

全民健康保險各總額部門 108 年度 執行成果發表暨評核會

會議手冊

時 間：109 年 7 月 28、29 日(星期二、三)

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、 辦理各總額部門 108 年度執行成果評核之作業方式-	3
參、 健保署及各總額部門執行成果報告	
一、健保署(含整體及跨部門預算)	
(一)各總額部門(含門診透析)一般服務-----	13
(二)跨部門及其他預算專案計畫-----	57
二、醫院總額(含一般服務、專案計畫) -----	89
三、西醫基層總額(含一般服務、專案計畫)-----	109
四、牙醫門診總額(含一般服務、專案計畫)-----	141
五、中醫門診總額(含一般服務、專案計畫)-----	203
肆、 會議規則-----	253
伍、 附錄	
一、108 年度各部門總額及其分配方式公告-----	255
二、109 年度各部門總額及其分配方式公告-----	301
三、專案計畫相關資訊-----	353

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/全民健康保險各總額部門評核會報告投影片/109 年全民健康保險各總額部門評核報告投影片

壹、議程

全民健康保險各總額部門 108 年度執行成果發表暨評核會議議程

日期：109 年 7 月 28 日、29 日(星期二、三)

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 28 日(二)	報告內容	主持人/報告單位/評論人
09：00～09：15	報到	
09：15～09：20	開幕致詞	周主任委員麗芳
09：20～10：10	各總額部門(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： 醫務管理組吳副組長科屏
10：10～10：40	中場休息(30 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： 醫務管理組蔡專門委員翠珍 醫務管理組劉專門委員林義
11：20～12：30	評論及意見交流(70 分鐘) (評論 30 分鐘，意見交流 25 分鐘，健保署回應 15 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
14：20～15：10	評論及意見交流(50 分鐘) (評論 30 分鐘，意見交流 12 分鐘，部門回應 8 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： 陳執行長相國 羅副秘書長浚暉
16：20～17：10	評論及意見交流(50 分鐘) (評論 30 分鐘，意見交流 12 分鐘，部門回應 8 分鐘)	主 持 人：周主任委員麗芳 評 論 人：評核委員
— 第 1 天議程結束 —		

7 月 29 日(三)	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： 吳副主委迪 簡召集人志成
09：50～10：40	評論及意見交流(50 分鐘) (評論 30 分鐘，意見交流 12 分鐘，部門回應 8 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： 黃召集人頌儼 黃召集人頌儼、詹執行長永兆
11：50～12：40	評論及意見交流(50 分鐘) (評論 30 分鐘，意見交流 12 分鐘，部門回應 8 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 —		

註：依健保會 109 年第 1 次委員會議(109.2.21)通過之評核作業方式，提報重點如下：

- 1.簡報內容以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主，請以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 108 年度執行成果，及短中期之具體目標與規劃作為。
- 2.本年度於協商因素項目及專款項目之評核內容，新增「108 年執行未滿半年及 109 年新增項目之執行現況及未來規劃」，請一併提報。

貳、辦理各總額部門 108 年度 執行成果評核之作業方式

辦理各總額部門 108 年度執行成果評核之作業方式

第 4 屆 109 年第 1 次委員會議(109.2.21)通過

壹、評核範圍

- 一、醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診四總額部門108年度之年度重點項目、一般服務項目及門診透析服務執行成果。
- 二、四總額部門及其他預算108年度之專款項目執行成果。

貳、辦理方式

一、評核委員

- (一)函請四部門總額受託團體及付費者代表委員推薦評核委員人選。
- (二)幕僚彙整四部門總額受託團體及付費者代表委員推薦名單，加上本會現任、曾任專家學者及付費者代表委員後，請委員就該建議名單勾選適合人選，再由主任委員依據委員勾選結果，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，提供年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果書面報告，另對於 108 年執行未滿半年及 109 年新增之總額協商因素項目，請說明執行現況及未來規劃(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，部門提報之年度重點項目及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總額一般服務之整體性、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年度重點項目、一般服務項目及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「年度重點項目執行成果與未來

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 108 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年度重點項目、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；並針對四部門總額及其他預算之年度重點項目、一般服務項目及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108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108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)民眾自費情形及改善措施 (三)就醫可近性與及時性之改善措施 (四)民眾諮詢及抱怨處理 (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) (三)108年執行未滿半年及109年新增項目之執行現況及未來規劃 五、總額之管理與執行績效 (一)醫療利用及費用管控情形 (二)地區預算分配(含風險調整基金)之執行與管理 (三)點值穩定度 (四)專業審查及其他管理措施 (五)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108年評核委員評論意見與期許之回應說明 二、108年計畫/方案執行成果 三、104~108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 (一)109年計畫/方案修正重點 (二)108年執行未滿半年及109年新增項目之執行現況及未來規劃	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

評核分數	等級
未達 75 分	劣

二、評核等級作為110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年度重點項目、一般服務項目及專款項目之共識建議，作為協商110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、109 年評核作業時程表

時 間	作 業 內 容
109 年 1 月	1.函請四部門總額受託團體及健保署提供建議之 109 年「年度重點項目一必要項目」及其績效指標、操作型定義及目標值，並請就本會研擬之評核內容(草案)提供修正建議。 2.請四部門總額受託團體及本會付費者代表委員推薦評核委員人選。 3.研擬評核作業方式(草案)。
109 年 2 月	1.研擬評核作業方式(草案)提委員會議議定。 2.幕僚彙整四部門總額受託團體及付費者代表委員推薦名單，加上本會現任、曾任專家學者及付費者代表委員，請委員就該建議名單勾選適合人選。
109 年 3~4 月	1.請四總額部門及健保署依議定之評核作業方式準備資料。 2.由主任委員依據委員之勾選結果，排定邀請名單。 3.依邀請名單依序邀請 7 位擔任評核委員。
109 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。
109 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，供評核委員審閱。
109 年 7 月中旬 (評核會議前 2 週)	健保署及四總額部門提送「各總額部門 108 年度執行成果發表暨評核會議」之口頭報告(簡報)。
109 年 7 月下旬 (訂於 7 月 28、29 日)	召開為期 2 天之「各總額部門 108 年度執行成果發表暨評核會議」。

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 108 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 108 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)民眾自費情形及改善措施		
(三)就醫可近性與及時性之改善措施		
(四)民眾諮詢及抱怨處理		
(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)		
(三)108 年執行未滿半年及 109 年新增項目之執行現況及未來規劃	執行情形	推動情形、 檢討及未來規劃 與預期目標
五、總額之管理與執行績效		
(一)醫療利用及費用管控情形	醫療利用情形	管控措施、 檢討及改善
(二)地區預算分配(含風險調整基金)之執行與管理	預算分配結果	
(三)點值穩定度	點值	
(四)專業審查及其他管理措施	審查核減統計	
(五)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(104~108 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 109 年總額協定事項，請於 109 年 7 月底前，提報延續性項目之 108 年執行情形及成效評估。

各部門總額及其他預算專款項目之執行成果報告大綱

計畫型項目	健保署提報	部門提報
一、就 108 年評核委員評論意見與期許之回應說明	—	V
二、108 年計畫/方案執行成果		
(一)計畫目的		
(二)執行目標		
(三)經費來源與協定事項		
(四)費用支付		
(五)執行內容		
(六)評核指標及退場機制		
三、104~108 年執行情形及成效評估		
(一)預算執行數及執行率	執行情形之統計結果	推動情形、檢討及改善
(二)目標達成情形		
(三)執行概況及結果，包含醫療服務提供及民眾利用情形、獎勵情形等		
(四)成效評估，包含評核指標達成情形、就醫可近性及健康狀況改善情形、相關退場情形等(含自選 3 項關鍵績效指標)		
	關鍵績效指標及改善建議	
四、檢討與改善方向		
(一)109 年計畫/方案修正重點	—	V
(二)108 年執行未滿半年及 109 年新增項目之執行現況及未來規劃	執行情形	推動情形、檢討及未來規劃與預期目標
五、附錄：各項專案計畫/方案內容	—	V
非計畫型項目	健保署提報	部門提報
一、就 108 年評核委員評論意見與期許之回應說明	—	V
二、104~108 年執行情形及成效評估		
(一)預算執行數及執行率	執行情形之統計結果及改善建議	推動情形、檢討及改善
(二)執行結果及成效		
三、檢討與改善方向		
(一)109 年修正重點	—	V
(二)108 年執行未滿半年及 109 年新增項目之執行現況及未來規劃	執行情形	推動情形、檢討及未來規劃與預期目標

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

附表三

各總額部門及健保署108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(含目標值)
健保署- 整體總額	必要項目1：整體資源配置與未來規劃
	必要項目2：分級醫療之推動成效 績效指標：區域級(含)以上醫院回轉率 目標值： $\geq 1.5\%$ 操作型定義：分母案件之回轉件數/區域級(含)以上醫院接受上轉之門住診申報件數合計
	必要項目3：推動健保醫療資訊雲端查詢系統之成效 績效指標：60類藥品重複用藥日數下降比率 目標值：較去年同期下降10% 操作型定義：60類藥品之重複用藥日數/60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 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%) 操作型定義：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(負向指標) 目標值：最近3年全國平均值*(1+10%) 操作型定義：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：符合中醫針灸標準作業程序(SOP)規範 績效指標： (I)符合「中醫針灸標準作業程序(SOP)規範」合格院所比率 (II)訪視合格院所比率 目標值： (I) 90% (II) 95% 操作型定義： (I)符合「中醫針灸標準作業程序(SOP)規範」合格院所數/申報針灸處置費之院所數 (II)訪視合格院所數/訪視院所數
	必要項目2：中醫假日就診方便性之整體規劃 績效指標： (I)服務人次成長率 (II)醫師數成長率 目標值： (I) 2.20% (II) 1.50% 操作型定義： (I)服務人次：(108年-107年)/107年 (II)醫師數：(108年-107年)/107年

單位/部門	必要項目與績效指標(含目標值)
醫全會— 西醫基層 總額	<p>必要項目1：西醫基層轉診執行概況</p> <p>績效指標：</p> <p>(I)轉診占率</p> <p>(II)基層接受轉診率</p> <p>(III)基層接受慢性病病人轉診率</p> <p>(IV)慢性病病人轉診照護情形</p> <p>目標值：</p> <p>(I)較前1年度指標值增加3~5%</p> <p>(II)較前1年度指標值增加3~5%</p> <p>(III)較前1年度指標值增加3~5%</p> <p>(IV)較前1年度指標值增加3~5%</p> <p>操作型定義：</p> <p>(I)基層轉診件數/西醫部門轉診件數</p> <p>(II)基層接受轉診件數/醫院轉至基層件數</p> <p>註：基層接受轉診件數排除平轉案件</p> <p>(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</p> <p>註：慢性病定義：案件分類為04、08案件</p> <p>(IV)慢性病轉診病人持續就醫歸戶人數/醫院轉至基層慢性病歸戶人數</p> <p>註：(i)持續就醫定義：醫院轉至基層慢性病病人於同院所因慢性病持續就醫兩次以上</p> <p>(ii)慢性病定義：案件分類為04、08案件</p>
	<p>必要項目2：醫療給付改善方案成效</p> <p>績效指標：糖尿病病人照護率</p> <p>目標值：照護率較前1年度照護率增加3.13%</p> <p>操作型定義：當年度申報糖尿病方案相關費用之歸戶人數/當年度糖尿病方案之符合收案條件之歸戶人數</p>
醫院協會— 醫院總額	<p>必要項目1：醫院分級醫療執行成效</p> <p>績效指標：</p> <p>(I)醫院層級轉診率</p> <p>(II)分級醫療垂直整合策略聯盟涵蓋率</p> <p>目標值：</p> <p>(I)較107年件數成長5%~10%</p> <p>(II)95%以上</p> <p>操作型定義：</p> <p>(I)各層級醫院轉診件數/醫院部門各層級總就醫件數</p> <p>(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</p> <p>註：醫院協會建議健保署「新增就醫民眾對分級醫療轉診政策實施滿意度調查」，並列為績效指標3。</p> <p>必要項目2：護病比執行現況</p> <p>績效指標：護病比分級達成率</p> <p>目標值：維持107年成效</p> <p>操作型定義：各層級達成各分級護病比家數/各層級總家數</p>

單位/部門	必要項目與績效指標(含目標值)
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 目標值：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 操作型定義：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 (II)C型肝炎治療涵蓋率(年累計) 目標值： (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)較去年同期提升 操作型定義： (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

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	<ul style="list-style-type: none"> - 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(108 年導入一般服務)^{註 2} - 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫(109 年新增) 	牙醫師公會全聯會
中醫	<ul style="list-style-type: none"> - 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 - 中醫提升孕產照護品質計畫 - 中醫癌症患者加強照護整合方案 - 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 - 中醫急症處置計畫 - 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(109 年新增) 	中醫師公會全聯會
西醫基層	- 家庭醫師整合性照護計畫(含計畫檢討與管控暨執行成果)	健保署
	<ul style="list-style-type: none"> - 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 - 強化基層照護能力及「開放表別」項目(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) - 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(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) - 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(109 年新增) 	醫師公會全聯會
醫院	<ul style="list-style-type: none"> - 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 - 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) - 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型) 	醫院協會
門診透析	- 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫	健保署
跨部門 (醫院、西醫基層)	<ul style="list-style-type: none"> - C 型肝炎藥費(含其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費」，及流用於 108 年 C 型肝炎藥費不足款之經費) - 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) - 鼓勵院所建立轉診之合作機制(非計畫型) - 基層總額轉診型態調整費用(非計畫型) 	
其他預算	<ul style="list-style-type: none"> - 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 - 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(含各部門總額之網路頻寬補助費用執行成果) - 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 - 特殊族群藥事照護計畫(109 年改為「提升用藥品質之藥事照護計畫」) - 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(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：1.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成果報告中提報。

2.104~107 年度專款「牙周病統合照護計畫」執行成果併於一般服務之「牙周病統合治療方案」中提報。

參、健保署及各總額部門 執行成果報告

一、健保署(含整體及跨部門預算)

(一)各總額部門(含門診透析)

一般服務

108年各總額部門 執行報告

中央健康保險署
醫務管理組
副組長 吳科屏

109年7月28日

2

報告架構

一

預算分配與執行

健保總額預算配置
健保現況與挑戰
健保因應策略

-推動分級醫療雙向轉診
-以資訊輔助提升醫療品質
-精準審查及有效管理

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

3

報告架構

六

執行概況—**以病人為中心**

各整合方案

七

執行概況—**公平面**

可近性
弱勢族群保障
偏鄉照護計畫
審查及查核

八

結論

4

預算分配與執行

健保總額預算配置

健保現況與挑戰

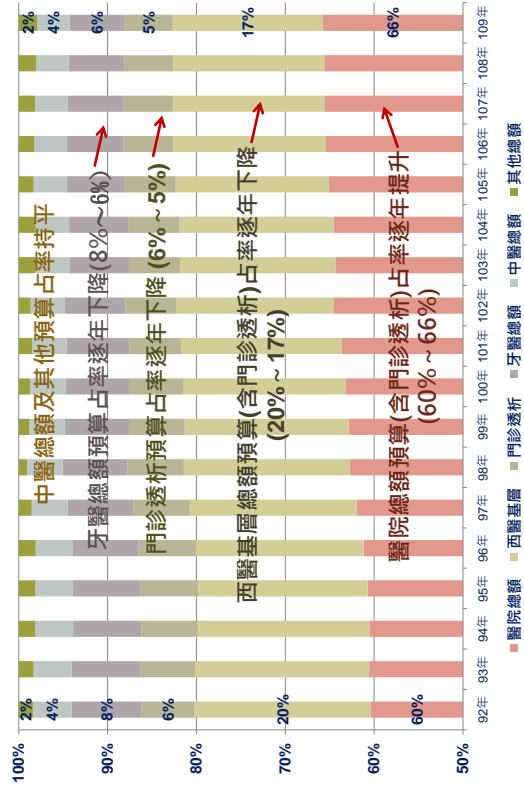
健保因應策略

- 推動分級醫療雙向轉診
- 以資訊輔助提升醫療品質
- 精準審查及有效管理

5

92-109年各總額部門之預算占率

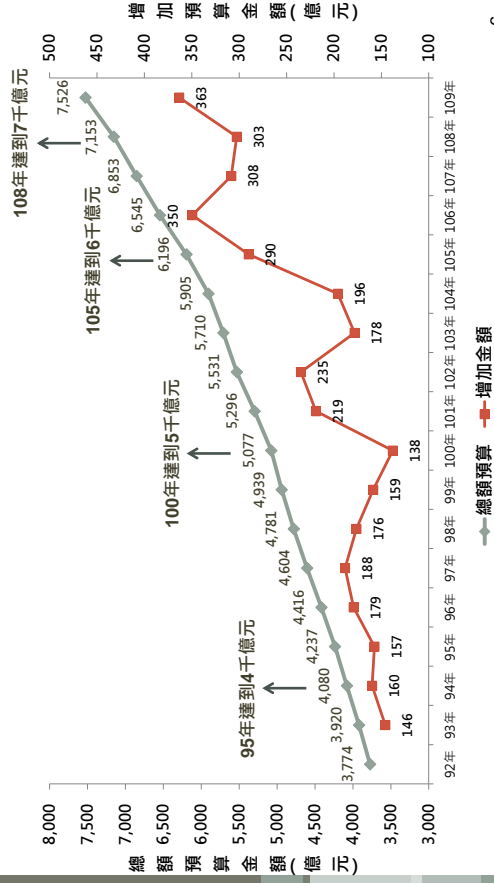
醫院總額預算占率逐年提升，西醫基層、門診透析、牙醫逐年下降。



7

92-109年總額預算

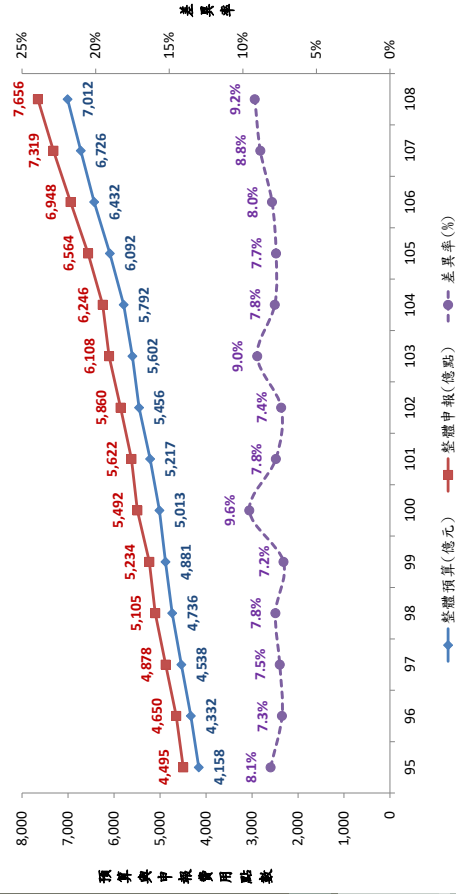
109年總額預算達7,526億元(成長率5.237%)·增加363億元;
較92年·總額預算成長2倍。



6

歷年總額預算與申報點數_各總額合計

歷年總額預算申報點數之差異率介於8%-9.6%。



- 註：1. 申報費用不含代辦、其他部門、自墊接退、並扣補付...等申報之點數。
2. 整體預算係指總額部門(不含其他預算)之預算(與實際支付數不同)，包含一般服務預算及專款等項目。
3. 因95年起預算其改依部門總成長率協定，故資料由95年開始呈現。

8

108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0.7%(牙醫)~43.4%(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	2273 50.6%	784 67.1%	402 92.3%	143 57.6%	352 92.1%
-結算非浮動金額	1948 43.4%	338 28.9%	3 0.7%	100 40.4%	30 7.9%
專款預算	270 6.0%	46 4.0%	30 7.0%	5 2.0%	

註：108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、住診之職事服務費、門診手術、住院手術費、藥品費、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(前一季度門診平均點值)。
2. 西醫基層部門：論病例計酬案件、血品費相關項目、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回醫療服務計畫」之論量計劃案件
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。

9

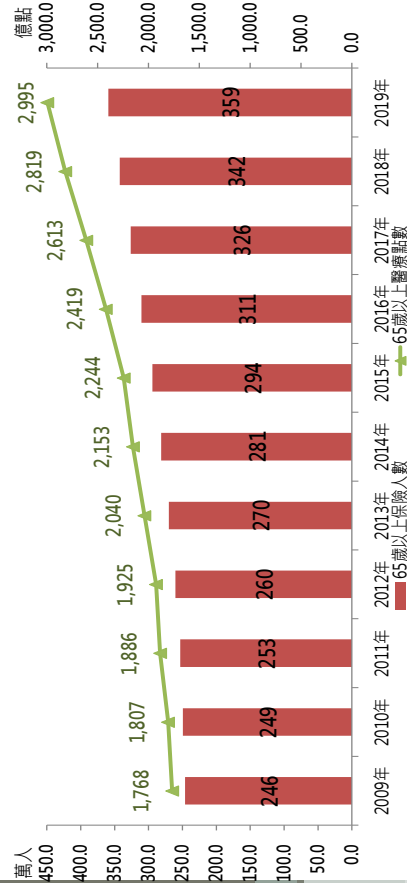
健保現況與挑戰

- 人口老化
- 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

10

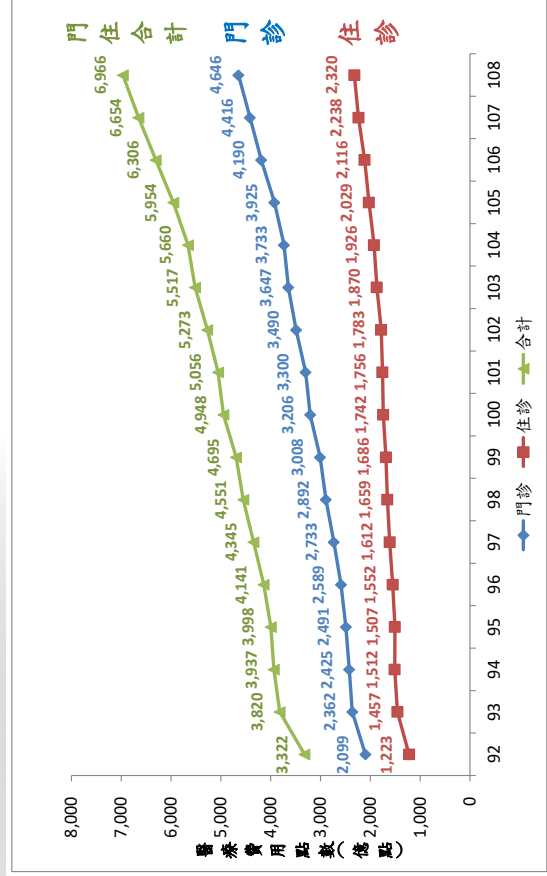
近10年人口老化醫療費用趨勢逐年上升

2009年65歲保險對象人數約占10.82%，醫療費用約占34.48%。
2019年65歲保險對象人數約占15.12%，醫療費用約占38.75%。



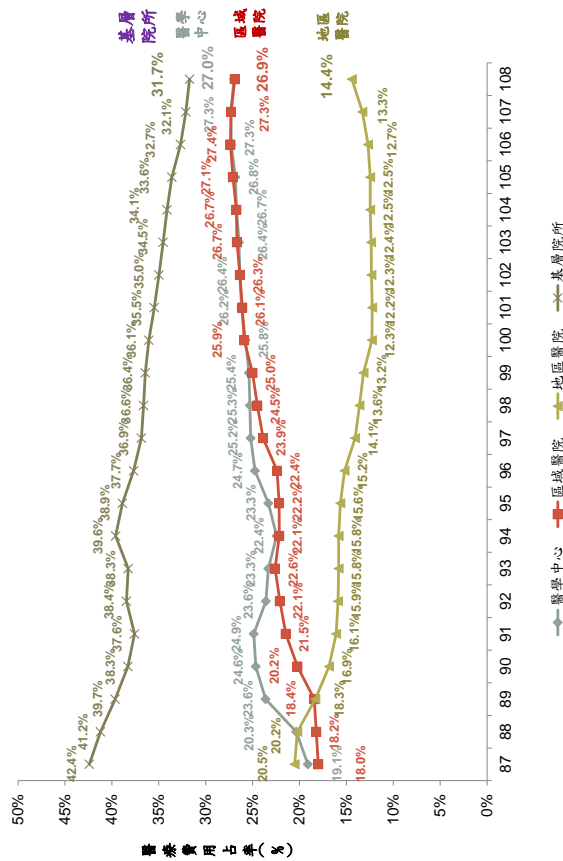
11

西醫歷年醫療點數趨勢



12

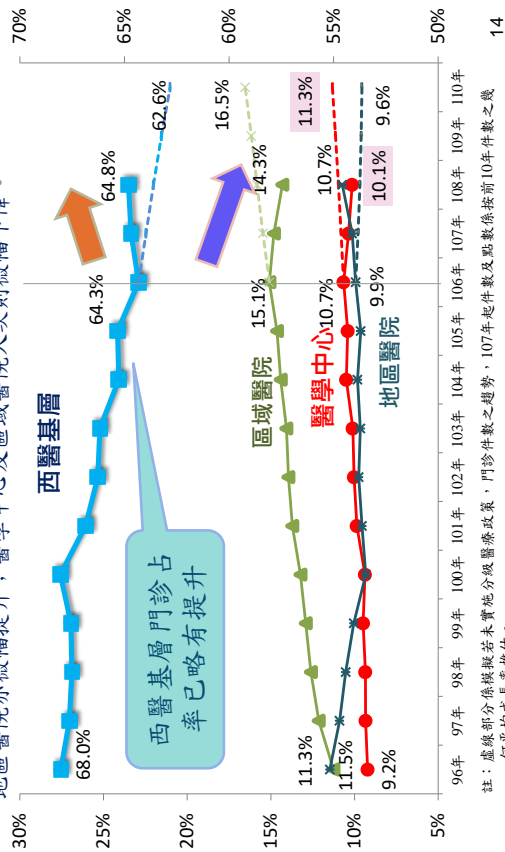
西醫門診各層級醫療費用占率趨勢



13

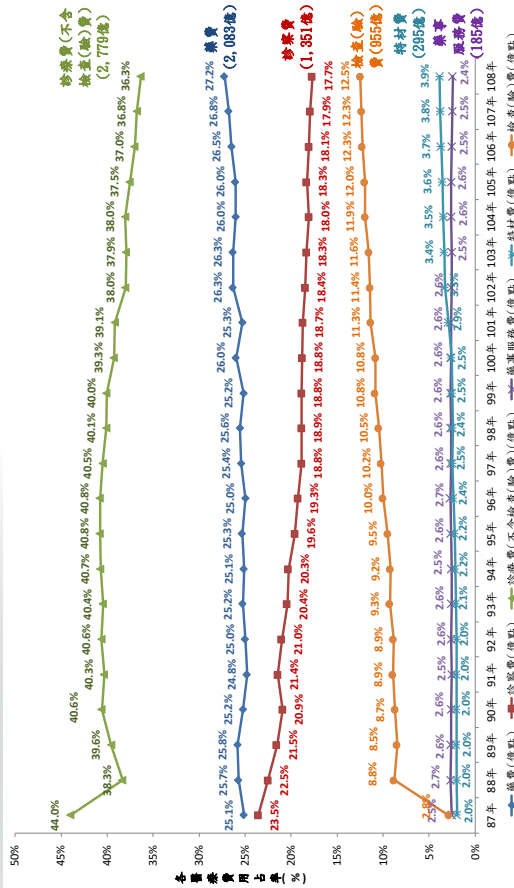
西醫門診各層級人次占率趨勢

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。



14

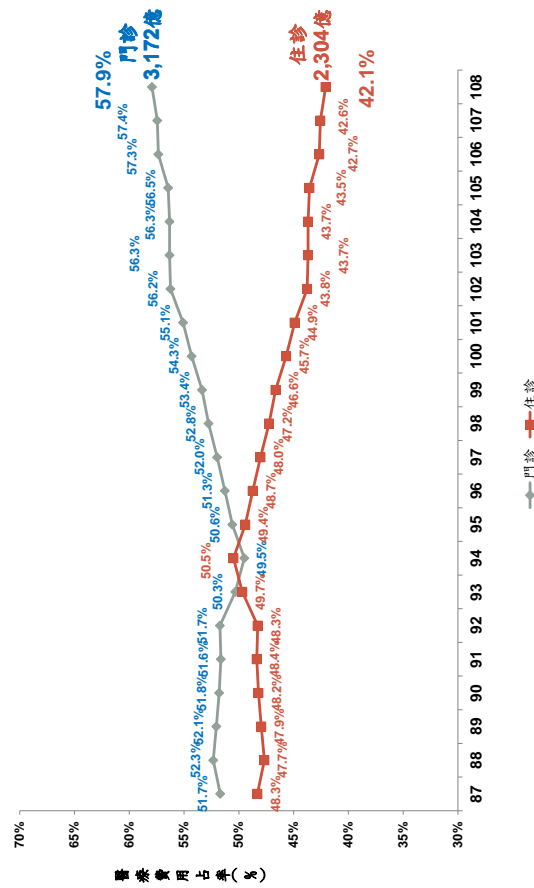
歷年醫療費用之分項費用占率趨勢



註：1.資料範圍：總額內案件(排除門診案件)，且含住院與交付轉轉之費用。
2.診察費：包括醫師診察、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。醫院門診醫療支付點數內含10%護理費，住院則另含護理費。
3.診察費在住院案件排除診察費、藥費、藥事服務費與特殊材料費以外之其他分項費用合計，如：手術、治療、處置。
4.特設費(含)在門診與交付轉轉案件排除(含)門診點數(含)2項為06至33)合計，在住院為明細之檢查(含)點數。

15

醫院門、住診費用占率趨勢



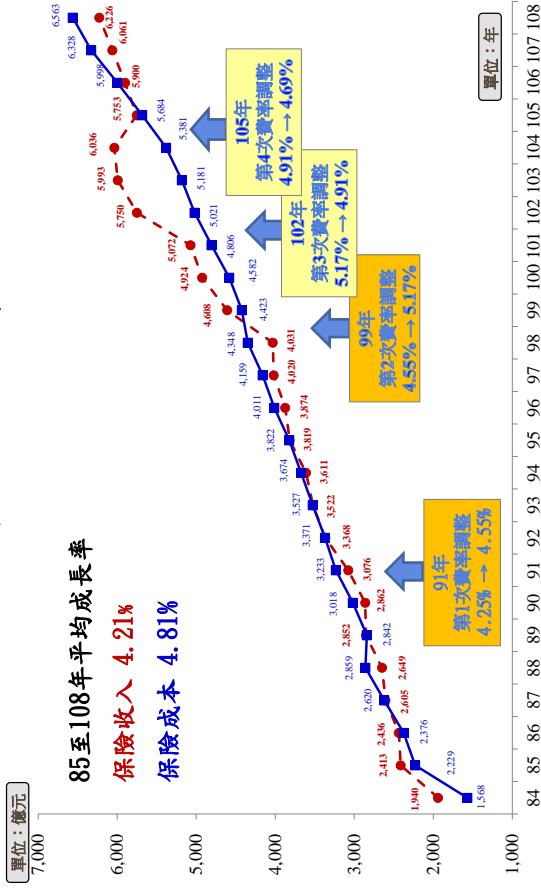
16

近10年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	362.8	14.7%
65歲以上但非重大傷病	824.9	33.4%
有重大傷病但非65歲以上	333.1	13.5%
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)	951.1	38.5%
總計	2,471.9	100.0%

17

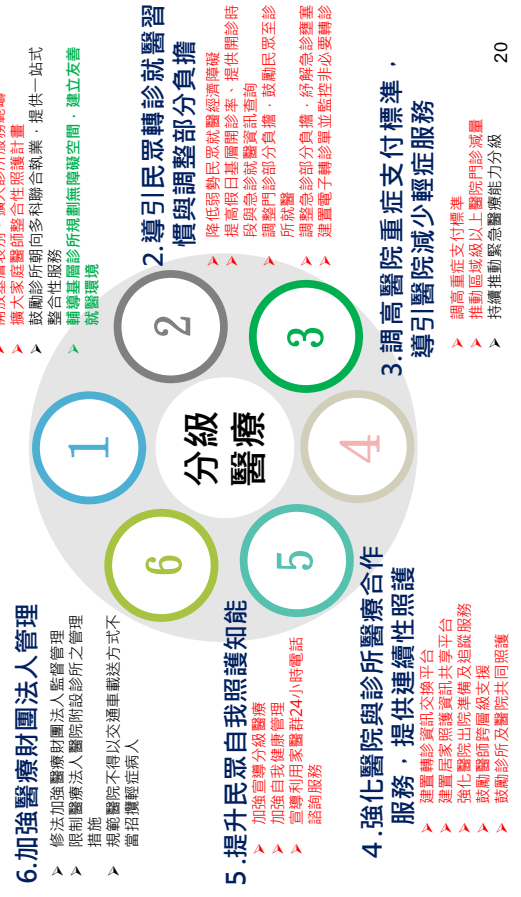
健保歷年財務收支情形



註：截至109年5月底，保險收支累計結餘為1,531億元，約當2.75個月保險給付支出。18

分級醫療的推動策略

紅字為健保署權責

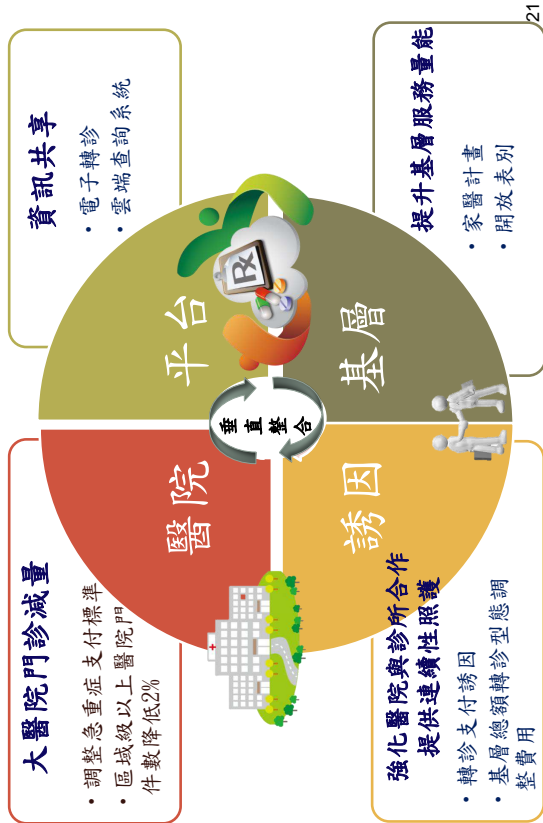


19

3 健保因應策略

- 推動分級醫療雙向轉診
- 以資訊輔助提升醫療品質
- 精準審查及有效管理

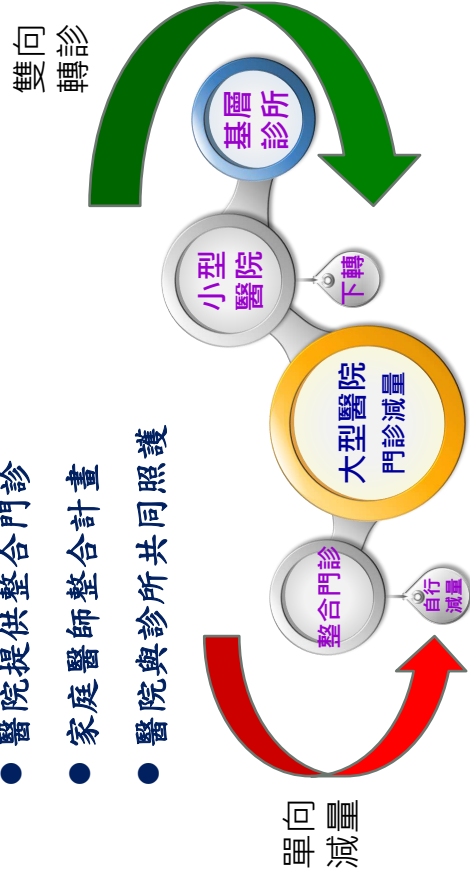
推動分級醫療雙向轉診策略



21

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



22

106-109年推動分級醫療編列之預算

項目	106年	107年	108年	109年
億元				
鼓勵院所建立轉診之合作機制	醫院	2.58	6.89	6.89
基層	1.29	2.58	2.58	
基層總額轉診型態調整費用		13.46	13.46	10.00
基層開放表別	2.5	4.5	7.2	8.2
家庭醫師整合照護計畫	15.8	28.8	28.8	35.0

23

大醫院門診減量

- ▶ 108年起醫學中心與區域醫院之門診件數，件數不得超過106年96.04%(98%×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	每人400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	接受轉診診察費加算200點	每人400點

- ▶ 暫不實施醫院門診合理量。
- ▶ 為利醫界全力配合防疫，109年起門診減量暫緩執行，第1季不核扣。

24

社區醫院及基層診所量能提升

社區服務更深入

- ▲開放表別(108年編列7.2億，109年編列8.2億)
- ▲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

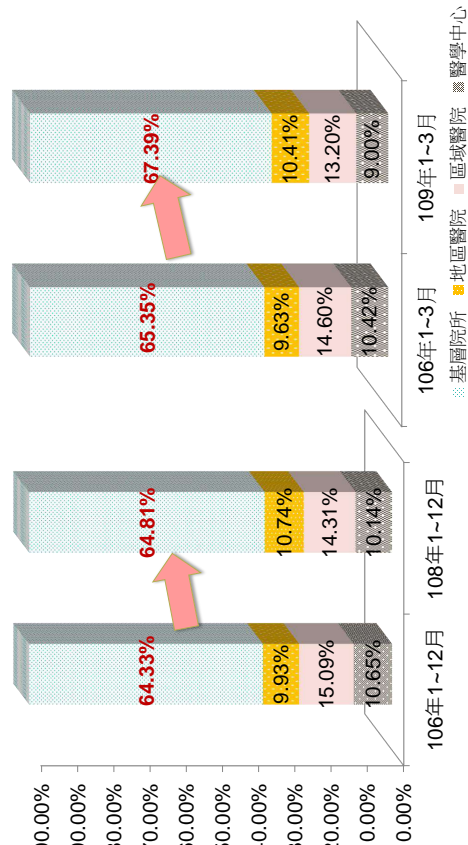


可近性加強

- ▲家庭醫師整合性照護計畫(108年執行28.8億，109年編列35億)
- ▲假日開診地區醫院假日診察費加成)

25

各層級門診件數占率變動



資料來源：健保署二代倉儲：門診明細檔（109.5.6擷取）。就醫日期106/109年1-3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、慢速送調劑、病理中心、就醫併同開立BC肝用藥、其他依規定採併報案件。

27

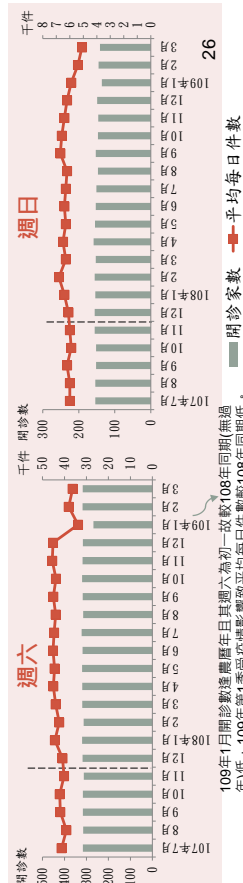
鼓勵地區醫院假日開診

- 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

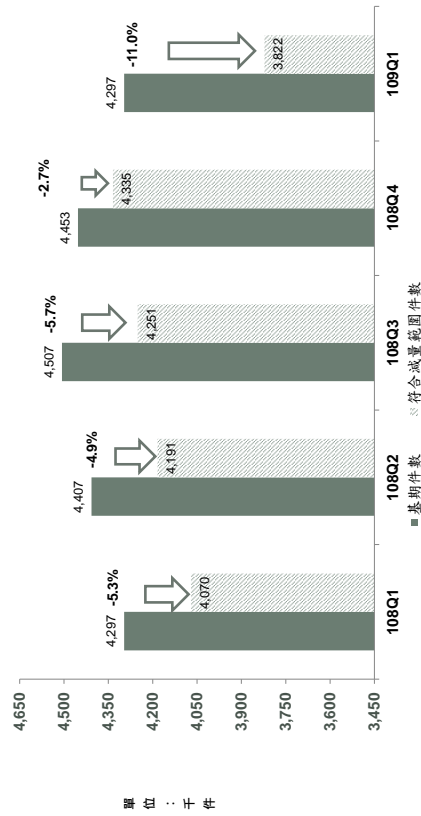
- 執行内容

- 增列地區醫院假日門診案件加一成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另獎勵地區醫院夜間開診，108年1月1日起地區醫院夜間門診診察費加一成10%。



區域醫院以上門診減量2%-醫學中心

108年~109年第1季執行情形

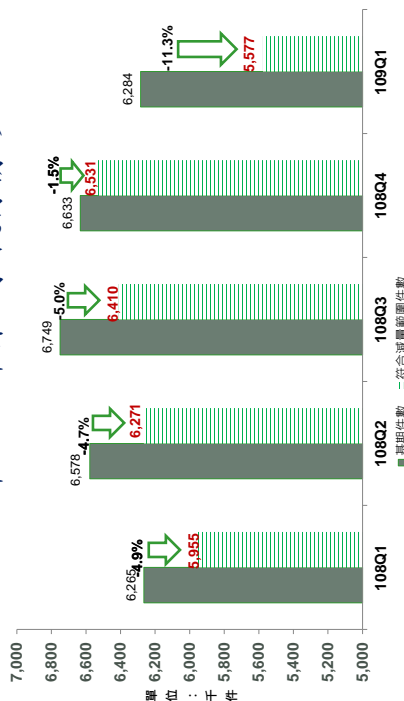


108全年醫學中心減量幅度4.6%，已達目標值-3.96%。
109年門診減量措施已暫緩執行，第1季亦不核扣。

28

區域醫院以上門診減量2%-區域醫院

108年~109年第1季執行情形



108全年區域醫院減量幅度4.0%，已達目標值-3.96%。
109年門診減量措施已暫緩執行，第1季亦不核扣。

29

推動院所垂直整合計畫

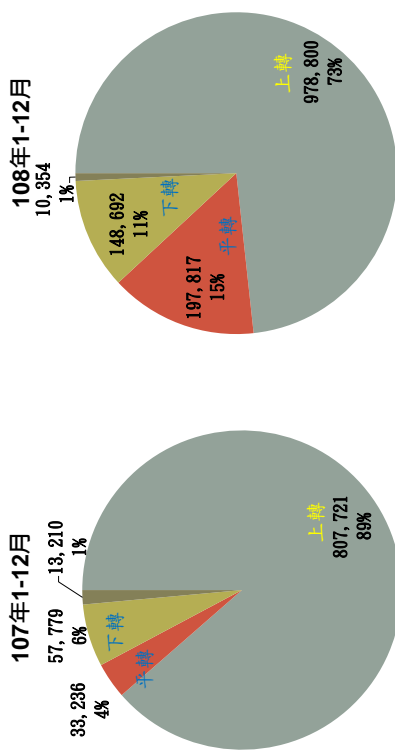
強化院所醫療合作，提供連續性照護



31

轉診(轉入)案件分析

1. 總轉診件數264萬件中，轉入案件為133.6萬件
2. 133.6萬件中，上轉97.9萬件，平轉19.8萬件，下轉14.9萬件
3. 下轉件數較前一年同期增加 **1.6倍**
4. 下轉占率由6%增加到**11%**

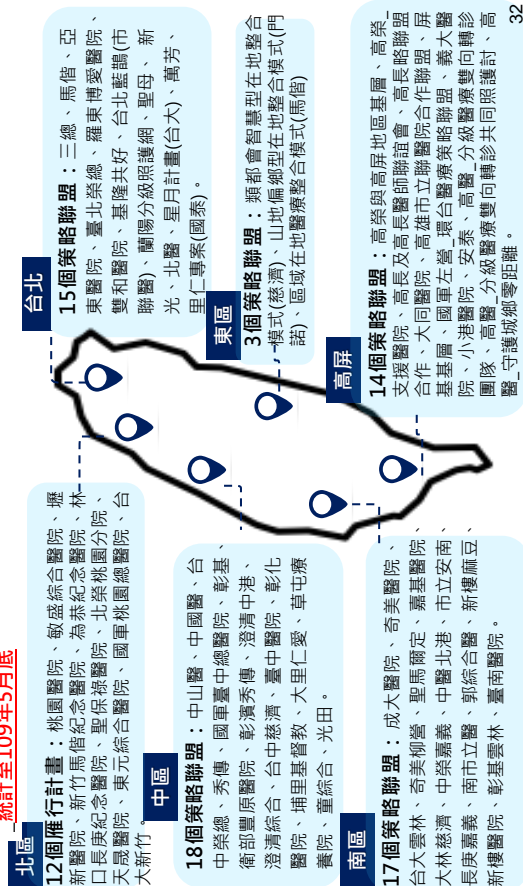


*者係資料不全，無法判斷為上轉、平轉或下轉者。

30

各院所間組成垂直整合聯盟

79個策略聯盟，共**7,177**家特約院所 (醫中**24**家、區域**82**家、地區醫院**308**家、基層診所**6,608**家及藥局**1**家、居護所**140**家、康復之家**10**家、助產所**1**家、居家呼吸治療所**3**家)
統計至109年5月底



32

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。

33

108年本署委託國立陽明大學研究計畫

「分級醫療制度下醫療服務整合模式評估與初探」建議

- 建立合作及互信需要時間，應持續觀察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。
- 下轉案件有限，顯示對基層院所量能的缺乏信心，建議要全面提升基層醫療服務量能、基礎合作能力以及基層專業能力。
- 健保署雖提供多項誘因以促進醫療機構間垂直整合，如能進一步協助降低醫療院所合作的行政障礙，及透過強化聯盟內院所共同的財務誘因，讓策略聯盟內的院所能有一致的目標，將能促進實質的臨床服務整合。
- 持續提升民眾自我照護知能或透過政策配套，讓民眾自發性前往基層就診或願意下轉是至關重要的。

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。

34

健保資訊上雲端 分級醫療跨大步

健康名人堂



李伯璋

為持續提升民眾就醫中心意識，提升基層醫療服務量能，並促進民眾對分級醫療制度的信心，健保署自今年起，將全面推動「健保資訊上雲端」計畫，將原本分散在各院所的醫療資訊系統，整合到一個統一的平台上，以利民眾查詢、預約、轉診等。這項計畫將分為兩階段進行，第一階段將先整合門診、急診、檢驗、影像等資訊，第二階段則將整合住院、手術、藥費等資訊。目前，已有部分院所完成上雲端，預計今年底可全部完成。這項計畫的實施，將有助於提升醫療服務的品質，並減輕民眾就醫的負擔。

（本文作者為參加台灣加計分級醫療計畫之醫師，現任陽明醫院內科醫師，曾任陽明醫院內科主任醫師，現任陽明醫院內科主任醫師。）

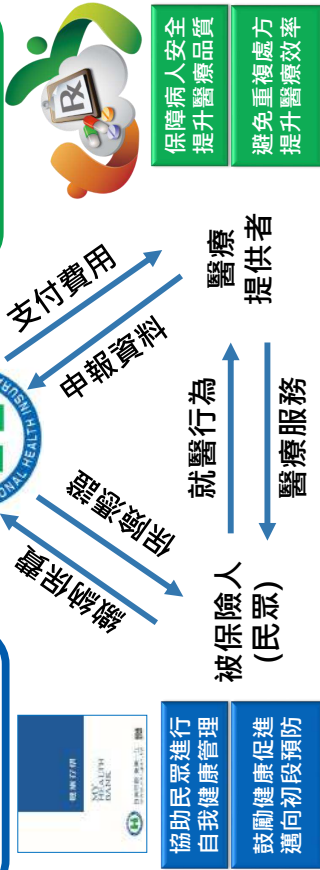
36

以資訊輔助提升醫療品質

健康存摺
103年實施
民眾隨時取得
完整醫療資料
及保險狀態

中央智慧系統(CIS)

雲端查詢系統
102年實施
醫事人員即時
查詢病人過去
就醫與用藥紀錄



37

健保醫療資訊雲端查詢系統

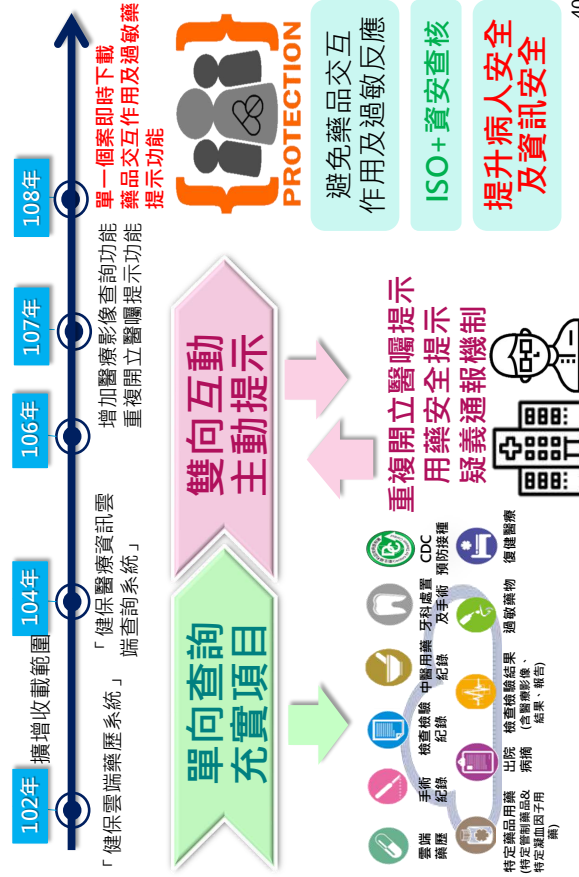
39

健保署近年在醫療資訊的努力



38

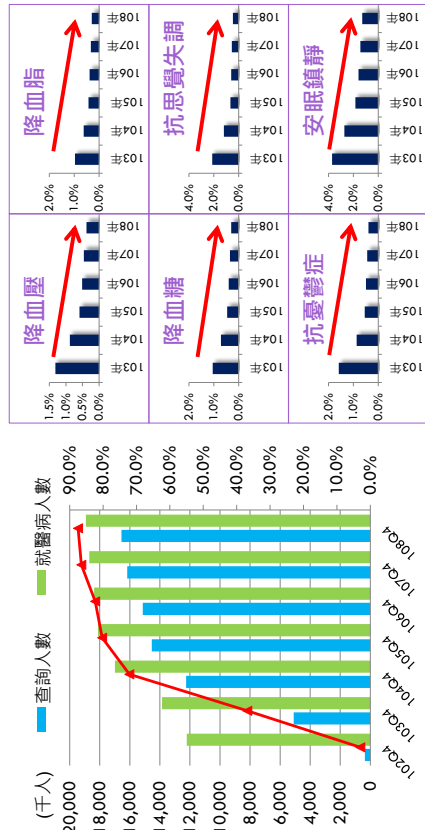
健保醫療資訊雲端查詢系統發展歷程



40

執行成效-1

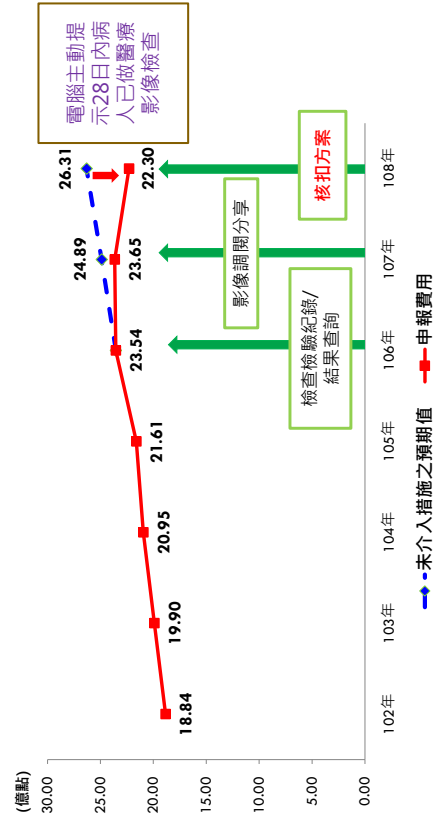
- 雲端查詢率逐年成長至87.5%
- 跨院所用藥日數重疊率逐年降低



41

執行成效-3

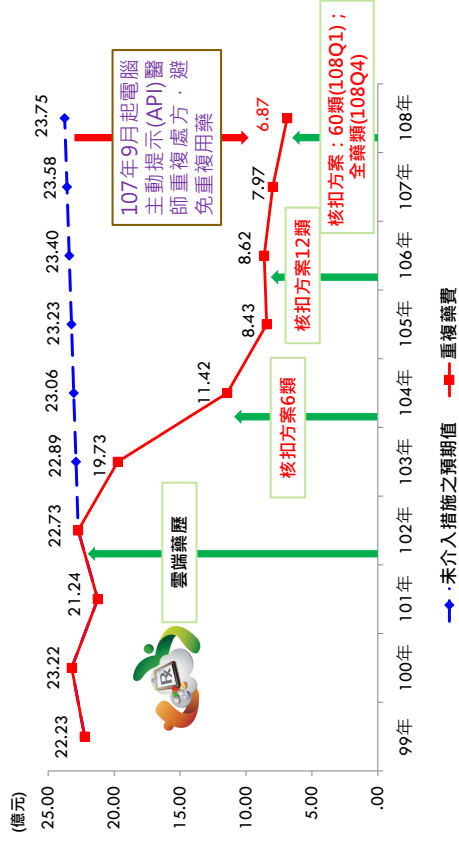
- 減少重複檢查檢驗管理成效(API提醒機制)
估算107-108年減少44類重複檢查檢驗費用約5.3億點



43

執行成效-2

- 減少重複藥費管理成效(API提醒機制)
估算103年至108年減少全藥類重複藥費約76.9億元



42

辦理健保醫療資訊雲端查詢標準學習分享會

- 於108年12月舉辦，70家醫療院所到場參加觀摩。



44

未來發展

109年持續完善各項健保醫療資訊雲端系統功能

➢ 提升醫師及藥師使用意願、資訊安全及病人安全



45

健康存摺

46

健康存摺建置目的

❖ 健康存摺

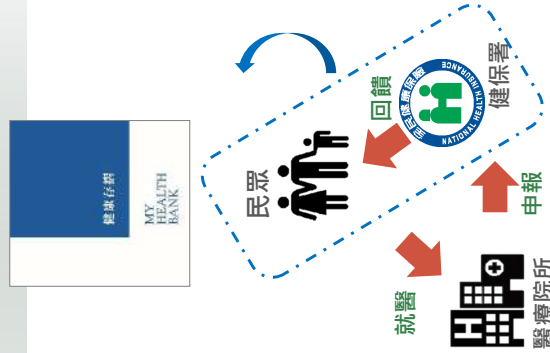
- 是一個線上查詢系統，能查詢自己的就醫及健康資料。

- 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

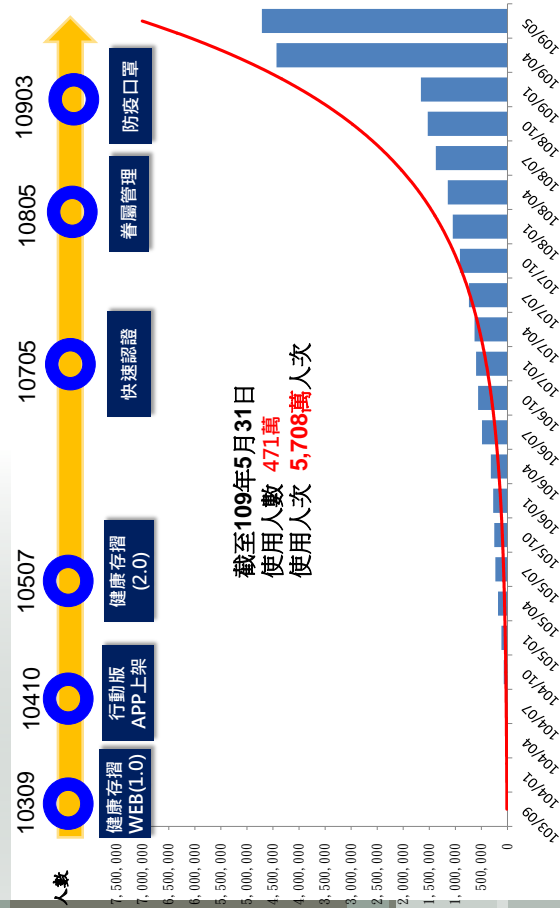
- 運用ICT科技，將個人健康資料還給個人，落實知情權與健康自主，協助民眾做好自我健康管理。

- 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。



47

健康存摺發展軌跡與使用情形



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。

The diagram illustrates the Health Record system, which stores medical data for 3 years and presents it in visual formats. The components include:

- 【醫療檢查影像】** (Medical Examination Images): Displays X-ray images of the lungs.
- 【檢驗數據趨勢圖】** (Trend Chart of Examination Data): A line graph showing trends over time (e.g., 1/15, 3/15, 5/15, 7/15, 9/15).
- 【用藥資料】** (Medication Data): Includes a bar chart showing medication usage (e.g., 門診用藥, 住院用藥, 手術用藥, 最高用藥) and a list of medications (e.g., Metoprolol, Piroxicam, Levocetirizine) with their dosages.
- 【門診資料】** (Outpatient Data): A table showing outpatient visits, including date, time, doctor, and diagnosis.
- 【手術資料】** (Surgery Data): A table showing surgical procedures, including date, time, doctor, and diagnosis.
- 【牙醫資料】** (Dental Data): A diagram of a dental arch showing teeth numbered 1 to 32, with a legend for different types of dental work (e.g., 拔牙, 鑲牙, 補牙, 矯正, 牙周病).

資料多元

[illegible]

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】

接種日期	疫苗中文名稱	辦事機構
2016/02/15	日本腦炎疫苗	中國疾病預防控制中心
2016/03/27	7價結合型肺炎球菌疫苗	中國疾病預防控制中心

【成人預防保健結果】

檢查項目	最近一次	上一次
檢查日期	103/07/16	100/12/10
檢查機構	中國疾病預防控制中心	中國疾病預防控制中心
電話	04/22583988	04/22583988

檢查項目	最近一次	上一次	單位
身高	163	163	cm
體重	71	75	Kg
BMI (身體質量指數)	32	37	Kg/m ²
腰圍	26.7	28.2	吋/公分

【癌症篩檢結果】

檢查項目名稱	癌症篩檢結果
門診日期	107/05/25
檢查醫師姓名	鄭志遠醫師
檢查 (檢) 結果	異常
建議	異常說明: 建議每2年定期接受糞便潛血檢查，增加腸癌早期發現，降低腸癌、任何腸道惡性腫瘤發生、任何腸性癌發生，所以應定期接受糞便潛血檢查，有任何異狀，均應接受篩檢。

【器損/安寧註記】

健保卡註記日期	器損/安寧註記結果
104/12/20	同意安寧緩和醫療、同意不施行心肺復甦術、同意不施行生命維持(養)生醫療(養)

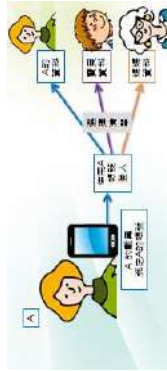
【生理量測】

生理量測
收縮壓 110 mmHg
舒張壓 80 mmHg
心率(心跳) 78 次/分鐘
脈衝(心跳) 117 mg/dl
體重 51 公斤
身高 170 公分
BMI 17.6 公斤/平方公尺
腰圍 71.6 公分

新增功能

眷屬健康管理 (1080507)

- 為利老人、小孩也可以透過家人手機利用「健康存摺」進行健康管理。
- 截至1090531該功能已使用次數約150萬次，使用該功能人數逾20萬人。



收載自費檢查資料 (1071201)

- 方式：鼓勵院所上傳、民眾登入健康存摺自行登打。
- 截至1090531，醫事機構計上傳約計679,151筆資料 (18,385人)。
- 民眾登入健康存摺自行登打，約計18,951筆資料 (13,400人)。

The screenshot shows a table of medical checkups with columns for checkup name, date, and status. The table lists various checkups like 'Blood Pressure Measurement' and 'Blood Sugar Measurement'.

53

新增功能 (續)

◎為利國民健康署我的健康讀會員資料與健康存摺使用者資料整合，依衛福部資訊處規劃新增功能

飲食熱量攝取

The screenshot shows a table of food intake with columns for food name, quantity, and nutritional values (protein, fat, carbohydrates, fiber, and calories). The table lists various food items like 'Rice', 'Vegetables', and 'Meat'.



卡路里消耗

The screenshot shows a table of calorie consumption with columns for activity name, duration, and calorie consumption. The table lists various activities like 'Walking', 'Running', and 'Swimming'.



新增功能 (續)

購買紀錄

The screenshot shows a table of purchase records with columns for purchase name, date, and status. The table lists various purchases like 'Masks' and 'Gloves'.

人道援助

The graphic shows the humanitarian aid program for mask distribution. It includes text in Chinese and English explaining the program and how to apply for assistance.

54

未來規劃

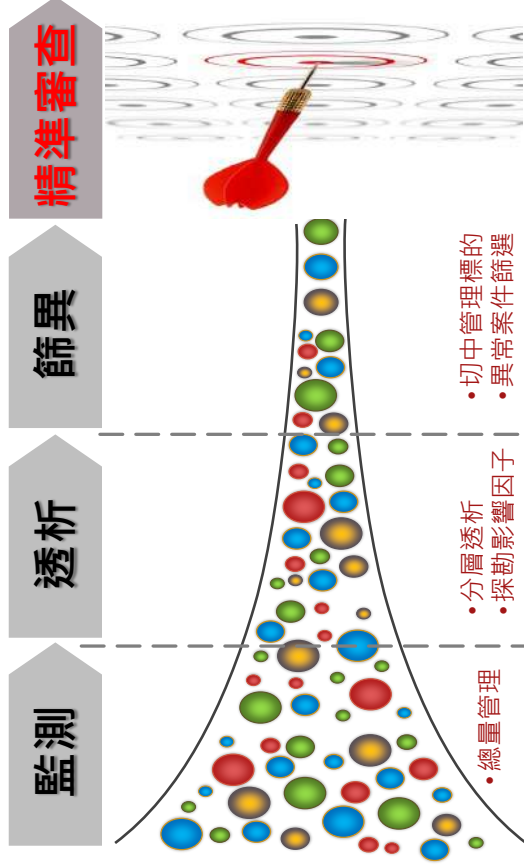
- 增進使用者黏著度，精進UI (User Interface) 使用者介面及UX (User Experience) 使用者體驗。
- 精進功能：優化就醫記錄查詢、強化推播提醒服務與手機行事曆結合、新增醫療給付改善方案之收(結)案紀錄，豐富就醫資料。



56

精準審查

--醫療利用量的監控概念



58

精準審查

57

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

59

精準審查--審查朝智能化

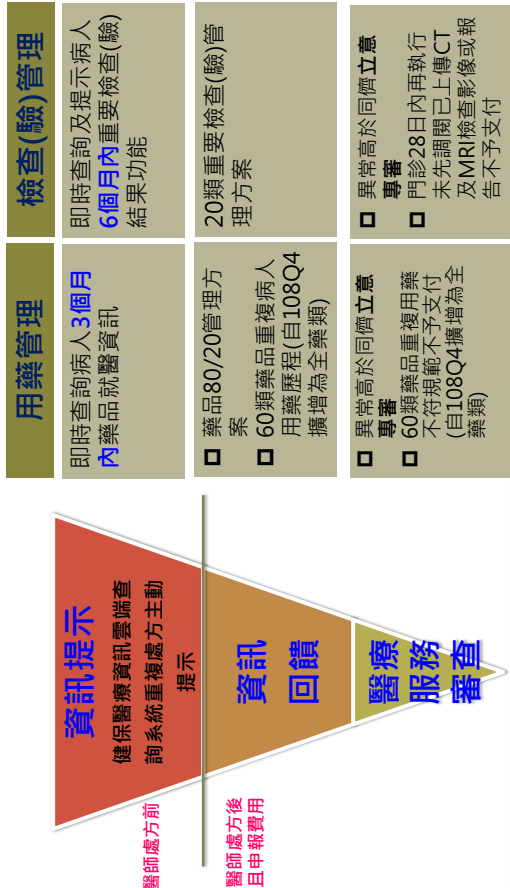
◆強化資訊科技與醫療專業參與

- 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



60

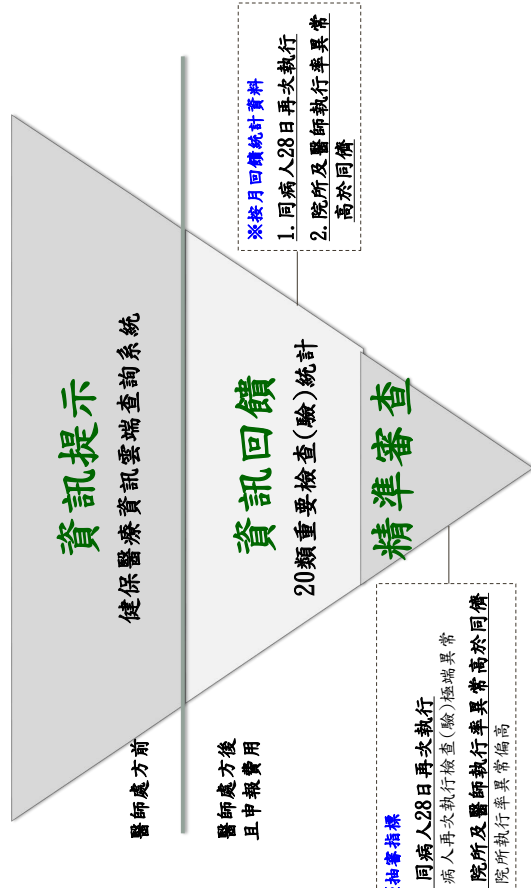
精準審查—用藥及檢查(驗)之管理



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

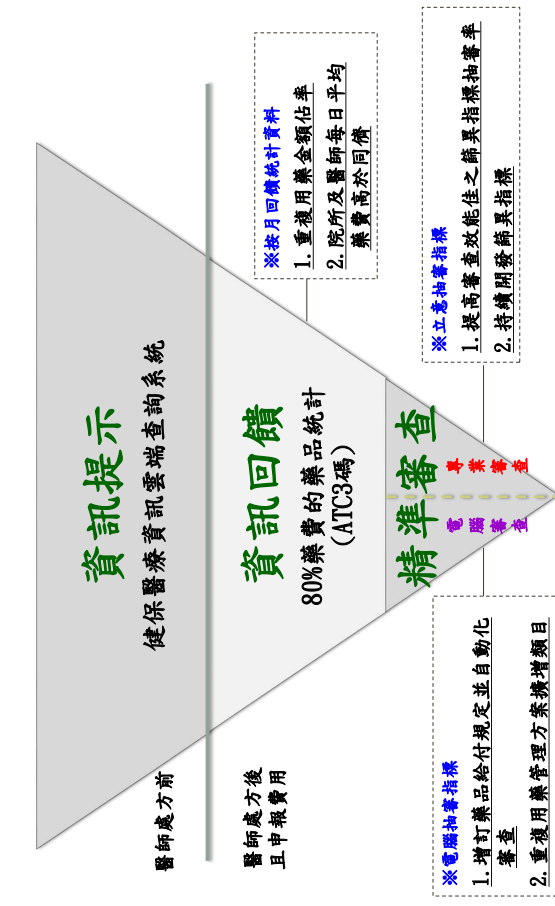
61

精準審查-108年20類重要檢查(驗)管理方案-1



63

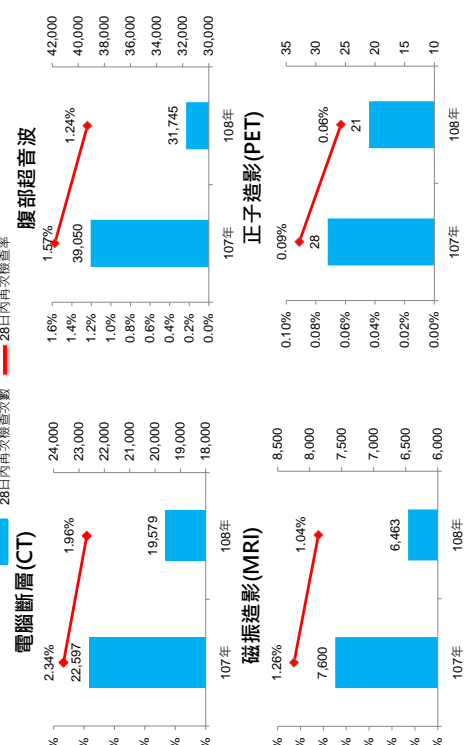
精準審查-藥品80/20管理方案



62

精準審查-108年20類重要檢查(驗)管理方案-2

108年CT、MRI、腹部超音波、正子造影28日內再檢查次數及比率分析



1. 資料來源: DA指標2734、核醫(驗)管理資訊評估統計
2. 統計期間: 107/01 - 108/12
3. 列入計算與否: CT指標(33070B、33071B、33072B)、MRI指標(33084B、33085B)、PET指標(36072B)腹部超音波指標(19001C、19009C)
4. 列入計算與否: 重覆用藥中以同病人ID在28日內重複檢查之案件、MRI、PET、腹部超音波執行之案件、有為重複之分母案件列為分子

64

各總額部門執行情形

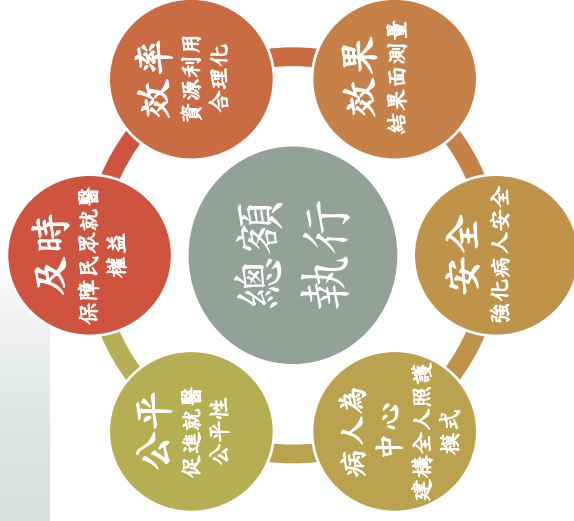
- 一、客觀數據
- 二、主觀調查

65

健保於總額下推動各項重點措施



67



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

66

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

68

新醫療科技預算

項目	104年	105年	106年	107年	108年
醫院					
成長率	0.646%	0.503%	0.531%	0.844%	0.714%
增加金額(億元)	22.755	18.535	20.63	34.40	30.19
西醫基層					
成長率	0.122%	0.082%	0.080%	0.106%	0.037%
增加金額(億元)	1.20	0.83	0.84	1.16	0.42

69

新醫療科技-新藥

● 104-108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	
104	3	18	19	40
105	4	12	10	26
106	6	14	22	42
107	2	13	36	51
108	9	24	18	51
合計	24	81	105	210

*本表所指新藥為104至108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代辦品項(戒菸、流感疫苗及流感抗病毒藥劑))

70

新醫療科技-新藥(收載51項)

- 第1類新藥9項，分別用於治療局部晚期或轉移性乳癌的停經後婦女之初始內分泌或是以內分泌治療時疾病惡化後的治療、慢性淋巴球性白血病 (CLL) 等。
- 第2A類新藥24項，分別用於治療黑色素細胞瘤治療無法切除或轉移性黑色素瘤病人、治療一歲以上糖尿病患者、肢端肥大症、適合接受全身性治療或光療法的中至重度斑塊性乾癬成人病人、自體顯性多囊性腎臟病(ADPKD)且eGFR大於25mL/min/1.73m²之慢性腎臟病成人患者等。
- 第2B類新藥共18項，分別用於治療第二型糖尿病、因輸血而導致慢性鐵質沈著症(輸血性血鐵質沉積)的成年人及2歲以上兒童患者等。

71

新醫療科技-新特材

● 104-108年收載新特材之品項數

收載年度	創新功能	功能改善	總計
104	7	53	60
105	52	54	106
106	31	53	84
107	31	40	71
108	27	39	66
合計	148	239	387

72

新醫療科技-新診療項目

● 104-108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 (百萬元)
104年	27	300	253.71
105年	26	300	300.19
106年	21	393	391.91
107年	31	400	394.76
108年	21 ^(註1)	400	387.13
	2 ^(註2)	100	0

註1：108年新增加項目計15項，修訂項目計6項。

註2：108年新醫療科技診療項目就未列項編列1億元；惟因院所未列項目提報之新增診療項目計51項，「胸骨切除術」經109/3/12共同擬訂會議通過，修訂67001B及67038B之備註；「HLA-B 5801」及「大腸金屬支架置放術」(計5項建議)經提共同擬訂會議及專家諮詢會議後，須補充資料後再提會；「經前部全層眼瞼切開術」院所表示撤案；27項新增建議已函請提案院所補件，另其餘項目將盡速辦理。

73

二 執行概況——及時性

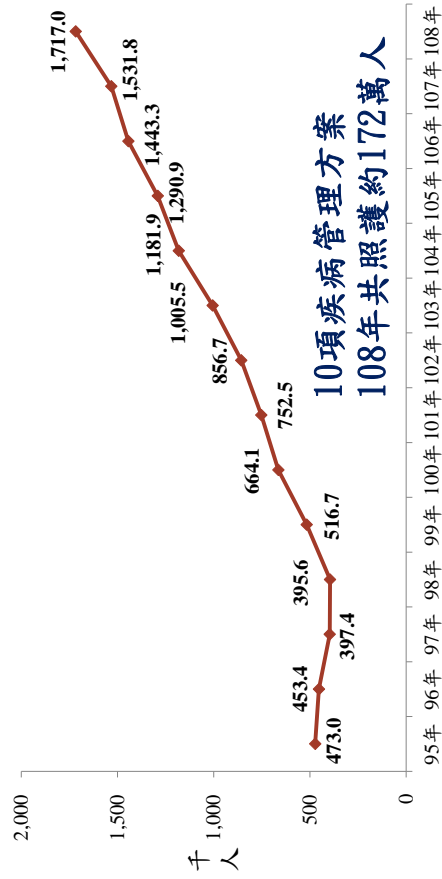
新醫療科技之導入

疾病管理方案

民眾就醫可近性

74

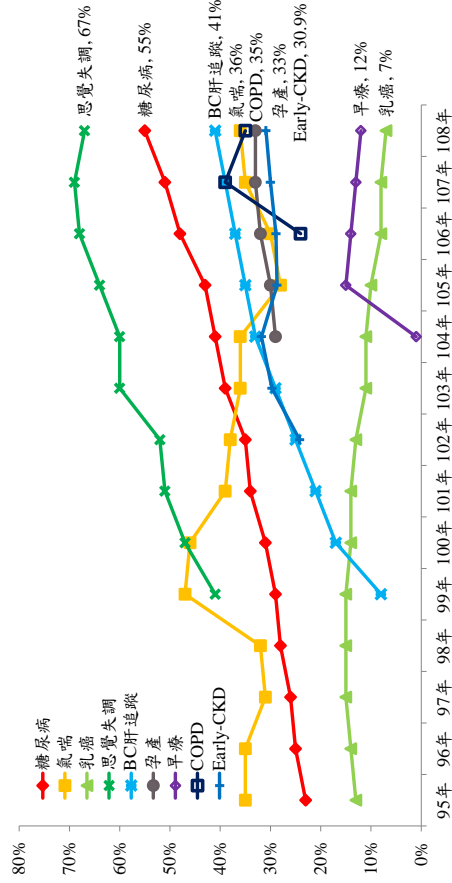
疾病管理方案-照護人數



註：疾病管理方案照護人數係統計論質方案(糖尿病、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、提升醫院用藥安全與品質方案)及Early-CKD方案之收案數。

75

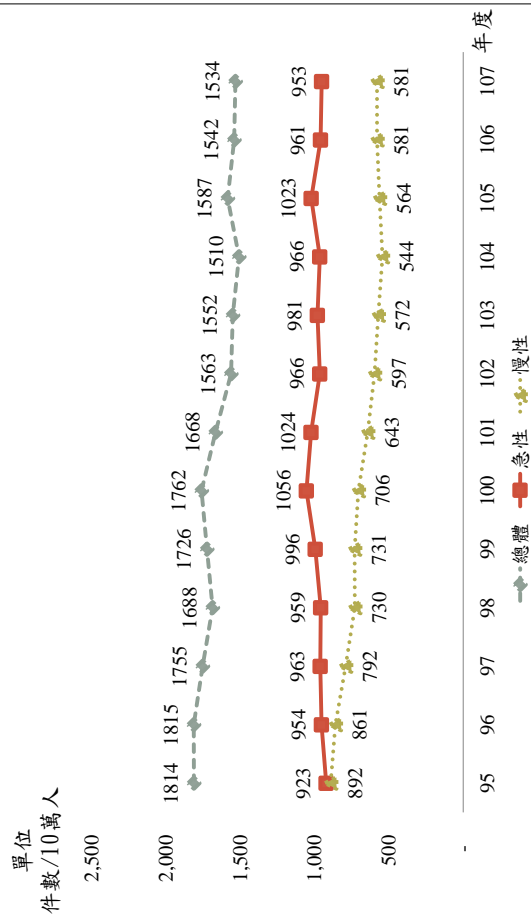
疾病管理方案-照護率



註1：照護率 = 分子：當年度申請該方案相關費用之門診戶數；分母：當年度該病之符合收案條件之門診戶數(糖尿病)或當年度申請該病診療之門診戶數(氣喘、乳癌、思覺失調、B、C肝患者)。
分母：當年度該病之符合收案條件之門診戶數(糖尿病)或當年度申請該病診療之門診戶數(氣喘、乳癌、思覺失調、B、C肝患者)。
註2：糖尿病方案99年或當年度收案條件之門診戶數，99年以前分母是以門診主診醫師493戶人數，排除兩次就醫於40天者。99年開始分母是以門診主診醫師493戶人數，60天內同院所就醫2次以上。
註3：高血壓方案因門診常合併多種疾病，例如糖尿病、慢性腎臟病等，故未再以該病別單獨另列計畫追蹤，自102年1月1日起停止試辦。
註4：早期療育計畫係以團體提供全人照護，門診較高，故照護率均維持10%。另乳癌方案因參照醫院僅5家，照護人數有限。

76

可避免住院指標趨勢

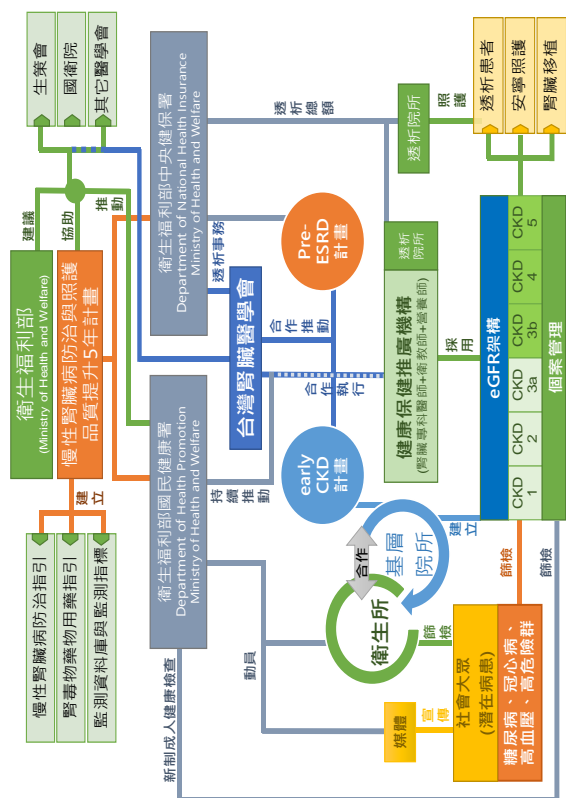


減緩腎臟病人病程進度相關措施

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。

- 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。
 - 108年共有999家院所參與，累計收案數為86.9萬人。
- 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。
 - 108年有244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69.0%，逐年增加。

防治腎病建構跨單位合作模式



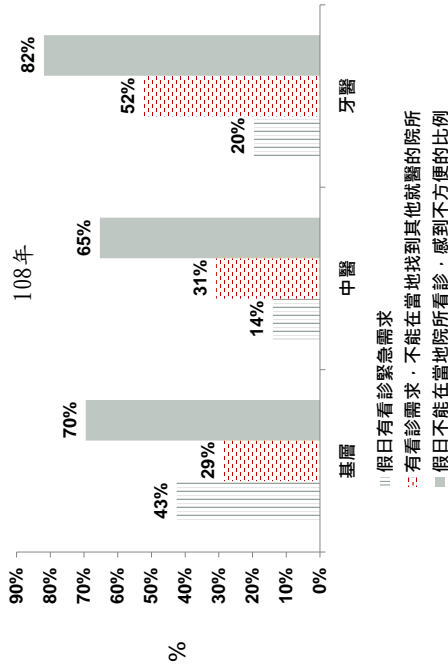
二 執行概況——及時性

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. 醫務人員亦需適度休息，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. 1. 有者請答：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. 1. 否者請答：請問您(他)【就醫者】是否因而感到不方便？

81

民眾就醫可近性-提升基層假日開診率

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。

83

民眾就醫可近性-提升牙醫假日開診率

- 增修牙醫急症處置相關診療項目及假日急診處置
- 提高支付誘因，以增加牙醫急症處置便利性

離島地區假日門診案件診察費加計20%：
新增通則八：離島地區牙醫診所週六、週日及國定假日之牙醫門診案件，門診診察費得加計20%

調升山地離島地區之牙科門診診察費10點(105.4.1生效)



醫院牙醫夜間急診案件特定處置費加計50%：
新增通則七：地區醫院、區域醫院及醫學中心牙醫師之夜間(晚上9時至隔日早上9時)急診案件申報特定處置費，得加計50%。

82

民眾就醫可近性-提高假日基層開診率

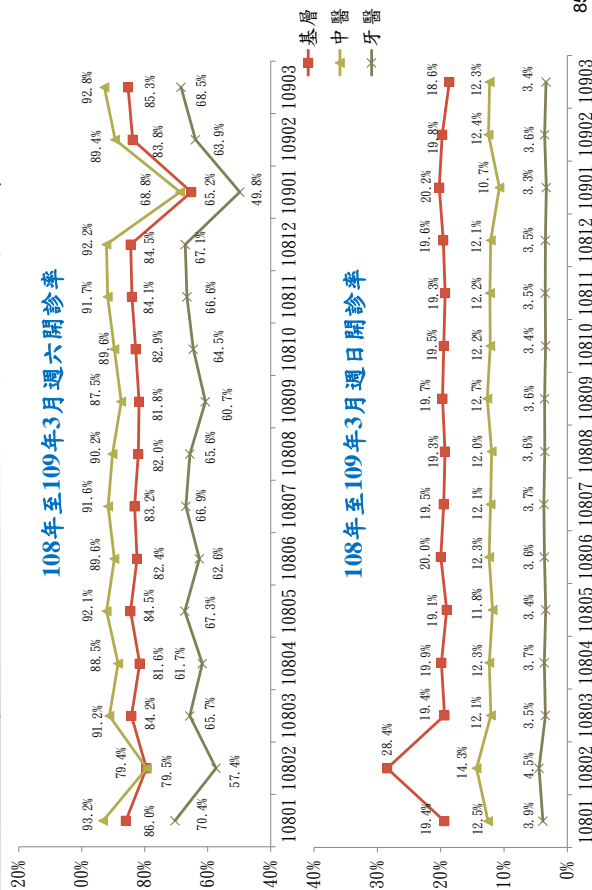
全聯會輔導

- 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。

84

民眾就醫可近性

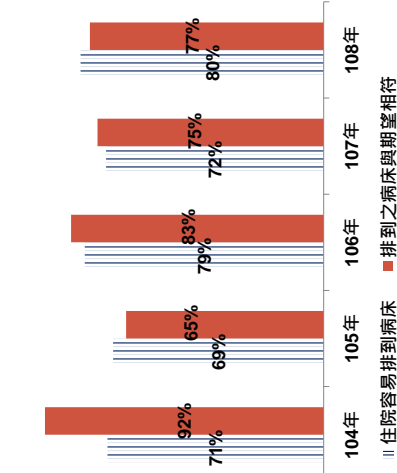
-西醫基層、中醫及牙醫診所假日開診率



民眾就醫可近性

-住院病床等待與期望

- 是否容易排到病床：108年約80%的民眾表示容易。
- 是否與期望相符：108年約77%的民眾與期望相符。



註：回答人數，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%)，108年41人(占率4%)。

86

推動Tw-DRGs

• 執行情形

年	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108
經費(億元)	3	3	3	3.87	3.87	3.87	6.67	2.8	11.14	3	10.88
實際導入階段	1				2						
導入項目(項)	--	164	--	--	--	237	--	--	--	--	--
導入項目占DRG費用比		28.6%			7.6%						
導入項目占住院費用比		16.7%			4.3%						

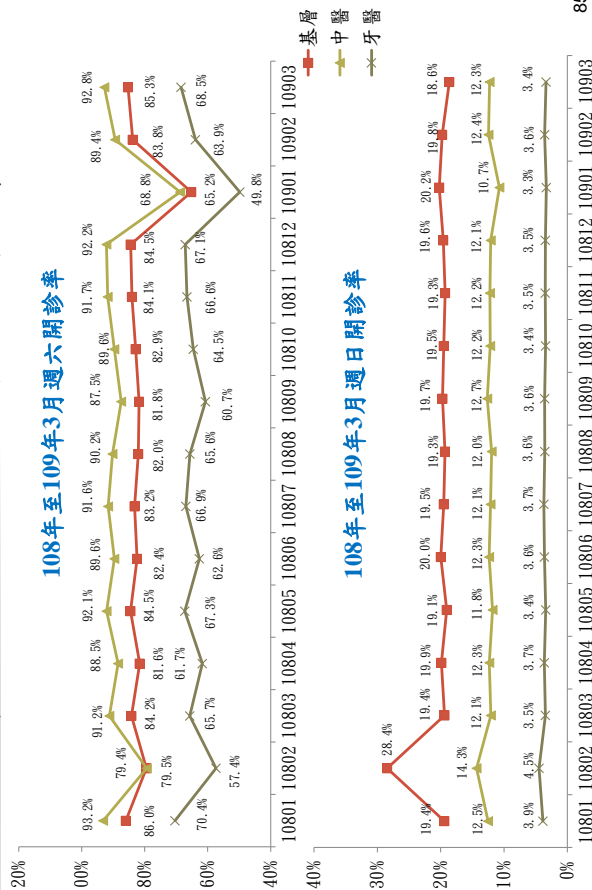
預計分5個階段導入，共1,062項。

- 1.100~102年因Tw-DRGs第2階段項目未導入，故預算未執行。
- 2.103年導入Tw-DRGs第2階段項目，併醫院總額一般服務費用結算3.87億元。
- 3.104年因Tw-DRGs第3階段項目未導入，預算尚未執行。
- 4.105年因Tw-DRGs第3-5階段項目未導入，預算尚未執行。
- 5.106年因Tw-DRGs第3階段項目尚未導入，預算尚未執行。
- 6.107年因Tw-DRGs第3-5階段項目未導入，預算尚未執行。
- 7.108年因Tw-DRGs第3-5階段項目未導入，預算尚未執行。

