



110年度西醫基層總額一般服務 執行成果報告

西醫基層醫療服務審查執行會
111年7月19-20日



大綱

1 年度重點項目執行成果與未來規劃

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

6 COVID-19疫情對醫療服務之影響與因應作為

1



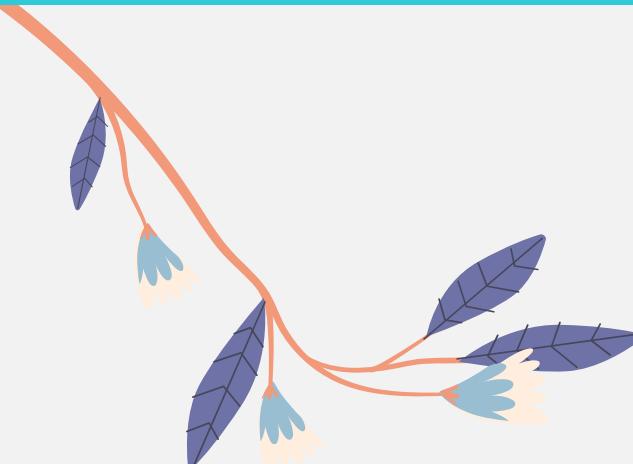
年度重點項目執行成果與未來規劃

➤ 重點項目

- ✓ 西醫基層轉診執行概況
- ✓ 居家醫療照護整合計畫成效

➤ 自選重點項目

- ✓ 西醫基層院所投入C型肝炎照護情形



1.1 重點項目

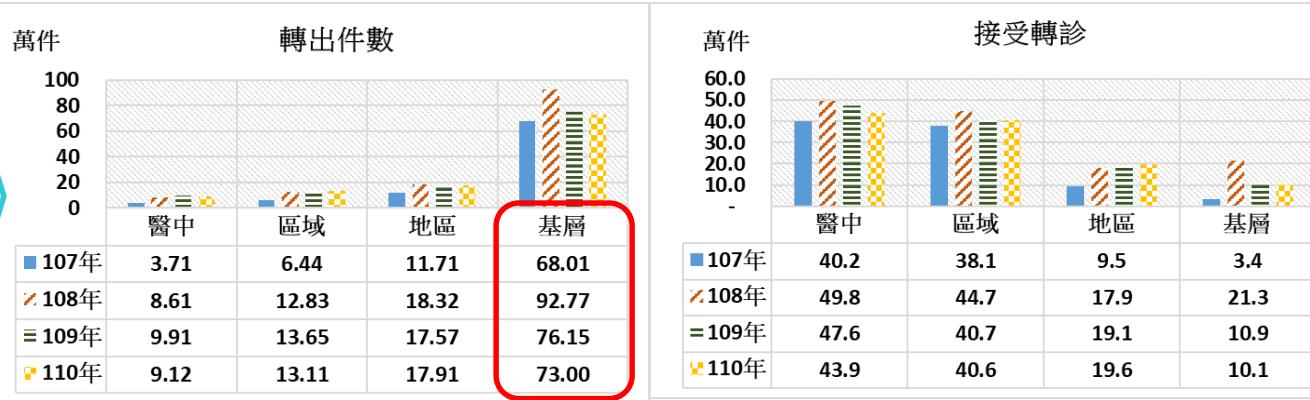
西醫基層轉診執行概況



基層轉診概況

※轉診件數分布

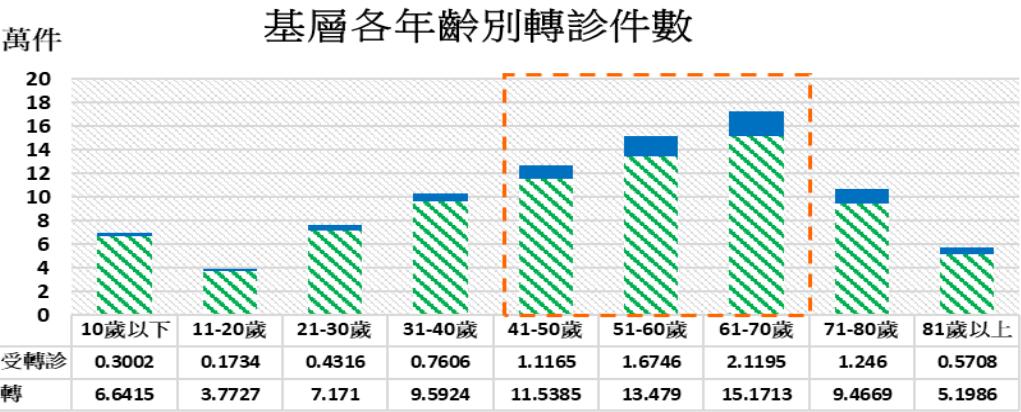
基層轉出件數
達70萬件以上



※基層轉診流向

主要將患者轉診到區域級以上醫院；接受轉診案件來源以區域級以上醫院為主

基層轉診樣態 (1/2)



資料來源：本會自行分析

1. 上轉：申報01036C、01037C案件

2. 接受轉診：申報01038C案件，或01038C+部分負擔代碼為D30、008(不含平轉)



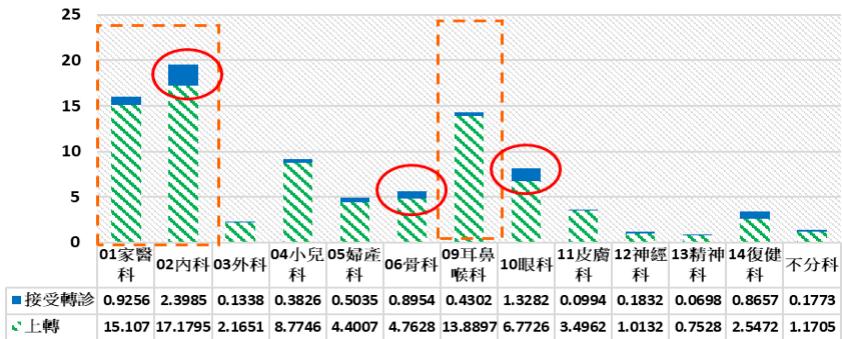
110年六分區在轉診樣態均相似，以全區數據說明：

- 女性轉診件數高。
- 41-70歲的中壯、高齡者轉診件數較高，上轉及接受轉診最多在61-70歲。

基層轉診樣態 (2/2)

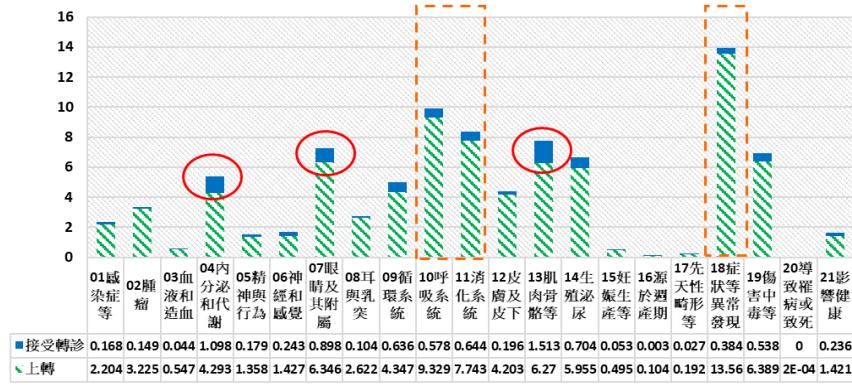
萬件

基層各就醫科別轉診件數



萬件

基層各疾病別轉診件數



➤ 轉診疾病別多，若需執行更精密的檢驗項目，會建議轉至醫院進行進一步的治療；也可以由此說明為何基層上轉件數較高。

	就醫科別	疾病別
上轉	以家醫科、內科、耳鼻喉科為主	以「症狀、癥候、與臨床和實驗室的異常發現」、「呼吸系統疾病」及「消化系統疾病」為主
接受轉診	以內科、眼科及骨科為多	以「肌肉骨骼系統及結締組織疾病」、「內分泌、營養和代謝疾病」及「眼睛及其附屬器官的疾病」為主

未經轉診，自行就醫案件數多

	107年7-12月	108年	109年	110年
--下轉病人數				
轉診成功(A)	13,567	66,884	88,089	81,676
自行就醫--門診(B)		381,375	340,545	334,739
自行就醫--住診(C)		2,299	2,142	2,115
--下轉病人就醫件數				
轉診成功(A)	72,973	533,616	664,050	591,847
自行就醫--門診(B)		536,567	480,827	465,307
自行就醫--住診(C)		3,354	3,051	3,043
--下轉病人就醫費用(百萬點)				
轉診成功(A)	62.6	1,051.0	1,206.5	1,267.2
自行就醫--門診(B)		449.5	588.7	550.2
自行就醫--住診(C)		598.3	614.8	713.9

資料來源：健保署協助提供

1.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」之動支原則定義計算，摘要如下：

(A)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，該病患於基層就醫之門診案件。

(B)自行就醫--門診：於基層就醫前3個月均在醫院門診就醫者，下轉當月同一主診斷於基層門診案件(費用*1.5)。(6個月內不與其他補助條件重複計算)。

(C)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周內至基層就醫，於基層之門診案件(費用*1.5)。(1個月內不與其他補助條件重複計算)。

2.109-110年總預算為10億元，每季申報費用均超過預算數2.5億。

自行就醫案件數高於轉診成功案件，應改善轉診定義。

1. 轉診及自行就醫所產生的醫療費用，在109~110年核定12.06~12.67億元，超出原編預算許多。

2. 醫療費用逐年上升，顯見由醫院轉至基層之醫療需求擴增，建議持續增編該項預算，補充基層量能。

轉診指標



各項指標受新冠疫情三級警戒影響，整體醫療利用大幅降低，院所仍努力提供醫療照護量能。

- ① 新冠疫情期間，暫緩實施「執行區域級以上醫院門診減量」政策。
- ② 就整體表現，「基層接受慢性病病人轉診率」達到所訂定的預期值。

	基層接受轉診率		基層接受慢性病病人轉診率		慢性病病人轉診照護情形	
	指標值	指標情形	指標值	指標情形	指標值	指標情形
107年	20.92%	-	19.52%	-	108年新增	
108年	30.10%	+9.18%	29.20%	+9.68%	9.79%	-
109年	34.16%	+4.06%	33.81%	+4.61%	26.07%	+16.28%
110年	34.11%	-0.05%	36.26%	+2.45%	23.16%	-2.91%

資料來源：健保署協助提供



觀察指標



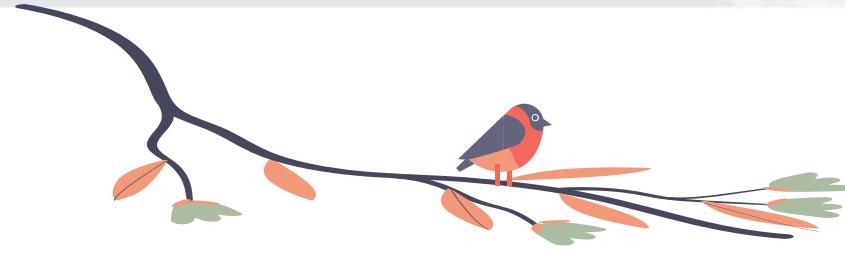
醫院回復率約在22.79~23.47%，
希冀能將穩定個案留在基層照護。

基層上轉至醫院後，
醫院回復比率

醫院下轉至基層後，
基層回復比率

指標值	指標情形	指標值	指標情形
109年	23.47%	-	7.94%
110年	22.79%	-0.68%	8.28% 0.34%

資料來源：健保署協助提供



轉診品質指標「轉診服務滿意度」，持肯定態度人數逐年增加。

	106年	107年	108年	109年	110年
總樣本數	1,025	1,026	1,030	1,116	1,326
有轉診經驗	166	166	188	213	191
肯定態度(%)	90.4%	91.6%	87.5%	81.2%	93.1%
肯定態度(人)	150	152	165	173	178

關智宇(2021)：110年度精進我國全民健保民眾就醫權益及為民服務措施與政策民意調查。

檢討與改善



持續改善轉診各面配套方案，如轉診定義、資訊系統、基層量能、財務誘因等，以期重新規劃醫療資源結構分配的合理性，及導引民眾正確就醫方向。

轉診就醫流向分析與原因探討

- ① 接受轉診之主因在於醫師專業上的判斷與建議。
- ② 無接受轉診者多數認為其病情已改善。
- ③ 接受轉診後，後續有回轉至原診治院所就醫之比例相對較低，在基層回復比率指標得到這樣的表現結果。
- ④ 會回轉主要係因為相信回轉後會為自己帶來好處，以醫院回復率超過20%來看，民眾仍有近一步醫療的需求。

轉診數據應納入自行就醫

- ① 轉診有支付標準申報規範限制。
- ② 自行就醫未能歸入在轉診成效中。

民眾知能及系統提升

- ① 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接受下轉是至關重要的。
- ② 轉診相關的醫療資訊系統與內容，加強資訊完整性，可能有助於提昇基層醫療院所使用效率。

謝嘉容等(2021)：分級醫療制度之轉診就醫流向分析與原因探討。

1. 黃心苑、周穎政(2020)：分級醫療制度下醫療服務整合模式評估及初探。
2. 楊逸菊等(2013)：轉診醫療資訊查詢系統之使用調查—某醫學中心提供基層醫療院所網路平台之三年經驗。



1.2 重點項目

居家醫療照護整合計畫成效



109、110年居整計畫西醫基層參與概況

指標值達成情形

- 110年度參與居整計畫的診所數達2,313家，較109年度成長近2.7倍。
- 西醫基層收案人數從109年的22,936人增加至34,920人。

分區別	承作診所數		承作醫師數		收案數	
	109年	110年	109年	110年	109年	110年
臺北	115	574	242	242	3,046	3,750
北區	126	272	184	176	2,632	4,166
中區	259	557	326	335	9,560	15,684
南區	183	443	220	203	3,273	4,424
高屏	140	366	188	182	3,531	5,265
東區	45	101	75	80	898	1,631
全區	868	2,313	1,228	1,218	22,936	34,920

1. 承作診所數：110年度有參加居家醫療照護整合計畫的診所。
2. 承作醫師數：有申報居家醫療照護整合計畫醫師訪視費之醫師數(含中醫)。
3. 收案數：居家醫療照護整合計畫的收案數。

108-110年居整計畫全國及西醫基層承作家數&收案數

14

■ 110年西醫基層承作診所數大幅增加，基層照護的個案數佔比也從108年的22.18%躍升至46.20%，已接近計畫整體照護人數之五成。

由貼近病患生活的社區診所提供的就近照護，也將醫院的資源留給急重症患者，落實醫療分級。

年度	108年		109年		110年	
承作家數						
	整體	西醫基層	整體	西醫基層	整體	西醫基層
台北	608	-	683	115	754	574
北區	320	-	366	126	367	272
中區	656	-	691	259	693	557
南區	504	-	518	183	532	443
高屏	481	-	533	140	543	366
東區	132	-	150	45	158	101
全區	2,701	800	2,941	868	3,047	2,313
照護人數						
台北	15,717	-	14,366	3,046	13,487	3,750
北區	9,414	-	10,304	2,632	10,868	4,166
中區	15,367	-	19,184	9,560	21,080	15,684
南區	11,566	-	12,596	3,273	13,006	4,424
高屏	11,212	-	12,968	3,531	13,898	5,265
東區	2,899	-	3,151	898	3,359	1,631
全區	66,055	14,648	72,474	22,936	75,591	34,920
西醫基層佔比	22.18%		31.65%		46.20%	

居家醫療照護整合計畫之推動與改善

組成居家醫療推動小組， 辦理相關研討會

- ① 全聯會於110年4月29日舉辦「居家失能照護意見交流會」，針對居整計畫之政策方向、如何進行跨職種聯繫等議題進行分享
- ② 台北市醫師公會亦組成「居家醫療推廣小組」，召開會議研議居家醫療推動事宜，以及未來居家醫療實務研究之題目與方向

持續與健保署研議改善資訊系統， 增加居整訪視效率

本會自110年底開始，與健保署多次偕同醫療資訊廠商，召開居整計畫資訊系統相關會議，研討如何優化、改善居整計畫之遠端醫療資訊系統，並將虛擬健保卡與本計畫結合，增加訪視效率、精進居家醫療照護品質。

居家失能照護意見交流會

簡介

鑑於人口老化，醫療及長期照護需求大幅增加，衛生福利部為落實分級醫療及家庭醫師制度，提供失能個案以個案為中心的醫療照護及長期照顧整合性服務，於108年7月19日公告實施「居家失能個案家庭醫師照護方案」，期待透過醫師及護理師(照護管理師)定期家訪，有效掌握健康情形及控制慢性病惡化，適時轉介醫療及長照服務，並推動尊嚴善終減少健保醫療資源耗用。

惟該方案實施迄今，在實務執行面上仍有精進之處。爰此，本會特別舉辦本次意見交流會，期盼透過各界之參與和交流，以精進本方案日後執行之流暢，提供失能病人及病人家屬周全性、協調性與持續性的長照醫療照護。

時間：110年4月29日(四) 14:00-16:10

參加對象：醫師、醫事人員

地點：中華民國醫師公會全國聯合會第一會議室

(台北市大安區安和路一段27號9樓)

議程：

時間	議程表
13:30-14:00	報到
14:00-14:05	主持人致詞：洪理事德仁(中華民國醫師公會全國聯合會 居家失能個案家庭醫師照護方案推動小組召集人)
14:05-14:25	致歡迎詞：邱理事長泰源(中華民國醫師公會全國聯合會) 責賓致詞：衛福部長照司 周副司長道君 衛福部國健署 陳研究員生態 衛福部健保署 韓專門委員佩軒
14:25-14:50	「居家失能個案家庭醫師照護方案」政策說明與現況 主講者：周副司長道君 主持人：洪理事德仁

居整計畫短期中期之具體目標與規畫作為

COVID-19疫情期间維持居家照護品質，
提供個案必要醫療服務

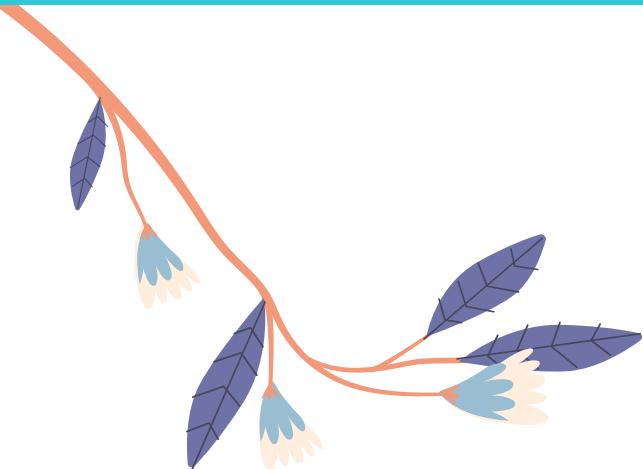
- ① 在COVID-19疫情升溫期間，維持居家醫療探訪頻率及照護品質。
- ② 滿足個案在疫情之下額外的醫療需求及衛教資訊，包含到個案家中協助施打疫苗、轉介確診個案至合適醫療院所、康復後持續追蹤個案身體狀況等。
- ③ 台北市醫師公會與台北市政府合作組成疫苗機動接種隊，為社區內失能、無法外出的長者提供到宅疫苗接種服務。

持續鼓勵西醫基層診所加入，
擴大計畫規模及收案量能

- ① 我國110年失能人口已達85.5萬人，預計將於114年突破百萬人。
- ② 居整計畫中期目標為持續鼓勵西醫基層診所加入，擴大計畫規模及收案量能。



台北市醫師公會組成機動疫苗接種隊，提供失能個案到宅疫苗接種服務。
(111年5月21日)



