額合計	預算執行率	200,000,000	16,589,160	18,956,880	1,300	35,547,340	18%	收案類型	收案人數	門診(含急診)		急診		住診		次數	成長率	次數	成長率	次數	成長率	慢性病	38,636	31.6	-8.7%	0.53	6.6%	0.30	26.5%	非慢性病	49,595	31.1	-16.5%	0.50	-5.2%	0.25	1.5%	高利用者	4,190	49.6	-14.6%	0.73	-2.5%	0.38	10.2%	合計	92,421	32.1	-13.3%	0.52	-0.4%	0.28
100年預算	基本承作費用核發金額	成效指標核發費用	轉診獎勵費核發金額	核發金額合計	預算執行率																																																											
200,000,000	16,589,160	18,956,880	1,300	35,547,340	18%																																																											
收案類型	收案人數	門診(含急診)		急診		住診																																																										
		次數	成長率	次數	成長率	次數	成長率																																																									
慢性病	38,636	31.6	-8.7%	0.53	6.6%	0.30	26.5%																																																									
非慢性病	49,595	31.1	-16.5%	0.50	-5.2%	0.25	1.5%																																																									
高利用者	4,190	49.6	-14.6%	0.73	-2.5%	0.38	10.2%																																																									
合計	92,421	32.1	-13.3%	0.52	-0.4%	0.28	12.2%																																																									

專案名稱		西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫							
執行概況及結果	醫療服務提供及利用情形	4.收案對象於計畫期間(100年1-12月)人均就醫點數							
		收案類型	收案人數	門診(含急診)		住診		合計	
				點數	成長率	點數	成長率	點數	成長率
		慢性病	38,636	47,542	1.2%	19,564	57.2%	67,106	12.9
		非慢性病	49,595	37,031	-11.9%	13,438	14.7%	50,469	-6.1
		高利用者	4,190	53,280	-2.4%	23,260	31.6%	76,540	5.9
合計	92,421	42,162	-5.6%	16,444	33.8%	58,606	2.9		
檢討與建議	<p>1.因本計畫採「忠誠病人」及「個案不重複參與各試辦計畫」之原則，基層院所同時參與「家醫整合照護計畫」及「100年度西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫」時，致本計畫收案對象個案數過少(如約20人以下不等)，嚴重影響院所參加意願，建議未來擴大照護對象。</p> <p>2.考量基層院所多為單獨執業，爰建議現行計畫或未來新增計畫，應盡量減少醫護人員醫療行政作業負荷。</p> <p>3.建議健保局未來提供本計畫執行成效資料外，同時提供參與「家醫整合照護計畫」院所之執行情形，俾利全聯會研議檢討相關計畫參考。</p> <p>4.整體上，由100年度執行成效得知，照護對象之門診醫療利用改善略有成效，而進一步分析急診及住院醫療利用情形略有上升，推測除照護對象自然老化影響外，宜進一步釐清照護對象利用急診及住院之原因及釐清年齡、疾病嚴重度對於醫療利用的影響。未來亦將持續研擬本計畫之監測指標，如評估照護對象之疾病負荷度前後比較，期實際反映基層醫療照護服務品質及成效。</p> <p>5.本計畫係採以「病人為中心」及「個案/疾病管理」之照護模式，欲瞭解政策介入後產生實際效果，考量同一病患在不同年度是否能持續納入試辦計畫，才是影響試辦計畫是否持續發揮效果之主要關鍵。因此，若能以更多的個案及更長的時間來追蹤，將更能印證長期的疾病管理介入後的醫療利用和費用影響的差異。</p>								
	101年計畫修正重點	<p>1.放寬收案對象，增列慢性病(選取10等分位之前5等分位)及非慢性病(選取100等分位之前5等分位)之收案人數及75歲以上病患。</p> <p>2.評量指標由「門診人均就醫次數」及「門診人均醫療費用」兩項，增列「成人預防保健檢查率」及「65歲以上老人流感注射率」，共計4項。</p> <p>3.將「基本承作費」改為「健康評估費」(占計畫經費30%)，並經醫師評估填具「健康照護評估單」後始得申報本項費用。另成效評量(結果面指標)占計畫經費70%，若預算超支則採浮動計算。</p> <p>4.放寬診所或醫師參加資格，於參與計畫前2年未違反特管辦法第37及38條且經保險人處分者。(原規定5年，並刪除第36條之違反)。</p> <p>5.增加退場機制:於計畫期間違反特管辦法第37及38條即終止本計畫。</p>							

四、醫院總額專案計畫

1. 醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案

專案名稱	醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案
目的	鼓勵地區級以上醫院醫師，至西醫基層醫師無法承作之醫療資源不足地區，提供巡迴醫療及行動不便或獨居老人到宅醫療、疾病個案管理服務。
執行目標	1. 施行區域係以原 97.12.31 公告之「98 年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案」(101 個鄉鎮)中，截至 98.6.12 仍無基層院所申請前往該地開業或提供巡迴醫療服務之鄉鎮，100 年公告 31 個鄉鎮。 2. 以 50,000 總服務人次及 5,000 總服務時數為目標。
經費來源及協定事項	1. 100 年經費 5,000 萬元。 2. 配合支援西醫基層醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。
費用支付	1. 執行本方案所產生之診察費加成、巡迴服務醫師及護理人員之報酬，由本方案經費支應。其中： <ul style="list-style-type: none"> (1) 巡迴醫師之報酬：論次計酬，每次支付 4,500(一般日)或 5,500 點(例假日)或 5,500 點(例假日)，每次 3 小時，每天至多 1 次。 (2) 護理人員配合醫師巡迴之報酬：論次計酬，每次支付 1,200 點(一般日)或 1,700 點(例假日)，每次 3 小時，每天至多 1 次。 2. 經費按季均分，採浮動點值計算且每點不高於 1 元暫結，年底時全部採浮點值進行結算，且每點金額不高於 1 元。
執行內容及推動過程	1. 由醫院提出計畫書申請，經健保局各分區業務組核定後執行。 2. 醫院於施行區域(醫療資源不足地區)提供巡迴醫療服務，包括：專科門診診療、行動不便或獨居老人之到宅診療、疾病衛教或個案管理、用藥解說、掛號費減免之優惠等多元化服務措施。

專案名稱		醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案																																																						
評核指標及退場機制	<p>1.訂定考評作業要點，由執行醫院向各分區業務組填報相關考核項目(如下)，各分區業務組並視需要進行實地審查。</p> <p>(1)實地審查考核評分或電話抽查評核：如就地理位置及診療服務及告示是否標示明顯清楚等。</p> <p>(2)巡迴地點民眾意見評核：對計畫服務情形的滿意度及就醫情形等。</p> <p>(3)內部檔案分析評核：巡迴醫療活動布條及宣導單張、巡迴空間及環境衛生、診療設備等。</p> <p>2.依前述考評結果，70~80分(觀察等級)，觀察一季要求改善，並作為下年度計畫延續之參考；70分以下(輔導等級)，輔導一季要求改善，經複核未改善者，下年度計畫延續則不予續約。</p> <p>3.最近2年未曾涉有特管辦法第36至第38條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)，因涉有上開所列違規情事之一者，應於次月起即停止本項巡迴醫療服務。查100年並無因該情形不同意辦理之醫院。</p>																																																							
	預算執行情形	98~100年預算執行情形																																																						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>項目</td> <td>8.1~12.31</td> <td>1.1~12.31</td> <td>100年</td> </tr> <tr> <td>預算數(百萬元)</td> <td colspan="2">200</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>預算執行數(百萬元)</td> <td>6.1</td> <td>28.0</td> <td>33.1</td> </tr> <tr> <td>預算執行率</td> <td>3.07%</td> <td>13.99%</td> <td>66.24%</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：98及99年度預算係編列於其他預算之「增進偏遠地區醫療服務品質」項下，其執行方案由衛生署邀集相關單位共同討論訂定，實施期間原為98.8.1~99.7.31，後於99.7.30公告展延至99.12.31。</p>	年度	98年	99年	100年	項目	8.1~12.31	1.1~12.31	100年	預算數(百萬元)	200		50	預算執行數(百萬元)	6.1	28.0	33.1	預算執行率	3.07%	13.99%	66.24%																																		
年度	98年	99年	100年																																																					
項目	8.1~12.31	1.1~12.31	100年																																																					
預算數(百萬元)	200		50																																																					
預算執行數(百萬元)	6.1	28.0	33.1																																																					
預算執行率	3.07%	13.99%	66.24%																																																					
歷年執行概況及結果	目標達成情形	98~100年目標達成情形																																																						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>項目</td> <td>8.1~12.31</td> <td>1.1~12.31</td> <td>100年</td> </tr> <tr> <td>目標數</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-鄉鎮數(個)</td> <td>35</td> <td>31</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>-總服務人次</td> <td colspan="2">150,000</td> <td>50,000</td> </tr> <tr> <td>-總服務時數</td> <td colspan="2">15,000</td> <td>5,000</td> </tr> <tr> <td>執行數</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-鄉鎮數(個)</td> <td>31</td> <td>31</td> <td>29</td> </tr> <tr> <td>-總服務人次</td> <td>--</td> <td>21,117</td> <td>27,135</td> </tr> <tr> <td>-總服務時數</td> <td>--</td> <td>9,009</td> <td>10,101</td> </tr> <tr> <td>目標達成率</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-鄉鎮數</td> <td>88.57%</td> <td>100.00%</td> <td>93.55%</td> </tr> <tr> <td>-總服務人次</td> <td>--</td> <td>14.08%</td> <td>54.27%</td> </tr> <tr> <td>-總服務時數</td> <td>--</td> <td>60.06%</td> <td>202.02%</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：98年原有35個目標鄉鎮數，其中4個鄉鎮後來又併回「99年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案」，故本計畫施行區域於99年公告修訂為31個目標鄉鎮數。</p>	年度	98年	99年	100年	項目	8.1~12.31	1.1~12.31	100年	目標數				-鄉鎮數(個)	35	31	31	-總服務人次	150,000		50,000	-總服務時數	15,000		5,000	執行數				-鄉鎮數(個)	31	31	29	-總服務人次	--	21,117	27,135	-總服務時數	--	9,009	10,101	目標達成率				-鄉鎮數	88.57%	100.00%	93.55%	-總服務人次	--	14.08%	54.27%	-總服務時數	--
年度	98年	99年	100年																																																					
項目	8.1~12.31	1.1~12.31	100年																																																					
目標數																																																								
-鄉鎮數(個)	35	31	31																																																					
-總服務人次	150,000		50,000																																																					
-總服務時數	15,000		5,000																																																					
執行數																																																								
-鄉鎮數(個)	31	31	29																																																					
-總服務人次	--	21,117	27,135																																																					
-總服務時數	--	9,009	10,101																																																					
目標達成率																																																								
-鄉鎮數	88.57%	100.00%	93.55%																																																					
-總服務人次	--	14.08%	54.27%																																																					
-總服務時數	--	60.06%	202.02%																																																					

專案名稱		醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案				
歷年執行概況及結果	醫療服務提供及民眾利情形	1.100年參與醫院34家，包括醫學中心7家，區域醫院16家，地區醫院11家；99年參與醫院30家，包括醫學中心5家，區域醫院14家，地區醫院11家。				
		分區別	99年		100年	
		台北	慈濟台北分院、新光、馬偕、基隆長庚、礦工、耕莘		慈濟、新光、馬偕、基隆長庚、礦工、耕莘、萬芳、仁濟醫院、雙和醫院	
		北區	署桃、國軍桃園、馬偕新分院、為恭		署桃新屋分院、國軍桃園、馬偕新竹分院、署立新竹、為恭	
		中區	道周、中山醫、員林何醫院、洪宗鄰醫院、彰基二林、竹山秀傳、署立南投		中山醫、員林何醫院、洪宗鄰醫院、彰基二林分院、竹山秀傳	
		南區	中國醫大、成大斗六、奇美、奇美柳營、嘉義長庚		台南新樓、成大斗六分院、奇美、奇美柳營、雲林長庚	
		高屏	高雄長庚、義大、國仁、寶建、安泰、屏基		高雄長庚、義大、寶建、安泰、高雄榮總、署立屏東、屏東基督教、恆春旅遊醫院、南門醫院	
		東區	台東基督教、署立花蓮		台東基督教	
		總計	30家地區級以上醫院		34家地區級以上醫院	
		2.100年參與醫師數共1,403人，護理人員數1,657人；99年參與醫師數共1,822人，護理人員數2,005人。				
3.100年診療科別包括一般科、內科、外科、家醫科，婦產科、復健科、骨科、消化外科、感染科、心臟血管內科、老人醫學科、神經科、新陳代謝科等13個專科看診服務。						
4.100年共提供3,367個巡迴診次，每診次至少3小時，服務時數10,101小時。99及100年各分區巡迴科別數及巡迴診次如下：						
分區別	99年		100年			
	巡迴科別數	巡迴診次	巡迴科別數	巡迴診次		
台北	4	321	6	326		
北區	10	327	3	292		
中區	8	819	7	730		
南區	3	472	3	478		
高屏	3	952	5	1,503		
東區	5	112	1	38		
總計	18	3,003	13	3,367		

專案名稱		醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案						
歷年執行概況及結果	醫療服務提供及民眾利情形	5.100年醫療利用人次：27,135人次，醫療費用點數：33,119,871點，平均每次1,221點。99及100年各分區醫療利用情形如下：						
		分區別	99年		100年			
			服務人次	巡迴報酬點數		服務人次	巡迴報酬點數	
		論量		論次	論量		論次	
		台北	2,168	822,230	1,822,500	2,023	1,098,678	1,822,500
		北區	651	220,208	1,841,400	656	304,772	1,665,600
		中區	7,144	3,526,622	4,482,000	9,141	4,683,152	4,152,600
		南區	3,274	1,893,879	2,732,000	5,290	2,482,829	2,772,600
		高屏	7,504	4,154,898	5,655,300	9,770	6,108,421	7,719,000
東區	376	192,825	638,400	255	93,119	216,600		
總計	21,117	10,810,662	17,171,600	27,135	14,770,971	18,348,900		
平均每人	--	512	813	--	544	676		
成效評估	100年執行29個鄉鎮，當地居民滿意度達91.9%。99及100年各分區滿意度如下表：							
	分區別	99年		100年				
		執行鄉鎮數	滿意度	執行鄉鎮數	滿意度			
	台北	4	94.5%	4	93.4%			
	北區	3	92.0%	3	93.3%			
	中區	7	86.7%	6	92.8%			
	南區	7	91.6%	6	89.7%			
	高屏	8	99.5%	9	91.4%			
東區	2	88.6%	1	83.0%				
總計	31	92.2%	29	91.9%				
檢討與改進	1.服務時數達成目標但總服務人次未達成，可能因素如下： (1)實施區域多為地理環境偏遠且居住人數偏少，不易提升服務人次。或鄰近有其他醫療院所，無巡迴服務之需求。 (2)因當地民眾不清楚本方案提供的時間、地點，宣傳不足之因素。							
	2.就各醫院辦理成效，持續進行輔導，以達本方案之目的。							
	3.檢討巡迴實施區域是否確屬醫療資源不足地區，及研議增列每診診次看診人次低於目標人次時，醫院應提出說明及檢討等規定。							
101年計畫修正重點	1.為能提升服務效益，巡迴次數由每週2次增加至每週3次。							
	2.考量民眾用藥安全，增加藥師人力參與，支付金額比照護理人員。							

2.提升住院護理照護品質方案

專案名稱		提升住院護理照護品質方案				
目的		鼓勵醫院重視護理照護，提高住院病人醫療照護品質。				
經費來源及協定事項		1.100年經費為10億元。 2.應檢討修訂方案，及研議更多適用之住院護理品質指標。				
費用支付		1.品質指標報告：每半年結算一次，每次支給5萬元。 2.護理人力：按月分層級依各醫院計得之護理人力比值，由多到少排序後，取前70%之醫院，其每月申報住院護理費支付標準加成6%獎勵。經費按季均分，於扣除品質指標報告之定額費用後，採浮動點值計算，且每點不高於1元暫結，年底時全部採浮點值進行結算，且每點金額不高於1元。				
執行內容及推動過程		1.自98年衛生署核增為醫院總額部門專款項目後，本方案即開始執行，其獎勵對象為，醫院總額範圍內有申報住院護理費之特約醫療院所。 2.品質指標報告：醫院每季須填報出院病人曾發生跌倒意外人數、院內感染、壓瘡發生人數、出院病人數、年資3個月以上護理人員離職率，及2年以上年資護理人員比率，並於每年2月20日及8月20日前填報出院病人護理服務滿意度。 3.護理人力比值：係以醫院每月實際申報門急診人次及住院病床日數，按本計畫依醫院評鑑相關護理人力設置標準議定每位護士每月服務量，計算每月實際所需相關護理人力後，以全院登錄之護理人員數/前開計算之護理人數之比值。				
評核指標及退場機制		1.健保局得不定期進行稽核，經查有登錄不實或有特管辦法第35條第6款或第7款(與住院有關)所列違規情事者，經保險人處以違約記點；或有同辦法第37條或38條所列違規情事者，經保險人處以停止特約者(含行政救濟進行中尚未執行處分者)，以違規發生日期認定，並停止處分期間本方案之給付，並依相關規定追扣費用。 2.領有獎勵款之醫院應將該款項應用於提升護理人力之配置及護理人員獎勵措施，並於每年度結束後3個月內將款項之運用情形提報保險人備查，醫院如未落實前述規定，保險人應予輔導，輔導如未見成效，保險人將予以追扣是項款項。				
歷年執行概況及結果	預算執行情形	98~100年預算執行情形				
			年度	98年	99年	100年
		項目				
		預算數(億元)		8.325	8.325	10.0
		預算執行數(億元)		7.5	8.325	8.74
		預算執行率		90%	100%	87.41%
		獎勵金核發醫院家數(家)	461	456	476	
		獎勵金核付點數(億點)	7.5	8.56	8.74	
註：99年核付點數8.56億點，已超出原協定預算數，依方案內容，護理人力部分將依全年浮動點值計算，每點支付金額約0.97119865元。						

專案名稱

提升住院護理照護品質方案

1.98~100年護理品質指標登錄情形：

	98年			99年			100年		
	全年	上半年	下半年	全年	上半年	下半年	全年	上半年	下半年
參與醫院家數	479	370	419	456	396	403	500	487	478
登錄率	-	77%	88%	-	87%	88%	-	97%	96%

2.98~100年護理品質指標監測結果：

(1)整體而言，100年全體跌倒發生率、壓瘡發生率及感染發生率均較99年低，尤其感染發生率下降最多，護理品質滿意度則較99年上升。

層級別	跌倒發生率			壓瘡發生率			感染發生率		
	98年	99年	100年	98年	99年	100年	98年	99年	100年
全體	0.82%	0.53%	0.51%	1.62%	0.64%	0.60%	5.62%	2.06%	1.95%
醫學中心	0.65%	0.52%	0.45%	0.89%	1.11%	0.98%	2.46%	2.52%	2.22%
區域醫院	0.54%	0.46%	0.45%	0.38%	0.36%	0.35%	1.86%	1.73%	1.58%
地區醫院	0.75%	0.46%	0.46%	1.98%	0.56%	0.53%	6.80%	2.27%	2.37%
精神專科	4.71%	9.45%	5.91%	0.00%	0.01%	0.02%	0.43%	2.95%	2.60%

註：發生率=當年指標數÷當年住院人次。

層級別	上半年滿意度			下半年滿意度		
	98年	99年	100年	98年	99年	100年
全體	86.99%	87.88%	88.15%	87.53%	87.95%	88.16%
醫學中心	93.01%	92.70%	93.47%	93.29%	93.02%	93.42%
區域醫院	88.56%	89.04%	89.55%	89.47%	89.62%	89.86%
地區醫院	86.11%	87.64%	87.63%	86.78%	87.36%	87.77%
精神專科	87.43%	84.14%	86.32%	85.89%	85.83%	85.13%

(2)各層級院所因醫院特性不同，品質指標值呈現不同的發生趨勢。區域醫院在跌倒發生率、壓瘡發生率及感染發生率皆較其他層級院所低；醫學中心之感染率相較其跌倒及壓瘡發生率有較高的趨勢；地區醫院之感染率相較99年之登錄值則有趨高的情形；精神專科醫院則是跌倒發生率及感染發生率高於其他特約層級院所。

(3)100年新增2項指標，年資3個月以上護理人員離職率3.16%，該院2年以上年資護理人員比率68.37%，其中地區醫院年資3個月以上護理人員離職率最高為4.2%，相對地，該院2年以上年資護理人員比率也最低為59.2%。

層級別	年資3個月以上護理人員離職率	該院2年以上年資護理人員比率
全體	3.16%	68.37%
醫學中心	2.35%	79.74%
區域醫院	3.24%	72.43%
地區醫院	4.20%	59.20%
精神專科	2.86%	62.10%

歷年執行概況及結果
護理品質指標登錄及監測結果

專案名稱		提升住院護理照護品質方案								
歷年執行概況及結果	護理品質指標登錄及監測結果	(4)100年各分區護理品質指標分布情形中，跌倒發生率各分區均以精神專科最高，壓瘡發生率及感染發生率則互有消長，其中臺北業務組轄區之地區醫院其壓瘡發生率及感染發生率均高於其他業務組轄區醫院，值得關注。								
		分區	層級別	跌倒發生率	壓瘡發生率	感染發生率	護理滿意度(%)			
							上半年	下半年		
		全體	醫學中心	0.45%	0.98%	2.52%	93.47	93.42		
			區域醫院	0.45%	0.35%	1.73%	89.55	89.86		
			地區醫院	0.46%	0.53%	2.27%	87.63	87.77		
			精神專科	5.91%	0.02%	2.95%	86.32	85.13		
		台北	醫學中心	0.48%	0.91%	2.20%	92.49	92.80		
			區域醫院	0.53%	0.58%	1.70%	90.41	90.97		
			地區醫院	0.37%	4.79%	14.99%	87.99	88.92		
			精神專科	5.94%	0.04%	4.28%	86.99	85.41		
		北區	醫學中心	0.22%	0.60%	2.44%	93.00	92.70		
			區域醫院	0.41%	0.32%	1.54%	87.93	88.27		
			地區醫院	0.33%	2.01%	4.43%	87.78	86.84		
			精神專科	3.35%	0.00%	0.75%	86.77	82.71		
		中區	醫學中心	0.31%	1.37%	1.74%	92.08	91.81		
			區域醫院	0.40%	0.34%	1.41%	90.21	91.30		
			地區醫院	0.58%	1.48%	2.99%	88.04	87.99		
			精神專科	7.77%	0.10%	3.15%	86.08	87.39		
		南區	醫學中心	0.83%	0.89%	1.05%	98.97	98.33		
區域醫院	0.51%		0.49%	1.88%	87.40	89.20				
地區醫院	0.32%		2.10%	11.56%	88.29	88.38				
精神專科	6.20%		0.00%	3.59%	87.33	89.97				
高屏	醫學中心	0.53%	0.40%	2.55%	93.20	93.35				
	區域醫院	0.50%	0.25%	1.38%	90.48	88.37				
	地區醫院	0.34%	0.78%	3.37%	86.89	87.15				
	精神專科	7.29%	0.00%	3.44%	85.30	81.04				
東區	醫學中心	1.48%	2.08%	2.95%	92.96	92.30				
	區域醫院	1.04%	0.44%	1.65%	89.73	89.89				
	地區醫院	1.23%	1.05%	2.82%	85.60	86.75				
	精神專科	15.31%	0.00%	0.00%	84.00	86.40				
護理人力比值計算結果	1.98~100年各層級護理人力比值									
	因100年與99年計算方式不同，而呈現100年低於99年之結果。									
	層級別	98年			99年			100年		
		最低值	最高值	平均值	最低值	最高值	平均值	最低值	最高值	平均值
	全體	0.4333	30.0000	3.1615	0.5000	189.0000	3.6240	0.4487	40.0000	2.3021
	醫學中心	1.6521	3.2000	2.2293	1.5095	3.4167	2.2230	1.2210	3.3738	1.7018
	區域醫院	1.0800	7.3455	2.7353	1.5248	8.7059	2.6694	1.2796	6.1093	1.9897
地區醫院	0.4333	26.0000	3.3443	0.5000	189.0000	3.7410	0.6019	40.0000	2.4064	
精神專科	1.1395	30.0000	2.8301	0.7692	32.0000	5.1827	0.9653	7.9412	2.1903	

專案名稱		提升住院護理照護品質方案					
護理人力 比值 計算 結果	2.100年各分區人力平均比值以高屏分局業務組及東區業務組高於全局平均值，臺北業務組則為最低。	分區	最低值	最高值	平均值		
		全體	0.448718	40.000000	2.302072		
台北		0.689038	26.666667	2.154035			
北區		0.674847	20.000000	2.179953			
中區		0.601942	40.000000	2.264445			
南區		0.630058	13.333333	2.214961			
高屏		0.776786	16.363636	2.566717			
東區		1.175163	12.176471	2.337764			
歷年執行概況及結果	獎勵款項應用登錄及運用情形	1.100年領有獎勵款之醫院共計476家，截至101年3月31日止，已全數完成登錄。					
		2.依據醫院登錄資料統計，獎勵款項運用情形如下：					
(1)100年醫院總計投入獎勵款項18.6億元，與年度預算10億元相較，高出8.6億元。							
(2)用於增聘護理人力及護理人員獎勵措施總計16.8億元(其中增聘護理人力4億元、提高護理人員薪資4.2億元、加發獎勵金7.7億元及提高夜班費0.85億元)，與年度預算10億元相較，醫院配合款為6.8億元。							
層級		增聘護理人力	提高護理人員薪資	加發獎勵金	提高夜班費	其他	小計
總計(占率)		403,772,085 (21.8%)	421,410,947 (22.7%)	771,314,058 (41.6%)	84,801,471 (4.6%)	173,650,566 (9.4%)	1,854,949,127 (100.0%)
醫學中心		258,048,055	135,506,988	455,499,584	69,953	34,450,589	883,575,169
區域醫院		95,054,204	212,483,040	201,845,234	59,744,677	110,342,803	679,469,958
地區醫院		43,641,582	66,571,668	101,205,696	22,455,968	24,011,328	257,886,242
精神專科		7,028,244	6,849,251	12,763,544	2,530,873	4,845,846	34,017,758
3.依據上述統計，醫院用於加發獎勵金部分最多，占41.6%，其次為提高護理人員薪資，占22.7%，增聘護理人力，占21.8%位居第三。醫院挹注費用已高於本案專款核付金額。另未用於提升護理人力配置及提高薪資獎勵金之其他用途，最多為聚餐、辦活動、添購護士服、進修補助及辦理教育訓練等。							
成效評估	1.100年全國參與本方案之醫院護理人員執業登錄共計93,408人，較99年全國參與本方案之院所執業登錄之護理人員數，總計增加2,441人，扣除新成立院所及原醫院床位增加所增加之護理人員732人，100年已參與本方案之院所共計增加1,709人，成長率1.92%。99及100年各層級醫院月平均護理人力如下表：	層級別	99年月平均	100年月平均	增加數	成長率	
		合計	89,228	90,937	1,709	1.92%	
醫學中心		31,197	31,871	674	2.16%		
區域醫院		38,196	38,965	769	2.01%		
地區醫院		17,778	18,007	229	1.29%		
精神專科		2,057	2,094	37	1.80%		

專案名稱	提升住院護理照護品質方案
成效評估	<p>2.本方案實施3年(98~100年)，共挹注26.65億元用於提升護理人力配置及護理人員獎勵措施，方案依據評鑑標準，計算各院合理護理人數，依醫院層級做全國人力評比，<u>累計3年共增加護理人力2,893人</u>，藉由本方案之實施，增加院所提升護理人力配置之動機，經由護理人力數之統計，發現在各層級院所皆有正面之促進效益。</p>
檢討與改進	<p>依醫院登錄獎勵款項運用情形之統計結果，款項多應用於增聘護理人力、提高護理人員薪資及加發獎勵金，惟未來仍將持續對獎勵款之運用情形進行查核：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.款項運用將著重於提升護理人力之配置，及優先提高護理人員大、小夜班費、超時加班費等獎勵措施。 2.醫院每半年應將款項之運用情形提報健保局備查，並於獎勵金核付結束後3個月內完成全年獎勵款項應用情形報告。 3.健保局每半年稽核1次，醫院如未落實前述規定，健保局將予以追扣是項款項。
101年計畫修正重點	<ol style="list-style-type: none"> 1.101年編列經費20億元，應著重在增加護理人力，並以101年年底較100年年底淨增加3,000人為目標值。 2.計畫修訂重點臚列如下： <ol style="list-style-type: none"> (1)品質指標報告(0.5億)：同100年方案，每半年登錄1次護理品質指標，每次支給5萬。 (2)通過醫院評鑑人力標準(12億)： <ol style="list-style-type: none"> A.按月登錄護理人員數(含部分工時人力及實習護士)，依醫院評鑑之護理人力標準，達到C、B、A級標準之醫院，其住院護理費分別加成6%、7%及9%獎勵。 B.獎勵金先依100年各層級醫院費用占率分配各層級之獎勵金，各層級獎勵金均分12個月，採浮動點值暫結，每點不高於1元。 (3)鼓勵醫院增聘護理人力，補助新增護理人員數(7.5億)： <ol style="list-style-type: none"> A.與100年相較，計算各醫院月平均執業登記護理人員(含實習護士)之增加人數。地區醫院及各層級離島醫院增加之護理人力，每位保障點值補助36萬元；其餘醫院每位補助金額上限為25萬點，採浮動點值計算。 B.若年度間醫院規模變更，依床數人力比調整後，再行計算。新增床位所需護理人力以該層級醫院評鑑C標準為計算基準。 (4)修訂獎勵款項運用之相關規定，包含運用範圍、年度提報款項運用情形報告、款項未落實運用之查核、輔導及追扣事宜等。 (5)醫院獎勵款應用之資訊公開：每半年於健保局網站公開醫院領取獎勵總金額、應用款項總金額、用於增聘護理人力、提高夜班費、超時加班費、提高護理人員薪資、加發獎勵金及其他項目之比例等。

