

# 全民健保支付制度 與審查



李專門委員  
純馥  
101/12/22

行政院衛生署  
中央健康保險局





# 簡報大綱



- 前言
- Tw-DRGs 支付制度
- 整合照護計畫
- 全民健康保險論人計酬試辦計畫
- 論質計酬支付制度-全民健保醫療給付改善方案
- 健保審查機制
- 未來支付制度改革趨勢



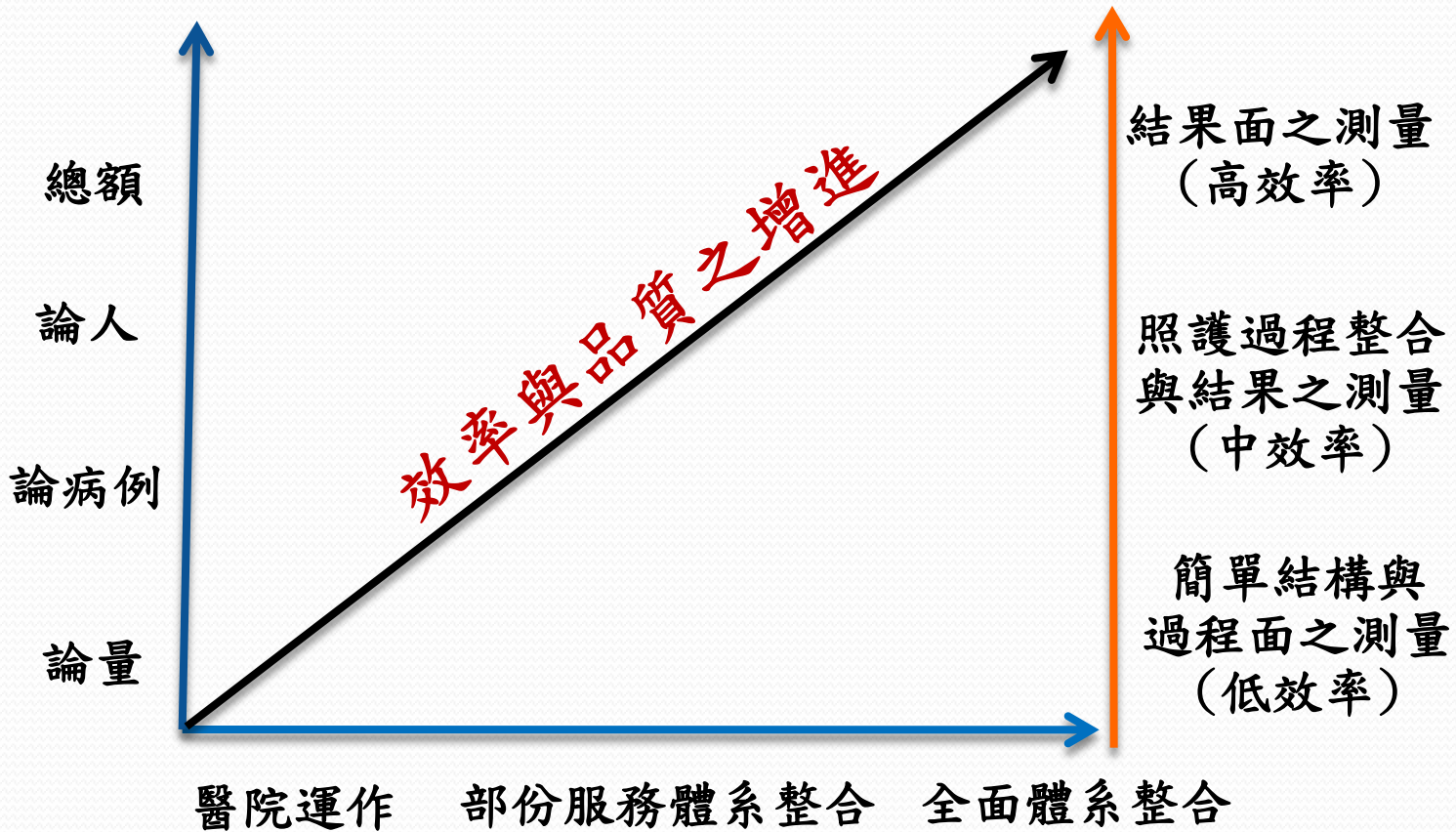
# 前言



# 健保醫療體系與支付改革之理念



整合支付(Bundling Payment)



論質計酬(Pay for Performance)

醫療體系整合(System Integration)

# 健保支付制度沿革

1995 FFS+Case  
payment

論量計酬+論病  
例計酬

1998-2002  
Global  
Budget

總額支付  
制度

2004 RBRVS

資源基礎相對  
價值表導入支  
付標準表

2010 Tw-  
DRGs

導入164  
項住院診  
斷關聯群

2011  
Capitation  
Plan

論人計酬  
試辦計畫

## ● 總額支付制度

- 牙醫門診總額(1998.7)
- 中醫門診總額(1999.7)
- 醫院總額(2002.7)
- 西醫基層總額(2001.7)
- 門診透析獨立預算(2003)

## ● 論質計酬(醫療給付改善方案)

- 糖尿病、氣喘、乳癌(2001)
- 高血壓(2006)
- 精神分裂症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者(2010)
- 慢性腎病(CKD)、安寧共照(2011)
- 急診品質提升(2012)

## ● 整合相關計畫

- 家庭醫師整合性照護計畫(2003.3)
- 醫院以病人為中心整合照護計畫(2009)
- 診所以病人為中心整合照護計畫(2011)



# 整合支付(Bundling Payment)



- 84年-
  - ✓ 論量計酬(Fee for service)
  - ✓ 論病例計酬(Case Payment)
  - ✓ 論日計酬(per-diem)
- 87年-總額預算制度(Global Budget Payment)
- 99年-
  - ✓ 住院Tw-DRGs支付制度
  - ✓ 門診整合支付制度(醫院、診所)
- 100年-論人計酬試辦計畫



# 論質計酬(Pay for Performance)



以疾病管理進行論質計酬方案，主要針對醫療費用大、罹病人數多、照護模式有改善空間之疾病為優先。

- 90年-糖尿病、乳癌、氣喘、子宮頸癌（95年移至國民健康局採預防篩檢方式）、結核病（97年照護率高達91.81%，納入支付標準）
- 95年-高血壓
- 99年-B、C型肝炎帶原者、精神分裂症
- 100年-初期慢性腎臟病（CKD）、安寧共同照護計畫
- 101年-急診品質提升計畫



# 醫療體系整合(System Integration)



- 全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 (IDS)
- 家庭醫師整合性照護制度試辦計畫





# Tw-DRGs 支付制度



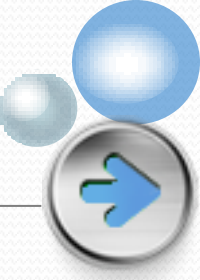
# Tw-DRGs之政策目的



- 提昇醫療服務效率(減少浪費)
- 改善病人照護品質與療效(臨床路徑)



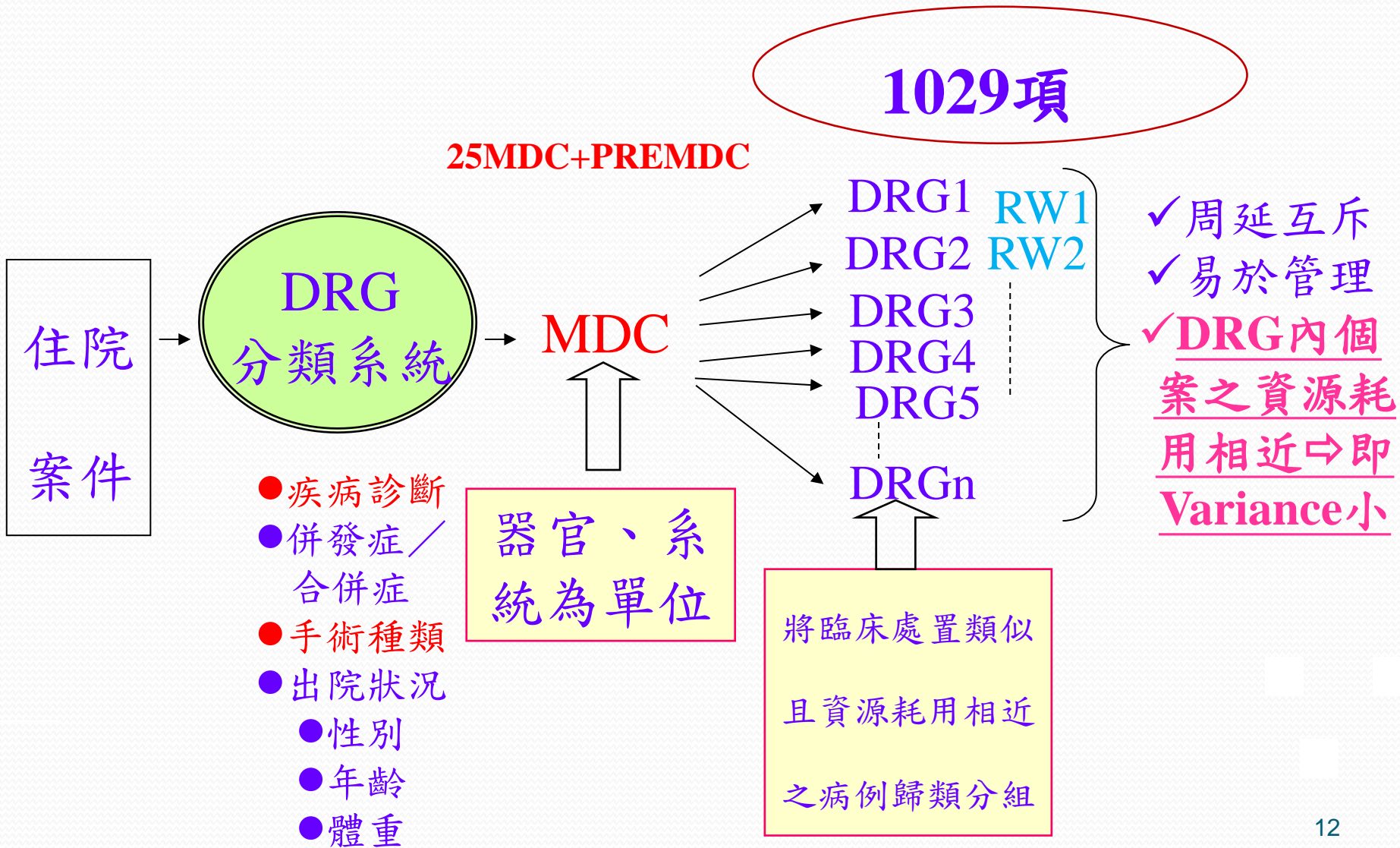
# 何謂DRGs



- ◆ DRGs-住院診斷關聯群(Diagnosis Related Groups)
- ◆ 係以住院病患之診斷、手術或處置、年齡、性別、有無合併症或併發症及出院狀況等條件，同時考量醫療資源使用之情形，將住院病患分為數百個不同群組，並事前訂定給付權重，除特殊個案外，原則上同一群組個案採相同支付權重。



# DRGs分類示意圖





# 主診斷(Principal Diagnosis)之定義



通則內容：

- 經研判後，被確定為引起病人此次住院醫療主要原因，引起病人此次住院醫療之多重診斷，得擇取醫療資源耗用高者為主要診斷，住院中產生之併發症或住院中管理不當產生之危害不得為主要診斷。



# 主要處置(Principal procedure)之定義



- 和主要診斷最有關聯的處置。
- 以治療性處置為優先，診斷性或探查性的處置及合併症的處置次之。



# 合併症/併發症之定義



- 合併症/併存症（Comorbidity）：  
一種已預存的狀況，它和主要診斷一起存在，其影響至少會延長住院天數一日以上。  
Ex: Fracture of femur, DM
- 併發症（Complication）：  
在住院期間引起的一種症狀，其影響至少會延長住院天數一日以上。  
Ex: S/P Appendectomy, Wound infection



# MDC(Major Diagnostic Category)主要疾病類別



		導入年度	
MDC	中文名稱	1	總計
PRE			13
1	神經系統之疾病與疾患		87
2	眼之疾病與疾患	6	36
3	耳鼻喉及口腔之疾病與疾患	11	52
4	呼吸系統之疾病與疾患		82
5	循環系統之疾病與疾患	48	110
6	消化系統之疾病與疾患	24	109
7	肝、膽系統或胰臟之疾病與疾患	4	28
8	骨骼、肌肉系統及結締組織之疾病與疾患	37	135
9	皮膚、皮下組織及乳房之疾病與疾患	6	41
10	內分泌、營養及新陳代謝之疾病與疾患	1	35
11	腎及尿道之疾病與疾患	4	44
12	男性生殖系統之疾病與疾患	2	29
13	女性生殖系統之疾病與疾患	12	29
14	妊娠、生產與產褥期	9	32
15	新生兒與其他源於週產期病態之新生兒		19
16	血液及造血器官之疾病與疾患		24
17	骨髓增生性疾病或分化不明腫瘤		15
18	傳染疾病寄生蟲病		20
21	損傷、中毒與藥品毒性作用		28
22	燒傷		31
23	影響健康狀態之因素與需要其他醫療服務		12
24	多重外傷		8
UN			10
總計		164	1029





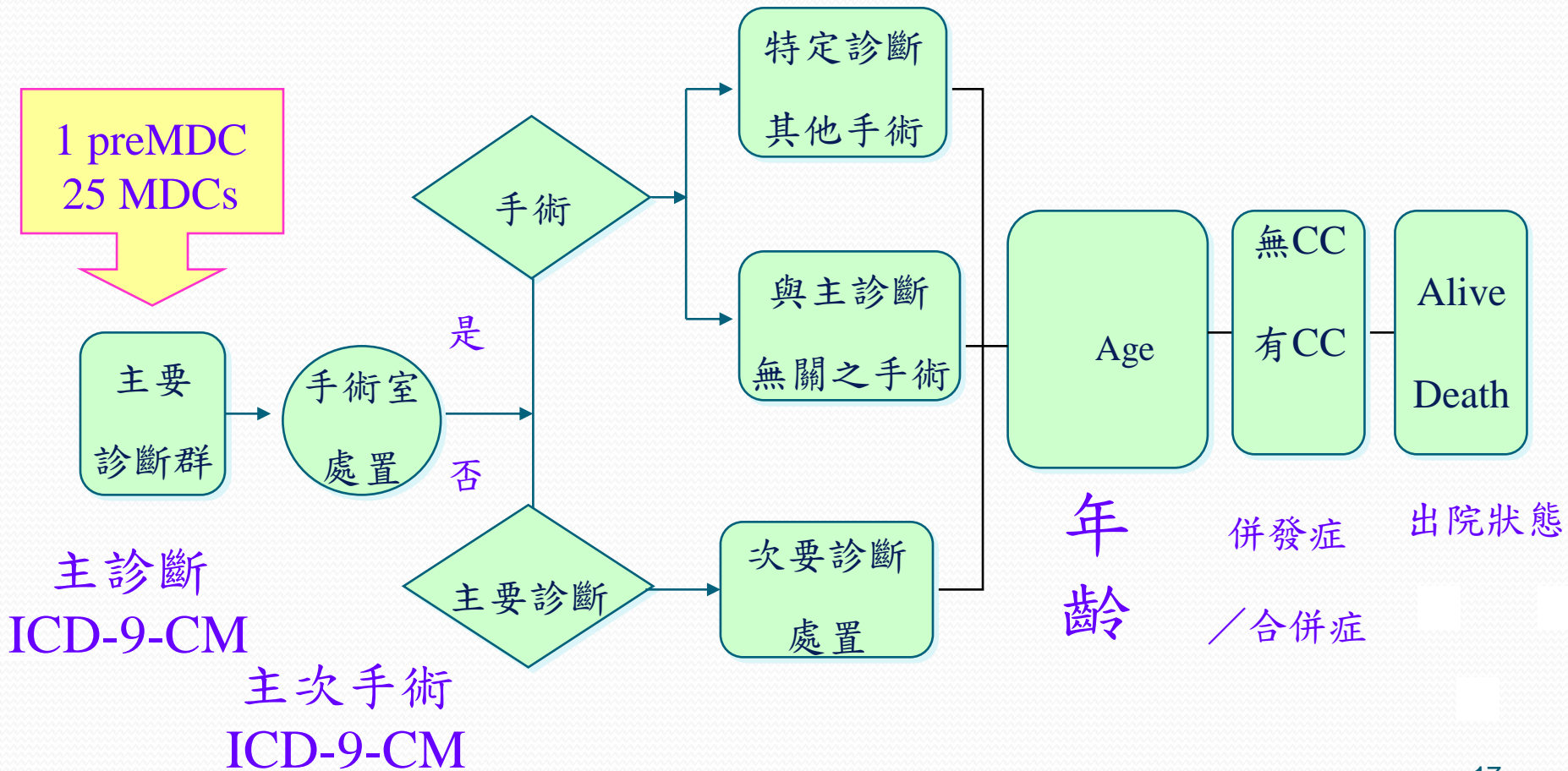
# Tw-DRGs分類架構



案例1：主診斷540.0(急性闌尾炎併泛腹膜炎)，接受47.01(經腹腔鏡闌尾切除術)

→DRG16401/16501(複雜診斷之腹腔鏡闌尾切除術，有/無合併症或併發症)，RW：1.5055/1.1378

案例2：主診斷402.01(惡性高血壓性心臟病併充血性心臟衰竭)+37.21(右心導管檢查)，→DRG124/125(循環性疾病，急性心肌梗塞除外，有心導管，有/無複雜診斷)，RW：1.2724/0.9569





# Tw-DRGs 費用涵蓋範圍

## - 醫院住院案件使用



各Tw-DRG之給付，已包含當次住院屬支付標準及藥價基準所訂各項相關費用，特約醫療院所不得將屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報，或採分次住院，或除病患同意使用符合「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」規定之特材外，另行向保險對象收取給付範圍費用，違反本項規定者，整筆醫療費用不予支付。



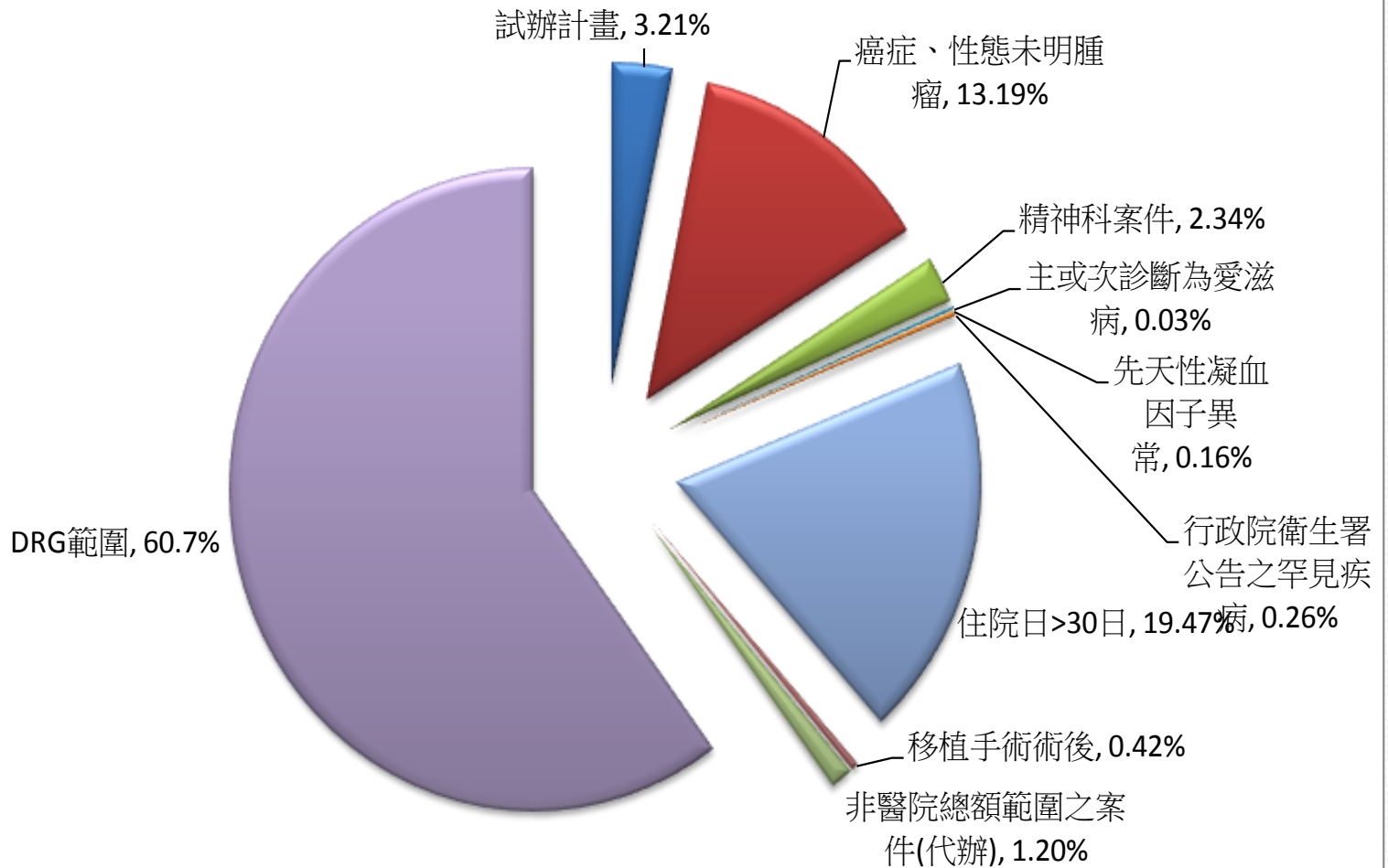
# Tw-DRGs排除個案



- MDC19及20(精神病)
- 主診斷為癌症、性態未明腫瘤
- 主次診斷為愛滋病、血友病或罕見疾病
- 住院天數>30天
- 主或次診斷為臟器移植併發症及後續住院
- 使用ECMO(處置碼39.65)之案件
- 試辦計畫
  - 乳癌、慢性肝炎等醫療給付改善方案
  - 呼吸器依賴患者整合性照護計畫
  - 週產期論人計酬試辦計畫
- 住院安寧療護個案
- 其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍之案件



# DRG排除個案點數占率



註：點數占率=符合DRG範圍之點數/各項排除個案之點數

各項排除個案間之重複點數，已按總排除點數攤算。



# 特殊情況處理-核實申報項目



- 不含於DRG支付點數，其點數亦不得計入實際醫療服務點數。
  - 同次住院期間之安胎併生產案件，同意此類案件之安胎案件不併入生產相關DRG，俟第2年導入MDC14(妊娠、生產與產褥期)時，安胎案件按其適當DRG申報及支付
  - 雙胞胎者以上得另加計一人次新生兒照護費(多胞胎類推)
  - 植入IABP(Intra-aortic balloon pump，主動脈內氣球幫浦)之特殊材料核實申報。
  - 次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報之化療、放療費用
  - 使用呼吸器之個案核實申報之呼吸器費用
  - 施行洗腎之個案核實申報之洗腎費用



# Tw-DRGs 支付方式



## ● 一般案件：

各DRG醫療點數之  
2.5百分位  
費用下限臨界點

(各DRG之91百  
分位值)  
費用上限臨界點





# Tw-DRGs 支付原則



支付點數

上限臨界點

A	B	C
---	---	---

50%

91%



# Tw-DRGs相對權重(RW)



計算式：

$$\text{各Tw-DRGs RW} = \frac{\text{各DRG平均每人住院申報點數}}{\text{全國平均每人住院申報點數}}$$

代表意義：

反應各病例組合之資源耗用情形

- ✓ 導入期間採97年DRG範圍資料，俟DRG全部導入後適當時機，整體重新計算遇到支付標準調整亦會微調
- ✓ 各DRG平均每人住院點數：按再分類後各DRG計算。
- ✓ 全國平均每人住院點數：102年版-35,920





