全民健康保險各部門總額 107 年執行成果發表暨評核會

會議手冊

時　　間：108 年 7 月 18、19 日(星期四、五)
地　　點：衛生福利部 1 樓大禮堂
主辦單位：衛生福利部全民健康保險會

目　　錄

壹、 議程---------- 1

貳、 辦理各部門總額107年執行成果評核之作業方式----3

參、 各部門總額執行成果報告

一、各部門總額(含門診透析)一般服務----------13

二、跨部門及其他預算專案計畫----------58

三、醫院總額(含一般服務、專案計畫) ----------94

四、西醫基層總額(含一般服務、專案計畫)----------127

五、牙醫門診總額(含一般服務、專案計畫)----------172

六、中醫門診總額(含一般服務、專案計畫)----------237

肆、 會議規則---------- 282

伍、 附錄

一、107年度各部門總額公告----------283

二、108年度各部門總額公告----------323

三、專案計畫相關資訊----------368

註：本會議手冊及各部門總額執行成果報告電子檔可至本部全球資訊網下載。

下載路徑：

本部首頁/本部各單位及所屬機關/全民健康保險會/公告及重要工作成果/總額評核會議資料及評核結果/全民健康保險各部門總額評核會報告投影片/108年全民健康保險各部門總額評核報告投影片

壹、議　　程

全民健康保險各部門總額 107 年執行成果發表暨評核會議議程

日期：108 年 7 月 18 日、19 日(星期四、五)

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂(台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)

7 月 18 日	報告內容	主持人/報告單位/評論人
09：00～09：20	報到	
09：20～09：25	開幕致詞	周主任委員麗芳
09：25～10：15	各部門總額(含門診透析)一般服務執行成果報告(50 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.各部門整體性、一致性項目執行成果 3.門診透析服務	報告單位：中央健康保險署 報告人： 醫務管理組李組長純馥
10：15～10：40	中場休息(25 分鐘)(出席人員大合照)	
10：40～11：20	跨部門及其他預算專案計畫執行成果報告(40 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.專案計畫/方案執行成效	報告單位：中央健康保險署 報告人： 醫務管理組王科長玲玲 醫務管理組韓科長佩軒
11：20～12：30	評論及意見交流(70 分鐘)	主 持 人：周主任委員麗芳 評 論 人： 評核委員
12：30～13：30	午餐	
13：30～14：20	醫院總額執行成果報告(50 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：台灣醫院協會 報告人：潘副執行長延健 陳執行秘書星助
14：20～15：10	評論及意見交流(50 分鐘)	主 持 人：周主任委員麗芳 評 論 人：評核委員
15：10～15：30	中場休息(20 分鐘)	
15：30～16：20	西醫基層總額執行成果報告(50 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：醫師公會全聯會 報告人：陳常務理事相國 徐醫師超群
16：20～17：10	評論及意見交流(50 分鐘)	主 持 人：周主任委員麗芳 評 論 人：評核委員
— 賦 歸 —		

7 月 19 日	報告內容	主持人/報告單位/評論人
08：50～09：00	報到	
09：00～09：50	牙醫門診總額執行成果報告(50 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：牙醫師公會全聯會 報告人： 總額秘書處呂主任名峯 牙醫特殊計畫簡召集人志成
09：50～10：40	評論及意見交流(50 分鐘)	主 持 人：周主任委員麗芳 評 論 人：評核委員
10：40～11：00	中場休息(20 分鐘)	
11：00～11：50	中醫門診總額執行成果報告(50 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：中醫師公會全聯會 報告人： 健保會評核會議規劃小組 黃召集人頌儼 中醫醫療不足地區改善方案 詹召集人永兆
11：50～12：40	評論及意見交流(50 分鐘)	主 持 人：周主任委員麗芳 評 論 人：評核委員
— 成果發表會結束 —		
12：40～13：30	午餐	
13：30～16：00	各部門總額執行成果評核	周主任委員麗芳 評核委員
— 賦 歸 —		

貳、辦理各部門總額107年執行成果評核之作業方式

辦理各部門總額 107 年執行成果評核之作業方式

第 4 屆 108 年第 1 次委員會議(108.3.8)通過

壹、評核範圍

一、醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診四部門總額107年度之一般服務項目及門診透析服務執行成果。

二、四部門總額及其他預算107年度之專款項目執行成果。

貳、辦理方式

一、評核委員

(一)函請四總額部門推薦評核委員人選。

(二)幕僚彙整四總額部門回復之推薦名單，及本會現任、曾任專家學者委員後，請委員推薦適合人選，再由主任委員依據委員之推薦情形，排定邀請名單。幕僚依邀請名單依序邀請 7 位擔任評核委員。

二、評核會議之資料

(一)請四總額部門及健保署於評核會議前 1 個月，提供 103~107 年一般服務項目及專款項目之執行成果書面報告(報告大綱及提報單位，詳附表一~四)，供評核委員事先審閱。

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

(三)請四總額部門及健保署於評核會議前 2 週，提送口頭報告(簡報)。

三、評核會議

(一)會議期程：2 天。

(二)第一階段：公開發表會議(1 天半)。

1.健保署統一報告各部門一般服務之整體性、一致性項目(如：利用概況、滿意度調查結果、品質指標監測結果等)及門診透析與其他預算之執行成果。

2.由接受健保署專業事務委託之四部門總額受託團體報告一般服務項目、專款項目之執行成果；為利評核委員及與會者掌握及聚焦於重點項目，簡報內容請以「年度重點項目之推動與未來規劃」為主，請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 107 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。

3.評核委員評論各總額部門一般服務項目及專款項目之執行成果報告，並開放與會者提問。

4.參與人員

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

(三)第二階段：評核內部會議(半天)。

1.評核委員就四總額部門之執行成果，充分溝通後評定等級；並針對四部門總額之一般服務項目、專款項目提出共識建議，供協商參考。

2.參與人員：主任委員、評核委員、本會幕僚。

參、評核項目與配分

評核年度重點項目執行成果、一般服務項目及專款項目執行績效/成果之計分權重分別為20%、60%、20%，於分開評核之後再合併計分，各總額部門執行成果評核項目及配分如下表。

評核項目	配分
壹、年度重點項目執行成果與未來規劃[註1] 一、必要項目：請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 107 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。(附表三) 二、自選項目：部門自行提報，最多 2 項，建議可提出改善最多或有所突破之項目。	**20**
貳、一般服務項目執行績效 一、就 107 年評核委員評論意見與期許之回應說明 二、維護保險對象就醫權益 (一)醫療服務品質調查結果之檢討及改善措施 (二)民眾諮詢及抱怨處理 (三)民眾自費情形及改善措施 (四)就醫可近性與及時性之改善措施 (五)其他確保民眾就醫權益之措施	**60**

評核項目	配分
三、專業醫療服務品質之確保與提升 (一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施 (二)品質保證保留款實施方案執行結果 (三)其他改善專業醫療服務品質具體措施 四、協商因素項目之執行情形 (一)新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等)(本項適用於協定事項有新醫療科技項目之部門) (二)支付標準修訂及其他協商因素項目(依協定結果分列) 五、總額之管理與執行績效 (一)醫療利用(含全國及各分區)及費用管控情形 (二)點值穩定度 (三)專業審查及其他管理措施 (四)院所違規情形及醫療機構輔導	
參、專款項目執行成果[註2] 一、就 107 年評核委員評論意見與期許之回應說明 二、107 年計畫/方案執行成果 三、103~107 年執行情形及成效評估(含自選 3 項關鍵績效指標) 四、檢討與改善方向(含 108 年計畫/方案修正重點)	**20**
總分	**100**

註：1.年度重點項目係就「一般服務項目」及「專款項目」中，擇與政策目標、總額協定要求及民眾關切之議題，進行重點報告，以利評核聚焦於年度重要事項。
2.列入評核之專款項目如附表四。

肆、評核結果之應用

一、評核結果區分為下列五等級：

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

二、評核等級作為109年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給「品質保證保留款」之預算，以茲鼓勵。

三、評核委員針對四部門總額一般服務項目、專款項目之共識建議，作為協商109年度該部門總額一般服務項目成長率及各專款項目經費增減及續辦與否之參據。

伍、108 年評核作業時程表

時 間	作 業 內 容
107 年 12 月	本會函請四總額部門及健保署提供建議之107及108年度重點項目及績效指標，並請就本會研擬之評核內容(草案)，提供修正建議。
108 年 1~2 月	研擬評核作業方式(草案)。
108 年 3 月	1.研擬評核作業方式(草案)提委員會議議定。 2.請四總額部門及健保署依議定之評核作業方式準備資料。 3.本會函請四總額部門推薦評核委員人選。
108 年 4 月	1.彙整四總額部門回復之推薦名單，及本會現任、曾任專家學者委員後，請委員推薦適合人選，再由主任委員依據委員之推薦情形，排定邀請名單。 2.依邀請名單依序邀請 7 位擔任評核委員。
108 年 5 月中旬	請健保署提供四總額部門所需數據;四總額部門視需要另洽請健保署提供相關資料。
108 年 6 月中旬 (評核會議前1個月)	健保署及四總額部門提送執行成果之書面報告(含 108 年度績效指標目標值)，供評核委員審閱。
108 年 7 月初 (評核會議前 2 週)	健保署及四總額部門提送「各部門總額 107 年執行成果發表暨評核會議」之口頭報告(簡報)。
108 年 7 月下旬 (訂於7月18、19日)	召開為期 2 天之「各部門總額 107 年執行成果發表暨評核會議」。

附表一

年度重點項目及各部門總額一般服務項目執行績效/成果之報告大綱

評核項目	健保署提報	部門提報
壹、年度重點項目執行成果與未來規劃		
一、必要項目：請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 107 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。	V	V
二、自選項目：部門自行提報，最多 2 項，建議可提出改善最多或有所突破之項目。	V	V
貳、一般服務項目執行績效		
一、就 107 年評核委員評論意見與期許之回應說明	V	V
二、維護保險對象就醫權益		
(一)醫療服務品質調查結果之檢討及改善措施	調查/統計結果及重點說明	檢討及改善
(二)民眾諮詢及抱怨處理		
(三)民眾自費情形及改善措施		
(四)就醫可近性與及時性之改善措施		
(五)其他確保民眾就醫權益之措施	—	V
三、專業醫療服務品質之確保與提升		
(一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施	監測結果及重點說明	檢討及改善
(二)品質保證保留款實施方案執行結果	核發結果統計	
(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施	—	V
四、協商因素項目之執行情形		
(一)新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等)(本項適用於協定事項有新醫療科技項目之部門)	執行情形(含成效)檢討[註3]	推動情形、檢討及改善
(二)支付標準修訂及其他協商因素項目(依協定結果分列)		
五、總額之管理與執行績效		
(一)醫療利用(含全國及各分區)及費用管控情形	醫療利用情形	管控措施、檢討及改善
(二)點值穩定度	點值	
(三)專業審查及其他管理措施	審查辦法之修訂、審查核減統計	
(四)院所違規情形及醫療機構輔導	違規情形統計	
參、附錄(如：品質確保方案、品質保證保留款實施方案及其他視需要提供之方案內容)		

註：1.請健保署配合於 5 月中旬提供各總額部門所需數據，以利各部門提報檢討與改善措施；門診透析服務，各項目均由署提報。報告內容請至少提供 5 年(103~107 年)之數據。另請健保署於書面報告提供各項調查/統計結果時，重點說明其結果。

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

3.依據 108 年總額協定事項，請提出各總額部門前 1 年一般服務各協商項目之執行情形(含成效)檢討。

附表二

各部門總額及其他預算專款項目之執行成果報告大綱

<table>
<tr><th>計畫型項目</th><th>健保署提報</th><th>部門提報</th></tr>
<tr><td>一、就 107 年評核委員評論意見與期許之回應說明</td><td rowspan="8">—</td><td rowspan="8">V</td></tr>
<tr><td>二、107 年計畫/方案執行成果</td></tr>
<tr><td>(一)計畫目的</td></tr>
<tr><td>(二)執行目標</td></tr>
<tr><td>(三)經費來源與協定事項</td></tr>
<tr><td>(四)費用支付</td></tr>
<tr><td>(五)執行內容</td></tr>
<tr><td>(六)評核指標及退場機制</td></tr>
<tr><td colspan="3">三、103~107 年執行情形及成效評估</td></tr>
<tr><td>(一)預算執行數及執行率</td><td rowspan="3">執行情形之統計結果</td><td rowspan="3">推動情形、檢討及改善</td></tr>
<tr><td>(二)目標達成情形</td></tr>
<tr><td>(三)執行概況及結果，包含醫療服務提供及民眾利用情形、獎勵情形等</td></tr>
<tr><td>(四)成效評估，包含評核指標達成情形、就醫可近性及健康狀況改善情形、相關退場情形等(含自選 3 項關鍵績效指標)</td><td>關鍵績效指標及改善建議</td></tr>
<tr><td>四、檢討與改善方向(含 108 年計畫/方案修正重點)</td><td rowspan="2">—</td><td rowspan="2">V</td></tr>
<tr><td>五、附錄：各項專案計畫/方案內容</td></tr>
<tr><th>非計畫型項目</th><th>健保署提報</th><th>部門提報</th></tr>
<tr><td>一、就 107 年評核委員評論意見與期許之回應說明</td><td>—</td><td>V</td></tr>
<tr><td colspan="3">二、103~107 年執行情形及成效評估</td></tr>
<tr><td>(一)預算執行數及執行率</td><td rowspan="2">執行情形之統計結果及改善建議</td><td rowspan="2">推動情形、檢討及改善</td></tr>
<tr><td>(二)執行結果及成效</td></tr>
<tr><td>三、檢討與改善方向</td><td>—</td><td>V</td></tr>
</table>

註：1.由各總額部門負責之專款項目(計畫型及非計畫型)，請健保署提供執行情形之數據(其中計畫型應含3項自選關鍵績效指標)；由健保署負責之專款項目(計畫型及非計畫型)，均由署提報。各專款項目之提報單位如附表四。

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

附表三

各總額部門及健保署107年「年度重點項目—必要項目與績效指標」

單位/部門	必要項目與績效指標
健保署–整體總額	**必要項目1：分級醫療之推動成效** 績效指標 ：民眾知曉分級醫療政策之比率大於60%
	必要項目2：推動健保醫療資訊雲端查詢系統之成效 績效指標 ：合理使用12類藥品重複用藥日數下降比率達5-10%。
	必要項目3：整體資源配置與未來規劃
牙全會–牙醫門診總額	**必要項目1：牙醫院所感染管制之現況與改善情形** 績效指標 ：院所感染管制申報率〔最近3年全國平均值*(1-10%)〕
	必要項目2：國人牙齒保存現況與改善情形 績效指標 ：有就醫者平均拔牙顆數〔最近3年全國平均值*(1+10%)〕
中全會–中醫門診總額	**必要項目1：中醫醫療資源不足地區就醫可近性的改善** 績效指標 ： (I)服務人次成長率 (II)醫師數成長率 (III)服務地點成長率
	必要項目2：中醫腦中風整合性照護計畫之整體規劃 績效指標 ： (I)服務人次成長率 (II)醫師數成長率
醫全會–西醫基層總額	**必要項目1：西醫基層轉診執行概況** 績效指標： (I)轉診占率 (II)基層接受轉診率 (III)基層接受慢性病病人轉診率
	必要項目2：醫療給付改善方案成效 績效指標 ：糖尿病病人照護率
醫院協會–醫院總額	**必要項目1：醫院分級醫療執行成效** 績效指標 ： (I)醫院層級轉診率 (II)分級醫療垂直整合策略聯盟涵蓋率
	必要項目2：護病比執行現況 績效指標 ：護病比分級達成率
健保署–其他預算	**必要項目1：居家醫療照護整合計畫之推動成效** 績效指標 ：居家整合收案對象門診次數降低
	必要項目2：C型肝炎藥費預算執行與治療成效 績效指標 ： (I)C型肝炎藥費預算執行率達95% (II)C型肝炎治療涵蓋率(年累計)

註：各項績效指標定義詳參考資料

附表四

各部門總額及其他預算專款項目執行成果之提報單位

部門別	計畫／方案名稱	提報單位
牙醫	- 醫療資源不足地區改善方案 - 特殊醫療服務計畫 - 牙周病統合照護計畫	牙醫師公會全聯會
中醫	- 醫療資源不足地區改善方案 - 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫(包含 1.腦血管疾病；2.顱腦損傷；3.脊髓損傷) - 中醫提升孕產照護品質計畫 - 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 - 中醫癌症患者加強照護整合方案 - 中醫急症處置計畫	中醫師公會全聯會
西醫基層	- 家庭醫師整合性照護計畫(含計畫檢討與管控)	健保署
	- 家庭醫師整合性照護計畫(醫界配合推動情形) - 西醫醫療資源不足地區改善方案 - 強化基層照護能力「開放表別」(非計畫型) - 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用(非計畫型)	醫師公會全聯會
醫院	- 急診品質提升方案 - 西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層) - 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫 - 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型) - 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材(非計畫型) - 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型)	台灣醫院協會
醫院、西醫基層	- 醫療給付改善方案(糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦全程照護、慢性阻塞性肺疾病及提升醫院用藥安全與品質方案) - C 型肝炎藥費 - 鼓勵院所建立轉診之合作機制(非計畫型)	健保署
其他預算	- 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 - 居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務(含居家醫療照護整合計畫) - 推動促進醫療體系整合計畫 - 鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案 - 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 - 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫 - 高診次者藥事照護計畫 - 基層總額轉診型態調整費用(非計畫型) - 支應醫院總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及 C 型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費(非計畫型) - 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費(非計畫型) - 提升保險服務成效(非計畫型)	

註：各部門總額之品質保證保留款實施方案執行成果於一般服務項目執行績效成果報告中提報。

各總額部門及健保署107年「年度重點項目—必要項目績效指標」定義

單位/部門	必要項目績效指標定義
健保署–整體總額	必要項目1：分級醫療之推動成效 績效指標 ：民眾知曉分級醫療政策之比率大於60% 定義(分子/分母)=依照健保署107年辦理「全民健康保險業務宣導認知情形調查結果」之定義。
	必要項目2：推動健保醫療資訊雲端查詢系統之成效 績效指標 ：合理使用12類藥品重複用藥日數下降比率達5-10%。 定義(分子/分母)=12類藥品之重複用藥日數/12類藥品之總給藥日數
牙全會–牙醫門診總額	必要項目1：牙醫院所感染管制之現況與改善情形 績效指標 ：院所感染管制申報率〔最近3年全國平均值*(1-10%)〕 定義(分子/分母)=申報加強感染管制診察費的院所數/申報總院所數
	必要項目2：國人牙齒保存現況與改善情形 績效指標：有就醫者平均拔牙顆數〔最近3年全國平均值*(1+10%)〕 定義(分子/分母)=拔牙總顆數(簡單性拔牙92013C+複雜性拔牙92014C)/就醫人數
中全會–中醫門診總額	必要項目1：中醫醫療資源不足地區就醫可近性的改善 績效指標 ： (I)服務人次成長率 (II)醫師數成長率 (III)服務地點成長率 定義(分子/分母)= (I)服務人次：(107年-106年)/106年 (II)醫師數：(107年-106年)/106年 (III)服務地點：(107年-106年)/106年
	必要項目2：中醫腦中風整合性照護計畫之整體規劃 績效指標 ： (I)服務人次成長率 (II)醫師數成長率 定義(分子/分母)= (I)服務人次：(107年-106年)/106年 (II)醫師數：(107年-106年)/106年

單位/部門	必要項目績效指標定義
醫全會–西醫基層總額	必要項目1：西醫基層轉診執行概況 績效指標 ： (I)轉診占率 (II)基層接受轉診率 (III)基層接受慢性病病人轉診率 定義(分子/分母)= (I)基層轉診件數/西醫部門轉診件數 (II)基層接受轉診件數/醫院轉至基層件數 註：基層接受轉診件數排除平轉案件 (III)基層接受醫院慢性病轉診件數/醫院轉至基層慢性病件數 註：慢性病定義：案件分類為04、08案件
	必要項目2：醫療給付改善方案成效 績效指標 ：糖尿病病人照護率 定義(分子/分母)=當年度申報糖尿病方案相關費用之歸戶人數/當年度糖尿病之符合收案條件之歸戶人數
醫院協會–醫院總額	必要項目1：醫院分級醫療執行成效 績效指標 ： (I)醫院層級轉診率 (II)分級醫療垂直整合策略聯盟涵蓋率 定義(分子/分母)= (I)各層級醫院轉診件數/醫院部門各層級總就醫件數 (II)完成建立與其他院所策略聯盟合作機制之家數/醫院部門醫院家數
	必要項目2：護病比執行現況 績效指標 ：護病比分級達成率 定義(分子/分母)=各層級達成各分級護病比家數/各層級總家數
健保署–其他預算	必要項目1：居家醫療照護整合計畫之推動成效 績效指標 ：居家整合收案對象門診次數降低 定義(分子/分母)=照護對象(收案滿一個月)後每月平均門診就醫次數較收案前低。
	必要項目2：C型肝炎藥費預算執行與治療成效 績效指標 ： (I)C型肝炎藥費預算執行率達95% (II)C型肝炎治療涵蓋率(年累計) 定義(分子/分母)= (I)C型肝炎藥費結算金額/協定之合計預算 (II)至當年底已接受治療人數/慢性C型肝炎患者人數

參、各部門總額執行成果報告

一、各部門總額(含門診透析)

一般服務

107年各總額部門執行報告

中央健康保險署
醫務管理組
組長 李純馥

108年7月18日

報告架構

一 預算分配與執行
- 健保總額預算配置
- 年度重要政策
  - -分級醫療
  - -雲端查詢
  - -健康存摺
  - -精準審查

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

報告架構

三 執行概況—效率性
- 西醫部門
- 中醫部門
- 牙醫部門

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

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

報告架構

六 執行概況—以病人為中心
- 各整合方案

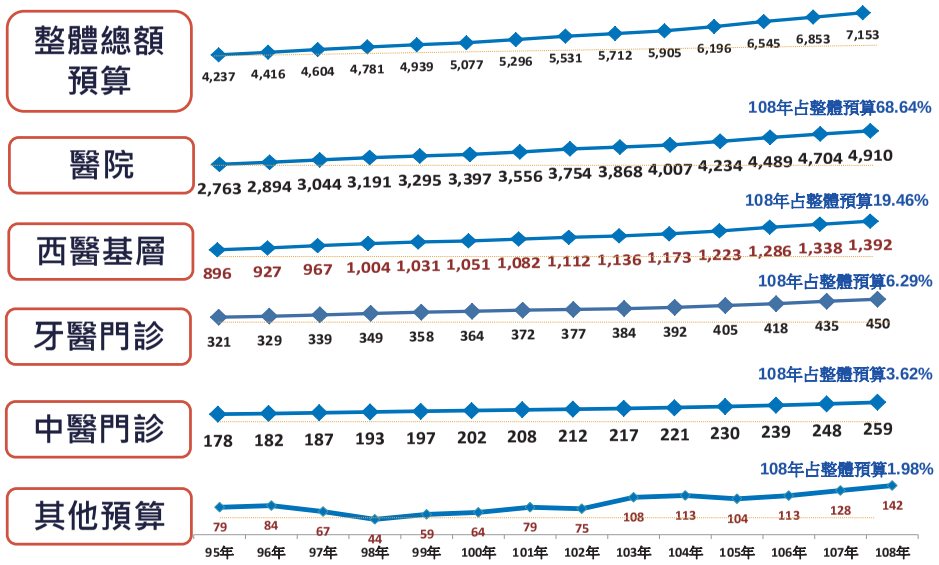
七 執行概況—公平面
- 可近性
- 弱勢族群保障
- 偏鄉照護計畫
- 審查及查核

八 結論

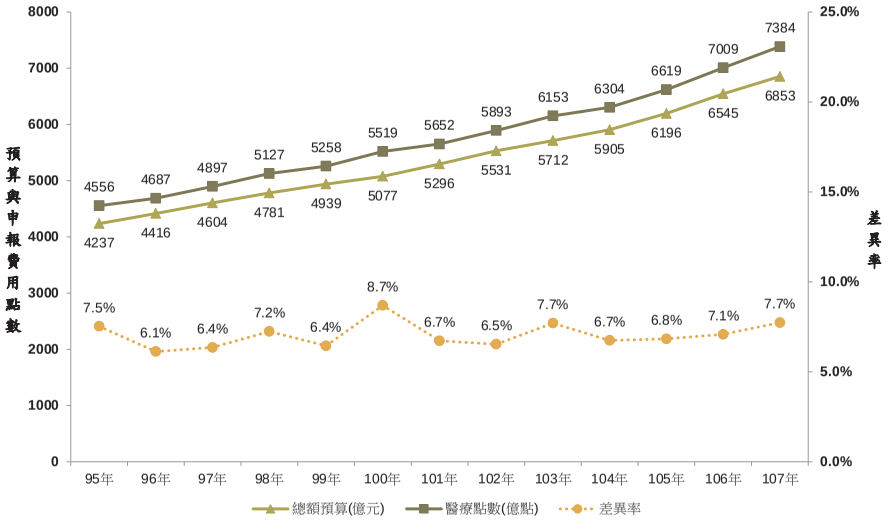
一 預算分配與執行

- 健保總額預算配置
- 年度重要政策
  - -分級醫療
  - -雲端查詢
  - -健康存摺
  - -精準審查

95-108年總額預算情形



總額預算與申報點數之差異率



註：1. 申報費用不含代辦、其他部門、自墊核退、追扣補付…等申報之點數。
2. 預算即總額部門之總預算(與實際支付數不同)，包含一般服務預算及專款，部分專款如品質保證保留款…等費用。
3. 因2006年起預算改依部門總成長率協定，故資料由2006年開始呈現。

107年健保預算的配置

1. 各部門總額一般服務預算，占其總額部門預算約93%(牙醫)～98%(中醫)
2. 保障項目(非浮動金額)：約占其總額部門預算0.8%(牙醫)～41.6%(醫院)。
3. 專款預算，占其總額部門預算約2%(中醫)～7%(牙醫)。

項目	醫院		西醫基層		牙醫		中醫		透析	
	值(億元)	占合計(%)	值(億元)	占合計(%)	值(億元)	占合計(%)	值(億元)	占合計(%)	值(億元)	占合計(%)
合計	4492	100.0%	1168	100%	435	100%	248	100%	382	100%
一般服務預算	4222	94.0%	1122	96.0%	405	93.0%	243	98.0%	382	100%
-浮動金額	2354	52.4%	791	67.7%	401	92.2%	154	62.0%	349	91.4%
-結算非浮動金額	1867	41.6%	331	28.4%	4	0.8%	89	36.0%	33	8.6%
專款預算	270	6.0%	46	4.0%	30	7.0%	5	2.0%		

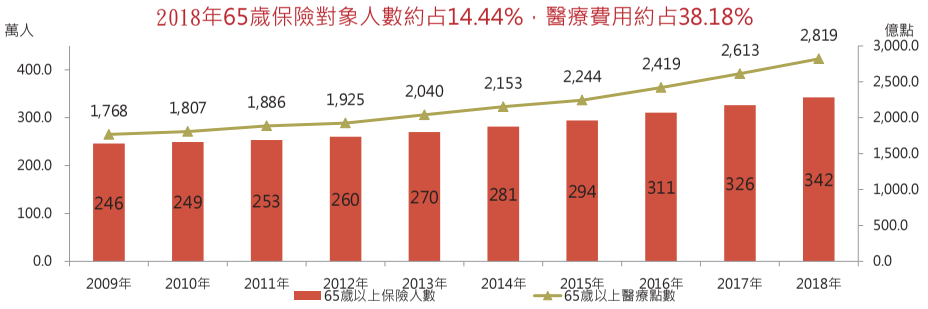
達47.6%，近預算一半

註：107年各總額保障項目(除藥品外之保障項目，以每點1元支付為原則)
1. 醫院部門：門診、住診之藥事服務費、門診手術、住院手術費、麻醉費、「促進供血機制合理方案」之血品費、急救責任醫院之急診醫療服務點數、地區醫院急診診察費、經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院(前一季各區門住診平均點值)。
2. 西醫基層部門：論病例計酬案件、「促進供血機制合理方案」之血品相關項目、西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案。
3. 中醫部門：「中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫」之論量計酬案件
4. 門診透析：腹膜透析之追蹤處置費、偏遠地區之門診透析服務。

健保現況與挑戰

-人口老化、少子化
-醫療費用逐年成長
-有限醫療資源需有效利用
-健保財務收支平衡面臨挑戰

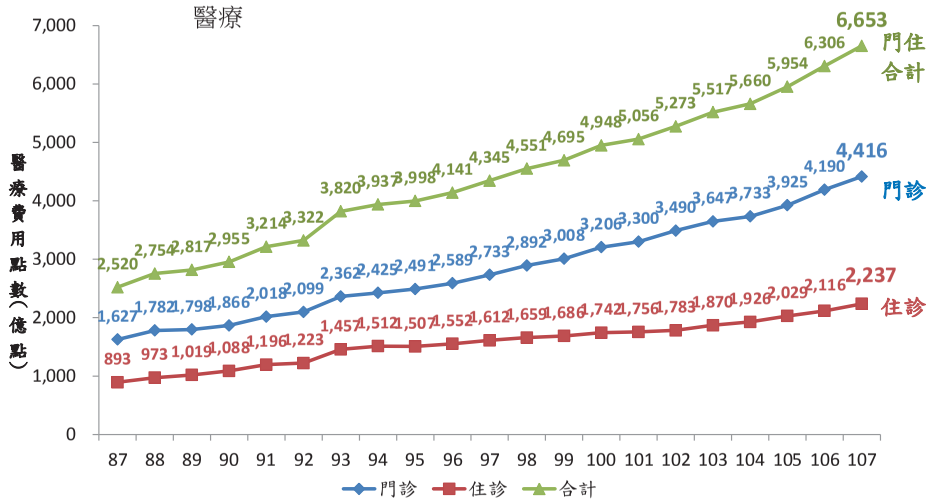
人口老化醫療費用趨勢逐年上升



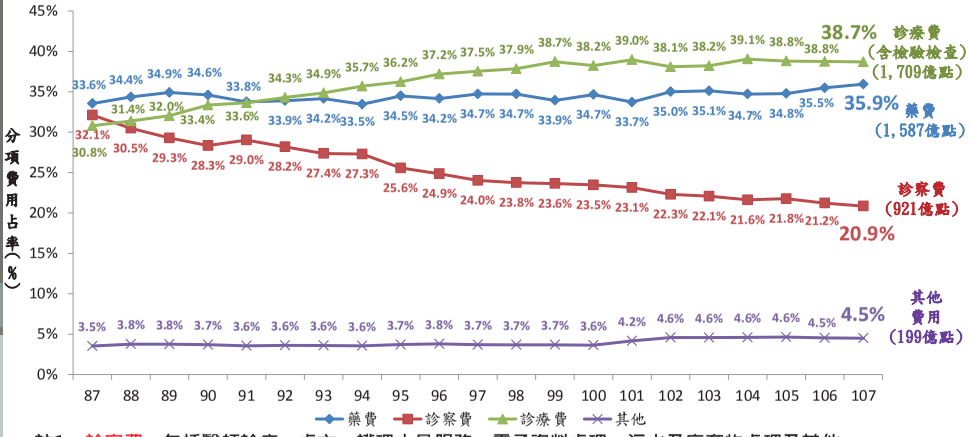
近10年內健保醫療點數成長主要原因

健保醫療費用成長主要原因	過去10年增加金額(億點)	成長貢獻度
65歲以上且有重大傷病	312.2	13.8%
65歲以上但非重大傷病	738.9	32.7%
有重大傷病但非65歲以上	334.6	14.8%
其他項目 (扣除65歲以上與重大傷病後之其他因素，如：新藥、新科技、新增支付標準及服務密集度增加等)	871.0	38.6%
總計	2,256.7	100.0%

西醫歷年醫療點數趨勢

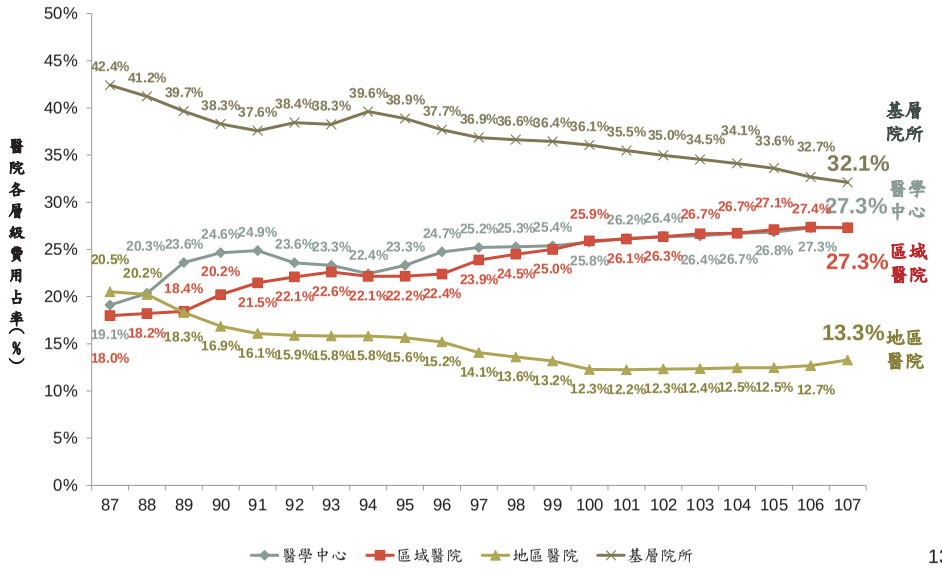


西醫門診分項費用占率趨勢



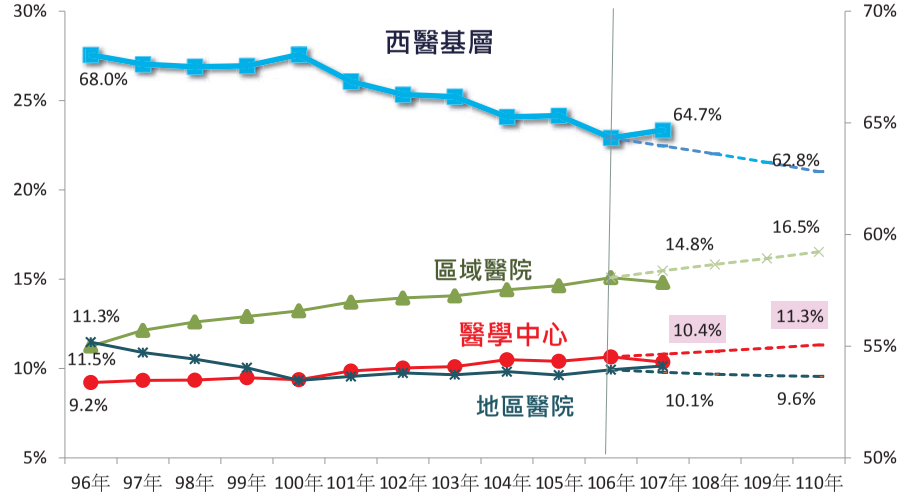
註1、診察費：包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本。醫院門診診察費支付點數內含10%護理費，住院則另申報護理費。
註2、診療費(含檢驗檢查)：手術、治療處置、檢查(驗)費等。
註3、其他：包括藥事服務費及特材費。
註4、107年西醫門診總醫療費用為4,416億點。

西醫門診各層級醫療費用占率趨勢



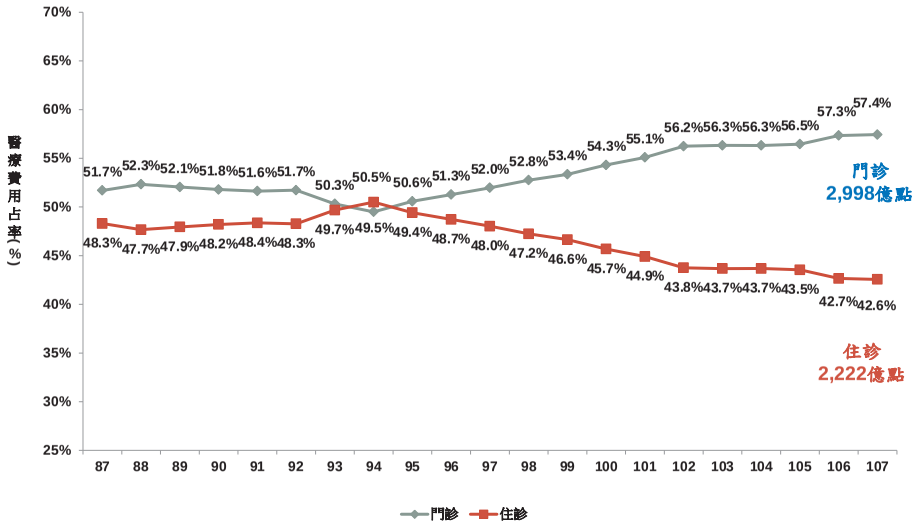
西醫門診各層級人次占率趨勢

106年分級醫療實施後，西醫基層人次占率下降趨勢已趨緩且微幅提升，
地區醫院亦微幅提升；醫學中心及區域醫院人次則微幅下降。

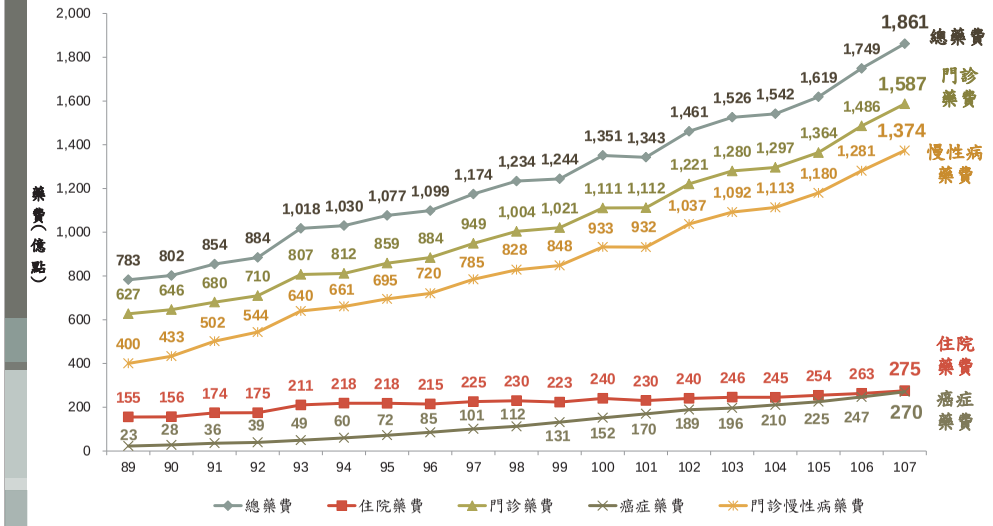


註:虛線為預估值，107年起件數及點數係按前10年件數之幾何平均成長率推估

醫院門、住診費用占率趨勢



藥費結構趨勢圖



3 健保因應策略

-推動分級醫療雙向轉診
-以資訊系統輔助提升醫療品質
-精準審查及有效管理

分級醫療的推動策略

紅字為健保署權責

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

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

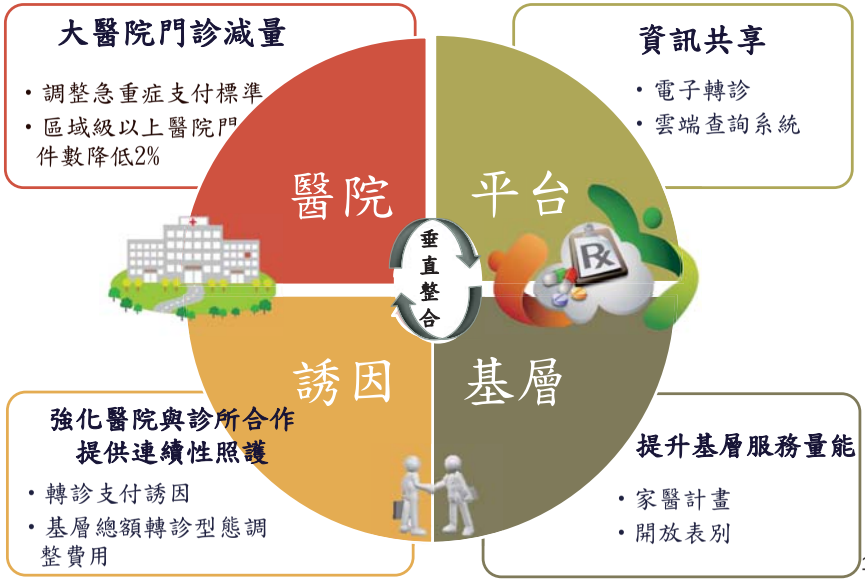
3.調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務
- 調高重症支付標準
- 限制醫院輕症服務成長
- 推動區域級以上醫院門診減量
- 持續推動緊急醫療能力分級

4.強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護
- 建置轉診資訊交換平台
- 建置居家照護資訊共享平台
- 強化醫院出院準備及追蹤服務
- 鼓勵醫師跨層級支援
- 鼓勵診所及醫院共同照護

5.提升民眾自我照護知能
- 加強宣導分級醫療
- 加強自我健康管理
- 宣導利用家醫群24小時電話諮詢服務

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

推動分級醫療雙向轉診策略



大醫院應減少門診人次

- 醫院提供整合門診
- 家庭醫師整合計畫
- 醫院與診所共同照護

106-108年推動分級醫療編列之預算

億元

項目		106年	107年	108年
鼓勵院所建立轉診之合作機制	醫院		2.58	6.89
	基層		1.29	2.58
基層總額轉診型態調整費用			13.46	13.46
基層開放表別		2.5	4.5	7.2
家庭醫師整合照護計畫		15.8	28.8	28.8

大醫院門診減量

- 107年起醫學中心與區域醫院之門診件數，件數不得超過106年98%，並以5年減少10%為目標。
- 107年起同步新增雙向轉診支付誘因。

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

- 配合門診減量暫不實施醫院門診合理量

社區醫院及基層診所量能提升

社區服務更深入

- 開放表別(107年編列4.5億，108年編列7.2億)
- 用藥品質(下轉病人放寬藥品審核)
- 查詢雲端資料，提供優質服務
- 強化預防保健服務與慢性病照護

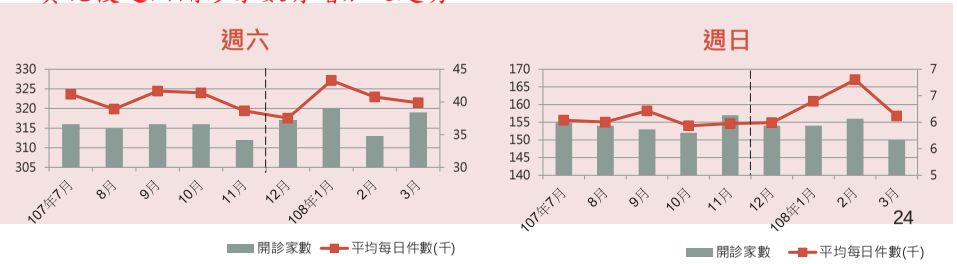
可近性加強

- 家庭醫師整合性照護計畫(107年執行24.3億，108年編列28.8億)
- 假日開診(地區醫院假日診察費加成)

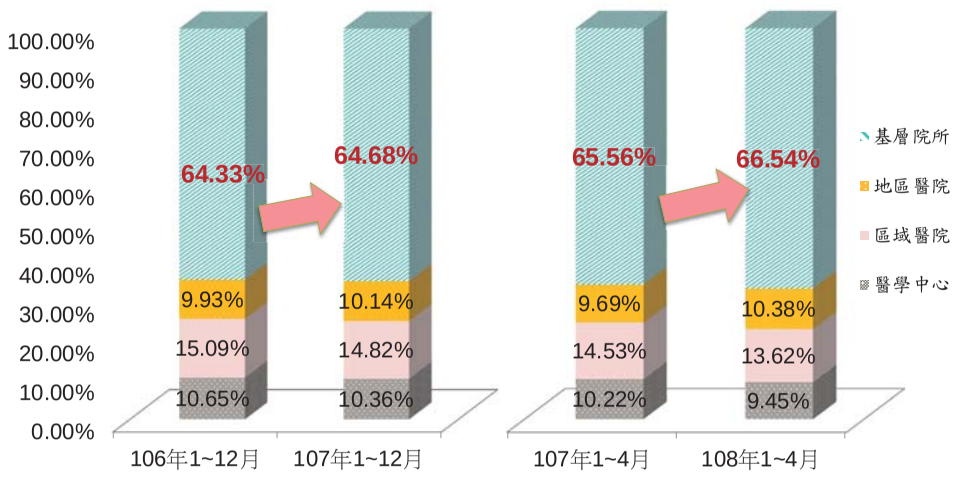
鼓勵地區醫院假日開診

- 辦理緣由

  配合分級醫療政策，並以民眾就醫權益為優先考量，鼓勵基層院所假日開診，同時考量假日各類醫事人力與行政團隊出勤、加班之實際成本
- 執行內容
  - 增列地區醫院假日門診案件加成30%(不含門診診察費、藥品及特材費用)
  - 增列地區醫院假日門診診察費加計：週六加計100點、週日及國定假日加計150點
- 自107年12月1日起實施，推估全年將增加6.82億點，由一般服務之非協商支應。
- 實施後週六開診家數有增加之趨勢



各層級門診件數占率變動



資料來源：健保署三代倉儲：門診明細檔（108.6.3擷取）。就醫日期107/108年1-4月期間。
◎總就醫次數：取醫事類別為醫院(12)、基層(11)之案件，並不計補報、轉代檢、慢連箋調劑、病理中心、就醫併同開立BC肝用藥、其他依規定拆併報案件。

25

門診減量2%-107年7-9月執行情形

- 執行結果

107年7-9月區域級以上醫院門診件數變化　單位：千件

層級別	家數	106年	107年	成長率
醫學中心	19	4,498	4,370	-2.80%
區域醫院	71	6,829	6,587	-3.60%
合計	90	11,327	10,957	-3.30%

註：已排除不納入之院所

107年7-9月份符合降低2%範圍之門診件數：整體較去年同期下降3.3%

- 其中醫學中心下降2.8%，區域醫院下降3.6%。
- 醫學中心門診件數需降低2%範圍者者共19家(排除奇美分院)，已達標者共13家(占68%)，未達標者共6家；
- 區域醫院門診件數需降低2%範圍者共71家(排除106年門診件數占率<=0.5%，共12家)，其中達標者共57家(占80%)，未達標者共14家。

26

19

門診減量2%-107年10-12月執行情形

- 執行結果

107年10-12月區域級以上醫院門診件數變化　單位：千件

層級別	家數	106年	107年	成長率
醫學中心	19	4,444	4,411	-0.70%
區域醫院	71	6,713	6,602	-1.70%
合計	90	11,157	11,013	-1.30%

註：已排除不納入之院所

107年10-12月份符合降低2%範圍之門診件數：整體較去年同期下降1.3%

- 其中醫學中心下降0.7%，區域醫院下降1.7%。
- 醫學中心門診件數需降低2%範圍者共19家(排除奇美分院)，已達標者共11家(占58%)，未達標者共8家；
- 區域醫院門診件數需降低2%範圍者共71家(排除106年門診件數占率<=0.5%，共12家)，其中達標者共44家(占62%)，未達標者共27家。

27

門診減量2%-108年1-3月執行情形

- 初步執行結果

108年1-3月區域級以上醫院門診件數變化　單位：千件

層級別	家數	106年	108年	成長率
醫學中心	19	4,297	4,070	-5.3%
區域醫院	69	6,265	5,955	-4.9%
合計	88	10,562	10,025	-5.1%

註：已排除不納入之院所，彰基雲林及郭綜合醫院108年降級為地區醫院

108年1-3月份符合降低2%範圍之門診件數：整體較去年同期下降5.1%

- 其中醫學中心下降5.3%，區域醫院下降4.9%。
- 醫學中心門診件數需降低2%範圍者共19家(奇美分院與本院合併)，全數達標(100%)。
- 區域醫院門診件數需降低2%範圍者共69家(排除106年門診件數占率<=0.5%，共12家)，其中達標者共55家(占80%)，未達標者共14家。

28

總轉診案件人次(含轉出及轉入)

- 107年7月-108年4月總轉診人數約100.5萬人，轉診件數約180萬件
- 聯盟內轉診件數占總轉診件數近7成
- 各層級轉診件數中，基層院所占4成

107年7月-108年4月	人數		件數	
	人	占率	件	占率
總計	1,004,711	100%	1,801,723	100%
聯盟內轉診				
是	660,308	63%	1,179,926	**65%**
否	380,363	37%	621,797	35%
醫學中心	336,893	23%	440,788	24%
區域醫院	356,518	24%	448,514	25%
地區醫院	148,152	10%	185,134	10%
基層診所	637,233	43%	727,287	**40%**

備註:
1. 同一筆案件轉出端及轉入端各計1件。
2. 資料範圍：總額內、外案件，申報部分負擔代碼(A30, B30, C30, D30, 008, 001, 002, 003, 004, 005, 006, 007, 008, 009, 011, 801, 802, 901, 902, 903, 904, 906, 907)且轉代檢註記為('1','G9','G5','C6','F3','FT','JA','T')(接受他院轉入)之案件。

轉診(轉入)案件分析

- 總轉診件數約180萬件中，轉入案件為88.4萬件
- 88.4萬件中，上轉73.1萬件，平轉5.9萬件，下轉8.4萬件，無法判定約1萬件
- 下轉占率9.47%，較前一年同期件數增加5.5倍

	106年7月-107年4月		107年7月-108年4月		
	件數	占率	件數	占率	成長率
總計	581,226	100.00%	**883,978**	100.00%	52.09%
接受上轉	535,002	92.05%	**731,312**	82.73%	36.69%
接受平轉	21,740	3.74%	**59,102**	6.69%	171.86%
接受下轉(A+B)	12,967	2.23%	**83,722**	9.47%	545.65%
單向下轉(A)	11,763	2.02%	65,659	7.43%	458.18%
回轉(B)	1,204	0.21%	18,063	2.04%	1400.25%
資料不全	11,517	1.98%	9,842	1.11%	-14.54%

備註:
1. 因同一筆案件轉出及轉入流向會重複計算案件數，故同一筆僅計轉入端1件以轉入(接收院所)之件數分析。
2. 資料範圍：總額內、外案件，因前後年度定義不同，為利比較均以接受轉診院所資料進行統計。
3. 居護所及精神科社區復健機構轉診至基層診所視為同平轉。

上轉案件-層級別分析

上轉73.1萬件中，由診所上轉(60.3萬件)，即占82.4%

轉出端

	106年7月-107年4月				107年7月-108年4月			
層級別	申請總件數(萬)(A)	轉診件數(B)	占率(B/C)	轉診率(B/A)	申請總件數(萬)(D)	轉診件數(E)	占率(E/F)	轉診率(E/D)
區域醫院	3,948	19,557	3.72%	0.05%	3,925	28,957	3.96%	0.07%
地區醫院	2,567	70,164	13.34%	0.27%	2,742	99,765	13.64%	0.36%
基層診所	22,052	436,197	82.94%	0.20%	22,309	602,590	82.40%	0.27%
總計	28,566	525,918(C)	100.00%	0.18%	28,976	731,312(F)	100.00%	0.25%

接受端

	106年7月-107年4月				107年7月-108年4月			
層級別	申請總件數(萬)(G)	轉診件數(H)	占率(H/C)	轉診病人占率(H/G)	申請總件數(萬)(I)	轉診件數(J)	占率(J/F)	轉診病人占率(J/I)
醫學中心	2,750	267,820	50.92%	0.97%	2,789	352,619	48.22%	1.26%
區域醫院	3,948	220,286	41.89%	0.56%	3,925	312,069	42.67%	0.80%
地區醫院	2,567	37,812	7.19%	0.15%	2,742	66,624	9.11%	0.24%
總計	9,265	525,918(C)	100.00%	0.57%	9,456	731,312(F)	100.00%	0.77%

下轉案件-層級別分析

下轉8.4萬件中，下轉到診所4.2萬件，即占51%

轉出端

	106年7月-107年4月				107年7月-108年4月			
層級別	申請總件數(萬)(A)	轉診件數(B)	占率(B/C)	轉診率(B/A)	申請總件數(萬)(D)	轉診件數(E)	占率(E/F)	轉診率(E/D)
醫學中心	2,750	8,321	64.17%	0.03%	2,789	45,891	54.81%	0.16%
區域醫院	3,948	3,802	29.32%	0.01%	3,925	30,788	36.77%	0.08%
地區醫院	2,567	844	6.51%	0.003%	2,742	7,043	8.41%	0.03%
總計	9,265	12,967(C)	100.00%	0.01%	9,456	83,722(F)	100.00%	0.09%

接受端

	106年7月-107年4月				107年7月-108年4月			
層級別	申請總件數(萬)(G)	轉診件數(H)	占率(H/C)	轉診病人占率(H/G)	申請總件數(萬)(I)	轉診件數(J)	占率(J/F)	轉診病人占率(J/I)
區域醫院	3,948	5,259	40.56%	0.01%	3,925	13,223	15.79%	0.03%
地區醫院	2,567	5,460	42.11%	0.02%	2,742	27,793	33.20%	0.10%
基層診所	22,052	2,248	17.34%	0.001%	22,309	42,706	51.01%	0.02%
總計	28,566	12,967(C)	100.00%	0.005%	28,976	83,722(F)	100.00%	0.03%

推動院所垂直整合計畫

強化院所醫療合作，提供連續性照護

33

各院所間組成垂直整合聯盟

78個策略聯盟，共7,101家特約院所 (醫中24家、區域82家、地區醫院311家、基層診所6,538家及藥局1家、居護所133家、康復之家11家、助產所1家) _統計至108年5月底

北區

11個雁行計畫：桃園醫院、敏盛綜合醫院、壢新醫院、新竹馬偕紀念醫院、為恭紀念醫院、林口長庚紀念醫院、聖保祿醫院、北榮桃園分院、天晟醫院、東元綜合醫院、國軍桃園總醫院。

中區

18個策略聯盟：中山醫、中國醫、台中榮總、秀傳、國軍臺中總醫院、彰基、衛部豐原醫院、彰濱秀傳、澄清中港、澄清綜合、台中慈濟、臺中醫院、彰化醫院、埔里基督教、大里仁愛、草屯療養院、童綜合、光田之合作聯盟

南區

17個策略聯盟：成大醫院、奇美醫院、台大雲林、奇美柳營、聖馬爾定、嘉基醫院、大林慈濟、中榮嘉義、中醫北港、市立安南、長庚嘉義、南市立醫、郭綜合醫、新樓麻豆、新樓醫院、彰基雲林、臺南醫院、基層診所與醫院締結儀式。

台北

15個策略聯盟：三總、馬偕、亞東醫院、臺北榮總、羅東博愛醫院、雙和醫院、基隆共好、台北藍鵲(市聯醫)、蘭陽分級照護網、聖母、 新光、北醫、星月計畫(台大)、萬芳、里仁專案(國泰)。

東區

3個策略聯盟：類都會智慧型在地整合模式(慈濟)、山地偏鄉型在地整合模式(門諾)、區域在地醫療整合模式(馬偕)

高屏

14個策略聯盟：高榮與高屏地區基層、高榮_支援醫院、高長及高長醫師聯誼會、高長醫略聯盟合作、大同醫院、高雄市立聯醫院合作聯盟、屏基基層、國軍左營_環台醫療策略聯盟、義大醫院、小港醫院、安泰、高醫_分級醫療雙向轉診團隊、高醫_分級醫療雙向轉診共同照護討、高醫_守護城鄉零距離。

34

107年本署委託國立陽明大學研究計畫「分級醫療制度之成效評估及效益分析」結論

- 整體而言，專家委員對於目前實施的政策多數覺得是有效的。
- 本計畫分析包含民眾長期就醫流向趨勢分析、分級醫療政策實施前後就醫流向、與醫療資源耗用之初步評估，分析結果如下：
  - 所有感冒、初級醫療案件還是以診所為主要就醫場所。疾病複雜程度低的病患，總就醫次數約90%的就醫在診所。
  - 感冒與初級醫療案件及疾病複雜程度低的病患佔醫療院所之總門診量佔比，在診所之佔比為最高，而在醫學中心為最低。
  - 所有癌症、重大傷病案件的門診，還是以區域級以上醫院為主，且疾病複雜程度越高，越傾向在醫院就醫。因此大病還是在大醫院，小病還是在基層院所就醫。
  - 另外，研究結果顯示驅動大醫院門診成長的動力可能來自醫學中心及區域醫院在平均就醫費用及平均就醫次數的高成長。

35

107年本署委託國立陽明大學研究計畫「分級醫療制度之成效評估及效益分析」建議

- 健保署近年來強力推動分級醫療政策，其**六大策略涉及之層面相當廣泛，應投入更多的資源進行長時間的觀察**，並從各方蒐集更完善的資料以全面評估現行制度的成效。
- 分析結果顯示，隨著社會高齡化及疾病型態的轉變，疾病複雜程度高的病患逐年增加，輕症案件逐年遞減，如要**達成分級醫療的目的，建議要全面提升基層醫療服務量能，**強化基層診所因應社會照護需求。
- 健保署為加強轉診之效率建置資訊系統供院所交換轉診資訊，經座談會收集相關資訊系統及交換平台使用經驗後，**未來仍需要投入資源以解決資訊系統連接及使用上的困難**，例如：病患相關資訊之不足、硬體設備無法支援、網路連線的困難、與院所本身資訊系統上整合之障礙等。
- 現行政策中，強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護是為重點項目之一。為導引醫院減少輕症服務，並強化醫院與診所醫療合作，健保署提供多項誘因以促進醫療機構間垂直整合，建議應持續觀察醫院與診所的合作關係對分級醫療的影響，並針對其施行成效進行後續追蹤分析。

36

健康名人堂

健保資訊上雲端 分級醫療跨大步

李伯璋

為扭轉民眾動輒往醫學中心就醫，基層醫療逐漸萎縮，導致大型醫院醫護人員嚴重過勞，健保署草擬推動分級醫療與落實雙向轉診的六大策略、廿四項配套，其中關鍵主軸便是壯大基層醫療，改變民眾就醫習慣。

跨院調閱 翻轉醫療生態

健保署採取滾動式修正，強化「健保醫療資訊雲端查詢系統」的功能，從今年元旦起，醫療院所已開始修改資訊系統，陸續執行跨院的影像檢查調閱，吾人相信，此舉正是翻轉台灣醫療生態的契機，更是邁向分級醫療的新紀元。

全民健保是台灣的驕傲，但肝衝圖內政經情勢，若要提高健保費或部分負擔，有其現實面的難處，務實面對健保財務危機，唯有加強節流措施著手。

我們從健保大數據分析發現，近年來病人接受檢驗檢查的支出成長幅度驚人，106年的前廿項檢查（驗）就耗費688億點，其中不乏患者在短期內重複檢查的項目；同樣的，部分病人因重複就醫而領取多餘藥物，形成醫療浪費的情形屢見不鮮。

平台分享 避免重複醫療

因此，健保署積極擴大「健保雲端藥歷」功能升級為「健保醫療資訊雲端查詢系統」，希望病人過去的用藥紀錄、各種檢驗檢查項目及結果，甚至電腦斷層（CT）、磁振造影（MRI）、胃鏡、大腸鏡與超音波的影像，都能透過這個平台分享給各層級醫療院所，節省不必要的醫療。

目前全台各大醫院陸續把CT、MRI的影像上傳健保署雲端系統，半個月以來，已有335家醫院上傳，上傳率達七成一，上傳件數達7.8萬筆，並有300家進行影像調閱，調閱率為六成三，調閱件數也有1968筆，換言之，今後病人如果在某大醫院做了CT、MRI，如果想到他院徵詢第二意見，不必再花200元至600元請醫院燒錄光碟，同樣的，基層診所醫師在診間也能看得到大醫院檢查的影像及報告，作為病人日後病情追蹤參考，吾人相信，此舉有助於落實分級醫療，更是健保醫療改革的一大步。

突破瓶頸 準備好邁向AI

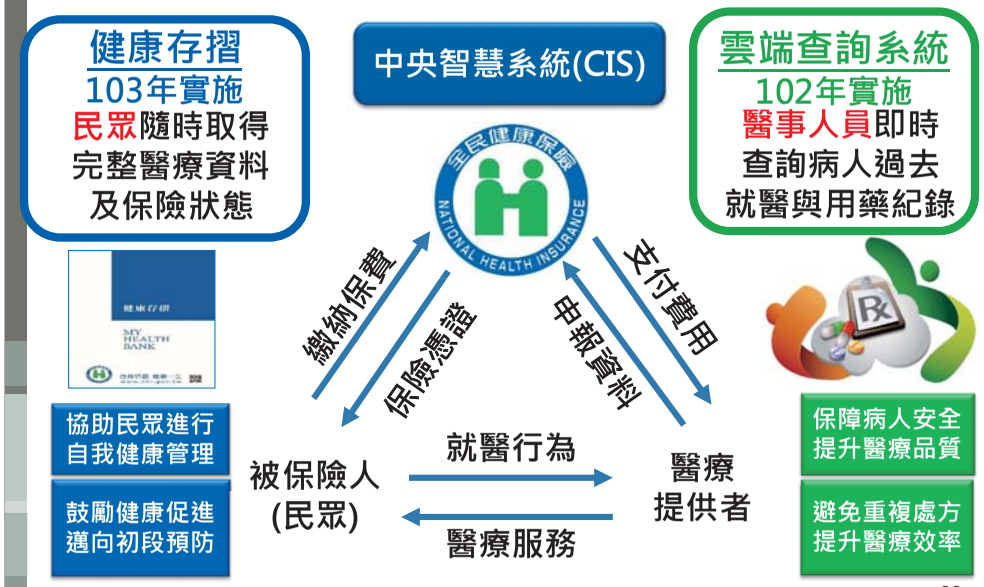
事實上，健保署資訊部門曾檢視院所問調閱特殊影像檢查的作業流程，一度認為技術門檻高，不易突破，幸而中華電信、負責醫療影像儲存傳輸的PACS廠商，以及介接醫院電腦與健保署封閉型網路系統（VPN）的醫療資訊HIS廠商，群策群力，突破瓶頸，協力完成影像轉檢及下載的基礎網路建設，也為健保未來邁入人工智慧（AI）精準審查做好準備。

「不需要證明自己，只要天天進步」，每天每一時刻，都要比昨天的自己更好！健保雲端醫療分享的建置過程，突破許多不可能，期待國人點解「擇邊好醫師，社區好醫院」的概念，珍惜醫學中心專注於「急重難罕」的疾病治療，讓台灣真正落實分級醫療的願景。

（本文作者李伯璋為中央健保署署長）

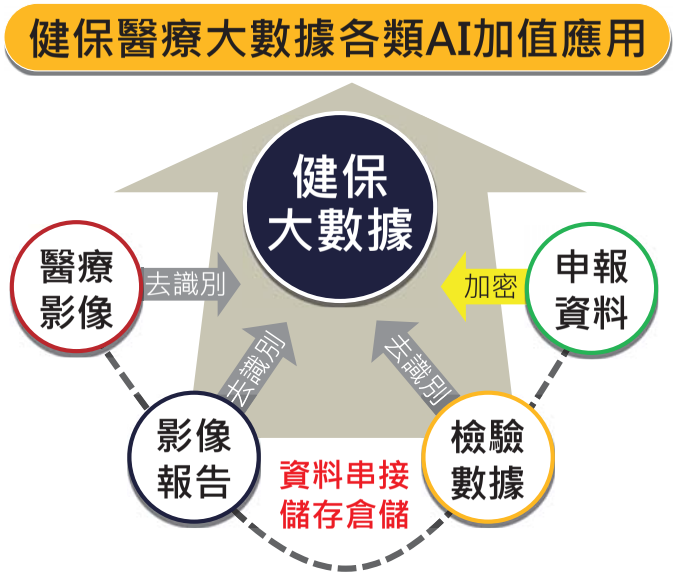
●健保名人堂邀請醫藥公共衛生專家分享健康觀點與視野，每周二刊出。

以資訊系統輔助提升醫療品質



健保署近年在醫療資訊的努力

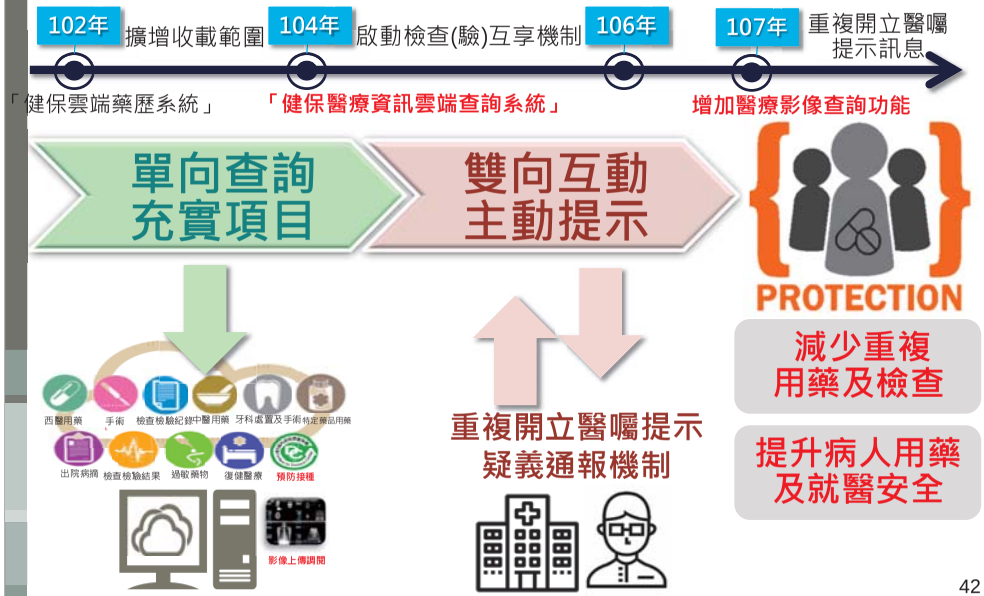
健保大數據與AI應用規劃



健保醫療資訊雲端查詢系統

41

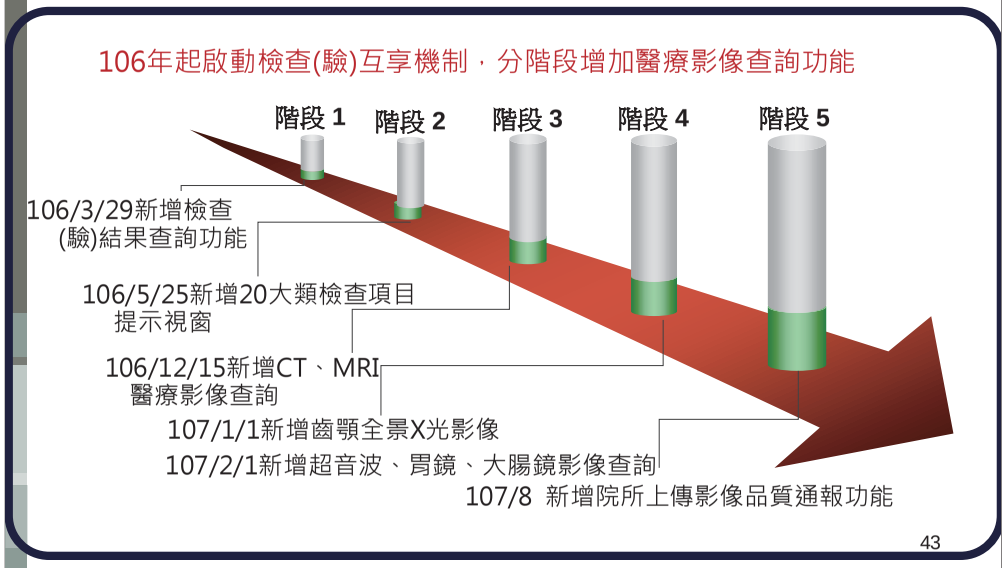
健保醫療資訊雲端查詢系統發展



42

23

醫療資訊互享 提升醫療效益



43

發展主動回饋功能 看診便利 品質更精進

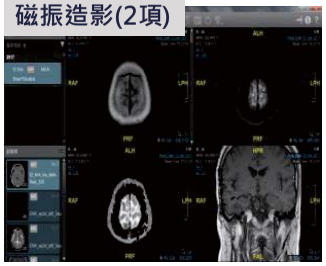
44

醫療影像呈現內容

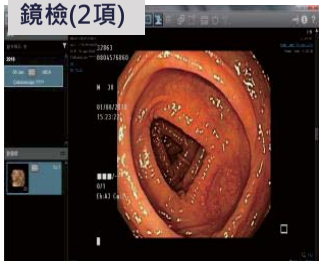
107年起雲端系統提供調閱36項醫療影像

電腦斷層(3項)

磁振造影(2項)

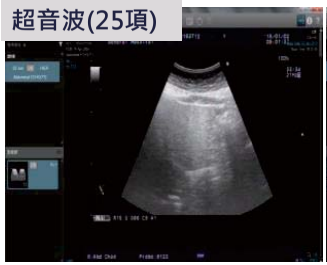


鏡檢(2項)

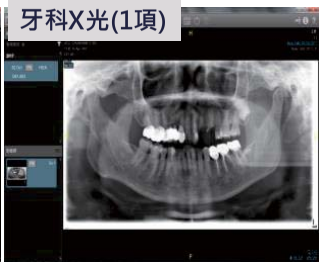


X-光(3項)

超音波(25項)

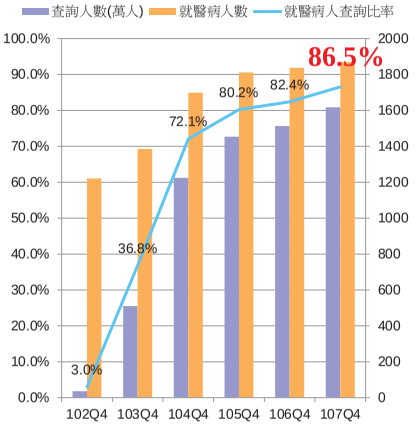


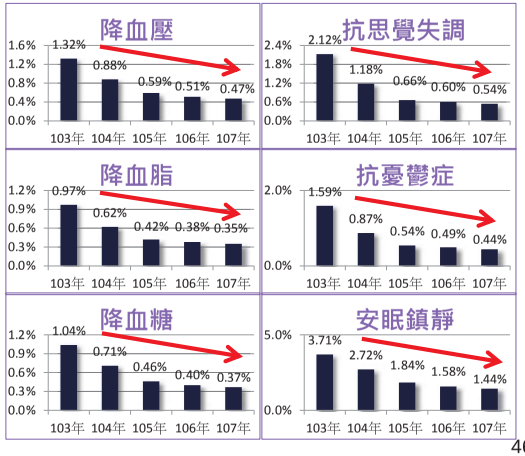
牙科X光(1項)



執行成效-1

- 雲端查詢率逐年成長至86.5%
- 跨院所用藥日數重疊率逐年降低
- 103-107年推估六類藥品共節省約3.7億元

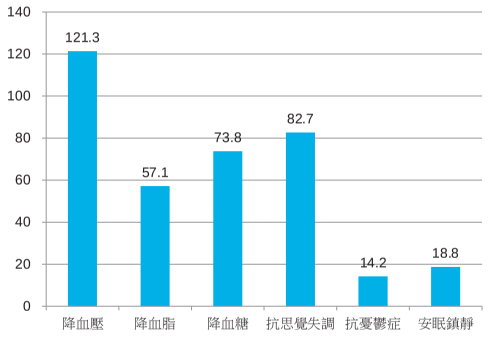




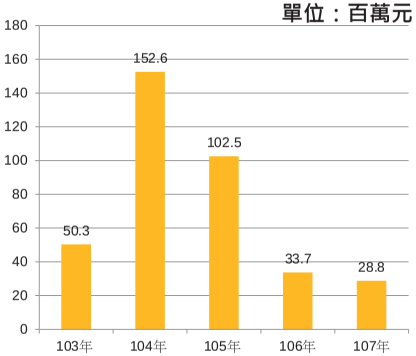
執行成效-2

被查詢病人六類藥品，依用藥日數重疊率下降推估之節省經費

單位：百萬元



六類藥品103- 107年節省經費



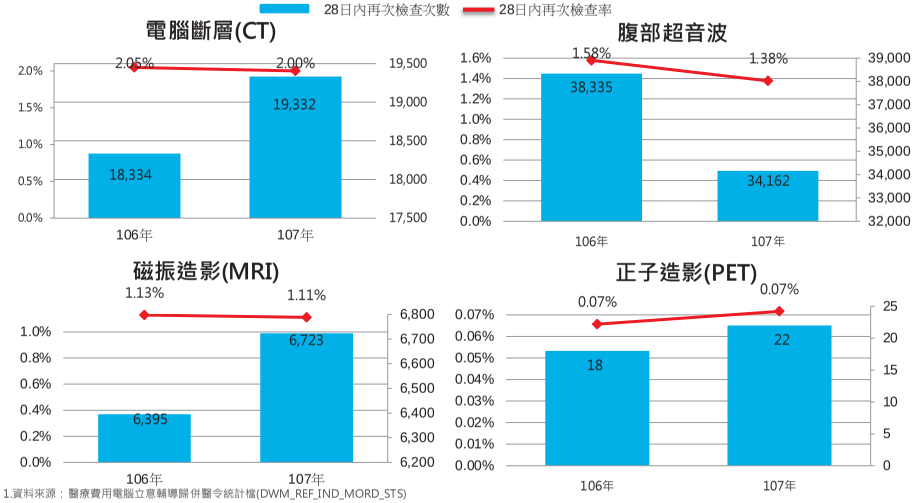
六類藥品103年-107年節省經費

近五年六類藥品共節省約3.67億元

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

執行成效-3

107年CT、MRI、腹部超音波28日內再檢查次數及比率分析



1.資料來源：醫療費用電腦立意輔導關併醫令統計檔(DWM_REF_IND_MORD_STS)
2.統計期間：106/01～107/12
3.列入計算醫令代碼：CT檢查(33070B、33071B、33072B)；MRI檢查(33084B、33085B)；PET檢查(26072B)腹部超音波檢查(19001C、19009C)
4.分子(跨院)：當月分母案件中以同病人ID往前勾稽28日內全國門診有申報CT、MRI、PET、腹部超音波執行之案件，有勾稽到之分母案件列為分子

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

107年12月健保醫療資訊雲端查詢標竿學習分享會

技術共享 推廣應用

強化資訊互享機制 營造高品質就醫環境

完備病人就醫之資訊互享機制

108年持續完善各項健保醫療資訊雲端查詢功能

- 持續提升健保醫療資訊雲端查詢系統功能，提升醫師及藥師使用意願
- 規劃資訊雙向互通管道
- 導引醫師改變重複處方行為，保障病人安全

健康存摺

健康存摺建置目的

❖健康存摺

-是一個線上查詢系統，能查詢自己的就醫及健康資料。

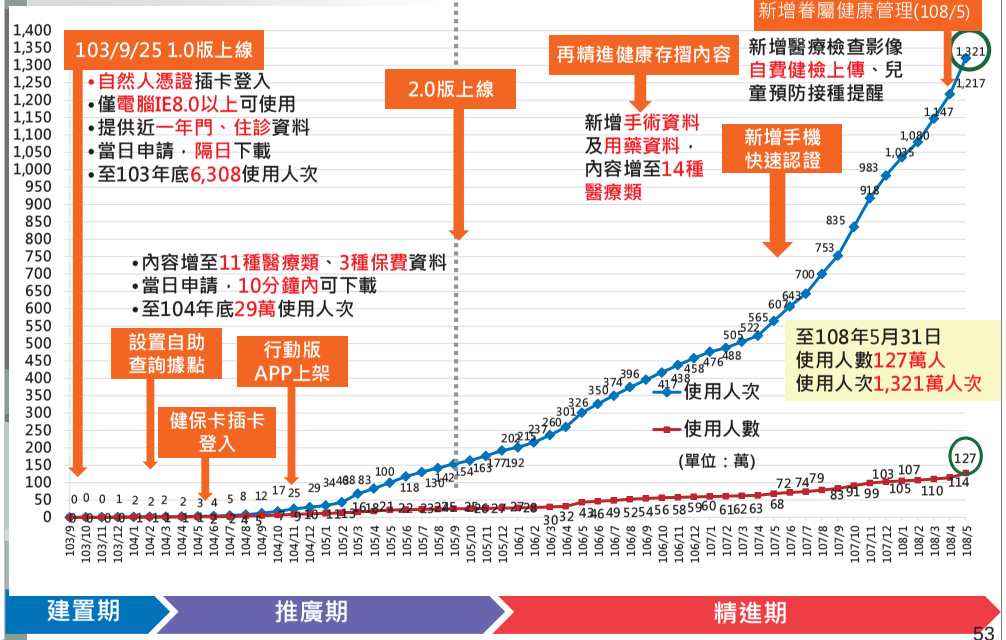
-每一位享有健保的民眾都可以使用，不分年齡，完全免費。

❖建置目的

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

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

健康存摺發展歷程與使用情形



健康存摺包含資料(APP版)

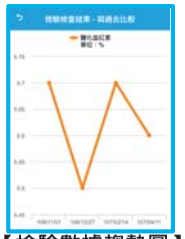
- 健康資料
  - 就醫資料
    - 門診資料(西醫、中醫、牙醫)
    - 住院資料(連結「出院病歷摘要」)
    - 手術資料
    - 用藥資料
  - 檢驗(查)結果
    - 血糖、血脂檢驗報告
    - 影像(檔)或病理檢查資料
    - 其他檢驗資料、自費健檢
  - 貼心叮嚀
    - 就醫提醒
    - 過敏資料
    - 器官捐贈/安寧緩和/預立醫療意願
- 疾病評估
  - 肝癌風險預測
  - 末期腎病評估
- 成人預防保健
- 預防接種
- 癌症篩檢結果
- 生理量測

- 個人專區
  - 常用功能
  - 我的行事曆
  - 設定常用功能
  - 設定推播
  - 兒童預防接種提醒及推播
- 我的首頁
  - 最近一次就醫紀錄
  - 健康時事
- 使用指南
  - 觀看影音短片
  - 使用小技巧
  - 健康存摺簡介
  - 聯絡窗口

就醫紀錄視覺化呈現

- 健康存摺儲存您3年內就醫資料，包含門診(西醫、中醫、牙醫)、住院、手術、用藥、過敏紀錄、檢驗檢查資料等，並儘量以視覺化圖表呈現。

New【醫療檢查影像】



【檢驗數據趨勢圖】

【牙醫資料】

【手術資料】

【用藥資料】

【門診資料】

*西醫、中醫、牙醫門診，住院、手術、用藥資料可轉成英文版呈現。

資料多元

- 衛生福利部各司署資料跨機關整合
- 使用者可自行輸入血壓、體重等生理量測值

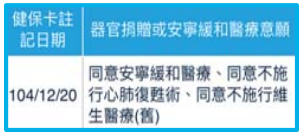
跨機關整合　　使用者自行輸入

【預防接種資料】

【成人預防保健結果】

【癌症篩檢結果】

【器捐/安寧註記】



【生理量測】

加值運用

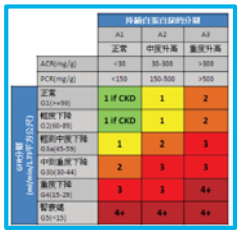
連結衛教資訊

表示可連結衛教資訊

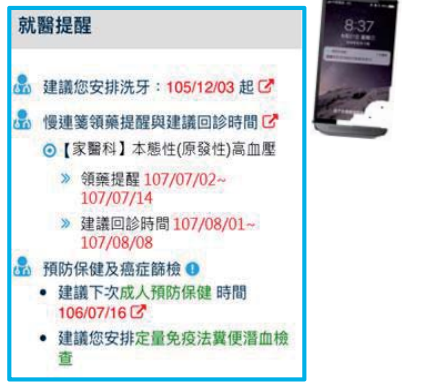
疾病評估

【肝癌風險預測】

【末期腎病評估】



就醫提醒與推播服務



New 【兒童常規疫苗接種試算推播】

57

健康存摺的好處

方便資料取得

- ◆ **單一平台**取得**跨機關**健康資料
  - 健保資料
  - 成人預防保健 四癌篩檢
  - 預防接種
  - 器捐/安寧註記
- ◆ **多元管道即時查**
  - web
  - APP

管理自我健康

- ◆ 就醫資料**視覺化**呈現

- ◆ **推播**就醫提醒
  - ✓洗牙
  - ✓慢連箋領藥/回診
  - ✓成人健檢/癌篩
- ◆ 疾病風險評估

- ◆ 輸入**生理量測**紀錄
  - ✓血壓、血糖、心跳
  - 身高、體重、腰圍

便利醫病溝通

- ◆ 落實民眾**知情權**、**縮短醫病間醫療資訊不對等**。
- ◆ 就醫時出示「健康存摺」資料供醫師參考，讓醫師能有效地掌握就醫及健康狀況。

58

27

申請健康存摺

個人電腦

1.完成健保卡註冊，以「一般登入」，輸入身分證號、健保卡卡號、健保卡網路服務註冊密碼及圖形驗證碼，免插卡登入!

2.「已註冊健保卡」插卡登入

3.「自然人憑證」插卡登入

NEW

健保行動快易通APP

1.本人月租搭配行動上網門號可使用「快速認證」登入

2.「已註冊健保卡」輸入帳號(身分證號)及密碼後登入

臨櫃申請

帶健保卡及身分證，至健保署各分區業務組及聯絡辦公室

查詢據點

帶健保卡及戶號，至約500處健保特約院所及公所

透過**手機**快速認證

※適用條件：本國籍人士，且本人名義申辦之手機門號為月租型搭配行動上網方案。

快速認證教學影片

想瞭解更多?

健康存摺介紹短片

健康存摺專區

59

持續精進健康存摺

提供「眷屬管理功能」，讓沒有手機的老年人或小孩透過家人手機進行「健康存摺」健康管理。

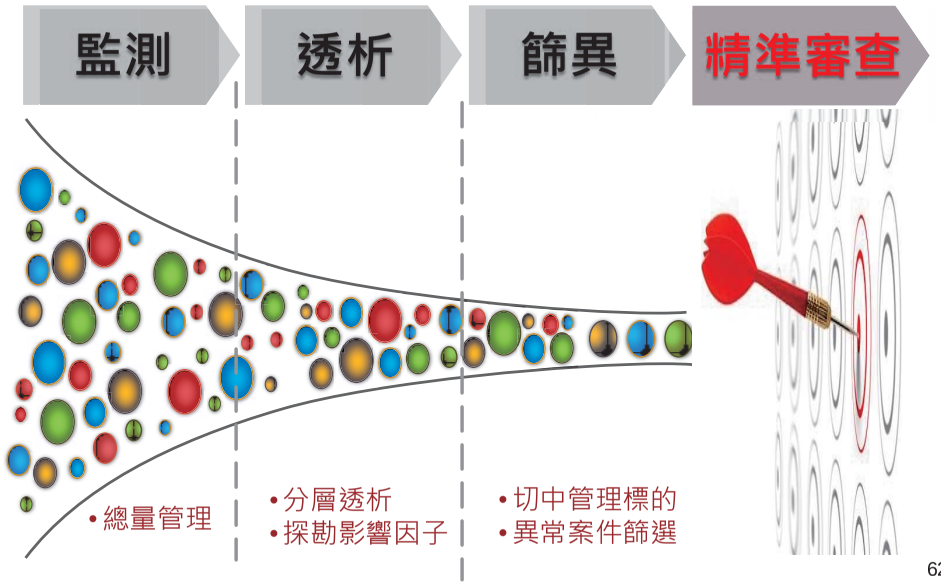
提供「**軟體開發套件**(Software Development Kit, SDK)」，讓使用者可將健康存摺資料下載落地至載具(行動裝置)存放，再依自主意願，將個人健康存摺資料提供給信任的他方(如APP、健康管理服務系統，或其他公私立單位)協助健康管理。

參考行政院國發會所制定「**無障礙網頁**開發規範」，循2.0版的A級為標準另行開發健康存摺無障礙網頁，供身障礙人士使用(109年6月)。

60

精準審查

精準審查
--醫療利用量的監控概念



精準審查
--審查朝合理化

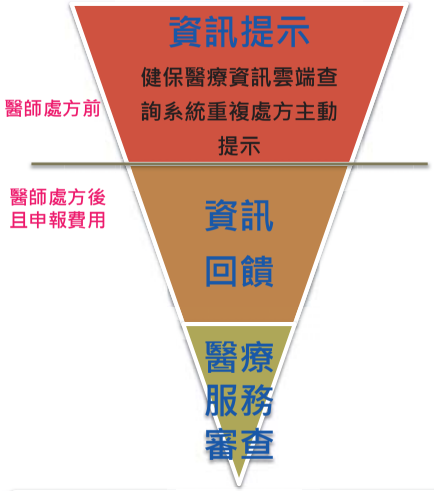
◆注重臨床專業
- 醫療院所- 證據醫學、病歷佐證
- 健保行政- 審查共識、核減理由

◆減少財務衝擊
- 醫療院所- 申報合理、價值醫療
- 健保行政- 減少隨機抽審回推之衝擊
  - ➢ 健保署107.03.15公告修正審查辦法~提高極端值案件比例、增列得設定回推上限值

精準審查--審查朝智能化

◆強化資訊科技與醫療專業參與
- 數位化作業環境
  （上傳、申報、送審、核定、爭審）
- 大數據分析+專業意見+資通科技
- 偏重立意抽審 朝向精準審查邁進

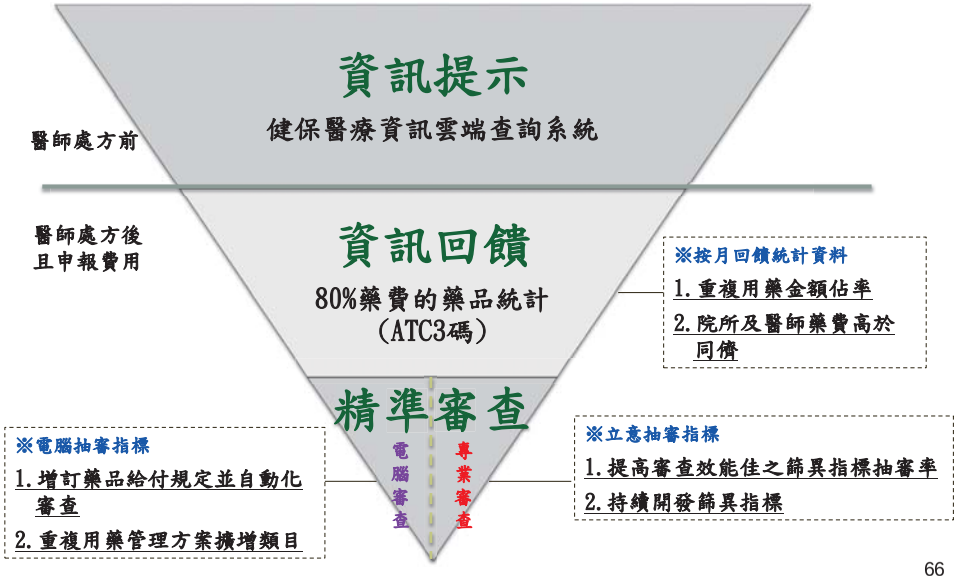
精準審查—用藥及檢查(驗)之管理



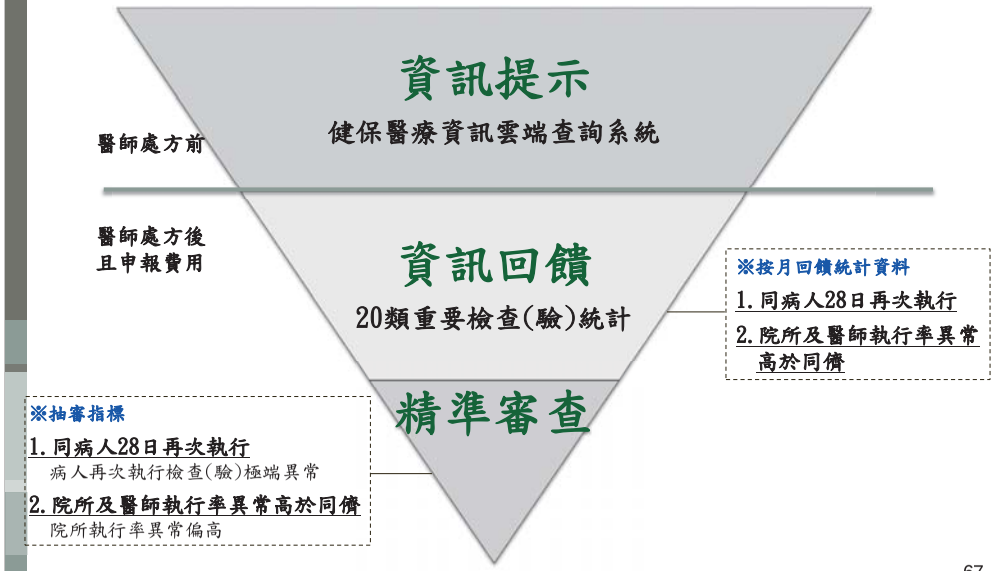
用藥管理	檢查(驗)管理
即時查詢病人3個月內藥品就醫資訊	即時查詢及提示病人6個月內重要檢查(驗)結果功能
◘ 藥品80/20管理方案 ◘ 60類藥品重複病人用藥歷程	20類重要檢查(驗)管理方案
◘ 異常高於同儕**立意專審** ◘ 60類藥品重複用藥不符規範不予支付	◘ 異常高於同儕**立意專審** ◘ 門診28日內再執行未先調閱已上傳CT及MRI檢查影像或報告不予支付

供醫師看診即時掌握病人資訊，以確保病人安全與醫療品質

精準審查-藥品80/20管理方案



精準審查--20類重要檢查(驗)管理方案



各總額部門執行情形

一、客觀數據

二、主觀調查

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

二 執行概況—及時性

- 新醫療科技之導入
- 疾病管理方案
- 民眾就醫可近性

新醫療科技預算

項目 \ 年	103年	104年	105年	106年	107年
醫院					
成長率	0.584%	0.646%	0.503%	0.531%	0.844%
增加金額(億元)	20.014	22.755	18.535	20.63	34.4
西醫基層					
成長率	0.104%	0.122 %	0.082 %	0.080 %	0.106 %
增加金額(億元)	1.002	1.200	0.83	0.84	1.16

新醫療科技-新藥

- 103-107年收載新藥之品項數

收載年度	新藥類別/品項數			合計
	第1類	第2A類	第2B類	
103	3	12	29	44
104	3	18	19	40
105	4	12	10	26
106	6	14	22	42
107	2	13	36	51
合計	20	73	139	232

*本表所指新藥為103至107年收載，且符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準第十四條第一項，並經全民健康保險藥物共同擬訂會議同意納入收載之藥品，且不含專款藥品(罕見疾病用藥、血友病用藥、後天免疫缺乏症候群治療藥品及C肝用藥)及代辦品項(戒菸、流感疫苗及流感抗病毒藥劑)

新醫療科技-新藥(收載51項)

- 第1類新藥2項，分別用於治療急性淋巴芽細胞白血病及接受普栓達(Pradaxa)治療而需要快速反轉dabigatran抗凝血作用的成人病患。
- 第2A類新藥13項，分別用於治療輕度社區性肺炎、晚期性大腸直腸癌、慢性骨髓性白血病或急性淋巴性白血病、周邊T細胞淋巴瘤(PTCL)、中至重度斑塊性乾癬之成人患者、多發性骨髓瘤患者、疥瘡、嚴重氣喘且控制不良(severe refractory eosinophilic asthma)之成人患者等。
- 第2B類新藥共36項，分別用於治療第二型糖尿病、需冠狀動脈介入性治療(PCI)的急性冠狀動脈症候群、分化型甲狀腺癌、腎細胞癌、轉移性乳癌病人、轉移性大腸直腸癌之成人患者、中度到重度活動性類風濕性關節炎、成人鬱症(major depressive disorder)等。

新醫療科技-新特材

- 103-107年收載新特材之品項數

收載年度	創新功能	功能改善	過程面	總計
103	10	16		26
104	7	53		60
105	42	54	10	106
106	31	53		84
107	31	40		71
合計	121	216	10	347

新醫療科技-新診療項目

- 103-107年新醫療科技診療項目之項目數

收載年度	項目數	總額編列(百萬元)	推估增加預算(百萬點)
103年	91	950	950.32
104年	27	300	253.71
105年	26	300	300.19
106年	21	393	391.91
107年	31	400	394.76

註：107年新增項目計14項，修訂現有項目計17項

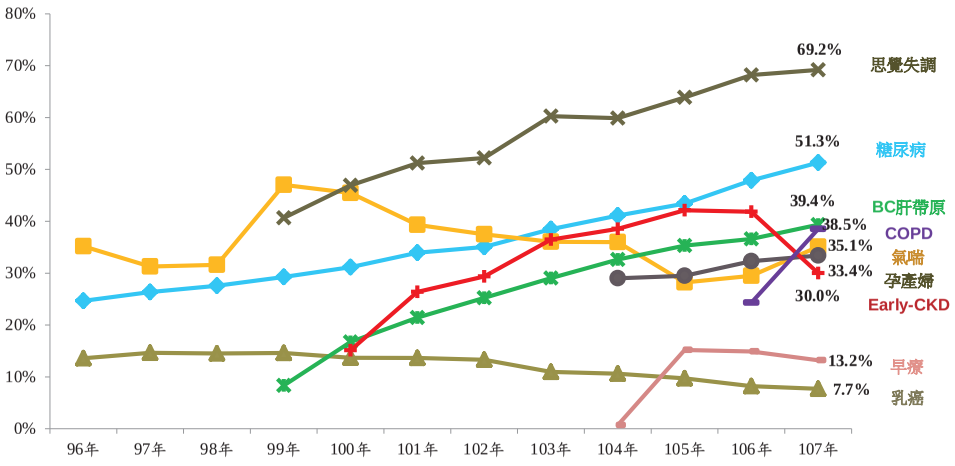
二 執行概況—及時性

- 新醫療科技之導入
- 疾病管理方案
- 民眾就醫可近性

疾病管理方案-照護人數

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

疾病管理方案-照護率

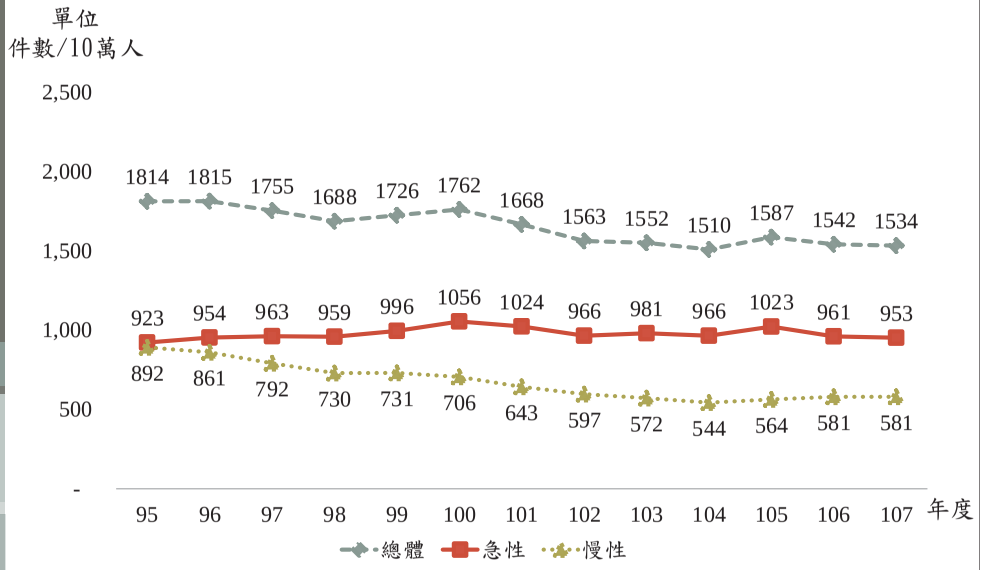


註1：照護率 分子:當年度申報該方案相關費用之歸戶人數。
分母:當年度該疾病之符合收案條件之歸戶人數(糖尿病)或當年度申報該疾病診斷之歸戶人數(氣喘、乳癌、高血壓、思覺失調症、BC肝帶原者)。

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

註3：高血壓方案因病患常合併多重疾病，例如糖尿病、慢性腎臟病等，故未再以疾病別單獨另列計畫追蹤，自102年1月1日起停止試辦。

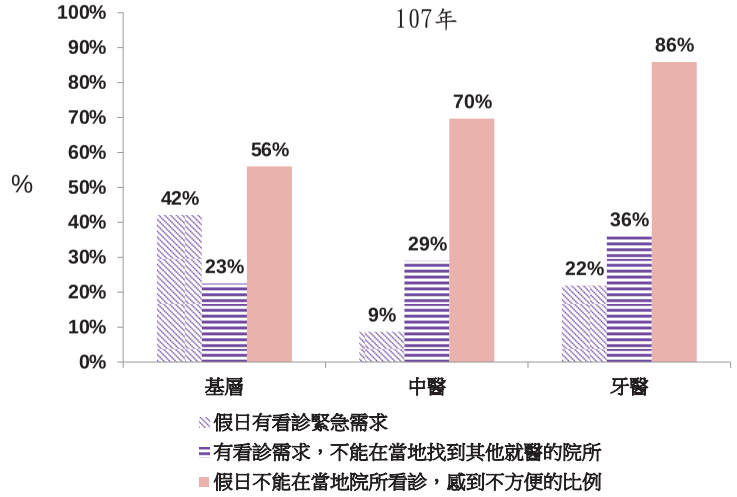
可避免住院指標趨勢



二 執行概況—及時性

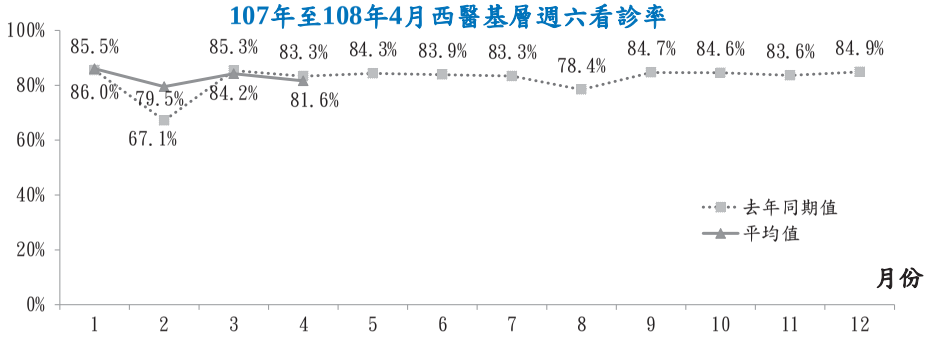
- 新醫療科技之導入
- 疾病管理方案
- 民眾就醫可近性

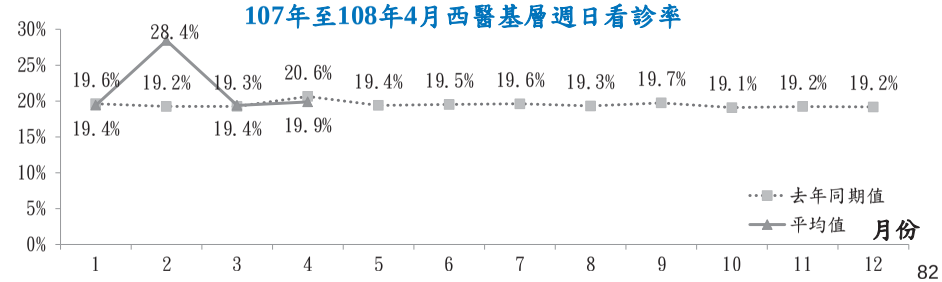
民眾就醫可近性-滿意度調查
-假日有看診之緊急需求比率



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

民眾就醫可近性
-西醫基層診所假日開診率





民眾就醫可近性
提高假日基層開診率-提高支付誘因

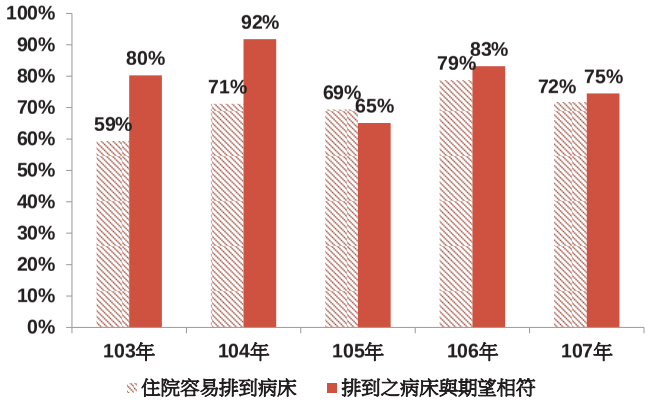
- 為鼓勵西醫基層假日開診，本署持續研擬運用107年度西醫基層總額非協商因素預算，調高假日診察費，並經107年5月31日及107年8月23日兩次西醫基層總額研商議事會議提案討論，惟均未獲共識。
- 本署於108年5月23日西醫基層總額研商議事會議再提案討論，運用107年度西醫基層總額非協商因素預算調高假日診察費，惟會議決議第一段(1-30人次)合理量門診診察費均調高6點，不另針對假日診察費調整。

民眾就醫可近性
提高假日基層開診率-全聯會輔導(續)

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

民眾就醫可近性
-住院病床等待與期望

- 是否容易排到病床：107年約72%的民眾表示容易。
- 是否與期望相符： 107年約75%的民眾與期望相符。



註：回答人數，103年59人(占率5.1%)； 104年106人(占率5.2%)，105年72人(占率3.6%)，106年69人(占率6.75%)、107年71人(占率6.47%)。

三 執行概況—效率面

- 西醫部門
- 中醫部門
- 牙醫部門

推動Tw-DRGs

- 執行情形

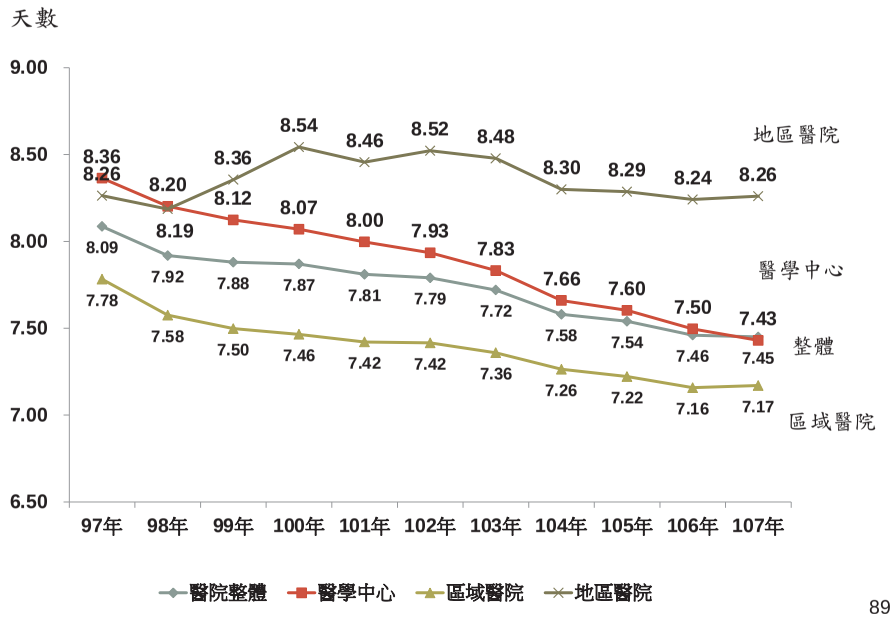
	年	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107
	經費(億元)	3	3	3	3.87	3.87	6.67	2.8	11.14	3	10.88
實際	導入階段		1				2				
實際	導入項目(項)	--	164	--	--	--	237	--	--	--	
	導入項目占DRG費用比		28.6%				7.6%				
	導入項目占住院費用比		16.7%				4.3%				

預計分5個階段導入，共1,062項。
1.100~102年因Tw-DRGs第2階段項目未導入，故預算未執行。
2.103年導入Tw-DRGs第2階段項目，併醫院總額一般服務費用結算3.87億元。
3.104年因Tw-DRGs第3階段項目未導入，預算尚未執行。
4.105年因Tw-DRGs第3-5階段項目未導入，預算尚未執行。
5.106年因Tw-DRGs第3階段項目尚未導入，預算尚未執行。
6.107年因Tw-DRGs第3-5階段項目未導入，預算尚未執行。

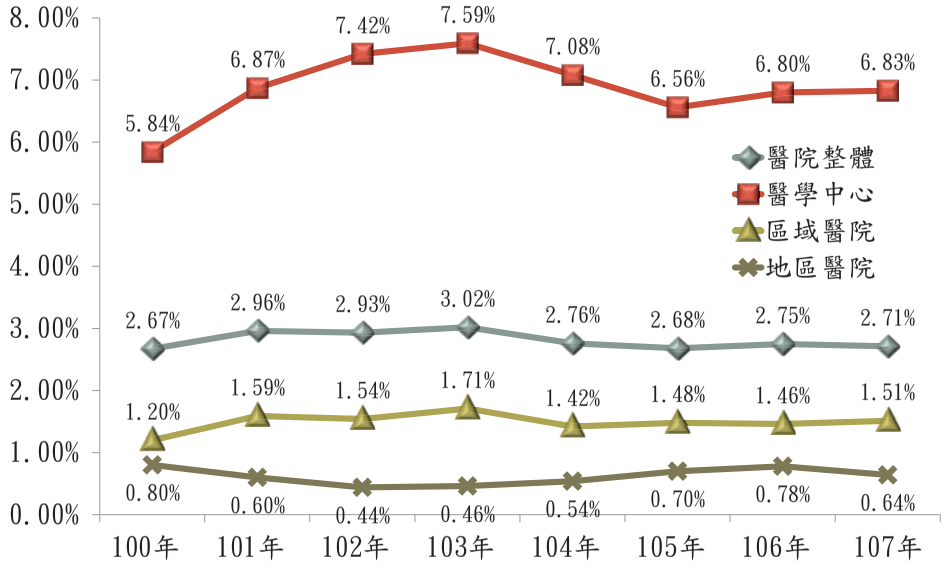
Tw-DRGs之成效

年度指標	已實施DRGs			待實施DRGs		
	106	107	變化幅度	106	107	變化幅度
3日內再急診率	1.9%	2.0%	↑0.1個百分點	3.9%	3.8%	↓0.1個百分點
14日內再住院率	3.4%	3.1%	↓0.2個百分點	14.5%	13.5%	↓1個百分點
住院日數	4.0	4.0	↑0.06天	12.3	12.9	↑0.54天
轉院率	0.6%	0.6%	↑0.1個百分點	2.9%	2.5%	↓0.4個百分點
急性心肌梗塞出院後30內死亡率	9.2%	9.8%	↑0.7個百分點			

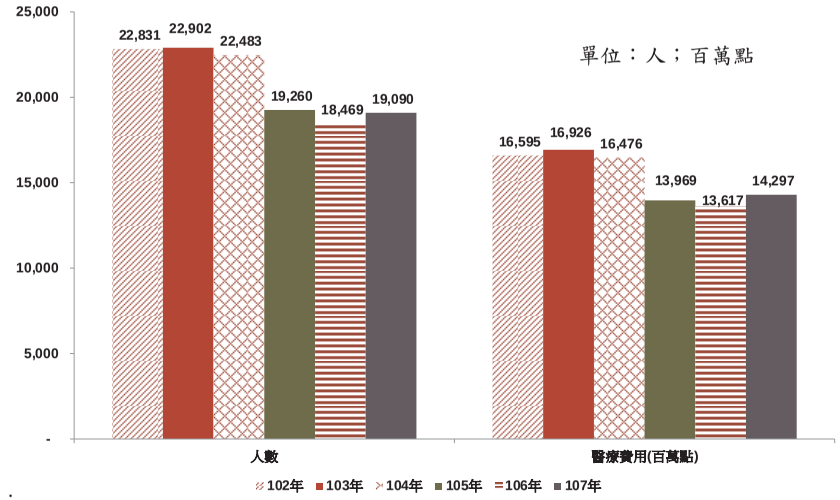
急性一般病床平均住院天數
-健保監理指標



急診滯留超過24小時比率
-健保監理指標

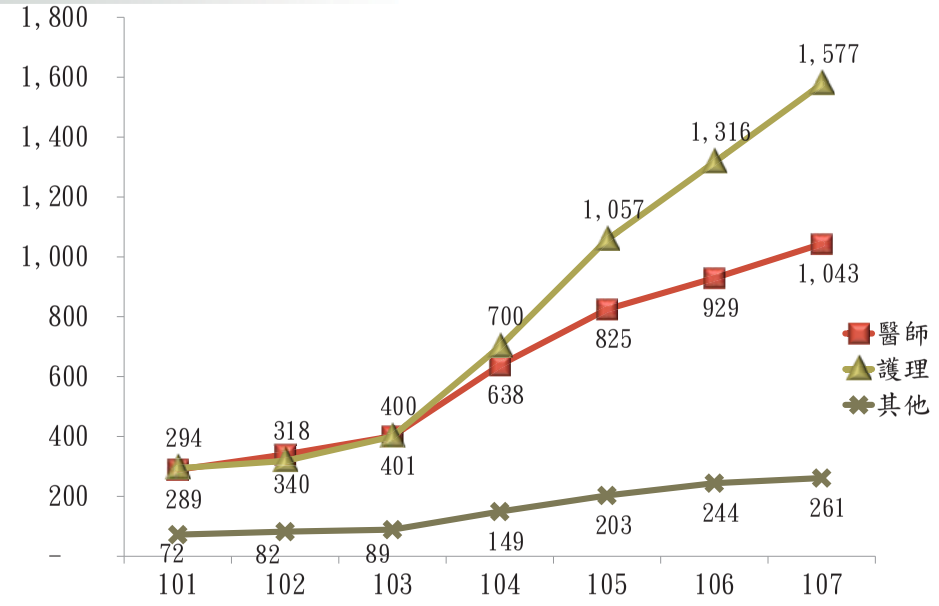


呼吸器依賴病人醫療利用

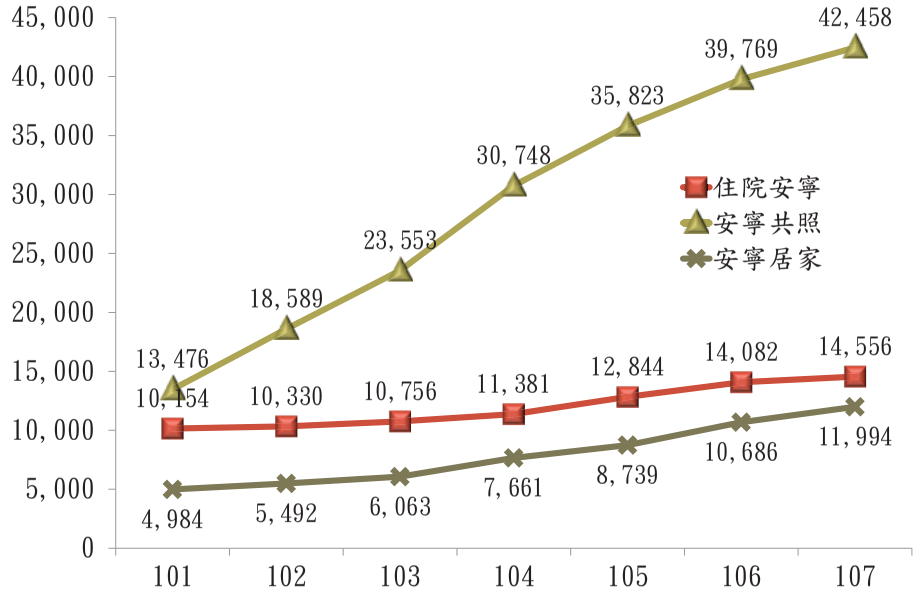


註：
1.資料來源：100-107年之重大傷病年報
2.105年因實施ICD-10-CM，呼吸器依賴病人診斷碼有所變動，另105年申報資料因仍在異動中，因此與過去數據有些差異。

推廣安寧療護-供給面

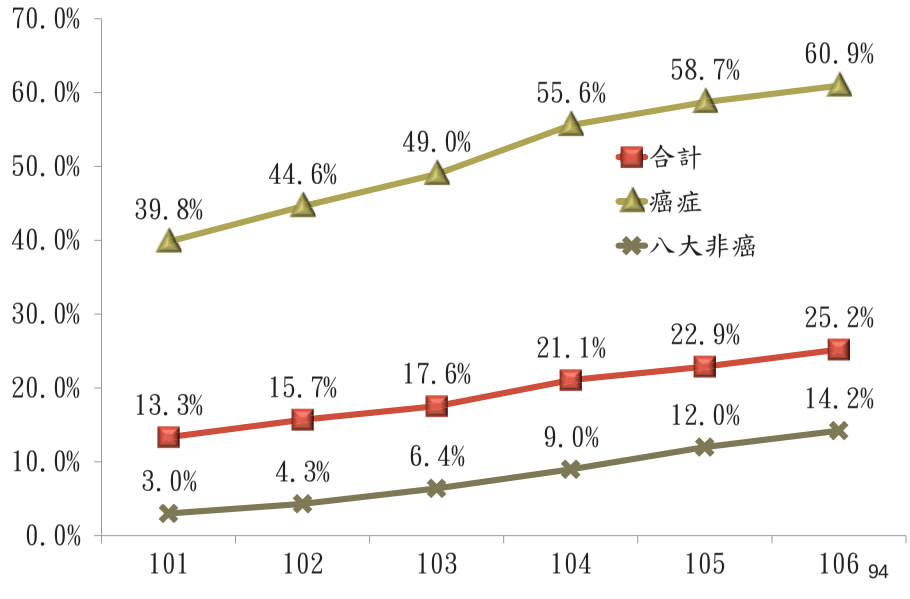


安寧療護之推動成效-服務人數



93

病患死亡前1年接受安寧療護之比率

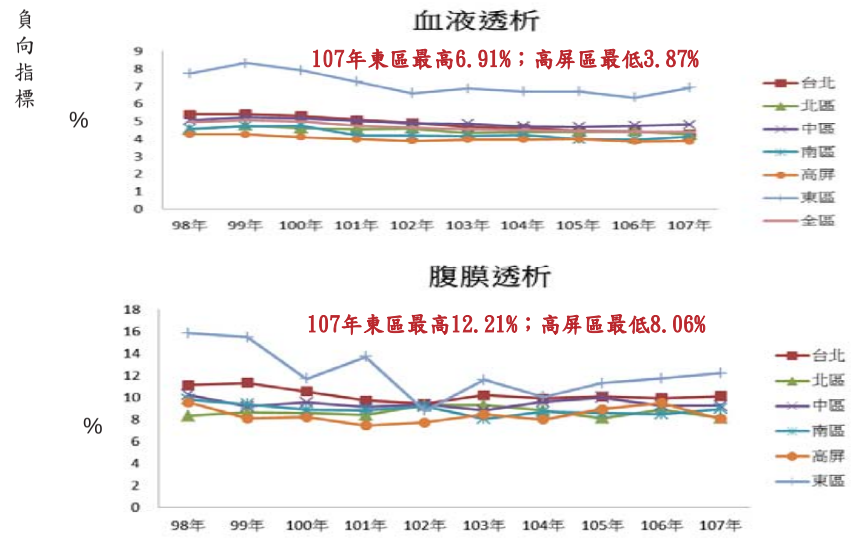


94

94

36

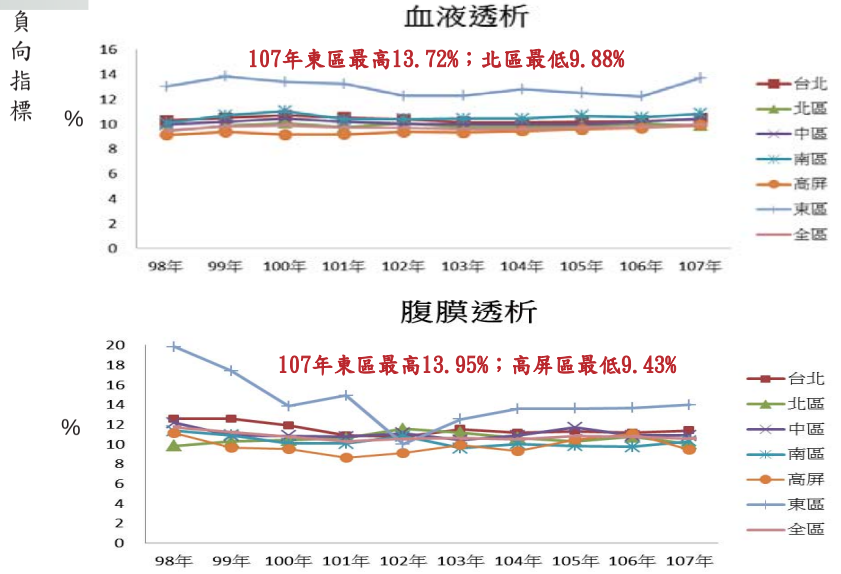
同院住院率



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1836、1838)。
同院住院率=（追蹤期間同院勾稽住院次數）×100／(追蹤期間之總病人月數)
製表日期:108年5月22日

95

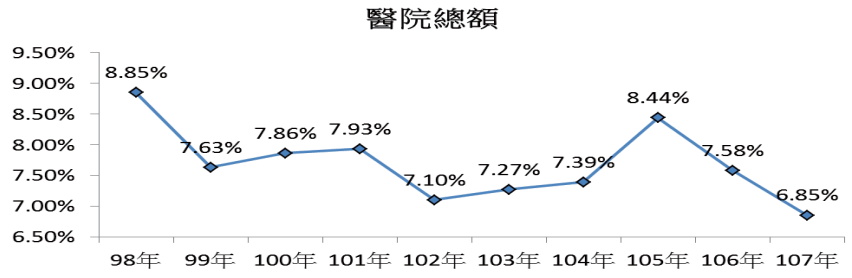
跨院住院率

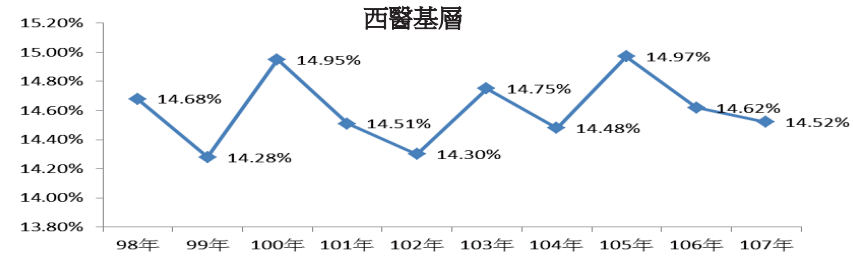


備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1444、1446)。
跨院住院率=（追蹤期間跨院勾稽住院次數）×100／(追蹤期間之總病人月數)
製表日期:108年5月22日