88

民眾就醫可近性

-西醫基層、中醫及牙醫診所假日開診率



85

三

執行概況—效率面

西醫部門

中醫部門

牙醫部門

87

TW-DRGs之成效

年度指標	已實施DRGs			待實施DRGs		
	107	108	變化幅度	107	108	變化幅度
3日內再急診率	1.98%	2.03%	↑0.05個百分點	3.77%	3.85%	↑0.08個百分點
14日內再住院率	3.8%	3.7%	↓0.1個百分點	13.46%	14.03%	↑0.57個百分點
住院日數	3.99	3.97	↓0.02天	12.88	11.92	↓0.96天
轉院率	0.63%	0.64%	↑0.01個百分點	2.54%	2.58%	↑0.04個百分點
急性心肌梗塞出院後30內死亡率	10.05%	9.44%	↓0.61個百分點			

89

急重難之支付標準調整(西中牙)

提高住院基本診療支付條件

- 105年
 - 調升住院診療費及病房費11.4%
- 106年
 - 調高ICU及高危險症住院診療費
 - 調升兒童專科醫師申報加護病房診療費、住院診療費及隔離病床院診療費之加成率。
- 108年
 - 調升住院診療費13.5%
 - 75歲以上老人住院診療費加成20%。

提高護理人員支付條件

- 105年
 - 調升住院護理費7%-11.4%
- 106年
 - 偏鄉醫院住院護理費加成由3.5%調升為15%
 - 地區醫院住院護理費支付點數調升3.5%
- 107年
 - 提升加護病床護理費，調升5%
 - 全日平均護理病比加成率由3%-14%調整為2%-20%
- 108年
 - 急性一般及經濟病床住院護理費(含精神病床)調升8%

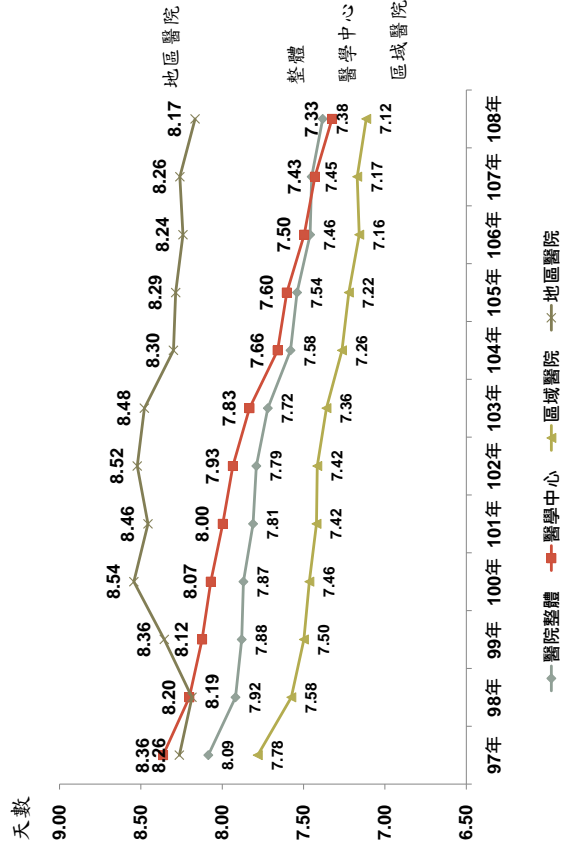
急診保障

- 106年
 - 地區醫院急診診療費保障每點1元
 - 放寬急診診療費例假日加成時間
 - 調升1-2級及精神科急診診療費、急診觀察床病房費及護理費
- 108年
 - 兒科專科醫師急診診療費加計50%，其餘專科醫師診治6歲以下兒童急診診療費加計50%

特定診療項目調整

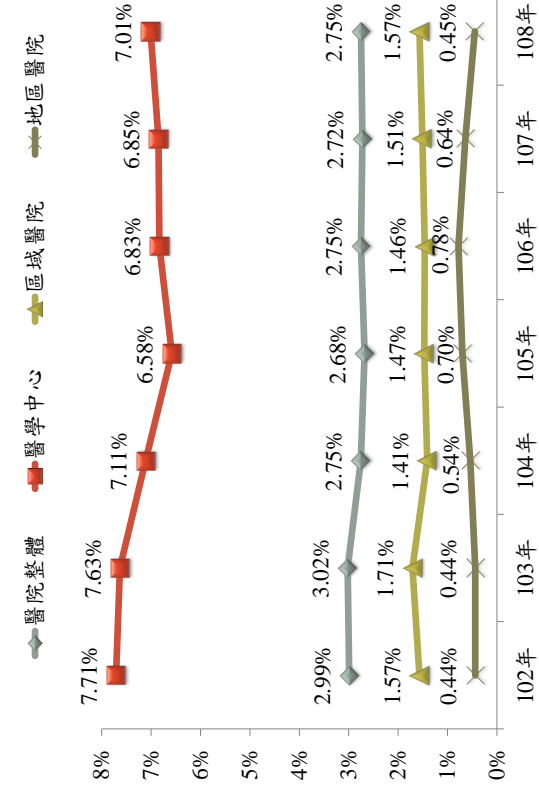
- 106年
 - 調升手術及麻醉項目、生產支付標準、治療處置及檢驗檢查支付點數
 - 增修多重創傷及同一刀口執行多項手術之支付點數計算方式。
 - 將手術項目全面改為「提升兒童加成」
- 107年
 - 調升創傷處理、手術/創傷處置及換藥及心肺醒醒術等11項特定處置項目支付點數
- 108年
 - 調升交腳皮瓣移植術等367項手術診療項目支付點數。
 - 調升一般高壓氣治療等47項治療處置診療項目支付點數。
 - 麻醉費調整為提升兒童加成項目(含麻醉恢復照護費90及麻醉前評估)

急性一般病床平均住院天數-健保監理指標



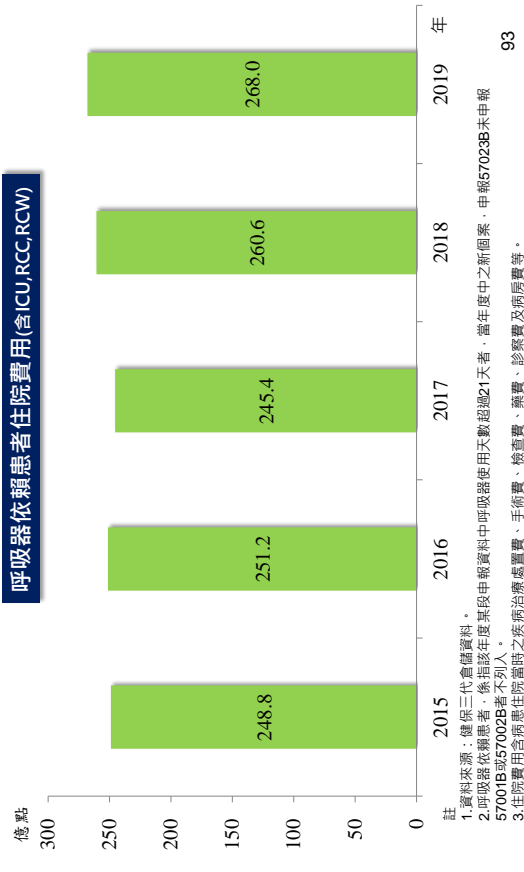
91

急診滯留超過24小時比率-健保監理指標



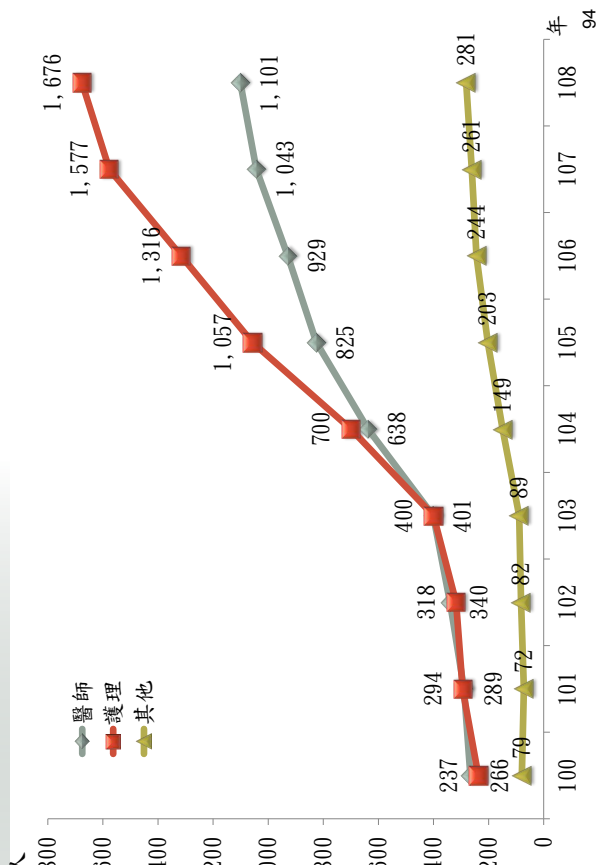
92

呼吸器依賴病人醫療利用持平



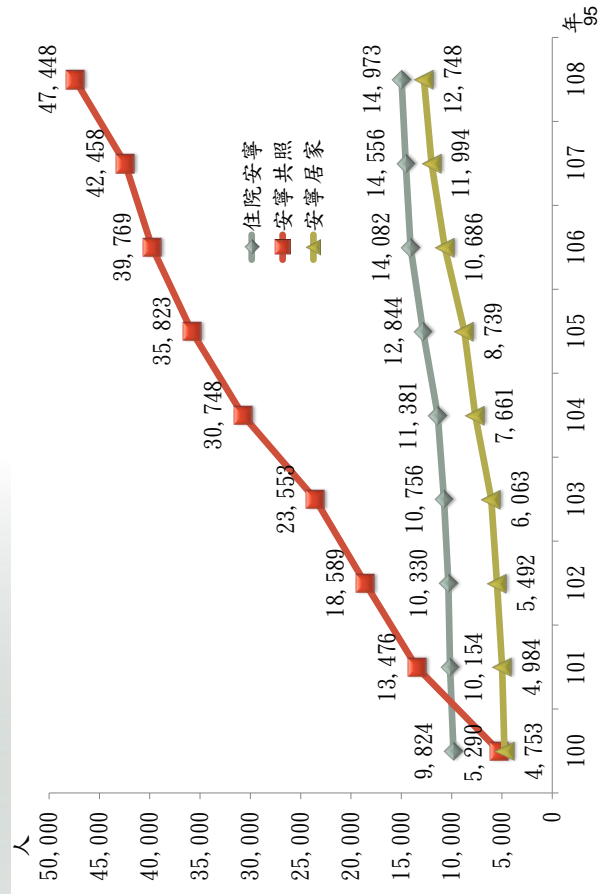
93

推廣安寧療護-供給面



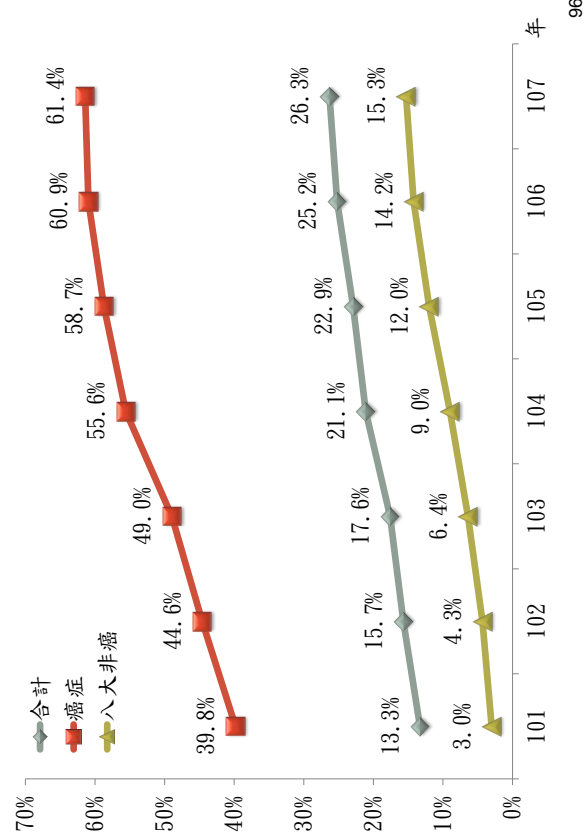
94

安寧療護推動成效-服務人數



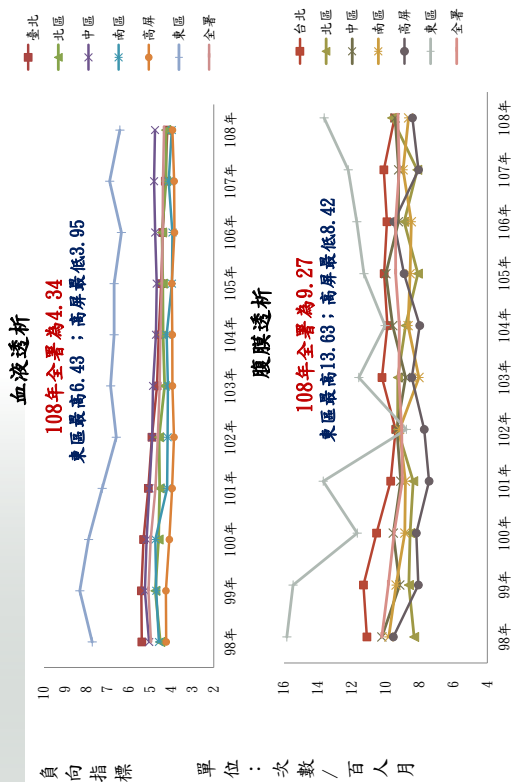
95

病患死亡前1年接受安寧療護之比率



96

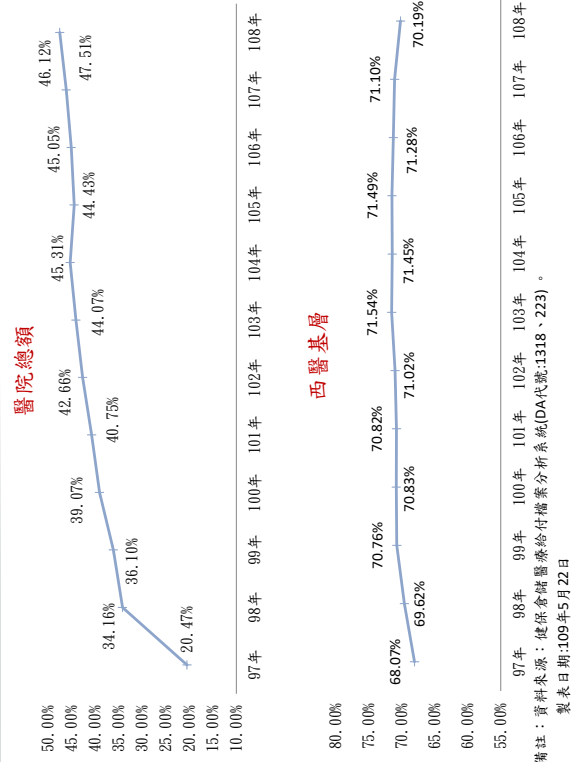
血液、腹膜透析同院住院率



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) / (追蹤期間之總病人月數)×100]
製表日期:109年5月22日

97

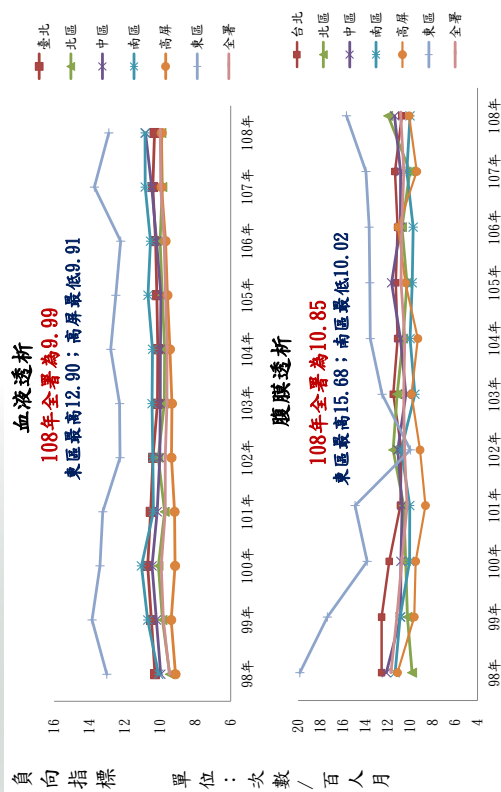
慢性病開立慢性病連續處方箋百分比



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1318、223)。
製表日期:109年5月22日

99

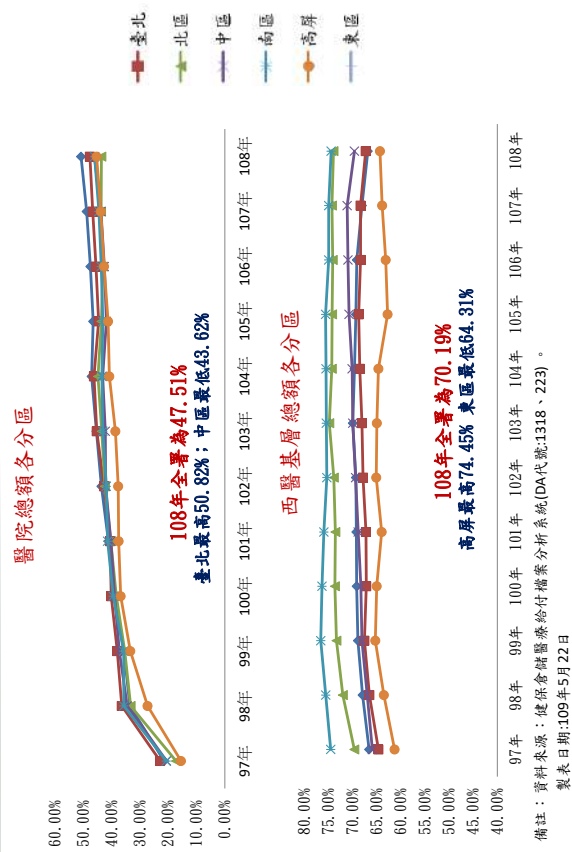
血液、腹膜透析跨院住院率



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) / (追蹤期間之總病人月數)×100
製表日期:109年5月22日

98

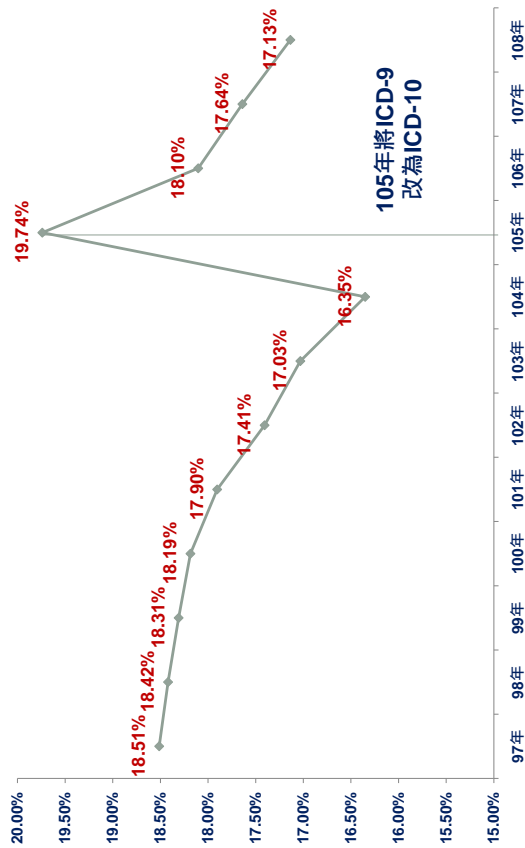
慢性病開立慢性病連續處方箋百分比



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1318、223)。
製表日期:109年5月22日

100

區域醫院以上初級門診照護率 健保監理指標



101

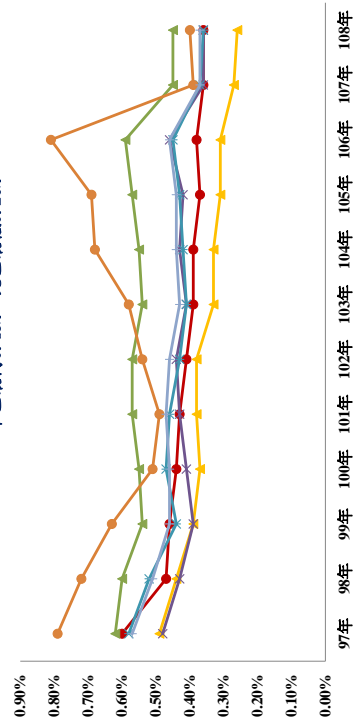
三 執行概況—效率面

西醫部門
中醫部門
牙醫部門

102

中醫門診後隔日再次就診中醫之比率

108年全臺為0.37%
中區最高0.45%，北區最低0.26%

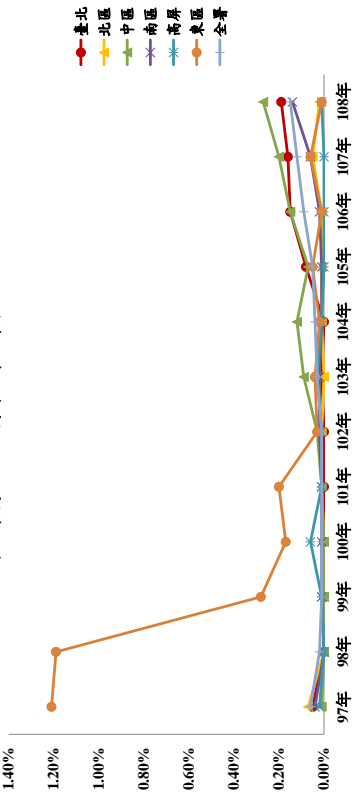


備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:237)。
製表日期:109年5月26日

103

中醫同院所針傷科處置次數每月大於15次之比率

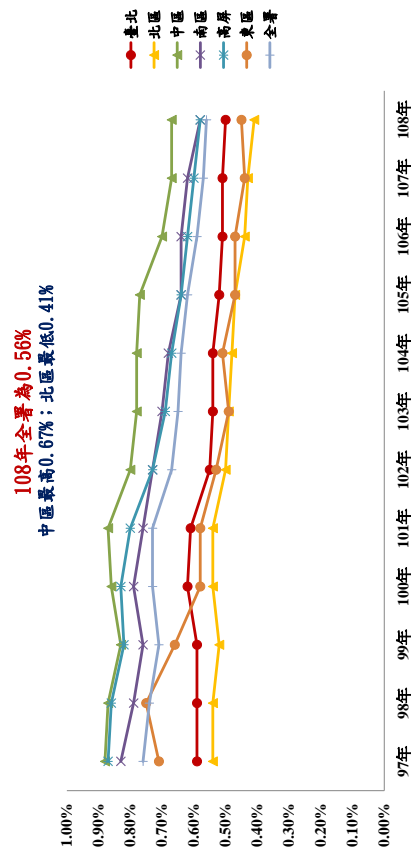
108年全臺為0.15%
中區最高0.27%；高屏、東區最低0.01%



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:839)。
製表日期:109年5月26日

104

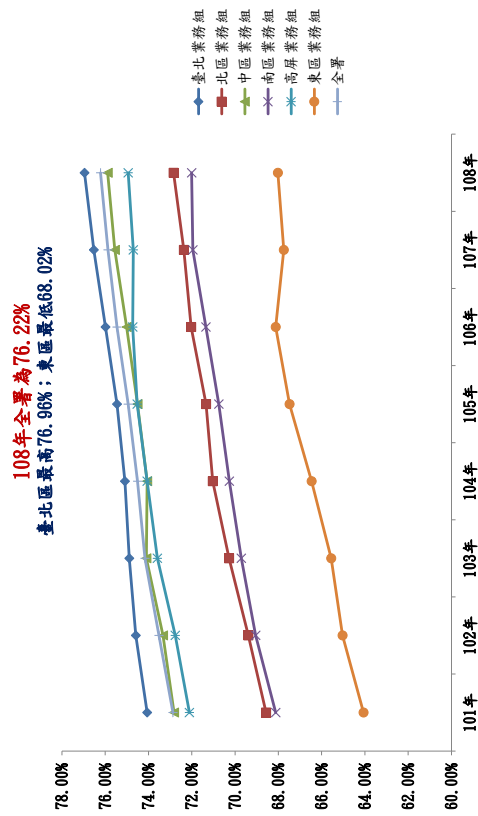
中醫門診處方用藥日數重疊二日以上之比率



備註：資料來源：健保倉儲醫藥給付檔案分析系統(DA代號:82)。
製表日期:109年5月26日

105

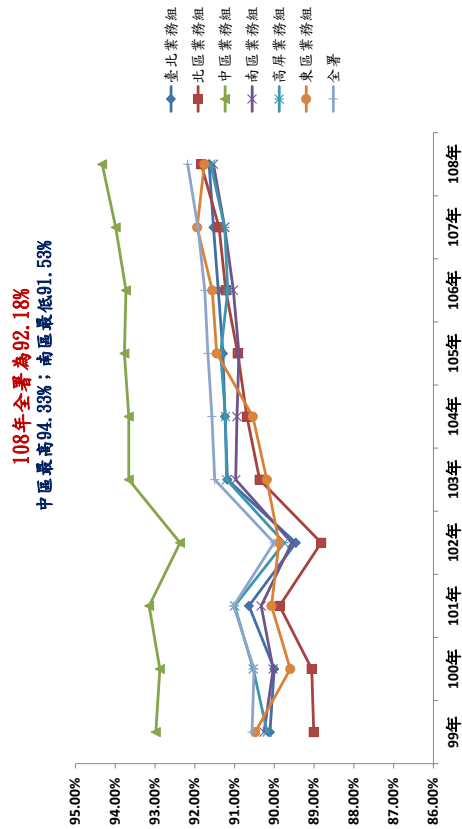
牙醫13歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率



備註：資料來源：健保倉儲醫藥給付檔案分析系統(DA代號: 228、1805)。
製表日期：109年5月22日

107

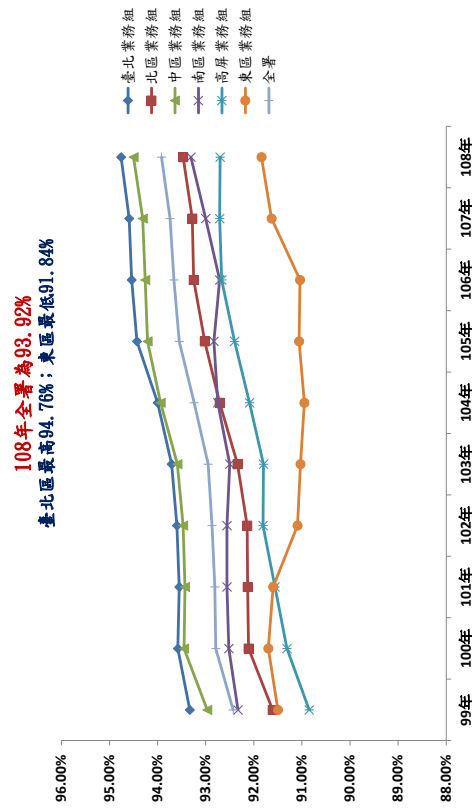
牙醫同院所九十日以內根管治療完成



備註：資料來源：健保倉儲醫藥給付檔案分析系統(DA代號: 227)。
製表日期：109年5月22日

106

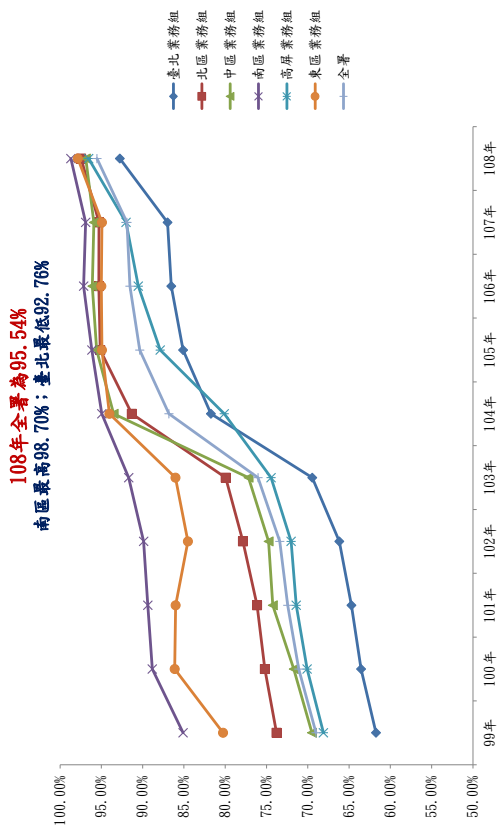
牙醫保險對象牙齒填補保存率-二年以內



備註：資料來源：健保倉儲醫藥給付檔案分析系統(DA代號: 226)。
製表日期：109年5月22日

108

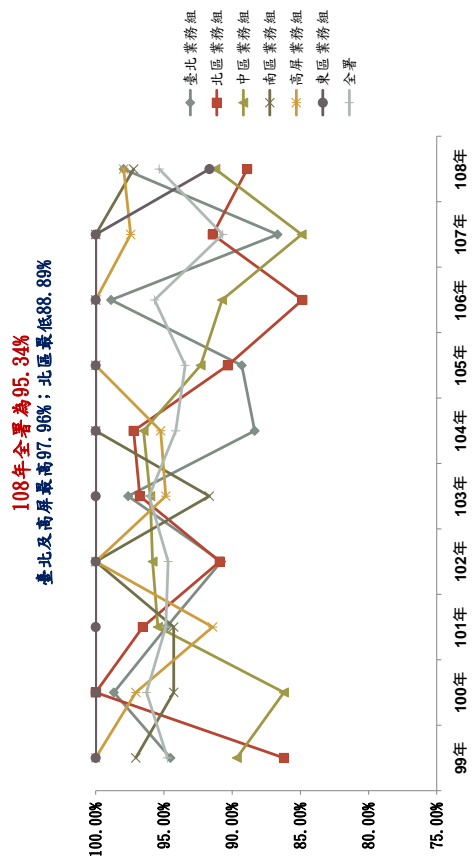
牙醫院所加強感染管制診察費申報率



備註：資料來源：健保醫療給付檔案分析系統(DA代號：813、814)。
製表日期：109年5月22日

109

牙醫執行加強感染管制診察費院所查核合格率



備註：資料來源：中華民國牙醫師公會全國聯合會。
製表日期：109年5月22日

110

全民健康保險醫療品質資訊公開網

112

四 執行概況—效果面

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

111

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	透折總額	特約藥局	合計
1. 整體性指標		32	24	14	5	30	0	105
2. 機構別指標		40	31	20	8	17	1	117
合計		72	55	34	13	47	1	222

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
項數	5	3	4	2	5	19	5	3	4
人工關節手術									
合計									

- 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**108年第四季報及107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**108年第四季**。
- 截至**109年5月19日**，專區上網瀏覽累積達**802萬人次**。

113

醫院總額品質保證保留款實施方案

106年

層級別	1.基本獎勵占比	2.指標獎勵占比
醫學中心	20%→15%	80%→85%
區域醫院	25%→20%	75%→80%
地區醫院	70%→60%	30%→40%

22項指標：
診療科別為5科(含)以上且病床數達200床者，達成項數最高以8項計算；其餘最高以5項計算。

107、108年

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

註：107-108年各層級指標達成項數標準同上。

114

西醫基層總額品質保證保留款實施方案

項次	指標項目	指標		年度權重(%)	
		107年	108年	107年	108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	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率	V	V	20	20
6	藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重複率	V	V	2	2
7	藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重複率	V	V	2	2
8	藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重複率	V	V	2	2
9	糖尿病病患糖化血色素(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。
- 108年品質保證保留款之「無障礙就醫環境」獎勵指標(3%)，因全聯會與衛生福利部對於「診所無障礙環境合格標準」未達共識，爰未計算該項分數。

115

牙醫總額品質保證保留款實施方案

核發基礎	政策指標	年度適用層級別		107年		108年	
		醫院	基層	醫院	基層	醫院	基層
政策指標	1. 65歲(含)以上老人恆牙牙冠2年內自家再補率	20%	20%	20%	20%	20%	20%
	2. 4歲以上自家乳牙545天再補率	20%	20%	20%	20%	20%	20%
	3. 恆牙根管治療	20%	20%	20%	20%	20%	20%
	4. 全口牙結石清除	20%	20%	20%	20%	20%	20%
專業獎勵	1. 牙周病顧本計畫	3%	3%	3%	3%	3%	3%
	2. 牙周病聯合照護品質	5%	5%	5%	5%	5%	5%
	3. 口腔癌篩檢	10%	-	10%	-	-	-
	4. 每月完成門診時間網路登錄(A)	-	3%	-	-	-	-
	5. 週日或國定假日有提供牙醫醫療服務(B)	-	2%	-	-	-	-
	6. 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(A+B)	-	-	-	-	2%	2%
	7. 月平均初核減率	-	5%	-	5%	-	1%
	8. 特殊醫療服務計畫	2%	2%	2%	2%	4%	4%
	9. 無障礙就醫環境	-	-	-	-	5%	5%
核算基礎小計		100%	100%	100%	100%	100%	100%

116

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%)	
		107年	108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.鼓勵當年度周度門診超過30天(45天)者	+10%	+10%
	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%	(+20%)	(+20%)
	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	+5%	+5%
	7.中醫特約基層院所是供無障礙就醫環境者，加計5%。	+10%	+10%
核發原則/ 核算基礎	指標項目	年度(減計權重%)	
		107年	108年
專業獎勵	1.中醫師末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	
	2.同院所同患者同月就診8次以上超過80百分位	-20%	-20%
	3.同日重複就診率超過80百分位	-10%	-10%
	4.7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%
	5.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，屬慢性病患者七天以上之件數占率為3%以下者	-10%	-10%

註：106年起各院所參與藥品保款之核算基礎為其申報費用之60%。

117

107年、108年品保方案核發情形

各總額核發與不核發情形

項目	107年				108年初步結算			
	預算 百萬元	核發 金額 百萬元	家數 占率	不核發 家數 分數	預算 百萬元	核發 金額 百萬元	家數 占率	不核發 家數 分數
醫院	795	465	795	97%	13	795	471	795
西醫基層	215	7,748	215	73%	2,921	433	797	433
中醫	46	3,163	46	81%	739	46	3,183	46
牙醫	235	5,832	235	83%	1,204	235	5,905	235
透析	45	502	42	75%	171	45	515	42
血液透析				<70				<70
腹膜透析				66%	40	93	3	79%

醫院總額核發情形之分布

年度	層級	家數	符合核發醫院				不符合核發醫院			
			基本獎勵		地區醫院獎勵		指標獎勵		不核發	
			金額 百萬元	家數 占率	金額 百萬元	家數 占率	金額 百萬元	家數 占率	金額 百萬元	家數 占率
			19	34	100%	-	19	302	100%	0
108年初步結算	醫院中心	81	80	47	99%	-	80	266	99%	1
	區域醫院	47	44	22	94%	43	23	91%	46	28
	第一組	326	219	22	67%	200	21	61%	326	31
	第二組	473	362	125	77%	243	44	65%	471	627
	合計	20	20	34	100%	-	20	304	100%	0
107年	醫院中心	83	80	48	96%	-	80	271	96%	3
	區域醫院	47	45	21	96%	42	21	89%	47	26
	第一組	328	209	21	64%	193	20	59%	318	30
	第二組	478	354	123	74%	235	42	63%	465	630
	合計									

註：108年為初步統計，尚須俟各總額部門研議事會議確認。

119

慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫

指標項目	血液透析		腹膜透析	
	目標值	配分	目標值	配分
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%	每季4分 (共16分)	受檢率≥95%且合格率≥70%	每季4分 (共16分)
2-1.URR ≥ 65%	受檢率≥95%且合格率≥95%	每季4分 (共16分)	--	--
2-2.Weekly Kt/V ≥ 1.7	--	--	受檢率≥95%且合格率≥70%	每半年8分 (共16分)
3.Hb > 8.5 g/dL	受檢率≥95%且合格率≥90%	每季4分 (共16分)	受檢率≥95%且合格率≥80%	每季4分 (共16分)
4.鈣磷乘積小於60 mg ² /dl ²	受檢率≥95%且合格率≥80%	每半年8分 (共16分)	受檢率≥95%且合格率≥75%	每半年8分 (共16分)
5.B型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率	(A)平均每月透析病人數50人以上之院所：受檢率≥90%且轉陽率≤2.0% (B)平均每月透析病人數50人(含)以下之院所：受檢率≥90%且轉陽率≤3.5%	8(年)	受檢率≥90%	8(年)
6.C型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率	(A)平均每月透析病人數50人以上之院所：受檢率≥90%且轉陽率≤2.0% (B)平均每月透析病人數50人(含)以下之院所：受檢率≥90%且轉陽率≤3.5%	8(年)	受檢率≥90%	8(年)
7.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)	100%	10分(年)
8.55歲以下透析病人移植登錄率	移植登錄率≥5%	10分(年)	移植登錄率≥5%	10分(年)

註：108年「無障礙就醫環境指標(5%)：因全聯會與衛生福利部對於「診所無障礙就醫環境合格標準」未達共識，爰未計算該項分數。

118

107年、108年品保方案核發情形

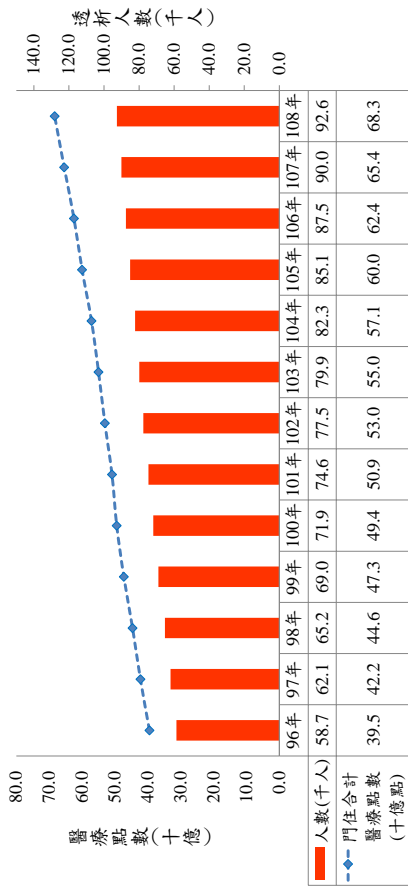
西醫基層、中醫、牙醫、門診透析核發家數分布

年度	59分(或百分比)以下				60-69分(或百分比)				70-79分(或百分比)			
	家數	金額 百萬元	家數 占率	金額 百萬元	家數	金額 百萬元	家數 占率	金額 百萬元	家數	金額 百萬元	家數 占率	金額 百萬元
107年	西醫基層	-	533	5	17%	-	974	10	30%	1,135	18	35%
	中醫	-	2,709	39	47%	-	780	22	13%	891	39	15%
	牙醫	-	-	-	-	-	-	-	-	76	4	15%
	透析	-	-	-	-	-	-	-	-	10	0	13%
108年	西醫基層	-	399	3.1	12%	-	877	9.4	27%	1,218	16.7	38%
	中醫	-	2,796	37	47%	-	1,348	40	23%	324	20	6%
	牙醫	-	-	-	-	-	-	-	-	68	3	13%
	透析	-	-	-	-	-	-	-	-	13	0	14%

年度	80-89分(或百分比)				90-99分(或百分比)				100分(或百分比)(含以上)			
	家數	金額 百萬元	家數 占率	金額 百萬元	家數	金額 百萬元	家數 占率	金額 百萬元	家數	金額 百萬元	家數 占率	金額 百萬元
107年	西醫基層	2,618	64	34%	720	19	9%	4,410	131	57%	2	1%
	中醫	460	11	14%	30	1	1%	31	2	1%	2	2%
	牙醫	302	21	5%	1,032	89	18%	118	25	2%	19%	19%
	透析	145	10	29%	212	23	42%	69	5	14%	15%	15%
108年初步結算	西醫基層	2,579	124	32%	776	41	10%	4,623	269	58%	18	1%
	中醫	600	11.5	19%	60	2.0	2%	3.6	2	2%	72	3.6
	牙醫	820	58	14%	558	60	9%	59	20	1%	98	7
	透析	136	8	26%	213	23	41%	98	7	19%	120	120

透析人數與費用統計(門住診)

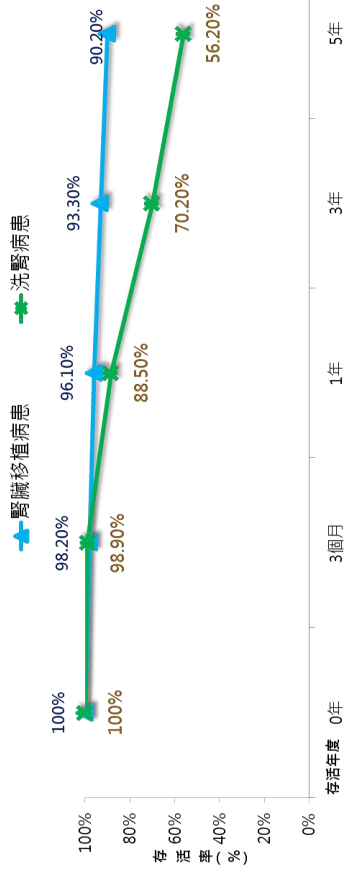
透析人數從96年5.87萬人，108年已達到9.26萬人
門住診總醫療支出也從96年395億，108年已達約683億



備註：
1. 資料來源為中央健康保險署三代各門診及住院院數清單。
2. 人數為申報10案件之病人數。
3. 相關醫療費用統計為上述10案件之當年就醫申報情形統計。
4. 醫療點數為申報點數(部分負數)。

121

腎臟移植與洗腎病患存活率比較

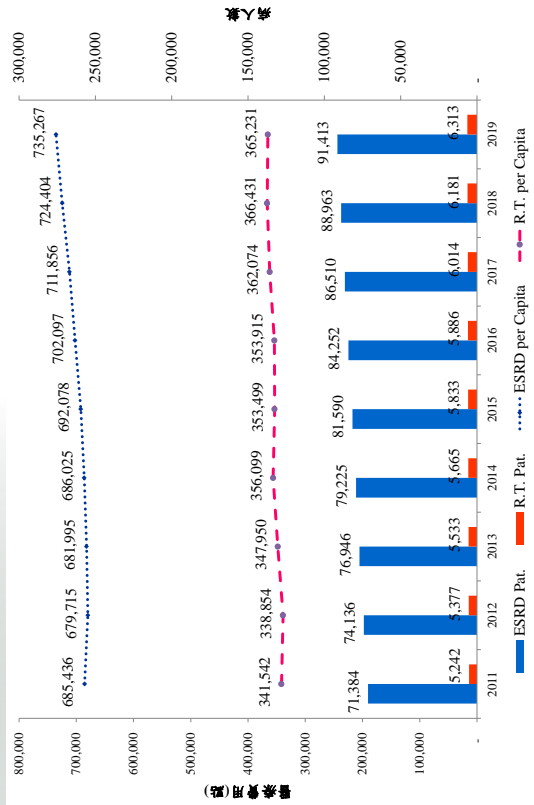


資料來源：

- 中央健康保險署1998-2015年門診及住診點數及醫令明細清單。
- 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。
- 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。
- 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。

122

長期透析、腎移植人數及平均醫療費用



註：1. 洗腎人數定義，以連續透析3個月之病人ID歸戶計算。
2. 腎移植追蹤者，係指曾於門診申報腎臟移植術後追蹤者。

123

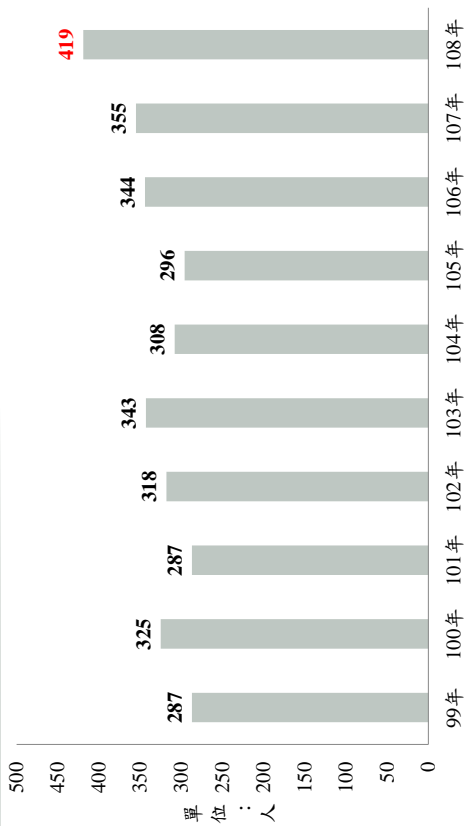
鼓勵及早換腎

□ 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，個案於取得重大傷病卡前移植，每例獎勵 5 萬點。(106年共有3 例，107年共有12例，108年13例，109年Q1共2例)
- 前項獎勵業於109年第2次支付標準共同擬定會議提案通過，提高原獎勵點數至6萬點外，更擴大於透析後6個月內及6個月以上獎勵透析院所3萬點及1萬點。

124

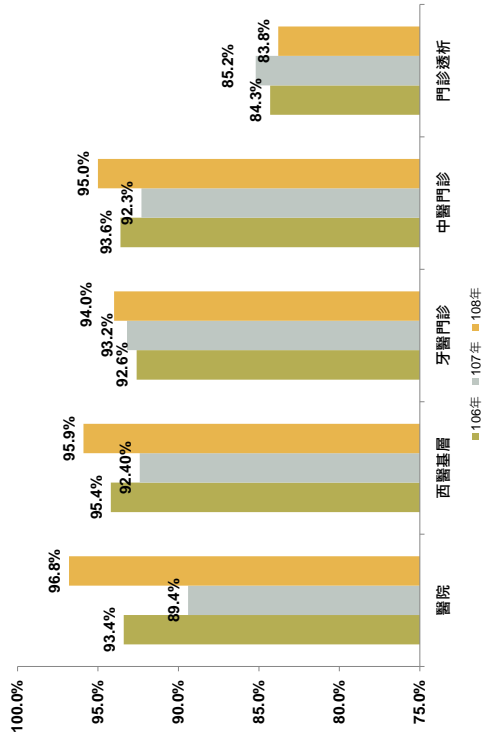
腎臟移植人數統計



歷年腎臟移植維持在300例左右，**108年首次突破400例**。

125

滿意度調查-整體醫療結果



註：滿意程度=滿意+非常滿意

126

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。
- **108年民眾申訴前三名情形**
全年申訴件數為1,774件，以「額外收費(自費抱怨)」類388件最多，占22%，其次為「醫療行政或違規事項」計353件，占20%，第三為「疑有虛報醫療費用」計243件，占14%。

整體	件數	占率
額外收費(自費抱怨)	388	22%
醫療行政或違規事項	353	20%
疑有虛報醫療費用	243	14%
總件數	1,774	100%

註：
1. 額外收費(自費抱怨)：收取特材差額費、自費特材、自費藥品等。
2. 醫療行政或違規事項：院所掛號規定、押卡、送漏稅、不當招攬病人(號稱可免收取掛號費或部分負擔)等。
3. 疑有虛報醫療費用：透過健康存摺發現院所申報內容與事實不符(如洗牙卻申報牙周病、未檢驗檢查卻申報檢驗費用)。

127

民眾申訴管道及處理

108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	西醫基層	件數	占率
額外收費(自費抱怨)	250	29%	額外收費(自費抱怨)	106	19%
醫療行政或違規事項	184	22%	疑有虛報醫療費用	86	16%
藥品及處方箋	94	10%	醫療行政或違規事項	84	15%
總件數	850	100%	總件數	550	100%
牙醫	件數	占率	中醫	件數	占率
疑有虛報醫療費用	67	31%	額外收費(自費抱怨)	17	21%
醫療行政或違規事項	51	24%	疑有虛報醫療費用	17	21%
服務態度及醫藥品質	34	16%	醫療行政或違規事項	17	21%
總件數	215	100%	總件數	82	100%

其他	件數	占率
藥品及處方箋	22	29%
醫療行政或違規事項	17	22%
疑有虛報醫療費用	11	14%
總件數	77	100%

藥品及處方箋：扣留醫連箋、院所指定病人至特定藥局領藥、藥局更換同成分學名藥未告知病人等

128

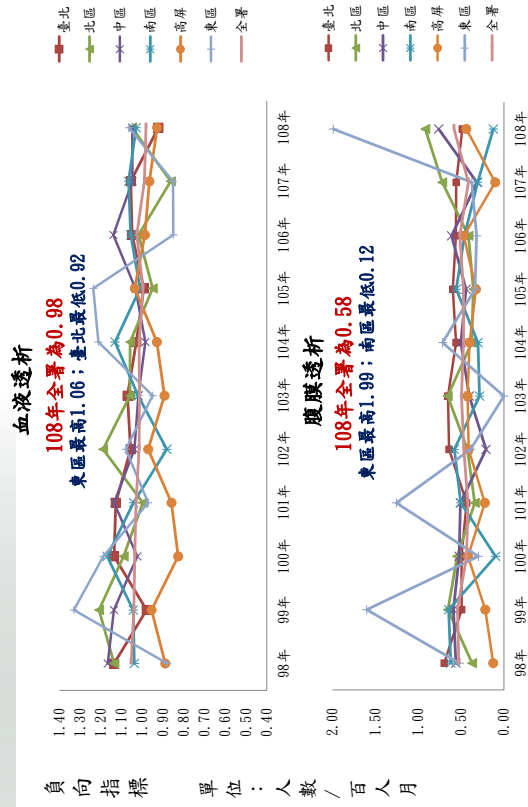
五 執行概況——安全性

死亡率、感染率

健保雲端查詢、健康存摺 (詳健保因應策略)

129

透析時間<1年之死亡率

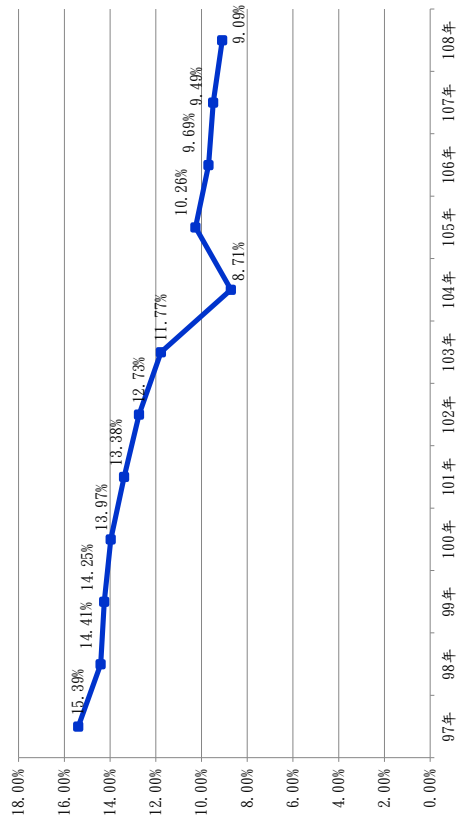


備註：資料來源：健保雲端醫療給付檔案分析系統(DA代號:1450、1452)。
透析時間<1年之死亡率=(追蹤期間透析時間<1年之死亡個案數) / (追蹤期間透析時間<1年之總病人月數) × 100。
製表日期:109年5月22日。

131

急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)

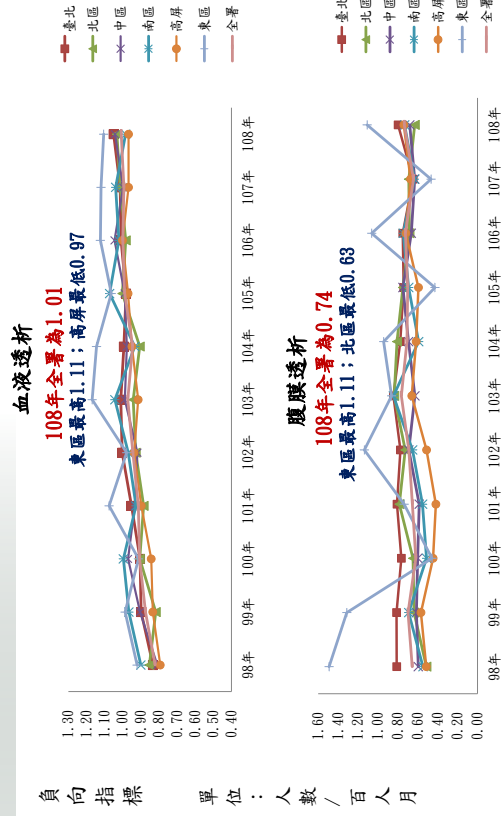
—健保監理指標



備註：資料來源：健保雲端醫療給付檔案分析系統(DA代號:1668)。
急性心肌梗塞死亡率=分母病患死亡個案數 / 18歲以上且主診斷為急性心肌梗塞之病患數。
製表日期:109年5月14日。

130

透析時間≥1年之死亡率

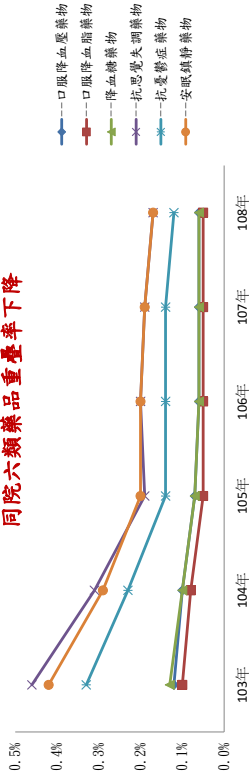


備註：資料來源：健保雲端醫療給付檔案分析系統(DA代號:1456、1458)。
透析時間≥1年之死亡率=(追蹤期間透析時間≥1年之死亡個案數) / (追蹤期間透析時間≥1年之總病人月數) × 100。
製表日期:109年5月22日。

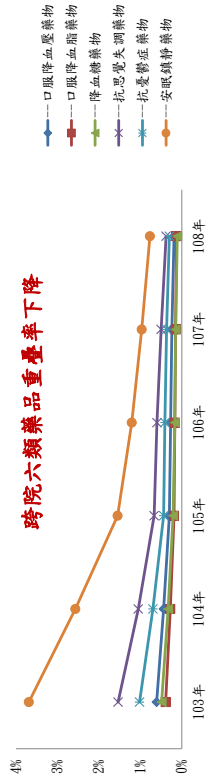
132

同藥理用藥日數重疊率-西醫基層

同院六類藥品重疊率下降



跨院六類藥品重疊率下降



備註：資料來源：健保倉儲醫藥給付檔案分析系統(DA代號:1710、1711、1712、1726、1727、1728、1713、1714、1715、1729、1730、1731)。製表日期:109年5月22日。

133

護理人力之現況與改善情形

各層級醫院全日平均護理比達特定加成率概況

107年各特約類別全日平均護理比達特定加成率概況

護理比加成率	醫學中心				區域醫院				地區醫院			
	1-11月	12月	達病比範圍	符合月次	占率	達病比範圍	符合月次	占率	達病比範圍	符合月次	占率	占率
14%	20%	20%	< 7.0	59	18.9%	< 10.0	718	67.2%	< 13.0	3,631	87.2%	
12%	17%	17%	7.0-7.4	95	30.4%	10.0-10.4	170	15.9%	13.0-13.4	57	1.4%	
9%	14%	14%	7.5-7.9	124	39.7%	10.5-10.9	79	7.4%	13.5-13.9	55	1.3%	
6%	5%	5%	8.0-8.4	33	10.6%	11.0-11.4	40	3.7%	14.0-14.4	42	1.0%	
3%	2%	2%	8.5-8.9	1	0.3%	11.5-11.9	53	5.0%	14.5-14.9	31	0.7%	
無加成			> 8.9	0	0.0%	> 11.9	8	0.7%	> 14.9	30	0.7%	
未填或護理比為0				0	0.0%		0	0.0%		0	7.6%	
總計月次				312			1,068				3,846	

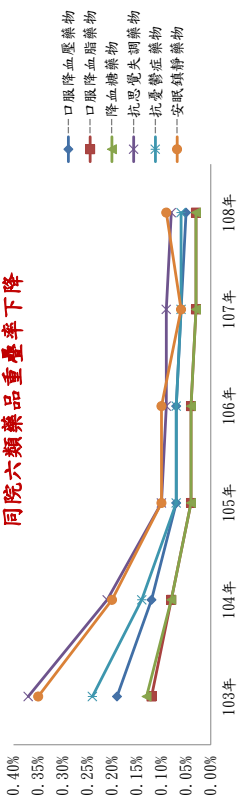
108年各特約類別全日平均護理比達特定加成率概況

護理比加成率	醫學中心				區域醫院				地區醫院			
	達病比範圍	申報月次	占率	達病比範圍	申報月次	占率	達病比範圍	申報月次	占率	達病比範圍	申報月次	占率
20%	< 7.0	32	10.7%	< 10.0	604	57.9%	< 13.0	3,558	86.8%			
17%	7.0-7.4	64	21.3%	10.0-10.4	181	17.3%	13.0-13.4	94	2.3%			
14%	7.5-7.9	141	47.0%	10.5-10.9	126	12.1%	13.5-13.9	66	1.6%			
5%	8.0-8.4	56	18.7%	11.0-11.4	47	4.5%	14.0-14.4	60	1.5%			
2%	8.5-8.9	7	2.3%	11.5-11.9	76	7.3%	14.5-14.9	69	1.7%			
無加成	> 8.9	0	0.0%	> 11.9	10	1.0%	> 14.9	37	0.9%			
未填或護理比為0								213	5.2%			
總計月次		300			1,044			4,097				

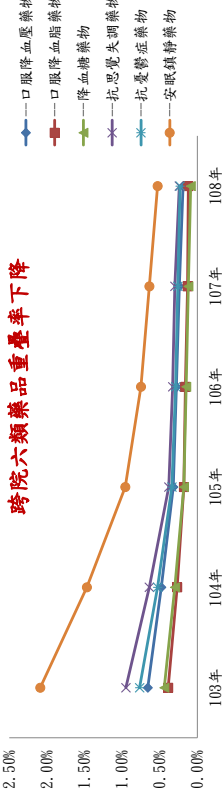
135

同藥理用藥日數重疊率-醫院總額

同院六類藥品重疊率下降



跨院六類藥品重疊率下降



備註：資料來源：健保倉儲醫藥給付檔案分析系統(DA代號:1710、1711、1712、1726、1727、1728、1713、1714、1715、1729、1730、1731)。製表日期:109年5月22日。

134

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)

類別	年度	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	99~108 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	2,412	18,405
醫學中心		222	674	640	932	682	473	1,063	955	1,016	907	7,564
區域醫院		908	769	342	1,071	609	937	926	994	985	868	8,409
地區醫院		29	229	145	235	54	-2	225	261	555	626	2,357
精神專科		25	37	-52	13	-31	24	1	13	-12	8	26
慢性醫院		-	-	-6	-8	3	-9	2	27	37	3	49

- 扣除新成立院所及原醫院床位增加所增加之護理人員，**108年醫院共計淨增加2,412人**。

136

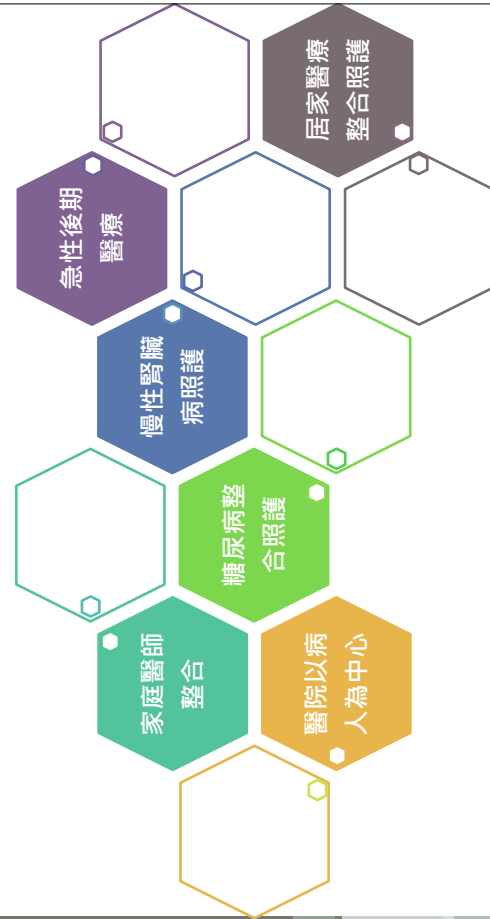
執行概況——以病人為中心

六

各整合方案
品質轉診

137

整合照護計畫

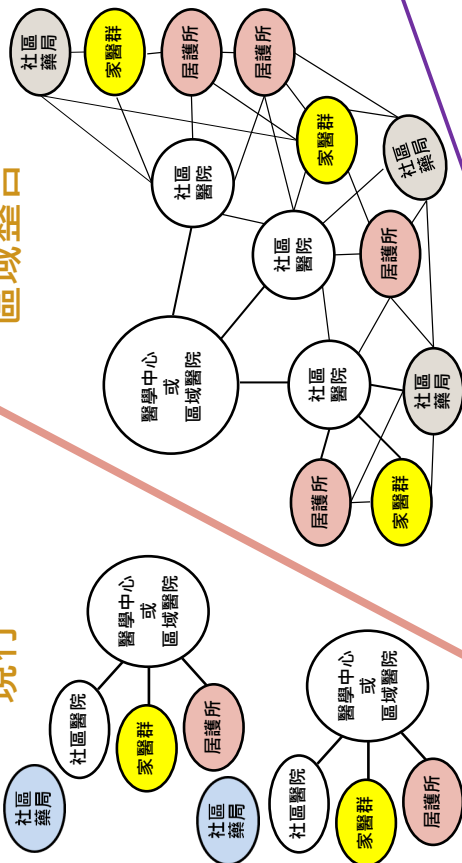


139

社區化整合照護模式

現行

區域整合



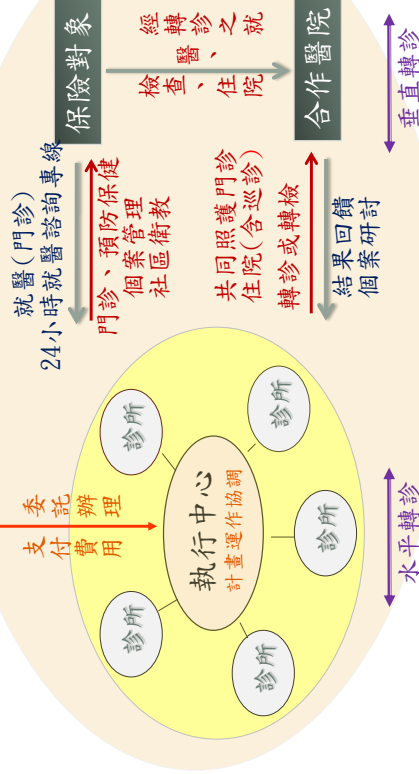
就近提供醫療服務

138

家醫群照護模式

社區醫療群

健保署



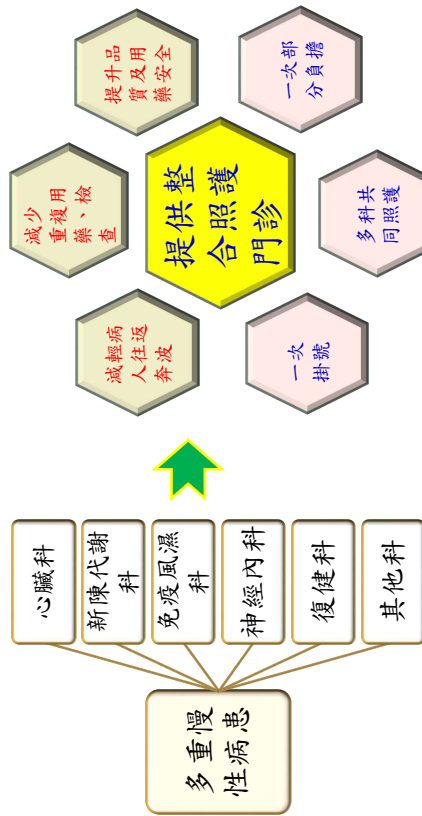
108年計有605個社區醫療群，參加基層診所5,052家，占西醫基層診所近48.1%，較107年4,558家，增加494家。交付名單收案人數399萬人，占較需照護族群(636萬人)62.8%。

140

醫院門診整合模式

以醫師為中心

以病人為中心



108年計有157家醫院參加，開設整合照護門診模式有114家、非開設整合照護門診模式有119家，服務人數約20.5萬人。

141

居家醫療照護整合計畫

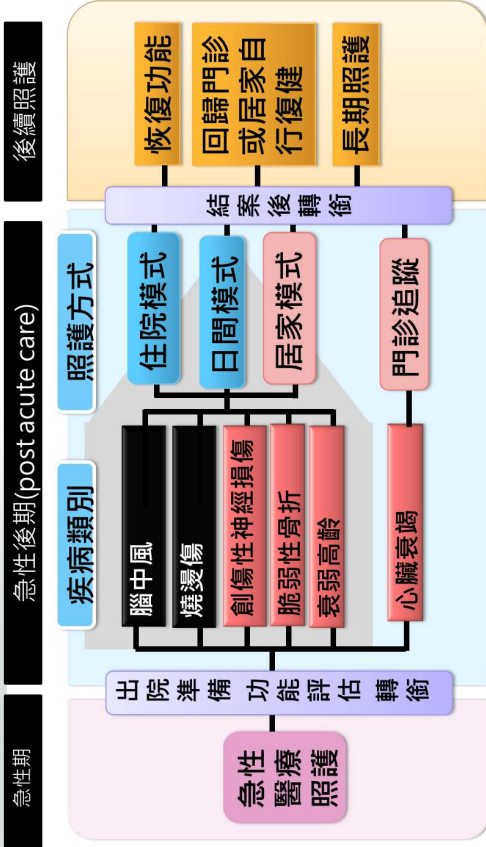
- 105年2月15日公告實施
- 整合多項居家醫療，提供連續性醫療照護。



108年12月收案院所：醫院145家、診所800家、居護所383家；累計照護人收為66,055人。

143

急性後期整合照護

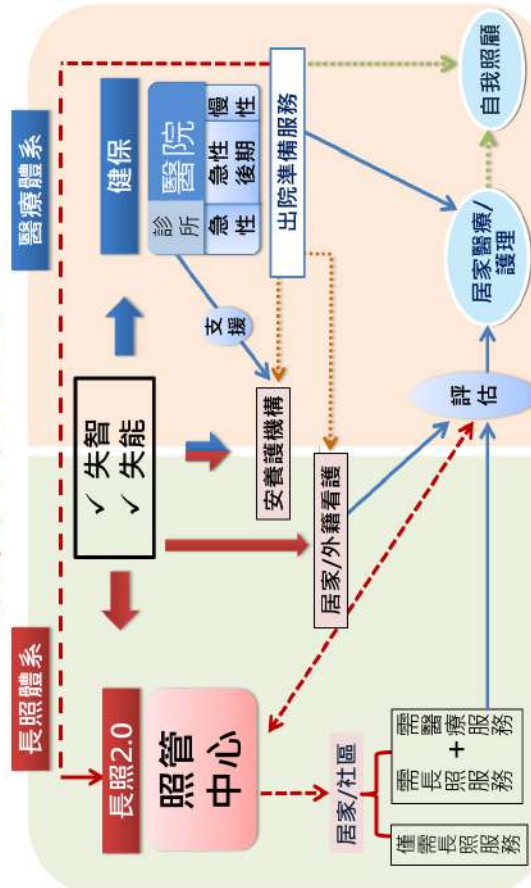


由急性後期照護團隊，依病人評估結果安排適當照護模式(除心臟衰竭外可轉換模式)，各類模式合計天數不超過計畫所訂上限天數。

108年共38團隊、210家醫院參與計畫，收案人數於腦中風共5,657人、燒燙傷(累計)71人、脆弱性骨折2,713人、創傷性神經損傷363人、衰弱高齡及心臟衰竭1,042人。

142

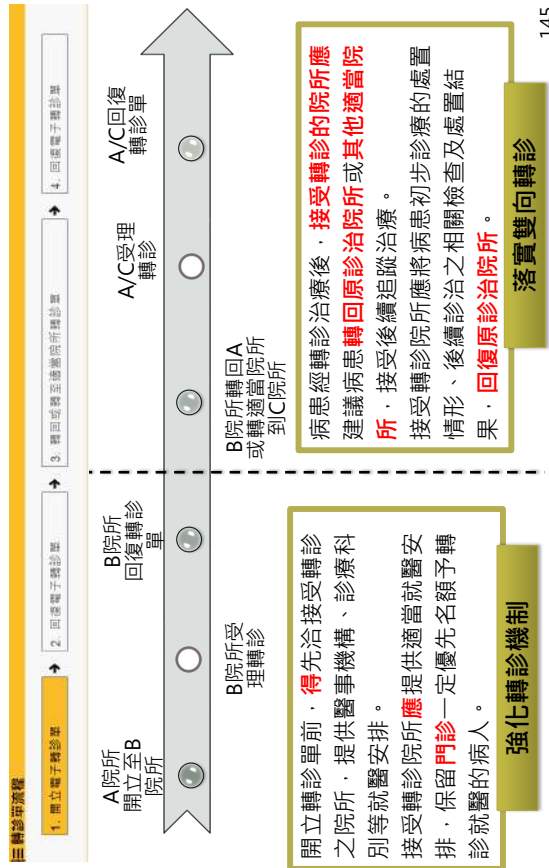
醫療與長照銜接



備註：→ 醫療照護轉介；--> 醫療與長照2.0銜接；... 症狀改善；... 其他照顧
108年申報02025B「出院準備及追蹤管理費」約3,700萬元，服務人次約2.5萬人。

144

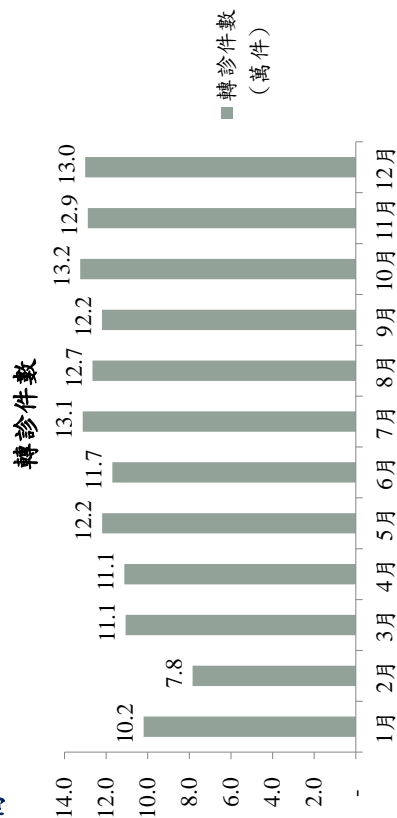
強化轉診流程、提升轉診效率



145

電子轉診平台每月轉診件數

電子轉診平台使用家數及件數持續增加，108年1-12月共11,391家院所使用，轉診約141萬人次；較107年共9,568家院所(45%)，轉診約70.5萬人次提高。

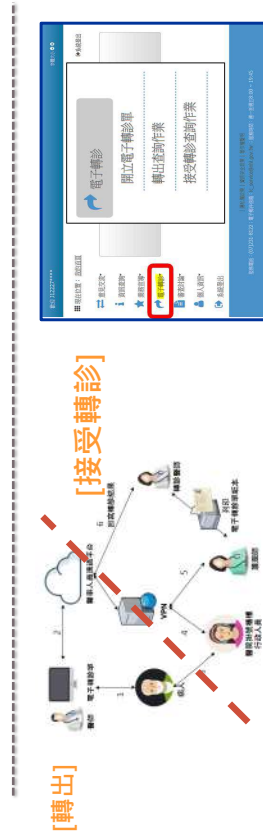


147

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「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**。



146

上、下轉支付標準執行結果

一、108年預算執行情形

單位：百萬點

總類別	預算點數 (全年經費)	實際執行點數	預算執行率
醫院	689.0	206.0	29.9%
西醫基層	258.0	143.8	55.7%

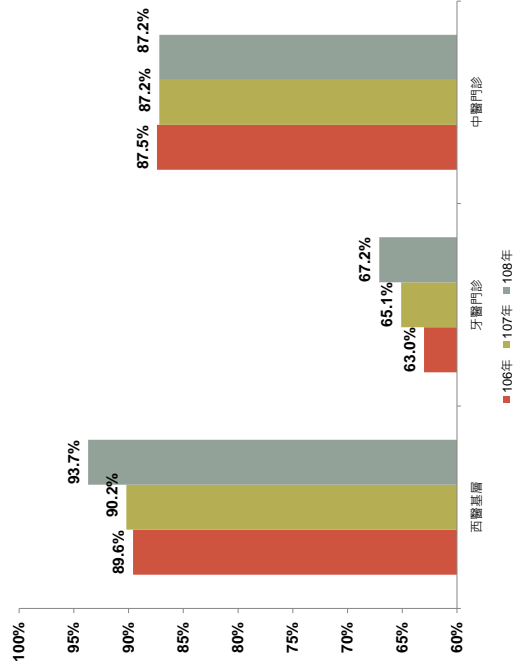
二、108年各特約層級實際核付醫令數

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	14,671	...	145,461	160,132
區域醫院	13,482	7,599	117,416	138,497
地區醫院	2,303	21,707	27,710	51,720
基層院所	...	229,339	14,498	243,837
合計	30,456	258,645	305,085	594,186

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. 考量轉診申報期限及申報期限，申報轉診未核付案件將往後再勾稽3季，確認是否核付。

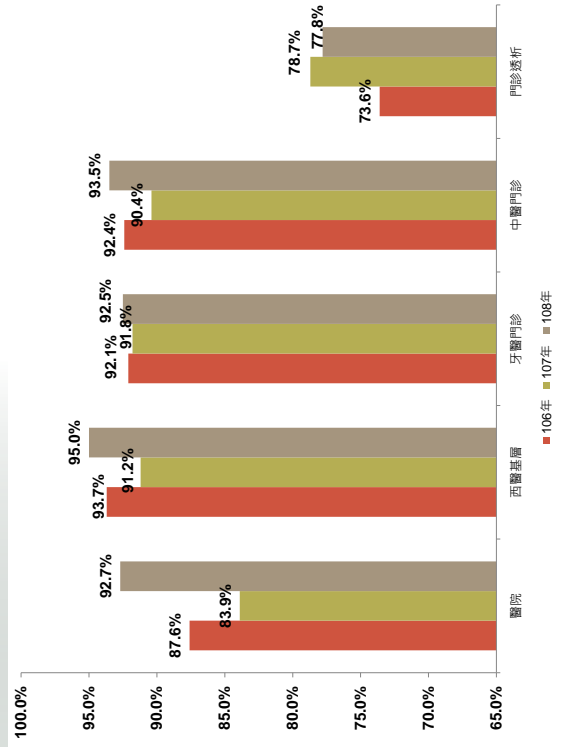
148

滿意度調查-預約醫師容易程度

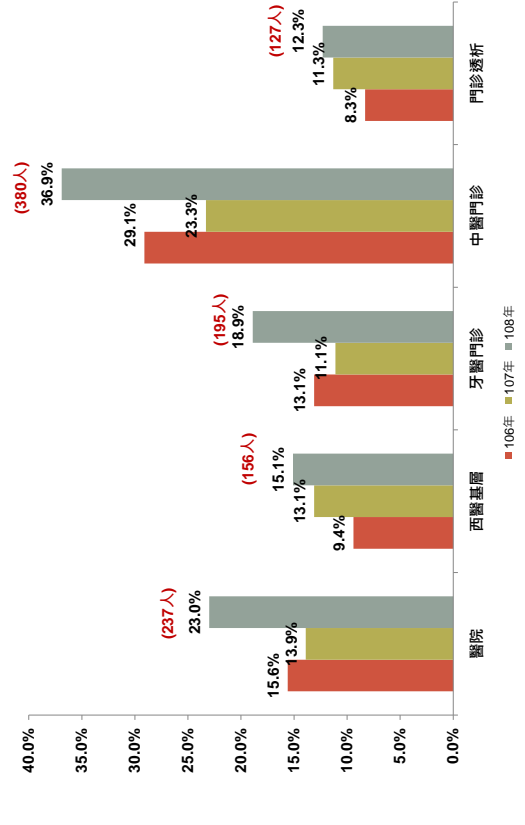


註：本表呈現數據為容易+非常容易，門診透析與醫院部門無本題項

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：108年全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

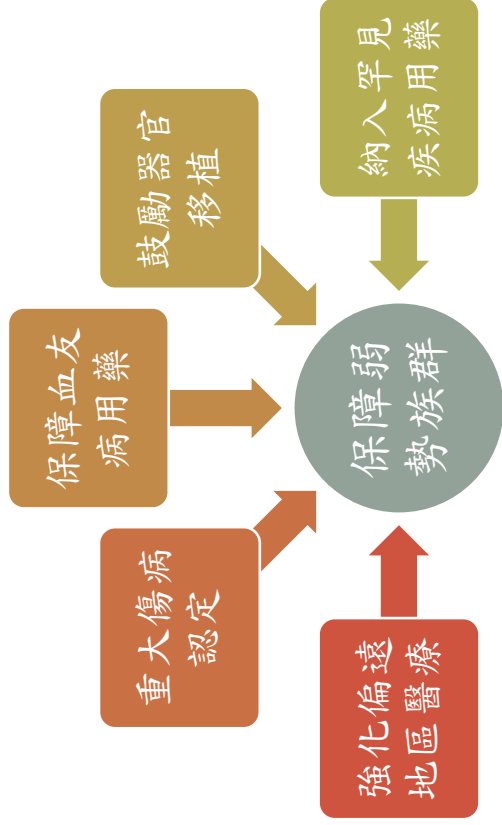
自費資訊公開

• 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。
- ✓ 為使網頁便利於民眾查詢，109年2月新改版自費醫材比價網，以達友善查詢，網頁版更重點：
 - ✓ 以民眾較能理解的角度出發，在首次進入自費醫材比價網，以跳窗呈現網站使用說明及查詢步驟，並以手術處置之位置類型、醫材之顯著用途新建置「醫材分類」欄位供民眾查詢使用。
 - ✓ 將「民眾自費品項收費情形」及「民眾自付差額品項收費情形」拆分不同查詢頁面，避免民眾混淆影響查詢。
 - ✓ 新增「健保全額給付特材與保險人自付差額特材比較表」，讓民眾更易了解健保特材與自付差額特材之差異。
 - ✓ 配合109年1月30日發布修正之藥物支付標準第52-4條，自付差額特材可查詢健保給付點數及核定費用，健保特約院所收取自付差額特材差額之上限，不得超過該自付差額特材核定費用扣除健保給付點數之差額。

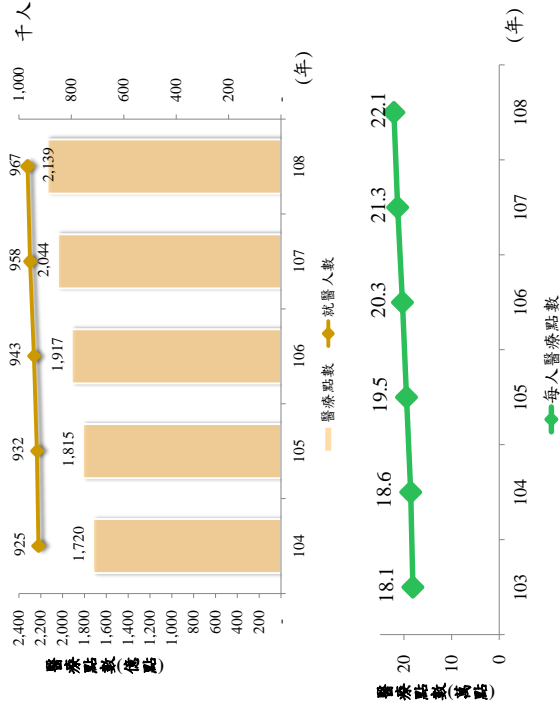
153

保障弱勢族群醫療權益



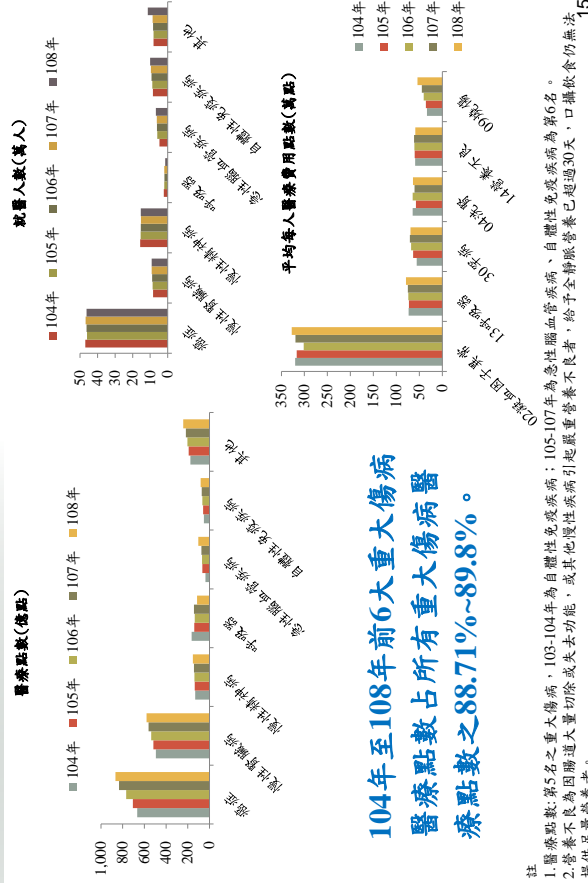
154

重大傷病費用支出



155

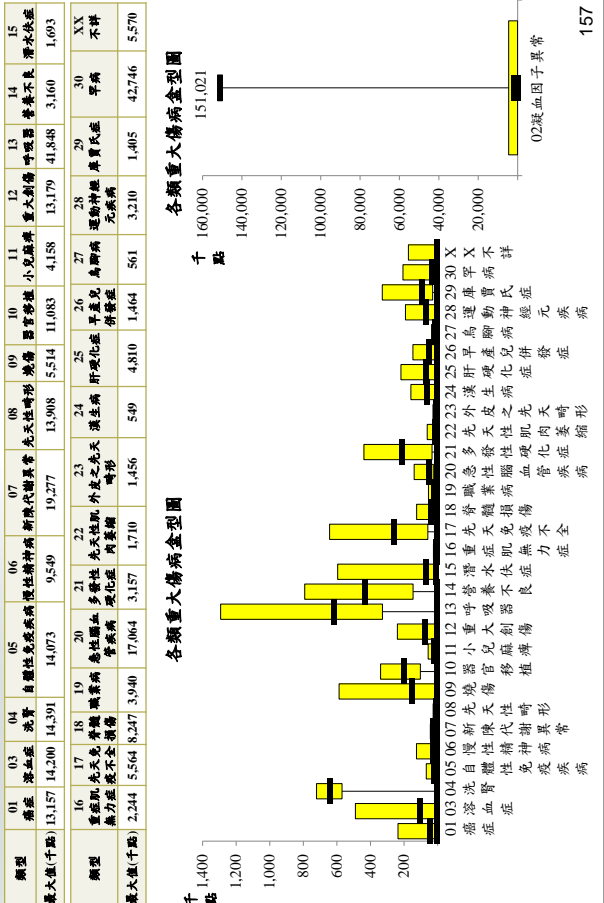
重大傷病就醫疾病概況



註：1. 醫療點數第5名為自體性免疫疾病；103-104年為自體性免疫疾病；105-107年為自體性免疫疾病、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。

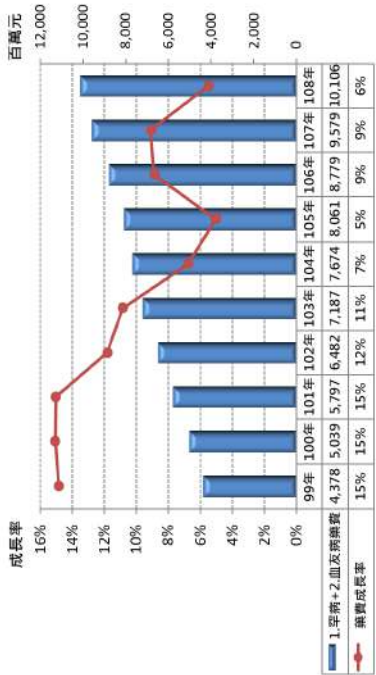
156

108年各類重大傷病-個人最高醫療點數



罕病、血友病藥費專款支出情形

罕病、血友病專款支出，99年為43.78億元，因罕病與血友病人數增加，至108年支出為101.1億元，藥費成長率在本署監控下，近年成長率趨緩。



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，108年支出2.1百萬元。

罕病藥費專款支出情形

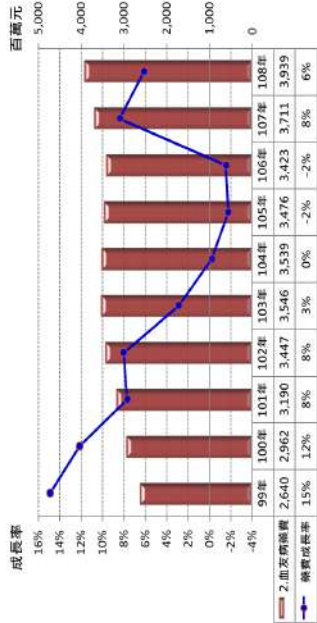
- 108年罕病藥費支出61.67億元。
- 近5年平均每年費用成長率約11.2%。