# 逐步導入項目與實施時程



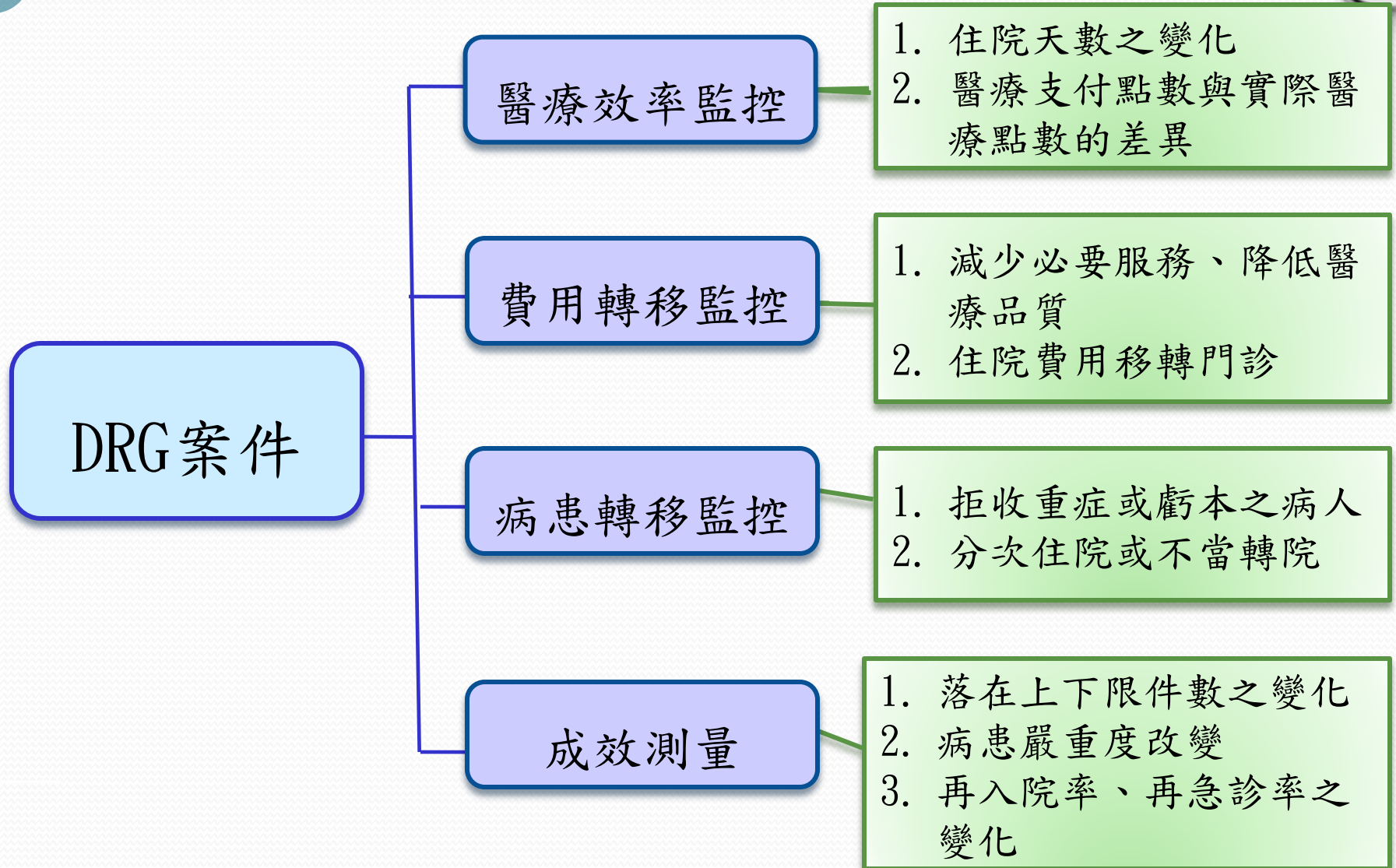
導入項目為原論病例計酬49個

100.01.01再分類後計164項

時程	項目的相關群組 DRG項目或MDC	占DRG範圍 之點數%	累計導入之DRG 占DRG範圍之%	占全部住院 費用之點數%
第1年	98.12.17公告之155項DRG (含蓋11個MDC)	28.60%	28.60%	17.36%
第2年 (暫定)	MDC 5、8、12、13、14 (循環、骨骼肌肉、妊娠生產、男性 及女性生殖)	18.00%	46.60%	10.97%
第3年 (暫定)	MDC 2、3、6、7、9、10 (眼、耳鼻喉、消化、肝膽胰臟、骨 骼肌肉、內分泌)	14.30%	60.90%	10.26%
第4年 (暫定)	MDC PRE、4、11、17、23、24呼吸 系統、腎尿道、骨髓、影響健康狀 態、多重外傷及PRE MDC)	21.40%	82.30%	12.97%
第5年 (暫定)	MDC 1、15、16、18、21、22(神經 、新生兒、血液、傳染疾病寄生蟲 病、損傷中毒、燒傷)	17.70%	100.00%	9.16%
合計	1017項DRG 100.01.01起1,029項	100.00%		60.72%



# DRG 監控四大面向





# DRG案件之件數及申報點數占率



單位：次、百萬點、%

年	季	全部住院案件				已實施DRG案件					
		人次		申報點數		人次			DRG點數		
		(次)	成長率	(百萬點)	成長率	(次)	占率	成長率	(百萬點)	占率	成長率
2009	1~2	1,353,802	--	82,381	--	231,241	17.08%	--	12,165	14.77%	--
2010	1~2	1,387,755	2.51%	82,735	0.43%	223,813	16.13%	-3.21%	12,416	15.01%	2.06%
2011	1~2	1,439,131	3.70%	86,869	5.00%	227,773	15.83%	1.77%	12,449	14.33%	0.27%
2012	1~2	1,445,785	0.46%	87,100	0.27%	240,616	16.64%	5.64%	12,994	14.92%	4.38%

- ◆ DRG申報件數較去年成長5.64%，增加約1.28萬件，主要係因生產人數增加約1萬件。
- ◆ DRG點數成長4.38%，點數成長率高於全部住院案件點數的0.27%。



# DRG案件監控指標-醫療效率

# 平均每次住院天數

單位：天/次、%

年	季	合計	成長率	醫學中心	成長率	區域醫院	成長率	地區醫院	成長率
2009	1~2	4.42	--	4.51	--	4.40	--	4.30	--
2010	1~2	4.18	-5.26%	4.23	-6.15%	4.16	-5.42%	4.15	-3.57%
2011	1~2	4.18	0.03%	4.22	-0.28%	4.19	0.71%	4.12	-0.80%
2012	1~2	4.14	-1.09%	4.22	-0.02%	4.15	-0.88%	3.99	-3.13%
	1	4.13	-1.06%	4.21	-0.19%	4.15	-0.73%	3.96	-3.04%
	2	4.15	-1.10%	4.22	0.13%	4.16	-1.01%	4.01	-3.19%

- ◆ DRG案件之平均每次住院天數：2012年1-2季整體為4.14天，較實施前的4.42天，下降6.25%，較去年同期的4.18天，下降1.09%。
- ◆ 101年1-2季各層級以地區醫院下降3.13%最多；醫學中心下降0.02%最少，各層級住院天數維持在3.99-4.22天。



# 平均每件實際醫療點數



單位：點/次、%

年	季	合計	成長率	醫學中心	成長率	區域醫院	成長率	地區醫院	成長率
2009	1~2	45,977	--	56,142	--	42,852	--	35,495	--
2010	1~2	45,609	-0.80%	55,632	-0.91%	42,151	-1.64%	35,620	0.35%
2011	1~2	45,298	-0.68%	55,257	-0.67%	42,356	0.49%	34,840	-2.19%
2012	1~2	45,287	-0.02%	56,080	1.49%	42,198	-0.37%	34,457	-1.10%
	1	44,805	-0.08%	55,603	1.03%	41,838	-0.33%	33,824	-0.39%
	2	45,754	0.06%	56,534	1.94%	42,550	-0.38%	35,070	-1.66%

◆ 平均每件實際醫療點數：由實施前的45,977至2012年1-2季下降為45,287點，較實施前減少690點，較去年下降0.02%。

✓ 各層級中以地區醫院下降1.10%最多，區域醫院下降0.37%次之，醫學中心則增加1.49%。



# DRG平均每件申報點數



單位：點/次、%

年	季	合計	醫學中心	區域醫院	地區醫院
2009	1~2	52,608	62,858	49,129	42,664
2010	1~2	55,474	66,276	51,445	45,343
2011	1~2	54,654	65,437	50,938	44,412
2012	1~2	54,002	65,402	50,169	43,677
	1	53,442	64,870	49,721	42,965
	2	54,543	65,908	50,608	44,367

- ◆ 平均每件申報點數：2012年1-2季整體為54,002點，較前一年同期減少652點，較實施前增加1,394點。
- ✓ 2012年1-2季各層級平均每件申報點數均減少，與各層級2012年CMI值均下降有關係。

# DRG點數與實際點數比值

單位：點/次、%

年	季	合計	醫學中心	區域醫院	地區醫院
2009	1~2	1.1442	1.1196	1.1465	1.2020
2010	1~2	1.2163	1.1913	1.2205	1.2730
2011	1~2	1.2065	1.1842	1.2026	1.2748
2012	1~2	1.1924	1.1662	1.1889	1.2676
	1	1.1928	1.1667	1.1884	1.2702
	2	1.1921	1.1658	1.1894	1.2651

◆ DRG點數與實際點數比值：2012年1-2季整體為1.1924，即健保以DRG支付之醫療點數高於醫院以論量計酬申報之點數。

✓ 層級中以地區醫院1.2676最高，區域醫院1.1889次之，再其次為醫學中心1.1662。





# DRG案件監控指標-費用轉移



# 住院前1週內平均門診檢驗檢查點數



單位：點/次、%

年	季	合計	成長率	醫學中心	成長率	區域醫院	成長率	地區醫院	成長率
2009	1~2	684	--	842	--	727	--	333	--
2010	1~2	847	23.79%	1,014	20.44%	881	21.10%	486	46.03%
2011	1~2	695	-17.96%	960	-5.36%	651	-26.16%	346	-28.90%
2012	1~2	610	-12.13%	876	-8.80%	537	-17.40%	339	-2.09%
	1	621	-16.93%	904	-13.67%	542	-22.47%	337	-5.47%
	2	600	-7.03%	848	-3.59%	533	-11.96%	340	1.29%

◆ 住院前1週內平均門診檢驗檢查點數：2012年1-2季整體為610點，較實施前減少74點，較前一年同期減少12.13%。2010年曾增加23.79%，經健保局於2010年9月開始執行住院前門急診相關檢驗（查）費用應合併於該Tw-DRGs案件申報，以及各分區業務組的管控後，費用移轉至門診申報之情形已減緩。

✓ 各層級均較前一年同期減少，以區域醫院減少17.40%最多，醫學中心8.80%次之，地區醫院2.09%再次之。



# 出院後1週內平均門診醫療點數



單位：點/次、%

年	季	合計	成長率	醫學中心	成長率	區域醫院	成長率	地區醫院	成長率
2009	1~2	1,190	--	1,287	--	1,237	--	938	--
2010	1~2	1,208	1.56%	1,307	1.55%	1,240	0.23%	973	3.80%
2011	1~2	1,266	4.75%	1,380	5.65%	1,302	5.05%	1,001	2.84%
2012	1~2	1,196	-5.51%	1,317	-4.58%	1,224	-6.03%	952	-4.92%
	1	1,165	-5.70%	1,304	-0.16%	1,183	-8.60%	915	-8.58%
	2	1,226	-5.24%	1,330	-8.19%	1,264	-3.51%	987	-1.37%

◆ 出院後1週內平均門診醫療點數：2012年1-2季整體為1,196點，較實施前僅增加6點，較前一年同期減少5.51%。經健保局各分區業務組的管控後，出院後1週內費用移轉至門診申報之情形已減緩。

✓ 各層級較前一年同期均呈現減少的情況，以區域醫院減少6.03%最多，地區醫院減少4.92%次之。

# DRG分類為有併發症之件數占率

單位：%

年	季	合計	成長率	醫學中心	成長率	區域醫院	成長率	地區醫院	成長率
2009	1~2	11.27%	--	12.62%	--	12.89%	--	6.37%	--
2010	1~2	15.82%	40.37%	17.79%	40.97%	17.22%	33.59%	10.26%	61.07%
2011	1~2	15.02%	-5.06%	18.41%	3.49%	15.86%	-7.90%	9.18%	-10.53%
2012	1~2	13.88%	-7.59%	17.97%	-2.39%	14.40%	-9.21%	7.92%	-13.73%
	1	13.91%	-7.45%	17.95%	-1.10%	14.61%	-8.34%	7.73%	-18.63%
	2	13.86%	-7.60%	18.00%	-3.59%	14.19%	-10.13%	8.12%	-8.46%

- ◆ DRG之住院案件有併發症件數占率：2012年1-2季整體為13.88%，較前一年同期減少7.59%。2010年曾成長40.37%，可能係因過去論量計酬支付制度下併發症之申報並非必要，採DRG支付後，併發症之申報有助支付之提升，因而提高病歷或申報之正確性所致，至2011-2012年度併發症件數成長率已持平或下降。
- ◆ 各層級較前一年同期均呈現減少的情況，各層級以地區醫院減少13.73%幅度最高，區域醫院減少9.21%次之，醫學中心減少2.39%再次之。



# 監控指標

-可近性(病患轉移)



# DRG住院案件轉出率



單位：%

年	季	合計			
		轉出率	成長率	轉出件數	成長率
2009	1~2	0.35%	--	800	--
2010	1~2	0.34%	-2.9%	757	-5.4%
2011	1~2	0.28%	-17.6%	639	-15.6%
2012	1~2	0.24%	-14.3%	584	-8.6%
	1	0.24%	-25.0%	288	-17.0%
	2	0.24%	-4.0%	296	1.4%

單位：%

年	季	醫學中心				區域醫院				地區醫院			
		轉出率	成長率	轉出件數	成長率	轉出率	成長率	轉出件數	成長率	轉出率	成長率	轉出件數	成長率
2009	1~2	0.31%	--	258	--	0.36%	--	356	--	0.38%	--	183	--
2010	1~2	0.29%	-6.5%	234	-9.3%	0.34%	-5.6%	329	-7.6%	0.42%	10.53%	194	6.0%
2011	1~2	0.20%	-31.0%	158	-32.5%	0.32%	-5.9%	315	-4.3%	0.34%	-19.05%	166	-14.4%
2012	1~2	0.17%	-15.0%	139	-12.0%	0.25%	-21.9%	261	-17.1%	0.35%	2.94%	184	10.8%
	1	0.16%	-38.5%	67	-33.0%	0.27%	-18.2%	139	-13.1%	0.31%	-16.22%	82	-5.7%
	2	0.17%	21.4%	72	24.1%	0.23%	-23.3%	122	-21.3%	0.38%	18.75%	102	29.1%

註：轉出率=出院後同日轉至其他醫院住院之案件數/分母為DRG總件數。

- ◆ DRG住院案件轉出率：2012年1-2季整體轉出率0.24%，較前一年同期減少14.3%，件數減少55件，除地區醫院轉出率增加2.94%，其餘層級別轉出率均下降。



# 監控指標-成效測量



# 3日內再急診率

單位：%、件

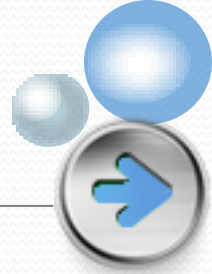
		合計			
年	季	再急診率	成長率	再急診件數	成長率
2009	1~2	1.57%	--	3,638	--
2010	1~2	1.68%	7.01%	3,768	3.57%
2011	1~2	1.60%	-4.8%	3,643	-3.3%
2012	1~2	1.57%	-1.9%	3,775	3.6%
	1	1.50%	-5.7%	1,774	1.4%
	2	1.64%	2.5%	2,001	5.7%

單位：%、件

		醫學中心				區域醫院				地區醫院			
年	季	再急診率	成長率	再急診件數	成長率	再急診率	成長率	再急診件數	成長率	再急診率	成長率	再急診件數	成長率
2009	1~2	1.62%	--	1,337	--	1.76%	--	1,751	--	1.12%	--	542	--
2010	1~2	1.77%	9.26%	1,413	5.68%	1.78%	1.14%	1,735	-0.91%	1.33%	18.75%	620	14.39%
2011	1~2	1.64%	-7.3%	1,319	-6.7%	1.69%	-5.1%	1,674	-3.5%	1.34%	0.8%	650	4.8%
2012	1~2	1.71%	4.3%	1,427	8.2%	1.62%	-4.1%	1,691	1.0%	1.24%	-7.5%	657	1.1%
	1	1.65%	6.5%	674	12.7%	1.54%	-11.5%	796	-4.6%	1.16%	-14.7%	304	-4.4%
	2	1.78%	2.9%	753	4.4%	1.70%	3.7%	895	6.5%	1.31%	-0.8%	353	6.3%

◆ 3日內再急診率：2012年1-2季整體為1.57%，較前一年下降1.9%，但件數由前一年同期的3,643增加為3,775，增加132件，較實施前增加137件。其中以醫學中心成長率增加4.3%幅度最大，件數較前一年增加108件。





# 14日內再住院率

單位：%、件

		合計			
年	季	再住院率	成長率	再住院件數	成長率
2009	1~2	2.33%	--	5,399	--
2010	1~2	2.66%	14.2%	5,957	10.3%
2011	1~2	2.40%	-9.8%	5,474	-8.1%
2012	1~2	2.09%	-12.9%	5,042	-7.9%
	1	2.09%	-15.0%	2,477	-8.2%
	2	2.10%	-10.6%	2,565	-7.6%

單位：%、件

		醫學中心				區域醫院				地區醫院			
年	季	再住院率	成長率	再住院件數	成長率	再住院率	成長率	再住院件數	成長率	再住院率	成長率	再住院件數	成長率
2009	1~2	2.25%	--	1,854	--	2.59%	--	2,584	--	1.97%	--	954	--
2010	1~2	2.59%	15.1%	2,066	11.4%	2.91%	12.4%	2,832	9.6%	2.28%	15.7%	1,059	11.0%
2011	1~2	2.28%	-12.0%	1,828	-11.5%	2.76%	-5.2%	2,738	-3.3%	1.87%	-18.0%	908	-14.3%
2012	1~2	1.89%	-17.1%	1,570	-14.1%	2.46%	-10.9%	2,563	-6.4%	1.71%	-8.6%	909	0.1%
	1	1.86%	-19.1%	759	-14.2%	2.50%	-11.7%	1,290	-4.8%	1.63%	-16.8%	428	-6.8%
	2	1.91%	-15.5%	811	-14.0%	2.42%	-10.4%	1,273	-8.0%	1.78%	-0.6%	481	7.1%

◆ 14日內再住院率：2012年1-2季整體為2.09%，較前一年同期降低12.9%，件數由前一年同期的5,474減少為5,042，減少432件，較實施前減少357件，其中以醫學中心成長率減少17.1%幅度最大，較去年件數減少258件。



# CMI值



單位：點/次、%

年	季	合計	成長率	醫學中心	成長率	區域醫院	成長率	地區醫院	成長率
2009	1~2	1.3655	--	1.5788	--	1.2896	--	1.1661	--
2010	1~2	1.3933	2.0%	1.6150	2.3%	1.3112	1.7%	1.1841	1.5%
2011	1~2	1.3850	-0.6%	1.6035	-0.7%	1.3117	0.0%	1.1732	-0.9%
2012	1~2	1.3726	-0.9%	1.5947	-0.5%	1.3005	-0.9%	1.1667	-0.6%
	1	1.3589	-1.1%	1.5816	-1.2%	1.2896	-1.1%	1.1483	0.0%
	2	1.3863	-0.6%	1.6080	0.1%	1.3112	-0.6%	1.1845	-1.0%

◆ CMI值：2012年1-2季整體為1.3726，較前一年同期下降0.9%。可能是受到上述「DRG之住院案件有併發症件數占率」較前一年減少7.59%的影響。

- ✓ CMI值以醫學中心1.5947最高，區域1.3005次之，地區1.1667再次之。
- ✓ 成長率部分，各層級均較前一年同期下降。

# 結論-1

- ◆ 符合實施Tw-DRGs—提昇醫療服務效率的目的。
  - ✓ DRG案件之平均每次住院天數較去年同期整體下降1.09%。
  - ✓ 平均每件實際醫療點數較去年同期整體下降0.02%。
- ◆ 健保支付醫療點數(DRG支付點數)高於醫院平均花費
  - ✓ DRG點數與實際點數比值為1.1924。
  - ✓ 2012年1-2季各層級之DRG點數與實際點數比值均高於2009年同期。

## 結論-2



- ◆ DRG住院案件轉出率， 2012年1-2季整體為0.24%，較前一年同期減少14.3%，件數減少55件，較實施前件數減少216件，本局將持續觀察。
- ◆ 3日內再急診率及14日內再住院率於2010年有增加的情形，由於本局各分區業務組加強管理及審查， 2011-2012年已有趨緩或減少情形，本局將持續關注病患出院適當性之變化，並加強異常個案審查。





# 整合照護計畫



# 計畫目的與策略



- 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。
- 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之適當整合。
- 鼓勵醫院盡責，透過專業合作，以達全人照護之理念。
- 透過獎勵誘因，鼓勵醫院對於多重慢性病門診就醫病患提供整合式門診照護服務，避免因重複及不當用藥、重複檢驗檢查、處置等，並逐步達成一次掛號、一次部份負擔之有效率醫療服務。
- 鼓勵醫院互相標竿學習，逐步朝醫療體系整合推進。



# 醫院以病人為中心

## 門診整合照護試辦計畫



- **實施對象**：各醫院針對就醫集中且門診就醫次數頻繁之多重疾病患者提供整合性門診照護。
- **實施期程**：自98年12月開始實施
  - 全國187家醫院提供整合性門診，62萬多位病人接受本計畫服務
  - 本局於試辦一年後對成效優良之醫院辦理全國之觀摩會
- **成效**：  
減輕病人往返醫院奔波，並減少重複用藥、檢查等非必要之醫療服務，提升醫療品質與用藥安全





# 100年醫院整合照護試辦計畫 參與情形



項目	醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計
參與家數	19	71	100	190
參與家數占率(%)	10%	37%	53%	100%
原照護人數	232,596	217,431	103,677	553,704
照護人數占率	42%	39%	19%	100%
納入成效人數	164,391	146,778	69,488	380,657
納入成效人數占率(%)	71%	68%	67%	69%

註：納入成效人數占率=納入成效人數/原照護人數



# 納入成效個案特性(1/2)



- 原收案人數55萬多人，排除急重症、死亡、院內失聯與性別年齡不詳者後，100年4至12月列入成效人數為38萬多人。
- 以新舊照護對象來看，舊照護對象占75%，較新照護對象25%多。
- 以性別來看，男性占52%，多於女性48%。

項目	人數	占率 (%)
原收案人數	553,704	100%
急重症	102,654	19%
死亡	23,780	4%
院內失聯	92,518	17%
性別年齡不詳	2	0%
成效範圍人數	380,657	69%
新舊照護對象		
舊照護對象	285,163	75%
新照護對象	95,494	25%
依性別		
男性	198,566	52%
女性	182,091	48%



# 納入成效個案特性(2/2)



- 依年齡來看，45~65歲占39%最多，65-80歲占31%次之，80歲以上占16%再次之。
- 以慢性病數來看，以1種慢性病占48%最多，2種慢性病占22%次之，3種慢性病以上占10%。

