

全民健康保險各總額部門 111 年度 執行成果發表暨評核會議

會議手冊

時 間：112 年 7 月 17、18 日(星期一、二)

地 點：衛生福利部 1 樓大禮堂

主辦單位：衛生福利部全民健康保險會

目 錄

壹、議程.....	1
貳、會議規則.....	3
參、健保署及各總額部門執行成果報告	
一、健保署(含整體及跨部門預算)(見另冊)	
二、醫院總額(含一般服務、專案計畫).....	5
三、西醫基層總額(含一般服務、專案計畫).....	39
四、牙醫門診總額(含一般服務、專案計畫).....	87
五、中醫門診總額(含一般服務、專案計畫).....	211
肆、附錄	
一、各總額部門 111 年度執行成果評核之作業方式...	337
二、111 年度各部門總額及其分配方式公告.....	351
三、112 年度各部門總額及其分配方式公告.....	381

註：會議手冊及各總額部門執行成果報告電子檔，請至衛生福利部網站下載。

下載路徑：

衛生福利部首頁/本部各單位及所屬機關/全民健康保險會/公告及重要工作
成果/總額評核會議資料及評核結果/全民健康保險各部門總額評核會報告
投影片/112年全民健康保險各部門總額評核會報告投影片

壹、議程

全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議議程

日期：112 年 7 月 17 日、18 日(星期一、二)

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂(台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)

7 月 17 日(一)	報告內容	主持人/報告單位/評論人
09:00~09:15	報到	
09:15~09:20	開幕致詞	主持人：盧主任委員瑞芬
09:20~10:10	各總額部門(含門診透析)一般服務執行成果報告(50 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.各總額部門整體性、一致性項目執行成果 3.門診透析服務	報告單位：中央健康保險署 報告人：待提供
10:10~10:40	中場休息(30 分鐘)	(出席人員大合照)
10:40~11:10	跨部門及其他預算專案計畫執行成果報告(30 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.專案計畫/方案執行成效	報告單位：中央健康保險署 報告人：待提供
11:10~12:30	評論及意見交流(80 分鐘) (評論 30 分鐘，意見交流 30 分鐘，健保署回應 20 分鐘)	主持人：盧主任委員瑞芬 評論人：評核委員
12:30~13:30	午餐	
13:30~14:10	醫院總額執行成果報告(40 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：台灣醫院協會 報告人：游執行長進邦
14:10~15:10	評論及意見交流(60 分鐘) (評論 30 分鐘，意見交流 15 分鐘，部門回應 15 分鐘)	主持人：盧主任委員瑞芬 評論人：評核委員
15:10~15:30	中場休息(20 分鐘)	
15:30~16:10	西醫基層總額執行成果報告(40 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：醫師公會全聯會 報告人：林副秘書長恒立
16:10~17:10	評論及意見交流(60 分鐘) (評論 30 分鐘，意見交流 15 分鐘，部門回應 15 分鐘)	主持人：盧主任委員瑞芬 評論人：評核委員
— 第 1 天議程結束 —		

7 月 18 日(二)	報告內容	主持人/報告單位/評論人
08:50~09:00	報到	
09:00~09:40	牙醫門診總額執行成果報告(40 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：牙醫師公會全聯會 報告人：顏主任國濱、 林召集人鎰麟
09:40~10:40	評論及意見交流(60 分鐘) (評論 30 分鐘，意見交流 15 分鐘，部門回應 15 分鐘)	主持人：盧主任委員瑞芬 評論人：評核委員
10:40~11:00	中場休息(20 分鐘)	
11:00~11:40	中醫門診總額執行成果報告(40 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：中醫師公會全聯會 報告人：黃召集人頌儼
11:40~12:40	評論及意見交流(60 分鐘) (評論 30 分鐘，意見交流 15 分鐘，部門回應 15 分鐘)	主持人：盧主任委員瑞芬 評論人：評核委員
— 成果發表會結束 —		
12:40~13:30	午餐	
13:30~16:00	評核內部會議(不公開)	參與人員：主任委員、評核委員、本會同仁

註：依健保會 112 年第 2 次委員會議(112.3.22)通過之評核作業方式，提報重點如下：

- 1.簡報內容以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主，請以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 111 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。
- 2.111 年執行未滿半年及 112 年新增項目之執行現況及未來規劃，請一併提報。

貳、會議規則

會議規則

一、會議報告及發言時間之響鈴提醒如下：

(一)執行成果報告：

時間屆滿前 5 分鐘「舉牌提示」，時間屆滿前 2 分鐘「響短鈴 2 聲」，時間屆滿時「響長鈴 1 聲」。

(二)評核委員評論：

1.每位評核委員評論 10 分鐘。

2.時間屆滿前 2 分鐘「響短鈴 2 聲」，時間屆滿時「響長鈴 1 聲」。

(三)意見交流：

1.健保署場次預定 30 分鐘，四總額部門場次預定 15 分鐘。

2.每位發言時間 3 分鐘，時間屆滿時「響長鈴 1 聲」。

(四)受評單位回應：

1.健保署場次預定 20 分鐘，四總額部門場次預定 15 分鐘。

2.時間屆滿前 2 分鐘「響短鈴 2 聲」，時間屆滿時「響長鈴 1 聲」。

(為掌握會議時間，受評單位未及回應部分，請健保署及四部門於 7 月 28 日前提出回應或補充說明，以利併入評核紀錄，做為 113 年度總額協商參考)

二、會議進行時，手機請改為震動或關機。

參、健保署及各總額部門 執行成果報告

一、健保署(含整體及跨部門預算)
(見另冊)

二、醫院總額(含一般服務、專案計畫)

111年度 醫院總額部門執行成果報告-一般



台灣醫院協會
112.07.17

1

大綱

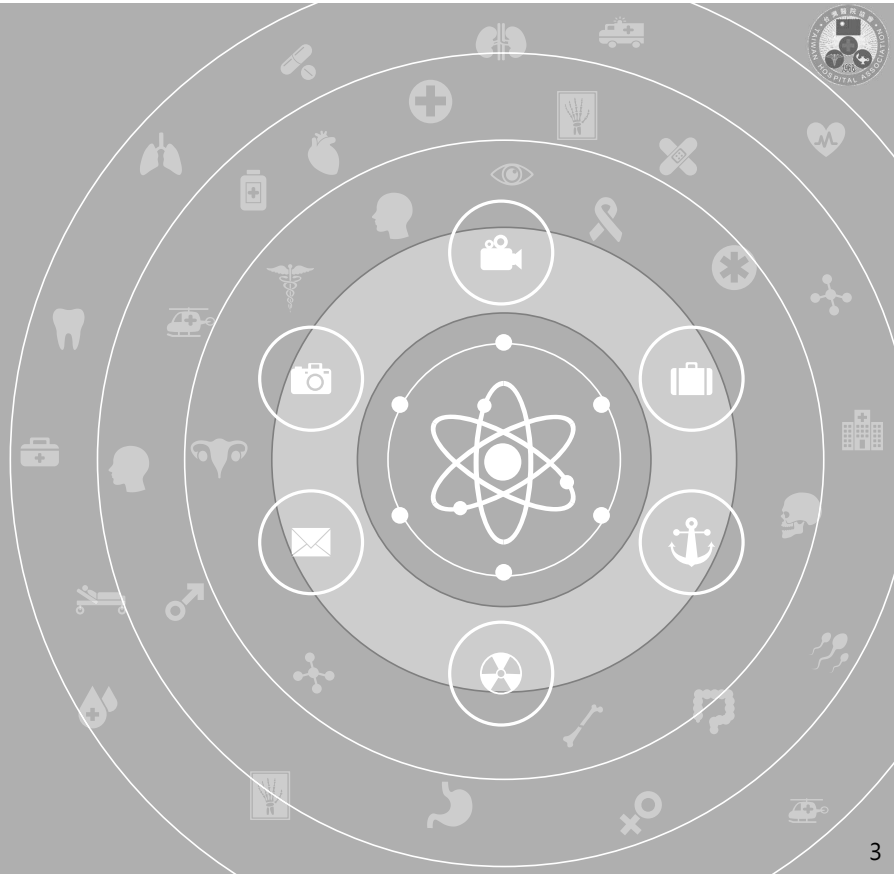
- 01 年度重點項目執行成果與未來規劃
- 02 111年評核委員評論意見及回應
- 03 維護保險對象就醫權益
- 04 醫療服務品質提升
- 05 協商因素執行情形
- 06 總額管理績效
- 07 COVID-19疫情醫療因應作為

2

1
TEXT

年度重點項目執行成果與未來規劃

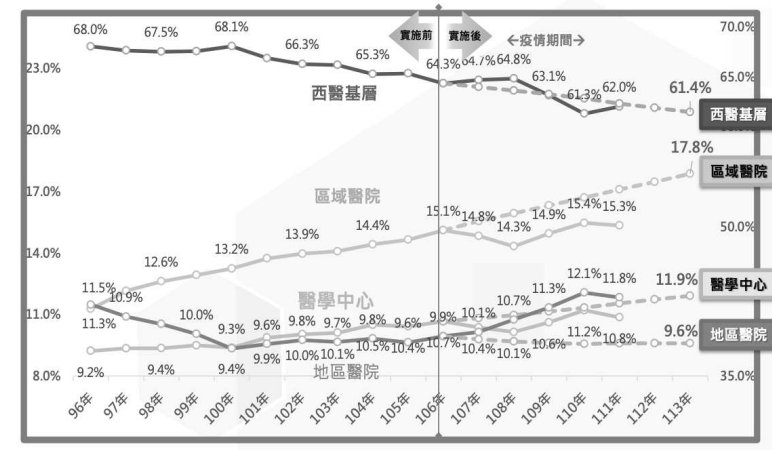
{ 參照書面報告P.1 }



3

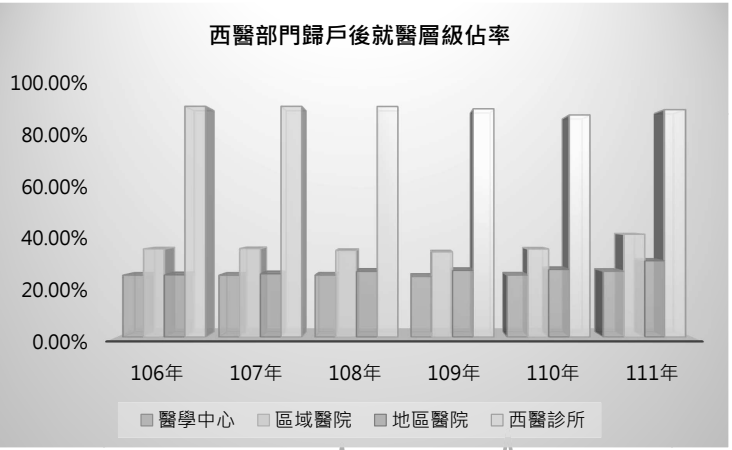
01-1分級醫療

分級醫療故事的開端



健保署透過大數據分析，就醫服務提供提出預警，直覺醫學中心及區域醫院的服務量一直增加而西醫基層及地區醫院一直在下降。爰，提出區域級（含）以上醫院應予門診減量。

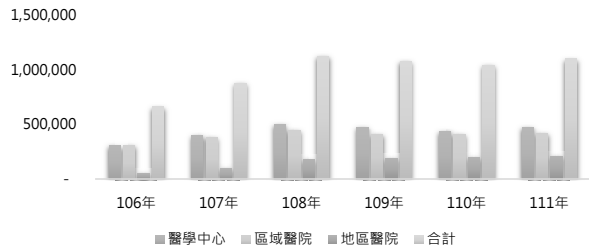
參據健保署所提供的全國西醫部門就醫人數經歸戶後的就醫層級佔率分佈
歷年來民眾就醫仍是基層院所佔率最大，區域醫院次之，然門診減量政策因COVID-19疫情因素，目前暫停實施



4

分級醫療相關執行策略推動後的成效

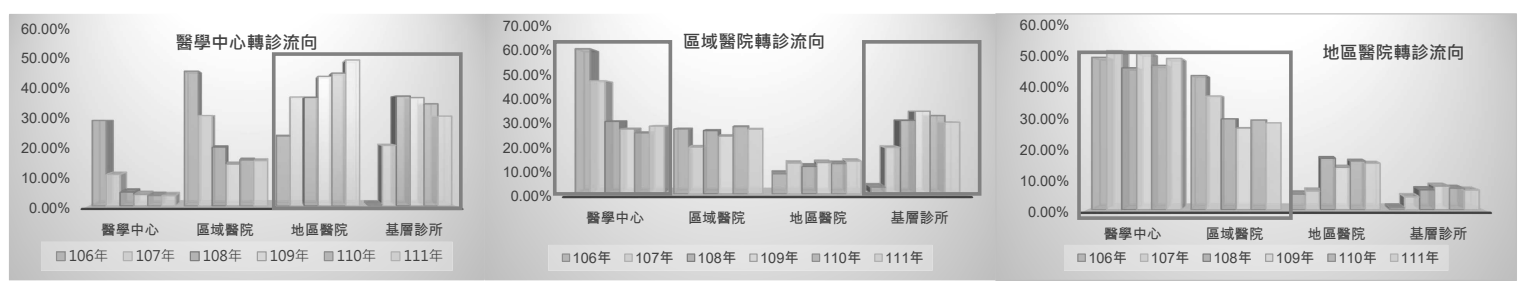
轉診件數層級分佈



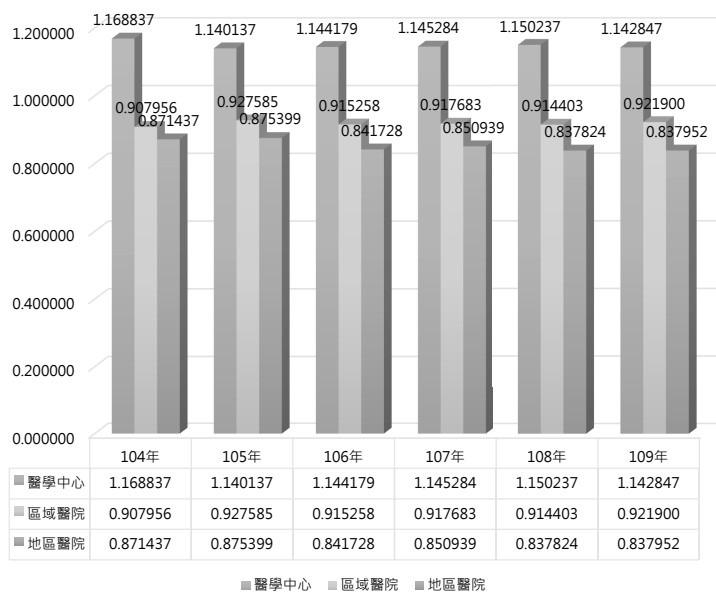
1. 醫院部門轉診案件整體逐年增加，惟各層級幅度不同
2. 各層級轉診流向配合所屬任務不同而有不同結果

轉診件數成長率	醫中	區域	地區	合計
107年	31.67%	25.06%	82.67%	32.77%
108年	24.63%	17.71%	82.41%	28.08%
109年	-4.49%	-8.84%	6.74%	-4.43%
110年	-7.76%	-0.27%	3.00%	-3.01%
111年	8.11%	2.67%	6.43%	5.67%

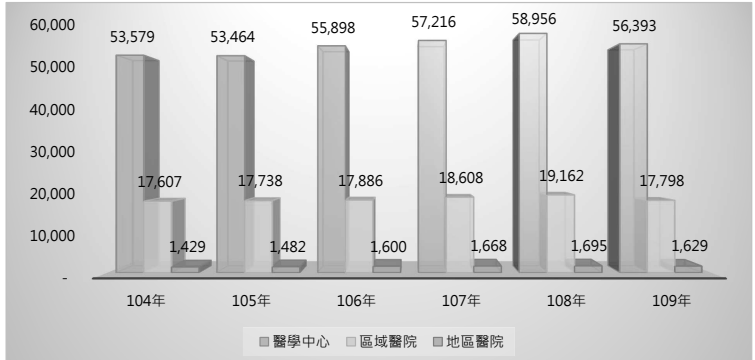
醫中：導向急性處理後下轉後續照護-地區醫院/西醫基層
 區域：中重度醫療照護，上轉醫中，下轉西醫基層
 地區：醫療守門員，後送醫中及區域。



以CMI評估分級醫療成效



從符合計算CMI之DRG案件量變動來看
 各層級DRG案件申報量相較前一年度都有成長
 109年因為COVID-19疫情因素各層級全力防治，住院案件皆因病房徵轉而減少健保案件。

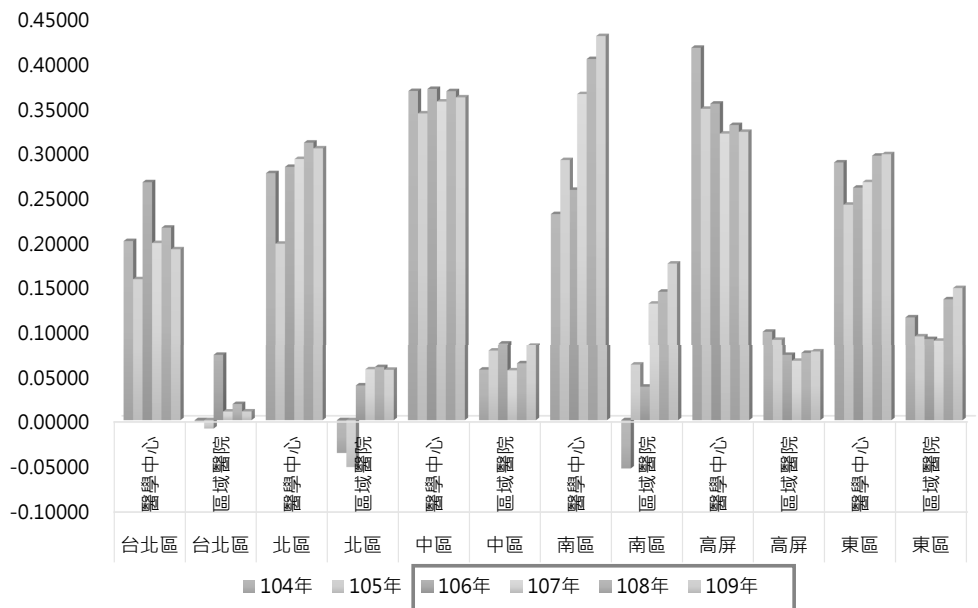


DRG件數成長率	105年	106年	107年	108年	109年
醫學中心	-0.21%	4.55%	2.36%	3.04%	-4.35%
區域醫院	0.74%	0.83%	4.04%	2.98%	-7.12%
地區醫院	3.71%	7.92%	4.26%	1.63%	-3.87%

單純從層級CMI值較難看出變化，醫院部門層級CMI值以醫學中心最高、區域醫院次之，地區醫院為第三



以CMI評估分級醫療成效的檢討



限制：

1. CMI目前僅限住院案件且各DRG權重自109年起每半年重新校正乙次，難回溯以某一年度為1
2. 醫界無法自行運算，必須商請健保署支援。
3. 只能單年比較，無法連續對比。

檢討：

1. 假定地區醫院的CMI為基本，醫學中心及區域醫院著重處理急重難症則其CMI值應為正值。
2. 分級醫療政策實於106年推行，醫學中心及區域醫院自106年起至109年CMI值悉數高於地區醫院CMI值，尤其南區醫學中心所呈非常標準。

展望：

評委於110年建議醫院部門思考採行Hierarchical Condition Category(HCC)指標來評估，擬於疫後再進行醫院部門內部討論。



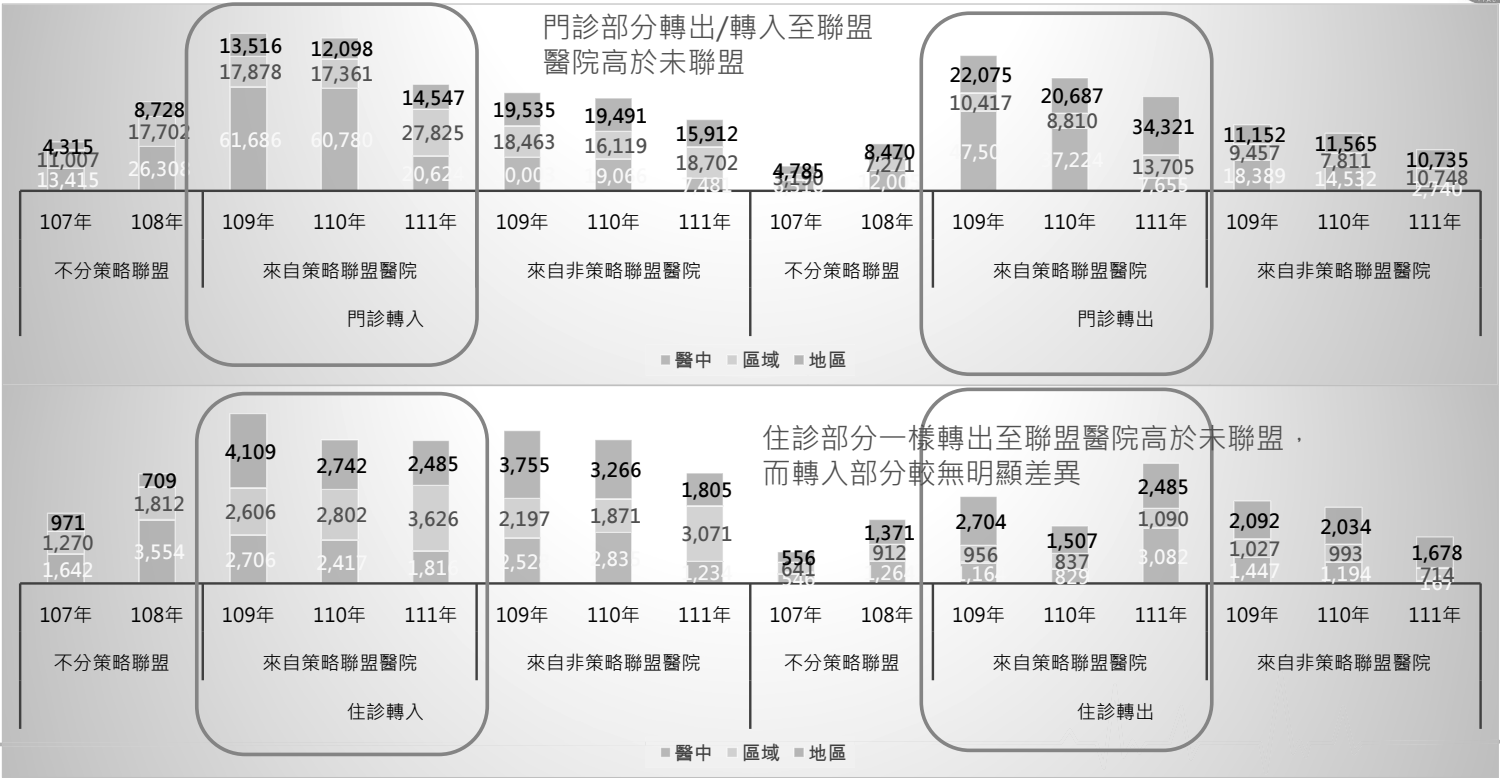
• 分級醫療與策略聯盟的關聯

分級醫療的精神除了妥適醫療資源的應用，區域級（含）以上醫院盡力專責於急重難症的診治，輕症及復康及追蹤等項就醫由社區暨基層診療承接，讓醫療資源用在刀口上。而醫院部門致力除上述內容，更進一步導向半開放醫院，鼓勵體系整合，透過合作取得經濟規模，達到醫院管理行政綜效，另就醫療合作上建置門住診綠色通道，強化民眾就醫信心，將口碑醫療效應再擴大至聯盟醫療體系，共同合作創多贏之局。

	107年	108年	109年	110年	111年
第一名	醫師支援看診	門診綠色通道	醫師支援看診	醫師支援看診	聯合採購
第二名	門診綠色通道	醫師支援看診	轉檢	轉檢	醫事行政支援
第三名	住診綠色通道	住院綠色通道	代檢	代檢	醫師支援看診

藉由調查發展，各級醫院已逐步建立院際間網絡般的策略合作，醫中網羅衛星醫院、區域建構平轉合作單位及地區串接上轉的後送單位，讓民眾安心就醫，減少醫療資源蒐尋時間。COVID-19後，合作形式產生變化，由原強化綠色通道的建立，轉由轉檢、代檢及醫師支援看診，近年烏俄戰爭、疫情所致通膨問題，醫院間必須透過聯合採購以降低營運成本。

院際間策略聯盟對分級醫療政策執行的效應



9

醫院部門各層級護病比增強達成比率



護病比加成率			14%	12%	9%	6%	3%	無加成	未填或護 病比為0
醫 學 中 心	護病比		<7.0	7.0-7.4	7.5-7.9	8.0-8.4	8.5-8.9	>9.0	
	符合月次	104年	9.9%	10.9%	30.1%	30.1%	10.0%	9.0%	0%
		105年	10.6%	15.7%	40.4%	26.9%	6.1%	0.3%	0%
		106年	13.8%	25.0%	44.6%	15.4%	1.3%	0%	0%
		107年	18.9%	30.4%	39.7%	10.6%	0.3%	0%	0%
		108年	10.7%	21.3%	47.0%	18.7%	2.3%	0%	0%
		109年	26.3%	34.0%	33.3%	6.3%	0.0%	0.0%	0.0%
		110年	44.7%	31.0%	17.7%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%
		111年	42.7%	35.0%	16.3%	6.0%	0.0%	0.0%	0.0%
區 域 醫 院	護病比		<10.0	10.0-10.4	10.5-10.9	11.0-11.4	11.5-11.9	>12	
	符合月次	104年	60.4%	11.7%	12.2%	5.8%	4.6%	5.3%	0%
		105年	60.1%	13.5%	11.2%	7.0%	4.2%	3.8%	0%
		106年	61.7%	16.7%	10.2%	5.5%	4.6%	1.3%	0%
		107年	67.6%	15.5%	7.4%	4.0%	4.7%	0.7%	0%
		108年	57.6%	17.2%	12.5%	4.5%	7.3%	1.0%	0%
		109年	68.4%	12.8%	8.4%	3.4%	6.7%	0.3%	0.0%
		110年	77.0%	8.8%	6.9%	2.5%	4.4%	0.4%	0.0%
		111年	78.8%	7.6%	4.9%	2.5%	5.5%	0.8%	0.0%
地 區 醫 院	護病比		<13.0	13.0-13.4	13.5-13.9	14.0-14.4	14.5-14.9	>15	
	符合月次	104年	84.9%	1.3%	1.8%	1.5%	1.2%	0.9%	8.4%
		105年	85.4%	1.4%	1.4%	0.9%	1.6%	0.4%	8.8%
		106年	90.0%	2.1%	1.3%	1.0%	0.9%	0.6%	4.0%
		107年	88.7%	1.4%	1.3%	1.0%	0.8%	0.5%	6.3%
		108年	84.2%	2.2%	1.6%	1.4%	1.6%	0.9%	8%
		109年	87.1%	2.1%	1.6%	1.9%	1.2%	1.3%	7.5%
		110年	86.2%	2.5%	1.7%	1.3%	1.0%	1.3%	2.8%
		111年	86.5%	1.8%	1.4%	1.0%	1.1%	1.1%	9.5%

彙整104年至111年各層級在不同加成率的護病比達成月次資料，各層級醫院近年都有達廣徵人力，調整護病比。區域醫院及地區醫院眾數都維持在照護小於10人及13人最佳組距範圍且佔率逐年增加。醫學中心由於工作任務相較其他層級在選訓留用的人才管理上都相對艱難些。近年來也有往達成護病比1.7的方向邁進，實屬不易。



提升護理照護品質，有關人力指標執行情形

項目	年	106年	107年	108年	109年	110年	111年
護理人力淨增加人數		2,250	2,581	2,412	1,284	632	212
—醫學中心		955	1,016	907	464	300	-128
—區域醫院		994	985	884	307	27	24
—地區醫院		261	555	621	485	294	317
平均每月實際於一般急性病床照護之護理人員數		31,577	31,307	31,423	31,588	32,341	31,926
—醫學中心		11,435	11,803	11,718	11,699	12,078	11,712
—區域醫院		13,064	13,311	13,070	13,042	13,072	12,920
—地區醫院		6,056	6,642	6,635	6,847	7,191	7,294
3個月以上年資護理人員離職率		2.44%	2.65%	2.39%	2.28%	2.28%	2.59%
—醫學中心		2.01%	1.92%	1.88%	1.64%	1.65%	2.07%
—區域醫院		2.46%	2.93%	2.57%	2.57%	2.50%	2.79%
—地區醫院		3.11%	3.26%	2.88%	2.89%	3.00%	3.03%
年資未滿2年之護理人員離職率				2.39%	1.77%	1.49%	1.42%
—醫學中心				1.06%	0.87%	0.69%	0.75%
—區域醫院				1.59%	2.23%	1.88%	1.48%
—地區醫院				3.33%	2.54%	2.21%	2.35%
2年以上年資護理人員比率		74.31%	75.22%	75.38%	76.78%	77.67%	77.68%
—醫學中心		78.97%	80.07%	80.34%	83.04%	83.05%	82.64%
—區域醫院		73.99%	75.70%	76.49%	77.30%	78.74%	79.16%
—地區醫院		66.95%	66.26%	65.49%	65.20%	66.34%	67.61%

對於專業勞力密集度高的醫療產業，人力的穩定高品質是營運績效的必要條件，尤其是護理。

近年藉由提升護理照護品質預算的編列，及醫院高度重視，終年不斷的招聘，護理總算是有所起色。

一場百年大疫，又將先前的努力往後退了好幾步，111年台灣同世界各國都面臨醫護等專業技術人力的大舉湧退（高離職率）。109年-111年年資未滿2年的職場新鮮人離職率高於108年，其因多與疫情有關，除對疫情病毒的恐懼、高風險高壓力的工作環境及家人勸退都是因素之一。

我們持續檢討，也將秉持努力改善的初心，繼續努力留人，也等待護理同仁回來的那一刻。

醫院部門在支付制度改革既定軌道上穩健前進

- ICD-10-CM/PCS全面上線，各級醫院HIS改版更新
- 106年台灣醫院協會承接醫院總額審查專案。著手提升醫院編碼正確性輔導作業，製作ICD-9及ICD-10對應檔
- 由醫院部門自發性設計編碼品質指標

- 健保署與本會共組Tw-DRGs工作小組，釐清來自各專科醫學會高達百項的疑問
- 雙方DRG分組進行討論
- 辦理健保申報疾分輔助專員編碼個案研修

- 醫院協會應健保署委託執行ICD-10-CM/PCS再轉版至2023年版，健保文件轉譯作業
- 全國醫院ICD編碼品質正確性進行輔導
- 辦理健保申報疾分輔助專員編碼個案

ICD-10-CM/PCS
2023年版
擬113年元月上
線

104年前

105年

107年

108年

109-111年

112年

Vision
合理支付制度

- 進行ICD-9-CM改版至ICD-10
- ICD-10-CM/PCS前置作業
- 含健保所有文件對應檔及系統變更準備

- 為妥適處理DRG的推動事宜，台灣醫院協會成立Tw-DRGs委員會，組立跨領域團隊
- 就DRG4.0通則、MDC組間費用進行討論並定時提供意見予健保署

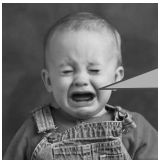
- 醫院協會應健保署委託執行ICD-10-CM/PCS2021年版，健保文件轉譯作業
- 全國醫院ICD編碼品質正確性進行輔導
- TW-DRG MDC分組檢討
- 雙軌政策的評估

政策就像蓋屋
地基不穩隨時都
有倒塌的風險

健保申報償付基礎ICD改版沒有想像中的簡單

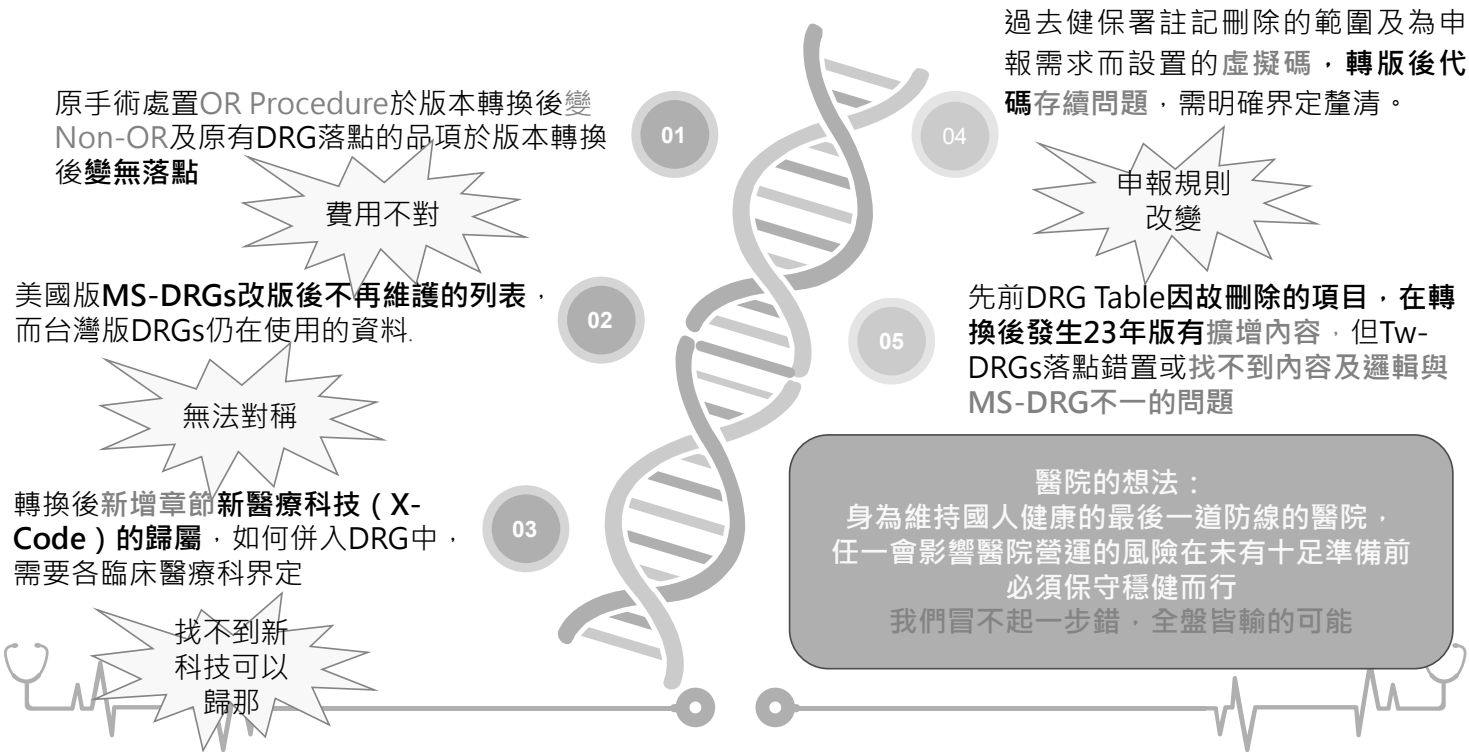
	ICD-9-CM	ICD-10-CM/PCS 2014版	ICD-10-CM/PCS 2021版	ICD-10-CM/PCS 2023版
編碼位數	疾病碼3-5碼 (純數字) 處置碼3-4碼 (純數字)	疾病碼 3-7碼 (英數碼) 處置碼7碼 (英數碼)	疾病碼 3-7碼 (英數碼) 處置碼7碼 (英數碼)	疾病碼 3-7碼 (英數碼) 處置碼7碼 (英數碼)
代碼數	診斷代碼數13,677 處置代碼數3,768 合計17,455	ICD-10-CM 69,101 ICD-10-PCS 71,957 合計141,058	ICD-10-CM 95,358 ICD-10-PCS 78,137 合計173,495	ICD-10-CM 96,802 ICD-10-PCS 78,530 合計175,332
疾病分類章節	17章	21節 (E-code意外及V-code中毒併入)	22節 (新增新科技、Extraction手術應用)	
編碼結構	字首為數字 含種類、病因/解剖位置/徵候	字首為數字或字母 ICD-10-CM 含：類別、病因、解剖部位、嚴重度、擴充 ICD-10-PCS 含：章節、身體系統、手術方式、身體部位、手術途徑、裝置物及修飾詞	字首為數字或字母 ICD-10-CM 含：類別、病因、解剖部位、嚴重度、擴充 ICD-10-PCS 含：章節、身體系統、手術方式、身體部位、手術途徑、裝置物及修飾詞	
其他	難與特材相結合	可併入特材管理	可併入特材管理 可處理現行申報不合及虛擬碼的問題	

看似只有34,274個代碼新增
實際是整個編碼邏輯都改變了。
(醫院部門不是只做23年版調整而是從21年版，做了二份工)
醫院所有涉及ICD疾病分類代碼應用：申報、品管、資訊、醫教等等全部都要變更，而且要保留對應檔才能讓年度資料於日後具有可比較可延續性。



醫院：另類抄家呀~

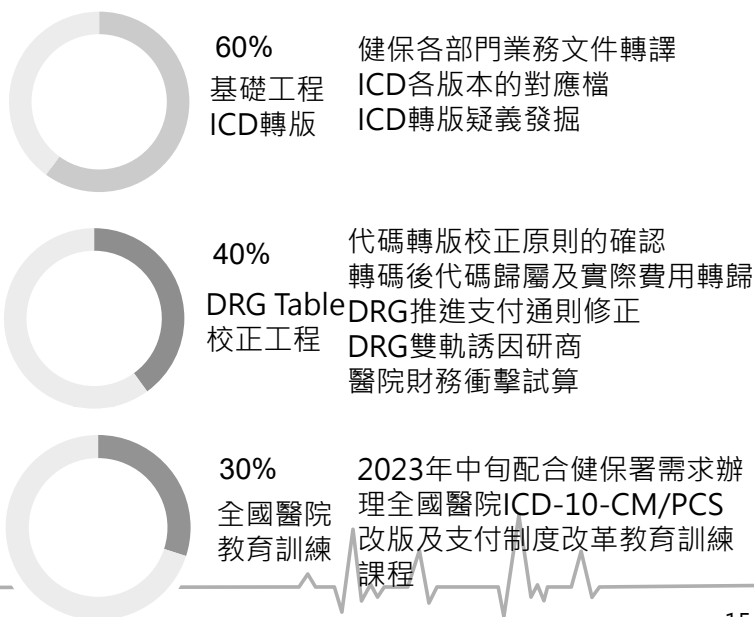
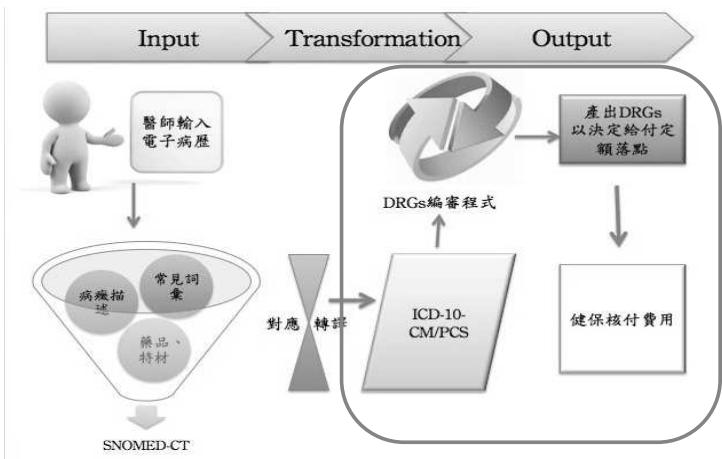
ICD-10-CM/PCS轉版產生DRG費用落點問題



01-4執行支付制度改革之必要基礎建設

醫院部門執行支付制度改革進度

1. 配合健保署作業規劃，先完成支付制度改革償付作業基礎-疾病分類ICD版本全面升級
2. 支援健保署把所有健保文件全面轉譯內容升級至ICD-10-CM/PCS2021年版（23年版趕工中）
3. 備妥ICD-10-CM/PCS各版對應檔（I9-I10，2014版對2021年版、2014年版對2023年版）
4. DRG編審系統、DRG費用落點校正
5. MDC分類、合併評估
6. 全區醫院教育訓練



15

01-5風險調整移撥款

應用風險調整移撥款打造醫療安全網絡

- 源於為平衡一般服務預算地區預算R值變動的預算重分配效應

風險款應用精神：
用於平衡各區醫療資源均衡發展、鼓勵各區強化醫療服務、促進區域內醫療體系整合。
預算不用於點值彌補

醫院部門的自我評量

項次	目標	達成否
1	平衡各區醫療資源均衡發展	有
2	強化醫療服務提供	
3	促進醫療體系整合	
4	預算沒有用來補點值	



16

醫院部門風險調整移撥款

Q：風險款如何回應地區預算公式R值的變動？

A：R值精神是錢跟著人走，醫院總額一般服務預算計算為分區投保人口，而風險款同樣是以人口為基礎，不同於擷取未被滿足之醫療需求人口。

Q：醫院總額風險款建議應再增編？

A：經過醫院部門實際執行風險款之各分區意見，鑑於風險款係由醫院部門一般服務預算中提撥而來，仍應以恆常醫療服務為優先考量，而風險款設定為互助、填補各分區弱點及強化須扶弱人口為目標，不適合一直擴編，對一般服務產生排擠效應，反客為主了。

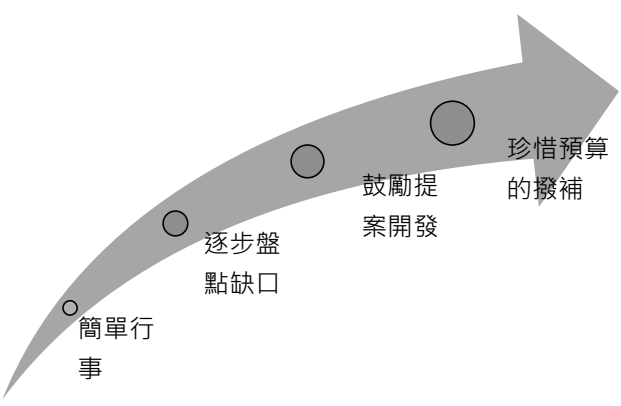
年度	風險款預算	分配方式
108年	1.5億	山地離島非原住民人口、偏遠地區人口、台閩地區原住民人口、重度以上身心障礙人口、低收入人口及6歲以下及65歲以上人口等6因子
109年	2億	
110年	2億	
111年	6億	A・2億（山地離島非原住民人口、偏遠地區人口、台閩地區原住民人口、重度以上身心障礙人口、低收入人口及6歲以下及65歲以上人口等6因子） B・4億（醫院總額地區預算RS值-107年至109年平均占率）
112年	6億	



108年至111年醫院總額風險款的蛻變

透過醫院醫療服務審查執行分會的平台，逐步導向專業自主管理，善用總額風險調整移撥款的預算支應。鼓勵各分區發展出屬於自己的特色

風險款定位為輔助預算（黏著劑）的角色，讓各分區希望填補的服務缺口，可以有適當的支援



衛生政策延續型 (台北區、北區、南區)

強化政策的落實性，提升缺乏執行誘因的項目，鼓勵醫院投入。如：居家醫療服務及整合、雁行計畫、C型肝炎防治、整體癌症陽追率

數位科技發展(中區、東區)

支援健保基礎建設的布建，如：虛擬健保卡、就醫識別碼、遠距傷口照護、遠距安寧照護。

疾病預防(東區)

糖尿病照護-糖尿病前期社區防治與介入、糖尿病共同照護跨院合作、高危險妊娠、整合性篩檢暨預防保健、慢性肝病照護計畫、衰弱長者服務。

醫療區域聯防(高屏、東區)

主動脈剝離手術病患照護跨院合作、腦中風經動脈取栓術病患照護跨合作、新生兒重症區域聯防與照護、急性心肌梗塞區域聯防、重大外傷區域聯防等。

111年醫院總額風險調整移撥款打造分區醫療安全網實績

各分區多數都達原設定之風險款執行目標值，但仍有部份受疫情因素影響而暫時未達標，將於次年再重新調整做法及方向。

• 高屏分會

--主動脈剝離手術病患照護跨院合作、腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作

- 建構高屏分區醫療體系系統合，串接衛生局EOC系統、醫院緊急醫療聯繫系統，讓危急病人不漏接。
- 主動脈剝離手術病患照護跨院合作、腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作連續三年具創下零轉出（排除病人自己要求）

• 東區分會

--轄區內策略規劃統整轄內17家醫院資源發展10多項計畫，擴及老、弱、婦、疾全方位。

- 花東國人平均餘命提升（110年提升0.88歲）
- 建置東區緊急醫療區域聯防（重大外傷、急性心梗）

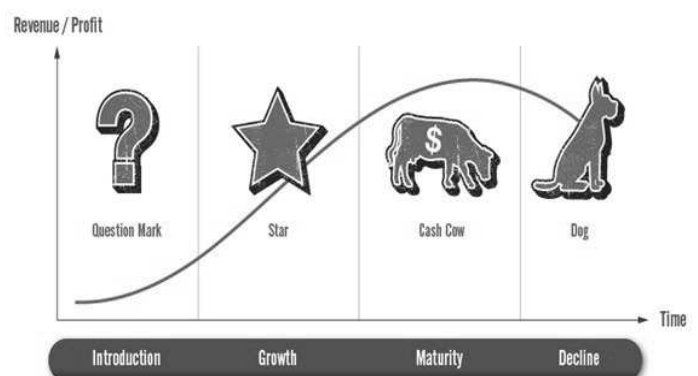
19

風險調整移撥款的未來構想



- 滿足未被滿足的醫療需求者的醫療需求
- 繼續輔助各分區發展在地醫療需求，提升照護國人的服務
- 激發各分區創意發展，成效卓越的項目或計畫擴展至全區
- 經評估提為次年或未來醫院總額的新增項目以爭取付費者認同，形成正式的支付項目推向全區執行。
- 創造正向發展多贏的局面。

BCG positions throughout the product life cycle



20

2



- 雖因COVID-19疫情影響，暫停門診減量政策，然若為均衡醫療資源分配，仍應強化區域級以上醫院之轉診服務
- 受疫情影響，分級醫療之轉診率在數量及結構均有明顯變化。建議善用個案管理追蹤、轉診與回復系統、健保雲端醫療資訊查詢系統或健保署檔案分析，瞭解民眾延遲就醫、就醫流向與軌跡，作為後續發展轉診合作模式之參考依據。
- 醫院部門認為不適宜以疾病嚴重度CMI評估分級醫療成效，原因之一為CMI僅限於住診，其實有多種風險校正方法可供參考，如美國CMS自2004年採行的HCC係以ICD-10-CM編碼分類，其涵蓋門住診，並考量年齡、性別等進行風險校正。



- COVID-19疫情關係，產生醫療服務與就醫行為的改變，很多指標結果或許都不如預期所構想的，是否為永久性變動，如就醫件數減少而點數反而增加了，是因為疫情所致，民眾減少到醫院就診，而會來醫院就診其疾病嚴重度增加所使醫療點數也隨之增加，我們也同評核委員所想分級醫療的政策在疫情後需要再與健保署就細節進行檢討，以期適度調整契合實際。
- 對於再強化區域級以上醫院於門住診轉診綠色通道、檢驗檢查等項目的合作，將於適當會議商請區域醫院協會及醫學中心協會共同努力推動。
- 就評估分級醫療成效指標的建議，醫院部門都虛心接受指導，美國CMS自2004年採行的Hierarchical Condition Category(HCC)，我們將於相關會議中再邀請各層級醫院協會共同研商。在未完成妥適討論前，我們仍會遵評核委員的指示續以CMI評估分級醫療成效。



3



- 建議112年積極推動DRGs
- 肯定健保署及醫院部門近年積極進行ICD-10-CM/PCS之校正，建議仍應積極將已更新校正分類編碼的疾病，於112年導入DRGs。
- 醫院對DRGs的認識與實務操作，經過多年的鑽研與模擬分析已充分掌握執行面的知識與技術，期能早日完備基礎建設，克服擴散普及的挑戰，透過支付制度的改革，達成醫界專業自主-保險效能提升-民眾健康維護的三贏境界。
- 支付制度改革攸關醫界源自健保資金收益與財務穩定性，尤其Tw-DRGs對管理制度與醫療行為衝擊不小，雖然醫院的謹慎與步步為營可以理解，但以醫院專業人才之充備，請加強與利益相關者之溝通，加速執行步調。
- 建議導入人工智慧技術、協助編碼作業、偵測、審查以強化品質監測。



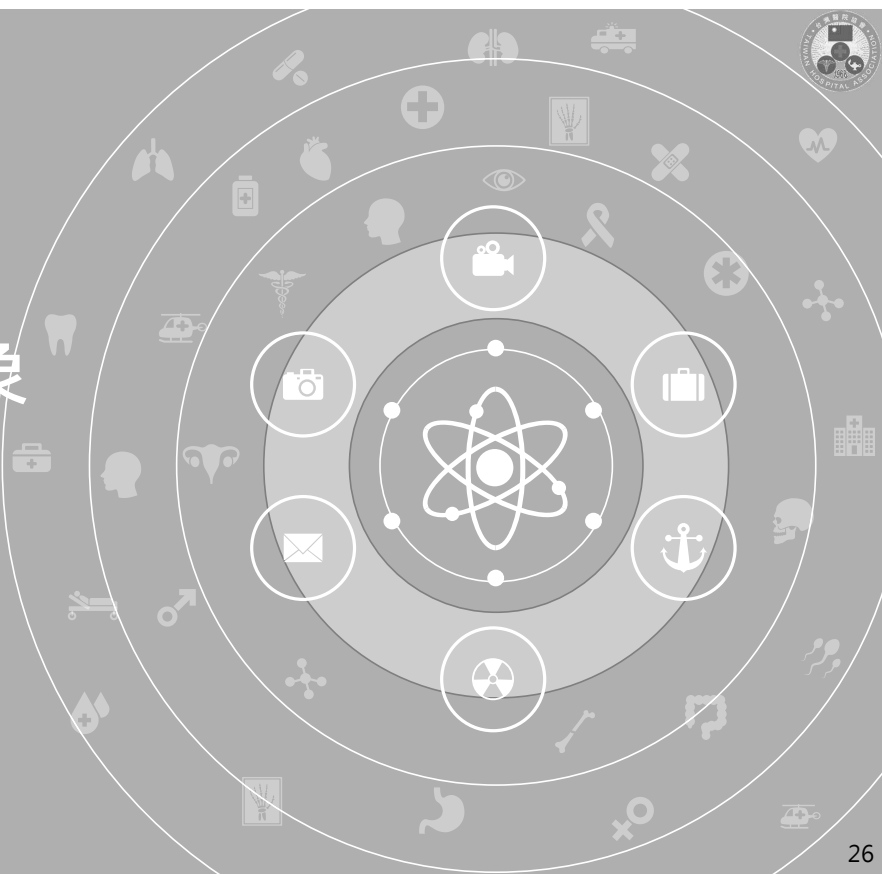
- 未來112年醫院部門配合國家政策擬於113年元月更換ICD-10-CM/PCS版本由原擬的2021年版再提升至2023年版，將再次進行一次全面性資料再校正，並啟動對全國醫院就ICD-10-CM/PCS改版進行教育訓練及宣傳
- 另就前述因版本轉換所產生的MDC診斷群再校正及DRGs分類表架構衝突、申報費問題排除與健保署續以共組工作小組形式研商逐一排除。詳見壹、年度重點項目執行成果與未來規劃-1持續執行支付制度改革所須之必要基礎建設。
- 另對於委員建議導入人工智慧技術、協助編碼作業、偵測、審查以強化品質監測乙項，已列入醫院部門醫院醫療服務審查執行會-編碼審查委員的年度工作目標中，擬試運用Power BI對編碼品質進行品質監測的可行性探討。



- 

- 醫院部門配合健保署政策指示推動整合性照護門住診服務多年，各級醫院皆視其臨床照護需求開設各式不同的整合照護門診等服務。
- 111年配合衛生福利部中長期改革政策，採試辦計畫辦理住院照整合照護服務，至111年底約計40家醫院加入試辦。
- 醫院部門認同因應高齡化、少子化需就醫療服務提供進行調整，惟醫護工作負荷、輔助照護人力的品質需要再三商榷，因若缺乏詳細的人力暨成本評估，一昧的急切推動，非但產生不了正面效果反而對目前日益吃緊的醫護人力造成二度傷害。

資料來源：健保署111年委託計畫
「111年度精進我國全民健康民眾就醫權益及為民
服務措施與政策民意調查」



111年醫療服務品質調查結果(問卷)

111年民眾對於整體醫療結果維持
97.6%
高滿意度。

指標項目	年	107年	108年	109年	110年	111年	補充說明
最近一次看診醫院的醫療結果滿意度							111年度醫院部門整體醫療結果滿意度為94.1%較110年提升，而肯定態度亦有酌升0.3%
--滿意		97.6%	96.8%	95.9%	93.2%	94.1%	
--肯定態度			98.4%	96.8%	97.3%	97.6%	
就醫過程滿意度							
醫院就醫民眾對醫師看病及治療花費的時間滿意度（肯定態度）		89.8%	89.1%	94.0%	90.5%	90.8%	111年度民眾對醫師看病及治療所花費的時間滿意度較110年酌增0.3%
醫護人員進行衛教指導的比率（如：解說病情、營養及飲食諮詢、預防保健等）		68.3%	76.3%	56.3%	64.1%	63.8%	111年度醫護人員進行衛教指導的比率較110年度減少0.3%其因素經調查民眾自覺為不需要衛教
醫護人員是否常用簡單易懂的方式向您解說病情與照護方式		84.9%	89%	80%	67.9%	71.8%	相較於110年度，111年度民眾自覺醫護人員有以簡單易懂的方式解說病情及照護方式的滿意度增加3.9%
就診時醫師是否會病人共同討論照護或治療方式（總是有）		89.6%	92.4%	79.1%	66.3%	70.8%	醫師會與病人共同討論照護或治療方式，111年度滿意度較110年增加4.5%
就診時醫師是否有提供問問題或表達顧慮的機會		92.6%	96.2%	91.4%	73.9%	76.1%	就診時醫師可供詢問及接受表達顧慮的滿意度111年度較110年增加2.2%。

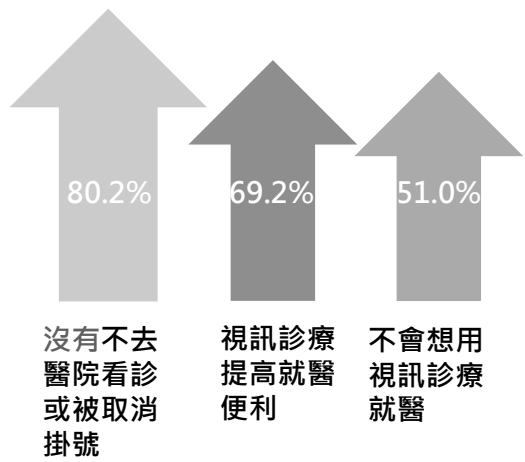
111年民眾自費調查結果(問卷)

近五年自費原因統計

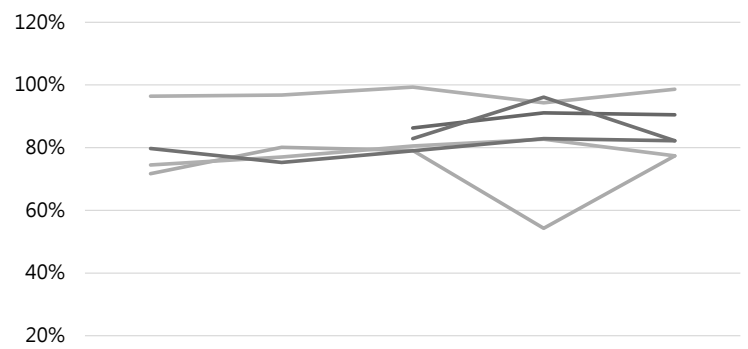
指標項目	年	107年	108年	109年	110年	111年	補充說明
自付其他費用前3名項目							111年前三名為藥品、耗材及檢查（驗），其中耗材的增加比較顯著。
--第一名（百分比）		藥品 69.5%	藥品 48.0%	藥品 41.0%	藥品 48.4%	藥品 43.5%	其因應與連年物價通膨，醫材成本大幅增加有關，這部份在110年已有反應予健保署知悉，請其介入了解並適時處理。
--第二名（百分比）		耗材 14.1%	檢查 15.1%	病房差額 20.4%	檢查 12.9%	耗材 20.5%	
--第三名（百分比）		打針 11.0%	打針 13.9%	耗材 17.4%	耗材 12.4%	檢查或檢驗 12.4%	
自付其他費用前3項原因							本項在111年略有調整，今年的題目比較明確， <u>111年民眾自費因素經調查以使用較好的材料採自付全額為多，佔41.0%，補差額居次，而多開藥的部分則是應疫情需要，民眾希望減少往返醫院的次數，就自費多備一周的劑量備存及111年下半年有缺斷藥的疑慮有關。</u>
--第一名（百分比）		健保不給付 52.1%	醫院建議 71.4%	醫院建議 67.5%	醫院建議 63.0%	使用較好自付全額 41.0%	
--第二名（百分比）		補健保給付差額29.8%	健保不付 24.7%	自己要求 39.5%	二者都有 15.3%	使用較好補付差額 21.5%	
--第三名（百分比）		醫院藥品較好 11%	自己要求 18.4%	補差額 13.2%	自己要求 14.4%	多開藥及健保不給付 9.6%	

111年民眾就醫可近性與及時性(問卷)