1.3 自選重點項目

西醫基層院所投入
C型肝炎照護情形

2025 C肝根除目標

C肝患者治癒，未能順利推展之問題

繼B肝後，影響
國人肝臟健康最
主要原因

C肝盛行率分布
存在鄉鎮差異

醫療資源和醫師
人力分布不均

C肝干擾素治療
效果不佳

目前推行之配套方案

106年C肝新藥的
引進及降價

110年放寬C肝診
療專科醫師別

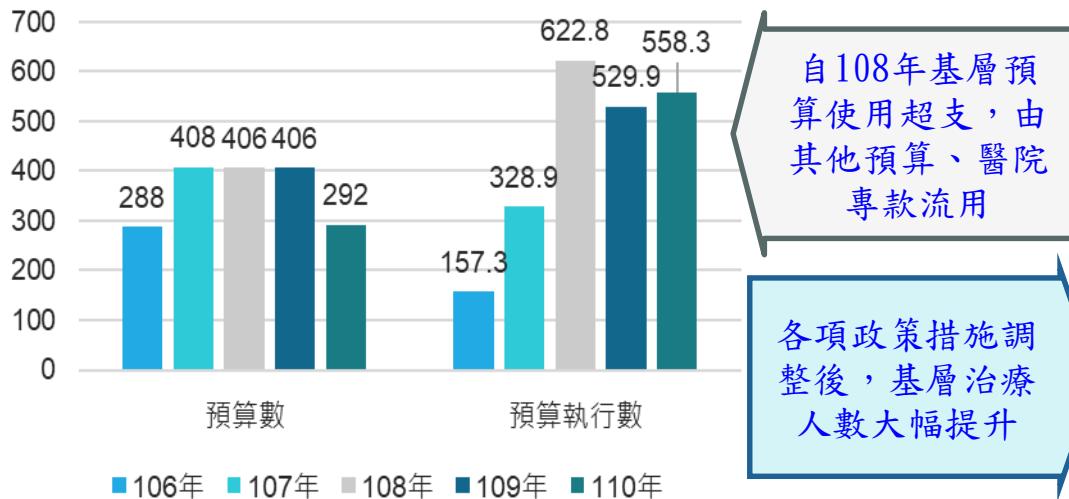
108年基層診所
稅務措施改變

110~111年放寬
B、C肝預防保健
年齡別、專科別

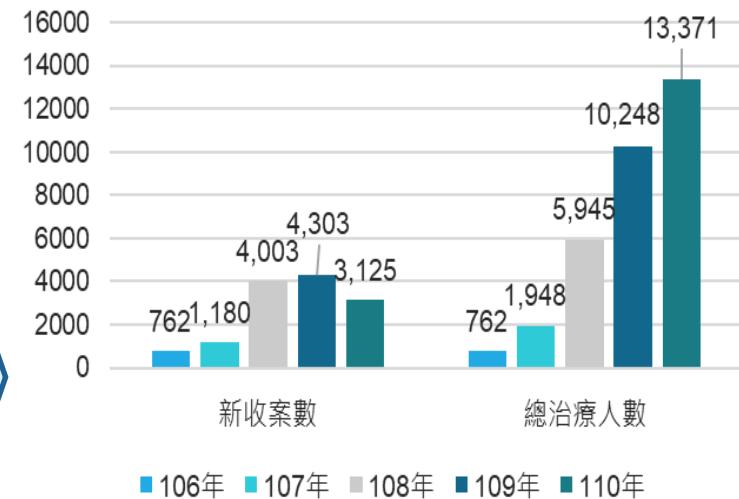
歷年執行情形及成果(1/4)

各項配套措施落實，提升基層量能投入，110年有600多家基層院所加入照護，總治療人數達13,371人

106~110年預算執行情形(百萬元)



106~110年基層治療人數



歷年執行情形及成果(2/4)

開放C肝檢查項目至基層適用，擴大服務方便性，並編列衍生醫療服務預算支應。



C肝治療必要檢查項目為12185C「核糖核酸類定量擴增試驗(2,200點)」及12202B「即時聚合酶連鎖反應法(2,450點)」(12202B於108年4月1日起開放基層適用)。



本會分析擴大C肝衍生照護費用，108~110年約有82.3~86百萬點，扣除開放表別專款，一般服務支出約73.9~76.13百萬點。



C肝政策推行及相應配套逐漸改善，基層照護C肝民眾逐漸增加。

歷年執行情形及成果(3/4)

各縣市醫界團體結合各方力量，共同努力，推動C肝防治、BC肝篩檢



雲林縣109/9「消滅C肝健康台灣-雲林縣肝炎防治全民檢測活動」



台南市110/4「消滅C肝誓師大會」



新竹市「厝邊相揪顧健康 免費篩檢 合擊B C肝」



屏東縣110/11/9「消除C肝特攻隊啟動記者會」



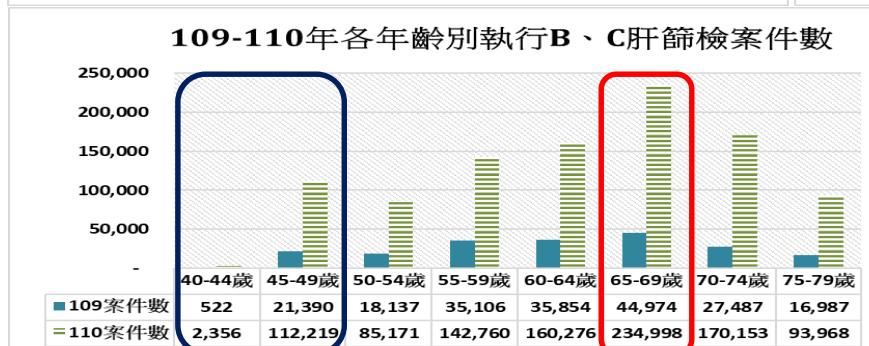
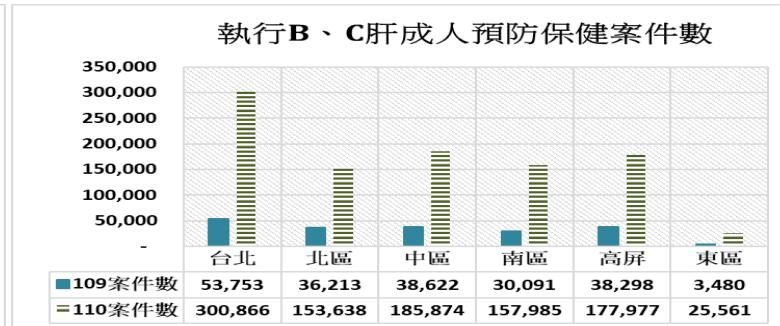
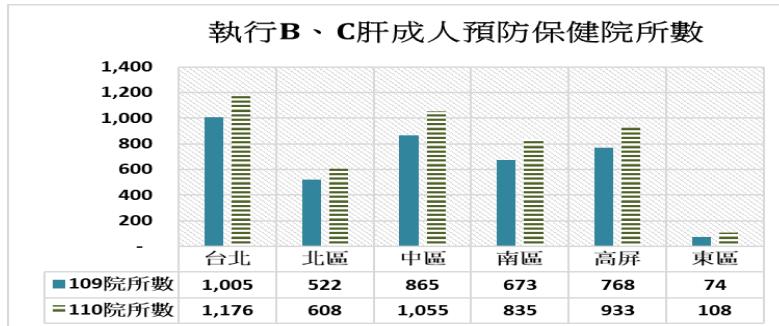
屏東縣111/3「台灣C肝現狀與基層醫療C肝治療」之系列講座



彰化縣「虎哩健康振興券」活動

歷年執行情形及成果(4/4)

透過共同努力，B、C肝篩檢服務大幅上升，110年共有4,715家基層院所投入篩檢，篩檢數達100.1萬件。



- 各區均大幅成長，全區執行之基層院所增加808家，件數增加約80萬件。
- 各區篩檢數樣態與趨勢相同，女性比例高(59%)，65~69歲最高，40~44歲低，應加強鼓勵50歲以下民眾。



持續配合國家政策，積極治癒C肝患者，提高預防保健等級。



結合地方政府、民間團體資源及整合醫療，即時提供民眾治癒方針。



加強民眾健康知能，了解預防篩檢的必要及後續治療的重要性。

2

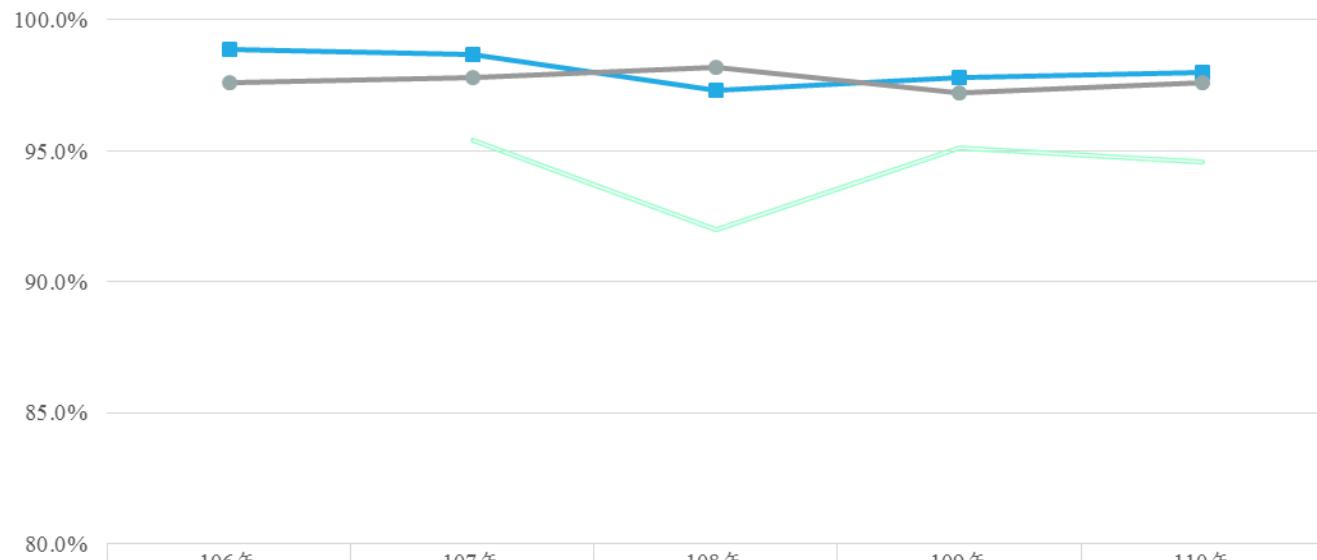


維護保險對象就醫權益

- 醫療服務品質調查結果及檢討與改善措施
- 民眾付費情形及改善措施
- 就醫可近性與及時性之改善措施
- 民眾諮詢及抱怨處理
- 其他確保民眾就醫權益之措施

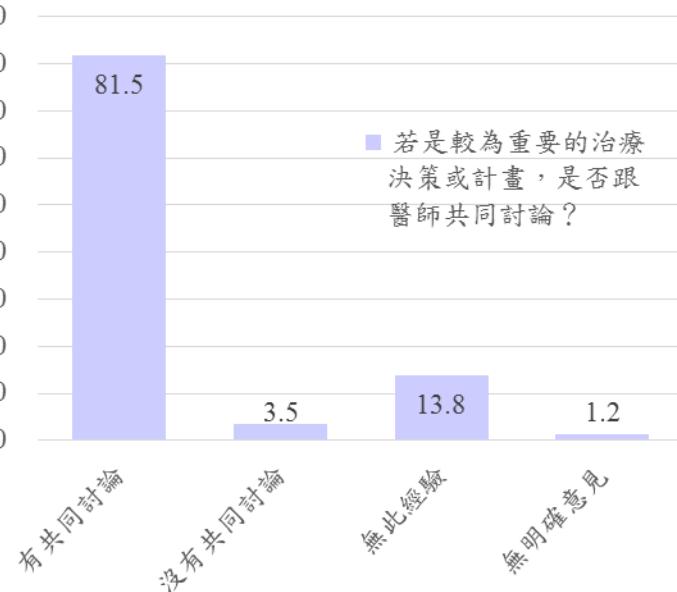
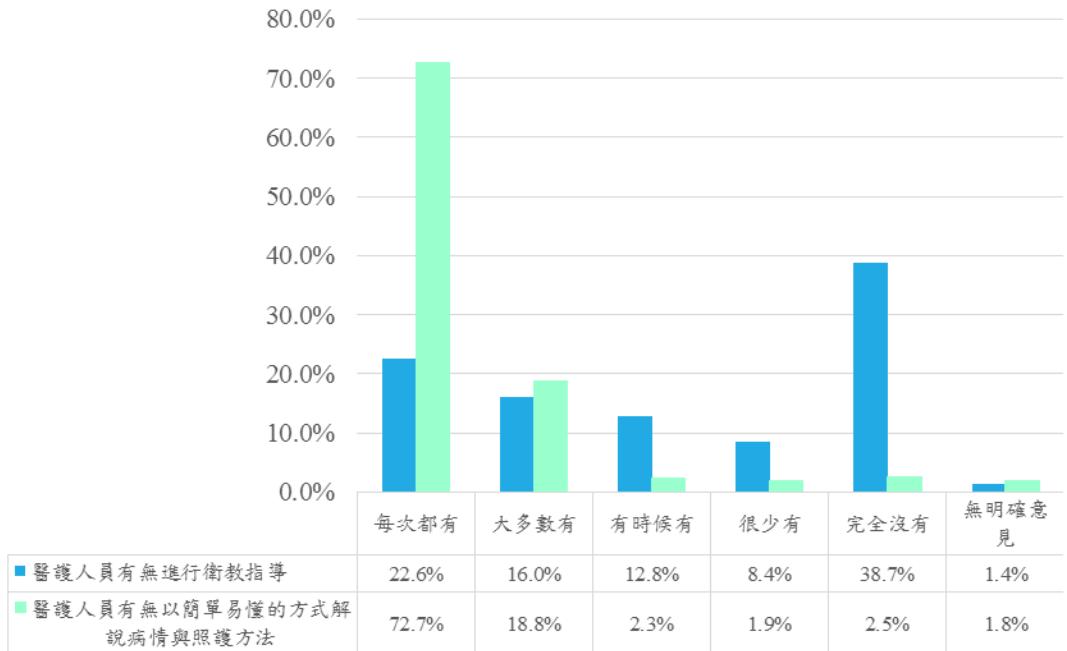
醫療服務品質調查結果及改善措施(1/2)

中央健保署委託趨勢民意調查股份有限公司實施「西醫基層就醫權益調查」，針對臺閩地區(含離島、金門、馬祖)最近三個月內曾於西醫基層就醫之病人訪問意見，於10年11月12至12月14日進行，共完成1,326份有效樣本。



	106年	107年	108年	109年	110年
整體醫療結果滿意度	98.9%	98.7%	97.3%	97.8%	98.0%
對醫師看病及治療花費時間滿意度	N/A	95.4%	92.0%	95.1%	94.6%
對醫師看病及治療過程滿意度	97.6%	97.8%	98.2%	97.2%	97.6%

醫療服務品質調查結果及改善措施(2/2)



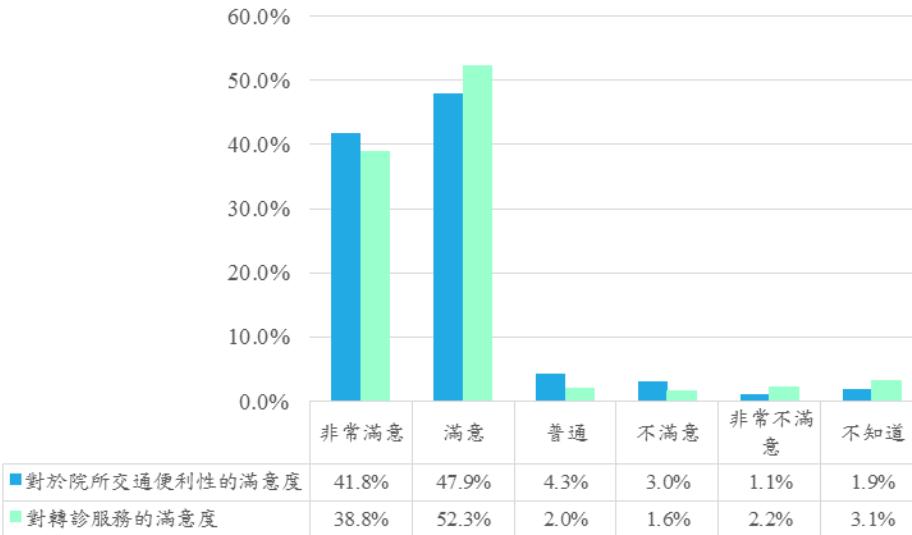
民眾付費情形及改善措施

有關民眾是否被要求自付其他費用，有83.8%表示「否」，其餘15.7%之民眾(209人)，回覆如下：

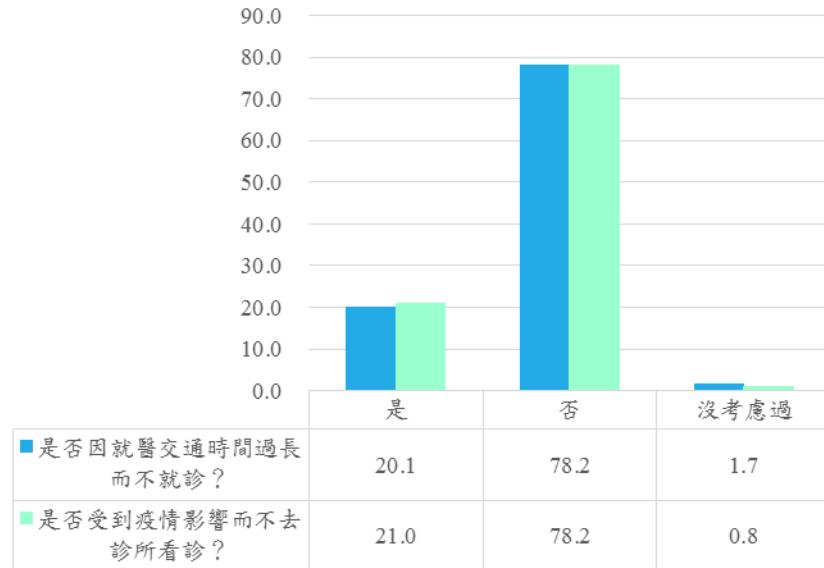
- 約40%民眾自付金額為「100元以下」。
- 約46.5%民眾針對自付金額是否適當回覆為「普通」，而有22.5%認為「便宜」。
- 自付費用項目主要為「藥品(64.9%)」，其次為「打針及點滴(14.3%)」。
- 自付費用理由以「健保不給付(35.7%)」、及「同意使用較好的藥或藥材而補付差額或自付全額(33.6%)」占較高比例。

就醫可近性與及時性之改善措施(1/3)

- 受訪民眾中，超過9成受訪民眾皆認為看診容易，對於「就醫所交通便利性」之滿意度亦高達94%。
- 約有14.4%民眾至診所治療時，有被轉診之經驗；而其中對於「轉診服務」之滿意度，約有93.1%持肯定態度。



- 近8成民眾不會因「就醫交通時間過長」或「疫情影響」而不去診所就診，仍維持正常就醫習慣。



就醫可近性與及時性之改善措施(2/3)

- 有關民眾是否曾在假日有緊急需求，且能就近找到西醫診所就醫，約有76.6%回覆為「是」；針對其餘23.4%民眾(311人)詢問是否感到不方便，則有49.9%回覆「沒關係(155人)」。
- **基層診所假日開診情形**：110年全國基層診所週六及週日開診家數較前一年度增加，然而看診人次應為COVID-19疫情嚴重影響，呈現下降趨勢；本會定期於每月提供各縣市醫師公會週六、日開診情形，且未接獲民眾抱怨反映。

年度	總家數	開診家數		看診人次		平均每家看診人次	
		週六	週日	週六	週日	週六	週日
108年	10,705	10,160	4,773	25,252,385	6,812,500	56.57	62.91
109年	10,717	10,082	4,095	21,094,123	5,203,784	47.09	51.77
110年	10,782	10,148	4,126	19,219,589	4,100,236	42.84	43.16

就醫可近性與及時性之改善措施 (3/3)

健保六分區醫療資源之分布情形：

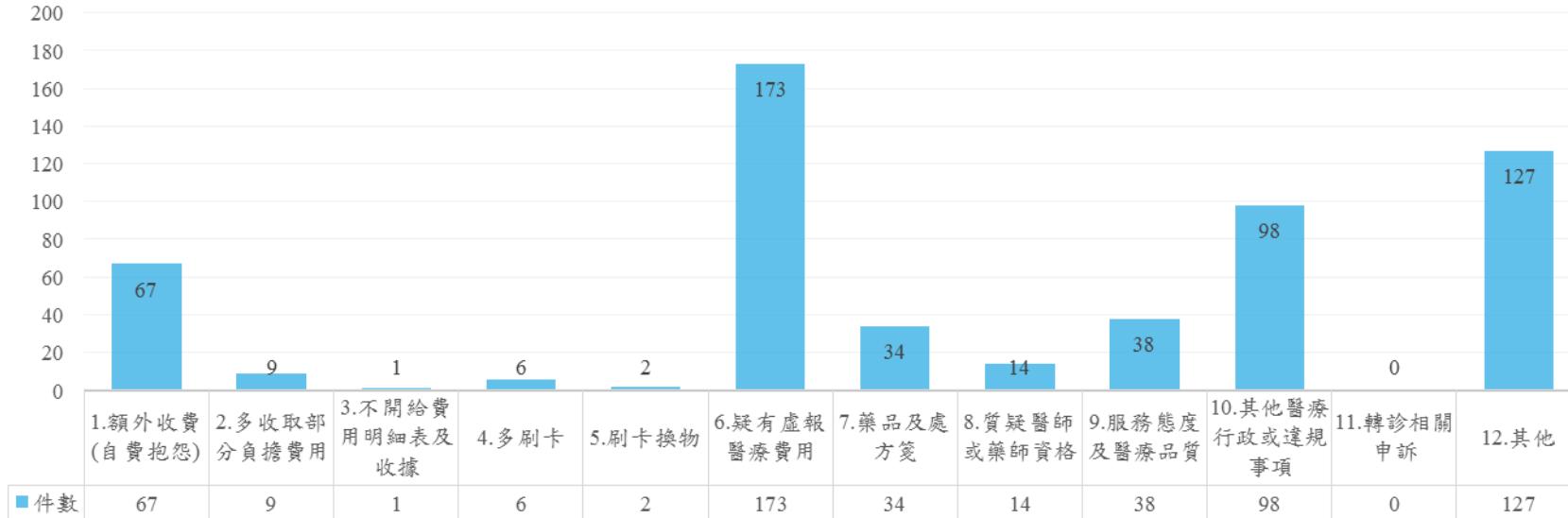
- 基層診所及醫師數以台北區為最高，中區次之。
- 每萬人口基層診所則以高屏區最高，中區次之。

