

全民健康保險各總額部門 114 年度 執行成果發表暨評核會議 (四總額部門執行成果)

會議手冊

時間/地點：衛生福利部

115 年 7 月 20 日(一) 1 樓大禮堂

115 年 7 月 21 日(二) 3 樓 301 會議室

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).....	53
四、牙醫門診總額(含一般服務、專案計畫).....	91
五、中醫門診總額(含一般服務、專案計畫).....	183
肆、附錄	
一、各總額部門 114 年度執行成果評核之作業方式...	247
二、114 年度各部門總額及其分配方式公告.....	263

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/115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 114 年度執行成果發表暨評核會議議程

時間/地點：衛生福利部

115 年 7 月 20 日(一) 1 樓大禮堂(台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)

115 年 7 月 21 日(二) 3 樓 301 會議室

7 月 20 日(一)	報告內容	報告單位
09:00~09:10	報到	
09:10~09:15	開幕致詞	主持人：周主任委員麗芳
09:15~10:15	各總額部門(含門診透析)一般服務執行成果報告(60 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：林參議右鈞
10:15~10:30	中場休息(15 分鐘)	(出席人員大合照)
10:30~11:00	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：賴副組長彥壯
11:00~12:00	評論及意見交流(60 分鐘) (評論 30 分鐘，意見交流 15 分鐘，健保署回應 15 分鐘)	主持人：周主任委員麗芳 評論人：評核委員
12:00~13:00	午餐	
13:00~13:40	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：李理事長飛鵬
13:40~14:40	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：周主任委員麗芳 評論人：評核委員
14:40~14:55	中場休息(15 分鐘)	
14:55~15:35	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：林執行長誓揚
15:35~16:35	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：周主任委員麗芳 評論人：評核委員
— 第 1 天議程結束 —		

7 月 21 日(二)	報告內容	報告單位
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：連主任新傑、 楊主任文甫、 吳召集人志浩
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：周主任委員麗芳 評論人：評核委員
10:40~10:55	中場休息(15 分鐘)	
10:55~11:35	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：黃召集人上邦、 蔡召集人明諺、 詹名譽理事長永兆
11:35~12:35	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：周主任委員麗芳 評論人：評核委員
— 成果發表會結束 —		
12:35~13:30	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 1：依健保會 115 年第 2 次委員會議(115.3.11)通過之評核作業方式，提報重點如下：

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、總額核(決)定要求及民眾關切議題為主軸，提出 114 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。

註 2：7 月 21 日配合衛生福利部部慶活動，會議地點改於 301 會議室。

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 3 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 3 分鐘「響短鈴 2 聲」，時間屆滿時「響長鈴 1 聲」。

(三)意見交流：

1.健保署及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)受評單位回應提問意見：

1.健保署及四部門總額場次預定 15 分鐘。

2.時間屆滿前 3 分鐘「響短鈴 2 聲」，時間屆滿時「響長鈴 1 聲」。

二、受評單位未及現場回應部分，請健保署及四部門於 7 月 29 日前提出回應或補充說明，以利併入評核紀錄，做為 116 年度總額協商參考。

三、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)



114年度 醫院總額部門執行成果報告 一般及專案計畫

台灣醫院協會
115.07.20

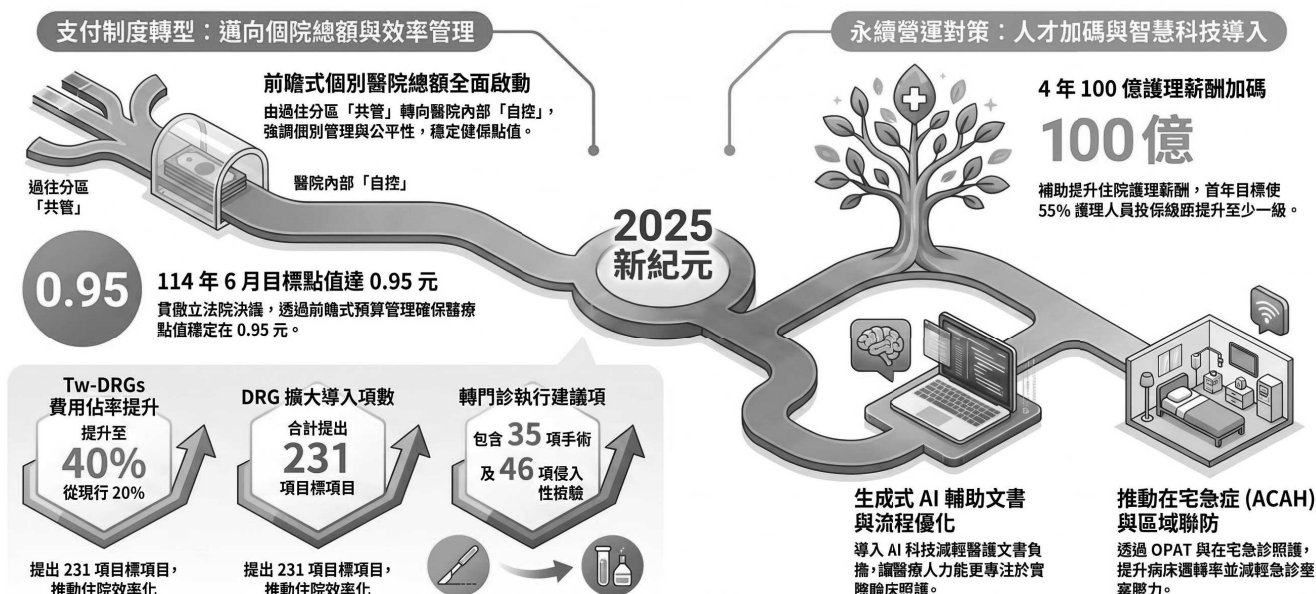
大綱

- 01 年度重點項目執行成果與未來規劃
- 02 113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 專案計畫

細數114年醫院部門工作內容及成果

2025 台灣醫院管理新紀元：支付制度變革與醫護永續對策

傳達 2025 年台灣醫院部門面臨的兩大核心轉變：健保支付制度的「個院總額」轉型，以及應對醫護荒的資源挹注與智慧化策略。



3

管理典範的轉移：從總額下的論量計酬到前瞻式個別醫院總額

	2025年以前 (Pre-2025)	2025年起 (2025+)
制度本質	總額預算下的論量計酬。各醫院受制於點值波動，形成截長補短的零和博弈。	前瞻式個別醫院總額。強調個別預算管理，自控在前，分擔在後。
點值與財務風險	點值劇烈波動。衍生攤扣、折讓等公平性爭議，財務不確定性極高。	點值趨於平穩。大幅降低不確定性風險，提供醫院穩定的營運基礎。
核心生存戰略	衝量競爭。為維持收入被迫衝刺門診與一般服務量。	零階防護與重症投入。專注維持零階防護機制，資源轉向急重難罕病症與創新試辦計畫。

4

年度重點項目

-分級醫療

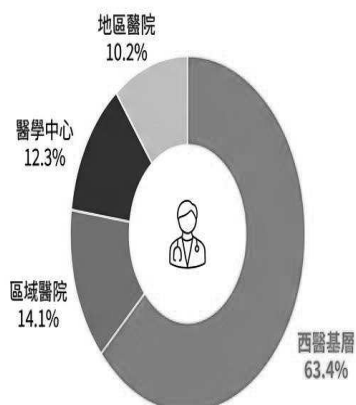
-護病比

{ 參照書面報告P.3 }

5

114年西醫板塊穩固：基層就醫件數佔率達63.4%， 政策引導民眾就醫觀念成形

西醫門診就醫件數分佈 (114年)

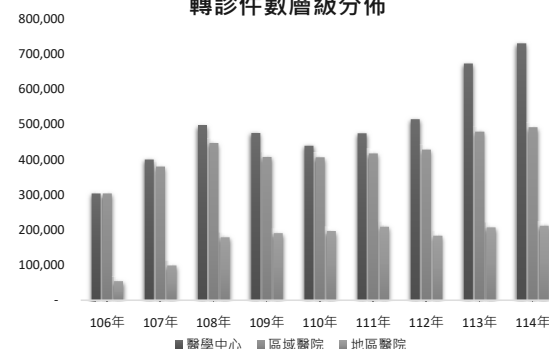


西醫基層承擔逾六成門診量，充分發揮初級照護與分流功能。



	就醫件數 (千)	轉診件數 (千)	轉診率	轉診件數成長
106年	105,433	660	0.63%	
107年	107,879	877	0.81%	32.77%
108年	109,942	1,128	1.03%	28.65%
109年	107,126	1,073	1.00%	-4.88%
110年	103,156	1,041	1.01%	-2.98%
111年	114,547	1,100	0.94%	5.67%
112年	108,141	1,124	1.04%	2.18%
113年	110,888	1,359	1.23%	20.91%
114年	112,244	1,433	1.28%	5.43%

轉診件數層級分佈



轉診指標達成情形：政策獎勵發揮效能，指標全面達標

The KPI

轉診率

1.28%

114 年醫院層級重點項目執行成效指標，較 113 年持續成長，成功達成設定目標。

◎ 年度成功達標

The Trend

+5.41%

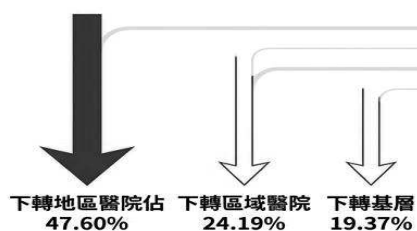
轉診件數成長 (總件數達 1,432,811 件)

各層級轉診量皆呈正向成長，顯示院所間轉診機制運作順暢，鼓勵轉診給付獎勵成效顯著。

7

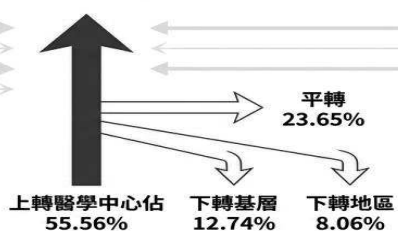
醫療互聯網絡成形：轉診流向精確對接戰略定位與評鑑任務

醫學中心 —— 賦能與下放



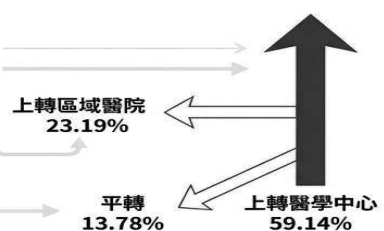
配合「評鑑五大任務」，扶植地區醫院、建立衛星醫院模式與區域聯防合作網絡。

區域醫院 —— 急重症樞紐



維持急性醫療核心角色，專責處理重症後送與複雜病況之進階防線。

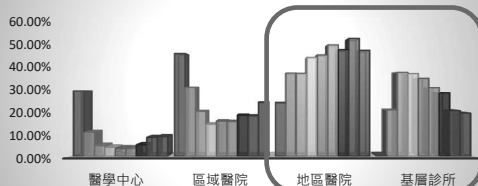
地區醫院 —— 社區守門員



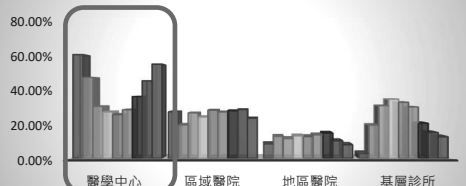
定位為「Health Keeper」，提供社區民眾最適醫療，並作為頂層醫院的策略聯盟先鋒，精準轉介急重症。

深化成效下一步：配合智慧轉診平台與部分負擔機制，建構更為完善且安全的雙向醫療健康網絡。

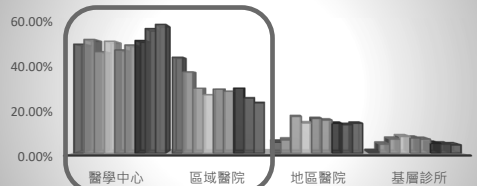
醫學中心轉診流向



區域醫院轉診流向



地區醫院轉診流向



分級醫療的檢討



1. 門診診量機制檢討

若重新啟動門診診量機制，應重新檢視並檢討政策的設計內容。因隨新醫療科技發展，許多原需住院之檢驗檢查、手術處置逐步改為微創門診手術，門診量增加未必是初級照護過多或輕症造成，需與時俱進。



2. 需求者賦權與導引

轉診及分級醫療得否成功，並非單看醫療供給者，應適度賦權予醫療需求者。透過適當經濟誘因，導引民眾正視健康識能、建立正確就醫觀念。



3. 轉診適當性分析工具限制

以ICD-10、疾病分類群組或CMI分析轉診適當性有其限制，多屬事後監測且無法完全反映臨床需求。建議委託學術研究及實務單位研析轉診適當性之衡量方式，建立更符合臨床實務之評估機制。

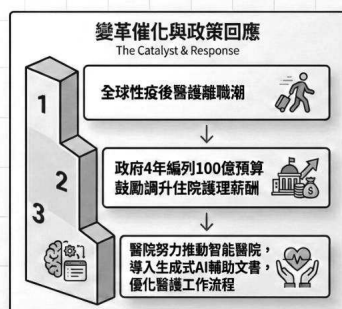


4. 需同步檢討需求面管理

4. 需同步檢討需求面管理

在現行法規不得拒絕病人就醫之前提下，醫療院所應採取措施多以溝通與建議為主。若未同步檢討需求面管理機制，僅依賴供給面管理，政策成效恐將有限。

114年護理人力議題的正視與政策回應

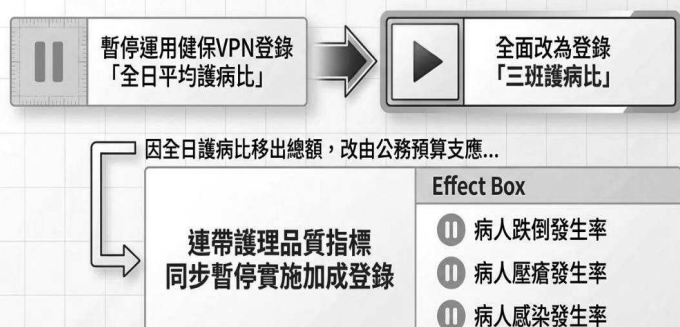


114年護理費支付標準調整：提升護理待遇與照護品質

說明 114 年 3 月起越級護理費支付標準的調整重點，強調對急重症及住院護理的加碼，以及與醫護人力指標的連結。



登錄基準切換與品質指標連動



114年全日平均護病比成效評估：以現行三班護病比數據以健保署計算公式還原推估



數據的矛盾：高達標率背後的「合法規、減床位」無奈現實

表象：各層級全日護病比情形

醫學中心：眾數小於1:7.0-7.9
為62.1%

區域醫院：眾數為小於1:10
為75.7%

地區醫院：眾數為小於1:13
為80.9%

真實：護理資本創疫後新低

- 2,349 人

114年總護理人數減少量

區域醫院流失最為嚴重，
單年減少 1,281 人。

核心論述：護病比高度達標並非因為護理人力充沛，而是面對短缺危機，醫院迫於無奈採取「床數調節」以符合法規設置標準的必然結果。

11

離職潮深度剖析：基層新血流失為當前最大警訊

	醫學中心	區域醫院	地區醫院
年資未滿2年	攀升至 6.99%		高達 11.09%
年資3個月以上	突破雙位數 (10%)		
年資2年以上	微幅下降	微幅下降	微幅下降

