

# 110年各總額部門 執行報告

中央健康保險署

# 報告架構

一

## 年度重點



110年-111年健保配合COVID-19疫情相關措施

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

透析辦理情形

滿意度調查

五

## 執行概況—安全性



死亡率、用藥日數重疊率

健保雲端查詢、健康存摺

# 報告架構

六

執行概況—以病人為中心



各整合方案

七

執行概況—公平面



可近性

弱勢族群保障

偏鄉照護計畫

審查及查核

八

結論



# 110-111年健保配合 COVID-19疫情之相關措施

- 提升保險服務成效
- 醫療量能確保
- 民眾就醫權益

# 提升保險成效\_TOCC

## 110-111年重點措施：智慧醫療系統—科技輔助防疫

- 健保醫療資訊雲端查詢系統等多元查詢管道新增TOCC提示視窗(109年1月底起)。
- 陸續納入各國旅遊史、與確診個案之接觸者、特定高風險職業別及群聚史(111.5取消)、轉診採檢提醒(111.5取消)、病人10日內曾被開立流感抗病毒藥劑、專案註記（部桃專案、臺帛旅遊泡泡等專案）、指定處所隔離之確診個案(110.8新增)、COVID-19檢驗陽性個案(111.5新增)等重要防疫資訊。
- TOCC提示內容依指揮中心指示滾動式調整。

## 執行成果

- 統計109年2月至111年5月止，TOCC提示之總查詢次數已達近17.4億人次。
- 共30,720個機構(關)有使用紀錄

# 跨部會資料整合 多元管道查詢



## 開放非特約院所查詢

- 健保特約醫事機構
  - 非健保特約醫事機構及長照機構
  - 公務機關



## 消防署



矯正署



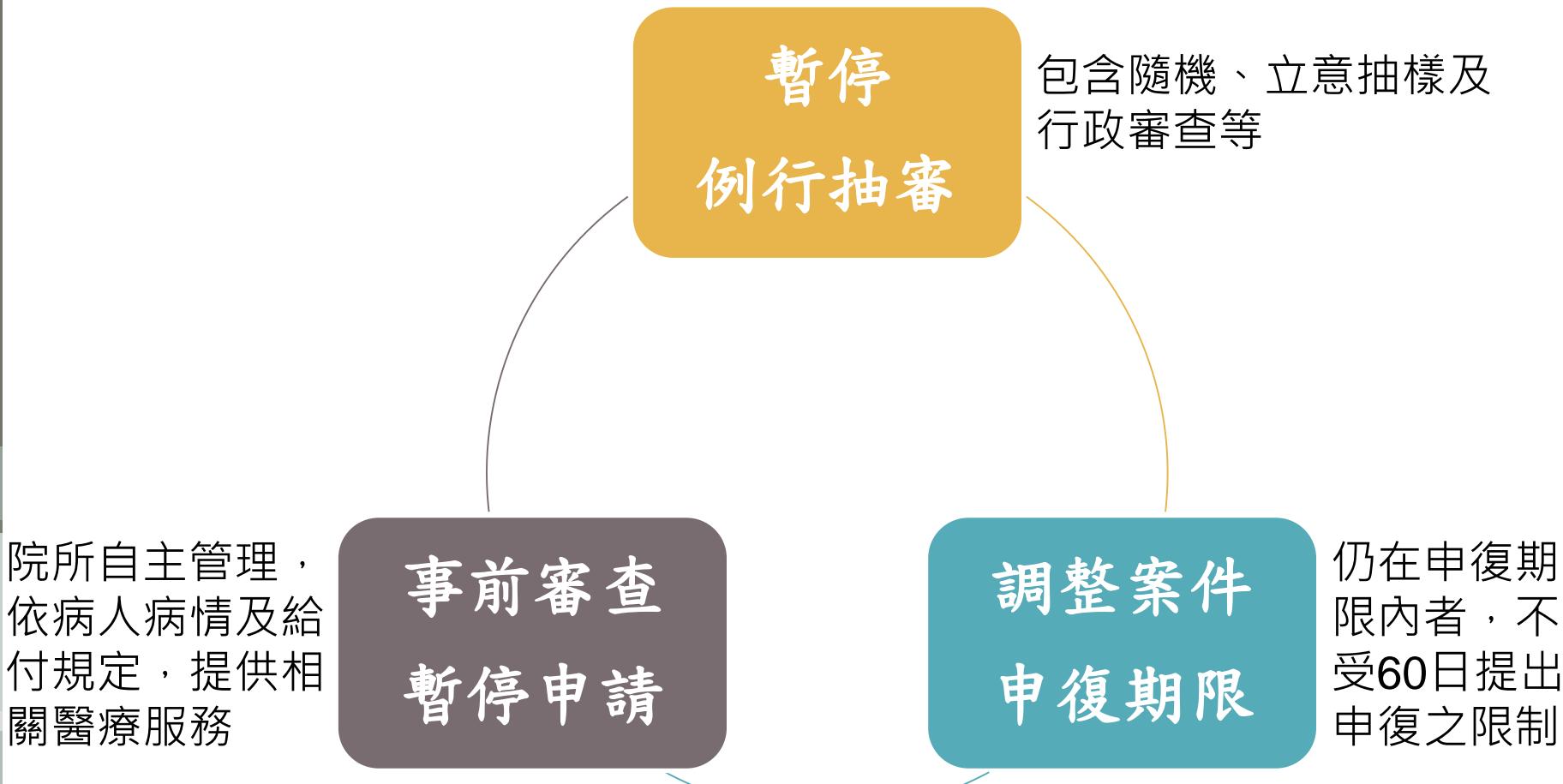
## 檢察署

## 多元查詢管道

- 網頁、API即時查詢  
(現場掛號、陪病者)
  - 批次下載(預約掛號)

# 確保醫療量能\_調整費用審查

110-111年重點措施---醫療費用審查



# 確保醫療量能\_藥品支付規範調整

## 110年重點措施---支付規範及計畫放寬措施

自110年5月起至9月底止：

- 針對 zaleplon、zolpidem、zopiclone及eszopiclone，首次就診病人，醫師開立上述藥品，不受給付規定7天之限制。
- 失智症藥品由院所自主管理，依病人病情及其餘給付規定給藥，不受給付規定使用一年時需重新評估之限制。
- 病人續用藥品得不受藥品給付規定需進行特定評估或檢驗檢查後(含相關表單填報)始可再次給藥之限制，由院所自主管理，醫師依病人病情專業判定及其餘給付規定給藥。

# 醫院總額預先撥款作業執行情形 (1/2)

## 110年重點措施

- 預先撥款健保現金費用協助國內醫療院所對疫情的因應及保全醫療量能
- 110年5-6月(費用年月)：分三階段執行，第1-2階依109年核定費用8成撥款；第3階依109年一般服務費用扣除部分負擔\*9成撥款
- 110年7-9月(費用年月)：依109年一般服務費用扣除部分負擔之9成撥款

## 執行成果

- 110年5-6月：  
225家醫院參加(參與率48.0%)，預先撥款計454.11億餘元
- 110年7-8月：  
184家醫院參加(參與率39.2%)，預先撥款計367.05億餘元
- 110年9月：  
158家醫院參加(參與率33.7%)，預先撥款計125.97億餘元

# 醫院總額預先撥款作業執行情形 (2/2)

## 111年重點措施

- 持續辦理醫院總額預先撥款作業
- 以111年4月門住診暫付款為計算基礎，一次性撥付4月暫付款的6成

## 執行成果

- 111年5-6月：  
257家醫院參加(參與率55.4%)，分三次撥款，總預撥金額163.5億餘元
- 自111年6月起分3個月辦理預撥金額沖抵作業

# 醫院總額110年第2、3季結算方式改變

緣由	於110年期間，國內嚴重特殊傳染性肺炎疫情仍然嚴峻，中央流行疫情指揮中心因應國內疫情進入社區流行階段，為保全醫療量能，宣布於110年5月16日起全國醫療機構實施醫療營運降載等醫療應變作為。台灣醫院協會來函，因應疫情嚴峻，確保全國醫院於疫情期間專心全力防疫，110年醫院總額分配暨費用核付原則各層級已達共識，110年第2、3季所有醫院，一般服務保障至基期年(110年第2季基期為108年第2季；110年第3季基期為109年第3季)同期核付收入之9成。
程序	(一)經全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議通過。 (二)全民健康保險會報告。 (三)衛生福利部核定後實施。
結果	醫界本於互助精神，確保全體醫院部門得營運穩健以持續支持國家醫療政策，以健保基金之預算補助前開因配合中央流行疫情指揮中心防疫需求而降載之醫院營運損失。

# 健康存摺疫苗接種情形呈現優化

以打勾、燈號之方式呈現，便利民眾進出特定場所

- 中央疫情指揮中心規定自111年1月21日起民眾進入特定場所須配合出示完整疫苗接種紀錄
- 本署於健康存摺精進疫苗接種顯示情形，以視覺化呈現

至111年1月  
使用人數達  
771萬人

無資料!

已施打1劑  
新冠肺炎疫苗!

已施打2劑  
新冠肺炎疫苗!

已施打3劑  
新冠肺炎疫苗!

# 虛擬健保卡介接 行動支付規劃說明

民眾開啟「健保快易通APP」取得虛擬健保卡QR CODE，並進行就診。



→ 民眾看完診，開啟「健保快易通APP」選擇看診院所後，逕連結至「該院提供之行動支付」之繳費頁面



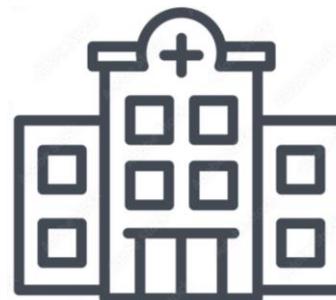
使用虛擬健保卡，系統自動帶入。



於「行動支付」繳費頁面，確認當次費用並繳費。

→ 領藥/辦理出院。

維持現行「行動支付」與院所資料介接



# 視訊診療辦理情形——應用虛擬健保卡於視訊診療

## 案家

STEP1：進行視訊通話。

院所無介接API  
STEP2：暫停視訊，使用手機螢幕截圖功能，擷取虛擬健保卡QR CODE。

STEP3：切回視訊APP將影像傳給醫師。



## 醫療院所

STEP4：醫師取得虛擬健保卡QR CODE，調閱雲端健保資訊，並進行視訊診療。



## 案家

院所介接API

STEP3：健保快易通APP跳出「是否同意00醫事機構於一小時內使用您的虛擬健保卡授權」提醒視窗，請民眾確認。  
(111.5.27起)



## 醫療院所

健保署



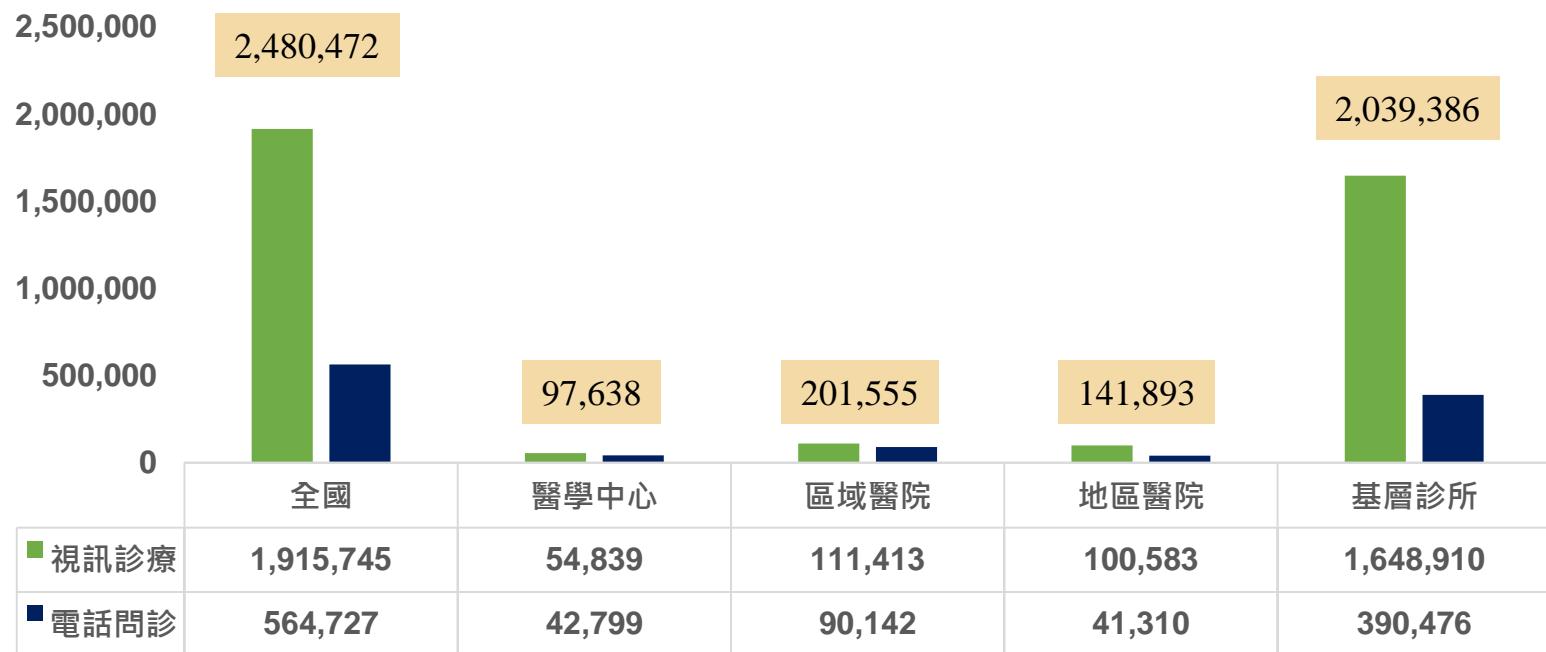
STEP1：民眾與醫師進行視訊通話。  
STEP2：院所確認民眾身分後，以本署提供「API」請求虛擬卡QR CODE。  
STEP4：民眾確認後，健保署提供虛擬卡QR CODE（民眾確認後1小時內皆可來取得）。→調閱雲端健保資訊。



→截至111年6月20日止，計有7家院所使用前述API，另有5家院所測試中。

# 視訊診療辦理情形—累計視訊診療就醫件數

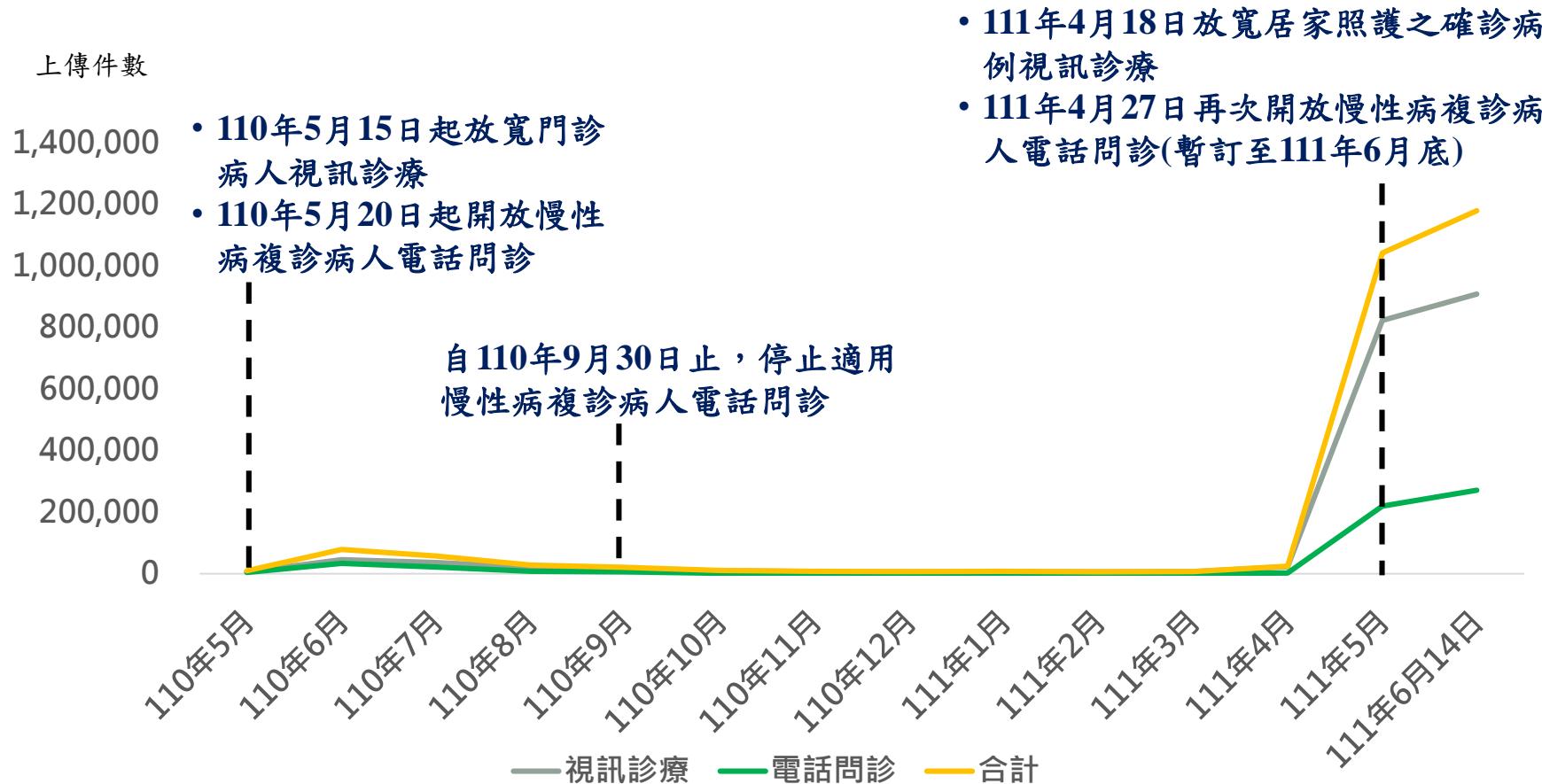
- 視訊診療(含電話問診)，共2,480,472件；其中，視訊診療占77%、電話問診占23%
- 就院所層級來看，以基層診所件數最高(占82%)、區域醫院次之(8%)
- 本資料係擷取虛擬醫令ViT-COVID19(視訊診療)、PhT-COVID19(電話問診)，無法區分COVID-19確診病人、居家隔離者或一般門診病人



註1：截至111年6月14日，通訊診療醫療機構共13,116家，其中25家為醫學中心、82家為區域醫院、320家地區醫院及12,689家診所

註2：本資料為110年5月15日至111年6月14日視訊診療就醫情形

# 視訊診療辦理情形—各月份視訊診療就醫件數

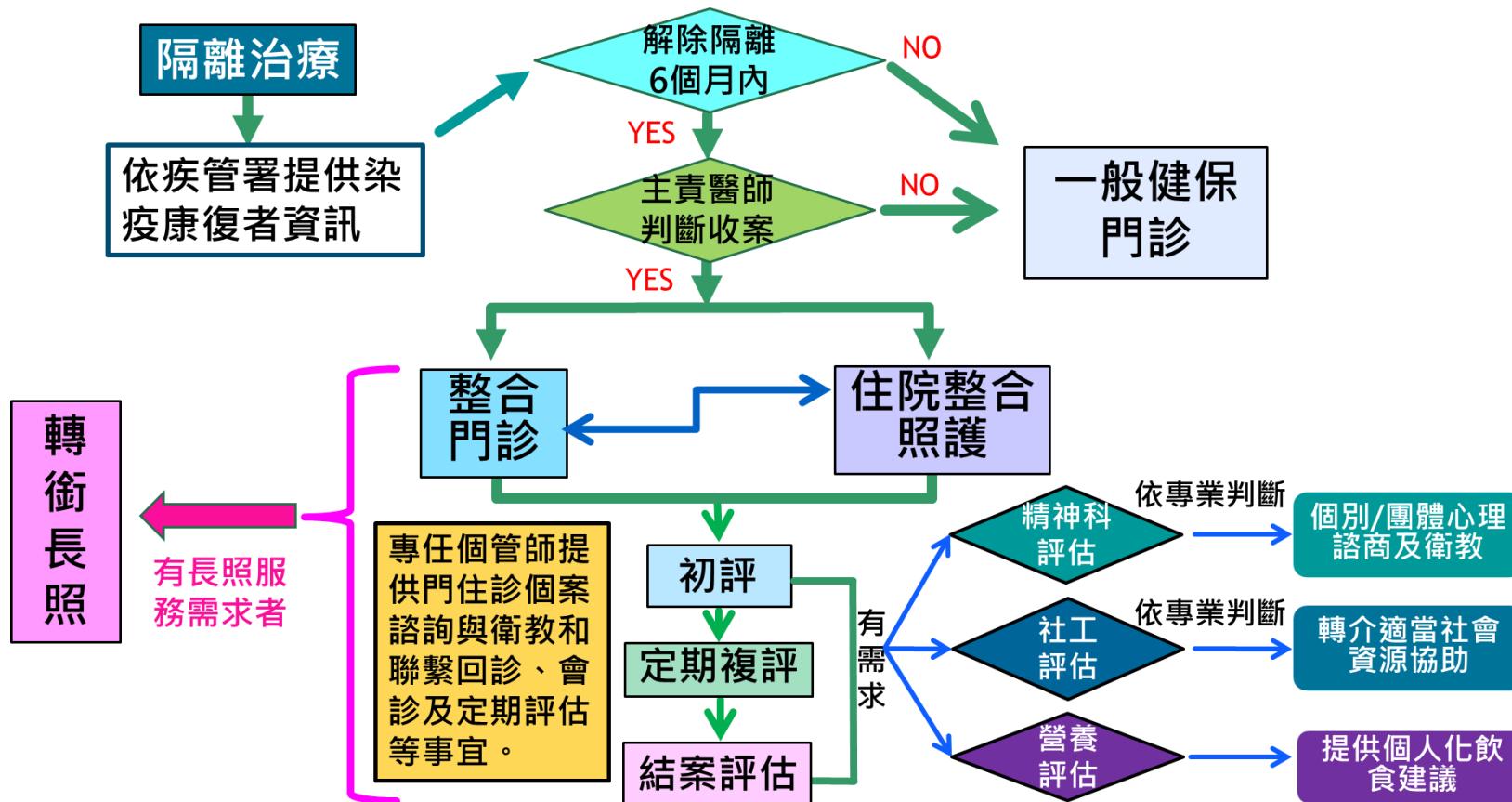


110 年 5 月 15 日至 111 年 6 月 14 日  
視訊診療累計就醫 1,514,866 人

推動「COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫」

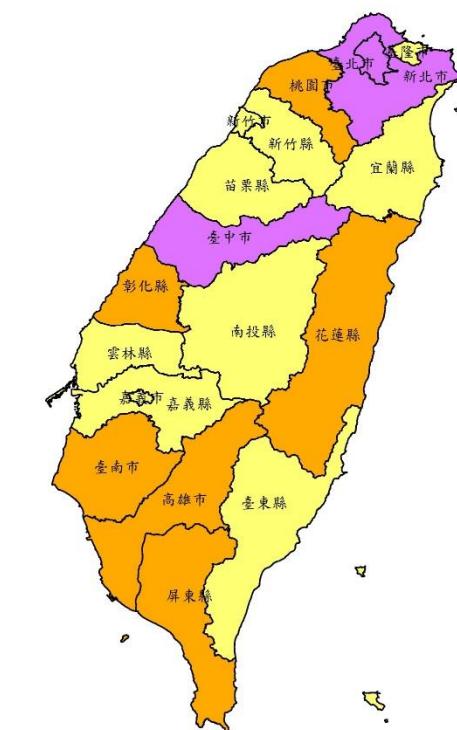
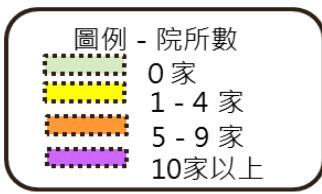
# 推動「COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫」

- 隔離期間醫療費用由疾管署編列預算支應
- 評估費及獎勵費由中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算補助。
- 本計畫醫療費用由健保總額給付



# 推動「COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫」

- 截至111年6月21日，已核定106家醫院承作本計畫，各縣市分布情形如下圖：
- 截至111年6月21日，已有63家醫院共收案1,232人。



分區	縣市別	家數
臺北	基隆市	1
	新北市	11
	臺北市	11
	宜蘭縣	3
	金門縣	1
	連江縣	0
北區	桃園市	9
	新竹市	3
	新竹縣	3
	苗栗縣	3
中區	臺中市	15
	彰化縣	8
	南投縣	3
南區	雲林縣	2
	嘉義市	3
	嘉義縣	2
	臺南市	7
高屏	高雄市	8
	屏東縣	5
	澎湖縣	1
東區	花蓮縣	6
	臺東縣	1
合計		106

# 防疫配合宣導措施及執行情形

## 110-111年重點措施 執行成果

- 提供民眾COVID-19疫情相關資訊。
- 全球資訊網建置「COVID-19就醫權益與因應作為」專區。

### COVID-19就醫權益與因應作為

#### 健保快易通APP

查詢「COVID-19預防接種/病毒檢測結果」(中英文)

健保署分三階段注入資金 全力支援醫院防疫(110.06.06)

民眾就醫權益 (視訊診療看這裡)

醫事機構因應作為

常見問答集

宣導素材 (點選圖片名稱即可下載)

一

# 預算分配與執行



健保總額預算配置

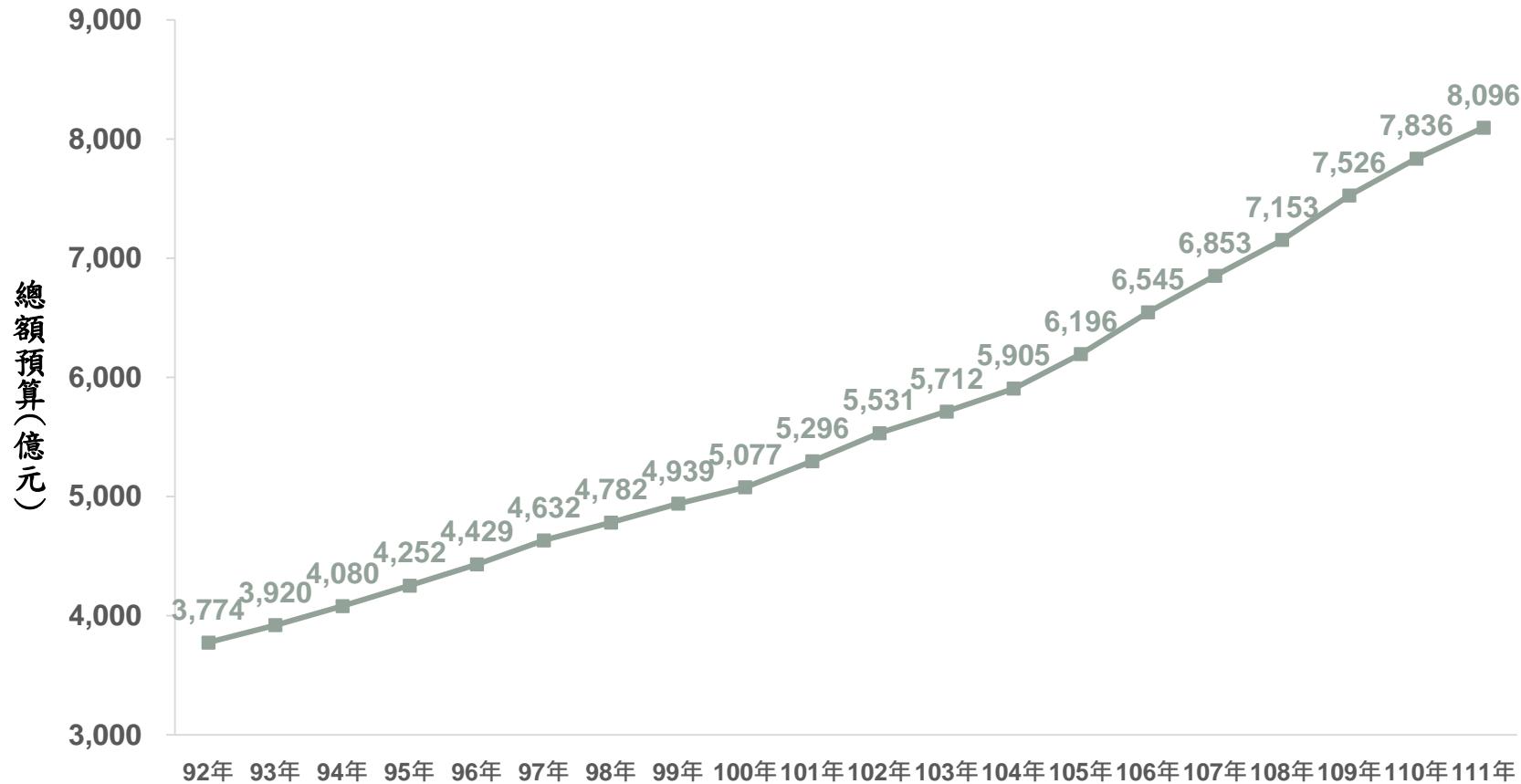
健保現況與挑戰

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

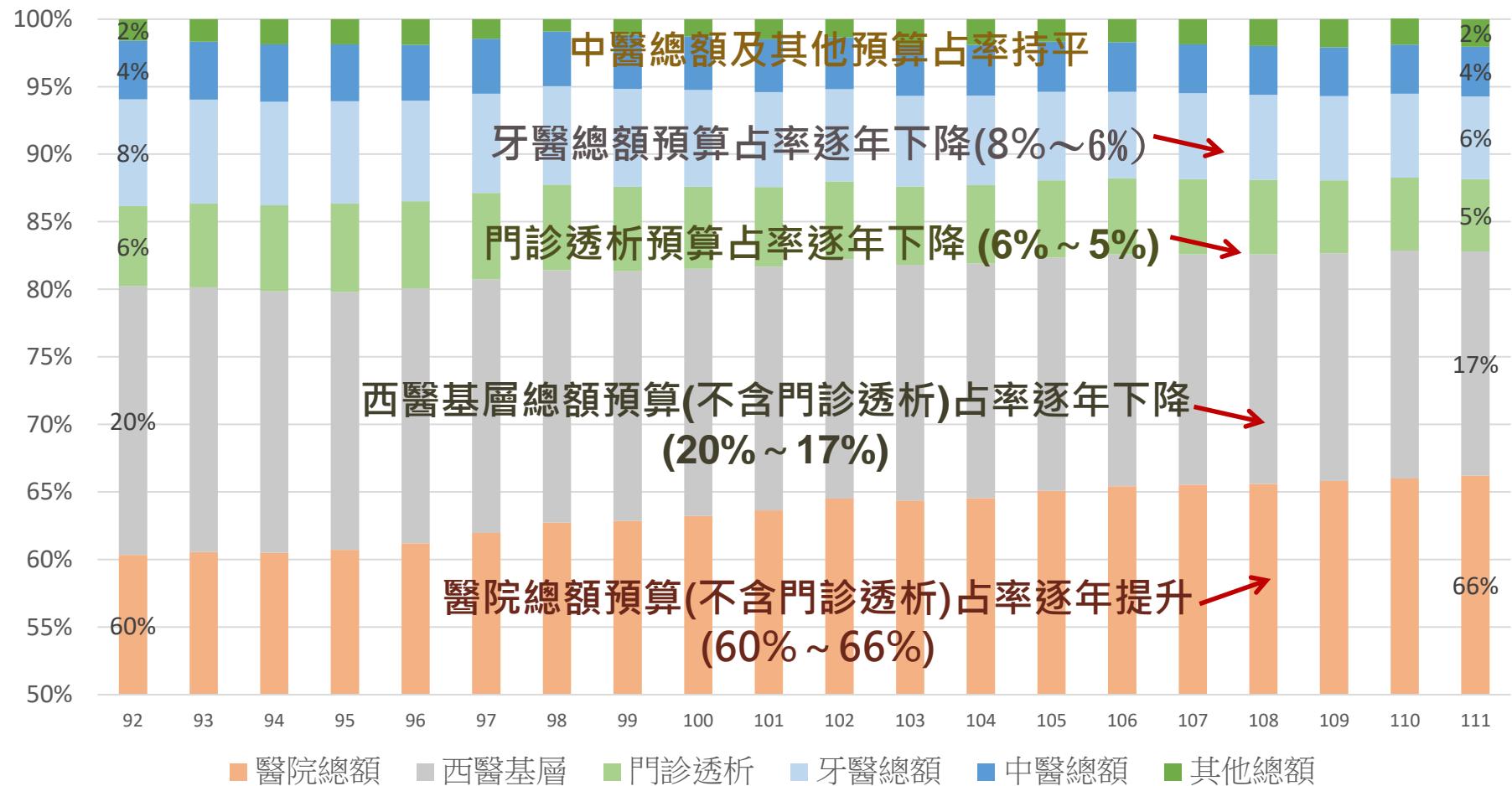
# 總額開辦後之協定預算

111年總額預算達8,096億元，較92年總額預算成長約2倍。

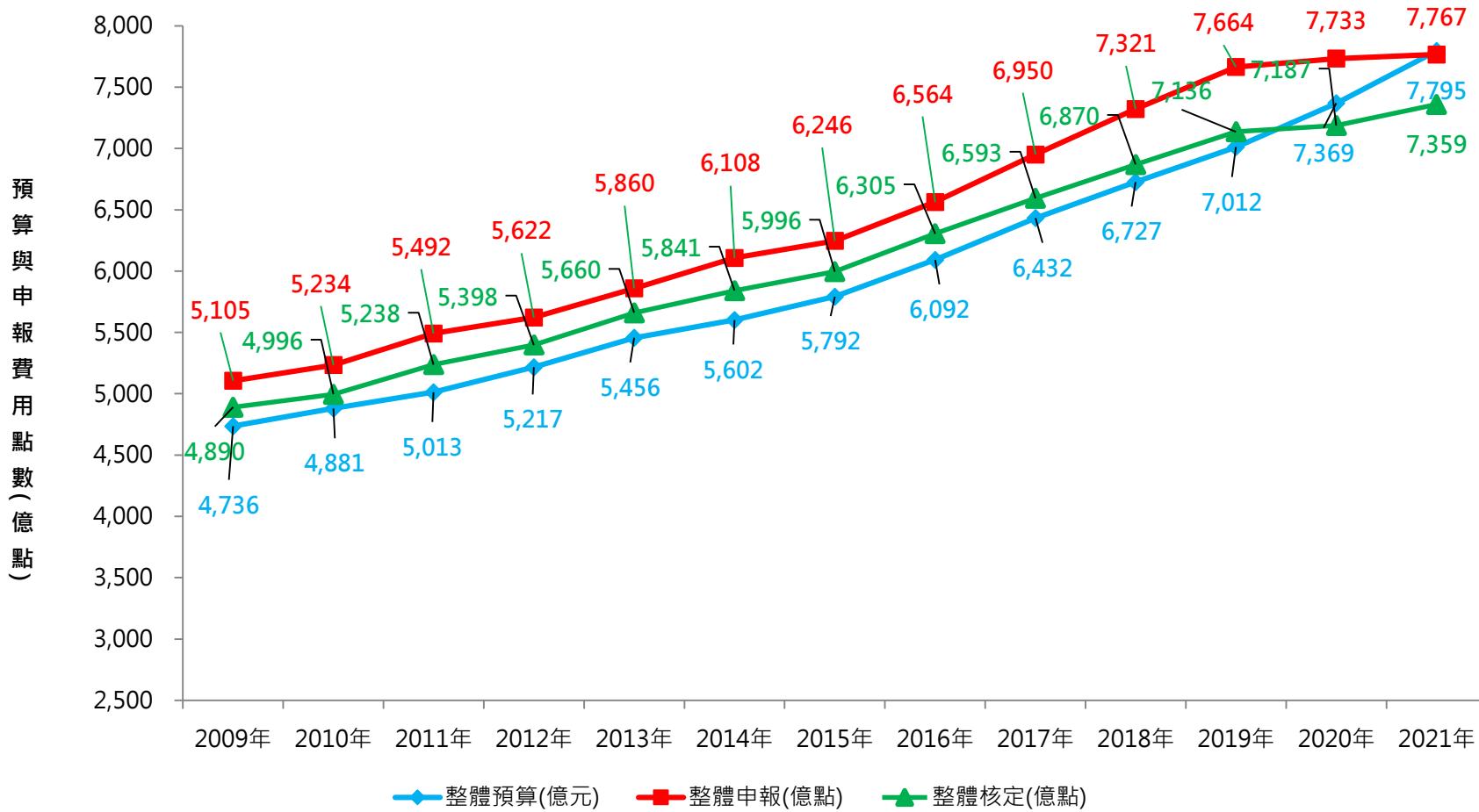


# 92-111年各總額部門之預算占率

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。



# 歷年總預算、核定點數及申報點數之差異



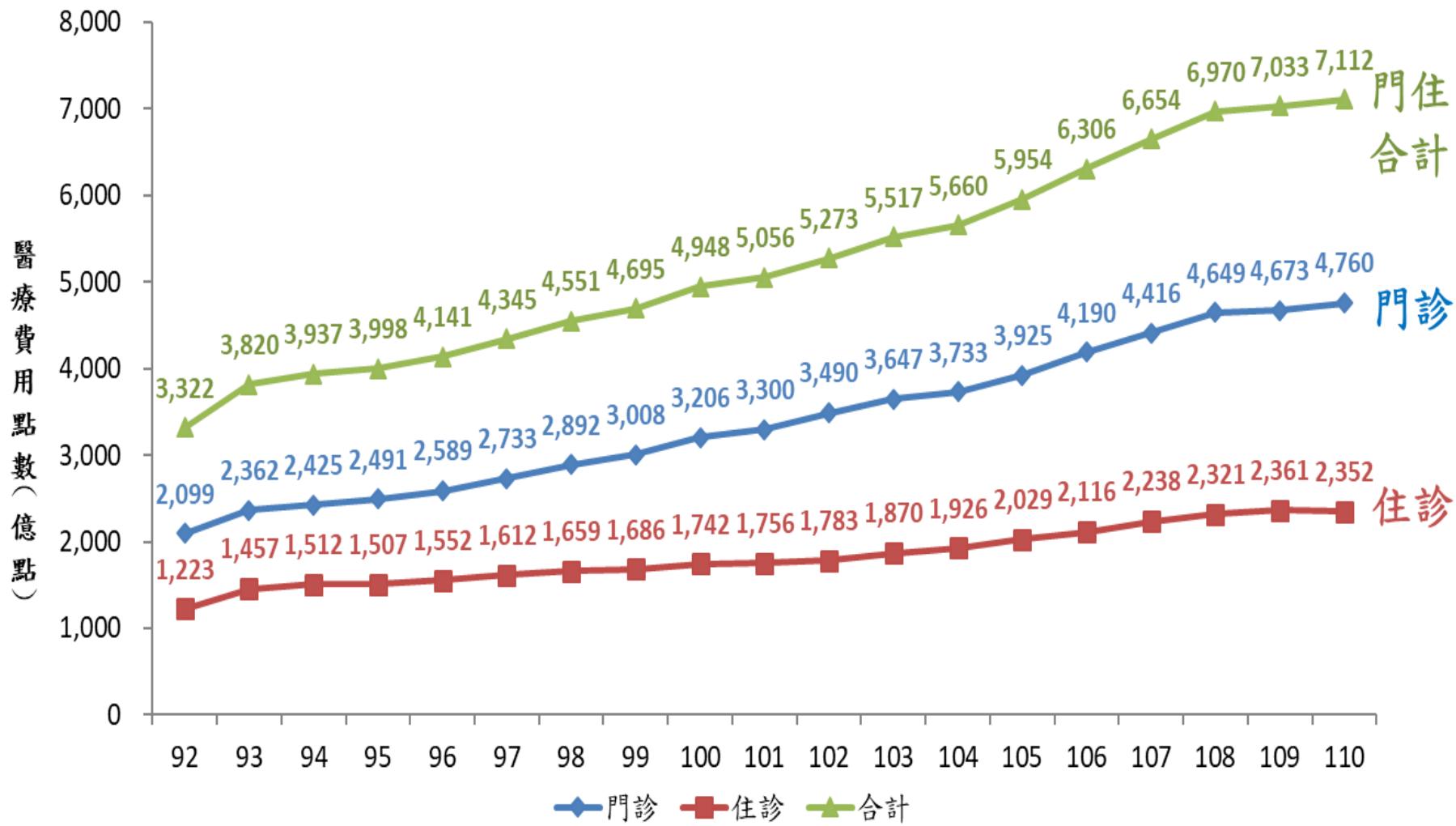
◆ 總預算(藍-)、核定點數(綠-)及申報點數(紅-)；不含其他部門

# 健保現況與挑戰

---

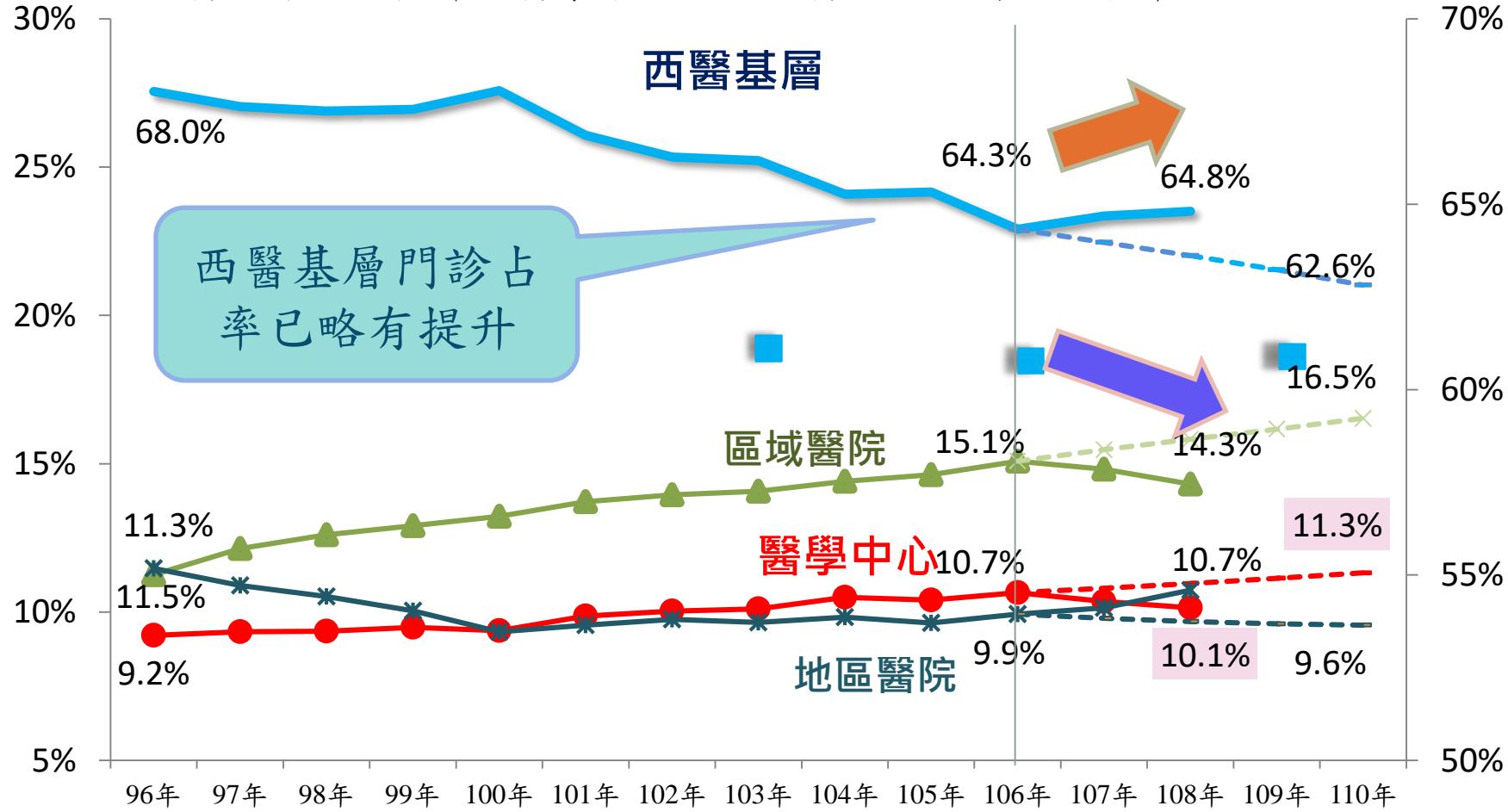
- 人口老化
- 醫療費用逐年成長
- 有限醫療資源需有效利用
- 健保財務收支平衡面臨挑戰

