

111年各總額部門 執行報告

中央健康保險署

醫務管理組
組長劉林義

報告架構

一 配合疫情相關措施

二 執行概況—及時性

新醫療科技之導入

疾病管理方案

民眾就醫可近性

三 執行概況—效率性

西醫部門

中醫部門

牙醫部門

報告架構

四

執行概況—效果面



品質公開辦理情形
品保款辦理情形
透析辦理情形
滿意度調查

五

執行概況—安全性



死亡率、用藥日數重疊率
健保雲端查詢、健康存摺

六

執行概況—以病人為中心



報告架構

七

執行概況—公平面



可近性

弱勢族群保障

偏鄉照護計畫

八

檢討與改進



配合疫情之相關措施

雲端系統配合COVID-19防治相關作為

111-112年重點措施：智慧醫療系統—科技輔助防疫

- 109年1月底起健保醫療資訊雲端查詢系統以多元查詢管道提供TOCC提示，陸續納入旅遊史、接觸史、高風險職業別及群聚史、指定處所隔離之確診及檢驗陽性個案等重要防疫資訊，協助醫事人員判斷疾病風險與採取相關感染管制措施；並於112年5月隨中央流行疫情指揮中心解編同步退場。
- 111年起為輔助醫師診療所需，於健保雲端系統提供COVID-19相關檢驗結果、口服抗病毒藥物領用情形及藥品交互作用查詢、臺灣清冠一號領用情形、COVID-19確診紀錄及疫苗接種紀錄，供醫事人員參考，以提供適切診療照護。

執行成果

- 統計109年2月至112年4月止，TOCC提示總查詢次數逾23億人次。
- 共32,162個機構(關)有使用紀錄。

雲端系統提供COVID-19診療參考

ATC5名稱	複方註記	成分名稱	藥品健保代碼	藥品名稱
Other Antivirals	Y	Nirmatrelvir ; Ritonavir	XCOVID0001	PAXLOVID

此病人公費臺灣清冠一號藥品領用情形：

來源	日期
3832051503 蘆山風澤中	111/05/21

用藥情形

檢驗結果及 確診資料

檢查檢驗項目	檢查檢驗結果/ 報告結果/ 病理發現及診斷	報告日期	醫令代碼	採驗/實際 檢查日期▼
SARS-CoV-2病毒核酸檢驗	陽性	111/06/14	PCRP-COVID19	111/06/14
家用SARS-CoV-2病毒核酸檢驗	陽性(重複感染)	111/06/13	RHPCPCOVID19	111/06/13

COVID-19確診紀錄，請留意病人病情，評估是否有相關整合醫療需求：
肺部疾病管制署

採檢日期	個案研判日期
111/06/08	111/06/09

交互作用

疫苗 接種紀錄

藥品交互作用查詢

藥品查詢 西藥查詢

查詢結果

資料說明

PAXLO 或 請輸入西藥藥品代碼(健保碼) 或 請輸入西藥ATC碼

PAXLOVID

至多選擇10項藥品

交互作用比對結果

查詢藥品 ATC7名稱	比對藥品 ATC7名稱	開藥院所	開藥日期	交互作用結果	機轉	處置方式
Paxlovid(nirmatrelvir/Ritonavir)	Diltiazem	亞東醫院	111/04/07	增加Diltiazem濃度	-	與 Paxlovid 併用時可能需要降低劑量

此身分證號之旅遊史或接觸史資料！

病人如有「發燒或有呼吸道症狀、嗅覺、味覺異常或不明原因之腹瀉」等症狀，請注意：
如符合通報條件，應進行法定傳染病通報採檢！不符合上述條件，醫師仍認為需進行 SARS-CoV-2 檢驗，請進行採檢！
(參考資料請按我：[法定傳染病通報定義](#)、[口服抗病毒藥物適用條件](#))

此個案已於110/06/23(Moderna)、110/07/27(Moderna)、111/02/12(Moderna)、
111/09/26(bModerna_BA1)接種新冠肺炎疫苗

COVID-19防疫規範及疫情相關問題請洽防疫專線1922。

感謝總額提升保險服務成效款項挹注

確保醫療量能_疫情期間調整費用審查

暫停
例行抽審

包含隨機、立意抽樣及
行政審查等

院所自主
管理

暫停向本署申請事前審查，
直接由院所依給付規定提供
醫療服務

調整案件
申復期限

仍在申復期限內者，不受60日提出
申復之限制

確保醫療量能_藥品支付規範調整

- 針對8.2.4.免疫製劑用藥(治療風濕性、乾癬性關節炎及僵直性脊椎炎(AS)之藥品如 Etanercept、adalimumab、golimumab等)，需事前審查核准之藥品，倘醫師確診，於隔離期間無同專科別醫師可開立處方時，除初次用藥病人外，對於原曾經事前審查核准之病人，得於其病歷載明，不受專科科別處方醫師之限制。

確保醫療量能_醫院總額預先撥款作業執行情形 (1/2)

- 預先撥款健保現金費用協助國內醫療院所對疫情的因應及保全醫療量能
- 110年5-6月(費用年月)
分三階段執行，第1-2階依109年核定費用8成撥款；第3階依109年一般服務費用扣除部分負擔*9成撥款
- 110年7-9月(費用年月)
依109年一般服務費用扣除部分負擔之9成撥款
- 110年5-6月：
225家醫院參加(參與率48.0%)，預先撥款計454.11億餘元
- 110年7-8月：
184家醫院參加(參與率39.2%)，預先撥款計367.05億餘元
- 110年9月：
158家醫院參加(參與率33.7%)，預先撥款計125.97億餘元

確保醫療量能_醫院總額預先撥款作業執行情形 (2/2)

111年重點措施

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

執行成果

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

賦能民眾_健康存摺疫苗接種情形呈現優化

以打勾、燈號之方式呈現，便利民眾進出特定場所

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

至111年12月
使用人數達
1090萬人

重要資訊

健康存摺
My Health Bank

COVID-19 公費疫苗預約
Vaccine Appointment

健保卡 OTP 認證
One-Time PIN

健保資訊應用及共享調查
Data Sharing Survey

虛擬健保卡
Virtual NHI Card

口罩資訊
Mask Info.

說明

本資料非醫師法及醫療法規定之病歷，實際之診斷、病名、治療、處置及用藥等詳細就醫情形，應以各該醫事服務機構之病歷記載為準。

重要資訊

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

就醫總覽

公告

COVID-19 疫苗接種/病毒檢測結果

身分證號: A12188****

查詢日期: 111/01/19 19:48

疫苗接種

第1劑	✓
第2劑	✓
第3劑	✓

COVID-19 疫苗接種/病毒檢測結果

身分證號: A12188****

查詢日期: 111/01/19 19:48

疫苗接種

1st	✓
2nd	✓
3rd	✓

COVID-19 疫苗接種/病毒檢測結果

身分證號: A12312****

查詢日期: 111/01/24 20:41

疫苗接種

摘要

無資料!

COVID-19 疫苗接種/病毒檢測結果

身分證號: A12312****

查詢日期: 111/01/24 20:16

疫苗接種

摘要

已施打1劑
新冠肺炎疫苗!

COVID-19 疫苗接種/病毒檢測結果

身分證號: A12312****

查詢日期: 111/01/24 20:16

疫苗接種

摘要

已施打2劑
新冠肺炎疫苗!

COVID-19 疫苗接種/病毒檢測結果

身分證號: A12312****

查詢日期: 111/01/24 20:16

疫苗接種

摘要

已施打3劑
新冠肺炎疫苗!

健康存摺發展軌跡與使用人數

•2014年9月健康存摺1.0上線

•健保卡插卡登入
•行動版APP

•2016年7月健康存摺2.0上線
•擴大提供近3年就醫資料
•資料視覺化

•新增多元瀏覽器
•人工植入物資料

•行動電話快速認證

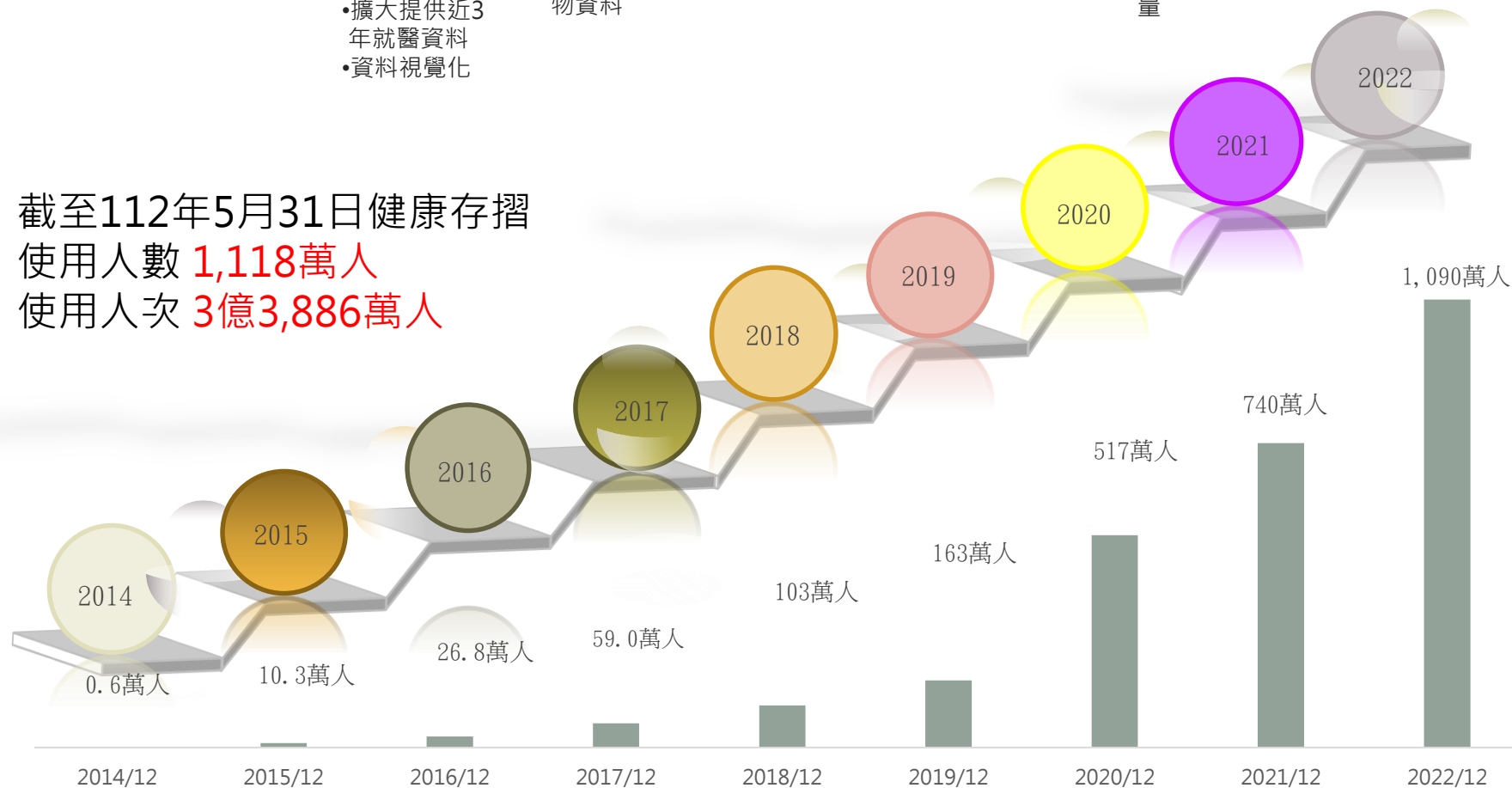
•眷屬管理
•釋出SDK

•口罩實名制
•就醫總覽

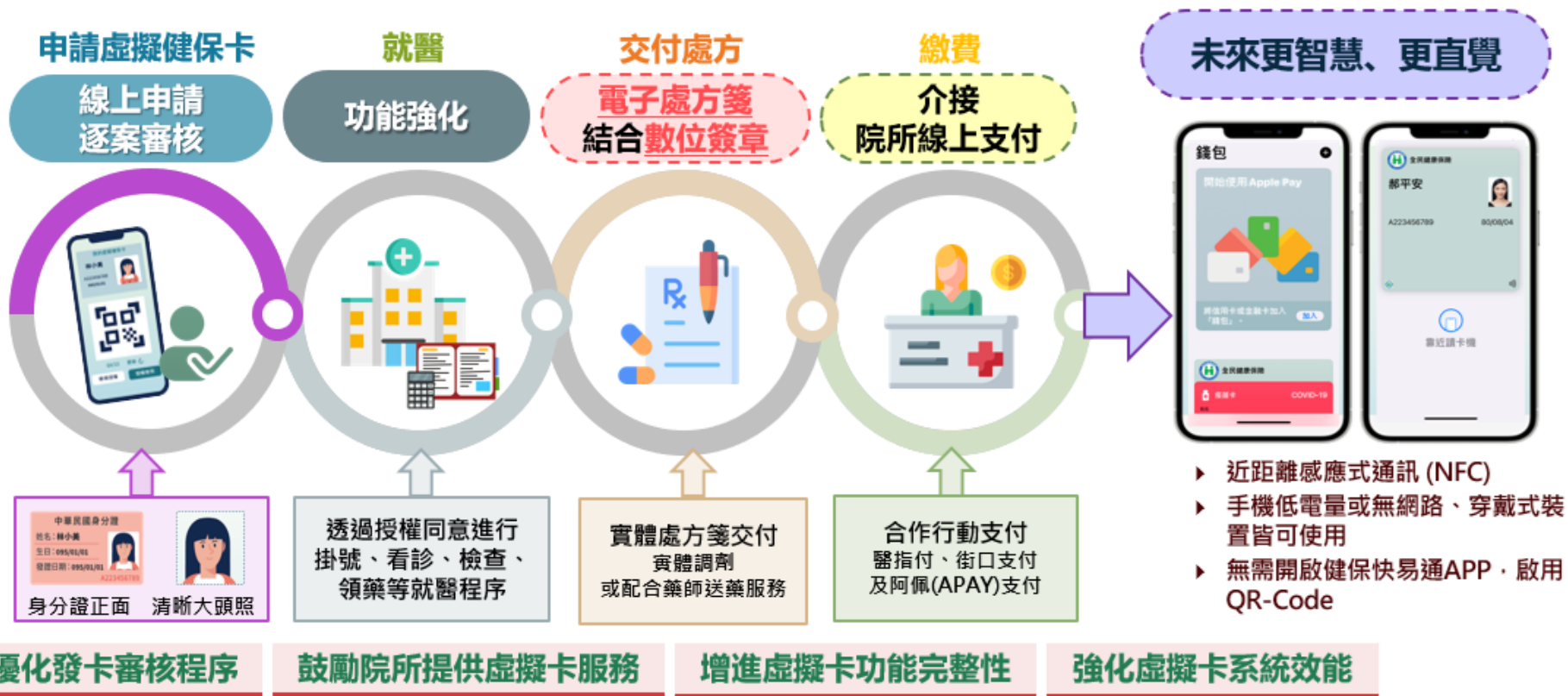
•COVID-19
•病毒檢測
•疫苗接種
•醫療輻射劑量

•快篩實名制

截至112年5月31日健康存摺
使用人數 **1,118萬人**
使用人次 **3億3,886萬人**



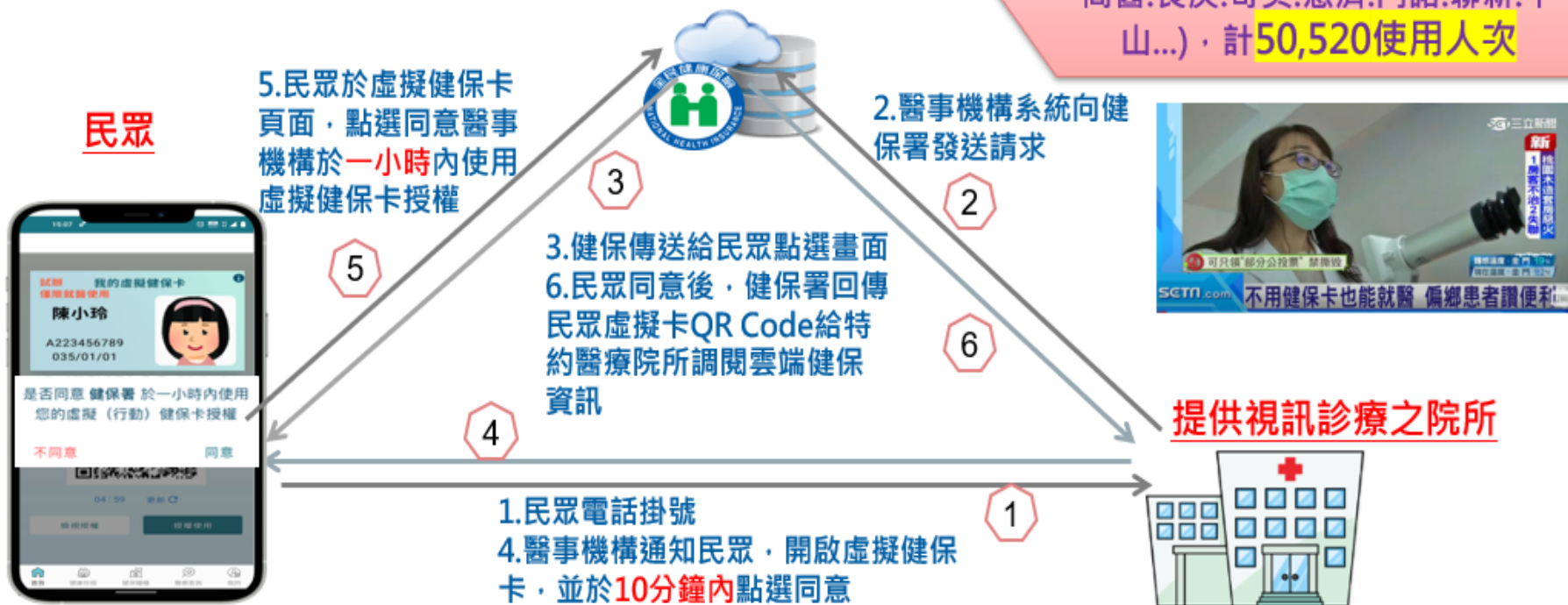
零接觸_推動虛擬健保卡完善智慧化就醫模式



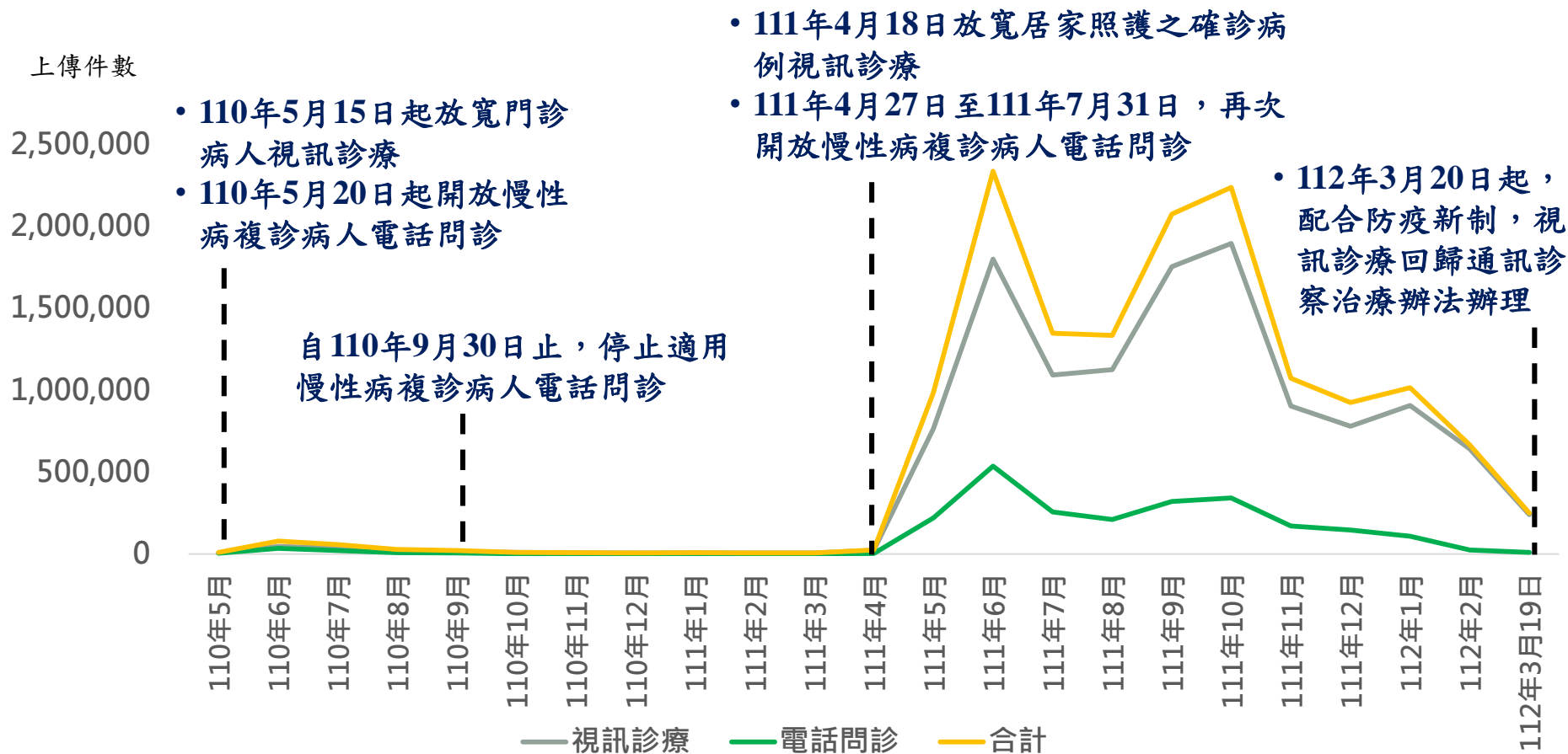
就醫一條龍-虛擬卡整合視訊門診

健保快易通APP「虛擬健保卡系統整合視訊診療系統介接程式」身分識別及雲端查詢

- 111年5月27日上線
- 111年6月20日放寬至所有院所皆可使用，截至112年5月9日，**205家**院所使用(成大.新光.亞東.彰基.光田.高醫.長庚.奇美.慈濟.門諾.聯新.中山...)，計**50,520**使用人次



視訊診療辦理情形——各月份視訊診療就醫件數

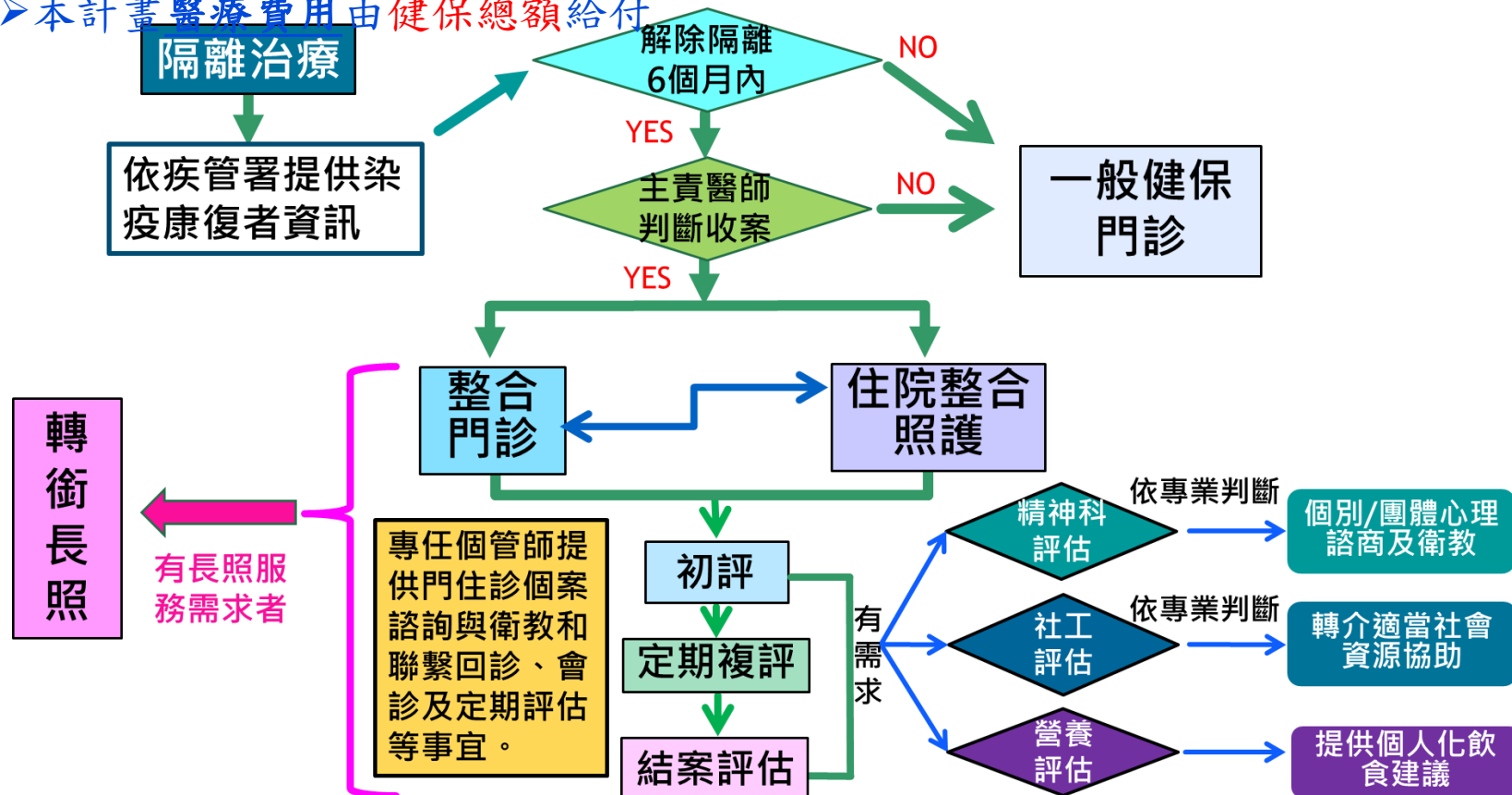


110年5月15日至112年3月19日
視訊診療累計就醫7,542,593人

確診後續照顧_推動「COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫」

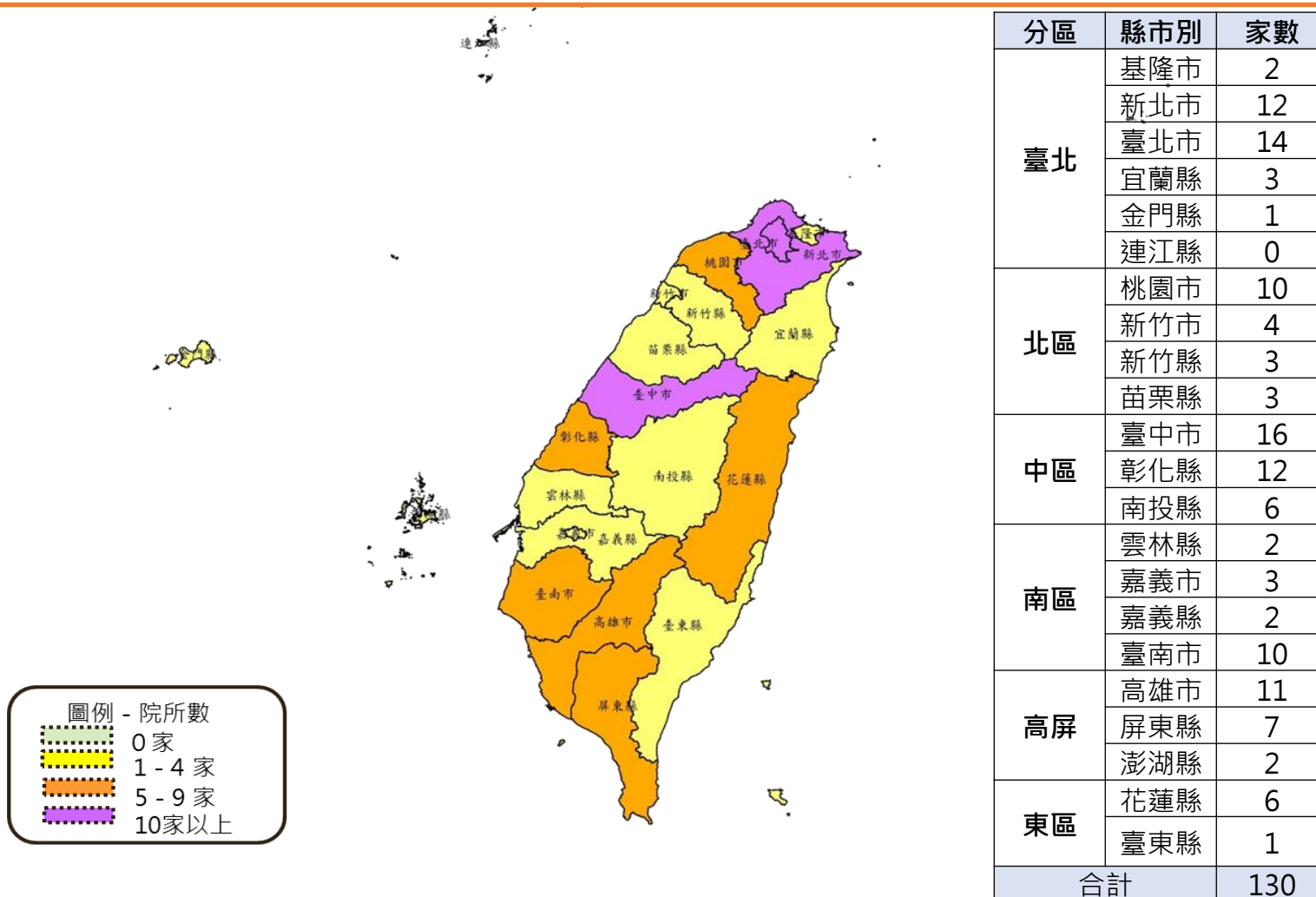
- 隔離期間醫療費用由疾管署編列預算支應
- 評估費及獎勵費由中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算補助。

➤ 本計畫醫療費用由健保總額給付



推動「COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫」

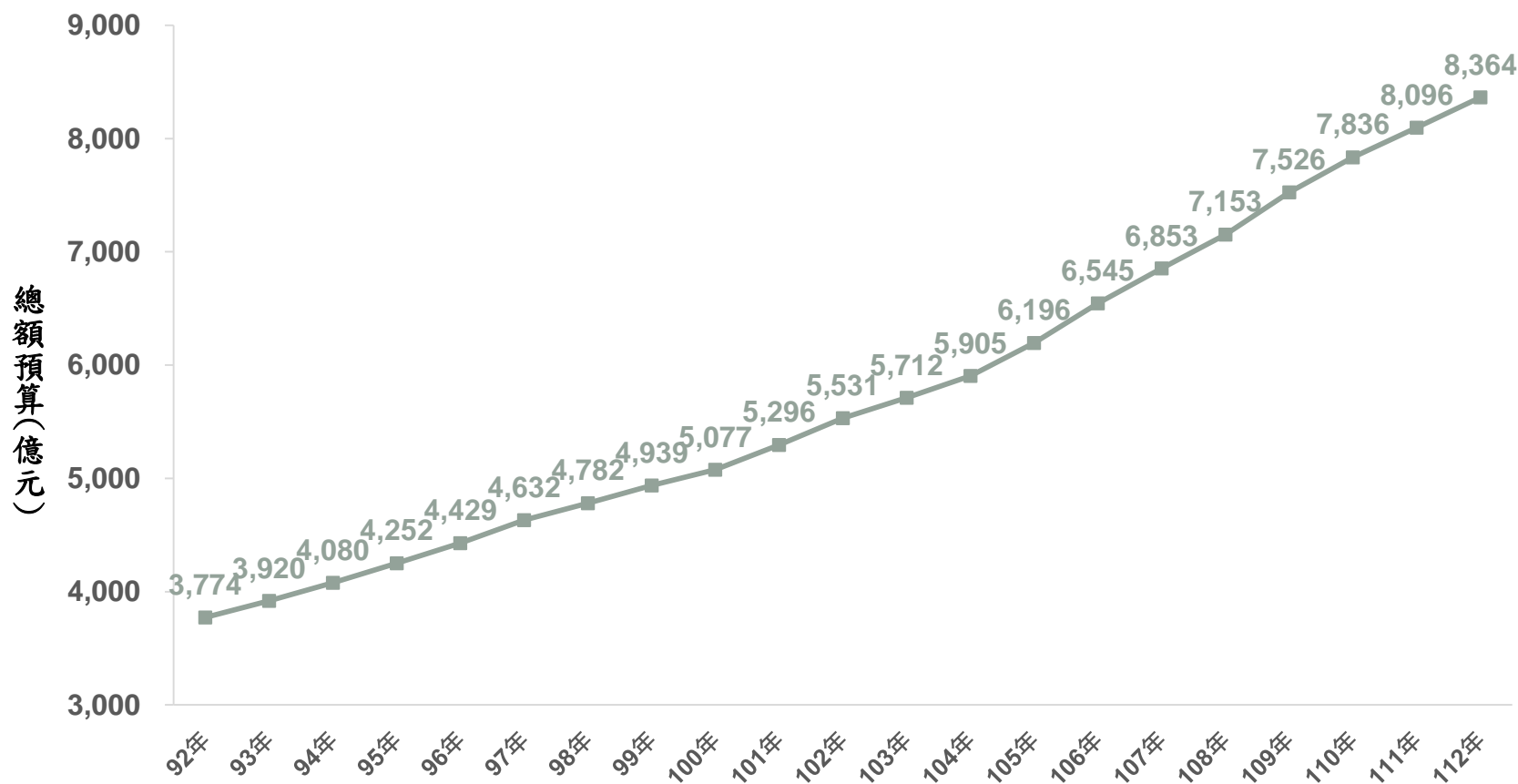
- 截至112年4月30日，已核定130家醫院承作本計畫，各縣市分布情形如下圖：
- 截至111年4月30日，已有104家醫院共收案8,770人。
- 本計畫收案期限至112年5月31日止，112年5月31日以前已收案之個案，照護期間以6個月為上限。