項目	人數	占率(%)
成效範圍人數	380,657	100%
<b>依年齡</b>		
未滿15歲	20,483	5%
15~30歲	8,989	2%
30~45歲	26,962	7%
45~65歲	146,838	39%
65~80歲	118,516	31%
80歲以上	58,869	15%
<b>依慢性病數</b>		
無	76,141	20%
1種	181,806	48%
2種	83,352	22%
3種	28,145	7%
4種	8,261	2%
5種以上	2,952	1%



# 100年整體成效指標



指標項目	基期 (99年4月至 12月)	計畫期間 (100年4月 至12月)	成長率 (%)
院內平均每人每月門診次數	1.198	1.048	-12.46 %
院內平均每人每月門診醫療點數	4,083	3,951	-3.23 %
院內平均每人每月藥品項數	5.094	4.960	-2.63 %
院內平均每人每月急診次數	0.040	0.035	-12.31 %

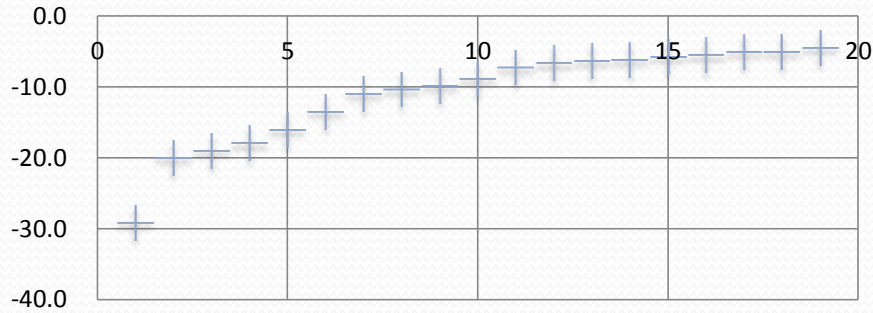
減少之點數扣除本計畫支出費用後，預估節省3.7億元。



# 醫學中心評量指標結果散布圖

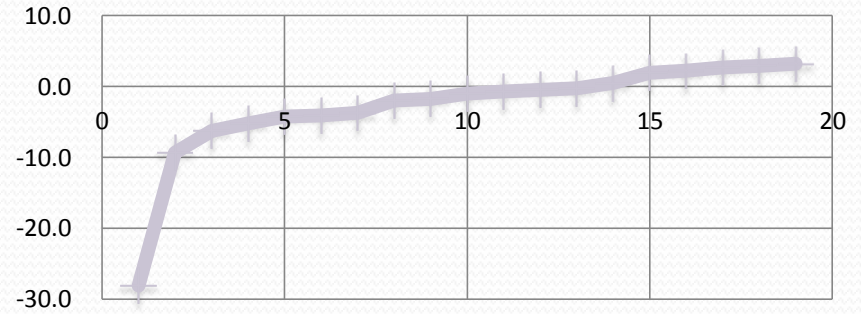


醫學中心院內平均每人每月門診次數(成長率)



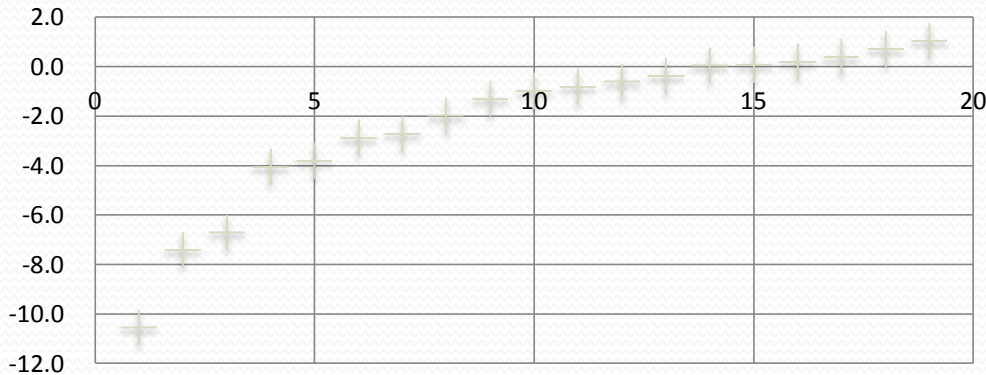
+ 院內(成長率)

醫學中心院內平均每人每月門診點數(成長率)



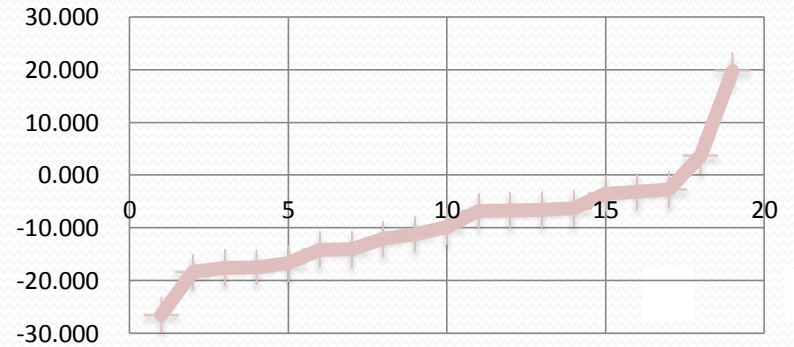
— 院內(成長率)

醫學中心院內平均每人每月用藥品項數(成長率)



+ 院內(成長率)

醫學中心院內平均每人每月急診次數(成長率)



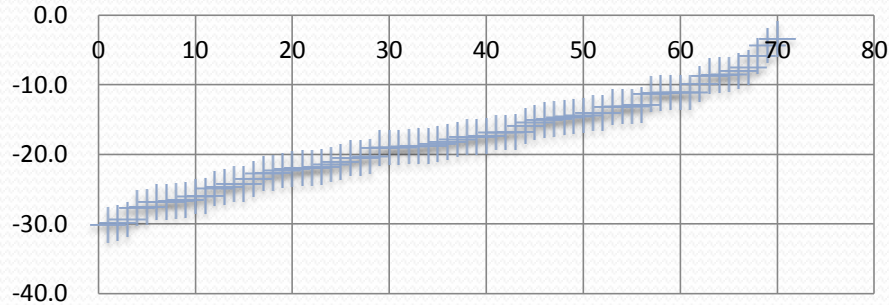
— 院內(成長率)



# 區域醫院評量指標結果散布圖

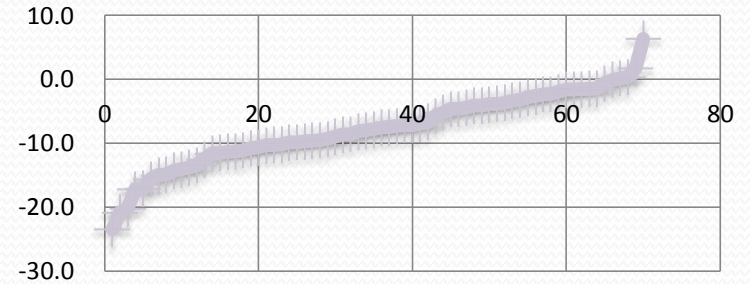


### 區域醫院院內平均每人每月門診次數(成長率)



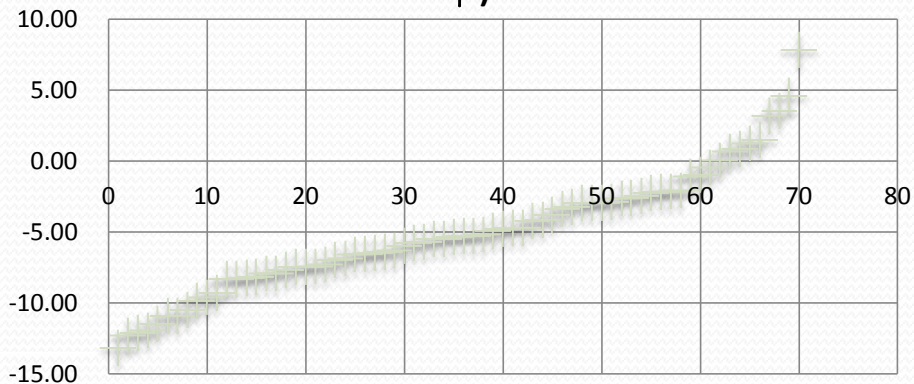
+ 院內(成長率)

### 區域醫院院內平均每人每月門診點數(成長率)



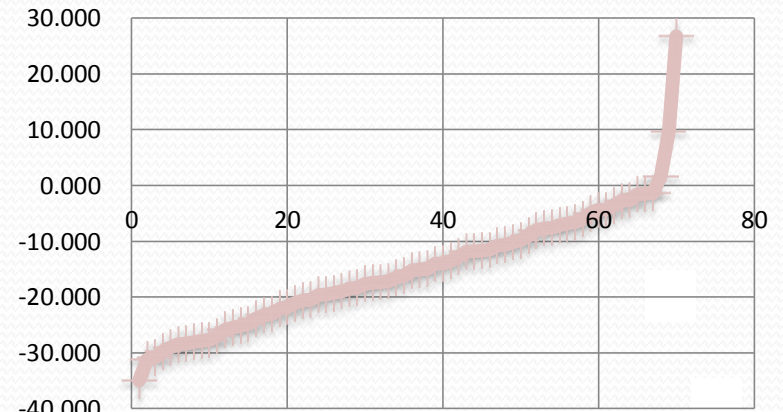
— 院內(成長率)

### 區域醫院院內平均每人每月用藥品項數(成長率)



+ 院內(成長率)

### 區域醫院院內平均每人每月急診次數(成長率)



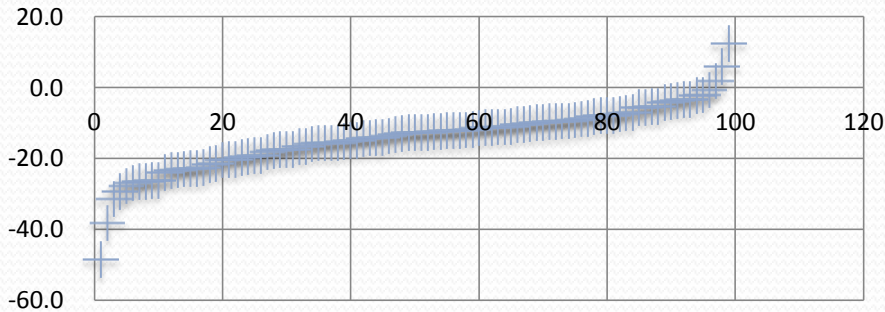
— 院內(成長率)



# 地區醫院評量指標結果散布圖

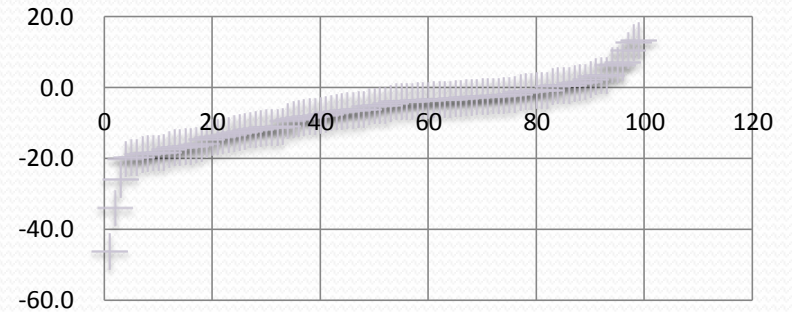


### 地區醫院院內平均每人每月門診次數(成長率)



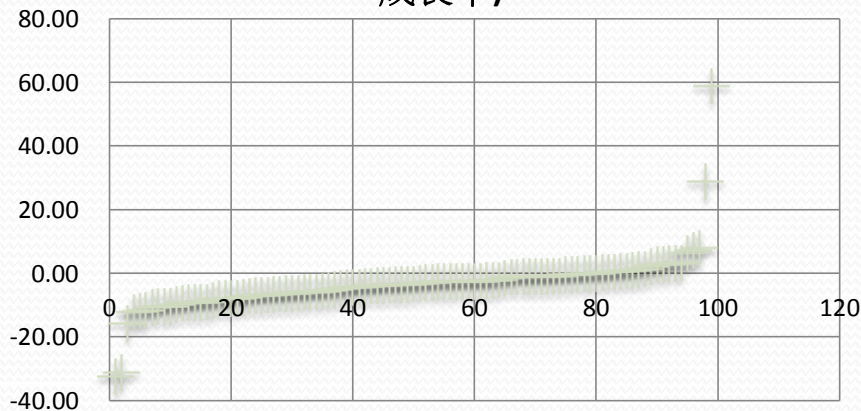
+ 院內(成長率)

### 地區醫院院內平均每人每月門診點數(成長率)



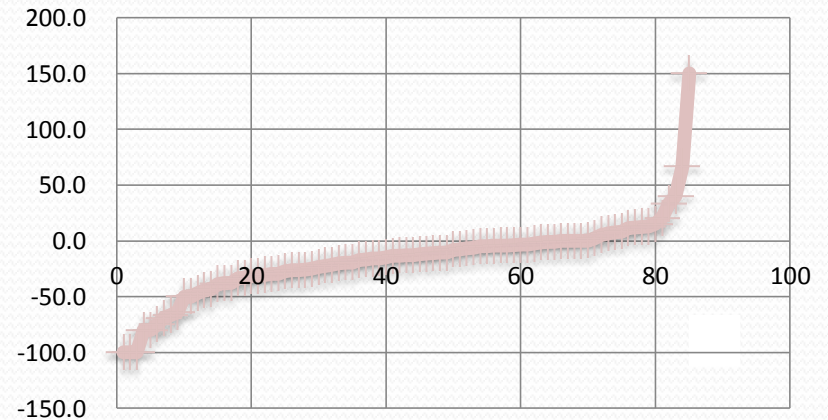
+ 院內(成長率)

### 地區醫院院內平均每人每月用藥品項數(成長率)



+ 院內(成長率)

### 地區醫院院內平均每人每月急診次數(成長率)

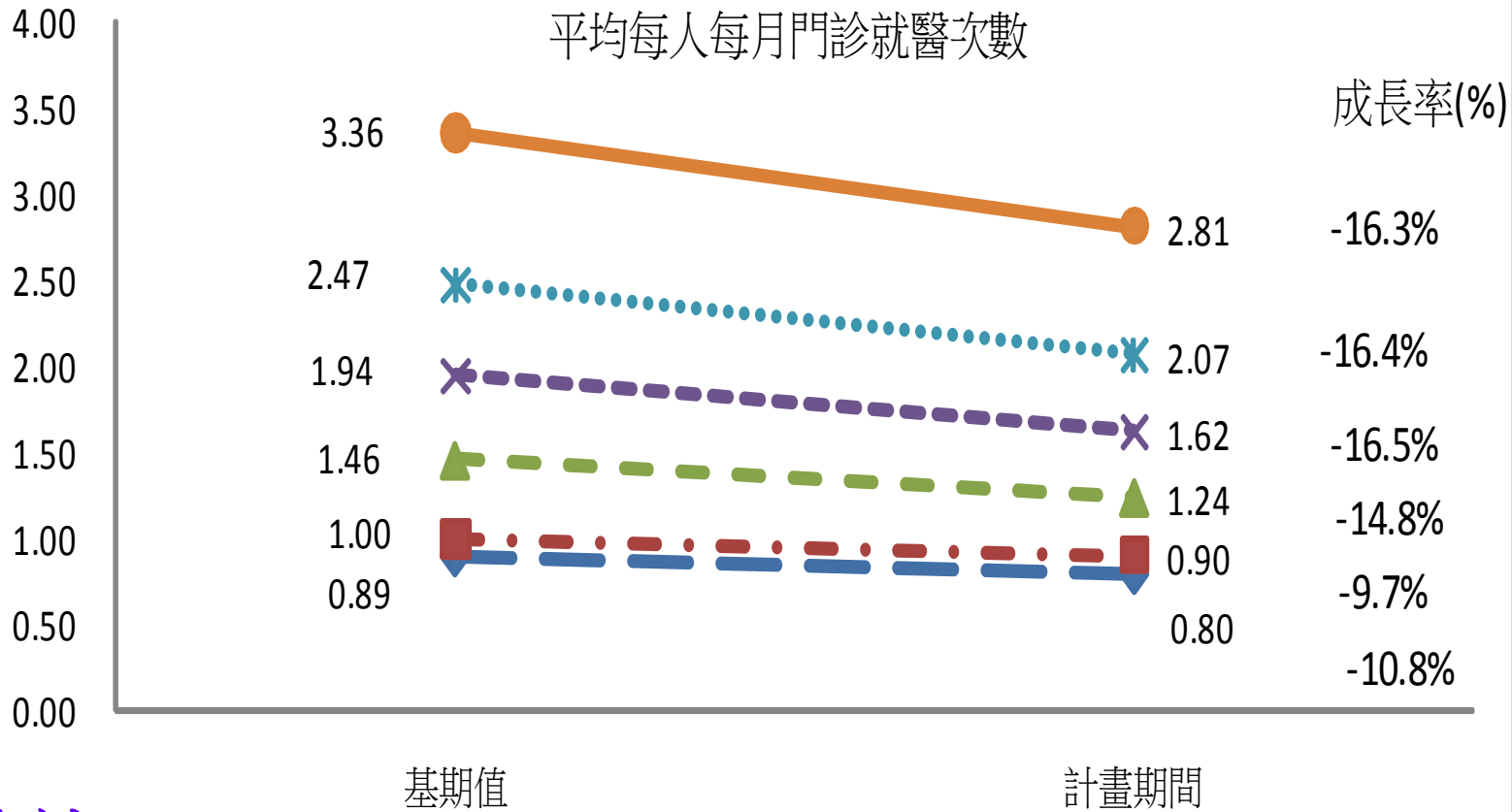


+ 院內(成長率)