3.全民健康保險急診品質提升方案(101 年新增)

專案名稱	全民健康保險急診品質提升方案																	
目的	試辦論質計酬計畫，期提升急重症照護品質，縮短病人在急診室留置時間。																	
執行目標	1.確保急診重症照護品質。 2.落實品質導向轉診制度。 3.提升急診病人處置效率。																	
經費來源及協定事項	101 年經費為 3.2 億元。																	
費用支付	1.急診重大照護品質獎勵： 達標者每個案支給「急診重大疾病照護獎勵」2,000 點(急性腦中風、急性心肌梗塞及重大外傷)或 1,000 點(嚴重敗血症患)。 2.轉診品質獎勵： 符合轉診品質保證之個案，支給「急診上轉/平轉品質獎勵」1,000 點，「急診下轉品質獎勵」2,000 點，轉出及轉入醫院各支付 50%。 3.急診處置效率： (1)以所訂各項效率指標為基礎，進行評比，並依壅塞指標及效率指標之達標情形，按急診檢傷分類前三級病人數計算，支給品質維持獎每個案 20 點，及品質進步獎每個案 10 點或 15 點。 (2)地區醫院「按急診檢傷分類申報之急診人次」與前一年相較，每增加 1 人次，支給進步獎 500 點。 4.上開獎勵以每點 1 元為上限，若有超支，則以浮動點值支付。																	
執行內容	1.參與資格：提供急診服務之健保特約醫院，並依本計畫規定於 VPN 登錄相關資料者。未申報急診檢傷分類急診診察費之地區醫院，僅給予配合本方案轉診品質規定，將病人上轉或接受下轉病人個案之獎勵。 2.急診重症照護：針對急性腦中風、急性心肌梗塞、重大外傷及嚴重敗血症患訂定到院一定時間內接受必要治療處置之標準及獎勵。 3.轉診品質： (1)醫院轉診作業基本程序 A.醫院應設有專責辦理轉診作業之窗口。 B.轉出醫院：應向病人說明轉診原因；填寫轉診同意書及轉診單。 C.轉入醫院：接收醫院要同意，並提供必要醫療照護；填寫處置情形轉診回覆單。 (2)上轉：中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，依下表所列疾病之病人，轉診至上一級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。 <table border="1" data-bbox="367 1765 1436 2060"> <thead> <tr> <th>疾病碼</th> <th>診斷碼中文名稱</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>410.00 至 410.52、410.80 至 410.92</td> <td>急性心肌梗塞</td> </tr> <tr> <td>433.00 至 434.91</td> <td>急性腦中風</td> </tr> <tr> <td>441.00 至 441.02</td> <td>主動脈剝離</td> </tr> <tr> <td>456.20</td> <td>食道靜脈瘤出血</td> </tr> <tr> <td>531.00-531.20、532.00-532.20、533.00-533.20</td> <td>腸胃道出血</td> </tr> <tr> <td>038.9、785.59</td> <td>敗血症</td> </tr> <tr> <td>800-904、910-929、950-959</td> <td>重大外傷</td> </tr> </tbody> </table>		疾病碼	診斷碼中文名稱	410.00 至 410.52、410.80 至 410.92	急性心肌梗塞	433.00 至 434.91	急性腦中風	441.00 至 441.02	主動脈剝離	456.20	食道靜脈瘤出血	531.00-531.20、532.00-532.20、533.00-533.20	腸胃道出血	038.9、785.59	敗血症	800-904、910-929、950-959	重大外傷
疾病碼	診斷碼中文名稱																	
410.00 至 410.52、410.80 至 410.92	急性心肌梗塞																	
433.00 至 434.91	急性腦中風																	
441.00 至 441.02	主動脈剝離																	
456.20	食道靜脈瘤出血																	
531.00-531.20、532.00-532.20、533.00-533.20	腸胃道出血																	
038.9、785.59	敗血症																	
800-904、910-929、950-959	重大外傷																	

專案名稱	全民健康保險急診品質提升方案																														
執行內容	<p>(3)下轉或平行轉診：重度級或中度級急救責任或區域以上醫院，依下表所列疾病急診病人緊急處理後病況穩定者，轉出至同等級或下一級急救責任院或同層級或下一層級之醫院者，給予獎勵。</p>																														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="379 374 740 407">疾病碼</th> <th data-bbox="745 374 1430 407">診斷碼中文名稱</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td data-bbox="379 414 740 443">578.9</td><td data-bbox="745 414 1430 443">胃腸道出血</td></tr> <tr><td data-bbox="379 450 740 479">486</td><td data-bbox="745 450 1430 479">肺炎</td></tr> <tr><td data-bbox="379 486 740 515">599</td><td data-bbox="745 486 1430 515">泌尿道感染</td></tr> <tr><td data-bbox="379 521 740 551">682.9</td><td data-bbox="745 521 1430 551">其他蜂窩組織炎及膿瘍</td></tr> <tr><td data-bbox="379 557 740 586">428.0</td><td data-bbox="745 557 1430 586">充血性心臟衰竭</td></tr> <tr><td data-bbox="379 593 740 622">780.6</td><td data-bbox="745 593 1430 622">發燒</td></tr> <tr><td data-bbox="379 629 740 658">590.80</td><td data-bbox="745 629 1430 658">腎盂腎炎</td></tr> <tr><td data-bbox="379 665 740 694">585</td><td data-bbox="745 665 1430 694">慢性腎衰竭</td></tr> <tr><td data-bbox="379 701 740 730">571.5</td><td data-bbox="745 701 1430 730">肝硬化，未提及酒精性者</td></tr> <tr><td data-bbox="379 736 740 766">577.0</td><td data-bbox="745 736 1430 766">急性胰臟炎</td></tr> <tr><td data-bbox="379 772 740 801">496</td><td data-bbox="745 772 1430 801">慢性氣道阻塞</td></tr> <tr><td data-bbox="379 808 740 837">576.1</td><td data-bbox="745 808 1430 837">膽管炎</td></tr> <tr><td data-bbox="379 844 740 873">560.9</td><td data-bbox="745 844 1430 873">腸阻塞</td></tr> <tr><td data-bbox="379 880 740 909">572.2</td><td data-bbox="745 880 1430 909">肝性昏迷</td></tr> </tbody> </table>	疾病碼	診斷碼中文名稱	578.9	胃腸道出血	486	肺炎	599	泌尿道感染	682.9	其他蜂窩組織炎及膿瘍	428.0	充血性心臟衰竭	780.6	發燒	590.80	腎盂腎炎	585	慢性腎衰竭	571.5	肝硬化，未提及酒精性者	577.0	急性胰臟炎	496	慢性氣道阻塞	576.1	膽管炎	560.9	腸阻塞	572.2	肝性昏迷
	疾病碼	診斷碼中文名稱																													
	578.9	胃腸道出血																													
	486	肺炎																													
	599	泌尿道感染																													
	682.9	其他蜂窩組織炎及膿瘍																													
	428.0	充血性心臟衰竭																													
	780.6	發燒																													
	590.80	腎盂腎炎																													
	585	慢性腎衰竭																													
	571.5	肝硬化，未提及酒精性者																													
	577.0	急性胰臟炎																													
	496	慢性氣道阻塞																													
	576.1	膽管炎																													
	560.9	腸阻塞																													
	572.2	肝性昏迷																													
	<p>4.急診處置效率：以各項效率指標為基礎加以比較獎勵，藉以提升急診處置效率，舒緩急診的壅塞。</p>																														
	<p>(1)觀察指標：</p> <p>A.非外傷病人檢傷分類各檢傷分級住院比率(大於或等於 18 歲)</p> <p>B.外傷病人檢傷分類各檢傷分級住院比率</p> <p>C.兒科病人檢傷分類各檢傷分級住院比率(小於 18 歲)</p> <p>(2)壅塞指標：急診病人停留超過 24 小時之比率</p> <p>(3)效率指標：</p> <p>A.完成急診重大疾病照護病人進入加護病房< 6 小時之比率</p> <p>B.檢傷一、二、三級急診病人轉入病房< 8 小時之比率</p> <p>C.檢傷四、五級急診病人離開醫院< 4 小時之比率</p> <p>D.地區醫院急診病人增加</p>																														
	<p>5.資訊公開與分享</p> <p>(1)健保局分區業務組得舉辦方案執行概況檢討或發表會，並進行計畫執行成果檢討及經驗交流。</p> <p>(2)健保局得公開參與醫院名單及相關品質資訊供民眾參考。</p> <p>(3)獎勵金應用於改善急診工作人力或病人服務，獎勵金運用情形，應提報健保局備查者，健保局得酌情予以公開。</p>																														
	<p>6.計畫於 101 年 5 月 1 日公告實施，目前各醫院正配合計畫內容申報相關資料中。</p>																														

五、跨部門及其他預算專案計畫

1. 醫療給付改善方案

專案名稱	醫療給付改善方案					
目的	以提升照護品質為支付誘因，建立連續性疾病追蹤管理模式，提供病人整合性之照護服務。					
分項計畫	1. 糖尿病醫療給付改善方案(以下簡稱糖尿病方案)。 2. 氣喘醫療給付改善方案(以下簡稱氣喘方案)。 3. 乳癌醫療給付改善方案(以下簡稱乳癌方案)。 4. 高血壓醫療給付改善方案(以下簡稱高血壓方案)。 5. 精神分裂症醫療給付改善方案(以下簡稱精神分裂症方案)。 6. B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案(以下簡稱 B、C 型肝炎個案追蹤方案)。					
執行目標	1. 建立以病患為中心的共同照護模式，及以品質為導向之支付制度。 2. 提昇疾病治療指引遵循率，加強追蹤管理、衛教指導及病患自我照護。 3. 配合適宜的治療，減少急症、併發症及合併症的發生。 4. 精神分裂症方案另訂有具體目標值，即：醫療照護品質指標項目三年進步率總體達 10%。					
經費來源及協定事項	1. 100 年經費：醫院部門 4.873 億元；西醫基層部門 3.0 億元。 2. 應訂定各方案照護率之目標值，並增加相關誘因及檢討運作機制，以提高收案數與照護率。照護結果及成效評估報告應包含健康改善狀況之量化指標。					
費用支付	1. 依各項疾病醫療服務改善方案內容，支給疾病管理照護費、個案追蹤管理照護費、乳癌診療組合定額費用、肝癌早期發現費及品質獎勵金等。 2. 執行結果如超過專款預算，前開各項費用採浮動點值計算。 3. 各項疾病醫療服務改善方案之獎勵誘因摘要如下表： <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">方案別</th> <th style="text-align: center;">獎勵誘因</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">糖尿病</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ■ 完整性照護醫師診察費 450 點，合併開立慢性病連續處方-連續二次以上調劑且每次給藥 28 天以上者支付 200 點(限地區醫院(含)以上層級申報) ■ 管理照護費：第一階段新收案支付 400 點、追蹤支付 200 點、年度評估支付 800 點；第二階段追蹤支付 100 點、年度評估支付 300 點 ■ 96 年起依品質指標評核給予品質加成鼓勵。(檢驗檢查項目另得核實申報) </td> </tr> </tbody> </table>		方案別	獎勵誘因	糖尿病	<ul style="list-style-type: none"> ■ 完整性照護醫師診察費 450 點，合併開立慢性病連續處方-連續二次以上調劑且每次給藥 28 天以上者支付 200 點(限地區醫院(含)以上層級申報) ■ 管理照護費：第一階段新收案支付 400 點、追蹤支付 200 點、年度評估支付 800 點；第二階段追蹤支付 100 點、年度評估支付 300 點 ■ 96 年起依品質指標評核給予品質加成鼓勵。(檢驗檢查項目另得核實申報)
方案別	獎勵誘因					
糖尿病	<ul style="list-style-type: none"> ■ 完整性照護醫師診察費 450 點，合併開立慢性病連續處方-連續二次以上調劑且每次給藥 28 天以上者支付 200 點(限地區醫院(含)以上層級申報) ■ 管理照護費：第一階段新收案支付 400 點、追蹤支付 200 點、年度評估支付 800 點；第二階段追蹤支付 100 點、年度評估支付 300 點 ■ 96 年起依品質指標評核給予品質加成鼓勵。(檢驗檢查項目另得核實申報) 					

專案名稱	醫療給付改善方案	
費用支付	方案別	獎勵誘因
	氣喘	管理照護費：新收案支付 400 點、追蹤支付 200 點、年度評估支付 800 點(醫院)及 400 點(基層)。(檢驗檢查項目得核實申報)
	乳癌	<ul style="list-style-type: none"> ■ 依診療組合(診斷、治療、追蹤等)定額加成支付 ■ 於試辦期間乳癌病人第零期至第三期之無病存活率及第四期之整體存活率達一定程度者，核撥獎勵金
	高血壓	新收案支付 200 點、追蹤支付 200 點、年度評估支付 500 點。(檢驗檢查項目得核實申報)
	精神分裂症	<ul style="list-style-type: none"> ■ 管理照護費：一般病人 1000 點，高風險病人 1500 點。40%基本承作費，60%品質獎勵費 (高風險病人指病患前 1 年曾因主診斷 295 入住急性病房，或以損傷(含自殺)及中毒於門、住診就醫，上述合計大於 3 次) ■ 發現費：每增加一個案支付 500 點，以支付一次為限
	B、C 型肝炎個案追蹤	<ul style="list-style-type: none"> ■ 管理照護費：新收案支付 100 點、追蹤支付 100 點、品質獎勵 100 點 ■ 超音波檢查早期肝癌病兆-篩檢異常及轉介費：500 點 ■ 肝癌早期發現費：確診 500 點、篩檢及確診 1000 點
執行內容及推動過程	<p>1.自 90 年 10 月起試辦疾病管理試辦方案，初期計有子宮頸癌、乳癌、結核病、氣喘及糖尿病等 5 項疾病方案，其中子宮頸癌方案隨預防保健業務移至國民健康局而於 95 年 3 月起停辦，同年新增基層院所試辦高血壓方案，96 年推廣至醫院。99 年則新增精神分裂症方案、B、C 型肝炎個案追蹤方案等 2 項。</p> <p>2.糖尿病方案之執行重點：</p> <p>(1)第一階段照護參與院所須組成照護團隊，並經縣市共同照護網認證。第二階段照護則限內、兒、家醫、新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師及第一階段照護之醫事機構。</p> <p>(2)收案對象為最近 90 天曾於該院所，經同一醫師診斷為糖尿病 (ICD-9-CM 前三碼 250)，就醫 2 次(含)以上者。</p> <p>(3)重點收案對象：領有重大傷病證明之第 1 型糖尿病及曾因糖尿病住院個案，由健保局提供名單請責任醫院收案。</p> <p>(4)品質獎勵措施設有門檻指標，符合門檻指標目標值之醫師，可依品質指標之排序結果，核撥獎勵金(品質卓越獎)。99 年起另增設品質進步獎。</p>	

專案名稱	醫療給付改善方案
執行內容及推動過程	<p>3.氣喘方案之執行重點：</p> <p>(1)參與院所須有符合資格之醫師(經相關醫學會認證具有氣喘患者照護及管理能力之內、兒、家醫、耳鼻喉科醫師)。</p> <p>(2)收案對象為最近 90 天曾於該院所，經同一醫師診斷為氣喘(ICD-9CM 前三碼 493)，就醫 2 次(含)以上者。</p> <p>(3)依據品質加成指標，由參與醫師(分醫院與基層)進行評比，再據以核發獎勵金。</p> <p>4.乳癌方案之執行重點：</p> <p>(1)參與醫院每年執行乳癌手術人數須達 100 人以上，並已發展診療準則，建置乳癌患者復發、存活之資料庫，或已組成共同診療團隊，定期開會討論診療準則及治療計畫等。</p> <p>(2)收案對象為參與醫院新收治之女性乳癌病人(ICD-9CM 為 174.0~174.9、198.2、198.81、233.0、238.3、V58.0、V58.1)。</p> <p>(3)依據乳癌病人第零至三期之無病存活率及第四期之整體存活率，核撥獎勵金。</p> <p>(4)健保局各分區業務組定期監控參與醫院之實施成效，並作為其參與醫院資格之參考。</p> <p>5.高血壓方案之執行重點：</p> <p>(1)收案對象為該院所接受高血壓治療超過 12 個月，且收案前 1 年服藥 210 天以上之病人(ICD-9CM 前三碼 401~404)。</p> <p>(2)結案條件：依「高血壓治療指引」完成一年療程者、死亡、中斷治療(歸責於病患因素)及轉診。</p> <p>(3)品質指標包含符合高血壓治療指引比率等。</p> <p>6.精神分裂症方案之執行重點：</p> <p>(1)收案對象為領有重大傷病卡之精神分裂症(ICD-9CM 前三碼 295)，但排除精神科慢性病房住院中病患及同時領 2 張(含)以上不同疾病之重大傷病卡者。</p> <p>(2)依品質指標目標權值之達成度計算品質獎勵金。</p> <p>7.B、C 型肝炎個案追蹤方案之執行重點：</p> <p>(1)參與院所須有符合資格之醫師(內、消化、兒、家醫科醫師)。</p> <p>(2)收案對象為該院所診斷為 B 型肝炎帶原或 C 型肝炎感染，且就醫 2 次(含)以上者(ICD-9CM 為 070.30~070.33、070.51、070.54、571.40~571.49、571.5)。</p> <p>(3)品質獎勵措施設有門檻指標，並依品質指標達標與否支給品質獎勵金。</p>

專案名稱	醫療給付改善方案																																																																											
評核指標及退場機制	<p>1.糖尿病方案： (1)品質加成指標：病人完整追蹤率、HbA1C<7%比率(HbA1C 控制良好率)、HbA1C>9.5%比率(HbA1C 不良率)及 LDL>130mg/dl 比率(LDL 不良率)。 (2)第一階段當季病人追蹤率小於 20%之醫師，經輔導未改善，1 年內不得再申報該方案之相關費用。</p> <p>2.氣喘方案： (1)品質加成指標：病人完整追蹤率、收案病人因氣喘住院比率及收案病人因氣喘急診比率。 (2)品質監測指標：降階治療成功率、氣喘出院 14 日內再住院率。 (3)半年病人追蹤率小於 12%之醫師，經輔導後 3 個月內未改善，1 年內不得再申報該方案之相關費用。</p> <p>3.乳癌方案： (1)品質監控項目；包括該醫院每年診斷與治療的乳癌新個案數(結構面)；手術前三個月內乳房攝影或乳房超音波檢查百分率等 13 項過程面指標，及五年整體存活率與無病存活率、乳癌手術後局部復發率、乳癌手術後再度治療率等 3 項結果面指標。 (2)健保局各分區業務組定期監控參與醫院之實施成效，並作為其參與醫院資格之參考。</p> <p>4.精神分裂症方案： (1)品質評量指標：包括平均每月精神科門診就診次數、精神科不規則門診比例、六個月內精神科急性病房再住院率、急診使用人次比率、失聯結案率、強制住院發生人次比率、固定就醫病人精神科急性病房平均住院天數、固定就醫病人精神科急性病房住院人次比率固定就醫且一般病人佔率之年度增加率等 9 項。 (2)年度品質指標目標權值需達$\geq 60\%$，未達成之院所應提改善計畫，健保局各分區業務組並得據以評量院所續辦資格。</p> <p>5.B、C 型肝炎個案追蹤方案： (1)品質指標：收案率、腹部超音波檢查執行進步率、年度完整追蹤率。 (2)年度病人追蹤率小於 20%之院所，經輔導未改善，1 年內不得再申報該方案費用。</p>																																																																											
	<p style="text-align: right;">單位：億元；%</p> <table border="1" data-bbox="327 1473 1428 1892"> <thead> <tr> <th>年度 項目</th> <th>95 年</th> <th>96 年</th> <th>97 年</th> <th>98 年</th> <th>99 年</th> <th>100 年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>預算數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>--醫院</td> <td>7.251</td> <td>7.86</td> <td>5.040</td> <td>2.873</td> <td>5.873</td> <td>4.873</td> </tr> <tr> <td>--西醫基層</td> <td>3.560</td> <td>4.27</td> <td>4.236</td> <td>2.990</td> <td>3.000</td> <td>3.000</td> </tr> <tr> <td>預算執行數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>--醫院</td> <td>1.88</td> <td>2.017</td> <td>2.039</td> <td>1.936</td> <td>2.893</td> <td>3.887</td> </tr> <tr> <td>--西醫基層</td> <td>2.04</td> <td>1.494</td> <td>1.303</td> <td>1.290</td> <td>1.406</td> <td>1.478</td> </tr> <tr> <td>預算執行率</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>--醫院</td> <td>25.93</td> <td>25.70</td> <td>40.46</td> <td>67.42</td> <td>49.25</td> <td>79.77</td> </tr> <tr> <td>--西醫基層</td> <td>57.30</td> <td>35.00</td> <td>30.80</td> <td>42.70</td> <td>46.90</td> <td>49.26</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：1.95 年資料包含子宮頸抹片檢查及結核病論質方案之預算數及執行數，96 年資料則包含結核病論質方案之預算數及執行數。 2.子宮頸抹片檢查方案因配合該檢查移為公務預算支應，故自健保刪除。 3.結核病方案於 97 年已導入支付標準。</p>							年度 項目	95 年	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年	預算數							--醫院	7.251	7.86	5.040	2.873	5.873	4.873	--西醫基層	3.560	4.27	4.236	2.990	3.000	3.000	預算執行數							--醫院	1.88	2.017	2.039	1.936	2.893	3.887	--西醫基層	2.04	1.494	1.303	1.290	1.406	1.478	預算執行率							--醫院	25.93	25.70	40.46	67.42	49.25	79.77	--西醫基層	57.30	35.00	30.80	42.70	46.90
年度 項目	95 年	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年																																																																						
預算數																																																																												
--醫院	7.251	7.86	5.040	2.873	5.873	4.873																																																																						
--西醫基層	3.560	4.27	4.236	2.990	3.000	3.000																																																																						
預算執行數																																																																												
--醫院	1.88	2.017	2.039	1.936	2.893	3.887																																																																						
--西醫基層	2.04	1.494	1.303	1.290	1.406	1.478																																																																						
預算執行率																																																																												
--醫院	25.93	25.70	40.46	67.42	49.25	79.77																																																																						
--西醫基層	57.30	35.00	30.80	42.70	46.90	49.26																																																																						

專案名稱	醫療給付改善方案																																																																																														
各方案執行情形及成效評估	糖尿病方案																																																																																														
	1. 參與院所數、收案人數及照護率																																																																																														
	(1) 整體																																																																																														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>年度 項目</th> <th>94年</th> <th>95年</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>院所數</td> <td>633</td> <td>721</td> <td>660</td> <td>605</td> <td>602</td> <td>615</td> <td>640</td> </tr> <tr> <td>收案數</td> <td>160,889</td> <td>176,475</td> <td>181,098</td> <td>191,251</td> <td>214,340</td> <td>254,504</td> <td>283,748</td> </tr> <tr> <td>照護率</td> <td>23.52%</td> <td>23.16%</td> <td>24.67%</td> <td>26.34%</td> <td>27.56%</td> <td>29.26%</td> <td>31.16%</td> </tr> </tbody> </table>	年度 項目	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	院所數	633	721	660	605	602	615	640	收案數	160,889	176,475	181,098	191,251	214,340	254,504	283,748	照護率	23.52%	23.16%	24.67%	26.34%	27.56%	29.26%	31.16%																																																														
	年度 項目	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年																																																																																							
	院所數	633	721	660	605	602	615	640																																																																																							
	收案數	160,889	176,475	181,098	191,251	214,340	254,504	283,748																																																																																							
	照護率	23.52%	23.16%	24.67%	26.34%	27.56%	29.26%	31.16%																																																																																							
	院所數	633	721	660	605	602	615	640																																																																																							
	收案數	160,889	176,475	181,098	191,251	214,340	254,504	283,748																																																																																							
	照護率	23.52%	23.16%	24.67%	26.34%	27.56%	29.26%	31.16%																																																																																							
	(2) 醫院																																																																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>年度 項目</th> <th>94年</th> <th>95年</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>院所數</td> <td>188</td> <td>205</td> <td>204</td> <td>197</td> <td>203</td> <td>208</td> <td>218</td> </tr> <tr> <td>收案數</td> <td>119,828</td> <td>123,289</td> <td>127,842</td> <td>135,926</td> <td>154,512</td> <td>188,827</td> <td>209,647</td> </tr> <tr> <td>照護率</td> <td>24.47%</td> <td>23.77%</td> <td>25.51%</td> <td>27.61%</td> <td>30.06%</td> <td>31.30%</td> <td>35.01%</td> </tr> </tbody> </table>	年度 項目	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	院所數	188	205	204	197	203	208	218	收案數	119,828	123,289	127,842	135,926	154,512	188,827	209,647	照護率	24.47%	23.77%	25.51%	27.61%	30.06%	31.30%	35.01%																																																															
年度 項目	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年																																																																																								
院所數	188	205	204	197	203	208	218																																																																																								
收案數	119,828	123,289	127,842	135,926	154,512	188,827	209,647																																																																																								
照護率	24.47%	23.77%	25.51%	27.61%	30.06%	31.30%	35.01%																																																																																								
院所數	188	205	204	197	203	208	218																																																																																								
收案數	119,828	123,289	127,842	135,926	154,512	188,827	209,647																																																																																								
照護率	24.47%	23.77%	25.51%	27.61%	30.06%	31.30%	35.01%																																																																																								
(3) 西醫基層																																																																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>年度 項目</th> <th>94年</th> <th>95年</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>院所數</td> <td>445</td> <td>516</td> <td>456</td> <td>408</td> <td>399</td> <td>407</td> <td>422</td> </tr> <tr> <td>收案數</td> <td>43,897</td> <td>54,717</td> <td>54,410</td> <td>56,408</td> <td>61,007</td> <td>66,866</td> <td>74,561</td> </tr> <tr> <td>照護率</td> <td>14.84%</td> <td>16.55%</td> <td>19.67%</td> <td>20.80%</td> <td>20.01%</td> <td>19.74%</td> <td>21.79%</td> </tr> </tbody> </table>	年度 項目	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	院所數	445	516	456	408	399	407	422	收案數	43,897	54,717	54,410	56,408	61,007	66,866	74,561	照護率	14.84%	16.55%	19.67%	20.80%	20.01%	19.74%	21.79%																																																															
年度 項目	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年																																																																																								
院所數	445	516	456	408	399	407	422																																																																																								
收案數	43,897	54,717	54,410	56,408	61,007	66,866	74,561																																																																																								
照護率	14.84%	16.55%	19.67%	20.80%	20.01%	19.74%	21.79%																																																																																								
院所數	445	516	456	408	399	407	422																																																																																								
收案數	43,897	54,717	54,410	56,408	61,007	66,866	74,561																																																																																								
照護率	14.84%	16.55%	19.67%	20.80%	20.01%	19.74%	21.79%																																																																																								
2. 品質指標監控結果 單位：%																																																																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>年度 項目</th> <th>94年</th> <th>95年</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>個案完整追蹤率</td> <td>22.18</td> <td>25.63</td> <td>31.53</td> <td>34.27</td> <td>38.13</td> <td>41.10</td> <td>39.56</td> </tr> <tr> <td>HbA1C<7%(良率)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-新收案時</td> <td>24.5</td> <td>25.1</td> <td>27.4</td> <td>29.5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-收案後第一次年度 檢測</td> <td>32.8</td> <td>34.1</td> <td>39.0</td> <td>41.5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HbA1C>9.5%(不良率)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-新收案時</td> <td>29.8</td> <td>29.1</td> <td>24.3</td> <td>23.0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-收案後第一次年度 檢測</td> <td>15.5</td> <td>14.6</td> <td>11.2</td> <td>9.7</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>LDL 控制良好率</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-新收案時</td> <td>65.82</td> <td>65.5</td> <td>70.1</td> <td>71.6</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-收案後第一次年度 檢測</td> <td>71.7</td> <td>74.1</td> <td>76.4</td> <td>77.4</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	年度 項目	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	個案完整追蹤率	22.18	25.63	31.53	34.27	38.13	41.10	39.56	HbA1C<7%(良率)								-新收案時	24.5	25.1	27.4	29.5				-收案後第一次年度 檢測	32.8	34.1	39.0	41.5				HbA1C>9.5%(不良率)								-新收案時	29.8	29.1	24.3	23.0				-收案後第一次年度 檢測	15.5	14.6	11.2	9.7				LDL 控制良好率								-新收案時	65.82	65.5	70.1	71.6				-收案後第一次年度 檢測	71.7	74.1	76.4	77.4										
年度 項目	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年																																																																																								
個案完整追蹤率	22.18	25.63	31.53	34.27	38.13	41.10	39.56																																																																																								
HbA1C<7%(良率)																																																																																															
-新收案時	24.5	25.1	27.4	29.5																																																																																											
-收案後第一次年度 檢測	32.8	34.1	39.0	41.5																																																																																											
HbA1C>9.5%(不良率)																																																																																															
-新收案時	29.8	29.1	24.3	23.0																																																																																											
-收案後第一次年度 檢測	15.5	14.6	11.2	9.7																																																																																											
LDL 控制良好率																																																																																															
-新收案時	65.82	65.5	70.1	71.6																																																																																											
-收案後第一次年度 檢測	71.7	74.1	76.4	77.4																																																																																											
個案完整追蹤率	22.18	25.63	31.53	34.27	38.13	41.10	39.56																																																																																								
HbA1C<7%(良率)																																																																																															
-新收案時	24.5	25.1	27.4	29.5																																																																																											
-收案後第一次年度 檢測	32.8	34.1	39.0	41.5																																																																																											
HbA1C>9.5%(不良率)																																																																																															
-新收案時	29.8	29.1	24.3	23.0																																																																																											
-收案後第一次年度 檢測	15.5	14.6	11.2	9.7																																																																																											
LDL 控制良好率																																																																																															
-新收案時	65.82	65.5	70.1	71.6																																																																																											
-收案後第一次年度 檢測	71.7	74.1	76.4	77.4																																																																																											
註：94-97年 HbA1C<7%(良率)、HbA1C>9.5%(不良率)及 LDL 控制良好率等指標值，係摘錄自 99 年健保局執行成果報告(專案計畫)書面資料。																																																																																															