健保總額配置

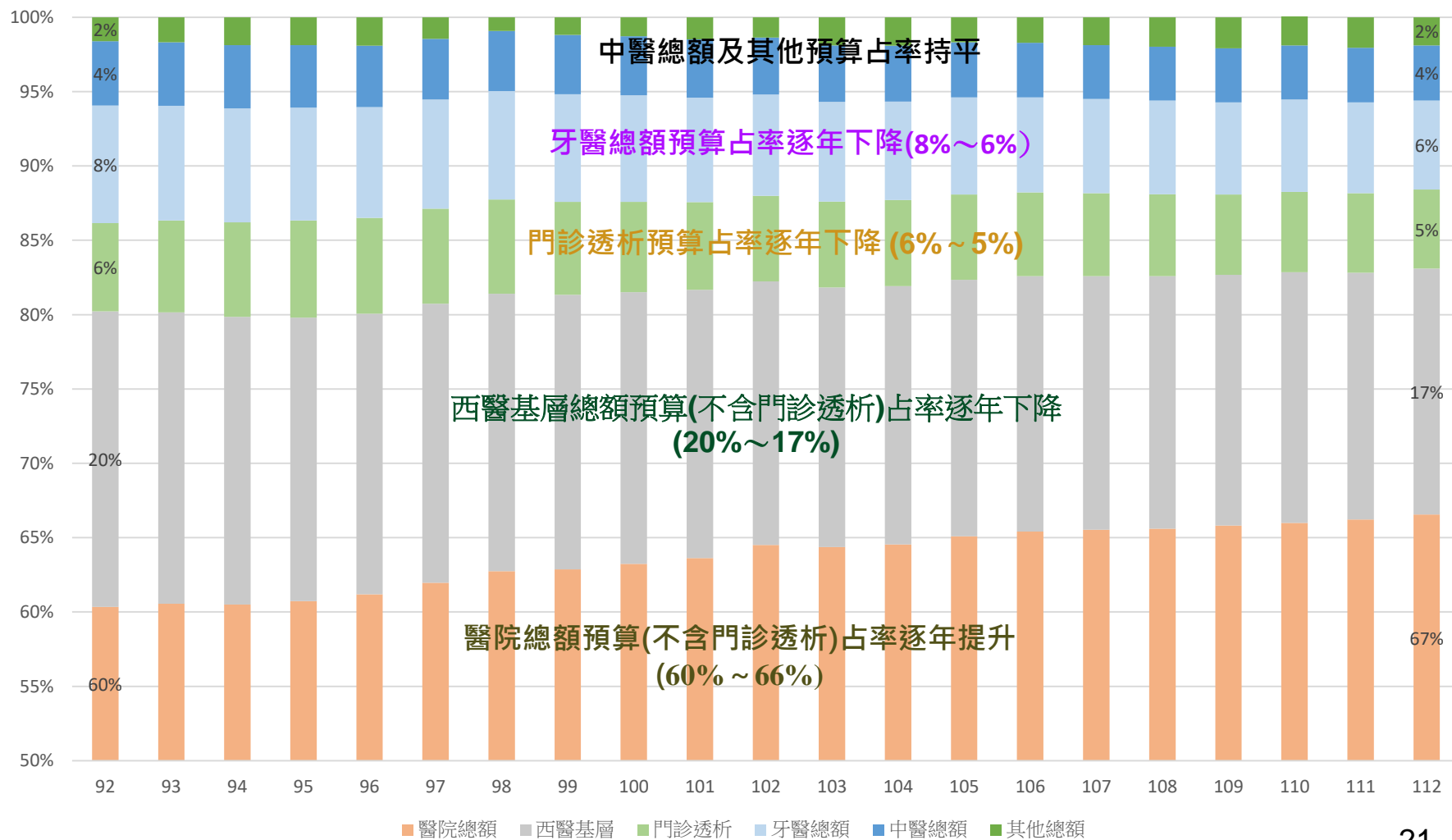
總額開辦後之協定預算

112年總額預算達8,364億元，較92年總額預算成長逾2倍。



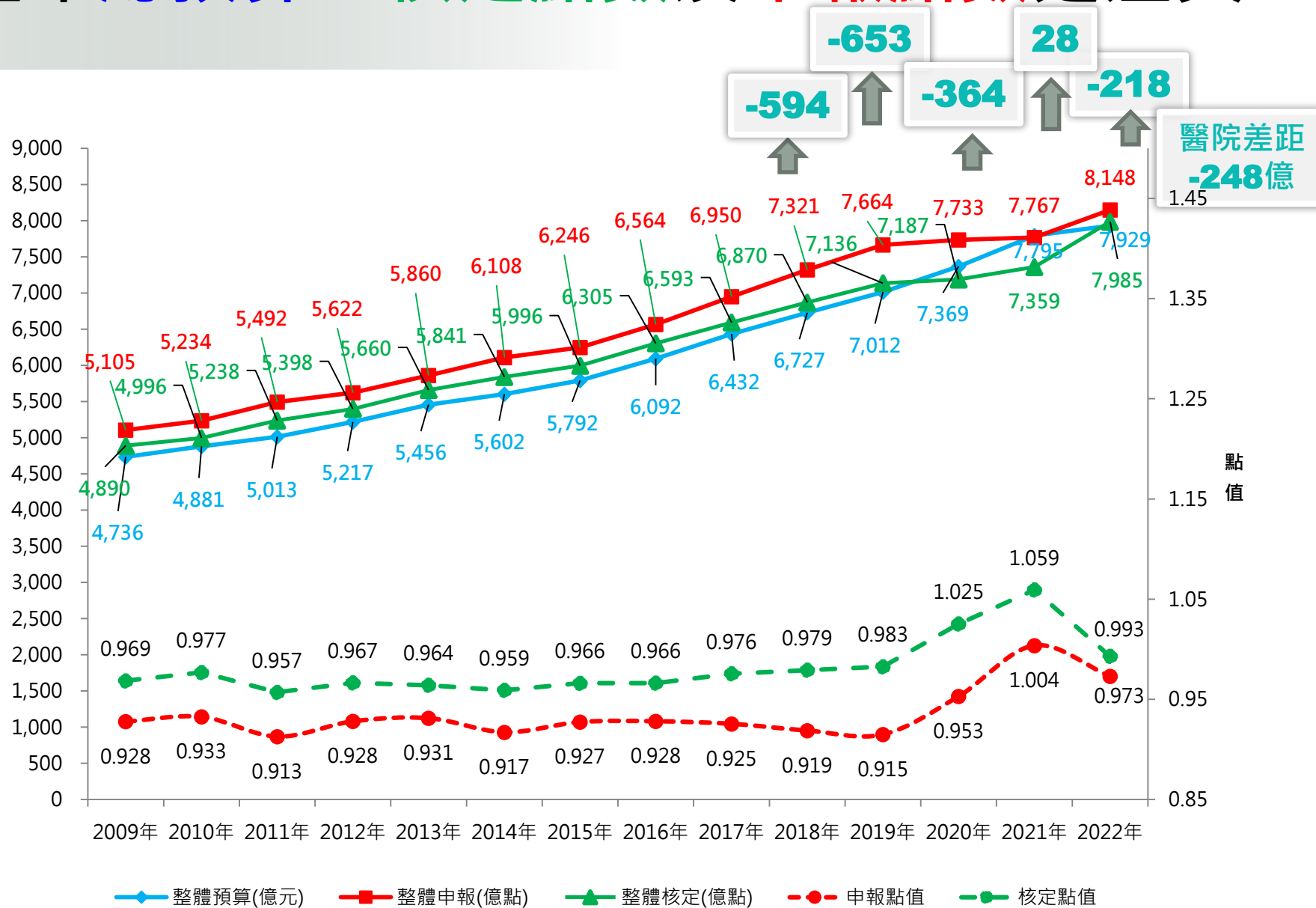
92-112年各總額部門之預算占率

醫院總額預算占率逐年提升，西醫基層、門診透析、牙醫逐年下降



歷年總預算、核定點數及申報點數之差異

預算與申報費用點數(億點)



◆ 點數及預算資料不含代辦和其他部門(考量其他部門多為政策鼓勵及預備金性質，爰不計)

◆ 核定點值：預算/核定點數(綠-)；申報點值：預算/申報點數(紅-)

各總額部門執行情形



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



執行概況—及時性



新醫療科技之導入

疾病管理方案

民眾就醫可近性

新醫療科技預算

項目 \ 年	107年	108年	109年	110年	111年
醫院					
成長率	0.844%	0.714%	0.723%	0.767%	0.616%
增加金額(億元)	34.40	30.19	31.86	35.62	30.0
西醫基層					
成長率	0.106%	0.037%	0.086%	0.158%	0.242%
增加金額(億元)	1.16	0.42	1.0	1.9	3.0

新醫療科技-新藥(111年收載27項)

- 第1類新藥3項，用於治療有NTRK 基因融合的實體腫瘤。
- 第2A類新藥9項，分別用於治療轉移性腸胃道間質瘤、全身性紅斑性狼瘡、延遲妊娠婦女迫切的早產、社區型肺炎及及使用於接受靜脈營養補充的病人等。
- 第2B類新藥共15項，分別用於治療骨髓增生不良症候群、急性骨髓性白血病、癲癇、偏頭痛、真性紅血球增多症、青光眼、高眼壓症、高膽固醇血症、氣喘維持治療、用於血液之貯藏或輸血時之抗凝血劑及採用局部檸檬酸鹽抗凝法來進行連續性腎功能替代治療、緩慢低效率每日透析及血漿置換術之鈣補充液等。

新醫療科技-新藥

● 107-111年收載新藥之品項數

收載年度	新藥類別/品項數			合計
	第1類	第2A類	第2B類	
107	2	13	36	51
108	9	24	18	51
109	9	25	11	45
110	0	21	18	39
111	3	9	15	27
合計	23	92	98	213

*本表所指新藥為107至111年收載，且符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準第十四條第一項，並經全民健康保險藥物共同擬訂會議同意納入收載之藥品，且不含專款藥品(罕見疾病用藥、血友病用藥、後天免疫缺乏症候群治療藥品、C肝用藥及精神科長效針劑藥費)及代辦品項(戒菸、流感疫苗及流感抗病毒藥劑)。

新醫療科技-新特材

● 107-111年收載新特材之品項數

收載年度	創新功能	功能改善	總計
107	31	40	71
108	27	39	66
109	33	8	41
110	49	61	110
<u>111</u>	<u>91</u>	<u>22</u>	<u>113</u>
合計	<u>231</u>	<u>170</u>	<u>401</u>

新醫療科技-新診療項目

● 107-111年新醫療科技診療項目之項目數

收載年度	項目數	總額編列 (百萬元)	推估增加預算 (百萬點)
107年	31	400	394.76
108年	23	500	387.13
109年	44	450	397.79
110年	151	450	447.53
111年	50	273.60	273.51

註:

1. 新診療項目指經健保署醫療服務共同擬訂會議同意並納入給付之增修診療項目(例如引進新診療項目及其後續增修訂支付規範或適應症範圍、已納入診療項目因醫療科技進步而有新術式或新特材)及包裹支付過程面特材。
2. 109年新醫療科技-新增診療項目預算450百萬元，共計新增44項診療項目(15項於109年生效、29項於110年生效)。
3. 110年增修訂152項，其中1項為支付通則修訂不納入統計(133項於110年生效、18項於111年生效)。
4. 111年增修訂52項，其中2項為支付通則修訂不納入統計。



執行概況—及時性

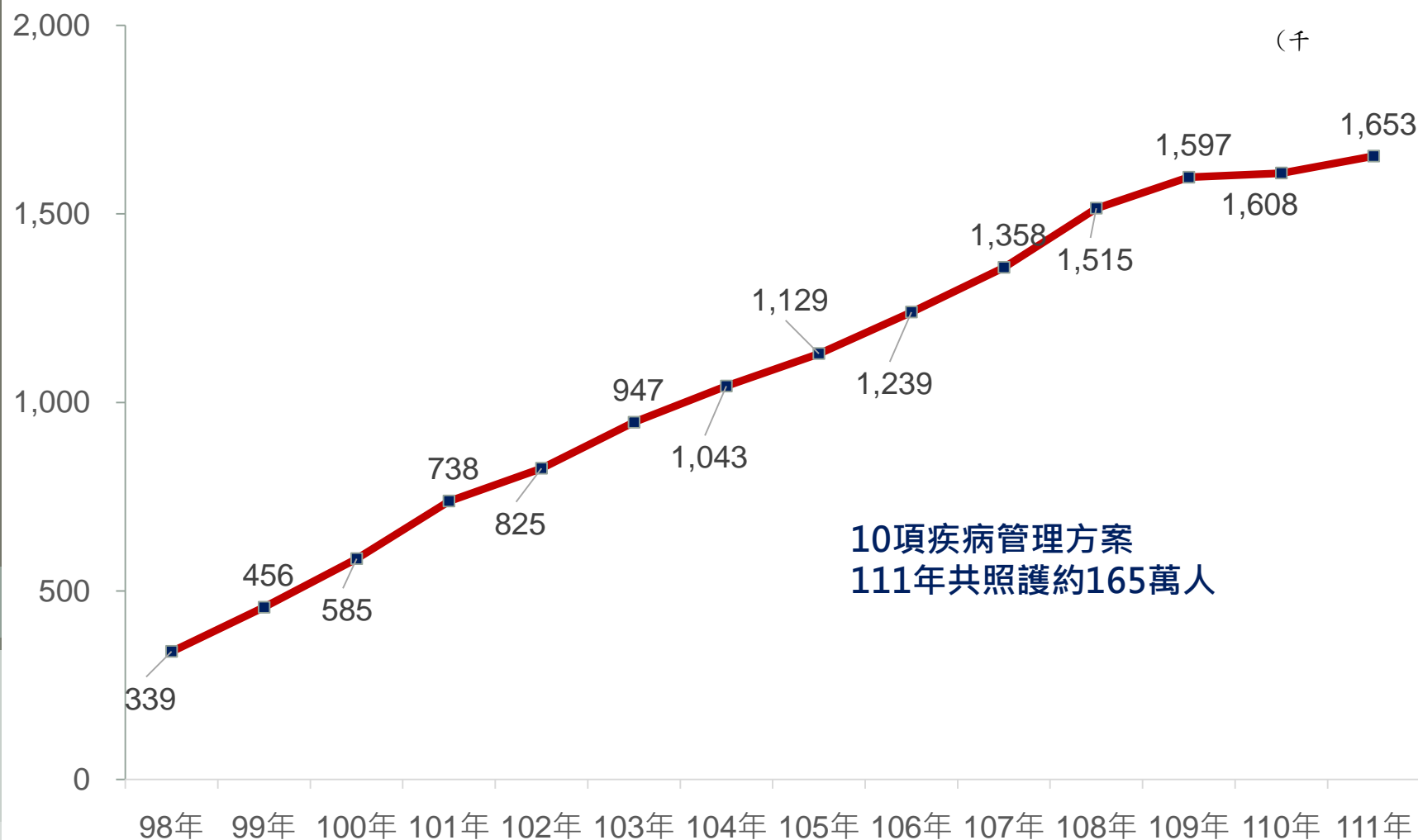


新醫療科技之導入

疾病管理方案

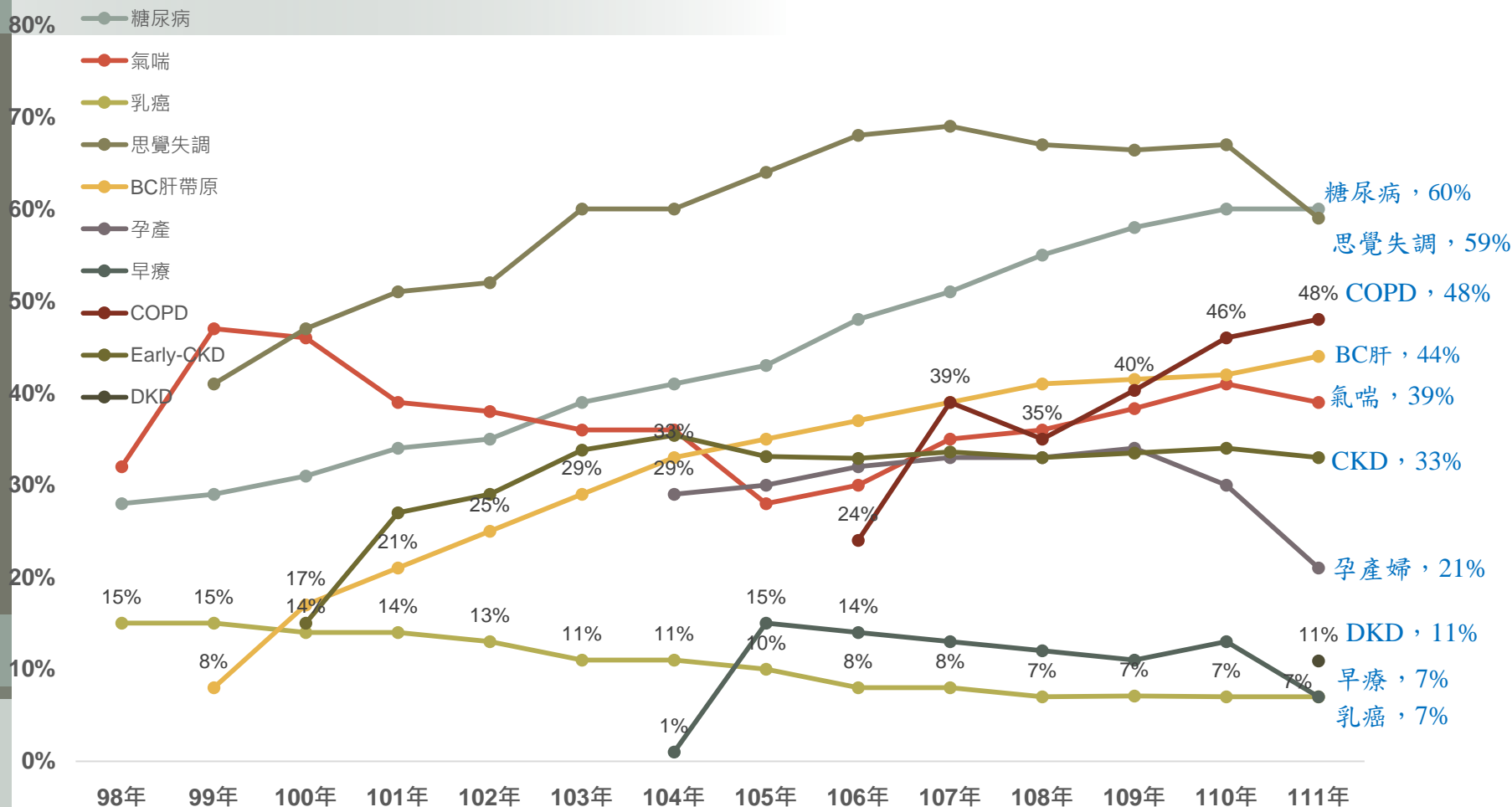
民眾就醫可近性

疾病管理方案-照護人數



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

疾病管理方案-照護率



註1：照護率 分子：當年度申報該方案相關費用之歸戶人數。

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

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

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

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

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

註6：孕產婦方案因110年7月國健署產檢次數由10次改為14次，惟方案之「全程產檢」因110年至111年各界對定義尚未達成共識，爰致方案設計與臨床執行狀況不符，故收案人數少，照護率低。112年已完成方案修訂。

減緩腎臟病人病程進度相關措施

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

- 初期慢性腎臟病醫療給付改善方案 (Early_CKD)
 - 照護CKD第1-3a期之個案，重新恢復腎功能。
- 初期慢性腎臟病醫療給付改善方案 (Early_CKD)
 - 照護CKD第1-3a期之個案，重新恢復腎功能。
 - 111年共有1,300家院所參與，累計收案數為118.8萬人。
- 末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫(Pre-ESRD)
 - 照護CKD第3B-5期之個案。
 - 111年有235家院所參與，新收案數為2.8萬人，長期透析的新病人中曾接受Pre-ESRD照護之比例約66%，逐年增加。



執行概況—及時性



新醫療科技之導入

疾病管理方案

民眾就醫可近性

民眾就醫可近性-提升牙醫假日開診率

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

調升山地離島地區之
牙科門診診察費10點
(105.4.1生效)

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

105年

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

108年

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

109年

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

111年

提升假日就醫之急症處置服務人次、全國假日提供看診服務之院所數較108年增加60家。

註:110年牙醫總額部門未針對提升假日開診增編預算

鼓勵地區醫院假日開診

- 辦理緣由

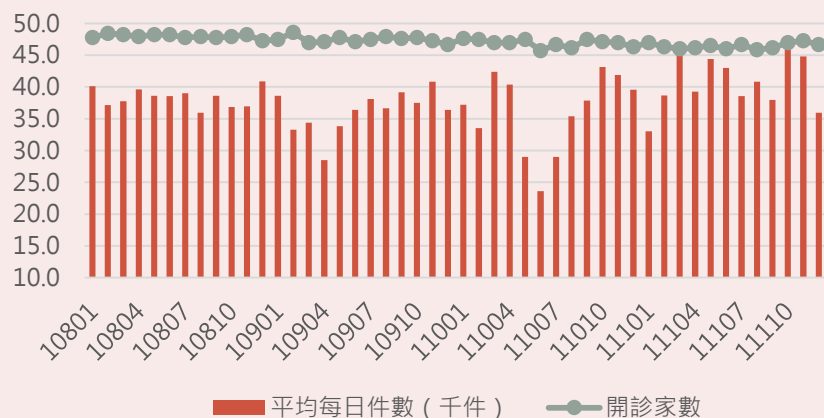
配合分級醫療政策，並以民眾就醫權益為優先考量，鼓勵基層院所假日開診，同時考量假日各類醫事人力與行政團隊出勤、加班之實際成本

- 自107年12月1日起實施，執行內容如下：

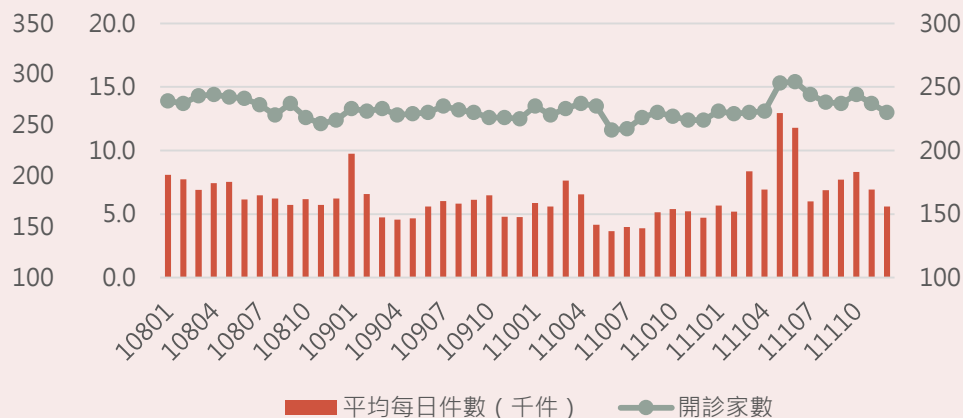
- 增列地區醫院假日門診案件加成30%(不含門診診察費、藥品及特材費用)
- 增列地區醫院假日門診診察費加計：週六加計100點、週日及國定假日加計150點

- 另鼓勵地區醫院夜間開診，108年1月1日起地區醫院夜間門診診察費加成10%

週六



週日



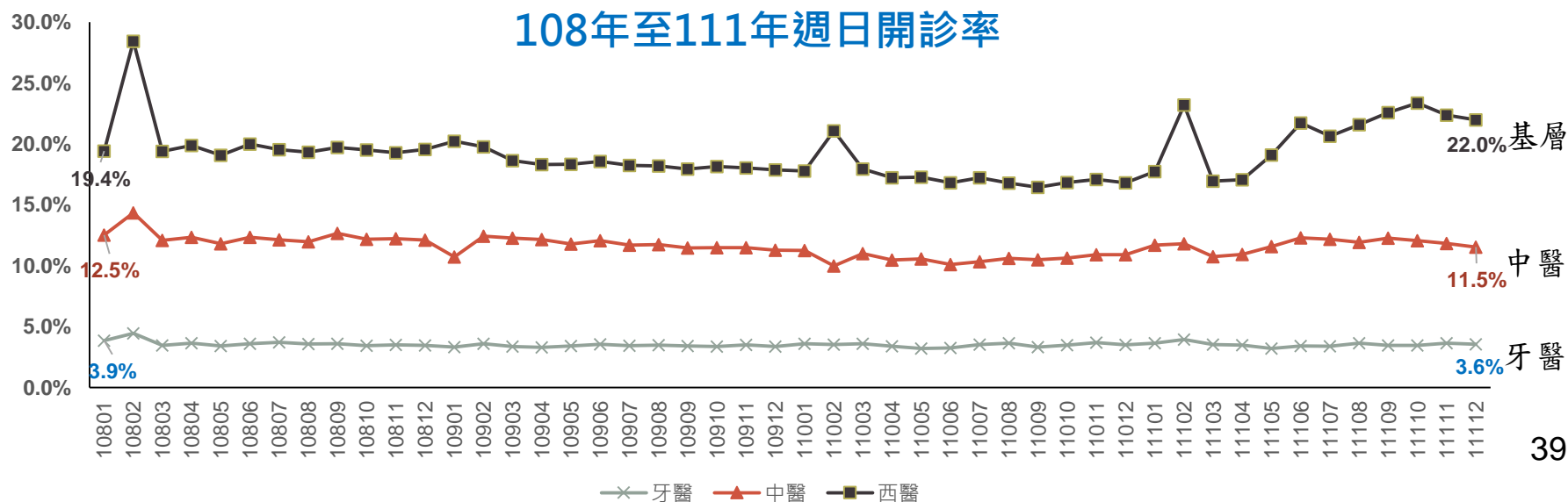
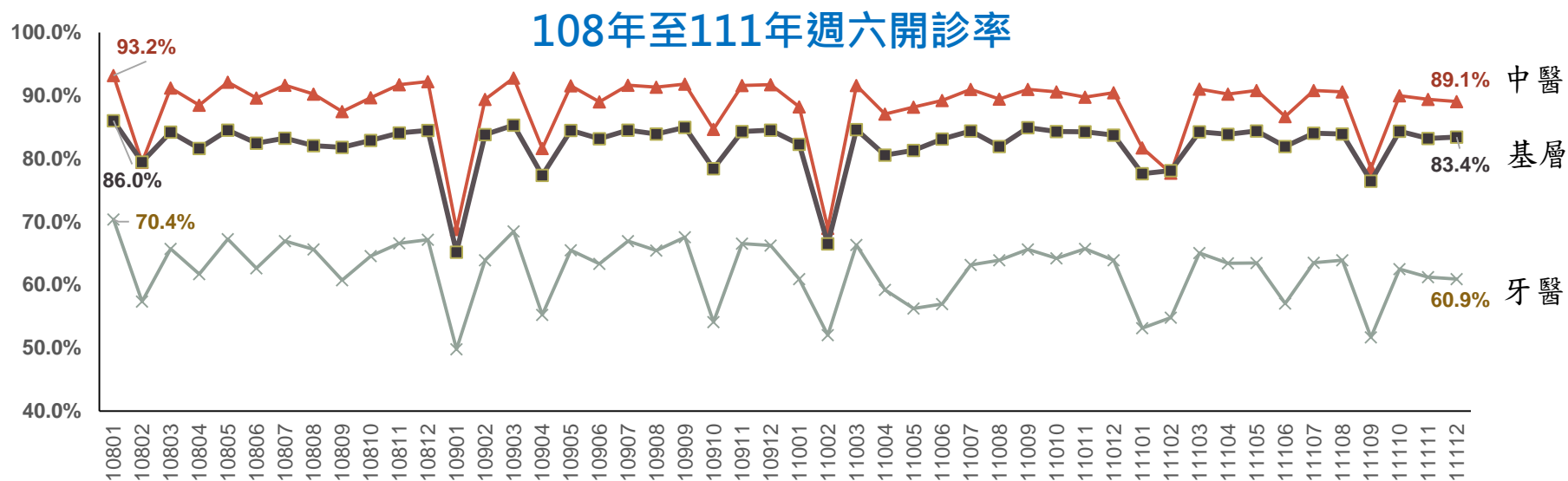
民眾就醫可近性-提升基層假日開診率

提高支付誘因

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

民眾就醫可近性

-西醫基層、中醫及牙醫診所假日開診率





執行概況—效率面



西醫部門

中醫部門

牙醫部門

推動Tw-DRGs

• 執行情形

年	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108~ 109	110~ 111
預算數(億元)	3.00	3.00	3.87	3.87	6.67	2.80	11.14	3.00	10.88	8.68	2.10
實際導入階段	1				2						
實際導入項目(項)	164				237						
導入項目占DRG費用比	28.6%				7.6%						
導入項目占住院費用比	16.7%				4.3%						

預計分5個階段導入，共1,068項。

1.100~102年因Tw-DRGs第2階段項目未導入，故預算未執行。

2.103年導入Tw-DRGs第2階段項目，併醫院總額一般服務費用結算3.87億元。

3.104年因Tw-DRGs第3階段項目未導入，預算尚未執行。

4.105年因Tw-DRGs第3-5階段項目未導入，預算尚未執行。

5.106年因Tw-DRGs第3階段項目尚未導入，預算尚未執行。

6.107年-**111年**因Tw-DRGs第3-5階段項目未導入，預算尚未執行。

Tw-DRGs之成效

年度 指標	已實施DRGs			待實施DRGs		
	110	111	變化 幅度	110	111	變化 幅度
3日內再急診率	1.9%	1.8%	↓0.1個百分點	3.8%	3.2%	↓0.6個百分點
14日內再住院率	3.6%	3.4%	↓0.2個百分點	14.2%	10.9%	↓3.3個百分點
住院日數	3.9	3.8	↓0.1天住院日數	12.7	11.0	↓1.7天住院日數
轉院率	0.7%	0.6%	↓0.1個百分點	2.6%	2.0%	↓0.6個百分點
急性心肌梗塞出院 後30內死亡率	9.8%	9.9%	↑0.1個百分點			

- 已規劃DRG雙軌制，將俟ICD-10-CM轉成2023年版後實施。

急重難之支付標準調整

提高住院基本診療支付條件

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

提高護理人員支付

- 105年
調升住院護理費7%-11.4%
- 106年
 - 偏鄉醫院住院護理費加成由3.5%調升為15%
 - 地區醫院住院護理費支付點數調升3.5%
- 107年
 - 提升加護病床護理費，調升5%
 - 全日平均護病比加成率由3%-14%調整為2%-20%
- 108年
急性一般及經濟病床住院護理費(含精神病床)調升3%
- 109年
 - 隔離病床護理費調升27.65%
 - 除慢性病床、經濟病床、隔離病床外，其餘病床護理費點數調升5%
 - 經濟病床(含精神)調升5%後，再調升其與急性一般病床護理費點數差值之50%。

急診保障措施

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

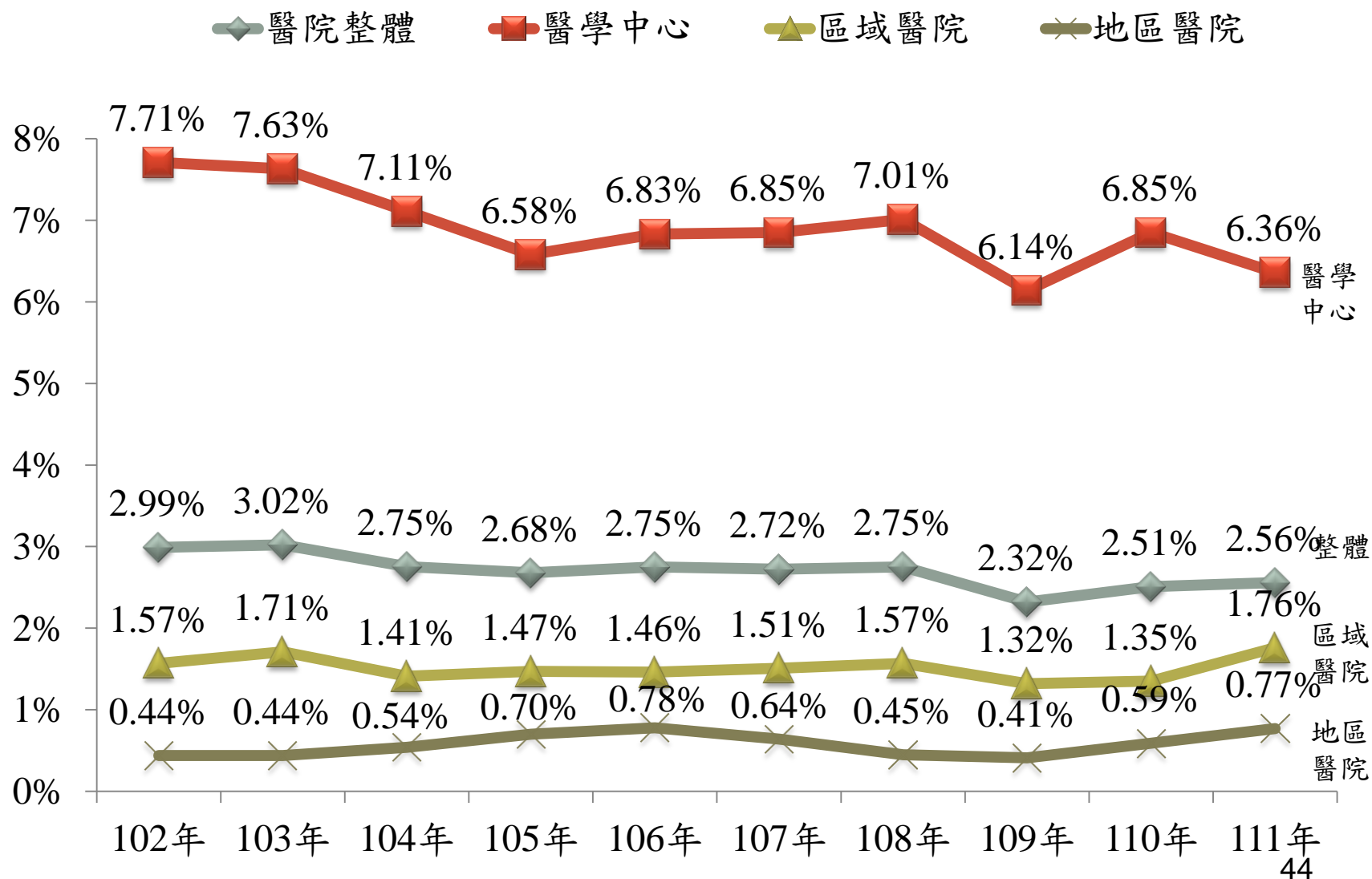
特定診療項目調整

- 106年
 - 調升手術及麻醉項目、生產支付標準、治療處置及檢驗檢查支付點數
 - 增修多重創傷及同一刀口執行多項手術之支付點數計算方式。
 - 將手術項目全面改為「提升兒童加成」
- 107年
調升創傷處理、手術/創傷處置及換藥及心肺甦醒術等11項特定處置項目支付點數
- 108年
 - 調升交腳皮瓣移植術等367項手術診療項目支付點數。
 - 調升一般高壓氧治療等47項治療處置診療項目支付點數。
 - 麻醉費調整為提升兒童加成項目(含麻醉恢復照護費及麻醉前評估)
- 109年
 - 調升400項急重難症支付標準點數及4項亞急性呼吸照護病床及2項慢性呼吸照護病房論日計酬支付點數，調幅介於0.5%-80%

註:110及111年醫院總額未協定以「醫療服務成本及人口因素成長率」增加金額之調用於支付標準之調

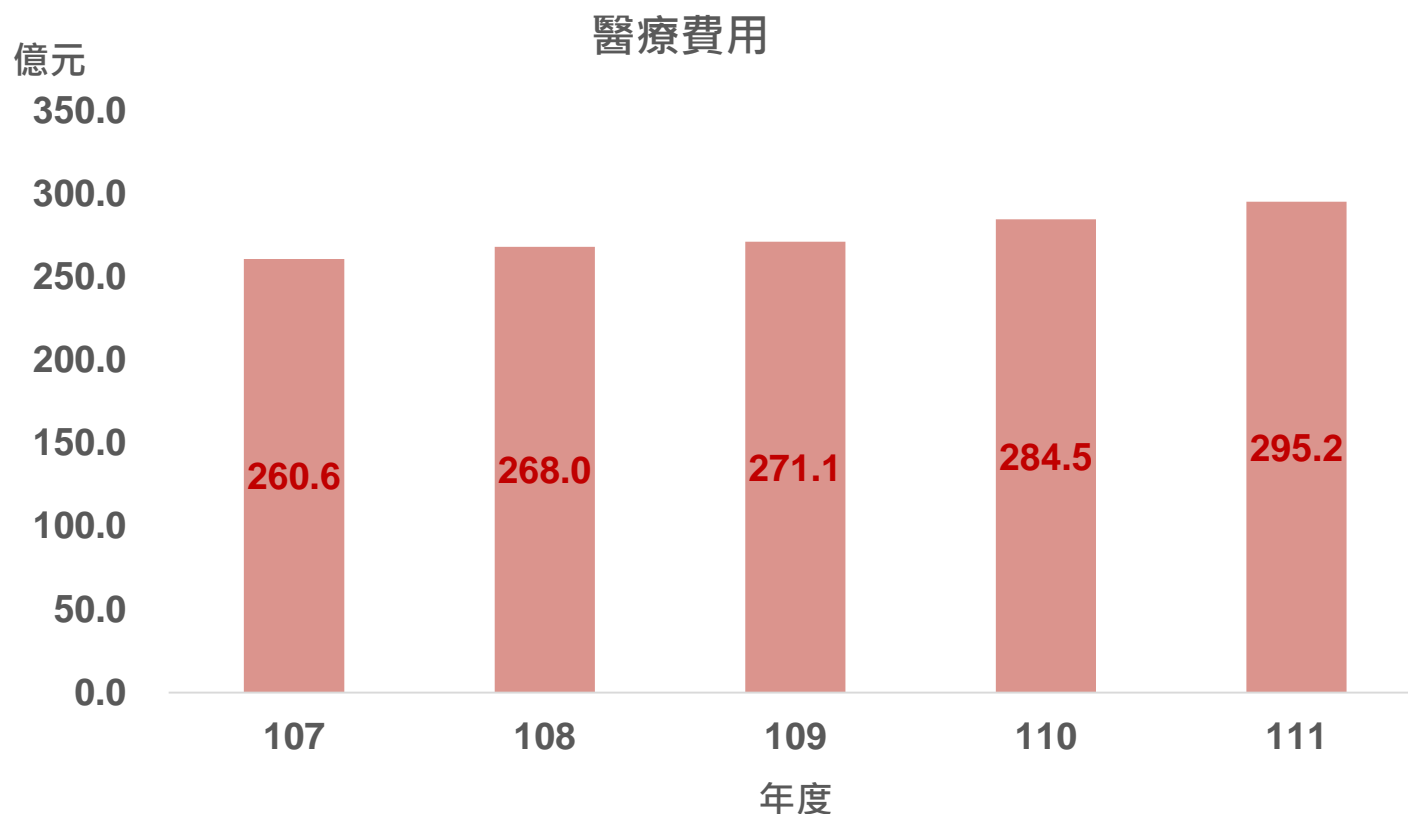
急診滯留超過24小時比率

-健保監理指標



呼吸器依賴病人醫療利用

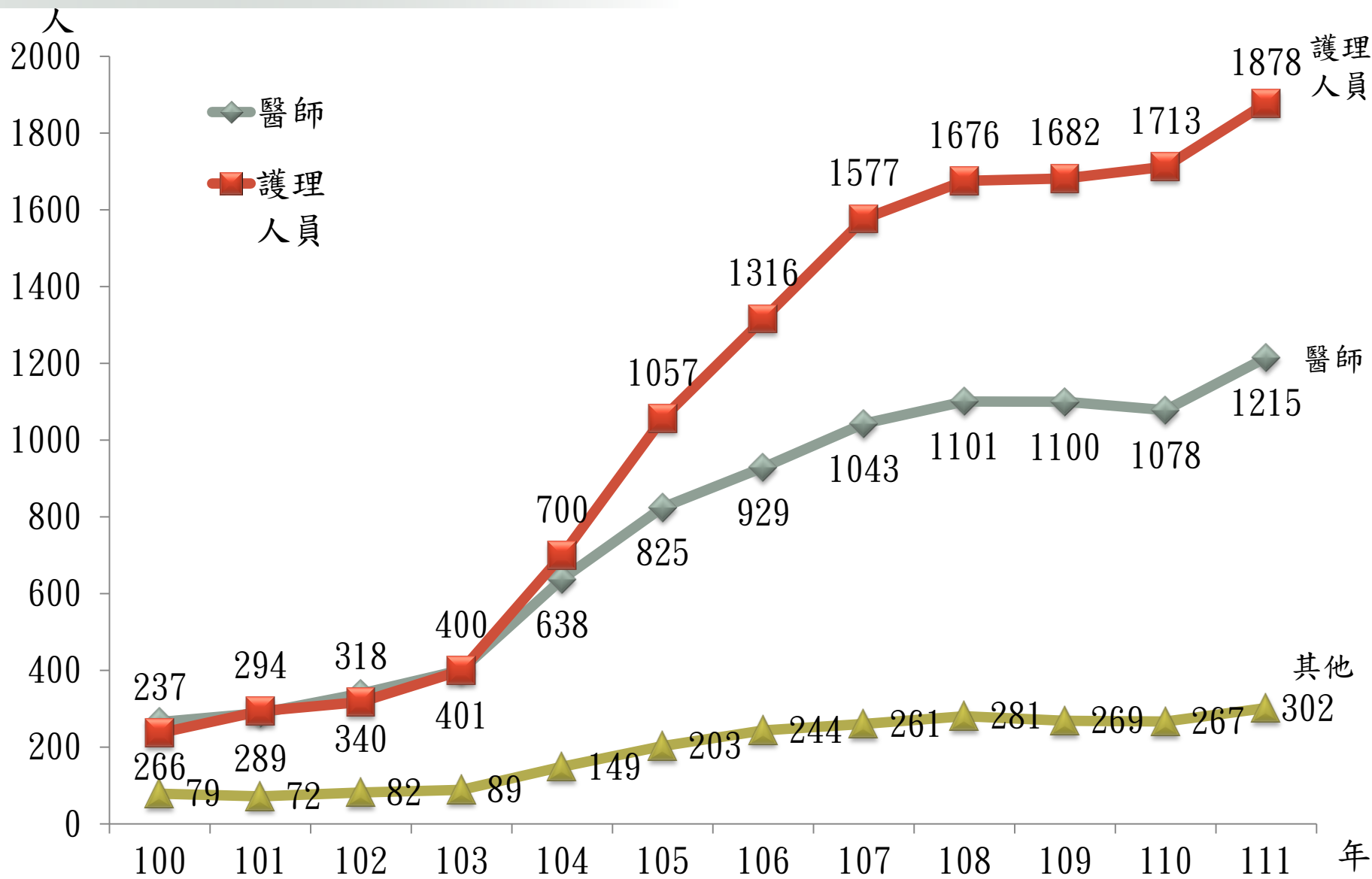
呼吸器依賴患者住院費用(含ICU,RCC,RCW)