註：部分地區醫院無急診服務，未納入本圖。



# 100年成效指標\_以慢性病數區分(1/4)



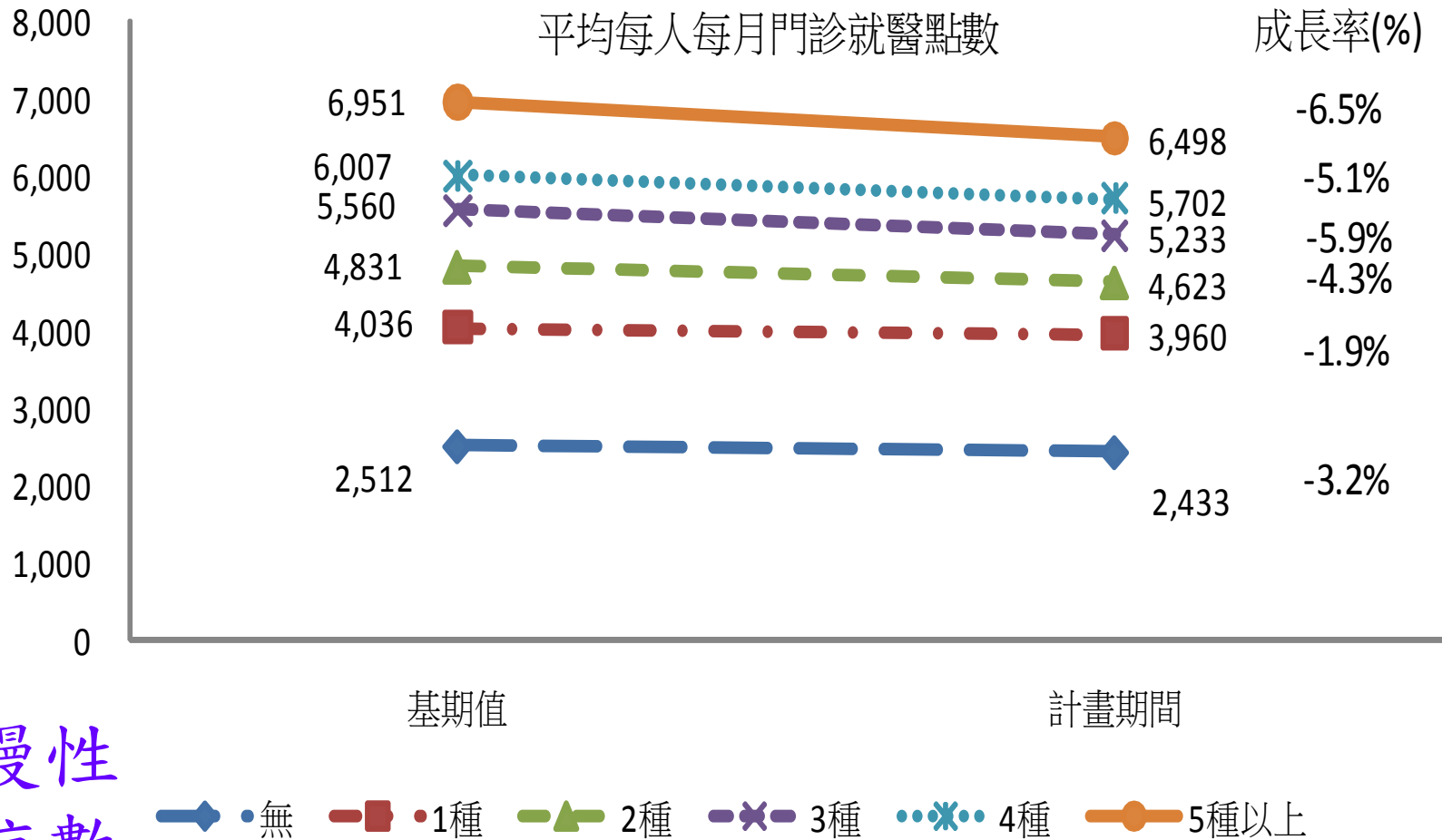
慢性  
病數

◆ ● 無   
 ■ ● 1種   
 ▲ ● 2種   
 ✕ ● 3種   
 \*●● 4種   
 ● ● 5種以上



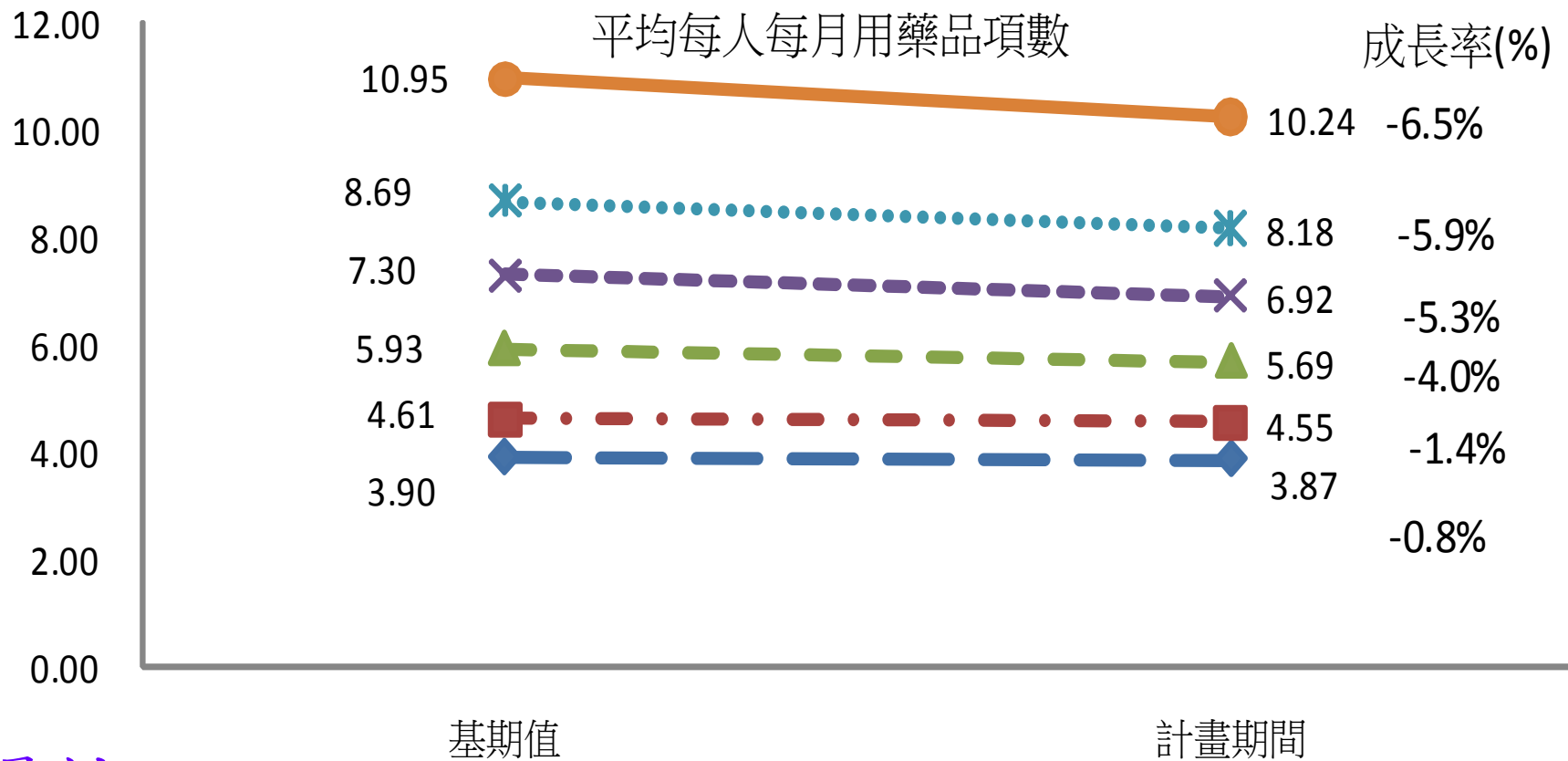


# 100年成效指標\_以慢性病數區分(2/4)





# 100年成效指標\_以慢性病數區分(3/4)

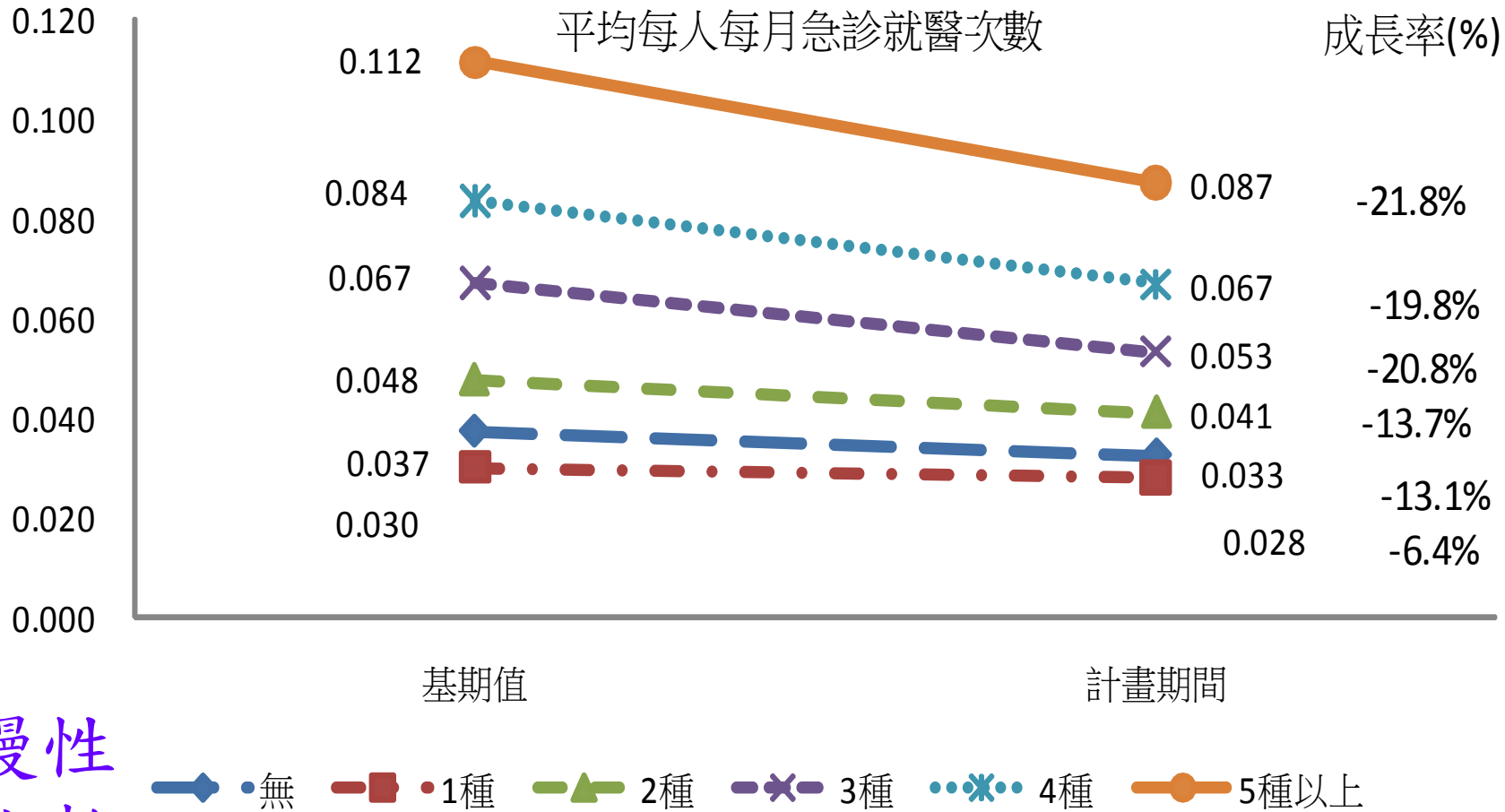


慢性  
病數

◆ 無   
 ■ 1種   
 ▲ 2種   
 ✕ 3種   
 ✱ 4種   
 ● 5種以上



# 100年成效指標\_以慢性病數區分(4/4)





# 100年4~12月醫院整合計畫評量指標達成情形



指標		達成總院所家數	達成總院所比例(%)
指標1_平均每人每月醫療費用	醫院家數	176	94.1%
	核付金額(百萬)	23.3	
指標2_平均每人每月門診就醫次數指標	醫院家數	184	98.4%
	核付金額(百萬)	44.5	
指標3_平均每人每月藥品項數指標	醫院家數	169	90.4%
	核付金額(百萬)	14.7	
指標4_平均每人每月急診次數指標	醫院家數	160	85.6%
	核付金額(百萬)	18.7	
指標5_平均每人每月申訴成案數指標	醫院家數	178	95.2%
	核付金額(百萬)	32.3	
合計		186	99.5%

註：原參與192家，後因停約或退出等，納入本計畫結算家數計有187家，其中有1家因為業務轉移至總院，100年10~12月無申報資料，故未達標準外，其餘186家醫院皆全部或部分達成指標。



# 100年預算執行情形



- 99年計畫展延至100年Q1，100年Q1評量與民眾權益指標支出47.2百萬。
- 100年計畫自4月至12月(Q2~Q4)，基本承作費支出55.5百萬，評量與民眾權益指標支出133.6百萬

分區	100年Q1	100年(Q2-Q4)		100年合計 (百萬)
	評量與民眾權益 指標費用(百萬)	基本承作費 (百萬)	評量與民眾權益 指標費用(百萬)	
台北分區	15.9	20.4	53.7	90.0
北區分區	6.6	7.6	17.1	31.2
中區分區	10.2	12.3	24.3	46.8
南區分區	4.7	8.2	16.2	29.2
高屏分區	8.3	5.1	18.8	32.3
東區分區	1.4	1.8	3.5	6.7
合計	47.2	55.5	133.6	236.2



# 101年計畫修訂重點(1/2)



- 支付項目之修訂
  - **基本承作費用**
    - 新名單：維持100年規定，每人核付400元。
    - 舊名單(繼續照護名單)：考量仍有進行整合服務，每人核付150元。
  - **成效評量**
    - 成效計算之範圍：考量經試辦2年，已具初步成效，故由院內擴大包含院外。
    - 成效評量指標：考量急診次數數值過小，較不具評量成效之代表性，故刪除急診指標，原4項修改為3項指標，並一併調整其經費額度。
      1. 收案對象平均每人每月醫療費用指標(包含院內與院外)，每人全年經費150元調為200元。
      2. 收案對象平均每人每月門診就醫次數指標(包含院內與院外)，每人全年經費維持150元。
      3. 收案對象平均每人每月藥品項數指標(包含院內與院外)，每人全年經費由100元調為150元。



# 101年計畫修訂重點(2/2)



- **民眾就醫權益**：計畫期間申訴案件成案數低於3件，即達成指標。
- **基期**
  - **成效評量**：比較基期由前一年同期，改為前二年同期(99年4月~100年3月)。
  - **民眾就醫權益**：比較基期維持為前一年同期(100年4月~101年3月)。



# 101年醫院參與整合照護試辦計畫情形



分區別	試辦家數	本局提供名單 (類別A)	院所自選名單且 不納入評量 (類別C)	院所自選名單且 納入評量 (類別D)	選定照護人數
台北	36	182,321	10,474	4,606	197,401
北區	37	72,454	398	277	73,129
中區	43	70,196	466	3,093	73,755
南區	32	58,521	1,709	1,069	61,299
高屏	37	43,519	432	1,558	45,509
東區	8	10,955	0	196	11,151
合計	193	437,966	13,479	10,799	462,244

註：193家參與；個案B計33,882人，為本局提供名單但醫院未選入照護名單中，未列入本表計算。





# 成效與價值



## 民眾

- 減少財務負擔(1次多科看診，1次部分負擔，1次掛號費)
- 節省等候看診時間及社會成本(交通往返、家人陪伴)
- 用藥品項數的減少，提升病患用藥安全。

## 院所

- 99%參與院所獲得獎勵款(基本承作費與品質達成獎勵款)
- 創新照護模式(提供以病人為中心的整合照護，增加醫療服務之滿意，提升醫病關係。

## 政策

- 將以病人為中心之照護模式，導入現行服務，促進民眾全體健康改革。
- 宣導正確之就醫行為。
- 支付制度改革。



# 未來展望



- 本計畫試辦2年，已具成效，節省照護對象財務負擔，並提升就醫與用藥安全性。
- 醫院藉由創新整合照護模式，強化以病人為中心之照護理念，提升健保醫療價值。
- 101年已將院外醫療利用併入本計畫評量成效，未來本局將建置成效指標專區，回饋即時資訊，供參與醫院定期評估，提升個案管理功能。



全民健康保險  
論人計酬試辦計畫



# Leavell and Clark's 疾病預防策略(1)



初級預防

次級預防

三級預防

- **初級預防(Primary Prevention)**

- 健康促進與針對特殊疾病的保護
- 方式：健康衛教、健康諮詢、疫苗注射、特殊疾病的風險評估…等。



## Leavell and Clark's 疾病預防策略(2)



- 次級預防(Secondary Prevention)
  - 疾病的早期診斷與治療，當疾病發生時可以維持健康，避免合併病與失能。
  - 方式：發展有效的疾病篩檢工具、乳房自我檢查、定期服藥與病況追蹤…等。
- 三級預防(Tertiary Prevention)
  - 當疾病經治療已穩定，重點在幫助個案維護最佳功能性，包含復健與避免失能惡化。
  - 方式：轉介至病友團體、出院衛教相關注意事項、轉介至復健中心接受復健…等。



# 二代健保法加入預防醫學理念



- 於100年1月26日由總統公告。
- 第42條
  - 醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應以相對點數反應各項服務成本及以同病、同品質同酬為原則，並得以論量、論病例、論品質、論人或論日等方式訂定之。
- 第44條
  - 「保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度。前項家庭責任醫師制度之給付，應採論人計酬為實施原則，並依照顧對象之年齡、性別、疾病等校正後之人頭費，計算當年度之給付總額。」



# 現行健保支付制度概況



- 總額下仍以論量計酬為主
- 論量計酬之缺點
  - 誘發需求
  - 民眾健康與醫療提供者收入成反比
- 現行整合計畫分屬各部門總額，且只局限於門診。



# 計畫目的(1)



- 使民眾獲得更完整的照護
  - 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。
- 使醫療衛生團隊發揮照護能量
  - 促進區域醫療體系整合：包括基層醫療與醫院之整合。





# 計畫目的(2)



- 為二代健保法第44條準備

- 該法條：「保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度。前項家庭責任醫師制度之給付，應採論人計酬為實施原則，並依照顧對象之年齡、性別、疾病等校正後之人頭費，計算當年度之給付總額。」
- 本局需要先有不同模式之試辦，尋求最佳模式，作為未來全面推展時的依據。



# 計畫期間與預算

- 計畫期間：

- 計畫期間以3年為原則

- 醫院忠誠病人模式團隊與社區醫療群模式團隊執行期間100年7月1日至103年6月30日

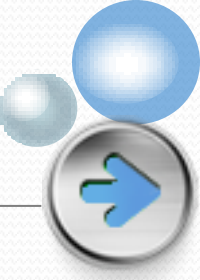
- 區域整合模式團隊執行其間自101年1月至103年12月31日

- 預算：

- 100年、101年依費協會協定由其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應回饋金，預算上限分別為3億元。



# 實施原則



- 民眾就醫權益不受影響
  - 區域型-民眾不必登記
  - 忠誠型-團隊之忠誠對象
- 醫療服務提供者自由參加
  - 鼓勵但不勉強
- 醫療院所費用申報及審查作業不變
- 不含牙醫、中醫及器官移植。
- 已協定之各總額費用及架構不變動(100年)
- 有結餘才能回饋→由其他部門支應(100年)



# 民眾就醫方式不受影響



- 尊重民眾就醫習慣，不限制民眾需於固定醫院、診所就診。
- 民眾就醫方式與現行醫療模式完全一樣。
- 民眾可自由到區內非試辦醫療團隊及區外醫療院所就診。



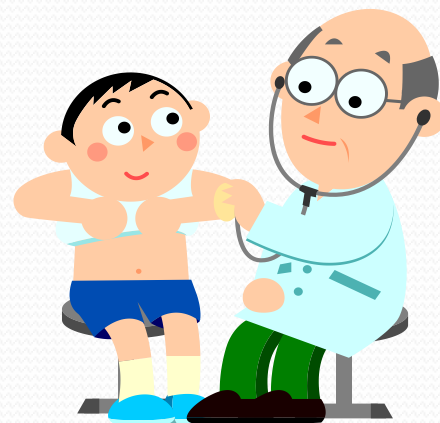
# 醫院或診所(醫院)組成團隊後 申請承辦



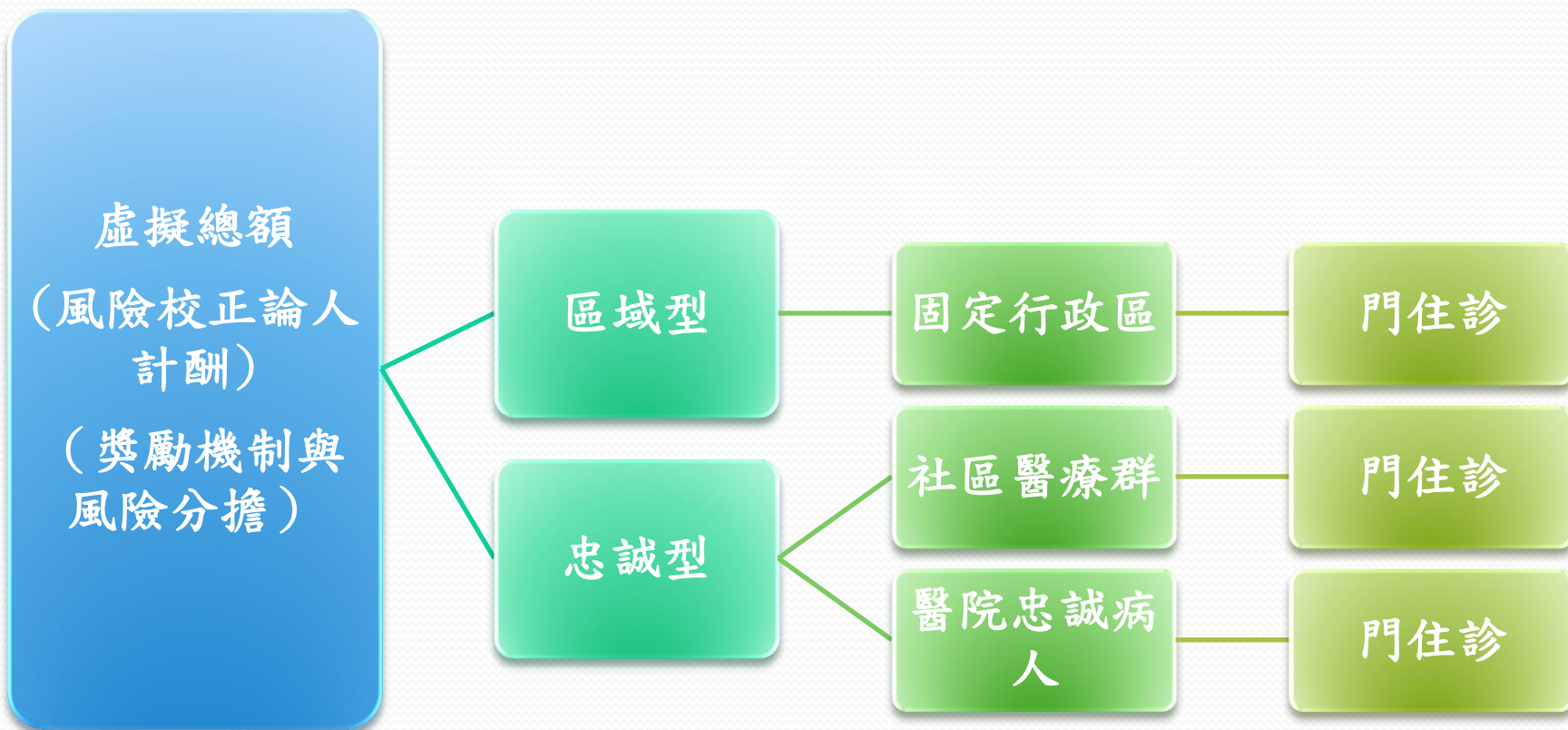
- 具有能力整合醫療保健資源，有效執行轉診與整合照護。
- 以醫院或社區醫療群主導、整合醫療資源，確認服務區域或對象。

# 論人計酬三種試辦模式(1)

- 區域整合模式
- 社區醫療群模式
- 醫院忠誠病人模式



# 論人計酬三種試辦模式(2)





# 論人計酬-區域整合模式



- 照護對象：
  - 區域內之戶籍民眾，所試辦行政區域內前一年底戶籍人口為範圍
- 試辦團隊：

醫院與該區若干院所組成團隊
- 照護對象不需登記





# 論人計酬-社區醫療群模式



- **照護對象：**

由現行家庭醫師整合照護計畫為基礎向上整合，承辦團隊之家戶會員，除由承辦團隊自行收案，本局另提供最適收案名單。

- **試辦團隊：**

社區醫療群與轄區醫院組成團隊

- **照護對象登記於該社區醫療群照護，仍可自由就醫。**



# 論人計酬-醫院忠誠病人模式



- 照護對象：
  - 以現行辦理之醫院門診整合式試辦計畫為基礎，持續發展門、住診整合。由醫院自行收案忠誠對象，並由本局提供最適收案名單予醫院。
- 試辦團隊：
  - 醫院(亦可由醫院及轄區院所組成團隊)
- 照護對象雖收案於該醫院(團隊)照護，仍可自由就醫



# 試辦原則



- 參加本計畫之照護對象，以不重複參與「全民健保家庭醫師整合性照護計畫」、「建構整合式照護模式並逐步朝促進醫療體系整合計畫」與「西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫」計畫為原則。
- 本計畫為3年計畫，參與醫院或院所團隊選定試辦模式後，不可再變動試辦模式。
- 當年度之照護對象經確認後，該年度不再變動。



# 虛擬總額點數之設定



- ✓ 計算虛擬總額點數，範圍包含門(急)診、住院及透析費用，不含中、牙醫與移植。
- ✓ 計算公式：

虛擬總額點數

= 照護對象前一年平均每人醫療點數  $\times$  (1 + 照護對象之年齡性別校正後每人年醫療費用成長率 + 當年西醫部門成長率)  $\times$  照護對象人數。



# 試辦院所團隊（醫院）回饋金



- 虛擬總額之醫療點數高於試辦對象實際使用之醫療點數，兩者之差額為「結餘點數」。
- 回饋金：
  - 基本回饋金(60%)：回饋結餘點數之6成。  
公式：回饋金=(結餘點數) $\times$ 60% $\times$ 每點一元
  - 醫療品質回饋金(40%)：回饋結餘點數之4成，並依符合本計畫規定之評核指標成數，獲得本項回饋金。  
公式：醫療品質回饋金  
=(結餘點數) $\times$ 40% $\times$  $\Sigma$ 符合品質指標占率 $\times$ 每點一元



# 試辦院所團隊（醫院）

## 負擔財務風險費用



- 虛擬總額之醫療點數低於試辦對象實際使用之醫療點數，兩者之差額為「風險點數」。
- 財務風險費用之計算：  
公式：負擔財務風險=(風險點數) $\times$ (1- $\Sigma$ 符合品質指標占率) $\times$ 50% $\times$ 每點1元



# 計畫評核指標(1)



- **組織指標：每項10%，共20%。**
  - 照護對象於院所團隊（醫院）（區）內固定就診率
  - 院所團隊（醫院）自選指標
- **臨床指標：計2項，共占50%。**
  - 糖尿病品質指標(計5項指標，占40%，每項各占8%)
  - 院所團隊（醫院）自選指標



# 計畫評核指標(2)



- 民眾(忠誠病人)感受指標：10%。  
滿意度問卷調查滿意度得分達80%(含)以上，即得10%；滿意度問卷調查滿意度得分70%-79%，即得5%。
- 其他政策鼓勵指標：每項10%，計20%。
  - 子宮頸抹片檢查率
  - 65歲以上老人流感注射率





# 評估與監控



- **參加醫院或院所團隊**：每年提送年度執行報告（包含計畫運作執行現況、計畫評核指標達成率等），全期完成提出總報告。
- **健保局**：彙整各醫院或院所團隊所提執行報告，進行整體執行成效之評估，並定期提供相關品質監控結果。
- **健保局各分區業務組**：定期輔導轄區試辦計畫醫院或院所團隊計畫之執行、指標之計算與費用核發。



# 計畫申請與實施期程



- **3月底前**：醫院或院所團隊應於100年3月31日前檢附計畫書10份，向本局提出申請(以郵戳為憑)。
- **4-5月**：本局邀請學者專家進行評選。
- **5月15日**：本局於100年5月15日前於全球資訊網公布試辦院所團隊名單。
- **5-6月**：協助試辦團隊進行前置作業。
- **7月1日**：正式實施。



# 計畫參與團隊及照護對象人數



序號	試辦模式	照護團隊	照護對象	照護對象人數
1	區域整合	彰濱秀傳紀念醫院及7家區內衛生所及診所	彰化縣線西鄉戶籍人口	14,799
2	區域整合	臺灣大學醫學院附設醫院金山分院	新北市金山區合理現住人口	15,614
3	區域整合	澄清綜合醫院及5家區內衛生所及診所	台中市東區戶籍人口	61,923
4	社區醫療群	樂樹醫療群(芝山診所及5家合作診所)	團隊忠誠病人	5,976
5	醫院忠誠病人	天主教耕莘醫院	醫院忠誠病人	20,094
6	醫院忠誠病人	彰化基督教醫院	醫院忠誠病人	30,014
7	醫院忠誠病人	屏東基督教醫院	醫院忠誠病人	8,664
合計				157,084



# 各團隊執行之創新策略



- 區域整合模式之團隊:依據當地民眾需求，走入社區進行健康促進及宣導活動，提供適切服務。
- 醫院忠誠病人模式團隊:主要以團隊內(院內)資訊整合為手段，以減少院內浪費及達成品質指標為主要努力重點。
- 社區醫療群模式團隊:結合社區志工，推行健康促進與運動計畫，並提出回饋金與照護對象共享之機制。