分區	基層 診所數	基層 醫師數	戶籍人口數 (千人)	每萬人口 基層診所數	每萬人口 基層醫師數
台北	3,155	5,565	7,502	4.21	7.42
北區	1,337	2,296	3,839	3.48	5.98
中區	2,274	3,363	4,554	4.99	7.38
南區	1,632	2,323	3,290	4.96	7.06
高屏	1,945	2,860	3,655	5.32	7.82
東區	248	328	535	4.64	6.13
全國	3,155	5,565	7,502	4.21	7.42

資料來源：衛生福利部中央健康保險署，截至110年12月底統計值。

民眾諮詢及抱怨處理

- 民眾申訴管道歷年均以中央健保署各分區業務組窗口為主。
- 110年西醫基層共提供157,360,307件門診服務，依據該署提供110年諮詢及抱怨處理共計569件，部分案件已加強醫病溝通改善；若有涉及違規，則另以違規案件處理。



其他確保民眾就醫權益之措施

➤ 民眾可由健保署、健保快易通及本會網站查詢看診時段。

健保署-院所查詢

上一頁 院所查詢

服務時段 上午 下午 晚上

長假期時段 上午 下午 晚上

醫事機構代碼 請輸入

醫事機構名稱 請輸入

縣市 請選擇

鄉鎮市 請選擇

特約類別 請選擇

垂直整合策略聯盟 請選擇

型態別 請選擇

診療科別 請選擇

查詢

首頁 健康存摺 健保櫃檯 醫療查詢 我的

健保快易通查詢

衛生福利部中央健康保險署
National Health Insurance Administration
Ministry of Health and Welfare

首頁 > 健保服務 > 健保醫療服務 > 院所查詢 > 服務時段查詢服務

服務時段查詢服務 **使用說明**

1. 年度季別 : 111年度

2. 分區業務組 : 全部

3. 縣市鄉鎮 : 全部

4. 地址 : 可輸入部分地址

5. 特約類別 : 全部

6. 醫事機構名稱 : 可輸入部分名稱

7. 醫事機構代碼 :

8. 診療科別 : 全部

9. 服務時段 : 全部 上午 下午 晚上

10. 特定節日看診 : 請選擇 上午 下午 晚上

全聯會查詢

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

首頁 理事長 理監事 醫學倫理 醫療統計 國際事務 專科醫師 醫療法規 會員信箱

特約醫療院所看診時段查詢暨全民健保專區

特約醫療院所看診時段查詢暨全民健保專區

特約醫療院所看診時段查詢

首頁 特約醫療院所看診時段查詢暨全民健保專區

首頁 特約醫療院所看診時段查詢暨全民健保專區

首頁 特約醫療院所看診時段查詢暨全民健保專區

首頁 特約醫療院所看診時段查詢暨全民健保專區

3

專業醫療服務品質之確保與提升

- 醫療服務品質指標
- 品質保證保留款實施方案及結果

醫療服務品質指標(1/4)

1

專業醫療服務品質指標

訂有參考值指標，皆符合參考值。

2

利用率指標

➤ 下列4項指標項目，其計算定義之分子含基層及醫院部門2總額部門，本會建議修訂以「前3日至基層院所看診」病人計算，以聚焦於基層診所照護品質。

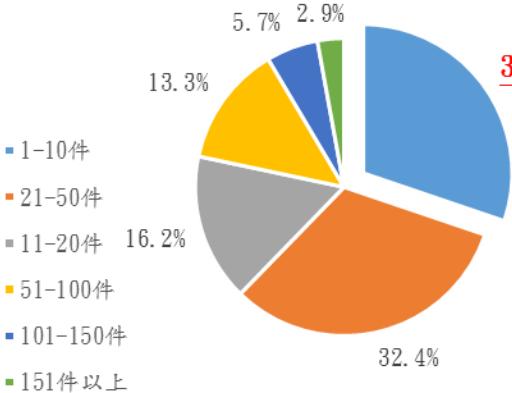
➤ 修訂說明及結果如下：

指標項目	參考值	計算公式及說明
六歲以下兒童氣喘住院率	$\leq 0.29\%$ 以最近3年全區值平均值(1+15%)作為上限值	前3日因氣喘至基層院所看診之6歲以下(就醫年出生年 ≤ 5)保險對象氣喘住院件數/6歲以下(就醫年-出生年 ≤ 5)保險對象人數
住院率	$\leq 13\%$ 以最近3年全區值平均值(1+15%)作為上限值	前3日至基層院所看診之保險對象住院人次/保險對象總人數
平均每入住院日數	≤ 1.10 以最近3年全區值平均值(1+15%)作為上限值	前3日至基層院所看診之平均每入住院日數
每人急診就醫率	$\leq 1.9\%$ 以最近3年全區值平均值(1+15%)作為上限值	前3日至基層院所看診之每人急診就醫次數/每人門診次數

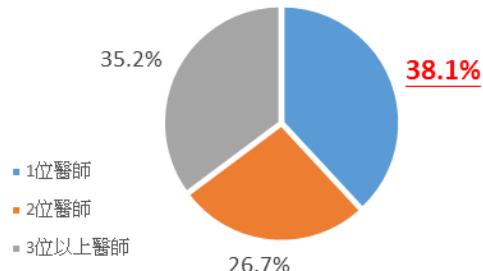
指標	110年	參考值
1.子宮頸抹片利用率	9.92%	$\geq 16\%$
2.成人預防保健利用率	38.67%	$\geq 20\%$
3.兒童預防保健利用率	52.70%	-
4.年齡別剖腹產率(A+B)	42.68%	$\leq 34\%$
具適應症案件(A)	35.04%	
19歲以下	17.90%	
20-34歲	32.22%	
35歲以上	42.16%	
不具適應症案件(B)	7.64%	
19歲以下	0.82%	
20-34歲	6.40%	
35歲以上	10.73%	
5.門診手術案件成長率	-2.70%	$\geq 10\%$
6.六歲以下兒童氣喘住院率	0.004%	
7.住院率	1.78%	
8.平均每入住院日數	0.13	
9.每人急診就醫率	0.43%	以最近3年全區值平均值(1+15%)作為上限值

醫療服務品質指標(2/4)-剖腹產率指標

110年平均每月診所生產件數比率



110年生產診所之醫師數



診所生產案件數每月
生產10件以下約占三成!

現況

- ✓ 110年平均每月診所生產件數 \leq 10件之診所占30.5%。
- ✓ 每月生產件數 \leq 2件，占21.9%。
- ✓ 多為1人診所之醫師(占38.1%)。

思考

- 基層診所與醫院生產規模不同，相互比較，易曲解指標意義。
- 指標數值=醫療品質?
- 尊重專業裁量權及產婦意願。
- 少子化，基層診所面臨產科診所數有下降趨勢，現行東區已無可接生之診所。

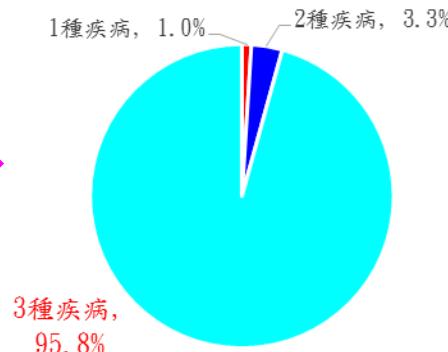
醫療服務品質指標(3/4)一

每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率指標

1

案件別	全區	全區案件占率
01支付制度試辦計畫	36,896	14.0%
02西醫一般案件	1,997	0.8%
03西醫其他專案	28,956	11.0%
04西醫門診手術	307	0.1%
05西醫急診	32	0.0%
06西醫慢性病	171,741	65.3%
07結核病	12	0.0%
08醫療資源不足地區	681	0.3%
09慢性病連續處方調劑	22,183	8.4%
10論病例計酬案件	44	0.0%

西醫慢性病之疾病數占率



2

3

「西醫慢性病」及「3項疾病數」

無併發症之糖尿病(CCS=49)、
自發性高血壓(CCS=98=)、
脂質代謝失調 (CCS=53)

有領取其他疾病藥品
11.0項

無領取其他疾病藥品
4.8項

差異原因？

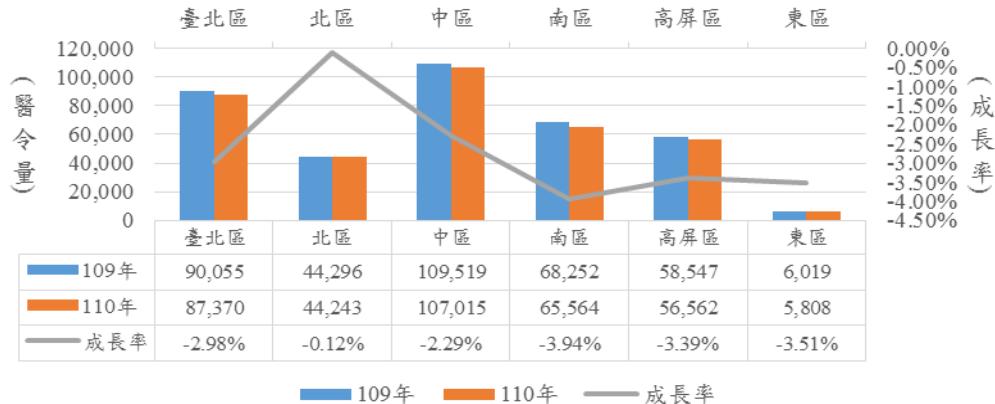
以病人照護為中心，減少再次就醫

- ✓ 申報「西醫慢性病」占65.3%，以申報三種疾病別占最多(95.8%)。
- ✓ 分析資料，可以現發慢性病「開藥品項數大於等於十項」，額外再開立藥品多用於舒緩短期症狀，例如：感冒、腹瀉、鎮痛、消炎、止吐、胃潰瘍、頭痛、細菌感染等。

醫療服務品質指標 (4/4)-門診手術案件成長率

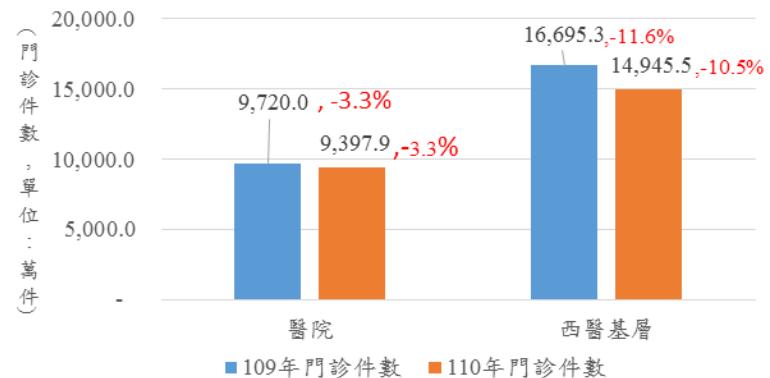
各分區門診手術案件衰退0.1%-3.9%

109-110年門診手術案件成長率



西醫基層門診申報件數衰退10%-11%

109-110年醫院及西醫基層總額部門-門診申報件數



➤ 109-110年門診手術案件衰退前五名醫令項目

支付代碼	中文名稱	109年	110年	減少醫令量	成長率
86008C	水晶體囊內（外）摘除術及人工水晶體置入術	34,997	33,584	-6,448	-4.0%
62010C	臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術一小於二公分	44,871	43,868	-1,413	-2.2%
81006C	妊娠前十二週流產刮宮術	13,211	12,027	-1,200	-9.0%
80207C	子宮頸蒂瘤切除術	11,122	9,922	-1,184	-10.8%
74417C	內痔結紮	140,182	133,734	-6,448	-4.6%

品質保證保留款實施方案及結果

修訂內容

➤ 110年度方案：

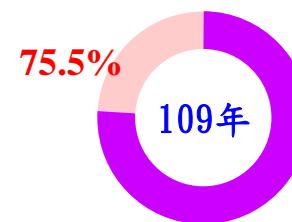
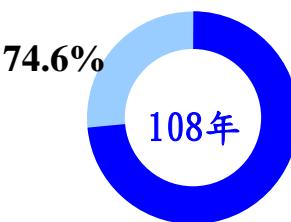
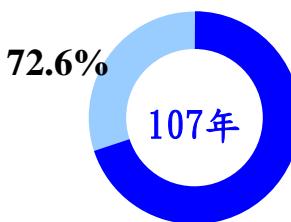
- ✓ 修訂「糖尿病病患糖化血色素 (HbA1c) 或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 $\geq 60\%$ 」指標，由原權重2%，提高為權重5%。

➤ 111年度方案：

- ✓ 刪除「藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率」等5項獎勵指標；
- ✓ 新增「長假期間開診時段維護作業次數比率 $\geq 50\%$ 」等3項獎勵指標(各核發權重2%)。

核發結果

➤ 109年西醫基層品保款核發率為75.5%，位居其他總額部門之末，具有鑑別度。



4



協商因素項目之執行情形

- 延續項目之執行情形
- 110年執行未滿半年及111年新增項目之執行與規劃

新醫療科技

- 西醫基層之新醫療科技預算(新增診療項目、新藥及新特材)，歷年多用於新增藥品項目，**僅106年度及110年度編列於新增診療項目**。
- **106-110年預算及成長率如下表：**

年度	106年	107年	108年	109年	110年
成長率(%)	0.08	0.106	0.037	0.086	0.158
預算額度(百萬元)	84	116	42	100	190.3

➤ 新增診療項目及申報費用

年度	項目	預算 編列數	106年	107年	108年	109年	110年	合計
106年	1	22	13.98	17.32	19.3	19.06	20.05	89.72
107-109年	-	-	-	-	-	-	-	-
110年	32	40	-	-	-	-	0.28	0.28
合計		62	13.98	17.32	19.3	19.06	20.34	90.01

*註1：增修「大腸或小腸纖維鏡切片(每一診次)」乙項包裹支付過程面特材(28031C)

*註2：110年新增修訂26項，已扣除非新醫療科技預算修訂6項(57004C、80402C、80404C、80415C、80420C、80425C)。

新醫療科技

- 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超出年度預算，三年預算皆明顯不足支應。
- 建議健保署應定期檢討高使用量之藥品，並監測、分析其增加趨勢，俾利來年協商之預算評估。

收載 年度	當年度 預算	5年 預算	收載 項數	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年	申報 合計	5年差值
101	34.6	173	70	32.6	170.7	296.1	379.1	466.7						1,345.2	-1,172.2
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	69.0	91.0				225.1	275.9
104	120	600	40				2.4	9.1	21.9	39.7	53.3			126.4	473.6
105	83	415	26					35.1	175.2	328.9	463.1	576.8		1,579.1	-1,164.1
106	62	310	42						5.0	25.0	57.6	85.1	113.8	286.5	23.5
101-106 小計	293.2	1,466		32.6	172.8	312.3	435.6	599.4	334.8	484.6	574.0	661.9	113.8	1,856.2	-1,530.8
107	116	580	51							42.1	162.2	291.8	420.8	916.9	-336.9
108	42	210	51								54.4	299.6	572.9	926.9	-716.9
109	100	500	45									17.2	181.5	198.7	301.3
110	150.3	751.5	39										10.5	10.5	741.0
101-110 合計	701.5	3,508		32.6	172.8	312.3	435.6	599.4	334.8	526.7	790.6	1,270.5	1,299.5	3,909.2	-1,542.3

協商項目涉及支付標準調整之執行情形



預算來源

- 醫療服務成本指數改變率



增加金額

- 46.599億
- (本次支付標準調整之預算含104年至108年西醫基層總額未用於調整支付標準之MCPI預算計12.431億元，及109年MCPI 20.244億元、110年MCPI 13.924億元)



預估增加點數

- 41.9億點



成長率

- 1.159%



調整項目

- 藥事服務費：「每人每日80件內」項目調升6點，「每人每日81-100件內」項目調升10%。
- 調升各專科第1階段門診診察費之專科加成率至9%-13%。



實際增加點數

- 29.0億點(110年3月實施)

其他醫療服務密集度之改變

藥品給付規定範圍改變及其他醫療服務密集度預算編列



「藥品給付規定範圍改變及其他醫療服務密集度之增加(含擴大C型肝炎治療衍生之醫療服務費用)」預算
1.9億元

108年

109年

110年

「藥品給付規定範圍改變及相關醫療服務密集度之增加」預算4億元



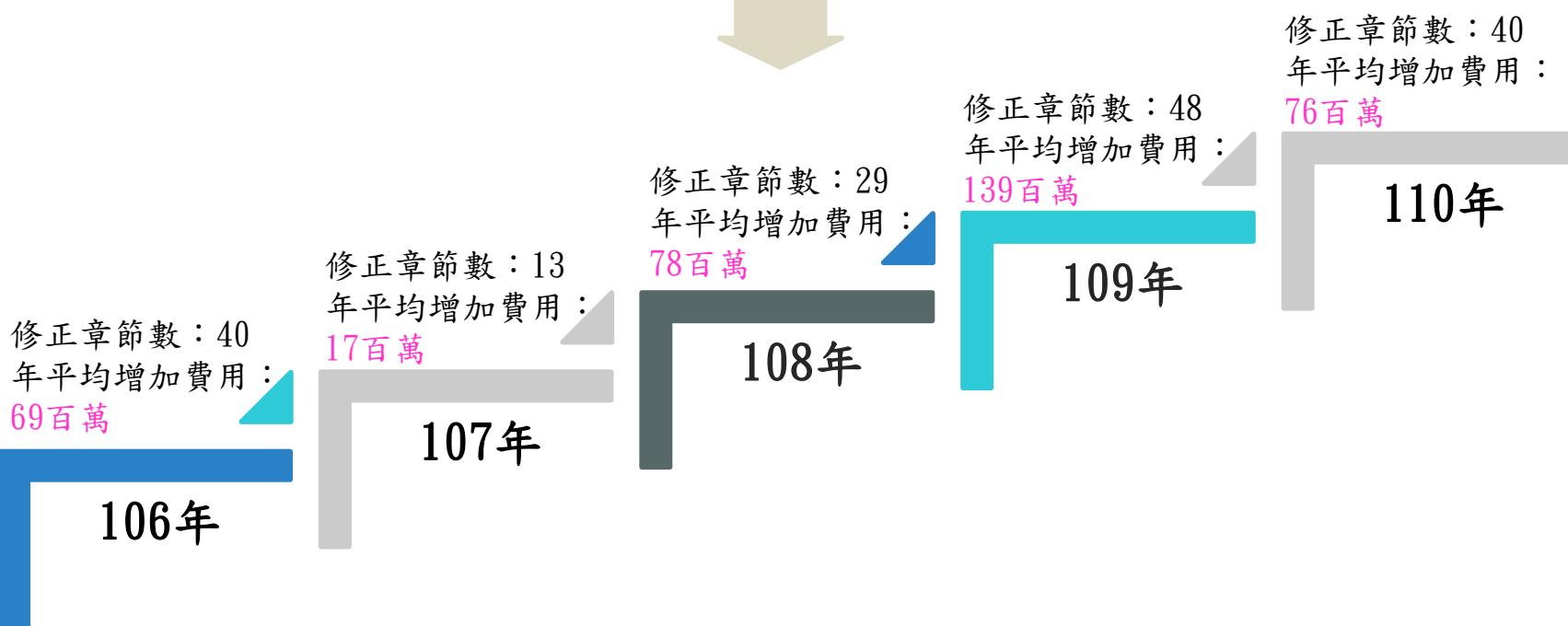
相關醫療服務為
 ① 因應開放表別所增加之醫療費用
 ② 居家醫療衍生之醫療費用
 詳書面報告