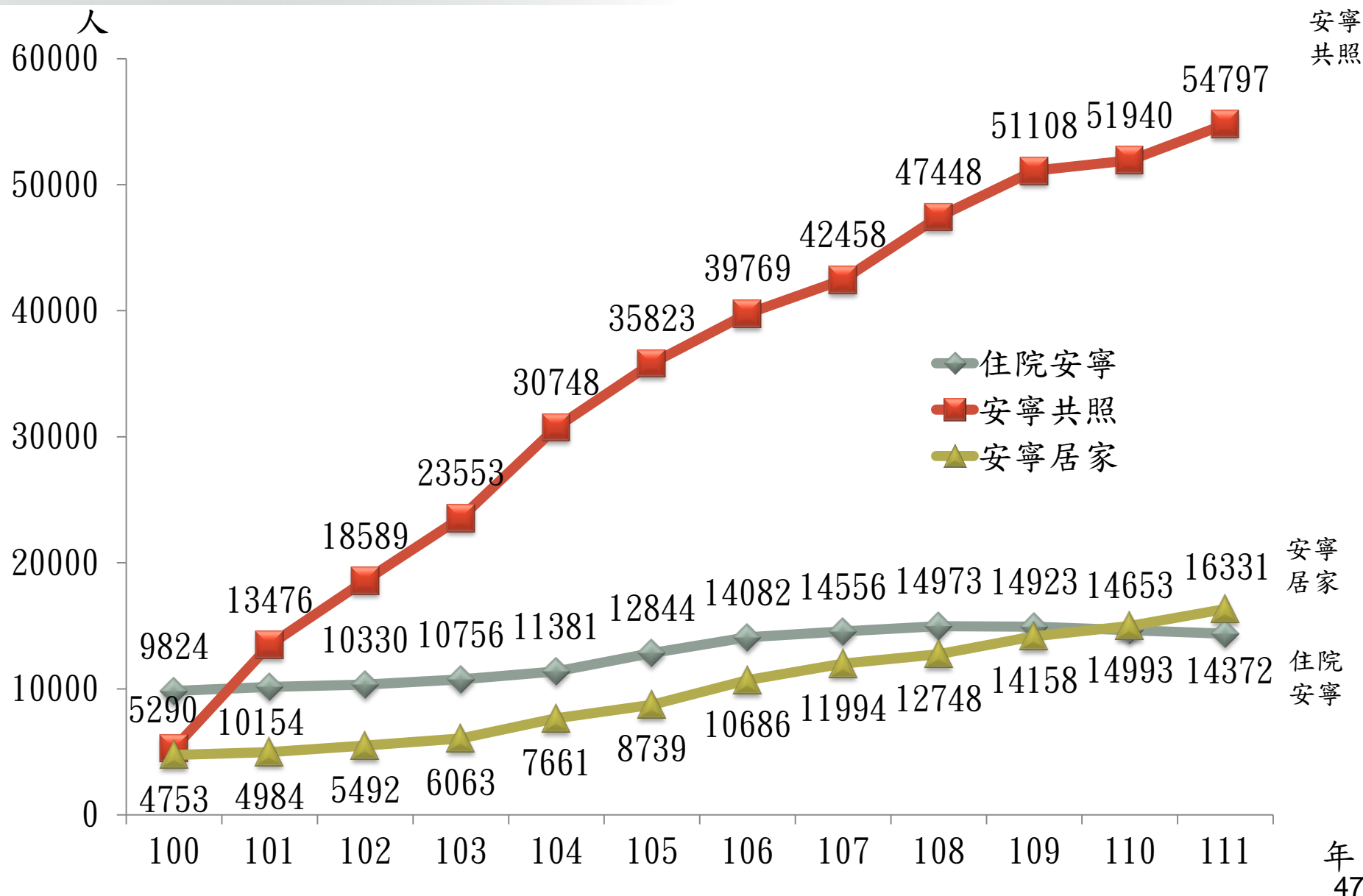
註

- 1.資料來源：健保三代倉儲資料。
- 2.呼吸器依賴患者，係指該年度某段申報資料中呼吸器使用天數超過21天者，當年度中之新個案，申報57023B未申報57001B或57002B者不列入。
- 3.住院費用含病患住院當時之疾病治療處置費、手術費、檢查費、藥費、診察費及病房費等。

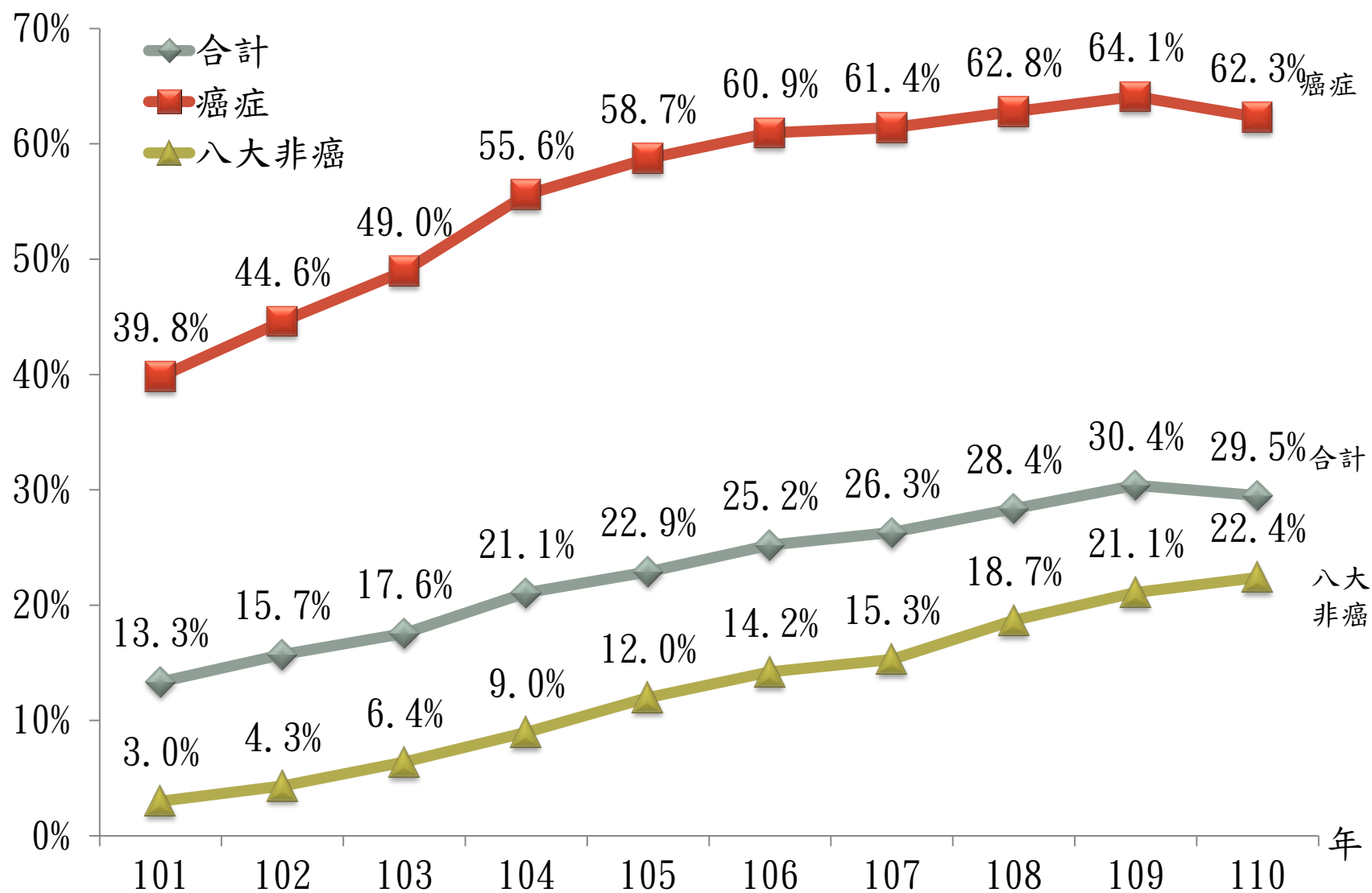
推廣安寧療護-供給面



安寧療護推動成效-服務人數



病人死亡前1年接受安寧療護之比率



護理人力之現況與改善情形

各層級醫院全日平均護病比達特定加成率概況

110年各特約類別全日平均護病比達特定加成率概況

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

111年各特約類別全日平均護病比達特定加成率概況

護病比加成率	醫學中心			區域醫院			地區醫院		
	護病比範圍	申報月次	占率	護病比範圍	申報月次	占率	護病比範圍	申報月次	占率
20%	< 7.0	128	42.7%	< 10.0	823	78.8%	< 13.0	3,552	86.5%
17%	7.0-7.4	105	35.0%	10.0-10.4	79	7.6%	13.0-13.4	74	1.8%
14%	7.5-7.9	49	16.3%	10.5-10.9	51	4.9%	13.5-13.9	57	1.4%
5%	8.0-8.4	18	6.0%	11.0-11.4	26	2.5%	14.0-14.4	40	1.0%
2%	8.5-8.9	0	0.0%	11.5-11.9	57	5.5%	14.5-14.9	47	1.1%
無加成	> 8.9	0	0.0%	> 11.9	8	0.8%	> 14.9	45	1.1%
未填或護病比為0								290	7.1%
總計月次		300			1,044			4,105	

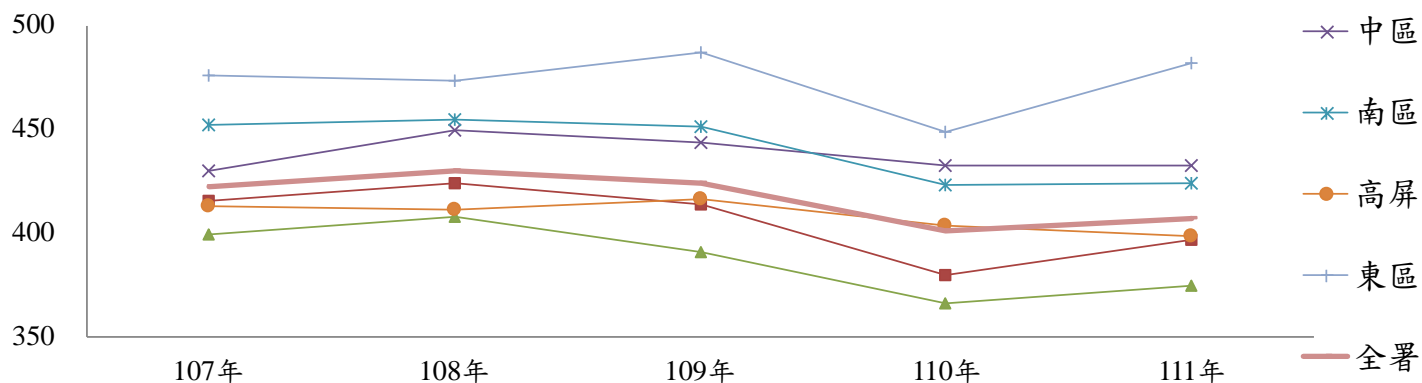
血液、腹膜透析病人住院率

負向指標

單位：人次/千人

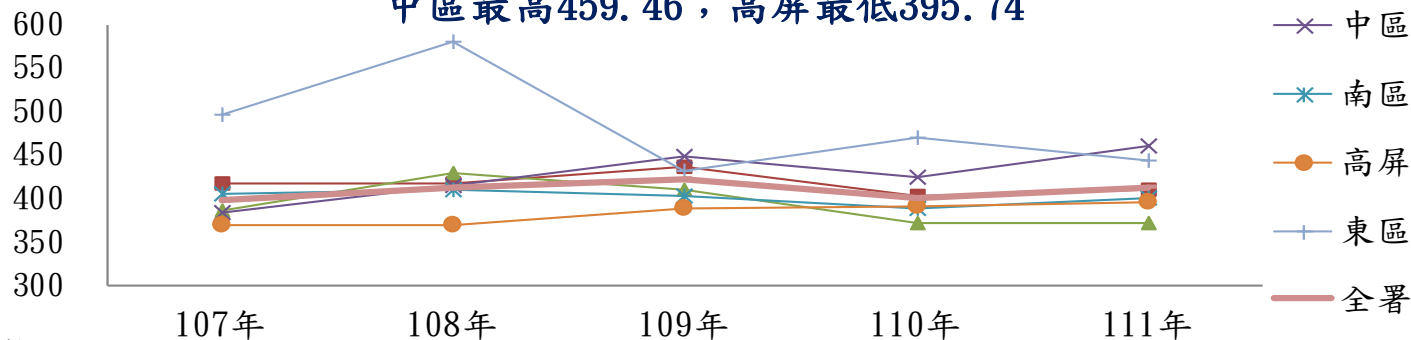
血液透析

111年全署為406.41
東區最高481.32；北區最低374.65



腹膜透析

111年全署為412.03
中區最高459.46；高屏最低395.74

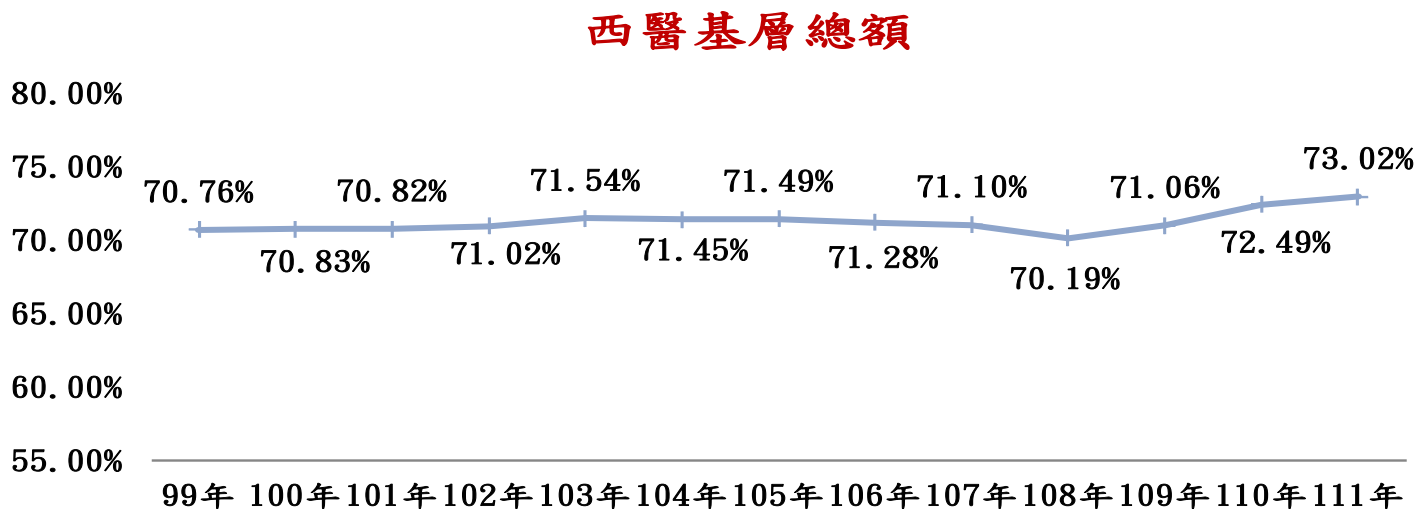
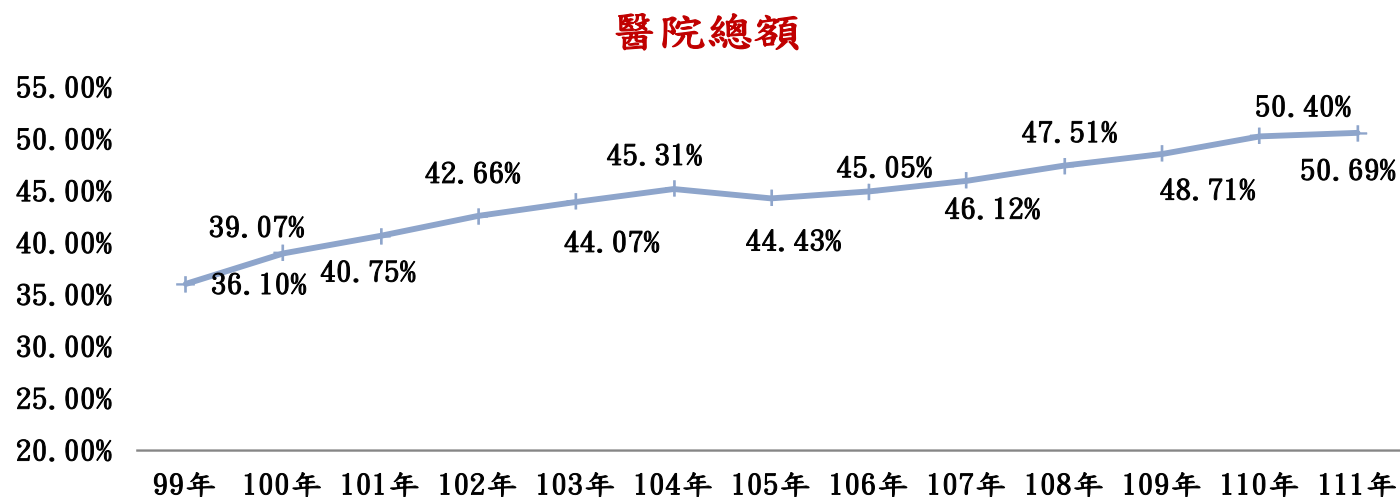


備註：

1.資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統（DA代號：3075、3076）

2.製表日期：112年5月18日。

慢性病開立慢性病連續處方箋百分比

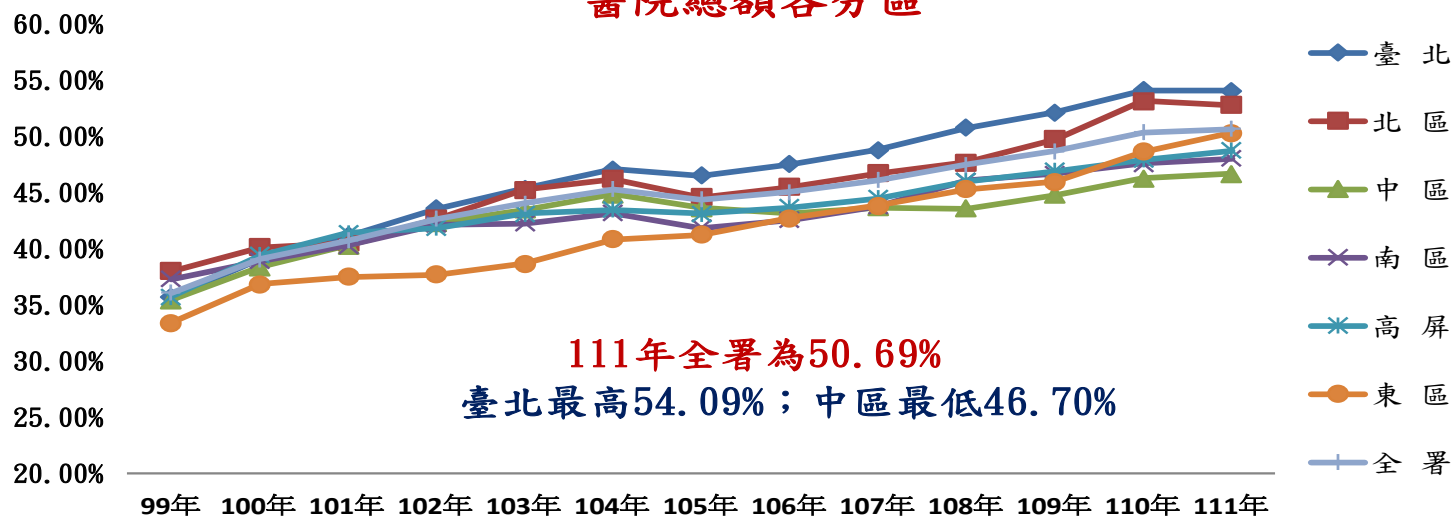


備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1318、223)。

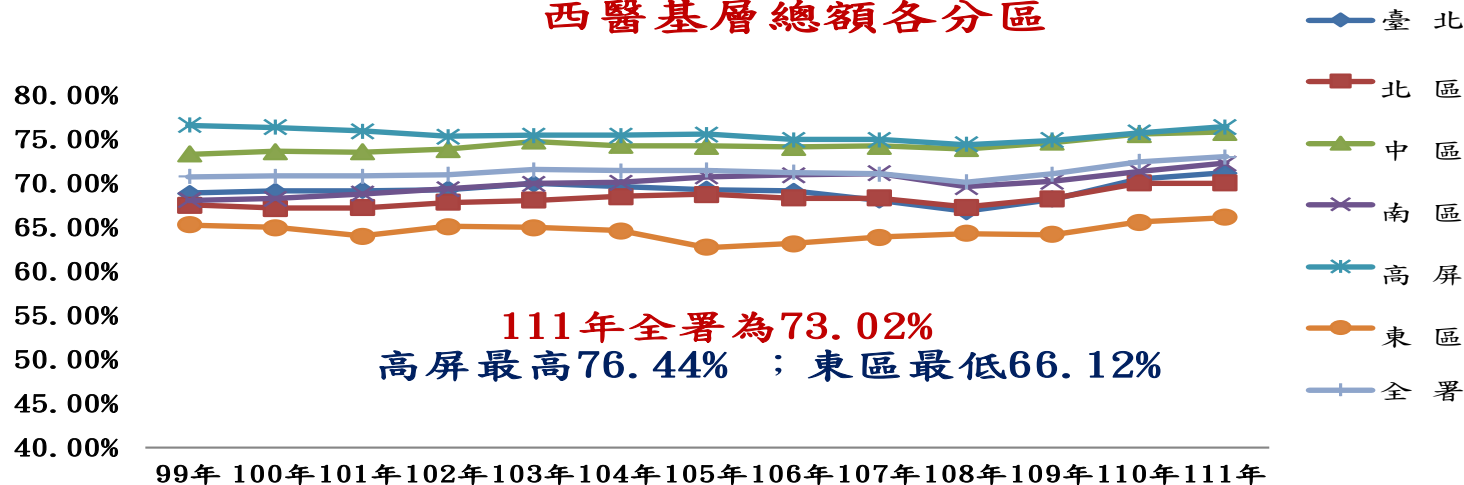
製表日期:112年5月22日

慢性病開立慢性病連續處方箋百分比

醫院總額各分區



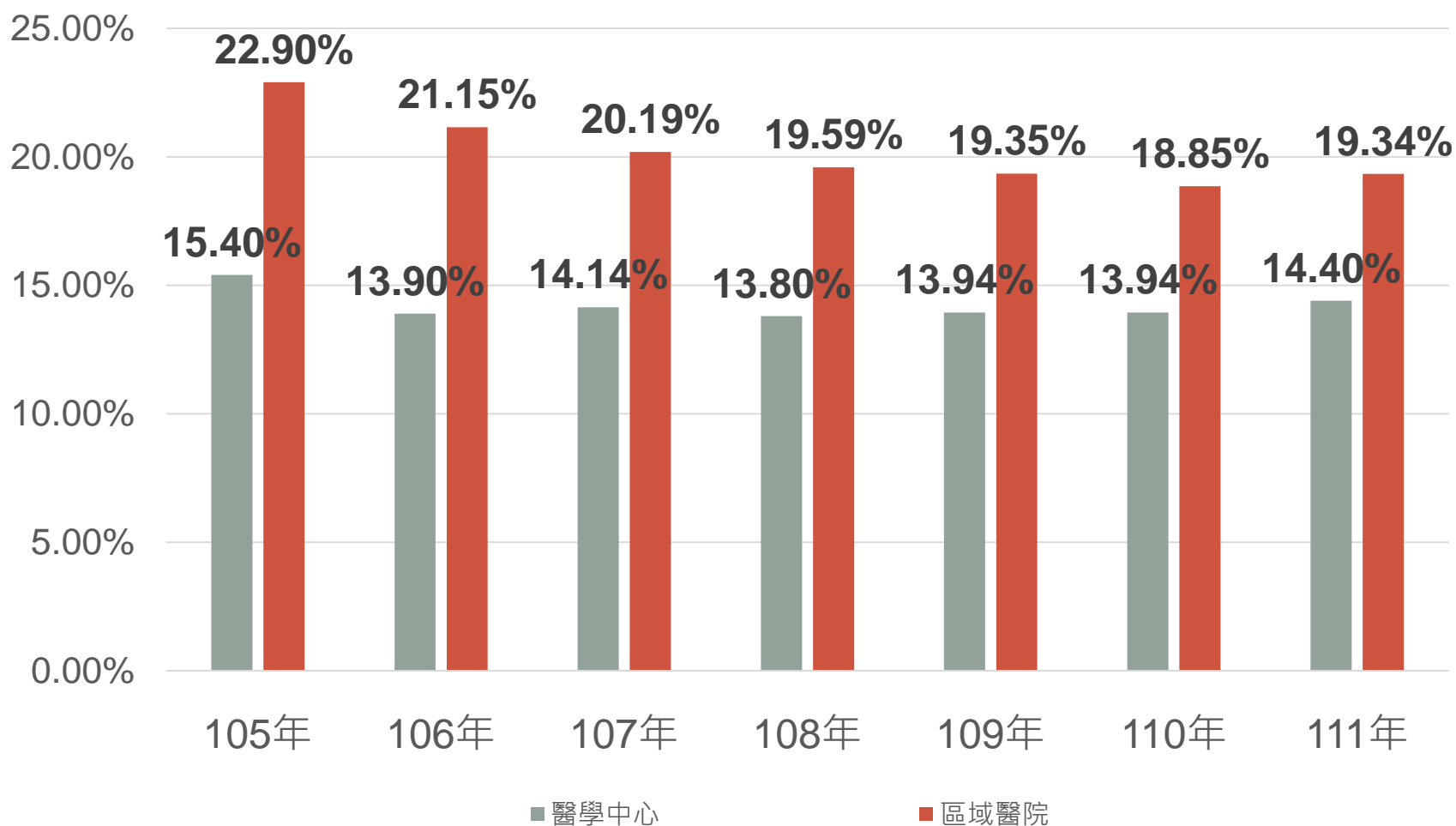
西醫基層總額各分區



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1318、223)。

製表日期:112年5月22日

105-111年醫學中心及區域醫院門診初級照護之次數占率





執行概況—效率面



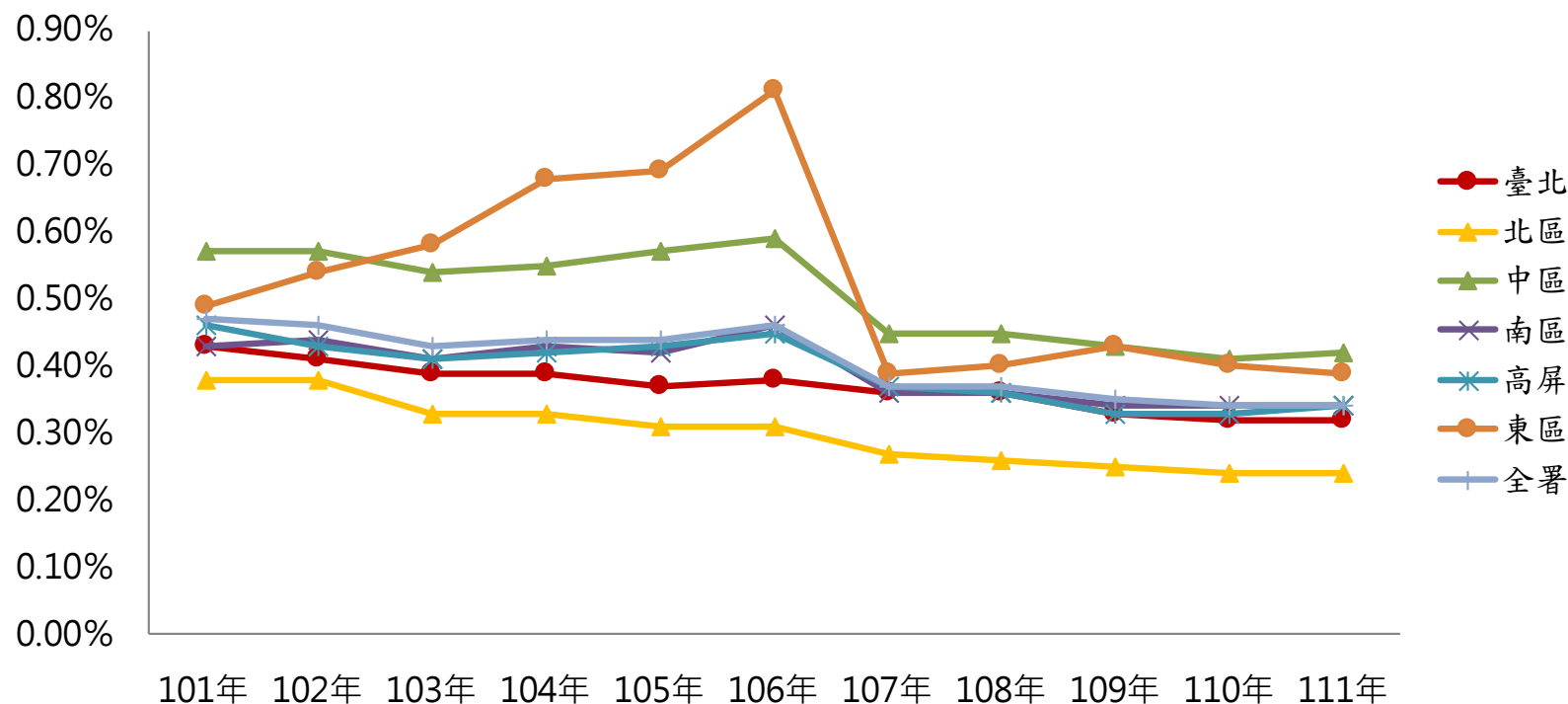
西醫部門

中醫部門

牙醫部門

中醫門診後隔日再次就診中醫之比率

111年全署為0.34%
中區最高0.42%，北區最低0.24%

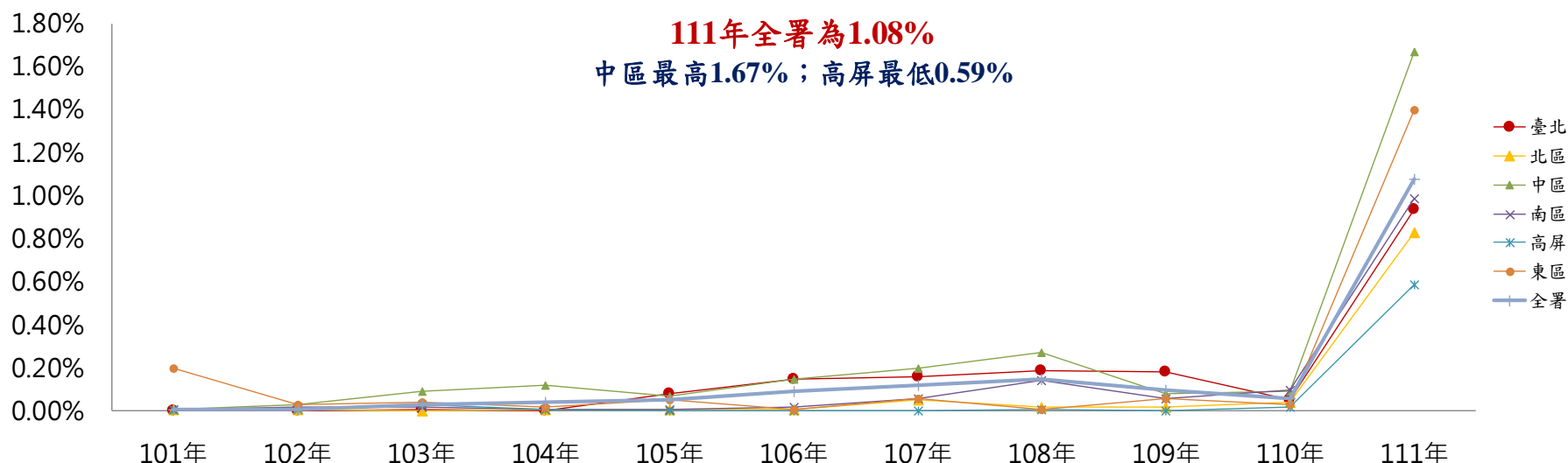


備註：

1.資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統（DA代號：237）

2.製表日期：112年5月25日

中醫同院所針傷科處置次數每月大於15次之比率



備註：

1.資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統（DA代號：839）

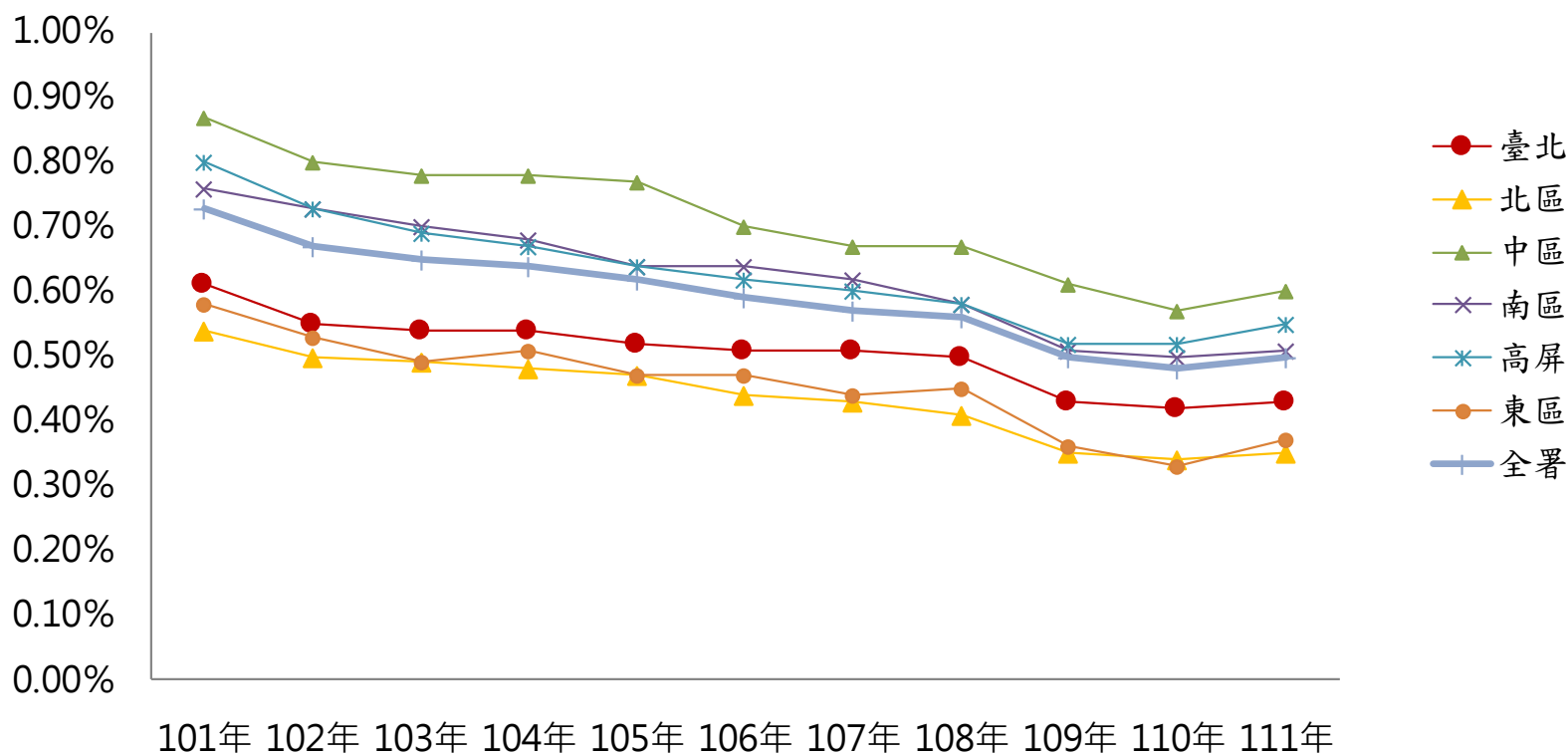
2.製表日期：112年5月25日

3. 中醫111年總額協商結果，為提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護調整支付標準，品質確保方案之專業品質指標配合修訂為「中醫同院所針傷科處置次數每月大於20次之比率」，惟因全民健康保險醫療品質資訊公開辦法尚未修訂完成，爰仍對外公開原指標結果。111年「中醫同院所針傷科處置次數每月大於20次之比率」結果如下：