# 西醫歷年醫療點數趨勢



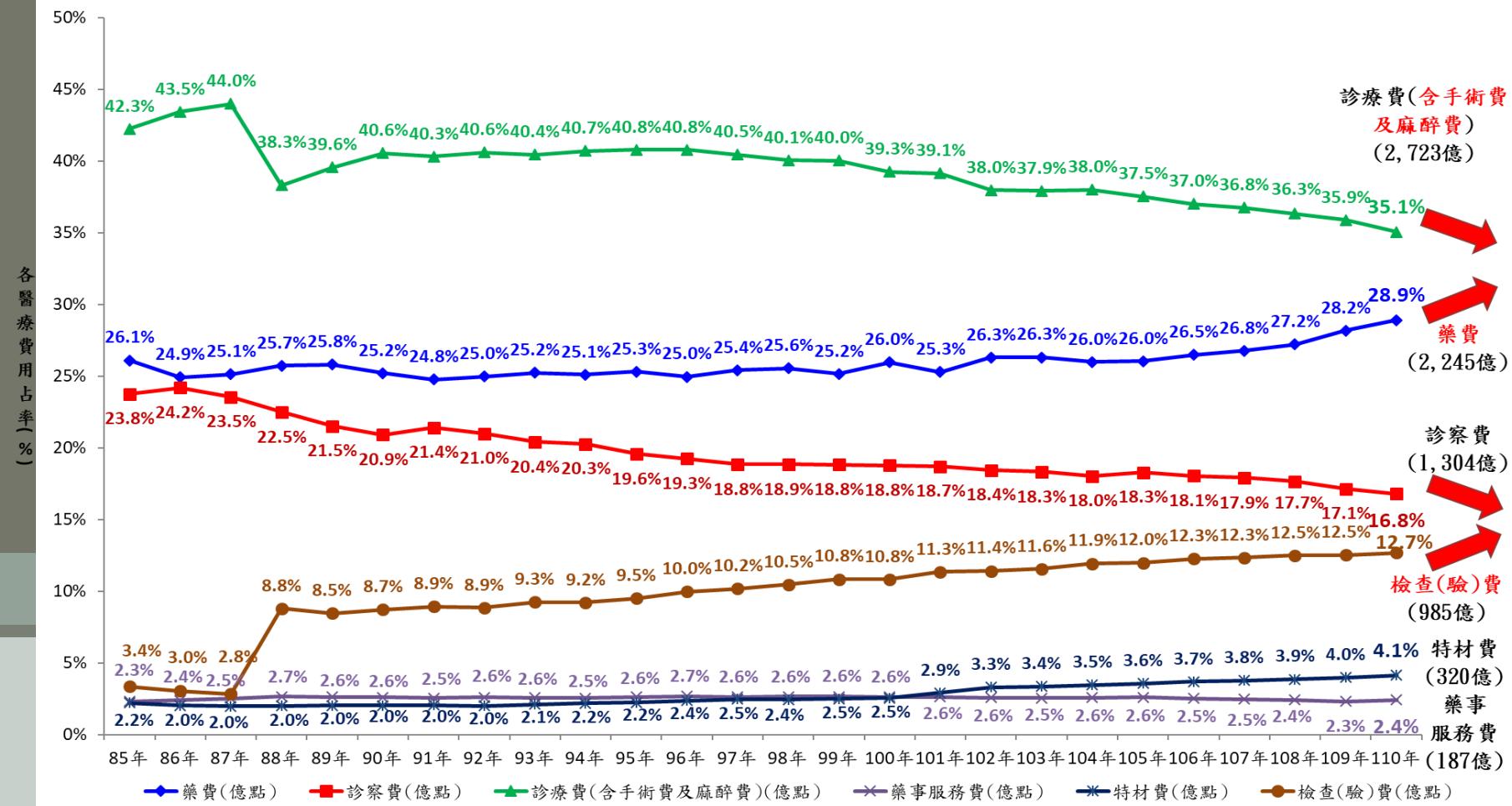
# 西醫門診各層級人次占率趨勢

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

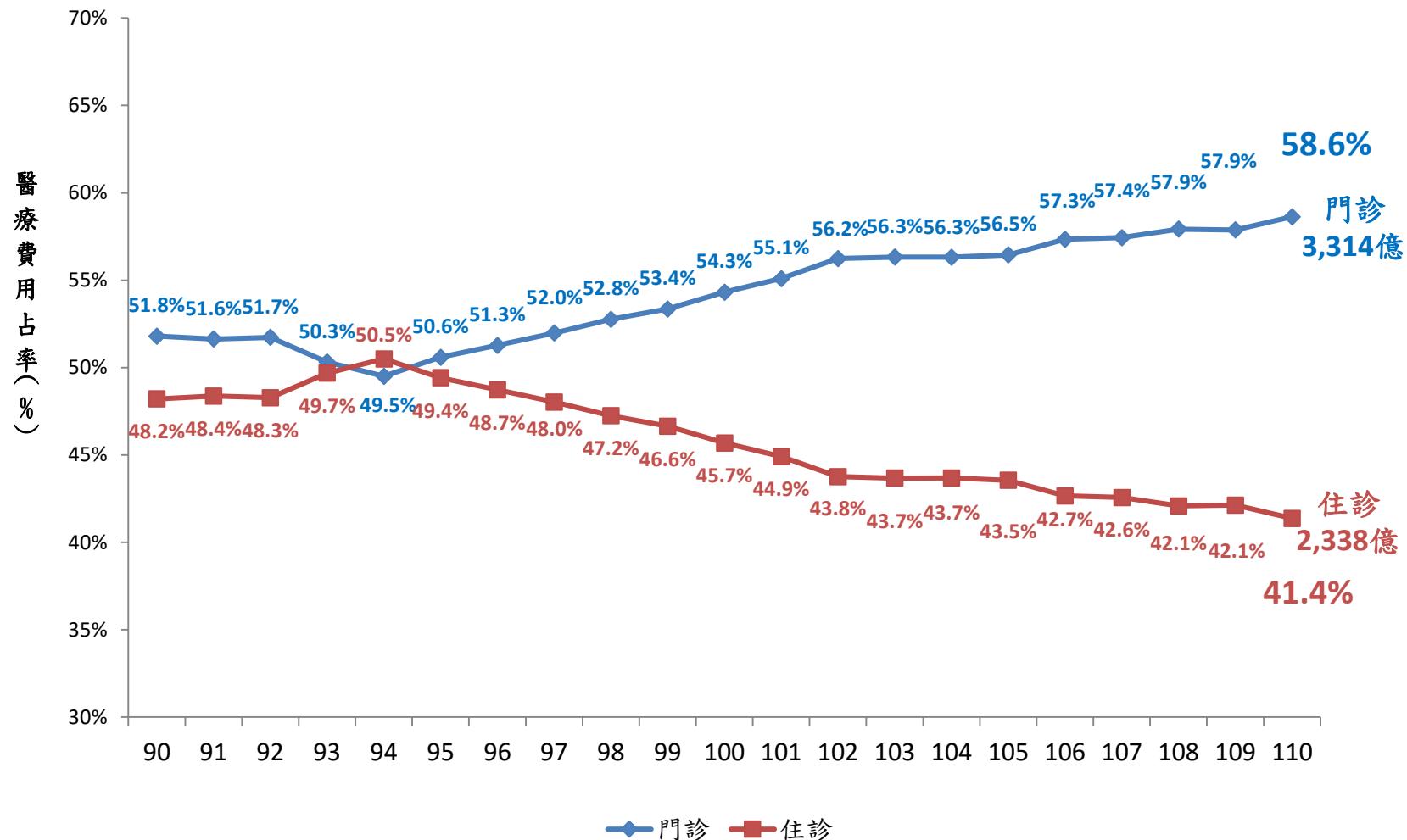


註：虛線部分係模擬若未實施分級醫療政策，門診件數之趨勢，107年起件數及點數係按前10年件數之幾何平均成長率推估。

# 歷年醫療分項費用(占率)

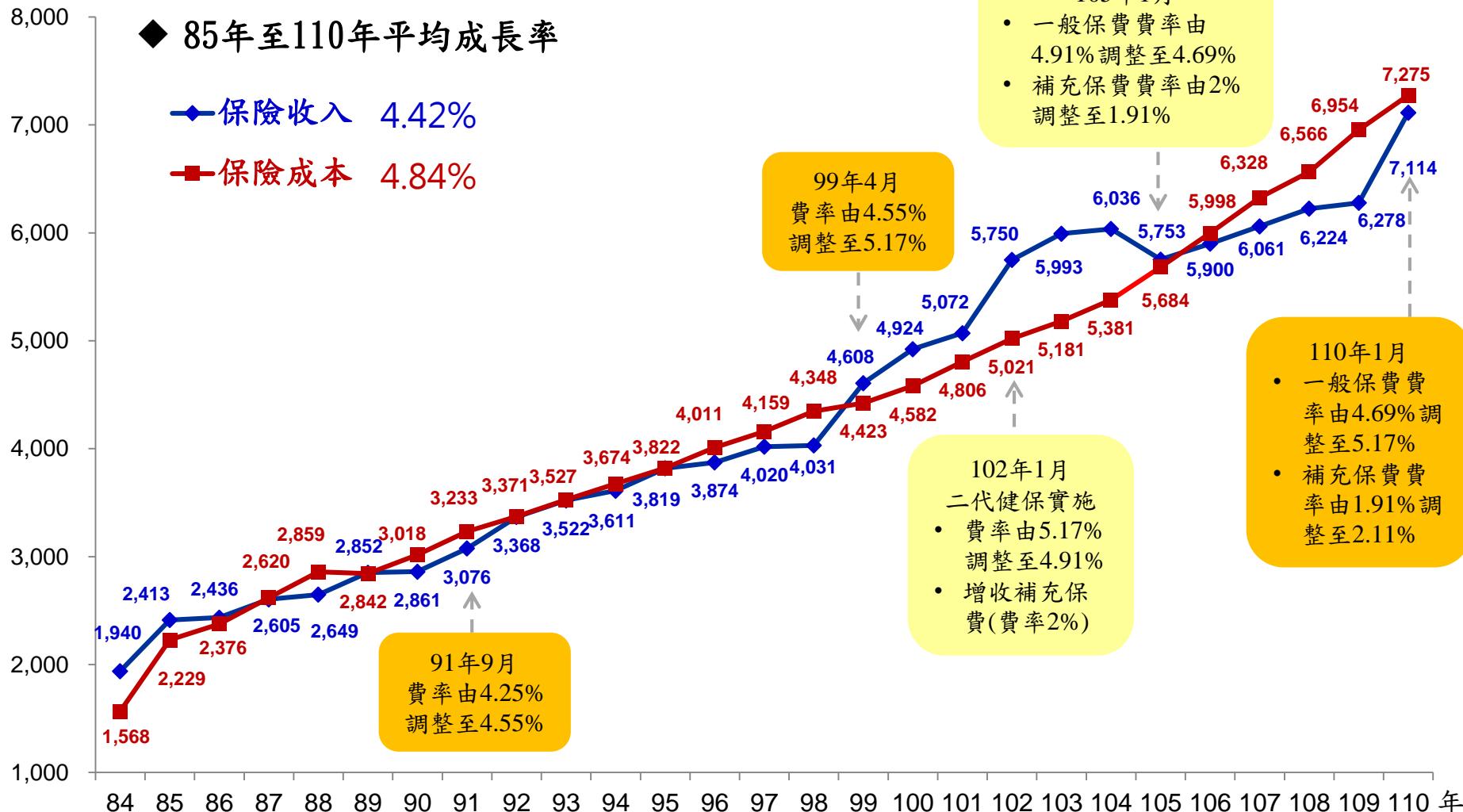


# 醫院門、住診費用占率趨勢



# 健保歷年財務收支情形

億元



註：截至111年5月底，保險收支累計結餘881.4億元，約當1.43個月保險給付支出。 31



### 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

# 衛福部推動分級醫療六大策略

紅字為健保署權責

## 6.加強醫療財團法人管理

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

## 5.提升民眾自我照護知能

- ◎ 加強宣導分級醫療
- ◎ 加強自我健康管理
- ◎ 宣導利用家醫群24小時電話諮詢服務

## 4.強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護

- ◎ 建置轉診資訊交換平台
- ◎ 建置居家照護資訊共享平台
- ◎ 強化醫院出院準備及追蹤服務
- ◎ 鼓勵醫師跨層級支援
- ◎ 鼓勵診所及醫院共同照護



## 1.提升基層醫療服務量能

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

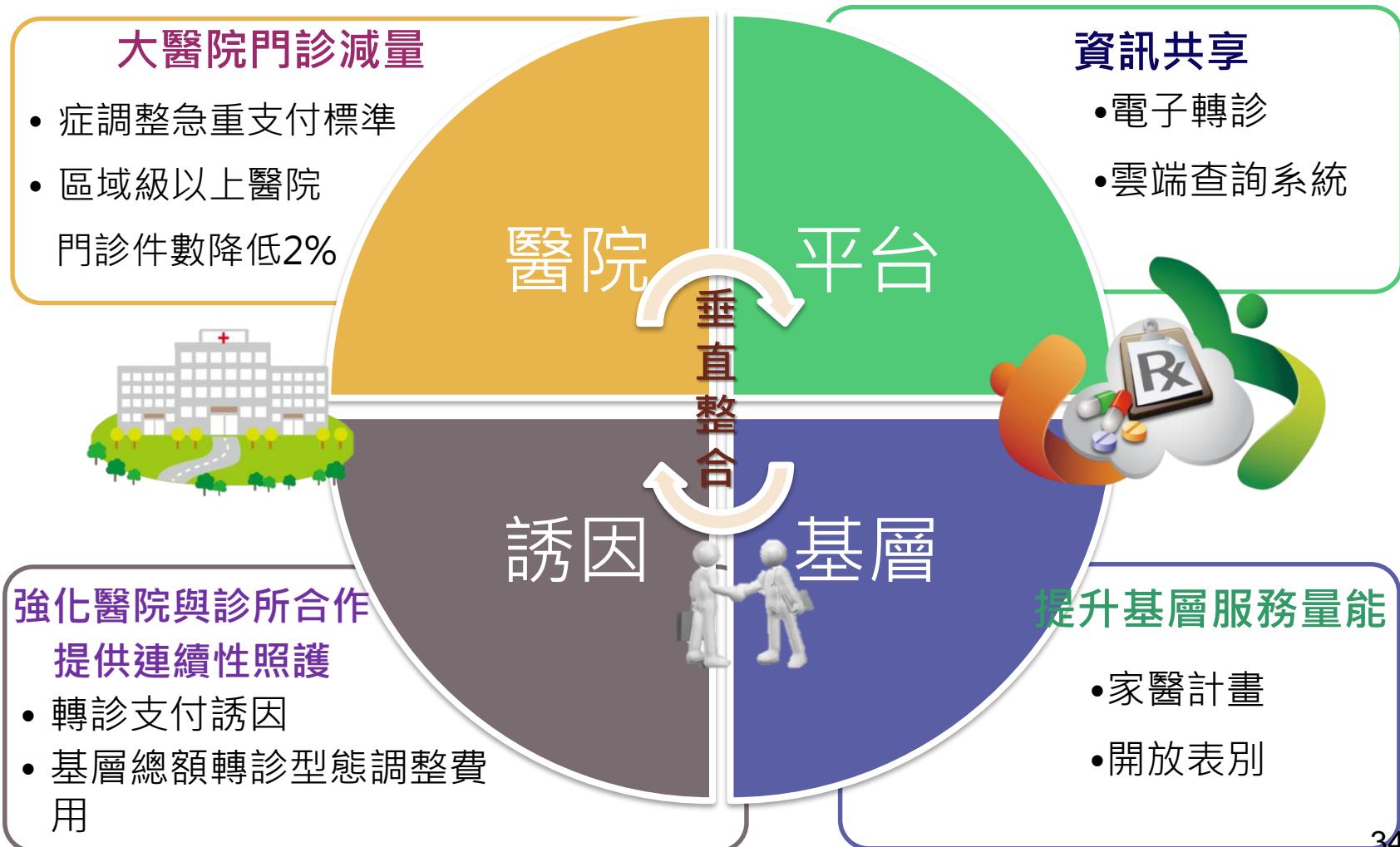
## 2.導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔

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

## 3.調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務

- ◎ 調高重症支付標準
- ◎ 推動區域級以上醫院門診減量
- ◎ 持續推動緊急醫療能力分級

# 本署推動分級醫療雙向轉診措施



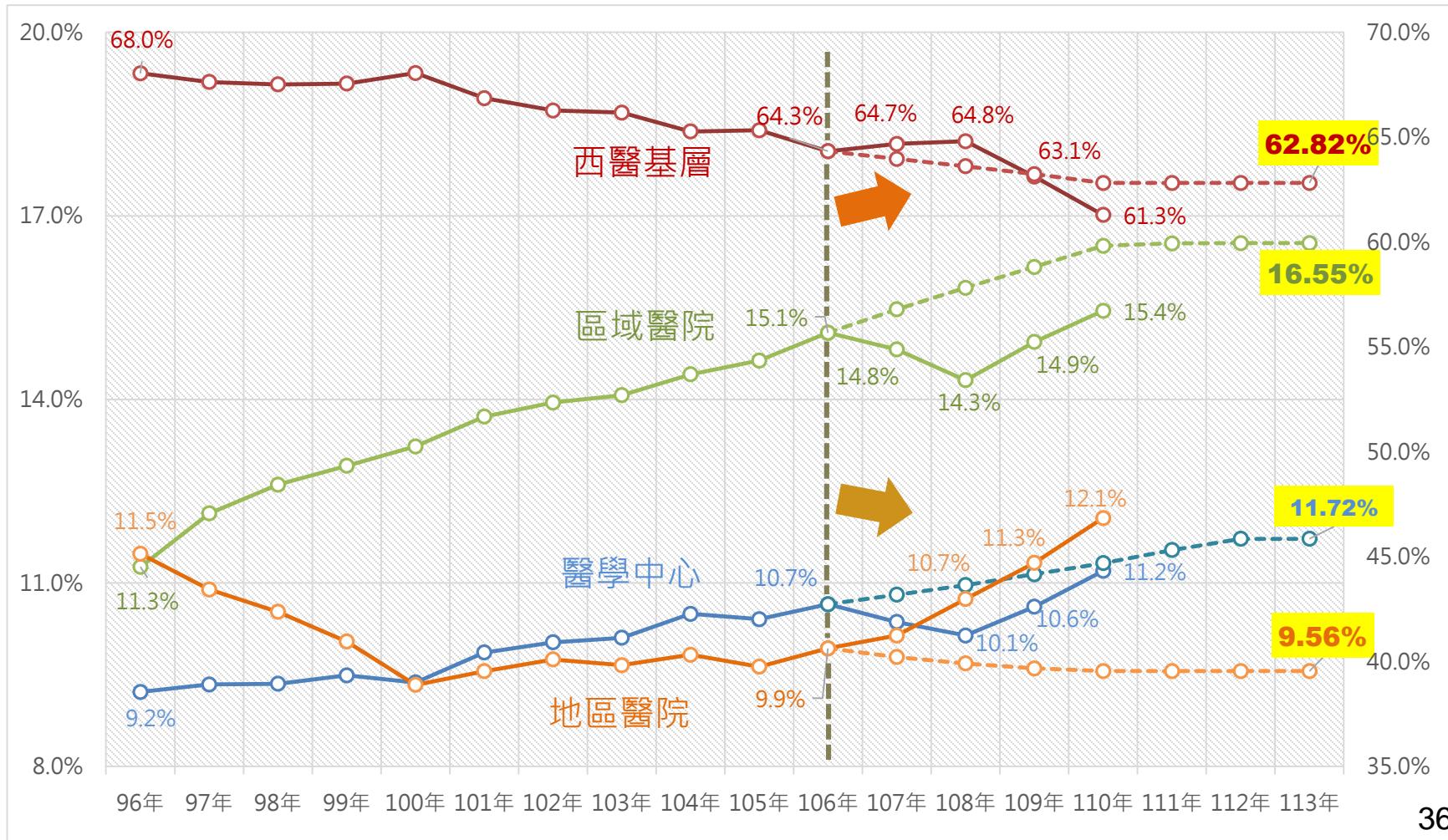
# 106-111年推動分級醫療編列之預算

單位：億元

項目		106年	107年	108年	109年	110年	111年
鼓勵院所建立轉診之合作機制	醫院	2.58	6.89	6.89	4.00	4.00	2.247
	基層	1.29	2.58	2.58	2.58	2.58	2.58
基層總額轉診型態調整費用		13.46	13.46	10.00	10.00	10.00	8.00
基層開放表別		2.5	4.5	7.2	8.2	9.2	12.2
家庭醫師整合照護計畫		15.8	28.8	28.8	35.0	36.7	39.48

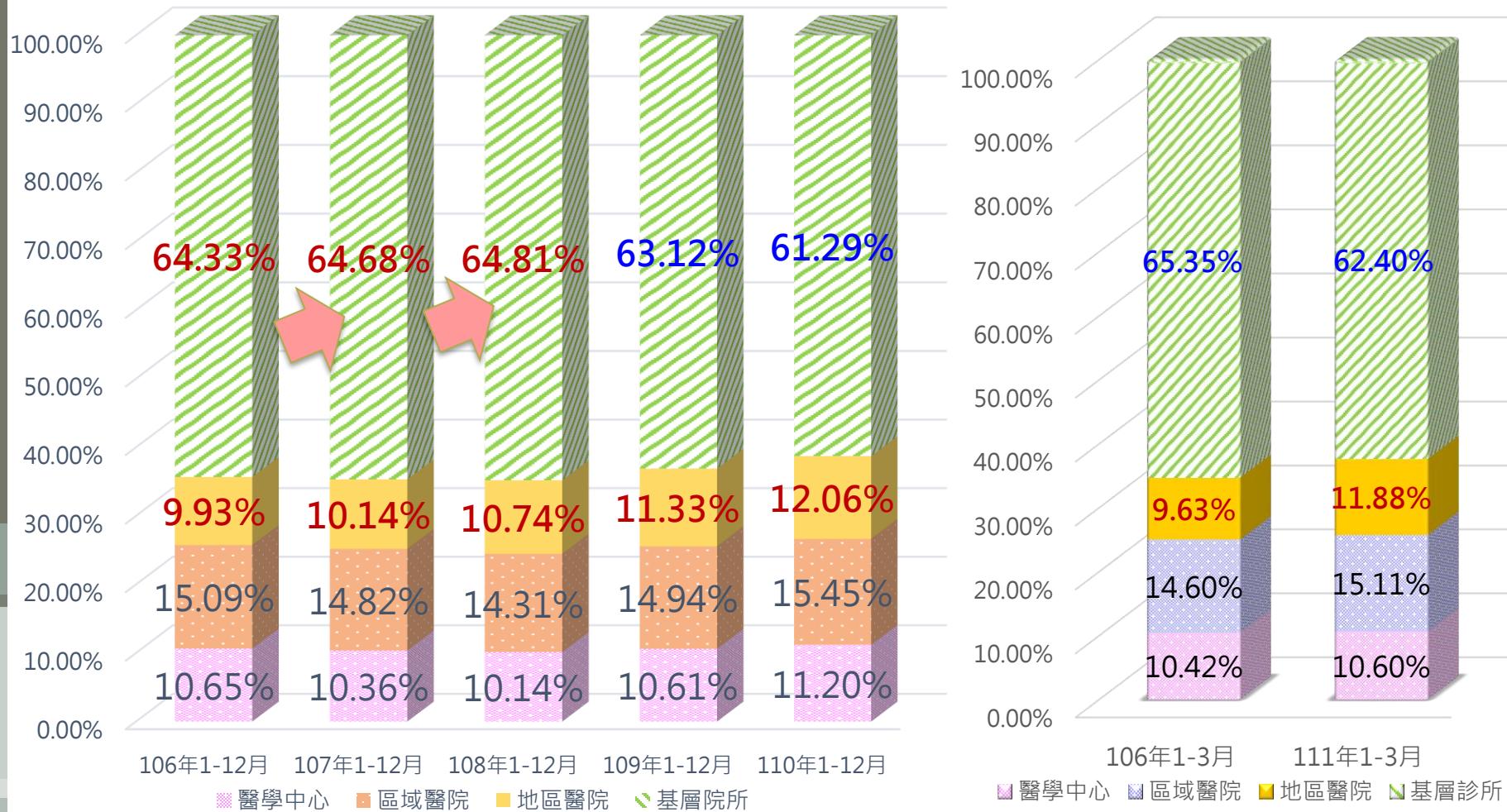
# 西醫門診各層級人次占率趨勢

- 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。
- 109年起受COVID-19疫情影響，西醫基層件數占率下降。



註：虛線部分係模擬若未實施分級醫療政策，門診件數之趨勢，107年起件數及點數係按前10年件數之幾何平均成長率推估。

# 各層級門診件數占率變動



資料來源：健保署三代倉儲：門診明細檔 (111.2.7及111.5.3擷取)。就醫日期106~110年1-12月及111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，排除「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」「病理中心」、「交付機構」、「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」案件。

# 各層級門診人次占率變動

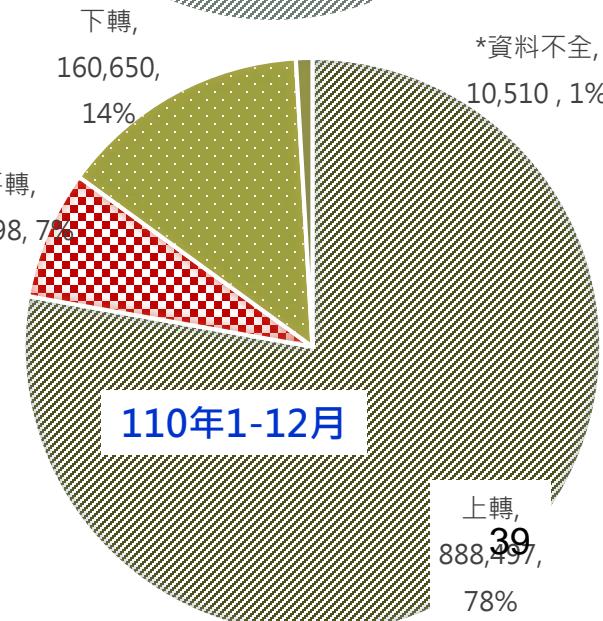
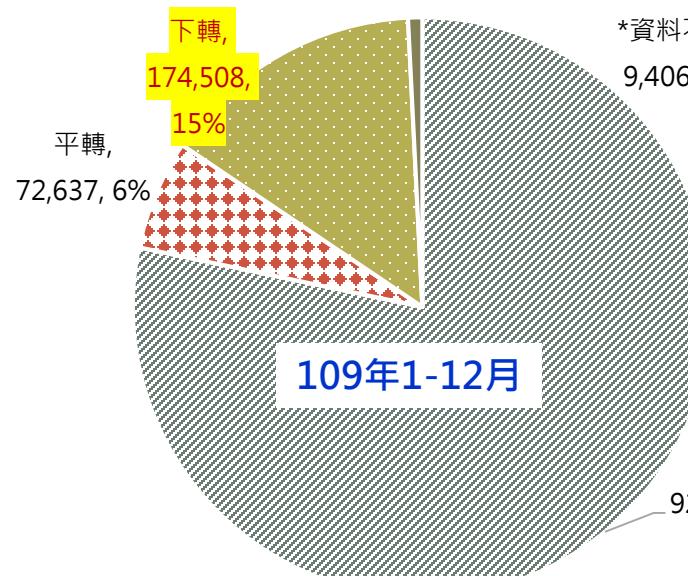
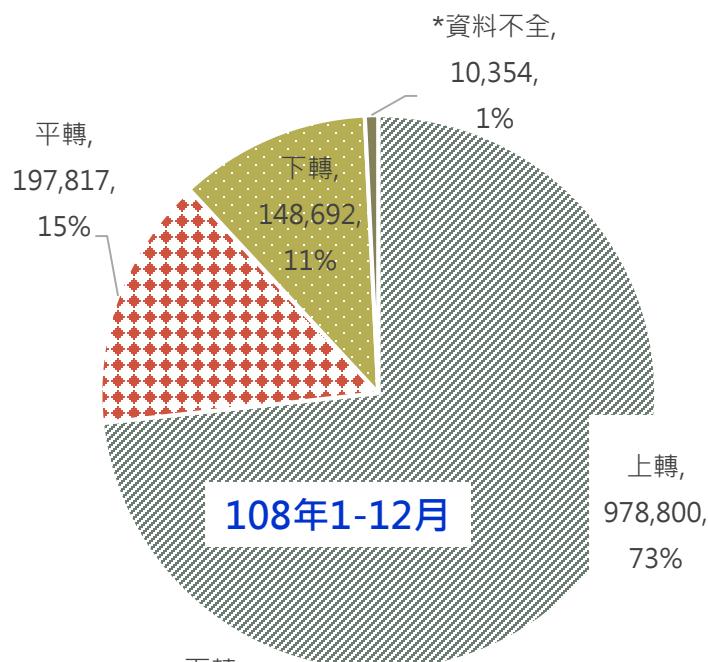
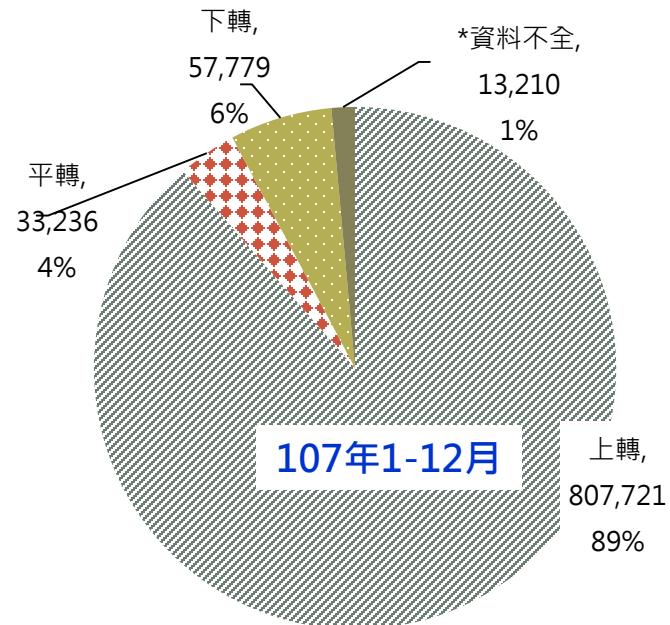
- ◆ 106年分級醫療實施後，西醫基層人次占率下降趨勢已趨緩且微幅提升，地區醫院亦微幅提升；醫學中心及區域醫院人次則微幅下降。
- ◆ 自109年受COVID-19疫情影響，基層診所件數占率下降，可能係因疫情期間民眾加強個人防疫措施（如戴口罩、勤洗手及保持社交距離等），降低病毒威染風險，故呼吸道症狀、流行性感冒及腸病毒就醫人數明顯減少，而急、重、難、罕患者仍需固定至大醫院就診，爰基層診所就醫占率較醫學中心或區域醫院下降幅度來得大。

# 轉診(轉入)案件分析

◆ \*者係資料不全，無法判斷為上轉、平轉或下轉者。

◆ 下轉件數占率：

- ① 107年占率為6%。
- ② 108年占率為11%。
- ③ 109年占率為15%。
- ④ 110年占率為14%。



\*資料不全

# 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



# 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(109年執行35億，110年編列36.7億)
- ▶假日開診(地區醫院假日診察費加成)



# 各院所間組成垂直整合聯盟

81個策略聯盟，共7,205家特約院所 (醫中24家、區域82家、地區醫院304家、基層診所6,628家及藥局1家、居護所156家、康復之家7家、居家呼吸治療所3家) 統計至110年12月底

## 北區

13個雁行計畫：桃園醫院、敏盛綜合醫院、聯新醫院、新竹馬偕紀念醫院、為恭紀念醫院、林口長庚紀念醫院、聖保祿醫院、國軍桃園總醫院、北榮桃園分院、天晟醫院、東元綜合醫院、台大新竹、苗栗醫院。

## 中區

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

## 南區

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

## 台北

16個策略聯盟：三總、馬偕、亞東醫院、臺北榮總、羅東博愛醫院、雙和醫院、基隆共好、台北藍鵲(市聯醫)、蘭陽分級照護網、聖母、新光、北醫、星月計畫(台大)、萬芳、里仁專案(國泰)、北慈合心(慈濟)。

## 東區

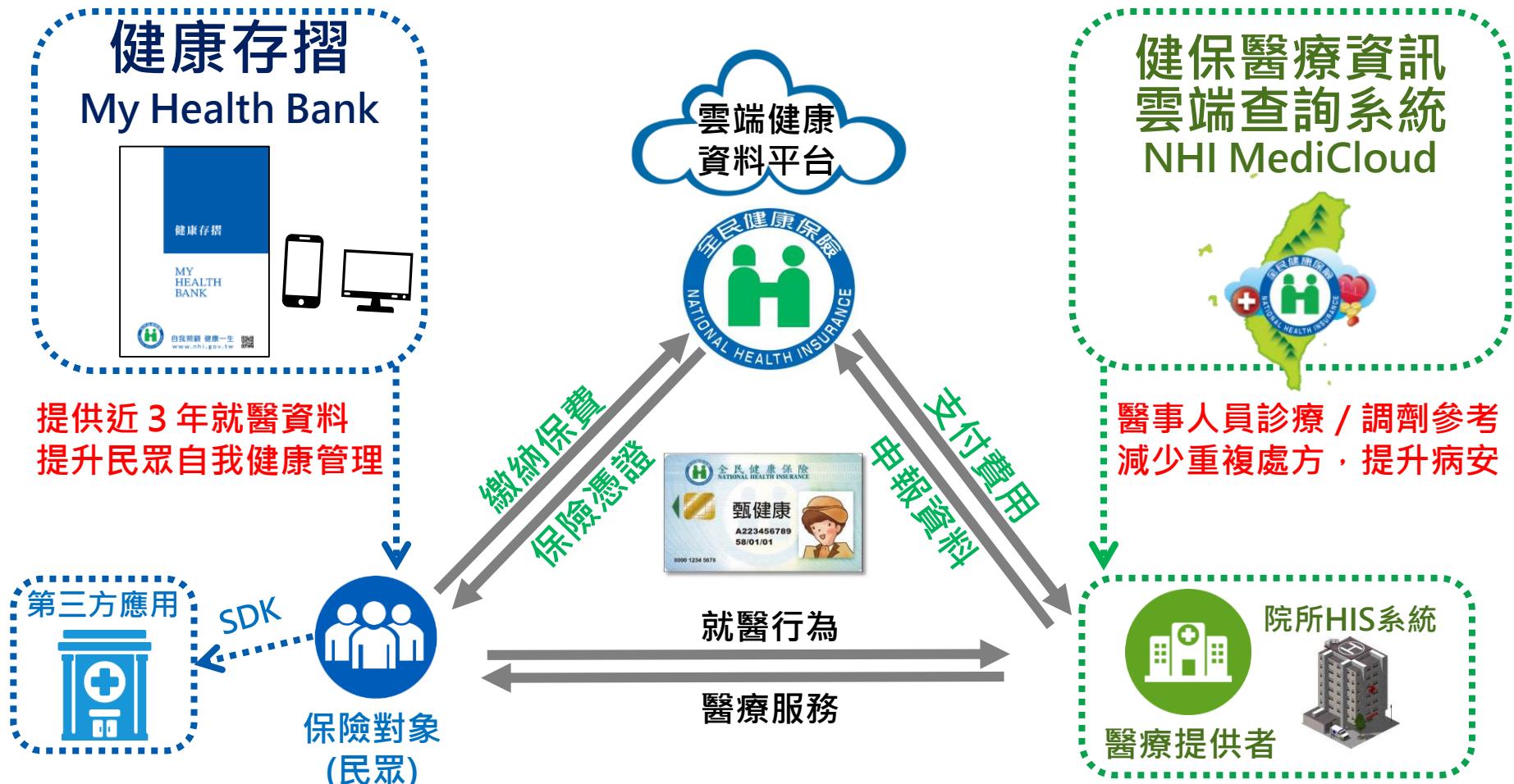
3個策略聯盟：慈濟醫院Love plus團隊、門諾山地偏鄉整合團隊、臺東縣區域在地醫療整合團隊(馬偕)

## 高屏

14個策略聯盟：高榮與高屏地區基層、高榮\_支援醫院、高長\_高長醫師聯誼會、高長策略聯盟合作、大同醫院、高雄市立聯醫院合作聯盟、屏基基層、義大醫院、小港醫院、安泰、高醫\_分級醫療雙向轉診合作團隊、高醫\_分級醫療雙向轉診共同照護、高醫\_守護城鄉零距離、高總\_鳳翔區域聯盟。



# 以資訊輔助提升醫療品質



# 健保署近年在醫療資訊的努力



雲端化



個人化



行動化



透明化



# 健保醫療資訊雲端查詢系統



# 健保醫療資訊 雲端查詢系統



雲端系統助攻  
B、C型肝炎防治

高風險用藥  
API提示再升級

西藥 - 西藥  
交互作用

腎病病人用藥  
安全三層防護

中藥 - 西藥  
交互作用

科技輔助防疫

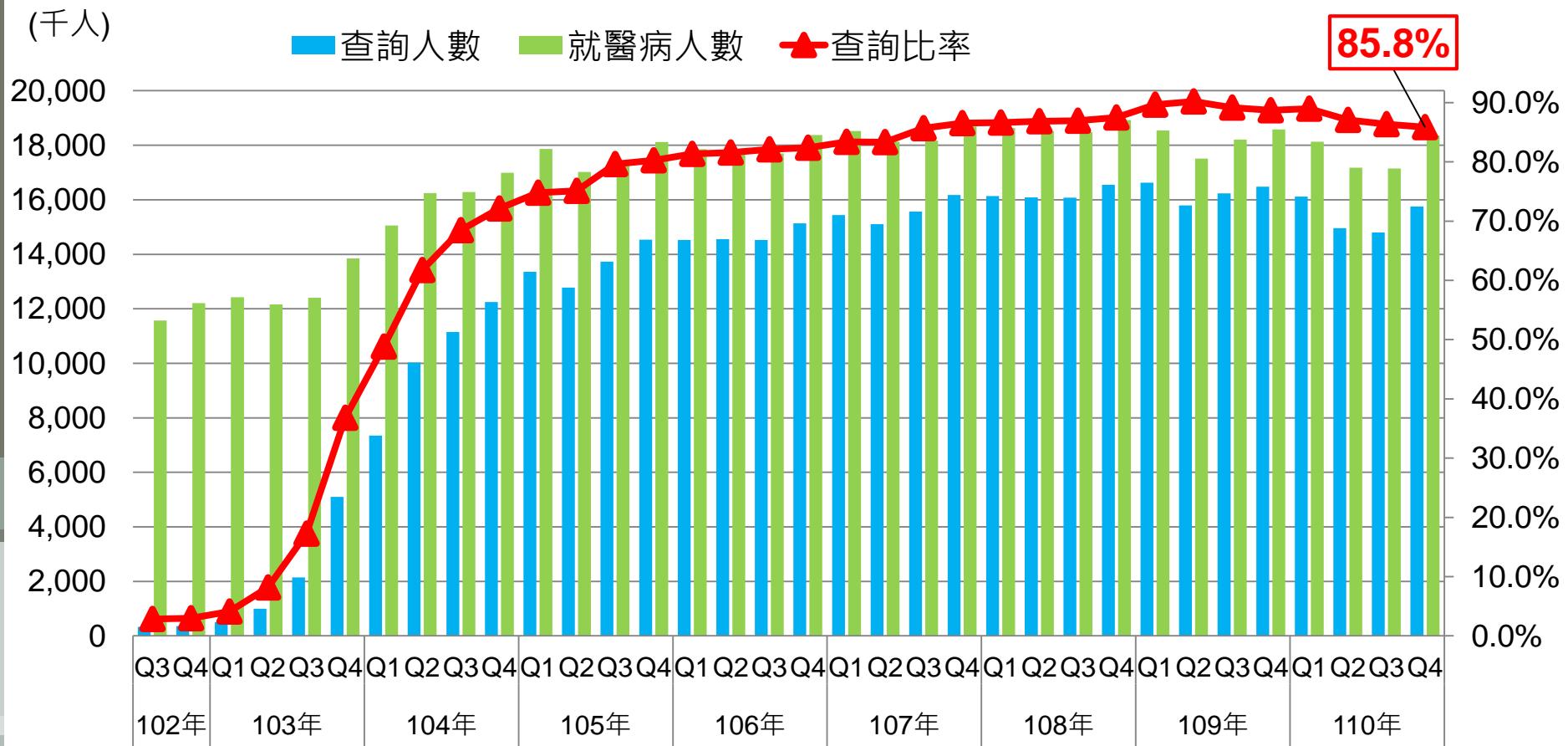


重複開立醫囑提示  
用藥安全提示  
疑義通報機制



# 執行成效-1

➤ 就醫病人雲端查詢率逐年成長至85.8%

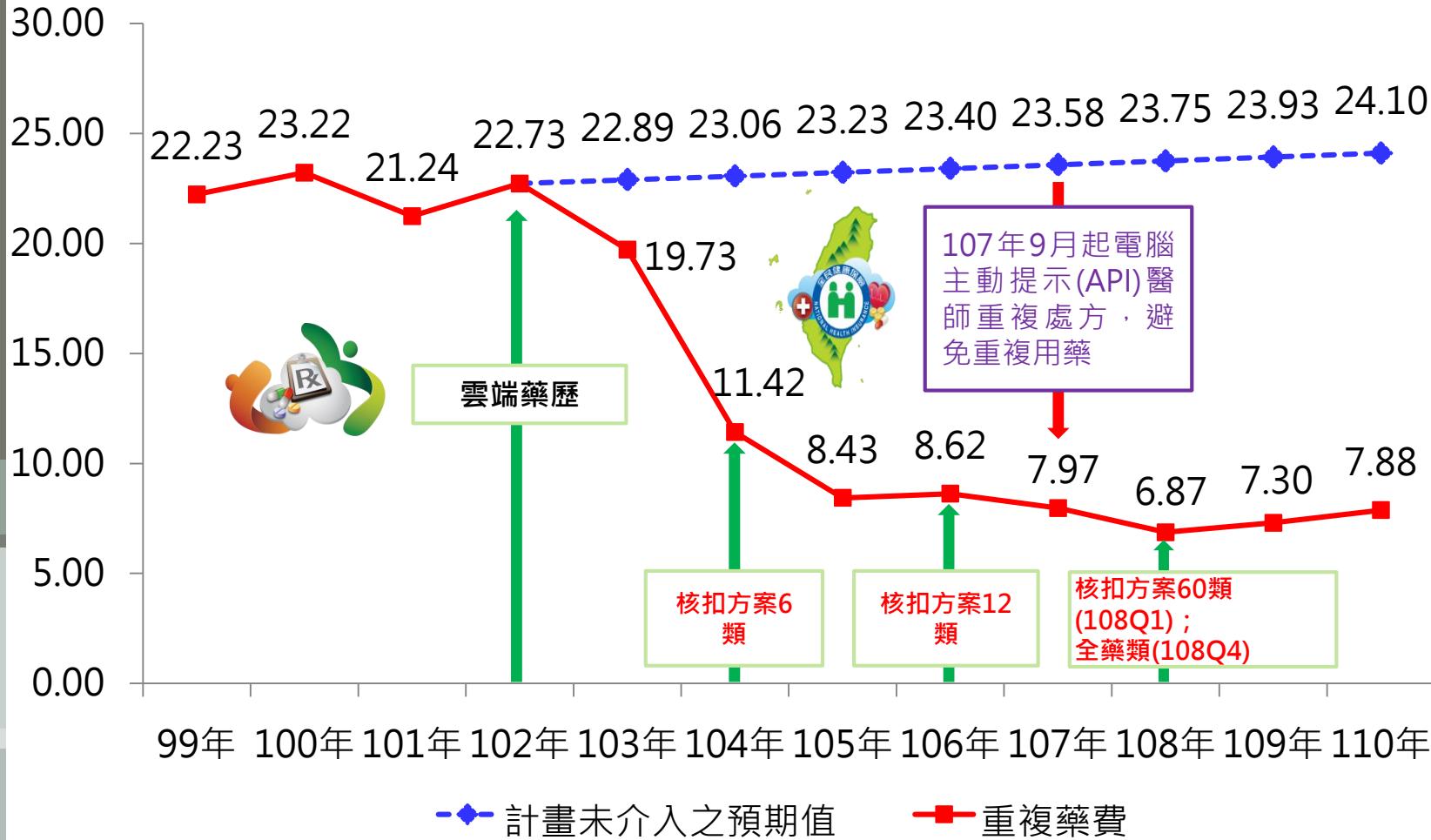


資料來源：本署第三代資料倉儲DA指標(2231)，資料區間：102年第三季至110年第四季。

# 執行成效-2

➤ 減少重複藥費管理成效(API提醒機制)