新進人員斷層加劇

年資未滿2年的護理人員離職率較前一年顯著增加 1.29%。地區醫院流失最為嚴峻，顯示基層新血無法穩定留任，動搖體系根基。

中堅主力浮動警訊

醫學中心 3個月以上年資的離職率首度突破雙位數 (10%)。資深人員 (2年以上) 的微幅下降則受長照產業吸磁與退休潮雙重影響。

12

醫護工作環境的檢討與改善方案

財務激勵與稽核機制

\$100億 / 4年

(護理加新專款，由健保基金編列)

114年基準核心指標：

55% 一般急性病床護理同仁，投保級距須提升 ≥ 1 階 (以 113 年 12 月為基準)。



達標醫院：
獲專款預算全額支應。

未達標醫院：
須「自行吸收」調升護理支付標準點數之差額。

智慧醫院輔助醫療臨床業務



臨床語音與數據
自動化



醫務機器人
輔助



生成式AI支援
行政工作



自動產出病歷初稿，
深度輔助HIS系統



終極目標：
優化醫務作業，讓時間
用在真正需要的地方

13

02

113年評核委員 評論意見及回應

{ 參照書面報告P.15 }

14

戰略對話矩陣： 回應評核委員對資源配置的期許

[委員關注]

議題一：人均醫療費用上升與高齡化應對

[實務回應]

113年費用成長主因來自疫後就醫人潮大舉回流，以及政策挹注社區與區域醫院量能的支付標準結構性調整。

[政策倡議]

承諾與健保署共商，建立高精準度模型，估算未來5年的人口變數與健保永續財務規劃。

[委員關注]

議題二：病床關閉與資源樞紐（HUB）規劃

[實務回應]

醫院並非主動放棄量能，關閉病床實為因應護產人力嚴重流失，為符合設置標準法規的被動無奈之舉。

[政策倡議]

全力支持重建 CMI（病例組合指標）。建議以 ICD-10-CM/PCS 2023年版為基礎重新試算，真實反映重症耗用、專業人力與特材成本。

15

戰略對話矩陣： 嚴守醫療品質底線與人力資本重建

[委員關注]

議題一：精神專科與慢性醫院感染率監控

[實務回應]

坦承指標變化痛點。將深入交叉分析院內感染密度（114年精神專科8.13%、慢性醫院6.26%）與現有護病比之實質關聯。

[政策倡議/行動]

建立即時動態監測機制，確保護理人力缺口絕不演變為院內感染管制的系統性破口。

[委員關注]

議題二：護理人力留存與外籍人力引進評估

[實務回應]

內部薪資福利調升政策已見成效（95%達標）。同時正全面推進 AI 智慧排班與電子化照護紀錄以降低高壓負擔。

[政策倡議/行動]

針對引進外籍醫護，考量其深度涉及文化、語言溝通與病人絕對安全，將緊密配合中央腳步，謹慎廣納醫事團體共識。

16

維護保險對象 就醫權益

{ 參照書面報告P.20 }

17

114年醫療服務品質調查結果(問卷)

指標項目	年	110	111	112	113	114	補充說明
最近一次看診醫院的醫療結果滿意度							114年度醫院部門整體醫療結果滿意度及肯定態度皆較113年分別提高0.1%及1.6%
--滿意		93.2%	94.1%	94.1%	94.1%	94.2%	
--肯定態度		97.3%	97.6%	96.6%	95.2%	96.8%	
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）		90.5%	90.8%	88.5%	89.2%	91.7%	114年度民眾對醫師看病及治療所花費的時間滿意度較113年提高2.5%
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）		64.1%	63.8%	62.1%	61.2%	69.7%	114年度醫護人員進行衛教指導滿意度較113年提高8.5%
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		67.9%	71.8%	69.8%	71.1%	68.7%	相較於113年度，114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減少2.4%
就診時醫師是否會病人共同討論照護或治療方式（總是有）		66.3%	70.8%	76.4%	80.3%	64.6%	醫師會與病人共同討論照護或治療方式，113年度滿意度較113年減少15.7%
就診時醫師是否有提供問問題或表達顧慮的機會		73.9%	76.1%	72.4%	72.9%	74.7%	就診時醫師可供詢問及接受表達顧慮的滿意度114年度較113年提高1.8%

總體滿意度維持高點

醫療結果滿意度

96.8% ↑

對醫師看診花費時間滿意度

91.7% ↑

114年民眾自費調查結果(問卷)

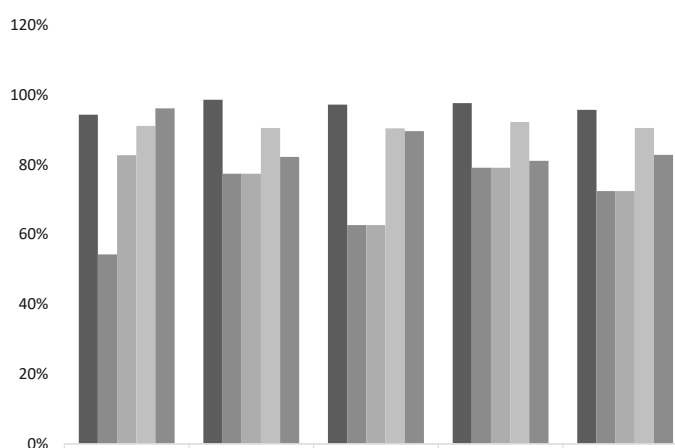
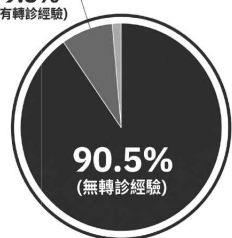
• 近五年自費原因統計

指標項目\年	110	111	112	113	114	補充說明
自付其他費用 前3名項目						
--第一名 (百分比)	藥品 48.4%	藥品 43.5%	藥品 46.7%	藥品 38.2%	藥品 43.7%	114年民眾自費因素經調查與113年項目一致，以健保不給付37.1%最多，使用較好自付全額及補付差額分別為第二、三名。
--第二名 (百分比)	檢查 12.9%	耗材 20.5%	耗材 16.2%	耗材 17.3%	檢查或檢查 19.5%	
--第三名 (百分比)	耗材 12.4%	檢查或檢驗 12.4%	檢查或檢驗 12.2%	檢查或檢驗 12.8%	耗材 14.8%	
自付其他費用 前3項原因						
--第一名 (百分比)	醫院建議 63.0%	使用較好自付全額 41.0%	健保不給付 45.6%	健保不給付 38.5%	健保不給付 37.1%	院所自費金額的感受問題往往與當下的經濟能力有關，而對各項費用支出的痛苦指數有所不同。114年度覺得自付便宜的滿意度降低1.7%，整體正向評價較113年度提高11.3%，得繼續觀察。
--第二名 (百分比)	二者都有 15.3%	使用較好補付差額 21.5%	使用較好自付全額 19.6%	使用較好自付全額 33.4%	使用較好自付全額 32.1%	
--第三名 (百分比)	自己要求 14.4%	多開藥及健保不給付 9.6%	使用較好補付差額 13.2%	使用較好補付差額 13.5%	使用較好補付差額 14.4%	

19

114年民眾就醫可近性與及時性(問卷)

9.5%
(有轉診經驗)



82.8% ↑
(轉診服務滿意度，大幅提升 11%)

不滿意三大主因

- 1. 等待時間很久 (55.8%)
- 2. 程序繁瑣 (38.0%)
- 3. 醫護人員態度不好 (23.7%)

■ 對門診掛號的感受(順利)	94.30%	98.60%	97.20%	97.60%	95.70%
■ 住院容易排到病床?	54.30%	77.40%	62.70%	79.10%	72.40%
■ 所安排的病床與希望相符的比率?	82.70%	77.40%	62.70%	79.10%	72.40%
■ 有沒有被轉診的經驗	91.10%	90.50%	90.40%	92.20%	90.50%
■ 對轉診服務的滿意度(正向)?	96.10%	82.20%	89.60%	81.10%	82.80%

20

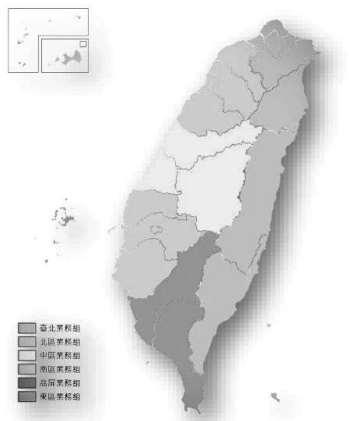
114年不同都市化地區醫療分布情形(監理指標)

指標項目 \ 年	110	111	112	113	114
醫師人力比	90.13	95.81	93.77	82.95	75.89
就醫率					
一般地區	51.23	54.18	55.71	55.71	56.29
醫療資源不足地區	55.51	56.74	58.65	58.65	59.84
山地離島地區	57.85	60.26	62.38	62.41	63.39

75.89↓

- 最高與最低鄉鎮市區醫師人力比從82.95下降至75.89
- 由此可知城鄉醫師人力比率差距持續縮減

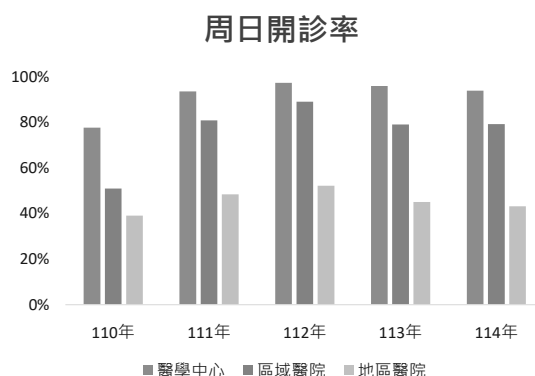
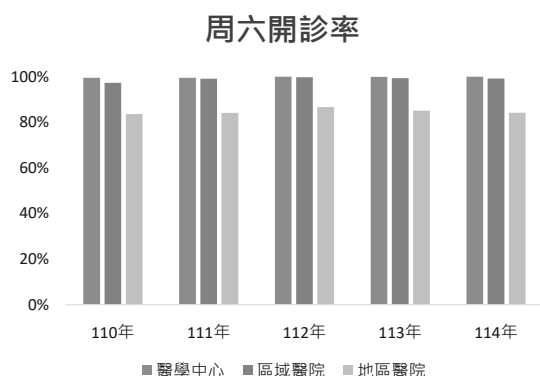
健保山地離島計畫(IDS)及醫療資源不足地區改善方案奏效，就醫率全面微幅上升(偏鄉率59.84%，山地離島63.39%)



指標項目 \ 分區	全國	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
醫院數	453	103	67	102	63	101	17
醫院醫師數	35,846	13,547	4,419	6,709	4,536	5,739	896
每萬人口西醫醫院數	0.19	0.14	0.17	0.22	0.19	0.28	0.33
每萬人口醫師數	15.39	18.19	11.22	14.76	14.01	15.91	17.19
就醫人數(千人)	13,990	4,878	2,625	3,006	1,961	2,250	339
每萬就醫人數醫師數	25.62	27.77	16.83	22.32	23.13	25.51	26.43

21

114年週六、週日開診情形(監理指標)



醫學中心	區域醫院	地區醫院
趨勢： ● 假日開診家數、周六開診率、周日看診人數與人次全面增加。 ● (承擔重症與假日急需)	趨勢： ● 周日開診率及看診人數提升，周六日平均看診人次增加。 ● (分擔周日負載)	趨勢： ● 周六與周日平均每家看診人數、人次皆增加。 ● (基層醫療網支撐)

22

114年民眾對醫院部門抱怨案件(問卷)

申訴案件數達 **926件**

↑ 較 113年成長 **19.95%**

⚙ 細部歸納，以“其他”案件占42%為最高，該類案件未能了解其原因

排行年	110	111	112年	113	114
1	其他 220件/29%	其他 其他醫療行政或違規事項 187件/27%	其他醫療行政或違規事項 135件/35%	其他 243件/31%	其他 393件/42%
2	其他醫療行政或違規事項 163件/22%	自費抱怨 134件/19%	疑有虛報醫療費用 80件/21%	其他醫療行政或違規事項 225件/29%	其他醫療行政或違規事項 230件/25%
3	自費抱怨 143件/19%	服務態度及醫療品質 72件/10%	其他 54件/14%	自費抱怨 97件/13%	服務態度及醫療品質 77件/8%
4	疑有虛報醫療費用 68件/9%	藥品及處方箋 49件/7%	自費抱怨 46件/12%	服務態度及醫療品質 84件/11%	自費抱怨 74件/8%
5	服務態度及醫療品質 57件/8%	疑有虛報醫療費用 36件/5%	藥品及處方箋 33件/9%	疑有虛報醫療費用/ 藥品及處方箋 44件/6%	疑有虛報醫療費用 53件/6%

23

04

醫療服務品質提升

{ 參照書面報告P.30 }

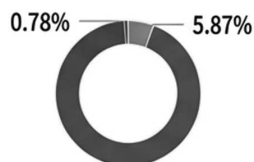
24

醫院部門114年44項專業醫療品質指標，全數達標

在急診塞車與人力短缺的雙重夾擊下，台灣醫院的醫療品質並未妥協，各項指標均穩健控制在各國優質水準內。

Monitoring Station

門診用藥安全 (Medication Safety)