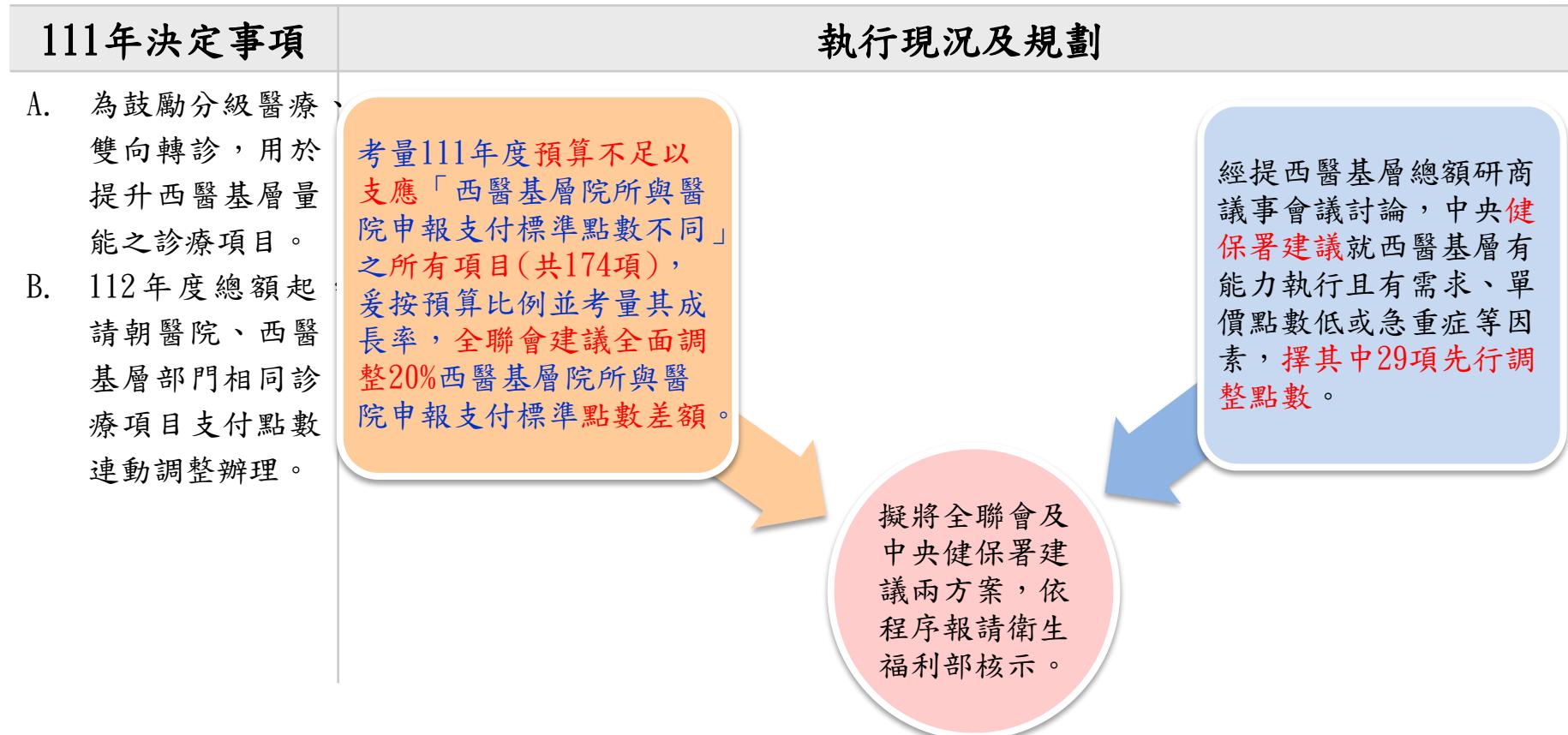
- 「藥品及特材給付規定改變」預算76.5百萬元
- 部長另裁定「其他醫療服務及密集度的改變」4億元預算，未指定用途

藥品給付規定改變

因應民眾真實醫療需求、提升醫療給付效益與治療效果，並減少民眾自付費用之負擔，每年應持續增編預算



促進醫療資源支付合理



5



總額之管理與執行績效

- 醫療利用及費用管控情形
- 地區預算分配(含風險調整移撥款)及點值穩定度情形
- 專業審查及其他管理措施
- 院所違規情形

醫療費用管控監測

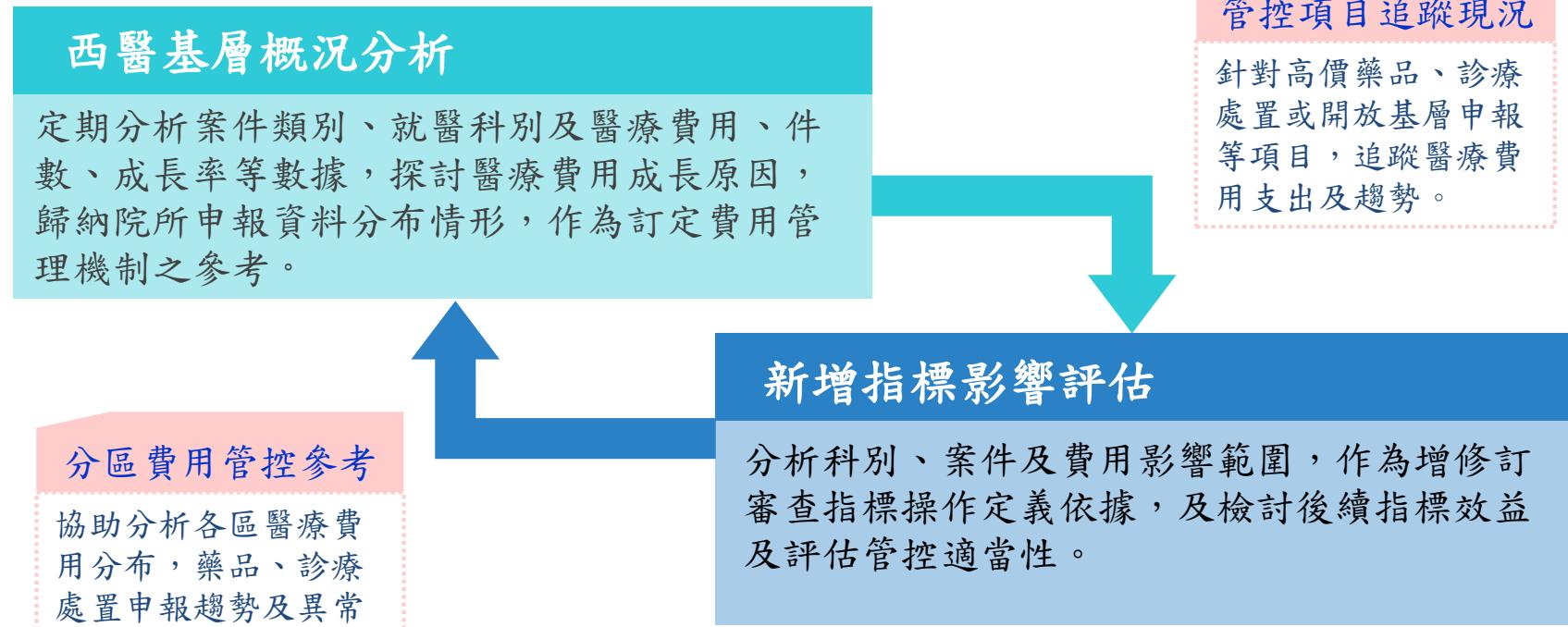


依科別、案件、年齡層及疾病，分析醫療案件之種類、數量、費用、就診頻率等數據。

針對高成長，異常問題，極端案件等，討論合理申報範圍，訂定抽審指標。

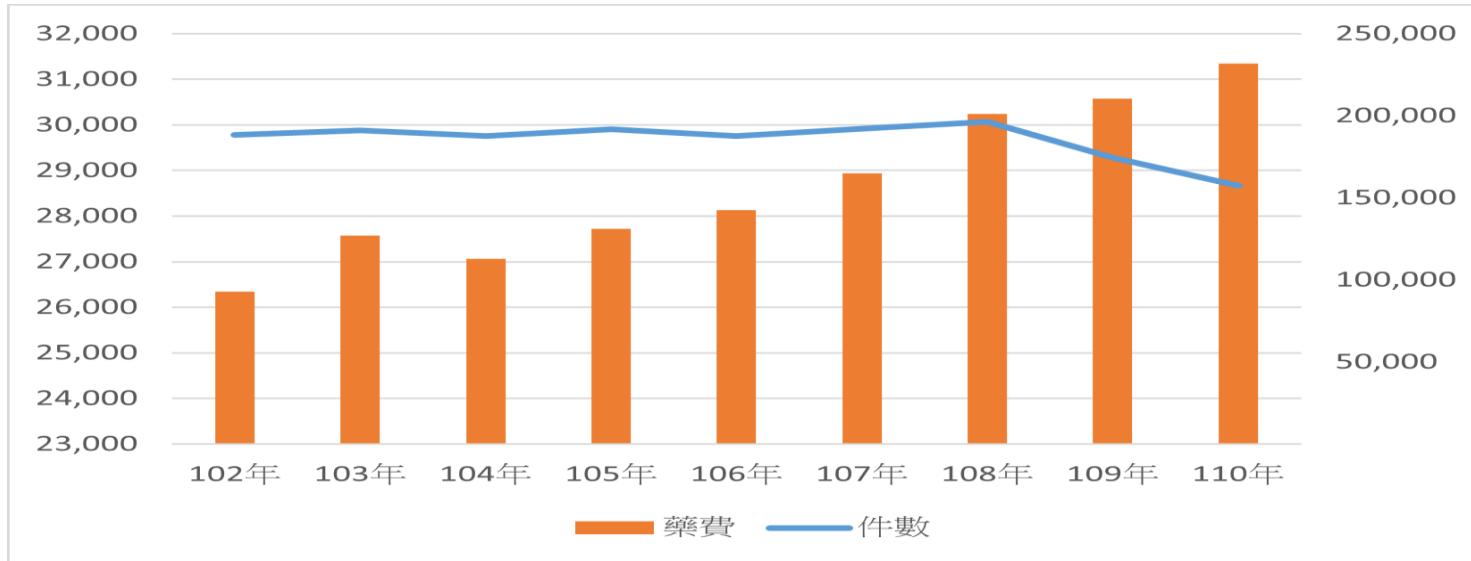
定期追蹤申報情形，提供分析數據，監測改善狀況與管理成效。

檔案分析追蹤評估



件數減少藥費成長(1/5)

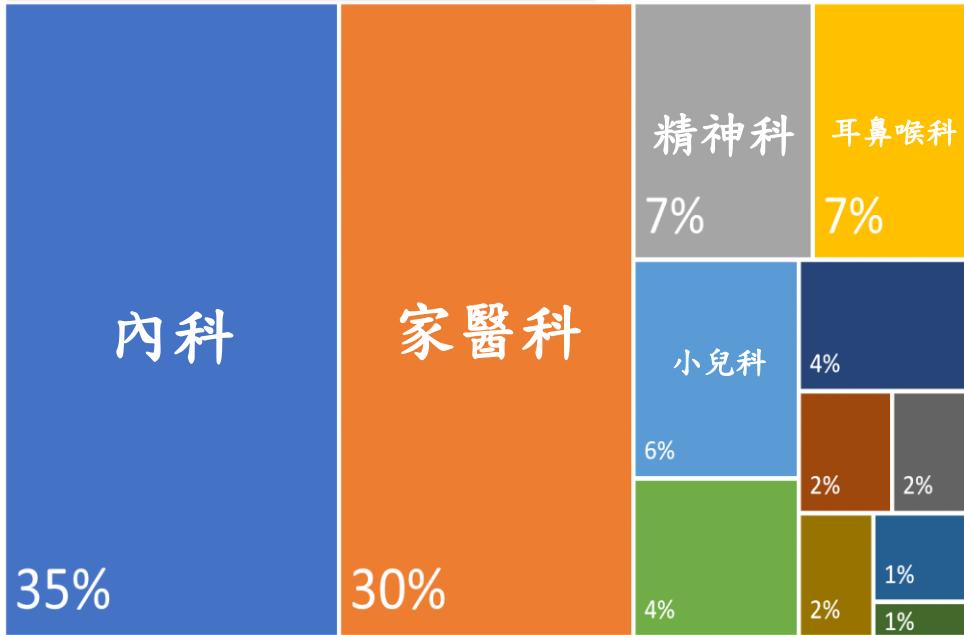
- 102年至108年門診件數均在187百萬件以上。
- 109年降至175百萬件，110年為157百萬件。



件數減少藥費成長(2/5)



就醫科別情形



科別藥費

內科、家醫科及精神科藥費占率35%、30%、7%最高，淨增加631百萬點、435百萬點及230百萬點最多。



平均每件藥費

內科、家醫科及精神科每件藥費，較109年淨增加39點、36點及18點。



案件類別

西醫基層「慢性病」及「慢連簽」件數增加1.2百萬件及0.3百萬件。

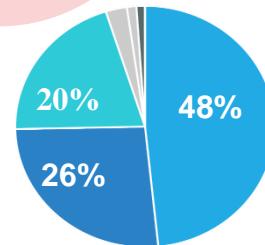
件數減少藥費成長 (3/5)



疾病別情形

21類疾病別中，
有7大類案件數增加
件數最多。

「內分泌、營養和代謝疾病」、
「循環系統疾病」及「精神與
行為疾患」，淨增加案件貢獻
度為48%、26%、20%。



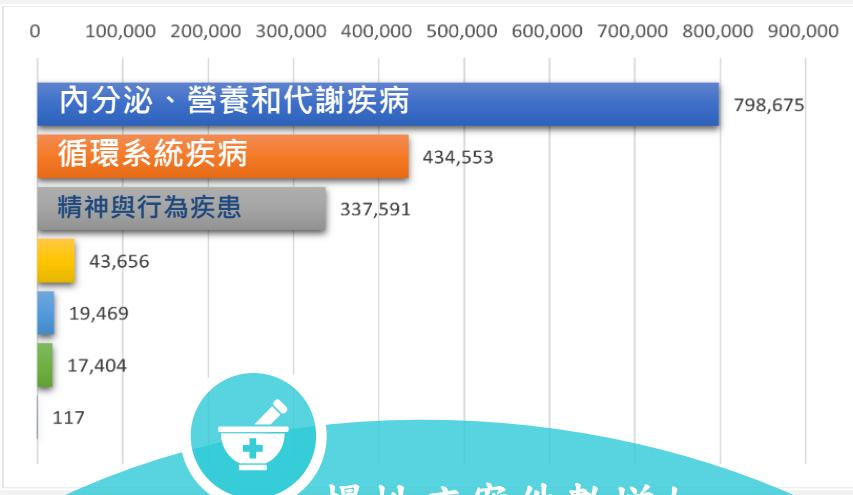
「內分泌、營養和代謝疾病」、
「循環系統疾病」及「精神與行
為疾患」平均每件藥費分別為
402點、280點及236點，高於其
他多數疾病案件之藥費。

件數減少藥費成長 (4/5)



呼吸系統疾病減少

呼吸疾病案件大量減少，而該疾病為耳鼻喉科、內科、家醫科及小兒科常見收案對象。



慢性病案件數增加

慢性病相關之疾病案件增加，而該類疾病為內科、家醫科及精神科主要收案對象。

件數減少藥費成長(5/5)

門診科別件數與藥費

- 基層門診件數占率，以家醫科23%、內科17%最高，精神科3%；其餘科別1%~13%。
- 藥費占率，以內科35%、家醫科30%最高，精神科7%；其餘科別1%~7%。

內科及家醫科

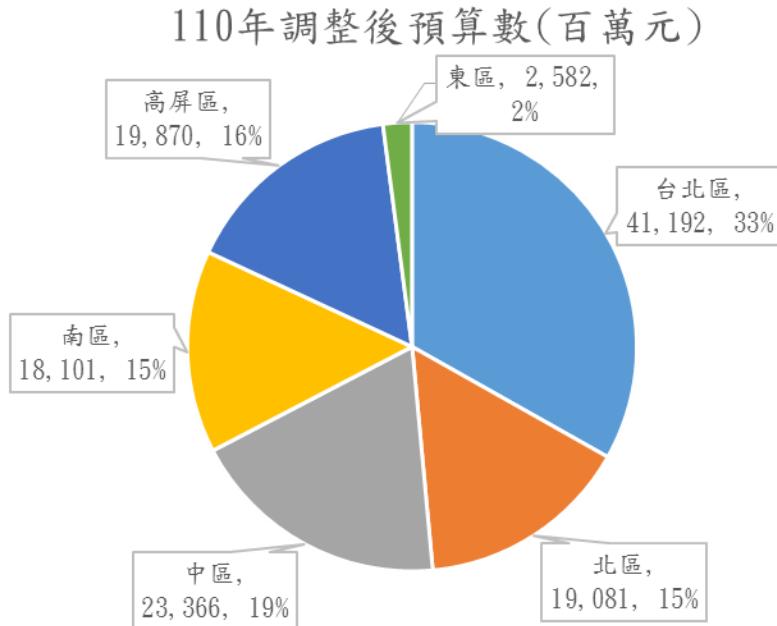
- 件數減少原因，應受「呼吸系統疾病」減少影響。
- 高藥費之慢性病案件增加，使低藥費之其他疾病案件減少下，藥費卻仍然增長。

精神科

- 「精神與行為疾患」案件增加，使藥費及就醫人數、件數均共同增長。

- 淨增加件數前3項之「內分泌、營養和代謝疾病」、「循環系統疾病」及「精神與行為疾患」為內科、家醫科及精神科常見慢性病。
- 內科、家醫科及精神科平均每件藥費淨增加18點~39點。
- 3項疾病每件藥費高於「呼吸系統疾病」等其他疾病之藥費，且與109年相較僅微幅差異。

地區預算分配情形



預算以台北區占率33.2%最高，東區2.1%最低。



調整前、後預算淨增減金額，臺北區+60百萬元，另5區-2至-18百萬元。



110年平均浮動點值介於1.0672-1.1701。

風險調整移撥款

110年第1季

- 風險調整移撥款保障東區點值至每點1元及點值落後地區。
- 點值落後地區撥補比率：
- ✓ 點值排序第6名之地區為[臺北區]時：
第4名分區占15%、第5名分區占25%，第6名分區占60%。
- ✓ 點值排序第6名之地區[非臺北區]時：
第4名分區占20%、第5名分區占40%，第6名分區占40%。
- ✓ 點值落後地區如僅有1或2分區，仍維持上開撥補比率。

110年第2-4季

- 自110年第2季起各季中有宣布疫情警戒標準為第二級含以上時，則不移撥。



110年點值現況



4季浮動點值，六分區以第1季最低（其中台北區0.9606），第2季最高(其中北區1.1985)。



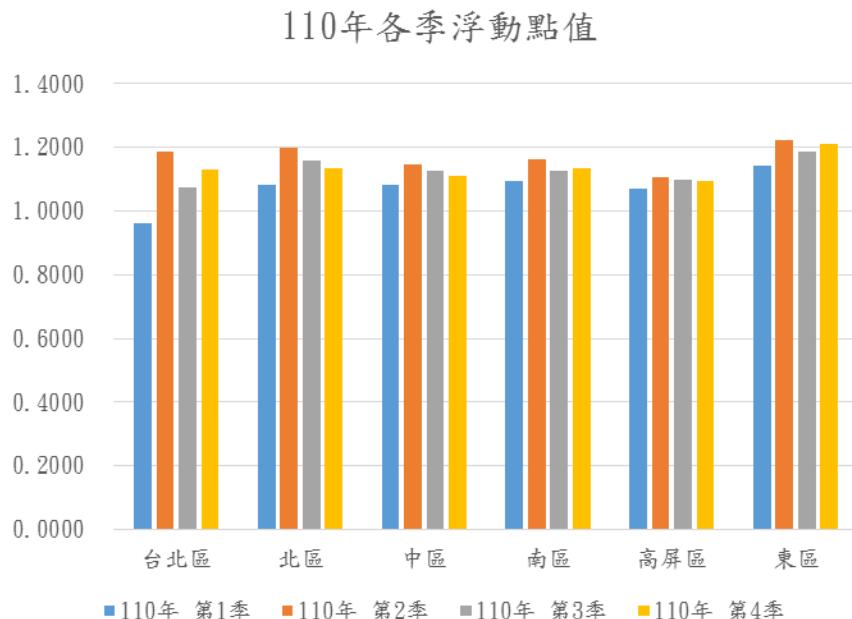
門診案件數由110年第1季4,134.6萬件下降至第2季3,622.8萬件(-12.4%)。



CDC，110年5月19日起至7月27日提升疫情警戒至第三級。



群聚事件：
桃機諾富特飯店、萬華區茶藝館、
彰化到萬華賣葡萄、宜蘭羅東遊藝場、
新北獅子會、朝陽K歌團、彰化社區歌唱班



審查作業規劃管理 (1/3)



審查作業規劃管理 (2/3)

	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
審查 醫師數	182	115	138	115	96	61	707
(占率)	26%	16%	20%	16%	14%	9%	
審查 案件數	147千件	127千件	63千件	130千件	86千件	12千件	564千件
(占率)	26%	23%	11%	23%	15%	2%	
初審案件	132,473	117,320	58,043	95,007	81,939	11,195	495,977
申復案件	7,310	4,908	2,960	1,401	3,198	233	20,010
其他案件	6,740	4,573	1,906	33,352	718	229	47,518

醫師平均審查

800件

醫師平均審查案件數，
110年約800件，
109年約1,000件，
108年約1,400件。

審查作業規劃管理 (3/3)

審查會議出席率
台北 84%

召開19場審查/視訊會議
舉辦審查業務說明會
提供審查參考資料

審查會議出席率
北區 89%

召開8場審查/視訊會議
舉辦審查業務說明會
即時通訊平台傳遞訊息

審查會議出席率
中區 94%

召開69場審查/視訊會議
提供審查參考資料

審查會議出席率
南區 97%

召開29場審查/視訊會議
提供審查參考資料

審查會議出席率
高屏 97%

召開6場審查/視訊會議
資深醫師輔導

審查會議出席率
東區 92%

召開5場審查/視訊會議
提供審查參考資料

審查品質提升監督(1/2)