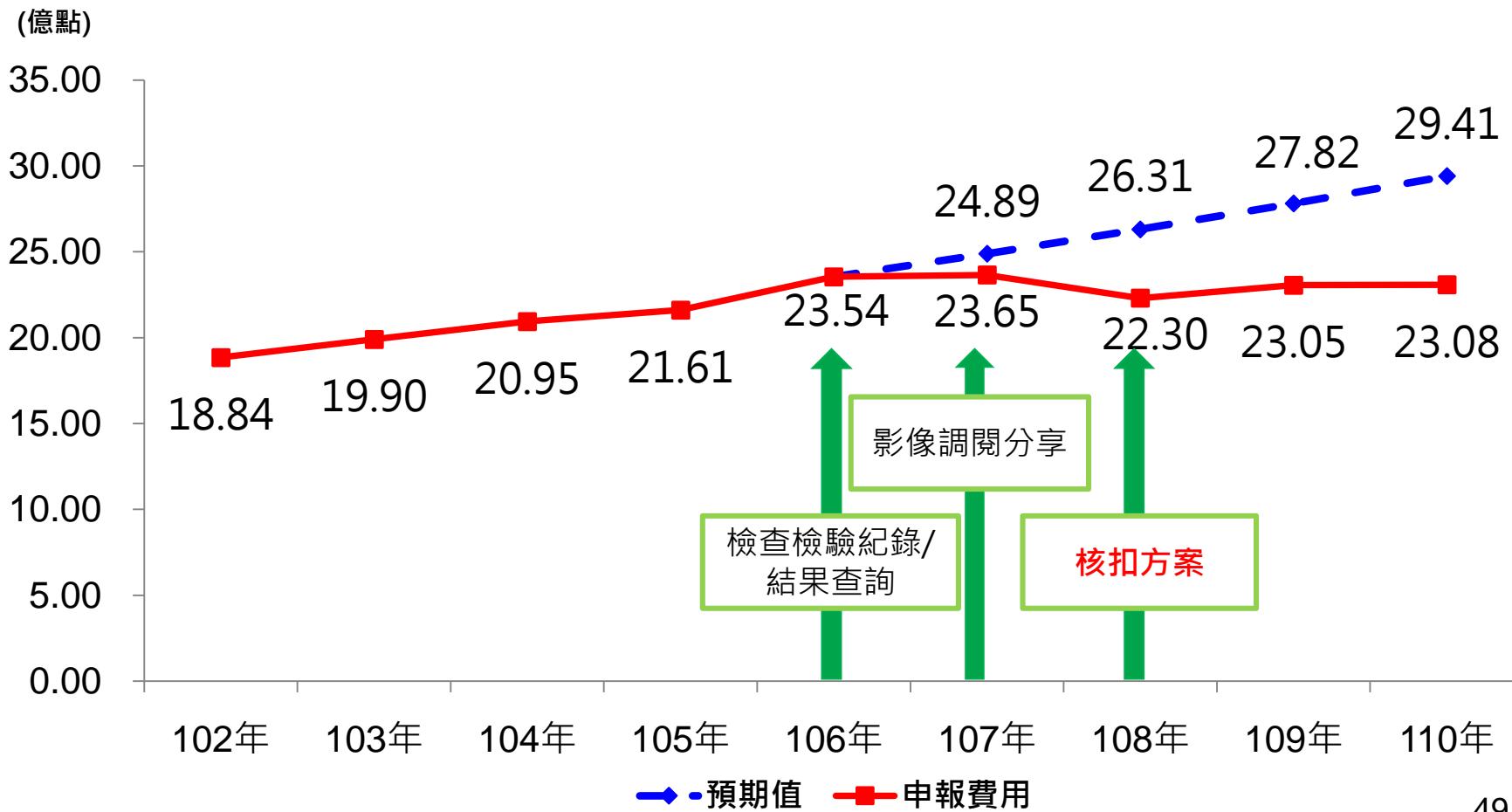
(億元) 估算103年至110年減少全藥類重複藥費約109.7億元



備註：減少之重複藥費係以核扣方案全藥類門診用藥之重複藥費估算

# 執行成效-3

- 減少重複檢查檢驗管理成效(API提醒機制)  
估算107-110年減少重複檢查檢驗費用約16.4億點



備註：減少費用係指44類門診檢查(驗)再次執行之費用

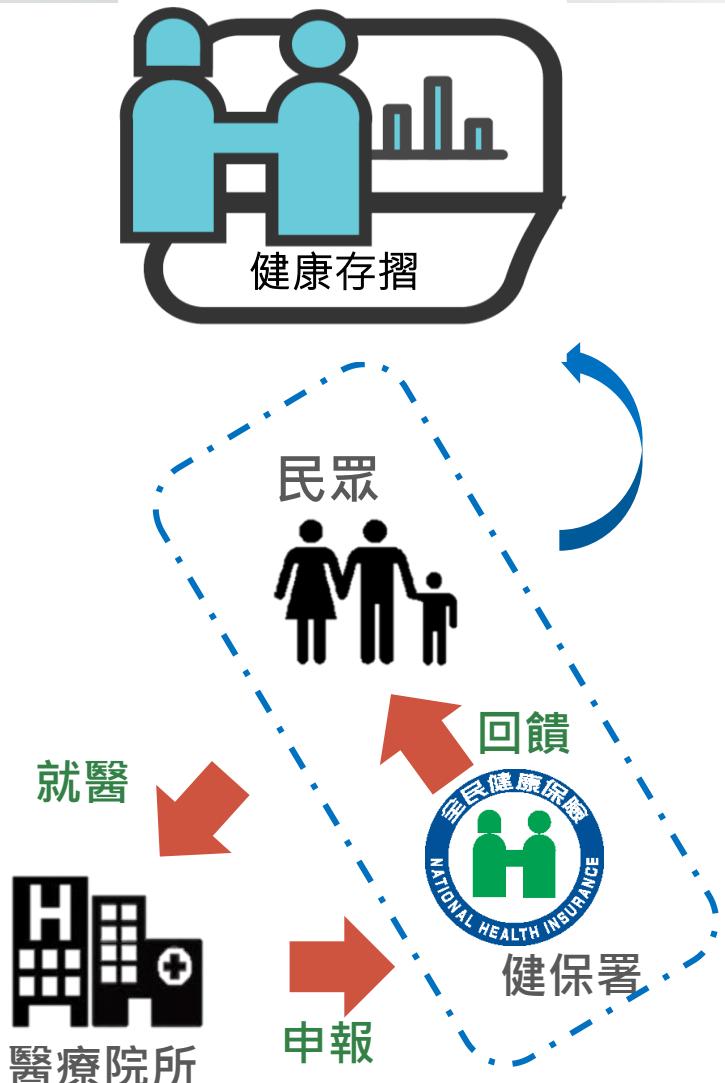
# 辦理健保醫療資訊雲端查詢標竿學習分享會

➤ 於110年12月舉辦，101家醫療院所參加觀摩(含線上26家)。



# 健康存摺

# 健康存摺建置目的



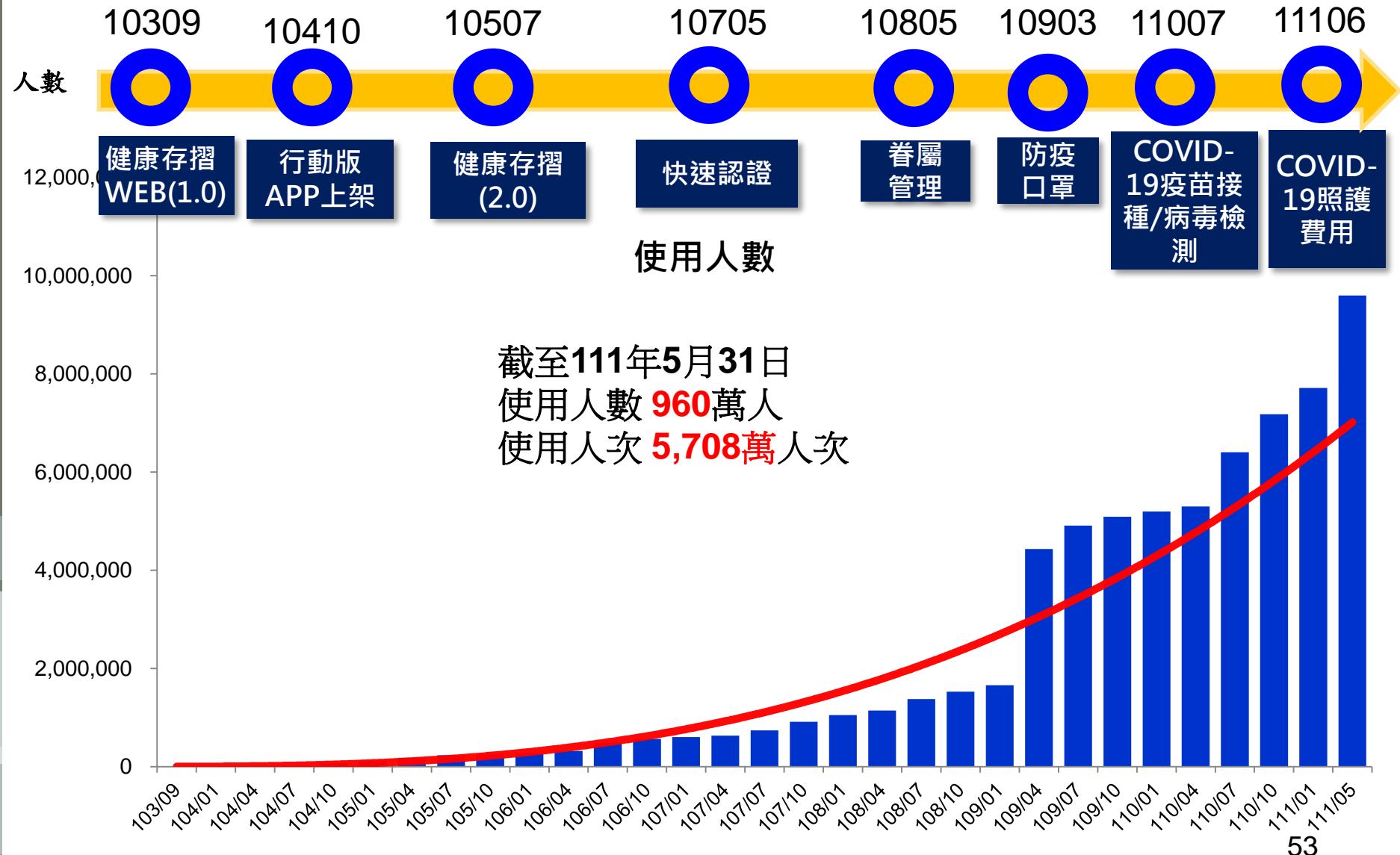
## ❖ 健康存摺

- 是一個線上查詢系統，能查詢自己的就醫及健康資料。
- 每一位享有健保的民眾都可以使用，不分年齡，完全免費。

## ❖ 建置目的

- 運用ICT科技，將個人健康資料還給個人，落實知情權與健康自主，協助民眾做好自我健康管理。
- 縮短醫病間醫療資訊不對等，使用者可提供個人就醫資料予醫師參考，提升就醫安全與品質。

# 健康存摺發展軌跡與使用情形



# 健康存摺功能簡介(1/5)

## ◆ 就醫紀錄視覺化呈現

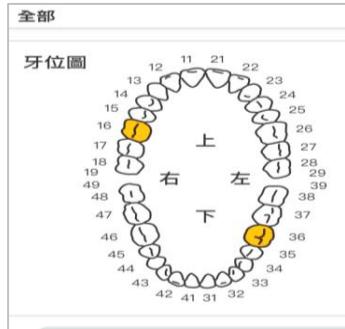
健康存摺儲存您3年內就醫資料，包含門診(西醫、中醫、牙醫)、住院、手術、用藥、過敏紀錄、檢驗檢查資料等，並儘量以視覺化圖表呈現。



【醫療檢查影像】



【檢驗數據趨勢圖】



【牙醫資料】



【門診資料】



【用藥資料】



NHI Payment Points

\*西醫、中醫、牙醫門診，住院、手術、用藥資料可轉成英文版呈現。

# 健康存摺功能簡介(2/5)

## ◆ 資料多元



### 【預防接種資料】

预防接種資料

疾管署上傳

輝瑞/BNT COVID-19疫苗(批號99999)

接種日期	110/10/07
疫苗名稱	輝瑞/BNT COVID-19疫苗 (批號99999)
醫事機構/施打地點	臺北虛擬診
資料來源	疾病管制署



### 【成人預防保健結果】

成人預防保健結果

系統顯示最近兩次報告

	最近一次	上一次
檢查醫事機構	漢竹衛生所	臺北虛擬診
電話	(033)324732	(02)23825010
檢查日期	109/10/01	107/05/01

檢查項目	最近一次 檢查值	上一次檢 查值	單位
一般檢查			
身高	161	160	cm
體重	55	54	kg
BMI	21.3	21.2	kg/m <sup>2</sup>
腰圍	75	74	吋或公 分

### 跨機關整合



### 【癌症篩檢結果】

大腸癌篩檢

系統顯示最近三次報告

檢查項目名稱：定量免底法其潛血檢查

108/05/05	檢查醫療院所 金門縣立院 檢查(驗)結果 異常
106/05/04	檢查醫療院所 臺北虛擬診 檢查(驗)結果 異常
104/03/02	檢查醫療院所 臺北虛擬診 檢查(驗)結果 無異常



### 【器捐/安寧註記】

器捐或安寧緩和醫療意願

器捐或安寧緩和醫療意願

健保卡註記日期 --

器官捐贈或安寧 同意器官捐贈  
緩和醫療意願

### 使用者自行輸入

### 【生理量測】

血壓 120/80 mmHg

心率(心跳數) 82 次/分鐘 >

更新至 110/07/21

飯前(空腹)血糖 90 mg/dl

更新至 110/07/22

身高 185 公分

更新至 110/07/21

體重 82 公斤

更新至 110/07/21

BMI 24.0



- 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

# 健康存摺功能簡介(3/5)

## ◆ 加值運用

### 連結衛教資訊

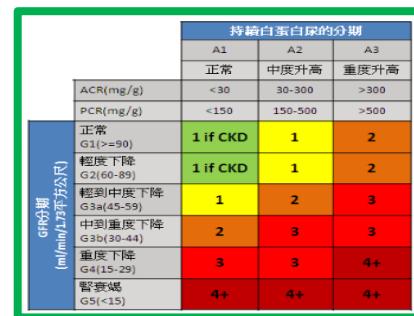


### 疾病評估

#### 【肝癌風險預測】



#### 【末期腎病評估】



#### 【心血管疾病風險評估】

<5%

重新計算

### 就醫提醒與推播服務

建議安排於 110/11/24, 洗牙

#### 推播日期

12/15/2021

#### 推播內容(限30個中英文字)

建議可於 110/12/16 安排洗牙



# 科技防疫(4/5)

## ◆ 109年2月新增口罩購買紀錄

<b>摘要</b>	
可依下方說明，前往購買！	
<b>口罩購買記錄</b>	
購買/認定日期 (付款/發放日期)	110/02/19
購買地點	臺北虛擬診
購買數量	成人10片 兒童0片
購買/認定日期 (付款/發放日期)	109/04/23 109/04/12
購買地點	免稅店購買
購買數量	成人0片 兒童10片
購買/認定日期 (付款/發放日期)	109/04/09 109/04/04
購買地點	已完成網購
購買數量	成人9片 兒童0片
購買/認定日期	109/03/26

## ◆ 110年7月新增 COVID-19疫苗接種/病毒檢測結果

**個人紀錄**

 COVID-19 疫苗接種/病毒檢測結果  
*COVID-19 Vaccines/Testing result*

 個別化推播

 過敏資料

 預防接種資料

 器捐或安寧緩和醫療意願

 COVID-19 疫苗接種/病毒檢測結果  
中文 | Eng

身分證號: A121\*\*\*\*745 

查詢日期: 110/11/23 11:17

**摘要** **明細**

**已施打3劑  
新冠肺炎疫苗!**

↑  
110/10/07  
**疫苗接種第3劑**

110/08/30  
**尚未接種**

# 健康存摺功能簡介(5/5)

## ◆呈現醫療費用支出保障民眾知的權利，建立費用意識

### 【門、住診就醫費用】

門診

年度	次數	部分負擔	健保點數
111	0	0	0
110	3	380	4650
109	10	2400	14025

年 度	藥費點 數	檢查費 點數	其他點 數	健保點數 合計
111	0	0	0	0
110	1530	0	3120	4650

住院

年度	次數	部分負擔	健保點數
110	2	16713	210812

### 【COVID-19特別預算費用】

111/06/01 | 西醫

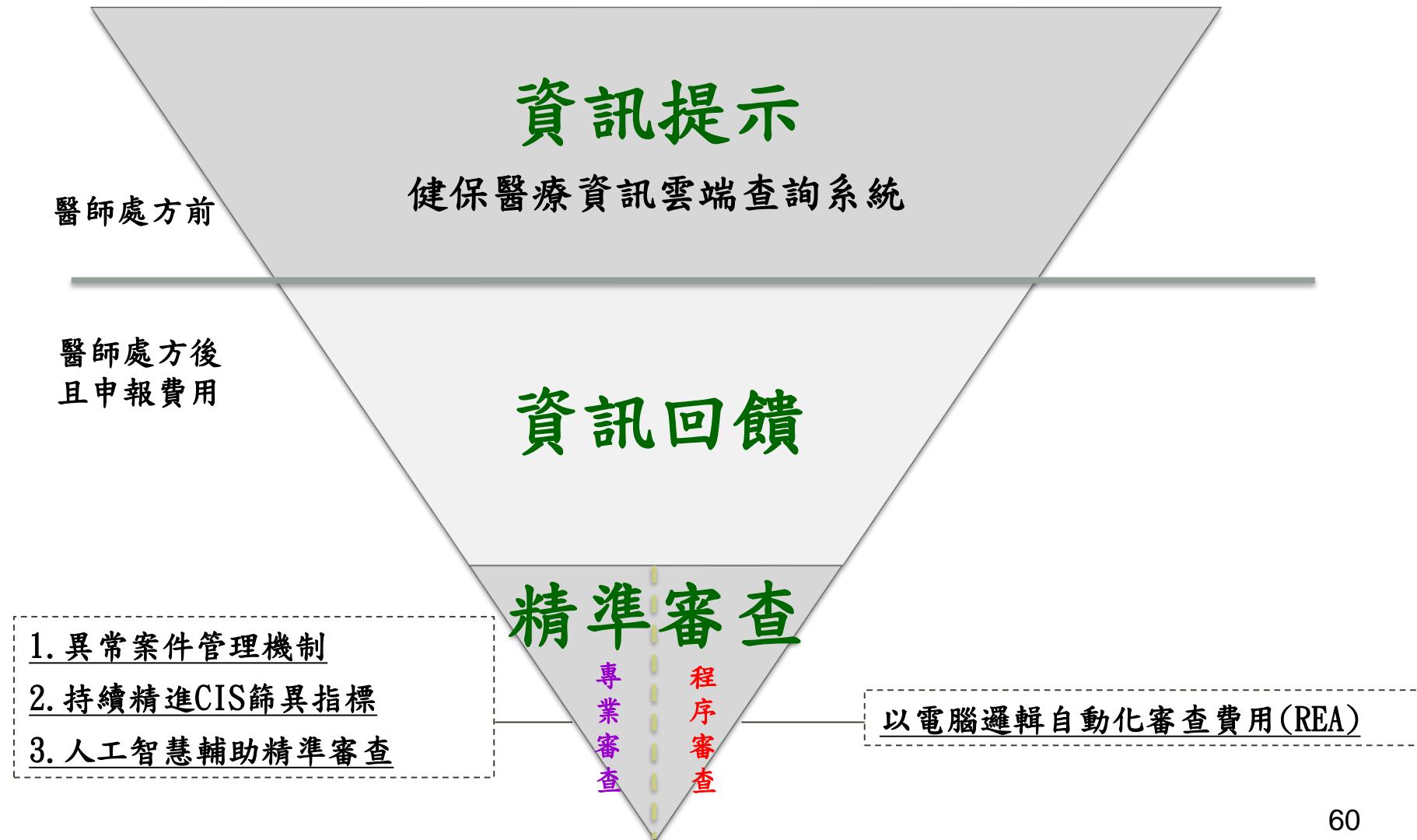
醫事機構	臺北虛擬診
疾病分類	U071/嚴重特殊傳染性肺炎，確診
處置名稱	-
健保卡就醫序號	HVIT
部分負擔	0
健保點數	-
特別預算(元)	3,000
資料來源	IC卡資料

#### 非藥品醫囑資料

醫囑名稱	COVID-19確診居家照護個案管理費-初次評估
醫囑代碼	E5200C
特別預算(元)	500
醫囑總量	1
醫囑名稱	COVID-19確診居家照護個案管理費-遠距照護諮詢（高風險確診個案）
醫囑代碼	E5202C
特別預算(元)	2,000
醫囑總量	1

# 精準審查

# 精準審查



# 精準審查

--以電腦邏輯自動化審查費用 (REA)

落實健保規範，支付規定連動檢核程序審查

110年總核減約1.1億點

即時連動  
支付標準

模組化審查型  
態

同步更新檢核  
標準與規定

自動化審查  
費用

程式邏輯審查  
費用

即時回饋特約  
醫事服務機構

跨領域資料  
運用

整合及勾稽各  
司署資料

減輕院所提交  
資料負擔

定期檢討檢  
核邏輯

發展輔導機制

# 精準審查

## --異常案件管理機制

自107年起啟動專案以管理疑似「虛浮報」案件

運用大數據分析篩選異常案件

### 分區指標管理

依審查經驗或審查  
醫師意見開發專案  
進行指標管理

### 評估管理效益

1. 目前累計辦理 76 項專案
2. 具效益者列入全署CIS指標開發

### 成果加值運用

回饋案例給各院院長、專科醫學會及總額公協會自主管理

# 精準審查

## --異常案件管理機制

- 專業審查系統(IPL)線上通報統計：

自109年8月上線至111年3月2日計通報1,910件，其中通報為「疑有違規」或「建議實地訪查」有112件、84家院所，轄區業務組據以啟動自清、加重抽審等管理措施。

- 依通報違規樣態開發監測系統：

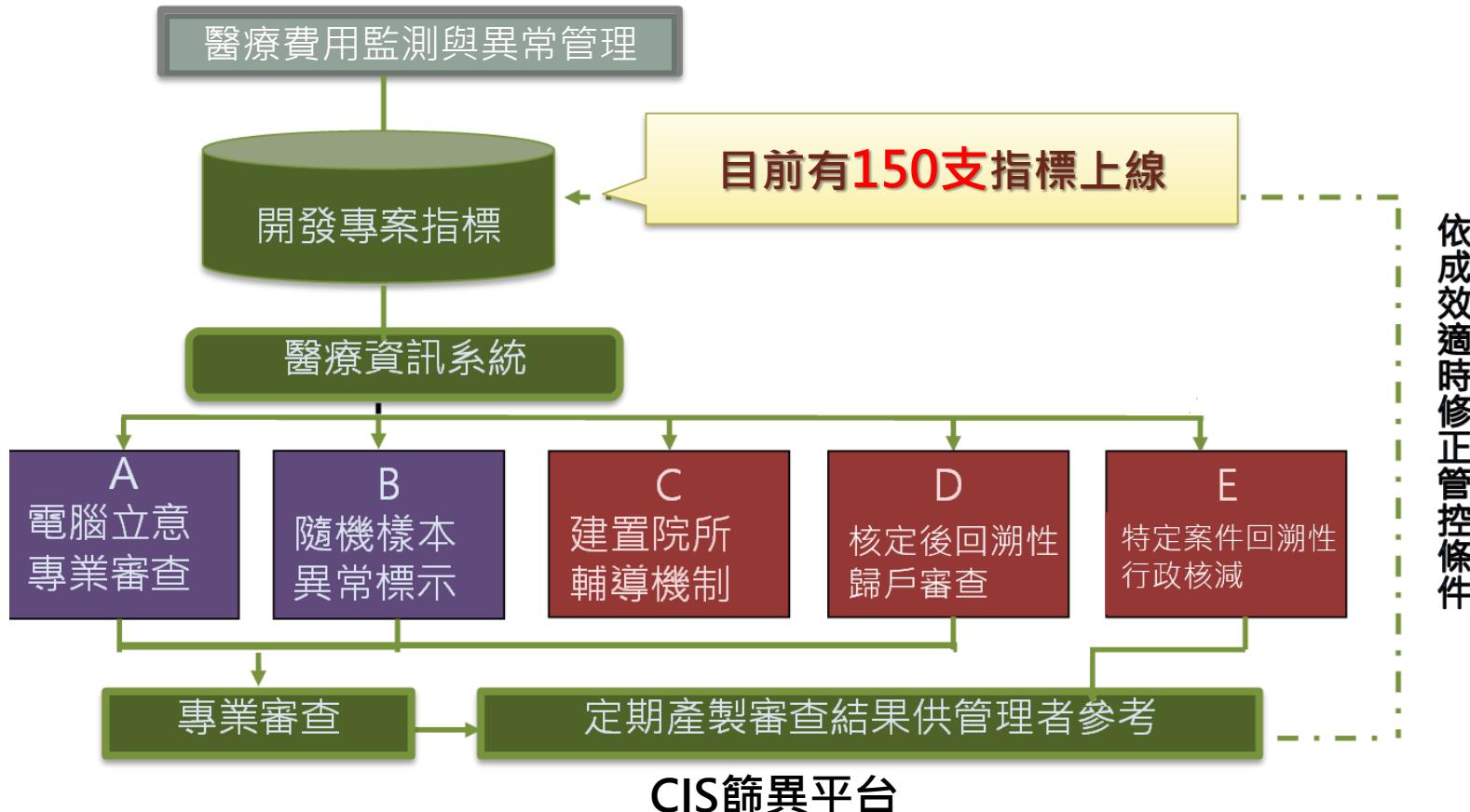
已開發「健保卡同日多刷」8項多維度指標視覺化監測系統，並按季彙整各分區涉及疑似違規之樣態，陸續開發其他違規樣態監測系統。



# 精準審查

## --持續精進CIS篩異指標

- 以健保門診、住診、藥品、特定診療與處置及特定個案名單等5項構面，開發約150項篩異指標進行管理
- 110年總核減約1.8億點



# 精準審查

## --人工智能輔助精準審查

### 一、109年影像上傳率低院所篩異管理

#### 監測

109年影像上傳率低院所

#### 透析

以指標分析篩選疑似異常申報情形：  
不符適應症、重複執行、不宜併報

#### 篩異

異常院所加強抽審

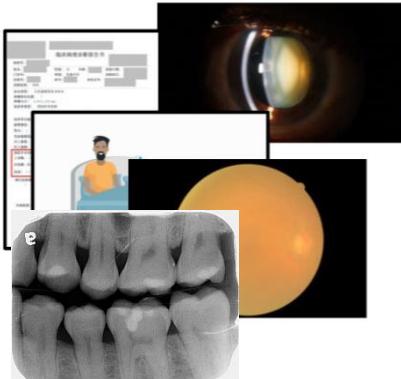
精  
準  
審  
查

### 二、影像相似度偵測重複管理

- 本署開發影像相似度偵測之AI模型，以防範「醫療院所檢送不同病人之檢查結果，以相同影像上傳」。
- 後續將AI模型分析結果進一步剖析與查證。

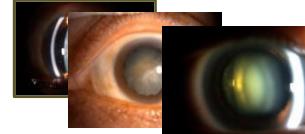
#### 【上傳資料】

-多種檔案格式

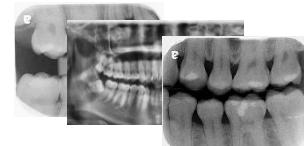


#### 【影像分群】

眼科-眼底鏡、隙細燈、超音波



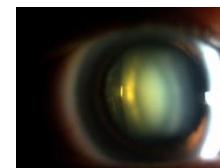
牙科-牙根尖、環口牙片、咬翼片



其他影像



#### 【偵測相同/高相似影像】



VS.



VS.



65

精  
準  
審  
查

# 未來規劃

- 因應行動裝置的普及，健康存摺新增匯入行動裝置資料功能，使用者可將行動裝置監測紀錄資料（如血壓、脈搏），整合入健康存摺，便利健康管理。
- 精進功能增進使用者黏著度：
  - 運用本署健保大數據及AI技術自動研判醫學檢查影像檔，提供心血管疾病風險評估。
  - 新增醫療輻射紀錄，提供民眾接受放射線檢查時，接受之醫療輻射數值，豐富健康存摺資料。
  - 優化操作畫面及操作流程，配合我國防疫政策，提供快篩試劑購買紀錄。

# 各總額部門執行情形

- 一、客觀數據
- 二、主觀調查



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

# 健保於總額下推動各項重點措施

## 各項整合方案

- ① 家庭醫師整合計畫。
- ② 醫院以病人為中心、急性後期整合照護、跨層級醫院合作計畫
- ③ 居家醫療與長照2.0轉介。

- ① 保障弱勢族群醫療權益(重大傷病認定、保障血友病及罕病及愛滋病藥品、器官移植費用)

- ② 強化偏遠地區醫療(IDS、各總額部門醫療資源不足地區改善方案、醫院醫療服務提升計畫)。

- ① 推動院所即時上傳、健保醫療資訊端查詢系統、健康存摺。
- ② 加強院所感染管控。
- ③ 護理人力之改善。



- ① 導入新藥、新特材、新診療項目、C型肝炎新藥。
  - ② 推動疾病管理方案。
  - ③ 特約各類健保院所、鼓勵院所假日開診。
- 
- ① 推動分級醫療與雙向轉診、大醫院門診減量
  - ② 支付制度改革(論病例計酬、RBRVS、DRG、論人計酬等)及支付標準調整
  - ③ 減少呼吸器依賴患者、推動安寧療護。
  - ④ 調整部分負擔。
- 
- ① 公開品質指標、辦理總額各部門品質保證保留款
  - ② 定期監測民眾滿意度。

二

## 執行概況—及時性



新醫療科技之導入

疾病管理方案

民眾就醫可近性

# 新醫療科技預算

項目	年	106年	107年	108年	109年	110年
		106年	107年	108年	109年	110年
醫院						
成長率	0.531%	0.844%	0.714%	0.723%	0.767%	
增加金額(億元)	20.63	34.40	30.19	31.86	35.62	
西醫基層						
成長率	0.080%	0.106%	0.037%	0.086%	0.158%	
增加金額(億元)	0.84	1.16	0.42	1.0	1.9	

# 新醫療科技-新藥(110年收載39項)

- 無第1類新藥。
- 第2A類新藥21項，分別用於治療乳癌、黑色素瘤、白黴菌病(mucormycosis)、癌症末期因疾病進展所導致中重度疲勞症狀之改善、預防成人偏頭痛、治療有高度骨折風險之停經後婦女骨質疏鬆症、葡萄球菌腸炎、梭狀桿菌所引起之假膜性結腸炎、帕金森氏症等。
- 第2B類新藥共18項，分別用於治療胃癌、非小細胞肺癌、類風濕性關節炎、乾癬性關節炎、僵直性脊椎炎、非小細胞肺癌、阻塞性肺病(Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)病人氣流阻塞的長期維持治療、局部癲癇發作病人、轉移性或局部晚期乳癌、去勢敏感性前列腺癌、中度至重度活動性類風濕性關節炎、開放性青光眼或高眼壓病人減輕眼內壓等。

# 新醫療科技-新藥

## ● 106-110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	
106	6	14	22	42
107	2	13	36	51
108	9	24	18	51
109	9	25	11	45
110	0	21	18	39
合計	26	97	105	228

\*本表所指新藥為106至110年收載，且符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準第十四條第一項，並經全民健康保險藥物共同擬訂會議同意納入收載之藥品，且不含專款藥品(罕見疾病用藥、血友病用藥、後天免疫缺乏症候群治療藥品及C肝用藥)及代辦品項(戒菸、流感疫苗及流感抗病毒藥劑)

# 新醫療科技-新特材

## ● 106-110年收載新特材之品項數

收載年度	創新功能	功能改善	總計
106	31	53	84
107	31	40	71
108	27	39	66
109	33	8	41
110	49	61	110
合計	171	201	372

# 新醫療科技-新診療項目

## ● 106-110年新醫療科技診療項目之項目數

收載年度	項目數	總額編列 (百萬元)	推估增加預算 (百萬點)
106年	21	393	391.91
107年	31	400	394.76
108年	21	400	387.13
109年	44	450	397.79
110年	151	450	447.58

註:

1. 新增診療項目指經健保署醫療服務共同擬訂會議同意並納入給付之增修診療項目(例如引進新診療項目及其後續增修訂支付規範或適應症範圍、已納入診療項目因醫療科技進步而有新術式或新特材)及包裹支付過程面特材。
2. 109年新醫療科技-新增診療項目預算450百萬元，共計新增44項診療項目(15項於109年生效、29項於110年生效)，爰109年列入計算之實際申報項目數為15項，申報費用點數61.04百萬點自各項目生效日起統計至109年底；該44項診療項目於110年申報費用點數為214.78百萬點。
3. 110年增修訂152項，其中1項為支付通則修訂不納入統計(133項於110年生效、18項於111年生效)，爰110年列入計算之實際申報項目數為133項。

二

## 執行概況—及時性

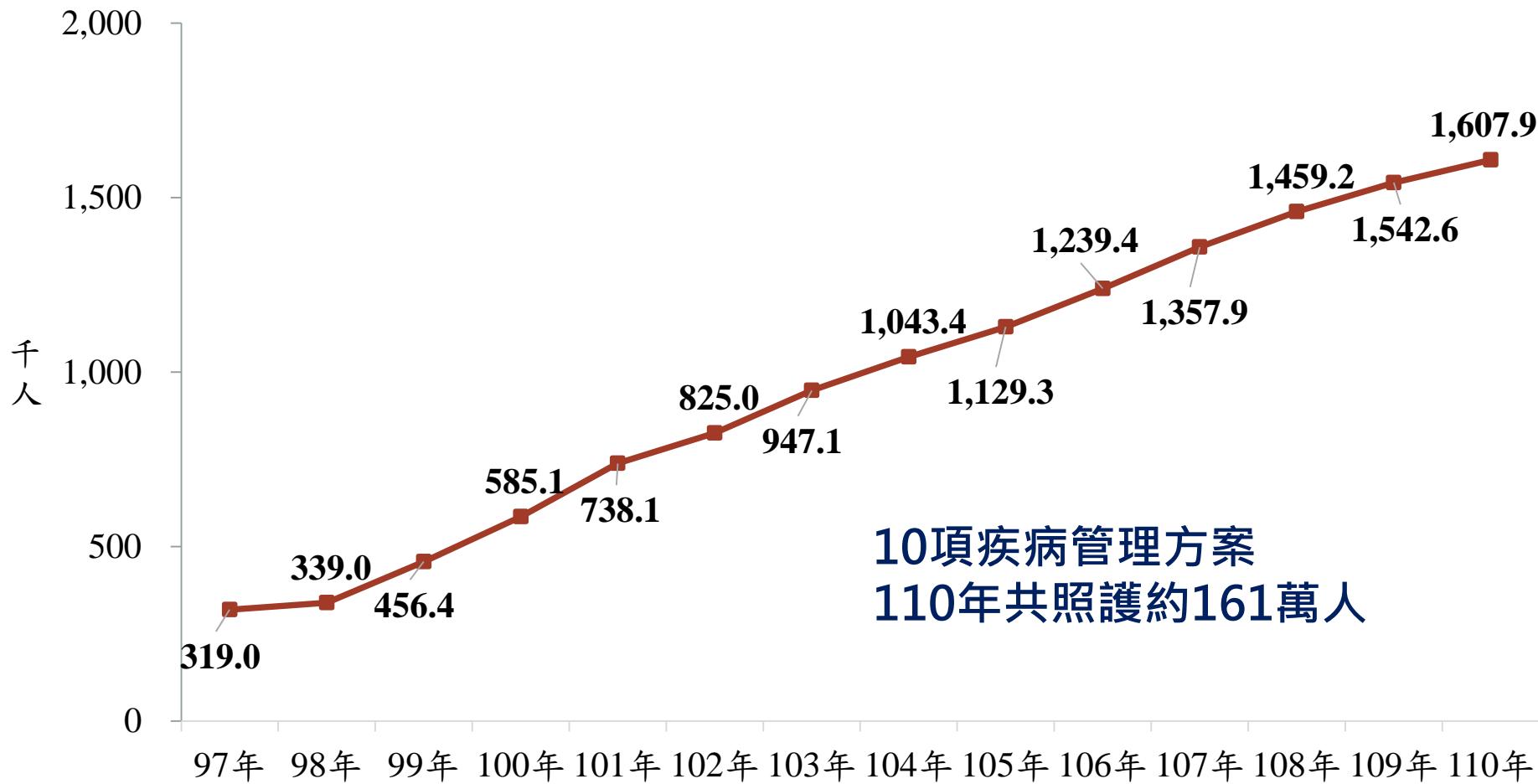


新醫療科技之導入

疾病管理方案

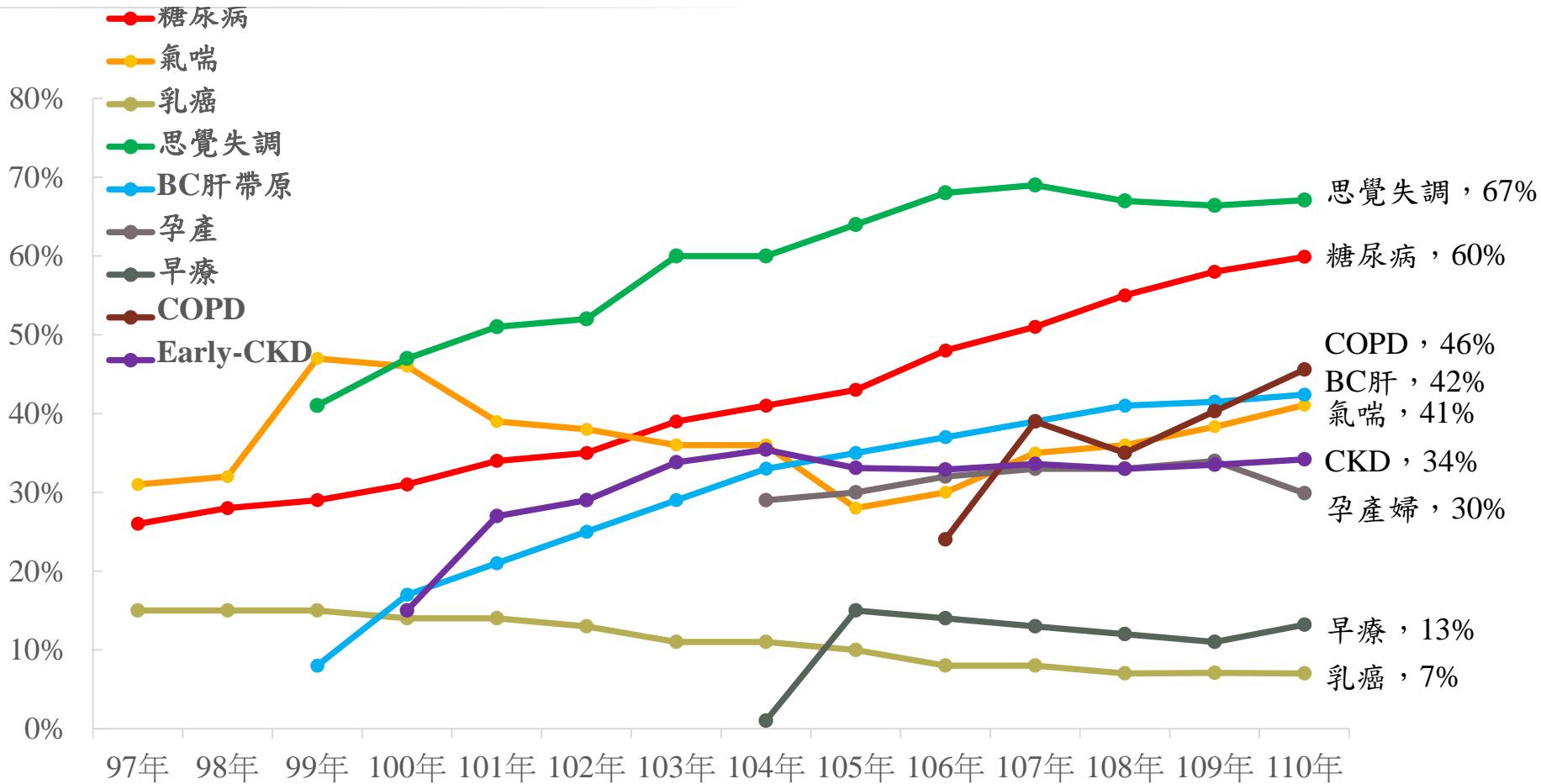
民眾就醫可近性

# 疾病管理方案-照護人數



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

# 疾病管理方案-照護率



註1：照護率 分子：當年度申報該方案相關費用之歸戶人數。

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

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

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

註4：早期療育計畫係以團隊提供全人照護，門檻較高，致照護率約維持10%；另乳癌方案因參與醫院僅5家，照護人數有限。

註5：氣喘方案自109年起收案條件診斷碼由「ICD-10-CM：J44、J45」改為「ICD-10-CM：J45」，致109年照護率顯著提升(符合收案條件者人數減少)。

# 可避免住院指標趨勢

單位

件數/10萬人

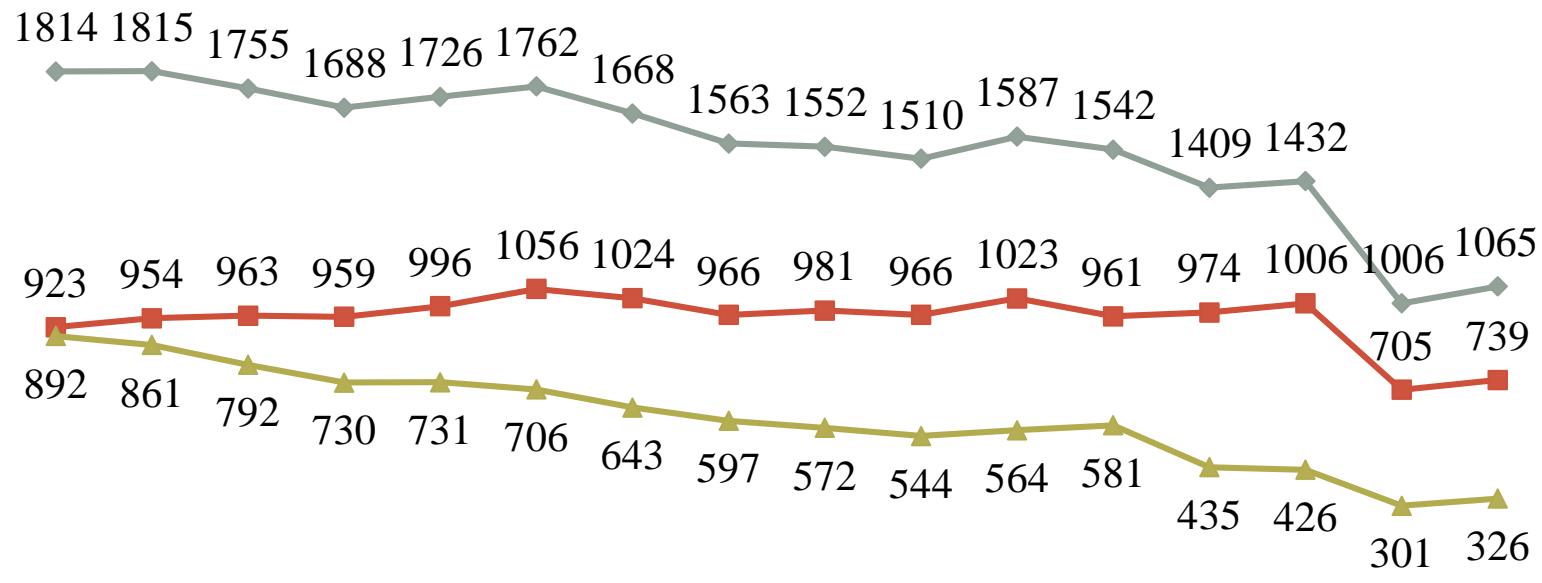
2,500

2,000

1,500

1,000

500



95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

年度

◆ 總體 ■ 急性 ▲ 慢性

# 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人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。

- 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。
  - 110年共有1,168家院所參與，累計收案數為107.5萬人。
- 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。
  - 110年有237家院所參與，新收案數為2.6萬人，長期透析的新病人中曾接受Pre-ESRD照護之比例約66%，逐年增加。

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-提升牙醫假日開診率

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

調升山地離島地區  
之牙科門診診察費  
10點(105.4.1生效)



- 新增2項支付項目
- 牙醫急症處置支付項目(1,000點)
  - 週日及國定假日牙醫門診急症處置(800點)

- 增列週六急症處置：修訂「週六、日及國定假日牙醫門診急症處置」(800點)
- 新增「牙齒外傷急症處理」(4,976點)

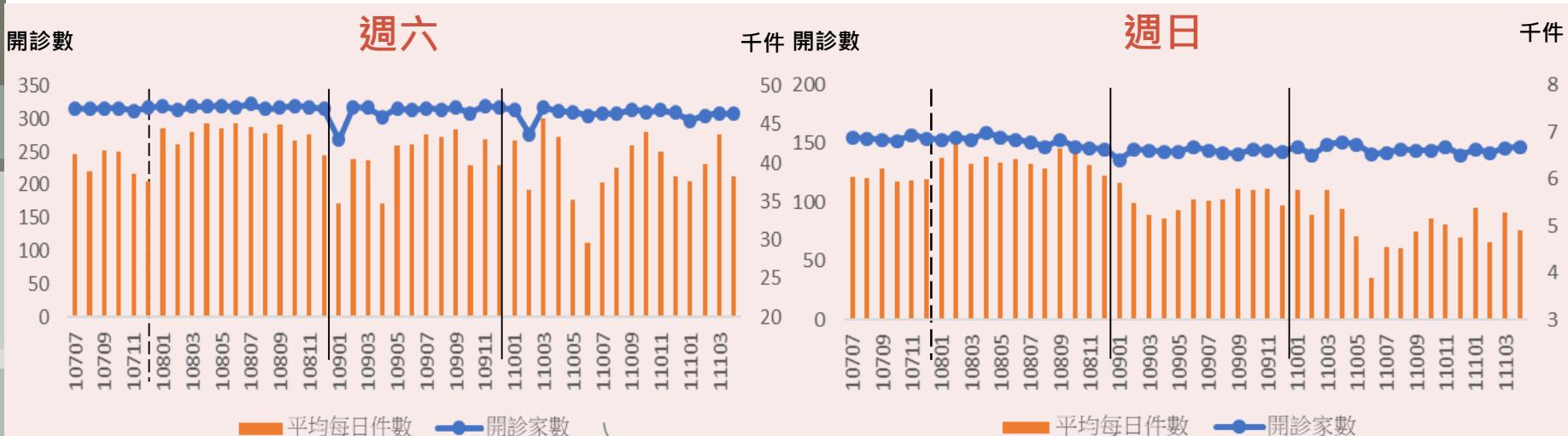
離島地區假日門診案件診察費加計20%：  
新增通則八：離島地區牙醫診所週六、週日及國定假日之牙醫門診案件，門診診察費得加計20%

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%。

註:110年牙醫總額部門未針對提升假日開診增編預算

# 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
- 自107年12月1日起實施，執行內容如下：
  - 增列地區醫院假日門診案件加成30%(不含門診診察費、藥品及特材費用)
  - 增列地區醫院假日門診診察費加計：週六加計100點、週日及國定假日加計150點
- 另鼓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成10%