年度	資料	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全署
111年	針傷科處置大於20次以上之次數總和	292	110	372	45	100	18	937
	總針傷科處置次數(千次)	6,885.39	2,204.19	5,613.69	2,853.49	3,611.72	511.53	21,680.02
	於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率	0.00%	0.00%	0.01%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%

中醫門診處方用藥日數重疊二日以上之比率

111年全署為0.50%
中區最高0.60%；東區最低0.37%



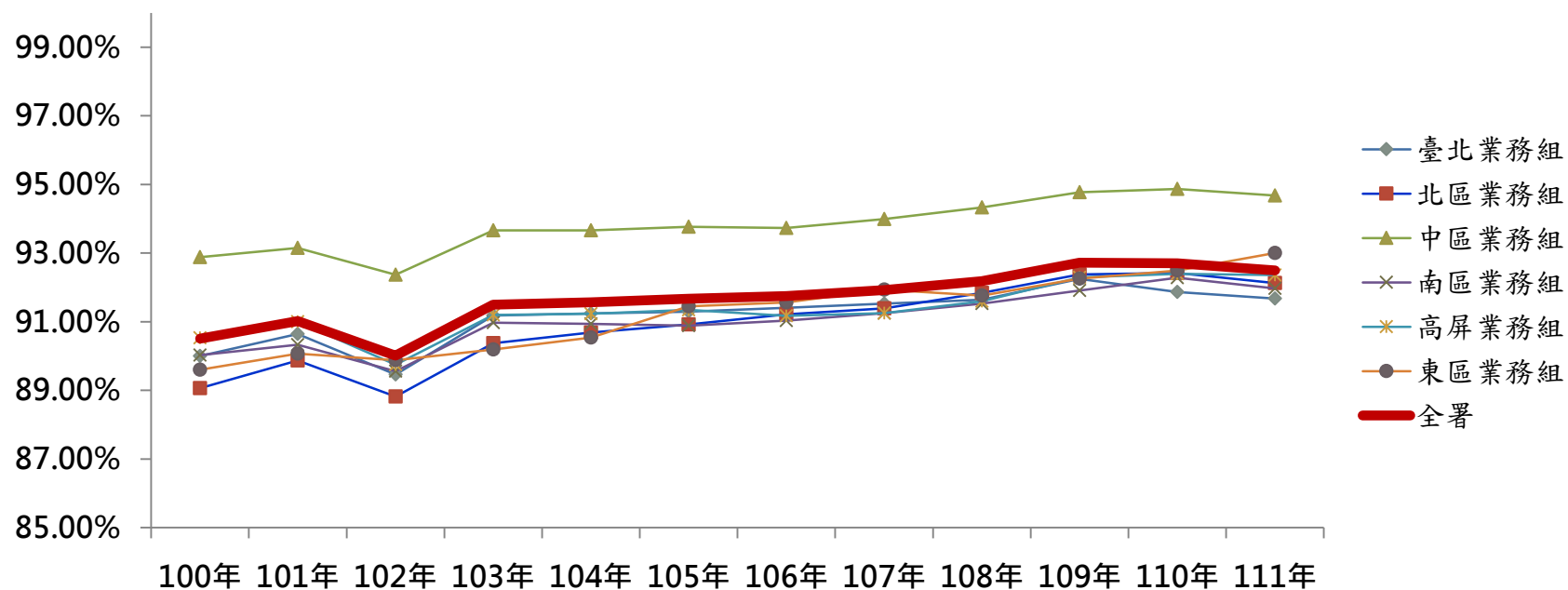
備註：

1.資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統（DA代號：82）

2.製表日期：112年5月25日

牙醫同院所九十日以內根管治療完成率

111年全署為92.5%
中區最高94.68%；臺北區最低91.68%



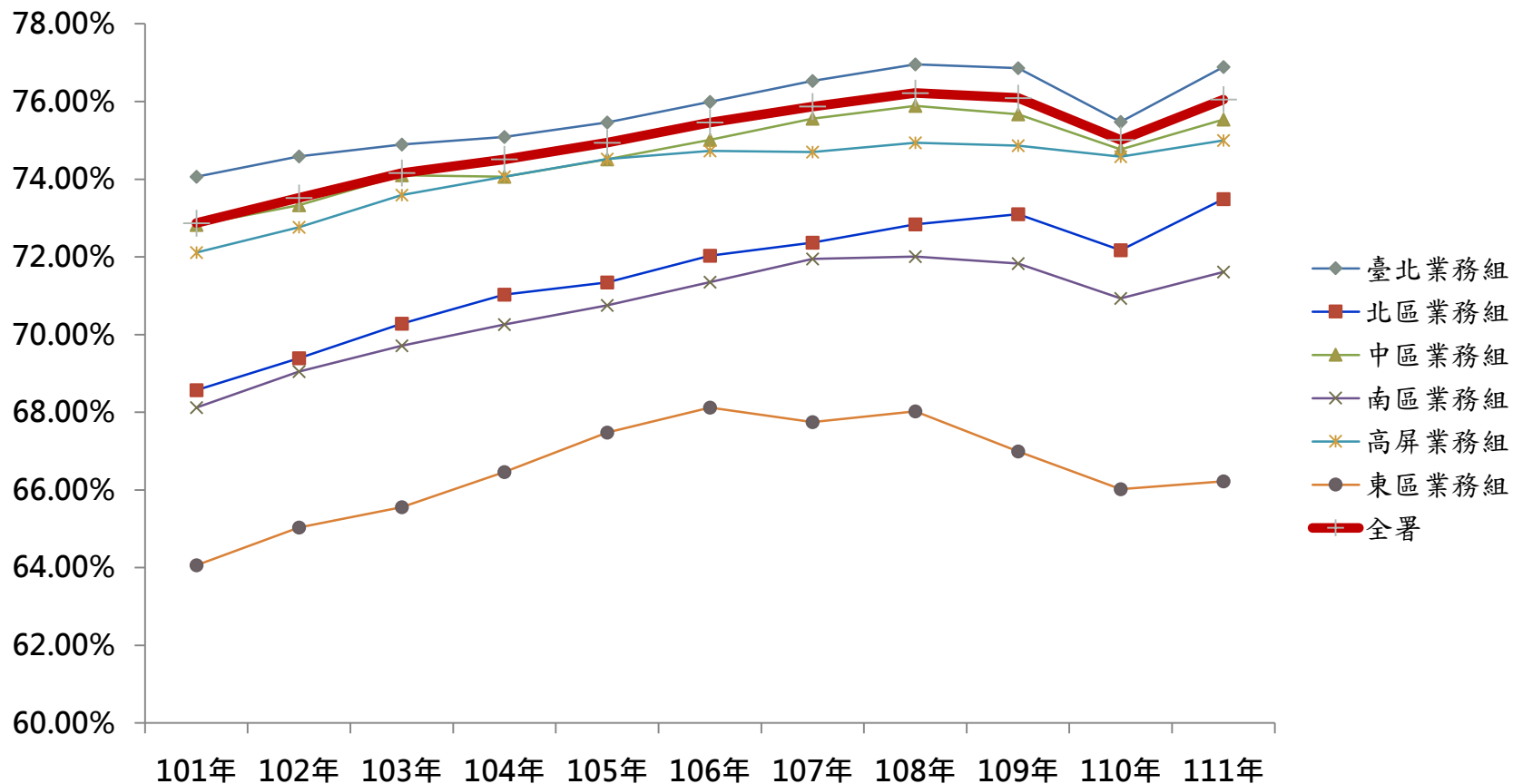
備註：

1. 資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號：227)。

2. 製表日期：112年5月25日

牙醫13歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率

111年全署為76.05%
臺北區最高76.89%；東區最低66.22%



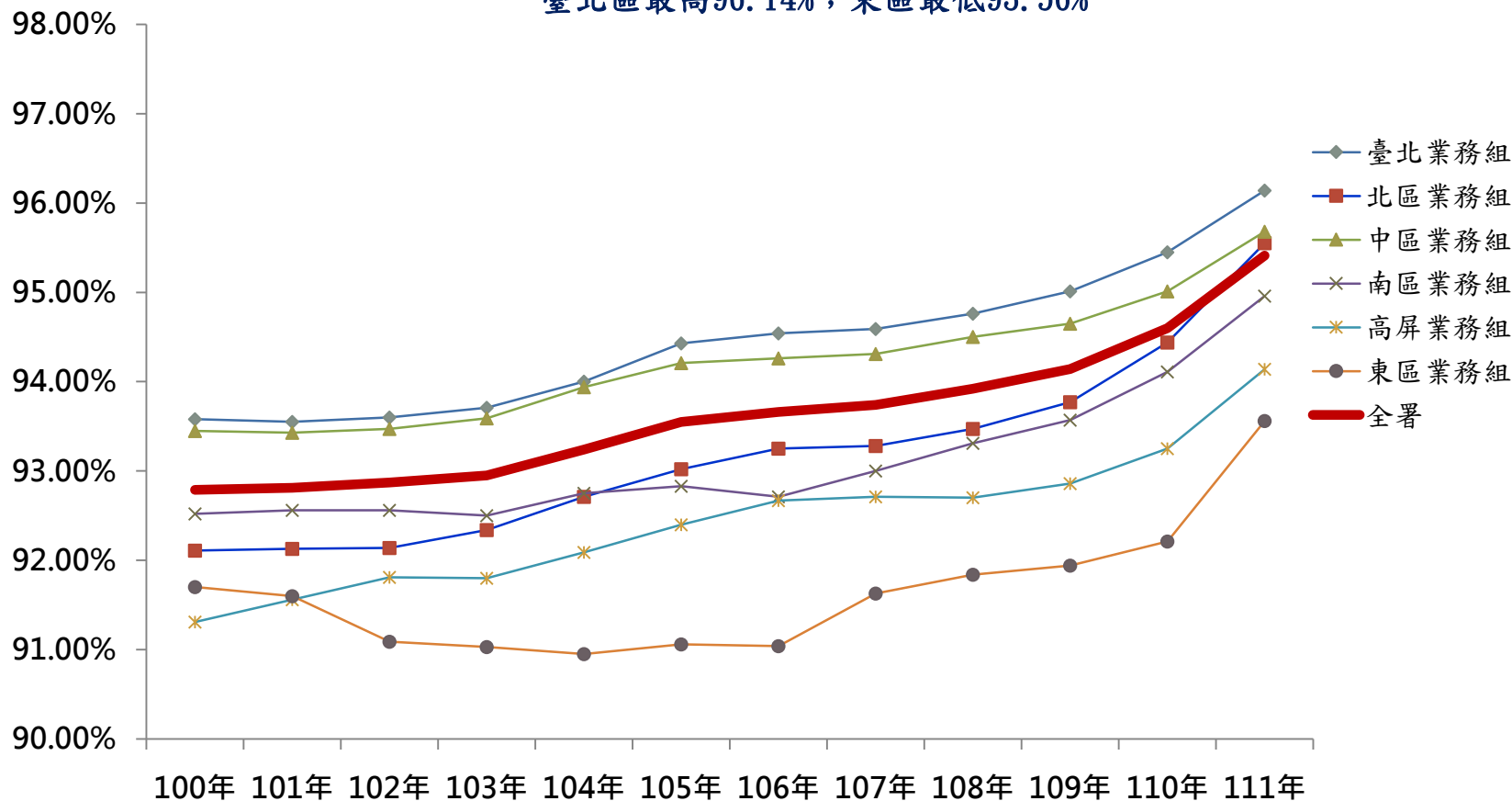
備註：

1.資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號：228、1805)。

2.製表日期：112年5月25日

牙醫保險對象牙齒填補保存率-二年以內

111年全署為95.41%
臺北區最高96.14%；東區最低93.56%

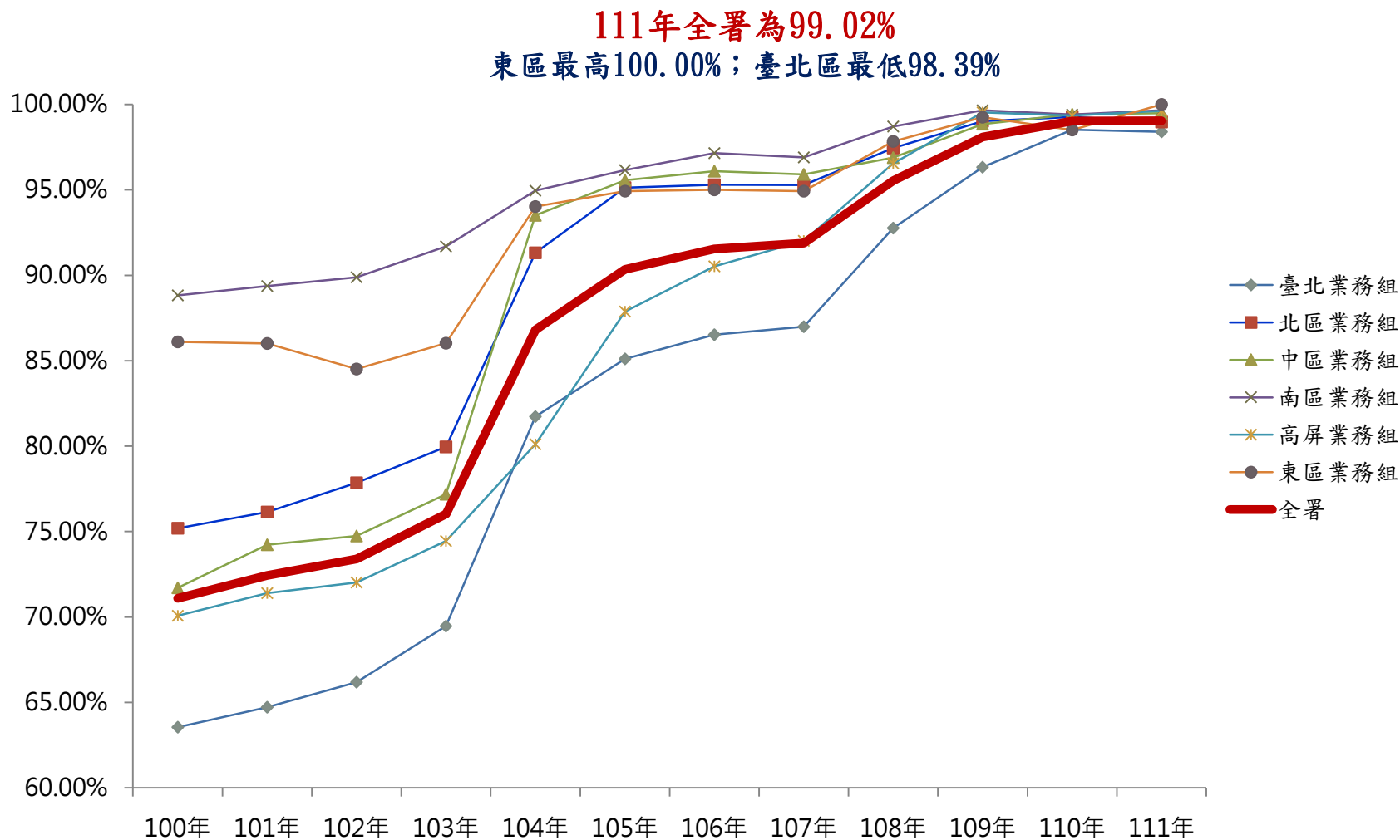


備註：

1. 資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號：226)。

2. 製表日期：112年5月25日

牙醫院所加強感染管制診察費申報率



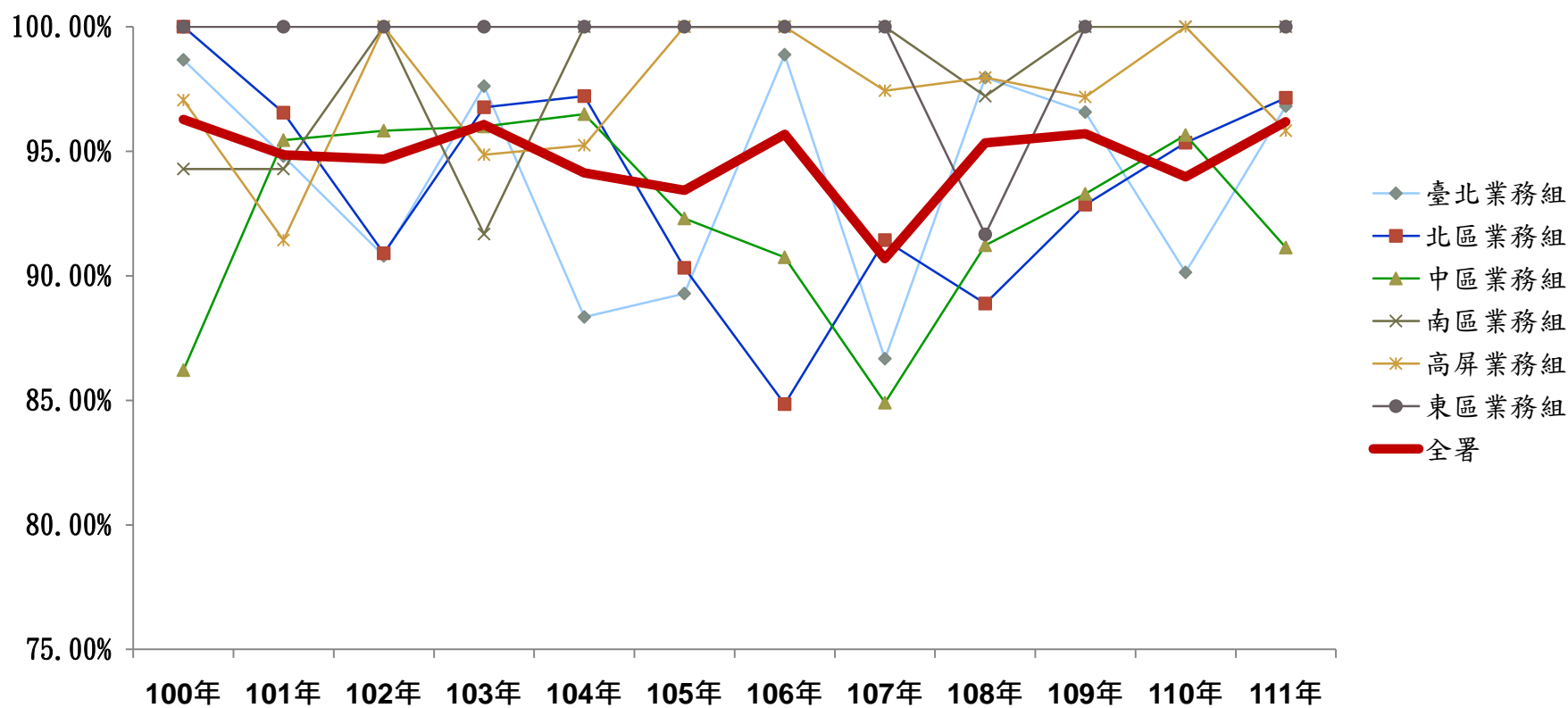
備註：

1.資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號：813、814)。

2.製表日期：112年5月25日

牙醫執行加強感染管制診察費院所查核合格率

111年全署為96.19%
東區最高100.00%；中區最低90.14%



備註：資料來源：中華民國牙醫師公會全國聯合會。

製表日期：112年5月25日

四

執行概況—效果面



品質公開辦理情形

品保款辦理情形

滿意度調查

民眾申訴管道及處理

醫療品質公開網 各總額機構別 網頁優化改版

現行網頁



規劃優化網頁



➤ 各總額機構別：醫院總額、西醫基層總額、中醫門診總額、牙醫門診總額、門診透析及特約藥局。

➤ 網頁優化重點：

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

➤ 優化時程：

1. 111年4月底已完成疾病別。
2. 預計112年12月完成各總額機構別、整體性及專業版網頁優化。

目前醫療品質資訊公開項數及辦理情形

指標性質/ 項數	醫院 總額	西醫 基層	牙醫 總額	中醫 總額	透析 總額	特約 藥局	合計
1. 整體性指標	32	24	14	5	30	0	105
2. 機構別指標	40	31	20	8	17	1	117
合計	72	55	34	13	47	1	222

機構別指標-疾病別

疾病 別	糖尿 病	人工膝 關節手 術	子宮肌 瘤手術	消化 性潰 瘍	氣喘 疾病	急性心 肌梗塞	鼻竇 炎	腦中 風	慢性 腎臟 病	人工髖 關節手 術	合計
項數	5	3	4	2	5	19	5	3	4	3	53

- 按季、按年公開各總額整體性醫療服務品質資訊，目前已公開至111年第4季季報及110年年報。
- 按季公開各醫療院所醫療服務品質資訊，目前已公開至111年第4季。
- 截至112年5月18日，專區上網瀏覽累積達818萬人次。

醫院總額品質保證保留款實施方案

110、111年

層級別	1. 基本獎勵占比	2. 指標獎勵占比	
醫學中心	10%	90%	19項指標，達成項數最高以10項計算。 (110-111年同)
區域醫院	15%	85%	110年：21項指標，達成項數最高以9項計算。 111年：21項指標，公式一(55%)，達成項數最高以9項計算；公式二(3%)，達成項數最高以10項計算。
地區醫院	60%	40%	23項指標； 診療科別為5科(含)以上且病床數達200床者，達成項數最高以9項計算；其餘最高以5項計算。(110-111年同)

西醫基層總額品質保證保留款實施方案

項次	指標項目	指標		年度權重(%)	
		110年	111年	110年	111年
1	診所月平均門診申復核減率	V	V	20	20
2	診所之每位病人年平均就診次數	V	V	20	20
3	個案重複就診率	V	V	20	20
4	健保卡處方登錄差異率	V	V	20	20
5	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率	V	V	20	20
6	藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率	V	V	2	2
7	藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率	V	V	2	2
8	藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率	V	V	2	2
9	糖尿病病患糖化血紅素(HBA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率	V	V	5	5
10	初期慢性腎臟病eGFR執行率	V	V	2	2
11	檢驗(查)結果上傳率	V	V	2	2
	權重合計			最高以 100%計算	最高以 100%計算

1. 前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數大於80%，則依權重和由高至低排序，取前80%之診所核發品質保證保留款。
2. 108年品保款中之「無障礙就醫環境」獎勵指標(3%)，因全聯會與衛生福利部對於「診所無障礙環境合格標準」未達共識，爰未計算該項分數。

牙醫總額品質保證保留款實施方案

核發項目	年度	110年		111年	
	適用層級別	醫院	基層	醫院	基層
政策指標	1. 65歲(含)以上老人恆牙牙冠2年內自家再補率	20%	20%	20%	20%
	2. 4歲以上自家乳牙545天再補率	20%	20%	20%	20%
	3. 恆牙根管治療	20%	20%	20%	20%
	4. 全口牙結石清除	10%	10%	10%	10%
專業獎勵	1. 牙周病顧本計畫	3%	3%	3%	3%
	2. 牙周病統合照護品質	15%	15%	15%	15%
	3. 口腔癌篩檢	10%	-	10%	-
	4. 每月完成門診時間網路登錄且週日或國定假日有提供牙醫醫療服務	-	3%	-	3%
	5. 月平均初核核減率	-	5%	-	5%
	6. 特殊醫療服務計畫	2%	4%	2%	4%
獎勵加計	7. 口腔癌篩檢、戒菸治療服務	-	-	-	2%
核算基礎小計		100%	100%	100%	102%

◆ 上述三項獎勵項目之核算基礎總計以100%為上限

中醫總額品質保證保留款實施方案

核發原則/ 核算基礎	指標項目	年度(加計權重%)	
		110年	111年
政策獎勵	1. 於中醫資源不足地區改善方案列示無中醫地區新開業	+100%	+100%
	2. 從事教學研究且績效卓著之中醫院所	+10%	+10%
	3. 鼓勵當年度周日開診超過30天(45天)者	+10% (+20%)	+10% (+20%)
	4. 中醫門診特約醫事服務機構查詢健保雲端藥歷系統，查詢率>20%者，依核算基礎 (A)加計5%	+5%	+5%
	5. 參加即時查詢病患就醫資訊方案	+5%	+5%
	6. 每月完成門診時間網路登錄VPN	+10%	+10%
核發原則/ 核算基礎	指標項目	年度(減計權重%)	
		110年	111年
專業獎勵	1. 中醫師未依全聯會修滿繼續教育點數(每年20點)	申報點數不列入核算基礎	
	2. 同院所同患者同月就診8次以上超過80百分位	-20%	-20%
	3. 同日重複就診率超過80百分位	-10%	-10%
	4. 7日內處方用藥日數重複2日以上之比率超過80百分位	-10%	-10%
	5. 中醫門診院所當年度申報中醫一般案件、中醫慢性病、中醫慢性病連續處方調劑及過敏性鼻炎照護計畫，屬慢性病給藥七天以上之件數占率為3%以下者	-10%	-10%

註：106年起各院所參與品保款之核算基礎為其申報費用之60%。

慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫

指標項目	血液透析		腹膜透析	
	目標值	配分	目標值	配分
1.血清白蛋白(Albumin ≥ 3.5 gm/dl(BCG或3.0gm/dl(BCP)	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 75\%$	每季4分 (共16分)	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 70\%$	每季4分 (共16分)
2-1.URR $\geq 65\%$	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 95\%$	每季4分 (共16分)	--	--
2-2.Weekly Kt/V ≥ 1.7	--	--	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 70\%$	每半年8分 (共16分)
3.Hb > 8.5 g/dL	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 90\%$	每季4分 (共16分)	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 80\%$	每季4分 (共16分)
4.鈣磷乘積小於60 mg ² /dL ²	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 80\%$	每半年8分 (共16分)	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 75\%$	每半年8分 (共16分)
5.B型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率	(A)平均每月透析病人數50人以上之院所：受檢率 $\geq 90\%$ 且轉陽率 $\leq 2.0\%$	8分(年)	受檢率 $\geq 90\%$	8分(年)
	(B)平均每月透析病人數50人(含)以下之院所：受檢率 $\geq 90\%$ 且轉陽率 $\leq 3.5\%$			
6.C型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率	(A)平均每月透析病人數50人以上之院所：受檢率 $\geq 90\%$ 且轉陽率 $\leq 2.0\%$	8分(年)	受檢率 $\geq 90\%$	8分(年)
	(B)平均每月透析病人數50人(含)以下之院所：受檢率 $\geq 90\%$ 且轉陽率 $\leq 3.5\%$			
7.建立對新病人透析治療模式選擇之充分告知機制	100%	10分(年)	100%	10分(年)
8.55歲以下透析病人移植登錄率	移植登錄率 $\geq 5\%$	10分(年)	移植登錄率 $\geq 5\%$	10分(年)

品保方案核發情形

項目	110年						111年初步結算					
	預算 百萬元	核發			不核發		預算 百萬元	核發			不核發	
		家數	金額 百萬元	家數 占率	不核發 分數	家數		家數	金額 百萬元	家數 占率	不核發 分數	家數
醫院	1,269	469	1,269	100%	-	1	1,319	468	1,319	99.4%	-	3
西醫基層	221	7,952	221	73.6%	-	2,848	225.5	7,752	225	70.8%	-	3,204
中醫	47.4	3,042	47.4	74.7	-	1,033	49.3	2,844	49.3	68.9	-	1,286
牙醫	204	6,249	204	88%	-	891	207	6364	207	88%	-	827
透 血液透析	45	553	42	76%	<70或 無指標 分數	176	45	532	42	72%	<70或 無指標 分數	208
析 腹膜透析		91	3	78%		26		74	3	63%		41

醫院總額核發情形之分布

年度	層級	家數	符合核發醫院									不核發 家數	
			基本獎勵						指標獎勵				
			參與學會指標計畫			地區醫院品質精進獎勵 (註2)							
			核發 家數	金額 百萬元	家數 占率	核發 家數	金額 百萬元	家數 占率	核發 家數	金額 百萬元	家數 占率		
110年	醫學中心	19	19	54	100.0%	-	-	-	19	482	100.0%	0	
	區域醫院	81	81	73	100.0%	-	-	-	81	412	100.0%	0	
	地區醫院	第一組	53	51	85	96.2%	-	-	-	53	53	100.0%	0
		第二組	317	219	65	69.1%	-	-	-	316	46	99.7%	1
	合計	470	370	276	78.7%	-	-	-	469	993	99.8%	1	
111年初 步結算	醫學中心	19	19	56	100.0%	-	-	-	19	500	100.0%	0	
	區域醫院	81	80	75	98.8%	-	-	-	81	425	100.0%	0	
	地區醫院	第一組	54	52	92	96.3%	-	-	-	54	58	100.0%	0
		第二組	317	218	66	68.8%	-	-	-	314	48	99.1%	3
	合計	471	369	289	78.3%	-	-	-	468	1,030	99.4%	3	

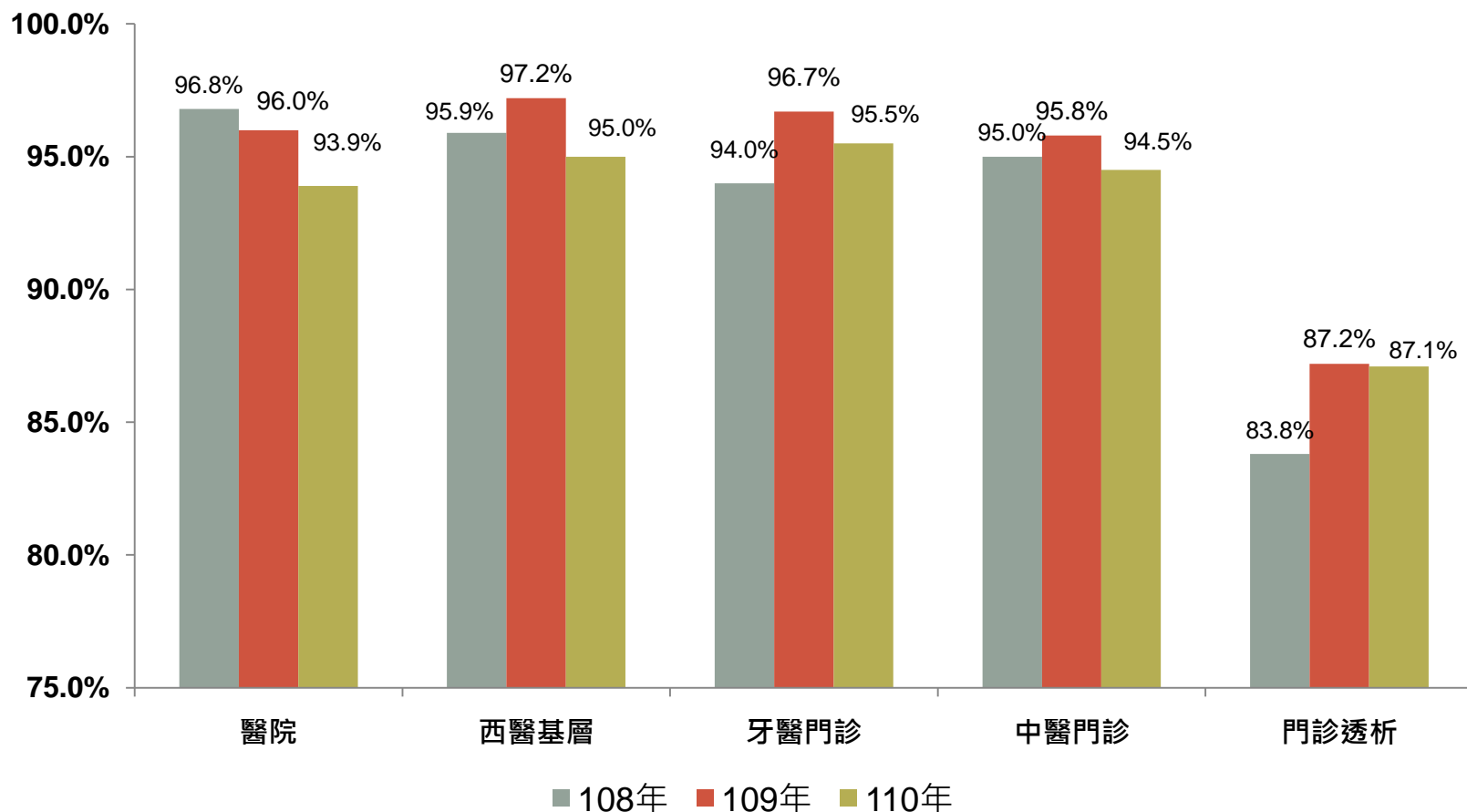
註:111年核發結果為初步統計，尚須俟各總額部門研商議事會議確認。

111年品保方案核發情形

西醫基層、中醫、牙醫、門診透析核發家數分布

年度		59分(或百分位)以下			60-69分(或百分位)			70-79分(或百分位)		
		家數	金額 百萬元	家數 占率	家數	金額 百萬元	家數 占率	家數	金額 百萬元	家數 占率
110年	西醫基層	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	中醫	76	1.0	2%	748	7.6	25%	1379	20.1	45%
	牙醫	3,907	44	63%	319	10	5%	727	29	12%
	血液透析	-	-	-	-	-	-	80	3.3	14%
	腹膜透析	-	-	-	-	-	-	16	0.1	18%
111年 初步 結算	西醫基層	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	中醫	212	3.2	7%	736	9.2	26%	1,219	18.8	43%
	牙醫	4,813	44	67%	366	12	5%	682	27	9%
	血液透析	-	-	-	-	-	-	75	4.3	14%
	腹膜透析	-	-	-	-	-	-	11	0.2	15%
年度		80-89分(或百分位)			90-99分(或百分位)			100分(或百分位)(含以上)		
		家數	金額 百萬元	家數 占率	家數	金額 百萬元	家數 占率	家數	金額 百萬元	家數 占率
110年	西醫基層	2,135	52	26.8%	1,243	34	15.6%	4,574	135	57.5%
	中醫	727	13.5	24%	36	0.8	1%	76	4.4	2%
	牙醫	253	17	4%	909	82	15%	134	22	2%
	血液透析	143	10.1	26%	231	22.0	42%	99	6.5	18%
	腹膜透析	25	0.6	27%	36	1.6	40%	14	0.7	15%
111年 初步 結算	西醫基層	3,133	84	40.4%	170	5	2.2%	4,449	137	57.4%
	中醫	590	14.0	21%	34	0.9	1%	53	3.2	2%
	牙醫	321	22	4%	888	79	12%	121	23	2%
	血液透析	140	9.5	26%	199	20.3	37%	117	7.9	22%
	腹膜透析	28	0.9	38%	20	1.0	27%	15	0.8	20%

滿意度調查-整體醫療結果



註：滿意程度=滿意+非常滿意

民眾申訴管道及處理

- 民眾申訴管道

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

- 111年民眾申訴前三名情形

全年申訴件數為1,576件，以「其他」類457件最多，占29%，其次為「醫療行政或違規事項」計413件，占26%，第三為「疑有虛報醫療費用」計223件，占14%。