依審畢案件評量結果，訂定「審查合理件數占率」指標。

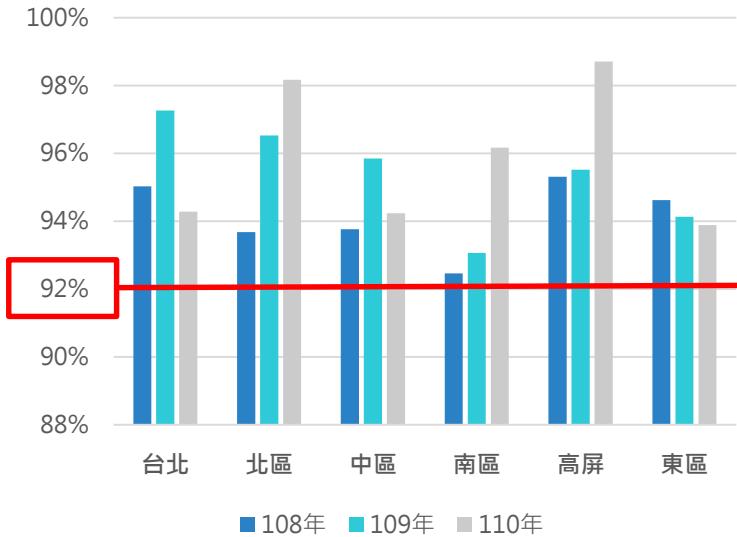


按月監測合理件數占率，占率未達85%之分區，須檢討改善方案。



108年至110年，各區合理件數占率均達92%以上。

108年至110年，各分區審查合理件數占率，介於92.46%～98.71%，均達目標值。



審查品質提升監督(2/2)

例行檢討

審查注意事項 【每年2次討論】

- 上消化道內視鏡止血法
- 尿路動力學檢查
- 尿失禁電刺激治療
- 錄影尿流動力學檢查
- 鼻咽癌，咽喉癌及其它頭頸部癌症之內視鏡
- Sono及一般生化檢查
- 等10科26項條文

專案討論

藥物、檢查共識 【每年3~5次討論】

- 電腦自動視野儀檢查
- 二氧化碳雷射手術
- 胎兒、臍帶、或孕期子宮動脈杜卜勒超音波
- 腱、韌帶皮下切斷手術
- 甲促素結合體抗體
- 降血脂藥物治療

管理建議

申報情形管理 【不定期討論】

- 就醫次數或醫療費用過高個案
- 腺病毒抗原檢查14064C
- KOH顯微鏡檢查13017C
- 腱、韌帶皮下切斷手術64089C
- 甲促素結合體抗體12121C
- 陰道式超音波19013C
- 等10項開放項目

審查業務推展改進

- 初核與申復後核減率2項差距約0.01%，各區差距約為0.01%。
- 爭審後與申復後核減率2項核減率差距0.00%，各區差距約為0.00%。

分區	審查案件數			
	初審	申復	其他	合計
台北	132,473	7,310	6,740	146,523
北區	117,320	4,908	4,573	126,801
中區	58,043	2,960	1,906	62,909
南區	95,007	1,401	33,352	129,760
高屏	81,939	3,198	718	85,855
東區	11,195	233	229	11,657
合計	495,977	20,010	47,518	563,505

分區	核減率		
	初核	申復	爭審
台北	0.18%	0.17%	0.17%
北區	0.18%	0.17%	0.17%
中區	0.18%	0.17%	0.17%
南區	0.08%	0.07%	0.07%
高屏	0.14%	0.13%	0.13%
東區	0.20%	0.19%	0.19%
全區	0.16%	0.15%	0.15%

核減率差異檢討改善

院所

分會

審查醫師

- 院所提供初審、申復及爭審審查資料宜相同一致。
- 審查醫師宜詳細說明核減理由，以便爭審審查時，充分瞭解分區管控機制、核減原因及院所申報問題。
- 院所提供初審資料未盡完整時，審查時效內，得要求院所補正完整資料。申復資料，應為審查最終資料，爭審僅就申復資料進行書面審查。
- 初審資料應以「原始病歷章」註記。
- 健保署分區業務組提供之意見書，應由該科別之西醫基層審查醫藥專家提供意見。
- 申復或爭審撤銷核減結果時，其撤銷原因宜回饋予初審、申復審查醫師，必要時得修正審查共識。

院所違規概況(1/2)

- 1 西醫基層辦理地區預算分配時，會依六分區查處的總額舉發追扣金額先減列 30%後再分配，以期發揮各區同儕制約精神
- 2 接獲會員違規情事，即轉知所屬縣市醫師公會，俾利公會即時介入關心、輔導
- 3 每二~三週彙整院所違規態樣轉知醫療機構參考
- 4 提供健保違規宣導案例供醫療機構參考
- 5 落實辦理違規解聘作業：110年解聘審查醫藥專家共13名

院所違規概況(2/2)

- 總額舉發為總額受託單位舉發，非總額舉發包含民眾檢舉與中央健保署主動查核。
- 發揮同儕制約精神，110年總額舉發共計2家次。
- 非總額舉發部分，「未經醫師診斷逕行提供醫事服務」類型較109年33家次減少19家次。

年度別		110年度			
類型別	總額舉發		非總額舉發		
	家次	點數	家次	點數	
扣減	0	0	37	335,887	
罰緩	1	43,370	64	18,591,980	
其他	1	787,122	142	132,747,069	
小計	2	830,492	243	151,674,936	

總額舉發
共計2家次；
違規總點數為830,492點
非總額舉發
共計243家次；
違規總點數為151,674,936點

6



COVID-19疫情對醫療服務之影響與 因應作為

- 院所配合防疫政策之相關作為
- 疫情對保險對象醫療利用之影響評估
- 確保保險對象獲得必要醫療服務相關措施

110年院所配合防疫政策之相關作為(1/4)

號召基層醫師自願性迅速投入 社區篩檢站協助快篩採檢

110年6月是台灣防疫史里程碑，當時因應疫情警戒升級，除合約醫院外，本會號召基層醫師自願性迅速投入社區篩檢站協助快篩採檢，**110年計有143家診所，464名醫師參與快篩作業**。

整備診所執行**疫苗接種量能**，全 國診所開始大規模接種新冠疫苗

全國基層診所開始大規模接種新冠疫苗，110年協助疫苗施打的診所共計2,963家，並完成21,945,321人次接種作業；醫院共計401家參與，完成8,003,766人次接種作業，**診所110年接種人次占比達73%**，基層醫師的投入，有助於大大提升了我國的疫苗接種率。



110年院所配合防疫政策之相關作為(2/4)

➤ 110年西醫基層診所參與COVID-19快篩及疫苗施打情形。

	COVID-19快篩					COVID-19疫苗施打		
	診所家數	醫師數	公費 案件數	自費 案件數	公費及自費 案件數	診所家數	醫師數	案件數 (接種人次*)
臺北區	45	137	6,259	15,068	21,327	956	無資料	6,970,361
北區	17	51	11,068	3,304	14,372	325		2,157,392
中區	12	36	3,337	580	3,917	739		6,043,756
南區	32	90	17,374	283	17,657	442		3,217,618
高屏區	10	20	692	171	863	444		3,219,263
東區	27	130	19,554	8,879	28,433	57		336,931
全區	143	464	58,284	28,285	86,569	2,963		21,945,321

註:含西醫基層診所醫師支援社區篩檢站或快打站之診所及醫師。

*依110年3月22日至12月31日COVID-19疫苗接種合約醫療院所處置費/接種獎勵核付人次統計。

111年院所配合防疫政策之相關作為(3/4)

01 

輕症視訊居家
全人照顧計畫

為保全醫療量能，落實輕重
症分流守護民眾健康，推動
全台基層診所參與照護

截至111年5月18日為止，台北
市200家診所、新北市454家診
所、基隆市58家診所、桃園市1
32家診所，北部總計逾八家
診所加入照護行列。

02 

快篩陽性
視訊判定工作

紓解PCR採檢量能，降低
醫院負載，能著重於中
重症病人之照顧

本會積極邀請健保署及醫療資
訊廠商召開會議，確定相關流
程及申報作業，簡化確診流
程，讓民眾能立即獲得醫療照
護，同時減少傳染風險。

03 

確診者遠距
診療及開藥

配合居家隔離等防疫政策，
突破地域限制視訊診療，提
供抗病毒藥物處方與給藥，
以及時治療

統計111年4月11日至111年5
月26日台北區6個縣市開立
Paxlovid藥品總計7,230件。

111年院所配合防疫政策之相關作為(4/4)

70

04 

新冠疫苗
持續接種

除協助一般民眾接種疫苗外，亦協助長照機構住民、居家照護個案等之疫苗接種

截至 111年5月30日為止，全國第一劑COVID-19疫苗覆蓋率達87.1%、第二劑覆蓋率80.6%、第三劑追加劑覆蓋率達65.4%。

05 

推動診所PCR
採檢作業

召全國基層診所共同投入核酸採檢行列，以分流分治為原則，分攤醫院採檢壓力

疫情指揮中心於5月7日公告共190家診所投入核酸採檢。5月21日指揮中心再公告第二批共83家診所投入核酸採檢。

06 

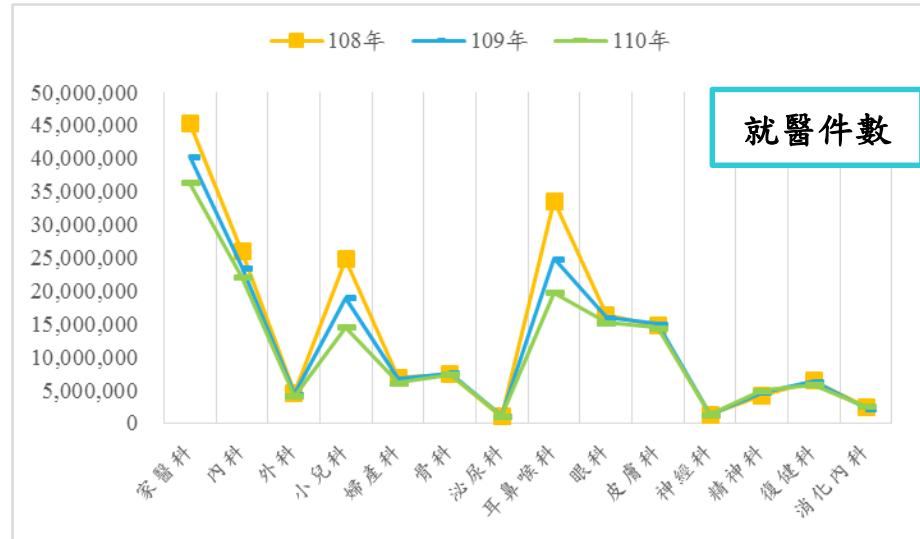
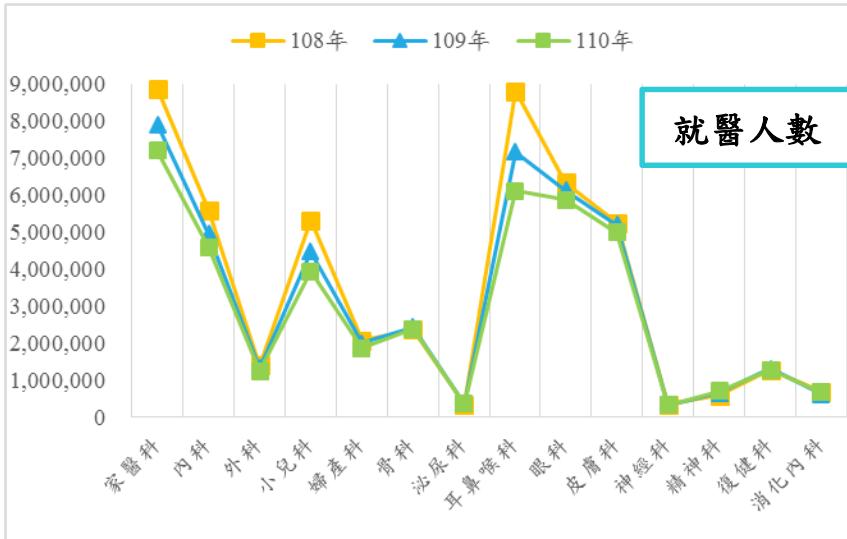
支持醫院社區
篩檢站人力

診所支援社區大型篩檢站，分擔各大醫院急診採檢的負擔及人力需求

北北基桃四縣市協助舊有及新設社篩站的PCR 採檢作業，落實醫學中心與診所合作無間，中央與地方政府攜手做好防疫的重要典範。

疫情對保險對象醫療利用之影響評估(1/2)

- 依據西醫基層108-110年「就醫科別」統計結果，多數科別皆呈現下降趨勢。
- 110年就醫人數以「耳鼻喉科」較前一年度減少1,057,788人(-14.7%)最多，其次依序為「家醫科」減少695,125人(-8.8%)及「小兒科」減少529,584人(-11.8%)。
- 110年就醫件數以「耳鼻喉科」較前一年度減少5,153,117件(-20.7%)最多，其次依序為「小兒科」減少4,506,493件(-23.8%)及「家醫科」減少3,967,910件(-9.9%)。

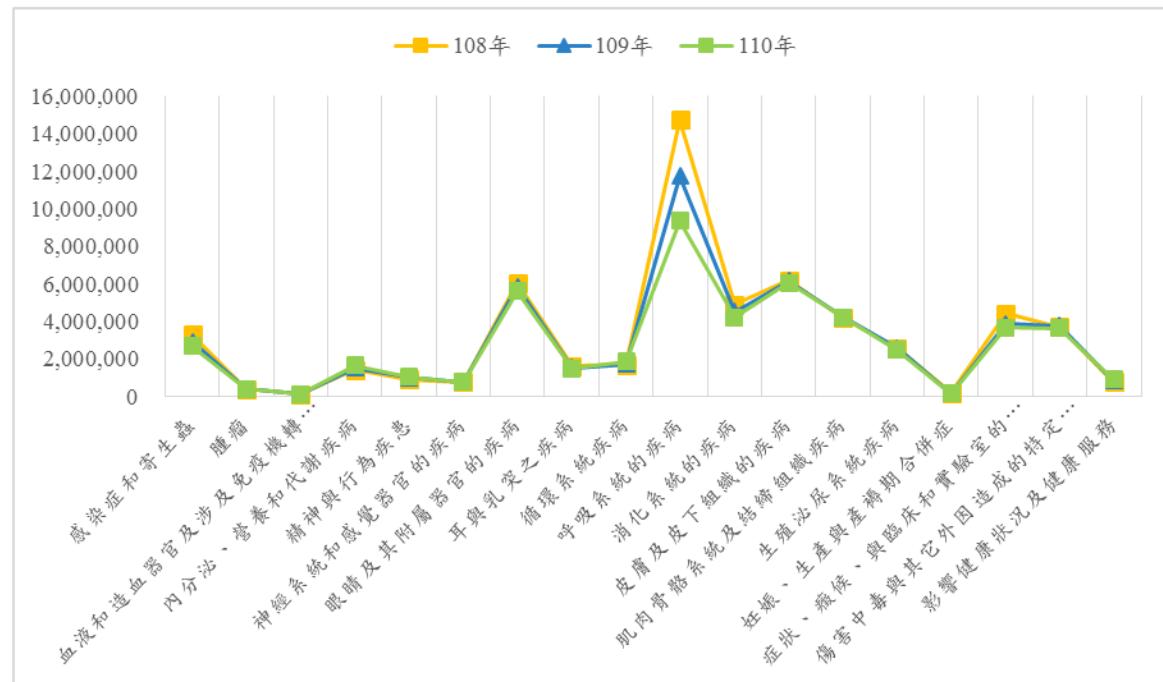


疫情對保險對象醫療利用之影響評估 (2/2)

72

- 110年以「呼吸系統的疾病」較前一年度減少2,382,288人(-20%)為最多，件數則減少15,210,945件(-31%)；而「內分泌、營養和代謝疾病」較前一年度增加151,155人(10%)為最多，件數則增加797,478件(10%)。
- 可知疫情期間西醫基層就醫情形：**急性之「呼吸系統的疾病」**因疫情影響而大幅下降，惟**慢性之「內分泌、營養和代謝疾病」**較不受疫情影響，仍呈上升趨勢。

108-110年西醫基層疾病「人數」統計



確保保險對象獲得必要醫療服務相關措施(1/3)

➤ 107-110年西醫基層開診家數統計

	107年	108年	109年	110年
1月	10,202	10,262	10,300	10,350
2月	10,192	10,234	10,285	10,332
3月	10,200	10,247	10,284	10,350
4月	10,194	10,260	10,294	10,350
5月	10,208	10,279	10,290	10,362
6月	10,212	10,274	10,291	10,324
7月	10,219	10,291	10,305	10,310
8月	10,222	10,283	10,321	10,336
9月	10,231	10,296	10,348	10,352
10月	10,251	10,323	10,363	10,379
11月	10,250	10,322	10,361	10,387
12月	10,260	10,327	10,365	10,390

疫情期間維持開診，提供
社區民眾必要醫療服務

- 與疫情前(107、108年)相比，109及110年，西醫基層開診院所家數並未減少。
- 全國進入疫情三級警戒的110年5月至7月，西醫基層診所仍持續開診，提供社區民眾必要的醫療服務。

確保保險對象獲得必要醫療服務相關措施(2/3)

居家照護

111年4月19日起，西醫基層診所啟動輕症確診個案居家照護，將醫院量能留給中、重症患者，落實照護分艙分流。

視訊診療

- 藉由「視訊診療」提供居家照護個案必要的醫療照護。
- 疫情最為嚴峻的北北基桃地區截至111年5月底已有超過一千家診所投入視訊診療工作。

簡化確診流程

自111年5月12日起，快篩陽性個案可透過視訊方式，由基層診所判定確診與否，紓解醫院急診PCR採檢量能，減少民眾群聚傳染風險。

確保保險對象獲得必要醫療服務相關措施(3/3)



- 左圖：宜蘭縣王維昌診所協助社區民眾接種COVID-19疫苗(110年7月11日)
- 右圖：西醫基層診所支援台北市復興國中校園大型疫苗施打站(111年6月1日)

疫苗施打

據CDC統計，110年協助疫苗施打的**西醫基層診所**完成**21,945,321**人次接種作業，佔110年接種總人次的73%。



基層醫師至校園替學生施打疫苗



高雄 耳鼻喉科醫師 楊宜璋 vs. 確診民眾
民視新聞 FTVNEWS HD
胃有些痛



基層醫師執行民眾疫苗接種任務



基層醫師支援篩檢站(圖片來源：民視新聞)





居家照護關懷及疫苗施打



協助行動不便長者施打疫苗



診所投入PCR篩檢




中華民國醫師公會全聯
持續為厚植醫療防疫全民安全體系
，堅定支持政府，共同為建設台灣
為健康幸福大國而努力。





THANK YOU FOR
YOUR ATTENTION

110年度 西醫基層專案計畫 執行成果報告

中華民國醫師公會全國聯合會
111年7月19-20日

大綱

1

家庭醫師整合性照護計畫

2

西醫醫療資源不足地區改善方案

3

偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫

4

強化基層照護能力及「開放表別」項目

5

因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病藥費及罕見疾病特材暨照護衍生費用

6

新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

7

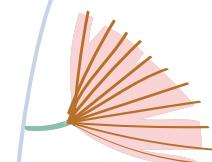
全民健康保險對象代謝症候群管理計畫

8

提升心肺疾病患者心肺復健門診pay for value論質計酬計畫

9

跨部門項目



1

家庭醫師整合性照護計畫



106-110年執行情形

	106年	107年	108年	109年	110年
預算數(百萬元)	1580.0	2880.0	2,880	3,500	3,670
	+450.0	-450.0			
預算執行數(百萬元)	2,030	2,430	2,880	3,500	3,670
預算執行率	100%	100%	100%	100%	100%
執行社區醫療群數	526	567	605	622	623
退場	5	11	9	11	17
新加入	136	46	49	26	12
診所數	4,063	4,558	5,052	5,407	5,587
醫師數	5,182	5,924	6,666	7,307	7,637
收案人數	4,134,238	4,730,740	5,458,146	5,747,428	6,007,801
收案人數成長率	58.8%	14.4%	15.4%	5.3%	4.5%
較需照護名單人數	6,144,246	6,101,880	6,361,962	6,244,945	6,168,840
參與診所占率	36.61%	43.60%	48.12%	51.3%	53.1%
參與醫師占率	33.73%	37.81%	41.91%	44.9%	46.0%
收案人數占率	17.56%	19.80%	22.90%	24.00%	24.82%
交付名單收案在較需照護群占率	49.68%	55.05%	62.79%	66.20%	68.25%



110年收案人數新增
260,373人；交付會員
收案數共4,210,187人，
接近較需照護名單人數
之七成。



105-110年績效獎勵金點值



- 105年至108年點值皆低於0.8元。
- 109-110年家醫計畫因收案人數成長、持續提供會員服務，各項費用申報不因COVID-19疫情減少，都較前一年成長；110年點值僅0.89，預算仍有不足。