COVID-19疫情就醫情形



COVID-19疫情影響，封城管控，暫停所有非必要住院，另病房轉徵收為專責病房，病房選擇彈性變小，安排與希望的病房相符率略為下降。



	107年	108年	109年	110年	111年
對門診掛號的感受(順利)	96.40%	96.80%	99.30%	94.30%	98.60%
住院容易排到病床?	71.70%	80.10%	79.10%	54.30%	77.40%
所安排的病床與希望相符的比率?	74.50%	77.00%	80.50%	82.70%	77.40%
是否應因就醫所需交通時間過長而不就診?	79.70%	75.30%	79.00%	82.90%	82.20%
有沒有被轉診的經驗			86.30%	91.10%	90.50%
對轉診服務的滿意度(正向)?			82.90%	96.10%	82.20%

111年不同都市化地區醫療分布情形(監理指標)

- 111年以鄉鎮市區發展程度，最高與最低兩組醫師人力比為95.81較110年的90.13為高，由此可知城鄉醫師人力比率差距拉大。
- 111年就醫率(一般地區、醫療資源不足地區、山地離島地區)皆較110年增加，與COVID-19疫情因素有關，因疫情趨緩民眾逐漸恢復日常看診的習慣。

指標項目	年	107	108	109	110	111
醫師人力比		76.71	73.09	83.29	90.13	95.81
就醫率						
-一般地區		53.75	54.28	52.36	51.23	54.18
-醫療資源不足地區		57.37	57.82	56.65	55.51	56.74
-山地離島地區		60.22	60.94	58.63	57.85	60.26

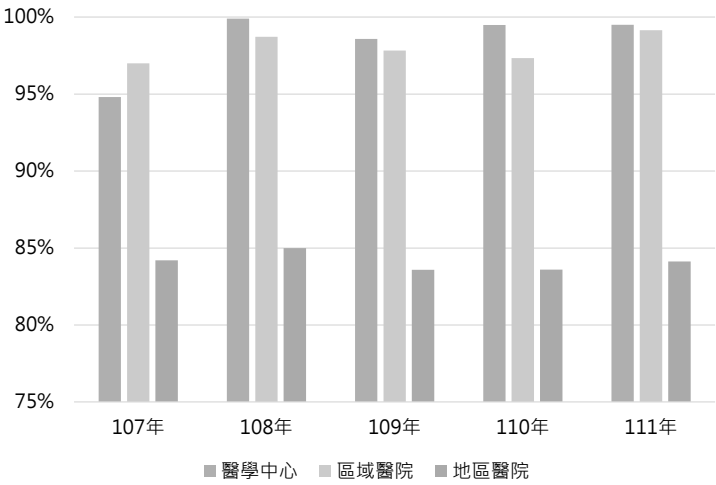
指標項目	分區	全國	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
醫院數		471	108	68	103	66	109	17
醫院醫師數		34618	13069	4379	6274	4394	5584	918
每萬人口西醫醫院數		0.20	0.15	0.18	0.23	0.20	0.30	0.32
每萬人口醫師數		14.91	17.63	11.41	13.84	13.45	15.39	17.27
就醫人數(千人)		13380	4728	2496	2836	1868	2113	328
每萬就醫人數醫師數		25.87	27.64	17.54	22.12	23.52	26.42	28.03

醫師人力比值：係指最高、最低之鄉鎮，分別計算每萬人口(戶籍)醫師數後，取最高/最低之比值。

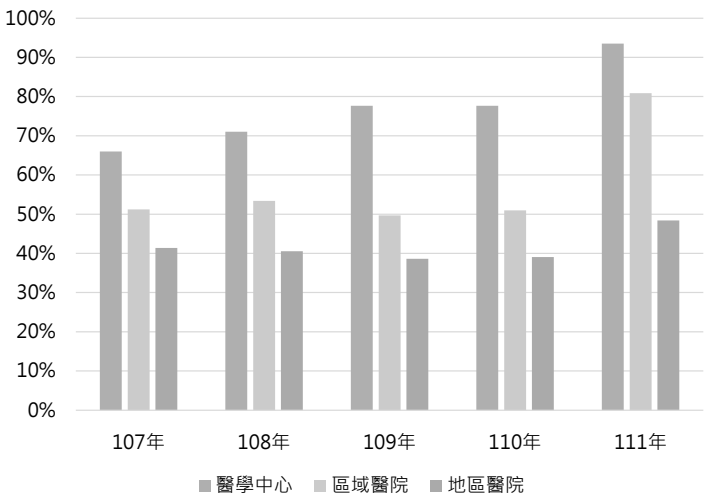


111年週六、週日開診情形(監理指標)

周六開診率



周日開診率



醫院部門整體假日開診情形，無論是開診家數、開診率及平均每家每日看診人數及人次都較110年成長

111年民眾對醫院部門抱怨案件(問卷)

民眾申訴及反映成案件數

111年民眾申訴案件數比110年下降8.72%

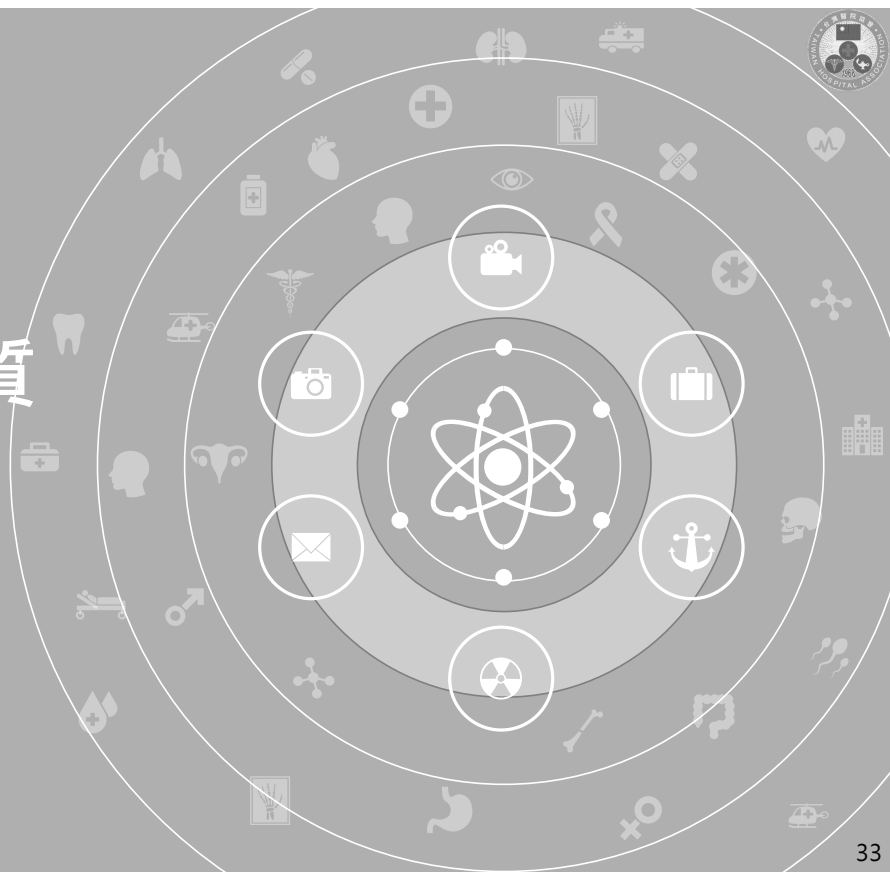


排行	107年	108年	109年	110年	111年
1	自費抱怨 198件/28.53%	自費抱怨 250件/29.41%	其他 215件/26.28%	其他 220件/29%	其他 其他醫療行政或違規事項 187件/27%
2	其他醫療行政或違規事項 162件/23.34%	其他醫療行政或違規事項 184件/21.65%	自費抱怨 194件/23.72%	其他醫療行政或違規事項 163件/22%	自費抱怨 134件/19%
3	其他 113件/16.28%	其他 107件/12.59%	其他醫療行政或違規事項 172件/21.03%	自費抱怨 143件/19%	服務態度及醫療品質 72件/10%
4	藥品及處方箋 82件/11.82%	藥品及處方箋 94件/11.06%	疑有虛報醫療費用 68件/8.31%	疑有虛報醫療費用 68件/9%	藥品及處方箋 49件/7%
5	藥品及處方箋 72件/7.65%	多收取部分負擔費用 55件/7.93%	服務態度及醫療品質 75件/8.82%	服務態度及醫療品質 57件/8%	疑有虛報醫療費用 36件/5%

4
TEXT

醫療服務品質提升

{ 參照書面報告P.59 }



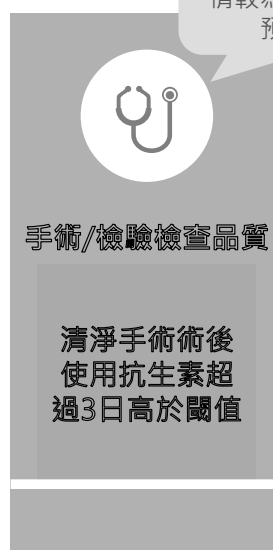
33

02-3 醫療品質提升

品質指標監測結果

※整體醫院總額醫療品質指標四類幾近全數達標！

本項指標因111年第2-3季都是COVID-19疫情較為嚴峻的時期，預防性投藥



34

108~111年醫院總額品質保證保留款異動一覽表

項目年度	計算公式	基本獎勵	指標獎勵申報項目
108年	(當年該層級申報醫療點數/當年醫院總額總申報醫療點數) X 當年醫院總額品質保證保留款	醫學中心品保款*10% 區域醫院品保款*15% 地區醫院 A.參加指標計畫，品保款*30% B.品質精進獎勵，品保款*30% C.指標獎勵，品保款*40%	醫學中心最高以8項計算 區域醫院最高以8項計算 地區醫院 第一組最高以8項計算 第二組最高以5項計算
109年	維持	醫學中心品保款*10% 區域醫院品保款*15% 地區醫院 A.參加指標計畫，品保款*60% B.指標獎勵，品保款*40%	醫學中心最高以10項計算 區域醫院最高以9項計算 地區醫院 第一組最高以9項計算 第二組最高以5項計算 指標獎勵權重配合項數改變順修。
110年	維持	維持	維持
111年	維持	醫學中心品保款*10% 區域醫院品保款*15% 地區醫院 A.指標計畫獎勵，品保款*60% B.品質精進獎勵，品保款*0%	醫學中心品保款*90%，最高以11項計算 區域醫院品保款*85% (55%按指標達成項數分配、30%按指標達成項目及權重分配) 地區醫院品保款*40% 第一組最高以9項計算 第二組最高以5項計算 指標獎勵權重配合項數改變順修。

108~110年品質保證保留款共同指標各層級達成率

指標項目/年度達成率	醫學中心			區域醫院			地區醫院		
	108	109	110	108	109	110	108	109	110
1.非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(負向指標)	68.42	78.95	84.21	75.31	66.67	74.07	75.68	74.59	74.59
2.住院案件出院後三日內急診率(負向指標)	68.42	89.47	78.95	70.37	70.37	62.96	74.59	74.86	69.73
3.同院所門診抗生素使用率(負向指標)	94.74	100	89.47	85.19	86.42	88.89	90.54	87.57	85.95
4.同院所門診同一處方制劑重複使用率(負向指標)	78.95	47.37	84.21	74.07	54.32	74.07	75.14	68.92	79.73
5.清淨手術抗生素使用率_4日以上(負向指標)	89.47	63.16	73.68	74.07	67.90	65.43	40.27	38.11	35.14
6.醫院CT檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標)	78.95	73.68	63.16	83.95	66.67	65.43	44.05	44.32	43.51
7.醫院MRI檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標)	84.21	63.16	68.42	72.84	56.79	74.07	34.59	30.54	33.51
8.提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	89.47	94.74	84.21	59.26	66.67	66.67	9.46	10.00	45.41
9.接受安寧緩和醫療之意願	68.42	68.42	78.95	56.79	54.32	64.20	21.35	22.43	45.41
10.住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	100	100	84.21	96.3	97.53	77.78	77.84	76.76	81.35
11.門診特定病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	100	100	84.21	100	100	62.96	94.32	95.68	84.32
層級指標達成率70%以上項數	8	7	9	9	4	5	6	5	5

- 就醫院層級共同指標，各層級達成率皆不同，且幾近無100%。
- 以指標達成率70%，各年度各層級達成項目仍有差異。
- 顯現各項指標之訂定，有其鑑別度

其他改善專業醫療服務品質之確保與提升

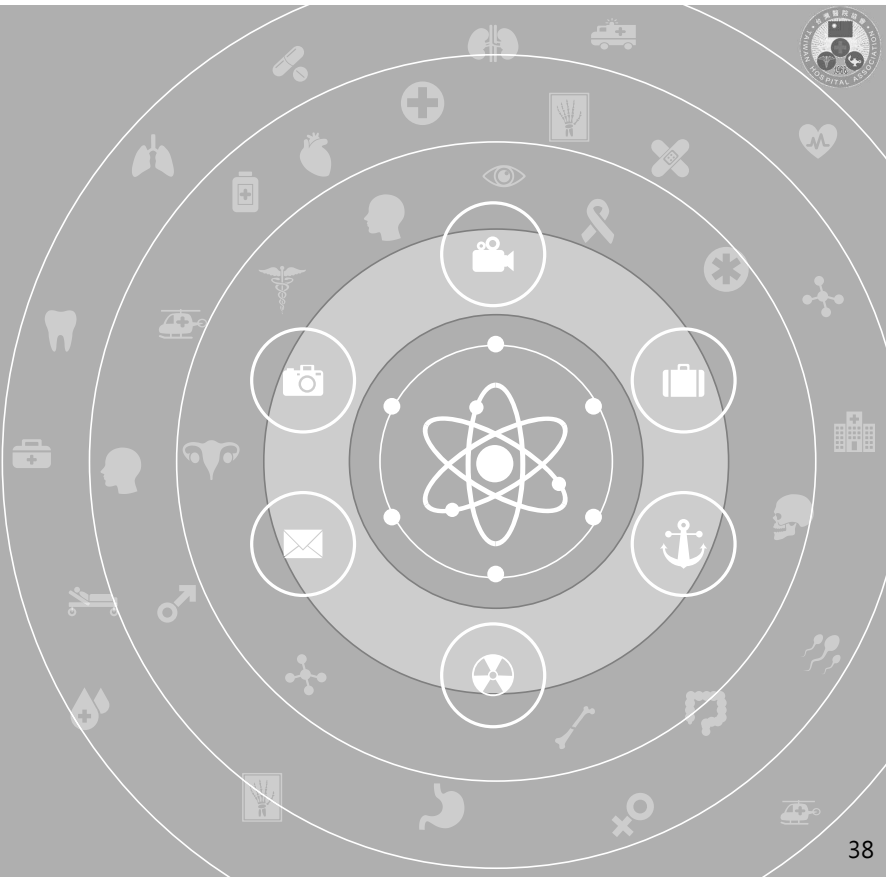


- 有關醫院部門品質公平指標的設計，111年歷經會議討論原健保署擬增列之疾病別指標，屬醫療過程面，監測及解釋容易產生誤解或偏差，暫不增列。
- 新增可能對醫療資源使用擴增的藥品項目設計指標，如：
眼科黃斑部病變病人使用Lucentis及Eylea的使用率監測
- 指標定義：分子為使用Lucentis及Eylea二項藥品的病人數，分母為診斷為黃斑部病變的病人數
- 本案目前仍在進行第二階段各專家代表學會的意見徵詢。

指標操作型定義	其他意見
1.分子：Lucentis及Eylea使用病人數。 2.分母：診斷為黃斑部病變病人數。 3.資料範圍：門診 4.分子及分母之定義： (1)「Lucentis及Eylea使用病人」係指正在使用此兩類藥品之病人。 (2)「黃斑部病變病人」係指主診斷符合以下ICD-10-CM者： CRVO：H34.81, H34.811-13, H34.819 BRVO：H34.83, H34.831-33, H34.839 CME：H35.35, H35.351-53, H35.359 wAMD：H35.32, H35.321-23, H35.329 DME：H35.81, E10.311, E10.321, E10.331, E10.341, E10.351, E11.311, E11.321, E11.331, E11.341, E11.351 Myopic CNV：H44.2A, H44.2A1-A3, H44.2A9 5.排除條件：黃斑部疾病嚴重度並未達到需申請藥物或已太嚴重不符申請條件之病人。	1.Lucentis及Eylea並未開放給所有黃斑部病變病人使用，因此分母不應採計所有黃斑部病變病人。 2.黃斑部病變在醫療業務上，經常會使用H35.30這一項診斷碼來含括常見的黃斑部退化疾病，包含wAMD、myopic macular degeneration，未必會下特異性高的診斷碼，建議這一項需考量納入wAMD和myopic CNV這兩類的代碼擬中。 3.台灣眼科學教授學術醫學會意見： (1)分子：Lucentis、Eylea健保給付的適應症並未包括所有應使用這兩種藥物治療的黃斑部疾病。 (2)分母：這些診斷並未包括所有黃斑部疾病，且有些黃斑部疾病雖為健保給付的適應症，但疾病嚴重度並未達到需申請藥物或已太嚴重不符申請條件。 (3)使用率需明確定義。

5 延續性項目- 執行情形

{ 參照書面報告P.68 }





新醫療科技（新增診療項目、新藥及新特材）歷年都為醫院部門所擔心的項目之一，其因在於新醫療科技的納保給付具有費用遞延成長的趨勢。

依據健保署所提供的資料，109年以前，藥品給付規定的修定會造成一般服務預算產生排擠效應。

109-111年因疫情因素，健保署藥品及支付項目等共同擬訂會議有所調整。

項目	106年		107年		108年		109年		110年		111年	
	申報金額	合計	申報金額	合計	申報金額	合計	申報金額	合計	申報金額	合計	申報金額	合計
年度預算（億）	20.63		34.4		30.19		31.86		35.62		30	
申報合計	32.8681		11.8513		50.1625		39.3184		7.7792		7.7828	
預算不足數	(12.24)		22.55		(19.97)		(7.46)		27.84		22.22	
新藥	預算	11.48	24.3		22.34		26.35		31.12		26.764	
	預算不足額	(18.12)	15.75		(26.74)		(10.25)		24.88		23.34	
	新藥	3.1351	29.5981	3.43	16.312	49.075	26.449	36.603	6.245	0	6.245	0.293
	修訂藥品給付規定	26.463		5.1152								
				8.5452		32.763		10.154			3.134	3.427
特材	預算	5.22	6.1		5.85		6.92		6.5		7	
	預算不足額	3.38	3.93		5.50		4.82		6.11		7.65	
	新特材	1.3876	1.8401	2.171	0.327	0.35	0.402	2.105	0.39	未提供	0.39	3.743
	修訂特材給付規定	0.4525										
				2.171		0.023		1.703				3.743
新增診療項目	預算	3.93	4		5		4.5		4.5		2.73	
	預算不足額	2.50	2.86		4.26		3.89		3.36		2.12	
	新增項目	1.224	1.4299	0.7173	0.7375	0.7375	0.1726	0.6104	1.1318	1.1442	0.6128	0.6128
	修訂項目	0.2059		0.4178								
				1.1351			0.4378		0.0124		未提供	

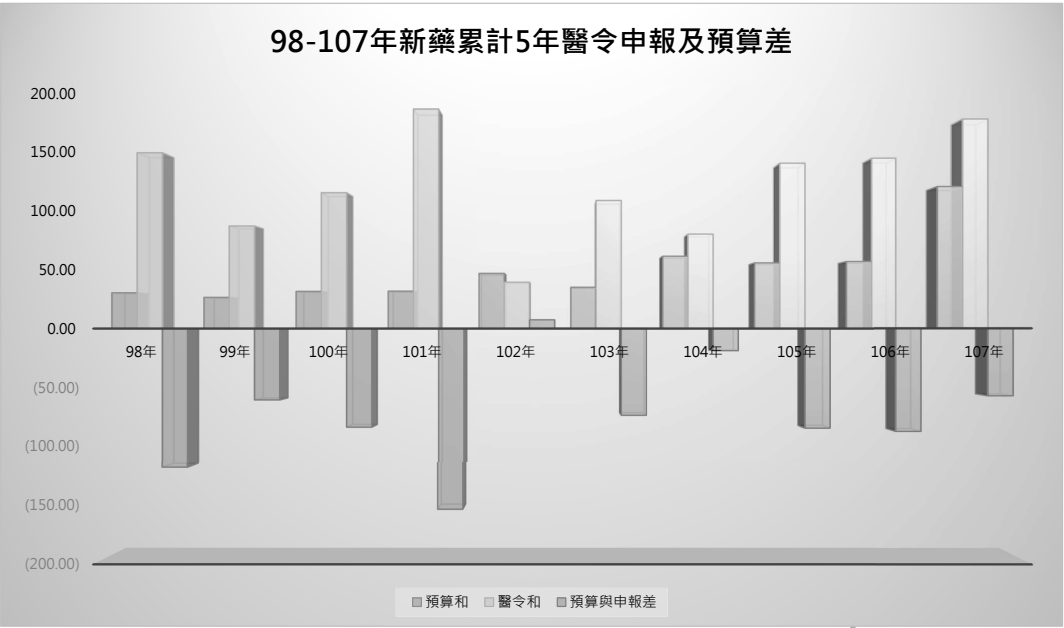
新醫療科技-新藥檢討



新醫療科技的納保使用，在醫療費用申報上往往具有遞延成長的特性。

新藥參據健保署使用情形追蹤年限為5年，爰有醫界普遍假定新藥納入健保給付約計5年達到穩定的說法，我們彙整健保98年起新醫療科技納保的預算及醫療費用申報情形，累計5年進行分析

擷取具有5年申報資料的年度（即98-107年）發現僅102年預算與申報差為正值外，餘年都為負值，顯示新醫療科技的預算與日後的申報值確實不足，形成對一般服務費用的排擠。



新醫療科技仍主張應先採專款專用置於其他部門

- 醫院部門就醫療科技預算編列形式與各分區座談，取得六分區最大共識-新醫療科技採專款專用移列其他，以避免排擠一般服務預算。

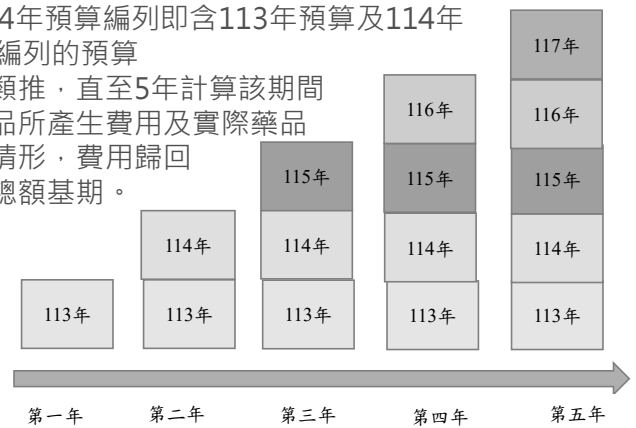
優勢S	劣勢W
<ol style="list-style-type: none"> 1. 緩解現行一般服務預算受新醫療科技超額使用而排擠的影響 2. 提升醫療供給者就新醫療科技的納保意願，減緩因未來未知的財務風險因素而抗拒新科技落實錢用在刀口上，真正使用新醫療科技的分區、院所獲得合理的給付，達公平原則。 3. 解決長年爭議的新醫療科技替代率問題，因替代率往往都是真正納保開始申報後才能計算出來。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 新醫療科技的財務風險責任由醫療供給者，回到保險人。 2. 專款專用有因預算額度限制而有人要用不到的可能，若全滿足被保險人需要則有預算赤字的問題。
機會O	威脅T
<ol style="list-style-type: none"> 1. 因減少新醫療科技引進對一般服務的財務衝擊而提升新醫療科技進入健保市場的速度。 2. 提升滿足弱勢或罕病族群的醫療需求。 	似乎沒有特別明顯的威脅項目

新醫療科技專款預算的操作

健保署宜儘速將新醫療科技移列專款，原基期不減列。直接以新方法實施年度為醫院部門原預算斷點。

1. 健保署依原新科技引進程序所擬規劃納保的品項及費用，依年度於健保會提出額度與付費者協商，採專款專用並置於其他部門
2. 114年預算編列即含113年預算及114年擬編列的預算

以此類推，直至5年計算該期間該藥品所產生費用及實際藥品替代情形，費用歸回部門總額基期。



新方法可以解決預算排擠及新藥替代率問題

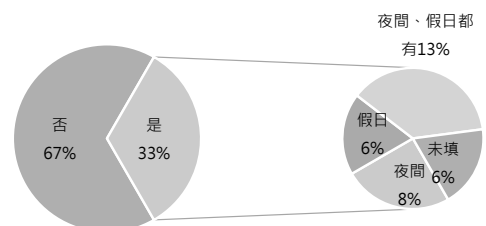
持續推動分級醫療，壯大社區醫院(5億元)

項目	年度	108	109	110	111
預算數		-	-	500.0	1,000.0
執行數		-	-	500.0	1,000.0
執行率(%)		-	-	100.0	100.0
地區醫院					
-提供門診服務家數		379	375	374	373
-夜間門診符合醫令家數		19	328	324	320
-開診率(%)		1.1	71.4	67.7	71.3
-醫令件數(千件)		19	3,625	3,320	3,498
-醫療點數(百萬)		29	4,675	4,560	4,922
-假日門診符合醫令家數		370	368	368	361
-開診率		65.6%	63.4%	62.9%	62.0%
-醫令件數(千件)		2,928	2,503	2,501	2,383
-醫療點數(百萬)		4,221	3,955	4,199	3,952
-住診滿意度		-	-	-	89%

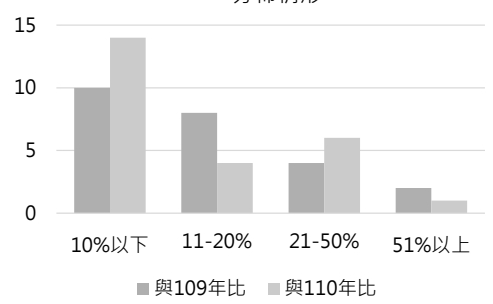
問卷調查

本會4月份進行全國醫院調查，回復的99家地區醫院中，有32家(33.3%)醫院表示在111年有增加夜間或假日門診診次，其中又以夜間、假日都增加診次為最多，佔有增加診次醫院的37.5%。

地區醫院110年夜間及假日門診加診情形



地區醫院111年夜間及假日門診開診率分佈情形



持續提升重症照護費用， 促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變(10億元)

問卷調查

共計收到164家醫院回復，回復率35.04%，從各層級醫院回復來看，醫中及區域兩個層級回復率均達該層級醫院6成以上，地區醫院層級回復率則佔該層級醫院近3成左右。

滿意度	整體			醫學中心			區域醫院		
	109	110	111	109	110	111	109	110	111
回復家數	55	55	65	13	13	13	42	42	52
平均	90.35	90.97	90.2	91.6	92.2	90.2	89.9	90.5	90.2
最大值	99.8	99.9	97.8	97.2	97.1	97.8	99.8	99.9	97.3
最小值	77.7	81.6	75.1	82.7	86	89.5	77.7	81.6	75.1

經本會調查醫學中心與區域醫院住院滿意度，由統計結果可看出整體住院滿意度均達90%，醫學中心住院滿意度約90.2%，區域醫院則為90%，達成預期效益之評估指標。



107~111年醫院總額支付標準運用協商或非協商項目

107~109年：

依據衛生福利部所公告協定事項，醫療服務成本指數改變率所增加的預算，均有相關協定事項

- 107年：26.982億優先用以提升重症護理照護品質及持續推動「護病比與健保支付連動」，調整全日平均護病比加成率
- 108年：43.942億，12億元用於調升急重難症等相關支付標準
- 109年：103.846億，優先用於急重難症、藥事服務費、急重症護理費、因應住院醫師納入勞基法及門診減量配套措施等支付標準調整。

110~111年：

本會建議有關醫療服務成長指數改變率之應用，建議不予事前限定方向，適時適量把有限資源用在刀口上，充分有效率的改善，爰未列協定事項

- 110年：
 - 其他醫療服務利用及密集度之改變5億
- 111年：
 - 促進醫療資源支付合理0.94億
 - 持續推動分級醫療，壯大社區醫院10億
 - 提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變20億

總額管理績效

{ 參照書面報告P.82 }

02-5醫療利用

醫院部門一般服務費用全貌

	107年	108年	109年	110年	111年
門診					
總醫療費用點數 (億點)	2,735.4	2,903.24	2,947.38	3,035.91	3,211.9
--成長率	6.56%	6.14%	1.52%	3.00%	5.80%
就醫次數 (百萬)	98.66	100.5	97.2	93.98	100.421
--成長率	2.26%	1.86%	-3.28%	-3.31%	6.85%
平均每人就醫次數	7.4	7.45	7.51	7.45	7.53
--成長率	1.51%	0.68%	0.81%	-0.80%	1.07%
平均每人就醫點數	20,511	21,519	22,759	24,060	24,073
--成長率	5.70%	4.91%	5.76%	5.72%	0.05%
平均每件就醫點數	2,773	2,889	3,032	3,230	3,198.4
--成長率	4.21%	4.18%	4.95%	6.53%	-0.98%
住診					
總醫療費用點數 (億點)	2,229	2,313.52	2,354.24	2,346.24	2,400.9
--成長率	5.88%	3.79%	1.76%	-0.33%	2.33%
就醫次數 (百萬)	3.38	3.47	3.31	3.06	3.07
--成長率	2.43%	2.88%	-4.65%	-7.55%	0.33%
平均每人住院次數	1.71	1.72	1.75	1.73	1.72
--成長率	1.18%	0.58%	1.74%	-1.14%	-0.58%
平均每人住院點數	112,867	114,367	124,196	132,660	134,575
--成長率	4.43%	1.33%	8.59%	6.81%	1.44%
平均每日住院點數	6,951	7,096	7,534	7,910	8,218.9
--成長率	4.01%	2.09%	6.17%	4.99%	3.91%
平均每件住院日數	9.50	9.38	9.43	9.68	9.50
--成長率	-0.52%	-1.26%	0.53%	2.65%	-1.86%

整體醫院部門門住診總醫療費用點數都呈現逐年增加的趨勢，惟在COVID-19疫情期間點數成長幅度相較疫前為緩。

綜觀109年-111年為COVID-19疫情影響的年度區間，門住診在就醫次數、平均每件就醫點數都呈現負成長，特別是109-110年，因為是疫期最為嚴峻期間，民眾因害怕而暫停就診且醫院在這期間亦採取全院管控，暫停所有非必要、非緊急手術及處置，並配合中央疫情指揮中心轉徵病房為專責病房，所以住診的就醫次數在110年下降幅度達7%，111年住院次數再續衰退。

111年鑑於疫情趨緩，特別是111年下半年，所以民眾開始大量回流就診，門住診的就醫次數快恢復至疫前水準了。



107~111年門診醫療費用概況

門診	107年	108年	109年	110年	111年
醫療點數 (億)	2735.4	2903.3	2947.3	3036	3211.8
--成長率	6.57%	6.14%	1.52%	3.01%	5.79%
醫學中心	1146.1	1192.7	1218.8	1255.1	1309.6
--成長率	5.75%	4.07%	2.19%	2.98%	4.34%
區域醫院	1087.3	1131.6	1130	1144.4	1209.6
--成長率	5.36%	4.07%	-0.14%	1.27%	5.70%
地區醫院	502	579	598.5	636.5	692.6
--成長率	11.31%	15.34%	3.37%	6.35%	8.81%
申報件數 (萬)	2,992.6	2,981.6	2,903.4	2,814.9	3004.3
--成長率	-4.78%	-0.37%	-2.62%	-3.05%	6.73%
醫學中心	4,107.7	4,059.1	3,907.6	3,720.6	3976.5
--成長率	-2.93%	-1.18%	-3.73%	-4.79%	6.88%
區域醫院	2,765.7	3,009.3	2,909	2,862.4	3061.3
--成長率	0.38%	8.81%	-3.33%	-1.60%	6.95%
地區醫院	1,814.9	1,923.9	2,057.5	2,223.5	2262.4
--成長率	10.89%	6.01%	6.94%	8.07%	1.75%

- 誠如先前一再說明的109-111年因受COVID-19疫情因素的干擾，所以醫療服務所呈現的狀態都應視為非常態
- 醫院門診醫療點數在過去三年，雖然成長，但成長斜率相較疫前是比較趨緩的，尤其是109-110年，
- 111年門診費用的概況都隨著疫情的趨緩民眾回流就醫的情形而改變，111年各項指數都較110年成長許多，而醫療點數反為負成長，其因在於相對於109年及110年醫療費用的產生為醫療剛需的病人，111年的病況比較放緩。

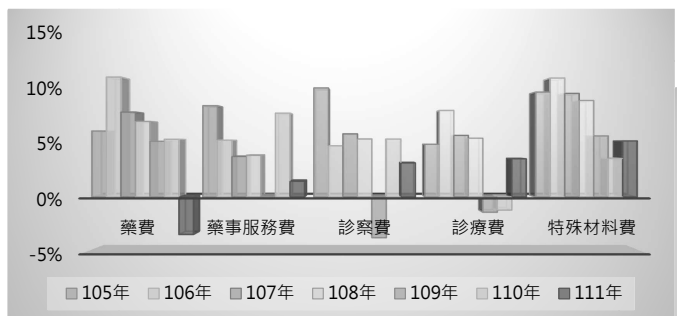
107~111年住診醫療費用概況

住診	107年	108年	109年	110年	111年
醫療點數 (億)	2,229	2,313.52	2,354.24	2,345.8	2400.9
--成長率	5.88%	3.79%	1.76%	-0.3%	2.35%
醫學中心	968.52	1,009.45	1,023.78	1,005.1	1036.2
--成長率	6.03%	4.23%	1.42%	-1.82%	3.09%
區域醫院	907.82	925.53	935.43	922.5	930.7
--成長率	5.44%	1.95%	1.07%	-1.38%	0.89%
地區醫院	352.66	378.54	395.03	418.2	434
--成長率	6.63%	7.34%	4.36%	5.87%	3.78%
申報件數 (萬)	115.9	119.1	114.4	104.3	106.6
--成長率	2.29%	2.76%	-3.95%	-8.83%	2.21%
醫學中心	155.4	157.4	147.2	134	132.5
--成長率	1.97%	1.29%	-6.48%	-8.97%	-1.12%
區域醫院	66.5	70.9	69.7	68.1	68.4
--成長率	3.91%	6.62%	-1.69%	-2.30%	0.44%
地區醫院	83,600.2	84,744.2	89,516.3	96,391.7	97,186.4
--成長率	3.69%	1.37%	5.63%	7.68%	0.82%
醫學中心	58417.6	58,813.6	63,562	68,848.9	70,271.3
--成長率	2.86%	0.68%	8.07%	8.32%	2.07%
區域醫院	53,065.8	53,359.2	56,650.6	61,422.7	63,420.9
--成長率	2.69%	0.55%	6.17%	8.42%	3.25%
地區醫院	8	8	7.7	7.9	7.7
--成長率	0%	0%	-3.75%	2.60%	-2.53%
醫學中心	8.6	8.6	8.8	8.9	8.8
--成長率	-1.15%	0%	2.33%	1.14%	-1.12%
區域醫院	14.1	13.6	13.6	13.8	13.6
--成長率	-2.08%	-3.55%	0%	1.47%	-1.45%

1. 111年醫院部門住診情形的說明必須把疫情因素考量在內，109年至111年上半年因疫情因素，醫院普遍採取減少住院收治及配合政府調整病房，所以這期間的住院業務都是負成長。
2. 111年下半年因疫情趨緩，民眾大量返回醫院繼續先前未完的療程，平均起來111年還是比110年的案件量增加而為正成長，但服務量相較門診的復甦再慢一點。
3. 109年-110年平均每件醫療點數較108年高係因疫情期間進入醫院住院進行手術處置的都是病況嚴重或緊急因素的急重難病人，費用自然會偏高，而111年隨著病人回流，住院案件量回升，案件病況稍緩，所以成長率相較109-110年較緩。

醫院門住診醫療費用分項使用情形

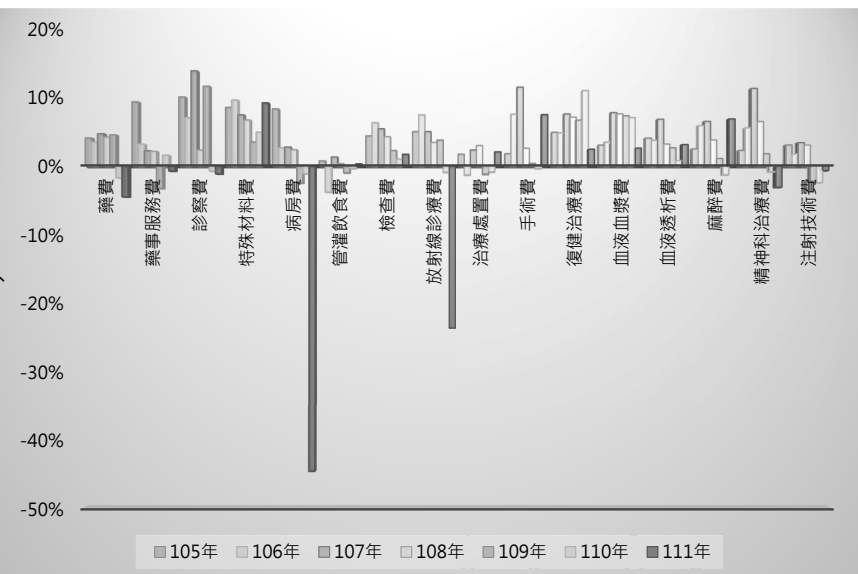
105~111年門診費用分項成長情形



門診：111年藥費是呈現負成長，而藥事服務費、診察費、診療費及特殊材料費都正成長。

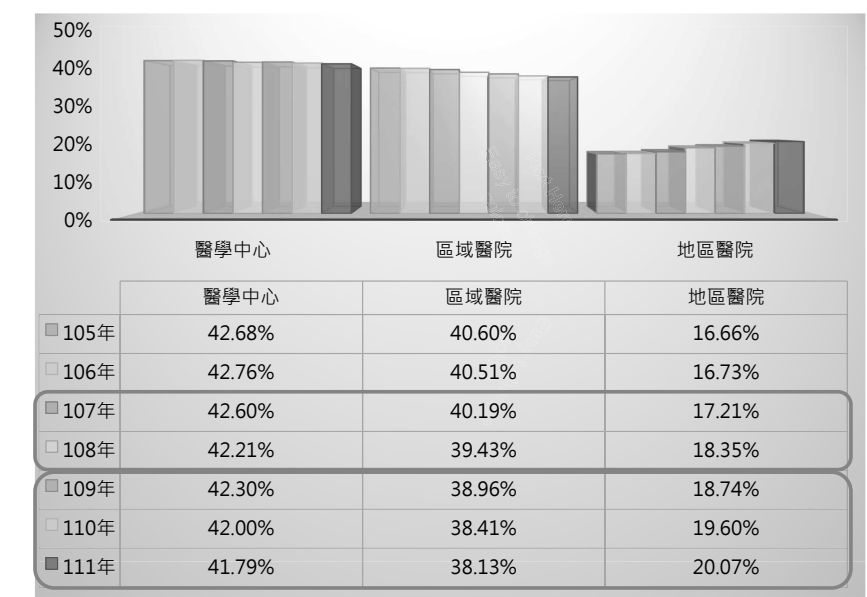
住診：111年各項住院相關費用項目相較於110年再呈負成長，特別是病房費及放射線診療費其因在於醫院在111年上半年應疫情指揮中心要求持續徵轉病房為專責病房，比例甚是高過30%以上，被轉換為專責病房的部分就不可能收治健保案件，申報數就會下降

105~111年住診費用分項成長情形



醫院各層級醫療費用申報占率

105~111年各層級醫療費用申報占率



- 彙整105年-111年各層級醫療費用申報佔率的變動，醫學中心及區域醫院占率下修，而地區醫院逆勢成長達到20%
- 其因為二：107年-108年為分級醫療，壯大社區政策的效應，而109-111年則是受COVID-19疫情影響，醫學中心及區域醫院疫初被賦予防疫重責，社區醫院承接起醫中及區域的服務量，其門診及住診的案件量都為增加所致。

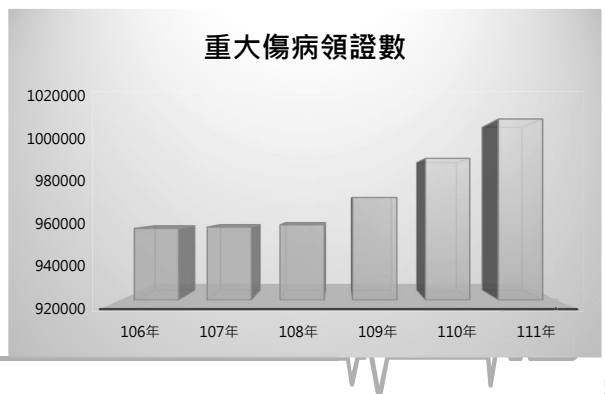
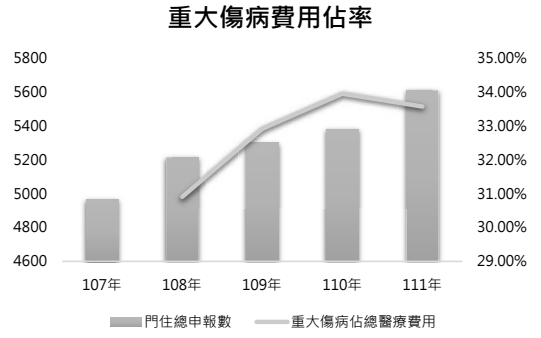
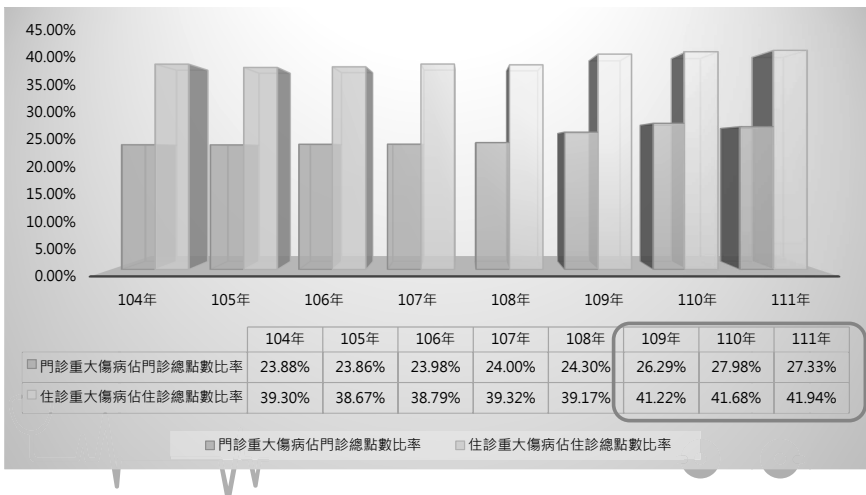
政策因素

疫情因素

歷年造成醫療費用的因素-重大傷病

重大傷病的費用支付歷年平均佔醫院部門總醫療費用30%左右，而109年-111年疫情期間因防疫政策，致使到院醫療多為剛性需求的病人，於實際申報資料所顯示重大傷病在此期間佔總醫療費用成長至33%的結果相符。

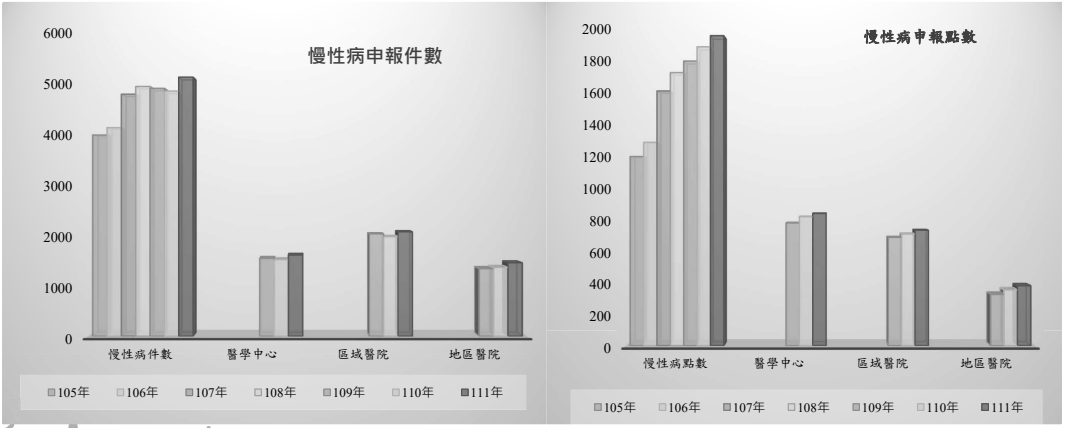
重大傷病在門診及住診都為正成長，其中住院佔率高到41%另在此期間重大傷病的領證數亦在111年創新高。



51

歷年造成醫療費用的因素-慢性病

	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年
醫院慢性病件數對門診案件占率	42.48%	43.04%	48.82%	49.46%	50.75%	51.91%	51.35%
醫院慢性病點數對門診總點數占率	51.09%	50.42%	59.18%	59.75%	61.34%	62.52%	61.28%
醫院慢性病申報件數 (萬件)	4005.2	4152.2	4816.5	4970.6	4933.2	4878.7	5156.2
--成長率		3.67%	16.00%	3.20%	-0.75%	-1.10%	5.69%
醫院慢性病案件申報點數 (億點)	1204.1	1294.2	1618.8	1734.7	1807.9	1898.1	1968.2
--成長率		7.48%	25.08%	7.16%	4.22%	4.99%	3.69%



參據健保署所提供的資料彙整，醫院部門門診慢性病的案件數及申報點數都有逐年增加的趨勢

就層級角度來看，各層級門診中慢性病件數以區域醫院最高。

另就門診慢性病申報點數來看，醫學中心的申報點數最高。

但若以層級成長幅來看，近年都以地區醫院的成長高於其他層級

52

歷年造成醫療費用的因素-新藥新科技

110年至111年醫院門住診新藥申報點數及成長率

單位：億

		第一季	第二季	第三季	第四季	合計
門診	110年	48.79	54.68	61.02	64.07	228.56
	111年	49.99	53.8	56.83	57.91	218.23
	成長率	2.46%	-2.16%	-6.87%	-9.61%	-4.52%
住診	110年	6.9	6.59	6.38	6.97	26.84
	111年	6.18	6.14	6.58	6.94	25.84
	成長率	-10.43%	-6.83%	3.13%	-0.43%	-3.73%
合計	110年	55.69	61.27	67.4	71.04	255.4
	111年	56.17	59.64	63.41	64.85	244.07
	成長率	0.86%	-2.66%	-5.92%	-8.71%	-4.44%

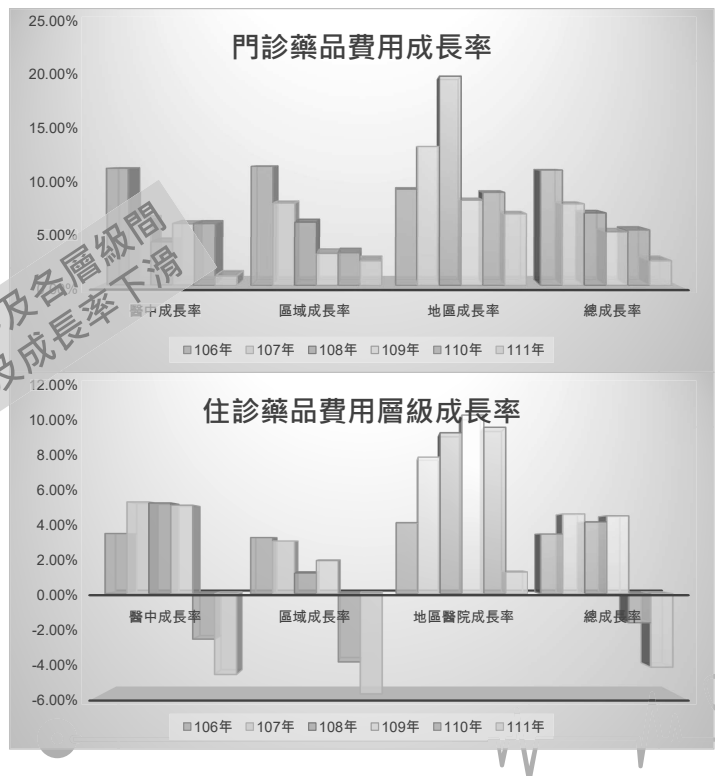
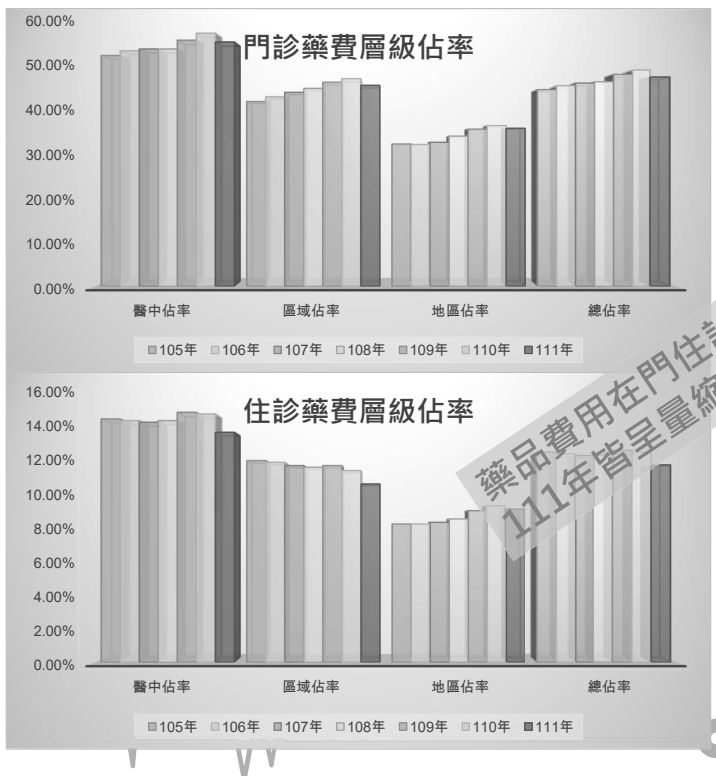
參據健保署所提供的數據資料，醫院部門新藥新科技的使用，門診多於住診
 111年門診及住診使用新藥新科技的成長率皆呈負成長，其因素亦應與疫情有關
 由於只有二年的資料可觀察尚無法有方向性的論定，宜再予觀察

新藥費用支出對醫院總額一般門住診占率概況

項目	110年	111年
新藥門診申報對年度總醫療費用支出占率	4.75%	4.35%
新藥門診申報對當年度門診醫療費用支出占率	7.53%	6.79%
新藥住診申報對當年度住診醫療費用支出占率	1.14%	1.08%



歷年造成醫療費用的因素-藥品費用



藥品費用在門住診及各層級間
 111年皆呈量縮及成長率下滑

地區預算分配執行與管理

104~112年醫院部門地區預算R值/S值分配

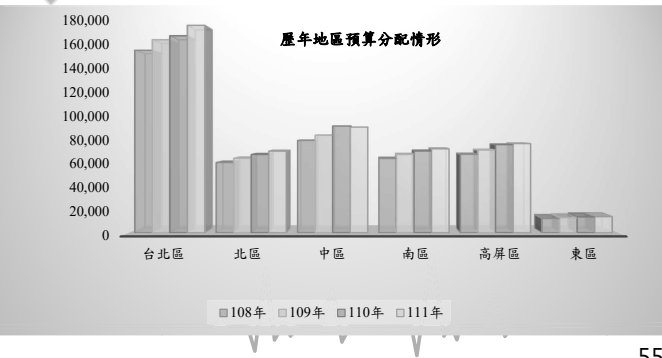
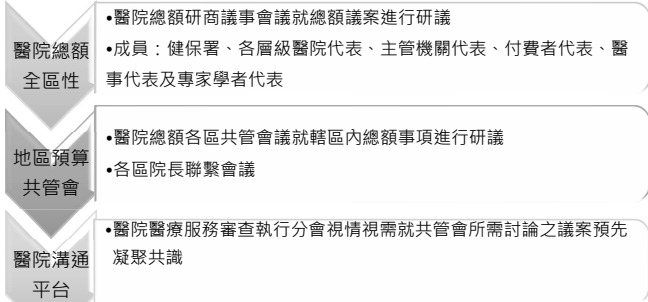
年	項目	104-105	106-107	108	109	110	111	112
門診	R	46%	50%	50%	51%	51%	51%	52%
	S	54%	50%	50%	49%	49%	49%	48%
住診	R	41%	45%	45%	45%	45%	45%	45%
	S	59%	55%	55%	55%	55%	55%	55%
風險調整移撥款		-	-	1.5億	2億	2億	6億	6億

108~111年各區預算分配(不含風險調整移撥款)及其成長率 單位：百萬

預算年別	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區
108年	156,625	60,248	79,167	63,703	67,332	12,277
109年	165,721	63,920	83,682	67,225	70,921	13,027
110年	169,121	67,135	91,612	70,126	75,567	13,644
111年	178,079	70,020	90,681	72,022	76,482	13,866
109年成長率	5.81%	6.09%	5.70%	5.53%	5.33%	6.11%
110年成長率	2.05%	5.03%	5.70%	5.53%	6.55%	4.74%
111年成長率	5.30%	4.30%	-1.02%	2.70%	1.21%	1.63%

註：111年中區地區預算成長率為負，係因110年Q2-3季採保障方案所致

地區預算概念圖



地區預算的檢討-投保人口/戶籍人口

- R值-錢跟著人走



- 現行地區預算公式採分區投保人口，係指投保單位所屬員工於機構所在地的分區投保（如：台積電-北區；健保署-台北區），非分區實際人口）
- 產生被保險人預算編列與實際使用不一的公平性問題，且非跨區點值回算可以解決的。
- 透過健保署以全國申報資料進行試算，以投保分區為主，檢視各分區投保人口實際在該區就醫的情形來評估錢著人走的真實公平性，所得各分區平均有40%左右的人口沒在醫院就醫，若排除未就醫的人口，各區平均有20%的人口並不在投保分區就醫，即所編列的預算在他區，費用使用在本區，且沒就醫就沒有跨區點值回算的可能。

地區預算以分區投保人數計算值得檢討。

投保分區	就醫分區別 (人數)						未就醫	合計
	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區		
臺北	43.33%	5.84%	2.85%	1.67%	2.58%	0.51%	43.21%	100.00%
北區	7.91%	38.56%	3.48%	1.72%	1.31%	0.37%	46.64%	100.00%
中區	2.11%	1.23%	50.16%	1.53%	0.86%	0.14%	43.97%	100.00%
南區	2.63%	1.21%	2.75%	45.79%	2.59%	0.15%	44.87%	100.00%
高屏	1.61%	0.71%	1.20%	2.89%	49.95%	0.22%	43.41%	100.00%
東區	4.86%	2.00%	1.52%	0.89%	2.26%	49.51%	38.96%	100.00%

投保分區	就醫分區別 (人數)-排除未就醫						合計
	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	
臺北	76.30%	10.28%	5.03%	2.95%	4.54%	0.91%	100.00%
北區	14.83%	72.27%	6.52%	3.23%	2.46%	0.69%	100.00%
中區	3.76%	2.19%	89.53%	2.73%	1.53%	0.25%	100.00%
南區	4.77%	2.20%	4.99%	83.06%	4.70%	0.27%	100.00%
高屏	2.85%	1.26%	2.12%	5.11%	88.26%	0.40%	100.00%
東區	7.96%	3.28%	2.48%	1.46%	3.70%	81.12%	100.00%

投保分區	就醫分區別 (醫療費用)							合計
	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	其他	
臺北	79.13%	8.79%	4.10%	2.42%	3.14%	0.83%	1.58%	100.00%
北區	19.51%	64.16%	7.56%	2.71%	2.24%	0.71%	3.11%	100.00%
中區	4.45%	1.77%	88.74%	2.38%	1.17%	0.28%	1.21%	100.00%
南區	5.80%	1.90%	5.38%	80.30%	4.26%	0.29%	2.06%	100.00%
高屏	3.14%	1.06%	1.87%	5.28%	87.02%	0.43%	1.19%	100.00%
東區	9.36%	3.15%	2.38%	1.15%	3.73%	77.42%	2.82%	100.00%
合計	33.92%	13.02%	19.74%	13.98%	14.95%	2.63%	1.77%	100.00%



地區預算的檢討-投保人口/戶籍人口

- 醫院總額地區預算公式R值前進與否的問題懸宕多年，謝謝健保署110年以專案計畫形式讓醫院部門重新檢視公式與提供健保數據的支援。
- 鑑於健保預算有公平、效率及扶弱，大數法則的精神。
- 經醫院部初步申報資料歸納分析，確實有發現亟需再共識調整的問題，預算計算的人口依據，是投保人口、戶籍人口？山地原住民及機構型精障人口等具地區差異性的因子是否須額外考量，讓預算更契合真實，落實社會保險精神。

	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區
投保人口	9,126,688	3,917,379	4,359,192	3,083,861	3,303,419	465,016
戶籍人口	7,650,082	3,807,232	4,582,175	3,333,015	3,697,589	543,028
以投保人口計算多分配預算的人口數	1,476,606	110,147	(222,983)	(249,154)	(394,170)	(78,012)
未計入的人口佔率%	16.18%	2.81%	-5.12%	-8.08%	-11.93%	-16.78%