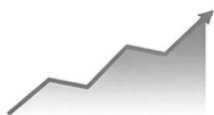
門診注射劑使用率極低 (0.78%)；
抗生素使用率控制得宜 (5.87%)；
優菱開立率穩定突破 52.12%。

手術品質 (Surgical Quality)



清淨手術術後使用抗生素超過3日比率
顯著下降至 9.07% (連樣 <11.17%)；
傷口感染率極低 (0.11%)。

疾病照護 (Disease Management)



氣喘、糖尿病照護完整性穩定提
升；慢性共照計畫 (CKD/DKD)
推動成效果現。

預防保健 (Preventive Care)



疫後全面復復，子宮頸抹片、成人預防保健及兒童預防保健
利用率全面超越 113 年度。

25

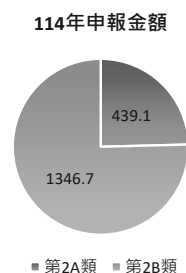
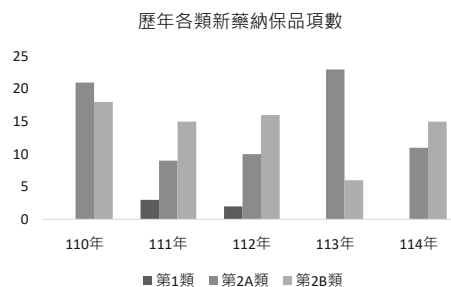
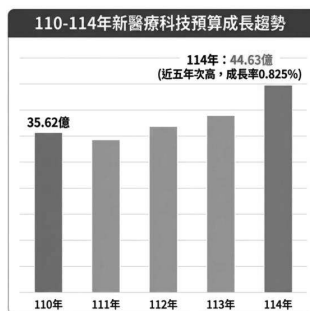
05

協商因素執行情形

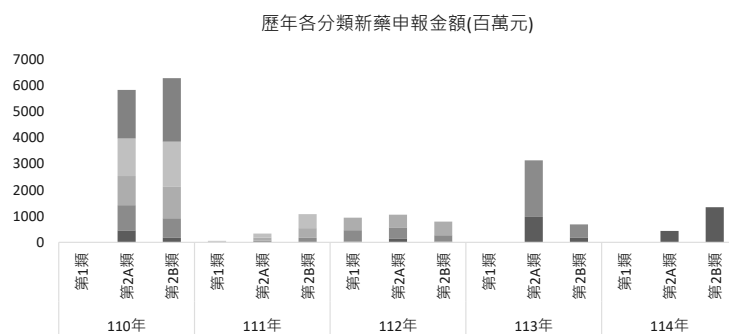
{ 參照書面報告P.39 }

26

延續項目之執行_新醫療科技



政策轉型：新藥引進的雙軌機制

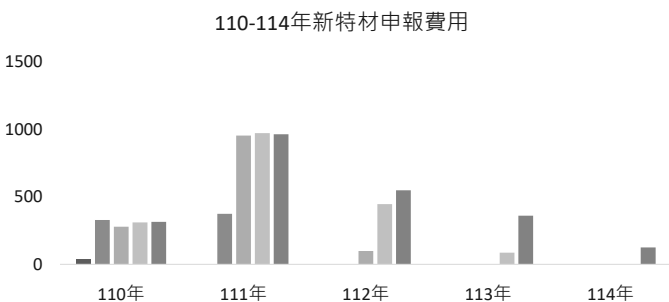


27

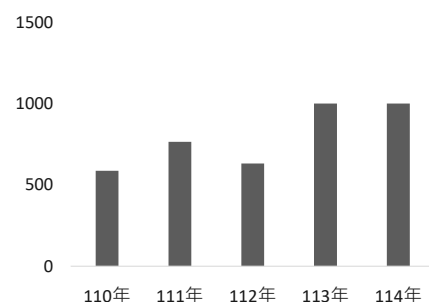
延續項目之執行_新醫療科技 (新特材)

• 110-114年新特材預算及申報情形扣除替代效應

收載年度	品項數	預算	申報金額 (百萬點)					
			110年	111年	112年	113年	114年	合計
110	121	587.4	39.4	329	278.8	310.7	314.8	1272.7
111	134	764.5		374.3	954.8	972.7	963.6	3265.4
112	87	632.0			99.7	446.5	548.4	1094.6
113	63	1000.0				86.9	361.2	448.1
114	185	1000.0					124.8	124.8
收載5年新特材報累計	590	3983.9	39.4	703.3	1333.3	1816.8	2312.8	6205.6



110-114年新特材預算編列數



歷年來新特材預算呈現穩定趨勢，114年維持113年預算10億元。

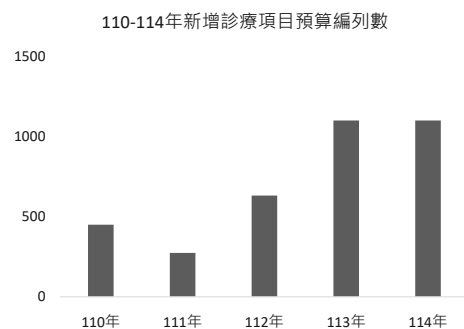
以收載年度對應申報費用，收載第一年的申報費用都是最低，收載第二年費用均呈現攀升狀態。

28

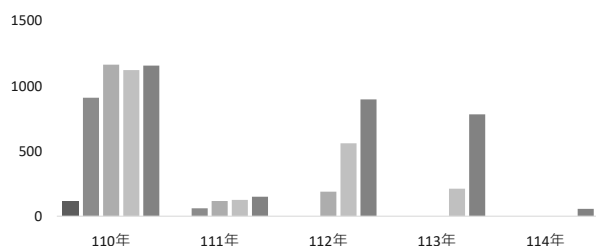
延續項目之執行_新醫療科技 (新增診療項目)

• 110-114年新增診療項目預算及申報情形

申報年度 生效年度	項目數	預算編 列數	新增診療 項目推估 增加預算 (百萬)	110年	111年	112年	113年	114年	小計
110年	151	450.0	447.53	114.43	909.83	1,163.53	1122.58	1156.54	4,466.91
111年	50	273.6	273.51		61.28	117.43	124.94	149.13	452.78
112年	174	632.0	622.87			188.04	559.91	896.51	1,644.46
113年	197	1100.0	1092.86				210.90	782.79	993.69
114年	83	1100.0	1093.1					57.17	57.17
5年累計	655	3555.6	3529.87	114.43	971.11	1468.99	2018.32	3042.14	7,614.99



110-114年新增診療項目申報



- 歷年來新增診療項目除111年外預算呈現穩定趨勢，114年維持113年預算11億元。
- 以收載年度對應申報費用，收載第一年的申報費用皆為低，收載第二年費用呈現上升趨勢。

延續項目之執行_藥品及特材給付規定修訂

• 114年藥品給付規定改變預算執行數

預算年	預算 (億元)	執行數		
		給付規定改變(億元)	不敷成本提高支付價(億元)	小計(億元)
114年	17.89	13.61	3.32	16.94

註：114年總額協定事項於一般服務藥品及特材給付規定改變項目：「經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」。

- 114年醫院總額部藥品給付規定改變預算為17.89億元
- 未超出年度預算

• 114年特材給付規定改變預算執行數

預算年	預算 (億元)	執行數		
		特材共同擬訂會議通過公告	不敷成本調升支付點數	推估預算 (億元)
114年	4	6類	10品項	2.11

生效日期	特材名稱類別
114.07.01	抗生素骨水泥
114.11.01	經導管置換主動脈瓣膜套組-TAVI(整組含導引線)
114.11.01	翠造口術裝置組配件/Balloon型替換管
114.12.01	可吸收性栓塞微粒球
115.01.01	人工電子耳
115.01.01	深層腦部刺激器

- 114年醫院總額部門特材給付規定改變預算為4億元
- 截至12月止，經特材共同擬訂會議通過修訂6類及不敷成本調升支付點數10項，推估預算共計約2.11億元，未超出年度預算

110-114年協商項目涉及支付標準調整之執行一覽表

年度	預算來源	核定項目
110	協商因素	1. 持續推動分級醫療，壯大社區醫院5億 2. 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
111	協商因素	1. 促進醫療資源支付合理0.94億 2. 持續推動分級醫療，壯大社區醫院10億 3. 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
112	協商因素	促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)20億
113	協商因素	1. 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)26.69億 2. 提升醫院兒童急重症照護量能3.38億
114	協商因素	1. 因應牙醫支付標準調整所增加預算(114新增項目) 2. 合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整，病房費調整(含RBRVS-114年新增項目)

◆ 不同意以協商結果附帶決議的方式指定項目增修支付標準

31

110-114年協商項目涉及支付標準調整之執行情形_1/3

年度	預算來源	核定項目	調整項目
110	協商因素	1. 持續推動分級醫療，壯大社區醫院5億 2. 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	1. 地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)每點1元支付。 2. 區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費每點1元支付。
111	協商因素	1. 促進醫療資源支付合理0.94億 2. 持續推動分級醫療，壯大社區醫院10億 3. 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	1. 刪除「醫師執行白內障手術40例以上須送事前審查」規範，改以白內障手術個案登錄作業及事後審查等管理措施取代。 2. 調升住院護理費： ① 新增各類病床「護理費(第一天)」，並按原支付點數調升30% ② 修訂同一療程診察費限申報1次之規定：增訂3項治療之同一療程門診診察費不限申報1次 ③ 地區醫院住院病房費每點1元支付 ④ 地區醫院一般病床住院診察費每點1元支付。 ⑤ 地區醫院住院護理費每點1元支付。 3. 調升住院護理費： ① 新增各類病床「護理費(第一天)」，並按原支付點數調升30%。 ② 修訂同一療程診察費限申報1次之規定：增訂3項治療之同一療程門診診察費不限申報1次。 ③ 加護病床之住院診察費及病房費每點1元支付。

110-114年協商項目涉及支付標準調整之執行情形_2/3

年度	預算 來源	核定項目	調整項目
112	協商 因素	促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)20億	1. 配合醫療器材使用規範，修訂73項受影響之診療項目(合計2億2,237萬7,020點)。 2. 「配合醫療器材使用規範，單次使用醫材點數調整」計畫，針對前項73項診療項目補付112年1-10月之調整差額。(合計6億1,754萬8,589點)。 3. 小兒外科專科醫師診治未滿十九歲病人之案件，加護病房診察費及住院會診費得加計120%、一般病床及隔離病床住院診察費得加計150%(比照兒科專科醫師)。
113	協商 因素	1. 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)26.69億 2. 提升醫院兒童急重症照護量能3.38億	1. 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)： ① 112年已公告之修訂診療項目涉醫院總額計92項，其中73項為配合單次醫材調整(涉及牙科部分2項)。 ② 2.113年修訂總則1項；離島地區各醫事服務機構之住診案件，申報第二部及第三部各診療項目，依各該編號項目所定點數加計百分之三十支付，113年5月1日生效。 2. 提升醫院兒童急重症照護量能： ① 兒科及新生兒科加護病房之加護病床「住院診察費、病房費及護理費」，得依表訂點數另加計20%。 ② 2.同時符合「兒童加成」或「兒科及新生兒科加護病房加成」者，兒科專科醫師申報「加護病床住院診察費」最高加成上限為140%。 ③ 3.調升「新生兒中重度住院診察費(天)」支付點數50%。

33

110-114年協商項目涉及支付標準調整之執行情形_3/3

年度	預算 來源	核定項目	調整項目
114	協商 因素	1. 因應牙醫支付標準調整所增加預算(114新增項目)0.007億元 2. 合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整，病房費調整(含RBRVS-114年新增項目)15.869億元	1. 用於因應牙醫門診總額112年度調整支付標準，預估於醫院總額增加之費用。 2. 檢討醫院基本診療支付標準，確保醫院合理反映員工薪資調整。 ① 離島醫院住院案件之醫療服務診療項目加計30%(1.50億點)，自113.5.1起生效。 ② 醫院生產案件點值保障1點1元(1.90億點)，自114年度生效。 ③ 增訂醫院自然產手術案件夜間及例假日加成30%規範(2.12億點)，自114.5.1起生效。

34

06

總額管理績效

{ 參照書面報告P.62 }

35



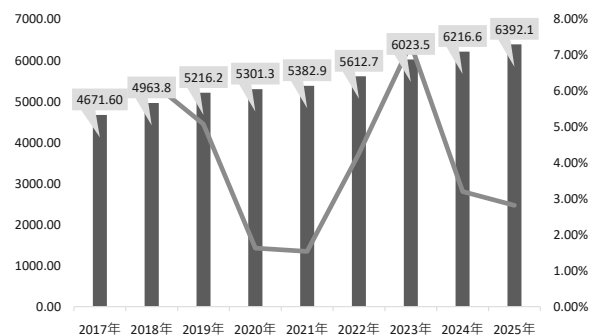
114年醫院部門醫療與費用控管情形

36

全國醫療利用概況：疫後補償效應消退，逐步回歸新的常態發展



	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年
總醫療費用點數 (億點)	4,963.80	5,216.20	5,301.30	5,382.90	5,612.70	6,023.30	6,216.60	6,392.10
成長率%	6.25%	5.08%	1.63%	1.54%	4.27%	7.32%	3.21%	2.82%
門住診總申報件數 (萬件)	10,203.80	10,397.40	10,051.30	9,704.30	10,349.60	11,164.50	11,440.90	11,570.60
成長率%	-2.44%	1.90%	-3.33%	-3.45%	6.65%	7.87%	2.48%	1.13%