# 計畫評量指標



指標類型		指標名稱	目標值	權重
組織指標	指定	照護對象於院所團隊(醫院)(區)內固定就診率	與前一年同期相較，成長率大於-5%(含)	10%
	自選	院所團隊自選指標		10%
臨床指標	指定	糖尿病人加入照護方案比率	高於全國平均值	8%
	指定	糖尿病病患醣化血色素(HbA1c)檢查執行率	高於全國平均值	8%
	指定	糖尿病病患空腹血脂(Fasting Lipid Profile)檢查執行率	高於全國平均值	8%
	指定	眼底檢查或眼底彩色攝影執行率	高於全國平均值	8%
	指定	尿液微量白蛋白檢查執行率	高於全國平均值	8%
	自選	院所團隊自選指標		10%
其他政策鼓勵指標	指定	子宮頸抹片檢查率	不低於全國平均值	10%
	指定	65歲以上老人流感注射率	不低於全國平均值	10%

註. 80%為指定指標，20%為自選指標

# 100Q3~101Q1 醫療利用情形(團隊內)

	團隊內門診成長率		團隊內住診成長率	
	次數	點數	次數	點數
忠誠型_A	-20.7%	-11.1%	-7.0%	10.4%
忠誠型_B	-20.3%	-10.2%	-0.1%	18.3%
忠誠型_C	-26.2%	-13.1%	-4.1%	3.8%
社區型	-28.5%	-19.6%		
區域型_A	-8.6%	5.6%	-13.8%	-3.7%
區域型_B	25.6%	7.6%	18.6%	29.2%
區域型_C	-1.0%	5.6%	-9.0%	42.9%

•備註. 忠誠型與社區型呈現數據為100Q3-101Q1，區域型數據為101Q1

- 醫院忠誠病人與社區醫療群模式團隊:團隊內門住診就醫次數、門診就醫點數較前年同期下降
- 區域整合模式團隊:區域整合模式兩團隊門診次數略下降



# 100Q3~101Q1醫療利用情形(整體)



	整體門診成長率		整體住診成長率	
	次數	點數	次數	點數
忠誠型_A	-5.5%	-1.7%	7.9%	29.8%
忠誠型_B	-0.7%	-0.8%	11.5%	31.3%
忠誠型_C	0.1%	-1.7%	17.4%	37.1%
社區型	-8.5%	8.8%	10.1%	31.8%
區域型_A	-9.9%	0.4%	-7.8%	-0.1%
區域型_B	-5.8%	1.3%	3.8%	3.3%
區域型_C	-4.3%	2.4%	4.1%	15.4%

備註. 忠誠型與社區型呈現數據為100Q3-101Q1，區域型數據為101Q1

➤所有試辦團隊之門診次數呈現下降趨勢，住診次數及點數除2家區域整合團隊控制在5%成長，其餘5家團隊住院點數持續成長



# 方案評核指標基期值(指定指標)



指標類型	指標名稱	基期值	權重
組織指標	照護對象於院所團隊(醫院)(區)內固定就診率	-	10%
臨床指標	糖尿病人加入照護方案比率	28.80%	8%
	糖尿病病患醣化血色素(HbA1c)檢查執行率	86.55%	8%
	糖尿病病患空腹血脂(Fasting Lipid Profile)檢查執行率	62.89%	8%
	眼底檢查或眼底彩色攝影執行率	30.32%	8%
	尿液微量白蛋白檢查執行率	32.50%	8%
其他政策鼓勵指標	子宮頸抹片檢查率	26.58%	10%
	65歲以上老人流感注射率	31.60%	10%

註. 指標基期為99年7月至100年6月，故基期值呈現為年指標





# 101年第1季指定指標達成情形



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%
	糖尿病病患醣化血色素(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	子宮頸抹片檢查率	7	5	71.43%
鼓勵指標	65歲以上老人流感注射率	7	3	42.86%

備註. 區域整合團隊以執行1季(101Q1)之結果呈現，醫院忠誠病人模式及社區醫療群模式團隊以執行3季(100Q3-101Q1)之結果呈現



# 101年第1季自選指標達成情形



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
初期慢性腎臟病照護率註1	第一次結算時收案率高於17.5%	3	3	100.0%
初期慢性腎臟病完整追蹤率	高於同層級院所全國75百分位	1	1	100.0%
糞便潛血檢查率	高於同層級院所75百分位	3	2	66.7%
乳房攝影篩檢率	高於同層級院所75百分位	3	1	33.3%
預立DNR簽立率	團隊DNR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	0.0%
糖尿病民眾完成初期慢性腎病篩檢率註2.	第一次結算時自身比成長15%	2	1	50.0%

註1. 自選指標選取初期慢性腎臟病照護率者均已達到收案率高於17.5%之目標

註2. 糖尿病民眾完成初期慢性腎病篩檢率目標值為第1次結算時自身比成長15%，考慮選取本指標之試辦團隊僅執行1季，故自身比成長率高於2.5%即認定為達成目標



# 論人計酬計畫之價值



- 論人計酬為本局第一次以人為單位之支付計畫，給付方式同時設計回饋金與風險分擔機制，期望參與院所能以團隊方式(即各層級院所合作整合區域內醫療體系)提供服務，並以預防保健、疾病管理與疾病衛教等服務為重點，以達兼顧財務與醫療品質之雙贏計畫



# 辦理實地參訪與輔導



- 本局分別於本(101)年1月及6月陸續辦理3次專家學者實地參訪及輔導該7家試辦團隊，並邀請其他團隊參與觀摩及學習
  - 團隊對試辦計畫提出建議，包括：
    - ✓ 風險校正計算公式可更周延
    - ✓ 應有基本承作費
    - ✓ 品質指標定義及目標值應可再檢討
    - ✓ 資訊回饋更即時及詳細
  - 本局近期將就各團隊提出建議，再邀請學者專家進行討論後，針對不同型態之團隊分別設定階段性目標及修正計畫之參考



# 小結



- 論人計酬試辦計畫執行迄今，團隊內門住診次數均較基期下降，顯示團隊內門住診整合之效益逐漸顯現，惟團隊外之住院次數與點數則呈大幅上升，另評量指標有一定比率之團隊已達成。
- 考量本計畫試辦期間尚短，需較長時間才可能看見具體成效，建議持續觀察。



# 未來方向(1/2)



- 本局於101年度提出「論人計酬試辦計畫成效評估」委託研究3年計畫，研究內容包括：
  - 研究：
    - ✓ 提出國內外論人計酬支付制度相關文獻蒐集及探討
    - ✓ 界定論人的「人」操作面定義範疇
    - ✓ 提出最適宜之風險校正方法：針對3種試辦模式，提出計算每人合理醫療費用之具體校正因子、權重及運算模型。
  - 研議合適之成效指標及操作型定義：
    - ✓ 分析現行品質指標及過程中團隊提供服務、在地政策溝通與促進民眾參與之成效。
    - ✓ 考量結構面、過程面與結果面等不同面向，針對3種試辦模式各提出至少5項最適之成效指標、操作型定義及分配權重。



# 未來方向(2/2)



- ▶ 持續至各試辦團隊進行協助輔導諮詢：
  - ✓ 前往7家團隊進行實地協助輔導諮詢，包括針對各團隊提出年度協助輔導諮詢計畫、每季至少至各試辦團隊進行1次實地訪查及輔導、每團隊每年辦理1次論人計酬觀摩會等。
- ▶ 針對論人計酬照護團隊與照護對象，進行論人計酬試辦計畫之滿意度調查；
  - ✓ 針對輔導諮詢結果提出成果報告及研究結果報告，並於期中、期末繳交兩次研究成果報告
  - ✓ 於第三年辦理全國觀摩會，邀請各界參與。



# 論質計酬支付制度 -全民健保醫療給付 改善方案





# 論質方案推動理念

單一、片斷看診



連續性照護  
主動追蹤

論量計酬



論質計酬

照護品質提升





# 論質方案之疾病管理項目



➤ 糖尿病 (101.9 導入支付標準)

➤ 乳癌

➤ 高血壓 (102年取消)

➤ 氣喘

➤ B、C型肝炎帶原者 (99年新增)

➤ 精神分裂症 (100年新增)

➤ 初期慢性腎臟病 (CKD)

費用影響大

罹病人數多

照護模式有改善空間

※ 肺結核照護率達92%於97年導入支付標準



# 論質方案之品質要求



## 品質三構面

結構面

過程面

結果面

糖尿病

氣喘

乳癌

高血壓

BC肝帶  
原者

精神分  
裂症

CKD

加重論結果

獎勵

註：1. 氣喘於101年新增結果面指標。

2. 糖尿病方案自95年8月1日起，內含退場機制及結果面指標。



# 論質方案推動理念(1/2)



疾病項目	設計精神	重要品質指標
各方案	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 改善單一、片斷看診情形，成為以「病人為中心」之連續性追蹤照護。</li><li>2. 論量計酬改變為論質計酬。</li></ol>	收案率 完整追蹤率
糖尿病	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 提供符合疾病診療指引，加強追蹤管理及衛教服務。</li></ol>	HBA1C糖化血色素 LDL低密度脂蛋白
氣喘	<ol style="list-style-type: none"><li>2. 加強病患自我管理照護。</li><li>3. 配合適宜的治療，減少急症、併發症及合併症的發生。</li></ol>	平均每人急、住診次數 因氣喘住院或急診之比率
高血壓		血壓值
乳癌	癌症需要「早期正確診斷，早期正確治療」，可獲得最佳療效，以定期醫療品質報告(report)與追蹤，確保癌症診療與照護品質。	5年整體存活率、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



# 論質方案推動理念(2/2)



疾病項目	設計精神	重要品質指標
精神分裂症	使精神分裂症患者能固定規律接受治療及定期服藥，減少急性住院、急診、自殘損傷等高風險行為。	精神科門診平均就診次數 精神科不規則門診比例 6個月內精神科急性病房再住院率 急診使用人次比率
BC型肝炎帶原者	持續追蹤B型、C型肝炎帶原者，使其能定期接受追蹤檢查，有助減少肝癌的發生。	完整追蹤率 腹部超音波檢查執行進步率 發現早期肝癌人數



# 論質方案-支付誘因



## ▶ 支付誘因：論量核實支付+額外獎勵誘因

疾病項目	額外獎勵誘因
糖尿病	管理照護費：初診支付400點、複診支付200點、年度評估支付800點；96年起依品質指標評核給予品質加成鼓勵。(診察費及檢驗檢查項目另得核實申報)
氣喘	管理照護費：初診支付400點、複診支付200點、年度評估支付800點。(檢驗檢查項目得核實申報)，並訂定品質加成指標：病人完整追蹤率、收案病人因氣喘住院的比率、收案病人因氣喘急診的比率，及品質監測觀察指標：降階治療成功率、氣喘出院14日內再入院率。
高血壓	初診支付200點、複診支付200點、年度評估支付500點。(檢驗檢查項目得核實申報)
乳癌	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ 依診療組合(診斷、治療、追蹤等)定額加成支付。</li><li>▶ 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。</li></ul>
精神分裂症	一般病人1000點，高風險病人1500點。40%基本照護費，60%品質獎勵。
BC型肝炎帶原者	初診支付100點、複診支付100點、品質獎勵100點、發現費500點。



# 醫療給付改善方案



## ▶ 歷年協定事項與經費

- 協定預算金額：由相關總額部門之專款項目「醫療給付改善方案」預算項目支應。

總額別	項目	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年Q1
醫院 總額	預算數 (億元)	7.25	7.86	5.04	2.87	5.87	4.87	4.998
	申報數 (億元)	1.88	2.02	2.04	1.94	2.89	3.89	0.634
	執行率	25.9%	25.7%	40.5%	67.4%	49.3%	79.77%	12.69%
西醫基 層總額	預算數 (億元)	3.56	4.27	4.24	2.99	3.0	3.0	2.12
	申報數 (億元)	2.04	1.49	1.30	1.29	1.41	1.48	0.359
	執行率	57.3 %	35%	30.8%	42.7%	46.9%	49.26%	16.93%

註1：93-100年執行預算，係以點值結算結果，101年Q1暫以門住診醫療申報P碼進行計算。

註2：因乳癌及精神分裂症無申報之管理照護費用P碼可擷取，需待結算資料，故尚無法統計。



# 預算執行情形－醫院部門

單位：億點

年度	95	96	97	98	99	100	101Q1
預算數	7.25	7.86	5.04	2.873	5.873	4.873	4.998
預算執行數	1.88	2.02	2.039	1.936	2.893	3.887	0.634
糖尿病	1.02	1.11	1.39	1.496	1.945	2.283	0.547
氣喘	0.24	0.16	0.16	0.162	0.169	0.175	0.044
高血壓	—	0.07	0.13	0.07	0.072	0.094	0.02
乳癌	0.15	0.25	0.37	0.208	0.53	0.901	*註3
結核病	0.43	0.431	導入 支付標準	—	—	—	—
子宮頸癌	0.044	註1	—	—	—	—	—
精神分裂症	未實施	—	—	—	0.147	0.347	*註3
BC肝炎帶原者	未實施	—	—	—	0.03	0.087	0.023
預算執行率	25.9%	25.7%	40.5%	67.4%	49.3%	79.77%	12.69%

註1. 配合子宮頸抹片檢查移為公務預算，本計畫自健保刪除。

註2. 95-100年以點值結算結果，101年Q1以截至101年3月申報疾病管理照護費用計算。

註3. 因無申報之管理照護費用P碼可擷取，需待結算資料，故尚無法統計。





# 預算執行情形－基層部門

單位：億點

年度	95	96	97	98	99	100	101Q1
預算數	3.56	4.27	4.236	2.99	3.00	3.00	2.12
預算執行數	2.04	1.49	1.303	1.290	1.406	1.478	0.359
糖尿病	0.45	0.48	0.60	0.684	0.768	0.832	0.203
氣喘	1.21	0.60	0.51	0.473	0.471	0.438	0.118
高血壓	0.29	0.39	0.18	0.133	0.137	0.138	0.024
乳癌	—	—	—	—	—	—	—
結核病	0.019	0.018	導入 支付標準	—	—	—	—
子宮頸癌	0.07	註1	—	—	—	—	—
精神分裂症	未實施	—	—	—	0.004	0.011	*註3
BC肝炎帶原者	未實施	—	—	—	0.026	0.058	0.014
預算執行率	57.3%	35%	30.8%	42.7%	46.9%	49.26%	16.93%

註1. 配合子宮頸抹片檢查移為公務預算，本計畫自健保刪除。

註2. 95-100年以點值結算結果，101年Q1以101年1-3月申報疾病管理照護費用計算。

註3. 因無申報之管理照護費用P碼可擷取，需待結算資料，故尚無法統計。



# 執行情形及成效評估





# 論質方案-照護人數(整體)



照護人數	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	100/99 成長率	101Q1
糖尿病	160,889	176,475	181,098	191,251	214,340	254,504	283,748	11.49%	212,137
氣喘	184,269	190,671	140,464	119,645	115,788	115,423	115,600	0.15%	56,120
乳癌	5,852	6,927	8,438	9,807	10,743	11,678	11,827	1.28%	10,196
高血壓	未實施	98,960	123,392	76,667	54,698	54,481	65,528	20.28%	13,802
精神分裂症	未實施					36,580	43,076	17.75%	28,606
BC肝帶原者	未實施					44,035	91,840	108.56%	36,580
合計	351,010	473,033	453,392	397,370	395,569	516,701	593,061	14.78%	352,429

註1：照護人數係指當年度有申報該方案相關費用之歸戶人數。

註2：95年高血壓僅於基層診所實施。

註3：99年開始實施精神分裂症方案與BC肝炎帶原者方案。



# 論質方案-照護率(整體)



照護率	94年	95年	96年	97年	98年	99年 <sup>1</sup>	100年	101Q1
糖尿病	23.52%	23.16%	24.67%	26.34%	27.56%	29.26% <sup>2</sup>	31.16%	23.51%
氣喘	32.50%	34.78%	35.17%	31.29%	31.61%	47.02%	45.45%	52.33%
乳癌	12.09%	12.98%	13.60%	14.64%	14.50%	14.62%	13.67%	15.29%
高血壓	未實施	9.31%	6.54%	3.93%	2.65%	2.55%	2.94%	0.79%
精神分裂症	未實施					40.65%	46.94%	30.73%
BC肝帶原者	未實施					9.83%	19.37%	18.70%

- 註1：照護率 分子:當年度申報該方案相關費用之歸戶人數。  
 分母:當年度該疾病之符合收案條件之歸戶人數(糖尿病、精神分裂症)  
 或當年度申報該疾病診斷之歸戶人數(氣喘、乳癌、高血壓、精神分裂症、BC肝帶原者)。
- 註2：糖尿病方案99年放寬收案條件，分母由78萬人增加為87萬人(+12%)

# 論質方案-照護情形(醫院)

方案別	年度	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101Q1
糖尿病	個案數	119,828	123,289	127,842	135,926	154,512	188,827	209,647	154,359
	照護率	24.47%	23.77%	25.51%	27.61%	30.06%	31.30%	35.01%	16.84%
氣喘	個案數	36,267	33,686	27,029	23,534	23,911	25,006	24,860	12,440
	照護率	13.54%	13.93%	14.34%	14.60%	15.75%	21.73%	20.87%	23.54%
乳癌	個案數	5,852	6,927	8,438	9,807	10,743	11,678	11,827	10,196
	照護率	12.09%	12.98%	13.60%	14.64%	14.50%	14.62%	13.67%	15.29%
高血壓	個案數	未實施	---	25,138	30,821	18,709	19,621	26,140	5,988
	照護率	未實施	---	2.62%	3.16%	1.87%	1.92%	2.48%	0.77%
精神分裂症	個案數	未實施	---	---	---	---	35,585	41,846	27,679
	照護率	未實施	---	---	---	---	40.95%	54.8%	35.85%
B、C肝帶原者	個案數	未實施	---	---	---	---	23,580	55,580	22,520
	照護率	未實施	---	---	---	---	6.79%	15.11%	14.35%

註1：照護率 分子：當年度申報該方案相關費用之歸戶人數。

分母：當年度該疾病之符合收案條件之歸戶人數(糖尿病、精神分裂症)或當年度申報該疾病診斷之歸戶人數(氣喘、乳癌、高血壓、精神分裂症、BC肝帶原者)。

註2：糖尿病方案99年放寬收案條件，分母由78萬人增加為87萬人(+12%)

# 論質方案-照護情形(基層)

方案別	年度	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101Q1
糖尿病	個案數	43,897	54,717	54,410	56,408	61,007	66,866	74,561	57,849
	照護率	14.84%	16.55%	19.67%	20.80%	20.01%	19.74%	21.79%	25.79%
氣喘	個案數	150,778	159,302	114,610	97,228	92,672	91,038	91,203	43,748
	照護率	44.50%	46.43%	48.12%	43.94%	40.96%	65.71%	63.03%	78.22%
高血壓	個案數	未實施	98,960	98,305	45,865	36,007	34,870	39,393	7,815
	照護率	未實施	9.31%	8.89%	3.98%	2.89%	2.69%	2.92%	0.77%
精神分裂症	個案數	未實施	---	---	---	---	995	1,230	927
	照護率	未實施	---	---	---	---	32.21%	17.6%	12.97%
B、C肝帶原者	個案數	未實施	---	---	---	---	20,645	36,366	14,060
	照護率	未實施	---	---	---	---	16.13%	26.36%	34.18%

註1：照護率 分子：當年度申報該方案相關費用之歸戶人數。

分母：當年度該疾病之符合收案條件之歸戶人數(糖尿病、精神分裂症)或當年度申報該疾病診斷之歸戶人數(氣喘、乳癌、高血壓、精神分裂症、BC肝帶原者)。

註2：糖尿病方案99年放寬收案條件，分母由78萬人增加為87萬人(+12%)

註3：氣喘方案配合收案對象定義改變，99年照護率統計方式改變：99年以前分母是以門診主診斷493歸戶人數，排除兩次就醫大於60天者。99年開始分母是以門診主診斷493歸戶人數，60天內同院所就醫2次以上。



# 執行成果-糖尿病方案(1/4)

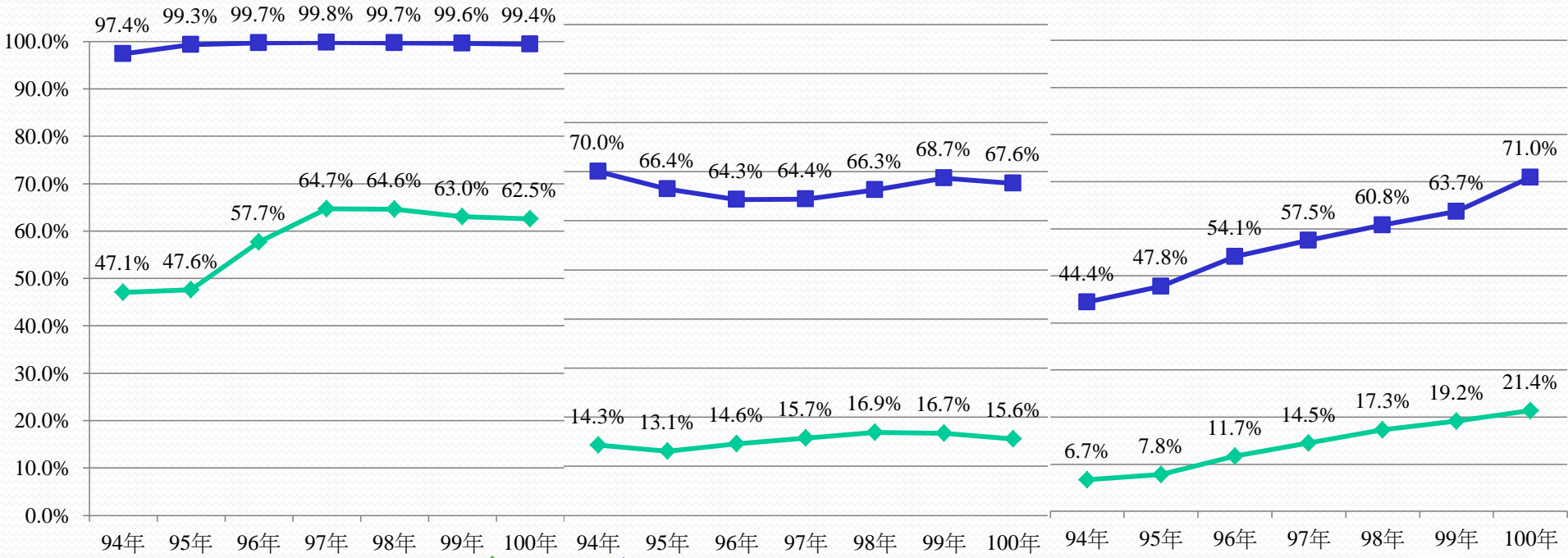


參與方案之個案 其治療指引遵循率較高

### HbA1C

### 眼底鏡檢

### 微量白蛋白



◆ 未參與方案

■ 參與方案



# 執行成果-糖尿病方案(2/4)



追蹤94-99年新收案HBA1C > 9.5%個案66%改善

初診 HBA1C > 9.5%人數	1年後HBA1C 值	人數	比率
53,911	<7% 良	9,451	17.5%
	7%~9.5%	26,304	48.8%
	>9.5% 不良	18,156	33.7%