	現有公式	討論公式
公式內容	健保署六分區業務組所轄範圍，門住診費用分配比例以45:55劃分，再以各地區校正風險因子後保險對象人數（R值）及總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用（S值）為分配參數，配合門診及住診的風險因子分別計算之，其中門診為人口風險因子（年齡性別指數占80%，標準化死亡比占20%）及轉診型態（醫院門診市場占有率）；住診為人口風險因子（年齡性別指數占50%）及標準化死亡比占50%	各分區排除特定族群之保險對象人數，分別依性別、年齡別以一定歲數為組距進行統計以全國平均醫療費用推算各分區之地區預算的基本數；另就特定族群之保險對象或無法以平均醫療費用表現之項目，採外加費用，基本數加外加費用為新地區預算
人口計數優點	採分區投保人口 1. 公式使用多年，方便計算。 2. 門住診分採不同風險因子考量。	採戶籍人口 1. 實際考量各分區實際人口結構及特殊性 2. 未來朝向人口與疾病別探討預算的分配 3. 易趨近醫院部門主張的公平性 4. 可以外加的形式就特殊族群的人口或達共識優先扶助的未被滿足的醫療需求人口提供適度的預算支應的彈性。
缺點	1. 預算分配的公平性，現階段於醫院部門各區間產生爭議。 2. 預算分配的風險因子（如：Trans）沒有實質意義。 3. 人口計數採投保人口，對各分區實際使用預算的人口可能產生偏差。 4. 無法反映特殊族群的醫療需求或未被滿足的醫療需求人口	1. 分區對修正預期的未知，易產生疑慮。 2. 分區可能因對公式的不理解而有擔心衡量的問題 3. 現階段企業較集中的分區，地區預算變動的比較明顯。
共識意見	1. 各層級暨分區代表皆認同應就醫院總額公式進行全面性檢討 2. 修正現行以投保人口為預算分配對象，應回歸以戶籍人口，以契合實際 3. 同意以醫院協會108年預算修正公式版本進行討論，山地原住民、機構型精神病人採外加計算。 4. 通盤了解現行醫院部門醫療費用使用情形及趨勢	

醫院部門全區浮動及平均點值-由目標點值牽動分區管理強度

106~111年全區浮動點值 分區藉由目標點值→各項管理方案（單價暨服務量管理、攤扣、自清）→浮動點值、平均點值

年/季別	106	107	108	109	110	111
第一季	0.8861	0.8591	0.8804	0.9492	0.8856	0.9224
第二季	0.8984	0.8770	0.8822			0.9872
第三季	0.8726	0.8731	0.8873	0.8732		0.9405
第四季	0.8694	0.8705	0.8794	0.8263	0.9299	0.8279
年平均	0.8816	0.8699	0.8823	0.8829		0.9195

106~111年全區平均點值

年/季別	106	107	108	109	110	111
第一季	0.9333	0.9179	0.9299	0.9707	0.9343	0.9567
第二季	0.9395	0.9271	0.9299			0.9934
第三季	0.9243	0.9249	0.9329	0.9263		0.9687
第四季	0.9234	0.9239	0.9293	0.8995	0.9607	0.9118
年平均	0.9301	0.9235	0.9305	0.9321		0.9577

111年第4季因COVID-19疫情趨緩，就醫人潮湧現，各分區浮動及平均點值大幅滑落

分區	季別	第一季	第二季	第三季	第四季	年平均
台北區	108年	0.905	0.92	0.92	0.92	0.9163
	109年	0.92	0.92	0.92-0.96	0.92-0.96	0.92-0.94
	110年	0.96	0.96	0.96	0.96	0.96
	111年	0.92	0.925	0.93	0.93	0.926
北區	108年	0.9325	0.9325	0.9325	0.9325	0.9325
	109年	0.985	0.985	0.9375	0.9375	0.953
	110年	0.9438	0.9370	0.9370	0.9320	0.9375
	111年	0.95	0.935	0.95	0.945	0.945
中區	108年	0.92	0.93	0.93	0.925	0.9263
	109年	0.95	0.975	0.935	0.93	0.9475
	110年	0.93	0.94	0.94	0.935	0.9363
	111年	0.935	0.945	0.945	0.945	0.943
南區	108年	0.9225	0.9225	0.925	0.925	0.9238
	109年	0.9575	0.9915	0.93	0.93	0.9523
	110年	0.94	0.94	個別醫院目標點值		
	111年	1	1	1	1	1
高屏區	108年	0.94	0.94	0.94	0.94	0.94
	109年	0.94	0.94	0.95	0.95	0.945
	110年	0.945	0.945	個別醫院目標點值		
	111年	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95
東區	108年	0.92	0.92	0.92	0.92	0.92
	109年	0.95	0.96	0.92	0.92	0.9375
	110年	0.93	0.93	0.93	0.93	0.93
	111年	0.93	無設定	發展新東區管理方案		

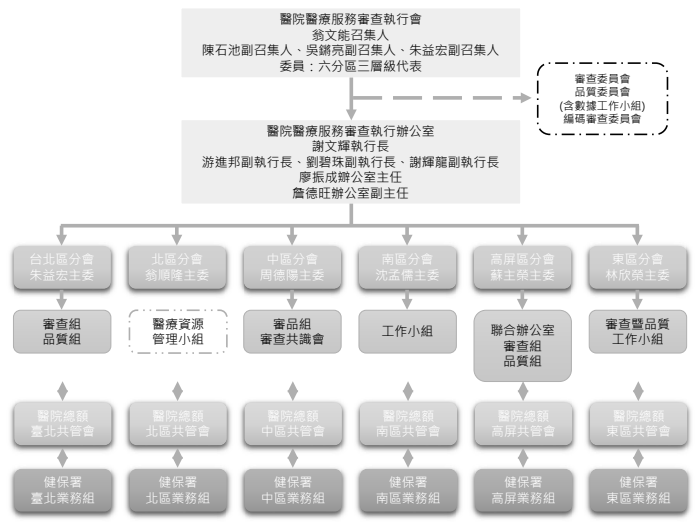
專業自主事務管理的逐步執行



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



本會審查組織架構圖



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



審查醫藥專家暨疾病分類輔助審查專員



聘任流程：



聘任數：

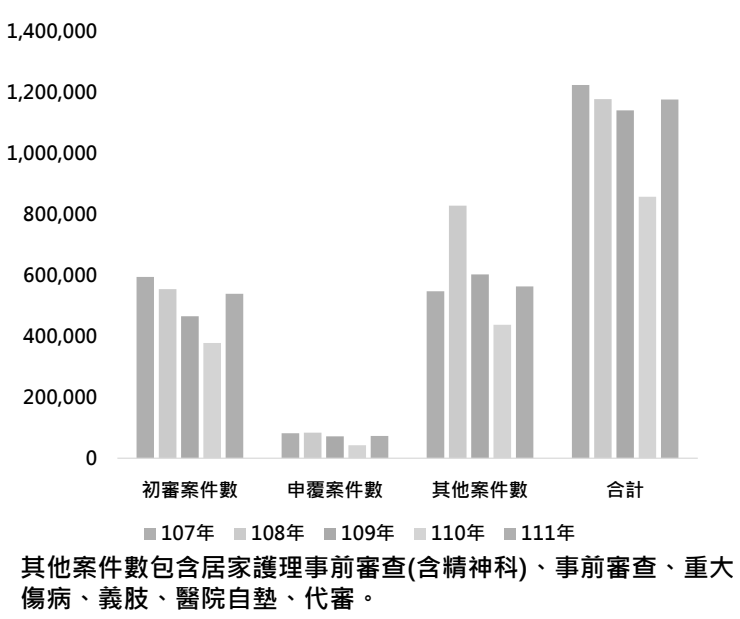
	107年	108年	109年	110年	111年	110-111年變動情形
審查醫藥專家-一般	2,484	2,481	2,436	2,518	2,540	22
審查醫藥專家-特殊	79	79	86	83	84	1
疾病分類輔助專員	120	119	109	102	99	-3



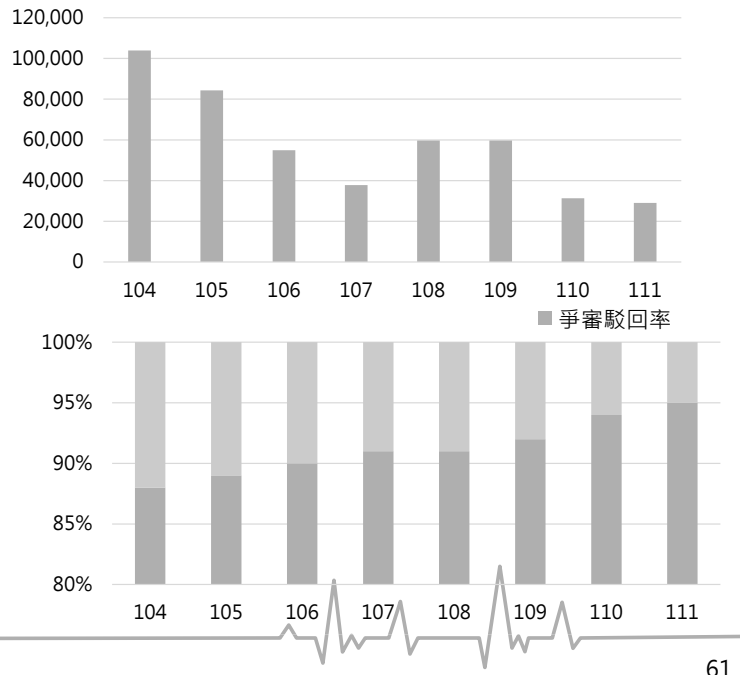


歷年各類審查暨爭議審議案件數

107~111年各類審查案件數



爭議審議案件數



院所違規情形 (較110年件數減少7件) 及醫療機構輔導



107~111年院所違反特管辦法之查處追扣金額

項目	107年	108年	109年	110年	111年	說明
違規金額 (萬元)	3,571	1,665	1,652	1,140	1,212	111年的違約金額較110年增加。
占該年度總額之比率%	0.008	0.038	0.0036	0.0025	0.0024	

依據健保署提供資料所示，醫院部門111年合計17件違規案件，較110年減少7件，主要有2件重大缺失即保險醫事服務機構容留未具醫師資格之人員，為保險對象執行醫療業務，申報醫療費用。

檢討：

醫院是否有容留未具醫師資格之人員，其實非該院難以確知，醫院部門將加強對各醫院宣導不容許違法案件的發生。

111年全區由醫院部門及分區業務組所啟動的實地審查暨輔導的家次合計約86家，審查次數91次，5家列實地輔導，餘無移查處之醫院。

111年度醫院醫療服務審查實地審查暨輔導彙整表-業務組 + 分會啟動

分區	實地審查					輔導作業										
	審查家數	審查次數	審查結果處理(次數)			輔導案源(次數)			輔導方式(次數)				合計輔導家數	輔導結果(家數)		
			合理	輔導	移查處	書面審查	實地審查	檔案分析	書面輔導	面議輔導	電話輔導	實地輔導		列為稽核	加強審查	改善結果
台北	45	50	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
北	3	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
中	15	15	10	5								5	5			5
南	13	13	8	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
高屏	10	10	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

7 TEXT

COVID-19疫情 醫療因應作為

{ 參照書面報告P.122 }



63

02-6 COVID-19 疫情

院所配合防疫政策之相關作為



➤ 配合中央疫情指揮中心徵轉設置專責病房

111年區域級（含）以上院所普遍受疫情指揮中心暨各縣市衛生局通知，提高防疫專責病房至指定的比例（至少30%以上），爰，多數醫院悉數調整健保二人及四人房轉徵為專責病房，住院部門再次進行樓層分隔，提高警戒的作息

➤ 醫院持續強化內部管理

住院病人於進入醫院診治或手術，處置前仍須通過快篩陰性才能進入，而陪病仍有嚴格的限制，入院後進出醫院都需要詳細紀錄，實名制以落實防護措施。

➤ 配合各級政府單位指示快速施打疫苗

➤ 配合政府執行國境防禦，協助機場、邊境駐點採檢及發燒篩檢，另為確診的商務、外籍人士進行適當的診治服務。



64

111年度 醫院總額部門執行成果報告-專案

台灣醫院協會
112.07.17

65



06-專案計畫

住院整合照護服務試辦計畫(111年新增項目)

執行目標及預期效益 評估指標	指標達成情形	達成
執行目標： 1.111年至少4家醫院參與服務	111年38家醫院參與服務	😊
2.111年服務住院病人200,000人日	111年服務住院病人36,854人日 (申報111.10~12月止)	😞
預期效益之評估指標：提升全國醫院提供急性一般病床住院整合照護服務涵蓋率【111年目標為2.8%】	111年急性一般病床住院整合照護服務涵蓋率3.4%	😊

醫院所遇困難：

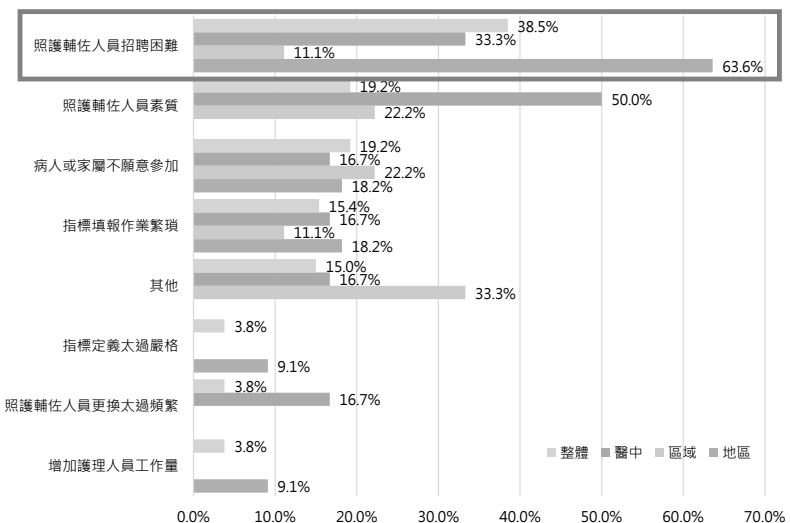
第1名：照護輔佐人員招聘困難

第2名：照護輔佐人員的素質

第3名：其他，如：

變更床位及人員需要公文往返過於繁瑣、
非整層病房共聘床位
同意參加病人，需要挪床至指定共聘區
無空床時需要等候時間及挪移床位

全國醫院調查：回復問卷164家醫院中，僅有26家醫院為試辦醫院，醫中6家、區域醫院9家、地區醫院11家。



66

專案計畫具成效一覽表

111年預算執行情形

專款名稱	預算執行率	
全民健康保險急診品質提升方案	161%	增加主動脈剝離需緊急開刀病人之照護給付 急診處置效率獎勵指標刪除進步獎及維持獎
西醫醫療資源不足地區改善方案 (醫院支援西醫基層)	97.8%	參與醫院數46家、執行鄉鎮數34個 巡迴科別數21個、巡迴診次5,632次 就醫人次72,890、滿意度94.8% 歷年新高
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	92.4%	為鼓勵醫師投入腎臟移植，111年新增預算用於 鼓勵腎臟移植手術之施行。
鼓勵院所建立轉診之合作機制(非計畫型)	88.1%	依據病人實際就醫情形於電子轉診平台有登錄及 回復病人就醫情形之資料
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	91.6%	
後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	82.6%	



敬請指教



三、西醫基層總額(含一般服務、 專案計畫)

111年西醫基層總額年度重點項目及一般服務預算項目執行成果



報告人：林恒立副秘書長/執行會執行長

林恒立 副秘書長/執行會執行長

學歷：

國立臺灣大學醫學系

經歷：

臺大醫院耳鼻喉科兼任主治醫師

醫師公會全聯會副秘書長

醫師公會全聯會基層審查執行會執行長

台中市醫師公會副理事長

台灣居家醫療醫學會常務監事



大綱

□ 年度重點項目

- ① 西醫基層轉診執行概況
- ② 居家醫療照護整合計畫概況
- ③ 醫師公會全聯會在COVID-19之成效與應變策略

□ 一般服務項目執行成果

- ① 維護保險對象就醫權益
- ② 專業醫療服務品質之確保與提升
- ③ 協商因素之執行
- ④ 總額之管理與績效

3

年度重點項目

① 西醫基層轉診執行概況

- ② 居家醫療照護整合計畫概況
- ③ 醫師公會全聯會在COVID-19之成效與應變策略

4

未透過轉診，自行就醫案件數多

基層總額轉診型態預算	107年7-12月	108年	109年	110年	111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)		598.3	614.8	713.9	846.1
自行就醫--住診(C)		3.2	3.0	3.1	3.03
自行就醫小計		601.5	617.8	717.0	849.1

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)。

- ① 109~110年轉診及自行就醫所產生的醫療費用，為12.06~12.67億元，超出原編預算許多。
- ② 111協定事項限定在轉診成功案件。
- ③ 本會建議：
 - ❑ 「自行就醫」案件，應列入轉診定義計算。
 - ❑ 持續增編「基層總額轉診型態」預算，補充基層量能。

7

轉診概況之指標

基層接受轉診率			基層接受慢性病人轉診率		慢性病人轉診照護情形	
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%
111年	33.57%	-0.54%	36.88%	+0.62%	29.01%	+5.85%

基層接受轉診前五項疾病之轉診率		基層接受慢性病前五項之轉診率	
糖尿病	66.02%	糖尿病	69.12%
其他背(部)病變	70.45%	高血壓性疾病	37.83%
食道、胃及十二指腸之疾病	55.43%	食道、胃及十二指腸之疾病	33.03%
脊椎病變	52.35%	急性腎衰竭及慢性腎臟疾病	38.25%
高血壓性疾病	63.52%	甲狀腺疾患	17.80%

註：以接受轉診件數排序，取前五項疾病

資料來源：健保署協助提供

- ① 持續受新冠疫情三級警戒影響。
- ② 慢性病的轉診逐步提升；觀察接受轉診之疾病別，多為糖尿病、高血壓。
- ③ 下轉病人停留基層天數逐漸增加。
- ④ 可見基層在慢性病照護上，發揮出「厝邊好醫生 社區好照顧」之效果。

慢性病下轉至診所停留時間(轉診成功案件)

類型	108年	109年	110年	111年
下轉病人平均停留基層天數	85.14	86.33	72.5	136.04
慢性病下轉至診所停留天數	142.8	109.3	63.8	151.52

資料來源：健保會6/28會議資料

1. 下轉病人平均停留基層時間：排除下轉後未就醫者。
2. 慢性病下轉至診所停留時間：保險對象由醫院下轉至基層之慢性病患者於基層停留之時間。
3. 由醫院下轉至基層之病人，於基層停留之時間，經排除同一疾病90日內回醫院就醫者，111年為91.91天。

8

觀察指標：轉診回復率與滿意度

※醫院回復率約在22.79~23.47%，希冀能提高回復率，將穩定個案留在基層照護。

	轉診回復率-基層上轉至醫院後，醫院回復比率		轉診回復率-醫院下轉至基層後，基層回復比率		基層接受轉診病人之跨表比率	
	指標值	指標情形	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%	-	-
111年	21.99%	-0.80%	9.25%	+0.97%	1.1%	+1.1%

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	111年
總樣本數	1,025	1,026	1,030	1,116	1,326	2,380
有轉診經驗	166	166	188	213	191	382
肯定態度(%)	90.4%	91.6%	87.5%	81.2%	93.1	91.9%
肯定態度(人)	150	152	165	173	178	351

吳世昌(2022)：111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。

9

檢討與改善

※持續改善轉診各面向配套，如轉診定義、資訊系統、基層量能、財務誘因等，以期促進醫療資源結構分配的合理性，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，民眾仍有近一步醫療的需求；故多次轉診的民眾醫療利用較高。

轉診定義應納入「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，可能有助於提升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。

3.曾家琳等(2023)：台北市醫師對分級醫療成效之滿意度。台灣醫學2023；27(1)：1-11

10

年度重點項目

- ① 西醫基層轉診執行概況
- ② 居家醫療照護整合計畫概況
- ③ 醫師公會全聯會在COVID-19之成效與應變策略

11

109~111年西醫基層參與及收案情形

分區別	承作診所數				承作醫師數			收案數			
	108年	109年	110年	111年	109年	110年	111年	108年	109年	110年	111年
西醫基層	800	868	2,313	2,319	1,228	1,218	1,041	14,648	22,936	34,920	29,150
整體	2,701	2,941	3,047	3,178	-	-	-	66,055	72,474	75,591	87,094
基層占比	29.6%	29.57%	76.9%	72.9%				22.18%	31.65%	46.2%	35.95%

- ① 近2年（110、111年）西醫基層指標結果較109年大幅成長：111年度參與居整計畫的診所數較109年度成長近2.7倍；西醫基層收案人數也從109年的22,936人增加至111年的29,150人，基層的照護比率提高
- ② 111年度收案數比起110年度略為降低，推測是受到111年中旬新冠疫情進入高峰影響，**西醫基層診所協助社區民眾進行視訊確診判定，亦提供大量輕症確診病患居家照護**，導致基層診所提供的居家醫療服務量略為下降。
- ③ 另外，疫情高峰期間，居整計畫案家考量疾病傳染風險，有拒絕醫師訪視之情形。

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

12

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 台北市醫師公會組成「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
- ② 台灣居家醫療醫學會亦提供安寧居家療護線上繼續教育課程讓有意願提供居家醫療照護服務的醫事人員，了解末期疾病症狀評估、照護及家屬溝通該如何進行。

檢視、修訂居整計畫內容，完善居家整合照護制度

111年與健保署召開四次修訂溝通會議，討論重點包含：

- ① 調高山地離島地區訪視費用
- ② 新增「居家善終」、「居家重症照護率」等品質指標及獎勵措施
- ③ 新增虛擬（行動）健保卡綁訂規範及獎勵金
- ④ 與其他居家醫療相關計畫、制度之整合

13

居整計畫短中期之具體目標與規畫作為

COVID-19疫情期間維持居家照護品質，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、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



台中市林恆立耳鼻喉科聯合診所至居整案家訪視。



台北市洪耳鼻喉科到宅替失能個案接種COVID-19疫苗。

14

年度重點項目

- ① 西醫基層轉診執行概況
- ② 居家醫療照護整合計畫概況
- ③ 醫師公會全聯會在 COVID-19 之成效與應變策略

15

109年疫情初期

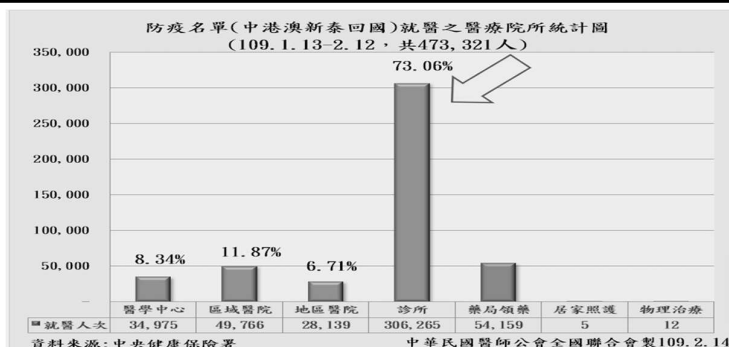
基層診所啟動相關做為



社區醫療防疫尖兵，積極啟動多項疫情防治作業護國診所守住台灣防疫第一線

大多數發燒、呼吸道症狀病人到診所求診，初期健保署雲端查詢系統資料統計，109年1月13日至109年2月12日自中港澳回台後(高風險疫區)約有73%民眾會至診所就醫

本會非常重視如何保護社區防疫第一線據點



配合防疫之相關作為及確保民眾醫療服務措施

1

為全國診所協調防疫物資(如: 口罩、隔離衣、手套、藥用酒精、額溫槍等分配發放)

2

與疾管署研議及訂定相關指引(如「因應 COVID-19(武漢肺炎)基層診所感染管制措施指引」等)

3

鼓勵家庭醫師整合性照護計畫社區醫療群，主動關懷收案會員健康狀態，24小時諮詢專線提供相關防疫資訊服務

4

針對居家隔離、居家檢疫及自主健康管理期間有就醫需求，診所加入擔任通訊診療醫療機構，提供居家醫療照護服務

16

社區防疫 基層醫療是堅強守門員

不用全面普篩
第一線的普篩就是
基層醫療

持續提供醫療服務
不休診、不減診、
不減薪

雲端系統查詢
旅遊史TOCC

通報案例3
從武漢搭機返台，至
耳鼻喉科診所就醫

通報案例352
無出國，發燒、嗅味
覺異常，至診所就診

通報案例19
白牌司機

通報案例396~
敦睦艦隊案例

通報案例39
中東旅遊返台，
至診所就診

多起確診案例都是由基層診所醫師診察轉檢後確診，透過基層診所醫師之高警覺性、細心問診，轉診到醫院篩檢診斷，提早防範「社區傳播」的可能性，顯見第一線醫療團隊的重要。

診所能夠即時並警覺給予疑似疫病的病人最適當的分流、診治及快速轉介，是台灣這次肺炎疫情防治最重要的強項及穩定的關鍵。

17

110年疫情 第二年

萬名基層醫師防疫總動員
四大面向鞏固醫療量能

◆ 基層醫師協助篩檢



110年5月本會周慶明理事長支援篩檢站，分擔醫院採檢工作

◆ 萬名基層醫師專業團隊及主要任務

	動員專業團隊	主要任務
一	耳鼻喉頭頸外科醫學會先領軍、各相關領域基層醫師	社區篩檢站
二	精神醫學會領軍、受過全人醫療訓練醫師	身心壓力醫療照護
三	家庭醫學會先協調 社區醫療群基層醫師、社區 基層醫師	預防保健、急慢性病、居家與安寧照護、集中檢疫所醫療
四	兒科醫學會先領軍 可接種疫苗的診所	社區疫苗接種

18

110年疫情第二年-快篩及疫苗施打情形

◆ 110年診所參與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*)
全區	143	464	58284	28285	86569	2,963	無資料	21,945,321

◆ 110年醫院參與COVID-19快篩及疫苗施打情形

	COVID-19快篩					COVID-19疫苗施打		
	醫院家數	醫師數	公費案件數	自費案件數	公費及自費案件數	醫院家數	醫師數	案件數(接種人次*)
全區	389	15637	1734589	561855	2296444	401	無資料	8,003,766

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。

- ① 基層診所協助快篩採檢並積極投入疫苗接種，110年中疫情高峰時，全力整備執行疫苗接種量能護台灣
- ② 全國基層診所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，接種人次占比達73%

	診所	醫院	總計
疫苗施打人次	21,945,321	8,003,766	29,949,087
人次占比	73%	27%	100%



19

111年疫情第三年

診所分擔防疫重責，疫情衝擊下穩住分級分流醫療，全國診所成為六合一防疫據點

快篩陽性視訊判定工作	輕症視訊居家全人照顧計畫	確診者遠距診療及開藥	新冠疫苗持續接種	推動診所PCR採檢作業	支持醫院社區篩檢站人力
<ul style="list-style-type: none"> 落實輕重症分流守護民眾健康 全台基層診所參與照護 減少民眾傳染風險 紓解PCR採檢量能，降低醫院負載 	<ul style="list-style-type: none"> 基層診所肩負起「輕症居家照護」 病人經視訊判定陽性確診後，由西醫基層醫師提供妥適的醫療照護 確診病人在家居隔照護 把家裡當作病房，每天有醫師、護理師視訊關懷 	<ul style="list-style-type: none"> 配合疫情居家隔離、檢疫及防疫政策，突破地域限制 動員基層診所，確診民眾能立即獲得醫療照護 替病人擬定最適合的治療方針並對症治療開立藥物 	<ul style="list-style-type: none"> 111年全台基層診所持續接種疫苗 協助一般民眾接種外，亦協助長照機構住民、居家照護個案、學校學生等接種 透過基層診所協助，有效提高我國疫苗接種涵蓋率 	<ul style="list-style-type: none"> 全國診所共同投入PCR採檢行列，以分流分治為原則，分攤醫院採檢壓力 調查有意願加入PCR採檢之診所，彙整名單給疫情指揮中心 	<ul style="list-style-type: none"> 調查診所有意願支援的醫護人力，將名單提供給疫情指揮中心 各縣市醫師公會建立窗口密切聯繫，及時提供基層人力支援

20

111年疫情第三年-診所投入通訊診療居家照護

■ 111年診所執行COVID-19通訊診療情形

	建置通訊診療診所家數	「執行居家快篩陽性視訊判讀」診所家數	「執行居家快篩陽性視訊判讀」醫師人數	「執行居家快篩陽性視訊判讀」人次
全區	7,520	4,161	7,518	4,851,664

■ 111年診所執行COVID-19確診個案居家照護遠距醫療情形

	「執行確診個案居家照護」診所家數	「執行確診個案居家照護」醫師人數	「執行確診個案居家照護」人次
全區	4,427	8,101	7,532,623

■ 111年診所開立抗病毒口服用藥PAXLOVID情

	開立診所家數	開立醫師數	開立件數
全區	3,550	6,042	556,596

◆ 基層醫師提供確診者視訊醫療服



陳相國醫師提供視訊醫療服務

顏鴻順醫師提供視訊醫療服務

21

111年疫情第三年-持續協助疫苗施打及快篩採檢

醫院與診所合作無間，醫院照顧重症住院患者，和診所分工合作，台灣才可以度過難關

111年診所參與COVID-19疫苗施打情形

	診所家數	案件數(接種人次)
全區	2,972	18,196,602

111年診所參與COVID-19快篩採檢情形

	診所家數	醫師數	公費案件數
全區	126	291	31,053



台中市基層醫師協助疫苗施打



台中市推動診所PCR得來速篩檢



台北市及新北市的基層醫師支援PCR篩檢站



22

112年疫情進入第四年

診所提供不間斷的醫療服務

緩解醫院醫療服務量能

免去高風險病人去醫院急診長時間等待，降低交互感染的風險，也讓醫院急診量能專注於急診、重症治療

緩解醫院醫療量能負擔

112年農曆春節
長達10天假期

春節時因人口移動，恐有一波新冠肺炎流行，倘遇上診所全部休診，生病需就醫的民眾只能往急診去

過年期間醫療量能不足

診所主動於農曆春節開診

到診所就醫讓病人可迅速獲得需要的治療及藥物，如高風險的病人能立即開立抗病毒藥物Paxlovid

王宏育醫師
(王宏育診所)
112年農曆春節開診服務

日期	農曆	病人數	判陽數	抗病毒人數	看診結束時間
1月22日	初一	67	23	5	13:15
1月23日	初二	75	27	3	13:45
1月24日	初三	90	15	4	13:10
1月25日	初四	64	6	3	12:00

農曆春節期間
診所開診情形

周慶明
6天

圓滿達成年初二、初三、初四共3天救援任務 Yeah!

三天共看診320人次
判陽確診60人
高風險收案16人
開立抗病毒藥物13人... 查看更多



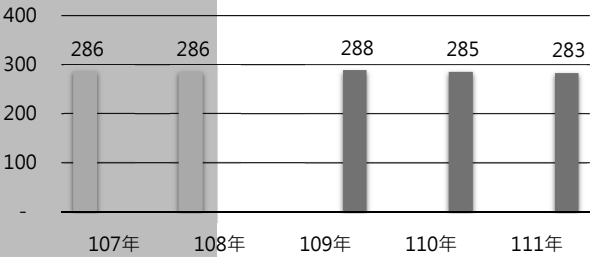
112年1-3月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值 (預估)	0.9052	0.9541	0.9778	0.9964	0.9491	1.0522	0.9501

23

醫療供給

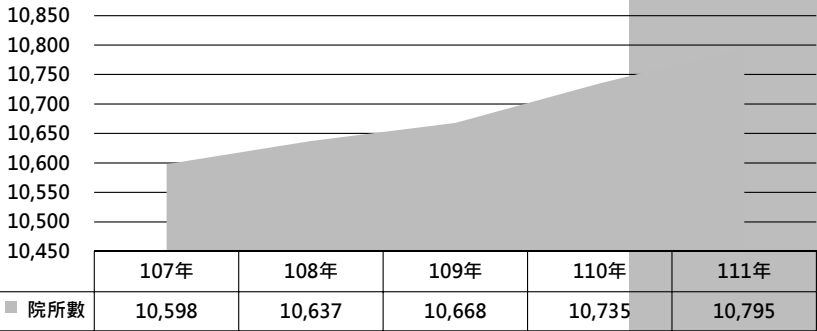
疫情期間，西醫基層院所堅守崗位，穩定增加醫療服務提供。

平均每家院所開診日數

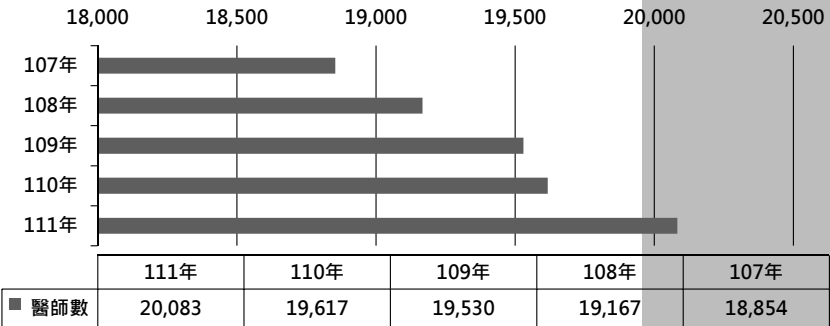


疫情對醫療服務影響

門診申報院所數



門診申報醫師數



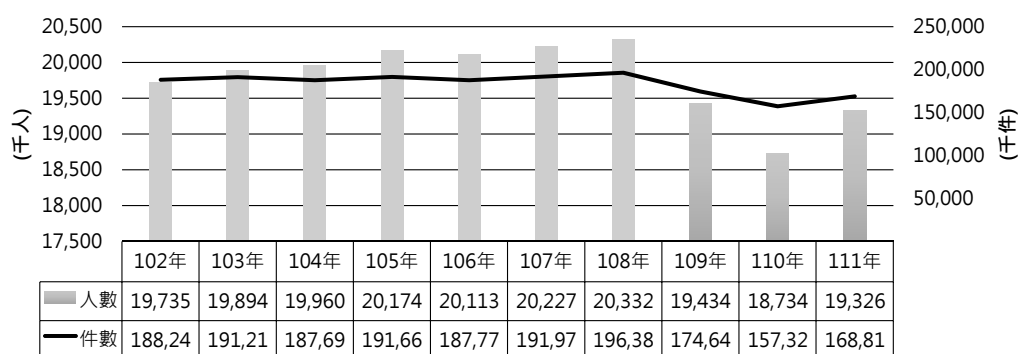
24

醫療需求

□ 門診就醫人數及件數顯著減少，「耳鼻喉科」、「其他專案」及「一般案件（簡表）」、「門診日劑藥費（MA1、MA2、MA3）」受疫情影響顯著。

□ 「內分泌、營養和代謝疾病」及「精神與行為疾患」案件、「慢性病」及「慢連箋」案件、「失眠、焦慮抑鬱用藥」及「高血壓用藥」受疫情影響不顯著。

門診就醫人數及件數

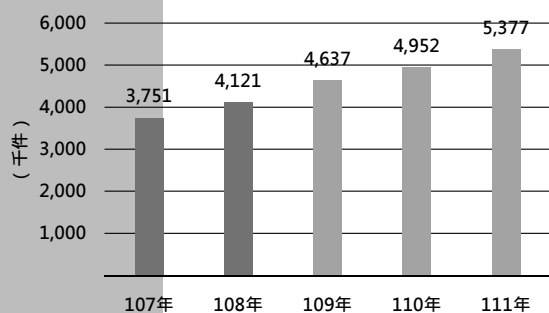


25

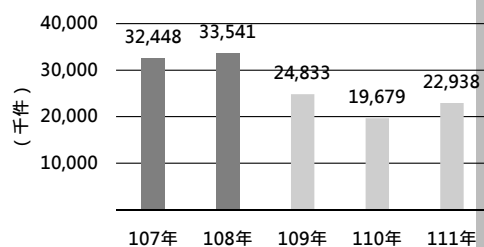
以就醫科別觀察

相較疫情前的申報，各科別均大幅下降，其中「耳鼻喉」、「小兒科」、「家醫科」減少幅度最高。精神科呈增加趨勢。

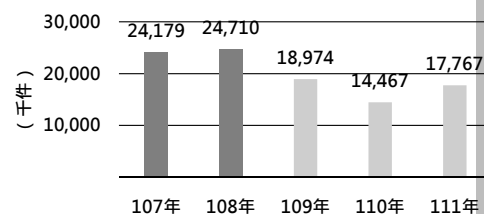
精神科件數



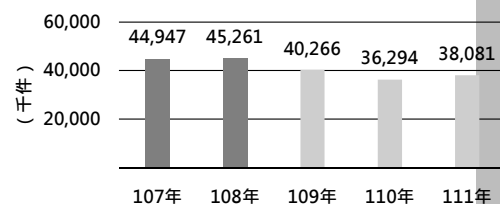
耳鼻喉科件數



小兒科件數



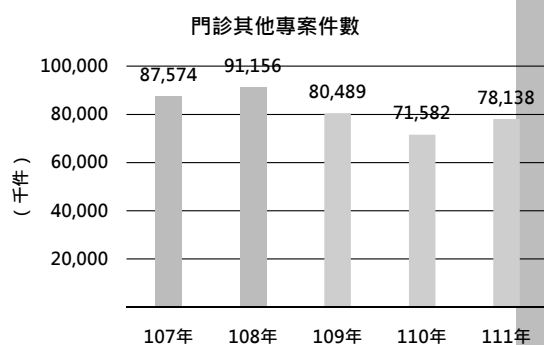
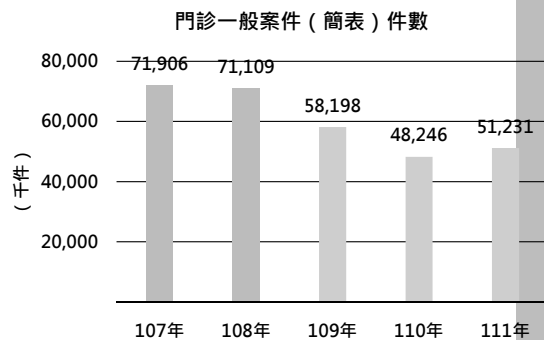
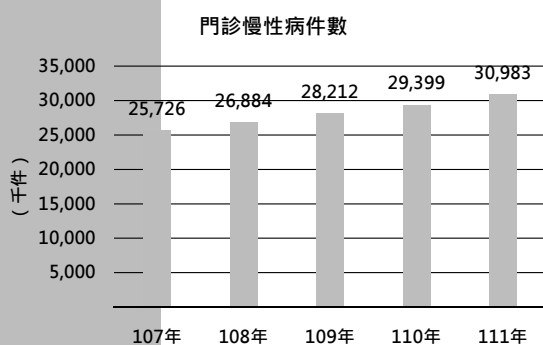
家醫科件數



26

以案件類別觀察

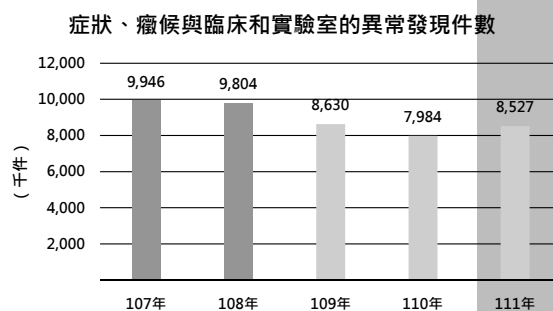
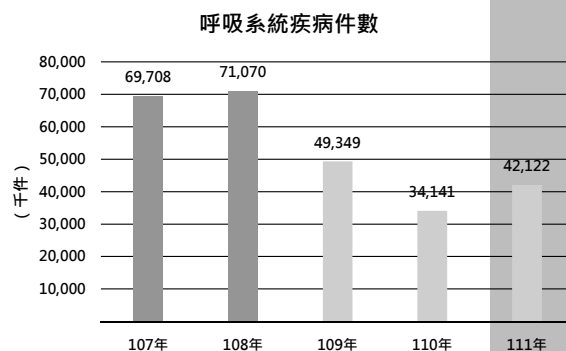
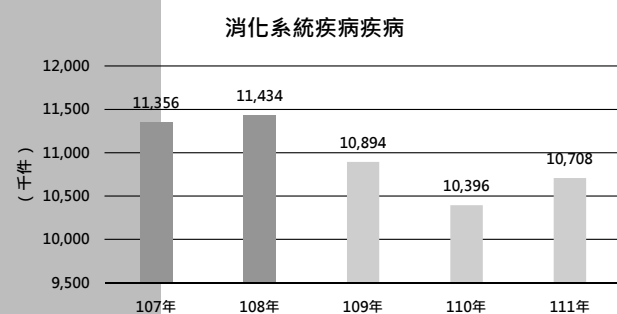
相較疫情前的申報，「一般案件」及「其它專案」，減少幅度最高。慢性病申報增加幅度最高。



27

以疾病別觀察

相較疫情前的申報，「呼吸系統」、「症狀、癥候與臨床和實驗室的異常發顯」及「消化系統」減少幅度最高。



28

一般服務項目執行成果

① 維護保險對象就醫權益

② 專業醫療服務品質之確保與提升

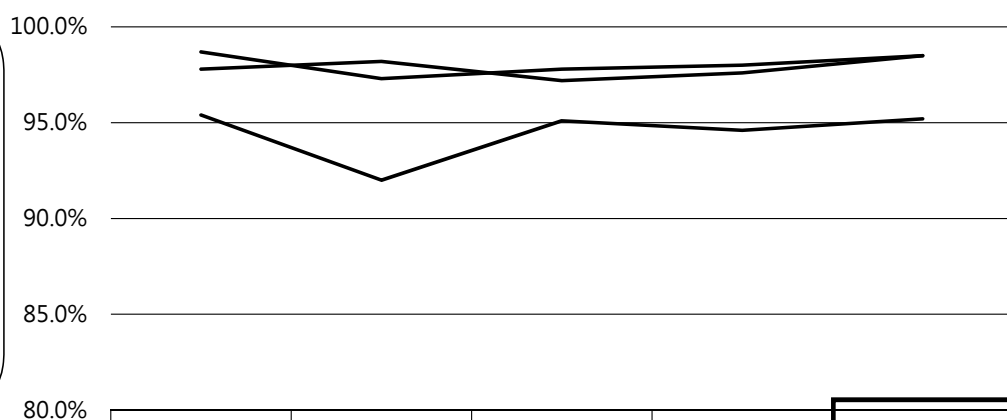
③ 協商因素之執行

④ 總額之管理與績效

29

醫療服務品質調查結果

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，共完成**2,380**份有效樣本，為近年最多樣本數，且西醫基層總額仍維持高滿意度。



	107年	108年	109年	110年	111年
— 整體醫療結果滿意度	98.7%	97.3%	97.8%	98.0%	98.5%
— 對醫師看病及治療花費時間滿意度	95.4%	92.0%	95.1%	94.6%	95.2%
— 對醫師看病及治療過程滿意度	97.8%	98.2%	97.2%	97.6%	98.5%

30

民眾付費情形

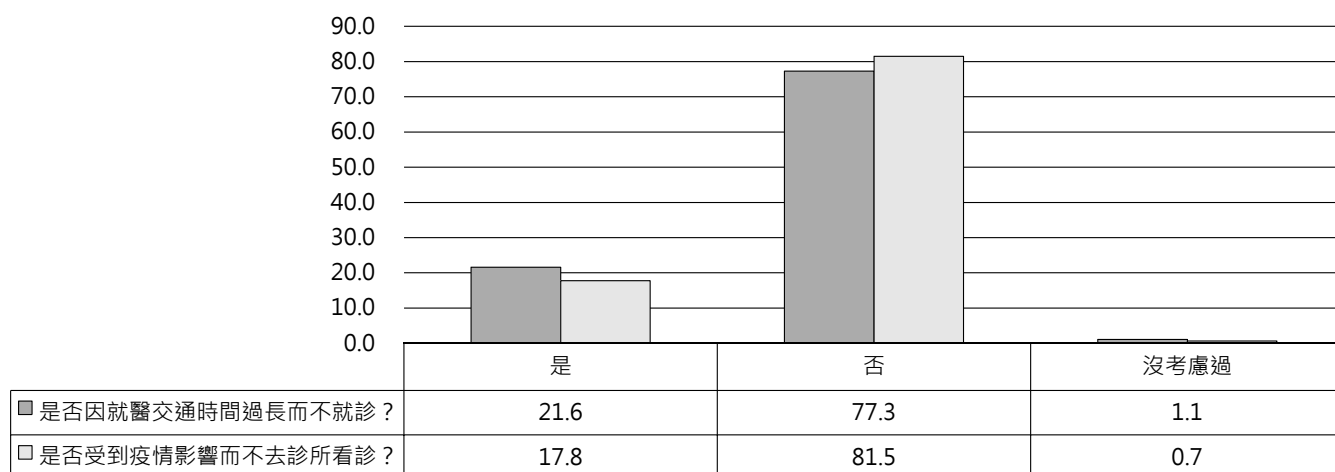
有關民眾是否被要求自付其他費用，有84.8%表示「否」，其餘15.2%之民眾(361人)，回覆如下：

- ① 約40.6%民眾自付金額為「100元以下」。
- ② 約56.1%民眾針對自付金額是否適當回覆為「普通」，而有13.5%認為「便宜」、5.7%認為「非常便宜」。
- ③ 自付費用項目主要為「藥品(49.2%)」，其次為「打針及點滴(17.9%)」。
- ④ 自付費用理由以「健保不給付(36.7%)」、及「同意使用較好的藥或藥材而補付差額或自付全額(33.1%)」占較高比例。

31

就醫可近性與及時性^{1/3}

□ 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。



32

就醫可近性與及時性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75.5%回覆為「是」；而對其24.5%民眾(583人)問是否感到不方便，則有半數，56.6%回覆「沒係(330人)」。
- 基層診所假日開診情形：111年全國基層診所假日家數及看診人次皆前一年度增加，顯示在COVID-19疫情影響下，基層診所仍堅守社區，擔任民眾健康守門人之角色；本會亦定期於每月提供各縣市醫師公會六、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
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
111年	10,854	10,240	4,957	22,462,101	5,667,447	49.02	50.49

料來源：衛生福利部中央健康保險署

33

就醫可近性與及時性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。每萬人口基層診所數則以高屏區最高，中區次之。

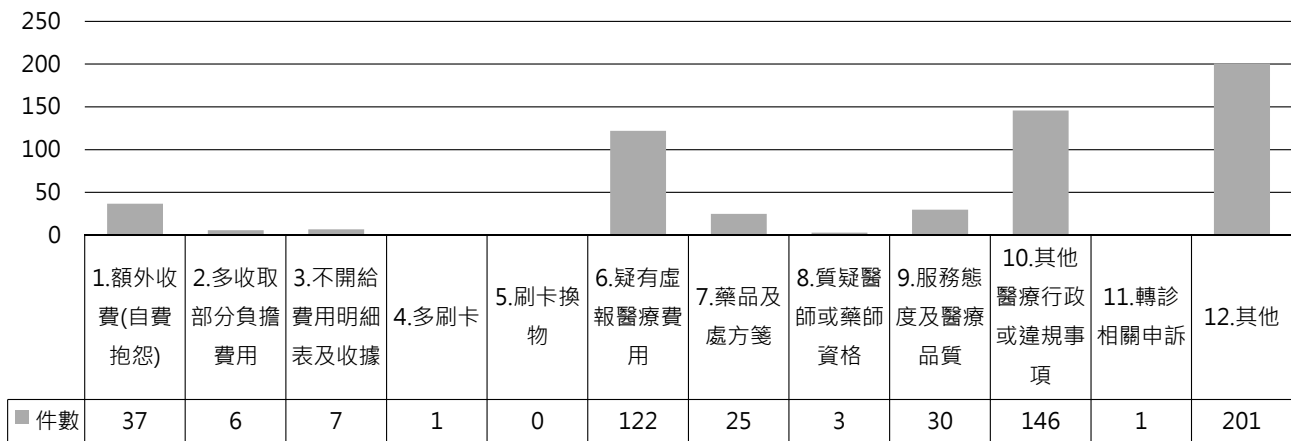
分區	基層診所數	基層醫師數	戶籍人口數(千人)	每萬人口基層診所數	每萬人口基層醫師數
台北	3,207	5,760	7,442	4.31	7.74
北區	1,348	2,364	3,850	3.50	6.14
中區	2,275	3,417	4,539	5.01	7.53
南區	1,627	2,350	3,268	4.98	7.19
高屏	1,965	2,922	3,634	5.41	8.04
東區	243	324	531	4.58	6.10
全國	10,665	17,137	23,265	4.58	7.37

料來源：衛生福利部中央健康保險署，截至111年12月底統計值。

34

民眾諮詢及抱怨處理

111年西醫基層共提供169,902,195件門診服務，依據中央健保署提供111年諮詢及抱怨處理共計579件，部分案件已加強醫病溝通協助改善；若有涉及違規，則將另以違規案件處理。



35

一般服務項目執行成果

- ① 維護保險對象就醫權益
- ② 專業醫療服務品質之確保與提升
- ③ 協商因素之執行
- ④ 總額之管理與績效

專業醫療服務指標

指標名稱	指標方向	111年	參考值
1.平均每張慢性病處方箋開藥日數			
-糖尿病	正向	27.26	21.75
-高血壓	正向	27.96	22.42
-高血脂	正向	27.94	22.35
2.門診注射劑使用率	負向	0.55%	0.63%
3-1.門診抗生素使用率	負向	11.88%	13.97%
3-2.門診Quinolone、Aminoglycoside類抗生素藥品使用率 ^{註3}		0.58%	0.72%
4-1.跨院所門診同藥理用藥日數重疊率			
-降血壓藥物(口服)	負向	0.19%	0.22%
-降血脂藥物(口服)	負向	0.12%	0.15%
-降血糖	負向	0.11%	0.13%
-抗思覺失調症	負向	0.41%	0.45%
-抗憂鬱症	負向	0.31%	0.36%
-安眠鎮靜	負向	0.77%	0.90%
4-2.同院所門診同藥理用藥日數重疊率			
-降血壓藥物(口服)	負向	0.07%	0.07%
-降血脂藥物(口服)	負向	0.05%	0.05%
-降血糖	負向	0.06%	0.06%
-抗思覺失調症	負向	0.19%	0.21%
-抗憂鬱症	負向	0.14%	0.15%
-安眠鎮靜	負向	0.20%	0.21%
5.慢性病開立慢性病連續處方箋百分比	非絕對正向或負向	73.02%	60.56%
6.就診後同日於同院所再次就診率	負向	0.14%	0.16%
7.糖尿病病人醣化血色素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率	正向	91.65%	72.32%

111年7項專業醫療服務指標皆符合參考值

註：「每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率」、「剖腹產率」指標不訂定參考值

37

醫療利用率指標

	111年	參考值
1.子宮頸抹片利用率	10.76%	≥ 16%
2.成人預防保健利用率	32.90%	≥ 20%
3.兒童預防保健利用率	51.37%	-
4.年齡別剖腹產率(A+B)	42.84%	≤ 34%
具適應症案件(A)	36.12%	
19歲以下	18.23%	
20-34歲	33.36%	
35歲以上	43.04%	
不具適應症案件(B)	6.72%	
19歲以下	0.99%	
20-34歲	5.65%	
35歲以上	9.36%	
5.門診手術案件成長率	14.01%	≥ 10%
6.六歲以下兒童氣喘住院率	0.025%	以最近3年全區值平均值
7.住院率	1.79%	(1+15%)作為
8.平均每人住院日數	0.13	上限值
9.每人急診就醫率	0.50%	

- ① 具適應症之剖腹產案件，19歲以下、20-34歲皆低於參考值34%
- ② 根據內政部統計，台灣110年35歲以上產婦佔31.64%，平均生育年齡也從109年32.20歲增加至32.29歲
- ③ 妊娠糖尿病、子癲前症、早產等疾病發生率隨著產婦年齡增加而升高，推測具適應症之剖腹產案件比率也受到產婦平均年齡影響
- ④ 本會建議應考量近年生育年齡提高之趨勢，檢討、調整剖腹產率參考值

38

品質保證保留款實施方案及結果

指標朝去科別化、提升鑑別度方向修定

- 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 $\geq 50\%$ 」、「每年達到看診日數之月次數 ≥ 6 次」、「假日及國定假日開診比率 $\geq 50\%$ 」等3項獎勵指標(各核發權重2%)。

110年核發結果

	品保款核發佔率
106年	70.9%
107年	72.6%
108年	74.6%
109年	75.5%
110年	73.6%

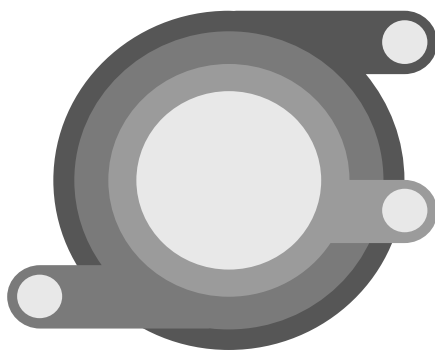
- 106-110年品保款核發比率約七成，具有鑑別度。
- 111年以「去科別化」為目標修訂。

39

其他改善專業醫療服務品質具體措施

訂有全民健康保險醫療品質資訊公開辦法

- 西醫基層總額「已公開」項目，計有「整體性之醫療品質資訊」9大項及「機構別(院所別)之醫療品質資訊」17大項



持續檢討修訂指標

針對指標有異常情形時，各分會皆會加強醫療機輔導

- 111年共輔導409家院所

40



一般服務項目執行成果

- ① 維護保險對象就醫權益
- ② 專業醫療服務品質之確保與提升
- ③ 協商因素之執行
- ④ 總額之管理與績效

41

111年新增項目

提升國人視力照護品質目標

 提升視力 照護品質	 執行目標 評估指標
<ul style="list-style-type: none"> ❑ 刪除「醫師執行白內障手術40例以上須送事前審查」規定。 ❑ 改「白內障手術個案登錄」及「事後審查」等管理方式。 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ 執行目標：4,000件。 ❑ 評估指標1：每月申報超過40件以上醫師之「VPN登錄率」大於90% ❑ 評估指標2：每月申報超過40件以上醫師之病人手術等待期減少 ❑ 評估指標3：每月申報超過40件以上醫師占申報白內障手術醫師數比例較前一年度增加3%

42

執行結果

執行目標✓

- ① 111年白內障手術申報件數，扣除110年件數及自然成長率，增加9,152件，目標達成率229%。
- ② 支出增加189.3百萬元，超出預算（120百萬元）69.3百萬元，預算用罄。

評估指標✓

- 每月申報超過40件以上醫師之「VPN登錄率」
----登錄率達90.7%
- 每月申報超過40件以上醫師之病人手術等待期減少
----手術等待期較前一年度減少0.4日
- 每月申報超過40件以上醫師占申報白內障手術醫師數比例
----占率較前一年度增加3.7%

43

新醫療科技

延續項目

- 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。**106-110年新醫療科技預算及成長率如下表：**

年度	107年	108年	109年	110年	111年
成長率(%)	0.106	0.037	0.086	0.158	0.242
預算額度(百萬元)	116	42	100	190.3	300

- 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
107-109年	-	-	-	-	-	-	-	-
110年	32	40	-	-	-	0.28	0.18	0.47
111年	27	58.59	-	-	-	-	1.26	1.26
合計	59	98.59	-	-	-	0.28	1.44	1.73

*註1：110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)。

*註2：111年新增修訂25項，已扣除非新醫療科技預算修訂2項(58011C、58017C)。

44

新醫療科技-新藥

(單位：百萬元)																
收載 年度	當年度新 增預算	5年預算(當 年度預算*5)	收載 項數	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111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	438.2	2,191		32.6	172.8	312.3	435.6	599.4	334.8	484.6	574.0	661.9	113.8		3,721.8	-1,530.8
107	116	580	51							42.1	162.2	291.8	420.8	548.3	1,465.2	-885.2
108	42	210	51								54.4	299.6	572.9	811.0	1,737.9	-1,527.9
109	100	500	45									17.2	181.5	328.1	198.7	301.3
110	150.3	751.5	39										10.5	32.6	43.1	708.4
111	241.1	1205.5	27											2.6	2.6	1,202.9
101-110 合計	1087.6	5,438		32.6	172.8	312.3	435.6	599.4	334.8	526.7	790.6	1,270.5	1,299.5	1,722.6	7,169.3	-1,731.3

- ① 107~109年開放之新藥，多為治療第二型糖尿病和慢性病，數據顯示截至111年為止實際申報費用已超出五年預算，超支金額約2,413百萬元。
- ② 建議健保署應定期檢討高使用量之藥品，監測、分析其增加趨勢，並事前規劃來年新藥納入健保給付之項目及日程，俾利來年協商之預算評估。

45

替代率公式無實證基礎

台灣醫院協會受託研究
新藥替代率計畫結論顯示，健保署替代率公式不符臨床實務現況

健保署委託研究
採用藥品為糖尿病用藥，且僅比較降血糖用藥+老藥(Repaglinide，屬於SU類，Sulfonylurea)，以及Metformin + Linagliptin (DPP-4抑制劑)，沒有考慮到其他同類的降血糖用藥群

2A新藥(以抗血栓藥品RIVAROXABAN&TICAGRELOR為例)與2B新藥(以糖尿病藥品METFORMIN/REPAGLINIDE&METFORMIN/LINAGLIPTIN為例)之替代率驗證結果(成大研究)

新藥品項	Rivaroxaban Ticagrelor		Metformin/Repaglinide Metformin/Linagliptin	
類別	2A		2B	
	現有替代率	研究結果	現有替代率	研究結果
102年度(上市第一年)	60%		0% 90%	100%(>100%)
103年度(上市第二年)	70%		51% 100%	100%(>100%)
104年度(上市第三年)	80%		96% 100%	100%(>100%)
105年度(上市第四年)	90%		97% 100%	100%(>100%)
總計			81%	100%