37

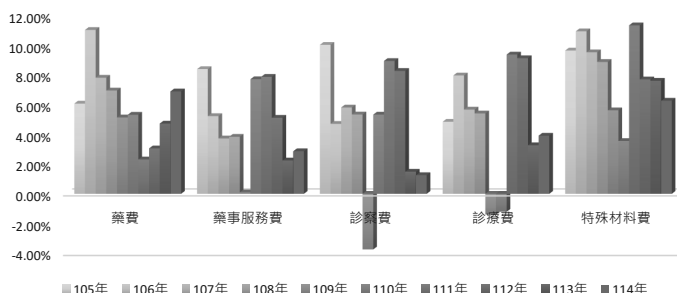
門診與住診結構分析：成本驅動 vs 政策效率

門診：成本驅動

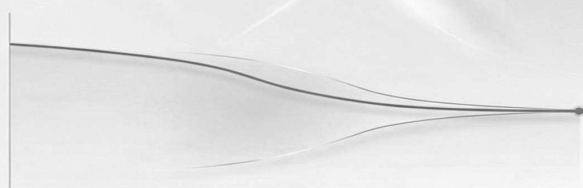


總費用成長：**+4.99%**

就醫點數的顯著成長並非單純量能擴張，而是由「硬性成本」拉動的被動增長。



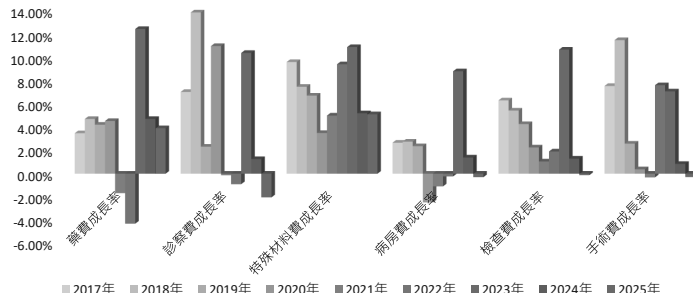
住診：政策效率



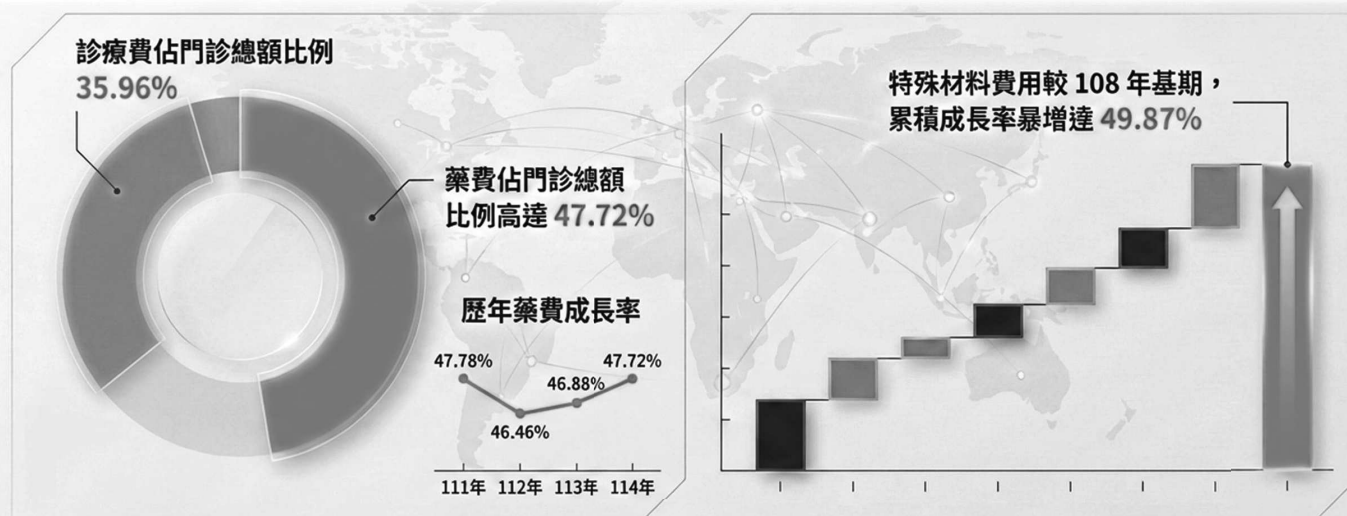
總費用成長：**-0.03%**

住院日數 (ALOS)：**下降 1.96%**

住院部門總費用及住院日數都為下降趨勢，除因醫護人力短缺，為符合醫療機構設置標準所採行住院床數調節外，配合健保署多項紓解急診壅塞政策如：OPAT、ACHA、ERAS等項，使得病床周轉率提高及平均住院日數下降。



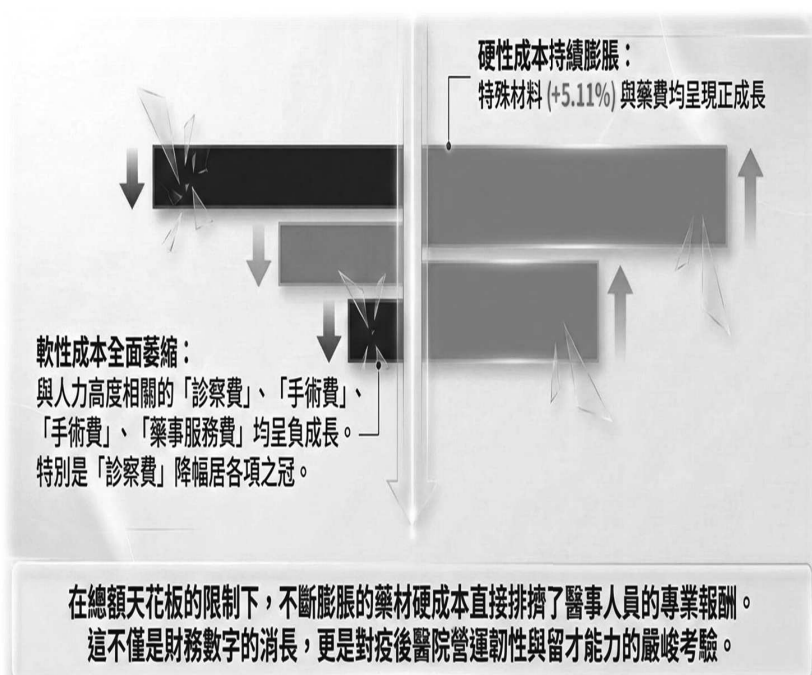
門診微觀解構：總體經濟因素對醫療硬成本的衝擊



表面上的費用成長，實質上是對抗全球通膨的代價。地緣政治與戰爭導致國際藥品與特材取得成本大幅推升，成為門診支出的最大拉力。

39

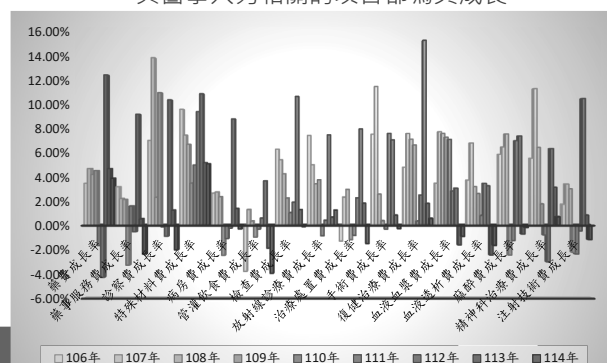
住診微觀解構：總額限制下與人力相關費用之排擠



住診108-114年費用分類成長前五大排行

年度	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年
第一	血液血漿費	診察費	血液血漿費	特殊材料費	復健治療費	特殊材料費	特殊材料費
第二	麻醉費	血液血漿費	特殊材料費	手術費	藥費	藥費	藥費
第三	復健治療費	復健治療費	藥事服務費	麻醉費	特殊材料費	精神科治療	放射線治療
第四	特殊材料費	藥費	檢查費	血液透析費	檢查費	治療處置費	精神科治療
第五	精神科治療	放射線治療	血液透析	血液血漿費	診察費	復健治療費	復健治療

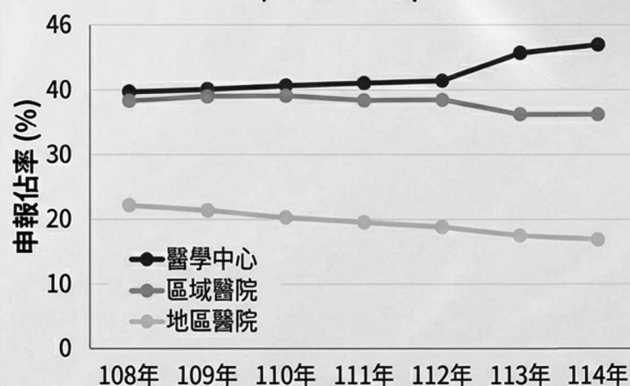
與醫事人力相關的項目都為負成長



層級別醫療費用移轉：評鑑政策引導的結構變動



各層級醫院總醫療費用申報佔率趨勢
(108-114年)



112-113 年的醫院評鑑政策帶來了系統性影響，醫學中心家數的增加直接引發了醫療量能的板塊位移，重塑了層級別的費用結構。

41

層級別門診分析

醫學中心

+8.81%

醫療點數成長率8.81%（相較於113年雙位數成長，增幅已顯著收斂）；申報件數較前1年成長3.46%，增幅亦為收斂。

區域醫院

-0.68%

門診申報件數續113年持續負成長0.68%，而平均每件醫療點數較前一年成長2.77%

地區醫院

+1.24%

門診申報醫療點數及件數都由負轉正，醫療點數較113年成長1.24%，申報件數成長1.24%，平均每件醫療點數則成長2.97%

共通痛點：各層級「平均每件點數」皆全面調升，主因均為反映藥品與特材取得成本的增加。

42

層級別住診分析：醫護人力離職潮下的資源調度



受到疫後全球性醫護離職潮衝擊，為符合醫療機構設置標準與維持品質，各級醫院只能進行住院部門資源及床位的調整。

醫學中心：

住診醫療總點數及申報件數維持微幅成長，平均住院日數及急性病床日數都為負成長

區域醫院：

無論住診醫療總點數、申報件數、急性病床日數都為負成長

地區醫院：

住診醫療總點數、申報件數、平均每件住院天數，急性病床日數都為負成長。

各層級每件住診醫療費用都較113年為正成長

43

政策亮點驗證：前瞻性試辦計畫全面翻轉住院天數



OPAT

(門診靜脈抗生素治療)



ERAS

(術後加速康復計畫)



ACAH

(在宅急症照護)

醫學中心：平均每件住院減少2.67%及日數減少1.33%

區域醫院：急性病床日數減少4.65%

地區醫院：平均每件天數減少4.44%及日數減少4.84%

創新照護模式有效讓穩定病患提早出院或在地安養，大幅優化病床周轉率與醫療資源效率，化解急診壅塞危機。

44

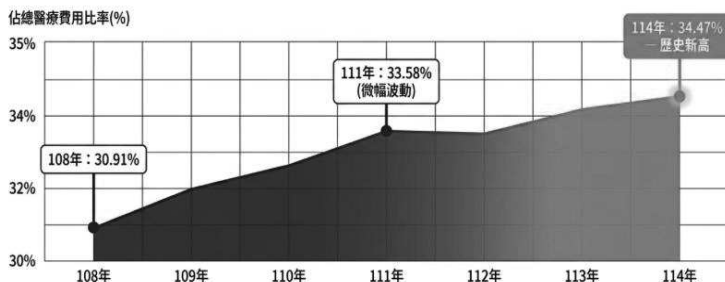
影響醫療費用的重要因素分析

- 重大傷病
- 慢性病
- 新醫療科技



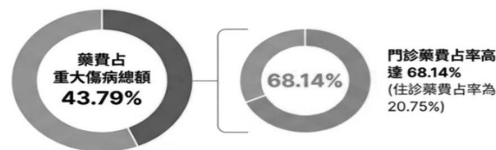
重大傷病對醫療費用的影響

門診重大傷病		住診重大傷病	
總費用點數	1,071.3 億點	總費用點數	1,132.39 億點
年成長率	+9.66% (極速增長)	年成長率	+1.64% (趨緩平穩)
佔總門診比例	28.85% (較前一年 27.62% 擴張)	佔總住診比例	42.28% (高佔比但增幅有限)

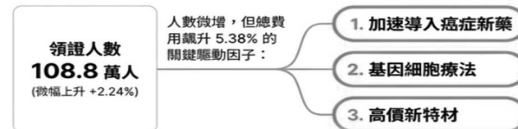


重大傷病的支出佔總醫療費用比率已創歷年新高

藥費結構資訊



費用增長主因剖析



	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年
領證數	958,166	970,078	991,892	1,011,816	1,040,595	1,065,056	1,088,943
與前期增加	1,133	13,912	19,814	19,924	28,779	24,461	23,887
較前期成長	0.12%	1.45%	2.04%	2.01%	2.84%	2.35%	2.24%

114年重大傷病支出較113年成長，造成成長的因素

1. 新醫療科技的引進使用，藥費的佔率逐年增加
2. 重大傷病的領證人數持續增加
3. 114年耗用醫療費用最多的前五項：需積極或長期治療之癌症、必須接受定期透析治療者、慢性精神病、因呼吸衰竭需長期使用呼吸器者及罕見疾病

慢性病的管理

總體趨勢：疫後就醫回歸與疾病複雜度提升

114年慢性病占門診總量

總點數佔比
60.48%

總件數佔比
50.93%

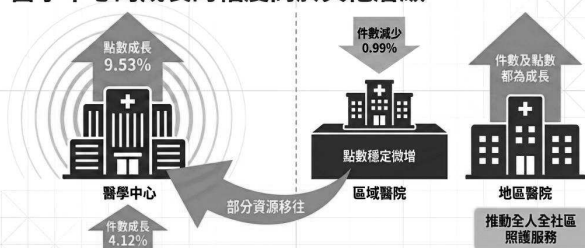
113-114年成長落差

5.55%
申報點數成長

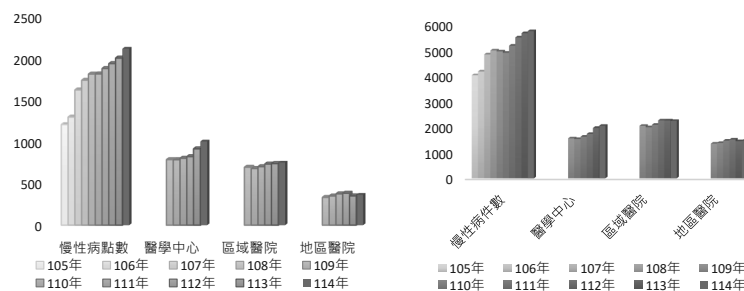
1.34%
申報件數成長

點數增幅(5.55%)遠大於件數增幅
(1.34%)，不僅反映疫後就醫需求
復甦，更揭示慢性病患的照護需求與
疾病複雜度正顯著提升。

層級流動：114年仍受醫院評鑑升格家數的影響，醫學中心的成長的幅度高於其他層級



	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年
醫院慢性病件數對門診案件占率	48.82%	49.46%	50.75%	51.91%	51.35%	50.62%	50.87%	50.93%
醫院慢性病點數對門診總點數占率	59.18%	59.75%	61.34%	62.52%	61.28%	60.11%	60.28%	60.48%
醫院慢性病申報件數(萬件)	4,816.50	4,970.60	4,933.20	4,878.70	5,156.20	5,476.70	5,642.40	5,718.1
~成長率	16.00%	3.20%	-0.75%	-1.10%	5.69%	6.22%	3.03%	1.34%
醫院慢性病案件申報點數(億點)	1,618.80	1,734.70	1,807.90	1,898.10	1,874.80	1,933.20	2,000.4	2,111.4
~成長率	25.08%	7.16%	4.22%	4.99%	-1.23%	3.11%	3.48%	5.55%