109年1月及110年2月開診數逢農曆年故較去年同期(無過年)低，109年及110年受疫情影響，致平均每日件數較108年同期相對不穩定。

# 民眾就醫可近性-提升基層假日開診率

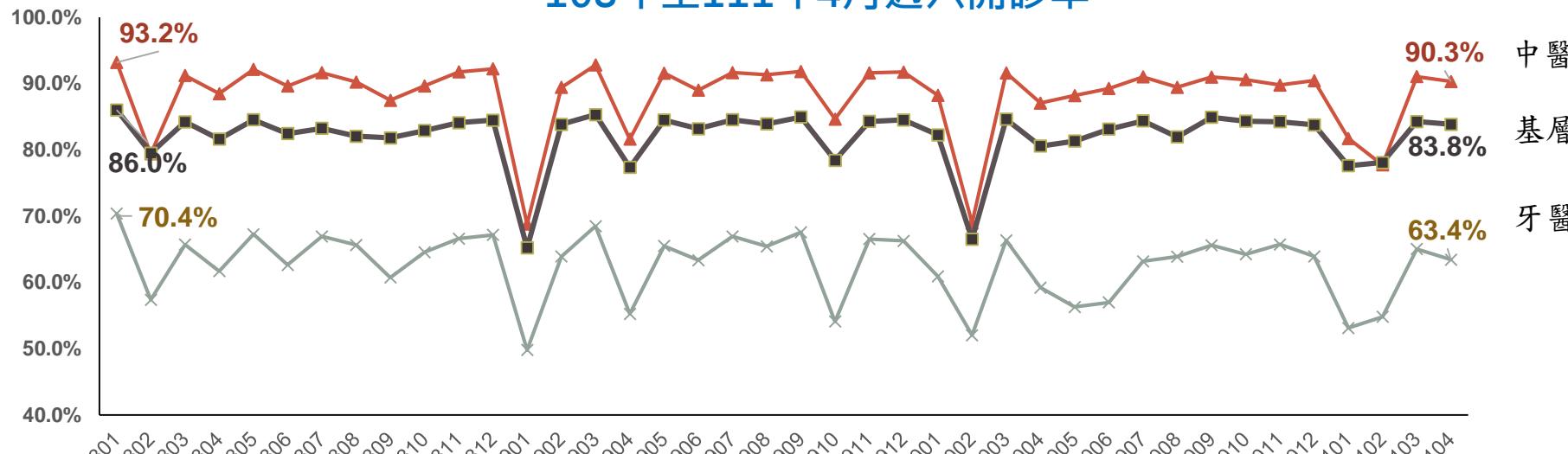
## 提高支付誘因

- 本署於108年5月23日西醫基層總額研商議事會議再提案討論，運用107年度西醫基層總額非協商因素預算調高假日診察費，惟會議決議第一段(1-30人次)合理量門診診察費均調高6點，不另針對假日診察費調整。
- 為鼓勵離島地區西醫基層假日開診率，自109年1月1日起離島地區西醫基層診所週六、週日及國定假日之西醫基層門診案件，申報山地離島地區門診診察費，得加計百分之二十。

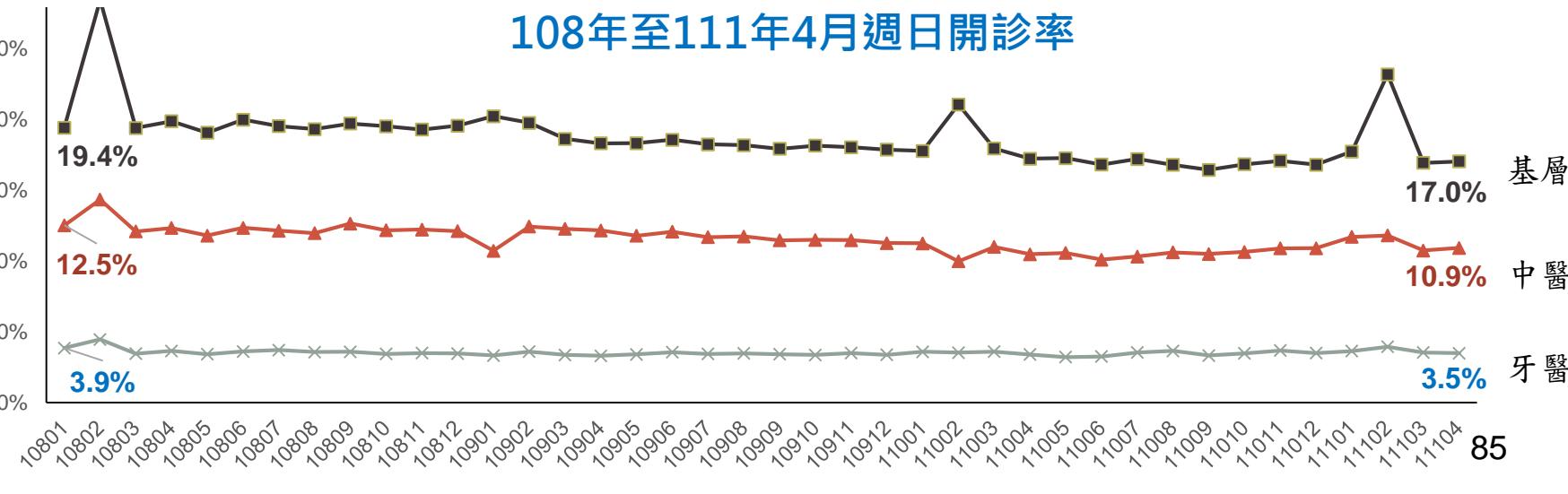
# 民眾就醫可近性

## —西醫基層、中醫及牙醫診所假日開診率

108年至111年4月週六開診率

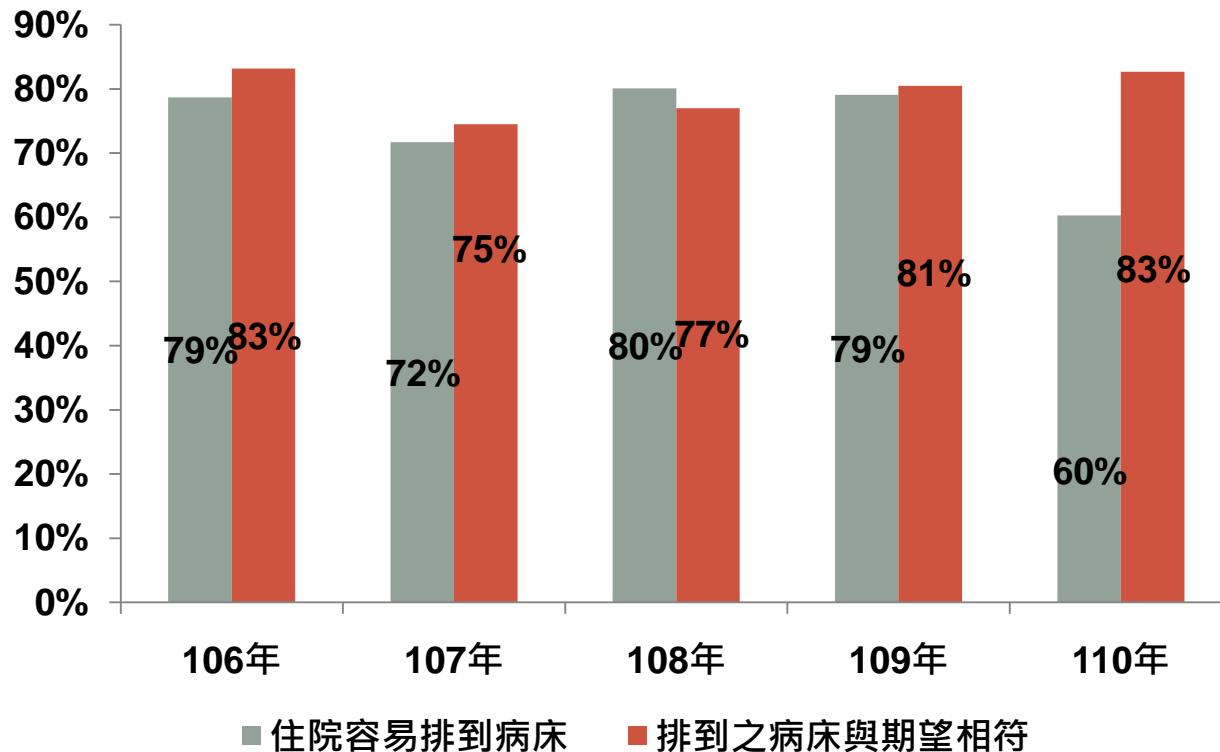


108年至111年4月週日開診率



# 民眾就醫可近性 -住院病床等待與期望

- 是否容易排到病床：110年約6成民眾表示容易。
- 是否與期望相符：110年約8成民眾與期望相符。



註：回答人數，106年69人(占率6.75%)、107年71人(占率6.47%)、103年41人(占率4%)；109為82人、110年回答人數為72人。。

三

## 執行概況—效率面



西醫部門

中醫部門

牙醫部門

# 推動Tw-DRGs

## • 執行情形

年	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110
經費(億元)	3	3	3	3.87	3.87	6.67	2.8	11.14	3	10.88	8.68	8.68	2.10
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1,068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-110年因Tw-DRGs第3-5階段項目未導入，預算尚未執行。

# Tw-DRGs之成效

年度 指標	已實施DRGs			待實施DRGs		
	109	110	變化 幅度	109	110	變化 幅度
3日內再急診率	1.9%	1.9%	-	3.7%	3.8%	↑0.1個百分點
14日內再住院率	3.8%	3.6%	↓0.2個百分點	14.9%	14.2%	↓0.7個百分點
住院日數	3.9	3.9	-	11.7	12.7	↑1天
轉院率	0.7%	0.7%	-	2.9%	2.6%	↓0.3個百分點
急性心肌梗塞出院 後30內死亡率	9.3%	9.8%	↑0.5個百分點			

# 急重難之支付標準調整

## 提高住院基本 診療支付條件

- 105年  
調升住院診察費及病房費  
11.4%
- 106年
  - 調高ICU及高危險妊娠住  
院診察費
  - 調升兒童專科醫師申報  
加護病房診察費、住院  
會診費、一般住院診察  
費及隔離病床住院診察  
費之加成率。
- 108年
  - 調升住院診察費13.5%
  - 75歲以上老人住院診察  
費加成20%。
- 109年
  - 調升住院診察費5%
  - 調升一般慢性精神病床  
住院照護費。

## 提高護理人 員支付

- 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3%
- 109年
  - 隔離病床護理費調升  
27.65%
  - 除慢性病床、經濟病床、  
隔離病床外，其餘病床護  
理費點數調升5%
  - 經濟病床(含精神)調升5%  
後，再調升其與急性一般  
病床護理費點數差值之50%。

## 急診保障 措施

- 106年
  - 地區醫院急診診察費  
保障每點1元
  - 放寬急診診察費例假  
日加成時間
  - 調升1-2級及精神科  
急診診察費、急診觀察  
床病房費及護理費
- 108年  
兒科專科醫師急診診察  
費加計50%，其餘專科  
醫師診治6歲以下兒童  
急診診察費加計50%
- 109年  
調升00203B「檢傷分類  
第三級」及01015C「急  
診診察費」

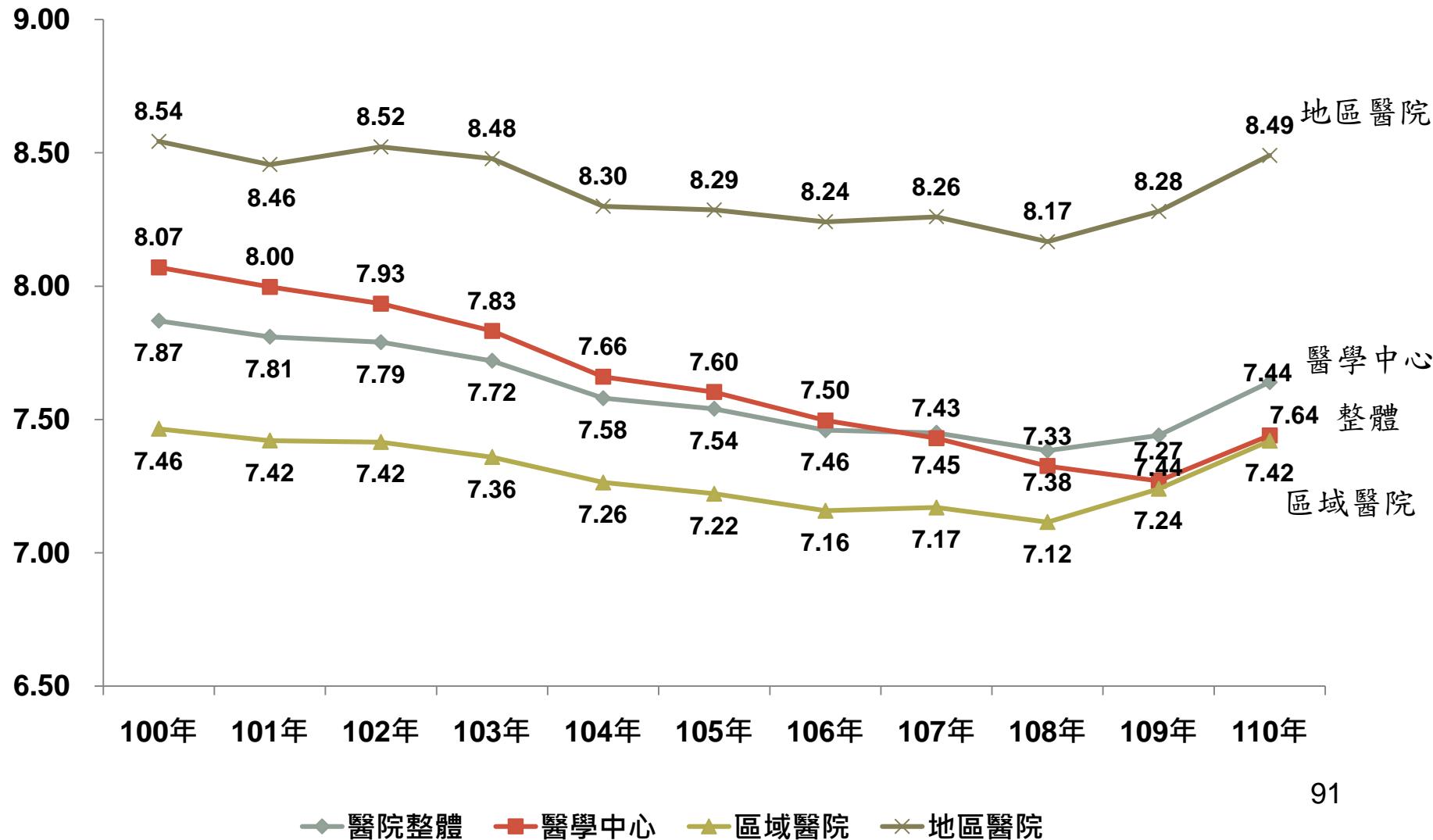
## 特定診療 項目調整

- 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  
換藥及心肺甦醒術等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。
  - 調升一般高壓氧治療等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(含麻醉恢復照護費及麻醉前  
評估)
- 109年
  - 調升400項急重難症支付標準點  
數及4項亞急性呼吸照護病床及  
2項慢性呼吸照護病房論日計酬  
支付點數，調幅介於0.5%~80%  
之間。

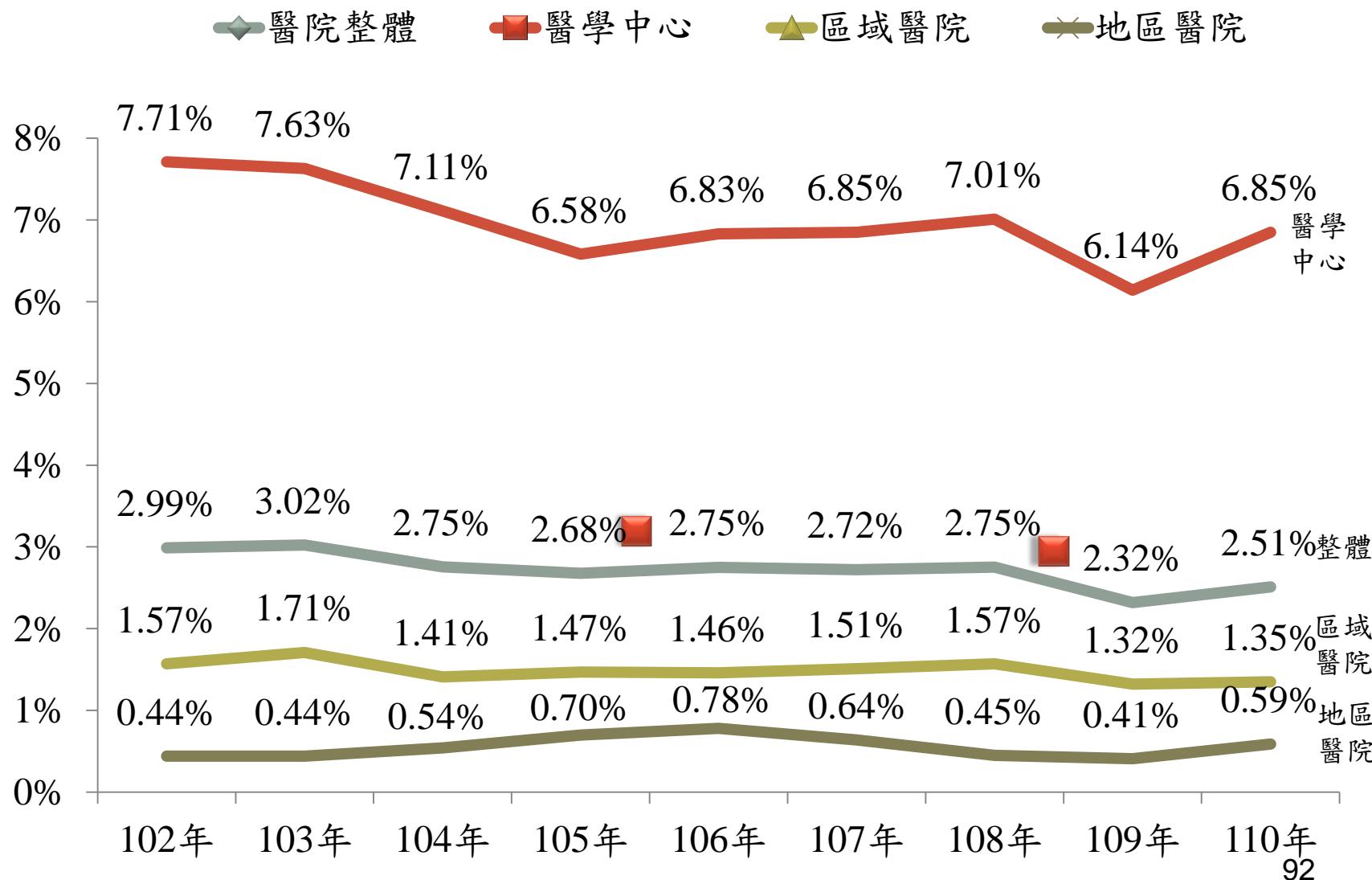
註:110年醫院總額未協定以「醫療服務成本及人口因素成長率」增加金額，用於支付標準之調整。

# 急性一般病床平均住院天數 -健保監理指標

天數

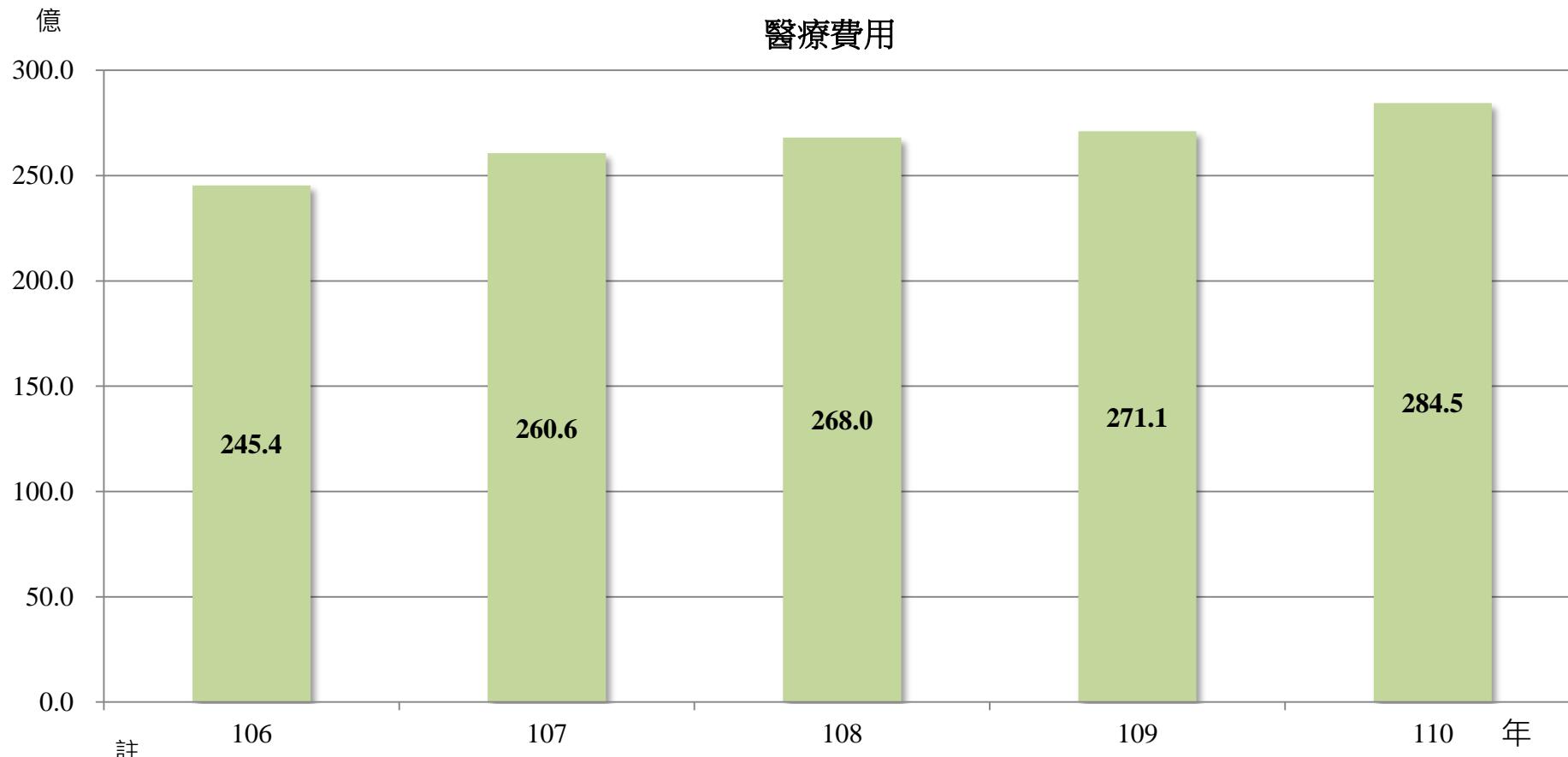


# 急診滯留超過24小時比率 -健保監理指標



# 呼吸器依賴病人醫療利用

## 呼吸器依賴患者住院費用(含ICU,RCC,RCW)

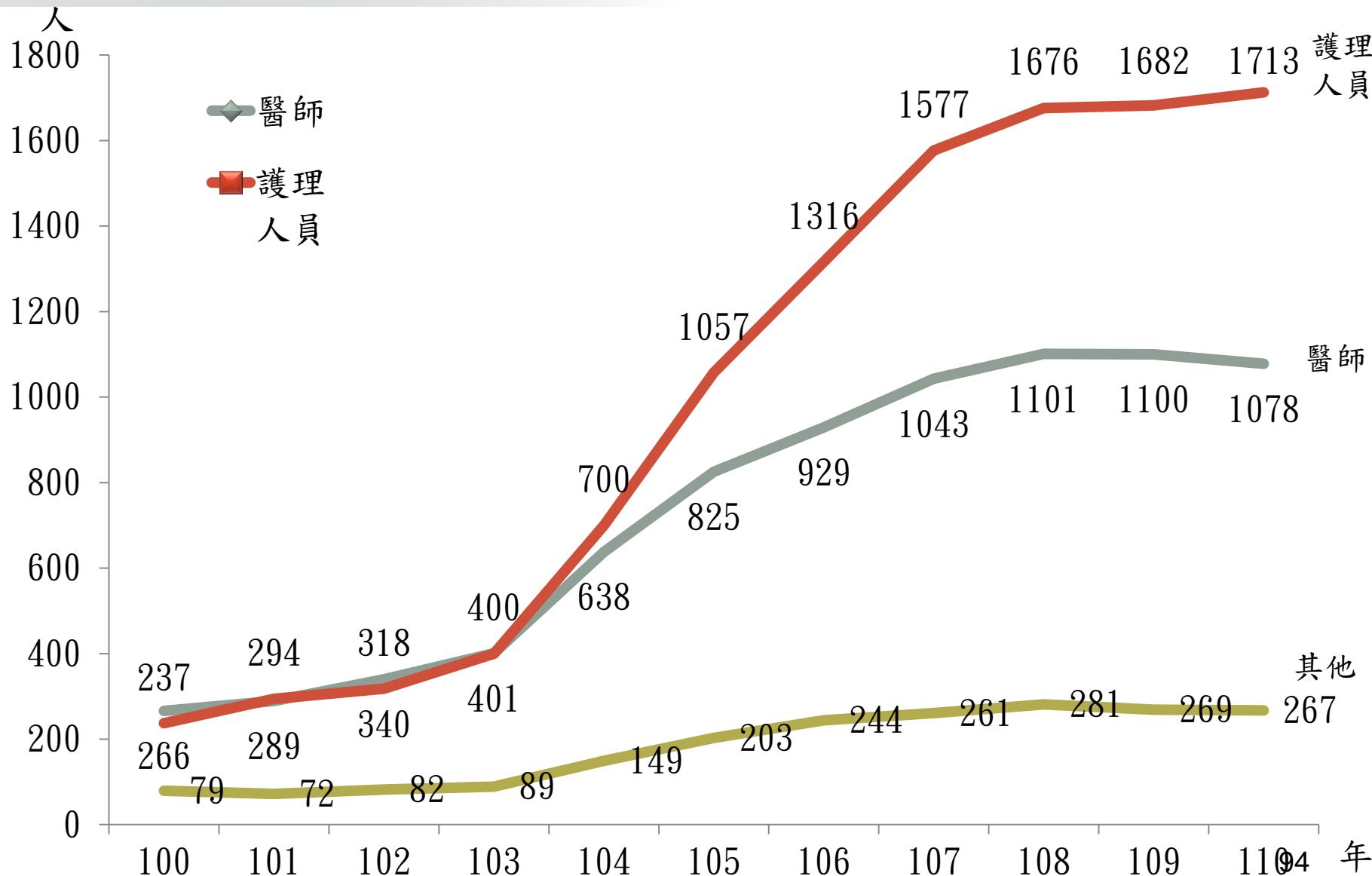


1.資料來源：健保三代倉儲資料。

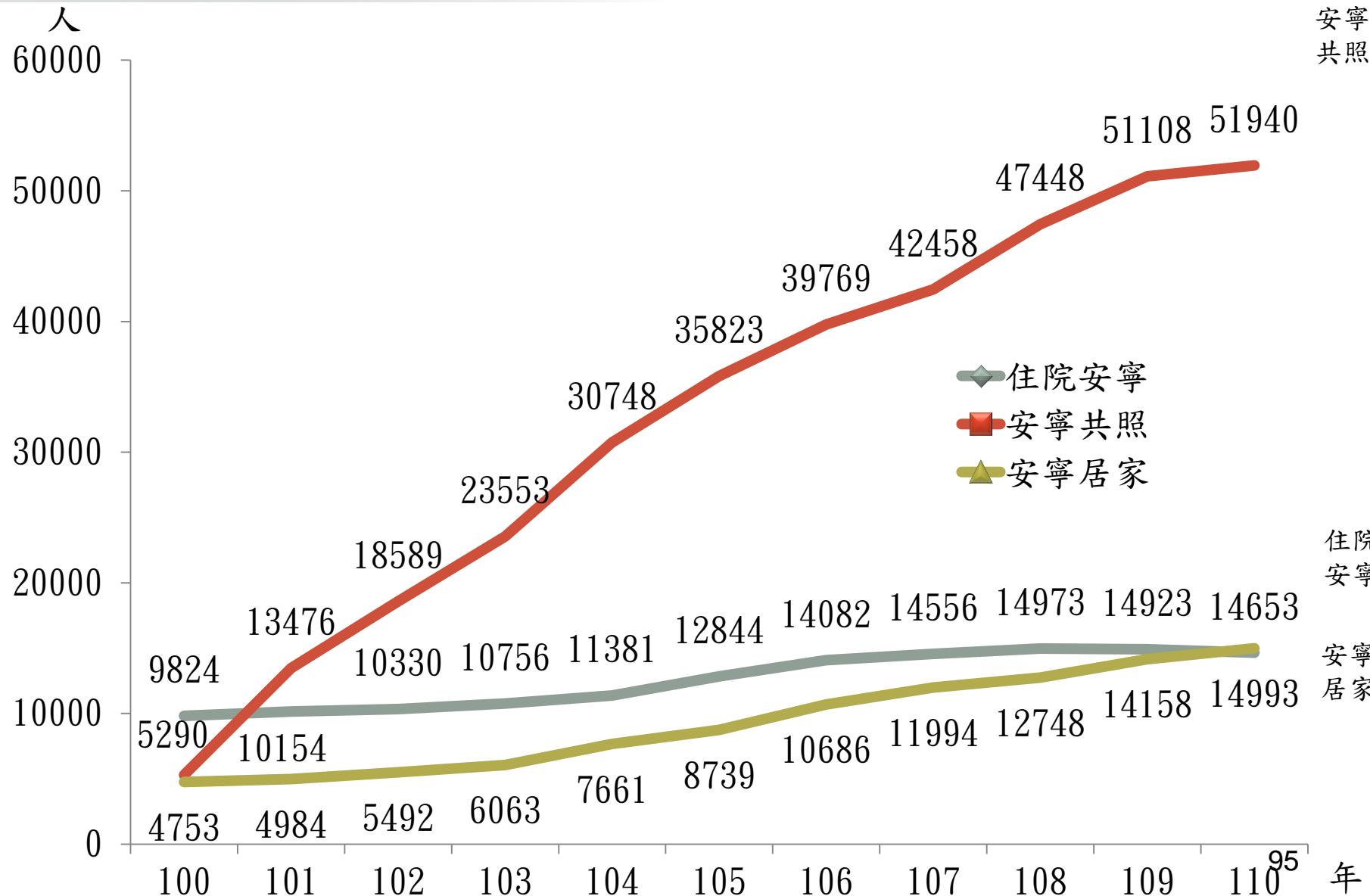
2.呼吸器依賴患者，係指該年度某段申報資料中呼吸器使用天數超過21天者，當年度中之新個案，申報57023B未申報57001B或57002B者不列入。

3.住院費用含病患住院當時之疾病治療處置費、手術費、檢查費、藥費、診察費及病房費等。

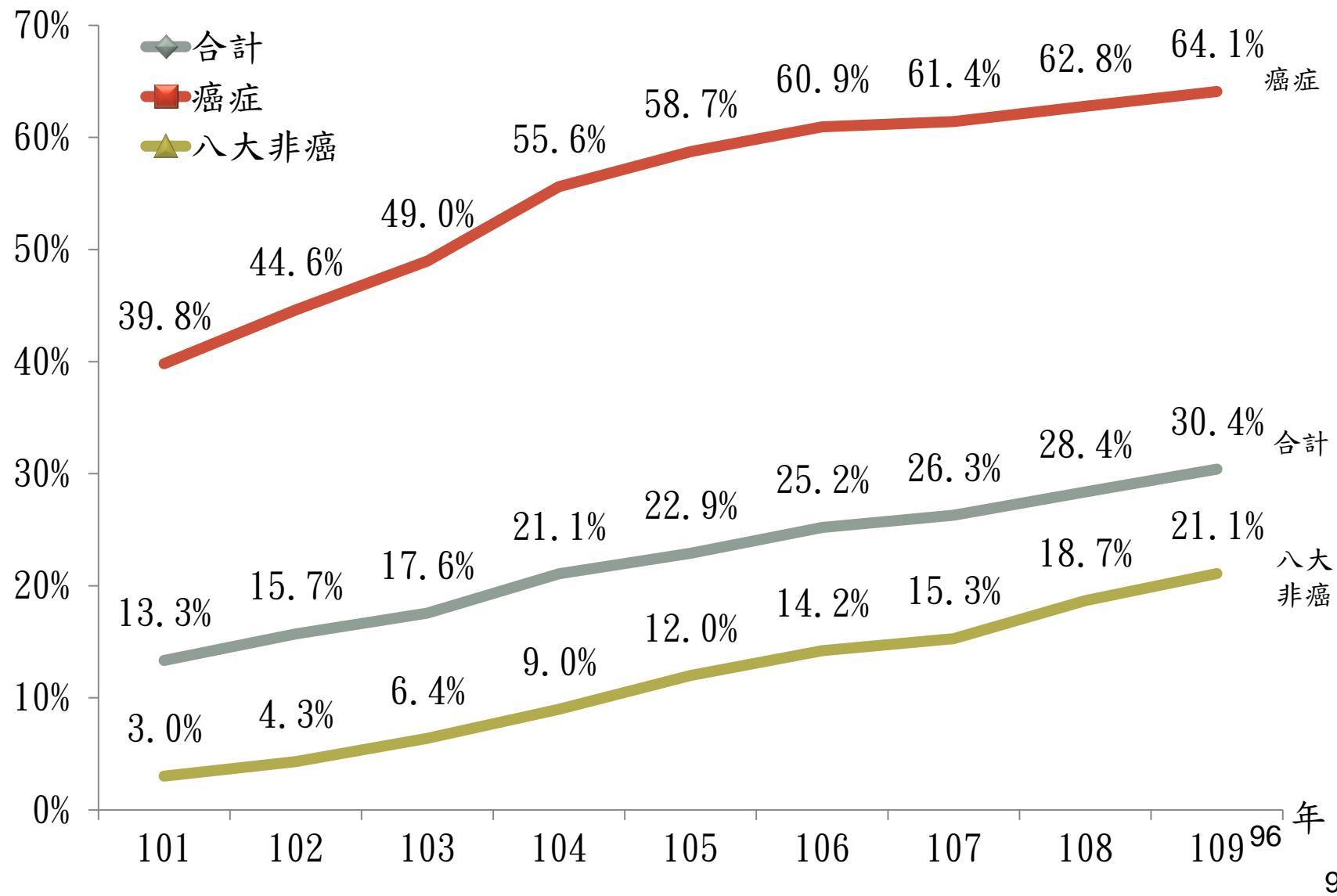
# 推廣安寧療護-供給面



# 安寧療護推動成效-服務人數



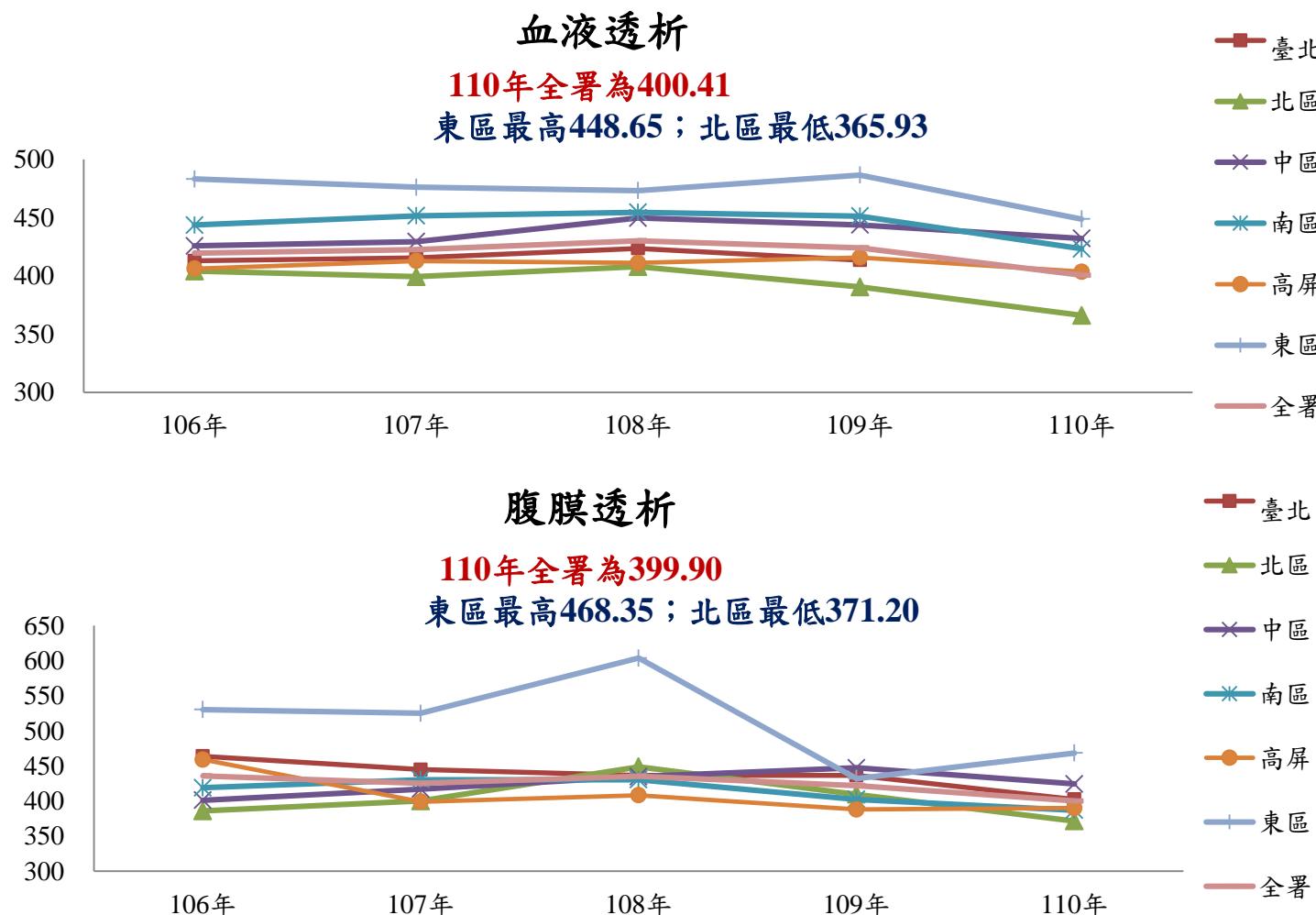
# 病人死亡前1年接受安寧療護之比率



# 血液、腹膜透析住院率

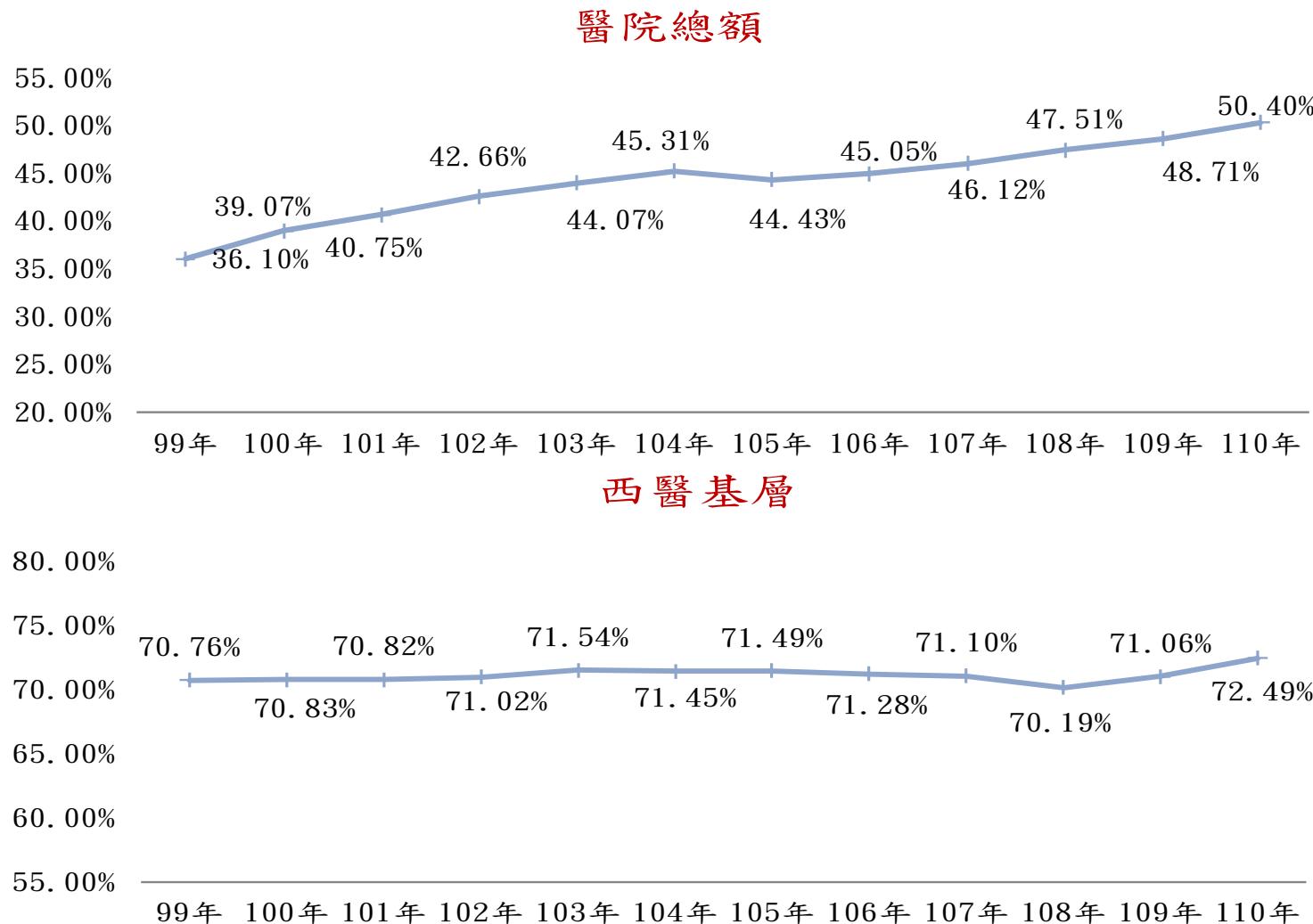
負向指標

單位：人次／千人



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統 (DA代號：3075、3076)  
製表日期:111年6月13日。

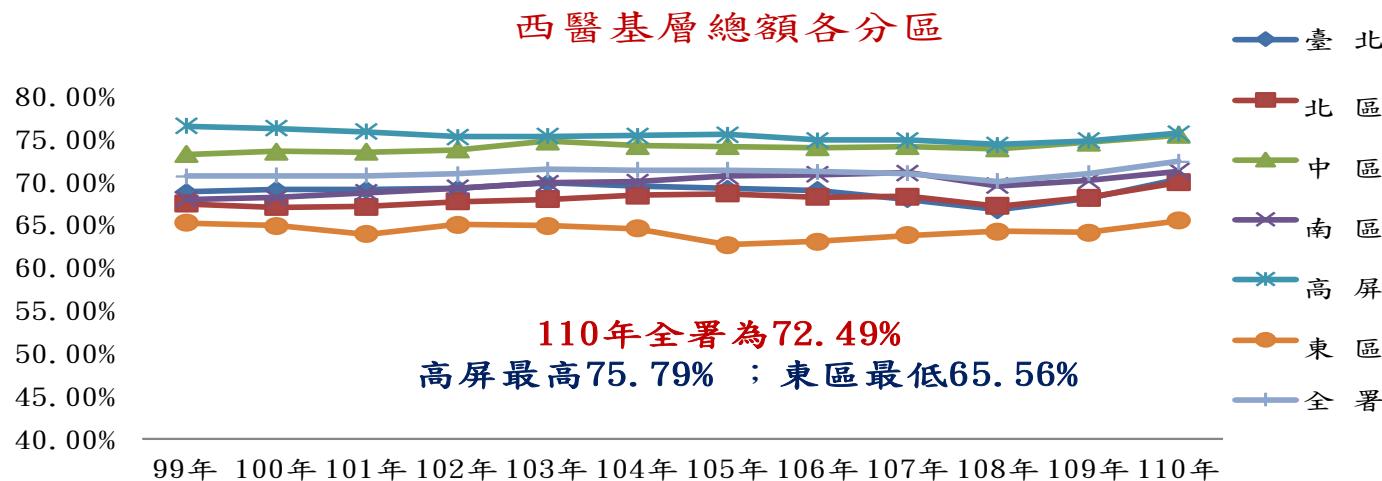
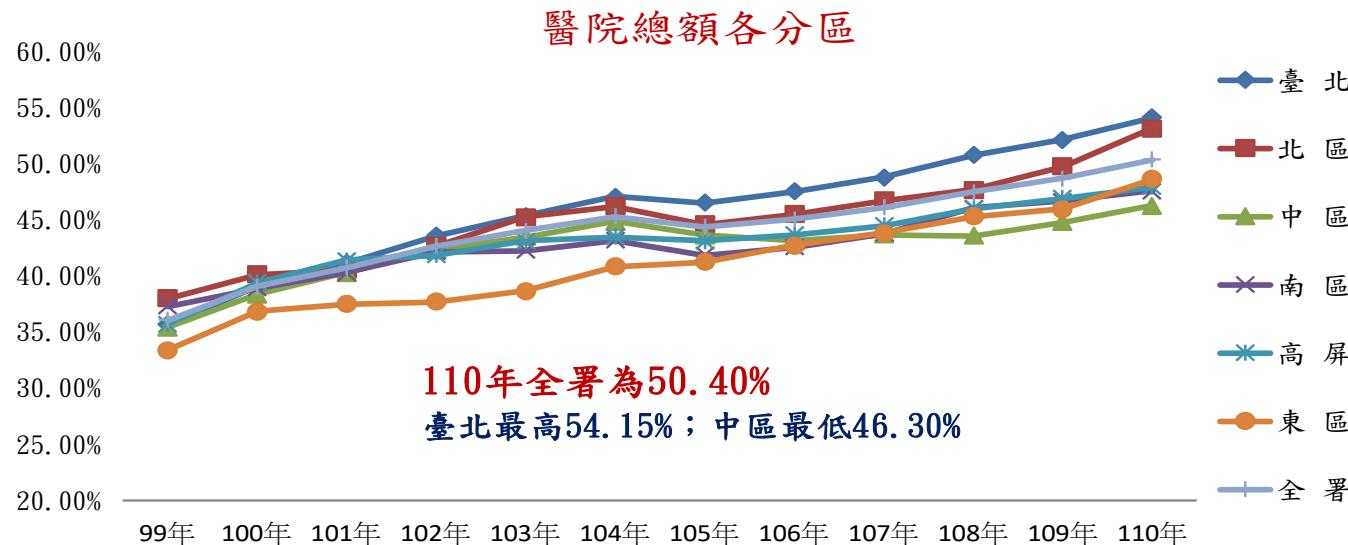
# 慢性病開立慢性病連續處方箋百分比