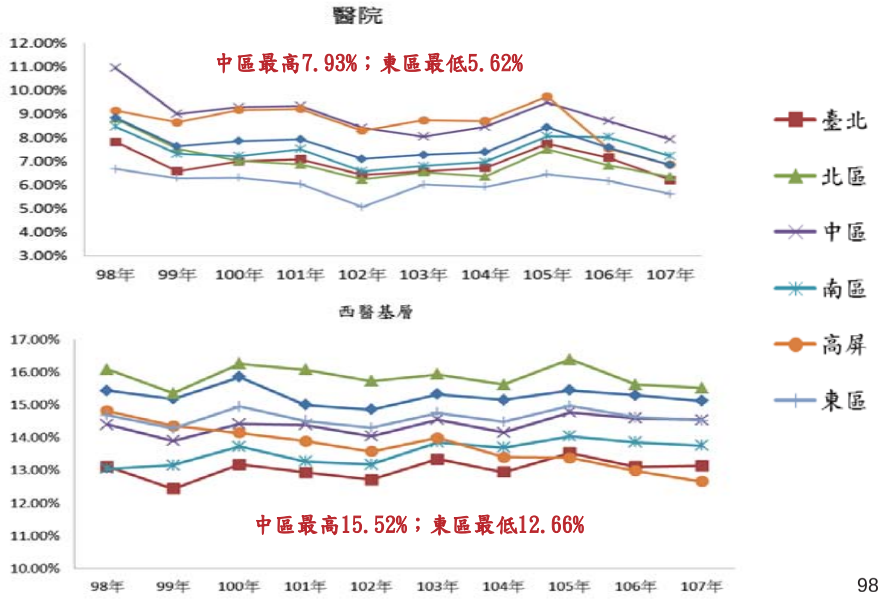
96

門診上呼吸道感染病人就診後未滿7日因同疾病再次就診率

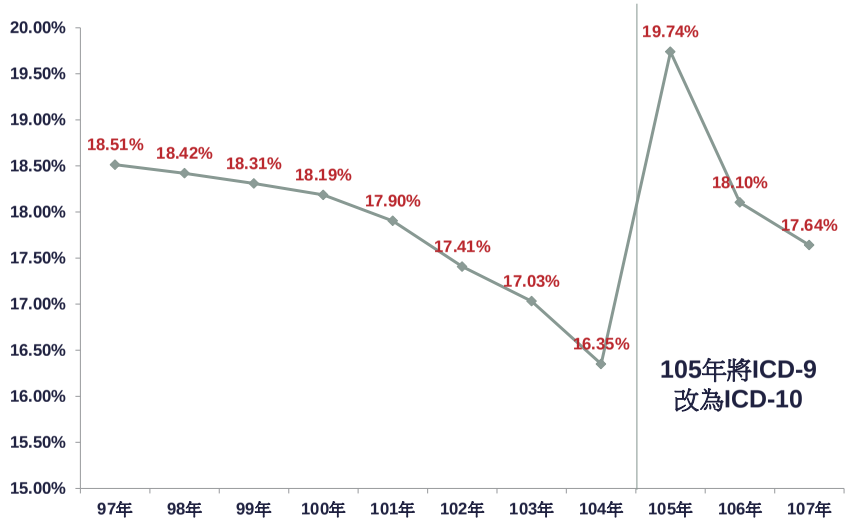




門診上呼吸道感染病人就診後未滿7日因同疾病再次就診率-各分區



區域醫院以上初級門診照護率-健保監理指標

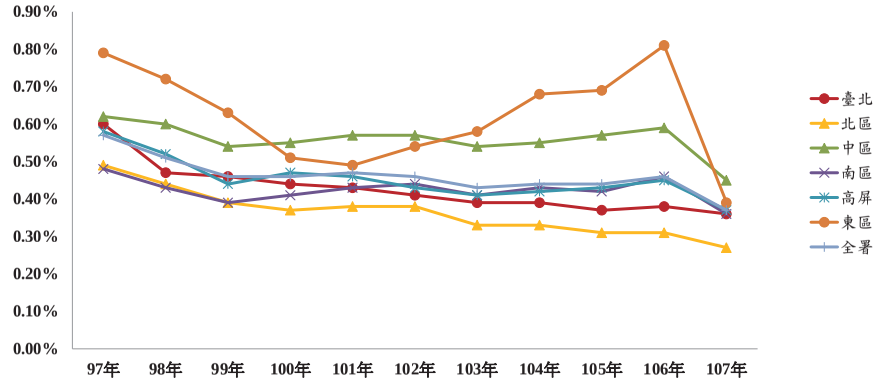


三 執行概況—效率面

- 西醫部門
- 中醫部門
- 牙醫部門

就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率

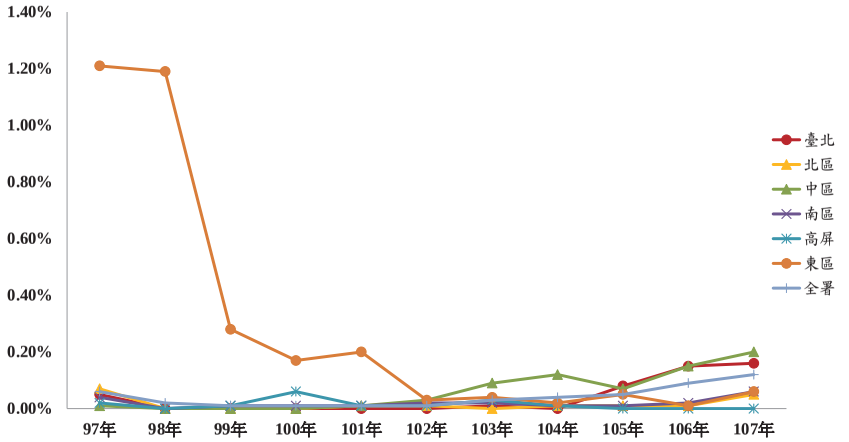
107年中區最高0.45%，北區最低0.27%



101

同院所針傷科處置次數每月大於15次之比率

中區最高0.20%；高屏區最低0.00%

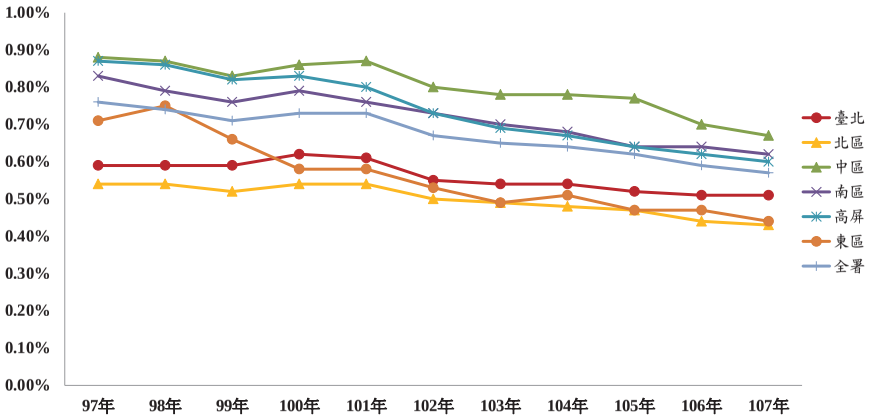


102

38

使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率

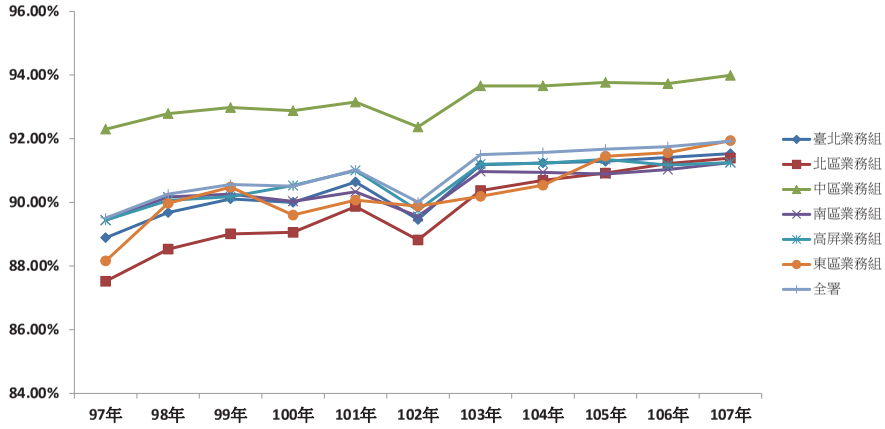
中區最高0.67%；北區最低0.43%



103

同院所九十日以內根管治療完成

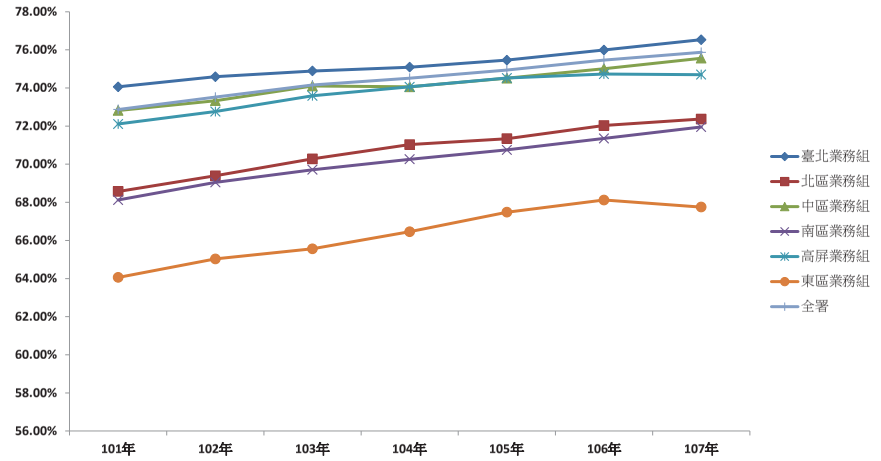
107年中區最高93.99%；南區及高屏最低91.25%



104

13歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率

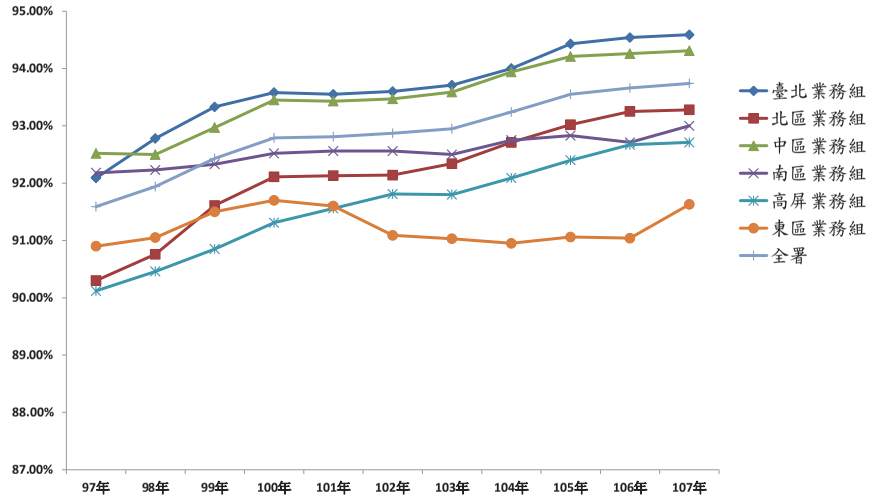
107年臺北區最高76.53%；東區最低67.75%



105

保險對象牙齒填補保存率-二年以內

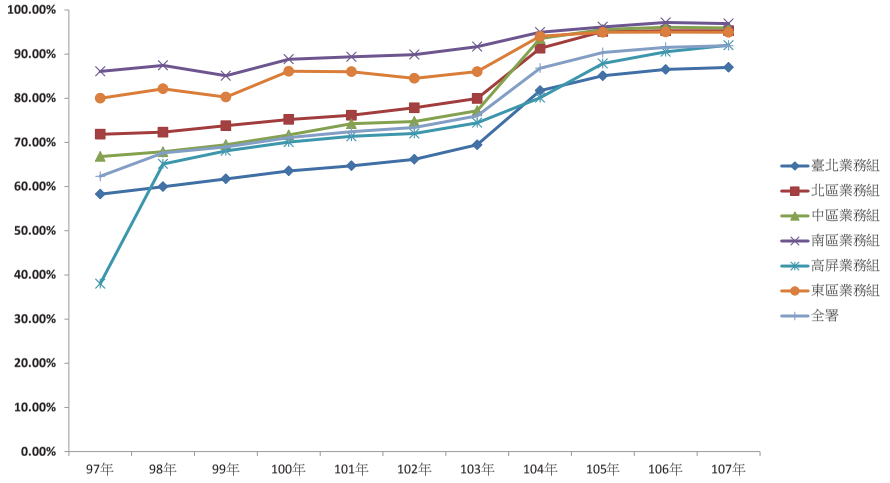
107年臺北區最高94.59%；東區最低91.63%



106

牙醫院所加強感染管制診察費申報率

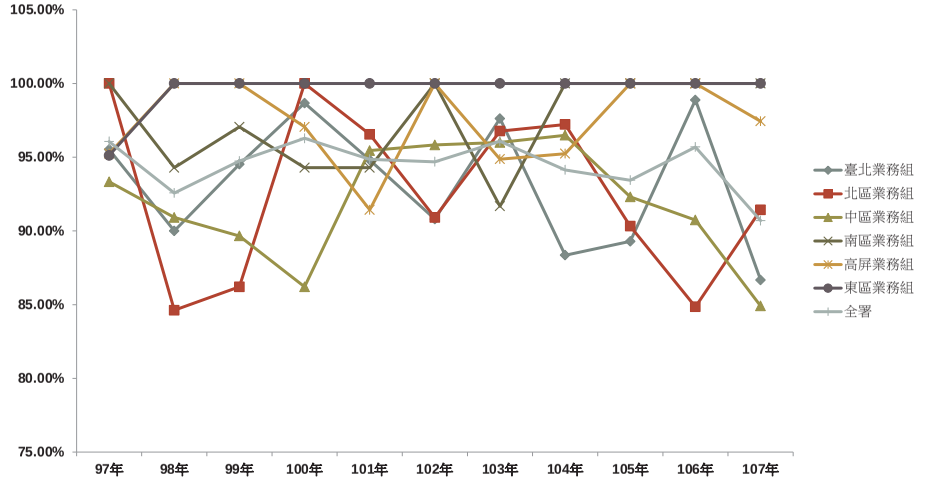
107年南區最高96.91%；臺北最低86.99%



107

牙醫加強感染管制診察費院所查核合格率

107年南區及東區最高100%；中區最低84.91%



108

四 執行概況—效果面

- 品質公開辦理情形
- 品保款辦理情形
- 滿意度調查
- 民眾申訴管道及處理

全民健康保險醫療品質資訊公開網

目前醫療品質資訊公開項數及辦理情形

指標性質/項數	醫院總額	西醫基層	牙醫總額	中醫總額	透析總額	特約藥局	合計
1.整體性指標	32	24	15	5	30	0	106
2.機構別指標	42	30	20	8	17	1	118
合計	74	54	35	13	47	1	224

機構別指標-疾病別

疾病別	糖尿病	人工膝關節手術	子宮肌瘤手術	消化性潰瘍	氣喘疾病	急性心肌梗塞	鼻竇炎	腦中風	慢性腎臟病	合計
項數	5	3	4	2	5	19	5	6	4	53

- 按季、按年公開各總額整體性醫療服務品質資訊，目前已公開至107年第4季季報及106年年報。
- 按季公開各醫療院所醫療服務品質資訊，目前已公開至107年第4季。
- 截至108年5月17日，專區上網瀏覽累積達794萬人次。

醫院品保款之獎勵方式

106年

層級別	1.基本獎勵	2.指標獎勵	
醫學中心	20%→15%	80%→85%	15項指標，最高以8項指標計算。
區域醫院	25%→20%	75%→80%	17項指標，最高以8項指標計算。
地區醫院	70%→60%	30%→40%	22項指標； 5科以上且病床數達200床者，最高以8項指標計算； 其餘最高以5項指標計算。

107年

層級別	1.基本獎勵比例	2.指標獎勵比例
醫學中心	15%→10%	85%→90%
區域醫院	20%→15%	80%→85%
地區醫院	60%→60%	40%→40%

西醫基層品保款之獎勵方式

項次	指標項目	指標		年度權重(%)	
		106年	107年	106年	107年
1	診所月平均門診申復核減率	V	V	20	20
2	診所之每位病人年平均就診次數	V	V	20	20
3	個案重複就診率	V	V	20	20
4	健保卡處方登錄差異率	V	V	20	20
5	門診病人健保雲端藥歷系統查詢率	V	V	20	20
6	藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率	V	V	2	2
7	藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率	V	V	2	2
8	藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率	V	V	2	2
9	糖尿病病患醣化血色素(HBA1c)執行率	V	V	2	2
10	初期慢性腎臟病eGFR執行率	V	V	2	2
11	檢驗（查）結果上傳率	V	V	2	2
	權重合計			最高以100%計算	最高以100%計算

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

牙醫總額品質保證保留款實施方案

核發原則/核算基礎	指標項目	適用層級		年度(權重)	
		醫院	基層	106	107
專業獎勵80%	65歲(含)以上老人恆牙牙冠2年內自家再補率	V	V	20%	20%
	4歲以上自家乳牙545天再補率	V	V	20%	20%
	恆牙根管治療	V	V	20%	20%
	全口牙結石清除	V	V	20%	20%

核發原則/核算基礎	指標項目	適用層級		年度(權重)	
		醫院	基層	106	107
政策獎勵20%	牙周病顧本計畫	V	V	5%	3%
	牙周病統合照護品質	V	V	5%	5%
	口腔癌篩檢	V	-	10%	10%
	每月完成門診時間網路登錄	-	V	3%	3%
	週日或國定假日有提供牙醫醫療服務	-	V	2%	2%
	月平均初核核減率	-	V	5%	5%
	特殊醫療服計畫	V	V	-	2%

中醫總額品質保證保留款實施方案

核發原則/核算基礎	指標項目	年度(加計權重%)	
		106年	107年
政策獎勵	1.於中醫資源不足地區改善方案列示無中醫地區新開業	+100%	+100%
	2.從事教學研究且績效卓著之中醫院所	+10%	+10%
	3.鼓勵當年度周日開診超過30天(45天)者	+10% (+20%)	+10% (+20%)
	4.中醫門診特約醫事服務機構查詢健保雲端藥歷系統，查詢率>20%者，依核算基礎(A)加計5%	+5%	+5%
	5.參加即時查詢病患就醫資訊方案	+5%	+5%
	6.每月完成門診時間網路登錄VPN	+10%	+10%

核發原則/核算基礎	指標項目	年度(減計權重%)	
		106年	107年
專業獎勵	中醫師未依全聯會修滿繼續教育點數(每年20點)	申報點數不列入核算基礎	
	同院所同患者同月就診8次以上超過80百分位	-20%	-20%
	同日重複就診率超過80百分位	-10%	-10%
	7日內處方用藥日數重複2日以上之比率超過80百分位	-10%	-10%
	中醫門診院所當年度申報中醫一般案件、中醫慢性病、中醫慢性病連續處方調劑及過敏性鼻炎照護計畫，屬慢性病給藥七天以上之件數占率為3%以下者	-10%	-10%

註.106年起各院所參與品保款之核算基礎為其申報費用之60%。

慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫

項　目	各透析院所病人監測值達成率		106年配分	107年配分
	血液透析	腹膜透析		
1.血清白蛋白(Albumin ≧3.5 gm/dl(BCG)或3.0gm/dl(BCP)	受檢率≧95%且合格率≧75%	受檢率≧95%且合格率≧70%	每季4分	每季4分
2.URR ≧ 65%	受檢率≧95%且合格率≧95%		每季4分	
3.Weekly Kt/V ≧ 1.7		受檢率≧95%且合格率≧ 70%		每半年8分
4.Hb > 8.5 g/dL	受檢率≧95%且合格率≧90%	受檢率≧95%且合格率≧ 80%	每季4分	每季4分
5.鈣磷乘積小於60 mg^2/dL^2	受檢率≧95%且合格率≧80%	受檢率≧95%且合格率≧75%	每半年8分	每半年8分
7.B型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率	受檢率≧90%且轉陽率≦3.5%		8分(年)	8分(年)
8.C型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率	受檢率≧90%且轉陽率≦3.5%		8分(年)	8分(年)
9.建立對新病人透析治療模式選擇之充分告知機制	100%		10分(年)	
10.55歲以下透析病人移植登錄率	移植登錄率≧5%		10分(年)	

106年、107年品保方案核發情形

各總額核發與不核發情形

項目		106年 預算百萬元	106年 核發 家數	106年 核發 金額百萬元	106年 核發 家數占率	106年 不核發 不核發分數	106年 不核發 家數	107年初步結算 預算百萬元	107年初步結算 核發 家數	107年初步結算 核發 金額百萬元	107年初步結算 核發 家數占率	107年初步結算 不核發 不核發分數	107年初步結算 不核發 家數
醫院		757	474	757	99%	-	7	795	465	795	97%	-	13
西醫基層		206	7,495	206	71%	-	3,070	215	7,748	215	73%	-	2,921
中醫		45	3,061	45	80%	-	788	46	3,163	46	81%	-	739
牙醫		229	5,705	229	82%	-	1,291	235	5,832	235	83%	-	1,204
透析	血液透析	45	493	42	75%	<70	161	45	502	42	75%	<70	171
	腹膜透析		77	3	65%		42		79	3	66%		40

醫院總額核發情形之分布

年度	層級		家數	符合核發醫院 基本獎勵 參與學會品質計畫 家數	金額百萬元	家數占率	基本獎勵 地區醫院品質精進獎勵 家數	金額百萬元	家數占率	指標獎勵 家數	金額百萬元	家數占率	不核發家數
107年初步結算	醫學中心		20	20	34	100%	-	-	-	20	304	100%	0
	區域醫院		83	80	48	96%	-	-	-	80	271	96%	3
	地區醫院	第一組	47	45	21	96%	42	21	89%	47	26	100%	0
		第二組	328	209	21	64%	193	20	59%	318	30	97%	10
	合計		478	354	123	74%	235	42	49%	465	630	97%	13
106年	醫學中心		20	20	49	100%	-	-	-	20	276	100%	0
	區域醫院		83	82	61	99%	-	-	-	82	244	99%	1
	地區醫院	第一組	43	40	17	93%	39	19	91%	42	21	98%	1
		第二組	335	215	21	64%	178	20	53%	330	30	99%	5
	合計		481	357	148	74%	217	38	45%	474	571	99%	7

106年、107年品保方案核發情形

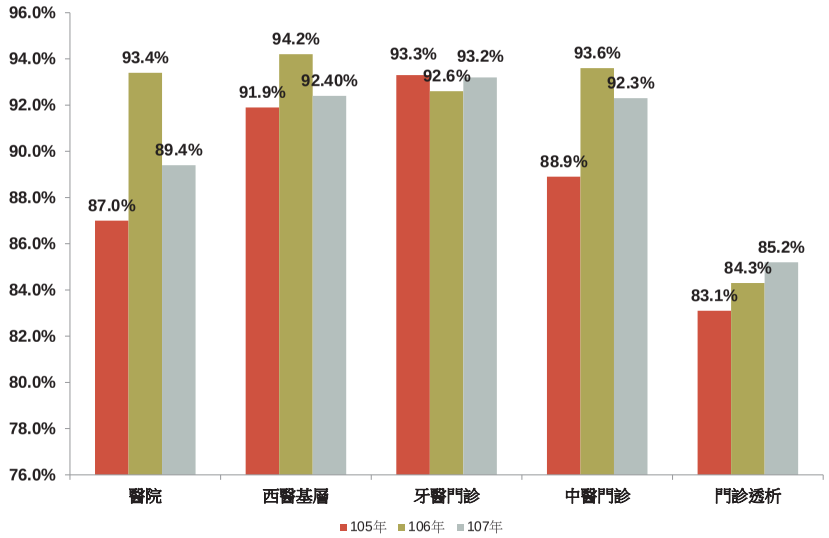
西醫基層、中醫、牙醫、門診透析核發家數分布

年度			59分(或百分位)以下 家數	金額百萬元	家數占率	60-69分(或百分位) 家數	金額百萬元	家數占率	70-79分(或百分位) 家數	金額百萬元	家數占率
106年	西醫基層		-	-	-	-	-	-	-	-	-
	中醫		219	2	7%	1,290	15	42%	1,149	18	38%
	牙醫		2,761	41	48%	804	25	14%	777	35	14%
	透析	血液透析	-	-	-	-	-	-	68	4	14%
		腹膜透析	-	-	-	-	-	-	18	0	23%
107年初步結算	西醫基層		-	-	-	-	-	-	-	-	-
	中醫		533	5	17%	974	10	31%	1,135	18	36%
	牙醫		2,709	39	46%	780	22	13%	891	39	15%
	透析	血液透析	-	-	-	-	-	-	76	4	15%
		腹膜透析	-	-	-	-	-	-	10	0	13%

年度			80-89分(或百分位) 家數	金額百萬元	家數占率	90-99分(或百分位) 家數	金額百萬元	家數占率	100分(或百分位)(含以上) 家數	金額百萬元	家數占率
106年	西醫基層		2,763	68	37%	706	19	9%	4,026	119	54%
	中醫		374	8	12%	12	0	0%	17	1	1%
	牙醫		364	27	6%	683	56	12%	316	44	6%
	透析	血液透析	134	10	27%	210	22	43%	81	6	16%
		腹膜透析	21	1	27%	23	2	30%	15	1	19%
107年初步結算	西醫基層		2,618	64	34%	720	19	9%	4,410	131	57%
	中醫		460	11	15%	30	1	1%	31	2	1%
	牙醫		302	21	5%	1,032	89	18%	118	25	2%
	透析	血液透析	145	10	29%	212	23	42%	69	5	14%
		腹膜透析	26	0	33%	31	2	39%	12	1	15%

註：西醫基層是以前80百分位之診所予以核發

滿意度調查-整體醫療結果



註：1. 滿意程度=滿意+非常滿意
2. 105年以前為「整體醫療品質滿意度」，106年起改為「整體醫療結果滿意度」。

民眾申訴管道及處理

- **民眾申訴管道**

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

- **107年民眾申訴前三名情形**

  全年申訴件數為1,366件，以「額外收費(自費抱怨)」 類306件最多，占22%，其次為「其他醫療行政或違規事項」計305件，占22%，第三為「疑有虛報醫療費用」 計152件，占11%。

整體	件數	占率
額外收費(自費抱怨)	306	22%
醫療行政或違規事項	305	22%
疑有虛報醫療費用	152	11%
其他	603	44%
合計	1,366	100%

民眾申訴管道及處理

107年民眾申訴及反映成案件數統計-前三名之項目

醫院	件數	占率
額外收費(自費抱怨)	198	29%
醫療行政或違規事項	162	23%
藥品及處方箋	82	12%
總件數	694	100%

西醫基層	件數	占率
醫療行政或違規事項	89	22%
額外收費(自費抱怨)	79	19%
疑有虛報醫療費用	58	14%
總件數	409	100%

牙醫	件數	占率
疑有虛報醫療費用	49	27%
醫療行政或違規事項	34	19%
服務態度及醫療品質	31	17%
總件數	180	100%

中醫	件數	占率
疑有虛報醫療費用	9	22%
醫療行政或違規事項	9	22%
額外收費(自費抱怨)	8	20%
總件數	41	100%

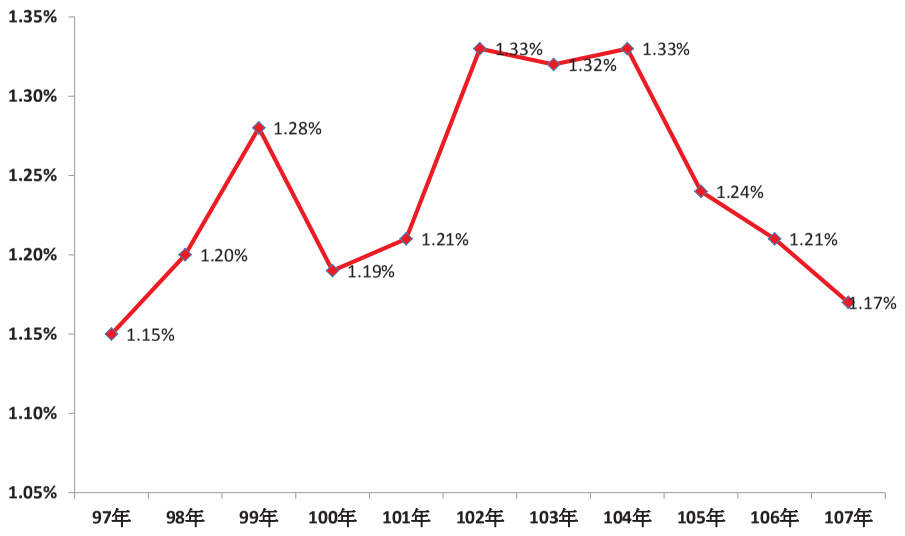
其他	件數	占率
藥品及處方箋	12	28%
醫療行政或違規事項	12	28%
疑有虛報醫療費用	5	12%
總件數	43	100%

五 執行概況—安全性

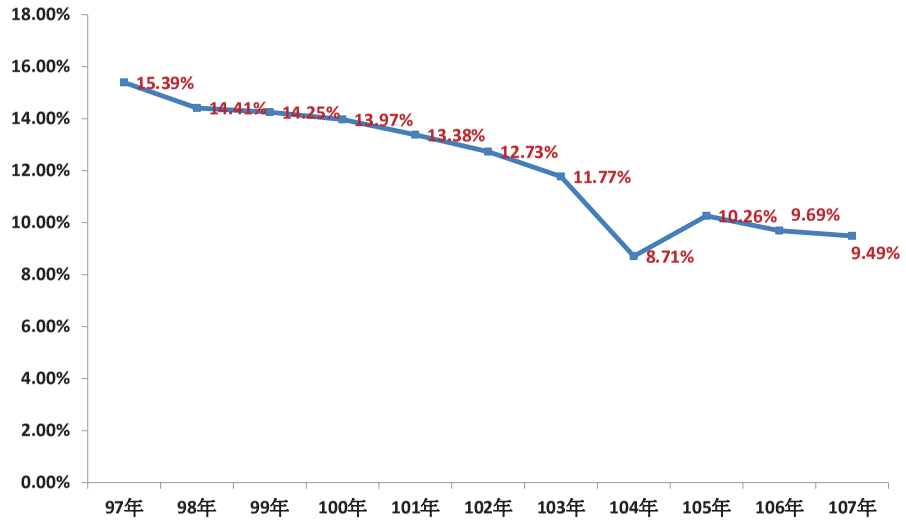
死亡率、感染率

健保雲端查詢、健康存摺

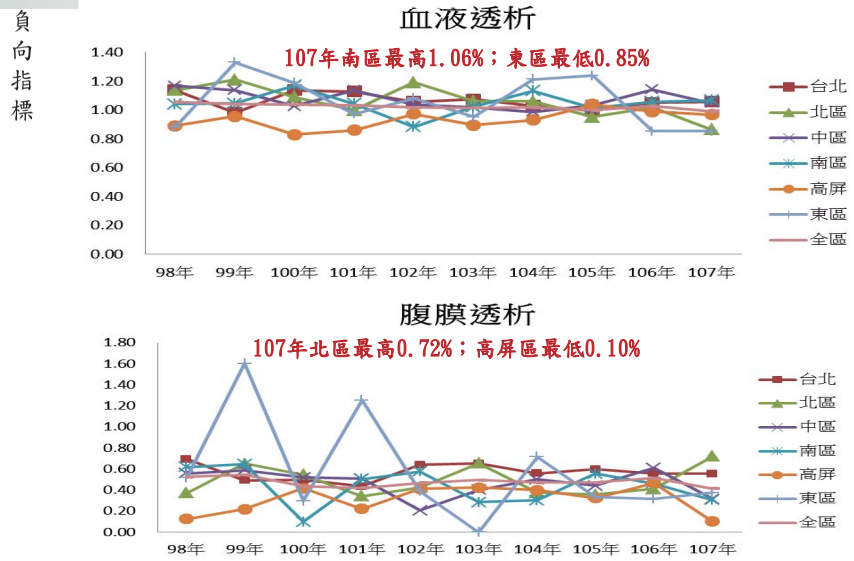
手術傷口感染率-健保監理指標



急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)-健保監理指標

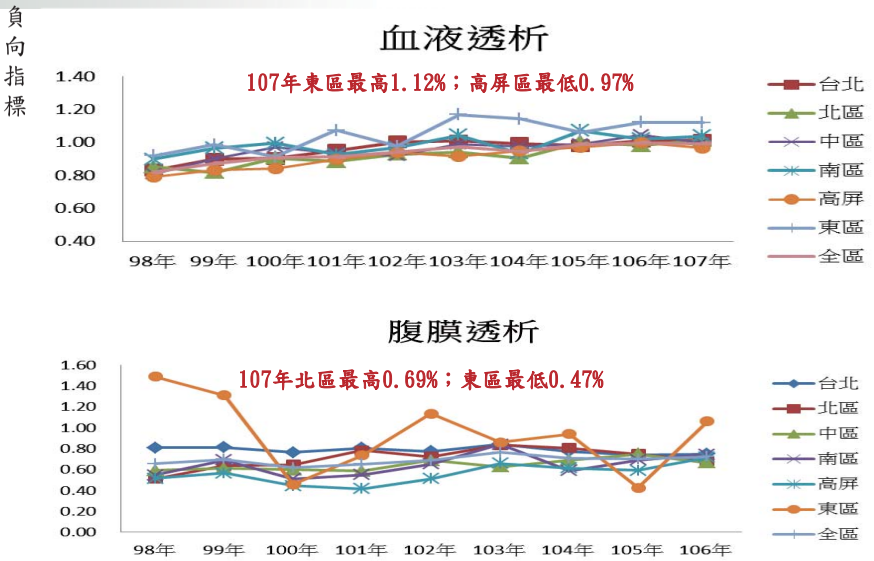


透析時間＜1年之死亡率



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1450、1452)。
透析時間<1年之死亡率=（追蹤期間透析時間<1年之死亡個案數）x100／(追蹤期間透析時間<1年之總病人月數) 製表日期:108年5月22日。

透析時間≧1年之死亡率



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1456、1458)。
透析時間≧1年之死亡率=（追蹤期間透析時間≧1年之死亡個案數）x100／(追蹤期間透析時間≧1年之總病人月數) 製表日期:108年5月22日。

護理人力之現況與改善情形

各層級醫院全日平均護病比達特定加成率概況

106年各特約類別全日平均護病比達特定加成率概況

護病比加成率		醫學中心		區域醫院		地區醫院	
1-4月	5-12月	護病比	符合月次	護病比	符合月次	護病比	符合月次
11%	14%	< 7.0	43(14%)	< 10.0	659(62%)	< 13.0	3,697(89%)
	12%	7.0-7.4	78(25%)	10.0-10.4	178(17%)	13.0-13.4	88 (2%)
	9%	7.5-7.9	139(45%)	10.5-10.9	109(10%)	13.5-13.9	54 (1%)
10%	6%	8.0-8.4	48(15%)	11.0-11.4	59 (6%)	14.0-14.4	39 (1%)
9%	3%	8.5-8.9	4 (1%)	11.5-11.9	49 (5%)	14.5-14.9	37 (1%)
無加成		> 8.9	0 (0%)	> 11.9	14 (1%)	> 14.9	26 (1%)
未填或護病比為0			0 (0%)		0(0%)		221 (5%)
總計			312		1,068		4,162

107年各特約類別全日平均護病比達特定加成率概況

護病比加成率		醫學中心		區域醫院		地區醫院	
1-11月	12月	護病比	符合月次	護病比	符合月次	護病比	符合月次
14%	20%	< 7.0	59(19%)	< 10.0	718(67%)	< 13.0	3631(87%)
12%	17%	7.0-7.4	95(30%)	10.0-10.4	170(16%)	13.0-13.4	57 (1%)
9%	14%	7.5-7.9	124(40%)	10.5-10.9	79(7%)	13.5-13.9	55 (1%)
6%	5%	8.0-8.4	33(11%)	11.0-11.4	40 (4%)	14.0-14.4	42 (1%)
3%	2%	8.5-8.9	1 (0%)	11.5-11.9	53 (5%)	14.5-14.9	31 (1%)
無加成		> 8.9	0 (0%)	> 11.9	8 (1%)	> 14.9	30 (1%)
未填或護病比為0			0 (0%)		0(0%)		317 (8%)
總計			312		1,068		4,163

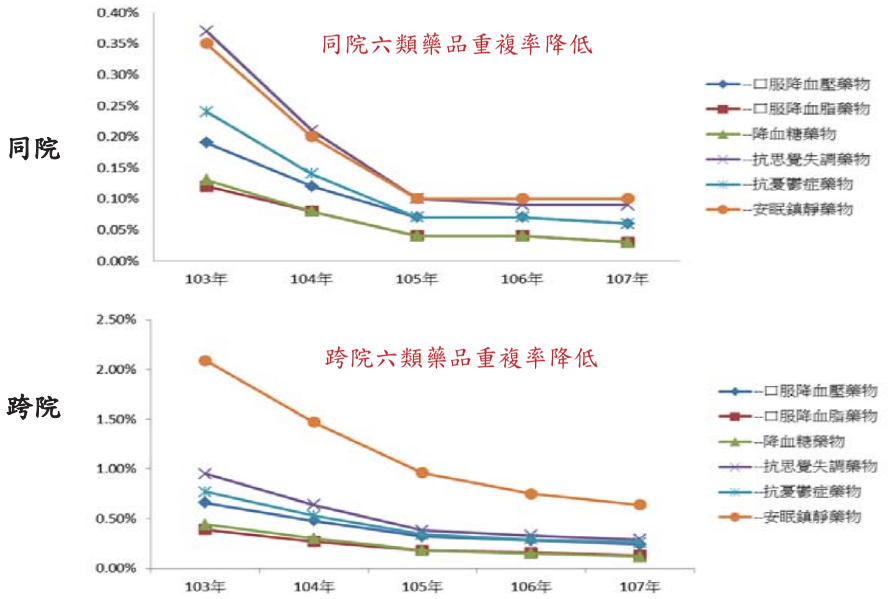
護理人力之現況與改善情形

各層級醫院淨增加護理人員數(單位：人)

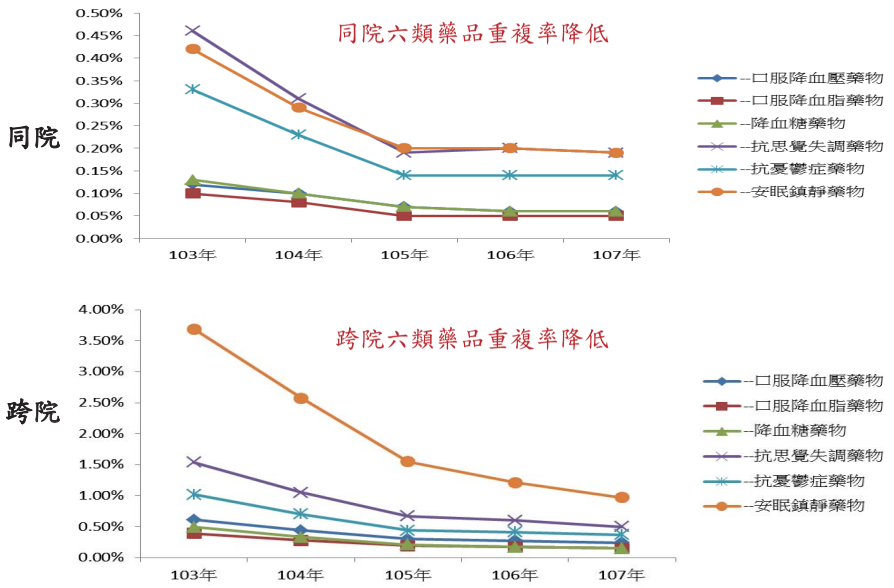
年度 / 類別	99	100	101	102	103	104	105	106	107	99~107年累計增加
淨增加總數	1,184	1,709	1,069	2,243	1,317	1,423	2,217	2,250	2,581	15,993
醫學中心	222	674	640	932	682	473	1,063	955	1,016	6,657
區域醫院	908	769	342	1,071	609	937	926	994	985	7,541
地區醫院	29	229	145	235	54	-2	225	261	555	1,731
精神專科	25	37	-52	13	-31	24	1	13	-12	18
慢性醫院	-	-	-6	-8	3	-9	2	27	37	46

- 扣除新成立院所及原醫院床位增加所增加之護理人員，107年醫院共計淨增加2,581人。

同藥理用藥日數重複率-醫院總額



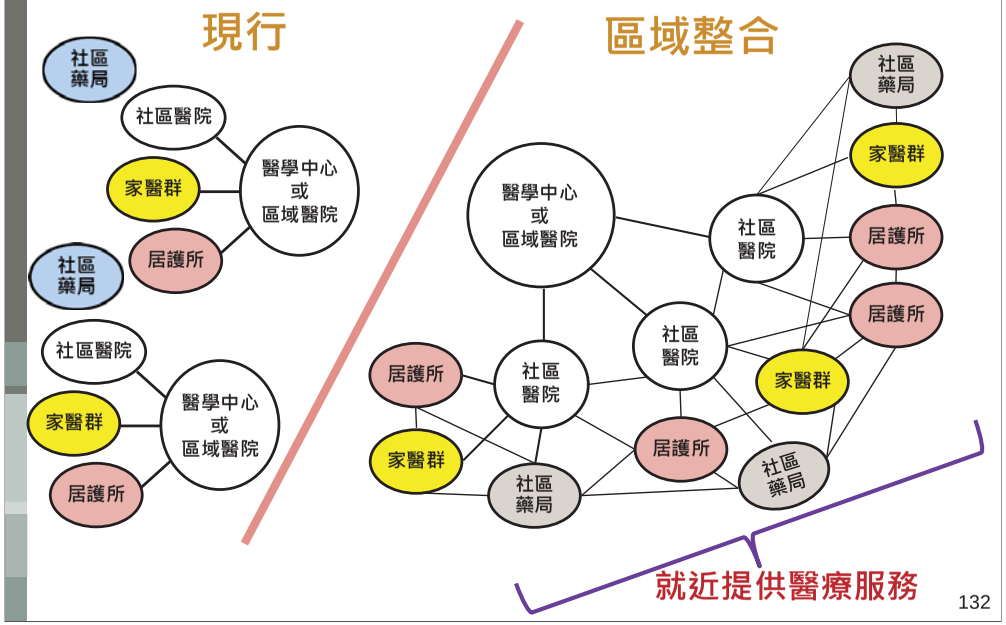
同藥理用藥日數重複率-西醫基層



六 執行概況—以病人為中心

各整合方案

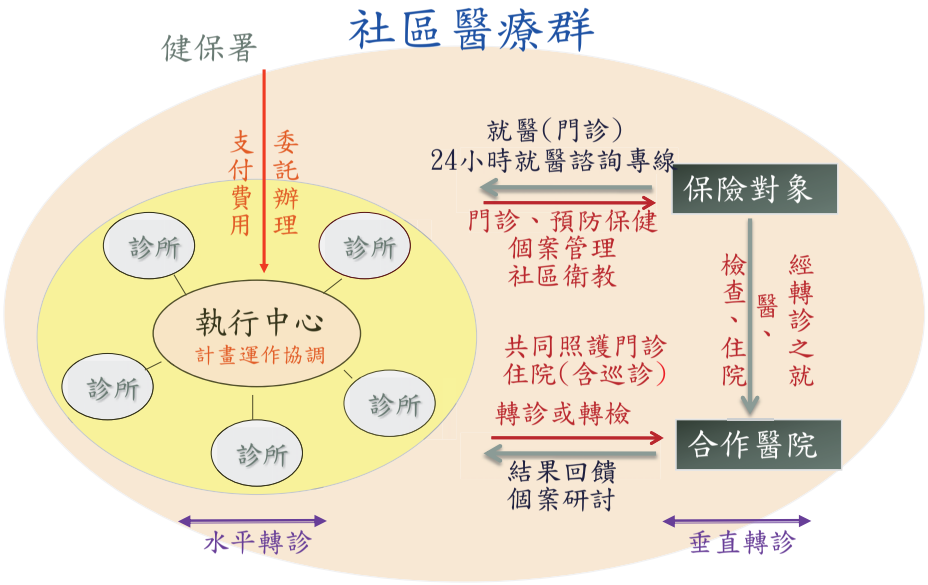
社區化整合照護模式



整合照護計畫

133

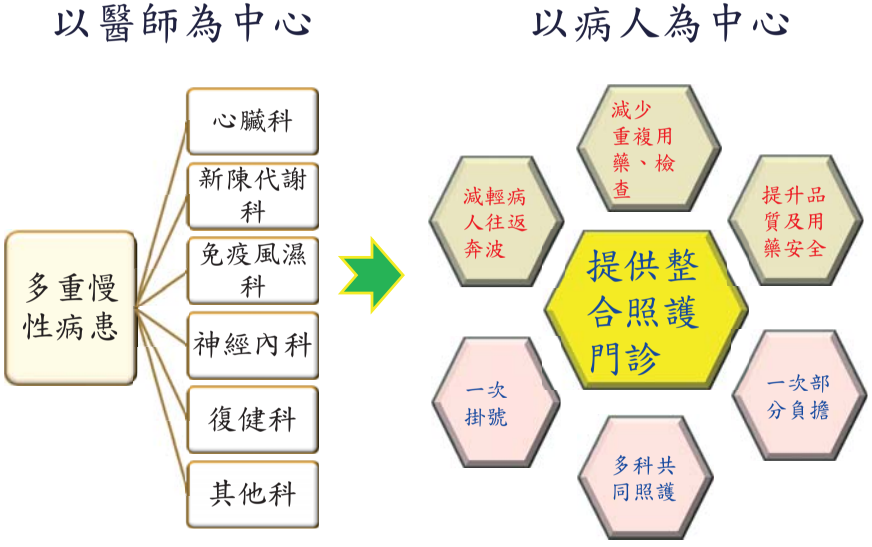
家醫群照護模式



134

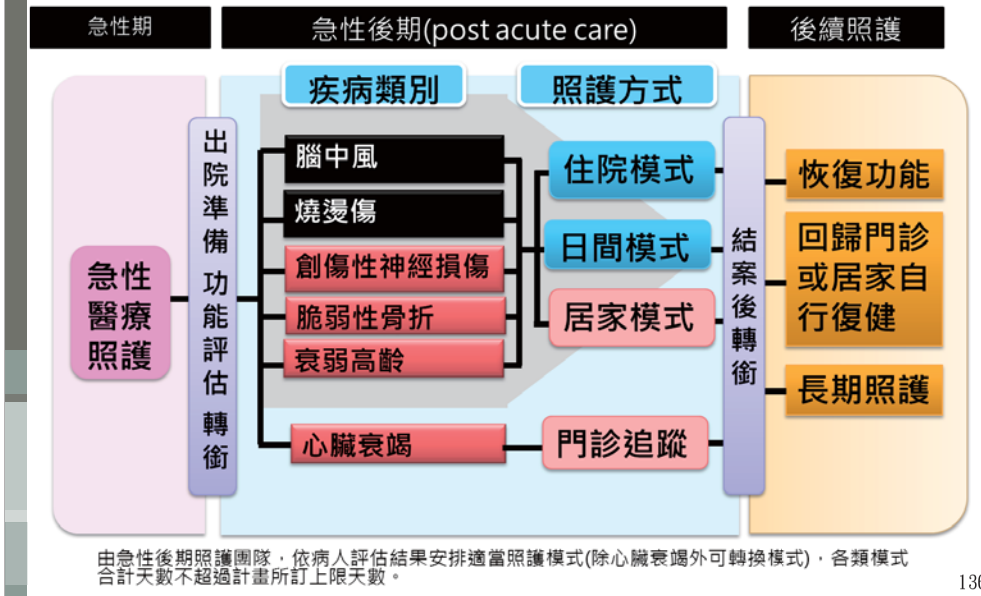
46

醫院門診整合模式



135

急性後期整合照護



由急性後期照護團隊，依病人評估結果安排適當照護模式(除心臟衰竭外可轉換模式)，各類模式合計天數不超過計畫所訂上限天數。

136

居家醫療照護整合計畫

- 105年2月15日公告實施
- 整合多項居家照護，提供連續性醫療照護。

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

擴大照護對象

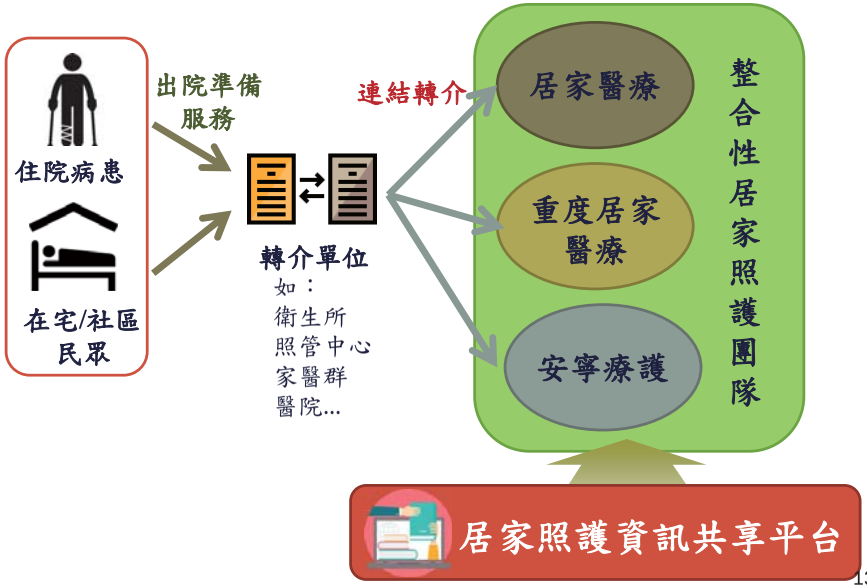
改善不同類型居家醫療片段式的服務模式

服務特色

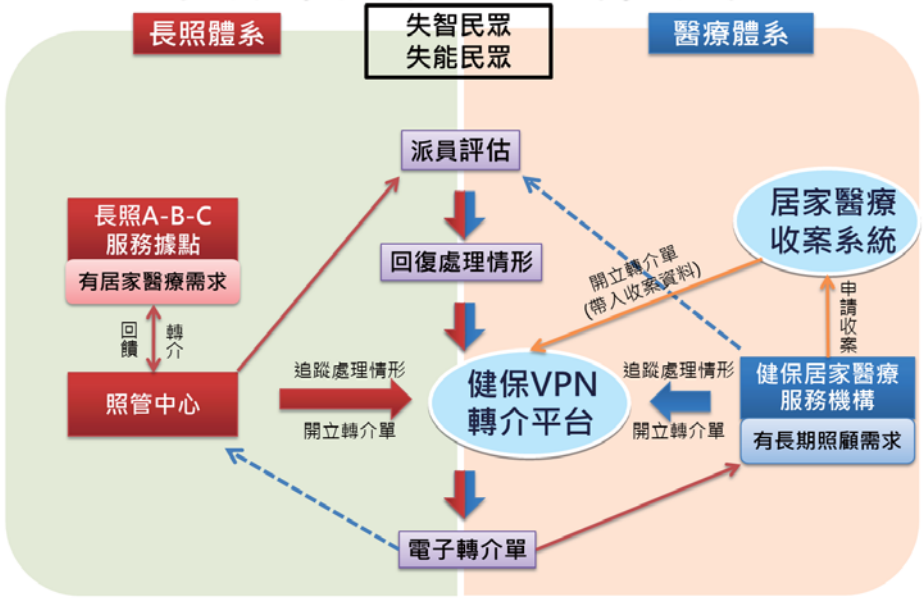
促進社區內團隊合作：醫事人員間、院所間

強化個案管理機制

居家照護服務模式



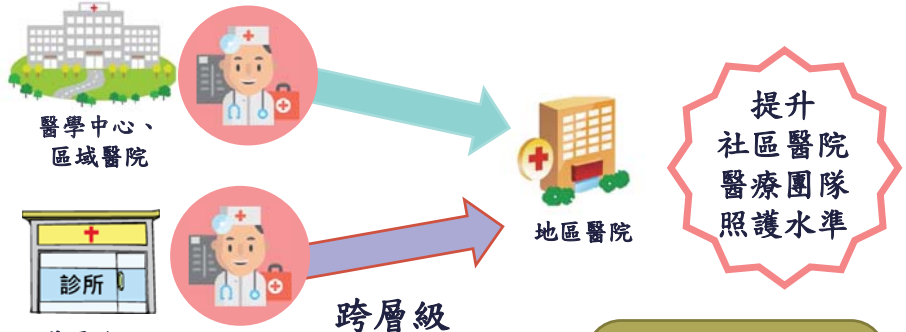
居家醫療與長照2.0轉介平台



備註：-> 醫療轉介長照流程；→ 長照轉介醫療流程；→ 連結居家

跨層級醫院合作計畫

鼓勵醫院跨層級合作，建置區域性醫療支援系統。



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

全民健康保險轉診實施辦法

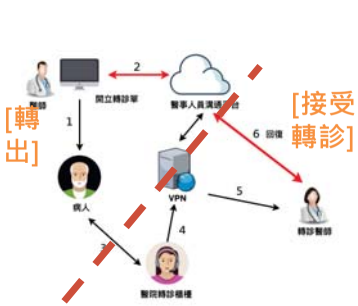
落實雙向轉診	・保險對象經轉診治療後，其病情已無需在接受轉診院所繼續接受治療，應建議轉回原診療或其他適當之院所，接受後續追蹤治療。
保留轉診優先看診名額	・特約院所應設置適當之設施及人員，為需要轉診之保險對象提供適當就醫安排，並保留一定優先名額予轉診之病人。
明訂轉診單效期	・特約院所對符合需要轉診之保險對象，應開立轉診單，轉診單有效期間，自開立之日起算，至多九十日。
放寬視同轉診範圍	・持轉診單就醫後，經醫師認定需繼續門診診療者，自轉診就醫之日起一個月內未逾四次之回診，視同轉診。
建議採用電子轉診	・明列各項轉診單應記載之內容，建議特約院所使用健保署建立之電子轉診平台傳送轉診單。

註：修正發布自106年4月15日上路

141

106年3月1日開放使用電子轉診平台

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



142

48

強化轉診流程、提升轉診效率

開立轉診單前，**得**先洽接受轉診之院所，提供醫事機構、診療科別等就醫安排。
接受轉診院所**應**提供適當就醫安排，保留**門診**一定優先名額予轉診就醫的病人。

強化轉診機制

病患經轉診治療後，**接受轉診的院所應**建議病患**轉回原診治院所**或**其他適當院所**，接受後續追蹤治療。
接受轉診院所應將病患初步診療的處置情形、後續診治之相關檢查及處置結果，**回復原診治院所**。

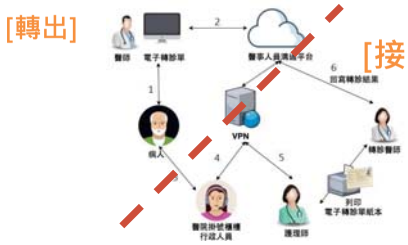
落實雙向轉診

143

建置電子轉診資訊平台

總體目標

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



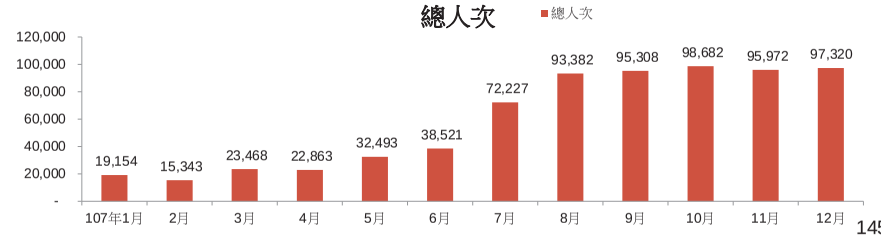
144

電子轉診平台每月轉診院所數

電子轉診平台使用家數及件數持續增加，至107年12月每月約7000家院所使用，轉診約9.7萬人次

總院所數

總人次



上、下轉支付標準執行結果

一、107年預算執行情形

單位：百萬點

總額別	預算點數(全年經費)	實際執行點數	預算執行率
醫院	258.0	70.7	27.4%
西醫基層	129.0	55.5	43.0%

二、107年各特約層級實際核付醫令數

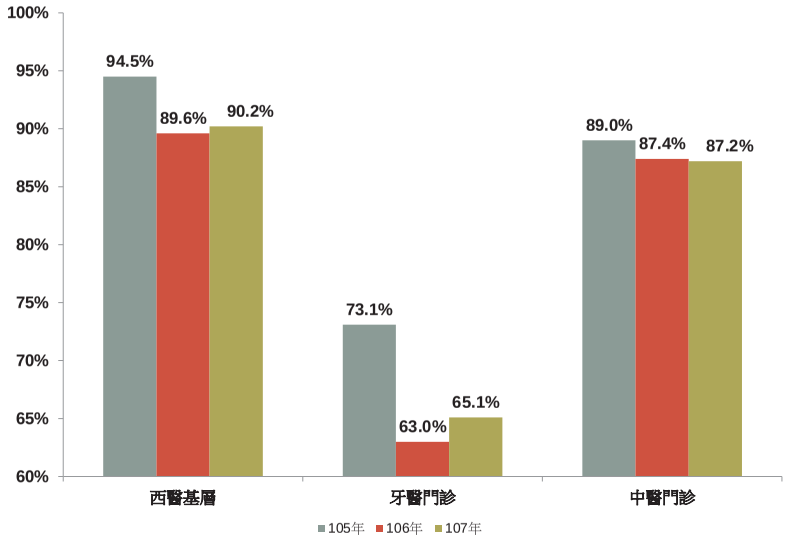
特約層級	下轉(01034B、01035B)	上轉(01036C、01037C)	接受轉診(01038C)	轉診合計
醫學中心	13,272	-	122,056	135,328
區域醫院	12,560	7,062	107,036	126,658
地區醫院	2,129	20,775	25,204	48,108
基層院所	-	224,726	14,222	238,948
合計	27,961	252,563	268,518	549,042

註：
1. 表中所列為實際核付數，非申報數。
2. 核付條件為申報案件需勾稽到轉入院所有申報對應之01038C「接受轉診診察費加算」或於電子轉診平台有登錄及回復病患就醫情形之資料
3. 考量轉診單期限及補報期限，申報轉診未核付案件將往後再勾稽3季，確認是否核付

七 執行概況—公平面

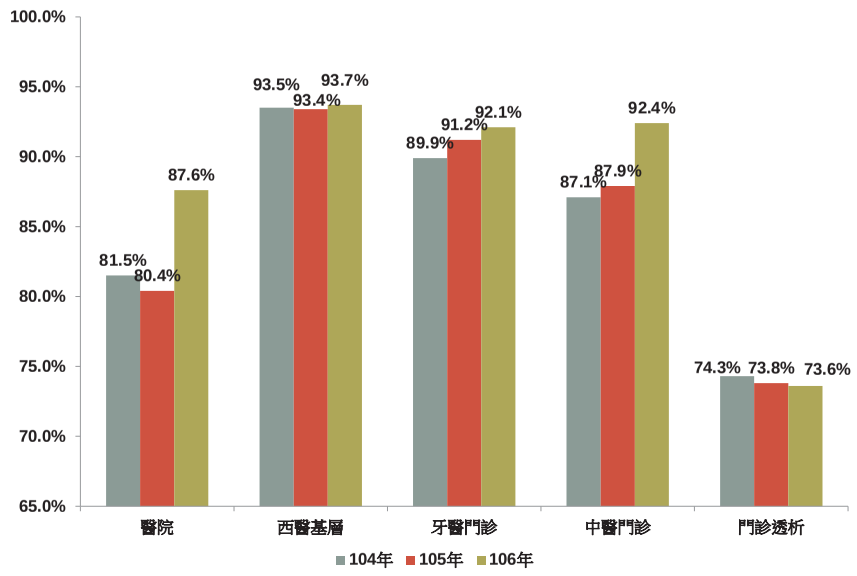
- 可近性
- 弱勢族群保障
- 偏鄉照護計畫

滿意度調查-預約醫師容易程度

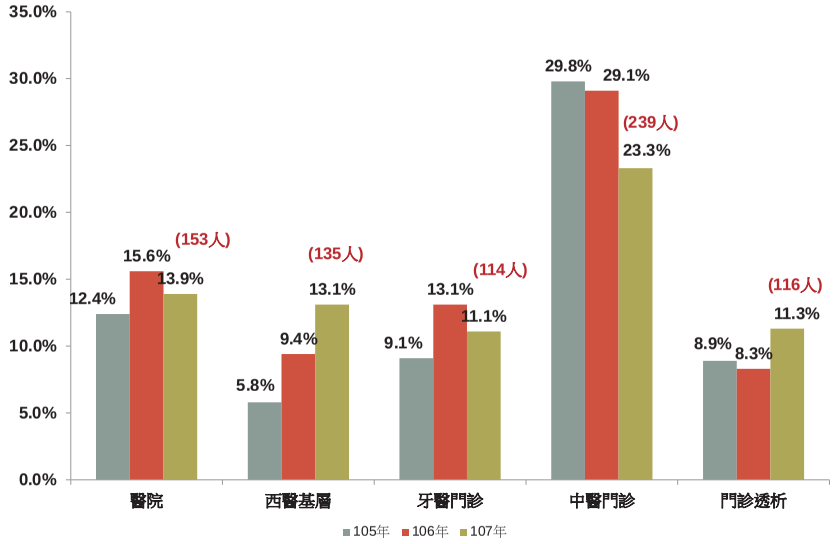


註. 本表呈現數據為容易+非常容易，門診透析與醫院部門無本題項

滿意度調查-就醫院所交通便利性



滿意度調查-被要求自費比率

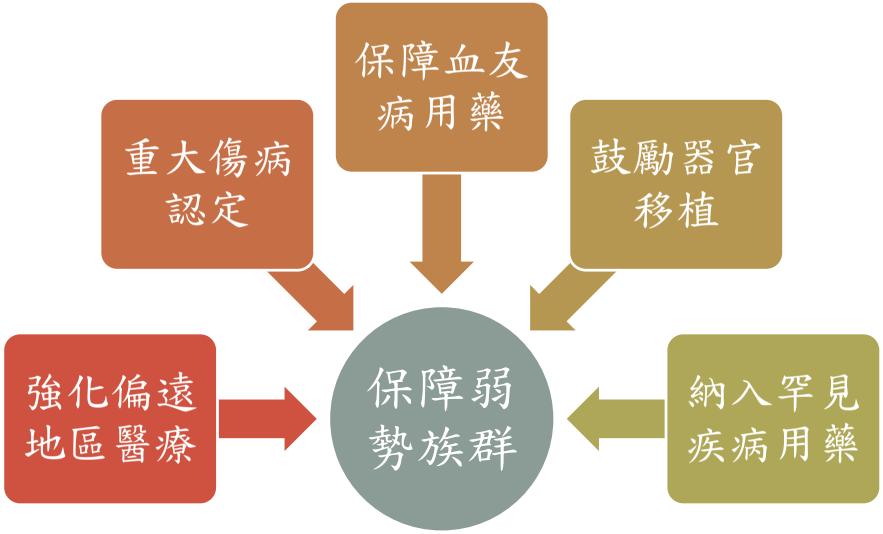


註：107年各總額部門滿意度調查之(　)內數據，表示除掛號費和部分負擔外，自付其他費用之人數

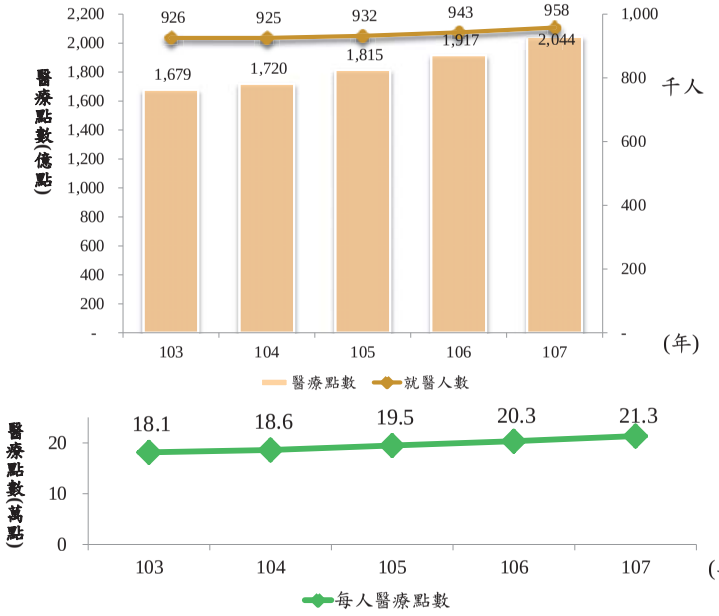
自費資訊公開

- **自費醫材比價網**
  - ✓ 為使自付差價或健保尚無法納入給付之自費醫材透明化，並使民眾方便查詢及比較各醫療院所的收費，縮短醫療院所間相同醫材收費之差異，自103年6月10日起，民眾可透過健保署全球資訊網，進入「自費醫材比價網」查詢比價，並了解其替代品項。
  - ✓ 醫療院所須登錄自費醫材品項價格，以供民眾參考。
  - ✓ 每週二更新資料，累計瀏覽人數約137.6萬人。
  - ✓ 自104年1月增列漲價名單及各院所使用自付差額人次比率，並自107年增列自費醫材的健保替代品，若無替代品，會說明健保暫無法給付的原因，以供民眾參考。

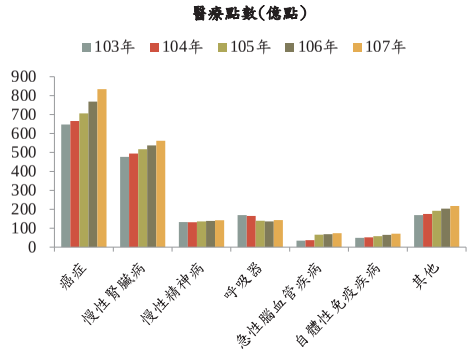
保障弱勢族群醫療權益

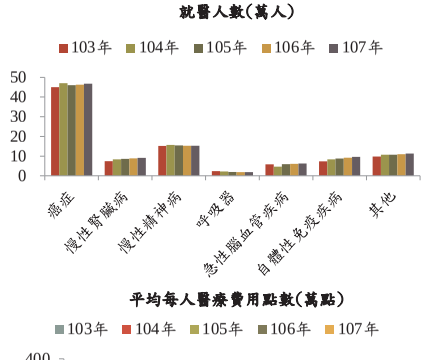


重大傷病費用支出

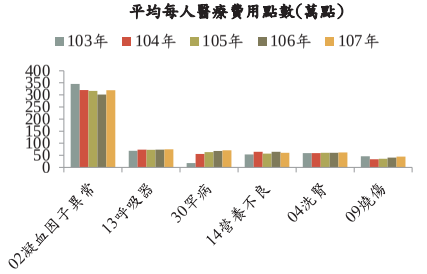


重大傷病就醫疾病概況





103年至107年前6大重大傷病醫療點數占所有重大傷病醫療點數之89.35%~90.25%。

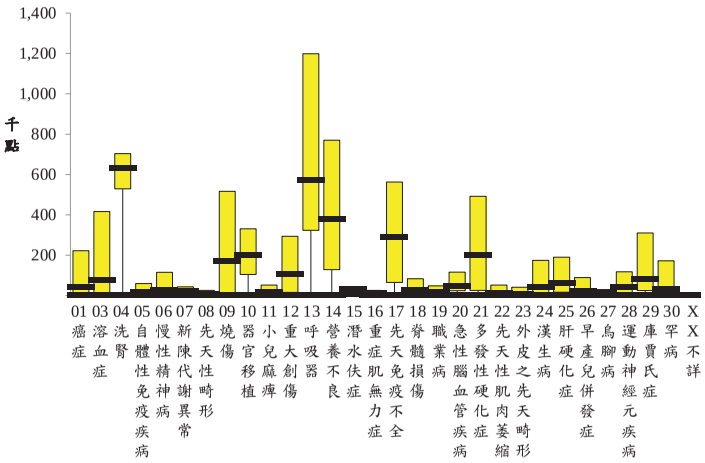


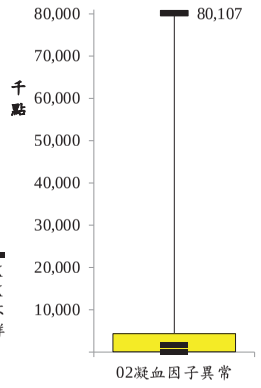
註
1.醫療點數:第5名之重大傷病，103-104年為自體性免疫疾病；105-107年為急性腦血管疾病、自體性免疫疾病為第6名。
2.營養不良為因腸道大量切除或失去功能，或其他慢性疾病引起嚴重營養不良者，給予全靜脈營養已超過30天，口攝飲食仍無法提供足量營養者。

107年各類重大傷病-每人醫療點數

類型	01 癌症	03 溶血症	04 洗腎	05 自體性免疫疾病	06 慢性精神病	07 新陳代謝異常	08 先天性畸形	09 燒傷	10 器官移植	11 小兒麻痺	12 重大創傷	13 呼吸器	14 營養不良	15 潛水伕症
最大值(千點)	14,409	13,925	15,149	23,590	8,500	18,852	11,931	6,429	13,702	2,908	6,243	46,517	9,396	97

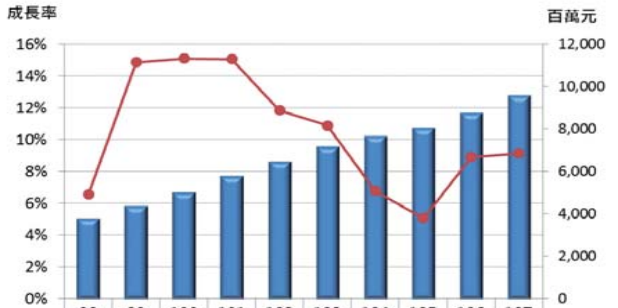
類型	16 重症肌無力症	17 先天免疫不全	18 脊髓損傷	19 職業病	20 急性腦血管疾病	21 多發性硬化症	22 先天性肌肉萎縮	23 外皮之先天畸形	24 漢生病	25 肝硬化症	26 早產兒併發症	27 鳥腳病	28 運動神經元疾病	29 庫賈氏症	30 罕病	XX 不詳
最大值(千點)	3,013	3,691	3,633	1,855	14,257	1,743	3,071	1,901	621	5,027	619	671	1,341	1,267	47,947	905





罕病、血友病藥費專款支出情形

本項專款支出，98年為38億元，因罕病與血友病人數增加，至107年支出為95.79億元，藥費成長率在本署監控下，近年成長率趨緩。

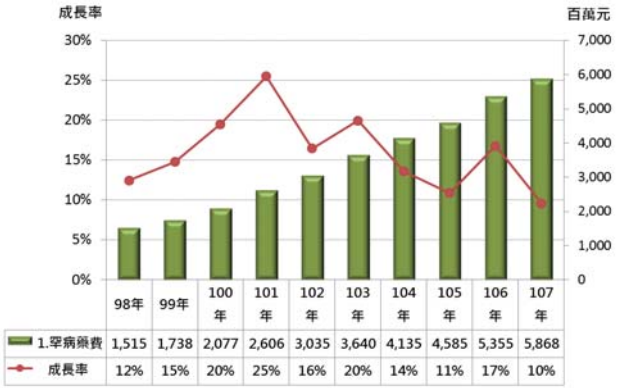


	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年
罕病+血友病藥費	3,812	4,378	5,039	5,797	6,482	7,187	7,674	8,061	8,779	9,579
成長率	7%	15%	15%	15%	12%	11%	7%	5%	9%	9%

註1.罕病藥費不含罕病特材費用，藥費及特材支出擷取自各年度醫院總額第4季點值結算說明表。
2.罕見疾病特材預算(104年起新增)，104年費用支出3.22百萬元；105年1.54百萬元；106年3.36百萬元；107年支出1.12百萬元。

罕病藥費專款支出情形

- 107年罕病藥費支出58.68億元。
- 近5年平均每年費用成長率約14.2%。

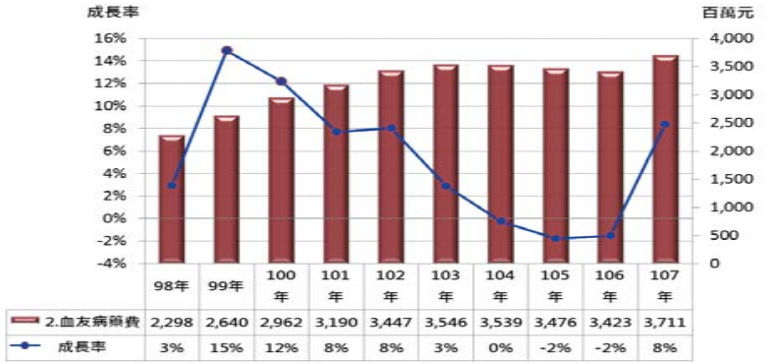


	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年
1.罕病藥費	1,515	1,738	2,077	2,606	3,035	3,640	4,135	4,585	5,355	5,868
成長率	12%	15%	20%	25%	16%	20%	14%	11%	17%	10%

註:1.本表近5年平均每年費用成長率係以幾何平均數計算。
2.罕病藥費不含罕病特材費用，藥費及特材支出擷取自各年度醫院總額第4季點值結算說明表。
3.罕見疾病特材預算(104年起新增)，104年費用支出3.22百萬元；105年1.54百萬元；106年3.36百萬元；107年支出1.12百萬元。。

血友病藥費專款支出情形

- 107年血友病藥費37.11億元。
- 近5年平均每年費用成長率約1.6%。



	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年
2.血友病藥費	2,298	2,640	2,962	3,190	3,447	3,546	3,539	3,476	3,423	3,711
成長率	3%	15%	12%	8%	8%	3%	0%	-2%	-2%	8%

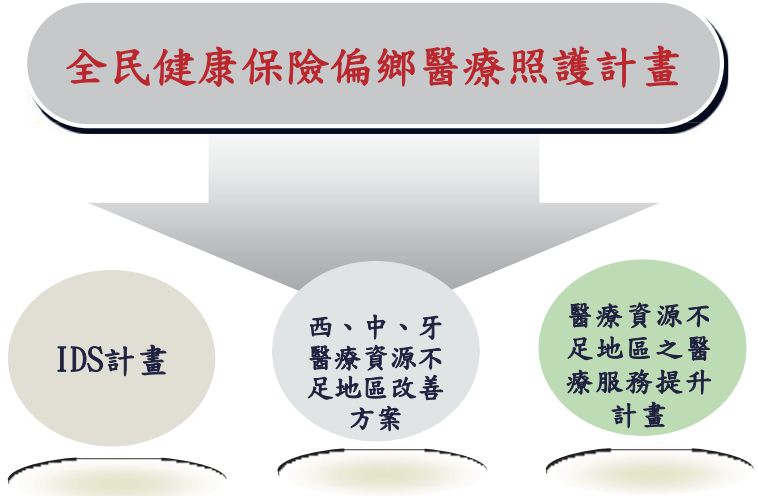
註 1.本表近5年平均每年費用成長率係以幾何平均數計算。
2.藥費支出擷取自各年度醫院總額第4季點值結算說明表。
3.94~98年只納入先天血友病，99年起納入後天血友病，103年起納入類血友病。
4.血友病藥費106年預算31.49億元，其預算不足2.74億元，由其他預算「支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費、罕見疾病特材及器官移植、西醫基層總額原慢性B型及C型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

鼓勵器官移植專款支出情形

項目 \ 年		103	104	105	106	107
預算數	值(億元)	39.7	39.7	41.6	42.2	44.0
	成長率	8.2%	0.0%	4.8%	1.34%	4.4%
預算執行數	值(億元)	36.1	37.0	39.0	41.92	43.9
	成長率	11.7%	2.5%	5.5%	7.49%	4.7
預算執行率(%)		91%	93%	94%	99%	99.8%
整體支出情形						
移植人數	值(人)	**1,590**	**1,591**	**1,657**	**1,723**	**1,801**
	成長率	9.2%	0.1%	4.1%	4.0%	4.5%
移植費用	值(億元)	16.7	16.7	17.2	18.8	20.2
	成長率	16.2%	0.2%	3.0%	9.3%	7.5%
抗排斥藥費	值(億元)	19.4	20.3	21.9	23.2	24.0
	成長率	8.1%	4.4%	7.9%	6.0%	2.5%

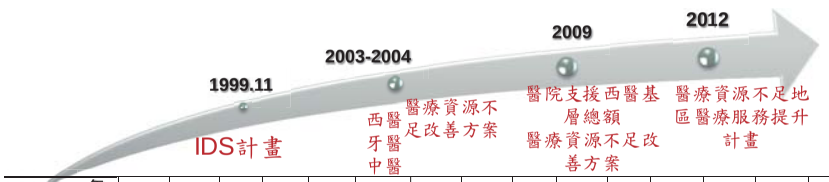
本專款主要支應心臟、肺臟、肝臟、腎臟、骨髓、胰臟及腸移植共7項手術個案，其當次住診費用及術後門住診追蹤之抗排斥藥費。

現行健保偏鄉醫療照護措施



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

健保偏鄉醫療推動歷程及投入資源

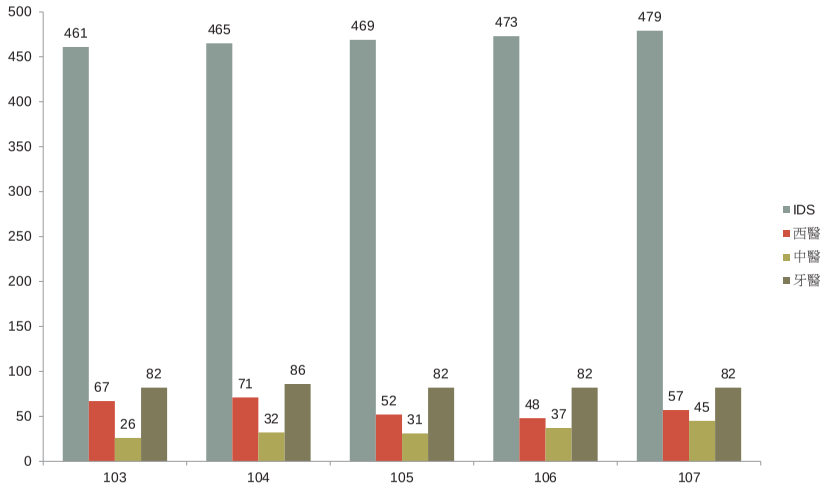


年度		92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107
預算經費（百萬元）																	
IDS計畫		359	454	549	549	549	603	603	603	603	603	603	605	605	605	605	605
醫療資源不足改善方案	中醫門診總額	59.3	106.9	75	75	75	75	90	90	74.4	74.4	74.4	74.4	96.5	106.5	121.5	135.6
	西醫基層總額	150	231	100	100	100	100	100	100	100	150	150	150	150	240	180	187
	牙醫門診總額	182	251	208	208	208	208	228	228	229	229	229	280	280	280	280	280
	醫院支援西醫基層總額							200		50	50	50	60	60	60	60	80
醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫											500	670	800	800	800	800	950

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

健保偏鄉醫療歷年服務人數

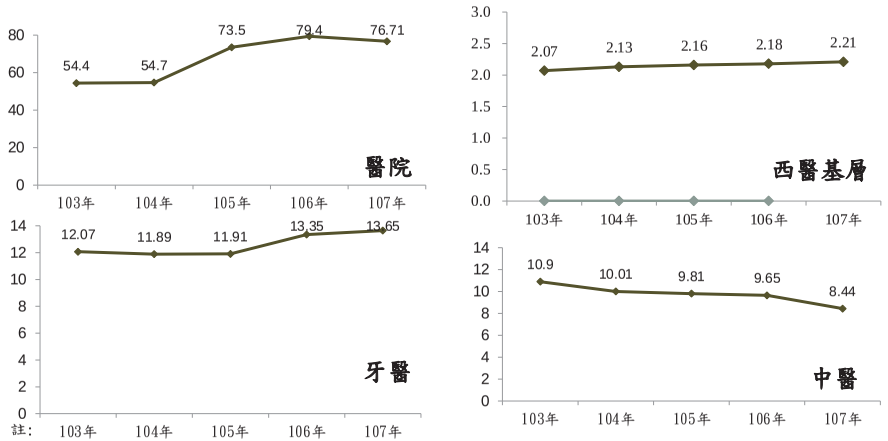
單位：千人



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

依發展程度觀察最高與最低兩組之醫師人力比值

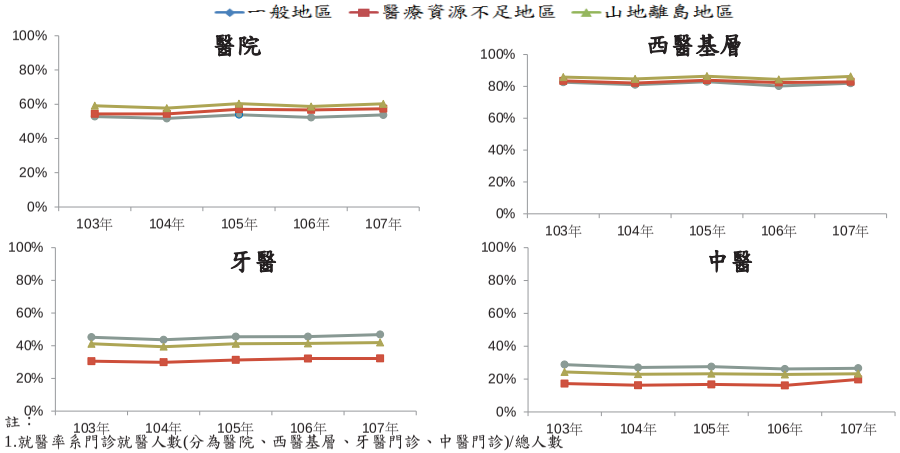
107年觀察各部門最高與最低兩組醫師人力之比值，西醫基層、牙醫比值較106年增加，醫院、中醫比值較106年降低。



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

各地區就醫率－一般\醫療資源不足地區\山地離島地區

107年醫院及西醫基層門診就醫率為山地離島地區最高，醫療資源不足地區居次，一般地區就醫率較低；牙醫及中醫部門則相異，一般地區之門診就醫率較高，其次為山地離島地區，最低為醫療資源不足地區。



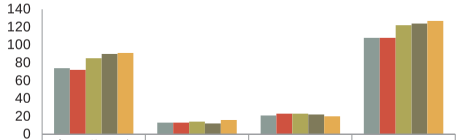
註：
1.就醫率系門診就醫人數(分為醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診)/總人數
2.醫療資源不足地區按該部門當年度公告之醫療資源不足地區；山地離島地區為執行山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS)之地區

醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

-參與情形及提供科別服務

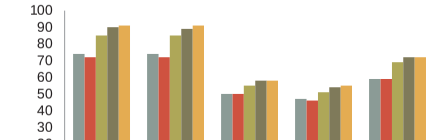
- 107年符合資格醫院計124家，其中91家(73%)參與本計畫。
- 107年91家提供內科與外科門診服務、58家提供婦產科門診服務、55家提供小兒科門診服務、72家提供急診服務。

單位：家數



	參加醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	參加偏遠地區醫院認定原則	未參加	合計
103年	74	13	21	108
104年	72	13	23	108
105年	85	14	23	122
106年	90	12	22	124
107年	91	16	20	127

單位：家數



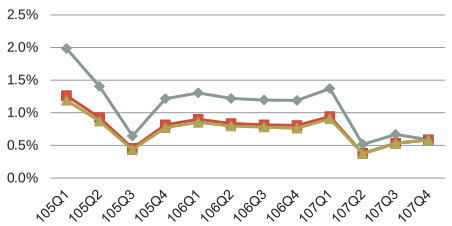
	內科門診	外科門診	婦產科門診	小兒科門診	急診
103年	74	74	50	47	59
104年	72	72	50	46	59
105年	85	85	55	51	69
106年	90	89	58	54	72
107年	91	91	58	55	72

七 執行概況-公平面

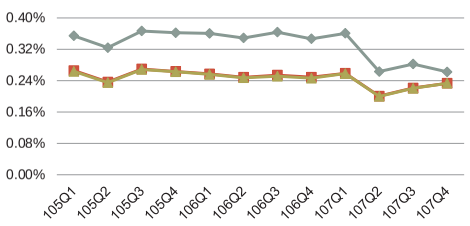
審查(醫審)
查核

各部門核減率

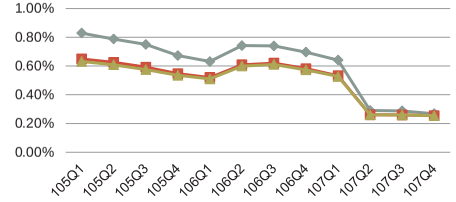
醫院總額



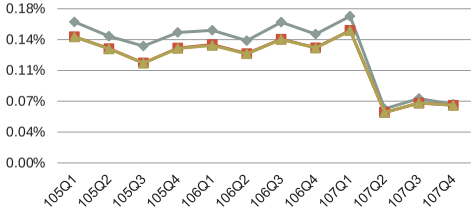
牙醫總額



西基總額



中醫總額



初核核減率　申復後核減率　爭審後核減率

註1.資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1080402止已完成核付之資料。
註2.初核核減率＝（申請點數－核定點數）/醫療點數
註3.申復後核減率＝【申請點數－（核定點數＋申復補付點數）】/醫療點數
註4.爭審後核減率＝【申請點數－（核定點數＋申復補付點數＋爭審補付點數）】/醫療點數

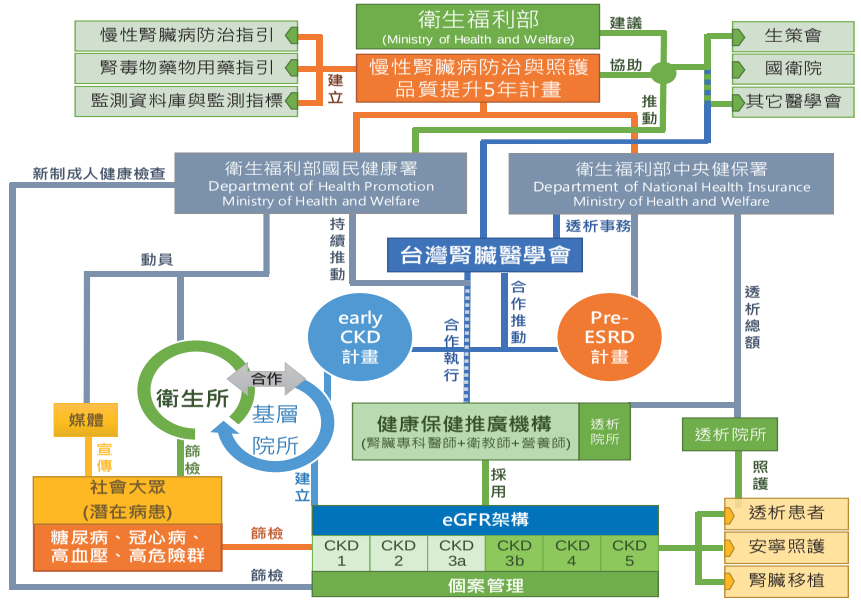
107年度各部門總額查處追扣金額表

單位：千元

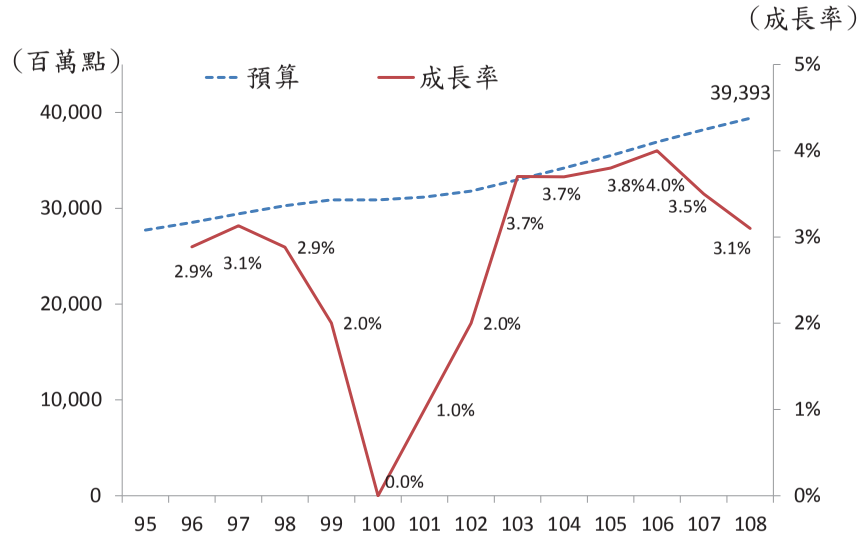
總額別	類型別	扣減	罰鍰	其他	小計
醫院總額	總額舉發	0	0	0	0
	非總額舉發	206	449	31,821	32,476
西醫基層總額	總額舉發	0	0	0	0
	非總額舉發	715	3,414	30,842	34,972
牙醫總額	總額舉發	0	65	2	67
	非總額舉發	292	3,162	23,865	27,318
中醫總額	總額舉發	0	0	0	0
	非總額舉發	204	1,101	27,756	29,060
其他預算	總額舉發	0	0	0	0
	非總額舉發	160	6,016	28,614	34,790
合　計	總額舉發	0	65	2	67
	非總額舉發	1,577	14,142	142,897	158,617

門診透析服務

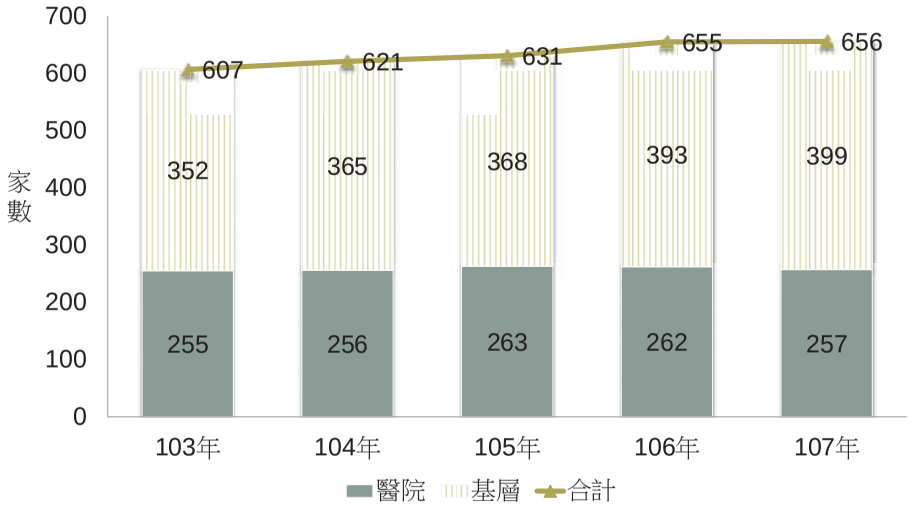
防治腎病建構跨單位合作模式



歷年透析預算金額與成長率

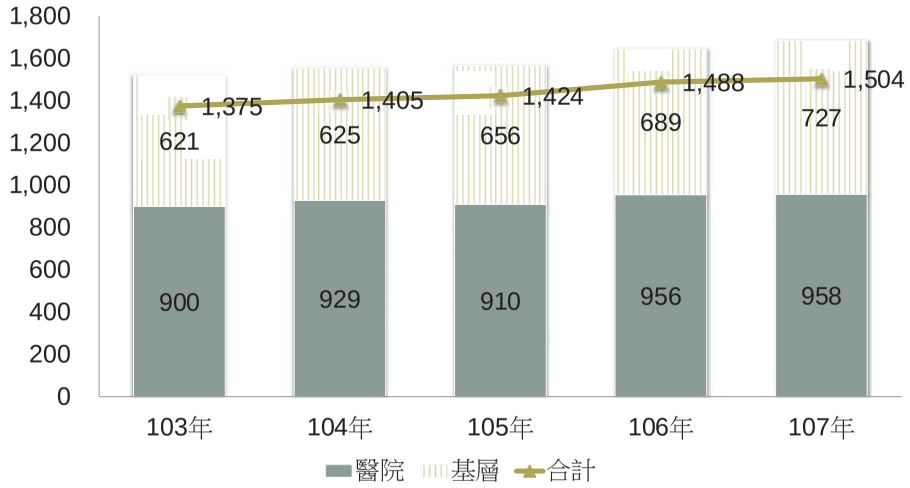


門診透析院所數



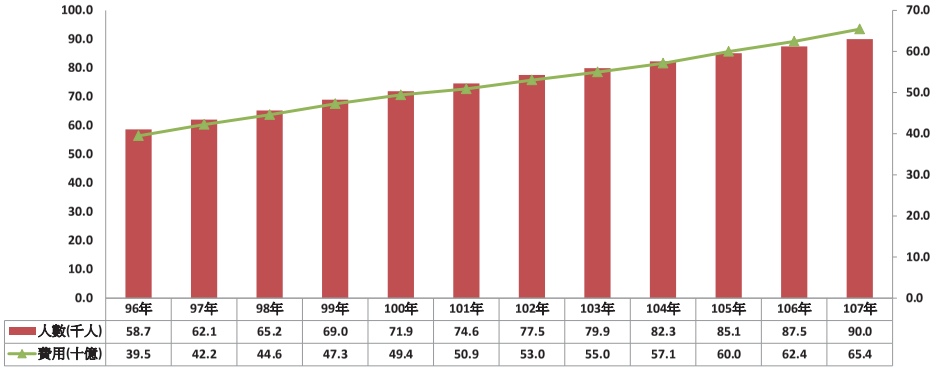
註：係採全年有申報門診透析服務之院所。

門診透析醫師數



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。

透析人數與費用統計(門住診)

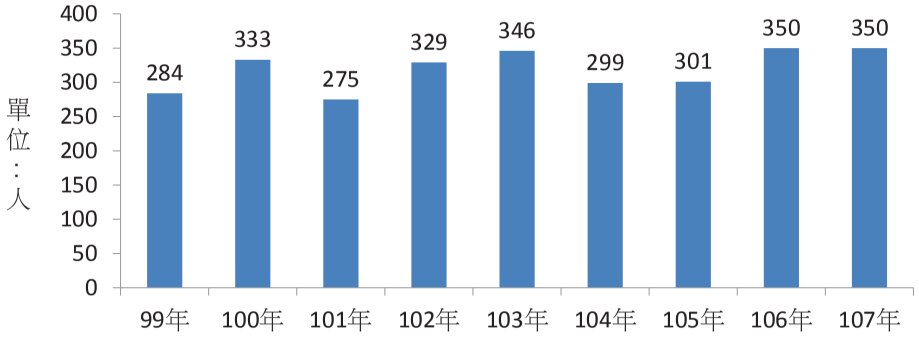


	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年
人數(千人)	58.7	62.1	65.2	69.0	71.9	74.6	77.5	79.9	82.3	85.1	87.5	90.0
費用(十億)	39.5	42.2	44.6	47.3	49.4	50.9	53.0	55.0	57.1	60.0	62.4	65.4

透析人數從96年5.9萬人，107年已達到9萬人
門住診總醫療支出也從96年395億，107年已達約654億

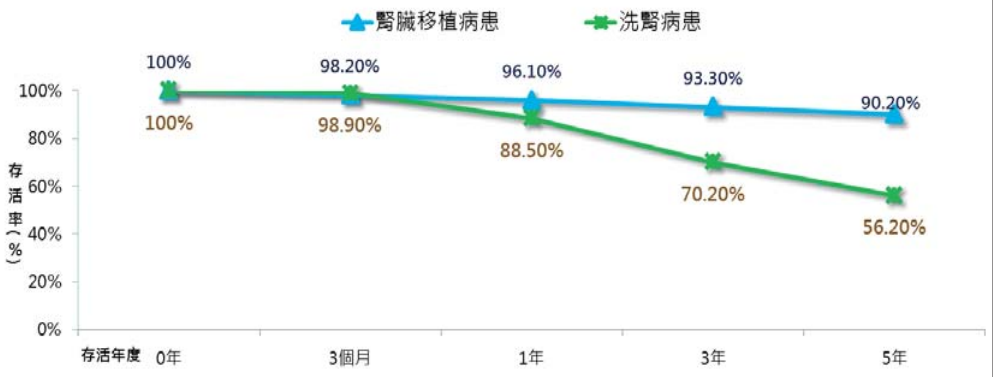
備註：
1. 資料來源為中央健康保險署三代倉儲門診及住院點數清單。
2. 人數為申報05案件之病人歸戶。
3. 相關醫療利用統計為指上述ID之當年就醫申報情形統計。
4. 醫療點數為申請點數+部分負擔。

腎臟移植人數統計



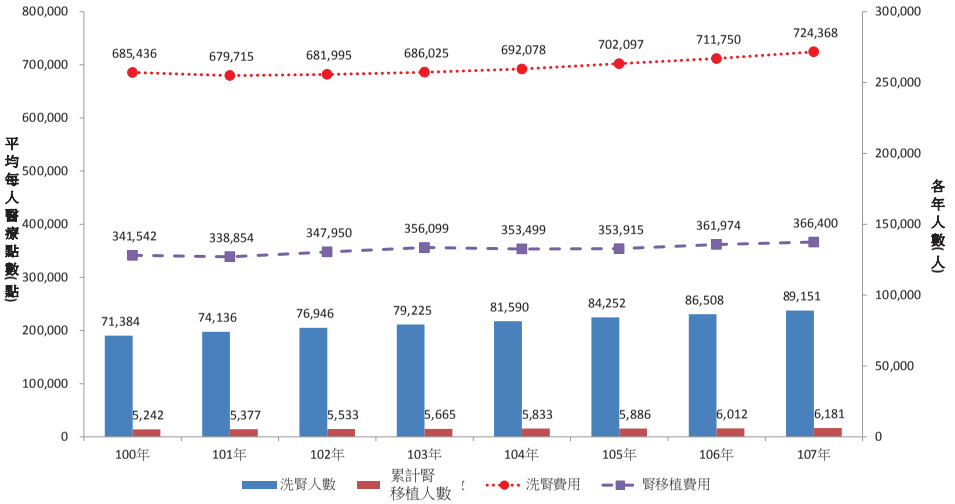
腎臟移植每年維持在300例左右。

腎臟移植與洗腎病患存活率比較



資料來源：
1. 中央健康保險署1998-2015年門診及住診點數及醫令明細清單檔。
2. 1998-2015年間醫令申報76020A及76020B(腎臟移植)之案件，以其入院日為觀察起點，以死亡日期或2015/12/31(受限)為觀察終點，計觀察對象4,386人。
3. 1998-2015年間連續洗腎90天之洗腎病患，並取其首度洗腎日為觀察起點，以死亡日期或2015/12/31(受限)為觀察終點，計觀察對象160,825人。
4. 本表為透過生命表(life-table estimate)估計相關存活率並繪製其Kaplan-Meier存活曲線。

洗腎、腎移植人數及平均醫療費用



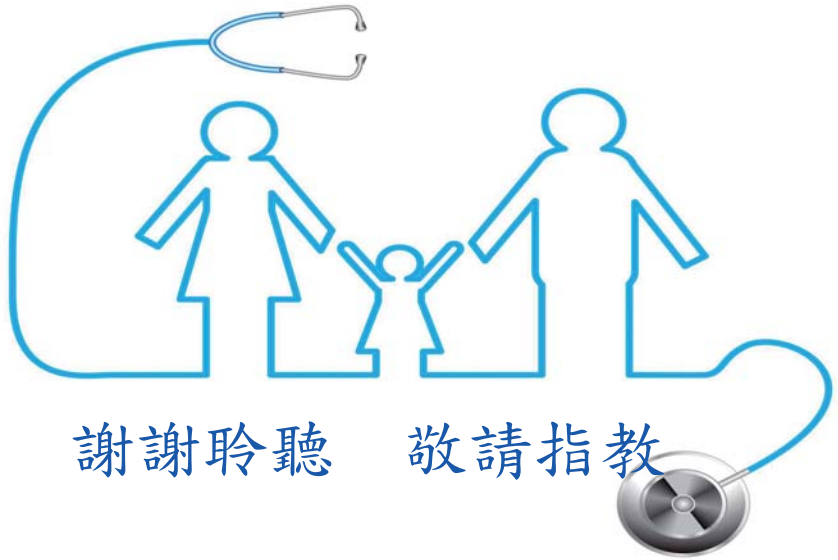
註:洗腎人數定義，以連續透析3個月之病人ID歸戶計算。

177

鼓勵及早換腎

- **針對腎移植等候名單:**
  - 95年起推動Pre-ESRD計畫，鼓勵積極照護末期腎病前期之病人，額外支付照護獎勵費用
  - 106年新增活腎移植團隊照護獎勵費，每例獎勵5 萬點。(106年已由高榮、高醫、中國等醫院共實施 3 例，107年共有11例，108年上半年3例)
  - 獎勵期間由Pre-ESRD結案再放寬至未取得永久重大傷病卡前均適用。

178



謝謝聆聽　敬請指教

二、跨部門及其他預算專案計畫

跨部門及其他預算專案計畫執行成果報告

中央健康保險署
醫務管理組
科長　王玲玲
科長　韓佩軒
108年7月18日

107年專案計畫報告大綱

1 跨部門專案

1醫療給付改善方案
- 西醫基層編列3億元，辦理7項方案
- 醫院編列11.87億元，辦理9項方案
  (108年增加「提升醫院用藥安全及品質」)

2 家醫計畫
- 西醫基層編列28.80億元

3 C肝新藥
- 醫院、基層、其他編列49.36億元

107年專案計畫報告大綱

2 其他預算

1偏遠及弱勢照護
- 山地離島IDS計畫編列6.054億元。
- 居家、精神社區復健、助產所及轉銜長照 編列55.20億元。
- 收容於矯正機關醫療服務編列16.538億元。

2促進體系合作
- 促進醫療體系整合編列7億元。
- 鼓勵院所即時查詢編列11億元。

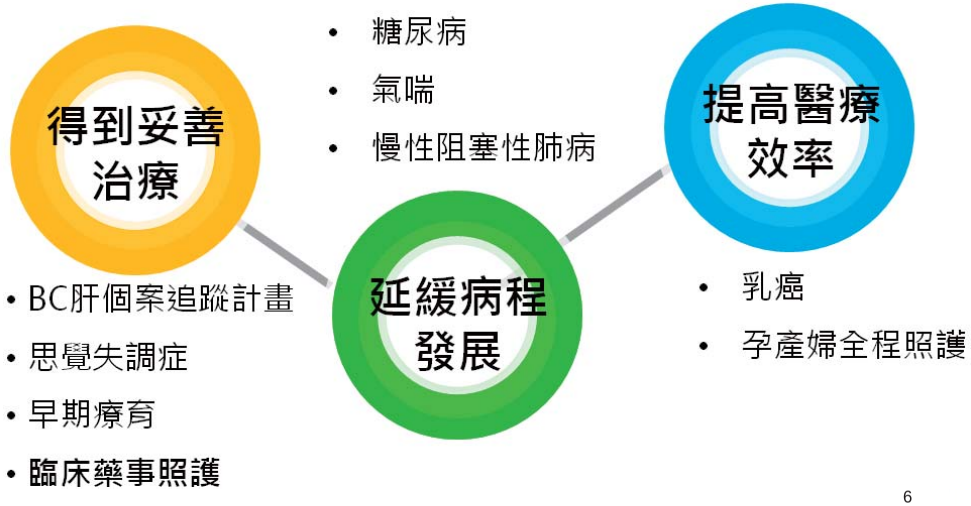
3提升保險成效及其他
- 非預期風險編列8.22億元。
- 慢性腎臟病照護編列4.04億元。
- 高診次藥事照護編列0.4億元
- 罕病等預備款編列2.9億元。
- 提升保險服務成效編列3億元

醫療給付改善方案

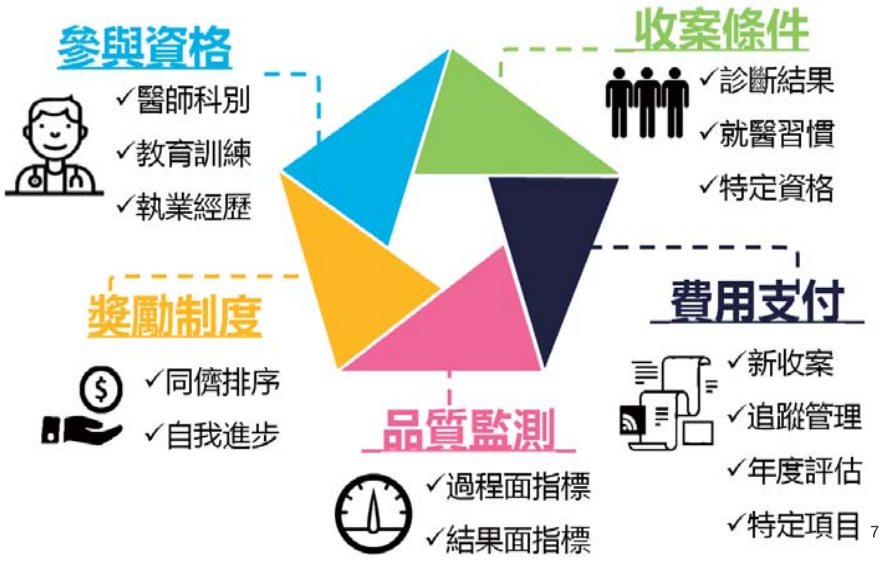
方案構面

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

方案目的



方案架構



方案實施時程

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

方案簡介-糖尿病

計畫重點
- 提供連續性照護，定期追蹤
- 合宜衛教，減緩病程及減少併發症

收案條件
近90天於同院診斷為糖尿病就醫次數≥2

費用項目
新收案、追蹤及年度評估管理照護費

參與資格
- 第一階段照護須為縣市政府共同照護網認證之醫師、護理及營養專業人員；第二階段照護限特定科別、專科或原第一階段照護醫師。參與第一階段院所才可提供第二階段照護
- 除特定專科及原第一階段照護醫師，其他醫師需接受課程認證

獎勵及監控指標

獎勵單位**醫師**
(醫院及診所分別評比)

門檻指標
新收案率30%
收案人數≥50人

品質加成指標
①HbA1C不良率(>9.0%)
②HbA1C控制良好率(<7.0%)
③LDL良率(<100mg/dl)
④LDL不良率(>130mg/dl)
⑤個案完整追蹤率

品質卓越獎
品質加成指標按權重加總後排序前25%醫師

品質進步獎
品質加成指標皆進步或持平

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

方案簡介-氣喘

計畫重點
- 早期發現及正確治療，提昇病患治療指引遵循率
- 提供病患完整且正確衛教，加強自我照護能力，減少急性發作及併發症

收案條件
近90天於同院同醫師診斷為氣喘，就醫次數≥2

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

費用項目
新收案管理照護費
追蹤管理照護費
年度評估管理照護費

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

監控指標
①降階治療成功率　②出院14日內再入院率

方案簡介-乳癌

計畫重點
- 定期檢查，達到早期正確診斷及治療
- 定期醫療品質報告，確保癌症診療品質，提高存活率

收案條件
該院新收治之女性乳癌病患

費用項目
依各病理分期及診療組合(診斷、治療、追蹤等) 定額支付

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

獎勵指標
依據：**無病存活率(第零至三期)及整體存活率(第四期)**
對象：治療結束且滿1~5年之未死亡、復發個案數

監控指標
醫院需定期自我**品質監控**，含17項指標：**結構面**1項(ex:每年診斷與治療的新個案數)、**過程面**13項(ex:第一期病人執行乳房保留手術率等)及**結果面**3項(ex:手術後局部復發率等)

方案簡介-思覺失調

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

收案條件
領有重大傷病卡之思覺失調症患者。(排除精神科慢性病房住院中病患，或同時有2(含)張以上不同疾病之重大傷病卡者)

參與資格
院所應檢附計畫書向健保署提出申請，成立專責窗口；另應依個資法規定，負保險對象資料保密之責

費用項目
基本承作費(高風險病人依相對風險權值加權計算) 發現費

獎勵指標
- 正向指標：平均每月精神科門診次數
- 負向指標：精神科不規則門診比例、急診使用比率、失聯結案率

監控指標
- 強制住院發生率、非高風險病人固定就醫占率等7項

方案簡介- B、C肝追蹤

計畫重點

- •定期追蹤與檢查
- •以降低肝癌發生率

收案條件

近6個月於同院診斷為B肝帶原或C肝感染，就醫次數≥2

若符合「加強慢性B型或C型肝炎治療計畫 」用藥條件
→可同時接受B、C型肝炎用藥療程治療

參與資格

內科、消化系內科、兒科、
消化系外科、家醫科醫師

費用項目

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

獎勵指標

達獎勵門檻及所有品質指標目標值院所予以獎勵
→門檻：當年度收案人數（醫學中心及區域醫院≥50人；地區醫院及診所≥20人）
→品質：**①收案率≥30% ②腹部超音波檢查執行進步率 ③年度完整追蹤率≥50%**

監控指標

①執行腹部超音波人數 **②腹部超音波檢查實際追蹤率**

13

方案簡介-孕產婦全程照護

計畫重點

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

收案條件

在該院所接受全程產前檢查及
生產全程照護者

參與資格

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

費用項目

產期管理照護費

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

獎勵指標

符合以下五項指標之院所予以獎勵；具**助產人員**執登者，另外加給：
①孕產期全程照護率≥45% ②剖腹產管控率 ③低出生體重率不超過前一年度1%
④產後14日內再住院率<1% ⑤收取「自行要求剖腹產」自費費用未超過上限

監控指標

院所每季提報下列指標：**①結構指標 ②過程指標(ex:方案前後平均住院天數比較)**
③結果指標(ex:週產期死亡率) ④危險因子指標(ex:低體重兒比率) ⑤其他指標(ex:院期間總母乳哺育率)

14

方案簡介-早期療育

計畫重點

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

收案條件

- **新個案**：國健署委辦之兒童發展聯評中心診斷符合發展遲緩者
- **舊個案**：前一年早療次數≥150次，且就醫院所數≥3家，又無明顯集中(治療次數最高院所占率<70%)由保險人提供名單給院所收案

參與資格

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

費用項目

以家庭為中心之
早期療育整合照護費
家長(或法定代理人)須參與每次治療

獎勵指標

年就醫總次數下降比率(僅舊個案)
個案固定就醫率、療育資源聯結率、

監控指標

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

15

方案簡介-慢性阻塞性肺病

計畫重點

早期發現及正確治療，提昇病患治療指引遵循率
提供病患完整且**正確衛教，加強自我照護能力，減少急性發作及併發症**

收案條件

近90天於同院診斷為COPD，有肺功能紀錄，符合國健署臨床治療指引，
就醫次數≥2

參與資格

第一類院所：具胸腔暨重症專科專(兼)任醫師≥3，
呼吸治療師及個案管理師；第二類院所：科別之專(兼)任醫師≥1。前述醫事人員須定期取得教育時數證明

費用項目

新收案、追蹤及年度評估
管理照護費，**病人肺部復原及呼吸訓練評估費**

獎勵指標

分第一類院所、第二類醫院或基層診所分別評比，各組排名**前25%**醫師予以獎勵，評比依據指標：
病人完整追蹤率、出院後14日內再入院率、6個月戒菸成功率、**接受肺部復原評估率**
因COPD急診就醫率、因COPD急性住院率、因COPD入住加護病房率、**接受正確藥物治療率**

監控指標

- 病人上下轉相關指標，如**應上(下)轉病人率、應上(下)轉未下轉病人率**等

16

方案簡介-臨床藥事照護方案(108年起)

計畫重點

- 建立完整藥事照護模式
- **加強藥師執行調劑外的臨床藥事照護**
- 協助醫師合理用藥，強化民眾用藥安全

參與資格

- 年資累計滿 2 年，或臨床藥學等相關科系畢業
- **醫中及區域**→過去1年中，至少連續6個月
  實際參與ICU團隊藥事照護
  地區醫院 → 實際提供門診藥事照護
- **由醫院推薦，經藥師公會審核通過，函送本署核備**

收案條件

醫中及區域：ICU病人。

地區醫院：2種以上慢性病且
≧5項用藥之門診病人

費用項目

醫中及區域：
重症加護臨床藥事照護費

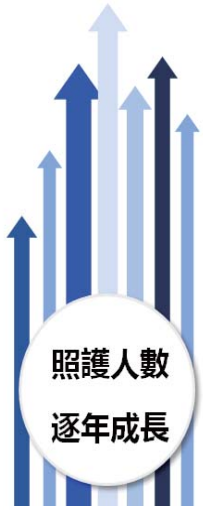
地區：
門診臨床藥事照護費

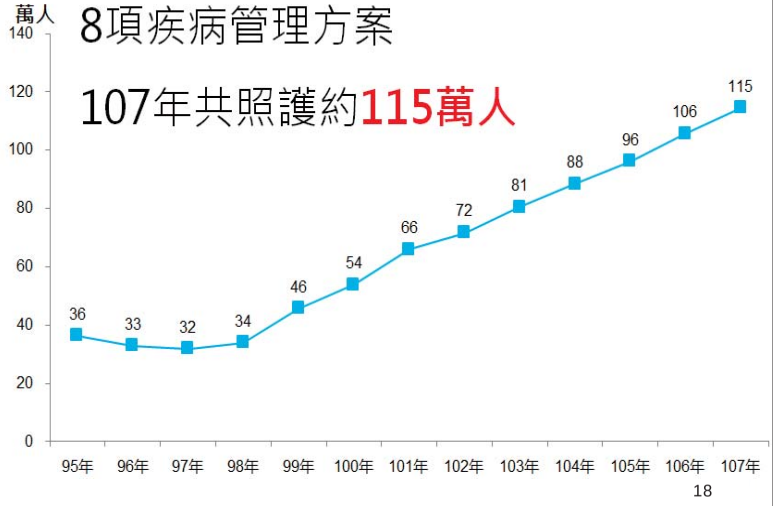
監控指標

醫師或其他醫事人員接受率

分子：醫師或其他醫事人員接受之臨床藥事介入件數；分母：臨床藥事介入件數

歷年方案照護人數





歷年方案照護人數

照護人數	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年
糖尿病	176,475	181,098	191,251	214,340	254,504	283,748	325,501	365,821	419,455	468,180	520,727	598,259	684,640
氣喘	190,671	140,464	119,645	115,788	115,423	115,600	106,581	103,984	101,990	102,948	109,066	117,801	122,976
乳癌	6,927	8,438	9,807	10,743	11,678	11,827	12,653	13,458	12,041	12,520	12,183	11,374	10,963
思覺失調	未實施				36,580	43,076	47,657	49,209	57,565	59,679	63,800	61,784	62,734
BC肝追蹤	未實施				44,057	92,049	121,451	149,375	175,317	201,452	220,928	231,093	247,877
孕產	未實施									59,114	57,958	60,475	56,581
早療	未實施									15	801	954	1,473
COPD	未實施											8,898	117,130
合計	364,213	328,652	319,037	339,037	456,434	537,955	659,479	717,255	805,166	883,964	961,869	1,056,756	1,145,141

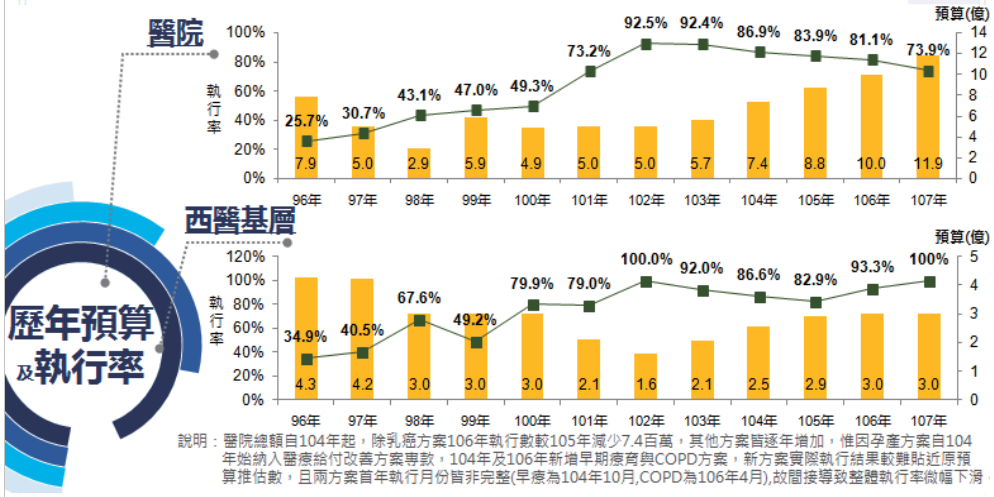
註1：照護人數係指當年度有申報該方案相關費用之歸戶人數，合計為全部方案歸戶人數，故不會等於各方案人數直接加總。
註2：人數變化說明：氣喘→101年增修參與醫師資格(要求每三年 8 小時教育時數，故自101-103年陸續有醫師因三年期滿,未補教育時數而退出,間接影響照護人數下滑)、乳癌→分別各1家醫院於104年及106年完全退出，其申報量自前一年(103年及105年)開始下降；
內政部戶政司資料顯示:107年出生人數為近八年新低:18,1601人,間接影響孕產照護人數下降)
註3：早療自104年10月實施，故當年度照護人數僅15人

歷年方案照護率

照護率	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年
糖尿病	23%	25%	26%	28%	29%	31%	34%	35%	39%	41%	43%	48%	51%
氣喘	35%	35%	31%	32%	47%	46%	39%	38%	36%	36%	28%	30%	35%
乳癌	13%	14%	15%	15%	15%	14%	14%	13%	11%	11%	10%	8%	8%
思覺失調	未實施				41%	47%	51%	52%	60%	60%	64%	68%	69%
BC肝追蹤	未實施				8%	17%	21%	25%	29%	33%	35%	37%	39%
孕產	未實施									29%	30%	32%	33%
早療	未實施									1%	15%	14%	13%
COPD	未實施											24%	39%

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

歷年預算執行率



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

107年方案執行情形

醫院	方案別							
	糖尿病	氣喘	乳癌	思覺失調	BC肝追蹤	孕產	早期療育	COPD
參與家數	262	140	5	129	196	94	27	128
照護人數	487,784	48,255	143,252	60,993	172,736	45,866	1,400	15,924
照護率	56.8%	30.6%	7.7%	75.0%	37.7%	37.6%	13.2%	38.4%
執行數(百萬)	604.4	39.8	79.9	45.3	30.9	54.8	3.3	18.3

西醫基層	方案別							
	糖尿病	氣喘	乳癌	思覺失調	BC肝追蹤	孕產	早期療育	COPD
參與家數	751	550	-	19	354	31	2	98
照護人數	198,529	74,821	-	1,741	75,345	10,775	75	1,206
照護率	36.7%	36.8%	-	14.1%	38.8%	22.8%	0%	39.2%
執行數(百萬)	259.5	42.8	-	1.2	13.4	12.0	0.2	0.7

執行成效-糖尿病(1)

✓參與方案者**各項檢查率**皆高於未參與方案者　參與方案　未參與方案

96-107年參與及未參與糖尿病方案患者之HbA1C、眼底鏡檢、微量白蛋白檢查率比較圖表

資料來源：健保署檔案分析系統　統計範圍：當年度符合本方案收案條件之對象

執行成效-糖尿病(2)

✓收案患者之**HbA1C及LDL檢查值正常比例逐年增加**

94年新參與糖尿病方案者(6.8萬人)於99~107年之HbA1C及LDL檢查值圖表

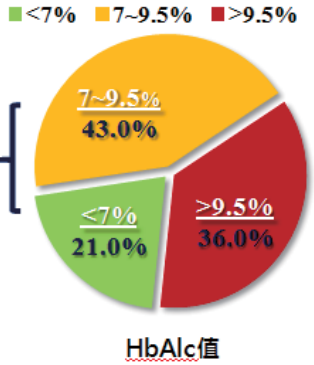
資料來源：健保資料庫　統計範圍：當年度本方案收案對象

執行成效-糖尿病(3)