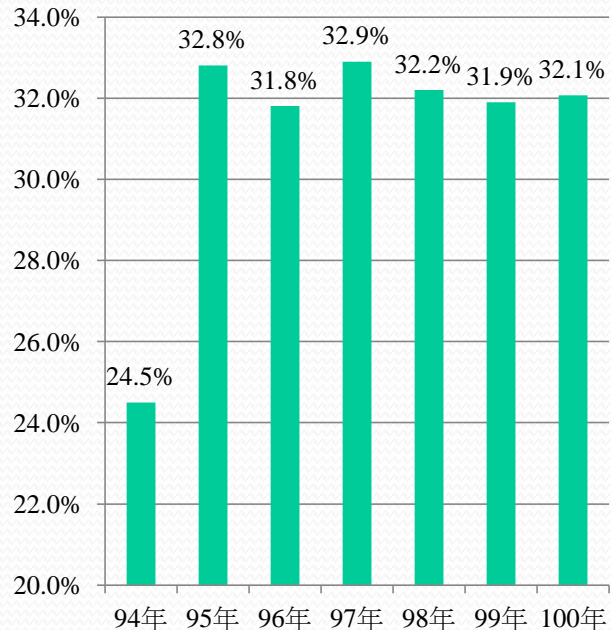


# 執行成果-糖尿病方案(3/4)

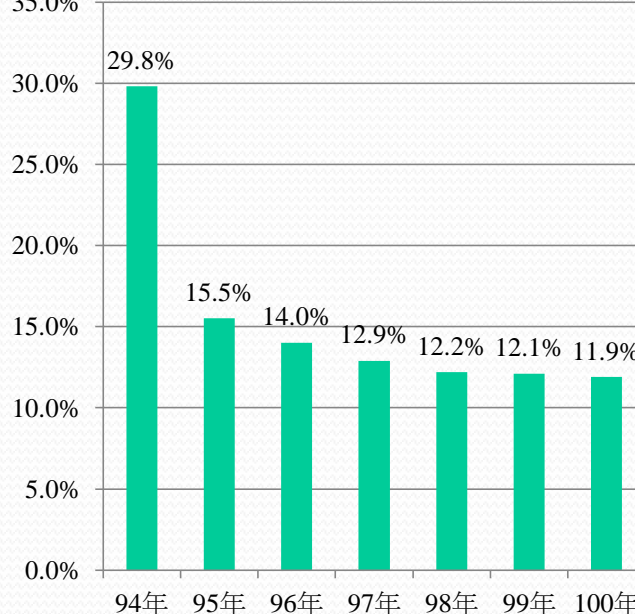


連續追蹤94年新參與方案者95-100年成效

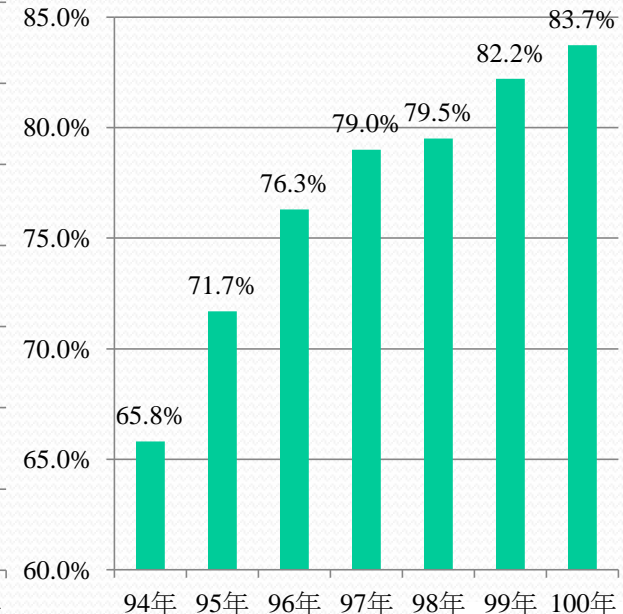
HbA1C < 7.0% (良率)



HbA1C > 9.5% (不良率)



LDL ≤ 130 (良率)



註：94年新參加個案6.8萬人於該年度年度檢查值



# 執行成果-糖尿病方案(4/4)

## 追蹤七年糖尿病人洗腎發生率



94-100年	糖尿病人數	新增洗腎人數	洗腎發生率
皆參加方案	48,796	295	0.60%
皆未參加方案	402,295	17,339	4.31%
曾經參加但未連續參加	208,186	7,455	3.58%
合計	659,277	25,089	3.81%

註：追蹤94年至100年符合收案條件之糖尿病人(排除案件分類08，90天內2次以上主診斷250之就醫)，比對94~100年重大傷病檔新增領證ID，主診斷慢性腎衰竭(尿毒症)，585、40301、40311、40391、40402、40403、40412、40413、40492、40493。



# 論質方案成果-乳癌方案



- 本指標係以Kaplan-Meier或Life table計算存活率，本年度試辦個案其五年存活率：
  - ✓ 零期病患平均為98.62%（99年為98.40%）
  - ✓ 第1期病患平均為95.64%（99年為94.41%）
  - ✓ 第2期病患平均為90.35%（99年為89.07%）
  - ✓ 第3期病患平均為73.48%（99年為70.75%）
  - ✓ 第4期病患平均為34.82%（99年為33.79%）
  - ✓ 與99年比較，各分期均有提升趨勢。

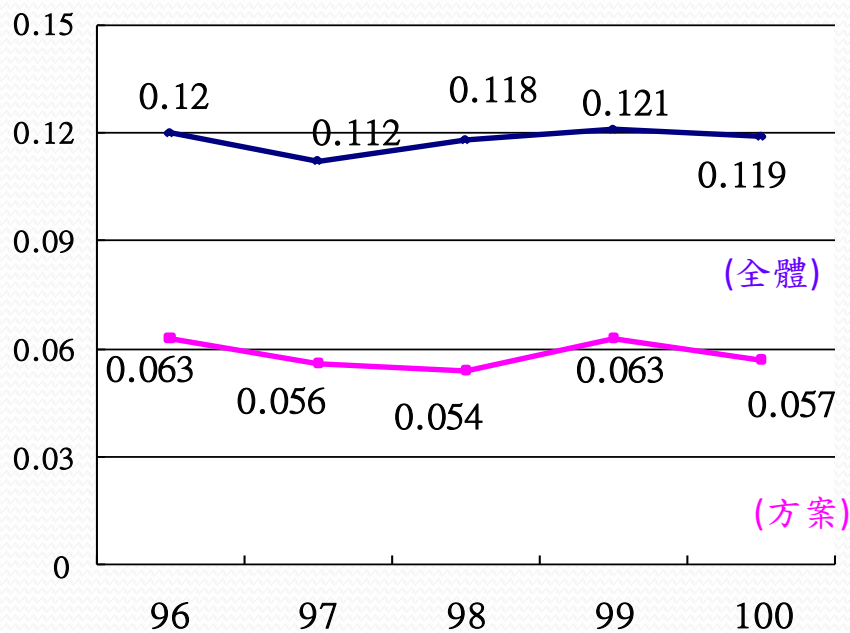


# 執行成果-氣喘方案(1/3)

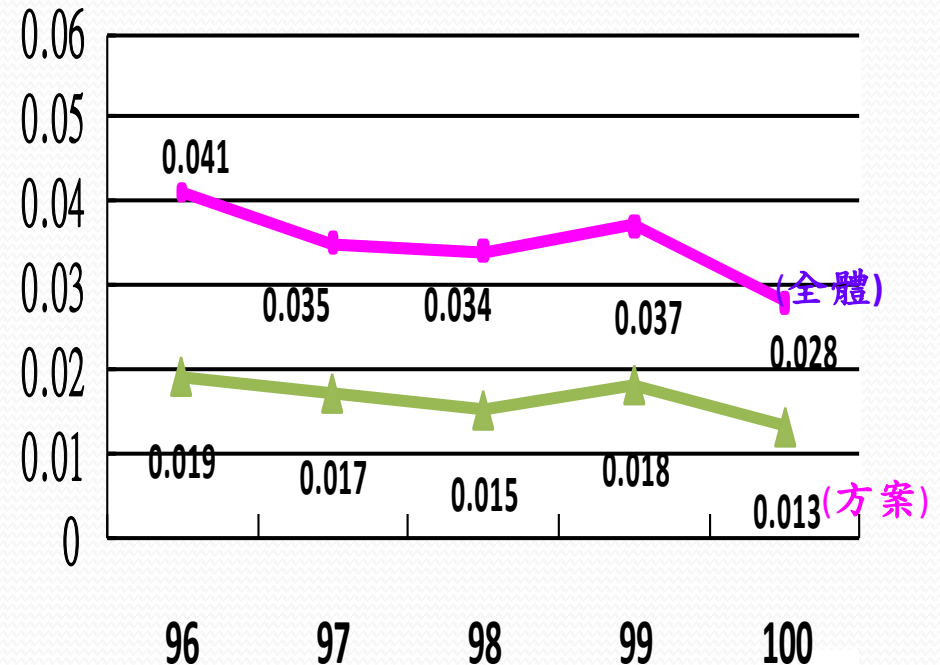


參與個案每人平均急診及住診次數均較整體為低

### 平均每人急診次數



### 平均每人住診次數



註：全體為西醫醫院與基層主診斷為氣喘患者；方案指當年度申報氣喘試辦方案之病人。

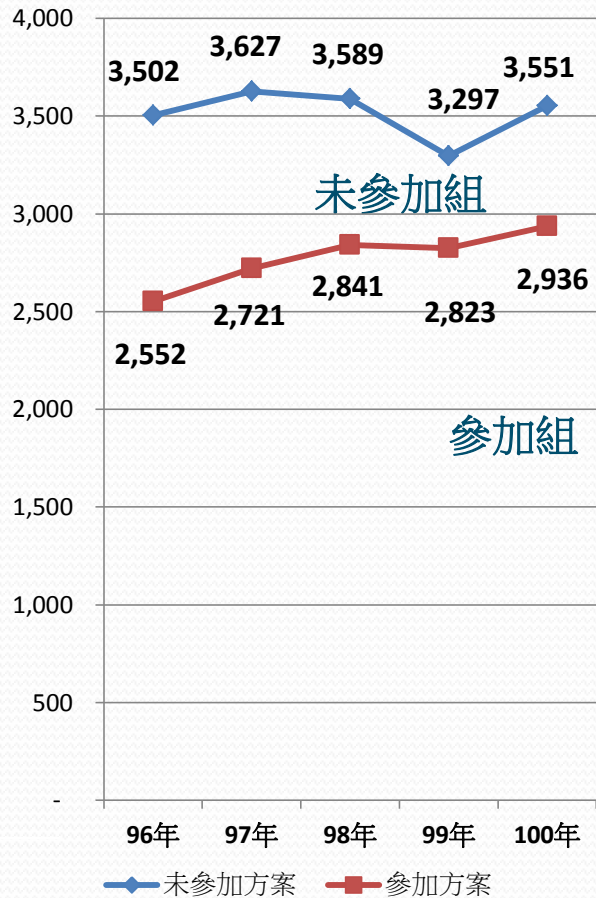


# 執行成果-氣喘方案(2/3)

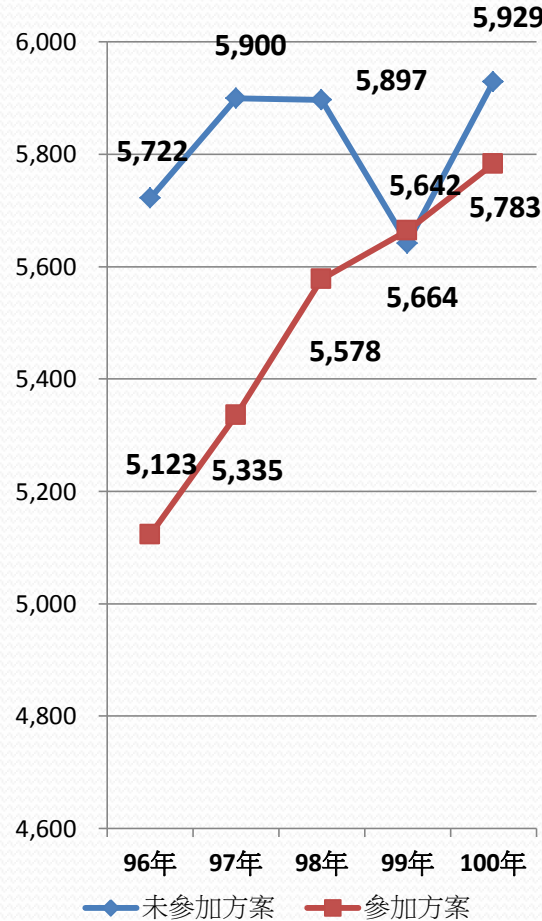


## 收案對象門診平均每人藥費、醫療費用及門診次數申報情形

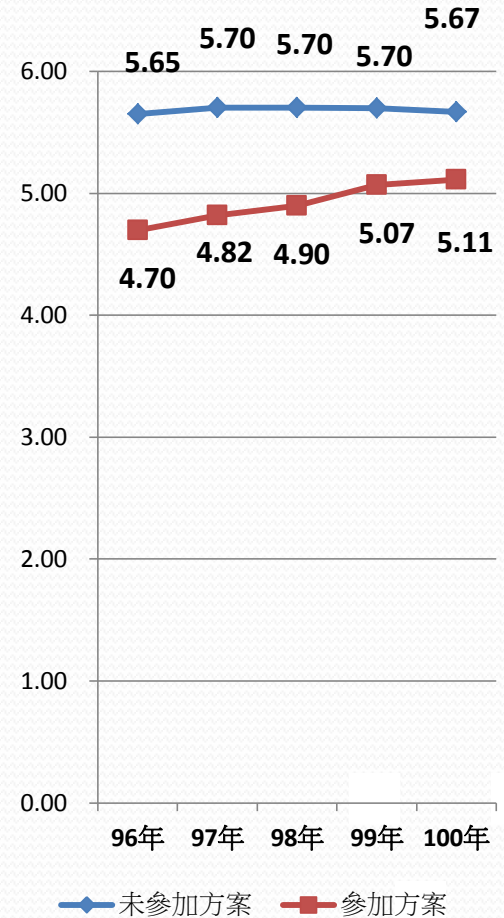
### 平均每人藥費比較



### 平均每人費用比較



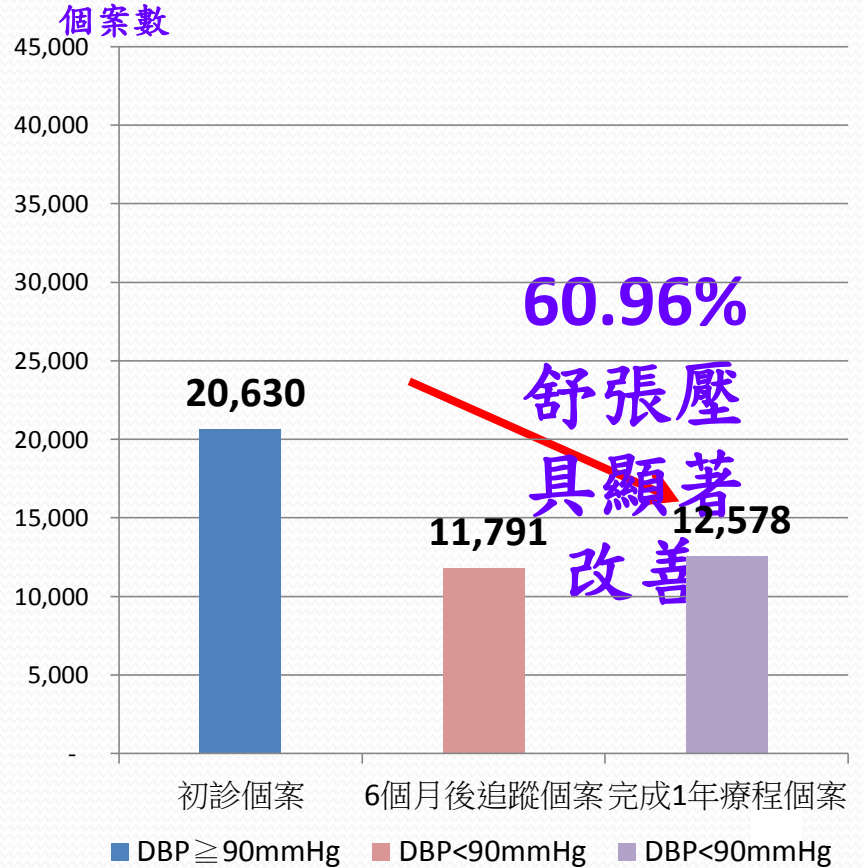
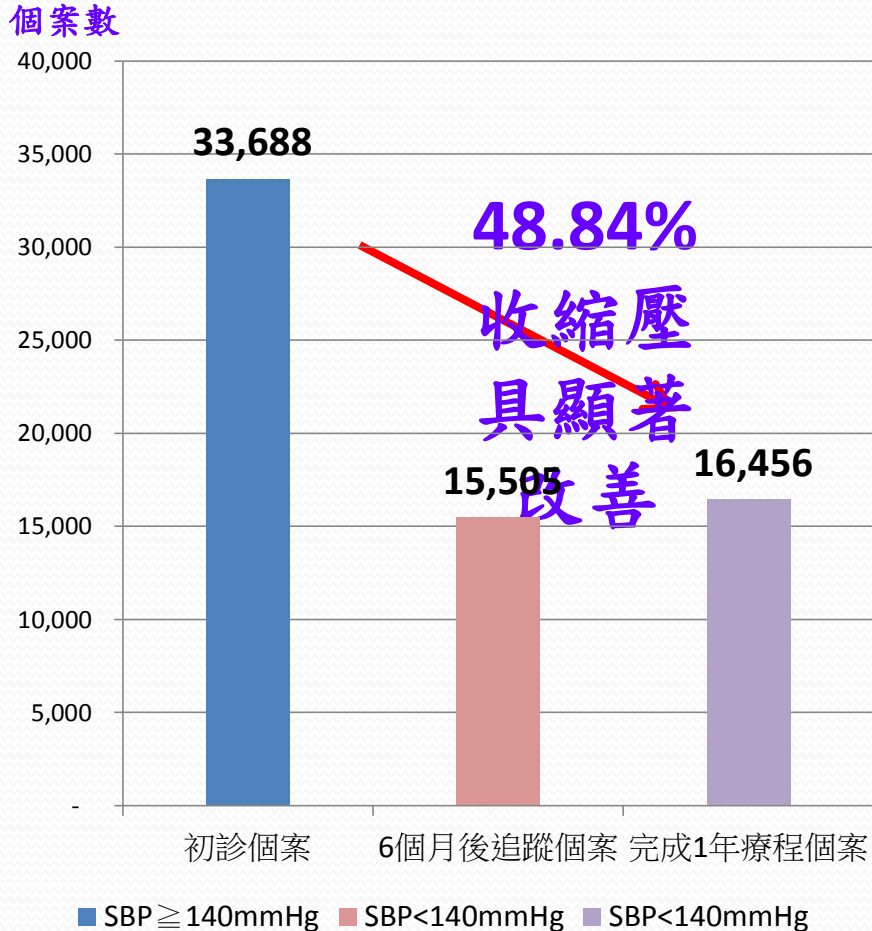
### 平均每人門診次數





# 執行成果-高血壓方案

## 參與方案後個案血壓具顯著改善



### 96年至100年底完成療程個案



# 執行成果-精神分裂症方案(1/5)



## 100年度院所收案家數

特約類別	本方案收案院所家數	
	一般病人	高風險病人
醫學中心	11	10
區域醫院	27	25
地區醫院	41	35
基層診所	11	9
合計	90	79

註：99年度收案院所家數，收治一般病人為81家，收治高風險病人為74家。

# 執行成果-精神分裂症方案(2/5)

## 100年病人類別及收案率

病人類別		應收案人數 (A)	實際收案人數 (B)	收案率 (B/A)
一般病人	固定	55,330	32,708	59.11%
	未固定	19,970	7,132	35.71%
	久未	10,440	292	2.80%
	小計	85,740	40,132	46.81%
高風險病人	固定一般	4,052	2,325	57.38%
	未固定	1,465	600	40.96%
	久未就醫	509	19	3.73%
	小計	6,026	2,944	48.85%
合計		91,766	43,076	46.94%

註:1. 久未就醫病人名單未主動提供院所，係院所向各分區業務組提出需求再予提供，故收案率較低。

2. 99年應收案人數為89,989人，實際收案人數為36,584人，收案率為40.65%。





# 執行成果-精神分裂症方案(3/5)

## 100年品質指標達成權值情形



指標項目	正負向	權值	一般指標			高風險指標		
			99年	100年	是否達成	99年	100年	是否達成
指標一_平均每月精神科門診就診次數	正	20%	1.3950	1.3285	Y	1.3107	1.2538	Y
指標二_精神科平均每月不規則門診比例	負	20%	5.7%	4.1%	Y	6.1%	4.6%	Y
指標三_六個月內精神科急性病房再住院率	負	20%	19.1%	21.0%		48.3%	37.4%	Y
指標四_急診使用人次比率	負	20%	23.6%	24.9%		111.3%	78.9%	Y
指標五_失聯結案率	負	20%	21.7%	1.5%	Y	22.8%	1.5%	Y
指標六_強制住院發生人次比率	負	參考	0.7%	0.5%	Y	1.9%	1.0%	Y
指標七_固定就醫病人精神科急性病房平均住院天數	負	參考	12.8658	13.6462		28.8890	23.8899	Y
指標八_規則病人精神科急性病房住院人次比率	負	參考	23.8%	24.7%		67.4%	49.4%	Y
指標九_規則且一般病人佔率	正	參考	64.4%	62.5%		64.4%	62.5%	
合計					60%			100%

註：1. 100年一般指標之指標一\_平均每月精神科門診就診次數、指標二\_精神科平均每月不規則門診比例、指標五\_失聯結案率、指標六\_強制住院發生人次比率均較99年成績進步。

2. 100年高風險指標，除指標九\_規則且一般病人佔率外，其餘指標均較99年成績進步。



# 執行成果-精神分裂症方案(4/5)

## 100年病人類別及收案率

### 參與方案者醫療利用—門診

單位：點

年度	人數	人次	申請費用	部分負擔	平均每人門診申請
99	42,603	128.0萬	21.7億	4,145萬	50,917
100	42,556	129.7萬	23.1億	4,056萬	54,389
差異	-47	1.7萬	1.6億	-89萬	3,472

註1. 以100年收案人數43076人匯入99~100年健保門住診檔之醫療費用。

註2. 人次計算排除排除申報類別2&補報原因註記2。



# 執行成果-精神分裂症方案(5/5)

## 參與方案者醫療利用—住診

單位：點

年度	人數	人次	申請費用	部分負擔	住院天數	平均每人住院天數	平均每人住診申請	住院發生率
99	12,975	22,693	24.5億	1,590萬	182.5萬 (80天/件)	140.6天	188,899	30.1%
100	12,270	22,478	23.6億	1,400萬	166.8萬 (74天/件)	135.9天	192,724	28.5%
差異	-705	-215	-0.9億	-190萬	-15.7萬 (-6天/件)	-4.7天	3,825	-1.6%

註1. 以100年收案人數43076人匯入99~100年健保門住診檔擷取醫療費用計算。

註2. 人次以相同院所相同ID相同生日相同住院日為一筆計算之。

註3. 住院發生率=人數 / 100年收案人數43,076。



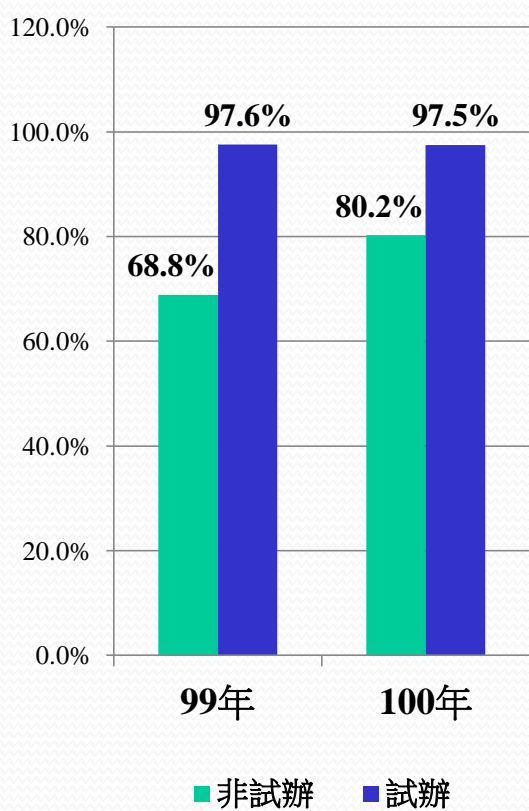
# 論質方案成果-B、C肝帶原者(1/2)