資料來源：健保會108.7.26會議資料

類別	核價分類	BIA 預估財務影響	實際藥費	年分	預算替代率	實際替代率
降尿酸藥品 Febuxostat	2A	第一年：3,600 萬 第五年：1.69 億	第一年：294 萬	2012	60%	-521.4%
			第二年：3,889 萬	2013	70%	-22.3%
			第三年：1.44 億	2014	80%	25.5%
			第四年：2.33 億	2015	90%	32.6%
黃斑部病變藥品 Ranibizumab	2A	無	第一年：1.18 億	2012	60%	-0.42%
			第二年：1.87 億	2013	70%	0.06%
			第三年：5.41 億	2014	80%	0.52%
			第四年：5.9 億	2015	90%	-17.26%
			第五年：6.8 億	2016	NA	NA
黃斑部病變藥品 Aflibercept	2B	第一年：5,500 萬 第五年：1.6 億	第一年：2,100 萬	2014	90%	-219.1%
			第二年：1.69 億	2015	100%	-71.2%
類別	核價分類	BIA 預估財務影響	實際藥費	年分	預算替代率	實際替代率
肺癌標靶治療藥 Afatinib	2B	第一年：2,400 萬 第五年：8,800 萬	第一年：5,820 萬	2014	90%	-130.1%
			第二年：3.16 億	2015	100%	42.0%
口服降血糖藥 DPP4i	2B	無	第一年：3.91 億	2009	90%	17.2%
			第二年：10.43 億	2010	100%	-89.2%
			第三年：16.12 億	2011	100%	167.5%
			第四年：23.71 億	2012	100%	-23.1%
			第五年：32.76 億	2013	100%	-22.5%

46

促進醫療資源支付合理(126百萬元)

111年決定事項

1. 為鼓勵分級醫療、雙向轉診，用於提升西醫基層量能之診療項目。
2. 112年度總額起，請朝醫院、西醫基層部門相同診療項目支付點數連動調整辦理。

111年執行情形

本會考量111年預算不足以支應「西醫基層院所與醫院申報支付標準點數不同」之所有項目(共174項)，爰按比例並考量其成長率，建議全面調整20%支付點數差額。

經提西醫基層總額研商議事會議討論，及支付標準共同擬訂會議報告，健保署建議就基層有能力執行且有需求、單價點數低或急重症等因素，擇其中29項先行調整。

本會經徵詢後函健保署略以：建議調整「47029C，心肺甦醒術(每十分鐘)」等28項；惟「01021C，精神科急診診察費」，考量基層之急診案件較少，且須研議其管控措施，爰尚無共識。

健保署於111年11月4日報請衛生福利部修正28項診療項目，業經衛生福利部於111年11月14日修正發布，自111年12月1日正式公告實施(28項)。

47

一般服務項目執行成果

- ① 維護保險對象就醫權益
- ② 專業醫療服務品質之確保與提升
- ③ 協商因素之執行
- ④ 總額之管理與績效

48

風險調整移撥款(600百萬元)

- ① 風險調整移撥款，提撥300百萬元撥補臺北區，300百萬元撥補點值落後地區(不含臺北區)。
- ② 風險調整移撥款撥補點值落後地區方式，如下：
 - ▣ 點值落後地區，係指低於五分區浮動點值且不超過每點1元之地區。
 - ▣ 依下列公式進行費用撥補：

$$\{(M - An) \times Y_n / \sum_{n=1}^n [(M - An) \times Y_n]\} \times \text{當季風險調整移撥款}$$

註

M=五分區浮動點值；A=該區浮動點值。

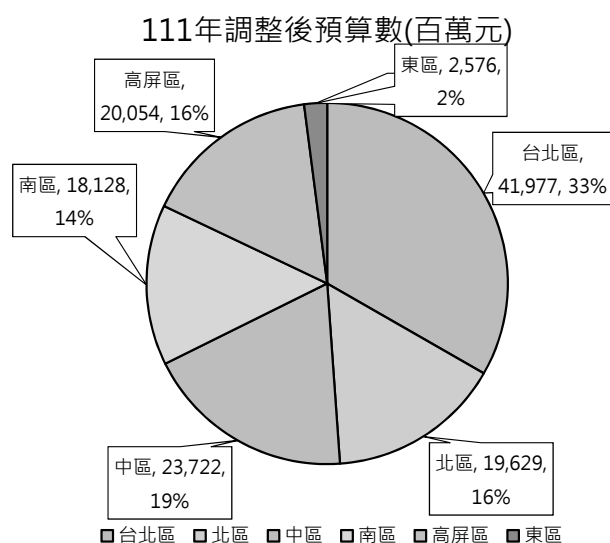
Y=該分區一般服務預算(不含違規查處、專款及其他部門)占率。

n=低於五分區浮動點值且不超過每點1元之地區。

- ▣ 撥補前與撥補後點值排序不變，若撥補後影響點值排序，則受撥補分區最高補至與原點值排序前一名之分區點值，且點值不超過每點1元為止。

49

地區預算分配結果



註：

1.111年度預算扣減新醫療科技項目未導入預187百萬元。

2.調整前預算數：未扣減風險除移撥基金，經R/S值計算分配至各分區預算。

3.調整後預算數：

(1)扣減風險調整移撥款(600百萬元)，經R/S值計算分配至各分區預算。

(2)移撥風險基金至臺北區3億；點值落後區3億，若當季有剩餘款依該區預算占率回歸回歸各分區。



預算以台北區占率33.2%最高，東區2.0%最低。



調整前、後預算淨增減金額，臺北區增加101百萬元，有4區減少7至50百萬元。

單位:百萬元

分區別	調整前預算	調整後預算	調整前、後預算
台北	41,876	41,977	101
北區	19,663	19,629	-35
中區	23,731	23,722	-9
南區	18,177	18,128	-50
高屏	20,054	20,054	0
東區	2,583	2,576	-7

50

111年點值現況



浮動點值，五分區(不含東區)以第1季最高（南區1.1428最高），第4季最低(臺北區0.9184)。



門診案件較去(110)年成長7.34%



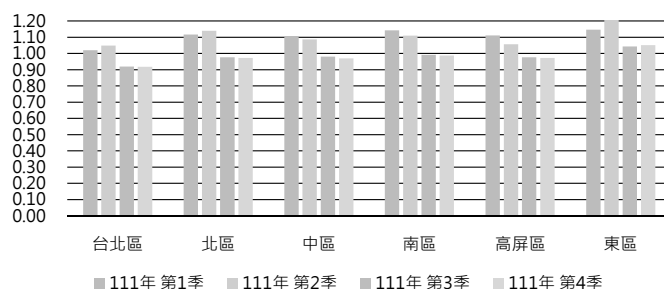
疾管署公告:

-111年05月26日快篩陽性經醫師判斷視同確診，配套措施包括視訊看診、藥師送藥等
-111年10月13日重啟國門，取消入境居家檢疫，改採「0+N」天自主健康管理。

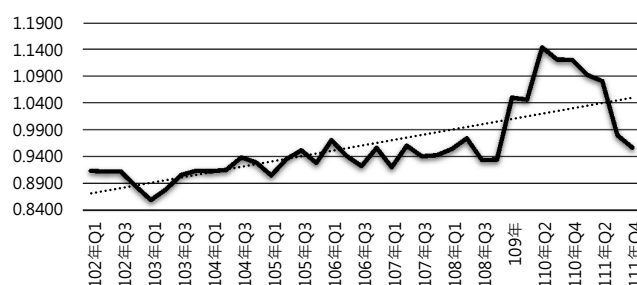


民眾就醫自由，看診次數及費用已回歸至疫情前門診量規模。

111年各季浮動點值



全區浮動點值連續趨勢



51

審畢案件抽樣及評量結果

審查案件數

665,214件

審查醫師人數

695人

審查醫師出勤總時數

11,057小時

審查醫師出勤總人次

4,686人次

分區	抽樣案件數	合理件數占率
台北	1,214件	95%
北區	1,244件	96%
中區	1,178件	92%
南區	1,158件	95%
高屏	1,306件	97%
東區	1,036件	94%
合計	7,136件	95%

評量結果檢討

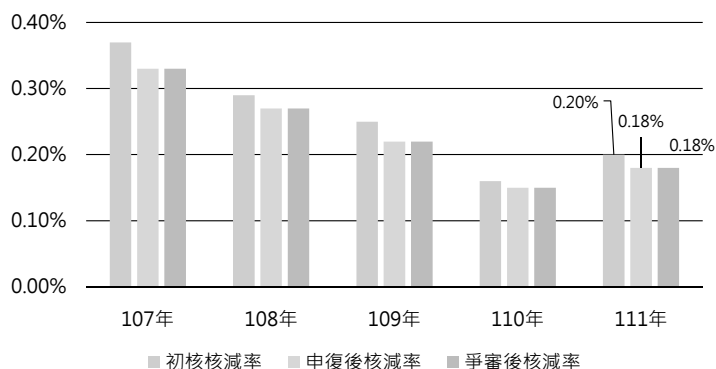
台北	2名因「審畢抽審案件未能提出分會認同之理由。」扣分，1名追蹤評量項目。
北區	審查作業情形良好，未達輔導標準。
中區	15名（第一次評核）及7名（第二次評核）因「未出席審查相關會議」扣分，1名因「均未出席科內共識會議」解聘。
南區	審查作業情形良好，未達輔導標準。
高屏	審查作業情形良好，未達輔導標準。
東區	審查作業情形良好，未達輔導標準。

解聘審查醫師1名，其餘評核結果良好。

52

核減、補付及爭審情形

近5年醫療費用核減率

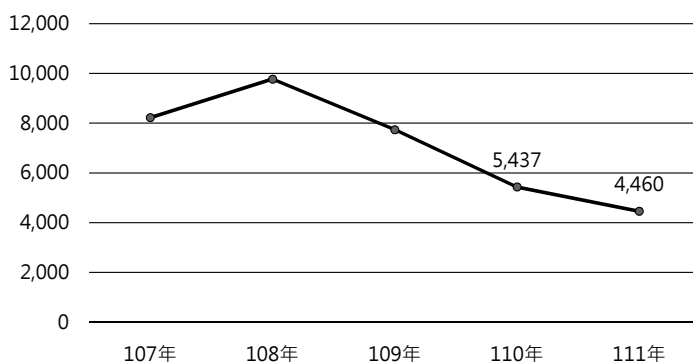


111年「初核核減率」0.20%，「申復後核減率」0.18%，兩者差距僅約0.02%。「爭審後核減率」與「申復後核減率」核減率相同，均為0.18%。各階段核減差異極小，核減標準趨於一致。

111年全區「爭審案件數」4,460件，與110年相較減少977件。

配合輔導，近5年爭議案件減少，爭議問題逐步改善。

近5年爭審案件數



53

111年西醫基層總額專案執行成果



報告人：林恒立副秘書長/執行會執行長

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代謝症候群防治計畫(111年新增)
- ⑥提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬計畫(111年新增)
- ⑦C型肝炎藥費
- ⑧醫療給付改善方案
- ⑨網路頻寬補助費用

55

① 家庭醫師整合性照護計畫

56

107-111年執行情形

	107	108	109	110	111
預算數(百萬元)	2880.0 -450.0	2,880	3,500	3,670	3,948
預算執行數(百萬元)	2,430	2,880	3,500	3,670	3,885
預算執行率	100%	100%	100%	100%	98.4%
執行社區醫療群數	567	605	622	623	609
退場	11	9	11	17	-
新加入	46	49	26	12	3
診所數	4,558	5,052	5,407	5,587	5,664
醫師數	5,924	6,666	7,307	7,637	7,833
收案人數	4,730,740	5,458,146	5,747,428	6,007,801	6,001,687
收案人數成長率	14.4%	15.4%	5.3%	4.5%	-0.1%
較需照護名單人數	6,101,880	6,361,962	6,244,945	6,168,840	6,072,643
參與診所占率	43.60%	48.12%	51.3%	53.1%	53.5%
參與醫師占率	37.81%	41.91%	44.9%	46.0%	46.3%
收案人數占率	19.80%	22.90%	24.00%	24.82%	24.82%
交付名單收案在較需 照護族群占率	55.05%	62.79%	66.20%	68.25%	69.04%

- 111年參與診所數、醫師數皆增加
- 收案人數與110年持平，但較需照護族群收案比率上升至將近7成

57

111年評核指標達成情形1/2

		年度		109		110		111	
過程面	指標	目標	實際	目標	實際	目標	實際	目標	實際
	成人預防保健檢查率	≥27.77%	38.44%	≥28.08%	39.07%	≥26.01%	37.26%		
	子宮頸抹片檢查率	≥25.89%	27.06%	≥22.35%	23.90%	≥24.19%	25.78%		
	65歲以上老人流感注射率	≥47.83%	49.44%	≥37.81%	40.49%	≥45.95%	47.71%		
	糞便潛血檢查率(50-75歲)	≥8.12%	20.54%	≥8.66%	16.97%	≥9.01%	16.90%		
	檢驗(查)結果上傳率			111年新增指標			≥50.00%	80.53%	

家醫計畫除了收案人數、參與診所持續成長，亦著重「質」的提升，每年本會與健保署均檢討、修訂各構面指標內容及目標值

- 111年全面性檢討評核指標，刪除部分鑑別力較低之項目，納入評核委員之建議及衛福部重點政策項目，如檢驗(查)結果上傳率
- 過程面指標皆達目標值，本年度新增指標「檢驗(查)結果上傳率」達80.53%

58

111年評核指標達成情形2/2

	111年新增指標	目標	達成群數	達成率
結果面	醫療群內診所重複用藥核扣情形(達成群數比例)	年度平均重複用藥核扣金額≤3000元	139	77.2%
	慢性病個案三高生活型態風險控制率(達成群數比例)			
	血壓	≥150名慢性病會員得以控制或改善	497	81.6%
	醣化血色素	≥150名慢性病會員得以控制或改善	408	67.0%
	低密度脂蛋白	≥150名慢性病會員得以控制或改善	423	69.5%

- 111年度加強本計畫與慢性病防治之結合，新增「慢性病個案三高生活型態風險控制率」指標，其中「血壓」控制成效顯著，達成群數達8成
- 考量查詢健保醫療資訊雲端查詢系統已是醫師看診必要執行項目，缺乏指標鑑別力，因此刪除「即時查詢就醫資訊方案」指標，新增「醫療群內診所重複用藥核扣情形」指標，保障醫療群個案之用藥安全

59

社區醫療群的角色及未來發展

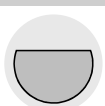


整合多面向醫療需求

- ◆◆關心病患用藥安全，整合多重慢性病的用藥
- ◆◆醫療給付改善方案
- ◆銜接長照2.0及慢性病管理



高雄市王宏育診所協助民眾施打疫苗。

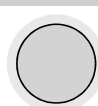


急性傳染病的第一線守門人

- ◆快速整合資源、共同防疫
- ◆111年防疫工作：
 - 超過5成民眾於基層診所完成疫苗施打
 - 607個醫療群中，有多達606群(99.5%)、4,742家(83.5%)診所提供民眾視訊診療服務



宜蘭羅東社區醫療群支援溪南接種中心。



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
- ◆◆定期辦理學術交流，與醫院銜接，照護不中斷



高雄岡山醫療群定期舉辦學術交流研討會。

60

② 西醫醫療資源不足地區 改善方案

61

開業服務提供概況及持續開業情形

開業服務提供概況

項目\年別	107年	108年	109年	110年	111年
新開業診所數	7	1	0	0	1
持續辦理開業計畫診所數	5	12	8	4	0
定額給付(千點)	38,973	40,607	22,290	5,885	700
申報件數(千件)	45.8	53.5	30	5.9	0.43
醫療費用點數(千點)	20,809	24,893	16,061	3,112	196
平均每件醫療費用點數	454	465	535	531	453

持續開業診所家數

項目\年別	107年	108年	109年	110年	111年
獎勵開業期間結束後持續開業診所家數	2	3	5	6	5

- 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111年獎勵開業期間結束後持續開業診所家數共有5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。

- ◆ 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，因此111年無持續辦理開業計畫診所
- ◆ 111年有1家新開業診所
- ◆ 112年疫情趨緩後，已知有3家診所申請開業服務
- ◆ 將持續協請各縣市醫師公會及當地主管機關協助媒合，期望未來能有更多院所至醫療資源不足地區提供開業服務

62

巡迴醫療服務提供概況

- 111年度方案公告之西醫基層施行區域計有88個，較前一年減少8個。
- 因此111年巡迴鄉數、點數及參與醫師數、護理人員、藥事人員數等皆略微減少。

項目\年別	107年	108年	109年	110年	111年
參與醫師數	159	164	165	166	160
參與護理人員數	281	316	306	343	338
參與藥事人員數	56	60	62	59	56
計畫數(執行院所數)	122	127	129	127	126
巡迴鄉數	83	83	90	86	84
巡迴點數	274	282	287	281	276

近年皆以家醫科為最多，內科及外科次之

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
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
111年	68	21	21	15	10	6	1	4	10	0	2	2	0	0	0	2	0	0	0	162

● 參與111年基層院所巡迴服務之160名醫師中，部分醫師具有2種以上專科別

63

服務目標及分區利用情形

各分區巡迴醫療利用情形

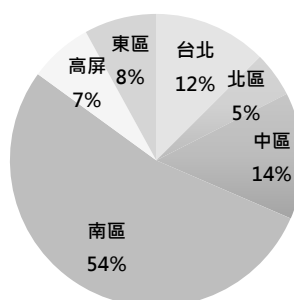
巡迴醫療目標達成統計

項目/年度	111年
目標數	
鄉鎮數(個)	88
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)	84
巡迴總服務人次	219,100
巡迴總服務時數/診次	12,178
目標達成率	
鄉鎮數	95.5%
巡迴總服務人次	96.5%
巡迴總服務診次	119.4%

111年目標達成率：執行鄉鎮數為95.5%，巡迴總服務人次為96.5%，巡迴總服務診次達119.4%，平均達成率超過九五成，達成本方案之設定目標

項目\分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
巡迴總診次	1,495	812	1,346	6,870	631	1,024	12,178
巡迴總人次	27,268	10,546	30,691	117,136	15,144	18,315	219,100
平均每診次服務人次	18.2	13.0	22.8	17.0	24.0	17.9	18.0

巡迴總人次

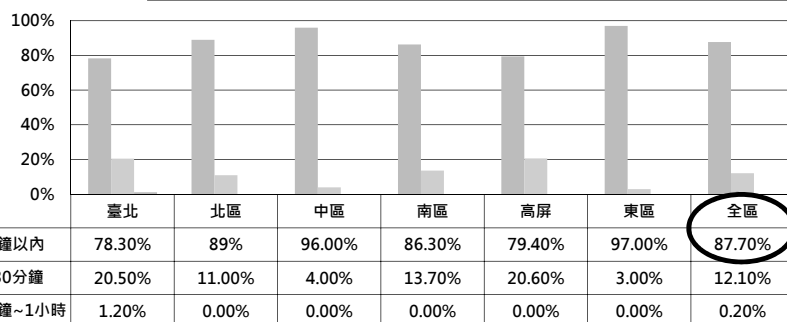
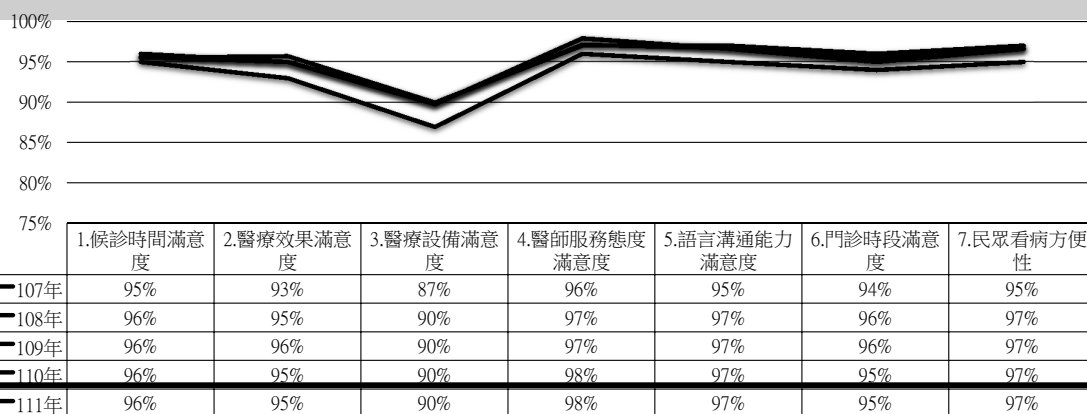


平均每診次服務人次與歷年相較仍介於約18~19人之間，顯示本方案之民眾利用率高
111年巡迴總診次以南區最多。111年巡迴總人次，主要集中於南區(54%)及中區(14%)

64

巡迴醫療民眾滿意度及就醫可近性

111年分區各項目滿意度皆達九成



111年民眾10分鐘內可到達就醫地點全區達87.7%
11-30分鐘內12.1%

65

112年醫療資源不足地區訪查實況

- 111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
- 112年5月至高雄辦理訪查，參訪內門區及六龜區兩個醫療資源不足地區巡迴醫療點

內門區由觀亭診所由吳惠芳醫師提供服務

六龜區由大嘉診所-王建豐醫師提供服務

清楚揭示巡迴醫療服務告示

中央健康保險署
西醫巡迴醫療服務
觀亭診所

醫師分享多年服務經驗並提供建議

巡迴醫療服務告示及公告服務時間

巡迴醫療藥師隨行攜帶行動藥櫃

巡迴醫療醫師細心問診及看診

③ 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫

67

醫療服務提供及執行狀況

- 111年共計有18家診所申請參與計畫(較110年15家新增3家)，中區9家最多。
- 18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3,595件，中區1,847件最多。
- 補助醫療費用點數全區共計約1,914.6萬點，以中區969.2萬點最多，其次為南區814.9萬點。
- 不符補助案件數共計226件，南區107件最多，其次為中區99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4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	2	2	9	5	0	0	18
實際補助家數	2	2	9	5	0	0	18
申請補助案件數	149	59	1,946	1,667	0	0	3,821
不符補助案件數	8	12	99	107	0	0	226
實際補助案件數	141	47	1,847	1,560	0	0	3,595
補助醫療費用點數	964,250	340,000	9,692,903	8,149,737	0	0	19,146,890



68

目標達成情形

分區\年別	108年	109年	110年	111年
臺北	3	2	0	3
北區	2	2	4	4
中區	9	9	13	15
南區	5	5	6	6
高屏	0	0	0	0
東區	0	0	0	0
全區	19	18	23	28

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前一年家數，以提升偏鄉地區產婦的醫療照護可近性。
- 111年計畫執行地區提供生產服務之診所為28家，較110年23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前一年增加。
- 111年計畫執行地區生產件數為4,024件，110年為4,169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	111年
臺北	445	376	0	291
北區	162	154	87	59
中區	3,030	2,610	2,192	2,005
南區	2,340	1,972	1,890	1,669
高屏	0	0	0	0
東區	0	0	0	0
全區	5,977	5,112	4,169	4,024

69

改善方向及未來展望

①

依實際執行情況，考量合理性及公平性，持續滾動式修正計畫內容，如申請資格調整、補助核發原則、孕產期檢查次數等

②

持續協請各縣市醫師公會及婦產科醫學會協助通知會員相關訊息，期許未來符合申請條件之診所皆能申請參加計畫

③

期望能藉本計畫鼓勵更多診所有意願投入生產照護服務，期許未來計畫之執行區域，皆有診所提供產科服務，使偏鄉產婦於妊娠期間有更多元的醫療選擇及照護

70

④ 強化基層照護能力及 「開放表別」項目

71

強化基層全人照護能力，增加民眾就醫方便性

早期發現 有心臟問題之民眾	提升孕婦及婦女 照護品質	照護弱勢病友 提供完善治療	開放門診手術項目 減少急診壅塞
<ul style="list-style-type: none"> 「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」 協助民眾早期發現是否有心血管病變或其他心臟相關病因，可及時預防治療。 	<ul style="list-style-type: none"> 「胎兒、臍帶、或孕期子宮動脈杜卜勒超音波・18037C」、「陰道超音波・19013C」 減低早發性子癲前症及輔助診斷卵巢癌，大幅提升婦女照護之品質。 	<ul style="list-style-type: none"> 「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」 民眾只需在鄰近診所接受照光治療，即可獲得良好的成效，並省去舟車勞頓的辛苦。 	<ul style="list-style-type: none"> 「腱、韌帶皮下切斷手術・64089C」、「網膜透熱或冷凍法再附著術・86402C」、「下眼瞼攣縮併角膜暴露矯正術・87031C」等14項門診手術項目。 鼓勵有能力的基層診所可於門診執行手術項目，以分流原先須至醫院看診之民眾。

72

歷年申報情形及說明

開放年度	預算數	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	111年執行率
106年	2.5億	25項	53.7%	91.3%	151.9%	57.6%	35.1%	50.9%
107年	2.0億	9項		29.7%	66.1%	83.0%	89.3%	96.5%
108年	2.7億	11項			20.9%	35.4%	43.1%	53.1%
109年	1.0億	17項				5.1%	19.8%	27.9%
110年	1.0億	5項					8.6%	26.4%
111年	3.0億	3項						0.0%
合計			53.7%	63.9%	79.0%	50.1%	44.7%	40.4%

- 109-111年間，西醫基層門診件數因COVID疫情受到嚴重影響，雖111年已呈現上升趨勢，惟仍未恢復為疫情爆發前之水準。
- 單一年度開放表別項目，其執行率逐年遞增，建議持續觀察。

73

開放表別衍生費用申報情形

- 因執行開放表別項目，其診察費、藥費、藥事服務費等衍生費用，係由一般服務預算支給，每年約申報**1.5億至8.0億點**，約是專款費用的**0.7-1.6倍**。

年度	項目數	就醫人數	開放表別項目費用 A	醫療費用 B	由一般服務費用 支應費用 (衍生費用) C=B-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
111年	70項	678,735	507,319,623	1,309,955,242	802,635,619

74

檢討及相關改善措施



75

結語及未來展望

- 109-111年受到COVID-19疫情影響，整體執行率增加速度較為緩慢，係因醫院及診所門診量都大幅降低，但並非民眾無就醫需求，而是需求產生遞延效應，待疫情趨緩後，民眾就會回歸至常態就醫模式，尋求看診進行相關檢查(驗)。
- 西醫基層將持續廣納有助於民眾照護及落實分級醫療之開放表別項目，提升基層醫療服務量能，擴大診所服務範疇，維護民眾就醫權益並提供完善之醫療照護。

76

⑤ 代謝症候群防治計畫

77

111年預算執行與目標達成情形

- 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

	111年
預算數	3.08億
執行數(半年)	22,100,250
執行率(半年)	7.20%
支付標準及獎勵費	
收案評估費	20,606,400
追蹤管理費	1,363,600
年度評估費	11,500
獎勵費	118,750
--品質獎勵費	115,000
--新發現個案獎勵費	3,750
--個案進步獎勵費	0

註：尚無111年Q4總額結算資料，故以申報量呈現(資料擷取時間：112年1月30日)

78

111年執行結果

- ① 111年執行半年，收案人數22,986人。
- ② 收案以40~59歲男性為主，代謝症候群以腰圍或BMI、血壓、TG為主。

執行結果	111年
院所數	1,196
醫師數	1,978
收案人數(10萬人)	22,986
結案人數	966

註：111年收案個案結案情形(資料擷取時間：112年4月10日)

品質指標達成情形	111年 家數
前25%	9
大於25%至50%	5
代謝症候群改善率	26.6分
個案完整照護達成率 $\geq 30\%$	0.7%
介入成效率 $\geq 30\%$	5.5%

品質指標計算平均值呈現

收案樣態	人數	111年 占收案人 數%	男性%
年齡層與性別			
20-29	687	3.0%	65%
30-39	2,394	10.4%	67%
40-49	6,447	28.0%	63%
50-59	9,078	39.5%	54%
60-64	4,380	19.1%	46%
代謝症候群樣態			
腰圍或BMI	20,719	90.1%	55%
AC	13,757	59.8%	55%
血壓	20,345	88.5%	58%
TG	18,959	82.5%	59%
HDL	18,039	78.5%	55%

79

醫界推動情形

與醫學會合作，舉辦成人預防保健認證課程



111.7.24舉辦成健課程
上圖：全聯會會場視訊連線
下圖：中區場次

與國健署合作，拍攝宣傳影片及收案釋疑影片



上圖：宣導影片 <https://health99.hpa.gov.tw/material/7650>
下圖：收案釋疑影片 <https://health99.hpa.gov.tw/material/8009>

80

醫界推動情形

各縣市醫師公會、診所協會、衛生局舉辦代謝症候群計畫說明會

相關公告、QA資訊等，多次透過內部會議、台灣醫界雜誌、網站、Line、FB等管道，進行宣導，鼓勵會員參加



代謝症候群防治計劃
—— 提升院所參與代謝症候群防治計畫識能暨實務操作

中華民國診所協會全國聯合會將於8月辦理2022年代謝症候群防治計畫線上說明會，希望透過五場說明會讓大家更了解計畫內容並增強相關的血壓及血糖照護新知！

歡迎大家踴躍參與，一起提昇照護品質與量能

主辦單位：社團法人高雄縣醫師公會

線上+實體課程

**如何執行「代謝症候群」
讓民眾健康、國家醫療負擔、診所三贏？**

FRIDAY
112年6月16日

TIME
12:30~14:30 PM

國軍高雄總醫院岡山分院
二樓會議室
(高雄市岡山區大義二路1號)

王宏育
王宏育診所
社團法人高雄縣醫師公會理事長
醫師公會全國聯合會常務理事
醫師公會全國聯合會編審委員會召集委員
台灣內科醫學會健保政策委員會副主任委員
家庭醫師照顧計劃岡山基層醫療群執行長

協辦單位：高雄市政府衛生局健康管理科



81

檢討與改善

111年防疫醫療重任，執行期短

112年擴大收案，滾動式檢討

實務面申報希望再簡化

擴大收案的條件討論

再開放可利用之檢驗數據之時間

- ① 擴大收案：新增「符合糖尿病前期定義者：醣化血紅素(HbA1c)5.7%~6.4%」。
- ② 擴大診所收案人數上限為300名。
- ③ 新增「個案績優改善獎勵費」1,000點。等內容

- ① 相關問題本會透過各種會議平台向健保署、國健署反映，惟仍須凝聚共識。
- ② 計畫方案一直都在滾動式檢討，希冀能提出以民眾自主健康為導向之健康管理模式，在未來的醫療服務上有一個新氣象，提升醫療服務價值。

82

⑥ 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬計畫

83

111年目標及執行情形

■ 計畫目標：

① 短期目標：

- 逐年提升出院後至基層執行心肺復健比率。
- 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%

② 長期目標：基層診所收案率達36%

執行概況 (8/1開始)		111年
預算數(百萬元)		9.7
預算執行數(百萬元)		0.88
預算執行率		8.98%
參與院所數		4
收案人數	醫院轉診	0
	診所自行收案	86
結案人數		1
接受完整療程病人數 ^{註1}		4
結案且接受完整療程病人數		0

111年指標達成情形

指標	目標值	111年	
		本計畫達成情形	全國指標達成情形
病人疾病復發率(包括再住院或再急診)	<30%	3.49%	13.33%
有意義的心肺功能改善比率	>70%	4.65%	無法推估*

- 收案個案「病人疾病復發率(包括再住院或再急診)」為3.49%，不僅達到目標值，與全國相比成效亦顯著
- 「有意義的心肺功能改善比率」指標達成情形偏低→計畫實際實行期間僅5個月，個案多數療程尚未結束而未結案

註1：包含「持續接受心肺復健達最高上限36次」及「病人心肺運動功能有意義改善(最大耗氧量進步25%，或6分鐘步行測試距離增加25%或100公尺)」。

84

⑦ C型肝炎藥費

85

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

108年基層診所稅務措施改變

110年放寬C肝診療專科醫師別

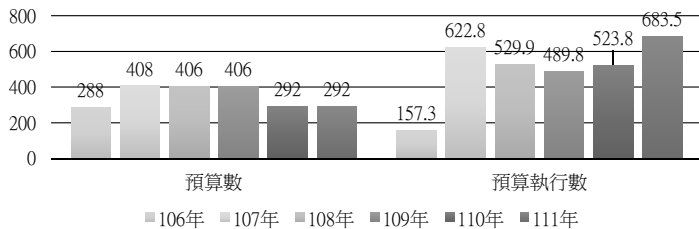
110~111年放寬B、C肝預防保健年齡別、專科別

86

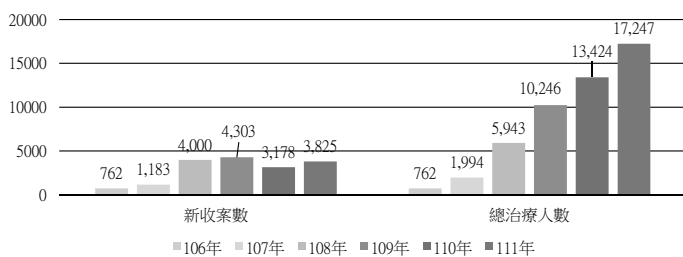
歷年執行情形及成果

各項配套措施落實，提升基層量能投入，111年有800多家基層院所加入照護，總治療人數達17,247人。SVR12達99%，完治率有提升空間。

106~111年預算執行情形(百萬元)



106~111年基層治療人數



- ① 推估疫情三級影響個案回診再次檢驗病毒量。
- ② 建議健保署與院所應互相建立完治12週追蹤機制。
- ③ 讓個案了解即使C肝新藥復發率極低，但後續仍要定期進行追蹤，以免影響自身健康。

	107年	108年	109年	110年	111年
收案人數	1,183	4,000	4,303	3,178	3,825
有檢驗病毒量人數	1,103	3,856	3,993	2,887	2,248
偵測不到病毒量人數	1,072	3,811	3,956	2,852	2,219
完治率	93%	96%	93%	91%	59%
SVR12(治療結束12週後病毒量陰性比例)	97%	99%	99%	99%	99%

註：
1.完治率：完成治療且治療結束12週後有回診檢驗病毒量人數/收案人數
2.SVR12：治療結束12週後病毒量陰性/有檢驗病毒量人數

87

醫界推動情形及成果

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



111/7/28「苑裡鎮石鎮里、蕉埔里C肝微根除計畫」發表會



新竹市「厝邊相揪顧健康 免費篩檢 合擊B C肝」



屏東縣111/3「台灣C肝現況與基層醫療C肝治療」之系列講座

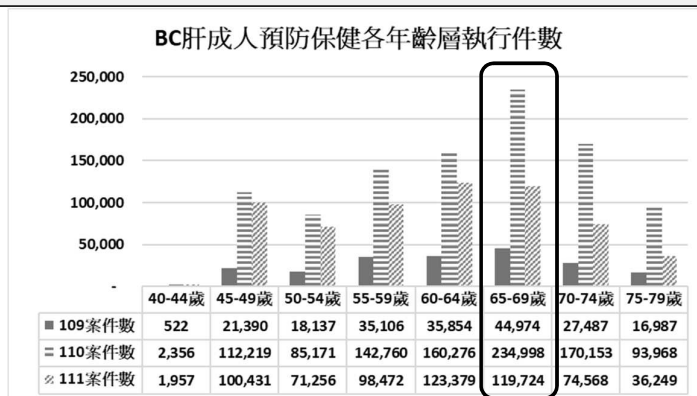
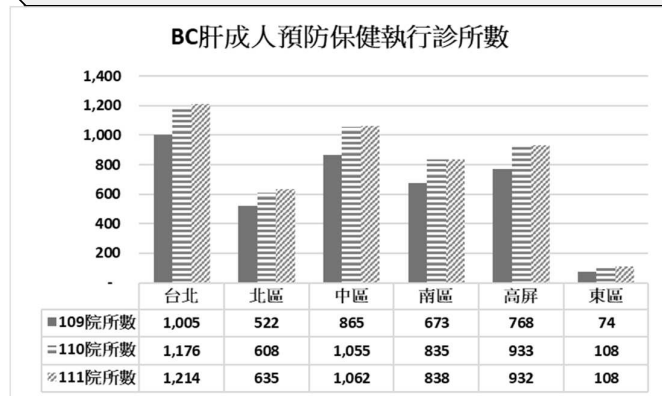


彰化縣「虎哩健康振興券」活動

88

醫界推動情形及成果

透過共同努力，B、C肝篩檢服務大幅上升，至111年共有4,789家基層院所投入篩檢，累計篩檢數達189萬件



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

註：

1. 109年9月28日擴大放寬年滿45-79歲(原住民40-79歲)終身檢查一次
2. 申報B、C肝成人預防保健，醫令代碼為L1001C

89

結語

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

90

⑧ 醫療給付改善方案

91

107~111年照護情形

照護對象	107年	108年	109年	110年	111年
糖尿病	198,529	246,940	299,752	339,049	362,857
糖尿病合併初期慢性腎臟病					54,111
氣喘	74,821	81,814	76,225	67,585	62,389
思覺失調症	1,741	1,628	1,506	1,500	1,718
BC肝追蹤	75,345	80,368	82,227	88,724	92,445
早期療育	75	114	131	135	124
孕產婦	10,775	9,705	8,997	8,062	7,942
慢性阻塞性肺病	1,206	1,406	1,287	1,364	1,412

- ① 給付改善方案人數最大宗的糖尿病給付改善方案，111年照護人數與107年相比成長近**1.8倍**，照護率達48.2%。
- ② 111年新增「糖尿病合併初期慢性腎臟病」及擴大思覺失調症照護對象。

92

107~111年品質指標達成情形(節選)

	107年	108年	109年	110年	111年
糖尿病 --HbA1C<7%比率	38.5%	38.9%	40%	42.2%	58.82%
糖尿病合併初期慢性腎臟病 --HbA1C<7%比率 --UACR<30mg/gm比率					63.24% 52.94%
思覺失調症 --高風險病人規則門診比率	-	-	-	83.2%	83.4%
B、C肝炎個案追蹤 --GOT檢查人數 --GPT檢查人數 --腹部超音波檢查人數	70,455 70,557 77,138	74,478 74,496 81,933	73,449 73,376 82,152	75,760 75,781 86,525	79,793 79,863 90,867

- ① 糖尿病照護控制良好率指標均有不錯表現。
- ② 思覺失調症110年度新增指標「高風險病人規則門診比率」，西醫基層穩定在83%。
- ③ B、C肝炎方案GOT、GPT檢查及腹部超音波接受的個案人數持續增加。

93

結語

- ① 持續研討各項品質方案。
- ② 擴大照護對象與執行團隊。
- ③ 積極發現社區民眾健康需求，提升照護品質與持續性追蹤。

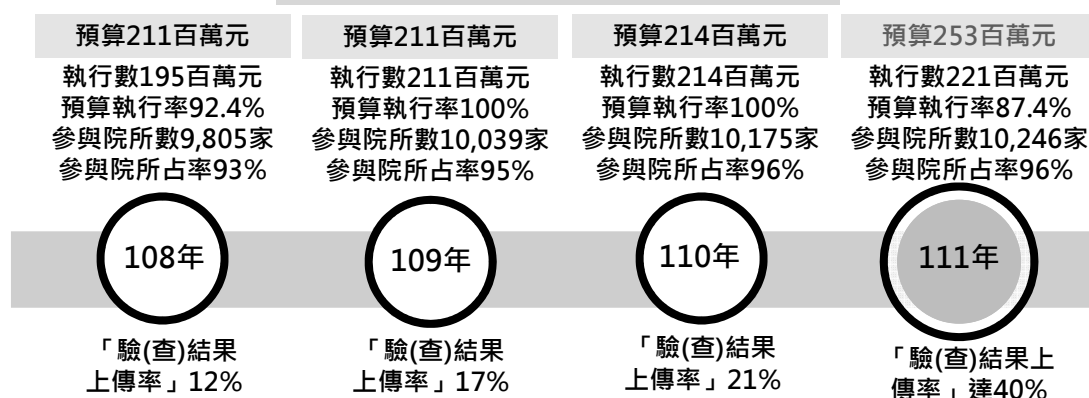
94

⑨ 網路頻寬補助費用

95

獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用

111年西醫基層配合執行情形



- 本會請健保署協助修正資訊上傳平台
- 蒐集瞭解診所上傳資料之困難及問題，亦多次邀請各資訊廠商共同研議解決方案
- 111年「驗(查)結果上傳率」已上升至40%

本項專款協定事項：
請中央健保署確實依
退場期程(110~114年)
規劃退場之執行方式

- ◆ 為醫療資訊安全，上傳至健保署VPN的資料，必須要另外透過單獨(非家用)的網路線路上傳，已額外增加醫療機構服務成本
- ◆ 健保署大力要求醫事機構配合資訊政策，加遽網路頻寬速度升級需求
- ◆ 疫情期間，醫療院所靠著網路頻寬升級後提供的即時病患防疫資訊查詢及管制，成功防疫及完整照護病患，非常需要「網路頻寬補助」繼續強化醫療院所網路
- ◆ 考量醫事機構與健保資料及政策推廣之緊密性，及數據傳輸之便利性，且資訊化政策是主管機關持續推動的重點項目，建議應維持本項專款編列

96

四、牙醫門診總額(含一般服務、 專案計畫)

各總額部門111年度執行成果發表暨評核會議

牙醫門診總額一般服務 執行成果評核報告

報告人：顏國濱

中華民國牙醫師公會全國聯合會

牙醫門診醫療服務審查執行會企劃室主任

大 綱

壹、年度重點項目執行成果與未來規劃

一、年度重點項目

二、自選重點項目

貳、一般服務項目執行績效

一、就110年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明

二、維護保險對象就醫權益

三、專業醫療服務品質之確保與提升

四、協商因素項目之執行情形

五、總額之管理與執行績效

六、COVID-19疫情對醫療服務之影響與因應作為

參、結論

壹、年度重點項目執行成果與未來規劃

一、年度重點項目

(一)國人牙齒保存現況與改善情形

(二)青少年口腔照護改善現況

二、自選重點項目

➤ 保存國人自然牙

年度重點項目

(一)國人牙周現況改善情形

1.績效指標現況

- 績效指標：牙周病統合治療第三階段完成率
- 定義(分子/分母)

$$= \text{當年度完成第三階段人數(當年1~9月申報第一階段案件於180天內申報第三階段件數)} / \text{當年度執行第一階段人數(當年1~9月申報第一階段件數)}$$

$$= 130,766 / 205,856 = 63.52\%$$
- 績效指標目標值：最近3年全國平均值*(1-10%)

$$= (81.50\% + 64.97\% + 61.32\%) / 3 * (1-10\%) = 62.34\%$$

$$= \text{績效指標} > \text{績效指標目標值} : 63.52\% > 62.34\% , \text{達成目標值}$$

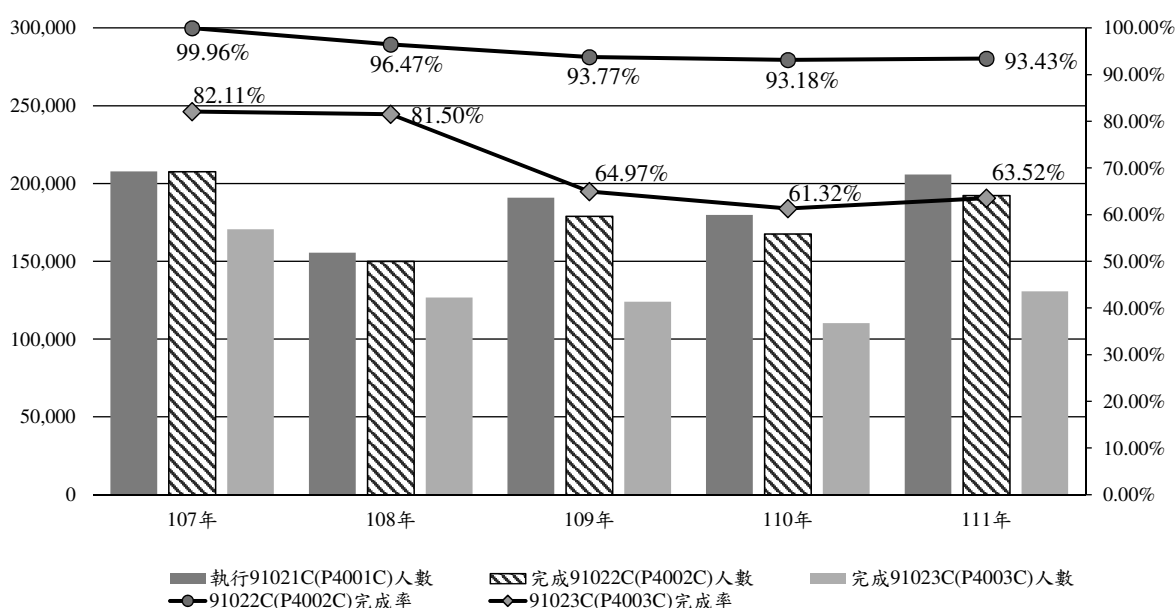
(一)國人牙周現況改善情形

1.績效指標現況

- 此項指標結果除受新冠肺炎疫情影響民眾就醫意願外，健保署公告111年4月17日至7月底因疫情執行期限延長90天，指標定義仍是以180天為計算基準。
- 參考111年牙周病統合治療方案執行情形，第三階段(91023C)申報量占率為第一階段(91021C)的81.87%。
- 分析除疫情外，患者未完成療程之可能原因，歸類如下：
 - ✓ 患者自覺症狀改善毋須再回診。
 - ✓ 患者時間無法配合(出國或在外地工作或離開本地)。
 - ✓ 患者牙周狀況改善情形未達計畫規定(原牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 之牙齒至少1個部位深度降低2mm者達7成以上且無非適應症之拔牙)。

(一)國人牙周現況改善情形

2.歷年牙統方案三階段完成率



備註：1.資料來源：健保署提供每月申報資料。

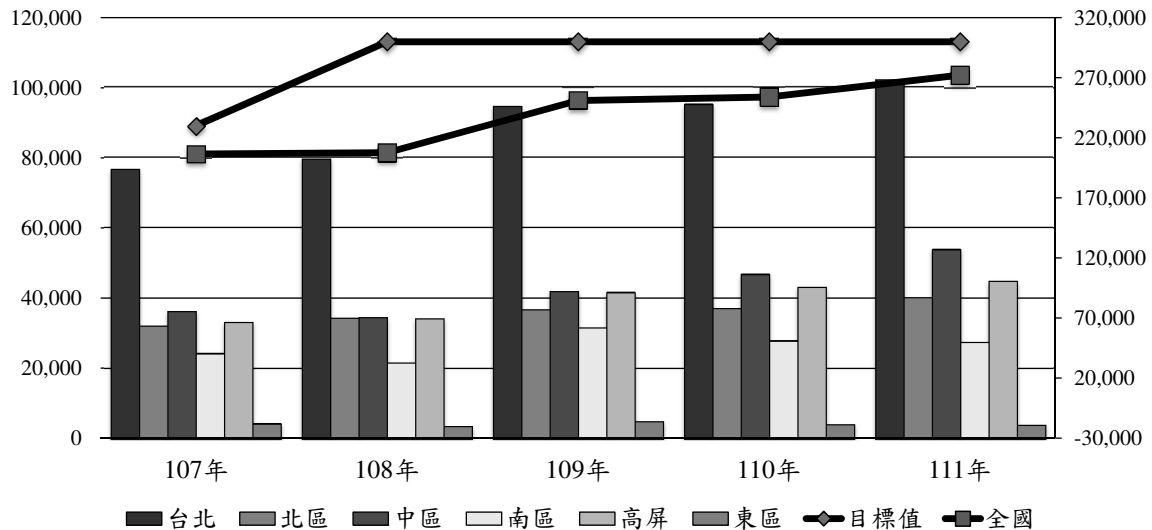
2.完成率以當年度1-9月執行91021C之個案，依病患歸戶計算其於180天內(次年110年1-3月)完成91022C及91023C完成率。

3.健保署公告110/05/01~09/30及111/04/17~7/31因疫情執行期限延長90天。

(一)國人牙周現況改善情形

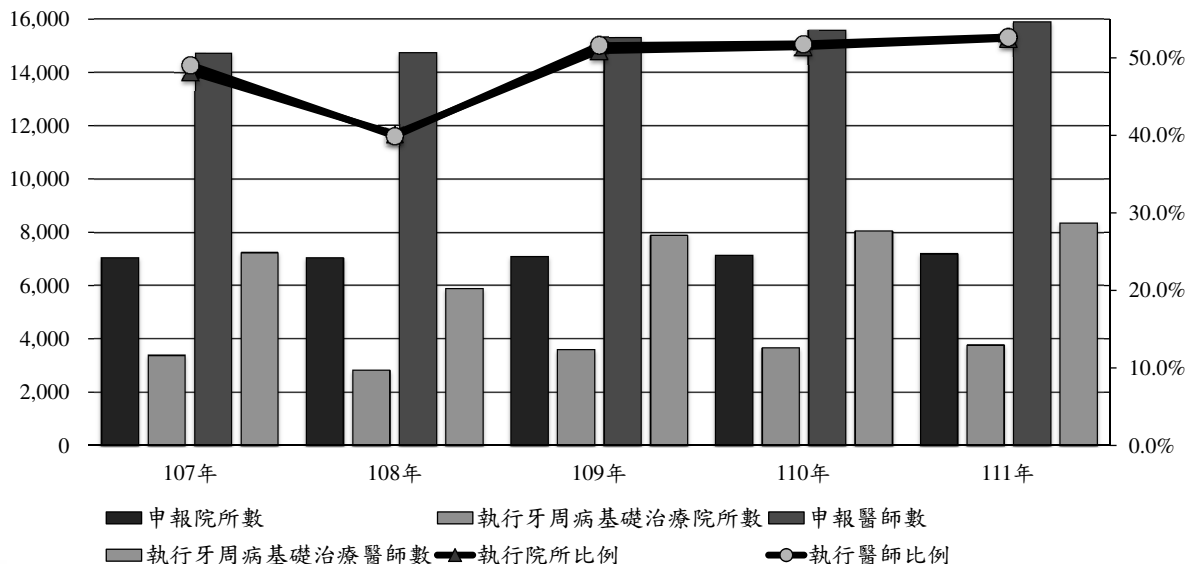
3.牙周病統合治療方案 實施現況

- 1) 提昇牙醫師專業能力：至111年已辦理156場教育訓練課程。
- 2) 各分區民眾利用率提升：以P4002C(108年3月1日91022C)執行件數認定，結果顯示每年民眾利用率逐漸提升。



(一)國人牙周現況改善情形

- 3) 提升國內牙周病基礎治療率：牙周病基礎治療包含齒齦下刮除術(91006C、91007C)及牙周病統合治療，歷年結果顯示執行院所及牙醫師之比例呈現上升之趨勢，國人的整體牙周病基礎治療率逐年提升。

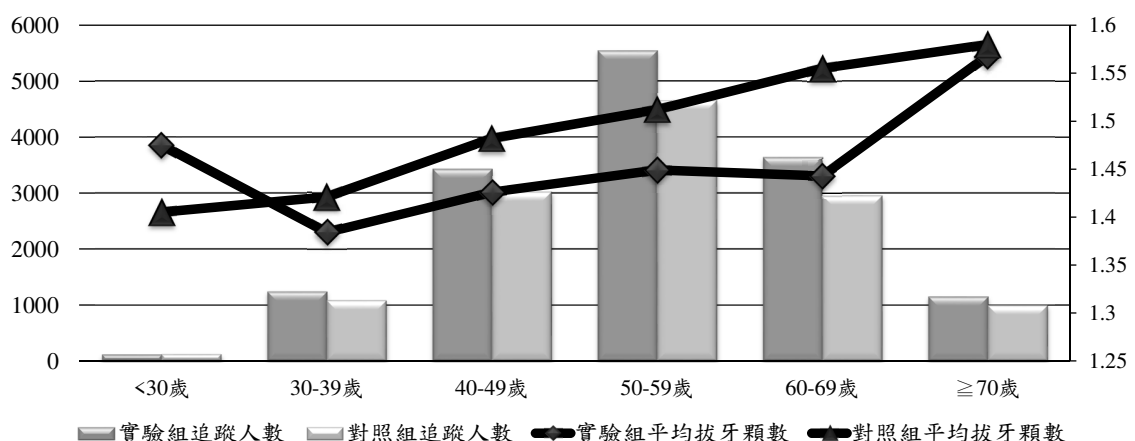


(一)國人牙周現況改善情形

- 4) 新增相關牙周支付項目：為滿足國人牙周病之醫療需求，本會亦設計相關之項目包含「特定牙周保存治療」及「牙周病支持性治療」；「特定牙周保存治療」讓全口總齒數較少但罹患牙周病的患者，能夠接受比照牙周病統合治療方案的醫療服務，112年新增全口總齒數1~3顆支付項目，使牙周照護更為全面；「牙周病支持性治療」則是延續該方案的支持性治療，牙周病經治癒後，患者牙周囊袋深度及牙菌斑指數會降低，如能維持良好的口腔衛生並定期回診追蹤照護，較能維持治療效果，並延長牙齒使用年限。

(一)國人牙周現況改善情形

- 5) 牙周病統合治療方案治療後1年分析結果：分析100至108年完成牙統方案第三階段的病人，追蹤治療後1年(365天)的情形。結果顯示接受牙統方案後持續回診追蹤的病人於各年齡層(除<30歲外)，平均拔牙顆數均小於未持續回診追蹤的病人。



備註：1.實驗組：執行完牙統方案第三階段後每365天追蹤執行照護內容(91018或91004C)≥2次之病人。

2.對照組：執行完牙統方案第三階段後每365天追蹤執行照護內容(91018或91004C)<2次之病人。

(一)國人牙周現況改善情形

6) 牙周病之三段五級預防：

預防程度	初段		次段	三段	
預防性	健康促進	特殊防護	早期診斷及立即治療	傷殘限制	復健
個人提供之服務	定期看診；預防服務需求	口腔衛生處置	自我檢查及轉診 使用牙科治療服務	使用牙科服務	使用牙科服務
社區服務	牙科衛教計畫；研究之提昇；提供口腔衛生器具；宣導	學校潔牙計畫之督導	定期篩檢及轉診複查；提供牙科治療服務	提供牙科治療服務	提供牙科服務
牙科專業人員提供之服務內容	病人衛教；牙菌斑控制；加強回診	牙齒排列不整之矯治；洗牙	完整檢查，牙結石清除，齒齦下刮除術；矯治，保健及咬合調整服務	深部齒齦刮除術；夾板固定牙周病手術；選擇性拔牙	活動或固定補綴；小型矯政治療

(一)國人牙周現況改善情形

7) 牙周病治療對糖尿病人醫療利用與演進影響之探討

牙周病配對後樣本醫療利用點數迴歸結果					
醫療費用	組別	2015	2016	2017	2017*
糖尿病 (主診斷)	牙結石清除對無處置組	-2,305	-1,531	-1,903	-1,598
	牙周治療對無處置組	-2,408	-2,085	-2,170	-2,666
糖尿病 (相關診斷)	牙結石清除對無處置組	-4,914	-4,875	-4,854	-7,953
	牙周治療對無處置組	-6,245	-6,349	-7,710	-11,474
*2014至2017皆符合樣本選取條件					

107年本會委外研究計畫，結果發現相對於無處置組，洗牙組與牙周治療組糖尿病費用較低，鼓勵進行洗牙及牙周處置可減少整體醫療費用點數，減少糖尿病相關醫療利用應可延緩糖尿病進展程度，對於糖尿病病人鼓勵適當的洗牙及牙周相關處置在衛生政策上可以作為考慮的方向。

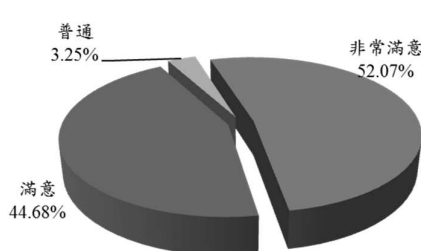
(一)國人牙周現況改善情形

- 8) 本會委外研究計畫-牙周統合照護計畫成效評估：112年本會委外研究計畫「台灣牙周統合照護計畫成效評估」，執行期間為112年7月1日至113年6月30日；研究目的為比較加入牙統方案且完成支持性治療個案、加入牙統方案且未執行支持性治療個案以及未加入牙統方案個案三組間醫療利用的差異。除了牙醫醫療利用外，針對糖尿病、洗腎、中風等高風險病人，分析牙統方案等相關牙周處置對西醫醫療利用的影響。

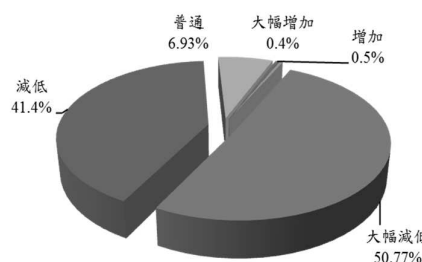
(一)國人牙周現況改善情形

4.民眾抽樣調查治療之滿意度

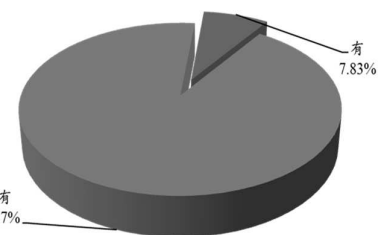
- 1) 民眾滿意度評估：112年有效問卷為1,231份，治療滿意度達96.75%，91.88%的病人對於加入牙統方案後減低治療前不舒服之症狀持肯定態度，91.80%的病人於接受牙統方案後，除健保不給付項目外，均未自付費用。