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:111年6月15日

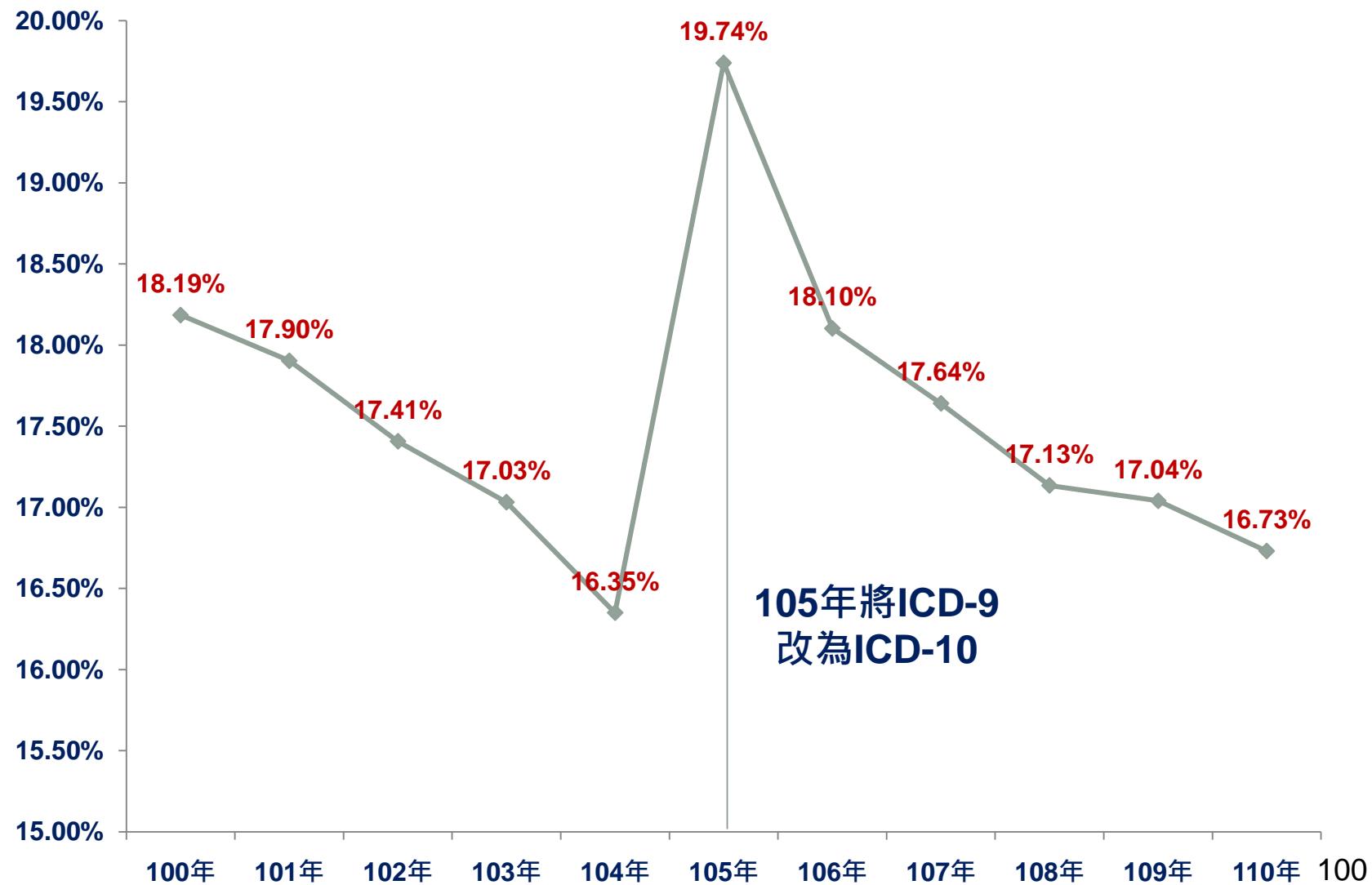
# 慢性病開立慢性病連續處方箋百分比



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:111年6月15日

# 區域醫院以上初級門診照護率 健保監理指標



三

## 執行概況—效率面



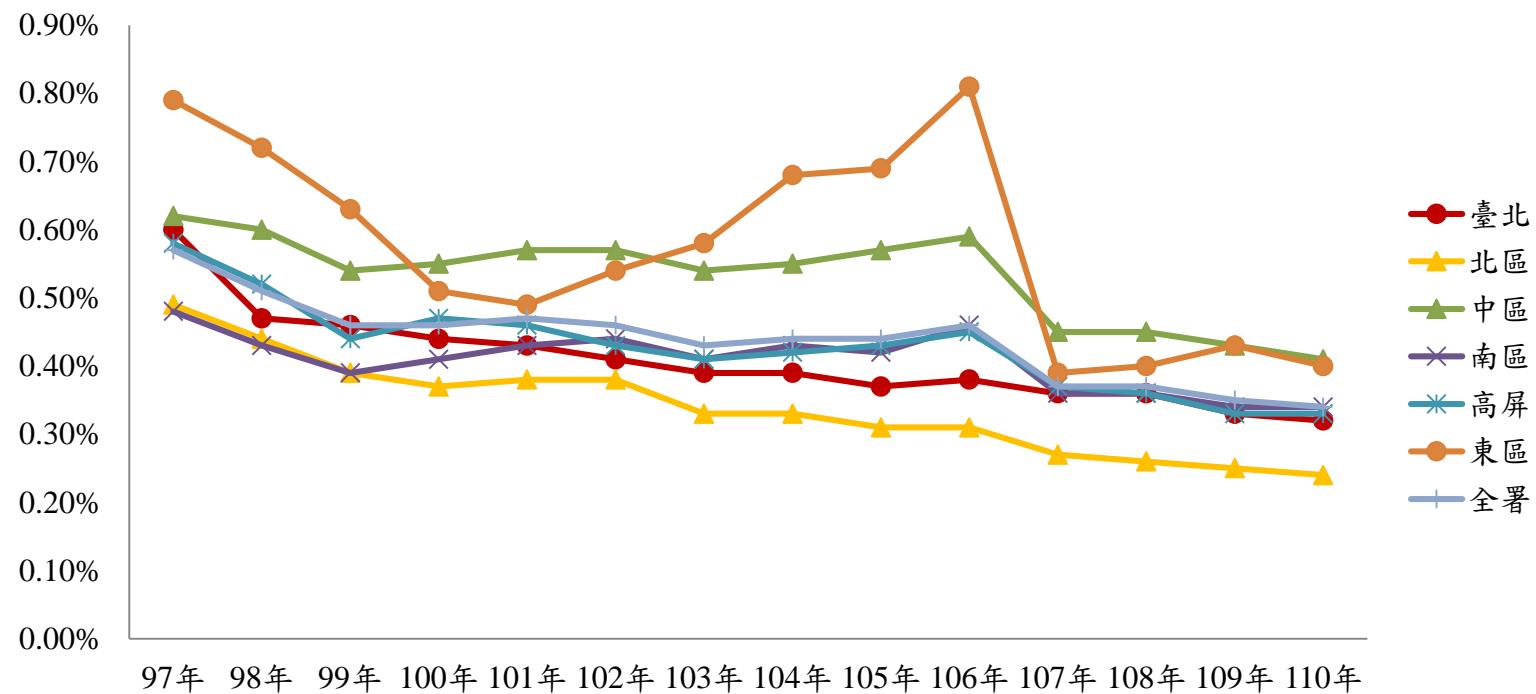
西醫部門

中醫部門

牙醫部門

# 中醫門診後隔日再次就診中醫之比率

110年全署為0.34%  
中區最高0.41%，北區最低0.24%



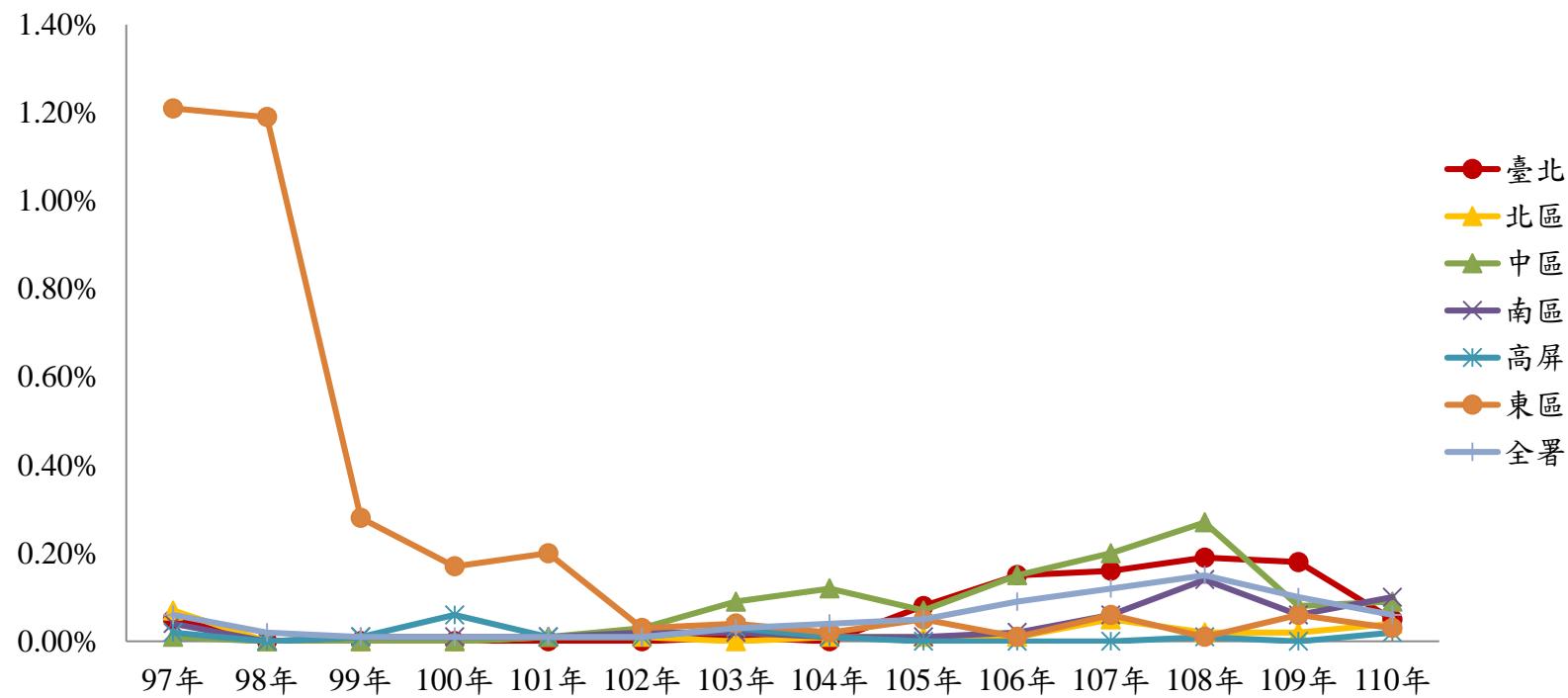
備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統 (DA代號：237)

製表日期:111年6月13日

# 中醫同院所針傷科處置次數每月大於15次之比率

110年全署為0.06%

南區最高0.10%；高屏最低0.02%

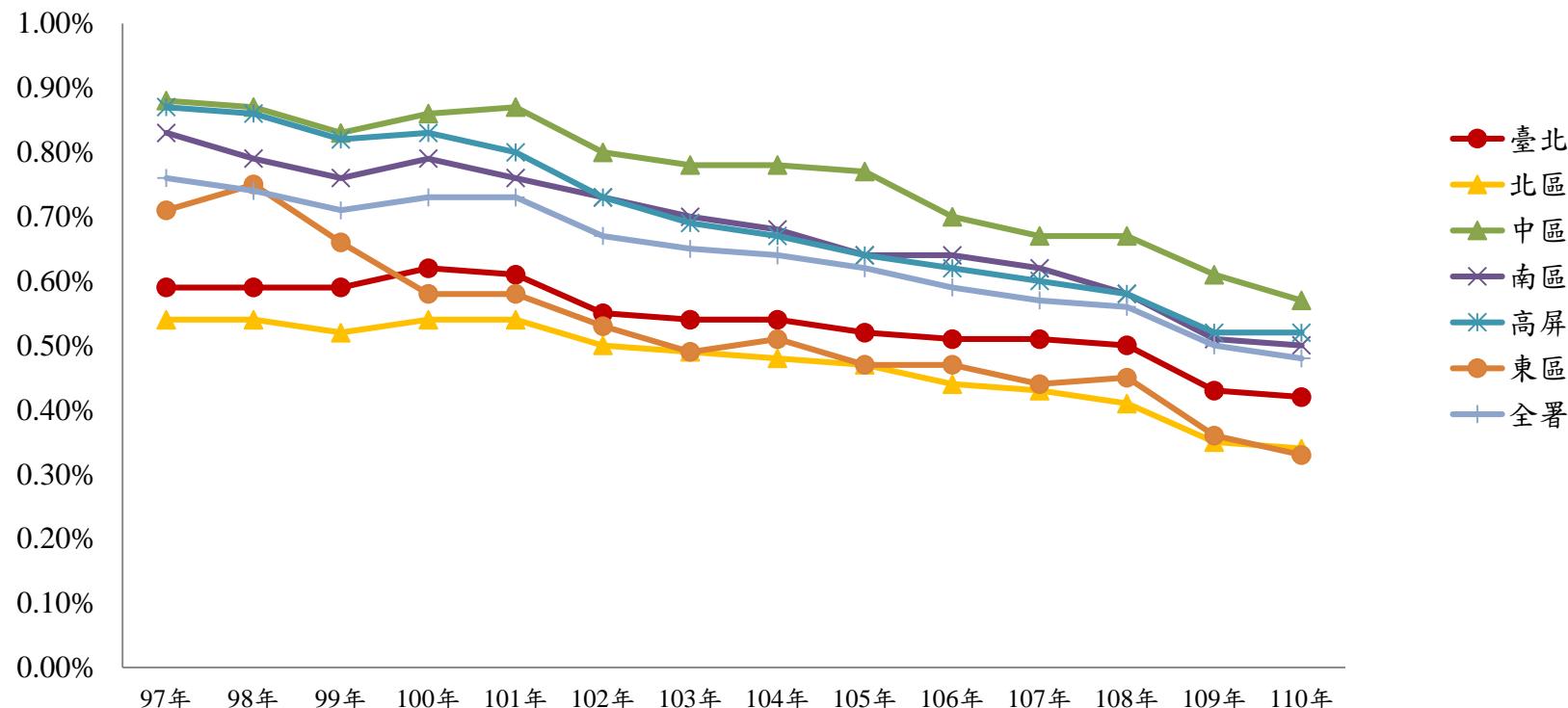


備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統 (DA代號：839)

製表日期:111年6月13日

# 中醫門診處方用藥日數重疊二日以上之比率

110年全署為0.48%  
中區最高0.57%；東區最低0.33%

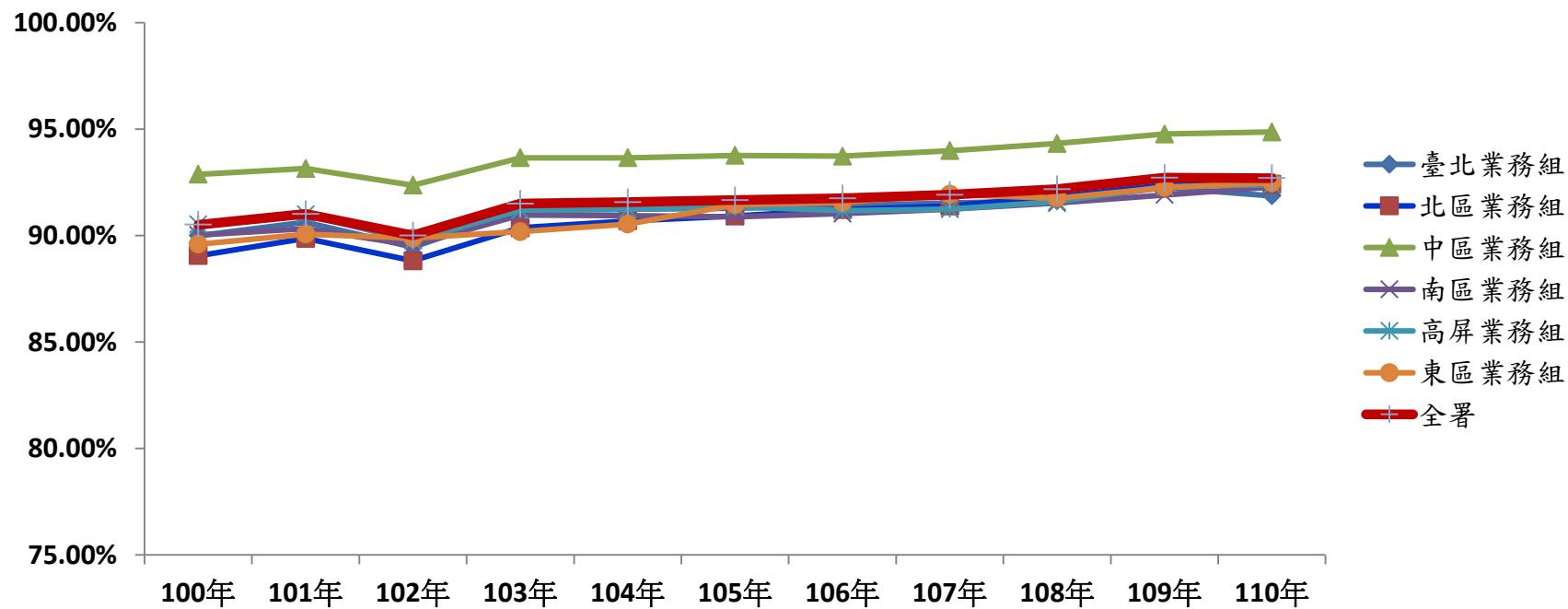


備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統 (DA代號：82)

製表日期:111年6月13日

# 牙醫同院所九十日以內根管治療完成率

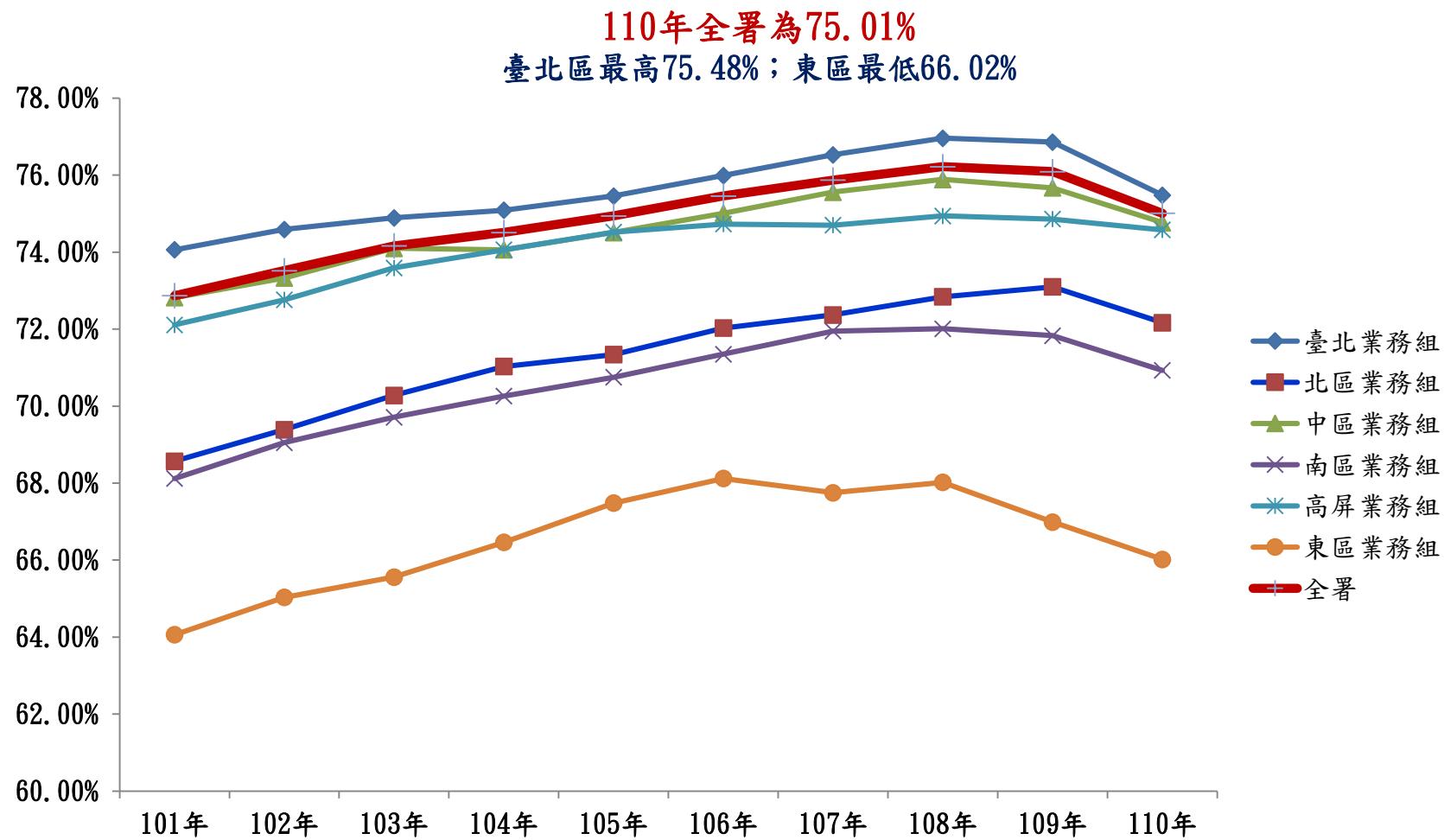
110年全署為92.7%  
中區最高94.87%；南區最低91.87%



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號：227)。

製表日期：111年6月15日

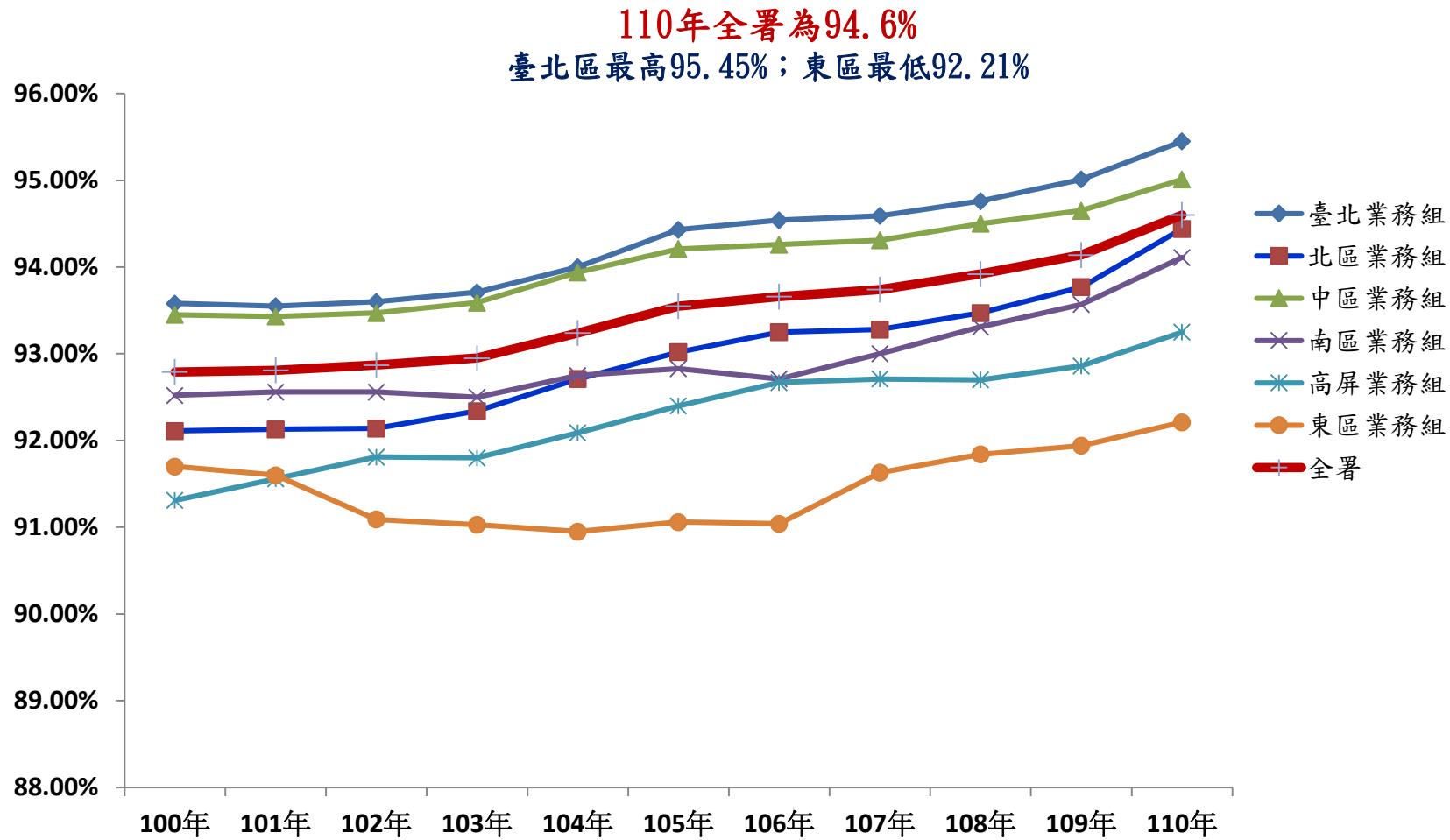
# 牙醫13歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號：228、1805)。

製表日期：111年6月15日

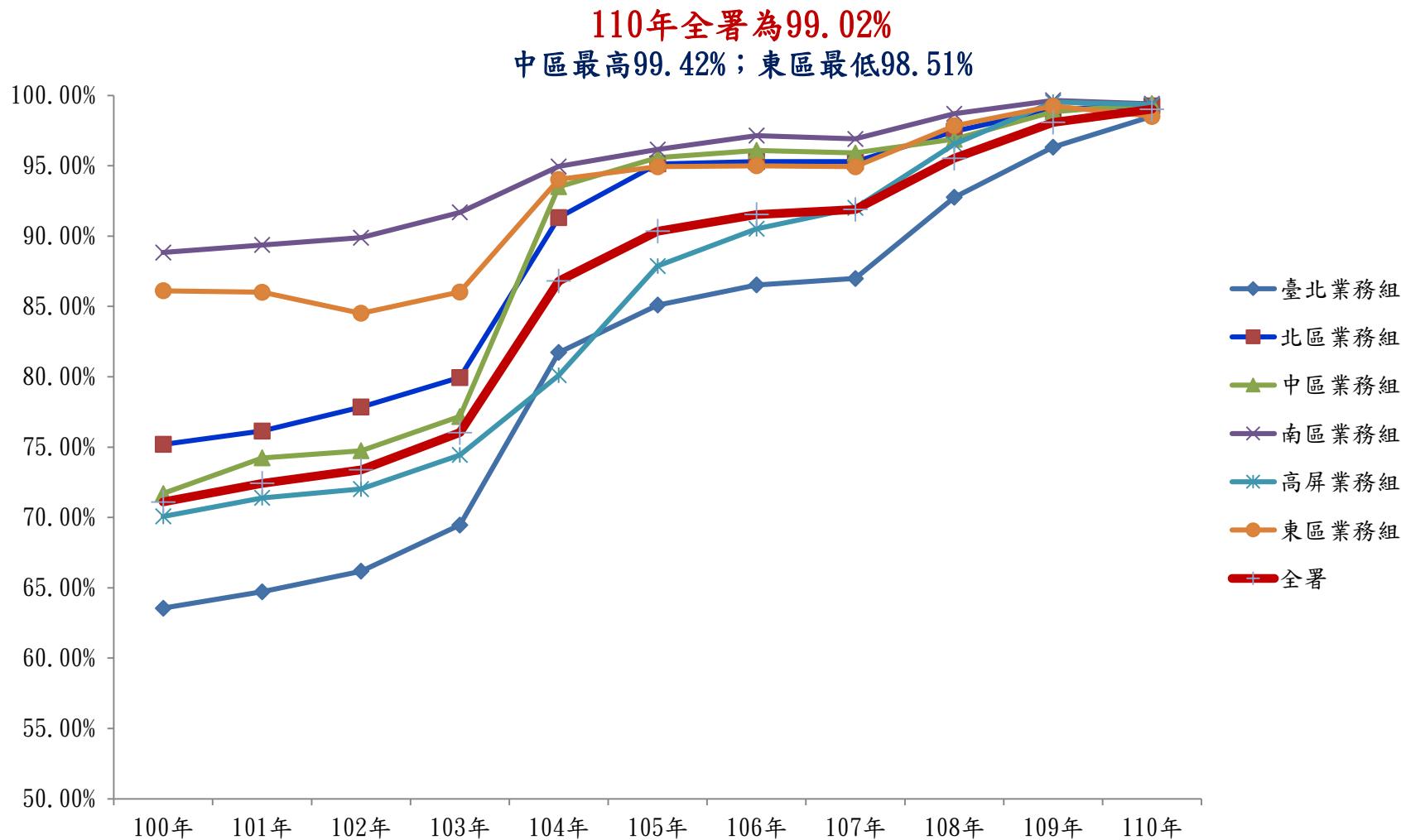
# 牙醫保險對象牙齒填補保存率-二年以內



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號：226)。

製表日期：111年6月15日

# 牙醫院所加強感染管制診察費申報率

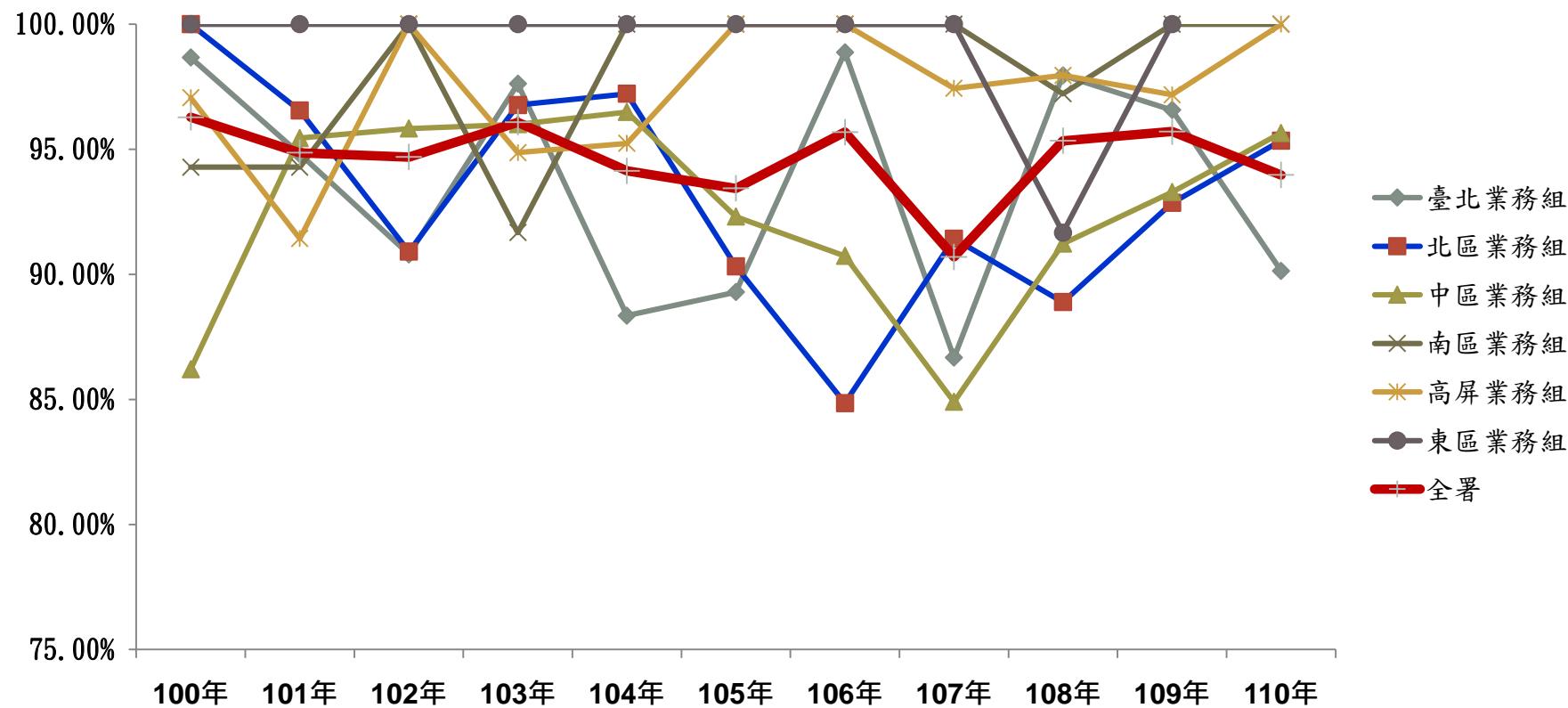


備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號：813、814)。

製表日期：111年6月15日

# 牙醫執行加強感染管制診察費院所查核合格率

110年全署為93.98%  
南區及高屏最高100.00%；臺北最低90.14%



備註：資料來源：中華民國牙醫師公會全國聯合會。

製表日期：111年6月15日

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

# 醫療品質公開網疾病別網頁優化改版

## 現行網頁



## 規劃優化網頁



### 糖尿病指標：

- ✓ 糖尿病病人執行檢查率-醣化血紅素或  
糖化白蛋白、空腹血脂、眼底檢查或  
眼底彩色攝影、尿液蛋白質檢查
- ✓ 糖尿病病人加入照護方案比率

➤ 十大疾病別：糖尿病、人工膝關節手術、子宮肌瘤手術、消化性潰瘍疾病、氣喘、急性心肌梗塞、鼻竇炎、腦中風、慢性腎臟病、人工髋關節手術。

➤ 網頁優化重點：

1. 網站架構：分「民眾版」、「專業版」。
2. 多「圖示」少「文字」+口語化。
3. 地圖式搜尋+響應式網頁好查、行動裝置好用。
4. 版面暖色系、對比鮮明。

➤ 優化時程：

1. 111年4月底已完成疾病別。
2. 111年12月底全部完成。



# 目前醫療品質資訊公開項數及辦理情形

指標性質/ 項數	醫院 總額	西醫 基層	牙醫 總額	中醫 總額	透析 總額	特約 藥局	合計
1. 整體性指標	32	24	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	人工體 關節手 術	合 計
項數	5	3	4	2	5	19	5	3	4	3	53

- 按季、按年公開各總額整體性醫療服務品質資訊，目前已公開至110年第4季季報及109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110年第4季。
- 截至111年6月13日，專區上網瀏覽累積達816萬人次。

# 醫院總額品質保證保留款實施方案

109、110年

層級別	1. 基本獎勵占比	2. 指標獎勵占比	
醫學中心	10%	90%	19項指標，達成項數最高以10項計算。
區域醫院	15%	85%	21項指標，達成項數最高以9項計算。
地區醫院	60%	40%	23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9項計算； 其餘最高以5項計算。

註：109-110年各層級指標達成項數標準相同。

# 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(%)	
		109年	110年	109年	110年
1	診所月平均門診申復核減率	∨	∨	20	20
2	診所之每位病人年平均就診次數	∨	∨	20	20
3	個案重複就診率	∨	∨	20	20
4	健保卡處方登錄差異率	∨	∨	20	20
5	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率	∨	∨	20	20
6	藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率	∨	∨	2	2
7	藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率	∨	∨	2	2
8	藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率	∨	∨	2	2
9	糖尿病病患醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率	∨	∨	2	5
10	初期慢性腎臟病eGFR執行率	∨	∨	2	2
11	檢驗(查)結果上傳率	∨	∨	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年品保款中之「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。

# 牙醫總額品質保證保留款實施方案

核發基礎	年度適用層級別	109年		110年	
		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%
	2. 4歲以上自家乳牙545天再補率	20%	20%	20%	20%
	3. 恒牙根管治療	20%	20%	20%	20%
	4. 全口牙結石清除	10%	10%	10%	10%
事業獎勵	1. 牙周病顧本計畫	3%	3%	3%	3%
	2. 牙周病統合照護品質	15%	15%	15%	15%
	3. 口腔癌篩檢	10%	-	10%	-
	4. 每月完成門診時間網路登錄(A)	-	-	-	-
	5. 週日或國定假日有提供牙醫醫療服務(B)	-	-	-	-
	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)	-	3%	-	3%
	7. 月平均初核核減率	-	5%	-	5%
	8. 特殊醫療服務計畫	2%	4%	2%	4%
核算基礎小計		100%	100%		

# 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%)	
		109年	110年
政策獎勵	1. 於中醫資源不足地區改善方案列示無中醫地區新開業	+100%	+100%
	2. 從事教學研究且績效卓著之中醫院所	+10%	+10%
	3. 鼓勵當年度周日開診超過30天(45天)者	+10% (+20%)	+10% (+20%)
	4. 中醫門診特約醫事服務機構查詢健保雲端藥歷系統，查詢率>20%者，依核算基礎(A)加計5%	+5%	+5%
	5. 參加即時查詢病患就醫資訊方案	+5%	+5%
	6. 每月完成門診時間網路登錄VPN	+10%	+10%
核發原則/ 核算基礎	指標項目	年度(減計權重%)	
		109年	110年
專業獎勵	1. 中醫師未依全聯會修滿繼續教育點數(每年20點)	申報點數不列入核算基礎	
	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，屬慢性病給藥七天以上之件數占率為3%以下者	-10%	-10%

註：106年起各院所參與品保款之核算基礎為其申報費用之60%。

# 慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫

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 $\geq 3.5$ gm/dl(BCG或3.0gm/dl(BCP)	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 75\%$	每季4分 (共16分)	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 70\%$	每季4分 (共16分)
2-1.URR $\geq 65\%$	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 95\%$	每季4分 (共16分)	--	--
2-2.Weekly Kt/V $\geq 1.7$	--	--	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 70\%$	每半年8分 (共16分)
3.Hb $> 8.5$ g/dL	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 90\%$	每季4分 (共16分)	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 80\%$	每季4分 (共16分)
4.鈣磷乘積小於60 mg <sup>2</sup> /dL <sup>2</sup>	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 80\%$	每半年8分 (共16分)	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 75\%$	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 $\geq 90\%$ 且轉陽率 $\leq 2.0\%$	8分(年)	受檢率 $\geq 90\%$	8分(年)
	(B)平均每月透析病人數50人(含)以下之院所：受檢率 $\geq 90\%$ 且轉陽率 $\leq 3.5\%$			
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 $\geq 90\%$ 且轉陽率 $\leq 2.0\%$	8分(年)	受檢率 $\geq 90\%$	8分(年)
	(B)平均每月透析病人數50人(含)以下之院所：受檢率 $\geq 90\%$ 且轉陽率 $\leq 3.5\%$			
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 $\geq 5\%$	10分(年)	移植登錄率 $\geq 5\%$	10分(年)

# 109年、110年品保方案核發情形

## 各總額核發與不核發情形

項目	109年						110年初步結算					
	預算 百萬元	核發			不核發		預算 百萬元	核發			不核發	
		家數	金額 百萬元	家數 占率	不核發 分數	家數		家數	金額 百萬元	家數 占率	不核發 分數	家數
醫院	1,444	472	1,444	100%	-	0	1,269	469	1,269	99.8%	-	1
西醫基層	386	8,087	386	75.5%	-	2,631	221	7,952	221	73.6%	-	2,848
中醫	84	3,211	84	80%	-	811	47.4	3042	47.4	74.7	-	1033
牙醫	217	6,117	217	86%	-	964	204	6,249	204	88%	-	891
透析	血液透析	45	534	42	77%	<70或 無指標 分數	163	553	42	76%	<70或 無指標 分數	176
透析	腹膜透析		86	3	73%	32	45	91	3	78%	26	

## 醫院總額核發情形之分布

年度	層級	家數	符合核發醫院									不核發 家數	
			基本獎勵						指標獎勵				
			參與學會指標計畫			地區醫院品質精進獎勵 (註2)							
			核發 家數	金額 百萬元	家數 占率	核發 家數	金額 百萬元	家數 占率	核發 家數	金額 百萬元	家數 占率		
109年	醫學中心	19	19	61	100.0%	-	-	-	19	550	100.0%	0	
	區域醫院	81	80	84	98.8%	-	-	-	81	476	100.0%	0	
	地區醫院	第一組	51	49	86	96.1%	-	-	51	54	100.0%	0	
		第二組	321	223	77	69.5%	-	-	321	55	100.0%	0	
	合計	472	371	309	78.6%	-	-	-	472	1,135	100.0%	0	
110年初步結算	醫學中心	19	19	54	100.0%	-	-	-	19	482	100.0%	0	
	區域醫院	81	81	73	100.0%	-	-	-	81	412	100.0%	0	
	地區醫院	第一組	53	51	85	96.2%	-	-	53	53	100.0%	0	
		第二組	317	219	65	69.1%	-	-	316	46	99.7%	1	
	合計	470	370	276	78.7%	-	-	-	469	993	99.8%	1	

註:110年核發結果為初步統計，尚須俟各總額部門研商議事會議確認。

# 109年、110年品保方案核發情形

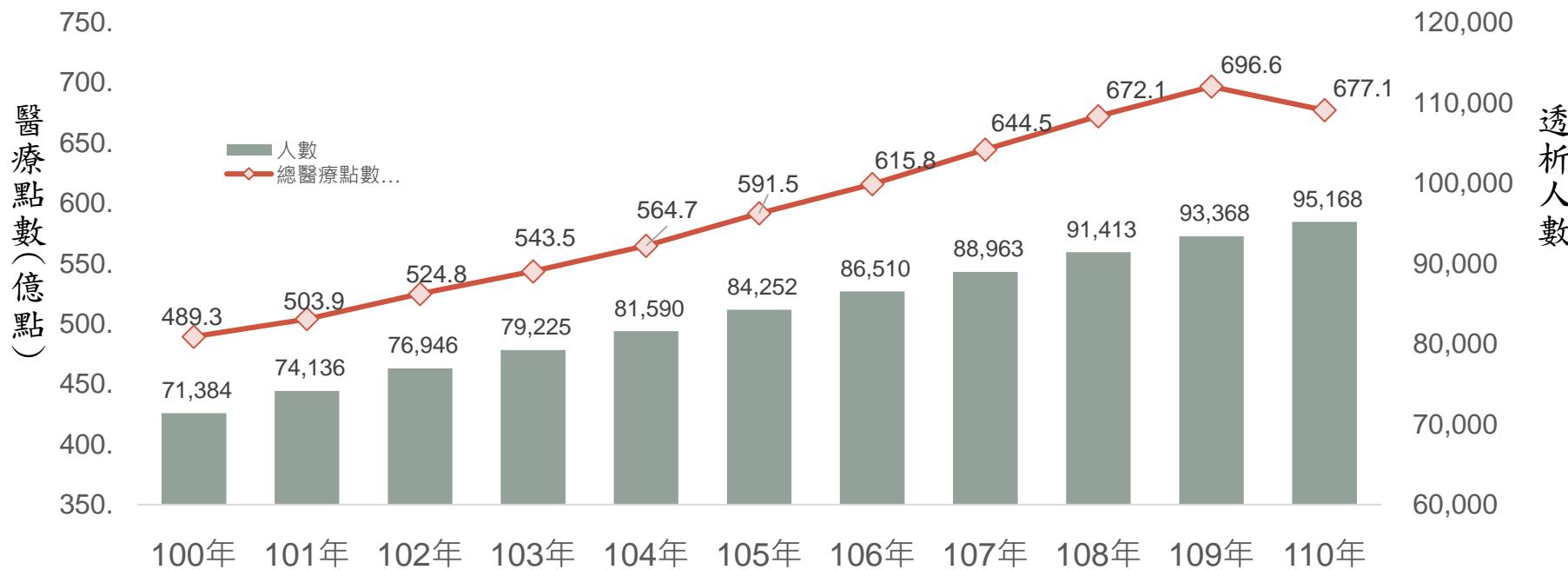
西醫基層、中醫、牙醫、門診透析核發家數分布

年度		59分(或百分位)以下			60-69分(或百分位)			70-79分(或百分位)		
		家數	金額 百萬元	家數 占率	家數	金額 百萬元	家數 占率	家數	金額 百萬元	家數 占率
109年	西醫基層	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	中醫	307	4.9	10%	825	15.8	26%	1,348	33.7	42%
	牙醫	3,738	47	61%	318	10	5%	770	32	13%
	血液透析	-	-	-	-	-	-	67	3.0	13%
	腹膜透析	-	-	-	-	-	-	12	0.1	14%
110年 初步 結算	西醫基層	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	中醫	76	1.0	2%	748	7.6	25%	1,379	20.1	45%
	牙醫	3,907	44	63%	319	10	5%	727	29	12%
	血液透析	-	-	-	-	-	-	80	3.3	14%
	腹膜透析	-	-	-	-	-	-	16	0.1	18%