整體	件數	占率
其他	457	29%
醫療行政或違規	413	26%
疑有虛報醫療費用	223	14%
總件數	1,576	100%

註：

1. 疑有虛報醫療費用：透過健康存摺發現院所申報內容與事實不符
2. 醫療行政或違規事項：院所掛號規定、押卡、逃漏稅、不當招攬病人等。

民眾申訴管道及處理

111年民眾申訴及反映成案件數統計-前三名之項目

醫院	件數	占率
醫療行政或違規事項	187	27%
其他	186	27%
額外收費(自費抱怨)	134	19%
總件數	691	100%

牙醫	件數	占率
疑有虛報醫療費用	43	30%
醫療行政或違規事項	31	22%
其他	28	20%
總件數	141	100%

西醫基層	件數	占率
其他	201	35%
醫療行政或違規事項	146	25%
疑有虛報醫療費用	122	21%
總件數	579	100%

中醫	件數	占率
疑有虛報醫療費用	15	24%
醫療行政或違規事項	12	19%
額外收費(自費抱怨)	10	16%
總件數	63	100%

其他	件數	占率
醫療行政或違規事項	37	36%
其他	31	32%
藥品和處方箋	13	13%
總件數	102	100%

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

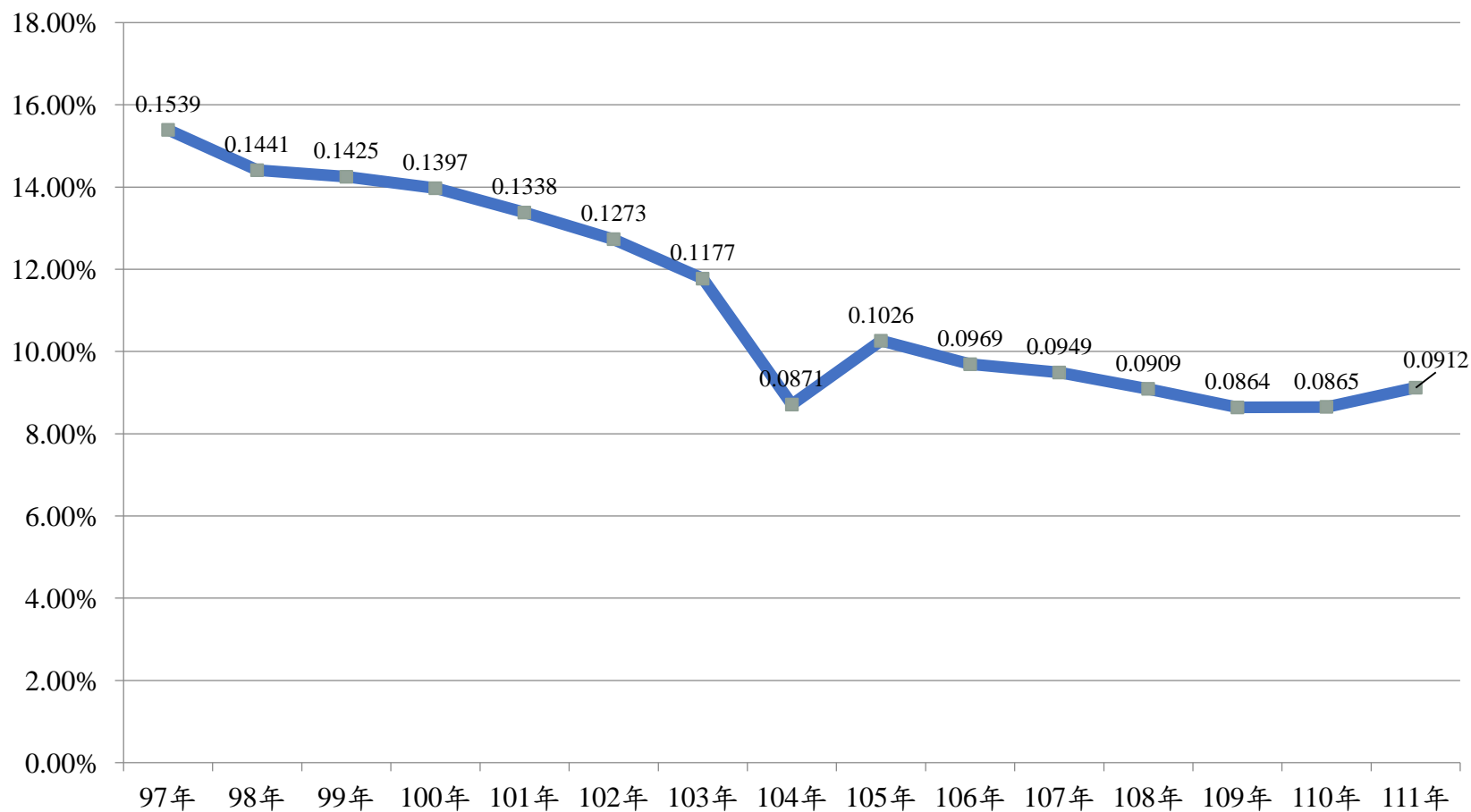
五

執行概況—安全性



死亡率
用藥日數重疊率

急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1668)。

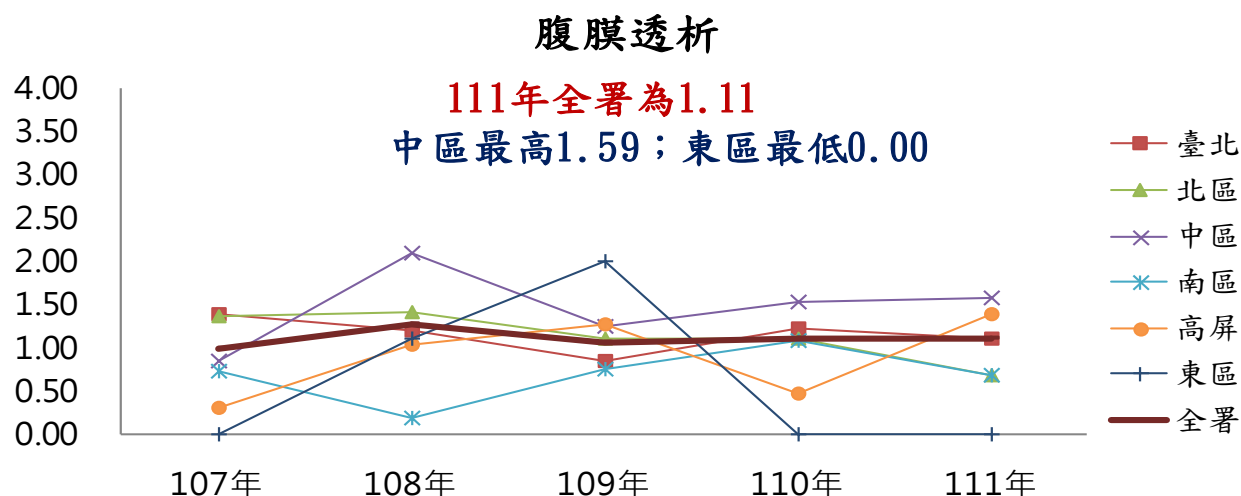
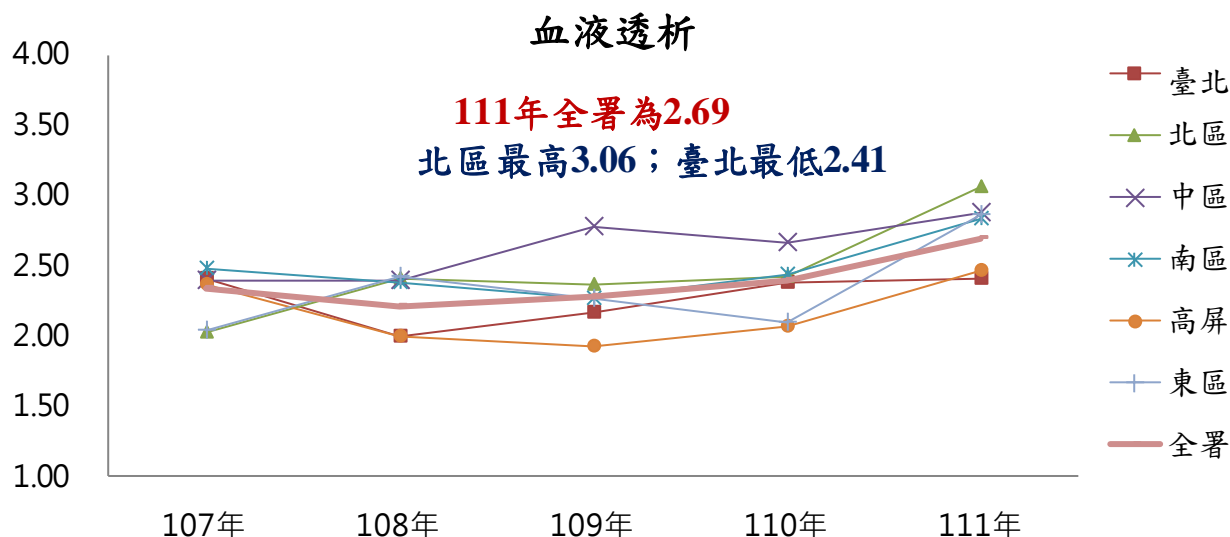
急性心肌梗塞死亡率=分母病患死亡個案數／18歲以上且主診斷為急性心肌梗塞之病患數。

製表日期:112年5月17日。

透析時間<1年之死亡率

負向指標

單位：人數/百人



備註：

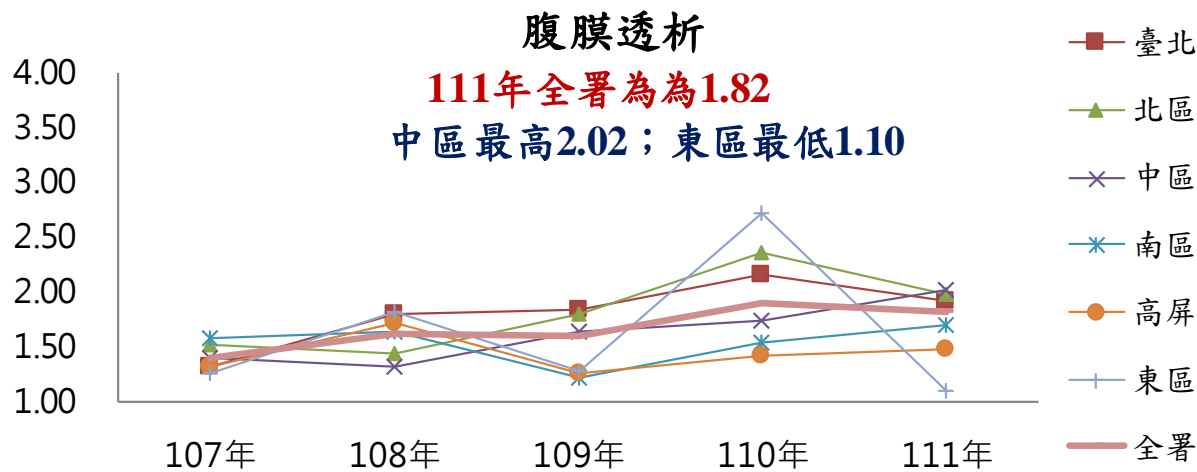
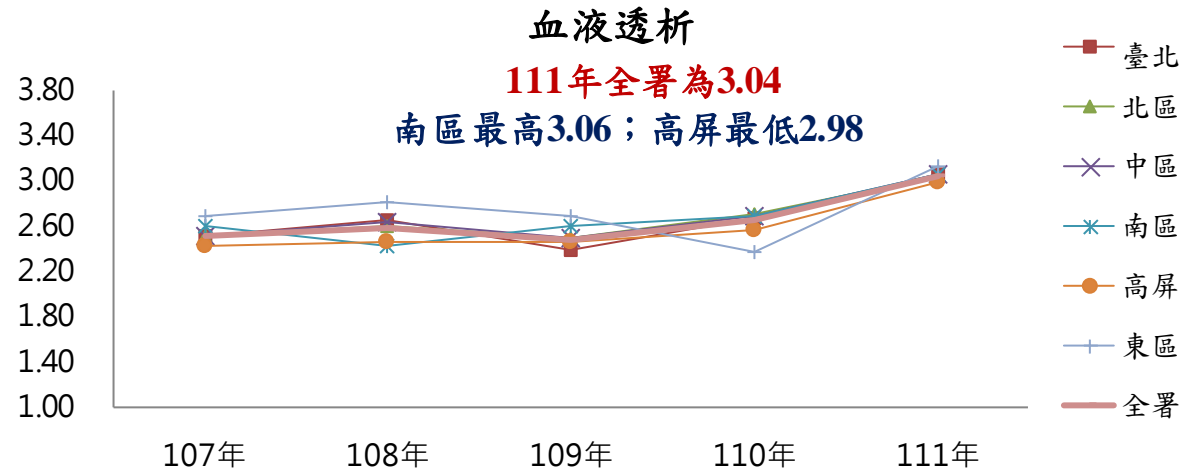
1.資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統（DA代號：3080、3082）

2.製表日期：112年5月18日。

透析時間 ≥ 1 年之死亡率

負向指標

單位：人數/百人

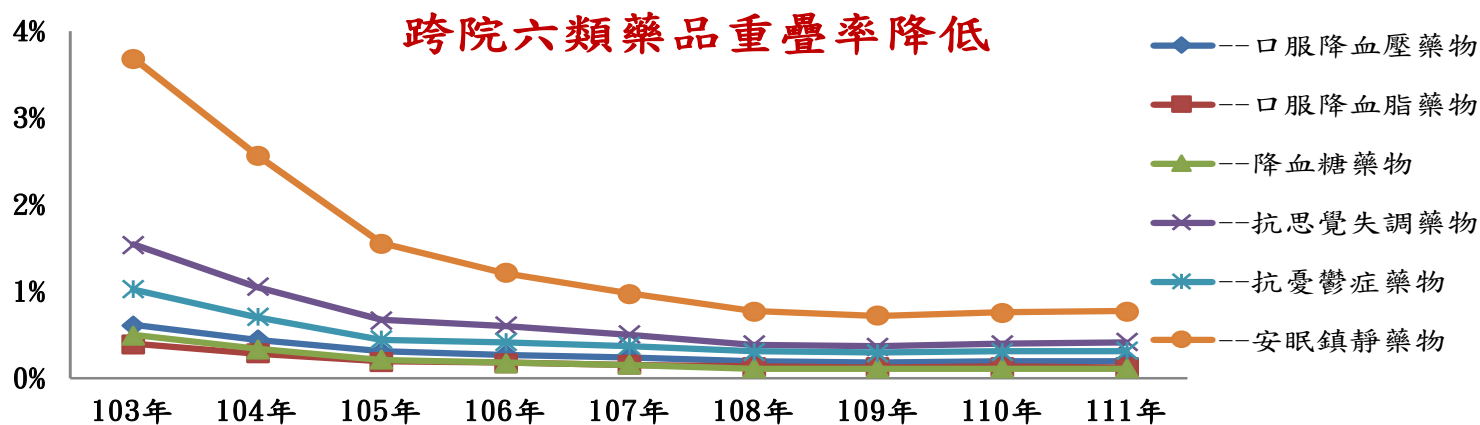
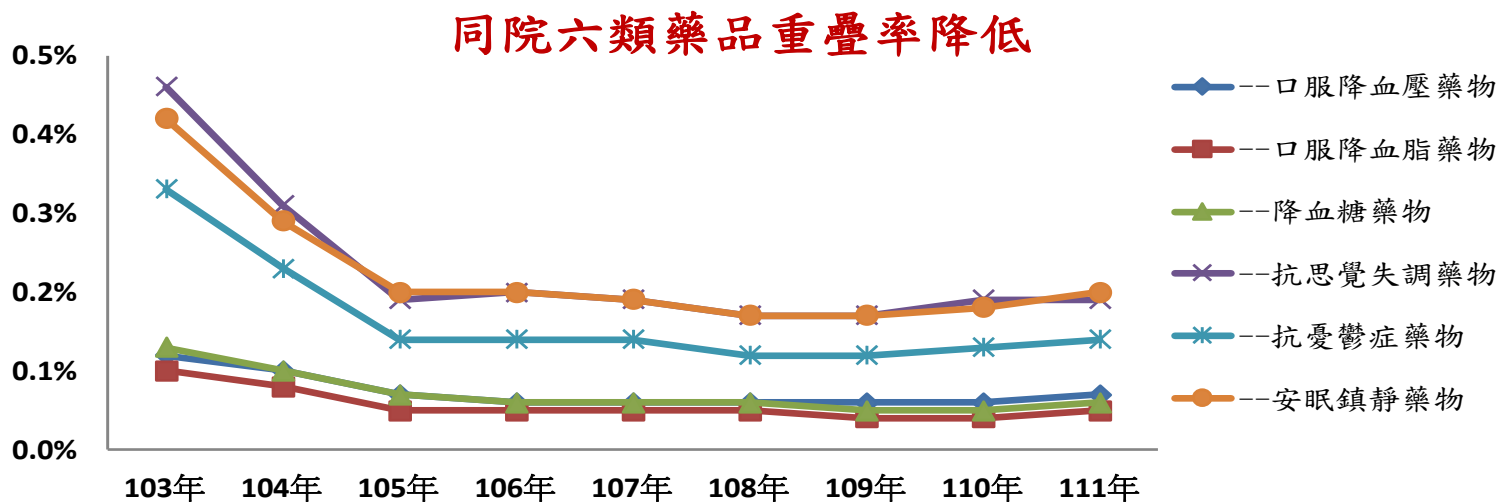


備註：

1.資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統（DA代號：3084、3086）

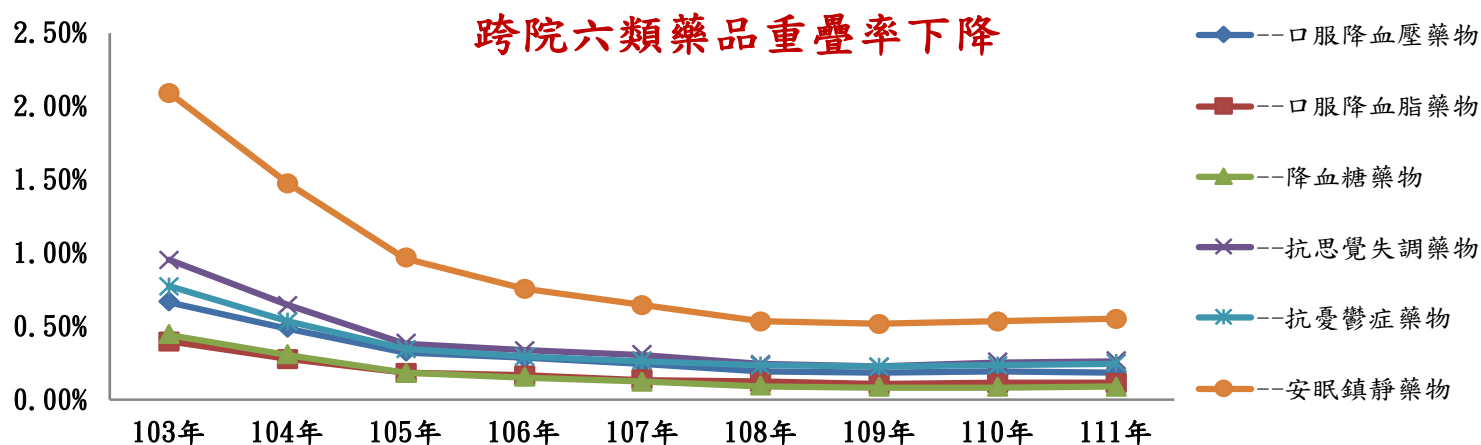
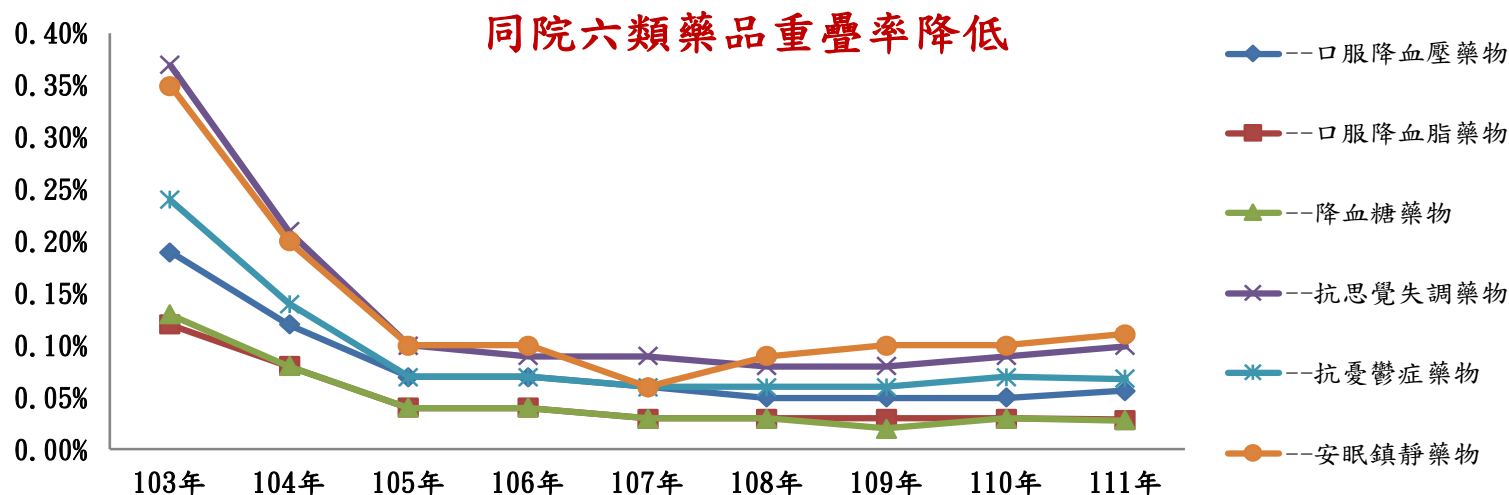
2.製表日期：112年5月18日。

同藥理用藥日數重疊率-西醫基層



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1710、1711、1712、1726、1727、1728、1713、1714、1715、1729、1730、1731)。製表日期:112年5月22日。

同藥理用藥日數重疊率-醫院總額



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1710、1711、1712、1726、1727、1728、1713、1714、1715、1729、1730、1731)。製表日期:112年5月22日。

六

執行概況—以病人為中心



花蓮縣秀林鄉全人整合照護執行方案

山地鄉全人整合照護執行方案 -花蓮縣秀林鄉

方案策略

- 改變服務提供者，長期以診療為主的醫療行為
- 健康及醫療之垂直及水平整合
- 建立民眾個人照護紀錄，掌握照護對象健康狀態
- 設計多元性支付誘因，鼓勵投入健康促進取代疾病診療
- 以健康結果為導向的評估指標

目的

- 藉由健康及醫療資源整合，融入社區參與，提供具文化敏感性照護服務
- 提升山地鄉住民健康狀態，縮短山地鄉住民健康不平等並提升照護品質

108年

公開徵求有意願參與之醫療團隊

109年初

- ◆ 109年2月僅花蓮慈濟醫院及秀林衛生所申請執行
- ◆ 地區為花蓮縣秀林鄉

109年中

- ◆ 109年5月邀請專家學者召開審查會議，因收案人數不符期待、成員任責度不足且未含中牙醫服務等原因，本署歉難同意花蓮慈濟醫院申請。
- ◆ 109年度暫不執行

110年

- ◆ 110年7月底公告修訂方案，並公開徵求承作院所。
- ◆ 110年10月核定由**花蓮慈濟醫院**承作「山地鄉(秀林鄉)全人整合照護執行方案」，並自**111年1月1日起生效**



花蓮縣秀林鄉全人整合照護執行方案

主健康、輔醫療

- 健康促進、衛生教育
- 各類預防保健、疫苗接種
- 在地疾病篩檢服務
- 個案追蹤及健康管理
- 銜接長期照顧服務

- 門診診療服務：西中
牙醫專科門診、急診
及天災緊急加診等
- 外展診療服務：巡迴
醫療、居家醫療、轉
診及緊急後送等

預算
來源

衛福部相關司署預算支應

健保各部門總額支應

核實支付

- ① 醫療費用由各部門總額(西基、醫院、中醫、牙醫)支應
- ② 醫事人員支援費用、點值補充、回饋金及外加獎勵費由其他預算「IDS計畫」專款(111年6.054億元)支應

醫療服務項目	每月診次
假日門診及夜診	22
夜間待診	4.5
專科醫療 (含巡迴醫療)	50
-專科科別數	8

註.

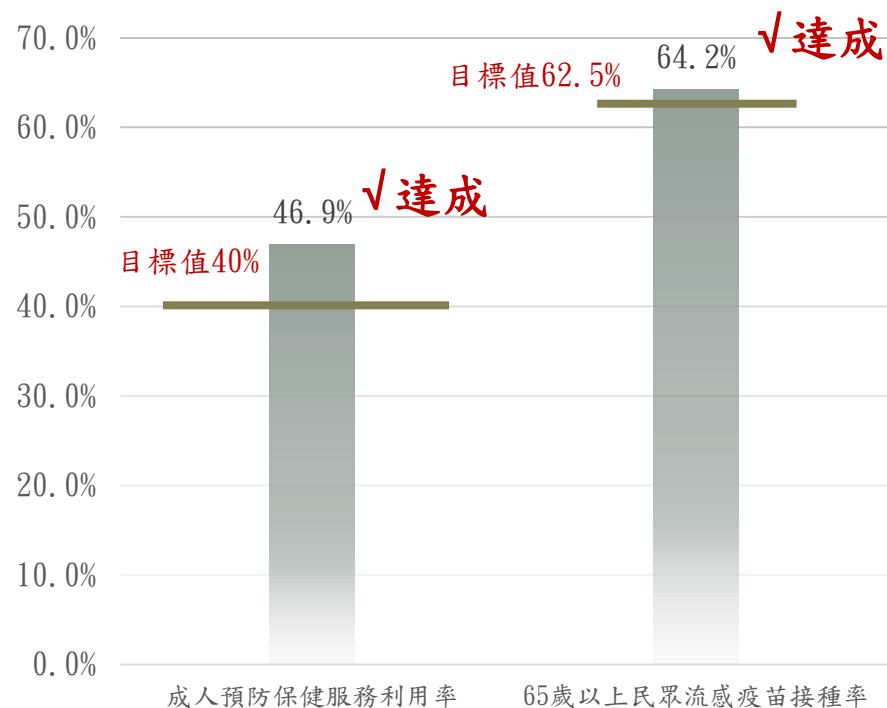
1. 以申請書編列金額備註填列
2. 專科科別包括：家醫科、小兒科、復健科、婦產科、眼科、腸胃內科、胸腔內科、身心科、中牙醫預備診

花蓮縣秀林鄉全人整合照護執行方案 -111年執行成效

● 計畫期間：111.1.1-113.12.31 (3年)

項目	111年	備註
承辦院所數	1	花蓮慈濟醫院
合作診所數 (含衛生所)	1	花蓮縣秀林鄉衛生所
執行鄉鎮數	1	花蓮縣秀林鄉
應照護對象人數	7,888	
服務人數	6,158	
服務人次	24,104	

健康管理(預防保健)指標



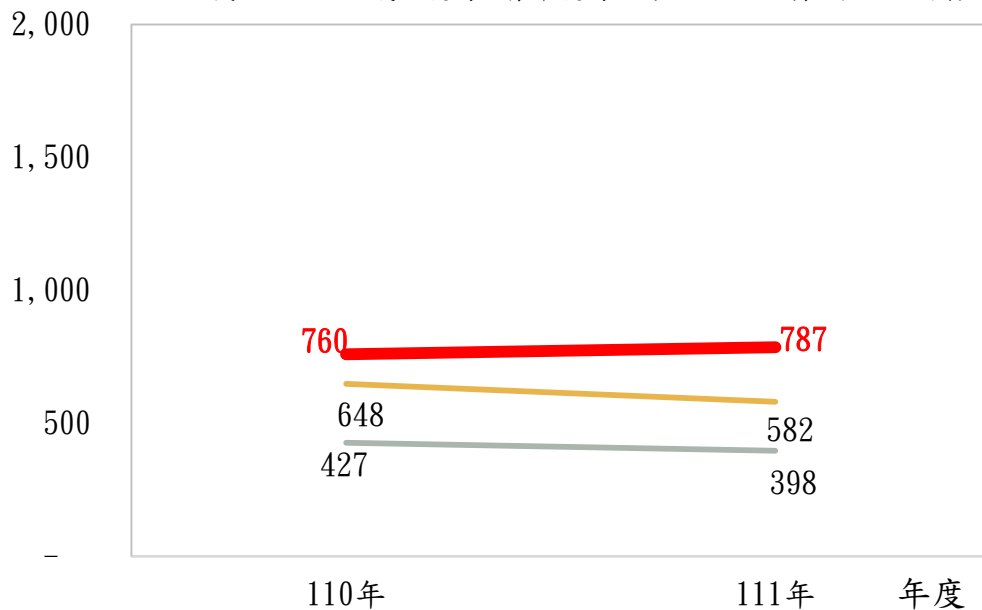
提供照護對象健康促進、預防保健、疾病診療、個案追蹤及健康管理等照護服務，並建立**健康結果指標(健康管理指標、醫療照護指標、其他政策鼓勵指標)**。

花蓮縣秀林鄉全人整合照護執行方案-醫療照護指標 (照護對象每十萬人口可避免住院數)

- 急性指標較全國及山地離島地區民眾高，相較前一年度則**降低**
- 慢性指標較全國及山地離島地區民眾高，相較前一年度則**增加**

每十萬人口可避免住院數-慢性指標

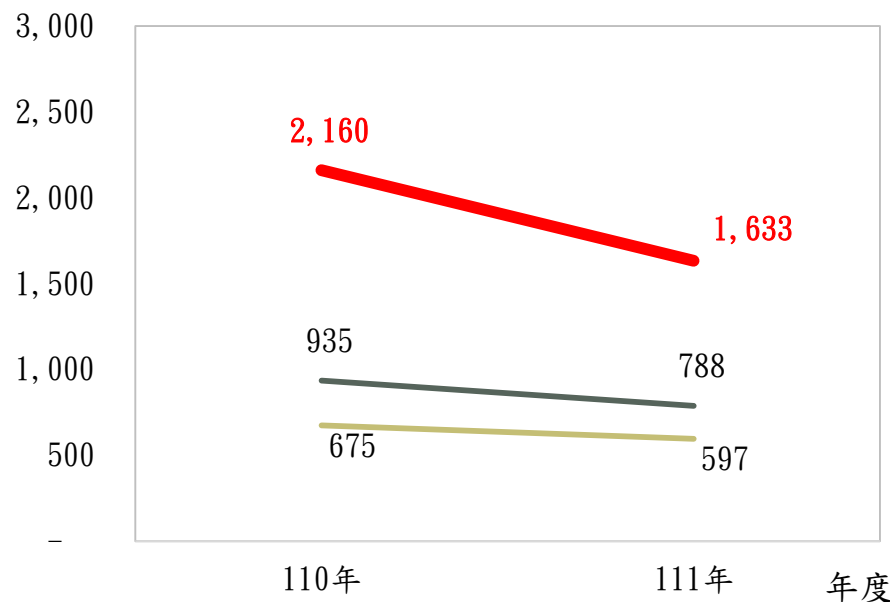
(短期糖尿病併發症、長期糖尿病併發症、控制不良糖尿病、糖尿病下肢截肢、COPD及成人氣喘、青年氣喘、高血壓、心臟衰竭、心絞痛)



- 照護對象每十萬人口可避免住院數-慢性指標
- 山地離島每十萬人口可避免住院數-慢性指標
- 全國每十萬人口可避免住院數-慢性指標

每十萬人口可避免住院數-急性指標

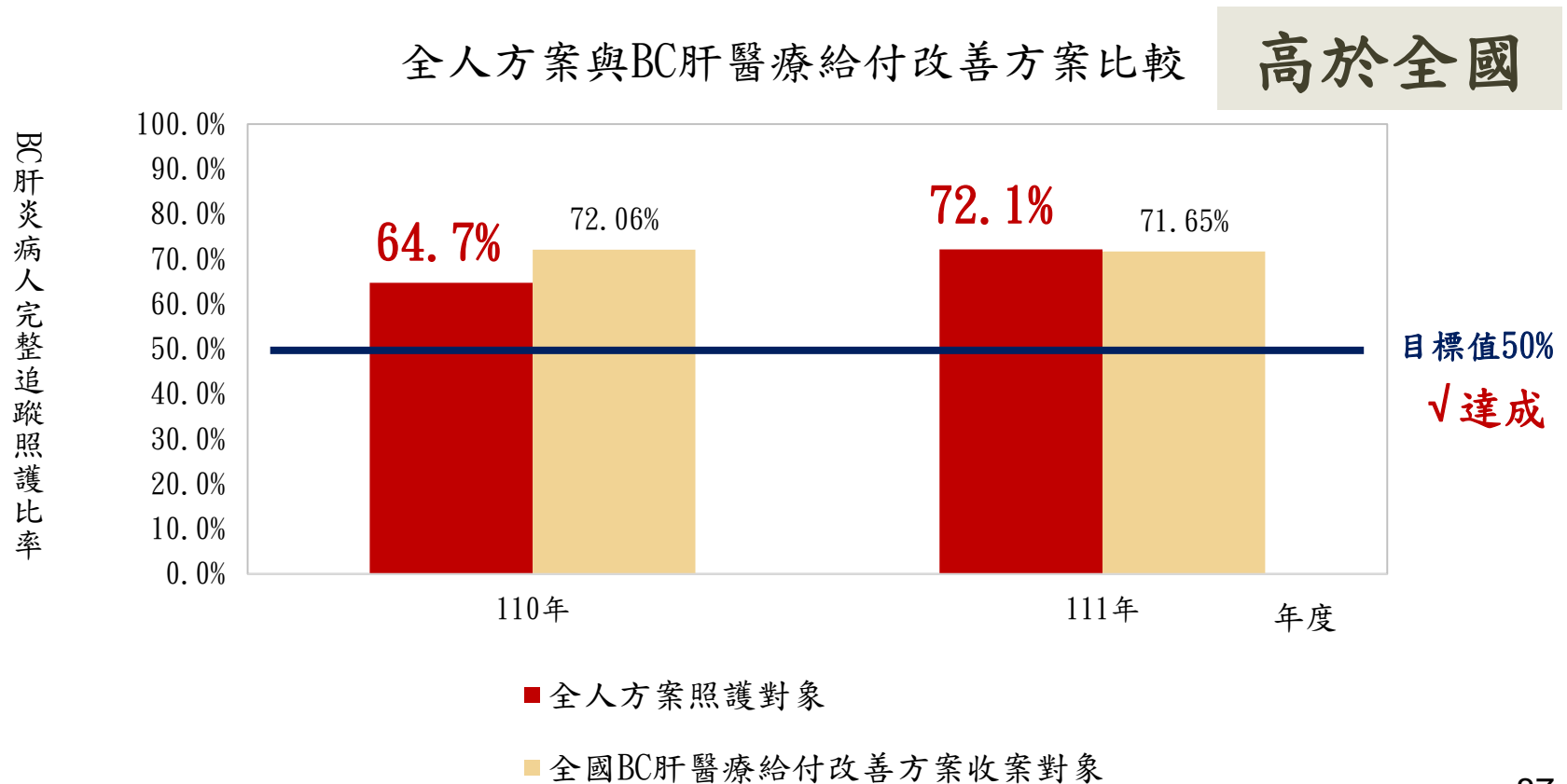
(脫水、尿道感染、細菌性肺炎)



- 照護對象每十萬人口可避免住院數-急性指標
- 山地離島每十萬人口可避免住院數-急性指標
- 全國每十萬人口可避免住院數-急性指標

花蓮縣秀林鄉全人整合照護執行方案-其他指標 (B、C型肝炎病人接受完整追蹤照護比率 $\geq 50\%$)