層級	參與家數	門檻符合率	年度完整追蹤人數	年度完整追蹤率	早期發現肝癌人數
醫院	109	80.73%	26,832	48.13%	212
基層	193	88.08%	17,569	47.90%	18
合計	302	85.43%	44,401	48.04%	230

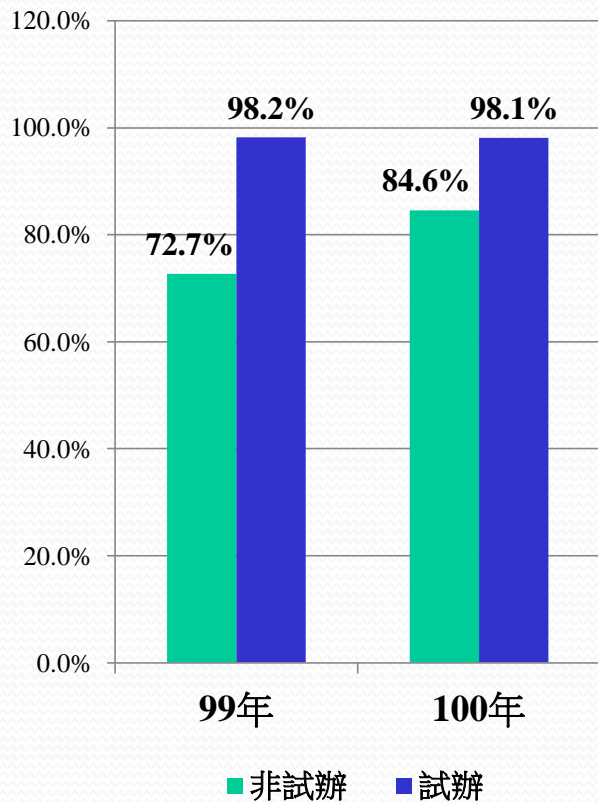
1. 資料來源：100年度醫療服務指標查詢作業
2. 年度完整追蹤人數之合計會因病患跨層級就醫而略有減少
3. 品質獎勵措施門檻指標：
  - 醫學中心及區域醫院當年度收案人數須 $\geq 50$ 人以上。
  - 地區醫院及基層診所當年度收案人數須 $\geq 20$ 人以上。

# 論質方案成果-B、C肝帶原者(2/2)

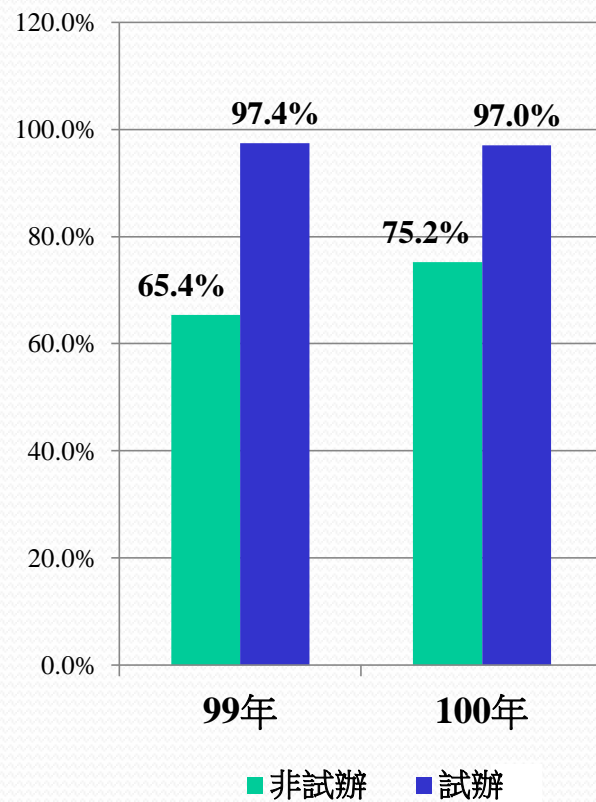
## GOT檢查率



## GPT檢查率



## 腹部超音波檢查率



比較99年-100年參與BC肝醫療給付改善方案之檢查(驗)執行率



# 論質方案成果總結



- 整體照護人數達59.3萬人，呈現上升的趨勢。
- 治療指引遵循率，參與方案者均高於未參與者，其中糖尿病最重要指標HbA1C之執行率已達99.47%。
- 糖尿病方案：初診血糖控制不良(HbA1C>9.5%)的病人66%改善。
- 氣喘方案：參與方案者急診及住院次數減少。
- 乳癌方案：第2-3期癌症存活率高於一般個案。
- 高血壓方案：參與方案者約有48.84%(收縮壓)及60.96%(舒張壓)個案血壓值獲改善。
- 精神分裂方案：較參加前1年，門診申請點數增加1.6億，住診減少0.9億。
- BC肝帶原者追蹤方案：參予試辦計畫病人的GOT、GPT檢查率、腹部超音波檢查率皆高於未參加者。



# 未來展望



- ✓ 總額下持續改革支付制度，逐步取消論量計酬，以提升效率及品質。
- ✓ 擴大論質計酬項目及照護人數，加強結果面指標，以確保醫療服務品質。
- ✓ 部分成效良好運作成熟之方案如糖尿病方案導入支付標準，擴大受益病人數，全面提升該病照護品質。



# 健保審查機制







## 管理策略及措施

### 穩定點值

1. 建立與醫界的管理平台
2. 目標點數管理
3. 分級審查措施
4. 持續辦理DRGs

### 異常管理及用藥管理

1. 醫療利用異常管理
2. 藥費支出的管理
3. 異常專案管理
4. 加強違規查處
5. 急重症及偏遠地區的保障
6. 正確就醫觀念的宣導

### 醫療服務品質確保

1. 醫療服務品質監測
2. 品質資訊公開



# 建立醫界共同管理之平台



- 召開醫院總額支付委員會議(4次)及各分區定期邀請醫院召開各區聯繫會議(各4-6次)
  - 各季醫療利用等整體資訊之公開。
  - 各分區點值之預估、監控及結算，分享管理經驗。
  - 共同討論及擬訂各項方案，以凝聚共識，化解推動阻力。
  - 加強保險對象權益之確保。
  - 政策之宣導。
- 定期召開分區監控會議(7次)
  - 預估點值
  - 價量管理
  - 專案管理經驗分享
  - 績效管理追蹤



# 各分區與醫院專業審查共管情形



- 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，各分區皆與醫院部門召開醫院總額聯繫會議及審查注意事項專業審查共識會議等，以建立專業審查共管機制。
- 100年至101年4月期間，另各分區共召開80次以上專業審查相關會議



# 實施目標管理分級審查



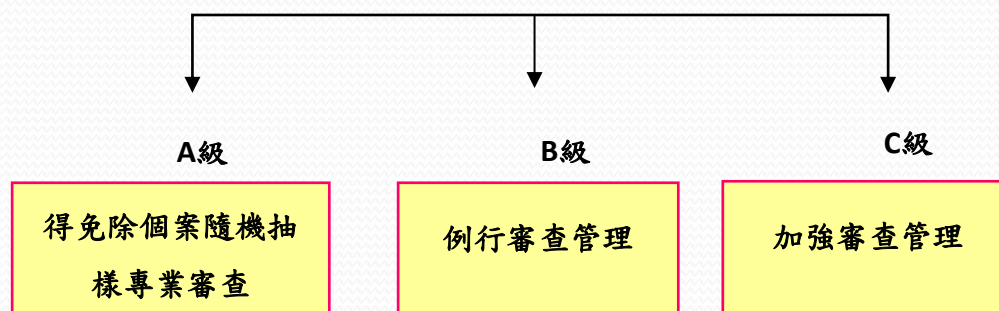
- 目的
  - 因地制宜，透過目標點數之分配，促使醫院專業自律，避免服務量及治療密度、強度之持續擴張。
  - 發揮同儕制約效能，維持點值穩定，降低醫院財務風險。
  - 提供免審或減審之誘因，鼓勵提升醫療服務效率，合理使用醫療資源。
  - 鼓勵或獎勵提升醫療服務品質，維護病人就醫權益。

# 分級審查管控措施-1

- 專業審查管理

- 尊重專業自主，原則三級審查

- 各分區與醫院代表建立分區共同管理機制，採三級審查為原則，必要時得設定醫院別管理目標。



- 訂定醫療服務品質指標按季監測

- 由分區依管理目標自行訂定。



# 分級審查管控措施-2



- 專業審查管理
  - 確保民眾就醫醫療品質權益
    - 各分區得視需要實地查證，如有不符規定明顯影響病患就醫權益者，各分區得提分區共管會議討論決議後，改列為加強審查醫院。



# 分級審查管控措施

## 醫療品質監測與獎勵



- 各分區依轄區特性，訂定品質監測指標與獎勵
- 逐年與醫界共同討論門、住診醫療服務品質指標若干項進行監測。



# 專業審查措施



- 辦理分級審查措施
- 建立以檔案分析為主軸之審查制度
- 二代醫療系統電腦醫令自動化審查（PHE）作業
- 利用檔案分析標記異常醫院資訊回饋
- 醫令利用異常閾值監測





# 專業審查人力配置



- 100-101年醫院總額支付制度下專業審查事務未委託，第8屆(99年-101年)審查醫事人員，本局函請各專科醫學會及台灣醫院協會依科別、層級別、需求員額數，推薦符合資格之專科醫師名單及優先順位，由本局辦理遴聘，任期二年，聘期自99年4月1日起至101年3月31日止，100年含增補聘共遴聘1,704人。



# 醫療費用審查注意事項增修



- 檢討增修全民健康保險醫院醫療費用審查注意事項：
- 全民健康保險醫院醫療費用審查注意事項於100年3月29日、100年10月3日、101年1月6日、101年4月11日公告增修部分條文。



# 醫療利用異常管理



- 高診次專案輔導
  - 99年度門診就醫次數 $\geq 100$ 次之個案經本局輔導至100年12月底，推估其100年較99年同期醫療費用約減少6.2億元（點），平均就醫次數下降17%，平均醫療費用下降16%，輔導成效顯著。
- 全民健康保險藥事居家照護試辦計畫
  - 100年度門診就醫次數 $\geq 100$ 次（排除牙醫、中醫、復健及精神科就醫者）者中篩選需要藥事居家照護專業輔導之保險對象，篩選具有慢性疾病領取多張慢性病連續處方箋、藥費過高或領取多種藥品品項者為優先輔導對象，平均每人門診藥費及醫療利用點數下降10%，門診就醫次數下降17%。
- 醫療院所異常管理及輔導
  - 包含高利用及高單價檢查、檢驗、藥品及治療項目等。



# 藥費支出管理



## ● 管理措施

- 監控藥價調整後之申報情形。
- 建置藥費分析監控系統（DA系統工具），即時掌握藥費成長原因，並定期回饋分區。若有異常情形，發出警訊，以通知各分區配合檢討異常原因。

# 藥費點數申報趨勢

年	月	門診			住診			合計		
		藥費點數 (億)	平均每件 藥費點數	占門診醫 療點數比	藥費點數 (億)	平均每件 藥費點數	占住診醫 療點數比	藥費點數 (億)	平均每件 藥費點數	占門住醫 療點數比
96年	01-12	637.0	718	44.8%	215.0	7,481	14.0%	852.0	930	28.8%
	成長率	5.12%	2.28%	-0.68%	-1.56%	-3.48%	-4.52%	3.35%	0.58%	-1.00%
97年	01-12	695.7	769	45.6%	225.8	7,763	14.1%	921.5	986	29.5%
	成長率	9.21%	7.10%	1.69%	5.01%	3.76%	0.96%	8.15%	6.09%	2.38%
98年	01-12	736.5	784	45.2%	230.4	7,723	14.0%	966.9	997	29.5%
	成長率	5.87%	1.99%	-0.75%	2.02%	-0.51%	-0.93%	4.93%	1.12%	0.14%
99年	01-12	755.6	786	44.4%	224.9	7,379	13.4%	980.5	988	29.0%
	成長率	2.58%	0.17%	-1.77%	-2.36%	-4.45%	-4.10%	1.41%	-0.97%	-1.66%
100年	01-12	829.6	836	45.3%	241.4	7,759	13.9%	1,071.0	1,046	30.1%
	成長率	9.79%	6.37%	1.93%	7.33%	5.14%	4.08%	9.23%	5.86%	3.60%

註1：資料來源截至101年6月8日明細彙總檔。

註2：含一般服務部門與專款。



# 異常專案管理-1



- 各分區依轄區特性，邀請醫院代表共同辦理
  - 醫療服務利用
    - 門住診價量專案：各分區適時以檔案分析方式，對於價、量成長醫院及成長項目進行抽審；另依醫院成長類型採行不同審查標的，定期監控醫院費用價量成長情形，對於異常成長項目列入每季立意專審，並適時修正篩選邏輯。
  - 特殊服務專案管理
    - 利用檔案分析進行醫療院所異常管理、醫令利用異常閾值監測、復健治療合理性管控、精神科個別醫師用藥行為差異統計及分析、CT及MRI執行後90日內CT或MRI再執行案件之利用合理性、輕病住院實地審。
  - 專業醫療品質之監控
    - 長期使用呼吸器照護管理專案、樣本註記加強抽樣專案審查、其他如鎖骨閉鎖性骨折施行開放性復位術合理性審查專案、ESWL及腎臟輸尿管相關手術之必要性.....等專案管理。



# 異常專案管理-2



- 各分區依轄區特性，邀請醫院代表共同辦理
  - 進行藥價調降品項醫療利用量之移轉監測：
    - 例如以ACT code 分類，針對各疾病別(AIDS、BC肝、血友病、罕病、器官移植、癌症、非癌症之重症、慢病等)用藥進行分析、進行藥品分組分類變動因素探討與管控對策及修正。
    - 線上提供管制藥品關懷名單、Tygacil藥物(B024443248)未經感染症專科醫師會診開立清查專案、骨穩注射液同病患使用超過18個月不符藥品給付規定清查專案.....等專案。
  - 特定就醫群管控：
    - 高診次病患之輔導改善、辦理「全民健保高診次民眾就醫行為改善方案—藥師居家照護」、安養住民醫療利用管理專案。



# 加強違規查處



- **違規處分及違法移送之成效**
  - 為避免健保醫療資源浪費，維護保險對象就醫安全與品質，除加強查察密醫看診及虛報詐領健保醫療給付之情事，並適時協調檢警調司法機關會同查辦特約醫事服務機構重大違法案件。
  - 100年度醫院總額部門違規者，計有70家次，其中扣減計29家次、罰鍰15家次及其他26家次；違規金額約3,051萬元，占醫院總額預算數約0.01%。





# 急重症、偏遠地區保障措施



- 為確保急重症病患就醫權益，住院之手術費、麻醉費、門診手術及血品費，以每點1元支付。
- 偏遠地區
  - 衛生署核定偏遠地區醫院之浮動點數，以前一季各區門住診平均點值核付費用，100年計有24家醫院符合認定原則，推估平均每年約增加支出1.2億元。
  - 衛生署公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院提供之急診急診診察費加成30%，急診醫療服務點數每點1元支付,共計44家，推估平均每年約增加支出3億元。
  - 100年其他總額預算編列預算2億元，由本局辦理「增進全民健保醫療資源不足地區之醫院點值保障方案」，就離島地區之醫院及緊鄰山地鄉民眾之急性主要就醫醫院、且距離最近之醫學中心車程達45分鐘以上者，合計15家，100年共支用2.8億元。



# 正確就醫觀念的宣導



## ● 珍惜健保資源，正確就醫之宣導

- 製作「二代健保」及「健保用心，讓您安心」等影音文宣共26個系列，加強民眾珍惜健保資源之概念。
- 提供索取健保手冊系列文宣：全民健康保險民眾權益手冊，供所需民眾及醫療院所上網索取。
- 提供索取健保單張系列文宣：製作「藥品不是萬靈丹，千萬不能和好朋友分享」等20系列，供所需民眾及醫療院所上網索取。
- 提供其他如「珍惜急診資源，輕病不要到醫院急診部看診」等20項文宣單張，供民眾下載索取。
- 建置主題專區：健保國際比較資料、健保IC卡、全民健康保險民眾權益手冊、DRG住院診斷關聯群支付制度、健保好健保不能倒、弱勢民眾安心就醫、國際疾病分類第十版ICD-10-CM/PCS等主題專區。



# 專業醫療服務品質

1. 民眾關心醫療品質指標
2. 院所別品質資訊建立及公開
3. 專業醫療服務品質報告



# 醫療品質資訊公開

民眾可於本局全球資訊網查詢

行政院衛生署中央健康保險局 - 全球資訊網 - Microsoft Internet Explorer 是由 行政院衛生署中央健康保險局 - 總局 提供

http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu\_id=661&webdata\_id=2872&WD\_ID=690

行政院衛生署中央健康保險局-全球資訊網

06月15日星期三 | 台北市 | 30°C~35°C | 回首頁 | 網站地圖 | 檔案下載 | 常見問題 | 意見信箱 | English | PDA | RSS | 雙語詞彙 | 人才招聘 | 加入我的最愛

**行政院衛生署  
中央健康保險局**  
BUREAU OF NATIONAL HEALTH INSURANCE,  
DEPARTMENT OF HEALTH, EXECUTIVE YUAN

全文檢索 分類檢索: 健保法令 影音文宣 表單 新聞  
請輸入您想查詢的關鍵字 [查詢]

熱門關鍵字: 二代健保 健保IC卡 DRG

認識健保局 健保法令 健保資訊公開 政府資訊公開 表單下載 意見信箱

現在位置: 首頁 > 健保資訊公開 > 醫療品質資訊公開

寄給朋友 友善列印

## 健保資訊公開

健保資訊公開

- 健保業務執行報告
- 醫療費用執行報告
- 會議紀錄資訊
- 地方政府欠費還款情形
- 委託研究
- 健保統計資訊
- 醫療品質資訊公開
- 違規醫事機構資訊
- 政府出版品
- 健保民意調查
- 醫療服務審查

### 醫療品質資訊公開

- 民眾關心醫療品質指標
- 醫療院所別醫療品質資訊
  - 服務類指標(含醫院、西醫診所、牙醫、中醫、透析服務)
  - 疾病類指標
- 專業醫療服務品質報告
- 專題報告
- 健保用心, 品質安心

更新日期: 2011/01/13

訊息臉譜 < 投下您對這則訊息的感覺 >

近端內部網路 100%

開始 3 Internet Explorer 一般 Microsoft PowerPoint 100年-醫院與透析部... Microsoft Excel - 100... 上午 11:38

# 民眾關心醫療品質指標

行政院衛生署中央健康保險局-全球資訊網 - Microsoft Internet Explorer 是由 行政院衛生署中央健康保險局 - 總局 提供

http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu\_id=661&WD\_ID=690&webdata\_id=3379

檔案(F) 編輯(E) 檢視(V) 我的最愛(A) 工具(T) 說明(H)

行政院衛生署中央健康保險局-全球資訊網

- 保險費計算與繳納
- 欠費催繳異議
- 申辦健保IC卡
- 經濟弱勢協助措施
- 健保醫療服務
- 常見就醫自費項目
- 自墊醫療費用核退
- 就醫申訴服務
- 網路申辦及查詢

## 投保單位

- 投保單位成立與異動
- 投保異動與申辦
- 保險費計算與繳納
- 網路申辦及查詢

## 醫事機構

- 特約申請與變更
- 事前審查
- 醫療費用支付
- 網路申辦及查詢
- 家庭醫師整合照護計畫



藥材專區



兒童園地

English

最新更新時間：100/06/14  
您是第41415865位參觀者

## 健保資訊公開

### 健保資訊公開

- 健保業務執行報告
- 醫療費用執行報告
- 會議紀錄資訊
- 地方政府欠費還款情形
- 委託研究
- 健保統計資訊
- 醫療品質資訊公開
- 違規醫事機構資訊
- 政府出版品
- 健保民意調查
- 醫療服務審查

## 民眾關心醫療品質指標

為提供更貼近民眾需要之資訊，本局經與醫療專家、學者、民間團體共同討論，以目前經醫界協商且已公布之醫療品質指標為選取範圍，擇4項可進行院際比較之指標如下：

### 保險病床比率

01

說明：用來呈現民眾住院時免自付病房費差額之病床數的比率高低。

### 住院案件出院後3日內到同院再急診率

02

說明：用來呈現民眾住院醫療妥善照護狀況，若完成治療後3日內再到同院急診，則表示醫院對住院病人照護可能需再加強。

### 同日急診返診比率

03

說明：用來呈現醫院對病人急診照護的妥適性，同日急診後又返診，則有商榷的餘地。

### 急診暫留2日以上案件比率

04

說明：用來呈現醫院急診的壅塞情形。

更新日期：2011/03/29

訊息臉譜 (投下您對這則訊息的感覺)



好用



高興



不錯



鼓勵



好奇



納悶



沒用

送出

# 醫療院所別醫療品質資訊

## 服務類指標(醫院總額)-1

The screenshot shows the website for the National Health Insurance Administration (NHIA) of Taiwan. The main navigation bar includes links for 'Central Health Insurance Agency Website', 'Ministry of Health Welfare', 'Website Navigation', and 'Related Links'. The page title is 'Total Negotiated Medical Quality Information Public Query' with the URL 'http://www.nhi.gov.tw'. Below the title, there are search bars and a search button. The main content area features a large graphic with the text '專業指標 Professional' and '領先資訊 Information'. A red box highlights the 'Hospital Total Index' (醫院總額指標) link, which is accompanied by an image of a microscope. Other visible links include 'Clinic Total Index', 'Chinese Medicine Total Index', 'Dental Care Total Index', and 'Dialysis Independent Budget Index'. At the bottom, contact information is provided: '總局電話: 02-27065866', '健保諮詢: 0800-030598', '上班時間: 週一至週五 8:30-12:30~1:30-17:30', and '地址: 台北市大安區10634信義路三段140號'. The Windows taskbar at the bottom shows several open applications, including 'Microsoft Power...', '14-BC預算會...', and '100年-醫院與...'. The system clock shows '下午 02:21'.