治療滿意度



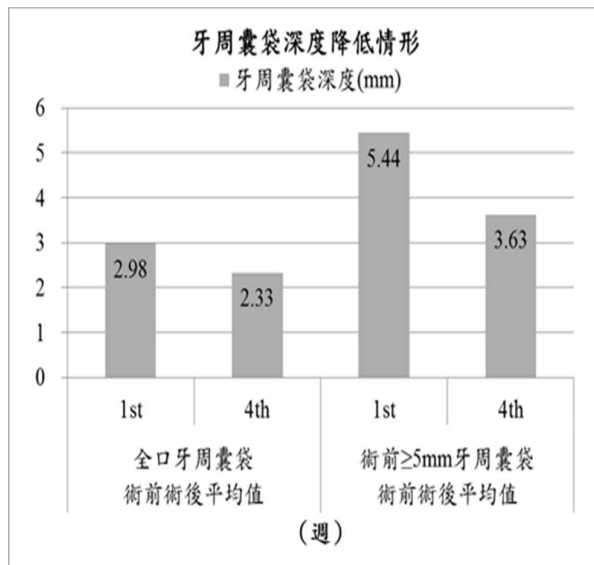
治療後減低不舒服症狀



是有否自付費用

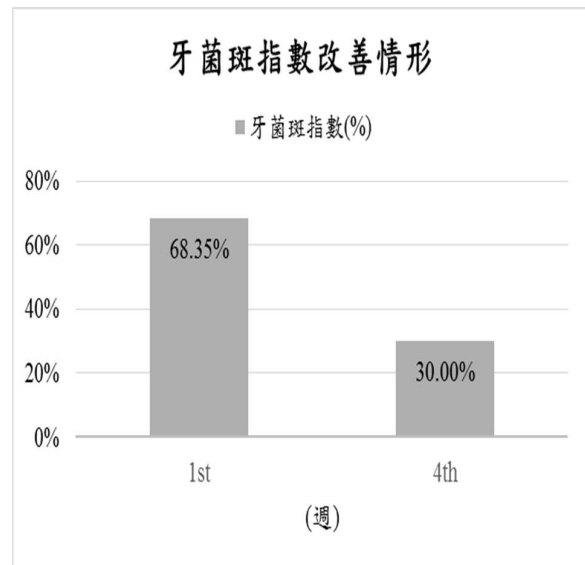
(一)國人牙周現況改善情形

2) 牙周健康狀況改善情形：依分區別及層級別分層隨機抽樣，有效問卷為1,226份



降低0.64mm
改善率為21.62%

降低1.82mm
改善率為33.37%



改善率38.35%

(一)國人牙周現況改善情形

5.本會擬定短、中期計畫

1) 短期

- A. 牙周病患者定期回診追蹤治療。
- B. 提升牙周病基礎治療率。

2) 中期

改善國人口腔健康狀況。

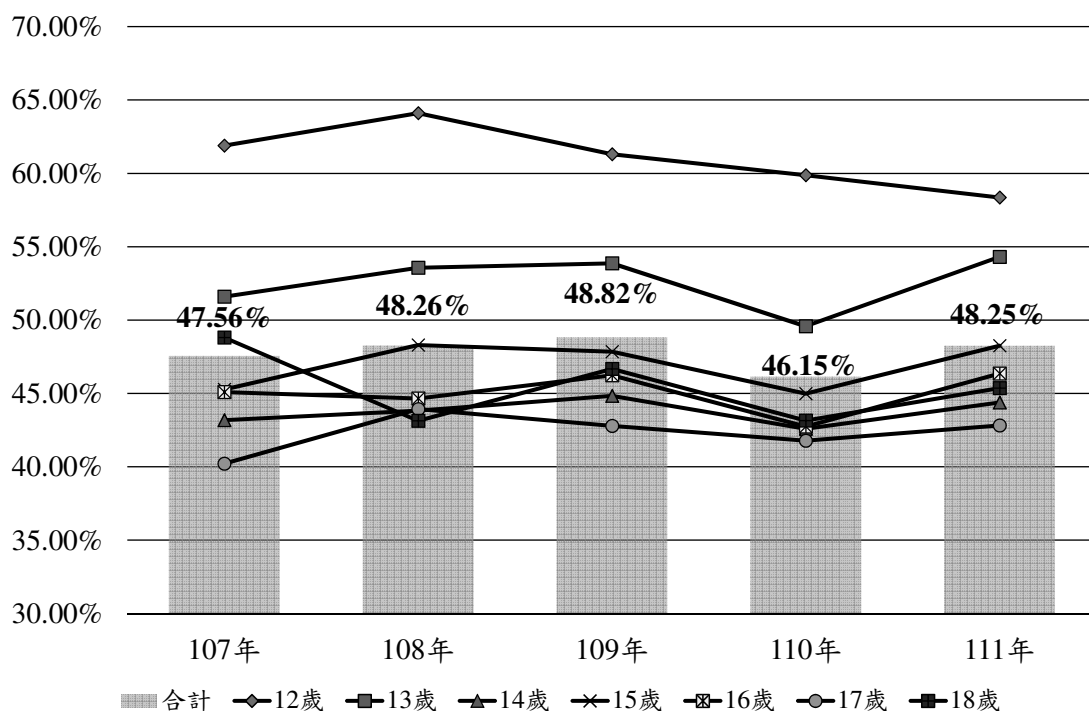
(二)青少年口腔照護改善狀況

1.績效指標現況

- 績效指標：年度12~18歲青少年就醫率
- 定義(分子/分母)
=當年度12~18歲青少年牙醫就醫人數/當年度12~18歲青少年投保人口數
= 675,342/1,399,577=48.25%
- 績效指標目標值：最近3年全國平均值*(1-10%)
= (48.26%+48.82%+46.15%)/3*(1-10%)=42.97%
= 績效指標>績效指標目標值：
48.25%>42.97%，達成目標值

(二)青少年口腔照護改善狀況

- 歷年12歲至18歲各年齡層就醫率



(二)青少年口腔照護改善狀況

2.兒童及青少年口腔健康狀況

- 國健署「99-101年台灣地區兒童及青少年口腔及衛生狀況調查」報告顯示在升學壓力下的學生，DMFT(恆齒齲齒指數)偏高，口腔健康狀況特別不佳。

學層別	恆齒齲齒經驗 盛行率	未治療齲齒 盛行率	DMFT 恆齒齲齒指數
國小	50.0%	21.8%	1.31
國中	79.9%	43.8%	4.07
高中	82.7%	47.7%	5.06

(二)青少年口腔照護改善狀況

3.12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫

- 依據國健署調查結果，本會於111年協商提出12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫，並獲得委員支持，希望能藉由該計畫之實施，提升全國12歲至18歲青少年牙醫就醫率，透過早期發現、介入治療及衛教，維護自然牙齒品質，減少齲齒，降低未來根管治療及拔牙發生機率，提升青少年口腔健康，本會持續努力推動本計畫之執行，製作計畫宣導簡報、「青少年口腔照護」衛教單張等，期能達到提升青少年口腔健康之終極目標。

(二)青少年口腔照護改善狀況

4.本會擬定短、中期計畫

1) 短期

- A. 增加青少年的就醫率。
- B. 提高青少年的口腔衛教介入機會。

2) 中期

- 增加青少年恆齒保存率。

青少年口腔照護

齒菌
良好的潔牙習慣是預防齒菌的最佳方式，每日至少潔牙兩次，每次使用含氟濃度達1,000ppm以上的含氟牙膏，並搭配牙線來使用，才能有效預防齒菌。潔牙時機與位置也很重要，避免牙齒形成，餐後應立即潔牙，牙齒與牙齦交界處，上顎後牙頰側與下顎舌側須留意加強；定期更換牙刷，使用牙線時則要緊貼牙面，包圍成C字型作短距離上下刮的動作，才能有效去除牙縫間的牙菌斑堆積。

牙菌+糖-時間→酸
牙齒+酸-時間→齒菌
宿主 細菌 食物 時間

★貝氏刷牙法
• 牙刷與牙齒成45°~60°
• 涵蓋一點點牙齒
• 兩顆兩顆來回約刷10次

★牙刷汰換 123
1.牙刷定期更換一次
2.傳染病、感冒流行過後，必須更換牙刷
3.刷毛脫落時須要更換

★牙線潔牙三要點
一、牙線緊貼著牙面
二、拉成C字形
三、短距離上下刮

牙周病
牙齦流血、口臭、牙齒泛黃都可能是牙周病徵兆，牙結石堆積是長期牙垢未清潔乾淨所致，因此平時養成良好的口腔清潔習慣，使用牙線、牙間刷才能避免牙周發炎。此外每半年定期找牙醫師洗牙檢查，針對清潔不易的區域做加強。

口腔黏膜病變
口腔黏膜會發生病變大多數是由不良習慣所導致，吸菸、嚼食檳榔、飲酒、吃辛辣過燙食物等，都會造成黏膜受損進而形成癌化現象。電子煙更有爆炸毀容、呼吸道受損、染上毒品等問題。

健康牙齒 VS. 牙周病
健康牙齒與牙周病之牙齦組織比較

電子煙
電子煙更有添加毒品、爆炸毀容、化學重金屬毒害、呼吸道受損等等的問題。

自選項目

保存國人自然牙

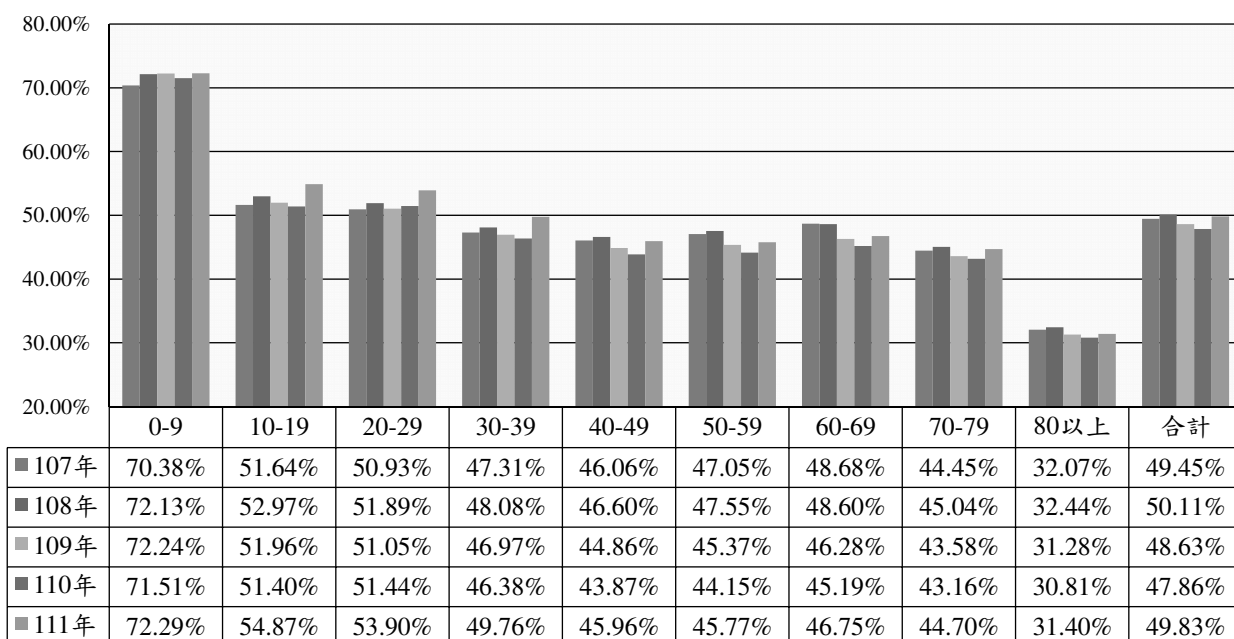
- 10年期間18歲以上自然牙顆數平均增加2顆
- 65歲以上自然牙顆數平均增加4顆

項 目	衛福部 104-105年度 成年與老年人 口腔健康調查計畫		國健署 92-94年台灣地區 成年與老年人 口腔健康調查	
	18歲以上	65歲以上	18歲以上	65歲以上
自然牙顆數 (mean)	25.5	18.61	23.23	14.35

保存國人自然牙

1.提升各年齡層就醫率

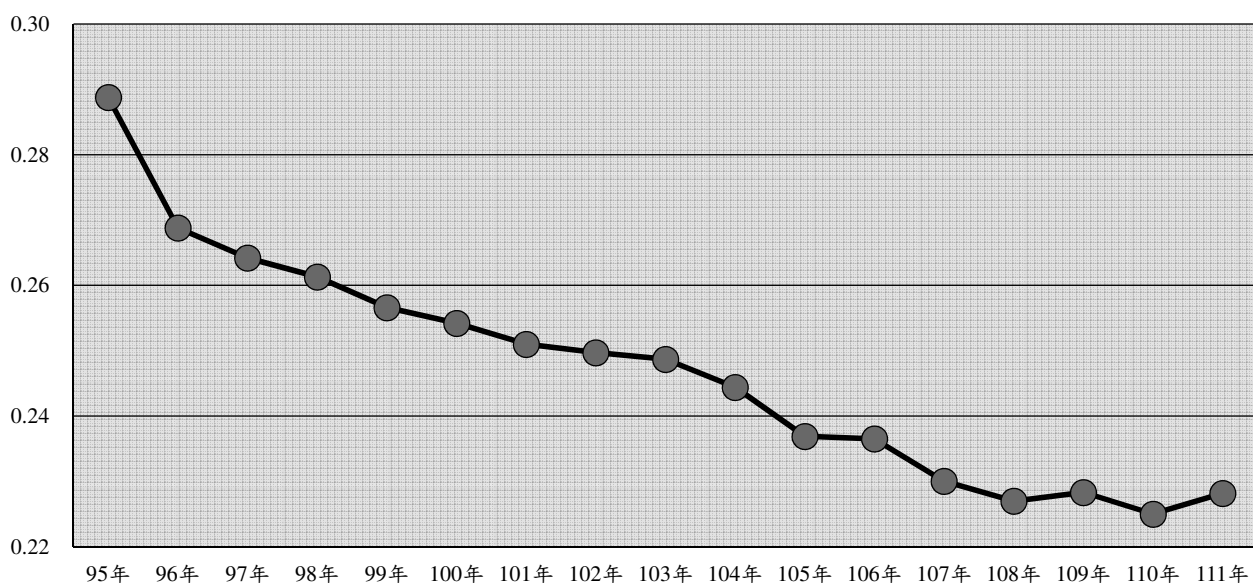
就醫率



保存國人自然牙

2.延續牙齒之使用年限

平均拔牙顆數



保存國人自然牙

3.各年齡層牙齒保存現況與改善

1) 0-6歲兒童口腔狀況

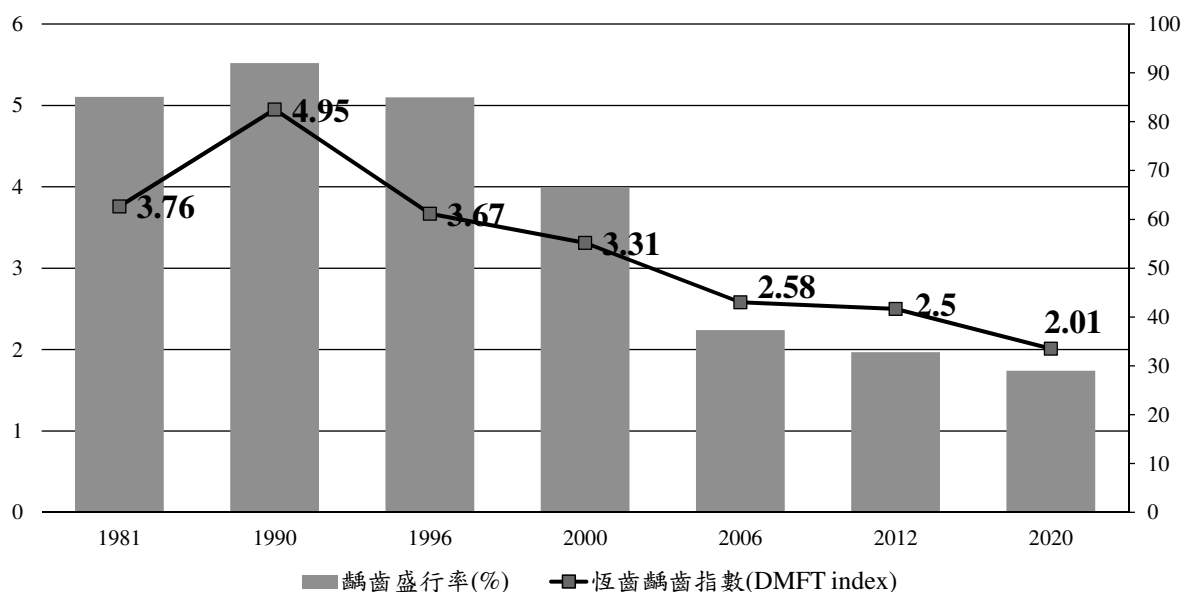
國健署及衛福部「六歲以下兒童口腔健康調查計畫」

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

WHO對於5歲幼童2020年齲齒率目標低於10%

保存國人自然牙

2) 12歲兒童口腔健康狀況-DMFT及齲齒盛行率



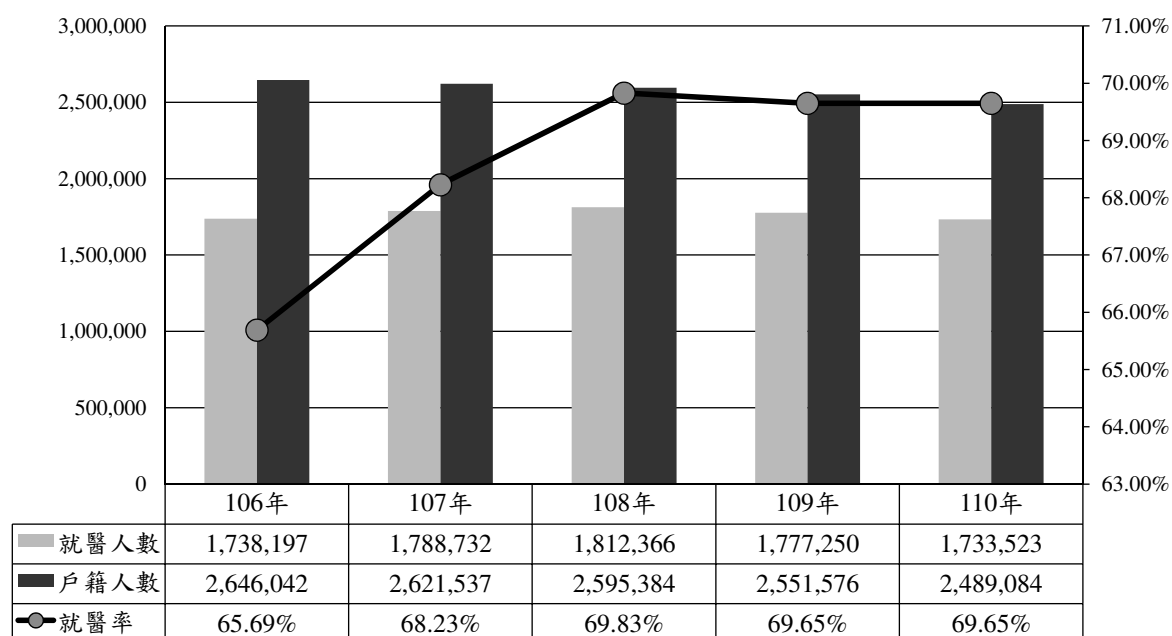
衛福部國健署研究計畫成果-台灣地區兒童及青少年口腔及衛生狀況調查

WHO對於12歲學童2020年DMFT index目標< 1顆

保存國人自然牙

2) 12歲兒童口腔健康狀況

• 0-12歲兒童就醫率



保存國人自然牙

3) 18歲以上年齡層人口之恆齒狀況

年齡	剩餘齒數		全口無牙率(%)	
	92-94年	104-105年	92-94年	104-105年
18-34	25.70±6.06	28.52±2.18 ↑	0.00	0.00
35-44	24.58±4.73	27.50±2.71 ↑	0.20	0.00 ↓
45-49	23.65±6.05	26.67±3.93 ↑	1.00	0.40 ↓
50-64	21.00±6.09	24.93±5.50 ↑	1.50	0.70 ↓
65-74	14.31±5.69	20.82±8.38 ↑	11.50	4.44 ↓
75+	14.43±5.60	16.72±9.27 ↑	17.40	9.99 ↓

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

WHO對於65歲以上全口無牙率目標低於10%

保存國人自然牙

4.短、中期計畫：

• 短期

- A. 高齲齒率病患牙齒保存改善計畫。
- B. 高風險疾病口腔照顧。
- C. 高齡根管治療改善服務。
- D. 0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫。
- E. 12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫。
- F. 齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫。

• 中期

- A. 醫療資源均衡、提升就醫可近性。
- B. 配合世界衛生組織、減少口腔疾病負擔。
 - (A) 5歲幼童齲齒率低於10%。
 - (B) 12歲兒童DMFT<1。
 - (C) 65歲以上老人全口無牙率低於10%。

貳、一般服務執行績效

一、就110年度執行成果之評核委員評論意見與期許

回應說明

二、維護保險對象就醫權益

三、專業醫療服務品質之確保與提升

四、協商因素項目之執行情形

五、總額之管理與執行績效

六、COVID-19疫情對醫療服務之影響與因應作為

一、就110年執行成果之評核委員評論 意見與期許回應說明

- (一)本會近年來積極推動各個年齡層之口腔健康精進方案，包括0~6歲牙齒塗氟，6~12歲窩溝封填，12到18歲青少年齲齒氟化物治療，高齲齒率患者牙根齲齒氟化物治療，112年為強化高齡及失能者之口腔健康照護更新增齲齒經驗之高風險患者氟化物治療，針對糖尿病、65歲以上、腦血管疾病、血液透析及腹膜透析、惡性腫瘤患者執行九十天一次的氟化物治療，以及積極推動轉診、特定身心障礙者居家牙醫醫療服務，強化高齡或失能者之口腔健康服務提升病人牙齒之保存率，以期早日達成牙齒保存8020目標。

(二)持續加強兒童口腔健康：

本會口腔衛生委員會亦有發行【從小保護牙老來不缺牙】衛教單張、保健的手冊、指引、漱口水、塗氟、窩溝封填等文宣以持續推動計畫加強兒童口腔健康。另，110年度實施0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護計畫及111年度實施12~18歲青少年口腔提升照護計畫，本會將持續加強兒童口腔健康並推動相關計畫。



(三)宜檢視具預防保健性質之專案計畫的整體資料投入：

預防保健目前有口腔司相關預防保健費用及計畫進行中，本專案0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護計畫及12~18歲青少年口腔提升照護計畫皆屬疾病治療，針對早期白斑、齲齒等狀況採立即處理並於就醫有符合本專案條件者，也會給予加強照護及後續積極追蹤。

(四)年度重點項目及指標設定：

關於年度重點項目所訂績效指標之目標值設定過於寬鬆乙事，考量實務上指標之變化均為緩步進行，故於目標值訂定時採最近3年全國平均值 $\times(1\pm 10\%)$ 。

(五)改善資源分布均衡城鄉資源：

本會歷年亦提出相關方案與計畫，包含醫療資源不足地區改善方案、弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫等，期望能鼓勵更多牙醫師至偏鄉執業，以及已在偏鄉服務之醫師能願意繼續留在當地服務，經由多年的努力，目前未有牙醫師執業之鄉鎮，本會已由當地公會組成醫療團，由巡迴醫療的方式提供牙醫醫療服務。

(六)醫療服務品質調查：

110年預約到牙醫師的容易度下降，週六開診率也下降，但週日開診率呈現正成長，代表牙醫師將休息日從週日移至週六，且本項111年調查結果較110年上升至於民眾自付費用占率逐年增加的問題，110年自付費用民眾占率增至21.3%，但其自付費用前三名為1.裝置假牙2.矯正3.植牙，均為全民健康保險法39條所列之非屬健保給付之範圍，本會也於112年推出超音波根管沖洗之新醫療科技增進醫療品質減輕民眾自費負擔。

(七)新增協商項目及成效指標之訂定：

本會於提出新增項目前，均經過實證資料評估及精算費用，然因近年疫情影響，部分項目執行情形不如預期，本會將持續努力推廣與執行，另新項目之執行成效通常需要數年後才能呈現較為具體之效益，於施行第一年即要有立竿見影之功效，於實務上確有其困難，口腔健康狀況改善亦是長期各項治療、預防保健等綜合執行之成效，故於訂定目標及評估指標時多以服務量呈現。

(八)牙周病統合治療：

1. 關於近2年牙統方案第三階段完成率偏低的部分，因加入方案後180天需完成照護治療，COVID-19疫情確實影響民眾回診就醫的意願，另一情形為疫情趨緩病人再回診接受照護時，已超過方案照護時間以至無法納入完成率計算；健保署111年4月17日至7月底執行期限延長90天，增加回診照護時間上的彈性。參考111年牙統方案執行情形，第三階段(91023C)申報量占率為第一階段(91021C)的81.87%。
2. 牙周病病患定期追蹤、良好的口腔清潔習慣及衛教，才能避免牙周病復發，所以整合性的牙周病後續追蹤照護治療，牙周病支持性治療(91018C)為延續本方案的支持性治療，104年新增本項項目後執行量逐年提升，代表病患也漸漸重視牙周病回診照護的重要性。

(八)牙周病統合治療：

2. (續)另本會於110年開始辦理「口腔健康打卡保衛戰活動」經由結合與數位平台的連結，由一開始透過的FB messenger參與，發展至今年為加入活動LINE@帳號的方式參加，活動透過每日刷牙後打卡，以及完成不定期隱藏任務，藉由提供有趣味及教育意義的數位互動平台，讓民眾正確口腔保健知能與習慣。
3. 感謝委員建議，112年品保款方案已針對專業獎勵指標(四)全口牙結石清除，2項指標：全口牙結石清除比率>20%」及「施行全口牙結石清除，且併同牙周暨齲齒控制基本處置(91014C)的執行率>20%」，將牙結石清除及牙周暨齲齒控制基本處置相關醫令代碼，統整修訂納入計算，以呈現實際全國民眾的口腔照護比率。

(九)提升感染管制品質：

關於提升訪查合格率，近年訪查合格率均達九成以上，111年訪查合格率为96.19%，原複查後合格率为99.33%，經本會多方輔導，未通過之3家院所，其中1家已於6月中旬複查通過，複查後合格率为99.55%，另2家院所拒不配合，已移請衛生局協助辦理。另111年1至6月未申報感染管制之院所，依據111-4研商會議，本會請辦六區審查分會加強輔導院所，並回覆院所未申報之原因及輔導情形，原未申報之64家院所經輔導後38家已申報，本會將持續努力，已保障民眾就醫安全。

(十)110年新增專款項目之推動有待加強：

本會虛心檢討專款項目執行率過低的問題，將持續宣導及推動各項計畫，視需求修訂計畫內容，詳細規劃之內容於各專案評核報告中呈現。

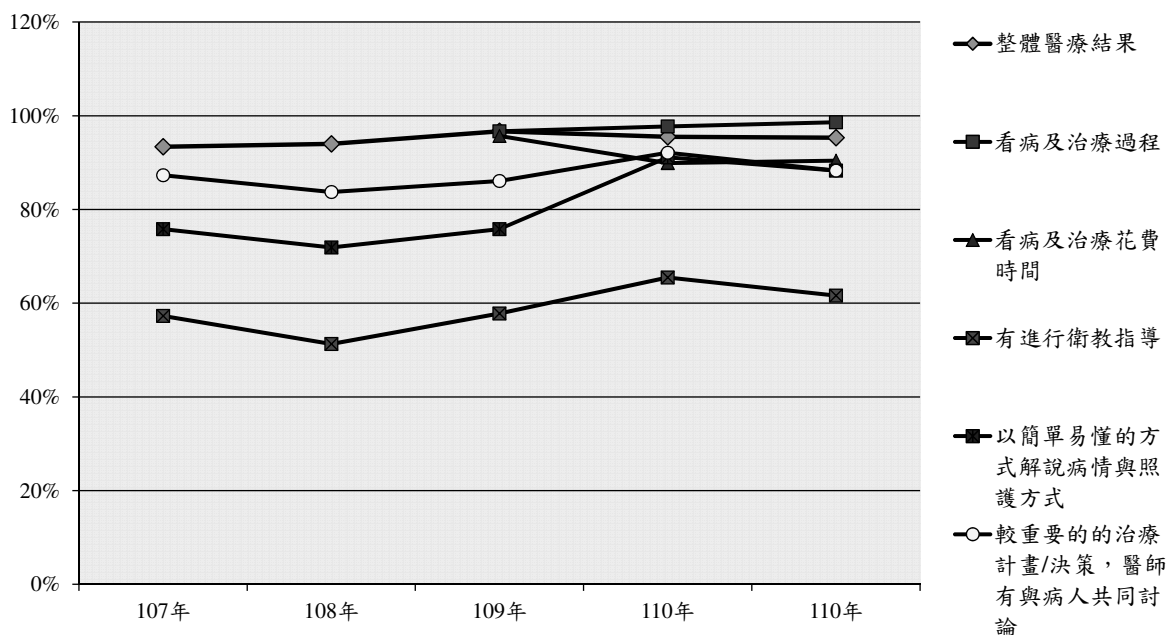
二、維護保險對象就醫權益之具體措施

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

(一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施

1.醫療服務品質調查結果

(1)111年調查結果如下，整體醫療結果滿意度為95.3%



(一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施

2.醫療服務品質滿意度調查結果之檢討及改善措施

「醫護人員有無進行衛教指導」

110年 111年

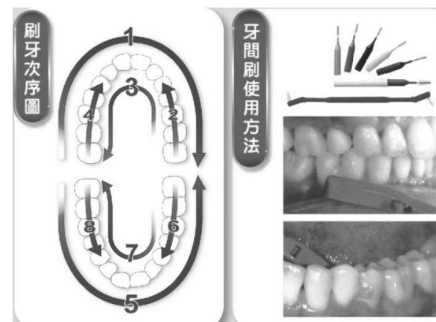
65.5 61.6 ↓



- A. 本會積極落實執行支付標準之規定，並加強宣導會員執行「牙周暨齲齒控制基本處置」，並列入品保指標項目；於個別病人之牙周病嚴重者，以牙統方案牙周病檢查紀錄表及牙菌斑控制紀錄表，量化病況提升民眾自我健康意識，進而加強進階牙菌斑控制。
- B. 推廣牙醫助理參與認證課程，提昇本職學能協助於候診時提供病患口腔預防保健方法。

(一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施

- C.持續推廣並更新第4版「牙醫健保門診就診須知」內含貝氏刷牙法、牙間刷及牙線使用方式，加深口腔預防保健意識。



貝氏刷牙法

- 由右上頰側開始，刷毛與齒面成45°~60°接觸一點點牙刷，將刷毛刷進齒齦的間。
- 刷上排前牙。
- 刷左上頰側。
- 刷左上咬合面，也是兩顆兩顆來回刷。
- 刷左上舌側。
- 刷上排前牙舌側。
- 刷右上舌側。
- 刷右上咬合面，所以刷牙是由右邊開始，也在右邊結束。

●用同樣的方法及順序，刷下排牙齒。

牙線使用方法

- 截取約45公分的牙線。
- 纏繞在兩手中指上。
- 約10公分。
- 牙線越過一手食指與另一手拇指後上多內的地方，兩指間保持1公分長的牙線。
- 將牙線成C行纏緊牙齒的鄰接面，兩指同時上下運動。
- 刮同一牙縫的另一面。
- 食指在內，拇指在外，同時上下運動。
- 要做到最後一顆牙的最後一個齒為止。

(一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施

- D. 配合104年新增「懷孕婦女牙結石清除」健保給付，製作衛教單張，提供全國醫療院所推廣懷孕婦女牙齒預防保健方法，早期發現疾病，早期治療，降低早產或胎兒體重過輕的風險，維護寶寶的健康。**



(二)民眾付費情形及改善措施

1. 自費情形

(1)歷年民眾自費之情形如下，111年有自付費用者占21.4%。

	107年	108年	109年	110年	111年
有	11.1%	18.9%	18.8%	21.3%	21.4%
沒有	88.4%	80.6%	81.2%	78.5%	78.3%

(2)自付其他費用前3名項目

	107年	108年	109年	110年	111年
裝置假牙	42.2%	39.0%	48.5%	30.8%	41.2%
植牙	16.8%	19.2%	13.7%	15.1%	15.0%
牙齒矯正	14.0%	20.3%	16.0%	22.2%	10.4%

備註：本題為複選題，受訪者勾選答案可能不只一個

(二)民眾付費情形及改善措施

2.自費之檢討及改善措施

- 1) 本會印製健保牙醫就診須知海報供院所張貼，詳列健保不予支付範圍，供就診民眾參閱，並減少民眾對就診費用之疑慮。109年將牙周自費項目內容編入海報中。
- 2) 本會提出於收據增列健康存摺下載網址，以利民眾查詢。
- 3) 108年支付標準通則增列牙周炎病人收取自費規範，因健保法第51條所訂不列健保給付，醫師因病人病情特殊需要，應向患者詳述理由，經病人同意並簽署自費同意書後予以治療，收取自費項目之收費標準依各縣市主管機關核定。
- 4) 牙醫各項治療引進多項新科技，基於民眾對醫療品質高度需求，自費項目略有增加，將持續協同內政部規劃辦理中低收入戶老人、身心障礙者、原住民假牙補助，以降低弱勢民眾自費負擔。



牙醫健保門診就診須知

牙科看診，請多利用約診服務提升醫療品質。

申訴及諮詢：TEL: 02-2500-0133、FAX: 02-2500-0126 服務信箱：service@cda.org.tw

是否有被要求加收額外費用收費理由應詳細說明，
下列項目並不在健保給付範圍

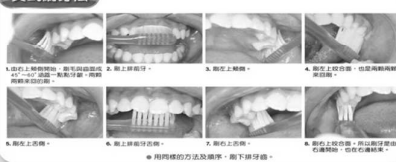
下列項目並不在健保給付範圍：

- ① 義齒：牙冠、牙橋、牙柱心、活動假牙、人工植牙...
- ② 預防保健：塗氟、潔牙訓練、溝隙封閉劑...
- ③ 茶垢、煙垢、檳榔垢的去除及美白牙齒等美容項目。
- ④ 其他經主管機關公告不給付之診療服務、藥品及政府負擔之醫療服務項目。

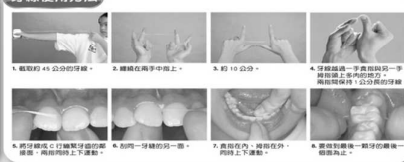
請民眾於健保給付項目之診療過程中注意是否有被額外收費用，另外收費理由應詳細說明，但下列項目並不在健保給付範圍：

- 1 非外傷性齒列矯正。
- 2 成藥及醫師指示用藥。（目前已給付之醫師指示用藥除外）
- 3 病人交通、掛號、證明文件。
- 4 義齒：牙冠、牙橋、牙柱心、活動假牙、人工植牙...
- 5 預防保健：塗氟、潔牙訓練、溝隙封閉劑...（特定對象除外）
- 6 茶垢、煙垢、檳榔垢的去除及美白牙齒等美容項目。
- 7 其他經主管機關公告不給付之診療服務、藥品及政府負擔之醫療服務項目。

貝式刷牙法



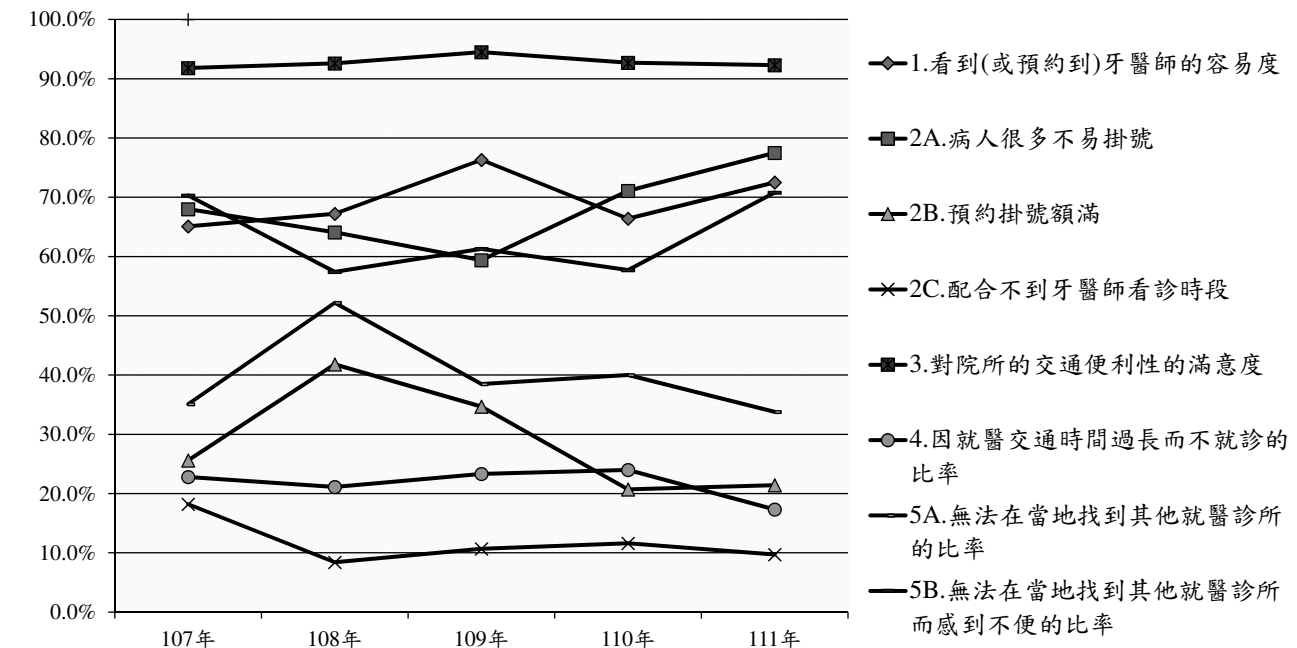
牙線使用方法



(三)就醫可近性與及時性之改善措施

1.就醫可近性與及時性情形

(1)調查結果如下表：




(三)就醫可近性與及時性之改善措施

2.檢討及改善措施

A.「預約到牙醫師的容易度」

110年	111年
66.4	72.5 ↑



111年本項各區結果均呈現上升，本會持續執行改善措施如下：

- 1.加強民眾宣導。
- 2.鼓勵會員進入醫療需求高區域服務
- 3.加強院所門診時間及異動狀況於「健保資訊網路服務系統(VPN)」登錄，以便民眾能即時查詢院所看診時段，並將此項納入品保方案指標。
- 4.108年新增「牙齒外傷急症處理」，建立接受外傷導致牙齒脫落或脫位之醫療院所，處理牙齒外傷急症、緊急復位、齒間固定處理，提供民眾於第一時間可就醫之院所。

(三)就醫可近性與及時性之改善措施

2.檢討及改善措施

B.「在假日若有緊急需求要看牙醫，原習慣就醫院所休診，無法就近找到其他院所就醫之比率」

110年	111年
40.0	33.8↓



- a. 本項結果由110年40.0%降為111年33.8%，且其中18.0%的民眾無假日就醫需求。104年製作「民眾臨時牙痛、假日看診牙醫院所查詢」宣導文宣，提供全國所有院所張貼，透過網路查詢健保行動快易通APP查詢方式，快速有效搜尋附近假日有看診院所。



(三)就醫可近性與及時性之改善措施

2.檢討及改善措施

B.「在假日若有緊急需求要看牙醫，原習慣就醫院所休診，無法就近找到其他院所就醫之比率」

110年	111年
40.0	33.8↓



- b. 105年新增醫院牙科「牙醫急症處置」及診所「週日及國定假日牙醫門診急症處置」之支付項目，提升醫院及診所假日看診之服務，緩解假日急性牙痛醫療需求並符合民眾之期待。
- c. 積極推動院所每月登錄看診時間(含例假日看診資訊)，於品質保證保留款設立「每月完成VPN登錄且週日或國定假日有提供牙醫醫療服務」項目，核算基礎為3%。

(三)就醫可近性與及時性之改善措施

2.檢討及改善措施

C. COVID-19疫情影響就醫情形

110年	111年
34.8	27.5↓



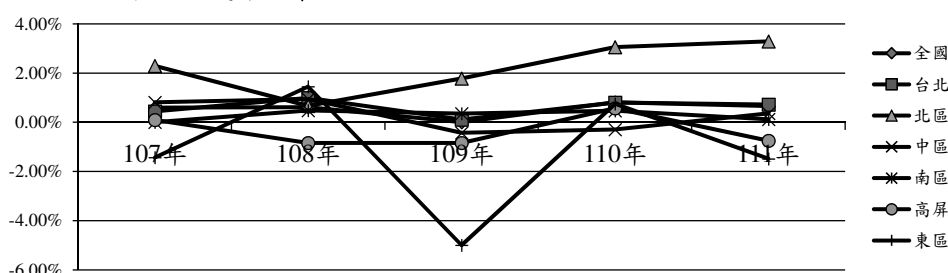
111年受疫情影響而不就診或被取消掛號的比例由37.8%降為27.5%，另關於視訊看診，受限於視訊口內光源及對焦距離不足，無法確實診斷，且多數急症無法自主緩解，能自主緩解之狀態多為藥物控制，另牙醫看診形態與西醫、中醫不同，視訊看診作業流程需要一定的作業量才能熟練，對於視訊看診之普及性會受上述幾點限制；另因疫情這兩年國外的SOP，牙醫視訊看診主要是用來篩選病人是否適合來診所看診，而非提供醫療服務。

(三)就醫可近性與及時性之改善措施

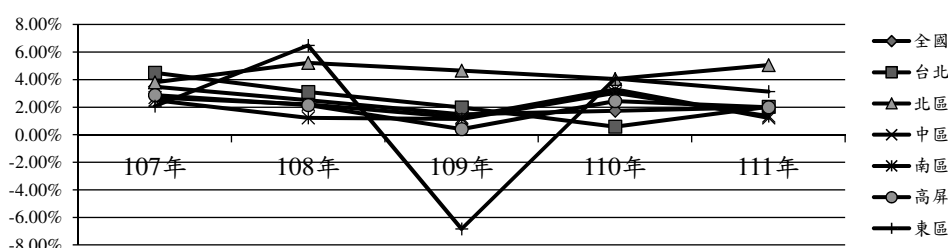
3.健保六分區醫療資源之分布情形：

(1)醫療供給

A.申報院所數成長率

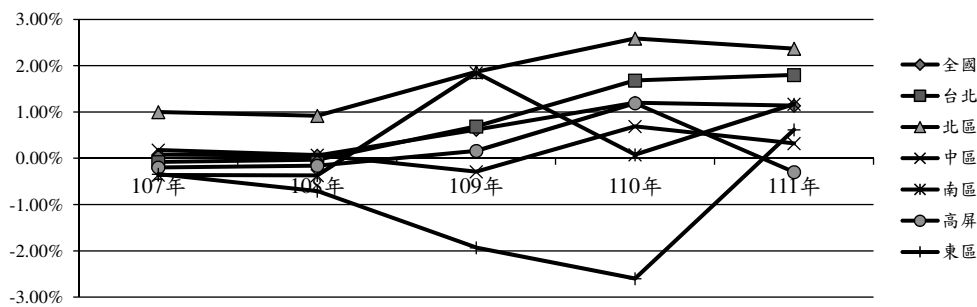


B.申報牙醫師數成長率

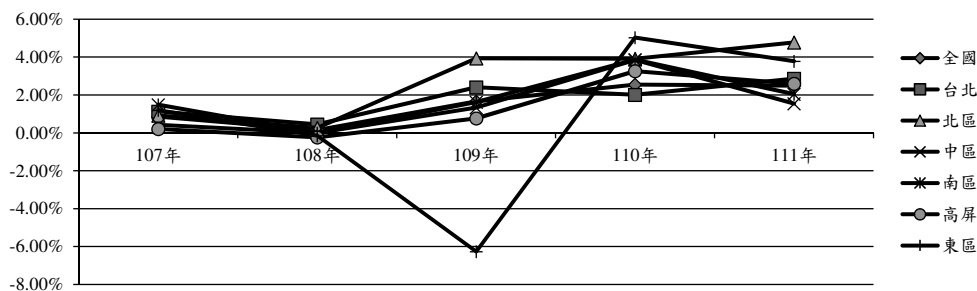


(三)就醫可近性與及時性之改善措施

C.每萬人口特約診所數成長率



D.每萬人口申報醫師數成長率



(三)就醫可近性與及時性之改善措施

(2)醫療供給面-檢討及改善措施

A. 在醫療供給面分析，全國申報院所數成長率0.66%，申報牙醫師數成長率2.00%，每萬人口特約診所數為1.14%，每萬人口申報醫師數2.49%；申報牙醫師數、每萬人口申報醫師數六分區均為正成長。

B. 以牙醫相對合理門診點數給付原則進行調控，106年修訂適用鄉鎮，僅將都會區之鄉鎮納入本給付原則，該鄉鎮若有專科醫師排除本條款，以提高非都會區及專科之醫療供給。

(三)就醫可近性與及時性之改善措施

(2)醫療供給面-檢討及改善措施

- C. 透過牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案，維持都會邊緣區域的醫師數量，避免醫師流失，110年起更名為「弱勢鄉鎮醫療效益獎勵提升計畫」，期待更多牙醫師投入偏鄉服務，以達資源均衡，民眾就醫便利。
- D. 持續以「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」鼓勵牙醫師投入醫療資源缺乏區(無牙醫鄉、山地離島及交通特殊困難)服務，並定期檢討調整級數，目標每投入一個牙醫醫療資源不足地區之牙醫醫療服務，都是為了就醫公平性及確保資源不足區民眾就醫權益。。

(四)民眾諮詢及抱怨處理

1. 107至111年度健保署民眾申訴案件及原因統計：

申訴類別/案件數	107年		108年		109年		110年		111年	
	健保	非健保	健保	非健保	健保	非健保	健保	非健保	健保	非健保
1.額外收費(自費抱怨)	11	3	10	2	7	5	7	1	0	2
2.多收取部分負擔費用	12	0	3	1	4	1	1	0	1	0
3.不開給費用明細表及收據	7	3	12	1	4	2	4	0	2	1
4.多刷卡	0	0	0	2	0	2	0	1	2	0
5.刷卡換物	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
6.疑有虛報醫療費用	49	12	49	16	49	12	46	15	41	5
7.藥品及處方箋	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
8.質疑醫師或藥師資格	1	1	0	0	1	0	1	2	2	0
9.服務態度及醫療品質	34	3	31	3	65	1	25	3	20	0
10.其他醫療行政或違規事項	39	5	47	5	38	7	27	2	26	1
11.轉診相關申訴	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0
12.其他	17	4	22	9	15	2	2	2	8	2
13.健康存摺所載資料與事實不符	—	—	—	—	28	4	11	2	16	1
合計	171	33	175	40	211	36	125	28	119	12
平均每位醫師申訴案件數	0.014		0.014		0.016		0.010		0.008	

(四)民眾諮詢及抱怨處理

2. 111年度本會受理民眾諮詢、申訴案件共54件（2件為申訴案件，52件為諮詢案件），案件分佈情形如下圖：



註：台灣地圖源自健保署全球資訊網

2023/07/18 - 57

(四)民眾諮詢及抱怨處理

3.111年本會受理民眾諮詢及申訴

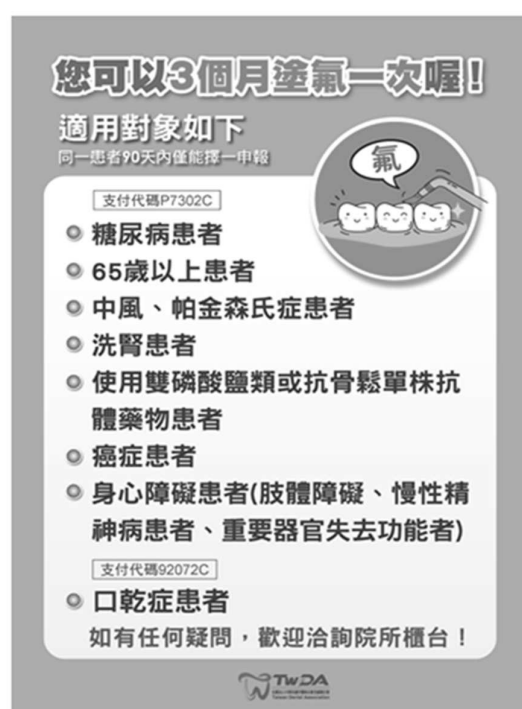
關於民眾諮詢與申訴案件，本會注重時效性與完整性，處理結果如下：

- 1) 民眾諮詢案件：52件於3天內回覆。
- 2) 民眾申訴案件：1件為與病人溝通後結案、1件為衛生局調解或進入司法程序。

申訴案件處理回覆及結果均獲得民眾之肯定，所有申訴案件以滿足民眾需求為主，達到醫病關係雙贏之目標。

(五)其他確保民眾就醫權益之措施

1. 製作「牙結石清除」及「氟化物治療」宣導貼紙



(五)其他確保民眾就醫權益之措施

2. 改版「健保門診就診須知」第4版，依109年總額協議提升加強感染管制，「落實一人一機」增修海報，宣導民眾就醫權益。
3. 編製「正確洗手6步驟」海報
4. 編製「牙科治療注意事項與指導」手冊
5. 編製「牙科治療注意事項與指導—急症處理篇」手冊
6. 編製「牙科治療注意事項與指導—特殊需求者篇」手冊
7. 牙周病統合治療衛教手冊線上版
8. 網站刊載「用藥安全須知」訊息，提醒用藥安全措施
5. 辦理口腔衛生推廣活動



(五)其他確保民眾就醫權益之措施

10.定期召開記者會，藉由媒體宣導相關衛教。



「響應世界口腔健康日，守護孕婦嬰幼兒牙齒健康~疫情紓緩，健康添氣~」



健康從口開始 口腔癌個案跨專業團隊復健 重建咀嚼吞嚥功能

(五)其他確保民眾就醫權益之措施

11. 辦理特殊需求者口腔照護指導員課程。
12. 執行口預防保健服務：兒童牙齒塗氟保健服務、國小學童白齒窩溝封填。
13. 推動小學學童含氟漱口水防齲二年計畫。
14. 成立牙科急重症任務小組，持續研擬修訂「牙醫病人緊急-臨時就醫處理原則」及牙醫病人緊急-臨時就醫之「民眾自助緩解方法」，研擬牙科急診給付提升方案，於105年起新增支付標準，醫院「牙醫急症處置」及診所「週六、日及國定假日牙醫門診急症處置」，另於108年新增「牙齒外傷急症處理」，以提升民眾急症就醫之權益。

三、專業醫療服務品質之確保及提升

(一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施

(二)品質保證保留款實施方案執行結果

(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施

(一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施

1.專業醫療服務品質指標監測結果及未達監測值之檢討

項目	指標	指標方向	指標值	監測值	監測結果
1	牙體復形同牙位再補率-1年	負向	0.01%	<2.5%	O
2	牙體復形同牙位再補率-2年	負向	0.28%	<4.6%	O
3	保險對象牙齒填補保存率-1年	正向	98.42%	>88.41%	O
4	保險對象牙齒填補保存率-2年	正向	95.41%	>84.80%	O
5	保險對象牙齒填補保存率-恆牙2年	正向	95.86%	>85.85%	O
6	保險對象牙齒填補保存率-乳牙1年半	正向	92.17%	>81.84%	O
7	恆牙根管治療半年以內保存率	正向	98.56%	>88.79%	O
8	同院所90日以內根管治療完成率	正向	92.50%	>83.28%	O

→執行良好，皆在監測範圍內

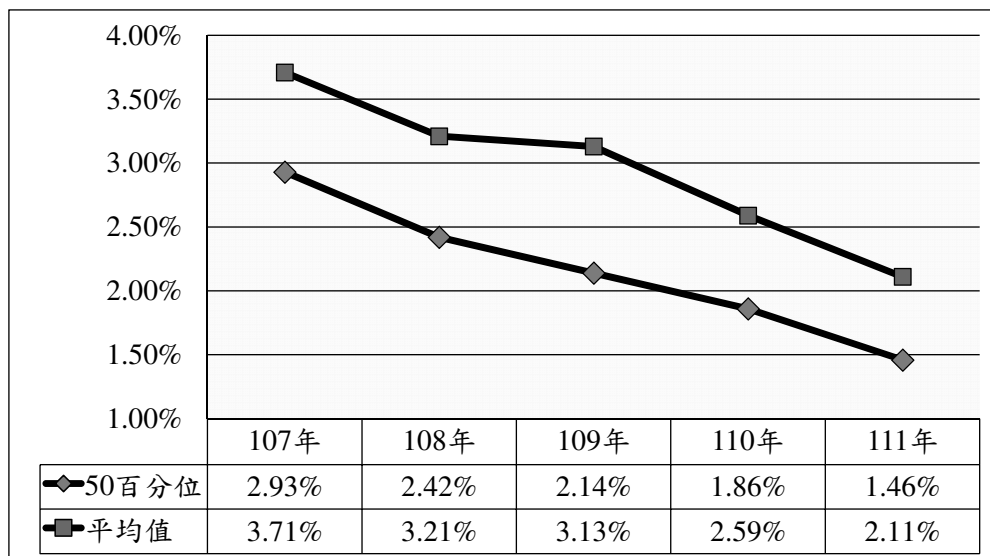
(一)專業醫療服務品質指標監測結果之 檢討及改善措施

1.專業醫療服務品質指標監測結果及未達監測值之檢討

項目	指標	指標方向	指標值	監測值	監測結果	檢討及改善措施
9	13歲/12歲(含)以上全口牙結石清除率	正向	75.76%	>67.85%	O	執行良好，超過監測值
10	6歲以下兒童牙齒預防保健服務人數比率	正向	92.63%	>83.30%	O	本會積極爭取，開放辦理兒童牙齒保健社區巡迴服務，大幅提高執行率
11	院所加強感染控制申報率	正向	99.04%	>87.80%	O	為落實感染管制，提升醫療品質，杜絕交叉感染，保證民眾就醫安全，本會持續努力達成院所100%實施感染管制。
12	執行感染控制院所查核合格率	正向	96.19%	>75.43%	O	執行良好，合格率已超過9成
13	牙周病統合治療方案之追蹤治療率	正向	62.39%	>54.33%	O	持續監控

(一)專業醫療服務品質指標監測結果之 檢討及改善措施

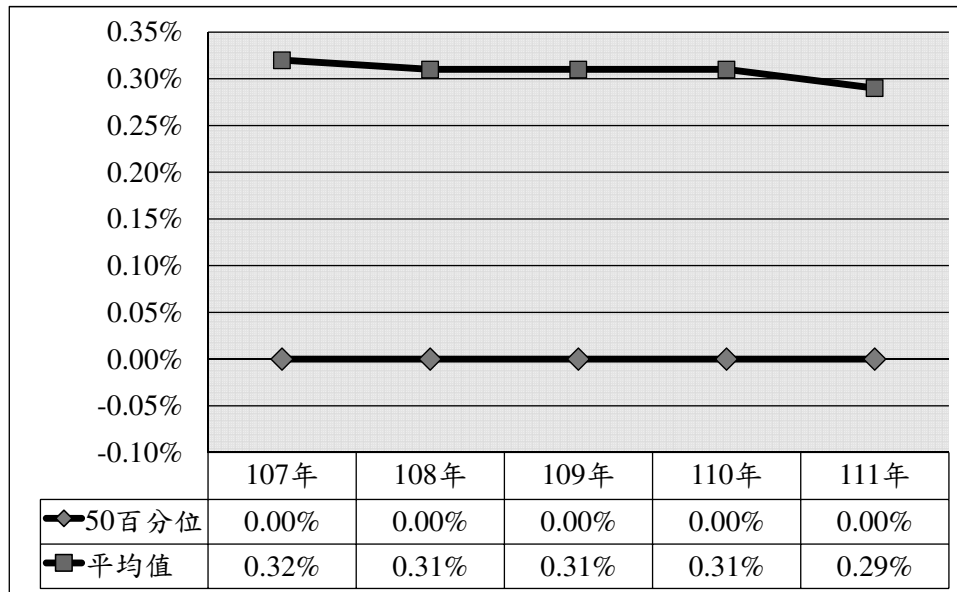
◆ 半年內自家與他家醫事機構再洗牙(牙結石清除)的比率



依據歷年的數據結果顯示，半年內自家與他家醫事機構再洗牙(牙結石清除)的比率呈現下降趨勢

(一)專業醫療服務品質指標監測結果之 檢討及改善措施

◆ 半年內他家醫事機構根管治療之再治療率



依據歷年的數據結果，半年內他家醫事機構
根管治療之再治療率結果呈現穩定

(一)專業醫療服務品質指標監測結果之 檢討及改善措施

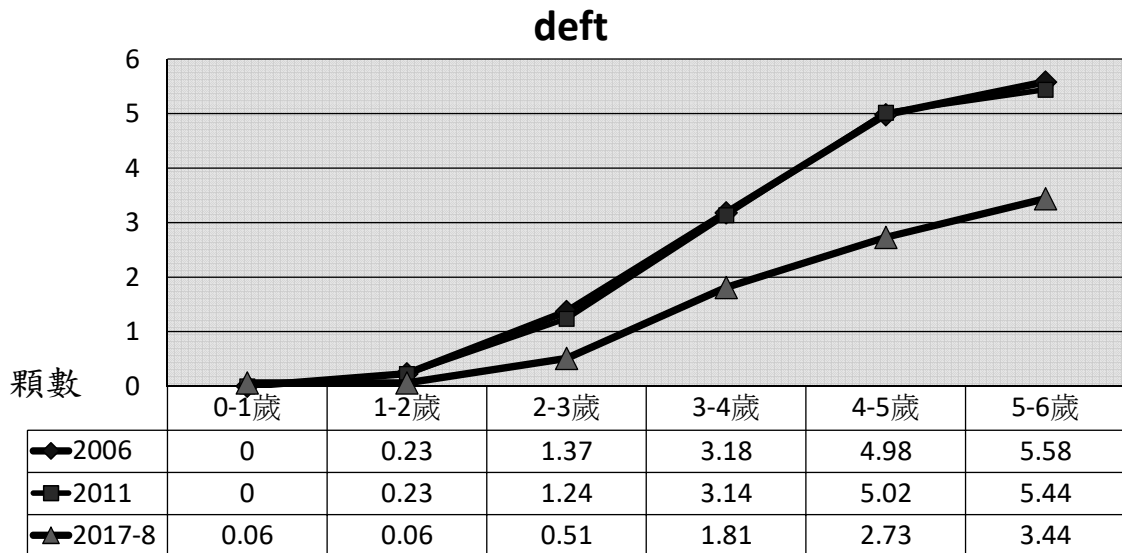
2.品質指標及監值之檢討與增修

- 經110年第2次牙醫門診總額研商議事會議討論後，由衛生福利部於110年9月24日衛部保字第1100137082號公告修訂全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案附表，本次修訂「十三歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率」指標名稱為「十二歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率」，並修訂指標計算公式及說明。