✓ 追蹤94-107年新收案：HbA1C＞9.5%個案中 64% 改善(一年後)

初診 HbAlc>9.5% 人數	1年後		
	HbAlc值	人數	比率
160,937	<7%	33,743	21.0%
	7~9.5%	69,255	43.0%
	>9.5%	57,939	36.0%

改善比例 64%



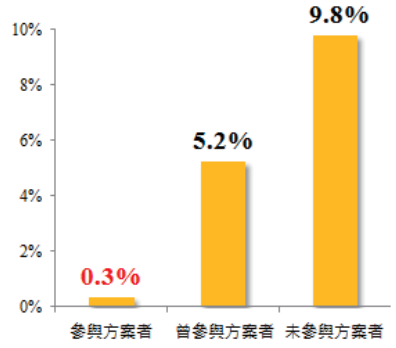
94-107年糖尿病新收案者之HbA1C一年後改善追蹤圖表

資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度本方案收案對象

執行成效-糖尿病(4)

✓ 參與方案者之洗腎發生率低於未參與方案者

94-107年	洗腎患者數	累計之糖尿病患者	洗腎發生率(%)
參與方案者	85	26,249	0.3%
曾參與方案者(中途退出)	16,907	323,602	5.2%
未參與方案者	30,273	309,428	9.8%
合計	47,265	659,279	7.17%

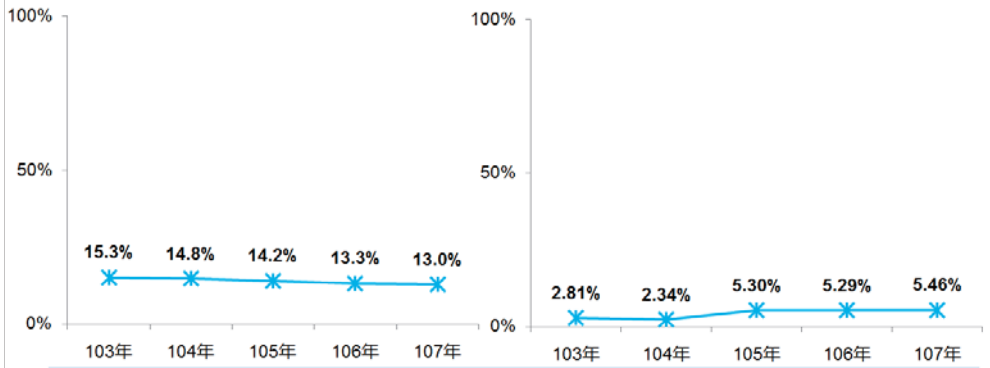


94-107年參與及未參與糖尿病方案之洗腎發生率比較圖表

資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度符合本方案收案條件之對象

執行成效-氣喘(1)

✓ 近五年參與方案者之監控指標表現未有明顯起伏

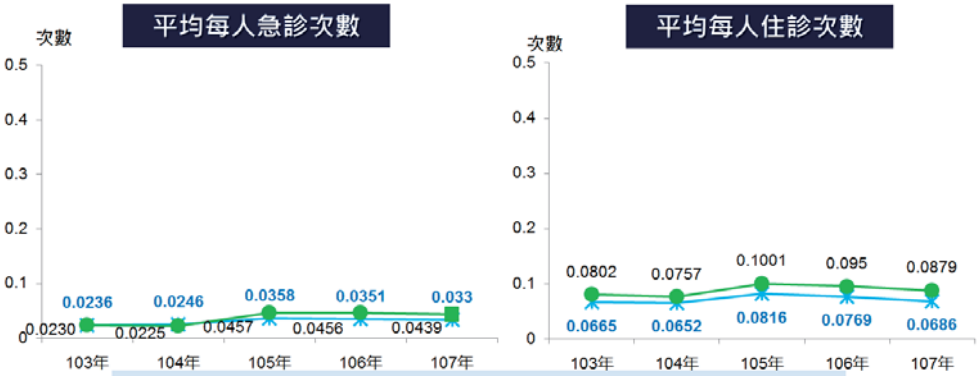


103-107年參與氣喘方案患者之降階治療成功率、出院14日內因氣喘再入院率圖表

資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度本方案收案對象

執行成效-氣喘(2)

✓ 近五年參與方案者與未參與方案者之每人急診及住診次數無明顯差異

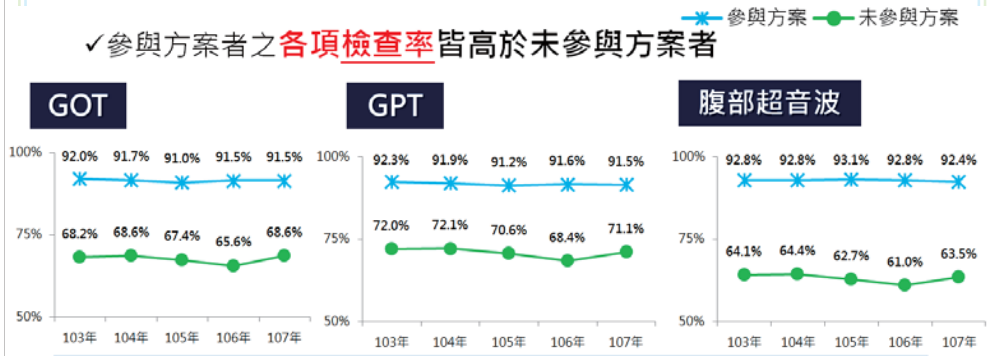


103-107年參與及未參與氣喘方案患者之平均每人急診、住診比較圖表

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

執行成效- B、C肝追蹤(1)

✓參與方案者之各項檢查率皆高於未參與方案者



103-107年參與及未參與BC肝追蹤方案患者之GOT、GPT、腹部超音波檢查率比較圖表

- **107年參與方案者之早期發現肝癌計有497人**

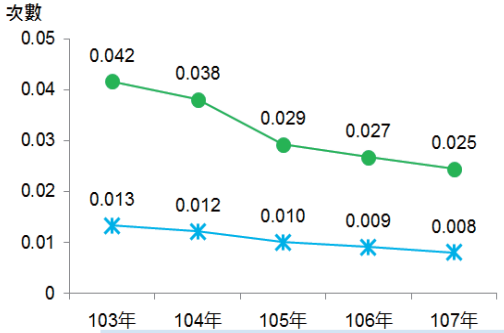
(103-106年分別為：317人、472人、465人、395人)

資料來源：健保署檔案分析系統 統計範圍：當年度符合本方案收案條件之對象

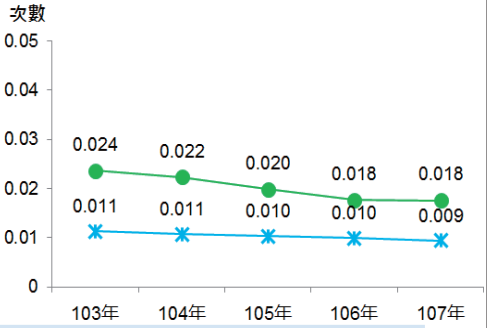
執行成效- B、C肝追蹤(2)

✓ 近五年參與方案者與未參與方案者之每人急診及住診次數無明顯差異

平均每人因肝炎或肝硬化急診次數



平均每人因肝炎或肝硬化住診次數

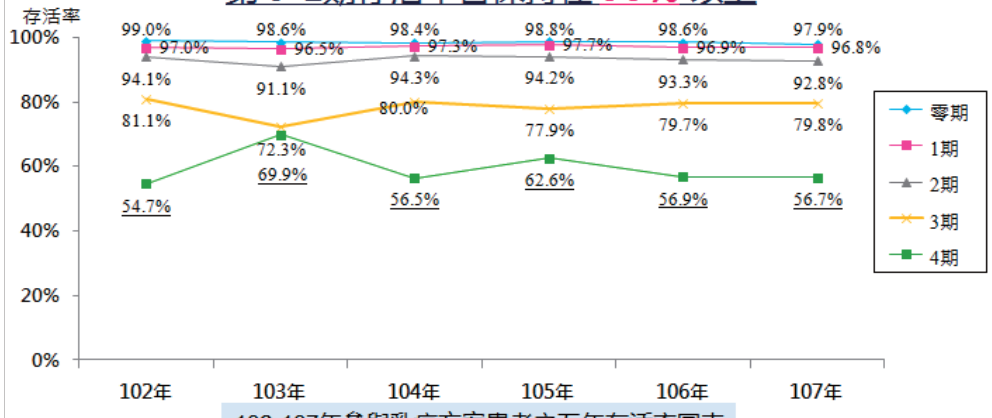


103-107年參與及未參與BC肝追蹤方案患者之平均每人急診、住診比較圖表

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

執行成效-乳癌

✓第0-2期存活率皆保持在 **90%** 以上



102-107年參與乳癌方案患者之五年存活率圖表

資料來源：參與方案院所提供 資料說明：參與方案醫院提供數據之平均值(107年共4家醫院全年參與)

執行成效-思覺失調(1)

方案內高風險及非高風險病患監測指標達成狀況

(符號說明：√達標 X未達標)

強制住院發生人次比率
較前一年減少
非高風險√ 高風險√

平均每月精神科不規則門診比例
較前一年減少
非高風險√ 高風險√

急診使用人次比率
較前一年減少
非高風險X 高風險√

失聯結案率
較前一年減少
非高風險√ 高風險√

平均每月精神科門診次數
較前一年增加或≥1
非高風險√ 高風險√

非高風險病人且固定就醫占率
較前一年增加
未達標
(106年62.5%、107年55.6%)

資料來源：健保資料庫
統計範圍：當年度本方案收案之對象

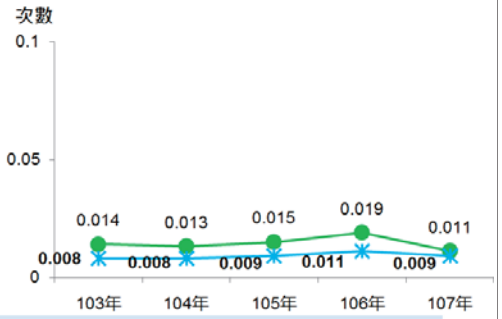
執行成效-思覺失調(2)

參與方案 未參與方案

✓ 近五年參與方案者與未參與方案者之每人急診及強制住院次數無明顯差異

平均每人因思覺失調急診次數

平均每人因思覺失調強制住診次數



103-107年參與及未參與思覺失調方案患者之平均每人急診、強制住診比較圖表

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

執行成效-孕產婦全程照護

✓ 近五年全程照護率皆達50%

103-107年參與方案者之全程照護率				
103年	104年	105年	106年	107年
53.3%	52.8%	51.6%	52.9%	52.4%

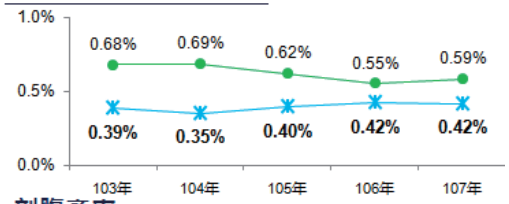
資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度本方案收案之對象

✓ 近五年低出生體重率皆未超過前一年度1%

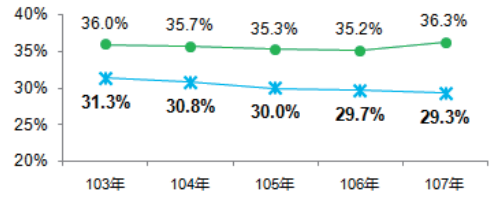
103-107年參與方案院所低出生體重率				
103年	104年	105年	106年	
0.04%	0.53%	0.29%	0.42%	

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

出院後14日內再住院率 參與方案 未參與方案



剖腹產率



註1：統計範圍：當年度符合本方案收案條件之對象
註2：已進行年齡校正

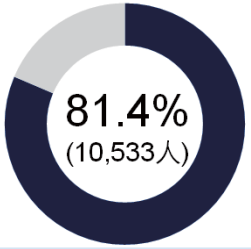
執行成效-慢性阻塞性肺病

COPD新收個案人數	收案前一年曾因COPD急診		收案後一年曾因COPD急診	
	人數	人數占率	人數	人數占率
8,878	1,141	12.9%	1,162	13.1%

COPD新收個案人數	收案前一年曾因COPD住院		收案後一年曾因COPD住院	
	人數	人數占率	人數	人數占率
8,878	1,110	12.5%	1,054	11.9%

資料來源：健保資料庫　統計範圍：當年度符合本方案收案之對象
註：本方案106年4月實施

✓ 八成參與方案者接受正確藥物治療



107年參與方案者之接受正確藥物治療占率圖

統計範圍：當年度本方案收案之對象

小結

01 方案辦理情形

多數方案檢查(驗)執行率表現以參與方案者較未參與者佳：如糖尿病、BC肝追蹤及孕產婦全程照護。

02 方案照護狀況

除早期療育，其他方案照護率皆較去年成長。

早期療育方案參與院所及收案率，與辦理初期相較無明顯成長

03 方案執行成效

✓ 糖尿病檢驗結果良好比例增加；思覺失調多數指標達標

✓ COPD因為新辦理方案，執行成效仍需再追蹤觀察。

檢討及展望-早期療育(1)

早療方案執行困境

問題一.參與方案院所數少

- ✓ 參與院所集中於醫院，診所參與數少
- ✓ 部分縣市尚無院所參與
- ✓ 設有聯評中心之院所未全面參與方案

問題二.照護人數少、舊個案收案率低

- ✓ 個案就醫模式讓院所難與以收案
- ✓ 設有聯評中心之院所未全面參與方案

問題三.新收個案之案源難掌握

- ✓ 聯評中心改由國健署委辦地方衛生局辦理

檢討及展望-早期療育(2)

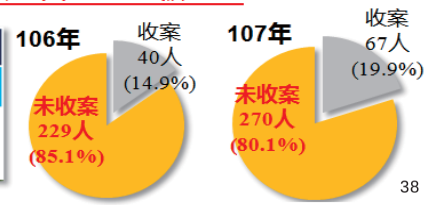
整體收案概況

年度	106年			107年		
項目	接受早療個案數	早療方案收案數	早療方案占率	接受早療個案數	早療方案收案數	早療方案占率
人數	93,026	954	1.0%	104,490	1,473	1.4%

資料來源：本署三代倉儲門診明細檔及醫令明細檔(2019/4/25擷取)。
註：接受早療定義為未滿7歲個案(年齡以費用年減出生年計算)，主或次診斷碼為腦性麻痺、自閉症特定發展遲緩等百項，進行物理、職能、語言、心理、精神等復健治療
依當年是否曾申報「家庭為中心之早期療育整合照護費」(P5301C)判斷當年是被收案

- ✓ 51家設有聯評中心醫院，33家(65%)未參與方案，導致新個案案源缺乏
- ✓ 六成院所未收案舊個案，導致八成以上舊個案未被收案

年度	參與方案院所	全年收案對象無舊個案	
		院所數	占率
106年	22	13	59.1%
107年	29	18	62.1%



檢討及展望-早期療育(3)

固定就醫率

百分率區間	106年 新個案	106年 舊個案	107年 新個案	107年 舊個案
70-100%	55.2%	26.3%	65%	35.2%
50-69%	24.1%	25.0%	8%	12.3%
0-49%	20.7%	48.8%	28%	52.5%
平均值	74.2%	53.2%	73.4%	54.1%

年就醫次數下降率（舊個案）

百分率區間	106年 個案數	106年 占率	107年 個案數	107年 占率
50-100%	8	11.1%	8	9.8%
10-49%	22	30.6%	35	28.3%
0-9%	12	16.7%	20	9.7%
負數	30	41.7%	59	52.2%

療育資源聯結率

收案案源	106年	107年
新個案	59%	28%
舊個案	65%	53%
平均	62%	41%

註.資料來源：健保三代倉儲系統

- ✓ 近半數舊個案年就醫總次數較前一年增加
- ✓ 舊個案之「固定就醫率」約半數未達50%
- ✓ 逾半數個案未給予個案療育資源聯結

檢討及展望-早期療育(4)

✓早療方案執行概況，未能達到方案初衷

① 參與院所未積極配合方案規範，僅持續收案並申報照護費

② 照護品質不佳，恐淪為健保資源之浪費

✓現行健保針對復健治療已有多項給付項目(復健及精神醫療章節)

① 多已訂定兒童加成(未滿二歲，支付點數加成30%；二(含)至六歲，支付點數加成20%)，提供早期療育之患童及醫療團隊

② 原方案收案病患接受治療的權益不因停辦方案而受損

擬議停止辦理早期療育門診醫療給付改善方案

回歸健保醫療服務給付項目及支付標準

檢討及展望-整體醫療給付改善方案

未來努力方向

1. 持續追蹤方案執行狀況
2. 檢討方案規定適當性與持續精進
3. 相關疾病方案整合辦理

C型肝炎

C型肝炎口服新藥健保給付執行計畫

目的

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

策略

- 為管理經費之運用，醫事服務機構須上傳個案資料並取得「登錄完成號碼」後，方得處方藥品，並依時序登錄個案後續追蹤之病毒量檢驗結果，以評估治療效果。

收案人數分布

- **醫院收案18,369、診所1,180人，其中南區收案比例最高。**

轄區別	醫院		診所		合計	
	人數	比例	人數	比例	人數	比例
臺北業務組	3,321	17%	137	0.7%	3,458	18%
北區業務組	1,680	9%	225	1.2%	1,905	10%
中區業務組	3,032	16%	66	0.3%	3,098	16%
南區業務組	6,152	31%	568	2.9%	6,720	34%
高屏業務組	3,628	19%	129	0.7%	3,757	19%
東區業務組	556	3%	55	0.3%	611	3%
總計	18,369	**94%**	1,180	**6.0%**	19,549	100%

收案病人特性

項目	N=19,549 人數	%
1.年齡		
平均值±標準差	66.7±11.6	
19歲以下	1	0.01%
20-29歲	15	0.1%
30-39歲	268	1.4%
40-49歲	1,330	6.8%
50-59歲	3,480	17.8%
60-69歲	6,260	32.0%
70-79歲	5,471	28.0%
80歲以上	2,724	13.9%
2.性別		
女	10,772	55%
男	8,777	45%
3.肝纖維化診斷		
F3	8,928	45.7%
F4	10,555	54.0%
肝臟移植者	66	0.3%
4.病毒基因型		
1a	958	4.9%
1b	8,544	43.7%
2	8,742	44.7%
3	109	0.6%
4	20	0.1%
6	1,071	5.5%
混合型	105	0.5%

- 107年給付條件限肝纖維化F3以上病人；若屬病毒基因型第1型或第4型之肝臟移植者，使用Harvoni則不限肝纖維化條件。
- 使用者年齡主要分布於60歲至79歲間。

治療成果

- 個案治療後12週病毒量檢測結果：

達追蹤人數	偵測不到病毒人數(A)	偵測到病毒人數(B)	未檢測或太早驗人數	SVR12 [A/(A+B)]
19,361	17,407	512	1,442	97.1%

註：1.臨床上判斷使用C肝新藥後是否治癒的標準，為從完成治療時起算12週後檢測不到病毒量，又稱SVR12。追蹤至108/4/27止，治療個案之SVR12比例約97.1%。

2. 太早驗人數36名中，有35名檢測不到病毒量。

個案提前停藥原因

治療人數	停藥人數		停藥原因分布(%)							
			醫師評估建議停藥				病人死亡	病人自行停藥		
	人數	停藥比例(%)	4週病毒未降100倍以上	治療期間病毒突增†	肝功能異常	其他不適或疾病		身體不適而放棄	非健康因素	原因未明之逾時未回診
19,549	729	3.7	6.0%	0.4%	6.7%	14.8%	3.4%	20.7%	4.5%	43.3%

†治療期間病毒突增：用藥後4週病毒量降低100倍以上，但治療期間病毒量突增。

家庭醫師整合性照護計畫

計畫目的

1.建立家庭醫師制度

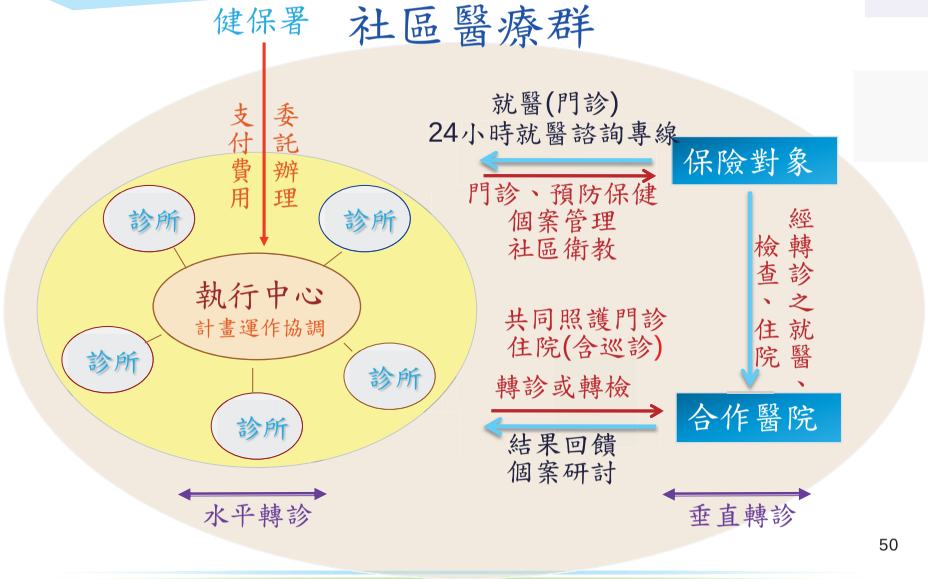
提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護。

2.建立以病人為中心的醫療觀念

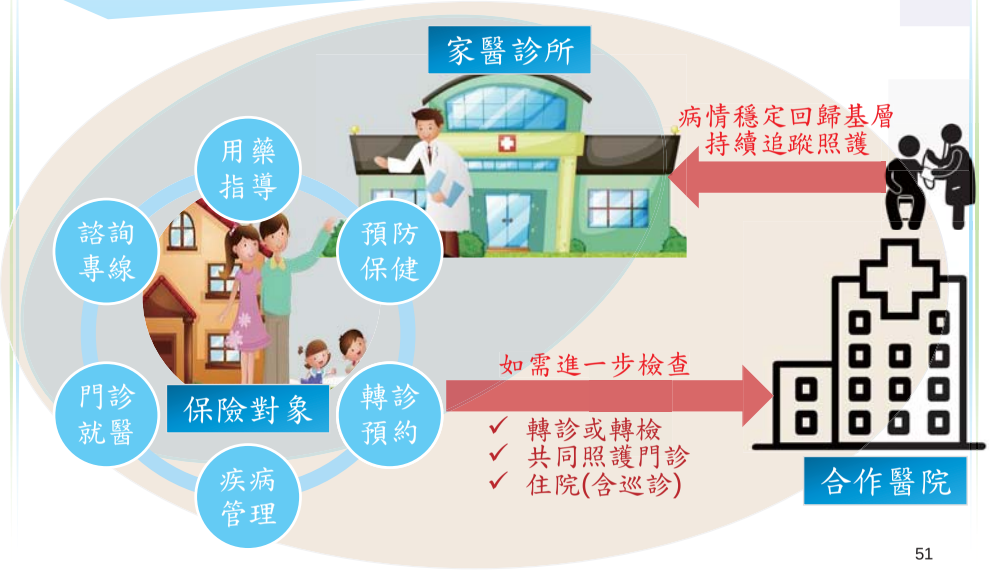
以民眾健康為導向，提升醫療品質。

3.奠定「家庭責任醫師制度」基礎

家醫計畫照護模式



提供整合式照護服務



107年參加院所服務涵蓋

107年執行情形

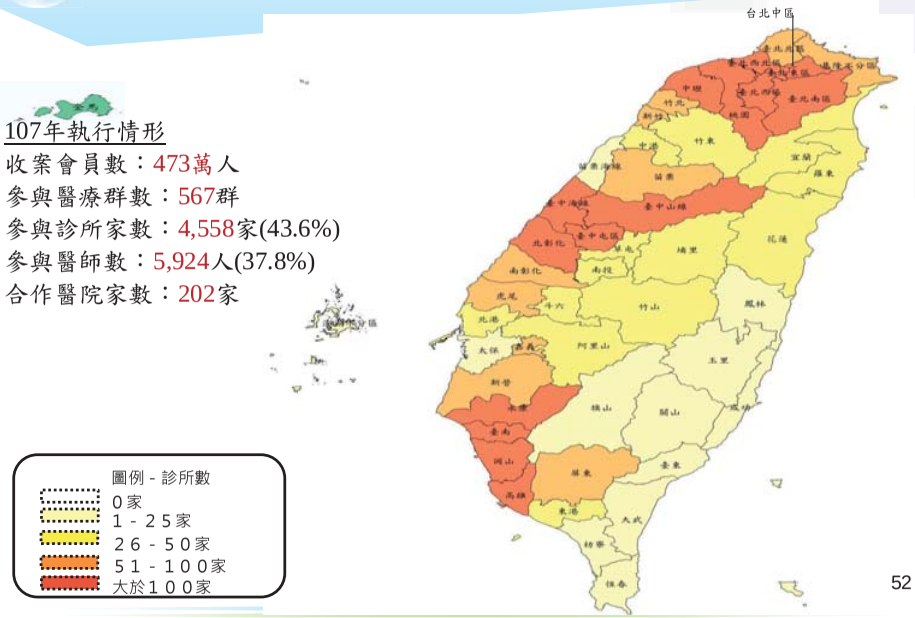
收案會員數：473萬人

參與醫療群數：567群

參與診所家數：4,558家(43.6%)

參與醫師數：5,924人(37.8%)

合作醫院家數：202家



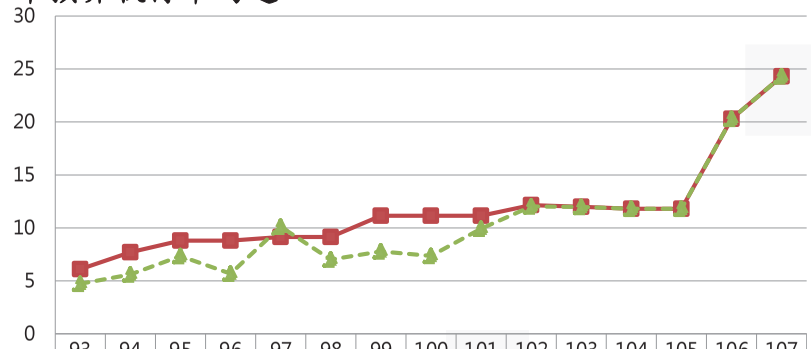
107年次級醫療區群數及診所數分佈

二級醫療區	次級醫療區	醫療群數	診所數	二級醫療區	次級醫療區	醫療群數	診所數	二級醫療區	次級醫療區	醫療群數	診所數
臺北	北區	12	90	臺中	山線	63	314	高雄	岡山	32	130
臺北	西北區	19	174	臺中	海線	62	288	高雄	高雄	50	283
臺北	中區	34	148	臺中	屯區	61	319	高雄	旗山	2	19
臺北	西區	37	284	彰化	北彰化	33	247	屏東	屏東	13	79
臺北	南區	32	145	彰化	南彰化	11	64	屏東	東港	7	30
臺北	東區	29	211	南投	埔里	4	35	屏東	枋寮	1	4
基隆	基隆	11	75	南投	草屯	9	41	屏東	恆春	1	7
宜蘭	宜蘭	5	32	南投	南投	5	28	澎湖	澎湖	1	13
宜蘭	羅東	5	36	南投	竹山	5	30	臺東	臺東	2	24
金馬	金馬	1	8	雲林	北港	6	27	臺東	關山	2	2
桃園	桃園	29	202	雲林	虎尾	15	69	臺東	成功	1	3
桃園	中壢	25	151	雲林	斗六	13	43	臺東	大武	2	2
新竹	新竹	12	79	嘉義	嘉義	12	70	花蓮	花蓮	7	48
新竹	竹北	12	62	嘉義	阿里山	13	35	花蓮	鳳林	2	2
新竹	竹東	6	27	嘉義	太保	4	15	花蓮	玉里	1	1
苗栗	海線	4	21	臺南	新營	16	79				
苗栗	苗栗	9	51	臺南	永康	36	148	合計		567	4,558
苗栗	中港	6	46	臺南	臺南	46	217				

備註：
1. 資料來源：健保署二代倉儲系統-家庭醫師整合性照護計畫申請資料檔(截至107/07/16資料)
2. 次級醫療區係依據醫院設立或擴充許可辦法規定。
3. 同一醫療群內診所可能位於不同醫療區，故同一醫療群可能在不同的次級醫療區被重複列計。

歷年經費執行情形

- 近四年預算執行率均達100%。

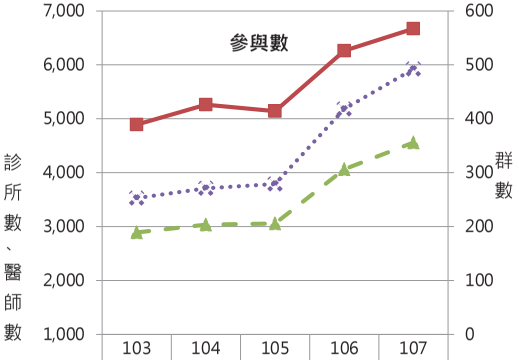


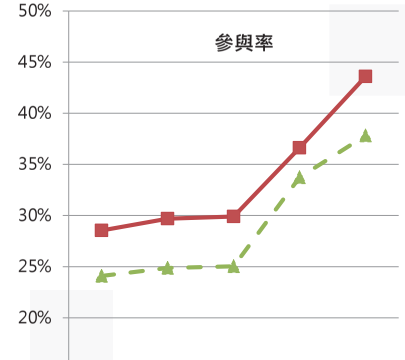
	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107
預算數(億)	6.1	7.7	8.8	8.8	9.15	9.15	11.15	11.15	11.15	12.15	12	11.8	11.8	20.3	24.3
實支費用(億)	4.72	5.61	7.34	5.68	10.11	7.02	7.78	7.36	9.93	12.02	11.98	11.8	11.8	20.3	24.3
執行率(%)	77.4	72.9	83.4	64.5	110.5	76.7	69.8	66.0	89.1	98.9	99.8	100.0	100.0	100.0	100.0

註1：97年因政策導向故選擇健康回饋型之醫療群數不斷增加，致預算較實際給付費用不足0.96億元(實支10.11億元，不足費用由總額其他部門預算之其他預期政策改變所需經費支應)。
註2：106年原預算為15.8億元，由107年度家醫計畫專款之450百萬元挹注106年度之不足款，故06年預算為20.3億元。

近5年社區醫療群參與情形

- 參與本計畫之社區醫療群數、診所數、醫師數皆呈現逐年上升趨勢。





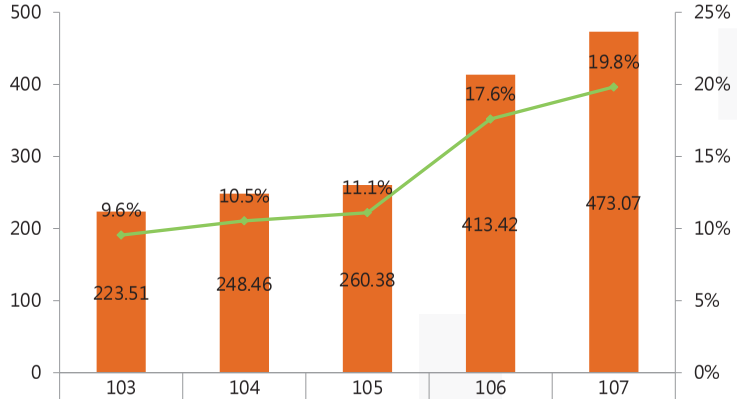
	103	104	105	106	107
診所數	2,890	3,035	3,057	4,063	4,558
醫師數	3,527	3,709	3,789	5,182	5,924
群數	389	426	414	526	567

	103	104	105	106	107
參與診所占率	29%	30%	30%	37%	44%
參與醫師占率	24%	25%	25%	34%	38%

註1：資料擷取時間為當年度4月；另退場群數係以當年度全年執行後計算。
註2：102年至103年包含單一診所型態，102年284家診所、366位醫師、會員12.3萬人；103年193家診所、274位醫師、會員8.9萬人。

近5年社區醫療群收案情形

- 計畫收案人數呈現逐年上升趨勢

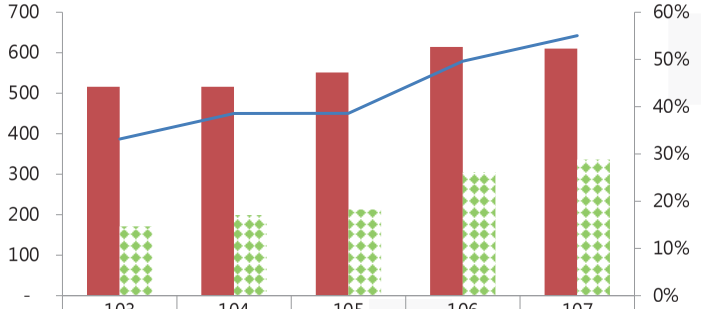


	103	104	105	106	107
收案人數(萬)	223.51	248.46	260.38	413.42	473.07
收案人數占率(%)	9.6%	10.5%	11.1%	17.6%	19.8%

註1：資料擷取時間為當年度4月
註2：收案人數占率為收案人數/保險對象人數

近5年社區醫療群交付名單收案情形

- 107年本計畫交付名單收案人數占較需照護族群人數之50%



	103	104	105	106	107
較需照護族群人數(萬)	516	516	551	614	610
交付名單收案數(萬)	171	199	213	305	336
占率	33%	39%	39%	50%	55%

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

107年家醫計畫個案管理

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

2 24小時諮詢專線
- 電話諮詢服務：38,119通
- 提供適當就醫指導
- 減少急診與不必要就醫

3 提供病人轉診服務
- 醫療群與202家醫院合作
- 轉診服務：366,677人次
- 共照門診：5,114診次
- 病房巡診：1,324次

4 加強診所與醫院合作
- 醫院與診所合作轉診。
- 辦理個案研討。
- 辦理共同照護門診。
- 參與上述活動6次以上醫師計5,000餘位。

5 辦理社區衛教、宣導
- 營造健康社區，提升醫療群形象。
- 辦理社區衛教2,127場次。
- 參與人數達73,462人次。

107年醫療群品質指標執行情形

達標	指標	收案會員	目標值	評估構面
V	電子轉診使用率	73.80%	≧60.00%	服務協調性
V	住院雙向轉診率	46.79%	≧16.67%	服務協調性
	門診雙向轉診率	84.69%	≧85.00%	服務協調性
V	成人預防保健檢查率	45.88%	≧34.56%	服務周全性
V	子宮頸抹片檢查率	29.32%	≧27.64%	服務周全性
V	老人流感注射率	45.56%	≧43.23%	服務周全性
V	糞便潛血檢查率	44.79%	≧37.89%	服務周全性

註1：目標值：電子轉診使用率為≧60%、住院雙向轉診率≧同儕50百分位、門診雙向轉診率≧同儕50百分位；成人預防保健檢查率、子宮頸抹片檢查率及65歲以上老人流感疫苗注射率為≧較需照護族群60百分位；糞便潛血檢查率為高於全國民眾檢查率。
註2：住院雙向轉診率及門診雙向轉診率指標成績尚未完整計算。

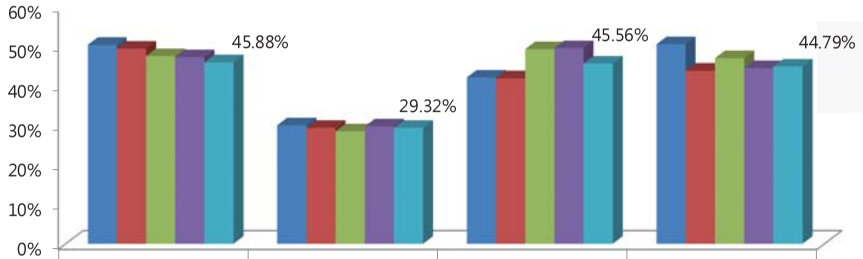
107年醫療群品質指標執行情形

達標	指標	收案會員	目標值	評估構面
	每十萬人潛在可避免急診件數	1,159.2	≦559.5	服務結果
	每十萬人可避免住院件數	661.2	≦236.7	服務結果
	會員急診率	33.15%	≦26.85%	服務結果
V	糖尿病會員胰島素注射率	13.59%	≧12.25%	服務結果
V	會員固定就診率	48.27%	≧44.72%	服務持續性

註1：目標值：會員固定就診率為≧同儕60百分位；潛在可避免急診件數、可避免住院件數及會員急診率為收案會員30百分位；糖尿病會員胰島素注射率為其50百分位。
註2：可避免住院指標各疾病代碼係參照美國AHRQ公告之第五版；潛在可避免急診及可避免住院指標，自107年起調整為侷限為罹患慢性類疾病會員，慢性類疾病急診/住院之案件。慢性類指標(短期糖尿病併發症、長期糖尿病併發症、控制不良糖尿病、糖尿病下肢截肢、COPD及成人氣喘、青年氣喘、高血壓、心絞痛等8項指標)。

近5年預防保健指標檢查/注射率

- 近年社區醫療群各項預防保健達成率均達成設定之目標值



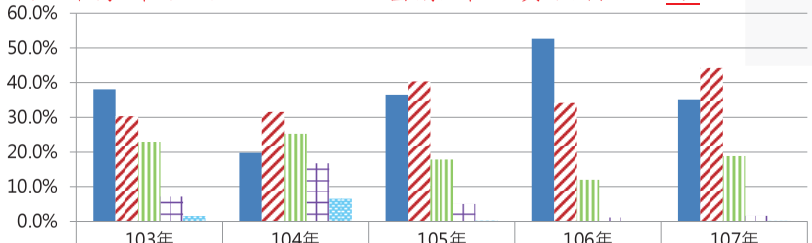
	成人預防保健檢查率	子宮頸抹片檢查率	老人流感注射率	糞便潛血檢查率
103	50.29%	29.98%	42.07%	50.45%
104	49.37%	29.28%	41.85%	43.75%
105	47.44%	28.45%	49.21%	46.92%
106	47.17%	29.67%	49.49%	44.42%
107	45.88%	29.32%	45.56%	44.79%

1. 會員接受成人預防保健服務：分子為40歲(含)以上會員接受成人健檢人數；分母為(40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)。
2. 子宮頸抹片檢查率：分子為30歲(含)以上女性會員接受子宮頸抹片人數;分母為30歲(含)以上女性會員數。
3. 65歲以上老人流感注射率：分子為65歲以上會員接種流感疫苗人數;分母為65歲以上總會員人數。
4. 糞便潛血檢查率：分子為50歲以上至未滿75歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查人數;分母為50歲以上至未滿75歲會員人數/2。

61

近5年社區醫療群績效評核結果

- 持續執行擇優汰劣之退場機制
- 107年567群社區醫療群中，品質指標達80分以上共計450群，占所有群數約79%，一個醫療群品質指標<65分。



	103年	104年	105年	106年	107年
特優級(≧90分)	38.0%	19.8%	36.5%	52.7%	35.1%
良好級(80分～90分)	30.3%	31.6%	40.3%	34.2%	44.3%
普通級(70分～80分)	22.9%	25.2%	17.9%	12.0%	18.9%
輔導級(60分～70分)	7.2%	16.7%	5.1%	1.1%	1.6%
不支付(＜60分)	1.5%	6.6%	0.2%	0.0%	0.2%

註1：表內占率係呈現各品質分級之醫療群所佔當年度參與醫療群。
註2：103年共389群、104年共426群、105年共414群、106年共526群、107年共567群。

62

近5年滿意度調查結果

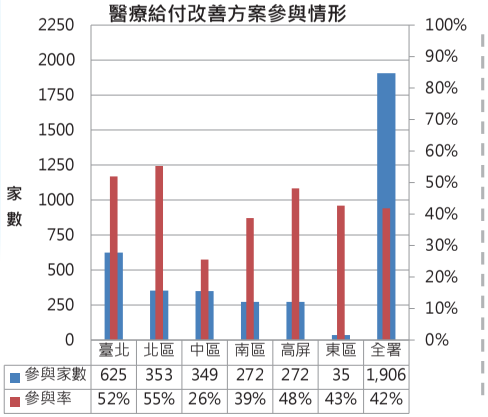
- 107年抽測會員滿意度結果均達99%以上

年度	分區電話抽測通數	施測項目		
		健康諮詢及衛教	對會員健康狀況的了解程度	對家庭醫師整體性
103	3,895	98.0%	98.0%	98.0%
104	4,440	99.3%	99.4%	99.3%
105	4,172	99.2%	99.2%	99.1%
106	5,272	99.5%	99.5%	99.5%
107	5,398	99.3%	99.4%	99.3%

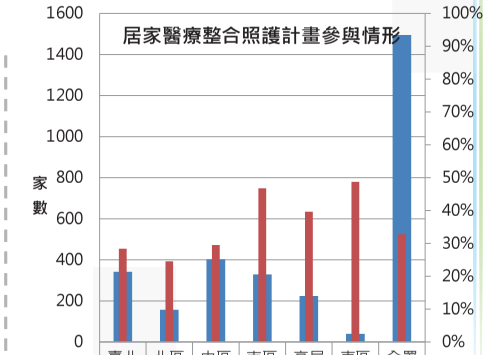
63

107年家醫診所參與整合服務情形

- 全國參與家醫計畫診所4,558家，其中1,906家(占42%)有參與醫療給付改善方案、1,306家(占32%)有參與居家醫療整合照護計畫。



	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全署
參與家數	625	353	349	272	272	35	1,906
參與率	52%	55%	26%	39%	48%	43%	42%



	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全署
參與家數	342	157	403	329	224	40	1,495
參與率	28%	25%	30%	47%	40%	49%	33%

註1：參與率係指106年度參與家醫計畫診所(4,063家)，其中有參與論質方案及居家整合照護計畫的比率。
註2：上述醫療給付改善方案係指參與糖尿病方案、氣喘方案、BC型肝炎方案、初期慢性腎臟病及COPD方案。

64

108年計畫修訂方向

- **新增「多重慢性病人門診整合費」，由收案診所提供多重慢性病人門診用藥整合**
  - ✓ 支付方式：符合前項條件，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達56日(含)以上，每一會員每年支付500點；總處方調劑日份達169日(含)以上，每一會員每年再增加支付500點。
  - ✓ 支付條件：會員有慢性病指高血壓、糖尿病、高血脂、動脈粥樣硬化、心臟病、腦血管病變等15種慢性病任2種(含)以上慢性病並於收案診所內就醫，且無重複用藥情形，申報整合照護模式註記者。

108年計畫修訂方向

- **調整收案會員及名單交付原則**
  - ✓ 慢性病個案之交付原則，增列於該診所門診就醫次數達2次(含)以上。
  - ✓ 非慢性病個案之交付原則，增列門診就醫次數排除復健治療次數≧33次/年。
- **調整評核指標**
  - ✓ 調升「電子轉診使用率」、「假日開診並公開開診資訊」之得分閾值
  - ✓ 預防保健項目回歸基層院所提供服務，改以收案會員於基層院所接受預防保健項目為統計範圍

2 其他預算(127.812億元)

1偏遠及弱勢照護

- ●山地離島IDS計畫編列6.054億元。
- ●居家、精神社區復健、助產所編列55.20億元。
- ●收容於矯正機關醫療服務編列16.538億元。

2促進體系合作

- ●基層總額轉診型態編列13.46億元。
- ●促進醫療體系整合編列7億元。
- ●鼓勵院所即時查詢編列11億元。

3提升保險成效及其他

- ●非預期風險編列8.22億元。
- ●慢性腎臟病照護編列4.04億元。
- ●高診次藥事照護編列0.4億元
- ●罕病等預備款編列2.9億元。
- ●提升保險服務成效編列3億元

歷年協定預算及執行率一覽表

預算項目	103	104	105	106	107
1.山地離島地區醫療付效業提升計畫	6.054億元 (4.48億元 74%)	6.054億元 (4.69億元 77%)	6.054億元 (4.88億元 81%)	6.054億元 (4.75億元 78%)	**6.054億元 (5.01億元 83%)**
2.非屬各部門總額之服務項目(居家、精神社區復健、助產所等)	37.68億元 (32.91億元 87.3%)	37.14億元 (97.14億元 100%)	40億元 (40億元 100%)	50億元 (43.86億元 88%)	**55.20億元 (49.39億元 90%)**
3.醫院以病人為中心門診整合照護計畫	5億元 (1.20億元 24%)	3億元 (1.13億元 38%)	3億元 (2.28億元 76%)	3億元 (2.28億元 76%)	**3億元 (1.93億元 64%)**
4.急性後期整合照護計畫	2億元 (0.08億元 4%)	4億元 (0.43億元 11%)	4億元 (0.57億元 14%)	4億元 (0.45億元 11%)	**3億元 (0.42億元 14%)**
5.跨層級醫院合作計畫		1億元 (0.14億元 14%)	1億元 (0.18億元 18%)	1億元 (0.32億元 61%)	**1億元 (0.42億元 42%)**
6.鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案	22億元 (0.085億元 0.4%)	22億元 (3.83億元 17%)	11億元 (6.76億元 61%)	11億元 (8.53億元 77.8%)	**11億元 (11億元 100%)**

註：( ) 內資料為預算實際執行數及執行率

歷年協定預算及執行率一覽表

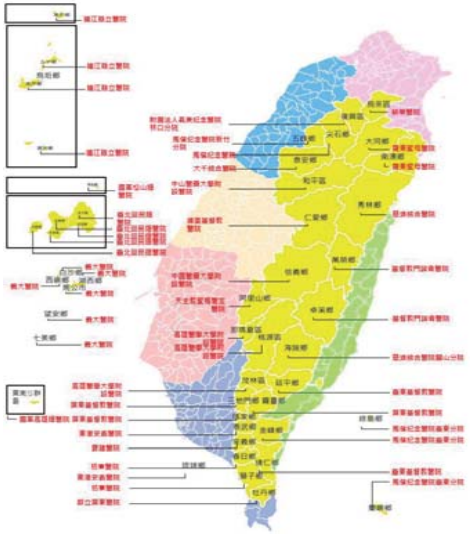
預算項目	103	104	105	106	107
7.高診次暨複雜用藥者藥事服務計畫		5,400萬元 (4,220萬元 78%)	5,000萬元 (3,160萬元 63%)	4,000萬元 (2,820萬元 71%)	**4,000萬元 (3,310萬元 83%)**
8.慢性腎臟病照護及病人衛計畫(含Early-CKD、Pre-ESRD、ESRD門診服務品質提升計畫	4.04億元 (2.800億元 69%)	4.04億元 (3.03億元 75%)	4.04億元 (3.35億元 83%)	4.04億元 (3.69億元 91%)	**4.04億元 (3.97億元 98%)**
9.保險對象收容於矯正機關醫療服務計畫	14.05億元 (10.32億元 74%)	14.05億元 (10.94億元 78%)	14.05億元 (12.53億元 89%)	14.05億元 (13.14億元 94%)	**16.538億元 (13.55億元 82%)**
10.提升保險服務成效		2.85億元 (0.31億元 11%)	2.95億元 (3.15億元 108%)	3.10億元 (1.65億元 53%)	**3億元 (2.52億元 84%)**
11.基層總額轉診型態調整費用					**13.46億元 (0.63億元 5%)**

註：( ) 內資料為預算實際執行數及執行率

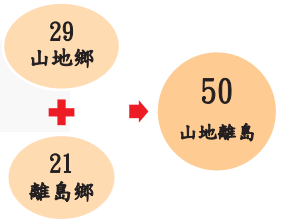
山地離島地區醫療給付效益提升計畫

山地離島地區(IDS)醫療給付效益提升計畫

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

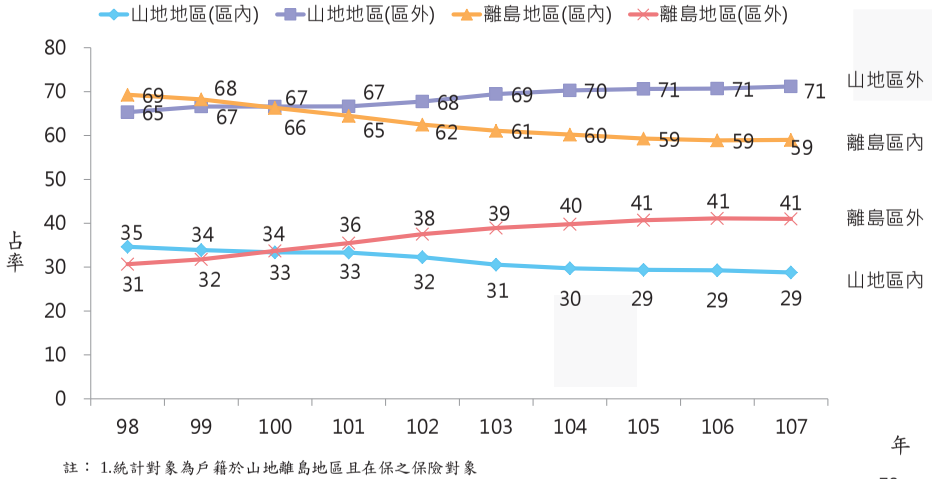


承作醫院	家數
醫學中心	7
區域醫院	14
地區醫院	5



山地離島地區保險對象於該區內外就醫次數比較

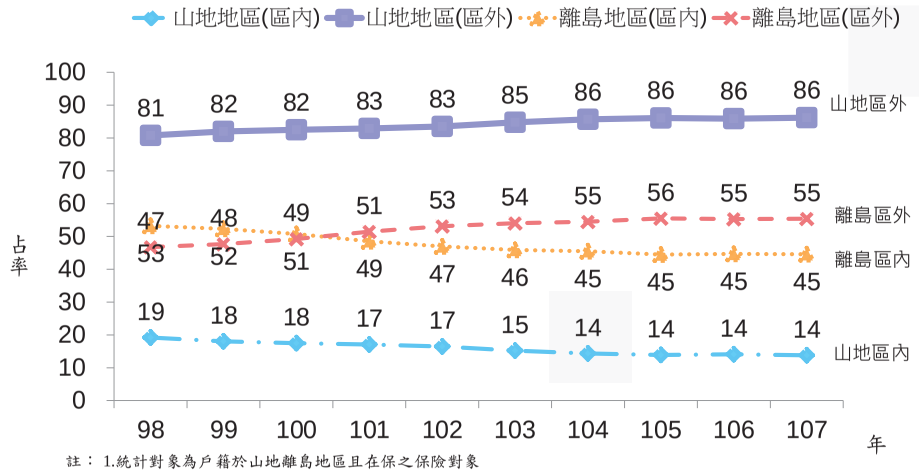
- 山地地區之區外西醫門診就醫次數占率較高(約7成)、離島地區則為區內就醫次數占率較高(約6成)



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

山地離島地區保險對象於該區內外就醫費用比較

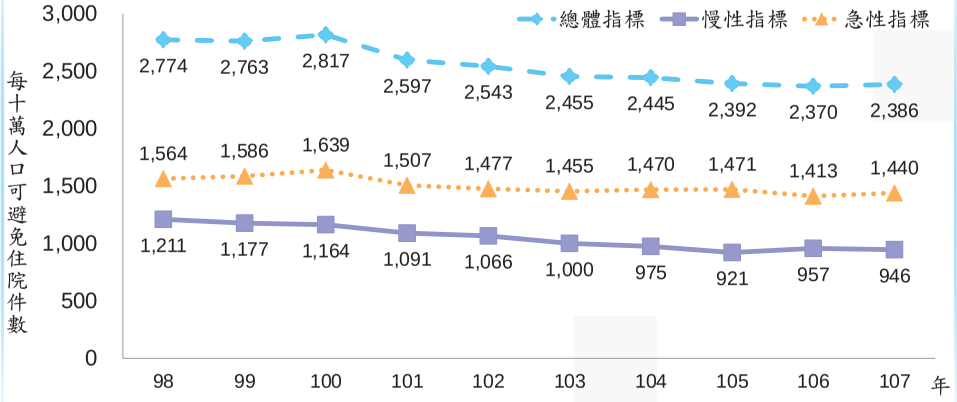
- 山地地區、離島地區之區外西醫門診醫療費用點數占率較高，分別為約8成6及約5成5



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

98-107年山地離島地區保險對象可避免住院

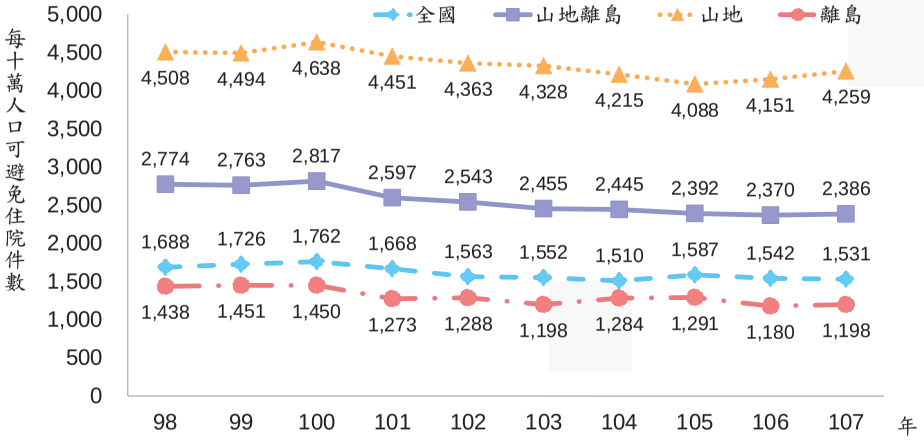
- 山地離島可避免住院率有逐年下降趨勢



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

98-107年山地離島地區保險對象可避免住院-總體指標

- 總體指標，離島地區可避免住院率較全國低，山地地區可避免住院率較高



居家醫療整合照護計畫

居家醫療照護整合計畫

目的

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

策略

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

77

居家醫療照護整合計畫

- 105年2月15日公告實施
- 整合多項居家照護，提供連續性醫療照護。

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

擴大照護對象

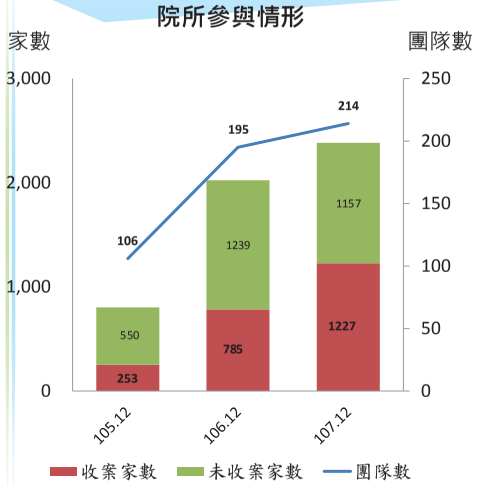
改善不同類型居家醫療片段式的服務模式

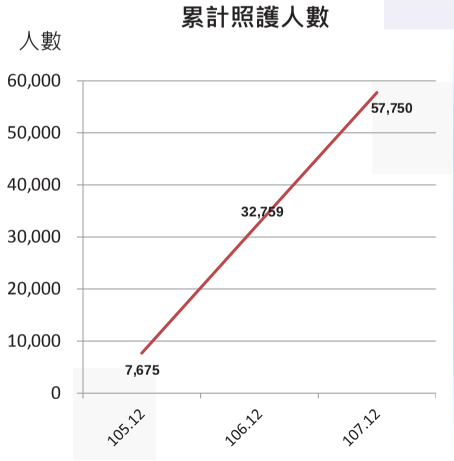
服務特色

促進社區內團隊合作：醫事人員間、院所間

強化個案管理機制

105年-107年服務提供情形





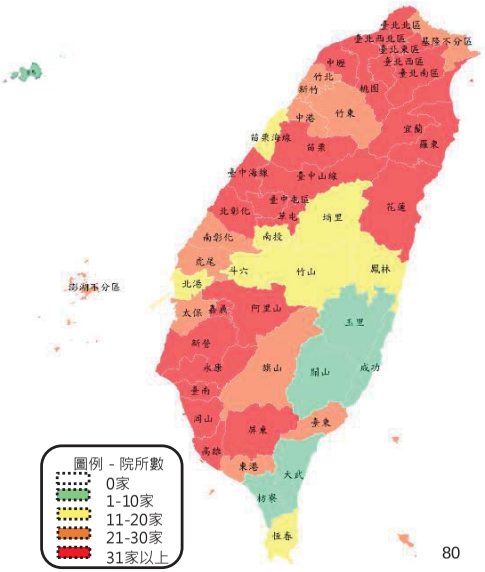
107年12月收案院所：醫院137家(11.2%)、診所766家(62.4%)、居護所314家(26.4%)。

**資料來源：居家醫療整合照護計畫收案資料檔。

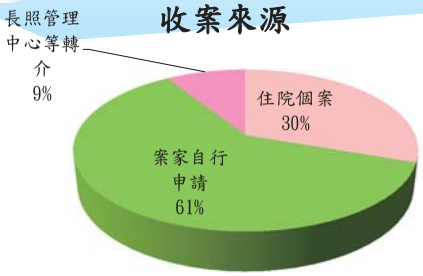
**照護對象：包含收案照護中、已結案之個案。

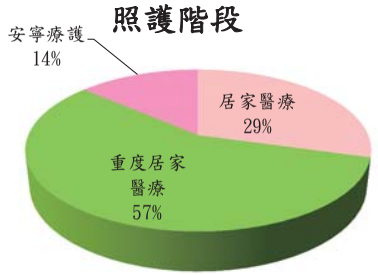
社區化居家醫療整合照護推廣情形

- 截至107年12月，計有214個團隊、2,384家院所參與，50個次醫療區域均有服務院所。逾9成為基層診所及居護所，可就近提供照護。
- 107年全年累計照護57,750人，較106年全年照護32,759人，成長1.76倍。
- 居家醫療與長照2.0之銜接方式：
  - 出院個案：透過出院準備服務評估，依個案需要分別轉介居家醫療團隊或照管中心。
  - 社區個案：醫療院所與照管中心建立聯繫合作機制，發掘社區中有需求的個案，可透過電子轉介平台互相轉介。



107年照護對象收案來源及特性



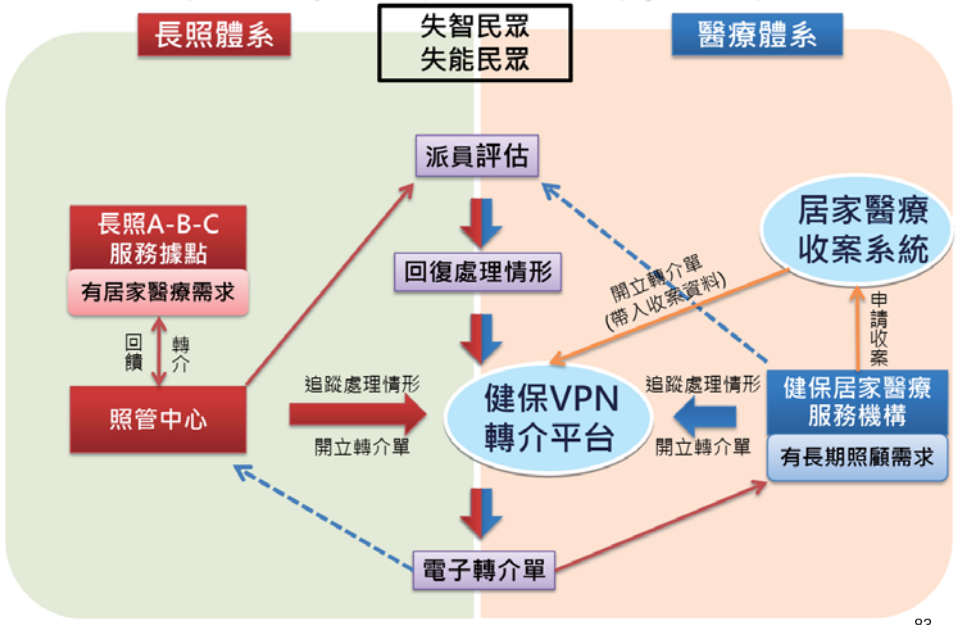


- 外出就醫不便原因：
  - 失能(ADL<60) 93%
  - 疾病特性15%
  - 其他4%
- 85.6%為65歲以上長者。

居家醫療與長照2.0轉介平台

- 背景：為利長期照顧管理中心及健保特約醫事服務機構雙向能轉介、交換與追蹤居家醫療及長期照顧個案，以提升收案登管效能，本署自106年10月建置「電子轉介平台」。
- 目標：逐步推廣至全國22個縣市長期照顧管理中心使用。
- 辦理情形：
  - 106年10月至12月，由本署中區業務組與臺中市衛生局合作試辦。
  - 截至108年5月底，已推廣至19個照管中心。【尚未使用：新竹縣、金門縣、連江縣】

居家醫療與長照2.0轉介平台



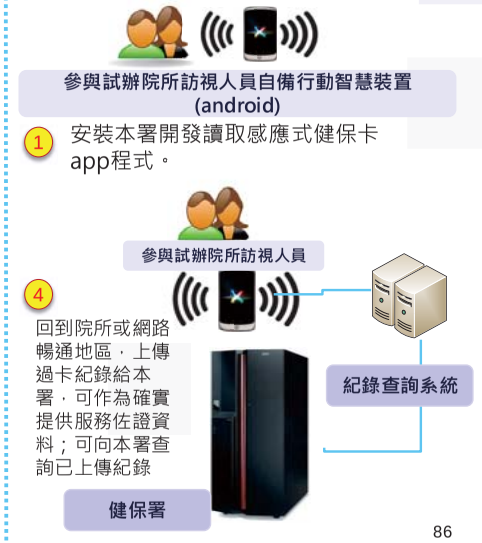
居家輕量藍牙方案

- 背景：醫事人員設備負擔沉重、因地點偏僻，網路連結耗時費工。
- 目標：
  - 減輕醫護人員到病人住家提供醫療服務之設備重量。
  - 居家醫療服務品質提升。
- 執行內容
  - 以藍牙讀卡機取代健保卡專屬讀卡機、及以手機或平板電腦取代筆記型電腦，並安裝「居家輕量藍牙版app」。
  - 可於病人住家取健保卡就醫序號、讀、寫與上傳健保卡之就醫資料、查詢健保醫療資訊雲端系統及產製電子處方箋等類似診間之作業。

居家輕量藍牙方案

- 初步成果：
  「居家輕量藍牙版app」於107年底開發完成，108年1月至2月為宣導期，於108年3月正式上線，預期能達到:
  - ✓「**輕**」：減輕醫護團隊居家訪視攜帶各式資訊設備之不便。
  - ✓「**快**」：即時取得病人過去就醫資訊。
  - ✓「**簡**」：APP操作介面直覺化簡單易用，讓訪視醫師有更多時間和心力照顧病人。

居家訪視設備輕量化試辦情境



居家醫療照護整合計畫－108年計畫修正重點

- 強化**連結服務**
  - 西醫主治醫師整體評估病人需求後連結服務
  - 院外醫師配合出院準備服務到院評估居家醫療需求
  - 居家醫療團隊間之照護資訊應流通傳遞
- 新增**夜間及例假日緊急訪視加成**
  針對生命徵象不穩定、呼吸喘急持續未改善等8項適應症，醫師、護理人員及呼吸治療師之夜間及例假日緊急訪視，加成40%~70%。
- 新增居家**牙醫、中醫及藥師**醫療服務

居家醫療照護整合計畫－108年計畫修正重點

- 增訂本計畫**管理措施**
  - 收案前請病人簽署同意書，6個月內未完成用藥整合之病人(不含安寧療護階段)應予以結案
  - 修訂收案條件使更明確
  - 收案量遠高於同儕者加強審查
  - 無意願提供服務院所之退場機制
- 增訂每位醫師每日訪視人次以8人為限，惟緊急訪視不納入計算。
- 增訂**品質獎勵措施**
  照護對象收案滿6個月後，由居家醫療照護團隊提供完整照護者，調高個案管理費

→ 計畫修訂內容已於108年3月26日陳報衛生福利部核定中。

未來推動重點

- 透過多元轉介途徑，使住院與社區患者可經居家醫療團隊評估收案，獲得居家醫療服務。
- 鼓勵基層醫師加入居家醫療團隊，提供病人完整照護服務，減少委請他人代領藥。
- 社區長照服務連結居家醫療。
- 期待減少急診率、住院率及住院天數，提升醫療效益。

收容於矯正機關者醫療服務計畫

收容於矯正機關者醫療服務計畫

目的

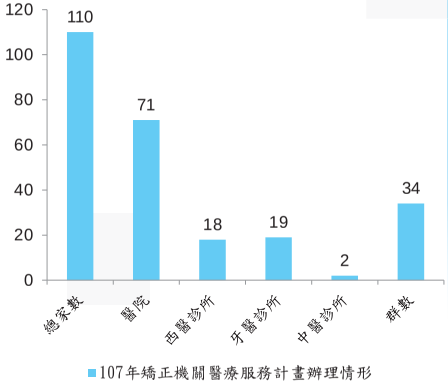
- 鼓勵特約醫療院所至矯正機關提供保險醫療服務，提升收容對象之醫療服務可近性及醫療品質。
- 兼顧矯正機關犯罪矯治管理之需求，落實轉診制度。
- 健全矯正機關醫療照護網絡。

策略

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

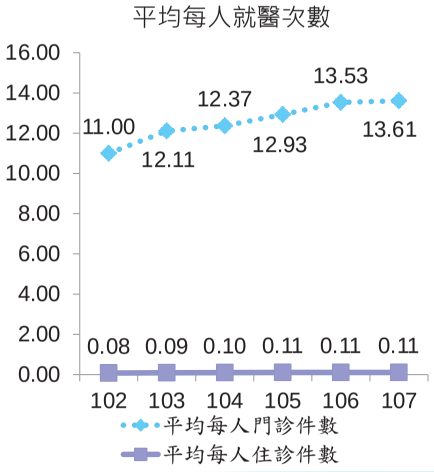
收容於矯正機關者醫療服務計畫-服務涵蓋情形

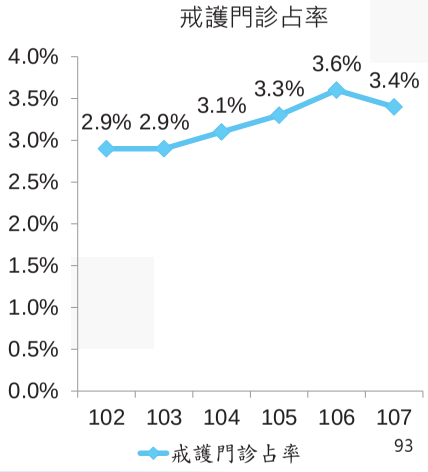
- 54所矯正機關依照地理位置分為34群，同一群組矯正機關由同一院所(或團隊)提供矯正機關西醫各專科、牙科、中醫科醫療服務。



收容於矯正機關者就醫情形

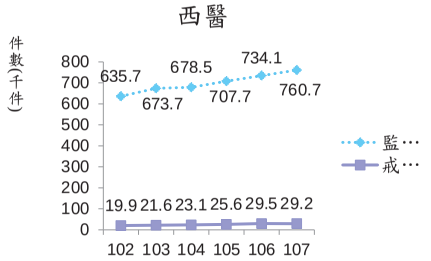
- 矯正機關收容人每人就醫次數約為13次、住院件數約為0.1次、大部分為監內就醫，戒護門診占率僅約占3.4%

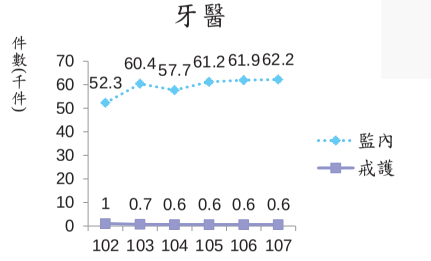


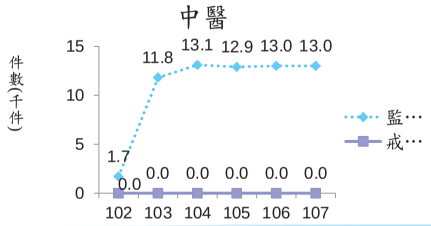


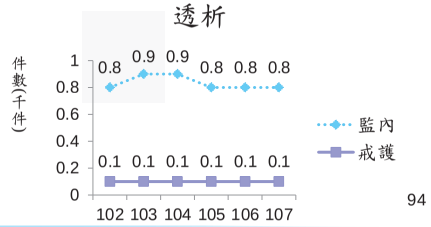
收容於矯正機關者就醫情形監所、戒護就醫情形

- 矯正機關內門診就醫件數西醫、牙醫逐年微幅上升，中醫持平、透析略為下降，戒護外醫件數除西醫逐年成長外，其餘維持穩定



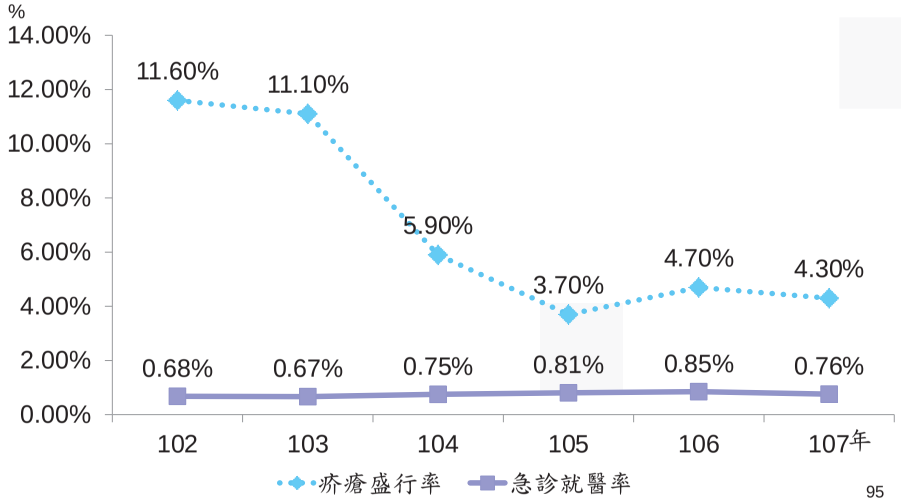






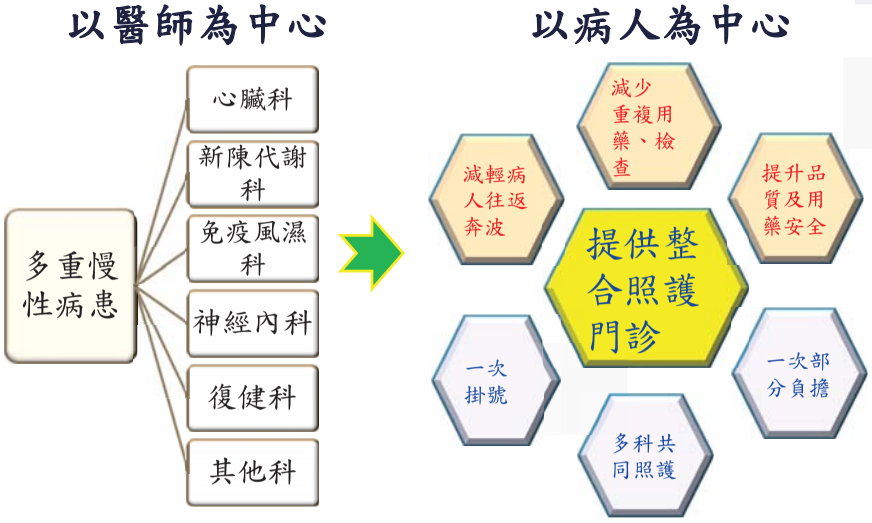
收容於矯正機關者–急診就醫率、疥瘡盛行率

- 107年急診就醫率、疥瘡盛行率均微幅下降



醫院以病人為中心門診整合照護計畫

計畫概念



歷年計畫推展情形

99年計畫(98年12月-100年3月)

◎院內高就診忠誠病患為照護對象。

◎給付基本承作費。

◎成效指標(院內就醫費用、次數、用藥品項數、急診率)達標者，給付獎勵費。

100年計畫(100年4月-101年3月)

◎照護對象修訂為全國高就診之該院忠誠病人。

◎開放院所自行選定多重疾病有整合需求之個案。

101年計畫(101年4月-102年3月)

◎成效指標評量範圍擴大至院內+院外整體

◎指標取消急診率

102、103年計畫(102年4月-103年12月)

◎照護對象改為罹患2種(含)以上慢性病忠誠病人。

◎成效指標增加住院率、三高用藥重複率。

◎取消基本承作費，新增評核結果獎勵費用。

◎自行收案不納入成效評量獎勵。

104-106年計畫(104年1月~106年12月)

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

◎配合國健署高齡友善醫院認證政策，給予加成給付。

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

◎ 105年重點照護對象新增重大傷病及罕病病患。

107年計畫(107年1月~108年3月)

◎配合分級醫療及大醫院門診減量，107年計畫以不增加醫院照護人數及家數為原則，本署不再新增照護名單，俾利醫院就現行個案作好實際整合及下轉。

107年計畫簡介

整合式照護對象

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

照護模式與費用支付

照護模式

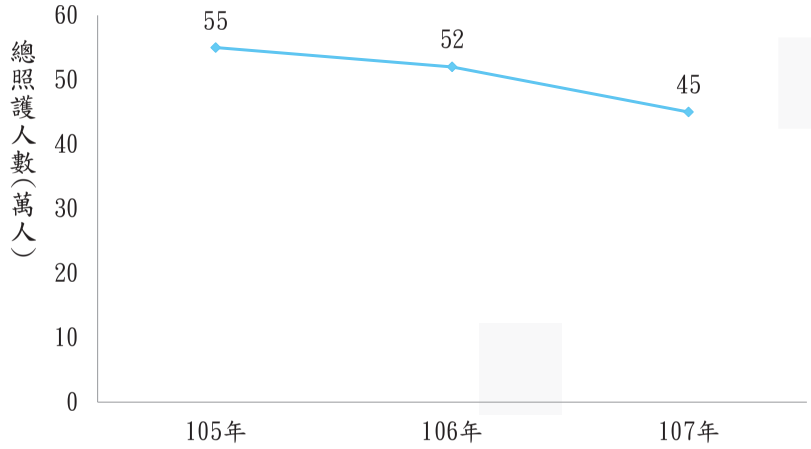
- 高齡醫學或失智症整合門診
- 罕見疾病或重大傷病整合門診
- 三高疾病整合門診
- 主責照護整合門診
- 其他整合門診

費用核付

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

105-107年照護人數

- 總照護對象約50萬人



註：照護人數包括：重點照護對象與醫院自行收案個案。

101

跨院整合成效

107年各項指標於參與計畫醫院整體照護情形

指標項目	成長率(%)		
	105年	106年	107年
平均每人每月門診次數	-4.66%	-4.22%	-2.85%
平均每人每月門診醫療點數	0.30%	0.16%	0.87%
平均每人每月藥品項數	2.33%	2.72%	2.84%
降血脂藥物用藥日數重複率	4.29%	-38.72%	-0.49%
降血壓藥物用藥日數重複率	6.32%	-24.93%	8.70%
降血糖藥物用藥日數重複率	-0.54%	-34.33%	5.87%

■有關本年度指標成長率為正值之說明：

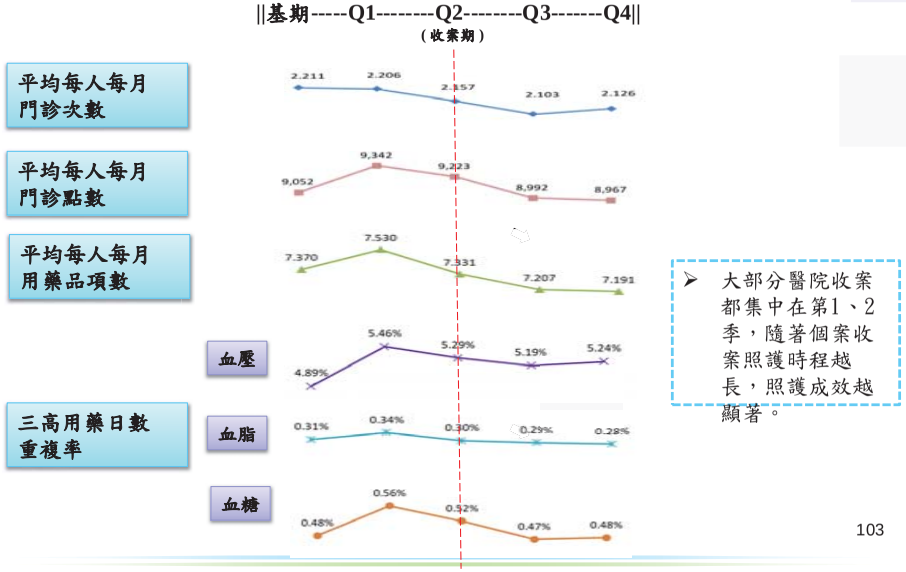
1. 醫療費用係以照護對象當年度整體就醫費用計算，然醫療費用受到支付標準或藥價調整等多重因素影響且難以校正。
2. 本計畫主要照護對象多為多重慢性病病患，該種病患使用藥品項數較一般病患多，105年每人平均藥品項數為7.643項、106年每人平均藥品項數為7.436項、 107年每人平均藥品項數為7.579項。

102

83

整體整合成效

106年各項指標於各季整體照護情形



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

103

108年新計畫之研議與實施

公告實施

- 108年修訂案已於108年3月14日公告實施，其中緩衝期至108年7月1日。
- 原計畫施行期間至本(108)年3月底止。

緩衝期

- 最低開診診次
- 承作醫師6小時教育訓練

→ 108年7月1日生效

104

執行方式

無法開設整合門診者，仍可協助整合藥物。

同一日多科 — 最後就診醫師 *整合藥物及處置
- 僅收一次部分負擔
- 不得申報門診整合診察費

開設整合照護門診模式者

整合門診
- 穩定慢性病人
- 上傳VPN
- 開診診次（平日看診日）
  - ✓ 醫學中心:2診
  - ✓ 區域醫院:1診
  - ✓ 地區醫院:不限診次

→ 給付整合診察費(初診、複診)

105

提升急性後期照護計畫

106

急性後期照護推動歷程

- 建立腦中風病人急性後期照護模式，發展跨院垂直整合轉銜機制
- 逐步擴及所有急性期後失能之病人。
- 導入健保支付標準，減少長期照護病人或與之無縫接軌。

103年腦中風試辦
1.專家會議選擇共病多、人數多腦中風病人先行試辦。
2.提供住院模式，採依復健強度與時間「論日支付」，並訂定支付期限。

104年新增燒燙傷
八仙塵暴為契機，新增日間照護模式，提供社區化之燒燙傷急性後期整合照護及復健服務。

106年擴大辦理
新增創傷性神經損傷、脆弱性骨折、衰弱高齡及心臟衰竭病患等4類疾病，照護方式新增居家照護模式。

107

急性後期照護推動目標及策略

目的
- 建立急性期、急性後期、慢性期之垂直整合轉介系統，提升病人照護之連續性。
- 確立急性後期照護之完整性及有效性，對治療黃金期之病人給予積極性整合性照護，使其恢復功能或減輕失能程度，減少後續再住院醫療支出。

策略
- 建立急性後期照護模式，並發展跨院垂直整合轉銜機制。
- 逐步擴及所有急性期後失能之病人。
- 銜接長照2.0
- 強化出院準備服務

108

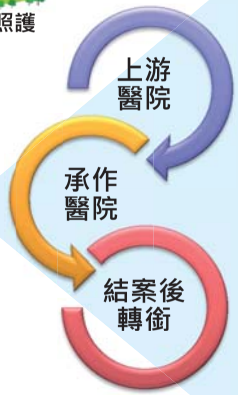
計畫理念-促進院所合作

急性期

急性後期照護

返家

急性醫療照護



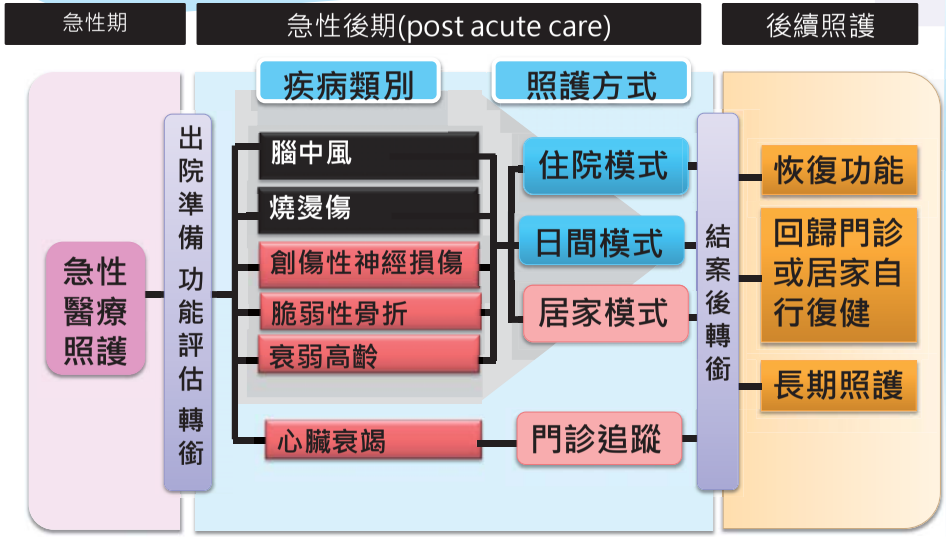
- 出院準備。
- 個案功能評估
- 本計畫照護個案管理及衛教說明。
- 轉銜及跨院轉診。
- 續訪視、個案討論。

- 個人化之治療計畫。
- 定期團隊評估。
- 跨專業團隊整合照護服務。
- 短期高強度復健。

- 回歸門診或居家自行復健。
- 後續居家照護及追蹤、技術指導。
- 長照、社福資源轉介。
- 家醫師、居家醫療照護。
- 照護機構。

109

擴大辦理急性後期照護模式及內容



由急性後期照護團隊，依病人評估結果安排適當照護模式(除心臟衰竭外可轉換模式)，各類模式合計天數不超過計畫所訂上限天數。

110

急性後期照護院所(整體)分布

107年共38團、204家醫院參與計畫
(所有照護疾病)

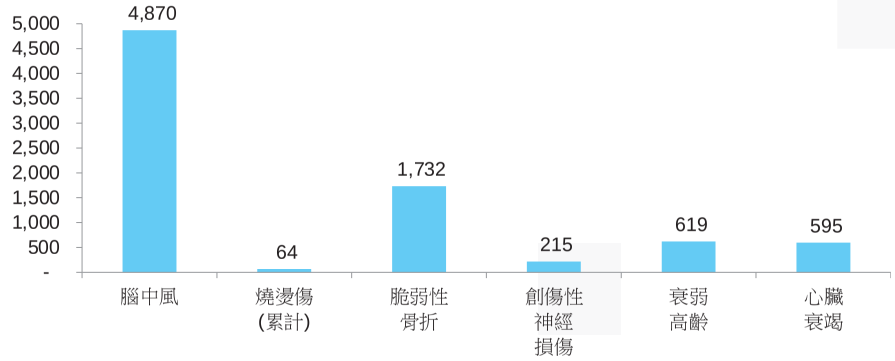
醫院類型	腦中風	燒燙傷	脆弱性骨折	創傷性神經損傷	衰弱高齡	心臟衰竭	合計
上游(轉出)	154	39	127	101	107	28	164
承作	174	29	135	105	108	22	195
總計	197	44	159	129	133	29	204

除屏東枋寮.宜蘭羅東.台東之關山.成功.大武，45個醫療區有承作醫院

111

照護人數

107年腦中風收案共4,870人、脆弱性骨折1,732人、創傷性神經損215人、衰弱高齡619人及心臟衰竭595人。



註：
1.資料來源:中央健保署VPN-QP1急性後期整合照護計畫收案及結案資料(統計至107年12月31日收案資料、擷取日期(108.05.21)。
2.收案及結案人次依據收案日期歸戶(若跨年度結案，依收案日期歸年)。

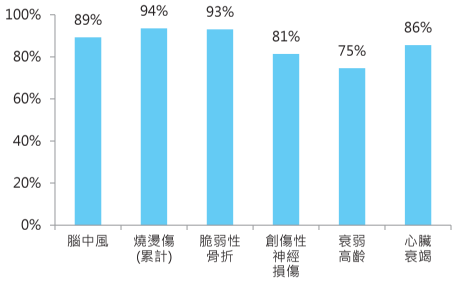
112

結案病人成效及後續回歸門診或居家復健情形

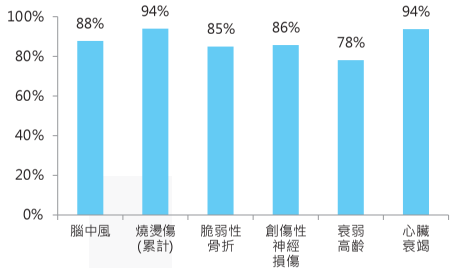
整體功能進步占率：腦中風89% 、燒燙傷94% 、脆弱性骨折93% 、創傷性神經損傷81%及衰弱高齡75%、心臟衰竭86% 。

回歸門診或居家自行復健占率：腦中風88% 、燒燙傷94% 、脆弱性骨折85% 、創傷性神經損傷86%及衰弱高齡78% 、心臟衰竭94%。

整體成效結果進步占率



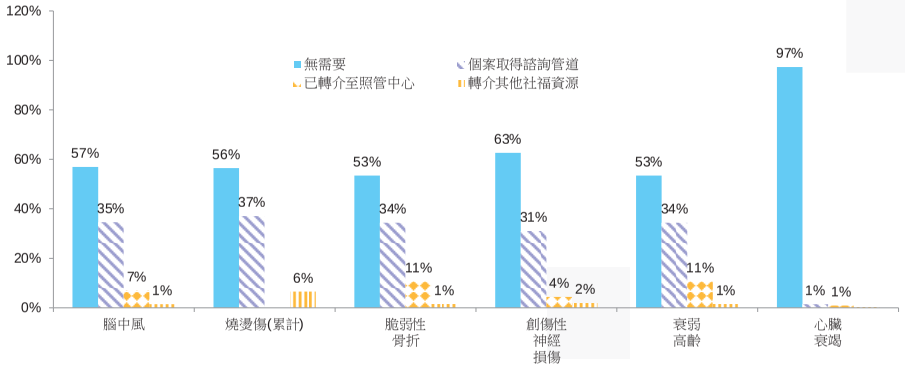
結案後回歸門診或居家自行復健占率



註1.資料來源:中央健保署VPN-QP1急性後期整合照護計畫收案及結案資料擷取日期(108.5.21)，依據收案日 期歸戶(若跨年度結案，依收案日期歸年)。
2.本資料係院所登錄個案整體成效快速進步、穩定進步者占率。進步情形共分為退步、無差異、穩定進步、快速進步。
3.本以各類照護疾病之結案病人結果統計，未包含中途退出計畫未正常結案(如：死亡、病情轉變無法接受照護或自行中斷等)。
4.本資料係包含回歸門診或居家自行復健占率，餘個案流向包含安置於療護機構、病情轉變接受其他治療,未納入計算。

結案病人社福資源轉介

結案個案占率，無轉介需要個案：腦中風57%、脆弱性骨折53%、創傷性神經損傷63%、衰弱高齡53%、心臟衰竭97%。已取得管道占率：腦中風35%、脆弱性骨折37%、創傷性神經損傷34%、衰弱高齡31%。



註：
1.資料來源:中央健保署VPN-QP1急性後期整合照護計畫收案及結案資料(統計至108年3月31日收案資料、擷取日期(108.05.22)。
2.收案及結案人次依據收案日期歸戶(若跨年度結案，依收案日期歸年)。
3.部分個案中途退出計畫未正常結案(如：死亡、病情轉變無法接受照護或自行中斷等)，未納入計算。

擴大急性後期照護預期效益

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

對社會減少整體之醫療耗用、減少長期照護耗用、增加照顧家屬的經濟生產力。

預期效益

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

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

跨層級醫院合作計畫

跨層級醫院合作計畫

目的

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

策略

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

117

團隊組織運作

醫學中心、區域醫院

支援 → 跨層級合作團隊 →

地區醫院
(主責醫院)

- **不適用對象：**
  - ✓ 同體系醫院間(含委託經營)之支援，如：同法人醫院體系、國軍醫院體系等。
  - ✓ 衛生福利部或健保署有相似性質補助。如：衛福部緊急醫療資源不足地區改善計畫、全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫等。
- **經費來源：**
  - ✓ 全民健康保險醫療給付費用總額其他預算之「推動促進醫療體系整合計畫」項下「跨層級醫院合作計畫」，全年預算1億元。
- **醫療支援之補助：**
  - ✓ 每診次3,500點(由跨層級醫院團隊自行協調如何分配)，單一地區醫院每月份接受支援診日上限為40診次。

118

87

跨層級合作計畫院所-團隊合作情形

- **107年共56家地區醫院參與計畫，建立醫療品質提升及雙向轉診機制**

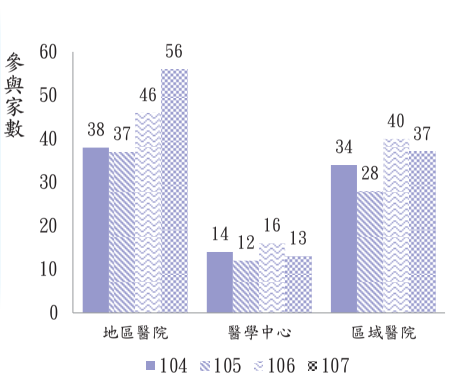
分區別	參與院所數(主責醫院)	鼓勵團隊合作建立醫療品質提升及雙向轉診機制指標					
		對病患就醫程序安排	醫師及醫事人員專業訓練	醫療資訊交換(電子病歷、醫療影像交換)	醫療設備共享	辦理或參與提升照護品質活動	建立雙向轉診作業機制
台北	9	9	9	9	9	9	9
北區	13	13	11	11	10	11	13
中區	11	11	11	10	11	11	11
南區	11	11	10	5	8	10	11
高屏	11	11	11	11	11	11	11
東區	1	1	1	1	1	1	1
總計	56	56	53	47	50	53	56

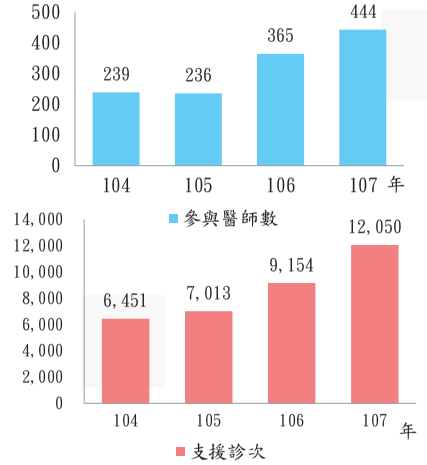
註:107年參與本計畫醫院家數共56家，新泰醫院於107年5月退出計畫、基隆市立醫院於107年8月退出計畫、博正醫院於107年7月撤銷、謝外科醫院於107年12月起參與本計畫。

119

跨層級醫院合作計畫-院所參與情形

107年共56個團隊參與本計畫，共50家醫學中心及區域醫院、444名醫師，到56家地區醫院，提供12,050支援診次服務。



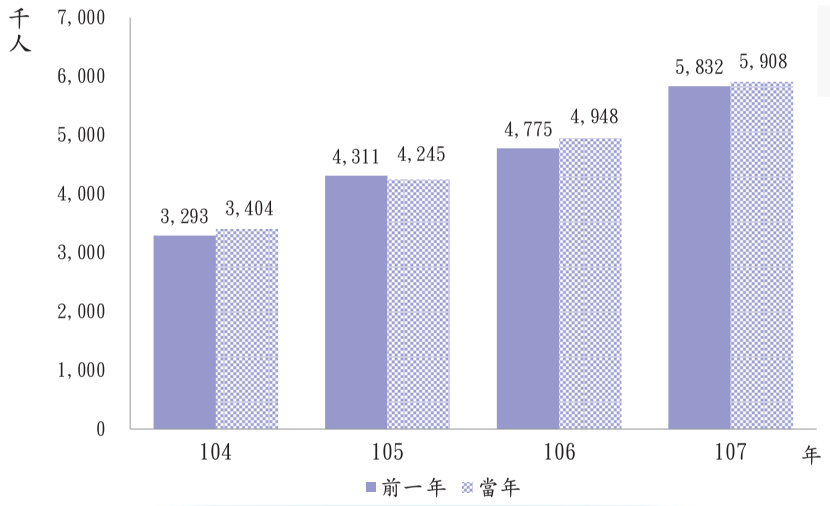


註：107年共56家地區醫院參與本計畫，新泰醫院於107年5月退出計畫、基隆市立醫院於107年8月退出計畫、博正醫院於107年7月撤銷、謝外科醫院於107年12月起參與本計畫。上述醫院執行情形統計至退出計畫月份。

120

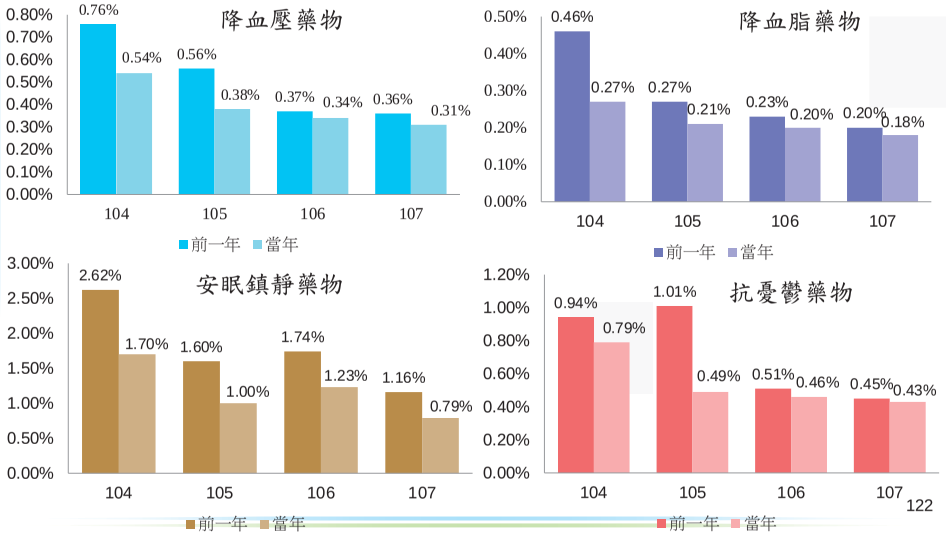
跨層級醫院合作計畫-
被支援醫院當年就醫人次較去年同期成長情形

107年被支援醫院門診人次較去年同期高



跨層級醫院合作計畫-院所用藥重複情形

- 107年參與醫院之降血壓、降血脂、安眠鎮定及抗憂鬱藥物，用藥重複率平均較去年同期降低。



即時查詢病患就醫資訊

即時查詢病患就醫資訊方案

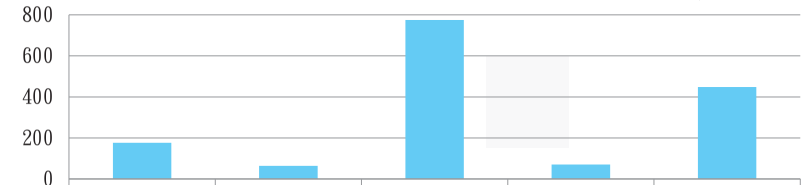
方案或計畫摘要	預期產出或影響
目的 鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時並迅速辦理各項全民健保相關業務，對跨院所就醫民眾，可提升就醫安全。 **內容** • 固接網路月租費： 1.基本費：50%。 2.指標獎勵：扣除基本費50%之補助後，依指標達成率計算支付【醫院共7項指標、診所及交付機構共5項指標】。 • 行動網路月租費：核實支付。 • 資料上傳獎勵金：檢驗（查）結果、醫療檢查影像、出院病歷摘要、人工關節植入物資料、醫事人員溝通平台之轉診資訊交換系統登錄轉診資料、居家訪視健保卡登錄暨上傳資料、特定醫令申報執行起迄時間資料。	(1)特約醫事服務機構參與率增加 (2)網路月租費給付率增加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

增訂「醫療檢查影像」即時上傳獎勵

107年1月1日起，鼓勵各醫院將「醫療檢查影像」即時上傳，透過資訊共享機制，提高醫療品質，促進健保醫療資源合理使用。

獎勵項目	金額
醫療檢查影像(36項)	➢ CT、MRI:每筆10元。 ➢ 超音波、鏡檢、X光攝影:每筆2元。

單位:萬件

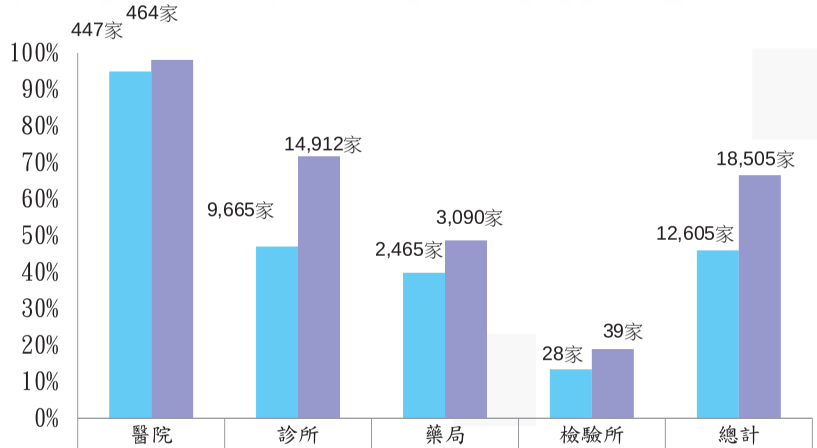


	CT	MRI	X光攝影	鏡檢	超音波
件數	177	64	775	71	448

資料區間:106.12.22~107.12.31

即時查詢病患就醫資訊方案-參與率

- 107年參與家數約1萬8千家，較106年參與家數增加約6千家



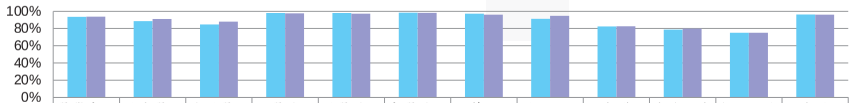
	醫院	診所	藥局	檢驗所	總計
106年參與率	94.90%	47.00%	39.84%	13.40%	45.95%
107年參與率	98.10%	71.70%	48.68%	18.93%	66.51%

即時查詢病患就醫資訊方案-固接網路月租費給付率

- 107年依指標達成率及支付權重計算後，給付率約96%，與106年相同

單位：家、千元

特約類別	家數	中華電信費用(A)	基本費(B=A/2)	指標獎勵(C)	合計(D=B+C)	給付率(E=D/A)
醫學中心	21	10,574	5,287	4,637	9,924	94%
區域醫院	83	36,366	18,183	14,953	33,136	91%
地區醫院	344	53,635	26,817	20,410	47,228	88%
西醫診所	6,162	227,307	113,654	108,220	221,873	98%
牙醫診所	4,103	145,246	72,623	68,499	141,122	97%
中醫診所	2,579	74,886	37,443	36,115	73,558	98%
藥局	2,778	79,479	39,740	36,639	76,378	96%
檢驗所	31	726	363	324	687	95%
放射機構	1	14	7	4	11	75%
居家護理	36	709	355	231	586	83%
康復之家	28	691	345	207	552	80%
物理治療所	3	77	38	19	58	75%
合計	16,169	629,710	314,855	290,258	605,113	96%



	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫診所	牙醫診所	中醫診所	藥局	檢驗所	居家護理	康復之家	物理治療	合計
106年給付率	94%	88%	85%	98%	98%	98%	97%	91%	82%	79%	75%	96%
107年給付率	94%	91%	88%	98%	97%	98%	96%	95%	83%	80%	75%	96%

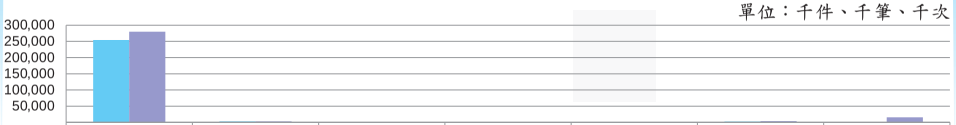
即時查詢病患就醫資訊方案上傳獎勵金

- 107年各項獎勵上傳資料量皆較106年提升，107年增加影像上傳約1500萬筆

單位：千元

特約類別	上傳檢驗檢查結果		出院病摘	人工關節植入物	轉診資料登錄	居家訪視健保卡登錄	特定醫令申報起迄時間	醫療影像	合計
	基本獎勵	即時上傳額外獎勵							
醫學中心	167,521	45,252	5,434	85	1,212	78	1,693	20,211	241,485
區域醫院	187,997	49,888	6,850	95	1,108	312	1,365	22,025	269,640
地區醫院	83,354	22,928	2,165	55	692	249	508	7,493	117,444
基層診所	5,050	1,033	0	0	1,420	141	220	3	7,868
藥局	0	0	0	0	0	10	0	0	10
檢驗所	3,948	1,240	0	0	0	0	0	0	5,188
居家護理	2	0	0	0	0	913	0	0	916
合計	447,872	120,340	14,449	235	4,431	1,704	3,787	49,733	642,551

單位：千件、千筆、千次



	檢驗檢查結果上傳醫令量	出院病摘上傳件數	人工關節上傳醫令量	轉診資料登錄筆數	居家訪視健保卡登錄次數	特定醫令申報起迄時間醫令量	醫療影像上傳醫令量
106年	254,488	2,819	41	174	202	2,069	0
107年	279,723	2,890	47	886	341	3,787	15,322

慢性腎臟病照護

減緩腎臟病人病程進度相關措施

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

- **初期慢性腎臟病醫療給付改善方案（Early_CKD）**
  - 照護CKD第1-3a期之個案，重新恢復腎功能。
  - 107年共有925家院所參與，參與醫師數3,893人，該年度收案數為38.7萬人，收案率約30.0%
- **末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫(Pre-ESRD)**
  - 照護CKD第3b-5期之個案
  - 107年有240家院所參與，新收案數為2.7萬人，透析新增病患中有接受Pre-ESRD照護之比例約65.6%，逐年增加。

確保透析醫療服務品質

- **慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫**
  - 針對血液透析及腹膜透析訂有指標，包括血清白蛋白、尿素氮移除率(URR)、血紅素(Hb)、B型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率、C型肝炎抗體(anti-HCV)轉陽率、55歲以下透析病患移植登錄率等，針對指標優良之院所予以獎勵。
  - 全年4,500萬元，107年核發獎勵之院所數有502家，核發比率為75%。
- **定期公開醫療品質資訊**
  - 各指標之監測結果定期每季公開於健保署全球資訊網醫療品質資訊公開專區。

Early-CKD醫療服務利用情形

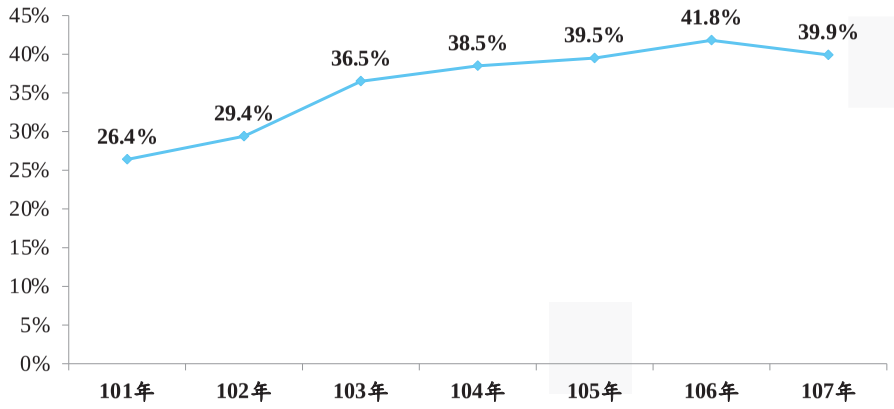
- **107年院所數925家，照護人數約37萬人，申報費用共1.26億點**

年度	院所數	醫師數	照護人數	申報費用（百萬）
103年	782	2,943	239,217	74.8
104年	828	3,289	278,037	86.6
105年	867	3,558	308,431	97.2
106年	901	3,853	352,650	113.2
107年	925	3,893	386,663	125.6

註：1.資料來源：本署二代倉儲醫令及明細檔。(資料擷取時間:108年2月15日)
2.院所、醫師、照護人數：申報醫令碼前三碼為P43之歸戶數。
3.申報費用：該年度申報點數。
4.107年資料仍持續收載中,後會因擷取時間不同而變動。

Early-CKD個案照護率

- 自101年26.4%逐年成長，107年照護率為39.9%



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

Pre-ESRD醫療服務利用情形

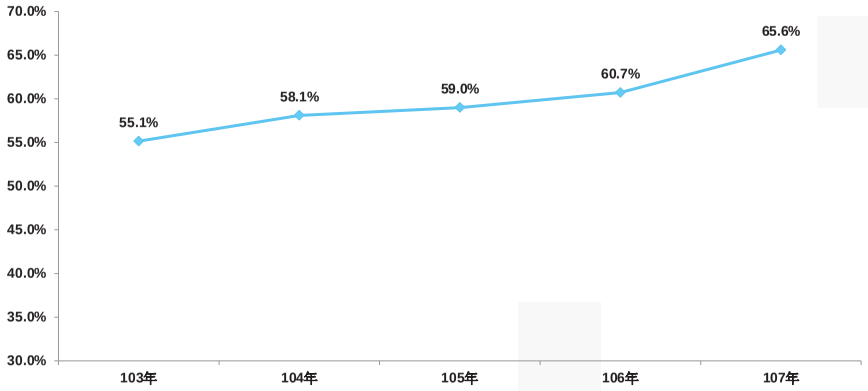
- 107年院所數240家，照護人數約9萬人，申報費用共2.2億點

年度	院所數	醫師數	照護人數	申報費用（百萬）
103	212	746	68,036	155
104	213	762	71,978	165
105	216	787	77,590	185
106	225	796	83,262	202
107	240	830	90,415	219

註：1. 資料來源：本署二代倉儲醫令及明細檔。
2. 院所醫師、照護人數：申報醫令碼前三碼為P34之歸戶數。
3. 106年1月1日新增預先建立慶管獎勵費P3410C及活體腎臟移植團隊照護獎勵費P3411C
4. 資料擷取:108年2月19日。

Pre-ESRD個案照護率

- 照護率逐年增加，107年照護率為65.6%



註:資料
1、資料來源：本署二代倉儲系統門診醫令申報檔。
2、分母：符合收案條件之歸戶病人數，排除洗腎及死亡人數。
3、分子：分母當中申報醫令代碼前3碼為P34之歸戶人數(ID歸戶)。
4. 資料擷取:108年2月19日。

Pre-ESRD新增獎勵費-107年申報情況

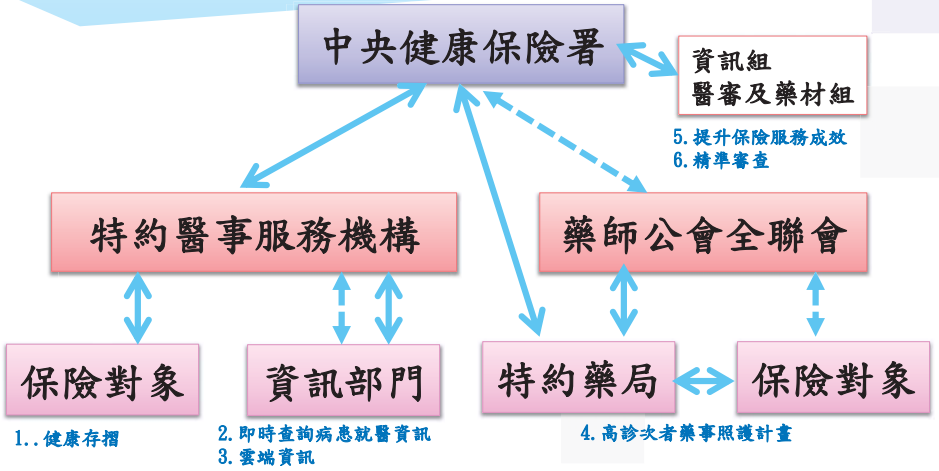
- 106年新增項目
- 107年申報預先建立慶管共1,110人，鼓勵活體腎臟移植共11例

項目	院所數	醫師數	照護人數	預算執行（萬）
預先建立癒管獎勵費	1,110	327	1,110	111.4
活體腎臟移植團隊照護獎勵費	10	11	12	60

註：1. 資料來源：本署二代倉儲醫令及明細檔。
2. 院所、醫師、照護人數：申報醫令碼前三碼為P3410及P3411之歸戶數。
3. 106年1月1日新增預先建立慶管獎勵費P3410C及活體腎臟移植團隊照護獎勵費P3411C。
4. 107年全年則有12例(台中榮總、高雄長庚各2例；小港、中國、台大、亞大、林口、彰基、北榮及高榮各申報1例。

高診次藥事照護計畫

公私協力增進管理效能



效能：達成預期產出或影響之程度？

高診次者藥事服務計畫(一)

計畫摘要	預期產出或影響
目的 針對門診高利用之保險對象進行居家訪視，輔導正確服藥觀念，強化用藥安全，間接減少醫療資源之浪費。 **內容** • 依前1年門診超過90次者再篩選藥品使用複雜之保險對象訪視輔導。（**10510-10609門診就醫次數≧90次者為基礎再以優先輔導順序進一步篩選。第一優先：具有2種以上慢性疾病者，其在≧2家院所領取≧13張慢性病連續處方箋者，第二優先：藥費在前50百分位且就醫院所家數≧6家者，第三優先：半數以上處方箋之藥品品項≧6種，及醫師主動轉介或分區業務組認為需要藥師專業輔導轉介之個案**） • 採論次計酬，每次至少30分鐘，支付點數按藥師至個案家中或指定公開場所訪視、個案自行前往藥事人員執業特約藥局、藥師至偏遠地區輔導分別為1,100點、600點及1,300點。 • 獎勵措施： ✓ 獎勵資格:以藥事人員輔導之所有照護個案，開始接受輔導至107年12月31日止，符合下列條件之一者，但藥	1.收案5,000人 2.照護個案門診醫療費用與前一年同期比較，降低15%以上。 3.醫師及照護個案對藥師建議事項之回應比率達50%。 4.門診就醫次數下降達15%。

高診次者藥事服務計畫(二)

計畫摘要	預期產出或影響
事人員如中途退出本計畫者或收案人數少於5位(含)，則不予採計。 ➢ **門診醫療費用與前一年同期比較，下降達17%以上者。** ➢ **經醫師轉介收案輔導之個案，平均門診醫療費用下降與前一年同期比較，下降率排序前10%者。** ➢ **依本計畫第七項監測指標6.餘藥品項數下降排序前10%者。** ➢ **訪視紀錄(藥事照護報告書)中，藥師發現的藥物治療問題、改善建議及追蹤問題改善情形(AABBCC碼)填報完整者，由藥師全聯會審查藥師訪視紀錄針對藥物治療問題紀錄品質進行評分，於計畫年度結束時統計每位藥師之平均分數，取分數最高前10%之藥師。** ✓ **總獎勵金額：以計畫之預算扣除論次計酬費用後之餘額為總獎勵金額，惟以預算之10%為上限。另若計畫總節省點數之70%低於前述上限值，則以該節省點數之70%為總獎勵金額之上限。**	5.問卷調查25%照護個案對藥師照護的滿意度達80% 6.提升個案配合度之比率達20%以上。 7.藥師協助個案整理7日藥盒比率達30%。

高診次者藥事照護計畫指標(一)

107年計畫執行結果	達成率
收案人數4,095人	81.9% （目標＞5,000人）
門診醫療費用點數下降率為17%	100% （目標＞15%）
對藥師回應比率【CC：醫師之回應結果及個案回應結果／BB：藥事人員建議醫師用藥之溝通事項及與個案溝通內容】：=70.20%	100% （目標＞50%）
門診就醫次數下降達21%。	100% （目標＞15%）

高診次者藥事照護計畫指標(二)

107年計畫執行結果	達成率
4,095人問卷調查1,462人【至少須抽樣25%（1,024人）】，問卷調查個案對照護藥師的滿意度，病人回答滿意人數達99.85%	100% （目標＞80%）
提升個案配合度之比率22.76%。	100% （目標＞20%）
藥師協助照護個案整理七日藥盒之比率為56.09%	100% （目標＞30%）

提升保險服務成效

~持續壯大資訊量能，作為分級醫療堅強靠山~

提升管控與審查溝通系統強化作業
- ✓ 整合計畫個案管理系統
- ✓ 建置出院準備服務追蹤管理系統
- ✓ 自墊核退審查電子化
- ✓ 醫療資訊歸戶審查平台

醫療服務指標暨統計分析平台建置
- ✓ 開發約200項以上醫療服務指標、重複用藥核扣方案指標
- ✓ 開發醫務管理業務統計分析系統
- ✓ 強化血友病個案彙整資訊

建置健保大數據智慧分析應用服務平台
- ✓ AI分析模型開發
- ✓ 建置「醫療費用申報異常查驗模型(降血脂用藥)」

強化醫事人員溝通
- ✓ 健保讀卡機使用者可於多種作業系統及瀏覽器運作
- ✓ 建置健保醫療資訊雲端查詢系統之影像共享機制

行動應用服務及功能強化
- ✓ 新增健保快易通App手機快速認證之機制
- ✓ 開發以地圖搜尋特約醫事機構功能

健保卡認證服務效能提升
- ✓ 方便民眾查詢個人健康資料，亦提高健保醫療費用申報資料正確性
- ✓ 藉由保險憑證與行動載具之應用，達成居家訪視設備輕量化，減輕醫護人員出診負擔

健保資料與開放資料(open data)匯集創新應用服務
- ✓ 建置開放資料匯集平台，以自動化方式蒐集各機關現有之開放資料
- ✓ 整合開放資料及內部資料源，利用AI技術找出大數據中潛藏之訊息
- ✓ 建立健保開放資料(OPEN DATA)自動轉檔機制

謝謝聆聽
敬請指教

衛生福利部中央健康保險署

三、醫院總額(含一般服務、專案計畫)

107年醫院總額部門執行成果報告

潘延健副執行長

108.07.18

大綱

- 前言
- 107年醫療利用情形
- 分級醫療執行情形
- 護理人力(護病比)之現況與改善情況
- 持續Tw-DRGs結構分析，強化支付適當
- 落實同儕管理-精進專業審查
- 保險對象就醫權益
- 新醫療科技執行現況與未來展望
- 其他預算專案計畫
- 給付項目及支付標準修訂
- 醫院風險移撥款

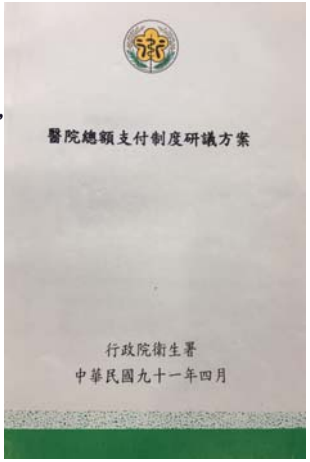
資源有限，慾望無窮 ~ Adam Smith

在有限資源

最適資源配置的運用

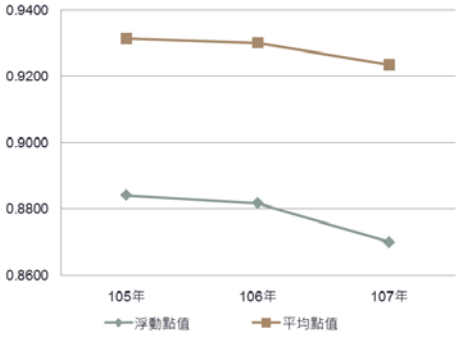
醫院總額支付制度的推動策略

- 透過總額支付制度促進醫療費用總額及分配之合理化，與健保署共同分擔財務風險以合理控制醫療費用，提升醫療效率暨品質
- 兼顧醫療專業自主及尊嚴，朝整合醫療服務，層級適當分工與合作。
- 策略
  - 建立醫界與健保署共同分擔暨管理的商議式民主運作模式
  - 以財務誘因或制度導引醫療行為改變
  - 希望藉由資源重新分配導正醫療生態

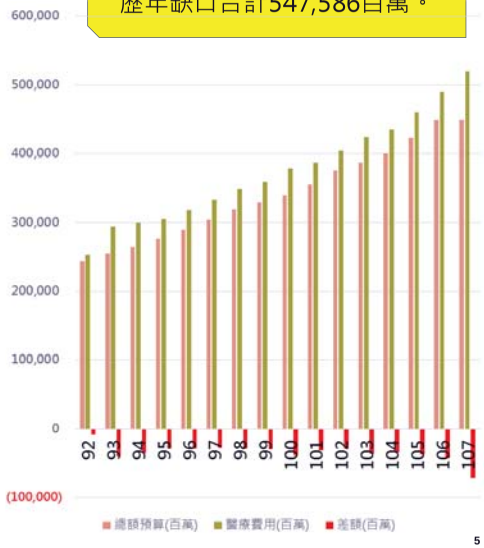


醫院總額實施後-醫院服務點數高於總額預算數

- 92年迄今名目浮動點值與平缺點直持續滑落。
- 如以105~107年來看:
  - 浮動點值:0.8840➔0.8699
  - 平均點值:0.9314➔0.9235



歷年缺口合計547,586百萬。

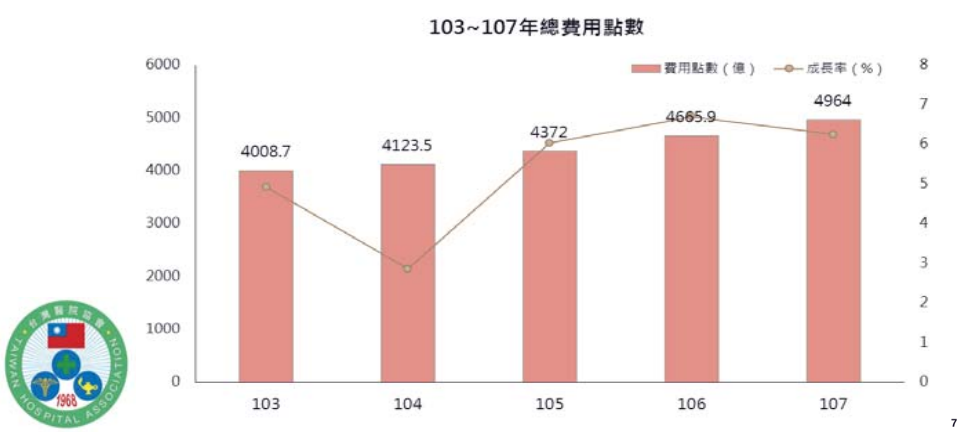


107年醫療利用情形

總費用點數

項目 \ 年	103	104	105	106	107
費用點數（億）	4008.7	4123.5	4372.0	4665.9	4964.0
成長率（%）	4.92	2.86	6.03	6.7	6.25