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，108年支出2.1百萬元。

血友病藥費專款支出情形

- 108年血友病藥費39億元。
- 近5年平均每年費用成長率約2.2%。



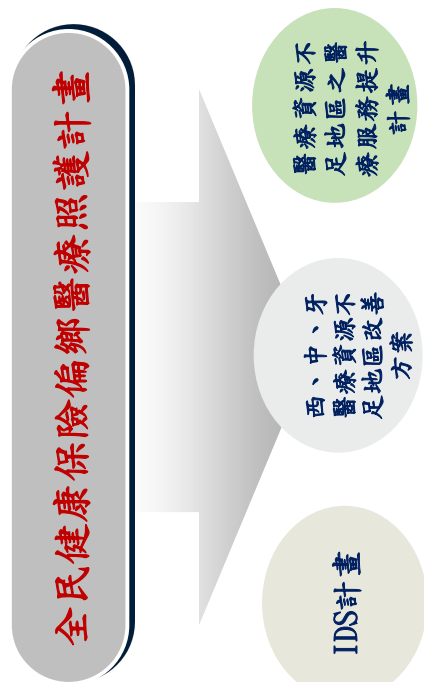
註1. 本表近5年平均每年費用成長率係以幾何平均數計算。
2. 藥費支出擷取自各年度醫院總額第4季點值結算說明表。
3. 94~98年只納入先天血友病，99年起納入後天血友病，103年起納入類血友病。
4. 血友病藥費106年預算31.49億元，其預算不足2.74億元，由其他預算「支備醫院總額罕見疾病與血友病藥費、罕見疾病特材及器官移植、西醫基層總額原慢性B型及C型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療費」項下支應。

鼓勵器官移植專款支出情形

項目		年				
		104	105	106	107	108
預算數	值(億元)	39.7	41.6	42.2	44.0	47.1
	成長率	0.0%	4.8%	1.34%	4.4%	7.1%
預算執行數	值(億元)	37.0	39.0	41.92	43.9	45.4
	成長率	2.5%	5.5%	7.5%	4.7%	3.4%
預算執行率(%)		93%	94%	99%	99.8%	96%
整體支出情形						
移植人數	值(人)	1,591	1,657	1,723	1,802	1,925
	成長率	0.1%	4.1%	4.0%	4.5%	6.8%
移植費用	值(億元)	16.7	17.2	18.8	20.2	21.2
	成長率	0.2%	3.0%	9.3%	7.5%	5.1%
抗排斥藥費	值(億元)	20.3	21.9	23.2	23.7	24.2
	成長率	4.4%	7.9%	6.0%	2.5%	1.9%

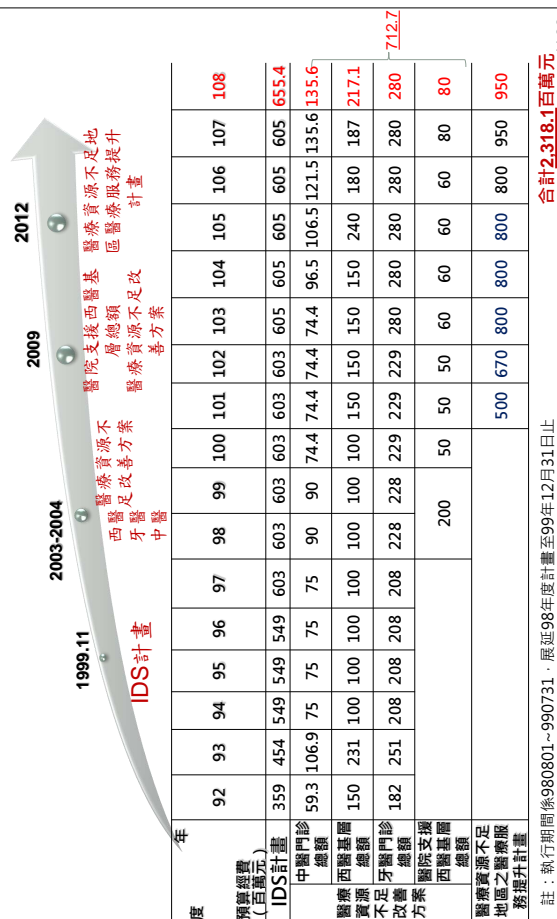
本專款主要支應心臟、肺臟、肝臟、腎臟、骨髓、骨體、心臟及腸移植共7項手術個案，其當次住診費用及術後門住診追蹤之抗排斥藥費。

施行保健偏鄉醫療照護措施



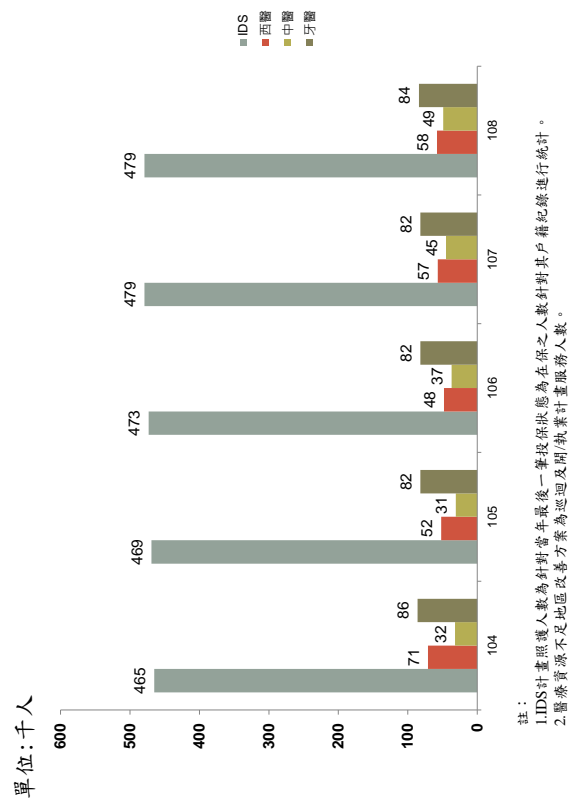
註：1.中醫地區預算分配提撥1%作為偏鄉院所保降點值每點1元，由一般服務支應。
2.牙醫部門針科偏鄉且點值低之院所亦給予保障。

資源投入及歷程推動醫療保健



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

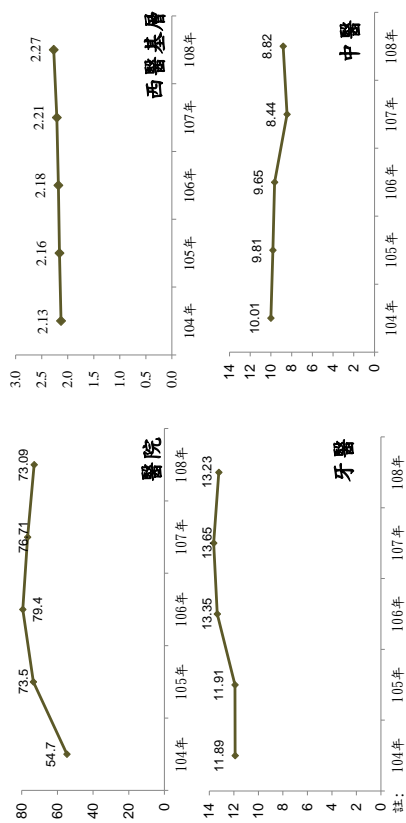
健保偏鄉醫療歷年服務人數



註：
1. IIDS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附/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

108年觀察各部門最高與最低兩組醫師人力之比值，西醫基層、中醫比值較107年增加，醫院、牙醫、牙醫比值較107年降低。



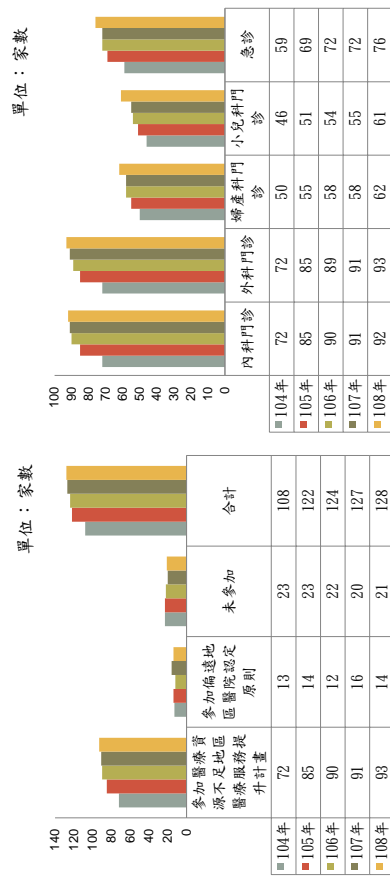
註：1.每萬人口醫師數為戶政司當年底戶籍人口數/醫師數(各部門總額)。
2.鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值。
3.引用全民健康保險年度監測結果報告書鄉鎮市區發展程度分類建議採辦衛生(2011)定義，依鄉鎮市區之「人力資源結構」、「社會經濟發展」、「教育文化發展」、「交通動能發展」、「生活環境發展」及「資訊基礎建設」等構面加以分類，分為1級至5級區域，共5組。

165

醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

一參與情形及提供科別服務

- 108年符合申請資格醫院計128家，其中93家(73%)參與本計畫。
- 92家提供內科門診服務，93家提供外科門診服務、62家提供婦產科門診服務、61家提供小兒科門診服務、76家提供急診服務。

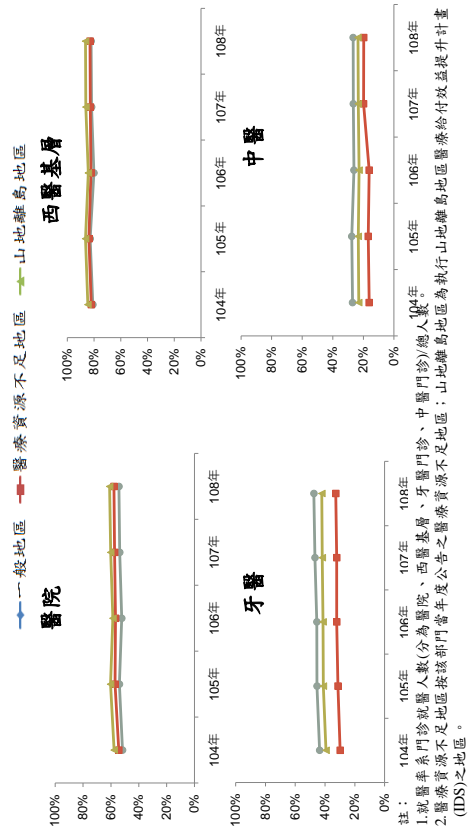


註：未參加醫院主要為精神科醫院，無法提供內、外、婦、兒門診及住院醫療服務者。

167

各地區就醫率—一般\醫療資源不足地區\山地離島地區

108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。

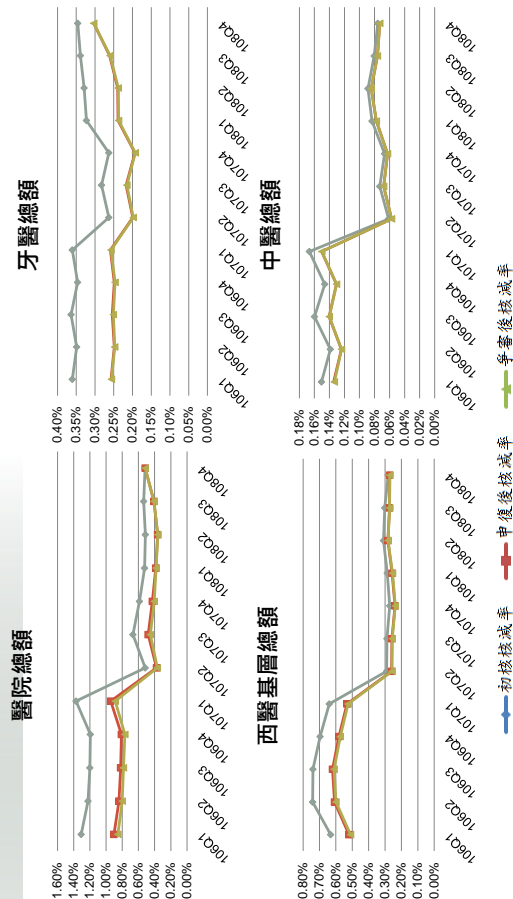
166

七 執行概況-公平面

審查(醫審)
查核

168

各部門核減率



註1.資料來源：擷取門診醫療費用統計檔，截至109Q4Q2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

謝謝聆聽
敬請指教

108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	58	309	13,343	13,710
西醫基層總額	總額舉發	1	44	1,621	1,665
	非總額舉發	640	1,465	59,676	61,780
牙醫總額	總額舉發	6	114	19,977	20,097
	非總額舉發	87	12,876	56,418	69,381
中醫總額	總額舉發	0	0	0	0
	非總額舉發	202	1,039	22,179	23,420
其他預算	總額舉發	0	0	0	0
	非總額舉發	11	4,976	7,231	12,219
合計	總額舉發	7	158	21,597	21,762
	非總額舉發	997	20,666	158,847	180,510

108非總額舉發查處追扣金額約1.80億元(107年約1.59億元)

一、健保署(含整體及跨部門預算)
(二)跨部門及其他預算專案
計畫

跨部門及其他預算專案 計畫執行成果報告

中央健康保險署
醫務管理組
專門委員 蔡翠珍
專門委員 劉林義
109年7月28日



108年專案計畫

1 跨部門專案

- 1.醫療給付改善方案
醫院編列**11.87**億元，辦理**9**項方案
西醫基層編列**4**億元，辦理**7**項方案
- 2.C肝新藥
醫院、基層、其他預算合計編列**65.36**億元
- 3.家醫計畫
西醫基層編列**28.80**億元
- 4.鼓勵院所建立轉診機制
醫院編列**6.89**億元，西醫基層編列**2.58**億元
- 5.基層總額轉診型態
其他預算編列**13.46**億元



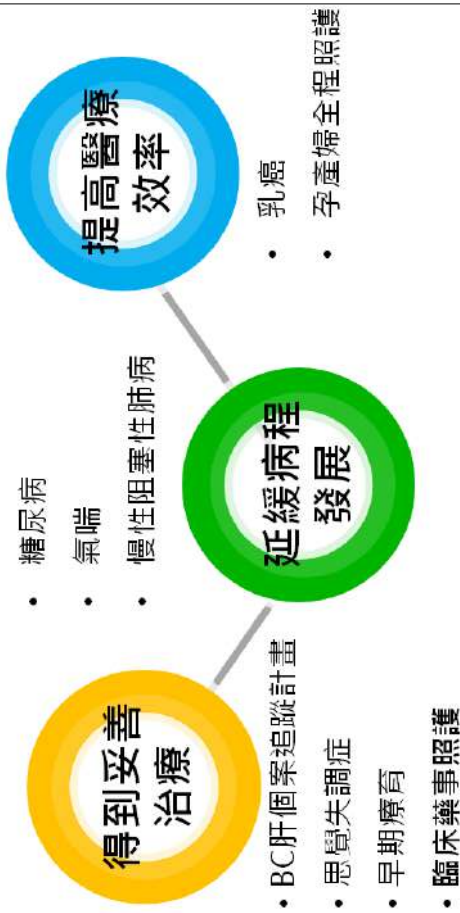
醫療給付改善方案



方案構面

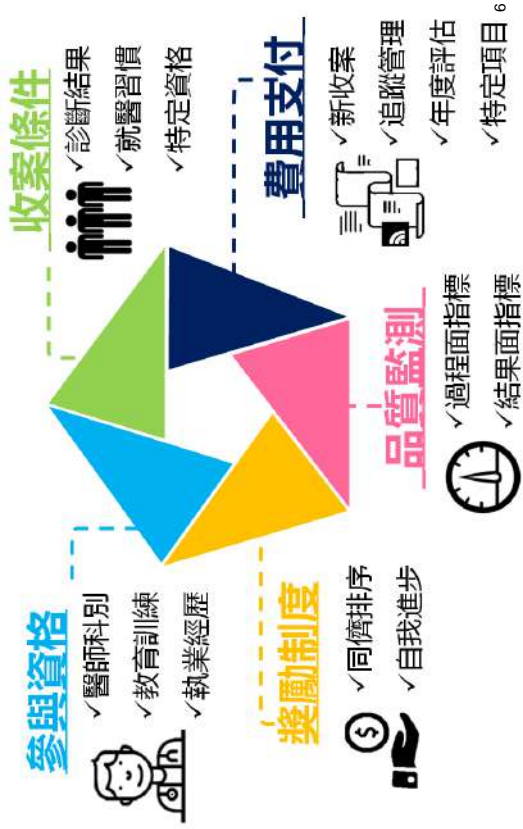


方案目的



5

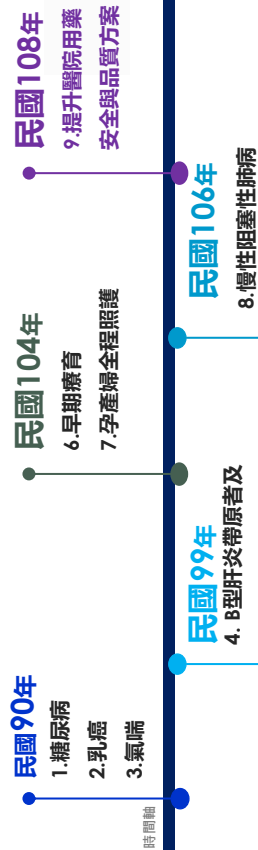
方案架構



方案簡介-糖尿病



8



子宮頸癌：95年起實施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藥給付改善方案專案支付項目。
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年停止追辦

7

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

參與資格

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

獎勵指標

醫院及基層皆分成人及兒童評比，各組排名前25%醫師予以獎勵，依據指標：

→ 病人完整追蹤率、因氣喘住院比率、因氣喘急診比率

監控指標

① 降階治療成功率 ② 出院14日內再入院率

收案條件

近90天於同院同醫師診斷為氣喘，就醫次數≥2

自109年起放寬醫院收案條件：近90天於同院診斷為氣喘且就醫次數≥2

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

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

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、特定制別專任專科醫師≥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)

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

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。

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

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

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)

費用項目

基本承作費(高風險病人依相對風險價值加權計算)發現費

方案簡介-B、C肝追蹤

計畫重點

- 定期追蹤與檢查
- 以降肝癌發生率

參與資格

內科、消化系內科、兒科、消化系外科、家醫科醫師

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

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

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



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
不孕醫學上適應症而自行要求剖產
產，產後檢及急重症經醫師診斷有
必要轉診者，不每半額

獎勵指標



符合以下五項指標之院所予以獎勵；具助產人員執照者，另外加給：
①孕產期全程照護率 $\geq 45\%$ ②剖產產管控率 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:過產期死亡率) ④危險因子指標(ex:低體重兒比率) ⑤其他指標(ex:院間轉院母乳哺育率)

13



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
(治療次數最高院所佔率 $< 70\%$)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一定執業資格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(依法定代理人)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、療育資源連結率、
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

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

14



方案簡介-慢性阻塞性肺病

計畫重點



早期發現及正確治療，提升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、第二類院所或基醫診所分別評比，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

15



方案簡介-提升醫院用藥安全與品質方案 (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

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

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

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

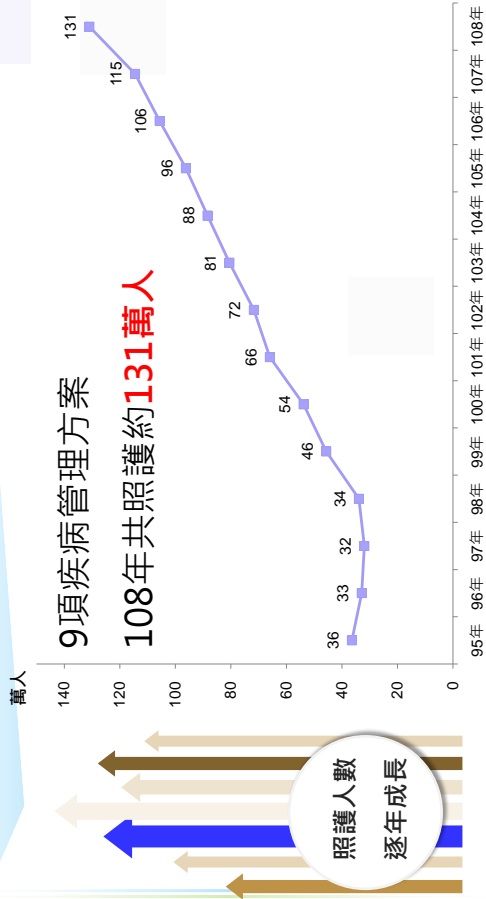
獎勵指標



醫師或其他醫事人員接受受
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

16

歷年方案照護人數



17

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	108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	684,440	783,803
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	135,650
乳癌	6,927	8,438	9,807	10,743	11,078	11,827	12,653	13,458	12,041	12,520	12,183	11,374	10,963	11,164
思覺失調	未實施	未實施	未實施	未實施	36,580	43,076	47,657	49,209	57,565	59,679	63,800	61,784	62,734	61,296
BC肝追蹤	未實施	未實施	未實施	未實施	44,057	92,049	121,451	149,375	175,317	201,452	220,928	231,093	247,877	267,861
孕產	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	59,114	57,958	60,475	56,581	54,364
早療	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	15	801	954	1,473	1,497
COPD	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施
用藥安全	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施
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	1,309,852

註1：照護人數係指年度有申報該方案相關費用之門戶人數，合計為全部方案門戶人數，故不會等於各方案人數直接加總。
 註2：人數變化說明：無糖→101年修正申報條件，應於三年內8小時教育時數，故自101-103年陸續有離開因三年期滿未補教育時數而退出，間接影響照護人數下降，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，內設前戶投局資料顯示107年退出人數為近八年新低18,160人，間接影響孕產照護人數下降。
 註3：早療自104年10月實施，故當年產前照護人數僅15人

18

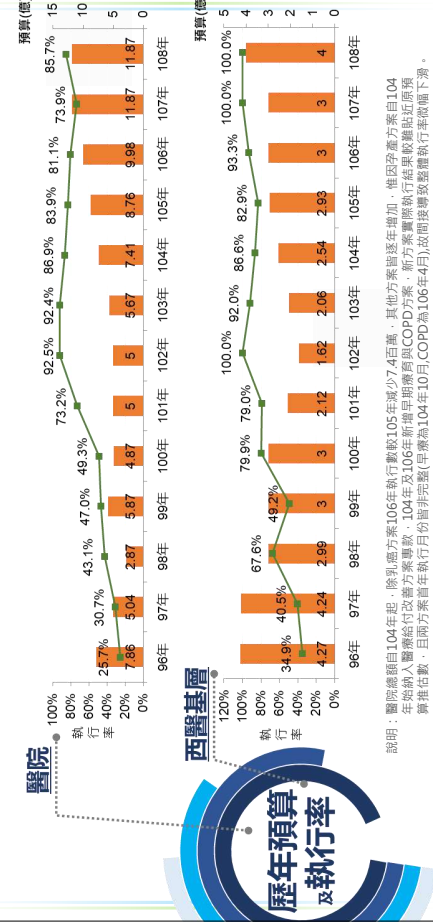
歷年方案照護率

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	108年
糖尿病	23%	25%	26%	28%	29%	31%	34%	35%	39%	41%	43%	48%	51%	55%
氣喘	35%	35%	31%	32%	47%	46%	39%	38%	36%	36%	28%	30%	35%	36%
乳癌	13%	14%	15%	15%	15%	14%	14%	13%	11%	11%	10%	8%	8%	7%
思覺失調	未實施	未實施	未實施	41%	47%	51%	51%	52%	60%	60%	64%	68%	69%	67%
BC肝追蹤	未實施	未實施	未實施	8%	17%	21%	25%	29%	33%	35%	35%	37%	39%	41%
孕產	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	29%	30%	32%	33%	33%
早療	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	1%	15%	14%	13%	12%
COPD	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	未實施	24%	39%	35%

註1：照護率分子為年度申報該方案相關費用之門戶人數。
 分母為年度該疾病之符合收案條件之門戶人數(即於病)或當年度申報該疾病診斷之門戶人數(即於病)。思覺失調症、BC肝等原案。
 註2：排除兩次就醫，大於60天者，99年開始分母是以門戶主治醫師為分母，99年以前分母是以門戶主治醫師493門戶人數，60天內同診所就醫者為分母。
 註3：另於105年因收案條件主診醫師CD-10，致分母縮小，原護理率下降。
 乳癌→分別各1家醫院於104年及106年完全退出，其中數量自前一年(103年及105年)開始下降

19

歷年預算執行率



說明：醫院預算自104年起，除乳癌方案106年執行時數105年減少7.4百萬，其他方案皆逐年增加，惟因孕產方案由104年開始加入醫院給付改善方案經費，104年及106年新預算執行時數與COPD方案，新方案實施執行時數較前年低，新舊估數，且兩方案當年執行月份皆非完整(孕產為104年10月，COPD為106年4月)故間接導致整體執行率微幅下滑。

20



108年方案執行情形

宛慕、玟玟、嚴儀

醫院	方案別					
	糖尿病	氣喘	乳癌	思覺失調	BC肝追蹤	早期療育
參與家數	273	142	5	125	198	92
照護人數	539,679	53,983	11,164	59,668	187,763	44,659
照護率	60.0%	25.4%	7.3%	74.0%	39.5%	38.0%
執行數(百萬)	691.2	44.7	75.4	53.0	34.2	61.5
						3.7
						25.6
						27.9

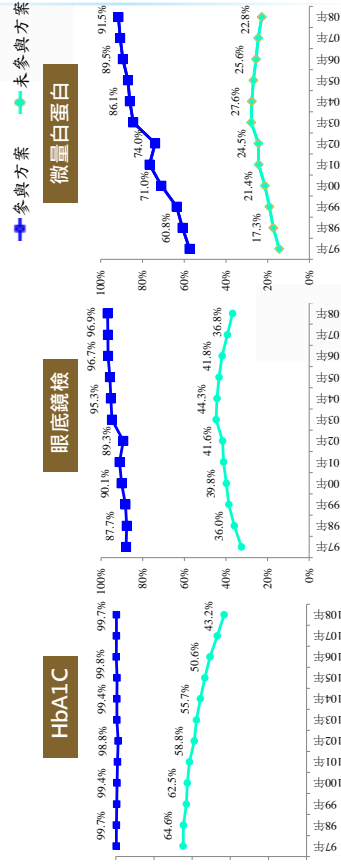
西醫基層	方案別					
	糖尿病	氣喘	乳癌	思覺失調	BC肝追蹤	早期療育
參與家數	909	576	-	18	363	29
照護人數	246,940	81,814	-	1,628	80,368	9,705
照護率	42.1%	38.6%	-	10.5%	41.5%	21.2%
執行數(百萬)	328.6	44.8	-	1.2	14.7	12.1
						0.4
						0.9

21



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



97-108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：健保署醫療分析系統 統計範圍：當年度符合本方案收案條件之對象

22



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

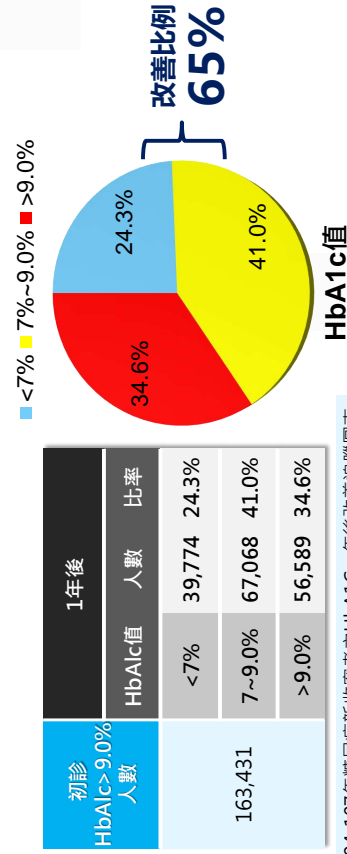
資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度本方案收案對象

23



執行成效-糖尿病(3)

✓ 追蹤94-107年新收案：HbA1c > 9.0%個案中 65% 改善(一年後)



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

24



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

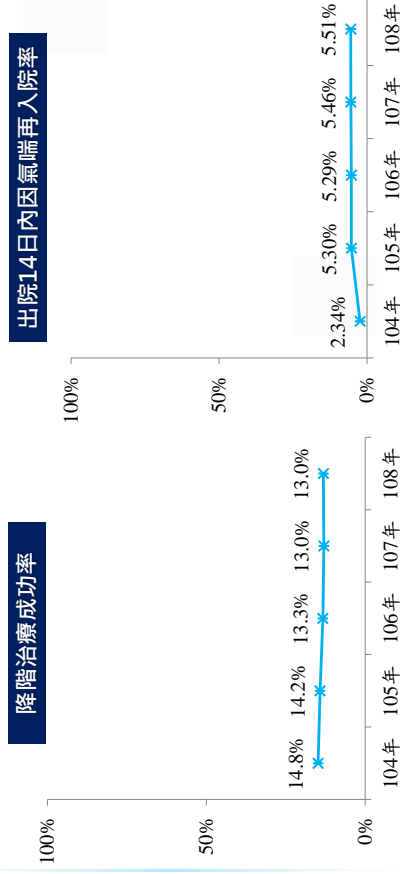


25



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

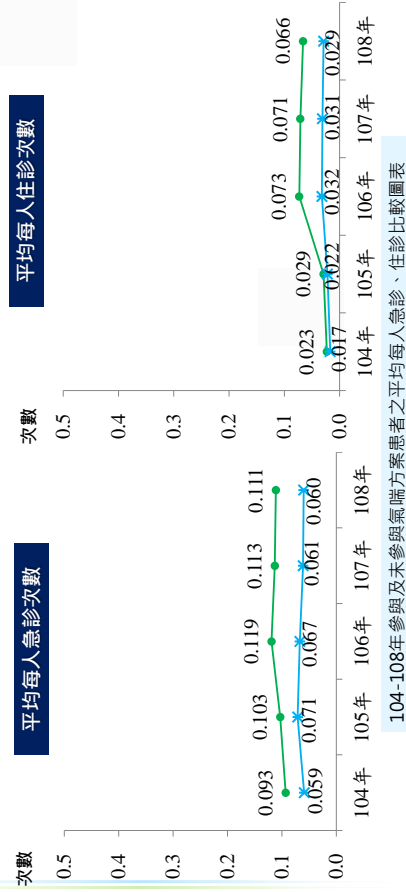


26



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顯著差異

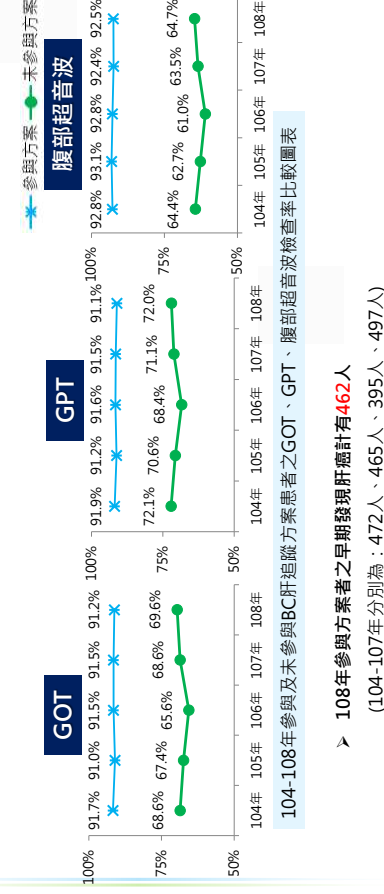


27



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

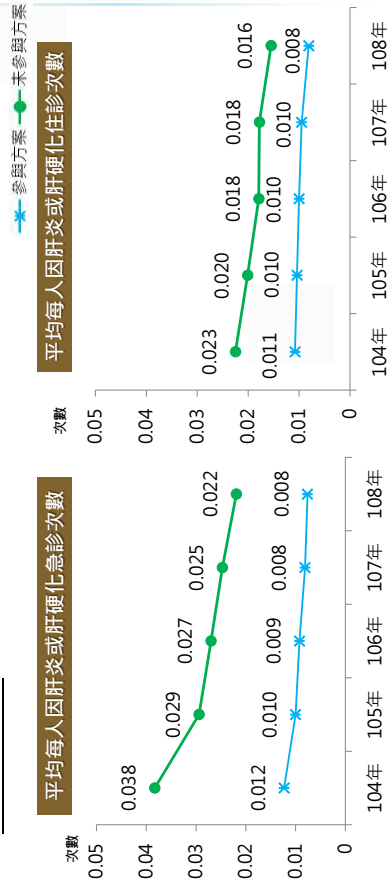


28



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



104-108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

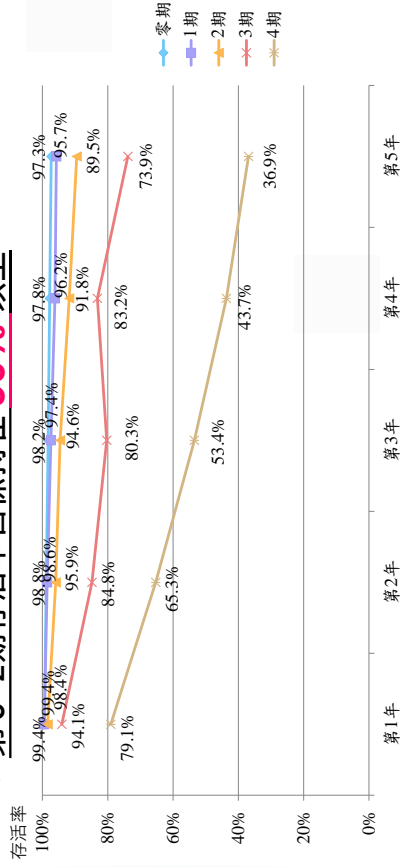
資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度符合本方案收案條件之對象，已進行年齡校正

29



執行成效- 乳癌

✓ 第0-2期存活率皆保持在90%以上



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 (108年共4家醫院全年參與)

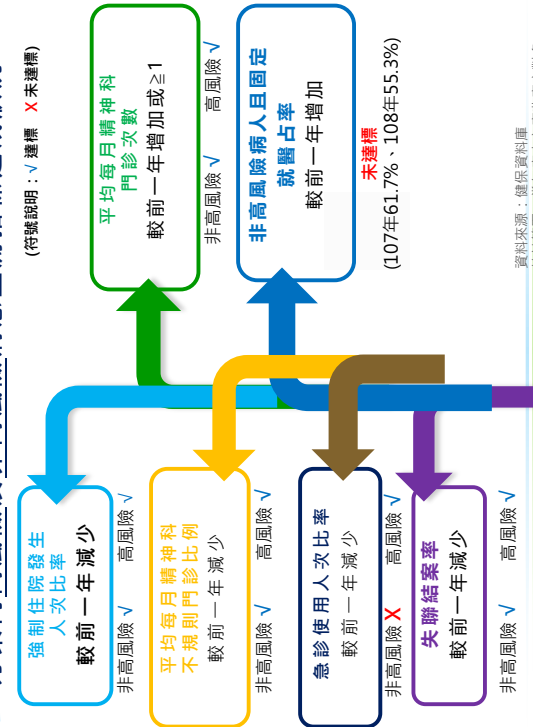
30



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)



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

31



執行成效- 思覺失調(2)

✓ 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



104-108年參與及未參與思覺失調方案患者之平均每人急診、強制住院比較圖表

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

32



執行成效-孕產婦全程照護

✓ 近五年全程照護率皆達50%



104-108年參與方案者之全程照護率				
104年	105年	106年	107年	108年
52.8%	51.6%	52.9%	52.4%	52.1%

資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度本方案收案之對象

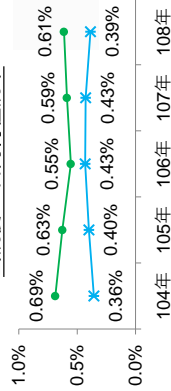
✓ 近五年低出生體重率皆未超過前一年度1%

103-107年參與方案院所 低出生體重率				
103年	104年	105年	106年	107年
0.04%	0.53%	0.29%	0.42%	0.35%

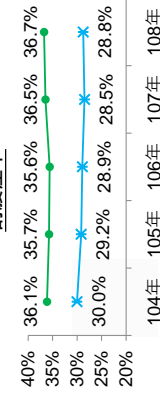
資料來源：國民健康署 計算方式如下：
1. 低出生體重率 = 體重 < 2500公克之活產人數 / 年度出生通報之活產人數
2. 當年度低出生體重率院所平均值 - 前一年度低出生體重率院所平均值

參與方案 未參與方案

出院後14日內再住院率



剖腹產率



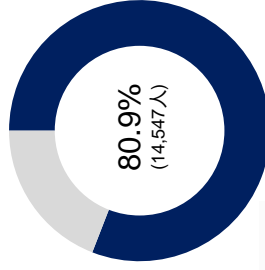
註1：統計範圍：當年度符合本方案收案條件之對象
註2：已進行年齡校正

33



執行成效-慢性阻塞性肺病

✓ 八成參與方案者接受正確藥物治療



108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

COPD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
10,169	1,092	10.7%	1,072	10.5%

COPD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
10,169	1,149	11.3%	941	9.3%

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，以107年度參與方案個案人數為比較前、後年度概況。

34



執行成效-提升醫院用藥安全與品質

臨床藥事介入4大類(總計23小項)						總計
		建議處方	主動建議	建議監測	用藥連貫性	
重症加護臨 床藥事照護	登錄件數	17,343	17,309	11,607	14,886	61,145
	接受件數	15,371	16,457	11,242	13,799	56,869
	接受率	88.6%	95.1%	96.9%	92.7%	93.0%
門診臨床藥 事照護	登錄件數	1,827	510	212	320	2,869
	接受件數	1,669	430	204	314	2,617
	接受率	91.4%	84.3%	96.2%	98.1%	91.2%

醫師或其他醫事人員接受比率高，均達80%以上

35



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、乳癌、思覺失調症、COPD，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收案後一年之急診及住院率均較收案前低，惟本方案為106年新執行方案，執行成效仍需再追蹤觀察。

36



檢討及展望-早期療育

✓ 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

✓ 研議回歸健保醫療服務給付項目及支付標準

- ① 早療方案於108年4月29日衛生福利部召開之「發展遲緩兒童早期療育推動小組第10屆第2次會議」中報告執行概況，研議停止方案及回歸醫療服務給付項目及支付標準辦理，並獲得與會專家認同。
- ② 本署已於108年10月7日針對健保給付不足、早療資源浪費之管控以及早療治療模式等議題召開「早期療育相關健保支付項目討論會」。
- ③ 兒童青少年醫學會已依會議決議於109年4月1日來函申請增修早期療育6項健保支付項目，本署刻正依程序辦理支付標準增修訂事宜。

37



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

38



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。

40

C型肝炎新藥



39



C型肝炎預算

項目	年度	106	107	108
預算數(億元)		29.43	50.36	65.36
預算執行數(億元)		26.908	48.569	70.539
-既有C型肝炎藥品		4.454	1.369	0.096
-全口服C肝新藥		22.454	47.201	70.443
預算執行率		91.4%	96.4%	107.9%
C肝新藥				
-新收案數		9,538	19,549	45,800
-總治療人數		9,538	29,087	74,895
-已達治療標準人數		7,819	15,361	41,592
治療涵蓋率(年累計)		22.1%	26.9%	38.2%

108年C型肝炎藥費之結算如下(預算合計65.36億元，實支70.54億元)：

- (1) 醫院編列預算47.6億元，實支約64.31億元。
- (2) 西醫基層編列4.06億元，實支約6.23億元。
- (3) 前述不足經費約18.88億元，由其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費」編列13.7億元支應；另，5.18億元再由其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策變所需經費」(8.22億元)結餘款支應。

41



收案人數分布

- 醫院收案41,801、診所3,999人，其中南區收案比例最高。

分區別	醫院		診所		合計	
	人數	比例	人數	比例	人數	比例
臺北	7,577	17%	580	1.3%	8,157	18%
北區	4,979	11%	753	1.6%	5,732	13%
中區	7,982	17%	426	0.9%	8,408	18%
南區	13,437	29%	1,629	3.6%	15,066	33%
高屏	6,673	15%	457	1.0%	7,130	16%
東區	1,153	3%	154	0.3%	1,307	3%
總計	41,801	91%	3,999	8.7%	45,800	100%

42



收案病人特性

項目	N=45,800	人數	%
1.年齡			
平均值標準差		61.1±13.2	
19歲以下	13	0.03%	
20-29歲	320	0.7%	
30-39歲	2,209	4.8%	
40-49歲	6,760	14.8%	
50-59歲	10,676	23.3%	
60-69歲	13,257	28.9%	
70-79歲	8,706	19.0%	
80歲以上	3,859	8.4%	
2.性別			
女	23,248	51%	
男	22,552	49%	
3.肝纖維化診斷			
F0	12,737	28%	
F1	11,825	26%	
F2	8,605	19%	
F3	7,472	16%	
F4	5,161	11%	
4.病毒基因型			
1a	3,037	6.6%	
1b	18,460	40.3%	
2	18,470	40.3%	
3	954	2.1%	
6	3,987	8.7%	
混合型	851	1.9%	
4、5或無法分辨	41	0.1%	

- 108年給付條件不再限制肝纖維化，只要檢查血中病毒量陽性，即可接受健保給付全口服藥。

- 使用者年齡主要分布於50歲至79歲間。



治療成果

- 個案治療後12週病毒量檢測結果：

達追蹤人數	偵測不到病毒人數[1]	偵測到病毒人數[2]	提早停藥或未檢測人數(%)	SVR-12 [1]/([1]+[2])
44,550	41,592	565	2393 (5.4%)	98.7%

註：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SVR-12。追蹤至109/4/27止，治療個案之SVR-12比例約98.7%。

44



個案提前停藥原因

治療人數	停藥人數		停藥原因分布(%)			
	人數	停藥比例(%)	醫師評估建議停藥		病人自行停藥	
			肝功能異常	其他不適或疾病	身體不適而放棄	非健康因素
45,800	1,085	2.4	4.1%	21.5%	18.6%	5.4%
						原因未明之逾時未回診
						50.3%

45



計畫目的

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

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。

奠定「家庭責任醫師制度」基礎

47



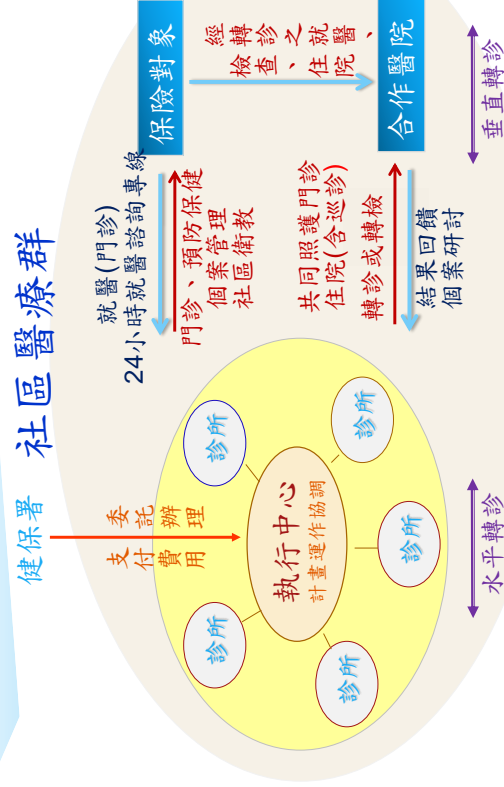
家庭醫師整合性照護計畫



46

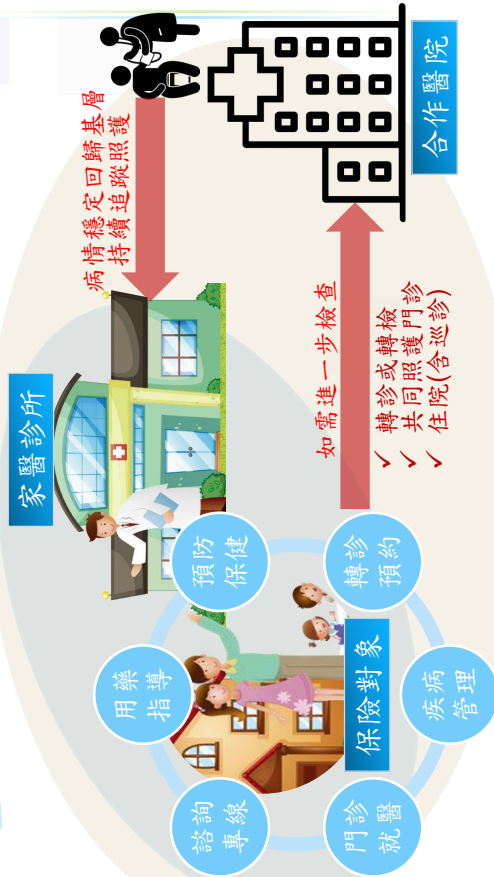


家醫計畫照護模式



48

提供整合式照護服務

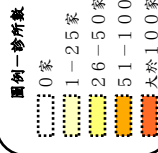
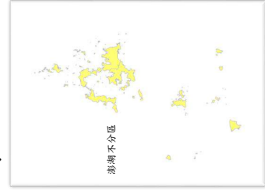


49

108年參加院所服務涵蓋

108年執行情形

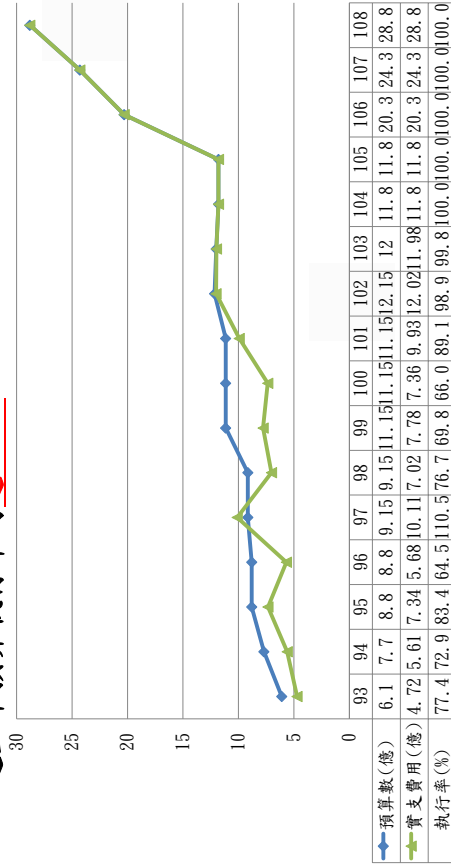
收案會員數：545.8萬人
參與醫療群數：605群
參與診所家數：5,052家(48.1%)
參與醫師數：6,666人(41.9%)
合作醫院家數：229家



50

歷年經費執行情形

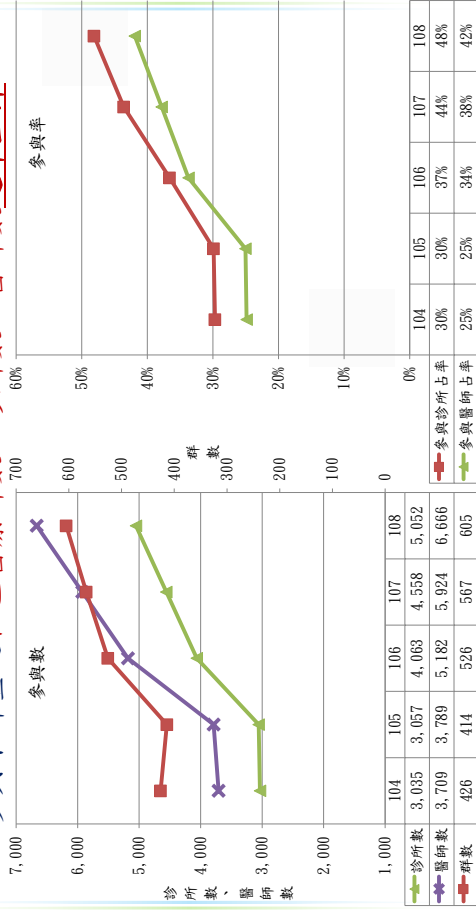
● 近五年預算執行率均達100%。



註1：97年因政策導向故選擇健康回饋型之醫療群數不斷增加，致預算實際給付費用不足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450百萬元應注106年度之不足款，故106年預算為20.3億元。

近5年醫療群參與情形

● 參與本計畫之社區醫療群數、診所數、醫師數逐年上升

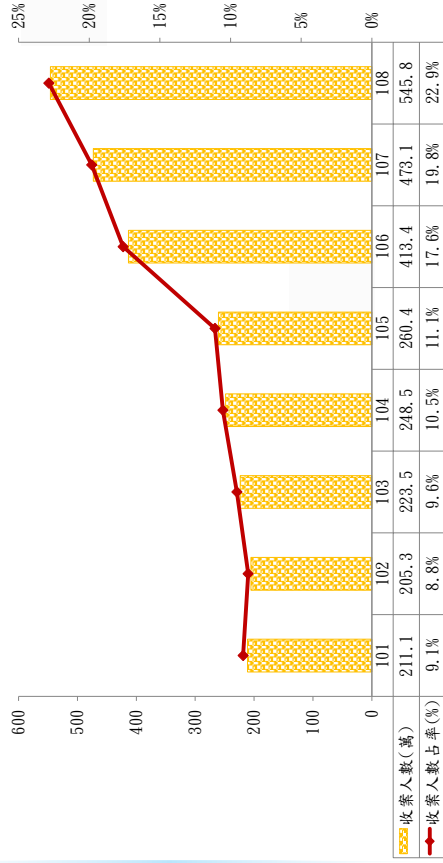


註1：資料採取時間為當年度4月；另退場群數係以當年度全年執行後計算。
註2：102年至103年包含單一診所型態，102年284家診所、365位醫師、會員12.3萬人；103年193家診所、274位醫師、會員8.9萬人。

52

近5年醫療群收案情形

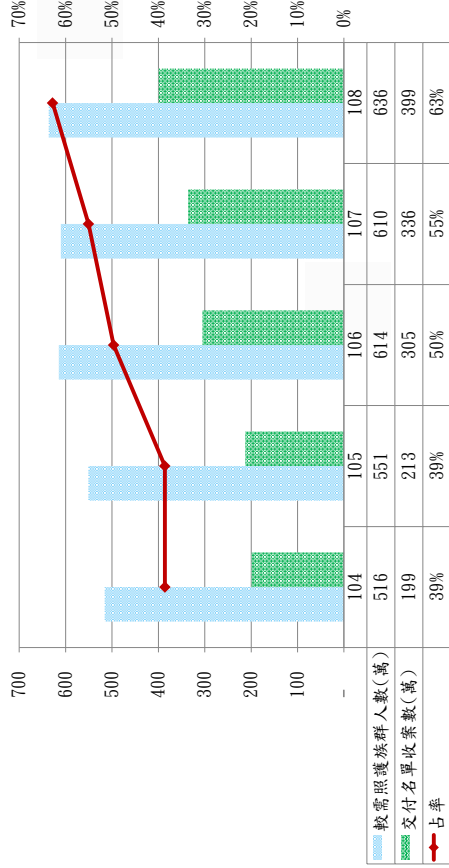
- 收案人數逐年上升，108年收案數占總保險對象數22.9%



53

近5年醫療群交付名單收案情形

- 108年計畫交付名單收案人數占較需照護族群人數63%



54

108年家醫計畫提供服務成果

1 會員健康資料建檔

- 加強會員個案管理及衛教
- 預防保健各指標歷年均達高標

2 24小時諮詢專線

- 電話諮詢服務：45,668通
- 提供適當就醫指導
- 減少急診與不必要就醫
- 主動電訪會員人數：704,655人

3 提供病人轉診服務

- 醫療群與229家醫院合作
- 轉診服務：424,388人次
- 共照門診：6,502診次
- 病房巡診：1,015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6,000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1,766場次。
- 參與人數達106,314人次。

108年醫療群品質指標執行情形

指標	收案會員	目標值	達成群數	達成群數占率
電子轉診使用率	56.43%	≥80.00%	81	13.4%
門診雙向轉診率	83.98%	≥85.71%	112	18.5%
成人預防保健檢查率	37.87%	≥24.43%	510	84.3%
子宮頸抹片檢查率	17.44%	≥15.22%	382	63.1%
老人流感注射率	31.72%	≥26.51%	435	71.9%
糞便潛血檢查率	21.63%	≥14.30%	451	74.5%

註1：目標值：電子轉診使用率為≥80%、門診雙向轉診率為≥80%、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2：108年群數計有605群

56



108年醫療群品質指標執行情形

指標	收案會員	目標值	達成群數	達成群數占率
每十萬人潛在可避免急診件數	1,160.5	≤561.7	126	20.8%
每十萬人可避免住院件數	653.6	≤247.9	139	23.0%
會員急診率	34.67%	≤28.30%	84	13.9%
糖尿病會員胰島素注射率	6.24%	≥1.35%	528	87.3%
會員固定就診率	47.98%	≥45.31%	351	58.0%

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。

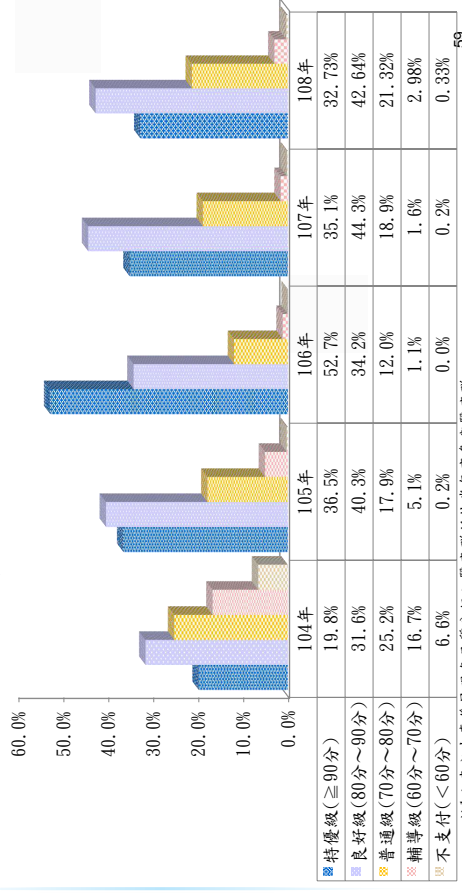
註2：108年群數計有605群

57



近5年社區醫療群品質評核

- 108年品質指標達80分以上共計456群，占所有群數約75%，指標<60分計有2群



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。

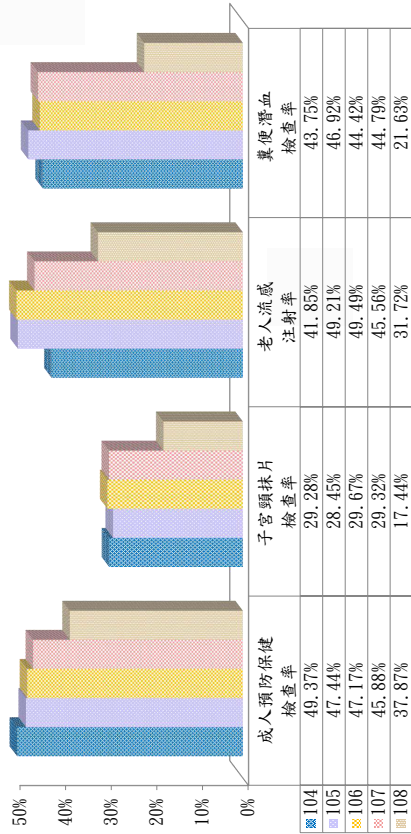
註2：104年共428群、105年共414群、106年共526群、107年共567群、108年共605群。

59



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
- 108年起會員於基層院所接受預防保健項目為統計範圍



1. 成人預防保健檢查率：分子為40歲(含)以上會員於基層診所接受成人健康檢查人數；分母為40歲至64歲會員數(含)會員數。

2. 子宮頸抹片檢查率：分子為30歲(含)以上女性會員於基層診所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歲以上會員於基層診所接受流感疫苗注射人數；分母為65歲以上會員數。

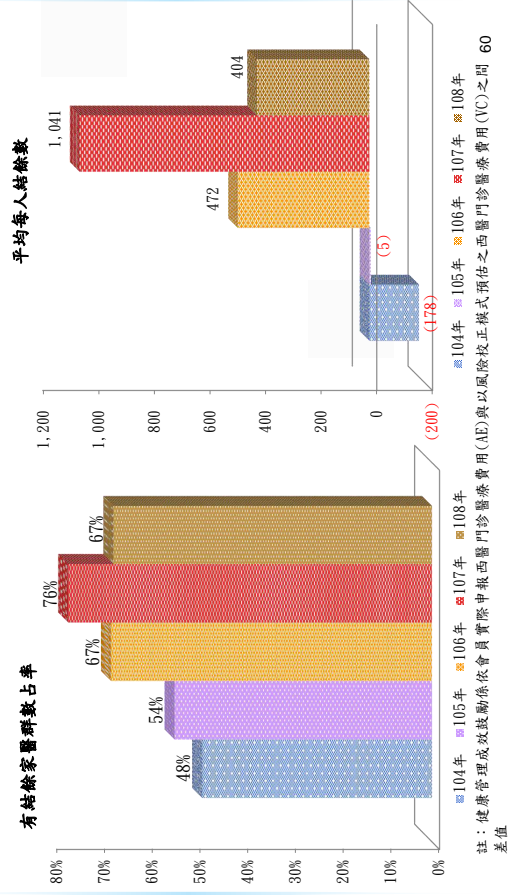
4. 糞便潛血檢查率：分子為50歲以上至未滿75歲會員於基層診所接受定量糞便潛血檢查人數；分母為50歲以上至未滿75歲會員數/2。

58



近5年社區醫療群健康管理成效

- 自106年起平均每人VC-AE結餘數已成正值



60



近5年滿意度調查結果

- 108年抽測會員施測項目滿意度結果均達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
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%
108	5,964	99.8%	99.7%	99.8%

61



109年計畫修訂方向

組織運作

- ✓ 會員24小時諮詢專線不得設置於醫院之急診室
- ✓ 增列計畫執行中心應辦理之核心業務及其內容項目，及其核心業務不得委由非醫事服務機構執行，如有違反則需終止執行計畫

績效獎勵費用

- ✓ 評核指標特優及且平均每人VC-AE差值>275點者，品質提升費用由原每會員275點調整為每會員275元
- ✓ 調升評核指標輔導等級及不支付等級之分數，由原60分調升為65分

多重慢性病人

- ✓ 原15種慢性慢病，考量基層診所醫師專科別及檢查設備設置，刪除失智症、甲狀腺機能障礙及攝護腺(前列腺)肥大3類疾病

62



109年計畫修訂方向

偏遠地區診所績效獎勵費

- ✓ 符合本保險醫療資源缺乏地區施行區域及本保險山地離島地區之診所，且所屬社區醫療群計畫評核指標為良好級(含)以上，診所之績效獎勵費每點支付金額1元計算

檢討評核指標

- ✓ 調整得分閾值：成人預防保健檢查率、65歲以上老人流感注射率、潛在可避免急診率、會員急診率(排除外傷)、可避免住院率及會員固定就診率
- ✓ 新增初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢之檢驗檢查執行率，以早期發現初期慢性腎臟病人
- ✓ 收治糖尿病、初期慢性腎臟病個案之診所指標變更為糖尿病會員胰島素注射率，並調升得分閾值

63



鼓勵院所建立轉診機制 基層總額轉診型態調整費用



64



轉診支付誘因

✓為推動分級醫療，鼓勵院所「建立轉診之合作機制」，自107年起編列專款預算。規劃轉診支付誘因，新增5項轉診支付標準項目，自107年7月1日起施行。

預算(億元)	107年	108年	109年
醫院	2.58	6.89	6.89
西醫基層	1.29	2.58	2.58

支付標準	適用層級		支付點數
	醫院	基層診所	
辦理轉診費_回轉及下轉	✓		使用轉診電子平台：500點 未使用轉診電子平台：400點
辦理轉診費_上轉	✓	✓	使用轉診電子平台：250點 未使用轉診電子平台：200點
接受轉診診察費加算	✓	✓	200點



轉診支付範例

層級別	西醫基層		醫學中心	
是否使用電子轉診平台	使用	未使用	使用	未使用
上轉	每人250點	每人200點	接受轉診診察費加算200點	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	每人400點



轉診支付規範及核付情形

轉診支付標準支付方式：

- ✓病患需有就醫事實，轉出院所確認轉入院所受理轉診後即可先申報轉診費，惟轉診費用點數先申報為0，由本署後續勾稽個案就醫情形後每季統一補付。
- ✓同體系院所間(含委託經營)之轉診案件不得申報。

(單位：醫令數、案件；結算數：億點)

	107年				108年			
	申報醫令數	核付醫令數	核付率	結算數	申報醫令數	核付醫令數	核付率	結算數
醫院	51.0	35.0	68.6%	0.71	123.8	81.8	66.0%	2.06
西醫基層	41.2	24.4	59.1%	0.55	96.2	61.1	63.5%	1.44
合計	92.3	59.4	64.4%	1.26	220.0	142.8	64.9%	3.50

備註：107年及108年皆以一點一元支應



基層總額轉診型態調整費用

一、轉診成功部分：申報轉診醫令且轉診成功者，該保險對象6個月於西醫基層總額案件點數。

考量推動第1年院所尚不熟悉申報規定，108年起增列自行就醫部分。

二、自行就醫部分：

1. 門(急)診案件：當月於基層就醫者，其主診斷自就醫當月及往前3個月，均只在醫院就醫而未在基層就醫者，該保險對象當月以同一主診斷於西醫基層總額案件點數x1.5計算。
2. 住診案件：當月於基層就醫者，其主診斷前3碼自就醫當月及往前3個月均只在醫院就醫而未在基層就醫，自醫院住院離院後，2週內至西醫基層總額案件點數。

基層總額轉診型態調整費用			
項目	年度	107年 7-12月	108年
--下轉病人數			
轉診成功(A)		13,567	66,884
自行就醫—門診(B)		...	381,375
自行就醫—住診(C)		...	2,299
--下轉病人就醫件數			
轉診成功(A)		72,973	533,616
自行就醫—門診(B)		...	536,567
自行就醫—住診(C)		...	3,354
--下轉病人就醫費用(百萬元)			
轉診成功(A)		62.6	449.5
自行就醫—門診(B)		...	598.3
自行就醫—住診(C)		...	3.2

註：下轉病人於基層診所發生之醫療費用以108年其他預算「基層總額轉診型態調整費用」之動支原則定額計算，摘要如下：
 (1)轉診成功(於轉診平台有完成勾稽之個案)：於基層院所接受轉診之日起6個月，該病患於基層之門診案件數。
 (2)自行就醫—門診：於基層就醫前3個月均在醫院門診就醫者，下轉當月同一主診醫師於基層之門診案件數*1.5。(6個月內不與其他補助條件重複計算)
 (3)自行就醫—住診：於基層就醫前3個月均在醫院門診就醫，自醫院出院後，2週內至基層就醫，於基層之門診案件數。
 數。(1個月內不與其他補助條件重複計算)

108年專案計畫			
2	其他預算		
1. 偏遠及弱勢照護			
●山地離島IDS計畫編列	6,554億元		
●居家、助產所、精神社區復健及轉銜長照編列	60.20億元		
●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(跨部門)		
●促進醫療體系整合編列	5億元		
●鼓勵院所即時查詢編列	8億元		
3. 提升保險成效及其他預備金			
●支應C肝不足經費編列	13.7億元(跨部門)		
●調節非預期風險編列	8.22億元		
●慢性腎臟病照護編列	4.04億元		
●特殊族群藥事照護編列	0.3億元		
●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	104	105	106
1.山地離島地區醫療給付效益提升計畫	6,054億元 (4.69億元 77%)	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)	37.14億元 (97.14億元 100%)	40億元 (43.86億元 88%)	55.20億元 (49.39億元 90%)
3.促進醫療體系整合	11億元 (1.69億元 15%)	11億元 (3.03億元 28%)	7億元 (2.78億元 40%)
醫院以病人為中心門診整合照護計畫	3億元 (1.13億元 38%)	3億元 (2.28億元 76%)	3億元 (1.95億元 65%)
急性後期整合照護計畫	4億元 (0.43億元 11%)	4億元 (0.57億元 14%)	4億元 (0.42億元 11%)
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 (0.42億元 42%)

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	104	105	106
6.鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案	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%)
7.高診次暨複雜難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%)
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)	4,040億元 (3,030億元 75%)	4,040億元 (3,350億元 83%)	4,040億元 (3,690億元 91%)
9.保險對象收容於矯正機關醫療服務計畫	14,050億元 (10,940億元 78%)	14,050億元 (12,530億元 89%)	14,050億元 (13,140億元 94%)
10.提升保險服務成效	2,850億元 (0.31億元 11%)	2,950億元 (3.15億元 108%)	3,100億元 (1.65億元 53%)
11.調節非預期風險	10億元 (9,678億元 97%)	10億元 (1,775億元 18%)	8,220億元 (無支出)
12.基層總額轉診型態調整費用	-	-	13,460億元 (10,510億元 78%)

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

73

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

74

山地離島地區保險對象於該區內外就醫次數比較

- 山地地區區外門診就醫次數占率較高(約7成)
- 離島地區區內門診就醫次數占率較高(約6成)

75

山地離島地區保險對象於該區內外就醫費用比較

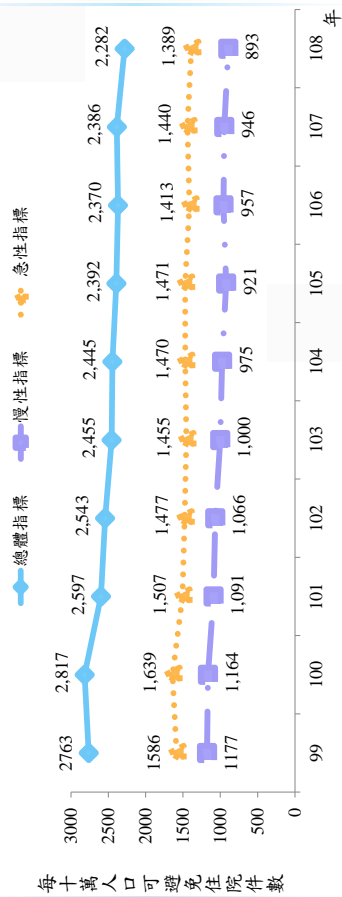
- 山地地區、離島地區之區外西醫門診醫療費用點數占率較高，分別為約8成7及約5成5

76



99-108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：係指肺炎、尿道感染、細菌性肺炎等3項指標。

(2) 慢性指標：係指糖尿病併發症、長期糖尿病併發症、控制不良糖尿病、糖尿病下視神經、COPD及成人氣喘、老年氣喘、高血壓、心臟衰竭、心絞痛等9項指標。

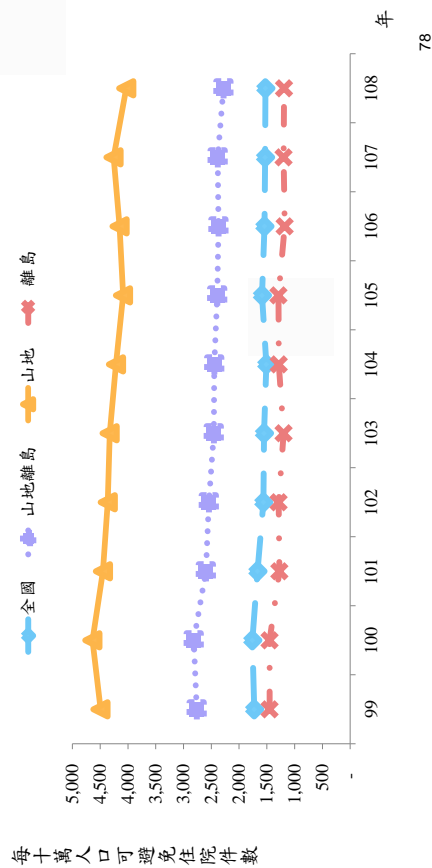
(3) 總體指標：急性指標及慢性指標之住院件數總和。

77



99-108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



78

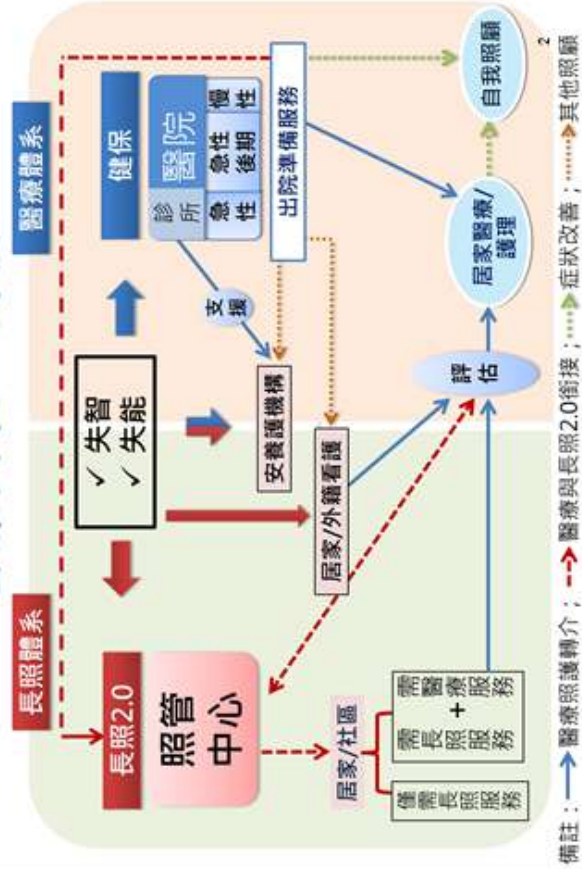


居家醫療、居家醫療照護整合計畫、轉銜長照2.0



79

醫療與長照銜接



80



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	→ 中度居家醫療
呼吸居家照護	→ 安寧療護
安寧居家療護	

擴大照護對象

改善不同類型居家醫療片段的服務模式

服務特色

促進社區內團隊合作：醫事人員、院所間

強化個案管理机制

81



轉銜長照辦理情形

申報健保出 院準備件數	出院前接受 長照2.0需求評估		出院後7日內 接受長照服務		出院後 接受長照服務		
	(A)	件數 (B)	件數占率 (B/A)	件數 (C)	件數占率 (C/B)	件數 (D)	件數 占率 (D/B)
106年4-12月	78,743	3,357	4.3%	784	23%	2,007	60%
107年1-12月	119,054	13,760	11.6%	4,066	30%	8,800	64%
108年1-12月	146,349	24,717	16.9%	10,664	43%	17,528	71%

82



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。

84



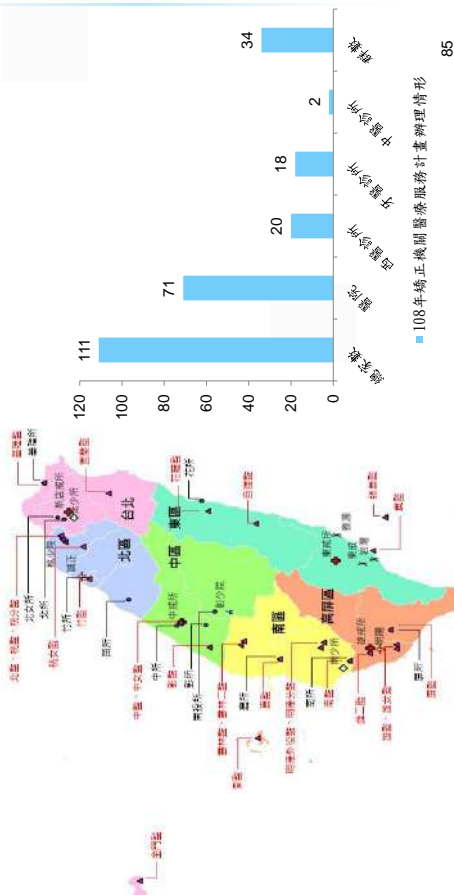
收容於矯正機關者 醫療服務計畫



83

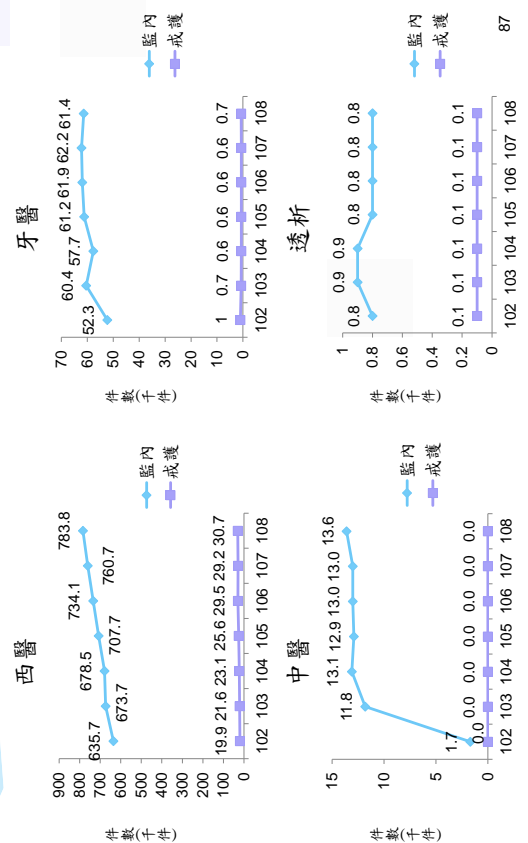
收容於矯正機關者醫療服務計畫 -服務涵蓋情形

- 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。



85

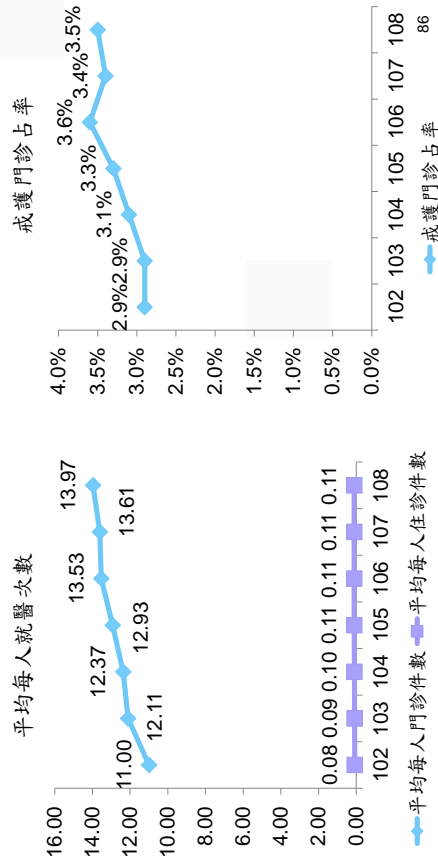
收容於矯正機關者就醫情形監所、戒護就醫情形



87

收容於矯正機關者就醫情形

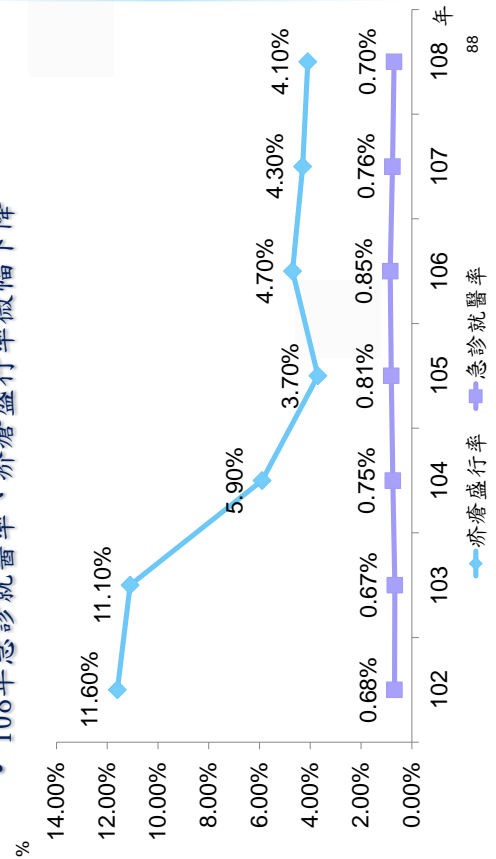
- 矯正機關收容人每人就醫次數約為14次、住院件數約為0.1次、大部分為監內就醫，戒護門診占率約3.5%



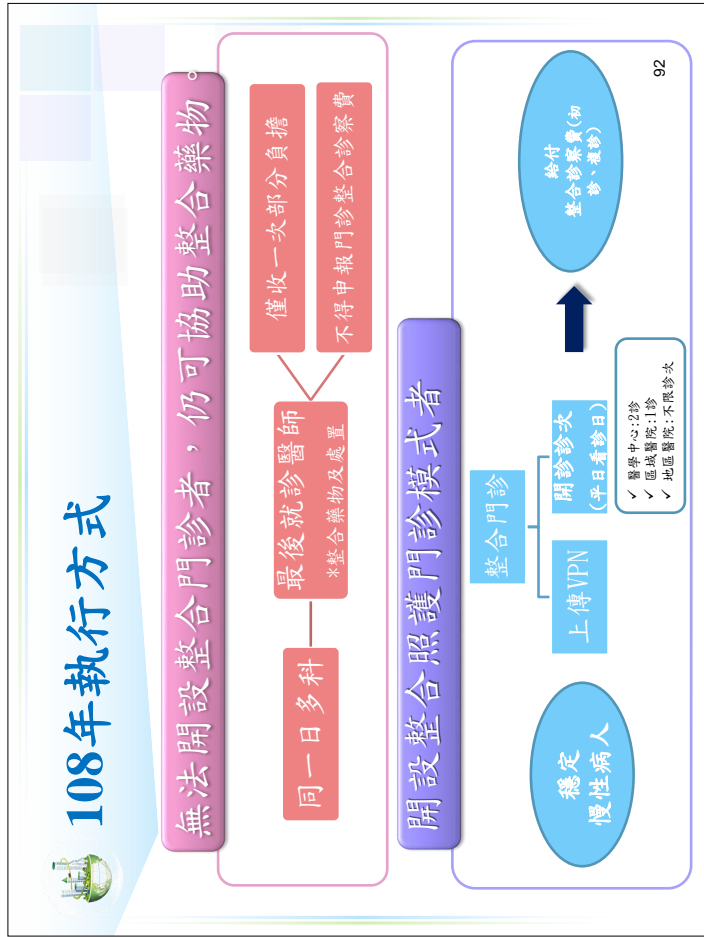
86

收容於矯正機關者-急診就醫率、疥瘡盛行率

- 108年急診就醫率、疥瘡盛行率微幅下降



88





費用支付-個案門診察整合費

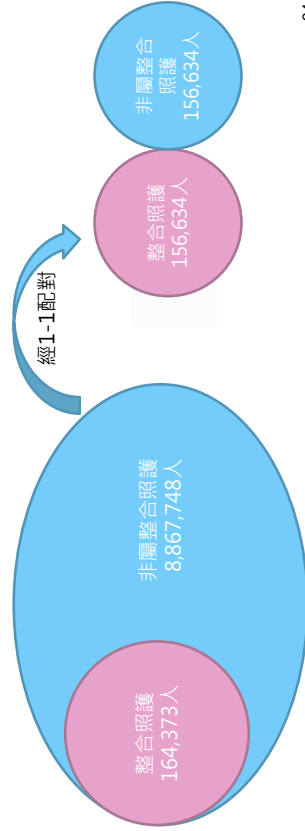
- 限開設整合照護門診模式申報。
- ✓ 門診整合初診診察費1,500點：須完成周全性評估及照護計畫
- ✓ 門診整合複診診察費1,000點：
 - ◆ 限門診整合初診後半年內申報
 - ◆ 同一照護對象最多可申報2次
 - ◆ 含照護計畫之修正與調整
- 不得另申報醫院門診診察費

93



傾向分數配對(P propensity Score Matching)

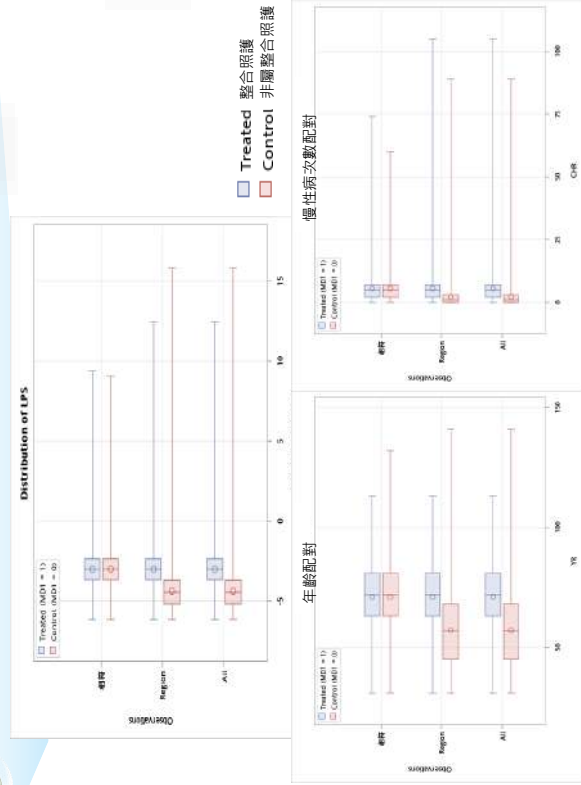
- 2019年4-9月間，曾提供整合門診之院所計有130家醫院，共計就醫族群逾900萬人。
- 其中有16萬餘人接受過整合門診(整合式照護模式註記：Q、R、S、X)
- 就上述名單超過30歲族群，以傾向分數做1-1配對(Greedy Matching)



94



傾向分數配對之前後資訊II



95



傾向分數配對之前後資訊I

	實驗組(門診整合)		對照組(非門診整合)	
	男	女	男	女
人數	77,900	78,734	3,035,554	3,688,590
年齡				
平均值	71.5	70.7	57.2	57.0
標準差	(13.8)	(13.6)	(14.8)	(15.0)
慢病次數				
平均值	5.8	5.4	2.2	1.9
標準差	(4.6)	(4.3)	(2.8)	(2.6)
糖尿病次數				
平均值	1.2	1.1	0.4	0.3
標準差	(2.4)	(2.3)	(1.5)	(1.3)
高血壓次數				
平均值	0.6	0.6	0.3	0.2
標準差	(1.4)	(1.4)	(1.0)	(0.9)
高血酯次數				
平均值	0.1	0.1	0.1	0.1
標準差	(0.7)	(0.7)	(0.6)	(0.5)
慢性腎病次數				
平均值	0.7	0.6	0.2	0.1
標準差	(2.9)	(2.7)	(1.3)	(1.1)
			1-1配對	
男	77,900		77,900	
女		78,734		78,734

96

配對前後後期照護比較II

	照護前		照護後		差異中差異	
	平均值	標準差	平均值	標準差	值	P-value
西醫門診次數						
對照組	18.34	12.07	16.82	12.00	0.33	<.0001 **
實驗組(整合計畫)	18.27	12.15	17.09	12.09		
西醫門診次數						
對照組	45,296.51	87,785.18	40,415.71	89,626.07	1,042.07	0.06
實驗組(整合計畫)	49,492.57	141,488.28	45,653.85	139,270.92		
急診次數						
對照組	0.44	1.31	0.34	1.15	0.00	0.54
實驗組(整合計畫)	0.46	1.41	0.37	1.17		
PIM次數						
對照組	3.85	4.53	3.48	4.34	0.10	<.0001 **
實驗組(整合計畫)	3.76	4.34	3.49	4.23		
藥品項數						
對照組	19.42	12.75	18.13	12.56	0.11	0.06
實驗組(整合計畫)	20.00	12.78	18.82	12.61		

97

指標比較摘要

西醫門診次數

整合計畫組平均高於一般組(對照組)0.33次，而且達統計上顯著差異，換言之整合計畫組在半年間平均每人就醫次數高於一般組(對照組)0.33次。

西醫門診點數

整合計畫組在半年間平均每人西醫點數高於一般組(對照組)1,042點，然此現象不顯著(西醫點數差異不大)。

急診次數

整合計畫組與一般組(對照組)兩組在此一指標表現，並無顯著差異。

西醫門診潛在不當用藥(PIM, 2015 Beers Criteria)就醫次數

開立PIM之案件表現上，整合計畫組平均高於一般組(對照組)0.10次(具顯著意義)。

西醫門診藥品項數

綜觀，兩組間在西醫就醫中，前後藥品的開立品項數約20左右，看似整合計畫組略高，然此一差異不具顯著意義。

98

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

逐步擴大至所有急性期後失能之病人。

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。

100

急性後期整合照護計畫



99



急性後期照護推動目標及策略

目的

- 建立急性期、急性後期、慢性後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。

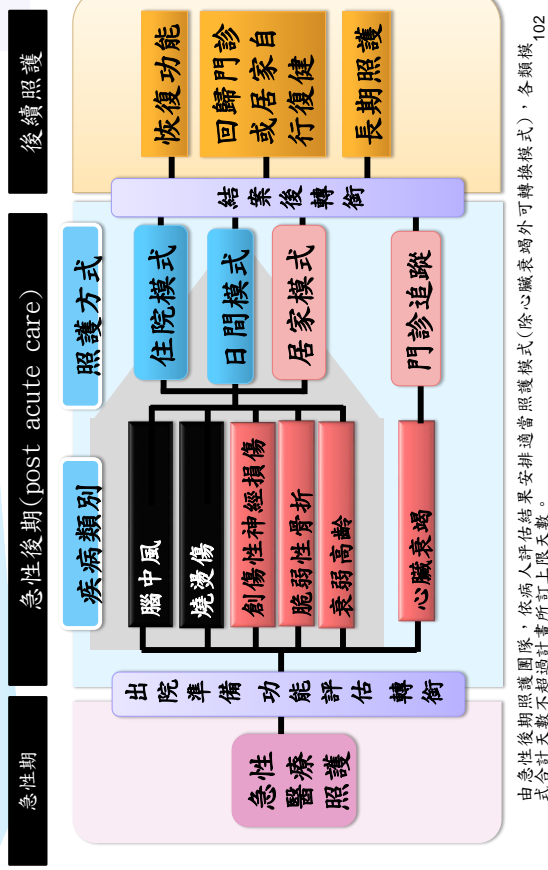
策略

- 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

101

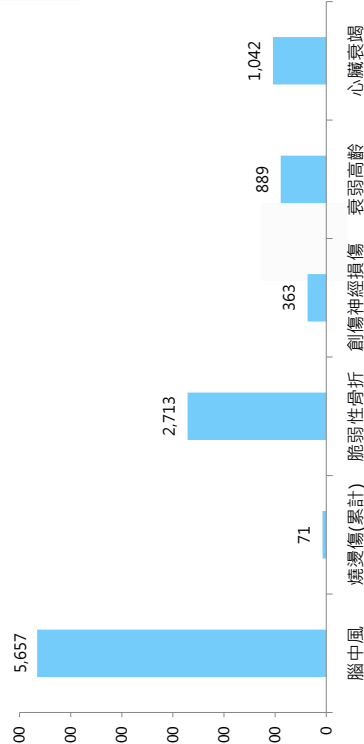


擴大辦理急性後期照護模式及內容



照護人數

108年腦中風收案共5,657人、燒燙傷(累計)71人、脆弱性骨折2,713人、創傷性神經損傷363人、衰弱高齡889人及心臟衰竭1,042人。



註：
1. 資料來源：中央健保署VPM-QP1急性後期整合照護計畫收案及結案資料(統計至108年12月31日收案資料、擷取日期109.04.28)。
2. 收案及結案人次依據收案日期歸戶(若跨年結案，依收案日期歸年)。