114年慢性病申報件數及點數都較113年成長！

醫學中心及區域醫院仍受評鑑家數變動的後續影響，醫學中心成長、區域負成長

地區醫院配合執行全人全社區鼓勵推動健康生活型態。

醫院部門亦利用風險調整移撥款推動社會處方，就慢性病從源頭開始預防。

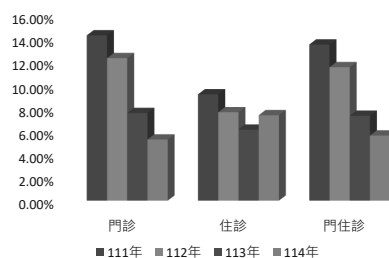
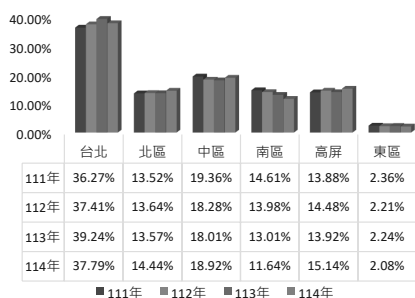
47

新醫療科技的引進

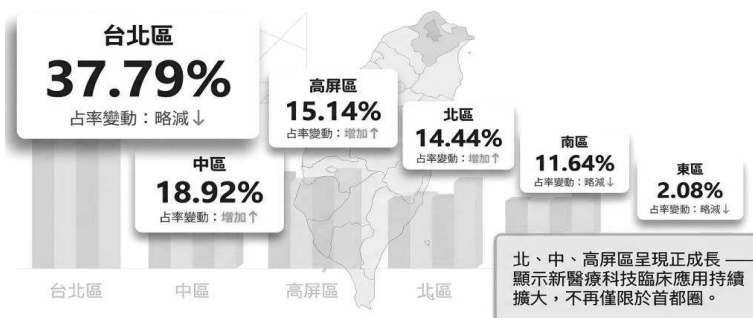
• 與時俱進提供優質醫療服務，由於替代率初期不顯著，醫療費用仍是會增加

113年 7.32% 114年 5.61%

新醫療科技占整體藥費比率下修



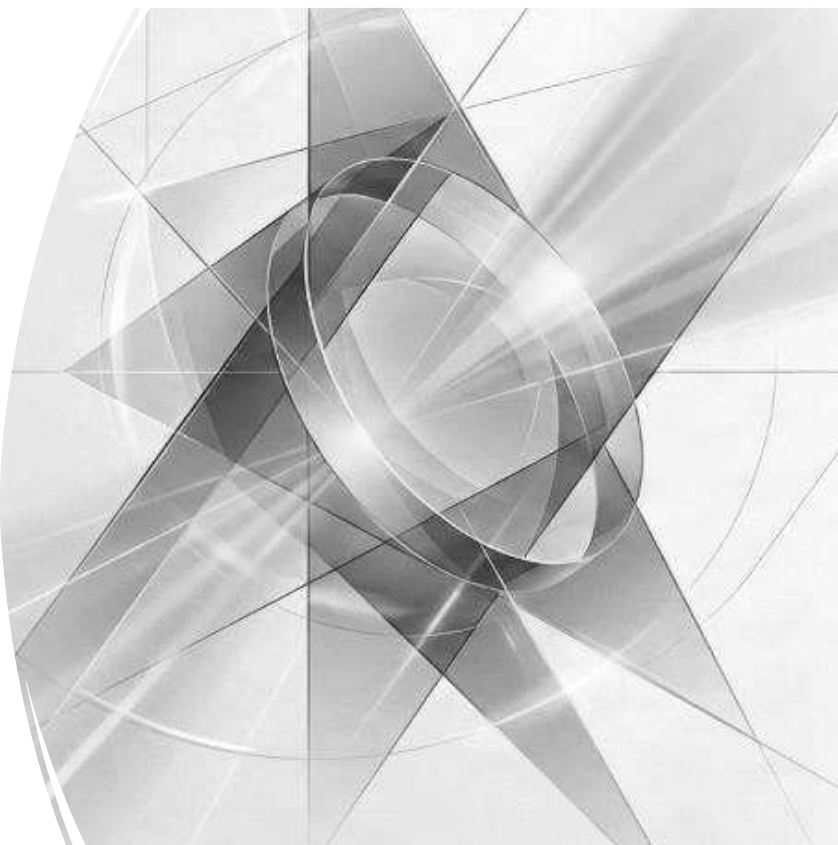
114年新醫療科技使用占率較113年減少，但若從門住診來觀察，門診新藥占率略減而住診使用略增，應與該年度通過多項癌症用藥有關。



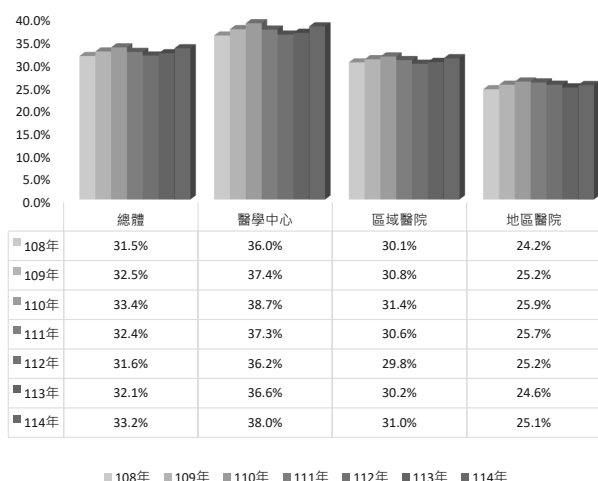
48

藥品費用占率

- 114年門住診平均每件藥費點數較113年成長5%左右。
- 整體藥費佔率114年總醫療費用支出33.2%
- 各層級藥品費用佔該層級總醫療費用佔率分別為：醫學中心38.0%；區域醫院31.0%及地區醫院25.1%，皆較113年成長

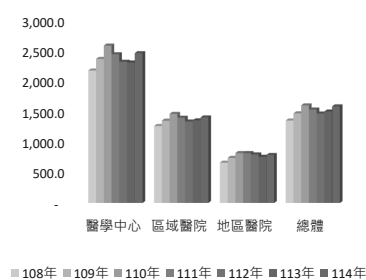


114年醫院部門藥品費用成長因素

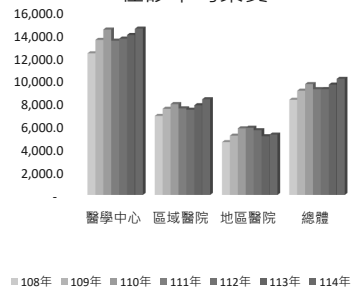


114年整體藥品費用佔總支出33.2%，較113年成長，各層級以醫學中心的占率最高38.0%；區域醫院占31.0%而地區醫院25.1%
藥費的成長因素：新藥的價高、邊緣政治因素的成本拉抬，疾病複雜度的增加

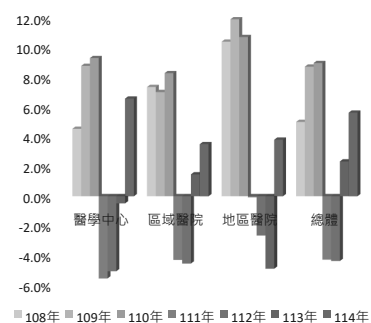
門診平均藥費



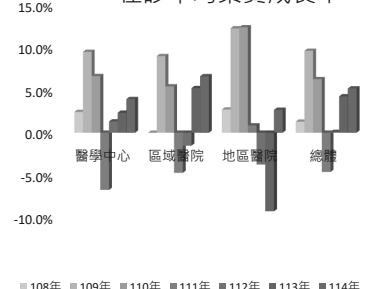
住診平均藥費



門診平均藥費成長率



住診平均藥費成長率



地區預算分配(含風險調整移撥款)之執行與管理

110~114年醫院部門地區預算R值/S值分配

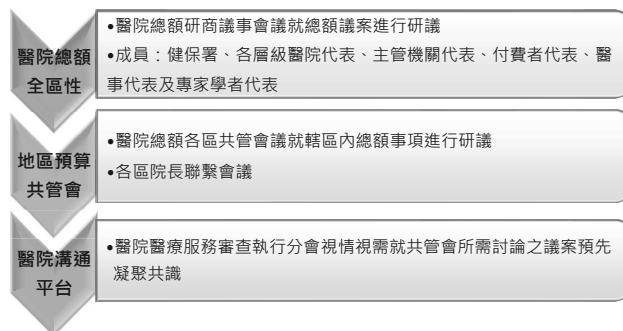
項目	年	110	111	112	113	113
門診	R	51%	51%	52%	52%	53%
	S	49%	49%	48%	48%	47%
住診	R	45%	45%	45%	45%	46%
	S	55%	55%	55%	55%	54%
風險調整移撥款		2億	6億	6億	6億	6.5億

110~114年各區預算分配(不含風險調整移撥款)及其成長率

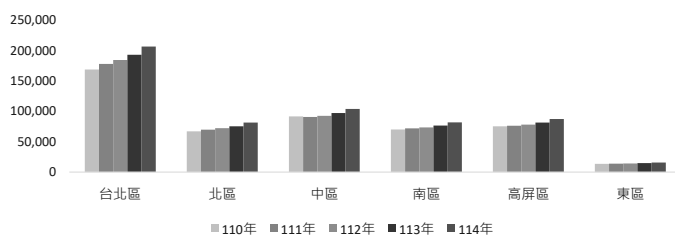
預算年別	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區
110年	169,121	67,135	91,612	70,126	75,567	13,644
111年	178,079	70,020	90,681	72,022	76,482	13,866
112年	184,542	72,239	92,778	73,470	78,079	14,097
113年	193,403	75,541	97,142	76,751	81,495	14,710
114年	206,871	81,658	104,086	81,989	87,292	15,768
109年成長率	5.81%	6.09%	5.70%	5.53%	5.33%	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%
112年成長率	3.63%	3.17%	2.31%	2.01%	2.09%	1.66%
113年成長率	4.80%	4.57%	4.70%	4.47%	4.38%	4.35%
114年成長率	6.96%	8.10%	7.15%	6.82%	7.11%	7.19%

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



110-114年地區預算成長情形



51

風險調整移撥款

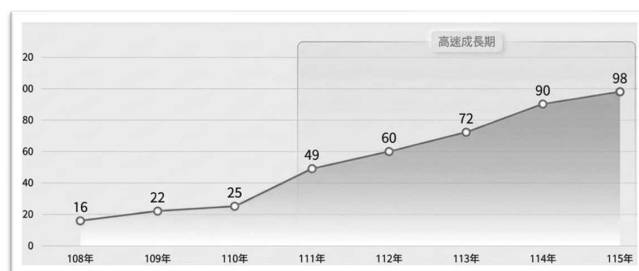
- 源自於為平衡一般服務預算地區預算R值變動的預算重分配效應
- 風險款應用精神用於平衡各區醫療資源均衡發展、鼓勵各區強化醫療服務、促進區域內醫療體系整合
- 不用於點值彌補

年度	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	➢ 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)
112年	6億	
113年	6億	➢ 4億(醫院總額地區預算RS值-107年至109年平均占率)
114年	6.5億	➢ 114年0.5億遵衛生福利部全民健康保險會決議用於東區

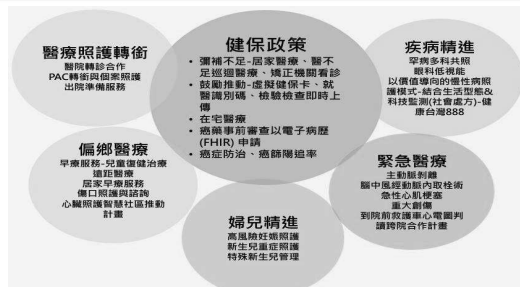
110~114年各分區移撥款分配額度及佔率

年度	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區
110年	8.67%	6.80%	8.35%	8.78%	21.29%	46.11%
111年	26.69%	11.45%	14.83%	12.55%	17.26%	17.22%
112年	26.69%	11.45%	14.83%	12.55%	17.26%	17.22%
113年	26.69%	11.51%	14.85%	12.51%	17.17%	17.28%
114年	24.62%	10.61%	13.70%	11.53%	15.81%	23.73%

108~115年各分區移撥款執行項目數



移撥款執行類別



52

地區預算分配之檢討

- 醫院部門於111年應健保署專案委託研析醫院總額一般服務地區預算分配公式的修正等議案研討，就地區預算的分配再設計，彙整各分區意見並初步凝聚出共識，建議：「應充份應用實際健保之大數據資料，以健保歷年實際數據資料為基礎，各分區計算先排除特定族群(係指其醫療費用相較於一般平均費用具較大變異情形之保險對象人數：如山地原住民、機構型精神病人……等等)，分別依其性別及一定歲數為級距的年齡組別進行統計其費用。排除上述族群後，分別依各分區之戶籍人口數或居住人口數，乘上以全國各性別、各年齡層之平均醫療費用，形成各分區地區預算的基本數，再加上前項先行排除之特定及醫療費用變異較大之保險對象人數(如：山地原住民、機構型精神病人……等等)兩者加計後的醫療費用，即產生各分區地區預算的分配總額
- 像目前族群醫療費用與平均值差異極大的罕見疾病族群，其費用也是排除在一般預算外另以專款支應對各分區一般總額預算不致於產生影響，是同樣的道理。
- 同時建議商請健保署試算，倘若這個大家有共識覺得比較公平合理的新分配方式，與目前實際財務分配有顯著落差，可以分多年逐步校正，最後達成一個真正公平合理人跟著錢走的總額分配，以解決常年無解的紛爭，亦符合此次國衛院策進研析主張漸進式改革以降低衝擊之精神。」