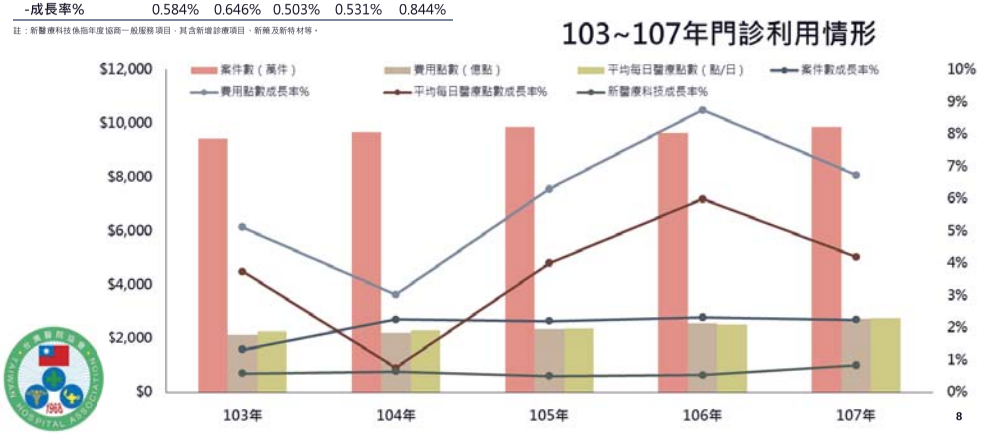
資料來源：衛生福利部中央健康保險署107年1月及108年4月全民健康保險業務執行報告，台北。



103~107年門診利用情形

項目 \ 年	103年	104年	105年	106年	107年
案件數					
-值（萬件）	9,444.8	9,658.2	9,871.8	9,648.3	9,865.8
-成長率%	1.33%	2.26%	2.21%	2.32%	2.25%
費用點數					
-值（億點）	2,151.3	2,216.6	2,356.3	2,562.7	2,735.2
-成長率%	5.12%	3.03%	6.3%	8.75%	6.73%
平均每日醫療點數					
-值（點/日）	2,277.8	2,295.1	2,386.8	2,530.2	2,772.4
-成長率%	3.75%	0.76%	4.0%	5.99%	4.2%
新醫療科技					
-成長率%	0.584%	0.646%	0.503%	0.531%	0.844%

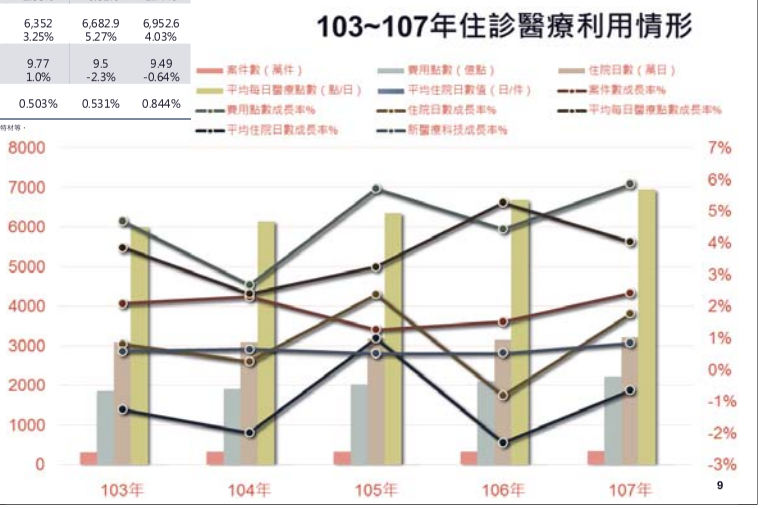
註：新醫療科技係指年度協商一般服務項目，其含新增診療項目、新藥及新特材等。



103~107年住診醫療利用情形

項目 年	103年	104年	105年	106年	107年
案件數					
-值（萬件）	313.5	320.7	324.7	329.7	337.7
-成長率%	2.09%	2.3%	1.27%	1.52%	2.42%
費用點數					
-值（億點）	1,857.3	1,906.9	2,015.8	2,105.2	2,228.8
-成長率%	4.68%	2.67%	5.71%	4.43%	5.87%
住院日數					
-值（萬日）	3,091.6	3,099.5	3,173.3	3,150.1	3,205.7
-成長率%	0.81%	0.26%	2.38%	-0.81%	1.77%
平均每日醫療點數					
-值（點/日）	6,007.8	6,152.2	6,352	6,682.9	6,952.6
-成長率%	3.85%	2.40%	3.25%	5.27%	4.03%
平均住院日數					
-值（日/件）	9.86	9.66	9.77	9.5	9.49
-成長率%	-1.26%	-1.99%	1.0%	-2.3%	-0.64%
新醫療科技					
-成長率%	0.584%	0.646%	0.503%	0.531%	0.844%

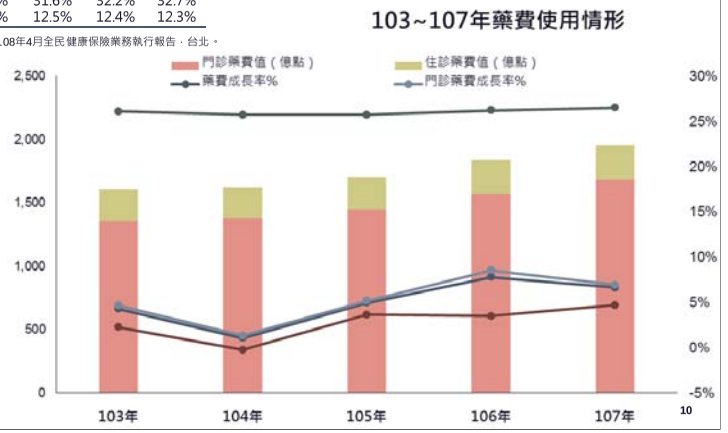
註：新醫療科技係指年度協商一般服務項目，其含新增診療項目、新藥及新特材等。



藥費

項目 年	103年	104年	105年	106年	107年
藥費					
-值（億點）	1,605.3	1,622.4	1702.6	1,835.4	1,956.9
-成長率%	4.27%	1.06%	4.94%	7.78%	6.62%
門診藥費					
-值（億點）	1,358.9	1,376.7	1,447.9	1,571.7	1,680.9
-成長率%	4.64%	1.31%	5.17%	8.53%	6.95%
住診藥費					
-值（億點）	246.4	245.7	254.7	263.6	276.0
-成長率%	2.27%	-0.26%	3.65%	3.48%	4.68%
藥費占總費用比率%	26.1%	25.7%	25.7%	26.2%	26.5%
-門診	31.8%	31.5%	31.6%	32.2%	32.7%
-住診	13.1%	12.7%	12.5%	12.4%	12.3%

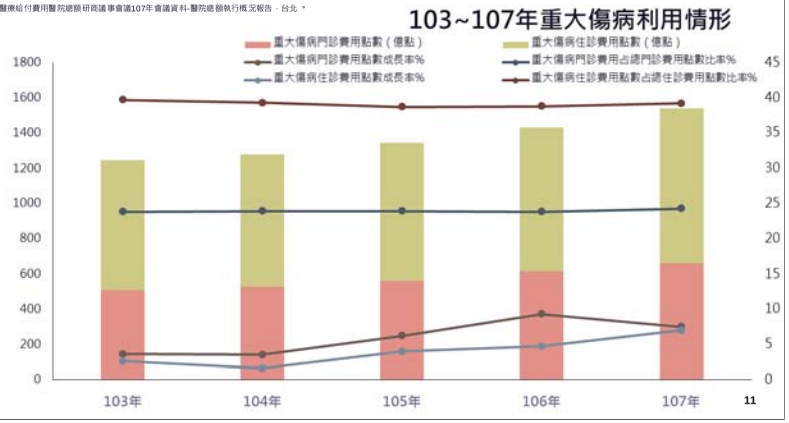
資料來源：衛生福利部中央健康保險署107年1月及108年4月全民健康保險業務執行報告，台北。



重大傷病

項目 年	103年	104年	105年	106年	107年
重大傷病門診費用點數					
-值（億點）	511.52	529.28	562.19	614.48	664.76
-成長率%	3.6%	3.5%	6.2	9.3%	7.5%
重大傷病門診費用占總門診費用點數比率%	23.8	23.9	23.9	23.8	24.3
重大傷病住診費用點數					
-值（億點）	737.56	749.47	779.53	816.55	873.72
-成長率%	2.6%	1.6%	4.0%	4.7%	7.0%
重大傷病住診費用點數占總住診費用點數比率%	39.7	39.3	38.7	38.8	39.2

資料來源：衛生福利部中央健康保險署全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議107年會議資料-醫院總額執行概況報告，台北。

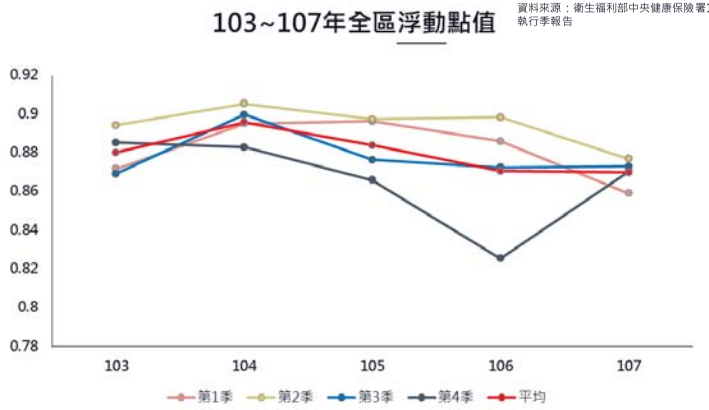


全區浮動點值

- 107年年平均浮動點值0.8699低於106年0.8707

季別 年	103	104	105	106	107
第1季	0.8718	0.8952	0.8963	0.8861	0.8591
第2季	0.8943	0.9054	0.8973	0.8984	0.8770
第3季	0.8693	0.8998	0.8764	0.8726	0.8731
第4季	0.8854	0.8830	0.8661	0.8256	0.8705
平均	0.8802	0.8959	0.8840	0.8707	0.8699

資料來源：衛生福利部中央健康保險署108年4月份全民健康保險業務執行季報告

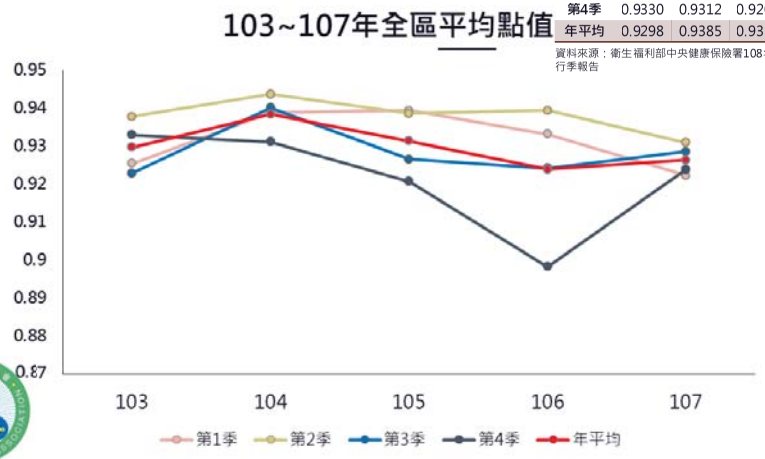


全區平均點值

- 107年全區平均點值0.9264高於106年0.9239

季別 年	103	104	105	106	107
第1季	0.9255	0.9390	0.9395	0.9333	0.9223
第2季	0.9379	0.9438	0.9387	0.9395	0.9310
第3季	0.9229	0.9402	0.9266	0.9243	0.9287
第4季	0.9330	0.9312	0.9208	0.8983	0.9239
年平均	0.9298	0.9385	0.9314	0.9239	0.9264

資料來源：衛生福利部中央健康保險署108年4月份全民健康保險業務執行季報告



分級醫療執行情形

全國各地大力推動分級醫療雙向轉診

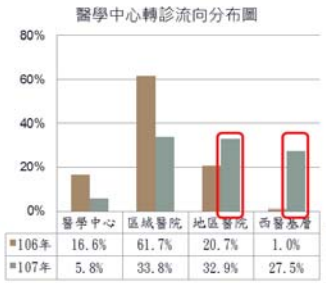
強化轉診合作、節約醫療資源

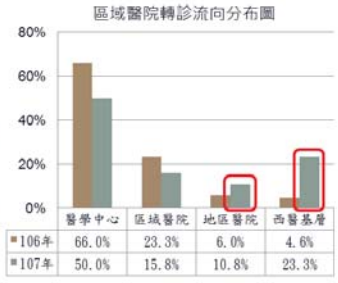
- 為配合健保署分級醫療措施，醫院部門強化轉診合作，並於HIS系統中建置完備相關院所轉診及報告傳送機制。
- 轉診制度的落實強化：
  - ✓ 總就醫次數：醫學中心與區域醫院近兩年均有減少的趨勢，而地區醫院與西醫基層則有上升的趨勢。
  - ✓ 轉診率：各層級的轉診率若有成長。

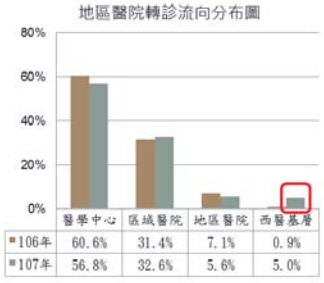
	總就醫次數申報占率		轉診率	
	106年1-11月	107年1-11月	106年1-11月	107年1-11月
醫學中心	11.12%	10.73% ↓	2.75%	3.41% ↑
區域醫院	15.43%	15.12% ↓	2.21%	2.62% ↑
地區醫院	10.12%	10.30% ↑	0.87%	0.98% ↑
西醫基層	63.33%	63.85% ↑	0.00%	0.01% ↑

資料來源：107年12月 衛生福利部中央健康保險署業務執行報告

106年至107年各層級轉診流向占率







- 醫學中心：轉至同級醫學中心或區域醫院的比例有下降，病人大幅下轉至地區醫院與西醫基層。
- 區域醫院：病人大幅下轉至地區醫院與西醫基層。
- 地區醫院：增加轉至西醫基層的比例。

資料來源：107年12月 衛生福利部中央健康保險署業務執行報告
註：106年與107年資料均為1-11月之統計結果，非全年資料。

現行轉診制度限制

針對轉診制度的政策，醫院部門仍將持續配合，經醫院反應部分案件因下列問題，而無法計入轉診案件中，因涉及法規的修正，仍待釐清：

- 轉診有效期限（有些穩定慢性病後續追蹤的部分）。
- 民眾未依轉診建議前往指定的院所就醫。
- 已完成轉診但民眾未持轉診單就診。

分級醫療整合策略聯盟涵蓋率 - 問卷調查結果

- 為了解現行醫院部門在資源整合策略聯盟已執行的方向與內容，本會特別針對健保特約醫院進行問卷調查。
- 問卷發出470份，合計收到169家醫院回復，回復率為35.96%，其中以醫中與區域醫院層級回復率較高為61.9%與45.12%，顯見對分級醫療的重視。

	回復醫院		
	家數	佔該層級所有醫院%	佔所有回復醫院家數%
醫中	13	61.9	7.69
區域	37	45.12	21.89
地區	119	32.43	70.41
合計	**169**	35.96	**100.00**

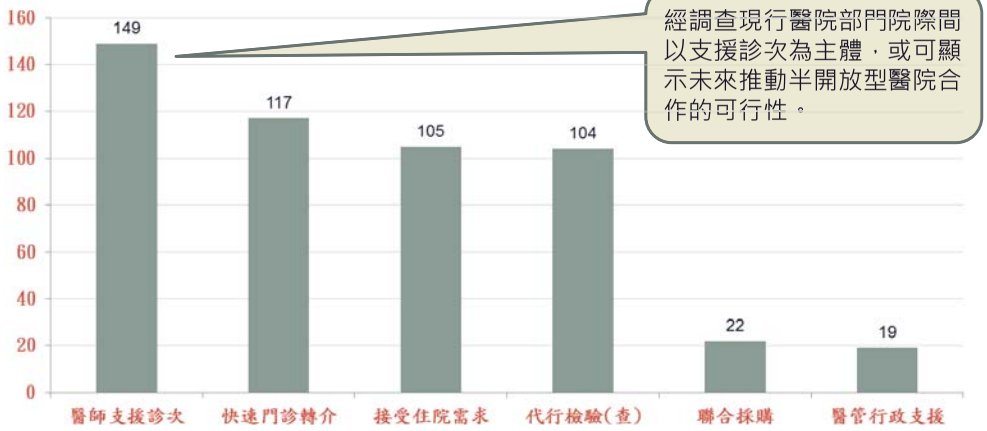
	回復醫院		
	家數	佔該分區所有醫院%	佔所有回復醫院家數%
台北區	37	35.58	21.89
北區	25	35.71	14.79
中區	25	24.51	14.79
南區	29	42.03	17.16
高屏區	46	42.59	27.22
東區	7	41.18	4.14
合計	**169**	**35.96**	**100.00**

分級醫療整合策略聯盟涵蓋率 - 與他院建立合作關係

	醫學中心	區域醫院	地區醫院
為執行分級醫療，已與其他院所建立合作管道	100%	97.30%	95.80%
與其他院所建立的合作管道都有簽具合作契約或備忘錄	61.54%	72.97%	73.95%
與其他院所建立策略聯盟的合作對象			
-與醫學中心	69.23%	64.86%	74.79%
-區域醫院	92.31%	72.97%	78.15%
-地區醫院	100%	78.38%	61.34%
-西醫基層	100%	81.08%	65.55%

註：
1.問卷資料已排除同體系醫院支援或互轉的計算。
2.醫院部門轉介作業亦有非簽具合作契約/備忘錄，仍依病人需求進行快速轉介服務。
3.醫院建立策略聯盟的結果同健保署轉診調查報告。

分級醫療整合策略聯盟涵蓋率 - 與他院建立之策略聯盟合作項目



經調查現行醫院部門院際間以支援診次為主體，或可顯示未來推動半開放型醫院合作的可行性。

社區型醫院分級醫療整合策略聯盟主以醫師支援診次、快速門診轉介、接受住院需求、代行檢驗(查)為大宗。

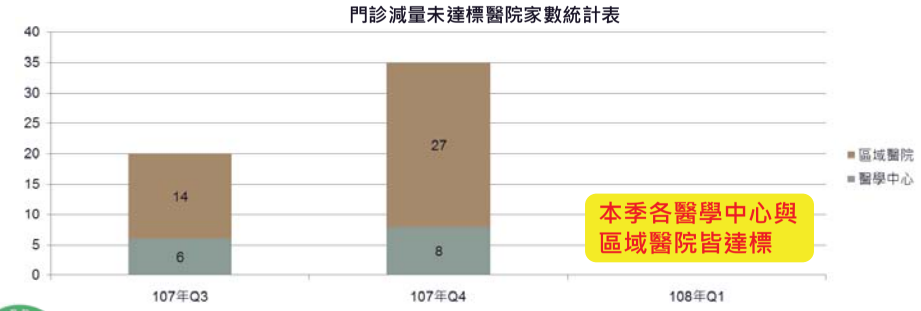
分級醫療整合策略聯盟涵蓋率 - 實際執行成效

雖然推行分級醫療，但短期間的數據說明民眾對醫療仍具有品牌導向說明

		醫學中心	區域醫院	地區醫院
門診轉介-轉出	總件數	10,900	3,588	5,317
	平均件數	838.4	99.7	50.6
門診轉介-轉入	總件數	21,344	12,007	4,413
	平均件數	1,641.8	343.1	47.5
住診轉介-轉出	總件數	738	681	578
	平均件數	61.5	21.3	7.1
住診轉介-轉入	總件數	3,911	1,493	974
	平均件數	325.9	55.3	15.7
代行檢驗-轉出	總件數	2,264	45,397	54,935
	平均件數	377.3	1,464.4	722.8
代行檢驗-轉入	總件數	57,636	16,238	19,317
	平均件數	5,239.6	676.6	689.9
醫師支援診次-本院醫師至他院	總件數	4,147	4,800	2,624
	平均件數	377.0	154.8	39.2
醫師支援診次-他院醫師至本院	總件數	1,634	3,043	7,373
	平均件數	163.4	101.4	73.7

分級醫療整合策略聯盟涵蓋率 - 門診減量執行成效

- 107年度下半年導入門診減量2%政策，第三季與第四季個別有20家及35家醫院未達減量目標(註)。
- 108年第一季各醫學中心與區域醫院門診減量皆達目標3.96%。



註:107年度門診減量目標為2%，108年度門診減量目標則為3.96%。

分級醫療整合策略聯盟涵蓋率 - 樣本醫院有反映事項

就分級醫療整合策略聯盟的執行情形，未來我們仍會就108年持續觀察

- 與醫師資源共享，放寬醫師報備支援的診次限制，以壯大社區醫療。
- 建議健保署統計下轉成果可依實際完成下轉人數為單位，方能達成醫中及區域兩層級減量的目標。
- 考量就近醫療，鼓勵民眾回歸社區醫院，建議對於是否排除本分院或體系醫院兩院距離遙遠的醫院可再行考量。

護理人力（護病比）之現況與改善情況

99年起由醫院總額專款支應提升住院護理照護品質

	99	100	101	102	103	104
預算數-億元	8.325	10.0	20.0	25.0	20.0	20.0
預算執行數-億元	8.325	8.77	19.96	24.95	19.52	併入一般服務結算
預算執行率-%	100	87.7	99.8	99.8	97.6	

資料提供：衛生福利部中央健康保險署

- 99~103年合計投入83.325億，平均16.665億/年，104年以後才併入一般服務預算。
- 預算框定執行項目：訂定護理人力相關監理指標（護病比、護理人力、住院護理品質指標等）
- 醫院提報資料包含：護理人力配置狀況、新增護理人員數、急性一般病房每月三班平均照護人數等。

醫院部門就改善護理執業環境的努力

- 98年、99年致力改善護理工作設備
  - ✓ 更新護理執業設備，行動護理車
  - ✓ 規劃、設計電子化表單作業
  - ✓ 強化開發資訊系統，減少文書作業
  - ✓ 重塑護理工作環境氣氛
- 100年-105年全面調增護理人員薪資，改善工作條件
  - ✓ 調增大小夜班費
  - ✓ 調增護理人員薪資
  - ✓ 全面檢討護理人員需求（各院組成專案小組內部調查，了解實需。）
- 106-107年運用非協商因素中醫療服務成本指數改變率所增加的額度調升達成護病比分級之各級護理費加成點數。

調整護病比級數與提高護病比加成率

- 自106年護病比加成率由原3級增為5級
- 考量106年調整之級數係多次研商結果，故107年級數不變，僅調整加成率。

106年以前加成率				106年加成率				107年加成率
醫學中心	區域醫院	地區醫院	加成率	醫學中心	區域醫院	地區醫院	加成率	加成率
<8.0	<11.0	<14.0	11%	8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	3%	2%
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	10%	8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	6%	5%
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	9%	7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9	9%	14%
>8.9	>11.9	>14.9	0%	7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4	12%	17%
				<7.0	<10.0	<13.0	14%	20%

3級護病比加成率104年至105年執行結果

※ ↑↓以104年為基期比較

護病比加成率			11%	10%	9%	無加成	未填或護病比為0
醫學中心	護病比		<8.0	8.0-8.4	8.5-8.9	>8.9	
	符合月次	104年	51%	30.10%	9.90%	9.00%	
		105年	66.70% ↑	26.90%	6.10%	0.30%	
區域醫院	護病比		<11.0	11.0-11.4	11.5-11.9	>11.9	
	符合月次	104年	84.80%	5.80%	4.10%	5.20%	
		105年	84.90% ↑	7.00%	4.20%	3.80%	
地區醫院	護病比		<14.0	14.0-14.4	14.5-14.9	>14.9	
	符合月次	104年	91.00%	1.50%	1.20%	0.90%	8.70%
		105年	90.80% ↓	0.90%	1.70%	0.40%	6.10%

5級護病比加成率106年至107年執行結果

※↑↓ 以106年為基期比較

護病比加成率			14%	12%	9%	6%	3%	無加成	未填或護病比為0
醫學中心	護病比		<7.0	7.0-7.4	7.5-7.9	8.0-8.4	8.5-8.9	>9.0	
	符合月次	106年	13.8%	25.0%	44.6%	15.4%	1.3%		
		107年	18.9% ↑	30.4%	39.7%	10.6%	0.3%		
區域醫院	護病比		<10.0	10.0-10.4	10.5-10.9	11.0-11.4	11.5-11.9	>12	
	符合月次	106年	61.7%	16.7%	10.2%	5.5%	4.6%	1.3%	
		107年	67.6% ↑	15.5%	7.4%	4.0%	4.7%	0.7%	
地區醫院	護病比		<13.0	13.0-13.4	13.5-13.9	14.0-14.4	14.5-14.9	>15	
	符合月次	106年	90.0%	2.1%	1.3%	1.0%	0.9%	0.6%	4.0%
		107年	88.7% ↓	1.4%	1.3%	1.0%	0.8%	0.5%	6.3%

持續TW-DRGS結構分析，強化支付適當性

DRG執行時序

107.03.20
健保署
107年第1次共同擬訂會議決議Tw-DRGs實施時程
1.第3階段:107.07.01
2.第4階段:107.09.01
3.第5階段:107.11.01

107.01
HATW
成立DRGs因應任務小組

107.04.27
HATW
衛生福利部中央健康保險署討論Tw-DRGs相關事宜研議會議

107.05
健保署
函復本會所提意見
1.近期將召開醫院與專科醫學會座談會
2.所提修訂建議已錄案審慎研議
3.提供全國各DRG資料

107.05
HATW
提報Tw-DRGs第三至五階段擬導入項目」之意見

107.06
健保署
函請本會提出執行上有困難之DRG項目及理由

107.07
HATW
二次提報Tw-DRGs第三至五階段擬導入項目」之意見

持續Tw-DRGs結構分析，強化支付適當性

就TW-DRGs案件推動，醫院部門一直保持自己的步調，堅持在不影響國人就醫權益、醫療水平且穩定醫院的營運發展下、穩健執行。

- 強化基礎工程
  ---提升ICD-10-CM/PCS編碼正確性及編碼共識
- Tw-DRGs結構分析
  ---強化分類架構之適當性及可行性
  ---修正分類錯誤與缺失，減緩醫院財務衝擊
  ---兼具科別間的衡平性
- TW-DRGs問題與未來執行規劃

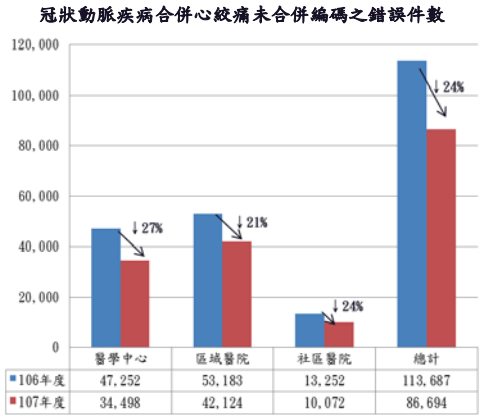
- 強化基礎工程-提升ICD-10-CM/PCS編碼正確性及編碼共識
  - 成立跨領域**編碼審查委員會(含臨床醫師及疾病分類師)**
  - 凝聚國內**ICD-10-CM/PCS編碼共識**
  - 檢討**編碼審查文件**
  - 建置合宜、明確之**編碼品質定義**
  - 設計可執行之**編碼專業審查指標**，以精進編碼正確性

~~有正確的編碼始得導出正確且公平的健保給付評值，
支付制度的改革才能既正確又長久
臻於至善~~

強化基礎工程-提升ICD-10-CM/PCS編碼正確性及編碼共識

台灣醫院協會編碼品質審查機制
建置編碼審專業監測指標(共8項)

① 高血壓性心臟及慢性腎臟病編碼錯誤率
② 冠狀動脈疾病合併心絞痛未合併編碼之錯誤率(舉例)
③ 消化性潰瘍編碼錯誤率
④ 良性攝護腺肥大併下泌尿道症狀未合併編碼之錯誤件數
⑤ 膽結石併膽囊結石未合併編碼之錯誤率
⑥ 急性闌尾炎合併腹膜炎編碼錯誤率
⑦ 泌尿道感染合併明確診斷編碼之錯誤件數
⑧ 自然生產合併產前、生產時及產後期併發症編碼錯誤率



強化基礎工程-提升ICD-10-CM/PCS編碼正確性及編碼共識

2. 台灣醫院協會醫院醫療服務疾病分類代碼審查原則

審查重點

① 病歷記載之診斷/手術(處置)與醫院申報之診斷碼一致
② 病歷記載可支持其診斷/手術(處置)
③ 主要診斷及主要處置選取正確性
④ 依疾病分類編碼指引及病歷內容，醫院申報代碼之正確性

強化基礎工程-提升ICD-10-CM/PCS編碼正確性及編碼共識

3. 檢討編碼審查文件-手術處置與醫令對應檔

健保署提供之擬分析對應組合筆數	已回復筆數(共352項)		待討論筆數
	同意	不同意	
355	285	67	3

以臨床專業及編碼邏輯為依據，進行逐項審視其對應關係是否合理，已完成352項對應組合建議之研議，並提報至健保署。

Tw-DRGs結構分析-強化分類架構之適當性及可行性

- 成立跨領域**DRGs因應任務小組(臨床醫師及疾病分類師)**
- 專業檢視**DRGs各MDC分類之正確性**
- DRGs4.0版各階段MDC**費用試算與除錯作業**
- ICD-10-CM/PCS及DRGs**教育訓練**

Tw-DRGs結構分析-強化分類架構之適當性及可行性

DRGs因應任務小組經多次會議討論，完成DRGs第3-5階段具爭議或後分析之DRGs項目討論，並即時與健保署進行溝通以提供專業意見。

1. 屬系統性(通則)的修訂建議

① 支付通則4.0版**排除住院天數大於30日之案件**

② 鑑於**對於急重難症之處理應予強化保障**，ICU、CCU等費用常為造成DRGs差異之重要因素，建議應另行考量

③ **主診斷與主處置不相對應**之DRG應予以排除或暫緩

④ **應考量具複雜次診斷個案**之費用影響

⑤ 具**多重主診斷之個案**應另行考量

⑥ 對於出院科別為復健科、整型外科及感染科，因其**複雜度、變異性大**，爰建議不適用DRG

Tw-DRGs結構分析-強化分類架構之適當性及可行性

DRGs因應任務小組經多次會議討論，完成DRGs第3-5階段具爭議或後段分析之DRGs項目討論，並即時與健保署進行溝通以提供專業意見。

2. 屬分類表修訂建議

	暫緩	另計	MCC/復雜次診斷	拆組	新增主診斷代碼	分類表修訂
107.03	45項DRG項目(含第3階段20項、第4階段17項及第5階段8項)					
107.05	6個MDC (15項DRG)	3個MDC (15項DRG)	8個MDC (38項DRG)	5個MDC (14項DRG)	00101-00104 00503-00506	2個MDC (7項DRG)
107.07	4個MDC (34項DRG)	1個MDC (2項DRG)		2個MDC (11項DRG)		3個MDC (12項DRG)

TW-DRGs問題與未來執行規劃

問題：

1. 第3-5階段DRGs項目屬內科系，其複雜性及不穩定性較高，不易以單一標準歸屬於同一項DRGs項目
2. 部分科別及MDC所訂DRGs分類架構尚需再審視分析
3. 各專科醫學會尚有質疑

未來執行規劃：

1. 持續與健保署進行醫療臨床上的專業意見討論
2. 協助各專科臨床執行上的困境與申報給付上的疑義進行溝通及必要之分析
3. 務求醫療品質不變，醫院得以穩健營運，臨床醫師疑慮妥適消減

落實同儕管理
-精進專業審查

專業自主事務管理的逐步執行

- 強化與健保署的伙伴關係，注入醫院管理觀點與想法。各區審查執行分會在轄區內自治管理與健保署分區業務組各司其職，共同為健保永續而努力。
- 醫院部門分會與共管會運作模式

- 因各區分會實際作法不同，本會定期安排分會至審查執行會進行專案報告，藉此相互學習，提升品質並鼓勵創新。

運用健保資料庫進行品質監測做法

- 呼應健保署李署長積極推動減少不必要醫療行為之政策，107年仍續檢討本會所訂6項品質監測指標。
  - ✓ **門診直線加速器**：「直線加速器每人平均醫令數高於75百分位」之醫院，其門診標的之CCS (頭頸部癌、乳癌、肺癌)照野數前3名個案
  - ✓ **CT**：病人同院歸戶90日執行CT檢查大於等於3次者
  - ✓ **MRI**：病人同院歸戶90日執行MRI檢查大於等於3次
  - ✓ **年復健次數**：門診年復健次數>180次(排除代辦及早療案件)
  - ✓ **心臟超音波**：門診同院所同個案全年申報心臟超音波(18007B)≧4次
  - ✓ **糖尿病**：病人同院歸戶30日執行HbA1c≧2次、病人同院歸戶一年執行HbA1c≧6次
- 本會在數據分析仍屬學習初期，先以心臟超音波>4次分析，結果以高屏區之醫中層級最高，並列入追蹤自主改善：

層級	分區	家數	異常人次	異常件數	平均異常次數	總執行家數	總執行人次	總執行件數	異常件數比例
醫中	台北	8	492	2,263	4.60	8	84,853	94,525	2.39%
	北區	1	94	423	4.50	2	23,545	26,885	1.57%
	中區	4	304	1,367	4.50	4	31,204	36,405	3.75%
	南區	2	73	310	4.25	2	25,527	27,869	1.11%
	高屏	3	1,025	5,170	5.04	3	35,711	43,658	11.84%
	東區	1	12	76	6.33	1	3,059	3,288	2.31%
	合計	19	2,000	9,609	4.80	20	203,899	232,630	4.13%

分會自主管理研議訂定管理指標

- 本會中區分會於107年召開35科分科審查共識會議。
- 其中11科提出相關管理指標，共計15項。
- 經中區分會再次討論後，決議於108年開始與健保署中區業務組合作進行資料庫分析。
- 未來將視中區分會分析結果，再行研議是否需列為全區監測指標。

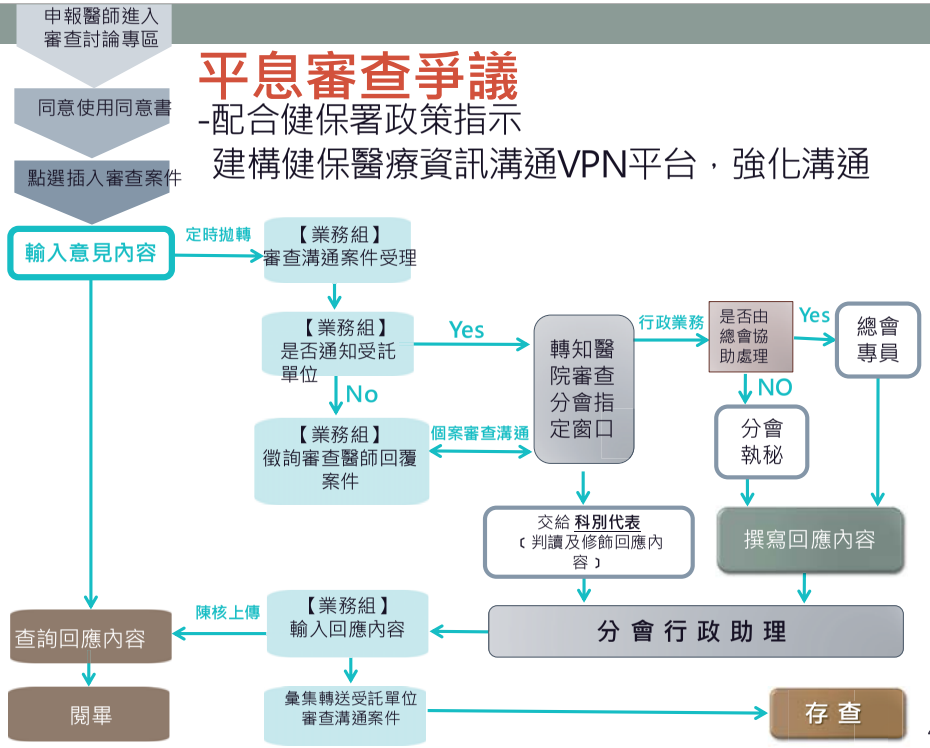
檢查 (驗)同病人再次執行之合理區間

- 配合健保署雲端查詢系統及精準指標政策，醫院部門全面檢討檢查(驗)再次執行的合理區間。
- 經綜整各單位意見，並經會議研議後，醫院部門建議：
  - ✓ 僅就同病人再次執行相同檢驗查之合理性，提出建議區間。
  - ✓ 通則僅適用於門診病人病情穩定者。
  - ✓ 以檢查(驗)之單價做為區分標準，為避免浮報，高單價項目原則應以12週或24週為基準。
  - ✓ 20類78項重要檢查(驗)項目再執行之合理區間，多數項目維持4週，特殊項目則改為12週。

平息審查爭議

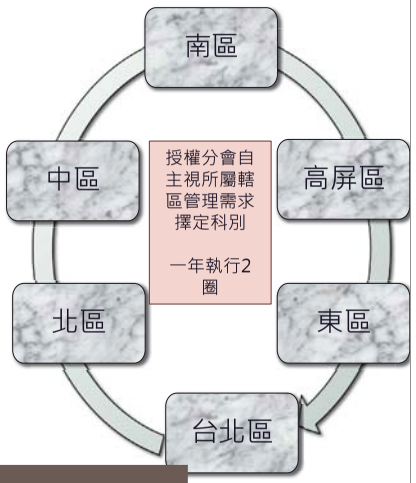
-配合健保署政策指示

建構健保醫療資訊溝通VPN平台，強化溝通



提升審查品質，縮小審查尺度落差

- 持續進行全區**跨區**審畢評量作業
- 授權各分會自所屬區域中，一定期間的審查核減率，針對核減異常之科別、需加強管理的科別，進行立意抽樣作業。
- 完成評量後再交付各分會就評量結果進行檢討作業並進行改進。
- 適時辦理病例個案討論，鼓勵審查**醫師跨區參與，以提升全區共識**。



審查合理佔率	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區
第一輪	81.3%	87.5%	94.1%	79.7%	91.4%	83.4%
第二輪	85.3%	89.0%	89.4%	76.7%	91.2%	83.2%

保險對象就醫權益

107年醫療服務品質調查結果

指標項目　　年	103	104	105	106	107
整體醫療結果滿意度	86.1	88.9	87.0	93.4	89.4
肯定態度	96.2	95.5	92.0	96.5	97.6
醫護人員進行衛教指導之比例（如：解說病情、營養及飲食諮詢、預防保健等）	58.6	63.7	64.4	73.8	68.3
是否會與醫師討論照護或治療方式		65	63.5	73.7	79.0
肯定態度		85.2	82.3	89.9	89.6
醫護人員是否常用簡單易懂的方式向您解說病情與照護方式	74.3	77.1	82.3	89.4	84.9
就診時醫師是否提供您問問題或表達顧慮的機會			89.6	93.5	92.6

107年醫院配合分級醫療與勞基法調整為一例一休，醫院資源配置全面調整，推測調整過程中，致使病人感受度(滿意度)有其差異。

但與醫護人員進行衛教指導、與醫師討論治療方式、用簡單易懂方式解說病情、就診時醫師提供問題或表達顧慮的機會層面，相較於106年差異不大。

107年民眾自費情形調查結果

指標項目　　年	103	104	105	106	107
自付其他費用前3名項目	藥品	藥品	藥品	藥品	藥品
-第一名	42.5	63.6	56.1	42.2	69.5
（百分比%）	檢查	打針	打針	耗材	耗材
-第二名	18.0	14.4	11.6	18.8	14.1
（百分比%）	耗材	耗材	病房	手術	手術
-第三名	12.4	14.2	8.6	12.5	11.0
（百分比%）					
自付其他費用前3項原因	健保不給付				
-第一項	54.1	47.7	42.0	39.5	52.1
（百分比%）	補健保給付差額				
-第二項	16.6	15.3	22.4	10.8	11.0
（百分比%）	自費可用較好的藥/醫院藥品較好/醫院建議				
-第三項	4.7	10.3	7.6	10.6	11.0
（百分比%）					

1.歷年來看皆是以「健保不給付」為主要自付其他費用的理由。其次為「補健保給付差額」。

2.與106年相較，「健保不給付」的比例增加12.6%，主要係不給付藥品項目增加(如含葡萄糖胺成分的31項藥品)，另「補健保給付差額」的比例則僅增加0.2%。

新醫療科技執行現況與未來展望

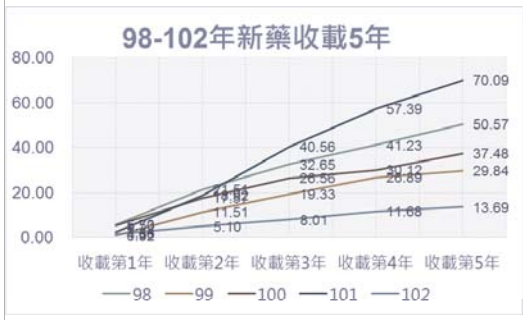
107年新醫療科技：0.844%；34.4億元

類別	項目	106年 申報金額(百萬)	106年 合計(百萬)	107年 申報金額(百萬)	107年 合計(百萬)
新增診療項目	新增項目	122.4	143.0	71.7	113.5
	修訂項目	20.6		41.8	
藥品	新藥	313.5	2,959.8	3.0	6,084.7
	修訂藥品給付規定	2,646.3		6,081.7	
特材	新特材	138.8	184.0	217.1	217.1
	修訂特材給付規定	45.3		待提供	
合計			3,286.8		6,415.3
預算數			2,063.0		3,440.0

彙整健保署歷次相關會議所提供的資料統計：
107年新醫療科技預算仍同106年超支，107年超支額甚是超越106年的12.06億，**高達29.75億元，其中透支項最高者為修訂藥品給付規定**。

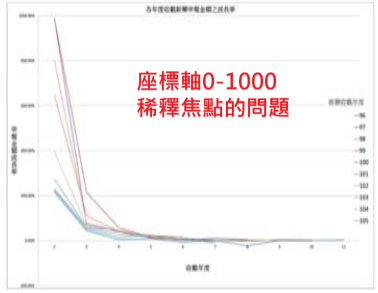
107

新藥收載追蹤5年足以真實反應用量及差異？！



類別	項目	第一年	第二年	第三年	第四年	第五年
	預估新藥藥費	98-102年收載新藥第1年申報藥費平均值	97-101年收載新藥第2年申報藥費平均值	96-100年收載新藥第3年申報藥費平均值	95-99年收載新藥第4年申報藥費平均值	94-98年收載新藥第5年申報藥費平均值
第1類	替代率	替代率為0%				
	藥費增加金額	預估新藥藥費*（1-替代率）				
第2A類	替代率	60%	70%	80%	90%	90%
	藥費增加金額	預估新藥藥費*（1-替代率）				
第2B類	替代率	90%	100%	100%	100%	100%
	藥費增加金額	預估新藥藥費*（1-替代率）				
藥費增加金額合計		第1類新藥藥費增加金額＋第2A類新藥藥費增加金額＋第2B類新藥藥費增加金額				

圖3、96-106年納入給付之各年度新藥於收載年度之申報費用成長率



103~107年各類新藥納入給付品項申報情形

收載年度	分類	品項數	申報金額（百萬元） 103年	104年	105年	106年	107年
103年	第1類	3	0.9	7.3	8.2	7.8	7.5
	第2A類	12	84.9	704.6	918.9	1,168.9	1,514.6
	第2B類	30	110.0	1,046.3	2,184.4	3,043.6	3,772.3
	合計	45	195.9	1,758.1	3,111.6	4,220.4	5,294.4
104年	第1類	3		31.6	235.3	352.9	498.1
	第2A類	18		134.5	557.9	788.5	1,036.5
	第2B類	19		40.2	232.6	530.5	763.0
	合計	40		206.3	1,025.8	1,671.6	2,297.6
105年	第1類	4			31.6	390.8	468.8
	第2A類	12			174.4	1,019.2	2,080.8
	第2B類	10			9.8	228.0	581.8
	合計	26			251.8	1,638.0	3,131.5
106年	第1類	6				238.1	712.6
	第2A類	15				56.1	373.7
	第2B類	29				18.6	305.8
	合計	50				312.9	1,392.1
107年	第1類	2					9.6
	第2A類	13					162.4
	第2B類	36					128.7
	合計	51					300.7

103~107年新藥給付後申報情形

-由健保署所提供的資料，可以明確看出新藥給付具有顯著成長的效果，**新藥給付後的第二年成長率超高**

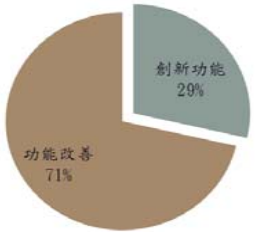
收載年度	品項數	申報年度及金額（百萬元） 103年 申報費用	103年 成長率(%)	104年 申報費用	104年 成長率(%)	105年 申報費用	105年 成長率(%)	106年 申報費用	106年 成長率(%)	107年 申報費用	107年 成長率(%)
103	44	181.7		1642.3	803.4	2911.5	77.3	4226.7	45.2	5294.5	25.3
104	40			206.7		1026.3	396.5	1675.2	63.2	2297.6	37.2
105	26					216.4		1,643.2	659%	3131.5	90.6
106	42							306.7		1392.2	353.9
107	51									300.7	

資料來源：全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部份第37次會議議程簡報

103~107年新特材健保納保品項申報情況

收載年度	特材分類	品項數	申報費用(百萬點)
106年	創新功能	31	265.2
	功能改善	53	187.1
	合計	84	452.3
107年	創新功能	31	62.2
	功能改善	40	154.9
	合計	71	217.1

107年新特材健保納保品項申報情況



收載年度	分類	品項數	申報金額(百萬元) 103	104	105	106	107
103	創新功能	10	0.7	3.1	3.8	1.8	2.0
	功能改善	16	21.5	77.0	84.9	80.4	65.7
	合計	26	22.2	80.1	88.7	82.2	67.7
104	創新功能	7		57.4	85.4	79.8	100.0
	功能改善	53		54.0	95.3	84.0	73.2
	合計	60		111.4	180.6	163.9	173.2
105	創新功能	42			234.4	512.1	568.6
	功能改善	54			82.6	253.7	292.7
	合計	106			316.9	765.8	861.3
106	創新功能	29				77.4	265.2
	功能改善	54				58.9	187.1
	合計	83				136.3	452.3
107	創新功能	31					62.2
	功能改善	40					154.9
	合計	71					217.1

103~107年新增診療項目品項及申報情形

申報年度 生效年度	項目數	總額預算	新增診療項目推估申報增加點數	103年	104年	105年	106年	107年
103年	91	950.0	950.32	279.2	1,158.6	1,330.43	1410.78	964.41
104年	27	300.0	253.71		75.16	269.85	354.74	307.46
105年	26	300.0	300.19			105.93	201.97	116.50
106年	21	393.0	391.91				143.18	211.37
107年	31	400.0	394.76					71.73
合計	196	2343.0	2,290.88	279.2	1233.75	1706.21	2110.68	1671.48

單位：百萬

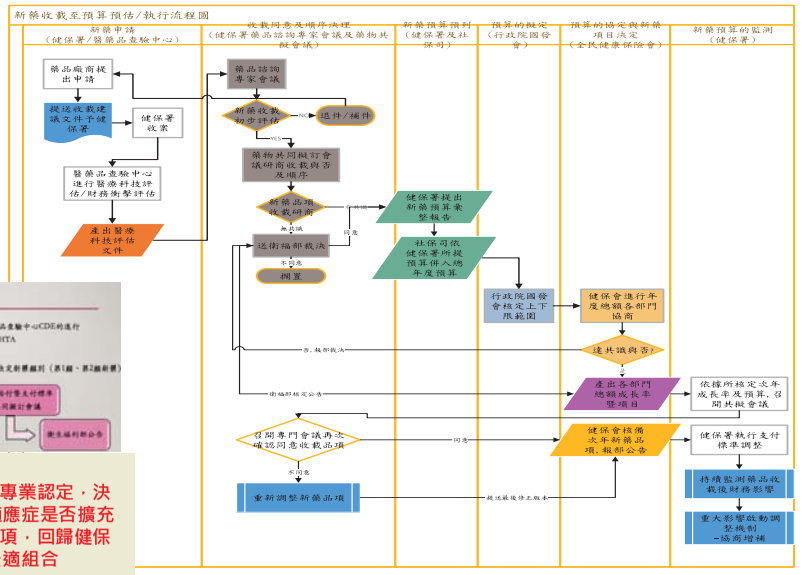
108

醫院部門就新醫療科技引進與預算連動概念

新藥新科技等新醫療科技的引進，扣除緊急需求，應設有一定期間，含評估與公告周知以契合各界反應，共擬會議所通過之項目，應以隔年實施為原則，以緩和財務影響

共擬會議	健保署	衛福部社保司	全民健康保險會	健保署
一年召開固定次數決定次一年度擬引進之新興醫療科技項目與排序	運用一年的時間務實評估新興醫療科技的替代情況與財務影響	參據共擬會議決議產出新興醫療科技引進排序與預算，編列合理充足年度預算提供國發會	依據年度核定的總額上下限，協商年度新興科技預算	依據健保會協商經衛福部核定公告的預算按排序引進，並循程序公告執行日後監測作業，定期於會議中呈現

新藥收載至預算預估執行流程圖

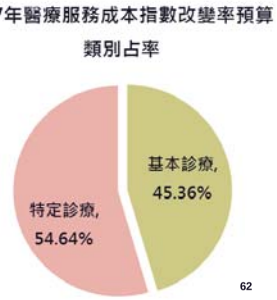


給付項目及支付標準修訂

107年醫療服務成本指數改變率-0.662% 26.98億元

類別	內　　容	推估影響點數(億點)
基本診療	住院護理費按「全日平均護病比」之加成率	6.14
	加護病床護理費調升百分之五	3.72
	地區醫院假日西醫門診案件加成-週六、週日及國定假日門診診察費(含精神科)加計	2.41
特定診療	調升外科「淺部創傷處理」(編號48001C-48003C)、「手術、創傷處置及換藥」(編號47011C-48013C)、「皮膚切片、穿片與縫合」(編號51001C-51003C)，一般處置之「心肺甦醒術(每十分鐘)」(編號47029C)，以及透析治療之「連續性可攜式腹膜透析導管植入術」(編號58012B)等十一項診療項目	2.73
	配合107年起實施之醫學中心、區域醫院門診件數逐年減量政策(以五年降低百分之十為目標值)，爰暫不實施醫學中心及區域醫院門診合理量措施	7.64
	地區醫院假日西醫門診(不含急診)案件加成-依各該編號項目所訂點數加計30%	4.41

資料提供：衛生福利部中央健康保險署



其他預算專案計畫

全民健康保險急診品質提升方案

- 目的

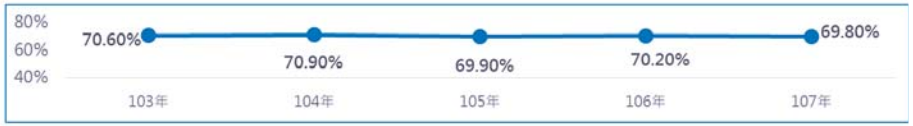
  以論質計酬方式試辦，縮短病人在急診室留置時間，提升急重症照護品質。

- 內容
  - ✓ 急診重大疾病照護品質獎勵：針對急性心股梗塞、重大外傷及嚴重敗血症患，訂定一定時間內接受必要治療處置之標準及獎勵。
  - ✓ 轉診品質獎勵：醫院照護能力未符需求之病人，轉診至上一級醫院；或收治病況穩定者，轉出至同等級或下一級醫院之適當醫療機構者，給予獎勵。
  - ✓ 急診處置效率：設定壅塞指標及效率指標，依指標達標情形及急診病人數給予獎勵。
  - ✓ 補助急診專科醫事人力：
    - ➢ 補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務。
    - ➢ 補助地區醫院增聘急診專科醫師人力。

急診品質提升方案指標 - 全國

- 重大疾病照護進入加護病房<6小時之比率

- 檢傷一、二、三級急診病人<8小時內轉入病房之比率



- 檢傷四、五級急診病人<4小時內離開醫院之比率

65

小結

為了紓解急診壅塞問題，醫院部門與健保署共同努力研商解決方案，並自108年起公告實施新修正之方案內容。

- 108年起新增兩項急診重大疾病照護品質
  - ✓ 到院前心跳停止 (OHCA)
  - ✓ 到院前心跳停止 (OHCA) 且轉院治療
- 調升支付點數。

108年調升項目	支付點數
急診心肌梗塞照護	自2,000點調升至6,000點
重大外傷照護 (急診2小時內進開刀房)	自2,000點調升至10,000點

108年新增項目	支付點數
到院前心跳停止 (OHCA)	清醒出院，30,000點 存活出院，10,000點
到院前心跳停止 (OHCA) 且轉院治療	轉出院所依病患出院實際狀況每季補付
	轉入院所： 清醒出院，15,000點 存活出院，5,000點

66

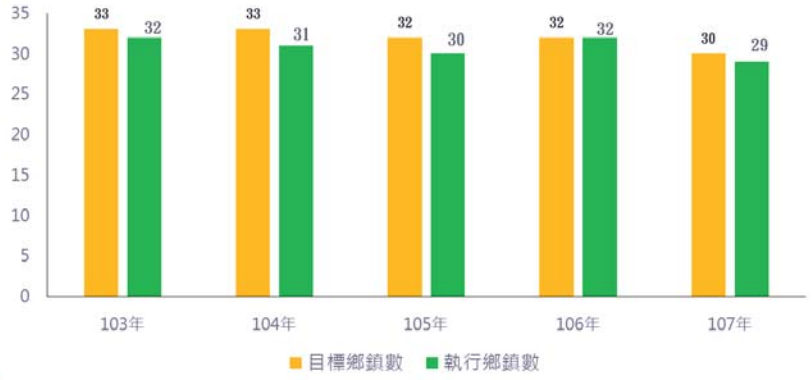
西醫醫療資源不足地區改善方案

- 目的
  - ✓ 鼓勵醫師到醫療資源不足地區提供醫療服務。
  - ✓ 促使全體保險對象都能獲得適當的照護。
- 策略
  - ✓ 獎勵開業計畫：增加當地現有醫療資源。
  - ✓ 巡迴醫療計畫：將鄉外醫療資源送入醫療資源不足地區。

67

西醫醫療資源不足地區改善方案-執行狀況

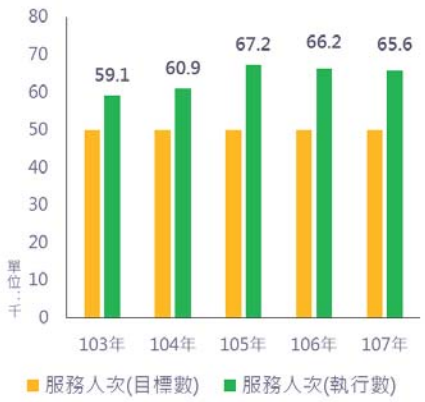
-107年目標鄉鎮數30個，執行鄉鎮數達29個(執行率97%)，共計41家醫院、16個專科別參與本方案。



68

西醫醫療資源不足地區改善方案-執行狀況

-107年參與院所至醫療資源不足地區巡迴約4,712診次、服務約65,642人次。



小結

持續配合政策執行精神，輔助西醫基層，填補醫療資源不足地區提供醫療服務。

- 108年起提高對獎勵開業服務計畫之要求
  - ✓ 執行後第 4 個月起每診平均人次未達 3 人者，不予支付保障額度。
  - ✓ 提高須達成之保障額度，例：第7個月起，須達保障額度自35%提高至40%，未達者以保障額度70%核付。
- 針對醫院巡迴醫事人員之備援人員，新增以2名為限，且需專任人員為優先，若無專任人員，須由同層級承作單位支援之規定。

醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案

目的

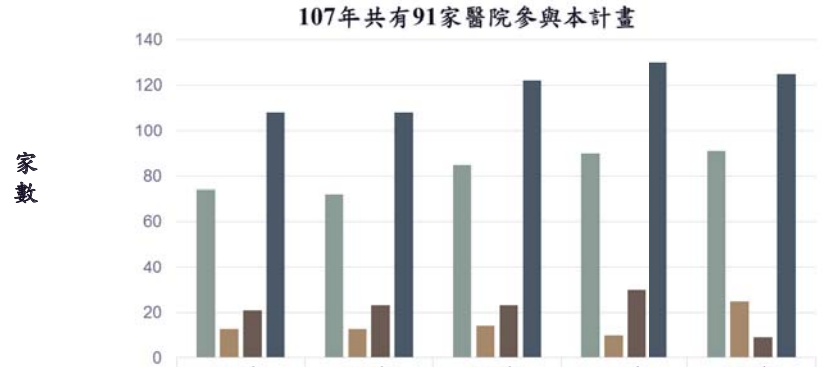
- 強化離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療，減少就醫奔波之苦。
- 以點值保障該等區域或鄰近區域之醫院，使其具備較佳醫療提供之能力，並加強提供醫療服務及社區預防保健，以增進民眾就醫之可近性。

策略

- 申請醫院須承諾強化之醫療服務：
  -提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務(含支援醫師)，並應由各該專科醫師實際提供每週三次以上之門診看診服務。
  -提供24小時急診服務。

醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案

-參與醫院

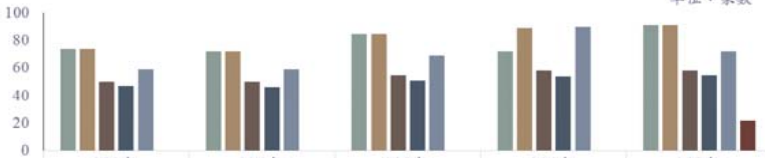


	103年	104年	105年	106年	107年
參加本計畫	74	72	85	90	91
參加偏鄉地區認定原則	13	13	14	10	25
未參加	21	23	23	30	9
合計	108	108	122	130	125

醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案
-提供科別服務情形

- 107年：91家提供內科服務、91家提供外科門診服務，58家提供婦產科門診服務、55家提供小兒科門診服務、72家提供急診服務、22家24小時急診。
  - 參與提供內外婦兒門診服務由各該專科醫師實際提供每週三次以上之門診看診服務。
  - 急診服務：提供24小時急診服務。

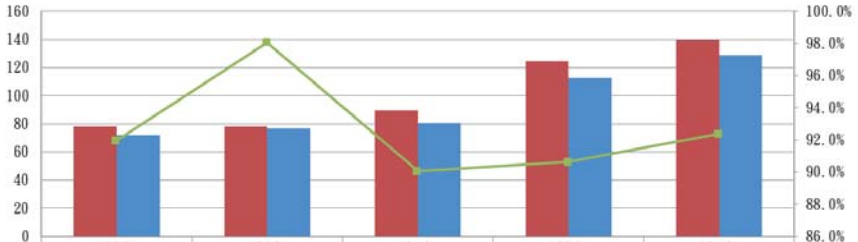
單位：家數



	103年	104年	105年	106年	107年
內科門診	74	72	85	72	91
外科門診	74	72	85	89	91
婦產科門診	50	50	55	58	58
小兒科門診	47	46	51	54	55
急診	59	59	69	90	72
24小時急診					22

罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材費用支出情形

-預算因醫療需求而逐年成長，且執行率皆達90%以上。



	103年	104年	105年	106年	107年
專款預算(億)	78.15	78.28	89.53	124.53	139.61
專款費用支出(億)	71.87	76.77	80.63	112.86	128.97
專款預算執行率	92.0%	98.1%	90.1%	90.6%	92.4%

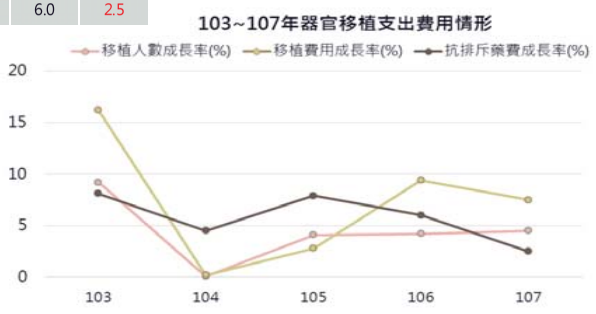
註：
1.「罕見疾病與血友病藥費及罕見疾病特材」及「後天免疫缺乏病毒治療藥費」，預算不足有其他預算支應，104年新增罕 見疾病特材、106新增後天免疫缺乏病毒治療藥費。
2.104年起新增罕見疾病特材費用，104年起預算0.125億元；104年執行數0.03億元，105年0.02億元，106年0.125億元，107年未框定該筆預算。。
3.106年起新增後天免疫缺乏病毒治療藥費預算35億元(執行數25.04億元)，故106年預算數及執行數之成長率驟高。

鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質

項目	年	103	104	105	106	107
預算數	值(億元)	39.72	39.72	41.62	42.157	43.997
	成長率(%)	8.2	0	4.8	1.3	4.4
預算執行數	值(億元)	36.05	36.96	39.01	41.92	43.91
	成長率(%)	11.7	2.5	5.5	7.5	4.7
預算執行率		90.8	93.1	93.7	99.4	99.8
整體支出情形						
移植人數	值(人)	1,590	1,591	1,657	1,723	1,801
	成長率(%)	9.2	0.06	4.1	4.2	4.5
移植費用	值(億元)	16.65	16.69	17.15	18.76	20.17
	成長率(%)	16.2	0.2	2.8	9.4	7.5
抗排斥藥費	值(億元)	19.39	20.26	21.85	23.15	23.73
	成長率(%)	8.1	4.5	7.9	6.0	2.5

註
1.本項專款用於心臟、肺臟、肝臟、腎臟、胰臟及骨髓等6項移植手術個案，及其當次住診費用及術後門住診追蹤之抗排斥藥費。
2. 105年新增腸移植，106年新增角膜處理費。

103~107年器官移植支出費用情形

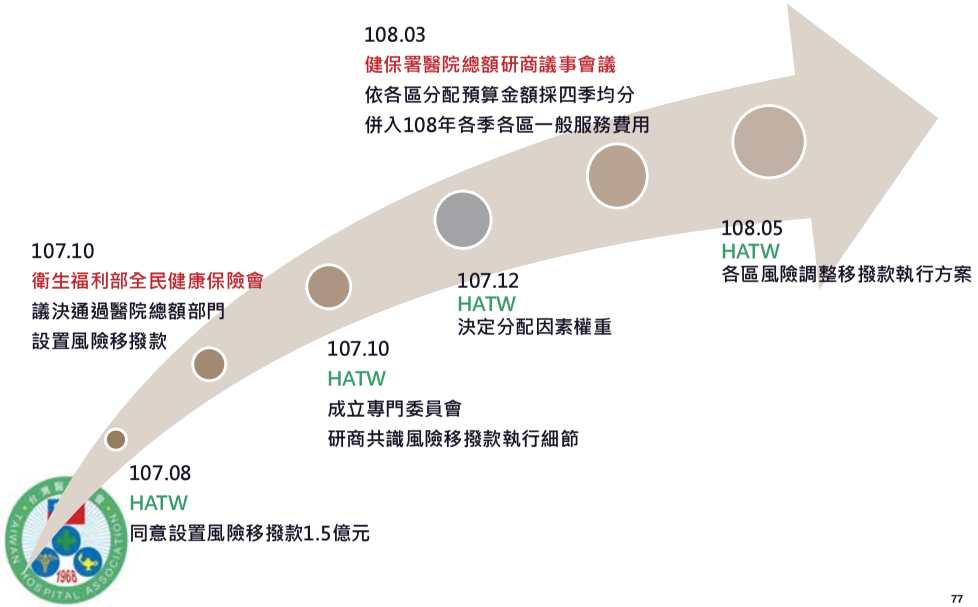


跨入專業自主事務的第一步

推動醫院總額風險調整移撥款

輔助各區平衡發展

風險調整移撥款討論歷程



77

各區風險調整移撥款執行方案內容

分區別	風險調整移撥款	擬執行方案內容
台北區	13,072,183	扶助因失能或疾病特性就醫不便病人到宅醫療服務獎勵計畫
北區	9,565,083	居家醫療照護人數獎勵
中區	13,424,756	中區居家醫療照護整合計畫心收案及照護費獎勵
南區	13,324,494	執行C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫院所 執行精神巡迴醫療業務院所
高屏區	32,112,756	鼓勵收治並照護龍發堂堂眾，支援醫療費用支出 提升龍發堂堂眾就醫與安置
東區	68,500,728	區域醫療整合計畫-強化糖尿病整合計畫、分級醫療及偏鄉弱勢關懷8項主題

78

醫院風險移撥款-台北區

- 預算：13,072,183元
- 執行方式：
  - 提供因失能或疾病特性至外出就醫不便患者之到宅醫療服務，提升醫療使用可近性
  - 鼓勵各級醫療院所醫師，積極對曾照護或未照護之外出就醫不便患者提供貼心到宅醫療服務
  - 減少病家照護負擔
- 預期效益：
  - 可增加多服務10000人以上
  - 提升民眾對健保醫療滿意度
  - 對積極照顧外出就醫不便患者的醫療人員給予正向肯定及費用補助。

79

醫院風險移撥款-北區

- 預算：9,565,083元
- 執行方式：
  - 考量居家醫療需有醫事人員投入，在強化醫療服務整合需付出較大成本，為吸引更多醫療醫療院所投入居家醫療，故符合收案條件之個案提供居家醫療服務予以獎勵，山地離島訪視個案予以加計獎勵點數。
- 預期效益：
  - 居家醫療人數≥1600人/季

80

醫院風險移撥款-中區

- 預算： 13,424,756元
- 執行方式：
  - 居家醫療照護整合計畫新收個案及照護費(再收個案)採予以鼓勵點值。
- 預期效益：
  - 新收案及再照護之件數成長率

醫院風險移撥款-南區

- 預算：13,324,494元
- 執行方式：
  - C肝口服新藥個案非藥費
  - 精神巡迴醫療
- 預期效益：
  - 增加C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫照護人數
  - 每半年巡迴點追蹤個案數再住院率＜10%
  - 配合衛生政策達成消除C肝之目標
  - 提升院所挹注南區偏向及弱勢醫療品質之成本支出目的

醫院風險移撥款-高屏區

- 預算：32,112,756元
- 執行方式：
  - 提供因失能或疾病特性至外出就醫不便患者之到宅醫療服務，提升醫療使用可近性
  - 鼓勵各級醫療院所醫師，積極對曾照護或未照護之外出就醫不便患者提供貼心到宅醫療服務
  - 減少病家照護負擔
- 預期效益：
  - 可增加多服務10000人以上
  - 提升民眾對健保醫療滿意度
  - 對積極照顧外出就醫不便患者的醫療人員給予正向肯定及費用補助。

請東區分會分享風險移撥款執行方案內容

結論

健保總額在資源有限、慾望無窮下，如何將總額預算做妥適分配，節約資源，是全民的共同議題。

醫院部門自許繼續努力撐起守護國人健康的重要任務，持續精進，與健保署、民眾共同創造多贏局面。

謝謝聆聽！

108/07/18

東區健保醫院總額危機與因應

108 年醫院總額風險調整移撥款執行作業報告

台灣醫院協會東區審查分會　林欣榮主任委員
陳星助執行秘書

台灣健康保險的價值在

照顧弱勢、幫助偏鄉

感恩衛福部健保會、健保署、台灣醫院協會堅守健保核心價值

大綱

1. 風險移撥款必要性
2. 東區醫院風險移撥款執行計畫
3. 預期效益

1 風險移撥款必要性

彌補

R/S值調整因子

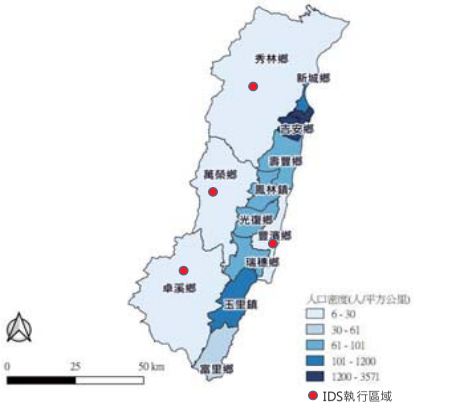
無法反應東區民眾健康及醫療需求

花東照護面積

區域別	107年 各縣市土地面積(平方公里)				
臺北業務組	新北市	臺北市	基隆市	宜蘭縣	總面積
分區範圍：臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金門縣、連江縣	2052.567	271.800	132.759	2143.625	4600.750
北區業務組	桃園市	新竹縣	新竹市	苗栗縣	
分區範圍：桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣	1220.954	1427.537	104.153	1820.315	4572.958
中區業務組	臺中市	彰化縣	南投縣		
分區範圍：臺中市、彰化縣、南投縣	2214.897	1074.396	4106.436		7395.729
南區業務組	雲林縣	嘉義縣	嘉義市	臺南市	
分區範圍：雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市	1290.833	1903.637	60.026	2191.653	5446.148
高屏業務組	高雄市	屏東縣			
分區範圍：高雄市、屏東縣、澎湖縣	2951.852	2775.600			5727.453
東區業務組	**臺東縣**	**花蓮縣**			
分區範圍：花蓮、台東	**3515.253**	**4628.571**			**8143.824**

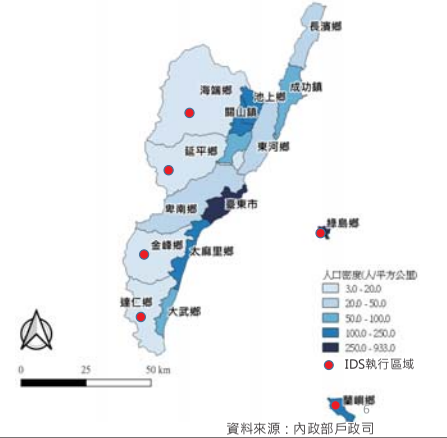
花東人口分佈密度

花蓮地面積約4628平方公里
為臺灣總面積的12.9%，幅員居全臺第一位。
花蓮人口密度為全臺倒數第二，每平方公里僅70.72人。



境內共七個山地鄉，二個離島，一個平地原住民鄉(豐濱)
(豐濱專案申請通過，當地原住民人口超過80%)

台東地面積約3515平方公里
為臺灣總面積的9.78%，幅員居全臺第三位。
台東人口密度為全臺最低，每平方公里僅62.50人。

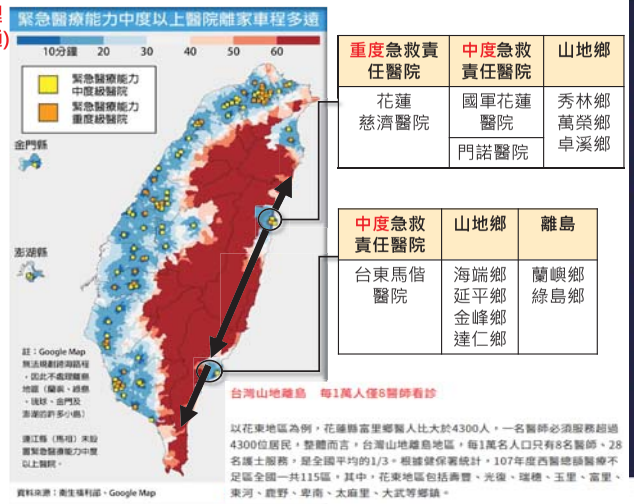


資料來源：內政部戶政司

緊急醫療中重度資源

地理(交通)

南北狹長綿延三百公里

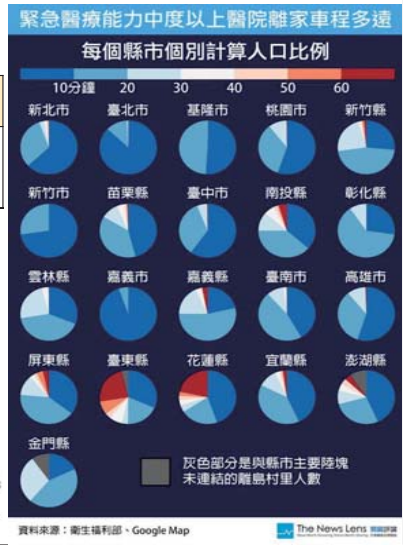


重度急救責任醫院	中度急救責任醫院	山地鄉
花蓮慈濟醫院	國軍花蓮醫院	秀林鄉 萬榮鄉 卓溪鄉
	門諾醫院	

中度急救責任醫院	山地鄉	離島
台東馬偕醫院	海端鄉 延平鄉 金峰鄉 達仁鄉	蘭嶼鄉 綠島鄉

台灣山地離島　每1萬人僅8醫師看診

以花東地區為例，花蓮縣富里鄉醫人比大於4300人。一名醫師必須服務超過4300位居民，整體而言，台灣山地離島地區，每1萬名人口只有8名醫師、28名護士服務，是全國平均的1/3。根據健保署統計，107年度西醫總醫療不足區全國一共115區，其中，花東地區包括壽豐、光復、瑞穗、玉里、富里、東河、鹿野、卑南、太麻里、大武等鄉鎮。



花東人口數少、幅員廣、就醫成本高，醫院經營難以達到經濟規模

➢ 點值過低時，無法增加服務量來補點值不足

花東地區至最近之醫學中心交通時間及成本估計(用當地鄉鎮市公所至醫學中心距離作為估算)

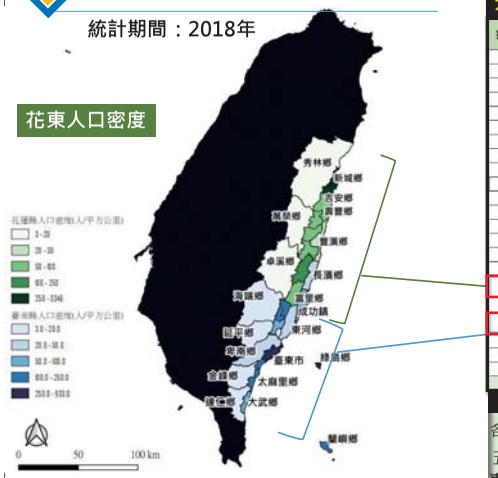
	就醫交通時間	人口數	佔率	初估單程交通成本
花蓮	1小時以內	271,593	49.53%	自行開車約150元 計程車約1000元 救護車2000元
台東	1～2小時	54,052	9.86%	自行開車約300元 計程車約2000元 救護車4000元
	2～3小時	62,136	11.33%	自行開車500元 計程車約3000元 救護車6000元
	超過3小時	160,611	29.28%	自行開車500元以上 計程車3000元以上 救護車6000元以上
	總計	548,392	100.00%	• 另有無形的時間成本、陪同人員成本

資料來源：內政統計年報、衛生統計年報

臺灣行政區人口分佈

統計期間：2018年

花東人口密度



原民人口 佔全國人口2.39%
花東原民 佔全國原民人口30.48%
花東原民 佔花東人口 31.53%

排名	行政區	107年底人口數	臺灣行政區人口占率	原住民族人口數	各行政區原住民人口占率
1	新北市	3,995,717	16.94%	55,607	1.39%
2	臺中市	2,803,894	11.89%	34,514	1.23%
3	高雄市	2,773,533	11.76%	34,670	1.25%
4	臺北市	2,668,572	11.31%	16,713	0.63%
5	桃園市	2,220,872	9.41%	73,874	3.33%
6	臺南市	1,883,831	7.99%	7,938	0.42%
7	彰化縣	1,277,824	5.42%	5,786	0.45%
8	屏東縣	825,406	3.50%	59,832	7.25%
9	雲林縣	686,022	2.91%	2,458	0.36%
10	新竹縣	557,010	2.36%	21,622	3.88%
11	苗栗縣	548,863	2.33%	11,397	2.08%
12	嘉義縣	507,068	2.15%	5,868	1.16%
13	南投縣	497,031	2.11%	29,187	5.87%
14	宜蘭縣	455,221	1.93%	17,192	3.78%
15	新竹市	445,635	1.89%	4,167	0.94%
16	基隆市	370,155	1.57%	9,359	2.53%
17	花蓮縣	327,968	1.39%	93,178	28.41%
18	嘉義市	268,622	1.14%	1,078	0.40%
19	臺東縣	218,919	0.93%	79,235	36.19%
20	金門縣	139,273	0.59%	1,092	0.78%
21	澎湖縣	104,440	0.44%	569	0.54%
22	連江縣	13,056	0.06%	225	1.72%
	區域別總計	23,588,932	100.00%	565,561	

各地區戶籍登記人口數(107年底)　衛生福利部統計處(107年底)

各地區/縣市	65歲以上結構比(%)	老化指數	扶養比	扶老比	重度殘障 %	列冊需關懷獨居老人人數 %
五區 (平均)	14.50%	113.99	37.86%	19.99%	0.85%	0.18%
東區 業務組	15.99%	134.46	38.65%	22.16%	1.37%	0.72%

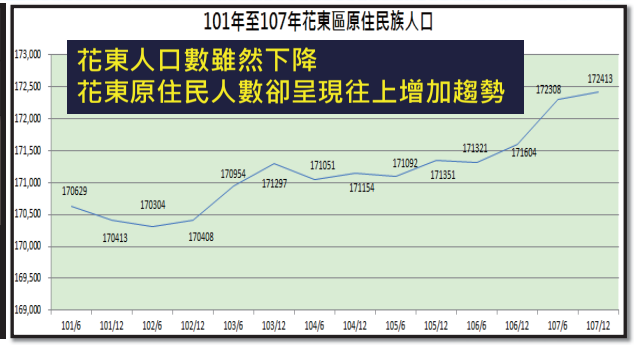
資料來源：臺灣行政區人口列表(2018)

花東及原住民族平均餘命

花東與全國平均餘命比較 (2017)

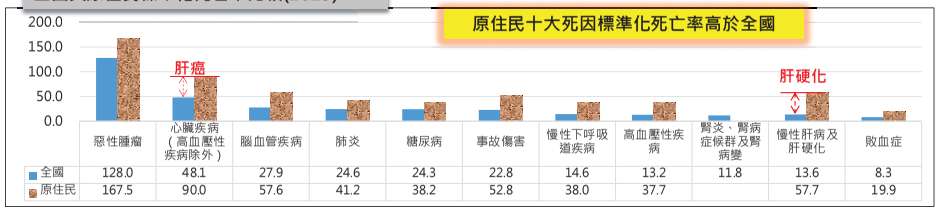
- 花東民眾：平均餘命低於全國4-5歲
- 平地原住民：平均餘命低於全國5歲
- 山地原住民：平均餘命低於全國10歲

平均餘名	全體	男性	女性
全國	80.39	77.28	83.70
花蓮	76.77	72.88	81.46
台東	75.49	71.50	80.40
原住民-山地	70.37	65.52	75.10
原住民-平地	74.27	70.38	78.29

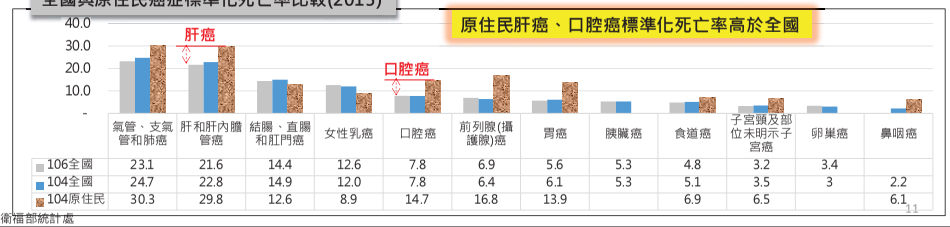


原住民主要死因現況

全國與原住民標準化死亡率比較(2015)

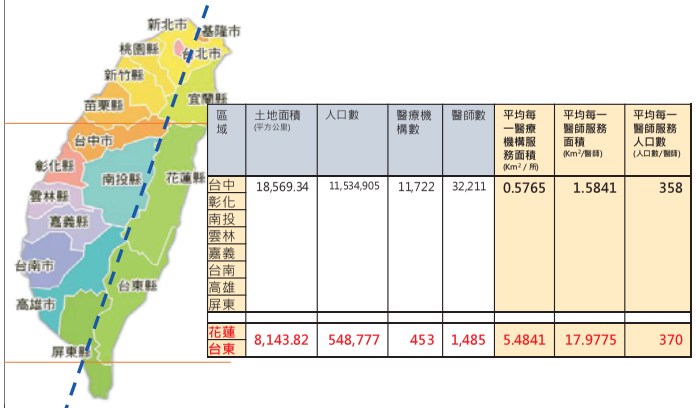


全國與原住民癌症標準化死亡率比較(2015)

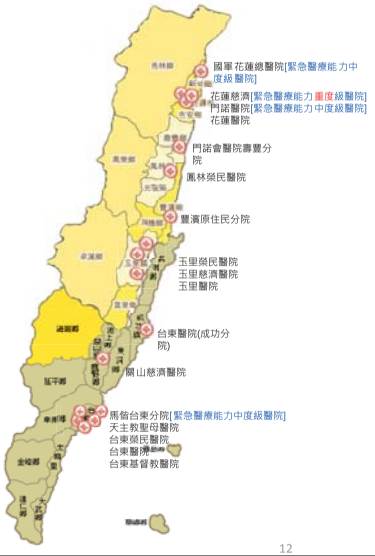


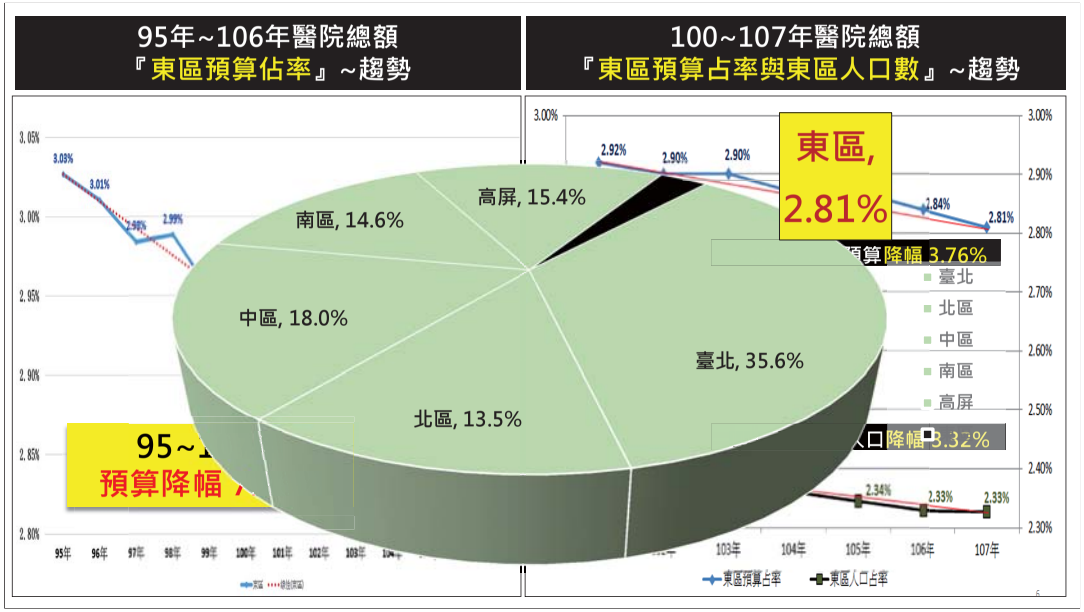
資料來源：衛福部統計處

花東醫療院所及醫事人力現況



區域	土地面積 (平方公里)	人口數	醫療機構數	醫師數	平均每一醫療機構服務面積 (Km²/所)	平均每一醫師服務面積 (Km²/醫師)	平均每一醫師服務人口數 (人口數/醫師)
台中	18,569.34	11,534,905	11,722	32,211	0.5765	1.5841	358
彰化							
南投							
雲林							
嘉義							
台南							
高雄							
屏東							
花蓮	8,143.82	548,777	453	1,485	5.4841	17.9775	370
台東							





2 東區醫院風險移撥款計畫

努力解決
東區民眾健康不平等議題

14

東區醫療有別於台灣其他地區的先天因素

醫療資源不均 → 成本高

(距離+時間)

地理困境	醫療資源不足
✓ 面積廣(6區之冠) ✓ 地形狹長(南北距離300公里) ✓ 偏鄉(7山地2離島)	✓ 醫院由公立、宗教承擔醫療照護 ✓ 重度急救醫院1家 中度急救醫院3家 ✓ 花東醫師服務面積遠大於西部

人口結構改變 → 老人多高於其他五區
原住民族平均餘較低
精神科外區移入人口

人口分佈大不同
✓ 總人口下降原住民人口上升 ✓ 原住民人口佔率高於全國 ✓ 老年(獨居)人口佔率高於全國

疾病型態改變 → 疾病型態嚴重
意外事故死亡率高
健康識能不足

疾病管理持續努力
✓ 花東原住民平均餘命低於全國 ✓ 原住民標準化死亡率高於全國 ✓ 癌症標準化死亡率高於全國

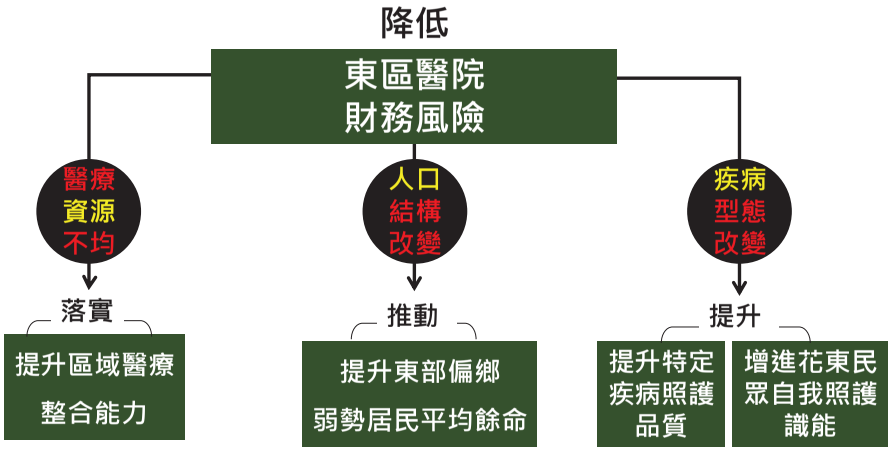
15

花東醫療資源問題都知道

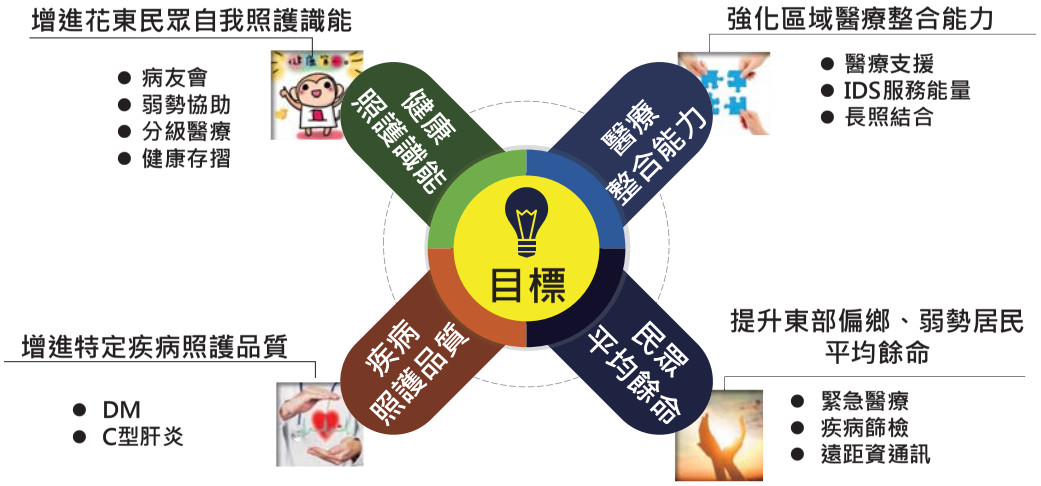
但~要如何解決

16

改善東區醫療需求　照顧弱勢、幫助偏鄉



東區執行策略



18

偏鄉弱勢關懷計畫

醫院/類型	組別	風險款之偏遠弱勢案規劃方向		主責醫院	參與院所意願																	
					花蓮慈濟	玉里慈濟	關山慈濟	門諾醫院	門諾壽豐	國軍花蓮	東馬	東基	聖母醫院	東榮	玉榮	鳳榮	部花	部玉	部東	部花豐濱	部東成功
IDS醫療資源不足、醫不足支援、安寧醫療照護、整合照護計畫	A組	強化區域醫療整合能力	強化IDS照護，引以標杆拓展至花東偏鄉。	慈濟	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
重要疾病管理：C型肝炎	B組	增進特定疾病照護品質	提升C型肝炎整體照護品質	門諾	●	●	●	●	●	●	●	●		●	●		●	●	●	●	●	
各類病友會(含特殊疾病、罕病)	C組	增進花東民眾自我照護識能	1.統整病友會團體訓練講座，提高花東資源共享效能 2.健康促進及衛教	玉榮	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●			●	●	
關懷弱勢個案醫療服務(門住診)	D組	強化區域醫療整合能力	整合偏鄉弱勢照護門診	東馬	●	●	●	●	●	●	●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●
偏鄉弱勢的長照居護、社區復建及專業服務	E組	提升東部偏鄉弱勢民眾平均餘命	遠距醫療提升照護品質	慈濟	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●	●	●	
關懷弱勢、偏鄉、老人兒少照護和服務	F組	增進花東民眾自我照護識能	健康促進及衛教	東基	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
緊急醫療救護	G組	提升東部偏鄉弱勢民眾平均餘命	緊急醫療-提升到院前照護	東馬	●	●	●	●		●	●	●		●	●		●	●	●	●	●	●
偏鄉科技整合計畫	H組	提升東部偏鄉弱勢民眾平均餘命	遠距醫療-提升照護品質	慈濟	●		●				●									●	●	

19

一、提升區域醫療整合能力

- 整合支援服務
- 提升IDS服務量能
- 暢通出院銜接、結合長照

20

■整合支援服務

◆ 醫療服務資源整合 → ◆ 供需平衡以提升照護品質 → ◆ 醫療服務資源共享

目標：短期 → 中期 → 長期

現況	執行策略
醫療資源不足	盤點-1.全區各機構支援現況，及監測各月支援情形 2.機構科別分佈，及各區疾病分佈
	建置-1.監測17家機構每月支援指標 2.分析29鄉鎮的疾病分佈
機構人力有限且未整合	◆ 公告-17家機構可支援科別及不足科別，及整合資源提供各鄉鎮所需的醫療支援 ◆ 支援醫師與當地醫院合作集中特殊個案看診

面向	評估指標
結構面	全區機構支援人數、診數、頻率
過程面	全區機構看診科別、支援科別、支援頻率、鄉鎮疾病分佈
結果面	全區鄉鎮不足科別支援涵蓋率

■提升IDS服務量能

◆ 充足IDS服務能量 → ◆ 偏鄉特定疾病分析及管理 → ◆ 加強民眾健康促進及就醫意願

目標：短期 → 中期 → 長期

現況	執行策略
民眾習慣鄉外就醫交通限制	盤點山地、離島成果及限制，提供各鄉優勢服務經驗分享、資通訊科技協助模式
民眾自我識能不夠	透過疾病統計分析找出偏鄉民眾應加強的疾病篩檢、預防保健，並增加民眾健康識能
東區資源未整合共享	盤點IDS各鄉資源(衛教、補助、志工..等)，善用資源讓民眾願意健促及就醫

105年-107年東區IDS現況	診次			人次		
	105年	106年	107年	105年	106年	107年
鄉內巡迴門診	1,712	1,703	2,070	38,937	41,564	41,514
專科門診	2,421	2,388	2,401	27,043	26,040	23,351
假日/夜間門診	972	2,092	1,902	8,009	7,412	11,534

面向	評估指標
結構面	全區巡迴診、專科診、假日及夜間診服務量
過程面	疾病管理- 腹部超音波返檢率、糖尿病病患半年糖化血色素(HbA1c)定期檢查率、眼底鏡檢查率、C肝口服新藥個案發現率、TB篩檢率
結果面	民眾滿意度、可避免住院率、鄉外就醫次數

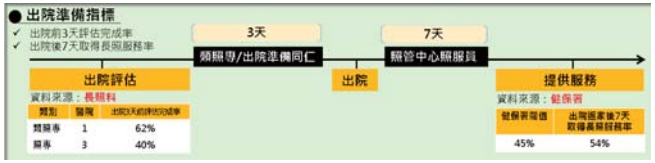
■暢通出院銜接

◆ 整合花東長照相關資源 → ◆ 出院準備銜接長照模式暢通 → ◆ 提升出院準備效率

目標：短期 → 中期 → 長期

現況	執行策略
多元資訊但未整合民眾不知如何查起	收集各機構網頁資源資訊，擬整合後建置整合查詢資料庫(工具：Google Map、Power bi)
各地或院所銜接模式不同影響銜接順暢	收集花東地區醫院出備銜接長照執行方式並找出標竿醫院提供經驗分享
	整合花東跨院、跨區、跨系統之出院準備銜接長照模式

面向	評估指標
結構面	出院準備收案量、跨團隊會議召開頻率
過程面	出院前3天接受長照2.0需求評估完成率 出院7天內接受長照2.0服務完成率 轉介追蹤回覆率
結果面	病人滿意度



二、提升東部偏鄉、弱勢居民平均餘命

◆ 緊急醫療

◆ 疾病篩檢

◆ 遠距資通訊

■提升緊急醫療到院前照護

◆ 完善緊急救護課程
◆ 提升緊急救護人員專業能力
◆ 善用資通訊科技提升緊急轉送安全

目標：短期 → 中期 → 長期

現況	執行策略
1.醫護人力短缺 2.急救人才培養不易	● 半年召開一次協調會 ● 每年辦理相關課程(EMTⅠ、EMTⅡ、EMTP) ● 每年辦理花東轉診會議
1.依山臨海南北公路意外事故發生率高 2.交通狹長限制增加轉送風險	● 建立醫療指導教官對救護技術員之滿意度調查 ● 區域內緊急救護運作及每年一次演習 ● 盤點各項資通訊科技(視訊、12導程EKG)、交通工具(火車、直升機)並評估可行性

面向	評估指標
結構面	教育訓練課程達成率 各項會議及演習達成率
過程面	完成課程人員比率 醫療指導教官對救護技術員之滿意度
結果面	花東傷患轉診率 視訊轉診率 民眾滿意度

25

■疾病篩檢

◆ 十大死因及疾病分析東區可預防方向
◆ 盤點疾病篩檢現況
◆ 強化慢性病之預防及癌症預防即早期發現以減少失能
◆ 促進東區民眾篩檢意願

目標：短期 → 中期 → 長期

現況	執行策略
平均餘命低於全國	● 分析東區疾病及死因特性 ● 盤點東區預防保健執行狀況 ● 善用行動醫療車增加篩檢場次 ● 結合各項活動辦理

面向	評估指標
結構面	癌症篩檢率
過程面	結核病主動篩檢率 DM眼底攝影檢查率 成人預防保健受檢率
結果面	癌症死亡率

26

■發展遠距醫療

◆ 完成遠距及資通訊盤點
◆ 了解各計畫執行場域和限制
◆ 複製擴散之評估
◆ 評估適用論人計酬之遠距模式

目標：短期 → 中期 → 長期

現況	執行策略
交通限制但東區遠距醫療僅5家醫院試辦未擴散	調查花東已進行遠距醫療之計畫成果及限制
偏鄉民眾使用資通訊設備黏著度不足	● 盤點花東使用之資通訊科技 ● 收集民眾使用意見，找出接受度高之設備及宣導方式
法規限制無法達到遠距醫療真正目的	專家座談討論適合花東之遠距醫療及資通訊科技

面向	評估指標
結構面	完成花東遠距盤點
過程面	完成建立花東遠距模式 鄉外就醫比率
結果面	民眾滿意度 鄉外就醫比率 事故傷害死亡率 慢性病住院比率

27

三、提升特定疾病照護品質

■提升DM個案管理品質

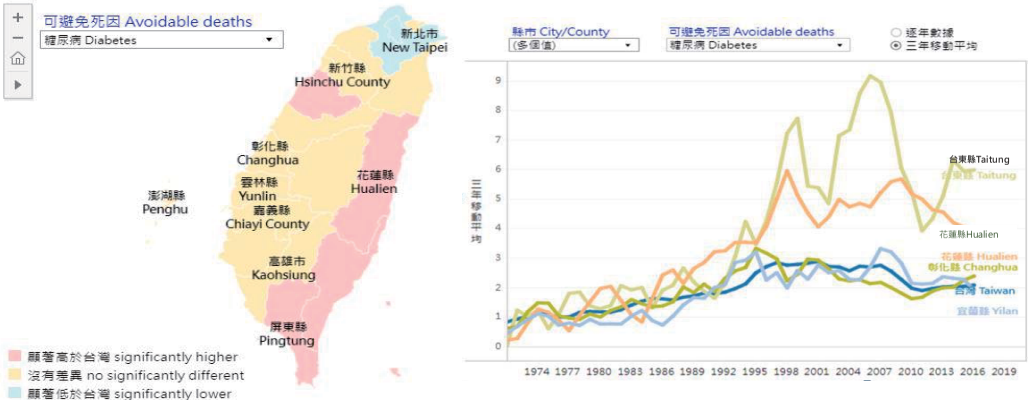
■提升C肝照護品質

28

■ 糖尿病

死因別死亡率顯著高於台灣平均

2014-2016年死亡率 (0-49歲)



資料來源：國立成功大學健康資料加值應用研究中心
https://visualizinghealthdata.idv.tw/?route=article/faq&faq_id=94

■提升DM個案管理品質#1

◆ 提高共照網收案人數　◆ 提升照護品質　◆ 降低併發症

104年107年01-10花東二縣糖尿病方案照護率

縣市	年度	參與方案人數	符合收案條件人數	照護率	
花蓮	104	7,462	17,891	41.71%	
	105	7,539	18,446	40.87%	105年與106年比較 照護率負成長2.63%
	106	7,941	20,764	38.24%	
	10610	7,603	20,764	36.62%	107年10月與106年10月同期比較 照護率成長3.07%
	10710	8,104	20,417	39.69%	
臺東	104	5,773	12,241	47.16%	
	105	6,301	12,495	50.43%	105年與106年比較 照護率成長6.58%
	106	7,064	12,391	57.01%	
	10610	6,829	12,391	55.11%	107年10月與106年10月同期比較 照護率成長2.95%
	10710	7,263	12,509	58.06%	

醫事類別	參與方案院所數 花蓮	參與率	台東	參與率
醫院	6	60%	5	71%
診所	7	5%	10	12%
衛生所	11	85%	14	88%
合計	24	15%	29	28%

分子：申報糖尿病方案P1xxx費用之人數
分母：符合收案條件，最近一年門診主診斷ICD-9-CM前三碼為250；ICD-10-CM前三碼為E08-E13醫療人員，90天內同院所就醫2次(含)以上人數

■提升DM個案管理品質#2

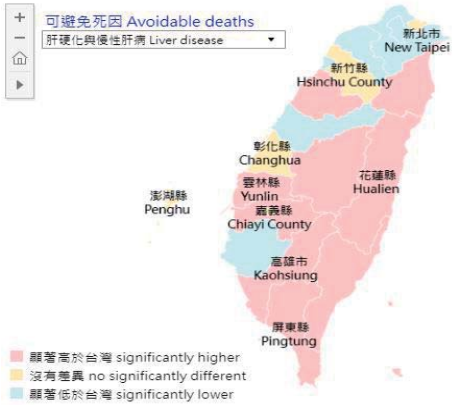
現況	執行策略
1.106年花東十大死因 2.東區糖尿病照護率進步緩慢	由醫學中心帶領兩縣主責醫院共同執行
	總主責 1.協調衛生局與健保署資源 2.大數據分析DM相關指標擬定花東策略 3.辦理課程並輔導院所醫師取得照護資格
	縣主責 1.了解診所及衛生所執行困難並予以協助 2.主動追蹤DM控管不佳個案並介入相關措施 3.增加輕症下轉量提升基層院所服務能量 4.建立Line群組並定期舉辦個案討論會交流

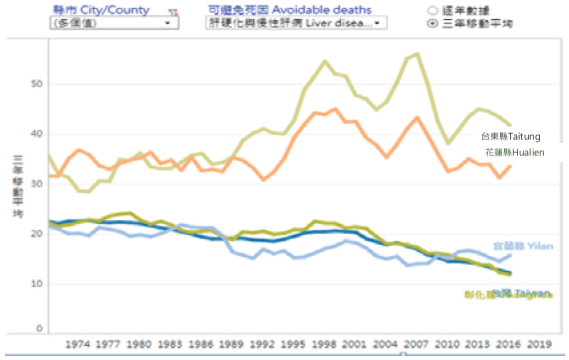
面向	評估指標
結構面	1.參加糖尿病共照網院所數 2.完成糖尿病照護訓練醫師數
過程面	1.提升加入共照網病人的比例 10% 2.提高眼底攝影比例10%
結果面	糖尿病併發症之發生率及死亡率 如心肌梗塞、心臟裝支架、腦梗塞、洗腎、失明(網膜雷射)、截肢

■ 肝硬化與慢性肝病

死因別死亡率顯著高於台灣平均

2014-2016年死亡率 (0-74歲)





資料來源：國立成功大學健康資料加值應用研究中心
https://visualizinghealthdata.idv.tw/?route=article/faq&faq_id=94

■提升C肝照護品質#1

◆ 盤點各院C肝病人現況(確診後或轉介治療)

◆ 結合衛生局與NGO進行階段性各鄉鎮市篩檢計畫

◆ 特殊族群(煙毒及愛滋)C肝治療及防治新生C肝個案

目標 | 短期 | 中期 | 長期

花蓮地區慢性肝病肝硬化死亡率，C肝風險等級及C肝盛行率

106年	死亡率/標準化/排名	C肝風險等級(C肝辦公室)	C肝盛行率(肝基會)104年
花蓮縣	41.8/27.2/8		12.4%
花蓮市	18.1/11.7/10	第0級	1.48%
吉安	17.9/12.2/11	第1級	1.42%
光復	30.9/15.6/10	第2級	2.02%
壽豐	33.2/20.3/10	第2級	1.54%
鳳林	36.6/25.2/10	第1級	2.91%
玉里	36.7/15.8/10	第3級	13.59%
瑞穗	42.7/27.9/11	第0級	1.48%
富里	47.7/24.7/9	第4級	11.18%
新城	49.4/33.3/6	第0級	2.96%
秀林	164.1/136.3/2	第5級	20.77%
萬榮	187.1/153.2/2	第4級	6.68%
卓溪	198.3/154.8/2	第6級	18.87%
豐濱	249.4/128.5/2	第3級	15.7%

臺東地區慢性肝病肝硬化死亡率，C肝風險等級及C肝盛行率

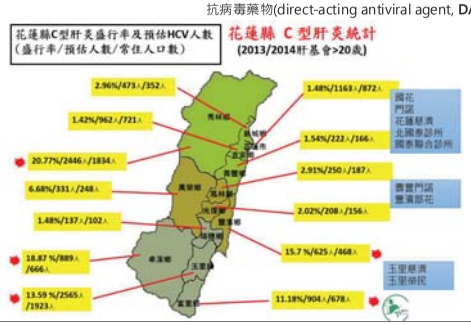
106年	死亡率/標準化/排名	C肝風險等級(C肝辦公室)	C肝盛行率(肝基會)104年
台東縣	51.8/34.5/6		
綠島	0/0/?	第0級	-
金峰	30.9/27.5	第2級	2.9%
台東市	35.8/24.1	第1級	2.7%
成功	41.9/20.4	第3級	1.9%
太麻里	44.5/27.7	第2級	4.0%
關山	45.6/31.3	第0級	6.5%
鹿野	50.1/40.2	第2級	5.7%
卑南	51.7/31.3	第4級	15.2%
蘭嶼	59.1/61.8	第0級	4.7%
大武	64.8/46.2	第2級	2.3%
長濱	81.9/29.6	第0級	1.9%
池上	84.2/64.1	第2級	1.7%
東河	104.6/70.9	第0級	3.6%
海端	117.6/104.5	第3級	1.7%
達仁	142.1/97.2	第0級	5.8%(16.0%)
延平	226.2/165.6	第0級	4.8%

■提升C肝照護品質#2

現況	執行策略
1.106年花東十大死因(標準死亡率大於全國) 2.偏鄉民眾掌握不易	盤點全區可治療C肝醫療院所 比對各院資料庫30-75歲Anti-HCV陽性資料
	建置C型肝炎防治一條龍，結合衛生局及NGO 1.進行Anti-HCV陽性個案篩檢 2.轉借陽性個案至C肝治療醫療院所
	經確診個案給予完整DAA治療

面向	評估指標
結構面	30-75歲在籍且在戶民眾接受C肝篩檢率
過程面	30-75歲曾經或新發現C肝篩檢陽性民眾確診率
結果面	經確認C肝陽性民眾接受並完成治療率

抗病毒藥物(direct-acting antiviral agent, DAA)



四、增進花東民眾自我照護識能

■共享病友會資源

■弱勢族群協助

■分級醫療政策推廣

■ 宣導使用健康存摺

■共享病友會資源

◆ 增加各類病友會辦理健康講座活動場次

◆ 活動主題多元化

◆ 提升民眾參與率

◆ 資源連結共享

◆ 院際間標竿學習

目標 | 短期 | 中期 | 長期

現況	執行策略
東區已有8家醫院各自辦理病友會，未能資訊共享	盤點全區各院病友會辦理場次、人次、主題
	建置專屬於病友會溝通平台，提供各院病友會資訊共享
	對花東特定疾病辦理教育訓練，強化區域整合照護

面向	評估指標
結構面	各類病友會明訂組織章程
過程面	1.各類病友會每季至少辦理1場次健康衛教等相關活動 2.與健保署共同推廣健康存摺APP使用宣導 3.每年至少1場次參與他院舉辦之健康衛教等相關活動進行標竿學習
結果面	參與病友會病友滿意度

■弱勢族群協助

◆盤點整合各院弱勢服務資源

◆強化弱勢服務促進健康識能

◆推動預防及延緩失能照護方案
◆結合花東照護資源普及照護服務

目標 短期 中期 長期

現況	對象	執行策略
1.高齡化、少子化增加弱勢人數，照護資源明顯不足 2.社區衛教不夠降低民眾篩檢意願	年老長輩	送餐-持續監控送餐與營養相關的服務
		獨居老人-設立老人日托站、老人日照
		失智個案-增加共照服務、社區服務據點
	兒童青少	兒童-校園心理健康宣導、早療服務、親職講座
	山地離島	收集全區各項服務，整合資源及強化弱勢服務
		健康促進-依東區十大死因分析訂定社區衛教主題、增加篩檢活動

面向	評估指標
結構面	社區衛教-據點數、參與人數、辦理場次數
過程面	送餐服務人數、失智個案服務人數及出席率、早療服務個案數
結果面	失智個案服務滿意度、早療個案家庭滿意度

37

■分級醫療政策推廣

◆建立垂直整合模式

◆擴散合作院所
◆加強民眾轉回就醫

◆落實分級醫療政策

目標 短期 中期 長期

現況	執行策略
院所間合作關係須持續努力	建立三種垂直整合模式 城鄉型在地模式-東馬主責 山地偏鄉型在地整合模式-門諾主責 類都會智慧型在地模式-慈濟主責
資訊系統未即時更新	資訊優化 -收集基層院所對電子轉診平台建議優化該平台 -與醫師公會合作協調廠商協助基層院所介接平台
1.院所轉回需加強 2.民眾認知仍需努力	鼓勵轉回個案進行追蹤並給予獎勵
	每季健保署提供轉診相關報表提供院所檢討
	與東區醫療網合作進行各項政策推廣及輔導

面向	評估指標
結構面	區域級(含)以上醫院下轉件數較去年同期增加 區域級(含)以上醫院回轉率(半年指標)達0.45%
過程面	門診就醫次數>90次之保險對象，就醫次數較去年同期下降14%
結果面	每季指標管理 1. 西醫門診病人可避免住院率下降0.03% 2. 門診10項重點檢驗檢查再執行下降比率較去年同期下降5%

38

■宣導使用健康存摺

◆建立宣導用語及操作手冊

◆與個管師資源結合共同宣導
◆同仁相互教學擴散

◆民眾口耳相傳

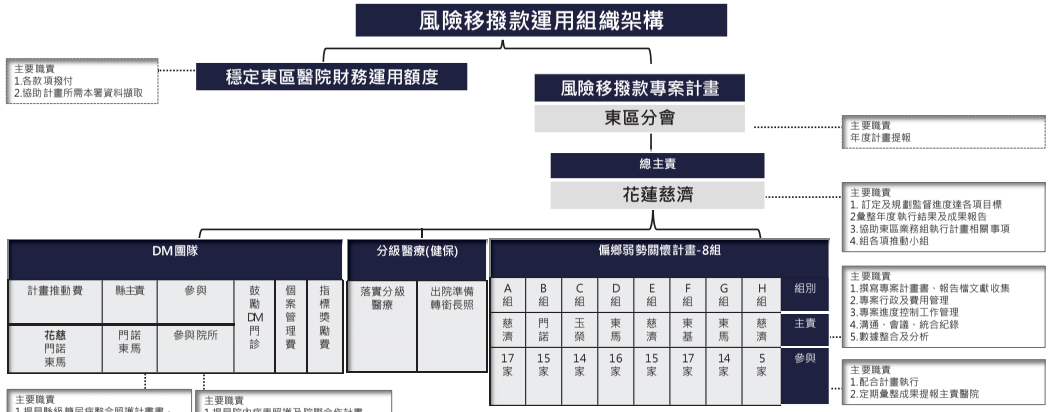
目標 短期 中期 長期

現況	執行策略
1.民眾自我識能不足 2.健康存摺使用未普遍	建立2種推廣模式 -須提升自我識能個案-由個管師宣導 -一般民眾-由同仁推廣
	舉辦員工教育訓練
	建立獎勵制度，從各院員工著手持續往外擴散

面向	評估指標
結構面	完成教育訓練
過程面	教育訓練人數
結果面	東區民眾使用健康存摺比率

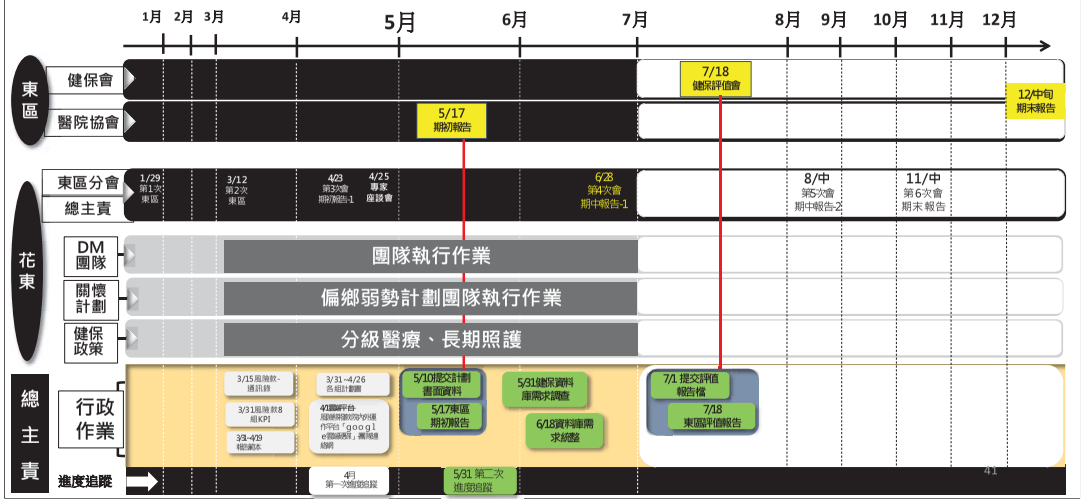
39

東區-108年風險移撥款組織架構



40

計畫推動-時程表



3 預期效益

	願景	策略	目標
醫療資源不均	提升區域醫療整合能力	1.整合支援服務 2.提升IDS服務量能 3.暢通出院銜接、結合長照	計畫執行指標 □ 減少鄉外就醫比率 □ 降低可避免住院率 □ 提升民眾滿意度 □ 疾病發生率降低 □ 健康平均餘命增加
人口結構改變	提升東部偏鄉弱勢居民平均餘命	1.提升緊急醫療照護品質 2.落實疾病篩檢 3.發展遠距資通訊科技	
疾病型態改變	促進特定疾病照護品質	1.提升DM個案管理品質 2.提升C肝照護品質	
	增進花東民眾自我照護識能	1.共享病友會資源 2.弱勢族群協助 3.分級醫療政策推廣 4.宣導使用健康存摺	

成本(Cost)
1. IDS-衛生所、醫院整合性門診就診率
2.鄉鎮不足科別支援涵蓋率

品質(Quality)
1.個案管理追蹤完成率
2.疾病別發生率
3.意外事故發生率
4.民眾滿意度

可近性(Accessibility)
1.各類癌症篩檢執行率
2.預防保健執行率(成人健檢)
3.長照服務轉介率

THE END

四、西醫基層總額(含一般服務、專案計畫)

107年度西醫基層總額一般服務執行成果報告

報告人：陳相國常務理事
108年7月18日

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

陳相國醫師

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

報告大綱

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

壹、年度重點項目之推動與未來規劃

一、必要項目

二、自選項目

5

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

6

分級醫療之西醫基層轉診概況1/8

106年3月11日分級醫療研討會

107年4月18日
高榮與高屏地區
基層分級醫療合作聯盟會議

7

分級醫療之西醫基層轉診概況2/8

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

107年7月17日
基隆共好 幸福到老記者會

8

分級醫療之西醫基層轉診概況3/8

106年4月12日榮評坊座談會I：轉診怎麼轉-公轉.自轉?
106年4月19日榮評坊座談會II：山轉.路轉.健康好轉!?