專案名稱	醫療給付改善方案															
各方案執行情形及成效評估	3.成效評估															
	(1)參與方案者之重要檢查項目執行率高於未參與方案者，顯示本方案之治療指引遵循率，顯著高於未參與者，有助於減少未來併發症的產生。 單位：%															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>年度 檢查項目</th> <th>94年</th> <th>95年</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100年</th> </tr> </thead> </table>	年度 檢查項目	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年
	年度 檢查項目	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年								
	HbA1C															
	--參與方案															
	--未參與方案															
	眼底鏡檢															
	--參與方案															
	--未參與方案															
微量白蛋白																
--參與方案																
--未參與方案																
(2)連續追蹤 94 年新參與方案者的結果面品質指標，顯示品質持續進步，照護個案維持在良好狀態，能減少後續併發症的發生。 單位：%																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>年度 項目</th> <th>94年</th> <th>95年</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100年</th> </tr> </thead> </table>	年度 項目	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	
年度 項目	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年									
HbA1C<7% (良率)																
HbA1C>9.5% (不良率)																
LDL≤130 (良率)																
(3)追蹤 94-99 年新收之 HbA1C 控制不良(>9.5%)個案，參加方案 1 年後有 66%個案獲得改善，更有 17.5%個 HbA1C 降至正常值(<7%)。																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>初診 HbA1C>9.5%人數</th> <th>1年後 HbA1C 值</th> <th>人數</th> <th>比率</th> </tr> </thead> </table>	初診 HbA1C>9.5%人數	1年後 HbA1C 值	人數	比率	53,9112			<7%(良)		9,451		17.5%				
初診 HbA1C>9.5%人數	1年後 HbA1C 值	人數	比率													
			7%~9.5%		26,304		48.8%									
			>9.5%(不良)		18,156		33.7%									
(4)連續追蹤 94 年符合收案條件之糖尿病人至 100 年底，其後續發生洗腎情形如下表，顯示參與本方案可有效減少個案糖尿病相關合併症的發生。																
參加方案與否				糖尿病人數	洗腎人數	洗腎發生率										
參加方案者				48,796	295	0.60%										
未參加方案者				402,295	17,339	4.31%										
曾參加但未連續參加方案者				208,186	7,455	3.58%										
合計				659,277	25,089	3.81%										

專案名稱	醫療給付改善方案							
各方案執行情形及成效評估	氣喘方案							
	1. 參與院所數、收案人數、照護率							
	(1) 整體							
	年度 項目	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年
	院所數	1,361	1,406	1,086	964	856	822	794
	收案數	184,269	190,671	140,464	119,645	115,788	115,423	115,600
	照護率	32.50%	34.78%	35.17%	31.29%	31.61%	47.02%	45.45%
	(2) 醫院							
	年度 項目	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年
	院所數	147	136	115	113	102	101	92
	收案數	36,267	33,686	27,029	23,534	23,911	25,006	24,860
	照護率	13.54%	13.93%	14.34%	14.60%	15.75%	21.73%	20.87%
	(3) 西醫基層							
	年度 項目	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年
	院所數	1,214	1,270	971	851	754	721	702
收案數	150,778	159,302	114,610	97,228	92,672	91,038	91,203	
照護率	44.50%	46.43%	48.12%	43.94%	40.96%	65.71%	63.03%	
2. 品質指標監控結果及成效評估								
(1) 參與方案者之平均每人住院次數及急診次數均較未參與方案者為低。								
年度 項目	95年	96年	97年	98年	99年	100年		
平均每人住院次數								
- 參與方案	0.018	0.019	0.017	0.015	0.018	0.013		
- 未參與方案	0.042	0.041	0.035	0.034	0.037	0.028		
平均每人急診次數								
- 參與方案	0.057	0.063	0.056	0.054	0.063	0.057		
- 未參與方案	0.120	0.120	0.112	0.118	0.121	0.119		
(2) 連續追蹤 5 年(96-100 年)平均每人門診就醫次數、醫療費用及藥費，參與方案之個案均較未參與者為低。								
年度 項目	96年	97年	98年	99年	100年			
平均每人門診就醫次數(次)								
- 參與方案	4.70	4.82	4.90	5.07	5.11			
- 未參與方案	5.65	5.70	5.70	5.70	5.67			
平均每人醫療費用(元)								
- 參與方案	5,123	5,335	5,578	5,664	5,783			
- 未參與方案	5,722	5,900	5,897	5,642	5,929			
平均每人藥費(元)								
- 參與方案	2,552	2,721	2,841	2,823	2,936			
- 未參與方案	3,502	3,627	3,589	3,297	3,551			

專案名稱	醫療給付改善方案							
各方案執行情形及成效評估	乳癌方案							
	1. 參與院所數、收案人數、照護率(醫院)							
	年度 項目	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年
	院所數	6	6	6	6	6	6	6
	收案數	5,852	6,927	8,438	9,807	10,743	11,678	11,827
	照護率	12.09%	12.98%	13.60%	14.64%	14.50%	14.62%	13.67%
	2. 品質指標監控結果							
	100年度試辦個案存活率							
	病理分類	第1年	第2年	第3年	第4年	第5年		
	第零期	99.90%	99.86%	99.68%	98.76%	98.62%		
	第一期	99.50%	98.58%	97.59%	96.18%	95.64%		
	第二期	99.37%	96.85%	94.71%	92.26%	90.35%		
	第三期	92.72%	90.30%	84.54%	79.07%	73.48%		
	第四期	87.93%	75.73%	63.78%	54.20%	34.82%		
	3. 成效評估							
100年度試辦個案其存活率與99年比較，各分期均有提升趨勢。								
期別	年度	99年		100年				
第零期		98.40%		98.62%				
第一期		94.41%		95.64%				
第二期		89.07%		90.35%				
第三期		70.75%		73.48%				
第四期		33.79%		34.82%				
高血壓方案								
1. 參與院所數、收案人數、照護率								
(1) 整體								
年度 項目	95年	96年	97年	98年	99年	100年		
院所數	903	877	671	600	570	600		
收案數	98,960	123,392	76,667	54,698	54,481	65,528		
照護率	9.31%	6.54%	3.93%	2.65%	2.55%	2.94%		
(2) 醫院								
年度 項目	95年	96年	97年	98年	99年	100年		
院所數		81	80	84	88	90		
收案數	(未實施)	25,138	30,821	18,709	19,621	26,140		
照護率		2.62%	3.16%	1.87%	1.92%	2.48%		
(3) 西醫基層								
年度 項目	95年	96年	97年	98年	99年	100年		
院所數	903	796	591	516	482	510		
收案數	98,960	98,305	45,865	36,007	34,870	39,393		
照護率	9.31%	8.89%	3.98%	2.89%	2.69%	2.92%		

專案名稱	醫療給付改善方案																																																																																											
各方案執行情形及成效評估	2.品質指標監控結果及成效評估 (1)分析參與方案且於 96 至 100 年完成療程之個案，收案 6 個月後，其血壓值具改善現象。46.03%個案的收縮壓<140mmHg(正常值)，57.15%個案的舒張壓<90mmHg(正常值)。 (2)分析參與方案且至 100 年底已完成 1 年療程之個案，其血壓值具改善現象。48.84%個案的收縮壓<140mmHg，60.96%個案的舒張壓<90mmHg。																																																																																											
	精神分裂症方案																																																																																											
	1.參與院所數、收案人數、照護率																																																																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="336 687 475 741">年度</th> <th colspan="3" data-bbox="475 687 799 741">99 年</th> <th colspan="3" data-bbox="799 687 1441 741">100 年</th> </tr> <tr> <th data-bbox="336 741 475 795">項目</th> <th data-bbox="475 741 635 795">整體</th> <th data-bbox="635 741 799 795">醫院</th> <th data-bbox="799 741 959 795">西醫基層</th> <th data-bbox="959 741 1118 795">整體</th> <th data-bbox="1118 741 1278 795">醫院</th> <th data-bbox="1278 741 1441 795">西醫基層</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="336 795 475 848">院所數</td> <td data-bbox="475 795 635 848">81</td> <td data-bbox="635 795 799 848">70</td> <td data-bbox="799 795 959 848">11</td> <td data-bbox="959 795 1118 848">90</td> <td data-bbox="1118 795 1278 848">79</td> <td data-bbox="1278 795 1441 848">11</td> </tr> <tr> <td data-bbox="336 848 475 902">收案數</td> <td data-bbox="475 848 635 902">36,580</td> <td data-bbox="635 848 799 902">35,585</td> <td data-bbox="799 848 959 902">995</td> <td data-bbox="959 848 1118 902">43,076</td> <td data-bbox="1118 848 1278 902">41,846</td> <td data-bbox="1278 848 1441 902">1,230</td> </tr> <tr> <td data-bbox="336 902 475 958">照護率</td> <td data-bbox="475 902 635 958">40.65%</td> <td data-bbox="635 902 799 958">40.95%</td> <td data-bbox="799 902 959 958">32.21%</td> <td data-bbox="959 902 1118 958">46.94%</td> <td data-bbox="1118 902 1278 958">54.80%</td> <td data-bbox="1278 902 1441 958">17.60%</td> </tr> </tbody> </table>							年度	99 年			100 年			項目	整體	醫院	西醫基層	整體	醫院	西醫基層	院所數	81	70	11	90	79	11	收案數	36,580	35,585	995	43,076	41,846	1,230	照護率	40.65%	40.95%	32.21%	46.94%	54.80%	17.60%																																																		
	年度	99 年			100 年																																																																																							
	項目	整體	醫院	西醫基層	整體	醫院	西醫基層																																																																																					
	院所數	81	70	11	90	79	11																																																																																					
	收案數	36,580	35,585	995	43,076	41,846	1,230																																																																																					
	照護率	40.65%	40.95%	32.21%	46.94%	54.80%	17.60%																																																																																					
	2.品質指標監控結果																																																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="336 1034 715 1133" rowspan="2">指標項目(正負向)</th> <th data-bbox="715 1034 847 1133" rowspan="2">目標值 較上年度</th> <th colspan="3" data-bbox="847 1034 1142 1077">高風險病人</th> <th colspan="3" data-bbox="1142 1034 1441 1077">一般病人</th> </tr> <tr> <th data-bbox="847 1077 948 1133">99 年</th> <th data-bbox="948 1077 1048 1133">100 年</th> <th data-bbox="1048 1077 1142 1133">達標</th> <th data-bbox="1142 1077 1243 1133">99 年</th> <th data-bbox="1243 1077 1343 1133">100 年</th> <th data-bbox="1343 1077 1441 1133">達標</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="336 1133 715 1240">平均每月精神科門診就診次數(正)</td> <td data-bbox="715 1133 847 1240">增加或 ≥1</td> <td data-bbox="847 1133 948 1240">1.31</td> <td data-bbox="948 1133 1048 1240">1.25</td> <td data-bbox="1048 1133 1142 1240">Y</td> <td data-bbox="1142 1133 1243 1240">1.40</td> <td data-bbox="1243 1133 1343 1240">1.33</td> <td data-bbox="1343 1133 1441 1240">Y</td> </tr> <tr> <td data-bbox="336 1240 715 1348">精神科平均每月不規則門診比例(負)</td> <td data-bbox="715 1240 847 1348">減少</td> <td data-bbox="847 1240 948 1348">6.1%</td> <td data-bbox="948 1240 1048 1348">4.6%</td> <td data-bbox="1048 1240 1142 1348">Y</td> <td data-bbox="1142 1240 1243 1348">5.7%</td> <td data-bbox="1243 1240 1343 1348">4.1%</td> <td data-bbox="1343 1240 1441 1348">Y</td> </tr> <tr> <td data-bbox="336 1348 715 1456">6 個月內精神科急性病房再住院率(負)</td> <td data-bbox="715 1348 847 1456">減少</td> <td data-bbox="847 1348 948 1456">48.3%</td> <td data-bbox="948 1348 1048 1456">37.4%</td> <td data-bbox="1048 1348 1142 1456">Y</td> <td data-bbox="1142 1348 1243 1456">19.1%</td> <td data-bbox="1243 1348 1343 1456">21.0%</td> <td data-bbox="1343 1348 1441 1456"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="336 1456 715 1563">急診使用人次比率(負)</td> <td data-bbox="715 1456 847 1563">減少</td> <td data-bbox="847 1456 948 1563">111.3%</td> <td data-bbox="948 1456 1048 1563">78.9%</td> <td data-bbox="1048 1456 1142 1563">Y</td> <td data-bbox="1142 1456 1243 1563">23.6%</td> <td data-bbox="1243 1456 1343 1563">24.9%</td> <td data-bbox="1343 1456 1441 1563"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="336 1563 715 1617">失聯結案率(負)</td> <td data-bbox="715 1563 847 1617">減少</td> <td data-bbox="847 1563 948 1617">22.8%</td> <td data-bbox="948 1563 1048 1617">1.5%</td> <td data-bbox="1048 1563 1142 1617">Y</td> <td data-bbox="1142 1563 1243 1617">21.7%</td> <td data-bbox="1243 1563 1343 1617">1.5%</td> <td data-bbox="1343 1563 1441 1617">Y</td> </tr> <tr> <td data-bbox="336 1617 715 1724">強制住院發生人次比率(負)</td> <td data-bbox="715 1617 847 1724">減少</td> <td data-bbox="847 1617 948 1724">1.9%</td> <td data-bbox="948 1617 1048 1724">1.0%</td> <td data-bbox="1048 1617 1142 1724">Y</td> <td data-bbox="1142 1617 1243 1724">0.7%</td> <td data-bbox="1243 1617 1343 1724">0.5%</td> <td data-bbox="1343 1617 1441 1724">Y</td> </tr> <tr> <td data-bbox="336 1724 715 1832">固定就醫病人精神科急性病房平均住院天數(負)</td> <td data-bbox="715 1724 847 1832">減少</td> <td data-bbox="847 1724 948 1832">28.89</td> <td data-bbox="948 1724 1048 1832">23.89</td> <td data-bbox="1048 1724 1142 1832">Y</td> <td data-bbox="1142 1724 1243 1832">12.87</td> <td data-bbox="1243 1724 1343 1832">13.65</td> <td data-bbox="1343 1724 1441 1832"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="336 1832 715 1939">固定就醫病人精神科急性病房住院人次比率(負)</td> <td data-bbox="715 1832 847 1939">減少</td> <td data-bbox="847 1832 948 1939">67.4%</td> <td data-bbox="948 1832 1048 1939">49.4%</td> <td data-bbox="1048 1832 1142 1939">Y</td> <td data-bbox="1142 1832 1243 1939">23.8%</td> <td data-bbox="1243 1832 1343 1939">24.7%</td> <td data-bbox="1343 1832 1441 1939"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="336 1939 715 2049">固定就醫且一般病人佔率之年度增加率(正)</td> <td data-bbox="715 1939 847 2049">增加</td> <td data-bbox="847 1939 948 2049">64.4%</td> <td data-bbox="948 1939 1048 2049">62.5%</td> <td data-bbox="1048 1939 1142 2049"></td> <td data-bbox="1142 1939 1243 2049">64.4%</td> <td data-bbox="1243 1939 1343 2049">62.5%</td> <td data-bbox="1343 1939 1441 2049"></td> </tr> </tbody> </table>							指標項目(正負向)	目標值 較上年度	高風險病人			一般病人			99 年	100 年	達標	99 年	100 年	達標	平均每月精神科門診就診次數(正)	增加或 ≥1	1.31	1.25	Y	1.40	1.33	Y	精神科平均每月不規則門診比例(負)	減少	6.1%	4.6%	Y	5.7%	4.1%	Y	6 個月內精神科急性病房再住院率(負)	減少	48.3%	37.4%	Y	19.1%	21.0%		急診使用人次比率(負)	減少	111.3%	78.9%	Y	23.6%	24.9%		失聯結案率(負)	減少	22.8%	1.5%	Y	21.7%	1.5%	Y	強制住院發生人次比率(負)	減少	1.9%	1.0%	Y	0.7%	0.5%	Y	固定就醫病人精神科急性病房平均住院天數(負)	減少	28.89	23.89	Y	12.87	13.65		固定就醫病人精神科急性病房住院人次比率(負)	減少	67.4%	49.4%	Y	23.8%	24.7%		固定就醫且一般病人佔率之年度增加率(正)	增加	64.4%	62.5%		64.4%	62.5%	
指標項目(正負向)	目標值 較上年度	高風險病人			一般病人																																																																																							
		99 年	100 年	達標	99 年	100 年	達標																																																																																					
平均每月精神科門診就診次數(正)	增加或 ≥1	1.31	1.25	Y	1.40	1.33	Y																																																																																					
精神科平均每月不規則門診比例(負)	減少	6.1%	4.6%	Y	5.7%	4.1%	Y																																																																																					
6 個月內精神科急性病房再住院率(負)	減少	48.3%	37.4%	Y	19.1%	21.0%																																																																																						
急診使用人次比率(負)	減少	111.3%	78.9%	Y	23.6%	24.9%																																																																																						
失聯結案率(負)	減少	22.8%	1.5%	Y	21.7%	1.5%	Y																																																																																					
強制住院發生人次比率(負)	減少	1.9%	1.0%	Y	0.7%	0.5%	Y																																																																																					
固定就醫病人精神科急性病房平均住院天數(負)	減少	28.89	23.89	Y	12.87	13.65																																																																																						
固定就醫病人精神科急性病房住院人次比率(負)	減少	67.4%	49.4%	Y	23.8%	24.7%																																																																																						
固定就醫且一般病人佔率之年度增加率(正)	增加	64.4%	62.5%		64.4%	62.5%																																																																																						

專案名稱	醫療給付改善方案																																																													
各方案執行情形及成效評估	3.成效評估																																																													
	(1)參與方案者之醫療利用情形																																																													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="387 293 834 367">項目 \ 年度</th> <th data-bbox="839 293 1046 367">99 年</th> <th data-bbox="1051 293 1259 367">100 年</th> <th data-bbox="1264 293 1450 367">差異</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="387 374 834 412">門診-病人數(人)</td> <td data-bbox="839 374 1046 412">42,603</td> <td data-bbox="1051 374 1259 412">42,556</td> <td data-bbox="1264 374 1450 412">-47</td> </tr> <tr> <td data-bbox="387 418 834 456">-就醫次數(萬次)</td> <td data-bbox="839 418 1046 456">128.0</td> <td data-bbox="1051 418 1259 456">129.7</td> <td data-bbox="1264 418 1450 456">1.7</td> </tr> <tr> <td data-bbox="387 463 834 501">-申請費用(百萬點)</td> <td data-bbox="839 463 1046 501">2,169.23</td> <td data-bbox="1051 463 1259 501">2,314.58</td> <td data-bbox="1264 463 1450 501">145.34</td> </tr> <tr> <td data-bbox="387 508 834 546">-部分負擔(百萬點)</td> <td data-bbox="839 508 1046 546">41.45</td> <td data-bbox="1051 508 1259 546">40.56</td> <td data-bbox="1264 508 1450 546">-0.89</td> </tr> <tr> <td data-bbox="387 553 834 591">-人均申請費用(點)</td> <td data-bbox="839 553 1046 591">50,917</td> <td data-bbox="1051 553 1259 591">54,389</td> <td data-bbox="1264 553 1450 591">3,472</td> </tr> <tr> <td data-bbox="387 598 834 636">住院-病人數(人)</td> <td data-bbox="839 598 1046 636">12,975</td> <td data-bbox="1051 598 1259 636">12,270</td> <td data-bbox="1264 598 1450 636">-705</td> </tr> <tr> <td data-bbox="387 642 834 680">-就醫次數(次)</td> <td data-bbox="839 642 1046 680">22,693</td> <td data-bbox="1051 642 1259 680">22,478</td> <td data-bbox="1264 642 1450 680">-215</td> </tr> <tr> <td data-bbox="387 687 834 725">-申請費用(百萬點)</td> <td data-bbox="839 687 1046 725">2,450.96</td> <td data-bbox="1051 687 1259 725">2,364.72</td> <td data-bbox="1264 687 1450 725">-86.24</td> </tr> <tr> <td data-bbox="387 732 834 770">-部分負擔(百萬點)</td> <td data-bbox="839 732 1046 770">15.9</td> <td data-bbox="1051 732 1259 770">14.0</td> <td data-bbox="1264 732 1450 770">-1.9</td> </tr> <tr> <td data-bbox="387 777 834 815">-人均申請費用(點)</td> <td data-bbox="839 777 1046 815">188,899</td> <td data-bbox="1051 777 1259 815">192,724</td> <td data-bbox="1264 777 1450 815">3,825</td> </tr> <tr> <td data-bbox="387 822 834 860">-住院天數(萬天)</td> <td data-bbox="839 822 1046 860">182.5</td> <td data-bbox="1051 822 1259 860">166.8</td> <td data-bbox="1264 822 1450 860">-15.7</td> </tr> <tr> <td data-bbox="387 866 834 904">-平均每次住院天數(天)</td> <td data-bbox="839 866 1046 904">80</td> <td data-bbox="1051 866 1259 904">74</td> <td data-bbox="1264 866 1450 904">-6</td> </tr> <tr> <td data-bbox="387 911 834 949">-住院發生率(%)</td> <td data-bbox="839 911 1046 949">30.10%</td> <td data-bbox="1051 911 1259 949">28.50%</td> <td data-bbox="1264 911 1450 949">-1.6%</td> </tr> </tbody> </table>						項目 \ 年度	99 年	100 年	差異	門診-病人數(人)	42,603	42,556	-47	-就醫次數(萬次)	128.0	129.7	1.7	-申請費用(百萬點)	2,169.23	2,314.58	145.34	-部分負擔(百萬點)	41.45	40.56	-0.89	-人均申請費用(點)	50,917	54,389	3,472	住院-病人數(人)	12,975	12,270	-705	-就醫次數(次)	22,693	22,478	-215	-申請費用(百萬點)	2,450.96	2,364.72	-86.24	-部分負擔(百萬點)	15.9	14.0	-1.9	-人均申請費用(點)	188,899	192,724	3,825	-住院天數(萬天)	182.5	166.8	-15.7	-平均每次住院天數(天)	80	74	-6	-住院發生率(%)	30.10%	28.50%	-1.6%
	項目 \ 年度	99 年	100 年	差異																																																										
	門診-病人數(人)	42,603	42,556	-47																																																										
	-就醫次數(萬次)	128.0	129.7	1.7																																																										
	-申請費用(百萬點)	2,169.23	2,314.58	145.34																																																										
	-部分負擔(百萬點)	41.45	40.56	-0.89																																																										
	-人均申請費用(點)	50,917	54,389	3,472																																																										
	住院-病人數(人)	12,975	12,270	-705																																																										
-就醫次數(次)	22,693	22,478	-215																																																											
-申請費用(百萬點)	2,450.96	2,364.72	-86.24																																																											
-部分負擔(百萬點)	15.9	14.0	-1.9																																																											
-人均申請費用(點)	188,899	192,724	3,825																																																											
-住院天數(萬天)	182.5	166.8	-15.7																																																											
-平均每次住院天數(天)	80	74	-6																																																											
-住院發生率(%)	30.10%	28.50%	-1.6%																																																											
(2)比較參與方案者(43,076 人)之 100 年與 99 年門住診醫療利用情形，99 年門診申請費用點數增加 1.6 億，住診申請費用點數減少 0.9 億，整體門診就醫次數由 128 萬次增至 129.7 萬次，平均每次住院天數由 80 天減少 6 天至 74 天。																																																														
(3)分析結果顯示，本方案促使精神分裂症患者能固定規律接受門診治療及正確服藥，提高病患治療效果，避免產生急診、急性住院或自我傷害等高風險行為。																																																														
B、C 型肝炎個案追蹤方案																																																														
1.參與院所數、收案人數、照護率																																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="344 1368 472 1442" rowspan="2">項目 \ 年度</th> <th colspan="3" data-bbox="477 1368 951 1442">99 年</th> <th colspan="3" data-bbox="956 1368 1445 1442">100 年</th> </tr> <tr> <th data-bbox="477 1449 632 1487">整體</th> <th data-bbox="636 1449 791 1487">醫院</th> <th data-bbox="796 1449 951 1487">西醫基層</th> <th data-bbox="956 1449 1110 1487">整體</th> <th data-bbox="1115 1449 1270 1487">醫院</th> <th data-bbox="1275 1449 1445 1487">西醫基層</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="344 1494 472 1532">院所數</td> <td data-bbox="477 1494 632 1532">198</td> <td data-bbox="636 1494 791 1532">77</td> <td data-bbox="796 1494 951 1532">121</td> <td data-bbox="956 1494 1110 1532">300</td> <td data-bbox="1115 1494 1270 1532">109</td> <td data-bbox="1275 1494 1445 1532">191</td> </tr> <tr> <td data-bbox="344 1538 472 1576">收案數</td> <td data-bbox="477 1538 632 1576">44,035</td> <td data-bbox="636 1538 791 1576">23,580</td> <td data-bbox="796 1538 951 1576">20,645</td> <td data-bbox="956 1538 1110 1576">94,840</td> <td data-bbox="1115 1538 1270 1576">55,580</td> <td data-bbox="1275 1538 1445 1576">36,366</td> </tr> <tr> <td data-bbox="344 1583 472 1621">照護率</td> <td data-bbox="477 1583 632 1621">9.83%</td> <td data-bbox="636 1583 791 1621">6.79%</td> <td data-bbox="796 1583 951 1621">16.13%</td> <td data-bbox="956 1583 1110 1621">19.37%</td> <td data-bbox="1115 1583 1270 1621">15.11%</td> <td data-bbox="1275 1583 1445 1621">26.36%</td> </tr> </tbody> </table>						項目 \ 年度	99 年			100 年			整體	醫院	西醫基層	整體	醫院	西醫基層	院所數	198	77	121	300	109	191	收案數	44,035	23,580	20,645	94,840	55,580	36,366	照護率	9.83%	6.79%	16.13%	19.37%	15.11%	26.36%																							
項目 \ 年度	99 年			100 年																																																										
	整體	醫院	西醫基層	整體	醫院	西醫基層																																																								
院所數	198	77	121	300	109	191																																																								
收案數	44,035	23,580	20,645	94,840	55,580	36,366																																																								
照護率	9.83%	6.79%	16.13%	19.37%	15.11%	26.36%																																																								
2.年品質指標監控結果																																																														
(1)門檻指標-全年收案人數																																																														
A.區域級以上醫院全年收案人數須 ≥ 50 人，100年計有58家醫學中心及區域醫院，其中6家未達門檻，達成率89.66%。																																																														
B.地區醫院及基層診所全年收人數須 ≥ 20 人，100年計有244家地區醫院及基層診所，其中38家未達門檻，達成率84.43%。																																																														
(2)腹部超音波檢查執行進步率																																																														
本方案為99年新增，100年執行率為44.04%，較99年增加2.34%，其中醫院部門52.29%，較99年增加16.39%，西醫基層部門39.38%，較99年降低9.11%。																																																														