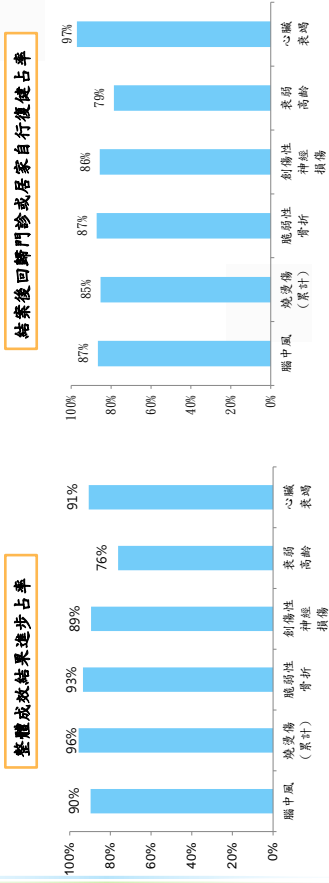
103



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90%、燒燙傷96%、脆弱性骨折93%、創傷性神經損傷89%及衰弱高齡76%、心臟衰竭97%。

回歸門診或居家自行復健占率：腦中風87%、燒燙傷85%、脆弱性骨折87%、創傷性神經損傷86%及衰弱高齡79%、心臟衰竭97%。



註1. 資料來源：中央健保署VPM-QP1急性後期整合照護計畫收案及結案資料(擷取日期109.04.28)。依收案日期歸戶，後續追蹤至其他結案日期歸年。
2. 本圖資料係針對急性創傷性神經損傷及衰弱高齡，穩定進步者占率，進步情形共分為退步、無進展、穩定進步、快速進步。
3. 本圖資料係針對急性創傷性神經損傷及衰弱高齡，穩定進步者占率，進步情形共分為退步、無進展、穩定進步、快速進步。
4. 本圖資料係針對急性創傷性神經損傷及衰弱高齡，穩定進步者占率，進步情形共分為退步、無進展、穩定進步、快速進步。

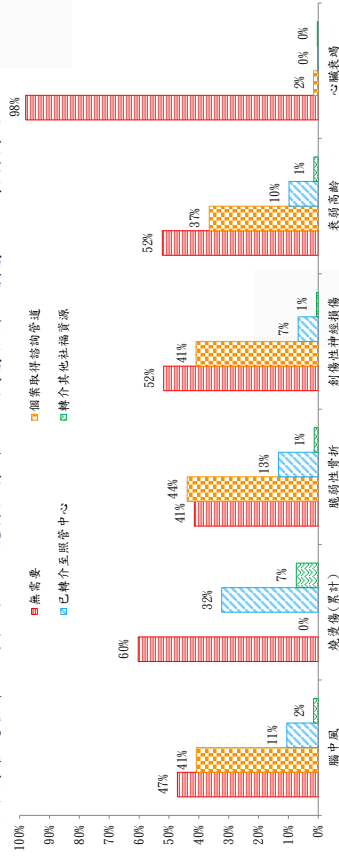
104



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47%、燒燙傷(累計)60%、脆弱性骨折41%、創傷性神經損傷52%、衰弱高齡52%、心臟衰竭98%。
- 已取得管道占率：腦中風41%、脆弱性骨折44%、創傷性神經損傷41%、衰弱高齡37%。



註：
1. 資料來源：中央健保署VFN-QPI急性後期整合照護計畫收案及結案資料(統計至108年12月31日收案資料、擷取日期：109.04.28)。
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。

105



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。

106



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)。

107



跨層級醫院合作計畫

團隊組織運作

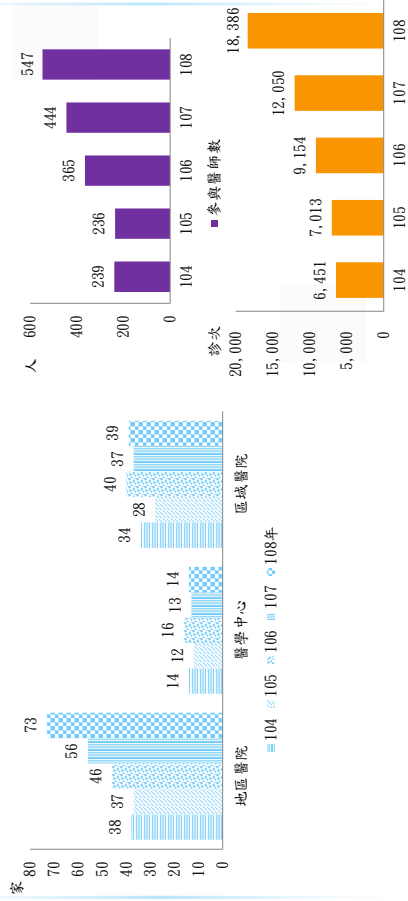


- **不適用對象：**
 - ✓ 同體系醫院間(含委託經營)之支援，如：同法人醫院體系、國軍醫院體系等。
 - ✓ 衛生福利部或健保署有相似性質補助。如：衛福部緊急醫療資源提升計畫等。
- **經費來源：**
 - ✓ 全民健康保險醫療給付費用總額其他預算之「推動促進醫療體系整合計畫」項下「跨層級醫院合作計畫」，全年預算1億元。
- **醫療支援之補助：**
 - ✓ 每診次3,500點(由跨層級醫院團隊自行協調如何分配)，每月份接受支援診次上限為40診次；當月星期六開診率達100%且星期日開診率達50%以上者，接受支援上限為50診次。

109

跨層級醫院合作計畫-院所參與情形

108年共73個團隊參與本計畫，共53家醫學中心及區域醫院、547名醫師，到73家地區醫院，提供18,386支援診次服務。

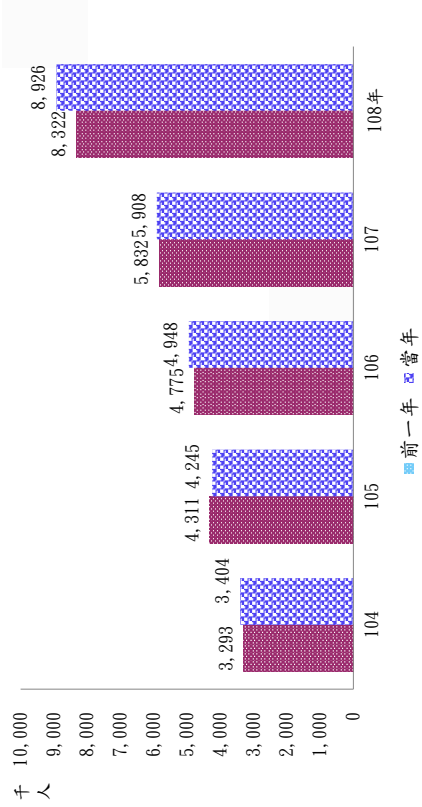


註：108年本計畫參與家數截至年底共73家，國軍中清分院於108年3月退出計畫，博正醫院108年5月停業。上述醫院執行情形統計至退出計畫月份。

110

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

108年被支援醫院門診人次較去年同期高



112



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
<p>目的</p> <p>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。</p> <p>內容</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 固接網路月租費：依各特約層級別支付上限核實支付。 ● 行動網路月租費：核實支付。 ● 資料上傳獎勵金：檢驗(查)結果、醫療檢查影像及報告、出院病歷摘要、人工關節植入物資料、居家訪視健保卡登錄暨上傳資料、特定醫令申報執行起造時間資料。 	<p>(1)特約醫事服務機構參與率增加</p> <p>(2)檢驗(查)結果、醫療檢查影像、出院病歷摘要等上傳資料量增加</p>

113



即時查詢病患就醫資訊方案-參與率

項目	年	104	105	106	107	108年
參與院所占率						
--醫學中心		100%	100%	100%	100%	100%
--區域醫院		100%	100%	100%	100%	100%
--地區醫院		80%	89%	93%	98%	99%
--基層醫療—西醫		25%	37%	43%	76%	94%
--基層醫療—中醫		17%	44%	59%	72%	91%
--基層醫療—牙醫		21%	39%	46%	64%	85%
--特約藥局		26%	35%	40%	49%	82%
--檢驗所、助產所、康復之家、居家護理		2%	3%	7%	15%	76%

114



即時查詢病患就醫資訊方案-上傳獎勵金

單位：千元

特約類別	檢驗(查)結果	出院病歷摘要	人工關節植入物	居家訪視健保卡登錄	特定醫令申報起造時間	醫療影像及報告	合計
醫學中心	105,882	5,340	92	95	1,814	51,414	164,637
區域醫院	114,945	6,842	98	351	1,418	52,832	176,486
地區醫院	50,054	2,246	58	271	548	20,614	73,791
診所	2,609			225	312	3	3,150
檢驗所	1,824						1,824
居家護理				2,291			2,291
呼吸照護所				12			12
合計	275,314	14,428	248	3,245	4,092	124,863	422,190



單位：千件、千筆、千次

檢驗(查)結果上傳醫令量	出院病歷上傳件數	人工關節上傳醫令量	居家訪視健保卡登錄次數	特定醫令申報起造時間醫令量	醫療影像(及報告)上傳醫令量
107年	89,535	2,890	341	3,787	15,322
108年	217,132	2,886	649	4,092	15,507

115



慢性腎臟病照護



116



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。
 - 108年共有999家院所參與，參與醫師數4,001人，該年度收案數為40.7萬人，收案率約30.9%
- **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
 - 108年有244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69%，逐年增加。

117



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，108年核發獎勵之院所數有515家，核發比率為74%。
- **定期公開醫療品質資訊**
 - 各指標之監測結果定期每季公開於健保署全球資訊網醫療品質資訊公開專區。

118



Early-CKD醫療服務利用情形

- 108年院所數999家，照護人數約41萬人，申報費用共1.39億點，結算金額1.32億元。

年度	院所數	醫師數	照護人數	申報費用 (百萬)
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	930	3,893	386,663	125.6
108年	999	4,001	407,149	139.1

註：1. 資料來源：本署二代倉儲醫令及明細檔。(資料擷取時間：109年2月5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. 108年資料仍持續收載中，後會因擷取時間不同而變動。
5. 108年預算不足支應，採浮動點值支付。

119



Pre-ESRD醫療服務利用情形

- 108年院所數244家，照護人數約9.5萬人，申報費用共2.37億點，結算金額2.25億元。

年度	院所數	醫師數	照護人數	申報費用 (百萬)
104	213	762	71,978	165
105	216	787	77,590	185
106	225	796	83,262	202
107	240	830	90,415	219
108	244	870	95,521	237

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日新增預先建立虛章獎勵費P3410C及活體腎臟移植獎勵費P3411C。
4. 108年預算不足支應，採浮動點值支付。

120

Pre-ESRD新增活體腎臟移植獎勵費

- 106年新增項目
- 活體腎臟移植106年3例・107年12例・108年13例

項目	院所數	醫師數	照護人數	預算執行 (萬)
預先建立瘻管獎勵費	109	345	1,108	111
活體腎臟移植 團隊照護獎勵費	10	11	13	65

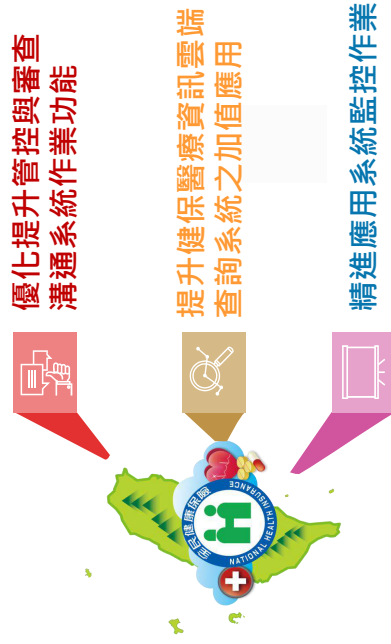
註：1.資料來源：本署二代倉儲醫令及明細檔。
2.院所、醫師、照護人數：申報醫令碼前二碼為P3410及P3411之歸戶數。
3.106年1月1日新增預先建立瘻管獎勵費P3410C及活體腎臟移植團隊照護獎勵費P3411C。
4.108年全年則有13例。

121

87

提升保險服務成效

~持續壯大資訊量能，成為分級醫療堅強後盾~



122

提升保險服務成效

~持續壯大資訊量能，成為分級醫療堅強後盾~



123

謝謝聆聽 敬請指教



124

二、醫院總額(含一般服務、 專案計畫)

108年醫院總額部門 執行成果報告

醫院醫療服務審查執行會
潘延健副執行長
109.07.28

大綱

- 年度重點項目執行成果
- 醫院分級醫療執行成效
- 護病比執行現況
- 補助健保署住院診斷關聯群
- TW-DRGs執行進度
- 落實總額精神同儕管理
- 補助各區平衡發展-推動醫院總額風險調整移撥款
- 108年醫療利用情形
- 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



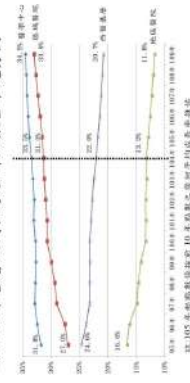
2

醫院分級醫療執行成效

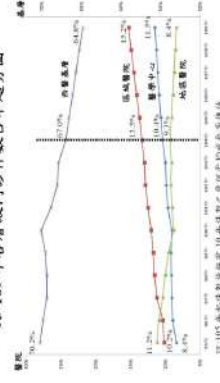
強化轉診合作、節約醫療資源

- 配合政府推動分級醫療6大策略及24項配套。
- 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，而地區醫院與西醫基層則有上升的趨勢。
 - ✓ 轉診率：各層級的轉診率均有成長，以醫學中心成長最多。

95-109 年各層級門往診合計點數占率趨勢圖



95-109 年各層級門診件數占率趨勢圖



註：105 年免件數填報前 10 年計算點數之數值平均成長率降為

	總就醫次數申報占率			轉診率		
	108年1-12月	106年1-12月	差異%	108年1-12月	106年1-12月	差異%
醫學中心	10.14%	10.65%	-0.51%	4.41%	3.21%	1.2%
區域醫院	14.31%	15.09%	-0.78%	3.39%	2.58%	0.81%
地區醫院	10.74%	9.93%	0.81%	1.48%	0.95%	0.53%
西醫基層	64.81%	64.33%	0.48%	0.107%	0.004%	0.103%

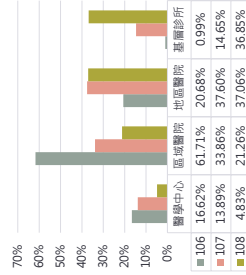
資料來源：109年3月全民健康保險業務執行季報告

4

3

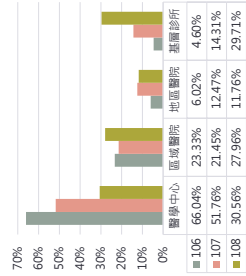
106年至108年各層級轉診流向占率

醫學中心轉診流向分布圖



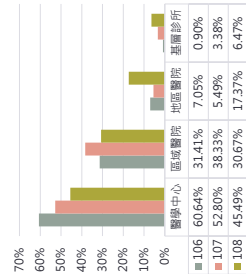
- 醫學中心：病人大幅下轉至地區醫院與西醫基層。

區域醫院轉診流向分布圖



- 區域醫院：上轉至醫學中心降低，平轉區域醫院及下轉至基層診所增加。

社區醫院轉診流向分布圖



- 地區醫院：增加轉至西醫基層的比例。



資料來源：109年3月全民健康保險業務執行季報告
註：107年資料為107年1-11月之統計結果，非全年資料。

5

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，本會特針對健保特約醫院進行問卷調查。
- 問卷發出464份，合計收到211家醫院回復，回復率為45.47%，其中以醫中與區域醫院層級回復率較高為89.47%與60.97%，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	17	89.47
區域	50	60.97
地區	144	39.13
合計	211	45.47

資料來源：台灣醫院協會109年度調查結果

6

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		
回復問卷家數	107年	108年	109年	107年	108年	109年	107年	108年	109年
為執行分級醫療，已與他院所建立合作管道	13	17	50	37	50	119	144		
與其他院所建立的合作管道都有簽具合作契約或備忘錄	100%	100%	98.0%	96.97%	98.0%	95.69%	97.9%		
與其他院所建立策略聯盟的合作對象	62.5%	88.2%	64.7%	75.76%	73.28%	73.0%			
-與醫學中心	87.5%	82.4%	63.64%	63.64%	88.0%	74.14%	88.9%		
-區域醫院	87.5%	94.1%	69.70%	69.70%	80.0%	78.45%	88.2%		
-地區醫院	100%	94.1%	78.79%	78.79%	92.0%	61.21%	73.6%		
-西醫基層	100%	94.1%	81.82%	81.82%	94.0%	64.66%	80.6%		

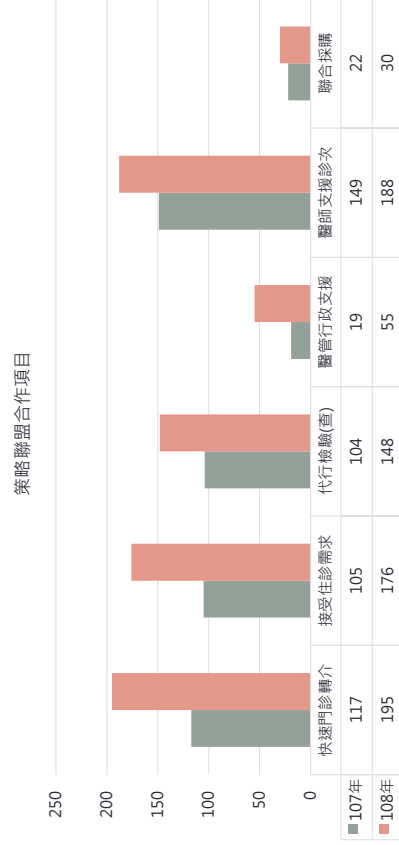
資料來源：台灣醫院協會109年度調查結果

註：
1.問卷資料已排除同體系醫院支援或互轉的計算。
2.醫院部門轉介作業如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。



7

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

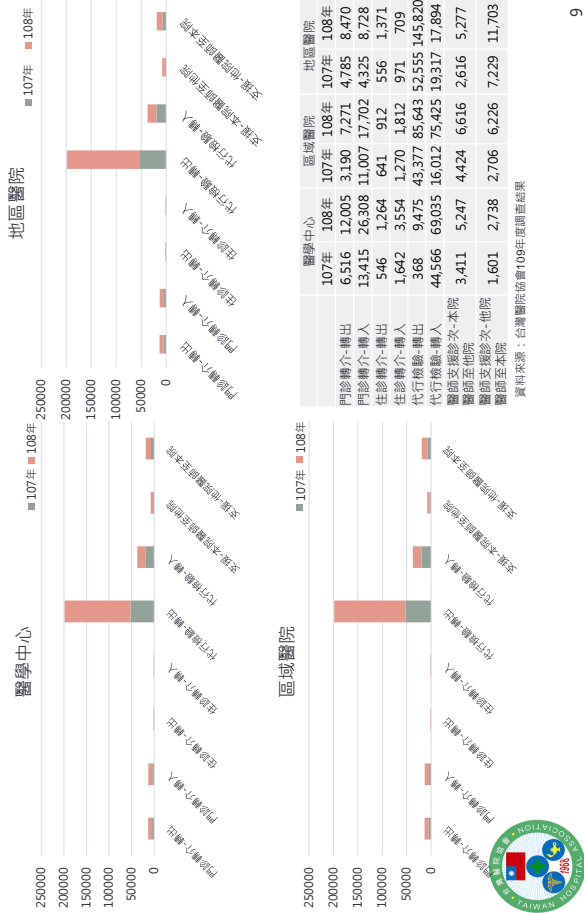


醫院分級醫療整合策略聯盟主以快速門診轉介、醫師支援診次、接受住院需求、代行檢驗(查)為大宗。



8

分級醫療整合策略聯盟涵蓋率-實際執行成效



9

分級醫療整合策略聯盟涵蓋率-門診減量執行成效

- 108年1-12月符合降低2%範圍之門診件數：醫學中心下降4.6%、區域醫院下降4.0%，整體下降約4.3%，較原設定目標下降3.96%略高。

	108年Q1	108年Q2	108年Q3	108年Q4
醫學中心降幅(%)	5.3	4.9	5.7	2.7
醫學中心達標(家)	19	19	19	17
醫學中心未達標(家)	0	0	0	2
區域醫院降幅	4.9	4.7	5	1.5
區域醫院達標(家)	55	56	62	42
區域醫院未達標(家)	14	13	7	27
整體核扣點數(百萬點)	116	103	35.8	152.2

資料來源：
1108年12月份、109年3月健保會業務執行季報告
2109年第1次醫院總額執行概況報告

10

分級醫療整合策略聯盟涵蓋率-回復醫院反映事項

就分級醫療整合策略聯盟的執行情形，未來就109年持續觀察

- 醫院層級各自肩負不同的任務與責任，收治疾病嚴重度不同，惟視醫學中心和區域醫院的門診減量分為同層級，建議應視醫院之功能與任務不同，分級減量應有所區隔。
- 建議應考量醫院所在地基層院所涵蓋率，設定不同的減量目標比率。
- 民眾擁有高度就醫自由，建議給予透過轉診制度就醫的民眾實質上的優惠獎勵，如以轉診方式就醫達一定比例者給予健保費優惠等有感措施，逐步改變民眾就醫習慣。
- 建議排除特殊身分之案件數：如福保、榮民（眷）、3歲以下兒童、新生兒依附註記、持殘障手冊及軍警消。

2020年上半年因疫情影響，下半年若繼續執行門診減量政策，單季恐無法達標，建議門診減量計算仍應以全年為計算基礎。

11

護病比執行現況

12

99年起由醫院總額專款支應提升住院護理照護品質

- 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。

	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



13

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
<8.0	<11.0	<14.0	11%	<7.0	<10.0	<13.0
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	10%	7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4
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
>8.9	>11.9	>14.9	0%	8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4
				8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9

資料來源：彙整衛生福利部中央健康保險署歷次醫院總額議事會議資料



15

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
 - 調增大夜班費
 - 調增護理人員薪資
 - 檢討護理人員需求
- 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。
- 108年續使用醫療服務成本指數改變率部分額度調增急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床等住院護理費3%，合計4.75億元。



14

5級護病比加成率104年至108年執行結果

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	
	104年	9.9%	10.9%	30.1%	30.1%	10.0%	9.0%	0%
	105年	10.6%	15.7%	40.4%	26.9%	6.1%	0.3%	0%
	符合 106年 月次	13.8%	25.0%	44.6%	15.4%	1.3%	0%	0%
	107年	18.9%	30.4%	39.7%	10.6%	0.3%	0%	0%
	108年	10.7%	21.3%	47.0%	18.7%	2.3%	0%	0%
	護病比	<10.0	10.0-10.4	10.5-10.9	11.0-11.4	11.5-11.9	>12	
	104年	60.4%	11.7%	12.2%	5.8%	4.6%	5.3%	0%
區域 醫院	105年	60.1%	13.5%	11.2%	7.0%	4.2%	3.8%	0%
	符合 106年 月次	61.7%	16.7%	10.2%	5.5%	4.6%	1.3%	0%
	107年	67.6%	15.5%	7.4%	4.0%	4.7%	0.7%	0%
	108年	57.6%	17.2%	12.5%	4.5%	7.3%	1.0%	0%
	護病比	<13.0	13.0-13.4	13.5-13.9	14.0-14.4	14.5-14.9	>15	
	104年	84.9%	1.3%	1.8%	1.5%	1.2%	0.9%	8.4%
	105年	85.4%	1.4%	1.4%	0.9%	1.6%	0.4%	8.8%
	符合 106年 月次	90.0%	2.1%	1.3%	1.0%	0.9%	0.6%	4.0%
地區 醫院	107年	88.7%	1.4%	1.3%	1.0%	0.8%	0.5%	6.3%
	108年	84.2%	2.2%	1.6%	1.4%	1.6%	0.9%	8%

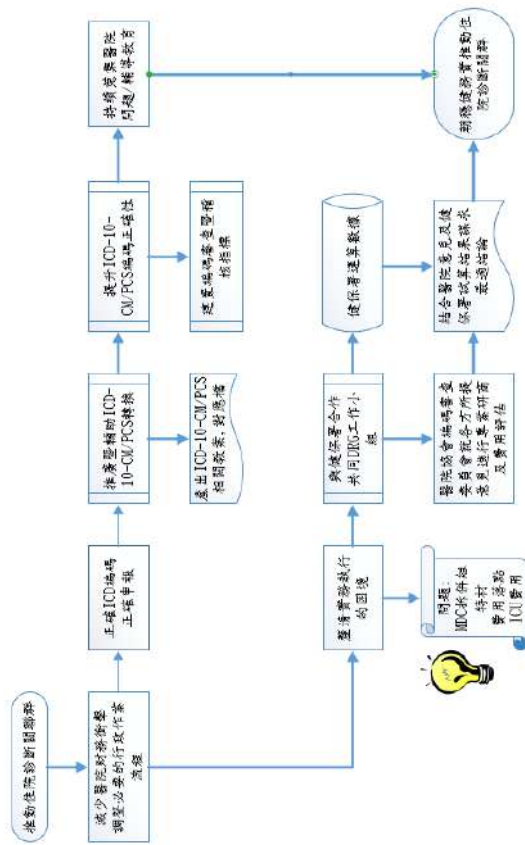
醫部門10年度的目標

- 醫院部門持續配合衛生福利部暨中央健康保險署就護理人力及護病比調整政策
- 透過智慧暨智能醫院的發展，朝向智慧化醫療服務流程改善、資訊科技輔助系統設計等方向邁進，讓寶貴的護理人力發揮在最適切醫療服務
- 考量基礎建設發展非短期速成，需一段建置期間，爰**110年度護病比分級達成率希望得以維持107-108年的成效**，先求穩定再成長，其因在於人力是流動的，會因為各式因素及政策而變動。

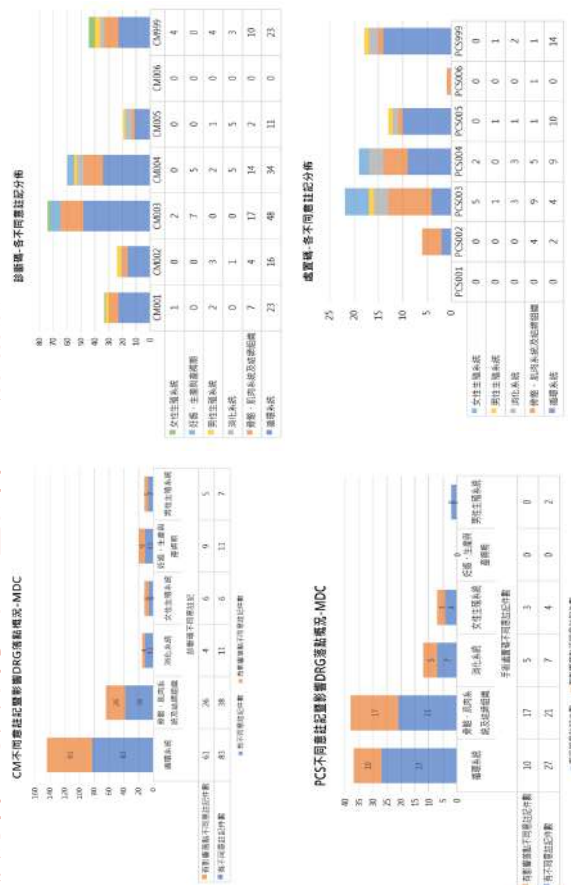


輔助健保署推動住院診斷關聯群TW-DRGs執行進度

醫院部門對輔助推動支付制度改革-TW-DRGs的行動概念圖



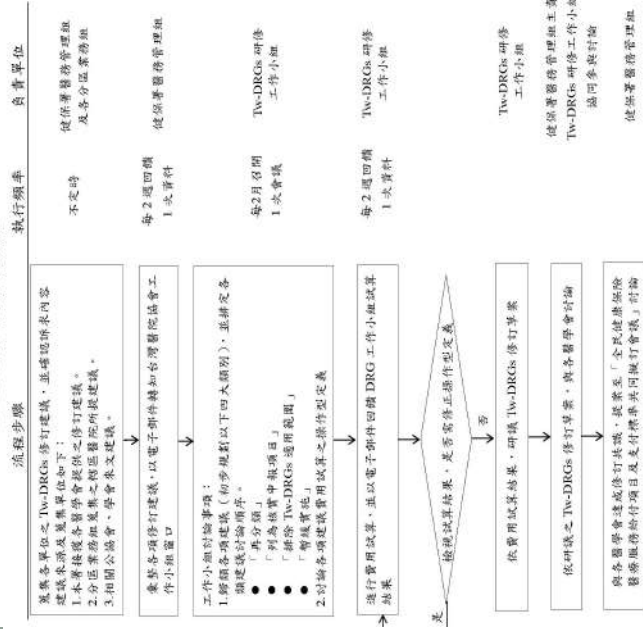
了解實務編碼暨申報現況
疾分審查專員不同意註冊暨影響DRG落點概況



本會與健保署共組DRGs研修工作小組-研修流程



TW-DRGs 修訂建議研修流程



21

落實總額精神同儕管理

23

TW-DRGs研修工作小組討論內容

TW-DRGs支付通則

- 各層級醫院超過有關「超長≥30天住院天數」、「曾入住加護病房」、「跨科別收治」、「多CC」之個案可否核實支付等建議，因涉及支付通則修訂，另案研議修訂之可行性。
- 建議提升兒科病人超過上限臨界點部分之折付比率乙案：
 - 上限臨界點案件之折付情形，請健保署排除年齡小於18歲之先天性疾病個案，並將年齡分組新增大於80歲組，重新統計後提供本會參考。
 - 建議各層級醫院超過上限臨界點部分之費用，調整為不分層級均以85%支付，本項健保署將併入通則研議修訂之可行性。
- 建議傳統手術及內視鏡手術之編碼分開設計乙案：
 - 有關部分手術內視鏡術式已為臨床主流，惟無對應之內視鏡術式診療項目可供申報，或內視鏡術式診療項目支付點數不敷成本一節，請本會轉知相關專科醫學會，依新增診療項目程序，檢具相關資料向健保署提案新增或修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」。
 - 另腹腔鏡輔助手術(laparoscopic-assisted)，雖以傳統術式進行，但過程中有使用腹腔鏡輔助，故其醫療資源耗用相較傳統術式高，惟這類手術無法透過2014版ICD-10-PCS編碼，與傳統手術予以區分；故請本會提供現行臨床執行腹腔鏡輔助手術之診療項目，以利健保署盤點涉及之DRG項目以及研議後續處理方式。



TW-DRGs各MDC實費費用影響暨DRG分類表除錯 給予健保署DRG折拼組建議

22

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。



24

實驗性作法-審查執行會中區分會各科管理指標

科別	指標內容
腎臟內科	1. 血液透析：Creatinine<4，平均脫水量<1公升的案件，加強審查。 2. UACR檢測頻率：同院同病人，一年檢測次數>4次或半年內>2次者，加強審查。 1. 每日照野以不超過6個為原則，多處轉移緩解性治療及預期存活時間不長者應檢視其申報之合理性。 2. 使用率較高之醫令，應放射治療（360018-36012C）及憑其他治療（37001A-37046B）列為重點審查項目
放射腫瘤科	1. 居家整合案件中，foley更換一個月以2次為限 2. Foley更換次數超過同儕平均值的居家照護所，列入重點審核院所。
居家照護	1. 居家整合案件，foley更換一個月以2次為限 2. Foley更換次數超過同儕平均值的居家照護所，列入重點審核院所。
胸腔內科	1. 居家整合案件，foley更換一個月以2次為限 2. Foley更換次數超過同儕平均值的居家照護所，列入重點審核院所。
皮膚科	1. PET-CT適應症：排除未證實是惡性腫瘤者、手術後病理診斷為AIS/MIA者，不能post-op routine follow-up 2. Brain MRI/CT排除未來細胞學或組織學證實為惡性肺結節或肺腫瘤、肺結節證實為AIS/MIA者 3. CT of Chest：術後追蹤至多三個月一次，建議依術後時程延長檢查時間間隔或頻率。
胸腔外科	1. PET-CT適應症：排除未證實是惡性腫瘤者、手術後病理診斷為AIS/MIA者，不能post-op routine follow-up 2. Brain MRI/CT排除未來細胞學或組織學證實為惡性肺結節或肺腫瘤、肺結節證實為AIS/MIA者 3. CT of Chest：術後追蹤至多三個月一次，建議依術後時程延長檢查時間間隔或頻率。



資料來源：台灣醫院協會審查執行會中區分會秘書處

成效尚在評估中 ~ ~ ~

29

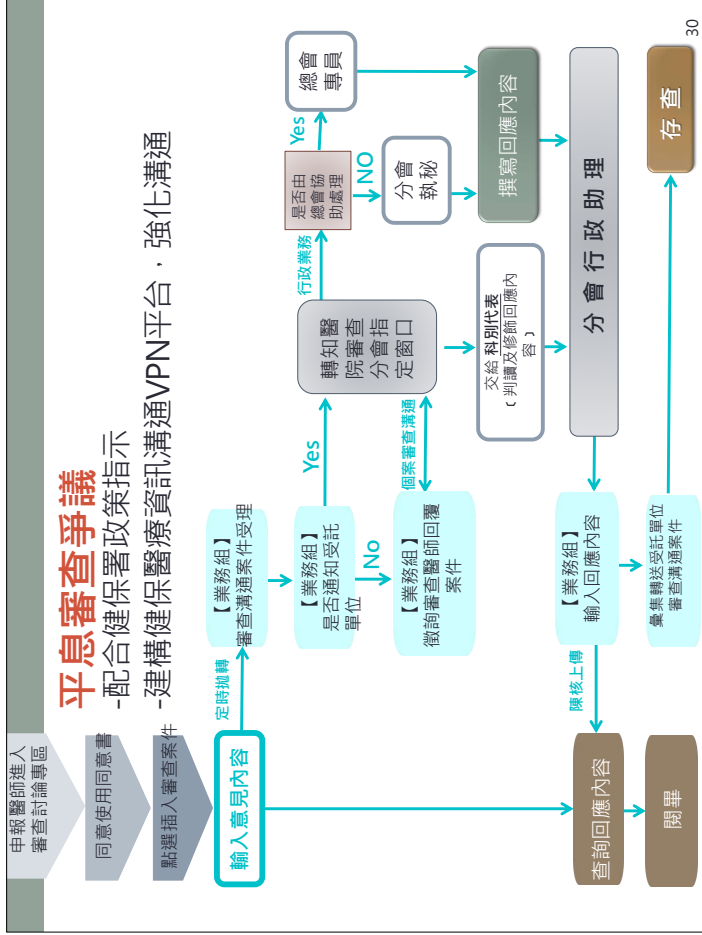
提升審查品質，縮小審查尺度落差

- 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。
- 鼓勵各醫學會定期檢討修訂各分科之審查注意事項

審查會 理估率	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區
第一次	82.47%	83.73%	91.9%	82.27%	91.46%	81.62%
第二次	80.90%	79.65%	89.17%	71.43%	93.88%	88.85%
全年	81.84%	81.66%	89.17%	76.74%	92.67%	85.23%



31

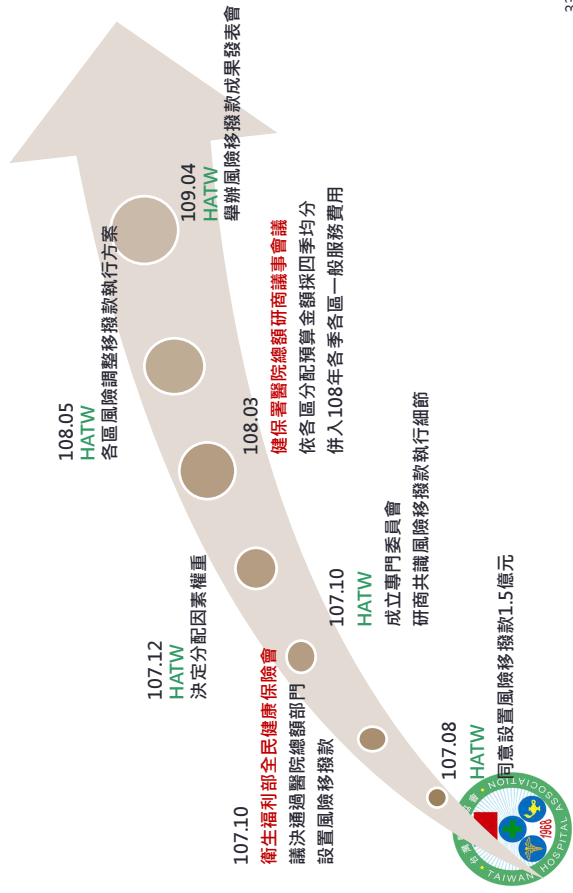


30

輔助各區平衡發展 推動醫院總額風險調整移撥款

32

醫院總額風險調整移撥款討論歷程



33

醫院總額風險調整移撥款

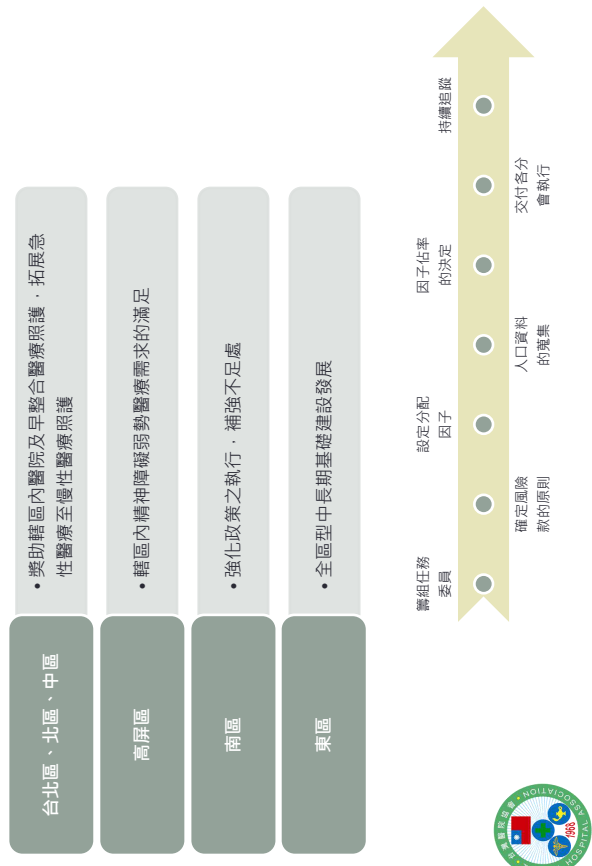
目的	使用範圍	分配因素
<ul style="list-style-type: none"> 平衡各區醫療資源的均衡發展 鼓勵各區強化醫療服務 促進區域內醫療體系整合 	<ul style="list-style-type: none"> 符合內政部、衛生福利部定義之偏鄉地區或所屬轄區須扶弱或援助照護之人口 	<ul style="list-style-type: none"> 山地離島非原住民人口於各區投保人口相對佔率 偏遠地區人口於各區投保人口相對佔率 重度以上身心障礙人口於各區投保人口相對佔率 台閩地區原住民人口於各區投保人口相對佔率 低收入人口於各區投保人口相對佔率 6歲以上及65歲以上各區戶籍人口於各區投保人口相對佔率

鑑於醫院部門總額預算與實際醫療利用點數差距每年平均達350億點。
風險款的計算與使用並無法雷同於其他各部門
醫院部門在預期未來經濟狀況的發展與各區資源整合、醫療基礎建設的再強化都是醫院部門亟需發展的重點
--醫院總額風險調整移撥款並不用以撥補點值。

以未被滿足的醫療需求做為資源再分配的原點
做為校正地區分配公式修正的可能性思考

34

醫院總額風險調整移撥款執行概要



35

醫院總額風險調整移撥款六分區執行一覽表-1

分區	計畫內容	評估指標	成果
台北	有溫度的醫療-強化到宅醫療服務	較107年服務人數成長	1. 台北區居家醫療服務總申報人次6,671較107年增加1,265人次 2. 新收案469人 3. 滿足因失能或疾病特性以致外出不便患者就醫需求，提升民眾就醫可近性、健保醫療滿意度 4. 給予有意擴充醫療服務至居家的醫療團隊實質鼓勵
北區	強化居家醫療服務及整合	居家醫療照護人數每季大於等於1,600人	1. 每季居家照護人數高於1,600人 2. 團隊照護人數較107年成長13% 3. 各季照護對象平均門診就醫次數下降 4. 強化健保署推行團隊實績
中區	中區居家醫療照護整合計畫新收案及照護費(再收案)點數獎勵計畫	中區居家醫療照護整合計畫新收案成長率 中區居家醫療照護整合計畫訪視個案數成長率	1. 中區居家醫療照護整合計畫新收案成長率-5.5%未達標，經檢討本項係因整合計畫新增「個案需完成用藥整合」為結案條件，已與健保署中區業務再行討論調整 2. 訪視個案數：居家醫療成長16.3%、安寧療護成長24.2% 3. 投入之醫療團隊反應透過鼓勵推動，具正向動力。

36

醫院總額風險調整移撥款六分區執行一覽表-2

分區	計畫內容	評估指標	成果
南區	<ul style="list-style-type: none"> 108年C型肝炎全口服新藥個案數大於107年C型肝炎全口服新藥個案數 108年C型肝炎全口服新藥個案數(獎勵C型肝炎檢驗查費月)每半年巡迴點追蹤 108年C型肝炎全口服新藥個案數再住院率小於10% 	<ul style="list-style-type: none"> 108年C型肝炎全口服新藥個案數大於107年C型肝炎全口服新藥個案數 108年C型肝炎全口服新藥個案數(獎勵C型肝炎檢驗查費月)每半年巡迴點追蹤 108年C型肝炎全口服新藥個案數再住院率小於10% 	<ul style="list-style-type: none"> 1. 108年C型肝炎全口服新藥個案數11,356 > 107年C型肝炎全口服新藥個案數5,875人。 2. 180年C型肝炎全口服新藥個案數佔全國32.8%。 3. 108年上半年再住院率3.27%；下半年再住院率2.59%。均小於設定之目標值。
高屏	<ul style="list-style-type: none"> 共同分攤高屏區羅發堂堂眾醫療費用支出 	<ul style="list-style-type: none"> 1. 透過團體分攤解羅發堂堂眾釋出的社會壓力，提供堂眾適度之醫療服務。 2. 經適度醫療照護，醫院出院準備服務，逐步轉銜至機構或返家照護，就醫人數逐漸累退。 	<ul style="list-style-type: none"> 1. 透過團體分攤解羅發堂堂眾釋出的社會壓力，提供堂眾適度之醫療服務。 2. 經適度醫療照護，醫院出院準備服務，逐步轉銜至機構或返家照護，就醫人數逐漸累退。



醫院總額風險調整移撥款成果發表會圓滿落幕

- 疫情關係，採主會場及視訊會場。
- 感謝主委、健保會委員、健保署分區業務組參與及指導。



醫院總額風險調整移撥款六分區執行一覽表-3

分區	計畫內容	評估指標	成果
東區	<ul style="list-style-type: none"> 強化區域整合醫療 <ul style="list-style-type: none"> 整合支援服務計畫 出院準備轉銜長照服務 分級醫療推廣、強化醫療機構間合作機制 增進特定疾病照護品質 <ul style="list-style-type: none"> C型肝炎加強照護 C型肝炎自我照護能力 增進花東民眾自我照護能力 各類病友會的策略結合 IDS改善暨緊急醫療計畫 遠距通訊計畫 	<ul style="list-style-type: none"> 東區分會提出的是中長期發展計劃，逐步整合轄區內醫療體系，建立花東兩縣全方位之醫療照護。首年以盤點資源為主，建置發展的基礎設施。 	<ul style="list-style-type: none"> 1. 全面盤點東區所有的醫療資源 2. 完成繪製專科缺乏地圖，可做為未來東區人力媒合參考的依據 3. 完成東區疾病及死因特性分析完成。 4. 完成各式未來相關子計畫發展評估。 5. 完成急救加護人力培訓237人次 6. 提升急救成功率，ROSC (恢復自發性血液循環) 108年較107年進步8.6% 7. 東區108年出院後7日內接受長照2.0服務，較107年提升13.7%，且表現高於全國統計值 8. 108年糖尿病照護率提升10.81%，眼底鏡提升3.23% 9. 提升東區民眾健康識能，辦理65場次病友會、滿堂皆高滿意度 10. 完成花東縣遠距醫療盤點及遠距模式



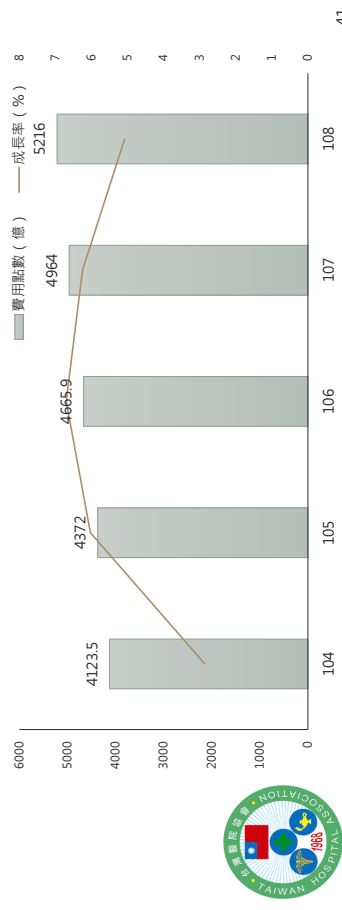
108年醫療利用情形

總費用點數

項目	年	103	104	105	106	107	108
費用點數(億)		4008.7	4123.5	4372.0	4665.9	4964.0	5216
成長率(%)		4.92	2.86	6.03	6.7	6.25	5.08

資料來源：衛生福利部中央健康保險署109年5月全民健康保險業務執行報告，台北。

104~108年總費用點數



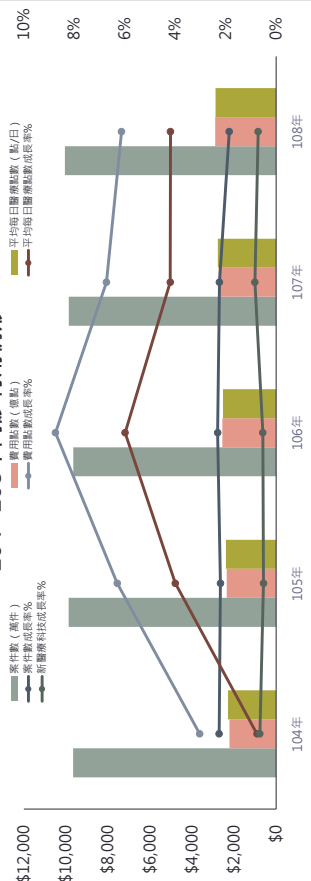
41

104~108年門診利用情形

項目	年	104	105	106	107	108
案件數		9,658.2	9,871.8	9,648.3	9,865.8	10,049.8
-值 (案件)		2.26%	2.21%	2.32%	2.25%	1.86%
費用點數		2,216.6	2,356.3	2,562.7	2,735.2	2,903.1
-值 (億點)		3.03%	6.3%	8.75%	6.73%	6.13%
成長率		2,295.1	2,386.8	2,530.2	2,772.4	2,888.7
-值 (點/日)		0.76%	4.0%	5.99%	4.2%	4.19%
新醫療科技		0.646%	0.503%	0.531%	0.844%	0.714%
成長率						

註：1. 醫療科技係指年主增第一級類組項目，其他新增項目，均屬新增科技。

104~108年門診利用情形



108年門診利用各項
成長率相較於107年
均呈現
微幅下降趨勢

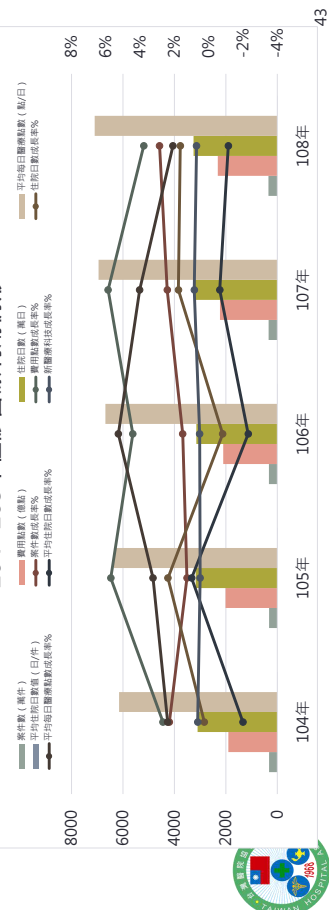
42

104~108年住診醫療利用情形

項目	年	103	104	105	106	107	108
案件數		3135	3207	3247	3297	3377	3474
-值 (案件)		2.09%	2.3%	1.27%	1.52%	2.42%	2.87%
費用點數		1,857.3	1,906.9	2,015.8	2,105.2	2,228.8	2,313.4
-值 (億點)		4.68%	2.67%	5.71%	4.43%	5.87%	3.79%
成長率		3,091.6	3,099.5	3,172.3	3,150.1	3,205.7	3,259.2
-值 (點/日)		0.81%	0.26%	2.38%	-0.81%	1.77%	1.66%
平均每日醫療點數		6,007.8	6,152.2	6,352	6,682.9	6,952.6	7,098.0
-值 (點/日)		3.85%	2.40%	3.25%	5.27%	4.03%	2.09%
新醫療科技		9.86	9.66	9.77	9.5	9.49	9.81
-值 (百床)		-1.26%	-1.99%	1.0%	-2.3%	-0.64%	-1.14%
成長率		0.584%	0.646%	0.503%	0.531%	0.844%	0.714%
新醫療科技							

註：1. 醫療科技係指年主增第一級類組項目，其他新增項目，均屬新增科技。

104~108年住診醫療利用情形



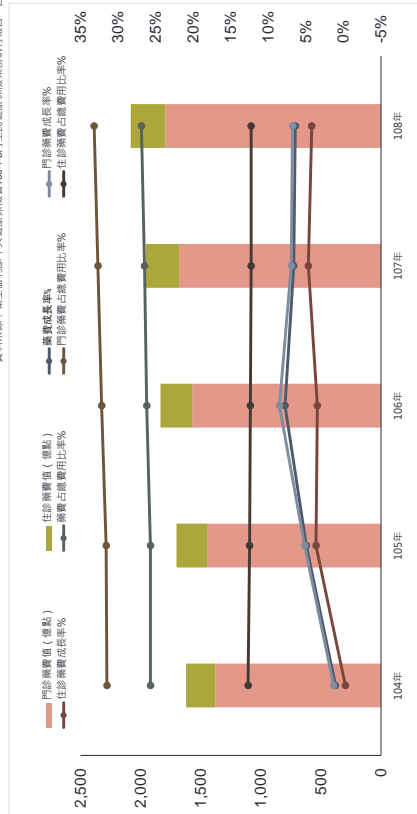
108年住診案件數成長率雖微幅上升，
餘項成長率均呈現
下降趨勢

43

104~108年藥費使用情形

項目	年	104	105	106	107	108
藥費		1,622.4	1,702.6	1,835.4	1,956.9	2,082.6
-值 (億點)		1.06%	4.94%	7.78%	6.62%	6.41%
門診藥費		1,376.7	1,447.9	1,571.7	1,680.9	1,795.2
-值 (億點)		1.31%	5.17%	8.53%	6.95%	6.78%
成長率		245.7	254.7	263.6	276.0	287.6
-值 (億點)		-0.26%	3.65%	3.48%	4.68%	4.22%
藥費占總費用比率		25.7%	25.7%	26.2%	26.2%	26.9%
門診		31.5%	31.6%	32.2%	32.7%	33.2%
-值 (點/日)		12.7%	12.5%	12.4%	12.3%	12.3%
成長率						

資料來源：衛生福利部中央健康保險署108年6月全民健康保險業務執行報告，台北。



44

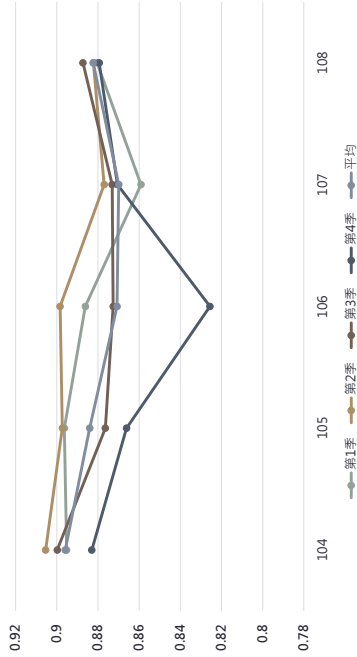
全區浮動點值

- 108年年平均浮動點值0.8823低於105年0.8840

季別	年	104年	105年	106年	107年	108年
第1季		0.8952	0.8963	0.8861	0.8591	0.8804
第2季		0.9054	0.8973	0.8984	0.8770	0.8822
第3季		0.8998	0.8764	0.8726	0.8731	0.8873
第4季		0.8830	0.8661	0.8694	0.8705	0.8794
平均		0.8959	0.8840	0.8816	0.8699	0.8823

資料來源：健保署網站提供之各縣縣門結算及評估點值統計表。

104~108年全區浮動點值



45

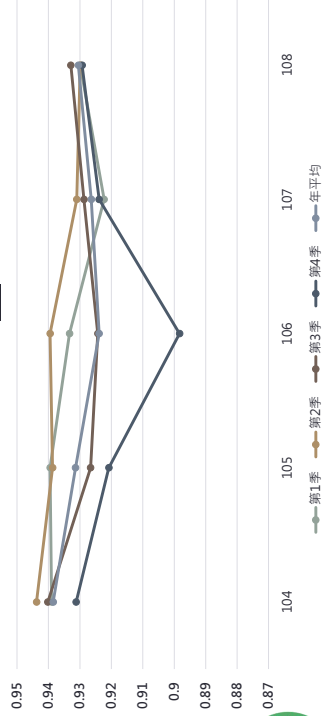
全區平均點值

- 108年全區平均點值0.9305低於105年0.9314

季別	年	104	105	106	107	108
第1季		0.9390	0.9395	0.9333	0.9179	0.9299
第2季		0.9438	0.9387	0.9395	0.9271	0.9299
第3季		0.9402	0.9266	0.9243	0.9249	0.9329
第4季		0.9312	0.9208	0.9234	0.9239	0.9293
年平均		0.9385	0.9314	0.9301	0.9235	0.9305

資料來源：健保署網站提供之各縣縣門結算及評估點值統計表。

104~108年全區平均點值



46

108年醫療服務品質調查結果

- 民眾對醫院醫療效果滿意度部分，肯定態度比例逐年提高
- 108年度為98.4%(+0.8%)。

指標項目	年	104	105	106	107	108
民眾對醫院的醫療效果滿意度		95.5%	92.0%	96.5%	97.6%	98.4%
-肯定態度						
是否會與醫師討論照護或治療方式						
每次都有		40.6%	39.6%	45.4%	57.8%	57.8%
大部分時候有		24.4%	23.9%	28.3%	21.2%	26.1%
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						
每次都有		36.0%	46.5%	59.6%	59.5%	53.3%
大部分時候有		0.00%	20.6%	23.0%	18.0%	27.6%
就診時醫師是否提供您問題或表達顧慮的機會						
每次都有		62.1%	68.4%	74.4%	70.5%	70.5%
大部分時候有		17.6%	17.8%	11.2%	18.2%	18.2%



48

保險對象就醫權益

47

新醫療科技執行現況 與未來展望

108年新醫療科技：0.714%；30.19億元

類別	項目	106年		107年		108年	
		申報金額	合計	申報金額	合計	申報金額	合計
年度預算 (億元)			20.63		34.4		30.19
藥品	新藥	3.1351		3.43		16.312	
	修訂藥品給付規定	26.463	29.5981	5.1152	8.5452	32.763	49.075
特材	新特材	1.3876	1.8401	2.171	2.171	0.327	0.35
	修訂特材給付規定	0.4525		未提供		0.023	
新增診療項目	新增項目	1.2240	1.4299	0.7173	1.1351	0.7375	0.7375
	修訂項目	0.2059		0.4178			
申報合計			32.8681		11.8513		50.1625
差額			(12.2381)		25. 5487		(19.9725)

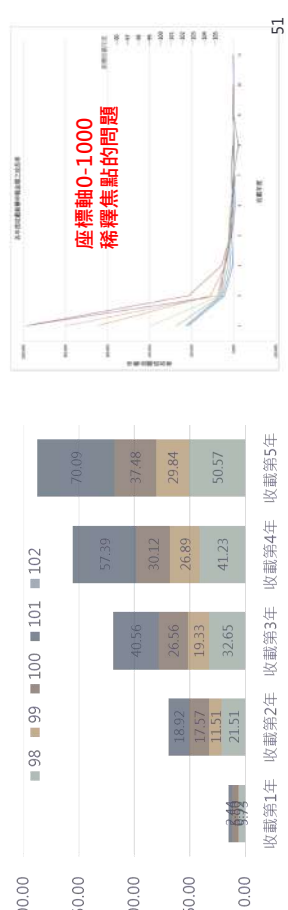


彙整健保署歷次相關會議所提供的資料統計：
108年新醫療科技預算超支19.97億元。

新藥收載追蹤5年足以真實反應用量及差異？！



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




104~108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)				
			104年	105年	106年	107年	108年
104年	第1類	3	31.6	235.3	352.9	498.1	496.2
	第2A類	12	135.3	560.1	794.6	1047.0	1450.7
	第2B類	30	41.0	228.5	528.9	792.3	956.2
105年	合計	45	207.8	1,023.8	1,676.5	2,337.3	2,903.1
	第1類	3	31.6	31.6	391.2	468.8	490.7
	第2A類	18	209.6	1,193.5	2,400.0	2,983.4	2,983.4
106年	第2B類	19	10.3	233.7	591.5	958.7	958.7
	合計	40	251.5	1,818.4	3,460.4	4,432.7	4,432.7
	第1類	4	239.4	714.9	962.8	962.8	962.8
107年	第2A類	12	49.6	381.1	735.6	735.6	735.6
	第2B類	10	22.6	321.1	854.6	854.6	854.6
	合計	26	311.6	1,417.2	2,553.0	2,553.0	2,553.0
108年	第1類	6	9.6	83.3	83.3	83.3	83.3
	第2A類	15	163.0	497.2	1,682.2	1,682.2	1,682.2
	第2B類	29	170.2	2,262.7	2,262.7	2,262.7	2,262.7
108年	合計	51	342.8	530	530	530	530
	第1類	2	172.7	1,727.7	1,727.7	1,727.7	1,727.7
	第2A類	13	305.5	305.5	305.5	305.5	305.5
108年	第2B類	36	1,631.2	1,631.2	1,631.2	1,631.2	1,631.2
	合計	51	1,631.2	1,631.2	1,631.2	1,631.2	1,631.2

104~108年新藥預算與實際申報差異

- 由健保署所提資料，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
- 104年至106年新藥累計預算皆不足以支應新藥納保後所使用額度
- 107年至108年則尚有部份餘額可留至後面年度使用

		申報年度及金額 (百萬元)												
收載 年度	品項數	104年	105年		106年		107年		108年		5年推估結果 申報	差額 (19.04)		
		申報費用	申報成長率 %	申報費用	申報成長率 %	申報費用	申報成長率 %	申報費用	申報成長率 %					
104	40	2.07	-	10.24	392.69	16.77	63.75	23.37	39.42	29.03	24.21			
105	26			2.52	-	18.18	623.02	34.60	90.30	44.33	28.10			
106	50					31.16	-	14.17	354.81	25.53	80.14			
107	51							3.43	-	22.63	560.06			
108	51									16.31	-			
收載 年度	品項數	104	105	106	107	108	5年推估結果							
		預算	申報	預算	申報	預算	申報	預算	申報	預算	申報	差額		
104	40	12.42	2.07	12.50	10.24	12.47	16.77	12.54	23.37	12.52	29.03	62.44	81.48	(19.04)
105	26			11.27	2.52	11.31	18.18	11.38	34.60	11.36	44.33	45.32	99.63	(54.31)
106	50					11.48	31.16	11.59	14.17	11.57	25.53	34.64	70.86	(36.22)
107	51						24.30	3.43	24.49	22.63	48.79	26.06	22.73	
108	51						19.34	16.31	19.34	16.31	19.34	16.31	3.03	



資料來源：全民廉潔防貪購物平台及支付標準共同製訂會議產品部第37次會議課程簡報

53

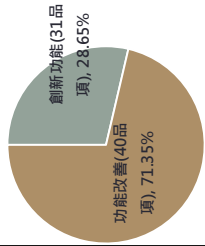
資料來源：全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部份第37次會議議程簡報

53

104~108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 (百萬元)
107年	創新功能	31	62.2
	功能改善	40	154.9
	合計	71	217.1
108年	創新功能	27	32.7
	功能改善	39	2.3
	合計	66	35.0

收載 年度	品項 分類	品項 數	申報金額(百萬元)				
104	創新功能	7	57.4	85.4	79.8	100.0	90.1
	功能改善	53	54.0	95.3	84.0	73.2	74.7
	合計	60	111.4	180.6	163.9	173.2	164.9
105	創新功能	52	234.4	512.1	568.6	542.6	
	功能改善	54	82.6	253.7	292.7	317.8	
	合計	106	316.9	765.8	861.3	860.4	
106	創新功能	31	77.4	265.2	164.2		
	功能改善	53	58.9	187.1	243.6		
	合計	84	136.3	452.3	407.7		
107	創新功能	31	62.2	166.3			
	功能改善	40	154.9	617.3			
	合計	71	217.1	783.6			
108	創新功能	27	32.7				
	功能改善	39	2.3				
	合計	66	35.0				



資料來源：衛生福利部中央健康保險署(109.06)提供

55

新藥分類認定-實務驗證

- 新藥分類認定：全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議前的專家諮詢會議
- 透過藥品不同類別屬性的新藥進行驗證，發現臨床認定為第1類創新藥品歸為第2A類及臨床認定為第2A類的藥品歸為第2B類
- 造成因高幅度的替代率的預算編列，產生不足以支付申報的問題。

序號	類別	樣品藥品	歸類	納保年	第一年	第二年	第三年	第四年	第五年
健保新藥替代率參考值									
1	降尿酸類	Febuxostat	2A	2012	-521.40%	-22.13%	25.55%	32.62%	-
2	眼科	Ranibizumab (LUCENTIS)	2A	2011	-0.42%	0.06%	0.52%	-17.26%	-
3-1	抗凝血劑	Rivaroxaban	2A	2012	-1954.5%	-328.5%	-86.85%	-8.06%	0%
健保新藥替代率參考值									
3	抗凝血劑	Dabigatran	1	2012	-120.7%	-65.2%	-133.98%	-381.92%	100%
健保新藥替代率參考值									
4	降血糖	AFAfiniB	2B	2014	-130.19%	42.01%	100%	100%	100%
5	降血糖	DPP4	2B	2009	17.25%	-89.29%	167.56%	-22.59%	80.65%
2-1	眼科	afibercept (EYLEA)	2B	2014	-219.18%	-71.22%	-	-	-

資料來源：台灣醫院協會醫院藥劑管理觀點之新藥預算評估模式

54

104~108年新增診療項目品項及申報情形

- 108年診療項目列有新增診療項目預算4億及支付標準未列項預算1億，合計5億元。
- 核定新增17項，年度申報0.737億元。

申報年度 生效年度	項目數	預算 編列數	新增診療項目 推估增加預算	104年	105年	106年	107年	108年
104年	27	300.0	253.7	68.8	228.9	249.7	281.7	312.3
105年	26	300.0	300.1		103.9	148.1	180.0	198.0
106年	21	393.0	391.9			77.6	134.7	166.9
107年	31	400.0	394.7				81.2	166.0
108年	17	400.0	363.7					73.7
	2	100.0	0					0
合計	122	1,893.0	1,704.2					917.1

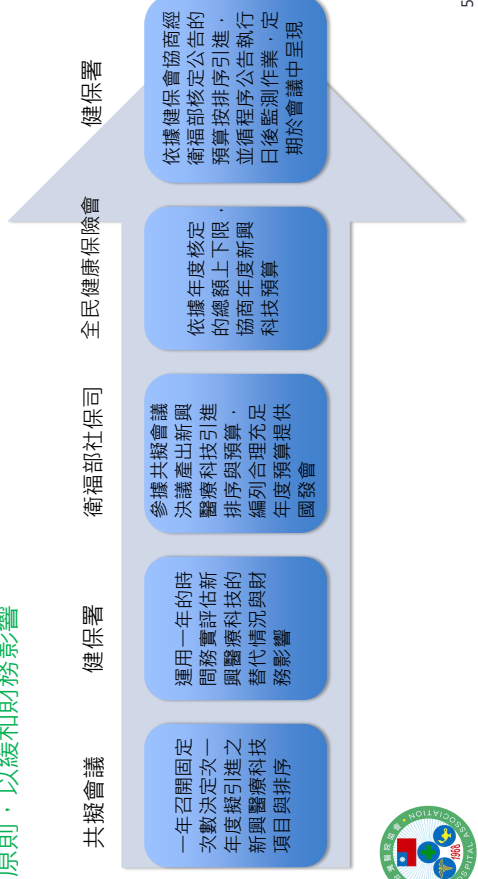
資料來源：衛生福利部中央健康保險署(109.06)提供



56

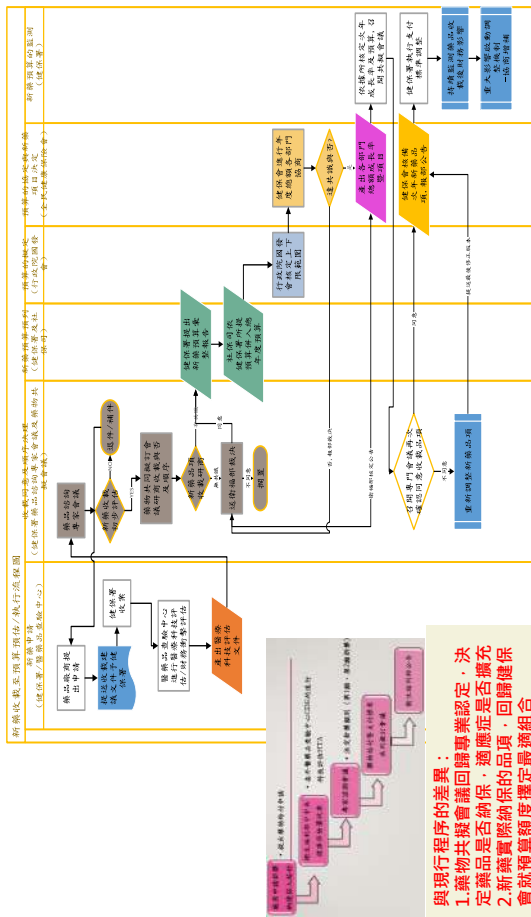
醫院部門就新醫療科技引進與預算連動概念

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。



給付項目及支払標準修訂

新藥收載至預算預估執行流程圖



與現行程序的差異：

1. 藥物共擬會議討論回歸專業認定，決定藥品是否納保，適應症是否擴充。
2. 新藥實際納保的品項，回歸健保會就預算額度擇定最合適組合。

105-108年醫療服務成本指數改變率調整支付標準情形

[illegible]

其他預算專案計畫

61

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：針對急性心肌梗塞、重大外傷、嚴重敗血症及到院前心跳停止(OHCA)患者，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。



62

全民健康保險急診品質提升方案

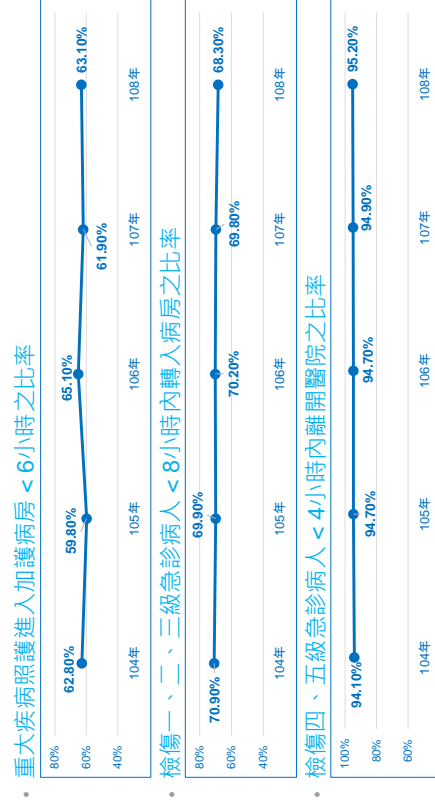
- 108年修訂內容
 - ✓ 新增照護到院前心跳停止(OHCA)患者之品質獎勵。
 - ✓ 調升急診重大疾病照護品質獎勵點數。

項目	原點數	108年調整點數
急性心肌梗塞	2,000	6,000
重大外傷	2,000	10,000
嚴重敗血症	2,000	2,000
到院前停止心跳		30,000
清醒出院		10,000
存活出院		15,000
轉院治療_清醒出院		5,000
轉院治療_存活出院		



63

急診品質提升方案指標 - 全國



64

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年起實施新修正之方案內容。
- 108年因方案增加到院前心跳停止病人之照護給付，以及部分獎勵額度調升，預算執行率達100%。
- 為求穩定發展109年擬維持108年方案內容續執行，期望可提升計劃成效。



65

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。



66

西醫醫療資源不足地區改善方案-執行狀況

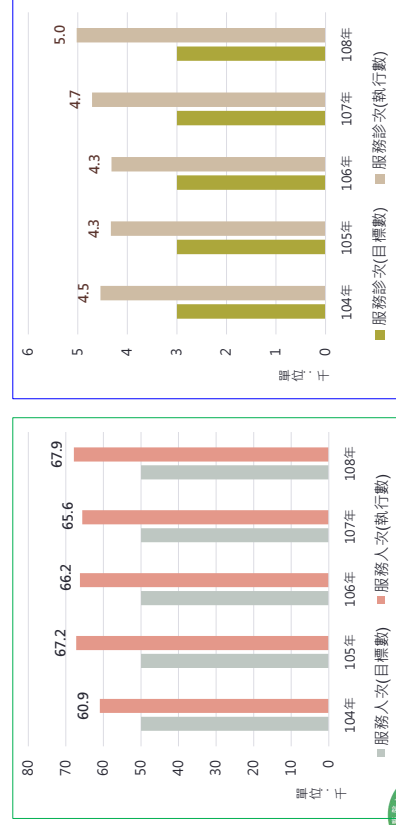
-108年目標鄉鎮數32個，執行鄉鎮數達31個(執行率96.9%)
-共計40家醫院、11個專科別參與本方案。



67

西醫醫療資源不足地區改善方案-執行狀況

-108年參與院所至醫療資源不足地區巡迴約5,023診次、服務約67,884人次。



68

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。

• 109年方案修正內容

- ✓ 為利於銜接巡迴醫療與長照服務，新增「巡迴地點設置應以媒合當地政府單位或長照據點為優先」之規定。
- ✓ 簡化行政流程，若申請巡迴計畫之人員、時間、地點皆與前一年相同者，可函文備查即可。
- ✓ 放寬診療時間、地點之異動次數，自單一院所一年不可超過五次，修正為每一巡迴點一年不可超過二次。
- ✓ 考量醫療院所醫事人員輪值排班問題，放寬醫師備援人數以3名為限。
- ✓ 明確定義巡迴醫療服務時間，即「以實際醫療時間計算，且不包含車程、用膳及休息時間」。



69

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

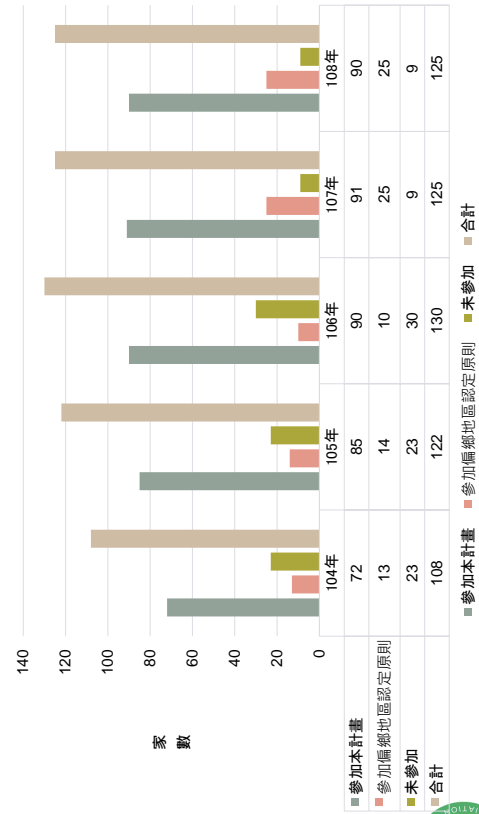
- 申請醫院須承諾強化之醫療服務：
 - 提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務(含支援醫師)，並應由各該專科醫師實際提供每週三次以上之門診看診服務。
 - 提供24小時急診服務。



70

醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案 -參與醫院

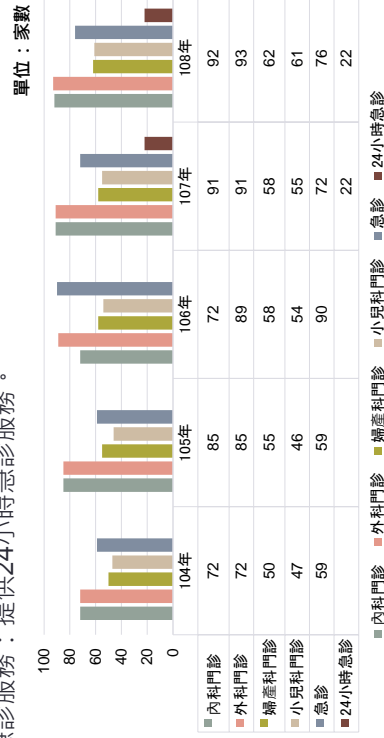
108年共有90家醫院參與本計畫



71

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

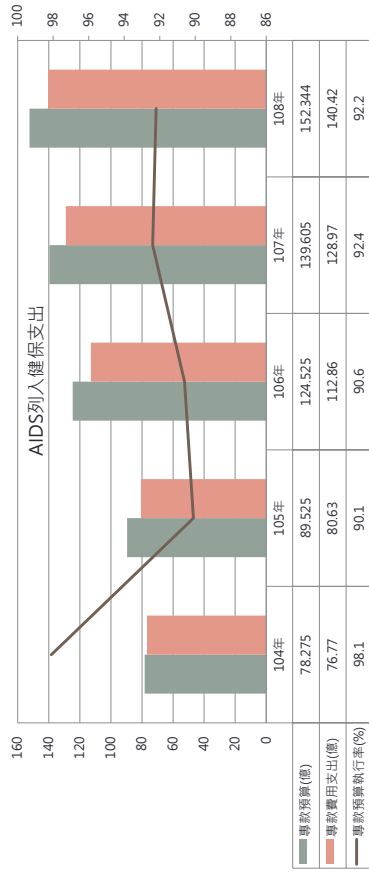
- 108年：92家提供內科服務、93家提供外科門診服務、62家提供婦產科門診服務、61家提供小兒科門診服務、76家提供急診服務、22家24小時急診。
- 參與提供內外婦兒門診服務由各該專科醫師實際提供每週三次以上之門診看診服務。
- 急診服務：提供24小時急診服務。



72

罕病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕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。



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年起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年未確定該筆預算。
3.106年起新增後天免疫缺乏病毒治療藥費35億元(執行數25.04億元)，故106年預算數及執行數之成長率最高。



73

結論

台灣地區人口老化速度成長快，支撐社會經濟脈動的中壯人口的減少，顯得日後社會保險收入財源是短缺的，疾病形態隨生活環境的變遷產生複雜化、多變異的形式，未來醫療環境是艱困的！

如何將總額預算妥適分配，節約資源，是全民的責任。

我們仍在努力的路上~~

謝謝聆聽 懇請指教！

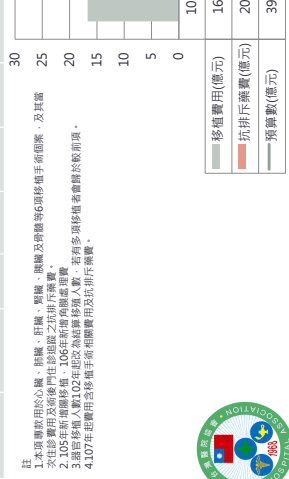
75

鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質

項目	年	104	105	106	107	108
預算數	值(億元)	39.72	41.62	42.157	43.997	47.128
	成長率(%)	0	4.8	1.3	4.4	7.1
預算執行數	值(億元)	36.96	39.01	41.92	43.91	45.38
	成長率(%)	2.5	5.5	7.5	4.7	3.3
預算執行率		93.1	93.7	99.4	99.8	96.3

整體支出情形

移植人數	值(人)	1,591	1,657	1,723	1,801	1,925
	成長率(%)	0.06	4.1	4.2	4.5	6.8
移植費用	值(億元)	16.69	17.15	18.76	20.17	21.2
	成長率(%)	0.2	2.8	9.4	7.5	5.1
抗排斥藥費	值(億元)	20.26	21.85	23.15	23.73	24.17
	成長率(%)	4.5	7.9	6.0	2.5	1.8



註：
1.本項專款用於心臟、肺臟、腎臟、胰臟及骨髓等6個移植手術個案，及其需支付診費及術後門診追蹤之抗排斥藥費。
2.本項專款用於心臟、肺臟、腎臟、胰臟及骨髓等6個移植手術個案，及其需支付診費及術後門診追蹤之抗排斥藥費。
3.104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年未確定該筆預算。
4.107年起新增後天免疫缺乏病毒治療藥費35億元(執行數25.04億元)，故106年預算數及執行數之成長率最高。



74

三、西醫基層總額(含一般服務、 專案計畫)



西醫基層總額一般服務

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



陳相國 執行長

109年7月

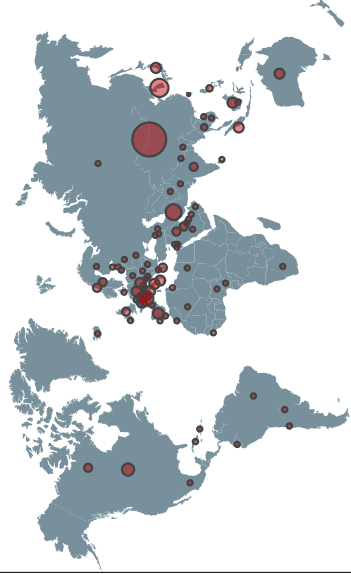


陳相國醫師

- 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

2

防疫



COVID-19

全球
12.2M
台灣
449

「社區防疫分級分流」

善用社區醫療群合作力量，20%防疫功能診所，診療感冒咳嗽症狀病人；80%基層診所，照顧慢性病、預防保健、復健等健康問題，兼顧醫療品質及安全防疫的工作。

3

台灣社區防疫第一線

73%

診所合作抗疫

中港澳回台後約有73%民眾會至診所就醫，透過基層診所醫師轉診醫院篩檢診斷，做好第一線分流，防範「社區傳播」。

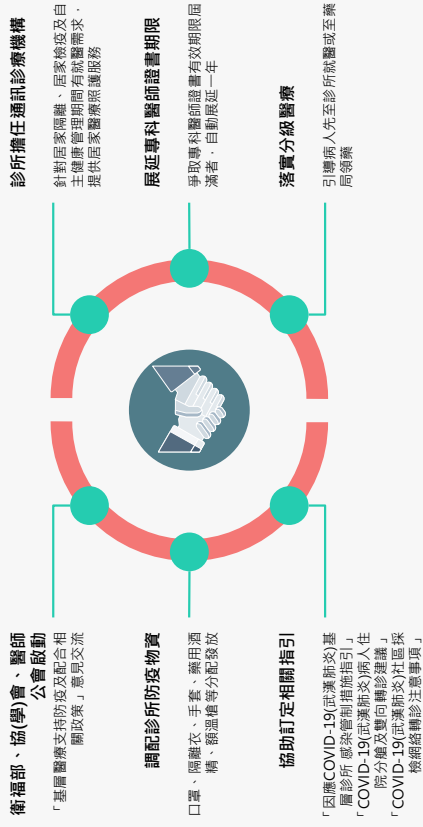
全聯會協助防疫

自109年1月8日「不明原因肺炎疫情醫界因應相關策略會議」至5月15日止，召開10場嚴重特殊傳染性(武漢)肺炎應變會議。



4

全聯會協助防疫工作



5

轉診概況與效益



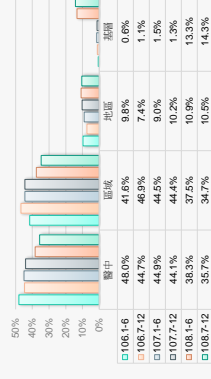
7

01.1 重點項目推動與規劃

- 轉診概況與效益
 - 糖尿病醫療給付改善方案成效
- [參照畫面報告P.1]

6

基層診所轉診至各層級比率



85%肯定

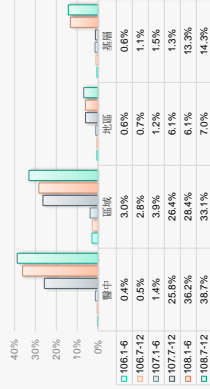
基層轉診滿意度

醫院案件轉至基層的比例，在107年的下半年因轉診獎勵的誘因，區域級以上醫院均達到20%以上的比例，108年成長更高，達30%。

醫療品質與可近性民意調查，診所病人約18.3%有被轉診之經驗；近9成民眾肯定轉診服務。

8

各層級轉診至基層之案件比率



30%

醫院轉診至基層占率

醫院案件轉至基層的比例，在107年的下半年因轉診獎勵的誘因，區域級以上醫院均達到20%以上的比例，108年成長更高，達30%。

轉診占率				基層接受轉診率			
門診件數 A	轉診件數 B	轉診件數 C	轉診件數 (B/C)	基層接受 轉診件數 (108年1月-108年3月)	醫院轉至 基層件數 (108年1月-12月)	基層接受 轉診率	107年下半年 基層接受 轉診率
108年 198,295,078	875,164	1,294,421	67.60%	74,196	246,584	30.10%	20.90%
西醫基層				基層接受慢性病人轉診率			
轉診件數 增減	轉診件數 成長	轉診件數 增減	轉診件數 成長	基層接受 轉診件數 (108年1月-108年3月)	醫院轉至 基層慢性病 就醫案件數 (108年1月-12月)	基層接受 轉診案件轉診率	107年下半年 基層接受 轉診案件轉診率
108年 486,407	125%	284,402	211%	26,129	89,514	29.20%	19.52%
慢性病人轉診照應情形				慢性病人轉診照應情形			
轉診件數 增減	轉診件數 成長	轉診件數 增減	轉診件數 成長	慢性病人 轉診就醫人數 (108年1月-108年3月)	醫院轉至 基層慢性病 病人數 (108年1月-12月)	慢性病人 轉診就醫人數 轉診照應情形	107年下半年 慢性病人 轉診照應情形
108年 7,913	80.833	9.79%	0.90%	7,913	80,833	9.79%	0.90%

基層接受慢性病人轉診率

108年西醫基層轉診占率為67.5%，低於107年74.25%，再從件數成長觀察，占率低於107年後因醫院部門轉診成長幅度高於基層，因整體轉診持續增加，建議持續觀察醫院與基層轉診情形。



基層接受轉診件數與醫院轉至基層件數差異因素

- 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。
- 本會與健保署討論自行就醫(未經轉診逕行至基層就醫)定義，但數據尚未歸入轉診成效。

建議108年目標值為前一年度指標值增加3~5%

- 除轉診占率需再觀察執行成效擬訂，其餘各項指標都達到初步所訂定的預期值以上。
- 各項指標仍持續觀察3~5年，再視各項數據訂定適切的目標值。

糖尿病醫療給付改善方案成效

糖尿病方案

108年西醫基層醫療給付改善方案
全年經費為4億元，辦理7項方案
(含糖尿病)，預算執行率為
100%。

主要目的

提升病患的控制效果並減緩併發症的發生，以擷節社會成本，改善患者及家庭的生活品質。

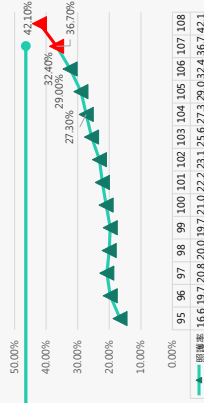
糖尿病歷年照護情形

由於分級醫療推動有成，收案數不斷增加，**108年照護率、收案人數為近年成長之最。**

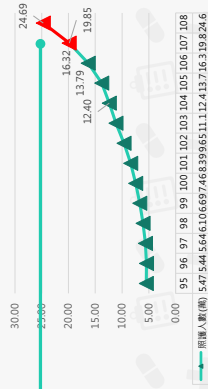
5.4%
照護率上升

4.8萬
照護人數增加

95-108年糖尿病照護率



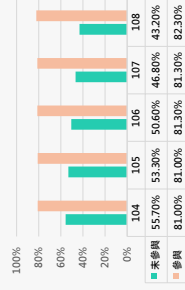
95年-108年照護人數



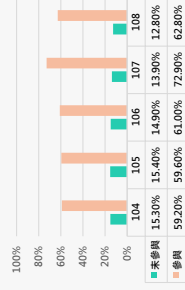
糖尿病患者檢查情形

為減少併發症及合併症之發生，改善患者及家庭的生活品質，參與方案患者會接受醫師之監測與管理外，還會予以患者執行相關檢查。

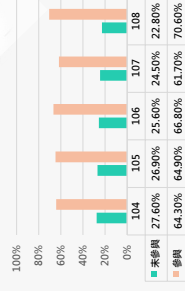
HbA1c檢查率



眼底鏡檢查率



微量白蛋白檢查率



執行各項檢查率參與計畫與未參與計畫 相差2-3倍

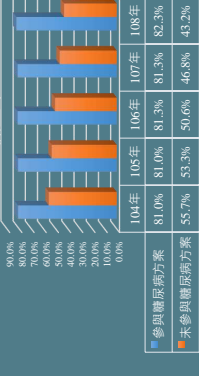
14

糖化血色素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率

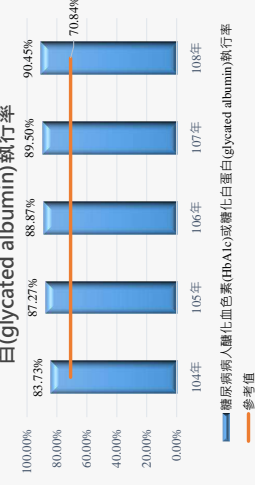
107年健保醫療費用統計，糖尿病位居第三
名，花費約319億點，佔總額4.32%。