108年4月7日
2019府城happy行動醫療大聯盟
『分級醫療 雙向轉診』雲嘉南論壇

107年9月18日
大屏東醫療策略聯盟締約記者會

107年5月16日
長庚厚行醫療照護團隊記者會

107年7月31日
垂直醫療愛的循環記者會

9

分級醫療之西醫基層轉診概況4/8

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

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

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

10

分級醫療之西醫基層轉診概況5/8

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

- ✓ 討論衛生福利部「推動分級醫療，落實雙向轉診」之六大策略及24項配套措施成效，如：區域級以上大醫院門診年減量2%。
- ✓ 如何積極向民眾宣導「聰明就醫」之觀念？
- ✓ 如何發展以價值為導向之醫療，減少不必要的浪費？

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

11

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

12

分級醫療之西醫基層轉診概況6/8

轉診數據回饋	轉診平台使用及回饋機制	加強推動雙向轉診
• 定期每月公布全國區域級以上各醫院轉診相關數。 • 基層診所轉診至其他院所之病人，無論該院所有無轉回至原基層院所，皆應歸戶納入轉診案件計算。	• VPN或HIS系統可直接查詢病人忠誠的數家診所或醫院，使醫師能為患者建議選擇合適之轉診院所。 • 針對轉診支付設計QR_CODE使醫院與基層能快速連結在執行轉診同時，支付同時申報。	• 加強推動醫院轉診至其他院所之案件數，即區域級以上之醫院轉至地區、基層診所件數不應少於接受轉診件數，若少於，則建議應列入修訂「區域級以上醫院須門診減量一年減2%」之目標值調整，促使醫院持續推行分級醫療。

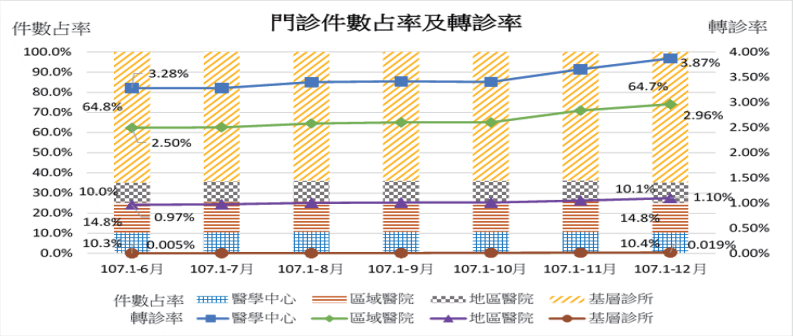
中華民國醫師公會全國聯合會 Taiwan Medical Association

註：詳細建議內容及中央健保署回覆情形請詳紙本資料P.5

13

分級醫療之西醫基層轉診概況7/8

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



註：轉診率=接受轉診案件數/門診總件數　資料來源：健保署刊登於全球資訊網之分級醫療執行成效

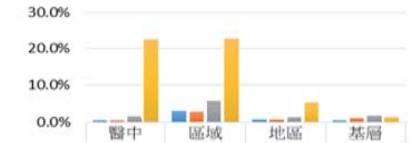
14

分級醫療之西醫基層轉診概況8/8

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

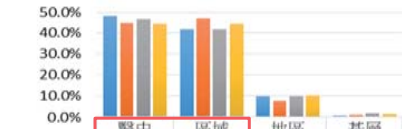
基層診所轉診主要轉至醫學中心及區域醫院，比例高達40%。

各層級轉診至基層之案件比率



	醫中	區域	地區	基層
106.1-6	0.4%	3.0%	0.6%	0.6%
106.7-12	0.5%	2.8%	0.7%	1.1%
107.1-6	1.6%	5.5%	1.3%	1.7%
107.7-12	22.6%	22.7%	5.3%	1.3%

基層診所轉診至各層級流向



	醫中	區域	地區	基層
106.1-6	48.0%	41.6%	9.8%	0.6%
106.7-12	44.7%	46.9%	7.4%	1.1%
107.1-6	46.8%	41.8%	9.7%	1.7%
107.7-12	44.3%	44.5%	10.0%	1.3%

15

西醫基層轉診指標1—轉診率(轉出案件)

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

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

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

16

西醫基層轉診指標2—基層接受轉診率

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

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

17

西醫基層轉診指標3—基層接受慢性病轉診率

- 兩項指標呈現出基層接受轉診件數與醫院轉至基層件數之間的件數差異，可能因素有：**民眾未依轉診單就醫**、**接受轉診之基層診所未申報01038C醫令**及**轉出醫令申報錯誤**等。
- 本會與中央健保署已於5月份基層總額研商議事會議討論未經轉診逕行至基層就醫之定義，惟仍需凝聚共識。

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

18

★醫院與診所間的策略聯盟成效良好

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

★多元化的轉診樣態

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

聰明就醫，讓家庭醫師成為愛的起點
共同照護，讓分級醫療成為愛的循環

20

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

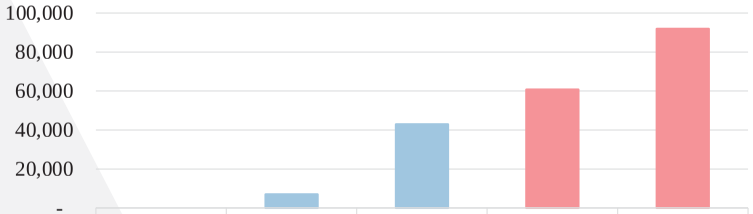
本會將依據健保會建議之績效指標—「糖尿病病人照護率」，進行相關分析及說明

21

醫療給付改善方案成效—糖尿病1/5

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

107年西醫基層糖尿病給付改善方案一年齡別申報人數

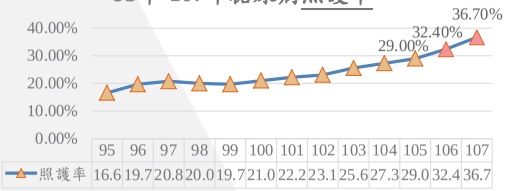


	0-19歲	20-39歲	40-54歲	55-64歲	65歲以上
人數	244	6,984	42,922	60,791	91,868

22

醫療給付改善方案成效—糖尿病2/5

95年-107年糖尿病照護率

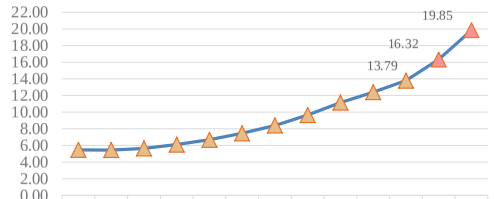


	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107
照護率	16.6	19.7	20.8	20.0	19.7	21.0	22.2	23.1	25.6	27.3	29.0	32.4	36.7

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

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

95年-107年糖尿病照護人數



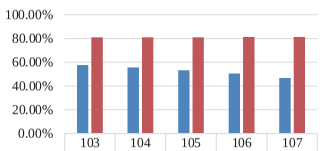
	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107
照護人數(萬)	5.47	5.44	5.64	6.10	6.69	7.46	8.39	9.65	11.1	12.4	13.7	16.3	19.8

23

醫療給付改善方案成效—糖尿病3/5

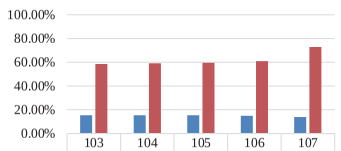
- 參與本計畫之糖尿病患者除接受醫師之監測與管理外，且將依評估予以病人執行相關檢查，如**醣化血色素(HbA1C)**、**眼底鏡檢檢查**和**低密度脂蛋白(LDL)**等。

西醫基層-HbA1C檢查率



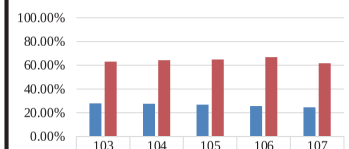
	103	104	105	106	107
	57.70%	55.70%	53.30%	50.60%	46.80%
	81.00%	81.00%	81.00%	81.30%	81.30%

西醫基層-眼底鏡檢檢查率



	103	104	105	106	107
	15.40%	15.30%	15.40%	14.90%	13.90%
	58.60%	59.20%	59.60%	61.00%	72.90%

西醫基層-微量白蛋白檢查率



	103	104	105	106	107
	27.90%	27.60%	26.90%	25.60%	24.50%
	63.10%	64.30%	64.90%	66.80%	61.70%

24

醫療給付改善方案成效—糖尿病4/5

- 糖尿病醫療給付改善方案之推動與改善：**連結家醫計畫**

1. 將**醫療給付改善方案收納之糖尿病、氣喘等病人於家醫計畫之收案上限進行修訂**，不受自行收案會員名額上限，不僅擴大照護人數，更提升家庭醫師與糖尿病患者之可近性。
2. 醫療群則為提供完善的醫療品質，**每月於群內學術研討會辦理相關議題研討**，除可進行相互交流及回饋之外，還可以獲取新知瞭解治療趨勢。
3. 107年**增列「胰島素注射率指標」**，該項指標**107年初次執行情形之執行率為13.59%，便高於健保署訂定之目標值(12.25%)**，由此可見醫療群努力精進糖尿病患者之醫療品質。

25

醫療給付改善方案成效—糖尿病5/5

- 糖尿病醫療給付改善方案之推動與改善：**各縣市醫師公會共同努力**

1. 函請當地衛生局同意核定糖尿病共照網學分，於**107年共辦理八堂糖尿病共照網課程**，以利願意加入糖尿病方案之醫師擁有更多管道獲取學分。
2. **每年舉辦免費社區健康講座活動**，108年則與臺安醫院合作，提供50名民眾免費量測血壓、體重、腰圍及尿糖、尿蛋白檢查，並於檢查後進行代謝症候群之衛教宣導。

26

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

27

自選項目1/4

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

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

28

自選項目2/4

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

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

29

自選項目3/4

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

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

30

自選項目4/4

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

貳、就107年評核委員評論意見與期許之回應說明

32

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

參、維護保險對象就醫權益

一、醫療服務品質調查結果及檢討與改善措施

二、民眾諮詢及抱怨處理

三、民眾自費情形及改善措施

四、就醫可近性及及時性之改善措施

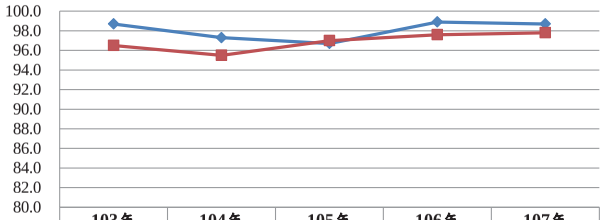
五、其他確保民眾就醫權益之措施

醫療服務品質調查結果及檢討與改善措施1/4

- 中央健保署委託國立陽明大學醫務管理研究所調查107年西醫基層總額支付制度實施後醫療品質與可近性之狀況
  - 對象：以臺閩地區(含離島、金門、馬祖)為範圍，在過去三個月內曾經接受西醫診所門診服務之民眾
  - 調查方式：以電腦輔助電話訪問系統進行電話調查
  - 時間：107年7月19日至107年9月10日
  - 有效樣本數：1,026 份

醫療服務品質調查結果及檢討與改善措施2/4

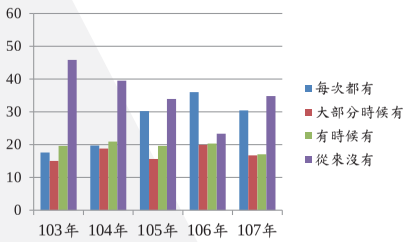
- 民眾對西醫診所整體醫療結果及治療過程滿意度歷年結果



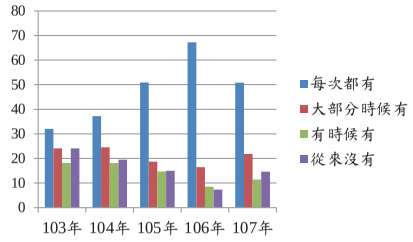
	103年	104年	105年	106年	107年
整體醫療結果滿意度	98.7	97.3	96.7	98.9	98.7
對醫師看病及治療過程滿意度	96.5	95.5	97.0	97.6	97.8

醫療服務品質調查結果及檢討與改善措施3/4

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



醫護人員有無進行衛教指導

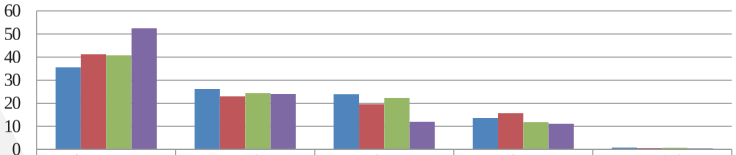


醫護人員有無以簡單易懂方式解說病情與照護方法

37

醫療服務品質調查結果及檢討與改善措施4/4

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



	每次都有	大部分時候有	有時候有	從來沒有	無明確意見
104年	35.6	26.2	23.9	13.6	0.8
105年	41.2	23	19.6	15.7	0.6
106年	40.8	24.4	22.3	11.8	0.7
107年	52.5	24	12	11.1	0.4

- 資料來源：107年西醫基層總額支付制度實施後醫療品質與可近性民意調查
- 103年度前未調查此題項

38

民眾諮詢及抱怨處理

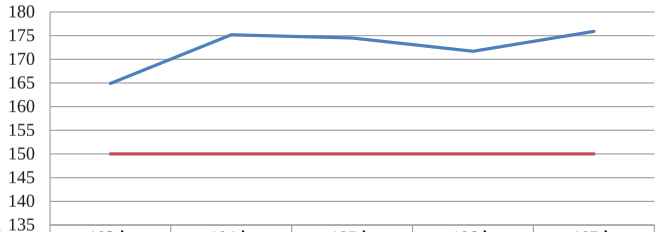
- 歷年來民眾申訴管道均以中央健保署各分區業務組窗口為主，依據該署提供申訴案件資料，107年共計409件，相較近年數據呈現下降趨勢

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

39

民眾自費情形調查結果1/3

- 民眾最近一次於西醫診所的總支付費用歷年趨勢略呈持平。

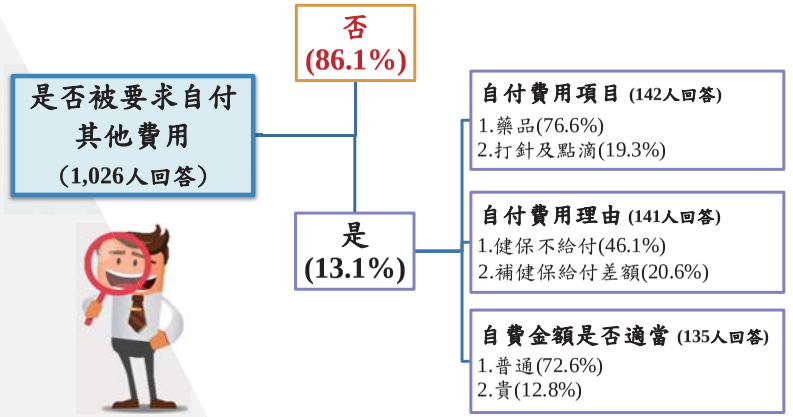


	103年	104年	105年	106年	107年
平均值(元)	164.9	175.2	174.5	171.7	175.9
中位數(元)	150	150	150	150	150

- 資料來源：106年西醫基層總額支付制度實施後醫療品質與可近性民意調查

40

民眾自費情形調查結果2/3

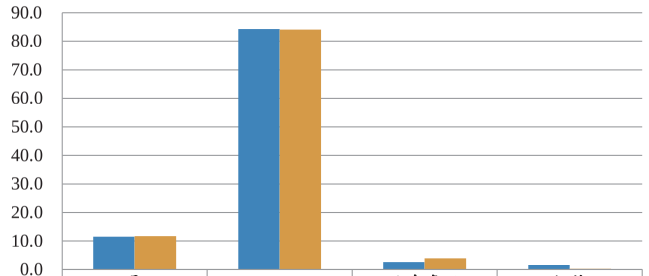


- 資料來源：107年西醫基層總額支付制度實施後醫療品質與可近性民意調查

41

民眾自費情形調查結果3/3

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



	是	否	沒考慮過	拒答
是否會因就醫費用過高而不就診？	11.5	84.3	2.6	1.6
是否會因就醫費用過高而不做檢查、治療或追蹤？	11.7	84.1	3.9	0.3

• 資料來源：107年西醫基層總額支付制度實施後醫療品質與可近性民意調查

42

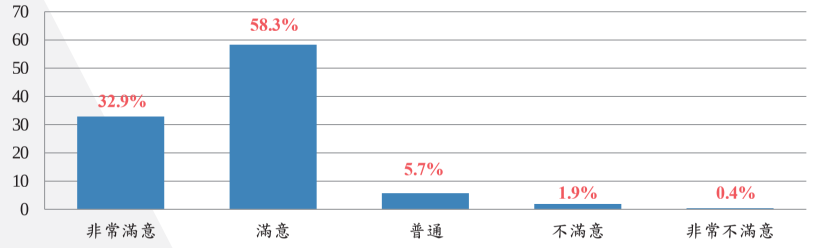
就醫方便性1/5

- 本會定期於每月提供各縣市醫師公會週六、日開診情形，並請各區依據實際需求協調院所假日開診，且各縣市醫師公會均未接獲民眾抱怨反應及須協調開診事宜。
- 本會亦定期提醒會員於重大節日或連假前，務必登錄VPN更新開診服務時段異動情形。
- 查107年全國基層院所週六開診率約為79.6%；週日為19.1%。

43

就醫方便性2/5

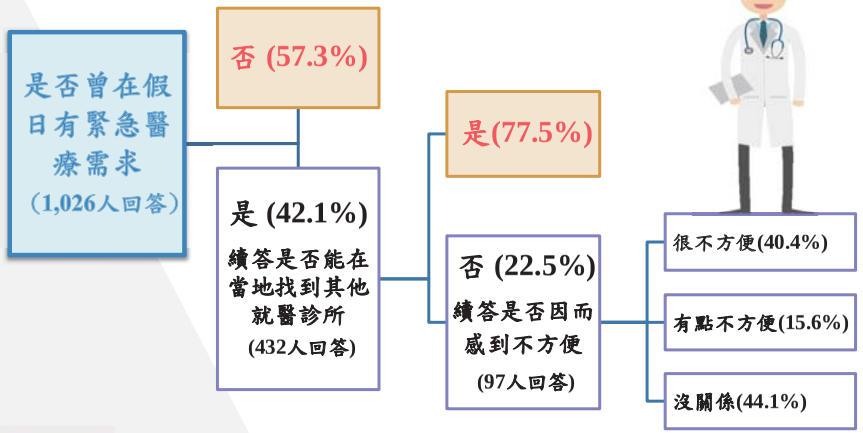
- 9成以上受訪民眾皆認為約診容易，且對於就醫院所交通便利性之滿意度亦高達97.0%(如下圖)。



• 資料來源：107年西醫基層總額支付制度實施後醫療品質與可近性民意調查

44

就醫方便性3/5



• 資料來源：107年西醫基層總額支付制度實施後醫療品質與可近性民意調查

就醫方便性4/5

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

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

資料來源：衛生福利部中央健康保險署
註：基層診所數、醫師數及戶籍人口數係採107年12月統計值。

就醫方便性 5/5

肆、醫療服務品質之確保與提升

一、品質確保方案指標監測結果之檢討及改善措施

二、品質保證保留款實施方案執行結果

品質確保方案指標監測結果之檢討及改善措施1/5

- 107年專業醫療服務品質指標監測結果-1

指標名稱	指標方向	107年	參考值
1.門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率	負向	14.52%	16.89%
2.平均每張慢性病處方箋開藥日數			
-糖尿病	正向	27.25%	21.95
-高血壓	正向	28.16%	22.59
-高血脂	正向	28.01%	22.37
3.門診注射劑使用率	負向	0.55%	0.65%
4.門診抗生素使用率	負向	12.33%	13.54%
5.跨院所門診同藥理用藥日數重疊率			
-降血壓藥物(口服)	負向	0.24%	0.40%
-降血脂藥物(口服)	負向	0.15%	0.26%
-降血糖	負向	0.15%	0.28%
-抗思覺失調症	負向	0.50%	0.93%
-抗憂鬱症	負向	0.37%	0.62%
-安眠鎮靜	負向	0.97%	2.13%

品質確保方案指標監測結果之檢討及改善措施2/5

107年專業醫療服務品質指標監測結果-2

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

品質確保方案指標監測結果之檢討及改善措施3/5

專業醫療服務品質指標結果檢討

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

品質確保方案指標監測結果之檢討及改善措施4/5

107年利用率指標監測結果

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

品質確保方案指標監測結果之檢討及改善措施5/5

利用率指標結果檢討

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

53

品質保證保留款實施方案執行結果1/3

- **107年度分配方式：各診所核發權重和最高以100%計算(計11項)**

項次	指標別	備註	權重
1	診所月平均門診申復核減率	不超過該分區所屬科別八十百分位，即<80百分位	20%
2	診所之每位病人年平均就診次數		20%
3	個案重複就診率		20%
4	健保卡處方登錄差異率≦8%		20%
5	門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>15%		20%
6	藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率	低於該分區80百分位，即≦80百分位(開藥病人數<該分區20百分位者不列入計算)	2%
7	藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率		2%
8	藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率		2%
9	糖尿病病患醣化血色素(HbA1c)執行率≧60%		2%
10	初期慢性腎臟病eGFR執行率，超過5百分位，即>5百分位		2%
11	檢驗（查）結果上傳率≧70%		2%

54

品質保證保留款實施方案執行結果2/3

- **106年西醫基層品質保證保留款各項指標核發家數統計**

項次	指標別	符合家數	比率
1	診所月平均門診申復核減率，不超過該分區所屬科別80百分位，即<80百分位。	8,119	76.8%
2	診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區所屬科別80百分位，即<80百分位。	7,814	74.0%
3	個案重複就診率不超過該分區所屬科別80百分位，即<80百分位。	7,853	74.3%
4	健保卡處方登錄差異率≦8%。	8,986	85.1%
5	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率>10%，惟家醫科和內科門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率>15%。	7,837	74.2%
6	藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率，低於該分區80百分位，即≦80百分位(開藥病人數<該分區20百分位者不列入計算)。	4,351	41.2%
7	藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率，低於該分區80百分位，即≦80百分位(開藥病人數<該分區20百分位者不列入計算)。	5,406	51.2%
8	藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率，低於該分區80百分位，即≦80百分位(開藥病人數<該分區20百分位者不列入計算)。	3,986	37.7%
9	糖尿病病患醣化血色素(HBA1c)執行率≧60%。	4,289	40.6%
10	初期慢性腎臟病eGFR執行率，超過5百分位，即>5百分位。	3,101	29.4%
11	檢驗（查）結果上傳率，≧70%。	64	0.6%

55

品質保證保留款實施方案執行結果3/3

- **107年度尚未完成結算，106年度實施結果如下：**

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

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

伍、協商因素項目之執行情形

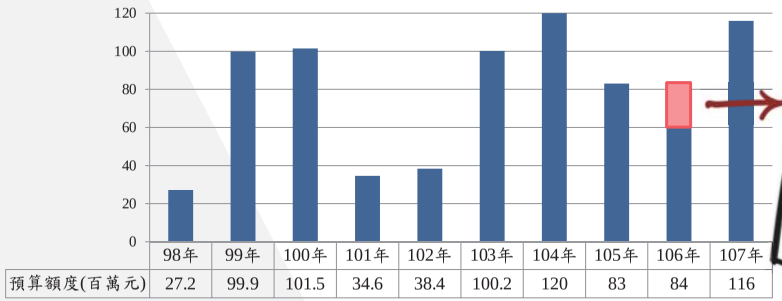
一、新醫療科技

二、支付標準修訂及其他協商因素項目

57

新醫療科技1/3

- 新醫療科技歷年預算約27-120百萬元，主要用於新增藥品項目。



	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年
預算額度(百萬元)	27.2	99.9	101.5	34.6	38.4	100.2	120	83	84	116

惟106年度其中22百萬元編列於新增診療項目：增修「大腸或小腸纖維鏡切片(每一診次)」乙項包裹支付過程面特材(28031C)

58

新醫療科技2/3

98-107年收載新藥之5年累計申報金額

收載年度	當年度預算	5年預算	收載項數	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	申報合計	5年差值
98	27.2	136	40	41	135.5	235.6	308.2	393.2						1,113.5	-977.5
99	99.9	499.5	55		19	59.9	127	191.5	238.2					635.6	-136.1
100	101.5	507.5	48			16.7	86.3	144.7	199.2	233.5				680.4	-172.9
101	34.6	173	70				32.6	170.7	296.1	379.1	466.7			1,345.2	-1172.2
102	38.4	192	29					2.1	13.6	35.2	44.9	63.7		159.5	32.5
98-102小計	301.6	1,508		41	154.5	312.2	554.1	902.2	747.1	647.8	511.6	63.7		3,934.20	-2,426.20
103	100.2	501	44						2.6	18.9	43.6	69	91	225.1	275.9
104	120	600	40							2.4	9.1	21.9	39.7	73.1	526.9
105	83	415	26								35.1	175.2	328.9	539.2	-124.2
106	62	310	42									5	25	30	280
107	116	580	51										42.1	42.1	537.9
98-107合計	782.8	3,914		41	154.5	312.2	554.1	902.2	749.7	669.1	599.4	334.8	526.7	4,843.70	-929.70

59

新醫療科技3/3

98-107年收載新藥之5年累計申報金額

收載年度	當年度預算	5年預算	收載項數	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	申報合計	5年差值

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

雖每年度之第一年預算執行率皆偏低，主要原因為新增項目實施未滿一年。

以105年為例，第一年雖僅申報35百萬元，但累計三年所申報金額卻已超過5年所編列之預算，超出約125百萬元，依此成長趨勢未來恐持續排擠健保其他醫療項目服務預算。

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

60

支付標準修訂

- 107年無調整基本診療費項目及特定診療費項目。
- 106年以醫療服務成本指數改變率2.272%(約20億)、山地離島門診診察費0.095%(1億)及新醫療科技(約0.22億)，調整基本診療費項目及特定診療費項目。整體預算使用約17.7億。

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

資料來源：中央健保署

61

其他協商因素項目-B型肝炎藥費回歸一般服務1/2

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

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

62

其他協商因素項目-B型肝炎藥費回歸一般服務2/2

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

63

其他醫療服務及密集度的改變

- **本項為「就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響（含慢性病照護之增進）」，106-107年未有協定事項。**
- **以下僅回應專家學者對「整體慢性病需求增加，但西醫基層慢性病照護執行率相關指標成長率低、106年就醫人數下降等現象值得注意，建議進行更細緻的分析與說明」。**

64

其他醫療服務及密集度的改變—西醫慢性病門診就醫情形

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

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

65

其他醫療服務及密集度的改變—基層門診慢性病疾病類型

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

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

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

66

其他醫療服務及密集度的改變—慢性病照護情形

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

項目			103年	104年	105年	106年	107年
慢性病有就醫者平均每人門診就醫次數及成長率		值	4.7	4.6	4.6	4.7	**4.7**
		成長率	0.68%	-0.79%	-0.07%	0.71%	**0.91%**
糖尿病患者平均每人給藥天數		值	27.5	27.5	27.3	27.3	**27.3**
		成長率	-1.79%	0.0%	-0.73%	0.0%	**0.0%**
高血壓患者平均每人給藥天數		值	28.3	28.3	28.2	28.2	**28.2**
		成長率	1.07%	0.0%	-0.35%	0.0%	**0.0%**
參加糖尿病論質計酬計畫比率(醫療給付改善方案)		值	25.60%	27.30%	29.00%	32.40%	**36.70%**
		成長率	10.80%	6.60%	6.20%	11.70%	**13.27%**
糖尿病完整照護率	有接受HbA1c	值	84.11%	85.87%	87.27%	88.87%	**89.50%**
		成長率	2.14%	2.09%	1.63%	1.83%	**0.71%**
	有執行「空腹血脂檢查」	值	79.80%	81.20%	82.30%	84.19%	**85.49%**
		成長率	2.60%	1.80%	1.40%	2.40%	**1.50%**

67

其他醫療服務及密集度的改變

- **慢性病照護與資源失衡**
  - 西醫門診利用持續增加，醫院與基層費用差異、資源不同，即便基層門診量占65%，費用卻一直維持在20%，甚至有下降趨勢，慢性病的費用差距更是逐年增加。
  - 慢性病費用耗用高的疾病類型，如高血壓、糖尿病等一直是國人注重的健康問題，也是健康政策的施政目標。但社會改變下的新興疾病(如焦慮相關疾病)也逐漸成長。
  - 最重要的問題是，**民眾主動到基層就醫的意願**。
- **強化民眾對基層的信心**
  - 基層與醫院同樣照顧慢性病患者，應有相等的資源，才能真實滿足民眾期待。
  - 醫界期待資源應持續挹注，擴大基層服務量能，以重新配置醫療資源。

陸、總額之管理與執行績效

一、醫療利用及費用管控情形

二、點值穩定度

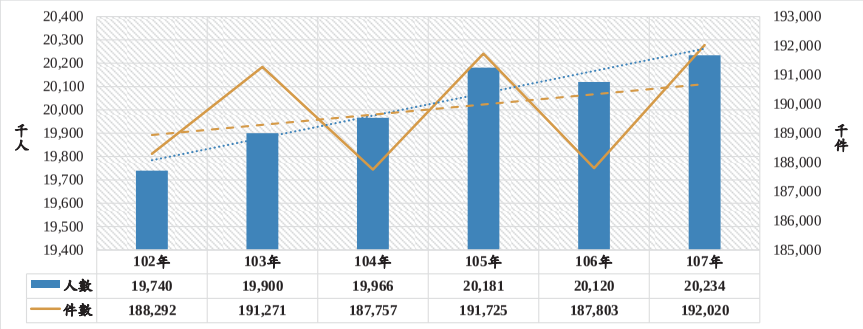
三、專業審查及其他管理措施

四、院所違規情形及醫療機構輔導

69

醫療利用及費用管控情形1/14

- 近6年門診就醫人數平均成長0.5%，件數平均成長0.4%

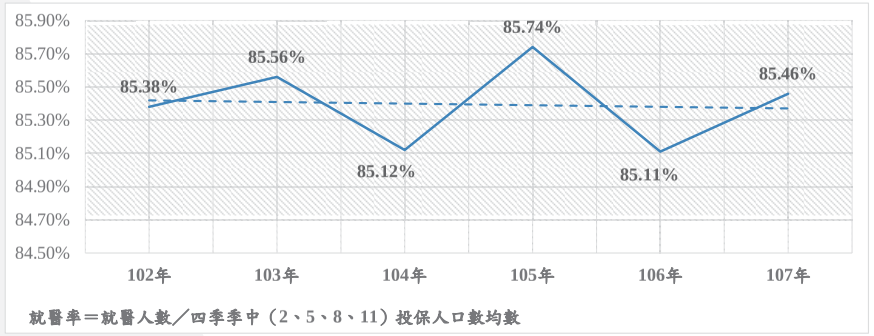


	102年	103年	104年	105年	106年	107年
人數	19,740	19,900	19,966	20,181	20,120	20,234
件數	188,292	191,271	187,757	191,725	187,803	192,020

70

醫療利用及費用管控情形2/14

- 近6年門診就醫率成長趨勢平穩，介於85.11%～85.74%

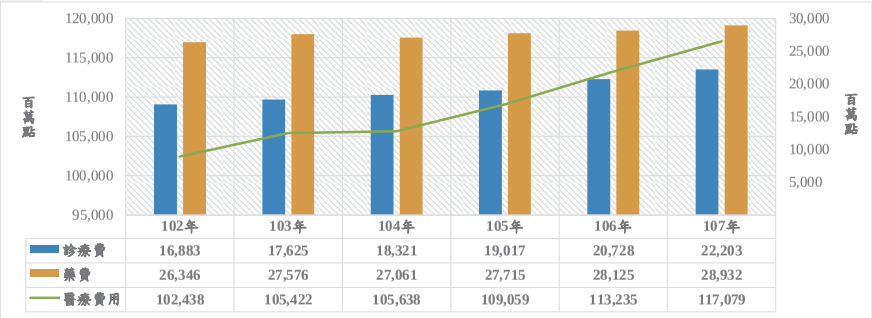


就醫率＝就醫人數／四季季中（2、5、8、11）投保人口數均數

71

醫療利用及費用管控情形3/14

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

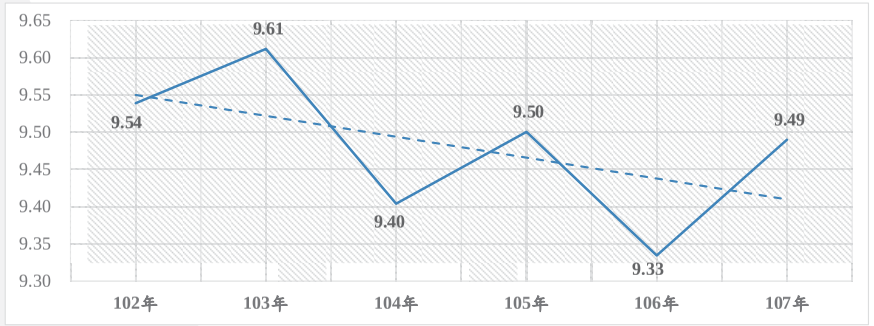


	102年	103年	104年	105年	106年	107年
診療費	16,883	17,625	18,321	19,017	20,728	22,203
藥費	26,346	27,576	27,061	27,715	28,125	28,932
醫療費用	102,438	105,422	105,638	109,059	113,235	117,079

72

醫療利用及費用管控情形4/14

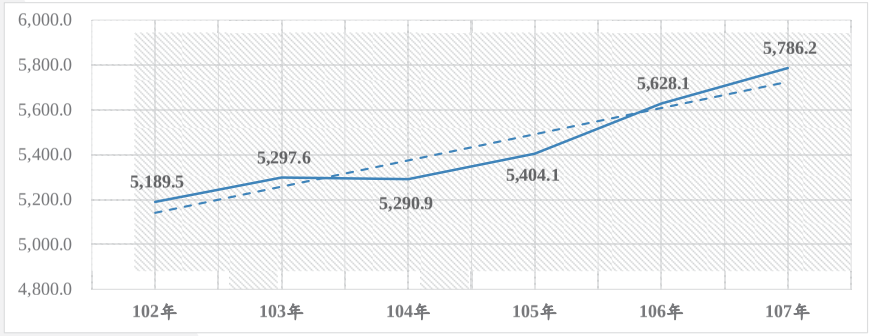
- 近6年門診平均每就醫人就醫次數介於9.33次～9.61次



73

醫療利用及費用管控情形5/14

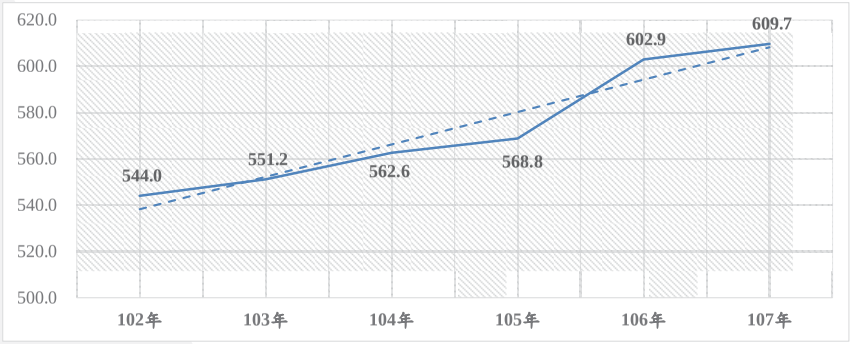
- 近6年門診平均每就醫人醫療費用平均成長1.8%



74

醫療利用及費用管控情形6/14

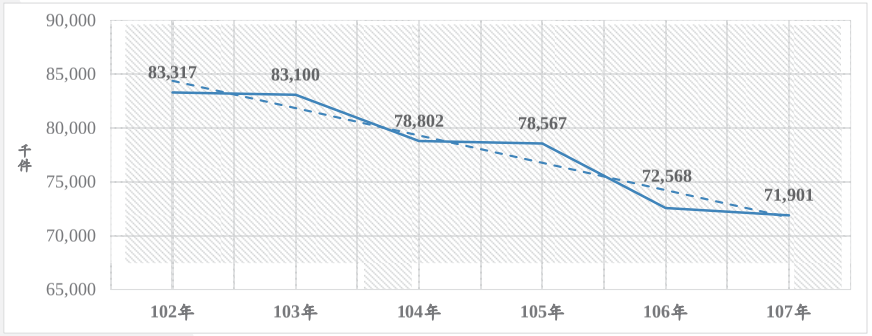
- 近6年門診平均每件費用平均成長1.9%



75

醫療利用及費用管控情形7/14

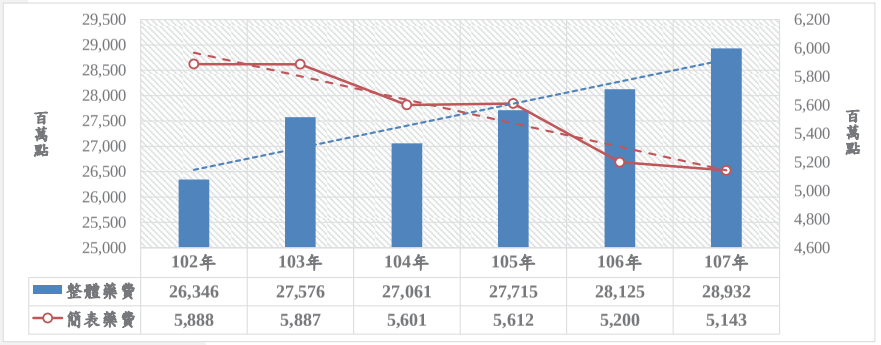
- 近6年門診簡表案件件數平均成長-2.9%



76

醫療利用及費用管控情形8/14

- 近6年門診整體藥費平均成長1.7%，非簡表案件藥費平均成長3.1%



	102年	103年	104年	105年	106年	107年
整體藥費	26,346	27,576	27,061	27,715	28,125	28,932
簡表藥費	5,888	5,887	5,601	5,612	5,200	5,143

77

醫療利用及費用管控情形9/14

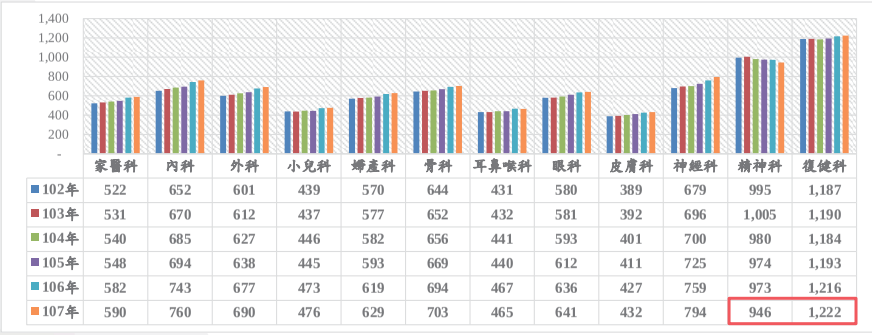
- 近6年就醫科別件數平均成長以精神科8.8%最高，復健科5.1%次之

	家醫科	內科	外科	小兒科	婦產科	骨科	耳鼻喉科	眼科	皮膚科	神經科	精神科	復健科
102年	47,557	29,623	4,705	24,053	7,842	6,039	30,445	15,441	13,732	1,067	2,464	4,650
103年	47,332	30,056	4,742	24,567	7,799	6,291	31,332	15,785	14,032	1,079	2,693	4,847
104年	46,036	29,456	4,656	23,521	7,744	6,528	30,388	15,704	13,932	1,068	2,921	5,048
105年	46,417	29,895	4,744	24,743	7,470	6,665	32,149	15,435	13,888	1,134	3,152	5,214
106年	44,595	29,230	4,648	23,515	7,233	6,959	30,948	15,523	13,994	1,208	3,465	5,618
107年	44,944	29,651	4,686	24,175	7,004	7,177	32,446	15,785	14,197	1,288	3,758	5,968

78

醫療利用及費用管控情形10/14

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

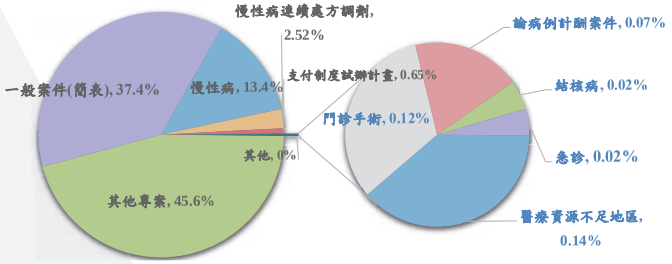


	家醫科	內科	外科	小兒科	婦產科	骨科	耳鼻喉科	眼科	皮膚科	神經科	精神科	復健科
102年	522	652	601	439	570	644	431	580	389	679	995	1,187
103年	531	670	612	437	577	652	432	581	392	696	1,005	1,190
104年	540	685	627	446	582	656	441	593	401	700	980	1,184
105年	548	694	638	445	593	669	440	612	411	725	974	1,193
106年	582	743	677	473	619	694	467	636	427	759	973	1,216
107年	590	760	690	476	629	703	465	641	432	794	946	1,222

79

醫療利用及費用管控情形11/14

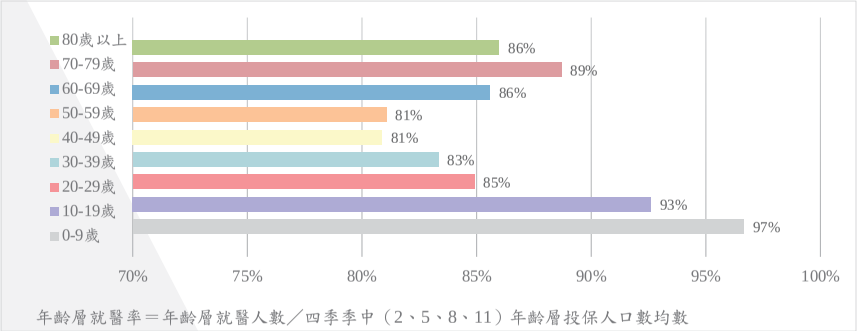
- 案件類別中，近6年「其他專案」平均淨增加件數幅度最大，其次為「慢性病」案件。107年費用占率以「其他專案」45.6%最高，「一般案件」37.4%次之 。



80

醫療利用及費用管控情形12/14

- 107年年齡層就醫率以0-9歲族群97%最高，10-19歲93%次之。

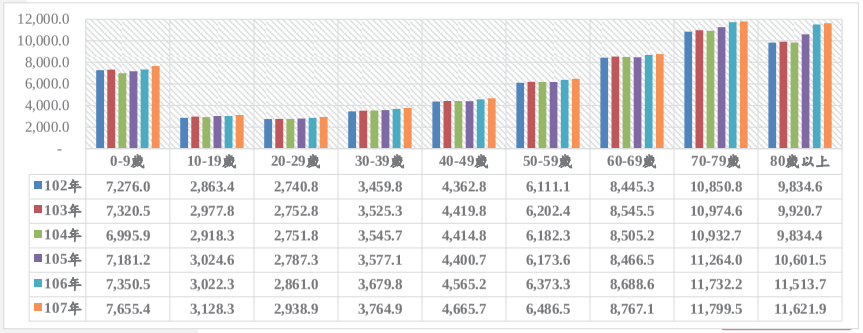


年齡層就醫率＝年齡層就醫人數／四季季中（2、5、8、11）年齡層投保人口數均數

81

醫療利用及費用管控情形13/14

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

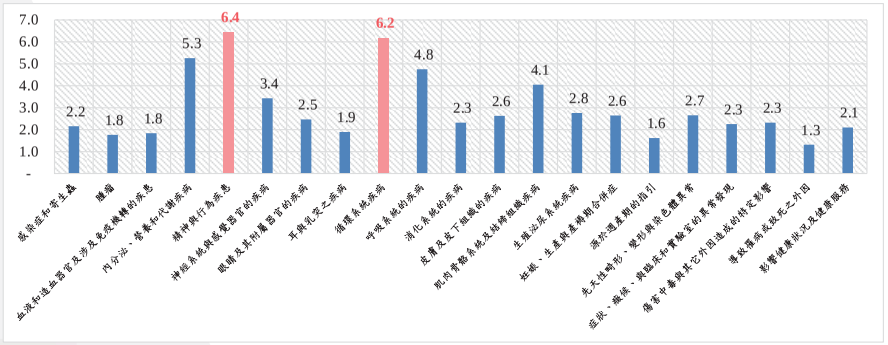


	0-9歲	10-19歲	20-29歲	30-39歲	40-49歲	50-59歲	60-69歲	70-79歲	80歲以上
102年	7,276.0	2,863.4	2,740.8	3,459.8	4,362.8	6,111.1	8,445.3	10,850.8	9,834.6
103年	7,320.5	2,977.8	2,752.8	3,525.3	4,419.8	6,202.4	8,545.5	10,974.6	9,920.7
104年	6,995.9	2,918.3	2,751.8	3,545.7	4,414.8	6,182.3	8,505.2	10,932.7	9,834.4
105年	7,181.2	3,024.6	2,787.3	3,577.1	4,400.7	6,173.6	8,466.5	11,264.0	10,601.5
106年	7,350.5	3,022.3	2,861.0	3,679.8	4,565.2	6,373.3	8,688.6	11,732.2	11,513.7
107年	7,655.4	3,128.3	2,938.9	3,764.9	4,665.7	6,486.5	8,767.1	11,799.5	11,621.9

82

醫療利用及費用管控情形14/14

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



83

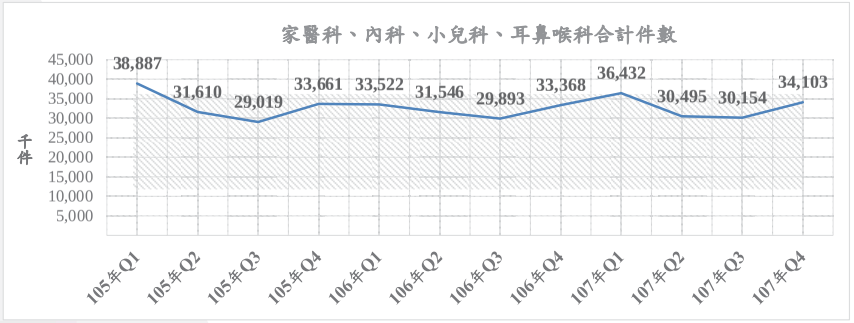
醫療利用及費用管控情形—流感疫情影響1/2

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

84

醫療利用及費用管控情形—流感疫情影響2/2

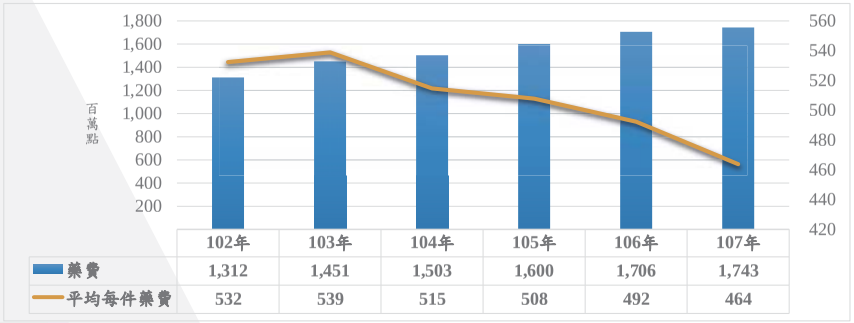
- 107年第1季較105年春節流感情形輕微，第2季因疫情趨緩，且流行期施打流感疫苗因素，件數較同期略為下降



85

醫療利用及費用管控情形—精神科藥費1/4

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

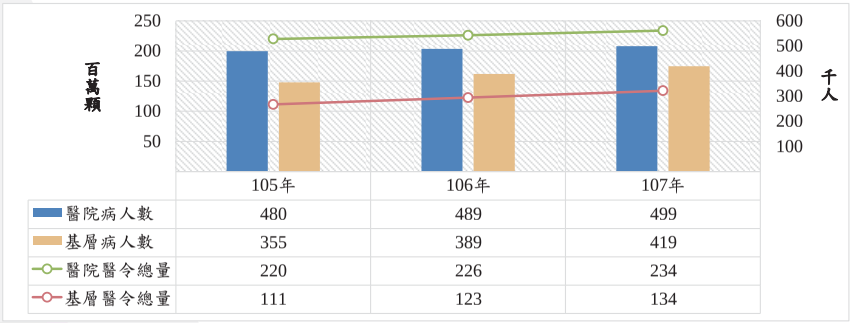


	102年	103年	104年	105年	106年	107年
藥費	1,312	1,451	1,503	1,600	1,706	1,743
平均每件藥費	532	539	515	508	492	464

86

醫療利用及費用管控情形—精神科藥費2/4

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



	105年	106年	107年
醫院病人數	480	489	499
基層病人數	355	389	419
醫院醫令總量	220	226	234
基層醫令總量	111	123	134

87

醫療利用及費用管控情形—精神科藥費3/4

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

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

註1：抗思覺失調藥物（口服）：ATC前五碼=N05AA、N05AB(排除N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除N05AN01)、N05AX，且醫令代碼第8碼為1。
註2：抗憂鬱症藥物（口服）：ATC前五碼=N06AA(排除N06AA12、N06AA02)、N06AB、N06AG，且醫令代碼第8碼為1。
註3：安眠鎮靜與抗焦慮藥物（口服）：ATC前五碼為N05BA(排除N05BA09)、N05BB、N05BC、N05BD、N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第8碼為1。
註4：納入種類數：西醫基層口服安眠鎮靜與抗焦慮藥物之病人，其在基層診所領取相同成分藥品且合計給藥日份≧200日之種類數。

88

醫療利用及費用管控情形—精神科藥費4/4

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

89

醫療利用及費用管控情形—超音波心臟圖

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

90

醫療利用及費用管控情形—慢連箋未再調劑

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

91

點值穩定度1/4

因醫療環境及人口組成情形相異，各區以調整審查指標及管控高成長科別方式穩定點值。

持續分析並分享各區醫療費用申報情形，做為點值穩定及費用管理之參考依據。

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

配合健保署雲端藥歷查詢及檢驗檢查資料共享等機制，輔導院所降低重複用藥及檢查比例，節省健保醫療資源。

92

點值穩定度2/4

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

季別	項目	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全區
第1季	浮動點值	0.8745	0.9362	0.9226	0.9436	0.9219	1.0300	0.9206
	平均點值	0.9170	0.9614	0.9466	0.9654	0.9491	1.0225	0.9435
第2季	**浮動點值**	**0.9476**	**0.9746**	**0.9621**	**1.0000**	**0.9765**	**1.1000**	**0.9606**
	平均點值	**0.9510**	**0.9761**	**0.9705**	**0.9947**	**0.9801**	**1.0584**	**0.9717**
第3季	浮動點值	0.8900	0.9551	0.9241	0.9758	0.9736	1.1000	0.9408
	平均點值	0.9269	0.9703	0.9476	0.9851	0.9815	1.0663	0.9571
第4季	浮動點值	0.9177	0.9567	0.9280	0.9799	0.9625	1.0915	0.9427
	平均點值	0.9354	0.9686	0.9483	0.9854	0.9743	1.0617	0.9587

93

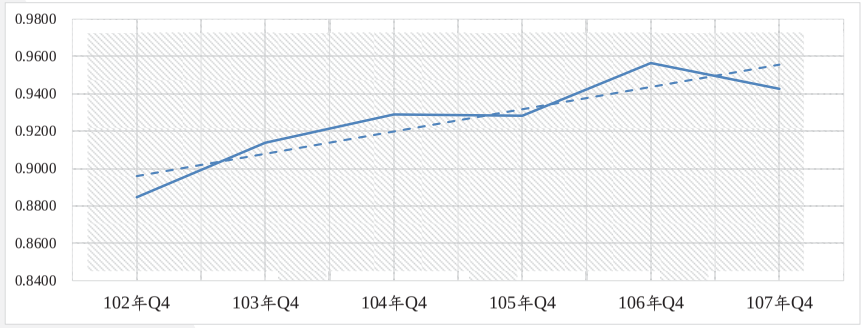
點值穩定度3/4

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

94

點值穩定度4/4

- 浮動點值各年同期整體趨勢成長



95

專業審查及其他管理措施1/4

落實審查醫師教育訓練、品質評核及輔導流程

實施跨區審查制度，以因應無法審查案件情形

建立專案訂定審查共識、重申審查準則、異常院所分析及抽審、主題分析及管理

積極管理與輔導院所異常之申報情形

96

專業審查及其他管理措施2/4

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

97

專業審查及其他管理措施3/4

考量各區醫療環境及輔導管理方式差異

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

例行性檢討審查規範

- 107年例行檢討**家醫科等8科24條審查規範**

專案性訂定審查共識

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

98

專業審查及其他管理措施4/4

▶ **初核核減率、申復後核減率及爭審後核減率**全區差距皆小，且呈下降趨勢

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

99

院所違規情形及醫療機構輔導1/4

▶ **違規家次及金額均較106年減少。**

《全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法》第37-40條之違規案件類型統計

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

違規態樣-違規類型

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

100

院所違規情形及醫療機構輔導2/4

年度	105年度				106年度				107年度			
類型	總額舉發		非總額舉發		總額舉發		非總額舉發		總額舉發		非總額舉發	
	家次	點數	家次	點數	家次	點數	家次	點數	家次	點數	家次	點數
扣減	0	0	136	13,029,410	1	13,261	129	1,559,462	0	0	80	715,346
罰鍰	0	0	72	15,549,944	7	86,044	74	3,805,038	0	0	32	3,414,429
其他	0	0	30	11,364,169	0	14,357	42	40,671,115	0	0	78	30,841,725
小計	0	0	238	39,943,523	8	113,662	245	46,035,615	0	0	190	34,971,500

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

註2：類型別之定義

扣減：扣減10倍之本金，即原認列之點數。

罰鍰：罰鍰之本金，即原認列之虛報點數。

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

101

院所違規情形及醫療機構輔導3/4

項目/年度(家次/點數)	105年度		106年度		107年度	
	家次	點數	家次	點數	家次	點數
1.未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務	**77**	**11,923,028**	**62**	**6,778,863**	**82**	**4,617,976**
2.未經醫師診斷逕行提供醫事服務	**53**	**1,089,164**	**55**	**2,031,221**	**22**	**738,477**
3.處方箋或醫療費用申報內容為病歷或紀錄所未記載	-	-	2	3,148	-	-
4.未記載病歷或未製作紀錄，申報醫療費用	-	-	-	-	-	-
5.申報明知病人以他人之保險憑證就醫之醫療費用	-	-	1	1,377	-	-
6.容留非具醫事人員資格，執行醫師以外醫事人員之業務	6	17,218	9	868,067	12	591,519
7.以保險對象之名義，申報非保險對象之醫療費用	-	-	-	-	-	-
8.以提供保險對象非治療需要之藥品、營養品或其他物品之方式，登錄就醫並申報醫療費用	4	156,337	-	-	2	41,453
9.未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用	19	976,009	17	1,615,911	16	1,299,722
10.其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用	38	17,653,818	48	12,595,295	34	7,035,869
11.保險醫事服務機構容留未具醫師資格之人員，為保險對象執行醫療業務，申報醫療費用	-	-	-	-	2	1,673,701
12.保險醫事服務機構或其負責醫事人員依前條規定受停約，經執行完畢後五年內再有前條規定之一	4	247,927	2	118,968	-	-
13.以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大	5	4,241,357	6	4,617,381	5	3,836,796
14.保險醫事服務機構容留未具醫師資格之人員，為保險對象執行醫療業務，申報醫療費用，情節重大	2	482,201	1	5,640	-	-
15.停約期間，以不實之就診日期申報，對保險對象提供之服務費用，或交由其他保險醫事服務機構申報該服務費用	-	-	-	-	-	-
16.依第一款至前款規定，受終止特約或停約一年，期滿再申請特約後，經查於終止特約或停約一年期間，有前款所定情事	-	-	-	-	-	-
17.其他	30	3,156,464	42	17,399,744	15	15,135,987
合計	238	39,943,523	245	46,035,615	190	3,4971,500

102

院所違規情形及醫療機構輔導4/4

- 宣導與改進
  - ✓ 接獲會員違規情事，即轉知所屬縣市醫師公會，俾利公會即時介入關心、輔導
  - ✓ 每二週彙整院所違規態樣
  - ✓ 落實辦理違規解聘作業：107年解聘審查醫藥專家共1名
  - ✓ 輔導異常院所，實地檢視病歷紀錄、藥袋標示、醫療設備、環境品質、人力設施、治療方式及醫療品質、臨床處置等。

“

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

”

104

結語

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

107年度
西醫基層專案計畫執行成果報告

報告人：陳相國常務理事、徐超群醫師
中華民國醫師公會全國聯合會

報告大綱

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

全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫

全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫1/3

103-107年家醫計畫執行情形

項目/年度	103	104	105	106	107
預算數(百萬元)	1,200.0	1,180.0	1,180.0	1580.0+450.0	2880.0-450.0
預算執行數(百萬元)	1,197.3	1,180.0	1,180.0	914.9	2,430.0
預算執行率	99.78%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
執行社區醫療群數	389	426	414	526	567
退場	9	49	24	1	
新加入	20	46	37	136	46
診所數	2,890	3,035	3,057	4,063	4,558
醫師數	3,527	3,709	3,789	5,182	5,924
收案人數	2,235,088	2,484,646	2,603,757	4,134,238	4,730,740
較需照護名單人數	5,158,654	5,158,097	5,510,363	6,144,246	6,101.880
參與診所占率	28.5%	29.7%	29.90%	36.61%	43.60%
參與醫師占率	24.1%	24.9%	25.04%	33.73%	37.81%
收案人數占率	9.5%	10.5%	11.10%	17.56%	19.82%
交付名單收案在較需照護群占率	33.22%	38.60%	38.61%	49.68%	55.05%

107年收案人數仍成長約15%：

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

全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫2/3

103-107年績效獎勵金點值

年度	較需照護名單數(A)	收案人數			交付名單收案數占較需照護群占率(B/A)	總預算數(億)	點值
		交付名單收案數(B)	自行收案數(C)	合計(B+C)			
103	5,158,654	1,713,510	521,578	2,235,088	33.22%	12.0	0.84
104	5,158,097	1,990,883	493,763	2,484,646	38.60%	11.8	0.99
105	5,510,363	2,127,690	476,067	2,603,757	38.61%	11.8	0.70
106	6,144,246	3,052,652	1,081,585	4,134,237	49.68%	15.8+4.5	0.74
107	6,101,880	3,359,025	1,371,715	4,730,740	55.05%	28.8-4.5	0.79

雖參與本計畫之醫師數或收案人數皆不斷上升，但卻因預算限制，**績效獎勵金採浮動點值支付，點值因此有逐年遞減之趨勢**。
此筆費用本用以獎勵家庭醫師執行家醫計畫，惟**自105年起點值持續低於0.8元**，對於認真付出及提供高醫療服務品質之醫師無疑是一種打擊，未來恐將影響醫師提升品質之意願。

全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫3/3

103-107年會員滿意度調查結果

年度	分區電話抽測通數	施測項目		
		健康諮詢及衛教	對會員健康狀況的了解程度	對家庭醫師整體性
103	3,895	98.0%	98.0%	98.0%
104	4,440	99.3%	99.4%	99.3%
105	4,172	99.2%	99.2%	99.1%
106	5,272	99.5%	99.5%	99.5%
107	5,398	99.3%	99.4%	99.3%

- 家庭醫師歷年不間斷提供服務，呈現在會員滿意度中，歷年皆達98%以上，在分級醫療中扮演著「厝邊好醫師」的角色。

提供24小時電話諮詢服務：38,119通/年
辦理社區衛教：2,127場/年
參與社區衛教人數：73,462人/年

強化基層照護能力「開放表別」

目的

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

執行結果-106-108開放表別項目

項目	醫令代碼	醫令名稱	醫令點數	項目	醫令代碼	醫令名稱	醫令點數	項目	醫令代碼	醫令名稱	醫令點數
1	09111C	甲狀腺球蛋白(EIA/LIA)	90	16	14066C	流行性感冒B型病毒抗原	150	31	62047C	局部皮瓣(2公分以上)	7,310
2	09122C	INTACT副甲狀腺免疫分析	360	17	17004C	標準肺量測定 (包括FRC測定)	485	32	09099C	心肌旋轉蛋白Ⅰ	450
3	09128C	C-胜鏈胰島素免疫分析	180	18	17006C	支氣管擴張劑試驗	485	33	12165C	A群鏈球菌抗原	200
4	12020C	肺炎黴漿菌抗體試驗	225	19	18005C	超音波心臟圖(包括單面、雙面)	1,200	34	19013C	陰道式超音波	957
5	12048C	運鐵蛋白-免疫比濁法	275	20	18006C	杜卜勒氏超音波心臟圖	600	35	09129C	維生素B12免疫分析	180
6	12078C	CA-153腫瘤標記(EIA/LIA法)	400	21	47043C	上消化道內視鏡止血法(任何方法)	7,818	36	12073C	淋巴球表面標記－感染性疾病檢驗	800
7	12079C	CA-199腫瘤標記(EIA/LIA法)	400	22	54044C	耳石復位術	432	37	12202C	C型肝炎病毒核酸基因檢測-即時聚合酶連鎖反應法	2,450
8	12151C	同半胱胺酸(Homocysteine)	400	23	64089C	腱、韌帶皮下切斷手術	2,727	38	14074C	HIV病毒負荷量檢查	4,000
9	12172C	尿液肺炎球菌抗原	320	24	86402C	網膜透熱或冷凍法再附著術	6,260	39	18007C	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	2,000
10	13008C	細菌培養鑑定檢查（包括一般細菌真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外），對同一檢體合併實施一般培養及厭氧性培養時加算二分之一	100	25	87031C	下眼瞼擧縮併角膜暴露矯正術	5,820	40	18019C	攜帶式心電圖記錄檢查	2,800
11	13009C	細菌藥物敏感性試驗－1菌種	150	26	09113C	皮質素免疫分析	240	41	20013C	頸動脈超音波檢查	800
12	13010C	細菌藥物敏感性試驗－2菌種	230	27	12086C	人類白血球抗原 － HLA-B27	1,351	42	22017C	平衡檢查	450
13	13011C	細菌藥物敏感性試驗－3菌種以上	300	28	12121C	甲促素結合體抗體	360	43	51018C	光化治療 一天	855
14	13017C	KOH顯微鏡檢查	45	29	57017C	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器（每次）	30	44	51019C	光線治療（包括太陽光、紫外線、紅外線）一天	430
15	14065C	流行性感冒A型病毒抗原	150	30	62046C	局部皮瓣(1-2公分)	3,350	45	51033C	皮膚鏡檢查	250

註:106年度第1-25項開放時間為106年5月起；107年度第26-31項開放時間為107年2月起； 32-34項開放時間為107年6月起；108年度第35-45項開放時間為108年4月起。

執行結果-106-108年開放表別預算執行點數

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

遞延效應：

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

執行結果-開放表別項目衍生費用

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

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

註1：106年5月1日起開始申報25項開放別表項目。107年2月1日起開放6項；107年6月1日起開放3項。
註2：本資料未扣除去年度基期跨表申請醫令費用。
資料來源：本會健保倉儲資料。

運作方式-西醫基層辦理開放表別項目時程

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

運作方式-盤點待開放表別資料庫

開放表別資料庫

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

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

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

註：個別院所申請跨表項目，依健保署提供105年-106年西醫基層院所跨表項目醫療申報情形，並經健保署比對基層院所有申報跨表且當年度該院所該項目為有效狀態之資料計算。

運作方式-新增開放項目外，併要求品質與合理管控1/3

針對新增開放項目，與各專科醫學會合作

✓函請相關專科醫學會提供建議或管控措施

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

✓邀請相關專科醫學會代表出席會議討論

- 51018C光化治療 一天、51019C光線治療→台灣皮膚科醫學會

運作方式-新增開放項目外，併要求品質與合理管控2/3

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

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

運作方式-新增開放項目外，併要求品質與合理管控3/3

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

討論1/2

預算執行率有辦法接近100%?

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

討論2/2

開放表別項目，是否有減少民眾到醫院就醫?

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

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

結論

- 本於善良管理之責任，不一昧追求增加西醫基層就診率，而增加開放項目。
- 部分開放表別項目，實施尚未滿一年，將持續監控申報情形。
- 建議五年內平均年成長率低於1%以內之項目，可移列至一般服務費用支應。

新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用1/4

計畫目的

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

新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用2/4

經費來源

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

新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用3/4

執行情形及成效評估

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

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

新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用4/4

檢討與改善方向

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

西醫醫療資源不足地區改善方案

徐超群 醫師

- 台灣大學醫學院醫學士
- 美國約翰霍普金斯大學醫療政策與管理研究所碩士
- 超群診所院長
- 94年度起參與規劃並實地執行巡迴醫療計畫

26

報告大綱

壹、107年度方案目標及修正重點

貳、執行結果

參、成效評估

肆、107年評核委員評論意見及期許之回應說明

伍、結論及未來展望

27

壹、107年度方案目標及修正重點

28

年度目標及經費來源

年度目標

- 巡迴醫療服務計畫：鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務，本年度以**225,000總服務人次**及**10,000總診次**為目標。
- 獎勵開業服務計畫：鼓勵西醫醫師至本方案施行區域開業，提供醫療服務。

經費來源

- 本方案經費自西醫基層總額「醫療資源不足地區改善方案」專款項下支應。
- **107年度預算為187百萬元**，與醫院總額同項專款相互流用。

施行區域

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

費用支付-巡迴醫療服務計畫

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

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

費用支付-獎勵開業服務計畫

- **該診所總額內核定點數以該區浮動每點支付金額至少1元計算，依分級支付原則每月最低保障額度第一級20萬點、第二級25萬點及第三級35萬點計算，至第36個月止。**
- 如總額內核定點數超過保障額度，依該區點值每點金額至少1元計算。
- 第一級、第二級地區開業診所：第7個月起，須達保障額度35%，未達者以保障額度70%核付。第13個月起須達保障額度45%，未達者以60%核付。第25個月起，須達保障額度50%，未達者以50%核付。第三級地區開業診所第25個月起，若當月總服務量未滿保障額度35%，當月則以保障額度之80%核付。
- 如同時提供開業及巡迴醫療服務，其巡迴醫療之論次費用以30%支付。

107年度修正重點1/2

施行區域

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

加成費用

- 基層診所之診察費加成，每件依105年全年平均診察費292點加計3成。

巡迴計畫修正

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

107年度修正重點2/2

開業計畫修正

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

經費運用

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

貳、執行結果

醫療服務提供概況-歷年巡迴醫療服務統計

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

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

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

醫療服務提供概況-
107年各分區巡迴醫療服務統計

- 南區同以往為巡迴鄉數 最多的一區。

項目\分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區
參與醫師數	19	8	24	85	8	15
參與護理人員數	20	8	40	149	23	41
參與藥事人員數	0	2	6	35	4	9
巡迴鄉數	11	9	16	34	5	8
執行院所數	13	8	19	67	6	9
巡迴點數(村數)	33	17	42	145	15	22

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

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

醫療服務提供概況-
醫師科別分布

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

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

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

- 資料來源：衛生福利部中央健康保險署
- 部分醫師具多重專科醫師資格

醫療服務提供概況-
門診就醫率

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

- 資料來源 - 中央健康保險署二代及三代倉儲系統門診明細檔及保險對象資訊檔 (擷取時間：108年05月03日)。
- 就醫人數以身分證號碼及生日歸戶。
- 醫不足地區即各年度醫療資源不足地區改善方案實施鄉鎮(區)
- 醫不足地區就醫率=就醫於醫不足地區之人數/投保於醫不足地區之人數。
- 各分區就醫率(以台北區為例)=就醫於各分區醫不足地區之人數/投保於台北區醫不足地區之人數。

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

民眾利用概況-
107年醫療資源不足地區就醫疾病別

排名	疾病名稱	件數(千件)	占率	醫療點數(千點)
1	急性上呼吸道多處或未明示感染	562	14.13%	201,458
2	本態性(原發性)高血壓	270	6.80%	256,871
3	第二型糖尿病	148	3.71%	188,612
4	急性支氣管炎	142	3.58%	50,900
5	背痛	142	3.58%	53,604

- 資料來源 - 中央健康保險署二代及三代倉儲系統門診明細檔。
- 本表統計範圍為西醫基層診所就醫之門診資料(不包含代辦案件)；其中醫療資源不足地區就醫率指投保於醫療資源不 足地區之保險對象於該地區之就醫情形。
- 醫療點數=申請點數+部分負擔金額。
- 占率指該疾病之件數占西醫醫療資源不足地區合計件數之比例。

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

民眾利用概況-
醫療資源不足地區就醫年齡層分布

年齡層	103年		104年		105年		106年		107年	
	人數	占率	人數	占率	人數	占率	人數	占率	人數	占率
0-9	36,020	6.90%	34,027	6.30%	26,528	5.47%	28,876	5.60%	28,379	5.6%
10-19	64,410	12.30%	64,180	11.90%	51,431	10.60%	51,834	10.10%	49,389	9.7%
20-29	36,558	7.00%	39,021	7.20%	36,814	7.59%	38,733	7.60%	39,316	7.7%
30-39	50,597	9.70%	52,136	9.70%	47,710	9.83%	49,536	9.70%	48,539	9.5%
40-49	61,854	11.90%	62,595	11.60%	53,405	11.01%	57,632	11.30%	57,932	11.4%
2→ 50-59	70,944	13.60%	74,872	13.90%	69,135	14.25%	74,306	14.50%	74,326	14.6%
1→ 60-69	75,050	14.40%	77,886	14.40%	76,679	15.81%	83,293	16.30%	84,409	16.6%
3→ 70-79	84,099	16.10%	87,791	16.30%	73,070	15.06%	73,462	14.40%	71,890	14.1%
80-89	37,891	7.30%	42,724	7.90%	44,441	9.16%	47,400	9.30%	48,569	9.5%
90以上	4,319	0.80%	4,865	0.90%	5,929	1.22%	6,577	1.30%	7,175	1.4%
總計	521,742	100%	540,097	100%	485,142	100%	511,649	100%	509,924	100.0%

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

民眾利用概況-
歷年巡迴醫療民眾利用統計

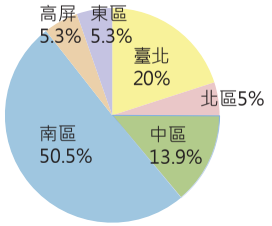
項目\年別	103年	104年	105年	106年	107年
巡迴總診次	13,103	12,658	11,621	11,875	12,272
巡迴總人次	227,662	214,661	198,760	216,131	232,146
平均每診次服務人次	17	17	17	19	19

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

民眾利用概況-
107年各分區巡迴醫療民眾利用統計

項目\分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區
巡迴總診次	1,571	759	1,701	6,786	545	910
巡迴總人次	46,495	11,714	32,156	117,208	12,180	12,393
平均每診次服務人次	30	15	19	17	22	14

統計107年巡迴總人次，主要集中於南區(50.5%)及台北區(20%)。



民眾利用概況-
歷年巡迴醫療費用申報統計表

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

- 資料來源-中央健康保險署分區統計結果。
- 醫療費用為申請點數+部分負擔。

民眾利用概況-
各分區巡迴醫療費用申報統計

單位：千點

項目\分區別		臺北	北區	中區	南區	高屏	東區
103	醫療費用	15,559	7,558	22,087	51,493	6,957	5,556
	診察費加成	2,101	1,070	3,127	7,267	890	650
104	醫療費用	13,410	7,467	20,383	51,859	6,500	6,156
	診察費加成	1,887	1,070	2,908	6,930	843	727
105	醫療費用	12,047	5,797	15,867	45,630	6,908	4,789
	診察費加成	2,284	770	3,322	8,604	865	744
106	醫療費用	14,540	5,459	17,336	49,280	7,485	4,970
	診察費加成	2,941	1,050	3,415	9,072	982	829
107	醫療費用	19,604	5,299	13,193	53,337	7,028	6,613
	診察費加成	4,077	1,026	2,756	10,317	937	1,071

歷年獎勵開業服務計畫申辦與服務情形暨醫療費用申報概況

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

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

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

參、成效評估

計畫達成情形-
歷年巡迴醫療服務目標達成統計1/2

項目/年度	103年	104年	105年	106年	107年
目標數					
鄉鎮數(個)	93	88	86	84	85
巡迴總服務人次	225,000	225,000	225,000	225,000	225,000
巡迴總服務時數/診次	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
執行數					
鄉鎮數(個)	90	86	84	82	83
巡迴總服務人次	227,662	219,626	200,173	216,131	232,146
巡迴總服務時數/診次	13,103	12,836	11,612	11,875	12,272
目標達成率					
鄉鎮數	96.77%	97.73%	98.00%	97.62%	97.64%
巡迴總服務人次	101.18%	97.61%	88.97%	96.06%	103.18%
巡迴總服務時數/診次	131.03%	128.36%	116.12%	118.75%	122.72%

- 資料來源：中央健保署。

計畫達成情形-
歷年巡迴醫療服務目標達成統計2/2

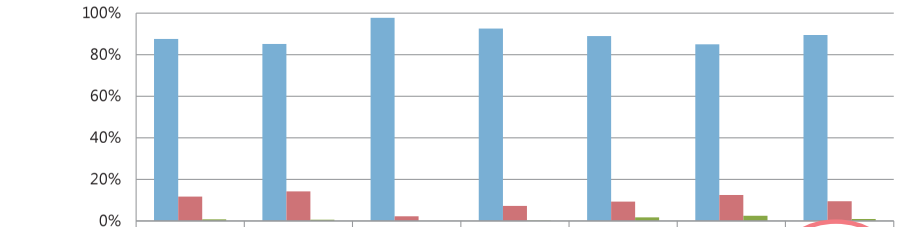
- 107年度預定公告之施行區域計有115個(基層診所85個，醫院30個)，基層診所之**較前一年度增加1個鄉鎮(花蓮縣瑞穗鄉改由基層診所承作)**。
- 107年度基層診所實際執行鄉鎮數為83個，未承作地區為**台中市外埔區**及**彰化縣線西鄉**，皆無基層院所登記辦理。108年度方案皆已改由醫院承作。

計畫達成情形-
各分區巡迴醫療鄉鎮執行概況

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

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

民眾就醫可近性-
107年民眾到達就醫地點所花時程



	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
10分鐘以內	87.60%	85%	97.80%	92.60%	89.00%	85.00%	89.50%
11~30分鐘	11.70%	14.20%	2.20%	7.20%	9.30%	12.50%	9.50%
30分鐘~1小時	0.80%	0.60%	0.00%	0.20%	1.70%	2.50%	0.90%

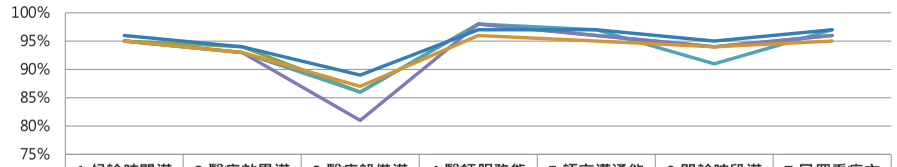
• 資料來源：中央健保署各分區業務組。

民眾就醫可近性-
提供「到宅」行動醫療照護

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

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

民眾滿意度評估-
歷年民眾滿意度評估表



	1.候診時間滿意度	2.醫療效果滿意度	3.醫療設備滿意度	4.醫師服務態度滿意度	5.語言溝通能力滿意度	6.門診時段滿意度	7.民眾看病方便性
103年	95%	94%	86%	98%	96%	94%	96%
104年	95%	93%	86%	98%	97%	91%	97%
105年	95%	93%	81%	98%	96%	94%	96%
106年	96%	94%	89%	97%	97%	95%	97%
107年	95%	93%	87%	96%	95%	94%	95%

• 資料來源：中央健保署各分區業務組。

民眾滿意度評估-
107年各分區民眾滿意度評估

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

• 資料來源：中央健保署各分區業務組。

實地訪查與檢討-
中央健保署各分區實地訪查家數

單位：家

年度\分區	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計
103年	16	5	8	13	8	8	58
104年	3	4	6	9	7	8	37
105年	2	1	5	11	6	7	32
106年	3	5	5	14	6	0	33
107年	2	4	3	14	6	0	29

• 資料來源：中央健保署各分區業務組

實地訪查與檢討-
107年各分區實地訪查考核結果

分區\評分結果	優	良	觀察	輔導	總計
	(95分以上)	(80~95分)	(70~80分)	(70分以下)	
臺北	0	2	0	0	2
北區	2	2	0	0	4
中區	0	3	0	0	3
南區	3	11	0	0	14
高屏	6	0	0	0	6
東區	0	0	0	0	0
占率	37.9%	62.1%	0%	0%	100%

• 資料來源：中央健保署各分區業務組

實地訪查與檢討-
107年各分區執行院所終止方案態樣

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

• 資料來源：中央健保署各分區業務組

預算執行情形-
醫缺地區診所點值保障及例假日診察費加成費用

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

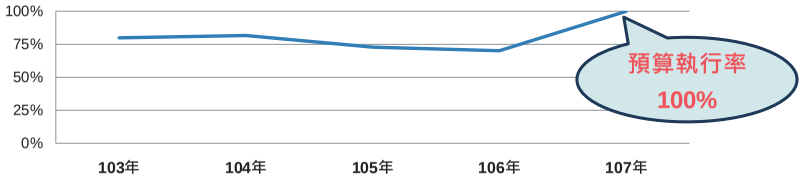
項目\年度	107年
醫缺地區診所點值保障(點值補助差額)(千點)	38,888
例假日診察費加成點數(千點)	15,676
總計	54,564

• 資料來源：中央健保署

預算執行情形-
歷年方案預算及執行

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

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



肆、107年評核委員評論意見及期許之回應說明

107年評核委員
評論意見及期許之回應說明1/10

意見一：
我國行政區域之山地鄉與平地鄉設置由來已久且難以變革，建議健保給付與一般行政區域劃分脫鉤，可考慮依照實際狀況，設定醫缺區之劃分條件(如醫缺一級地區、醫缺二級地區)，以真實反映當地醫療需要，並據以設計相關配套措施。

107年評核委員
評論意見及期許之回應說明2/10

1. 本改善方案之醫療資源不足之地區施行區域規定，以每萬人口的醫師人力做為判斷標準，除了依醫人比標準之外，**各縣市衛生局也會依實際需要指定施行村里**。
2. 目前醫療資源不足之地區雖以每萬人口的醫師人力做為判斷標準，但並非作為列為醫療資源不足地區的一定標準，仍**會考量當地實際醫療需求規劃**，例如106年刪除台中市神岡區及屏東縣萬巒鄉，皆因近年交通漸趨便利，且鄰近區域之醫療資源充沛因而刪除。
3. 目前已採「醫療資源導入較容易、一般及較困難」等三級，且**施行區域每年調整一次**，每年計畫修正時亦可提出專案討論。未來仍會以各地實際醫療需求考量本方案之施行區域。

107年評核委員
評論意見及期許之回應說明3/10

意見二：
巡迴醫療服務時段，有時病人數有限，為使資源能有效運用，建議思考適度開放居家醫療，讓巡迴醫療服務更有效益。醫療資源不足地區之在地民眾多為高齡族群，應規劃與長照2.0及居家服務進行資源整合。

107年評核委員
評論意見及期許之回應說明4/10

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

107年評核委員
評論意見及期許之回應說明5/10

意見三：

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

107年評核委員
評論意見及期許之回應說明6/10

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

107年評核委員
評論意見及期許之回應說明7/10

意見四：

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

107年評核委員
評論意見及期許之回應說明8/10

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

107年評核委員
評論意見及期許之回應說明9/10

意見五：
106年健保署各分區實地訪查考核巡迴醫療服務，結果均達80分以上，建議考核指標可更細緻。

107年評核委員
評論意見及期許之回應說明10/10

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

伍、結論及未來展望

結論及未來展望1/3

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

結論及未來展望2/3

- 106年度5家及107年7家新申請獎勵開業計畫診所，本會將持續瞭解新開業診所各項需求，以利適時給予協助，並請當地醫師公會協助關注各區需求，支持並鼓勵院所進駐偏鄉執業，並維持醫師的服務意願，讓醫師能於當地安心執業，長期提供當地民眾在地化且全面性的醫療照護。

結論及未來展望3/3

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

五、牙醫門診總額(含一般服務、專案計畫)

107年牙醫門診總額一般服務執行成果評核報告

報告人：呂名峯
中華民國牙醫師公會全國聯合會
牙醫門診醫療服務審查執行會秘書室主任
新北市牙醫師公會理事長

牙醫界最基本的宗旨

照顧全民口腔健康為出發點

作為社會服務之價值與初衷

目　標

維護民眾就醫權益與安全

保存自然牙邁向8020政策

大　　綱

壹、年度重點項目之推動與未來規劃
　一、必要項目
　二、自選項目
貳、一般服務執行績效
　一、委員評論意見與期許
　二、維護保險對象就醫權益
　三、專業醫療服務品質之確保與提升
　四、協商因素項目之執行情形
　五、總額之管理與執行績效

壹、年度重點項目推動未來規劃

一、必要項目

(一)牙醫院所加強感染管制之現況與改善情形

(二)國人牙齒保存現況與改善情形

二、自選項目

(一)年「180天內重複全口牙結石清除(含跨院)件數近五年比率」逐年下降

(一)牙醫院所加強感染管制現況與改善情形

1.績效指標現況

- 績效指標 ：院所感染管制申報率
- 定義(分子/分母)
  =申報加強感染管制診察費的院所數/申報總院所數
  = 91.89%
- 績效指標目標值：最近3年全國平均值*(1-10%)
  =80.49%
- 績效指標>績效指標目標值：91.89%>80.49%。

(一)牙醫院所加強感染管制現況與改善情形

2.本會近十年努力的方向

- 92年SARS為因應日趨變化的各類高傳染力病源及確保民眾就醫安全，以加強感染管制診察費，作為鼓勵院所提升感染管制要求，並藉由感染管制訪查確實執行，定期檢討感染管制SOP作業細則及考評表。

(一)牙醫院所加強感染管制現況與改善情形

- 102年研擬提高感染管制作業標準，積極鼓勵院所加強就醫安全並輔導院所達到符合進階感染管制作業。
- 103年與健保署各分區業務組辦理感染管制訪視共識營，各分區辦理如何提升感染管制作業程序講習課程。非醫療機構（包括矯正機關、巡迴點及醫療站）如依感染管制SOP作業細則臨床指引執行並依附表3.1.1考評合格者，比照醫療機構申報感染管制門診診察費。

(一)牙醫院所加強感染管制現況與改善情形

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

  新增「牙科感染管制措施指引」，訂定牙醫門診加強感染管制實施方案係依據美國疾病管制局之標準，而台灣疾病管制署之感染管制內容則參考本會研議辦法，較衛生局督導考核項目更為嚴謹周全。

(一)牙醫院所加強感染管制現況與改善情形

- 105年修訂牙醫院所感染管制SOP作業考評，未申報加強感染管制院所抽查由2%提高為4%，未曾訪查院所優先辦理；訪查評估不合格(任一項目為D)特約院所，停止給付加強感染管制牙科門診診察費，申請複查時間三個月縮短為一個月。

  編製「牙科院所感染管制措施指引作業手冊」9000份，供全國牙醫院所作為指引，做為醫療院所及從業人員教育訓練、PGY訓練院所、教材等軟硬體設立及考核標準參考，並落實醫療從業人員及牙醫師畢業後臨床醫學訓練加強感染管制之觀念。

(一)牙醫院所加強感染管制現況與改善情形

3. 107年感染管制執行情形

- 研議依疾病管制署之感染管制內容修訂新增，108年落實

  1.遵守手部衛生五時機。

  2.修訂牙科器械消毒及滅菌原則。

  3.要求A級院所應有70%工作人員，每年參加一小時感管教育訓練課程。

  4. 另訂定「醫療資源不足地區巡迴、身心障礙者特殊、矯正機關之牙醫院所感染管制SOP作業細則」。

  【感染管理成本大幅提高，目前支付標準給付不足】

(一)牙醫院所加強感染管制現況與改善情形

- 加強感染管制辦理課程

類別	105年	106年	107年
公會	33	16	24
醫院	15	24	19
其他學會	4	7	12
合計	52	47	55

(一)牙醫院所加強感染管制現況與改善情形

- 107年申報「符合加強感染管制院所」

項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
總院所數	2,719	892	1,368	842	1077	138	7,036
感管院所數	2,369	853	1,316	819	995	135	6,467
感管院所率	87.13%	95.63%	96.20%	97.27%	92.39%	97.83%	91.91%

(一)牙醫院所加強感染管制現況與改善情形

- 108年4月申報「符合加強感染管制院所」

項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
總院所數	2,659	871	1340	833	1,041	136	6,880
感管院所數	2,454	838	1,297	817	1,001	133	6,520
感管院所率	92.29%	96.21%	96.79%	98.08%	96.16%	97.79%	94.77%

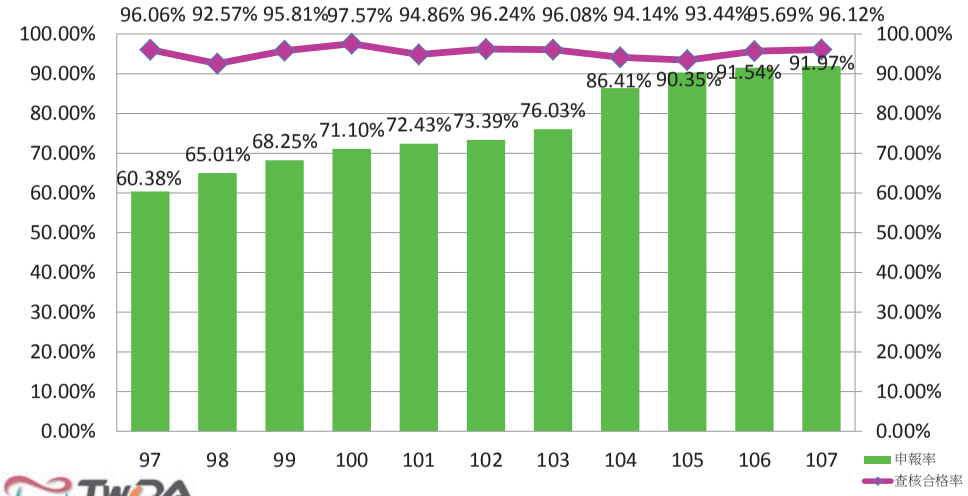
(一)牙醫院所加強感染管制現況與改善情形

- 107年「符合加強感染管制院所」訪查抽樣結果

資料	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
訪查院所數	90	35	53	32	39	9	258
合格家數	78	32	45	32	38	9	234
不合格家數	12	3	8	-	1	-	24
初評合格率	86.67%	91.43%	84.91%	100.00%	97.44%	100.00%	90.70%
申請複查通過	9	2	2	0	1	0	14
整體合格率	96.67%	97.14%	88.68%	100.00%	100.00%	100.00%	96.12%

(一)牙醫院所加強感染管制現況與改善情形

- 歷年感染管制執行情形



(一)牙醫院所加強感染管制現況與改善情形

4.密醫是防疫最大的漏洞，建議政府加強查緝

有關「做假牙卻得C肝」報導之澄清說明

- 資料來源：中央健康保險署
- 建檔日期：108-04-24
- 更新時間：108-04-24

衛生福利部正傾力投入C肝防治，並設定以2025年達成慢性C肝患者治療涵蓋率至80%目標，爰自106年起，每年爭取專款編列「C型肝炎口服新藥」預算，107年預算已達50億元，108年再將預算提升至65億元，惟在全力防治C肝之時，更須加強源頭感染防治，減少有新個案發生，才能達成目標。爰本報導中健保署只是善意提醒容易見血之牙科應加強感染管制，以保護醫師本身及病人就醫安全，也並非看牙醫或裝假牙必然會感染C肝；另有關報導密醫亦為可能傳染途徑一節，健保署亦呼籲民眾應慎選合格院所及醫師就診。

C型肝炎病毒主要是經由血液傳染，健保署除做好後端治療外，為減少因牙醫看診可能遭受感染，93年起即與牙醫專業團體密切合作，鼓勵牙醫院所依「牙醫門診加強感染管制實施方案」確實做好感控者，可申報較高之診察費。以107年為例，在健保署及牙全會努力之下，自主管理感控的院所已達9成，惟健保署與牙醫專業團體仍積極輔導牙醫院所，設立本(108)年輔導目標為將未參加自主管理感控院所占率及感控不合格率都至少下降一半以上，並定期檢討改善。

(一)牙醫院所加強感染管制現況與改善情形

口腔疾病找牙醫 感染管制有信心 杜絕密醫 安全就醫

- 資料來源：心理及口腔健康司
- 建檔日期：108-02-24
- 更新時間：108-02-25

媒體刊載，苗栗縣警察局及衛生局近日查獲無醫師執照密醫充當牙醫師，看診長達50年，危害民眾就醫安全乙事，衛生福利部表示，只要沒有醫師證書，擅自診治病患，就是密醫，違反醫師法。

衛福部早已訂定牙科感染管制等措施，提供牙醫院所遵循，而感染管制亦列為地方衛生局重要督導考核項目。該部強調，目前高溫高壓消毒程序已成為牙醫院所應執行之標準作業流程，且受過專業訓練的牙醫師於診治患者時，均會主動詢問病人有無B肝，C肝等傳染病病史，透過這樣標準作業流程，可大幅降低交互感染發生。台灣牙醫臨床技術及品質與國際同步，感染管制係屬醫療品質的基礎。

衛福部再次呼籲民眾，若需就醫，請務必找尋具有合格醫師執照之牙醫師。或上衛福部官網之醫事查詢系統，輸入醫師名字，就能看到這名醫師的證書類別，執業登記類別等資料，如果顯示「目前未有符合條件的資料」，就請民眾提高警覺。衛生福利部將持續督導地方政府強化密醫稽查，且請大家發揮「全民監督」效能，勇於向各地衛生局檢舉不法，以共同維護就醫者權益，確保自身健康。

(一)牙醫院所加強感染管制現況與改善情形

5.短、中、長期計畫：

- 短期
  1.杜絕密醫、加強查緝。
  2.積極輔導、加強查核。
  3.定期檢討「牙醫門診加強感染管制實施方案」，切合民眾口腔健康照護需求。
- 中期
  1.提高「加強感染管制院所診察費」申報率至95%。
  2.申報「加強感染管制院所診察費」不合格率降低一半，由10%下降至5%。
  3.未申報「加強感染管制院所診察費」不合格率降低一半，從50%下降至25%。
- 長期
  1.逐年提升符合加強感染管制之牙醫醫療院所數達到100%。
  2.配合國家2025年消滅C肝的政策。

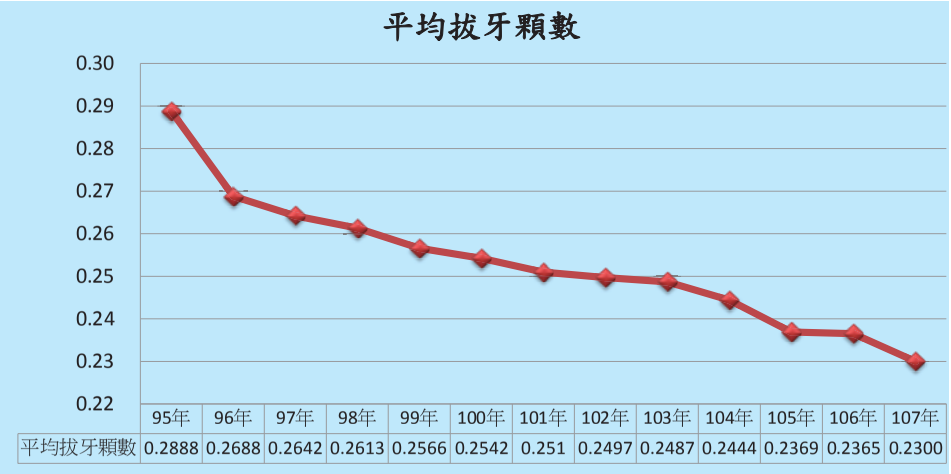
(二)國人牙齒保存現況與改善情形

1.績效指標現況

- 績效指標 (負指標)：有就醫者平均拔牙顆數
- 定義(分子/分母)
  =拔牙總顆數(簡單性拔牙92013C+複雜性拔牙92014C)/就醫人數
  =2,690,599/ 11,697,217= 0.2300
- 績效指標目標值：最近3年全國平均值*(1+10%)
  = (0.2369+0.2365+0.2300)/3*(1+10%)= 0.2579
  =績效指標<績效指標目標值：0.2300<0.2579。

(二)國人牙齒保存現況與改善情形

1.績效指標現況



	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年
平均拔牙顆數	0.2888	0.2688	0.2642	0.2613	0.2566	0.2542	0.251	0.2497	0.2487	0.2444	0.2369	0.2365	0.2300

(二)國人牙齒保存現況與改善情形

- 10年期間18歲以上自然牙顆數平均增加2顆
  65歲以上自然牙顆數平均增加4顆。

項 目	104-105年度 成年與老年人 口腔健康調查計畫		92-94年台灣地區 成年與老年人 口腔健康調查	
樣本年齡層	18歲以上	65歲以上	18歲以上	65歲以上
自然牙顆數 (mean)	25.5	18.61	23.23	14.35

(二)國人牙齒保存現況與改善情形

2.各年齡層牙齒保存現況與改善

- 0-6歲兒童口腔狀況

項目		deft				齲齒率			
		1997	2006	2011	2017-8	1997	2006	2011	2017-8
0-1歲	男	0.00	0.00	0.00	0.06	0.00	0.00	0.20	1.10
	女	0.00							
1-2歲	男	0.09	0.23	0.23	0.06	5.09	7.25	7.09	2.31
	女	0.20							
2-3歲	男	2.61	1.37	1.24	0.51	60.12	40.12	31.40	14.65
	女	2.54							
3-4歲	男	4.68	3.18	3.14	1.81	75.00	58.11	61.55	42.70
	女	4.10							
4-5歲	男	6.63	4.98	5.02	2.73	89.13	72.59	78.05	56.66
	女	7.29							
5-6歲	男	6.79	5.58	5.44	3.44	89.38	73.65	79.32	65.43
	女	7.87							

WHO對於5歲幼童2020年齲齒率目標低於10%

(二)國人牙齒保存現況與改善情形

- 12歲兒童口腔狀況

年度	1981	1990	1996	2000	2006	2012
恆齒齲齒指數 (DMFT index)	3.76	4.95	3.67	3.31	2.58	2.50
齲齒盛行率(%)	85.1	92.0	85.0	66.5	37.3	32.80

WHO對於12歲學童2020年DMFT index目標< 1顆

(二)國人牙齒保存現況與改善情形

- 0-12歲就醫率

0-12歲	105年	106年	107年	成長率/增加率
就醫人數	1,728,290	1,738,197	1,788,732	2.91%
戶籍人數	2,668,232	2,646,042	2,621,537	-0.93%
就醫率	64.77%	65.69%	68.23%	2.54%

(二)國人牙齒保存現況與改善情形

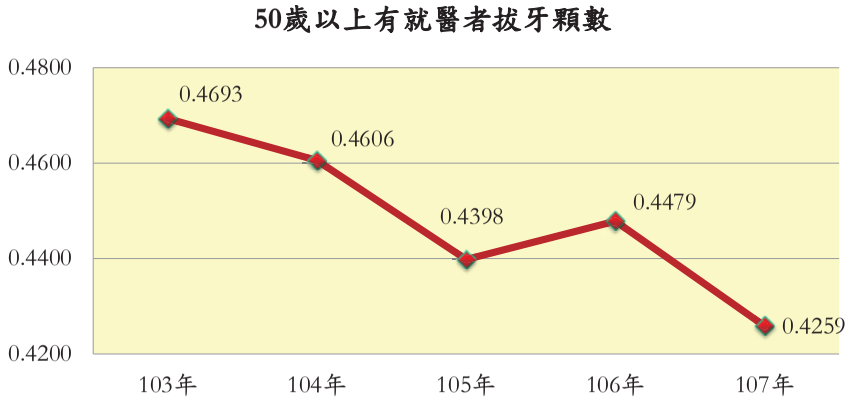
- 18歲以上口腔狀況

	剩餘齒數		全口無牙率(%)	
年齡	92-94年	104-105年	92-94年	104-105年
18-34	25.70±6.06	28.52±2.18 ↑	0.00	0.00
35-44	24.58±4.73	27.50±2.71 ↑	0.20	0.00 ↓
45-49	23.65±6.05	26.67±3.93 ↑	1.00	0.40 ↓
50-64	21.00±6.09	24.93±5.50 ↑	1.50	0.70 ↓
65-74	14.31±5.69	20.82±8.38 ↑	11.50	4.44 ↓
75+	14.43±5.60	16.72±9.27 ↑	17.40	9.99 ↓

WHO對於65歲以上全口無牙率目標低於10%

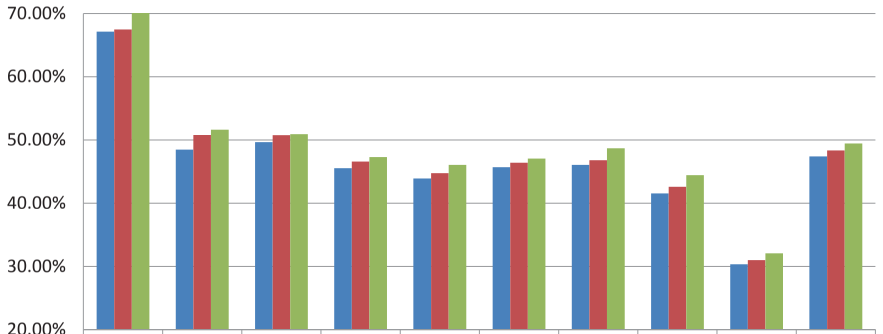
(二)國人牙齒保存現況與改善情形

- 50歲以上口腔狀況



(二)國人牙齒保存現況與改善情形

- 提高各年齡層就醫率



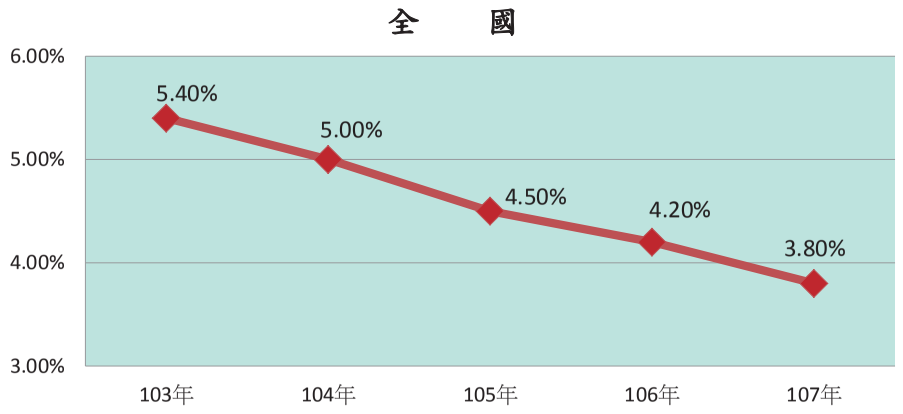
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80以上	合計
105年	67.14%	48.49%	49.67%	45.54%	43.91%	45.69%	46.06%	41.55%	30.35%	47.40%
106年	67.49%	50.78%	50.76%	46.60%	44.76%	46.42%	46.81%	42.60%	31.00%	48.36%
107年	70.38%	51.64%	50.93%	47.31%	46.06%	47.05%	48.68%	44.45%	32.07%	49.45%

(二)國人牙齒保存現況與改善情形

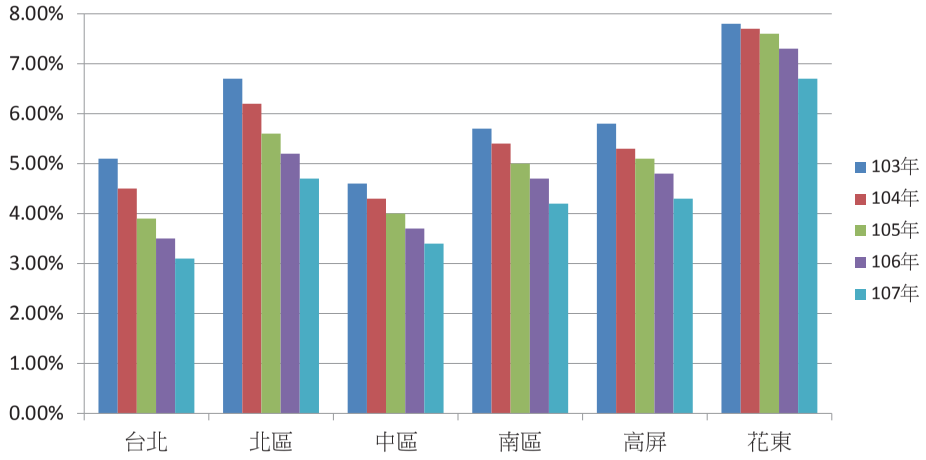
3.短、中、長期計畫：

- **短期**
  1.高齲齒率病患牙齒保存改善計畫。
  2.高風險疾病口腔照顧。
  3.口腔顎顏面疼痛特別照顧 。
  4.編製「牙科治療注意事項與指導-特殊需求版」。
- **中期**
  1.提升國人就醫率達到70%。
  2.醫療資源均衡、提升就醫可近性。
  3.提升身心障礙口腔照護及就醫率。
  4.妥善規劃牙醫到宅服務。
- **長期**
  配合世界衛生組織、減少口腔疾病負擔
  1. 5歲幼童齲齒率低於10%
  2. 12歲兒童DMFT<1
  3. 65歲以上老人全口無牙率低於10%

(二)近五年「180天內重複執行全口牙結石清除(含跨院)件數比率」逐年下降



(二)近五年「180天內重複執行全口牙結石清除(含跨院)件數比率」逐年下降



(二)近五年「180天內重複執行全口牙結石清除(含跨院)件數比率」逐年下降

- 對於非必要之醫療行為，本會進行資料分析，交付本會六分區進行輔導，減少非必要醫療行為。
  (1)同醫師同病人跨院所180天內重複申報牙結石清除分析。
  (2)跨院所180天內重複申報牙結石清除之院所與醫師。
- 各分會加強宣導雲端藥歷及健康存摺查詢，減少不必要醫療行為。

貳、一般服務執行績效

一、107年委員評論意見與期許之回應說明

二、維護保險對象就醫權益

三、專業醫療服務品質之確保與提升

四、協商因素項目之執行情形

五、總額之管理與執行績效

一、107年評核委員意見與期許之回應說明

(一)整體規劃與執行

(二)一般服務

1.維護保險對象就醫權益

2.專業醫療服務品質之確保與提升

3. 協商因素項目之執行情形

4. 總額之管理與執行績效

5. 其他

(一)整體規劃與執行

1.建議可於偏鄉地區，擇常住人口或兒童試辦牙醫論人計酬方案，鼓勵牙醫界完善管理民眾的口腔健康，以作為牙醫總額未來發展方向。

本會致力於全民口腔健康努力不懈，認為全民口腔照護能健全其就醫率應達八成以上之普遍性。對於評核委員建議於偏鄉地區，擇常住人口或兒童試辦牙醫計酬方案，與衛福部研議規劃「口腔健兒門診」個案管理。

(一)整體規劃與執行

2.必要項目—約診不易之現況與改善情形

約診不易的問題因關係到牙醫看診形態，依據105年健保署滿意度調查牙醫診療時間為22-28分鐘，多以約診形態避免患者等候過久。對於民眾有臨時牙醫疾病或緊急需要就醫者，本會除了加強宣導會員提供部分時間予緊急或臨時就醫之患者，並即時更新VPN登錄看診時段資訊，提高民眾查詢資料正確性；對於多人院所協商假日輪值看診，協調教學醫院設立24小時牙醫急症門診服務。

建議健保署於「健保快易通APP」增列「本院所提供緊急就醫現場候診」及「24小時急診醫院」欄位，強化緊急處置，對有緊急就醫需求民眾，提供適切就醫或轉診服務；並加強宣導民眾可至健保署全球資訊網查詢特約醫事機構相關資訊，以便了解院所看診時段、假日開診情形。

本會於網站刊載『牙醫病人緊急-臨時就醫之「民眾自助緩解方法」』、「牙齒外傷急症處理流程及原則」，提供臨時有就醫需求之民眾能參考，加強推廣口腔衛生保健，並培養民眾良好定期就醫檢查習慣，保有良好的口腔。

(一)整體規劃與執行

3.自選項目—「弱勢優先、病人優先、品質優先」，邁向80歲仍有20顆牙之8020政策目標。
(1)為能具體呈現8020政策目標之成果，建議就口腔健康狀況及牙醫利用情形，再深入分析性別、年齡層之資料，讓相關資訊更加清楚。例如，若知道哪些民眾不就醫，可了解應從何處著手努力，方能達成8020政策目標。

保存自然牙是本會長期努力的方向，「8020」政策是具體指標。
本會針對「保存自然牙」進行各種分析，因應問題調整各項制度，以提高民眾就醫及醫療品質。

(二)一般服務

1.滿意度調查結果之檢討及改善措施
106年醫療服務品質調查結果，「整體醫療結果」滿意度略微下降。「醫護人員有無進行衛教指導(有)」與「會跟牙醫師討論照護或治療方式的比例」，南區滿意度最低、進步比率最少，宜進一步了解原因及改善。

印製口腔潔牙單張「正確的刷牙方法」、「正確的牙線操作法」、「牙醫健保門診就診須知」、「懷孕婦女衛教單張」、「牙科治療注意事項與指導」加強宣導。
牙周統合照護計畫及牙結石清除支付表中診療項目訂定須作潔牙說明，牙周統合照護中列入品質監側，並宣導醫師與患者討論照護及治療方式。

(二)一般服務

2.民眾自費情形及改善措施
1.「有自付其他費用」比例明顯上升(105年9.1%，106年上升至13.1%)，「因就醫費用過高而不就診」104~106年大幅上升(104~106年分別為5.1%、15.2%及18.2%)，顯示就醫財務障礙增加中。

	106年	107年	
自付其他費用比例	13.1%	11.1%	↓
因就醫費用過高而不就診	18.2%	16.9%	↓

(二)一般服務權益

3.有關專業醫療服務品質指標「牙周病統合照護計畫執行率」，建議另覓更能呈現牙周病統合照護品質之指標。

牙醫門診總額支付制度品質確保方案原訂牙周病統合照護計畫執行率，於107年增訂牙周病統合照護計畫後追蹤治療率，以第三階段P4003執行人數往後追蹤一年接受牙周病支持性治療(91018C)之執行率，並於107年1月5日衛部保字第106120428號公告修正在案。

(二)一般服務權益

4.協商項目包括12歲牙結石清除比例，全民口腔疾病照護，顎顏面骨壞死術後傷口照護，加強院所感染管制等執行情形良好，值得肯定。其中懷孕婦女照護執行率偏低，請持續改善。

本會持續關注12歲牙結石清除比例，全民口腔疾病照護，顎顏面骨壞死術後傷口照護，加強院所感染管制等執行，因懷孕初期患者不易從外觀發覺，須由患者主動告知，本會在推廣上仍不遺於力，印製相關文宣宣傳，辦理課程，提供衛教單張請婦產科學會協助宣導，請國健署改版孕婦健康手冊加強口腔照顧，繼續努力。

(二)一般服務

5.為提升就醫可近性，增訂政策獎勵指標「當年度週日及國定假日於VPN登錄看診日數≧1天」，惟獎勵標準太低。另建議逐年減少「政策獎勵指標」的項目數與比率。

108年修訂方案修訂如下：

每月完成門診時間網路登錄且週日或國定假日有提供牙醫醫療服務，核算基礎2%。

(二)一般服務

(7)推動各項專案計畫，民眾牙周囊袋深度大幅降低，但牙周病相關處置及根管治療難症相關醫令大幅成長，請說明原因。

牙周疾病控制妥當是可降低牙周囊袋深度，但依據學理牙周病統合治療方案經過三階段治療後仍需追踪，爰本會於於104年提出牙周病支持性治療以維護牙周病後續照護，每3個月追踪一次為佳。根管治療係因齲齒沒有及時處理以至於蛀牙深入牙髓，導致牙髓發生感染，必須將牙髓腔徹底移除並予以填充密封；因每個根管並非筆直，有些為多根管、有些彎曲、有些鈣化，在處置上屬難症處置，為能保存自然牙，其治療除了有必要外，更可延長牙齒的壽命。

雖因牙周疾病及牙髓疾病治療後，整體疾病罹患率應有減少，然而除牙周病維護追蹤不可少外，牙齒壽命亦延長了；而保險對象就醫率增加，服務層面擴大，加上目前仍有許多有醫需患者的治療需求尚未滿足，整體上的醫療費用實在難以因部分患者接受治療健康改善而減少。

二、維護保險對象就醫權益之具體措施

(一)滿意度調查結果之檢討及改善措施

(二)民眾諮詢及抱怨處理

(三)民眾自費情形及改善措施

(四)就醫可近性及公平性之改善措施

(五)其他確保民眾就醫權益之措施

(一)滿意度調查結果之檢討及改善措施

1.醫療服務品質調查結果

(1)107年調查：整體醫療結果滿意度為93.4%，調查如下表：

指標項目	106年	107年
整體醫療結果滿意度	92.5	93.4↑
醫護人員有無進行衛教指導(解說病情、預防保健方法)	54.1	57.3↑
醫護人員有無以簡單易懂的方式解病解情與照護方式	80.7	75.8↓
會與醫師討論照護或治療方式的比例	71.9	87.3↑

(一)滿意度調查結果之檢討及改善措施

106年	107年
54.1	57.3↑

(2)107年度滿意度未達80%項目-檢討與改善

「醫護人員有無進行衛教指導

(解說病情、預防保健方法)」

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

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

(一)滿意度調查結果之檢討及改善措施

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

(一)滿意度調查結果之檢討及改善措施

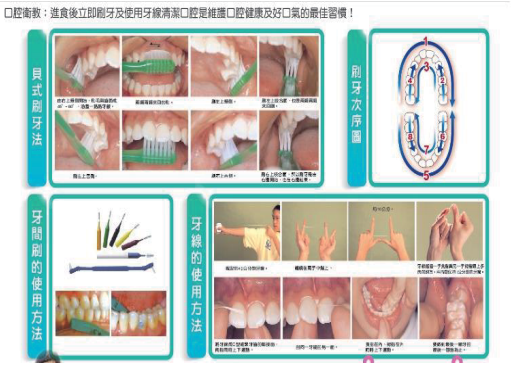
(d) 持續推廣並更新第4版

「牙醫健保門診就診須知」

內含貝氏刷牙法、

牙間刷及牙線使用方式，

加深口腔預防保健意識。



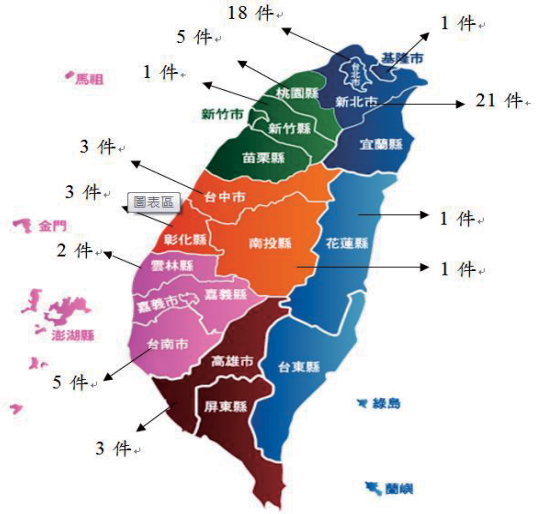
(二)民眾諮詢及抱怨處理

1. 103至107年度健保署民眾申訴案件及原因統計：

申訴類別/案件數	103年		104年		105年		106年		107年	
	健保	非健保	健保	非健保	健保	非健保	健保	非健保	健保	非健保
1.額外收費(自費抱怨)	7	2	21	1	8	3	13	4	11	3
2.多收取部分負擔費用	4	0	3	1	7	0	5	0	12	0
3.不開給費用明細表及收據	8	1	9	0	6	2	9	0	7	3
4.多刷卡	3	0	1	2	0	0	1	0	0	0
5.刷卡換物	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
6.疑有虛報醫療費用	40	4	60	4	57	3	41	14	49	12
7.藥品及處方箋	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0
8.質疑醫師或藥師資格	3	0	2	1	2	0	4	0	1	1
9.服務態度及醫療品質	26	1	27	0	33	4	30	2	34	3
10.其他醫療行政或違規事項	21	2	24	2	50	15	50	7	39	5
11.轉診相關申訴	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
12.其他	16	5	10	1	14	4	14	8	17	4
合計	129	15	158	13	177	31	168	35	171	33

(二)民眾諮詢及抱怨處理

2. 107年度本會受理民眾諮詢、申訴案件共69件（11件為申訴案件，58件為諮詢案件），案件分佈情形如下圖：



(二)民眾諮詢及抱怨處理

2.107年本會受理民眾諮詢及申訴

處理結果：關於民眾諮詢與申訴案件，
本會注重時效性與完整性，處理結果如下：

(1)民眾諮詢案件：58件皆於3天內回覆。

(2)民眾申訴案件：共11件，處理結果如下：

107年申訴案件處理結果	案件數
本會協調處理完畢	**4**
經本會說明後結案	3
與病人溝通後結案	2
轉請縣市公會進行協調處理	**7**
與病人溝通後結案	1
經縣市公會說明後結案	4
衛生局調解或進入司法程序	2
總計	**11**

(三)民眾自費情形及改善措施

1.自費情形

(1)歷年民眾自費之情形如下，107年有自付費用者占11.1%，76.3%之原因為健保不給付項目，因非健保給付內容，僅製表提供參考，不做文字描述。

項目\年月	103年	104年	105年	106年	107年
調查樣本數	1,150	2,011	2,019	1,024	1,024
有自付費用					
占率(%)	7.1	8.9	9.1	13.1	11.1
人數	82	179	184	134	114
理由(單位：%)					
健保不給付	75.6	85.0	79.6	81.5	76.3
該醫院或診所未加入健保	3.1	—	—	—	—
補健保給付差額	2.7	3.6	2.3	—	8.6
使用好藥材而補差額或全額	—	—	—	10.1	7.4
沒帶卡	0.7	—	1.0	—	—
非健保身分	0.5	—	—	—	
醫院建議	—	—	3.5	5.1	9.3
其他	—	2.1	—	—	—
不知道	17.8	15.9	—	11.3	8.8
拒答	—	—	—	—	—

(三)民眾自費情形及改善措施

健保不給付項目【單位:%(人數)】	103年	104年	105年	106年	107年
裝置假牙	40.3	43.7	40.7	37.7	42.2
牙齒矯正	26.9	23.6	24.9	16.6	14.0
植牙	15.8	10.5	9.3	13.3	16.8
牙體復形(補牙)	11.9	4.4	8.2	8.2	5.7
藥品	4.4	6.3	1.5	1.0	2.8
醫療用之材料或耗材費用	3.3	5.6	4.7	3.6	8.7
根管治療	2.8	6.9	1.7	4.8	11.0
牙周病治療	1.6	4.5	2.1	1.6	0.7
連續拔牙	1.3	—	0.9	0.4	1.5
口腔外科手術(含拔牙)	1.2	0.4	0.4	2.9	1.6
塗氟	—	—	5.5	3.8	2.7
檢查或檢驗	—	2.6	2.4	3.1	1.0
打針	—	0.9	—	2.2	1.4
裝置牙套	—	—	—	—	—
其他	2.0	—	0.8	—	8.3
不知道	—	2.1	3.4	1.6	0.2
拒答	—	—	—	—	—

(三)民眾自費情形及改善措施

2.改善措施

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

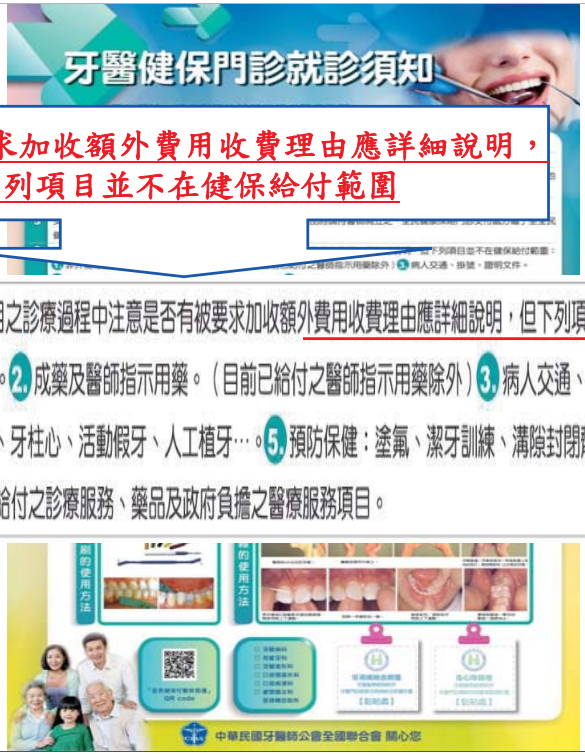
(2)牙醫各項治療引進多項新科技，基於民眾對醫療品質高度需求，自費項目略有增加。

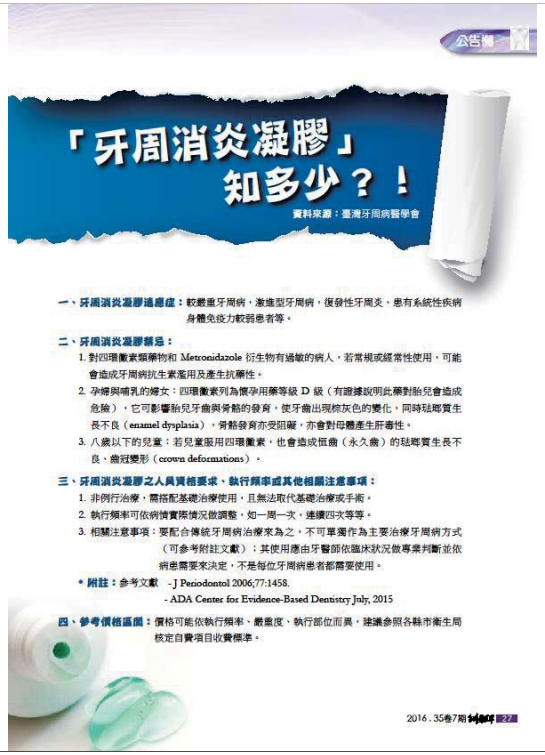
(3)本會針對牙周病統合照護牙周抗生素凝膠及消炎凝膠，召開專家會議研議該藥所具療效、適應症及參考價格區間，以便對民眾作宣導。

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

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

(6)本會提出於收據中增列健康存摺下載網址，以利民眾查詢，函至各公會轉知會員，並編製於本會宣導書冊「2019牙醫師實用手冊」中，以便使民眾就醫時能充份了解每次門診健保就醫處置明細。





(四)就醫可近性及公平性之改善措

1.就醫可近性與及時性情形

(1)調查如下表：

指標項目	106年	107年
1.約診或就診容易度	63.0	65.1 ↑
2.不容易看到牙醫師的前3項原因(107年僅335人回答此題)		
A.病人很多不易掛號	64.0	68.0 ↑
B.預約掛號額滿	41.4	25.6 ↓
C.配合不到牙醫師看診時段	14.2	18.2 ↑
3.對院所的交通便利性的滿意度	92.1	91.8 ↓
4.因就醫交通時間過長而不就診的比率	28.7	22.8 ↓
5.曾經有緊急需求需在假日求診的比率	26.5	22.1 ↓
A.假日能在當地找到其他就醫診所的比率	56.0	64.9 ↑
B.假日無法在當地找到其他就醫診所而感到不便的比率	51.5	70.3 ↑

(四)就醫可近性及公平性之改善措施

(2)檢討及改善措施

106年	107年
63.0	65.1 ↑

A.「預約到牙醫師的容易度」

107年較106年略呈上升，本會努力措施

1.加強民眾宣導。
2.製作「民眾臨時牙痛、假日看診牙醫院所查詢」文宣
3.鼓勵會員進入醫療需求高區域服務
4.新增醫院牙科「牙醫急症處置」及診所「週日及國定假日牙醫門診急症處置」支付項目，提升醫院及診所假日看診之服務。
5.「VPN登錄門診時間」納入品質保證保留款指標。

(四)就醫可近性及公平性之改善措施

106年	107年
63.0	65.1 ↑

6.加強院所門診時間及異動狀況於「健保資訊網路服務系統(VPN)」登錄，以便民眾能即時查詢院所看診時段。
7. 108年新增「牙齒外傷急症處理」，建立接受外傷導致牙齒脫落或脫位之醫療院所，處理牙齒外傷急症、緊急復位、齒間固定處理，提供民眾於第一時間可就醫之院所。」。

(四)就醫可近性及公平性之改善措施

106年	107年
28.7	22.8 ↓

B.「因就醫交通時間過長而不就醫比率」

107年較106年全國有下降趨勢，除花東上升之外，其他五區皆呈現下降。花東區交通時間過長而不就診的比率提高，花東地區的地形狹長、地廣人稀，醫療資源無法與都會地區相較，本會為解決此問題，在醫療資源缺乏地區以巡迴或另設醫療站方式解決當地民眾就醫之不便性。

(四)就醫可近性及公平性之改善措施

106年	107年
26.5	22.1 ↓

C.「曾經有緊急需求需在假日求診的比率」

1.107年與106年相較，無論是全國或六區皆有下降趨勢。

2.104年製作「民眾臨時牙痛、假日看診牙醫院所查詢」宣導文宣，提供全國所有院所張貼，透過網路查詢健保行動快易通APP查詢方式，快速有效搜尋附近假日有看診院所，並提供院所地址及電話，方便民眾儘速就醫。

(四)就醫可近性及公平性之改善措施

106年	107年
26.5	22.1 ↓

3.105年新增醫院牙科「牙醫急症處置」及診所「週日及國定假日牙醫門診急症處置」之支付項目，提升醫院及診所假日看診之服務，緩解假日急性牙痛醫療需求並符合民眾之期待。

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

(四)就醫可近性及公平性之改善措施

2.健保六分區醫療資源之分布：

(1)醫療供給

A.申報院所成長率

年度	全國	台北	北區	中區	南區	高屏	花東
103	0.78%	0.38%	1.83%	1.50%	0.86%	0.57%	-3.55%
104	0.91%	0.72%	2.16%	0.15%	1.47%	1.22%	-1.47%
105	0.28%	0.45%	0.94%	-0.15%	0.36%	-0.56%	2.99%
106	1.08%	1.61%	1.51%	0.22%	1.08%	0.47%	1.45%
107	0.60%	0.44%	2.29%	0.81%	0.00%	0.09%	-1.43%

B.申報牙醫師成長率

年度	全國	台北	北區	中區	南區	高屏	花東
102	2.81%	3.05%	3.62%	1.35%	1.20%	3.56%	2.94%
103	2.75%	2.49%	4.60%	2.86%	4.68%	3.54%	7.14%
104	1.34%	2.79%	3.44%	1.80%	3.53%	2.16%	4.89%
105	2.82%	3.09%	5.58%	1.92%	3.65%	1.48%	0.42%
106	3.48%	4.50%	3.80%	2.70%	2.50%	2.87%	2.07%

(四)就醫可近性及公平性之改善措施

C.戶籍人口數及成長率

年度	全國	台北	北區	中區	南區	高屏	花東
102	0.26%	0.44%	0.74%	0.24%	-0.17%	-0.10%	-0.15%
103	0.25%	0.13%	1.41%	0.38%	-0.29%	-0.17%	-0.62%
104	0.20%	0.02%	1.26%	0.36%	-0.27%	-0.11%	-0.48%
105	0.13%	-0.05%	1.17%	0.24%	-0.26%	-0.20%	-0.53%
106	0.08%	-0.08%	1.00%	0.18%	-0.36%	-0.20%	-0.34%

D.每萬人口特約院所數及成長率

年度	全國	台北	北區	中區	南區	高屏	花東
102	0.78%	1.00%	1.19%	0.61%	0.56%	0.40%	-0.72%
103	0.61%	0.98%	0.36%	-0.61%	0.81%	1.46%	0.63%
104	0.25%	0.10%	0.97%	0.10%	0.91%	-0.38%	3.13%
105	0.88%	1.42%	0.17%	0.52%	1.14%	0.50%	1.39%
106	0.84%	1.13%	0.92%	0.43%	1.49%	0.20%	1.20%

(四)就醫可近性及公平性之改善措施

E.每萬人口執業醫師數成長率

年度	全國	台北	北區	中區	南區	高屏	花東
103	2%	2%	3%	2%	3%	3%	4%
104	2%	3%	4%	1%	3%	2%	1%
105	3%	3%	3%	2%	5%	2%	6%
106	3%	3%	1%	2%	3%	2%	2%
107	3%	3%	4%	2%	2%	2%	4%