醫院總額指標

# 醫療院所別醫療品質資訊

## 服務類指標(醫院總額)-2

行政院衛生署中央健康保險局  
總額協商醫療品質資訊公開查詢  
http://www.nhi.gov.tw

網站導覽 | 行政院衛生署中央健康保險局 | 行政院衛生署 | 回首頁

瀏覽人數: 3521603 搜尋: [ ] 搜尋

點選指標項目查看說明與查詢 操作使用說明

**Hospital 醫院總額指標**

您是第23092個訪客  
起始日期: 2010/02/26

其他總額指標

- 西醫基層總額指標
- 中醫總額指標
- 牙醫總額指標
- 透析獨立預算指標

計25項，各院所別醫療品質資訊

- 同院所急性精神病人出院30日內門診追蹤率
- 同院所慢性精神病人出院30日內門診追蹤率
- 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
- 急性病床30日以上住院率
- 慢性病床30日以上住院率
- 藥袋標示藥品名稱及使用說明
- 一般門診掛號費用
- 門診慢性病開立慢性病連續處方箋百分比
- 門診同一處方制酸劑重複使用率
- 門診口服降血壓藥物不同處方醫療院所給藥日數重複率
- 門診口服降血脂藥物不同處方醫療院所給藥日數重複率
- 門診降血糖藥物不同處方醫療院所給藥日數重複率
- 門診抗精神分裂藥物不同處方醫療院所給藥日數重複率
- 門診抗憂鬱症藥物不同處方醫療院所給藥日數重複率
- 門診安眠鎮靜藥物不同處方醫療院所給藥日數重複率
- 急診轉住院暫留急診2日以上案件比率
- 磁振造影90日內重複執行率
- 電腦斷層掃描90日內重複執行率
- 同院所生產案件14日內非計畫性再住院率
- 清淨手術抗生素大於3日以上(含)使用率

100年「醫院總額部門」新增公開指標項目

- 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

# 醫療院所別醫療品質資訊

## 服務類指標(醫院總額)-3

行政院衛生署-總額協商醫療品質資訊公開網 - Microsoft Internet Explorer 是由 行政院衛生署中央健康保險局 - 總局 提供

http://www.nhi.gov.tw/AmountInfoWeb/Map\_1.aspx?Q5C1\_ID=2&Q5C2\_ID=63

檔案(F) 編輯(E) 檢視(V) 我的最愛(A) 工具(T) 說明(H)

行政院衛生署-總額協商醫療品質資訊公開網

行政院衛生署中央健康保險局  
總額協商醫療品質資訊公開查詢  
http://www.nhi.gov.tw

網站導覽 | 行政院衛生署中央健康保險局 | 行政院衛生署 | 回首頁

瀏覽人數 | 3427772 搜尋

地圖式搜尋 MAP Search

門診慢性病開立慢性病處方箋百分比  
網頁最新資料日期：99年 第4季

選擇縣市

Hospital 醫院總額指標

您是第10617個訪客  
起始日期：2010/02/26

其他總額指標

- 西醫基層總額指標
- 中醫基層指標
- 牙醫總額指標
- 透析獨立預算指標

門診慢性病-開立慢性病處方箋百分比趨勢圖

年份	百分比
97/01	18.2%
97/02	18.3%
97/03	18.4%
97/04	18.5%
97/05	18.6%
97/06	18.7%
97/07	18.8%
97/08	18.9%
97/09	19.0%
97/10	19.1%
97/11	19.2%
97/12	19.3%
98/01	19.4%
98/02	19.5%
98/03	19.6%
98/04	19.7%
98/05	19.8%
98/06	19.9%
98/07	20.0%
98/08	20.1%
98/09	20.2%
98/10	20.3%
98/11	20.4%
98/12	20.5%
99/01	20.6%
99/02	20.7%
99/03	20.8%
99/04	20.9%

門診慢性病-開立慢性病處方箋百分比分區別比較圖

分區	百分比
臺北分區	26.7%
北區分區	27.3%
中區分區	21.9%
南區分區	25.7%
高雄分區	24.4%
東區分區	20.8%

門診慢性病-開立慢性病處方箋百分比層級別比較圖

層級	百分比
醫學中心	30.8%
區域醫院	25.6%
地區醫院	17.5%

總局電話：02-27065866 健保諮詢：0800-030598  
上班時間：週一至週五8:30~12:30~1:30~17:30  
台北市大安區10634信義路三段140號

可查詢年

度及季別

可查詢各縣

市別之醫院

含指標趨勢

、分區及層

級別



# 醫療院所別醫療品質資訊

## 服務類指標(醫院總額)-4

行政院衛生署-總額協商醫療品質資訊公開網 - Microsoft Internet Explorer 是由行政院衛生署中央健康保險局-總局 提供

http://www.nhi.gov.tw/&mountInfoWeb/Search.aspx?&realID=0110&Q5C2\_ID=63&Q5C1\_ID=2&List=4

行政院衛生署-總額協商醫療品質資訊公開網

行政院衛生署中央健康保險局  
總額協商醫療品質資訊公開查詢  
http://www.nhi.gov.tw

瀏覽人數 | 3427780

指標查詢結果

指標項目：醫院總額  
指標名稱：門診慢性病開立慢性病連續處方箋百分比  
1. 年度季別：99年第4季  
2. 分區業務組：台北分區業務組  
3. 縣市鄉鎮區別：臺北市中山區  
4. 醫事機構名稱：請輸入醫事機構名稱  
5. 醫事機構代碼：請輸入醫事機構代碼  
6. 符約類別：全部  
每次顯示：10

快速查詢

您是最10618個訪客  
起始日期：2010/02/26

其他總額指標  
西醫基層總額指標  
中醫總額指標  
牙醫總額指標  
透析獨立預算指標

分區業務組別	縣市別	醫事機構代碼	醫事機構名稱	院所指標值	所屬分區業務組指標值	全局指標值
<input type="checkbox"/> 臺北業務組	臺北市中山區	1501100037	協和婦女醫院	0.00%	26.72%	25.21%
<input type="checkbox"/> 臺北業務組	臺北市中山區	1501101141	泰安醫院	17.10%	26.72%	25.21%
<input type="checkbox"/> 臺北業務組	臺北市中山區	1101100011	財團法人基督長老教會馬偕紀念醫院	27.68%	26.72%	25.21%
<input type="checkbox"/> 臺北業務組	臺北市中山區	1501100055	福全醫院	9.16%	26.72%	25.21%

至多可選取十家院所，點選「開始查詢」按鈕後，呈現院所醫療品質分析報表

總局電話：02-27065866 健保諮詢：0800-030598  
上班時間：週一至週五 8:30-12:30~1:30-17:30

全局指標值及各  
院所指標值

# 醫療院所別醫療品質資訊

## 疾病別指標(醫院總額)-1

6項疾病別  
品質指標



The screenshot shows a web browser window displaying the website for the National Health Insurance Medical Quality Information Public Website. The browser's address bar shows the URL <http://www.nhi.gov.tw/mqinfo/>. The website header includes the logos of the Executive Yuan Health Administration and the National Health Insurance Administration, along with the text "行政院衛生署 全民健康保險醫療品質資訊公開網". A navigation menu contains "緣起", "目的", "內容", and "展望". Below the header, there is a search bar and a visitor count of 276426. The main content area is titled "照顧健康·疾病別醫療品質指標" and features six categories of medical quality indicators, each with an illustrative image: "糖尿病" (Diabetes), "人工膝關節手術" (Artificial Knee Joint Surgery), "子宮肌瘤手術" (Uterine Fibroid Surgery), "透析治療" (Dialysis Treatment), "消化性潰瘍" (Peptic Ulcer), and "氣喘病" (Asthma). To the right of these categories is a "聯絡資訊" (Contact Information) section providing the address, phone numbers, and operating hours. At the bottom right, there is a "無障礙" (Accessibility) logo. The browser's taskbar at the bottom shows several open applications, including "Microsoft PowerPoint" and "Microsoft Excel".

行政院衛生署-全民健康保險醫療品質資訊公開網 - Microsoft Internet Explorer 皇由 行政院衛生署中央健康保險局 - 總局 提供

http://www.nhi.gov.tw/mqinfo/

檔案(F) 編輯(E) 檢視(V) 我的最愛(A) 工具(T) 說明(H)

行政院衛生署-全民健康保險醫療品質資訊公開網

緣起 目的 內容 展望

行政院衛生署 全民健康保險醫療品質資訊公開網

行政院衛生署 · 中央健保局 · 網站導覽 您是 276426 位訪客 搜尋 搜尋

照顧健康·疾病別醫療品質指標

糖尿病

人工膝關節手術

子宮肌瘤手術

本網頁由行政院衛生署  
中央健康保險局維護

聯絡資訊  
地址：  
台北市大安區10634  
信義路二段140號  
總局電話：  
02-27065866  
健保諮詢服務專線：  
0800-030598  
上班時間：  
週一至週五  
8:30-12:30~13:30-17:30

透析治療

消化性潰瘍

氣喘病

資料更新日期：99年1月14日

無障礙  
A+ accessibility

開始 暑假環島計畫... 行政院衛生署... 行政院衛生署... 一般 Microsoft PowerPoint... 100年-醫院與... Microsoft Excel... 近端內部網路 100% 上午 09:50

# 醫療院所別醫療品質資訊

## 疾病別指標(醫院總額)-2

以糖尿病為

例：指標別

HbA1c

各醫院HbA1c

之執行數值

行政院衛生署-全民健康保險醫療品質資訊公開網 - Microsoft Internet Explorer 是由行政院衛生署中央健康保險局-總局 提供

http://www.nhi.gov.tw/mqinfo/SearchPro.aspx?Type=DM&List=4

行政院衛生署 全民健康保險醫療品質資訊公開網

搜尋

行政院衛生署 • 中央健保局 • 網站導覽 • 回首頁

進階查詢  
Hospital Information

1.年度： 99年全年度

2.縣市鄉鎮區別： 全部

3.院別簡稱：

4.院別代碼(可免填)：

5.特約類別： 醫學中心

6.指標別： 糖尿病病患糖化血色素 (HbA1c) 檢查執行率

開始查詢 重新選擇 每次顯示 10 筆

分母件數 ≤ (小於或等於) 30者，容易有統計偏誤，請審慎解讀。  
至多可選取十家院所，點選「開始查詢」按鈕後，呈現院所醫療品質分析報表

第一頁 上一頁 下一頁 最後一頁 目前頁數：第 1 頁 / 共 2 頁 請選擇頁次： 1

醫事機構代碼	醫事機構名稱	特約類別	執行血檢數	糖化血色素之病人數	病且使用病人數	糖化血色素執行率	申報醫師數	病患平均年齡	病患重大傷病比率	分母重大傷病人數	是否為試辦院所	糖尿病照護計劃參與醫師數
<input type="checkbox"/> 1101020018	國泰醫療財團法人國泰綜合醫院	醫學中心	7598	8359	90.89%	181	64	11.69%	978	是	4	
<input type="checkbox"/> 1101100011	財團法人基督長老教會馬偕紀念醫院	醫學中心	21306	23473	90.76%	446	61	14.36%	3373	是	10	

# 專業醫療服務品質報告(醫院總額)-1

- 按季揭露醫院合計有25項指標，並以季、層級別及各分區別進行指標資料之呈現。

以下列項目區分：

1. 各總額部門別
2. 年別與季別
3. 分區別
4. 24指標別

The screenshot shows the website of the Bureau of National Health Insurance. The main content area is titled '健保資訊公開' (Health Insurance Information Disclosure). Under this title, there is a sub-section '專業醫療服務品質報告' (Professional Medical Service Quality Report), which is highlighted with a red box. This section contains a list of reports:

- 各總額部門專業醫療服務品質指標季報
  - 醫院總額
  - 西醫基層總額
  - 牙醫總額
  - 中醫總額
  - 門診透析總額專業醫療服務報告
- 各部門品質保證保留款執行結果
- 94年全民健康保險醫療利用之疾病別分析 (95.09.28新增)

# 專業醫療服務品質報告(醫院總額)-2

指標1.1 醫院總額專業醫療服務品質指標—各區同院所門診上呼吸道感染病人7日內複診率

年季	資料	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
98年第1季	上呼吸道感染 7日內重複就診人數	3,778	1,389	2,989	1,333	2,810	353
	上呼吸道感染人數	53,810	18,508	31,065	17,592	30,293	6,102
	上呼吸道感染病人7日內複診率	7.02%	7.50%	9.62%	7.58%	9.28%	5.78%
98年第2季	上呼吸道感染 7日內重複就診人數	3,018	1,092	2,282	915	2,078	282
	上呼吸道感染人數	45,756	16,206	24,226	13,154	24,063	5,068
	上呼吸道感染病人7日內複診率	6.60%	6.74%	9.42%	6.96%	8.64%	5.56%
98年第3季	上呼吸道感染 7日內重複就診人數	1,974	924	1,680	679	1,530	171
	上呼吸道感染人數	32,013	12,745	17,673	9,633	18,702	3,285
	上呼吸道感染病人7日內複診率	6.17%	7.25%	9.51%	7.05%	8.18%	5.21%
98年第4季	上呼吸道感染 7日內重複就診人數	37,166	18,341	25,280	14,785	15,858	3,206
	上呼吸道感染人數	88,353	43,740	60,755	31,595	46,004	8,709
	上呼吸道感染病人7日內複診率	42.07%	41.93%	41.61%	46.80%	34.47%	36.81%
98年小計	上呼吸道感染 7日內重複就診人數	45,936	21,746	32,231	17,712	22,276	4,012
	上呼吸道感染人數	219,932	91,199	133,719	71,974	119,062	23,164
	上呼吸道感染病人7日內複診率	20.89%	23.84%	24.10%	24.61%	18.71%	17.32%
99年第1季	上呼吸道感染 7日內重複就診人數	9,564	4,272	5,322	3,783	5,871	1,010
	上呼吸道感染人數	52,881	22,872	29,644	17,419	29,631	5,354
	上呼吸道感染病人7日內複診率	18.09%	18.68%	17.95%	21.72%	19.81%	18.86%
99年第2季	上呼吸道感染 7日內重複就診人數	3,379	1,609	2,360	1,056	2,176	525
	上呼吸道感染人數	48,951	20,703	25,276	14,453	25,878	6,900
	上呼吸道感染病人7日內複診率	6.90%	7.77%	9.34%	7.31%	8.41%	7.61%
99年第3季	上呼吸道感染 7日內重複就診人數	3,103	1,290	2,077	995	2,117	258
	上呼吸道感染人數	43,150	17,010	23,085	13,743	24,595	4,460
	上呼吸道感染病人7日內複診率	7.19%	7.58%	9.00%	7.24%	8.61%	5.78%
99年第4季	上呼吸道感染 7日內重複就診人數	2,619	1,390	2,270	974	2,345	325
	上呼吸道感染人數	42,116	18,314	24,931	13,643	26,332	5,304
	上呼吸道感染病人7日內複診率	6.22%	7.59%	9.11%	7.14%	8.91%	6.13%
99年小計	上呼吸道感染 7日內重複就診人數	18,665	8,561	12,029	6,808	12,509	2,118
	上呼吸道感染人數	187,098	78,899	102,936	59,258	106,436	22,018
	上呼吸道感染病人7日內複診率	9.98%	10.85%	11.69%	11.49%	11.75%	9.62%

以「各區同院所門診上呼吸道感染病人7日內複診率」為例



# 品質指標及監測值之檢討及增修-1



- 醫院總額專業醫療服務品質指標，已於99~100年各次「醫院總額支付委員會議」提出討論。
- 行政院衛生署100年9月28日衛署健保字第1002660194公告修正「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」附表，修正重點說明如下：

(一) 監測值之修訂，以最近3年全局值平均值

$x(1\pm 20\%)$ 〔註：負向指標取加號(+)作上限值、正向指標取減號(-)作下限值〕，意即改採滾動式監測，若修訂後監測值較原監測值寬鬆，則維持原監測值。



## 品質指標及監測值之檢討及增修-2



- (二) 指標定義修訂，經99年及100年醫院總額支付委員會討論確認。
- (三) 原指標定義「藥理分類代碼」修正為「ATC碼」、「給藥日數」擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」更精確計算指標值。
- (四) 不同處方用藥日數重複率等6項指標，「跨院所」亦列入監測。
- (五) 依行政院衛生署疾病管制局建議將「清淨手術抗生素3日使用率」修正為「清淨手術抗生素大於等於3日以上(含)使用率」，以符合相關指引建議及實務需求。

# 專業醫療服務品質指標監測結果與檢討-1

指標	指標名稱	屬性	監測值	統計值	檢討
1	各區同院所門診注射劑使用率	負向	4.01%	98年：3.27% 99年：3.32% 100年：3.29%	符合 監測值
2	各區同院所門診抗生素使用率	負向	8.59%	98年：7.09% 99年：7.10% 100年：6.99%	符合 監測值
	各區同院所急診抗生素使用率	負向	-	98年：21.30% 99年：21.99% 100年：22.67%	將訂定 監測值
3	各區同院所上呼吸道感染病人7日內複診率	負向	10.84%	98年：21.84% 99年：10.90% 100年：7.86%	符合 監測值
4	各區同院所門診同一處方制酸劑重複使用率	負向	1.16%	98年：0.98% 99年：0.89% 100年：0.78%	符合 監測值





# 專業醫療服務品質指標監測結果與檢討-2



指標	指標名稱	屬性	監測值	統計值	檢討
5	各區同院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率	負向	0.91%	99年：0.76% 100年：0.75%	符合 監測值
6	各區同院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率	負向	0.47%	99年：0.39% 100年：0.39%	符合 監測值
7	各區同院所降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率	負向	0.59%	99年：0.49% 100年：0.48%	符合 監測值
8	各區同院所抗精神分裂藥物-不同處方用藥日數重複率	負向	1.01%	99年：0.84% 100年：0.85%	符合 監測值
9	各區同院所抗憂鬱症藥物-不同處方用藥日數重複率	負向	0.82%	99年：0.68% 100年：0.68%	符合 監測值
10	各區同院所安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重複率	負向	1.87%	99年：1.56% 100年：1.53%	符合 監測值

備註：

1. 上列指標係擷取「醫令檔給藥日份欄位」計算，指標資料最早僅能自99年產製。
2. 監測值係以可擷取資料計算最近3年全局平均值x(1+20%)作為上限值

# 專業醫療服務品質指標監測結果與檢討-3

指標	指標名稱	屬性	監測值	統計值	檢討
11	各區跨院所降血壓藥物(口服)不同處方用藥日數重複率	負向	-	99年：1.92% 100年：1.86%	將訂定監測值
12	各區跨院所降血脂藥物(口服)不同處方用藥日數重複率	負向	-	99年：0.69% 100年：0.67%	將訂定監測值
13	各區跨院所降血糖(不分口服及注射)不同處方用藥日數重複率	負向	-	99年：1.22% 100年：1.14%	將訂定監測值
14	各區跨院所抗精神分裂不同處方用藥日數重複率	負向	-	99年：1.71% 100年：1.73%	將訂定監測值
15	各區跨院所抗憂鬱症不同處方用藥日數重複率	負向	-	99年：1.95% 100年：1.88%	將訂定監測值
16	各區跨院所安眠鎮靜藥物不同處方用藥日數重複率	負向	-	99年：5.20% 100年：5.08%	將訂定監測值

備註：

1. 上列指標係擷取「醫令檔給藥日份欄位」計算，指標資料最早僅能自99年產製。
2. 原未訂監測值，待實施1年後再訂。

# 專業醫療服務品質指標監測結果與檢討-4

指標	指標名稱	屬性	監測值	統計值	檢討
17	各區同院所慢性病開立慢性病連續處方箋百分比	正向	-	99年：36.18% 100年：39.17%	將訂定監測值
18	各區同院所(急性病床)三十日以上住院率	負向	-	99年：1.80% 100年：1.77%	將訂定監測值
	各區同院所(慢性病床)三十日以上住院率	負向	-	99年：9.33% 100年：8.10%	將訂定監測值
19	各區非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	負向	8.25%	99年：7.19% 100年：7.14%	符合 監測值
21	各區住院案件出院後三日內急診率	負向	3.17%	98年：2.61% 99年：2.82% 100年：2.73%	符合 監測值
23	清淨手術抗生素大於等於3日以上(含)使用率	負向	-	99年：16.50% 100年：14.76%	將訂定監測值
24	各區同院所使用ESWL人口平均利用人次	負向	1.271 %	98年：1.14% 99年：1.14% 100年：1.15%	符合 監測值

備註：

1. 上列部分指標為100年新監測項目，未訂監測值。
2. 用藥指標擷取「醫令檔給藥日份欄位」計算，指標資料最早僅能自99年產製。



# 專業醫療服務品質指標監測結果與檢討-5



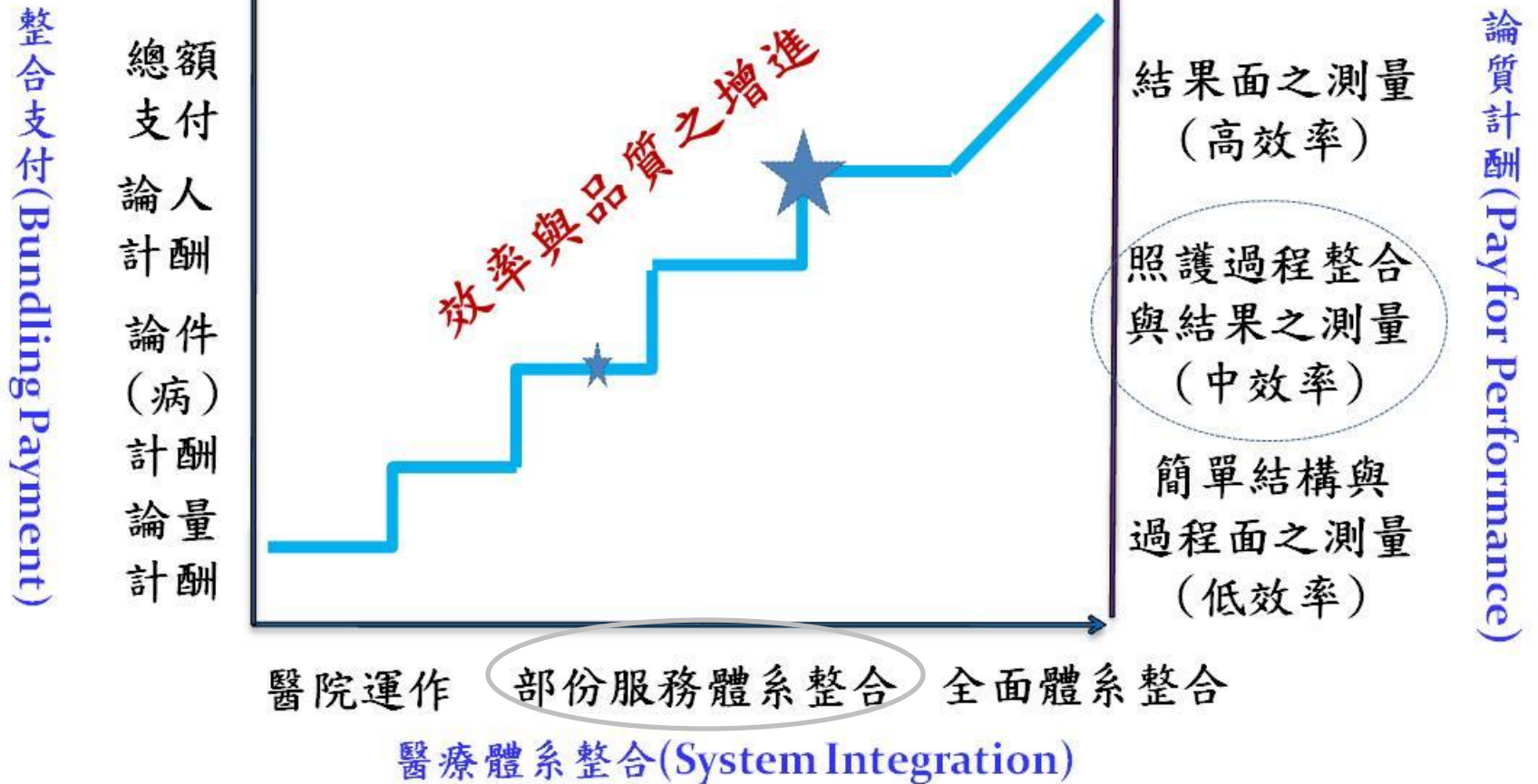
指標	指標名稱	屬性	監測值	統計值	檢討
20	剖腹產率	負向	37.22%	98年：34.20% 99年：34.99% 100年：34.04%	符合 監測值
22	初次非自願剖腹產率	負向	20.93%	98年：20.39% 99年：20.68% 100年：19.38%	符合 監測值



# 未來支付制度改革趨勢



# 健保醫療改革的願景





# 未來展望



- 總額下持續改革支付制度，逐步取消論量計酬，以提升效率及品質。
- 重新啟動支付標準表之RBRVS評估作業，依優先順序在每年總額協商成長率中列入協商、逐年調整，以增進支付公平性。
- 擴大論質計酬項目及照護人數，增加結果面指標，以確保醫療服務品質。
- 持續鼓勵體系整合方案，增進垂直整合，以提升效率。

謝謝聆聽  
敬請指教