有參與西醫基層糖尿病改善方案計畫者檢測HbA1c檢查率明顯高於未參與計畫者。

HbA1c檢查率



糖尿病人糖化血色素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率



執行率「逐年上升，至108年約90%，高於參考值70.84%。」

16

01.2

重點項目推動與規劃

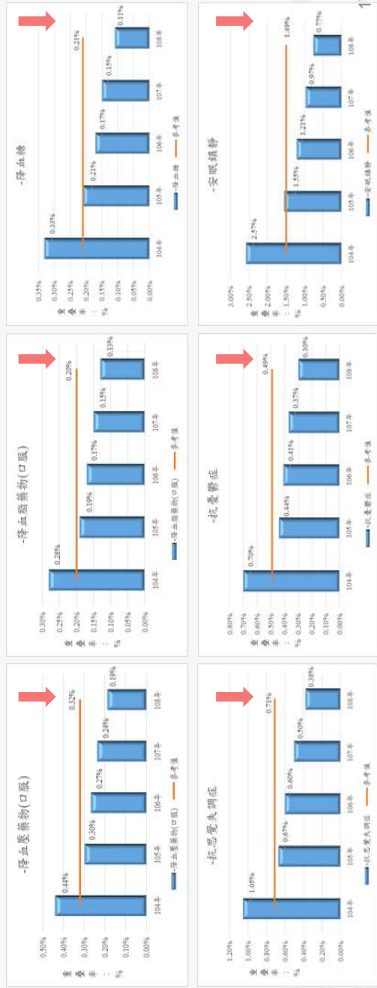
- 糖化血色素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率
- 跨院所門診同藥理用藥日數重疊率

[參照畫面報告P.17]

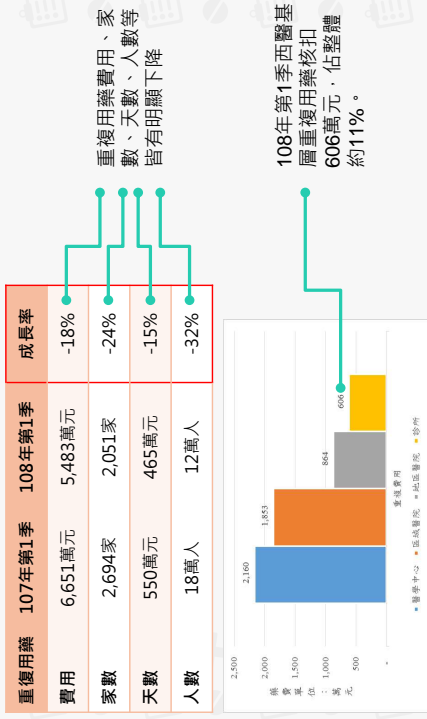
15

跨院所門診同藥理用藥日數重疊率

104年至108年重疊率 逐年降低



健保雲端藥歷查詢系統降低處方重複



評核意見回應與說明

西醫基層接收醫院轉診件數比率為20.9%，已較106年進步，惟尚有努力空間，且六分區間接收醫院轉診比率差異大，建議進一步了解原因。

107年醫療服務品質調查，民眾滿意度中「民眾自費比例」、「因就醫費用過高而不就診」的比率為歷年最高，而「覺得自費金額便宜」的比率下降，值得了解原因。

民眾自付費用原因之一為「健保不給付」，建議醫師公會加強健保給付規定之會員宣導，以確保民眾就醫權益。

提升轉診比率 協助民眾就醫

108年接受醫院轉診件數比率增加至30.1%，各區較107年增加。分區定期檢討轉診成效，但管理方式、醫療資源型態不同，區與區之間轉診成效有差異，因涉及民眾就醫習慣或轉診意願等因素，將持續觀察。

【詳細說明參看圖面報告】

宣導資訊公開 關心民眾需求

「民眾自費比例」近年微幅上升，108年近五成民眾自付100元以下，近五成民眾認為自費金額為「便宜」與「非常便宜」。

無論是否為健保醫療給付項目，院所都須符合「資訊公開」、「事先告知」、「開立正式收費單據」等3原則。

【詳細說明參看圖面報告】

多管道加強院所宣導

本會持續加強宣導，透過本會網站、臺灣醫界雜誌等途徑，請院所收據明確登載收費項目，主動告知民眾費用內容，加強溝通說明。

【詳細說明參看圖面報告】

02 評核意見回應與說明

[參照書面報告P.20]

評核意見回應與說明

專業醫療服務品質指標監測結果，部分項目未達標，可再審視指標設定及目標值是否恰當(如「門診手術案件成長率參考值 $\geq 10\%$ 」)，或可參考國際指標進行修正。

106年品質保證保留款核發比率為70.9%，但核發權重達100%之家數占總核發家數54%，請持續檢討保留款發放條件，訂定更具鑑別度之標準。

糖尿病論質計酬照護計畫成效良好，但照護涵蓋率有待提升，建議再深入探討。

持續檢討指標 推動品質改善

門診手術案件成長率107年1.86%上升至108年4.42%，較去年同期成長。
109年開放「二氧化碳雷射手術」、「虹膜成形術」、「眼內玻璃體剝除術」、「光線凝固治療」、「移位晶體摘除合併玻璃體剝除術」等數項手術項目，鼓勵門診手術項目發展。

【詳細說明參考畫面報告】

兼顧平衡科別差異與鑑別度

指標項目選擇需適合多元科別且具共通性，縮小科別差異。
診所需大於權重和80%，依權重和高至低取前80%之院所核發。
104年核發比率89.4%，多次修訂後，107年為72.6% (108年結算中)，已具有鑑別度。

【詳細說明參考畫面報告】

積極推廣照護 提升涵蓋率

近年衛福部及醫界推動分級醫療，基層收案人數提升許多。
各縣市醫師公會積極推廣，辦理相關課程；108年照護人數增加48千人，參與家數增加158家，照護率上升5.6%，為近年成長之最。

【詳細說明參考畫面報告】

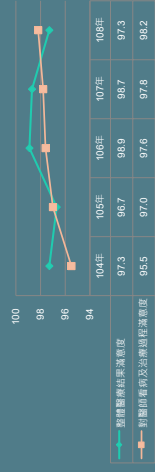
21

醫療服務品質結果

108年西醫基層總額支付制度實施後醫療品質與可近性狀況
對象：臺澎地區最近三個月於診所就醫之民眾
樣本數：1,030(份)

民眾對診所整體醫療結果及治療過程滿意度歷年結果

95%以上



23

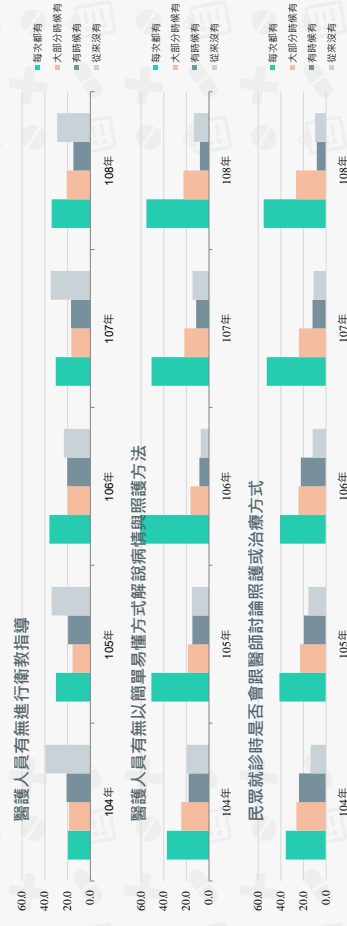
03.1 維護就醫權益

- 醫療服務品質結果
- 民眾自費情形
- 就醫可近性與及時性

【參照畫面報告P.22】

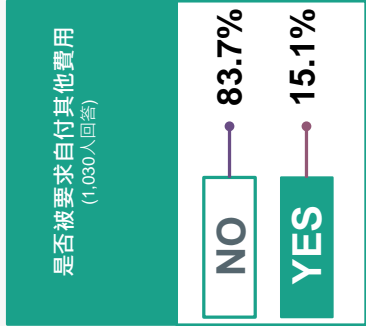
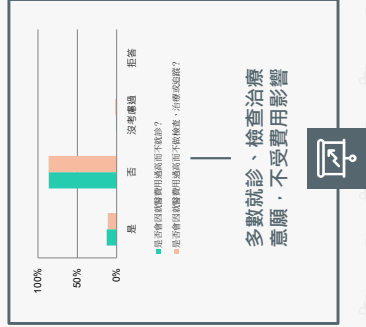
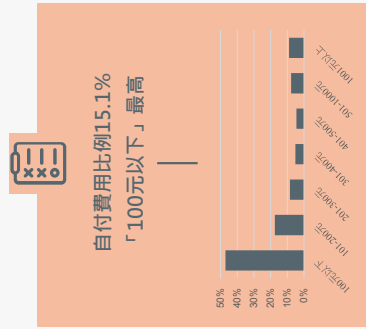
22

三項調查整體較往年略上升



24

民眾自費情形



就醫可近性與及時性

95.8%

9成以上受訪民眾認為約診容易
對於就醫院所交通便利性滿意度達95.8%

醫療資源分布情形

每萬人口 基層診所數

台北	北區	中區	南區	高屏	東區
4.93	3.7	5.33	5.08	5.57	4.53

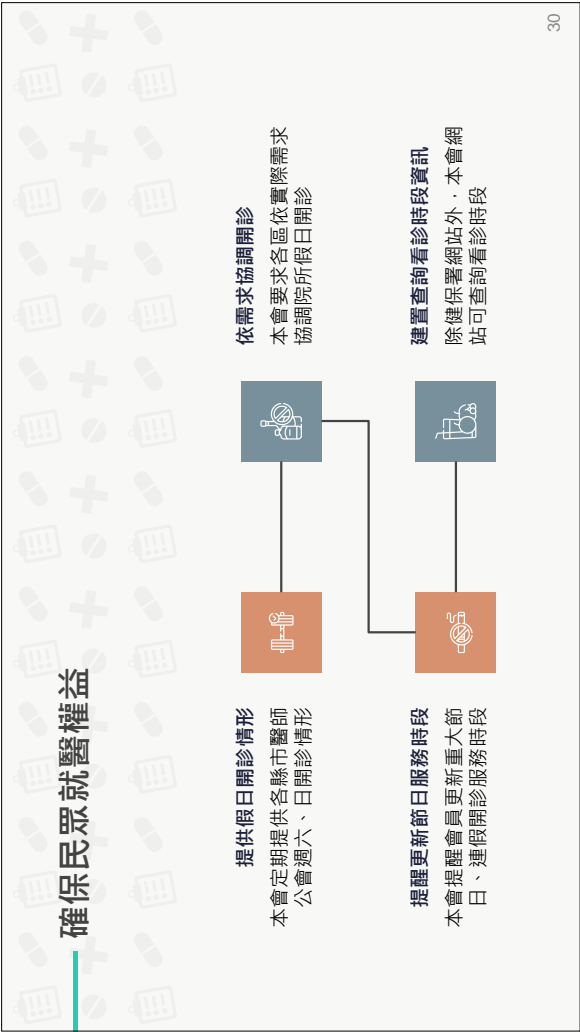
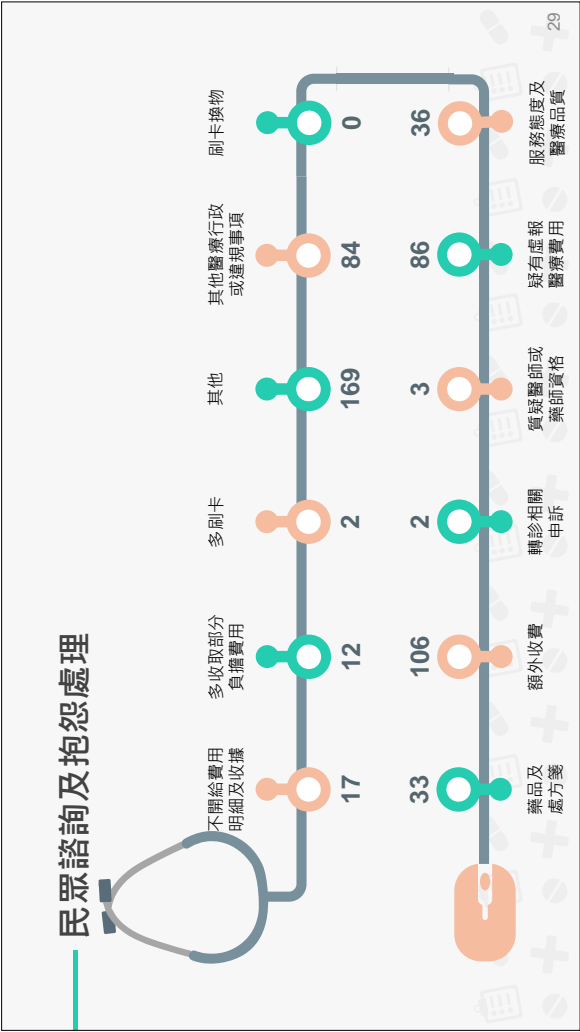
每萬人口 基層醫師數

台北	北區	中區	南區	高屏	東區
8.18	6.06	7.64	7.04	7.99	6.02

03.2 維護就醫權益

- 醫療資源分布情形
- 民眾諮詢及抱怨處理
- 確保民眾就醫權益

[參照書面報告P.24]



04 醫療服務品質確保與提升

- 指標監測及改善措施
- 保款實施方案結果

[參照書面報告P.26]

指標監測及改善措施

醫療服務品質指標

8項/共10項

達108年參考值

「每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率」

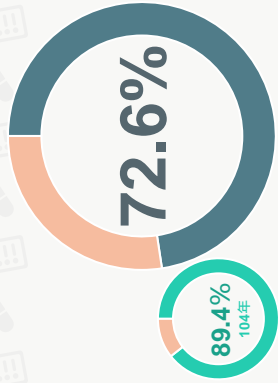
約3成屬多醫聯合照護計畫多重慢性病人整合案件
基層推動多重慢性病人藥物整合
重大傷病病患用藥品項數較單一疾病多
建議排除慢性病及重大傷病藥品項

「剖腹產率-自行要求」

加強宣導自然產優點
請婦產科醫學會協助鼓勵孕婦選擇自然產
提醒孕婦選擇自然生產意願

利用率指標檢討及改善措施請參閱書面報告

品保款實施方案結果



107年方案實施結果（108年結算中），基層特約院所家數10,669家，不符核發資格院所2,921家(占率27.4%)，符合院所數7,748家(占率72.6%)，實際核發金額214,612,252元。

項次	指標別	權重
1	診所月平均門診申復核減率	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	門診病人健保雲端應酬系統查詢率>10% · 惟家醫科和內科門診病人健保雲端應酬系統查詢率>15%	20%
6	藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率	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	糖尿病病患糖化血色素(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%
12	提供無障礙就醫服務(新增項目)	3%

核發權重和最高以100%計算，第1-11項權重和，最高以97%計算。

33

新醫療科技

99-108年收載新藥之5年累計申報金額

收載年度	5年收載年數	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	申報合計	5年差值
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	-117.22
102	38.4	192	29			2.1	13.6	35.2	44.9	63.7		159.5	32.5
103	100.2	501	44				2.6	18.9	43.6	69	91	225.1	275.9
99-103小計	274.4	1,372		19	76.6	245.9	509	749.7	666.7	555.2	132.7	91	2820.7
104	120	600	40					2.4	9.1	21.9	39.7	53.3	126.4
105	83	415	26					35.1	175.2	328.9	463.1	1002.3	-587.3
106	62	310	42						5	25	57.6	87.6	222.4
107	116	580	51							42.1	162.2	204.3	375.7
108	42	210	51								54.4	54.4	155.6
99-108合計	655.4	3,277		19	76.6	245.9	509	749.7	669.1	599.4	334.8	526.7	790.6
合計												4,295.7	-808.7

105、107和108年開放之新藥，多為治療第二型糖尿病和慢性病，數據顯示年度實際申報費用(紅字處)超出年度預算(綠字處)，三年預算皆明顯不足支應。
建議健保署於前一年公告來年新藥開放項目，並於總額協商時編列充足之預算。

35

05

協商因素項目執行情形

- 新醫療科技
- 支付標準相關協商因素
- 醫療服務密集度改變

[參照畫面報告P.42]

34

支付標準相關協商因素執行情形

108年調整項目

- 調整外科48001C-48003C以及48011C-48013C共6項與醫院支付點數一致。
- 調升第一階段1-30人次(含山地離島及精神科)門診診察費 6 點。

預算來源及增加金額

- 醫療服務成本指數改變率所增加之預算。
- 增加金額9,957億元。

實際增加點數

- 2.53億點(108.9實施)

36

醫療利用及費用管控

檔案分析
依科別、案件分類及疾病、分析醫療案件之種類、數量、費用、就診頻率等數據。

異常管理
針對高成長、異常問題、極端案件等，分析合理申報範圍，訂定抽審指標及限制。

監測追蹤
定期追蹤申報情形，提供分析數據，監測改善狀況與管理成效。

06.1 總額管理與執行績效

- 醫療利用及費用管控
- 就醫人數成長原因
- 科別件數減少，醫療費用增加原因

[參照畫面報告P.52]

- 平均就醫次數無明顯變化。
- 就醫人數年齡層40歲以下均為負成長，40歲以上均為正成長，60-69歲淨增加人數最多。
- 就醫疾病則以「眼睛及其附屬器官」淨增加人數最多。

檔案分析目的

定期分析案件類別、就醫科別及醫療費用、件數、成長率等數據

西醫基層概況分析

新增指標影響評估

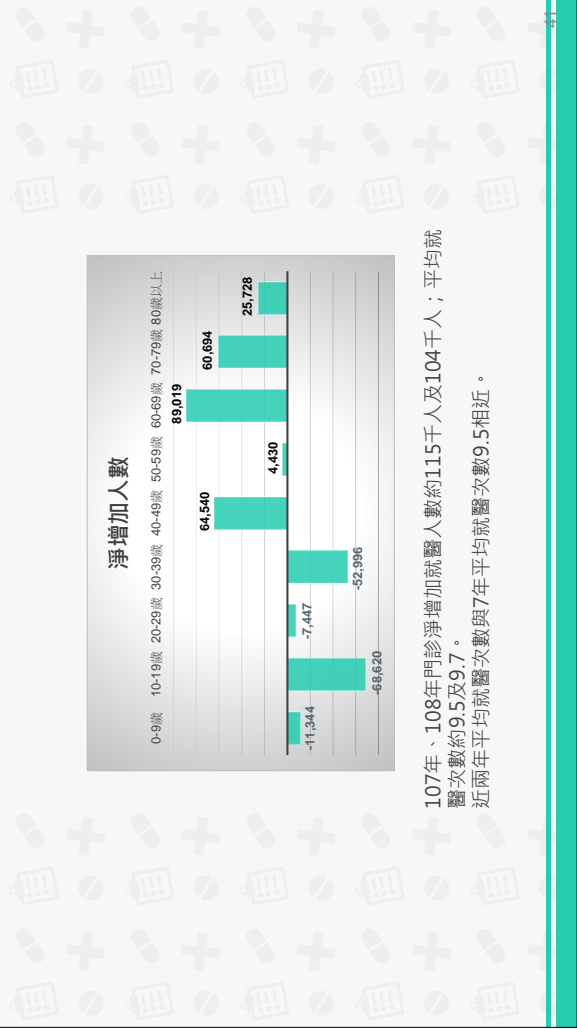
分析科別、案件及費用影響範圍，作為增修訂指標定案參考

管控項目追蹤現況

針對高價藥品、診療處置或開放基層申報等項目，更新醫療費用支出及趨勢

分區費用管控參考

協助分析各區醫療費用分布，藥品、診療處置申報趨勢及異常案件情形



年齡層

就醫年齡層淨增加人數集中於40歲以上，40歲以下雖減少約140千人，40歲以上淨增加人數達244千人。

疾病別

就醫疾病類別淨增加人數，以「眼睛及其附屬器官」、「感染症和寄生蟲」、「內分泌、營養和代謝疾病」及「呼吸系統」增加較多。

科別件數減少，醫療費用增加原因



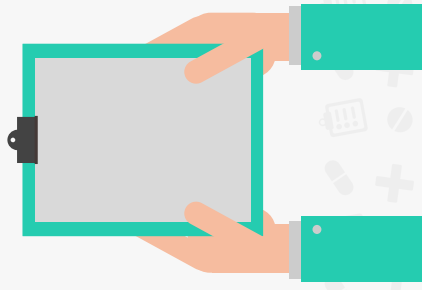
- 件數減少均為平均每件醫療費用較低之簡表案件。
- 非簡表案件增加數相對較少，但其平均每件醫療費用較高。
- 開放基層表別及增加新藥新科技項目影響。

06.2 總額管理與執行績效

- 就醫次數極端病人原因與建議
- 地區預算分配結果與檢討
- 點值現況

[參照書面報告P.77]

就醫次數極端病人原因與建議



- 就醫次數極端者未必為高齡者，也未必都為慢性病患者。
- 輔導工作，除醫師關懷與衛教外，健康署應可納入關懷名單，給予就醫建議，導引協助。

45

CASE A

- A病人 56歲
- 就醫次數405次
- 醫療費用約24萬點

-就醫資料

疾病：主診斷「精神與行為疾患」132件最高，「神經系統和感覺器官的疾病」94件次之。

科別：小兒科167件最高，家醫科113件、精神科81件次之。

案件：「其他專案」164件最高，「慢性病」126件、「簡表」115件次之。

-就醫習慣

- 全年看診天數285天，同日就醫次數最高4次；同日就醫次數2次占率29%，1次占率65%。
- 就醫於同區13家院所，多數集中於3家院所（分別104次、69次、50次）；多數由相同1名醫師診治（104次）。
- 同日多次就醫時，均分散於不同院所診治。
- 因相同疾病診斷，同日就醫次數最高3次。

46

CASE B

- B病人 38歲
- 就醫次數417次
- 醫療費用約18萬點

-就醫資料

疾病：主診斷「肌肉骨骼系統及結締組織疾病」106件最高，「呼吸系統疾病」79件、「眼睛及其附屬器官疾病」76件、「皮膚及皮下組織疾病」66件次之。

科別：家醫科189件最高，內科131件次之。

案件：「其他專案」251件最高，「簡表」157件次之。

-就醫習慣

- 全年看診天數313天，同日就醫次數最高3次；同日就醫次數2次占率33%，1次占率67%。
- 就醫於跨區12家院所，就醫院所及診治醫師分散，最多72次。
- 同日多次就醫時，均分散於不同院所診治。
- 因相同疾病診斷，同日就醫次數最高2次。

47

CASE C

- C病人 44歲
- 就醫次數495次
- 醫療費用約24萬點

-就醫資料

疾病：主診斷「皮膚及皮下組織疾病」158件最高，「消化系統疾病」80件、「呼吸系統疾病」71件次之。

科別：家醫科226件最高，內科192件次之。

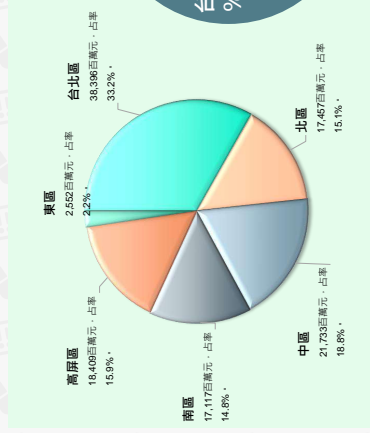
案件：「簡表」240件最高，「其他專案」206件次之。

-就醫習慣

- 全年看診天數299天，同日就醫次數最高4次；同日就醫次數2次占率38%，1次占率50%。
- 就醫於同區21家院所，多數集中於4家院所（分別100次、94次、93次、76次）；多數由2名醫師診治（分別100次、93次）。
- 同日多次就醫時，均分散於不同院所診治。
- 因相同疾病診斷，同日就醫次數最高3次。

48

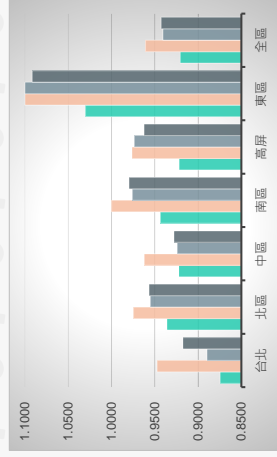
地區預算分配結果與檢討



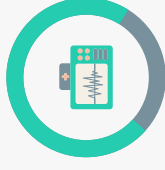
地區預算分配微調前後
淨增加金額，台北區
162百萬元最高，東區
102百萬元次之。

台北區預算數占率33.2
%最高，平均每人預算
數1,097最低。

點值現況



第2季各區點值表現最佳，各季點值以東區（第1季1.1149、第2季1.1439、第3季1.0528、第4季1.0740）點值最高。



微調機制

微調機制保障東區及低點
值地區，東區浮動點值穩
定且均在每點1元以上。



點值差距

點值排序(不含東區)第1名
與最後一名之差距近
10%，需持續追蹤檢討。

06.3 總額管理與執行績效

- 審查業務規劃與管理
- 審查品質提升與監督
- 審查業務推展與改進

[參照書面報告P.87]

審查業務規劃與管理



審查品質高標準

召開審查共識會議，教育訓練會議；力行審查人力評估機制



精準分析異常案件

依審查異常案件及臨床經驗，檔案分析相關數據，建立追蹤機制

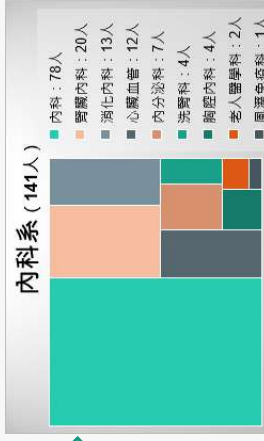
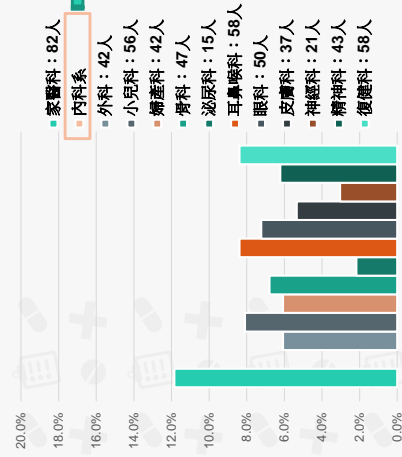


建立輔導抽審指標

依統計數據及同儕建議，研議輔導流程，建立抽審管控機制

53

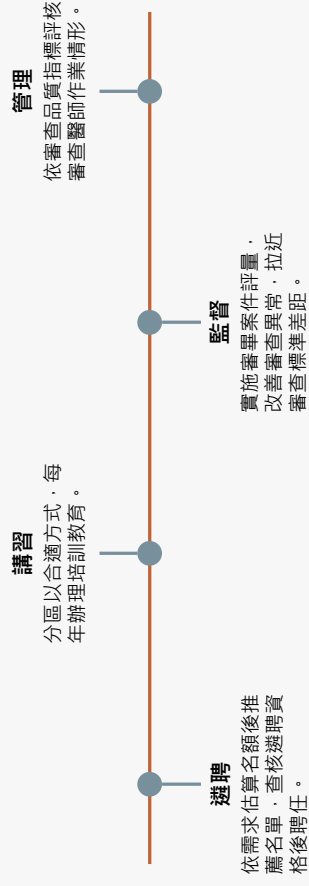
審查醫師科別分布



註1：中區實施分科管理，科別會議次數較高。

註2：分區出席率偏低，係因部分資深審查醫師未能出席，改由提供會議資料及審查共識，新任審查醫師均全數出席。

54



54



審查品質提升與監督

審畢案件評量與審查品質指標

● 以公正客觀角度檢視審畢案件，探討審查標準差異原因。

● 訂定「審畢案件評量審查合理件數占率」審查品質指標目標值為85%。

● 按月監測合理件數占率，未達目標值之分區，須研議改善方案。

分區	平均審查合理件數占率
台北	95.03%
北區	93.68%
中區	93.76%
南區	92.46%
高屏	95.31%
東區	94.62%

57

醫療費用審查注意事項，為審理案件重要依據；精進審查注意事項內容，可提升審查品質及降低爭議案件。

例行檢討

專案檢討

異常案件

58

凝聚審查標準共識

例行檢討

每半年1次討論

108年通過增修訂內科等7科12條審查注意事項規範。

專案檢討

每年3~5次討論

108年討論「經直腸大腸息肉切除術」等6項審查共識。

異常案件

不定期討論

討論異常案件應對措施，108年討論「四肢超音波檢查」審查共識。

審查業務推展與改進方式

審查人力規劃

審查醫師選聘、講習、評核及輔導管理

審查品質提升

審查共識、審畢案件評量及品質指標

審查業務推展

辦理專業審查、事前審查、實地審查及跨區審查

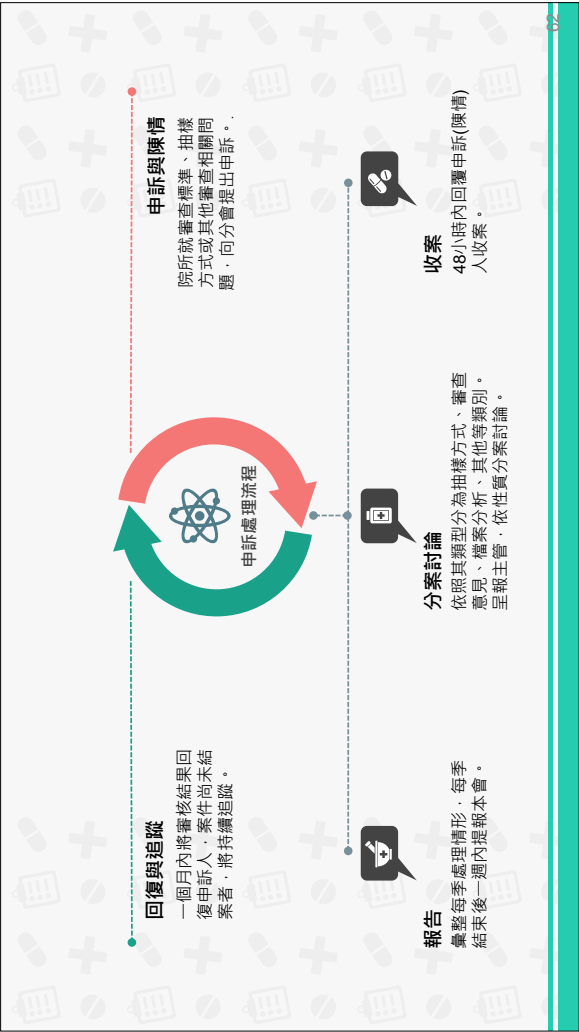
爭議案件處理

審查申訴案件處理及爭議爭議案件檢討

60

分區	審查案件數			核減率		分區
	初審	申復	其他	初核	申復	
台北	203,813	7,416	10,823	0.29%	0.27%	0.27%
北區	167,302	6,581	1,064	0.30%	0.27%	0.26%
中區	192,787	17,930	2,004	0.44%	0.41%	0.41%
南區	146,407	2,540	47,543	0.13%	0.11%	0.11%
高屏	122,506	4,575	1,650	0.27%	0.24%	0.24%
東區	19,038	617	105	0.35%	0.32%	0.32%
合計	851,853	39,659	63,189	0.29%	0.27%	0.27%

初核與申復後核減率2項差距約0.02%，各區介於0.02%~0.03%。事審後與申復後核減率2項核減率差距0.00%，各區介於0.00%~0.01%。



審查業務推展與改進

降低爭審案件數量對策

院所端

強化宣導會員，病歷應清晰詳實完整。
送審資料應按審查注意事項規定，提供完整且可辨識之內容或照片、圖示。
病歷記載應足以證明該處置或用藥之申報合理性及必要性。

審查醫師端

專業審查是就院所申報項目與病歷主訴症狀、疾病史的關聯性、合理性，並非就醫療技術、治療效果判斷。
宣導審查醫師，應儘量註明核刪理由。應以健保相關規範為依據，避免以個人經驗為審查標準。

06.4

總額管理與執行績效

- 院所達規概況
- 達規宣導與改進

[參照書面報告P.99]

院所違規概況

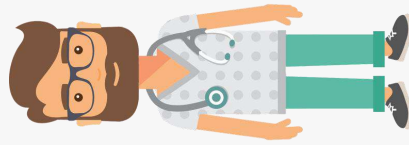
違規家次、金額

《全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法》第37 - 40條之違規案件類型統計：

「非總額舉發」
共計218家次；
違規總點數為
61,780,052點。

「總額舉發」
共計5家次；
違規總點數為
1,664,853點。

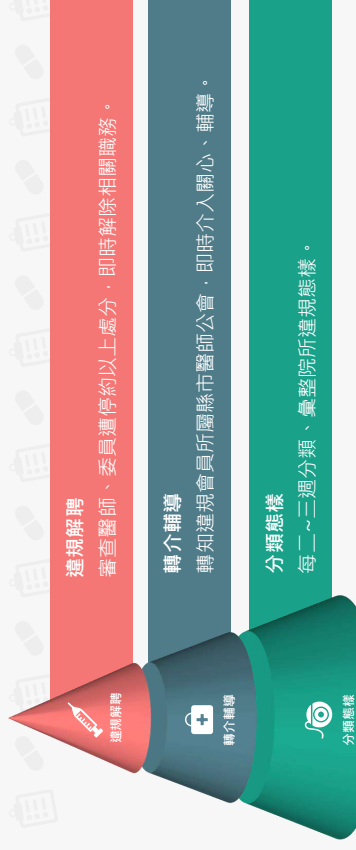
65



THANK YOU
FOR YOUR
ATTENTION

67

違規宣導與改進



66

108年度 西醫基層專案計畫執行成果報告

報告人：羅浚昺副秘書長
中華民國醫師公會全國聯合會
109年7月28日

2

羅浚昺醫師



- 台大醫學士/台大法學士
- 中華民國醫師公會全國聯合會副秘書長
- 新北市醫師公會理事
- 中華民國基層醫療協會理事
- 醫療財團法人臺灣區煤礦業基金會監察人
- 眾律國際法律事務所醫療法顧問
- 衛福部食藥署指示藥及成藥諮議小組委員

壹、 108年度 家庭醫師整合性 照護計畫

報告大綱

- 壹、108年度家庭醫師整合性照護計畫
- 貳、108年度西醫醫療資源不足地區改善方案
- 參、108年度強化基層照護能力「開放表別」
- 肆、108年度罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏
病毒治療藥費及罕見疾病特材暨其衍生費用
- 伍、108年度新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用
- 陸、偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫

全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫

畫

5

家庭醫師將持續攜手給予會員
全人、全程、全家、全社區的關照，
維持最佳醫療照護品質。



- 與國健署進行合作，
在長照2.0扮演守護者角色
- 面對COVID-19疫情，
協助病患回歸社區醫療的重要角色
- 「厝邊好醫師」深植民心，
疫情期間，成為民眾就醫首選

全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫

畫

6

104-108年執行情形

項目	年	104	105	106	107	108
預算數(百萬元)		1,180.0	1,180.0	1,580.0+450.0	2,880.0-450.0	2,880.0
預算執行數(百萬元)		1,180.0	1,180.0	2,030.0	2,430.0	2,880.0
預算執行率		100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
執行社區醫療群數		426	414	526	567	606
診所數		3,035	3,057	4,063	4,558	5,052
醫師數		3,709	3,789	5,182	5,924	6,666
收案人數		2,484,646	2,603,757	4,134,238	4,730,740	5,458,146
較需照護名單人數		5,158,097	5,510,363	6,144,246	6,101,880	6,361,962
參與診所占率		29.7%	29.90%	36.61%	43.60%	48.12%
參與醫師占率		24.9%	25.04%	33.73%	37.81%	41.91%
較需收案在較需照護群占率		38.60%	38.61%	49.68%	55.05%	62.79%

108年
收案人數
增加
727,406名
(成長率
13.33%)

全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫

畫

7

104-108年績效獎勵金點值

年度	較需照護 名單數(A)	收案人數	交付名單 收案數(B)	自行收案 數(C)	合計 (B+C)	交付名單收案數占 較需照護群占率 (B/A)	總預算數 (億)	點值
104	5,158,097	493,763	1,990,883	493,763	2,484,646	38.60%	11.8	0.99
105	5,510,363	476,067	2,127,690	476,067	2,603,757	38.61%	11.8	0.70
106	6,144,246	1,081,585	3,052,652	1,081,585	4,134,237	49.68%	15.8+4.5	0.74
107	6,101,880	1,371,715	3,359,025	1,371,715	4,730,740	55.05%	28.8-4.5	0.79
108	6,391,962	1,426,284	4,031,862	1,426,284	5,458,146	62.79%	28.8	0.78

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

全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫

畫

8

104-108年績效獎勵金點值

年度	較需照護 名單數(A)	收案人數	交付名單 收案數(B)	自行收案 數(C)	合計 (B+C)	交付名單收案數占 較需照護群占率 (B/A)	總預算數 (億)	點值
104	5,158,097	493,763	1,990,883	493,763	2,484,646	38.60%	11.8	0.99
105	5,510,363	476,067	2,127,690	476,067	2,603,757	38.61%	11.8	0.70
106	6,144,246	1,081,585	3,052,652	1,081,585	4,134,237	49.68%	15.8+4.5	0.74
107	6,101,880	1,371,715	3,359,025	1,371,715	4,730,740	55.05%	28.8-4.5	0.79
108	6,391,962	1,426,284	4,031,862	1,426,284	5,458,146	62.79%	28.8	0.78

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

108年全區一般服務平均浮動點值約0.96元，
而本計畫之點值已多年低於0.8元，
對於本計畫中認真付出及提供高醫療服務品質
之醫師無疑是一種打擊

全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫

畫

9

104-108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
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%
108	5,964	99.7%	99.6%	99.7%

持續提供多方
醫療服務，
成功扮演
「厝邊好醫師」
的角色



貳、 108年度 西醫醫療資源不 足地區改善方案

西醫醫療資源不足地區改善方案

11

為醫不足地區居民帶來適切的醫療照
護，提高民眾就醫可近性及方便性



01

巡迴醫療提供民眾初級醫
療照護所需

02

開業計畫提供持續性且穩定
的在地醫療服務

執行方式及經費來源

12

執行 方式

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，108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。

108年度預算為217.1百萬元，與醫院總額同項專款相互流用。
本年度新增「南迴24小時救護中心試辦計畫」20.1百萬元，因有其
他單位補助相同項目，該計畫預算不予執行。

施行區域

- 01 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)。
- 02 各縣市衛生局提供醫療資源不足地區名單。
- 03 排除「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」之鄉鎮(市/區)。
- 04 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。

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。



13

歷年巡迴醫療服務統計

- 108年巡迴鄉鎮數與近兩年差異不大。
- 108年執行院所數、巡迴點數及參與醫師數皆略為增加。

項目\年別	104年	105年	106年	107年	108年
參與醫師數	150	139	138	159	164
參與護理人員數	290	301	299	281	316
參與藥事人員數	64	57	50	56	60
計畫數(執行院所數)	124	118	119	122	127
巡迴鄉數	86	84	82	83	83
巡迴點數(村數)	295	281	273	274	282

108年各分區巡迴醫療服務統計

- 南區同以往為巡迴鄉數、執行院所數、巡迴點數最多的一區。

項目\分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區
參與醫師數	23	7	28	80	8	18
參與護理人員數	27	8	53	167	24	37
參與藥事人員數	0	2	13	30	4	11
巡迴鄉數	11	8	16	35	5	8
執行院所數	15	7	21	69	6	9
巡迴點數(村數)	36	16	45	150	12	23

15

巡迴醫療醫師科別分布

- 近年皆以家醫科為最多，內科及外科次之。
- 108年第一次新增1名具新陳代謝科資格醫師。



科別\年別	104	105	106	107	108
家醫科	71	69	71	70	66
內科	25	27	25	25	25
外科	21	18	21	23	21
小兒科	16	12	13	13	14
婦產科	10	10	11	11	12
急診醫學科	8	6	7	9	9
骨科	5	5	4	5	5
耳鼻喉科	3	2	2	2	3
皮膚科	2	2	3	3	3
神經外科	1	1	1	1	1
泌尿科	1	1	1	1	1
精神科	1	1	1	1	1
神經內科	1	2	2	2	2
復健科	1	0	0	0	0
放射科	0	0	0	0	0
急診醫學科	8	6	7	9	9
消化外科	1	1	1	1	1
麻醉科	1	1	1	1	1
老人醫學科	0	0	0	0	0
不分科	5	4	5	5	6
新陳代謝科	0	0	0	0	1
總計	173	162	170	174	172

• 部分醫師具多重專科醫師資格

16

巡迴醫療民眾就醫年齡層分布

- 60歲至69歲就醫占率17%最高。

年齡層	104年		105年		106年		107年		108年	
	人數	占率	人數	占率	人數	占率	人數	占率	人數	占率
0-9	34,027	6.30%	26,528	5.47%	28,876	5.60%	28,379	5.6%	27,973	5.62%
10-19	64,180	11.90%	51,431	10.60%	51,834	10.10%	49,389	9.7%	46,307	9.2%
20-29	39,021	7.20%	36,814	7.59%	38,733	7.60%	39,316	7.7%	38,126	7.6%
30-39	52,136	9.70%	47,710	9.83%	49,536	9.70%	48,539	9.5%	46,655	9.3%
40-49	62,595	11.60%	53,405	11.01%	57,632	11.30%	57,932	11.4%	57,677	11.4%
50-59	74,872	13.90%	69,135	14.25%	74,306	14.50%	74,326	14.6%	73,784	14.6%
60-69	77,886	14.40%	76,679	15.81%	83,293	16.30%	84,409	16.8%	85,432	17.0%
70-79	87,791	16.30%	73,070	15.06%	73,462	14.40%	71,890	14.1%	70,700	14.0%
80-89	42,724	7.90%	44,441	9.16%	47,400	9.30%	48,569	9.5%	49,403	9.8%
90以上	4,865	0.90%	5,929	1.22%	6,577	1.30%	7,175	1.4%	7,825	1.6%
總計	540,097	100%	485,142	100%	511,649	100%	509,924	100.0%	503,882	100.0%

2→
1→
3→

歷年巡迴醫療民眾利用統計

項目\年別	104年	105年	106年	107年	108年
巡迴總診次	12,658	11,621	11,875	12,272	12,598
巡迴總人次	214,661	198,760	216,131	232,146	236,030
平均每診次服務人次	17	17	19	19	19

108年巡迴醫療服務總診次較107年增加326診次，服務總人次增加3,884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。

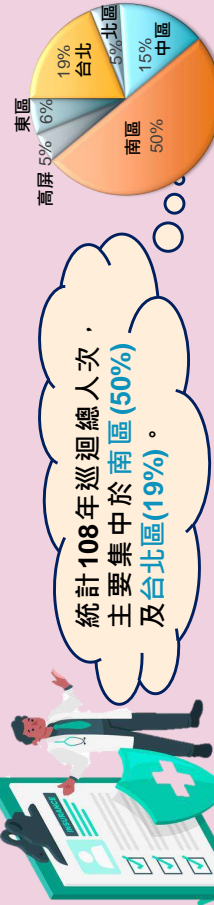
108年巡迴醫療就醫疾病別排名



- 就醫疾病類別以急性上呼吸道感染為主。
- 高血壓、第二型糖尿病等次之，應與當地民眾之年齡層較高有關。

108年各分區巡迴醫療民眾利用統計

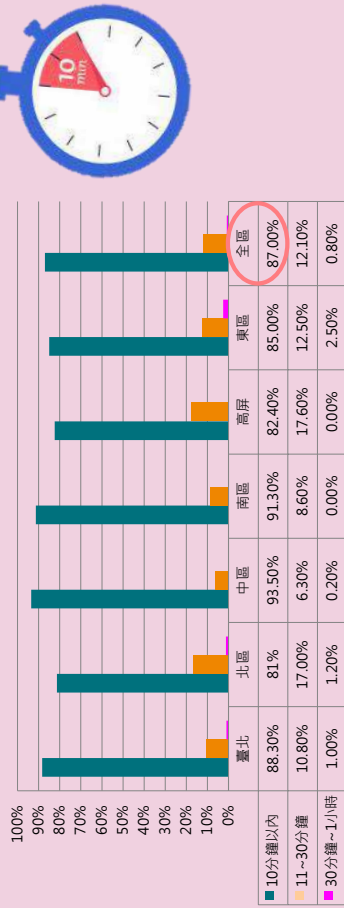
項目\分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區
巡迴總診次	1,627	749	1,893	6,768	550	1,011
巡迴總人次	43,755	11,341	35,838	119,008	12,512	13,576
平均每診次服務人次	26	19	19	18	23	13



21

108年民眾到達巡迴醫療就醫地點所花時程

- 108年民眾10分鐘內可到達就醫地點全區達87%。



22

108年巡迴醫療各分區民眾滿意度評估

- 108年分區各項滿意度皆達九成。

項目別分區	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
問卷數	405份	171份	545份	1,599份	80份	150份	2950份
候診時間滿意度	100.0%	99.4%	98.8%	94.1%	97.8%	86.0%	96.02%
醫療效果滿意度	100.0%	97.7%	98.4%	92.6%	97.3%	81.0%	94.50%
醫療設備滿意度	99.5%	96.5%	97.0%	81.7%	96.8%	70.0%	90.25%
醫師服務態度滿意度	100.0%	98.2%	99.4%	96.1%	100.0%	90.0%	97.28%
語言溝通能力滿意度	100.0%	98.8%	99.3%	95.6%	98.8%	90.0%	97.08%
門診時段滿意度	99.8%	97.1%	98.7%	91.9%	98.4%	87.0%	95.48%
民眾看病方便性	99.6%	99.4%	99.0%	93.6%	99.4%	90.0%	96.83%

23

歷年巡迴醫療民眾滿意度評估表

- 108年全區各項滿意度皆達95%。
- 歷年全區平均滿意度皆達九成。



24

歷年巡迴醫療費用申報統計表

項目\年別	104	105	106	107	108
醫療費用(千點)	105,775	91,038	99,070	105,074	109,628
平均每診次數	8,356	7,834	8,343	8,562	8,702
平均每人次數	493	458	417	453	464
論次報酬(千點)	81,972	75,932	79,569	82,743	85,145
診察費加成(千點)	14,397	16,589	18,289	20,185	21,999

- 108年度以106年全年平均診察費313點加計3成。



歷年巡迴醫療服務目標達成統計

- 108年目標達成率：執行鄉鎮數為100%，巡迴總服務人次達104.6%，巡迴總服務診次達125.98%，達成本方案之設定目標。

項目/年度	104年	105年	106年	107年	108年
目標數					
鄉鎮數(個)	88	86	84	85	83
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)	86	84	82	83	83
巡迴總服務人次	219,626	200,173	216,131	232,146	236,030
巡迴總服務時數/診次	12,836	11,612	11,875	12,272	12,598
目標達成率					
鄉鎮數	97.73%	98.00%	97.62%	97.64%	100%
巡迴總服務人次	97.61%	88.97%	96.06%	103.18%	104.9%
巡迴總服務時數/診次	128.36%	116.12%	118.75%	122.72%	125.98%



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

25

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

- 105年無參與方案新開業獎勵之基層診所。
- 108年申請開業診所為1家，總計共有13家開業診所。

項目/年別	105	106	107	108
新開業診所數	0	5	7	1
持續辦理開業計畫診所數	4	2	5	12
定額給付(千點)	10,838	17,001	38,973	40,607
申報件數(千件)	22.4	23.7	45.8	53.5
醫療費用點數(千點)	10,838	10,846	20,809	24,893
平均每件醫療費用點數	474	458	454	465



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

26



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	108年
醫缺地區診所點值保障(點值補助差額)(千點)	38,888	25,454
例假日診察費加成點數(千點)	15,676	26,833
總計	54,564	52,287



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

27

歷年方案預算及執行情形

項目/年度	104年	105年	106年	107年	108年
預算數(百萬元)	150	240	180	187	217.1
執行數(百萬元)	123	175	127	187	197
預算執行率	81.68%	72.83%	70.07%	100%	90.7%

- 108年新增「南迴24小時救護中心試辦計畫」20.1百萬元，因有其他單位補助相同項目，該計畫預算不予執行，爰108年實際可執行預算為197百萬元。
- 108年西醫基層超出預算，由醫院總額同項專款支應約1.4百萬元，預算執行率約100.7%。

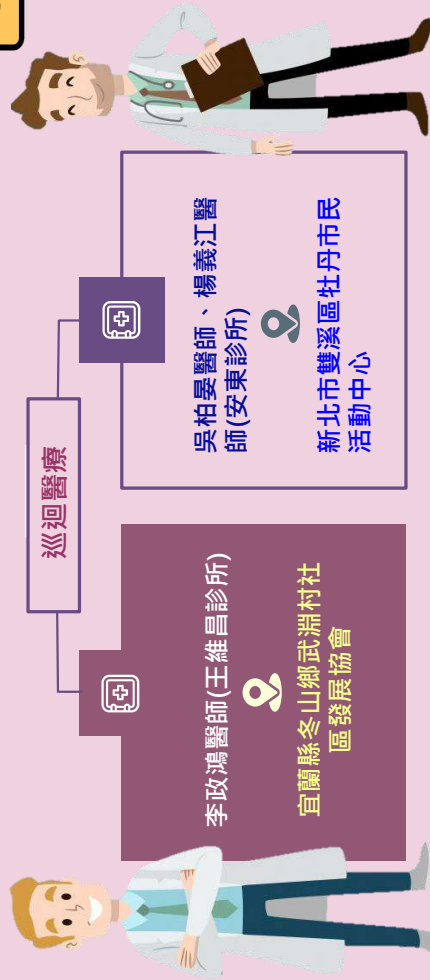


中華民國醫師公會全國聯合會
Taiwan Medical Association

28

109年本會台北區巡迴醫療實地訪查活動1/3

29



109年本會台北區巡迴醫療實地訪查活動2/3

30



109年本會台北區巡迴醫療實地訪查活動3/3

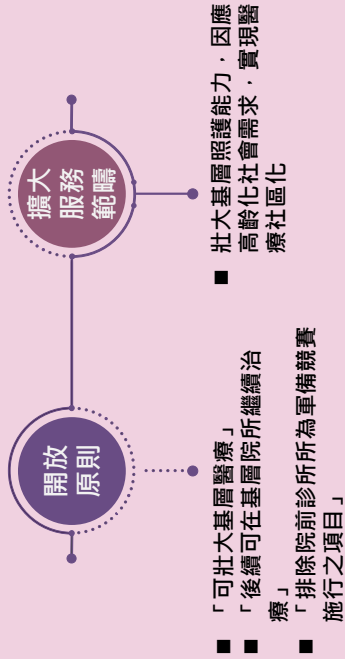
31



參、
108年度
強化基層照護能力
「開放表別」

強化基層照護能力「開放表別」(1/8)

配合「推動分級醫療、落實雙向轉診」政策



33

強化基層照護能力「開放表別」(2/8)

106-108開放表別項目(共45項)

詳細執行情形及項目
請見書面報告P47-P.49

106年開放25項

- EX:
1. 流行性感冒A型病毒抗原【14065C】
 2. 流行性感冒B型病毒抗原【14066C】
 3. 超音波心臟圖(包括單面、雙面)【18005C】
 4. 耳石復位術【54044C】

107年開放9項

- EX:
1. 脈動式或耳垂式血氧飽和監視器(每次)【57017C】
 2. 陰道式超音波【19013C】

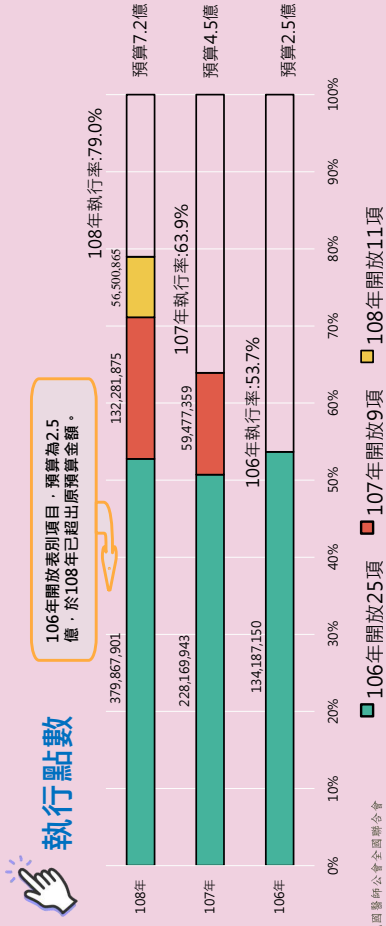
108年開放11項

- EX:
1. C型肝炎病毒核酸基因檢測 - 即時聚合酶連鎖反應法【12202C】
 2. HIV病毒負荷量檢查【14074C】
 3. (1-2)配合政府政策開放
 4. 光化治療一天【51018C】
 5. 光線治療(包括太陽光、紫外線、紅外線)一天【51019C】
 6. (3-4)配合照護罕見疾病患者

34

強化基層照護能力「開放表別」(3/8)

106-108年執行情形及成效評估



35

強化基層照護能力「開放表別」(4/8)

項目	診療編號	中文項目名稱	107年	108年
1	09122C	INTACT前中狀腺素分析	11.00%	-44.50%
2	09128C	C-肽刺激試驗	30.70%	-20.40%
3	12048C	糖化血紅蛋白	15.90%	-40.40%
4	12151C	同半胱氨酸(Homocysteine)	22.20%	-12.20%
5	13011C	細菌藥物敏感試驗 - 3種以上	-0.50%	-2.90%
6	17006C	支氣管擴張試驗	-2.10%	19.30%
7	18006C	杜卜勒超音波心臟圖	-0.80%	-4.30%
8	47043C	上消化道內視鏡止血法(任何方法)	-2.00%	10.40%
9	54044C	耳石復位術	18.00%	-1.40%
10	64089C	膽、胰管下切斷手術	89.90%	-22.50%
11	86402C	神經系統或冷凍及再閉塞術	45.60%	-14.80%
12	87031C	下肢靜脈曲張雷射治療	-3.00%	-15.60%
13	12086C	人類白血球抗原 - HLA-B27	-0.80%	-0.20%
14	62046C	局部安眠(1-2公分)	7.00%	-1.20%
15	62047C	局部安眠(2公分以上)	-5.60%	-10.70%
16	09129C	維生素B12缺乏分析	-35.50%	92.50%
17	12073C	淋病衣原体、淋菌、泌尿性系統檢驗	-54.90%	142.10%
18	12202C	C型肝炎病毒核酸基因檢測 - 即時聚合酶連鎖反應法	-27.80%	156.00%
19	14074C	HIV病毒負荷量檢查	-55.60%	141.60%
20	18007C	杜卜勒超音波心臟圖	-36.90%	76.40%
21	18019C	肺動脈心臟圖	-31.60%	57.60%
22	20013C	頸動脈超音波檢查	-27.90%	52.20%
23	22017C	平衡檢查	-28.30%	58.00%
24	51018C	光化治療一天	-65.60%	182.80%
25	51019C	光線治療(包括太陽光、紫外線、紅外線)一天	-48.10%	127.70%

基層開放後，
醫院申報案件
數，
較去年同期下
降：

107年有18項；



36

強化基層照護能力「開放表別」(5/8)

- 同一病患於基層執行後60天內再至醫院執行比例
- 比較106-107年、19個呈現下降；比較107-108年、25個呈現下降

項目	診療編號	中文項目名稱	該年同一病患於基層執行後60天內再至醫院執行比例變化趨勢
1	09111C	甲狀腺球蛋白(EIA/IA)	↑
2	09122C	INTACT測定甲狀腺素分泌分析	↑
3	12020C	肺炎克雷伯菌血清試驗	↑
4	12048C	肺炎克雷伯菌血清試驗	↑
5	12078C	CA-153腫瘤標記(EIA/IA法)	↑
6	12079C	CA-199腫瘤標記(EIA/IA法)	↑
7	12151C	同型半胱氨酸(Homocysteine)	↑
8	13008C	細菌培養鑑定檢查(包括一般細菌、真菌、原蟲等)及對藥效的培養鑑定、抗酸菌除外)	↑
9	13009C	細菌培養及藥敏性試驗(1菌種以上)	↑
10	13010C	細菌培養及藥敏性試驗(2菌種以上)	↑
11	14065C	流行性感冒A型病毒抗原	↑
12	14066C	流行性感冒B型病毒抗原	↑
13	17004C	標準化測定(包括FRCT測定)	↑
14	17006C	支氣管擴張試驗	↑
15	18005C	超音波心臟圖(包括單面、雙面)	↑

該項目106-108年重複執行比率逐年下降，分別為30%、24%、16%。

37

該項目106-108年重複執行比率逐年下降，分別為6%、4%、3%。

項目	診療編號	中文項目名稱	該年同一病患於基層執行後60天內再至醫院執行比率變化趨勢
16	18006C	杜卜勒氏超音波心臟圖	↑
17	64089C	肺、前胸皮下切面手術	↑
18	09113C	肺炎克雷伯菌血清試驗	↑
19	12086C	入眼白血球抗原 - HLA-B27	↑
20	12121C	中樞神經系統血管造影	↑
21	57017C	運動式或耳式血液動力學監測器(每次)	↑
22	09099C	心臟腔室造影	↑
23	09133C	心臟腔室造影	↑
24	09129C	維生素B12免疫分析	↑
25	12202C	C型肝炎病毒核糖核酸檢測 - 即時聚合酶連鎖反應法	↑
26	18007C	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	↑
27	18019C	攜帶式心臟圖記錄器	↑
28	22013C	運動式超音波檢查	↑
29	22017C	平衡檢查	↑
30	51019C	光線治療(包括太陽光、紫外線、紅外線)	↑

強化基層照護能力「開放表別」(6/8)

開放表別項目衍生之其他費用，如：108年達613.1百萬點，未編列預算，仍由一般服務費用支應。

年度	項目數	開放表別項目費用 A	診察費 B	診察費 C	藥費 D	藥事服務費 E	醫療費用 F=A+B+C+D+E	一般服務費用 支應費用 G=F-A
106年	25項	136,739,498	113,148,289	14,671,040	15,238,736	5,496,940	285,294,503	148,555,005
107年	34項	288,371,437	222,679,943	63,968,849	28,104,020	10,288,358	613,412,607	325,041,170
108年	45項	570,159,775	422,869,300	116,693,381	53,030,140	19,934,786	1,183,257,638	613,097,863

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

強化基層照護能力「開放表別」(7/8)

以民眾需求為導向 優先列入開放項目

- 減少民眾至醫院就醫塞醫院急診及門診等候時間：流行性感冒A型病毒抗原、流行性感冒B型病毒抗原、開放超音波心臟圖、杜卜勒氏超音波心臟圖。
- 提升婦女檢查品質：陰道式超音波。
- 照顧罕見疾病之乾癱患者：光線治療(包括太陽光、紫外線、紅外線)一天、光化治療一天。

檢討與改善

加強管理

- 定期的監測(如：每三個月提會報告)。
- 滾動式檢討增刪修訂其內容。
 - 訂有「除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方及執行始可申報」規定。
 - 限制「專科醫師」、「適應症」等規定。
- 授權由六分區因地制宜訂定審查標準，加強管控，減少不適當的處置。

強化基層照護能力「開放表別」(8/8)

助於疏緩醫院壅塞

- 醫院層級部分「申報案件」項目下降。
- 「同一病患於基層執行後60天內，再至醫院執行比例」下降。

未來展望

持續配合衛生福利部推動分級醫療制度，提供民眾持續性、週全性的醫療照護。



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

肆、 108年度 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暨其衍生費用

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暨其衍生費用(1/4)

42

計畫目的

配合「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」修正

推動分級醫療，擴大服務量能

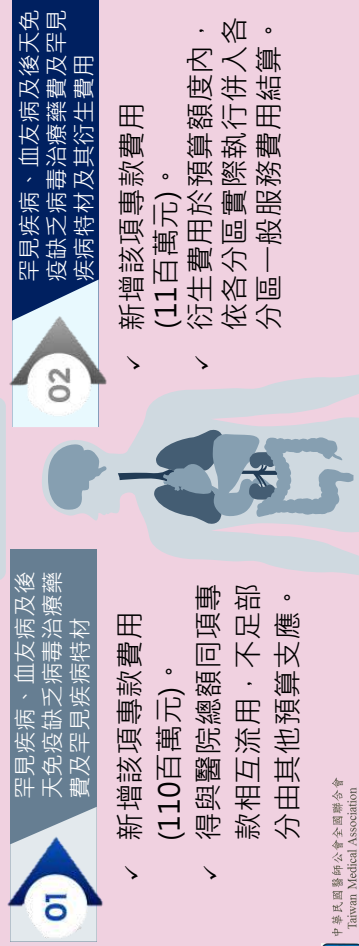


中華民國醫師公會全國聯合會
Taiwan Medical Association

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暨其衍生費用(2/4)

43

經費來源



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

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暨其衍生費用(3/4)

44

108年執行情形及成效評估

項目	藥費及罕見疾病特材	藥費及罕見疾病特材其衍生費用
全年預算數(百萬元)	110.0	11.0
執行數(百萬元)	1.4	1.56
預算執行率(%)	1.3%	14.2%

目前西醫基層照護人數甚少，或許因其發現及治療大都先由醫院確診並予以照護，具有相當信任關係。

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

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暨其衍生費用^(4/4)

45



未來展望

- ◆ 建議未來醫院針對已穩定民眾，可由基層醫師持續照並轉至西醫基層，減少民眾往返醫院的時間與金錢，落實社區醫療服務。

新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用^(1/3)

47

■ 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。
- 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。



伍、 108年度 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^(2/3)

48

◎ 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

107-108年
西醫基層專款項目支應

-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。



新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用^(3/3)

49

104-108年執行情形及成效評估

分區/年度	104年	105年	106年	107年	108年	占率
台北	1,848,708	1,848,708	1,848,708	1,848,708	1,848,708	1.04%
北區	14,813,506	14,813,506	14,813,506	14,813,506	14,813,506	8.34%
中區	8,356,436	8,356,436	8,356,436	8,356,436	8,356,436	4.71%
南區	43,254,260	43,254,260	43,254,260	43,254,260	43,254,260	24.37%
高屏	34,170,962	34,170,962	34,170,962	34,170,962	34,170,962	19.25%
東區	75,070,019	75,070,019	75,070,019	75,070,019	75,070,019	42.29%
全區	177,513,891	177,513,891	177,513,891	177,513,891	177,513,891	
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%	

1

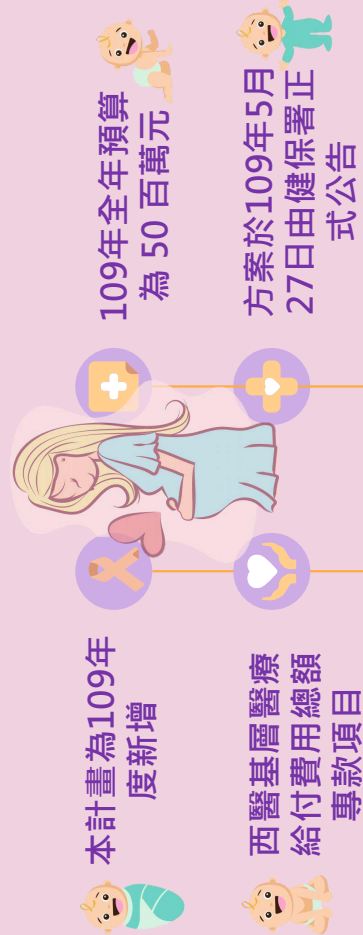
無新增地區，故
104-108年各區
費用均相同

2

整體執行率為
99.7%；各區費
用執行占率，
東區較高
42.29%，
最低為台北區
1.04%，顯見政
策推動與地區
資源的差異

偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫

51



陸、109年度 偏鄉地區基層診所產 婦生產補助試辦計畫

偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫

52



計畫目的

- 獎勵於偏鄉提供生產服務之基層診所婦產科專科醫師，持續留在執業診所提供生產服務，提供偏鄉產婦更完善、安心的生產環境

補助方式

- 施行區域分為三級，於各級區域提供每例生產案件補助
- 施行區域內未有提供生產服務之第一家新開業且提供生產服務之基層診所，提供每例生產補助點數加成50%

執行情形

- 方案於109年5月底甫公告，截至7月3日止，已知有4家診所申請參加，包含北區1家、中區1家及南區2家診所
- 協請各縣市醫師公會協助通知會員踴躍參加方案，期許未來能有更多診所申請參加方案



四、牙醫門診總額(含一般服務、 專案計畫)

108年牙醫門診總額一般服務 執行成果評核報告

報告人：吳迪
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
副主委、感染管制小組召集人

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
- 參、結論

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)「180天內重複執行全口牙結石清除(含跨院)件數比率」下降

必要項目

(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療費的院所數/申報總院所數
= 95.54%
- 績效指標目標值：最近3年全國平均值*(1-10%)
=83.72%
- **績效指標>績效指標目標值：95.54%>83.72%**

(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起，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，訂定「**牙醫門診加強感染管制實施方案**」，持續以加強感染管制診療費，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**」。
- 102年研擬**提高感染管制作業標準**，參考美國疾病管制局之標準，而台灣疾病管制署104年訂定感染管制內容則參考本會方案，**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

- 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符合附表3.1.1考評，比照醫療機構申報感染管制門診診療費。
- 104年將「**符合加強感染管制院所**」列入**品質保證留款核發條件**(即未申報加強感染管制診療費院所不予核發品保款)。

(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。
- 107年依疾病管制署之感染管制內容修訂，新增：
 - 遵守手部衛生五時機。
 - 修訂牙科器械消毒及滅菌原則。
 - 要求A級院所應有70%工作人員，每年參加1小時感染管制教育訓練課程。

(一)牙醫院所加強感染管制現況與改善情形

- 108年醫療院所申報率

項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
總院所數	2746	898	1381	846	1068	140	7079
感管院所數	2552	879	1,343	840	1036	140	6766
申報率	92.94%	97.88%	97.25%	99.29%	97.00%	100.00%	95.58%

(一)牙醫院所加強感染管制現況與改善情形

- 有申報感染管制院所

項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
訪查院所數	98	27	57	36	49	12	279
合格家數	96	24	52	35	47	11	265
不合格家數	2	3	5	1	2	1	14
初評合格率	97.96%	88.89%	91.23%	97.02%	95.92%	91.67%	94.98%
申請複查通過	2	3	5	1	1	1	13
整體合格率	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	97.96%	100.00%	99.64%

註：高屏區1家已於108.11.28歇業，故未申請複查。

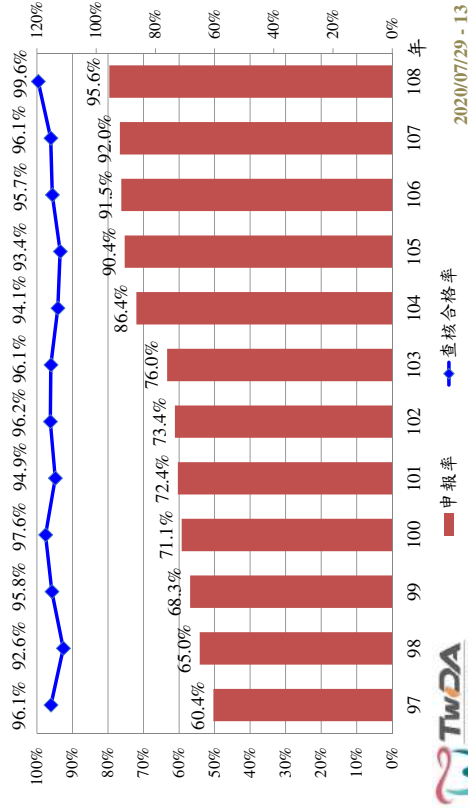
(一)牙醫院所加強感染管制現況與改善情形

- 未申報感染管制院所

項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
訪查院所數	9	23	1	5	15	2	55
合格家數	8	20	1	5	9	2	45
不合格家數	1	3	0	0	6	0	10
初評合格率	88.89%	86.96%	100.00%	100.00%	60.00%	100.00%	81.82%
申請複查通過	1	2	0	0	5	0	8
整體合格率	100.00%	95.65%	100.00%	100.00%	99.33%	100.00%	96.36%

(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

3. 108、109年全面提升感染管制執行情形及管理機制

• 訪查評估處理原則

「A.硬體設備方面」之第1、2、4項目及「B.軟體方面」之第1、2、6、10項目任一項不合格者，視情節輔導改善及核扣該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。

其餘各項目任一項不合格者，則核扣該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並追扣至109年4月1日。

依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理，最長可追溯2年。

• 提高抽查比例

未申報感染管制門診診察費之院所全面抽查。

申報感染管制門診診察費之院所，抽查比例由4%提升為6%~8%，未訪查之院所優先辦理。

(一)牙醫院所加強感染管制現況與改善情形

• 訪查不合格處理

加強專業輔導，並需每年進修至少2個感染管制學分。

自發文日次月起不得申報感染管制門診診察費，自發文日一個月後複查，不合格者持續複查至通過，通過後須於次月起二個月後，始得再申報感染管制門診診察費。

經通知限期改善而未改善，爰依全民健康保險醫療服務機構特約及管理辦法第36條第9款規定，予以違約記點一點，並請文到2週內確實改善。

依全民健康保險醫療服務機構特約及管理辦法第38條第2款前段規定：「保險醫療服務機構特約期間有違反第36條規定受約記點三次後，再有違反，保險人予以停約一個月」

(一)牙醫院所加強感染管制現況與改善情形

• 落實外展單位執行加強感染管制

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」。

訪查抽樣比例為4%，未訪查之院所所優先辦理，輔導及核扣費用同一般院所。

• 建立一致感染管制審查共識

• 列入品質保證保留款核發條件

• 會員宣導教育



2020/07/29 - 17

(一)牙醫院所加強感染管制現況與改善情形

4. 牙科器械消毒及滅菌原則：
醫療物品依器械/用物與人體組織接觸之感染風險，可分成三大類：

分類	定義	例子
重要醫療物品 critical item	凡有進入人體無菌組織或血管系統(如口腔外科手術、拔牙、牙周手術、植牙手術、根管治療等)之物品。	拔牙鉗、牙根挺、手術刀、鑲針、根管鉗針、注射器...
次要醫療物品 semi-critical item	使用時須接觸皮膚或黏膜組織，而不進入血管系統或人體無菌組織之物品。	銀汞填充器、銀汞輸送器、矯正鉗、口鏡、探針、鑄子、 手機 等。
非重要醫療物品 non-critical item	使用時只接觸完整皮膚而不接觸人體受損的皮膚或黏膜者。	治療椅、工作檯面、X光機把手、開關按鈕等。

註：臨床使用消毒劑分類如下：

- 1) 高程度消毒劑：可用於殺滅非革蘭氏菌的繁殖體、芽孢菌、病毒及真菌。常用的消毒劑包括：次氯酸乙酯(gluaraldehyde)、過氧化氫水溶液(hydrogen peroxide)、過氯酸(peracetic acid)、磷基二甲胺(ortho-phthalaldehyde, OPA)、>1000ppm的次氯酸水溶液(sodium hypochlorite)。
- 2) 中程度消毒劑：通常用於皮膚消毒或水療池消毒，可殺滅細菌的繁殖體、結核菌、部分細菌、部分親水性病毒及親脂性病毒。常用的消毒劑包括：10%優碘或碘酒、70-75%(w/v)酒精。
- 3) 低程度消毒劑：可殺滅細菌的繁殖體、部分細菌及親脂性病毒。常用的消毒劑包括：酚化合物(phenolics)、四級胺化合物(quaternary ammonium compounds)、氯氫(chlorhexidine gluconate)、較低濃度(一般為100ppm)的次氯酸水溶液。

2020/07/29 - 18

(一)牙醫院所加強感染管制現況與改善情形

5. 因應新冠肺炎應變措施
- 加強看診前詢問病人詳細**全身病史、傳染病史及TOCC**(旅遊史(Travel)、職業史(Occupation)、接觸史(Contact)及群聚史(Cluster))。
 - 牙醫師、護理人員及牙醫助理人員需穿戴個人防護裝備，至少包括口罩、手套與清潔工作服，**視需要穿戴隔離衣、髮帽、面罩或護目鏡**。



2020/07/29 - 19

(一)牙醫院所加強感染管制現況與改善情形

- 配合疾管署公告「因應 COVID-19 (武漢肺炎) 基層診所感染管制措施指引」，**降低牙科噴濺飛沫氣霧治療(如洗牙機頭或快速磨牙機頭)**。
- 研議於**社區感染爆發**時，延後牙醫非急迫性處置及穿戴防護裝備之指引，並**全面提升感染管制SOP作業細則標準**。
- 推廣會員對於常見傳染性疾病用藥的認知。

2020/07/29 - 20

(一)牙醫院所加強感染管制現況與改善情形

6.短、中期計畫：

•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

達成牙醫院所全面執行加強感染管制方案。

(二)國人牙齒保存現況與改善情形

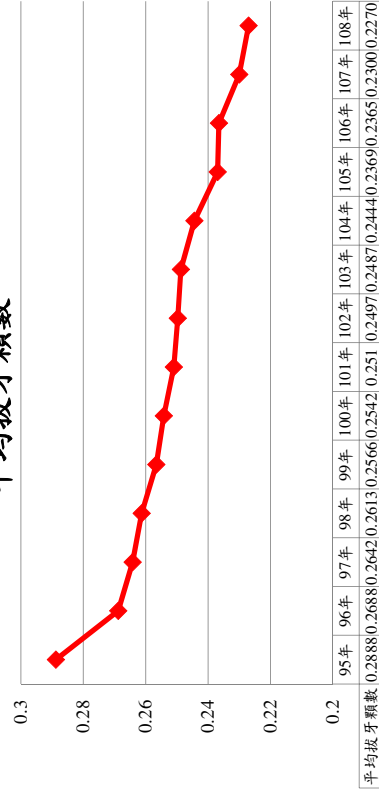
1.108年績效指標現況

- **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
= 2,694,734/ 11,872,855 = **0.2270**
- 績效指標目標值：最近3年全國平均值*(1+10%)
= (0.2365+0.2300+0.2270)/3*(1+10%) = **0.2543**
= **績效指標<績效指標目標值：0.2270<0.2543**

(二)國人牙齒保存現況與改善情形

1.績效指標現況

平均拔牙顆數



(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	衛福部 104-105年度 成年與老年人 口腔健康調查計畫	國健署 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	18歲以上
自然牙顆數 (mean)	25.5	23.23
	65歲以上	65歲以上
	18.61	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

國健署及衛福部心口司「六歲以下兒童口腔健康調查計畫」

項目	defit										齲齒率
	1997	2006	2011	2017-8	1997	2006	2011	2017-8	2011	2017-8	
5-6歲	男	6.79	5.58	5.44	3.44	89.38	73.65	79.32	65.43		
	女	7.87									
4-5歲	男	6.63	4.98	5.02	2.73	89.13	72.59	78.05	56.66		
	女	7.29									
3-4歲	男	4.68	3.18	3.14	1.81	75.00	58.11	61.55	42.70		
	女	4.10									
2-3歲	男	2.61	1.37	1.24	0.51	60.12	40.12	31.40	14.65		
	女	2.54									
1-2歲	男	0.09	0.23	0.23	0.06	5.09	7.25	7.09	2.31%		
	女	0.20									
0-1歲	男	0.00	0.00	0.00	0.06	0.00	0.00	0.20	1.10%		
	女	0.00									

WHO對於5歲幼童2020年齲齒率目標低於10%



2020/07/29 - 25



(二)國人牙齒保存現況與改善情形

- 12歲兒童口腔狀況

衛生福利部國民健康署研究計畫成果-台灣地區兒童及青少年口腔及衛生狀況調查

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



2020/07/29 - 26



(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	108年	成長率/增加率
就醫人數	1,728,290	1,738,197	1,788,732	1,812,366	1.32%
戶籍人數	2,668,232	2,646,042	2,621,537	2,595,384	-1.00%
就醫率	64.77%	65.69%	68.23%	69.83%	1.60%



2020/07/29 - 27



(二)國人牙齒保存現況與改善情形

- 18歲以上口腔狀況

國健署92-94年台灣地區成年與老年人口腔健康調查
衛福部104-105年度成年與老年人口腔健康調查計畫報告

年齡	剩餘齒數		全口無牙率(%)	
	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%

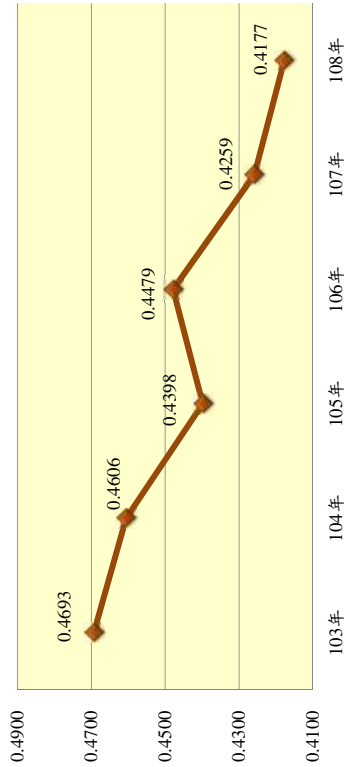


2020/07/29 - 28

(二)國人牙齒保存現況與改善情形

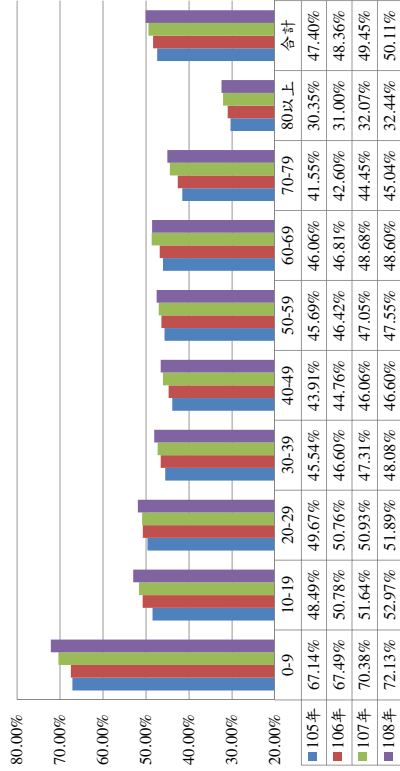
- 50歲以上口腔狀況

50以上有就醫者拔牙顆數



(二)國人牙齒保存現況與改善情形

- 提高各年齡層就醫率



(二)國人牙齒保存現況與改善情形

- 3.短、中期計畫：

- 短期

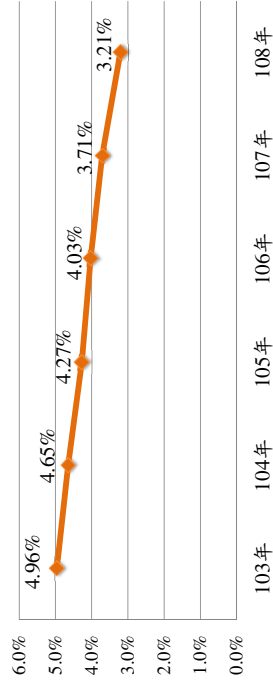
- 1.高齦齒率病患牙齒保存改善計畫。
- 2.高風險疾病口腔照顧。
- 3.高齡根管治療改善服務
- 4.0-6歲兒童口腔照顧計畫
- 5.建置牙醫特定身心障礙者社區醫療照護網
- 6.設置各縣市牙醫夜間急診院所

- 中期

- 1.提升國人就醫率達到80%。
- 2.醫療資源均衡、提升就醫可近性。
- 3.配合世界衛生組織、減少口腔疾病負擔
 - 5歲幼童齦齒率低於10%
 - 12歲兒童DMFT<1
 - 65歲以上老人全口無牙率低於10%

自選項目 (一)「180天內重複執行全口牙結石清除 (含跨院)件數比率」下降

半年內自家與他家醫事機構再洗牙(牙結石清除)的比率



本會107年8月起請各區審查分會宣導會員善用健保醫療資訊雲端系統查詢，並輔導院所應確實執行診療項目及病歷詳細記載內容，檢視申報之正確性。

貳、一般服務執行績效

一、108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、108年評核委員意見與期許之回應說明

- (一)年度重點項目執行成果與未來規劃
- (二)一般服務項目執行績效
 - 1.就107年評核委員評論意見與期許之回應說明
 - 2.維護保險對象就醫權益
 - 3.專業醫療服務品質之確保與提升
 - 4.協商因素項目之執行情形
 - 5.總額之管理與執行績效
- (三)專案計畫：牙周病統合照護計畫
(於108年導入一般服務)

(一)年度重點項目執行成果與未來規劃

共識建議

- 1.牙醫院所加強感染管制之情形
(1)加強院所感染管制攸關照護品質，107年院所加強感染管制診療察費申報率為91.9%，建議盡速輔導所有院所遵循感染管制作業規定，以確保民眾就醫安全。
- (2)院所感染管制申報率之目標值採最近3年全國平均值*(1-10%)，建議未來宜訂定較具挑戰之績效目標。

108年已提升至95.58%，為落實感染管制，提升醫療品質，杜絕交叉感染，保障病人就醫安全，達成100%感染管制設定目標與執行，本會(1)舉辦說明會、(2)加強民眾認知(3)落實非醫療院所之特殊地區執行加強感染管制、(4)未申報感染管制門診診療察費院所全面抽查、有申報抽查比例由4%提高為6%-8%、(5)建立一致感染管制審查共識。

因本會短期目標以院所全面達到執行加強感染管制，近期目標值以最近3年全國平均值*(1-10%)採訂，未來規劃訂定較具挑戰之績效目標。

(一)年度重點項目執行成果與未來規劃

1.牙醫院所加強感染管制之情形－其他建議

- (1)感染管制是維護病人安全的重要根本，也是院所執業應備的基礎，不宜將感染管制列為獎勵給予額外支付，或可規劃差異給付，明定進階感染管制與基礎感染管制之差異。

本會於103年開始訂定「牙醫門診加強感染管制實施方案」，其方案於104年修訂時參考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之方案，較衛生局督導考核項目更為嚴謹周全。支付標準之診察亦分為「一般診察費」及「加強感染管制診察費」二項，符合加強感染管制實施方案方可申報後者之診察費。

(一)年度重點項目執行成果與未來規劃

1.牙醫院所加強感染管制之情形—其他建議

(2)建議呈現結果面指標(如：感染率)，或具體措施(如：感控設備、程序或頻率等)。以「院所感染管制診察費申報率」作為績效指標，較無法反映實際感控作為。

本會近期以全面提升感染管制為目標，爰以院所申報率為指標，冀希全面達成，結果面指標的感染率，在檢核上有困難，爰未採用。**109年協定項目「全面提升感染管制品質」，增加一人一機提升品質之具體措施**，待全面提升加強感染管制後，本會研議更具體指標。

(一)年度重點項目執行成果與未來規劃

2.國人牙齒保存之情形—共識建議

(1)國人牙齒保存率之績效指標具累退現象，建議參考國際標準訂定正向指標。

績效指標採拔牙顆數累退指標，係因主管機關衛生福利部針對各年齡層民眾口腔健康狀況調查分析為定期方式進行，並非每年每個年齡層均調查，為能**呈現各年齡層資料以及與歷年比較僅能利用健保數據，然而健保數據中能呈現牙齒保存的代表為拔牙顆數**，爰以此為指標值。

(一)年度重點項目執行成果與未來規劃

2.國人牙齒保存之情形—共識建議

(2)目標值採近3年全國平均值*(1+10%)，建議未來宜設定較嚴格之目標值，以早日達到80/20(80歲保有20顆牙齒)之政策目標。

依據國健署92-94年台灣地區成年與老年人口腔健康調查及衛福部104-105年度成年與老年人口腔健康調查計畫顯示，**10年之間各年齡層牙齒保存顆數介於2-6顆之間，牙齒保存實屬不易，更需要政府、民眾與牙醫師三方共同努力。**

(一)年度重點項目執行成果與未來規劃

2.國人牙齒保存之情形—

共識建議

(3)牙醫部門參考國際訂定12歲兒童DMFT<1作為長期目標值得肯定，惟與國際相較，仍有努力空間，建議邀請各相關單位與牙醫界共同推動及配合，以提升孩童牙齒健康。

其他建議

(1)肯定牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)提出「80歲保有20顆自然牙齒」、「5歲幼童齲齒率低於10%」及「12歲兒童DMFT<1」的努力目標，惟我國12歲以下孩童口腔健康與世界衛生組織目標相較，仍有努力空間，對於降低孩童齲齒率，宜有更積極的作為。

TwDA (一)年度重點項目執行成果與未來規劃

對於12歲以下孩童口腔健康與世界衛生組織目標相較，仍有努力空間，降低孩童齲齒率，本會**109年提出新成長項目「0-6歲兒童口腔照顧計畫」**，參考美國Dental Home的概念，針對0-6歲兒童納入牙醫醫療體系照護，給予持續性、周全性、協調性、整合性及可近性的照護。依不同階段，評估口腔照顧生髮發育情形，提供氟化物，預防不良口腔衛生習慣，諮詢營養、食物的對策，預防口腔牙齒外傷等，以及定期治療服務。**此為論質計畫，以結果面獎勵優先考量，病人照顧好，有好的成果，給予獎勵，未把病人照顧好，則不予獎勵**，牙醫首次以此全新的概念與做法，希望獲得評核委員與健保委員的認同。



2020/07/29 - 41

TwDA (一)年度重點項目執行成果與未來規劃

2.國人牙齒保存之情形—其他建議

(2)採用「有就醫者平均拔牙顆數」做為績效指標，不易反映牙齒保存現況，建議尋找正向指標呈現牙齒保存情形。

目前主管機關衛生福利部針對各年齡層民眾口腔健康狀況調查分析為定期方式進行，並非每年每個年齡層均調查，為能呈現各年齡層資料以及與歷年比較只能利用健保數據，然而健保數據中能呈現牙齒保存的代表為拔牙顆數，受此為指標值。



2020/07/29 - 42

TwDA (一)年度重點項目執行成果與未來規劃

2.國人牙齒保存之情形—其他建議

(3)現行之拔牙顆數指標，係以就醫者對象(人)為分母，建議考慮於保險對象就診時蒐集口腔健康資料，如：執行「01271C環口全景X光初診診察」與「01272C年度初診X光檢查」時，上傳牙齒顆數、齲齒及牙周囊袋測量等資料，作為評估國人牙齒健康與牙齒保存之實證數據。以每十萬顆的現存牙齒中有多少拔牙顆數呈現改善情形。