● 111年照護對象B、C型肝炎接受完整追蹤照護率高於110年



七

執行概況—公平面

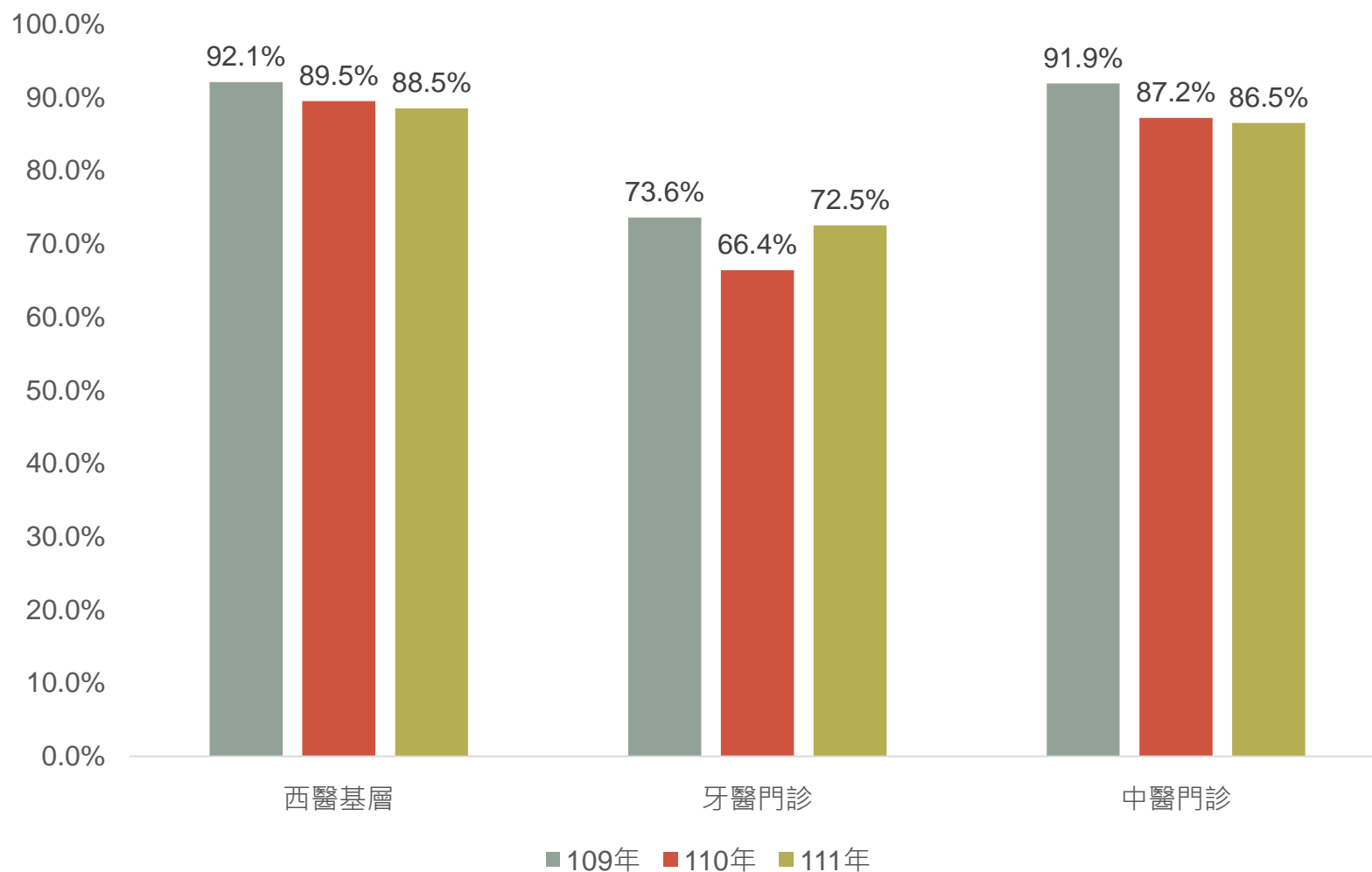


可近性

弱勢族群保障

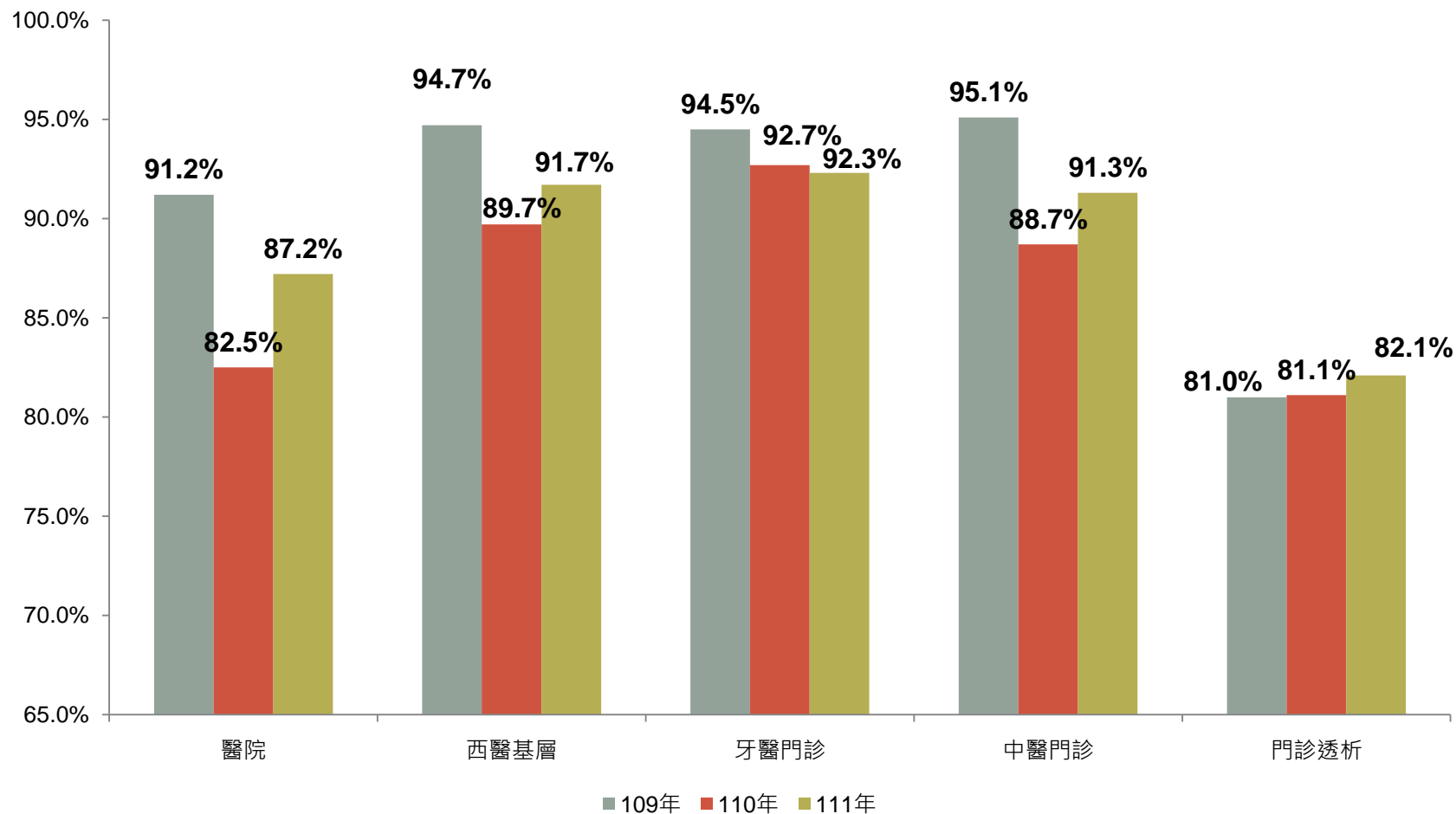
偏鄉照護計畫

滿意度調查-預約醫師容易程度

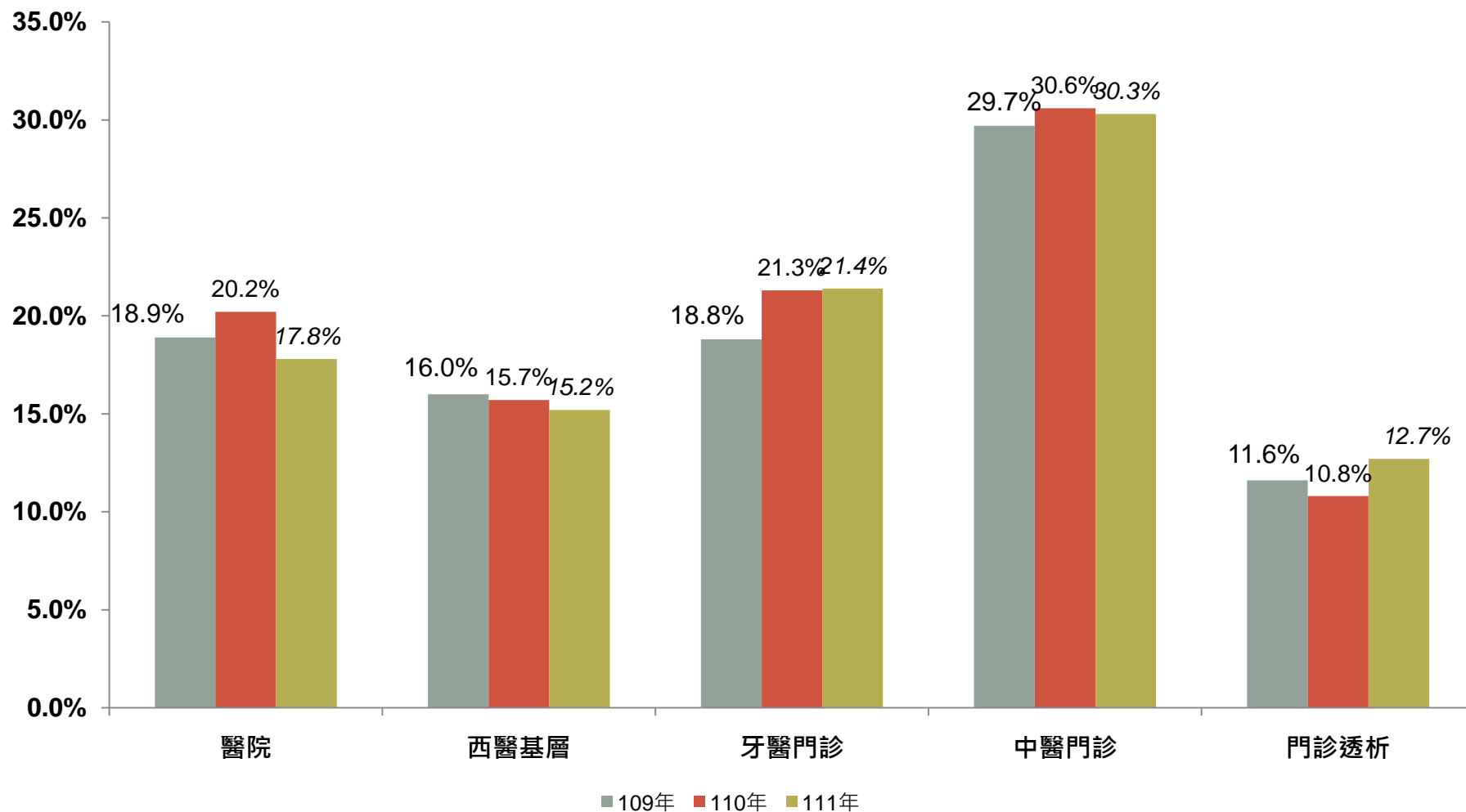


註. 本表呈現數據為容易+非常容易，門診透析與醫院部門無本題項

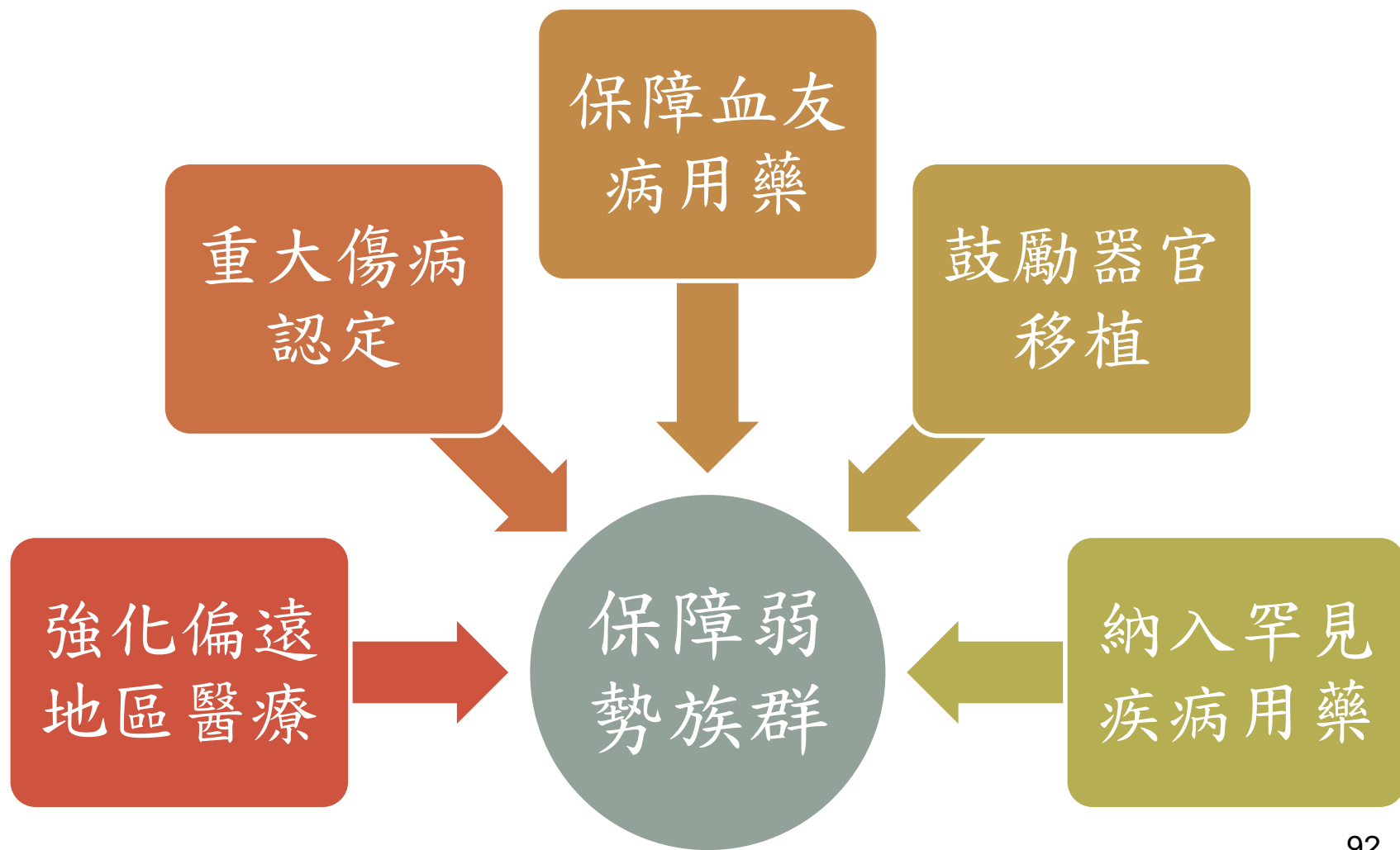
滿意度調查-就醫院所交通便利性



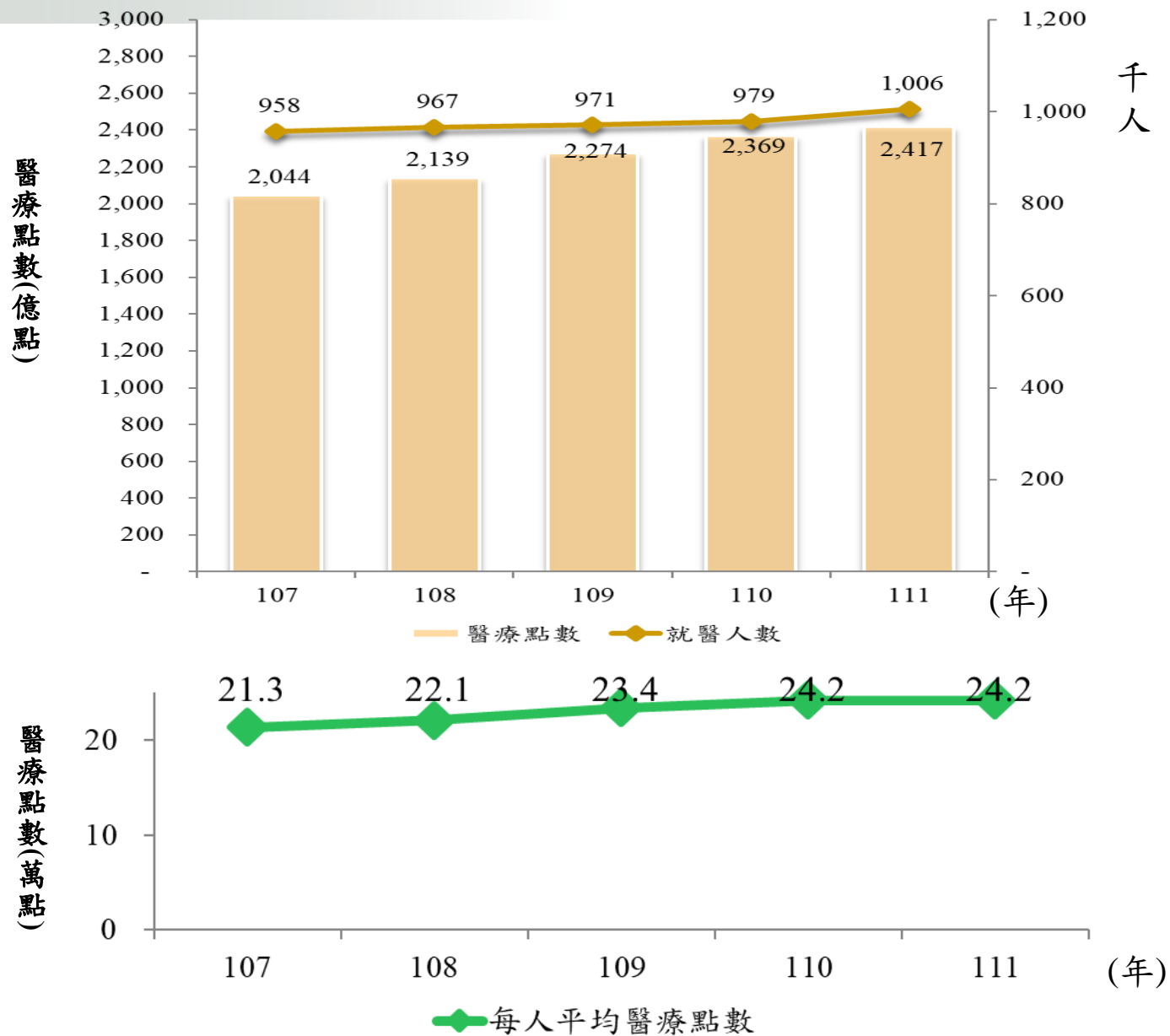
滿意度調查-被要求自費比率



保障弱勢族群醫療權益

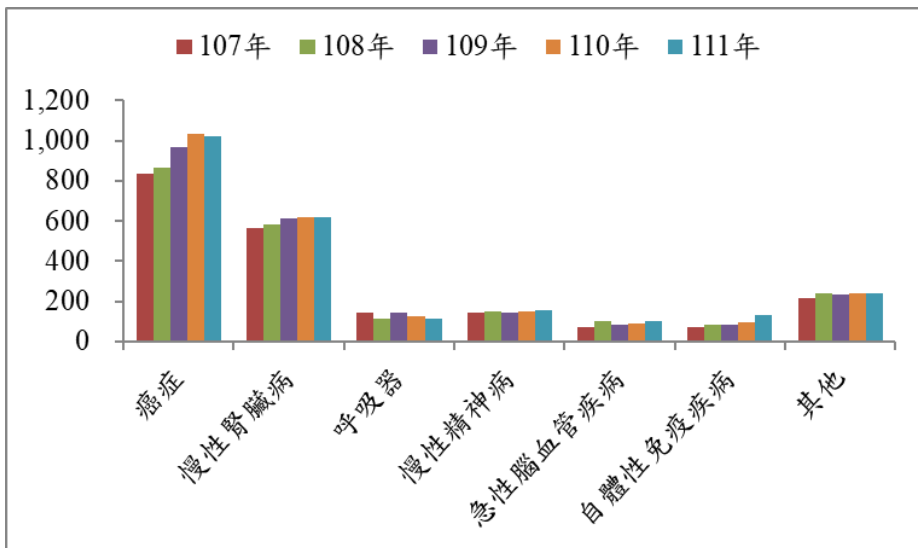


重大傷病費用支出

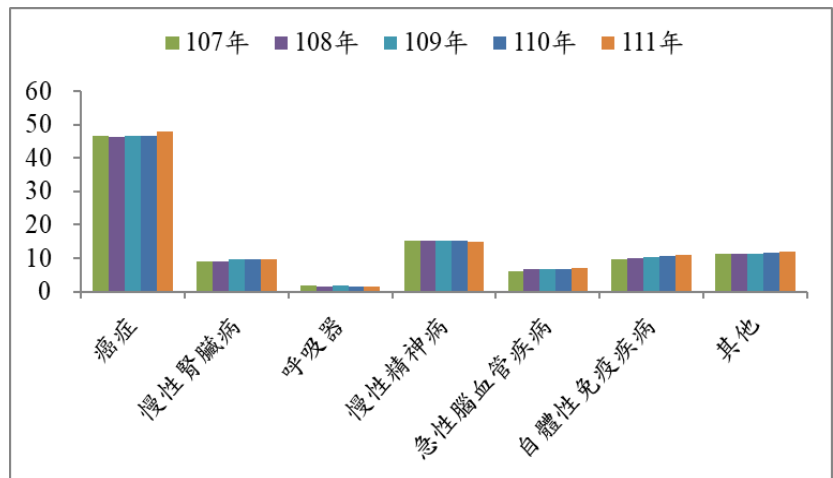


重大傷病就醫疾病概況

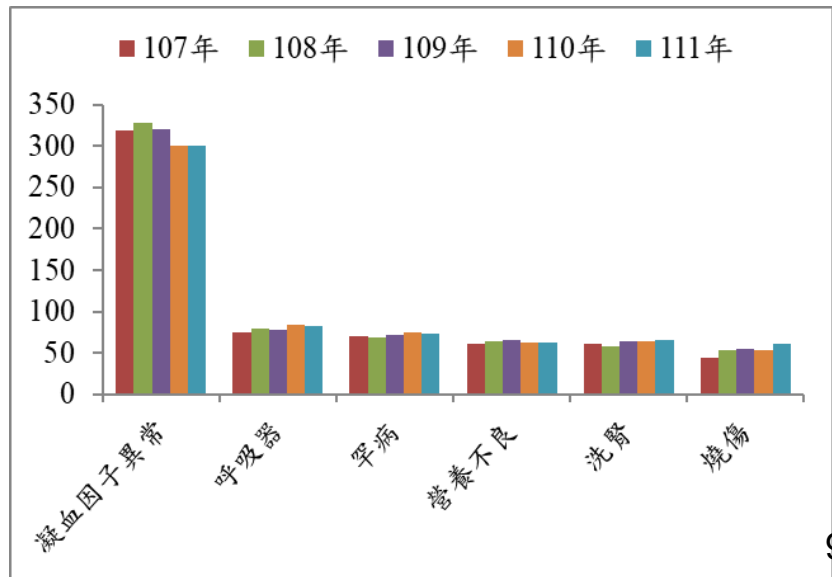
醫療點數(億點)



就醫人數(萬人)



平均每人醫療費用點數(萬點)



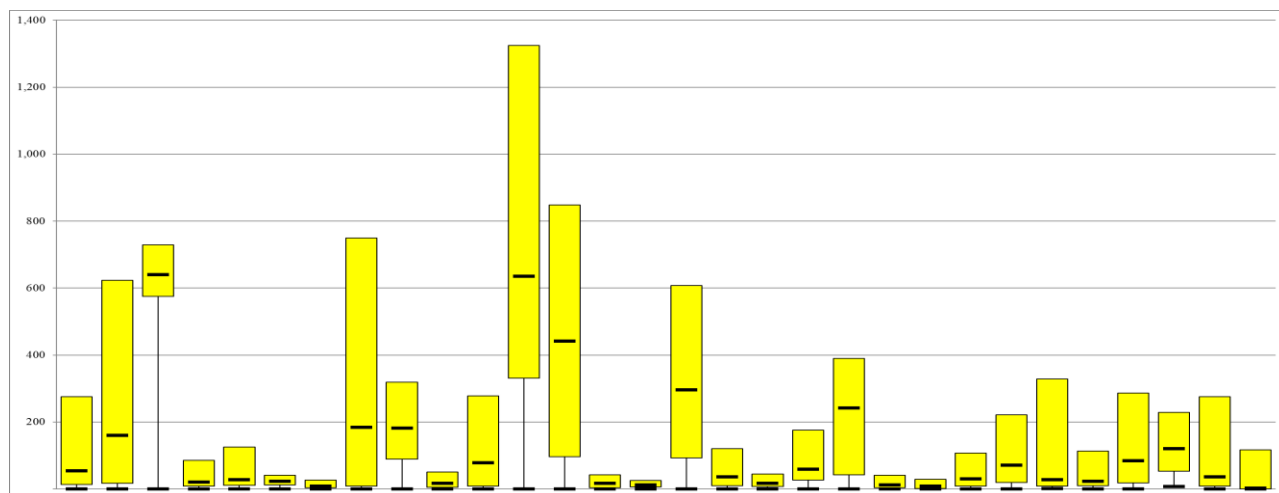
107年至111年前6大重大傷病醫療點數約
占所有重大傷病醫療點數之89%。

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

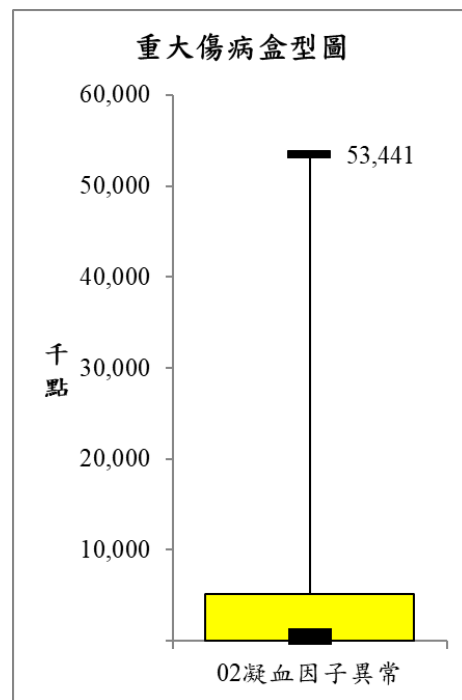
111年各類重大傷病-每人當年最高醫療點數

類型	01癌症	03溶血症	04洗腎	05自體免疫疾病	06慢性精神病	07新陳代謝異常	08先天性畸形	09燒傷	10器官移植	11小兒麻痺	12重大創傷	13呼吸器	14營養不良	15潛水伏症
最大值(千點)	21,537	17,879	14,560	9,504	12,794	26,349	22,581	8,242	14,086	6,474	4,886	20,760	4,904	206

類型	16重症肌無力症	17先天性免疫不全	18脊髓損傷	19職業病	20急性腦血管疾病	21多發性硬化症	22先天性肌肉萎縮	23外皮之先天畸形	24漢生病	25肝硬化症	26早產兒併發症	27烏腳病	28運動神經元疾病	29庫賈氏症	30罕病	XX不詳
最大值(千點)	4,151	5,352	7,245	2,612	57,148	2,242	8,253	2,171	1,067	7,030	776	317	3,214	2,106	38,898	6,834

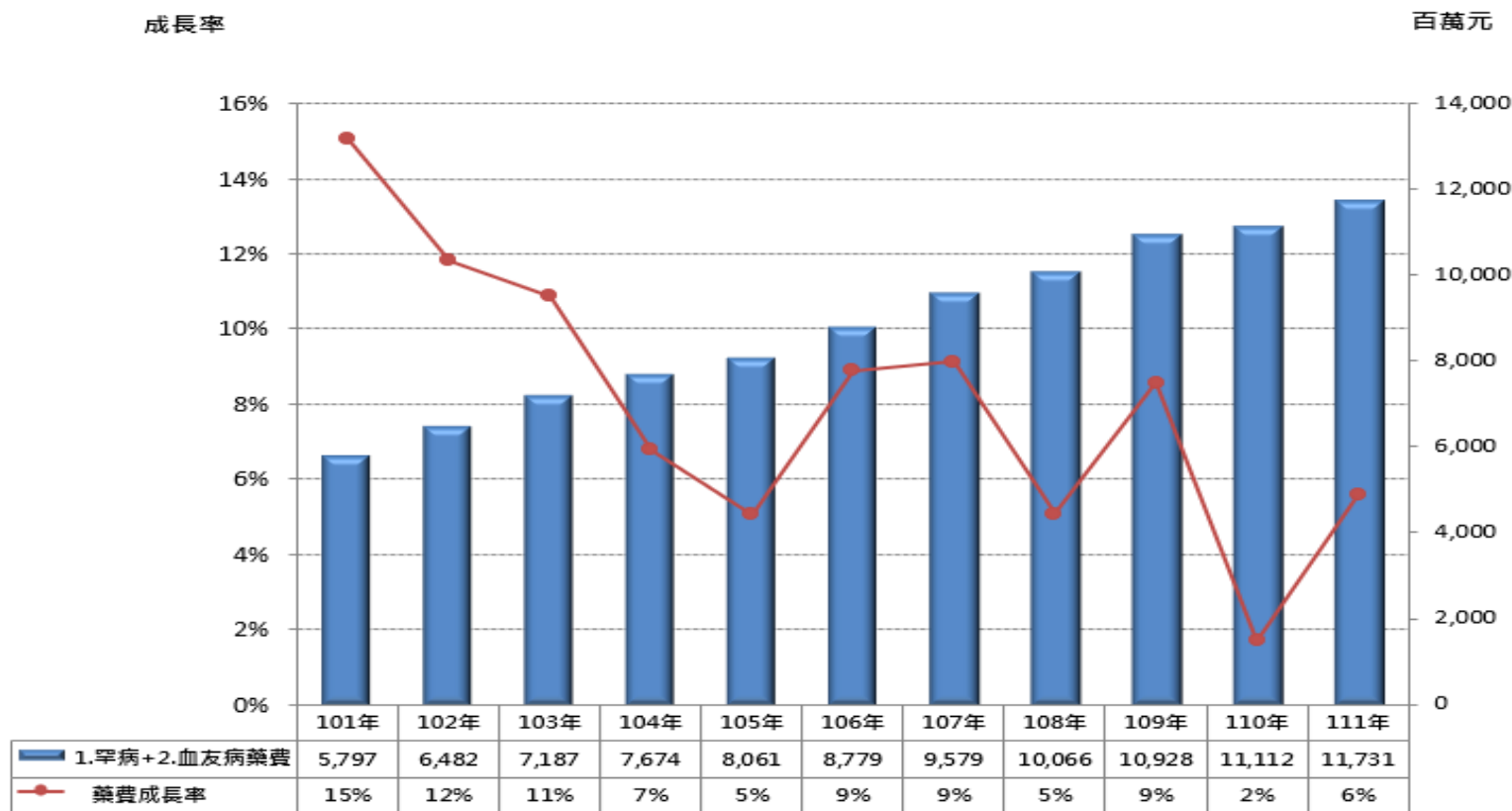


01 癌症
03 溶血症
04 洗腎
05 自體免疫疾病
06 慢性精神疾病
07 新陳代謝異常
08 先天性畸形
09 燒傷
10 器官移植
11 小兒麻痺
12 重大創傷
13 呼吸器
14 營養不良
15 潛水伏症
16 重症肌無力症
17 先天性免疫不全
18 脊髓損傷
19 職業病
20 急性腦血管疾病
21 多發性硬化症
22 先天性肌肉萎縮
23 外皮之先天畸形
24 漢生病
25 肝硬化症
26 早產兒併發症
27 烏腳病
28 運動神經元疾病
29 庫賈氏症
30 罕病
XX 不詳



罕病、血友病藥費專款支出情形

罕病、血友病專款支出，101年為57.97億元，因罕病與血友病人數增加，至111年支出為117.31億元，近5年平均每年費用成長率約6.0%。



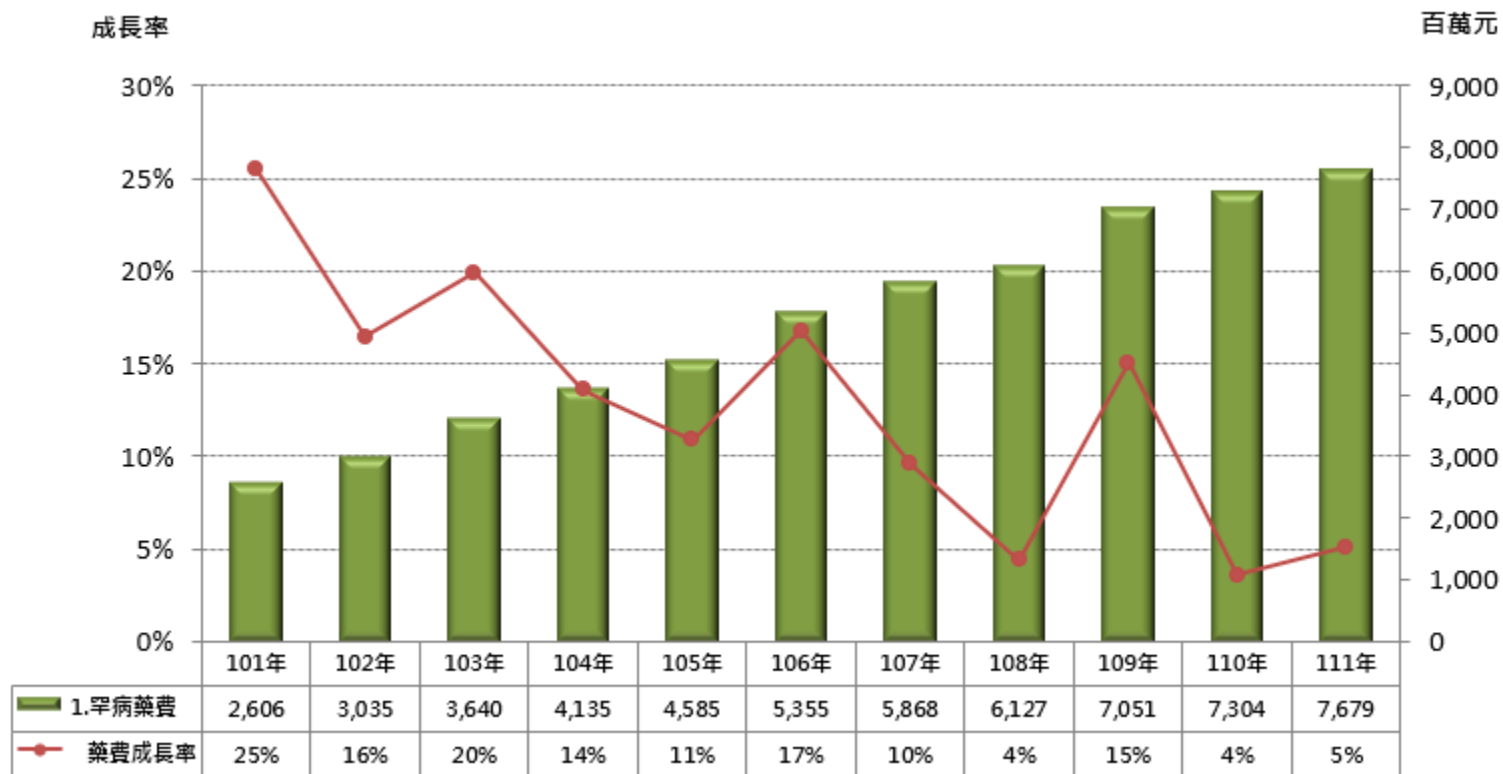
註1.罕病藥費不含罕病特材費用，藥費及特材支出擷取自各年度醫院總額第4季點值結算說明表。

2.罕見疾病特材預算(104年起新增)，費用支出：104年3.22百萬元；105年1.54百萬元；106年3.36百萬元；107年1.12百萬元；108年2.10百萬元；109年2.68百萬元；110年及111年均為1.40百萬元。

3. 罕病、血友病專款支出，自107年起已扣除藥品價量給付金額。

罕病藥費專款支出情形

- 111年罕病藥費支出76.79億元。
- 近5年平均每年費用成長率約7.6%。



註:1.本表近5年平均每年費用成長率係以幾何平均數計算。

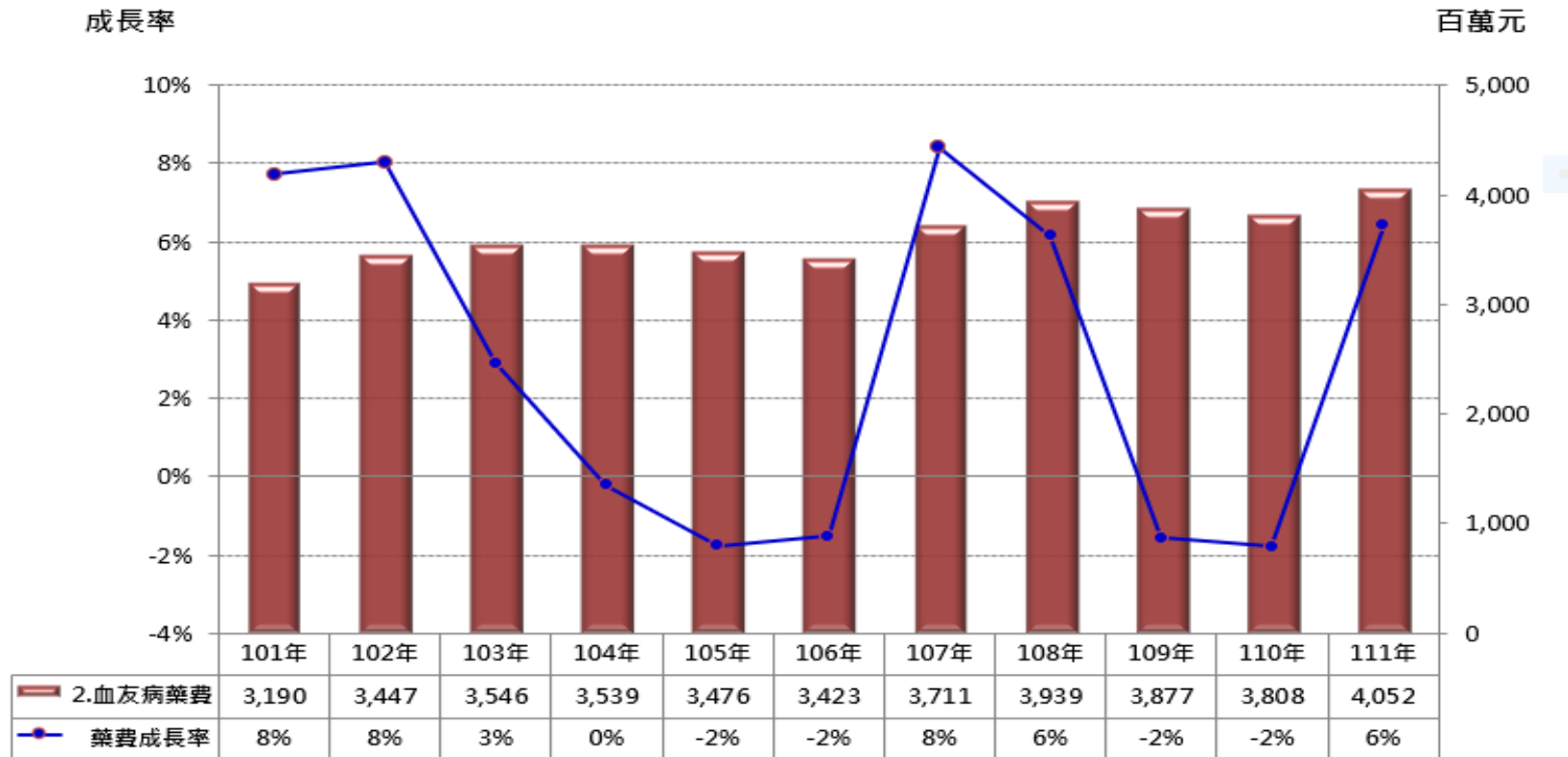
2.罕病藥費不含罕病特材費用，藥費及特材支出擷取自各年度醫院總額第4季點值結算說明表。

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

4.罕病藥費專款支出，自107年起已扣除藥品價量給付金額。

血友病藥費專款支出情形

- 111年血友病藥費38.08億元。
- 近5年平均每年費用成長率約3.5%。



註 1.本表近5年平均每年費用成長率係以幾何平均數計算。

2.藥費支出擷取自各年度醫院總額第4季點值結算說明表。

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

4.血友病藥費106年預算31.49億元，其預算不足2.74億元，由其他預算「支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費、罕見疾病特材及器官移植、西醫基層總額原慢性B型及C型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

5.血友病藥費專款支出，自107年起已扣除藥品價量給付金額。

鼓勵器官移植專款支出情形

年 項目		107	108	109	110	111
預算數	值(億元)	44.0	47.1	50.3	51.3	52.1
	成長率	4.4%	7.1%	6.7%	2.0%	1.6%
預算執行數	值(億元)	43.91	45.39	46.02	46.88	48.14
	成長率	4.7%	3.4%	1.4%	1.9%	2.7%
預算執行率(%)		99.8%	96.3%	91.5%	91.4%	92.4%
<u>整體支出情形</u>						
移植人數	值(人)	1,802	1,925	1,890	1,886	1,873
	成長率	4.4%	6.8%	-1.8%	-0.2%	-0.7%
移植費用	值(億元)	20.17	21.21	21.07	21.69	23.08
	成長率	7.5%	5.1%	-0.6%	2.9%	6.4%
抗排斥藥費	值(億元)	23.73	24.18	24.94	25.19	25.06
	成長率	2.5%	1.9%	3.2%	1.0%	-0.5%