53

114年前: 虛擬小總額 vs. 自由競爭型

- 各分區透過醫院總額共同管理委員會，以季為單位訂定目標點值並執行攤扣 / 折付方案，依管理策略分為兩大類型：

虛擬小總額型 (北區、南區、高屏區、東區)

- 目標點值設定較高，南區自111年起即設定每點1元
- 醫院於額度內自行吸收超額點數(斷頭)，再行申報結算
- 控管在前，結算後點值通常較高

自由競爭型 (台北區、中區)

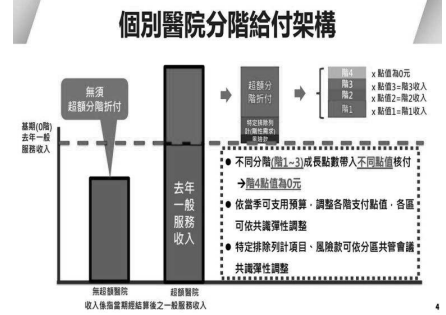
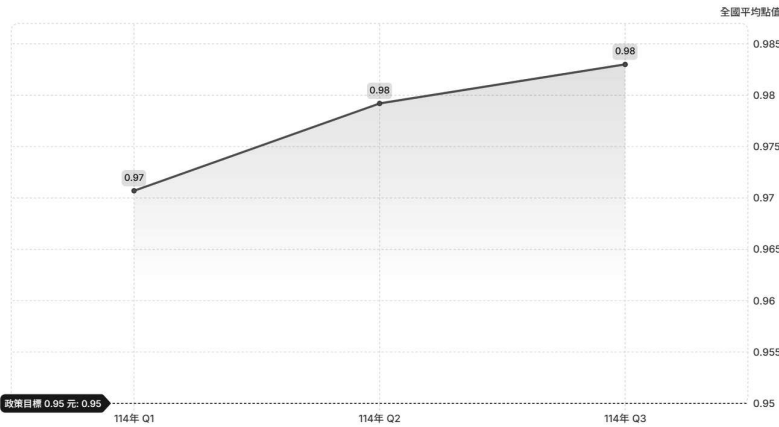
- 目標點值相對較低，採事後調節機制
- 超額部分經共管會議依折算比率攤扣，使點值趨近目標
- 控管在後，需透過攤扣、自清達成目標點值

分區	108年平均	110年平均	112年平均	113年平均	114年平均	管理類型
台北區	0.9163	0.96	0.9275	0.93	0.93	自由競爭
北區	0.9325	0.9375	0.945	1	1	虛擬小總額
中區	0.9263	0.9363	0.9412	0.9438	0.9475	自由競爭
南區	0.9238	0.94	1	1	1	虛擬小總額
高屏區	0.94	0.945	0.95	0.98	1	虛擬小總額
東區	0.92	0.93	—	—	1	虛擬小總額

54

114年前: 虛擬小總額 vs. 自由競爭型

- 114 年全面實施「個別醫院總額制度 (IHB)」，依各醫院歷史服務量、醫療功能及政策因素，為每家醫院設定年度預算額度，將總額風險由分區層級轉移至個別醫院，提升點值預測性與穩定性
- 採 0 至 4 階分階折扣設計，原則保障醫院保有同去年的收入水準，鼓勵醫院執行政策推動的項目；分階折扣的設計也使超額成長的醫院自我調整
- 制度同時鼓勵醫院執行政策推動項目，如急重難罕案件增加、推動 FHIR 及保障項目等

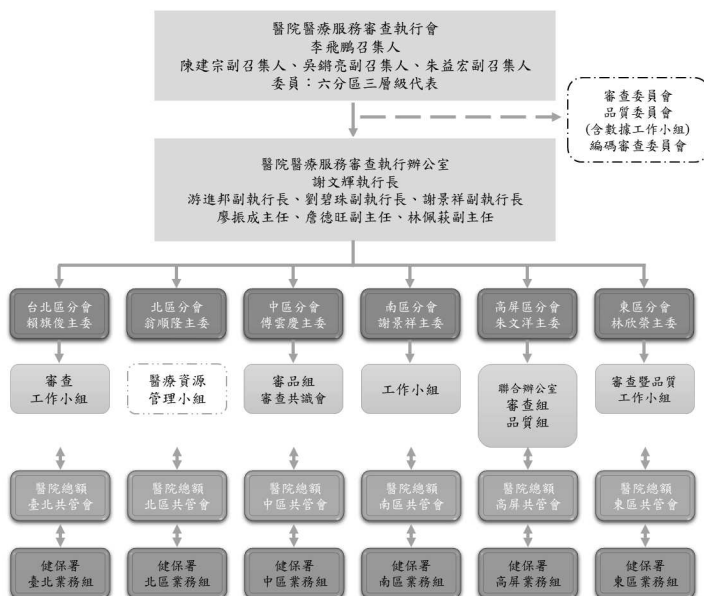


- ⚙ 前瞻式個別醫院總額試辦計畫自 114 年第一季導入，依健保署公開資料顯示，全國醫院總額管理後平均點值逐季穩定提升：第1季0.9707元、第2季0.9792元、第3季0.9830元
- ⚙ 已達成立法院要求之 0.95 元政策目標，且呈現逐季穩定成長趨勢。相較 113 年同期全國平均點值約 0.95 元，114 年度改善幅度相當明顯

55

專業審查及其他管理措施

本會審查組織架構圖



審查專家量能與管理

2,900+
(位/一般審查醫藥專家)

審查標準研修與共識

53
(場/業務說明與專門會議)

案件評量與品質確保

130.4萬
(件/全年審查量)

建立嚴謹追蹤機制，自109年起每月追蹤聘任回應狀況，確保全台審查量能穩定。

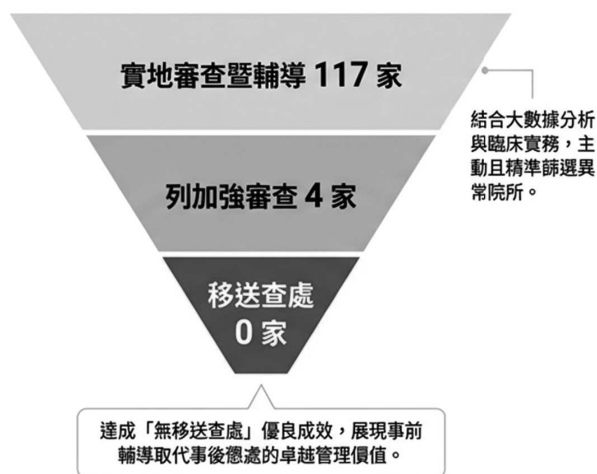
設立專屬「審查委員會」，堅守「維持點值穩定」、「避免不當醫療」、「修訂過時規範」三大原則。

推動跨區審查作業與審畢案件評量，六區分會全數達成80%以上之品質目標值。。

56

專業審查及其他管理措施 (續)

檔案分析與同儕輔導機制



爭審標準收斂與核減率下降

-10,000+ 件 爭審案件銳減

114年較113年爭議案件減少逾萬件。107年至114年間，初核、申復後與爭審後之「核減率」整體皆呈現明確下降趨勢，顯示醫院申報行為已顯著優化。



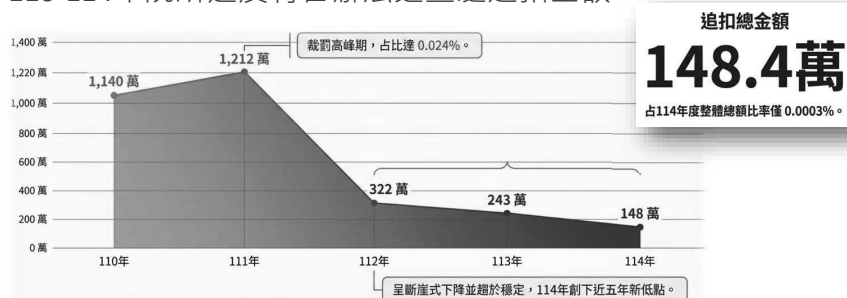
爭審駁回率

爭審會撤銷率僅佔3%。高達97%的駁回率，顯示爭議審議會與原審查醫師之判定具備高度一致性，證明審查標準已成功收斂且具備極高公信力。

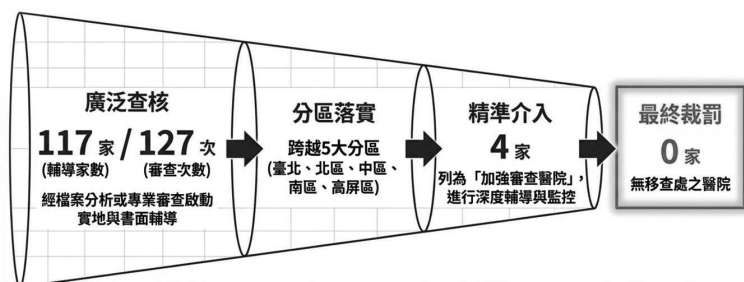
57

院所違規情形及醫療機構輔導

- 110-114年院所違反特管辦法之查處追扣金額



- 114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



8家次醫院違規

停止特約：
5 家

違約記點：
2 家

扣減費用：
1 家

13件違規案由

醫療行為違規：3件

未依處方箋或病歷記載提供醫療服務

申報不實違規：1件

其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用

行政與其他缺失：9件

其他 (行政追扣、)

58

專案計畫

{ 專案書面報告 }

59

專案計畫具體成效一覽表

	項目	預算(百萬)	執行率(%)
1	急診品質提升方案	300.0	100
2	西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層)	135.5	84.1
3	醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫	2,000.0	54.3
4	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型)	5,364.3	93.3
5	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型)	300.0	98.1
6	鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫	300.0	98.1
7	腹膜透析追蹤處置費及APD租金(非計畫型)	15.0	39.9
8	持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能	500.0	100
9	健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能	1,000.0	100
11	區域聯防-提升急重症照護品質(主動脈剝離、腦中風、術後加速康復推廣計畫)	268.0	88.2
12	抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	225.0	100
13	C型肝炎藥費(含其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費」)	2,901.0	34.0(1-9月)
14	醫療給付改善方案(含糖尿病等11項方案)	2,270	尚未結算
15	鼓勵院所建立轉診合作機制(非計畫型)	224.7	67.4
16	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材(非計畫型)	17,996	80.1
17	後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費(非計畫型)	5,750	80.6
18	精神科長效針劑藥費(非計畫型)	3,006.0	87.9
19	地區醫院全人全社區照護計畫	500	尚未結算

60

01-急診品質提升方案

確保重大疾病照護品質、落實品質導向轉診制度、提升急診病人處置效率



五大重症，達標給予獎勵

- 急性心肌梗塞 (6,000點)
- 嚴重敗血症 (2,000點)
- 重大外傷 (最高10,000點)
- 主動脈剝離 (30,000點)
- OHCA (最高30,000點)



強化重症上轉與穩定病患下轉

- 向上/平行 (最高5,000點，直入加護病房)
- 向下 (轉出/入各2,000點)



控管留置時間，獎勵高效收治

- 急診留置>24小時比率
- 重症<6小時進ICU比率
- 達標給予進步獎與維持獎



穩固急診排班量能

- 醫中、區域支援地區：上限 3 萬點/月/人次
- 地區醫院增聘急診醫師：上限 3 萬點/月/人

61

01-急診品質提升方案_114年執行成果總覽：資源高度集中於急迫性重症

預算執行率

100%

(實質支用 3.75 億元)

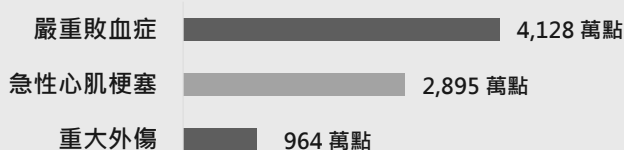
急診總件數

736.1 萬件

高達 86.5% 為中重症 (檢傷1-3級)，顯示急診資源高度集中於高急迫性個案。

重症照護獎勵分布

重症獎勵核發 1.024 億點 (成長12.1%)



嚴重敗血症佔據最高申報量，其次為急性心肌梗塞與重大外傷。

轉診品質獎勵分布

轉診獎勵核發 4,450 萬點

向上轉診佔大宗 (72.78%)



向下轉診展現顯著成長

向上轉診仍為大宗，但「向下轉診」較前一年顯著提升 16.18%，顯示分流機制逐步發酵。

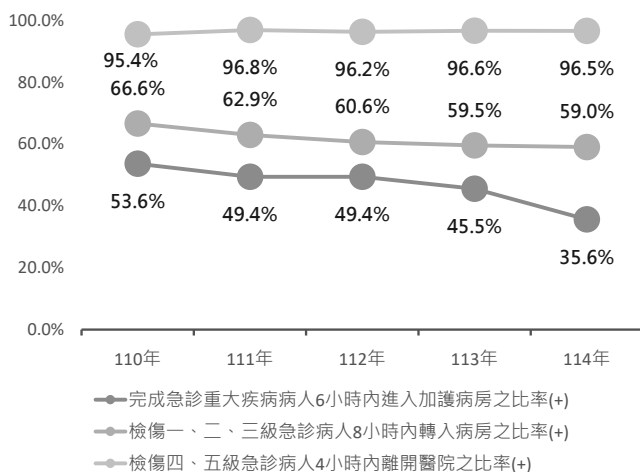
62

01-急診品質提升方案_急診處置效率指標

穩定的前端

輕症分流指標達標，急診前端處置量能穩定

檢傷四、五級病人4小時內離院率介於96.0%~96.5%

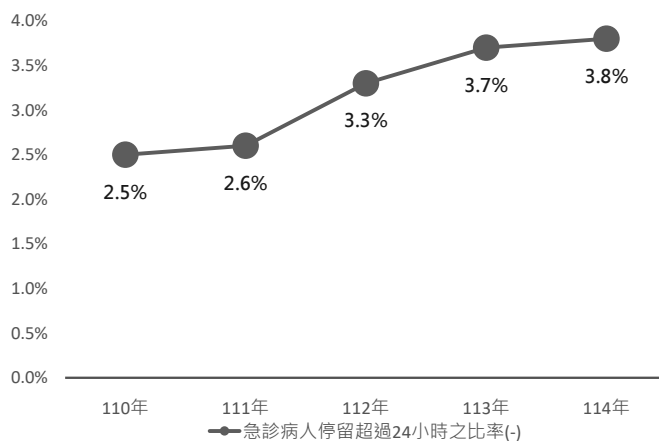


嚴峻的後端

住院端床位調度困難，重症滯留急診惡化

急診病人停留 > 24小時比率微升至3.8%

急診重大疾病6小時內進ICU比率顯著下滑至35.6%



63

01-急診品質提升方案_突破結構瓶頸：系統性配套與115年修訂重點



系統性解方（立即配套措施）

1. 穩固後端人力

實施擴大住院護理費挹注（24.97億元），並將獎勵全面扣合護理人員調薪指標（須達55%），從根本解決病床降載問題。

2. 緩解前端尖峰

規劃新增「假日輕急症中心（UCC）」計畫，分流連假與特殊時期輕症，減輕急診負荷。



115 年方案修訂重點（策略轉向）

Pivot 1: 提高極重症誘因

OHCA 清醒出院獎勵由 3 萬點 → 調升至 3.5 萬點。

Pivot 2: 優化轉診精準度

刪除一般上下轉獎勵，向下轉診嚴格限縮為「轉入住院」，並等比例調升至 3,500 點（明訂排除同體系互轉）。

Pivot 3: 確保基層受惠

方案明文規定，獎勵費用須優先分配於第一線執行人員。

64

02-西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層)