評核老師建議「01271C環口全景X光初診診察」與「01272C年度初診X光檢查」時，上傳牙齒顆數、齲齒及牙周囊袋測量等資料，作為評估國人牙齒健康與牙齒保存之實證數據，因「01271C環口全景X光初診診察」限三年申報一次，「01272C年度初診X光檢查」限鄰接面齲齒或疑似牙周炎並限二年申報一次，兩者均非就醫患者每年必要執行項目，且牙醫就醫率為50%左右，以此做為指標值之代表性欠佳。



2020/07/29 - 43

TwDA (一)年度重點項目執行成果與未來規劃

3.自選項目—180天內重複執行全口牙結石清除件數比率

—其他建議

(1)重複執行之件數及比率逐年下降，呈現牙全會努力成果，請持續改善。
(2)若民眾有特殊需求，須於6個月內再度執行全口牙結石清除者，建議牙全會進行檔案分析，建立臨床判斷及準則，使其符合審查規定，以利牙醫師臨床執行。

感謝評核委員對於重複執行之件數及比率逐年下降之肯定，本會持續努力中，**108年亦呈現下降趨勢**。本會對於重覆牙結石清除較高比率之院所加強輔導外，檔案分析20項訂定「半年內自家與他家醫事機構再洗牙比率」，若臨床上病人因口腔清潔維護不佳或特殊疾病狀況有實際需要於6個月內執行牙結石清除，仍予以同意。



2020/07/29 - 44

TwDA (二)一般服務項目執行績效

1.就107年評核委員評論意見與期許之回應說明-其他建議
對106年評核委員評論意見詳細回應，並提出因應措施予以改善。惟關於偏鄉地區試辦論人計酬之可行性評估部分，則請牙全會說明其進度或結果。

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，因重大議題，本會持續研議，**109年提出「0-6歲兒童口腔照顧計畫」以Home Dental為概念的論質計劃**，冀希評核委員及健保委員能支持。

TwDA (二)一般服務項目執行績效

2.維護保險對象就醫權益-其他建議

(1)醫療服務品質調查結果之檢討及改善措施

①保險對象就醫權益調查，牙醫部門整體滿意度進步，但南區及東區之「對整體醫療結果滿意度」呈現下降，其中東區下降幅度最大(106年85%，107年61.7%)，請牙全會深入了解原因與改善。

②民眾對「醫護人員有無進行衛生教育指導」持肯定態度(每次都、大部分時候有)者，6分區介於46.2%~61.1%之間，牙全會說明院所多針對初診患者進行衛教所致，惟就初、複診患者照護需求及目標或許不同，請牙全會再思考其妥適性。

③調查結果顯示，62.8%民眾表示「每次就診時牙醫師共同討論照護或治療方式」，「每次都有獲得醫護人員衛教指導」僅34.4%，「每次醫護人員都有用簡單易懂的方式解說病情與照護方法」僅54.0%，宜進行改善。

TwDA (二)一般服務項目執行績效

牙醫部門整體滿意度進步，其中東區下降幅度最大(106年85%，107年61.7%)，分析可能為預約牙醫師的容易度下降(106年93.4%，107年54.5%)、交通便利性滿意度下降(106年75.0%，107年54.3%)，**108年花東整體醫療結果提升為100%**。

加強醫師處置時應與患者溝通疾病症狀，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，並請院所張貼口腔預防海報，放映DVD於診間隨時供民眾觀賞；醫師說明病情時儘量以白話文或淺顯易懂方式溝通，如根管治療以抽神經說明、牙結石清除則以洗牙說明；若是遇到年長者僅聽懂母語時也儘量以母語溝通；讓患者能了解實際病情狀況及治療方式。

TwDA (二)一般服務項目執行績效

2.維護保險對象就醫權益-其他建議

(2)就醫可近性與及時性之改善措施

①牙醫部門整體之「約診或就診容易度」已有改善，請持續努力。但分區中，東區約診最為不易(106年93.4%、107年54.5%)，其次為高屏區(106年69.1%、107年64.6%)，建議宜深入了解原因及改善。

107年花東整體滿意度(61.7%)及約診或就診容易度(54.5%)均下降，推測為連動原因，**108年花東之整體滿意度(100.0%)及約診或就診容易度(75.5%)均已上升。**

(二)一般服務項目執行績效

2.維護保險對象就醫權益-其他建議

(3)民眾諮詢及抱怨處理

107年民眾申訴案件，申訴類別中以「疑有虛報醫療費用」案件比例最高；「額外收費」與「多收取部分負擔費用」增加件數最多，歷年趨勢雷同，建議牙全會可思考採取其他因應措施進行改善。

對於「疑有虛報醫療費用」、「額外收費」、「多收取部分負擔費用」等情事，**本會對於虛浮報情事零容忍，杜絕虛浮報及違約情事，持續加強醫療院所管理，並研議相關方案。**

(二)一般服務項目執行績效

2.維護保險對象就醫權益-其他建議

(4)民眾自費情形及改善措施

104~107年「最近一次看牙醫門診的總支付費用」之平均數分別為5,848、1,687、881及470元，有明顯改善，而近年中位數均為150元，顯示極端值費用降低，或受樣本代表性影響，可考慮增加75、90或95百分位數值以利資料解讀。

「最近一次看牙醫門診的總支付費用」中位數均為150元，評核委員建議增加75、90或95百分位數值以利資料解讀，因此資料為健保署統計，**108年民意調查中有別與往年，自費部份分析採除掛號費和部分負擔外自付費用分析，能更具體呈現。**

(二)一般服務項目執行績效

共識建議

2.107年醫療服務品質調查，民眾反映不易看到牙醫師之原因為「病人很多不易掛號」(107年為68%)，建議應持續關注，並宜深入了解原因。

其他建議

2.維護保險對象就醫權益

(4)就醫可近性與及時性之改善措施

②「不容易看到牙醫師」的前3項原因與106年相較，「病人很多不易掛號」比例增加，「預約掛號額滿」比例下降，「配合不到牙醫師看診時段」比例增加，顯示牙醫師將就醫可近性保留予預約患者，致現場掛號難度上升，建議牙全會設法改善現場掛號困難問題。

本會加強宣導民眾預約診，請院所確實登錄「健保資訊網路服務系統(VPN)」門診時間，並**保留臨時預約門診的時間**，以減少民眾等候並提高就診容易度。

(二)一般服務項目執行績效

2.維護保險對象就醫權益-其他建議

(4)就醫可近性與及時性之改善措施

③不同地區民眾就醫率有顯著差異，醫療資源不足地區與一般地區差距擴大(106~107年分別為13.41%、14.62%)，「鄉鎮市區發展程度最高與最低兩組醫師之人力比」亦顯示醫療資源分布差距逐年增加(105~107年分別為11.91、13.35、13.65)，顯示新增牙醫師仍往都會區移動，宜重視此問題及早因應與改善。

④東區牙醫師人數少，每萬人口牙醫師數亦最低，建議提高東區牙醫師人力，以確保民眾就醫權益。

本會多年致力於牙醫人力均衡，自91年度訂定牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案來改善無牙醫鄉，至目前以執業、巡迴醫療、醫療站等方式，各鄉鎮均有醫療進入，建議健保署分析不同都市化地區醫療資源分布情形時，能將此醫療注入考量進去，以便更真實的反應。另以「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」鼓勵至鄉鎮執業醫師，除了納入本會規劃中，並改善東區牙醫人力的問題，也期望政府能訂定**公費生至偏鄉服務規畫，共同解決人力不均現象。**

(二)一般服務項目執行績效

2.維護保險對象就醫權益-其他建議

(5)其他確保民眾就醫權益之措施

107年保險對象就醫權益調查結果，6.7%民眾到牙醫門診院就診時有被轉診的經驗，其中僅38.3%接受轉診院所所有主動聯絡及安排掛號就醫，建議牙全會予以改善。

牙醫醫療院所轉診單應填具建議轉診院所資料供民眾參考，民眾可時轉診單至各醫院轉診櫃檯掛號，對於主動聯絡及安排掛號乙事，**本會持續宣導院所**。

(二)一般服務項目執行績效

3.專業醫療服務品質之確保與提升其他建議

(1)專業醫療服務品質指標監測結果及檢討與改善措施

①各項專業醫療服務品質指標監測結果符合期待，其中牙周病統合照護執行率是近5年最低，建議宜深入了解原因並改善。

②各項指標之參考值採近3年全國平均值-10%或20%，較為寬鬆，建議未來宜考慮以全國平均值為標準。

107年牙周病統合照護執行因受行政干擾而以致於院所申報受影響，107年下半年及108年均受到影響。對於各項指標之參考值採近3年全國平均值-10%或20%，建議未來宜考慮以全國平均值為標準，**本會將納入未來修訂之參考**。

(二)一般服務項目執行績效

3.專業醫療服務品質之確保與提升-其他建議

①牙醫部門品保款核發家數占率81.5%，其中核發前20%院所金額占品保款比例達55.7%，相較於其他部門，牙醫部門品質保證保留款鑑別度最高，肯定牙全會的努力。

②品保款核發標準中，政策獎勵共計7項，占20%，影響有限。建議可考慮加重其核發基礎權重，引導醫療服務朝政策獎勵方向發展。

③核發結果以分區別呈現符合家數，建議依指標項目呈現前、後年度之平均值、中位數等數據，以利觀察執行成效。

本會核發品質保證保留款一向朝著提升醫療品質的精神，分配差距有所不同，**109年將政府獎勵核算基礎由20%修訂為30%，專業獎勵指標方面占比由80%修訂為70%**。對於核發結果以依指標項目呈現前、後年度之平均值、中位數等數據，請健保署提供。

(二)一般服務項目執行績效

4.協商因素項目之執行情形-其他建議

「加強全民口腔疾病照護」之「91020C牙菌斑去除照護」部分，建議應落實民眾衛教，教育正確刷牙改善牙菌斑，建立民眾健康責任概念，不宜過度依賴醫療。

本會深耕於口腔預防保健已執行多年，從學齡前幼兒園、國中小餐後潔牙活動等，從小養成良好習慣，也製作各種口腔預防保健海報張貼院所及刊載本會網站，希望民眾養成良好的口腔衛生習慣。

TwDA (二)一般服務項目執行績效

5.總額之管理與執行績效-其他建議

- (1)肯定牙全會致力於專業審查與管理措施之努力與精進，如：審查標準的一致性、跨區審查、嚴格管控制作業機制、點值穩定等。
- (2)專業審查部分表現優，從初核減率、申復核減率以及爭審核減率相當接近的數值來看，顯示各層審核的水準一致。
- (3)審同牙醫部門對於隨機抽樣案件之回推倍數上限值，採不設定回推倍數上限之方式。
- (4)107年度違規家數與違規金額是近5年來最高，宜探究原因，除藉由教育宣導正確申報外，建議從管理制度面加強管理與輔導。

本會自開辦在總額之管理與執行績效著力，歷年也深受評核老師及健保委員的肯定，107年度違規家數與違規金額近5年來最高，本會除由教育加強宣導外，每年均從管理制度面加強管理與輔導，進行專案檔案分析，交由分會進行輔導，**未來更著力於此方面的努力，以減少違約情事。**

TwDA (三)專案計畫：牙周病統合照護計畫 (於108年導入一般服務)

共識建議

牙周病統合照護計畫(於108年導入一般服務)：103~106年目標達成率(以第2階段認定)及預算執行率超過100%，107年目標達成率為89.9%、預算執行率為91.9%，建議宜深入了解原因。

103-106年目標達成率(以第2階段認定)及預算執行率超過100%，因牙周病統合照護計畫經費均不足以照顧所需患者，自101-106年牙周病統合照護(第二、三階段)經費不足15億均由本會一般服務支應，實際支出高出經費之平均成長率為15.3%，預算實不足以照顧所需之患者。

TwDA

二、維護保險對象就醫權益之具體措施

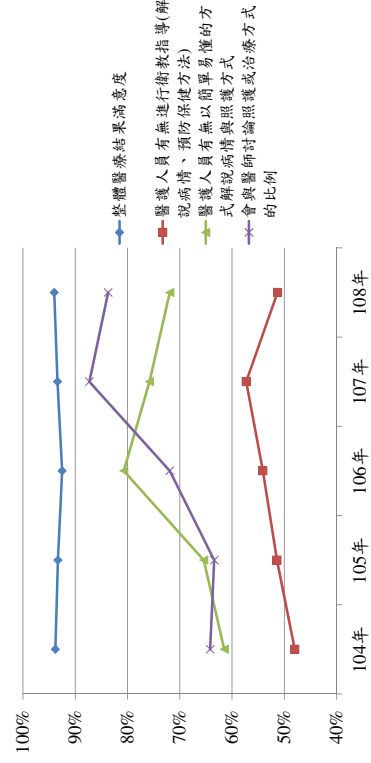
- (一)滿意度調查結果之檢討及改善措施
- (二)民眾諮詢及抱怨處理
- (三)民眾自費情形及改善措施
- (四)就醫可近性及公平性之改善措施
- (五)其他確保民眾就醫權益之措施

TwDA

(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)108年調查：整體醫療結果滿意度為**94.0%**，調查如下表：



(一)滿意度調查結果之檢討及改善措施

107年	108年
57.3	51.3↓



(2)108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，維護寶貴的健康。



(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，108年有自付費用者占18.9%，45.1%之原因因為
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	104年	105年	106年	107年	108年
調查樣本數	2,011	2,019	1,024	1,024	1,031
有自付費用 占率(%)	8.9	9.1	13.1	11.1	18.9
人數	179	184	134	114	195
理由(單位：%)					
醫院建議	—	3.5	5.1	9.3	62.9
健保不給付	85.0	79.6	81.5	76.3	45.1
自己要求	—	—	—	—	32.9
同意使用較好的藥或材料而 補付健保差額或自付全額	—	0.8	10.1	7.4	3.6
補健保給付差額	3.6	2.3	—	8.6	1.7
其他	2.1	—	—	—	0.5
不知道	15.9	16.1	11.3	8.8	2.3
拒答	—	—	—	—	—

(二)民眾自費情形及改善措施

健保不給付項目【單位：%】	104年	105年	106年	107年	108年
裝重假牙	43.7	40.7	37.7	42.2	39.0
牙齒矯正	23.6	24.9	16.6	14.0	20.3
植牙	10.5	9.3	13.3	16.8	19.2
藥品	6.3	1.5	1.0	2.8	6.9
牙體復形(補牙)	4.4	8.2	8.2	5.7	5.0
根管治療	6.9	1.7	4.8	11.0	3.5
塗氟	—	5.5	3.8	2.7	3.4
口腔外科手術(含拔牙)	0.4	0.4	2.9	1.6	2.1
醫療用之材料或耗材費用	5.6	4.7	3.6	8.7	1.6
牙周病治療	4.5	2.1	1.6	0.7	1.5
鑲嵌體或美容貼片	—	—	—	—	0.9
連續拔牙	—	0.9	0.4	1.5	0.8
檢查或檢驗	2.6	2.4	3.1	1.0	0.6
打針	0.9	—	2.2	1.4	0.5
其他	—	0.8	—	8.3	—
不知道	2.1	3.4	1.6	0.2	3.6
拒答	—	—	—	—	—

(二)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)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。

(二)民眾自費情形及改善措施

2.改善措施

- (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。
- (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「2020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。



牙醫健保門診就診須知

明白揭示

是否有被要求加收額外費用收費理由應詳細說明，
下列項目並不在健保給付範圍

請民眾於健保給付項目之診療過程中注意是否有被額外收費，另外收費理由應詳細說明，但下列項目並不在健保給付範圍：
 1. 非外傷性齒列矯正。 2. 成癮及醫術指示用藥。(目前已給付之醫師指示用藥除外) 3. 病人交通、掛號、證明文件。
 4. 敷藥：牙粉、牙膏、牙栓、牙栓心、活動牙、人工假牙。 5. 預防保健：塗氟、潔牙訓練、滿口封覆劑...。(特定對象除外)
 6. 茶話、煙后、煙后、煙后的去稅及蛋白牙齒等美容項目。 7. 其他經主管機關公告不給付之診療服務、藥品及政府負擔之醫療服務項目。



2020/07/29 - 69



TwDA (三)就醫可近性及公平性之改善措施

107年	108年
65.1	67.2 ↑

(2)檢討及改善措施

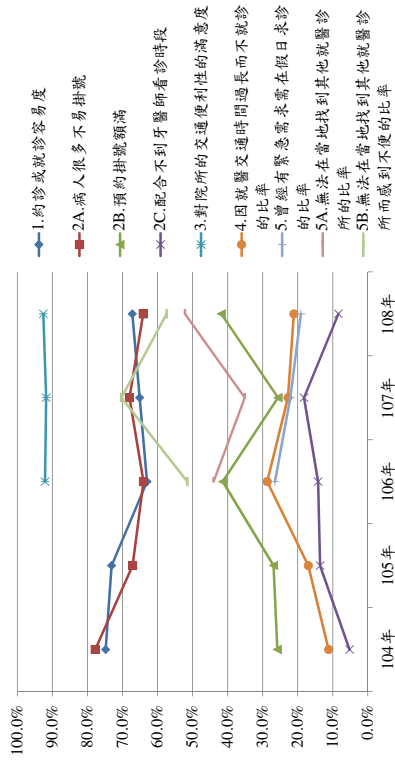
- 「預約到牙醫師的容易度」
108年較107年略呈上升，本會努力措施
 - 加強民眾宣導。
 - 製作「民眾臨時牙痛、假日看診牙醫院所查詢」文宣
 - 鼓勵會員進入醫療需求高區域服務
 - 訂定醫院牙科「牙醫急症處置」及診所「週日及國定假日牙醫門診急症處置」支付項目，提升醫院及診所假日看診之服務。



2020/07/29 - 71

TwDA (三)就醫可近性及公平性之改善措施

1.就醫可近性及時性情形
(1)調查如下表：



2020/07/29 - 70

TwDA (三)就醫可近性及公平性之改善措施

107年	108年
65.1	67.2 ↑

- 「VPN登錄門診時間」
納入品質保證保留款指標。
- 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。
- 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。」。



2020/07/29 - 72

(三)就醫可近性及公平性之改善措施

107年	108年
22.8	21.1 ↓



B.「因就醫交通時間過長而不就醫比率」

108年較107年全國有下降趨勢，除台北上升之外，其他五區皆呈現下降。

民眾對院所的交通便利性的滿意為92.6%，但有21.1%民眾因就醫時間長而不就醫，對於偏鄉地區解決方案，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。



2020/07/29 - 73

TwDA

(三)就醫可近性及公平性之改善措施

107年	108年
22.8	21.1 ↓



C.「曾經有緊急需求需在假日求診的比率」

1.108年與107年相較，除台北區上升，其他五區皆有下降趨勢。

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。



2020/07/29 - 74

(三)就醫可近性及公平性之改善措施

107年	108年
22.8	21.1 ↓



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)，於品質保證保留款設立「每月完成VPN登錄且週日或國定假日有提供牙醫醫療服務」項目，核算基礎為3%。



2020/07/29 - 75

TwDA

(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
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%
108	0.61%	0.99%	0.67%	0.95%	0.48%	-0.84%	1.45%

B.申報牙醫師成長率

年度	全國	台北	北區	中區	南區	高屏	花東
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%
107	3.48%	4.50%	3.80%	2.70%	2.50%	2.87%	2.07%
108	2.50%	3.10%	5.22%	2.20%	1.22%	2.15%	6.48%



2020/07/29 - 76

(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
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%
107	0.08%	-0.08%	1.00%	0.18%	-0.36%	-0.20%	-0.34%
108	0.06%	-0.03%	0.92%	0.07%	-0.37%	-0.16%	-0.71%

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
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%
107	0.86%	1.13%	0.92%	0.43%	1.49%	0.20%	1.20%
108	0.15%	0.45%	0.26%	0.00%	0.00%	-0.24%	-0.14%

(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
104	2.50%	3.09%	3.63%	0.92%	2.81%	1.56%	1.14%
105	2.79%	2.72%	3.30%	1.65%	4.78%	1.92%	5.37%
106	2.71%	3.45%	1.40%	2.34%	3.04%	2.07%	2.68%
107	2.64%	2.69%	3.54%	2.11%	2.32%	1.84%	3.66%
108	2.89%	7.99%	17.87%	8.09%	13.20%	9.40%	21.91%

(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，在醫療供給面分析，全國申報院所數、申報牙醫師數、每萬人口執業醫師數均為正成長。
- 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(排除醫療資源不足地區)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「2020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	新北	中區	南區	高屏	花東
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%
108	50.10%	48.50%	50.64%	56.21%	50.50%	54.06%	46.60%

B.就醫者平均就醫次數

年度	全國	台北	新北	中區	南區	高屏	花東
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
108	3.09	3.05	2.91	3.00	3.14	3.19	3.09

(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	新北	中區	南區	高屏	花東
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
108	1,264	1,259	1,330	1,258	1,255	1,221	1,272

D.每人平均醫療點數

年度	全國	台北	新北	中區	南區	高屏	花東
104	3,604	3,463	3,498	3,468	3,608	3,641	3,597
105	3,696	3,564	3,569	3,549	3,756	3,682	3,732
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
108	3,936	3,845	3,876	3,767	3,941	3,892	3,936

(四)就醫可近性及公平性之改善措施

(3)週六、日開診情形-牙醫醫療院所

年度	看診家數		看診人次			平均每家 看診人次	
	六	日	六	日	六	日	
104	6,144	1,324	3,057,414	89,606	12.9	7.7	
105	6,162	1,307	3,155,561	90,474	13.7	7.7	
106	6,161	1,290	3,243,184	111,377	13.8	9.2	
107	6,073	1,252	3,289,574	123,010	14.2	10.1	
108	6,127	1,307	3,294,457	136,657	14.7	10.9	
成長率	0.89%	4.39%	0.15%	11.09%	3.52%	7.92%	

(四)就醫可近性及公平性之改善措施

(3)週六、日開診情形-醫院牙科急診

年 度	總日數		看診醫院數		牙科急診件數	
	六	日	六	日	六	日
104	52	52	215	225	5,968	9,260
105	53	52	202	220	5,902	9,532
106	52	53	211	218	7,459	12,254
107	52	52	213	217	7,031	10,721
108	52	52	205	214	6,791	9,958
成長率	-	-	-4.21%	1.38%	-3.41%	-7.12%

(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，下一阶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，調整的重點為感柒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，108年設置1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

2.108年度本會受理民眾諮詢、申訴案件共77件（11件為申訴案件，66件為諮詢案件），案件分佈情形如下圖：

申訴類別/案件數	104年		105年		106年		107年		108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)	21	1	8	3	13	4	11	3	10	2
2.多收取部分負擔費用	3	1	7	0	5	0	12	0	3	1
3.不開給費用明細表及收據	9	0	6	2	9	0	7	3	12	1
4.多刷卡	1	2	0	0	1	0	0	0	0	2
5.刷卡換物	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
6.疑有虛報醫療費用	60	4	57	3	41	14	49	12	49	16
7.藥品及處方箋	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0
8.質疑醫師或藥師資格	2	1	2	0	4	0	1	1	0	0
9.服務態度及醫療品質	27	0	33	4	30	2	34	3	31	3
10.其他醫療行政或違規事項	24	2	50	15	50	7	39	5	47	5
11.轉診相關申訴	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0
12.其他	10	1	14	4	14	8	17	4	22	9
合計	158	13	177	31	168	35	171	33	175	40

(五)其他確保民眾就醫權益之措施

1. 109年改版「健保門診就診須知」第4版，依109年總額協議提升加強感染管制，「落實一人一機」增修海報，宣導民眾就醫權益。

本會注重時效性與完整性，處理結果如下：

(1)民眾諮詢案件：66件於3天內回覆。

(2)民眾申訴案件：共13件，處理結果如下：

申訴案件處理結果	案件數
本會協調處理完畢	0
經本會說明後結案	0
與病人溝通後結案	0
轉請縣市公會進行協調處理	13
與病人溝通後結案	11
經縣市公會說明後結案	2
衛生局調解或進入司法程序	0
總計	13

TwDA (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，將戒菸戒檳榔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。
- 13.協助國健署積極推動戒菸及口腔癌防治服務。



2020/07/29 - 93

TwDA (三)其他改善專業醫療服務品質具體措施

- 14.定期召開記者會，藉由媒體宣導相關衛教。



「兒童口腔健康週」記者會

「到宅牙醫醫療捐贈行動醫療設備」記者會



2020/07/29 - 94

TwDA 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



2020/07/29 - 95

TwDA (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	98.09%	>88.12%	O
2	保險對象牙齒填補保存率-2年	正向	93.92%	>84.40%	O
3	保險對象牙齒填補保存率-恆牙2年	正向	95.17%	>85.59%	O
4	保險對象牙齒填補保存率-乳牙1年半	正向	90.28%	>81.00%	O

→執行良好，皆在監測範圍內



2020/07/29 - 96

(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	0.28%	<4.6%	O
3	恆牙根管治療半年以內保存率	正向	98.66%	>88.79%	O
4	同院所90日以內根管治療完成率	正向	92.18%	>82.50%	O
5	13歲(含)以上全口牙結石清除率	正向	76.22%	>68.27%	O

→執行良好，皆在監測範圍內

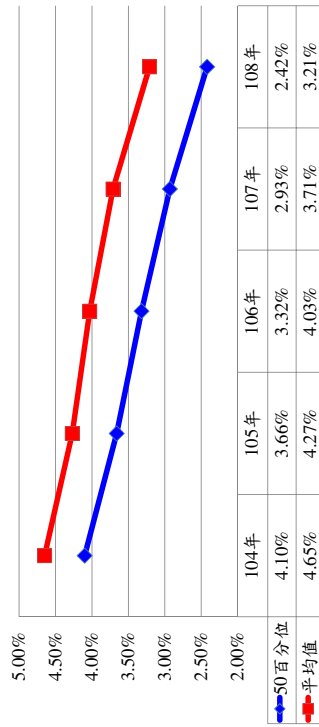
(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

(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	92.97%	>82.20%	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	95.54%	>83.72%	O	執行良好超過監測值， 列入105年品保數據整條件，執行率大幅提升。
8	執行感染控制院所查核合格率	正向	95.34%	>75.09%	O	執行良好合格率已超過9成
9	牙周病綜合照護計畫執行率	正向	69.81%	尚未訂定	-	持續監控
10	牙周病綜合照護計畫後之追蹤治療率	正向	58.26%	尚未訂定	-	持續監控

(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

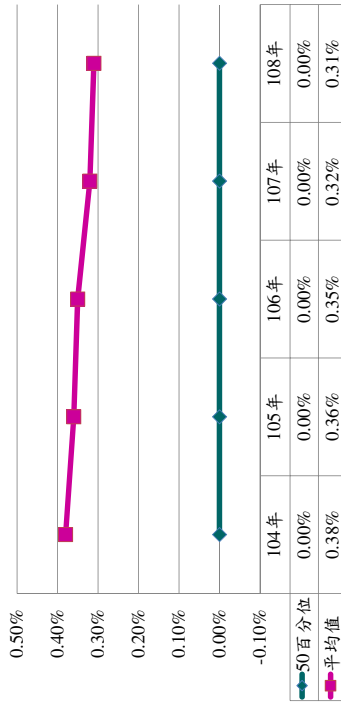
(3)半年內自家與他家醫事機構再洗牙(牙結石清除)的比率



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



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)刪除「牙周病統合照護計畫執行率」指標
- (2)「牙周病統合照護計畫後之追蹤治療率」修正指標名稱為「牙周病統合治療實施方案後之追蹤治療率」及計算公式修正為

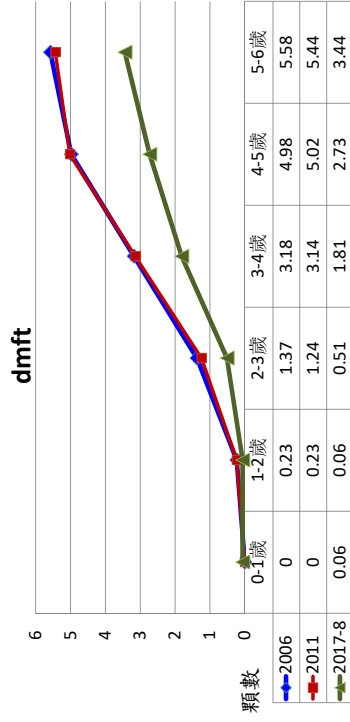
分子：當年(季)度P4003C或91023C執行人數往後追蹤一年接受牙周病支持性治療(91018C)之執行人數。

分母：牙周病統合照護計畫P4003C或91023C執行人數。

(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

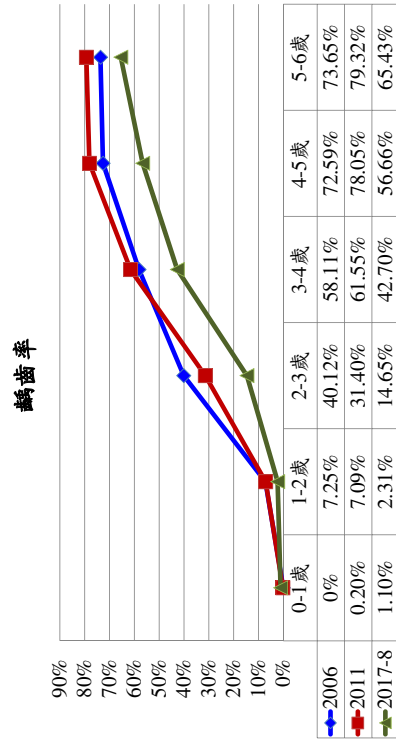
3.健康照護成效與檢討改善情形

(1-1)歷年兒童牙齒保健服務情形--0-6歲兒童口腔狀況



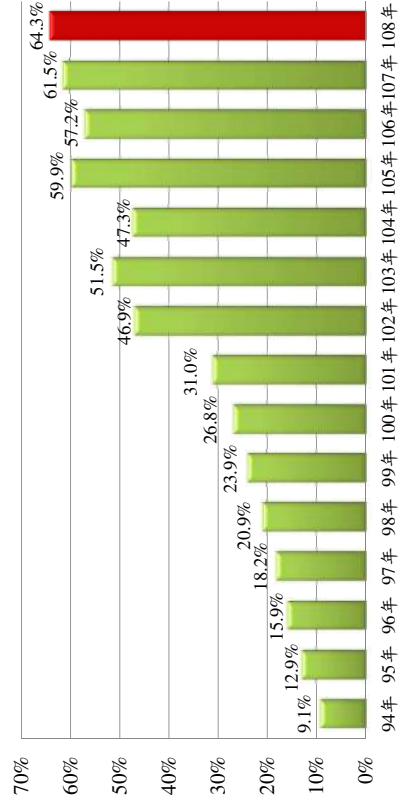
(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

(1-2)歷年兒童牙齒保健服務情形--0-6歲兒童口腔狀況



(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

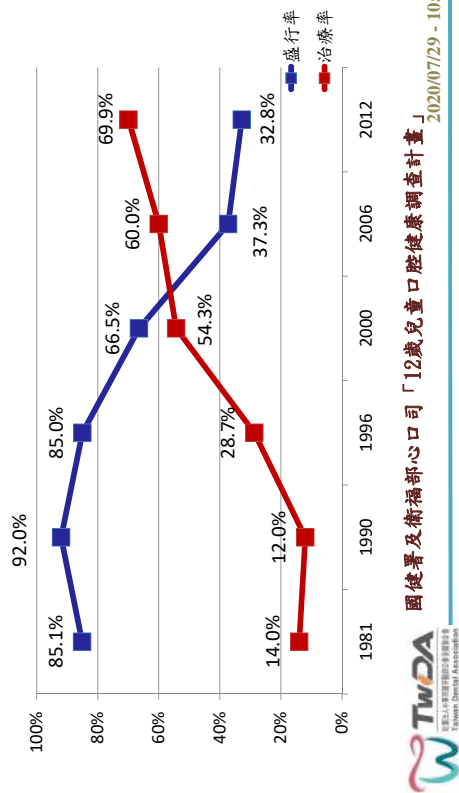
(1-3)歷年兒童牙齒保健服務情形--0-6歲兒童塗氟保健服務情形



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。

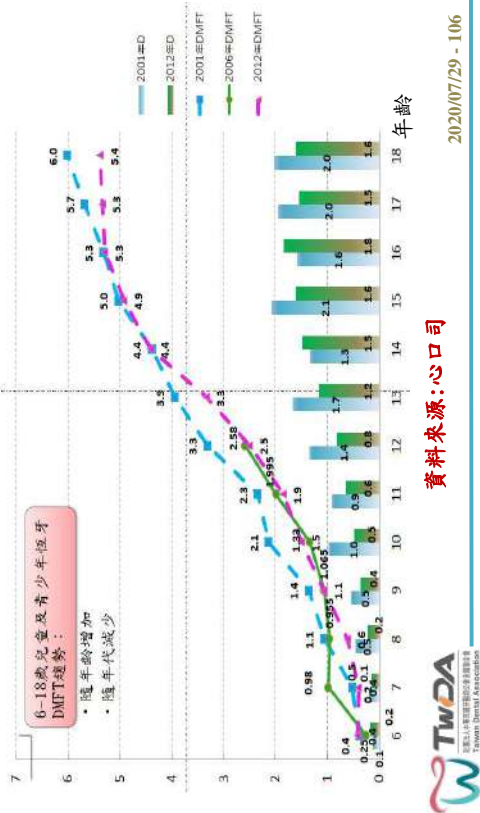
TWDA (一)品質指標監測結果之檢討及改善措施

(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



TWDA (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



TWDA (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

衛福部104-105年度成年與老年人口腔健康調查計畫
國健署92-94年台灣地區成年與老年人口腔健康調查

TWDA (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

衛福部104-105年度成年與老年人口腔健康調查計畫
國健署92-94年台灣地區成年與老年人口腔健康調查

TWDA (二)品質保證保留款實施方案執行結果

1.107預算及協定事項

成長率	金額 (百萬)	金額 (百萬)	協定事項
0.3%	119.1	235.5	<p>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106年12月底前完成相關程序，並於107年各部門總額執行成果發表暨評估會議提報執行成果及成效評估報告。</p> <p>2.原106年度於一般服務之品質保證保留款度(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)。</p> <p>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，訂定更嚴格之標準，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。</p>

TWDA (二)品質保證保留款實施方案執行結果

2.103-107年品保款核發比例院所占率：

年度	比例	103	104	105	106	107
核發比例	不核發	11.1%	28.2%	21.2%	18.5%	17.1%
比例	0%≤X<20%	1.1%	0.7%	0.6%	1.9%	1.6%
	20%≤X<40%	13.0%	7.6%	2.5%	12.2%	11.7%
	40%≤X<60%	27.9%	19.1%	23.8%	25.4%	25.2%
	60%≤X<80%	27.6%	22.4%	28.4%	22.6%	23.7%
	80%≤X<100%	18.1%	20.3%	19.7%	15.0%	19.0%
	100%	1.3%	1.8%	3.8%	4.5%	1.7%

(本方案設計有利於醫療品質進步)

TWDA (二)品質保證保留款實施方案執行結果

3.107年層級實施結果

層級	核發率	0%	0%≤X<20%	20%≤X<40%	40%≤X<60%	60%≤X<80%	80%≤X<100%	100%
醫院	家數 占率	23 13.2%	1 0.6%	17 9.8%	24 13.8%	34 19.5%	43 24.7%	32 18.4%
基層診所	家數 占率	1,181 17.2%	112 1.6%	803 11.7%	1,752 25.5%	1,637 23.9%	1,291 18.8%	86 1.3%
總計	家數 占率	1,204 17.1%	113 1.6%	820 11.7%	1,776 25.2%	1,671 23.7%	1,334 19.0%	118 1.7%

107年品保款核發金額為235.48百萬元
醫院核發金額總計為27.72百萬元(占總預算11.8%)
基層診所核發金額總計為207.76百萬元(占總預算88.2%)
領到品保款計5,832家院所(醫院151家、基層5,681家)

TWDA (二)品質保證保留款實施方案執行結果

4.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」、「月平均初核減率」四項未變動。

(二)品質保證保留款實施方案執行結果

5.檢討及改善方向-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，基層院所增列核算基礎5%。**

(二)品質保證保留款實施方案執行結果

6.檢討及改善方向-109年

- (1)專業獎勵指標四項未異動，**所占比由80%修訂為70%，變動第(四)全口牙結石清除之核算基礎，由20%修改為10%。**
- (2)在政策獎勵指標共六項。
 - 牙周病顧本計畫。
 - 口腔癌篩檢。
 - 牙周病統合照護品質，為提升牙周統合照護執行，**第3階段申報件數6件修改為10件，核算基礎由5%調升為15%。**
 - 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。
 - 月平均初核減率。
 - 特殊醫療服務計畫。

(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。
- 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。**
- 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。

(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施

- 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畫及課程，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)新醫療科技(新增診療項目)

108年度牙醫門診總額之新醫療科技(新增診療項目)(0.030%，0.12億元)用於新增「單側顳顎關節手術」等5項口腔外科診療項目。

診療編號	中文項目名稱	服務人數	服務人次	申報點數
92230B	顳顎關節手術	7	7	90,027
92097C	顳顎關節障礙初診特殊檢查費	13,337	13,701	13,701,000
92098C	顳顎關節障礙復診特殊檢查費	4,645	7,632	3,816,000
92099B	單側顳顎關節障礙乾針治療	1,562	4,607	2,303,500
92100B	單側顳顎關節沖洗	384	556	778,400
小計				20,688,927
執行率				172.4%



2020/07/29 - 117

四、協商因素項目之執行情形

(二) 108年協商項目(預算及協定項目)及執行情形

1.牙周病統合治療方案(第1、2、3階段)(108年由專款導入一般服務)

(1)104-108年預算編列及執行

年度	支應項目	預算數(百萬元)	執行數(百萬元)	執行率(%)
104	第1、2階段	850.0	857.3	100.86
	第3階段	244.6	317.4	129.77
105	第1、2階段	884.0	1,050.2	118.80
	第3階段	330.9	394.3	119.15
106	第1、2階段	1,088.0	1,263.3	116.97
	第3階段	415.6	479.2	115.29
107	第1、2階段	1,564.0	1,419.8	90.78
	第3階段	588.8	557.8	94.73
108	第1、2階段	2,040.0	1,426.7	69.94
	第3階段	768.0	553.8	72.11



2020/07/29 - 118

四、協商因素項目之執行情形

(二) 108年協商項目(預算及協定項目)及執行情形

1.牙周病統合治療方案(第1、2、3階段)(108年由專款導入一般服務)

(1)104-108年預算編列及執行

備註：

- 資料來源：衛生福利部中央健康保險署提供每月申報資料。
- 102年度協定之費用僅支應第1、2階段 (P4001C及P4002C)，另第3階段 (P4003C) 由一般預算支應，故102年度預算執行數僅計算P4001C及P4002C申報點數加總。
- 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78.1百萬元、104年移撥60.5百萬元支應、105年移撥65.0百萬元支應，故第3階段全年經費103年242.7百萬元、104年305.1百萬元、105年330.9百萬元、106年415.6百萬元。
- 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45.6百萬元，故第1、2階段全年經費106年1,088百萬元。
- 107年度協定之費用支應第1、2階段 (P4001C及P4002C) 及第3階段 (P4003C)。
- 108納入一般服務，第1、2、3階段支付標準代碼分別為91021C、91022C、91023C。



2020/07/29 - 119

四、協商因素項目之執行情形

(2) 108年協定事項

- 執行目標：300,000人次 > 207,627人次。
- 預期效益：提升牙周病照護品質。

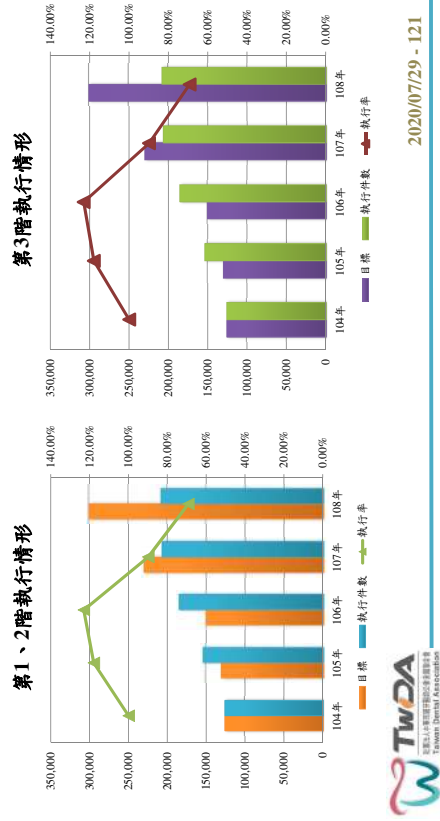


2020/07/29 - 120

四、協商因素項目之執行情形

(2) 108年協定事項

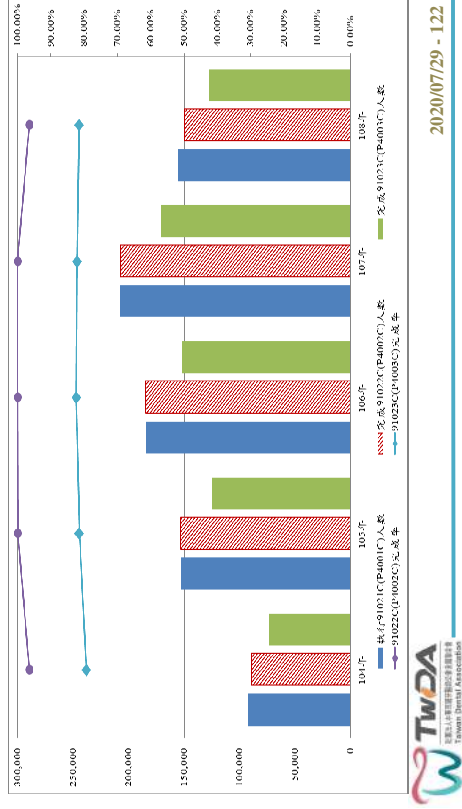
- 評估指標：(A)服務量



四、協商因素項目之執行情形

(2) 108年協定事項

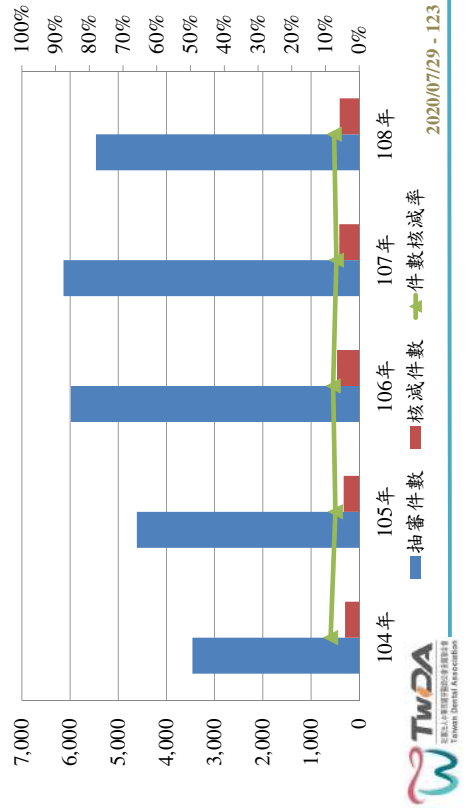
- 評估指標：(B)完成率



四、協商因素項目之執行情形

(2) 108年協定事項

- 評估指標：(C)申報第3階段件數核減率



四、協商因素項目之執行情形

(2) 108年協定事項

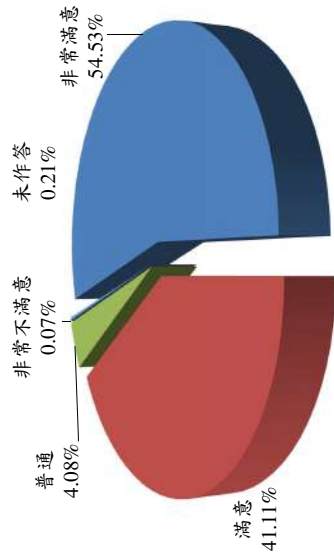
- 評估指標：(D)治療對象跨院所接受91006C-91007C比率

年度	1~9月申報 91021C(P4001C)及 91022C(P4002C)件數	1~9月申報 91021C(P4001C)及 91022C(P4002C)及 內跨院接受91006C-91007C件數	百分比
104年	89,777	300	0.33%
105年	152,840	1,041	0.68%
106年	180,991	906	0.50%
107年	157,057	732	0.47%
108年	150,016	256	0.17%

四、協商因素項目之執行情形

(2) 108年協定事項

• 評估指標：(E)民眾滿意度評估



抽樣調查治療滿意度達95.64%

四、協商因素項目之執行情形

2. 牙周病支持性治療(91018C)所增加費用

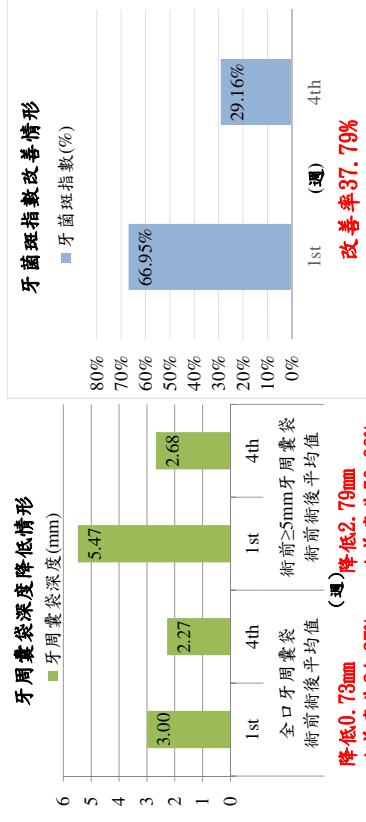
(1) 104-108年預算編列及執行

年度	預算數	執行數	執行率
104	136,200,000	45,241,700	33.22%
105	136,200,000	136,268,400	100.05%
106	136,200,000	225,008,800	165.20%
107	136,200,000	326,043,730	239.39%
108	486,200,000	417,408,600	85.85%

四、協商因素項目之執行情形

(2) 108年協定事項

• 評估指標：(E)牙周健康狀況改善情形



降低0.73mm
改善率為24.37%

降低2.79mm
改善率為50.96%

四、協商因素項目之執行情形

2. 牙周病支持性治療(91018C)所增加費用

(2) 104-108年執行情形

服務人次417,649人次>執行目標350,000人次

年度	服務人數	服務人次	申報費用
104	45,209	33,437	45,241,700
105	136,108	82,444	136,268,400
106	126,530	230,100	225,008,800
107	176,312	326,142	326,043,730
108	212,431	417,649	417,408,600

四、協商因素項目之執行情形

3.提升假日急症處置服務

(1) 105-108年預算編列及執行

年度	預算數	執行數	執行率
105	10,000,000	11,559,100	115.59%
106	10,000,000	56,756,880	567.57%
107	10,000,000	78,303,060	783.03%
108	125,300,000	284,929,879	227.40%

四、協商因素項目之執行情形

3.提升假日急症處置服務

(2) 105-108年執行情形

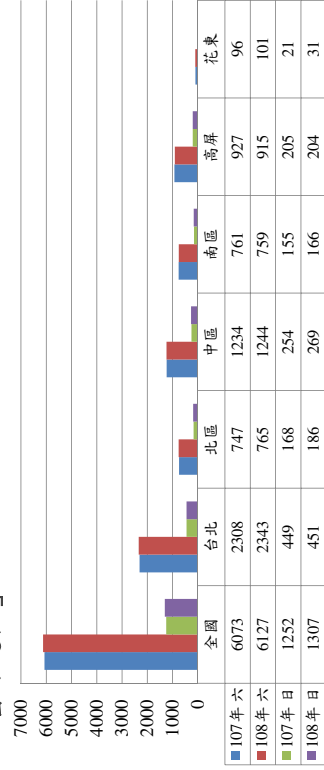
執行目標：**實際執行254,278人次 > 執行目標100,000人次**

年度	支付項目	服務人數	服務人次	申報費用
105	牙醫急症處置	4,645	4,962	4,975,500
	週日及國定假日牙醫門診急症處置	6,762	8,176	6,583,600
106	牙醫急症處置	9,749	10,671	10,337,000
	週日及國定假日牙醫門診急症處置	51,710	58,738	46,419,880
107	牙醫急症處置	16,250	16,920	17,050,100
	週日及國定假日牙醫門診急症處置	68,948	76,714	61,252,960
	牙醫急症處置	16,997	17,674	17,775,400
108	週日及國定假日牙醫門診急症處置	260,323	329,880	265,383,520
	牙齒外傷急症處理	343	358	1,770,959
較前一年增加總計		192,465	*254,278	206,626,819

四、協商因素項目之執行情形

3.提升假日急症處置服務

(3)協定項目「協調各區院所提升假日開診，增加民眾假日就醫可近性」



全國及六區假日看診家數皆增加

四、協商因素項目之執行情形

(三) 104-107年協商項目涉及支付標準之預算及執行情形

1.107年

預算來源	醫療服務成本指數改變率
成長率	1.16%
增加金額	4.634億元
協定用途	醫療服務成本指數改變率所增加之預算，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數。
預估增加點數	4.53億點
實際增加點數	4.16億點
調整項目	1.調升4項符合加強感染控制之牙科門診診察費(含山地離島地區)，「去除釘柱」等3項難症處置支付點數。 2.修訂1項齒顎全景X光片攝影診療項目之支付規範。

四、協商因素項目之執行情形

(三) 104-107年協商項目涉及支付標準之預算及執行情形

1.106年

預算來源	1.醫療服務成本及人口因素成長率(1.922%，7.456億元) 2.12歲牙結石清除(0.054%，0.208億元) 3.加強全民口腔疾病照護(0.100%，0.387億元) 4.顎顏面骨壞死術後傷口照護(0.026%，0.1億元)
成長率	2.10%
增加金額	8.151億元
協定用途	「其他醫療服務利用及密集度之改變」0.18%(0.695億元，用於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。
預估增加點數	793億點
實際增加點數	10億點
調整項目	1.新增「懷孕婦女牙周緊急處置」1項及調升「複合體充填」等10項支付標準。 2.修訂「牙結石清除-全口」之適用範圍。 3.新增「牙菌斑去除照護」1項及修訂「牙周醫療控制基本處置」1項支付標準。 4.新增「顎顏面骨壞死術後傷口照護」1項支付標準。



2020/07/29 - 133

四、協商因素項目之執行情形

(三) 104-107年協商項目涉及支付標準之預算及執行情形

1.105年

預算來源	1.醫療服務成本指數改變率(2.369%，8.882億元) 2.「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目(0.296%，1.11億元)
成長率	2.665%
增加金額	9.992億元
協定用途	1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算，應用於調整支付標準。 2.「其他醫療服務利用及密集度之改變」用於加強感染控制等其他醫療服務利用及密集度改變之項目、協調各區院所提供假日看診服務。
預估增加點數	9.992億點
實際增加點數	11.6億點
調整項目	1.新增「牙醫急症處置」等8項支付標準。 2.調升及修訂「加強感染管制之門診診察費」、「牙科門診診察費(山地離島地區)」、「前牙複合樹脂充填」等19項支付標準。



2020/07/29 - 134

四、協商因素項目之執行情形

(三) 104-107年協商項目涉及支付標準之預算及執行情形

1.104年

預算來源	1.牙周類本計畫 2.調整藥事服務費 3.特殊口腔黏膜疾病統合照護計畫 4.懷孕婦女照護
成長率	0.652%
增加金額	2.404億元
協定用途	
預估增加點數	2.41億點
實際增加點數	0.673億點
調整項目	1.新增「特定牙周保存治療及牙周支持性治療(3項)」、「口腔黏膜難症特別處置(1項)」、「懷孕婦女牙結石清除(1項)」等5項支付標準。 2.藥事服務費調升3點



2020/07/29 - 135

四、協商因素項目之執行情形

(三) 108年執行未滿半年及109年新增項目之執行現況及未來規劃

- 108年執行未滿半年：無
- 109年新增項目之執行現況及未來規劃
 - 1.顎顏面外科手術後整合照護
 - 2.全面提升感染管制品質
 - 3.醫院夜間急診加成服務



2020/07/29 - 136

五、總額之管理與執行績效

- (一)醫療利用及費用管控情形
- (二)地預算分配之執行與管理
- (三)點值穩定度
- (四)專業審查及其他管理措施
- (五)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.全國及各分區醫療利用情形

項目	104年	105年	106年	107年	108年	成長率
申報件數	34,377,894	34,447,187	35,564,679	36,334,550	37,047,339	1.96%
申報點數	40,531.0	41,677.3	44,336.3	45,764.9	46,810.5	2.28%
就醫人數	11,246,648	11,277,364	11,548,091	11,698,574	11,875,409	1.51%
就醫率	48.06%	48.05%	48.99%	49.46%	50.11%	1.31%
僅執行預防保健人數	3,06	3,05	3,08	3,11	3,12	0.46%
就醫率	3,604	3,696	3,839	3,912	3,943	0.79%
平均每就醫人就醫次數成長率	1,179	1,210	1,247	1,260	1,264	0.32%
平均每就醫人費用點數成長率	34,377,894	34,447,187	35,564,679	36,334,550	37,047,339	1.96%
平均每費用點數成長率	40,531.0	41,677.3	44,336.3	45,764.9	46,810.5	2.28%
就醫率成長率	11,246,648	11,277,364	11,548,091	11,698,574	11,875,409	1.51%

(一)醫療利用及費用管控情形

2.有就醫者平均主要處置醫令較前一年之成長率

項目	104年	105年	106年	107年	108年
牙結石清除 91004C	2.94%	1.28%	1.97%	1.10%	1.31%
牙體復形 89001C-89005C+ 89008C-89015C+ 89101C-89105C+ 89108C-89115C	2.94%	1.28%	1.97%	1.10%	1.31%
根管開擴及清創 90015C	-3.09%	-1.26%	-1.64%	-2.24%	-2.33%
口腔顎面外科 簡單性及複雜性拔牙 92013C+92014C	-3.13%	-2.27%	-2.04%	-4.27%	-3.12%
	-1.73%	-2.79%	-0.17%	-2.75%	-1.30%

(一)醫療利用及費用管控情形

3.有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	104年	105年	106年	107年	108年
根管治療難症特別處理 90091C-90098C	5.27%	9.00%	14.48%	8.58%	9.55%
牙周病 齒齦下刮除術 91006C-91008C 牙周統合照護 (P4001-P4003/91021-3C) 牙周頰本 91015C、16C、18C	12.53%	20.00%	18.54%	14.87%	7.60%
口腔顎面外科 簡純齒及複雜齒切除術 92015C+92016C	6.89%	3.06%	6.37%	3.39%	3.72%

(二)地區預算分配之執行與管理

1.牙醫門診總額一般服務預算(不含106年品質保證保留款)已達**100%**依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

2.108年地區預算分配方式調整，共2,872.2百萬元

項	目	移撥預算(億)	實際執行(億)
醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用		200.0	180.3
牙醫特殊醫療服務計畫		50.0	7.3
弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫		80.0	80.0
該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款		15.0	15.0
牙周病統合治療方案		2,527.2	2,527.2
小計		2,872.2	2,809.8

(三)點值穩定度



(三)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)，除花東區，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。

(三)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(排除醫療地區)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。

(四)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	全民健康保險牙醫門診醫療服務審查醫藥專家審查品質考核辦法
審查	牙醫門診醫療服務審查品質提升與監測方案
尺度	牙醫醫療服務案件評量作業要點 「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藥室聲明異議；不服異議之結果者，可再向牙醫審查執行會聲請再議」。

(四)專業審查及其他管理措施

(3)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處程序	專案抽審比對計畫	單月排行進前1%	違反規定或司法調處程序者	
104	0	0	0	0	0	0
105	0	0	0	0	0	0
106	0	0	0	0	0	0
107	0	0	0	0	0	0
108	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。

(四)專業審查及其他管理措施

2.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：

- 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。
- 抽審、申復、爭審均應要求備齊所有完整文件。

(四)專業審查及其他管理措施

3.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

- 每項指標取百分位前5%
- 異常人數以該區總醫師數1%為上限
- 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：

- 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%。
- 加重審查院所數以全部抽審院所數的10%為上限。
- 各分區區點值大於1者，則酌減加重審查案件的比例。

(四)專業審查及其他管理措施

4.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
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%
108	46,826.20	45,182.78	45,026.19	34.30	0.47	0.33%	0.26%	0.26%

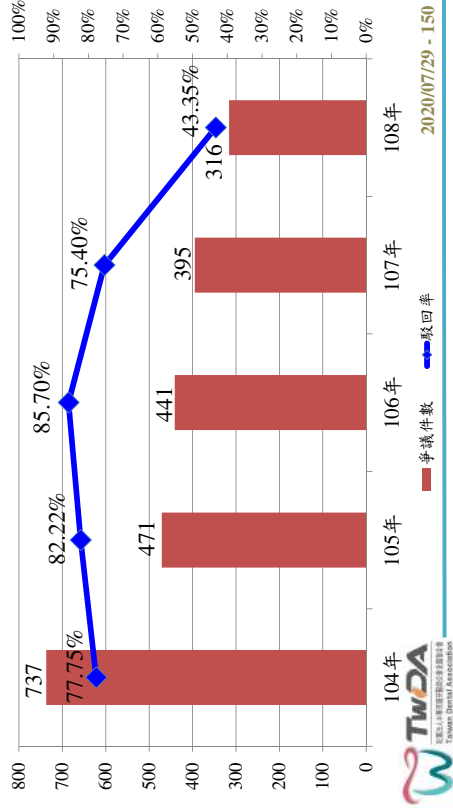
不以核減率做為管理依歸。

以審查品質穩定、全國審查標準趨於一致為目標。

(四)專業審查及其他管理措施

5.爭審統計結果

108年度爭審駁回率為43.35%，爭審件數316。



(四)專業審查及其他管理措施

5.爭審統計結果

108年第3季本會同意撤銷24案、部分撤銷4案，撤銷理由為

- (1)原審或申復審查醫師未依法規作審查簽注
- (2)符合專業之醫療行為/並無違反醫療常規
- (3)拔牙難易度見解不同
- (4)X光、照片內容可佐證
- (5)處置內容已符合申報規定

(四)專業審查及其他管理措施

5.爭審統計結果

108年第3季本會不同意撤銷而爭審會同意撤銷21件：

- (1)初、複審時未附影像或報告、於爭審時補足
- (2)未依支付標準或審查注意事項簽注
- (3)拔牙難易度認定不同
- (4)病歷未『完整』記載應記載事項

結論：

本會函請六區分會爾後爭審撤銷案件，均應函請業務組協助提供送審相關資料以提會報告研議審查是否合理，請業務組予以協助。

(四)專業審查及其他管理措施

6. 審畢案件抽審統計結果

108年審查合理件數占率為98.94%，結果如下：

分區	抽審醫藥專家數	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	28	1,240	97.98%	25	2.02%	11 5
北區	14	744	99.19%	6	0.81%	4 0
中區	38	1,426	99.79%	3	0.21%	2 0
南區	14	639	99.06%	6	0.94%	5 0
高屏	12	1,273	98.98%	13	1.02%	4 0
東區	8	615	98.37%	10	1.63%	5 0
合計	114	5,937	98.94%	63	1.06%	31 5

(五)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
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%
108年	處分家數	15	114	58	24
	違規率	3.18%	1.09%	0.86%	0.65%

備註：1.資料來源：全民健康保險業務執行報告，資料日期：109年1月30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

(五)院所違規情形及醫療機構輔導

2. 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
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
108年	總額舉發	0	1,664,853	20,096,803	0
	非總額舉發	13,710,330	61,780,052	69,390,739	23,976,236

備註：非總額舉發包含全民健康保險特約醫事服務機構主約查核項目，總額舉發為總額受託單位或總額相關團體舉發。

(五)院所違規情形及醫療機構輔導

3. 牙醫門診總額部門查處追扣金額表(一)

年度	104年	105年	106年
總額舉發	非總額舉發	非總額舉發	非總額舉發
	家次	家次	家次
扣減	點數	點數	點數
	0 0 29	696,572 0	283,677 3
罰鍰	家次	家次	家次
	0 0 22	8,406,575 0	294,919 5
其他	點數	點數	點數
	1 15,940 4	13,259 0	4,388,511 3
小計	家次	家次	家次
	1 15,940 55	9,116,406 0	4,967,107 6
總額舉發	非總額舉發	非總額舉發	非總額舉發
	家次	家次	家次
點數	點數	點數	點數
	0 0 22	8,406,575 0	294,919 5
其他	點數	點數	點數
	1 15,940 4	13,259 0	4,388,511 3
小計	家次	家次	家次
	1 15,940 55	9,116,406 0	4,967,107 6
總額舉發	非總額舉發	非總額舉發	非總額舉發
	家次	家次	家次
點數	點數	點數	點數
	0 0 29	696,572 0	283,677 3
罰鍰	家次	家次	家次
	0 0 22	8,406,575 0	294,919 5
其他	點數	點數	點數
	1 15,940 4	13,259 0	4,388,511 3
小計	家次	家次	家次
	1 15,940 55	9,116,406 0	4,967,107 6
總額舉發	非總額舉發	非總額舉發	非總額舉發
	家次	家次	家次
點數	點數	點數	點數
	0 0 22	8,406,575 0	294,919 5
其他	點數	點數	點數
	1 15,940 4	13,259 0	4,388,511 3
小計	家次	家次	家次
	1 15,940 55	9,116,406 0	4,967,107 6
總額舉發	非總額舉發	非總額舉發	非總額舉發
	家次	家次	家次
點數	點數	點數	點數
	0 0 29	696,572 0	283,677 3
罰鍰	家次	家次	家次
	0 0 22	8,406,575 0	294,919 5
其他	點數	點數	點數
	1 15,940 4	13,259 0	4,388,511 3
小計	家次	家次	家次
	1 15,940 55	9,116,406 0	4,967,107 6
總額舉發	非總額舉發	非總額舉發	非總額舉發
	家次	家次	家次
點數	點數	點數	點數
	0 0 29	696,572 0	283,677 3
罰鍰	家次	家次	家次
	0 0 22	8,406,575 0	294,919 5
其他	點數	點數	點數
	1 15,940 4	13,259 0	4,388,511 3
小計	家次	家次	家次
	1 15,940 55	9,116,406 0	4,967,107 6
總額舉發	非總額舉發	非總額舉發	非總額舉發
	家次	家次	家次
點數	點數	點數	點數
	0 0 29	696,572 0	283,677 3
罰鍰	家次	家次	家次
	0 0 22	8,406,575 0	294,919 5
其他	點數	點數	點數
	1 15,940 4	13,259 0	4,388,511 3
小計	家次	家次	家次
	1 15,940 55	9,116,406 0	4,967,107 6
總額舉發	非總額舉發	非總額舉發	非總額舉發
	家次	家次	家次
點數	點數	點數	點數
	0 0 29	696,572 0	283,677 3
罰鍰	家次	家次	家次
	0 0 22	8,406,575 0	294,919 5
其他	點數	點數	點數
	1 15,940 4	13,259 0	4,388,511 3
小計	家次	家次	家次
	1 15,940 55	9,116,406 0	4,967,107 6
總額舉發	非總額舉發	非總額舉發	非總額舉發
	家次	家次	家次
點數	點數	點數	點數
	0 0 29	696,572 0	283,677 3
罰鍰	家次	家次	家次
	0 0 22	8,406,575 0	294,919 5
其他	點數	點數	點數
	1 15,940 4	13,259 0	4,388,511 3
小計	家次	家次	家次
	1 15,940 55	9,116,406 0	4,967,107 6
總額舉發	非總額舉發	非總額舉發	非總額舉發
	家次	家次	家次
點數	點數	點數	點數
	0 0 29	696,572 0	283,677 3
罰鍰	家次	家次	家次
	0 0 22	8,406,575 0	294,919 5
其他	點數	點數	點數
	1 15,940 4	13,259 0	4,388,511 3
小計	家次	家次	家次
	1 15,940 55	9,116,406 0	4,967,107 6
總額舉發	非總額舉發	非總額舉發	非總額舉發
	家次	家次	家次
點數	點數	點數	點數
	0 0 29	696,572 0	283,677 3
罰鍰	家次	家次	家次
	0 0 22	8,406,575 0	294,919 5
其他	點數	點數	點數
	1 15,940 4	13,259 0	4,388,511 3
小計	家次	家次	家次
	1 15,940 55	9,116,406 0	4,967,107 6
總額舉發	非總額舉發	非總額舉發	非總額舉發
	家次	家次	家次
點數	點數	點數	點數
	0 0 29	696,572 0	283,677 3
罰鍰	家次	家次	家次
	0 0 22	8,406,575 0	294,919 5
其他	點數	點數	點數
	1 15,940 4	13,259 0	4,388,511 3
小計	家次	家次	家次
	1 15,940 55	9,116,406 0	4,967,107 6
總額舉發	非總額舉發	非總額舉發	非總額舉發
	家次	家次	家次
點數	點數	點數	點數
	0 0 29	696,572 0	283,677 3
罰鍰	家次	家次	家次
	0 0 22	8,406,575 0	294,919 5
其他	點數	點數	點數
	1 15,940 4	13,259 0	4,388,511 3
小計	家次	家次	家次
	1 15,940 55	9,116,406 0	4,967,107 6
總額舉發	非總額舉發	非總額舉發	非總額舉發
	家次	家次	家次
點數	點數	點數	點數
	0 0 29	696,572 0	283,677 3
罰鍰	家次	家次	家次
	0 0 22	8,406,575 0	294,919 5
其他	點數	點數	點數
	1 15,940 4	13,259 0	4,388,511 3
小計	家次	家次	家次
	1 15,940 55	9,116,406 0	4,967,107 6
總額舉發	非總額舉發	非總額舉發	非總額舉發
	家次	家次	家次
點數	點數	點數	點數
	0 0 29	696,572 0	283,677 3
罰鍰	家次	家次	家次
	0 0 22	8,406,575 0	294,919 5
其他	點數	點數	點數
	1 15,940 4	13,259 0	4,388,511 3
小計	家次	家次	家次
	1 15,940 55	9,116,406 0	4,967,107 6
總額舉發	非總額舉發	非總額舉發	非總額舉發
	家次	家次	家次
點數	點數	點數	點數
	0 0 29	696,572 0	283,677 3
罰鍰	家次	家次	家次
	0 0 22	8,406,575 0	294,919 5
其他	點數	點數	點數
	1 15,940 4	13,259 0	4,388,511 3
小計	家次	家次	家次
	1 15,940 55	9,116,406 0	4,967,107 6
總額舉發	非總額舉發	非總額舉發	非總額舉發
	家次	家次	家次
點數	點數	點數	點數
	0 0 29	696,572 0	283,677 3
罰鍰	家次	家次	家次
	0 0 22	8,406,575 0	294,919 5
其他	點數	點數	點數
	1 15,940 4	13,259 0	4,388,511 3
小計	家次	家次	家次
	1 15,940 55	9,116,406 0	4,967,107 6
總額舉發	非總額舉發	非總額舉發	非總額舉發
	家次	家次	家次
點數	點數	點數	點數
	0 0 29	696,572 0	283,677 3
罰鍰	家次	家次	家次
	0 0 22	8,406,575 0	294,919 5
其他	點數	點數	點數
	1 15,940 4	13,259 0	4,388,511 3
小計	家次	家次	家次
	1 15,940 55	9,116,406 0	4,967,107 6
總額舉發	非總額舉發	非總額舉發	非總額舉發
	家次	家次	家次
點數	點數	點數	點數
	0 0 29	696,572 0	283,677 3
罰鍰	家次	家次	家次
	0 0 22	8,406,575 0	294,919 5
其他	點數	點數	點數
	1 15,940 4	13,259 0	4,388,511 3
小計	家次	家次	家次
	1 15,940 55	9,116,406 0	4,967,107 6
總額舉發	非總額舉發	非總額舉發	非總額

(五)院所違規情形及醫療機構輔導導

4. 歷年輔導家數

輔導醫療院所數		台北	北區	中區	南區	高屏	花東	總計
104年	輔導家數	489	158	719	52	39	0	1,457
	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	1,206
	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	1,285
	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
108年	輔導家數	135	31	37	3	7	0	213
	申報家數	2,746	898	1,381	846	1,068	140	7,079



社團法人台灣牙醫學會
Taiwan Dental Association

2020/07/29 - 157

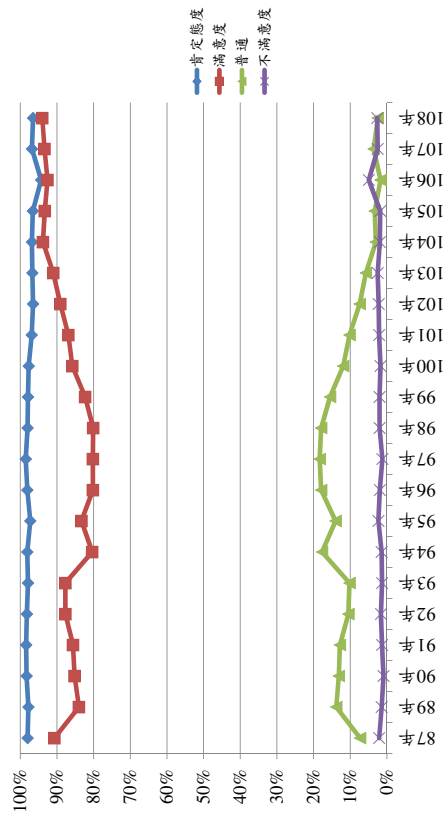
論
語



社團法人中華國際觀光旅館業同業公會
Taiwan Dental Association

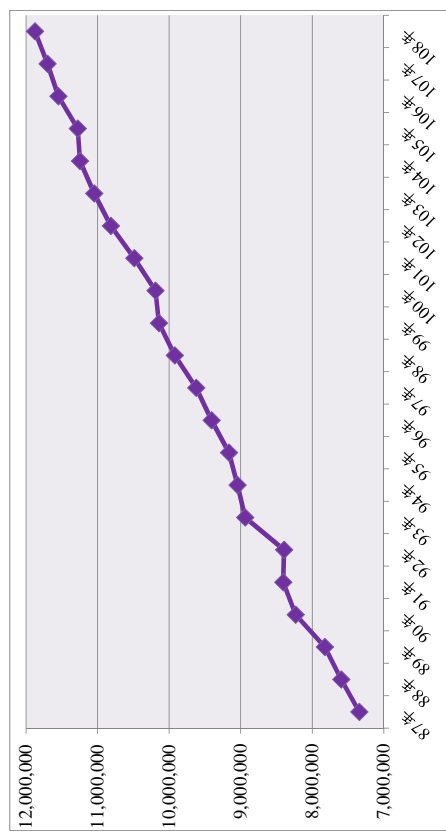
2020/07/29 - 159

歷年民眾滿意度調查

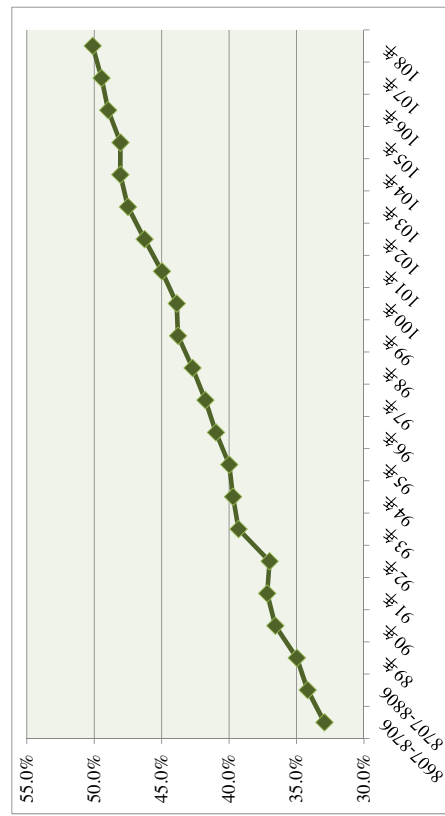


備註：肯定態度為非常滿意+滿意+普通

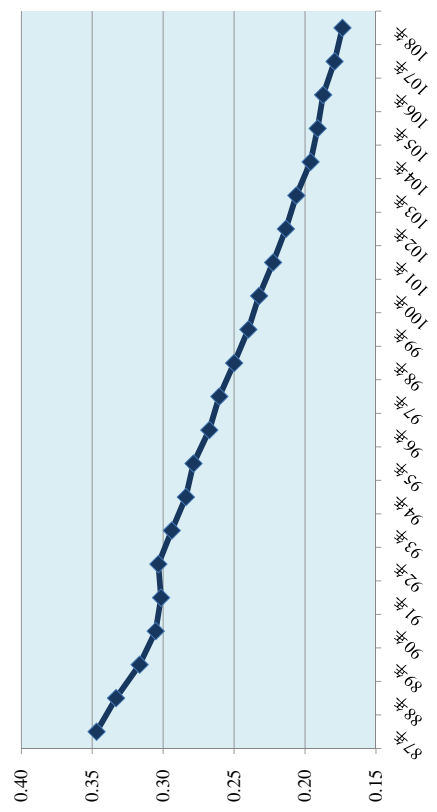
就醫人數增加



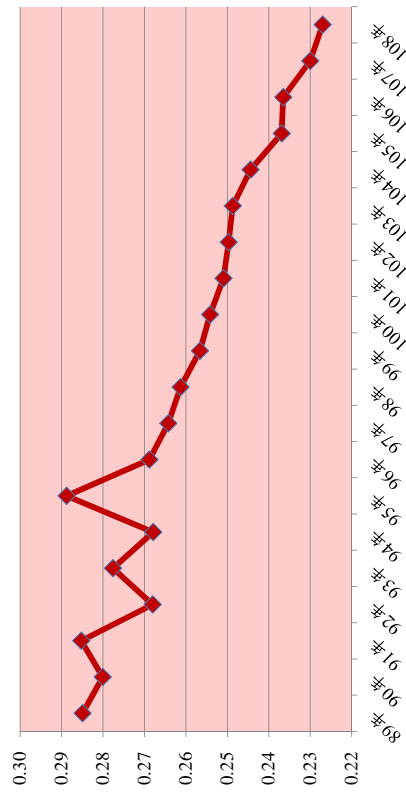
就醫率提高



每就醫者(根管治療)開擴顆數降低



平均拔牙顆數降低



108年平均每人被拔牙顆數減少0.003顆，換算為107年就醫人數，共減少35,096顆。

2020/07/29 - 165

國人牙齒數增加

92-94年及104-105年度成年與老年人口腔健康調查計畫

樣本年齡層	18歲以上		65歲以上	
調查年度	92-94年	104-105年	92-94年	104-105年
自然牙顆數 (mean)	23.23	25.5 ↑	14.35	18.61 ↑

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

2020/07/29 - 166

守護您的口腔



108年牙醫醫療院所宣傳品

2020/07/29 - 167

守護您的健康



109年牙醫醫療院所宣傳書籍

2020/07/29 - 168

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、牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫
肆、108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、109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
104	280	247.1	88.00%
105	280	241.9	86.39%
106	280	248.0	88.57%
107	280	251.6	89.86%
108	280	258.9	92.46%

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 併同91年度起共以減少35個醫缺之地區	執行鄉數	醫缺鄉減少數	目標達成率
104	併同91年度起共以減少35個醫缺之地區	33	39	111.43%
105	併同91年度起共以減少35個醫缺之地區	33	39	111.43%
106	併同91年度起共以減少35個醫缺之地區	33	37	105.71%
107	併同91年度起共以減少35個醫缺之地區	31	37	105.71%
108	併同91年度起共以減少37個醫缺之地區	28	38	102.70%

備註：

108年相較107年底新增1位醫師，另包含未加入計畫自行於金門縣金寧鄉、雲林縣元長鄉、澎湖縣湖西鄉、高雄市六龜區開業醫師共4位。

二、目標達成情形(續)

(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5,600 總服務人次	服務總天數	目標達成率	總服務人次	目標達成率
104	服務總天數5,600 總服務人次	8,521	152.16%	58,497	116.99%
105	服務總天數5,600 總服務人次	7,970	142.32%	54,202	108.40%
106	服務總天數5,600 總服務人次	7,588	135.50%	53,366	106.73%
107	服務總天數5,600 總服務人次	6,813	121.66%	48,746	97.49%
108	服務總天數5,600 總服務人次	7,054	125.96%	51,659	103.32%

資料來源：依健保署每月提供申報資料統計。

二、目標達成情形(續)

(二)巡迴計畫：1.醫療團執行數

年度	目標值 以18個醫療團為目標	執行醫療團數	執行鄉鎮數	目標達成率
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%
108	以19個醫療團為目標	19	149	100.00%

二、目標達成情形(續)

(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	新北市	石碇醫療站	高屏	高雄市	甲仙醫療站
	新北市	貢寮醫療站		高雄市	六龜醫療站
	台中市	谷關醫療站		高雄市	杉林醫療站
中區	台中市	石岡區醫療站	屏東	澎湖縣	七美醫療站
	台中市	新社區醫療站		屏東縣	佳冬牙科醫療站
	台中市	仁愛鄉醫療站		屏東縣	(屏東南醫療站)
	彰化縣	竹塘鄉醫療站		屏東縣	崁頂醫療站
	彰化縣	福興鄉醫療站		屏東縣	鹽埔鄉醫療站
	南投縣	中寮醫療站		屏東縣	秀林鄉醫療站
南區	南投縣	地利村醫療站	東區	花蓮縣	西林社區醫療站
	嘉義縣	東石社區醫療站		花蓮縣	卓溪醫療站
				花蓮縣	瑞穗社區醫療站

備註：108年社區醫療站共22個。

2020/07/29-9

二、目標達成情形(續)

(二)巡迴計畫：3.服務總天數及總人次

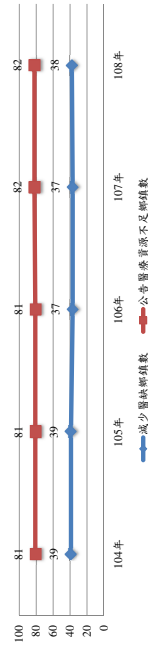
年度	目標值	服務總天數	目標達成率	總服務人次	目標達成率
104	服務總天數6,000天	11,414	190.23%	118,941	118.94%
105	服務總天數6,000天	11,388	189.80%	116,722	116.72%
106	服務總天數6,000天	11,643	194.05%	118,789	118.79%
107	服務總天數6,000天	12,289	204.82%	123,598	123.60%
108	服務總天數6,000天	12,244	204.07%	127,678	127.68%

資料來源：依健保署每月提供申報資料統計

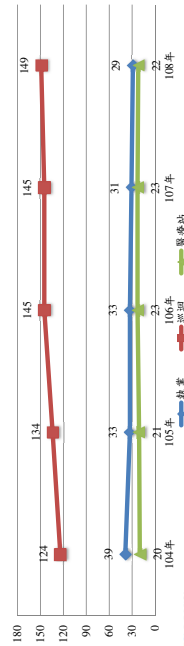
2020/07/29-10

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



2020/07/29-11

三、執行概況及結果(續)

(二)醫療利用情形 1.執業計畫

108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	2,869	1,395	3,301,310	775	2,367	1,151
北區	11,334	4,467	10,434,926	1,929	2,336	921
中區	10,755	4,458	11,588,591	751	2,600	1,078
南區	8,213	3,036	10,082,230	711	3,321	1,228
高屏	13,563	6,317	16,137,972	2,067	2,555	1,190
花東	4,925	2,751	4,730,093	821	1,719	960
合計	51,659	22,424	56,275,122	7,054	2,510	1,089

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。

2020/07/29-12

三、執行概況及結果(續)

(二)醫療利用情形 2.巡迴計畫-一般巡迴點

108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	11,430	6,497	20,246,475	1175	3,116	1,771
北區	7,745	3,898	10,850,147	670	2,784	1,401
中區	12,761	8,192	19,850,732	1,482	2,423	1,556
南區	20,417	11,244	21,866,940	1,141	1,945	1,071
高屏	19,473	9,548	27,680,724	1,890	2,899	1,421
花東	16,731	9,425	20,277,371	1,053	2,151	1,212
合計	88,557	48,804	120,772,389	7,411	2,475	1,364

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、執行概況及結果(續)

(二)醫療利用情形 2.巡迴計畫-社區醫療站

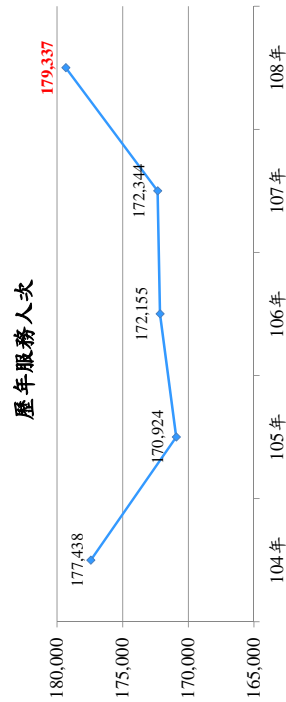
108年度

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	2,544	-	2,558,074	346	2,648	1,006
北區	-	-	-	-	-	-
中區	12,969	5,098	19,233,237	1,914	3,773	1,483
南區	1,134	620	1,280,385	155	2,065	1,129
高屏	15,593	5,602	25,099,347	1,517	4,480	1,610
花東	6,881	2,893	9,060,611	901	3,132	1,317
合計	39,121	15,179	57,231,654	4,833	3,770	1,463

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、執行概況及結果(續)

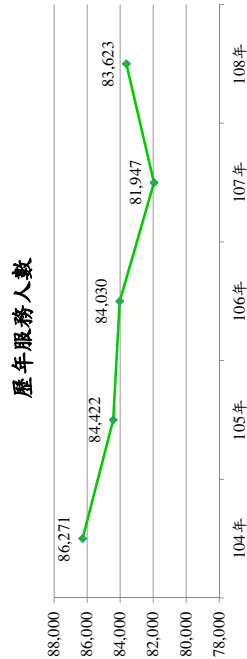
(三)歷年服務醫療利用情形比較圖



資料來源：依健保署每月提供申報資料統計。

三、執行概況及結果(續)

(三)歷年服務醫療利用情形比較圖

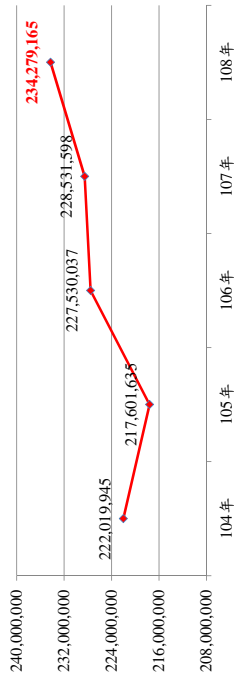


資料來源：依健保署每月提供申報資料統計。

三、執行概況及結果(續)

(三)歷年服務醫療利用情形比較圖

歷年服務點數



資料來源：依健保署每月提供申報資料統計。

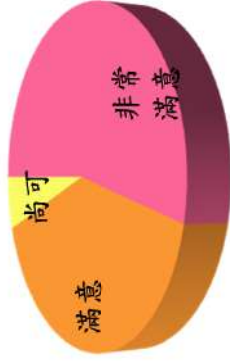
四、成效評估

(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	653	53.57%
滿意	497	40.77%
尚可	69	5.66%
不滿意	0	0.00%
非常不滿意	0	0.00%
合計	1219	100.00%

備註：本項題目回答的樣本為1,219份。

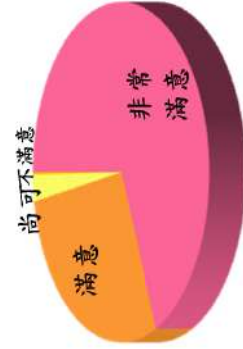


四、成效評估(續)

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	841	68.49%
滿意	353	28.75%
尚可	31	2.52%
不滿意	3	0.24%
非常不滿意	0	0.00%
合計	1228	100.00%

備註：本項題目回答的樣本為1,228份。

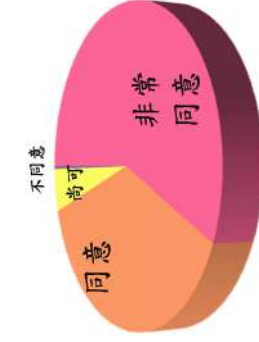


四、成效評估(續)

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	692	56.63%
同意	468	38.30%
尚可	58	4.75%
不同意	4	0.33%
非常不同意	0	0.00%
合計	1222	100.00%

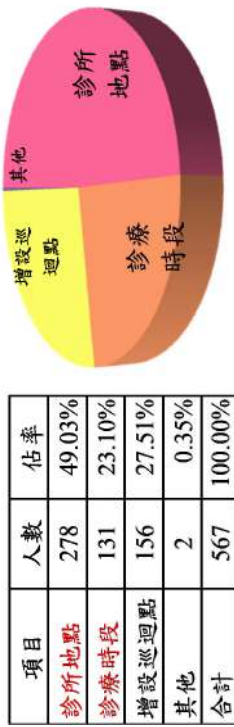
備註：本項題目回答的樣本為1,222份。



四、成效評估(續)

問卷調查時間：109年3-5月
回收有效問卷：1,236份
(學校477份；一般民眾759份)

4.就醫便利性及可近性應該改善的項目



備註：本項題目僅統計一般民眾回答問卷的樣本為567份。

四、成效評估(續)

(二)執業醫師考核情形

• 考核對象：

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

異常狀況

- 民眾投訴或申報異常
- 過低的醫療服務量
- 分區業務組反應異常者

執業滿一年

考核對象

四、成效評估(續)

- 考核行程：108年度考核作業共分3梯次，時間地點如下：

梯次	日期	分區	縣市	鄉鎮	診所
一	9/24(二)	台北	新北市	貢寮區	新文化牙醫診所
二	10/7(一)	北區	新竹縣	北埔鄉	北埔仁愛牙醫診所
			苗栗縣	南庄鄉	南庄牙醫診所
三	10/8(二)	高屏	屏東縣	竹田鄉	誼安牙醫診所

考核結果：

特優	優良	輔導	合計
考核結果	0	0	3
院所數	0	1	4

考核結果為輔導之院所，由分區輔導一季，要求改善並提出改善計畫書，擇日進行覆核。本會於12/20(五)前往院所進行覆核，覆核結果未達70分，即停止該院所執行本計畫。



確認環境

設置明顯招牌

抽查病歷、消毒紀錄



四、成效評估(續)

(三)當地民眾就醫可近性

1. 執業及巡迴計畫實施地區民眾與全國民眾醫療利用情形比較：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	51,659	127,678	37,047,339
就醫總人數	22,420	63,887	11,872,855
總服務點數	56,275,122	178,004,043	46,810,541,444
牙醫師申報總天數	7,054	12,244	3,312,802
每就醫者就醫次數	2.30	2.00	3.12
每就醫人平均點數	2,510	2,786	3,943
每案件平均點數	1,089	1,394	1,264