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

現行健保偏鄉醫療照護措施

全民健康保險偏鄉醫療照護計畫

```
graph TD; A[全民健康保險偏鄉醫療照護計畫] --> B[IDS計畫]; A --> C[西、中、牙醫療資源不足地區改善方案]; A --> D[醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫]
```

IDS計畫

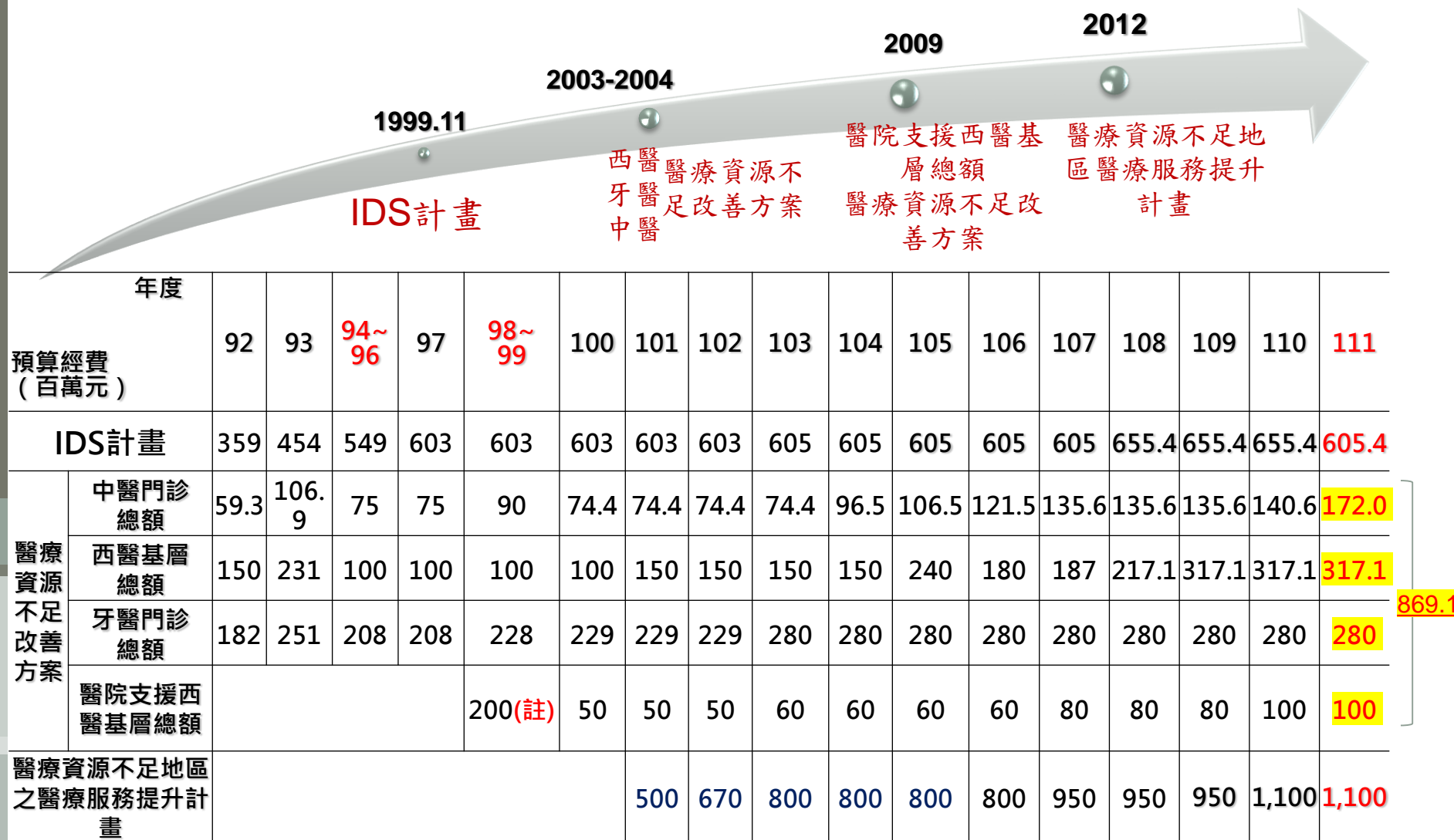
西、中、牙
醫療資源不足
地區改善
方案

醫療資源不足
地區之醫
療服務提升
計畫

註：

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

健保偏鄉醫療推動歷程及投入資源

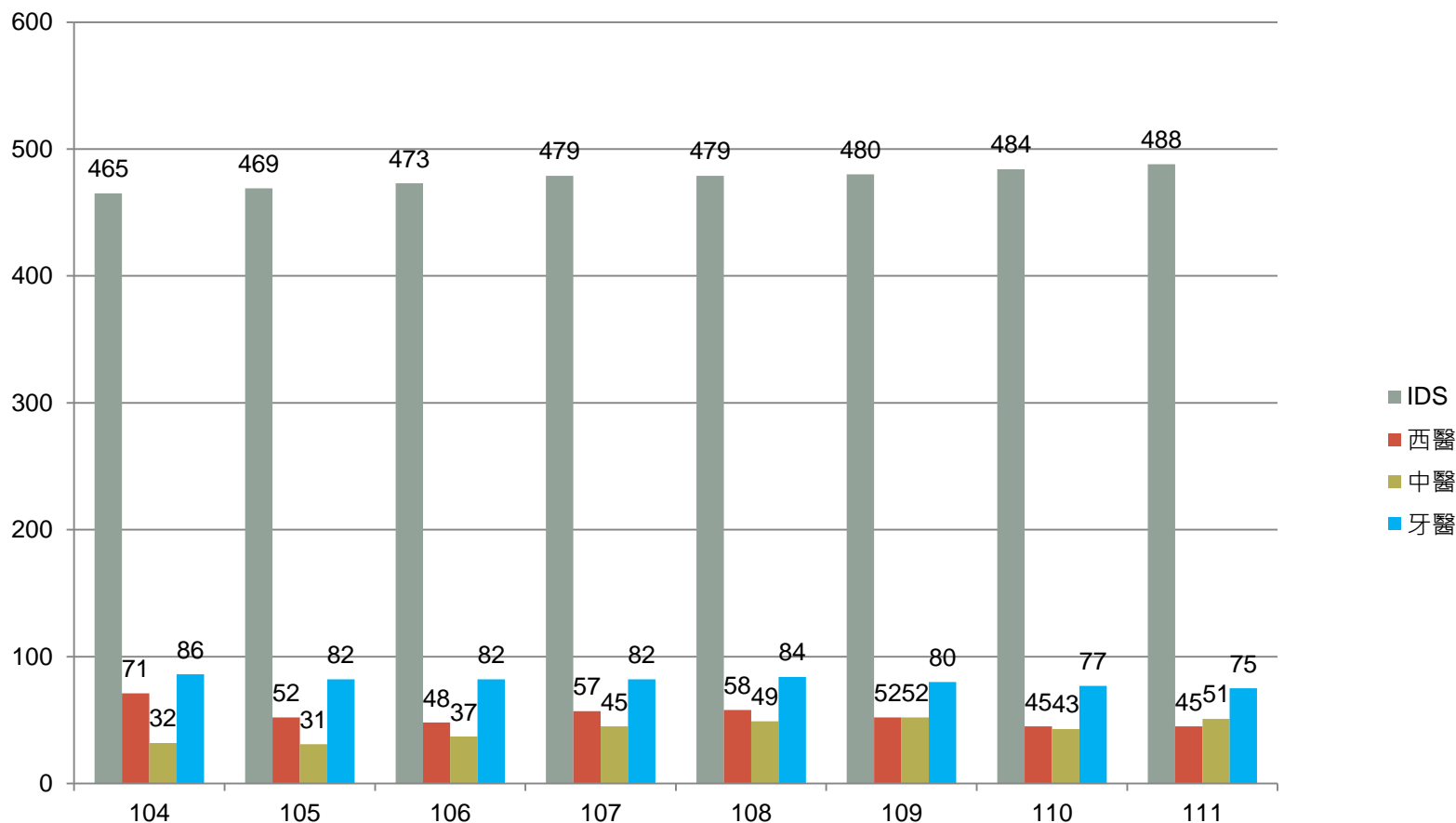


註：執行期間係980801~990731，展延98年度計畫至99年12月31日止

合計百萬元

健保偏鄉醫療歷年服務人數

單位:千人

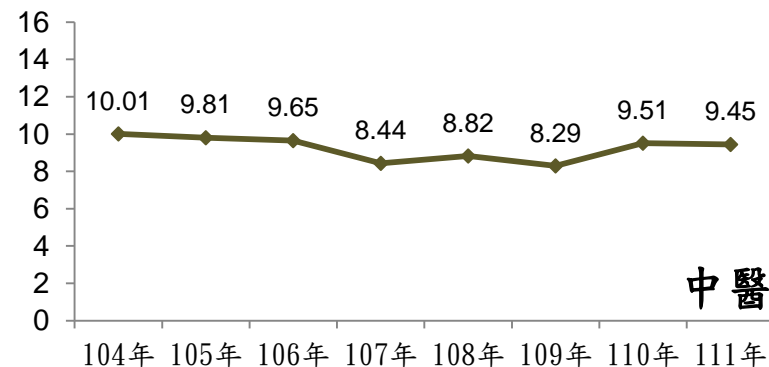
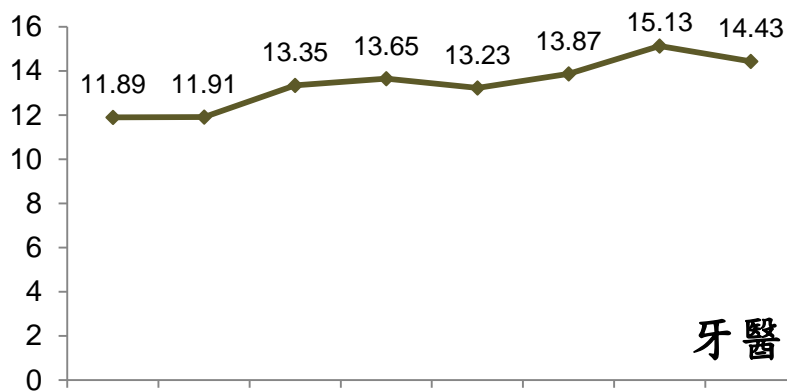
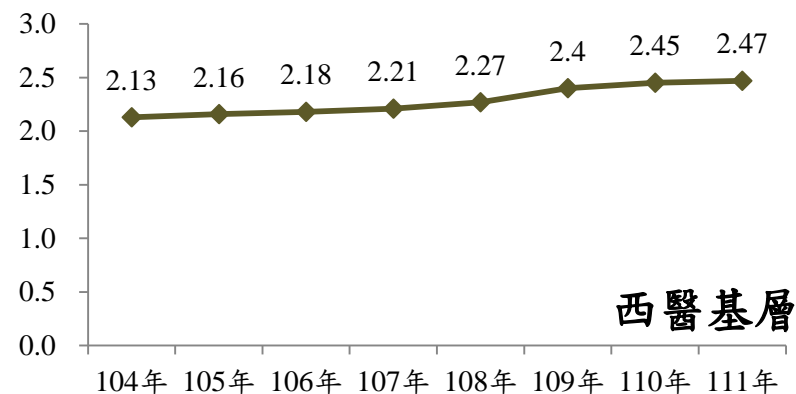
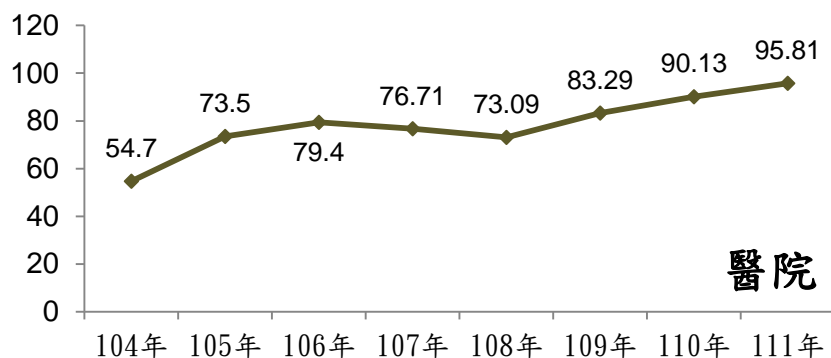


註：

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

依發展程度觀察最高與最低兩組之醫師人力比值

111年觀察各部門最高與最低兩組醫師人力之比值，醫院、西醫基層比值較110年增加；牙醫、中醫比值較110年減少。



註： 104年 105年 106年 107年 108年 109年 110年 111年

1. 每萬人口醫師數為戶政司當年底戶籍人口數/醫師數(各部門總額)。

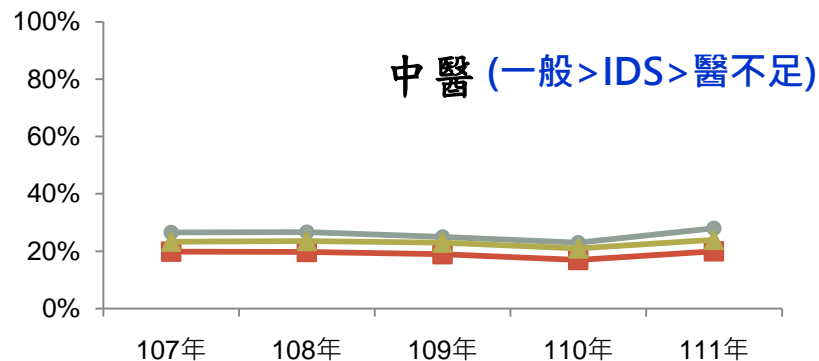
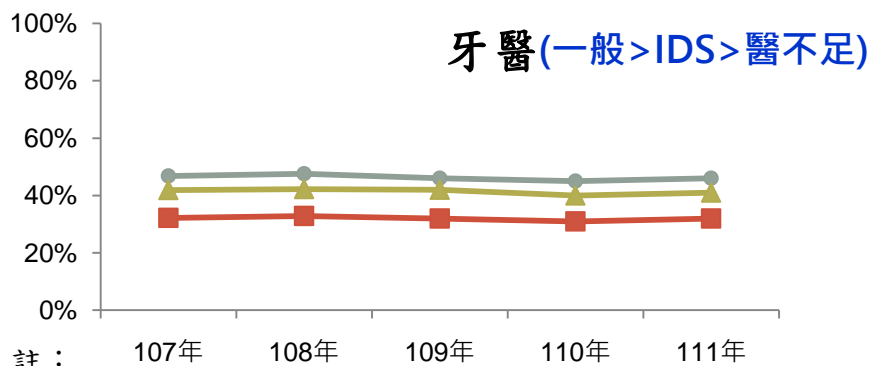
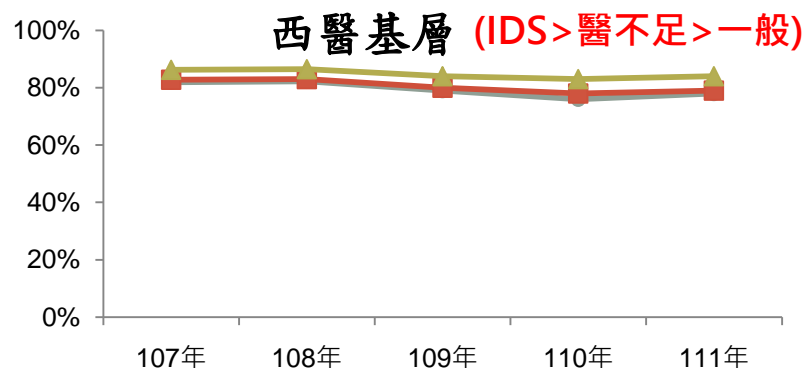
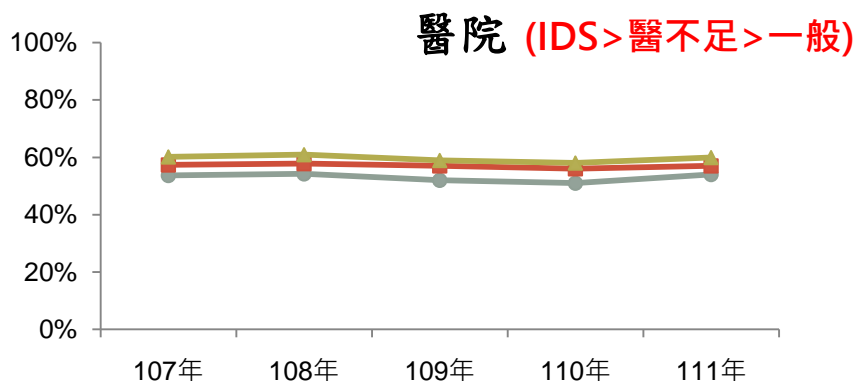
2. 鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值。

3. 引用全民健康保險年度監測結果報告書鄉鎮市區發展程度分類建議採謝雨生(2011)定義，依鄉鎮市區之「人力資源結構」、「社會經濟發展」、「教育文化發展」、「交通動能發展」、「生活環境發展」及「資訊基礎建設」等構面加以分類，分為1級至5級區域，共5組。

各地區就醫率—一般\醫療資源不足地區\山地離島地區

111年醫院及西醫基層門診就醫率為山地離島地區最高，醫療資源不足地區居次，一般地區就醫率較低；牙醫及中醫部門則相異，一般地區之門診就醫率較高，其次為山地離島地區，最低為醫療資源不足地區。

—●—一般地區 —■—醫療資源不足地區 —▲—山地離島地區



註：107年 108年 109年 110年 111年

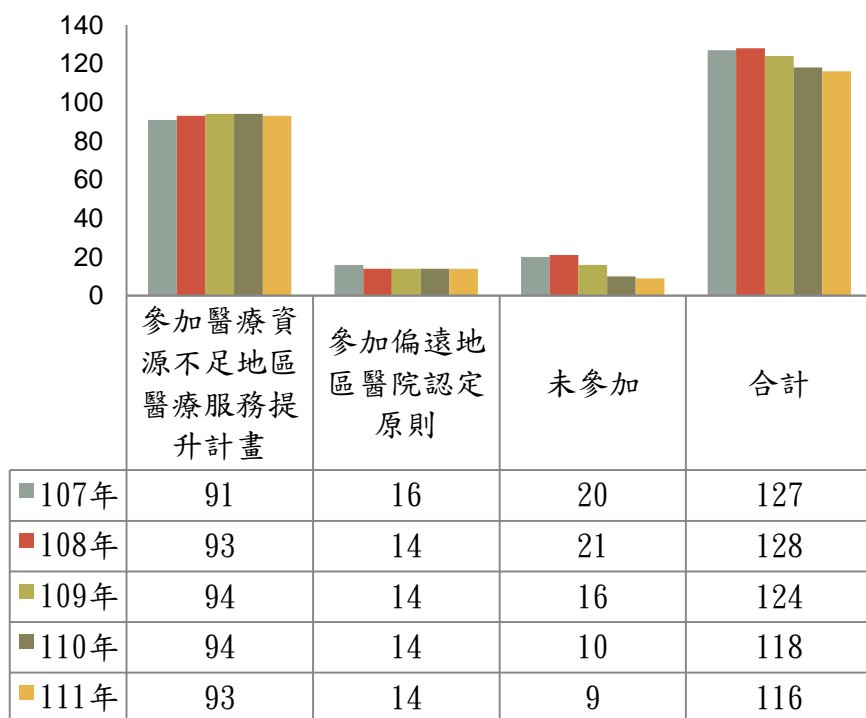
- 1.就醫率系門診就醫人數(分為醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診)/總人數。
- 2.醫療資源不足地區按該部門當年度公告之醫療資源不足地區；山地離島地區為執行山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS)之地區。

醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

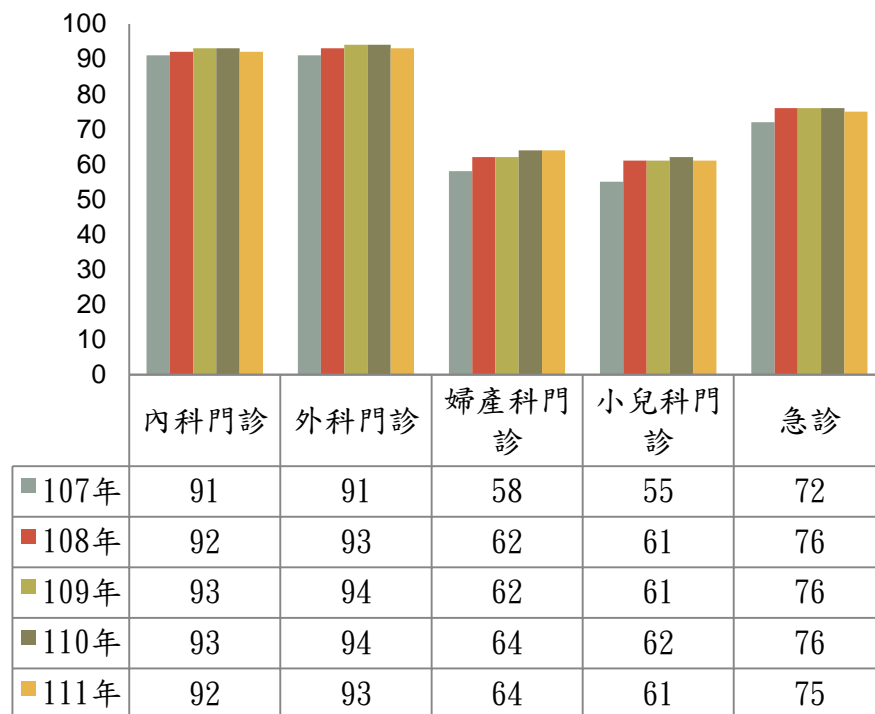
一參與情形及提供科別服務

- 111年符合申請資格醫院計116家，其中93家(80%)參與本計畫。
- 92家提供內科門診服務，93家提供外科門診服務、64家提供婦產科門診服務、61家提供小兒科門診服務、75家提供急診服務。

單位：家數



單位：家數



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



檢討與改進



健保現況與挑戰

健保因應策略

台灣全民健保的挑戰



醫療利用率較國際高
但資源投入
相較國際低



新興科技發展
新.癌.罕藥昂貴
醫療保健支出增加

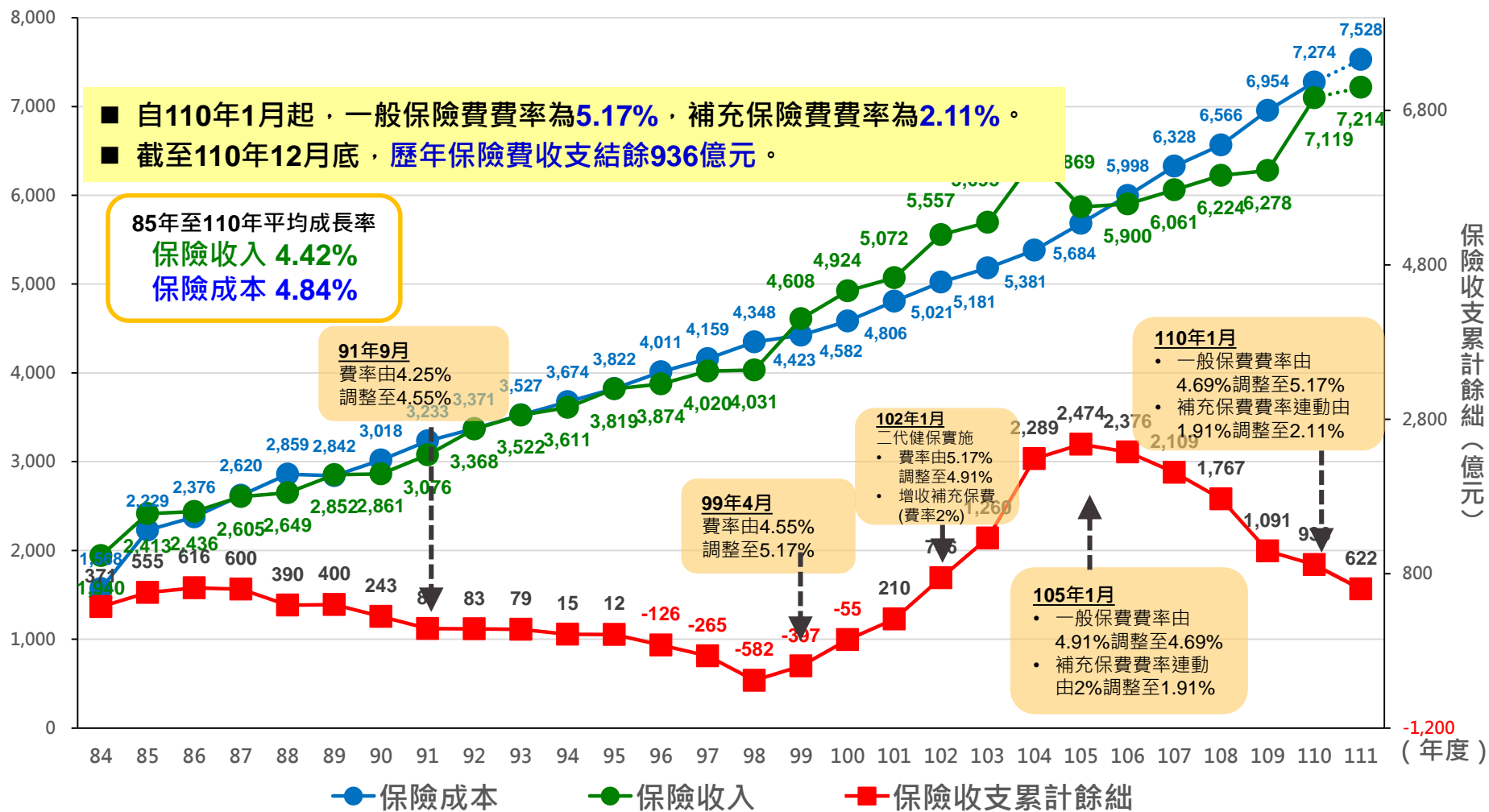


後疫情時代
翻轉智慧醫療
強化體制韌性



超高齡社會來臨
在宅照護需求日增
醫療模式面臨挑戰

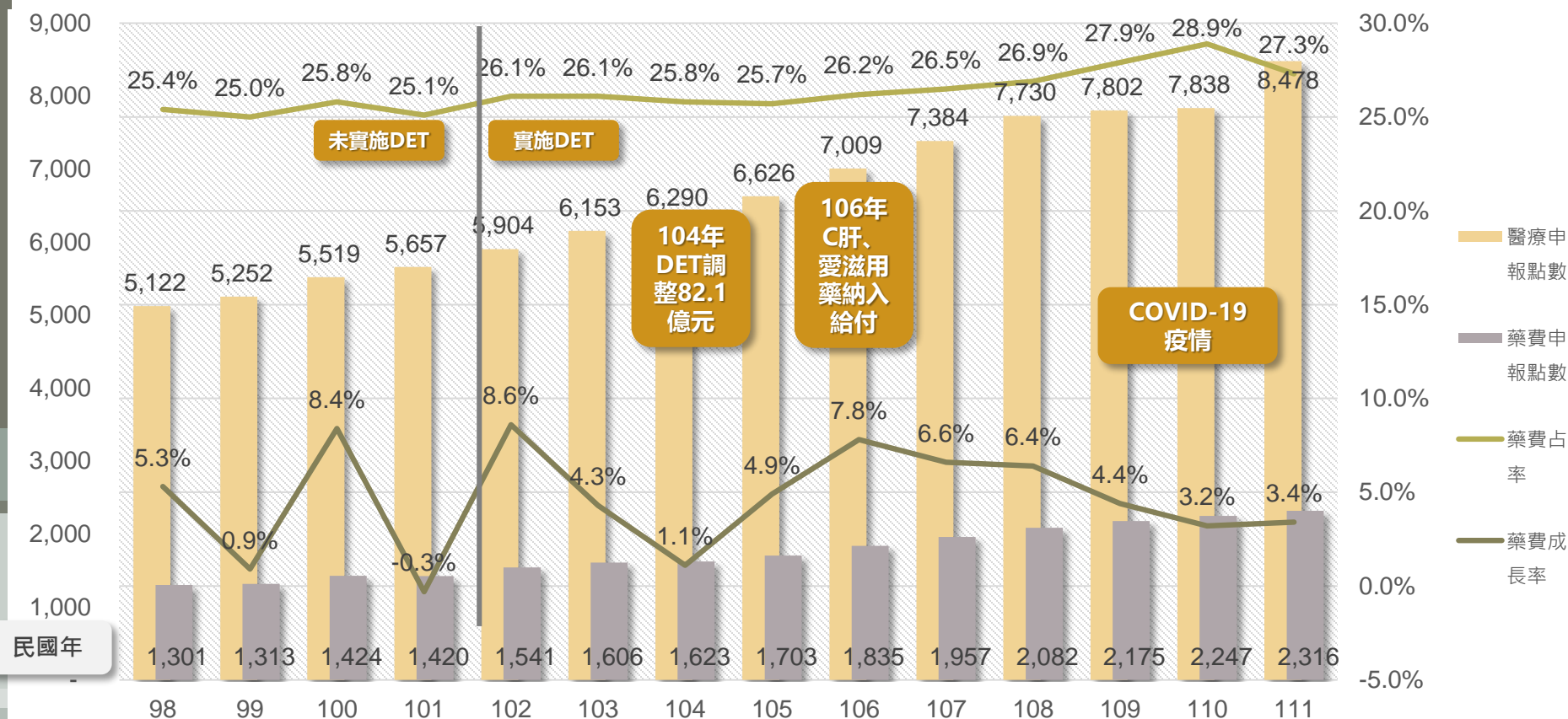
挑戰1 健保財務入不敷出



健保藥費支出趨勢

111年藥費申報金額達2,316億元，藥費占率為27.3%。扣除協議還款後，申報金額為2,227億元，藥費占率為26.3%

單位:億點



註：藥費申報金額及藥費占率未扣除藥品給付協議還款金額。

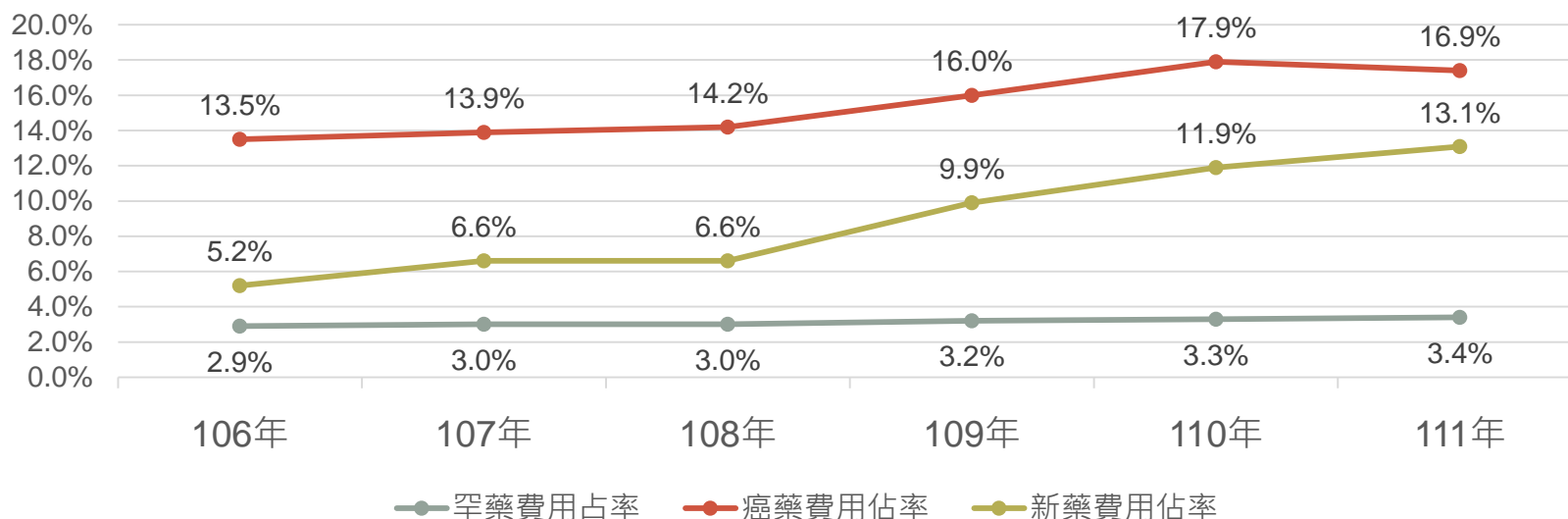
健保新藥/癌藥/罕藥投入資源逐年提高

➤ 新藥、癌藥、罕藥費用占率逐年提高

健保為保障病人用藥權益，對新醫療科技持續增加挹注。

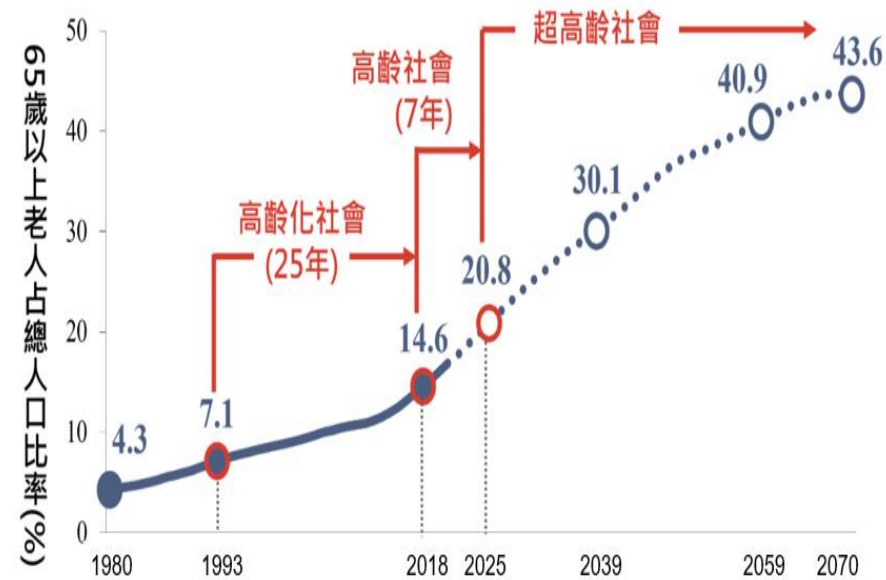
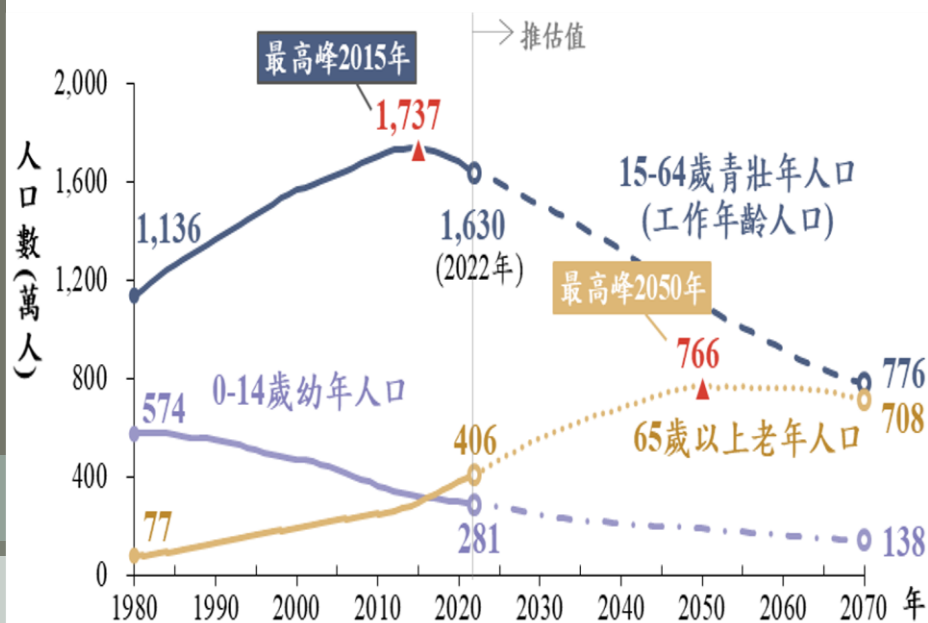
➤ 2022年總額預算8,478億元，藥品申報費用約2,316億元，其中癌藥約392億元 (16.9%)、新藥約303億元 (13.1%)、罕藥約78億元 (3.4%)