(一)專業醫療服務品質指標監測結果之 檢討及改善措施

3.其他健康照護成效指標

(1-1)兒童牙齒保健服務情形：0-6歲兒童口腔狀況

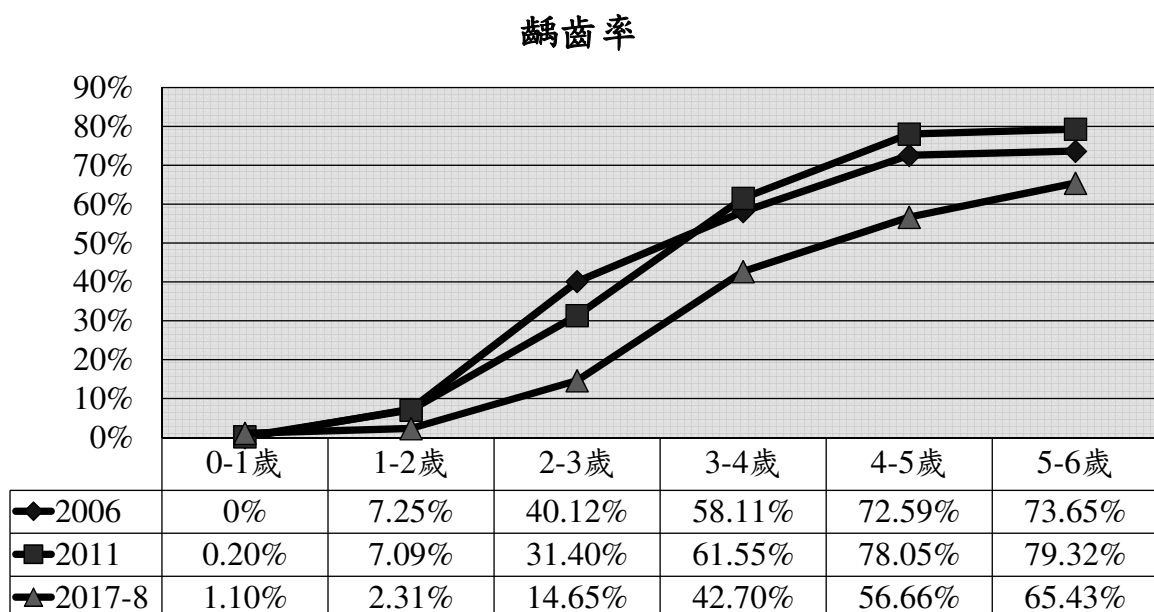


國健署及衛福部「六歲以下兒童口腔健康調查計畫」

2023/07/18 - 69

(一)專業醫療服務品質指標監測結果之 檢討及改善措施

(1-2)兒童牙齒保健服務情形：0-6歲兒童口腔狀況

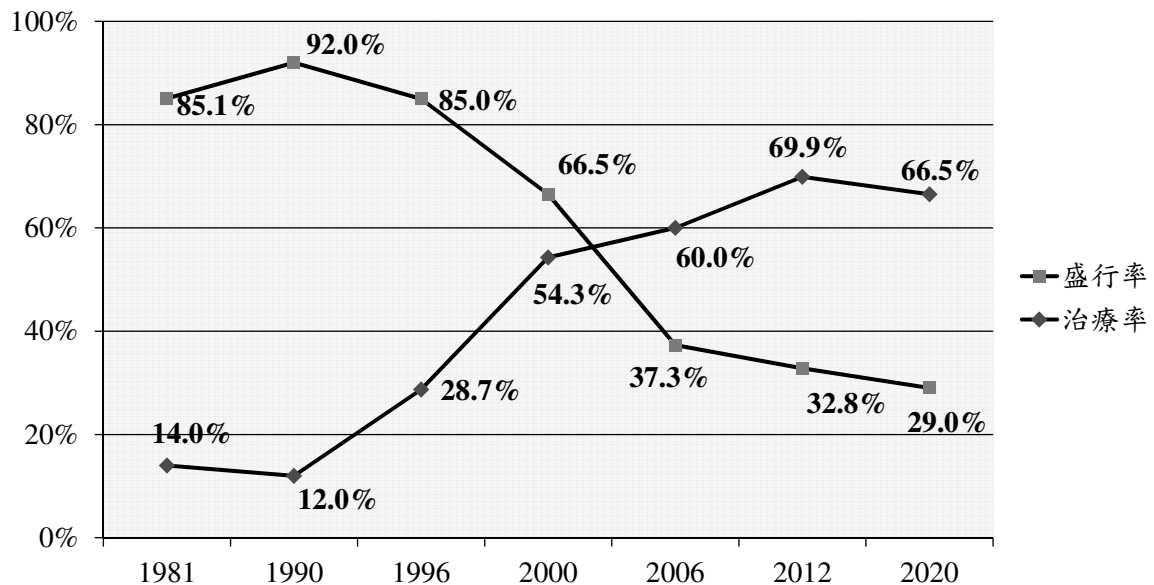


國健署及衛福部「六歲以下兒童口腔健康調查計畫」

2023/07/18 - 70

(一)專業醫療服務品質指標監測結果之 檢討及改善措施

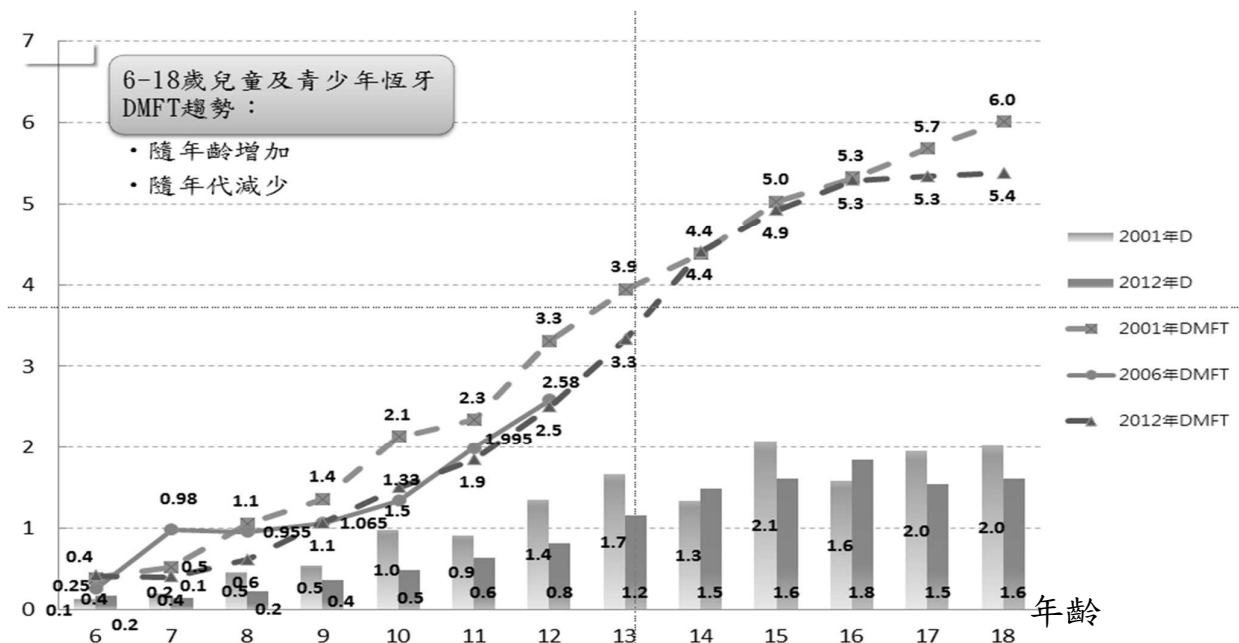
(1-3)兒童牙齒保健服務情形：12歲兒童齲齒盛行率及治療率



國健署及衛福部「12歲兒童口腔健康調查計畫」

(一)專業醫療服務品質指標監測結果之 檢討及改善措施

(1-4)兒童牙齒保健服務情形：6-18歲兒童DMFT趨勢



資料來源：衛福部

(一)專業醫療服務品質指標監測結果之 檢討及改善措施

(2)18歲以上恆牙狀況

年齡	齲齒盛行率(%)		剩餘齒數(顆)	
	92-94年	104-105年	92-94年	104-105年
18-34	83.63	96.5	25.70±6.06	28.52±2.18
35-44	90.91	99.5	24.58±4.73	27.50±2.71
45-49	88.94	99.4	23.65±6.05	26.67±3.93
50-64	92.48	99.2	21.00±6.09	24.93±5.50
65-74	92.41	99.8	14.31±5.69	20.82±8.38
75+	82.47	100.0	14.43±5.60	16.72±9.27

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

(二)品質保證保留款實施方案執行結果

1.分配方式(110、111年)及111年修訂重點

- 依評核委員建議以正向指標導向，核發原則分為專業獎勵指標及政策獎勵指標，並以提升品質為指標內容，朝向將品保款的分配差距拉大，以鼓勵院所積極提升醫療品質。
- 111年依據評核委員建議新增加計獎勵指標，基層院所新增「口腔癌篩檢」-院所當年度口腔癌篩檢至少2件或戒菸治療服務。

(二)品質保證保留款實施方案執行結果

2.106-110年品保款核發比例院所占率：

年度/ 比例	核發比例						100%
	不核發	$0\% \leq X < 20\%$	$20\% \leq X < 40\%$	$40\% \leq X < 60\%$	$60\% \leq X < 80\%$	$80\% \leq X < 100\%$	
106	18.5%	1.9%	12.2%	25.4%	22.6%	15.0%	4.5%
107	17.1%	1.6%	11.7%	25.2%	23.7%	19.0%	1.7%
108	16.6%	1.7%	11.7%	26.1%	23.6%	19.5%	0.8%
109	13.6%	3.7%	23.6%	25.5%	15.4%	16.4%	1.8%
110	12.5%	4.0%	25.8%	24.9%	14.6%	16.3%	1.9%

(本方案設計有利於醫療品質進步)

(二)品質保證保留款實施方案執行結果

3.110年層級實施結果

層級	核發率	不核發	$0\% \leq X < 20\%$	$20\% \leq X < 40\%$	$40\% \leq X < 60\%$	$60\% \leq X < 80\%$	$80\% \leq X < 100\%$	100%
	家數	占率	家數	占率	家數	占率	家數	占率
醫院	家數	33	1	17	20	38	43	41
	占率	18.0%	0.5%	9.3%	10.9%	20.8%	23.5%	16.9%
基層診所	家數	858	286	1,824	1,759	1,008	1,119	103
	占率	12.3%	4.1%	26.2%	25.3%	14.5%	16.1%	1.5%
總計	家數	891	287	1,841	1,779	1,046	1,162	134
	占率	12.5%	4.0%	25.8%	24.9%	14.6%	16.3%	1.9%

110年品保款核發金額為204.2百萬

醫院核發金額總計為21.7百萬（占總預算10.6%）

基層診所核發金額總計為182.5百萬（占總預算89.4%）

領到品保款計6,249家院所（醫院150家、基層6,099

家）

(二)品質保證保留款實施方案執行結果

各部門核發結果

品保款核發鑑別度 評估面向	年度	醫院	西醫 基層	牙醫 門診	中醫 門診
1.核發表現優良院所是否領到較 多品保款 【表現優良前20%院所核發金額占品保款比 率(%)】	108	46.0	無法計算 註1(滿分 院所占一 半)	66.1	52.2
	109	45.0		67.1	51.6
	110	43.0		59.0	52.1
2.有多少院所指標表現達滿分 【表現滿分的院所註2家數比率(%)】	108	94.9	57.9	0.8	1.6
	109	98.5	44.7	1.8	1.7
	110	99.8	57.5	1.9	1.8

註1：108~110年西醫基層院所指標表現達核發標準100%者(滿分)分別占57.9%、44.7%、57.5，各領取62%、63%、61%品保款。

2：醫院部門係以「指標獎勵」全部核發之家數占率計算為滿分

3：資料來源：112-5健保會會議議程

(二)品質保證保留款實施方案執行結果

4.檢討及改善方向

- 112年方案修訂重點為新增政策獎勵指標「高風險疾病患者照護」，為鼓勵會員醫師加強高風險患者口腔照護，本項核算基礎為10%，操作型定義：該院所當年度高風險疾病患者牙結清除-全口(91090C)申報件數12件(含)以上；並調降「牙周病統合照護品質」核算基礎為5%。
- 牙醫品保款之未來目標，期望在品保指標之選擇及指標值設定能更有鑑別力，並針對品保款整體架構及品保預算分配進行檢討，參考其他總額部門品保款之優點，落實鼓勵全國牙醫院所及醫師朝品質提升的方向努力。

(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施

- 1.提升全國牙醫醫療院所之感染管制品質，以確保全國病患及牙醫院所從業人員之健康與安全，110年院所全面進行書面評核，112年啟動院所上傳外展點書面評核。
- 2.宣導牙醫師加強與民眾說明治療計畫之擬定及增加醫病互動溝通。
- 3.藉由品質保證保留款，鼓勵院所積極提升醫療品質。
- 4.成立醫學倫理委員會，維護醫學倫理制度，發展醫學倫理，促進醫病關係和諧。
- 5.成立口腔分科審議委員會，研擬制定及審核牙醫分科醫師臨床訓練計劃及課程，培養優秀牙醫分科醫師及發展國內牙醫醫療之學識、技術、設備及研究為目標。

(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施

6. 成立牙醫政策規劃委員會，研究牙醫相關政策與密切追蹤政府相關醫療法令、政策，提高牙科醫療水準。
7. 訂定「全民健康保險牙醫門診醫療服務精進審查」試辦計畫書辦法。
8. 加強國人口腔健康照護計畫，以病人為中心周全性、協調性、連續性、完整性的口腔照護醫療，使病人更有品質的醫療照護，近年針對特殊族群提出相對應之口腔健康照護計畫。

四、協商因素項目之執行情形

(一)111年新增項目(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標)之執行情形

(二)延續項目之執行情形

(三)111年執行未滿半年及112年新增項目之執行與規劃

(一) 111年新增項目(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標)之執行情形

1.高風險疾病口腔照護(405百萬元)

執行目標及評估指標	111年指標值
執行目標： 111年服務高風險疾病患者270,000人	11,875人
評估指標： 高風險患者利用全口牙結石清除之比率， 111~113年分別為40%、45%、50%	0.87%

本會深刻檢討並反省本項執行率過低之因素，除新增項目宣導較為不足外，新冠肺炎疫情期間為保留醫療服務量能及降低民眾感染之風險，政府多次倡導民眾延後非緊急之醫療，亦影響高風險患者民眾就醫意願。

(一) 111年新增項目(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標)之執行情形

1. 高風險疾病口腔照護(405百萬元)

- 加強宣導：刊登本會出版品，製作宣導簡報，於LINE群組發布公告，並彙整「牙結石清除」及「氟化物治療」項目做成專章，便於牙醫師查詢；另民眾端-於網路新聞曝光，製作宣導貼紙，於病友團體會刊撰寫文章等多元管道進行，期使民眾於就醫時能主動告知符合本項身分。醫師端-112年第1季本項申報醫令數已有增加之趨勢，本會將持續努力。

病患就醫類別申報之分類 依患者身分別區分	
懷孕婦女	91017C 懷孕婦女牙結石清除-全口 (註：90天/次) 91019C 懷孕婦女牙結石清除-全口 (註：90天/次) 92014C 複發性拔牙
糖尿病患	91089C 糖尿病患牙結石清除-全口 (註：90天/次) 92014C 複發性拔牙 P7302C 糖尿病患之高風險患者氟化物治療 (註：90天/次)
口腔乾症患者	91005C 口腔乾症牙結石清除-全口 (註：90天/次) 92072C 口腔乾症拔牙 (註：90天/次)
高血壓患者	92014C 複發性拔牙
洗腎患者	91090C 高風險疾病患者牙結石清除-全口 (註：90天/次) 92014C 複發性拔牙 P7302C 糖尿病患之高風險患者氟化物治療 (註：90天/次)
全民健康保險牙醫門診總額 特殊醫療服務計畫	89101C-89115C、90112C、91103C、91104C、 91114C、92014C
牙根齦齦患者	P7301C 高風險患者氟化物治療 註1：適用文或書於本院申報時應附註13C或附註13C 註2：90天/次
1. 腦血管疾病患者。(中風、帕金森氏症) 2. 使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆藥物者。 3. 惡性腫瘤患者。(註：任一惡性腫瘤患者即可) 4. 不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者。 註：符合下列條件者其中之一 A. 任一原因引起的肢體障礙即可，不限腦麻患者 身心障礙類別：新制第7類(舊制代碼05) B. 「輕度」慢性精神病患者身心障礙類別：新制第1類(舊制代碼12) C. 任一重要器官失去功能者身心障礙類別：新制第4、5、6類(舊制代碼07) 特別提醒：腦障(不論程度)及輕、中度腦障不屬申報項目 91090C 高風險疾病患者牙結石清除-全口 (註：90天/次) P7302C 糖尿病患之高風險患者氟化物治療 (註：90天/次)	
1. 心臟病必須術前抗生藥預防或服用抗凝劑者。 2. 服用抗凝劑治療中。 3. 洗腎病人。 4. 強口困難(含口腔癌病人)不及2.5公分。 5. 曾經接受器官移植病人。 6. 腎衰竭或白血球障礙病人。 7. 經診斷有糖尿病或高血壓患者。 8. 曾經接受頸部放射治療或一年內接受過化學治療。 9. 免疫病。 10. 免疫性疾病，長期服用類固醇病人。 11. 肝硬化及癌症患者。 12. 第3大白齒。 13. 懷孕婦女 92014C 複發性拔牙	

註：劃線部分尚未公告，內容依中央健康保險署公告為準

2023/07/18 - 83

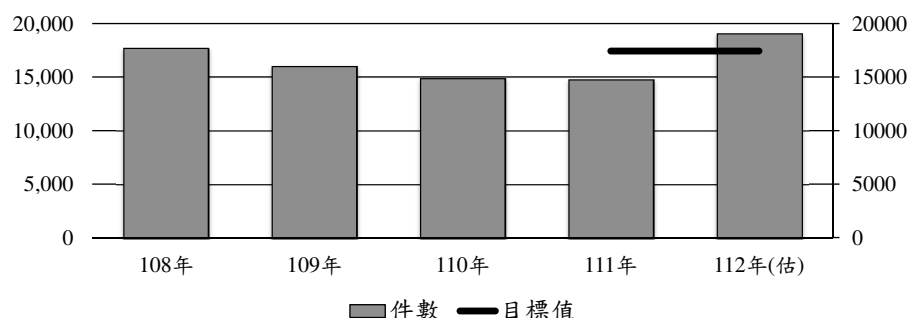
(一) 111年新增項目(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標)之執行情形

2. 提升假日就醫可近性(147.1百萬元)

A. 111年提升假日就醫之急症處置服務人次：

- a) 牙醫急症處置92093B：目標值17,435人次，111年申報14,787人次，達成率為87.8%，近年申報件數如下表，自109年起因受新冠肺炎疫情影響，件數均較108年低，另112年第1季申報件數為4,758，推估112年可達成目標。

92093B申報情形

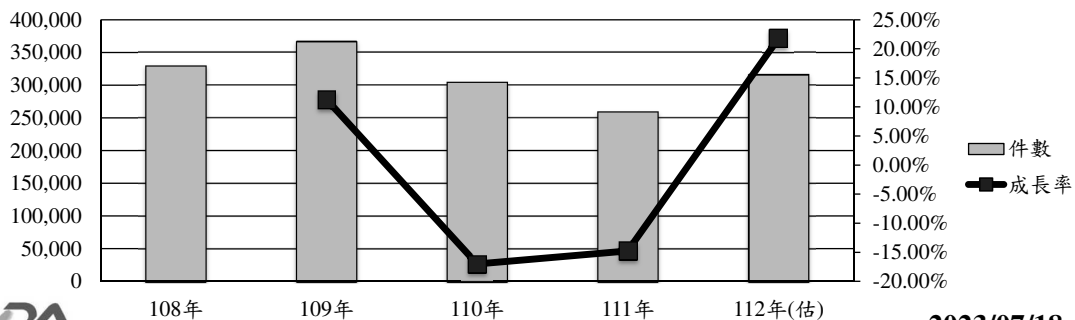


2023/07/18 - 84

(一) 111年新增項目(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標)之執行情形

- b) 週六、週日及國定假日牙醫門診急症處置92094C：目標值412,089人次，111年申報259,204人次，自109年起因受新冠肺炎疫情影響，申報件數成長率均下降，且因院所需於前一個月於VPN完成次月看診時段之登錄，可能因行政作業未完備導致無法申報。另111年假日看診院所數較108年增加78家，112年第1季申報件數為78,924，本項112年已為正成長，申報件數將可更接近執行目標。

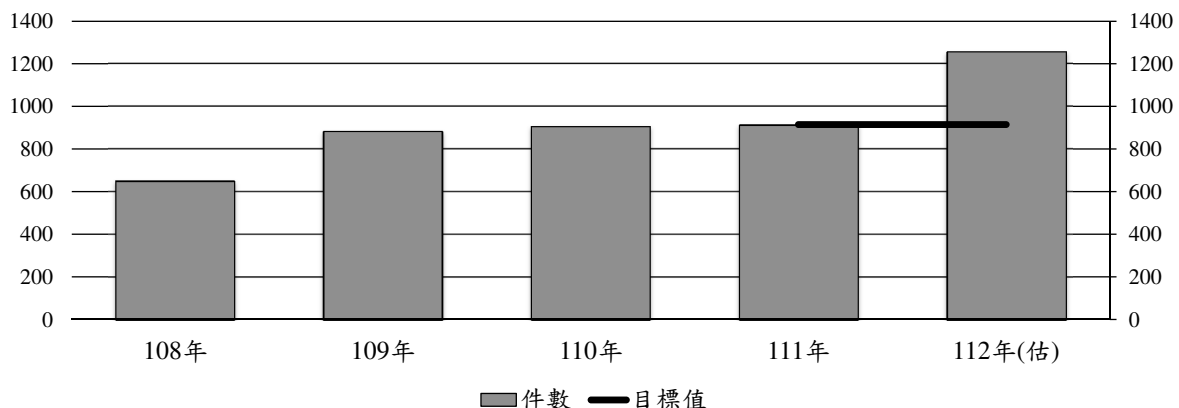
92094C申報情形



(一) 111年新增項目(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標)之執行情形

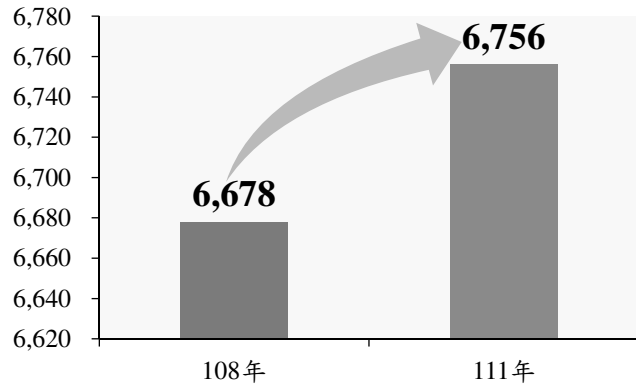
- c) 牙齒外傷急症處理92096C：目標值915人次，111年申報912人次，目標達成率為99.67%，近年申報件數如下表，本項申報件數逐年增加，112年第1季申報件數為314，推估112年可達成目標人次。

92096C申報情形



(一) 111年新增項目(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標)之執行情形

- B. 全國假日提供看診服務之院所數較108年增加：目標值增加60家，111年增加78家，達成目標。



- C. 評估指標：目標值為「接受治療者，其整體就醫滿意度提升」，依據健保署之民眾滿意度調查結果，對於整體醫療結果滿意度為正向態度者，111年為98.4%較110年(97.8%)提升，近年民眾滿意度調查結果已高達95%以上，呈現穩定正向發展的趨勢，若僅計算滿意及非常滿意之民眾，111年為95.3%與110年(95.5%)，兩年間無顯著差異。

(一) 111年新增項目(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標)之執行情形

3.其他醫療服務利用及密集度之改變(208百萬元)

本項用於支應複合體充填(89013C)之111年預算，預算數為578.5百萬，申報點數為768,3百萬，執行率為132.82%。

4.109年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款(減列11.4百萬元)

111年院所牙醫加強管制實施方案申報率為99.04%，執行符合牙醫門診加強管制實施方案之牙科門診診察費院所訪查合格率为96.19%，原複查後合格率为99.33%，經本會多方輔導，尚未通過之3間院所，其中1家已於今年6月中旬複查通過，複查後合格率已達99.55%，另2家院所拒不配合，均已移請衛生局協助辦理。

(二)延續性項目之執行情形

➤ 牙周病統合治療方案(108年由專款導入一般服務)

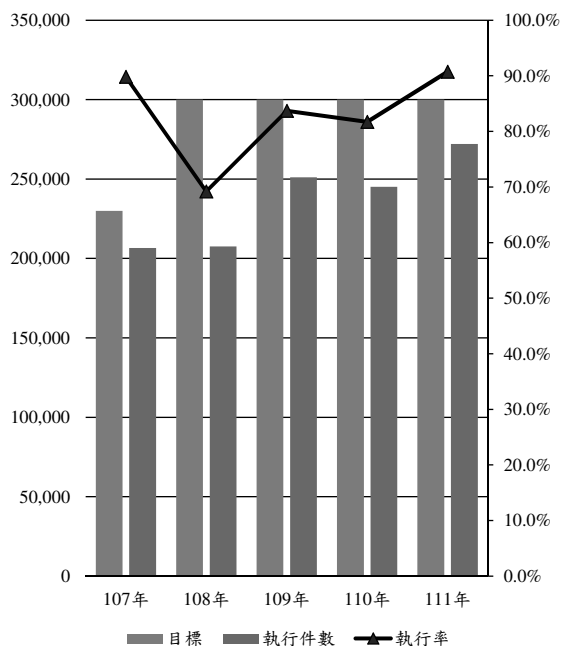
(1)107-111年預算編列及執行

年度	支應項目	預算數 (百萬)	執行數 (百萬)	執行率
107	第1、2階段	1,564.0	1,419.8	90.78%
	第3階段	588.8	557.8	94.73%
108	第1、2階段	2,040.0	1,426.7	69.94%
	第3階段	768.0	553.8	72.11%
109	第1、2、3階段	2,908.0	2,396.5	82.41%
110	第1、2、3階段	2,996.7	2,335.7	80.32%
111	第1、2、3階段	3,052.0	2,602.1	85.26%

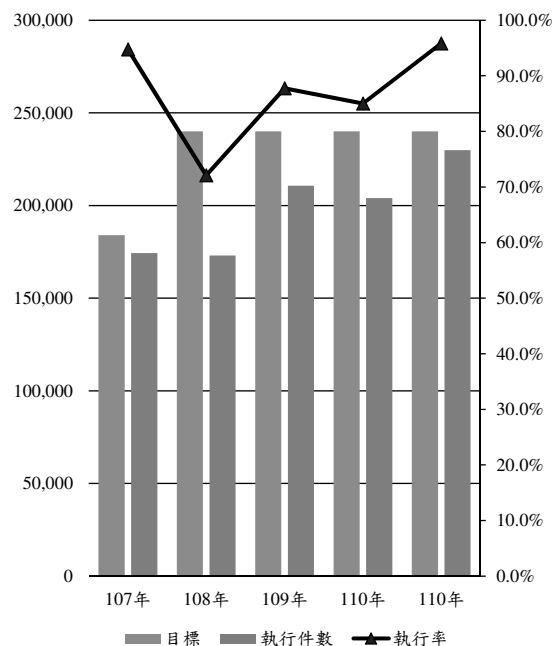
(二)延續性項目之執行情形

(A)牙周病統合治療方案服務量

第2階段執行情形



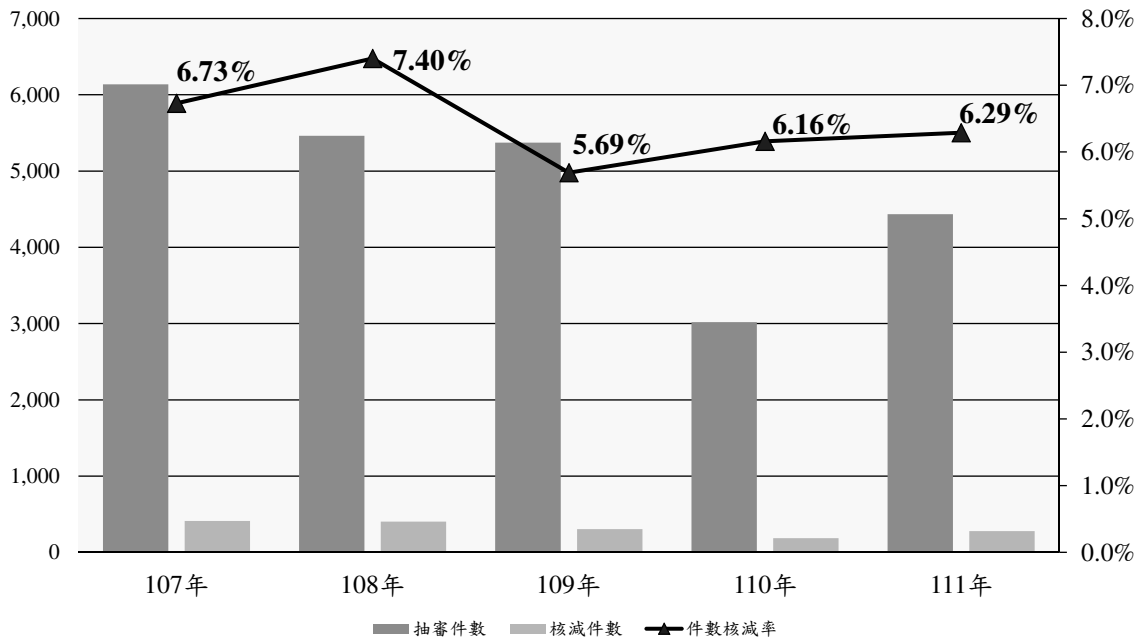
第3階段執行情形



(二)延續性項目之執行情形

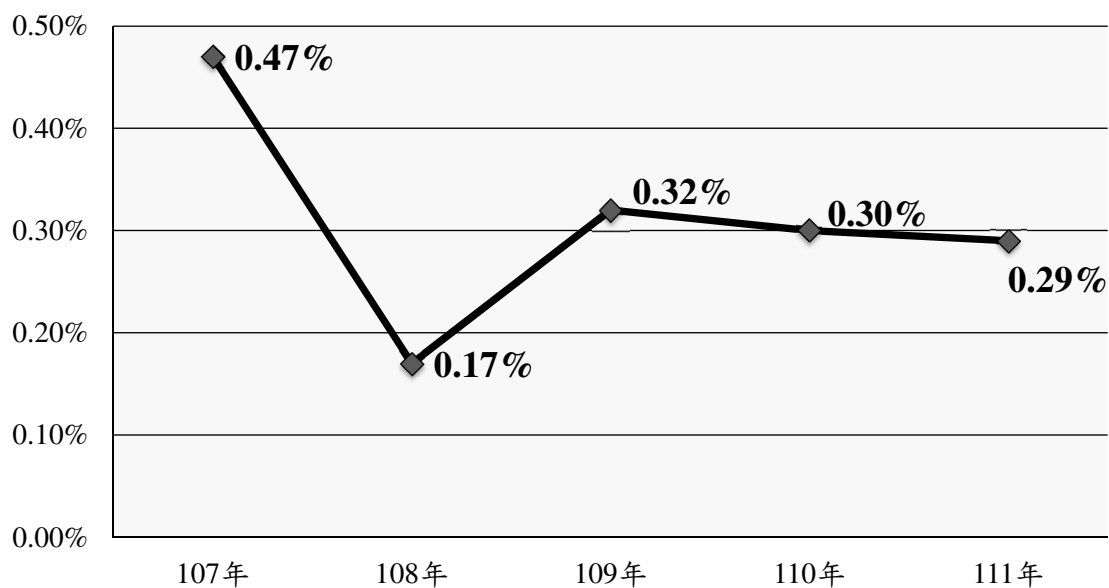
(B)牙周病統合治療方案申報第3階段件數核減率

107~111年申報第三階段核減率



(二)延續性項目之執行情形

(C)牙周病統合治療方案治療對象跨院所接受91006C-91007C比率



備註：1.資料來源為衛生福利部中央健康保險署提供每月申報資料。

2.統計為當年度年1~9月執行91021C及91022C者，自91021C起180天內跨院接受齒齦下刮除(91006C~91007C)件數。

(三) 111年執行未滿半年及112年新增 項目之執行與規劃

1. 111年執行未滿半年之新增項目：無
2. 112年新增項目之執行現況及未來規劃

(1) 顱顎關節相關支付項目(15.5百萬元)：

本項支付標準於108年3月1日實施，因民眾醫療需求增加，於112年增加預算，112年第1季申報點數為10.8百萬，推估全年執行率為152.03%。

(2) 複雜型顱顎障礙症治療及追蹤(13.5萬元)：

本項支付標準於100年4月1日實施，歷年執行結果顯示民眾之醫療需求增加，於112年增加預算，112年第1季申報點數為17,056,540，推估全年執行率為108.81%。

(三) 111年執行未滿半年及112年新增 項目之執行與規劃

- (3) 特定牙周保存治療-新增全口總齒數一至三顆(53.5百萬元)：
本項於112年3月1日實施，依據協定事項，預算與91015C、91016C、91018C等3項統籌運用，112年第1季執行情形如下：

編號	診療項目	112年Q1 申報點數	預算 執行率	推估全年 執行率
91015C	特定牙周保存治療- 全口總齒數九至十五顆	9,488,200	81.19%	324.77%
91016C	特定牙周保存治療- 全口總齒數四至八顆	1,639,800		
91091C	特定牙周保存治療- 全口總齒數一至三顆	49,700		
91018C	牙周病支持性治療	184,493,900		
小計		195,671,600		

五、總額之管理與執行績效

- (一)醫療利用及費用管控情形
- (二)地區預算分配(含特定用途移撥款)之執行與管理
- (三)點值穩定度
- (四)專業審查及其他管理措施
- (五)院所違規情形及醫療機構輔導
- (六)其他

(一)醫療利用及費用管控情形

全國之醫療利用情形

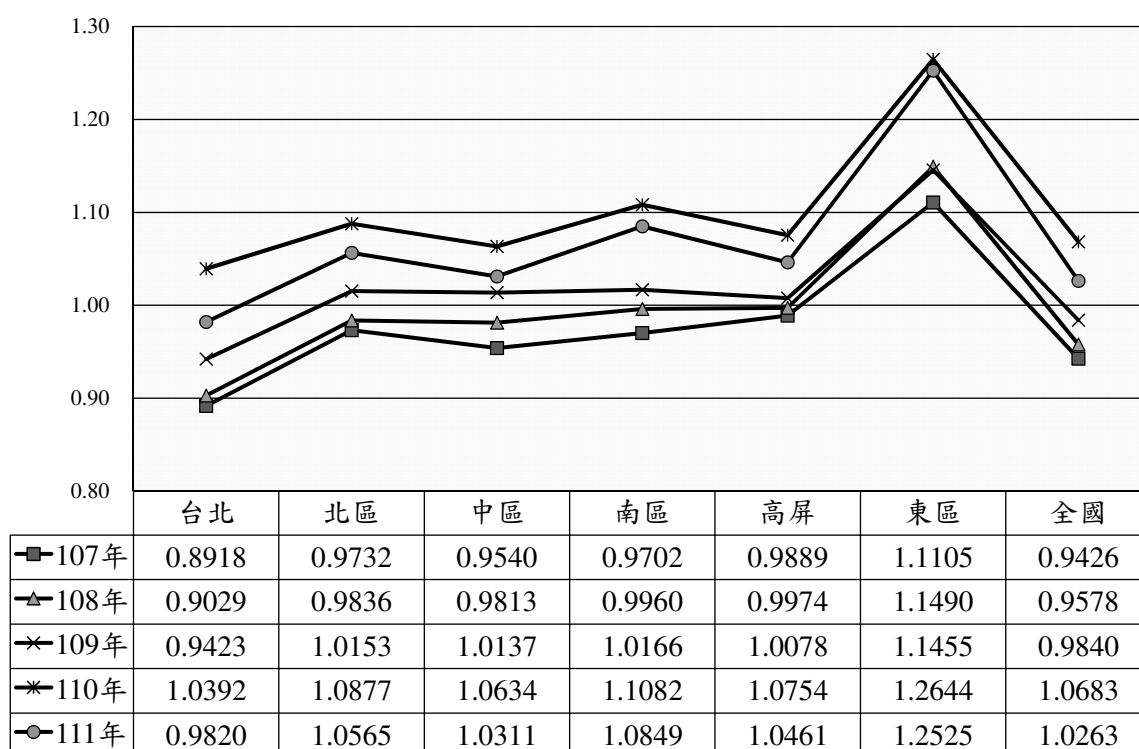
項目	107年	108年	109年	110年	111年	成長率
申報件數	36,334,550	37,047,339	36,213,520	34,116,374	35,280,626	3.41%
申報點數	45,764.9	46,810.5	47,227.5	45,094.3	46,953.7	4.12%
就醫人數	11,698,574	11,875,409	11,540,040	11,113,935	11,457,135	3.09%
就醫率	49.46%	50.11%	48.62%	46.93%	48.85%	4.09%
僅執行 預防保健人數	359,787	339,788	318,955	282,588	276,728	-2.07%
就醫率	47.94%	48.68%	47.26%	45.73%	47.67%	4.23%
平均每就醫 人就醫次數成長率	0.97%	0.32%	0.64%	-2.23%	-2.23%	0.31%
平均每就醫 人費用點數成長率	1.90%	0.79%	3.78%	-0.86%	-0.86%	1.02%
平均每件 費用點數成長率	1.04%	0.32%	3.16%	1.38%	1.38%	0.67%

(二)地區預算分配(含特定用途移撥款)之執行與管理

1. 牙醫門診總額一般服務預算(不含106年品質保證保留款)已達100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。
2. 111年地區預算移撥經費為12.324億元，結餘1.51億元回歸一般服務。

項 目	移撥預算(億)	實際執行(億)
醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用	2.00	1.69
弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫	0.80	0.09
特殊醫療服務計畫	0.50	0
該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款	0.30	0.30
牙周病統合治療方案	8.724	8.724
小計	12.324	10.804

(三)點值穩定度



(三)點值穩定度

1. 受新冠肺炎疫情影響，110年第2季點值改變率較大，其餘各季點值改變率皆在監測值範圍內、持續追蹤。
2. 為維持各區每季預算數合理及點值趨於更穩定，於105年起研商會議通過牙醫門診總額預算四季重分配，各季預算按前三年各季核定點數平均占率重分配。
3. 修訂牙醫相對合理門診點數給付原則，分區已結算之最近4季平均點值超過1.05，該年度該區之專任醫師，不適用本原則之折付方式。以鼓勵點值較高之分區增加服務量，加強醫療利用率。
4. 依「全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」執行，當分區結算平均點值大於1.15元時啟動；另因應COVID-19疫情影響民眾就醫意願，延後醫療費用發生，111年暫停執行。

(四)專業審查及其他管理措施

1.專業審查管理

(1)審查醫藥專家管理辦法

項目	管理辦法
遴聘	全民健康保險牙醫門診醫療服務審查醫藥專家遴聘原則
管理	全民健康保險牙醫門診醫療服務審查醫藥專家管理要點
品質	全民健保牙醫門診醫療服務審查醫藥專家審查品質考核辦法 牙醫門診醫療服務審查品質提升與監測方案
審查尺度齊一	牙醫醫療服務審畢案件評量作業要點 「全民健康保險牙醫門診醫療服務精進審查」試辦計畫

(2)審查醫藥專家申辯管道

依據審查醫藥專家管理要點第十六條規定，「受記點或解聘處理之審查醫藥專家不服者，得向牙醫審查執行會醫審室聲明異議；不服異議之結果者，可再向牙醫審查執行會聲請再議」。

(四)專業審查及其他管理措施

1.審查醫師管理

(3)審查醫師考核統計之結果

年度	抽審移地審查			暫停職務三個月				作業疏忽或誤用法規
	行為模式異常	濫用權力進入行政或司法調查程序	專案抽審比對計畫	單月排行進前1%	違反第11點規定接受行政或司法調查程序者	醫療行為模式異常	審查行為模式異常	
107	0	0	0	0	0	0	0	0
108	0	0	0	0	0	0	0	0
109	0	0	0	0	0	0	0	0
110	0	0	0	0	0	0	0	0
111	0	0	0	0	0	0	0	0

(四)專業審查及其他管理措施

2.檔案分析指標與抽審指標之訂定

(1)依委託契約標的研訂檔案分析指標20項指標，於102年進行檢討修訂，修訂結果業於103年5月27日103-2研商議事會議通過。由各區定義異常值百分位區間界於94.5-100%之間，並由二十項指標中選用七項為共同基本指標作為各區輔導控管依據，其他指標暫列為監測性質。

(2)各分區抽審指標由各分區自主制定內容，統一原則如下：

A.審核尺度依現行相關審查辦法執行，不宜有過度延伸或逾越超過法規之範圍。

B.抽審、申復、爭審均應要求備齊所有完整文件。

(四)專業審查及其他管理措施

3.初核核減率、申復核減率、爭審核減率統計資料

點數單位：百萬點

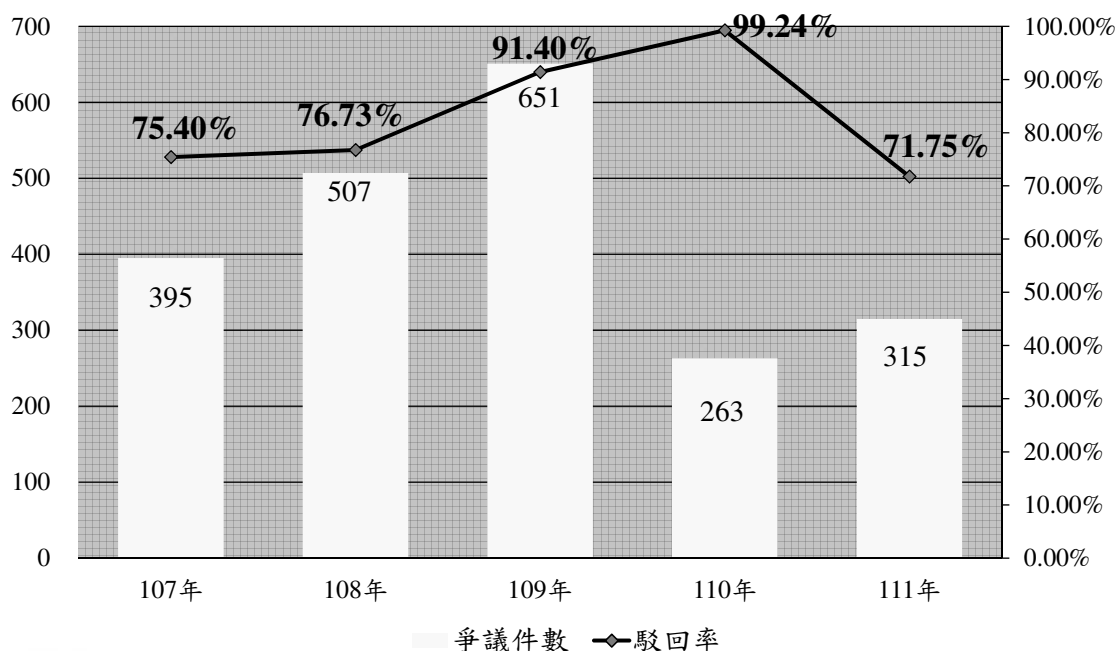
年度	醫療費用 點數 (A)	申請點數 (B)	核定點數 (C)	申復補 付點數 (E)	爭審補 付點數 (F)	初核 核減率 (B-C)/A	申復後 核減率 (B-C-E)/A	爭審後 核減率 (B-C-E-F)/A
107	46,826.20	45,182.78	45,026.19	34.30	0.47	0.33%	0.26%	0.26%
108	47,242.07	45,638.76	45,503.32	29.22	0.28	0.29%	0.22%	0.22%
109	47,242.07	45,638.76	45,503.32	29.22	0.28	0.29%	0.22%	0.22%
110	44,991.24	43,482.16	43,407.22	10.92	0.01	0.17%	0.14%	0.14%
111	47,048.70	45,482.88	45,373.03	20.59	0.01	0.23%	0.19%	0.19%

不以核減率做為管理依歸
以審查品質穩定、全國審查標準趨於一致為目標

(四)專業審查及其他管理措施

4.爭審結果統計

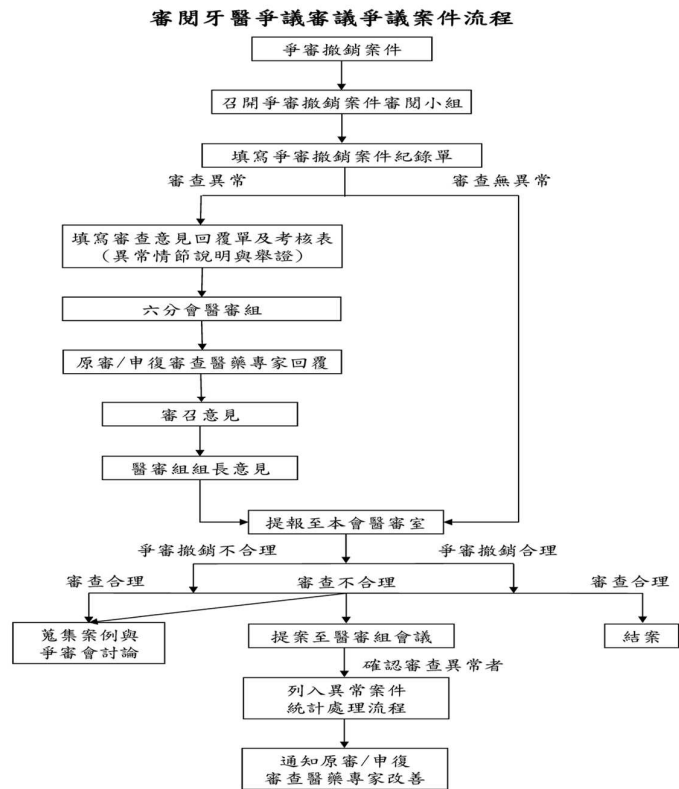
111年度爭審駁回率為71.75%，爭審件數315件。



(四)專業審查及其他管理措施

4.爭審結果統計

本會為研議降低爭議審議案件數量之對策，對具爭議性案例建立案例研討機制，成立審閱小組並建立審閱流程，並已經111-3研商會議通過



(四)專業審查及其他管理措施

5.審畢案件抽審結果

111年審查合理件數占率為98.86%，結果如下：

分區	抽審醫藥專家數	抽審案件數	審查合理件數	審查合理件數占率	審查不合理件數	審查不合理件數占率	處理方式	
							通知改善醫師數	列入追蹤醫師數
台北	15	668	666	99.70%	2	0.30%	2	0
北區	8	362	358	98.90%	4	1.10%	2	0
中區	31	794	792	99.75%	2	0.25%	2	0
南區	7	282	272	96.45%	10	3.55%	3	0
高屏	8	663	661	99.70%	2	0.30%	2	0
東區	4	377	361	95.76%	16	4.24%	3	0
合計	73	3,146	3,110	98.86%	36	1.14%	14	0

(五)院所違規情形及醫療機構輔導

1. 全民健康保險特約醫事服務機構查處統計

年月	類別	醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
107年	處分家數	21	141	59	21
	違規率	4.44%	1.35%	0.88%	0.57%
108年	處分家數	15	114	58	24
	違規率	3.18%	1.09%	0.86%	0.65%
109年	處分家數	10	103	24	25
	違規率	2.12%	0.98%	0.35%	0.66%
110年	處分家數	7	108	29	18
	違規率	1.49%	1.02%	0.43%	0.47%
111年	處分家數	6	111	31	23
	違規率	1.27%	1.04%	0.45%	0.59%

備註：1. 資料來源：全民健康保險業務執行報告，資料日期：112年2月4日

2. 處分家數係指經健保署核定予以違約記點、扣減費用、停止特約及終止特約之醫事服務機構家數。

3. 違規率計算公式：分母為各類別之特約家數；分子為各類別之處分家數。

(五)院所違規情形及醫療機構輔導

2. 各部門查處追扣金額表

年月	類別	醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
107年	總額舉發	0	0	67,140	0
	非總額舉發	32,476,318	34,971,500	27,318,315	29,060,405
108年	總額舉發	0	1,664,853	20,096,803	0
	非總額舉發	13,710,330	61,780,052	69,390,739	23,976,236
109年	總額舉發	0	0	0	95,010
	非總額舉發	16,522,961	89,995,481	10,599,682	14,107,785
110年	總額舉發	0	830,492	6,075,700	33,510
	非總額舉發	11,404,436	151,674,936	53,655,841	34,547,725
111年	總額舉發	0	11,645	34,463,611	0
	非總額舉發	12,120,028	62,104,250	800,114	3,987,904

備註：非總額舉發包含民眾檢舉與健保署主動查核項目，
總額舉發為總額受託單位或總額相關團體舉發。

(五)院所違規情形及醫療機構輔導

3. 院所輔導家數

輔導醫療院所數		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計
107年	輔導家數	463	247	568	5	55	24	1,362
	申報家數	2,719	892	1,368	842	1,077	138	7,036
108年	輔導家數	579	244	554	3	76	0	1,456
	申報家數	2,746	898	1,381	846	1,068	140	7,079
109年	輔導家數	573	213	547	36	30	0	1,399
	申報家數	2,749	914	1,375	849	1,059	133	7,079
110年	輔導家數	522	130	512	132	18	13	1,327
	申報家數	2,771	942	1,371	853	1,065	134	7,136
111年	輔導家數	631	129	654	50	32	0	1,496
	申報家數	2,791	973	1,376	854	1,057	132	7,183

(五)院所違規情形及醫療機構輔導

4. 歷年六區審查分會輔導自願繳回費用統計

分區	107年		108年		109年		110年		111年	
	院所數	自願繳回點數(千點)	院所數	自願繳回點數(千點)	院所數	自願繳回點數(千點)	院所數	自願繳回點數(千點)	院所數	自願繳回點數(千點)
台北	37	1,086	130	6,207	161	6,327	134	3,939	174	6,091
北區	8	93	45	1,174	62	15,695	91	13,965	36	5,963
中區	82	10,502	27	1,489	98	3,486	111	3,802	147	14,367
南區	15	5,809	64	2,424	52	2,045	162	2,901	134	3,855
高屏	2	—	19	—	49	—	144	25,952	201	4,731
東區	0	0	2	103	16	544	0	0	0	0
合計	136	17,490 (未含高屏)	287	11,397 (未含高屏)	438	28,097 (未含高屏)	642	50,559	692	35,008

註：106-109年高屏區因輔導院所自願繳回(改核)費用，係由院所主動自承
列表與分區業務組聯繫相關事宜，未取得自願繳回點數資料。

(六)其他

- 購置攜帶式牙醫醫療設備：對外募集資金，購置攜帶式牙科診療設備組共58組；生理監視器共44組，置於各縣市公會，期使更多會員醫師加入居家牙醫醫療服務之行列，增加弱勢族群之醫療可近性，守護弱勢族群口腔健康。
- 健保愛心專戶捐款：111年適逢牙醫全聯會四十週年，在這富有特別意義的日子，本會第一個站出來，希望透過微薄之力，對社會出一份心力，牙醫師全聯會與各縣市地方公會、本會幹部共同捐贈總金額666萬元予「健保愛心專戶」，以幫助經濟弱勢民眾就醫盡一份力，希望透過此次愛心捐贈，拋磚引玉，將愛心傳承下去，人間處處有溫情。

六、COVID-19疫情對醫療服務之 影響與因應作為

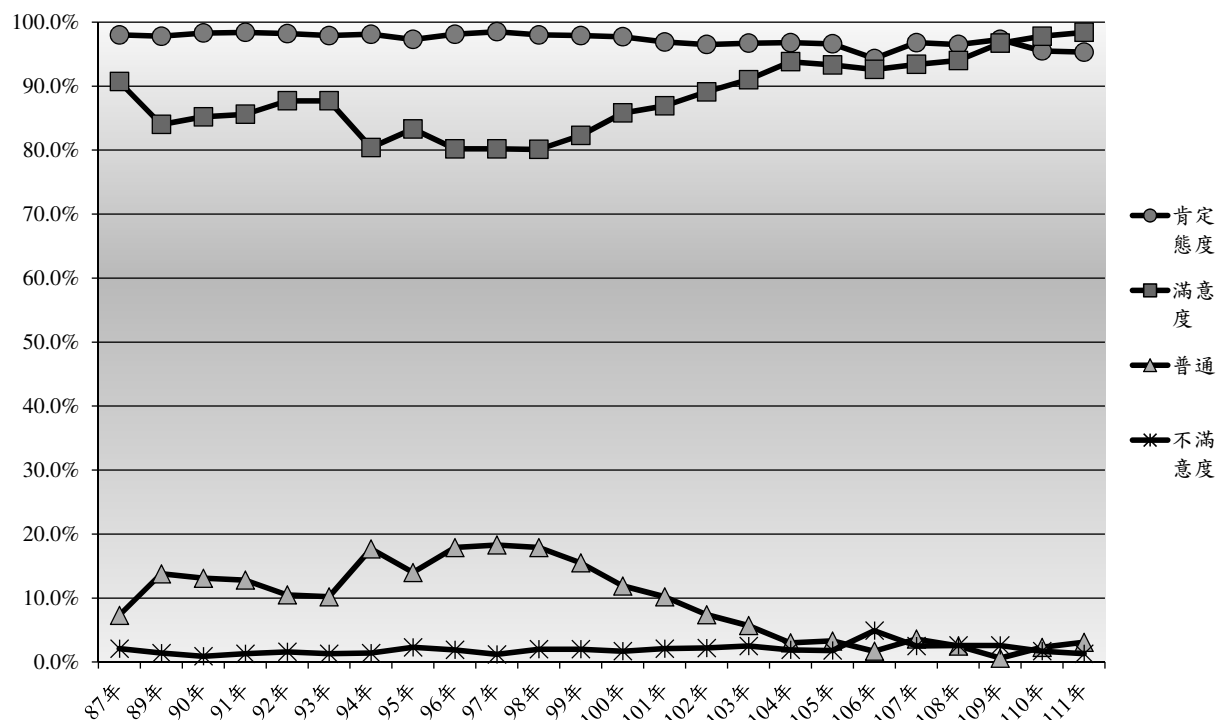
- 自92年SARS疫情起，為因應各類高傳染力病原及確保民眾就醫安全，已訂定「牙醫門診加強感染管制實施方案」，經過多年的持續努力及不斷提升執行標準，近年包含109年起全面提升感染管制執行情形及管理機制，增加「一人一機」、加強訪查並提高院所抽查比例、完成院所感管書面評核，訂定「牙科因應COVID-19感染管制措施指引」調整流程，並全面提升感染管制SOP作業細則標準等，使會員醫師有所依循，並落實查核及執行，使得牙醫界於此次疫情中，方能站穩腳步，並於110年新冠肺炎疫情高峰期時，有近500萬人次的民眾接受牙醫醫療服務，未發生民眾因至牙醫院所就診而染疫之情事，顯見牙醫界感染管制於牙醫界確有持續落實。

六、COVID-19疫情對醫療服務之 影響與因應作為

- 疫情期間，新北市、新竹市、金門縣、還有澎湖縣基層的醫師，有將近上百位的基層醫師投入了快篩的工作，於機場支援篩檢站、或組成醫界聯盟於篩檢站提供服務，協助衛生局在宅篩檢送藥等，相較國外，於疫情高峰時美國牙醫公會和各州的牙醫協會，紛紛建議牙醫診所暫時關閉至少2至3週的時間以控制疫情，牙醫界在周全保護下仍堅守崗位，服務民眾，在疫情逐漸趨緩的現在，防疫措施已逐步放寬，然社區中仍存有輕症、中症之新冠肺炎患者，為保障民眾就醫安全以及會員醫師與相關從業人員之健康，牙醫界仍持續落實執行感染管制，一路走來，牙醫界始終本持初心，達到「弱勢優先、病人優先、品質優先」，未來本會將繼續守護國人口腔健康，並致於公益醫療活動與善盡社會責任，共創臺灣美好未來。