鼓勵醫院醫師到醫療資源不足地區提供醫療保健服務，促使當地民眾獲得適當的醫療服務



55家

全國積極投入巡迴醫療。



30科

涵蓋內、外、婦、兒等多種偏鄉
急需之醫療專長，實質擴充在地
量能。

註：30科係採歸戶計算，非各區科別數直接加總

	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區
執行 鄉鎮數 增加	6 → 6	4 → 4	10 → 11 ✓	8 → 9 ✓	11 → 11	1 → 3 ✓
巡迴 科別數 增加	14 → 23 ✓	3 → 3	7 → 10 ✓	10 → 9	5 → 7 ✓	7 → 8 ✓

65

02-西醫醫療資源不足地區改善方案_114年成果



96.1 %

偏鄉民眾整體就醫滿意度
(高屏及南區達97%以上)



44 個

(達成率107.%)
實際服務鄉鎮數(目標：41)



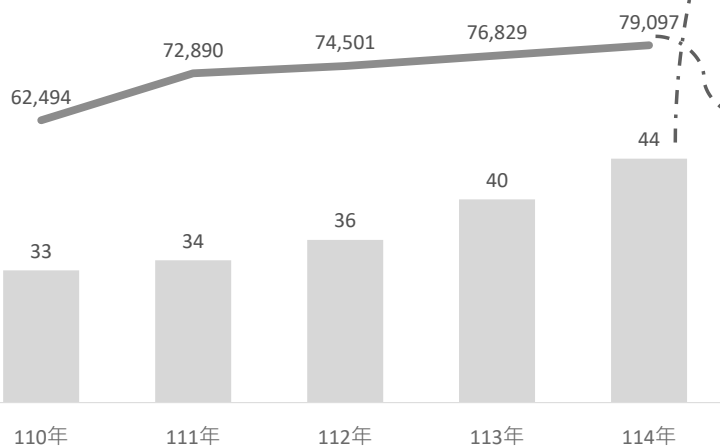
79,097 人次

(達成率112.6%)
實際就醫人次(目標：70,000)



6,041 診

(達成率120.8%)
實際提供總診次(目標：5,000)



66

03-醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

強化在地醫療，穩定偏鄉量能



核心宗旨 (在地安養)

聚焦離島、山地鄉及
醫療資源不足地區。

減少民眾就醫奔波，增進24小時
急診與在地醫療可近性。



點值保障(穩定營運)

一般服務部門浮動點值
最高補至1元。

確保資源不足地區醫院具備維
持基礎醫療提供之能力。



燈塔型補助(專款專用)

配置專款，針對「偏遠地區
燈塔型醫院」提供營運補助。

支撐偏鄉唯一醫療據點，無後
顧之憂。

67

03-醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫_114年成果

在地醫療保障 **104** 家參與



24小時急診：
全天候急重症承接 (114年達81家)



四大專科門住診：
內科 (103家)、外科 (102家)
婦產科 (74家)、小兒科 (75家)



社區保健：
深入社區預防保健服務量成長 +4%

就醫整體
滿意度

97%

96%

檢驗報告
主動通知

燈塔型醫院 **32** 家

醫師數 **941** 人

護理人員數 **5,032** 人

轉診人數 **30** 人

門急住服務人數 **1,413** 人

門急住件數 **6,398** 萬件

68

04-鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型)

• 110-114年預算執行情形

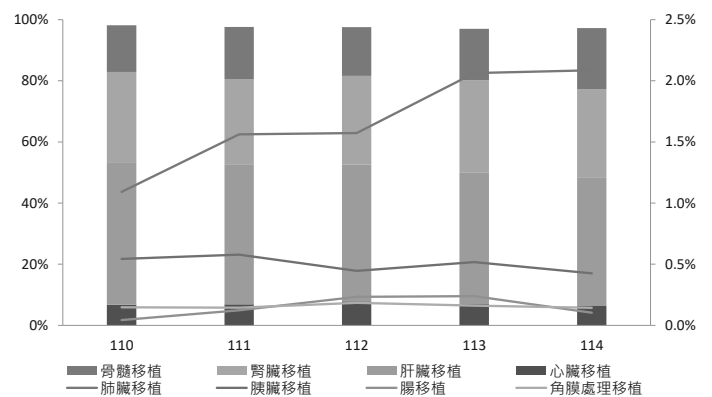
項目	年度	110	111	112	113	114
預算數						
值(億元)		51.27	52.0806	52.0806	52.0806	52.0806
成長率(%)		2.0	1.58	0	0	0
預算執行數						
值(億元)		46.88	48.141	50.411	50.510	50.044
成長率(%)		1.9	2.68	4.71	0.20	-0.92
預算執行率(%)		91.4	92.4	96.79	97.0	93.3
整體						
移植人數						
值(人)		1,886	1,575	1,975	1,961	1,942
成長率(%)		-0.2	-16.48	25.39	-0.71	-0.97
移植費用						
值(百萬元)		2,169.3	2,308.0	2,520.8	2,496.8	2,465.3
成長率(%)		2.9	6.4	9.22	-0.95	-1.26
抗排斥藥費						
值(百萬元)		2,518.6	2,506.1	2,520.3	2,554.1	2,539.1
成長率(%)		1.0	-0.5	0.56	1.34	-0.59
合計費用						
值(百萬元)		4687.8	4,814.1	5,041.1	5,051.0	5,004.4
成長率(%)		1.9	2.7	4.71	0.20	-0.92

● 確保1,942位病人的生命延續

近五年預算執行率持續成長，維持90%以上，隨著移植人數下降，移植費用、抗排斥藥費隨之下降。

● 113年骨髓移植人數增長13.45%(達1,046人)、費用成長最高18.68%。

110-114年各器官移植項目執行費用占率



69

05-鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型)

預算執行數及執行率

DRGs 自 98 年起於醫院總額專款編列「推動 DRGs 之調整與鼓勵」，依實際導入項目與季別併入一般服務費用結算，專款預算於實際導入後隔年移入一般。

108-109 年預算各為 8.68 億，110 年起調降至 2.10 億；108 至 114 年間執行經費均為 0。

成效評估

依據「歷年已實施 DRGs 與未實施 DRGs 品質監測指標一覽表」，110-114 年間已實施 DRGs 案件於多項品質指標均明顯優於未實施案件，且趨勢穩定。

⚠ 現行導入 DRGs 多為外科系，未實施多為複雜性及共病性高的內科系，品質監測指標在未全面導入前建議僅供參考。

已實施 vs. 未實施 DRGs 品質監測指標 (110-114 年)

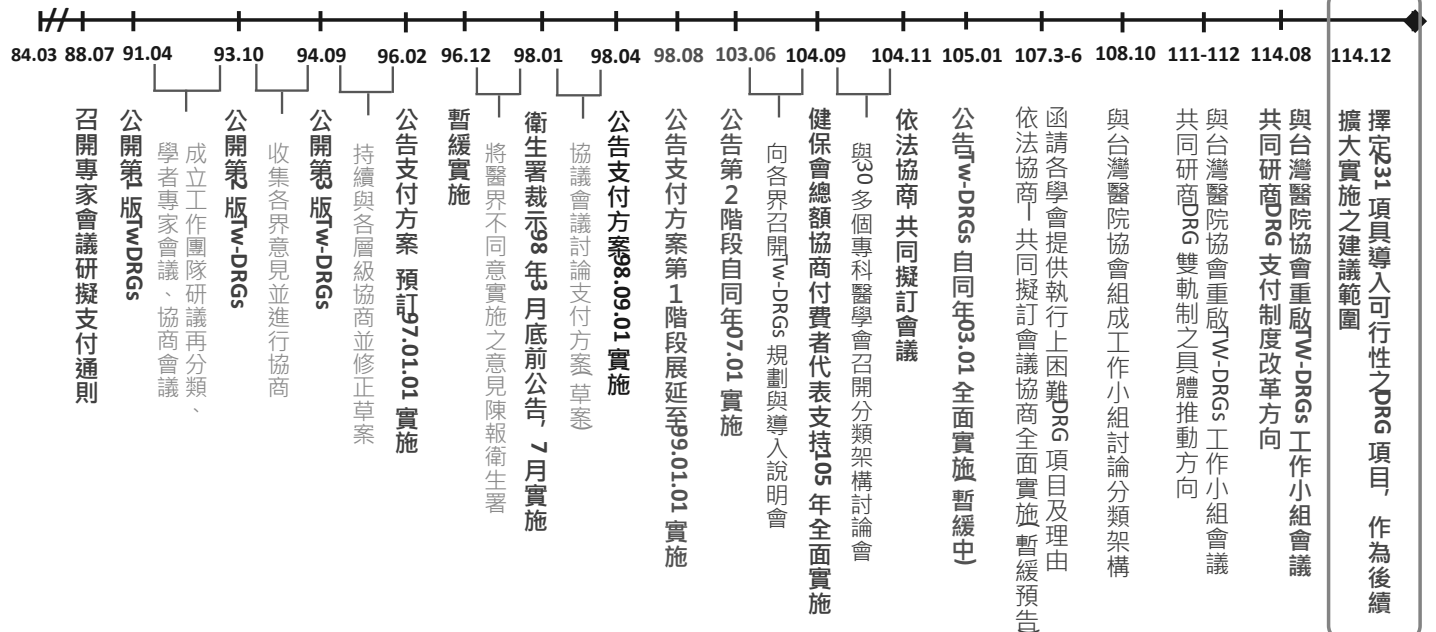
指標	已實施		未實施		改善幅度	小結
	110	114	110	114		
3 日內再急診率	1.9%	2.0%	3.8%	3.8%	約 50% 較低	已實施約 2%，未實施約 3.8%
14 日內再住院率	3.6%	3.5%	14.2%	13.0%	約 73% 較低	已實施約 3.5%，未實施約 13%
平均住院日數 (天)	3.9	3.7	12.7	11.7	約 68% 較低	已實施約 3.7-3.9 天，未實施約 11-12.7 天
轉院率	0.7%	0.6%	2.6%	2.4%	約 75% 較低	已實施約 0.6-0.7%，未實施約 2.4%
急性心肌梗塞30日死亡率						由 110 年 9.8% 降至 114 年 8.8%

70

05-鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型)

反覆討論，凝聚共識

Tw-DRGs規劃及實施過程



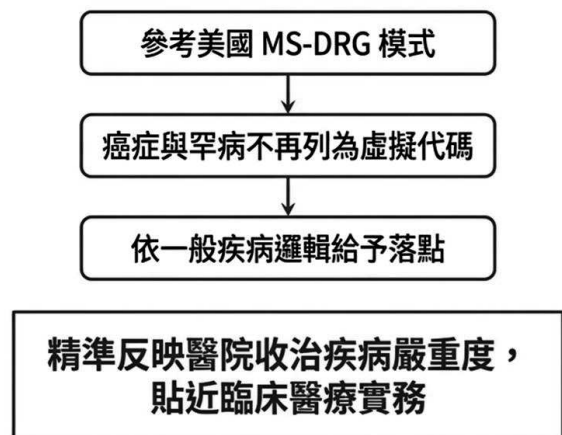
71

05-鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型)

Tw-DRGs基礎工程建置

以數據為本，規劃擴大導入項目：

精進CMI(疾病嚴重度指標)計算基礎：



72

05-鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型)

推動支付制度改革



門診移轉

擇定 35項手術與 46項檢查處置建議移至門診實施。

門診執行率 >80% 者優先改為門診 Case-payment。



擴大 ERAS

藉由術後加速康復，實質縮短住院天數，紓解急診壅塞。



重新定義住院

研議「一日住院 (Day Admission)」定義，並建議放寬商保給付要件，減少非必要住院。

提升病床
周轉率，
落實醫療
資源高價
值運用

73

06-鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫

• 110-114年預算執行情形

項目			年度	110	111	112	113	114
預算數(百萬元)				-	300.0	300.0	300.0	300.0
預算執行數(百萬元)				-	282.6	346.74	297.6	294.4
預算執行率				-	94.2%	115.58%	99.2%	98.1%
執行目標 (達標與否 V/X)	提升 RCC、RCW 病人 同意簽署 DNR 比率較 108 年增 2%	RCC		18.2%	19.1%	23.2%	24.2%	24.9%
		RCW		8.4%	14.5%	19.8%	18.7%	18.8%
	RCC： 指標達成與 108 年比較 進步視同達 標	主要 指標	呼吸器脫離率	57.5%	57.5%	60.1%	60.0%	60.6%
		次要 指標	簽署 DNR 比率	18.2%	19.1%	23.2%	24.2%	24.9%
			召開緩和醫療家庭 會議比率	11.4%	12.2%	13.3%	12.8%	12.5%
	RCW： 指標達成與 108 年比較 進步視同達 標	主要 指標	簽署 DNR 比率	8.4%	14.5%	19.8%	18.7%	18.8%
			召開緩和醫療家庭 會議比率	8.9%	8.9%	12.3%	12.4%	12.4%
		次要 指標	呼吸器脫離率	8.9%	8.1%	10.5%	10.4%	10.5%
	簽署 DNR 案件數與 108 年比較進步視同達標	RCC		1,402	1,480	1,896	1,859	1,802
		RCW		976	1,701	2,365	2,171	2,156