癌藥、罕藥及新藥費用之歷年藥費占率



說明：「新藥」指該年度5年內收載的新藥

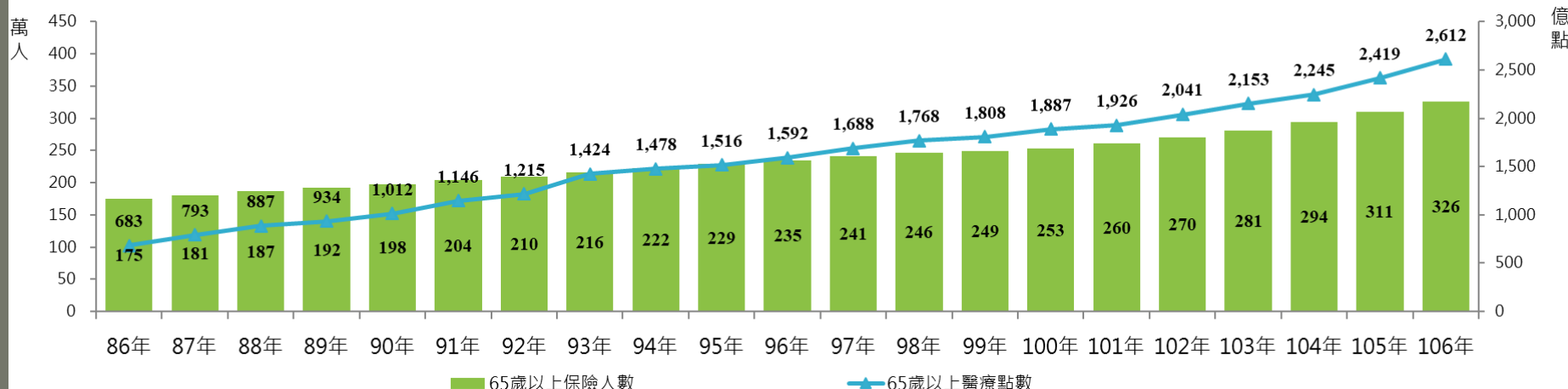
挑戰2 人口老化快速 醫療費用逐年上升



資料來源：國家發展委員會2022年中華民國人口推估 (2022年至2070年),國家發展委員會人口推估查詢系統

人口老化醫療費用趨勢逐年上升

2017年65歲保險對象人數約占**13.8%**，醫療費用約占**37.26%**



近10年內
健保醫療點數成長
主要原因



健保醫療費用成長主要原因	過去10年增加金額(億點)	成長貢獻度
65歲以上且有重大傷病	224.1	13.4%
65歲以上但非重大傷病	448.0	26.8%
有重大傷病但非65歲以上	350.4	21.0%
其他項目 (扣除65歲以上與重大傷病後之其他因素， 如 新藥、新科技、新增支付標準及服務密集度增加等)	646.7	38.7%
總計	1,669.2	100.0%

挑戰3 與國際相比，醫療利用偏高、支出偏低

國家	醫療利用			
	就醫次數 (每人)	出院率 (每千居民)	MRI檢驗次數 (每千人)	CT檢驗次數 (每千人)
OECD	6.8 [#]	146.2 [#]	79 [#]	155 [#]
美國	-	-	82.7 [*]	254.6
加拿大	6.6 [#]	82.0 [#]	62.0 [#]	144.1 [#]
英國	-	127.2 [#]	-	-
德國	9.5 [*]	252.5 [#]	149.9 [*]	150.0 [*]
荷蘭	8.4 [*]	89.8 [#]	58.6 [*]	113.9 [*]
日本	12.4 [#]	130.7 [#]	-	-
韓國	14.7 [*]	179.8 [#]	71.7 [*]	250.0 [*]
台灣	13.4 [★]	133.4 [★]	37.1 [★]	100.7 [★]

Source :

1. #: 2019, *: 2020, ★: 2021。

2. OECD data 2022, NHI (中央健康保險署) data 2022, Taiwan household registration (戶政) data 2022。

國家	醫療保健支出	
	醫療支出 (每人，美元購買力評價)	醫療保健支出 占GDP比(%)
OECD (經濟合作暨發展組織)	4,087 [#]	8.8 [#]
美國	12,318.1	16.8 [#]
加拿大	5,904.9	10.8 [#]
英國	5,387.2	12.8 [*]
德國	7,382.6	12.5 [*]
荷蘭	6,189.7 [*]	11.2 [*]
日本	4,665.6 [*]	11.0 [#]
韓國	3,913.7	8.4 [*]
台灣	1,900 [*]	6.7 [*]

Source :

1. #: 2019, *: 2020, ★: 2021。

2. OECD data 2022, MOHW data 2022。

3

健保因應策略

- 全人健康照護
- 健保數位升級

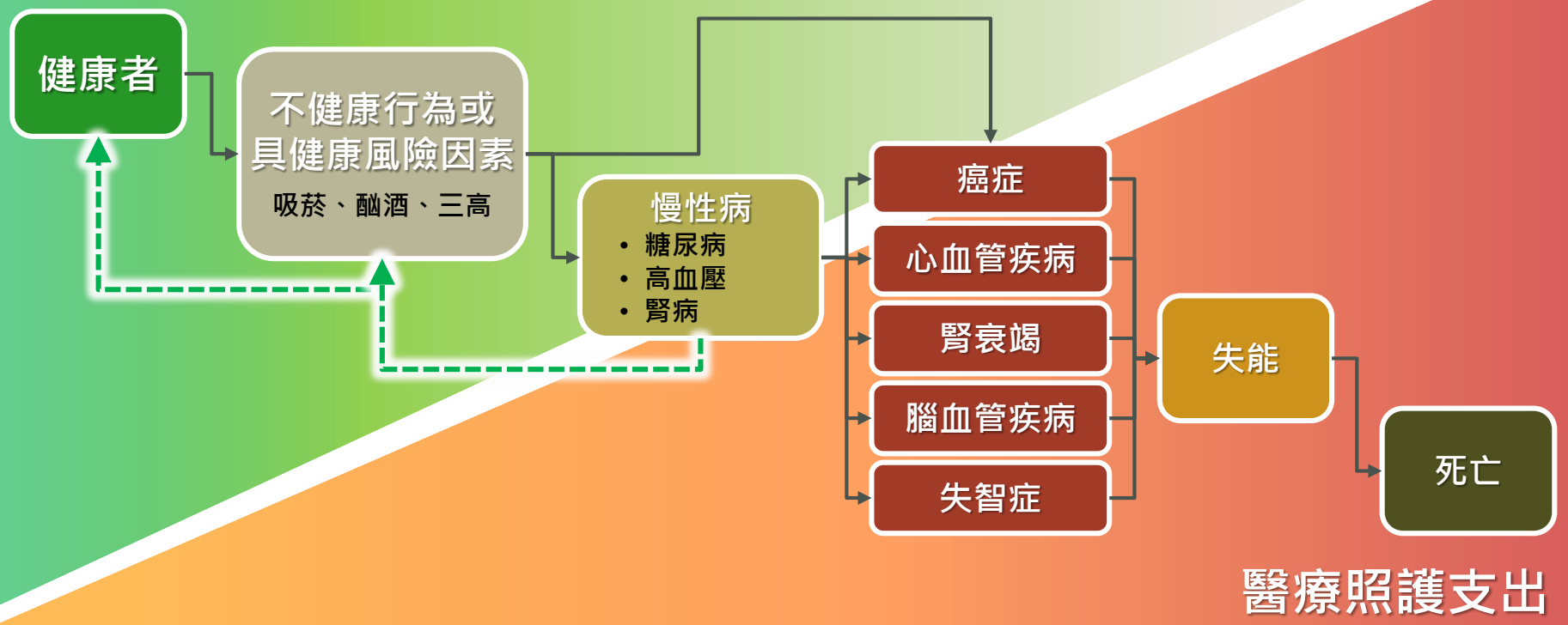


全人健康照護

改變健康習慣 改善生活品質

介入措施之效果

早期預防勝於後期治療



健保全人全程照護發展

系統整合

透過全民健康保險中長期政策目標相關計畫

預防保健

- 92年導入家庭醫師整合性照護計畫
- 110年導入國家慢性病整合防治計畫-國健署
- 111年導入健保：
★ 代謝症候群防治計畫-國健署
- 112年導入健保：
慢性傳染病照護品質計畫-疾管署

全民健康保險

- 醫院、西醫基層、牙醫、中醫總額、其他預算
- 111年導入健保：
強化精神照護體系(精神科長效針劑)-心健司
- 112年導入健保：
癌症治療品質改善計畫-國健署
- 113年預計導入：
口腔癌復健整合照護計畫-口健司

長照2.0

- 103年推動急性後期照護試辦計畫
- 105年推動居家醫療照護整合計畫
- 結合長照資源推動連續性照護(長照司)
出院準備銜接長照、居家失能個案家醫照護計畫、減少照護機構住民至醫療機構就醫方案、失智照護服務計畫
- 111年導入健保：
住院整合照護計畫-照護司

打造大家醫計畫 落實全人全程的健康照護

以**家醫計畫**為基礎，
整合強化其他計畫為**加值服務**

- ▶ 含代謝症候群防治、慢性病P4P、癌症品質計畫等

落實**全人全程健康照護**理念，

改變生活型態(Lifestyle intervention)

- ▶ 民眾健康為導向
- ▶ 病人為中心
- ▶ 家庭為核心
- ▶ 社區為範疇

精進醫療品質

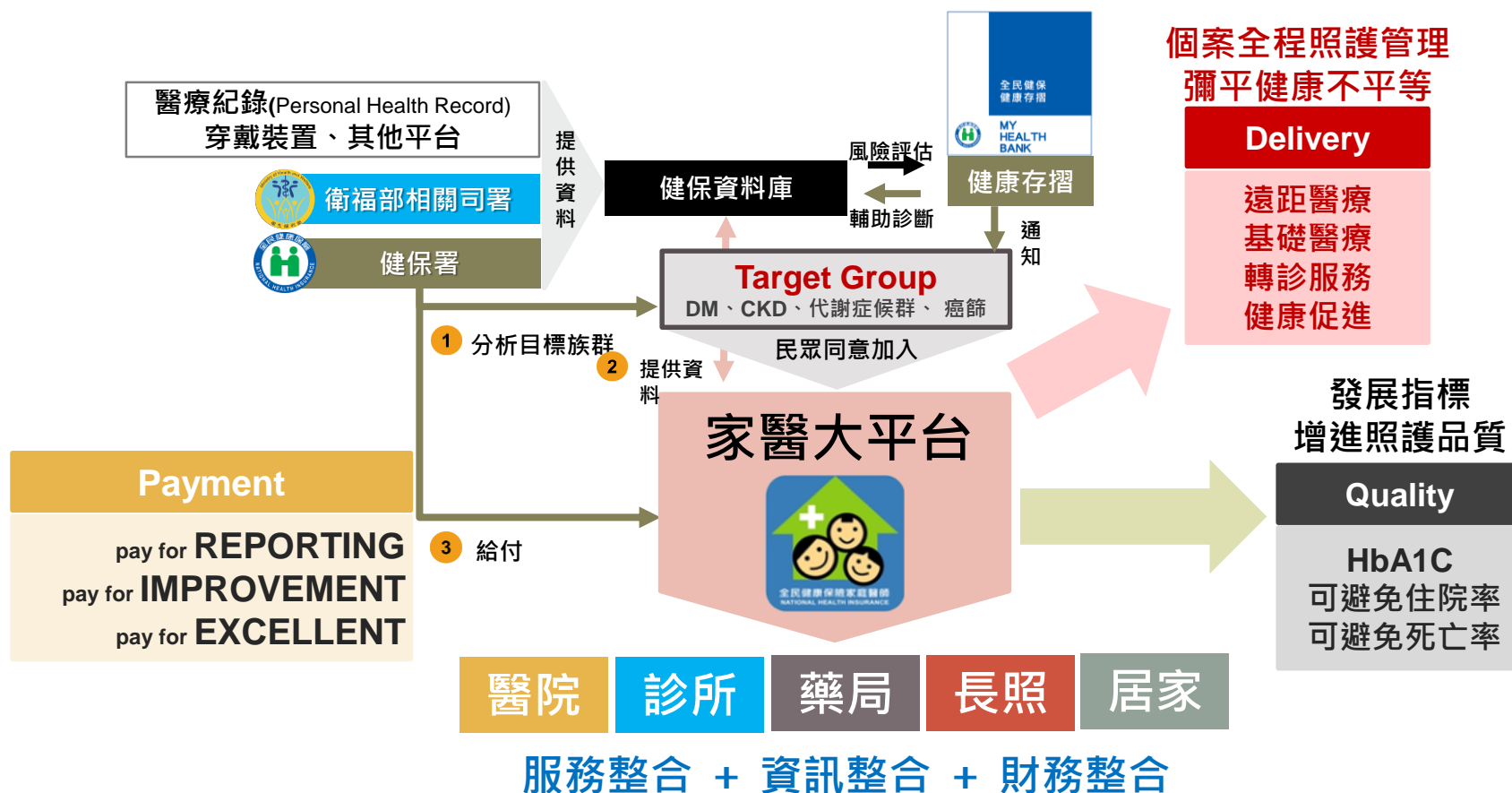


提升服務涵蓋率

支付制度調整

數位化追蹤管理

建構家醫大平台 提供以人為中心的整合照護



家醫大平台資料涵蓋範圍



透過家醫大平台資料進行AI客制管理

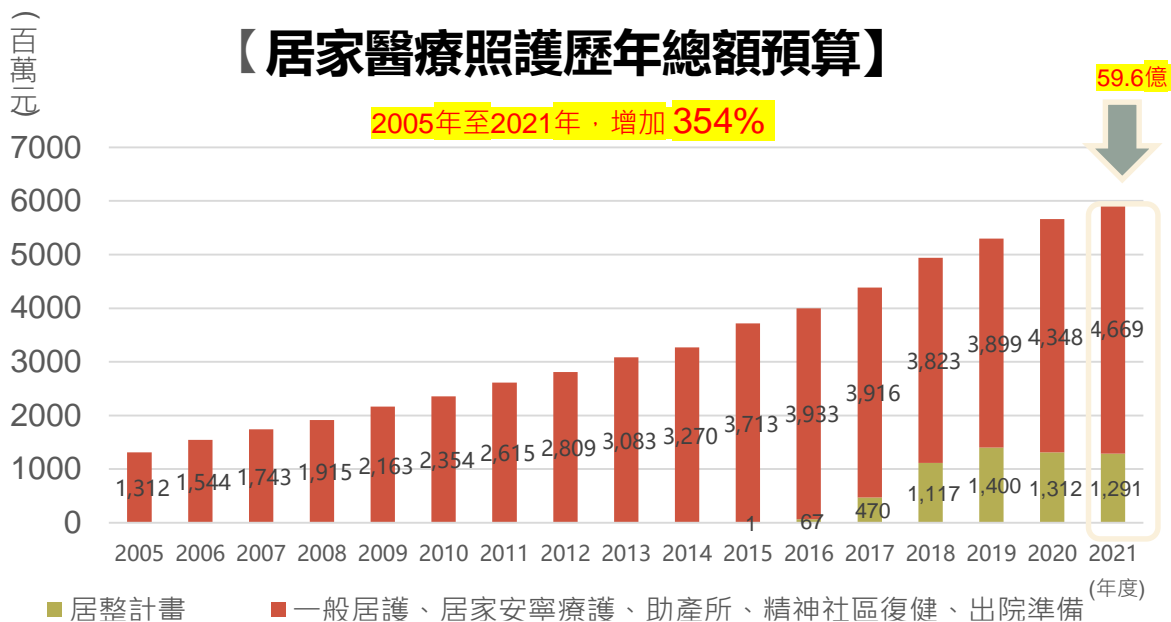


面臨超高齡社會~推動在宅醫療政策

蔡總統醫療政策

- 建構在地健康照護網絡，**提升社區醫療照護質量**。
- 對行動不便老人、失能者，**社區照護團隊能就近整合評估**，整體規劃照護資源。
- **結合健保推動「居家醫療照護」**，到行動不便的長者家中提供服務，並**延伸至在宅安寧療護**。

【居家醫療照護歷年總額預算】

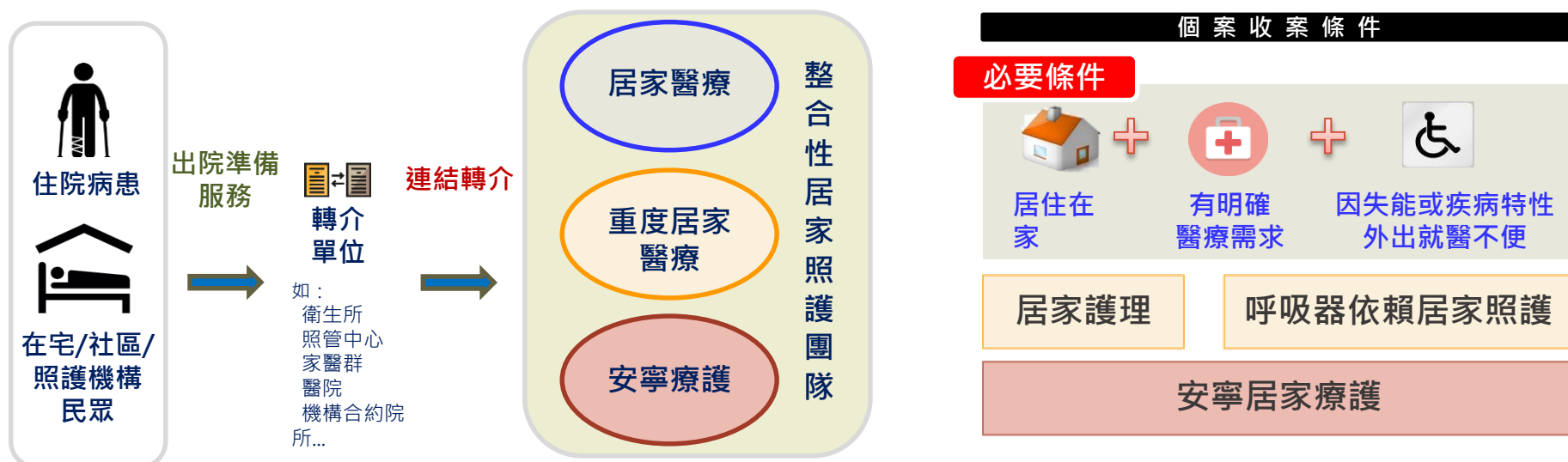


資料來源：

1. 健保會協商要覽指標之預算執行情形(其他部門預算--非屬各部門總額支付制度範圍之服務居家醫療照護、助產所、精神疾病社區附件及轉銜長照2.0服務)
2. 居家醫療照護整合試辦計畫自2015年4月23日公告訂定；2019年6月起新增居家牙醫、中醫醫療及居家藥事照護；20年居家牙醫回歸牙醫門診總額專款--牙醫特殊服務計畫

現況：居家醫療照護提供場域及收案評估

居住在家中或照護機構中 + 失能(巴氏功能量表<60分) / 因疾病特性導致外出就醫不便 / 呼吸器依賴患者等病人
+ 經訪視人員**評估符合收案條件**，開立收案申請書，擬訂居家醫療照護計畫，提供服務並視情況調整



不同場域由醫事機構各司其職共同提供居家醫療照護服務

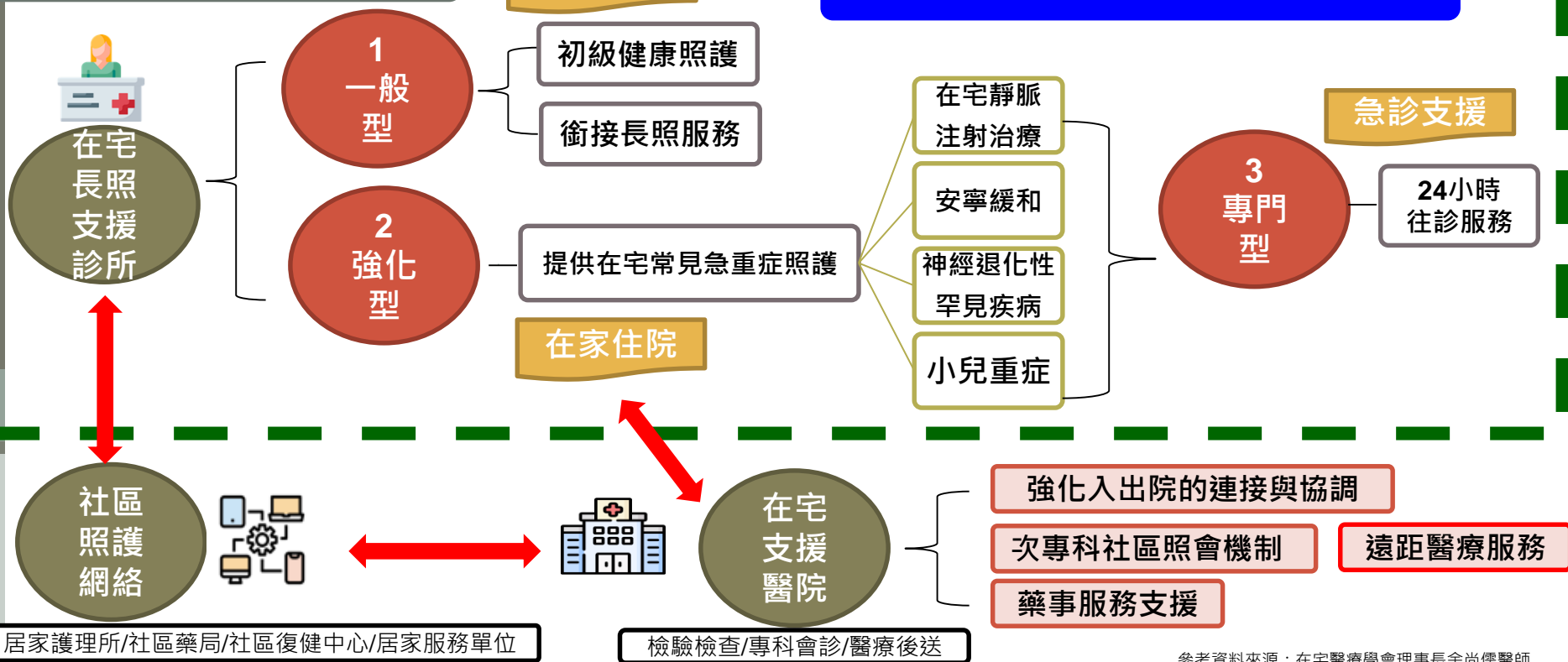


未來：發展社區在宅醫療網絡 實現在地老化目標

成立在宅長照支援診所合作網

在宅醫療

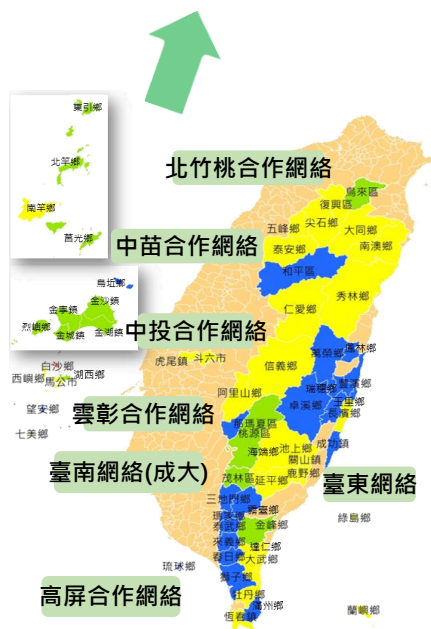
照顧對象擴及：居家與長照機構住民



參考資料來源：在宅醫療學會理事長余尚儒醫師

健保遠距醫療 補足偏鄉專科醫療需求

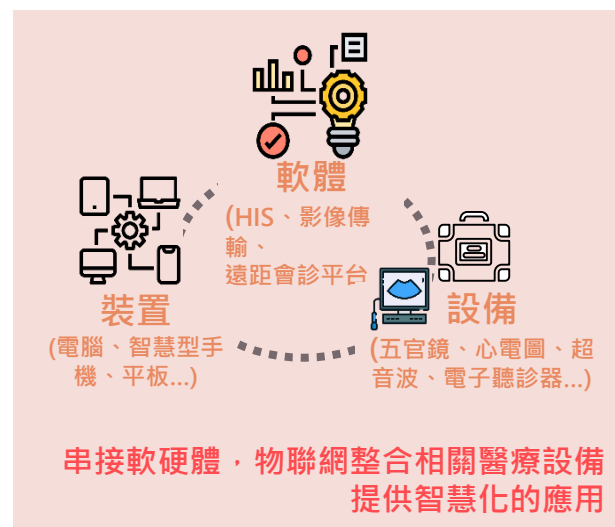
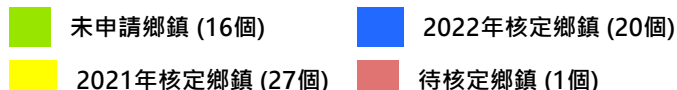
健保於2020年12月起納入遠距醫療給付，至2022年12月，全國公告施行64個山地離島鄉鎮，已有7成鄉鎮(47個)及7個急重症轉診網絡提供遠距會診服務。涵蓋眼科、耳鼻喉科、皮膚科、心臟內科、腸胃科、神經內科、胸腔科及急診科。



- ▶ 「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」(IDS) + 「全民健保遠距醫療給付計畫」
- ▶ 提升山地離島、偏僻地區民眾之專科門診可近性，落實在地化醫療。

送入專科看診

遠距專科會診





健保數位升級

健保數位升級計畫 4面向 8大重點

願景

- 透過健保數位升級，提升健保資訊效能與安全，提供國人適切、可近及永續的全人全程健康照護。
- 擴大公私部門協力合作，加速醫療照護數位轉型。
- 完善資料治理，建立健保大數據資料生態系。



健康存摺 單一平台整合個人健康資料

1

還資於民 強化自主健康管理

透過健康存摺整合民眾健保就醫及相關健康資料，提醒民眾強化個人健康管理。

申報及健保卡上傳資料

西/中/牙門診資料、住院資料、用藥資料、手術資料、過敏資料

鼓勵特約醫事機構上傳資料

檢驗(查)結果、影像/病理檢驗(查)報告資料、出院病歷摘要

跨機關資料

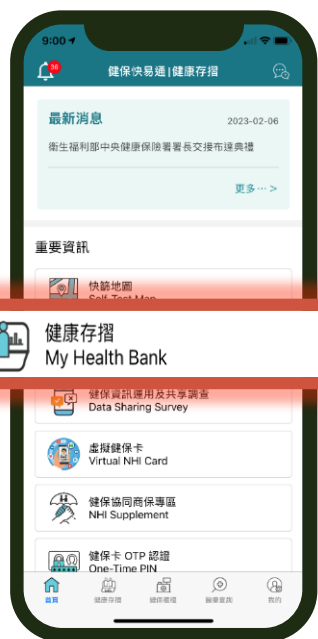
器捐或安寧緩和醫療意願(醫事司)、預防接種資料(疾管署)、成人預防保健資料、癌症篩檢資料(健康署)

疾病風險評估

肝癌風險預測、末期腎病評估、心血管疾病評估

自行輸入

生理量測資料、飲食/運用行為指標、生理期紀錄、自費疫苗接種資料



使用人數 1,117萬人

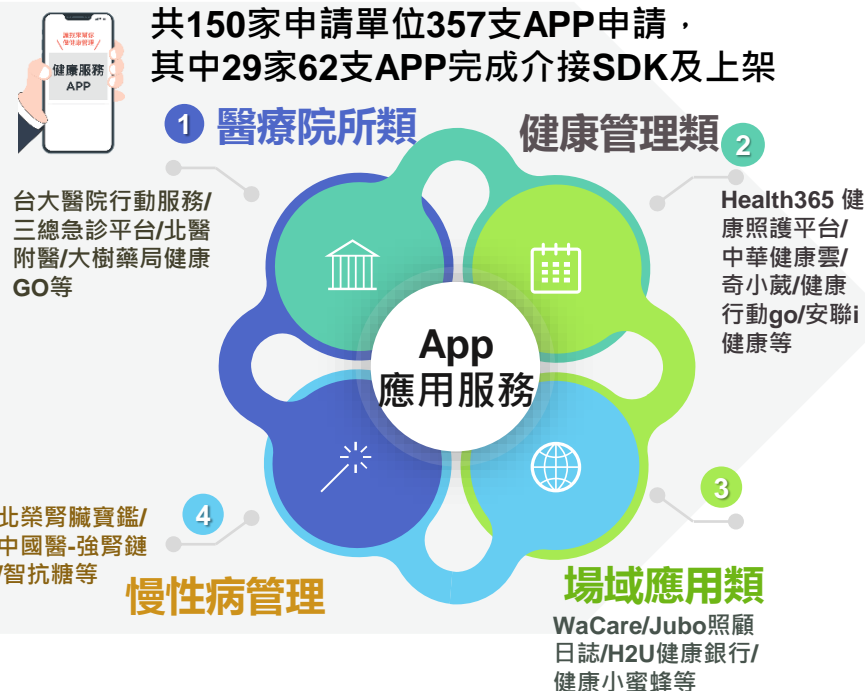
使用人次 3億3,886萬人次 (至112年5月31日止)

SDK資料加值 先確保資安 再串聯健康新服務

2

Software Development Kit

透過健康存摺**SDK串聯健康新服務**，民眾可自主分享個人健康資訊，在數位App協助下，獲得更多**健康加值服務**，是數位健康發展的重要媒介。更加强獨立管理機制，處理個資與資安議題。



健保雲端系統 主動提示 擴增跨機關資料

3

就醫病人雲端系統查詢率近**9成**，院所整體使用率達**98%**，平均每月約**3.6千萬**查詢人次



數位化及智能輔助審查 提升效率與一致性

4

送件申請

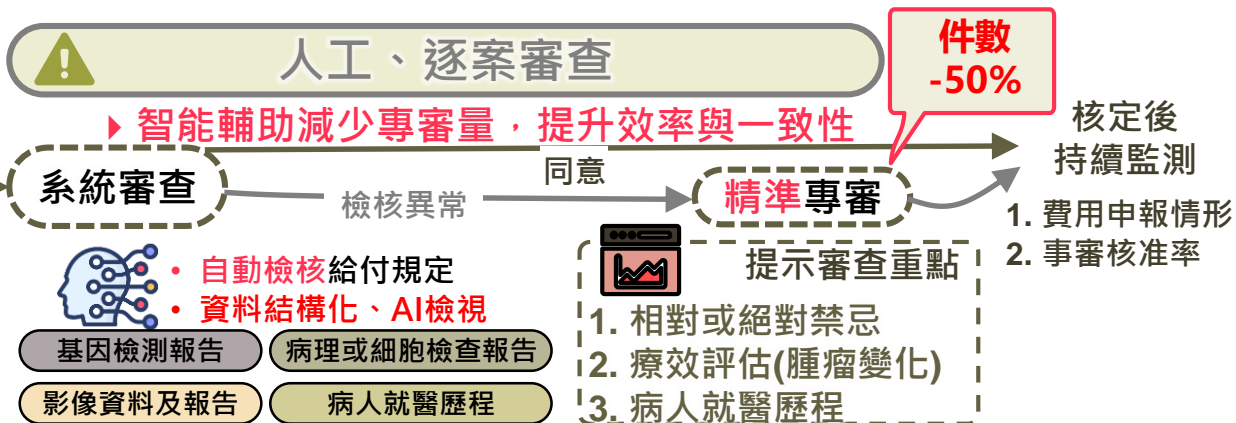
審查流程

核定

藥品核價



事前申請



健保遠距醫療 補足偏鄉專科醫療需求

5



至111年12月，全國公告施行64山地離島鄉鎮，已有7成鄉鎮(47個)及7個急重症轉診網絡提供遠距會診服務。涵蓋眼科、耳鼻喉科、皮膚科、心臟內科、腸胃科、神經內科、胸腔科及急診科。

「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」(IDS) + 「全民健保遠距醫療給付計畫」

提升山地離島、偏僻地區民眾之專科門診可近性，落實在地化醫療。

送入專科看診

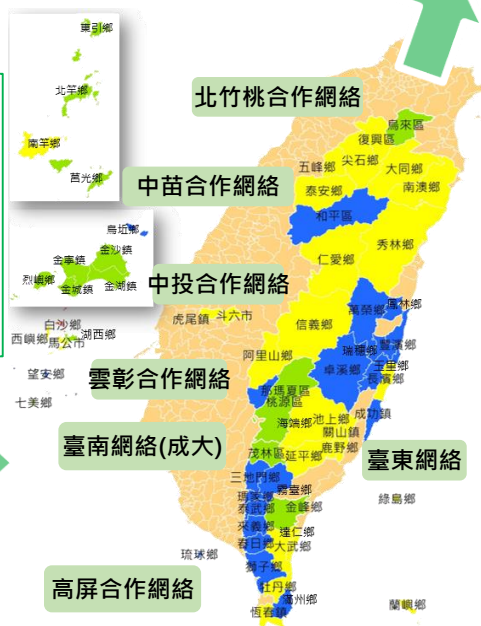
遠距專科會診

未申請鄉鎮 (16個)

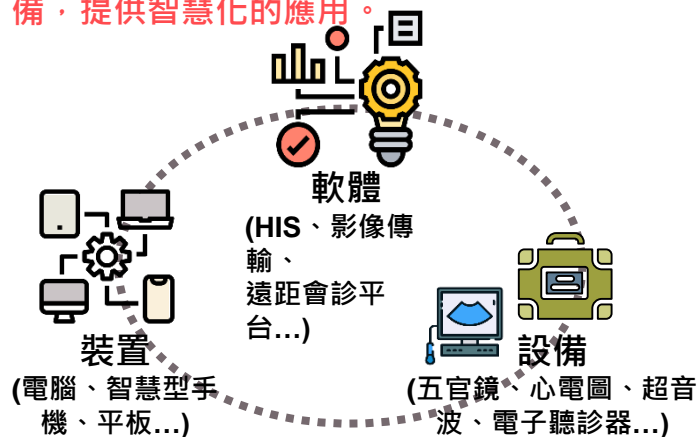
110年核定鄉鎮 (27個)

111年核定鄉鎮 (20個)

待核定鄉鎮 (1個)



串接前端軟硬體，整合物聯網相關醫療設備，提供智慧化的應用。



目前由衛福部醫事司、照護司及醫福會補助院所遠距診療設備。

推動虛擬健保卡 完善智慧化就醫模式

6

申請虛擬健保卡

線上申請
逐案審核

就醫

功能強化

交付處方

• 電子處方箋結合
數位簽章
• 數位同意書

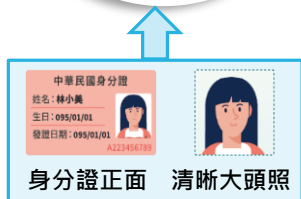
繳費

介接
院所線上支付

未來更智慧、更直覺



- ▶ 近距離感應式通訊 (NFC)
- ▶ 手機低電量或無網路、穿戴式裝置皆可使用
- ▶ 無需開啟健保快易通APP，啟用QR-Code



透過授權同意進行
掛號、看診、檢查、
領藥等就醫程序

實體處方箋交付
實體調劑
或配合藥師送藥服務

合作行動支付
醫指付、街口支付
及阿佩(APAY)支付

優化發卡審核程序

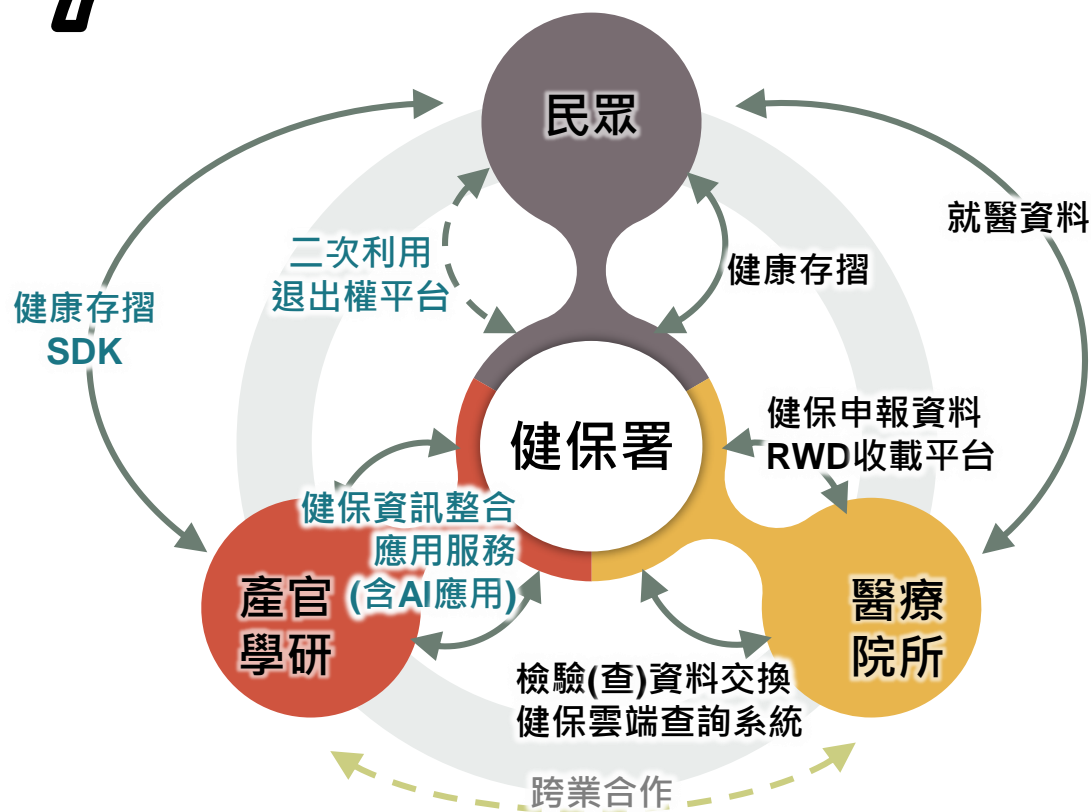
鼓勵院所提供虛擬卡服務

增進虛擬卡功能完整性

強化虛擬卡系統效能

以人為本 打造健保資料生態系統

7



完善健保資料庫(BioBank)治理

- ▶ Opt-out機制(二次利用退出權平台)
- ▶ 申請設立生物資料庫
- ▶ 組成倫理及資料治理委員會
- ▶ 法源依據
(研議修訂健保法、另訂專法或併入人體生物資料庫管理條例規範)

建構強韌安全健保資訊基礎架構

8

積極接軌及參與國際資安及醫療資訊管理制度(HIMSS)認證

提升健保資訊系統韌性

落實淨零減碳政策

提供優質不中斷資訊服務

增進數位創新
加值應用

保障民眾
個資隱私

混合雲架構

綠能機房

雙營運互備援

資訊系統
創新服務

資安防護
躍升

健保數位資訊
管理人才培育



公有雲服務
IaaS / PaaS



台北綠能機房

台中綠能機房



主機、伺服器、磁碟陣列、網路資安設備...



謝謝聆聽
敬請指教