結 論

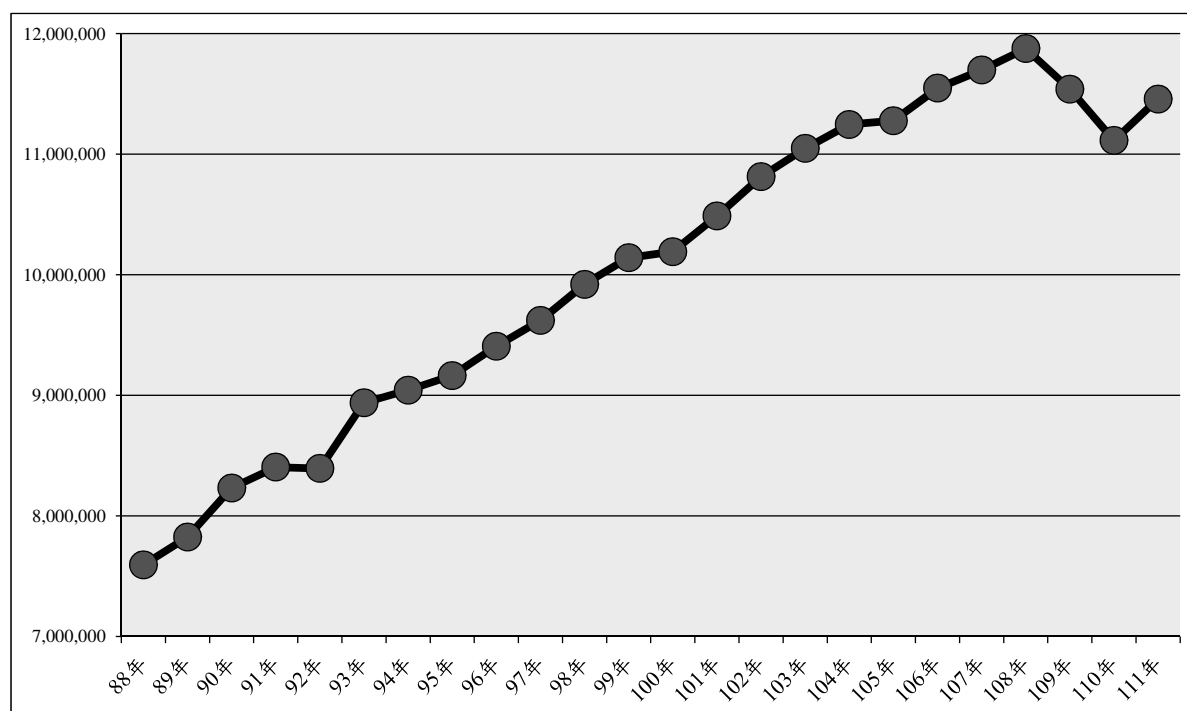
歷年民眾滿意度調查



備註：肯定態度為非常滿意+滿意+普通

2023/07/18 - 115

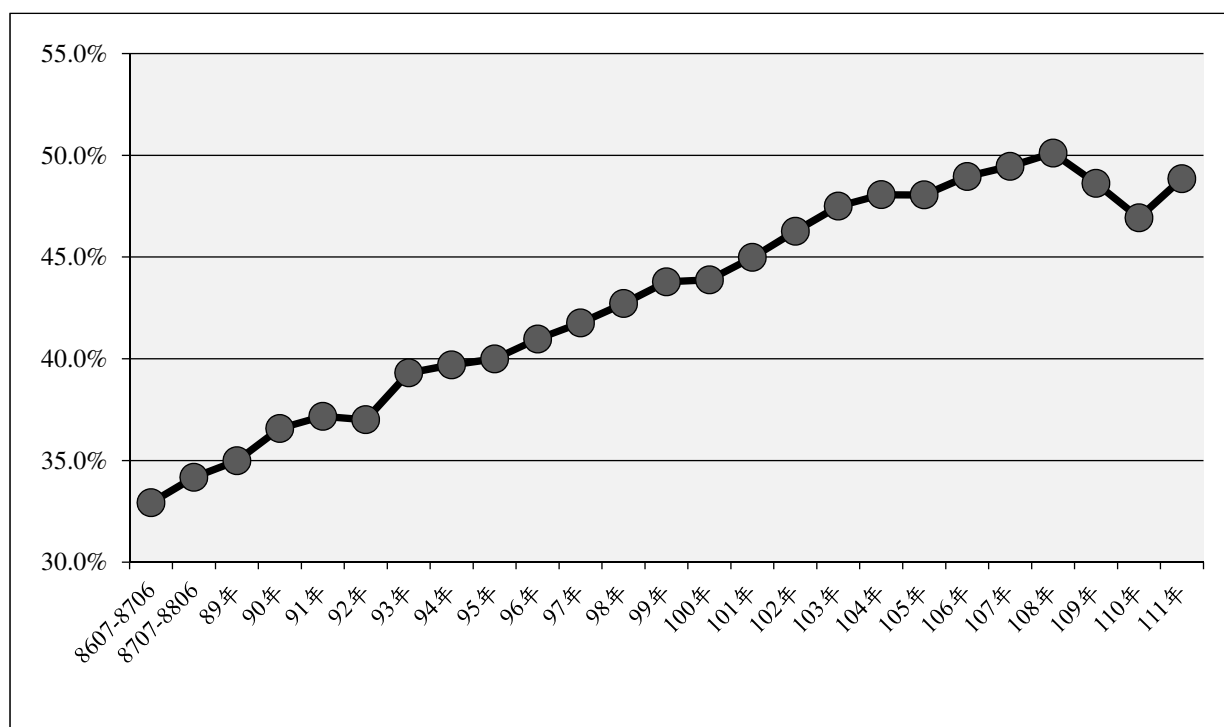
歷年就醫人數趨勢呈現上升



備註：108、109年因受新冠肺炎疫情影響，就醫人數下降

2023/07/18 - 116

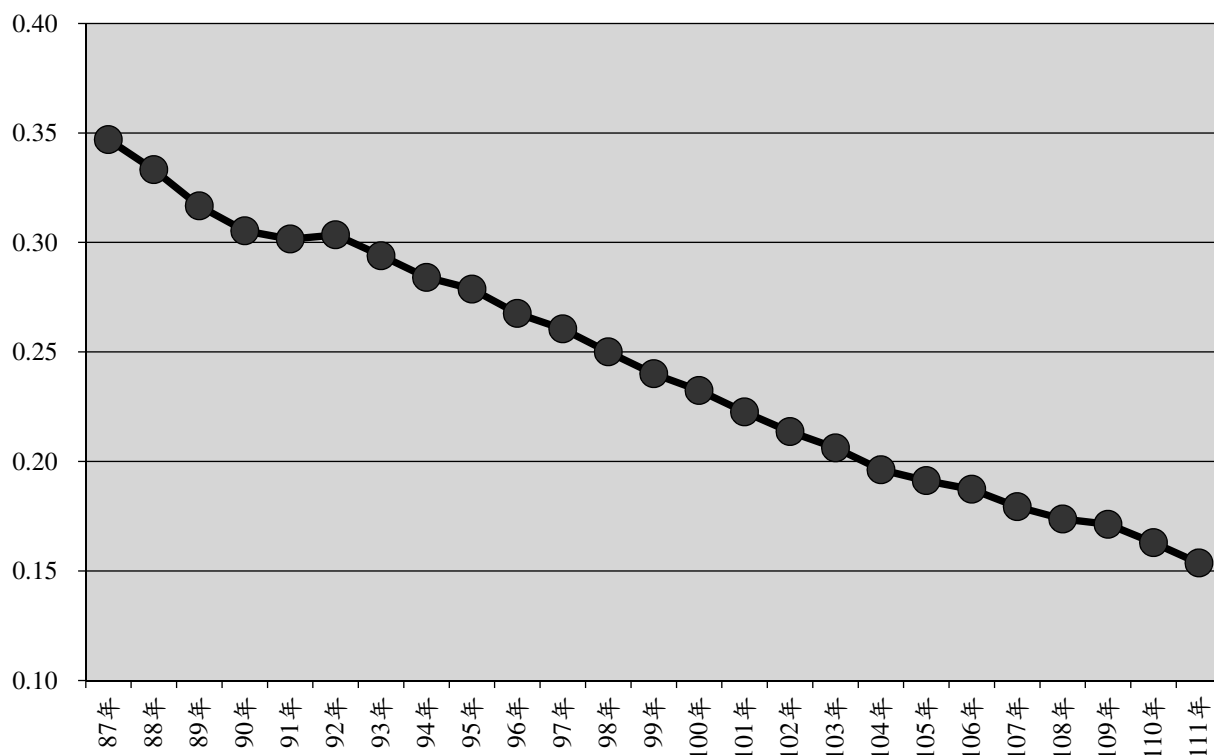
歷年就醫率趨勢呈現上升



備註：108、109年因受新冠肺炎疫情影響，就醫率下降

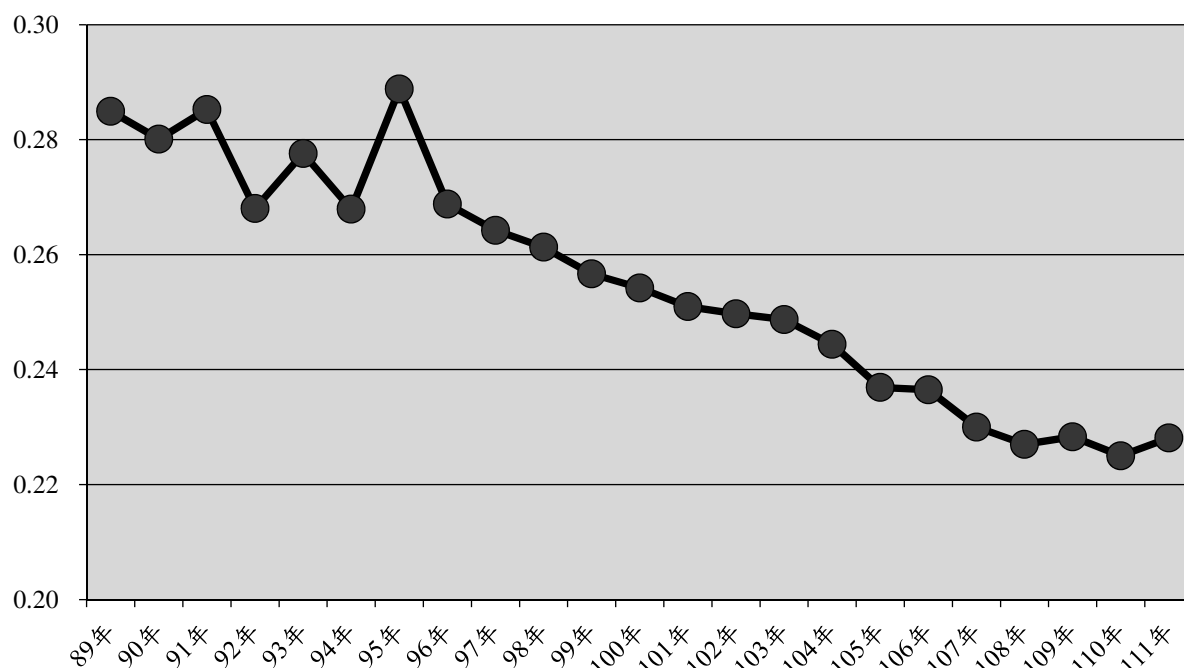
2023/07/18 - 117

每就醫者(根管治療)開擴顆數降低



2023/07/18 - 118

歷年平均拔牙顆數趨勢呈現下降



備註：平均拔牙顆數=(92013C+92014C)/就醫人數

國人牙齒數增加

92-94年及104-105年度成年與老年人口腔健康調查計畫

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

10年期間18歲以上自然牙顆數平均增加2顆

65歲以上自然牙顆數平均增加4顆

總統肯定並感謝全國牙醫師夥伴在疫情期間守護 國人口腔健康



出席牙醫師公會全聯會會員大會 總統肯定並感謝全國牙醫師夥伴在疫情期間守護國人口腔健康

總統出席「中華民國牙醫師公會全國聯合會第十四屆第三次會員代表大會暨40週年慶」

中華民國111年05月01日

蔡英文總統今(1)日下午前往臺中出席「中華民國牙醫師公會全國聯合會第十四屆第三次會員代表大會暨40週年慶」，感謝牙醫師夥伴在疫情期間承擔染疫高風險，守護國人口腔健康。並指出，在5月4日牙醫師節當天，衛福部將分別設立「口腔健康司」及「心理健康司」，期盼全聯會能持續提供寶貴政策建議，讓「口腔健康司」的運作發揮最大成效。

總統致詞時表示，今年是牙醫師公會全聯會成立40週年，今天藉著參加會員大會，她要代表國人，向陳建志理事長及所有公會成員致上最深的感謝和敬意。

總統說，牙醫師公會全聯會一直是政府推動口腔健康政策的好夥伴。從推動兒童防齲計畫，將潔牙觀念融入學童的日常生活，培養孩童的衛生習慣，再到提供「到宅牙醫」服務，讓行動不便的長輩也能得到妥善的牙齒治療，我們的牙醫師夥伴，可說是幫民眾從小顧到老。

總統指出，過去20年來，牙醫界積極和健保署合作，針對醫療資源不足地區和身心障礙者，提供牙醫醫療服務。也因為牙醫師朋友的努力，現在，全國醫缺鄉鎮都有牙醫醫療進駐；身心障礙者口腔服務的執行，更超過了百萬人次。牙醫夥伴的付出，令人敬佩。特別是在疫情期間，大家承擔了染疫的高風險，在第一線守護國人的口腔健康。



2023/07/18 - 121



牙醫界持續守護您的健康

40週年40台

固定式牙科治療台設置分佈圖



弱勢優先

持續執行醫缺專案、特殊專案、
居家牙醫醫療服務、

0-6歲嚴重齲齒兒童專案

病人優先

全面執行加強感染管制、
避免交叉感染、

保障民眾就醫安全

品質優先

平均每人被拔牙顆數減少、
十年間保存牙齒顆數平均每人
增加2-4顆

牙醫門診總額專案計畫 執行成果報告

報告人：林鎰麟

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會
全民健康保險牙醫門診總額醫缺方案召集人

目 錄

- 壹、醫療資源不足地區改善方案
- 貳、特殊醫療服務計畫
- 參、急診醫療不足區獎勵試辦計畫
- 肆、0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫
- 伍、12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫
- 陸、高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫
- 柒、超音波根管沖洗計畫
- 捌、齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫
- 玖、獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用執行成果
- 110年評核委員評論意見與期許之回應說明

大綱

- 一、預算執行數及執行率
- 二、目標達成情形
- 三、執行概況與結果
- 四、成效評估
- 五、檢討與改善方向
- 六、112方案修訂重點

壹、醫療資源不足地區改善方案

一、預算執行數與執行率

年度	預算數(百萬)	執行數(百萬)	預算達成率
107	280	251.6	89.86%
108	280	258.9	92.46%
109	280	253.4	90.50%
110	280	247.7	88.46%
111	280	243.9	87.11%

自100年起費用來源分為專款及一般經費

二、目標達成情形

• (一)執業計畫：1.執行鄉鎮/地區數

年度	目標值	執行鄉數	醫缺鄉減少數	目標達成率
107	併同91年度起共以減少35個醫缺乏地區	31	37	105.71%
108	併同91年度起共以減少35個醫缺乏地區	28	38	102.70%
109	併同91年度起共以減少35個醫缺乏地區	27	38	102.70%
110	併同91年度起共以減少37個醫缺乏地區	26	37	100.00%
111	併同91年度起共以減少37個醫缺乏地區	24	37	100.00%

備註：111年相較110年底退出3位醫師，以及包含自91年起結束計畫仍持續於當地服務之醫師共9位(金門縣金沙鎮、桃園市復興區、花蓮縣秀林鄉、台東縣金峰鄉、宜蘭縣員山鄉、苗栗縣造橋鄉、新竹縣北埔鎮、新竹縣尖石鄉、台南市七股區)，另包含未加入計畫自行於當地開業服務之醫師共7位(金門縣金寧鄉、雲林縣元長鄉、澎湖縣湖西鄉、高雄市六龜區、雲林縣四湖鄉、高雄市田寮區、花蓮縣富里鄉)

二、目標達成情形(續)

• (一)執業計畫：2.服務總天數及總人次

年度	目標值	服務 總天數	目標 達成率	總服務 人次	目標 達成率
107	服務總天數5,600天	6,813	121.66%	48,746	97.49%
	總服務人次50,000人次				
108	服務總天數5,600天	7,054	125.96%	51,659	103.32%
	總服務人次50,000人次				
109	服務總天數5,600天	6,310	112.68%	47,790	95.58%
	總服務人次50,000人次				
110	服務總天數5,600天	6,191	103.18%	46,601	93.20%
	總服務人次50,000人次				
111	服務總天數6,000天	5,653	94.22%	44,219	88.44%
	總服務人次50,000人次				

資料來源：依健保署每月提供申報資料統計。

二、目標達成情形(續)

• (二)巡迴計畫：1.醫療團執行數

年度	目標值	執行醫 療團數	執行鄉 鎮數	目標 達成率
107	以18個醫療團為目標	19	145	105.56%
108	以19個醫療團為目標	19	149	100.00%
109	以19個醫療團為目標	19	150	100.00%
110	以19個醫療團為目標	19	151	100.00%
111	以19個醫療團為目標	19	153	100.00%

二、目標達成情形(續)

• (二)巡迴計畫：2.社區醫療站執行數

分區	承辦單位	所屬醫療站	分區	承辦單位	所屬醫療站
台北	新北市	石碇醫療站	高屏	高雄市	甲仙醫療站
	新北市	貢寮醫療站		高雄市	六龜醫療站
	新北市	烏來醫療站		高雄市	杉林醫療站
北區	桃園市	觀音區醫療站		高雄市	那瑪夏醫療站
中區	台中市	谷關醫療站		澎湖縣	七美醫療站
	台中市	石岡區醫療站		屏東縣	佳冬牙科醫療站 (屏南醫療站)
	台中市	新社區醫療站		屏東縣	崁頂醫療站
	台中市	仁愛鄉醫療站		屏東縣	鹽埔鄉醫療站
	彰化縣	竹塘鄉醫療站		屏東縣	春天醫療站
	彰化縣	福興鄉醫療站		花蓮縣	秀林鄉醫療站
	南投縣	中寮醫療站		花蓮縣	西林社區醫療站
	南投縣	地利村醫療站	東區	花蓮縣	卓溪醫療站
南區	南投縣	互助村醫療站		花蓮縣	瑞穗社區醫療站
	嘉義縣	東石社區醫療站		花蓮縣	瑞穗社區醫療站

備註：111年申請通過社區醫療站共27個。

2022/07/18-9

二、目標達成情形(續)

• (二)巡迴計畫：3.服務總天數及總人次

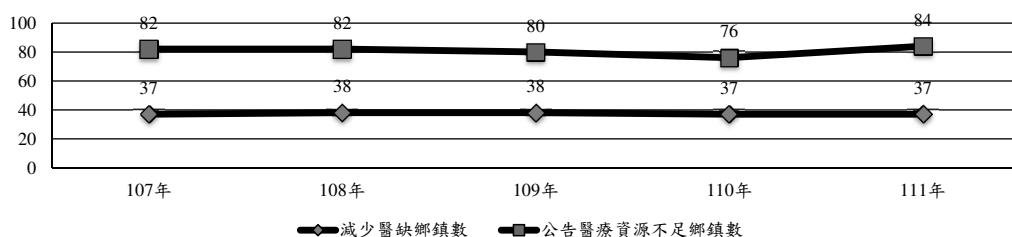
年度	目標值	服務 總天數	目標 達成率	總服務 人次	目標 達成率
107	服務總天數6,000天	12,289	204.82%	123,598	123.60%
	總服務人次100,000				
108	服務總天數6,000天	12,244	204.07%	127,678	127.68%
	總服務人次100,000				
109	服務總天數6,000天	11,861	197.68%	124,701	124.70%
	總服務人次100,000				
110	服務總天數10,000天	11,169	111.69%	113,646	103.31%
	總服務人次100,000				
111	服務總天數10,000天	11,497	114.97%	110,658	100.60%
	總服務人次110,000				

資料來源：依健保署每月提供申報資料統計

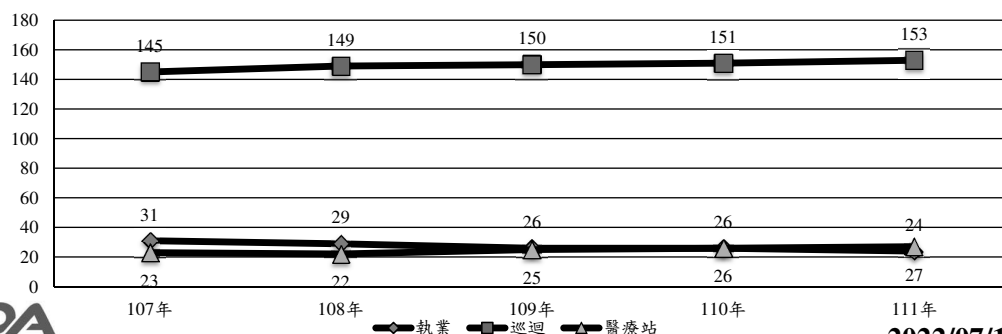
2022/07/18-10

三、執行概況及結果

(一)歷年醫療服務提供情形-執業點執行鄉鎮/地區數



(二)歷年醫療服務提供情形-巡迴執行鄉鎮/地區數



三、執行概況及結果(續)

(二)醫療利用情形 1.執業計畫

111年度

分區	就醫人次	就醫人數	總服務點數	執行天數	每就醫人平均點數	每案件平均點數
台北	2,590	1,180	2,522,615	524	2,138	974
北區	4,911	2,080	4,881,602	925	2,347	994
中區	14,046	6,005	15,422,330	1344	2,568	1,098
南區	7,801	2,956	10,361,012	610	3,505	1,328
高屏	10,486	5,453	13,348,242	1,436	2,448	1,273
花東	4,385	2,352	3,840,400	814	1,633	876
合計	44,219	20,026	50,376,201	5,653	2,516	1,139

備註：資料來源依健保署每月提供申報資料統計，不包含保障額度及巡迴論次費用。

三、執行概況及結果(續)

(二)醫療利用情形 2.巡迴計畫-一般巡迴點

111年度

分區	就醫人次	就醫人數	總服務點數	執行天數	每就醫人平均點數	每案件平均點數
台北	6,712	4,269	11,744,754	788	2,751	1,750
北區	5,868	3,576	8,580,375	521	2,399	1,462
中區	10,088	6,559	17,243,885	1166	2,629	1,709
南區	21,435	11,529	26,024,318	1385	2,257	1,214
高屏	17,496	8,863	23,533,255	1757	2,655	1,345
花東	12,186	7,930	13,666,984	733	1,723	1,122
合計	73,785	42,726	100,793,571	6,350	2,359	1,366

備註：資料來源依健保署每月提供申報資料統計，不包含保障額度及巡迴論次費用。

三、執行概況及結果(續)

(二)醫療利用情形 2.巡迴計畫-社區醫療站

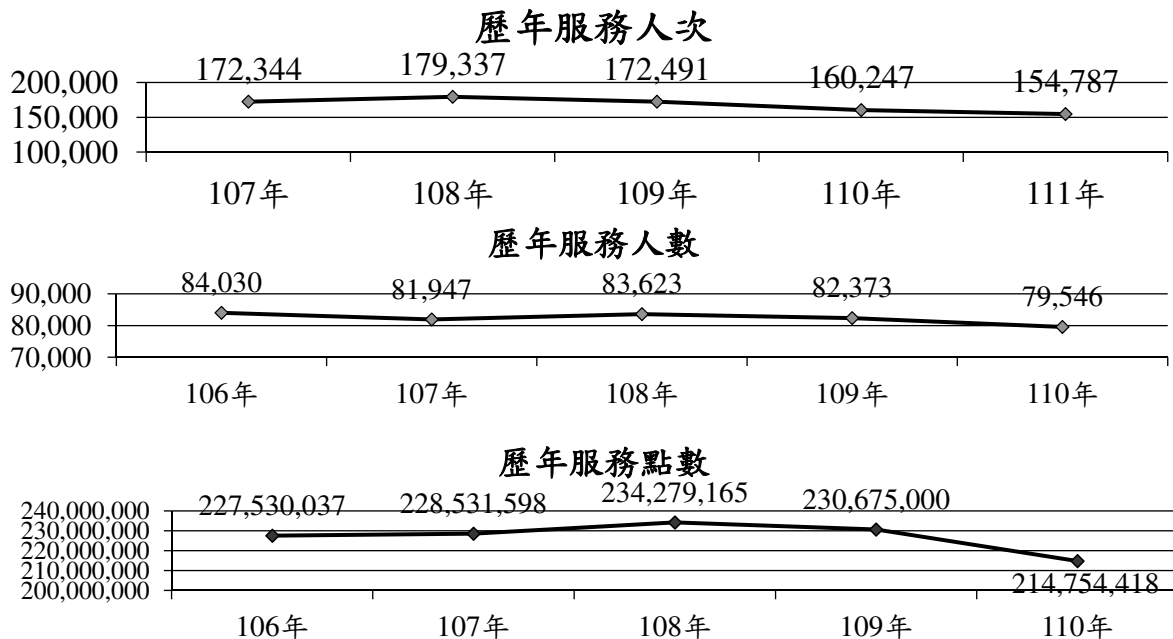
111年度

分區	就醫人次	就醫人數	總服務點數	執行天數	每就醫人平均點數	每案件平均點數
台北	2,551	890	3,188,641	407	3,583	1,250
北區	779	597	1,046,436	182	1,753	1,343
中區	12,310	5,131	19,697,558	1788	3,839	1,600
南區	301	223	486,234	46	2,180	1,615
高屏	15,718	5,730	25,483,706	1839	4,447	1,621
花東	5,214	2,145	6,928,637	885	3,230	1,329
合計	36,873	14,716	56,831,212	5,147	3,862	1,541

備註：資料來源依健保署每月提供申報資料統計，不包含保障額度及巡迴論次費用。

三、執行概況及結果(續)

(三)歷年服務醫療利用情形比較圖



三、執行概況及結果(續)

• 巡迴計畫之品質獎勵指標之執行情形

(1)巡迴點

分區/ 項目	院所 統計 家數	醫師 數	獎勵指標達成醫師數					
			指標A1	指標A2	指標A	指標B	指標C	指標A~C 皆達成
臺北	28	34	27	26	22	13	20	7
北區	34	57	57	42	42	17	23	8
中區	20	26	15	23	13	16	19	7
南區	50	61	58	58	55	13	26	6
高屏	53	69	68	61	60	28	29	16
東區	29	36	29	36	29	13	23	10
備合計	214	283	254	246	221	100	140	54

指標A-該巡迴點具備固定式診療椅(A1)且符合「牙醫院所感染管制SOP作業細則」(A2)。

指標B-恆牙填補2年保存率 $\geq 95\%$ ：其中有97位醫師未達成指標，另有86位醫師係因109年未參與牙醫不足巡迴計畫或未申報指標所列牙體復形醫令，故無數據。

指標C-乳牙填補1年6個月保存率 $\geq 89\%$ ：其中有56位醫師未達成指標，另有87位醫師係因109年下半年~110年未參與牙醫不足巡迴計畫或未申報指標所列牙體復形醫令，故無數據。

三、執行概況及結果(續)

• 巡迴計畫之品質獎勵指標之執行情形

(1)社區醫療站

分區/項目	院所統計家數	醫師數	獎勵指標達成醫師數							
			指標A1	指標A2	指標A	指標B	指標C	指標D	指標E	指標A~E皆達成
臺北	12	13	13	13	13	10	4	3	2	1
北區	16	17	17	14	14	14	0	2	0	0
中區	44	56	53	56	53	33	21	16	16	2
南區	4	4	0	4	0	4	3	3	0	0
高屏	38	43	43	40	40	24	8	9	15	3
東區	17	18	18	17	17	14	4	3	9	1
備合計	131	151	144	144	137	99	40	36	42	7

指標A-各社區醫療站均具備固定式診療椅及X光機設備(A1)且符合「牙醫院所感染管制SOP作業細則」(A2)。

指標B-醫師之執登院所為牙醫特殊計畫照護院所，且該醫師亦為該計畫參與醫師。

指標C-恆牙填補2年保存率 $\geq 95\%$ ：其中有57位醫師未達成指標，另有54位醫師係因109年未參與牙醫不足巡迴計畫或未申報指標所列牙體復形醫令，故無數據。

指標D-乳牙填補1年6個月保存率 $\geq 89\%$ ：其中有53位醫師未達成指標，另有62位醫師係因109年下半年~110年未參與牙醫不足巡迴計畫或未申報指標所列牙體復形醫令，故無數據。

指標E-111年須於社區醫療站完成12件根管治療案件。



社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會
Taiwan Dental Association

2022/07/18-17

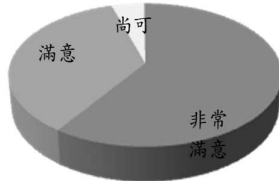
四、成效評估

(一)民眾滿意度調查

問卷調查時間：112年3-5月
回收有效問卷：968份
(學校312份；一般民眾656份)

1. 對該項計畫感到滿意的程度

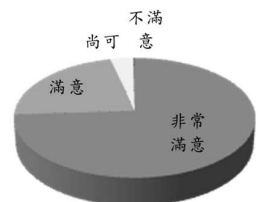
滿意度	人數	佔率
非常滿意	570	59.44%
滿意	344	35.87%
尚可	44	4.59%
不滿意	1	0.10%
非常不滿意	0	0.00%
合計	959	100.00%



備註：本項題目回答的樣本為959份。

2. 該地區進入了執業醫師及醫療團後，是否認為就醫上較以往更便利

滿意度	人數	佔率
非常滿意	717	73.99%
滿意	217	22.39%
尚可	33	3.41%
不滿意	2	0.21%
非常不滿意	0	0.00%
合計	969	100.00%



備註：本項題目回答的樣本為969份。

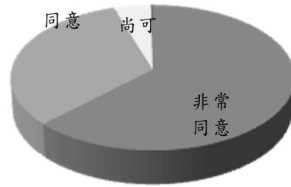
四、成效評估(續)

問卷調查時間：112年3-5月
回收有效問卷：968份
(學校312份;一般民眾656份)

3.由於醫缺方案的介入，您是否認同孩童或民眾的口腔健康有明確的改善

4.就醫便利性及可近性應該改善的項目

滿意度	人數	佔率
非常同意	605	62.63%
同意	313	32.40%
尚可	46	4.76%
不同意	2	0.21%
非常不同意	0	0.00%
合計	966	100.00%



備註：本項題目回答的樣本為966份。

項目	人數	佔率
診所地點	251	48.18%
診療時段	134	25.72%
增設巡迴點	136	26.10%
其他	0	0.00%
合計	521	100.00%

備註：本項題目回答的樣本為521份。

四、成效評估(續)

(二)當地民眾就醫可近性

1. 執業及巡迴計畫實施地區民眾與全國民眾醫療利用情形比較：依院所每月健保申報資料統計醫療利用情形

項目	執業	巡迴	全國
就醫總人次	44,219	110,658	35,280,626
就醫總人數	20,026	57,395	11,457,135
總服務點數	50,376,201	157,624,783	46,953,663,204
牙醫師申報總天數	5,653	11,497	3,439,320
每就醫者就醫次數	2.21	1.93	3.08
每就醫人平均點數	2,516	2,746	4,098
每案件平均點數	1,139	1,424	1,331

2.病患依投保地點歸戶後計算就醫率

項目	醫療資源不足地區	全國
就醫總人次	1,999,881	32,458,048
就醫總人數	679,615	10,891,511
總服務點數	2,795,772,682	45,277,204,564
每就醫者就醫次數	2.94	2.98
每就醫人平均點數	4,114	4,157
投保人數	1,794,743	23,576,174
就醫率	37.87%	46.20%

備註：

1.資料來源：健保署二代倉儲：門診明細檔（112.4.25擷取）

2.牙醫：取醫事類別為13之牙醫案件。

3.投保人數：取當年最後一筆投保紀錄且在保之通訊地址郵遞區號（ZIP_CODE）歸類，若通訊地址郵遞區號為空值則以戶籍地郵遞區號取代。

4.就醫人數：以該投保於該鄉鎮之人口，勾稽其當年度牙醫就醫案件，進行歸戶。

5.就醫人次：補報、病理中心、轉代檢、慢箋領藥、就醫併同開立BC肝用藥及同一療程案件，不計次。

6.醫療費用：申請點數＋部分負擔金額。

3.110年學童口腔健康狀況及醫療需求調查分析

	人數		平均每位學 童牙齒顆數	醫療需求	牙齒顆數
縣市數	15	d	1.23	需填補總顆數	97,664
鄉鎮數	118	e	0.15	未填補顆數	13,634
學校數	6,224	f	1.06	完成填補顆數	84,030
人數	36,471	deft	2.44	平均每人須填補顆數	2.677854
男	19,161	D	0.87	平均每人完成填補顆數	2.304022
女	17,310	M	0.02	治療後學童口腔內未填補率	9.24%
		F	0.88	治療後學童口腔內完成填補率	90.76%
		DMFT	1.77	本計畫執行填補率	86.04%
		合計	4.21		

其他執行情形

111年6月16日牙醫門診總額執行業務分享會



歡迎健保委員們參與分享會

五、檢討與改善方向

➤ 參與執業計畫院所數減少

- 因COVID-19疫情影響下，民眾害怕就診，直接影響到院所就醫人數、人次，服務點數明顯下降，院所仍依照方案規定開診，努力提供偏鄉民眾所需的醫療服務。參與執業計畫之牙醫師年紀稍長，執行一段時間後因個人因素(生病、退休)等等狀況退出計畫，本會努力媒合公費、原民醫師，讓醫師回鄉服務，對於還未有醫師進駐執業的鄉鎮，仍請各公會醫療團協助以巡迴醫療方式執行，照顧全台所有的醫療資源不足地區。

五、檢討與改善方向(續)

➤ 設置固定式牙科診療台

- 歷年來本會致力於提供專業、舒適、安全的看診環境，111年本會針對尚未設置固定式治療椅之巡迴點深入探討原因，協助巡迴點設置固定式治療椅。111年為本會40週年慶，媒合各界捐贈偏鄉共40台固定式牙科診療台，設置期間遇到很多困難，以離島澎湖縣為例，牙科診療台體積重量大，需拆解後從本島運送至澎湖本島，再請貨車吊臂協助將診療台放至遊艇上，再運送至吉貝島、花嶼島，若遇到狂風暴雨無法開船，只能擇期運送，本會排除萬難只希望能提供給偏鄉民眾優質看診環境。
- 除了本會的努力外，中央健康保險署媒合宗教團體台南開基玉皇宮，捐助台南市10所偏鄉小學設置牙科診療椅及相關保健設備。政府連結社會資源，集結眾人之力，不僅增進學童牙科診療服務品質，也嘉惠社區民眾。

五、檢討與改善方向(續)

➤ 未來目標與總結

透過公費、原民醫師相關方案，研擬進入本方案執業計畫之可能性，讓有心想回鄉服務的醫師能有管道進駐，改善現行執業醫師平均年齡，年輕的醫師接替服務偏鄉。近年成本上升，本會提出提高論次費用，希望增加牙醫師前往偏鄉服務的意願。疫情趨於穩定，接下來持續與各地方衛生所、口腔保健站、里民活動中心合作，追蹤當地居民口腔狀況，提供適宜的醫療服務，提升偏鄉民眾牙醫利用率。

六、112方案修訂重點

➤ 巡迴計畫提升執行目標

- 1.本年度至少組成19個醫療團。
- 2.本年度至少設立~~222~~3個社區醫療站。
- 3.服務總天數達成~~10,000~~10,500天、總服務人次達成~~110,000~~111,000人次。

➤ 論次支付點數每小時增加300點

地區分級	平日		假日	
	申報代碼	支付點數	申報代碼	支付點數
一級地區	P22002	<u>1,800</u> 點	P22005	<u>2,100</u> 點
二級地區	P22003	<u>2,700</u> 點	P22006	<u>3,000</u> 點
三級地區	P22004	<u>3,700</u> 點	P22007	<u>4,000</u> 點
四級地區	P22008	<u>4,300</u> 點	P22009	<u>4,600</u> 點

六、112方案修訂重點(續)

➤ 巡迴計畫之品質獎勵費用：本項費用以個別醫師計算，並於全年結算時併同支付。

①巡迴點：執行之醫師全年同時符合下列A指標者，其論次支付點數加計5%支付、同時符合B至C指標者，其論次支付點數加計~~15~~10%支付(合計15%)。

醫師於該巡迴點看診時應具備固定式診療椅，且須定期維護，並符合「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制SOP作業細則」(以下稱巡迴感染管制SOP作業細則)。

每位醫師之病人恆牙填補2年保存率 $\geq 95\%$ 。

每位醫師之病人乳牙填補1年6個月保存率 $\geq 89\%$ 。

②社區醫療站：執行之醫師當年同時符合下列A指標者，其論次支付點數加計5%支付、同時符合B至E指標者，其論次支付點數加~~30~~25%支付(合計30%)。

醫師於各社區醫療站看診時均應具備固定式診療椅及X光機設備，且須定期維護，並符合「巡迴感染管制SOP作業細則」。

執行醫師須參與牙醫特殊計畫，該醫師之執業登記院所亦須為該計畫之照護院所。

每位醫師之病人恆牙填補2年保存率 $\geq 95\%$ 。

每位醫師之病人乳牙填補1年6個月保存率 $\geq 89\%$ 。

每年須於社區醫療站完成12件根管治療：完成下列根管治療醫令，即算完成一件：
90001C、90002C、90003C、90016C、90018C、90019C、90020C。

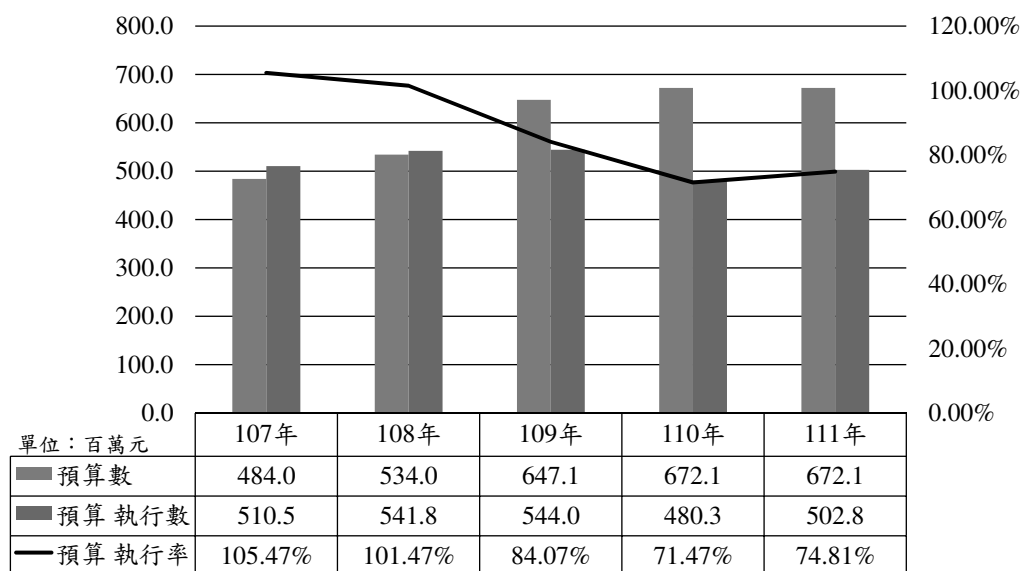
六、112方案修訂重點(續)

新增巡迴計畫鄉鎮：

✓ 嘉義縣中埔鄉(裕民村)

貳、特殊醫療服務計畫

一、預算執行數及執行率



備註：1. 107、108年預算除當年度專款項目外，另由一般服務預算移撥0.5億元，故專款預算執行率大於100%。

2. 109、110年受新冠肺炎COVID-19疫情影響，醫療團停診，民眾就醫意願下降，故執行率亦下降。

3. 111年新冠肺炎COVID-19疫情逐漸趨緩，民眾就醫意願略為升高，故執行率亦略為上升。

二、目標達成情形

年度/項目	年度執行目標	服務人次	目標達成率
107 年	117,000	164,005	140.18%
108 年	128,700	173,893	135.11%
109 年	160,000	172,122	107.58%
110 年	170,000	154,243	90.73%
111 年	170,000	159,334	93.72%

三、執行概況及結果

1. 先天性唇顎裂及顱顏畸形症－

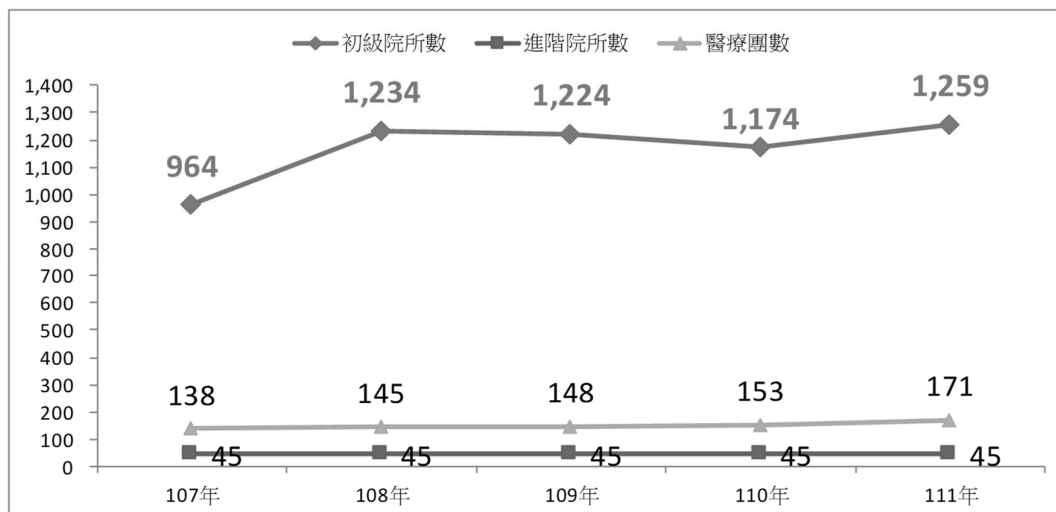
歷年醫療服務提供情形及民眾利用情形：

年度	申報 院所數	與前一年 成長率	牙醫師 申報總天數	總服務點數	就醫人數	就醫 總人次
107年	11	0.00%	1,933	21,750,766	2,567	4,326
108年	15	36.36%	1,953	22,155,756	2,465	4,381
109年	15	0.00%	1,809	20,211,142	2,268	3,887
110年	16	6.67%	1,525	15,912,230	1,750	3,080
111年	12	-25.00%	1,601	17,627,835	2,043	3,211

三、執行概況及結果

2. 特定身心障礙者－醫療服務提供情形：

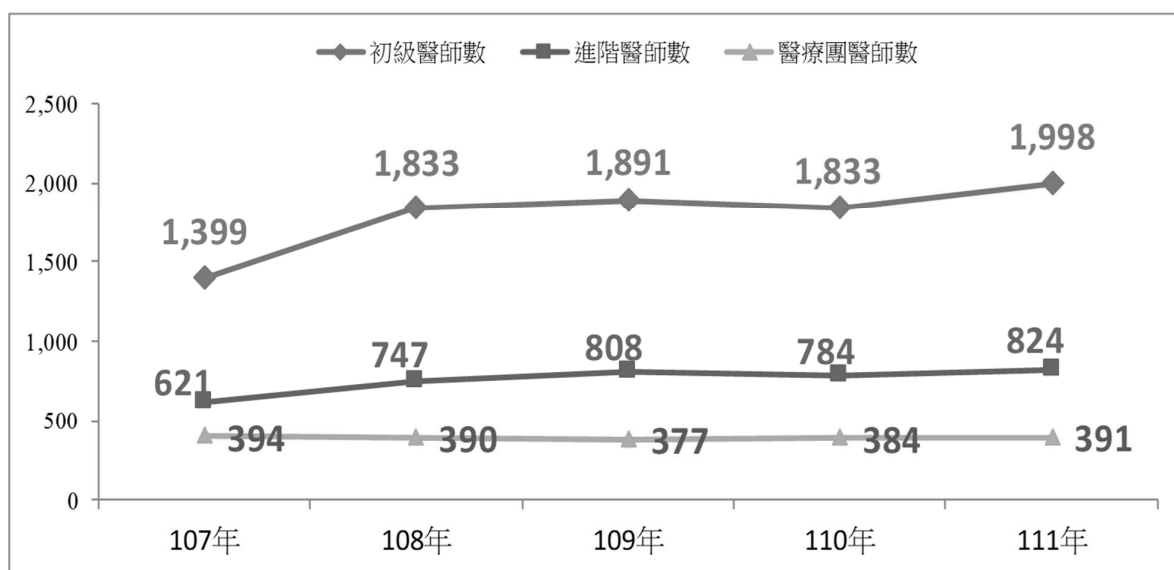
a. 初級/進階照護院所數及醫療團數



三、執行概況及結果

2.特定身心障礙者—醫療服務提供情形：

b.初級/進階照護院所及醫療團醫師數



三、執行概況及結果

2.特定身心障礙者—醫療服務提供情形：

c.申報院所數及申報總天數

年度/ 項目	極重度		重度		中度		輕度	
	申報 院所數	申報 總天數	申報 院所數	申報 總天數	申報 院所數	申報 總天數	申報 院所數	申報 總天數
107 年	527	17,407	674	30,323	709	35,168	588	16,362
108 年	568	18,801	784	32,447	808	37,073	663	18,091
109 年	581	18,282	814	32,112	816	37,998	669	19,343
110 年	604	16,305	804	29,329	834	35,199	674	18,759
111 年	620	17,155	835	30,034	853	37,631	700	19,357

三、執行概況及結果

3.特定身心障礙者—民眾利用情形：

a. 身心障礙者

年度/項目	就醫人數	就醫總人次	每人就診次數
109 年	輕度 8,623	22,994	2.67
	中度 22,350	59,031	2.64
	重度 20,069	52,693	2.63
	極重度 11,135	30,026	2.69
110 年	輕度 8,544	22,023	2.58
	中度 21,715	53,185	2.45
	重度 19,087	46,898	2.46
	極重度 10,754	26,143	2.43
111 年	輕度 8,643	22,987	2.66
	中度 21,779	55,731	2.55
	重度 19,109	47,670	2.49
	極重度 10,763	26,700	2.48

b. 居家牙醫醫療服務醫療

年度/項目	就醫人數	就醫總人次	每人就診次數
107 年	796	1,941	2.43
108 年	1,102	2,641	2.40
109 年	1,361	3,178	2.34
110 年	1,395	2,898	2.08
111 年	1,497	3,045	2.03

三、執行概況及結果

3.特定身心障礙者—民眾利用情形：

c. 醫療費用利用情形

年度/ 項目	院 所			醫療團	合計
	重度以上	中度	輕度		
107 年	重度 98,048,353	83,765,047	32,017,191	209,320,557	497,988,031
	極重 60,856,899			特定需求者	
	居家、發展遲緩兒童 12,470,796			1,509,188	
108 年	重度 108,929,002	89,376,913	36,447,541	211,594,802	532,833,989
	極重 68,367,477			特定需求者	
	居家、發展遲緩兒童 16,357,384			1,760,870	
109 年	重度 105,395,958	91,229,409	39,578,098	203,877,601	523,807,376
	極重 62,780,828			特定需求者	
	居家、發展遲緩兒童 19,415,064			1,530,418	
110 年	重度 94,033,619	85,196,476	38,801,953	170,632,961	464,412,781
	極重 55,448,237			特定需求者	
	居家、發展遲緩兒童 18,668,200			1,631,335	
111 年	重度 101,837,128	91,822,850	41,903,200	165,045,583	485,140,661
	極重 62,079,873			特定需求者	
	居家、發展遲緩兒童 19,865,254			2,148,308	

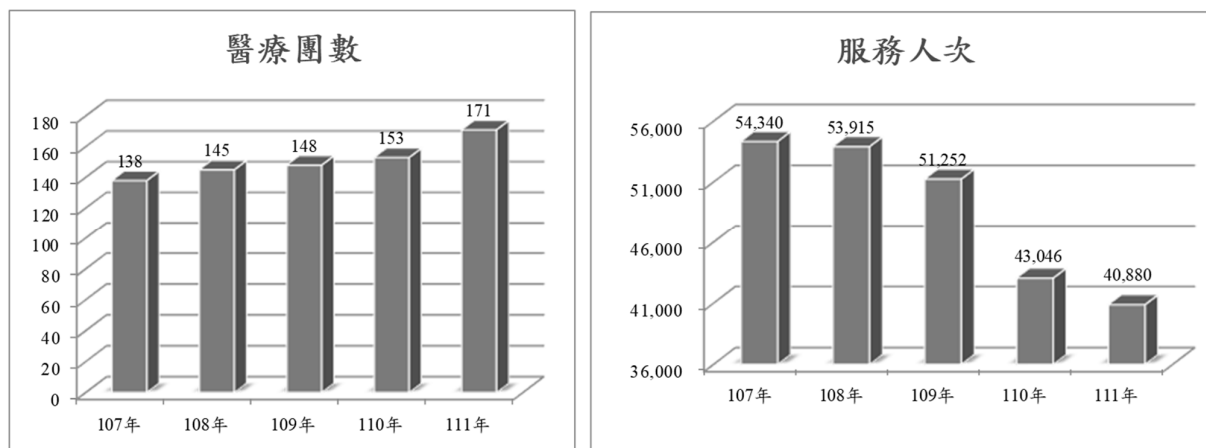
備註：醫療費用為實際申報點數含加成費用，醫療團醫療費用含論次費用。

三、執行概況及結果

3.特定身心障礙者—民眾利用情形：

d.醫療團民眾利用情形：

107-111年醫療團團數暨服務人次統計表



備註：資料來源為健保申報資料

三、執行概況及結果

3.特定身心障礙者—民眾利用情形：

e.醫療費用利用情形-依醫療服務提供方式

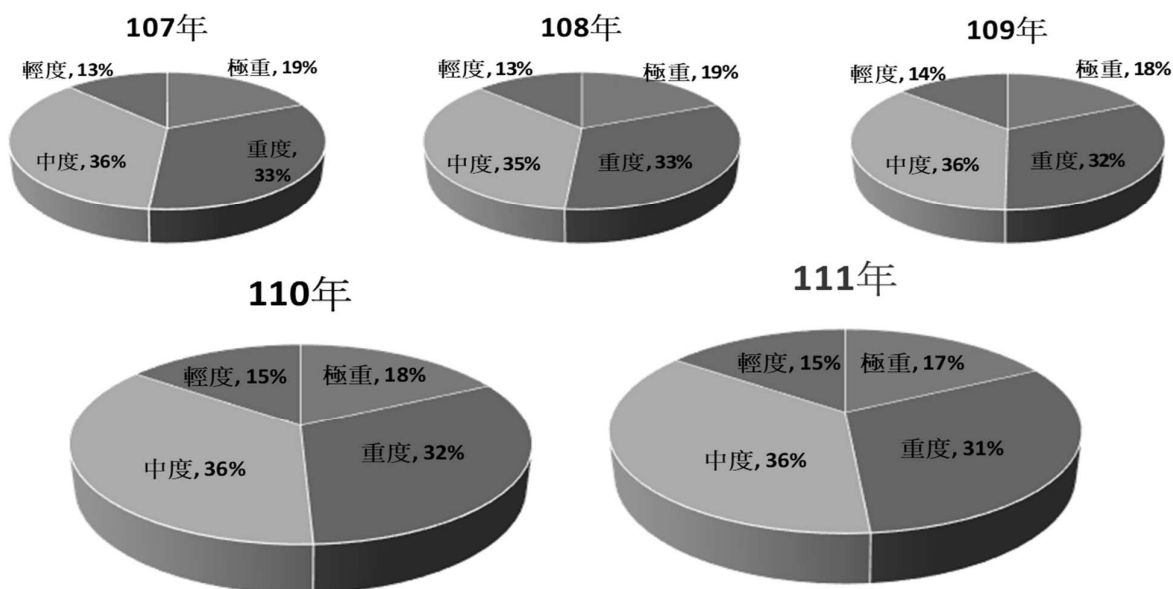
年度/ 項目	院所	占率	醫療團	占率	到宅	占率	合計
107年	277,872,885	56.9%	210,809,745	43.1%	9,285,401	--	488,682,630
108年	306,342,715	58.9%	213,355,672	41.1%	13,145,513	--	519,918,687
109年	302,614,178	57.8%	205,408,019	39.2%	15,785,179	3.0%	523,807,376
110年	277,378,647	59.7%	172,264,296	37.1%	14,769,838	3.2%	464,412,781
111年	301,944,188	62.2%	167,632,356	34.6%	15,564,117	3.2%	485,140,661

備註：1.因107年、108年居家牙醫醫療服務改由其他預算支出，該年合計費用不含居家

2.醫療團醫療費用含論次費用。

四、成效評估

1.107-111年身心障礙者醫療利用情形



歷年服務人次重度以上超過5成、中度以上近9成

2.院所型牙醫醫療服務人數

年度/ 服務人數	極重 度	重 度	中 度	輕 度	發展 遲緩 兒童	合 計	與前一年 成長率
107年	5,949	11,785	14,066	6,567	413	38,780	9.85%
108年	6,458	12,589	14,872	7,454	409	41,782	7.74%
109年	6,160	12,539	15,222	7,871	460	42,252	1.12%
110年	5,850	11,854	14,759	7,938	502	40,903	-3.20%
111年	5,869	11,943	15,165	8,073	627	41,677	1.89%

3. 其他辦理成果

(1)牙醫門診總額執行業務分享會：

- 因受新冠肺炎影響，本會原訂之參訪活動改為於111年6月16日辦理「111年全民健康保險牙醫門診總額執行業務分享會」，除進行簡報外，會中以視訊方式連線至宜蘭縣老人福利機構，讓委員能更加瞭解機構之實際情形



2. 身心障礙專業教育培訓課程規劃：

為提升醫師參與計畫意願並更了解身障者，以期提供身障者更完善的醫療服務，本會每年於各地舉辦課程，除本會辦理課程之外，並與各縣市牙公會、醫院(含示範中心)共同開課。

課程名稱	學分	課程名稱	學分	辦理年度
認識身心障礙者	1	頑固性(難治型)癲癇口腔照護及到宅醫療服務	4	107年
身心障礙者口腔狀況	1	中風與植物人口腔照護及到宅醫療服務	4	108年
身心障礙者口腔治療	1	失能者口腔照護及居家牙醫醫療服務	4	109年
如何申報特殊醫療服務計畫	1	腦傷及脊髓損傷之肢體障礙者口腔照護及居家牙醫醫療服務	4	110年
內科醫學	1	失智症口腔照護及居家牙醫醫療服務	4	111年
急救講習及實作	1			

年度	課程	場次	地區	期間	人數
107	基礎暨頑固性(難治型)癲癇口腔照護及到宅醫療服務	三十七場	北18、中7、高8、東4	4-12月	基礎380人次 進階925人次 指導員培訓共計192人
	特殊需求者口腔照護指導員等培訓課程	7場	北、中、南區及雙和、陽大及成大特牙中心	4-12月	
108	基礎暨中風與植物人口腔照護及到宅醫療服務	44場	北18、中10、高13、東3	2-12月	基礎380人次 進階925人次 指導員培訓共計181人
	特殊需求者口腔照護指導員等培訓課程	7場	北、中、南區及雙和、陽大及成大特牙中心	2-8月	
109	失能者口腔照護及居家牙醫醫療服務再進修課程	32場	北14、中8、高7、東3	6-12月	基礎325人次 進階1,268人次 指導員培訓共計161人
	特殊需求者口腔照護指導員等培訓課程	6場	北、中、南區及雙和、陽大特牙中心	1-11月	
110	腦傷及脊髓損傷之肢體障礙者口腔照護及居家牙醫醫療服務再進修課程	30場	北17、中6、南5、東2	1-12月	基礎272人次 進階594人次 指導員培訓共計96人
	特殊需求者口腔照護指導員等培訓課程	3場	北2、南1	9-12月	
111	失智症口腔照護及居家牙醫醫療服務	24場	北13、中3、南7、東1	1-12月	基礎228人次 進階830人次 指導員培訓共計67人
	特殊需求者口腔照護指導員等培訓課程	3場	北2、南1	9-10月	

3.衛生福利部所屬老人福利機構執行情形：

為因應我國高齡化所導致失能人口增加的長期照顧需求，本會於104年起計畫對象新增失能老人，將醫療服務擴大服務範圍至「衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)」，衛福部社家署為提昇老人口腔健康和照護，於104年起編列公益彩券回饋金補助機構設置牙科設備，至111年設置完成共29家機構，涵蓋15縣市。

五、檢討與改善方向

(一)建立身障醫療分層照護制度

研擬牙醫特定身心障礙者社區醫療網，結合醫療服務整合網絡，提供身障者整體性、周全性、持續性的全方位醫療照護服務網，以提昇醫療服務品質。



(二)健保IC卡完整註記身心障礙者障別

本會持續建議在健保IC卡中完整註記身心障礙者之障別，或者能於健保雲端系統查詢，使醫師於醫療服務提供前了解病人特殊需求，除減低醫病溝通困難外亦降低病人在高度風險下接受醫療，進而讓身心障礙者得到更完善之醫療服務與醫療環境，更能進一步就身心障礙者的就醫情形分層分析，探討及改善身心障礙者牙醫醫療服務之利用。

(三)輔導醫不足方案執行院所加入本計畫

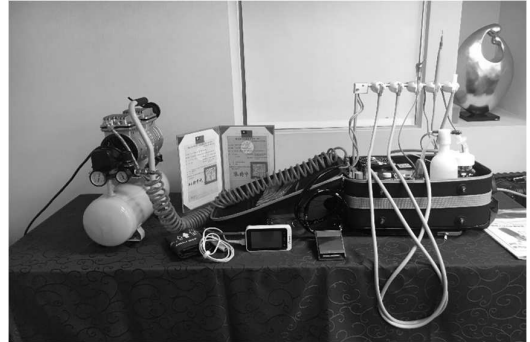
為提升醫不足方案社區醫療服務品質，於107年起於該方案新增巡迴計畫品質獎勵指標，社區醫療站醫師須參與本計畫，目前25個醫療站中已有10個醫療站申請通過，通過之院所43家，醫師共45位，本會將持續繼續輔導更多醫師及院所參與計畫，投入服務身障者之行列。