年度		80-89分(或百分位)			90-99分(或百分位)			100分(或百分位)(含以上)		
		家數	金額 百萬元	家數 占率	家數	金額 百萬元	家數 占率	家數	金額 百萬元	家數 占率
109年	西醫基層	2,440	103	30.2%	859	39	10.6%	4,788	244	59.2%
	中醫	620	21.6	19%	42	1.5	1%	69	0.6	2.0%
	牙醫	240	16	4%	921	87	15%	130	25	2%
	血液透析	120	7.9	23%	215	22.5	40%	132	8.6	25%
	腹膜透析	29	0.8	34%	31	1.4	36%	14	0.6	16%
110年 初步 結算	西醫基層	2,135	52	26.8%	1,243	34	15.6%	4,574	135	57.5%
	中醫	727	13.5	24%	36	0.8	1%	76	4.4	2%
	牙醫	253	17	4%	909	82	15%	134	22	2%
	血液透析	143	10.1	26%	231	22.0	42%	99	6.5	18%
	腹膜透析	25	0.6	27%	36	1.6	40%	14	0.7	15%

# 透析人數與費用統計(門住診)

透析人數從100年7.1萬人，110年已達到9.5萬人  
門住診總醫療支出也從100年489億，110年已達約677億

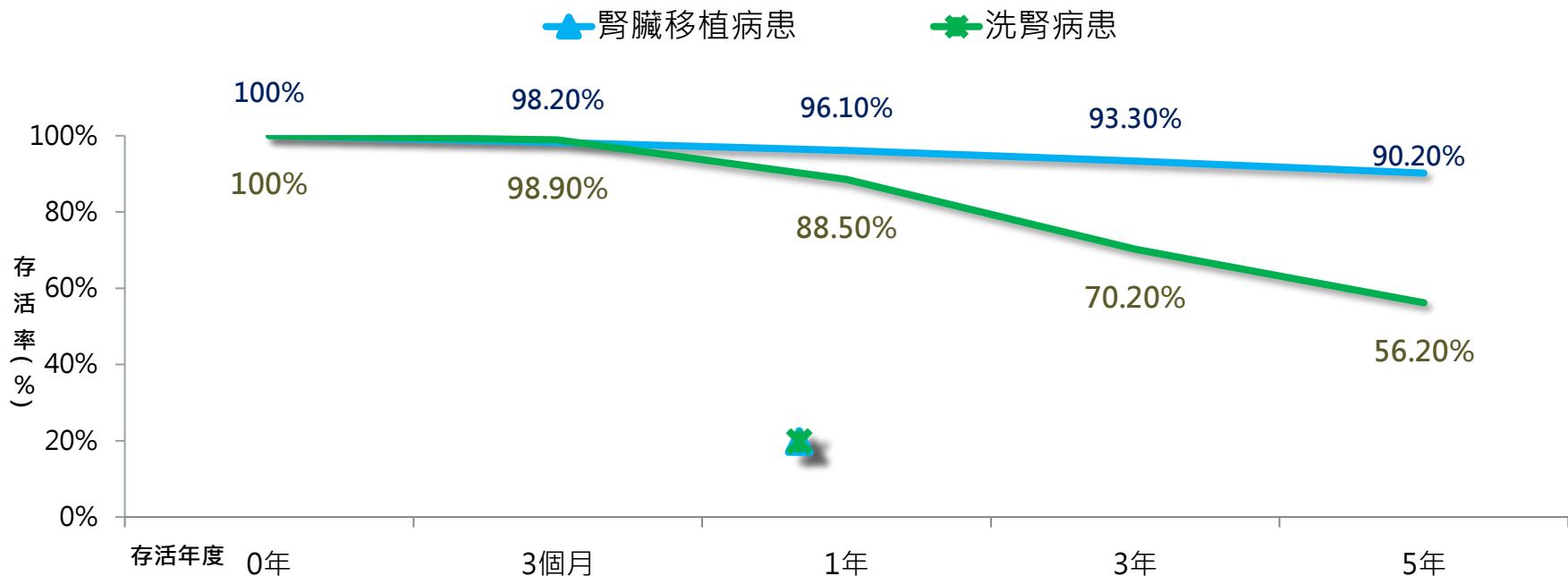


	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年
平均每人 醫療費用 (萬點)	68.5	68.0	68.2	68.6	69.2	70.2	71.2	72.4	73.5	74.6	71.2

備註：

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

# 腎臟移植與洗腎病患存活率比較

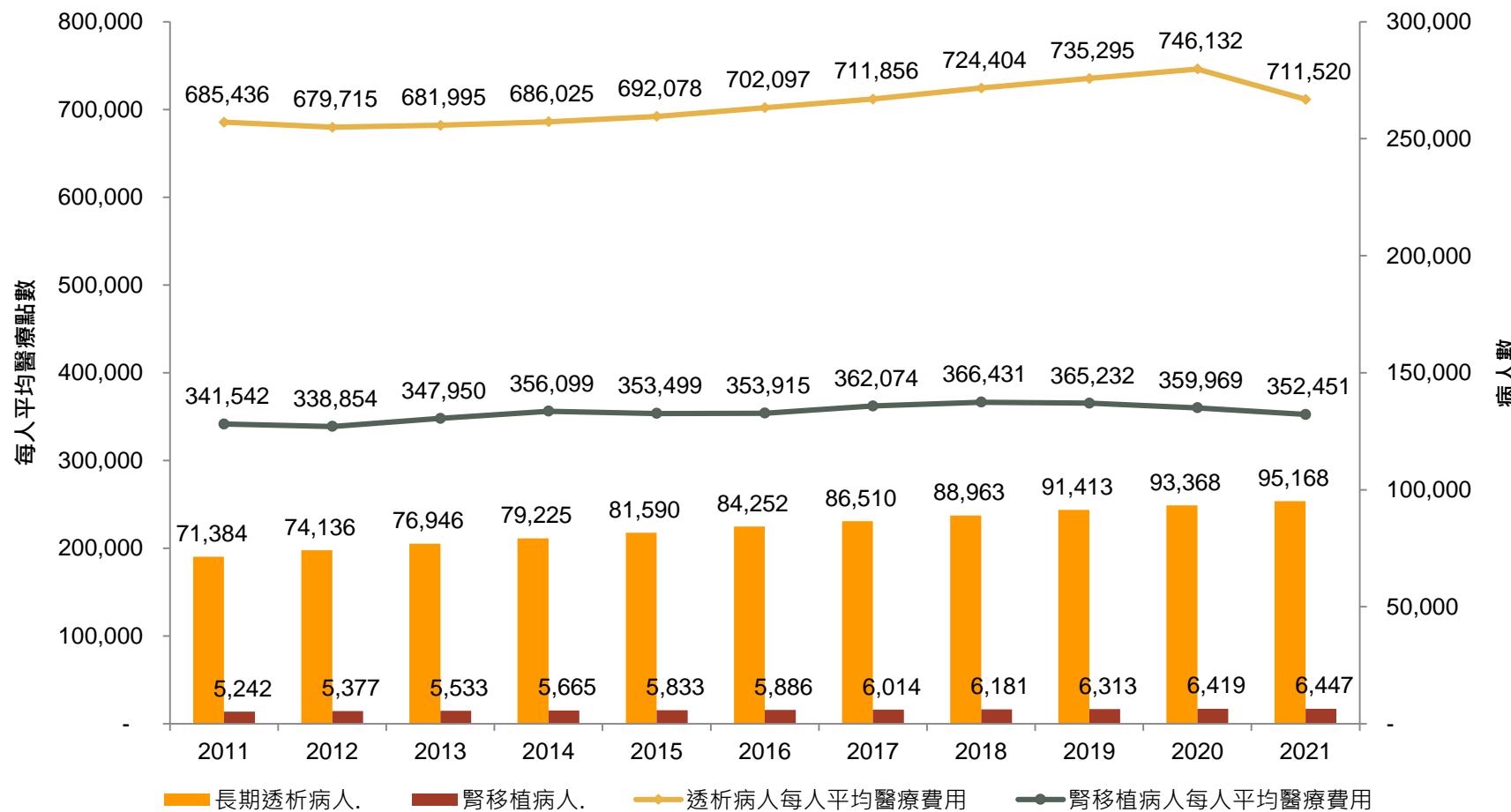


資料來源：

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

# 長期透析、腎移植人數及平均醫療費用

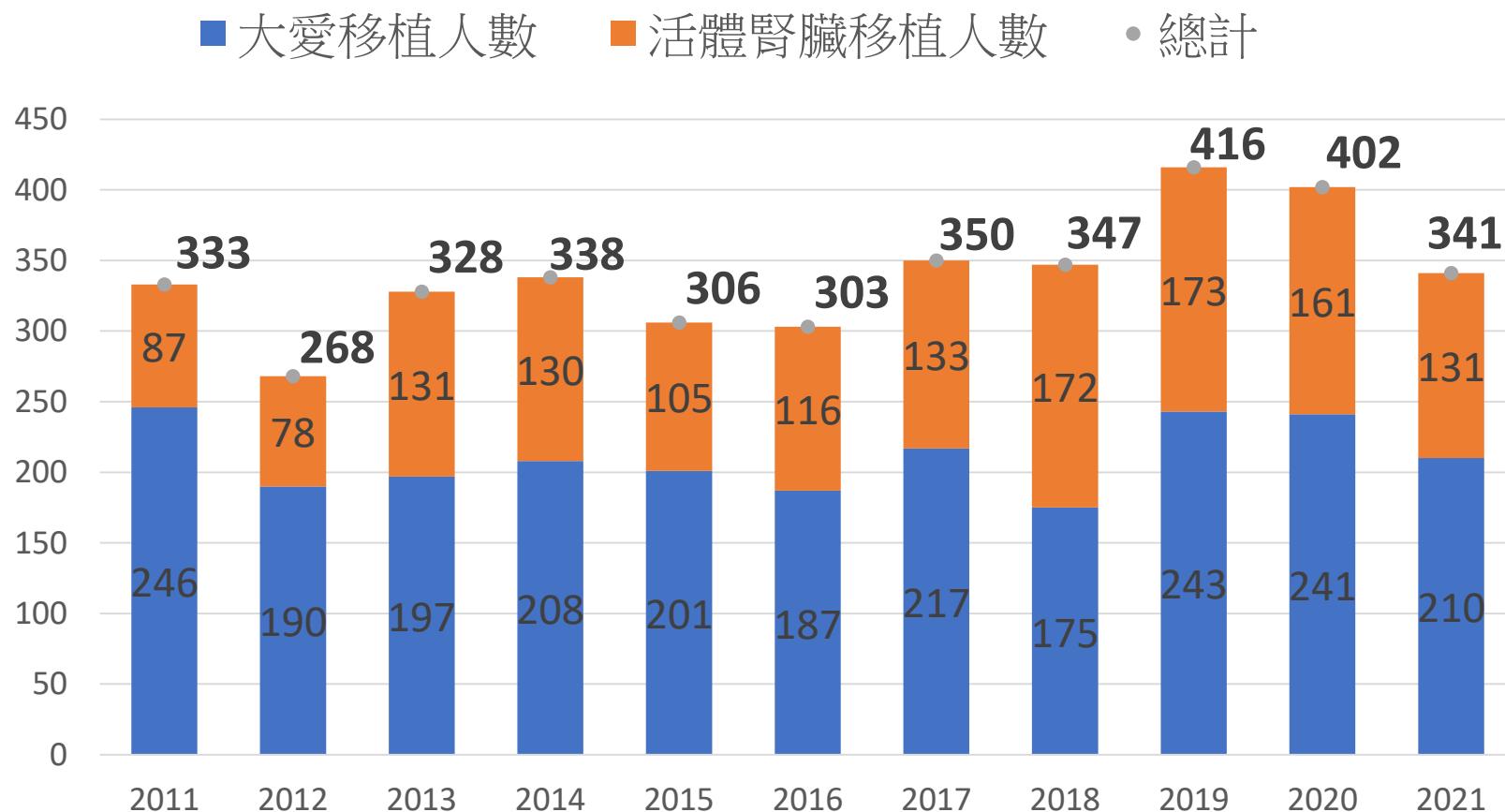
長期透析：每年約7~9萬人，2021年每人平均醫療點數達71.2萬。  
腎臟移植：每年約5~6千人，2021年每人平均醫療點數達35.2萬。



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。

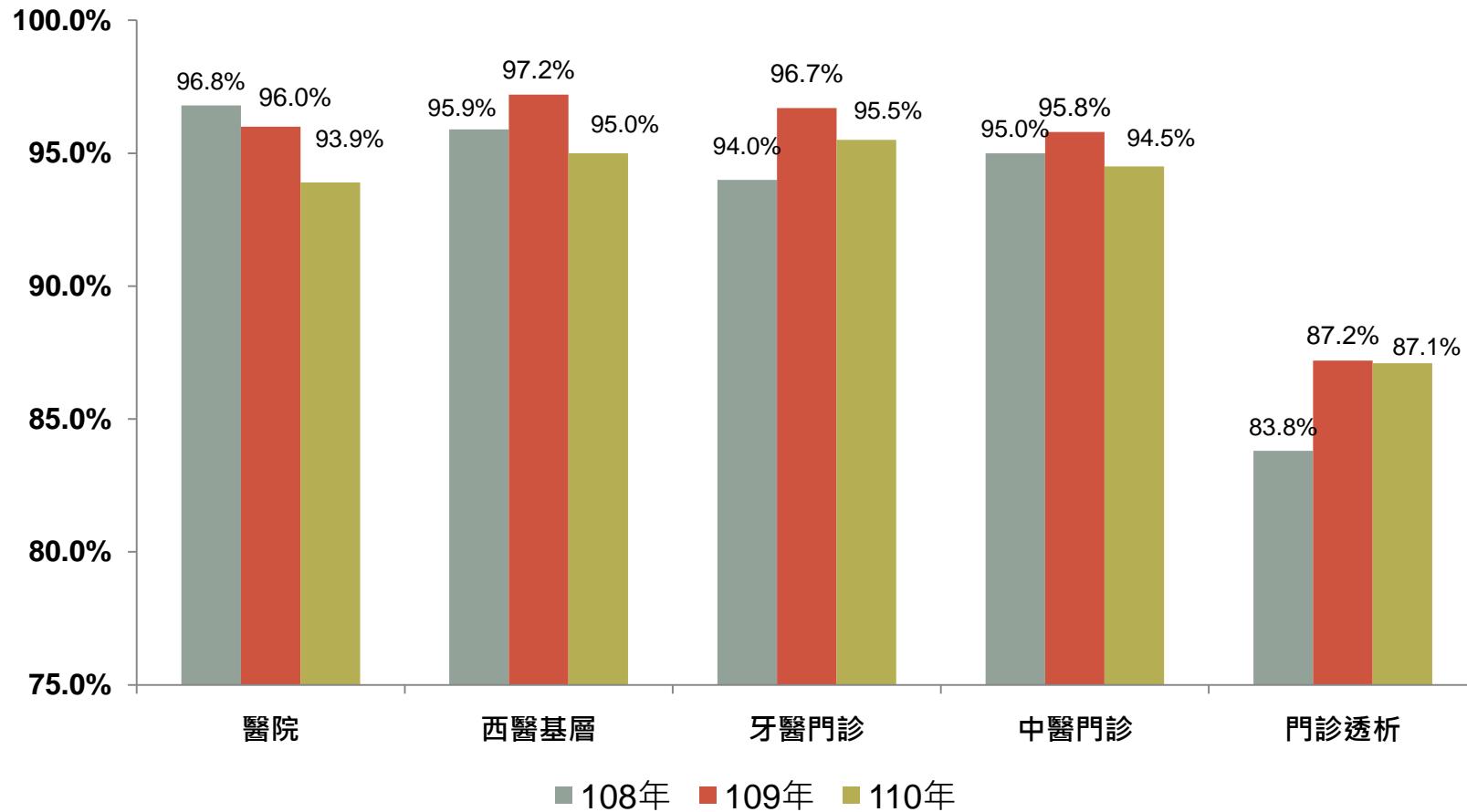
# 台灣腎臟移植趨勢

每年腎臟移植新個案數約300~400例  
(其中活體移植約100~170例)



資料來源：財團法人器官捐贈移植登錄中心  
製表日期：111/02/08

# 滿意度調查-整體醫療結果



註：滿意程度=滿意+非常滿意

# 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。

- **110年民眾申訴前三名情形**

全年申訴件數為1,671件，以「疑有虛報醫療費用」類337件最多，占20%，其次為「醫療行政或違規事項」計336件，占20%，第三為「額外收費(自費抱怨)」計230件，占14%。

整體	件數	占率
疑有虛報醫療費用	337	20%
醫療行政或違規	336	20%
<u>額外收費(自費抱怨)</u>	230	14%
總件數	1,671	100%

註：

1. 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
2. 醫療行政或違規事項：院所掛號規定、押卡、逃漏稅、不當招攬病人等。
3. 額外收費(自費抱怨)：收取特材差額費、自費特材、自費藥品等。

# 民眾申訴管道及處理

## 110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
醫療行政或違規事項	163	22%
額外收費(自費抱怨)	143	19%
疑有虛報醫療費用	68	9%
總件數	757	100%

西醫基層	件數	占率
疑有虛報醫療費用	173	30%
醫療行政或違規事項	98	17%
額外收費(自費抱怨)	67	12%
總件數	569	100%

牙醫	件數	占率
疑有虛報醫療費用	61	41%
醫療行政或違規事項	29	19%
服務態度及醫療品質	26	17%
總件數	149	100%

中醫	件數	占率
疑有虛報醫療費用	20	28%
醫療行政或違規事項	20	28%
額外收費(自費抱怨)	8	11%
總件數	72	100%

其他	件數	占率
醫療行政或違規事項	26	21%
藥品及處方箋	21	17%
疑有虛報醫療費用	16	13%
總件數	124	100%

藥品及處方箋：扣留慢連箋、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

五

## 執行概況—安全性

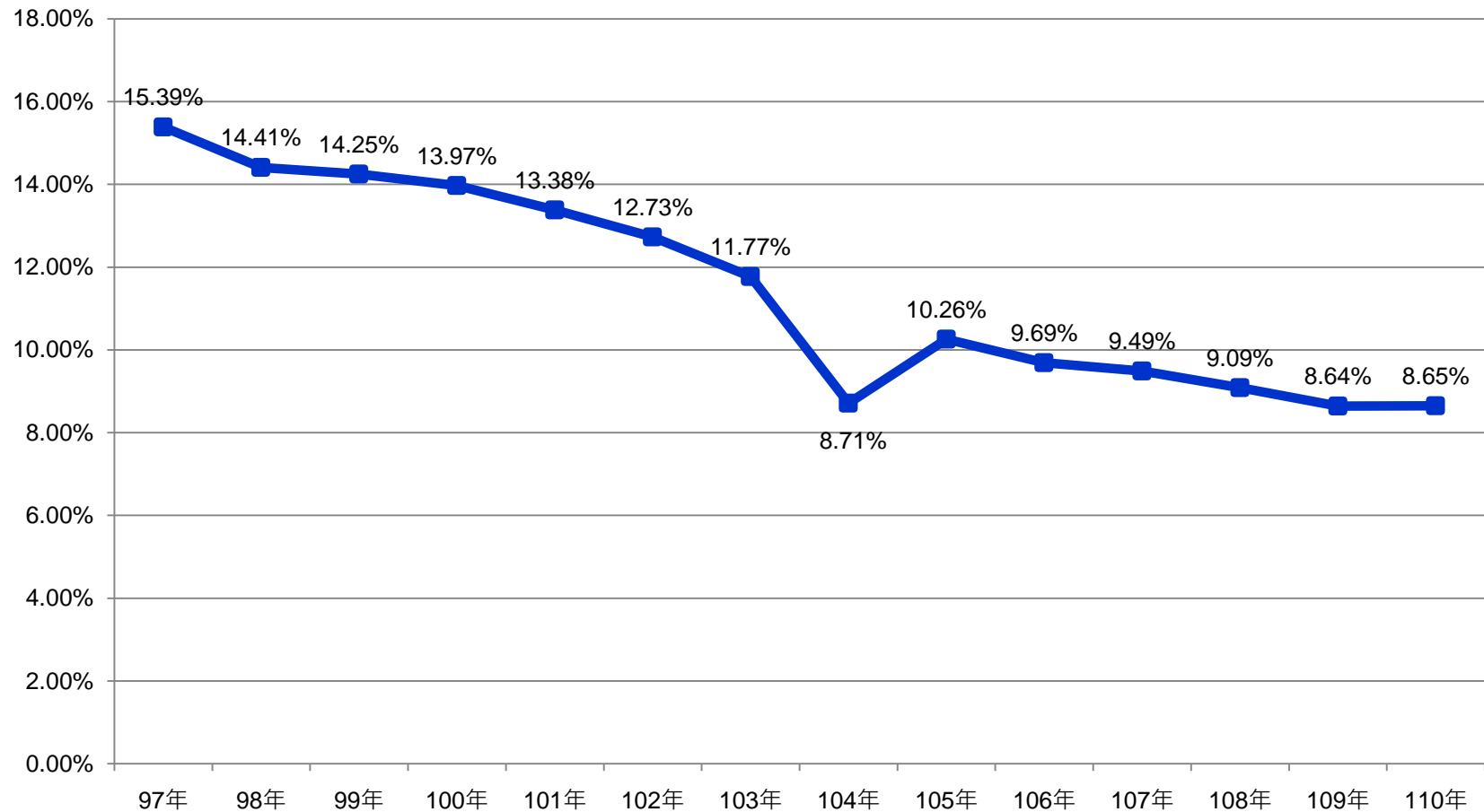


死亡率、用藥日數重疊率

健保雲端查詢、健康存摺  
(詳健保因應策略)

# 急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)

## -健保監理指標



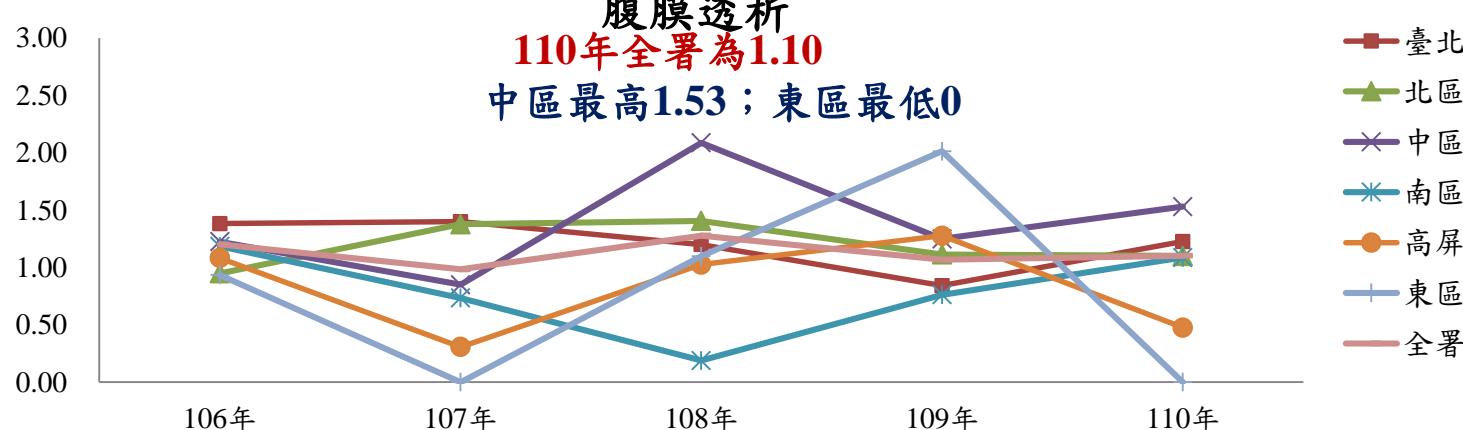
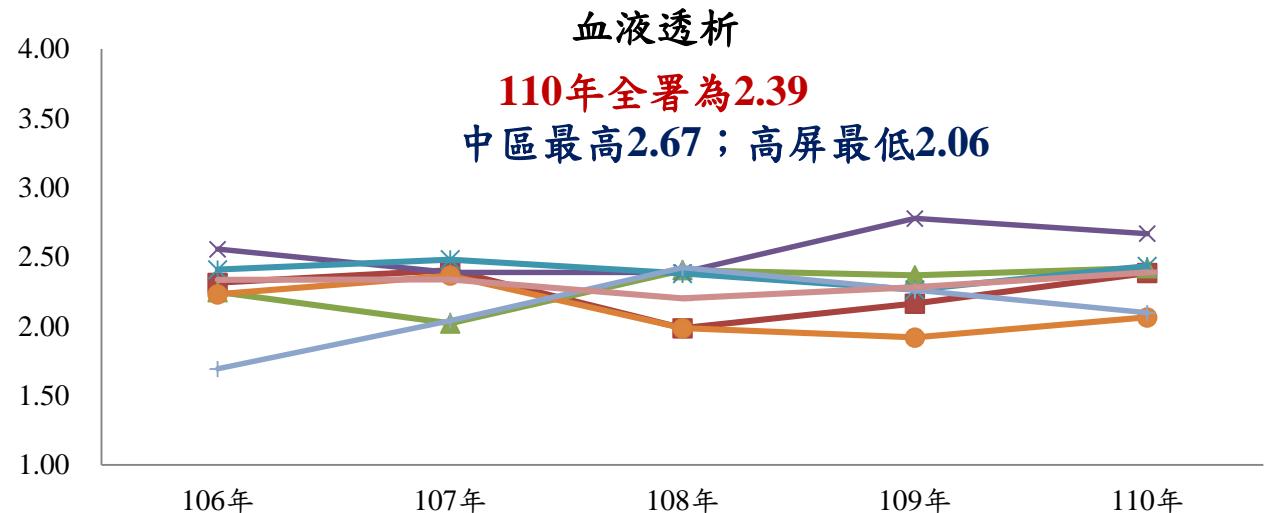
備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1668)。

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:111年6月13日。

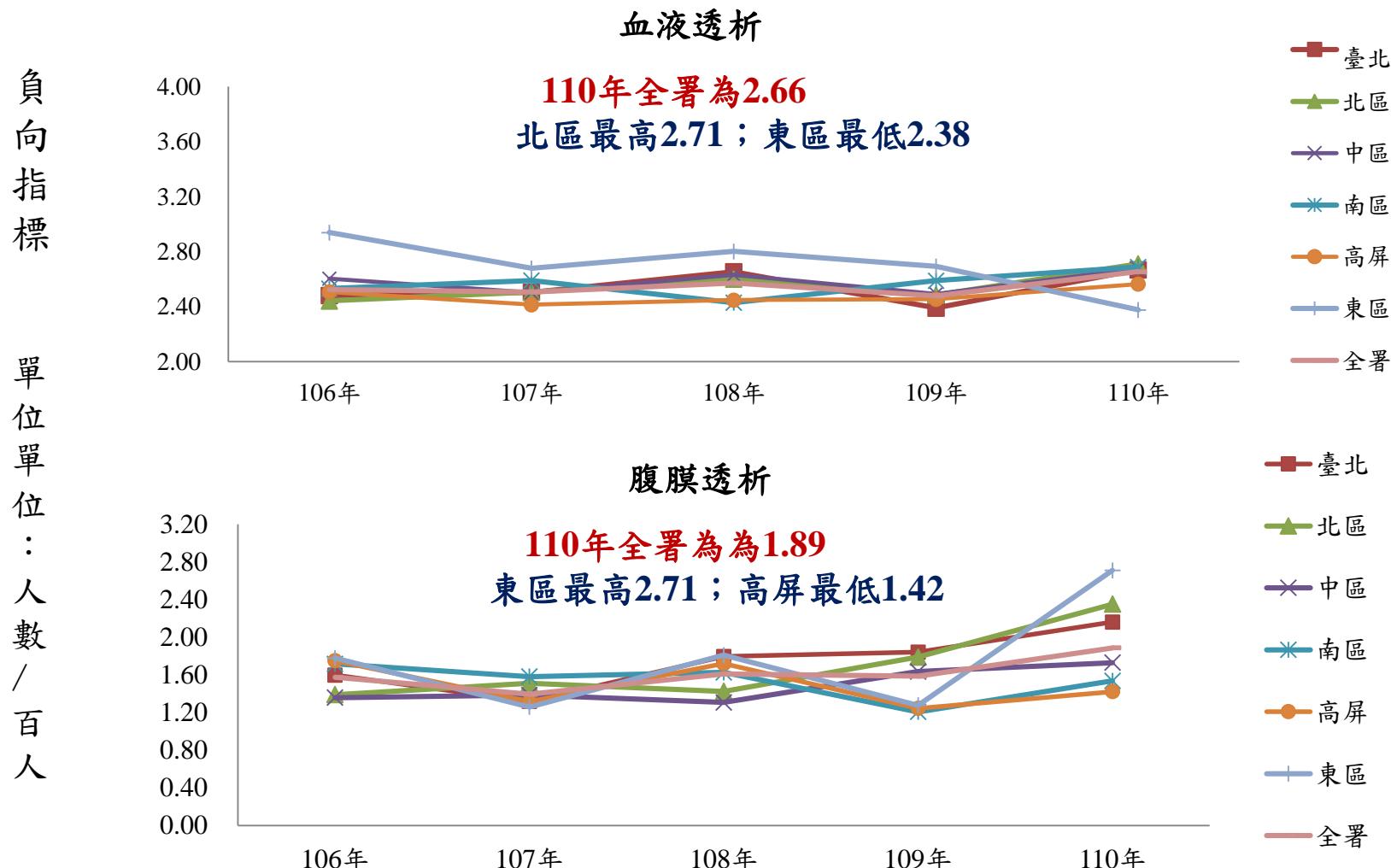
# 透析時間<1年之死亡率

負向指標  
單位：人數 / 百人



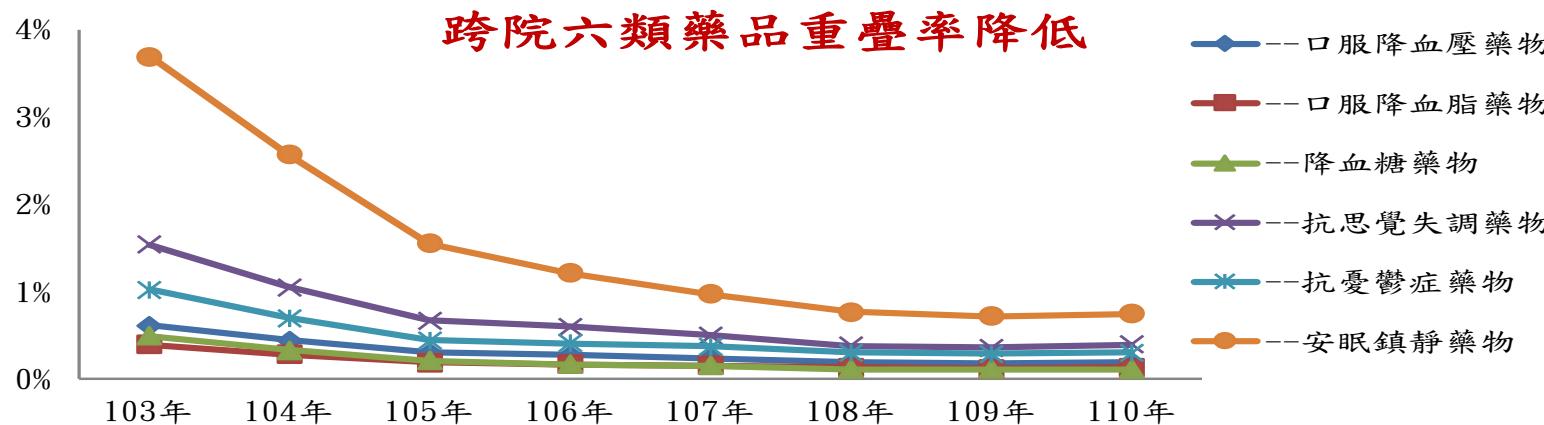
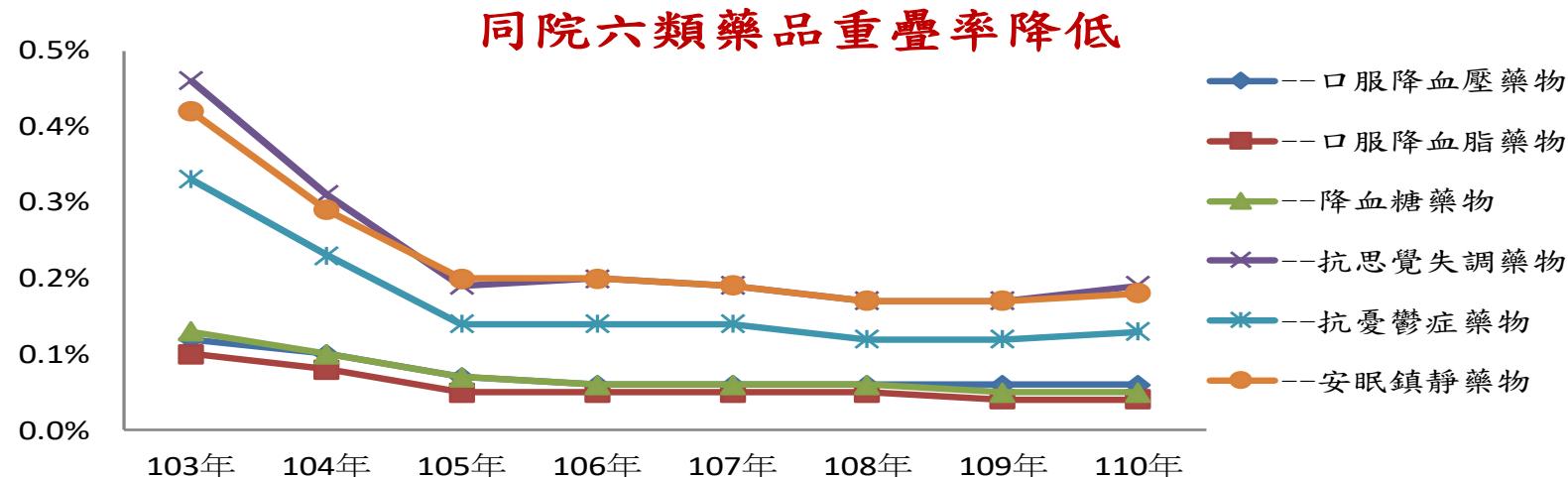
備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統 (DA代號：3080、3082)  
製表日期:111年6月13日。

# 透析時間 $\geq 1$ 年之死亡率



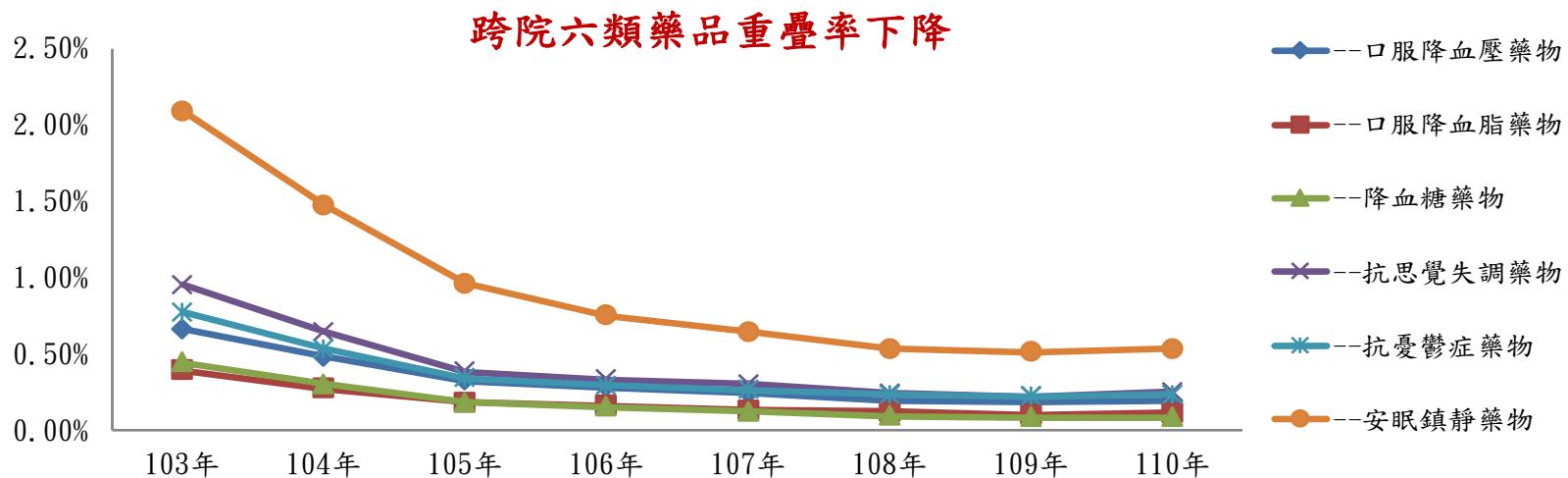
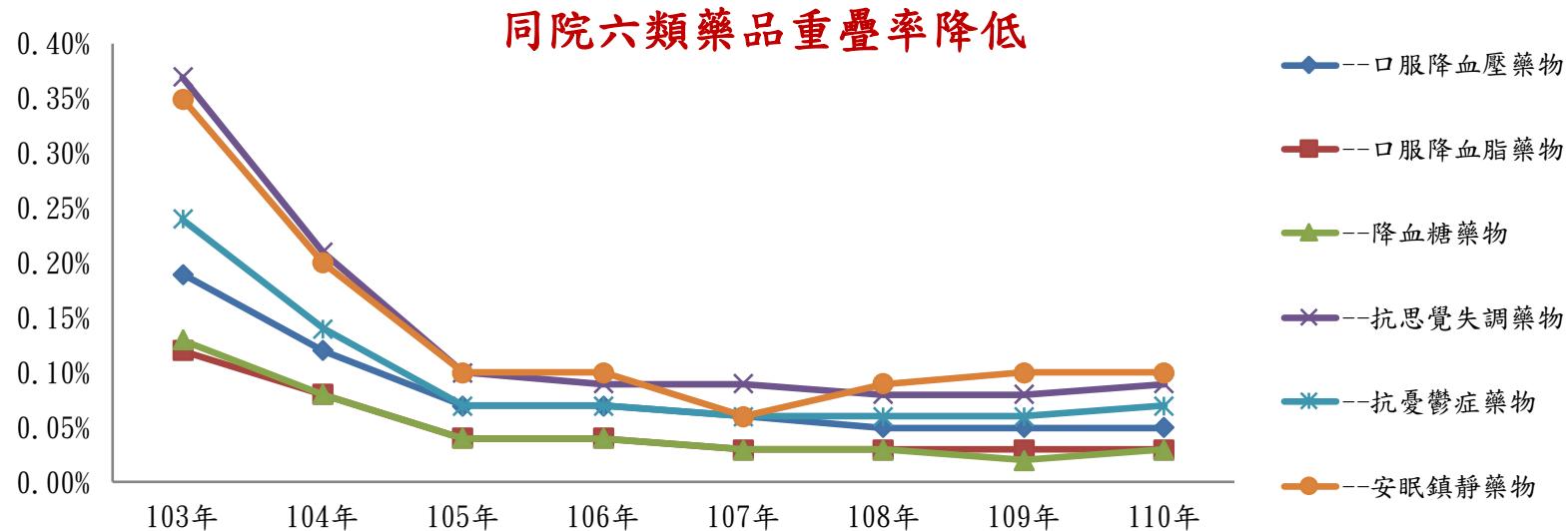
備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統 (DA代號：3084、3086)  
製表日期:111年6月13日。

# 同藥理用藥日數重疊率-西醫基層



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1710、1711、1712、1726、1727、1728、1713、1714、1715、1729、1730、1731)。製表日期:111年6月15日。

# 同藥理用藥日數重疊率-醫院總額



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1710、1711、1712、1726、1727、1728、1713、132、1714、1715、1729、1730、1731)。製表日期:111年6月15日。

# 護理人力之現況與改善情形

## 各層級醫院全日平均護病比達特定加成率概況

109年各特約類別全日平均護病比達特定加成率概況

護病比加成率	醫學中心			區域醫院			地區醫院		
	護病比範圍	申報月次	占率	護病比範圍	申報月次	占率	護病比範圍	申報月次	占率
20%	< 7.0	79	26.3%	< 10.0	714	68.4%	< 13.0	3,547	87.1%
17%	7.0–7.4	102	34.0%	10.0–10.4	134	12.8%	13.0–13.4	85	2.1%
14%	7.5–7.9	100	33.3%	10.5–10.9	88	8.4%	13.5–13.9	67	1.6%
5%	8.0–8.4	19	6.3%	11.0–11.4	35	3.4%	14.0–14.4	78	1.9%
2%	8.5–8.9	0	0.0%	11.5–11.9	70	6.7%	14.5–14.9	49	1.2%
無加成	> 8.9	0	0.0%	> 11.9	3	0.3%	> 14.9	56	1.4%
未填或護病比為0								192	4.7%
總計月次			300			1,044			4,074

110年各特約類別全日平均護病比達特定加成率概況

護病比加成率	醫學中心			區域醫院			地區醫院		
	護病比範圍	申報月次	占率	護病比範圍	申報月次	占率	護病比範圍	申報月次	占率
20%	< 7.0	134	44.7%	< 10.0	804	77.0%	< 13.0	3,518	86.2%
17%	7.0–7.4	93	31.0%	10.0–10.4	92	8.8%	13.0–13.4	103	2.5%
14%	7.5–7.9	53	17.7%	10.5–10.9	72	6.9%	13.5–13.9	71	1.7%
5%	8.0–8.4	20	6.7%	11.0–11.4	26	2.5%	14.0–14.4	53	1.3%
2%	8.5–8.9	0	0.0%	11.5–11.9	46	4.4%	14.5–14.9	39	1.0%
無加成	> 8.9	0	0.0%	> 11.9	4	0.4%	> 14.9	56	1.4%
未填或護病比為0								241	5.9%
總計月次			300			1,044			4,081

# 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	109	110	99~110 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	1,288	632	20,325
醫學中心	222	674	640	932	682	473	1,063	955	1,016	907	464	300	8,328
區域醫院	908	769	342	1,071	609	937	926	994	985	868	307	27	8,743
地區醫院	29	229	145	235	54	-2	225	261	555	626	485	294	3,136
精神專科	25	37	-52	13	-31	24	1	13	-12	8	35	32	93
慢性醫院	-	-	-6	-8	3	-9	2	27	37	3	-3	-21	25