專案名稱	醫療給付改善方案						
各方案執行情形及成效評估	(3)年度完整追蹤率						
	年度 項目	99 年			100 年		
		整體	醫院	西醫基層	整體	醫院	西醫基層
	收案人數(註)	28,106	14,047	14,239	92,427	55,748	36,679
完整追蹤人數	10,611	5,449	5,168	44,401	26,832	17,569	
完整追蹤率	37.75%	38.79%	36.29%	48.04%	48.13%	47.90%	
註：排除最後 1 季新收個案。							
3.成效評估							
(1)99 年度及 100 年度參加方案者分別為 44,004 人及 91,843 人，成長 1.08 倍，100 年各項檢查率也較 99 年成長。							
檢查項目	年度	99 年		100 年			
		參與方案	未參與方案	參與方案	未參與方案		
人數		44,004	482,832	91,843	376,250		
GOT	-檢查人數	42,962	332,389	89,575	301,627		
	-檢查率	97.6%	68.8%	97.5%	80.2%		
GPT	-檢查人數	43,242	350,915	90,097	318,236		
	-檢查率	98.3%	72.7%	98.1%	84.6%		
腹部超音波	-檢查人數	42,906	307,745	89,045	283,073		
	-檢查率	97.5%	63.7%	97.0%	75.2%		
(2)預期該方案能降低肝癌死亡率及第 3 至 4 期之肝癌發生率。截至 100 年底，因參與本方案之早期發現肝癌人數計有 230 人，其中醫院部門有 212 人，基層部門有 18 人。							
檢討與改進	1.持續推動論質方案，增加照護率。 2.加強照護率，做為未來導入支付標準之基礎。 3.持續修訂方案，並增加結果面誘因獎勵照護品質優良的醫療提供者。 4.發展符合實證的品質指標。						
101 年計畫修正重點	1.高血壓醫療給付改善案自 102 年 1 月 1 日起停止辦理，相關措施如下： (1)101 年 1 月 1 日起停止新收個案，但 100 年 12 月底以前已收治之個案，同意滿一年再予結案。 (2)個案若符合本保險所辦理其他方案之收案條件，例如初期慢性腎臟病試辦方案(CKD)及糖尿病試辦方案等，可轉由其他方案收案，持續追蹤。 2.氣喘醫療給付改善方案： (1)收案對象由 60 天內曾在該院所同醫師診斷為氣喘至少就醫達 2 次以上者，增長為 90 天內。 (2)增列品質資訊之登錄及監測等相關規定，包括需依保險人規定內容登錄品質資訊、舉辦執行概況檢討或發表會及定期自我評量等。 (3)增列品質加成效標(病人完整追蹤率、收案病人因氣喘住院比率及收案病人因氣喘急診比率)，由參與醫師(分醫院與基層)進行評比，再據以核發獎勵金。 (4)品質監測指標除原有「降階治療成功率」，另新增「氣喘住院率」及「氣喘急診率」2 項指標。						

2.慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫

專案名稱	慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫
目的	配合衛生署加強肝炎防治計畫之推動，加強健保 B 型及 C 型肝炎藥物治療照護品質。
經費來源及協定事項	<p>1.100 年經費：醫院部門 12.82 億元，不足部分由一般服務支應；西醫基層部門 1.57 億元。</p> <p>2.本計畫自 93 年試辦迄今已實施 7 年，應提出完整之成效評估報告(含藥物療效及延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。</p>
費用支付	藥物治療，按全民健保藥價基準及藥品給付規定辦理，其費用由本項計畫專款經費支應。
執行內容及推動過程	<p>1.執行重點：</p> <p>(1)參與院所須具有消化系內科專科或小兒消化學專科醫師之醫院或基層院所。</p> <p>(2)收案採目標制，個案數依費協會協定預算及藥價議定結果，由健保局視配額使用情形，予以酌減每次分配額度，並得視使用情形適時予以回數再分配使用。</p> <p>(3)治療效益評估追蹤及後續研究由疾管局進行。</p> <p>2.推動過程：</p> <p>(1)本計畫自 92 年 10 月起試辦，惟為免排擠一般預算，自 93 年起列為專款項目，分別於醫院及西醫基層兩部門協定預算，用於支應試辦個案(B、C 型肝炎患者)之藥物治療費用。</p> <p>(2)健保局依據專款額度，設定各項目治療名額並依比率分配給參與試辦院所使用，初期以逐步放寬適應症方式辦理，視執行情形及新藥、新療程之發展，再予調整。彙整歷來調整重點如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 92~99 年陸續開放給付各類型 B、C 型肝炎治療，92 年 10 月開始試辦該計畫，B 肝抗藥株自 95 年 9 月起、B 肝復發自 96 年 10 月起、C 肝復發自 98 年 11 月起、B 肝抗藥株復發自 99 年 7 月起開放治療。 • 97 年 8 月新增 2 項 1 線用藥及 1 項 2 線用藥。 • 98 年 11 月放寬以抽血檢驗病毒量取代肝組織切片。 • 98 年 11 月放寬 B 肝及 C 肝延長藥物治療療程：B 型肝炎口服抗病毒藥物療程，由給付 18 個月延長至 36 個月；及 C 型肝炎依病毒對藥物之反應現象區分以放寬療程，由原先固定 16-24 週，最多可延長至 48 週。 • 99 年 5 月及 7 月放寬 B 型肝炎用藥條件，增列肝硬化病人可長使用之規定。 • 100 年 1 月放寬基層醫師參與資格，並刪除醫院病理科專科醫師之相關規定。 • 100 年 6 月新增 1 項 1 線用藥。

專案名稱	慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫																		
評核指標及退場機制	經檔案分析發現異常者，應予以輔導改善，經輔導並於一定期間未改善者，得以加重審查或全審、核減費用，並作為後續核發配額之參考，必要時移請查核。																		
預算執行情形	96~100 年預算執行情形 單位：億元；%																		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">年度 項目</th> <th style="text-align: center;">93 年</th> <th style="text-align: center;">94 年</th> <th style="text-align: center;">95 年</th> <th style="text-align: center;">96 年</th> <th style="text-align: center;">97 年</th> <th style="text-align: center;">98 年</th> <th style="text-align: center;">99 年</th> <th style="text-align: center;">100 年</th> </tr> </thead> </table>	年度 項目	93 年	94 年	95 年	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年									
	年度 項目	93 年	94 年	95 年	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年										
	預算數 -醫院 -西醫基層	19.91 0.81	15.00 0.50	7.00 0.10	11.15 0.72	14.37 0.08	14.84 0.15	6.22 0.60	12.82 1.57										
	預算執行數 -醫院 -西醫基層	6.58 0.01	6.66 0.03	6.38 0.06	8.25 0.02	8.74 0.02	10.94 0.05	28.16 0.50	32.30 1.14										
預算執行率 -醫院 -西醫基層	33% 1%	44% 5%	91% 57%	74% 3%	61% 28%	74% 33%	453% 83%	252% 73%											
註：各年預算流用之相關協定事項：93、94 年醫院與西醫基層同項預算可流用；97 年醫院與西醫基層含開放新藥預定款；98 年醫院與西醫基層含開放 B 肝新藥及 C 肝新療程預算，不足部分由其他預算支應；99、100 年醫院，不足部分由當年度之藥價調整節餘款優先支應。																			
醫療服務提供及民眾利用情形	1. 參與院所數																		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">年度 項目</th> <th style="text-align: center;">93 年</th> <th style="text-align: center;">94 年</th> <th style="text-align: center;">95 年</th> <th style="text-align: center;">96 年</th> <th style="text-align: center;">97 年</th> <th style="text-align: center;">98 年</th> <th style="text-align: center;">99 年</th> <th style="text-align: center;">100 年</th> </tr> </thead> </table>	年度 項目	93 年	94 年	95 年	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年									
	年度 項目	93 年	94 年	95 年	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年										
	醫院	99	136	151	156	157	170	185	205										
	西醫基層	21	23	30	28	32	53	91	202										
	2. 收案概況(新收案數)																		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">年度 項目</th> <th style="text-align: center;">93 年</th> <th style="text-align: center;">94 年</th> <th style="text-align: center;">95 年</th> <th style="text-align: center;">96 年</th> <th style="text-align: center;">97 年</th> <th style="text-align: center;">98 年</th> <th style="text-align: center;">99 年</th> <th style="text-align: center;">100 年</th> </tr> </thead> </table>	年度 項目	93 年	94 年	95 年	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年									
	年度 項目	93 年	94 年	95 年	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年										
	B 型肝炎 -醫院 -西醫基層	6,085 24	5,662 51	5,439 51	5,715 39	6,637 44	9,263 110	17,771 510	15,715 841										
	B 肝抗藥株 -醫院 -西醫基層	(尚未開放)		710 4	1,326 5	918 10	926 16	1,079 17	799 19										
B 肝復發 -醫院 -西醫基層	(尚未開放)		117 1	552 3	1,173 15	1,783 34	1,083 33												
B 肝抗藥株復發 -醫院 -西醫基層	(尚未開放)					235 2	135 5												
C 型肝炎 -醫院 -西醫基層	3,741 13	3,504 16	3,101 21	3,848 44	3,559 22	5,142 49	11,415 351	9,497 674											
C 肝復發 -醫院 -西醫基層	(尚未開放)				280 1	993 23	810 36												

專案名稱	慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫																										
醫療服務提供及民眾利用情形	3.自 92 年開辦以來，依健保局資訊服務網網頁登錄資料(VPN)統計，參與 B、C 型肝炎治療試辦計畫個案數(人次)如下表：																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="328 302 767 414">項目 \ 部門別</th> <th data-bbox="767 302 1074 414">醫院</th> <th data-bbox="1074 302 1380 414">西醫基層</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="328 414 767 465">總治療人數</td> <td data-bbox="767 414 1074 465">137,615</td> <td data-bbox="1074 414 1380 465">3,660</td> </tr> <tr> <td data-bbox="328 465 767 517">B 型肝炎治療人數</td> <td data-bbox="767 465 1074 517">77,104</td> <td data-bbox="1074 465 1380 517">1,937</td> </tr> <tr> <td data-bbox="328 517 767 568">B 肝抗藥株治療人數</td> <td data-bbox="767 517 1074 568">5,977</td> <td data-bbox="1074 517 1380 568">80</td> </tr> <tr> <td data-bbox="328 568 767 620">B 肝復發治療人數</td> <td data-bbox="767 568 1074 620">5,142</td> <td data-bbox="1074 568 1380 620">100</td> </tr> <tr> <td data-bbox="328 620 767 672">B 肝抗藥株復發治療人數</td> <td data-bbox="767 620 1074 672">433</td> <td data-bbox="1074 620 1380 672">9</td> </tr> <tr> <td data-bbox="328 672 767 723">C 型肝炎治療人數</td> <td data-bbox="767 672 1074 723">46,586</td> <td data-bbox="1074 672 1380 723">1465</td> </tr> <tr> <td data-bbox="328 723 767 790">C 肝復發治療人數</td> <td data-bbox="767 723 1074 790">2,373</td> <td data-bbox="1074 723 1380 790">69</td> </tr> </tbody> </table>	項目 \ 部門別	醫院	西醫基層	總治療人數	137,615	3,660	B 型肝炎治療人數	77,104	1,937	B 肝抗藥株治療人數	5,977	80	B 肝復發治療人數	5,142	100	B 肝抗藥株復發治療人數	433	9	C 型肝炎治療人數	46,586	1465	C 肝復發治療人數	2,373	69		
	項目 \ 部門別	醫院	西醫基層																								
	總治療人數	137,615	3,660																								
	B 型肝炎治療人數	77,104	1,937																								
	B 肝抗藥株治療人數	5,977	80																								
	B 肝復發治療人數	5,142	100																								
	B 肝抗藥株復發治療人數	433	9																								
	C 型肝炎治療人數	46,586	1465																								
C 肝復發治療人數	2,373	69																									
註：統計截至 101.5.3 止。																											
檢討與改進	1.加強前端用藥勾稽，增加 VPN 系統登錄檢核之包含療程重複申報、超過結案日期、登錄 B 肝復發者勾稽是否已完成 B 型肝炎療程、B 肝登錄結果為完成療程者，使用口服藥累積時間須達 12 個月以上、或使用干擾素達 6 個月以上。																										
	2.持續監測 B 型及 C 型肝炎治療藥物使用情形，以瞭解藥費增加之原因為適應症之放寬效應或為院所異常使用。																										

3.慢性腎臟病照護及病人衛教計畫

專案名稱	慢性腎臟病照護及病人衛教計畫
分項計畫	1.初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(以下簡稱 Early-CKD 方案) 2. Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫(以下簡稱 Pre-ESRD 計畫)
目的	1.Early-CKD 方案 (1)建立以病患為中心的共同照護模式。 (2)依循治療指引提供初期慢性腎臟病患者完整的持續性追蹤治療。 (3)建立品質導向之支付制度。 2.Pre-ESRD 計畫 (1)對慢性腎臟病之高危險群進行健康管理，以早期發現積極治療有效延緩進入末期腎臟病透析之發生率。 (2)結合跨專業跨領域的醫療團隊，建立以病患為中心的慢性腎臟病整體照護模式。 (3)鼓勵有效管理慢性腎臟疾病，提升我國慢性腎臟病整體之醫療照護品質。 (4)降低末期腎臟病發生率為最終目的。
執行目標	1. Early-CKD 方案 (1)減少洗腎發生率：依照實證 Guideline 給予病患最適切的醫療，並預防阻緩腎功能的惡化、蛋白尿的緩解、避免不當藥物的傷害、預防併發症發生。 (2)提供衛教諮詢：教導適切的腎病衛教知識，掌握病患狀況，追蹤病況與檢驗結果，提供醫師與家屬在照護上的溝通介面。 (3)提供定期重要的追蹤檢查：eGFR(腎絲球濾過率)、Up _{cr} (尿蛋白比值)、血清肌酸酐、LDL(低密度脂蛋白)等重要的腎功能。 2. Pre-ESRD 計畫 (1)對於 Stage 3b、4 及蛋白尿病患照護目標為阻緩腎功能的惡化、蛋白尿的緩解、避免不當藥物的傷害、預防併發症發生。 (2)Stage 5 病患照護目標為以周全的準備，在適當的時機，順利且安全地進入透析醫療。
經費及協定事項	100 年經費 4.04 億元。

專案名稱	慢性腎臟病照護及病人衛教計畫		
費用支付	1.Early-CKD 方案		
	給付別	條件	支付點數
	(1)新收案管理照護費(P4301C)	依指引檢查、提供衛教，將檢驗結果以 VPN 上傳	1 次 200 點。
	(2)追蹤管理照護費(P4302C)	依指引檢查、提供衛教，將檢驗結果以 VPN 上傳	1 次 200 點，新收案後隔 3 個月追蹤，之後每 6 月追蹤 1 次。
	(3)轉診照護獎勵費(P4303C)	U _{pcr} ≥ 1000mg/gm 或 Stage3b 及以上個案需轉診 Pre-ESRD 院所。	1 次 200 點，每人限申報一次。
	(4)品質獎勵措施	病人當年度連續 2 次追蹤資料皆需達成 (1)CKD 分期較新收案時改善 (2)eGFR 較新收案時改善，且至少有 2 項指標由異常改善為正常。	符合門檻指標醫師，所照護病人符合獎勵指標，每個個案給予 400 點獎勵。
	2.Pre-ESRD 計畫		
	給付別	條件	支付點數
	(1)健康管理費 (P3401C) ^註	病患配偶及二等親之家屬	1 次 100 點，每人限做一次。
	(2)新收案管理照護費 (P3402C)	針對 CKD stage3b、4、5 及蛋白尿患者	1 次 1,200 點(含醫師照護費 400 點、護理照護費 200 點、營養師照護費 200 點、資料管理費 400 點)，每人限申報一次。
(3)完整複診衛教及照護費 (P3403C)	限 CKD stage3b、4、5 及蛋白尿患者	1 次 600 點(含醫護營養師照護費)，每 3 個月申報一次。	
(4)年度評估費 (P3404C)	限申報 P3403C 之病患且收案滿一年者	1 次 600 點(含醫護營養師照護費)，每人年申報一次。	
(5)結案資料處理費 (P3405C)	限 CKD stage3b、4、5 及蛋白尿患者結案申報	1 次 600 點，每人限申報一次。	
(6)病患照護獎勵費 (P3406C)	針對 CKD stage3b、4 患者，符合獎勵條件者	1 次 1,500 點，每人年申報一次。	
(7)病患照護獎勵費 (P3407C)	針對 CKD stage5 患者，符合獎勵條件者	1 次 3,000 點，每人年申報一次。	
(8)病患照護獎勵費 (P3408C)	針對蛋白尿患者，符合獎勵條件者	1 次 1,000 點，每人年申報一次。	
註：健康管理費(P3401C)自 100 年起刪除。			

專案名稱	慢性腎臟病照護及病人衛教計畫
執行內容	<p>1. Early-CKD 方案</p> <p>(1) 收案對象：CKD stage1、2、3a 病患。</p> <p>(2) 定期追蹤：依患者慢性腎臟疾病期別，執行定期身體檢查、必要尿液檢查與血液檢查及衛教指導項目，並將結果記錄於初期慢性腎臟疾病個案追蹤管理照護記錄表。</p> <p>(3) 結案條件：腎功能持續惡化至 CKD stage3b 或以上、腎功能改善恢復正常、其他可歸因於病人者。</p> <p>(4) 病患照護目標：</p> <p>A. CKD 分期較新收案時改善（如 stage2→stage1）；或</p> <p>B. eGFR 較新收案時改善（eGFR > 新收案時），且下列良好指標至少需有 2 項指標由異常改善為正常。</p> <p>— 良好指標：</p> <p>(a) 血壓控制：< 130/80 mmHg。</p> <p>(b) 糖尿病病患 HbA1c 控制：< 7.0%</p> <p>(c) 低密度脂蛋白(LDL)控制：< 130 mg/dl</p> <p>(d) 戒菸(持續六個月以上無抽菸行為)</p> <p>(5) 已收案之 Stage1、2、3a 個案，符合品質獎勵指標者，給予獎勵費用。</p> <p>2. Pre-ESRD 計畫</p> <p>(1) 收案對象：CKD stage 3b、4、5 及蛋白尿病患。</p> <p>(2) 定期追蹤：依患者慢性腎臟疾病期別，執行定期身體檢查、必要尿液檢查與血液檢查及衛教指導項目，並將結果記錄於慢性腎臟疾病(CKD)個案照護追蹤記錄總表及檢驗記錄總表。</p> <p>(3) 結案條件：因腎功能持續惡化而必須進入長期透析、接受腎臟移植，或可其他歸因於病人者，如長期失聯、拒絕再接受治療、死亡等。</p> <p>(4) 病患照護標準：</p> <p>A. 提供醫療：</p> <p>(a) 依照 K-DOQI Guideline 給予病患最適切之醫療。</p> <p>(b) 訂有各病患別階段性指標。</p> <p>B. 護理衛教：提供與教導適切的 CKD 衛教知識與資料、掌握病患狀況、追蹤病況與檢驗結果，提供醫師與家屬在醫療與照護上必要訊息與溝通機會。</p> <p>C. 飲食營養衛教：提供與教導適切的 CKD 營養知識與資料、掌握病患飲食配合狀況，提供醫師與家屬在醫療與照護上必要訊息與溝通機會。</p> <p>D. 專業知識諮詢的提供：社工師、藥師、其他專科醫師等。</p> <p>(5) 已收案之 Stage3b、4、5 整體照護個案、及蛋白尿病患，符合獎勵條件，申報照護獎勵費。</p>

專案名稱	慢性腎臟病照護及病人衛教計畫																																																																									
評核機制	Pre-ESRD 計畫：於執行年度結束後，應由台灣腎臟醫學會提出評估報告。為能有效分析本計畫執行的效益，各院所應於每季上傳健康管理資料及每半年上傳照護個案資料。																																																																									
預算執行情形	100 年度 Early-CKD 方案與 Pre-ESRD 計畫合併運用 4.04 億元。																																																																									
	<table border="1" data-bbox="328 405 1433 680"> <thead> <tr> <th>項目/年度</th> <th>95 年</th> <th>96 年</th> <th>97 年</th> <th>98 年</th> <th>99 年</th> <th>100 年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>預算數(百萬)</td> <td>52.0</td> <td>49.9</td> <td>59.9</td> <td>44.1</td> <td>48.0</td> <td>404</td> </tr> <tr> <td>執行數(百萬)</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>19.5</td> </tr> <tr> <td>Early-CKD 方案</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>19.5</td> </tr> <tr> <td>Pre-ESRD 計畫</td> <td>2.03</td> <td>8.49</td> <td>40.57</td> <td>66.6</td> <td>86.6</td> <td>107.5</td> </tr> <tr> <td>執行率(%)</td> <td>3.91%</td> <td>17.02%</td> <td>59.89%</td> <td>>100%</td> <td>>100%</td> <td>31.44%</td> </tr> </tbody> </table> <p>資料來源：健保局 100 年 Q4 點值結算報告。 註：1.Early-CKD 方案於 100 年起實施。 2.Pre-ESRD 計畫於 95.10.30 公告實施，僅實施 2 個月，95~99 年屬品質保證保留款實施方案，100 年起移列其他預算「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」項下。 3.當季預算不足時以浮動點值計算。</p>									項目/年度	95 年	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年	預算數(百萬)	52.0	49.9	59.9	44.1	48.0	404	執行數(百萬)	—	—	—	—	—	19.5	Early-CKD 方案	—	—	—	—	—	19.5	Pre-ESRD 計畫	2.03	8.49	40.57	66.6	86.6	107.5	執行率(%)	3.91%	17.02%	59.89%	>100%	>100%	31.44%																							
項目/年度	95 年	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年																																																																				
預算數(百萬)	52.0	49.9	59.9	44.1	48.0	404																																																																				
執行數(百萬)	—	—	—	—	—	19.5																																																																				
Early-CKD 方案	—	—	—	—	—	19.5																																																																				
Pre-ESRD 計畫	2.03	8.49	40.57	66.6	86.6	107.5																																																																				
執行率(%)	3.91%	17.02%	59.89%	>100%	>100%	31.44%																																																																				
歷年執行概況及結果	1.Early-CKD 方案																																																																									
	<p>(1)100 年參加計畫院所家數及收案數</p> <table border="1" data-bbox="328 1032 1433 1361"> <thead> <tr> <th>層級</th> <th>申報家數</th> <th>申報醫師數</th> <th>CKD 第 1 期收案數</th> <th>CKD 第 2 期收案數</th> <th>CKD 第 3a 期收案數</th> <th>收案人數 (A)</th> <th>收案母數 (B)</th> <th>收案率 (A/B)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>醫學中心</td> <td>18</td> <td>417</td> <td>2,026</td> <td>3,130</td> <td>5,588</td> <td>10,744</td> <td>123,366</td> <td>8.7%</td> </tr> <tr> <td>區域醫院</td> <td>64</td> <td>416</td> <td>1,937</td> <td>4,163</td> <td>6,516</td> <td>12,616</td> <td>151,306</td> <td>8.3%</td> </tr> <tr> <td>地區醫院</td> <td>110</td> <td>304</td> <td>1,687</td> <td>4,111</td> <td>5,902</td> <td>11,700</td> <td>73,295</td> <td>16.0%</td> </tr> <tr> <td>基層診所</td> <td>495</td> <td>604</td> <td>7,620</td> <td>16,201</td> <td>18,709</td> <td>42,530</td> <td>61,282</td> <td>69.4%</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>687</td> <td>1,671</td> <td>13,270</td> <td>27,605</td> <td>36,715</td> <td>77,590</td> <td>385,100</td> <td>20.15%</td> </tr> </tbody> </table> <p>資料來源：健保監理會第 202 次委員會議(101.4.27)「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案及 Pre-ESRD 預防性計畫之執行成果」專題報告資料。 註：收案母數係指 100 年初符合收案條件之初期慢性腎臟病人數。</p> <p>(2)100 年民眾利用情形</p> <table border="1" data-bbox="328 1603 1251 1861"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>申請點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>新收案管理照護費(P4301C)</td> <td>14,285,160</td> </tr> <tr> <td>追蹤管理照護費(P4302C)</td> <td>5,502,900</td> </tr> <tr> <td>轉診照護獎勵費(P4303C)</td> <td>65,200</td> </tr> <tr> <td>品質獎勵費</td> <td>11,200</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>19,864,460</td> </tr> </tbody> </table> <p>資料來源：健保監理會第 202 次委員會議(101.4.27)「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案及 Pre-ESRD 預防性計畫之執行成果」專題報告資料。</p>									層級	申報家數	申報醫師數	CKD 第 1 期收案數	CKD 第 2 期收案數	CKD 第 3a 期收案數	收案人數 (A)	收案母數 (B)	收案率 (A/B)	醫學中心	18	417	2,026	3,130	5,588	10,744	123,366	8.7%	區域醫院	64	416	1,937	4,163	6,516	12,616	151,306	8.3%	地區醫院	110	304	1,687	4,111	5,902	11,700	73,295	16.0%	基層診所	495	604	7,620	16,201	18,709	42,530	61,282	69.4%	合計	687	1,671	13,270	27,605	36,715	77,590	385,100	20.15%	項目	申請點數	新收案管理照護費(P4301C)	14,285,160	追蹤管理照護費(P4302C)	5,502,900	轉診照護獎勵費(P4303C)	65,200	品質獎勵費	11,200	合計
層級	申報家數	申報醫師數	CKD 第 1 期收案數	CKD 第 2 期收案數	CKD 第 3a 期收案數	收案人數 (A)	收案母數 (B)	收案率 (A/B)																																																																		
醫學中心	18	417	2,026	3,130	5,588	10,744	123,366	8.7%																																																																		
區域醫院	64	416	1,937	4,163	6,516	12,616	151,306	8.3%																																																																		
地區醫院	110	304	1,687	4,111	5,902	11,700	73,295	16.0%																																																																		
基層診所	495	604	7,620	16,201	18,709	42,530	61,282	69.4%																																																																		
合計	687	1,671	13,270	27,605	36,715	77,590	385,100	20.15%																																																																		
項目	申請點數																																																																									
新收案管理照護費(P4301C)	14,285,160																																																																									
追蹤管理照護費(P4302C)	5,502,900																																																																									
轉診照護獎勵費(P4303C)	65,200																																																																									
品質獎勵費	11,200																																																																									
合計	19,864,460																																																																									

專案名稱	慢性腎臟病照護及病人衛教計畫
------	----------------

2.Pre-ESRD 計畫

(1)參加計畫院所家數：醫院 154 家；西醫基層 41 家。

(2)醫療利用情形：100 年新收案人數為 18,486 人，較 99 年成長 3.34%；其中醫院 17,683 人；基層 803 人。

表 1 95~100 年醫療利用人次

給付別/年度	人次					
	95 年 11-12 月	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年
1.健康管理費(P3401C)	3,536	4,953	8,988	6,534	4,293	—
2.新收案管理照護費(P3402C)	840	10,842	13,975	17,856	17,889	18,486
3.完整複診衛教及照護費(P3403C)	—	6,653	25,802	50,101	69,522	77,204
4.年度評估(P3404C)	—	96	3,126	6,811	11,904	12,714
5.結案資料處理費(P3405C)	—	306	2,001	2,374	3,083	2,800
6.病患照護獎勵費(P3406C)	—	—	978	2,685	5,461	5,888
7.病患照護獎勵費(P3407C)	—	—	959	1,638	2,268	2,229
8.病患照護獎勵費(P3408C)	—	—	—	3	35	36

資料來源：健保局 101.5 門診透析總額聯合執委會報告資料。

表 2 95~100 年醫療利用點數

給付別/年度	點數 (萬點)					
	95 年 11-12 月	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年
1.健康管理費(P3401C)	35.4	49.5	89.9	65.3	43.0	—
2.新收案管理照護費(P3402C)	168.0	650.5	1,677.0	2,142.7	2,147.5	2,218.3
3.完整複診衛教及照護費(P3403C)	—	133.1	1,548.1	3,006.1	4,172.2	4,632.2
4.年度評估費(P3404C)	—	3.8	187.6	408.7	714.4	762.8
5.結案資料處理費(P3405C)	—	12.2	120.1	142.4	185.0	168.0
6.病患照護獎勵費(P3406C)	—	—	146.7	402.8	819.2	883.2
7.病患照護獎勵費(P3407C)	—	—	287.7	491.4	680.4	668.7
8.病患照護獎勵費(P3408C)	—	—	—	0.3	3.5	3.6
合計 申報點數	203.4	849.2	4,057.0	6,659.7	8,765.2	9336.9