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	3,250,707	35,687,604
就醫總人數	1,056,149	11,537,915
總服務點數	4,120,997,258	45,613,997,287
每就醫者就醫次數	3.08	3.09
每就醫人平均點數	3,902	3,953
投保人數	2,398,373	23,734,631
就醫率	44.04%	48.61%

備註：

- 資料來源：健保署二代健保：門診明細檔 (109.3.24匯報)
- 資料範圍：不含本署代辦案件。
- 牙醫：取醫事類別為13之牙醫案件。
- 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。
- 就醫人數：以健保投保於該郵遞區之人口，勾稽其是否為牙醫就醫案件，進行歸戶。
- 就醫人次：補給、病理科、轉代換、慢病轉診、就醫併同開立BC肝用藥及同一療養案件，不計次。
- 醫療費用：申請點數十部分為點數金額。
- 牙醫師數：以當年最後一筆執業紀錄之執業院所所在地歸類。

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，可發現醫療資源不均點數相當接近。
- 如金門縣金寧鄉、澎湖縣湖西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、台東縣長濱鄉雖就醫率較低，但也達29%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。

4.108年學童口腔健康狀況及醫療需求調查分析

人數	平均每位學童牙齒類數	醫療需求	牙齒類數
縣市數	16	需填補總類數	132,503
鄉鎮數	92	未填補類數	16,119
學校數	585	完成填補類數	116,384
人數	44,742	平均每人須填補類數	2,96149
男	23,372	平均每人完成填補類數	2,601225
女	21,370	治療後學童口腔內未填補率	8.23%
		治療後學童口腔內完成填補率	91.77%
		本計畫執行填補率	87.83%
合計	4.55		

其他執行情形

(四) 澎湖縣訪視活動1



參觀澎湖縣望安鄉花嶼村實際運作情形
委員提供實貴意見



2020/07/29-29

TWDA

其他執行情形

(四) 澎湖縣訪視活動2



綜合座談會實際情形
委員提供實貴意見



2020/07/29-30

TWDA

五、檢討與改善方向

➢ 減少無牙醫鄉鎮數量

- 本會積極鼓勵牙醫師進入醫療資源不足地區及離島地區開業，108年共減少了38個無牙醫鄉鎮，其中更有6位醫師因不再需要保障，結束計畫仍留在當地執業，達成本方案實施目的。
- 現行無牙醫鄉鎮由醫療團評估設立社區醫療站可行性後，提供巡回醫療服務。
- 各醫療團進行跨區合作，南投縣仁愛鄉醫療站由台中市、澎湖縣牙醫師公會合作，澎湖縣七美醫療站由高雄、澎湖縣牙醫師公會合作，當地公會更了解在地性，合作公會可提供醫師人力，一起打造更符合無牙醫鄉鎮民眾的社區醫療站，不只提供醫療服務更建立起當地民眾對政府的信賴。



2020/07/29-31

TWDA

五、檢討與改善方向(續)

➢ 在無牙醫鄉設立社區醫療站

- 本會已設立社區醫療站多年，提供每週3至6天的醫療服務，對於無牙醫鄉規劃設立社區醫療站，維持固定時間的診療，同市區的診所一樣，民眾可提前約診，醫師可提供更專業的醫療服務。
- 社區醫療站均設立固定式診療椅、X光機，醫師可提供無牙醫鄉民眾更多的口腔健康醫療服務。
- 無牙醫鄉有其特殊性，當地民眾早起農作，晚上很早就寢，但避免民眾臨時牙痛需就醫，有些醫療站每週提供至少一次的夜診服務(例如：那瑪夏醫療站每週2診次、鹽埔鄉醫療站每週3診次)，增加就醫可近性。因考量醫師夜間安全性，將依據當地居民實際就醫需求審慎評估設立夜診適當時段。



2020/07/29-32

TWDA

五、檢討與改善方向(續)

➤ 未來目標與總結

108年設立了22個社區醫療站，減少38個無牙醫鄉鎮，且所有醫療資源不足地區都有設立巡迴點(主要設立在國中、小學)，本會希望推廣醫療站提供優質的醫療環境，但是如何改變當地民眾就醫習慣，讓他們重視口腔健康對全身疾病的影响還有一段很長的路要走，如何善用民間社團的力量(如扶輪社、獅子會...等)、牙醫師的人力資源、政府單位的鼓勵措施，使偏鄉民眾亦得到優質的醫療服務，進而創造四贏(民眾、政府、社團、牙醫師)的局面，這部分一直是本會努力的目标。

六、109方案修訂重點

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」、嘉義縣阿里山鄉「豐山村」、「新美村」、「茶山村」、高雄市桃源區「拉芙蘭里」、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)，並經中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)評估後送所轄保險人分區業務組核定。

六、109方案修訂重點

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：

5成立滿二年之社區醫療站及巡迴點，一級地區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、二級地區(含)以上每位醫師每月平均每診次就醫人次連續三個月低於2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。(註：上述每診次係以3小時為原則，如有診次為非3小時者，按比例以平均每小時就醫人次計算及執行)。

六、109方案修訂重點

新增巡迴計畫鄉鎮：

- ✓ 中埔鄉(汧水村、同仁村、石礮村)
- ✓ 台南市楠西區

貳、特殊醫療服務計畫

大綱

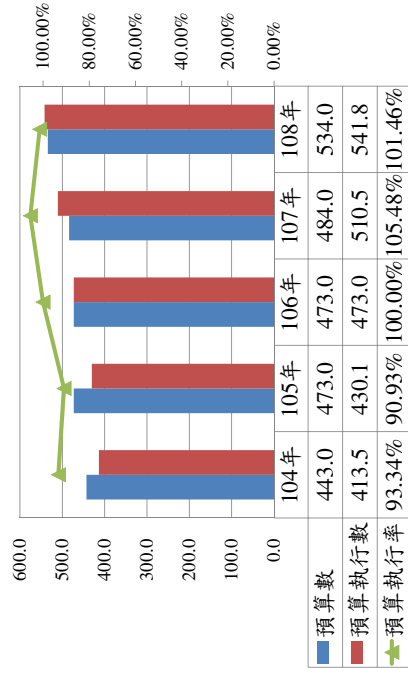
- 一、預算執行數及執行率
- 二、目標達成情形
- 三、執行概況及結果
- 四、成效評估
- 五、檢討與改善方向
- 六、109年計畫修正重點

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
104 年	443,000,000	413,480,796	93.34%
105 年	473,000,000	430,073,469	90.92%
106 年	473,000,000	473,000,000	100.00%
107 年	484,000,000	510,453,396	105.47%
108 年	534,000,000	541,844,232	101.47%

備註：1.106 年實際支用點數為 492,050,284，由一般服務預算移撥 12,642,834，且第 2 季浮動點值為 0.95，第 3 季為 0.98975270，第 4 季為 0.95。
2.107、108 年預算除當年度專款項目外，另由一般服務預算移撥 0.5 億元，故專款預算執行率大於 100%。

一、預算執行數及執行率



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
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%
108年	至少 128,700	173,893	135.11%

三、執行概況及結果

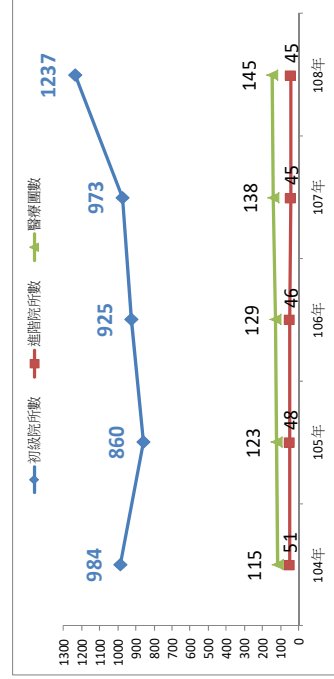
1.先天性唇顎裂及顱顏畸形症-歷年醫療服務提供情形及民眾利用情形：

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
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
108年	15	36.36%	1,953	22,155,756	2,465	4,381

三、執行概況及結果

2.特定身心障礙者—醫療服務提供情形：

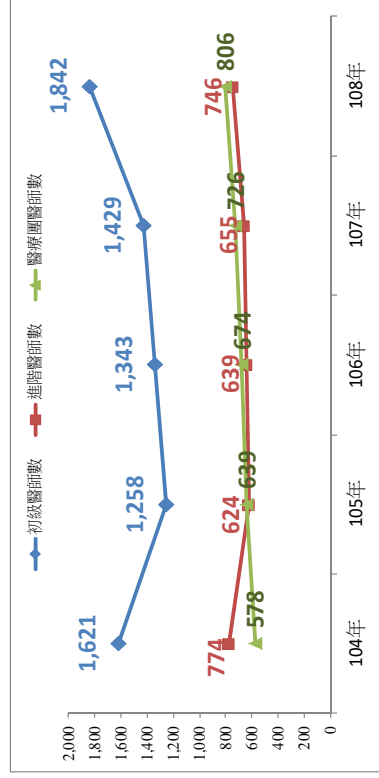
a.初級/進階照護院所數及醫療團數



三、執行概況及結果

2.特定身心障礙者—醫療服務提供情形：

b.初級/進階照護院所及醫療團醫師數



三、執行概況及結果

2.特定身心障礙者—醫療服務提供情形：

c.申報院所數及申報總天數

年度/ 項目	極重度		重度		中度		輕度	
	申報 院所數	申報 總天數	申報 院所數	申報 總天數	申報 院所數	申報 總天數	申報 院所數	申報 總天數
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
108年	567	18,801	784	32,447	808	37,073	663	18,091

三、執行概況及結果

3.特定身心障礙者—民眾利用情形：

a.重度以上身心障礙者

年度/項目	就醫人數	就醫總人次	每人就診次數
104年	極重度	16,358	45,290
	極重度	8,812	25,099
	極重度	16,568	45,917
105年	極重度	9,442	26,796
	極重度	18,045	50,772
	極重度	10,187	29,979
106年	極重度	19,292	51,697
	極重度	10,829	29,665
	極重度	20,239	54,919
107年	極重度	11,367	31,755
	極重度	50,772	2.81
	極重度	29,979	2.94
108年	極重度	51,697	2.68
	極重度	29,665	2.74
	極重度	54,919	2.71

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、罕見疾病、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、中度以上視覺障礙、肢體改為限重度以上(101年)、發展遲緩兒(103年)、失能老人(104年)、重度以上重要器官失去功能(105年)等身心障礙者，其餘障礙類別併入一般服務預算總額，未納入本表統計。

三、執行概況及結果

3.特定身心障礙者—民眾利用情形：

b.中度身心障礙者

年度	就醫人數	就醫總人次	每人就診次數
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
108年	22,338	59,636	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、罕見疾病、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、中度以上視覺障礙、肢體改為限重度以上(101年)、發展遲緩兒(103年)、失能老人(104年)、重度以上重要器官失去功能(105年)等身心障礙者，其餘障礙類別併入一般服務預算總額，未納入本表統計。

三、執行概況及結果

3.特定身心障礙者—民眾利用情形：

c.輕度身心障礙者

年度/項目	就醫人數	就醫總人次	每人就診次數
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
108年	8,338	22,223	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、罕見疾病、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、中度以上視覺障礙、肢體改為限重度以上(101年)、發展遲緩兒(103年)、失能老人(104年)、重度以上重要器官失去功能(105年)等身心障礙者，其餘障礙類別併入一般服務預算總額，未納入本表統計。

三、執行概況及結果

3.特定身心障礙者—民眾利用情形：

d.到宅牙醫醫療服務醫療利用情形

年度/項目	就醫人數	就醫總人次	每人就診次數
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
108年	1,102	2,641	2.40

備註：資料來源為健保申報資料

三、執行概況及結果

3.特定身心障礙者—民眾利用情形：

e.醫療費用利用情形

年度/項目	院所			醫療團	合計
	重度以上	中度	輕度		
104年	重度 73,291,587	65,204,961	23,211,698	180,886,201	386,976,327
	極重 41,601,564				
105年	到宅特定需求者-發展遲緩兒童 2,689,951			190,789,136	407,171,859
	極重 74,606,470	65,830,766	25,070,232		
106年	到宅特定需求者-發展遲緩兒童 3,233,761			202,078,158	468,333,520
	極重 92,771,196	74,980,408	29,896,366		
107年	到宅特定需求者-發展遲緩兒童 7,179,873			205,817,540	497,968,031
	極重 98,048,353	83,765,047	32,017,191		
108年	到宅特定需求者-發展遲緩兒童 13,385,284			212,335,391	533,054,289
	極重 108,938,913	89,376,913	36,447,541		
	到宅特定需求者-發展遲緩兒童 17,367,754				

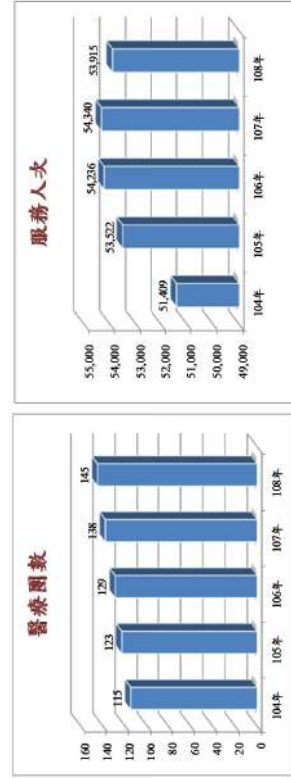
備註：醫療費用為實際申報點數含加成費用，醫療團醫療費用含論次費用。

三、執行概況及結果

3.特定身心障礙者—民眾利用情形：

f.醫療團民眾利用情形：

104-108年醫療團數暨服務人次統計表



備註：資料來源為健保申報資料

三、執行概況及結果

3.特定身心障礙者—民眾利用情形：

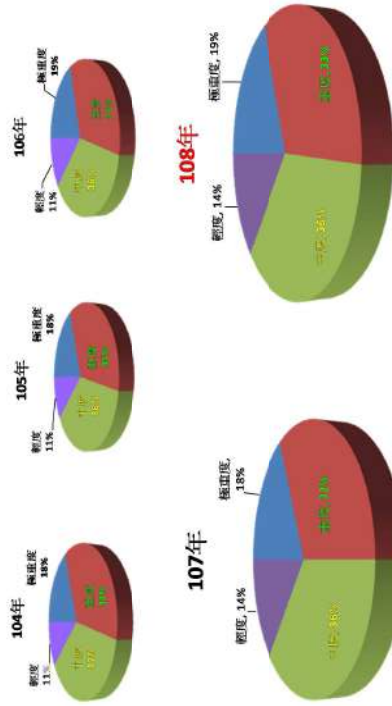
g.醫療費用利用情形-依醫療服務提供方式

年度/項目	院所	占率	醫療團	占率	到宅	占率	合計
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%	210,809,745	43.1%	9,285,401	--	488,682,630
108年	306,342,715	58.9%	213,355,672	41.1%	13,145,513	--	519,918,687

備註：因107年起住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年合計費用不含有宅

四、成效評估

1.104-108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

四、成效評估

2.院所型牙醫醫療服務人數

年度/ 服務人數	極重 度	重度	中度	輕度	發展 遲緩 兒童	合計	與前一年 成長率
104年	4,405	9,647	11,045	4,838	212	30,147	4.33%
105年	4,966	9,789	11,050	5,119	256	31,180	3.43%
106年	5,572	10,898	12,492	5,986	355	35,303	13.22%
107年	5,949	11,785	14,066	6,567	413	38,780	9.85%
108年	6,458	12,589	14,872	7,454	409	41,782	7.74%

四、成效評估

3.108年參訪活動-嘉義縣敏道家園



四、成效評估

3.108年參訪活動-衛生福利部澎湖醫院



四、成效評估

4.身心障礙院所宣傳貼紙



2020/07/29-57

TwDA



2020/07/29-57

TwDA

四、成效評估

5.身心障礙課程醫師專業培訓：

為提升醫師參與計畫意願並更了解身心障礙者，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，並與各縣市牙公會、醫院(含示範中心)共同開課。



★台北場108/12/15-進階課程



★高雄場108/10/20-進階課程



2020/07/29-58

TwDA

四、成效評估

6.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療服務點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)」，衛生部社會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109年設置完成共25家機構，涵蓋14縣市。



2020/07/29-59

TwDA

五、檢討與改善方向

(一)健保IC卡完整登記身心障礙者障別

本會持續建議在健保IC卡中完整登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。

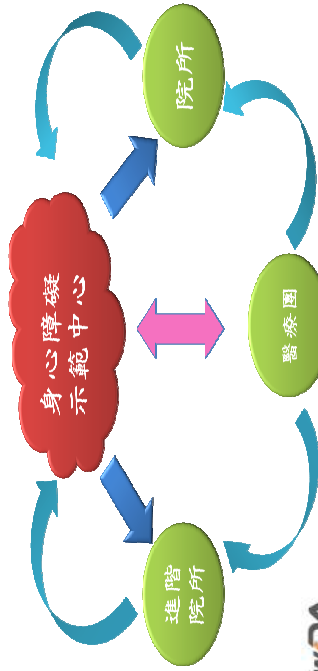


2020/07/29-60

TwDA

五、檢討與改善方向

(二)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絡，以提昇醫療服務品質；建置醫療網絡



五、檢討與改善方向

(三)輔導醫缺方案執行院所加入本計畫

為提升醫缺計畫區醫療服務品質，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22個醫療站中已有9個醫療站申請通過，通過之院所35家，醫師共36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。

五、檢討與改善方向

(四)未來計畫執行和改進：

1. 本計畫自99年起適用對象限縮為特定之特殊障別，本會建議未來應擴大服務障別，涵蓋所有障別，以維護身心障礙者就醫權益。
2. 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，並將執行本計畫院所內服務納入108年弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫核發條件，希望能藉由多種方式提高院所執行之意願與誘因。

五、檢討與改善方向

(四)未來計畫執行和改進：

3. 本會持續努力推動到宅牙醫醫療服務，自100年起至今，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，另本會亦對外募集資金購置到宅設備，期望未來各縣市均有醫師能夠提供服務。



五、檢討與改善方向

(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、109年計畫修正重點

1. 108年原編列於其他預算之居家牙醫醫療服務費用，其109年費用由特殊醫療計畫支應。
2. 新增醫療團提供護理之家之牙醫醫療服務，一般護理之家由衛生福利部護理及健康照護司擇定，109年增設2家為限。

參、牙醫急診醫療不足區獎勵 試辦計畫

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、檢討與改善方向(109年新增項目之執行現況及未來規劃)

一、預算執行數及執行率

- 109年專款預算數為7.8百萬。

二、目標達成情形

- 健保署於109年5月1日發函同意嘉義市牙醫師公會醫療團於陽明醫院執行本計畫；雲林縣牙醫師公會醫療團於7月1日通過於國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院執行本計畫。

三、執行概況及結果

1.前期規劃討論

本會於108年開始規劃本計畫，已多次邀集各縣市公會理事長及相關幹部，徵詢執行意願及就計畫執行方式、試辦地區-雲林縣、嘉義市與當地牙醫界幹部次至施行地區-雲林縣、嘉義市與當地牙醫界幹部及醫院代表們溝通與討論，另也與政府部門及各界代表於會議溝通討論修訂計畫內容。

三、執行概況及結果

2.醫療服務提供情形

- 1) 嘉義市牙醫師公會醫療團於6月1日起於陽明醫院提供夜間牙醫急診服務，該醫療團由20位醫師組成。
- 2) 雲林縣牙醫師公會醫療團於7月3日起於國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院執行本計畫，該醫療團由14位醫師組成。

四、檢討與改善方向(109年新增項目之執行現況及未來規劃)

• 持續推廣計畫執行

嘉義市牙醫師醫療團已於5月通過，因為剛開始試辦，仍需要多宣傳，讓民眾知道陽明醫院已提供牙醫急診服務，以滿足當地民眾醫療需求，另雲林縣牙醫師醫療團已在審核當中，本會將持續努力執行計畫，並期能滿足當地居民夜間遇到急性口腔問題之醫療需求。

嘉義市於6月1日起執行，雲林縣於7月3日起執行

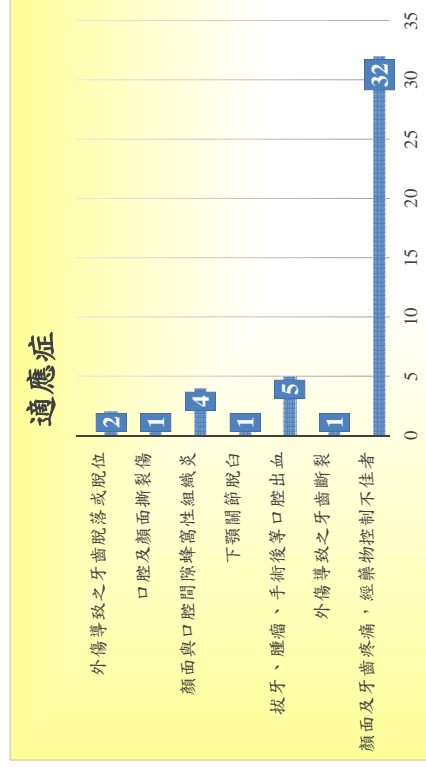
1090108 王樹樞理事長、古田明總經理主席，為了109年度新增的談判「醫院夜間加急診服務」，特邀請下安嘉義的陳明醫院、非營利醫院陳明醫院院長、嘉義市公會和正志理事長、陳明醫院董事、林世豪醫師等人士共同參與，期望大家共同努力達成，能在109年的歲末有相關成果和執行狀況可以和大家分享，再次感謝嘉義市公會大力支持和配合。



2020/07/29-73

TwDA

嘉義市6月份執行情形-1



2020/07/29-74

嘉義市6月份執行情形-2

- 依就診日期：平日(星期一至五)：23位
假日(含端午連假)：23位
- 依時間分布：21:00-01:00：29位
01:00-05:00：14位
05:00-09:00：3位
- 依居住地址：嘉義市27位，嘉義縣13位，雲林縣3位，其他(汐止、大甲、新市)3位

2020/07/29-75

肆、108年評核委員評論意見與期許之回應說明

2020/07/29-76

一、醫療資源不足地區改善方案

➤ 建議針對醫療需求尚未滿足地區強化醫療供給，或可思考開發新的醫療供給模式。

回覆：現行執行方式有三種，一、鼓勵牙醫師進入無牙醫鄉執業，二、牙醫師組成醫療團至當地國小或衛生所提供巡迴醫療服務，三、由醫療團成員輪流排班定點醫療站。目前醫療資源不足地區均有牙醫師進入提供醫療服務，近年衛生局及地方公會合作設立巡迴醫療車，提供更多有需求的偏鄉優質的醫療環境。

二、特殊醫療服務計畫

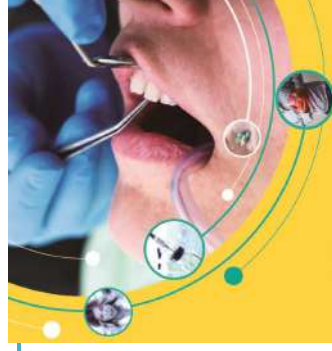
➤ 先天性唇顎裂及顱顏畸形患者服務人數逐年下降，建議了解原因

回覆：根據統計，約每600位新生兒中就有一位唇顎裂患者，然因近年新生兒出生數及粗出生率逐年下降(如下表)，患者人數逐年減少，醫療服務提供逐年下降實屬合理。

年度	出生數	粗出生率
104年	213,093	9.08
105年	207,600	8.83
106年	194,616	8.26
107年	180,656	7.66
108年	175,074	7.24

備註：資料來源：內政部戶政司(按發生日期統計)

有愛無礙



感謝聆聽

敬請指教

五、中醫門診總額(含一般服務、 專案計畫)

108年評核委員評核意見 與期許之回應說明

中華民國中醫師公會全國聯合會
報告人：黃頌儼 召集人



01
請分析中醫就
醫率逐年下降
問題，並設法
提高民眾就診
中醫意願。



10~19歲族群就診中醫
人口比率偏低(僅
23.70%)，亦較107年度
該年齡層就醫率減少
0.15%
，應係較少罹病或因
中小學生忙於準備升
學或補習而較少就診，
且需家中核心成員協
助就診。

全國各 年齡層	年齡層 人口數	各年齡層就醫人數			小計
		男	女	人數 加總	就醫率 (與107年相較)
0-9	1,995,123	127,422	108,810	236,232	11.84%
10-19	2,269,369	259,912	277,873	537,785	23.70%
20-29	3,123,559	359,126	537,212	896,338	28.70%
30-39	3,559,077	461,446	710,716	1,172,162	32.93%
40-49	3,749,616	437,253	743,725	1,180,978	31.50%
50-59	3,641,731	394,330	682,988	1,077,318	29.58%
60-69	3,037,036	332,466	543,309	875,775	28.84%
70-79	1,409,800	158,402	247,372	405,774	28.79%
80-89	677,279	59,043	89,977	149,020	22.00%
90-99	136,725	8,841	9,684	18,525	13.55%
100+	3,806	163	162	325	8.54%
合計	23,603,121	2,598,504	3,951,828	6,550,332	27.75%



3

20~29歲族群就診中醫人
口比率(28.70%)雖超過全
人口平均(27.75%)，但因
較107年度該年齡層就醫
率減少0.40%，初步推測
應與此族群對中醫效能認
知不足有關，本會於109
年3月起已著手進行問卷
調查，收集民眾不看中醫
之原因。

全國各 年齡層	年齡層 人口數	各年齡層就醫人數			小計
		男	女	人數 加總	就醫率 (與107年相較)
0-9	1,995,123	127,422	108,810	236,232	11.84%
10-19	2,269,369	259,912	277,873	537,785	23.70%
20-29	3,123,559	359,126	537,212	896,338	28.70%
30-39	3,559,077	461,446	710,716	1,172,162	32.93%
40-49	3,749,616	437,253	743,725	1,180,978	31.50%
50-59	3,641,731	394,330	682,988	1,077,318	29.58%
60-69	3,037,036	332,466	543,309	875,775	28.84%
70-79	1,409,800	158,402	247,372	405,774	28.79%
80-89	677,279	59,043	89,977	149,020	22.00%
90-99	136,725	8,841	9,684	18,525	13.55%
100+	3,806	163	162	325	8.54%
合計	23,603,121	2,598,504	3,951,828	6,550,332	27.75%



4



5



6

02

民眾可能因中
醫費用過高轉
而求診西醫，
宜思考因應對
策。

7

降低藥材成本

期望能藉由中醫藥發展
法等相關法案，鼓勵建
置本土中藥產製基地，
降低成本。

8

增列合理健保給付項目

期望於健保區塊中能符合實際成本之給付支應相關高價藥物，以促進民眾權益。



9

增列合理健保給付項目

將既有或新創之中醫療法如正骨、整復、整脊、針刀、火針...等以合理之給付納入健保範疇。



10

民眾普遍存在複向就醫行為，建議中醫界積極與西醫持續對話及溝通，並建立因地制宜之治療模式。

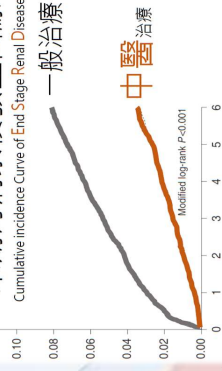
03



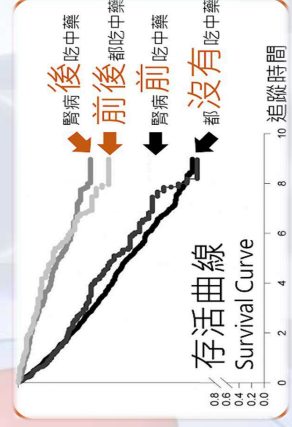
11

本會自108年開始與西醫合作推動中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫。並於109年度四月一日正式生效開始執行。

末期腎病累積發生曲線



中醫治療：11351人 / 一般治療：13620人



資料來源：林毅舜醫師

12

108年開始，中醫醫療資源納入居家整合照護計畫當中，居家醫療照護個案有需要中醫醫療服務時，可媒合中醫師提供居家醫療照護服務。



13

04
請中醫部門強化院所對民眾之衛教宣導，如醫療專業雙向溝通、藥物認知等。



14

總額支付民意調查

本會已有持續大力透過文書、海報、網路等方式宣導院所對於民眾衛教的必要性。

↑10.5%⁰²

醫護人員每次都有對民眾以簡單易懂的方式解說病情與照護方法，108年的比例為56.1%，較去年增加10.5%。

↑5.8%

就診時每次都與中醫師討論照護或治療方式，108年的比例為59.5%，較去年增加5.8%。

↑3.1%

每次都有對民眾做衛教的比例也較去年的增加，108年的比例為28.3%，較去年增加3.1%。

15

部分民眾在就醫過程中是屬於同一療程診次，因此醫師在首次療程做特別衛教，而後續療程並無重複做衛教。

診所也會印製衛教單張張貼在診所內提供看診民眾參閱。



16



- 本會歷年不斷增加無中醫鄉巡迴據點，提供中醫醫療服務。
- 108年6月起中醫加入全民健康保險居家醫療整合服務，到宅提供就醫不便病人醫療服務。
- 本會將來也會配合居家整合醫療照護計畫，造福交通有困難之病人。

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

02

03

04

- 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

符合中醫針灸標準作業程序 (SOP) 規範

中醫假日就診方便性之整體規劃

必要項目

自選項目

01 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

02 中醫醫療資源不足地區獎勵開業計畫

22

符合中醫針灸標準作業程序 (SOP) 規範



目錄

中醫院所感染控制作業 (SOP) 編制	09
第一章 人員組織	11
第二章 預防措施	14
第三章 標準作業程序 (SOP) 編制	28
第四章 針灸標準	28
第五章 針灸標準	31
第六章 針灸標準	32
第七章 針灸標準	34
第八章 針灸標準	35
第九章 針灸標準	42
第十章 針灸標準	62
第十一章 針灸標準	71
第十二章 針灸標準	72
第十三章 針灸標準	76
第十四章 針灸標準	79
第十五章 針灸標準	85

符合中醫針灸標準作業程序 (SOP) 規範

108年「針灸標準作業程序醫療品質提升計畫實施方案」訪查統計表

分區別	總院所數	訪查院所數	訪查率	合格院所	合格率	平均分數
台北	847	54	6.4%	54	100%	95.9
北區	372	19	5.1%	19	100%	98.0
中區	833	41	4.9%	41	100%	99.6
南區	410	24	5.9%	24	100%	93.0
高屏	496	25	5.0%	25	100%	95.0
東區	68	3	4.4%	3	100%	90.0
合計	3,026	166	5.5%	166	100%	96.4

符合中醫針灸標準作業程序 (SOP) 規範

必要 01

未來檢討與修訂方向，面對新型傳染性疾病，有必要加強中醫院所感控防疫措施

中華民國中醫學會全國聯合會
Chinese Medical Association National Association

重要公告 / Notice

119.08.05 全國通函各級
119.08.04 全國通函各級
119.08.03 全國通函各級
119.08.02 全國通函各級
119.08.01 全國通函各級

更新日期：2020/2/2

嚴重特殊傳染性肺炎
新型冠狀病毒(2019-nCoV)
中醫院所防疫手冊

中華民國中醫學會全國聯合會
Chinese Medical Association National Association

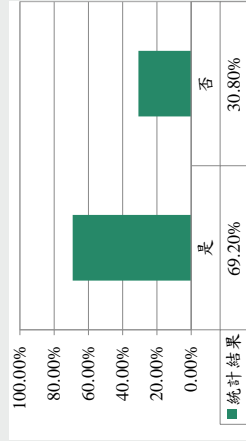
25

中醫假日就診方便性之整體規劃

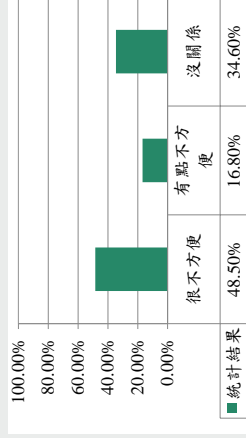
必要 02

108年假日看診人次

週六看診病人人次	週日看診病人人次	六日看診病人人次
6,829,343	513,679	7,343,022
週六醫師看診次數	週日醫師看診次數	六日醫師看診次數
265,282	31,837	297,119



108年民眾在假日能否於當地找到其他就醫診所比率



108年曾經在假日有看中醫師的需求無法在當地找到其他就醫診所而感到就醫不便的比率

27

績效指標

分區別	符合中醫針灸標準作業程序 (sop) 規範合格院所數	申報針灸處置費之院所數
台北區	847	888
北區	372	389
中區	833	887
南區	410	434
高屏區	496	495*
東區	68	66*
總和	3,026	3,159

*註：院所有申請，但未申報。

1. 符合中醫針灸標準作業程序 (sop) 規範合格院所比率

符合中醫針灸標準作業程序 (sop) 規範合格院所數 / 申報針灸處置費之院所數

= 3,026 / 3,159 = 95.79% (目標值90%)

2. 訪視合格院所數比率

訪視合格院所數 / 訪視院所數

= 166 / 166 = 100% (目標值95%)

26

績效指標

1. 中醫假日就診方便性服務人次成長率：

- (108年就診人次-107年就診人次)/107年就診人次
- (513,679-491,983)/491,983=4.41% (目標值2.20%)

2. 醫師數成長率：

- (108年假日看診醫師數-107年假日看診醫師數)/107年假日看診醫師數
- (23,985-23,585)/23,585=1.90% (目標值1.50%)

28

歷年兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫執行情況

項目	105	106	107	108	成長率
參與院所數	102	95	109	101	-7.34%
參與醫師數	154	149	203	229	12.81%
總服務病人數	1,419	1,562	2,888	3,513	21.64%
總服務病人次	1,856	2,239	10,249	13,112	27.93%
總醫療費用	3,058,871	3,766,006	9,651,309	13,738,170	42.35%
每人就醫次數	1.31	1.43	3.27	3.73	14.07%
每人醫療費用	2,156	2,411	3,342	3,910	17.00%
每次醫療費用	1,648	1,682	942	1,048	11.25%
預算費用	20,000,000	20,000,000	20,000,000	10,000,000	-50.00%
執行費用	305,8871	376,6006	965,1309	13,738,170	42.35%
預算執行率	15.29%	18.83%	48.26%	137.38%	184.67%
平均點值	1	1	1	0.73	1
浮動點值	1	1	1	0.54	1

資料來源：中央健康保險署申報檔案資料

資料日期：109年5月31日

29

未來努力與改善方向

- 執行率高之縣市大多為都會區，有利於專案推動
- 偏鄉縣市意願不高

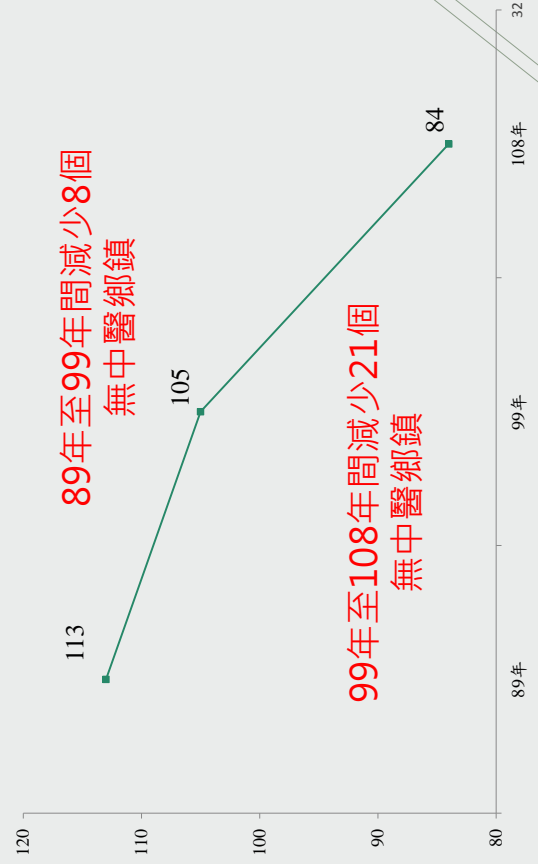
未來將與資訊廠商協商，能提供更直接到位的資訊服務，減少會員因作業流程繁瑣減低執行意願。



30

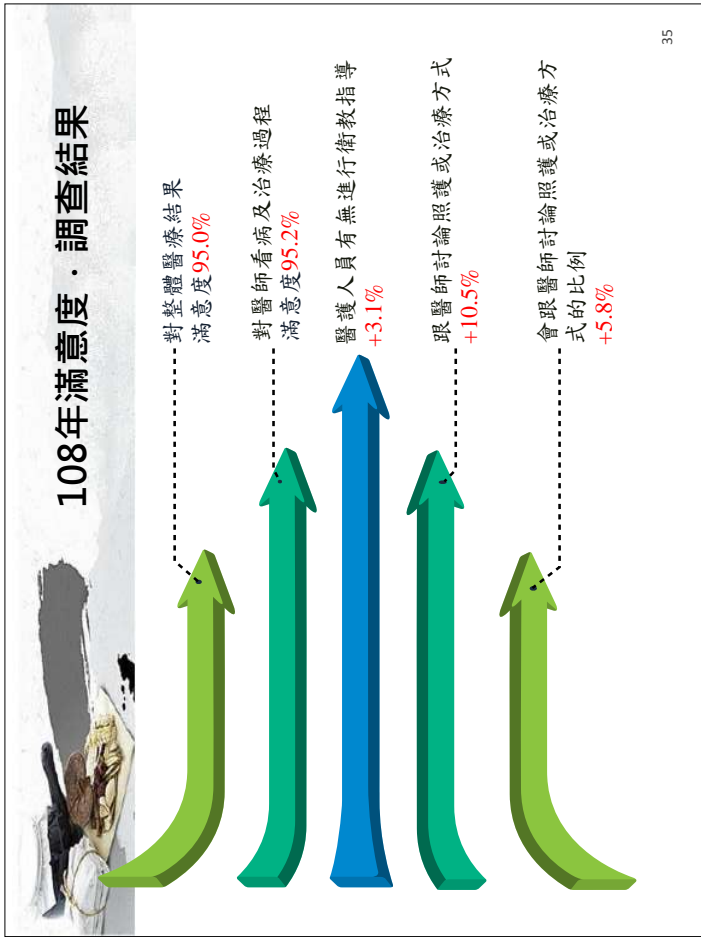
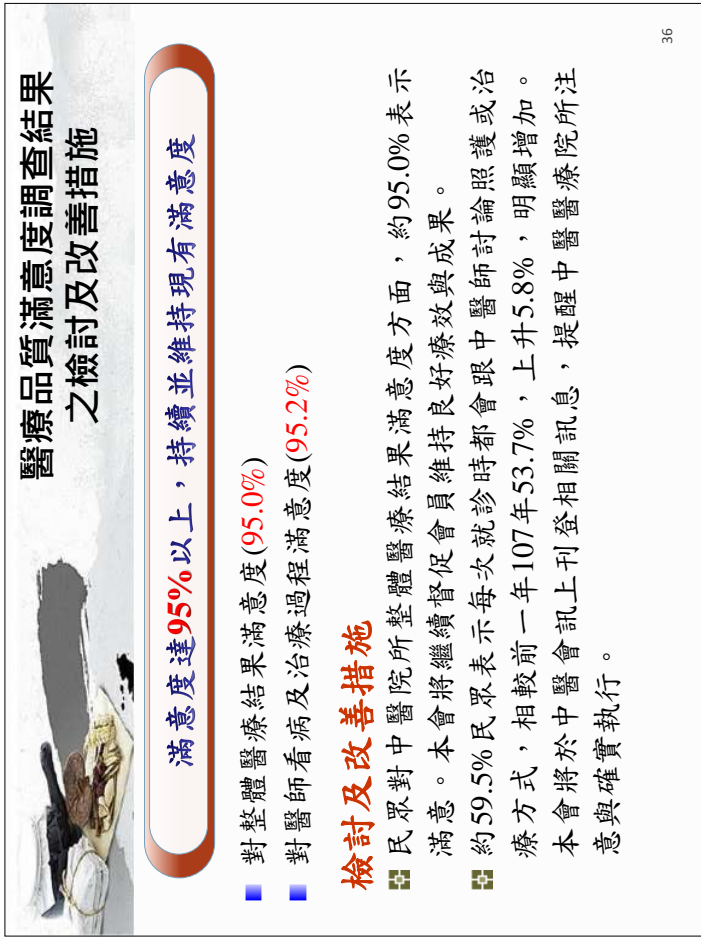
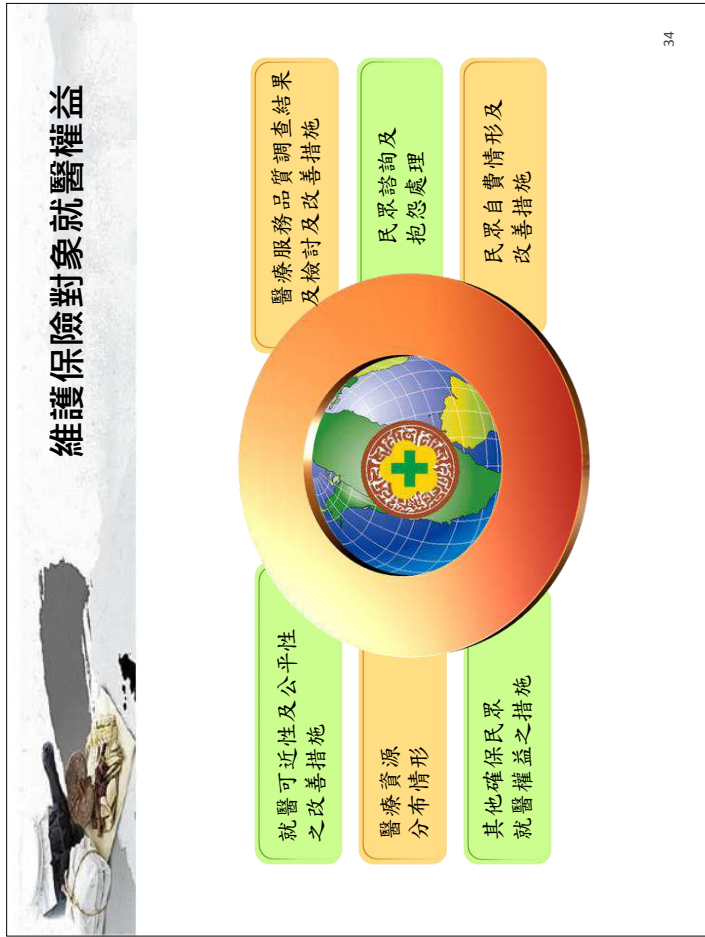
年度	89年	90年	91年	92年	93年	94年
無中醫鄉鎮數	113	111	111	110	109	108
無中醫鄉人口數	1,553,680	1,559,948	1,549,043	1,516,312	1,462,448	1,429,093
年度	95年	96年	97年	98年	99年	100年
無中醫鄉鎮數	111	112	106	106	105	105
無中醫鄉人口數	1,481,561	1,526,103	1,419,998	1,368,310	1,208,768	1,184,868
年度	101年	102年	103年	104年	105年	106年
無中醫鄉鎮數	104	103	98	94	91	87
無中醫鄉人口數	1,148,764	1,120,958	1,025,874	949,207	909,270	849,659
年度	107年	108年	89年VS 108年			
無中醫鄉鎮數	84	84	29			
無中醫鄉人口數	818,083	823,623	730,057			

31



32

維護保險對象就醫權益



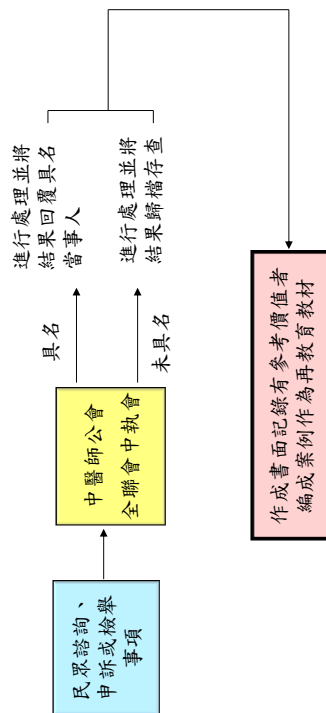
民眾諮詢及申訴管道



37

民眾諮詢及抱怨處理

諮詢、申訴或檢舉處理流程

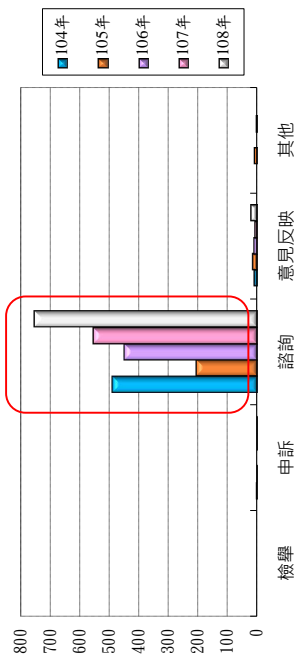


38

民眾諮詢及抱怨處理

民眾及會員意見反映統計

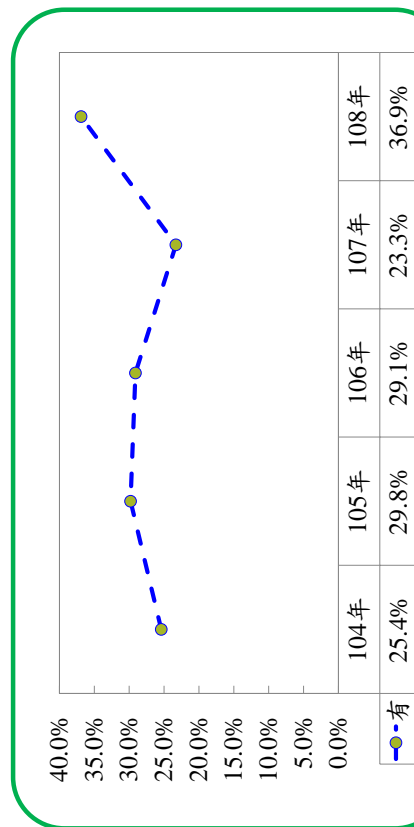
	檢舉	申訴	諮詢	意見反映	其他
104年	0	3	491	11	0
105年	0	1	203	16	0
106年	0	0	449	12	0
107年	0	1	553	9	4
108年	0	1	755	22	0



39

民眾自費情形

除掛號費與部分負擔，有無自付其他費用



40

民眾自費情形

■ 每次就醫總費用

- 佔比最大者為100元以下，歷年皆超過五成。
- 其次是201~500元、101~200元、501~1000元、1001元以上。
- 500元以下，整體比例無太大差異。

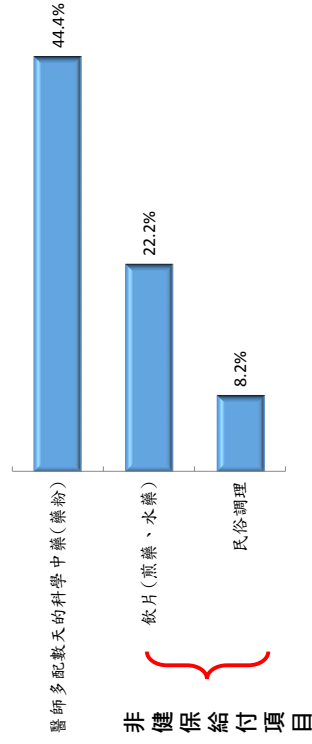


41

民眾自費情形

■ 自付其他費用前3名項目

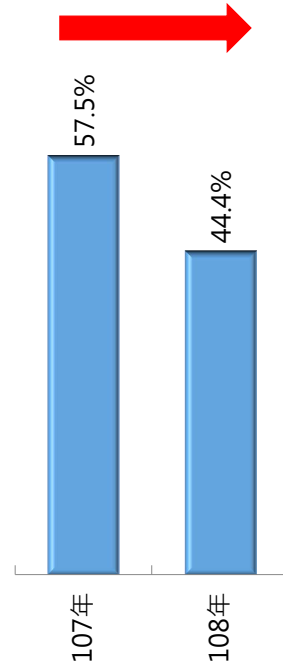
有自付其他費用的民眾之中，約44.4%民眾的自付費用項目是「醫師多配數天的科學中藥(藥粉)」，比例最高，其次是「飲片(煎藥、水藥)」占22.2%，再其次是「民俗調理」占8.2%。



42

民眾自費情形

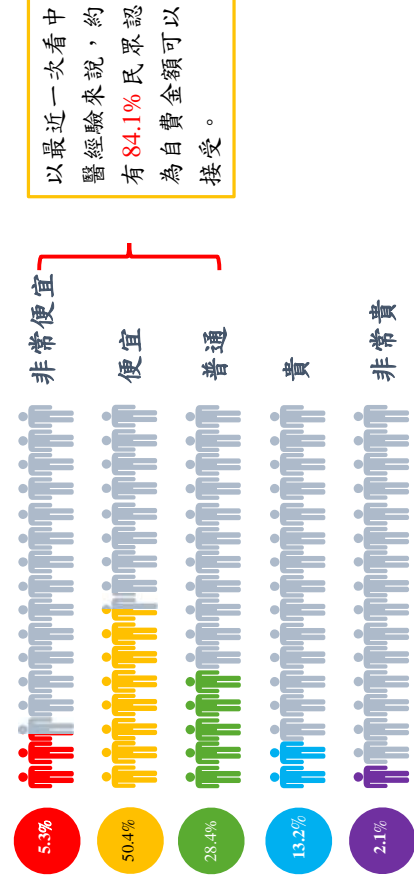
醫師多配數天的科學中藥(藥粉)



43

民眾自費情形

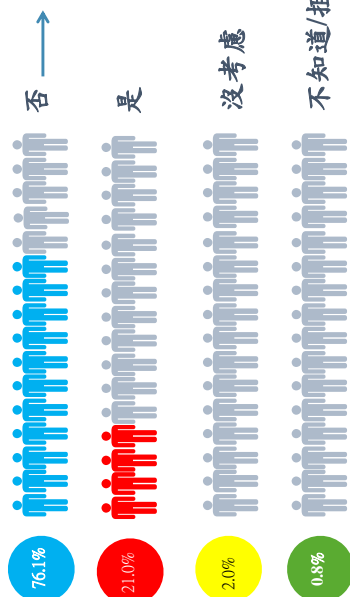
■ 對院所自費金額的感受



44

民眾自費情形

因就醫費用過高而不就診(104年起新增)



約有76.1%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

善改及討檢

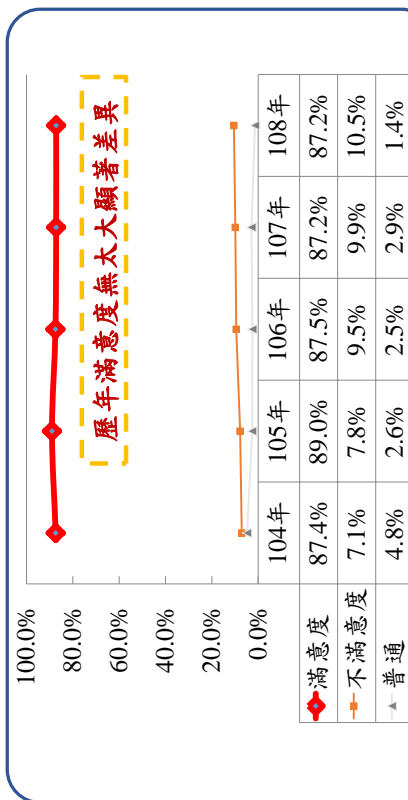
- 建立民眾自費監控機制**
加強宣導（不給付項目、自費項目與部分負擔說明）
公告收費標準表：請中醫醫藥院所張貼於明顯處，各縣市衛生局皆有提供收費標準

全國各縣市皆有收費標準表→→

[illegible]

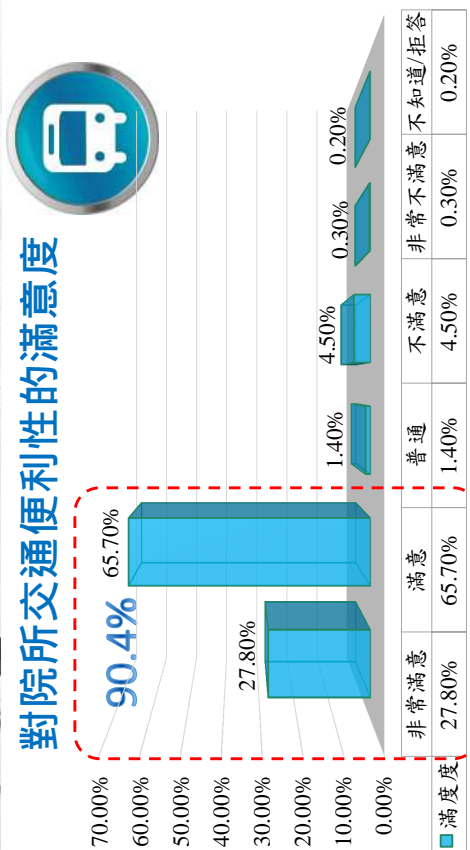
就醫民眾對中醫門診
總額就醫可近性

對預約到(或看到)中醫師的容易度

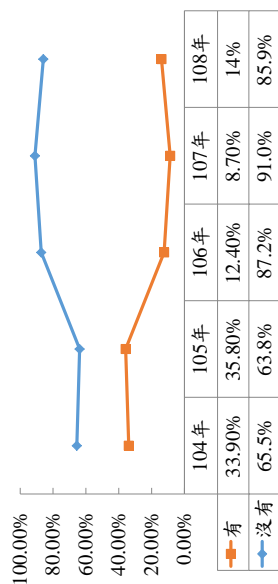


就醫民眾對中醫門診總額
就醫可近性

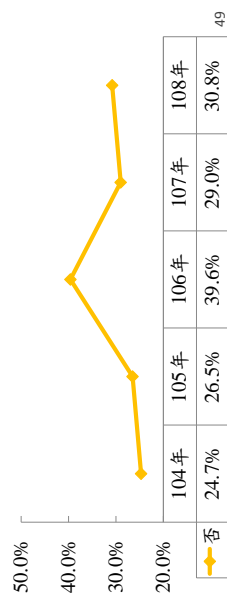
對院所交通便利性的滿意度



就醫民眾對中醫門診總額 就醫可近性



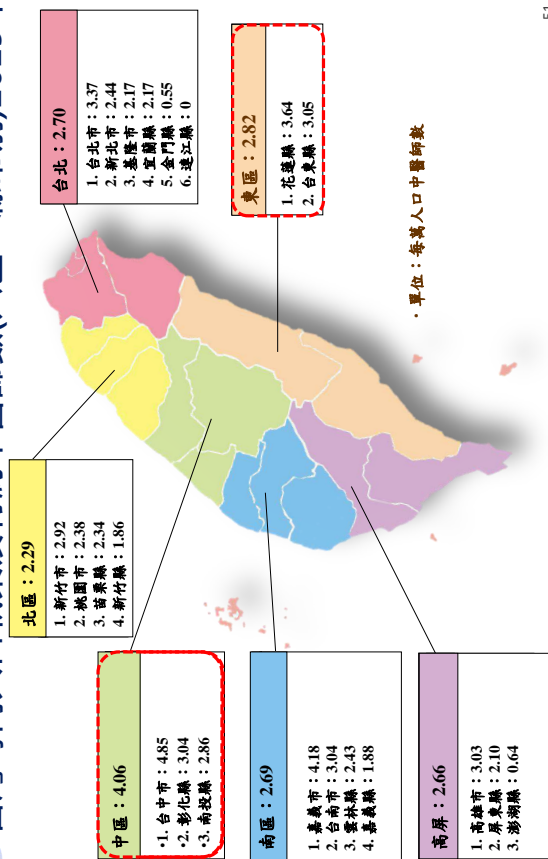
曾有在假日看中醫 院所的需要比率



無法在當地找到其他 就醫診所的比率



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)2019年



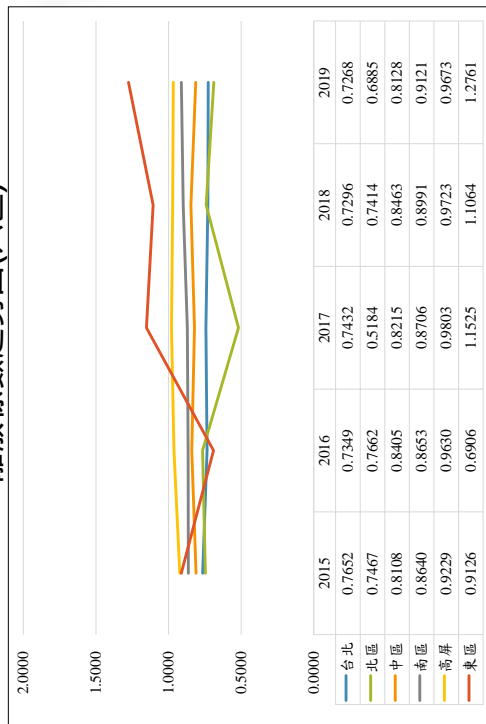
2006年至2019年各區台灣特約 每萬人口中醫師數

區別	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
台北區	1.48	1.64	1.68	1.72	1.73	1.80	1.86	1.97	2.03	2.03
北區	1.27	1.41	1.41	1.51	1.54	1.56	1.61	1.72	1.77	1.77
中區	2.53	2.64	2.65	2.85	2.85	3.01	2.95	3.14	3.19	3.22
南區	1.36	1.49	1.50	1.64	1.73	1.75	1.82	1.90	1.95	1.97
高屏區	1.33	1.42	1.49	1.60	1.65	1.66	1.73	1.87	1.89	1.92
東區	0.94	0.92	1.04	1.12	1.25	1.19	1.23	1.27	1.31	1.40
全區/中區/全區	1.60	1.71	1.75	1.86	1.89	1.95	1.99	2.12	2.16	2.18
全區	1.58	1.54	1.51	1.53	1.51	1.54	1.48	1.48	1.48	1.48

區別	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
台北區	2.11	2.19	2.27	2.36	2.40	2.43	2.52	2.61	2.70
北區	1.83	1.86	1.94	2.03	2.08	2.13	2.12	2.22	2.29
中區	3.36	3.49	3.59	3.68	3.72	3.81	3.91	4.00	4.06
南區	2.02	2.08	2.24	2.28	2.35	2.41	2.55	2.59	2.69
高屏區	1.99	2.05	2.16	2.22	2.31	2.41	2.50	2.59	2.66
東區	1.59	1.57	1.66	1.72	1.93	2.03	2.31	2.52	2.82
全區/中區/全區	2.27	2.34	2.44	2.51	2.57	2.63	2.72	2.81	2.87
全區	1.48	1.49	1.47	1.45	1.44	1.45	1.44	1.42	1.41

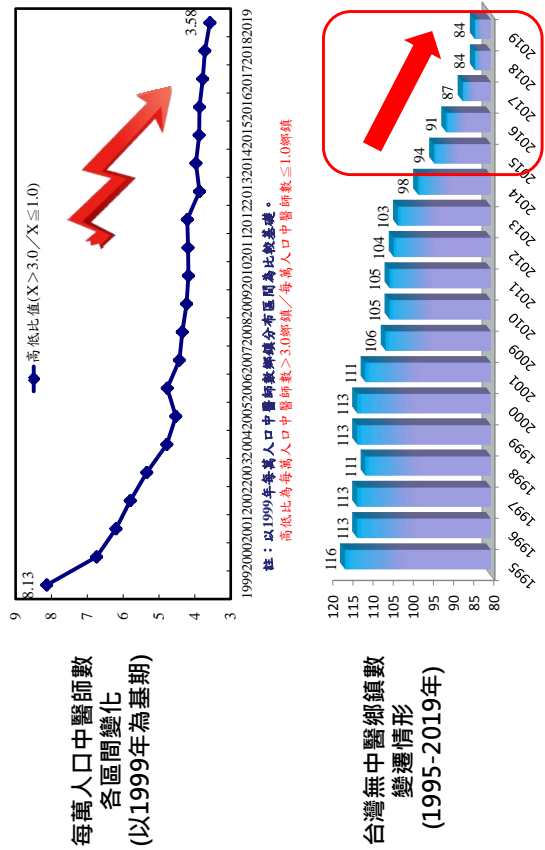
台灣特約中醫師人力地理分布

離散係數趨勢圖(六區)



53

台灣特約中醫師人力地理分布



均衡醫療資源及就醫公平性



56

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	2019	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	1.6092	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	2.9696	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	4.1897	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	5.7545	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	3.58	-56%

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，臺灣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。

54

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」



57

其他確保民眾就醫權益 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】

59

其他確保民眾就醫權益 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】

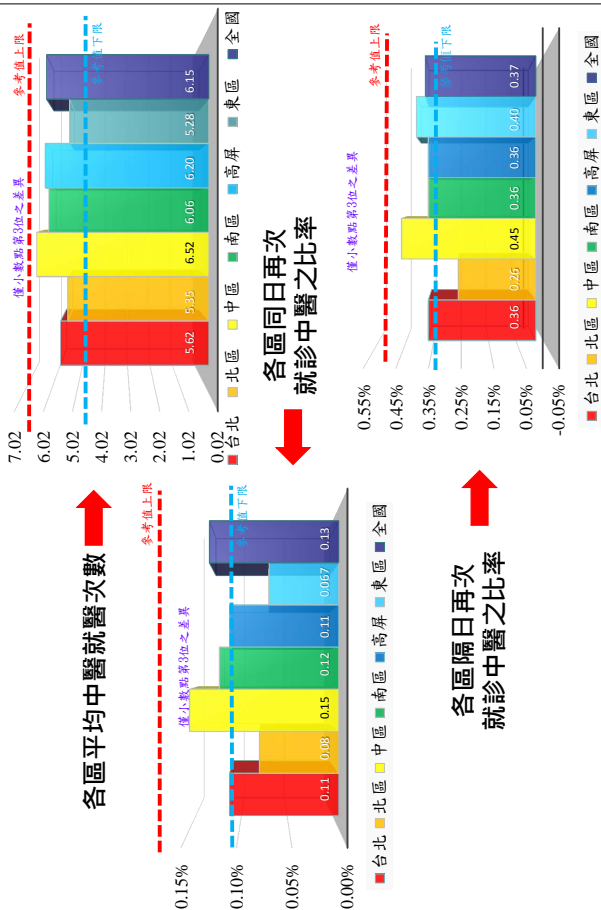
58

專業醫療服務品質 之確保與提升

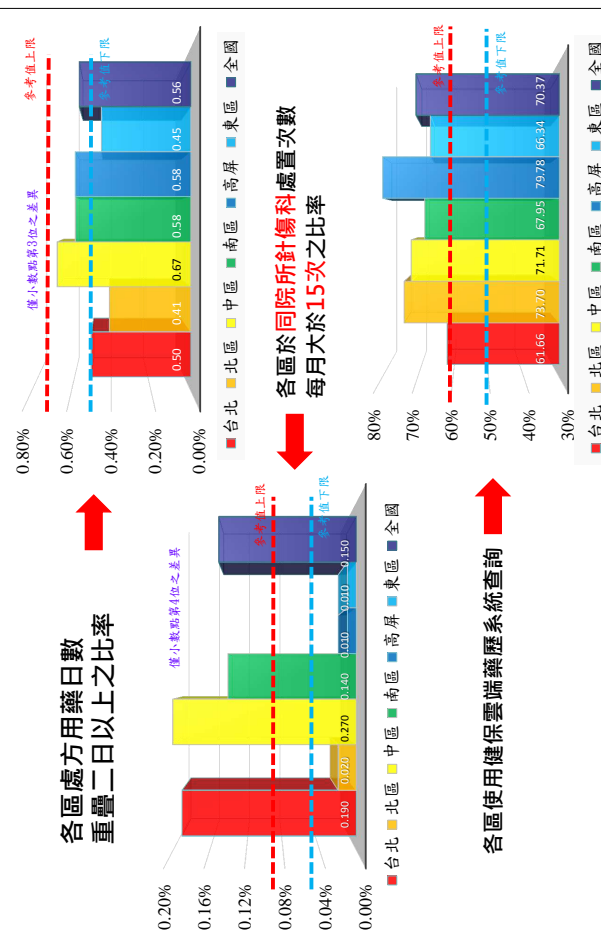


60

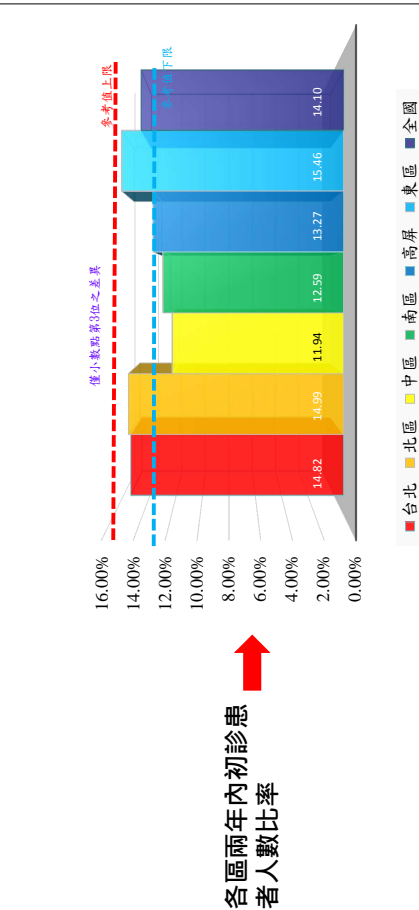
中醫總額專業醫療服務品質指標(108年)



中醫總額專業醫療服務品質指標(108年)



中醫總額專業醫療服務品質指標(108年)



其他品質監測指標(108年)



未達監測值(參考值)之檢討

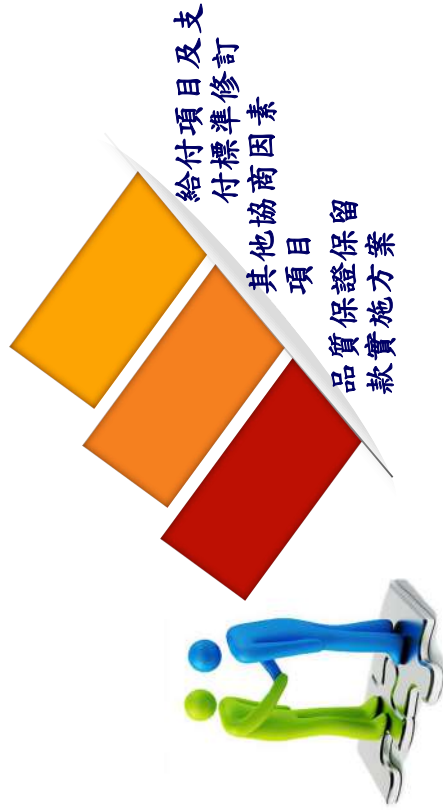
檢討與改善

- 大部分品質指標經多年的管控後，皆已呈現穩定狀態。
- 108年遵從委員建議，藉由各項專業醫療服務品質指標相關資訊的公開，可以讓就醫民眾、醫事機構及醫師皆有取得訊息的管道，進而提升醫療品質，建構安全醫療環境。
- 定期檢討現有指標並持續研議新的指標。



65

協商因素項目之執行情形



67

其他改善專業醫療服務品質具體措施

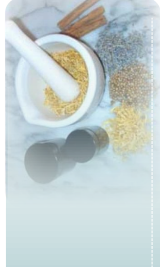
● 建立中醫門診總額傷科標準作業程序及品質提升計畫



● 健全中醫負責醫師訓練制度——中醫負責醫師訓練計畫



● 中藥用藥安全推動



66

提升用藥品質

(一)108年協定事項

➡ 優先於提升用藥品質

預期效益(含評估指標)

- 1.增加健保藥品給付品項10項。
- 2.藥品申報正確率達100%。
- 3.科學中藥自費金額降低。
- 4.辦理ADR講習會每年兩場次。

項次	中藥品項	效能
1	十味敗毒湯	祛風化濕，清熱解毒
2	平肝疏氣散	疏肝理氣，養血活血
3	香砂養胃湯	益氣和胃、消痰進食
4	歸脾建中湯	補氣建中，和裡緩急
5	折衝散	養血活血、散瘀通經
6	膽南星	燥濕化痰，祛風解癱
7	太子參	補氣養陰、清火生津
8	血竭	化血療傷，止血生肌
9	黑荊芥	發表散風，透疹消瘡，炒炭止血
10	地榆炭	涼血止血，解毒斂瘡

68

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	107年
核發數(千元)	19,950	20,994	20,994	21,965	44,770	46,405
總院所數	3,470	3,649	3,715	3,783	3,849	3,902
符合核發院所數	2,797	2,810	3,069	2,959	3,061	3,163
符合核發院所數佔率	78.92%	77.01%	82.61%	78.22%	79.53%	81.1%

108年支付標準之增修情形

修訂複雜性傷科
申報合理量
修正通則

- 每月申報上限，由30人次調升為60人次
- 預估年增點數：108年3月至12月約增加8,959.368點

調升「每日藥費」
申報代碼：A21
每日藥費給付加2點。
預估年增點數：108年3月至12月約增加1,659,187,560點

108年支付標準之增修情形

調升針傷處置費
申報代碼：針灸B41~B46)、傷科B53~B57、脫臼整復B61~B63及針灸合併傷科B80~B94
調升12點。
預估年增點數：108年3月至12月約增加1,659,187,560點

複雜性傷科適應症之「其他跗骨及跖骨之骨折，閉鎖性」ICD-10-CM代碼。
調整內容：將S92.5修改為S92.56
預估年增點數：108年3月至12月約減少1,897,653點

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

73

醫療利用及費用管控情形

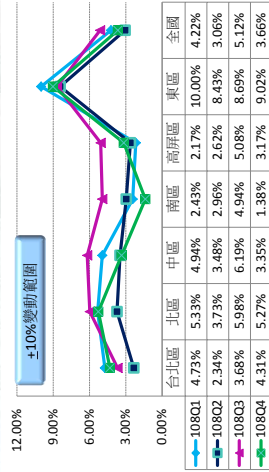
(3)醫療費用申請點數變化情形



75

醫療利用及費用管控情形

(1)人次利用成長率



(2)人數利用成長率



74

107年至108年各區各季 中醫門診總額點值

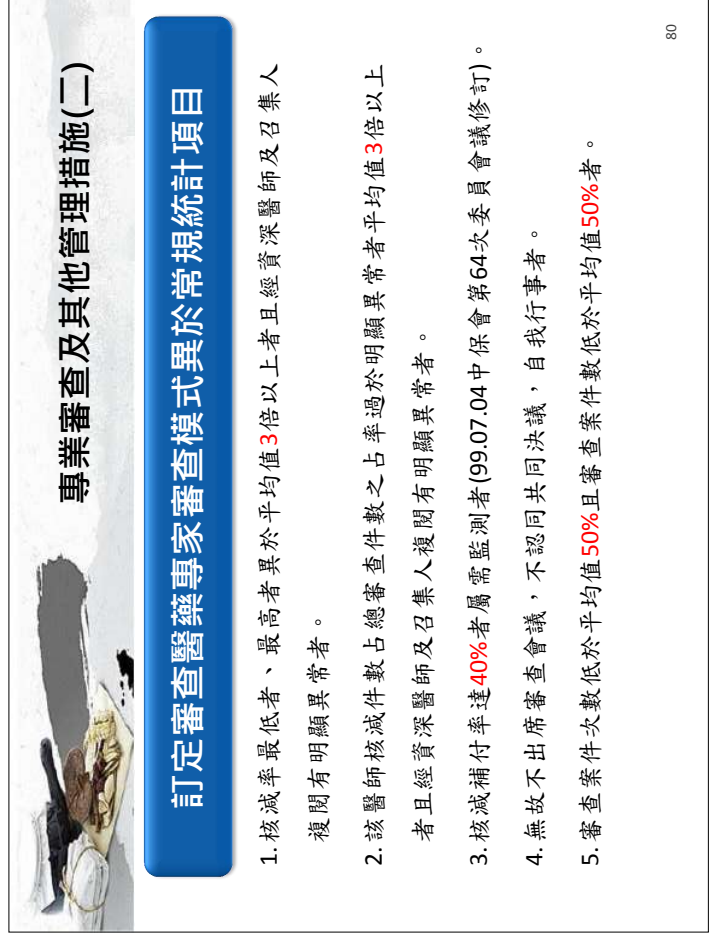
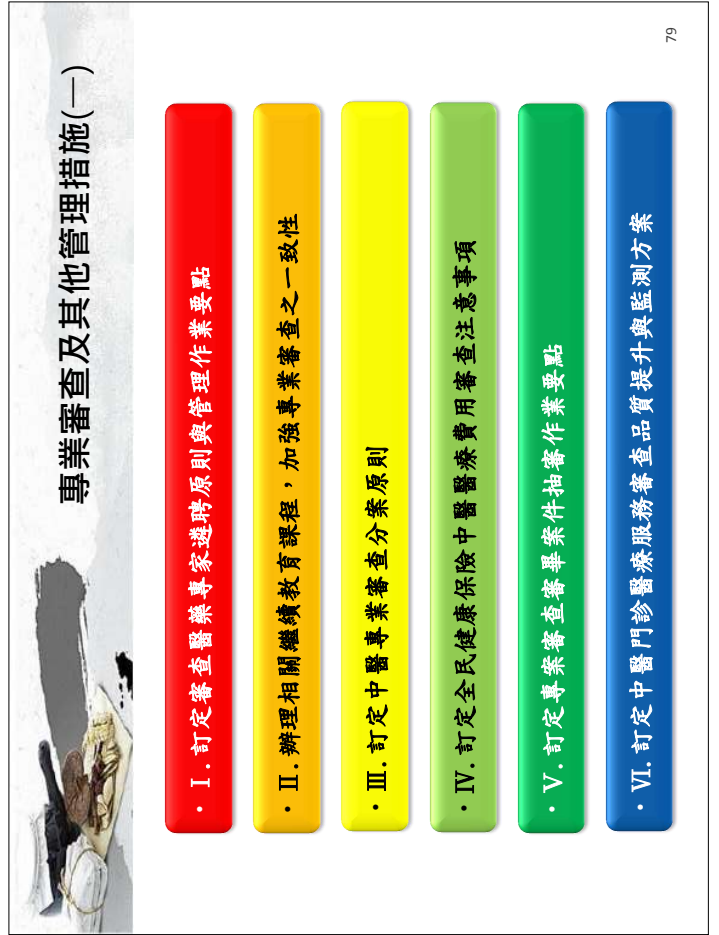
浮動點值

季別	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全國
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
108Q1	0.8285	0.8381	0.8330	0.9064	0.8663	1.1887	0.8542
108Q2	0.8419	0.8575	0.8439	0.8814	0.8747	1.1861	0.8612
108Q3	0.8174	0.8411	0.8017	0.8391	0.8438	1.1344	0.8290
108Q4	0.7874	0.8107	0.8152	0.8656	0.8217	1.1033	0.8196

平均點值

季別	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全國
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
108Q1	0.8886	0.9008	0.8909	0.9424	0.9156	1.1247	0.9069
108Q2	0.8964	0.9124	0.8978	0.9271	0.9208	1.1241	0.9110
108Q3	0.8807	0.9016	0.8703	0.9014	0.9020	1.0901	0.8906
108Q4	0.8619	0.8842	0.8796	0.9179	0.8881	1.0688	0.8851

76



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

81

中醫門診總額醫療案件爭議審議統計

108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	871	9	1.03%	862	98.97%
北區	72	0	0.00%	72	100%
中區	176	0	0.00%	176	100%
南區	102	1	0.98%	101	99.02%
高屏	54	0	0.00%	54	100%
東區	2	1	50.00%	1	50%
全國	1,279	11	0.86%	1,268	99.14%



83

中醫門診總額醫療費用核減率

108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	8,473	7,452	7,445	0.08%	0	0.08%	0	0.08%
北區	3,598	3,126	3,124	0.05%	0	0.05%	0	0.05%
中區	7,634	6,683	6,676	0.10%	0	0.09%	0	0.09%
南區	4,048	3,529	3,526	0.06%	0	0.05%	0	0.05%
高屏	4,558	4,003	3,999	0.10%	0	0.09%	0	0.09%
東區	584	523	522	0.12%	0	0.11%	0	0.11%
全國	28,895	25,316	25,292	0.08%	0	0.08%	0	0.08%

註1：本表含代辦，不含自費核退項目。
 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：核定點數係指經核定之醫療點數。
 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]。

82

院所違規家數及其違規情節-1

108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
104年	3	26	12	1	42
105年	3	10	17	9	39
106年	1	16	11	2	30
107年	2	22	5	3	32
108年	0	12	6	3	21

108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	202,209	1,039,328	22,178,519	23,420,056

註：非總額舉發大部分源自於總額共管機制

註1：非總額舉發包含民營醫療機構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：院所拒承、雙方協商等可追扣之金額)。

84


院所建規家數及具建規情節-2

107年及108年特約醫事服務機構違規類型查處迫扣統計

類 型 別	107年		108年	
	家次	點數	家次	點數
01未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務	12	346,514	11	2,716,054
02未依醫師診斷進行提供醫事服務	4	44,755	9	3,296,303
03處方箋或醫藥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，申報醫藥費用	0	0	0	0
05申報知病人以外他人之保險憑證就醫之醫藥費用	0	0	0	0
06空留非具醫事人員資格，執行醫師之外醫事人員之業務	2	114,699	0	0
07收治非保險對象，而以保險對象之名義，申報醫藥費用	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，登錄就醫並申報醫藥費用	0	0	0	0
09未診治保險對象，卻以創製就醫紀錄，虛報醫藥費用	2	101,286	6	1,010,284
10其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫藥費用	12	28,304,425	13	4,051,915
11保險醫事服務機構空留未具醫師資格之人員，為保險對象執行醫藥業務，申報醫藥費用	0	0	0	0
12保險醫事服務機構構成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款規 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，申報醫藥費用，其情節重大	0	0	4	539,601
14特約醫院及診所空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特約期間，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，受停止特約及停約一年，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
17違反醫事法令，受衛生主管機關廢止開業執照之處分。	-	-	0	0
99其他	5	148,726	10	11,805,899
合計	37	29,060,405	53	23,420,056

備註：本表為非總額舉發之統計

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										輔導結果追蹤 (家數)		
	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			
			合理	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				
台北	0	0	0	0	0	16	0	104	23	11	86	0	120	0	109
北區	0	0	0	0	0	10	0	15	0	8	5	12	25	0	25
中區	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0	9	8	17	0	17
南區	8	8	5	3	0	19	0	0	0	0	19	0	19	0	19
高屏	0	0	0	0	0	9	0	0	4	0	5	0	9	0	9
東區	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	2	0	2
合計	8	8	5	3	0	63	0	121	29	19	124	20	192	0	181

98

感謝各位委員
請指教！



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

107年評核委員評論意見與期許
之回應說明

西醫住院病患中醫特定疾病
輔助醫療試辦計畫

目錄

- 108年計畫目的及重點
- 104年-108年執行情形
- 檢討與改善方向

2

請說明腦中風整合性照護計畫三階段之照護差異。

處置項目	西醫住院病患 中醫輔助醫療	門診加強照護	一般門診
治療場所	西醫住院病房	中醫門診	中醫門診
科學中藥	✓	✓	✓
針灸治療	針灸治療/電針治療一	針灸治療/電針治療一	針灸治療/電針治療/傷科治療一
電針治療	針灸治療/電針治療一	針灸治療/電針治療一	針灸治療/電針治療/傷科治療一
傷科治療	✓	✓	✓
護理衛教	✓	✓	✓
飲食指導	✓	✓	✓
生理評估	✓	✓	✓
輔助醫療檢查	✓	✓	✓

4

107年評核委員
評論意見與期許
之回應說明

3

建議呈現收案病人及未收案病人之整體醫療費用 (含西醫)・以利檢視是否有助於降低醫療費用。

- 謝委員建議。
- 因受限於個資法，本會已委請學者進行相關研究，研究呈現校正疾病嚴重度後，發現醫療費用有下降。

1.Chung CC, Chen TL, Chiu HH, Ho CJ, Yeh CC, Tsai CC, Liao HH, Sun MH, Sung HC, Liao CC, Lin KJ, Shih CC. Outcomes after stroke in patients receiving adjunct therapy with traditional Chinese medicine: A nationwide matched intervention cohort study. J Ethnopharmacol. 2016 Jun 1;177:465-72. doi: 10.1016/j.jep.2015.10.028. Epub 2015 Nov 30.

2.Shih CC, Lin HH, Chen TL, Tsai CC, Liao HH, et al. (2015) Reduced use of emergency care and hospitalization in patients with traumatic brain injury receiving acupuncture treatment. Evid Based Complement Alternat Med. 2015;2015:250379.