年度	總預算	個案管理費	健康管理 成效鼓勵	品質 提升費用	失智症門診照 護家庭諮詢費	多重慢性病人 門診整合費	點值
	支付點數	250元	275點	275點	300~500點	500~1000點	
105年	1,180	580.51	224.42	375.07	-	-	0.7
106年	2,030	914.84	468.75	646.36	0.056	-	0.74
107年	2,430	992.56	674.77	762.6	0.064	-	0.79
108年	2,880	1,156.42	1,495.67		0.097	227.8	0.79
109年	3,500	1,245.41	1,976.69		0.26	277.6	0.93
110年	3,670	1,313.45	2,013.01		0.28	343.1	0.89



108-110年評核指標達成情形(1/2)

- 結構面指標：各醫療群積極辦理社區衛教，參與社區健康營造，達成情形近100%。
- 過程面指標：「成人預防保健檢查率」、「子宮頸抹片檢查率」、「65歲以上老人流感注射率」及「糞便潛血檢查率(50-75歲)」四項重要的疾病預防績效指標均有達到目標值。



指標	年度	108年		109年		110年	
		達成群數	占率	達成群數	占率	達成群數	占率
個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診辦理情形	604	99.8%	622	99.8%	620	100%	
	605	100%	593	95.3%	586	94.1%	

指標	年度	108年		109年		110年	
		目標	實際	目標	實際	目標	實際
成人預防保健檢查率	≥24.43%	37.87%	≥27.77%	38.44%	≥28.08%	39.07%	
子宮頸抹片檢查率	≥15.22%	17.44%	≥25.89%	27.06%	≥22.35%	23.90%	
65歲以上老人流感注射率	≥26.51%	31.72%	≥47.83%	49.44%	≥37.81%	40.49%	
糞便潛血檢查率(50-75歲)	≥14.3%	21.63%	≥8.12%	20.54%	≥8.66%	16.97%	



108-110年評核指標達成情形(2/2)



家醫計畫除了收案人數(量)持續成長，亦著重「質」的提升，每年本會與健保署均檢討、修訂各構面指標之得分閾值及各級距配分

- 舉例而言，結果面指標「會員固定就診率」之目標值逐年調升，且達成情形隨著目標閾值的調升而穩定進步，每年皆達目標值以上，110年已屆49.40%。
- 滿意度調查結果所有施測項目皆達99%以上，顯示會員對家庭醫師的滿意度高。

結果面	指標	年度		108		109		110	
		目標	實際	目標	實際	目標	實際	目標	實際
	會員固定就診率	≥45.31%	47.98%	≥47.93%	48.25%	≥49.09%	49.40%		
滿意度調查									
	健康諮詢及衛教		99.7%		99.4%		99.6%		
	對會員健康狀況的了解程度		99.6%		99.3%		99.6%		
	對家庭醫師整體性		99.7%		99.9%		99.7%		

整合多面向醫療需求

發展整合多重慢性病者的用藥

加入醫療給付改善方案

銜接長照2.0及慢性病管理



社區與醫院的重 要銜接

視病患需求轉介至醫院或相關照護機構

承接醫院轉診患者，協助其回歸社區醫療



急性傳染病的第一線守門人

◆快速整合資源、共同防疫

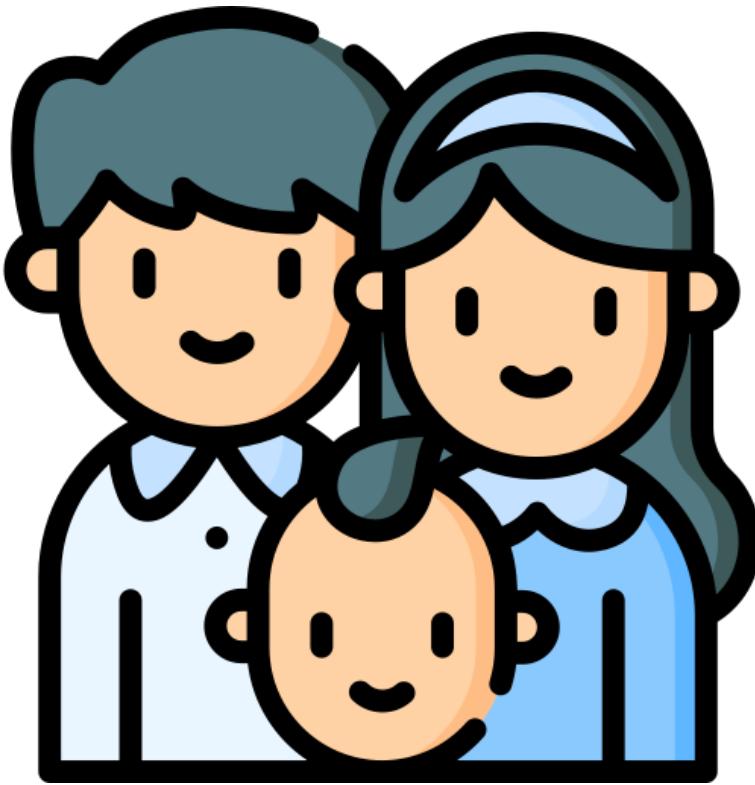
◆110年防疫工作：

-超過1,700位社區醫療群醫師主動成為社區在地防疫家庭醫師

-於診所、社區施打站協助民眾接種疫苗

左圖：台北市北投社區醫療群定期與當地醫院召開例會，維持與醫院緊密連結。(110年8月4日)

右圖：宜蘭縣羅東社區醫療群支援溪南接種中心，協助當地民眾施打COVID-19疫苗(110年6月30日)



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

- 01 與國健署進行合作，
整合家庭醫師及慢性病防治。
- 02 面對COVID-19疫情，
協助病患回歸社區醫療的重要角色。
- 03 「厝邊好醫師」深植民心，
疫情期間，成為民眾就醫首選。

2

西醫醫療資源不足地區改善方案



執行方式及經費來源

執行 方式

- 巡迴醫療服務計畫：110年度以227,000總服務人次及10,200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

- 由「醫療資源不足地區改善方案」專款項下支應。
- 110年度預算為317.1百萬元，與醫院總額同項專款相互流用。



施行區域

1

每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，超過2,600人之鄉鎮(市/區)；
及各縣市衛生局提供醫療資源不足地區名單，並排除「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」。

2

屬每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，低於2,600人之鄉鎮（市/區），其巡迴點僅限當地衛生主管機關或所轄分區業務組認定者。

3

參酌前一年施行鄉鎮之醫人比、人口密度及交通狀況等條件，並與保險人各分區業務組及當地衛生局主管機關評估後認定，**分為醫療資源導入較容易、一般及較困難等三級，每年調整一次。**



巡迴醫療服務提供概況

■ 110年參與醫師數、護理人員數皆略微增加。
110年執行院所數、巡迴鄉鎮數與巡迴典數略微減少。

項目\年別	106年	107年	108年	109年	110年
參與醫師數	138	159	164	165	166
參與護理人員數	299	281	316	306	343
參與藥事人員數	50	56	60	62	59
計畫數(執行院所數)	119	122	127	129	127
巡迴鄉數	82	83	83	90	86
巡迴點數	273	274	282	287	281

項目\分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區
參與醫師數	21	10	24	81	12	18
參與護理人員數	37	9	40	184	27	46
參與藥事人員數	0	3	4	36	6	10
巡迴鄉數	12	9	14	36	6	9
執行院所數	17	9	17	68	7	9
巡迴點數	35	19	40	152	14	21



巡迴醫療服務提供醫師科別分布

■ 近年皆以家醫科為最多，內科及外科次之。

■ 110年新增2名具消化內科資格醫師。

科別＼年別	家醫科	內科	外科	小兒科	婦產科	急診醫學科	骨科	耳鼻喉科	不分科	神經外科	泌尿科	麻醉科	消化內科	皮膚科	老人醫學科	神經內科	放射腫瘤科	消化外科	新陳代謝科	總計
106年	71	25	21	13	11	7	4	2	5	1	1	2	0	3	0	2	1	1	0	170
107年	70	25	23	13	11	9	5	2	5	1	1	2	0	3	1	1	1	1	0	174
108年	66	25	21	14	12	9	5	3	6	1	1	1	0	3	2	1	1	0	1	172
109年	81	22	23	13	10	7	4	4	6	1	2	1	0	1	1	0	1	0	1	178
110年	76	25	25	14	10	7	3	5	5	2	2	2	2	1	1	1	0	0	0	181

• 部分醫師具多重專科醫師資格。



巡迴醫療民眾就醫年齡層分布

■ 就醫年齡層以50歲至79歲居多，60歲至69歲就醫占率18.3%最高。

年齡層	106年		107年		108年		109年		110年	
	人數	占率								
0-9歲	28,876	5.6%	28,379	5.6%	27,973	5.6%	33,614	5.8%	28,748	5.4%
10-19歲	51,834	10.1%	49,389	9.7%	46,307	9.2%	47,342	8.2%	38,271	7.2%
20-29歲	38,733	7.6%	39,316	7.7%	38,126	7.6%	42,879	7.4%	36,932	6.9%
30-39歲	49,536	9.7%	48,539	9.5%	46,655	9.3%	52,280	9.0%	45,822	8.6%
40-49歲	57,632	11.3%	57,932	11.4%	57,677	11.4%	65,548	11.3%	60,520	11.4%
50-59歲	74,306	14.5%	74,326	14.6%	73,784	14.6%	84,390	14.5%	77,520	14.5%
60-69歲	83,293	16.3%	84,409	16.6%	85,432	17.0%	102,202	17.6%	97,422	18.3%
70-79歲	73,462	14.4%	71,890	14.1%	70,700	14.0%	82,983	14.3%	80,075	15.0%
80-89歲	47,400	9.3%	48,569	9.5%	49,403	9.8%	59,245	10.2%	57,391	10.8%
90歲以上	6,577	1.3%	7,175	1.4%	7,825	1.6%	10,090	1.7%	10,438	2.0%
總計	511,649	100%	509,924	100%	503,882	100%	580,573	100%	533,139	100%



巡迴醫療民眾就醫疾病別

- 就醫疾病類別以**本態性(原發性)高血壓**最多。
- 急性上呼吸道多處或未明示感染、第二型糖尿病、背痛等次之，應與當地民眾之**年齡層較高**有關。

排名	疾病名稱	件數(千件)	占率	醫療點數(千點)
1	本態性(原發性)高血壓	329	8.5%	323,350
2	急性上呼吸道多處或未明示感染	310	8.0%	124,301
3	第二型糖尿病	198	5.1%	258,363
4	背痛	150	3.9%	63,515
5	頭暈及目眩	108	2.8%	46,992



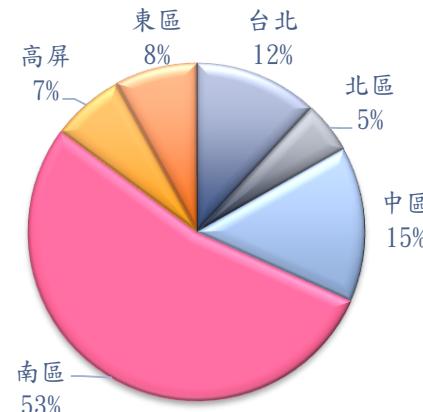
巡迴醫療民眾利用概況

項目\年別	110年
巡迴總診次	12,266
巡迴總人次	217,505
平均每診次服務人次	17.7

- 110年巡迴醫療服務總診次較109年減少528診次，服務總人次減少9,511人次，係因COVID-19疫情關係，造成診次減少，連帶服務總人次也下降。
- 然而平均每診次服務人次與歷年相較仍介於約18~19人之間，顯示本方案之**民眾利用率高**，巡迴醫療服務穩定提供當地民眾醫療需求，提升民眾接受醫療服務的機會及便利性。

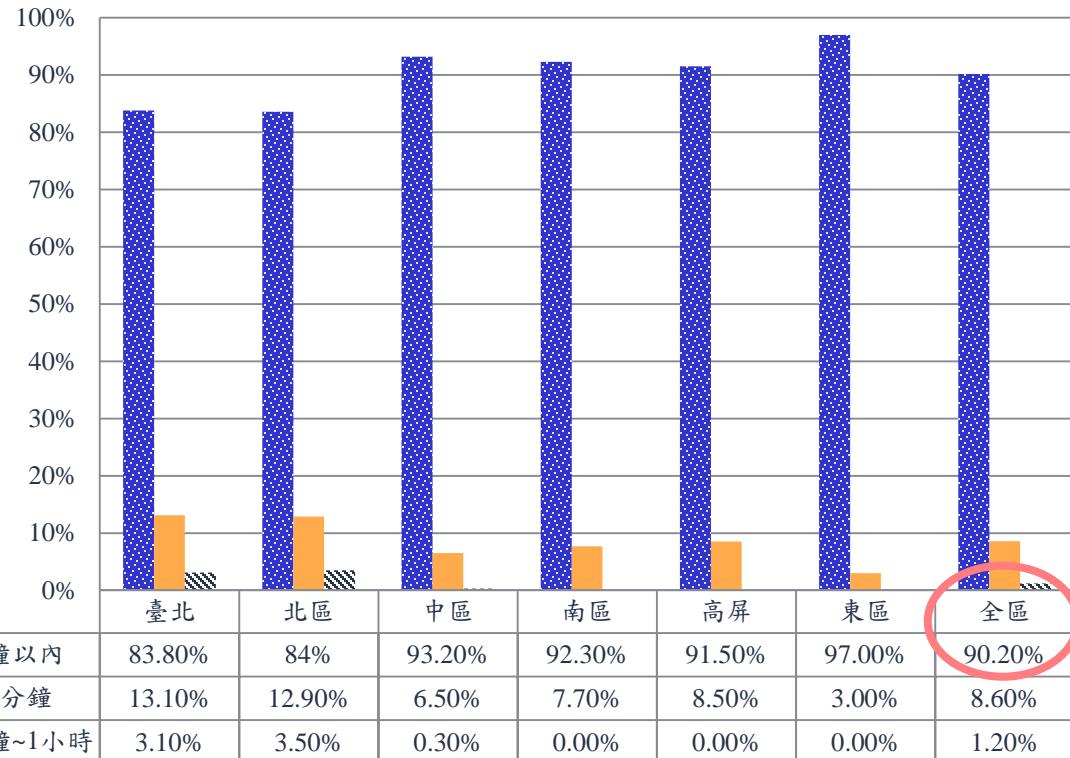
- 110年巡迴總診次以**南區**最多。
- 統計110年巡迴總人次，主要集中於**南區(53%)**及**中區(15%)**。

項目\分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區
巡迴總診次	1,493	870	1,510	6,797	632	964
巡迴總人次	25,994	10,414	32,287	117,341	14,847	16,622
平均每診次服務人次	17.4	12	21.4	17.3	23.5	17.2





巡迴醫療民眾就醫可近性



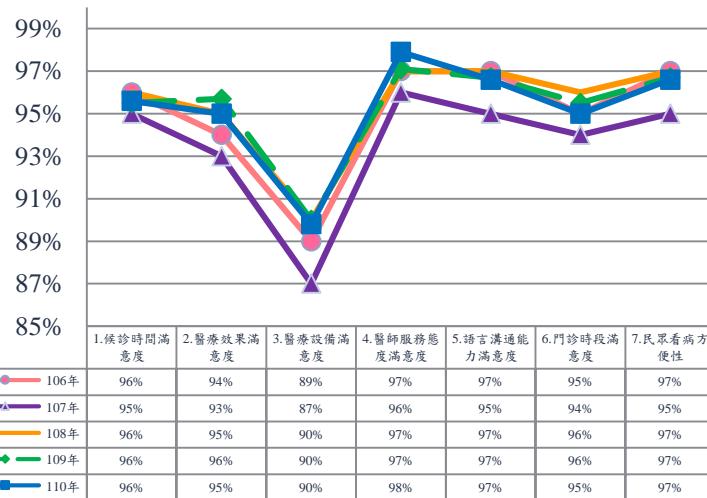
110年民眾10分鐘內
可到達就醫地點全
區達90.20%。





巡迴醫療民眾滿意度評估

■ 110年分區各項目滿意度皆達九成。



項目別\分區	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
問卷數	359份	171份	369份	1,584份	130份	290份	2,903份
候診時間滿意度	99.9%	94.5%	98.0%	94.7%	98.3%	88.0%	95.6%
醫療效果滿意度	99.4%	93.8%	98.0%	93.0%	98.3%	87.7%	95.0%
醫療設備滿意度	98.0%	86.5%	98.0%	84.6%	94.0%	77.5%	89.5%
醫師服務態度滿意度	100%	96.5%	100%	96.8%	100%	93.9%	97.9%
語言溝通能力滿意度	98.7%	94.2%	99.0%	95.5%	99.3%	93.1%	96.6%
門診時段滿意度	99.6%	92.2%	99.0%	93.1%	96.1%	90.0%	95.0%
民眾看病方便性	97.4%	93.9%	99.0%	93.3%	98.3%	98.0%	96.6%



110年巡迴醫療費用申報統計表

醫療費用申報情形

項目\年別	110年
醫療費用(千點)	111,994
平均每診次點數	9,130.4
平均每人次點數	514.9
論次報酬(千點)	82,779
診察費加成(千點)	19,297

• 110年度以108年全年平均診察費314點加計3成。

巡迴醫療服務目標達成統計

項目/年度	110年
目標數	
鄉鎮數(個)	96
巡迴總服務人次	227,000
巡迴總服務診次	10,200
執行數	
鄉鎮數(個)	86
巡迴總服務人次	217,505
巡迴總服務時數/診次	12,266
目標達成率	
鄉鎮數	89.6%
巡迴總服務人次	95.8%
巡迴總服務診次	120.3%

110年目標達成率：執行鄉鎮數為89.6%，巡迴總服務人次為95.8%，巡迴總服務診次達120.3%，平均達成率超過九成，達成本方案之設定目標。



歷年醫療費用申報及持續開業情形

項目\年別	106年	107年	108年	109年	110年
新開業診所數	5	7	1	0	0
持續辦理開業計畫診所數	2	5	12	8	4
定額給付(千點)	17,001	38,973	40,607	22,290	5,885
申報件數(千件)	23.7	45.8	53.5	30	5.9
醫療費用點數(千點)	10,846	20,809	24,893	16,061	3,112
平均每件醫療費用點數	458	454	465	535	531

109年及110年受疫情影響，皆無參與方案新開業獎勵之基層診所。

項目\年別	106年	107年	108年	109年	110年
獎勵開業期間結束後 持續開業診所家數	2	2	3	5	6

- 本計畫設置鼓勵開業的目的，係希望院所皆能持續穩定地於當地開業，提供民眾永續的在地醫療服務。
- 至110年獎勵開業期間結束後持續開業診所家數共有6家，表示本計畫仍能有效的讓診所持續於當地開業，達本計畫設置鼓勵開業以服務民眾之目的。



預算執行暨 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	109年	110年
醫缺地區診所點值保障(點值補助差額)(千點)	38,888	25,454	10,759	2,334
例假日診察費加成點數(千點)	15,676	26,833	25,608	25,830
總計	54,564	52,287	36,367	28,164

- 110年度執行數為135.7百萬元，預算執行率為42.8%。
- 109年起預算新增100百萬元，惟109年起至110年全年因受COVID-19疫情影響，巡迴總服務次及巡迴總服務人次皆有下降，且無醫師參與新開業計畫，致預算執行率較低。

項目\年度	106年	107年	108年	109年	110年
預算數 (百萬元)	180	187	217.1	317.1	317.1
執行數 (百萬元)	127	187	197	166.9	135.7
預算執行率	70.07%	100%	90.7%	52.6%	42.8%





醫療資源不足區樂文診所- 針對COVID-19疫情因地制宜做法

- 110年原定於5月初至北區辦理訪查，惟因COVID-19疫情升溫關係，活動暫緩辦理。
- 分享新北市貢寮區樂文診所-章殷超醫師，針對COVID-19疫情因地制宜的做法。

109年本會至台北區辦
理實地訪查，曾參訪新
北市貢寮區服務20多年
章殷超醫師的樂文診所。

貢寮區醫療資源相對匱
乏，本區於疫情期間卻
是新北市29個行政區中，
疫情相對輕微的地區。

歸功於章醫師「超前部
署」作為，5月份開始，
民眾有上呼吸道症狀，
都當做是新冠肺炎感染。

章醫師都請民眾配合居家
隔離，病人基於醫病間長
期以來良好的信任，也都
能接受與配合。

患者因年紀較大，不易運
用視訊或電話問診，章醫
師都親自居家看診，5月
中旬過後僅有零星確診。

「在基層，依據醫病長久建
立的信賴，直接做就是了。」

- 值得慶幸的是，到確診者家中看診的章醫師，至今仍未染疫過，
能繼續在第一線服務更多的鄉民！



樂文診所- 提供友善就醫環境及設備



公告醫療器材優惠資訊血壓計免費校正活動

提供門診病患享免費更新各式拐杖橡膠防滑墊



牆壁設置扶手



地板無障礙斜坡
及防滑條



樂文診所- 提供友善就醫環境及設備



提供門診患者免費使用的助行器、輪椅，並設置復健器材供病人使用



提供年長者使用的
各式復健設備





結語及未來展望



110年巡迴總服務人次目標提高為227,000，目標達成率為95.8%，巡迴總服務診次目標提高為10,200，目標達成率為120.3%，雖全年因COVID-19肺炎疫情影響，巡迴總服務人次及總診次皆較109年減少，但目標達成率仍高，表示醫師仍穩定提供民眾的醫療服務，且平均每診次仍維持約18人。