- 扣除新成立院所及原醫院床位增加所增加之護理人員，110年醫院共計淨增加632人。

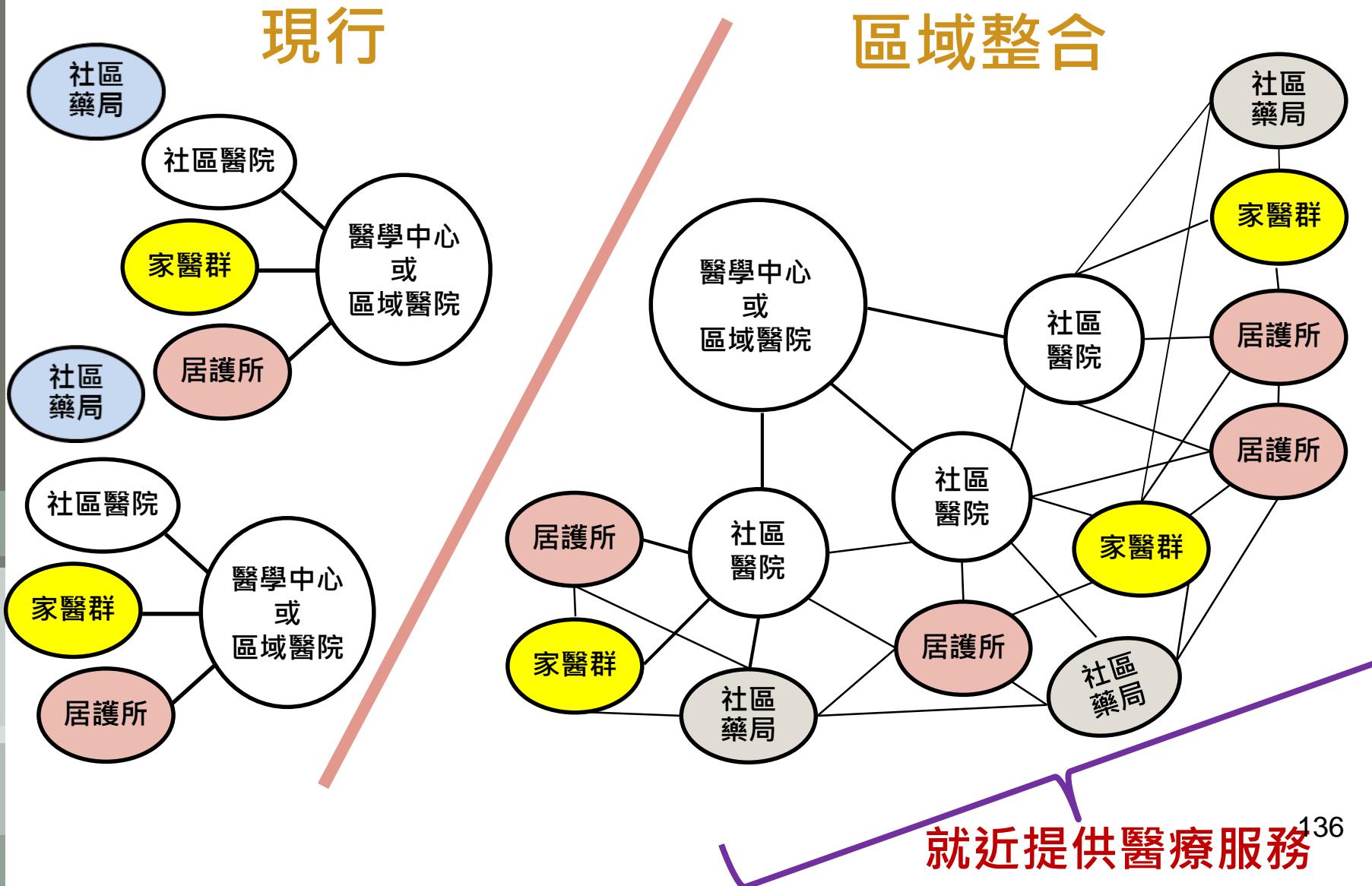
六

## 執行概況—以病人為中心



各整合方案  
品質轉診

# 社區化整合照護模式

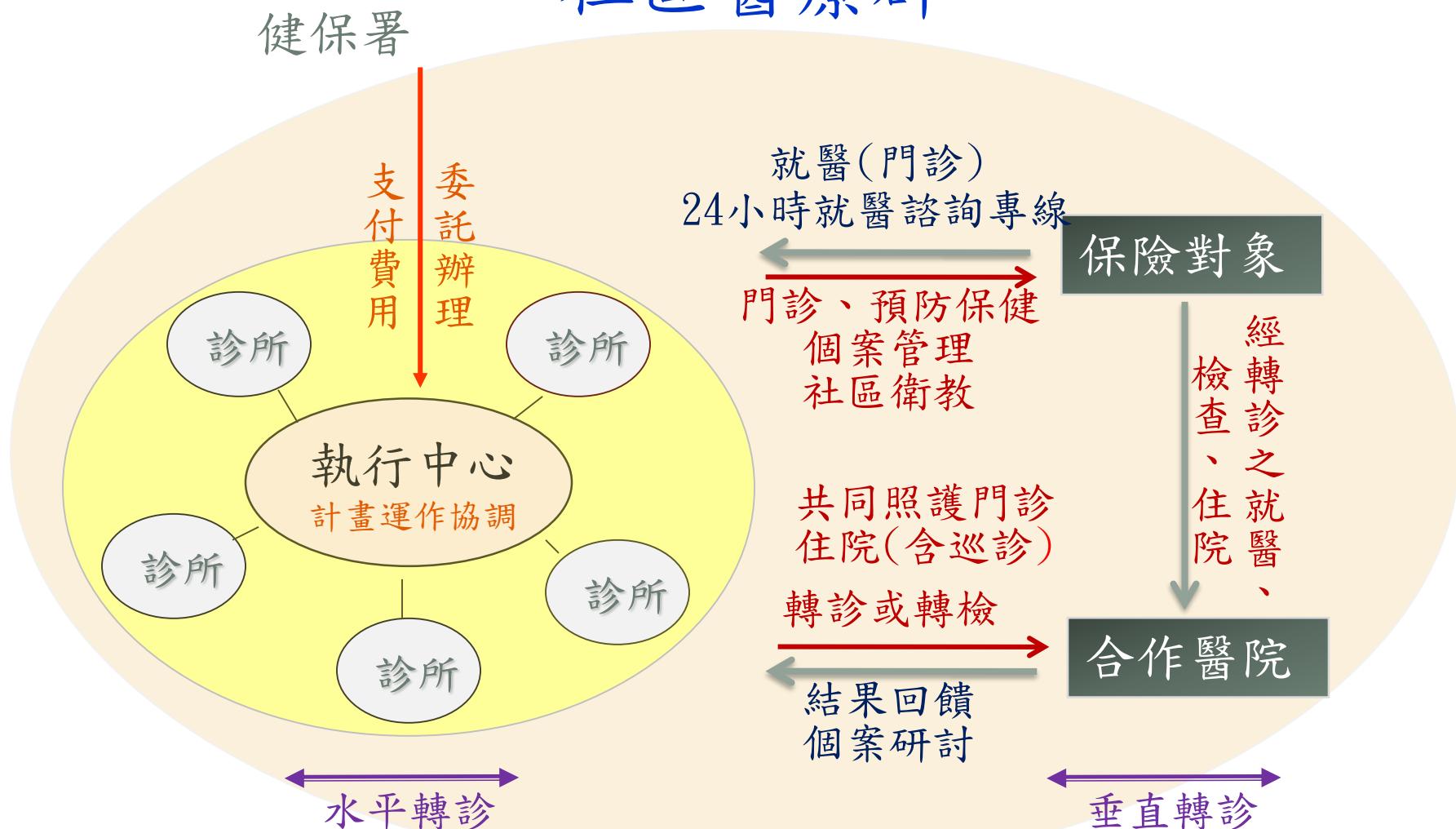


# 整合照護計畫



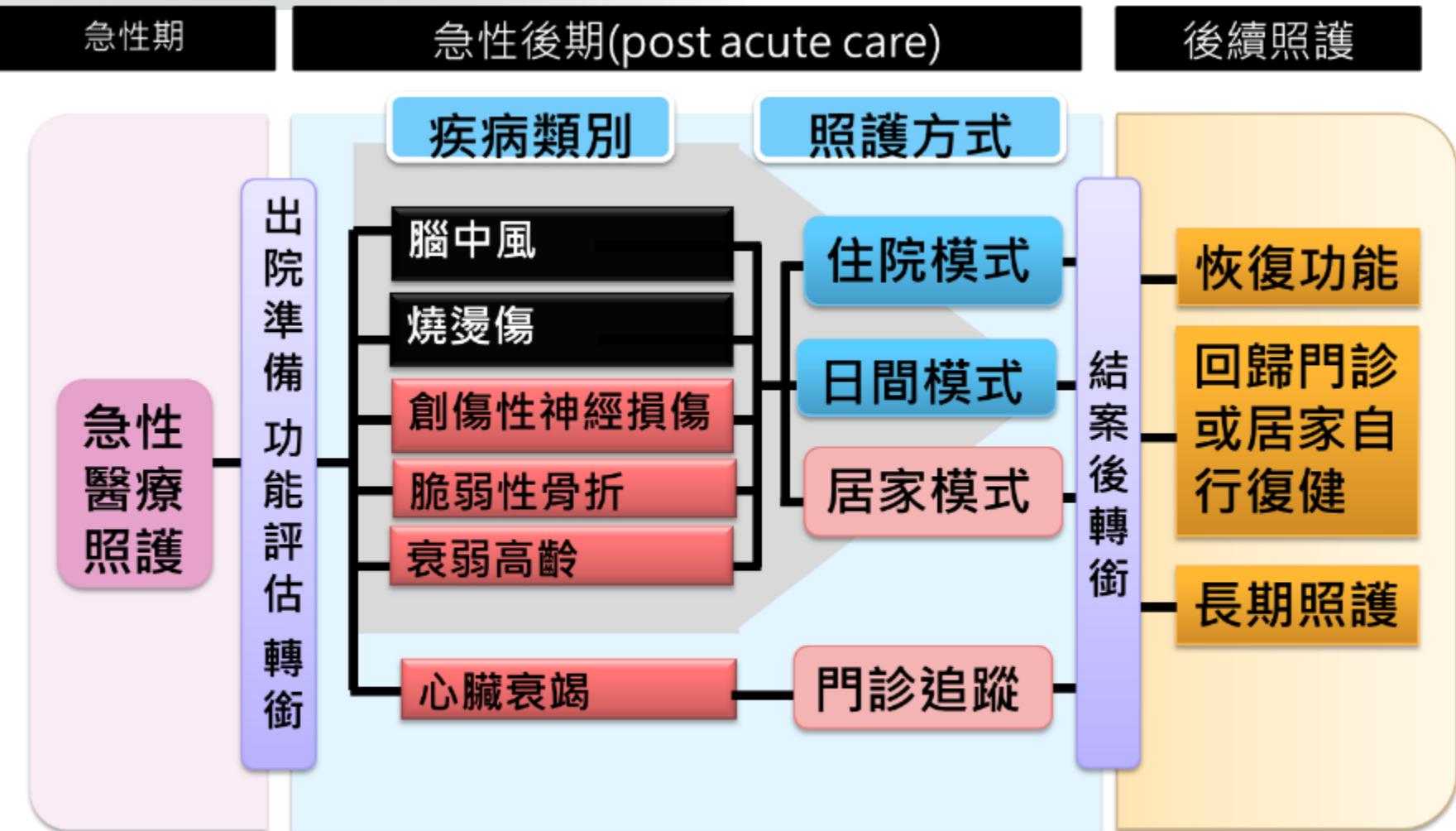
# 家醫群照護模式

## 社區醫療群



110年計有623個社區醫療群，參加基層診所5,587家，占西醫基層診所近53.1%，較109年4,407家<sup>138</sup>增加180家。交付名單收案人數419萬人，占較需照護族群(607萬人)68.96%。

# 急性後期整合照護

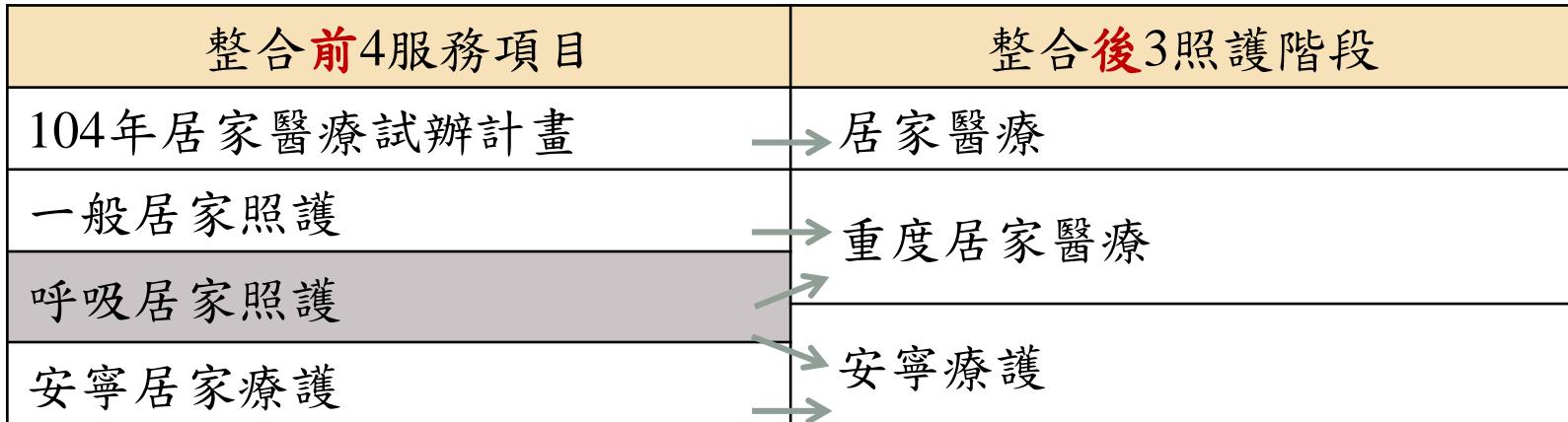


由急性後期照護團隊，依病人評估結果安排適當照護模式(除心臟衰竭外可轉換模式)，各類模式合計天數不超過計畫所訂上限天數。

110年共38團隊、215家醫院參與計畫，收案人數於腦中風共5,276人、燒燙傷(累計)87人、脆弱性骨折3,039人、創傷性神經損413人、衰弱高齡675人及心臟衰竭1,311人。

# 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。



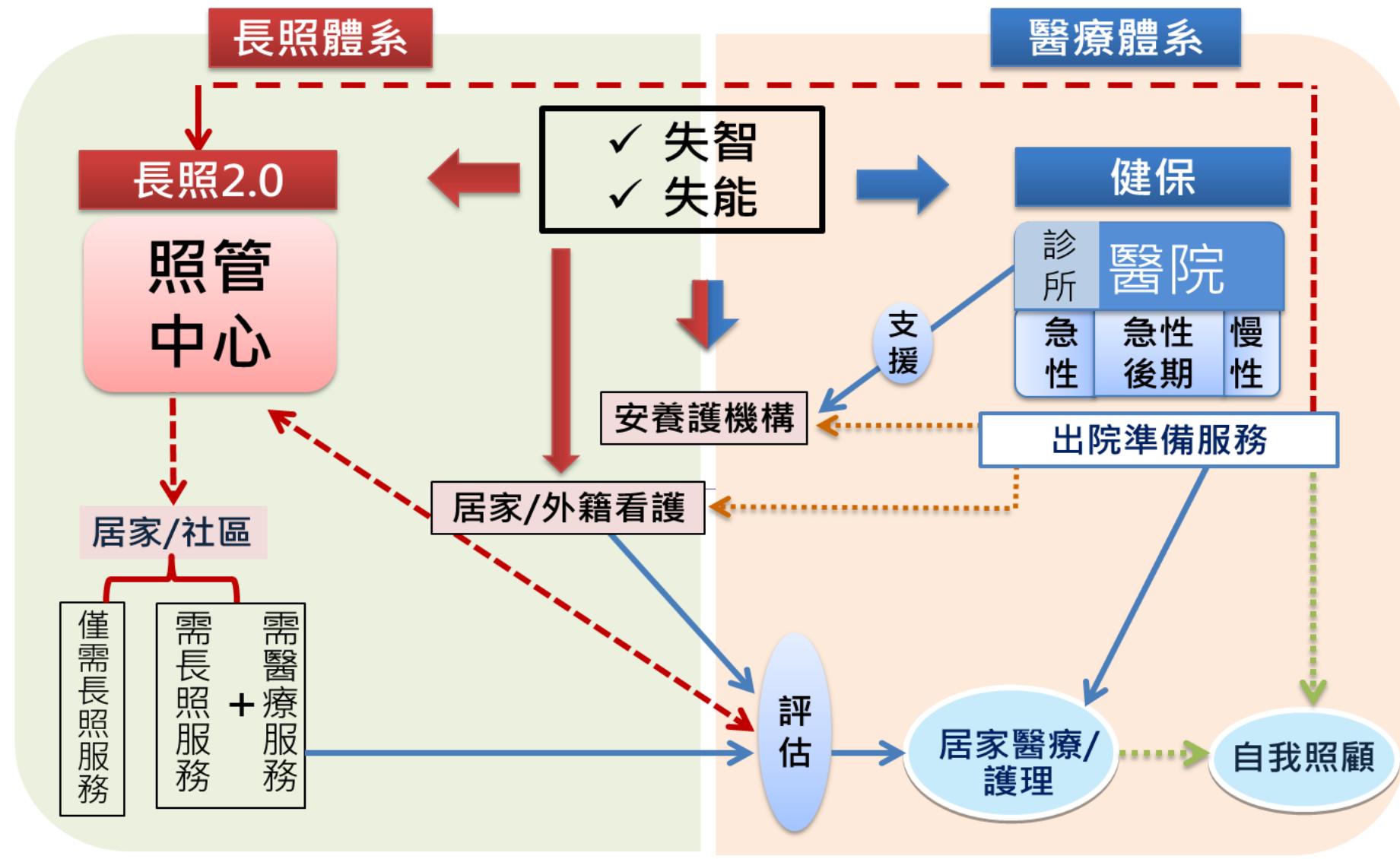
擴大照護對象

改善不同類型居家  
醫療片段式的服務  
模式

促進社區內團隊  
合作：醫事人員  
間、院所間

強化個案管理機制

# 醫療與長照銜接



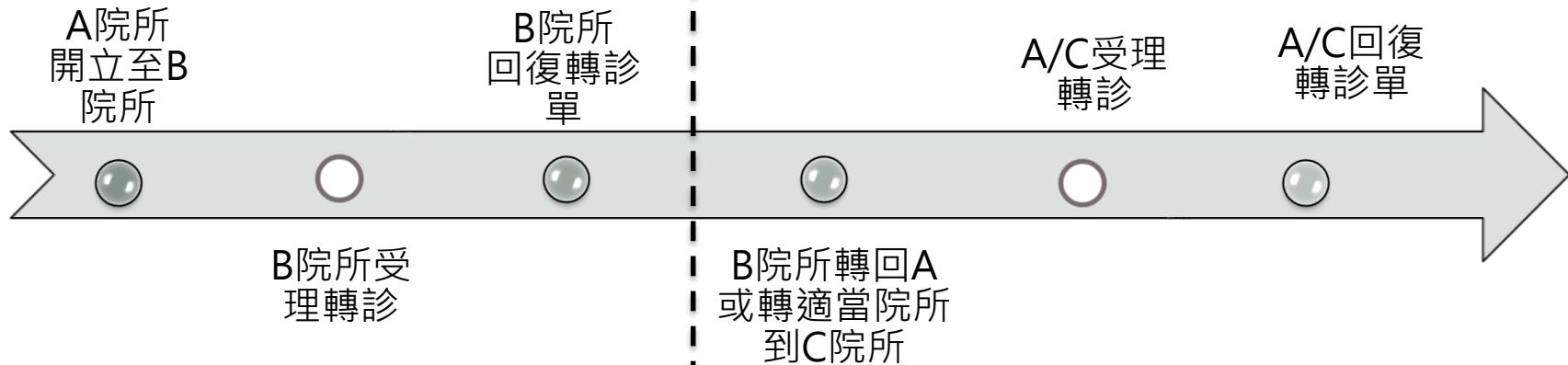
備註：→ 醫療照護轉介； → 醫療與長照2.0銜接； → 症狀改善； → 其他照顧

110年申報02025B「出院準備及追蹤管理費」約2.48億點，服務人次約16.5萬人次。

# 強化轉診流程、提升轉診效率

## 三 轉診單流程

1. 開立電子轉診單
2. 回復電子轉診單
3. 轉回或轉至適當院所轉診單
4. 回復電子轉診單



開立轉診單前，**得**先洽接受轉診之院所，提供醫事機構、診療科別等就醫安排。

接受轉診院所**應**提供適當就醫安排，保留**門診**一定優先名額予轉診就醫的病人。

**強化轉診機制**

病患經轉診治療後，**接受轉診的院所**應建議病患**轉回原診治院所**或其他適當院所，接受後續追蹤治療。

接受轉診院所應將病患初步診療的處置情形、後續診治之相關檢查及處置結果，**回復原診治院所**。

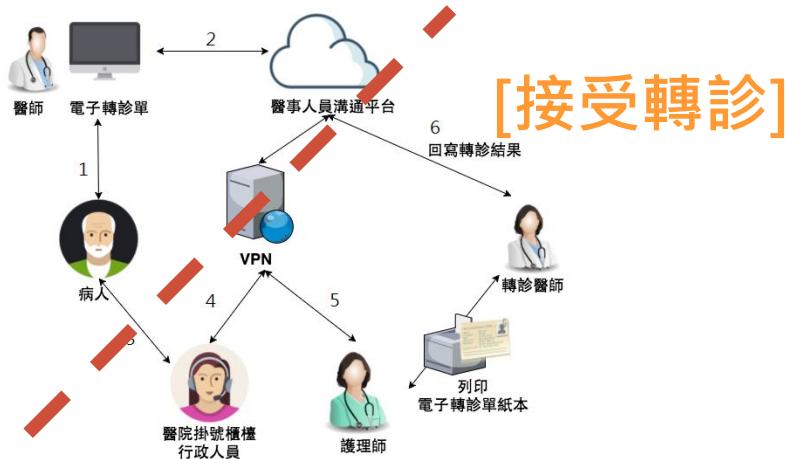
**落實雙向轉診**

# 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。

[轉出]

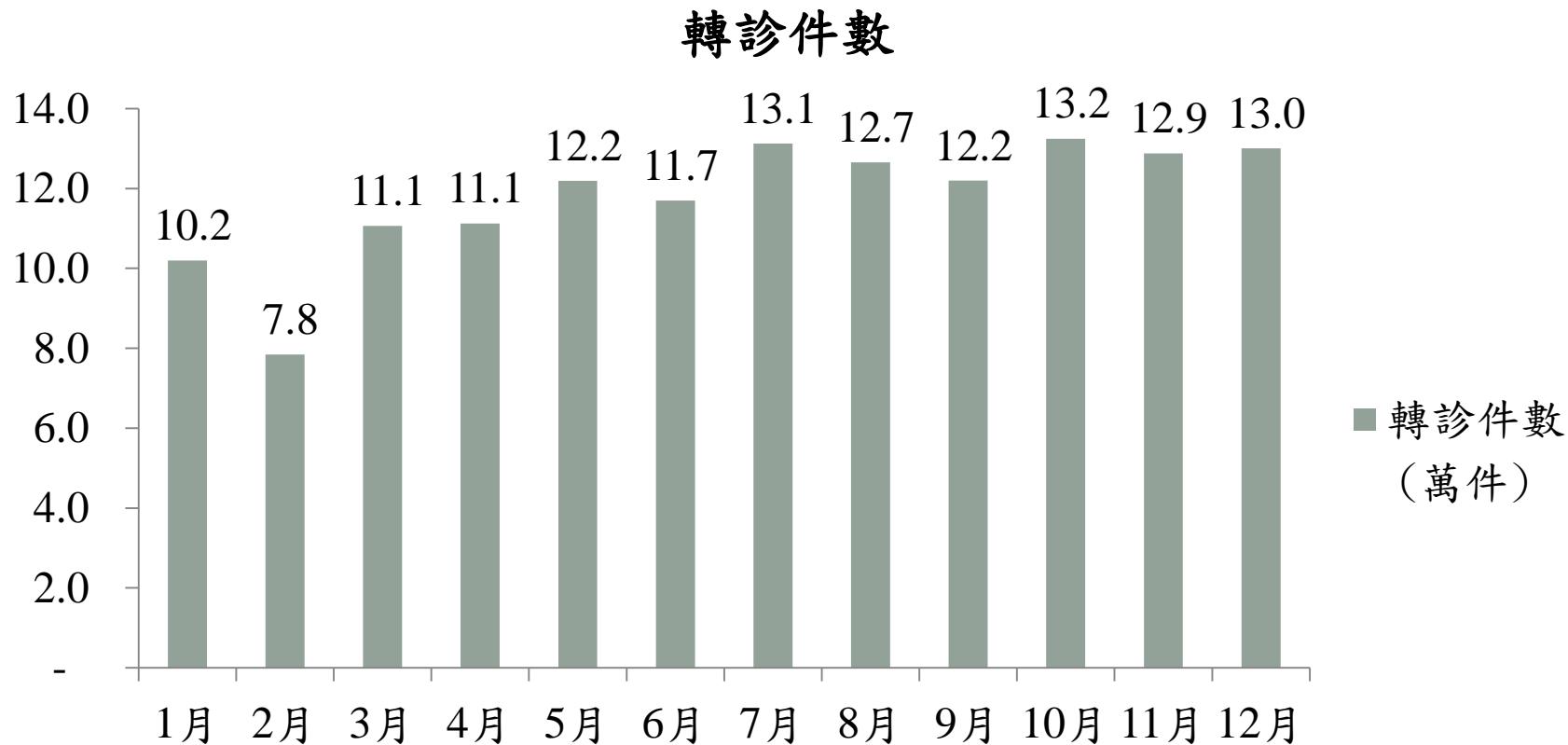


[接受轉診]



# 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。



# 上、下轉支付標準執行結果

## 一、110年預算執行情形

單位：百萬點

總額別	預算點數 (全年經費)	實際執行點數	預算執行率
醫院	689.0	200.1	29.0%
西醫基層	258.0	143.5	55.6%

## 二、110年各特約層級實際核付醫令數

單位：人次

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	46,314	...	268,606	314,920
區域醫院	45,411	19,227	253,251	317,889
地區醫院	8,643	54,223	83,759	146,625
基層院所	...	538,043	66,850	604,893
合計	100,368	611,493	672,466	1,384,327

註：

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

七

## 執行概況—公平面

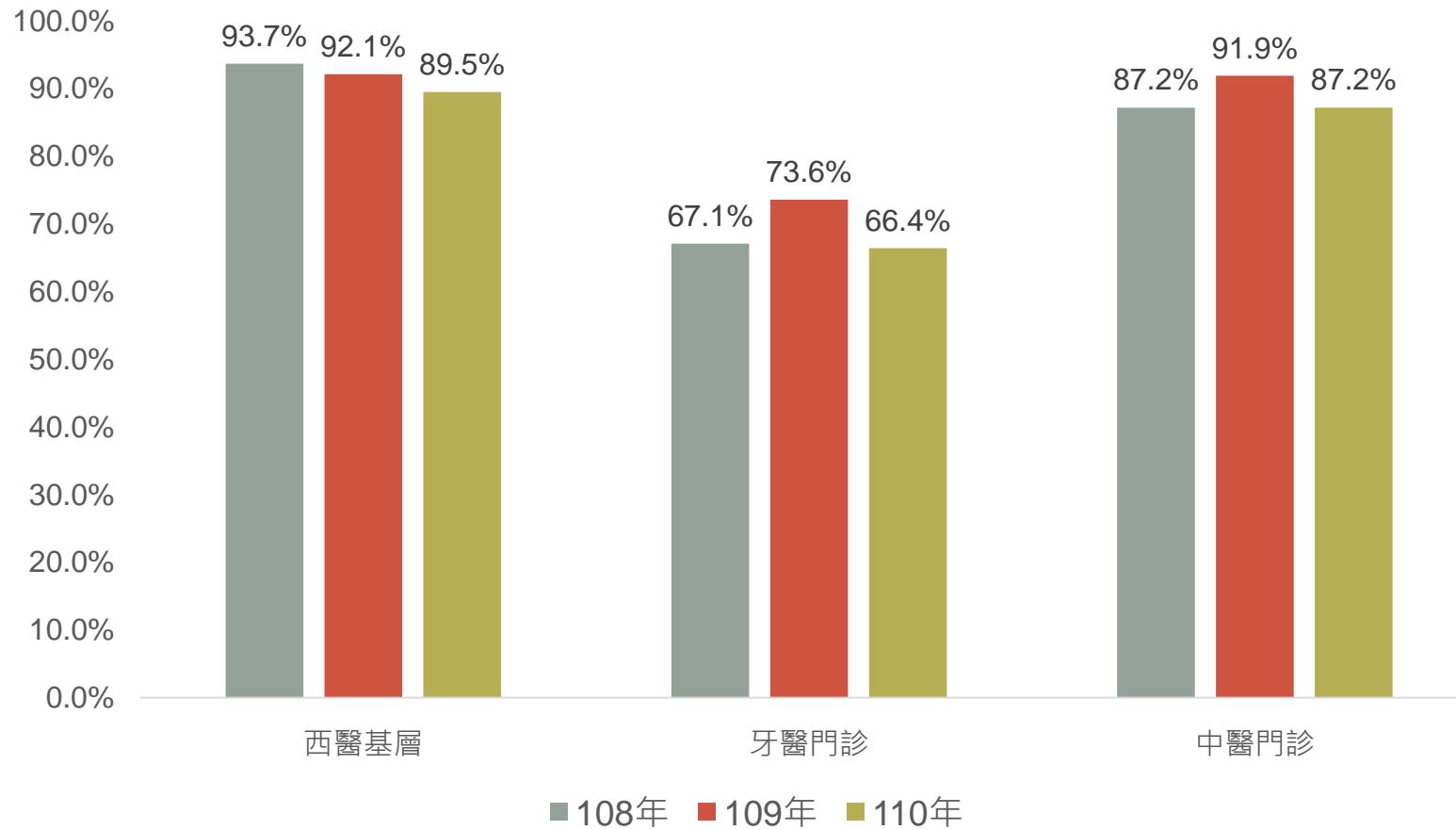


可近性

弱勢族群保障

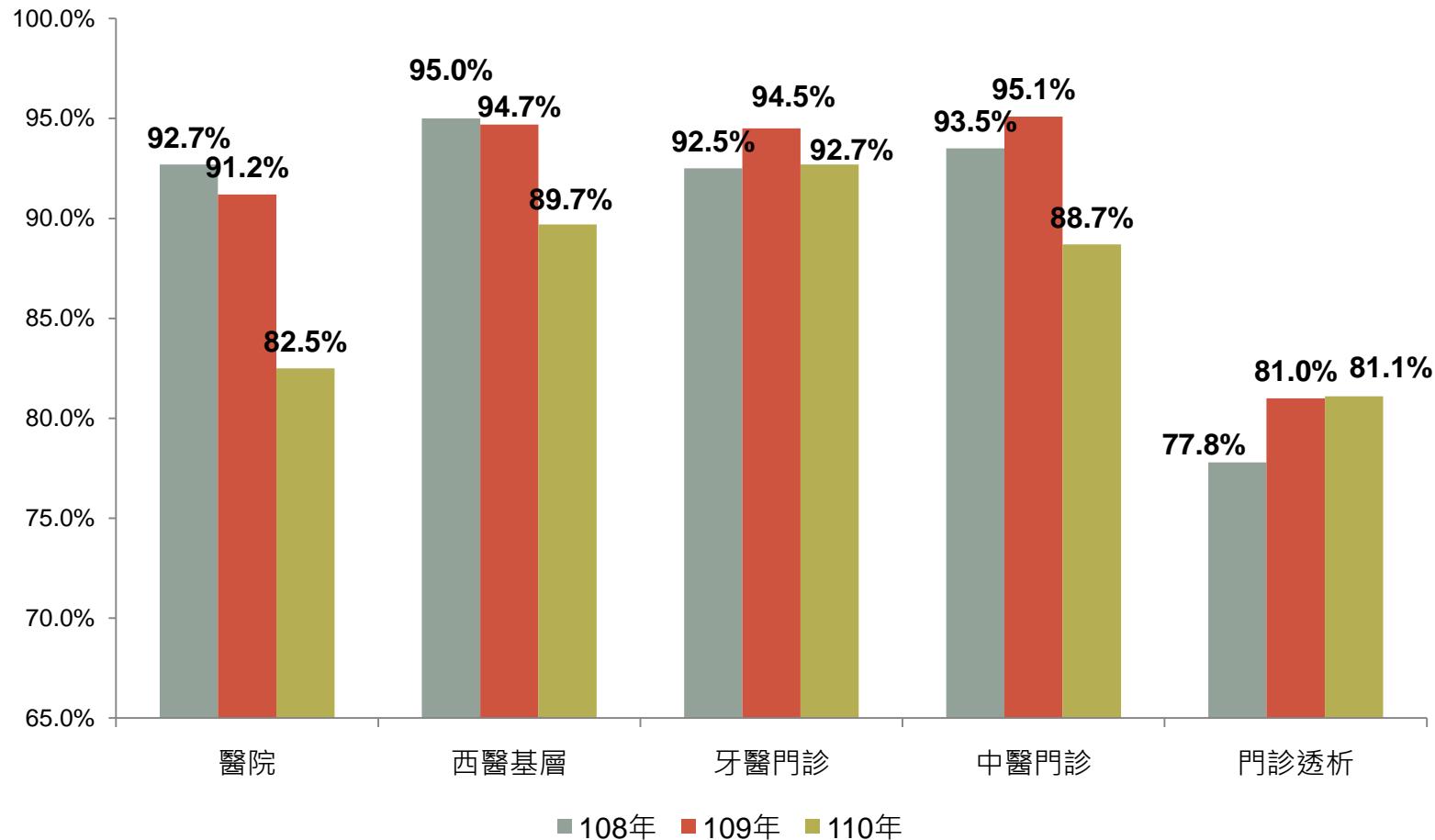
偏鄉照護計畫

# 滿意度調查-預約醫師容易程度

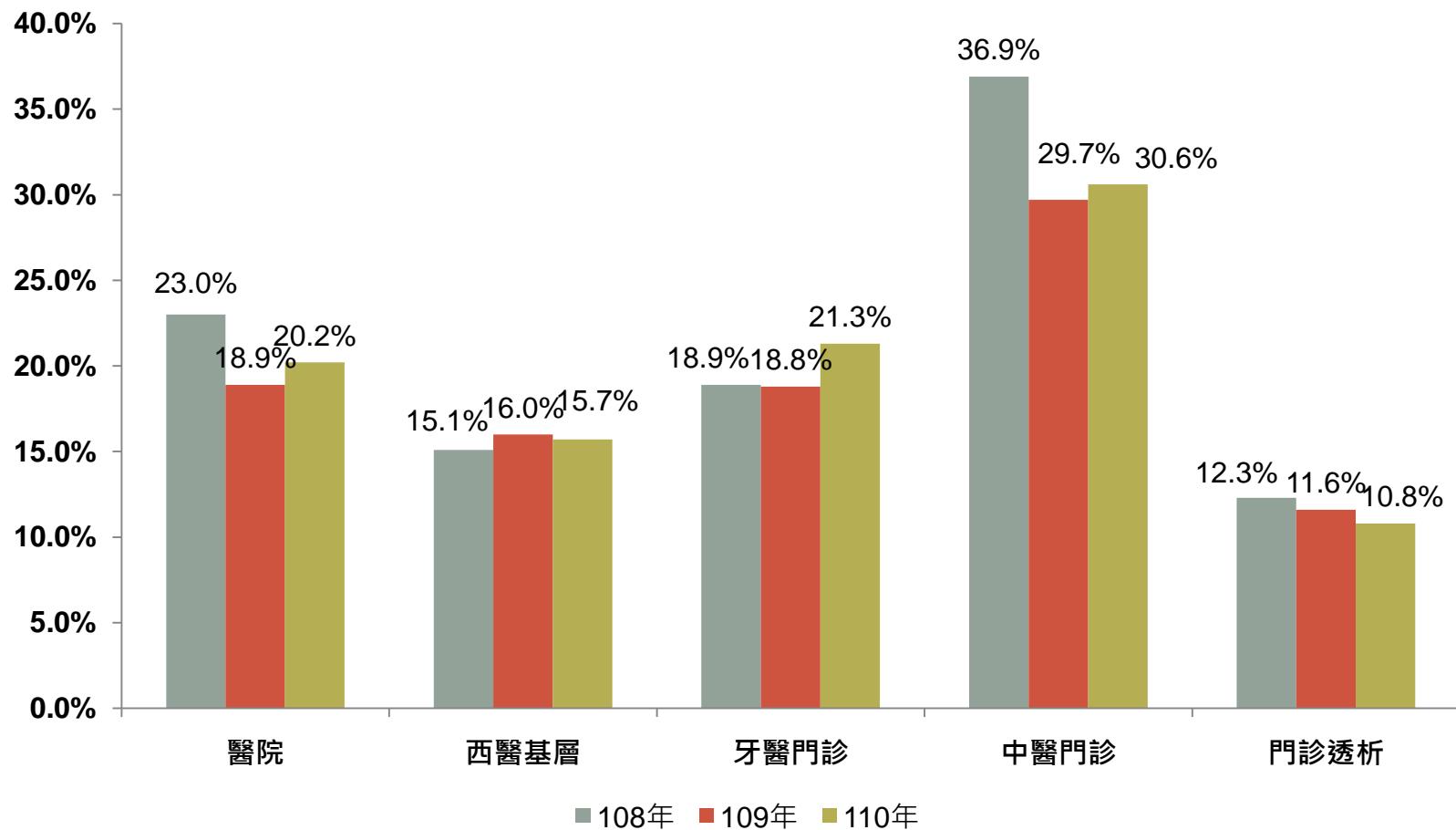


註. 本表呈現數據為容易+非常容易，門診透析與醫院部門無本題項

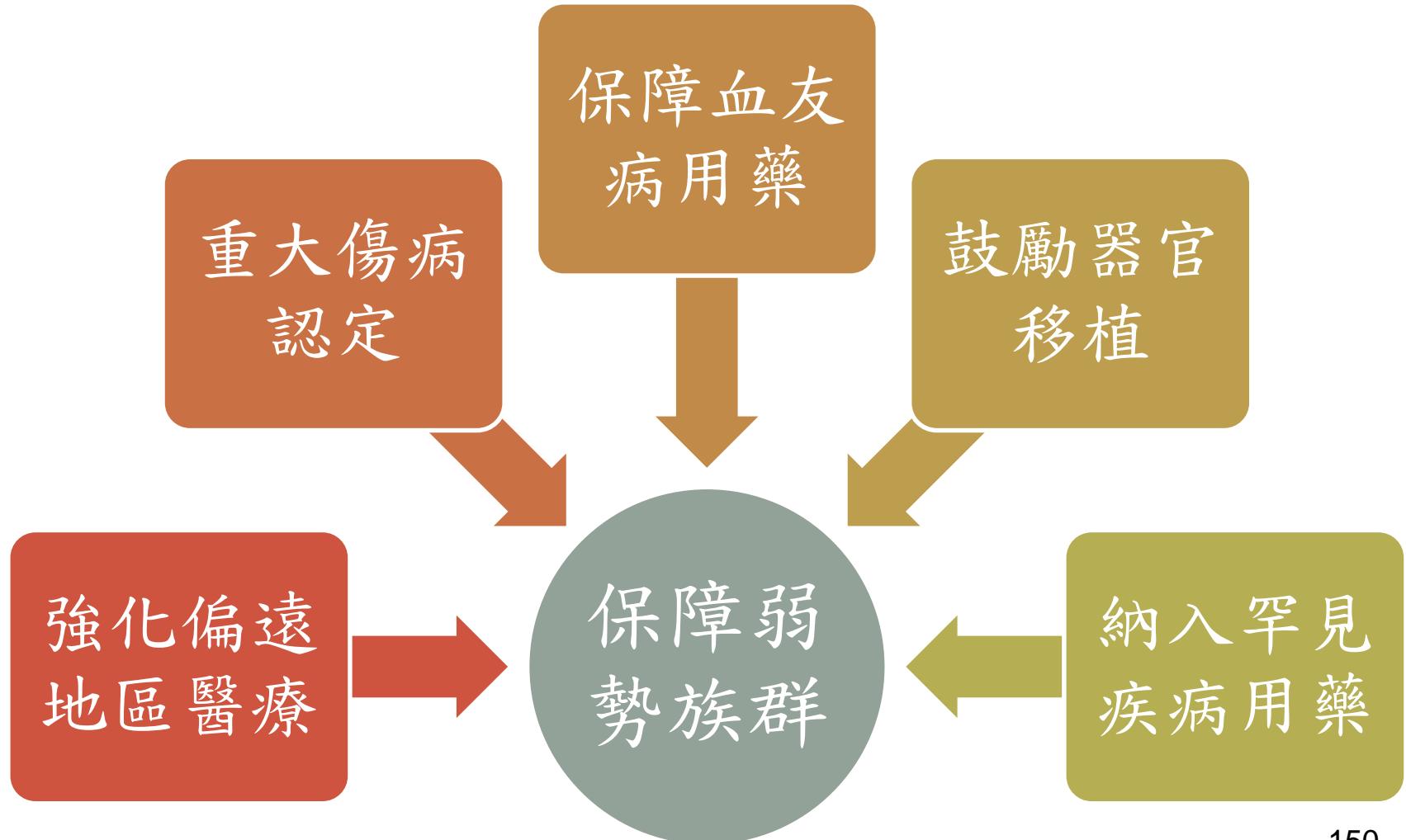
# 滿意度調查-就醫院所交通便利性



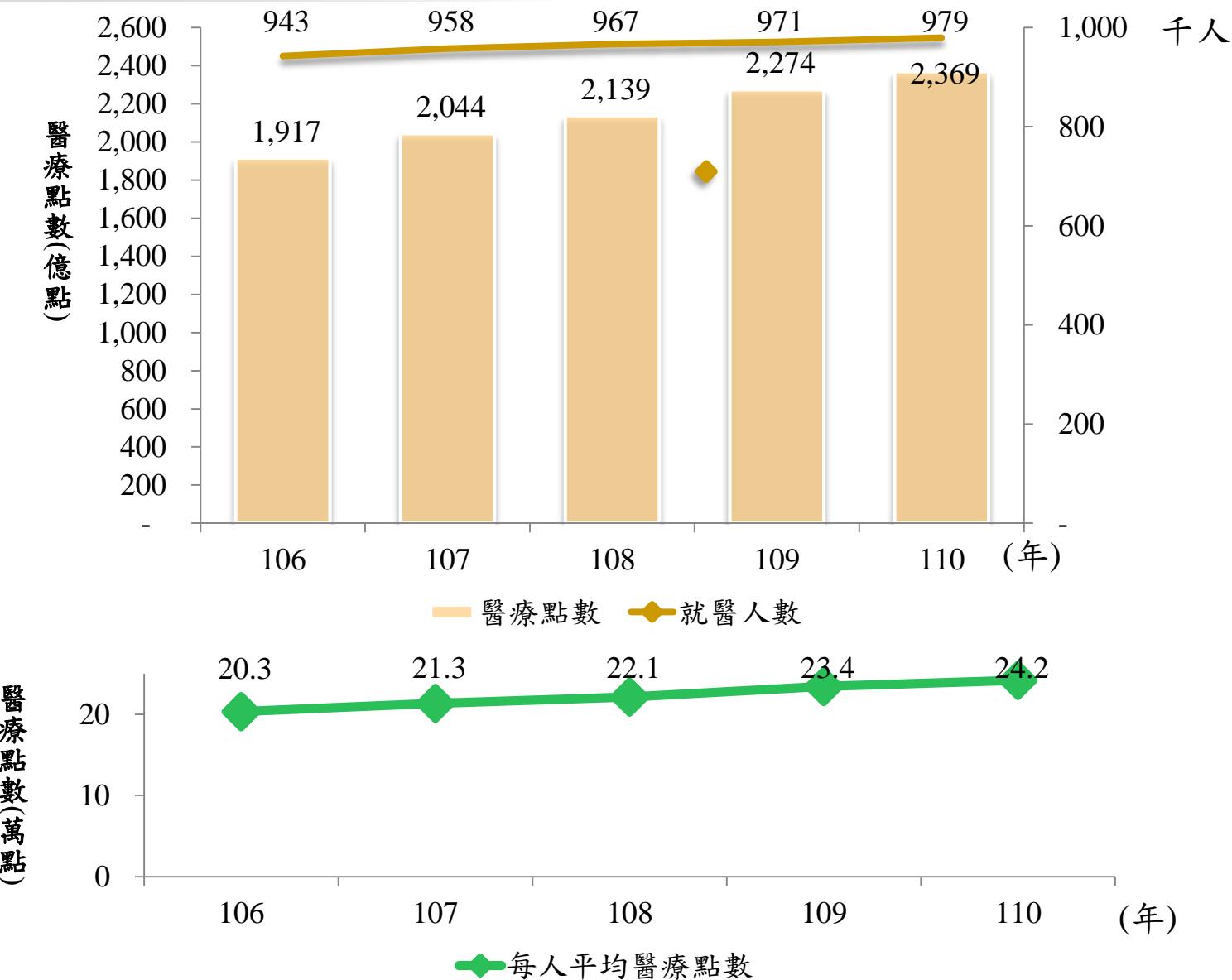
# 滿意度調查-被要求自費比率



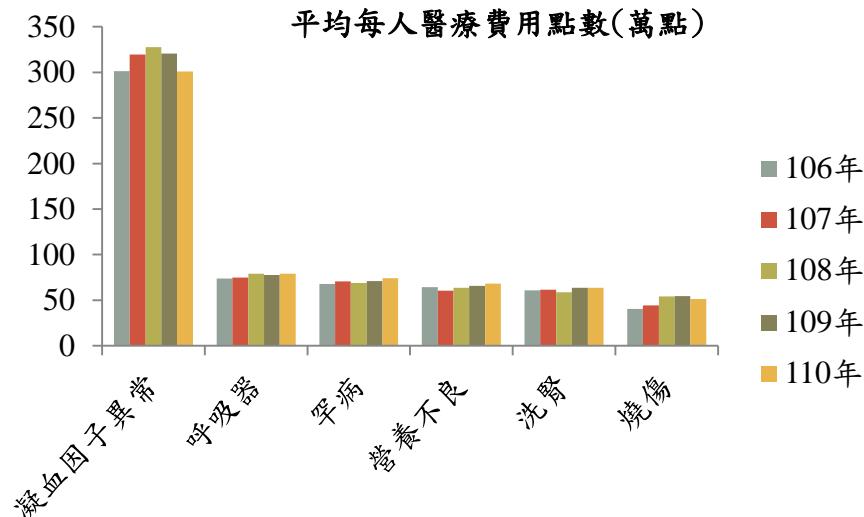
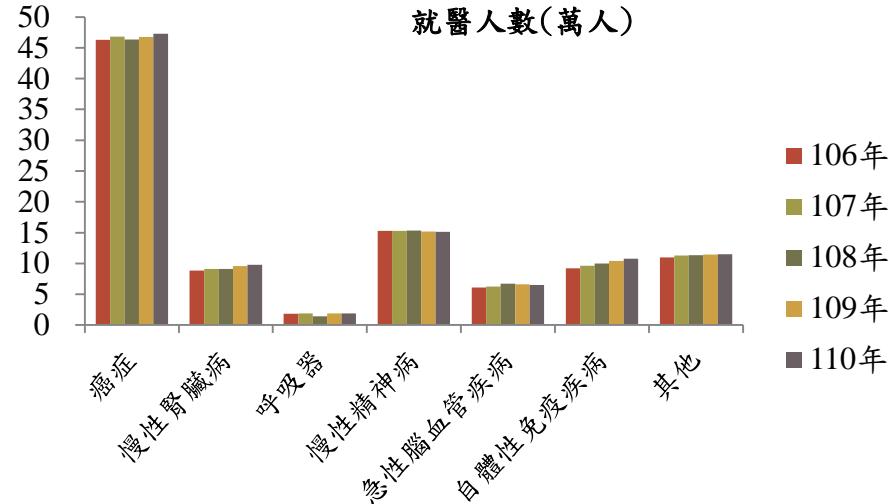
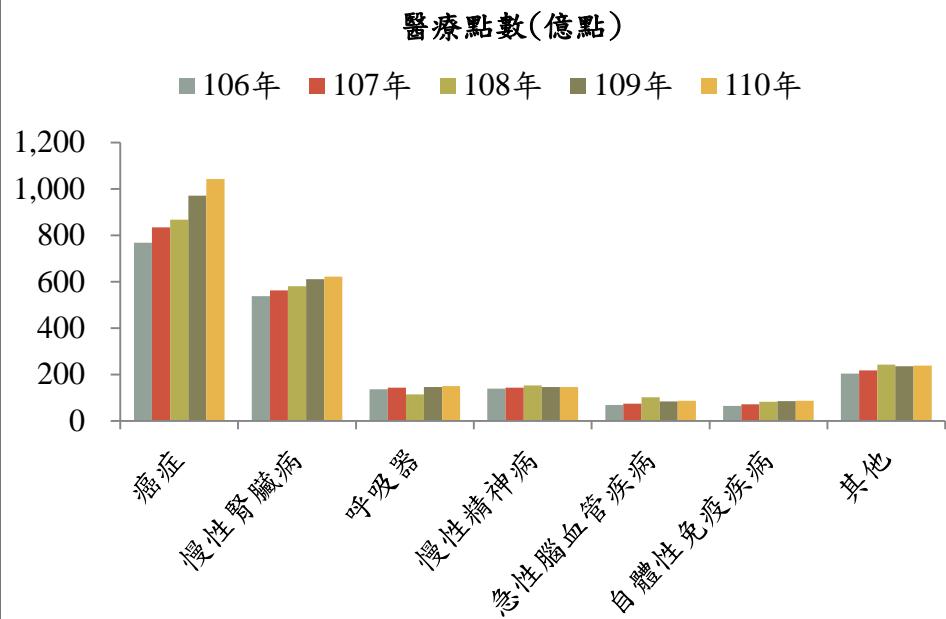
# 保障弱勢族群醫療權益