(四)就醫可近性及公平性之改善措施

(2)醫療供給之改善措施

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

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

(四)就醫可近性及公平性之改善措施

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

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

(四)就醫可近性及公平性之改善措施

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

F. 為使患者充份了解每次門診就醫處置明細，並做好自我健康管理，本會與健保署於研商議事會議中討論，由本會提出於收據中增列健康存摺下載網址，以利民眾查詢，本會並函至各公會轉知會員，並編製於本會宣導書冊「2019牙醫師實用手冊」中。

(四)就醫可近性及公平性之改善措施

(3)醫療利用

A.就醫率 (就醫率=就醫人數／投保人口數)

年度	全國	台北	北區	中區	南區	高屏	花東
103	47.50%	46.96%	47.38%	53.52%	46.72%	50.77%	44.32%
104	48.06%	47.19%	47.87%	54.34%	47.59%	51.79%	44.83%
105	48.05%	46.67%	48.25%	54.54%	47.89%	51.97%	45.18%
106	48.96%	47.39%	49.36%	55.19%	49.31%	52.88%	46.07%
107	49.46%	48.08%	49.89%	55.61%	49.49%	53.17%	46.28%

B.就醫者平均就醫次數

年度	全國	台北	北區	中區	南區	高屏	花東
103	3.07	2.96	2.81	3.00	3.06	3.23	3.00
104	3.06	2.94	2.79	2.98	3.05	3.21	3.03
105	3.06	2.96	2.80	2.96	3.07	3.17	3.03
106	3.08	2.99	2.86	2.95	3.11	3.18	3.08
107	3.11	3.02	2.88	2.99	3.12	3.21	3.10

(四)就醫可近性及公平性之改善措施

C.每次平均醫療點數

年度	全國	台北	北區	中區	南區	高屏	花東
103	1,173	1,167	1,244	1,163	1,179	1,132	1,170
104	1,179	1,177	1,252	1,164	1,184	1,136	1,186
105	1,210	1,204	1,276	1,200	1,225	1,161	1,230
106	1,247	1,246	1,311	1,239	1,250	1,189	1,276
107	1,260	1,255	1,327	1,259	1,262	1,200	1,287

D.每人平均醫療點數

年度	全國	台北	北區	中區	南區	高屏	花東
103	3,605	3,461	3,492	3,486	3,604	3,651	3,504
104	3,604	3,463	3,498	3,468	3,608	3,641	3,597
105	3,696	3,564	3569	3,549	3,756	3682	3732
106	3,839	3,730	3,745	3,659	3,891	3,782	3,935
107	3,912	3,796	3,826	3,762	3,942	3,850	3,989

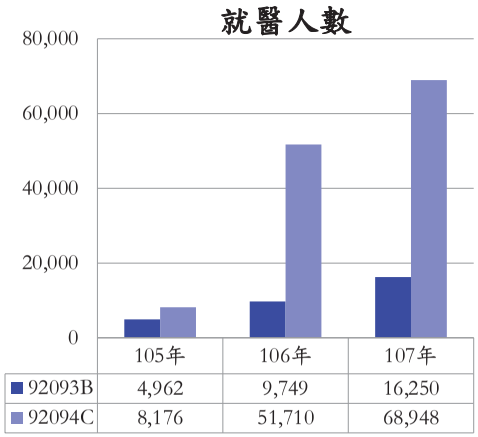
(四)就醫可近性及公平性之改善措施

(3)週六、日開診情形

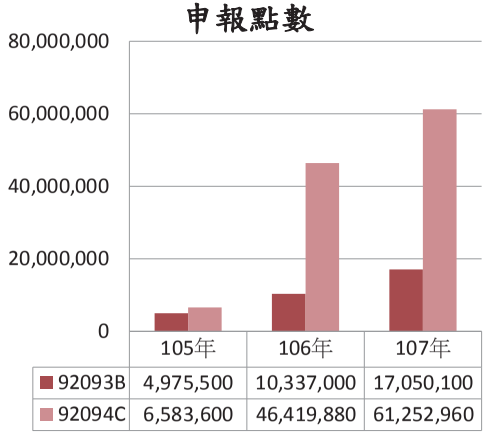
層級	星期	項目	104年	105年	106年	107年	成長率
牙醫基層門診	六	看診人次	3,057,414	3,155,561	3,243,184	3,289,574	1.43%
	日	看診人次	89,606	90,474	111,377	123,010	10.44%
醫院牙科急診	六	牙科急診件數	5,968	5,902	7,459	7,031	-5.74%
	日	牙科急診件數	9,260	9,532	12,254	10,721	-12.51%

(四)就醫可近性及公平性之改善措施

(4)週六、日急症處置情形



	105年	106年	107年
92093B	4,962	9,749	16,250
92094C	8,176	51,710	68,948



	105年	106年	107年
92093B	4,975,500	10,337,000	17,050,100
92094C	6,583,600	46,419,880	61,252,960

(四)就醫可近性及公平性之改善措施

(5)醫療利用之改善措施

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

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

(四)就醫可近性及公平性之改善措施

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

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

(四)就醫可近性及公平性之改善措施

↑特殊需求者醫療服務示範中心

提供身心障礙者到宅醫療服務院所貼紙

(五)其他確保民眾就醫權益之措施

1. 106年改版「健保門診就診須知」第4版，增加院所受理牙周統合照護計畫、特殊醫療(身心障礙)服務計畫、轉診、加註「民眾多加利用健康存摺全民健保行動快易通APP」查詢就醫資料，可即時、便利地取得就醫資訊。
2. 104年編製「牙科治療注意事項與指導」手冊。
3. 107年編製「牙科治療注意事項與指導-專業版」手冊。
4. 108年研議「牙科治療注意事項與指導-特殊需求版」手冊。
5. 牙周病統合治療衛教手冊。
6. 本會網站刊載「用藥安全須知」訊息，提醒用藥安全措施

(五)其他確保民眾就醫權益之措施

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

(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施

13. 定期召開記者會，藉由媒體宣導相關衛教。

「2018有氟同享」記者會

(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施

14. 協助國健署積極推動戒菸及口腔癌防治服務

「拒絕菸檳，從『齒』無負擔」記者會

口腔黏膜健檢研習課程

三、專業醫療服務品質之確保及提升

(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

(二)品質保證保留款實施方案執行結果

(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施

(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

1.專業醫療服務品質指標監測結果及未達監測值之檢討

(1)牙齒填補保存率

項目	指標	指標方向	指標值	監測值	監測結果
1	保險對象牙齒填補保存率-1年	正向	97.97%	＞88.01%	O
2	保險對象牙齒填補保存率-2年	正向	93.74%	＞84.13%	O
3	保險對象牙齒填補保存率-恆牙2年	正向	95.06%	＞85.38%	O
4	保險對象牙齒填補保存率-乳牙1年半	正向	89.88%	＞80.54%	O

→執行良好，皆在監測範圍內

(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

(2-1)牙體復形同牙位再補率

項目	指標	指標方向	指標值	監測值	監測結果
1	牙體復形同牙位再補率-1年	負向	0.01%	＜2.5%	O
2	牙體復形同牙位再補率-2年	負向	0.27%	＜4.6%	O
3	恆牙根管治療半年以內保存率	正向	98.66%	＞88.78%	O
4	同院所90日以內根管治療完成率	正向	91.92%	＞82.50%	O
5	13歲(含)以上全口牙結石清除率	正向	75.87%	＞67.47%	O

→執行良好，皆在監測範圍內

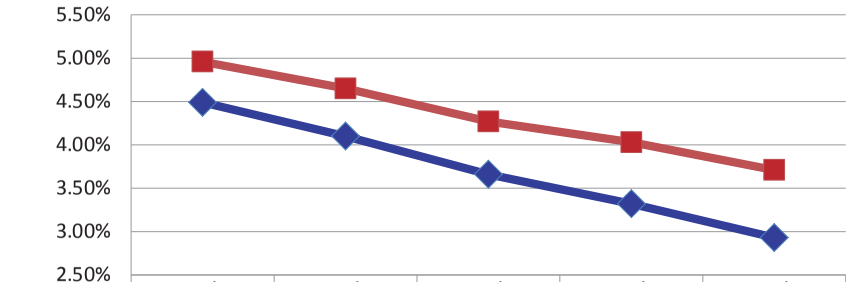
(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

(2-2)牙體復形同牙位再補率

項目	指標	指標方向	指標值	監測值	監測結果	檢討及改善措施
6	6歲以下兒童牙齒預防保健服務人數比率	正向	92.06%	＞81.82%	O	本會積極爭取，開放辦理兒童牙齒保健社區巡迴服務，**大幅提高執行率**
7	院所感染控制申報率	正向	91.89%	＞80.49%	O	執行良好超過監測值，**列入105年品保款核發條件，執行率大幅提升。**
8	執行感染控制院所查核合格率	正向	90.70%	＞76.09%	O	執行良好合格率已超過9成
9	牙周病統合照護計畫執行率	正向	123.00%	尚未訂定	—	持續監控
10	醫療費用(初核)核減率	正向	0.29%	尚未訂定	—	持續監控
11	牙周病統合照護計畫後之追蹤治療率	正向	54.65%	尚未訂定	—	新增指標，持續監控

(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

(3)半年內自家與他家醫事機構再洗牙(牙結石清除)的比率

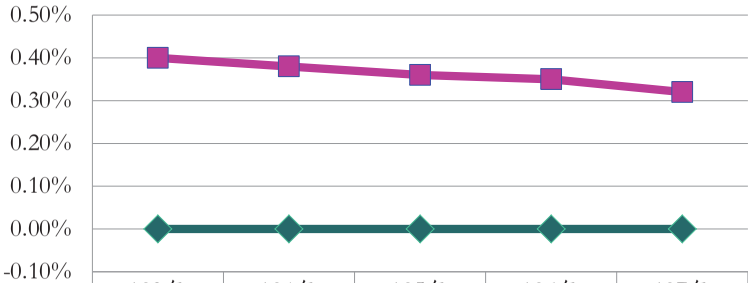


	103年	104年	105年	106年	107年
50百分位	4.49%	4.10%	3.66%	3.32%	2.93%
平均值	4.96%	4.65%	4.27%	4.03%	3.71%

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

(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

(4)半年內他家醫事機構根管治療之再治療率



	103年	104年	105年	106年	107年
50百分位	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
平均值	0.40%	0.38%	0.36%	0.35%	0.32%

依據歷年的數據結果，半年內他家醫事機構根管治療之再治療率結果呈現下降趨勢。

(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

2.品質指標及監值之檢討與增修

(1)新增指標

「牙周病統合照護計畫後之追蹤治療率」

「六十五歲以上人口平均自然齒數」≧18顆

(2)「滿意度調查」→「保險對象就醫調查」

「三歲兒童奶瓶性齲齒盛行率」

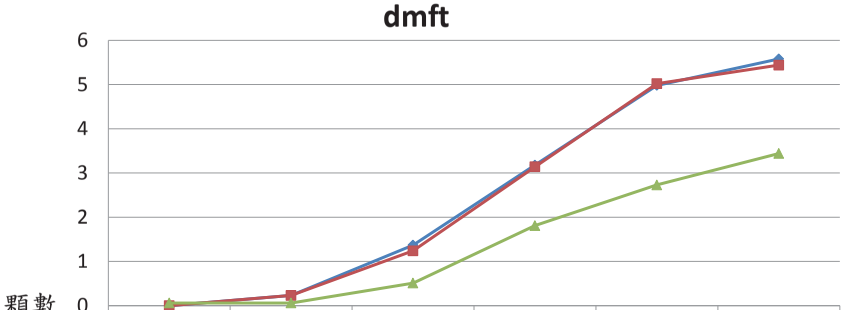
→「三歲兒童早發性幼兒齲齒盛行率」

(3)刪除「國中一年級學生恆齒治療率」。

(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

3.健康照護成效與檢討改善情形

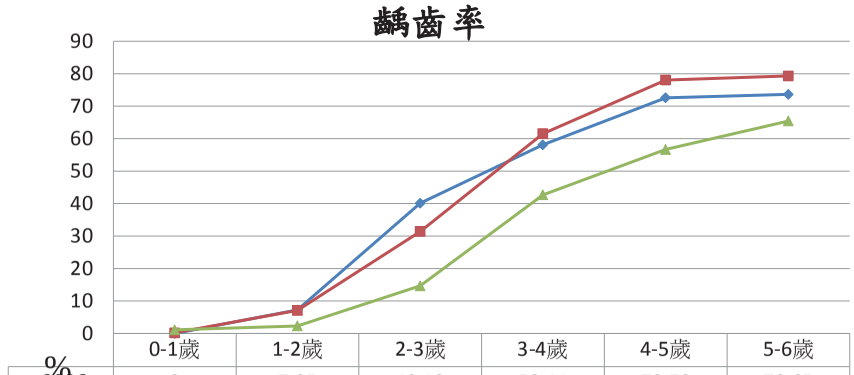
(1-1)歷年兒童牙齒保健服務情形--0-6歲兒童口腔狀況



	0-1歲	1-2歲	2-3歲	3-4歲	4-5歲	5-6歲
2006	0	0.23	1.37	3.18	4.98	5.58
2011	0	0.23	1.24	3.14	5.02	5.44
2017-8	0.06	0.06	0.51	1.81	2.73	3.44

(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

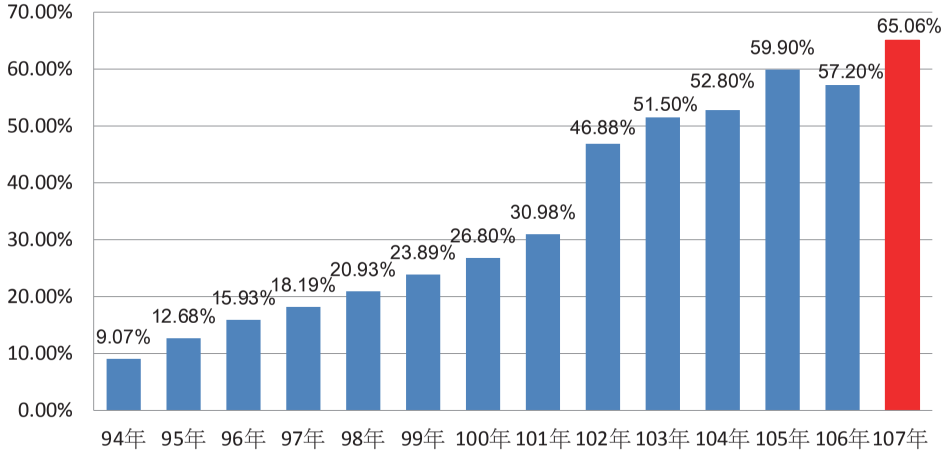
(1-2)歷年兒童牙齒保健服務情形--0-6歲兒童口腔狀況



	0-1歲	1-2歲	2-3歲	3-4歲	4-5歲	5-6歲
2006	0	7.25	40.12	58.11	72.59	73.65
2011	0.2	7.09	31.4	61.55	78.05	79.32
2017-8	1.1	2.31	14.65	42.7	56.66	65.43

(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

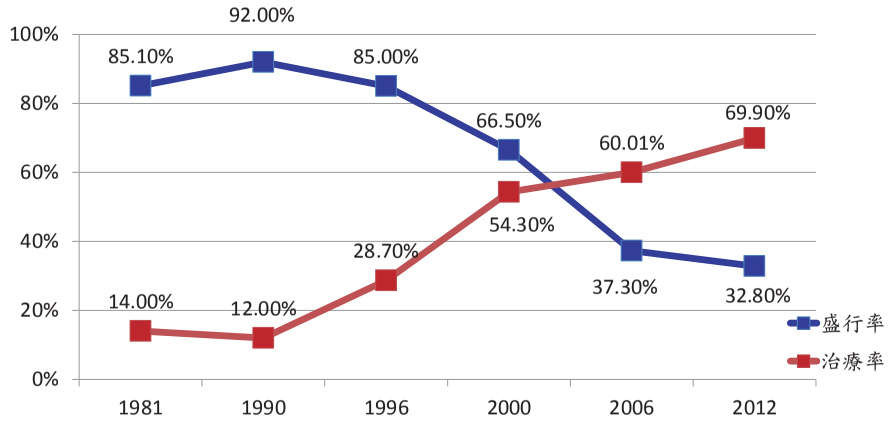
(1-3)歷年兒童牙齒保健服務情形--0-6歲兒童塗氟保健服務情形



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

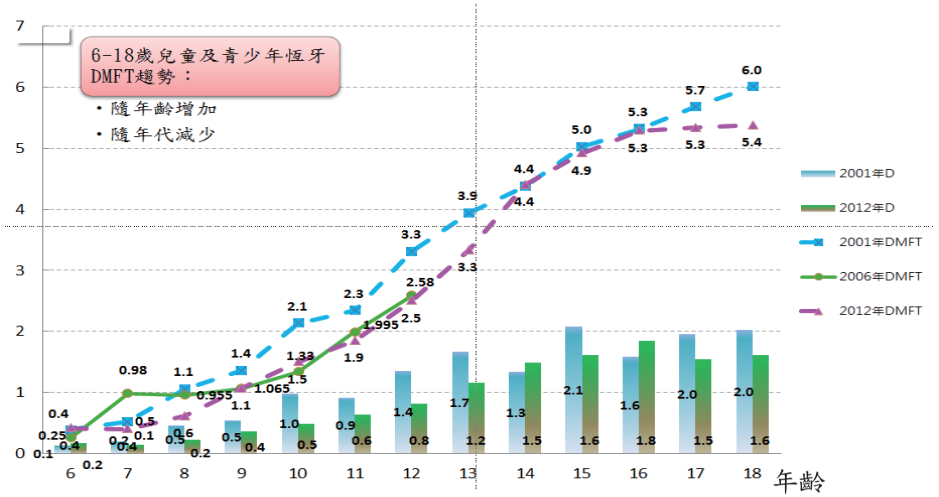
(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

(1-4)歷年兒童牙齒保健服務情形--12 歲兒童DMFT及齲齒盛行率



(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

(1-5)歷年兒童牙齒保健服務情形—6-18歲兒童DMFT趨勢



資料來源:心口司

(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

(2-1) 18-64歲恆牙狀況

年齡	齲齒盛行率(%)		剩餘齒數(顆)	
	92-94年	104-105年	92-94年	104-105年
18-34	83.63	96.5	25.70±6.06	28.52±2.18
35-44	90.91	99.5	24.58±4.73	27.50±2.71
45-49	88.94	99.4	23.65±6.05	26.67±3.93
50-64	92.48	99.2	21.00±6.09	24.93±5.50

(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

(3)65歲以上口腔狀況

年齡	齲齒盛行率(%)		剩餘齒數(顆)		全口無牙率(%)	
	92-94年	104-105年	92-94年	104-105年	92-94年	104-105年
65-74	92.41	99.8	14.31±5.69	20.82±8.38	11.5	4.44
75+	82.47	100	14.43±5.60	16.72±9.27	17.4	9.99

(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

(4)18歲以上牙周狀況

		2005		2016	
樣本年齡層		18歲以上	65歲以上	18歲以上	65歲以上
CPI	C0	35.8%	12.2%	19.2%	13.6%
	C1	26.3%	28.4%	23.9%	21.6%
	C2	30.9%	43.4%	20.4%	21.2%
	C3	5.1%	13.7%	26.2%	30.5%
	C4	1.9%	2.3%	10.3%	13.1%
AL	L0(0~3mm)	69.2%	50.0%	44.6%	24.8%
	L1(4~5mm)	24.7%	32.6%	33.9%	38.4%
	L2(6~8mm)	5.1%	12.7%	14.8%	24.2%
	L3(9~11mm)	0.7%	1.9%	4.8%	8.9%
	L4(>12mm)	0.3%	2.7%	1.9%	3.7%
黏膜病變		3.8%	8.1%	癌症5.2% 非癌2.8%	癌症5.5% 非癌1.8%

資料來源:心口司

(二)品質保證保留款實施方案執行結果

1.106預算及協定事項

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

(二)品質保證保留款實施方案執行結果

2.102-106年品保款核發比例院所占率：

年度	核發比例						
比例	100%	80-95%	60-75%	40-55%	20-35%	5-15%	不核發
102	7.1%	17.2%	24.1%	26.5%	12.3%	2.3%	10.4%
103	1.3%	18.1%	27.6%	27.9%	13.0%	1.1%	11.1%
比例	100%	80≦X<100%	60%≦X<80%	40%≦X<60%	20%≦X<40%	5%≦X<15%	不核發
104	1.8%	20.3%	22.4%	19.1%	7.6%	0.7%	28.2%
105	3.8%	19.7%	28.4%	23.8%	2.5%	0.6%	21.2%
106	4.5%	15.0%	22.6%	25.4%	12.2%	1.9%	18.%

（本方案設計有利於醫療品質進步）

(二)品質保證保留款實施方案執行結果

3. 106年層級實施結果

層級 \ 核發率		0%	5%≦X<15%	20%≦X<40%	40%≦X<60%	60%≦X<80%	80≦X<100%	100%
醫院	家數	30	1	12	15	28	48	39
	占率	17.3%	0.6%	6.9%	8.7%	16.2%	27.7%	22.5%
基層診所	家數	1,261	129	839	1,765	1,553	999	277
	占率	18.5%	1.9%	12.3%	25.9%	22.8%	14.6%	4.1%
總計	家數	1,291	130	851	1,780	1,581	1,047	316
	占率	18.5%	1.9%	12.2%	25.4%	22.6%	15.0%	4.5%

106年品保款核發金額為228.86百萬
醫院核發金額總計為26.57百萬（占總預算11.6%）
基層診所核發金額總計為202.29百萬（占總預算88.4%）
有領到品保款計5,705家院所（醫院143家、基層5,562家）

(二)品質保證保留款實施方案執行結果

4-1.檢討及改善方向-106年

(1)修訂方向：核發品保款的精神，依評核老師之建議以正向指標導向，區分為專業獎勵指標及政策獎勵指標，提升品質指標，朝向品保款分配差距拉大，以鼓勵院所積極提升醫療品質。

(2)專業獎勵指標方面仍維持四項未異動。

(二)品質保證保留款實施方案執行結果

(3) 政策獎勵指標六項。

- 每月完成門診時間網路登錄，診所的登錄核算基礎由5%修訂為3%。
- 增加「週日或國定假日有提供牙醫醫療服務」，該院所當年度週日及國定假日於VPN登錄看診日數≧1天，核算基礎2%。
- 「牙周病顧本計畫」、「牙周病統合照護品質」、「口腔癌篩檢」、「月平均初核核減率」未異動。

(二)品質保證保留款實施方案執行結果

5.檢討及改善方向-107年

(1)專業獎勵指標四項未異動。

(2) 在政策獎勵指標共七項。

- 「牙周病顧本計畫」指標件數3件增加為12件，核算基礎5%修訂為3%。
- 牙周病統合照護品質第三階段診療項目件數3件新增為6件。
- 新增院所申報「特殊醫療服務計畫」特定治療項目件數2件(含)以上，核定基礎2%。
- 「口腔癌篩檢」、「每月完成門診時間網路登錄、「週日或國定假日有提供牙醫醫療服務」、「月平均初核核減率」四項未變動。

(二)品質保證保留款實施方案執行結果

6.檢討及改善方向-108年

(1)專業獎勵指標四項未異動。

(2) 在政策獎勵指標共七項。

- 合併「每月完成門診時間網路登錄且週日或國定假日有提供牙醫醫療服務」核算基礎2%。
- 「月平均初核核減率」核算基礎1%
- 「特殊醫療服務計畫」指標申報特殊醫療服務計畫之「院所內特定治療項目」件數在1件(含)以上，核算基礎2%，基層院所若達10件(含)以上，核算基礎再增加2%。
- 「牙周病顧本計畫」、「牙周病統合照護品質」、「口腔癌篩檢」三項未變動。
- 配合政府推動無障礙就醫環境，增列核算基礎5%，待衛福部研訂後辦理，並經健保署研商議事會議確認後生效。

(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施

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

2.藉由品質保證保留款，鼓勵院所積極提升醫療品質。

3.透過案例討論及異地審查作業，精進審查品質。

(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施

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

衛生福利部疾病管制署醫院感染控制作業查核委員

(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施

5.成立醫學倫理委員會，維護醫學倫理制度，發展醫學倫理，促進醫病關係和諧。

6. 成立口腔分科審議委員會，研擬制定及審核牙醫分科醫師臨床訓練計劃及課程，培養優秀牙醫分科醫師及發展國內牙醫醫療之學識、技術、設備及研究為目標。

7.成立牙醫政策規劃委員會，研究牙醫相關政策與密切追蹤政府相關醫療法令、政策，提高牙科醫療水準。

8.訂定「全民健康保險牙醫門診醫療服務精進審查」試辦計畫書辦法。

9.加強國人口腔健康照護計畫，以病人為中心周全性、協調性、連續性、完整性的口腔照護醫療，使病人更有品質的醫療照護。

四、協商因素項目之執行情形

(一)支付標準修訂及其他協商因素項目

1.107年協定事項

一般服務成長率為1.706%。其中，醫療服務成本及人口因素成長1.341，協商因素成長率0.365%。

一般服務總額分配相關事項：

1.12歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護、顎顏面骨壞死術後傷口照護(0.377%)。

2.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.012%)。

(一)支付標準修訂及其他協商因素項目

(1)醫療服務利用及密集度改變463.4百萬，預計修訂經費影響430.25百萬元。

診療編號	中文項目名稱	原支付點數	修訂後支付點數	預估年增點數	申報增加點數
00129C	符合加強感染管制之牙科門診診察費--每位醫師每日門診量在二十人次以下部分--處方交付特約藥局調劑	313	320	30,268,353	31,670,737
00130C	符合加強感染管制之牙科門診診察費--每位醫師每日門診量在二十人次以下部分--未開處方或處方由本院所自行調劑	313	320	166,667,443	170,410,261
00133C	符合加強感染管制之牙科門診診察費--山地離島地區--處方交付特約藥局調劑	343	350	224,113	226,184
00134C	符合加強感染管制之牙科門診診察費--山地離島地區--未開處方或處方由本院所自行調劑	343	350	1,302,085	1,442,238
90008C	去除釘柱	1,000	1,235	9,548,321	10,611,895
92015C	單純齒切除術	2100	2730	79,314,309	84,709,800
92016C	複雜齒切除術	3600	4300	142,925,880	152,460,700
合　　計				430,250,504	451,531,815

(一)支付標準修訂及其他協商因素項目

1.106年協定事項

(1)12歲牙結石清除(0.054%，預算20.8百萬)

(2)加強全民口腔疾病照護(0.100%，預算38.7百萬)

(3)顎顏面骨壞死術後傷口照護(0.026%，預算10百萬)

2.107年協定事項

(2)增加預算：成長率0.377%，預算150百萬。

(一)支付標準修訂及其他協商因素項目

(1)12歲局部牙結石清除就醫人數為532，就醫次數633，
全口牙結石清除就醫人數為49,270，就醫次數為53,562。
(2)加強全民口腔疾病照護
牙菌斑去除照護就醫人數為756,404，就醫次數為940,270。
(3)顎顏面骨壞死術後傷口照護：
就醫人數為1,814，就醫次數9,126。

年度	預算	12歲牙結石清除(局部＋全口 91003C+91004C)	全民口腔疾病照護(牙菌斑去除照護91020C+12歲以下牙周暨齲齒控制基本處置91014C)	顎顏面骨壞死術後傷口照護 92095C	合計	執行率
106	69,500,000	26,597,100	176,470,460	3,192,320	206,259,880	296.78%
107	219,500,000	32,265,000	257,673,830	5,518,640	295,457,470	134.60%

(一)支付標準修訂及其他協商因素項目

3.105年協定事項

成長率0.296%，預算金額111.0百萬
(1)符合加強感染管制之牙科門診診察費增加費用
(2)牙醫急症處置
(3)週日及國定假日牙醫門診急症處置

年度	00129C,00130C 00133C,00134C 符合加強感染管制之牙科門診診察費增加費用	92093B 牙醫急症處置	92094C 週日及國定假日牙醫門診急症處置	合計	執行率
105	900,844,629	4,975,500	6,583,600	912,403,729	821.99%
106	580,762,297	10,337,000	46,419,880	637,519,177	574.34%
107	342,221,314	17,050,100	61,252,9960	420,524,374	378.85%

註：105年3月28日公告，105年4月1日生效

五、總額之管理與執行績效

(一)醫療利用及費用管控情形
(二)點值穩定度
(三)專業審查及其他管理措施
(四)院所違規情形及醫療機構輔導

(一)醫療利用及費用管控情形

1.107年全國及各分區醫療利用情形

項目	台北	北區	中區	南區	高屏	花東	全國
申報件數	12,651,421	5,426,730	7,121,088	4,778,970	5,670,234	686,107	36,334,550
申報點數	15,879,294,881	7,202,214,461	8,967,711,603	6,029,745,667	6,803,046,911	882,870,801	45,764,884,324
就醫人數	4,183,350	1,882,565	2,383,711	1,529,431	1,767,245	221,328	11,698,574
就醫率	48.08%	49.89%	55.61%	49.49%	53.17%	46.28%	49.46%
僅執行預防保健人數	118,380	54,838	74,332	50,352	62,814	11,238	359,787
就醫率	46.72%	48.44%	53.87%	47.86%	51.28%	43.93%	47.94%
平均每就醫人就醫次數成長率	1.05%	0.94%	1.14%	0.42%	0.92%	0.56%	0.85%
平均每就醫人費用點數成長率	1.77%	2.16%	2.81%	1.31%	1.80%	0.51%	1.90%
平均每件費用點數成長率	0.72%	1.22%	1.79%	0.96%	0.93%	1.37%	1.04%
就醫率成長率	1.26%	0.90%	0.64%	0.57%	0.69%	0.86%	0.96%

(一)醫療利用及費用管控情形

2.103-107年就醫者主要處置醫令較前一年之成長率

項目	103年	104年	105年	106年	107年
牙結石清除 91004C	3.06%	2.94%	1.28%	1.97%	1.10%
牙體復形 89001C~89005C+ 89008C~89015C+ 89101C~89105C+ 89108C~89115C	-0.74%	-3.09%	-1.26%	-1.64%	-2.24%
根管開擴及清創90015C	-1.36%	-3.13%	-2.27%	-2.04%	-4.27%
口腔顎面外科 簡單性及複雜性拔牙 92013C+92014C	1.76%	0.05%	-2.79%	-0.17%	-2.75%

疾病控制、提高預防保健成效

齲齒及根管治療件數皆下降

(一)醫療利用及費用管控情形

3.103-107年平均每人拔牙顆數較前一年之成長率

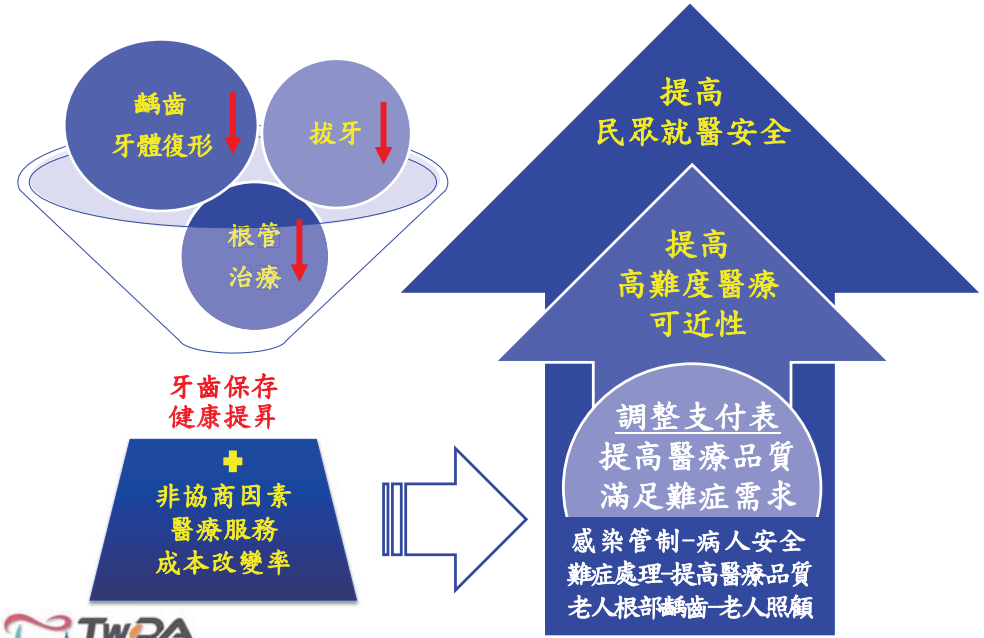
項　　目	103年	104年	105年	106年	107年
口腔顎面外科 簡單性及複雜性拔牙 92013C+92014C	-0.40%	-1.73%	-3.07%	-0.17%	-2.75%

(一)醫療利用及費用管控情形

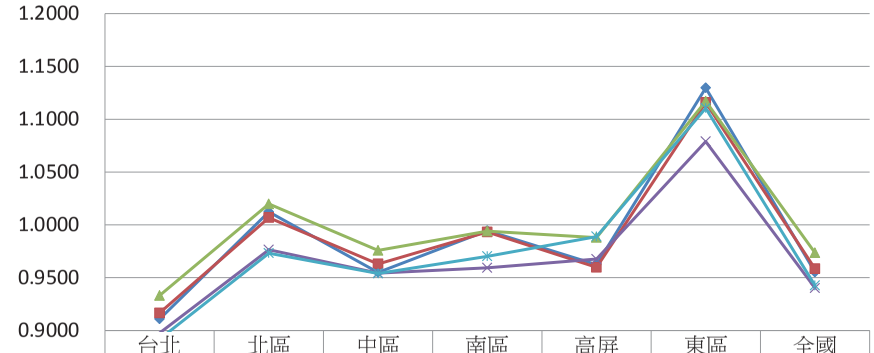
4.103-107年就醫者難症處置醫令較前一年之成長率

牙周及難症處置件數逐年增加

項目	103年	104年	105年	106年	107年
根管治療難症特別處理 90091C-90098C	10.26%	5.27%	9.00%	14.48%	8.58%
牙周病 齒齦下刮除術91006C-91008C 牙周統合照護P4001-P4003 牙周顧本91015C、16C、18C	11.39%	12.53%	20.00%	18.54%	14.87%
口腔顎面外科 簡純齒及複雜齒切除術 92015C+92016C	3.63%	6.89%	3.06%	6.37%	3.39%



(二)點值穩定度



	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
103年	0.9108	1.0123	0.9549	0.9945	0.9623	1.1297	0.9552
104年	0.9166	1.0068	0.9630	0.9932	0.9598	1.1158	0.9584
105年	0.9331	1.0198	0.9758	0.9940	0.9880	1.1170	0.9735
106年	0.8976	0.9764	0.9543	0.9593	0.9676	1.0789	0.9401
107年	0.8918	0.9732	0.9540	0.9702	0.9889	1.1105	0.9426

(二)點值穩定度

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

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

(二)點值穩定度

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

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

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

(三)專業審查及其他管理措施

1.審查醫師管理

(1)審查醫藥專家管理辦法

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

(2)審查醫藥專家申復管道

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

(三)專業審查及其他管理措施

(3) 103至107年審查醫師考核統計之結果

年度	抽審移地審查			暫停職務三個月				作業疏忽或誤用法規
	行為模式異常	濫用權力進入行政或司法調查程序	專案抽審比對計畫	單月排行進前1%	違反第11點規定接受行政或司法調查程序者	醫療行為模式異常	審查行為模式異常	
103	0	0	0	-	0	0	0	0
104	0	0	0	0	0	0	0	0
105	0	0	0	0	0	0	0	0
106	0	0	0	0	0	0	0	0
107	0	0	0	0	0	0	0	0

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

(三)專業審查及其他管理措施

3.檔案分析指標與抽審指標之訂定

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

(2)各分區抽審指標由各分區自主制定內容，統一原則如下：

A.審核尺度依現行相關審查辦法執行，不宜有過度延伸或逾越超過法規之範圍。

B.抽審、申復、爭審均應要求備齊所有完整文件。

(三)專業審查及其他管理措施

4.異常院所分析與建議抽審比例

(1)依委託契約建立以檔案分析為主軸之醫療服務審查異常管理作業

(2)依據電腦檔案分析指標擇出

A.每項指標取百分位前5%

B.異常人數以該區總醫師數1%為上限

C.異常院所名單以該區總家數之1%為上限

(3)依特約醫事服務機構異常管理方案，進行加重審查：

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

B.加重審查院所數以全部抽審院所數的10%為上限。

C.各分區點值大於1者，則酌減加重審查案件的比例。

(三)專業審查及其他管理措施

5.專業審查統計資料

(1)初核核減率、申復核減率、爭審核減率統計資料

點數單位：百萬點

年度	醫療費用點數 (A)	申請點數 (B)	核定點數 (C)	申復補付點數 (E)	爭審補付點數 (F)	初核核減率 (B-C)/A	申復後核減率 (B-C-E)/A	爭審後核減率 (B-C-E-F)/A
103	39,852.69	38,332.82	38,200.99	30.29	0.32	0.33%	0.25%	0.25%
104	40,529.25	38,999.62	38,840.20	34.43	0.58	0.39%	0.31%	0.31%
105	41,663.65	40,137.63	39,991.23	30.19	0.32	0.35%	0.28%	0.28%
106	44,335.35	42,750.92	42,593.73	38.03	0.38	0.35%	0.27%	0.27%
107	45,743.13	44,133.44	44,000.27	28.79	0.25	0.29%	0.23%	0.23%

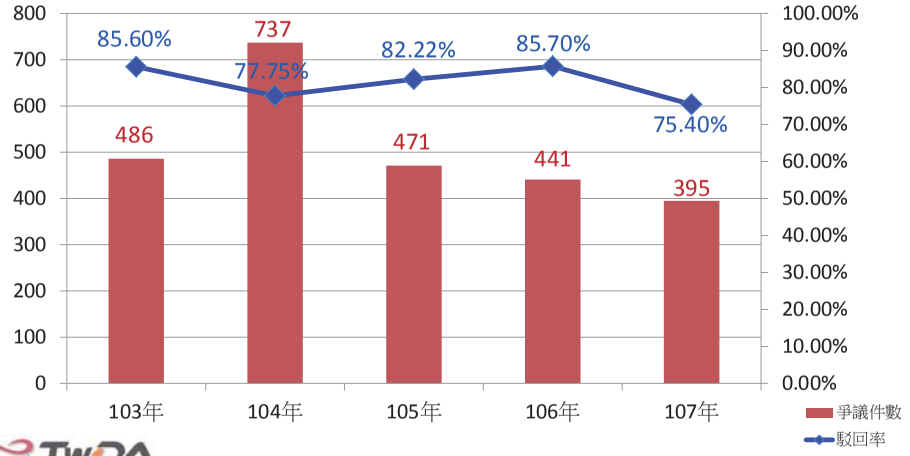
不是用核減率做管理依歸。

以審查品質穩定，全國審查標準趨於一致為目標。

(三)專業審查及其他管理措施

6.爭審統計結果

107年度爭審駁回率為75.4%，爭審件數395。



(三)專業審查及其他管理措施

7.審畢案件抽審統計結果

107年審查合理件數占率為98.81%，結果如下：

分區	抽審醫藥專家數	抽審案件數	審查合理件數	審查合理件數占率	審查不合理件數	審查不合理件數占率	處理方式	
							通知改善醫師數	列入追蹤醫師數
台北	40	1,492	1,463	98.06%	29	1.94%	12	7
北區	14	923	911	98.70%	12	1.30%	4	0
中區	73	1,729	1,719	99.42%	10	0.58%	9	0
南區	13	638	630	98.75%	8	1.25%	6	0
高屏	14	1,363	1,356	99.49%	7	0.51%	3	0
東區	8	723	707	97.79%	16	2.21%	6	0
合計	162	6,868	6,786	98.81%	82	1.19%	40	7

(四)院所違規情形及醫療機構輔導

1. 全民健康保險特約醫事服務機構查處統計

年月	類別	醫 院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
103年	處分家數	24	144	37	42
	違規率	5.04%	1.41%	0.57%	1.24
104年	處分家數	23	133	55	39
	違規率	4.82%	1.3%	0.84%	1.13%
105年	處分家數	12	141	42	30
	違規率	2.52%	1.37%	0.64%	0.85%
106年	處分家數	31	162	34	32
	違規率	6.54%	1.57%	0.51%	0.89%
107年	處分家數	21	141	59	21
	違規率	4.44%	1.35%	0.88%	0.57%

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

(四)院所違規情形及醫療機構輔導

2. 103-107年各部門查處追扣金額表

年月	類別	醫 院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
103年	總額舉發	0	0	33,925	0
	非總額舉發	11,868,407	24,071,988	13,163,724	1,892,680
104年	總額舉發	0	0	15,940	0
	非總額舉發	22,742,799	47,228,505	9,116,406	4,348,187
105年	總額舉發	0	0	0	0
	非總額舉發	33,031,817	39,943,523	4,967,107	13,555,493
106年	總額舉發	0	113,662	407,909	0
	非總額舉發	29,770,722	46,035,615	1,988,932	4,242,534
107年	總額舉發	0	0	67,140	0
	非總額舉發	32,476,318	34,971,500	27,318,315	29,060,405

備註：非總額舉發包含民眾檢舉與健保署主動查核項目，總額舉發為總額受託單位或總額相關團體舉發。

(四)院所違規情形及醫療機構輔導

3.105-107年牙醫門診總額部門查處追扣金額表

(資料來源：健保署)

年度	105年				106年				107年					
類型別	總額舉發		非總額舉發		總額舉發		非總額舉發		總額舉發		民眾檢舉		非總額舉發	
	家次	點數	家次	點數	家次	點數	家次	點數	家次	點數	家次	點數	家次	點數
扣減	0	0	25	283,677	3	176,508	14	103,555	0	0	12	30,552	14	261,030
罰鍰	0	0	11	294,919	5	78,294	8	975,212	1	65,442	3	94,649	24	3,067,526
其他	0	0	25	4,388,511	3	142,471	11	910,165	1	1,698	7	1,607,767	26	22,256,791
小計	0	0	44	4,967,107	6	397,273	24	1,988,932	2	67,140	22	1,732,968	64	25,585,347

備註：1.非總額舉發包含民眾檢舉與本局主動查核項目；總額舉發為總額受託單位舉發。
2.類型別之定義：扣減：扣減10倍之本金，即原認列之點數
罰鍰：罰鍰之本金，即原認列之虛報點數。
其他：其他因查處案件造成可行政追扣之點數
(如:院所坦承、雙方協商等可追扣之金額)
3. 106年類型別之家次有重覆。

(四)院所違規情形及醫療機構輔導

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

輔導醫療院所數		台北	北區	中區	南區	高屏	花東	總計
103年	輔導家數	421	62	800	22	56	4	1,365
	申報家數	2,633	833	1,354	818	1,064	136	6,838
104年	輔導家數	489	158	719	52	39	0	1457
	申報家數	2,652	851	1,356	830	1,077	134	6,900
105年	輔導家數	394	65	696	9	26	16	1206
	申報家數	2,664	859	1,354	833	1,071	138	6,919
106年	輔導家數	530	99	608	13	33	2	1285
	申報家數	2,707	872	1,357	842	1,076	140	6,994
107年	輔導家數	463	247	568	5	55	24	1,362
	申報家數	2,719	892	1,368	842	1,077	138	7,036

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

(四)院所違規情形及醫療機構輔導

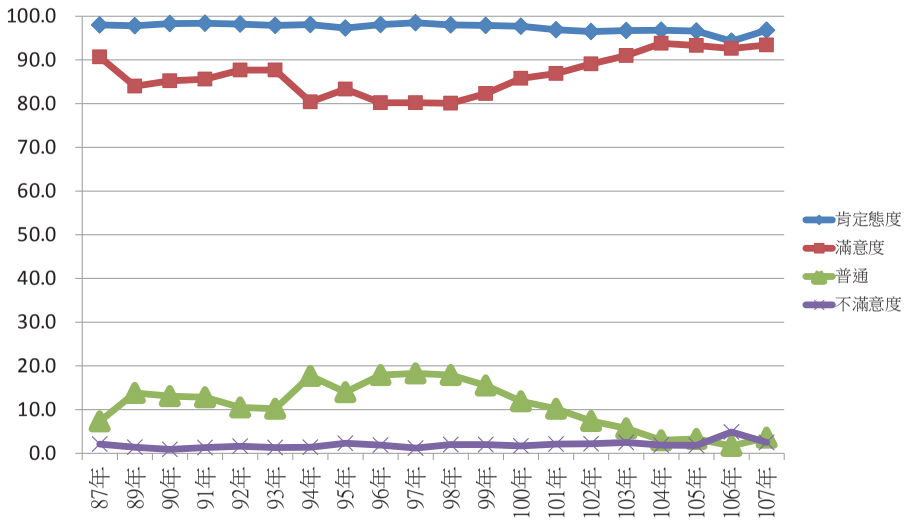
5. 歷年六區審查分會輔導自願繳回之費用統計

點數單位：千點

分區\年度	103年		104年		105年		106年		107年	
	院所數	自願繳回點數(千點)	院所數	自願繳回點數(千點)	院所數	自願繳回點數(千點)	院所數	自願繳回點數(千點)	院所數	自願繳回點數(千點)
台北	6	1,159	0	0	0	0	37	1,086	170	4,269
北區	12	5,072	31	872	26	358	8	93	33	2,070
中區	34	3,689	47	3,839	88	11,234	82	10,502	94	7,393
南區	10	1,338	5	546	2	10	15	5,809	11	11,768
高屏	6	0	2	-	25	-	2	-	37	-
東區	0	0	0	0	2	68	0	0	0	0
合計	62	11,258 (未含高屏)	85	5,257 (未含高屏)	143	11,670 (未含高屏)	136	17,490 (未含高屏)	345	25,499 (未含高屏)

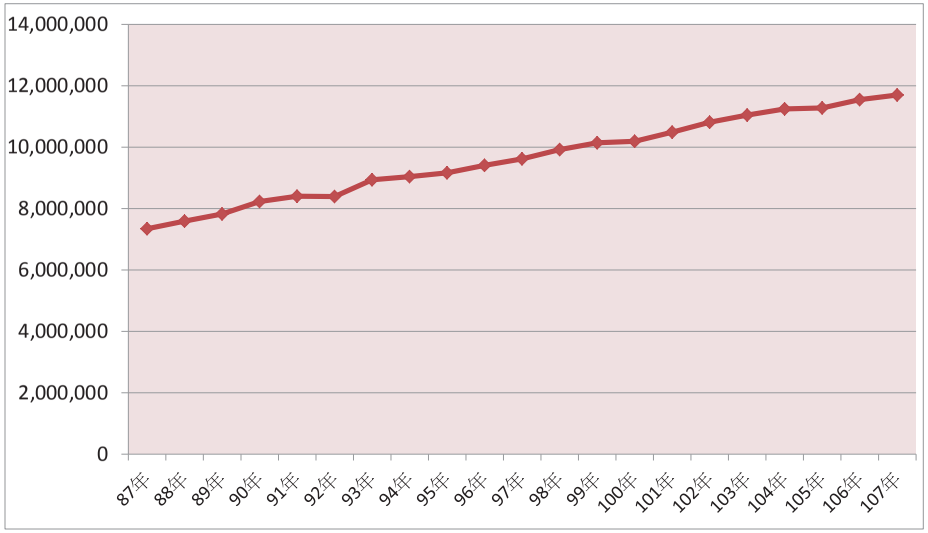
註：高屏區因輔導院所自願繳回(改核)費用，係由院所主動自承列表與分區業務組聯繫相關事宜，未取得自願繳回點數資料。

歷年民眾滿意度調查

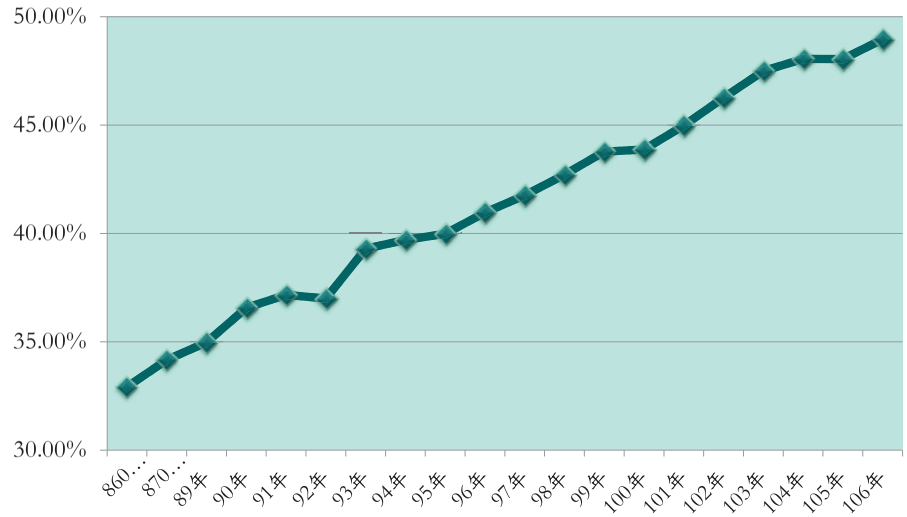


備註：肯定態度為非常滿意+滿意+普通

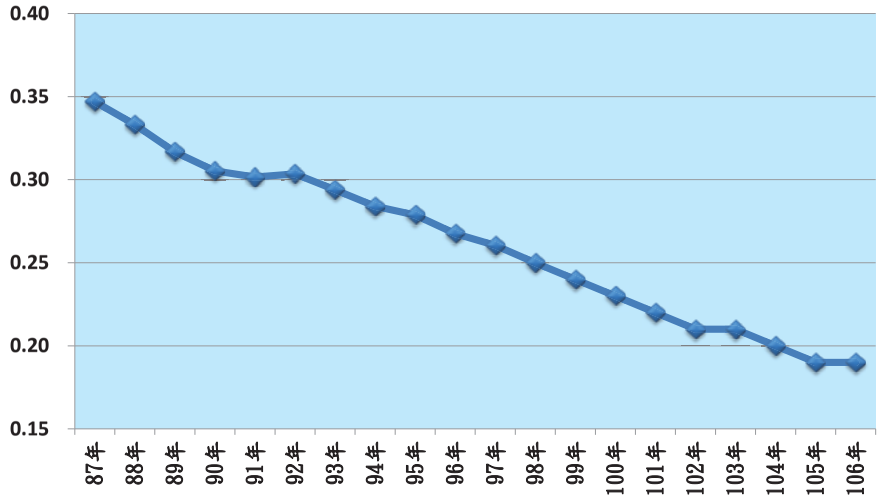
就醫人數提高



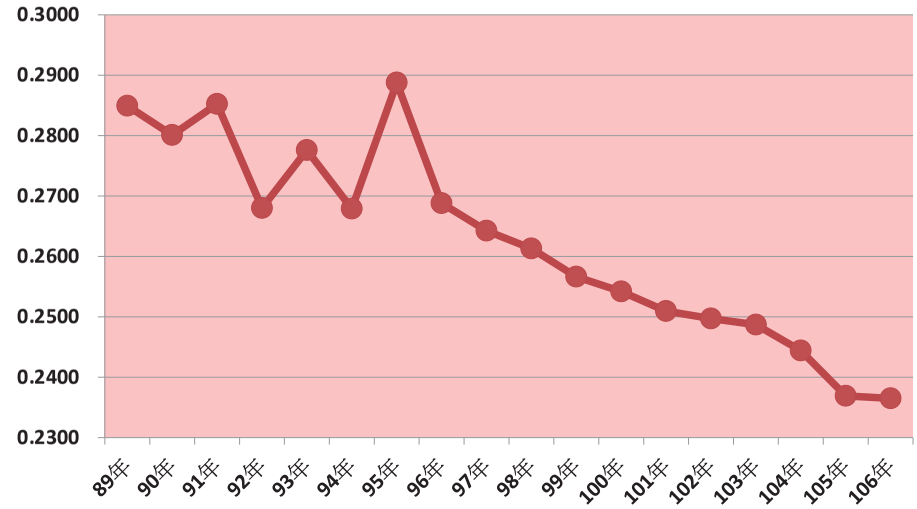
就醫率提高

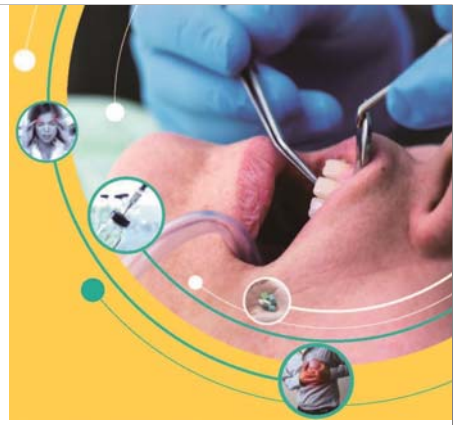


每就醫人(根管治療)開擴顆數降低



平均拔牙顆數降低





守護您的口腔

守護您的健康

TwDA
社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會
Taiwan Dental Association

2019/07/19 - 137

牙醫門診總額專案計畫
執行成果報告

報告人：簡志成
中華民國牙醫師公會全國聯合會
全民健康保險牙醫門診總額特殊計畫召集人

壹、醫療資源不足地區改善方案
貳、特殊醫療服務計畫
參、牙周病統合照護計畫
肆、107年評核委員評論意見與期許之回應說明

壹、醫療資源不足地區改善方案

大綱

一、預算執行數及執行率
二、目標達成情形
三、執行概況與結果
四、成效評估
五、檢討與改善方向
六、108方案修訂重點

一、預算執行數與執行率

年度	預算數(百萬)	執行數(百萬)	預算達成率
103	280	248.5	89.00%
104	280	247.1	88.00%
105	280	241.9	86.39%
106	280	248.0	88.57%
107	280	251.6	89.86%

備註：自100年起費用來源分為專款及一般經費

二、目標達成情形

(一)執業計畫：1.執行鄉鎮/地區數

年度	目標值	執行鄉數	醫缺鄉減少數	目標達成率
103	併同91年度起共以減少35個醫缺乏地區	34	40	114.29%
104	併同91年度起共以減少35個醫缺乏地區	33	40	114.29%
105	併同91年度起共以減少35個醫缺乏地區	33	40	114.29%
106	併同91年度起共以減少35個醫缺乏地區	33	37	105.71%
107	併同91年度起共以減少35個醫缺乏地區	31	37	105.71%

備註：107年相較106年底新增3位醫師，退出4位醫師(1位身體健康因素、3位個人因素)，另包含未加入計畫自行於雲林縣元長鄉、澎湖縣湖西鄉、高雄市六龜區、台東縣卑南鄉開業醫師共4位。

(一)執業計畫：2.服務總天數及總人次

年度	目標值	服務總天數	目標達成率	總服務人次	目標達成率
103	服務總天數5,600天 總服務人次50,000人次	8,927	159.41%	61,563	123.13%
104	服務總天數5,600天 總服務人次50,000人次	8,521	152.16%	58,497	116.99%
105	服務總天數5,600天 總服務人次50,000人次	7,970	142.32%	54,202	108.40%
106	服務總天數5,600天 總服務人次50,000人次	7,588	135.50%	53,366	106.73%
107	服務總天數5,600天 總服務人次50,000人次	6,813	121.66%	48,746	97.49%

資料來源：依健保署每月提供申報資料統計。

(二)巡迴計畫：1.醫療團執行數

年度	目標值	執行醫療團數	執行鄉鎮數	目標達成率
103	以18個醫療團為目標	18	124	100.00%
104	以18個醫療團為目標	18	124	100.00%
105	以18個醫療團為目標	18	134	100.00%
106	以18個醫療團為目標	19	136	105.56%
107	以18個醫療團為目標	19	145	105.56%

備註：目前醫療團以縣市公會為單位申請。

(二)巡迴計畫：2.社區醫療站執行數

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

備註：107年申請通過社區醫療站共23個

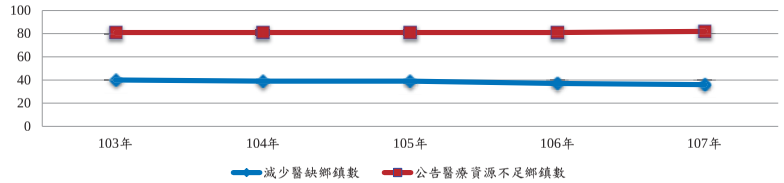
(二)巡迴計畫： 3. 服務總天數及總人次

年度	目標值	服務總天數	目標達成率	總服務人次	目標達成率
103	服務總天數6,000天 總服務人次100,000	11,365	189.42%	118,392	118.39%
104	服務總天數6,000天 總服務人次100,000	11,414	190.23%	118,941	118.94%
105	服務總天數6,000天 總服務人次100,000	11,388	189.80%	116,722	116.72%
106	服務總天數6,000天 總服務人次100,000	11,643	194.05%	118,789	118.79%
107	服務總天數6,000天 總服務人次100,000	12,289	204.82%	123,598	123.60%

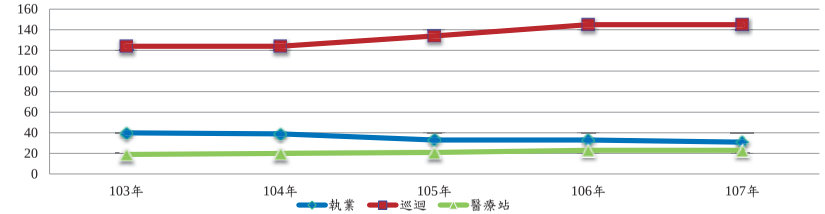
資料來源：依健保署每月提供申報資料統計

三、執行概況及結果

(一)歷年醫療服務提供情形-執業點執行鄉鎮/地區數



(二)歷年醫療服務提供情形-巡迴執行鄉鎮/地區數



備註：執業計畫：自91年度實施本方案計畫以來，有6位牙醫師退出本計畫，但仍繼續留在該鄉執業。

(二)醫療利用情形 1.執業計畫

107年度

分區	就醫人次	就醫人數	總服務點數	執行天數	每就醫人平均點數	每案件平均點數
台北	3,833	1,936	4,246,599	984	2,193	1,108
北區	11,597	4,998	10,912,634	1,936	2,183	941
中區	9,565	3,854	10,363,599	572	2,689	1,083
南區	7,734	2,992	9,247,634	682	3,091	1,196
高屏	11,035	5,170	12,635,126	1,840	2,444	1,145
花東	4,982	2,797	4,594,527	799	1,643	922
合計	48,746	21,747	52,000,119	6,813	2,391	1,067

備註：資料來源依健保署每月提供申報資料統計，不包含保障額度及巡迴論次費用。

(二)醫療利用情形 2.巡迴計畫-一般巡迴點

107年度

分區	就醫人次	就醫人數	總服務點數	執行天數	每就醫人平均點數	每案件平均點數
台北	10,429	5,963	19,982,593	1057	3,351	1,916
北區	6,873	3,626	9,810,321	618	2,706	1,427
中區	13,532	8,688	21,725,880	1,751	2,501	1,606
南區	18,149	10,476	20,561,215	989	1,963	1,133
高屏	18,362	9,297	26,032,491	1,750	2,800	1,418
花東	15,571	8,927	18,705,896	961	2,095	1,201
合計	82,916	46,977	116,818,396	7,126	2,487	1,409

備註：資料來源依健保署每月提供申報資料統計，不包含保障額度及巡迴論次費用。

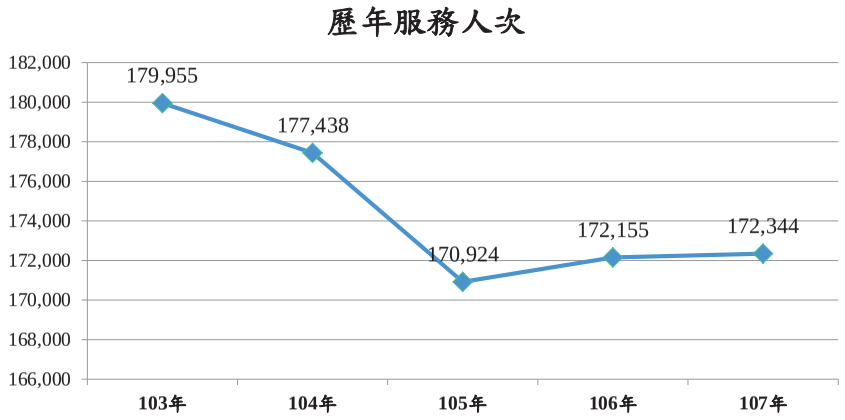
(二)醫療利用情形 2.巡迴計畫-社區醫療站

107年度

分區	就醫人次	就醫人數	總服務點數	執行天數	每就醫人平均點數	每案件平均點數
台北	4,747	1,882	4,988,250	564	2,651	1,051
北區	-	-	-	-	-	-
中區	12,312	5,000	18,251,142	1,986	3,650	1,482
南區	545	330	921,706	139	2,793	1,691
高屏	16,194	5,569	26,290,349	1,543	4,721	1,623
花東	6,884	2,946	9,261,636	931	3,144	1,345
合計	40,682	15,727	59,713,083	5,163	3,797	1,468

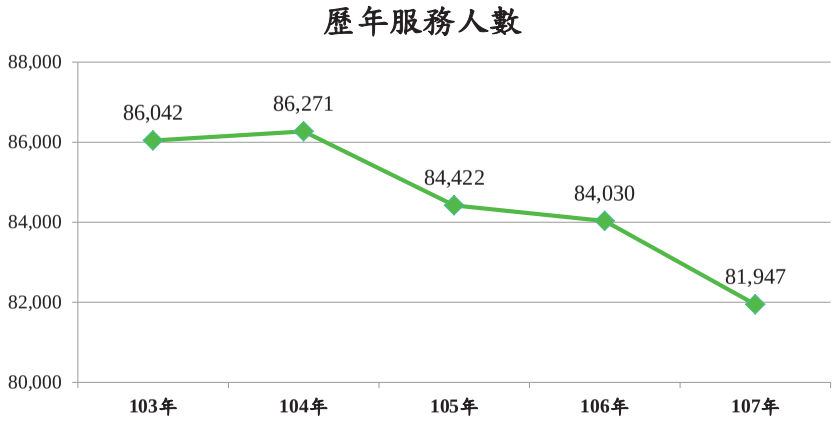
備註：資料來源依健保署每月提供申報資料統計，不包含保障額度及巡迴論次費用。

(三)歷年服務醫療利用情形比較圖



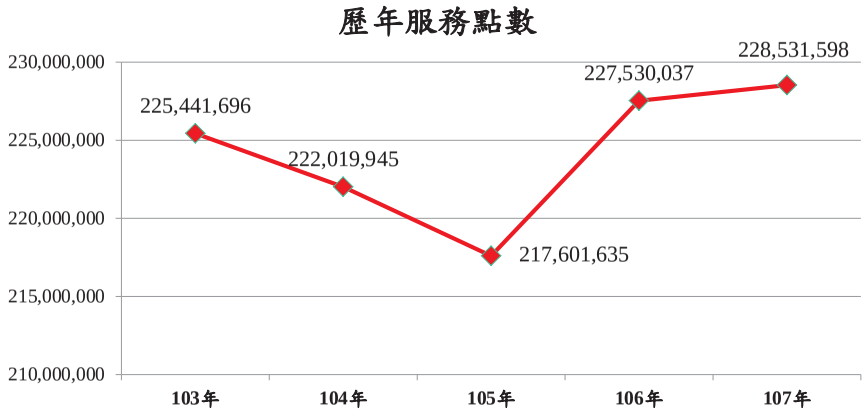
資料來源：依健保署每月提供申報資料統計。

(三)歷年服務醫療利用情形比較圖



資料來源：依健保署每月提供申報資料統計。

(三)歷年服務醫療利用情形比較圖



資料來源：依健保署每月提供申報資料統計。

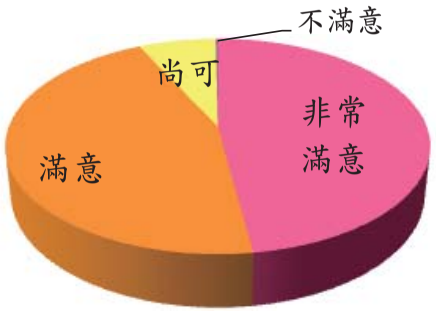
四、成效評估

問卷調查時間：108年3-5月
回收有效問卷：1,183份
(學校440份;一般民眾743份)

(一)民眾滿意度調查

1. 對該項計畫感到滿意的程度

滿意度	人數	佔率
非常滿意	561	47.79%
滿意	528	44.97%
尚可	83	7.07%
不滿意	2	0.17%
非常不滿意	0	0.00%
合計	1174	100.00%

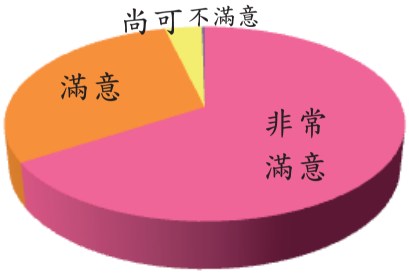


備註：本項題目回答的樣本為1,174份。

2. 該地區進入了執業醫師及醫療團後，是否認為就醫上較以往更便利

滿意度	人數	佔率
非常滿意	778	65.99%
滿意	356	30.20%
尚可	42	3.56%
不滿意	3	0.25%
非常不滿意	0	0.00%
合計	1179	100.00%

備註：本項題目回答的樣本為1,179份。

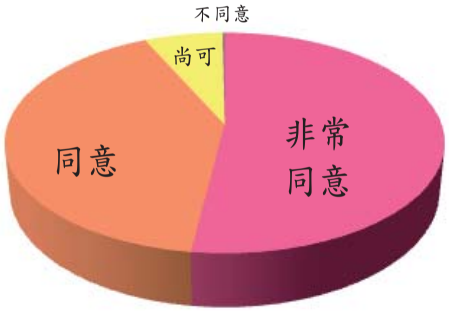


問卷調查時間：108年3-5月
回收有效問卷：1,183份
(學校440份;一般民眾743份)

3.由於醫缺方案的介入，您是否認同孩童或民眾的口腔健康有明確的改善

滿意度	人數	佔率
非常同意	613	52.08%
同意	482	40.95%
尚可	80	6.80%
不同意	2	0.17%
非常不同意	0	0.00%
合計	1177	100.00%

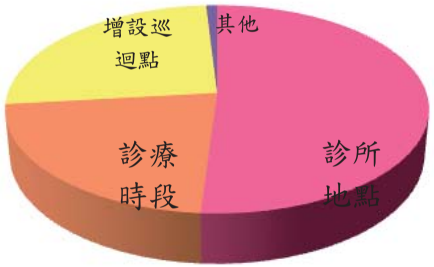
備註：本項題目回答的樣本為1,177份



問卷調查時間：108年3-5月
回收有效問卷：1,183份
(學校440份;一般民眾743份)

4.就醫便利性及可近性應該改善的項目

項目	人數	佔率
診所地點	315	51.05%
診療時段	137	22.20%
增設巡迴點	159	25.77%
其他	6	0.97%
合計	617	100.00%

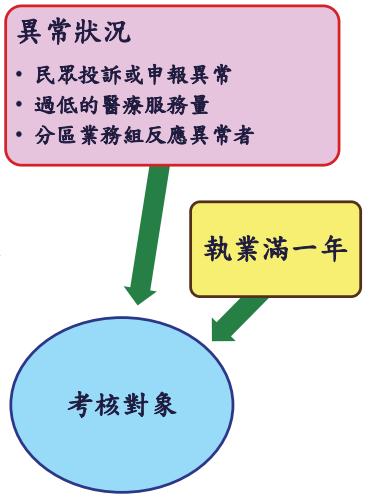


備註：本項題目僅統計一般民眾回答問卷的樣本為617份。

問卷調查時間：108年3-5月
回收有效問卷：1,183份
(學校440份;一般民眾743份)

(二)執業醫師考核情形

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



- 考核行程：107年度考核作業共分6梯次，時間地點如下

梯次	日期	分區	縣市	鄉鎮	診所
一	9/04(二)	台北	新北市	石門區	新美牙醫診所
				平溪區	於仁牙醫診所
				貢寮區	新文化牙醫診所
二	9/06(四)	東區	花蓮縣	壽豐鄉	上九牙醫診所
		東區	台東縣	延平鄉	恩典牙醫診所
三	9/07(五)	東區	台東縣	綠島鄉	綠島衛生所
四	9/10(一)	南區	嘉義市	番路鄉	美好牙醫診所
		高屏	屏東縣	竹田鄉	誼安牙醫診所
			屏東縣	來義鄉	家和牙醫診所
五	9/14(五)	北區	新竹縣	橫山鄉	橫山牙醫診所
			新竹縣	峨眉鄉	峨眉牙醫診所
六	9/18(五)	中區	台中市	和平區	梨山衛生所

- 考核結果：

考核結果	特優	優	良	輔導	合計
院所數	0	4	8	0	12

確認環境

設置明顯招牌

抽查病歷、消毒紀錄

(三)當地民眾就醫可近性

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

項目	執業	巡迴	全國
就醫總人次	48,746	123,598	36,334,550
就醫總人數	21,747	62,704	11,698,574
總服務點數	52,000,119	176,531,479	45,764,884,324
牙醫師申報總天數	6,813	12,289	3,260,251
每就醫者就醫次數	2.24	1.97	3.11
每就醫人平均點數	2,391	2,815	3,912
每案件平均點數	1,067	1,428	1,260

2.病患依投保地點歸戶後計算就醫率

項目	醫療資源不足地區	全國
就醫總人次	3,138,784	34,882,873
就醫總人數	1,027,500	11,342,218
總服務點數	3,966,986,333	44,473,662,235
每就醫者就醫次數	3.05	3.08
每就醫人平均點數	3,861	3,921
投保人數	2,360,685	23,650,625
就醫率	43.53%	47.96%

備註：
1.資料來源：健保署三代倉儲：門診明細檔（108.4.16擷取）
2.資料範圍：不含本署代辦案件。
3.牙醫：取醫事類別為13之牙醫案件。
4.投保人數：取當年最後一筆投保紀錄且在保之通訊地址郵遞區號（ZIP_CODE）歸類，若通訊地址郵遞區號為空值則以戶籍地郵遞區號取代。
5.就醫人數：以該投保於該鄉鎮之人口，勾稽其當年度牙醫就醫案件，進行歸戶。
6.就醫人次：補報、病理中心、轉代檢、慢箋領藥、就醫併同開立BC肝用藥及同一療程案件，不計次。
7.醫療費用：申請點數＋部分負擔金額。

3. 醫療資源不足地區民眾醫療利用情形

- 透過健保署提供病患依投保地點歸戶後能計算到醫療資源不足地區民眾整體的就醫率，可發現醫療資源不足地區與全國民眾的每就醫者就醫次數與每就醫人平均點數相當接近。
- 如台中市石岡區、花蓮縣壽豐鄉等就醫率足以媲美全國其他鄉鎮平均就醫率，而屏東縣瑪家鄉、來義鄉、霧台鄉及台東縣長濱鄉、達仁鄉雖就醫率較低，但也達27%以上。
- 顯示醫療資源不足地區民眾雖居住於偏鄉，透過實施醫療資源不足地區改善方案後，醫療利用的情形與一般地區差異已經縮小。

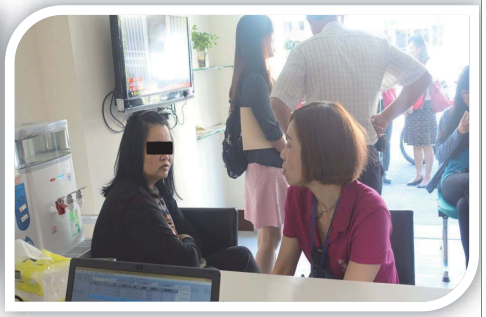
4.107年學童口腔健康狀況及醫療需求調查分析

	人數
縣市數	16
鄉鎮數	126
學校數	774
人數	41,095
男	21,388
女	19,707

	平均每位學童牙齒顆數
d	1.30
e	0.18
f	1.03
deft	2.51
D	1.04
M	0.04
F	0.98
DMFT	2.06
合計	4.58

醫療需求	牙齒顆數
需填補總顆數	122,761
未填補顆數	16,643
完成填補顆數	106,118
平均每人須填補顆數	2.987249
平均每人完成填補顆數	2.582261
治療後學童口腔內未填補率	9.30%
治療後學童口腔內完成填補率	90.70%
本計畫執行填補率	86.44%

(四)其他執行情形-中區訪視活動1



參觀南投縣仁愛鄉醫療站實際運作情形
委員關心就診民眾情況

(四)其他執行情形-中區訪視活動2

綜合座談會實際情形
委員提供寶貴意見

五、檢討與改善方向

設置固定式診療椅

- 現行的社區醫療站均設立固定式診療椅確保民眾就醫安全。
- 現行於巡迴點(大多為學校或社區活動中心)設置固定式診療椅之困境，巡迴點空間不夠、學校無經費維護、現行少子化環境下學校人數少，且安裝固定式診療椅須連接水電並定期維護，仍須各方配合完成。
- 全聯會了解各巡迴點設置固定式診療椅意願後，協助共34個巡迴點設置固定式診療椅，提升就醫醫療品質，未來服務更多的民眾，守護民眾口腔健康。

新增巡迴醫療車

- 因應偏鄉路途遙遠，為了提升民眾就醫可近性及確保民眾就醫安全，地方牙醫師公會與當地衛生局合作設置巡迴醫療車。

台南市衛生局與台南市牙醫師公會合作設置巡迴醫療車。

廣設社區醫療站

- 社區醫療站如同診所一般由醫療團成員共同經營，以維持每週3至6天的排班，現行社區醫療站相關設備(X光機等)，使醫療資源不足地區民眾能獲得與都市診所一樣的醫療服務。社區醫療站進駐多年，提供當地民眾良好的口腔健康醫療服務。未來醫療團持續研擬社區醫療站設立的地點，將資源有效利用，服務更多偏鄉民眾。

未來目標與總結

- 本會推廣偏遠地區醫療服務已多年，執行狀況趨於穩定，期以提升醫缺地區民眾就醫醫療服務、確保民眾就醫醫療品質、可近性、提升院所感染管制執行率，冀希逐步改善偏鄉民眾牙醫服務。

六、107年度計畫修正重點

五、施行地區：(一)施行地區之分類：4.四級：

(1)指極端特殊困難地區(以各縣市三級地區為基準計算，需額外一小時以上車程的地區，僅適用執業計畫之巡迴服務及巡迴計畫)。

(2)四級地區係指新竹縣尖石鄉「司馬庫斯」、「玉峰村」、「秀巒村」、澎湖縣白沙鄉「吉貝嶼」及望安鄉「花嶼村」。

註:申請三、四級地區之巡迴醫療點時，須提具體理由(離島地區須包船、山地地區有特殊交通困難者)，並經牙醫全聯會評估後送所轄保險人分區業務組核定。

六、執行目標：

(一)執業計畫：

1.併同91年度起共減少37個牙醫醫療資源不足地區。

2.服務總天數達成5,600天、總服務人次達成50,000人次。

(二)巡迴計畫：

1.本年度至少組成19個醫療團。

2.本年度至少設立22個社區醫療站。

3.服務總天數達成6,000天、總服務人次達成100,000人次。

九、醫療費用支付原則、申報及審查：

(一)醫療費用支付原則：2.巡迴計畫：

(2)服務量管控：

✓每月平均每診次申請點數以不超過2.5萬點為限；不含牙周病統合照護計畫(或支付標準牙周病統合治療方案)之案件、牙醫特殊服務計畫案件、論次及代辦案件費用。超過2.5萬點的部分，不予支付。

九、醫療費用支付原則、申報及審查：

(一)醫療費用支付原則：

2.巡迴計畫： (2)服務量管控：

✓成立滿二年之社區醫療站及巡迴點，每位醫師每月平均每診次就醫人次連續三個月低於3人者，應提書面說明、改善計畫或變更巡迴服務時段，經分區業務組核定後始得繼續提供巡迴醫療服務及申報相關費用。

執業服務計畫：

- ✓ 新增南投縣集集鎮。

巡迴計畫鄉鎮：

- ✓ 台南市山上區、
- ✓ 花蓮縣鳳林鎮、
- ✓ 台東縣關山鎮(電光里、月眉里、德高里)、
- ✓ 台東縣成功鎮(信義里、忠孝里)。

貳、特殊醫療服務計畫

有 愛 無 礙

大綱

一、預算執行數及執行率
二、目標達成情形
三、執行概況及結果
四、成效評估
五、檢討與改善方向
六、108年計畫修正重點

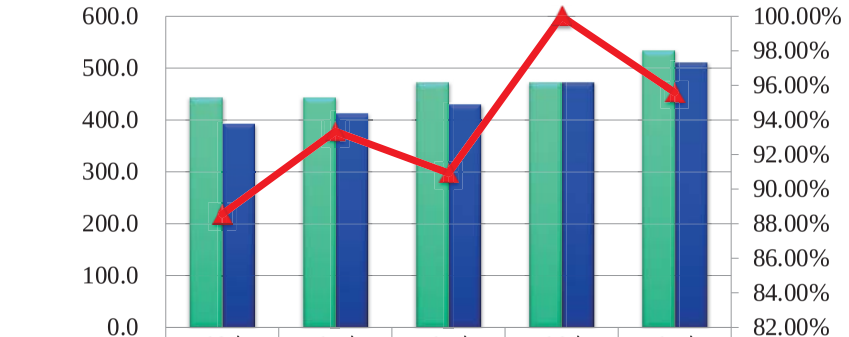
一、預算執行數及執行率

年度/項目	預算數	預算執行數	預算執行率
103	443,000,000	392,277,473	88.55%
104	443,000,000	413,480,796	93.34%
105	473,000,000	430,073,469	90.92%
106	473,000,000	473,000,000	100.00%
107	534,000,000	510,453,396	95.60%

備註：1.106年實際支用點數為492,050,284，預算按季均分及結算，當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應，第2季浮動點值為0.95，第3季為0.98975270，第4季為0.95。

2.107年預算數5.34億元，其中專款預算為4.84億元，另一般服務預算移撥0.5億元。

一、預算執行數及執行率



	103年	104年	105年	106年	107年
預算數	443.0	443.0	473.0	473.0	534.0
預算執行數	392.2	413.5	430.1	473.0	510.5
預算執行率	88.55%	93.34%	90.93%	100.00%	95.60%

備註：預算單位為百萬元

二、目標達成情形

年度/項目	年度執行目標	服務人次	目標達成率
103年	至少79,860	133,794	167.54%
104年	至少87,850	139,877	159.22%
105年	至少96,650	145,133	150.16%
106年	至少106,350	159,208	149.70%
107年	至少117,000	164,005	140.18%

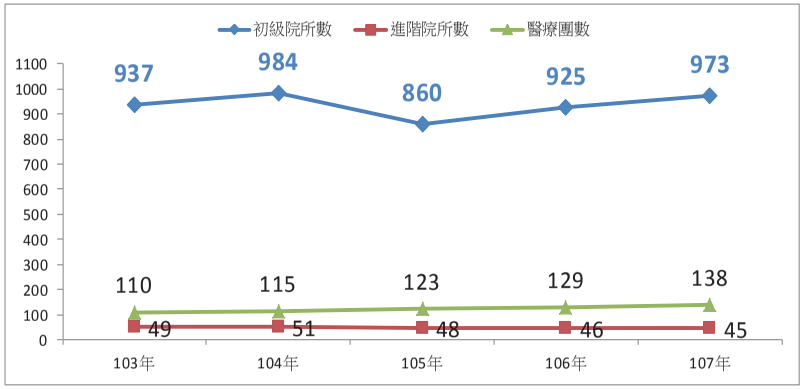
三、執行概況及結果

1.先天性唇顎裂及顱顏畸形症—歷年醫療服務提供情形及民眾利用情形：

年度	申報院所數	與前一年成長率	牙醫師申報總天數	總服務點數	就醫人數	就醫總人次
103年	18	38.46%	2,161	27,236,014	3,166	5,160
104年	13	-27.78%	1,959	24,039,267	3,006	4,828
105年	11	-15.38%	1,944	24,600,961	2,940	4,926
106年	11	0.00%	1,982	23,569,964	2,891	4,717
107年	11	0.00%	1,933	21,750,766	2,567	4,326

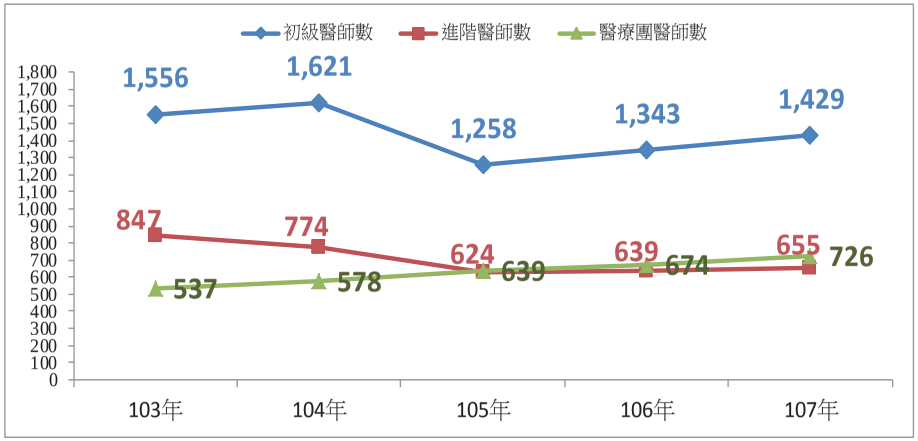
2.特定身心障礙者—醫療服務提供情形：

a .初級/進階照護院所數及醫療團數



2.特定身心障礙者—醫療服務提供情形：

b.初級/進階照護院所及醫療團醫師數



2.特定身心障礙者—醫療服務提供情形：

c.申報院所數及申報總天數

年度/項目	極重度		重度		中度		輕度	
	申報院所數	申報總天數	申報院所數	申報總天數	申報院所數	申報總天數	申報院所數	申報總天數
103年	393	12,485	567	25,087	576	28,632	472	11,461
104年	386	13,390	631	25,991	569	29,866	449	12,864
105年	461	14,604	610	26,029	615	29,945	506	13,118
106年	490	16,954	660	29,306	671	32,490	559	15,241
107年	527	17,407	674	30,323	709	35,168	588	16,362

3.特定身心障礙者—民眾利用情形：

a.重度以上身心障礙者

年度/項目		就醫人數	就醫總人次	每人就診次數
103	重度	16,022	43,902	2.74
	極重度	8,577	23,984	2.80
104	重度	16,358	45,290	2.77
	極重度	8,812	25,099	2.85
105	重度	16,568	45,917	2.77
	極重度	9,442	26,796	2.83
106	重度	18,045	50,772	2.81
	極重度	10,187	29,979	2.94
107	重度	19,292	51,697	2.68
	極重度	10,829	29,665	2.74

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

3.特定身心障礙者—民眾利用情形：

b.中度身心障礙者

年度	就醫人數	就醫總人次	每人就診次數
103年	17,242	46,943	2.72
104年	17,758	48,762	2.75
105年	18,153	50,107	2.76
106年	19,676	52,887	2.69
107年	21,213	56,660	2.67

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

3.特定身心障礙者—民眾利用情形：

c.輕度身心障礙者

年度	就醫人數	就醫總人次	每人就診次數
103年	5,243	13,788	2.63
104年	5,555	15,227	2.74
105年	5,884	15,796	2.68
106年	6,804	18,318	2.69
107年	7,452	19,855	2.66

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

3.特定身心障礙者－民眾利用情形：

d.到宅牙醫醫療服務醫療利用情形

年度	就醫人數	就醫總人次	每人就診次數
103年	84	149	1.77
104年	40	100	2.50
105年	142	268	1.89
106年	441	925	2.10
107年	796	1,941	2.43

備註：資料來源為健保申報資料

3.特定身心障礙者－民眾利用情形：

e.醫療費用利用情形-依醫療服務提供方式

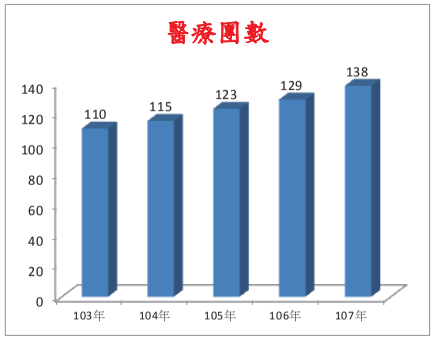
年度/項目	院所	占率	醫療團	占率	到宅	占率	合計
103年	194,012,974	53.1%	170,513,225	46.7%	51,5260	0.1%	365,041,459
104年	205,130,891	53.0%	181,590,512	46.9%	25,4924	0.1%	386,976,327
105年	213,645,357	52.5%	192,323,669	47.2%	120,2833	0.3%	407,171,859
106年	258,936,008	55.3%	205,321,476	43.8%	4,076,036	0.9%	468,333,520
107年	277,872,885	56.9%	210,829,745	43.1%	9,285,401	--	488,702,630

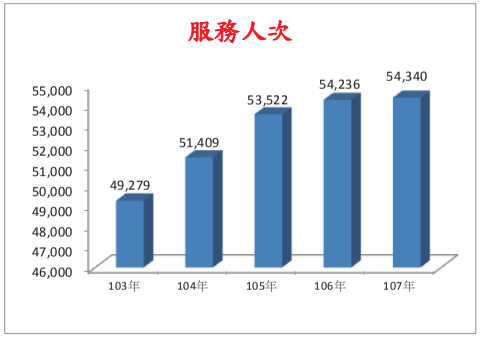
備註：因107年到宅牙醫醫療服務改由其他預算支出，費用佔率僅計算至106年，107年合計費用不含到宅

3.特定身心障礙者－民眾利用情形：

f.醫療團民眾利用情形：

103-107年醫療團團數暨服務人次統計表

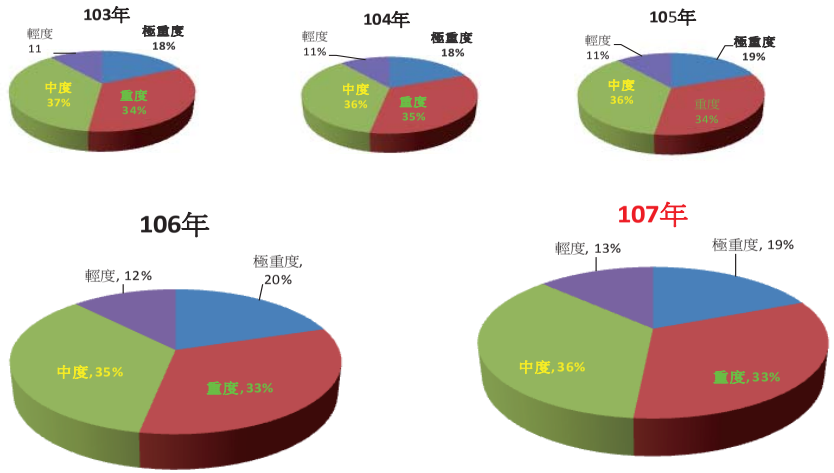




備註: 資料來源為健保申報資料

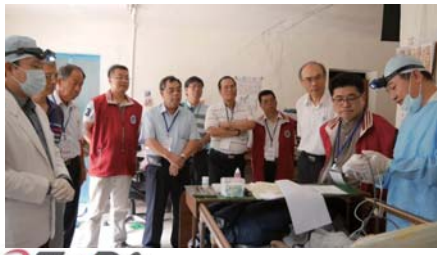
四、成效評估

1.103-107年身心障礙者醫療利用情形



歷年服務人次重度以上超過5成、中度以上近9成

2.107年參訪活動–新竹縣尖石鄉A級社區整合型服務中心/到宅醫療實際情形參訪



2.107年參訪活動–愛麗兒牙醫診所/綜合座談會

2.107年參訪活動–台中市立仁愛之家&綜合座談會

3.身心障礙院所宣傳貼紙

4.身心障礙課程醫師專業培訓：

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

★台中場107/10/14-進階課程

★台北場107/12/16-基礎課程

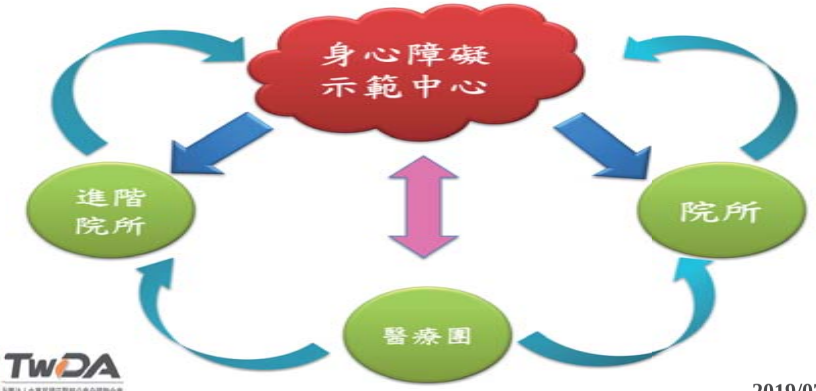
5.衛生福利部所屬老人福利機構執行情形：

為因應我國高齡化所導致失能人口增加的長期照顧需求，本會於104年起計畫對象新增失能老人，將醫療服務擴大服務範圍至「衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)」，衛福部社家署為提昇老人口腔健康和照護，於104年起編列公益彩券回饋金補助機構設置牙科設備，至108年設置完成共24家機構，涵蓋13縣市，另今年已於5月17日辦理提升老人福利機構住民口腔照護服務補助計畫說明會，徵詢機構意願，後續衛福部社家署將進行評選與相關作業。

五、檢討與改善方向

(一)建立身障醫療分層照護制度

推動醫療服務整合網絡，提供身心障礙者整體性、持續性、周全性的全方位醫療照護服務網，以提昇醫療服務品質：建置醫療網絡



(二)健保IC卡完整註記身心障礙者障別

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

(三)輔導醫缺方案執行院所加入本計畫

為提升醫缺計區醫療服務品質，107年醫缺方案新增巡迴計畫品質獎勵指標，社區醫療站醫師須參與本計畫，目前23個醫療站中已有8個醫療站申請通過，通過之院所36家，醫師共39位，本會將持續繼續輔導更多醫師及院所(含醫缺方案之執業、巡迴計畫)參與計畫，投入服務身障者之行列。

(四)未來計畫執行和改進：

1. 於107年起將院所提供特殊醫療服務件數納入品質保證保留款方案指標，希望能藉此提高院所執行之意願與誘因。
2. 本計畫自99年起適用對象限縮為特定之特殊障別，本會建議未來應擴大服務障別，涵蓋所有障別，以維護身心障礙者就醫權益。

(四)未來計畫執行和改進：

3. 持續努力推動到宅牙醫醫療服務：

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

(四)未來計畫執行和改進：

4. 因應高齡化社會的來臨，如何將牙醫醫療服務社區化，以滿足民眾之需求，將是牙醫界未來重要之課題，本會將持續與政府部門、專家學者進行研議，期能創造民眾、政府、牙醫界三贏的局面。

六、108年計畫修正重點

1. 到宅牙醫醫療服務納入全民健康保險居家醫療照護整合計畫，並自107年預算來源改由其他預算支應，計畫已於108年5月30日修訂公告，自6月1日起實施。
   A.收案條件增為4類，新增2類個案為如下：
   a.本計畫居家醫療、重度居家醫療、安寧療護階段之病人，並經牙醫師及居家西醫主治醫師共同評估連結。
   b.出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，經主治醫師評估連結。
   B.新增申報居家牙醫醫療服務費時，應依醫療服務支付標準，以醫令類別「4不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」填報醫療服務之編號、數量與點數。

六、108年計畫修正重點

2. 計畫中失能老人定義新增居住於老人福利機構中，其日常生活活動量表(Activities of Daily Living, ADL) < 60分。
3. 修訂氟化物防齲處理施行頻率，原為每90天限申報1次，新增重度以上患者每60天得申報1次。

參、牙周病統合照護計畫

大綱

一、預算執行數及執行率
二、目標達成情形
三、執行概況及結果
四、成效評估
五、檢討與改善方向
六、108年方案修正重點

一、預算執行數及執行率

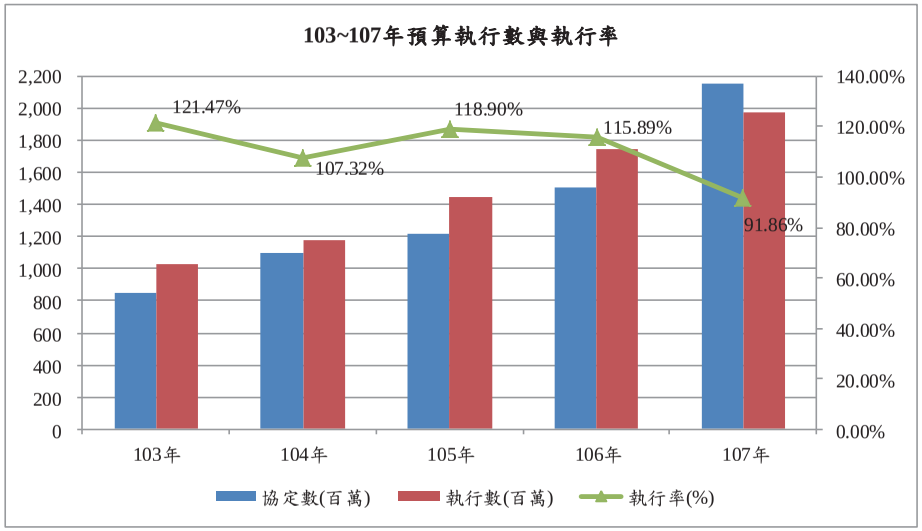
年度	預算數(百萬)	執行數(百萬)	執行率(%)	支應項目
103年	680	749.4	110.21	第1、2階段
	164.6	276.5	167.95	第3階段
104年	850	857.3	100.86	第1、2階段
	244.6	317.4	129.77	第3階段
105年	884	1,050.2	118.8	第1、2階段
	330.9	394.3	119.15	第3階段
106年	1,088	1,263.30	116.97	第1、2階段
	415.6	479.2	115.29	第3階段
107年	1,564	1.419.8	90.78	第1、2階段
	588.8	557.8	94.73	第3階段

備註：(1)資料來源：衛生福利部中央健康保險署提供每月申報資料。

(2)103年度起考量第3階段專款費用不足協定費用分列兩項，本會與健保署協商由一般服務預算移撥支應，103年移撥78.1百萬、104年移撥60.5百萬支應、105年移撥70.3百萬支應、106年移撥65.0百萬支應，故第3階段全年經費103年242.7百萬、104年305.1百萬、105年330.9百萬、106年415.6百萬。

(3)106年度評估以第1、2階段執行率推估之費用不足協定之費用分列兩項，本會與健保署協商由一般服務預算移撥支應，106年移撥45.6百萬，故第1、2階段全年經費106年1,088百萬元。

(4)107年度協定之費用支應第1、2階段（P4001C及P4002C）及第3階段（P4003C）。



二、目標達成情形

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

年度	第2階段（P4002C）			第3階段（P4003C）		
	目標	執行件數	執行率	目標	執行件數	執行率
103年	100,000	109,244	109.24%	70,000	86,379	123.40%
104年	125,000	124,902	99.92%	90,000	99,194	110.22%
105年	130,000	153,232	117.87%	95,000	123,210	129.69%
106年	150,000	184,549	123.03%	110,000	149,737	136.12%
107年	230,000	206,602	89.83%	184,000	174,302	94.73%

備註：資料來源為衛生福利部中央健康保險署提供每月申報資料。

三、執行概況及結果

(一) 計畫執行統計-107年度

分區別	申請醫令數			申請點數			件數配額	執行率(%)
	P4001C	P4002C	P4003C	P4001C	P4002C	P4003C		
台北	79,732	76,627	64,100	143,517,600	383,135,000	205,120,000	84,702	90.47%
北區	33,525	32,078	26,641	60,345,000	160,390,000	85,251,200	36,364	88.21%
中區	37,181	36,185	29,680	66,925,800	180,925,000	94,976,000	41,681	86.81%
南區	25,112	24,285	21,092	45,201,600	121,425,000	67,494,400	30,010	80.92%
高屏	34,933	33,139	28,945	62,879,400	165,695,000	92,624,000	32,536	101.85%
東區	4,383	4,288	3,844	7,889,400	21,440,000	12,300,800	4,708	91.09%
全國	214,866	206,602	174,302	386,758,800	1,033,010,000	557,766,400	230,000	89.83%

備註：(1)資料來源：衛生福利部中央健康保險署提供每月申報資料。

(2)**人次執行率**：第2階段執行206,602人次，執行率89.83%，相**較102年82,487人次、103年109,244人次、104年124,902人次、105年153,232人次**、106年184,549人次，**逐年穩定升**。第3階段執行174,302人次，執行率94.73%。（107年照護人次以達成第2階段230,000人次及第3階段184,000人次為執行目標）

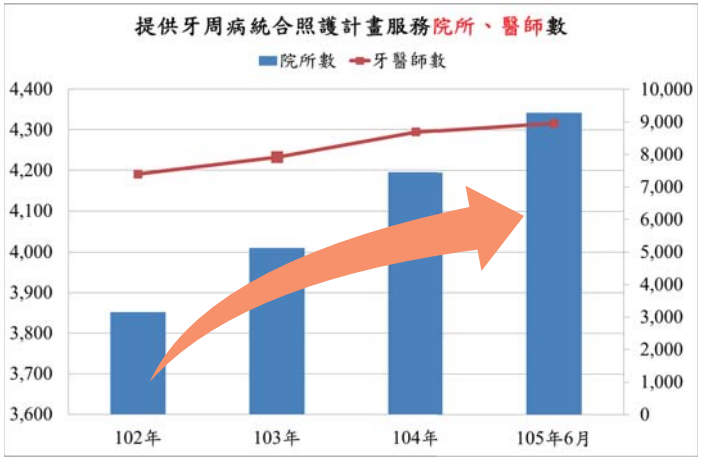
(3)**第1、2階段費用執行率**：執行1,419,768,800，**執行率**90.78%。（107年第一、二階段全年經費15.54億由專款預算支應。）

(4)**第3階段執行率**：已執行557,766,400，**執行率**94.73%。（107年第三階段全年經費5.888億元由專款預算支應。）

(5)各分區執行率之件數配額以105年R值分配。

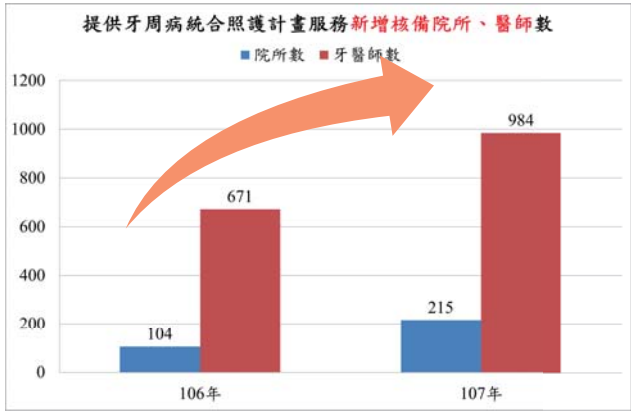
(二)歷年醫療服務提供情形

– 102年~105年提供牙周病統合照護計畫服務院所、牙醫師數統計



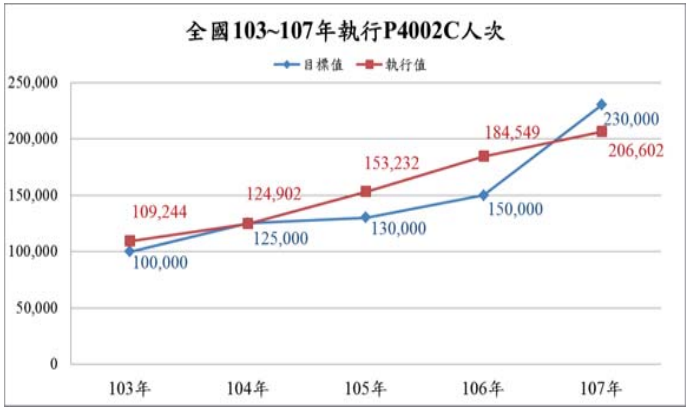
(二)歷年醫療服務提供情形

➢ 106年~107年提供牙周病統合照護計畫服務新增核備院所、牙醫師數統計



(三)歷年醫療利用情形

– 103～107年民眾利用情形如下(以P4002C執行件數認定)，自計畫開始迄今民眾利用率逐漸提升。



資料來源：衛生福利部中央健康保險署提供每月申報資料。

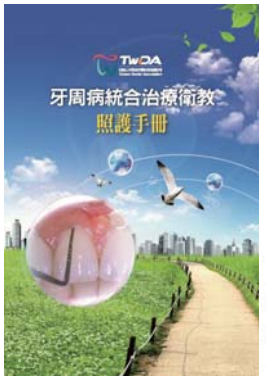
(四)其他執行事項

1.舉辦教育訓練：

至今共辦理127場次

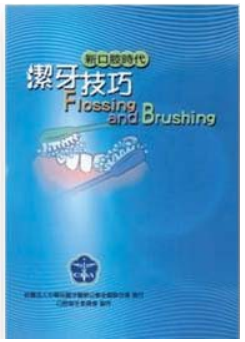
2.提供牙周照護手冊：

已出版4版



(四)其他執行事項

3.製作教育光碟並刊登於本會網站

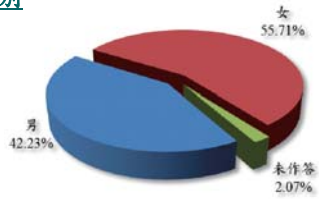


(四)其他執行事項-院所張貼識別貼紙

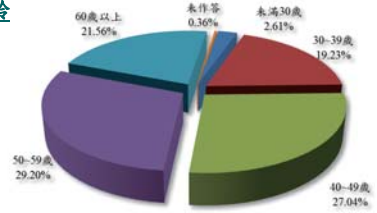
四、成效評估

(一)民眾滿意度評估（樣本數：1,113份）

性別

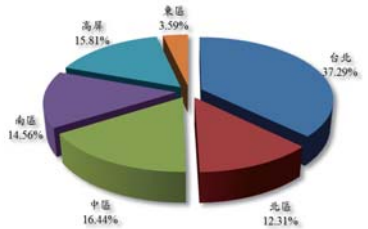


年齡

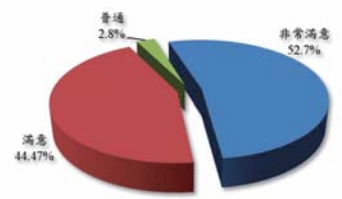


教育程度

分區業務組



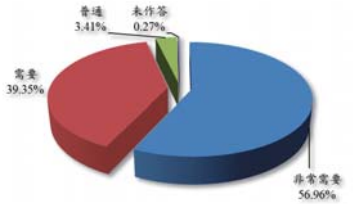
整體滿意度(97.21%)



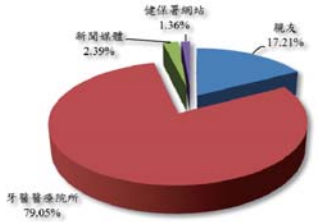
願意親友接受此項計畫(94.97%)

對牙周/國民口腔健康有幫助(96.68%)

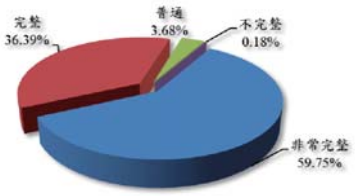
推動本計畫促進國民口腔健康(96.32%)



治療前已知道此計畫 (49.33%)
管道來源

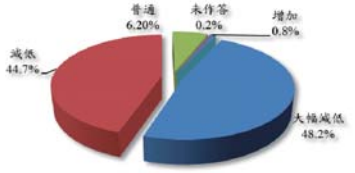


牙醫師說明清楚、明白(96.14%)

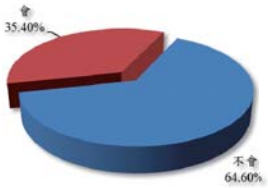


更容易瞭解牙周疾病(94.79%)

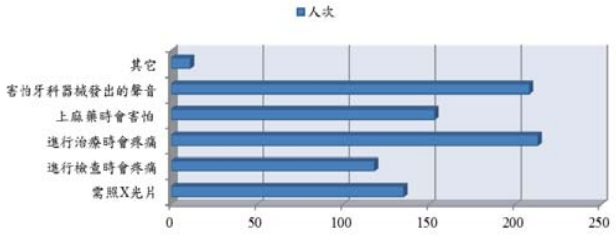
減低治療前不舒服之症狀(92.81%)



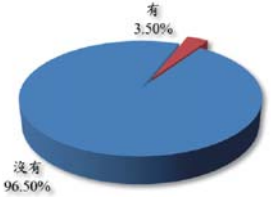
治療過程是否不舒服(35.40%)



不舒服原因



自付其它費用(3.50%)

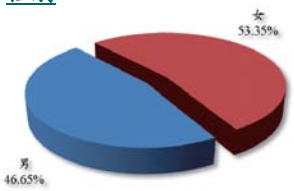


自付費用項目

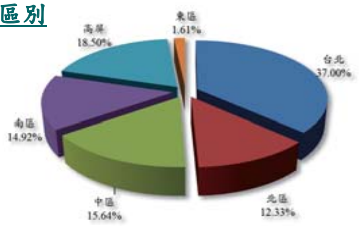
項目	人數
牙周抗生素凝膠、牙周消炎凝膠	23
牙周組織引導再生手術(含骨粉、再生膜)	8
牙周去敏感治療(排除頭頸部腫瘤電療後病患)	2

(二)牙周健康狀況改善情形(樣本數：1,119份)

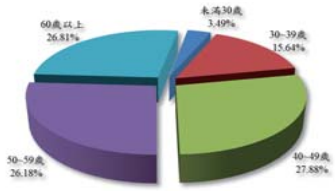
性別



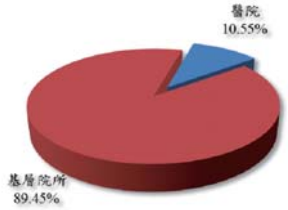
分區別



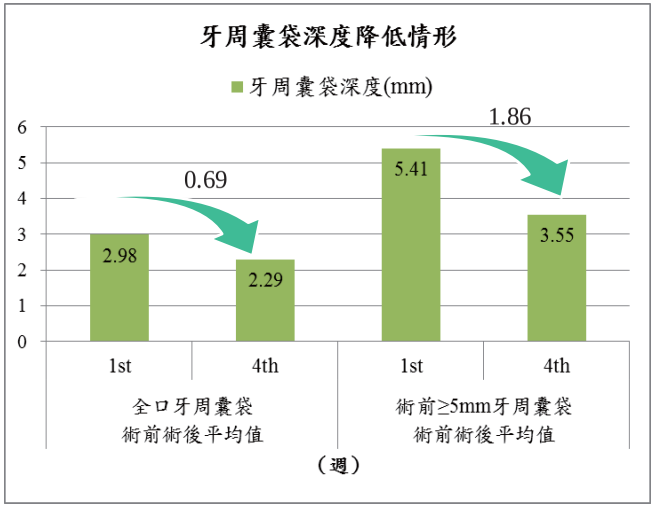
年齡



層級別



牙周囊袋深度降低情形



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

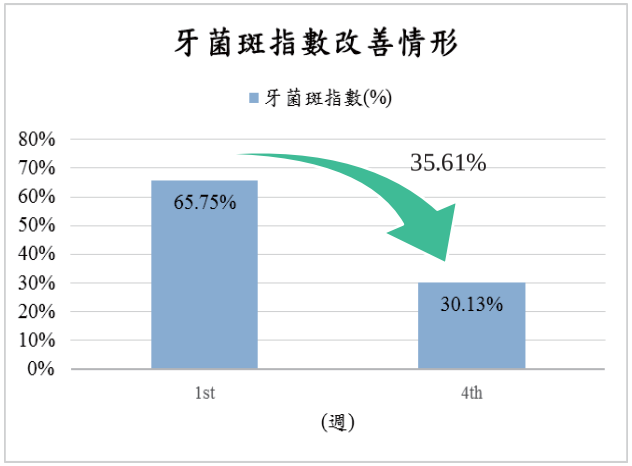
牙周囊袋深度降低情形（性別、年齡）

類別		全口牙周囊袋 術前術後平均值 術前(mm)	術後(mm)	降低(mm)	改善比率	術前≥5mm牙周囊袋 術前術後平均值 術前(mm)	術後(mm)	降低(mm)	改善比率
性別	男	3.03	2.33	0.7	22.95%	5.45	3.58	1.87	34.34%
	女	2.94	2.26	0.68	23.13%	5.37	3.52	1.84	34.36%
年齡	未滿30歲	3.17	2.36	0.82	25.76%	5.25	3.25	2.00	38.17%
	30~39歲	3.02	2.29	0.73	24.13%	5.43	3.53	1.90	34.96%
	40~49歲	3.00	2.36	0.65	21.52%	5.37	3.56	1.82	33.79%
	50~59歲	3.02	2.32	0.7	23.31%	5.46	3.58	1.88	34.34%
	60歲以上	2.88	2.19	0.68	23.68%	5.40	3.56	1.84	34.04%

牙周囊袋深度降低情形（分區別、層級別）

類別		全口牙周囊袋 術前術後平均值 術前(mm)	術後(mm)	降低(mm)	改善比率	術前≥5mm牙周囊袋 術前術後平均值 術前(mm)	術後(mm)	降低(mm)	改善比率
分區別	台北	2.92	2.37	0.55	18.96%	5.39	3.61	1.78	33.06%
	北區	3.22	2.43	0.79	24.63%	5.44	3.73	1.71	31.44%
	中區	3.16	2.22	0.95	29.97%	5.40	3.30	2.10	38.93%
	南區	3.05	2.34	0.71	23.33%	5.49	3.64	1.85	33.72%
	高屏	2.76	2.15	0.60	21.91%	5.36	3.47	1.89	35.28%
	東區	2.58	2.26	0.32	12.29%	5.12	3.66	1.45	28.43%
層級別	醫院	2.98	2.33	0.65	21.77%	5.64	3.70	1.94	34.44%
	診所	2.98	2.29	0.69	23.11%	5.38	3.53	1.84	34.27%

牙菌斑指數改善情形



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

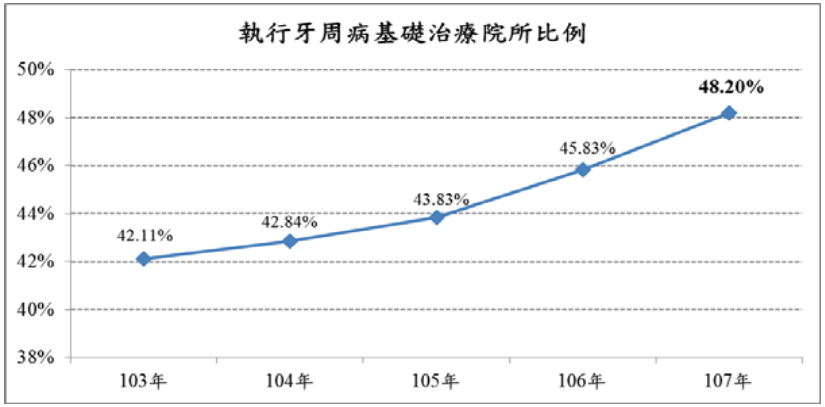
牙菌斑指數改善情形（性別、年齡）

類別		術前	術後	改善率
性別	男	66.40%	29.82%	36.58%
	女	65.18%	30.40%	34.77%
年齡	未滿30歲	72.00%	27.46%	44.54%
	30~39歲	69.13%	31.56%	37.56%
	40~49歲	66.25%	30.96%	35.28%
	50~59歲	64.93%	28.84%	36.09%
	60歲以上	63.27%	30.09%	33.19%

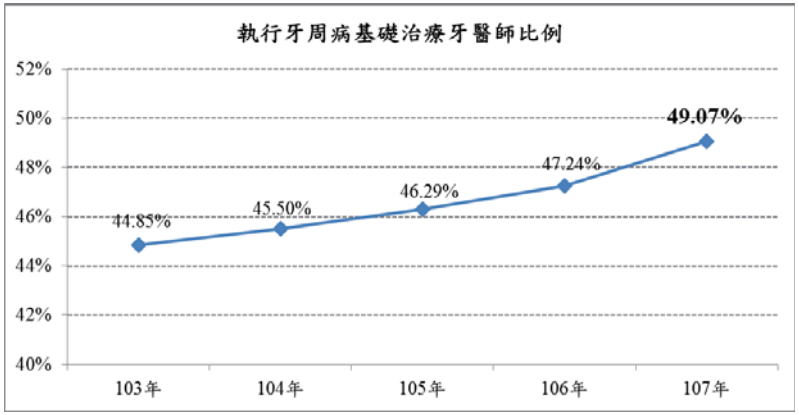
牙菌斑指數改善情形（分區別、層級別）

類別		術前	術後	改善率
分區別	台北	60.33%	31.92%	28.42%
	北區	68.20%	24.41%	43.79%
	中區	72.99%	25.58%	47.42%
	南區	63.59%	29.51%	34.09%
	高屏	70.19%	33.68%	36.51%
	東區	74.45%	46.11%	28.34%
層級別	醫院	62.75%	28.31%	34.44%
	診所	66.11%	30.35%	35.75%

(三)提升國內牙周病基礎治療率：103年至107年牙周病基礎治療(91006C、91007C、 P4001C、P4002C、P4003C)院所執行情形如下

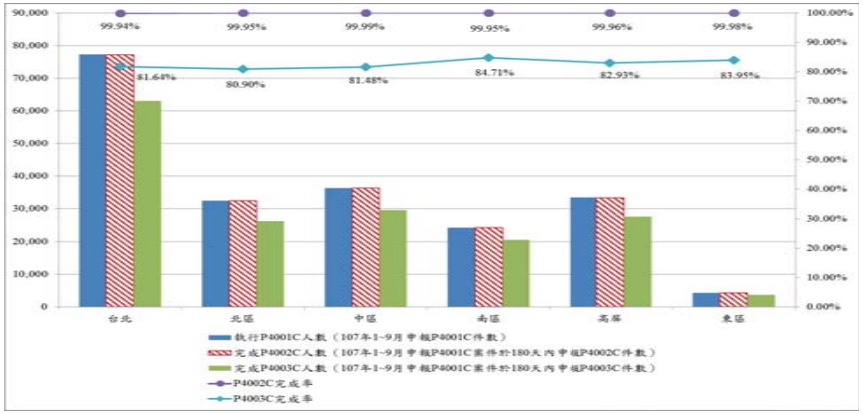


(三)提升國內牙周病基礎治療率：103年至107年牙周病基礎治療(91006C、91007C、 P4001C、P4002C、P4003C)牙醫師執行情形如下

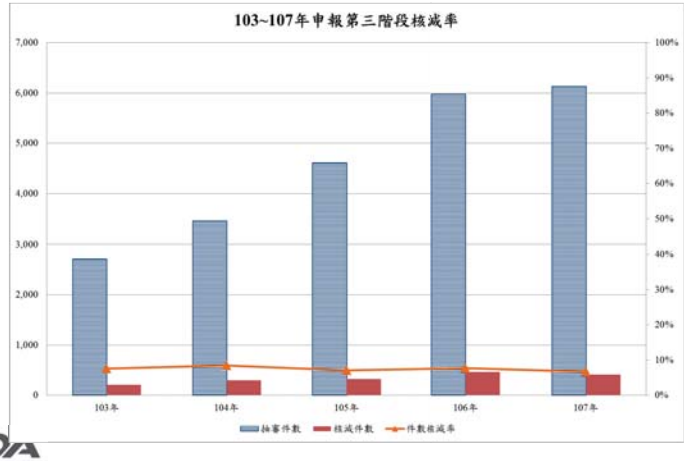


(四)評估指標項目及數值

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



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



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

分區別	107年1~9月申報P4001C及P4002C件數	107年1~9月申報P4001C及P4002C之患者，於180天內跨院接受91006C~91007C件數	百分比
台北	57,566	254	0.44%
北區	24,246	62	0.26%
中區	27,434	101	0.37%
南區	18,621	114	0.61%
高屏	25,762	184	0.71%
東區	3,444	17	0.49%
全國	157,057	732	0.47%

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

(五)實證研究

1.台灣實施牙周統合照護計畫之療效探究

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

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

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

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

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

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

3. 牙周炎患者照護介入與成效評估*註

謝佩勳、蔡雅安、李幸諭、林怡君、李如芳臺北業務組醫療費用三科，發表署內自行研究計畫「牙周炎患者照護介入與成效評估」

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

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

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

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

4.牙周病治療對糖尿病人醫療利用與演進影響之探討

謝其政、王振穎於本會委外研究計畫「牙周炎患者照護介入與成效評估」。

結果發現洗牙組以及牙周處置組相對於無處置組，糖尿病醫療費用點數較低，且牙周治療組降低的幅度更大，牙醫相關處置會減少糖尿病病人的醫療利用費用。鼓勵適當的洗牙及牙周相關處置做為衛生政策上可以考量的方向。

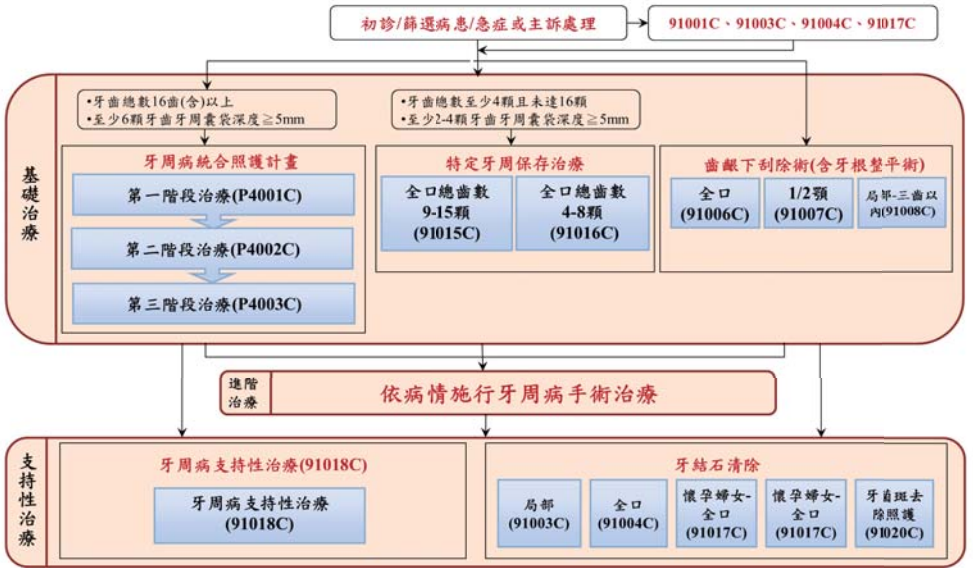
醫療費用	組別	2015	2016	2017	2017*
只有糖尿病	洗牙對無處置組	-2,305	-1,531	-1,903	-1,598
	牙周治療對無處置組	-2,408	-2,085	-2,170	-2,666
糖尿病相關	洗牙對無處置組	-4,914	-4,875	-4,854	-7,953
	牙周治療對無處置組	-6,245	-6,349	-7,710	-11,474

(六)口腔疾病之三段五級預防內容–牙周病

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

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

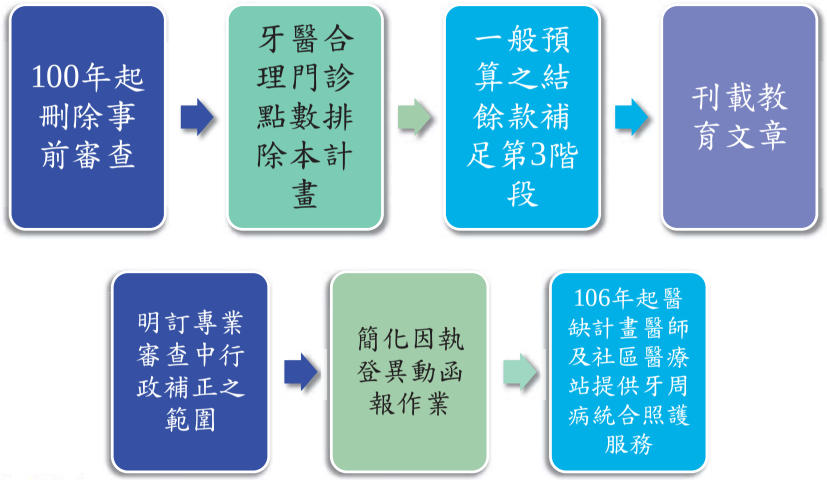
牙周病治療照護作業流程



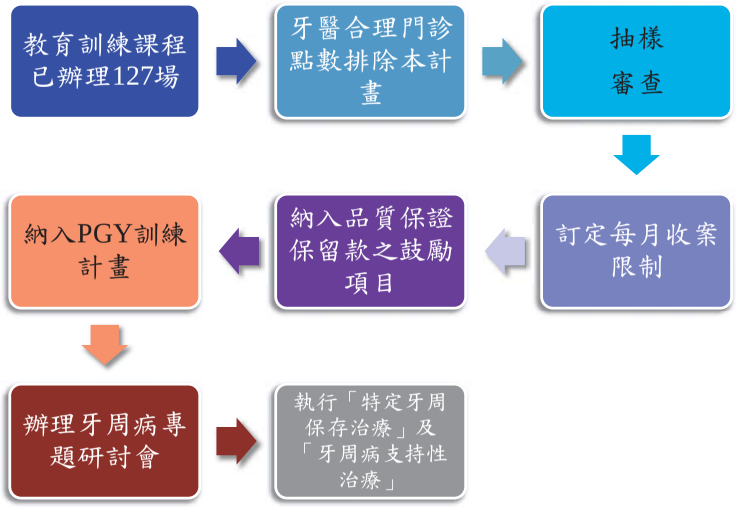
五、檢討與改善方向

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

(一)鼓勵牙醫師參與計畫，提供牙周病統合照護服務



(二)監控並提升醫療服務品質



(三)提升民眾就醫率

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

(四) 監控病人自費情形

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

(四) 監控病人自費情形

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

六、108年方案修正重點

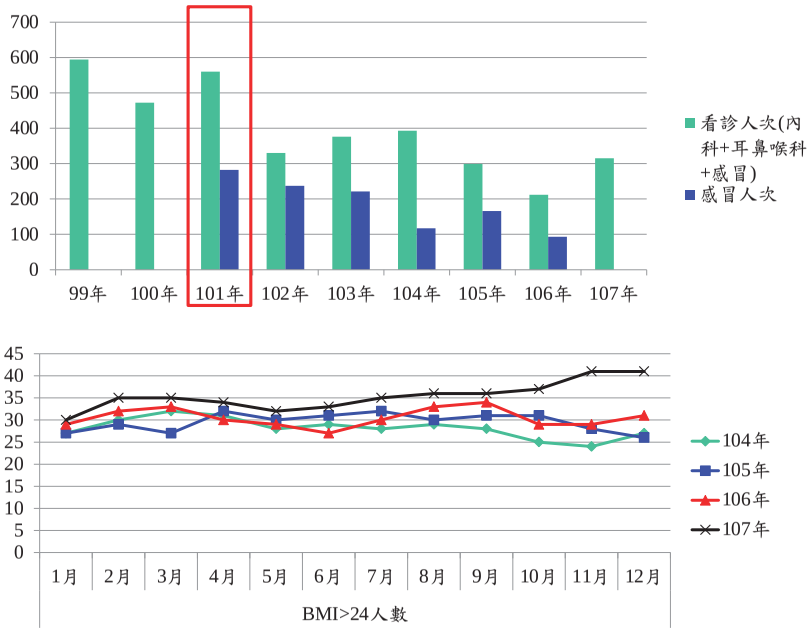
- 「牙周病統合照護計畫」導入支付標準，新增「第五章牙周病統合治療方案」及「牙周病統合治療第一階段支付」(編號91021C，1,800點)、「牙周病統合治療第二階段支付」(編號91022C，5,000點)、「牙周病統合治療第三階段支付」(編號91023C，3,200點)等三項診療項目，並配合修正附表3.3.3及附表3.3.4文字，暨公告修正「全民健康保險醫療費用審查注意事項」伍、牙周病第六～九點。
- 第三部通則新增牙周炎病人收取自費規範。

肆、107年評核委員評論意見與期許之回應說明

一、特殊醫療服務計畫

(一)計畫之健康成效指標敏感度較不足，建議牙全會發展前瞻性且具敏感度之健康成效指標(例如：身心障礙者口腔健康與腸胃疾病或呼吸道感染疾病之相關性)，以持續精進計畫。

回覆：因牙醫門診健保申報資料未含其他科別之就醫情形，本會僅以桃園市私立心燈啟智教養院院生歷年健康狀況分析，該醫療團於101年1月成立，歷年人數約100人，院方提供歷年院生看診情形，將內科、耳鼻喉科與感冒看診人數合併計算，顯示看診人次、感冒人次均較牙醫醫療團進駐前低，另分析104-107年院生體重過重(BMI>24)之人數逐年增加，且體重過輕(BMI<18.5)人數逐年減少，可能是因為口腔健康情形改善，進而影響營養攝取及院生體重。



二、牙周病統合照護計畫

(一)牙醫特殊醫療服務計畫及牙周病統合照護計畫之健康成效指標敏感度較不足，建議牙全會發展前瞻性且具敏感度之健康成效指標（例如：身心障礙者口腔健康與腸胃疾病或呼吸道感染疾病之相關性），以持續精進計畫。

回覆：本會107年會內委外計畫「牙周病治療對糖尿病病人醫療利用與演進影響之探討」，初步可以瞭解糖尿病患者有執行牙結石清除與牙周治療組相較無治療處置組，醫療相關處置費用較低，因此糖尿病病人有適當照護口腔健康者，可減少整體醫療費用點數。本會未來繼續研議相關的委外計畫，以利瞭解計畫對於健康成效指標上的表現。

(二)有關「牙周病統合照護計畫於108年導入一般服務」牙全會建議分配參數採R值及執行率分配，請審慎考量其妥適性，以確保民眾就醫權益。

回覆：牙周病統合照護計畫原屬於專案計畫，當對於提供牙周病統合照護計畫服務量高的分區， 因執行率高過R值，預算分配轉換為改以R值100%時會造成該分區的點值震盪。

所以六區形成共識108年六區分配採以「10%依R值，90%依107年1-6月牙周病統合申報執行率」，逐年調整後採R值分配以提供緩衝期間，讓六分區不因預算分配改變而劇烈衝擊點值，影響院所提供醫療服務的意願，也讓民眾在接受牙周病統合照護計畫的服務時，更能有所保障。

(三)牙周病統合照護計畫成效佳，近年參與院所與申報案件大幅成長，建議健保署與牙全會加強落實管理及監督機制，使資源有效利用。

回覆：醫管措施維持執行第二階段治療採以不超過20件為原則，如超過時，則採以立意審查以確保醫療品質。

針對牙周自費的相關規範，制訂牙周炎病人自費同意書，新增牙周炎病人收取自費規範於支付標準第三部 牙醫通則。

(四)106年完整療程重複率為8.0%，請說明代表的意義及重複率發生的原因為何。。

回覆：牙周病的病程是屬於高復發率的慢性疾病，牙周病患者在治療完牙周病後，如未有良好的口腔清潔習慣，其實極易復發率。牙統療程重複率8.0%，相較於其它疾病醫療重複治療率低許多。

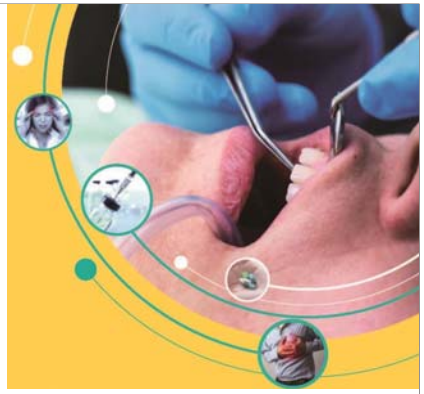
所以整合性的後續追蹤照護更為重要，延續本計畫的新增「牙周病支持性治療」，牙周病病患維持良好的口腔清潔習慣、回診定期追蹤，才能避免牙周病復發。

(五) 牙周病統合照護計畫於108年導入一般服務：

- 建議持續監測醫療利用情形。
- 計畫成效之測量，建議除cross-sectional study（實施前、後的橫切面研究）外，可進行cohort study（世代研究），以具體呈現計畫介入後的照護成效。
- 有關各區預算分配，建議應先分析各區醫療供給與服務量的差異。若因供給端人力分布造成醫療利用落差，則以執行率進行預算分配，需考量是否影響民眾就醫公平。

回覆： 牙周病的高需求依目前就醫率仍是遠遠不足。穩定各區醫療供給與服務量，以及院所提供醫療服務的意願為重點考量，目前預計以五年為緩衝期限，以第一年執行率90%，R值10%逐年調整，持續監測醫療利用情形，預算分配評估五年後完全採R值分配。

未來持續與院校間以委外計畫的方式進行合作，瞭解計畫對於健康成效指標上的表現，提供未來口腔照護的方向。



感謝聆聽

敬請指教

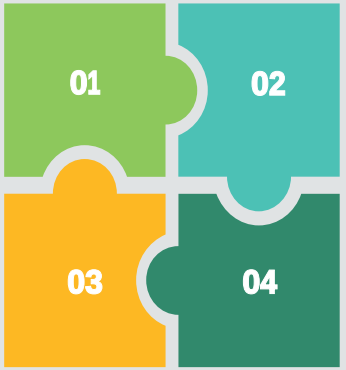
六、中醫門診總額(含一般服務、專案計畫)

中醫門診總額
執行成果報告

中華民國中醫師公會全國聯合會

報告人：黃頌儼　召集人

簡報大綱



01 年度重點項目之推重與未來規劃

02 一般服務執行績效

03 專案執行成果 - 其他中醫專案

04 專案執行成果 - 中醫醫不足方案

年度重點項目
之推動與未來規劃

年度重點

必要項目

01 中醫醫療資源不足地區就醫可近性的改善

02 中醫腦中風整合性照護計畫之整體規劃

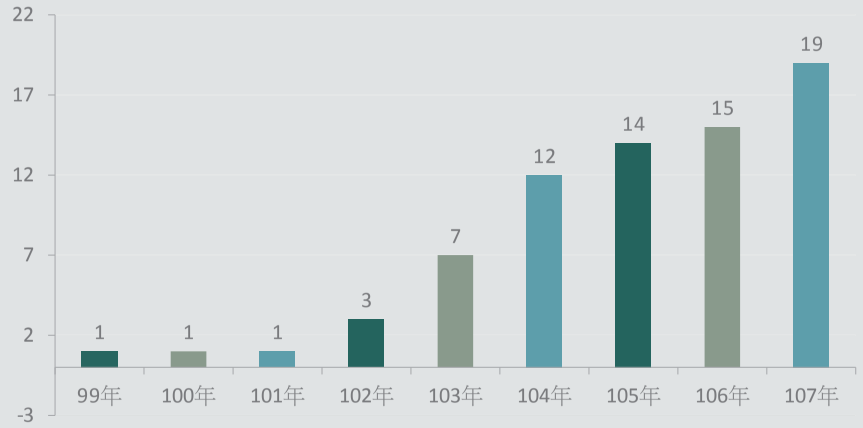
自選項目

01 中醫整合型衛教照護之目標

02 中醫癌症整合計畫之整體規劃

無中醫鄉逐年減少

必要 01



99年至107年因開業獎勵計畫之開業院所進駐，
無中醫鄉鎮實際減少數

無中醫鄉巡迴率逐年上升

必要 01

103年無中醫鄉巡迴點徵求數103，實際巡迴數81，巡迴率79%

107年無中醫鄉巡迴點徵求數 91，實際巡迴數78，巡迴率86%

服務人次由103年18萬人次增加至107年26萬多人次

服務人數由103年 3萬多人增加至107年 4萬5千多人

其餘請參閱中醫醫不足專案簡報

中醫腦中風整合性照護計畫

必要 02

西醫住院期間

腦中風會診收案條件

腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷，自診斷日起六個月內之住院病患，需中醫輔助醫療協助者

中風二年內照門診

腦中風門診加強照護

腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷疾病門診加強照護：自診斷日起二年內之病患

中風二年後門診

腦中風門診照護

以一般門診提供複雜性針灸治療，提供腦中風病患整合性照護

中醫整合型衛教照護規劃

自選 01

目標

1.整合各項醫療資源，提供全人中醫照護
2.推廣正確中醫知識，提升中醫使用率

短期策略

1.針對不同年齡族群推動相關的整合型專案計畫
2.統整衛教宣傳，以推廣正確的中醫治療觀念

長期策略

1.搭配國家長期政策方針(包括長照、衛生政策等)
2.提供高品質全人中醫照護

中醫整合型衛教照護規劃

自選 01

短期策略

1.針對不同年齡族群推動相關的整合型專案計畫
2.統整衛教宣傳，以推廣正確的中醫治療觀念

19歲以下族群(兒童及青少年族群)

“兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫”

20-49歲族群(青壯年族群)

“中醫提升孕產照護品質計畫”

50歲以上族群(熟齡族群)

“西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫”
“中醫癌症患者加強照護整合方案”

中醫整合型衛教照護規劃

自選 01

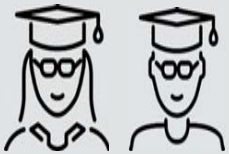
長期策略

1. 搭配國家長期政策方針(包括長照、衛生政策等等)
2.提供高品質的全人中醫照護。

中醫全專科專病照護網
由預防到治療來建構以病人為中心之全人照護

中醫全地區醫療照護網
由都會到偏鄉來推廣中醫醫療機構普遍化

中醫藥全人教育體系
由國小到大學、由學校到社區來建構完整的中醫藥教育制度



中醫癌症整合計畫之規劃

自選 02

短期目標
「整合中、西醫癌症治療」

長期目標
「發展中醫特色的癌症全人照護模式」

中醫癌症整合計畫之規劃

自選 02

短期目標：「整合中、西醫癌症治療」

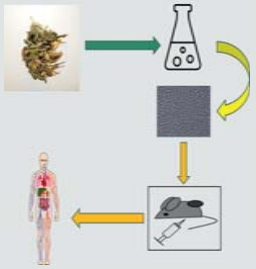
中醫癌症整合計畫之規劃

自選 02

長期目標

以實證醫學研究與全人醫學為根基，發展出高品質的「**中醫特色癌症全人照護模式**」

中醫
實證醫學
轉譯醫學
研究



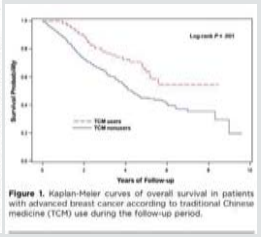
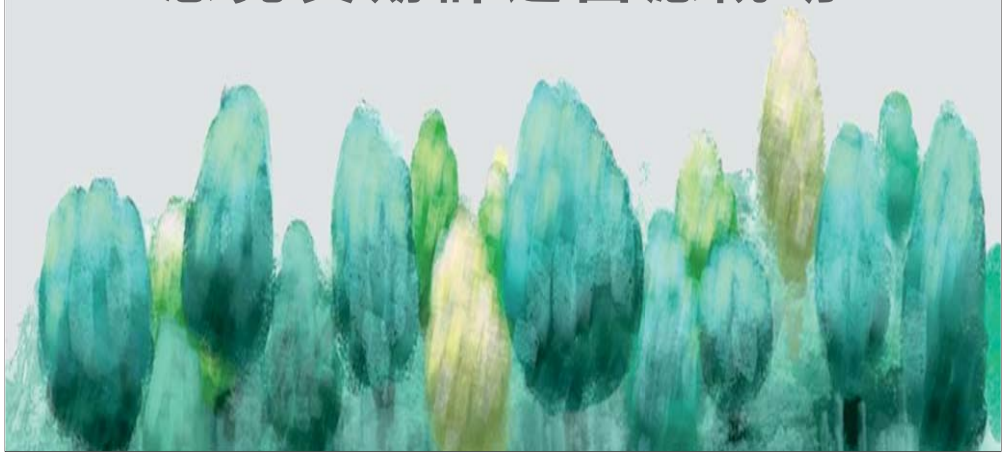


Figure 1. Kaplan-Meier curves of overall survival in patients with advanced breast cancer according to traditional Chinese medicine (TCM) use during the follow-up period.