民眾滿意度維持九成以上，為位處偏遠且交通受阻地區之居民帶來初級醫療照護，巡迴醫療服務離民眾居住地近，提高就醫可近性及方便性，持續獲得其正面響應。

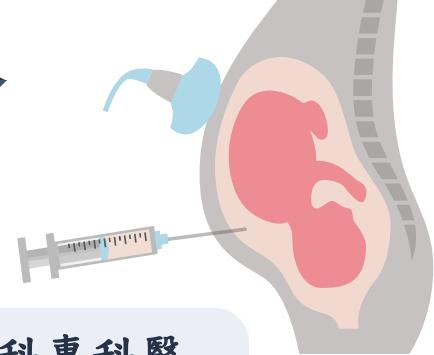


未來將持續蒐集相關建議意見，讓計畫內容更符合實際需求，鼓勵醫師提供巡迴醫療服務，並提升醫師進駐長期開業，期能於在地長期提供醫療服務，消弭無醫鄉鎮。

3 偏鄉地區基層診所 產婦生產補助試辦計畫



計畫內容



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的生產服務，也讓更多醫師願意投入偏鄉產科服務。

經費 來源

- 「偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫」專款項目，全年為50百萬元。

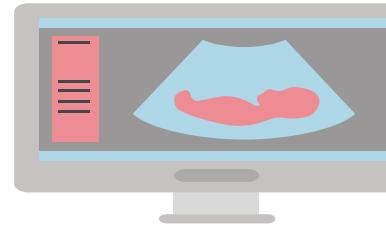
預期 效益

- 計畫執行地區提供生產服務之西醫基層診所至少維持109年家數、生產服務量較109年增加。





費用支付



生產案件 補助點數

- 第一級區域：
補助30,000點/每例。
- 第二級區域：
補助12,000點/每例。
- 第三級區域：
補助7,000點/每例。



核發計算原則

依下列專任醫師1前一年度每月平均申報醫療費用點數及2孕期產前檢查次數，計算補助點數。

1. 每位專任 醫師補助

- 小於100萬點者，
以100%計。
- 100萬點至200萬
點者，以75%計。
- 大於200萬點者，
以50%計。

2. 產前檢查 次數(同診所)

- ≥ 8 次，核發100 %。
- 6至7次，核發75 %。
- 4至5次，核發50 %。
- ≤ 3 次，不予核發。



生產案件 補助點數加成

當年度施行區域內未有提供生
產服務之第一家新開業且提供
生產服務之特約西醫基層診所，
其每例生產案件依前款核發之
補助點數**加成50%**。



預算執行數及執行率

預算執行情形

分區別執行情形

項目\年別	109年	110年
預算數(百萬元)	50	50
執行數(百萬元)	5.21	19.46
預算執行率	10.42%	39%

■ 109新增專款項目，於109年5月27日健保署公告。
 ■ 110年全年預算為 50 百萬元，執行數為19.46 百萬元，預算執行率為39%。

分區/年別	109年			110年		
	執行 鄉鎮數	施行 鄉鎮數	占率	執行 鄉鎮數	施行 鄉鎮數	占率
臺北	1	44	2.27%	0	44	0.00%
北區	1	36	2.78%	2	36	5.56%
中區	2	55	3.64%	8	56	14.29%
南區	2	64	3.13%	5	64	7.81%
高屏	0	64	0.00%	0	64	0.00%
東區	0	29	0.00%	0	29	0.00%
總計	6	292	2.05%	15	293	5.12%

■ 110年施行鄉鎮數共計293 個，執行鄉鎮數總計15個，包含北區2個、中區8個、南區5個、台北區、高屏區及東區則無，施行占率為 5.12%。



醫療服務提供及執行狀況

- 110年共計有15家診所申請參與計畫，中區8家最多。
- 15家申請參與診所皆有獲補助，實際補助生產案件數全區共計3,819件，中區1,951件最多。
- 補助醫療費用點數全區共計1,945.8萬點，以南區945.1萬點最多，其次為中區942.8萬點。
- 不符補助案件數共計310件，中區203件最多，其次為南區98件，經瞭解不符補助案件之原因分析，皆因同一診所產前檢查次數不足3次，不符本方案補助條件，爰不予補助。

項目\分區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
申請參與計畫家數	0	2	8	5	0	0	15
實際補助家數	0	2	8	5	0	0	15
申請補助案件數	0	87	2,154	1,888	0	0	4,129
不符補助案件數	0	9	203	98	0	0	310
實際補助案件數	0	78	1,951	1,790	0	0	3,819
補助醫療費用點數(萬)	0	57.9	942.8	945.1	0	0	1,945.8



申請補助案件與孕產期檢查次數

- 生產案件補助點數依孕期產前檢查次數，而有不同核發比例，如同一診所產前檢查 ≥ 8 次，將核發100%、同一診所產前檢查 ≤ 3 次，則不予核發。
- 110年全區申請補助之生產件共計4,129件，其中2,687件於同一診所產前檢查次數 ≥ 8 次，占率最高為65.1%，產前檢查6或7次共779件，占率為18.9%，產前檢查4或5次共353件，占率為8.5%，產前檢查 ≤ 3 次共310件，不予核發，占率為7.5%。



項目\分區	核發比例	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	占率
同一診所產前檢查 ≥ 8 次	100%	0	44	1,329	1,314	0	0	2,687	65.1%
同一診所產前檢查6或7次	75%	0	22	437	320	0	0	779	18.9%
同一診所產前檢查4或5次	50%	0	12	185	156	0	0	353	8.5%
同一診所產前檢查 ≤ 3 次	0%	0	9	203	98	0	0	310	7.5%



目標達成情形

分區\年別	108年	109年	110年
台北	3	2	0
北區	2	2	4
中區	9	9	13
南區	5	5	6
高屏	0	0	0
東區	0	0	0
全區	19	18	23

診所家數

■ 本計畫之執行目標之一是希望能達到計畫執行地區提供生產服務之**基層診所**至少維持**109年家數**，以提升偏鄉地區產婦的醫療照護可近性。
110年計畫執行地區提供生產服務之診所為23家，較**109年18家增加5家**。

各分區生產件數

■ 本計畫之執行目標之二是希望**基層生產服務量**較**109年**增加。
 ■ 110年計畫執行地區生產件數為4,169件，109年為5,112件，生產件數未能達成預期效益，因社會環境改變及少子化等複雜因素影響，我國生育率亦逐年下降。

分區\年別	108年	109年	110年
台北	445	376	0
北區	162	154	87
中區	3,030	2,610	2,192
南區	2,340	1,972	1,890
高屏	0	0	0
東區	0	0	0
全區	5,977	5,112	4,169



結語

執行地區提供生產服務之診所較109年增加3成。



依實際執行情況，持續滾動式修正計畫內容，如110年修正申請規定，以期能鼓勵並支持每一位願意於偏鄉地區服務之診所產科醫師。

期許未來符合申請條件之診所皆能申請參加計畫，鼓勵更多診所有意願投入生產照護服務。

4 強化基層照護能力 「開放表別」

以民眾需求為導向，增加民眾就醫方便性 -新增62項開放表別項目

早期發現有心臟問題之民眾



超音波心臟圖(包括單面、雙面)(18005C)、杜卜勒氏彩色心臟血流圖(18007C)、攜帶式心電圖記錄檢查(18019C)、頸動脈超音波檢查(20013C)

提升孕婦及婦女照護品質

▶ 「胎兒、臍帶、或孕期子宮動脈杜卜勒超音波(18037C)」、「陰道超音波(19013C)」

照護罕見疾病治療(乾癬)

▶ 光化治療一天(51018C)、光線治療(包括太陽光、紫外線、紅外線)一天(51019C)、皮膚鏡檢查(51033C)

開放門診手術項目減少急診壅塞

▶ 「腱、韌帶皮下切斷手術(64089C)」、「局部皮瓣(1-2公分)(62046C)」、「局部皮瓣(2公分以上)(62047C)」等12項



pixta.com - 46678309



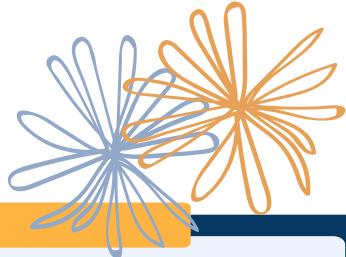
納入開放表評估條件

- 1 以「可壯大基層醫療」、「後續可在基層院所繼續治療」及「排除院前診所為軍備競賽施行之項目」為原則，強化基層照護能力。
- 2 除考量民眾照護需求以及醫師專業立場外，應同時考量健保財務預算。
- 3 是否達到健保署推動「分級醫療」之預期效益。
- 4 單一或多科別可申報，如何有效管控申報情形。
- 5 併考量納入健保支付項目後，是否限縮原自費空間。





執行情形



開放年度	開放數	106年 執行率	107年 執行率	108年 執行率	109年 執行率	110年 執行率
106年度	25項	53.7%	91.3%	151.9%	57.6%	35.1%
107年度	9項		29.7%	66.1%	83.0%	89.3%
108年度	11項			20.9%	35.4%	43.1%
109年度	17項				5.1%	19.8%
110年度	5項					8.6%
執行率		53.7%	63.9%	79.0%	50.1%	44.7%

➤ 醫院及西醫基層總額部門門診申報件數 單位：萬件(%)

總額部門	109年	110年
醫院	9,720.0(-3.28%)	9,397.9(-3.31%)
西醫基層	16,695.3(-11.63%)	14,945.5(-10.48%)



- ✓ 單一年度開放項目，逐年遞增。
 - 106年開放25項，預算執行率在108年高達151.9%。
 - 107年新增開放9項，執行預算率由29.7%逐年上升至110年89.3%。
- ✓ 西基層層109-110年門診量下降10-11%，民眾就醫需求延遲。





衍生費用



衍生費用，係由一般服務預算支給（診察費、藥費、藥服費等），每年約申報1.5億至6.6億點，約是專款費用的0.7-1.6倍。

年度	項目數	就醫人數	專款費用	醫療費用 B	由一般服務費用支應費用 (衍生費用) C=B-A
			開放表別項目費用A		
106年	25項	353,313	136,739,498	285,321,528	148,582,030
107年	34項	667,549	352,340,286	613,803,318	261,463,032
108年	45項	1,204,413	576,679,596	1,210,468,725	633,789,129
109年	62項	587,176	427,665,469	885,689,073	458,023,604
110年	67項	553,849	427,611,003	1,090,942,328	663,331,325



未來建議



- ✓ 開放表別有遞延效應，當年度無法完全反應預算。
- ✓ COVID-19疫情持續蔓延，建議仍需維持基層醫療服務量能及範疇。
- ✓ 評估現行開放且申報費用穩定項目，導入一般服務費用及其衍生費用（診察費、藥費等）之可行性。

5

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

計畫目的

94年

醫院專款

- ✓ 罕見疾病及血友病藥費(新增)

104年

醫院專款

- ✓ 罕見疾病及血友病藥費
- ✓ 罕見疾病特材(新增)

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

106年

醫院專款

- ✓ 罕見疾病及血友病藥費
- ✓ 罕見疾病特材
- ✓ 後天免疫缺乏病毒治療藥費(新增)

推動分級醫療，擴大服務量能

108年起

醫院專款

西醫基層專款(新增)

- ✓ 罕見疾病及血友病藥費
- ✓ 罕見疾病特材
- ✓ 後天免疫缺乏病毒治療藥費

經費來源

1

罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病治療藥費及罕見疾病特材

- ✓ 專款費用(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。



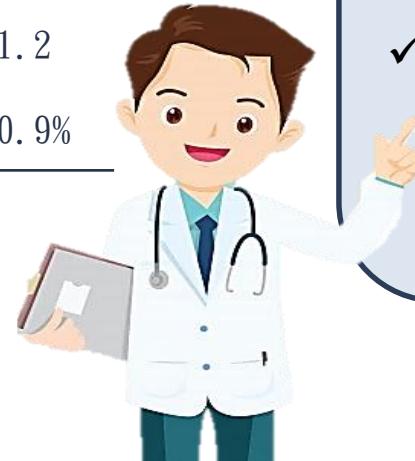
2

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

- ✓ 專款費用(11百萬元)。
- ✓ 衍生費用併入各分區一般服務費用結算。

110年執行情形及成效評估

項目	治療藥費			衍生費用
	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材治療藥費	後天免疫缺乏病毒治療藥費		
全年預算數(百萬元)	55.0	55.0	11.0	
執行數(百萬元)	0.3	0.1	1.2	
預算執行率(%)	0.5%	0.3%	10.9%	



✓ 或許大都先由醫院確診予以照護，已具有相當信任關係，建議未來醫院可下轉穩定之民眾，由基層醫師持續照護。

✓ 仍有病患願意留在基層診所就近看病取藥之需求，建議該項專款費用仍維持。

6 新增醫藥分業地區 所增加之藥品調劑費用



計畫目的及經費來源



計畫目的

- 配合醫藥分業政策，費協會91年公告規定「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。



經費來源

- 106年以前，其他預算「其他預期政策及調節非預期風險所需經費」支應。
- 107年度起，專款項目支應。



執行情形



分區\年度	106年	107年	108年	109年	110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%	



106-110年執行情形

- ◆ 無新增地區。
- ◆ 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。
- ◆ 為避免各區費用分配不公，建議以專款支應持續觀察追蹤。

7

全民健康保險保險對象 代謝症候群管理計畫



前言

- 代謝症候群被認為與腦血管疾病等慢性疾病併發症密切相關。
- 早期介入，醫病雙方共同參與健康照護決策，改變生活型態，提升民眾健康質能。
- 代謝症候群計畫建構在成人預防保健架構下的延伸：
 - 擴大照護年齡。
 - 及早發現慢性病潛質病人。



經費來源與計畫目標

經費來源

- 「代謝症候群防治計畫」專款3.08億。

計畫目標

預期目標

提供10 萬名代謝症候群個案疾病危險因子管理服務。

預期效益與指標

個案完整照護達成率 $\geq 30\%$ 。



111年計畫重點 - 院所及醫師資格

研議重點

- ① 擴大參與度及覆蓋率，納入有申辦成健或糖尿病共照網認證之醫師免參與訓練課程。
- ② 應所有醫師都參與預防保健訓練，強化代謝症候群概念，精進醫師專業深度，不需再有單獨的教育訓練課程。

計畫條文

- ① 有申辦成人預防保健服務之本保險特約西醫診所。
- ② 具有家醫科、內科專科醫師、有申辦成健或糖尿病共同照護網認證之醫師資格者免參與本計畫訓練課程。
- ③ 醫師公會全聯會、內科醫學會及家庭醫學會可辦理教育訓練課程提供有需要者(4小時)。



111年計畫重點 - 收案對象

研議重點

- ① 服務對象為40歲以上之民眾，易忽略20-39歲慢性病潛質的病人。
- ② 預算有限及目前仍在疫情期，應減少民眾出入醫療機構次數，建議每一診所收案人數100人為限。
- ③ 未來再視預算額度情形放寬。

計畫條文

- ① 年齡為20~64歲之保險對象，符合下列任三項指標者：
 - 1)腰圍：男性 ≥ 90 公分，女性 ≥ 80 公分或身體質量指數(kg/m²)BMI ≥ 27 。
 - 2)飯前血糖值(AC)： ≥ 100 mg/dl，或已使用藥物治療。
 - 3)血壓值：收縮壓 ≥ 130 mmHg，舒張壓 ≥ 85 mmHg，或已使用藥物治療。
 - 4)三酸甘油脂值(TG)： ≥ 150 mg/dl，或已使用藥物治療。
 - 5)高密度脂蛋白膽固醇值(HDL)：男性 <40 mg/dl，女性 <50 mg/dl，或已使用藥物治療。
- ② 每一診所收案人數上限為100名，不得為全民健康保險各醫療給付改善方案收案名單或與其他特約醫事服務機構重複收案。



111年計畫重點 - 服務內容

確實告知收案及解釋本計畫內容

初期評估及持續性定期追蹤，調整健康策略

醫病雙方共同決策，訂定目標

提供衛教指引、血壓722紀錄表、協助轉介服務等

資料完備登載，上傳VPN系統



111年計畫重點 - 評核指標

每項指標需進步5人以上才得分

1

代謝症候群改善率

2

個案完整照護達成率

3

介入成效率

以五項指標進步程度為主	
① 診所收案個案之腰圍(男性 ≥ 90 公分,女性 ≥ 80 公分)減少3公分以上或身體質量指數BMI(≥ 27),下降1以上。	④ 診所收案個案之 <u>低密度脂蛋白膽固醇</u> ,原130mg/dl以上下降10%(<u>臨床管理從HDL改為LDL</u>)。
② 診所收案個案之 <u>糖化血紅素</u> ,原 $>7.5\%$ 下降10%(<u>臨床管理從AC改為HbA1C</u>)。	⑤ 診所收案個案之三酸甘油脂,原200mg/dl以上降到150mg/dl以下。
③ 診所收案個案之血壓,收縮壓140mmHg以上降至130mmHg以下,及舒張壓90mmHg以上降至80mmHg以下。	⑥ 診所收案之吸菸個案經醫療人員用藥或衛教指導後, <u>期末自訴未再吸菸者</u> ,或受轉介戒菸服務個案經戒菸服務醫事機構評估為 <u>戒菸成功者</u> (於3個月或6個月戒菸結果追蹤7天內無吸菸者)。



國健署視戒菸為代謝症候群管理的重要因子，涉及相關費用由國健署公務預算支應



111年計畫重點 - 紿付項目及支付標準(2/2)

■ 基本承作費

支付標準	點數	內涵/支付方式
收案評估費	900點	含部分檢驗檢查項目640點(TG、LDL、HbA1C、TC)。
追蹤管理費	200點	<ol style="list-style-type: none">每年度至多申報3次，每次間隔12週。配合協定事項，同一個案於全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫收案者，不得重複支付該計畫個案管理費及本項費用為原則。
年度評估費	500點	<ol style="list-style-type: none">追蹤管理費申報後12週才能申報，最多1次。失聯、死亡或拒收案者不得申報。



111年計畫重點 - 紿付項目及支付標準(2/2)

獎勵費

設立獎勵門檻(鑑別度)，
配合健保署檢驗上傳政策

獎勵費 項目	點數	備註
院所品 質獎勵	1. 10,000點	<u>至少收案30名</u> ，及年度檢驗檢查上傳率 $\geq 50\%$
	2. 5,000點	1. 品質指標得分排序前25%之診所。 2. 品質指標得分排序大於25%至50%之診所。
新發現	每位150點	1. 收案後發現40歲以下個案具有腦血管、心臟病等疾病，且開始追蹤治療者。 2. 每位獎勵一次。
照顧個 案進步	每位500點	1. 未達標之代謝指標，年度評估時， <u>任三項指標</u> 達成即核付，同一個案獎勵一次。 2. 腰圍：減少3%。 3. 血壓：收縮壓降至130mmHg以下，舒張壓降至85mmHg以下。 4. 飯前血糖、三酸甘油脂、低密度脂蛋白膽固醇： <u>達成收案時「代謝症候群疾病管理紀錄表」</u> 中，醫師依病況與病人共同訂定之飯前血糖個人目標值。

獎勵費 項目	點數	備註
提供戒 菸服務	500元	1. 完成國健署戒菸訓練課程並取得服務資格，且首次提供戒菸服務之醫師。 2. 獎勵費用由國健署支應。
提供戒 檳服務	100元	1. 評估戒檳動機、指導等，每次獎勵100元，每位個案300元為上限。 2. 獎勵費用由國健署支應。

醫病共同決策，
設定目標



檢討與改善

健保會委員提出之建議重點

1

應增加目標照護人數

2

反映整體效益的量化指標

3

檢討支付點數

4

個案進步獎勵需有客觀閾值

5

提高獎勵誘因及鑑別度

6

藥物使用納入成效評估

未來方向

- ① 110年協商後多次與國健署、健保署研議；至111年6月尚未公告，計畫執行期不足半年。
- ② 本會將與健保署視計畫推動情形滾動式檢討，希冀能夠藉著本項計畫，磨合出以民眾自主健康為導向之健康管理模，
在未來的醫療服務上有一個新氣象，提升醫療服務價值。

8

提升心肺疾病患者心肺復健門診 pay for value論質計酬計畫



前言



- 心臟疾病病人出院後繼續門診復健治療比例相當低（低於15%）。
- 心肺復健因設備及專業人力需求更高且具專業風險性，心肺復健門診可近性不佳。
- 復健醫學會建議111年西醫基層新增心肺疾病照護論質計酬計畫，增加基層提供心肺復健門診誘因、提升心肺復健效果。



計畫經費來源及目標

經費來源

- 「提升心肺疾病患者心肺復健門診pay for value論質計酬計畫」專款970萬元。

計畫目標

短期目標

基層心肺復健人數超過170人，全國基層參與心肺疾病照護品質計畫達到21家，心肺功能有意義的改善達成率70%。

長期目標

基層院所心肺復健執行率 $\geq 36\%$ 。



承作資格及收案對象

院所及醫師資格

- ① 已具備申報42019或43031C資格之健保特約西醫診所，須組成團隊附上至少兩職類(含)以上之各職類名單、證書，以團隊方式提供服務。
- ② 具有復健科專科醫師資格者，並取得復健醫學會主辦之西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫訓練課程4學分。