資料來源：健保局 101.5 門診透析總額聯合執委會報告資料。

歷年執行概況及結果
醫療服務提供及民眾利用情形

專案名稱		慢性腎臟病照護及病人衛教計畫																																																					
歷年執行概況及結果	醫療服務提供及民眾利用情形	(3)計畫結案原因：以進入長期透析者最多，100年占結案總人數67%；其次為死亡占19%。																																																					
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>結案原因/年度</th> <th>96年</th> <th>97年</th> <th>98年</th> <th>99年</th> <th>100年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>進入長期透析</td> <td>189</td> <td>1,077</td> <td>1,575</td> <td>1,989</td> <td>2,074</td> </tr> <tr> <td>於國內進行腎臟移植</td> <td>3</td> <td>19</td> <td>21</td> <td>22</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>死亡</td> <td>43</td> <td>189</td> <td>263</td> <td>441</td> <td>590</td> </tr> <tr> <td>長期失聯(≥180天)</td> <td>20</td> <td>279</td> <td>166</td> <td>189</td> <td>272</td> </tr> <tr> <td>拒絕再接受治療</td> <td>2</td> <td>85</td> <td>72</td> <td>91</td> <td>115</td> </tr> <tr> <td>蛋白尿緩解</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>257</td> <td>1,649</td> <td>2,098</td> <td>2,736</td> <td>3,078</td> </tr> </tbody> </table>						結案原因/年度	96年	97年	98年	99年	100年	進入長期透析	189	1,077	1,575	1,989	2,074	於國內進行腎臟移植	3	19	21	22	17	死亡	43	189	263	441	590	長期失聯(≥180天)	20	279	166	189	272	拒絕再接受治療	2	85	72	91	115	蛋白尿緩解	--	--	1	4	10	合計	257	1,649	2,098	2,736	3,078
		結案原因/年度	96年	97年	98年	99年	100年																																																
		進入長期透析	189	1,077	1,575	1,989	2,074																																																
		於國內進行腎臟移植	3	19	21	22	17																																																
		死亡	43	189	263	441	590																																																
		長期失聯(≥180天)	20	279	166	189	272																																																
		拒絕再接受治療	2	85	72	91	115																																																
		蛋白尿緩解	--	--	1	4	10																																																
		合計	257	1,649	2,098	2,736	3,078																																																
資料來源：健保局。																																																							
註：此表係院所申報P3405C(結案資料處理費)時，病患治療狀況(Treatment-Status)分類統計。其中進入長期透析人數不含繼續追蹤者。																																																							
成效評估		1.Early-CKD 方案																																																					
		(1)CKD 分期較新收案時改善：4,586 人。																																																					
		(2)eGFR 較新收案時改善，並至少有 2 項指標由異常改善為正常：290 人。																																																					
		(3)收案病人疾病改善情形：																																																					
		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">指標</th> <th colspan="3">新收案時疾病狀態</th> <th rowspan="2">加入本方案後改善之人數(B)</th> <th rowspan="2">疾病狀態改善之人數占率(B/A)</th> </tr> <tr> <th>異常狀態</th> <th>病人數(A)</th> <th>占率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>血壓控制</td> <td>≥140/90 mmHg</td> <td>11,138</td> <td>14.35%</td> <td>1,524</td> <td>13.7%</td> </tr> <tr> <td>糖尿病患 HbA1c 控制</td> <td>≥7.0%</td> <td>29,586</td> <td>68.26%^{註2}</td> <td>2,262</td> <td>7.6%</td> </tr> <tr> <td>低密度脂蛋白(LDL)控制</td> <td>≥130 mg/dl</td> <td>20,444</td> <td>26.35%</td> <td>3,952</td> <td>19.3%</td> </tr> <tr> <td>戒菸</td> <td>抽菸</td> <td>12,201</td> <td>15.72%</td> <td>1,023</td> <td>8.4%</td> </tr> </tbody> </table>						指標	新收案時疾病狀態			加入本方案後改善之人數(B)	疾病狀態改善之人數占率(B/A)	異常狀態	病人數(A)	占率	血壓控制	≥140/90 mmHg	11,138	14.35%	1,524	13.7%	糖尿病患 HbA1c 控制	≥7.0%	29,586	68.26% ^{註2}	2,262	7.6%	低密度脂蛋白(LDL)控制	≥130 mg/dl	20,444	26.35%	3,952	19.3%	戒菸	抽菸	12,201	15.72%	1,023	8.4%															
		指標	新收案時疾病狀態			加入本方案後改善之人數(B)	疾病狀態改善之人數占率(B/A)																																																
			異常狀態	病人數(A)	占率																																																		
		血壓控制	≥140/90 mmHg	11,138	14.35%	1,524	13.7%																																																
		糖尿病患 HbA1c 控制	≥7.0%	29,586	68.26% ^{註2}	2,262	7.6%																																																
		低密度脂蛋白(LDL)控制	≥130 mg/dl	20,444	26.35%	3,952	19.3%																																																
戒菸	抽菸	12,201	15.72%	1,023	8.4%																																																		
資料來源：健保監理會第 202 次委員會議(101.4.27)「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案及 Pre-ESRD 預防性計畫之執行成果」專題報告資料。																																																							
註：1.新收案時疾病狀態之占率：血壓控制、低密度脂蛋白(LDL)控制及戒菸之分母為 100 年全年收案病人數(77,590 人)。糖尿病患 HbA1c 控制之分母為本方案收案且合併糖尿病，人數為 43,343 人。																																																							
2.加入本方案後改善之人數係指追蹤後各指標結果數較新收案時改善。																																																							

專案名稱	慢性腎臟病照護及病人衛教計畫						
成效評估	2.Pre-ESRD 計畫						
	(1)收案病人疾病改善情形：						
			年度	97 年	98 年	99 年	100 年
	病患照護	費用點數(萬點)	146.7	402.8	819.2	883.2	
	獎勵費	獎勵人數	978	2,685	5,461	5,888	
	(P3406C)	人數成長率(%)	--	174.5	103.4	7.8	
	病患照護	費用點數(萬點)	287.7	491.4	680.4	668.7	
	獎勵費	獎勵人數	959	1,638	2,268	2,229	
	(P3407C)	人數成長率(%)	--	70.8	38.5	-1.7	
	病患照護	費用點數(萬點)	--	0.3	3.5	3.6	
	獎勵費	獎勵人數	--	3	35	36	
	(P3408C)	人數成長率(%)	--	--	1,066	2.9	
	合計	費用點數(萬點)	434.4	894.5	1,503.1	1,555.5	
		獎勵人數	1,937	4,326	7,764	8,153	
		人數成長率(%)	--	123.3	79.5	5	
資料來源：健保局。							
註：1.P3406C（支付 1,500 點）：收案時 eGFR 15-45 ml/min/1.73m ² ，給予照護一年後，eGFR 下降少於每年 4 ml/min/1.73m ² 。已收案滿一年以上者，上年度最後一點為下年度起點。							
2.P3407C(支付 3,000 點)：收案時 eGFR<15 ml/min/1.73m ² ，給予照護一年後，未進入透析且 eGFR 下降少於每年 6 ml/min/1.73m ² 。							
3.P3408C(支付 1,000 點)：以蛋白尿為收案條件之患者，蛋白尿達完全緩解者（U _{pcr} < 200 mg/gm）。							
(2)領有「慢性腎衰竭(尿毒症)必須定期透析連續治療超過 3 個月」者，99 年每百萬人發生率為 435.5 人，100 年每百萬人發生率 403.6 人。							
(3)年度新增透析病人中，透過本計畫照護後轉入透析者比例							
項目/年度		96 年	97 年	98 年	99 年	100 年	
照護對象占新透析人數比例		2.00%	11.15%	16.17%	19.82%	22.91%	

專案名稱	慢性腎臟病照護及病人衛教計畫
檢討與改善	<p>1.Early-CKD 方案</p> <p>(1)提升收案率：擬訂提升收案率 5 項策略，如輔導病人數多院所加強收案、結合國健局 CKD 健康促進機構、結合糖尿病方案、結合分級管理措施、提供高風險病人名單等。</p> <p>(2)將醫院列為加強推廣收案對象，已提供照護 CKD 病患人數之院所名單，做為分區業務組輔導依據。</p> <p>(3)評估收案後照護結果：照護 1 年後追蹤個案腎功能(eGFR)、血壓、LDL 等控制情形。</p> <p>2.Pre-ESRD 計畫</p> <p>(1)將於費協會爭取編列預算持續推動本計畫，提升收案率並加強照護成效，以落實減緩洗腎人口之政策。</p> <p>(2)針對超過 1 年無追蹤資料之病人，未來將在 VPN 上自動結案註記，原院所不得再上傳相關資料，讓他院所可以繼續收案照護。另將研議勾稽「慢性腎衰竭必須定期透析治療者」之重大傷病有效卡超過 3 個月者，於 VPN 上自動結案註記。</p>
101 年計畫修正重點	<p>101 年 Pre-ESRD 計畫修正重點略述如下：</p> <p>1.酌修參與院所之醫師及衛教護理人員資格、收案及結案條件與醫療費用支付及核付原則。</p> <p>2.其中針對收案照護滿 3 年之病患，新增持續照護獎勵費(P3409C)，2,000 點(含醫護營養師照護費)，每人每年限報 1 次(需於兩年內完成 4 次完整複診衛教及照顧費方可申報)。</p>

4.醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫

專案名稱	醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫
目的	1.提供多重慢性病人適切、效率、良好品質的醫療服務，避免重複、不當治療用藥或處置，影響病人安全。 2.配合總額支付制度提供整合式照護服務，促成醫院各專科醫療適當整合。 3.鼓勵醫院盡責，透過專業合作，以達全人照護之理念。 4.鼓勵醫院互相標竿學習，建立最佳的醫療模式。 5.對於病情穩定之病人，逐步落實分級醫療、促進層級間之轉診，以提升醫療資源使用效率。
執行目標	本計畫為一中長期計畫，將分階段導入，逐年漸進達成目標： 1.第一期(試辦期，98-99年)：重點在於院內或團隊對忠誠病人照護之整合。 2.第二期(推廣期，100-101年)：重點在於跨院間之整合照護。 3.第三期(成熟期，102年-)：重點在於與基層醫療院所整合。 以上之階段俟辦理成效逐步檢討修正。
經費來源及協定事項	「推動促進醫療體系整合計畫」項目，100年經費8億元(其中5億元為本計畫經費，3億元為「全民健保論人計酬試辦計畫」經費)。
費用支付	100年計畫施行期間為100年4~12月(該年1~3月係延續99年計畫)，依下列指標達成比率核給，惟經試辦醫院選定之照護對象，於計畫期間未於該院就診者，本項費用不予核付： 1.基本承作費用：新收案照護對象每人400元。需達計畫書之執行內容及參與成果分享活動。 2.成效評量：每人375元。依以下4項結果面指標達成情形付費： (1)照護對象平均每人每月西醫門診醫療費用 \leq 比較基期(每人112.5元)。 (2)照護對象平均每人每月西醫門診就醫次數 \leq 比較基期(每人112.5元)。 (3)照護對象平均每人每月西醫門診用藥品項數 \leq 比較基期(每人75元)。 (4)照護對象急診率 \leq 比較基期(每人75元)。 3.民眾就醫權益：平均院內整體每月民眾申訴案件成案數低於 \leq 比較基期(每人75元)。
執行內容及推動過程	1.照護對象範圍： (1)由健保局提供忠誠度高且就醫次數多的病患名單：98.10~99.9期間之醫院門診(排除急重症)病患，於各醫院/團隊門診就醫次數大於50%，且按就醫次數高低排列切為十等分位，提供前四分位病人名單，由參加醫院選擇照護對象。 (2)試辦醫院於前述名單外，得就院內適當之就醫病患，自由選定照護對象範圍，惟人數不得超過前述名單內選定照護對象之20%。 (3)各醫院/團隊100年已選定之照護對象須持續照護者。

專案名稱		醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫																																
執行內容及推動過程		<p>2.執行方式：</p> <p>(1)民眾不須登記或簽署同意文件，不限制就醫醫療院所。</p> <p>(2)透過獎勵誘因，鼓勵醫院對於門診就醫病患提供整合式門診照護服務，避免重複及不當用藥、重複檢驗檢查、處置等，影響民眾健康及耗用醫療資源。</p> <p>(3)同一轄區醫院，得與其他醫事服務機構或醫院合作，採院際共同整合照護模式，並推派單一醫院為主責醫院，負責提送計畫書、本保險人聯繫窗口、經費撥付等事宜。</p> <p>3.推動過程：</p> <p>(1)開始試辦：本計畫自 98 年 12 月起試辦。</p> <p>(2)觀摩研討：99 年健保局於各分區業務組陸續辦理觀摩會，並於 100.3.31 辦理全國性觀摩會暨研討會。</p> <p>(3)檢討修訂：健保局分別於 98 年及 100 年，邀請醫界相關團體、參與試辦醫院及分區業務組等，進行計畫執行情形檢討，並修訂計畫內容。</p>																																
評核指標及退場機制		<p>1.評核指標</p> <p>(1)照護對象院內固定就診率：監控門診病人跨院或跨層級流動。</p> <p>(2)照護對象院內住院率：監控照護對象疾病嚴重度變化。</p> <p>2.退場機制：保險人提供各分區業務組 100 年 4~12 月「平均每人每月門診就醫次數」下降比例較低(由高至低排序)之第 20 百分位以內，且該指標為正成長之醫院名單，由各分區業務組實地瞭解辦理情形，確實未積極辦理之醫院(含整合團隊任一醫院)，次年度不再提供新照護對象名單。</p>																																
歷年執行概況及結果	預算執行情形	<p>98~100 年預算執行情形</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>98 年</th> <th>99 年</th> <th>100 年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>預算數(百萬元)</td> <td>452</td> <td>800</td> <td>500</td> </tr> <tr> <td>預算執行數(百萬元)</td> <td>98 年 12 月公告實施</td> <td>450</td> <td>236^註</td> </tr> <tr> <td>預算執行率</td> <td>-</td> <td>56.25%</td> <td>47.24%</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：100 年度計畫施行期間為 100 年 4~12 月，預算執行數為 189.1 百萬元，100 年 1~3 月係延續 99 年計畫，預算執行數為 47.2 百萬元。</p>				年度	98 年	99 年	100 年	預算數(百萬元)	452	800	500	預算執行數(百萬元)	98 年 12 月公告實施	450	236 ^註	預算執行率	-	56.25%	47.24%													
	年度	98 年	99 年	100 年																														
預算數(百萬元)	452	800	500																															
預算執行數(百萬元)	98 年 12 月公告實施	450	236 ^註																															
預算執行率	-	56.25%	47.24%																															
醫療服務提供及利用情形	<p>99~100 年醫療服務提供及民眾利用情形</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">項目\年度</th> <th>99 年</th> <th>100 年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">試辦院所數</td> <td>醫學中心</td> <td>19</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>區域醫院</td> <td>72</td> <td>71</td> </tr> <tr> <td>地區醫院</td> <td>96</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>187</td> <td>190</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">照護人數</td> <td>醫學中心</td> <td>256,676</td> <td>232,596</td> </tr> <tr> <td>區域醫院</td> <td>257,196</td> <td>217,431</td> </tr> <tr> <td>地區醫院</td> <td>110,563</td> <td>103,677</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>624,435</td> <td>553,704</td> </tr> </tbody> </table>				項目\年度		99 年	100 年	試辦院所數	醫學中心	19	19	區域醫院	72	71	地區醫院	96	100	合計	187	190	照護人數	醫學中心	256,676	232,596	區域醫院	257,196	217,431	地區醫院	110,563	103,677	合計	624,435	553,704
項目\年度		99 年	100 年																															
試辦院所數	醫學中心	19	19																															
	區域醫院	72	71																															
	地區醫院	96	100																															
	合計	187	190																															
照護人數	醫學中心	256,676	232,596																															
	區域醫院	257,196	217,431																															
	地區醫院	110,563	103,677																															
	合計	624,435	553,704																															

專案名稱	醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫								
成效評估	表 1 試辦前後各項成效指標統計								
	項目\年度	99 年				100 年			
	指標項目	基期 (9701-9806)	計畫期間 (9812-9912)	差異	成長率	基期 (9904-12)	計畫期間 (10004-12)	差異	成長率
	平均每人每月醫療費用	3,850	3,708	-142	-3.68%	4,083	3,951	-132	-3.23%
	平均每人每月門診就醫次數	1.091	0.945	-0.146	-13.4%	1.198	1.048	-0.15	-12.46%
	平均每人每月藥品項數	5.05	4.87	-0.2	-3.66%	5.094	4.960	-0.134	-2.63%
	平均每人每月急診次數	0.033	0.031	-0.002	-6.66%	0.040	0.035	-0.005	-12.31%
	表 2 試辦前後各項成效指標統計-依慢性病數量分析								
	慢性病數增加，各指標下降幅度隨之增加，顯示整合照護模式，可增進多重慢性病患的照護品質，降低其重複使用醫療資源的情形。								
	指標項目	慢性病別	基期 (9904-12)	計畫期間 (10004-12)	成長率				
	平均每人每月醫療費用	無	2,512	2,433	-3.15				
		1 種	4,036	3,960	-1.87				
		2 種	4,831	4,623	-4.31				
		3 種	5,560	5,233	-5.87				
		4 種	6,007	5,702	-5.08				
		5 種以上	6,951	6,498	-6.51				
	平均每人每月門診就醫次數	無	0.892	0.796	-10.80				
		1 種	0.998	0.901	-9.67				
2 種		1.457	1.242	-14.76					
3 種		1.943	1.623	-16.49					
4 種		2.474	2.069	-16.36					
5 種以上		3.359	2.811	-16.30					
平均每人每月藥品項數	無	3.899	3.866	-0.84					
	1 種	4.612	4.548	-1.39					
	2 種	5.928	5.691	-3.98					
	3 種	7.304	6.920	-5.25					
	4 種	8.690	8.175	-5.93					
	5 種以上	10.953	10.244	-6.47					
平均每人每月急診次數	無	0.037	0.033	-13.07					
	1 種	0.030	0.028	-6.44					
	2 種	0.048	0.041	-13.70					
	3 種	0.067	0.053	-20.81					
	4 種	0.084	0.067	-19.83					
	5 種以上	0.112	0.087	-21.84					

專案名稱	醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫				
	表 3 試辦前後各項成效指標統計-依就醫次數分位分析 等分位愈高(即醫療利用越高)，各指標下降幅度也隨之增加。				
	指標項目	慢性病別	基期 (99.04-12)	計畫期間 (100.04-12)	成長率
	平均每人每月醫療費用	第 1 分位	6,409	6,115	-4.58
		第 2 分位	4,640	4,473	-3.59
		第 3 分位	3,661	3,559	-2.78
		第 4 分位	3,156	3,070	-2.73
		醫院自選	3,425	3,534	3.18
	平均每人每月門診就醫次數	第 1 分位	1.857	1.614	-13.11
		第 2 分位	1.316	1.147	-12.86
		第 3 分位	1.078	0.943	-12.57
		第 4 分位	0.958	0.844	-11.92
		醫院自選	1.043	0.969	-7.06
	均每人每月藥品項數	第 1 分位	6.451	6.240	-3.26
		第 2 分位	5.410	5.253	-2.91
		第 3 分位	4.893	4.765	-2.61
		第 4 分位	4.468	4.367	-2.27
		醫院自選	5.361	5.347	-0.27
	平均每人每月急診次數	第 1 分位	0.063	0.054	-14.59
		第 2 分位	0.044	0.039	-11.26
		第 3 分位	0.036	0.032	-12.72
第 4 分位		0.031	0.028	-11.68	
醫院自選		0.037	0.035	-5.28	
成效評估	表 4 個別醫院達成指標情形(試辦前 99.04-12 vs 試辦後 100.04-12)				
	項目	層級別	總家數	達成指標家數	達成指標比例
	平均每人每月醫療費用	醫學中心	19	19	100.0%
		區域醫院	71	70	98.6%
		地區醫院	97	87	89.7%
		合計	187	176	94.1%
	平均每人每月門診就醫次數	醫學中心	19	19	100.0%
		區域醫院	71	71	100.0%
		地區醫院	97	94	96.9%
		合計	187	184	98.4%
	平均每人每月藥品次數	醫學中心	19	19	100.0%
		區域醫院	71	66	93.0%
		地區醫院	97	84	86.6%
		合計	187	169	90.4%
	平均每人每月急診次數	醫學中心	19	19	100.0%
		區域醫院	71	71	100.0%
		地區醫院	97	70	72.2%
		合計	187	160	85.6%
	平均每人每月申訴成案件數	醫學中心	19	17	89.5%
		區域醫院	71	68	95.8%
地區醫院		97	93	95.9%	
合計		187	178	95.2%	

專案名稱	醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫
檢討與改進	<p>1.本計畫執行2年，已達初步成效，為進一步達成計畫之中長程目標，經檢討試辦醫院及健保局各分區業務組的建議如下：</p> <p>(1)照護對象部分：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 提高醫院自行收案比率，以發展具有特色整合照護。 ● 101年整合照護對象名單，宜排除案件增加已參與其他試辦計畫的個案，將額度保留給其他需要的個案。 ● 100年選定的照護個案，仍納入101年持續照護對象。 ● 未來自選照護對象時，可由上傳時立即檢核回饋資訊。 <p>(2)獎勵費用部分：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 繼續照護個案，仍須進行相關行政整合，需有基本承作費。 ● 類病人(即未在照護名單中，但醫師認為有整合需要者)，列入核發獎勵的評估項目。 ● 應將計畫部分經費(或一定比率)限定用途，用於獎勵本計畫執行人員。 <p>(3)評量指標部分：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 成效指標的評估比照論人計酬計畫，以3年為期較能看出成效。 ● 建置成效指標執行情形下載專區，每季回饋數據，供醫院評估檢討。 ● 多重慢性病病人多有急診需求，建議刪除急診指標。 <p>(4)其他：適當規範要求具體整合方式，例如應有專責個案管師進行個案管理與協調追蹤、慢箋整合、就醫科別整合、建立各病人之藥歷完整記錄等。</p> <p>2.未來展望與建議：</p> <p>(1)為能客觀評估本計畫之執行成效，將於本(101)年與明(102)年，請學者專家就本計畫進行成效評估，作為未來修訂參考。</p> <p>(2)現行醫院專科化之醫療環境下，醫師由各自獨立的醫療專業，轉變為以病人為中心的整合理念，實須長期的潛移默化與改革推動，而本計畫實施期間短(1年)，對於執行本計畫，醫界較無法研擬長期專科合作與經營的策略，故為持續推動本計畫，建議本計畫期間實施期間與經費編列應以3至5年為宜。</p>
101年計畫修正重點	<p>經參酌前開建議，101年度採行之改進措施如下：</p> <p>1.修訂計畫，重點如下：</p> <p>(1)忠誠對象與範圍：</p> <p>A.排除已參與「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」、「全民健康保險論人計酬試辦計畫」與「西醫基層診所病人為中心整合照護計畫」之個案。</p>

專案名稱	醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫
101 年計畫修正重點	<p>B.調高醫院自由選擇收案比例，由原不得超出健保局提供已收案名單比例之 20%調高為 30%。</p> <p>(2)支付方式：101 年新收案者每人 400 元，原(100 年)照護對象繼續收案者，考量仍需進行整合等相關行政作業，每人酌給 150 元。</p> <p>(3)評量指標：刪除急診指標，評量指標修改為 3 項，並調整各項獎勵金額度。</p> <p>2.參酌參與院所意見，101 年度採行相關配套措施，如：設置平臺，供院所檢核上傳自選名單、提供指標資訊，供參與院所查詢每季評量成效等。</p>

5.全民健康保險論人計酬試辦計畫(實施未滿1年之新增計畫)

專案名稱	全民健康保險論人計酬試辦計畫
目的	1.使民眾獲得更完整的照護：透過疾病治療服務、加強提供預防保健、衛生教育與個案管理服務，以促進民眾健康。 2.使醫療團隊發揮照護能量：以全人照護為導向，促進區域醫療體系整合，包括基層院所與醫院之整合。 3.促進民眾健康、減少醫療浪費。
經費來源及協定事項	其他預算之「推動促進醫療體系整合計畫」項目，100年經費8億元。
費用支付	1.本計畫自第100年第3季起實施，100年經費上限為3億元。 2.參與本計畫之院所團隊(醫院)提供之醫療服務，仍依現行支付標準、審查辦法等規定申報及審查。其回饋金採年度結算方式辦理，於年度結束時，先行預估各團隊可能發生之回饋金，保留至結算時使用。 3.回饋金支付方式： (1)結餘點數=虛擬總額-試辦對象實際使用之醫療點數 虛擬總額=照護對象前一年平均每人醫療費用點數×(1+照護對象之年齡性別校正後每人醫療費用成長率+當年西醫成長率)×照護對象人數。 當年西醫成長率=[(醫院總額成長率-投保人口年增率-人口結構改變率)×醫院預算占率]+[(西醫基層總額成長率-投保人口年增率-人口結構改變率)×西醫基層預算占率]。 (2)回饋金之計算： 基本回饋金：回饋60%之「結餘點數」 基本回饋金=(結餘點數)×60%×每點1元。 醫療品質回饋金：回饋40%之「結餘點數」，但須符合評核指標。 醫療品質回饋金=(結餘點數)×40%×Σ符合品質指標占率×每點1元。 4.試辦團隊應行負擔財務風險： 風險點數：虛擬總額之醫療點數低於試辦對象實際使用之醫療點數時，兩者之差為「風險點數」。 負擔財務風險=風險點數×(1-Σ符合品質指標占率)×50%×每點1元

專案名稱	全民健康保險論人計酬試辦計畫			
執行內容	計畫期間以3年為原則，自100年7月1日至103年12月31日止。			
	1.實施原則：			
	(1)計畫涵蓋範圍：包含西醫基層、醫院總額門急診、住院及門診透析項目，排除牙醫、中醫及器官移植術後追蹤。 (2)民眾就醫權益不變：尊重民眾就醫習慣，不須登記或簽署同意文件，不限制民眾需於固定醫療團隊就診，可自由到區內非試辦醫療團隊及區外醫療院所就診。 (3)醫療團隊費用申報及審查作業不變。 2.照護對象：不得重複參與其他「全民健保家庭醫師整合性照護計畫」、「醫院以病人為中心整合式照護計畫」及「診所以病人為中心整合照護計畫」整合計畫。 3.三種試辦模式：			
	試辦模式	醫院忠誠病人模式(由上往下整合)	社區醫療群模式(由下往上整合)	區域整合模式(由上往下整合)
	照護團隊	<ul style="list-style-type: none"> ■由參與「醫院以病人為中心整合照護計畫」之院所承辦，以其忠誠病人為對象 ■擴大含住院服務 	<ul style="list-style-type: none"> ■由參與「全民健保家庭醫師整合性照護計畫」之社區醫療群承辦 ■擴展至合作醫院為院所團隊 ■擴大含住院服務 	以選定區域之醫院及診所組成院所團隊提供整合性照護
	照護對象	除由醫院自行納入忠誠病人外，並由保險人提供服務區域內應照護對象名單	除由院所團隊自行納入該團隊之忠誠病人外，並由保險人提供服務區域內應照護對象名單	以行政區域的戶籍人口民眾為照護對象
評核指標及退場機制	1.評核指標 (1)組織指標(20%)： <ul style="list-style-type: none"> ■照護對象於院所團隊(醫院)(區)內固定就診率(10%)。 ■院所團隊(醫院)自選指標。(指標選定及計算公式設定後需經保險人同意) (2)臨床指標(50%)： <ul style="list-style-type: none"> A.糖尿病品質指標(計5項指標，每項各占8%，共占40%) <ul style="list-style-type: none"> ■糖尿病人加入照護方案比率高於全國平均值 ■糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)檢查執行率高於全國平均值 ■糖尿病病患空腹血脂檢查執行率高於全國平均值 ■眼底檢查或眼底彩色攝影執行率高於全國平均值 ■尿液微量白蛋白檢查執行率高於全國平均值 			

專案名稱		全民健康保險論人計酬試辦計畫							
評核指標及退場機制		<p>B.院所團隊(醫院)自選指標(10%)。(指標選定及計算公式須經保險人同意)</p> <p>(3)民眾(忠誠病人)感受指標(10%)：依滿意度問卷調查結果計算 得分達 80%(含)以上：10% 得分達 70-79%(含)以上：5% 得分小於 70-79%：未達成。</p> <p>(4)其他政策鼓勵指標(20%)： ■子宮頸抹片檢查率不低於全國平均值：10%。 ■65 歲以上老人流感疫苗注射率不低於全國平均值：10%。</p> <p>2.退場機制： 團隊之主責醫院，若因違反特管辦法致受停約處分，為保障保險對象醫療照護之延續性，團隊得重新選定主責醫院，並經保險人同意後繼續執行或終止。凡院所經停約處分或本計畫終止者，回饋金不予核付，且應自行負擔之財務風險依執行月份比例進行追扣。</p>							
歷年執行概況及結果	預算執行情形	本計畫之回饋金採年度結算 1 次，自 100 年 7 月開始實施，尚未結算。							
	醫療服務提供情形	各團隊之組成及照護對象：							
		試辦模式	醫院忠誠病人模式			社區醫療群模式	區域整合模式		
		試辦團隊	彰化基督教醫院	屏東基督教醫院	天主教耕莘醫院	樂樹醫療群(芝山診所及 5 家合作診所)	台灣大學醫學院附設醫院金山分院	澄清綜合醫院及 5 家區內衛生所及診所	彰濱秀傳紀念醫院及 7 家區內衛生所及診所
		照護對象	醫院忠誠病人			團隊忠誠病人	新北市金山區合理現住人口(註)	台中市東區戶籍人口	彰化縣線西鄉戶籍人口
照護人數	30,014	8,664	20,094	5,976	15,614	61,923	14,799		
合計	157,084								
		註:指金山區鄰近試辦醫院之地區(如金山鄉、萬里鄉、三芝鄉)曾在當地就醫或領慢性病連續處方箋之人口。							