13

就107年評核委員評核意見與期許之回應說明



評核委員評核意見與期許之回應說明

委員提問：

中醫就醫人數逐年遞減(就醫人數由102年681萬人，就醫率29.5%，降至106年647萬人，就醫率27.4%)，報告提及可能與申報案件轉職災案件有關，然納入職災案件後，就醫率下降趨勢並未改變，建議分析根本原因。

回應

原因分析

1. 族群就醫率分析
2. 民眾對中醫效能之理解與認知不足

相應對策

1. 提升低利用率族群之中醫就醫意願
2. 強化民眾對中醫效能之理解與認知

15

評核委員評核意見與期許之回應說明

委員提問：

品質指標監測結果及檢討與改善措施：專業醫療服務品質指標數據表現尚佳，惟目前多著重在行政管理面向，建議朝結果面向發展。

回應

01 於107年多次會議討論

02 於108年新增二項新指標

1「兩年內初診患者人數比率」
2「健保雲端藥歷系統查詢率」

03 持續往醫療品質提升面努力前進

16

評核委員評核意見與期許之回應說明

委員提問：

民眾自費情形及改善措施：

1.中醫在「除掛號費與部分負擔，有無自付其他費用」(29.10%)及「因就醫費用過高而不就診」(25.7%)比率遠高於其他總額部門。

2.自付其他費用原因主要為「健保不給付」、「補健保給付差額」及「同意使用較好的藥或特材而補付差額或自付全額」，請中醫全聯會多加了解不給付及補差額之項目及原因。

回應

1.除掛號費與部份負擔，有無自付其他費用的比率，107年為23.3%，是近五年來最低，可見努力已見成果。

2.「健保不給付」、「補健保給付差額」及「同意使用較好的藥或特材而補付差額或自付全額」：

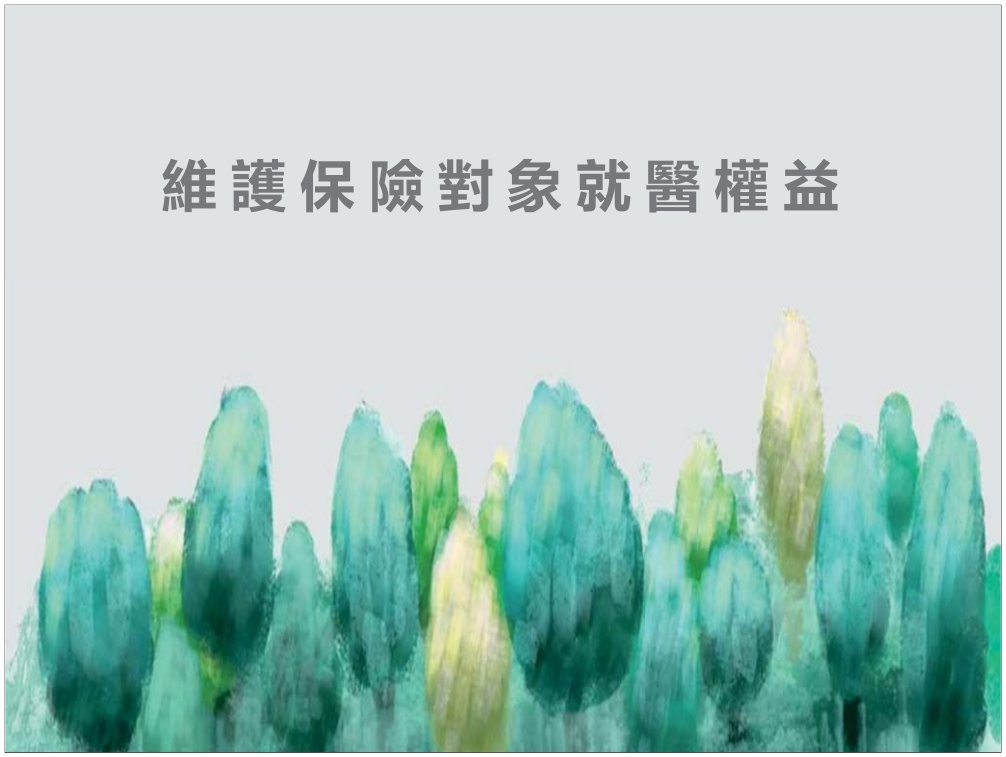
①多屬高貴補養藥材，例如：人蔘、天麻...等。

②衛福部核可藥品但無健保給付代碼者，例如：十味敗毒散、六一散...等。

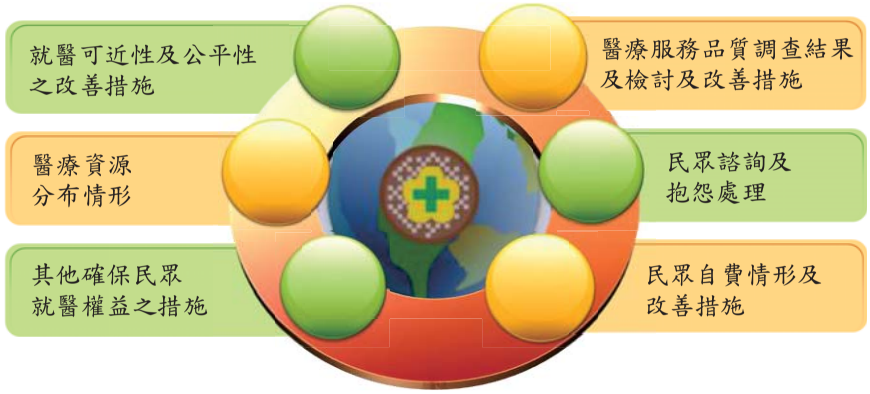
17

241

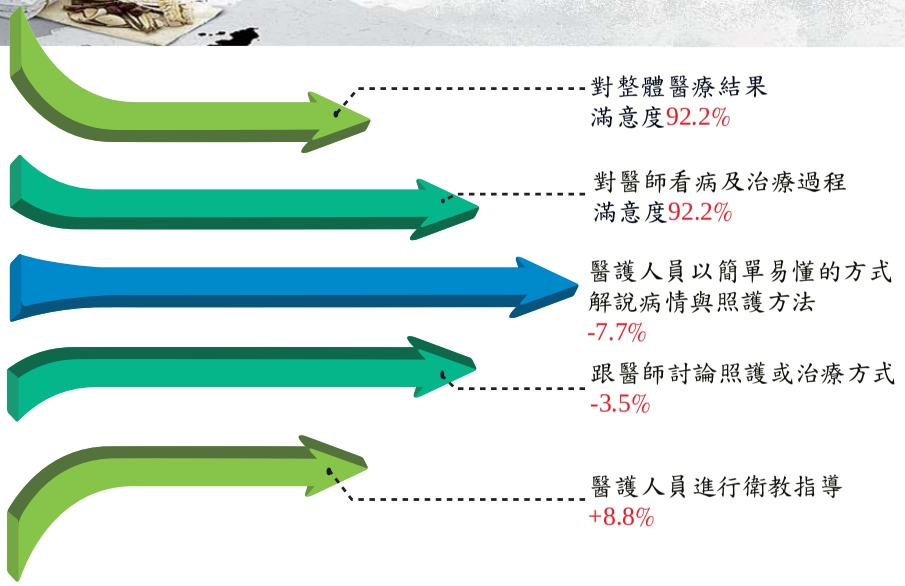
維護保險對象就醫權益



維護保險對象就醫權益



107年滿意度．調查結果



醫療品質滿意度調查結果之檢討及改善措施

滿意度達90%以上，持續並維持現有滿意度

- 對整體醫療結果滿意度(92.2%)
- 對醫師看病及治療過程滿意度(92.2%)

檢討及改善措施

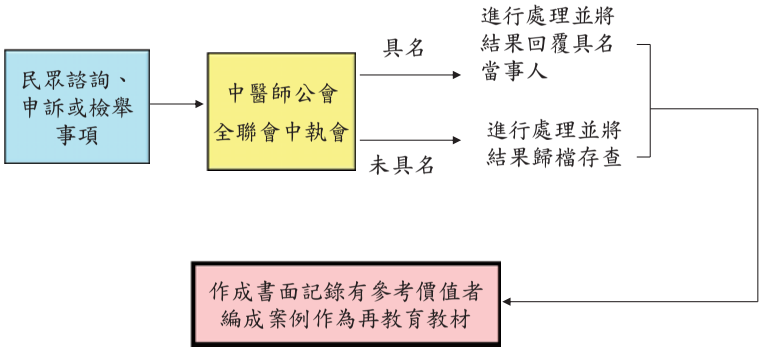
- 整體及醫師看病及治療花費時間滿意度呈現平緩增加，本會將持續觀察追蹤，期能持續進步。
- 醫護人員有無進行衛教指導，其中「從來沒有」項目，由103年24.6%下降至107年18.9%，但相較前一年(106年13.0%)略增。本會將於中醫會訊上刊登相關訊息，提醒中醫醫療院所注意與確實執行。

民眾諮詢及申訴管道

全聯會檢舉申訴專線
申訴專線 02-29500839
傳真 02-29592499

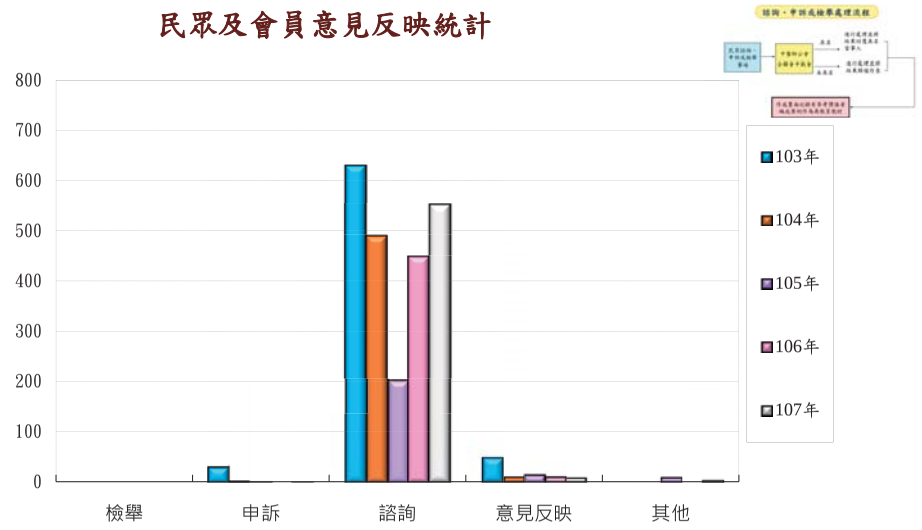
民眾諮詢及抱怨處理

諮詢、申訴或檢舉處理流程



民眾諮詢及抱怨處理

民眾及會員意見反映統計

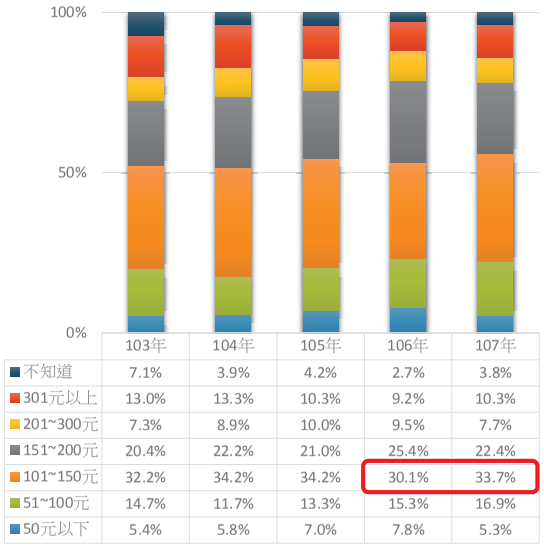


民眾諮詢及抱怨處理

民眾及會員意見反映統計

	檢舉	申訴	諮詢	意見反映	其他
102年	0	4	569	250	0
103年	0	32	630	50	0
104年	0	3	491	11	0
105年	0	1	203	16	10
106年	0	0	449	12	0

民眾自費情形



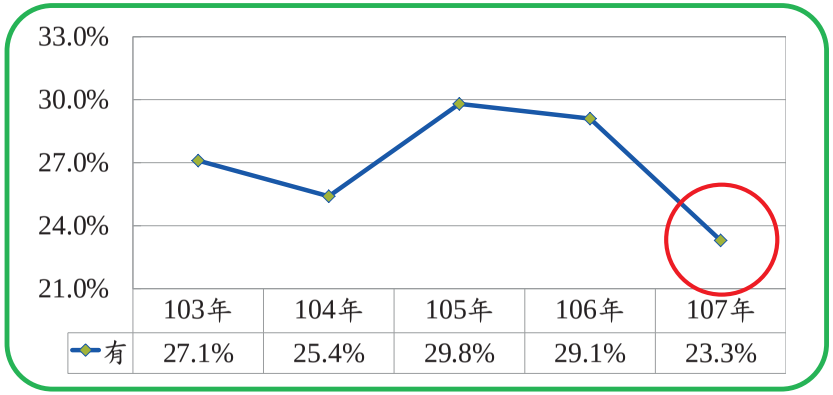
	103年	104年	105年	106年	107年
不知道	7.1%	3.9%	4.2%	2.7%	3.8%
301元以上	13.0%	13.3%	10.3%	9.2%	10.3%
201~300元	7.3%	8.9%	10.0%	9.5%	7.7%
151~200元	20.4%	22.2%	21.0%	25.4%	22.4%
101~150元	32.2%	34.2%	34.2%	30.1%	33.7%
51~100元	14.7%	11.7%	13.3%	15.3%	16.9%
50元以下	5.4%	5.8%	7.0%	7.8%	5.3%

每次就醫總費用

107年民眾**最近一次看中醫門診的就醫總費用**，約33.7%支付總費用為101~150元，比例最高(106年此項是30.1%，有上升3.6%)。

民眾自費情形

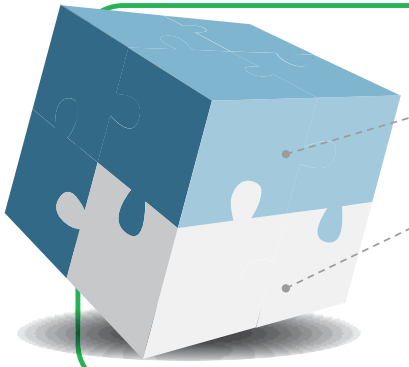
除掛號費與部分負擔，有無自付其他費用



	103年	104年	105年	106年	107年
有	27.1%	25.4%	29.8%	29.1%	23.3%

民眾自費情形

除掛號費與部分負擔，有無自付其他費用



107年民眾

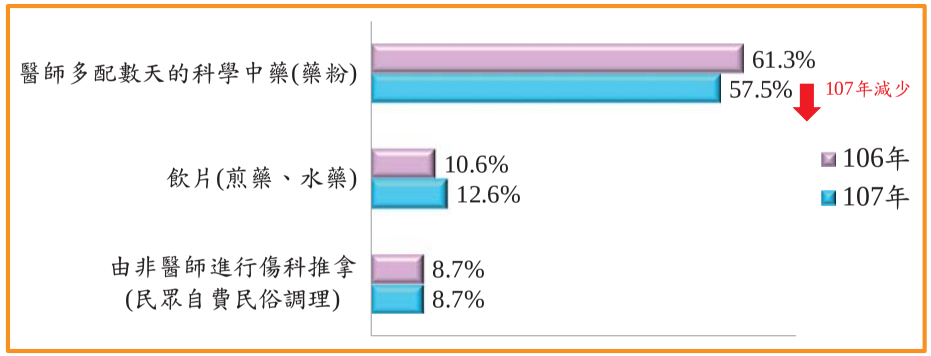
約76.7%的民眾沒有被要求支付除了掛號費、部分負擔以外的其他費用。

23.3%民眾有被要求支付其他費用。

民眾自費情形

自付其他費用前3名項目

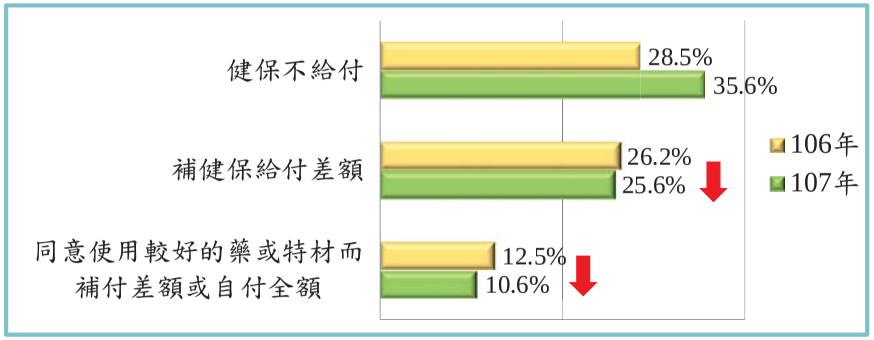
106年民眾自付費用前3名項目依序為「醫師多配數天的科學中藥(藥粉)」、「飲片(煎藥、水藥)」、「由非醫師進行傷科推拿(民眾自費民俗調理)」



民眾自費情形

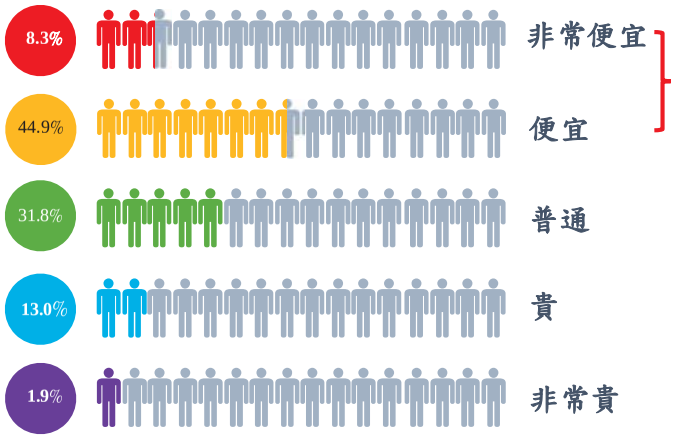
自付其他費用前3名原因

107民眾自付費用前3名原因依序為「健保不給付」、「補健保給付差額」、「同意使用較好的藥或特材而補付差額或自付全額」



民眾自費情形

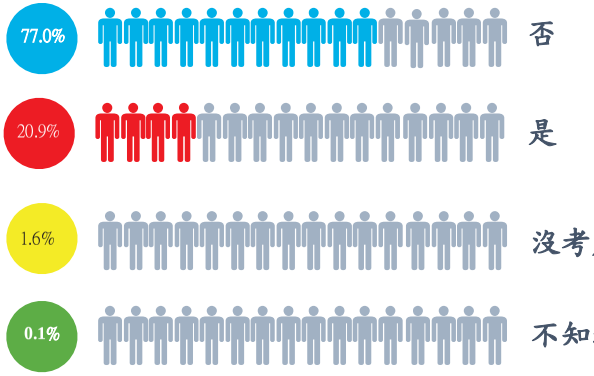
對院所自費金額的感受(106年新增)



以最近一次看中醫經驗來說，約有53.2%民眾認為自費金額便宜。

民眾自費情形

因就醫費用過高而不就診(104年起新增)



約有77.0%民眾未曾有因為就醫費用過高而不就診的情形

民眾自費情形

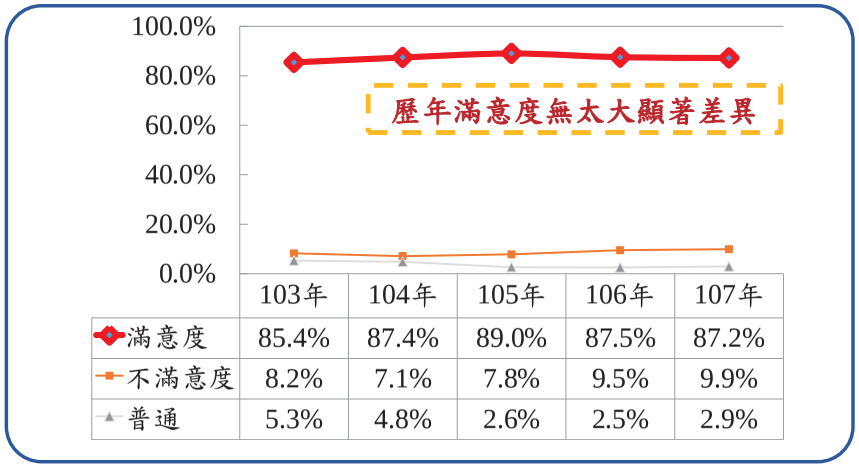
檢討及改善

- **建立民眾自費監控機制**
- **加強宣導**(不給付項目、自費品項與部分負擔說明)
- **公告收費標準表**：請中醫醫療院所張貼於明顯處，**各縣市衛生局皆有提供收費標準**

全國各縣市皆有收費標準表→→

就醫民眾對中醫門診總額就醫可近性

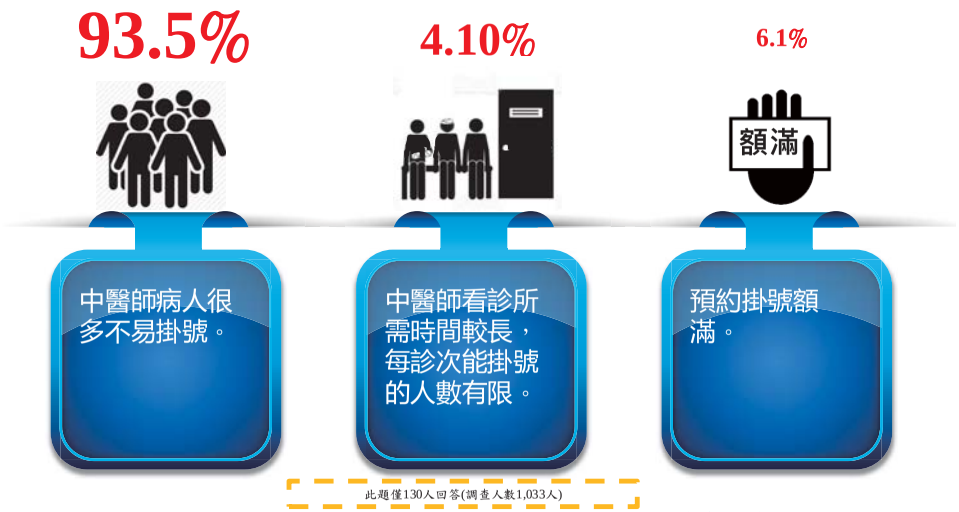
對預約到(或看到)中醫師的容易度



	103年	104年	105年	106年	107年
滿意度	85.4%	87.4%	89.0%	87.5%	87.2%
不滿意度	8.2%	7.1%	7.8%	9.5%	9.9%
普通	5.3%	4.8%	2.6%	2.5%	2.9%

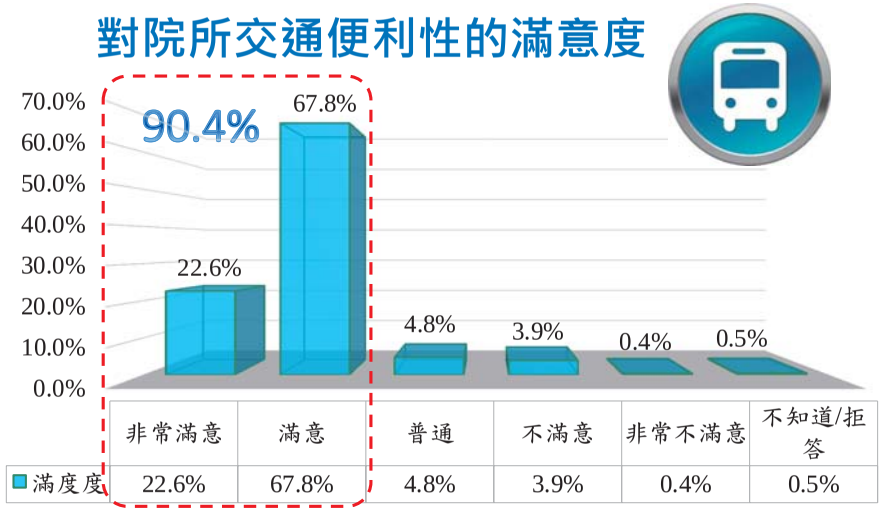
就醫民眾對中醫門診總額就醫可近性

不容易看到中醫師的前三項原因



就醫民眾對中醫門診總額就醫可近性

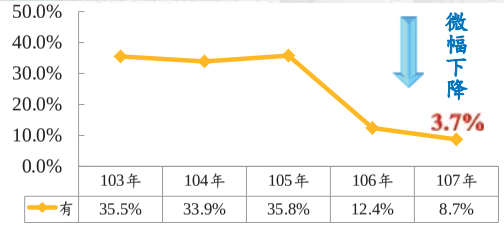
對院所交通便利性的滿意度



	非常滿意	滿意	普通	不滿意	非常不滿意	不知道/拒答
滿度度	22.6%	67.8%	4.8%	3.9%	0.4%	0.5%

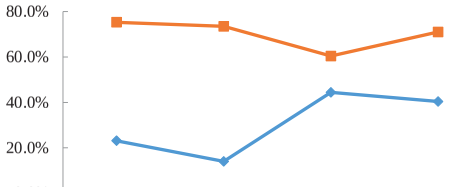
就醫民眾對中醫門診總額就醫可近性

曾經在假日有就醫(中醫)需要的比率



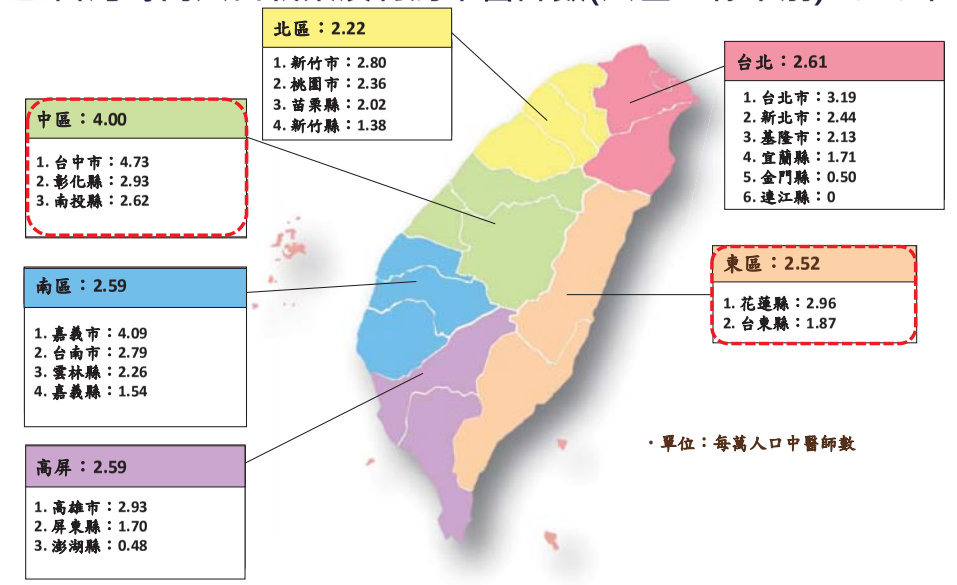
	103年	104年	105年	106年	107年
有	35.5%	33.9%	35.8%	12.4%	8.7%

假日就診(中醫)統計



	104年	105年	106年	107年
假日能在當地找到其他就醫診所的比率	75.3%	73.5%	60.4%	71.0%
假日無法找到其他就醫診所而感到不便比率	23.1%	14.0%	44.4%	40.4%

就醫可近性之中醫師地理分佈情形探討
台灣每萬人口執業及特約中醫師數(六區、縣市別)2018年



其他確保民眾就醫權益及可近性之改善措施

宣導:於中醫會訊上刊登「開業執業紅黃綠燈區」

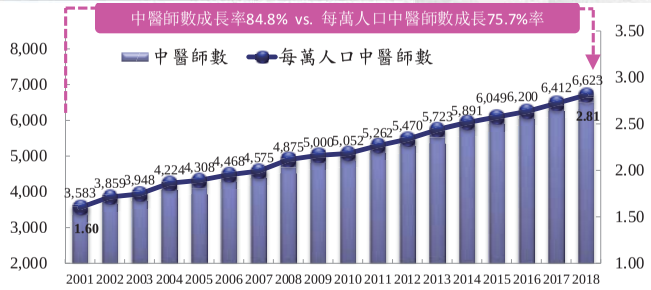
紅燈區　每萬人口中醫師數3.0以上者，公布燈號區訊息。

黃燈區　每萬人口中醫師數2.0~3.0，提醒會員該區已接近飽和。

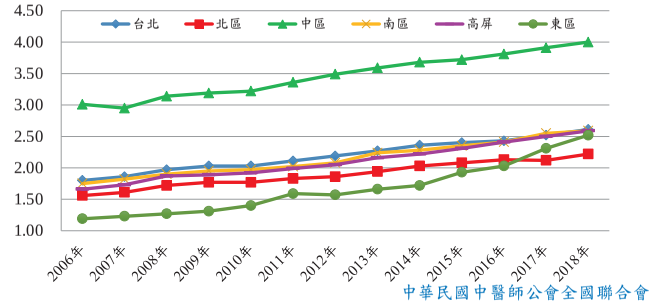
綠燈區　中醫師數1.0以下非無醫鄉地區列為優先鼓勵會員開、執業。

台灣中醫師數及每萬人口中醫師數(2001-2018年)

台灣中醫師數及每萬人口中醫師數(2001-2018年)



2006年至2018年各區台灣特約每萬人口中醫師數



2006年至2018年各區台灣特約每萬人口中醫師數

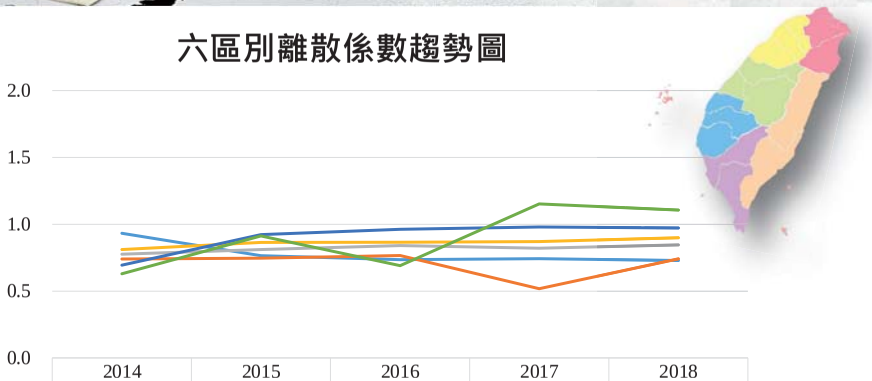
年度	2006	2007	2008	2009	2010	2011年	2012年
台北	1.80	1.86	1.97	2.03	2.03	2.11	2.19
北區	1.56	1.61	1.72	1.77	1.77	1.83	1.86
中區	3.01	2.95	3.14	3.19	3.22	3.36	3.49
南區	1.75	1.82	1.90	1.95	1.97	2.02	2.08
高屏	1.66	1.73	1.87	1.89	1.92	1.99	2.05
東區	1.19	1.23	1.27	1.31	1.40	1.59	1.57
全局	1.95	1.99	2.12	2.16	2.18	2.27	2.34
中區/全局	1.54	1.48	1.48	1.48	1.48	1.48	1.49

年度	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年
台北	2.27	2.36	2.40	2.43	2.52	2.61
北區	1.94	2.03	2.08	2.13	2.12	2.22
中區	3.59	3.68	3.72	3.81	3.91	4.00
南區	2.24	2.28	2.35	2.41	2.55	2.59
高屏	2.16	2.22	2.31	2.41	2.50	2.59
東區	1.66	1.72	1.93	2.03	2.31	2.52
全局	2.44	2.51	2.57	2.63	2.72	2.81
中區/全局	1.47	1.45	1.44	1.45	1.45	1.42

逐漸趨緩

台灣特約中醫師人力地理分布

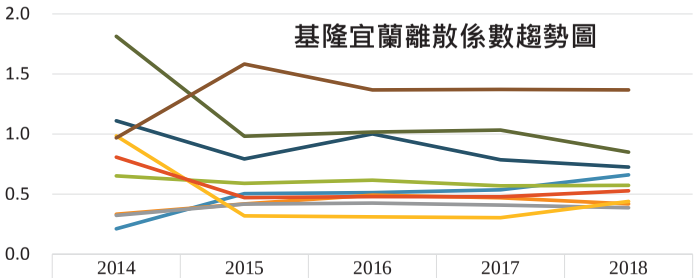
六區別離散係數趨勢圖



	2014	2015	2016	2017	2018
台北	0.9333	0.7652	0.7349	0.7432	0.7296
北區	0.7407	0.7467	0.7662	0.5184	0.7414
中區	0.7757	0.8108	0.8405	0.8215	0.8463
南區	0.8110	0.8640	0.8653	0.8706	0.8991
高屏	0.6939	0.9229	0.9630	0.9803	0.9723
東區	0.6303	0.9126	0.6906	1.1525	1.1064

台灣特約中醫師人力地理分布

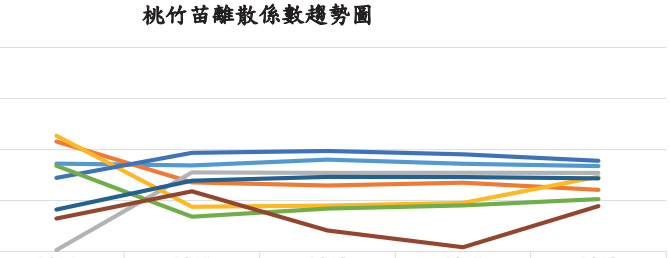
基隆宜蘭離散係數趨勢圖



		2014	2015	2016	2017	2018
基隆	北區	0.2101	0.5039	0.5125	0.5354	0.6602
	西北區	0.6517	0.5889	0.6157	0.5682	0.5724
	中區	0.3328	0.4177	0.4907	0.4693	0.4180
	西區	0.3229	0.4171	0.4249	0.4080	0.3865
	南區	0.9841	0.3183	0.3099	0.3029	0.4385
	東區	0.8074	0.4710	0.4786	0.4775	0.5270
宜蘭	不分區 (基隆)	1.1096	0.7918	1.0006	0.7858	0.7245
	宜蘭	1.8139	0.9811	1.0162	1.0324	0.8493
	羅東	0.9676	1.5820	1.3671	1.3709	1.3671

台灣特約中醫師人力地理分布

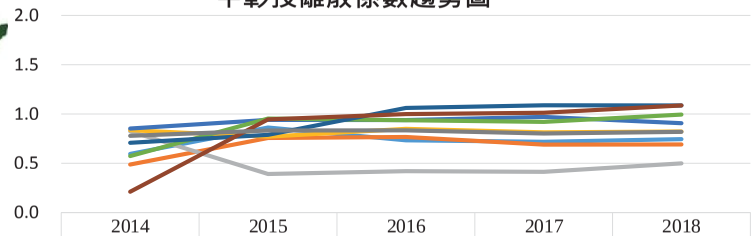
桃竹苗離散係數趨勢圖



		2014	2015	2016	2017	2018
桃園	桃園	0.8624	0.8436	0.9008	0.8603	0.8379
	中壢	1.0775	0.6775	0.6469	0.6741	0.6048
新竹	新竹	0.0140	0.7748	0.7706	0.7716	0.7712
	竹北	1.1345	0.4378	0.4502	0.4761	0.7326
	竹東	0.7222	0.9684	0.9855	0.9533	0.8901
	海線	0.8410	0.3403	0.4207	0.4510	0.5140
苗栗	苗栗	0.4113	0.6934	0.7309	0.7297	0.7169
	中港	0.3237	0.5901	0.2057	0.0416	0.4445

台灣特約中醫師人力地理分布

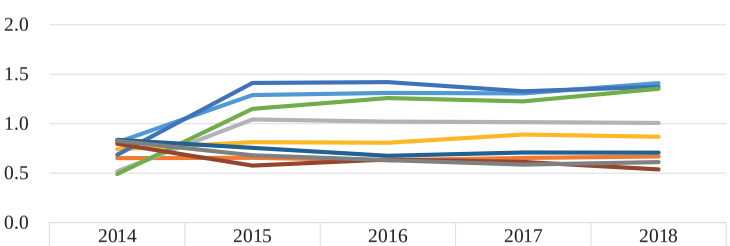
中彰投離散係數趨勢圖



		2014	2015	2016	2017	2018
台中	山線	0.5956	0.8630	0.7334	0.7180	0.7448
	海線	0.4877	0.7565	0.7675	0.6899	0.6907
	屯區	0.8244	0.3908	0.4203	0.4136	0.4995
彰化	北彰化	0.8367	0.7710	0.8492	0.8146	0.8221
	南彰化	0.8537	0.9409	0.9397	0.9705	0.9074
南投	埔里	0.5726	0.9544	0.9377	0.9200	0.9940
	草屯	0.7076	0.7893	1.0624	1.0885	1.0865
	南投	0.2120	0.9464	0.9993	1.0123	1.0864
	竹山	0.7782	0.8335	0.8347	0.8030	0.8202

台灣特約中醫師人力地理分布

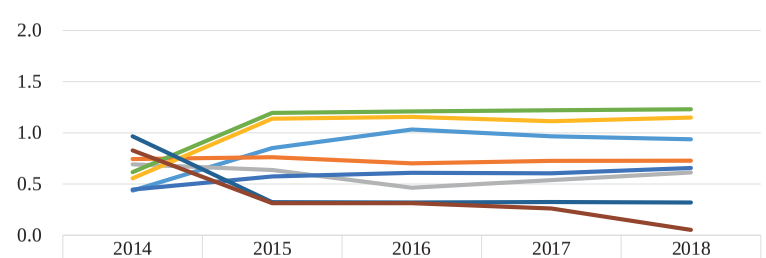
雲嘉南離散係數趨勢圖



		2014	2015	2016	2017	2018
雲林	北港	0.8118	1.2897	1.3106	1.3056	1.4099
	虎尾	0.6525	0.6548	0.6295	0.6536	0.6693
	斗六	0.5186	1.0425	1.0211	1.0157	1.0067
嘉義	嘉義	0.7427	0.8128	0.8075	0.8906	0.8686
	阿里山	0.6862	1.4121	1.4205	1.3283	1.3732
	太保	0.4910	1.1497	1.2593	1.2253	1.3533
台南	新營	0.8370	0.7553	0.6754	0.7086	0.7066
	永康	0.7965	0.5762	0.6379	0.6138	0.5383
	臺南	0.8268	0.6810	0.6323	0.5859	0.6116

台灣特約中醫師人力地理分布

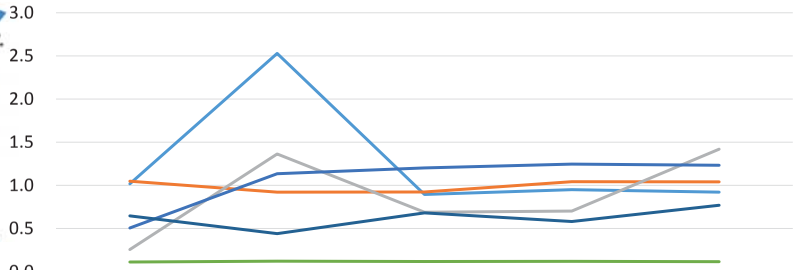
高屏澎離散係數趨勢圖



		2014	2015	2016	2017	2018
高雄	岡山	0.4371	0.8511	1.0330	0.9670	0.9381
	高雄	0.7440	0.7618	0.7022	0.7270	0.7276
	旗山	0.6932	0.6382	0.4640	0.5392	0.6140
屏東	屏東	0.5560	1.1383	1.1563	1.1147	1.1495
	東港	0.4460	0.5751	0.6105	0.6059	0.6564
	枋寮	0.6169	1.1943	1.2100	1.2210	1.2300
	恆春	0.9660	0.3239	0.3200	0.3255	0.3200
澎湖	不分區(澎湖)	0.8283	0.3131	0.3133	0.2619	0.0532

台灣特約中醫師人力地理分布

花東離散係數趨勢圖



		2014	2015	2016	2017	2018
台東	臺東	1.0187	2.5291	0.8958	0.9498	0.9216
	關山	1.0495	0.9228	0.9236	1.0423	1.0416
	成功	0.2575	1.3650	0.6900	0.7023	1.4200
	大武	0.4456	—	—	—	2.0000
花蓮	花蓮	0.5060	1.1355	1.2033	1.2475	1.2334
	鳳林	0.1116	0.1223	0.1179	0.1207	0.1165
	玉里	0.6466	0.4413	0.6812	0.5807	0.7707

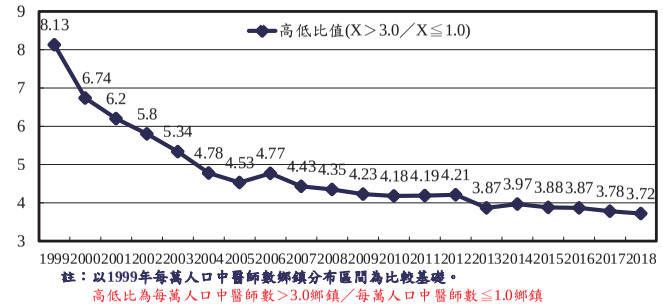
每萬人口中醫師數各區間變化 (以1999年為基期)

1999年 每萬人口中醫師數區間	1999	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018 VS. 1999
X≦1.0	0.5036	1.1039	1.1475	1.1894	1.2946	1.3148	1.3676	1.4145	1.4776	1.5433	2.06
1.0≦X≦2.0	1.4880	2.2366	2.2995	2.4027	2.5028	2.5983	2.6623	2.6985	2.7638	2.8503	0.91
2.0≦X≦3.0	2.3655	3.4092	3.5858	3.4387	3.6016	3.6665	3.7231	3.7937	3.9679	4.0699	0.72
X＞3.0	4.0962	4.6162	4.8085	5.0114	5.0060	5.2189	5.3012	5.4721	5.5841	5.7372	0.40
高低比值 (X＞3.0／X≦1.0)	8.13	4.18	4.19	4.21	3.87	3.97	3.88	3.87	3.78	3.72	-

資料來源：1.中醫師數-衛生福利部生命統計資訊網1999年至2018年衛生統計系列(醫政)醫療院所醫事人員數-按鄉鎮別分。
2.人口數-內政部統計月報，臺閩地區各鄉鎮市區人口數1999至2018年。
資料日期：108年5月31日
註：以1999年每萬人口中醫師數鄉鎮分布區間為比較基礎。

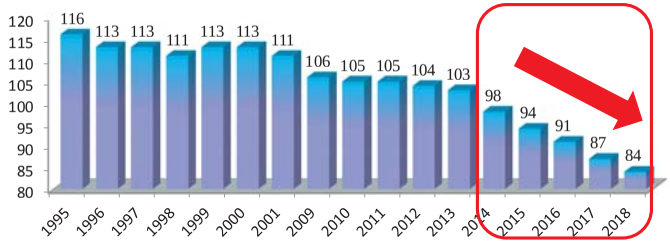
台灣特約中醫師人力地理分布

每萬人口中醫師數各區間變化 (以1999年為基期)



註：以1999年每萬人口中醫師數鄉鎮分布區間為比較基礎。
高低比為每萬人口中醫師數＞3.0鄉鎮／每萬人口中醫師數≦1.0鄉鎮

台灣無中醫鄉鎮數變遷情形 (1995-2018年)



均衡醫療資源及就醫公平性

- 中醫醫療資源充裕地區中醫師數雖仍有成長，但趨勢明顯趨緩
- 中醫醫療資源分布總額後明顯較為均衡，就醫公平性明顯提升
- 建議規劃將醫療資源分布及就醫權益公平性納入協商因素項目

其他確保民眾就醫權益及可近性之改善措施

【辦理養生保健講座】

【辦理國際學術大會】

【辦理中醫藥博覽會活動】

【辦理小華佗營活動】

其他確保民眾就醫權益及可近性之改善措施

【推行中醫穴位護眼操、護鼻操】

【榮獲內政部績優社團「特優」肯定】

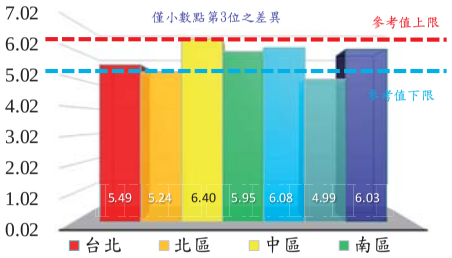
【製作健保業務相關宣導海報】

【製作中醫養生健保手冊】

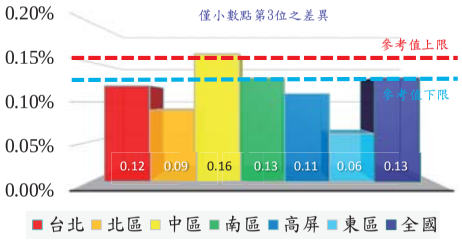
專業醫療服務品質之確保與提升

中醫總額專業醫療服務品質指標(107年)

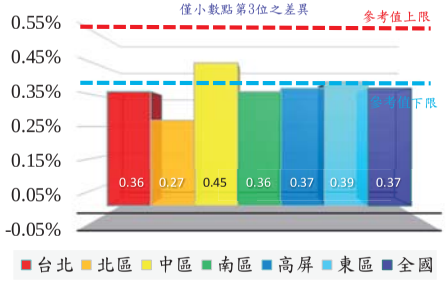
各區平均中醫就醫次數



各區同日再次就診中醫之比率

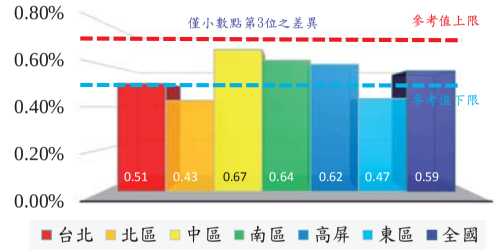


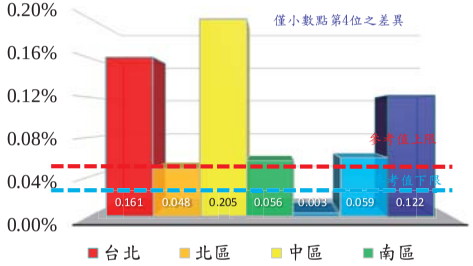
各區隔日再次就診中醫之比率



中醫總額專業醫療服務品質指標(107年)

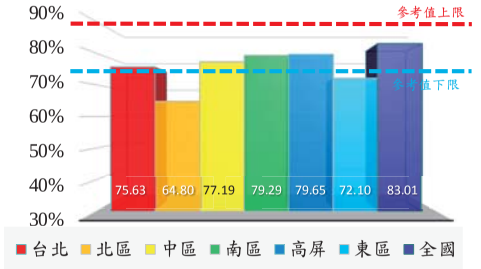
各區處方用藥日數重疊二日以上之比率





各區於同院所針傷科處置次數每月大於15次之比率

各區使用中醫門診之癌症病人同時利用西醫門診人數之比率



其他品質監測指標(107年)

➢ **加強感染控制執行率**

$$= \frac{\text{中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季合格機構數}}{\text{中醫門診特約醫療院所數}}$$

$$= \frac{3,639}{3,922} = \mathbf{92.78\%}$$

➢ **加強感染控制合格率(抽審5%)**

$$= \frac{\text{中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季實際訪查合格院所數}}{\text{中醫門診特約醫院所加強感染控制截至該季實際訪查院所數}}$$

$$= \frac{194}{195} = \mathbf{99.49\%}$$

➢ **中藥藥袋標示合格率**

$$= \frac{\text{中醫門診特約醫療院所藥袋標示截至該季合格機構數}}{\text{中醫門診特約醫療院所數}}$$

$$= \frac{3,901}{3,922} = \mathbf{99.46\%}$$

未達監測值(參考值)之檢討

檢討與改善

- 大部分品質指標經多年的管控後，皆已呈現穩定狀態。
- 107年遵從委員建議，修訂參考值範圍，由「前三年±10%」修訂為「前五年±20%」，並刪除屬性不易判讀指標。
- 定期檢討現有指標並持續研議新的指標。

其他改善專業醫療服務品質具體措施

- 建立中醫門診總額傷科標準作業程序及品質提升計畫

- 健全中醫師臨床訓練制度--中醫負責醫師訓練計畫

- 中藥用藥安全推動

協商因素項目之執行情形

給付項目及支付標準修訂

其他協商因素項目

品質保證保留款實施方案

品質保證保留款分配方式之精進

加計
無中醫鄉
教研任務
週日看診
雲端藥歷
即時查詢
假期排班

106年新增「加計」項目

減計
繼續教育不足
就診次數偏高
同日重複就診
重複用藥日數
慢性病占率低

107年新增「減計」項目

不予核發
高資源
核減高
有違規
無感控
缺標示

品質保證保留款歷年實施結果

項　　目	102年	103年	104年	105年	106年
核發數(千元)	19,950	20,994	20,994	21,965	44,770
總院所數	3,470	3,649	3,715	3,783	3,849
符合核發院所數	2,797	2,810	3,069	2,959	3,061
符合核發院所數佔率	78.92%	77.01%	82.61%	78.22%	79.53%

107年支付標準之增修情形

調升「每日藥費」
- 申報代碼：A21
- 調整內容：給付加2點
- 生效日：107年2月1日
- 預估年增點數：107年2月至12月約增加506.23百萬點

調升「處置費」
- 申報代碼：B41~B46、B53~B57、B61~B63、B80~B94
- 調整內容：給付加5點
- 生效日：107年2月1日
- 預估年增點數：107年2月至12月約增加106.83百萬點

107年支付標準之增修情形

修訂第四部第九章特定疾病門診加強照護
- 申報代碼：C06~C09
- 調整內容：放寬收案適應症，調整各項目給付點數
- 生效日：107年2月1日
- 預估年增點數：107年2月至12月相較106年同期差異數約增加23.07百萬點

- 說明：
1.新增脊髓損傷適應症
2.新增申報代碼
C08治療10~12次、
C09治療13次以上

申報代碼	原點數	修訂後點數
C06	3,000	3,500
C07	4,000	5,500
C08	-	7,500
C09	-	9,500

106年支付標準之增修情形

針灸、傷科、脫臼整付及針灸(合併傷科)治療，以及一般門診診察費支付標準，有關每月看診日數之計算方式，增列「位於山地離島、花蓮縣及臺東縣之院所」超過上限者以每月實際看診日數計，並酌修文字。(第四部通則五、第一章一般門診診察費註5)

106年1月1日生效

附表4.5.2複雜性傷科適應症，修正「頸椎骨折，閉鎖性」、「腰椎骨折，閉鎖性」、「胝骨及尾骨骨折，閉鎖性」及「未明示之脊柱骨折，閉鎖性」等項目原ICD-9-CM代碼對照之ICD-10-CM代碼。

106年支付標準之增修情形

修訂中醫第四部通則六，專任醫師每月申報另開內服藥之針傷治療處置費，每月上限由「60人次」提高至「120人次」。

門診診察費第一階段每月看診日平均門診量在三十人次以下部分(≦30)及山地離島地區診察費，每項點數增加15點。

106年3月1日生效

門診診察費[註1.]有護理人員在場服務者之定義，由「每位中醫師至少聘護理人員一名以上」改為「每位中醫師看診時須有護理人員在場服務」，並配合看診時段之VPN上傳作業。

106年支付標準之增修情形

106年5月1日生效

修訂醫師產假期間兼任醫師合理量計算規定之文字(通則九)，於106年5月1日起生效。

中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格醫院，每月看診日平均門診量在五十人次以下部分一般門診診察費(編號A82、A83、A84、A85)，每項點數增加十點，於106年5月1日起生效。

106年10月1日生效

中醫(第四部)：新增「開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方」門診診察費診療項目計十四項，於106年10月1日起生效。

105年支付標準之增修情形

105年4月1日生效

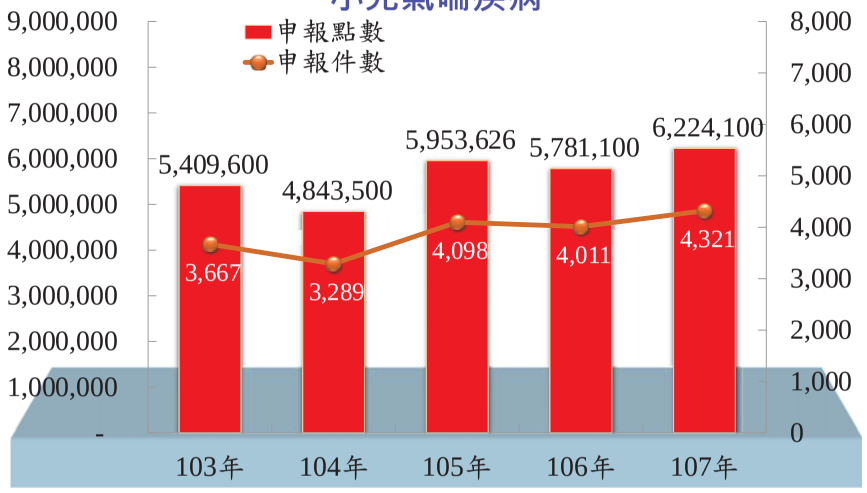
修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫第一章門診診察費，每日門診量第一階段(申報代碼A01、A02、A11、A12)人次數，由25人提高至30人次

修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫第二章藥費，每點支付點數由30點調整為31點

調整診察費合理量計算公式刪除「針灸、傷科及脫臼整復同療程第二次以後之就醫亦併入每日門診量內計算」規定，刪除全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫第一章註2.針灸、傷科及脫臼整復同療程第二次以後之就醫亦併入每日門診量內計算

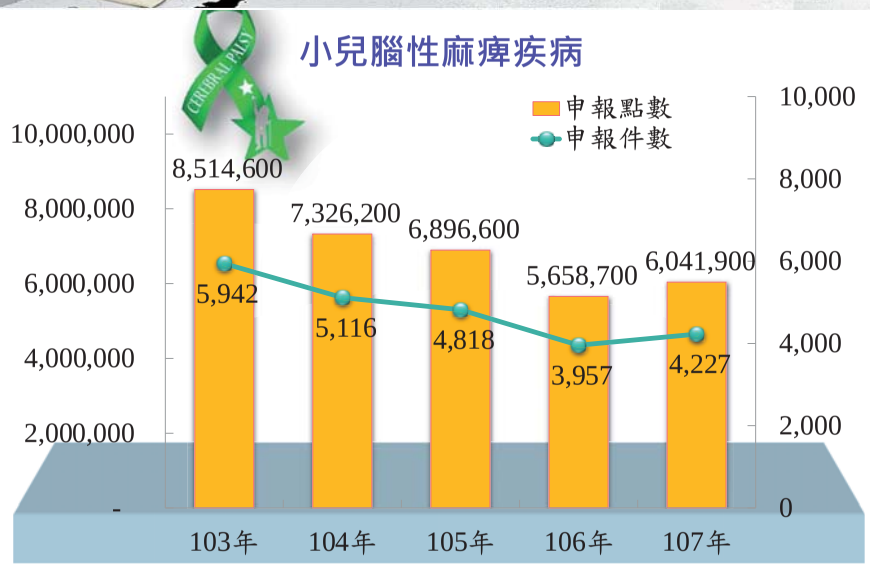
各年移列之項目後續執行情形

小兒氣喘疾病



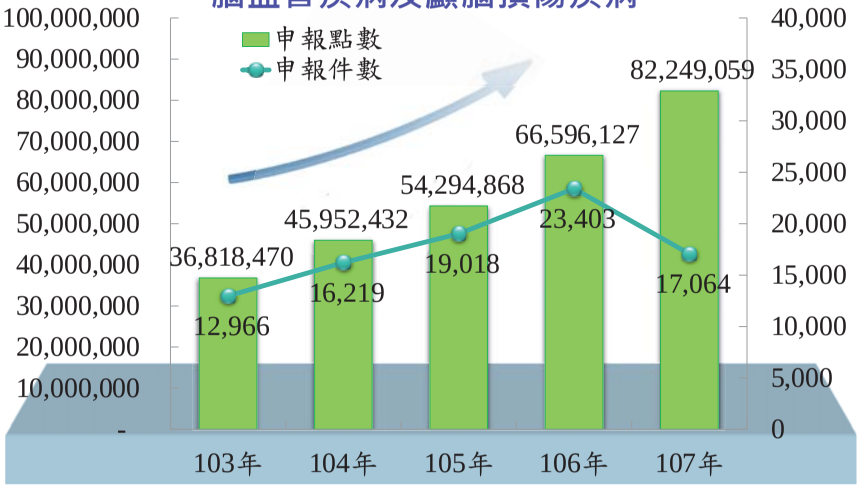
各年移列之項目後續執行情形

小兒腦性麻痺疾病



各年移列之項目後續執行情形

腦血管疾病及顱腦損傷疾病

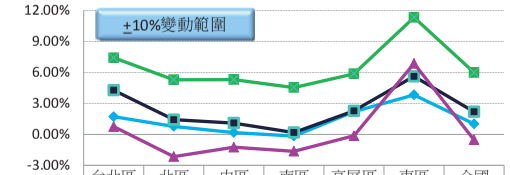


總額之管理與執行績效

- 醫療利用(全國、分區)及費用管控情形
- 點值穩定度
- 專業審查及其他管理措施
- 院所違規情形及醫療機構輔導

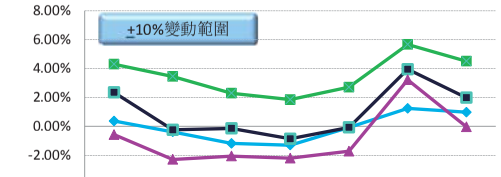
醫療利用及費用管控情形

(1)人次利用成長率



	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全國
107Q1	1.71%	0.77%	0.17%	-0.16%	2.20%	3.82%	1.01%
107Q2	4.27%	1.42%	1.09%	0.17%	2.27%	5.61%	2.18%
107Q3	0.74%	-2.16%	-1.25%	-1.64%	-0.14%	6.86%	-0.53%
107Q4	7.41%	5.28%	5.30%	4.53%	5.86%	11.32%	5.98%

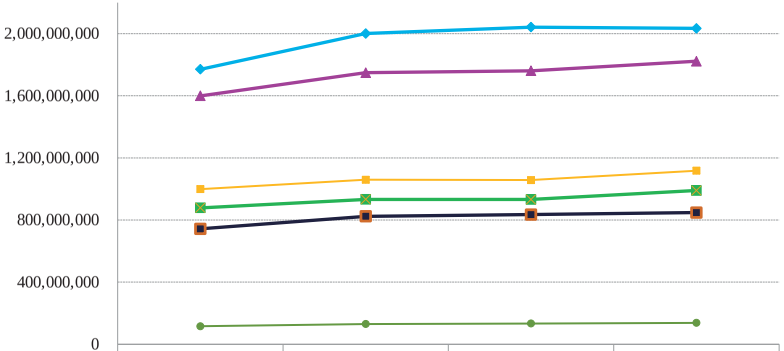
(2)人數利用成長率



	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全國
107Q1	0.37%	-0.38%	-1.18%	-1.30%	-0.08%	1.24%	0.98%
107Q2	2.35%	-0.24%	-0.14%	-0.86%	-0.07%	3.95%	1.98%
107Q3	-0.57%	-2.29%	-2.06%	-2.20%	-1.72%	3.22%	-0.03%
107Q4	4.30%	3.45%	2.29%	1.85%	2.71%	5.67%	4.51%

醫療利用及費用管控情形

(3)醫療費用申請點數變化情形



	107Q1	107Q2	107Q3	107Q4
台北區	1,770,581,360	2,001,249,645	2,042,139,590	2,034,040,434
北區	743,398,315	823,700,600	835,051,714	848,186,728
中區	1,599,980,237	1,748,882,357	1,760,904,776	1,822,719,405
南區	878,294,796	932,908,910	932,095,929	990,253,236
高屏區	999,040,369	1,059,663,590	1,057,566,082	1,118,014,620
東區	116,138,290	130,100,124	133,413,967	137,709,160

106年至107年各區各季中醫門診總額點值

季別	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全國
106Q1	0.9112	0.9123	0.8955	0.9610	0.9307	1.3894	0.9252
106Q2	0.9278	0.9194	0.8960	0.9521	0.9401	1.2912	0.9297
106Q3	0.8648	0.8769	0.8516	0.9029	0.8954	1.2902	0.8797
106Q4	0.9449	0.9692	0.9312	0.9924	0.9567	1.2911	0.9585
107Q1	0.8821	0.9051	0.8748	0.9409	0.8922	1.2988	0.8998
107Q2	0.8689	0.9169	0.8718	0.9369	0.9226	1.2942	0.9002
107Q3	0.8533	0.9115	0.8574	0.9613	0.9021	1.2577	0.8903
107Q4	0.8527	0.9008	0.8572	0.9205	0.8925	1.2559	0.8824

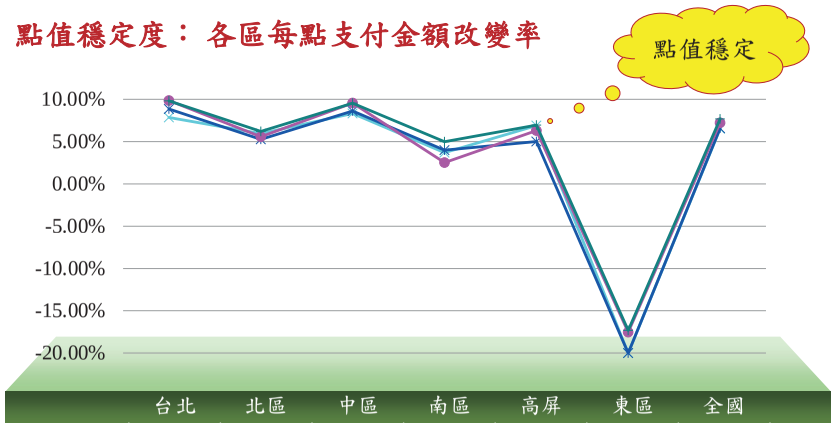
浮動點值

季別	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全國
106Q1	0.9401	0.9443	0.9295	0.9753	0.9552	1.2000	0.9497
106Q2	0.9499	0.9478	0.9286	0.9690	0.9605	1.2000	0.9526
106Q3	0.9066	0.9198	0.8980	0.9372	0.9310	1.2000	0.9189
106Q4	0.9622	0.9801	0.9528	0.9951	0.9714	1.2000	0.9721
107Q1	0.9215	0.9406	0.9168	0.9630	0.9311	1.2000	0.9348
107Q2	0.9114	0.9473	0.9138	0.9601	0.9499	1.2000	0.9342
107Q3	0.9015	0.9442	0.9045	0.9749	0.9370	1.1753	0.9277
107Q4	0.9019	0.9379	0.9046	0.9501	0.9306	1.1731	0.9232

平均點值

醫療利用及費用管控情形

■ 點值穩定度： 各區每點支付金額改變率



	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
107Q1	0.0785	0.0594	0.0832	0.0370	0.0689	-0.2000	0.0652
107Q2	0.0886	0.0527	0.0862	0.0399	0.0501	-0.2000	0.0658
107Q3	0.0985	0.0558	0.0955	0.0251	0.0630	-0.1753	0.0723
107Q4	0.0981	0.0621	0.0954	0.0499	0.0694	-0.1731	0.0768

超出變動容許範圍之情形與檢討

檢討與改善

- 107各季全國浮動點值與平均點值均在±10%變動範圍，未超出變動容許範圍
- 東區點值超出1.2部分，依「全民健康保險中醫門診總額點值保留款機制作業方案」，作為提撥與調整之用

專業審查及其他管理措施(一)

- Ⅰ.訂定審查醫藥專家遴聘原則與管理作業要點
- Ⅱ.辦理相關繼續教育課程，加強專業審查之一致性
- Ⅲ.訂定中醫專業審查分案原則
- Ⅳ.訂定全民健康保險中醫醫療費用審查注意事項
- Ⅴ.訂定專案審查審畢案件抽審作業要點
- Ⅵ.訂定中醫門診醫療服務審查品質提升與監測方案

專業審查及其他管理措施(二)

訂定審查醫藥專家審查模式異於常規統計項目

1. 核減率最低者、最高者異於平均值3倍以上者且經資深醫師及召集人複閱有明顯異常者。
2. 該醫師核減件數占總審查件數之占率過於明顯異常者平均值3倍以上者且經資深醫師及召集人複閱有明顯異常者。
3. 核減補付率達40%者屬需監測者(99.07.04中保會第64次委員會議修訂)。
4. 無故不出席審查會議，不認同共同決議，自我行事者。
5. 審查案件次數低於平均值50%且審查案件數低於平均值50%者。

專業審查及其他管理措施(三)

建立全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標

- 中醫同一院所同一患者同月看診次數過高
- 中醫用藥日數重複率過高
- 中醫門診申報同院所同病人當月針傷處置次數過高
- 中醫院所單一醫師每月申請中醫師親自調劑費(A32)次數大於1,200人次以上
- 中醫同一院所同一患者每月申報電針處置案件超過20件

中醫門診總額醫療費用核減率

107年中醫門診總額醫療費用核減率　(單位：百萬點)

六區別	醫療點數	申請點數	核定點數	初核核減率	申復補付點數	申復後核減率	爭審補付點數	爭審後核減率
台北	7,912	6,960	6,952	0.10%	1	0.09%	0	0.09%
北區	3,283	2,851	2,849	0.07%	0	0.07%	0	0.07%
中區	7,154	6,267	6,261	0.08%	0	0.08%	0	0.08%
南區	3,759	3,276	3,273	0.07%	0	0.07%	0	0.07%
高屏	4,243	3,731	3,727	0.11%	0	0.10%	0	0.10%
東區	518	464	463	0.13%	0	0.02%	0	0.12%
全國	**26,868**	**23,549**	**23,525**	**0.09%**	**2**	**0.08%**	**0**	**0.08%**

註1：本表含代辦，不含自墊核退項目。
註2：醫療點數係指已核付家數之醫療點數，為申請點數加部分負擔金額。
註3：申請點數係指已核付家數之申請點數。
註4：核定點數係指申請點數經初審後已核付之點數。
註5：初核核減率=(申請點數-核定點數)/醫療點數。
註6：申復後核減率=【申請點數-(核定點數+申復補付點數)】/醫療點數。
註7：爭審後核減率=【申請點數-(核定點數+申復補付點數+爭審補付點數)】/醫療點數。

中醫門診總額醫療案件爭議審議統計

107年中醫門診總額醫療費用案件爭議審議統計

六區別	爭審案件數	撤銷件數	爭審撤銷率	駁回件數	爭審駁回率
台北	509	11	2.16%	498	97.84%
北區	69	1	1.45%	68	98.55%
中區	87	1	1.15%	86	98.85%
南區	72	1	1.39%	71	98.61%
高屏	34	8	25.53%	26	76.47%
東區	5	0	0%	5	100%
全國	**776**	**22**	**2.84%**	**754**	**97.16%**

院所違規家數及其違規情節-1

107年院所違規處分家數(按處分類別)

年度	違約記點	扣減費用	停止特約	終止特約	小計
103年	3	26	12	1	42
104年	3	10	17	9	39
105年	1	16	11	2	30
106年	2	22	5	3	32
107年	0	12	6	3	21

107年特約醫事服務機構違規類型查處追扣統計表

總額別	類型別	扣減	罰鍰	其他	小計
中醫總額	總額舉發	0	0	0	0
	非總額舉發	203,867	1,100,944	27,755,594	29,060,405

註：非總額舉發大部分源自於總額共管機制

註：1.非總額舉發包含民眾檢舉與衛生福利部中央健康保險署主動查核項目；總額舉發為總額受託單位舉發。
2.扣減：扣減10倍之本金，即原認列之點數。
3.罰鍰：罰鍰之本金，即原認列之虛報點數。
4.其他：其他因查處案件造成可行政追扣之點數(如：院所坦承、雙方協商等可追扣之金額)。

院所違規家數及其違規情節-2

106年及107年特約醫事服務機構違規類型查處追扣統計

類型別	106年		107年	
	家次	點數	家次	點數
01未依處方箋、病歷或其他記錄之記載提供醫事服務	22	1,353,341	12	346,514
02未經醫師診斷逕行提供醫事服務	9	295,097	4	44,755
03處方箋或醫療費用申報內容為病歷或紀錄所未記載	0	0	0	0
04未記載病歷或未製作紀錄，申報醫療費用	0	0	0	0
05申報明知病人以他人之保險憑證就醫之醫療費用	0	0	0	0
06容留非具醫事人員資格，執行醫師之外醫事人員之業務	0	0	2	114,699
07收治非保險對象，而以保險對象之名義，申報醫療費用	0	0	0	0
08以提供保險對象非治療需要之藥品、營養品或其他物品之方式，登錄就醫並申報醫療費用	0	0	0	0
09未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用	1	6,314	2	101,286
10其他以不正當行為或以虛偽之証明、報告或陳述，申報醫療費用	15	2,349,076	12	28,304,425
11保險醫事服務機構容留未具醫師資格之人員，為保險對象執行醫療業務，申報醫療費用	0	0	0	0
12保險醫事服務機構或其負責醫事人員依前條規定受停止特約，經執行完畢後五年內再有前條規定情事之一	0	0	0	0
13以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，其情節重大	1	125,140	0	0
14特約醫院及診所容留未具醫師資格之人員為保險對象診療或處方	0	0	0	0
15停約期間，以不實之就診日期申報，對保險對象提供之服務費用，或交由其他保險醫事服務機構申報該服務費用	0	0	0	0
16依第一款至前款規定，受終止特約或停約一年，期滿再申請特約後，經查於終止特約或停約一年期間，有前款所定情事	0	0	0	0
99其他	4	113,566	5	148,726
合計	70	4,242,534	37	29,060,405

備註：本表為非總額舉發之統計

107年醫療機構輔導情形

分區業務組	實地審查					輔導作業											
	審查家數	審查次數	審查結果處理(次數)			輔導案源(次數)			輔導方式(次數)				合計輔導家數	輔導結果追蹤(家數)			
			合理	輔導	移送查核	書面審查	實地審查	檔案分析	書面輔導	面談輔導	電話輔導	實地輔導		移送查核	加強審查	改善結案	
台北	0	0	0	0	0	5	0	47	48	3	0	1	52	0	6	46	
北區	0	0	0	0	0	2	0	19	0	1	0	8	9	0	0	9	
中區	0	0	0	0	0	26	0	0	0	3	8	15	26	0	0	26	
南區	8	8	7	1	0	28	0	0	0	0	28	0	28	0	0	28	
高屏	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0	
東區	0	0	0	0	0	0	0	19	19	0	0	0	19	0	0	19	
合計	8	8	7	1	0	63	0	85	67	7	38	24	136	0	8	128	

西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫

匯報單位：中華民國中醫師公會全國聯合會評核會

匯報人：黃頌儼醫師

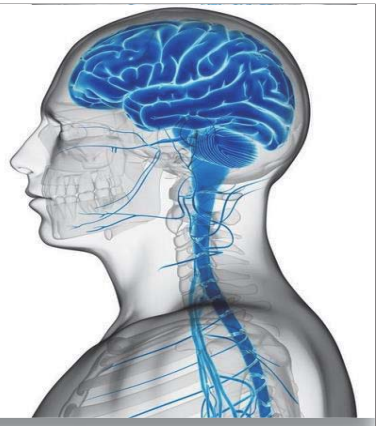
目錄

01 107年評核委員評論意見與期許之回應說明

02 107年計畫目的及重點

03 歷年執行情形

04 檢討與改善方向



01

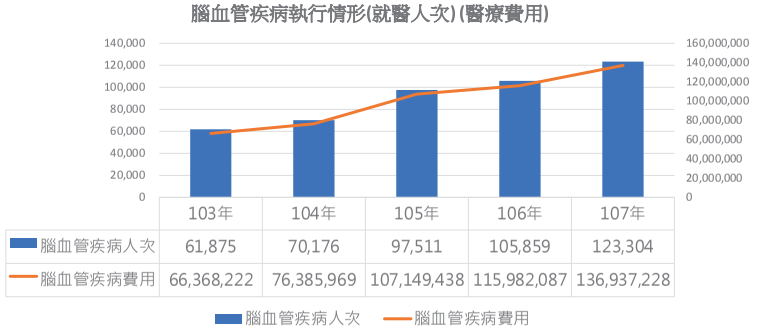
PART ONE

西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫

委員評論意見與期許之回應

委員建議：

腦血管疾病、顱腦損傷與脊髓損傷之服務人數穩定成長，執行情形良好，未來資料請分列腦血管疾病、顱腦損傷與脊髓損傷之執行情形，並呈現歷年變化。



委員建議：
在「實證研究」方面尚有改善空間。引用他人研究成果時，請提供研究相關基礎資料。

中醫全聯會每年皆有公開徵求並提供經費補助
“中醫總額一般部門及專款項目”相關研究計畫。

02
PART TWO

西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫

107年計畫目的及重點

02 107年計畫目的及重點

針對住院中之腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使達到病患神經學功能進步、日常生活能力改善、生活品質提升，並縮短住院天數，降低醫療費用支出的目的。

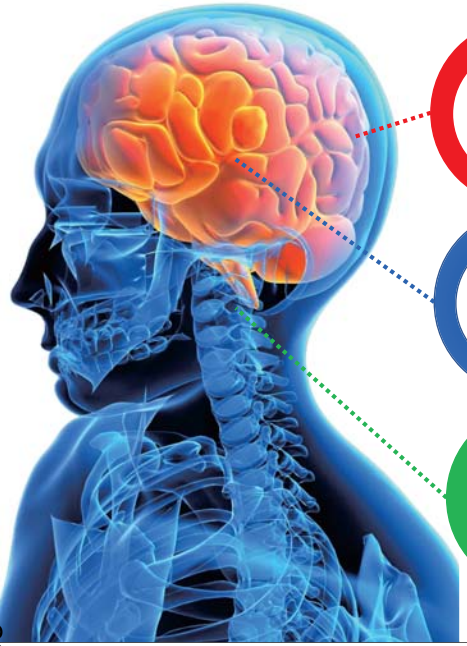
- ✓ 預算來源：107年全年經費130百萬元。
- ✓ 整體執行數：162.2百萬。
- ✓ 整體執行率：124.75%。

03
PART THREE

西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫

歷年執行情形

成效評估-腦血管疾病、顱腦及脊髓損傷



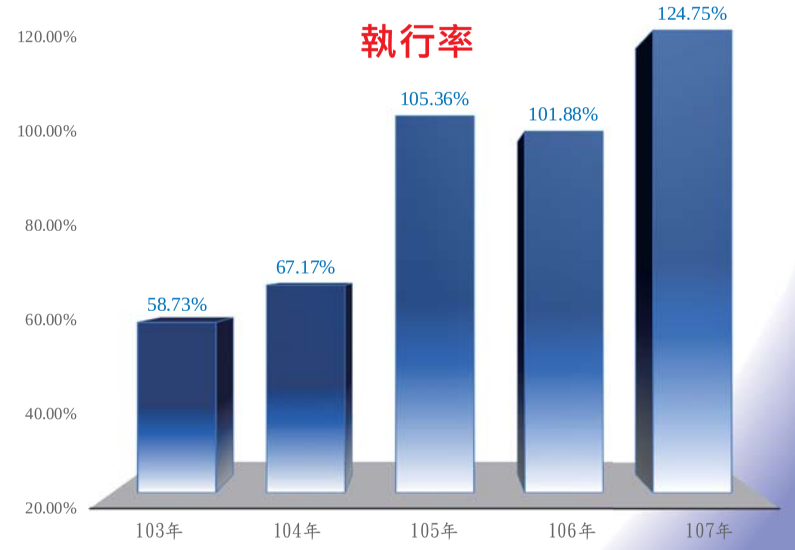
腦血管疾病評估工具
- 美國國家衛生研究院中風量表(NIHSS)
- 巴氏量表(Barthel Index)

顱腦損傷評估工具
- 改良式創傷嚴重度指標(RTS)
- 巴氏量表(Barthel Index)

脊髓損傷評估工具
- 美國脊髓損傷協會神經和功能評分(ASIA score)
- 巴氏量表(Barthel Index)

腦血管、顱腦損傷及脊髓損傷住院計畫預算執行情形

歷年執行情形



成效評估-腦血管疾病

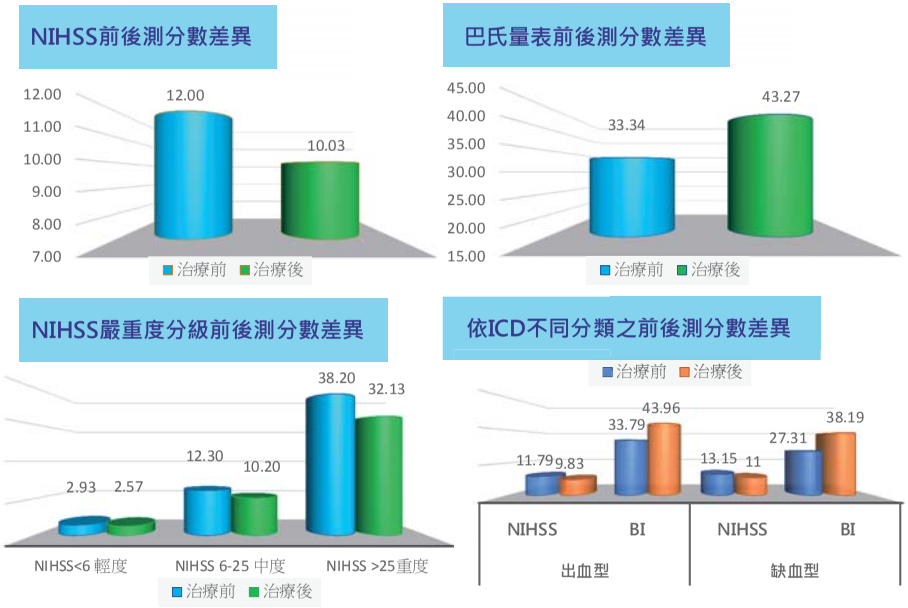
腦血管疾病量表回收情形

共69家院所提供

前後測皆完成的樣本數，去除遺漏資料：
- ✓NIHSS量表有4,225人
- ✓巴氏量表有 4,225人

成效評估-腦血管疾病住院病患

註：分數越高表示神經功能缺損愈嚴重；$P < 0.0001$



成效評估-腦血管疾病

腦血管疾病NIHSS&BI前後測分數差異與年齡及中醫治療方式之檢定

	治療後	治療後	95% CI of Difference	p-value
大於69歲(N=1,794)				
NIHSS	13.05±11.42	11.38±10.99	(-1.91,-1.42)	<0.0001
BI	26.93±27.49	34.87±30.12	(7.25,8.64)	<0.0001
50~69歲(N=1,905)				
NIHSS	10.99±10.67	8.96±9.82	(-2.27,-1.80)	<0.0001
BI	37.93±29.91	48.59±31.01	(9.86,11.45)	<0.0001
30~49歲(N=489)				
NIHSS	11.86±11.83	10.24±10.78	(-3.20,-2.11)	<0.0001
BI	39.33±30.73	47.73±32.16	(12.07,15.66)	<0.0001
小於30歲(N=37)				
NIHSS	15.14±12.12	11.32±12.40	(-5.83,-1.79)	0.0005
BI	28.78±29.47	45.40±35.26	(9.03,24.21)	<0.0001

成效評估-顱腦損傷

顱腦損傷量表回收情形

共58家院所提供

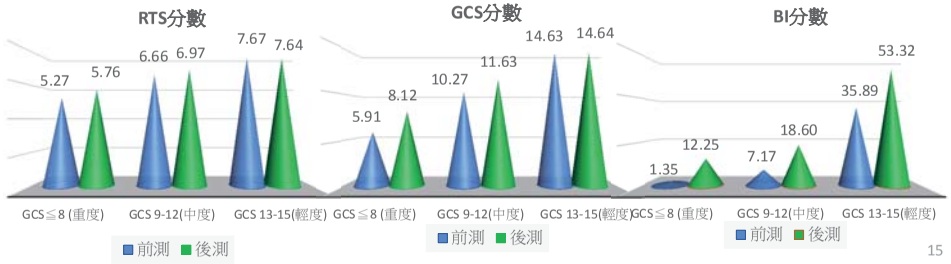
前後測皆完成的樣本數，去除遺漏資料：

- ✓改良式創傷嚴重度指標(RTS)量表為1,117人
- ✓昏迷指數(GCS)量表為1,117人
- ✓巴氏量表為1,117人

成效評估-顱腦損傷

顱腦損傷住院病患在RTS、GCS與BI之前後測分數差異

顱腦損傷患者依嚴重度分類治療前後RTS、GCS和BI比較



成效評估-脊髓損傷

顱腦損傷量表回收情形

共44家院所提供

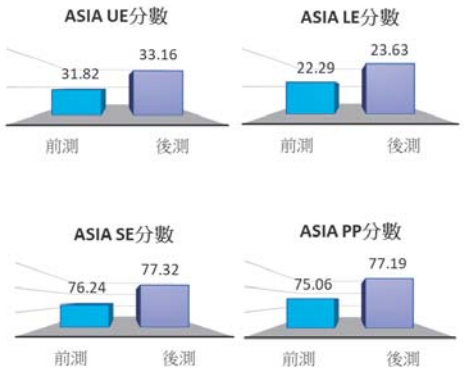
前後測皆完成的樣本數，去除遺漏資料：

- ✓美國脊髓損傷協會神經和功能評分(ASIA score)量表為355人昏迷指數
- ✓巴氏量表為355人

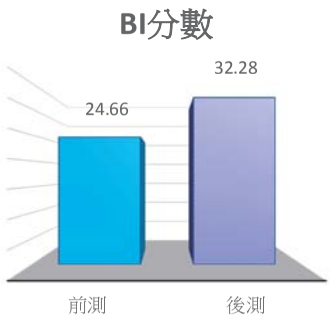
成效評估-脊髓損傷住院病患

成效評估-脊髓損傷

美國脊傷協會神經功能評分之前後測分數差異



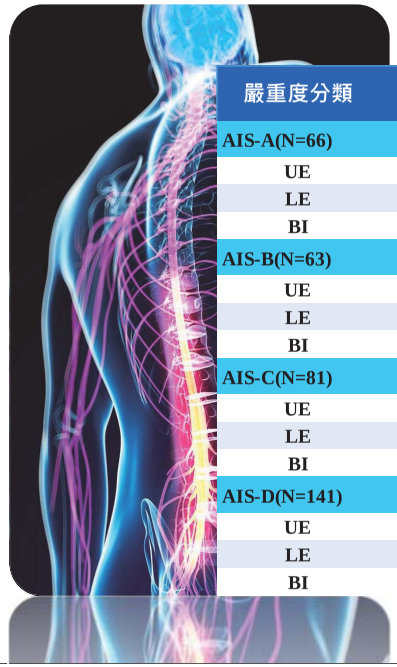
巴氏量表之前後測分數差異



脊髓損傷依美國脊傷協會機能損傷等級分類治療前後UE、LE和BI比較

成效評估-脊髓損傷住院病患

成效評估-脊髓損傷



嚴重度分類	治療前	治療後	95%CI of Difference	p-value
AIS-A(N=66)				
UE	26.23±20.57	26.28±20.39	(0.71,1.98)	**0.5401**
LE	3.58±9.05	5.06±9.19	(0.26,3.23)	**0.0948**
BI	9.62±10.57	12.73±13.76	(1.25,4.96)	**0.0013**
AIS-B(N=63)				
UE	29.92±16.84	32.65±16.04	(0.68,4.78)	**0.0019**
LE	13.57±15.26	15.94±16.58	(0.40,4.33)	**0.0092**
BI	15.95±18.55	22.22±20.96	(2.53,10.01)	**0.0014**
AIS-C(N=81)				
UE	28.33±14.96	30.62±14.23	(3.37,1.20)	**<0.0001**
LE	17.91±13.37	20.95±14.99	(1.47,4.60)	**0.0002**
BI	20.06±19.50	27.84±23.72	(2.53,10.01)	**<0.0001**
AIS-D(N=141)				
UE	37.02±10.56	37.54±10.72	(-0.34,1.20)	**0.2364**
LE	36.81±11.56	36.67±12.06	(-1.13,0.84)	**0.7759**
BI	**37.06±25.73**	**47.13±24.36**	**(7.46,14.05)**	**<0.0001**

成效評估-腦血管及疾病

研究方法

全國性配對介入之世代研究 (Chang et al., 2016)

全國性回溯配對之世代研究 (Weng et al., 2016)

以全國人口為基礎之研究(Chang et al., 2016)

以全國人口為基礎之回溯世代研究(Lee et al., 2016)

回溯性世代研究(Shih et al., 2015)

全國性配對之回溯世代研究(Shih et al., 2015)

全國性配對介入之世代研究(Shih et al., 2014)

全國性回溯世代研究(Chiu et al., 2014)

結果

接受中醫輔助治療的西醫住院中風患者，於6個月隨訪期間呈現較少的入院後不良後果(如肺炎、尿路感染、死亡等)。

接受中醫輔助治療的西醫住院中風患者可減少發生癲癇的風險。

相較於只用西醫治療，合併中醫藥治療的腦中風患者死亡率降低56%；在缺血性腦中風患者可減少五成的死亡率，出血性腦中風患者可減少75%的死亡率。

相對於只用西藥治療，糖尿病患者合併中醫藥治療可減少33%的腦中風風險

針灸可能有效降低中風復發率，即使在使用預防中風藥物者亦然。

針灸可能有效降低50-69歲腦中風患者發生急性心肌梗塞的風險。

減少中風後相關併發症及院內死亡率。

減少循環系統等疾病再發生率及減少2/3腦中風的再發生率。

降低中風復發率！

以健保資料庫針對本項計畫進行整體性評估研究

成效評估-顱腦損傷

研究方法

隨機對照試驗(曾等，2016)

以全國人口為基礎之回溯世代研究(Shih et al., 2014)

以全國人口為基礎之回溯世代研究(Shih et al., 2014)

世代研究(Shih et al., 2013)

成效評估-脊髓損傷病患

研究方法

隨機對照(Wong et al., 2003)

醫療耗用(Shih et al., 2013)←有無參與針灸治療之比較

結果

重度腦外傷患者在西醫常規治療下，給予針刺、雷射針灸或偽針灸（對照組），三組病患治療後的昏迷指數及肌力均有改善，惟對照組肌力改善無顯著差異。

與未接受針灸治療的創傷性腦損傷患者相比，有接受針灸治療者顯示中風的風險較低。

顯示發生中風的風險較低。

顯示出院後第一年急診和住院的利用較少。

結果

急性脊髓損傷早期給予耳針和電針治療，有助於顯著的神經和功能恢復。

一年內急診次數、費用
一年內再住院次數、費用
高住院次數相對風險
高住院醫療費用相對風險

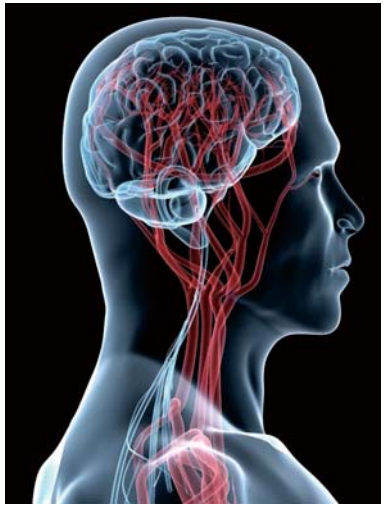
住院費用
再住院次數

成效評估-腦血管疾病、顱腦損傷

針對本項計畫進行個別評估探討

院所	對象	方法	結果
高雄長庚醫院(曾等，2016)	重度腦外傷	針刺 雷射針灸	針刺、雷射針灸或偽針灸（對照組），三組病患治療後的昏迷指數及肌力均有改善，惟對照組肌力改善無顯著差異。
台北醫學大學附設醫院 (Huang et al.,2014)	初次中風患者	針灸	改善復健療程中的靜態平衡。
中國醫藥大學附設醫院 (Yu et al, 2012)	膀胱排尿不完全患者	電針	改善患者排尿功能。
高雄長庚醫院(Wei et al., 2011)	急性和亞急性缺血性中風	針灸	對病情嚴重患者安全的治療方法。
高雄長庚醫院(Hu et al., 2011)	改善缺血腦中風	針灸	改善意識障礙及肌力。

成效評估-腦血管疾病



腦血管疾病病患滿意度調查問卷
(回收47家院所233件)

中醫師的服務態度 99.14%

中醫師的診斷、治療等醫術方面 96.57%

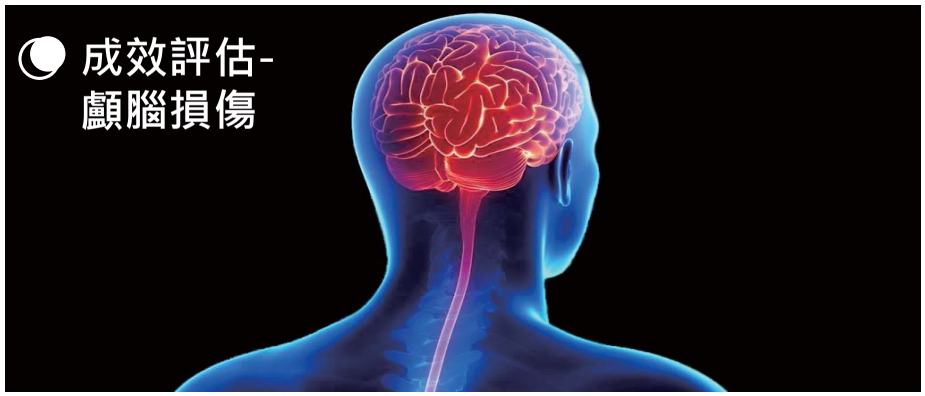
整體醫療品質 95.69%

治療的效果 92.70%

看病流程 92.70%

會診診次安排 91.85%

成效評估-顱腦損傷



中醫師的服務態度 99.02%

地點的環境衛生及舒適性 95.79%

其他醫護人員的服務態度 95.79%

整體醫療品質 91.58%

會診診次安排 91.58%

治療的效果 89.50%

顱腦損傷病患滿意度調查問卷(回收25家院所102件)

成效評估-脊髓損傷

中醫師的服務態度 95.52%

整體醫療品質 95.52%

中醫師的說明 94.03%

會診診次安排及看病流程 86.57%

治療的效果 83.58%

其他醫護人員的說明 82.53%

脊髓損傷病患滿意度調查問卷(回收18家院所67件)

04

PART FOUR

西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫

檢討與改善方向

25

未來努力方向與檢討

中醫介入腦中風、顱腦損傷、脊髓損傷病患治療實證證據均已呈現，但預算經費仍呈現不足，107年專案預算使用達125%，浮動點值降至0.7946。

本會未來將加強宣導及承作院所經驗分享以提升醫療服務的普及率，研議放入減審指標，提高院所及醫師專案醫療服務的參與意願。

今年院所回覆資料相因需登錄於健保署VPN系統及列為退場機制，故收集較去年完整，也較往年容易進行統計分析，今年量部分項目較為減少主要是以結案時間需在107年。

本會將提供研究經費補助鼓勵各承作院所自行進行院內回溯性配對研究、並持續徵求請各大醫院進行相關成效的研究計畫。

經費執行情形 | 資源分布問題 | 院所回覆之相關生、心理問卷 | 未來努力方向

26

265

2019

全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案

匯報單位：中華民國中醫師公會全國聯合會評核會

匯報人：黃頌儼醫師

27

目錄

01 107年評核委員評論意見與期許之回應說明。

02 107年計畫目的及重點。

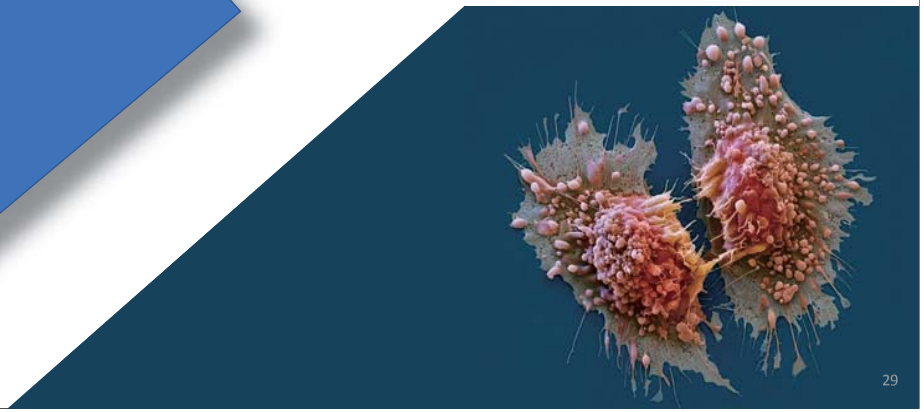
03 執行情形。

04 檢討與改善方向。

28

PART 01

第一部分
107 年評核委員評論意見與期許之回應說明。



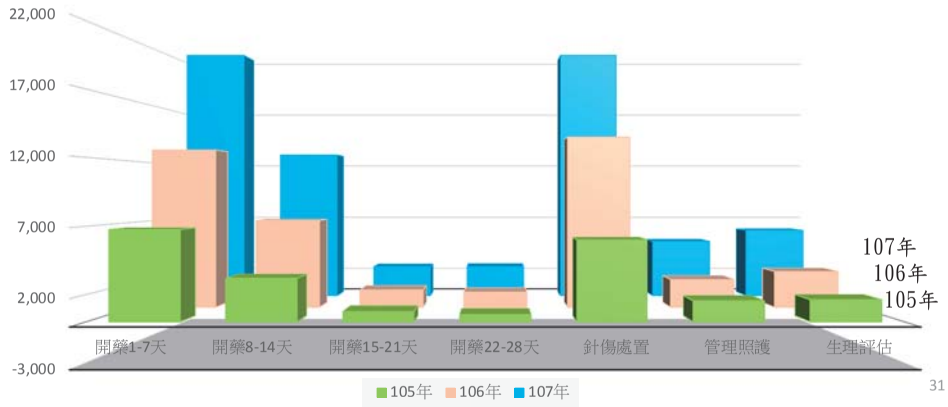
委員建議：
106年的平均每次就醫費用、平均每人就醫費用皆較105年增加，請說明原因。

在專案給付條件都不變的情況，平均每次、平均每人就醫費用會增加的原因：

1. 每人每次之開藥天數較前一年增加（例如開立14天、21天、28天用藥）。
2. 使用「疾病管理照護費」、「生理評估費」機會增加。

項目	105年	106年	107年
P56001．開藥1-7天	6,756	12,923	22,064
P56002．開藥8-14天	3,182	7,158	12,855
P56003．開藥15-21天	749	1,424	2,635
P56004．開藥22-28天	540	1,237	2,650
P56005針傷處置	6,011	13,998	26,169
P56006管理照護	1,544	2,289	4,980
P56007生理評估	1,621	2,947	5,992

委員建議：
106年的平均每次就醫費用、平均每人就醫費用皆較105年增加，請說明原因。



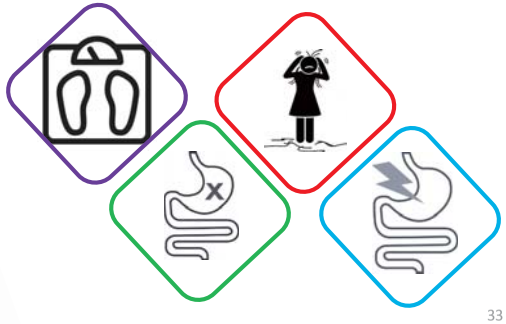
PART 02

第二部分
107年計畫目的及重點

02 107年計畫目的及重點

希望透過中西醫結合的治療方式，將腫瘤患者經手術、放化療後常出現的腸胃不適、眩暈、落髮，症狀減輕到最低，讓患者能順利完成整個西醫療程，發揮最大療效；尤其對末期患者所出現的惡病質，諸如體重減輕，食慾不振，精神萎靡等不適，以及癌性疼痛問題，透過中醫的體質調理，提升患者的生活品質

- ✓ 預算來源：107年全年經費103百萬元。
- ✓ 整體執行數：116百萬 。
- ✓ **整體執行率：112.16%。**



PART 03

第三部分 執行情形

107年-執行概況

院所層級別	院所家數	照護人數	照護人次(千人)	醫療點數(百萬點)
醫學中心	12	3,430	33	44
區域醫院	30	3,338	31	54
地區醫院	16	260	3	4
基層院所	50	914	10	13.7
全國	108	7,942	77	116

✓ 以院所層級別分類，以醫學中心提供之照護人次最多

107年-執行概況

成效評估-全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案

癌症住院病患
- 一般性量表(FACT-G)(第四版)
- 生活品質評估量表(ECOG)

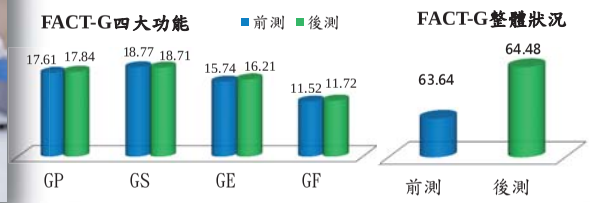
癌症患者中醫門診延長照護
- CTCAE評估表
- 台灣版簡明疲憊量表(BFI-T)
- 台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(WHOQOL-BREF)

特定癌症患者中醫門診加強照護
- 一般性量表(FACT-G)(第四版)
- 生活品質評估量表(ECOG)

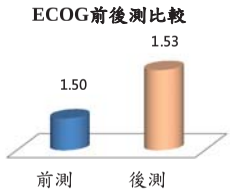
實證研究

成效評估-癌症住院病患

癌症病患在FACT-G四大功能及整體之前後測分數差異



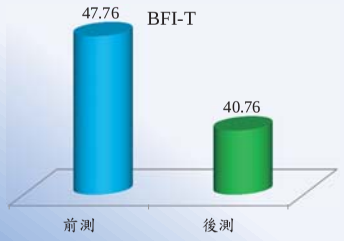
癌症住院病患參與計畫ECOG生活品質評估其前後測分析



37

成效評估-癌症患者中醫門診延長照護

癌症患者在CTCAE、BFI-T與WHOQOL-BREF量表之前後測分數差異



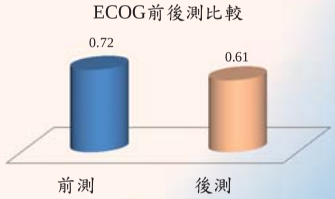
38

268

成效評估-特定癌症患者中醫門診加強照護計畫

門診加強照護計畫病患在FACT-G四大功能及整體之前後測分數差異

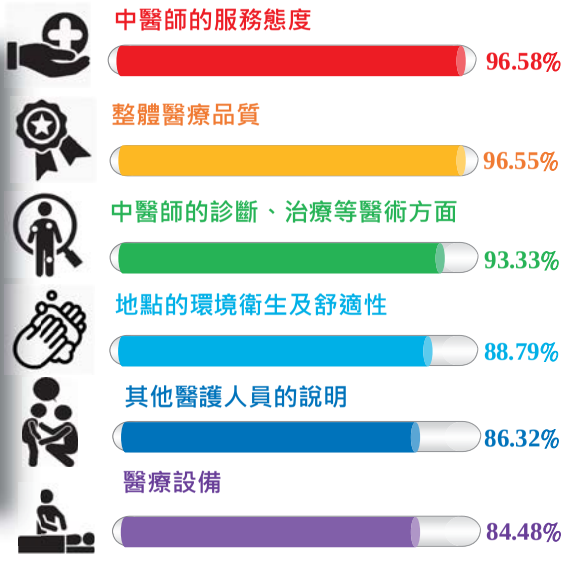
門診加強照護計畫病患參與計畫ECOG生活品質評估其前後測分析



39

成效評估-癌症住院病患

癌症住院病患滿意度調查問卷
(回收25家院所119件)



40

PART 04

第四部分
檢討與改善方向

未來努力方向與檢討

經費執行情形
本項自105年開始實施，第一年執行83.2%(僅執行3季)，106年度執行率為121%，經費嚴重不足，107年本項併入「癌症患者加強照護整合計畫」執行率為112.16%費用出現不足

資源分布問題
執行單位多集中在醫學中心等教學醫院，以六區來看與各項試辦計畫一樣，偏重在中南部，台北區與北區院所執行率較低；可能與本項治療之提供，比一般項目多相關行政問題。

未來努力方向
1. 舉辦活動，宣導正確就醫觀念
2. 與西醫方面進行溝通，以增加互信
3. 舉辦相關課程及相關學術研討會
4. 爭取健保委員及健保署的支持，擴大服務至所有癌症患者

長期目標：
「發展中醫特色的癌症全人照護模式」

2019
全民健康保險中醫急症處置計畫

匯報單位：中華民國中醫師公會 全國聯合會評核會

匯報人：黃頌儼醫師

目錄

1 107年計畫目的及重點
2 執行情形
3 檢討與改善方向

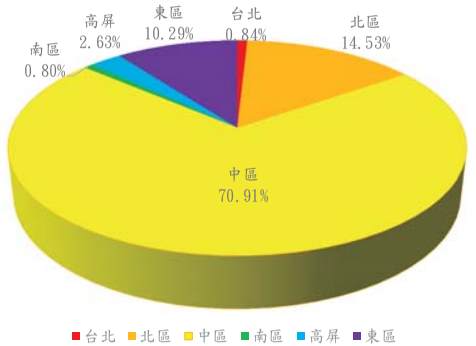
107年計畫目的及重點

針對急診常見病症，藉由中醫介入處置，減輕急診壅塞，減少病人反覆進出急診或滯留於急診觀察區。

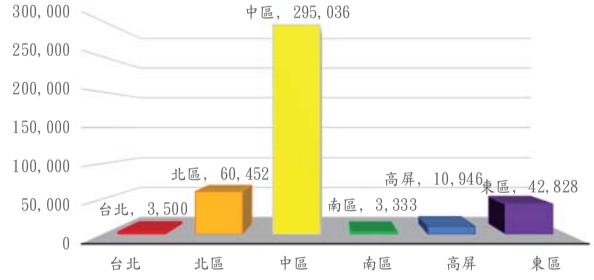
- ✓ 預算來源：107年全年經費20百萬元。
- ✓ 整體執行數：0.42百萬 。
- ✓ 整體執行率：2.08%。