收案對象

心肺功能不良（定義為最大耗氧量 $<5\text{METs}$ 、 $<73\%$ 年紀性別預測值或6分鐘步行測試 <500 公尺）仍在積極治療期且具有復健潛能病人。

- ① 醫院轉診（申報01034B、01035B）急性心肺疾病出院患者且基層復健專科診所接受（申報01038C）。
- ② 基層復健專科診所自行收案。





服務內容及評核指標

服務內容



初次心肺功能評估

心肺功能訓練

收案期間得進行36次復健整合治療，每一次治療時長需達1小時。

心肺危險因子調整改善

包含生活習慣改變、運動及飲食指導等。



心肺功能評估後測

心肺功能評估結果皆需填報「心肺運動功能評估報告」上傳至VPN系統。

評核指標

病人疾病復發率（包括再住院或再急診）

定義：收案6個月內病人因相同疾病再就診率 $<30\%$ 。

分子：門診治療過程中病人因急性心肺事件（再次心肌梗塞、心衰竭、肺阻塞發作、肺炎等）而急診或住院的人數。

分母：計畫總收案人數。

有意義的心肺功能改善比率 $>70\%$

定義：CPET (V02peak最大耗氧量或無氧代謝閥值耗氧量Vo2AT)較首次進步改善25%或6分鐘步行測試進步25%或100公尺以上。

分子：達到有意義的心肺功能改善之病患總數。

分母：所有接受此計畫下的門診心肺復健總人數。



給付項目及支付標準

■ 基本承作費

支付標準	內涵/支付方式
心肺疾病患者復健整合治療費(1,000點)	<ol style="list-style-type: none">1. 每人每日限申報一次，收案期間限申報36次，每次治療時間合計超過1小時。2. 不得同時申報診療項目42019C、43031C。
心肺復健治療評估費(300點)	<ol style="list-style-type: none">1. 每人限申報3次。2. 第二次、第三次：個案「病人心肺功能改善程度心肺運動功能評估報告」符合休息血壓及心跳下降，或自覺疲勞指數改善1分以上或六分鐘步行測試距離進步>20公尺以上。3. 第二次限執行復健整合治療費至少12次後申報，第三次為執行復健整合治療費36次或符合結案條件後申報。

獎勵費

收案人數至少10位之參與院所，獎勵個案符合心肺運動功能改善達到正常標準(最大耗氧量>5 METS或V02peak>73%年紀性別預測值或六分鐘步行測試>500公尺以上)，**每人500點**。



檢討與未來方向

- 本草案截至111年6月22日尚未公告，執行期間不足半年，且今年度編列之預算僅9.7百萬元，爰111年度目標收案人數訂為250人。
- 未來本會將與台灣復健醫學會、台灣心肺復健醫學會偕同健保署，仔細檢視計畫執行成效及西醫基層收案量能，針對計畫內容進行滾動式修正，以達成全國心肺復健執行率36%之收案目標，提升國人心肺功能及降低心血管風險。



9

跨部門項目

- 9.1 C型肝炎藥費
- 9.2 醫療給付改善方案
- 9.3 鼓勵院所建立轉診之合作機制
- 9.4 基層總額轉診型態調整費用
- 9.5 獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用



C型肝炎藥費

詳閱一般服務自選項目「西醫基層院所投入C型肝炎照護情形」

2025消除C肝



提升基層加入照護意願與金預防保健等級。

照護人數



基層照護人數逐年增加，110年總治療人數13,371人



持續推行



加強民眾健康知能，了解預防篩檢的必要及後續治療的重要性

基層C肝藥費

預算執行率超出編列，由其他部門、醫院部門流用。





醫療給付改善方案之照護情形

照護人數	107年	108年	109年	110年
糖尿病	198,529	246,940	299,752	339,049
氣喘	74,821	81,814	76,225	67,585
思覺失調症	1,741	1,628	1,506	1,500
BC肝追蹤	75,345	80,368	82,227	88,724
早期療育	75	114	131	135
孕產婦	10,775	9,705	8,997	8,062
慢性阻塞性肺病	1,206	1,406	1,287	1,364

照護率	107年	108年	109年	110年
糖尿病	36.7%	42.1%	46.4%	47.8%
氣喘	36.8%	38.6%	38.9%	40.4%
思覺失調症	14.1%	10.5%	12.6%	9.9%
BC肝追蹤	38.8%	41.5%	43.2%	44.8%
早期療育	0%	8.3%	33.3%	16.7%
孕產婦	22.8%	21.2%	21.5%	19.5%
慢性阻塞性肺病	39.2%	38.1%	42.3%	45.8%

- 給付改善方案人數最大的糖尿病給付改善方案，110年照護人數與107年相比成長近1.5倍，照護率達47.8%。
- BC肝追蹤管理人數也逐年成長。





參與糖尿病方案病人檢查率及透析發生率

■ 參與糖尿病方案病人之各項檢查率（與全國未參與方案病人比較）

參與糖尿病方案病人之各項檢查率—西醫基層					
項目	106年	107年	108年	109年	110年
HbA1C	81.30%	81.30%	82.3%	84.3%	86.4%
眼底鏡檢	61.00%	72.90%	62.8%	63.0%	58.2%
微量白蛋白	66.80%	61.70%	70.6%	73.2%	75.0%
未參與糖尿病方案病人之各項檢查率—全國					
項目	106年	107年	108年	109年	110年
HbA1C	50.6	46.80%	43.2%	40.4%	38.9%
眼底鏡檢	14.90%	13.90%	12.8%	11.7%	10.3%
微量白蛋白	25.6	24.50%	22.8%	21.5%	20.4%

■ 參與糖尿病方案病人之透析發生率

94-110年	洗腎患者數	累計之糖尿病患者	洗腎發生率
參與方案者	6	3,766	0.16%
曾參與方案者(中途退出者)	12631	176,764	7.15%
未參與方案者	3334	75,349	4.42%
合計	15,971	255,879	6.24%



參與糖尿病給付改善方案者，
重要項目檢查率為未參與者
的2倍以上。



參與糖尿病給付改善方案者，
洗腎發生率(0.2%)遠低於未
參與者(4.73%)。



107-110年西醫基層醫療給付改善方案

品質指標達成情形(節選)

項目/指標	年度	107年	108年	109年	110年
思覺失調症					
--六個月內精神科急性病房再住院					
(1)高風險病人	42.1%	33.3%	23.1%	30.8%	
(2)一般病人	25.0%	22.2%	19.5%	20.7%	
--固定就醫病人精神科急性病房					
(1)高風險病人	14.4%	10.8%	9.5%	9.2%	
(2)一般病人	8.1%	7.9%	6.2%	4.3%	
--高風險病人規則門診比率	-	-	-	83.2%	
B、C肝炎個案追蹤					
--完整追蹤率	65.8%	66.0%	68.1%	64.5%	
--GOT檢查人數	70,455	74,478	73,449	75,760	
--GOT檢查率	87.0%	93.6%	84.5%	82.1%	
--GPT檢查人數	70,557	74,496	73,376	75,781	
--GPT檢查率	87.1%	86.6%	84.5%	82.1%	
--腹部超音波檢查人數	77,138	81,933	82,152	86,525	
--腹部超音波檢查率	95.3%	95.2%	94.6%	93.7%	

思覺失調症今年度新增指標「高風險病人規則門診比率」，西醫基層達成比率為83.2%。

B、C肝炎方案腹部超音波的檢查率接近95%，而接受GOT、GPT檢查的個案人數亦超過7.5萬人，檢查率維持在八成以上。



給付改善方案醫界推動情形



提供社區民眾及病友衛教

- 屏東縣瑪家鄉的晨安診所，積極於當地衛生所及文化健康站進行社區血糖篩檢及預防保健醫師諮詢；組成病友團體，定期進行衛教。
- 台灣精神醫學會則錄製思覺失調症之衛教影片，讓民眾對思覺失調症的病癥及治療方式有更多的認識。

積極辦理繼續教育課程及研討會

- 台灣氣喘學會、台灣慢性阻塞性肺病學會與各縣市醫師公會合作，定期舉辦全民健康保險氣喘及慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案之教育訓練課程。
- 台灣基層糖尿病協會辦理「COVID時期 如何進行合適的糖尿病醫療照護」等繼續教育課程，討論在疫情衝擊之下，如何持續提供糖尿病患良好的照護。



鼓勵院所建立轉診之合作機制

「轉診樣態」於一般服務重點項目
「西醫基層轉診執行概況」敘明

支付標準規定

項目	點數
辦理轉診費-回轉及下轉	
01034B 使用健保署電子轉診平台	500點
01035B 未使用健保署電子轉診平台	400點
辦理轉診費-上轉	
01036C 使用健保署電子轉診平台	250點
01037C 未使用健保署電子轉診平台	200點
01038C 接受轉診門診診察費加算	200點

註:體系院所(含委託經營)不得申報。

檢討與改善

- 同體系院所應有明確定義；持續於健保署醫療服務共擬會議更新名單，在分級轉診政策下，落實分艙分流。
- 持續更新轉診各面配套方案，如轉診定義、系統、基層量能等，引導民眾正確就醫方向。

執行情形

	107年	108年	109年	110年
預算(百萬元)	129	258	258	258
執行情形	55.4	143.8	148.2	143.5
執行率	43%	55.7%	57.4%	55.6%

註：

- 1.資料來源：健保署西醫基層總額研商議事會議-每季點值結算報告。
- 2.107年自Q3實施。



基層總額轉診型態調整費用 (1/3)

107.7開始結算，詳細定義請參閱書面資料

結算條件

轉診成功案件

優先計算「轉診成功」，醫院申報「辦理轉診費_回轉及下轉」，診療項目者，基層院所接受前開轉診案件之日起6個月，該保險對象於基層總額部門申報之門診(含交付機構)案件點數。

自行就醫案件

門診(含門診的急診)案件

- 當月於基層就醫者，其主診斷自就醫年月往前3個月，均只在醫院就醫而未在基層就醫者。
- 當月以同一主診斷於基層總額申報門診案件點數x1.5計算。

住院案件

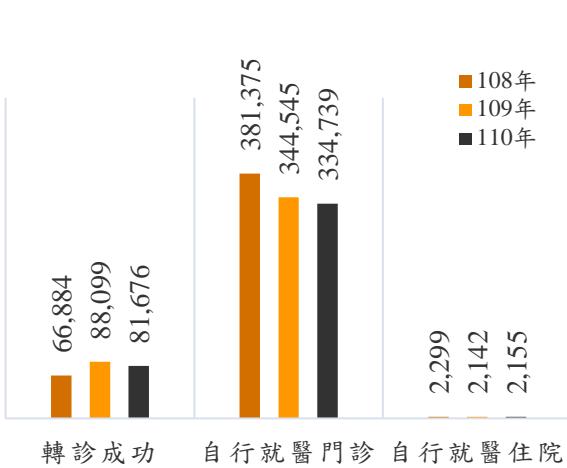
- 當月於基層就醫者，其主診斷前3碼自就醫年月往前3個月均只在醫院門診就醫而未在基層門診就醫。
- 自醫院住院離院後，2週內至基層總額申報門診案件點數。

億元	108年	109年	110年
預算	13.46	10	10
執行情形	10.42	12.07	12.67
不足		2.07	2.67

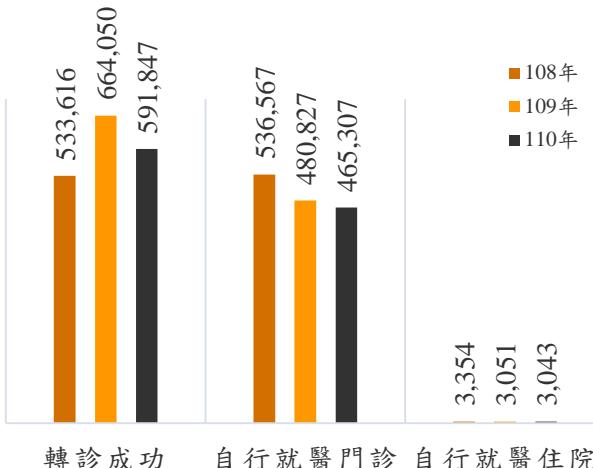


基層總額轉診型態調整費用 (2/3)

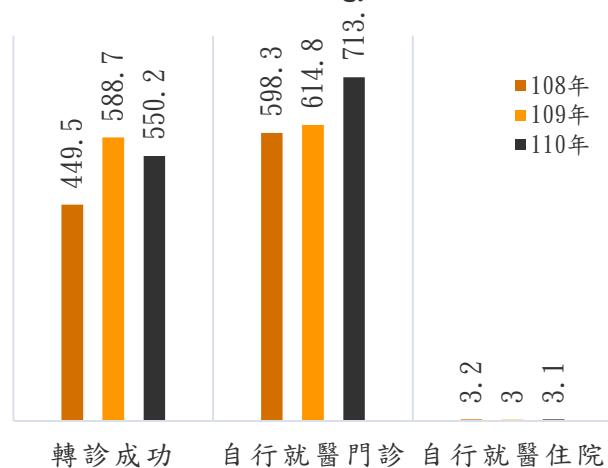
人數



件數



費用 (百萬元)



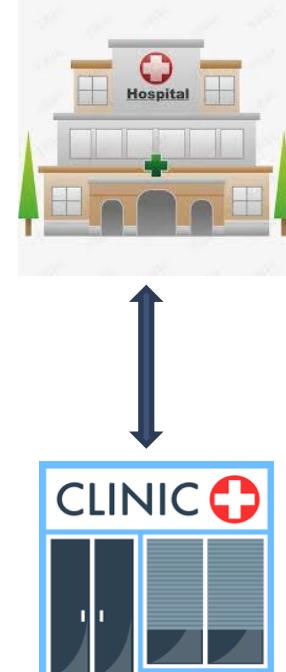
- 自行就醫人數高於轉診成功，故單從轉診支付來觀察轉診情形稍嫌不足。
- 下轉人數雖逐年下降，但醫療費用逐漸增加。



基層總額轉診型態調整費用 (3/3)

檢討與改善

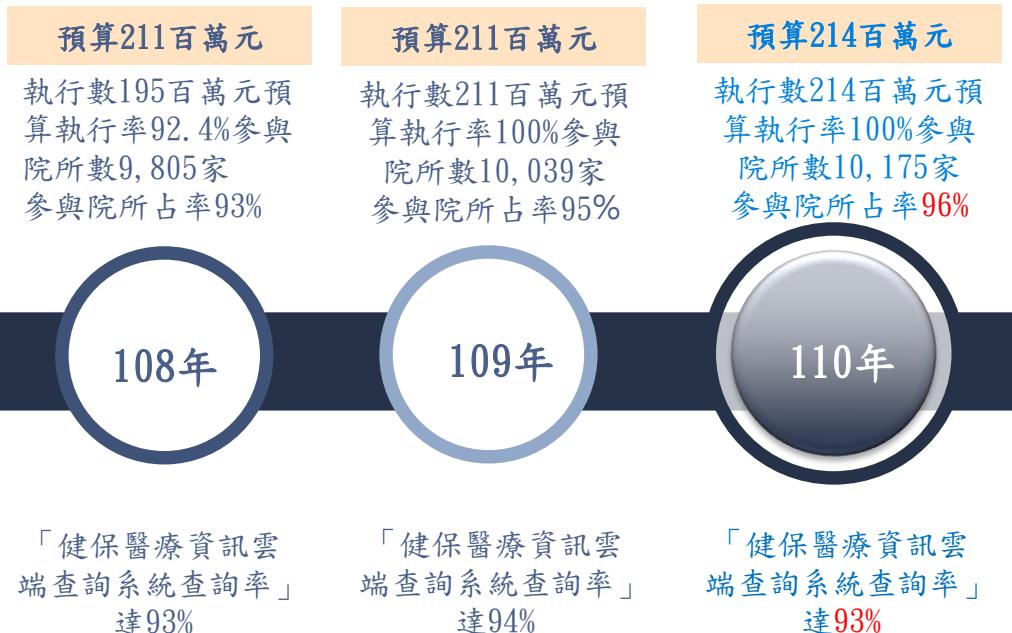
- 本項預算的運用，在於「病人的流動」，疫情期間更應持續監控。
- 自行就醫費用連續兩年高於轉診成功，預算應持續編列；惟111年預算縮減至8億元，且動支條件限縮於轉診成功案件。
- 應考量「醫院門診降載取消」及「延遲就醫」之情形，持續將自行就醫納入結算條件，並擴編預算至13.46億元。





獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用 (1/2)

110年西醫基層配合執行情形

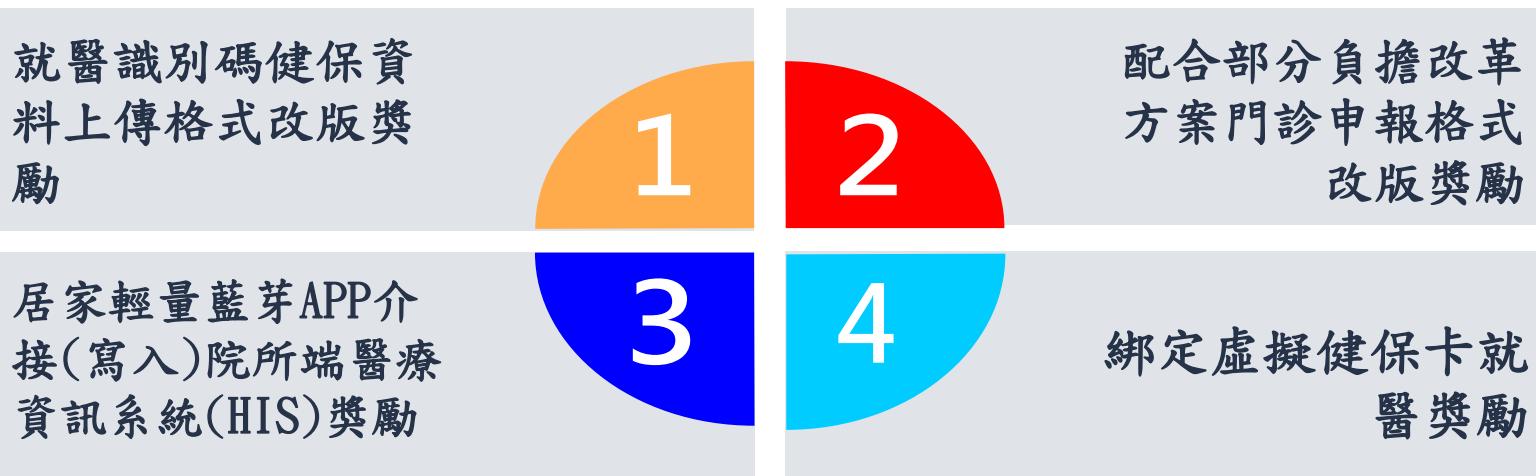


- 本會歷年皆全力配合政策執行，積極向基層會員宣導加入本方案，110年參與院所占率已增加至96%。
- 110年「健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率」達93%，近三年查詢率皆達九成以上。

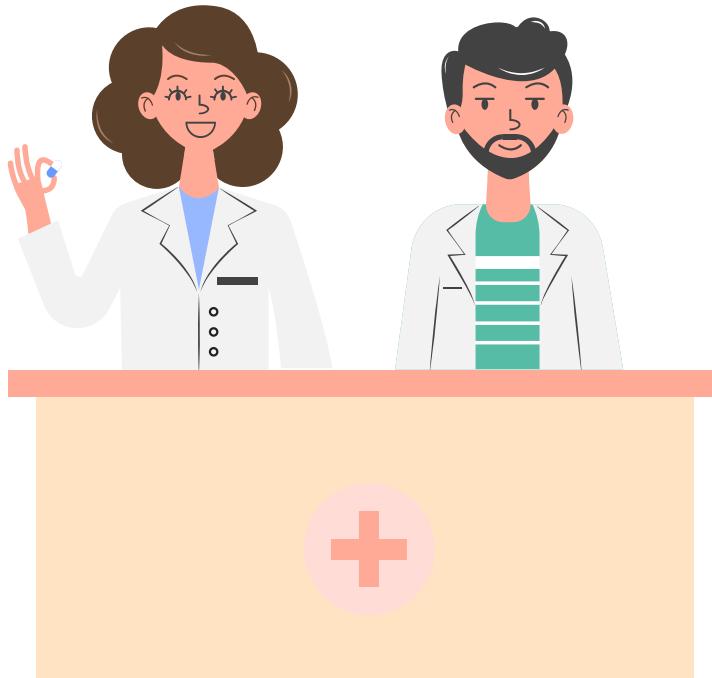


獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用 (2/2)

111年起新增「提升院所智慧化資訊機制」-獎勵費用規劃內容



各項新制措施皆涉及資訊軟體改版，本會已積極於111年4月邀集各家資訊廠商開會，互相溝通廠商端及診所端可能面臨到的問題，期能解決各項困境，同時瞭解雙方需配合事宜，以利未來相關作業能迅速且順利推動。



THANK YOU
FOR YOUR
ATTENTION