# 重大傷病費用支出



# 重大傷病就醫疾病概況



註

1.醫療點數:109年第五名為自體性免疫疾病

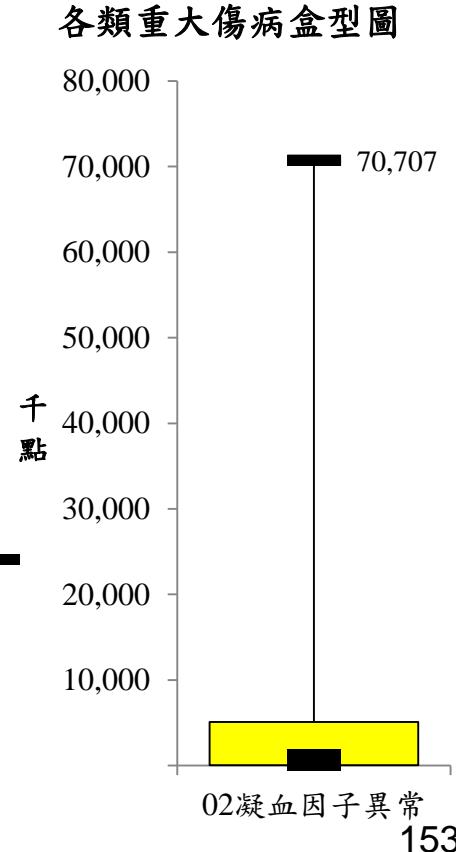
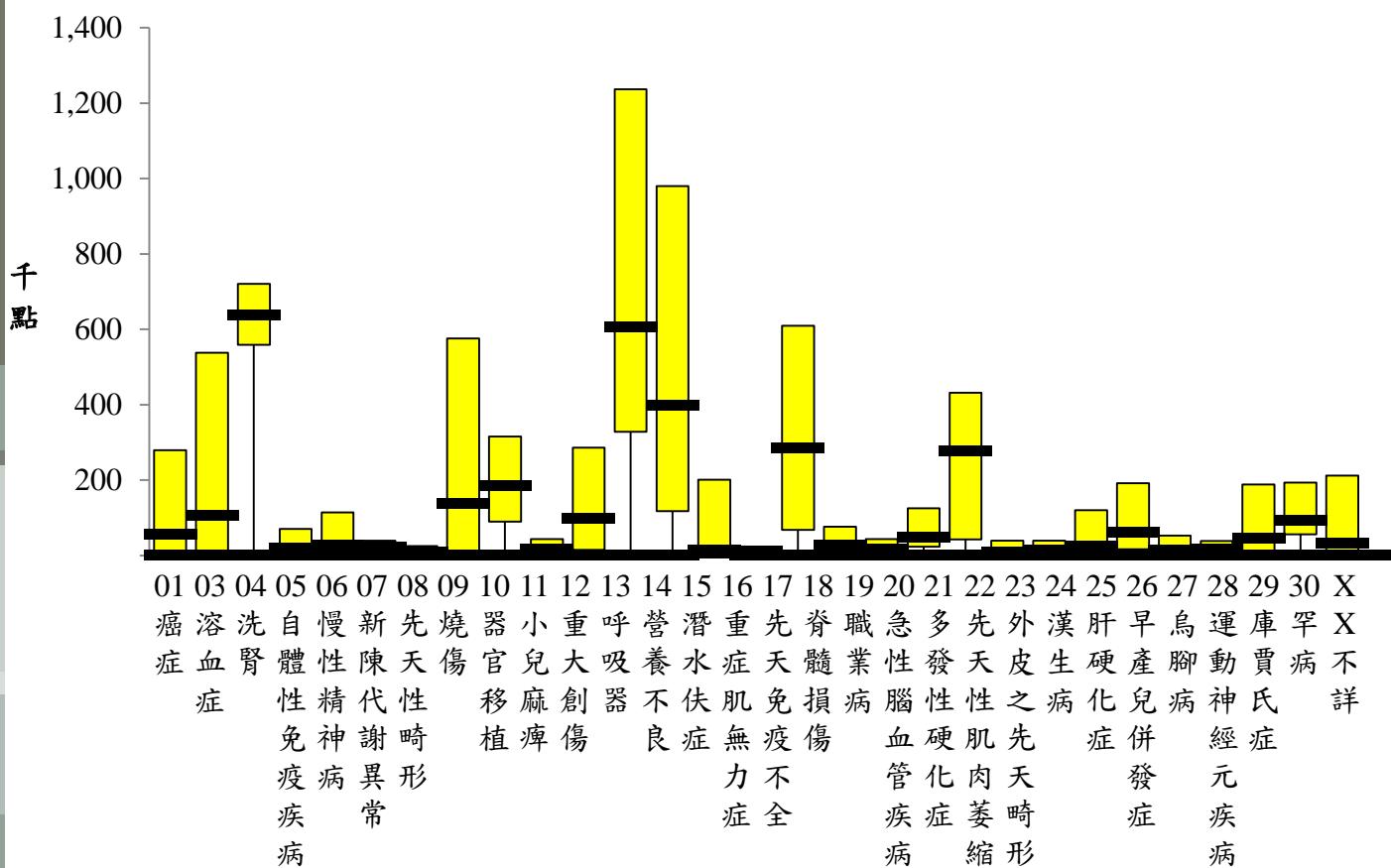
2.營養不良為因腸道大量切除或失去功能，或其他慢性疾病引起嚴重營養不良者，給予全靜脈營養已超過30天，口攝飲食仍無法52提供足量營養者

# 110年各類重大傷病-個人最高醫療點數

類型	01 癌症	03 溶血症	04 洗腎	05 自體性免疫疾病	06 慢性精神病	07 新陳代謝異常	08 先天性畸形	09 燒傷	10 器官移植	11 小兒麻痺	12 重大創傷	13 呼吸器	14 營養不良	15 潛水休症
最大值(千點)	15,163	12,293	13,987	8,175	7,896	24,735	22,202	6,036	16,300	3,745	3,971	19,853	5,509	689

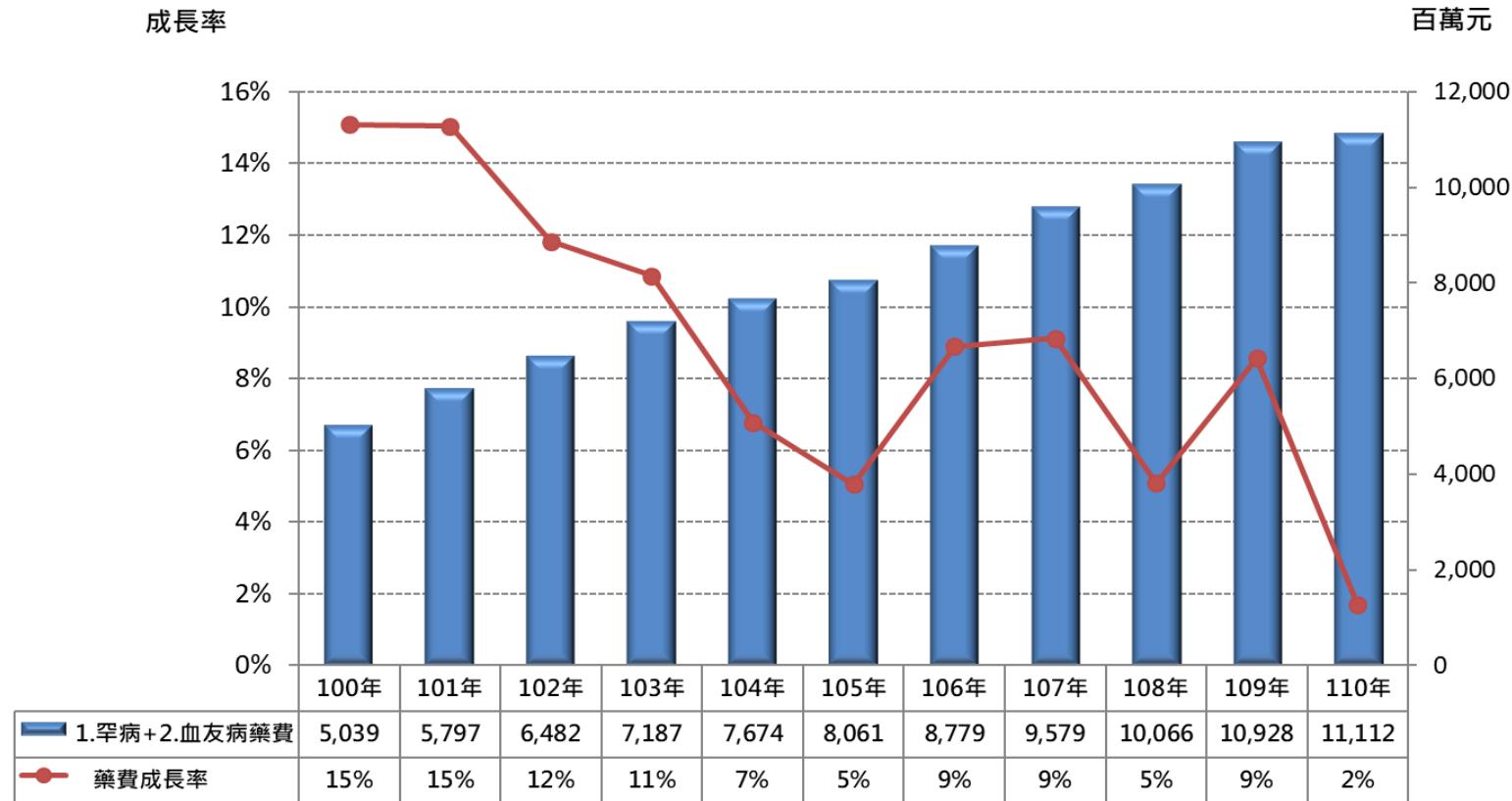
  

類型	16 重症肌無力症	17 先天免疫不全	18 脊髓損傷	19 職業病	20 急性腦血管疾病	21 多發性硬化症	22 先天性肌肉萎縮	23 外皮之先天畸形	24 漢生病	25 肝硬化症	26 早產兒併發症	27 烏腳病	28 運動神經元疾病	29 庫賈氏症	30 罕病	XX 不詳
最大值(千點)	3,074	3,907	7,565	3,825	26,698	2,021	1,385	1,469	930	5,187	521	961	1,326	1,767	50,999	781



# 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110年支出為111.12億元，藥費成長率在本署監控下，近年成長率趨緩。



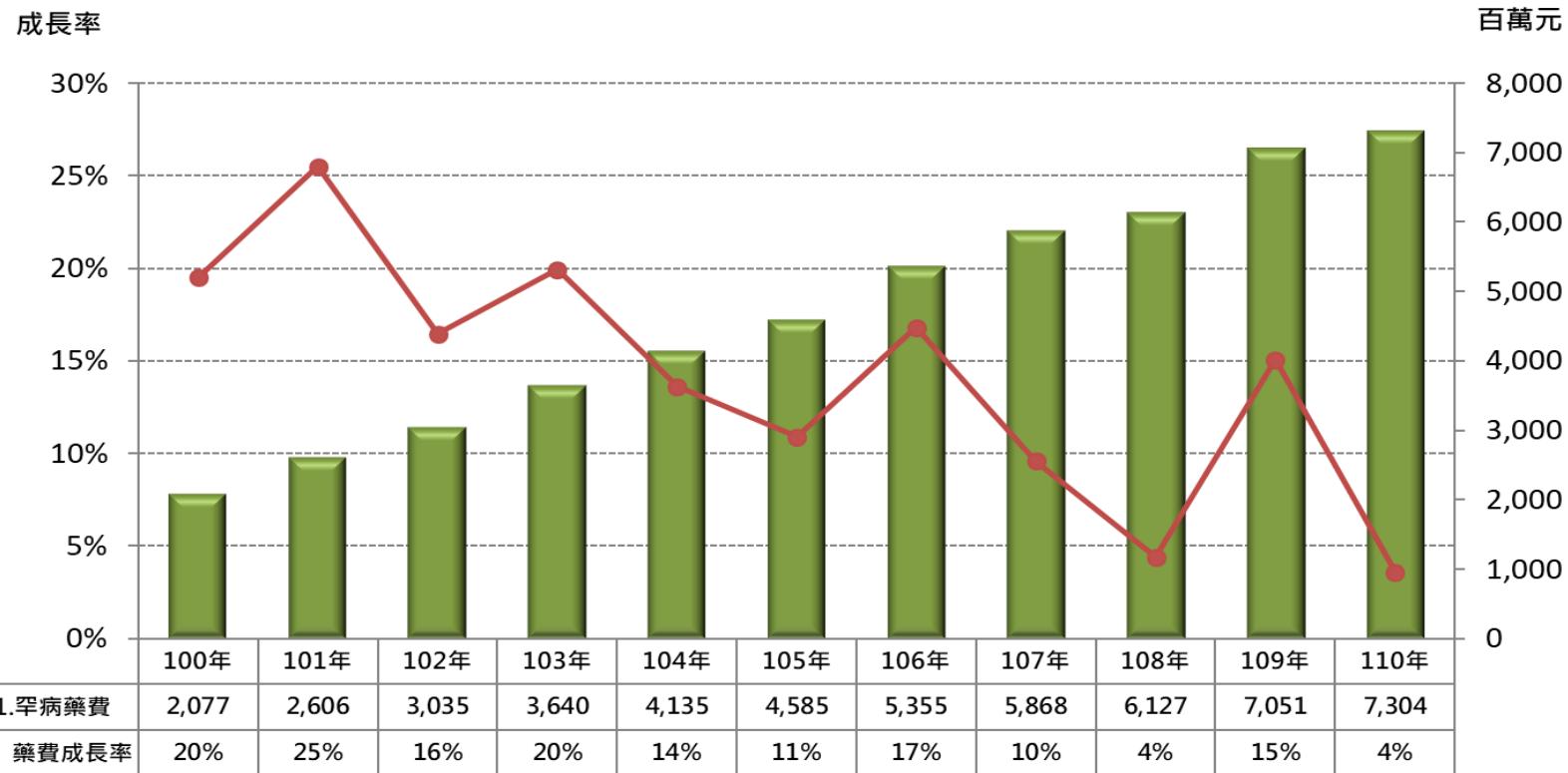
註1.罕病藥費不含罕病特材費用，藥費及特材支出擷取自各年度醫院總額第4季點值結算說明表。

2.罕見疾病特材預算(104年起新增)，費用支出：104年3.22百萬元；105年1.54百萬元；106年3.36百萬元；107年1.12百萬元；108年2.10百萬元；109年2.68百萬元；110年1.40百萬元

3.罕病、血友病專款支出，自107年起已扣除藥品價量給付金額。

# 罕病藥費專款支出情形

- 110年罕病藥費支出73.04億元。
- 近5年平均每年費用成長率約9.9%。



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。

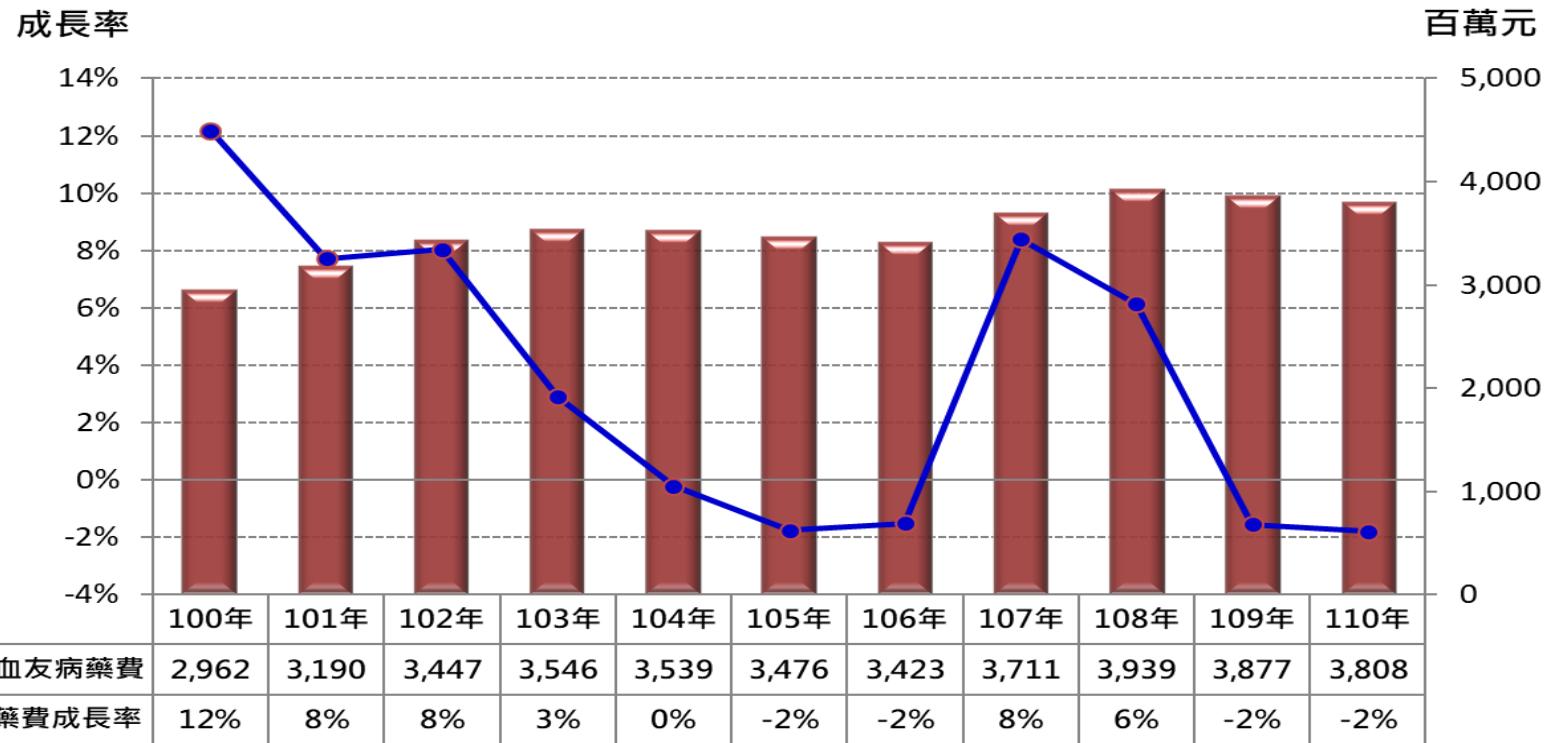
2.罕病藥費不含罕病特材費用，藥費及特材支出擷取自各年度醫院總額第4季點值結算說明表。

3.罕見疾病特材預算(104年起新增)，費用支出：104年3.22百萬元；105年1.54百萬元；106年3.36百萬元；107年1.12百萬元；108年2.10百萬元；109年2.68百萬元；110年1.40百萬元

4.罕病藥費專款支出，自107年起已扣除藥品價量給付金額。

# 血友病藥費專款支出情形

- 110年血友病藥費38.08億元。
- 近5年平均每年費用成長率約1.9%。



註 1.本表近5年平均每年費用成長率係以幾何平均數計算。

2.藥費支出擷取自各年度醫院總額第4季點值結算說明表。

3.94~98年只納入先天血友病，99年起納入後天血友病，103年起納入類血友病。

4.血友病藥費106年預算31.49億元，其預算不足2.74億元，由其他預算「支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費、罕見疾病特材及器官移植、西醫基層總額原慢性B型及C型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。  
5.血友病藥費專款支出，自107年起已扣除藥品價量給付金額。

# 鼓勵器官移植專款支出情形

項目	年	106	107	108	109	110
預算數	值(億元)	42.2	44.0	47.1	50.3	51.3
	成長率	1.3%	4.4%	7.1%	6.7%	2.0%
預算執行數	值(億元)	41.92	43.91	45.39	46.02	46.88
	成長率	7.5%	4.7%	3.4%	1.4%	1.9%
預算執行率(%)		99.4%	99.8%	96.3%	91.5%	91.4%
<u>整體支出情形</u>						
移植人數	值(人)	1,726	1,802	1,925	1,890	1,886
	成長率	4.2%	4.4%	6.8%	-1.8%	-0.2%
移植費用	值(億元)	18.76	20.17	21.21	21.07	21.69
	成長率	9.4%	7.5%	5.1%	-0.6%	2.9%
抗排斥藥費	值(億元)	23.16	23.73	24.18	24.94	25.19
	成長率	6.0%	2.5%	1.9%	3.2%	1.0%

本專款主要支應心臟、肺臟、肝臟、腎臟、骨髓、胰臟、腸移植及角膜處理費共8項手術個案，其當次住診費用及術後門住診追蹤之抗排斥藥費。

# 現行健保偏鄉醫療照護措施

## 全民健康保險偏鄉醫療照護計畫

IDS計畫

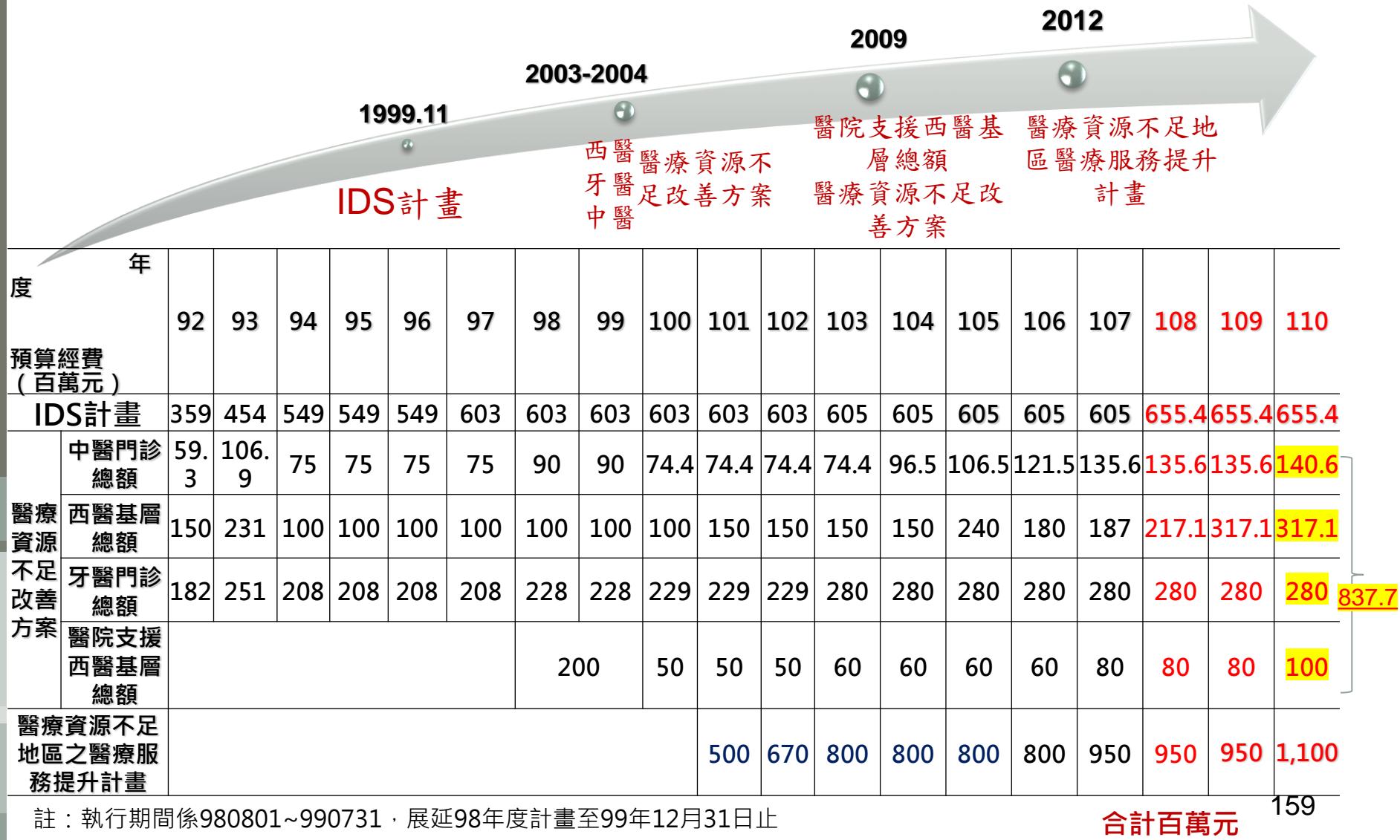
西、中、牙  
醫療資源不  
足地區改善  
方案

醫療資源不  
足地區之醫  
療服務提升  
計畫

註：

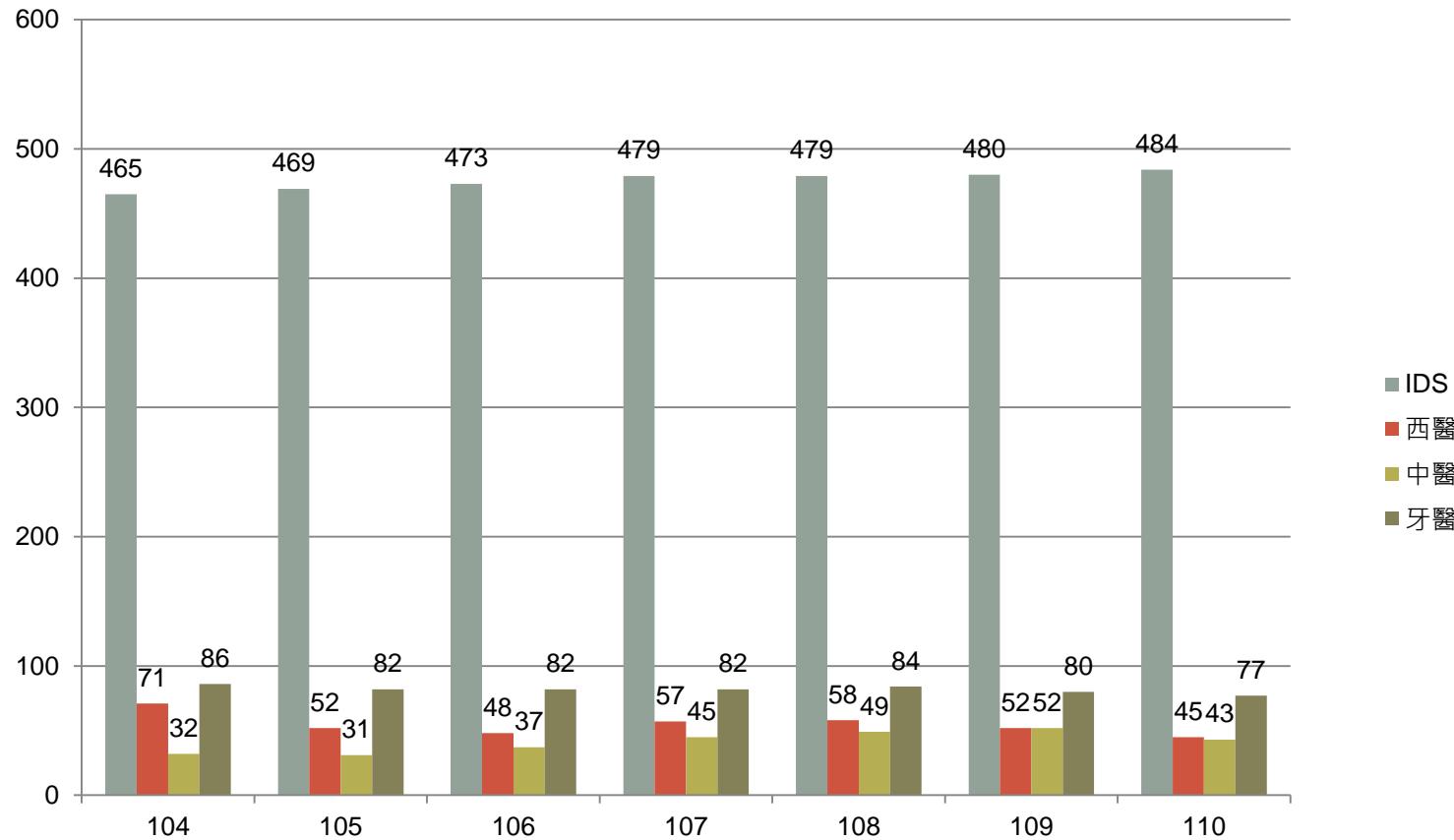
1. 中醫地區預算分配提撥1%作為偏鄉院所保障點值每點1元，由一般服務支應。
2. 牙醫部門針對偏鄉且點值低之院所亦給予保障。

# 健保偏鄉醫療推動歷程及投入資源



# 健保偏鄉醫療歷年服務人數

單位:千人

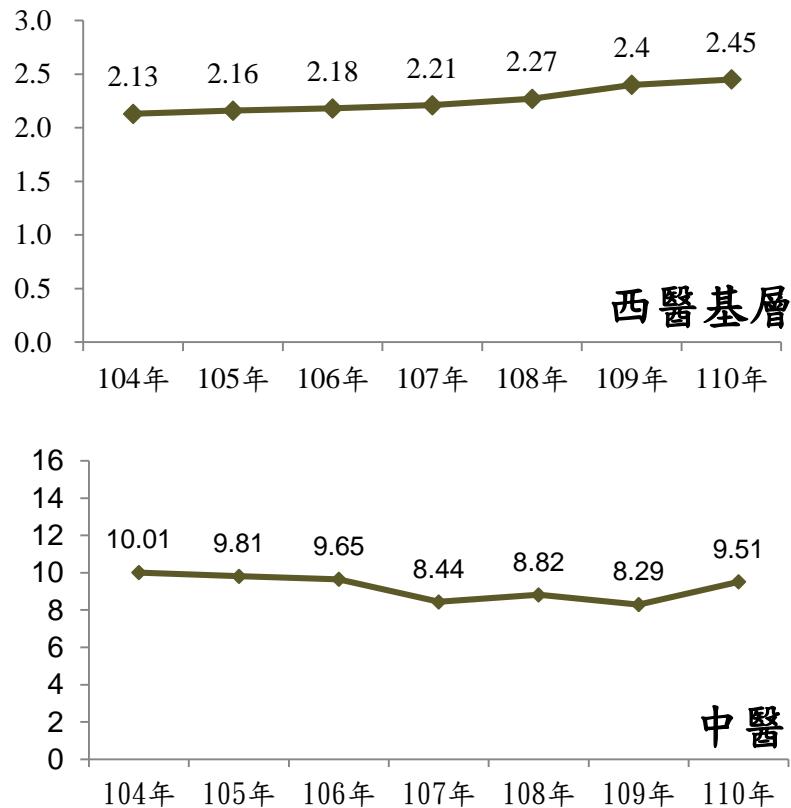
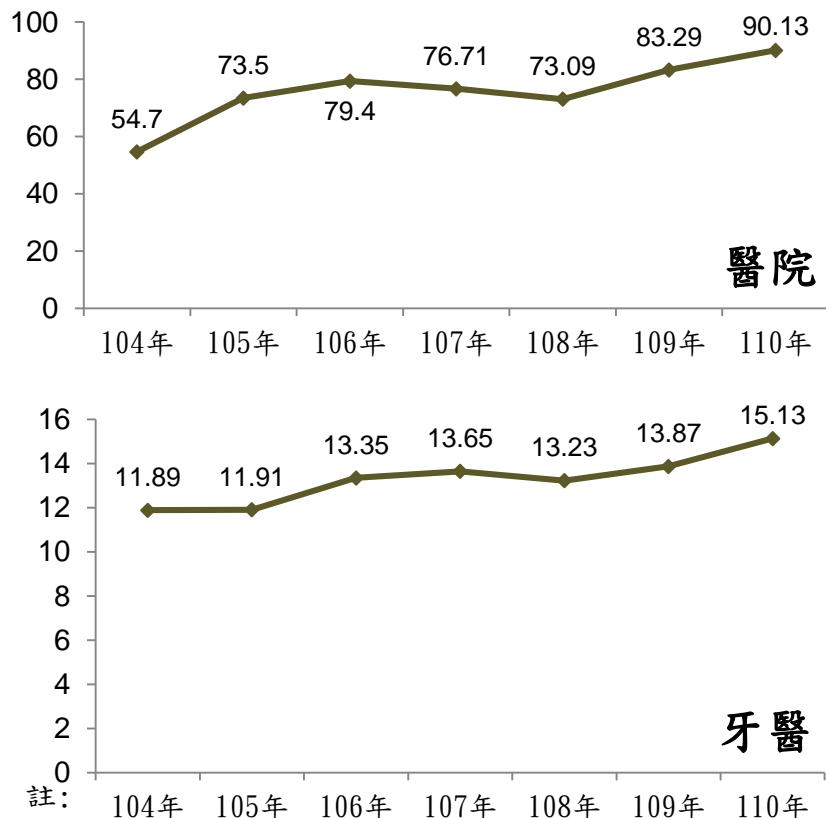


註：

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

# 依發展程度觀察最高與最低兩組之醫師人力比值

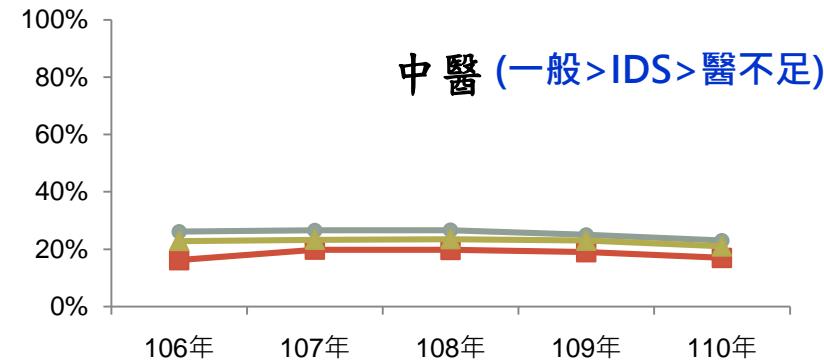
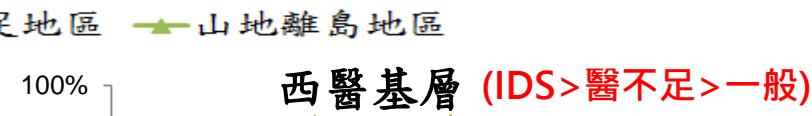
110年觀察各部門最高與最低兩組醫師人力之比值，醫院、西醫基層、牙醫、中醫比值較109年增加。



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

# 各地區就醫率—一般\醫療資源不足地區\山地離島地區

110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。



1.就醫率系門診就醫人數(分為醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診)/總人數。

2.醫療資源不足地區按該部門當年度公告之醫療資源不足地區；山地離島地區為執行山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS)之地區。

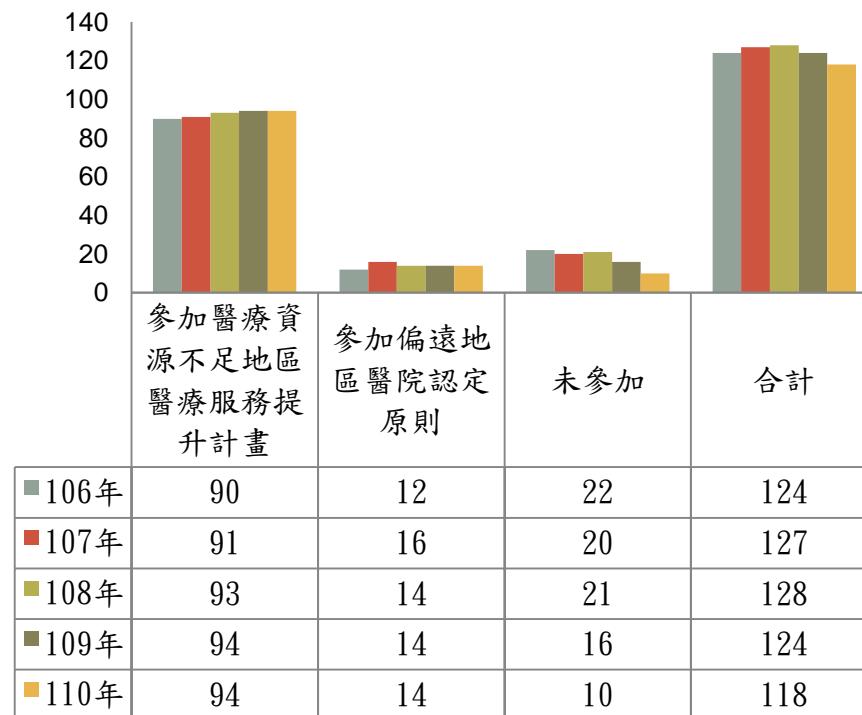
# 醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

## 一參與情形及提供科別服務

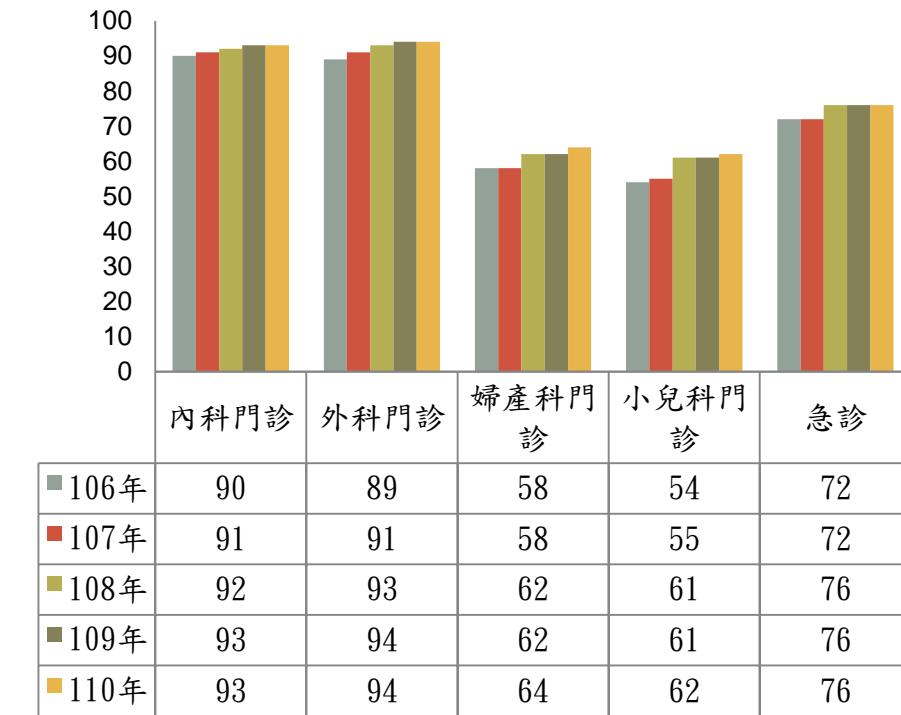
(總額科毓芬)

- 110年符合申請資格醫院計118家，其中94家(80%)參與本計畫。
- 93家提供內科門診服務，94家提供外科門診服務、64家提供婦產科門診服務、62家提供小兒科門診服務、76家提供急診服務。

單位：家數



單位：家數



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。

七

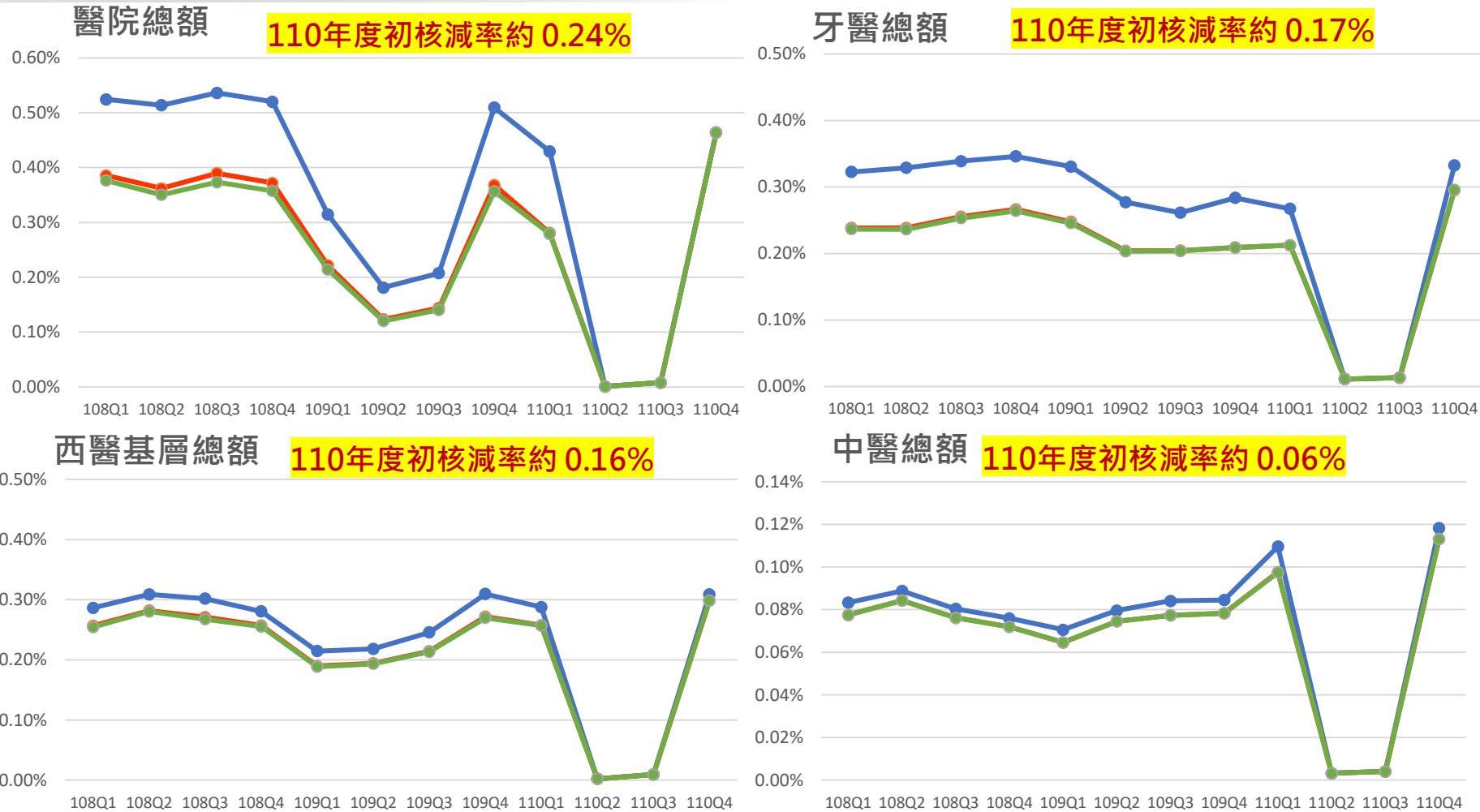
## 執行概況-公平面



審查(醫審)  
查核

# 各部門核減率

初核核減率 申復後核減率 爭審後核減率



註1. 資料來源：111.6.10擷取門住診醫療費用統計檔(截至111.4.1止已完成核付之資料)。

註2. 初核核減率 = (申請點數 - 核定點數) / 醫療費用點數

註3. 申復後核減率 = 【申請點數 - (核定點數 + 申復補付點數)】/ 醫療費用點數

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)】/ 醫療費用點數

註5. 依據回溯性追扣及補付案件滾動式更新數據，近年數據可能會再異動。

註6. 依據本署因應COVID-19之調整作為，費用年月109年第1季至第3季醫院及西醫基層總額醫療費用從寬審查，110年4月至9月暫停例行審查作業。

# 110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	152	38	11,214	11,404
西醫基層總額	總額舉發	0	43	787	830
	非總額舉發	336	18,592	132,747	151,675
牙醫總額	總額舉發	0	122	5,953	6,076
	非總額舉發	55	1,204	52,398	53,656
中醫總額	總額舉發	0	0	34	34
	非總額舉發	86	699	33,763	34,548
其他預算	總額舉發	37	0	23	60
	非總額舉發	13	4,684	43,974	48,671
合計	總額舉發	37	166	6,797	7,000
	非總額舉發	642	25,216	274,096	299,954

110非總額舉發查處追扣金額約3億元(109年約1.60億元)

謝謝聆聽  
敬請指教