5

請說明腦中風整合性照護計畫三階段之照護差異。 108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：

- 神經學功能進步
- 日常生活能力改善
- 生活品質提升
- 縮短住院天數
- 降低醫療費用支出

- ✓ 預算來源：108年五年經費182百萬元。
- ✓ 整體執行數：178.3百萬。
- ✓ 整體執行率：98.0%。

7

PLAN

西醫住院病患 中醫特定疾病 輔助醫療試辦計畫 108年計畫目的及重點

6

西醫住院病患中醫 特定疾病 輔助醫療試辦計畫 104-108年執行情形

8

成效評估-腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷

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)

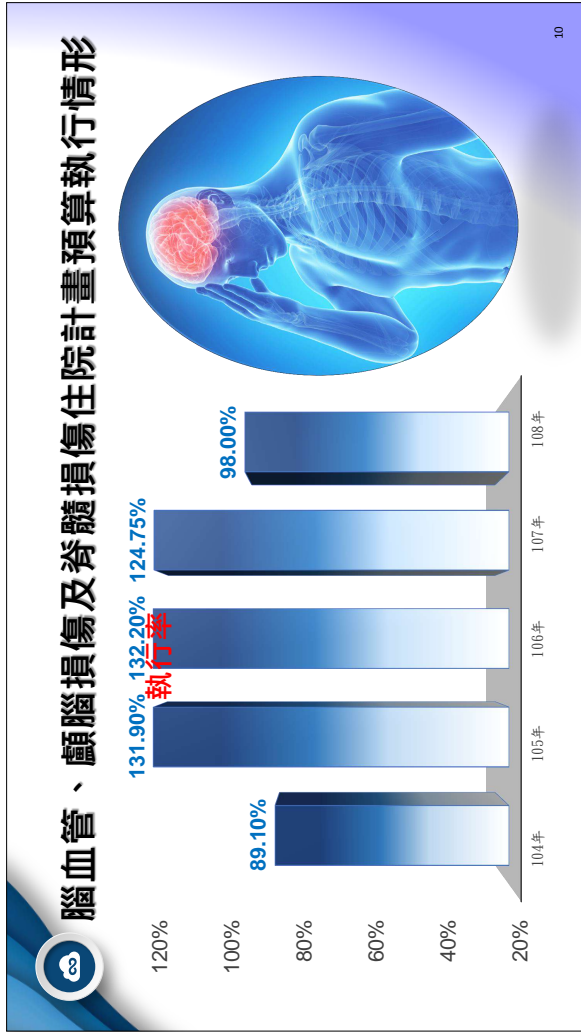
顱腦損傷評估工具

- 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)

9



腦血管疾病量表回收情形

前後測皆完成的樣本數，去除遺漏資料：

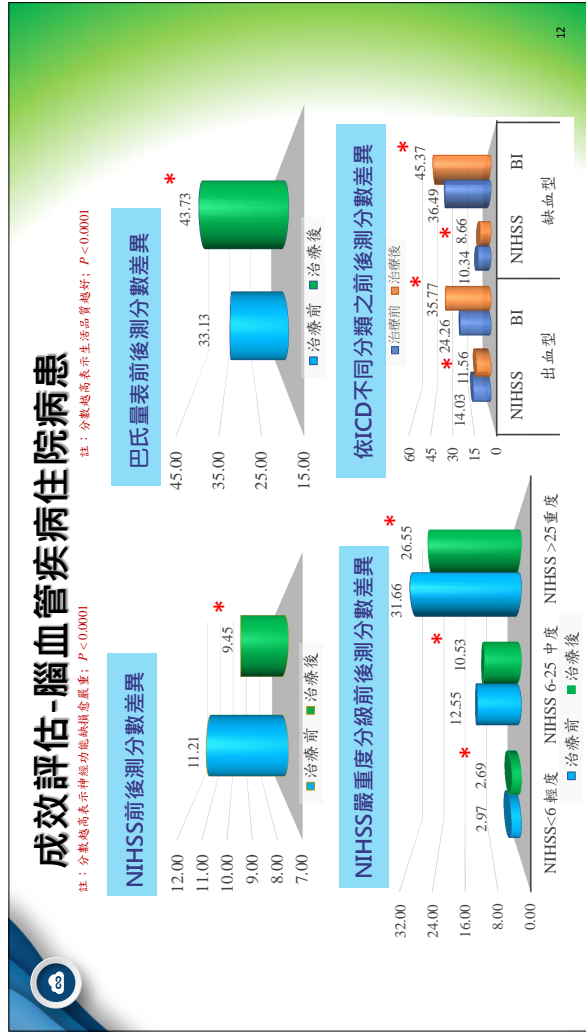
- ✓ NIHSS 量表有 7,175 人
- ✓ 巴氏量表有 7,258 人

Hospitals/Clinics : 79

NIHSS : 7175

Barthel Index : 7285

11



成效評估-腦血管疾病

腦血管疾病NIHSS&BI前後測分數差異與年齡及中醫治療方式之檢定

	治療前	治療後	95% CI of Difference	p-value
大於69歲				
NIHSS(N=2,979)	11.72±8.33	10.38±8.36	(-1.48,-1.19)	<.0001***
BI(N=3,013)	27.47±26.67	34.63±29.14	(6.62,7.70)	<.0001***
50~69歲				
NIHSS(N=3,248)	10.62±8.23	8.73±7.79	(-2.04,-1.73)	<.0001***
BI(N=3,278)	36.75±30.30	47.72±31.37	(10.36,11.58)	<.0001***
30~49歲				
NIHSS(N=887)	11.48±8.94	8.91±8.09	(-2.93,-2.21)	<.0001***
BI(N=905)	38.84±31.67	51.38±32.21	(11.28,13.78)	<.0001***
小於30歲				
NIHSS(N=61)	13.26±11.06	10.56±10.78	(-3.77,-1.64)	<.0001***
BI(N=62)	33.15±32.83	46.69±33.80	(8.47,18.63)	<.0001***

13

顱腦損傷量表回收情形

前後測皆完成的樣本數，去除遺漏資料：

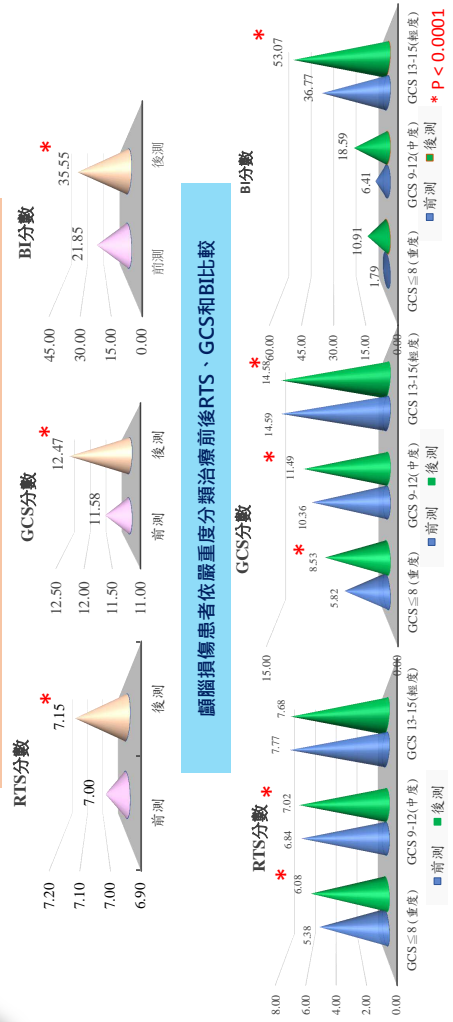
- ✓改良式創傷嚴重度指標(RTS)量表為1,315人
- ✓昏迷指數(GCS)量表為1,053人
- ✓巴氏量表為1,053人



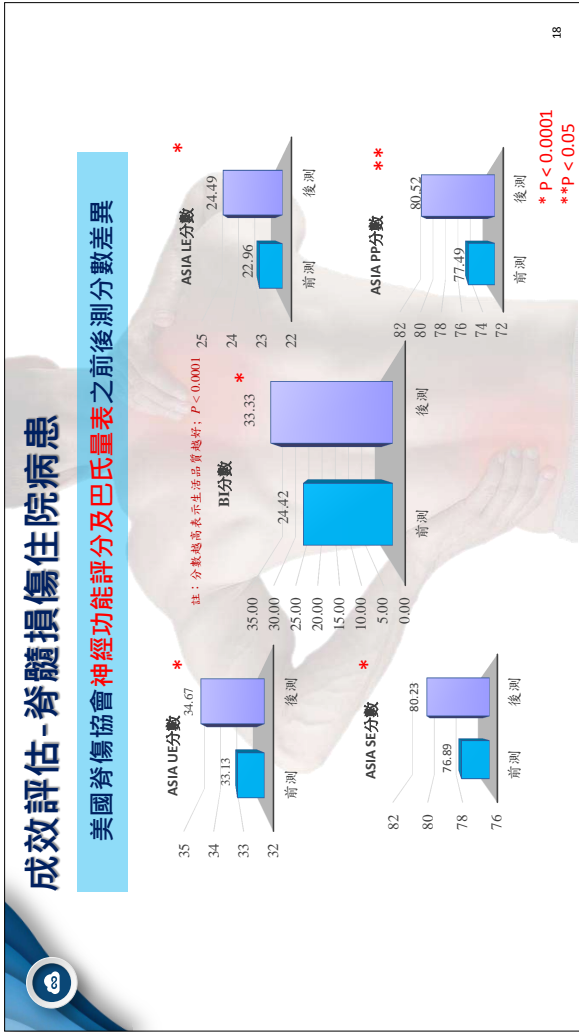
14

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



15

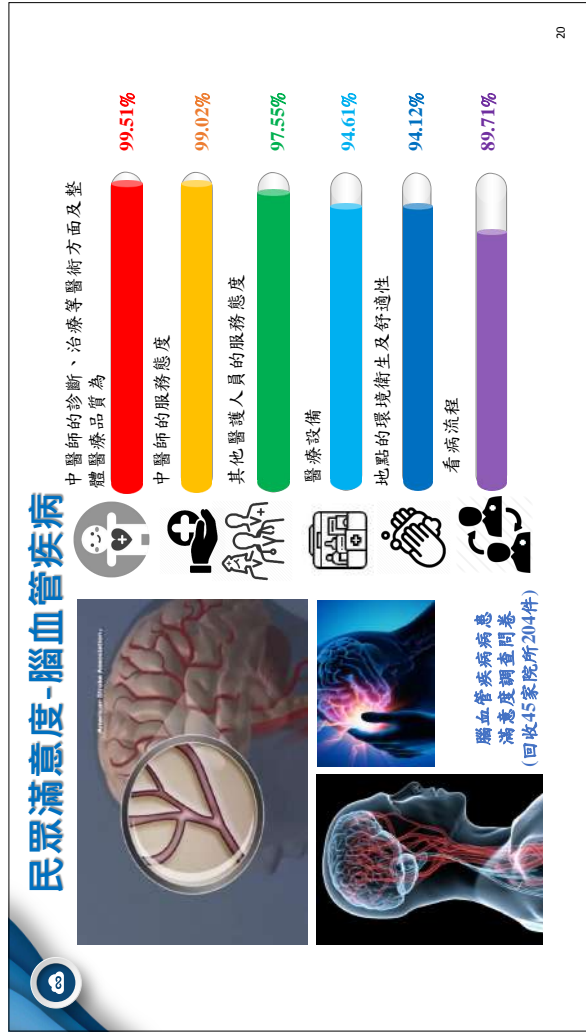


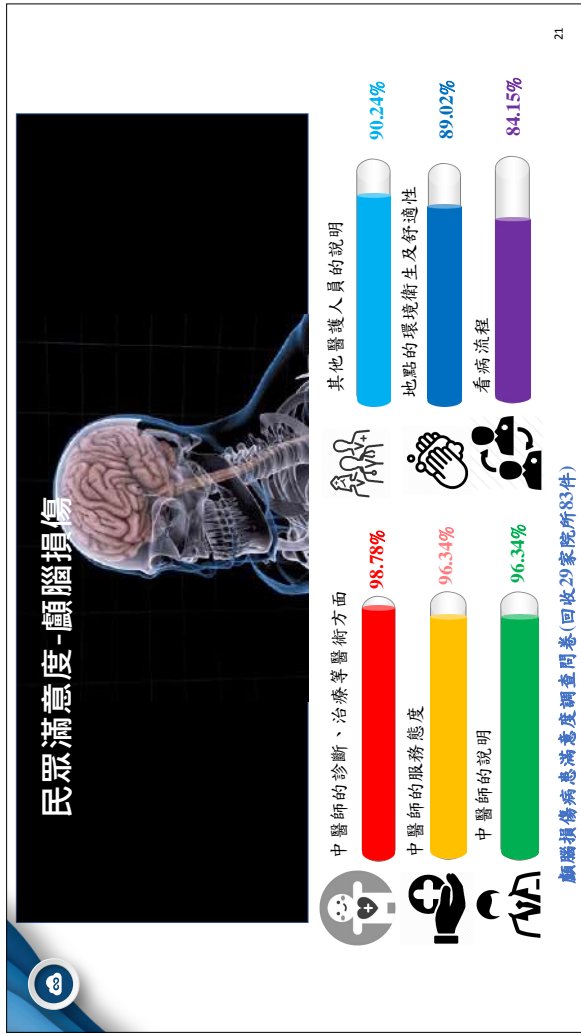
成效評估-脊髓損傷住院病患

脊髓損傷治療前後UE、LE、BI比較

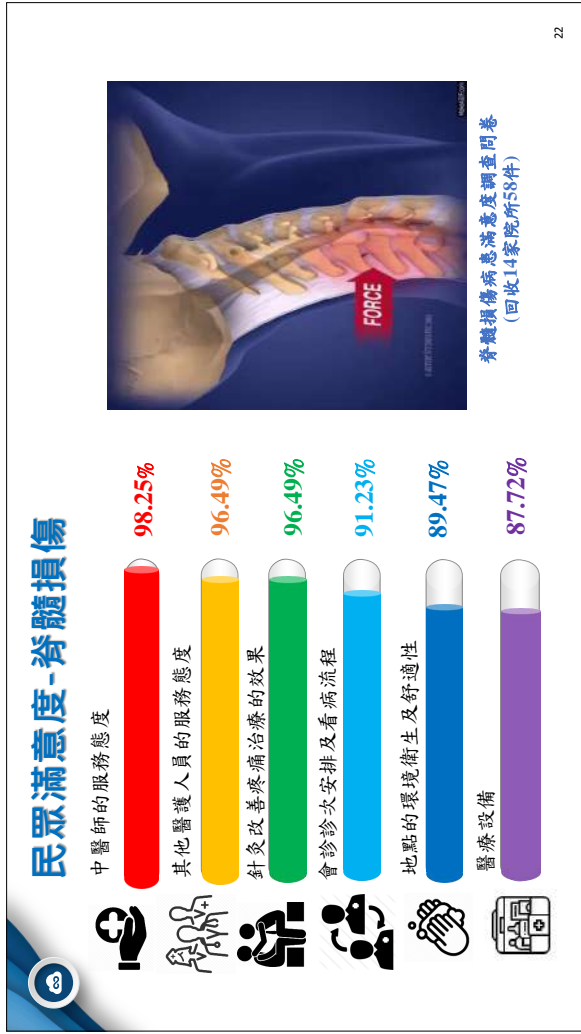
嚴重度分類	治療前	治療後	95%CI of Difference	p-value
AIS-A(N=72)				
UE	30.96±20.06	32.89±18.98	(0.65, 3.21)	.0037**
LE	3.47±8.53	5.31±10.48	(0.35, 3.32)	.0163*
BI	9.31±12.40	13.54±16.54	(1.79, 6.68)	.0009**
AIS-B(N=48)				
UE	26.17±15.72	25.98±14.89	(-2.07, 1.69)	.8420
LE	11.60±13.10	12.54±13.75	(-0.08, 1.95)	.0695
BI	13.54±19.21	16.35±18.93	(-0.11, 5.73)	.5850
AIS-C(N=97)				
UE	30.07±14.98	31.31±14.69	(0.49, 1.98)	.0014**
LE	18.07±13.87	20.63±14.32	(1.26, 3.85)	.0032**
BI	20.36±21.89	27.89±25.34	(4.82, 13.41)	< .0001***
AIS-D(N=149)				
UE	37.40±11.83	39.64±10.51	(1.11, 3.38)	.0001**
LE	37.18±10.60	38.26±10.15	(0.36, 1.78)	.0002**
BI	35.60±27.24	49.93±27.77	(11.26, 17.40)	< .0001***

19





21



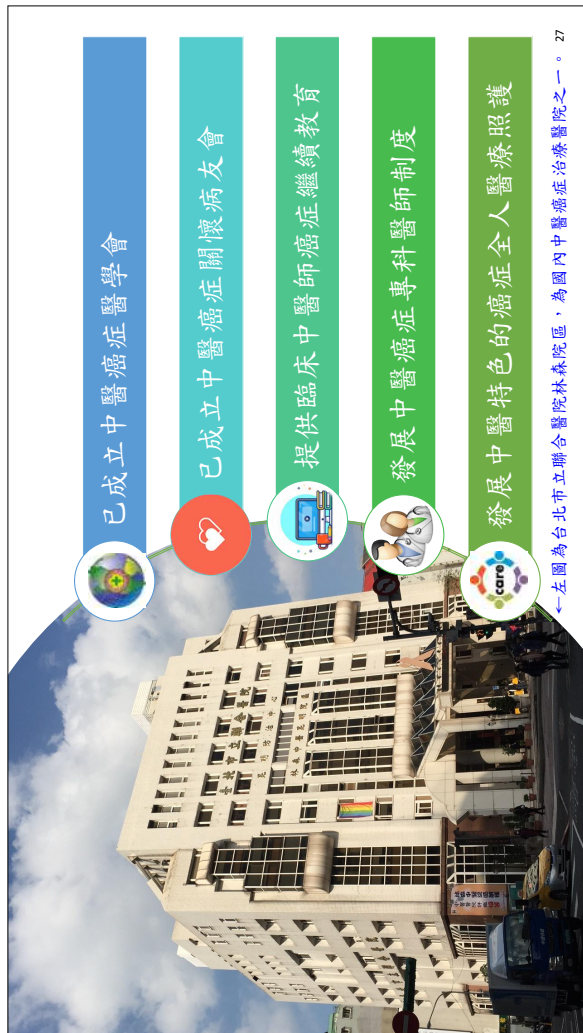
22



23



24



108年計畫目的及重點

1. 透過中西醫結合的治療方式，將腫瘤患者經手術、放化療後常出現的副作用減輕到最低
2. 讓患者能順利完成整個西醫療程，發揮最大療效
3. 對末期患者所出現的惡病質，透過中醫的治療照護，提升患者的生活品質

✓ 預算來源：108年全年經費166百萬元。
 ✓ 整體執行數：156.3百萬。
 ✓ 整體執行率：94%。

33

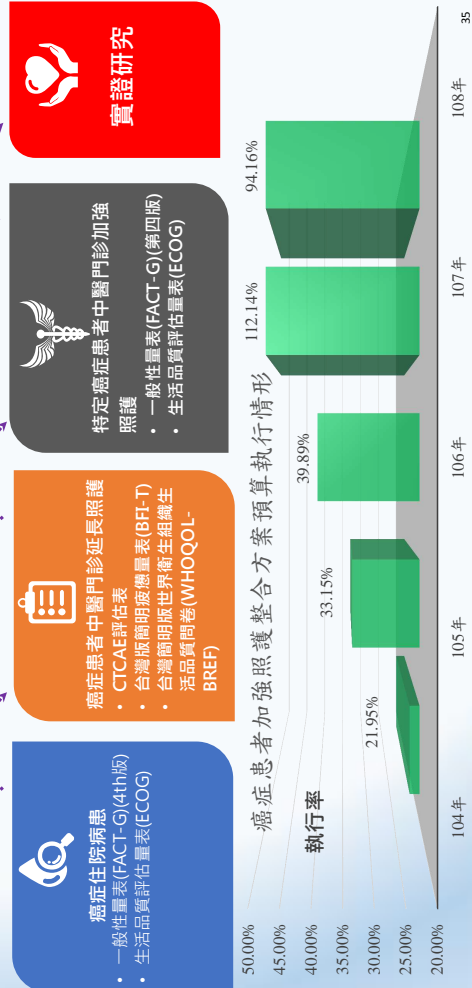
108年-執行概況

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)
基層院所	57	1,069	13.6	17.72
地區醫院	22	865	8.1	11.16
區域醫院	30	3,268	37.5	65.85
醫學中心	12	4,333	43.3	61.53
全國	121	9,396	102.5	156.26

✓ 以院所層級別分類，以醫學中心提供之照護人次最多

34

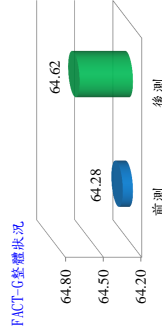
108年-執行概況 成效評估-中醫癌症患者加強照護整合方案



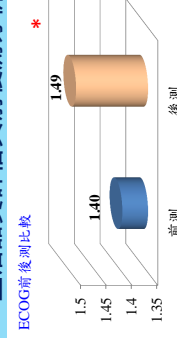
35

成效評估-癌症住院病患

癌症病患在FACT-G整體之前後測分數差異



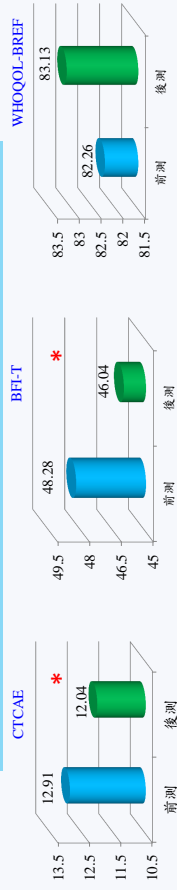
癌症住院病患參與計畫ECOG生活品質評估其前後測分析



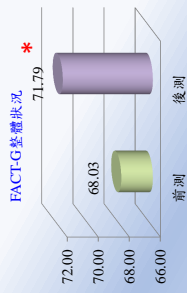
36

成效評估-癌症/特定癌症患者中醫門診延長照護

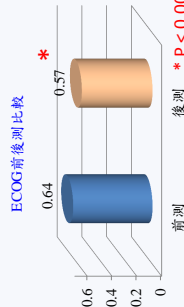
癌症患者在CTCAE、BFI-T與WHOQOL-BREF量表之前後測分數差異



門診加強照護計畫病患在FACT-G整體之前後測分數差異

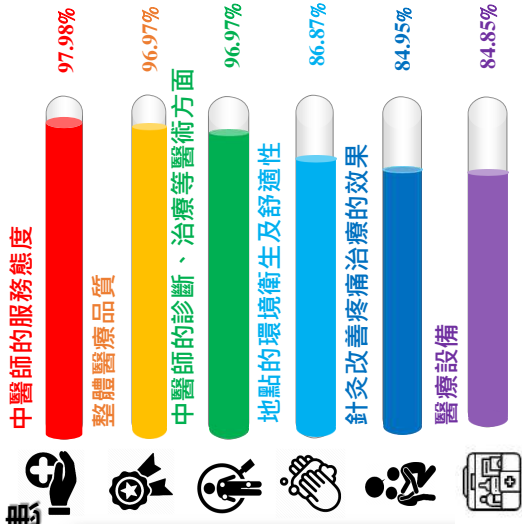


門診加強照護計畫病患參與計畫ECOG生活品質評估其前後測分析



37

民眾滿意度-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)

38

未來努力方向與檢討

經費執行情形

108年執行率94%

資源分布問題

- 醫學中心，占全部費用的70%以上
- 六區試辦計畫偏重在^{中南部}
- 台北區與北區院所執行率較低

說明：

都會區教學醫院業務量大，附設中醫部門較少，導致台北區與北區服務量偏低。

未來努力方向

- 舉辦活動，宣導正確就醫觀念
- 與西醫方面進行溝通，以增加互信
- 舉辦相關課程及學術研討會
- 爭取健保署及委員的支持，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。

39

目錄	
1	108年計畫目的及重點
2	執行情形
3	檢討與改善方向

108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。

01

- ✓ 預算來源：108年全年經費20百萬元。
- ✓ 整體執行數：0.81百萬。
- ✓ 整體執行率：4.02%。



108年執行情形

108年全民健康保險中醫急症處置計畫六區費用執行占率

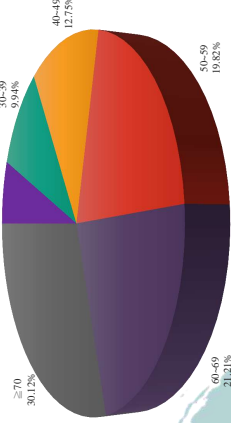
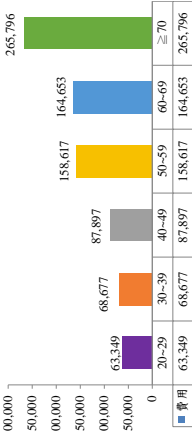
108年全民健康保險中醫急症處置計畫六區使用費用




地區	費用執行占率	使用費用
東區	44.39%	360,258
北區	19.19%	155,740
北區	9.66%	78,371
中區	23.19%	188,223
南區	11.33%	91,188
南區	2.44%	19,813

108年執行情形

108年全民健康保險中醫急症處置計畫年齡層費用及占率

年齡層	費用	占率
≥70	265,796	30.12%
60-69	164,653	21.11%
50-59	158,617	19.82%
40-49	87,897	12.75%
30-39	68,677	9.94%
20-29	63,349	6.17%

108年執行情形

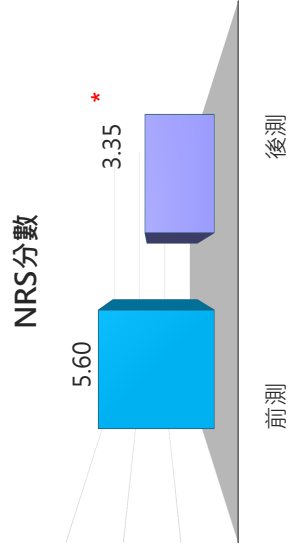
全民健康保險中醫急症處置計畫疾病類別費用占率

ICD-10	疾病名稱	申請件數	申請金額
R42	頭暈及目眩	167	196,279
H8139	其他末梢性眩暈	87	98,026
M6080	其他肌炎，未指定部位	39	66,173
M545	下背痛	39	47,728
K567	腸阻塞，未特定	30	36,569
I639	腦視塞	18	25,123
R079	胸痛，未特定	21	24,554
M609	肌炎，未特定	14	19,575
K5660	不明原因腸阻塞	9	14,751
K560	麻痹性腸阻塞	6	10,626

45

成效評估-急診胸悶、胸痛、心悸病患

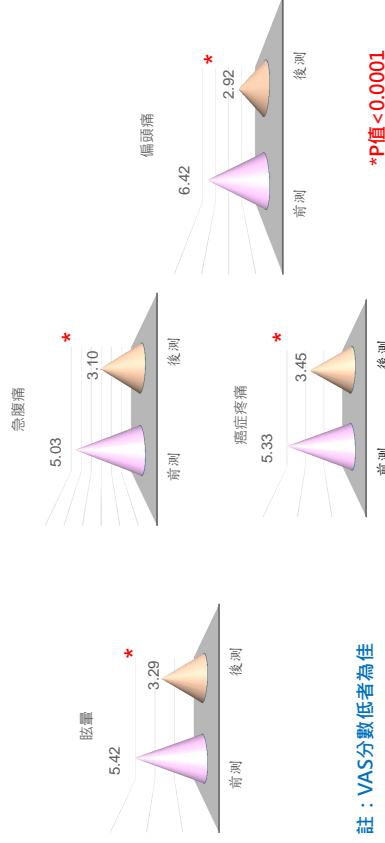
急診胸悶、胸痛、心悸病患患NRS分數之前後測分數差異



47

成效評估-VAS量表

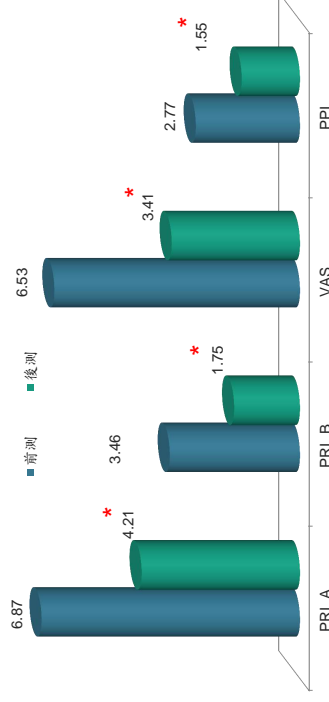
急診眩暈、急腹症、偏頭痛、痛症疼痛病患在VAS量表之前後測分數差異



46

成效評估-急診軟組織疼痛

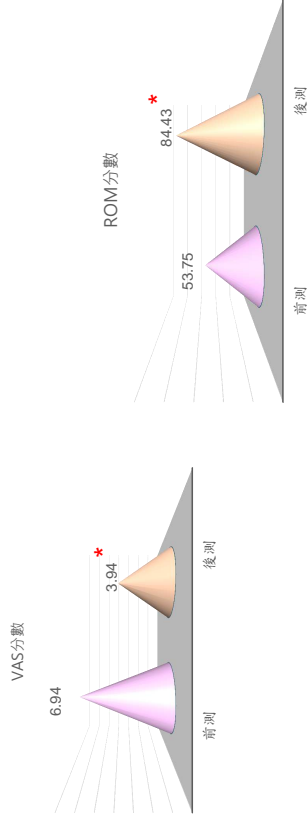
急診軟組織疼痛病患在PRI_A、PRI_B、VAS、PPI之前後測分數差異



48

● 成效評估-急診骨折、關節相關痛症

急診骨折、關節相關痛症病患在量表VAS、ROM之前後測分數差異

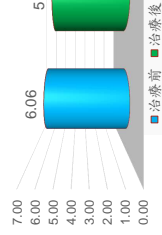


49

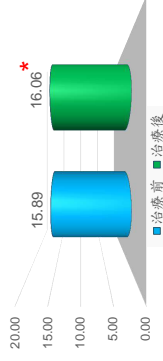
● 成效評估-急診腦血管疾病病患

註：分數越高表示神經功能越健全； $P < 0.0001$

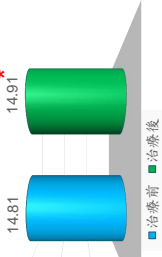
NIHSS前後測分數差異



MP量表前後測分數差異



GCS量表前後測分數差異



50

經費執行

- 各醫院成立中醫急症治療團隊及急症處置流程。
- 今年將支付標準中針灸傷科處置次數由二次提高到三次提升服務品質。

就民眾端

對民眾加強宣導中醫急症適應症。

就中醫師端

- 派中醫師駐診急診。
- 加強中醫急症醫療訓練。

資源分布

108年主要分布在東區中區台北區，透過宣導及急症處置流程的推廣，希望能普及六區民眾。

就西醫師端

加強與急診醫師溝通，提升西醫師了解中醫急症適應症，提高會診中醫的頻率。

52

檢討與改善方向

03

51



01

109年計畫目的及重點

早期中醫介入腎病病人，減緩腎病惡化，延緩洗腎時程，提升病人生活品質，發展中西醫結合治療之醫療照護模式。

✓ 預算來源：109年全年經費50百萬元。

02

109年執行內容

慢性腎臟疾病(以下稱CKD)

- Stage 2~5期之病人
- 主診斷為ICD-10-CM為N182-N186(慢性腎病)之病人。

➢ CKD Stage 2

➢ CKD Stage 3~5

03

109年評核指標及退場機制

➢ 生活品質量表(EQ-5D)之回收率低於60%

➢ CKD Stage 3~5病人之檢查數據上傳率低於60%者

◆ 次年不得承作本計畫。

04

109年執行情形

- ◆ 3月1日起開始辦理繼續教育課程(為配合疫情，大多採視訊課程)
- ◆ 至今辦理30場次的課程
- ◆ 900多位中醫完成繼續教育課程
- ◆ 申請家數承作家數為188家465醫師
- ◆ 109年04月中旬開始收案

57

全民健康保險 中醫提升孕產 照護品質計畫

58

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

59

孕產照護品質計畫

評核委員意見與期許之回應說明

中醫部門回應：

- 107年服務人數成長率為5.17%，稀釋了母數，因此助孕成功率相對降低。
- 整體保胎成功率雖降低，但保胎成功人數為388人較106年增加。

評核委員意見與期許

「中醫孕產照護品質計畫」服務人數逐年增加，但「助孕成功率」、「保胎成功率」卻逐年下降，請進一步分析原因。

60



評核委員意見與期許之回應說明

孕產照護
品質計畫

評核委員意見與期許

建議進一步分析診斷別及病患特性，並精進計畫指標。

中醫部門回應：

- 除了年齡層較大外，合併其他婦科或內科疾病的人數較多，疾病嚴重度相對增加，使得孕產成功率下降。

61



評核委員意見與期許之回應說明

孕產照護
品質計畫

評核委員意見與期許

建議「保胎成功率」比照「助孕成功率」，呈現「僅利用中醫治療」、「同時利用西醫治療」之資料。

中醫部門回應：

- 依委員建議，「保胎成功率」比照「助孕成功率」呈現資料，承辦院所協助回饋量表內容增設「同時利用西醫治療」欄位。
- 擬向健保署提出相關需求，以符合委員的期待。

62



中醫提升孕產照護品質計畫執行成果

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

以計畫前三年平均值为預設目標：
1.參與院所數100家
2.服務人數5,500人

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

計畫目的

執行目標

經費來源
&
協定事項

63



中醫提升孕產照護品質計畫執行成果

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

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

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

費用支付

執行內容

評核指標
&
追場機制

64



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，至今執行五年多，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。
服務人次108年較107年服務人數增加90%以上，可見民眾利用需求明顯的提高。

65



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(百萬)
104年	89	157	23,267	3,128	24.70
105年	108	184	49,848	5,630	54.58
106年	104	179	56,602	5,903	62.74
107年	104	195	60,869	6,208	68.00
108年	113	205	63,648	11,812	71.23
相較前一年成長率	8.65%	5.13%	4.57%	90.27%	4.75%

→服務人數108年較107年服務人數增加90%以上，可見民眾利用需求明顯的提高

66



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
104年	7.44	1,062
105年	8.85	1,095
106年	9.59	1,109
107年	9.80	1,117
108年	5.39	1,119

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	63,648	11,812	71,227,875	6,030
無收案	1,402,971	402,330	1,056,567,152	2,626

67



助孕實施效益統計

僅利用中醫治療

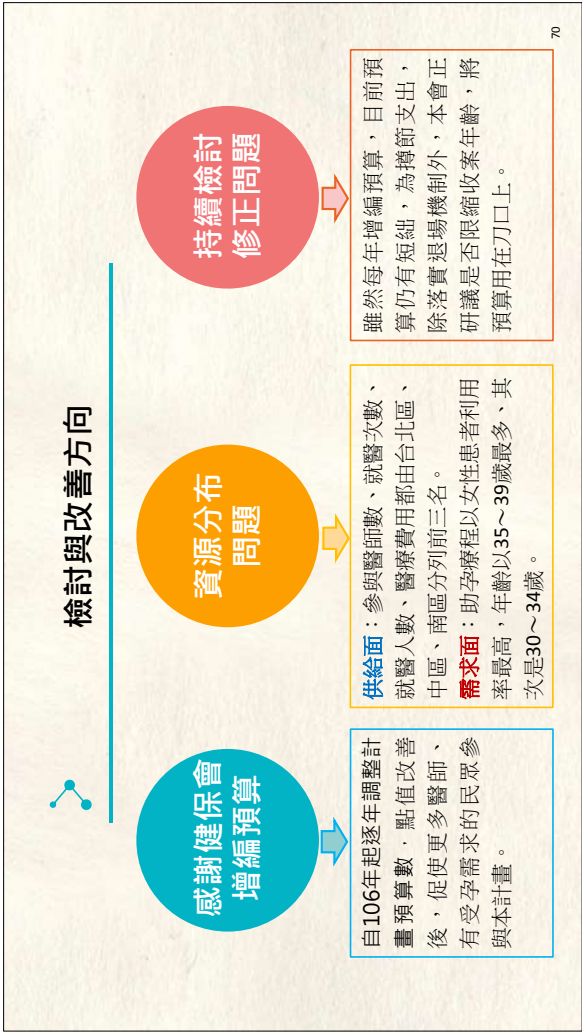
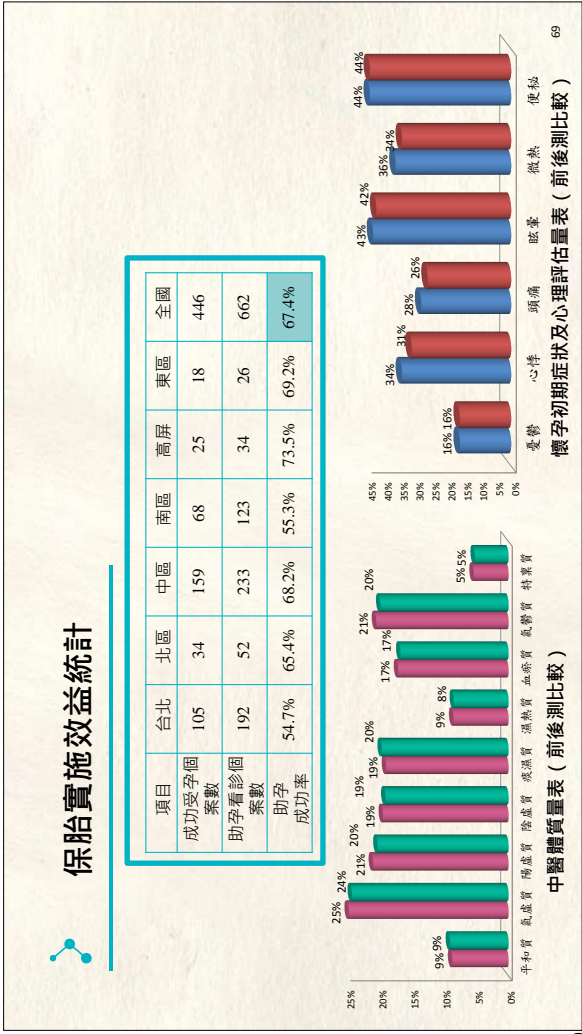
項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
成功受孕個案數	113	64	339	152	57	20	724
助孕看診個案數	1,263	458	2,062	1,775	376	160	6,077
助孕成功率	8.9%	14.0%	16.4%	8.6%	15.2%	12.5%	11.9%



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	56	21	143	48	27	6	301
助孕看診個案數	413	103	654	320	123	39	1,651
助孕成功率	13.6%	20.4%	21.9%	15.0%	22.0%	15.4%	18.2%

68



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

兒童過敏性
鼻炎計畫

評核委員評核意見與期許之回應說明

→ 評核委員評論意見與期許：
• 「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」預算執行率僅48.3%，且接受完整照護比率很低，請進一步分析原因。

→ 中醫部門回應：
• 針對計畫申報方式過於繁瑣，造成執行困難，此問題於107年修正計畫條文時，已經改善。
• 108年執行率為137.4%。

73

中醫兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫執行成果

針對兒童患有過敏性鼻炎者，藉由中醫介入治療，期望過敏症狀改善且減少併發症、改善日常生活品質、提升生活品質

以計畫前二年平均值為預設目標：
1.參與院所數100家
2.服務人數2,500人

專款項目支應
• 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

計畫目的

執行目標

經費來源 & 協定事項

74

中醫兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫執行成果

• 同一般支付，另增訂管理照護費
• 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

• 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

• 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

費用支付

執行內容

評核指標 & 退場機制

75

兒童過敏性鼻炎試辦計畫預算執行數 / 執行率

105年 預算數 / 執行數 / 執行率	20.0 / 3.1 / 15.3%
106年 預算數 / 執行數 / 執行率	20.0 / 3.8 / 18.9%
107年 預算數 / 執行數 / 執行率	20.0 / 9.7 / 48.3%
108年 預算數 / 執行數 / 執行率	10.0 / 13.7 / 137.4%

本計畫於105年開辦執行，至今執行四年多，執行率偏低，於協商108年預算時，減編預算，年度預算修訂為10百萬。

76



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(百萬)
105年	102	154	1,856	1,419	3.10
106年	95	149	2,239	1,562	3.77
107年	109	203	10,249	2,888	9.65
108年	101	229	13,112	3,513	13.74
相較前一年成長率	-7.34%	12.81%	27.93%	21.64%	42.38%

77



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	2,156
106年	1.43	1,682	2,411
107年	3.27	942	3,342
108年	3.73	1,048	3,911

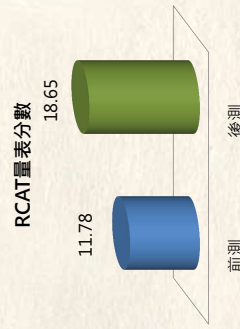
有無收案比較	服務人次	服務人數	醫療費用點數	平均每人醫療費用
有收案	13,112	3,513	13,738,170	3,911
無收案	290,054	79,863	213,821,910	2,677

78



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98家院所提供
前後測皆完成的樣本數去條遺漏資料RCAT量表有3,214人次



RCAT評估量表（前後測比較）

79



檢討與改善方向

- 經過多年宣導，鼓勵醫院及基層院所積極參與收案。
- 六區管理指標中加入誘因，減少抽審。
- 未來將於VPN資料中，增加結案條件的其他原因分析，向院所端收集更多相關資訊。
- 希望健保署協助提供西醫同期費用申報資料做為比較，以了解整體執行之差異性與成效。

80



Best Summary

中醫醫療不足地區改善方案 成果報告

愛在偏鄉迴盪～

再遠！中醫都為您守護健康！！

詹永兆醫師

中華民國中醫師公會全國聯合會常務監事
中醫門診醫療服務審查執行會執行長

目錄

CONTENTS

01 評核委員評論意見與期許之回應說明

02 104年至108年執行結果

評核委員評論意見與期許之回應說明

獎勵開業計畫與巡迴醫療計畫之服務人數皆有成長，惟全國就醫人數逐年下降，表示其他地區流失人數大於偏鄉地區新增人數，請中醫部門留意。

✓針對全國就醫人數逐年下降問題，已經成立中醫利用率小組，已提出檢討改進策略。

✓108年資料，全國就醫人數成長0.16%。

104年至108年執行結果

獎勵開業服務計畫

	104	105	106	107	108
01 開業鄉鎮數					
02 參與院所數	5	4	5	5	2
03 投入醫療人力					

104年至108年執行結果

巡迴醫療服務計畫



104年至108年執行結果

方案整體執行結果



01 獎勵開業服務計畫

歷年獎勵開業服務計畫申請家數

累積申請為29家
至108年底續留當地為20家



01 獎勵開業服務計畫

歷年開業鄉鎮分布

- 代表尚在開業中
- ✦ 代表已終止計畫

99年至108年：
累積開業 29 家
續留當地 20 家

01 獎勵開業服務計畫

續留當地・開業地區別統計

80%

20%

偏遠地區：
宜蘭縣員山鄉、苗栗縣三義鄉、
苗栗縣三灣鄉、苗栗縣造橋鄉、
南投縣國姓鄉、雲林縣林內鄉、
雲林縣元長鄉、雲林縣口湖鄉、
嘉義縣大埔鄉、嘉義縣東石鄉、
高雄市永安區、高雄市甲仙區、
屏東縣崁頂鄉、花蓮縣壽豐鄉、
台東縣卑南鄉、台東縣太麻里鄉

離島地區：
金門縣金湖鎮、金門縣金寧鄉、
澎湖縣湖西鄉、屏東縣琉球鄉

9

01 獎勵開業服務計畫

管理原則

承辦後
第七個月起

核定總點數未足保障額度35%，以80%核付，連續2個月未達者，自次月提供1點巡迴；
核定總點數未足保障額度20%，以70%核付，連續2個月未達者，自次月提供2點巡迴。

滿一年
自第13個月起

核定總點數未足保障額度45%，以75%核付，連續2個月未達者，自次月提供1點巡迴；
核定總點數未足保障額度30%，以65%核付，連續2個月未達者，自次月提供2點巡迴。

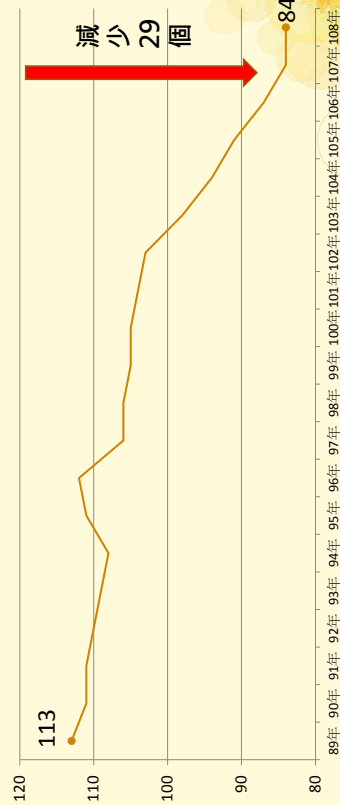
滿二年
自第25個月起

核定總點數未足保障額度50%，以60%核付，連續2個月未達者，自次月提供1點巡迴；
核定總點數未足保障額度40%，以50%核付，連續2個月未達者，自次月提供2點巡迴；
若核定總點數未足保障額度10%，以核定點數核付。

10

01 獎勵開業服務計畫

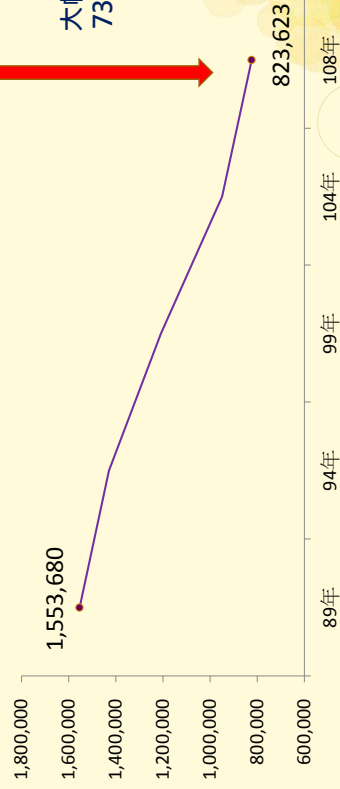
20年來無中醫鄉鎮數變化情形



11

01 獎勵開業服務計畫

20年來無中醫鄉鎮人口數變化情形



12

01 獎勵開業服務計畫

109年 - 苗栗縣頭屋鄉診所現況



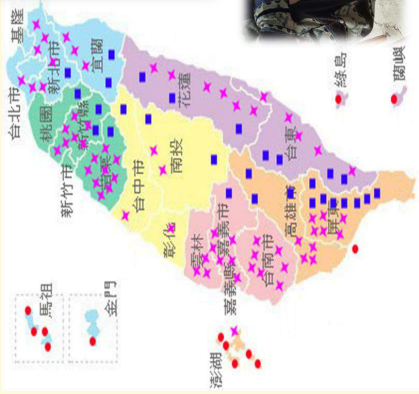
108年 - 屏東縣琉球鄉診所現況



13

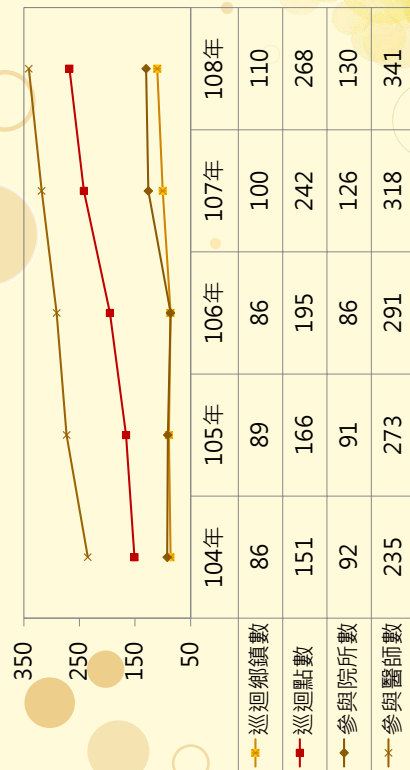
02 巡迴醫療服務計畫

108年執行巡迴計畫鄉鎮標示



14

02 巡迴醫療服務計畫說明



註：107年新增「一鄉一中醫」鄉鎮加入巡迴服務。

15

02 巡迴醫療服務計畫說明

看診前10名疾病別統計

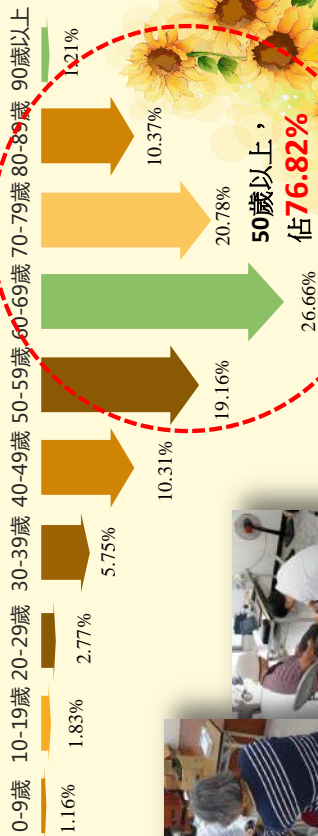
排名	疾病別	ICD-10-CM	件數	件數占率
1	腰痛	M545	26,848	9.64%
2	未指定關節的疼痛	M2550	18,766	6.74%
3	肌痛	M791	13,971	5.01%
4	膝蓋疼痛	M2556	11,082	3.98%
5	咳嗽	R05	9,067	3.25%
6	肩痛	M2551	8,164	2.93%
7	頸痛	M542	5,996	2.15%
8	腰椎韌帶扭傷	S335X	6,112	2.19%
9	未指定的肌炎	M609	5,448	1.96%
10	肩關節扭傷未明	S4340	4,940	1.77%

16

02巡迴醫療服務計畫說明

108年就醫人次年齡層分布

總人數：40,306 / 總人次：278,599



17

民眾就醫可近性之影響及滿意度統計

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	381 54.27%	287 40.88%	27 3.85%	5 0.71%	2 0.28%
醫療設備	344 49.00%	314 44.73%	39 5.56%	4 0.57%	1 0.14%
看病流程	386 54.99%	288 41.03%	28 3.95%	0 0.00%	0 0.00%
交通方便性	420 59.83%	252 35.90%	29 4.13%	1 0.14%	0 0.00%
中醫師的說明	458 65.24%	231 32.91%	13 1.85%	0 0.00%	0 0.00%
其他醫護人員的說明	426 60.68%	245 34.90%	30 4.27%	1 0.14%	0 0.00%
中醫師的診斷、治療等醫術方面	484 68.95%	209 29.77%	9 1.28%	0 0.00%	0 0.00%
中醫師的服務態度	522 74.36%	175 24.93%	5 0.71%	0 0.00%	0 0.00%
其他醫護人員的服務態度	453 64.53%	227 32.34%	22 3.13%	0 0.00%	0 0.00%
治療的效果	391 55.70%	295 42.02%	16 2.28%	0 0.00%	0 0.00%
整體醫療品質	422 60.11%	266 37.89%	13 1.85%	1 0.14%	0 0.00%
門診診次安排	380 54.13%	283 40.31%	35 4.99%	4 0.57%	0 0.00%

18

實地訪視活動

- 日期：109年6月16日至6月17日
- 地點：巡迴醫療服務計畫--桃園市復興區



19

1 【增加每週巡迴次數、看診時段】

2 【加強巡迴場地之硬體設備】

3 【爭取更多適當的中醫巡迴醫療場所】

4 【建議基本承作費依交通困難度，分級給付】
•交通較為困難地點，討論提高給付或放寬規定



20

104年至108年醫療資源不足地區中醫醫療服務提供

由104年至108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)
104年	949,207	240	201,687	3,955	21.25%
105年	909,270	277	176,132	3,283	19.37%
106年	849,659	296	217,061	2,870	25.55%
107年	818,083	323	269,058	2,533	32.89%
108年	823,623	343	316,299	2,401	38.40%

Best Summary

感謝聆聽



肆、會議規則

會議規則

一、會議報告及發言時間之響鈴提醒如下：

(一)議程各項報告：

時間屆滿前 2 分鐘，響短鈴 2 聲；時間屆滿時響長鈴 1 聲。

(二)評核委員評論：

1.主評委員評論 10 分鐘，協評委員評論 5 分鐘。

2.時間屆滿前 2 分鐘，響短鈴 2 聲；時間屆滿時響長鈴 1 聲。

(三)意見交流：

1.健保署場次預定 25 分鐘，四部門總額場次預定 12 分鐘。

2.每位發言時間 2 分鐘，時間屆滿時，響長鈴 1 聲。

(四)受評部門回應提問意見：

1.健保署場次預定 15 分鐘，四部門總額場次預定 8 分鐘。

2.時間屆滿前 2 分鐘，響短鈴 2 聲；時間屆滿時響長鈴 1 聲。

***為利會議進行，於現場未及回應之部分，請於 7 月 29 日中午前提供書面回應說明，以供評核委員參考。**

二、會議進行時，手機請改為震動或關機。

伍、附 錄

一、108 年度各部門總額及其分配方式公告

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 $\times(1+108$ 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

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 \times (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 集度 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。

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 $\times(1+108$ 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。

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 $\times(1+108$ 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 $\times(1+成長率)$

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年度總額協商提案考量。
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。

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 $\times(1+108$ 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 $\times(1+成長率)$

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

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		3.292%	13,922.6	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。
投保人口預估成長率		0.359%		
人口結構改變率		1.884%		
醫療服務成本指數改變率		1.039%		
協商因素成長率		0.788%	3,331.2	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)	0.714%	3,019.0	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。
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	0.071%	300.0	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。
其他醫療服務利用及密集度之改變		0.010%	42.0	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

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 成 長 率					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。
	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%×98%)，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年總額協商提案考量。
	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年總額協商提案參考。

(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 年總額協商提案參考。
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	

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

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。

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

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。

二、109 年度各部門總額及其分 配方式公告

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國108年12月6日
發文字號：衛部健字第1083360163號
附件：如公告事項一(附件一至五共5件)



主旨：公告109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108年11月26日衛部保字第1081260458號函。

公告事項：

一、109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，核定結果如下：

(一)牙醫門診醫療給付費用總額，較其108年度核定總額成長3.876%，其中一般服務成長率為3.559%，專款項目全年經費為1,172.1百萬元(附件一)。

(二)中醫門診醫療給付費用總額，較其108年度核定總額成長5.393%，其中一般服務成長率為4.696%，專款項目全年經費為840.4百萬元(附件二)。

(三)西醫基層醫療給付費用總額，較其108年度核定總額成長4.401%，其中一般服務成長率為3.685%，專款項目全年經費為6,600.6百萬元，門診透析服務成長率為4.126%(附件三)。

(四)醫院醫療給付費用總額，較其108年度核定總額成長

5.438%，其中一般服務成長率為5.471%，專款項目全年經費為30,435.4百萬元，門診透析服務成長率為2.533%(附件四)。

(五)其他預算額度為15,684.2百萬元，由中央健康保險署管控(附件五)。

二、109年度全民健康保險醫療給付費用總額計算公式如下：

(一)109年度核定之全民健保醫療給付費用總額 $=\sum_{i=1}^4[108\text{年度部門別}(i)\text{醫療給付費用}\times(1+109\text{年度部門別}(i)\text{醫療給付費用成長率})]+109\text{年度其他預算醫療給付費用}$

(二)109年度核定之全民健保醫療給付費用總額成長率 $=(109\text{年度核定之全民健保醫療給付費用總額}-108\text{年度核定之全民健保醫療給付費用總額})/108\text{年度核定之全民健保醫療給付費用總額}$

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、西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

三、109年度核定之全民健康保險醫療給付費用總額，較108年度核定總額，其成長率為5.237%。

部長陳時中

109 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：

109 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 108 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用 $\times(1+109$ 年度一般服務成長率)+109 年度專款項目經費

註：校正後108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108年第3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 3.559%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.430%，協商因素成長率 1.129%。
- (二)專款項目全年經費為 1,172.1 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，109 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 108 年度所核定總額成長 3.876%。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 109 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(747.5 百萬元)：

- (1)預算優先併入「全面提升感染管制品質」項目使用。
- (2)其餘預算用於藥事服務費、牙醫診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施等支付標準之調整。
- (3)請中央健康保險署整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於 109 年 7 月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。

2.牙周病統合治療方案〔107 年(含)之前名稱為牙周病統合照護計畫〕(0%)：

(1)本項於 108 年導入一般服務；109 年度預算執行率若未達 8 成，將按比例扣款。

執行目標：30 萬人次。

預期效益之評估指標：①服務量。②完成率。③申報第三階段件數核減率。④治療對象跨院所接受 91006C 至 91007C 比率。⑤民眾抽樣調查治療之滿意度。

(2)請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體，持續監測醫療利用情形，並加強管理與監督機制。

3.顎顏面外傷術後整合照護(0.032%)：

(1)本項預算新增給付項目不得與醫院總額現行支付標準重複申報。

(2)執行目標：936 人次。

預期效益之評估指標：照護人次。

4.全面提升感染管制品質(1.136%)：

(1)本項預算併醫療服務成本指數改變率所增加之預算使用。

(2)用於全面提升感染管制品質，所有申請門診診察費者，均應符合加強感染管制標準，並提高訪查抽樣的有效性，另請加強落實院所加強感染管制作業之管理與輔導。

執行目標：牙醫院所執行進階感染管制達 100%。

預期效益之評估指標：109 年度牙醫院所抽查感染管制隨機抽樣和立意抽樣整體合格率(含複查合格率)。

(3)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體於 108 年 12 月底前完成具體提升感染管制品質規劃(含確保全面符合感染管制之管理機制)，並提報全民健康保險會。

(4)若執行全面提升感染管制品質院所未達 100%之目標，將按比例扣款。

5.醫院夜間急診加成服務(0.023%)：

執行目標：申報案件達 20,300 件。

預期效益之評估指標：以下指標較前 1 年改善。

(1)申報案件數。(2)申報點數。(3)就醫人數。

(4)平均每就醫人費用點數。(5)平均每件費用點數。

6.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 (-0.062%)：本項不列入 110 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 1,172.1 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。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 108 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 108 年 12 月底前完成，且均應於 109 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 647.13 百萬元。

(2)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、老人長期照顧暨安養機構牙醫醫療服務。

(3)108 年原編列於其他預算之居家牙醫醫療服務費用，其 109 年費用由本項支應。

(4)新增醫療團提供護理之家之牙醫醫療服務。

3.牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫：

(1)全年經費 7.8 百萬元。

(2)請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體妥為規劃本計畫執行方式(含2個試辦點、適應症與支付方式等)。

(3)執行目標：達成2個試辦點。

預期效益之評估指標：試辦計畫滿1年後以下指標較前1年改善。

①申報案件數。②申報點數。③就醫人數。

④平均每就醫人費用點數。⑤平均每件費用點數。

4.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費136百萬元，預算如有不足，由其他預算「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」支應。

(2)請檢討並加強牙醫院所參與率，109年度應達成參與院所數100%之目標。

(3)請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於109年6月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。

5.品質保證保留款：

(1)全年經費101.2百萬元。

(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109年度品質保證保留款(101.2百萬元)合併運用(計217.6百萬元)。

(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實施方案之發放條件，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。

表 1 109 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		2.430%	1,069.7	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(747.5 百萬元)： (1)預算優先併入「全面提升感染管制品質」項目使用。 (2)其餘預算用於藥事服務費、牙醫診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施等支付標準之調整。 (3)請中央健康保險署整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於 109 年 7 月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。
投保人口預估成長率		0.346%		
人口結構改變率		0.379%		
醫療服務成本指數改變率		1.698%		
協商因素成長率		1.129%	496.9	請於 109 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。
鼓勵醫療品質及促進保險對象健康	牙周病統合治療方案 〔107 年(含)之前名稱為牙周病統合照護計畫〕	0.000%	0.0	1.本項於 108 年導入一般服務；109 年度預算執行率若未達 8 成，將按比例扣款。 執行目標：30 萬人次。 預期效益之評估指標：(1)服務量。(2)完成率。(3)申報第三階段件數核減率。(4)治療對象跨院所

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 醫療 品質 及 進 保 險 對 健 康						接受 91006C 至 91007C 比率。(5) 民眾抽樣調查治療之滿意度。 2.請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體,持續監測醫療利用情形,並加強管理與監督機制。
			顎顏面外傷術後 整合照護	0.032%	14.0	1.本項預算新增給付項目不得與醫院總額現行支付標準重複申報。 2.執行目標：936 人次。 預期效益之評估指標：照護人次。
			全面提升感染管 制品質	1.136%	500.0	1.本項預算併醫療服務成本指數改變率所增加之預算使用。 2.用於全面提升感染管制品質,所有申請門診診察費者,均應符合加強感染管制標準,並提高訪查抽樣的有效性,另請加強落實院所加強感染管制作業之管理與輔導。 執行目標：牙醫院所執行進階感染管制達 100%。 預期效益之評估指標：109 年度牙醫院所抽查感染管制隨機抽樣和立意抽樣整體合格率(含複查合格率)。 3.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體於 108 年 12 月底前完成具體提升感染管制品質規劃(含確保全面符合感染管制之管理機制),並提報全民健康保險會。

項 目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
					4.若執行全面提升感染管制品 質院所未達 100%之目標，將 按比例扣款。
	其他 醫療 服務 利用 及密 集度 之改 變	醫院夜間急診加 成服務	0.023%	10.2	執行目標：申報案件達 20,300 件。 預期效益之評估指標：以下 指標較前 1 年改 善。 1.申報案件數。 2.申報點數。3. 就醫人數。4.平 均每就醫人費 用點數。5.平均 每件費用點數。
	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	-0.062%	-27.3	本項不列入 110 年度總額協 商之基期費用。
	一般服務 成長率(註1)	增加金額	3.559%	1,566.6	
		總金額		45,589.2	
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 108 年 11 月底前完成，新 增計畫原則於 108 年 12 月 月底前完成，且均應於 109 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			647.13	113.13	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、老人長期照顧暨安 養機構牙醫醫療服務。 2.108 年原編列於其他預算 之居家牙醫醫療服務費用 ，其 109 年費用由本項支 應。 3.新增醫療團提供護理之家 之牙醫醫療服務。

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
牙醫急診醫療不足區 獎勵試辦計畫(109 年 新增計畫)	7.8	7.8	1.請中央健康保險署與牙醫 門診總額相關團體妥為規 劃本計畫執行方式(含 2 個 試辦點、適應症與支付方式 等)。 2.執行目標：達成 2 個試辦點。 預期效益之評估指標：試辦 計畫滿 1 年後 以下指標較前 1 年改善。 (1)申報案件數。 (2)申報點數。 (3)就醫人數。 (4)平均每就醫 人費用點數。(5) 平均每件費用 點數。
網路頻寬補助費用	136.0	0.0	1.預算如有不足，由其他預 算「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」支應。 2.請檢討並加強牙醫院所參 與率，109 年度應達成參與 院所數 100%之目標。 3.請中央健康保險署對於資 料上傳獎勵金與網路費之 運作，於 109 年 6 月提出 未來規劃與期程(含退場)， 並評估將檢驗資料上傳與 申報資料結合之可行性。
品質保證保留款	101.2	-17.9	1.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 109 年度品質保證 保留款(101.2 百萬元)合併 運用(計 217.6 百萬元)。 2.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實施 方案之發放條件，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
專款金額		1,172.1	103.0	
較 108 年度核定 總額成長率(一般 服務+專款)(註2)	增加金額	3.876%	1,669.7	
	總金額		46,761.3	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 44,022.4 百萬元(含 108 年一般服務預算 43,947.6 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值 72.9 百萬元與加回前 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 2.0 百萬元)。

2.計算「較 108 年度核定總額成長率」所採基期費用為 45,016.7 百萬元，其中一般服務預算 43,947.6 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值 72.9 百萬元及未加回前 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 2.0 百萬元)，專款為 1,069.1 百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

109 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：

109 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 108 年度中醫門診一般服務醫療給付費用 $\times(1+109$ 年度一般服務成長率)+109 年度專款項目經費

註：校正後108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108年第3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 4.696%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.092%，協商因素成長率 1.604%。

(二)專款項目全年經費為 840.4 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，109 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 108 年度所核定總額成長 5.393%。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 109 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(523.7 百萬元)：

(1)其中 200 百萬元併入「提升用藥品質」項目使用。

(2)其餘預算優先用於中醫診所設立無障礙設施等支付標準之調整。

(3)請中央健康保險署整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於 109 年 7 月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。

2.提升用藥品質(1.719%)：

(1)執行目標：提升健保中醫用藥品質。

預期效益之評估指標：①檢討改善目前有中藥藥品許可證但本保險尚未收載之中藥品項。②新增收載健保中藥品給付品項至少 5 項。

(2)本項應以新增收載健保中藥品給付品項為優先考量，請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，於 108 年 12 月底前提出擬新增藥品給付之品項及提升用藥品質規劃，並提報全民健康保險會核備。

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(-0.115%)：

(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 110 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 840.4 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中醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 108 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 108 年 12 月底前完成，且均應於 109 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 204 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 90 百萬元。

4.兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：

(1)全年經費 22 百萬元。

(2)請依據臨床證據評估實施成效，檢討退場或回歸一般服務。

5.中醫癌症患者加強照護整合方案：

- (1)全年經費 194 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)請整合 3 項癌症患者照護計畫，落實全人照護，並依據實證醫學，訂定有效醫療指標與獎勵誘因。

6.中醫急症處置：

- (1)全年經費 10 百萬元。
- (2)請依據實證醫學，訂定有效醫療指標與獎勵誘因。

7.中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：

- (1)全年經費 50 百萬元。
- (2)執行目標：使慢性腎臟病患者延緩血液透析之期程。
預期效益之評估指標：①慢性腎臟病(CKD)分期較新收案時每年改善 0.1 分期。②腎絲球過濾速率(eGFR)較新收案時每年改善 3ml/min/1.73m²。

8.網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 74 百萬元，預算如有不足，由其他預算「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」支應。
- (2)請檢討並加強中醫院所參與率，109 年度應達成參與院所數 100%之目標。
- (3)請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於 109 年 6 月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。

9.品質保證保留款：

- (1)全年經費 60.8 百萬元。
- (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 109 年度品質保證保留款(60.8 百萬元)合併運

用(計 83.6 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實施方案之發放條件，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。

表 2 109 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		3.092%	781.9	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(523.7 百萬元)： (1)其中 200 百萬元併入 「提升用藥品質」項目 使用。 (2)其餘預算優先用於中醫 診所設立無障礙設施 等支付標準之調整。 (3)請中央健康保險署整體 評估醫療服務之支付 標準，朝成本結構相對 合理之方向調整，並於 109 年 7 月底前提報執 行結果(含調整項目及 申報增加點數)。
投保人口預估成長率		0.346%		
人口結構改變率		0.666%		
醫療服務成本指數改變率		2.071%		
協商因素成長率		1.604%	405.5	請於 109 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	提升用藥品質	1.719%	434.6	1.執行目標：提升健保中醫用 藥品質。 預期效益之評估指標：(1) 檢討改善目前 有中藥藥品許 可證但本保險 尚未收載之中 藥品項。(2)新

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
				增收載健保中藥品給付品項至少 5 項。 2.本項應以新增收載健保中藥品給付品項為優先考量，請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，於 108 年 12 月底前提出擬新增藥品給付之品項及提升用藥品質規劃，並提報全民健康保險會核備。
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	-0.115%	-29.1	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 110 年度總額協商之基期費用。
一般服務 成長率(註1)	增加金額	4.696%	1,187.4	
	總金額		26,475.1	
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 108 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 108 年 12 月底前完成，且均應於 109 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		204.0	22.0	
中醫提升孕產照護品質計畫		90.0	25.0	
兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫		22.0	12.0	請依據臨床證據評估實施成效，檢討退場或回歸一般服務。

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
中醫癌症患者加強照護整合方案	194.0	28.0	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.請整合 3 項癌症患者照護計畫，落實全人照護，並依據實證醫學，訂定有效醫療指標與獎勵誘因。
中醫急症處置	10.0	-10.0	請依據實證醫學，訂定有效醫療指標與獎勵誘因。
中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(109 年新增計畫)	50.0	50.0	執行目標：使慢性腎臟病患者延緩血液透析之期程。 預期效益之評估指標：1.慢性腎臟病(CKD)分期較新收案時每年改善 0.1 分期。 2.腎絲球過濾速率(eGFR)較新收案時每年改善 3ml/min/1.73m ² 。
網路頻寬補助費用	74.0	0.0	1.預算如有不足，由其他預算「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」支應。 2.請檢討並加強中醫院所參與率，109 年度應達成參與院所數 100%之目標。 3.請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於 109 年 6 月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。

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	60.8	37.2	1.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 109 年度品質保證保留款(60.8 百萬元)合併運用(計 83.6 百萬元)。 2.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實施方案之發放條件，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。
	專款金額	840.4	164.2	
較 108 年度核定 總額成長(一般服 務+專款)(註 2)	增加金額	5.393%	1,351.6	
	總金額		27,315.5	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 25,287.6 百萬元(含 108 年一般服務預算 25,241.5 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值 41.8 百萬元與加回前 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 4.2 百萬元)。

2.計算「較 108 年度核定總額成長率」所採基期費用為 25,917.7 百萬元，其中一般服務預算為 25,241.5 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值 41.8 百萬元及未加回前 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 4.2 百萬元)，專款為 676.2 百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

109 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：

■ 109 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 108 年度西醫基層一般服務醫療給付費用 $\times(1+109$ 年度一般服務成長率) $+109$ 年度專款項目經費 $+109$ 年度西醫基層門診透析服務費用

■ 109 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 $\times(1+成長率)$

註：校正後108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108年第3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 3.685%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.465%，協商因素成長率 0.220%。
- (二)專款項目全年經費為 6,600.6 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率 4.126%。
- (四)前述三項額度經換算，109 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 108 年度所核定總額成長 4.401%。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，依決定事項辦理，並於 109 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(2,024.4 百萬元)：

- (1)優先用於急重難症、內科門診診察費加成、藥事服務費、基層診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施等支付標準之調整。
- (2)請中央健康保險署整體評估各科別之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於 109 年 7 月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。

2.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.086%)：

- (1)請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並依全民健康保險會 108 年第 3 次委員會議決議，未來於總額協商前，應提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。
- (2)請中央健康保險署於 108 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未於時程內導入者，則扣減該額度；另於 109 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

3.藥品給付規定範圍改變及其他醫療服務密集度增加(含擴大 C 型肝炎治療衍生之醫療服務費用)(0.164%)：

- (1)請中央健康保險署提出定期監測報告。
- (2)請中央健康保險署於 109 年 7 月底前提報執行情形(含修訂項目及申報費用)。

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(-0.030%)：

- (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 110 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 6,600.6 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全

民健康保險會備查。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 108 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 108 年 12 月底前完成，且均應於 109 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.西醫醫療資源不足地區改善方案：

- (1)全年經費 317.1 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。
- (2)放寬該方案醫療資源缺乏地區診所之適用鄉鎮，提升偏遠地區就醫可近性。

2.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(109 年新增計畫)：

- (1)全年經費 50 百萬元。
- (2)執行目標：提升偏鄉地區產婦的醫療照護可近性。
預期效益之評估指標：計畫執行地區提供生產服務之基層診所至少維持 108 年家數，及基層生產服務量較 108 年增加。

3.家庭醫師整合性照護計畫：

- (1)全年經費 3,500 百萬元。
- (2)較 108 年經費增加 620 百萬元，其中 400 百萬元，用於提升照護品質及獎勵偏遠地區醫療群，惟須俟完成研修該計畫有關提升照護品質之相關指標及獎勵機制後，始得動支。
- (3)請中央健康保險署強化收案管理機制並加強效益評估。
- (4)請中央健康保險署於 109 年 6 月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含家庭醫師整合性照護計畫)」之專案報告。

4.強化基層照護能力及「開放表別」項目：

- (1)全年經費 820 百萬元。

- (2)請中央健康保險署於 108 年 12 月委員會議說明擬調整之項目與作業時程。
- (3)請檢視各開放表別項目的適當性及建立適應症規範，並加強監督查核機制，以避免與醫院部門重複執行。
- (4)請中央健康保險署於 109 年 6 月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含強化基層照護能力及「開放表別」項目)」之專案報告。
- (5)本項依實際執行扣除原基期點數併入一般服務結算。

5.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，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。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)。

6.醫療給付改善方案：

- (1)全年經費 459 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。
- (3)請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。
- (4)請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。

7.鼓勵院所建立轉診之合作機制：

- (1)全年經費 258 百萬元，預算如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
- (2)請中央健康保險署持續監測病人流向及執行效益，於 109 年 6 月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含

鼓勵院所建立轉診之合作機制)」之專案報告。

8.網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 211 百萬元，預算如有不足，由其他預算「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」支應。
- (2)請檢討並加強西醫基層院所參與率，109 年度應達成參與院所數 100%之目標。
- (3)請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於 109 年 6 月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。

9.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：

- (1)全年經費 110 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
- (3)附帶建議：因致病途徑不同，建議未來將「罕見疾病、血友病藥費與罕見疾病特材」及「後天免疫缺乏病毒治療藥費」分別編列，以利管控，請中央健康保險署參考。

10.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：全年經費 11 百萬元。本項依實際執行扣除原基期點數，併入一般服務結算。

11.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。

12.品質保證保留款：

- (1)全年經費 280.5 百萬元。
- (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 109 年度品質保證保留款(280.5 百萬元)合併運用(計 385.7 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實施方案之發放條件，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。

(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 3.25%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 4.126%。
- 4.請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。
- 5.請持續推動腎臟移植，提升腹膜透析使用比率，並研議利用雲端藥歷進行用藥管理，審慎開立止痛類藥物。
- 6.請中央健康保險署檢討慢性腎衰竭病人進入透析治療之條件。

表 3 109 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		3.465%	4,019.8	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(2,024.4 百萬元)： (1)優先用於急重難症、內科門診診察費加成、藥事服務費、基層診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施等支付標準之調整。 (2)請中央健康保險署整體評估各科別之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於109年7月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。
投保人口預估成長率		0.346%		
人口結構改變率		1.363%		
醫療服務成本指數改變率		1.745%		
協商因素成長率		0.220%	255.0	請於109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)	0.086%	100.0	1.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並依全民健康保險會108年第3次委員會議決議，未來於總額協商前，應提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。 2.請中央健康保險署於108年12月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未於時程內導入者，則扣減該額度；另於109年7月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

項 目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決 定 事 項
	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其他醫療服務密集度增加(含擴大 C 型肝炎治療衍生之醫療服務費用)	0.164%	190.0	1.請中央健康保險署提出定期監測報告。 2.請中央健康保險署於 109 年 7 月底前提報執行情形(含修訂項目及申報費用)。
	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	-0.030%	-35.0	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 110 年度總額協商之基期費用。
一般服務成長率(註 1)	增加金額		3.685%	4,274.8	
	總金額			120,285.1	
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 108 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 108 年 12 月底前完成，且均應於 109 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告。
西醫醫療資源不足地區改善方案			317.1	100.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2.放寬該方案醫療資源缺乏地區診所之適用鄉鎮，提升偏遠地區就醫可近性。
偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(109 年新增計畫)			50.0	50.0	執行目標：提升偏鄉地區產婦的醫療照護可近性。 預期效益之評估指標：計畫執行地區提供生產服務之基層診所至少維持 108 年家數，及基層生產服務量較 108 年增加。
家庭醫師整合性照護計畫			3,500	620.0	1.較 108 年經費增加 620 百萬元，其中 400 百萬元用於提升照護品質及獎勵偏遠地區醫療群，惟須俟完成研修該計畫有關提升照護品質之相關指標及獎勵機制後，始得動支。 2.請中央健康保險署強化收案管理機制並加強效益評估。

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決 定 事 項
			3.請中央健康保險署於109年6月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含家庭醫師整合性照護計畫)」之專案報告。
強化基層照護能力及「開放表別」項目	820.0	100.0	1.請中央健康保險署於108年12月委員會議說明擬調整之項目與作業時程。 2.請檢視各開放表別項目的適當性及建立適應症規範，並加強監督查核機制，以避免與醫院部門重複執行。 3.請中央健康保險署於109年6月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含強化基層照護能力及「開放表別」項目)」之專案報告。 4.本項依實際執行扣除原基期點數併入一般服務結算。
C 型肝炎藥費	406.0	0.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。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)。
醫療給付改善方案	459.0	59.0	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。 2.請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。 3.請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。
鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.0	0.0	1.預算如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 2.請中央健康保險署持續監

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決 定 事 項
			測病人流向及執行效益，於109年6月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含鼓勵院所建立轉診之合作機制)」之專案報告。
網路頻寬補助費用	211.0	0.0	1.預算如有不足，由其他預算「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」支應。 2.請檢討並加強西醫基層院所參與率，109年度應達成參與院所數100%之目標。 3.請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於109年6月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。
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	110.0	0.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
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	11.0	0.0	本項依實際執行扣除原基期點數，併入一般服務結算。
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	280.5	-47.6	1.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109年度品質保證保留款(280.5百萬元)合併運用(計385.7百萬元)。 2.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實施方案之發放條件，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)	決 定 事 項
專款金額		6,600.6	881.4	
較 108 年度核定 總額成長率(一般 服務+專款)(註 2)	增加金額	4.442%	5,156.2	
	總金額		126,885.7	
門診透析服務 成長率	增加金額	4.126%	731.7	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3.25%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為4.126%。 4.請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。 5.請持續推動腎臟移植，提升腹膜透析使用比率，並研議利用雲端藥歷進行用藥管理，審慎開立止痛類藥物。 6.請中央健康保險署檢討慢性腎衰竭病人進入透析治療之條件。
	總金額		18,465.8	
較 108 年度核定 總額成長率(一般 服務+專款+門診 透析)(註 3)	增加金額	4.401%	5,887.9	
	總金額		145,351.5	

- 註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為116,010.1百萬元(含108年一般服務預算115,770.4百萬元，及校正投保人口預估成長率差值193.7百萬元與加回前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46百萬元)。
- 2.計算「較108年度核定總額成長率(一般服務+專款)」所採基期費用為121,489.6百萬元，其中一般服務預算為115,770.4百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值193.7百萬元及未加回前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46百萬元)，專款為5,719.2百萬元。
- 3.計算「較108年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)」所採基期費用為139,223.7百萬元，其中一般服務預算為115,770.4百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值193.7百萬元及未加回前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46百萬元)，專款為5,719.2百萬元，門診透析為17,734.1百萬元。
- 4.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

109 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■ 109年度醫院醫療給付費用總額＝校正後108年度醫院一般服務醫療給付費用 $\times(1+109$ 年度一般服務成長率) $+109$ 年度專款項目經費 $+109$ 年度醫院門診透析服務費用

■ 109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 $\times(1+成長率)$

註：校正後108年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會108年第3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5.471%。其中醫療服務成本及人口因素成長率4.687%，協商因素成長率0.784%。

(二)專款項目全年經費為30,435.4百萬元。

(三)門診透析服務成長率2.533%。

(四)前述三項額度經換算，109年度醫院醫療給付費用總額，較108年度所核定總額成長5.438%。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，依決定事項辦理，並於109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(10,384.6百萬元)：

(1)優先用於急重難症、藥事服務費、急重症護理費、因應住院醫

師納入勞動基準法以及門診減量配套措施等支付標準之調整。

(2)請中央健康保險署整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於109年7月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。

2.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.723%)：

(1)請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並依全民健康保險會108年第3次委員會議決議，未來於總額協商前，應提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。

(2)請中央健康保險署於108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109年7月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

(3)請中央健康保險署檢討免疫療法藥品給付規定，如：檢討癌症提早期別適用之可行性，以利及早治療增進病人治療效益，並於109年5月底前提報檢討結果。

(4)附帶建議：請中央健康保險署規劃免疫療法藥品還款計畫返還金額使用於新醫療科技項目。

3.藥品及特材給付規定範圍改變(0.068%)：

(1)請中央健康保險署提出定期監測報告。

(2)請中央健康保險署於109年7月底前提報執行情形(含修訂項目及申報費用)。

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(-0.007%)：

(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110年度總額協商之基期費用。

5.區域級(含)以上醫院門診減量措施：

(1)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。109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94.12%(98%×98%×98%)，超過

部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配；並自109年4月1日起施行。

- (2)請中央健康保險署定期檢討門診減量措施執行情形及成效，並於109年6月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含醫學中心及區域醫院門診減量措施)」之專案報告。

(二)專款項目：全年經費為 30,435.4 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醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於108年11月底前完成，新增計畫原則於108年12月底前完成，且均應於109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，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。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)。

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15,545百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
- (3)附帶建議：因致病途徑不同，建議未來將「罕見疾病、血友病藥費與罕見疾病特材」及「後天免疫缺乏病毒治療藥費」分別編列，以利管控，請中央健康保險署參考。

3.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

- (1)全年經費5,027百萬元，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)提報之執行情形，應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)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。
 - (3)請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。
 - (4)請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。
- 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。
 - (3)請加速落實第3~5階段DRGs項目的執行。
- 7.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

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。
- 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，預算如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
 - (2)請中央健康保險署建立管控機制，持續監測病人流向及執行效益，於109年6月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效

(含鼓勵院所建立轉診之合作機制)」之專案報告。

10.網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費114百萬元，預算如有不足，由其他預算「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」支應。
- (2)請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於109年6月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。

11.品質保證保留款：

- (1)全年經費1,055.4百萬元。
- (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109年度品質保證保留款(1,055.4百萬元)合併運用(計1,444.1百萬元)。
- (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實施方案之發放條件，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。

(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3.25%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為2.533%。
- 4.請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。
- 5.請持續推動腎臟移植，提升腹膜透析使用比率，並研議利用雲端藥歷進行用藥管理，審慎開立止痛類藥物。
- 6.請中央健康保險署檢討慢性腎衰竭病人進入透析治療之條件。

表 4 109 年度醫院醫療給付費用協定項目表(決定版)

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	決 定 事 項
一般服務				
醫療服務成本及人口因素成長率		4.687%	20,658.9	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(10,384.6 百萬元)： (1)優先用於急重難症、藥事服務費、急重症護理費、因應住院醫師納入勞動基準法以及門診減量配套措施等支付標準之調整。 (2)請中央健康保險署整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於109年7月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。
投保人口預估成長率		0.346%		
人口結構改變率		1.970%		
醫療服務成本指數改變率		2.356%		
協商因素成長率		0.784%	3,453.5	請於109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)	0.723%	3,186.0	1.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並依全民健康保險會108年第3次委員會議決議，未來於總額協商前，應提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。 2.請中央健康保險署於108年12月委員會議說明規

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 成 長 率(註 1)					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 109 年 7 月底前提報執行情形(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	藥品及特材給付規定範圍改變	0.068%	300.0	3.請中央健康保險署檢討免疫療法藥品給付規定，如：檢討癌症提早期別適用之可行性，以利及早治療增進病人治療效益，並於 109 年 5 月底前提報檢討結果。
	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%	-32.5	1.請中央健康保險署提出定期監測報告。 2.請中央健康保險署於 109 年 7 月底前提報執行情形(含修訂項目及申報費用)。
		增加金額	5.471%	24,112.5	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 110 年度總額協商之基期費用。
		總金額		464,885.7	1.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。109 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 94.12%(98%×98%×98%)，超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配；並自 109 年 4 月 1 日起實施。 2.請中央健康保險署定期檢討門診減量措施執行情形及成效，並於 109 年 6 月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含醫學中心及區域醫院門診減量措施)」之專案報告。

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	決 定 事 項
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108年11月底前完成，新增計畫原則於108年12月底前完成，且均應於109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	0.0	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。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)。
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	15,545.0	310.6	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,027.0	314.2	1.預算如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
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。 2.請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。 3.請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	決 定 事 項
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	0.0	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.請加速落實第3~5階段DRGs項目的執行。
醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案		80.0	0.0	本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
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	0.0	1.預算如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 2.請中央健康保險署建立管控機制，持續監測病人流向及執行效益，於109年6月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含鼓勵院所建立轉診之合作機制)」之專案報告。
網路頻寬補助費用		114.0	0.0	1.預算如有不足，由其他預算「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」支應。 2.請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於109年6月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。
品質保證保留款		1,055.4	648.9	1.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109年度品質保證保留款(1,055.4百萬元)合併運用(計1,444.1百萬元)。 2.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實施方案之發放條件，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)	決 定 事 項
專款金額		30,435.4	1,273.7	
較 108 年度核定 總額成長率(一 般服務+專款) (註 2)	增加金額	5.572%	25,386.2	
	總金額		495,321.1	
門診透析服務 成長率	增加金額	2.533%	548.6	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 3.25%。依上述分攤基礎，醫院 部門本項服務費用成長率為 2.533%。 4.請持續推動糖尿病與慢性腎臟 病照護方案整合，落實全人照 護。 5.請持續推動腎臟移植，提升腹 膜透析使用比率，並研議利用 雲端藥歷進行用藥管理，審慎 開立止痛類藥物。 6.請中央健康保險署檢討慢性腎 衰竭病人進入透析治療之條 件。
	總金額		22,207.1	
較 108 年度核定 總額成長率(一 般服務+專款+ 門診透析) (註 3)	增加金額	5.438%	25,934.8	
	總金額		517,528.2	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 440,771.1 百萬元(含 108 年一般服務預算 440,017.6 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值 723.7 百萬元與加回前 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 29.8 百萬元)。

2.計算「較 108 年度核定總額成長率(一般服務+專款)」所採基期費用為 469,179.3 百萬元，其中一般服務預算為 440,017.6 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值 723.7 萬

元及未加回前 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 29.8 百萬元)，專款為 29,161.7 百萬元。

3. 計算「較 108 年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)」所採基期費用為 490,837.8 百萬元，其中一般服務預算為 440,017.6 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值 723.7 萬元及未加回前 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 29.8 百萬元)，專款為 29,161.7 百萬元，門診透析為 21,658.5 百萬元。

4. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

109 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額協定結果：

(一)109 年度其他預算增加 1,493 百萬元，預算總額度為 15,684.2 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 109 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 108 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 108 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 1,000 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。
- 4.本項動支方案應於 108 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：全年經費 655.4 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 6,170 百萬元。
- 2.本項預算不含移至牙醫門診總額「牙醫特殊醫療服務計畫」

項下之居家牙醫醫療服務(20.13 百萬元)。

3.本項醫療點數以每點 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：全年經費 290 百萬元。

(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 3,000 百萬元。

(六)推動促進醫療體系整合計畫：

1.全年經費 400 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」、「跨層級醫院合作計畫」，及新增「遠距醫療會診費」。

2.請中央健康保險署檢討三項計畫在分級醫療政策下之定位及成效，並配合修訂計畫內容。

(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 936 百萬元。

2.四部門總額「網路頻寬補助費用」預算如不足時，由本項預算剩餘款支應。

3.請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於 109 年 6 月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。

4.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 110 年各部門總額協商減項。

(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醫療利用之適當性。

(十)慢性腎臟病照護及病人衛教計畫：

1.全年經費 427 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.請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。

(十一)提升保險服務成效：

1.全年經費 300 百萬元。

2.請建立本項提升保險服務成效之評估指標。

(十二)提升用藥品質之藥事照護計畫：全年經費 30 百萬元。

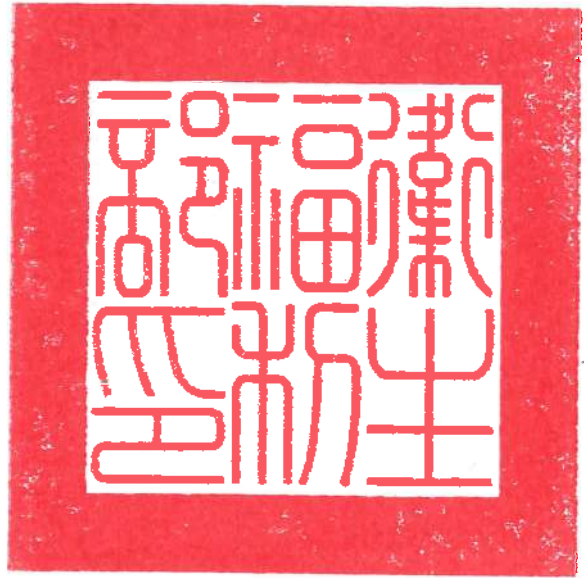
表 5 109 年度其他預算協定項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
其他預算(全年計畫經費)			1.請於 109 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 108 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 108 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	1,000.0	-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.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。 3.本項動支方案應於 108 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	0.0	
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	6,170.0	150.0	1.本項預算不含移至牙醫門診總額「牙醫特殊醫療服務計畫」項下之居家牙醫醫療服務(20.13 百萬元)。 2.本項醫療點數以每點 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	
支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費	3,000.0	1,630.0	

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	400.0	-100.0	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」、「跨層級醫院合作計畫」，及新增「遠距醫療會診費」。 2.請中央健康保險署檢討三項計畫在分級醫療政策下之定位及成效，並配合修訂計畫內容。
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	936.0	136.0	1.四部門總額「網路頻寬補助費用」預算如不足時，由本項預算剩餘款支應。 2.請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於109年6月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。 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110年各部門總額協商減項。
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醫療利用之適當性。
慢性腎臟病照護及病人衛教計畫	427.0	23.0	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.請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。
提升保險服務成效	300.0	0.0	請建立本項提升保險服務成效之評估指標。
提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	
總 計	15,684.2	1,493.0	

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國109年2月11日
發文字號：衛部健字第1093360022號
附件：如公告事項



主旨：公告109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、108年12月6日衛部健字第
1083360163號公告暨109年2月5日衛部保字第1091260038號
函。

公告事項：109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

109 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22.606億元，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」、「該區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4項，移撥經費若有剩餘，優先用於「全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，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(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，其中移撥經費執行方式請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4,200萬元，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 家中醫門診特約醫事服務機構之點值，最高補至每點 1 元；經費若有剩餘，則 50%分配予臺北分區，50%分配予北區分區。

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，其中風險調整基金執行方式請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 2 億元，作為風險調整基金，以持續推動各分區資源平衡及鼓勵發展。

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51%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，49%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。

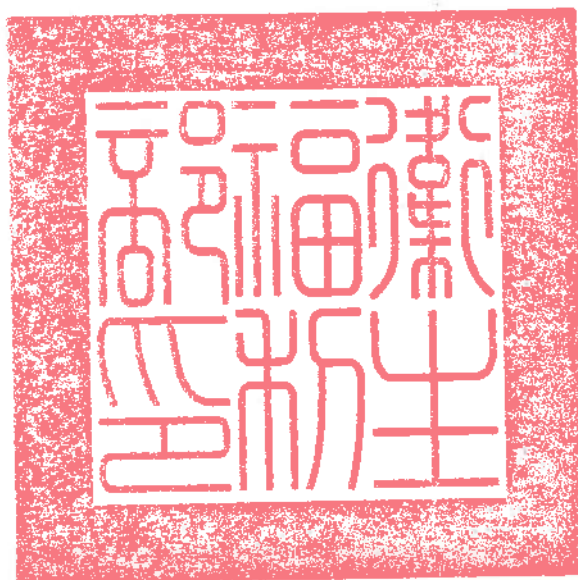
(3)各地區門住診服務，經依(1)、(2)計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

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，其中風險調整基金執行方式請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。

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國109年7月9日
發文字號：衛部健字第1093360096號
附件：如公告事項



主旨：公告109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、本部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告暨109年7月6日衛部保字第1090123511號函。

公告事項：109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

109 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 1.052 億元)移撥 6 億元，作為風險調整基金，用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。
 - (二)扣除上開移撥費用後，預算 68%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，32%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，其中風險調整基金執行方式請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 108 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>健保服務>健保醫療費用>醫療費用申報與給付>醫療費用支付>醫療費用給付規定>全民健保總額支付制度 108 年度)

一、 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

二、 西醫基層總額

- (一)全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案
- (二)家庭醫師整合性照護制度計畫

三、 牙醫門診總額

- (一)牙醫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)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

四、 中醫門診總額

- (一)中醫門診醫療資源不足地區改善方案
- (二)中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫
- (三)中醫癌症患者加強照護整合方案
- (四)中醫提升孕產照護品質計畫
- (五)西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫
- (六)全民健康保險中醫急症處置計畫

五、 門診透析服務

慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫

六、 跨部門及其他預算

- (一)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
- (二)醫院以病人為中心門診整合照護計畫
- (三)鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案
- (四)全民健康保險居家醫療整合照護整合計畫
- (五)全民健康保險急性後期整合照護計畫
- (六)全民健康保險跨層級醫院合作計畫
- (七)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫
- (八)保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫
- (九)全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案

全民健康保險各總額部門執行成果發表暨評核會議發言條

發言人：_____

全民健康保險各總額部門執行成果發表暨評核會議發言條

發言人：_____

全民健康保險各總額部門執行成果發表暨評核會議發言條

發言人：_____

全民健康保險各總額部門執行成果發表暨評核會議發言條

發言人：_____