專案名稱	全民健康保險論人計酬試辦計畫																																															
歷年執行概況及結果 民眾利用情形	1. 團隊照護對象於試辦團隊內之醫療利用情形(如表 1) (1) 醫院忠誠病人模式：100 年 7 月開始執行，於院內門診就醫次數占其全部門診次數至少 4 成、門診就醫點數占率至少 7 成，於該院住院就醫次數、點數占率至少達 5 成，顯示照護對象仍習慣於該院內就醫。 (2) 社區醫療群：100 年 7 月開始執行，群內就醫門診件數占率 4 成、門診點數占率近 3 成，照護對象仍有一定比例之就醫於診所外如醫院發生。 (3) 區域整合模式：101 年 1 月開始執行，因執行期間尚短，成果有待觀察。 表 1 101 年第 1 季照護對象於各試辦團隊醫療利用之比率																																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">團隊內門診占率</th> <th colspan="2">團隊內住診占率</th> </tr> <tr> <th>次數</th> <th>點數</th> <th>次數</th> <th>點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>醫院忠誠病人模式 A</td> <td>51.3%</td> <td>72.1%</td> <td>67.7%</td> <td>56.1%</td> </tr> <tr> <td>醫院忠誠病人模式 B</td> <td>42.8%</td> <td>71.3%</td> <td>70.7%</td> <td>68.7%</td> </tr> <tr> <td>醫院忠誠病人模式 C</td> <td>43.0%</td> <td>71.6%</td> <td>66.2%</td> <td>54.7%</td> </tr> <tr> <td>社區醫療群模式</td> <td>41.8%</td> <td>27.3%</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>區域整合模式 A</td> <td>31.1%</td> <td>37.3%</td> <td>50.4%</td> <td>42.1%</td> </tr> <tr> <td>區域整合模式 B</td> <td>4.9%</td> <td>7.7%</td> <td>11.3%</td> <td>7.7%</td> </tr> <tr> <td>區域整合模式 C</td> <td>21.2%</td> <td>27.3%</td> <td>16.4%</td> <td>5.8%</td> </tr> </tbody> </table>					團隊內門診占率		團隊內住診占率		次數	點數	次數	點數	醫院忠誠病人模式 A	51.3%	72.1%	67.7%	56.1%	醫院忠誠病人模式 B	42.8%	71.3%	70.7%	68.7%	醫院忠誠病人模式 C	43.0%	71.6%	66.2%	54.7%	社區醫療群模式	41.8%	27.3%	-	-	區域整合模式 A	31.1%	37.3%	50.4%	42.1%	區域整合模式 B	4.9%	7.7%	11.3%	7.7%	區域整合模式 C	21.2%	27.3%	16.4%	5.8%
		團隊內門診占率		團隊內住診占率																																												
		次數	點數	次數	點數																																											
	醫院忠誠病人模式 A	51.3%	72.1%	67.7%	56.1%																																											
	醫院忠誠病人模式 B	42.8%	71.3%	70.7%	68.7%																																											
	醫院忠誠病人模式 C	43.0%	71.6%	66.2%	54.7%																																											
	社區醫療群模式	41.8%	27.3%	-	-																																											
	區域整合模式 A	31.1%	37.3%	50.4%	42.1%																																											
	區域整合模式 B	4.9%	7.7%	11.3%	7.7%																																											
區域整合模式 C	21.2%	27.3%	16.4%	5.8%																																												
2. 團隊照護對象於試辦團隊內之醫療利用成長情形(如表 2) (1) 醫院忠誠病人模式與社區醫療群模式：於團隊內門診就醫次數、點數較前一年同期比較，均持續下降。 (2) 區域整合模式：101 年 1 月開始執行，兩間團隊之門診就醫次數有些微下降，可能團隊執行整合服務略具成效。第三家團隊目前管理策略以健康社區營造為主軸，101 年第 1 季之醫療利用為正成長。																																																
表 2 100 年第 3 季~101 年第 1 季照護對象於各試辦團隊內之門住診醫療利用成長情形(團隊內)																																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">團隊內門診成長率</th> <th colspan="2">團隊內住診成長率</th> </tr> <tr> <th>次數</th> <th>點數</th> <th>次數</th> <th>點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>醫院忠誠病人模式 A</td> <td>-20.7%</td> <td>-11.1%</td> <td>-7.0%</td> <td>10.4%</td> </tr> <tr> <td>醫院忠誠病人模式 B</td> <td>-20.3%</td> <td>-10.2%</td> <td>-0.1%</td> <td>18.3%</td> </tr> <tr> <td>醫院忠誠病人模式 C</td> <td>-26.2%</td> <td>-13.1%</td> <td>-4.1%</td> <td>3.8%</td> </tr> <tr> <td>社區醫療群模式</td> <td>-28.5%</td> <td>-19.6%</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>區域整合模式 A</td> <td>-8.6%</td> <td>5.6%</td> <td>-13.8%</td> <td>-3.7%</td> </tr> <tr> <td>區域整合模式 B</td> <td>25.6%</td> <td>7.6%</td> <td>18.6%</td> <td>29.2%</td> </tr> <tr> <td>區域整合模式 C</td> <td>-1.0%</td> <td>5.6%</td> <td>-9.0%</td> <td>42.9%</td> </tr> </tbody> </table>					團隊內門診成長率		團隊內住診成長率		次數	點數	次數	點數	醫院忠誠病人模式 A	-20.7%	-11.1%	-7.0%	10.4%	醫院忠誠病人模式 B	-20.3%	-10.2%	-0.1%	18.3%	醫院忠誠病人模式 C	-26.2%	-13.1%	-4.1%	3.8%	社區醫療群模式	-28.5%	-19.6%	-	-	區域整合模式 A	-8.6%	5.6%	-13.8%	-3.7%	區域整合模式 B	25.6%	7.6%	18.6%	29.2%	區域整合模式 C	-1.0%	5.6%	-9.0%	42.9%	
	團隊內門診成長率		團隊內住診成長率																																													
	次數	點數	次數	點數																																												
醫院忠誠病人模式 A	-20.7%	-11.1%	-7.0%	10.4%																																												
醫院忠誠病人模式 B	-20.3%	-10.2%	-0.1%	18.3%																																												
醫院忠誠病人模式 C	-26.2%	-13.1%	-4.1%	3.8%																																												
社區醫療群模式	-28.5%	-19.6%	-	-																																												
區域整合模式 A	-8.6%	5.6%	-13.8%	-3.7%																																												
區域整合模式 B	25.6%	7.6%	18.6%	29.2%																																												
區域整合模式 C	-1.0%	5.6%	-9.0%	42.9%																																												
註：忠誠型與社區型呈現數據為 100Q3-101Q1，區域型數據為 101Q1。																																																

專案名稱		全民健康保險論人計酬試辦計畫				
歷年執行概況及結果	民眾利用情形	3. 團隊照護對象之整體醫療利用情形(如表 3)				
		(1) 醫院忠誠病人模式：至 101 年第 1 季，照護對象之門住診醫療費用持續上升，且成長率明顯高於區域整合模式。可能原因為醫院忠誠病人模式照護對象以多重慢性病人為主，該等病人本屬醫療耗用較高之族群，加上計算照護對象醫療費用時，並未排除費用極端值。				
		(2) 區域整合模式團隊自 101 年 1 月開始執行，照護對象就醫變動之情形尚未明顯。				
		表 3 100 年第 3 季~101 年第 1 季照護對象之整體門住診醫療利用情形				
			整體門診成長率		整體住診成長率	
			次數	點數	次數	點數
		醫院忠誠病人模式 A	-5.5%	-1.7%	7.9%	29.8%
		醫院忠誠病人模式 B	-0.7%	-0.8%	11.5%	31.3%
		醫院忠誠病人模式 C	0.1%	-1.7%	17.4%	37.1%
		社區醫療群模式	-8.5%	8.8%	10.1%	31.8%
區域整合模式 A	-9.9%	0.4%	-7.8%	-0.1%		
區域整合模式 B	-5.8%	1.3%	3.8%	3.3%		
區域整合模式 C	-4.3%	2.4%	4.1%	15.4%		
註：忠誠型與社區型呈現數據為 100Q3-101Q1，區域型數據為 101Q1						
成效評估	指標達成情形	1. 各團隊指定指標達成情形(如表 1)				
		表 1 101 年第 1 季各團隊指定指標達成率				
		指標類型	指標名稱	參與團隊數	達成團隊數	達成率
		組織指標	照護對象於院所團隊(醫院)(區)內固定就診率	7	--	--
		臨床指標	糖尿病人加入照護方案比率	7	6	85.71%
			糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)檢查執行率	7	4	57.14%
			糖尿病病患空腹血脂(Fasting Lipid Profile)檢查執行率	7	6	85.71%
			眼底檢查或眼底彩色攝影執行率	7	6	85.71%
			尿液微量白蛋白檢查執行率	7	6	85.71%
		其他政策鼓勵指標	子宮頸抹片檢查率	7	5	71.43%
65 歲以上老人流感注射率	7		3	42.86%		
2. 自選指標達成情形(如表 2)						
除成人預防保健檢查完成率、三日急診返診率外，初期慢性腎臟病(CKD)照護率、初期慢性腎臟病完整追蹤率、糞便潛血檢查率、乳房攝影篩檢率、預立 DNR 簽立率、糖尿病民眾完成初期慢性腎病篩檢率至少 1 家團隊達成目標。						

專案名稱		全民健康保險論人計酬試辦計畫				
成效評估	指標達成情形	表 2 101 年第 1 季各團隊自選指標達成率				
		指標項目	目標值	選取團隊數	達成團隊數	達成率
		成人預防保健檢查完成率	完成率高於 80%	2	0	0%
		初期慢病腎臟病照護率	第一次結算時收案率高於 17.5%	3	3	100.0%
		初期慢病腎臟病完整追蹤率	高於同層級院所 75 百分位	1	1	100.0%
		糞便潛血檢查率		3	2	66.7%
		乳房攝影篩檢率		3	1	33.3%
		預立 DNR 簽立率	簽立成長率高於全國成長率	1	1	100.0%
		三日急診返診率	低於主責醫院之同層級院所全國 25 百分位	1	0	0%
		糖尿病民眾完成初期慢性腎病篩檢率 ^註	第一次結算時自身比成長 15%	2	1	50%
<p>註：目標值為第一次結算時自身比成長 15%，考量選取成本指標之試辦團隊僅執行 1 季，故自身比成長高於 2.5% 即認定為達標。</p> <p>3. 結論：考量本計畫試辦期間尚短，且並未限制病人就醫，預防保健、癌症篩檢、疾病衛教及其他健康促進活動之效果，需長時間才可能看見成效，建議持續觀察。</p>						
檢討與改進	<p>1. 健保局已於 101 年 1 月 17 日、6 月 1 日及 6 月 11 日辦理專家學者實地訪視及觀摩，完成七個團隊之訪視，建議重點如下：</p> <p>(1) 區域整合模式之團隊主要依據當地民眾需求，走入社區進行健康促進服務、宣導、提供適切醫療治療。</p> <p>(2) 醫院忠誠病人模式團隊則以達成品質指標及減少院內之浪費為主要努力重點。</p> <p>(3) 各團隊均積極投入，努力與社區結合，並均有各自創新之服務，值得鼓勵並長期觀察，各團隊之努力，均深受專家學者一致之肯定與讚許。</p> <p>(4) 試辦團隊對本計畫之下列建議： 希望健保資訊回饋更即時、風險校正計算條件更周延、提供基本承作費、品質指標之目標值宜明確且分階段逐年達成、照護對象不宜排除參與社區醫療群之民眾等。</p> <p>2. 委託研究： 健保局於 101 年度中程綱要計畫提出「論人計酬試辦計畫成效評估」委託研究。</p>					
101 年計畫修正重點	<p>費用申報及支付方式：本方案自 100 年 7 月起試辦，若採年度結算，則 100 年才實施半年，尚無法看出評核指標之改變，爰由年度結算改為一年半結算。</p>					

6.增進全民健保醫療資源不足地區之醫院點值保障方案

專案名稱	增進全民健保醫療資源不足地區之醫院點值保障方案																										
目的	對於離島地區或肩負鄰近山地鄉民眾之主要就醫醫院，具備重要急性醫療照護功能且距離醫學中心較遠者，加強保障該等醫院所提供之醫療服務，維護山地離島民眾之就醫品質及權益。																										
經費來源及協定事項	100年經費2億元，應與衛生署相關計畫相互整合，俾資源運用達最大效益。																										
費用支付	符合本方案適用資格之醫院，其該季納入醫院總額一般服務結算之核定浮動點數，依浮動點值補足至每點1元支付。																										
執行內容及推動過程	<p>1.本方案為100年新增，其規劃過程經衛生署函詢台灣醫院協會，並由該協會再徵詢各層級醫院團體，均表同意。</p> <p>2.適用醫院資格如下：</p> <p>(1)離島地區之醫院。</p> <p>(2)緊鄰山地鄉且為當地民眾主要就醫之醫院，該醫院須以急性照護為主，附近無其他醫學中心得以選擇，且須離最近之醫學中心車程達45分鐘以上者。</p> <p>3.100年符合前述資格之醫院共計15家：</p> <p>(1)離島地區之醫院(5家)：</p> <table border="1" data-bbox="387 1088 1294 1339"> <thead> <tr> <th>分區別</th> <th>醫院名稱</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">台北</td> <td>連江縣立醫院</td> </tr> <tr> <td>行政院衛生署金門醫院</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">高屏</td> <td>行政院衛生署澎湖醫院</td> </tr> <tr> <td>財團法人天主教靈醫會惠民醫院</td> </tr> <tr> <td>三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處</td> </tr> </tbody> </table> <p>(2)緊鄰山地鄉且為當地民眾主要就醫醫院並符合相關條件者(10家)：</p> <table border="1" data-bbox="387 1384 1294 1843"> <thead> <tr> <th>分區別</th> <th>醫院名稱</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">北區</td> <td>行政院衛生署竹東醫院</td> </tr> <tr> <td>行政院國軍退除役官兵輔導委員會竹東榮民醫院</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">中區</td> <td>東勢鎮農會附設農民醫院</td> </tr> <tr> <td>行政院國軍退除役官兵輔導委員會埔里榮民醫院</td> </tr> <tr> <td>埔基醫療財團法人埔里基督教醫院</td> </tr> <tr> <td></td> <td>竹山秀傳醫院</td> </tr> <tr> <td>高屏</td> <td>同慶醫院</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">東區</td> <td>財團法人佛教慈濟綜合醫院關山分院</td> </tr> <tr> <td>行政院國軍退除役官兵輔導委員會鳳林榮民醫院</td> </tr> <tr> <td>財團法人佛教慈濟綜合醫院玉里分院</td> </tr> </tbody> </table> <p>4.針對醫院總額一般服務之保障措施，健保局及醫界另共同商訂「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」，符合該認定原則之醫院，其所提供之醫療服務，以前一季各區門住診平均點值核付費用。惟若醫院同時符合該認定原則及本項保障方案時，優先適用本保障方案。</p>	分區別	醫院名稱	台北	連江縣立醫院	行政院衛生署金門醫院	高屏	行政院衛生署澎湖醫院	財團法人天主教靈醫會惠民醫院	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處	分區別	醫院名稱	北區	行政院衛生署竹東醫院	行政院國軍退除役官兵輔導委員會竹東榮民醫院	中區	東勢鎮農會附設農民醫院	行政院國軍退除役官兵輔導委員會埔里榮民醫院	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院		竹山秀傳醫院	高屏	同慶醫院	東區	財團法人佛教慈濟綜合醫院關山分院	行政院國軍退除役官兵輔導委員會鳳林榮民醫院	財團法人佛教慈濟綜合醫院玉里分院
分區別	醫院名稱																										
台北	連江縣立醫院																										
	行政院衛生署金門醫院																										
高屏	行政院衛生署澎湖醫院																										
	財團法人天主教靈醫會惠民醫院																										
	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處																										
分區別	醫院名稱																										
北區	行政院衛生署竹東醫院																										
	行政院國軍退除役官兵輔導委員會竹東榮民醫院																										
中區	東勢鎮農會附設農民醫院																										
	行政院國軍退除役官兵輔導委員會埔里榮民醫院																										
	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院																										
	竹山秀傳醫院																										
高屏	同慶醫院																										
東區	財團法人佛教慈濟綜合醫院關山分院																										
	行政院國軍退除役官兵輔導委員會鳳林榮民醫院																										
	財團法人佛教慈濟綜合醫院玉里分院																										

專案名稱	增進全民健保醫療資源不足地區之醫院點值保障方案
預算執行情形	100 年共支用 2.8 億元，超出預算部分(2 億元)，由其他預算「其他預期政策改變所需經費」項目支應。
成效評估	對個別醫院補助金額約介於 300 萬~4,300 萬元，透過點值保障措施，已適度減輕醫院財務風險與經營壓力，有助提供山地離島居民更穩定之醫療服務。

7.全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫
(實施未滿 1 年之新增計畫)

專案名稱	全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫
目的	對離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療，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。
經費來源及協定事項	<ol style="list-style-type: none"> 1.101 年經費 5 億元，不足部分由「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」支應。 2.用於離島醫院及肩負偏遠地區(含山地鄉)民眾於該地區或鄰近地區主要急性就醫醫院，與偏遠地區急性醫療主責醫院之點值保障。 3.依衛生署政策要求，本項計畫應訂有相關必要執行項目，上述醫院應提供 24 小時急診、以具備內外婦兒科為原則，但得依據該地區及醫院特性適當調整，至少提供兩科之門診及住院醫療、檢驗檢查主動通知等，並深入社區加強預防保健服務。
費用支付	<ol style="list-style-type: none"> 1.符合本方案適用資格之醫院，其醫院總額一般服務部門(不含門診透析)自保障月起，納入結算之核定浮動點數，扣除住診呼吸器及門住診精神科案件之申請醫療點數後之點數，以浮動點值補足至每點 1 元支付，惟每家醫院全年最高以 1,500 萬元為上限，最低補助 900 萬元(未滿四科，每減少一科，減少 100 萬元)。 2.前述醫院依預算年度之實施月份比例核算，並按季結算；預算如有超支，費協會同意自其他預算支應，並以 1.7 億元為上限。
執行內容	<ol style="list-style-type: none"> 1.適用資格：包含離島地區、山地鄉及醫療源不足地區及鄰近鄉鎮之醫院，且該院須以急性照護為主，及衛生署核定之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之地區級醫院，101 年符合申請條件之醫院計 78 家(4 家區域級醫院、74 家地區級醫院)。 2.醫院須承諾事項： <ol style="list-style-type: none"> (1)提供 24 小時急診服務。 (2)提供內科、外科、婦產科及小兒科門診及住院醫療服務。 (3)檢驗檢查報告主動通知。 (4)深入社區加強預防保健服務。 3.上述符合適用資格及承諾事項之醫院應向各分區業務組提出申請，各區亦得考量分區特性，同意醫院選擇至少二科以上科別提供醫療服務；前述經書面及實地審查通過者，於次月(費用年月) 1 日起，列入保障範圍。

專案名稱	全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫								
執行內容	4.同時符合本計畫及「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之醫院，經申請且審查通過本計畫者，自保障月起，不再適用「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之保障措施。								
	5.健保局於 101.5.28 日邀集各分區業務組，辦理「計畫說明會」，各分區業務組已於 6 月中旬前，完成各分區之說明會，刻正辦理申請醫院之書面及實地審查等事宜。								
	6.至 101.7.17 已有 41 家提出申請，其中 37 家符合。								
		符合申請 A	已申請			未申請			占率 ^{註2} I=D/(A-G)
		通過審查 B	審查中 C	小計 D= (B+C)	不申請 F	符合列入 分區平均 點值保障 G	尚未申請 H= (A-D-F-G)		
	台北	8	4	4	1	3	0	80%	
	北區	10	5	6	4		0	60%	
	中區	13	7	7	1	5	1	88%	
	南區	10	6	6	4		0	60%	
	高屏	27	12	14	9	3	1	58%	
東區	10	3	4	1		5	40%		
合計	78	37	41	19	11	7	62%		
註：1.符合申請 78 家醫院，其中 37 家已通過審查，符合保障資格，4 家醫院審查中，有 19 家醫院表達不申請，11 家目前列入分區偏遠醫院平均點值保障，尚未申請者有 7 家。									
2.依本計畫規定，本計畫與分區偏遠醫院平均點值保障方式，應擇一加入。									
評核指標及退場機制	1.評估指標								
	(1)受保障醫院增設 24 小時急診之家數情形。								
	(2)受保障醫院增設內科、外科、婦產科、小兒科之家數情形。								
	(3)受保障醫院提升預防保健服務量，於計畫期間之服務量須較前一年至少成長 10%以上。								
	(4)民眾滿意度提升。								
	2.退場機制								
	(1)計畫期間，醫院如經查有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第 37 條及第 38 條所列違規情事，自其違規處分(第一次)之處分月起不再保障。								
	(2)經審查通過之醫院，於保障期間未滿一年時，發生未依其承諾提供醫療服務或自願中止本計畫者，自確定事實之月起，不再保障。								
	(3)前述中止保障之醫院，其最低補助金額，依實施月份比例核算。								

8.高診次保險對象藥事居家照護試辦計畫

專案名稱	全民健康保險高診次保險對象藥事居家照護試辦計畫
目的	針對門診高利用之保險對象中需輔導建立正確服用藥物觀念者，進行居家訪視，以避免藥物重複使用，提升用藥安全，間接減少醫療資源浪費。
執行目標	1.預計照護 4,300 人，總服務人次為 34,400 人次。 2.降低照護對象前 1 年同期之門、住診醫療費用 10%以上。
經費來源及協定事項	100 年經費 3,600 萬元。
費用支付	1.採論次計酬，每次居家照護支付 1,000 點，每點 1 元。 2.獎勵措施：如計畫結餘款超過計畫經費之 5%，則以 5%為上限。
執行內容	<p>1.試辦區域：健保局各分區業務組轄區。</p> <p>2.輔導對象：排除已參加「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」等其他計畫或方案者、重大傷病或死亡者。依序篩選輔導對象：</p> <p>(1)第一優先：前 1 年(9810~9909)申報門診就醫次數≥ 100次(排除牙醫、中醫、復健及精神科就醫者)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。</p> <p>(2)第二優先：前 1 年申報門診就醫次數≥ 100次(排除條件同上)之藥費在前 50 百分位且就醫院所家數≥ 8家者。</p> <p>(3)第三優先：前 1 年申報門診就醫次數≥ 100次(排除條件同上)且半數以上處方箋之藥品品項≥ 7種者。</p> <p>(4)西醫基層醫師認為需要藥師專業輔導轉介之個案。</p> <p>3.參與照護之藥事人員資格：須為具藥事人員 2 人(含)以上之保險特約藥局，通過藥師全聯會培訓且認證審核資格。</p> <p>4.收案與輔導：</p> <p>(1)收案：藥師全聯會依保險人分區業務組提供之輔導對象名單，協調並指定執行之藥事人員。藥事人員不得拒絕指定收案名單或中斷輔導。</p> <p>(2)輔導：</p> <p>A.每位輔導對象全年申請 8 次藥師居家照護為上限(經保險人專案同意者，不在此限)。</p> <p>B.藥事人員遇有醫師重複開立同一成份或同一類別之藥物，應填具「藥事人員居家訪視用藥建議書」回饋醫師參考，並請醫師依所附回執聯填寫回復；必要時，可陪同輔導對象就醫與醫師討論用藥事宜。</p> <p>C.藥事人員須將紀錄表上的資訊整理至「高診次藥事居家照護報告書」，並留存檔案及繳交藥師全聯會備查。</p>

專案名稱		全民健康保險高診次保險對象藥事居家照護試辦計畫																																																																																																	
執行內容		5.結案:年度結束即予結案，以下情況得予提前結案： 輔導對象如死亡、昏迷、失蹤、遷移或其他不可抗力因素，經保險人同意或經保險人評估成效不佳者。																																																																																																	
評核指標		輔導對象與前一年同期申報門、住診醫療費用以較，預計降低 10%以上。																																																																																																	
歷年執行概況	預算執行情形	99~100 年預算執行情形																																																																																																	
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">項目\年度</th> <th colspan="2">99 年</th> <th colspan="2">100 年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">預算數(萬元)</td> <td colspan="2">924</td> <td colspan="2">3,600</td> </tr> <tr> <td colspan="2">預算執行數(萬元)</td> <td colspan="2">385</td> <td colspan="2">2,499^註</td> </tr> <tr> <td colspan="2">預算執行率</td> <td colspan="2">41.67%</td> <td colspan="2">69.42%</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：截至 101 年 4 月 3 日申報金額。</p>								項目\年度		99 年		100 年		預算數(萬元)		924		3,600		預算執行數(萬元)		385		2,499 ^註		預算執行率		41.67%		69.42%																																																																			
項目\年度		99 年		100 年																																																																																															
預算數(萬元)		924		3,600																																																																																															
預算執行數(萬元)		385		2,499 ^註																																																																																															
預算執行率		41.67%		69.42%																																																																																															
	目標達成情形	<p>1.醫療服務提供及民眾利用情形</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">項目\年度</th> <th colspan="2">99 年</th> <th colspan="2">100 年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">參與藥事人員數</td> <td colspan="2">42</td> <td colspan="2">101</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">目標數</td> <td>輔導人數</td> <td colspan="2">1,100</td> <td colspan="2">4,300</td> </tr> <tr> <td>輔導人次</td> <td colspan="2">8,800</td> <td colspan="2">34,400</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">執行數</td> <td>輔導人數</td> <td colspan="2">808</td> <td colspan="2">4,041</td> </tr> <tr> <td>輔導人次</td> <td colspan="2">3,850</td> <td colspan="2">24,999</td> </tr> <tr> <td>平均每人接受輔導次數</td> <td colspan="2">4.76</td> <td colspan="2">6.19</td> </tr> <tr> <td colspan="2">收案率(實際輔導人數/保險人提供之輔導人數)</td> <td colspan="2">73.45%</td> <td colspan="2">93.98%</td> </tr> </tbody> </table> <p>2.接受輔導個案之門、住診醫療費用指標之目標達成情形</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">評量指標/年度</th> <th rowspan="2"></th> <th colspan="4">99 年</th> <th colspan="4">100 年</th> </tr> <tr> <th>基期(98年)</th> <th>計畫期間(99年)</th> <th>差異</th> <th>成長率</th> <th>基期(99年)</th> <th>計畫期間(100年)</th> <th>差異</th> <th>成長率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">輔導對象人數</td> <td colspan="4">808</td> <td colspan="4">4,041</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">全年醫療費用點數(萬點)</td> <td>目標值</td> <td rowspan="2">9,125</td> <td>8,213</td> <td>-912</td> <td>-10%</td> <td rowspan="2">34,821</td> <td>31,339</td> <td>-3,482</td> <td>-10%</td> </tr> <tr> <td>實際值</td> <td>8,770</td> <td>-355</td> <td>-3.89%</td> <td>34,014</td> <td>-807</td> <td>-2%</td> </tr> </tbody> </table> <p>因整體成效未達醫療費用較同期下降 10%之目標，故未發放獎勵金。</p>								項目\年度		99 年		100 年		參與藥事人員數		42		101		目標數	輔導人數	1,100		4,300		輔導人次	8,800		34,400		執行數	輔導人數	808		4,041		輔導人次	3,850		24,999		平均每人接受輔導次數	4.76		6.19		收案率(實際輔導人數/保險人提供之輔導人數)		73.45%		93.98%		評量指標/年度		99 年				100 年				基期(98年)	計畫期間(99年)	差異	成長率	基期(99年)	計畫期間(100年)	差異	成長率	輔導對象人數		808				4,041				全年醫療費用點數(萬點)	目標值	9,125	8,213	-912	-10%	34,821	31,339	-3,482	-10%	實際值	8,770	-355	-3.89%	34,014	-807	-2%
項目\年度		99 年		100 年																																																																																															
參與藥事人員數		42		101																																																																																															
目標數	輔導人數	1,100		4,300																																																																																															
	輔導人次	8,800		34,400																																																																																															
執行數	輔導人數	808		4,041																																																																																															
	輔導人次	3,850		24,999																																																																																															
	平均每人接受輔導次數	4.76		6.19																																																																																															
收案率(實際輔導人數/保險人提供之輔導人數)		73.45%		93.98%																																																																																															
評量指標/年度		99 年				100 年																																																																																													
		基期(98年)	計畫期間(99年)	差異	成長率	基期(99年)	計畫期間(100年)	差異	成長率																																																																																										
輔導對象人數		808				4,041																																																																																													
全年醫療費用點數(萬點)	目標值	9,125	8,213	-912	-10%	34,821	31,339	-3,482	-10%																																																																																										
	實際值		8,770	-355	-3.89%		34,014	-807	-2%																																																																																										