107年執行情形

107年全民健康保險中醫急症處置計畫六區費用執行占率



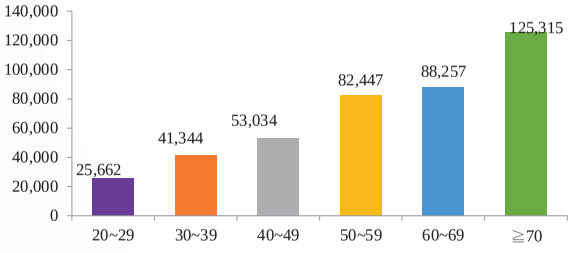
107年全民健康保險中醫急症處置計畫六區使用費用

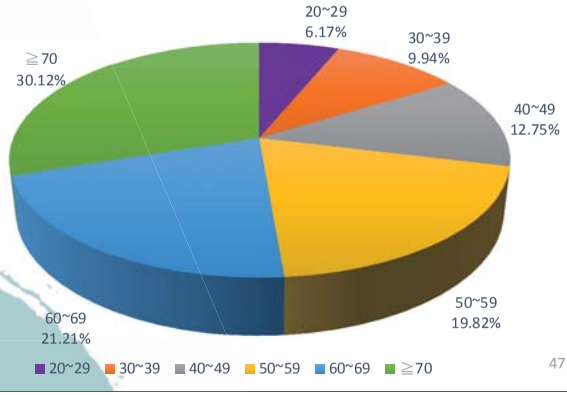


	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
數列1	3,500	60,452	295,036	3,333	10,946	42,828

107年執行情形

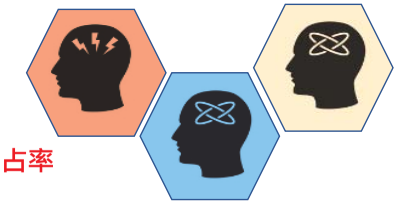
107年全民健康保險中醫急症處置計畫年齡層費用及占率





107年執行情形

全民健康保險中醫急症處置計畫疾病類別費用占率



ICD-10	疾病名稱	申請件數	申請金額
R42	頭暈及目眩	107	128,254
H8139	其他末梢性眩暈	46	56,873
R079	胸痛，未特定	14	17,914
M545	下背痛	11	14,935
K560	麻痺性腸阻塞	12	14,804
M609	肌炎，未特定	8	11,956
K567	腸阻塞，未特定	9	10,739
N946	痛經症，未特定	7	10,373
R5383	其他疲勞	5	7,561
S2020	胸部挫傷	5	6,499

03 檢討與改善方向

經費執行

本會均定期提供執行概況報告並進行檢討以利本項計畫能執行順利，也請各大醫院協助中醫急診處置之流程。

舉辦活動

本會及各區公會積極舉辦活動，宣導正確急診就醫觀念，並使民眾了解相關中西醫配合治療急症之療效。並針對執行率偏低之區域加強宣導，提供相關文宣資料。

資源分布

本會將考量行文醫院協會轉知本訊息，提升醫院急診部門合作與參與的意願，嘉惠有中醫急診需求的民眾

訓練計畫

1.加強中醫師負責醫師訓練計畫內之急症治療訓練課程

2.將與西醫急診醫學會及醫院急診部門方面進行溝通，交流與合作

THANK YOU

感謝聆聽

全民健康保險
中醫提升孕產
照護品質計畫

目錄

1 評核委員評核意見與期許之回應說明

2 計畫執行成果

3 歷年計畫執行情形及成效評估

4 檢討與改善方向

評核委員評核意見與期許之回應說明

孕產照護品質計畫

- 精準化適應症，找出適合個案，提高計畫成效，減少不必要的醫療浪費
- 以保胎成功率、助孕成功率作為績效指標，須嚴格檢驗計算基礎，避免研究結果受干擾(如指標計算未排除使用西醫的影響)

➔中醫部門回應：

- 中醫孕產專案的收案標準是以西醫不孕症標準訂定專案收案條件

(一)助孕：已婚超過一年有正常性生活而無法受孕男性及女性患者，主診斷須填報女(男)性不孕病名，如有特定病理之不孕因素，須另立次診斷且須載明相關診斷的依據

(二)保胎：先兆流產、非自然受孕、經助孕受孕及易流產之女性(病歷應記載詳實)，受孕後0-20週之保胎照護(應註明孕期週數)

- 因臨床相關問題須經由人體試驗委員會同意才能進行，積極期待衛福部及相關學術單位推展中醫實症相關研究計畫，並鼓勵學者參與，中醫全聯會全力協助

中醫提升孕產照護品質計畫執行成果

計畫目的

鼓勵生育為國家當前重要政策，針對特定病理因素所致之原發性或繼發性不孕、有先兆流產傾向及有流產病歷者，由中醫給予適當照護，以提升受孕率及保胎率

執行目標

以計畫前三年平均值為預設目標：
1.參與院所數100家
2.服務人數5,500人

經費來源 & 協定事項

- 中醫門診總額之計畫專款項目支應
- 屬延續型計畫，於各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告

中醫提升孕產照護品質計畫執行成果

費用支付

- 本計畫給付因不同於一般，其項目及支付標準表另訂定
- 預算按季均分及結算，採浮動點值支付；當季預算若有結餘，則流用至下季；若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額均不高於1元

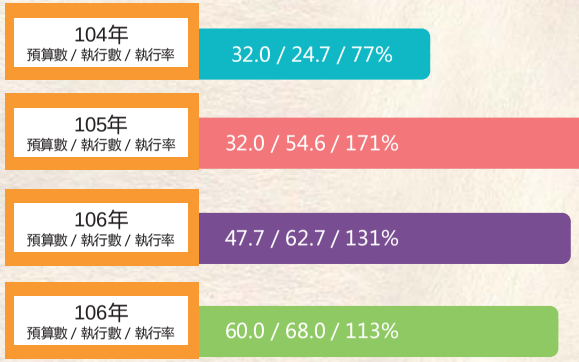
執行內容

- 包括中醫四診診察、口服藥(至少七天)、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導(針灸處置非必要)
- 助孕診察另含排卵期評估，女性須含基礎體溫(BBT)、體質證型、濾泡期、排卵期、黃體期月經週期療法之診療

評核指標&退場機制

- 違規：特約管理辦法第38條至第40條所列違規情事之一
- 執行成效不佳者、未依本計畫規定事項執行，未依規定繳交相關資料及評量報表
- 助孕：已懷孕者
- 保胎：已照護超過20週或流產者

孕產照護計畫預算執行數及執行率



本計畫於104年開辦執行，至今執行四年多，因105年執行率較高，於106年、107年獲得健保會委員增編預算，其成長情況逐漸緩和

孕產照護計畫醫療服務提供及民眾利用情形

年度	承辦院所數	參與醫師數	服務人次	服務人數	醫療費用點數
104年	89	157	23,267	3,128	24,703,473
105年	108	184	49,848	5,630	54,576,995
106年	104	179	56,602	5,903	62,744,110
107年	104	195	60,869	6,208	67,996,335
相較前一年成長率	0%	8.9%	7.5%	5.2%	8.4%

孕產照護計畫醫療服務提供及民眾利用情形

年度	平均每人就醫次數	平均每次就醫費用	平均每人就醫費用
104年	7.44	1,062	7,898
105年	8.85	1,095	9,694
106年	9.59	1,109	10,629
107年	9.80	1,117	10,953

有無收案比較	服務人次	服務人數	醫療費用點數	平均每人醫療費用
有收案	60,869	6,208	67,996,335	10,953
無收案	2,538,453	592,104	1,426,189,141	2,409

助孕實施效益統計

項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
成功受孕個案數	100	58	347	162	61	36	761
助孕看診個案數	874	385	1,794	1,099	360	219	4,723
助孕成功率	11.4%	15.1%	19.3%	14.7%	16.9%	16.4%	16.1%

僅利用中醫治療

項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
成功受孕個案數	52	40	202	81	35	23	432
助孕看診個案數	528	273	1,109	595	200	145	2,848
助孕成功率	9.8%	14.7%	18.2%	13.6%	17.5%	15.9%	15.2%

同時利用西醫治療

項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
成功受孕個案數	48	18	145	81	26	13	329
助孕看診個案數	346	112	685	504	160	74	1,875
助孕成功率	13.9%	16.1%	21.2%	16.1%	16.3%	17.6%	17.5%

西醫治療

項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
成功受孕個案數	3,316	1,519	2,589	1,067	1,755	116	10,170
助孕看診個案數	21,565	9,457	11,766	5,857	9,165	776	57,419
助孕成功率	15.4%	16.1%	22.0%	18.2%	19.1%	14.9%	17.7%

保胎實施效益統計

項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
成功受孕個案數	86	23	163	97	9	10	388
助孕看診個案數	147	32	222	144	16	13	574
助孕成功率	58.5%	71.9%	73.4%	67.4%	56.3%	76.9%	67.6%

台南市立醫院研究團隊利用中醫體質辨證分型治療模式結合現代科學檢驗數據當佐證，臨床研究證實中醫藥可提升精蟲品質，為國內第一篇且為全球少數利用中醫藥治療男性不孕症精蟲品質不良的實證醫學研究，登上「Journal of Clinical Medicine」國際期刊

助孕：中醫體質量表(前後測比較)

保胎：懷孕初期症狀及心理評估量表

檢討與改善方向

預算編列不足

自106年起逐年調整計畫預算數

資源分布問題

部分區域執行率偏低，將加強宣導並製作宣傳海報、布條

持續檢討修正問題

持續監測醫療服務提供、利用情形，並定期會議檢討調整計畫的條文內容

全民健康保險
中醫門診總額
兒童過敏性鼻炎
照護試辦計畫

目錄

1 評核委員評核意見與期許之回應說明

2 計畫執行成果

3 歷年計畫執行情形及成效評估

4 檢討與改善方向

評核委員評核意見與期許之回應說明

- 預算執行率偏低(106年為19%)，106年收案1,562人，接受完整療程者僅5位，且平均每人就醫次數為1.4，意味著多數照護對象就診1次後就不再就診，宜檢討改善或思考專案的必要性。
- 結案原因統計中「其他原因」(58.66%)、「自動結案」(13.13%)請說明上開原因之內涵

➔中醫部門回應：

- 針對兒童過敏性鼻炎專案申報方式過於繁瑣，造成行政執行困難之處，已於107年修正計畫條文改善此問題
- 過敏性鼻炎在中醫治療上屬於慢性病範圍，大部份治療都會開立14日左右藥物，並提醒病患於藥物服用完畢後回診。但舊計畫條文規定需要病患固定每週回診，一旦病患忘記回診或是晚些回診，就會以符合結案條件自動結案，造成病患困擾與收案困難
- 已委託專家學者，針對過敏性鼻炎執行率進行研究分析，並將分析結果整理於中醫門診總額專案計畫執行成果報告手冊中

中醫兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫執行成果

計畫目的

針對兒童患有過敏性鼻炎者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使病患過敏性鼻炎症狀改善且減少其他上、下呼吸道的併發症、改善日常生活能力、提升生活品質

執行目標

以計畫前二年平均值為預設目標：
1.參與院所數90家
2.服務人數1,500人

經費來源&協定事項

- 中醫門診總額之計畫專款項目支應
- 屬延續型計畫，於各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告

中醫兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫執行成果

費用支付

- 本計畫給付因不同於一般，其項目及支付標準表另訂定
- 預算按季均分及結算，採浮動點值支付；當季預算若有結餘，則流用至下季；若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額均不高於1元

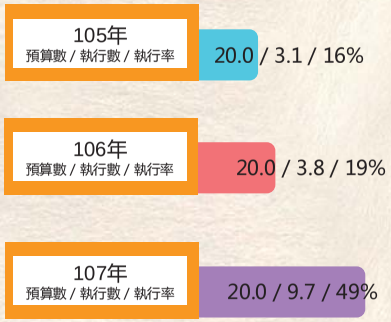
執行內容

- 包括中醫四診診察、口服藥、經穴按摩指導費(含針灸、推拿、穴位按摩或穴位按壓教導)、管理照護(中醫護理衛教、營養飲食指導)、RCAT估量表

評核指標&退場機制

- 違規：特約管理辦法第38條至第40條所列違規情事之一
- 執行成效不佳者、未依本計畫規定事項執行，未依規定繳交相關資料及評量報表
- 個案照護滿三個月
- 未連續照護
- 第二次或第三次RCAT評估量表分數進步未達規定

兒童過敏性鼻炎試辦計畫預算執行數 / 執行率



本計畫於105年開辦執行，至今執行三年多，因執行不易，執行率偏低，於協商108年預算時，減編預算，全年為10百萬

兒童鼻炎計畫醫療服務提供及民眾利用情形

年度	承辦院所數	參與醫師數	服務人次	服務人數	醫療費用點數
105年	102	154	1,856	1,419	3,057,776
106年	95	149	2,239	1,562	3,773,300
107年	109	203	10,249	2,888	9,651,309
相較前一年成長率	14.7%	36.2%	357.7%	84.9%	155.8%

兒童鼻炎計畫醫療服務提供及民眾利用情形

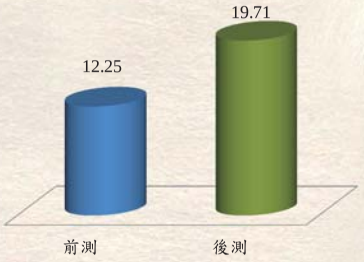
年度	平均每人就醫次數	平均每次就醫費用	平均每人就醫費用
105年	1.31	1,648	2,155
106年	1.43	1,685	2,416
107年	3.55	942	3,342

有無收案比較	服務人次	服務人數	醫療費用點數	平均每人醫療費用
有收案	10,249	2,888	9,651,309	3,342
無收案	70,681	254,276	178,905,449	2,531

實施效益統計

- 評估工具：過敏性鼻炎控制評估測試量表(RCAT評估量表)
- 問卷回收情形：共109家院所提供
  前後測皆完成的樣本數去除遺漏資料RCAT量表有2,044人次

RCAT量表分數



RCAT評估量表前後測分數比較

檢討與改善方向

執行率偏低

自107年調整計畫條文內容，修正收案不易及無法持續治療...等問題

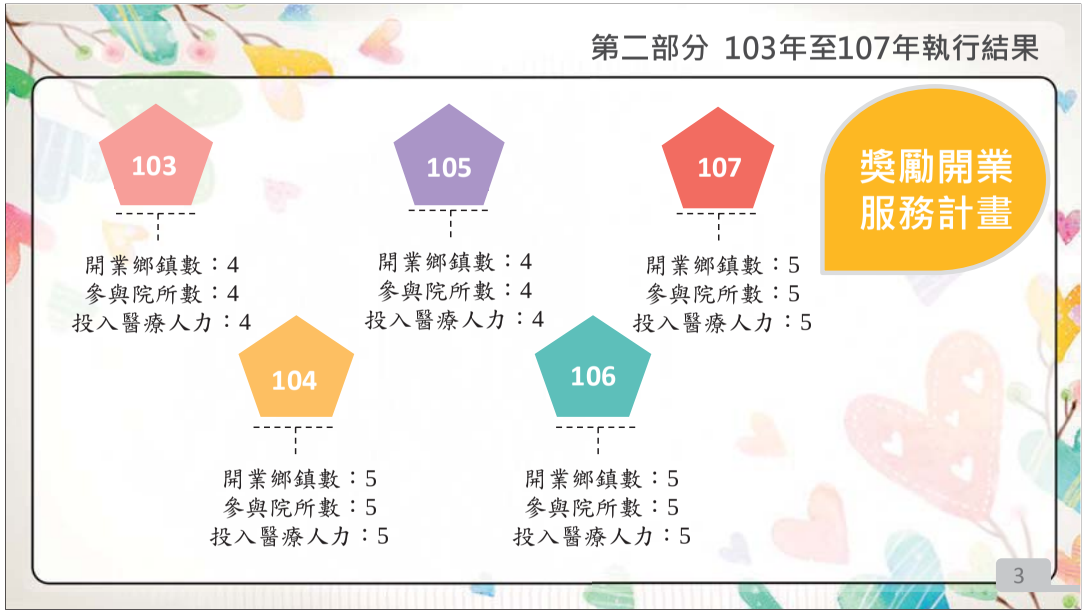
資源分布問題

部分區域執行率偏低，將加強宣導並製作宣傳海報、布條

持續檢討修正問題

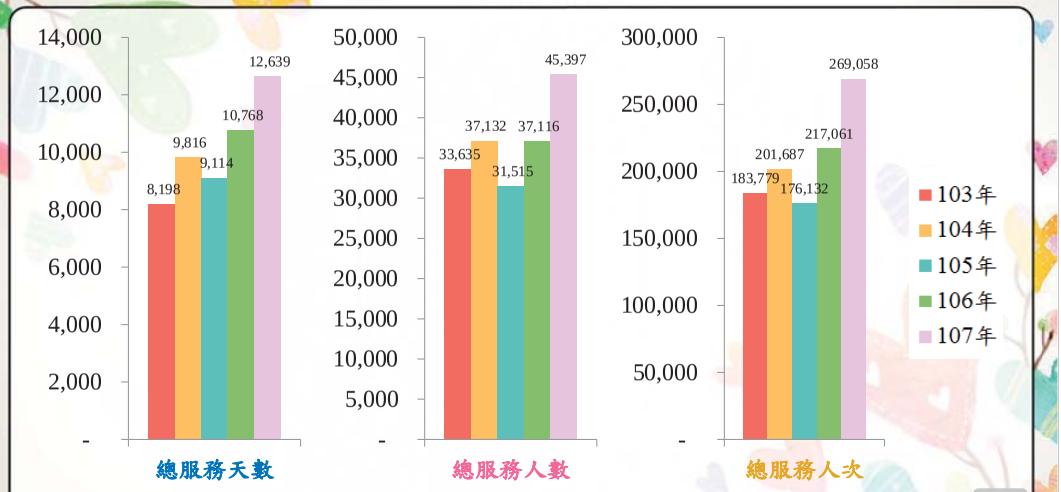
持續監測醫療服務提供、利用情形，並定期會議檢討調整計畫的條文內容

21



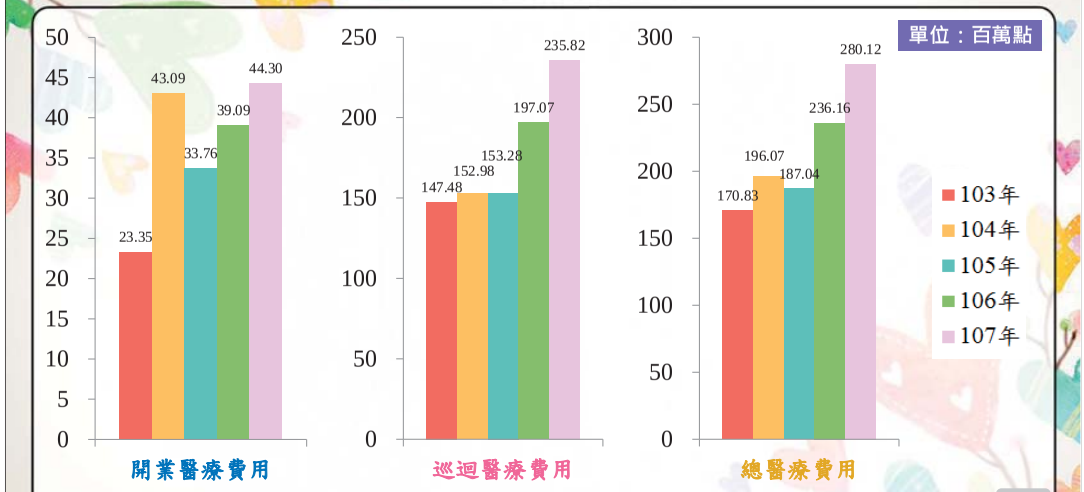
	巡迴鄉鎮數	參與院所數	巡迴點數	醫療人力
103年	81	89	143	424
104年	86	92	151	465
105年	89	91	166	517
106年	86	86	195	517
107年	100	126	242	539

第二部分 103年至107年方案整體執行結果



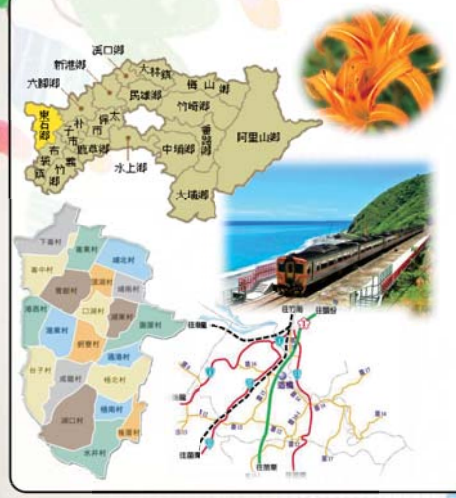
5

第二部分 103年至107年方案整體執行結果」



6

中醫醫療資源不足地區改善方案



107年新增服務地區

開業獎勵計畫持續推動，107年新增苗栗縣造橋鄉、苗栗縣三灣鄉、雲林縣口湖鄉、嘉義縣東石鄉、臺東縣太麻里鄉，5個開業鄉鎮，百分百符合方案設定目標。

山地離島之巡迴醫療服務，除「金門縣烏坵鄉」、「屏東縣霧臺鄉」外，均已有巡迴計畫，偏遠地區依醫療資源缺乏狀況，擇定優先順序。

107年巡迴醫療服務新增「一鄉一中醫」，共執行了22個鄉鎮，33個巡迴點計畫。

7

中醫醫療資源不足地區改善方案

107年推動重點

107年新增「一鄉一中醫」鄉鎮加入巡迴服務

1.以二個中醫保險醫事服務機構申請執行巡迴醫療服務計畫數為限

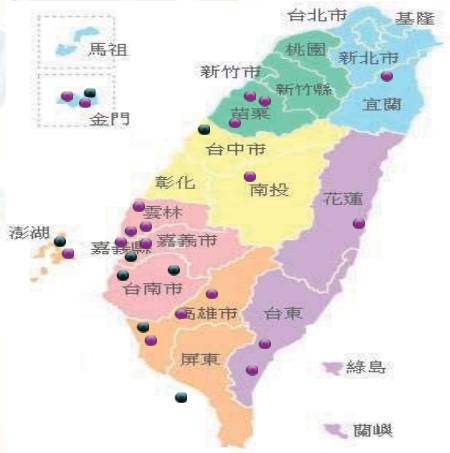
2.保障原開業的中醫保險醫事服務機構為巡迴醫療服務計畫之優先申請對象，也開放其他中醫保險醫事服務機構申請

3.惟巡迴醫療服務地點須與原開業之中醫保險醫事服務機構設址地點為不同村、里

縣市別	鄉鎮區	縣市別	鄉鎮區	縣市別	鄉鎮區
新北市	瑞芳區	台南市	柳營區	高雄市	永安區
	三芝區		東山區		彌陀區
	金山區		六甲區		甲仙區
	萬里區		西港區		內門區
宜蘭縣	蘇澳鄉		七股區	屏東縣	恆春鎮
	員山鄉		將軍區		長治鄉
	三星鄉		北門區		麟洛鄉
新竹縣	關西鄉		安定區		里港鄉
	新埔鄉		山上區		鹽埔鄉
	芎林鄉		楠西區		高樹鄉
苗栗縣	卓蘭鄉		南化區		林邊鄉
	銅鑼鄉	雲林縣	林內鄉		南州鄉
	三義鄉		二崙鄉		鳳林鄉
台中市	石岡區		褒忠鄉	花蓮縣	新城鄉
彰化縣	線西鄉		元長鄉		壽豐鄉
	埔鹽鄉		四湖鄉		光復鄉
	二水鄉	嘉義縣	六腳鄉		瑞穗鄉
	田尾鄉		義竹鄉	台東縣	成功鎮
	芳苑鄉		水上鄉		卑南鄉
	竹塘鄉		梅山鄉		池上鄉
南投縣	集集鄉		大埔鄉	澎湖縣	湖西鄉
	鹿谷鄉	高雄市	湖內區		白沙鄉
	中寮鄉		梓官區	金門縣	金沙鄉
	魚池鄉		六龜區		金寧鄉
	國姓鄉		杉林區		

8

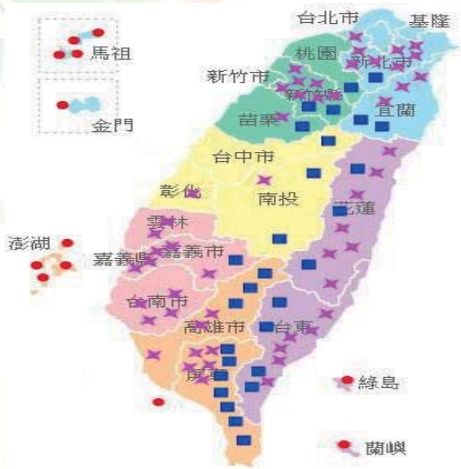
歷年獎勵開業服務計畫辦理鄉鎮分布圖



- 代表尚在開業中
- 代表已經終止計畫

99年107年累積開業家數27家，
仍續留當地共19家。

107年巡迴醫療服務計畫辦理鄉鎮分布圖



紅色●代表離島地區
藍色■代表山地地區
桃色✚代表偏遠地區

107年新增獎勵開業院所之巡迴規範

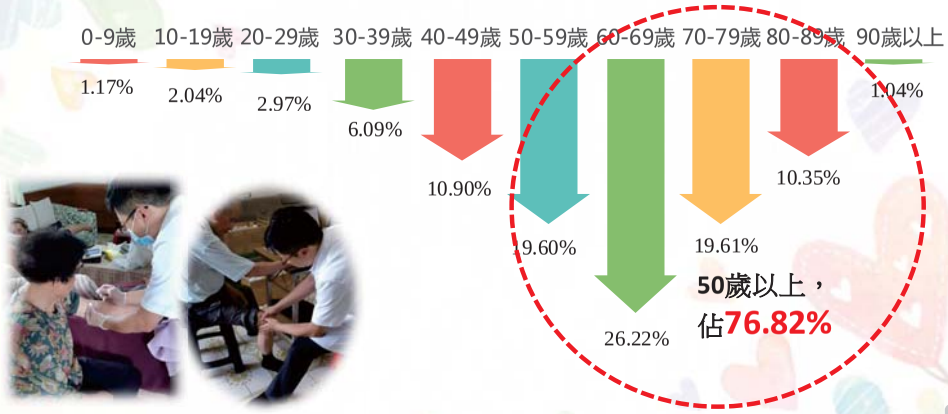
1.依規定提供巡迴醫療服務後，須依「最高巡迴點數量」執行並持續提供至當年度12月底

2.未依規定承辦巡迴醫療服務計畫，經健保署會同中醫全聯會評估後，由健保署終止本方案之辦理

承辦時間點	當月核定總點數	核付保障額度比例	配合提供巡迴規定 (原鄉鎮)
第7個月起	＜35%	80%	次次月起→1點
	＜20%	70%	次次月起→2點
滿1年者 自第13個月起	＜45%	75%	次次月起→1點
	＜30%	65%	次次月起→2點
滿2年者 自第25個月起	＜50%	60%	次次月起→1點
	＜40%	50%	次次月起→2點
	＜10%	依核定點數	—

107年巡迴醫療服務計畫就醫人次年齡層分布

總人數：36,461／總人次：235,806



項目		非常滿意	滿意	普通	不滿意	非常不滿意
地點的環境衛生及舒適性	個數	381	287	27	5	2
	%	54.27%	40.88%	3.85%	0.71%	0.28%
醫療設備	個數	344	314	39	4	1
	%	49.00%	44.73%	5.56%	0.57%	0.14%
看病流程	個數	386	288	28	0	0
	%	54.99%	41.03%	3.99%	0.00%	0.00%
交通方便性	個數	420	252	29	1	0
	%	59.83%	35.90%	4.13%	0.14%	0.00%
中醫師的說明	個數	458	231	13	0	0
	%	65.24%	32.91%	1.85%	0.00%	0.00%
其他醫護人員的說明	個數	426	245	30	1	0
	%	60.68%	34.90%	4.27%	0.14%	0.00%
中醫師的診斷、治療等醫術方面	個數	484	209	9	0	0
	%	68.95%	29.77%	1.28%	0.00%	0.00%
中醫師的服務態度	個數	522	175	5	0	0
	%	74.36%	24.93%	0.71%	0.00%	0.00%
其他醫護人員的服務態度	個數	453	227	22	0	0
	%	64.53%	32.34%	3.13%	0.00%	0.00%
治療的效果	個數	391	295	16	0	0
	%	55.70%	42.02%	2.28%	0.00%	0.00%
整體醫療品質	個數	422	266	13	1	0
	%	60.11%	37.89%	1.85%	0.14%	0.00%
門診診次安排	個數	380	283	35	4	0
	%	54.13%	40.31%	4.99%	0.57%	0.00%

•日期：108年4月10日至4月11日

•地點：巡迴醫療服務計畫--嘉義縣阿里山鄉、台南市大內區
中醫門診總額專案計畫--嘉義基督教醫院

1 【增加每週巡迴次數】
•提供每週至多三次、每天至多一次的醫療服務

2 【建議衛福部整合各縣市政府衛生單位，提供偏鄉醫療服務所需場址、儲藥場地】

3 【調整巡迴開診時段】
•考量交通因素，巡迴服務時段多為早上或下午

4 【建議基本承作費依交通時間的長短分級給付或提高給付】
•交通較為困難地點，討論提高給付或放寬規定

14

281

其他：103年至107年醫療資源不足地區中醫醫療服務提供

由103年至107年醫療資源不足地區中醫醫療服務提供情形可以看出，**每位醫師服務人口數逐年減少，服務率逐年上升**，推估中醫醫療資源不足地區醫療服務可近性正逐年提升。

年度	無中醫鄉戶籍人口數 (A)	投入醫師數 (B)	服務人次 (C)	每位醫師服務人口數 (A/B)	服務率 (C/A)
103年	1,025,874	230	183,779	4,460	17.91%
104年	949,207	240	201,687	3,955	21.25%
105年	951,094	277	176,132	3,434	18.52%
106年	849,659	296	217,061	2,870	25.55%
107年	818,083	318	269,058	2,573	32.89%

15

感谢您的聆聽

肆、會議規則

會議規則

一、會議報告及發言時間之響鈴提醒如下：

(一)議程各項報告：

1.報告時間大於 15 分鐘：預定時間即將結束前 3 分鐘，響鈴一聲；時間屆滿時響鈴二聲。

2.報告時間少於 15 分鐘：預定時間即將結束前 2 分鐘，響鈴一聲；時間屆滿時響鈴二聲。

(二)受評部門回應評論人之提問最多 10 分鐘：預定時間即將結束前 3 分鐘，響鈴一聲；時間屆滿時響鈴二聲。

(三)意見交流：每位發言時間為 3 分鐘，2 分鐘時響鈴一聲，時間屆滿時，響鈴二聲。

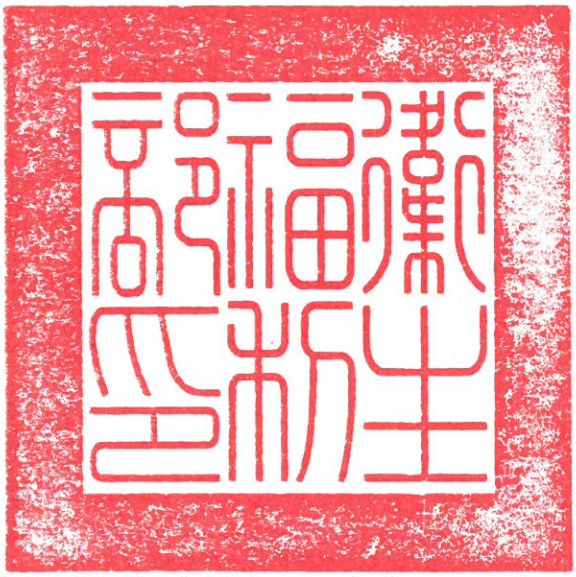
二、會議進行時，手機請改為震動或關機。

伍、附　　錄

一、107 年度各部門總額公告

檔　　號：
保存年限：

衛生福利部　公告



發文日期：中華民國106年12月28日
發文字號：衛部健字第1063360185號
附件：如公告事項一(附件一至五共5件)

主旨：公告107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。

依據：全民健康保險法第61條暨106年12月13日衛部保字第1061260546號核定函。

公告事項：

一、107年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配如下：

(一)牙醫門診醫療給付費用成長率3.740%，其中一般服務成長率為1.706%，專款項目全年經費為3,035.9百萬元(附件一)。

(二)中醫門診醫療給付費用成長率3.432%，其中一般服務成長率為3.000%，專款項目全年經費為492.2百萬元(附件二)。

(三)西醫基層醫療給付費用成長率3.822%，其中一般服務成長率為2.310%，專款項目全年經費為4,641.4百萬元，門診透析服務成長率為4.624%(附件三)。

(四)醫院醫療給付費用成長率4.555%，其中一般服務成長率為3.576%，專款項目全年經費為27,017.7百萬元，門診透析服務成長率為2.622%(附件四)。

(五)其他預算之額度為12,781.2百萬元，由中央健康保險署管控(附件五)。

繕校人員：劉玉霜

二、107年度全民健康保險醫療給付費用總額計算公式如下：

(一)107年度全民健保醫療給付費用=$\sum_{i=1}^{4}$[校正後106年度部門別(i)醫療給付費用x(1+107年度部門別(i)醫療給付費用成長率)]+107年度其他預算醫療給付費用

(二)107年度全民健保醫療給付費用成長率(1)=(107年度全民健保醫療給付費用÷校正後106年度全民健保醫療給付費用)-1

(三)107年度全民健保醫療給付費用成長率(2)=(107年度全民健保醫療給付費用÷核定之106年度全民健保醫療給付費用)-1

註：

1、部門別分別為：牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院等部門；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2、校正後106年度全民健保醫療給付費用，係依本部全民健康保險會106年第4次委員會議決議，校正「投保人口預估成長率」差值(即107年度總額基期須校正105年投保人口成長率差值)。

三、107年度全民健康保險醫療給付費用成長率，依說明二之(二)公式計算，為4.471%；若依說明二之(三)公式計算，即相較於106年度核定總額，則成長率為4.711%。

部長陳時中

附件一

107 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配方式

一、總額設定公式：

107年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後106年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1＋107年度一般服務成長率)＋107年度專款項目經費

註：校正後106年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會106年第4次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值。

二、總額協定結果：

(一)一般服務成長率為 1.706%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 1.341%，協商因素成長率 0.365%。

(二)專款項目全年經費為 3,035.9 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，107 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 106 年度所核定總額成長 4.001%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 3.740%。各細項成長率及金額如表 1。

三、總額分配相關事項：

(一)一般服務(上限制)：

1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(463.4百萬元)，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數，並於107年7月底前提報執行情形(含調整項目及申報費用點數)。

2.12歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護、顎顏面骨壞死術後傷口照護(0.377%)：往後不再增編此3項預算。

3.牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用(0%)：歷年執行結果，納入未來效益評估及總額協商考量。

4.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.012%)，本項不列入108年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 3,035.9 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案，屬延續型計畫應於 106 年 11 月

底前完成，新增計畫原則於 106 年 12 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果(含醫療利用及成長原因分析)及成效評估報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.醫療資源不足地區改善方案：全年經費280百萬元，辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

2.牙醫特殊醫療服務計畫：

(1)全年經費484百萬元。

(2)持續辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者及老人長期照顧暨安養機構牙醫醫療服務。

3.牙周病統合照護計畫：

(1)第1、2階段，全年經費1,564百萬元；第3階段，全年經費588.8百萬元。

(2)於108年導入一般服務，請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體規劃及評估所需醫療費用，並建立成效評估、監測指標，成效列入108年度總額協商參考。

4.品質保證保留款：

(1)全年經費119.1百萬元，依「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於106年12月底前完成相關程序，並於107年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果及成效評估報告。

(2)原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4百萬元)，與107年度品質保證保留款(119.1百萬元)合併運用(計235.5百萬元)。

(3)請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

表 1　107 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表

項　　目			成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協 定 事 項
一般服務					
醫療服務成本及人口因素成長率			***1.341%***	***533.8***	1.計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率＝[(1+投保人口預估成長率)×(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1。 2.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(463.4 百萬元)，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數，並於 107 年 7 月底前提報執行情形(含調整項目及申報費用點數)。
	投保人口預估成長率		*0.175%*		
	人口結構改變率		*0.000%*		
	醫療服務成本指數改變率		*1.164%*		
協商因素成長率			***0.365%***	***145.0***	
	其他醫療服務利用及密集度之改變	12 歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護、顎顏面骨壞死術後傷口照護	*0.377%*	*150.0*	1.往後不再增編此 3 項預算。 2.請於107年7月底前提報執行情形。
		牙周病支持性治療 (91018C)所增加之費用	*0.000%*	*0.0*	歷年執行結果，納入未來效益評估及總額協商考量。
	其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	*-0.012%*	*-5.0*	不列入 108 年度總額協商之基期費用。
一般服務成長率		**增加金額**	***1.706%***	***678.8***	
		總金額		***40,486.6***	
專款項目(全年計畫經費)					
醫療資源不足地區改善方案			*280.0*	*0.0*	1.辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。 2.具體實施方案於106年11月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。
牙醫特殊醫療服務計畫			*484.0*	*11.0*	1.持續辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者及老人長期照顧暨安養機構牙醫醫療服務。 2.具體實施方案於106年11月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。

項　　目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協 定 事 項
牙周病統合照護計畫(第 1、2 階段)		*1,564.0*	*521.6*	1.於 108 年導入一般服務，請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體規劃及評估所需醫療費用，並建立成效評估、監測指標，成效列入 108 年度總額協商參考。 2.具體實施方案於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。
牙周病統合照護計畫(第 3 階段)		*588.8*	*238.2*	
品質保證保留款		*119.1*	*119.1*	1.依「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於 106 年 12 月底前完成相關程序，並於 107 年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果及成效評估報告。 2.原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)，與 107 年度品質保證保留款(119.1 百萬元)合併運用(計 235.5 百萬元)。 3.請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。
專款金額		***3,035.9***	***889.9***	
總成長率(註 1)(一般服務+專款)	**增加金額**	***3.740%***	***1,568.7***	
	總金額		***43,522.5***	
較 106 年度核定總額成長率(註 2)		***4.001%***	**—**	

註：1.計算「總成長率」所採基期費用為 41,953.4 百萬元，其中一般服務為 39,807.4 百萬元(含校正投保人口預估成長率差值 105.5 百萬元)，專款為 2,146 百萬元。

2.計算「較 106 年度核定總額成長率」所採基期費用為 41,848.0 百萬元，其中一般服務為 39,702.0 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值 105.5 百萬元)，專款為 2,146 百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

附件二

107 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配方式

一、總額設定公式：

107年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後106年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1＋107年度一般服務成長率)＋107年度專款項目經費

註：校正後106年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會106年第4次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值。

二、總額協定結果：

(一)一般服務成長率為 3.000%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 1.715%，協商因素成長率 1.285%。

(二)專款項目全年經費為 492.2 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，107 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 106 年度所核定總額成長 3.699%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 3.432%。各細項成長率及金額如表 2。

三、總額分配相關事項：

(一)一般服務(上限制)：

1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(266.4百萬元)，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數，並於107年7月底前提報執行情形(含調整項目及申報費用點數)。

2.其他醫療服務利用及密集度之改變(0.707%)：

(1)優先用於提升用藥品質。

(2)請於107年7月底前提報執行情形。

3.鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康(0.635%)：

(1)優先用於提升用藥品質。

(2)請於107年7月底前提報執行情形。

4.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.057%)，本項不列入108年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 492.2 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險署會

同中醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案，屬延續型計畫應於106年11月底前完成，新增計畫原則於106年12月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果(含醫療利用及成長原因分析)及成效評估報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.醫療資源不足地區改善方案：全年經費135.6百萬元，辦理中醫師至無中醫鄉開業及巡迴醫療服務計畫。

2.西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：全年經費130百萬元，包含腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷等3項。

3.中醫提升孕產照護品質計畫：全年經費60百萬元。

4.兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：全年經費20百萬元。

5.乳癌、肝癌門診加強照護計畫：本項移併至「中醫癌症患者加強照護整合方案」。

6.癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫：本項移併至「中醫癌症患者加強照護整合方案」。

7.中醫癌症患者加強照護整合方案：

(1)全年經費103百萬元。

(2)本項經費用於持續辦理原「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫─腫瘤患者手術、化療、放射線療法」、「癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」；及擴大原「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」之適用癌症類別。

(3)請中央健康保險署與中醫門診總額相關團體研訂方案及其新增之適用對象，方案應送全民健康保險會備查。

8.中醫急症處置：全年經費20百萬元。

9.品質保證保留款：

(1)全年經費23.6百萬元，依「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於106年12月底前完成相關程序，並於107年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果及成效評估報告。

(2)原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8百萬元)，與107年度品質保證保留款(23.6百萬元)合併運用(計46.4百萬元)。

(3)請中央健康保險署與中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

表 2　107 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表

項　　目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協 定 事 項
一般服務				
醫療服務成本及人口因素成長率		***1.715%***	***405.0***	1.計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+投保人口預估成長率)×(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1。 2.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(266.4 百萬元)，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數，並於 107 年7 月底前提報執行情形(含調整項目及申報費用點數)。
投保人口預估成長率		*0.175%*		
人口結構改變率		*0.409%*		
醫療服務成本指數改變率		*1.128%*		
協商因素成長率		***1.285%***	***303.4***	
其他醫療服務利用及密集度之改變		*0.707%*	*167.0*	1.優先用於提升用藥品質。 2.請於 107 年 7 月底前提報執行情形。
鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康		*0.635%*	*150.0*	1.優先用於提升用藥品質。 2.請於 107 年 7 月底前提報執行情形。
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	*-0.057%*	*-13.6*	不列入 108 年度總額協商之基期費用。
一般服務成長率	**增加金額**	***3.000%***	***708.4***	
	總金額		***24,326.4***	
專款項目(全年計畫經費)				
醫療資源不足地區改善方案		*135.6*	*14.1*	1.辦理中醫師至無中醫鄉開業及巡迴醫療服務計畫。 2.具體實施方案於106 年11 月底前完成，並於107 年7 月底前提報執行成果及成效評估報告。
西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 1.腦血管疾病 2.顱腦損傷 3.脊髓損傷		*130.0*	*-3.0*	具體實施方案於106 年11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。
中醫提升孕產照護品質計畫		*60.0*	*12.3*	具體實施方案於106 年11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。
兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫		*20.0*	*0.0*	具體實施方案於106 年11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。

項　　目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協 定 事 項
乳癌、肝癌門診加強照護計畫		*0.0*	*-25.0*	本項移併至「中醫癌症患者加強照護整合方案」。
癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫		*0.0*	*-30.0*	本項移併至「中醫癌症患者加強照護整合方案」。
中醫癌症患者加強照護整合方案		*103.0*	*103.0*	1.本項經費用於持續辦理原「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫—腫瘤患者手術、化療、放射線療法」、「癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」；及擴大原「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」之適用癌症類別。 2.請中央健康保險署與中醫門診總額相關團體研訂方案及其新增之適用對象，方案應送全民健康保險會備查。 3.具體實施方案請於106年12月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。
中醫急症處置(107年新增計畫)		*20.0*	*20.0*	具體實施方案請於106年12月底前完成，並於107年7月底前提報初步執行結果。
品質保證保留款		*23.6*	*23.6*	1.依「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於106年12月底前完成相關程序，並於107年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果及成效評估報告。 2.原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8百萬元)，與107年度品質保證保留款(23.6百萬元)合併運用(計46.4百萬元)。 3.請中央健康保險署與中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。
專款金額		***492.2***	***115.0***	
總成長率(註1)(一般服務+專款)	**增加金額**	***3.432%***	***823.4***	
	總金額		***24,818.6***	
較106年度核定總額成長率(註2)		***3.699%***	—	

註：1.計算「總成長率」所採基期費用為23,995.0百萬元，其中一般服務為23,617.8百萬元(含校正投保人口預估成長率差值61.7百萬元)，專款為377.2百萬元。

2.計算「較106年度核定總額成長率」所採基期費用為23,933.3百萬元，其中一般服務為23,556.1百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值61.7百萬元)，專款為377.2百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

附件三

107 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式

一、總額設定公式：

■ 107年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後106年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1＋107年度一般服務成長率)＋107年度專款項目經費＋107年度西醫基層門診透析服務費用

■ 107年度西醫基層門診透析服務費用＝106年度西醫基層門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後106年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會106年第4次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值。

二、總額決定結果：

經西醫基層代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及西醫基層代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定，結果如下：

(一)一般服務成長率為 2.310%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 1.757%，協商因素成長率 0.553%。

(二)專款項目全年經費為 4,641.4 百萬元。

(三)門診透析服務成長率 4.624%。

(四)前述三項額度經換算，107 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 106 年度所核定總額成長 4.053%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 3.822%。各細項成長率及金額如表 3。

三、總額分配相關事項：

(一)一般服務(上限制)：

1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(429.6百萬元)，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數，並於107年7月底前提報執行情形(含調整項目及申報費用點數)。

2.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.106%)：請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並於106年12月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，若未於時程內導入，則

扣減該額度；並請於107年7月底前提報執行結果(含新增項目及申報費用/點數)。

3.B型肝炎藥費回歸一般服務(0.255%)：請中央健康保險署於107年7月底前提報執行結果。

4.其他醫療服務利用及密集度之改變(0.228%)。

5.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.036%)，本項不列入108年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 4,641.4 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案，屬延續型計畫應於 106 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 106 年 12 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果(含醫療利用及成長原因分析)及成效評估報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.強化基層照護能力「開放表別」：

(1)全年經費450百萬元。

(2)請中央健康保險署檢討推動成效，並於106年12月委員會議說明擬調整支付標準項目與作業時程，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

2.鼓勵院所建立轉診之合作機制：

(1)全年經費129百萬元，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

(2)請中央健康保險署於106年12月委員會議說明執行方式。

(3)本項依實際執行轉診之件數、點數併入一般服務費用結算，並於107年7月底前提報執行成果。

3.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)為促進社區醫療群與合作醫院間應進行實質合作，包括對病人之雙向轉診及慢性病共同照護，以確保病人照護之連續性與協調性；以及推廣社區醫療群應規劃主動電訪(Call out)服

務，以加強個案健康管理，提升照護品質，並與一般診所建立差異化之服務模式，故全年經費2,880百萬元，其中450百萬元用於挹注106年度之不足款，107年該計畫之執行經費為2,430百萬元。

(2)持續檢討計畫內容，加強執行品質管控及審核社區醫療群參加資格。

(3)具體實施方案請於106年11月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

4.西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)除原方案外，增列鼓勵偏遠地區假日開診，提升偏遠地區就醫可近性，全年經費187百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(2)請檢討方案執行內容，以提供更適切醫療服務。

(3)具體實施方案請於106年11月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

5.C型肝炎藥費：

(1)全年經費408百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。

(2)本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式，具體實施方案請於106年11月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

(3)請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)，可考量列入總額協商減項。

6.醫療給付改善方案：

(1)全年經費300百萬元。

(2)辦理原有之糖尿病、氣喘、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦及慢性阻塞性肺疾病等7項方案。

(3)請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。糖尿病醫療給付改善方案應新增胰島素注射之品質獎勵指標。

(4)具體實施方案請於106年11月底前完成；並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告，內容應包含健康狀況改善之量化指標。

7.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

(1)全年經費178百萬元，本項預算由其他預算移列。

(2)本項預算依六區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算。

8.品質保證保留款：

(1)全年經費109.4百萬元，依「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」支付，請於106年12月底前完成相關程序，並於107年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果及成效評估報告。

(2)原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2百萬元)，與107年度品質保證保留款(109.4百萬元)合併運用(計214.6百萬元)。

(3)請中央健康保險署與西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

(三)門診透析服務：

1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：

先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

3.門診透析服務總費用成長率為3.5%，不包含一例一休費用。依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為4.624%。

4.應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。

5.請於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

6.中央健康保險署建議「108年針對慢性腎臟衰竭末期(ESRD)之病人，將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」乙節，請於108年度總額協商前儘早規劃，並與相關團體先行溝通，以利推動。

表3　107年度西醫基層醫療給付費用協定項目表(決定版)

項　　目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決 定 事 項
一般服務				
醫療服務成本及人口因素成長率		***1.757%***	***1,926.8***	1.計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+投保人口預估成長率)×(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1。 2.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(429.6 百萬元)，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數，並於 107 年 7 月底前提報執行情形(含調整項目及申報費用點數)。
投保人口預估成長率		*0.175%*		
人口結構改變率		*1.188%*		
醫療服務成本指數改變率		*0.392%*		
協商因素成長率		***0.553%***	***606.1***	
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	*0.106%*	*116.0*	請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並於 106 年 12 月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；並請於 107 年 7 月底前提報執行結果(含新增項目及申報費用/點數)。
	B 型肝炎藥費回歸一般服務	*0.255%*	*280.0*	請中央健康保險署於 107 年 7 月底前提報執行結果。
其他醫療服務利用及密集度之改變		*0.228%*	*250.0*	
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	*-0.036%*	*-39.9*	本項不列入 108 年度總額協商之基期費用。
一般服務成長率	**增加金額**	***2.310%***	***2,532.9***	
	總金額		***112,200.0***	
專款項目(全年計畫經費)				
強化基層照護能力「開放表別」		*450.0*	*200.0*	請中央健康保險署檢討推動成效，並於 106 年 12 月委員會議說明擬調整支付標準項目與作業時程，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。

項　目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決 定 事 項
鼓勵院所建立轉診之合作機制	*129.0*	*129.0*	1.預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 2.請中央健康保險署於 106 年12月委員會議說明執行方式。 3.本項依實際執行轉診之件數、點數併入一般服務費用結算，並於 107 年 7 月底前提報執行成果。
家庭醫師整合性照護計畫	*2,880.0*	*1,300.0*	1.為促進社區醫療群與合作醫院間應進行實質合作，包括對病人之雙向轉診及慢性病共同照護，以確保病人照護之連續性與協調性；以及推廣社區醫療群應規劃主動電訪(Call out)服務，以加強個案健康管理，提升照護品質，並與一般診所建立差異化之服務模式，其中 450 百萬元用於挹注 106 年度之不足款，107 年執行經費為2,430 百萬元。 2.持續檢討計畫內容，加強執行品質管控及審核社區醫療群參加資格。 3.具體實施方案應於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。
西醫醫療資源不足地區改善方案	*187.0*	*7.0*	1.除原方案外，增列鼓勵偏遠地區假日開診，提升偏遠地區就醫可近性，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2.請檢討方案執行內容，以提供更適切醫療服務。 3.具體實施方案應於 106 年 11 月底前完成，請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。

項　目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決 定 事 項
慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫	*0.0*	*-688.0*	106 年原列於專款，107 年經費拆分為 B 型及 C 型肝炎藥費。B 型肝炎藥費(280 百萬元)回歸一般服務；C 型肝炎藥費(408 百萬元)編列於專款。
C 型肝炎藥費	*408.0*	*408.0*	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。 2.本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式，具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。 3.請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)，可考量列入總額協商減項。
醫療給付改善方案	*300.0*	*0.0*	1.辦理原有糖尿病、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦及慢性阻塞性肺疾病等 7 項方案。 2.請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。糖尿病醫療給付改善方案應新增胰島素注射之品質獎勵指標。 3.具體實施方案應於 106 年 11 月底前完成，請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告，內容應包含健康狀況改善之量化指標。

項　目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決 定 事 項
新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用		*178.0*	*178.0*	1.本項預算由其他預算移列。 2.本項預算依六區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算。
品質保證保留款		*109.4*	*109.4*	1.依「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」支付，請於 106 年 12 月底前完成相關程序，並於 107 年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果及成效評估報告。 2.原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)，與 107 年度品質保證保留款(109.4 百萬元)合併運用(計 214.6 百萬元)。 3.請中央健康保險署與西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。
專款金額		***4,641.4***	***1,643.4***	
成長率 (一般服務+專款)	**增加金額**	***3.707%***	***4,176.3***	
	總金額		***116,841.4***	

項　目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決 定 事 項
門診透析服務成長率	增加金額	*4.624%*	*748.7*	1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。 3.門診透析服務總費用成長率為 3.5%，不包含一例一休費用。依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 4.624%。 4.應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。 5.請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。 6.中央健康保險署建議「108 年針對慢性腎臟衰竭末期(ESRD)之病人，將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」乙節，請於 108 年度總額協商前儘早規劃，並與相關團體先行溝通，以利推動。
	總金額		*16,940.8*	
總成長率(註 1)(一般服務+專款+門診透析)	**增加金額**	***3.822%***	***4,925.0***	
	總金額		***133,782.2***	
較 106 年度核定總額成長率(註2)		***4.053%***	**—**	

註：1.計算「總成長率」所採基期費用為128,856.8百萬元，其中一般服務為109,666.7百萬元(含校正投保人口預估成長率差值285.3百萬元)，專款為2,998百萬元，門診透析為16,192.1百萬元。

2.計算「較106年度核定總額成長率」所採基期費用為128,571.5百萬元，其中一般服務為109,381.4百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值285.3百萬元)，專款為2,998百萬元，門診透析為16,192.1百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

附件四

107 年度醫院醫療給付費用總額及其分配方式

一、總額設定公式：

■ 107年度醫院醫療給付費用總額＝校正後106年度醫院一般服務醫療給付費用×(1＋107年度一般服務成長率)＋107年度專款項目經費＋107年度醫院門診透析服務費用

■ 107年度醫院門診透析服務費用＝106年度醫院門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後106年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會106年第4次委員會決議，校正投保人口預估成長率差值。

二、總額決定結果：

經醫院代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定，結果如下：

(一)一般服務成長率為 3.576%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 2.642%，協商因素成長率 0.934%。

(二)專款項目全年經費為 27,017.7 百萬元。

(三)門診透析服務成長率 2.622%。

(四)前述三項額度經換算，107 年度醫院醫療給付費用總額，較 106 年度所核定總額成長 4.800%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 4.555%。各細項成長率及金額如表 4。

三、總額分配相關事項：

(一)一般服務(上限制)：

1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,698.2百萬元)：

(1)為持續合理檢討支付標準，本項預算優先用以提升重症護理照護品質(如加護病房)及持續推動「護病比與健保支付連動」。

(2)請於107年7月底前提報執行情形(含調整項目及申報費用點數)。

2.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.844%)：

(1)本項含「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統」自付差額品項納入全額給付(24百萬元)。

(2)請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並於106年12月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；並請於107年7月底前提報執行結果(含新增項目及申報費用/點數)。

3.其他醫療服務利用及密集度之改變(0.098%)。

4.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.008%)，本項不列入108年度總額協商之基期費用。

5.為落實分級醫療與轉診制度，持續推動區域級(含)以上醫院門診減量措施，107年醫學中心、區域醫院門診件數降低2%，即不得超過106年之98%，超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配。以五年降低10%為目標值，並定期檢討。

(二)專款項目：全年經費為 27,017.7 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案，屬延續型計畫應於106年11月底前完成，新增計畫原則於106年12月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果(含醫療利用及成長原因分析)及成效評估報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.C型肝炎藥費：

(1)為提升C型肝炎患者之照護率及照護品質，全年經費4,528百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。

(2)本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式。具體實施方案請於106年11月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

(3)請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期

健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)，可考量列入總額協商減項。

2.罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費13,960.5百萬元，不足部分由其他預算支應。

(2)為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署於107年6月底前提出專案報告(含醫療利用及成長原因分析)，並於107年7月底前提報執行成果。

3.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

(1)全年經費4,399.7百萬元，不足部分由其他預算支應。

(2)請於107年7月底前提報執行成果(含醫療利用及成長原因分析)。

4.醫療給付改善方案：

(1)全年經費1,187百萬元。

(2)除持續辦理原有之糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病方案等8項方案外，並新增「提升醫院用藥安全與品質方案」。

(3)請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。糖尿病醫療給付改善方案應新增胰島素注射之品質獎勵指標。

(4)具體實施方案請於106年11月底前完成，新增方案原則於106年12月底前完成；並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告，內容應包含健康狀況改善之量化指標。

5.急診品質提升方案：

(1)全年經費160百萬元。

(2)請精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。

(3)具體實施方案請於106年11月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

6.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

(1)全年經費1,088百萬元，導入第3~5階段DRGs項目。

(2)本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般

服務費用結算。

(3)請於107年7月底前提報執行成果。

7.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費80百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(2)配合支援西醫醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。

(3)請檢討方案執行內容，以提供更適切醫療服務。

(4)具體實施方案請於106年11月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

8.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：

(1)全年經費950百萬元。

(2)具體實施方案請於106年11月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

9.鼓勵院所建立轉診之合作機制：

(1)全年經費258百萬元，為鼓勵雙向轉診，本項經費用以支付醫院接受轉診、回轉轉診個案，以及將病情穩定病人下轉等之醫師診察費。預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

(2)請中央健康保險署於106年12月委員會議說明執行方式。

(3)本項依實際執行轉診之件數、點數併入一般服務費用結算，並於107年7月底前提報執行成果。

10.品質保證保留款：

(1)全年經費406.5百萬元，依「醫院總額品質保證保留款實施方案」支付，請於106年12月底前完成相關程序，並於107年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果及成效評估報告。

(2)原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7百萬元)，與107年度品質保證保留款(406.5百萬元)合併運用(計795.2百萬元)。

(3)請中央健康保險署與醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

(三)門診透析服務：

1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：

先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

3.門診透析服務總費用成長率為3.5%，不包含一例一休費用。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為2.622%。

4.應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。

5.請於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

6.中央健康保險署建議「108年針對慢性腎臟衰竭末期(ESRD)之病人，將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」乙節，請於108年度總額協商前儘早規劃，並與相關團體先行溝通，以利推動。

表 4　107 年度醫院醫療給付費用協定項目表(決定版)

<table>
<tr><th colspan="3">項　　目</th><th>成長率(%)或金額(百萬元)</th><th>預估增加金額(百萬元)</th><th>決 定 事 項</th></tr>
<tr><td colspan="6">一般服務</td></tr>
<tr><td colspan="3">醫療服務成本及人口因素成長率</td><td>2.642%</td><td>10,768.2</td><td rowspan="4">1.計算公式：
醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+投保人口預估成長率)×(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1。
2.為持續合理檢討支付標準，醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,698.2 百萬元)，優先用以提升重症護理照護品質(如加護病房)及持續推動「護病比與健保支付連動」；請於 107 年 7 月底前提報執行結果(含調整項目及申報點數)。</td></tr>
<tr><td colspan="2">投保人口預估成長率</td><td>0.175%</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">人口結構改變率</td><td>1.801%</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">醫療服務成本指數改變率</td><td>0.662%</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">協商因素成長率</td><td>0.934%</td><td>3,807.0</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">保險給付項目及支付標準之改變</td><td>新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)</td><td>0.844%</td><td>3,440.0</td><td>1.本項含「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統」自付差額品項納入全額給付(24 百萬元)。
2.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並於 106 年 12 月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；並請於 107 年 7 月底前提報執行結果(含新增項目及申報費用/點數)。</td></tr>
<tr><td colspan="2">其他醫療服務利用及密集度之改變</td><td>0.098%</td><td>400.0</td><td></td></tr>
<tr><td>其他議定項目</td><td>違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款</td><td>-0.008%</td><td>-33.0</td><td>本項不列入 108 年度總額協商之基期費用。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">一般服務成長率</td><td colspan="2">增加金額</td><td rowspan="2">3.576%</td><td>14,575.2</td><td rowspan="2">為落實分級醫療與轉診制度，持續推動區域級(含)以上醫院門診減量措施，107 年醫學中心、區域醫院門診件數降低 2%，即不得超過 106 年之 98%，超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配。以五年降低 10%為目標值，並定期檢討。</td></tr>
<tr><td colspan="2">總金額</td><td>422,153.5</td></tr>
</table>

項　　目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決 定 事 項
專款項目(全年計畫經費)			
C 型肝炎藥費	*4,528.0*	*1,873.0*	1.為提升 C 型肝炎患者之照護率及照護品質，全年經費 4,528 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。 2.本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式。具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。 3.請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)，可考量列入總額協商減項。
罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材	*13,960.5*	*1,508.0*	1.不足部分由其他預算支應。 2.為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署於 107 年 6 月底前提出專案報告(含醫療利用及成長原因分析)，並於 107 年 7 月底前提報執行成果。
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	*4,399.7*	*184.0*	1.不足部分由其他預算支應。 2.請於 107 年 7 月底前提報執行成果(含醫療利用及成長原因分析)。
醫療給付改善方案	*1,187.0*	*189.5*	1.除持續辦理原有之糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病等 8 項方案外，並新增「提升醫院用藥安全與品質方案」。 2.請精進方案執行內容，以提

項　目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決 定 事 項
			升照護率及執行成效。糖尿病醫療給付改善方案應新增胰島素注射之品質獎勵指標。 3.具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成,新增方案原則於 106 年 12 月底前完成;並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告,內容應包含健康狀況改善之量化指標。
急診品質提升方案	*160.0*	*0.0*	1.請精進方案執行內容,以紓解醫學中心急診壅塞情形。 2.具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成,並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	*1,088.0*	*788.0*	1.導入第 3~5 階段 DRGs 項目。 2.本項經費應依實際導入施行之項目與季別,併醫院總額一般服務費用結算。 3.請於 107 年 7 月底前提報執行成果。
醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	*80.0*	*20.0*	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。 2.配合支援西醫醫療資源不足地區所需,提供專科巡迴醫療等服務。 3.請檢討方案執行內容,以提供更適切醫療服務。 4.具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成,並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。
全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	*950.0*	*150.0*	具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成,並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。
鼓勵院所建立轉診之合作機制	*258.0*	*258.0*	1.為鼓勵雙向轉診,本項經費用以支付醫院接受轉診、回轉轉診個案,以及將病情穩定病人下轉等之醫師診察

項　　目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決 定 事 項
				費。預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 2.請中央健康保險署於106年12 月委員會議說明執行方式。 3.本項依實際執行轉診之件數、點數併入一般服務費用結算，並於107年7月底前提報執行成果。
品質保證保留款		*406.5*	*406.5*	1.依「醫院總額品質保證保留款實施方案」支付，請於106年 12 月底前完成相關程序，並於107年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果及成效評估報告。 2.原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7百萬元)，與 107 年度品質保證保留款(406.5 百萬元)合併運用(計795.2百萬元)。 3.請中央健康保險署與醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。
專款金額		***27,017.7***	***5,377.0***	
成長率 (一般服務+專款)	**增加金額**	***4.648%***	***19,952.2***	
	總金額		***449,171.2***	

項　　目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決 定 事 項
門診透析服務成長率	增加金額	*2.622%*	*543.4*	1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。 3.門診透析服務總費用成長率為3.5%，不包含一例一休費用。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為2.622%。 4.應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。 5.請於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。 6.中央健康保險署建議「108年針對慢性腎臟衰竭末期(ESRD)之病人，將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」乙節，請於108年度總額協商前儘早規劃，並與相關團體先行溝通，以利推動。
	總金額		*21,267.4*	
總成長率(註1)(一般服務+專款+門診透析)	**增加金額**	***4.555%***	***20,495.6***	
	總金額		***470,438.6***	
較106年度核定總額成長率(註2)		***4.800%***	—	

註：1.計算「總成長率」所採基期費用為449,943.2百萬元，其中一般服務為407,578.5百萬元(含校正投保人口預估成長率差值1,053.5百萬元)、專款為21,640.7百萬元、門診透析為20,724.0百萬元。

2.計算「較106年度核定總額成長率」所採基期費用為448,889.7百萬元，其中一般服務為406,525.0百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值1,053.5百萬元)、專款為21,640.7百萬元、門診透析為20,724.0百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

附件五

107 年度全民健康保險其他預算及其分配方式

一、107 年度其他預算較 106 年度增加 1,517.3 百萬元，預算總額度為 12,781.2 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配如表 5。

二、預算分配相關事項：

請於 107 年 7 月底前提報執行結果，計畫型項目應提報執行成果及成效評估報告(新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)基層總額轉診型態調整費用：

1.全年經費1,346百萬元。

2.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足。

3.為落實分級醫療，請中央健康保險署研訂醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件，當病人流動達一定門檻，方能相對動支一定比率預算。

4.本項動支方案原則於106年12月底前完成相關程序，方案(含經費動支條件及相關規劃)應送全民健康保險會備查，並請於107年7月底前提報執行情形。

(二)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：全年經費 605.4 百萬元。

(三)居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務：

1.全年經費5,520百萬元。

2.請中央健康保險署檢討「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」內容，並加強審查機制。

3.請整合牙醫、中醫及藥師居家醫療照護服務。

4.醫療點數以每點1元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第62條規定採浮動點值處理。

5.請於106年12月底前完成相關程序，計畫應送全民健康保險會備查，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告(含各項照護服務利用情形)。

(四)支應醫院總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕

見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及 C 型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費：

1.全年經費290百萬元。

2.請中央健康保險署積極協商合理藥價。

3.優先支應罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費。

4.支應C型肝炎藥費專款不足之經費，以100百萬元為上限。

(五)推動促進醫療體系整合計畫：

1.全年經費700百萬元，用於「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「區域醫療整合計畫」、「提升急性後期照護品質試辦計畫」，及「跨層級醫院合作計畫」。

2.預算盡量運用於推動轉診制度及分級醫療。

3.請中央健康保險署每半年向全民健康保險會提報執行情形。

4.新增計畫原則於106年12月底前完成相關程序，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告(新增方案僅需提供初步執行結果)。

(六)調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費：

1.全年經費822百萬元。

2.「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」(178百萬元)移列西醫基層總額專款項目。

3.經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。

(七)鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案：

1.全年經費1,100百萬元。

2.請中央健康保險署加強醫事服務機構即時查詢之執行率及增加網路頻寬。

3.請於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告(含即時查詢執行率之提升情形)。

(八)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：全年經費 1,653.8百萬元。

(九)慢性腎臟病照護及病人衛教計畫：

1.全年經費404百萬元。

2.用於繼續推動末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫、初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)，及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。

3.請加強推動初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)，並提升完整照護率。

(十)提升保險服務成效：

1.全年經費300百萬元。

2.請於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

(十一)高診次者藥事照護計畫：

1.全年經費40百萬元。

2.請加強藥物浪費稽核與輔導。

3.請中央健康保險署與中華民國藥師公會全國聯合會針對高診次病患之藥事服務費，研擬合理支付費用。

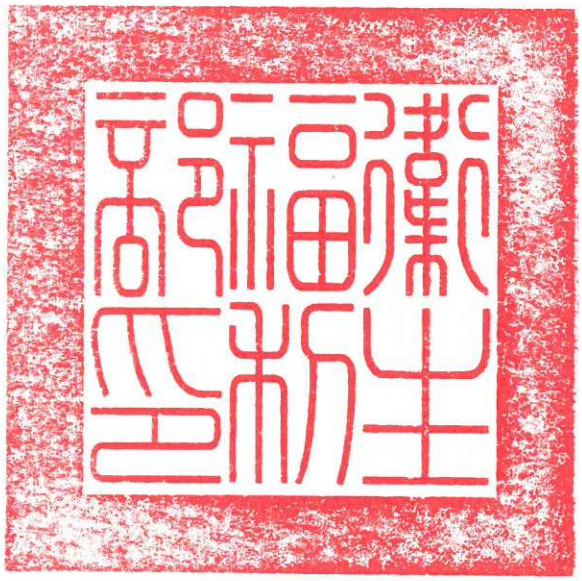
表 5　107 年度其他預算協定項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協　定　事　項
基層總額轉診型態調整費用	*1,346.0*	*1,346.0*	1.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足。 2.為落實分級醫療，請中央健康保險署研訂醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件，當病人流動達一定門檻，方能相對動支一定比率預算。 3.本項動支方案原則於106年12月底前完成相關程序，方案(含經費動支條件及相關規劃)應送全民健康保險會備查，並請於107年7月底前提報執行情形。
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	*605.4*	*0.0*	請於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。
居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務	*5,520.0*	*520.0*	1.請中央健康保險署檢討「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」內容，並加強審查機制。 2.請整合牙醫、中醫及藥師居家醫療照護服務。 3.醫療點數以每點1元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第62條規定採浮動點值處理。 4.請於106年12月底前完成相關程序，計畫應送全民健康保險會備查，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告(含各項照護服務利用情形)。
支應醫院總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及C型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費	*290.0*	*-10.0*	1.請中央健康保險署積極協商合理藥價。 2.優先支應罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費。 3.支應C型肝炎藥費專款不足之經費，以100百萬元為上限。 4.請於107年7月底前提報執行結果。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協　定　事　項
推動促進醫療體系整合計畫	*700.0*	*-400.0*	1.用於「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「區域醫療整合計畫」、「提升急性後期照護品質試辦計畫」，及「跨層級醫院合作計畫」。 2.預算盡量運用於推動轉診制度及分級醫療。 3.請中央健康保險署每半年向全民健康保險會提報執行情形。 4.新增計畫原則於106年12月底前完成相關程序，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告(新增方案僅需提供初步執行結果)。
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	*822.0*	*-178.0*	1.「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」(178百萬元)移列西醫基層總額專款項目。 2.經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。 3.請於107年7月底前提報執行結果。
鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案	*1,100.0*	*0.0*	1.請中央健康保險署加強醫事服務機構即時查詢之執行率及增加網路頻寬。 2.請於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告(含即時查詢執行率之提升情形)。
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	*1,653.8*	*249.3*	請於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。
慢性腎臟病照護及病人衛教計畫	*404.0*	*0.0*	1.用於繼續推動末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫、初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)，及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。 2.請加強推動初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)，並提升完整照護率。 3.請於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。
提升保險服務成效	*300.0*	*-10.0*	請於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。
高診次者藥事照護計畫	*40.0*	*0.0*	1.請加強藥物浪費稽核與輔導。 2.請中央健康保險署與中華民國藥師公會全國聯合會針對高診次病患之藥事服務費，研擬合理支付費用。 3.請於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。
總　計	***12,781.2***	***1,517.3***	

檔　　號：
保存年限：

衛生福利部　公告



發文日期：中華民國107年2月13日
發文字號：衛部健字第1073360018號
附件：如公告事項

主旨：公告107年度全民健康保險各部門醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式。

依據：全民健康保險法第61條、106年12月28日衛部健字第1063360185號公告暨107年1月15日衛部保字第1071260028號函及同年2月6日衛部保字第1070103997號函。

公告事項：107年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式(如附件)。

部長陳時中

繕校人員：劉玉霜

附件

107年度全民健康保險各部門醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式

一、牙醫門診總額

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度)移撥3.45億元，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「牙醫特殊醫療服務計畫」、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」、「投保人口就醫率全國最高二區之保障款」等4項，若一般服務費用移撥經費有剩餘，優先用於牙周病統合照護計畫第3階段費用；若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

2.扣除上開移撥費用後，預算100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

3.所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之。

(三)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

二、中醫門診總額

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度)2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區。

2.前項其他五分區預算移撥3,600萬元，用於撥補五分區(不含東區)各鄉鎮市區內僅有1家特約中醫院所之點值；經費若有剩餘，55%分配予臺北區，45%分配予北區。

3.其他五分區預算扣除移撥費用後，依下列參數占率分配之：

(1)各區實際收入預算占率：69%。

(2)各區戶籍人口數占率：11%。

(3)各區每人於各分區就醫次數之權值占率：9%。

(4)各區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：5%。

(5)各區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

(6)偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則歸入依「各區實際收入預算占率」分配。

4.所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之。

(三)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

三、西醫基層

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度)移撥4.48億元，用於撥補臺北區3億元、點值落後地區1億元，及東區0.48億元；107年度東區各季一般服務費用，以106年度東區各季預算為基期，另加計前開撥予該區之各季額度。

2.扣除上開移撥費用及東區預算後，其他五分區預算，66%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，34%依西醫基層總額支付制度開辦前一年(89年)各地區實際發生醫療費用比率分配。

3.所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之。

(三)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

四、醫院總額

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度)用於「計算」地區預算所採之門住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

1.門診服務(不含門診透析服務)：

預算50%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，50%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

2.住診服務：

預算45%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，55%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

3.各地區門住診服務，經依1、2計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

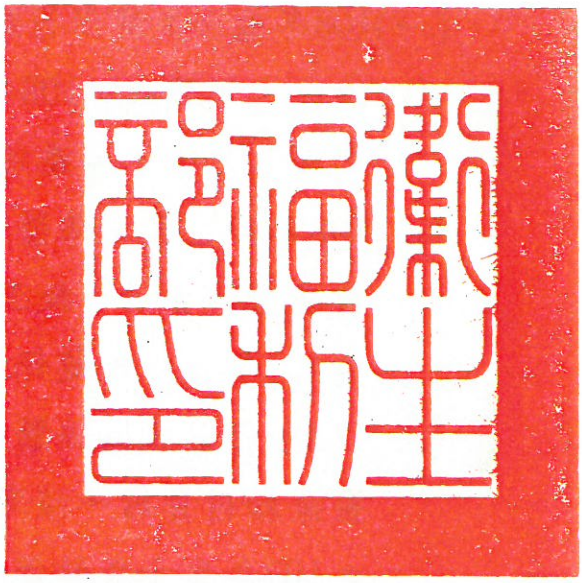
4.所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之。

(三)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

二、108 年度各部門總額公告

檔　　號：
保存年限：

衛生福利部　公告



發文日期：中華民國107年12月5日
發文字號：衛部健字第1073360174號
附件：如公告事項一(附件一至五共5件)

主旨：公告108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。

依據：全民健康保險法第61條暨107年11月23日衛部保字第1071260522號函。

公告事項：

一、108年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配如下：

(一)牙醫門診醫療給付費用成長率3.192%，其中一般服務成長率為8.276%，專款項目全年經費為1,069.1百萬元(附件一)。

(二)中醫門診醫療給付費用成長率4.128%，其中一般服務成長率為3.457%，專款項目全年經費為676.2百萬元(附件二)。

(三)西醫基層醫療給付費用成長率3.830%，其中一般服務成長率為2.901%，專款項目全年經費為5,719.2百萬元，門診透析服務成長率為4.683%(附件三)。

(四)醫院醫療給付費用成長率4.200%，其中一般服務成長率為4.080%，專款項目全年經費為29,161.7百萬元，門診透析服務成長率為1.839%(附件四)。

(五)其他預算額度為14,191.2百萬元，由中央健康保險署管控(附件五)。

二、108年度全民健康保險醫療給付費用總額計算公式如下：

(一)108年度全民健保醫療給付費用=$\sum_{i=1}^{4}$[校正後107年度部門別(i)醫療給付費用x(1+108年度部門別(i)醫療給付費用成長率)]+108年度其他預算醫療給付費用

(二)108年度全民健保醫療給付費用成長率(1)=(108年度全民健保醫療給付費用－校正後107年度全民健保醫療給付費用)/校正後107年度全民健保醫療給付費用

(三)108年度全民健保醫療給付費用成長率(2)=(108年度全民健保醫療給付費用－核定之107年度全民健保醫療給付費用)/核定之107年度全民健保醫療給付費用

註：

1、部門別分別為：牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2、校正後107年度全民健保醫療給付費用，係依本部全民健康保險會107年第5次委員會議(107.6.22)決議，校正「投保人口預估成長率」差值(即108年度總額基期須校正106年投保人口成長率差值)及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

三、108年度全民健康保險醫療給付費用成長率，依說明二之(二)公式計算，為4.188%；若依說明二之(三)公式計算，即相較於107年度核定總額，則成長率為4.417%。

部長陳時中

附件一

108 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

108年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後107年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1＋108年度一般服務成長率)＋108年度專款項目經費

註：校正後107年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會107年第5次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

二、總額協定結果：

(一)一般服務成長率為 8.276%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 0.187%，協商因素成長率 8.089%。

(二)專款項目全年經費為 1,069.1 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，108 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 107 年度所核定總額成長 3.433%；而於校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款後，成長率估計值為 3.192%。各細項成長率及金額，如表 1。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體,依協定事項辦理，並於108年7月底前提報執行情形，延續性項目則包含前1年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.新醫療科技(新增診療項目)(0.030%)：

(1)本項用於新增口腔外科診療項目。

(2)請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並於107年12月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未依時程導入，則扣減該額度；另於108年7月底前提報執行情形，請含新增項目及申報費用/點數。

2.牙周病統合照護計畫(第1、2、3階段)(6.918%)：

(1)執行目標：30萬人次。

預期效益：提升牙周病照護品質。

評估指標：A.服務量B.完成率C.申報第3階段件數核減率D.治療對象跨院所接受91006C~91007C比率E.民眾抽樣調查治療之滿意度。

(2)請加強管理及監督機制，持續監測醫療利用情形，並請中央健康保險署於108年6月底前提出專案報告(含管控措施及監測指標)。

3.牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用(0.862%)：

執行目標：增加350,000人次。

預期效益：維護牙周健康，降低牙周病復發。

4.提升假日急症處置服務(0.284%)：

(1)執行目標：100,000人次。

預期效益：增進民眾假日就醫可近性。

(2)請牙醫門診總額相關團體協調各區院所提升假日開診率，增加民眾假日就醫可近性。

5.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.005%)：本項不列入109年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 1,069.1 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案，屬延續型計畫者應於 107 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 107 年 12 月底前完成，且均應於 108 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.醫療資源不足地區改善方案：全年經費280百萬元，辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

2.牙醫特殊醫療服務計畫：

(1)全年經費534百萬元，辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特

定障別之身心障礙者及老人長期照顧暨安養機構牙醫醫療服務。

(2)新增預算(50百萬元)優先用於提升院所型牙醫醫療服務之人數。

3.牙周病統合照護計畫(第1、2、3階段)：108年導入一般服務，經費移列至一般服務項下。

4.品質保證保留款：

(1)全年經費119.1百萬元，依「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於108年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果。

(2)原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4百萬元)，與108年度品質保證保留款(119.1百萬元)合併運用(計235.5百萬元)。

(3)請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

5.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費136百萬元。

(2)本項預算由其他預算移列，用於補助牙醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。

(3)執行目標：108年度參與院所數達100%。

預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗(查)及用藥。

評估指標：醫療院所參與率。

表 1　108 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表

項　　目			成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協 定 事 項
一般服務					
醫療服務成本及人口因素成長率			***0.187%***	***75.9***	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。
	投保人口預估成長率		*0.359%*		
	人口結構改變率		*0.282%*		
	醫療服務成本指數改變率		*-0.453%*		
協商因素成長率			***8.089%***	***3,283.3***	請於 108 年 7 月底前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。
	保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(新增診療項目)	*0.030%*	*12.0*	1.本項用於新增口腔外科診療項目。 2.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並於 107 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未依時程導入，則扣減該額度；另於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含新增項目及申報費用/點數。
	其他醫療服務利用及密度之改變	牙周病統合照護計畫(第 1、2、3 階段)	*6.918%*	*2,808.0*	1.執行目標：30 萬人次。 預期效益：提升牙周病照護品質。 評估指標：(1)服務量(2)完成率(3)申報第 3 階段件數核減率(4)治療對象跨院所接受 91006C~91007C 比率(5)民眾抽樣調查治療之滿意度。 2.請加強管理及監督機制，持續監測醫療利用情形，並請中央健康保險署於 108 年 6 月底前提出專案報告(含管控措施及監測指標)。

項　　目			成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協 定 事 項
	其他醫療服務利用及密集度之改變	牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用	*0.862%*	*350.0*	執行目標：增加350,000人次。 預期效益：維護牙周健康，降低牙周病復發。
		提升假日急症處置服務	*0.284%*	*115.3*	1.執行目標：100,000人次。 預期效益：增進民眾假日就醫可近性。 2.請牙醫門診總額相關團體協調各區院所提升假日開診率，增加民眾假日就醫可近性。
	其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	*-0.005%*	*-2.0*	本項不列入109年度總額協商之基期費用。
一般服務成長率		**增加金額**	***8.276%***	***3,359.2***	
		總金額		***43,947.6***	
專款項目(全年計畫經費)					各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於107年11月底前完成，新增計畫原則於107年12月底前完成，且均應於108年7月底前提報執行情形及前1年成效評估報告。
	醫療資源不足地區改善方案		*280.0*	*0.0*	辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
	牙醫特殊醫療服務計畫		*534.0*	*50.0*	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及老人長期照顧暨安養機構牙醫醫療服務。 2.新增預算優先用於提升院所型牙醫醫療服務之人數。
	牙周病統合照護計畫(第1、2階段)		*0.0*	*-1,564.0*	108年導入一般服務，經費移列至一般服務項下。
	牙周病統合照護計畫(第3階段)		*0.0*	*-588.8*	

項　　目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協 定 事 項
品質保證保留款		*119.1*	*0.0*	1.依「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於108年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果。 2.原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4百萬元)，與108年度品質保證保留款(119.1 百萬元)合併運用(計235.5百萬元)。 3.請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。
網路頻寬補助費用		*136.0*	*136.0*	1.本項預算由其他預算移列，用於補助牙醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。 2.執行目標：108 年度參與院所數達100%。 預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗(查)及用藥。 評估指標：醫療院所參與率。
專款金額		***1,069.1***	***-1,966.8***	
總成長率(註1)(一般服務+專款)	**增加金額**	***3.192%***	***1,392.4***	
	總金額		***45,016.7***	
較107年度核定總額成長率(註2)		***3.433%***	**—**	

註：1.計算「總成長率」所採基期費用為43,624.4百萬元，其中一般服務為40,588.5百萬元(含校正投保人口預估成長率差值96.9百萬元及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款5.0百萬元)，專款為3,035.9百萬元。

2.計算「較107年度核定總額成長率」所採基期費用為43,522.5百萬元，其中一般服務為40,486.6百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值96.9百萬元及未加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款5.0百萬元)，專款為3,035.9百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以健保署結算資料為準。

附件二

108 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

108年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後107年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1＋108年度一般服務成長率)＋108年度專款項目經費

註：校正後107年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會107年第5次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

二、總額協定結果：

(一)一般服務成長率為 3.457%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.365%，協商因素成長率 2.092%。

(二)專款項目全年經費為 676.2 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，108 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 107 年度所核定總額成長 4.429%；而於校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款後，成長率估計值為 4.128%。各細項成長率及金額，如表 2。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於108年7月底前提報執行情形，延續性項目則包含前1年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(100.5百萬元)，其中50百萬元併入「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目使用。

2.其他醫療服務利用及密集度之改變(2.109%)：

(1)優先用於提升用藥品質。

(2)附帶建議：請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，研議將科學中藥納入「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」核實申報之可行性。

3.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.017%)：

(1)為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。

(2)本項不列入109年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 676.2 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案，屬延續型計畫者應於 107 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 107 年 12 月底前完成，且均應於 108 年7月底前提報執行情形及前1年成效評估報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.醫療資源不足地區改善方案：全年經費135.6百萬元，辦理中醫師至無中醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

2.西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：全年經費182百萬元，包含腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷等3項。

3.中醫提升孕產照護品質計畫：

(1)全年經費65百萬元。

(2)請精準化適應症，以提高計畫成效，並提出嚴謹療效評估報告。

4.兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：全年經費10百萬元。

5.中醫癌症患者加強照護整合方案：

(1)全年經費166百萬元。

(2)包含癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫、癌症患者中醫門診延長照護計畫、特定癌症患者中醫門診加強照護計畫。

(3)請落實全人照護，加強3項癌症照護計畫之實質整合，並訂定統一照護規範及提供證明成效之實證資料，於108年7月底前提報執行情形，請含前開具體作法及成效資料。

6.中醫急症處置：

(1)全年經費20百萬元。

(2)請依實證醫學，訂定有效之醫療指標，並加強計畫之推動，於108年7月底前提報執行情形，請含前開具體作法及相關規劃。

7.品質保證保留款：

(1)全年經費23.6百萬元，依「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於108年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果。

(2)原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8百萬元)，與108年度品質保證保留款(23.6百萬元)合併運用(計46.4百萬元)。

(3)請中央健康保險署與中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

8.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費74百萬元。

(2)本項預算由其他預算移列，用於補助中醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。

(3)執行目標：108年度參與院所數達100%。

預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗(查)及用藥。

評估指標：醫療院所參與率。

表 2　108 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表

項　　目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協 定 事 項
一般服務				
醫療服務成本及人口因素成長率		***1.365%***	***333.0***	1.計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。 2.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(100.5 百萬元)，其中 50 百萬元併入「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目使用。
投保人口預估成長率		*0.359%*		
人口結構改變率		*0.590%*		
醫療服務成本指數改變率		*0.412%*		
協商因素成長率		***2.092%***	***510.4***	請於 108 年 7 月底前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。
其他醫療服務利用及密集度之改變		*2.109%*	*514.6*	優先用於提升用藥品質。
其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	*-0.017%*	*-4.2*	1.為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。 2.本項不列入 109 年度總額協商之基期費用。
一般服務成長率	**增加金額**	***3.457%***	***843.4***	
	總金額		***25,241.5***	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 107 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 107 年 12 月底前完成，且均應於 108 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告。
醫療資源不足地區改善方案		*135.6*	*0.0*	辦理中醫師至無中醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 1.腦血管疾病 2.顱腦損傷 3.脊髓損傷		*182.0*	*52.0*	

項　　目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協 定 事 項
中醫提升孕產照護品質計畫	*65.0*	*5.0*	請精準化適應症，以提高計畫成效，並提出嚴謹療效評估報告。
兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	*10.0*	*-10.0*	
中醫癌症患者加強照護整合方案	*166.0*	*63.0*	1.包含癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫、癌症患者中醫門診延長照護計畫、特定癌症患者中醫門診加強照護計畫。 2.請落實全人照護，加強 3 項癌症照護計畫之實質整合，並訂定統一照護規範及提供證明成效之實證資料，於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含前開具體作法及成效資料。
中醫急症處置	*20.0*	*0.0*	請依實證醫學，訂定有效之醫療指標，並加強計畫之推動，於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含前開具體作法及相關規劃。
品質保證保留款	*23.6*	*0.0*	1.依「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於 108 年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果。 2.原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8 百萬元)，與 108 年度品質保證保留款(23.6 百萬元)合併運用(計 46.4 百萬元)。 3.請中央健康保險署與中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

項　　目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協 定 事 項
網路頻寬補助費用		*74.0*	*74.0*	1.本項預算由其他預算移列，用於補助中醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。 2.執行目標：108 年度參與院所數達 100%。 預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗(查)及用藥。 評估指標：醫療院所參與率。
專款金額		***676.2***	***184.0***	
總成長率(註 1)(一般服務+專款)	**增加金額**	***4.128%***	***1,027.4***	
	總金額		***25,917.7***	
較 107 年度核定總額成長率(註 2)		***4.429%***	**—**	

註：1.計算「總成長率」所採基期費用為 24,890.3 百萬元，其中一般服務為 24,398.1 百萬元(含校正投保人口預估成長率差值 58.2 百萬元及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 13.6 百萬元)，專款為 492.2 百萬元。

2.計算「較107年度核定總額成長率」所採基期費用為24,818.6百萬元，其中一般服務為24,326.4百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值58.2百萬元及未加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款13.6百萬元)，專款為492.2百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以健保署結算資料為準。

附件三

108 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■ 108年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後107年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1＋108年度一般服務成長率)＋108年度專款項目經費＋108年度西醫基層門診透析服務費用

■ 108年度西醫基層門診透析服務費用＝107年度西醫基層門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後107年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會107年第5次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

二、總額協定結果：

(一)一般服務成長率為 2.901%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.549%，協商因素成長率 0.352 %。

(二)專款項目全年經費為 5,719.2 百萬元。

(三)門診透析服務成長率 4.683%。

(四)前述三項額度經換算，108 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 107 年度所核定總額成長 4.067%；而於校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款後，成長率估計值為 3.830%。各細項成長率及金額，如表 3。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體,依協定事項辦理，並於108年7月底前提報執行情形，延續性項目則包含前1年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.037%)：

(1)對擬納入健保給付之新醫療科技項目，應進行醫療需求整體評估，並於額度內妥為管理運用。

(2)請中央健康保險署於107年12月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；另於108年7月底前提報執行情形，請含新增項目及申報費用/點數。

(3)附帶建議：中央健康保險署之新醫療科技預算推估公式，應考量預算超支之處理是否能反映其合理成長。

2.藥品給付規定範圍改變及相關醫療服務密集度之增加(0.356%)：包含「反映藥品節流措施所節省金額用於支用『107 及 108 年藥品給付規定範圍改變』」之不足費用、因應開放表別所增加之醫療費用及居家醫療衍生之醫療費用。

3.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.041%)：

(1)為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。

(2)本項不列入109年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 5,719.2 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案，屬延續型計畫者應於 107 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 107 年 12 月底前完成，且均應於 108 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.C型肝炎藥費：

(1)全年經費406百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。

(2)本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式。

(3)請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)，可考量列入總額協商減項。

2.強化基層照護能力及「開放表別」項目：

(1)全年經費720百萬元。

(2)請中央健康保險署於107年12月委員會議說明擬調整之項目與作業時程。

(3)請於108年6月底前提出以下專案報告：

①中央健康保險署提報「各項開放表別項目之民眾利用情形及改善方向」。

②中華民國醫師公會全國聯合會提報「開放表別項目之中長程規劃(含具體目標及開放期程)」。

(4)本項依實際執行扣除原基期之件數、點數，併入一般服務費用結算。

3.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費2,880百萬元。

(2)其中450百萬元用於新增多重慢性病患收案及其照護獎勵費用。

(3)請中央健康保險署參考評核委員建議，落實以病人為中心的照護，提出監測指標及具體執行成效，並加強執行面監督，於108年6月底前提出專案報告。

4.鼓勵院所建立轉診之合作機制：

(1)全年經費258百萬元，不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

(2)本項預算不支付平轉之獎勵費用。

(3)請中央健康保險署持續監測病人流向及執行效益，於108年7月底前提報執行情形，請含上開監測結果。

5.醫療給付改善方案：

(1)全年經費400百萬元。

(2)辦理原有之糖尿病、氣喘、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病等7項方案，並新增糖尿病人胰島素注射獎勵措施。

(3)請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效，於108年7

月底前提報執行情形，請含健康狀況改善之量化指標。

(4)請中央健康保險署評估「整合氣喘與慢性阻塞性肺疾病方案」，及「整合糖尿病與慢性腎臟病方案(Pre-ESRD、Early-CKD)」之可行性及支付效益，並納入109年度總額協商擬案考量。

6.罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材(108年新增)：

(1)全年經費110百萬元，得與醫院總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。

(2)為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署研析醫療利用及費用成長原因，並提出因應管理作法，於108年6月底前提出專案報告。

7.因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用(108年新增)：

(1)全年經費11百萬元。

(2)本項依實際執行併入一般服務費用結算。

8.西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費217.1百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(2)新增「南迴24小時救護中心試辦計畫」：

①經費 20.1 百萬元。

②請中央健康保險署持續關注，若有其他單位補助相同項目，則該計畫預算不予執行。

③109 年若持續辦理，需提出計畫執行目標、預期效益及評估指標。

9.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

(1)全年經費178百萬元。

(2)本項預算依六區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算。

10.品質保證保留款：

(1)全年經費328.1百萬元，依「西醫基層總額品質保證保留款實

施方案」支付，請於108年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果。

(2)原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2百萬元)，與108年度品質保證保留款(328.1百萬元)合併運用(計433.3百萬元)。

(3)請中央健康保險署與西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

11.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費211百萬元。

(2)本項預算由其他預算移列，用於補助西醫基層診所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。

(3)執行目標：108年度參與院所數達100%。

預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗(查)及用藥。

評估指標：醫療院所參與率。

(三)門診透析服務：

1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：

先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

3.門診透析服務總費用成長率為3.1%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為4.683%。

4.請加強慢性腎臟病管理，進行照護整合，並應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。

5.請於108年7月底前提報執行情形及前1年成效評估報告。

表 3　108 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表

項　　目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協 定 事 項
一般服務				
醫療服務成本及人口因素成長率		***2.549%***	***2,867.8***	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。
投保人口預估成長率		*0.359%*		
人口結構改變率		*1.297%*		
醫療服務成本指數改變率		*0.885%*		
協商因素成長率		***0.352%***	***396.0***	請於108年7月底前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前1年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	*0.037%*	*42.0*	1.對擬納入健保給付之新醫療科技項目，應進行醫療需求整體評估，並於額度內妥為管理運用。 2.請中央健康保險署於107年12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；另於108年7月底前提報執行情形，請含新增項目及申報費用/點數。
其他醫療服務利用及密集度之改變	藥品給付規定範圍改變及相關醫療服務密集度之增加	*0.356%*	*400.0*	包含「反映藥品節流措施所節省金額用於支用『107及108年藥品給付規定範圍改變』」之不足費用、因應開放表別所增加之醫療費用及居家醫療衍生之醫療費用。
其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	*-0.041%*	*-46.0*	1.為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。 2.本項不列入109年度總額協商之基期費用。
一般服務成長率	**增加金額**	***2.901%***	***3,263.8***	
	總金額		***115,770.4***	

項　　目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協 定 事 項
專款項目(全年計畫經費)			各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 107 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 107 年 12 月底前完成，且均應於 108 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告。
C 型肝炎藥費	*406.0*	*-2.0*	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。 2.本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式。 3.請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)，可考量列入總額協商減項。
強化基層照護能力及「開放表別」項目	*720.0*	*270.0*	1.請中央健康保險署於 107 年 12 月委員會議說明擬調整之項目與作業時程。 2.請於 108 年 6 月底前提出以下專案報告： (1)中央健康保險署提報「各項開放表別項目之民眾利用情形及改善方向」。 (2)中華民國醫師公會全國聯合會提報「開放表別項目之中長程規劃(含具體目標及開放期程)」。 3.本項依實際執行扣除原基期之件數、點數，併入一般服務費用結算。
家庭醫師整合性照護計畫	*2,880.0*	*0.0*	1.其中 450 百萬元用於新增多重慢性病患收案及其照護獎勵費用。 2.請中央健康保險署參考評核委員建議，落實以病人為中心的照護，提出監測指標及具體執行成效，並加強執行面監督，於 108 年 6 月底前提出專案報告。

項　　目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協 定 事 項
鼓勵院所建立轉診之合作機制	*258.0*	*129.0*	1.預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 2.本項預算不支付平轉之獎勵費用。 3.請中央健康保險署持續監測病人流向及執行效益，於108 年 7 月底前提報執行情形，請含上開監測結果。
醫療給付改善方案	*400.0*	*100.0*	1.辦理原有之糖尿病、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病等7項方案，並新增糖尿病人胰島素注射獎勵措施。 2.請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效，於108 年7 月底前提報執行情形，請含健康狀況改善之量化指標。 3.請中央健康保險署評估「整合氣喘與慢性阻塞性肺疾病方案」，及「整合糖尿病與慢性腎臟病方案(Pre-ESRD、Early-CKD)」之可行性及支付效益，並納入109 年度總額協商擬案考量。
罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材(108 年新增)	*110.0*	*110.0*	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。 2.為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署研析醫療利用及費用成長原因，並提出因應管理作法，於108 年6 月底前提出專案報告。
因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用(108 年新增)	*11.0*	*11.0*	本項依實際執行併入一般服務費用結算。
西醫醫療資源不足地區改善方案	*217.1*	*30.1*	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2.新增「南迴 24 小時救護中心試辦計畫」(20.1 百萬元)： (1)請中央健康保險署持續關注，若有其他單位補助相同項目，則該計畫預算不予執行。

項　　目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協 定 事 項
				(2)109 年若持續辦理，需提出計畫執行目標、預期效益及評估指標。
新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用		*178.0*	*0.0*	本項預算依六區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算。
品質保證保留款		*328.1*	*218.7*	1.依「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」支付，請於108年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果。 2.原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2百萬元)，與108年度品質保證保留款(328.1百萬元)合併運用(計433.3百萬元)。 3.請中央健康保險署與西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。
網路頻寬補助費用		*211.0*	*211.0*	1.本項預算由其他預算移列，用於補助西醫基層診所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。 2.執行目標：108年度參與院所數達100%。 預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗(查)及用藥。 評估指標：醫療院所參與率。
專款金額		***5,719.2***	***1,077.8***	
成長率(一般服務+專款)	**增加金額**	***3.706%***	***4,341.6***	
	總金額		***121,489.6***	

項　　目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協 定 事 項
門診透析服務成長率	增加金額	*4.683%*	*793.3*	1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。 3.門診透析服務總費用成長率為 3.1%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 4.683%。 4.請加強慢性腎臟病管理，進行照護整合，並應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。 5.請於108年7月底前提報執行情形及前1年成效評估報告。
	總金額		*17,734.1*	
總成長率(註1)(一般服務+專款+門診透析)	**增加金額**	***3.830%***	***5,134.9***	
	總金額		***139,223.7***	
較107年度核定總額成長率(註2)		***4.067%***	**—**	

註：1.計算「總成長率」所採基期費用為134,088.8百萬元，其中一般服務為112,506.6百萬元(含校正投保人口預估成長率差值266.6百萬元及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款39.9百萬元)，專款為4,641.4百萬元，門診透析為16,940.8百萬元。

2.計算「較107年度核定總額成長率」所採基期費用為133,782.2百萬元，其中一般服務為112,200.0百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值266.6百萬元及未加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款39.9百萬元)，專款為4,641.4百萬元，門診透析為16,940.8百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以健保署結算資料為準。

附件四

108 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■ 108年度醫院醫療給付費用總額＝校正後107年度醫院一般服務醫療給付費用×(1＋108年度一般服務成長率)＋108年度專款項目經費＋108年度醫院門診透析服務費用

■ 108年度醫院門診透析服務費用＝107年度醫院門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後107年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會107年第5次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

二、總額協定結果：

(一)一般服務成長率為 4.080%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.292%，協商因素成長率 0.788%。

(二)專款項目全年經費為 29,161.7 百萬元。

(三)門診透析服務成長率 1.839%。

(四)前述三項額度經換算，108 年度醫院醫療給付費用總額，較 107 年度所核定總額成長 4.428%；而於校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款後，成長率估計值為 4.200%。各細項成長率及金額，如表 4。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依協定事項辦理，並於 108 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算：

(1)12億元用於調升急重難症等相關支付標準。

(2)附帶建議：請加強急性一般病床或加護病房護理費支付之合理性。

2.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.714%)：

(1)包含新藥預算19.34億元、新特材5.85億元、新診療項目4億元及支付標準未列項目1億元。

(2)對擬納入健保給付之新醫療科技項目，應進行醫療需求整體評估，並於額度內妥為管理運用。

(3)請中央健康保險署於107年12月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；另於108年7月底前提報執行情形，請含新增項目及申報費用/點數。

(4)附帶建議：中央健康保險署之新醫療科技預算推估公式，應考量預算超支之處理是否能反映其合理成長。

3.藥品給付規定範圍改變(0.071%)：

反映「藥品節流措施所節省金額用於支用『107及108年藥品給付規定範圍改變』」之不足費用。

4.其他醫療服務利用及密集度之改變(0.010%)：

(1)本項於107年未支用之2.32億元，不自108年一般服務預算基期中扣除，並與本項預算合併運用。

(2)前開預算用於「斗六慈濟診所」併入醫院總額，及「台中榮民總醫院嘉義分院附設門診部」回歸原醫院，預算分配於所在分區一般服務結算。如未回歸，則予扣除。

5.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.007%)：

(1)為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。

(2)本項不列入109年度總額協商之基期費用。

6.為落實分級醫療與轉診制度，持續推動區域級(含)以上醫院門診減量措施，自107年起以五年降低10%為目標值(以106年為基期)，並定期檢討。108年醫學中心、區域醫院門診件數持續降低2%，即不得超過106年之96.04%(98%×98%)，超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配。

(二)專款項目：全年經費為 29,161.7 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險署會同

醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案，屬延續型計畫者應於107年11月底前完成，新增計畫原則於107年12月底前完成，且均應於108年7月底前提報執行情形及前1年成效評估報告(包含健康改善狀況之量化指標;新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.C型肝炎藥費：

(1)全年經費4,760百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。

(2)本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式。

(3)請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)，可考量列入總額協商減項。

2.罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費15,234.4百萬元，得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。

(2)為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署研析醫療利用及費用成長原因，並提出因應管理作法，於108年6月底前提出專案報告。

3.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：全年經費4,712.8百萬元，不足部分由其他預算支應。

4.醫療給付改善方案：

(1)全年經費1,187百萬元。

(2)辦理原有之糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等9項方案，並新增糖尿病人胰島素注射獎勵措施。

(3)請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效，於108年7

月底前提報執行情形，請包含健康狀況改善之量化指標。

(4)請中央健康保險署評估「整合氣喘與慢性阻塞性肺疾病方案」及「整合糖尿病與慢性腎臟病方案(Pre-ESRD、Early-CKD)」之可行性及支付效益，納入109年總額協商擬案考量。

5.急診品質提升方案：

(1)全年經費160百萬元。

(2)請精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。

6.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

(1)全年經費868百萬元，導入第3~5階段DRGs項目。

(2)本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

7.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費80百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(2)配合支援西醫醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。

8.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：全年經費950百萬元。

9.鼓勵院所建立轉診之合作機制：

(1)全年經費689百萬元，不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

(2)本項預算不支付平轉之獎勵費用。

(3)請中央健康保險署持續監測病人流向及執行效益，於108年7月底前提報執行情形，請含上開監測結果。

10.品質保證保留款：

(1)全年經費406.5百萬元，依「醫院總額品質保證保留款實施方案」支付，請於108年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果。

(2)原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7百萬元)，與108年度品質保證保留款(406.5百萬元)合併運用(計795.2百

萬元)。

(3)請中央健康保險署與醫院總額相關團體,持續檢討品質保證保留款之發放條件,訂定更具鑑別度之標準,核發予表現較佳的醫療院所,以達到提升品質之效益。

11.網路頻寬補助費用:

(1)全年經費114百萬元。

(2)本項預算由其他預算移列,用於補助醫院提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。

(3)執行目標:108年度參與院所數達100%。

預期效益:鼓勵醫療院所提升網路頻寬,以利推動雲端醫療資訊共享,降低不必要檢驗(查)及用藥。

評估指標:醫療院所參與率。

(三)門診透析服務:

1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用,並統為運用。

2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式:先協定新年度門診透析服務費用成長率,再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算,而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

3.門診透析服務總費用成長率為3.1%。依上述分攤基礎,醫院部門本項服務費用成長率為1.839%。

4.請加強慢性腎臟病管理,進行照護整合,並應持續推動腎臟移植,以減少透析病人數。

5.請於108年7月底前提報執行情形及前1年成效評估報告。

表 4　108 年度醫院醫療給付費用協定項目表

<table>
<tr><th colspan="3">項　　目</th><th>成長率(%)或金額(百萬元)</th><th>預估增加金額(百萬元)</th><th>協 定 事 項</th></tr>
<tr><td colspan="6">一般服務</td></tr>
<tr><td colspan="2">醫療服務成本及人口因素成長率</td><td></td><td>3.292%</td><td>13,922.6</td><td rowspan="4">1.計算公式：
醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。
2.醫療服務成本指數改變率所增加之預算，12 億元用於調升急重難症等相關支付標準。</td></tr>
<tr><td></td><td>投保人口預估成長率</td><td>0.359%</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>人口結構改變率</td><td>1.884%</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>醫療服務成本指數改變率</td><td>1.039%</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">協商因素成長率</td><td>0.788%</td><td>3,331.2</td><td>請於 108 年 7 月底前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">保險給付項目及支付標準之改變</td><td>新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)</td><td>0.714%</td><td>3,019.0</td><td>1.包含新藥預算 19.34 億元、新特材 5.85 億元、新診療項目 4 億元及支付標準未列項目 1 億元。
2.對擬納入健保給付之新醫療科技項目，應進行醫療需求整體評估，並於額度內妥為管理運用。
3.請中央健康保險署於 107 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；另於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含新增項目及申報費用/點數。</td></tr>
<tr><td>其他醫療服務利用及密集度之改變</td><td>藥品給付規定範圍改變</td><td>0.071%</td><td>300.0</td><td>反映「藥品節流措施所節省金額用於支用『107 及 108 年藥品給付規定範圍改變』」之不足費用。</td></tr>
<tr><td colspan="2">其他醫療服務利用及密集度之改變</td><td>0.010%</td><td>42.0</td><td>1.本項於 107 年未支用之 2.32 億元，不自 108 年一般服務預算基期中扣除，並與本項</td></tr>
</table>

項　目			成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協 定 事 項
					預算合併運用。 2.前開預算用於「斗六慈濟診所」併入醫院總額，及「台中榮民總醫院嘉義分院附設門診部」回歸原醫院，預算分配於所在分區一般服務結算。如未回歸，則予扣除。
	其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	*-0.007%*	*-29.8*	1.為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。 2.本項不列入 109 年度總額協商之基期費用。
	一般服務成長率	**增加金額**	***4.080%***	***17,253.8***	為落實分級醫療與轉診制度，持續推動區域級(含)以上醫院門診減量措施，自 107 年起以五年降低 10%為目標值(以 106 年為基期)，並定期檢討。108 年醫學中心、區域醫院門診件數持續降低 2%，即不得超過 106 年之 96.04%(98%x98%)，超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配。
		總金額		***440,178.9***	
專款項目(全年計畫經費)					各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 107 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 107 年 12 月底前完成，且均應於 108 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告。
	C 型肝炎藥費		*4,760.0*	*232.0*	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。 2.本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式。 3.請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)，可考量列入總額協商減項。
	罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材		*15,234.4*	*1,273.9*	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。

項　目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協 定 事 項
			2.為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署研析醫療利用及費用成長原因，並提出因應管理作法,於108年6月底前提出專案報告。
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	*4,712.8*	*313.1*	不足部分由其他預算支應。
醫療給付改善方案	*1,187.0*	*0.0*	1.辦理原有之糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等 9 項方案，並新增糖尿病人胰島素注射獎勵措施。 2.請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效,於108年 7 月底前提報執行情形，請包含健康狀況改善之量化指標。 3.請中央健康保險署評估「整合氣喘與慢性阻塞性肺疾病方案」及「整合糖尿病與慢性腎臟病方案(Pre-ESRD、Early-CKD)」之可行性及支付效益，納入 109 年總額協商擬案考量。
急診品質提升方案	*160.0*	*0.0*	請精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	*868.0*	*-220.0*	1.導入第3~5階段DRGs項目。 2.本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。
醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	*80.0*	*0.0*	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。 2.配合支援西醫醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。
全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	*950.0*	*0.0*	
鼓勵院所建立轉診之合作機制	*689.0*	*431.0*	1.預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 2.本項預算不支付平轉之獎

項　　目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協 定 事 項
				勵費用。 3.請中央健康保險署持續監測病人流向及執行效益，於108 年 7 月底前提報執行情形，請含上開監測結果。
品質保證保留款		*406.5*	*0.0*	1.依「醫院總額品質保證保留款實施方案」支付，請於 108 年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果。 2.原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7 百萬元)，與 108 年度品質保證保留款(406.5 百萬元)合併運用(計 795.2 百萬元)。 3.請中央健康保險署與醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。
網路頻寬補助費用		*114.0*	*114.0*	1.本項預算由其他預算移列，用於補助醫院提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。 2.執行目標：108 年度參與院所數達 100%。 預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗(查)及用藥。 評估指標：醫療院所參與率。
專款金額		***29,161.7***	***2,144.0***	
成長率(一般服務+專款)	**增加金額**	***4.312%***	***19,397.8***	
	總金額		***469,340.6***	

項　　目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協 定 事 項
門診透析服務成長率	增加金額	*1.839%*	*391.1*	1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式： 先協定新年度門診透析服務。 3.門診透析服務總費用成長率為3.1%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為1.839%。 4.請加強慢性腎臟病管理，進行照護整合，並應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。 5.請於 108 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告。
	總金額		*21,658.5*	
總成長率(註 1) (一般服務+專款+門診透析)	**增加金額**	***4.200%***	***19,788.9***	
	總金額		***490,999.1***	
較 107 年度核定總額成長率(註2)		***4.428%***	—	

註：1.計算「總成長率」所採基期費用為471,208.7百萬元，其中一般服務為422,923.6百萬元(含校正投保人口預估成長率差值994.0百萬元及加回前1年度總額違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款33.0百萬元)，專款為27,017.7百萬元、門診透析為21,267.4百萬元。

2.計算「較 107 年度核定總額成長率」所採基期費用為 470,181.7 百萬元，其中一般服務為 421,896.6 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值 994.0 萬元及未加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 33.0 百萬元)，專款為 27,017.7 百萬元、門診透析為 21,267.4 百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以健保署結算資料為準。

108 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額協定結果：

(一)108 年度其他預算增加 1,410.0 百萬元，預算總額度為 14,191.2 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如表 5。

(二)請中央健康保險署依協定事項辦理以下事宜：

1.於108年7月底前提報執行情形，延續性項目應包含前1年成效評估資料；實施成效並納入下年度總額協商考量。

2.屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)，其中延續型計畫應於107年11月底前完成，新增計畫原則於107年12月底前完成，請依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。

二、預算分配相關事項：

(一)基層總額轉診型態調整費用：

1.全年經費1,346百萬元。

2.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足。

3.請持續檢討醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件，訂定合理的動支標準，當病人流動達一定門檻，方能相對動支一定比率預算。本項經費為全年經費，未實施月份，應扣減支應上開專款項目不足經費後之預算。

4.本項動支方案原則於107年11月底前完成相關程序，方案(含經費動支條件及相關規劃)應送全民健康保險會備查。

(二)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：

1.全年經費655.4百萬元。

2.本項納入「山地鄉論人計酬試辦計畫」，但不支應屬於公共衛生預防保健項目。計畫原則於107年12月底前完成相關程序，並送全民健康保險會備查。

(三)居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務：

1.全年經費6,020百萬元。

2.新增預算(500百萬元)用於居家醫療照護服務。

3.醫療點數以每點1元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第62條規定採浮動點值處理。

(四)支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及狂犬病治療藥費：

1.全年經費290百萬元。

2.請加強醫院及西醫基層總額同項專款項目之費用管控，避免發生預算不足之情形。

(五)支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費：全年經費1,370百萬元。

(六)推動促進醫療體系整合計畫：

1.全年經費500百萬元，用於「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」，及「跨層級醫院合作計畫」。

2.請中央健康保險署檢討「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」在分級醫療政策下之定位及各種整合模式之成效，並修訂計畫內容。

(七)調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費：

1.全年經費822百萬元。

2.經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。

(八)獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用：

1.全年經費800百萬元。

2.請提出全面實施本方案期程規劃，並增訂實施鼓勵院所上傳資料之獎勵期限。

3.請於協商次年度總額前檢討實施成效，將節流執行效益，適度納入109年各部門總額協商減項。

4.本項預算不用於回補107年度不足款。

(九)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：

1.全年經費1,653.8百萬元。

2.請中央健康保險署檢討本計畫之執行及提出醫療利用合理性評析，於108年7月底前提報執行情形，請含前開分析結果。

(十)慢性腎臟病照護及病人衛教計畫：

1.全年經費404百萬元。

2.用於繼續推動末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫、初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)，及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。

3.請加強個案管理機制，並評估整合糖尿病與慢性腎臟病方案(Pre-ESRD、Early-CKD)之可行性及支付效益，並納入109年總額協商擬案參考。

(十一)提升保險服務成效：

1.全年經費300百萬元。

2.為提升保險服務成效，請中央健康保險署於108年7月底前提出各總額部門前1年一般服務各協商項目之執行情形(含成效)檢討，實施結果納入下年度總額協商參考。

3.請中央健康保險署檢討總額預算挹注重要政策「推動分級醫療」之執行成效，並規劃中長期目標與策略，於108年7月底前提出專案報告。

4.附帶建議：未來由公務預算編列購置相關硬體設備，不應由本項預算支應。

(十二)特殊族群藥事照護計畫：

1.全年經費30百萬元。

2.請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會研訂本計畫照護對象。

3.附帶建議：請加強藥物浪費之查核與輔導。

表 5　108 年度其他預算協定項目表(決定版)

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協　定　事　項
其他預算(全年計畫經費)			1.請於 108 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估資料；實施成效並納入下年度總額協商考量。 2.屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)，其中延續型計畫應於 107 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 107 年 12 月底前完成，請依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。
基層總額轉診型態調整費用	*1,346.0*	*0.0*	1.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足。 2.請持續檢討醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件，訂定合理的動支標準，當病人流動達一定門檻，方能相對動支一定比率預算。本項經費為全年經費，未實施月份，應扣減支應上開專款項目不足經費後之預算。 3.本項動支方案原則於 107 年 11 月底前完成相關程序，方案(含經費動支條件及相關規劃)應送全民健康保險會備查。
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	*655.4*	*50.0*	本項納入「山地鄉論人計酬試辦計畫」，但不支應屬於公共衛生預防保健項目。計畫原則於 107 年 12 月底前完成相關程序，並送全民健康保險會備查。
居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務	*6,020.0*	*500.0*	1.新增預算(500 百萬元)用於居家醫療照護服務。 2.醫療點數以每點 1 元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及狂犬病治療藥費	*290.0*	*0.0*	請加強醫院及西醫基層總額同項專款項目之費用管控，避免發生預算不足之情形。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協　定　事　項
支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費	*1,370.0*	*1,370.0*	
推動促進醫療體系整合計畫	*500.0*	*-200.0*	1.用於「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」，及「跨層級醫院合作計畫」。 2.請中央健康保險署檢討「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」在分級醫療政策下之定位及各種整合模式之成效，並修訂計畫內容。
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	*822.0*	*0.0*	經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。
獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用	*800.0*	*-300.0*	1.請提出全面實施本方案期程規劃，並增訂實施鼓勵院所上傳資料之獎勵期限。 2.請於協商次年度總額前檢討實施成效，將節流執行效益，適度納入 109 年各部門總額協商減項。 3.本項預算不用於回補 107 年度不足款。
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	*1,653.8*	*0.0*	請中央健康保險署檢討本計畫之執行及提出醫療利用合理性評析，於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含前開分析結果。
慢性腎臟病照護及病人衛教計畫	*404.0*	*0.0*	1.用於繼續推動末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫、初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)，及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。 2.請加強個案管理機制，並評估整合糖尿病與慢性腎臟病方案(Pre-ESRD、Early-CKD)之可行性及支付效益，並納入 109 年總額協商擬案參考。
提升保險服務成效	*300.0*	*0.0*	1.為提升保險服務成效，請中央健康保險署於 108 年 7 月底前提出各總額部門前 1 年一般服務各協商項目之執行情形(含成效)檢討，實施結果納入下年度總額協商參考。 2.請中央健康保險署檢討總額預算挹注重要政策「推動分級醫療」之執行成效，並規劃中長期目標與策略，於 108 年 7 月底前提出專案報告。
特殊族群藥事照護計畫	*30.0*	*-10.0*	請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會研訂本計畫照護對象。
總　計	***14,191.2***	***1,410.0***	

檔　　號：
保存年限：

衛生福利部　公告

發文日期：中華民國108年2月27日
發文字號：衛部健字第1083360025號
附件：如公告事項(1083360025-1.tif)

主旨：公告108年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、醫院醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式。

依據：全民健康保險法第61條、107年12月5日衛部健字第1073360174號公告暨108年2月22日衛部保字第1081260063號函。

公告事項：108年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、醫院醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式(如附件)。

部長陳時中

附件

108年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、醫院醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式

一、牙醫門診總額

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度116.4百萬元)移撥28.722億元，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「牙醫特殊醫療服務計畫」、「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫」、「投保人口就醫率全國最高二區之保障款」及「牙周病統合治療方案」等5項。

2.扣除上開移撥費用後，預算100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

3.所涉執行面及計算(含移撥經費)等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之，移撥經費執行方式並送全民健康保險會備查。另移撥經費用於「牙周病統合治療方案」部分，請以民眾需求為前提，妥為規劃其執行方式及預算分配。

(三)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

二、中醫門診總額

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 22.8 百萬元) 2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區。

2.前項其他五分區(不含東區)預算移撥 3,200 萬元，作為風險調

整基金，用於撥補五分區(不含東區)各鄉鎮市區內僅有 1 家特約中醫院所之點值；經費若有剩餘，則分配予就醫率最高之分區。

3.其他五分區(不含東區)預算扣除上開移撥費用後，依下列參數占率分配：

(1)各分區實際收入預算占率：67 %。

(2)各分區戶籍人口數占率：13 %。

(3)各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：9%。

(4)各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：5%。

(5)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

(6)偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則依「各分區實際收入預算占率」分配。

4.所涉執行面及計算(含風險調整基金)等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之，風險調整基金執行方式並送全民健康保險會備查。

(三)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

三、醫院總額

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度388.7百萬元)移撥1.5億元，作為風險調整基金，以襄助各分區偏鄉及弱勢醫療，運用專案管理模式，達各分區醫療平衡發展之目的。

2.扣除上開移撥費用後，用於計算地區預算所採之門住診費用比為45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

(1)門診服務(不含門診透析服務)：

預算50%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，50%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

(2)住診服務：

預算45%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，55%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

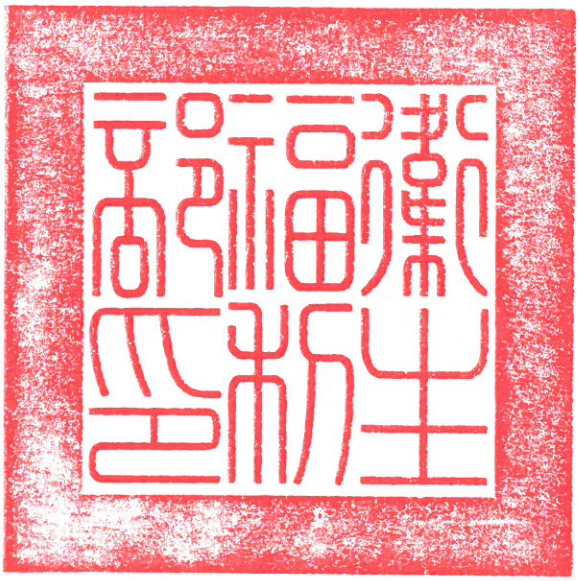
(3)各地區門住診服務，經依(1)、(2)計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

3.所涉執行面及計算(含風險調整基金)等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之，風險調整基金執行方式並送全民健康保險會備查。

(三)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

檔　　號：
保存年限：

衛生福利部　公告



發文日期：中華民國108年5月22日
發文字號：衛部健字第1083360068號
附件：如公告事項

主旨：公告108年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式。

依據：全民健康保險法第61條、107年12月5日衛部健字第1073360174號公告暨108年5月16日衛部保字第1081260202號函。

公告事項：108年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式(如附件)。

部長陳時中出國

政務次長何啓功代行

附件

108 年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式

一、地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

二、分配方式：

(一)自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 105.2 百萬元)移撥 5 億元，作為風險調整基金，用於撥補點值落後地區。

(二)扣除上開移撥費用後，預算 67%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，33%依西醫基層總額支付制度開辦前一年(89 年)各地區實際發生醫療費用比率分配。

(三)所涉執行面及計算(含風險調整基金)等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之；風險調整基金執行方式，送全民健康保險會備查。

三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

三、專案計畫相關資訊

若您需要參閱 107 年度各項專案計畫內容，請至衛福部中央健康保險署網站擷取(位置：中央健康保險署>醫事機構>醫療費用支付>醫療費用給付規定>全民保險總額支付制度>107 年度)

一、 牙醫門診總額

(一)牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

(二)牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

(三)牙醫門診總額牙周病統合照護計畫

二、 中醫門診總額

(一)中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

(二)西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

(三)中醫提升孕產照護品質計畫

(四)中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫

(五)中醫癌症患者加強照護整合方案

(六)全民健康保險中醫急症處置計畫

三、 西醫基層總額

(一)家庭醫師整合性照護計畫

(二)西醫醫療資源不足地區改善方案

四、 醫院總額

(一)全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

(二)全民健康保險急診品質提升方案

五、 跨部門及其他預算

(一)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫

(二)全民健康保險居家醫療照護整合計畫

(三)鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案

(四)推動促進醫療體系整合計畫(含「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫」、「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」)

(五)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫

(六)全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫

(七)高診次者藥事照護計畫

全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議發言條

發言人:_____

全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議發言條

發言人:_____

全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議發言條

發言人:_____

全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議發言條

發言人:_____