(四)新冠肺炎疫情影响計畫執行

109至111年受新冠肺炎疫情影响，除了民眾非必要就醫意願下降，暫緩或延後至院所就診。多數醫療團因機構集中長住的特性，擔憂疫情傳播造成住民健康危害，紛紛通知本會暫停醫療團診次，除了造成本計畫執行率下降，長時間未看診，住民的口腔健康更是牙醫部門的擔憂，期望疫情能儘快在國人的努力下平穩下來，讓身心障礙者的口腔醫療照護也能早日恢復正軌。

(五)未來計畫執行和改進：

1. 本會持續推動居家牙醫醫療服務，計畫實施至今內容歷經多次修訂，含簡化申請流程、修訂支付方式、提高計畫誘因，並放寬執行醫師資格，執行之醫師與院所持續增加中，另本會亦對外募集資金購置居家牙醫醫療服務設備，期望未來各縣市均有醫師能夠提供服務。



2. 於107年起將院所提供特殊醫療服務納入品質保證保留款方案指標，鼓勵院所加入本計畫，提供身心障礙者牙醫醫療服務。108年起再新增一指標，將本計畫服務件數提高至10件以上，鼓勵院所常態性提供身心障礙者牙醫醫療服務。
3. 因應高齡化社會的來臨，如何將牙醫醫療服務社區化，以滿足民眾之需求，將是牙醫界未來重要之課題，本會將持續與政府部門、專家學者進行研議，期能創造民眾、政府、牙醫界三贏的局面。

六、112年計畫修正重點

1. 考量自閉症、失智症患者接受牙科治療難度較高，112年計畫修訂為該類對象均比照「極重度」障礙加成給付，並一併新增特定治療項目代號。。
2. 計畫內氟化物防齲處理(P30002)新增明訂與其他相同支付項目不得重複申報，「申報本項後九十天內(重度以上病人為六十天內)，不得再申報92051B 、 92072C 、 P7301C 、 P7302C 及 P7102C 。」。

參、牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫

一、預算執行數及執行率

- 111年預算為12百萬，申報點數為5.14百萬，執行率為42.83%，因111年計畫新增待診費用且全年均執行本計畫，預算執行數較110年增加，歷年執行情形如下：

年度/項目	預算數	預算執行數	預算執行率
109年	7,800,000	4,592,000	57.87%
110年	12,000,000	3,950,000	32.92%
111年	12,000,000	5,140,000	42.83%

備註：1.109年執行本計畫之醫療團為雲林縣及嘉義市公會，雲林縣公會於110年停止執行本計畫。

2.因受COVID-19疫情影響，醫療團於110年5月27日至110年6月30日暫停執行。

二、目標達成情形

- 執行目標為達成2個試辦點，109年已將陽明醫院、成功大學醫學院附設醫院斗六分院設為牙醫急診試辦中心，提供本計畫之醫療服務；110年起雲林縣公會因表示因醫師人力不足，不承辦本計畫，本會仍持續評估與媒合其他施行地區縣市承辦之意願。

三、執行概況及結果

➤ 醫療服務提供情形

- 嘉義市公會醫療團於109年6月1日起於陽明醫院提供夜間牙醫急診服務，該醫療團由25位醫師組成，含嘉義市公會歷任及現任理事長、公會幹部，希望能藉由幹部率先加入號召更多牙醫師投入本計畫。
- 歷年排班醫師數、總診次如下表：

年度/項目		平日	假日	總計
109年	排班醫師數	197	125	322
	總診次	488	272	760
110年	排班醫師數	227	113	390
	總診次	696	312	1,008
111年	排班醫師數	278	128	406
	總診次	498	315	813
	待診診次			697

四、成效評估

1. 3日內同疾病再急診率

年度	分子件數	分母件數	3日內同疾病再急診率(%)
109	7	805	0.87%
110	6	626	0.96%
111	42	659	6.37%

註：分子：同病人且同牙位於3日內再申報92093B、92094C或92096C等醫令代碼件數。

分母：本計畫申報案件數。

2. 其他評估指標及結果

1) 指標達成情形

➤ 執行目標：2個試辦點，原於109年已達成；然110年雲林縣公會退出執行計畫，本會仍持續媒合其他施行地區縣市承辦之醫院。

➤ 預期效益之評估指標：自評指標

年度	申報案件數	申報點數	就醫人數	平均每就醫人費用點數	平均每件費用點數
109	805	912,492	775	1,177	1,133
110	626	631,656	615	1,027	1,009
111	659	666,096	647	1,030	1,011

四、成效評估

2. 其他評估指標及結果

2) 其他辦理成果

本會於計畫施行第一年(109年)7月9日於陽明醫院舉辦記者會及座談會，會中邀請健保會及相關政府部門代表共同參與，除實際訪視環境外也請委員及代表們於綜合座談提出建言。



五、檢討與改善方向

- 持續推廣計畫執行

本計畫於109年通過實施，並於嘉義市、雲林縣成立醫療團提供急診醫療服務，110年雲林縣公會停止執行後，本會亦徵詢其他公會之承辦意願；另自110年起計畫適用地區擴大為六直轄市以外的縣市，希望若其他縣市有需求，當地公會亦能成立醫療團，以能滿足民眾夜間遇到急性口腔問題之醫療需求。

六、112年計畫修正重點

1. 考量歷年實際執行情形，修訂112年計畫預算為10百萬。
2. 修訂假日之定義為指行政院人事行政總處所公布之放假日(包含週六、週日、紀念日、民俗節日、兒童節及連假的補假)、天然災害停止上班日及勞動節(含勞雇雙方協商排定之補假日)。

肆、0歲至6歲嚴重齲齒兒童 口腔健康照護試辦計畫

一、預算執行數及執行率

111年1-12月執行數及執行率

年度	預算數	執行數	執行率(%)	支應項目
111年1-12月	60,000,000	399,715	0.67%	P6701C~P6705C

備註：資料來源：衛生福利部中央健康保險署提供每月申報資料。

二、目標達成情形

本計畫以嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療(P6702C)照護人次為執行目標
111年1-12月計畫目標、執行件數、執行率：

年度	嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療(P6702C)		
	目標	執行件數	執行率
111年1-12月	12,600	128	1.02%

備註：資料來源：衛生福利部中央健康保險署提供每月申報資料。

三、執行概況及結果

(一) 計畫執行統計

111年1-12月

支付代碼	P6701C (初診診察費)	P6702C (初診治療)	P6703C (複診治療 第1次)	P6704C (複診治療 第2次)	P6705C (複診治療 第3次)
醫令數	149	128	115	70	38
點數	94,615	128,000	80,500	70,000	26,600

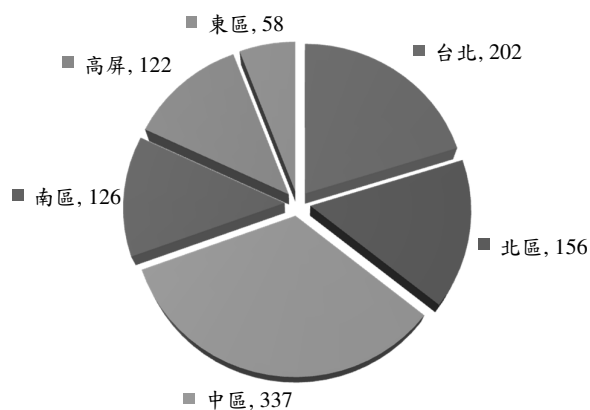
備註：

- (1)資料來源：衛生福利部中央健康保險署提供每月申報資料。
- (2)人次執行率：初診治療(P6702C)執行128人次，執行率1.02%。
(111年服務人次以達成初診治療(P6702C)12,600人次為執行目標)
- (3)P6701C~P6705C費用執行率：執行399,715，執行率0.67%，推估全年執行率0.67%。
(111年全年經費60.0萬元由專款預算支應。)

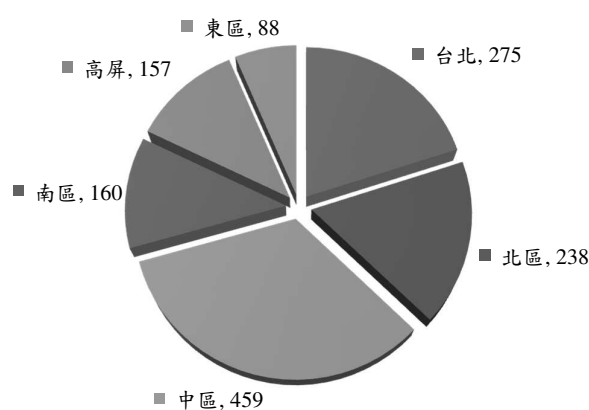
(二) 醫療服務提供情形

➤ 110年8月~111年12月提供0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫服務新增核備院所、牙醫師數統計

院所數



牙醫師數



(三) 其他執行事項

◆ 訓練課程內容

學程	課程內容	時間 (分鐘)	學分數
品質	0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫之申報方式與流程	50分鐘	1學分
專業	兒童口腔健康照護專業課程(I)－治療的實施	50分鐘	3學分
	兒童口腔健康照護專業課程(II)－口腔衛教	50分鐘	
	兒童口腔健康照護專業課程(III)－專業口腔施作	50分鐘	

◆ 110年8月至111年12月共計30場次，完訓人數共計計2,388位醫師

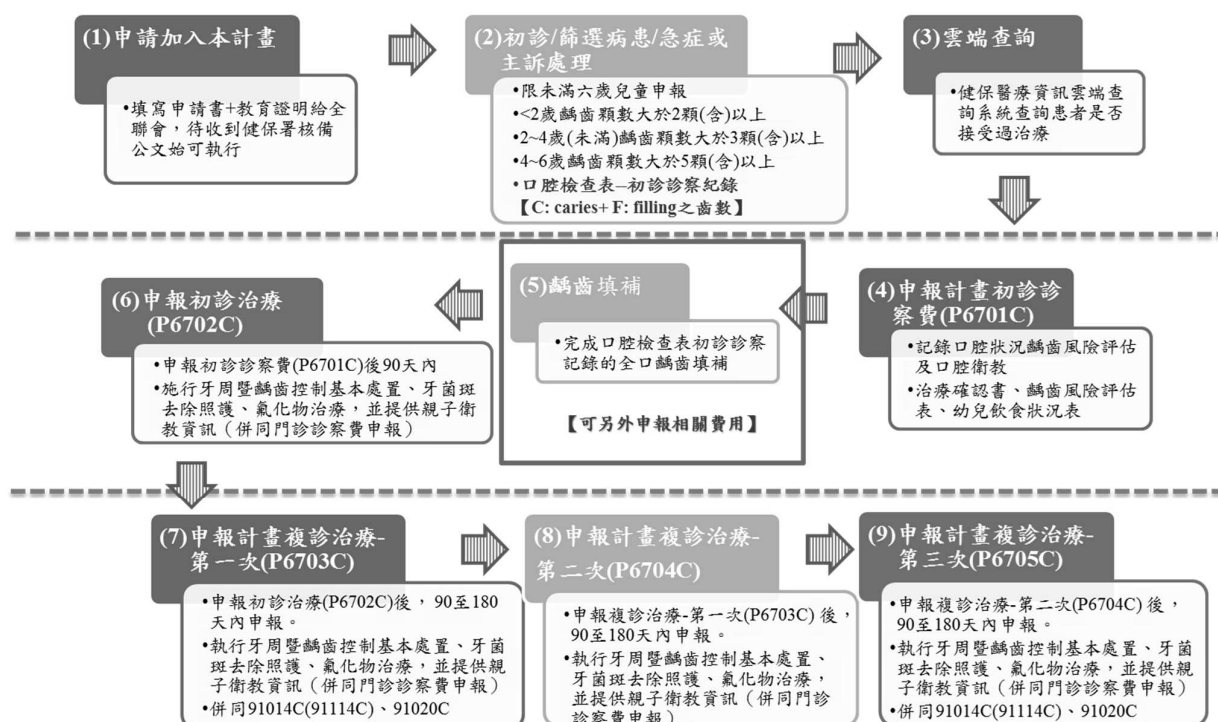
(三)其他執行事項

計畫執行及治療照護流程
(台灣牙醫界2022.41卷1+2期)

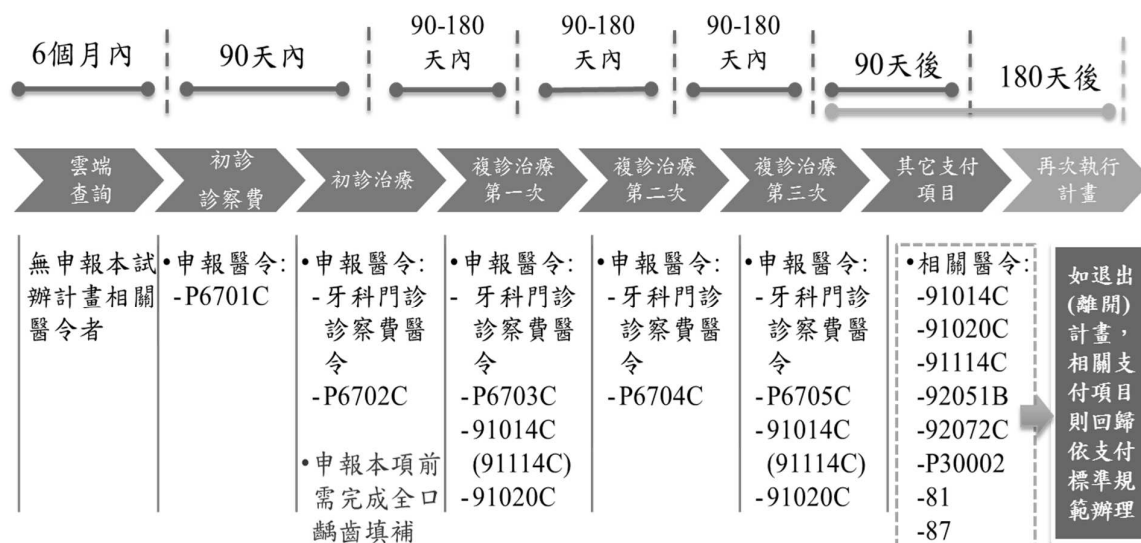
民眾衛教資訊



0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護作業流程



0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護作業流程



四、成效評估

111年1-12月申報案件數及申報點數

分區別	P6701C (初診診察費)		P6702C (初診治療)		P6703C (複診治療第1次)		P6704C (複診治療第2次)		P6705C (複診治療第3次)	
	案件數	點數	案件數	點數	案件數	點數	案件數	點數	案件數	點數
台北	29	18,415	25	25,000	15	10,500	10	10,000	5	3,500
北區	37	23,495	30	30,000	22	15,400	12	12,000	6	4,200
中區	47	29,845	48	48,000	56	39,200	36	36,000	19	13,300
南區	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
高屏	24	15,240	17	17,000	13	9,100	8	8,000	5	3,500
東區	12	7,620	8	8,000	9	6,300	4	4,000	3	2,100
全國	149	94,615	128	128,000	115	80,500	70	70,000	38	26,600

註：

- (1)資料來源：衛生福利部中央健康保險署提供每月申報資料。
- (2)人次執行率：初診治療(P6702C)執行128人次，執行率0.67%。
(111年服務人次以達成初診治療(P6702C)12,600人次為執行目標)
- (3)P6701C~P6705C費用執行率：執行399,715，執行率0.67%，推估全年執行率0.67%。
(111年全年經費60.0萬元由專款預算支應。)

四、成效評估

111年1-12月就醫人數(以ID歸戶)

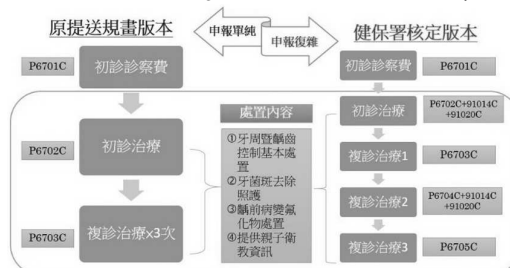
分區	執行 P6701C		完成 P6702C		完成 P6703C		完成 P6704C		完成 P6705C	
	人數	人次	人數	人次	人數	人次	人數	人次	人數	人次
台北	29	261	11	11	11	11	9	9	4	4
北區	36	333	16	16	12	12	10	10	5	5
中區	45	423	24	24	33	33	34	34	16	16
高屏	22	216	16	16	10	10	7	7	5	5
東區	12	108	6	6	9	9	4	4	1	1
全國	144	1341	73	73	75	75	64	64	31	31

備註：資料來源：衛生福利部中央健康保險署提供每月申報資料。

五、檢討與改善方向

● 計畫執行困難之因應及規劃

- 本計畫開始執行至今期間因受「COVID-19」新冠肺炎疫情影響：
 - 擔心感疫風險，政府宣導取消非急性必要性之手術或看診，以致影響就醫意願。
 - 因受疫情的影響，牙醫的診療型態非視訊診療可取代。
 - 牙醫醫療院所的看診人次變少，併同影響兒童就醫率。
- 因計畫的執行率未達預期，內部進行計畫內容的檢討，歸納進行時所遭遇到困難的原因：
 - 進入計畫，因需填寫多張表格耗費時間造成執行不易。
 - 計畫申報方式複雜，不同次回診的處置內容，分別需搭配一般處置申報，易造成申報錯誤。

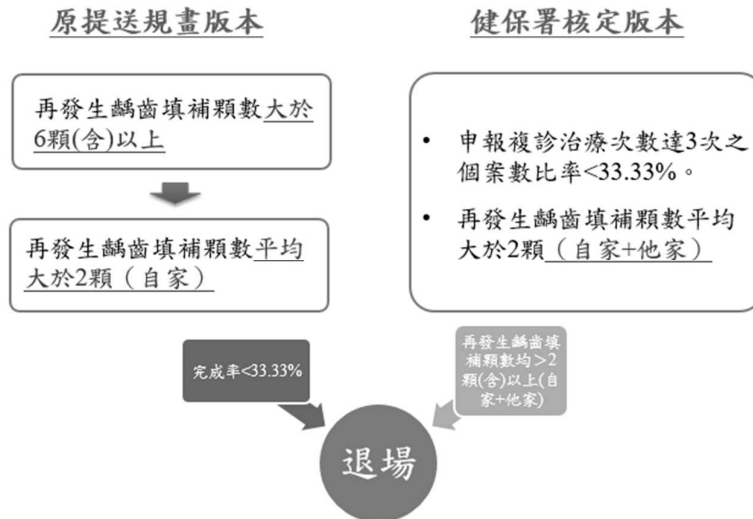


五、檢討與改善方向

• 計畫執行困難之因應及規劃

因計畫的執行率未達預期，內部進行計畫內容的檢討，歸納進行時所遭遇到困難的原因：

－ 退場機制影響申報意願



六、112年計畫修正重點

• 收案條件：

- － (一) 收案對象：符合下列任一條件之未滿六歲兒童者（年齡以本計畫初診診察費（P6701C）之執行日計算）。
 1. 未滿二歲兒童齲齒顆數2顆以上。
 2. 二歲至未滿四歲兒童齲齒顆數3顆以上。
 3. 四歲至六歲兒童齲齒顆數5顆以上。

• 品質獎勵費用

- － (二) 核發原則：本項費用按季結算。接受完整計畫期間（複診治療次數達3次者），再發生齲齒填補顆數1顆(含)以下（自家+他家），每一個案獎勵費用1,500點。

伍、12歲至18歲青少年口腔 提升照護試辦計畫

一、預算執行數及執行率

111年3-12月執行數及執行率

年度	預算數	執行數	執行率(%)	支應項目
111年3-12月	271,500,000	10,548,200	3.89%	P7101C~ P7102C

二、目標達成情形

本計畫照護人次以青少年齲齒控制照護處置（P7101C）照護人次為執行目標
111年3-12月計畫目標、執行件數、執行率：

年度	青少年齲齒控制照護處置（P7101C）		
	目標	執行件數	執行率
111年3-12月	900,000	16,844	1.87%

備註：

- 1.資料來源：衛生福利部中央健康保險署提供每月申報資料。
- 2.計畫自111年3月10日起生效，111年計畫執行期程為期僅9.5個月，故尚未能呈現完整計畫執行後之執行數及執行率。

三、執行概況及結果

(一) 計畫執行統計

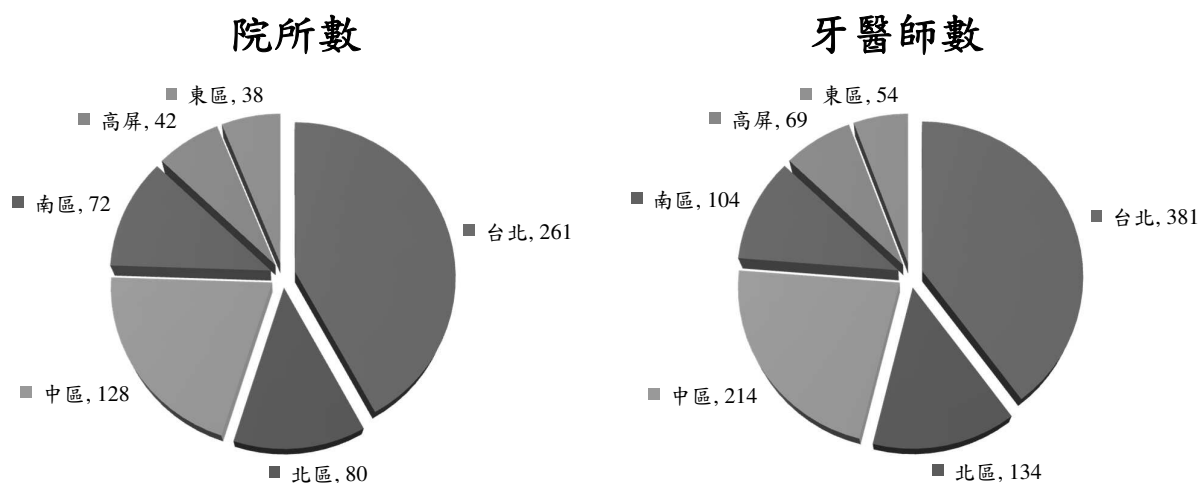
111年3-12月

支付代碼	P7101C (齲齒控制照護)	P7102C (齲齒氟化物治療)
醫令數	16,844	10,990
點數	5,053,200	5,495,000

備註：(1)資料來源：衛生福利部中央健康保險署提供每月申報資料。
 (2)人次執行率：初診治療(P7101C)執行16,844人次，執行率1.87%。
 (111年服務人次以達成初診治療(P6702C)12,600人次為執行目標)
 (3)P7101C~P7102C費用執行率：執行10,548,200，執行率3.89%，推估全年執行率3.89%。
 (111年全年經費60.0萬元由專款預算支應。)

(二) 醫療服務提供情形

➤ 111年3月~111年12月提供12-18歲青少年口腔提升照護
試辦計畫之院所、牙醫師數統計



(三)其他執行事項

鼓勵牙醫師參與計畫
(台灣牙醫界2022.41卷1+2
期)


TwDA
 Taiwan Water Development
 Corporation

病患就醫類別申報之分類

依患者年齡區分

未滿6歲

- △ IC81 氟化防蝕處置
- △ P6701C-P6705C
嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫
- △ 91020C 牙菌斑去除照護 (註：可合併申報 91014C)

6歲
~

未滿12歲

- △ IC 8A-8P 第一大白齒高濃封劑服務
- △ 91020C 牙菌斑去除照護
(註：可合併申報 91014C)

12歲以上
~

未滿19歲

- △ P7101C 青少年龋齒控制制度處置
(註：不得併報 91014C (註：90元/次))
- △ P7102C 青少年龋齒氟化物治療
(註：90元/次)

65歲以上

- △ 92014C 複雜性拔牙
- △ P7302C 齲齒經驗之高風險患者氟化物治療
(註：90元/次)

註：劃線部分尚未公告，內容依中央健康保險署公告為準

[illegible]

2022/07/18-75

(三)其他執行事項

結合政府單位專案計畫
兒童青少年口腔保健
防齲及飲食指導

提升青少年對於口腔照護的認知
「青少年口腔照護」衛教單張

[illegible][illegible]

2022/07/18-76

四、成效評估

111年3-12月計畫醫令數執行概況及申報點數

分區別	P7101C (齲齒控制照護)		P7102C (齲齒氟化物治療)	
	醫令數	點數	醫令數	點數
台北	5,510	1,653,000	3,726	1,863,000
北區	2,730	819,000	1,627	813,500
中區	3,560	1,068,000	2,530	1,265,000
南區	2,618	785,400	1,528	764,000
高屏	1,068	320,400	665	332,500
東區	1,358	407,400	914	457,000
全國	16,844	5,053,200	10,990	5,495,000

註：

(1)資料來源：衛生福利部中央健康保險署提供每月申報資料。

(2)人次執行率：初診治療(P7101C)執行16,844人次，執行率1.87%。

(111年服務人次以達成初診治療(P7102C) 900,000人次為執行目標)

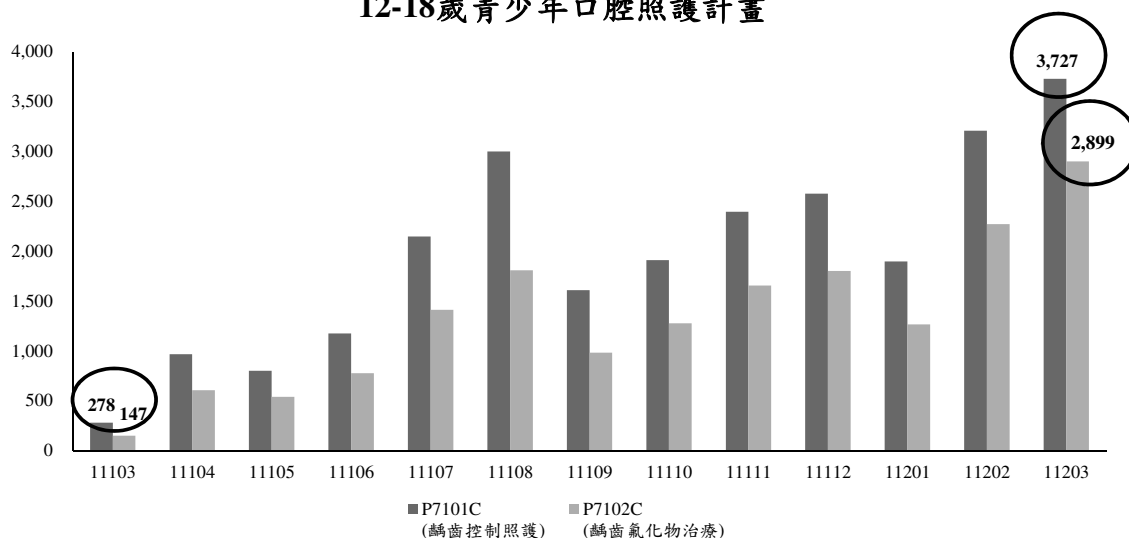
(3) P7101C~P7102C費用執行率：執行10,548,200，執行率3.89%，推估全年執行率3.89%。

(111年全年經費271.5百萬元由專款預算支應。)

四、成效評估

執行期間：111年3月~112年3月

12-18歲青少年口腔照護計畫

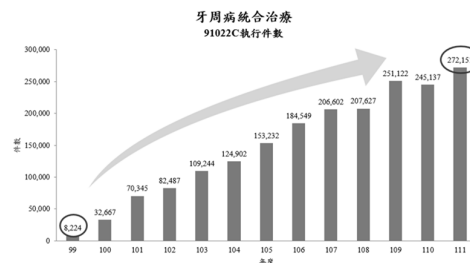


備註：資料來源：衛生福利部中央健康保險署提供每月申報資料。

五、檢討與改善方向

計畫執行困難之因應及規劃

- 本計畫開始執行至今期間因受「COVID-19」新冠肺炎疫情影響：
 - 擔心感疫風險，政府宣導取消非急性必要性之手術或看診，以致影響就醫意願，且牙醫的診療型態非視訊診療可取代，併同影響青少年就醫率。
- 因計畫的執行率未達預期，內部進行計畫內容的檢討，歸納進行時所遭遇到困難的原因：
 - 新計畫、新照護模式的提供等同於改變一萬六千名牙醫師的照顧方式，需要時間推動，如：如牙統治療也用10年才達到現在的件數。
 - 12-18歲的青少年及父母此階段注意力都著重於課業與升學，要改變其重視口腔保健並至牙醫院所就診習慣，更加困難。
- 推動醫師參與
 - 本會持續努力推動本計畫之執行，製作計畫宣導簡報結合六區審查分會、地方縣市公會推動，希望藉由本計畫之實施，提升全國12歲至18歲青少年牙醫就醫率。



六、112年計畫修正重點

收案條件：

- 12歲以上至未滿19歲經診斷為牙齦炎、齦前白斑、初期齦齒、琺瑯缺損、蛀洞、齦齒填補，或因齦齒之缺牙者(ICD-10-CM代碼為K02、**K03.89**、K05、K03.6、K06.1)。

給付項目及支付標準：

編號	診療項目	支付點數
P7101C	青少年齦齒控制照護處置 註： 1. 本項主要施行牙菌斑偵測、去除維護教導及牙菌斑清除，且病歷應記載供審查。 2. <u>可視需要申報X光攝影，費用另計。</u> 3. 每九十天限申報一次。 4. 不得併報91014C。	300
P7102C	青少年齦齒氟化物治療 註： 1. 限診斷為齦前白斑、 <u>初期齦齒、琺瑯缺損者</u> 申報。 2. 須附一年內診斷照片(照片費用內含)並病歷記載，以為審核。 3. <u>本項主要實施氟化物治療。</u> 4. 每九十天限申報一次。 5. 不得併報92072C、92051B、P30002、P7301C及 <u>P7302C</u> 。	500

陸、高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫

一、預算執行數及執行率

年度	預算數	執行數	執行率(%)	支應項目
111年3-12月	184,000,000	28,726,500	15.61%	P7301C

二、目標達成情形

以服務高齲齒病患(曾接受過複合體填補處置)施行(P7301C)高齲齒率患者氟化物治療92,000服務人數為目標

年度	預算數	執行數	執行率(%)	支應項目
111年3-12月	92,000	41,767	45.40%	P7301C

三、執行概況及結果

就醫次數、就醫人數及平均每就醫人利用次數

年度	就醫次數	就醫人數	平均每就醫人利用次數
111年3-12月	57,453	41,767	1.38

備註：

1.資料來源：衛生福利部中央健康保險署提供每月申報資料。

2.計畫自111年3月1日起生效，111年計畫執行期程為期僅10個月，故尚未能呈現完整計畫執行後之執行數及執行率。

四、預期效益之評估指標

高齲齒率病患利用塗氟次數之比率

以服務高齲齒病患(曾接受過複合體填補處置)施行(P7301C)高齲齒率患者氟化物治療92,000服務人數為目標，111年服務人數共41,767。其中分別利用塗氟1至4次患者人數及比率如下表：

執行次數	111年人數	高齲齒率病患利用塗氟次數之比率
1次	29,268	31.81%
2次	9,401	10.22%
3次	3,031	3.29%
4次	59	0.06%
合計	41,766	45.40%

- 有接受服務患者的利用率達到45.4%
- 僅計算完整塗氟4次的利用率為0.06%。

備註：(1)資料來源為衛生福利部中央健康保險署提供每月申報資料。
(2)高齲齒率患者氟化物治療以92,000服務人數為目標計算。

五、檢討與改善方向

(一)執行與規劃

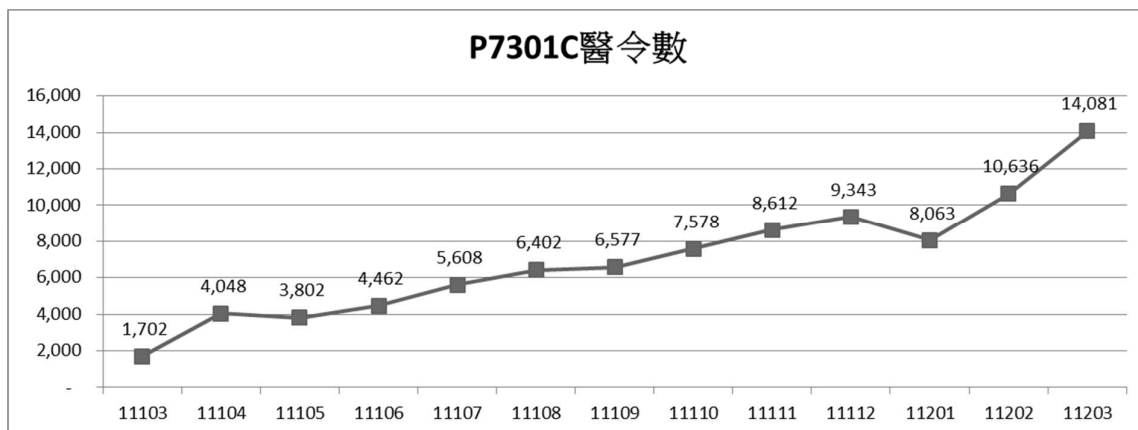
1. 政策宣導

本會於111年度「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準及各項計畫」尚未公告前，先依110-4全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論重點製作「111年度健保新增支付項目及相關申報提醒」宣導簡報，於110年12月30日立即發布宣導簡報，透過縣市公會轉知會員。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(草案)		
第三節 牙周病學		
編號	診療項目	支付點數
91090C	高風險疾病患者牙結石清除-全口 Full mouth scaling for patients at high risk for dental diseases 註： 1.適用高風險疾病患者之牙醫醫療服務申報，每九十天限申報一次。 高風險疾病患者包含： (1)糖尿病或糖尿病患者 (2)血液透析及腹膜透析患者 (3)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆藥物抗體藥物患者 (4)急性腫瘤患者 (5)不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失功能者。 2.費用包含牙菌斑檢測及去除除菌教學，申報未項後九十天內不得再申報91003C、91005C、91017C、91089C、91103C及91104C。	700

2. 持續推動

本會持續推動本項目進行，希望透過「高齲齒率患者氟化物治療」針對根部高齲齒率患者進行每3個月一次塗氟，降低根部齲齒發生率，以延長牙齒使用年限。自111年3月起生效，截至112年3月每月執行醫令數穩定成長。



3. 高標的評估指標

本項目評估指標為高齲齒病患利用塗氟「完整塗氟4次」之比率，開辦之初，不到一年有接受服務患者的利用率已達**45.4%**，但若僅計算「完整塗氟4次」的利用率為**0.06%**。

(P7301C)高齲齒率患者氟化物治療，每90天申報1次，評估指標計算「完整塗氟4次」，代表病患每90天即需定期回診，病人的配合度、回診意願影響評估指標計算，非院所所能控制，雖期待能以「完整塗氟4次」計算，然實際執行本項屬高標的評估指標。推行新項目應以高齲齒率患者有利用氟化物治療為目標，增加醫療服務項目之就醫可近性，增加服務對象的醫療服務量能才是最終目的。

4. 執行困難之因應及規劃

本項目自111年3月1日起生效，宣傳需要時間外，111年5月起因「COVID-19」新冠疫情再起，就醫率降低連帶影響本項目執行率。

本會為鼓勵院所針對高齲齒率患者加強口腔照顧處置密度，同步著手修訂各分區管控/抽樣抽審辦法。

依據112年第2次全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議決議辦理。為鼓勵牙醫師提供牙醫醫療服務，將「高齲齒率患者氟化物治療」排除於「牙醫相對合理門診點數給付原則」計算範圍。

五、檢討與改善方向(二) 未來修正重點

➤ 修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」

依據112年總額協商新增(P7302C)齲齒經驗之高風險患者氟化物治療，適用對象為：(1)糖尿病病人、(2)六十五歲以上者、(3)腦血管疾病病人、(4)血液透析及腹膜透析病人、(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人、(6)惡性腫瘤病人、(7)不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病或重要器官失去功能者。

擬研議合併支付標準中同質性之項目(O7301C、P7302C)，以利宣導且不易混淆，提升本項目執行率，以期降低根部齲齒發生率，延長其使用年限。

柒、超音波根管沖洗計畫 執行成果報告

一、計畫經費來源與協定事項

1. 經費來源：

112年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「超音波根管沖洗計畫計畫」專款項目下支應，全年經費為144.8百萬元。

2. 協定事項：

- (1) 執行目標：112年度超音波根管沖洗執行件數全年以144.8萬件為基準，並以112年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。
- (2) 評估指標：使用超音波根管沖洗的牙齒2年內根管治療之再治療率低。

2. 給付項目及支付標準

編號	診療項目	支付點數
P7303C	超音波根管沖洗 Ultrasonic irrigation in endodontics 註：應與根管治療項目併同申報。	100

二、執行現況及規劃

(一)預算執行數及執行率

112年度預算數為144.8百萬元，

實施期間為112年3月1日起至112年12月31日止。

(二)執行概況及結果

本會於111年開始規劃本計畫，已多次邀集相關專家代表及本會幹部，規劃執行方向、照護族群等事宜召開會議進行討論，另也與政府部門及各界代表於會議溝通討論修訂計畫內容，共召開相關會議13次。

三、112年新增項目之執行現況及未來規劃

為爭取時效，本會於112年1月17日，依據健保署111年12月22日召開之「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議111年第4次會議會議」，製作「112年度健保新增支付項目及相關申報提醒」宣導簡報，盡速提供地方縣市公會及六區審查分會以周知會員，並刊載於本會發行之第42卷1+2期「牙醫界」周知會員。

TwDA
112.2.22公告，112.3.1起生效

**112年度健保新增支付項目
及相關申報提醒**

衛福部112.2.22衛部保字第1120106367C公告
自112年3月1日生效

版權所有：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會
牙醫門診醫療服務審查執行會
授權非營利的轉載利用，請保留完整授權資訊，禁止刪改內容

 TwDA
2023/2/22-1

TwDA
112.2.22公告，112.3.1起生效

第三章 牙科處置及手術
通則：
1.本章除第四節第二項開刀房手術各項外，除各項目之點數均包括牙科材料費在內。
2.牙體修形各項之點數均包括牙科局部麻醉費(96001C)在內。

第二節 根管治療

編號	診療項目	支付點數
90007C	去除矯正牙冠	500-800
P7303C	超音波根管沖洗	100

註：應與根管治療項目併同申報。

預計新增審查注意事項：(尚未公告)
肆、根管治療
八、執行超音波根管沖洗需於病歷記載使用範圍，並依實際執行牙位，按次申報。

 TwDA
2023/2/22-4

[illegible][illegible][illegible]

捌、齲齒經驗之高風險患者氟化物 治療計畫執行成果報告

一、計畫經費來源與協定事項

1.經費來源：

112年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」專款項下支應，全年經費為1,010百萬元。

2.協定事項：

- (1)執行目標：112年度齲齒經驗之高風險患者氟化物治療執行人次全年以200萬人次為基準，並以112年修訂支付標準後之實施時程等率換算目標值。
- (2)評估指標：1年後(113年起)齲齒經驗之高風險患者平均齲齒填補顆數增加率減緩。

2.給付項目及支付標準

編號	診療項目	支付點數
P7302C	<p>齲齒經驗之高風險患者氟化物治療 Topical fluoride application for patients with caries experience at high risk for dental disease</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.為提升病人牙齒之保存率，針對齲齒經驗之高風險患者，提供本項診療服務。 齲齒經驗之高風險患者包含： <ol style="list-style-type: none"> (1)糖尿病病人。 (2)六十五歲以上者。 (3)腦血管疾病病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病或重要器官失去功能者。 2.每九十天限申報一次。 3.本項支付點數含材料費。 4.申報本項後九十天內不得再申報92051B、92072C、P30002、P7102C及P7301C。 	500

二、執行現況及規劃

(一)預算執行數及執行率

112年度預算數為1,010百萬元，

實施期間為112年3月1日起至112年12月31日止。

(二)執行概況及結果

本會於111年開始規劃本計畫，已多次邀集相關專家代表及本會幹部，規劃執行方向、照護族群等事宜召開會議進行討論，另也與政府部門及各界代表於會議溝通討論修訂計畫內容，共召開相關會議13次。

三、112年新增項目之執行現況及未來規劃

為爭取時效，本會於112年1月17日，依據健保署111年12月22日召開之「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議111年第4次會議會議」，製作「112年度健保新增支付項目及相關申報提醒」宣導簡報，盡速提供地方縣市公會及六區審查分會以周知會員，並刊載於本會發行之第42卷1+2期「牙醫界」周知會員。

TwDA
112.2.22公告，112.3.1施行

**112年度健保新增支付項目
及相關申報提醒**

衛福部112.2.22衛部保字第1120106367C公告
自112年3月1日生效

版權所有：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會
牙醫門診醫療服務審查執行會
授權非營利的轉載利用，請保留完整授權資訊，禁止刪改內容

TwDA
2023/2/22-1

第四節 口腔顎面外科		
編碼	診療項目	支付點數
P7302C	齲齒經驗之高風險患者氟化術治療 註： 1.為提升病人牙齒之保存率，針對齲齒經驗之高風險患者，提供本項診療服務。 齲齒經驗之高風險患者包含： (1)糖尿病患者。 (2)六十五歲以上患者。 (3)腦血管疾病患者。 (4)血液透析及腹膜透析患者。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆藥物抗體藥物患者。 (6)男性腫瘤患者。 (7)不符合「全民健康保險牙醫門診特種醫療服務計畫」之服務障礙、慢性精神病患或重要器官失去功能者。之患者。 2.每九十天限申報一次。 3.含材料費。 4.申報本項後九十天內不得再申報92051B、92072C、P7301C及P30002。	500

TwDA
2023/2/22-7

[illegible]

**112年3月1日生效日當天
透過媒體發布新聞稿**

您可以3個月塗氣一次喔！

適用對象如下
同一患者90天內僅能填一申報


支付代碼P7302C

- 糖尿病患者
- 65歲以上患者
- 中風、帕金森氏症患者
- 洗腎患者
- 使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者
- 癌症患者
- 身心障礙患者(肢體障礙、慢性精神病患者、重要器官失去功能者)

支付代碼92072C

- 口乾症患者

如有任何疑問，歡迎洽詢院所櫃台！

 **Tw DA**
台灣牙醫公會
Taiwan Dental Association

隨本會出版品「台灣牙醫界」
(112年3月)寄送宣導海報貼
紙，供院所張貼。



以本會Line官方帳號發布

透過Line官方帳號可更貼近大眾

- 未限制加入者身分
(對象包含民眾與醫師)
- 開放式的社群平台
- 更有效更直接經營良好關係

玖、獎勵上傳資料及網路頻寬補助 費用執行成果報告

一、計畫執行成果

(一) 計畫目的

為鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬及院所智慧化資訊，以利即時、迅速查詢病患於不同醫事服務機構間之醫療資訊，供處方參考，以確保保險對象就醫安全，以及提升醫療服務效率。

(二) 執行目標

檢驗(查)結果平均上傳率。

醫療檢查影像即時上傳率。

(三) 執行內容：

- 1.網路頻寬補助費用
- 2.上傳醫療檢查影像結果
- 3.提升院所智慧化資訊獎勵

二、檢討與改善方向

自108年起，本會依據每年衛生福利部中央健康保險署公告「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」，盡速函轉地方縣市公會及六區審查分會以周知會員。相關公告修訂即時更新牙全會網頁，供會員參考下載。

為使院所即時查詢病患於不同醫事服務機構間之醫療資訊，供處方參考，以確保保險對象就醫安全，本會持續加強輔導院所上傳牙科X光檢查影像及使用就醫識別碼預檢資料，鼓勵院所資訊智慧化，提升醫療服務效率。

參、110年評核委員評論意見 與期許之回應說明

牙醫醫療資源不足地區改善方案

(一)通盤評估多項專案計畫之服務目標族群(母群體)之口腔健康及需求，並進一步分層分析，探討目標族群(母群體)未接受服務的原因。

回覆：從歷年醫不足服務資料顯示，無論從執業計畫或是巡迴計畫分析，就醫者平均就醫次數，就醫者或案件申報點數都遠低於整體醫不足地區及全國統計資料。牙醫總額提供服務之保險對象多屬於山地離島偏鄉較困難區塊，由於民眾就醫次數少，回診意願低，即使在某些地方交通建設有所改善，仍然需要本方案進駐提供牙醫醫療服務。

目前偏鄉服務分為兩種型態：學校及社區，學校巡迴依照每學期排程，由學校校護、老師協助安排學生看診。社區巡迴可與地方衛生所、社區日照中心、原民會文健站合作，請公衛護理師及村里長協助宣導牙醫巡迴醫療服務的時間、地點及診療項目，透過此方式增加了解醫缺目標族群口腔健康及需求，研議予以改進，以提高目標族群之牙醫利用率。

牙醫醫療資源不足地區改善方案(續)

(二) 110年預算執行率為88.5%較109年90.5%略降。無牙醫鄉總服務人次的目標達成率為93.2%(未達標)，請加強執業計畫之服務提供。

回覆：110年因COVID-19疫情影響下，民眾害怕就診，故服務人次達成率未達標，執業診所仍依照規定每週至少提供5天門診服務且包含2個夜診，牙醫界服務偏鄉民眾不遺餘力。

(三)建議研議成果面之關鍵績效指標。

回覆：目前本方案的品質獎勵指標包括下列項目，目標朝向保存自然牙齒，並適時檢討指標達成率，提供更好的醫療品質。

- 1.執業計畫之牙體復形+牙周案件申報點數占率及根管治療案件申報點數占率。
- 2.巡迴計畫之恆牙填補2年保存率、乳牙填補1年6個月保存率及年度根管治療案件數。

牙醫醫療資源不足地區改善方案(續)

(四)依服務提供型態分析，每件平均點數由高至低，分別為「社區醫療站」、「一般巡迴點」、「執業計畫」，建議分析原因。

回覆：醫不足地區提供所有牙醫服務都是基於偏鄉民眾需求。

「社區醫療站」服務對象多為鄉鎮老人及弱勢民眾，早期因交通不便，經濟弱勢，難以前往牙醫診所就醫，在醫療站設置後，降低了就醫障礙，提高就醫意願，況且醫療站由多位醫師提供專長的服務，除設備完備外，也多設有X光室，可執行的診療項目較多，提供服務較多元，相對每件平均點數較高。「一般巡迴點」大多為學校，案件以補牙居多，可執行的診療項目有限。「執業計畫」為無牙醫鄉開業診所，多為單人執業，設立也已行之有年，提供之醫療服務較為固定，服務之偏鄉人口數少，故每件平均點數較低。

牙醫醫療資源不足地區改善方案(續)

(五)巡迴計畫之品質獎勵指標，巡迴點中，A~C三項均達成者占23.5%；社區醫療站中A~E皆達成者僅占4.7%，而C、D、E達成者介於17~30%，達成率皆不高，宜加強輔導。

回覆：巡迴計畫之品質獎勵為額外給予的獎勵，故標準設立較高，本會仍致力於提高偏鄉牙醫醫療服務品質。

特殊醫療服務計畫

(一)110年預算執行率(71.2%)較109年(83.8%)略降，服務總人次目標達成率(90.6%)亦較109年(107.6%)低。極重度、重度身障患者服務人數等績效指標皆為負成長，考量此計劃對身心障礙者殊為重要，請持續加強計畫推動。

回覆：110年受新冠肺炎疫情影響，除了民眾非必要就醫意願下降，暫緩或延後至院所就診。極重度、重度身障患者其家屬擔憂疫情傳播造成健康危害，紛紛通知取消診次，除了造成本計畫執行率下降，長時間未看診，身障患者的口腔健康更是牙醫部門的擔憂，期望疫情能儘快在國人的努力下平穩下來，讓身心障礙者的口腔醫療照護也能早日恢復正軌。

特殊醫療服務計畫(續)

(二)現行對身障患者提供之醫療服務成果已屬不易，但為普及每一位身障患者，建議可透過地方衛生局協助，將未接受服務者造冊，列為主動服務對象。

回覆：針對身障患者造冊，將積極與地方衛生局合作，擬透過地方衛生局檢視未接受服務者，並協助其安排接受服務。

(三)執行目標建議納入涵蓋率或就醫率，並依照護對象特性及服務內涵，建立成果面之關鍵績效指標。

回覆：預防勝於治療，希望藉由執行計畫，提升民眾口腔衛教知識並養成潔牙習慣，降低根管治療跟補牙病例數。未來將積極與地方衛生局合作，以增加涵蓋率。

特殊醫療服務計畫(續)

(四)依醫療服務提供方式分析，110年以院所型方式提供服務占率較109年已有提升，請持續強化院所對社區身障族群之照護。

回覆：謝謝委員的肯定，本會將持續努力。

(五)特定身心障礙者社區醫療網，迄今仍未能完成規劃並實施，建議停辦。

回覆：因規劃之社區醫療網需結合衛福部口腔司計畫執行，待本會與口腔司討論並進行規劃，故請暫予保留。

牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫

- (一)110年多項專款計畫未能達成所訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」，除受新增項目執行不足1年及COVID-19疫情影響外，建議牙醫部門仍應通盤評估服務目標族群之口腔健康及需求，並探討目標族群未接受服務的原因，以作為後續計畫修訂之參考。

回覆：因本計畫係協助處理民眾於夜間遇到急性口腔問題，民眾於平時注重口腔健康及定期接受牙醫治療，此類問題發生機率亦會下降，另本會訂定『牙醫病人緊急-臨時就醫之「民眾自助緩解方法」』、「牙齒外傷急症處理流程及原則」，刊載於本會網站，亦可協助民眾處理緊急及臨時就醫之問題。

牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫(續)

- (二)110年的預算執行率(32.9%)較109年(57.3%)低，雖110年計畫已將施行地區擴大為210個鄉鎮市區，然110年執行試辦點卻由2個降為1個，建議提出增加試辦點之改善方案，以滿足民眾夜間之緊急醫療需求。

回覆：本計畫執行單位為縣市，110年雲林縣公會停止執行後，本會亦徵詢其他公會之承辦意願，但仍未有其他公會願意承辦。

- (三)建議參酌客觀資料訂定牙醫急診醫療不足地區之定義，並考量因應地方特色之服務提供模式及支付誘因，以鼓勵各縣市牙醫師公會組成醫療團隊參與服務。

回覆：謝謝委員的建議，本計畫已於111年增加值班待診費用，期能提高執行計畫誘因，本會將持續研議如何鼓勵其他縣市公會參與計畫。

0歲至6歲嚴重齲齒兒童 口腔健康照護試辦計畫

(一)持續加強兒童口腔健康：

近10年兒童口腔健康狀況已有改善，惟尚未達成WHO之目標(如：5歲幼童齲齒率低於10%、12歲學童恆齒齲蝕指數小於1顆)，建議牙全會列為重點推動項目，規劃具體的短、中、長期改善計畫及推動期程。

回覆：本會亦有發行【從小保護牙老來不缺牙】衛教單張、保健的手冊、指引、含漱口水、塗氟、窩溝封填等文宣以持續推動計畫加強兒童口腔健康。另，110年度實施0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護計畫及111年度實施12~18歲青少年口腔提升照護計畫，本會會持續加強兒童口腔健康及推動及提升執行力。。

0歲至6歲嚴重齲齒兒童 口腔健康照護試辦計畫(續)

(二)宜檢視具預防保健性質之專案計畫的整體資源投入：牙醫部門近年增加諸多具預防保健性質(如：兒童、青少年口腔健康照護試辦計畫)之專案計畫，建議併同公務預算投入金額，評估資源投入之合理性。此類具預防保健性質之計畫，宜思考以全人醫療服務模式提供照護，建議研議試辦論人計酬方案。

回覆：預防保健目前有口腔司相關預防保健費用及計畫進行中，本專案0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護計畫及12~18歲青少年口腔提升照護計畫皆屬疾病治療，針對早期白斑、齲齒等狀況採立即處理並於就醫有符合本專案條件者，也會給予加強照護及後續積極追蹤。

0歲至6歲嚴重齲齒兒童 口腔健康照護試辦計畫(續)

(三)110年新增專款項目之推動有待加強：110年多項專款計畫未能達成所訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」，除受新增項目執行不足1年及COVID-19疫情影響外，建議牙醫部門仍應通盤評估服務目標族群之口腔健康及需求，並探討目標族群未接受服務的原因，以作為後續計畫修訂之參考。

回覆：檢討計畫執行困難的原因，擬建議修訂計畫內容，以利提升醫師加入照護之意願及實務上更確實的被執行。

- (1)簡化申報方式：費用支應來源的不同，相同的處置內容被劃分為不同申報代碼、四項處置醫令，造成申報複雜性。
- (2)齲齒填補顆數計算：收案對象是否如期回診、「他家」齲齒填補顆數等均為不可控之因素，造成醫師收案的不確定因素提升。
- (3)行政文書簡單化：進入計畫首要執行項目「嚴動齲齒兒童口腔健康照護初診診察費(P6701C)」，需填寫多張表格耗費時間造成執行不易。依執行困難的部分提出111年度計畫修正，於研商議事會議仍未得到支持。

0歲至6歲嚴重齲齒兒童 口腔健康照護試辦計畫(續)

(四)通盤評估多項專案計畫之服務目標族群(母群體)之口腔健康及需求，並進一步分層分析，探討目標族群(母群體)未接受服務的原因。針對此點意見，牙醫特殊醫療服務計畫已有提供進一步說明，其餘專款項目未提供回應說明。

回覆：健保署牙醫門診調查問卷建議修訂時，增修相關實質探討目標族群之口腔健康及需求內容。

0歲至6歲嚴重齲齒兒童 口腔健康照護試辦計畫(續)

(五)0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫(110年新增計畫)

- 1.本計畫自110.8.1實施至當年底，僅執行5個月，預算執行率僅0.24%，若依原定之目標服務人數，以實際執行5個月來換算，需服務4,000人(9,600人/12個月*5個月)，但實際服務人數僅126人。請研議有效之試辦模式，並監測計畫成效。
- 2.建議持續觀察執行情形，若111年經費執行仍未能超過50%，則建議經費減少。

回覆：擬規劃修訂計畫內容，以利醫師加入照護之意願及實務上更確實的被執行亦提升執行率。

12歲至18歲青少年口腔 提升照護試辦計畫

(一)宜檢視具預防保健性質之專案計畫的整體資源投入：

牙醫部門近年增加諸多具預防保健性質(如：兒童、青少年口腔健康照護試辦計畫)之專案計畫，建議併同公務預算投入金額，評估資源投入之合理性。此類具預防保健性質之計畫，宜思考以全人醫療服務模式提供照護，建議研議試辦論人計酬方案。

回覆：預防保健目前有口腔司相關預防保健費用及計畫進行中，本專案0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護計畫及12~18歲青少年口腔提升照護計畫皆屬疾病治療，針對早期白斑、齲齒等狀況採立即處理並於就醫有符合本專案條件者，也會給予加強照護及後續積極追蹤。

12歲至18歲青少年口腔 提升照護試辦計畫(續)

- (二)111.3.11始實施本計畫，尚無執行成效資料，建議持續觀察，若111年經費執行仍未能超過50%，則建議經費減少。
- (三)預期效益之評估指標以不低於該年齡層108年牙醫就醫率為基準，較為保守。111~113年就醫率目標分別訂為40%、50%、60%，每年就醫率增加10%之目標能否達成，宜有客觀依據或標竿。
- 回覆：規劃校園宣導及透過各縣市公會協助推動12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫，另建議在偏鄉學校巡迴案件可以獨立申報，亦能提升就醫率目標值。

高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫

- (一) 自111.3.1始新增診療項目，尚無執行成效資料，建議持續觀察，若111年經費執行仍未能超過50%，則建議經費減少。
- (二) 請說明高齲齒病患之定義，可能收案管道及方式。另請說明預期效益之評估指標目標值設定之參考依據。

回覆：高齲齒病患係指曾接受恆牙牙根齲齒複合體充填之患者，來源為院所內已執行過恆牙牙根齲齒複合體充填(89013C、89113C)之患者。

以高齲齒率患者有利用氟化物治療為目標，增加醫療服務項目之就醫可近性，增加服務對象的醫療服務量能。故以高齲齒病患利用塗氟之比率當作預期效益之評估指標，且逐年提高。

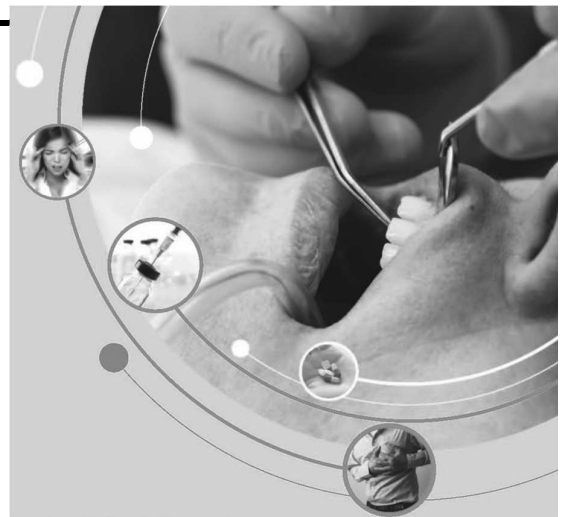
高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫(續)

(三) 建議依高齲齒患者年齡、疾病特性等因素，調整照護模式及頻率，並依其特性建立成果面之績效指標。

回覆：針對高齲齒率患者加強口腔照顧處置密度，中老年人、慢性病患者、唾液腺功能不良者、牙肉萎縮者、藥物成癮者及口腔狀況不佳者之根部齲齒好發率較高，因此針對根部高齲齒率患者進行每3個月一次塗氟，降低根部齲齒發生率，延長其使用年限。

實施成效為高齲齒病患牙齒保存率提高。89013C的二年內自家重補率較未實施本計畫前低，定義為自家同牙位二年內重複申報89013C的比率；分母：當年度89013C填補顆數，分子：當年度89013C同牙位往後追蹤730天內自家重複填補顆數。以評估新增本項之效益。

感謝聆聽



敬請指教