專案名稱		全民健康保險高診次保險對象藥事居家照護試辦計畫							
民眾滿意度	99~100 年輔導對象之滿意度調查結果：								
	項目\年度		99 年		100 年				
	問卷數	58		1,009					
	整體服務滿意度(平均)	9.09		8.47					
	願意繼續接受照護之意願度(平均)	4.44		4.27					
	註：滿意度最小值為 0、最大值為 10。								
民眾醫療利用改善	接受輔導個案平均每人醫療利用變化								
	評量指標/年度	99 年				100 年			
		基期(98年)	計畫期間(99年)	差異	成長率	基期(99年)	計畫期間(100年)	差異	成長率
	門診就醫次數	93.19	66.17	-27.0	-29%	80.99	67.01	-13.98	-17%
	門、住診利用點數(萬點)	11.3	10.86	-0.44	-4%	8.62	8.42	-0.2	-2%
	-門診	7.73	6.16	-1.57	-20%	7.05	5.44	-1.61	-10%
	-住診	3.57	4.7	1.13	32%	7.55	9.32	1.77	16%
	門、住診藥費點數(萬點)	4.2	3.36	-0.84	-19%	2.38	2.27	-0.11	-5%
	-門診	3.1	2.5	-0.6	-19%	2.07	1.86	-0.21	-10%
	-住診	1.1	0.86	-0.24	-22%	0.91	1.29	0.38	33%
醫療問題與輔導效果	1.100 年度輔導個案醫療問題分析(有效問卷 3,786 份)								
	醫療問題		個案數		比率				
	1.因身體不適而問題無法解決者		1,650		40.83%				
	-疼痛不適而就近於診所打止痛針者		747		45.27%				
	-其他原因		903		54.73%				
	2.因多重疾病經常就診者		1,068		26.43%				
	-看不同科別只好掛不同號		559		52.34%				
	-每位醫師解說不同需尋求確認者		118		11.05%				
	-其他原因		391		36.61%				
	3.覺得稍有不適即就診者人		362		8.96%				
	4.慢性病處方只開立短期		285		7.05%				
	5.藥物濫用		65		1.61%				
	6.因免付掛號費及部分負擔		61		1.51%				
7.其他原因		295		7.3%					
8.未填寫者		295		7.3%					

專案名稱		全民健康保險高診次保險對象藥事居家照護試辦計畫
成效評估	醫療問題與輔導效果	<p>2.100 年度輔導個案之輔導效果：</p> <p>因每位個案醫療問題不同，需藥師個別輔導與專業用藥建議，依藥師全聯會提供之期末報告，經藥師訪視有明顯改善案例共 88 位，該報告已就輔導過程簡要說明及比較個案輔導前、後改善情形。</p> <p>3.中斷輔導個案：</p> <p>提早結案者計 341 位(占 8.4%)，原因可分為下列 5 大類：</p> <p>(1)個案拒絕(155 位，占 45.45%)。</p> <p>(2)個案更改聯絡方式(27 位，占 7.92%)。</p> <p>(3)個案往生(83 位，占 24.34%)。</p> <p>(4)個案住院(15 位，占 4.4%)。</p> <p>(5)其他(61 位，占 17.89%)。</p>
檢討與改進		<p>1.醫療費用下降目標值達成情形：本計畫目標值為 100 年較 99 年門、住診醫療費用下降 10%，經統計醫療費用下降約 2%，與目標尚有落差，其原因分析如下：</p> <p>(1)目標值設定因素：經分析雖 100 年輔導個案門診醫療費用下降率高達 10%，但住院醫療費用未降反增達 16%，故門、住診合計之醫療費用僅下降 2%。</p> <p>(2)收支尚屬平衡：雖未達計畫目標值，但因住院醫療費用實非藥事人員介入輔導可見成效，故計畫支出(約 2,499 萬元)與門診醫療費用節省(2,467 萬點醫療費用)，尚屬平衡。</p> <p>2.其餘修正建議：</p> <p>(1)建議關懷函上加註藥師公會全聯會專線電話，以便民眾查詢及確認到府訪視之輔導藥師。</p> <p>(2)建議藥師公會全聯會協助加強宣導本計畫，增加民眾接受度。</p> <p>(3)鑒於藥局申報費用有 2 年期限，建議本計畫增列規範藥師應於訪視後，須於一定期限內申報費用及檢附「高診次藥事居家照護報告書」。</p>
101 年計畫修正重點		<p>1.修訂輔導成效標準，改為與前一年同期相較，預計降低輔導對象申報門診醫療費用 12%以上(原規定為申報門、住診醫療費用 10%以上)。</p> <p>2.收案條件：</p> <p>(1)增列排除已參加「西醫基層診所以病人為中心整合照護試辦計畫」者。</p> <p>(2)修訂收案標準：第二優先輔導對象其就醫院所家數由 ≥ 8 家改為 ≥ 6 家、第三優先輔導對象其半數以上處方箋藥品品項由 ≥ 7 種改為 ≥ 6 種。</p>

專案名稱	全民健康保險高診次保險對象藥事居家照護試辦計畫
101 年計畫修正重點	<p>3. 支付與申報方式：</p> <p>(1) 增列訪視地點屬山地離島或資源不足地區者，每次支付 1,200 元，但藥師執業地點在該區者不適用。</p> <p>(2) 增列僅接受一次訪視後拒絕後續輔導者，可申報 1 次居家照護費，並納入成效評估分析。</p> <p>4. 獎勵措施：</p> <p>(1) 設定藥師之獎勵資格：訂定個別藥師所有輔導個案之門診費用需比前一年同期下降達 15% 以上。</p> <p>(2) 總獎勵金額：除原有以計畫經費 5% 為上限之規定外，新增若總節省點數之 70% 低於上限，則以該節省點數之 70% 為上限之規定。</p>

參、專案計畫 100 年度執行結果彙整表

一、牙醫門診總額專案計畫

專案名稱 (計畫起始年)	目的	評估指標	目標(值)	實績值	達標情形				指標趨勢	備註
					<50%	50%~74%	75%~100%	>100%		
1.牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(91年)	鼓勵牙醫師至醫療資源缺乏地區及山地離島執行醫療服務，促使當地保險對象能獲得適當的牙醫醫療服務。	1.執業計畫：								
		(1)醫缺地區減少數	35 個	39 個				111.4%		
		(2)總服務天數	5,100 天	6,965 天				136.6%		
		(3)總服務人次	45,000 人次	52,893 人次				117.5%		
		2.巡迴計畫：								
		(1)執行醫療團數	至少 18 團	18 團				100.0%		
		(2)設立醫療站	至少 10 個	14 個				140.0%		100 年新增項目
		(3)總服務天數	6,000 天	7,401 天				123.4%		
(4)總服務人次	90,000 人次	84,611 人次				94.0%				
(5)民眾滿意度(非常滿意+滿意)	未訂定	88.5%						±	牙全會請 100 年接受服務者填寫，有效問卷 985 份	

指標趨勢：

- 1.收案數、照護人數、輔導人數：「+」為成長 $\geq 5\%$ ，「-」為成長 $< -5\%$ ，「±」為持平(成長在 $\pm 5\%$ 間)，「？」為無法判定。
- 2.其他指標如計畫數、院所數、群數、照護率等：「+」為較 99 年進步，「-」為較 99 年退步，「±」為持平，「？」為無法判定。

專案名稱 (計畫起始年)	目的	評估指標	目標(值)	實績值	達標情形				指標趨勢	備註	
					<50%	50%~74%	75%~100%	>100%			
2. 牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫(91年)	加強提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者及特定身心障礙者牙醫醫療服務。	總服務人次	60,000 人次	96,172 人次				160.3%			
3. 牙周病統合照護計畫(99年)	藉增加牙周病照護之內容，提升照護品質，減少後續之醫療費用。	1. 總服務人次	56,800 人次	32,667 人次		57.5%					
		2. 民眾滿意度(整體治療過程和感受之非常滿意+滿意)	未訂定	93.1%							牙全會請 100 年接受完整服務者填寫，有效問卷 733 份。
		3. 牙周健康狀況改善情形： (1) 牙周囊袋深度降低情形 A. 全口牙周囊袋平均值 B. 術前 ≥ 5mm 牙周囊袋平均值，與治療後 4 週比較 (2) 牙菌斑指數改善情形	未訂定	降低 0.85mm 降低 1.97mm						— ?	1. 牙全會請院所提供牙周病檢查紀錄表及牙菌斑控制紀錄表之件數，分層隨機抽樣，有效樣本 723 件。 2. 術前 ≥ 5mm 牙周囊袋平均值，與治療後 4 週比較，無 99 年資料。

指標趨勢：

1. 收案數、照護人數、輔導人數：「+」為成長≥5%，「-」為成長<-5%，「±」為持平(成長在±5%間)，「？」為無法判定。
2. 其他指標如計畫數、院所數、群數、照護率等：「+」為較 99 年進步，「-」為較 99 年退步，「±」為持平，「？」為無法判定。

二、中醫門診總額專案計畫

專案名稱 (計畫起始年)	目的	評估指標	目標(值)	實績值	達標情形				指標趨勢	備註
					<50%	50%~74%	75%~100%	>100%		
1.中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(92年)	鼓勵中醫師至醫療資源不足地區執行中醫醫療服務，使當地保險對象獲得適當之中醫醫療照護。	1.巡迴計畫：								
		(1)鄉鎮數	至少 60 個	64 個				106.7%		
		(2)總服務天數	3,000 天	4,352 天				145.1%		
		(3)總服務人次	75,000 人次	132,034 人次				176.0%		
		2.開業計畫：								
		無中醫鄉鎮減少數	3 個	1 個	33.3%					
		3.長期進駐計畫：								
		公告執行地區之中醫院所數不得減少	61 家	61 家			100.0%			100 年新增，無基礎年可比較。
2.腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫(99年)	使病患神經學功能進步、日常生活能力改善、生活品質提昇、降低醫療費用支出。	1.巴氏量表 (Barthel Index) 2.中風評量表 (NIHSS)	未訂定	前後測(入院時、出院前)分數，並無統計上顯著差異。					?	依中全會對99年參與本計畫院所回覆問卷調查統計(有效樣本128人)。
3.腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫(95年)	使病患神經學功能進步、日常生活能力改善、生活品質提昇，並縮短住院天數，降低醫療費用支出。	1.巴氏量表 (Barthel Index) 2.中風評量表 (NIHSS)	未訂定	前後測分數，有明顯改善，另有中藥治療、針灸次數較多者，改善較顯著。					?	依中全會對96~98年參與本計畫院所回覆問卷調查統計(有效樣本1,118人)。

指標趨勢：

- 1.收案數、照護人數、輔導人數：「+」為成長 $\geq 5\%$ ，「-」為成長 $< -5\%$ ，「±」為持平(成長在 $\pm 5\%$ 間)，「？」為無法判定。
- 2.其他指標如計畫數、院所數、群數、照護率等：「+」為較99年進步，「-」為較99年退步，「±」為持平，「？」為無法判定。

專案名稱 (計畫起始年)	目的	評估指標	目標(值)	實績值	達標情形				指標趨勢	備註
					<50%	50%~74%	75%~100%	>100%		
4.腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫(95年)	結合中西醫治療方式，減輕手術、放/化療後的不適症狀及疼痛，透過中醫的體質調理，提升患者的生活品質，並順利完成整個西醫療程。	1.癌症患者生命質量測定量表(EORTC QLQ-C30) 2.生活品質評估(ECOG) 3.中醫體質量表評估(BCQ)	未訂定	前後測分數，並無統計上顯著差異。					?	依中全會對 99 年參與本計畫院所回覆問卷調查統計(有效樣本 70 人)
5.小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫(95年)	減緩氣喘患童發作的頻率與嚴重度。	1.生活品質量表(SF-36) 2.氣喘控制測驗(Asthma Control Test)	未訂定	前後測分數，在「身體疼痛」有顯著改善，除「社會功能」外，其他構面皆未達顯著改善。					?	1.依中全會對 97~98 年參與本計畫院所回覆問卷調查統計(有效樣本 75 人)。 2.自 102 年起回歸一般服務。
6.小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫(95年)	促進主要照顧者對患童的居家照護能力、降低主要照顧者的生、心理負擔、提升主要照顧者的家庭生活品質、減輕腦性麻痺患童的醫療支出。	1.生活品質量表(SF-36) 2.粗動作功能評量表(GMFM) 3.學齡前兒童行為發展量表(CCDI)	未訂定	在生活品質問卷，並無顯著差異，在粗動作功能評量，有漸改善趨勢。					?	1.依中全會對 98~99 年參與本計畫院所回覆問卷調查統計(有效樣本 54 人)。 2.自 102 年起回歸一般服務。

指標趨勢：

- 1.收案數、照護人數、輔導人數：「+」為成長 $\geq 5\%$ ，「-」為成長 $< -5\%$ ，「±」為持平(成長在 $\pm 5\%$ 間)，「？」為無法判定。
- 2.其他指標如計畫數、院所數、群數、照護率等：「+」為較 99 年進步，「-」為較 99 年退步，「±」為持平，「？」為無法判定。

三、西醫基層總額專案計畫

專案名稱 (計畫起始年)	目的	評估指標	目標(值)	實績值	達標情形				指標趨勢	備註
					<50%	50%~74%	75%~100%	>100%		
1.西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案(90年)	鼓勵西醫基層醫師到醫療資源缺乏地區提供醫療保健服務，使保險對象能獲得適當醫療服務。	1.計畫數：	未訂定	2家					-	
		(1)新開業家數		122個					+	
		(2)巡迴計畫數		247個					+	
		(3)巡迴點數(村數)								
		2.巡迴醫療服務：								
		(1)總服務人次	180,000人次	208,376人次					115.8%	
		(2)總服務時數	26,000小時	30,411小時					117.0%	
3.醫缺鄉鎮數施行率	82個鄉鎮	78個鄉鎮				95.1%				
4.民眾滿意度7項	未訂定	滿意度介於80.5%~97.3%						±		
5.就醫可近性：民眾到達就醫地點所花費時間		10分鐘內到達者占82.6%						-		
2.家庭醫師整合性照護制度計畫(93年)	1.建立家庭醫師制度，提供民眾周全、協調與持續性的服務。	1.社區醫療群數	未訂定	373群					+	
		2.收案數		1,444,835人					+	
		3.組織指標： (1)健康管理比率	100%	達成群數366群				98.1%		

指標趨勢：

1.收案數、照護人數、輔導人數：「+」為成長 $\geq 5\%$ ，「-」為成長 $< -5\%$ ，「±」為持平(成長在 $\pm 5\%$ 間)，「？」為無法判定。

2.其他指標如計畫數、院所數、群數、照護率等：「+」為較99年進步，「-」為較99年退步，「±」為持平，「？」為無法判定。

專案名稱 (計畫起始年)	目的	評估指標	目標(值)	實績值	達標情形				指標趨勢	備註
					<50%	50%~74%	75%~100%	>100%		
2.家庭醫師整合性照護制度計畫 (93年)	2.以民眾健康為導向,建立以病人為中心的醫療觀念,提升醫療服務品質。	(2)個案研討、共同照護門診、社區宣導或病房巡診	100% (至少每月1次)	達成群數 354群			94.9%		達標情形=達成目標值之群數/總社區醫療群數(373群)	
		(3)24小時諮詢專線	100% (全年至少測試6次,每次測試均能提供服務)	達成群數 362群			97.1%			
		4.會員固定就診率	≥50.89% (高於同儕60百分位)	達成群數 118群	31.6%					
		5.會員急診率	<25.81% (低於應照護族群40百分位)	達成群數 129群	34.6%					
		6.疾病住院率	<12.27% (低於應照護族群40百分位)	達成群數 156群	41.8%					
		7.成人預防保健檢查率	≥40.4% (高於應照護族群60百分位)	達成群數 279群		74.8%				
		8.子宮頸抹片檢查率	≥30.3% (高於應照護族群60百分位)	達成群數 181群	48.5%					

指標趨勢：

- 1.收案數、照護人數、輔導人數：「+」為成長≥5%，「-」為成長<-5%，「±」為持平(成長在±5%間)，「？」為無法判定。
- 2.其他指標如計畫數、院所數、群數、照護率等：「+」為較99年進步，「-」為較99年退步，「±」為持平，「？」為無法判定。

專案名稱 (計畫起始年)	目的	評估指標	目標(值)	實績值	達標情形				指標趨勢	備註	
					<50%	50%~74%	75%~100%	>100%			
2.家庭醫師整合性照護制度計畫 (93年)	2.以民眾健康為導向,建立以病人為中心的醫療觀念,提升醫療服務品質。	9.65歲以上老人流感注射率	≥34.88% (高於應照護族群60百分位)	達成群數 222群		59.5%					
		10.糞便潛血檢查率	≥36.55% (較全國民眾檢查率高)	達成群數 254群		68.1%					
		11.會員滿意度3項	未訂定	滿意度介於 97.6%~98.4%						+	
		12.轉診總人次		169,276人次						+	
3.西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫 (100年)	1.提供慢性病患者或門診就醫次數過高者之整合式照護,避免重複治療、檢查(驗)及用藥。	1.院所數	未訂定	1,596家						?	
		2.收案數		92,421人							?
	2.推動忠誠病人並以個案管理方式提供整合性的醫療照護服務。	3.照護對象人均西醫門診次數	較去年同期下降	下降13.3% (含急診)							+
		4.照護對象人均西醫住診次數	較去年同期下降	上升12.2%							-
		5.照護對象人均西醫門診點數	較去年同期下降	下降5.6% (含急診)							+
		6.照護對象人均西醫住診點數	較去年同期下降	上升33.8%							-

指標趨勢：

1.收案數、照護人數、輔導人數：「+」為成長≥5%，「-」為成長<-5%，「±」為持平(成長在±5%間)，「？」為無法判定。

2.其他指標如計畫數、院所數、群數、照護率等：「+」為較99年進步，「-」為較99年退步，「±」為持平，「？」為無法判定。

四、醫院總額專案計畫

專案名稱 (計畫起始年)	目的	評估指標	目標(值)	實績值	達標情形				指標趨勢	備註
					<50%	50%~74%	75%~100%	>100%		
1. 醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案 (98年)	支援至西醫基層醫師無法承作之醫療資源不足地區，提供巡迴醫療等服務。	1. 執行鄉鎮數	31 個	29 個			93.6%			
		2. 總服務人次	50,000 人次	27,135 人次		54.3%				
		3. 總服務時數	5,000 小時	10,101 小時				202.0%		
		4. 民眾滿意度	未訂定	91.9%					±	
2. 全民健康保險提升護理照護品質方案 (98年)	鼓勵醫院重視護理照護，提高住院病人醫療照護品質。	1. 住院病人跌倒發生率	未訂定	0.51%					+	100 年新 增指標， 無基礎年 可比較。 護理人力 為12個月 的月平均 值。
		2. 住院病人壓瘡發生率		0.60%					+	
		3. 住院病感染發生率		1.95%					+	
		4. 住院病人滿意度		88.2%					+	
		5. 年資 3 個月以上護理人員離職率		3.16%					?	
		6. 該院 2 年以上年資護理人員比率		68.37%					?	
		7. 護理人力增加情形		增加 1,709 人，成長 1.92%						

指標趨勢：

1. 收案數、照護人數、輔導人數：「+」為成長 $\geq 5\%$ ，「-」為成長 $< -5\%$ ，「±」為持平(成長在 $\pm 5\%$ 間)，「？」為無法判定。
2. 其他指標如計畫數、院所數、群數、照護率等：「+」為較 99 年進步，「-」為較 99 年退步，「±」為持平，「？」為無法判定。

五、跨部門及其他預算專案計畫

專案名稱 (計畫起始年)	目的	評估指標	目標(值)	實績值	達標情形				指標趨勢	備註
					<50%	50%~74%	75%~100%	>100%		
1.糖尿病醫療給付改善方案(90年)	1. 建立以病患為中心的共同照護模式。 2. 提昇糖尿病治療指引遵循率。 3. 配合適宜治療減少急症併發症及合併症的發生。 4. 建立品質導向之支付制度。	1.照護人數	未訂定	283,748 人					+	第 7~9 項指標係連續追蹤 94 年新參與方案者之 100 年成效
		2.照護率		31.16%					+	
		3.個案完整追蹤率		39.56%					-	
		4.個案接受 HbA1C 檢查比率		99.4%					±	
		5.個案接受眼底鏡檢比率		67.6%					-	
		6.個案接受微量白蛋白檢查比率		71.0%					+	
		7.HbA1C<7% 比率 (HbA1C 控制良好率)		32.1%					+	
		8.HbA1C>9.5% 比率 (HbA1C 控制不良率)		11.9%					-	
		9.LDL ≤ 130mg/dl 比率 (LDL 控制良好率)		83.7%					+	

指標趨勢：

- 1.收案數、照護人數、輔導人數：「+」為成長≥5%，「-」為成長<-5%，「±」為持平(成長在±5%間)，「？」為無法判定。
- 2.其他指標如計畫數、院所數、群數、照護率等：「+」為較 99 年進步，「-」為較 99 年退步，「±」為持平，「？」為無法判定。

專案名稱 (計畫起始年)	目的	評估指標	目標(值)	實績值	達標情形				指標趨勢	備註
					<50%	50%~74%	75%~100%	>100%		
2.氣喘醫療給付改善方案(90年)	1.建立以病患為中心的共同照護模式。 2.提昇氣喘治療指引遵循率。 3.配合適宜治療減少急症併發症及合併症的發生。 4.建立品質導向之支付制度。	1.照護人數	未訂定	115,600人					±	
		2.照護率		45.45%					-	
		3.人均氣喘住院次數		0.013					+	
		4.人均氣喘急診次數		0.057					+	
		5.降階治療成功率		N/A					?	
		6.氣喘出院14日內再住院率								101年新增指標
		7.個案完整追蹤率								
		8.收案病人因氣喘住院率								
		9.收案病人因氣喘急診率								

指標趨勢：

- 1.收案數、照護人數、輔導人數：「+」為成長 $\geq 5\%$ ，「-」為成長 $< -5\%$ ，「±」為持平(成長在 $\pm 5\%$ 間)，「？」為無法判定。
- 2.其他指標如計畫數、院所數、群數、照護率等：「+」為較99年進步，「-」為較99年退步，「±」為持平，「？」為無法判定。

專案名稱 (計畫起始年)	目的	評估指標	目標(值)	實績值	達標情形				指標趨勢	備註
					<50%	50%~74%	75%~100%	>100%		
3.乳癌醫療 給付改善 方案 (90年)	1.提升乳癌病人 照護之醫療 品質。 2.建立以醫療 品質導向之 支付方式。	1.照護人數	未訂定	11,827人					±	
		2.照護率		13.67%					-	
		3.手術前三個月內乳房 攝影或乳房超音波檢 查百分率		N/A					?	
		4.五年整體存活率：								
		(1)零期病患		98.62%					+	
		(2)第1期病患		95.64%					+	
		(3)第2期病患		90.35%					+	
(4)第3期病患	73.48%					+				
(5)第4期病患	34.82%					+				
5.無病存活率										
6.乳癌手術後局部 復發率	N/A							?		
7.乳癌手術後再度 治療率										

指標趨勢：

- 1.收案數、照護人數、輔導人數：「+」為成長 $\geq 5\%$ ，「-」為成長 $< -5\%$ ，「±」為持平(成長在 $\pm 5\%$ 間)，「？」為無法判定。
- 2.其他指標如計畫數、院所數、群數、照護率等：「+」為較99年進步，「-」為較99年退步，「±」為持平，「？」為無法判定。

專案名稱 (計畫起始年)	目的	評估指標	目標(值)	實績值	達標情形				指標趨勢	備註
					<50%	50%~74%	75%~100%	>100%		
4.高血壓醫療給付改善方案(95年)	推動高血壓治療指引遵循，提供病人持續性照護，建立品質導向之支付與審查作業基礎。	1.照護人數	未訂定	65,528人					+	自102.1.1停辦
		2.照護率		2.94%					+	
		3.血壓值		於96至100年完成療程之個案，收案6個月後，其血壓值具改善現象。46.03%個案的收縮壓<140mmHg，57.15%個案的舒張壓<90mmHg。					?	

指標趨勢：

- 1.收案數、照護人數、輔導人數：「+」為成長 $\geq 5\%$ ，「-」為成長 $< -5\%$ ，「±」為持平(成長在 $\pm 5\%$ 間)，「？」為無法判定。
- 2.其他指標如計畫數、院所數、群數、照護率等：「+」為較99年進步，「-」為較99年退步，「±」為持平，「？」為無法判定。

專案名稱 (計畫起始年)	目的	評估指標	目標(值)	實績值	達標情形				指標趨勢	備註
					<50%	50%~74%	75%~100%	>100%		
5.精神分裂症醫療給付改善方案(99年)	1.鼓勵醫療院所由量之競爭轉化為質之提升。 2.使精神分裂症患者能固定規則接受治療。 3.提高精神分裂症疾病之醫療照護品質。	1.照護人數	未訂定	43,076人： (1)高風險病人：2,944人 (2)一般病人：40,132人					+	高風險病人指病患前1年曾因主診斷295入住急性病房，或以損傷(含自殺)及中毒於中門、住診就醫，上述合計大於3次者。
		2.照護率		46.94%： (1)高風險病人：48.85% (2)一般病人：46.81%					+	
		3.平均每月精神科門診就診次數	較上年度增加或≥1	(1)高風險病人：1.25次					+	
				(2)一般病人：1.33次					+	
		4.精神科平均每月不規則門診比例	較上年度減少	(1)高風險病人：4.6%					+	
				(2)一般病人：4.1%					+	
		5. 6個月內精神科急性病房再住院率	較上年度減少	(1)高風險病人：37.4%					+	
				(2)一般病人：21.0%					-	

指標趨勢：

- 1.收案數、照護人數、輔導人數：「+」為成長 $\geq 5\%$ ，「-」為成長 $< -5\%$ ，「±」為持平(成長在 $\pm 5\%$ 間)，「？」為無法判定。
- 2.其他指標如計畫數、院所數、群數、照護率等：「+」為較99年進步，「-」為較99年退步，「±」為持平，「？」為無法判定。

專案名稱 (計畫起始年)	目的	評估指標	目標(值)	實績值	達標情形				指標趨勢	備註	
					<50%	50%~74%	75%~100%	>100%			
5.精神分裂症醫療給付改善方案 (99年)	1.鼓勵醫療院所由量之競爭轉化為質之提升。 2.使精神分裂症患者能固定規則接受治療。 3.提高精神分裂症疾病之醫療照護品質。	6.急診使用人次比率	較上年度減少	(1)高風險病人： 78.9%					+		
				(2)一般病人： 24.9%					-		
		7.失聯結案率	較上年度減少	(1)高風險病人： 1.5%							+
				(2)一般病人： 1.5%					+		
		8.強制住院發生人次比率	較上年度減少	(1)高風險病人： 1.0%							+
				(2)一般病人： 0.5%					+		
		9.固定就醫病人精神科急性病房平均住院天數	較上年度減少	(1)高風險病人： 23.89天							+
				(2)一般病人： 13.65天					-		
		10.固定就醫病人精神科急性病房住院人次比率	較上年度減少	(1)高風險病人： 49.4%							+
				(2)一般病人： 24.7%					-		

指標趨勢：

1.收案數、照護人數、輔導人數：「+」為成長 $\geq 5\%$ ，「-」為成長 $< -5\%$ ，「±」為持平(成長在 $\pm 5\%$ 間)，「？」為無法判定。

2.其他指標如計畫數、院所數、群數、照護率等：「+」為較99年進步，「-」為較99年退步，「±」為持平，「？」為無法判定。

專案名稱 (計畫起始年)	目的	評估指標	目標(值)	實績值	達標情形				指標趨勢	備註
					<50%	50%~74%	75%~100%	>100%		
6.B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者醫療給付改善方案(99年)	1.建立以病患為中心的共同照護模式。 2.提升B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案管理追蹤指引遵循率。 3.建立品質導向之支付制度。	1.照護人數	未訂定	91,840人					+	
		2.照護率		19.37%					+	
		3.GOT檢查率		97.5%					±	
		4.GPT檢查率		98.1%					±	
		5.腹部超音波檢查率		97.0%					±	
		6.完整追蹤率		48.04%					+	
7.慢性B型及C型肝炎治療計畫(92年)	配合衛生署加強肝炎防治計畫之推動,加強健保B型及C型肝炎藥物治療照護品質	1.院所數	未訂定	醫院205家; 西醫基層202家					+	
		2.B型及C型肝炎病人收案數		自92年開辦至101.5.3總治療人數為141,275人					?	

指標趨勢：

- 1.收案數、照護人數、輔導人數：「+」為成長 $\geq 5\%$ ，「-」為成長 $< -5\%$ ，「±」為持平(成長在 $\pm 5\%$ 間)，「？」為無法判定。
- 2.其他指標如計畫數、院所數、群數、照護率等：「+」為較99年進步，「-」為較99年退步，「±」為持平，「？」為無法判定。

專案名稱 (計畫起始年)	目的	評估指標	目標(值)	實績值	達標情形				指標趨勢	備註
					<50%	50%~74%	75%~100%	>100%		
8.初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(100年)	1.建立以病患為中心的共同照護模式。 2.依循治療指引提供初期慢性腎臟病患者完整的持續性追蹤治療。 3.建立品質導向之支付制度。	1.院所數	未訂定	687家					?	100年新增計畫，無法與99年比較。
		2.收案數		77,590人						
		3.CKD分期較新收案時改善(如stage 2→stage 1)；或		4,586人						
		4.eGFR較新收案時改善(eGFR>新收案時)，且良好指標至少有2項由異常改善為正常。 —良好指標： (1)血壓控制：<130/80 mmHg。 (2)糖尿病病患 HbA1c 控制：<7.0% (3)低密度脂蛋白(LDL)控制：<130 mg/dl (4)戒菸(持續六個月以上無抽菸行為)		290人 個案加入此方案後，較收案前有改善人數占率： 13.7% 7.6% 19.3% 8.4%						

指標趨勢：

- 1.收案數、照護人數、輔導人數：「+」為成長 $\geq 5\%$ ，「-」為成長 $< -5\%$ ，「±」為持平(成長在 $\pm 5\%$ 間)，「？」為無法判定。
- 2.其他指標如計畫數、院所數、群數、照護率等：「+」為較99年進步，「-」為較99年退步，「±」為持平，「？」為無法判定。

專案名稱 (計畫起始年)	目的	評估指標	目標(值)	實績值	達標情形				指標趨勢	備註
					<50%	50%~74%	75%~100%	>100%		
9.Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫 (95年)	1.對慢性腎臟病之高危險群進行健康管理，以早期發現積極治療有效延緩進入末期腎臟病透析之發生率。 2.建立以病人為中心的慢性腎臟病整體照護。	1.院所數	未訂定	195家					+	
		2.收案數		18,486人					±	
		3.Stage 3b、4病患之照護目標： 照護一年後，eGFR下降少於每年4 ml/min/1.73m ² 。		符合目標： 5,888人					+	
		4.Stage 5病患之照護目標： 照護一年後，未進入透析且 eGFR 下降少於每年6 ml/min/1.73m ² 。 或給予照護一年後，雖進入長期透析或接受腎移植但 eGFR 下降少於每年6 ml/min/1.73m ² ，且完成透析前瘻管或導管之準備。		符合目標： 2,229人					±	
		5.蛋白尿病患：蛋白尿達完全緩解者 (U _{pcr} <200mg/gm)。		36人減緩					±	

指標趨勢：

- 1.收案數、照護人數、輔導人數：「+」為成長≥5%，「-」為成長<-5%，「±」為持平(成長在±5%間)，「？」為無法判定。
- 2.其他指標如計畫數、院所數、群數、照護率等：「+」為較99年進步，「-」為較99年退步，「±」為持平，「？」為無法判定。

專案名稱 (計畫起始年)	目的	評估指標	目標(值)	實績值	達標情形				指標趨勢	備註
					<50%	50%~74%	75%~100%	>100%		
10. 醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫(98年)	1.提供多重慢性病人適切、效率、良好品質的醫療服務，避免重複、不當治療用藥或處置，影響病人安全。 2.提供整合式照護服務，促成醫院各專科適當整合。 3.透過專業合作，達全人照護之理念。 4.鼓勵醫院互相標竿學習，建立最佳的醫療模式。 5.對於病情穩定之病人，逐步落實分級醫療、促進層級間之轉診。	1.院所數	未訂定	190 家					+	1. 指標主要呈現醫療下降成效。評估法是否達成整合型、全人服務的。結算數目計187家醫院(扣除或退出)。
		2.照護人數	未訂定	553,704 人					-	
		3.照護對象平均每每人每月西醫門診醫療費用	較基期減少	-3.23%					+	
		4.照護對象平均每每人每月西醫門診就醫次數	較基期減少	-12.46%					+	
		5.照護對象平均每每人每月西醫門診用藥品項數	較基期減少	-2.63%					+	
		6.照護對象急診率	較基期減少	-12.31%					+	
		7 民眾就醫權益：平均院內整體每月民眾申訴案件成案數	較基期減少	達成院所：178 家			95.2%		+	
		8.照護對象院內固定就診率	未訂定	N/A					?	
		9.照護對象院內住院率	未訂定	N/A					?	

指標趨勢：

1.收案數、照護人數、輔導人數：「+」為成長 $\geq 5\%$ ，「-」為成長 $< -5\%$ ，「±」為持平(成長在 $\pm 5\%$ 間)，「？」為無法判定。

2.其他指標如計畫數、院所數、群數、照護率等：「+」為較99年進步，「-」為較99年退步，「±」為持平，「？」為無法判定。

專案名稱 (計畫起始年)	目的	評估指標	目標(值)	實績值	達標情形				指標趨勢	備註
					<50%	50%~74%	75%~100%	>100%		
11. 增進全民健保醫療資源不足地區醫院點值保障方案 (100年)	維護山地離島民眾之就醫權益，保障離島或鄰近山地鄉民眾之主要就醫院所提供醫療服務之點值。	未訂定	未訂定	透過點值保障措施，對個別醫院補助金額約於300萬~4,300萬元，適度減輕醫院財務風險與經營壓力，有助其提供山地離島居民更穩定之醫療服務。					?	
12. 高診次保險對象居家照護試辦計畫 (99年)	針對門診高利用之保險對象中需輔導建立正確服用藥物觀念者，進行居家訪視，避免藥物重複，提升用藥安全，減少資源浪費。	1. 輔導人數	4,300 人	4,041 人				94.0%		
		2. 輔導人次	34,400 人次	24,999 人次			72.7%			
		3. 照護對象較前1年同期之門、住診醫療費用	降低 10% 以上	門、住診醫療費用下降 2%，其中： -門診下降 10% -住院上升 16%					—	
		4. 整體服務滿意度 (最小值 0、最大值 10)	未訂定	8.47					—	

指標趨勢：

1. 收案數、照護人數、輔導人數：「+」為成長 $\geq 5\%$ ，「-」為成長 $< -5\%$ ，「±」為持平(成長在 $\pm 5\%$ 間)，「？」為無法判定。
2. 其他指標如計畫數、院所數、群數、照護率等：「+」為較99年進步，「-」為較99年退步，「±」為持平，「？」為無法判定。

肆、100、101 年各部門總額醫療給付費用
成長率項目表

表 1 100 年度牙醫門診醫療給付費用成長率項目表

項目		成長率(%)或 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		1.006%	照衛生署報奉行政院核定數值計列。 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=【(1+投保人口數年增率)*(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)】-1
投保人口數年增率		0.336%	
人口結構改變率		-0.197%	
醫療服務成本指數改變率		0.865%	
協商因素成長率		-0.465%	
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.250%	<ol style="list-style-type: none"> 1.依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付。該方案請於 99 年 11 月底前完成相關程序，並於 100 年 6 月底前提送執行成果報告。 2.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自 99 年度起採累計方式計算。 3.請中央健康保險局會同牙醫門診總額受託單位，於 100 年 6 月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，並應建立民眾自費監控機制，及改善假日休診造成民眾就醫不便情形。
支付項目的改變	新增複雜型顱顎障礙症治療及追蹤	0.105%	
	牙周病統合照護計畫	-1.093%	<ol style="list-style-type: none"> 1.本項計畫 384.3 百萬元移列至專款項下。 2.99 年度所編經費 384.3 百萬元，其未執行之額度，於 99 年第 4 季一般服務費用扣除。本項減列並不影響 100 年度所採之基期費用。
	加強提升初診照護品質計畫	0.000%	於 93 至 97 年等各年均給予成長率並已納入基期，仍應持續推動與監測，並請於 100 年 6 月底前提送完整之成效評估報告。
	醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用	0.282%	將原列專款項目之論量計酬費用移至一般服務項下。
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	-0.009%	
一般服務成長率		0.541%	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	協定事項
專款項目(全年計畫經費)		
牙醫特殊服務	423.0	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牙醫醫療服務。
醫療資源缺乏地區改善方案	229.2	1.辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。 2.至少新增 10 處社區巡迴醫療站，並擴大辦理巡迴醫療服務，除提供學童口腔照護外，應增加當地民眾之使用率。
牙周病統合照護計畫	384.3	1.為能確實執行牙周病照護，本項計畫由一般服務移至專款項目。 2.照護人數至少 56,800 人。 3.應持續監控病人自費情形。
專款金額	1,036.5	
總成長率^(註) (一般服務+專款)	1.607%	
較 99 年度協定總額成長率	1.783%	

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

表 2 100 年度中醫門診醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 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		1.893%	照衛生署報奉行政院核定數值計列。 計算公式：
投保人口年增率		0.336%	醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+投保人口數年增率)(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1
人口結構改變率		0.579%	
醫療服務成本指數改變率		0.973%	
協商因素成長率		0.589%	
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.050%	1.依中醫門診總額品質保證保留款實施方案支付。該方案請於 99 年 11 月底前完成相關程序，並於 100 年 6 月底前提送執行成果報告。 2.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自 99 年度起採累計方式計算。 3.請中央健康保險局會同中醫門診總額受託單位，於 100 年 6 月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值檢討修訂，並應增加結果面指標及改善民眾自費情形。
支付項目的改變	調整開有內服藥之針傷科治療處置費	0.257%	
	醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用	0.337%	將原列專款項目之論量計酬費用移至一般服務項下。
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	-0.055%	
一般服務成長率		2.482%	
專款項目(全年計畫經費)			
醫療資源缺乏地區改善方案		74.4	1.辦理無中醫鄉巡迴醫療服務計畫與執業計畫，及鼓勵偏遠地區中醫師長期進駐之診察費加成。 2.鼓勵偏遠地區中醫長期進駐之診察費加成方式，屬新增項目，為審慎使用資源，其方案內容應嚴訂符合偏遠地區之條件及建立成效評估指標。原則試辦一年，視執行成效，檢討是否續辦。

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	協定事項
腦血管疾病西醫住院病患中醫 輔助醫療試辦計畫	45.0	1.限由設有中醫門診之醫院申請， 經中醫門診總額受託單位審查， 送中央健康保險局審核通過後實 施。 2.請提出執行成果及療效評估報 告，包括歷年醫療利用情形，及 計畫未來改進方向。
腫瘤患者手術、化療、放射線療 法後西醫住院病患中醫輔助醫 療試辦計畫	10.0	
小兒腦性麻痺中醫優質門診照護 試辦計畫	20.0	請提出執行成果及療效評估報告， 包括歷年醫療利用情形，及計畫未 來改進方向。
小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護 試辦計畫	10.0	
腦血管疾病後遺症門診照護計 畫	90.0	1.應限定執行院所，執行期間以治 療黃金期為限。 2.應建立療效評估指標(含健康及品 質改善指標)，並提送成效評估報 告。
專款金額	249.4	
總成長率^(註) (一般服務+專款)	2.370%	
較 99 年度協定總額成長率	2.551%	

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

表3 100年度西醫基層醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 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		0.455%	照衛生署報奉行政院核定數值計列。 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 =[(1+投保人口數年增率)(1+人口結構 改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1
投保人口年增率		0.336%	
人口結構改變率		0.886%	
醫療服務成本指數改變率		-0.767%	
協商因素成長率		0.742%	
醫療品質 及保險對 象健康狀 況的改變	品質保證保留款	0.050%	1.依西醫基層總額品質保證保留 款實施方案支付。該方案請於 99年12月底前完成相關程序。 2.金額應全數用於鼓勵提升醫療 品質。 3.請中央健康保險局會同西醫基 層總額受託單位，於100年6 月底前完成新增及檢討修訂醫 療服務品質指標項目及監測 值，並改善假日休診造成民眾 就醫不便情形。
支付項目 的改變	新醫療科技(包括藥 品、特材及新增項目)	0.113%	預定新增5項跨表項目應於99 年12月底前完成相關程序(含適 應症之訂定)，若未能於年度開始 時實施，則扣減本項成長率。
	開放5項跨表項目及調 整山地離島地區門診藥 事服務費	0.021%	
	提升急診照護品質	0.002%	
	調整嬰幼兒處置支付點 數	0.000%	
	提升兒童復健照護品質	0.041%	
	調整小兒專科4歲兒童 門診診察費	0.111%	
其他醫療 服務及密 集度的改 變	因就醫可近性提升，對 就醫人數及醫療費用成 長之影響(含慢性病照 護之增進)	0.445%	應積極配合推動及執行醫療給 付改善方案、慢性B型及C型肝 炎治療計畫及慢性腎臟病照護 計畫，若執行不佳則列入檢討。
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	-0.041%	
一般服務成長率(%)		1.197%	

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	協 定 事 項
專款項目(全年計畫經費)		
慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫	157	1.不足部分，由一般服務支應。 2.本計畫自 93 年試辦迄今，已實施 7 年，應提出完整之成效評估報告(含藥物療效及延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。
家庭醫師整合性照護制度計畫	1,115	應對各家醫群進行評比，落實退場機制。
醫療資源缺乏地區改善方案	100	
醫療給付改善方案	300	1.應訂定各方案照護率之目標值，並增加相關誘因及檢討運作機制，以提高收案數與照護率。 2.照護結果及成效評估報告應包含健康改善狀況之量化指標。
診所以病人為中心整合照護計畫	200	1.對於門診就醫次數過高者，以個案管理方式，提供整合性醫療服務。 2.應排除已參與家庭醫師整合性照護制度計畫及醫療給付改善方案之個案。 3.應訂定成效指標，並依達成情形支付費用。
專款金額	1,872	
(一般服務+專款)成長率	1.501%	
較 99 年(一般服務+專款)成長率	1.679%	
門診透析服務成長率	3.367%	1.與醫院部門同項服務合併運作，兩部門合計費用之成長率為 0%。 2.Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教併入其他預算項下之「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」執行。 3.應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。
總成長率^(註) (一般服務+專款+門診透析)	1.716%	
較 99 年度協定總額成長率	1.874%	

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

表4 100年度醫院醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 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		2.053%	照衛生署報奉行政院核定數值計列。
投保人口年增率		0.336%	計算公式：
人口結構改變率		2.064%	醫療服務成本及人口因素成長率＝
醫療服務成本指數改變率		-0.353%	[(1+投保人口數年增率)(1+人口結構 改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1
協商因素成長率		1.118%	
醫療品質 及保險對 象健康狀 態的改變	品質保證保留款	0.050%	1.依醫院總額品質保證保留款實施方案支付。該方案請於99年12月底前完成相關程序。 2.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質。 3.請中央健康保險局會同醫院總額受託單位，於100年6月底前完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值，並改善民眾自費情形。
支付項目的 改變	新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)	0.309%	新增支付標準項目成長率0.100%(約3億元)，由中央健康保險局訂定相關項目之額度與開放時程，若未於時程內導入，則扣減該額度。
	配合新制醫院評鑑	0.075%	配合衛生署新制醫院評鑑政策，對評鑑結果符合條件之地區醫院，其住院病房費與護理費比照地區教學醫院之支付點數。
	99年推動DRGs所需費用之調整	0.100%	1.已配合第一階段導入，併99年醫院總額一般服務費用結算，爰100年於一般服務計列成長率。 2.99年鼓勵第一階段155項DRGs導入之誘因，若因故停止執行，則須扣減成長率。 3.請中央健康保險局於有完整一年DRGs申報資料後，至本會進行DRGs制度及實施結果之專題報告。
	推動安寧共照醫療服務	0.012%	
	提升兒童復健照護品質	0.065%	
	基本診療項目調整	0.491%	優先考量外科、婦產科及小兒科診察費之調整，其調整項目及幅度，由中央健康保險局會同醫院總額相關團體議定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。
其他醫療服務及密集度的改變	配合國健局辦理預防保健項目，部分之確診可能對醫療費用造成影響。	0.043%	
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	-0.027%	
一般服務成長率		3.171%	

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	協 定 事 項
專款項目(全年計畫經費)		
慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫	1,282.0	1.不足部分由一般服務支應。 2.本計畫自 93 年試辦迄今，已實施 7 年，應提出完整之成效評估報告(含藥物療效及延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	2,881.7	不足部分由其他預算支應。
罕見疾病、血友病藥費	4,782.0	不足部分由其他預算支應。
醫療給付改善方案	487.3	1.應訂定各方案照護率之目標值，並增加相關誘因及檢討運作機制，以提高收案數與照護率。 2.照護結果及成效評估報告應包含健康改善狀況之量化指標。
提升住院護理照護品質	1,000.0	應檢討修訂方案，及研議更多適用之住院護理品質指標。
100 年繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵	300.0	依第二階段實際導入實施之季別，併醫院總額一般服務費用結算。
醫院支援西醫基層醫療資源缺乏地區之方案	50.0	配合支援西醫基層醫療資源缺乏地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。
專款金額	10,783.0	
(一般服務+專款)成長率	3.319%	
較 99 年(一般服務+專款)成長率	3.496%	
門診透析服務成長率	-2.102%	1.與西醫基層部門同項服務合併運作，兩部門合計費用成長率 0%。 2.Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教併入其他預算項下之「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」執行。 3.應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。
總成長率^(註) (一般服務+專款+門診透析)	3.007%	
較 99 年度協定總額成長率	3.173%	

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

表5 100年度其他預算項目表

項 目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	603.9	0	請於 100 年 6 月底前提送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	3,703	534	1.用於助產所、護理之家照護、居家照護、精神疾病社區復健、安寧居家療護。 2.調整精神復健機構(住宿型機構)全日復健治療之支付標準。
支應罕病及血友病藥費、器官移植專款不足之經費	200	0	
健保 IC 卡登錄及上傳資料品質提升計畫	0	-388.3	雖自 100 年度起不再編列本項費用，惟請中央健康保險局及各總額部門仍應依相關規定，持續提升健保 IC 卡登錄及上傳資料之品質。
推動促進醫療體系整合計畫	800	0	1.本項依衛生署政策方向執行。 2.請於 100 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。
其他預期政策改變所需經費	500	0	1.新增醫藥分業地區所增加之費用。 2.若須動支本項經費以因應其他政策，應報經衛生署核可。
增進偏遠地區醫療服務品質計畫	200	0	1.本項應與衛生署相關計畫相互整合，俾資源運用達最大效益。 2.計畫執行方案須於 99 年 12 月底前完成相關程序，並於 100 年 6 月底前提送初步執行結果。
全民健保高診次民眾就醫行為改善方案--藥師居家照護	36	26.76	本項以輔導 4,300 人為目標，並於 100 年 6 月底前提送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	404	本項計畫執行方案須於 99 年 12 月底前完成相關程序，並於 100 年 6 月底前提送初步執行結果。
總計	6,446.9	576.46	

註：採支出目標制，由中央健康保險局管控。

表 6 101 年度牙醫門診醫療給付費用成長率項目表

項目		成長率(%) 或金額(百萬元)	核定事項
一般服務			
醫療服務成本及人口因素成長率		1.659%	照衛生署報奉行政院核定數值計列。 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 = $[(1 + \text{投保人口數年增率}) * (1 + \text{人口結構改變率} + \text{醫療服務成本指數改變率})] - 1$
投保人口數年增率		0.190%	
人口結構改變率		-0.128%	
醫療服務成本指數改變率		1.594%	
協商因素成長率		0.595%	
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.300%	<ol style="list-style-type: none"> 1.依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於 100 年 11 月底前完成相關程序，並於 101 年 6 月底前提交前一年度執行成果。 2.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自 99 年度起採累計方式計算。 3.請中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體，於 101 年 6 月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，並改善民眾自費及假日休診造成民眾就醫不便情形。
支付項目的改變	根部齲齒填補	0.319%	<ol style="list-style-type: none"> 1.本項預算未能執行之額度，自當年度一般服務費用扣除，並不列入次年度之基期費用計算。 2.上述預算執行額度，應以新增項目之差額計算。 3.執行率之計算細節及相關支付標準之修訂，請中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體議定，並循法定程序處理。
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	-0.024%	
一般服務成長率		2.254%	

項目	成長率(%) 或金額(百萬元)	核定事項
專款項目(全年計畫經費)		
醫療資源不足地區改善方案	229.2	1.辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。 2.為鼓勵牙醫師積極參與提供醫療資源不足地區之醫療服務，可考慮適度合理調整論次(或加成)之支付誘因。
牙醫特殊服務	423.0	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牙醫醫療服務。 2.為鼓勵牙醫師積極參與及提高服務人數，建議增加支付誘因，並擴大適用障別至接受牙醫服務有障礙之族群。
牙周病統合照護計畫	384.3	1.照護人數至少 56,800 人。 2.應提高執行率，並持續監控病人自費情形。
專款金額	1,036.5	
總成長率^(註) (一般服務+專款)	2.190%	
較 100 年度協定總額成長率	2.264%	

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

表 7 101 年度中醫門診醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	核定事項
一般服務			
醫療服務成本及人口因素成長率		3.297%	照衛生署報奉行政院核定數值計列。 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+投保人口數年增率)(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1
投保人口年增率		0.190%	
人口結構改變率		0.543%	
醫療服務成本指數改變率		2.558%	
協商因素成長率		-1.048%	
醫療品質及 保險對象健 康狀況的改 變	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，該方案請於 100 年 11 月底前完成相關程序，並於 101 年 6 月底前提交前一年度執行成果。 2.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自 99 年度起採累計方式計算。 3.請中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體，於 101 年 6 月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，應增加結果面指標，並改善假日休診造成民眾就醫不便及自費情形。
醫療服務效 率提升	提升傷科及脫臼 整復治療處置品 質之效益	-1.113%	
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	-0.035%	
一般服務成長率		2.249%	
專款項目(全年計畫經費)			
醫療資源不足地區改善方案		74.4	請中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體檢討修正方案內容。
腦血管疾病西醫住院病患中 醫輔助醫療試辦計畫		85.0	1.應訂定各項計畫之目標預算，及檢討修訂方案內容，含收案條件、執行方式、評估指標等。 2.小兒腦性麻痺、小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫，自 102 年起不再試辦，回歸一般服務。
腫瘤患者手術、化療、放射線 療法後西醫住院病患中醫輔 助醫療試辦計畫			
小兒腦性麻痺中醫優質門診照 護試辦計畫			
小兒氣喘緩解期中醫優質門診照 護試辦計畫			

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	核定事項
腦血管疾病後遺症門診照護計畫	82.0	應檢討修訂計畫內容，訂定更嚴格之收案標準，執行期間以治療黃金期為限，並建立療效評估指標等。
建立中醫門診總額傷科標準作業程序及品質提升計畫	120.0	計畫須經費協會同意之後，方可動支該筆預算，且應按季分配，並依計畫導入實施季別，併同一般服務費用結算。
專款金額	361.4	
總成長率^(註) (一般服務+專款)	2.776%	
較 100 年度協定總額成長率	2.856%	

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

表 8 101 年度西醫基層醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	核 定 事 項
一般服務			
醫療服務成本及人口因素成長率		1.895%	照衛生署報奉行政院核定數值計列。 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 =[(1+投保人口年增率)*(1+人口結構 改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1
投保人口年增率		0.190%	
人口結構改變率		0.716%	
醫療服務成本指數改變率		0.986%	
協商因素成長率		1.104%	
醫療品質 及保險對 象健康狀 況的改變	品質保證保留款	0.100%	<ol style="list-style-type: none"> 依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於 100 年 11 月底前完成相關程序，並於 101 年 6 月底前提送前一年度執行成果。 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自 99 年度起採累計方式計算。 請中央健康保險局會同西醫基層總額相關團體，於 101 年 6 月底前完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值，並改善假日休診造成民眾就醫不便情形。
支付項目的 改變	新醫療科技(包括 藥品、特材及新增 項目)	0.038%	
	新增跨表項目	0.037%	<ol style="list-style-type: none"> 新增 10 項跨表項目，其中婦產科 4 項跨表項目(19 百萬元)執行情形列入檢討，並同時監控醫院與西醫基層之申報量。 應於 100 年 12 月底前完成相關程序，若未能於年度開始時實施，則扣減本項成長率。
	支付標準調整	1.000%	調整外科、婦產科及兒科等艱困科別之支付標準，達提升艱困科別醫師待遇之目的。
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	-0.071%	
一般服務成長率		2.999%	

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	核 定 事 項
專款項目(全年計畫經費)		
慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫	157	本項預算不足部分，由其他預算支應。
家庭醫師整合性照護制度計畫	1,115	應研擬更嚴謹的評估機制做為退場條件，擇優汰劣，確實落實成效不佳醫療群的退場機制。
醫療資源不足地區改善方案	150	修訂方案，建議每位醫師每週巡迴診療次數上限可由 2 次增為 3 次。
醫療給付改善方案	212	1. 糖尿病方案應增加相關誘因及檢討運作機制，以提高收案數與照護率，且同一個案之衛教期程應訂定年限。 2. 氣喘、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者方案，應重新檢討，訂定較嚴格之收案條件。 3. 照護結果及成效評估報告應包含健康改善狀況之量化指標。
診所以病人為中心整合照護計畫	200	
專款金額	1,834	
(一般服務+專款)成長率	2.897%	
門診透析服務成長率	3.048%	1. 與醫院部門同項服務合併運作，兩部門合計費用之成長率為 1%。 2. 應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。 3. 為確保透析醫療品質，相關耗材不得重複使用。 4. 配合衛生署核心醫療業務不得外包之政策方向，請於中央健康保險局門診透析聯合執行委員會討論，如何運用本年度新增預算鼓勵非外包經營之透析院所，相關規定應經費協會確定後，預算方可動支。若有變更原協定之結果，再行另報衛生署。
總成長率^(註) (一般服務+專款+門診透析)	2.915%	
較 100 年度協定總額成長率	2.986%	

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

表 9 101 年度醫院醫療給付費用成長率項目表

項目		成長率(%)或金額(百萬元)	核定事項
一般服務			
醫療服務成本及人口因素成長率		3.003%	照衛生署報奉行政院核定數值計列。 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率＝ 【(1+投保人口數年增率)*(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)】－1
投保人口年增率		0.190%	
人口結構改變率		2.017%	
醫療服務成本指數改變率		0.791%	
協商因素成長率		0.926%	
醫療品質及保險對象健康狀態的改變	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，並於101年6月底前提送前一年度執行成果。 2.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自99年度起採累計方式計算。 3.請中央健康保險局會同醫院總額相關團體，於101年6月底前，完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值。
支付項目的改變	新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)	0.318%	
	調整支付標準	0.399%	應用於調整外科、婦產科及兒科等艱困科別之支付標準，俾提升艱困科別醫師之待遇。
	確保血品安全與品質	0.064%	用於增加血液核酸擴大檢驗(NAT)之費用。
其他預期之法令或政策改變		0.064%	作為醫界配合衛生署「醫療機構設置標準」等法令或政策變更必須增加成本之用。
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%	
一般服務成長率		3.929%	

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	核定事項
專款項目(全年計畫經費)		
慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫	1,922.0	全年經費 3,500 百萬元，包含所編列專款 1,922 百萬元，及列於一般服務之 1,578 百萬元，若仍有不足，則由其他預算支應。
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	3,484.7	不足部分由其他預算支應。
罕見疾病、血友病藥費	5,649.0	不足部分由其他預算支應。
醫療給付改善方案	499.8	用於繼續推動原有 6 項方案，並新增「推動呼吸照護醫療給付改善方案」。
急診品質提升方案	320.0	
提升住院護理照護品質	2,000.0	應著重在增加護理人力，並以 101 年年底較 100 年年底淨增加 3,000 人為目標值。
繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵	387.0	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。
醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案	50.0	配合支援西醫基層醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。
專款金額	14,312.5	
(一般服務+專款)成長率	4.896%	
門診透析服務成長率	-0.350%	<ol style="list-style-type: none"> 1.與西醫基層部門同項服務合併運作，兩部門合計費用之成長率為 1%。 2.應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。 3.為確保透析醫療品質，相關耗材不得重複使用。 4.配合衛生署核心醫療業務不得外包之政策方向，請於中央健康保險局門診透析聯合執行委員會討論，如何運用本年度新增預算鼓勵非外包經營之透析院所，相關規定應經費協會確定後，預算方可動支。若有變更原協定之結果，再行另案報衛生署。
總成長率^(註) (一般服務+專款+門診透析)	4.609%	
較 100 年度協定總額成長率	4.683%	

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

表10 101年度其他預算項目表

項 目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	核 定 事 項
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	603.9	0	請於 101 年 6 月底前提送執行成果。
非屬各部門總額支付制度範圍之服務	4,214	511	用於助產所、護理之家照護、居家照護、精神疾病社區復健、安寧居家療護，及調整呼吸器試辦計畫居家收案條件等所需經費。
支應罕病及血友病藥費、器官移植、慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費	200	0	
推動促進醫療體系整合計畫	950	150	1.用於醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫、論人計酬試辦計畫，及新增之醫院垂直整合方案等三項。 2.醫院垂直整合方案之推動，依衛生署政策要求，其執行計畫應確實達到整合的目標。 3.100 年已實施之方案，請於 101 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。新增方案原則於 100 年 12 月底前完成相關程序，並於 101 年 6 月底前提送初步執行結果。
其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費	1,000	500	1.含新增醫藥分業地區所增加之費用。 2.除上述用途外，本項經費之適用範圍、動支條件及相關程序等，另掣案提會討論。
增進偏遠地區醫療服務品質計畫	500	300	1.用於離島醫院及肩負偏遠地區(含山地鄉)民眾於該地區或鄰近地區主要急性就醫醫院，與偏遠地區急性醫療主責醫院之點值保障。 2.依衛生署政策要求，本項計畫應訂有相關必要執行項目，上述醫院應提供 24 小時急診、以具備內外婦兒科為原則，但得依據該地區及醫院特性適當調整，至少提供兩科之門診及住院醫療、檢驗檢查主動通知等，並深入社區加強預防保健服務。 3.經費若有不足，由前項經費支應。 4.方案原則於 100 年 12 月底前完成相關程序，並於 101 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。
全民健保高診次民眾就醫行為改善方案--藥師居家照護	36	0	本項以輔導至少 4,300 人為目標，並於 101 年 6 月底前提送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	1.用於推動「pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫」及「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」。 2.請於 101 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。
總計	7,907.9	1,461.0	

註：採支出目標制，由中央健康保險局管控。