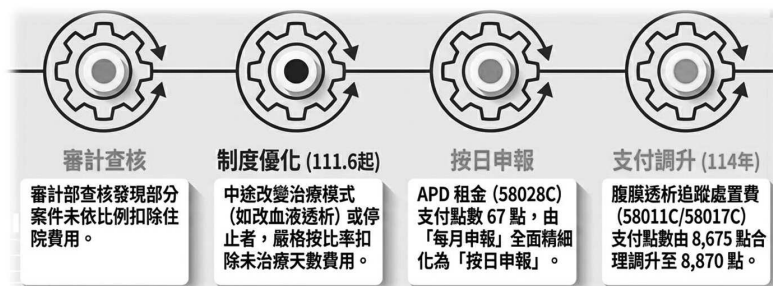
- 鼓勵安寧、提升臨終照護品質，為衛生福利部重要政策，提升臨終照護品質，係主管機關交付之總額協商政策方向
- 114年RCC召開緩和醫療家庭會議比率、RCC/RCW簽署DNR案件數及整體預算執行率等微幅下滑，應係計畫執行效益趨向穩定，漸入高原期所致，惟仍表示計畫之執行手段確有助於達到鼓勵呼吸器依賴患者脫離呼吸器、提高臨終照護品質等政策目標。
- 健保會協定事項之執行目標及預期效益評估指標，於114年皆予以達標，執行已趨穩定，宜穩健依現行策略實行。指標尚具有衡量成效之價值，建議繼續維持考核指標。

74

07-腹膜透析追蹤處置費及APD租金(非計畫型)

• 111-114年預算執行情形

項目	年度	111	112	113	114
預算數(百萬元)		15.0	15.0	15.0	15.0
執行數(百萬元)		8.8	5.7	6.3	6.0
執行率(%)		58.3%	37.7%	41.8%	39.9
醫院總額申報情形					
腹膜透析追蹤處置費(58011C-連續可攜式腹膜透析)					
病人數	664	1,138	1,216	健保署 尚未提 供資料	
件數	870	1,561	1,713		
費用點數(百萬點)	2.5	4.7	4.8		
腹膜透析追蹤處置費(58017C-全自動腹膜透析)					
病人數	174	332	352	健保署 尚未提 供資料	
件數	231	437	465		
費用點數(百萬點)	1.0	1.2	1.6		
APD租用(58028C-全自動腹膜透析機相關費用)					
病人數	357	378	404	健保署 尚未提 供資料	
件數	500	515	521		
費用點數(百萬點)	0.3	0.3	0.3		



- 本項經費依實際執行情形併入一般服務結算
- 114年執行情形，腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)及APD租用依據健保署上冊資料尚未提供數據
- 整體預算執行結果依據醫院總額研商議事會議115年第2次會議資料，執行數為6.0百萬元，執行率39.9%

註：111年修訂支付標準腹膜透析追蹤處置費(58011C)，並自當年度6月1日生效。

75

08-持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能

全年經費 5 億元

針對地區醫院急重症診療項目及住院護理費提供額外加成，強化社區醫療服務功能及護理人力配置

急重症診療加成

慢性呼吸照護病房論日計酬加成 3%；急診診察費及各級檢傷分類加成 15%

住院護理費加成

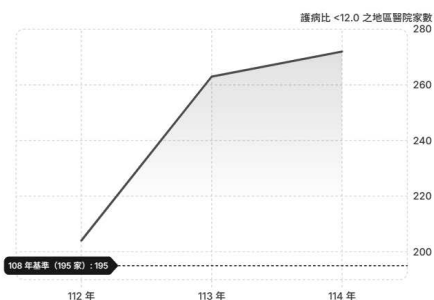
全日平均護理病比達區域級以上標準，加成率由 20% 提升至 22%~40%

預算執行率

110~114 年連續達成 100% 執行率

護理人力配置成效

全日平均護理病比 <12.0 之地區醫院家數連續三年達標，由112年204 家增至114年272家，顯示專款補助對改善護理人力配置具明顯成效



住診服務滿意度

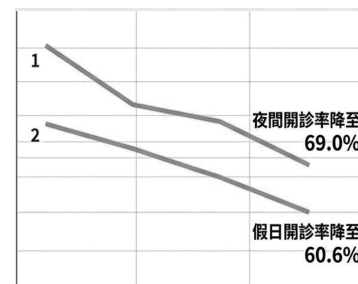
114 年平均滿意度 87.9%，高於計畫目標 82%，連續多年達標



87.9%

待改善指標

夜間及假日開診率受醫療人力短缺及經營成本增加影響，呈現長期下降趨勢，應檢討指標設計合理性



76

09-健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能

全年經費 10 億元

全年經費 10 億元，支應區域級（含）以上醫院 9 項急重症基本診療項目點數差額補付，引導大型醫院回歸急重難症照護

加護病床住院診療費

補付差額：區域醫院 109 點、醫學中心 109 點

新生兒中重度住院診療費

補付差額：區域醫院 693 點、醫學中心 107 點

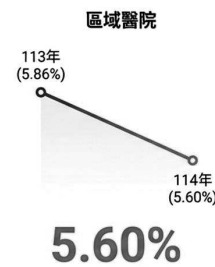
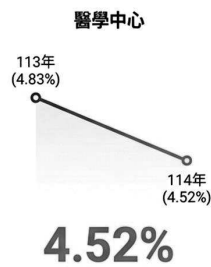
急診觀察病房費及護理費

補付差額：病房費第一天 184 點、第二天起 167 點；護理費第一天 286 點、第二天起 175 點

加護病床 ICU 病房費

補付差額：區域醫院 325 點、醫學中心 594 點

十四日內再住院率持續改善



醫學中心：

113 年 4.83% → 114 年 4.52% (達標)

區域醫院：

113 年 5.86% → 114 年 5.60% (達標)

住診病人滿意度



114 年達 91.06%，持續高於 82% 目標；維持歷年高水準，重症資源挹注有效。提升病人就醫感受

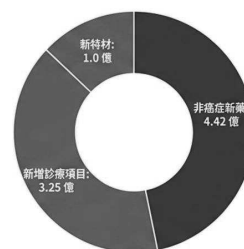
77

10-暫時性支付(新藥、新特材)

• 110-114年預算執行情形

項目	年度	113	114年1-9月
預算數(百萬元)		2,429.9	867.0
執行數(百萬元)		89.3	16.9
預算執行率(%)		3.7	1.9
暫行性支付品項數		4	4
新藥		4	2
新特材		-	-
使用人數(人)		163	121
新藥		163	121
新特材		-	-
每人費用(萬元)		54.8	14.0
新藥		54.8	14.0
新特材		-	-

114年專款預算 8.67 億元



癌症新藥早期成果

16 項

通過暫時性支付藥品

2,643 人

累積受惠人數

114年修正重點

一. 藥品部分(不含癌藥)：編列4.42億元

114年已由公務預算編列癌症新藥暫時性支付50億元，爰將本項中與癌症新藥相關予以移出，保留非癌症項目約4.42億元

二. 特材及診療項目部分：因科技進步，新特材及新給付項目(如「AI輔助判讀顱內出血於電腦斷層造影一無造影劑」、「甲狀腺結節超音波智能分析 (<3cm)」等)，亦研議暫時性支付以利民眾及早使用，爰分別編列1億及3.25億以為運用

78

11-區域聯防_提升急重症照護品質 (主動脈剝離、腦中風、術後加速康復推廣計畫)

114年度計畫的全面整合

113年：主動脈剝離
手術跨院合作

113年：腦中風經動脈
內取栓術跨院合作

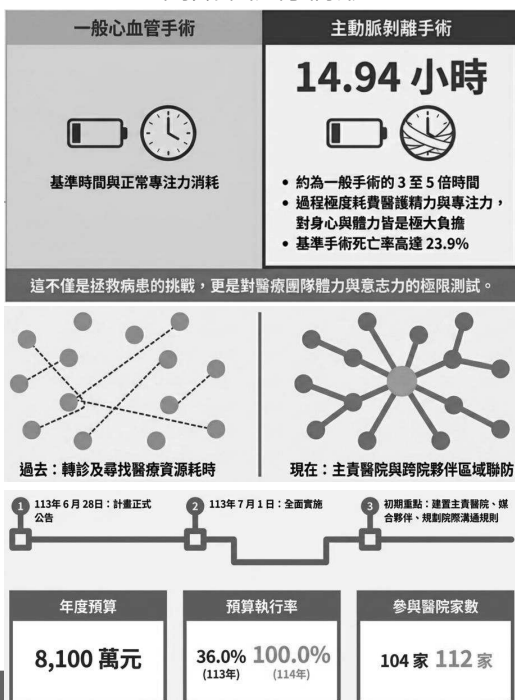
新增：
術後加速康復
推廣計畫
(ERAS)

114年合併：
「區域聯防 - 提升
急重症照護品質」

79

11-區域聯防_主動脈剝離手術病患照護跨院合作

• 113-114年預算執行情形

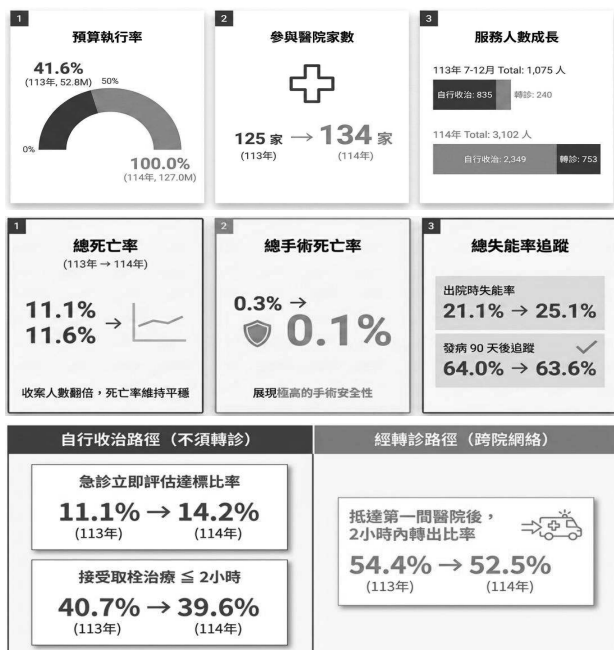


- 計畫自 113 年 7 月 1 日實施，初期致力於建置主責醫院、媒合跨院合作夥伴及規劃院際溝通規則。113 年與 114 年每年皆編列預算 8,100 萬元
- 歷經草創期與 114 年全年度的正式運作，本計畫在預算執行率、參與醫院家數、服務人數、醫療結果及效率指標上均呈現正向成長
- 鼓勵醫院建置完整的上下游跨團隊運作模式，透過建立院際合作與轉診機制，大幅縮短尋找處置醫院的致命空窗期

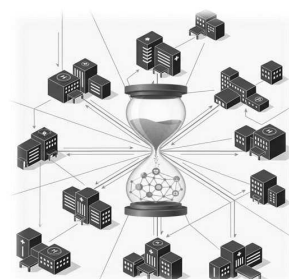
80

11-區域聯防_腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作

• 113-114年預算執行情形



- 計畫自113年7月1日實施，初期致力於建置主責醫院、媒合跨院合作夥伴及規劃院際溝通規則。113年與114年每年皆編列預算127萬元
- 歷經草創期與114年全年度之正式運作，本計畫在預算執行率、參與醫院家數、服務人數、醫療結果及效率指標上均呈現正向成長
- 縮短病患緊急手術前的等候時間、建立高效的院間合作網絡，以確保急重症個案的照護品質與效率，並落實以品質為導向的轉診制度

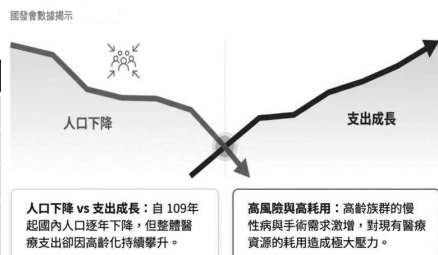


81

11-區域聯防_術後加速康復推廣計畫_髖關節及膝關節置換手術

• 114年預算執行情形

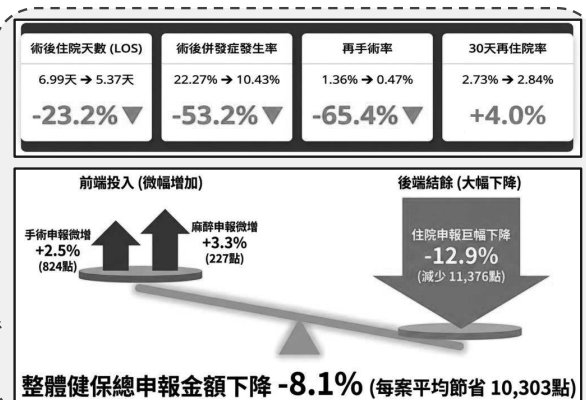
項目	年度	114
預算數(百萬元)		60.0
執行數(百萬元)		90.0
執行率(%)		105%
主責醫院家數		6
參與醫院家數		119
服務人數		1,048
成效指標		
住院天數		3.9
術後ICU天數		0.0
住院再手術率		0.1%
住院術後併發症率		3.2%
效率指標		
出院30天術後併發症率		1.2%
出院30天再住院率		1.2%
出院30天再手術率		0.9%
出院30天再入急診率		0.0%



開辦對象：70歲以上，且美國麻醉師學會 (ASA) 麻醉風險分級為三至四級之髖關節及膝關節置換手術病人



依112-114年醫院醫療服務審查執行會六區分會以風險移撥款與台灣術後加速康復學會合作推行之ERAS(關節置換手術)臨床成效及經濟效益對照分析顯示



82

12-抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫

全年經費 2.25 億元

預算執行率

1114 年執行率100%

強化感染管制及抗微生物製劑管理，
提升醫療品質，保障病人安全

照護量表評估費

高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費：1.8億元

品質獎勵金

醫院感染管制品質獎勵金：4,500 萬元

114 年度為首個完整執行年度，現階段成果視為基準年度，作為後續長期觀察之基礎。

2.25億

37

60%

年度預算 (元)

管制藥品品項

人員分配下限

114 年度專款預算，預算執行率 100%

高度管制性抗微生物製劑管理品項已擴增至 37 項

量表評估費及品質獎勵金至少 60% 須分配予感染管制相關醫事人員

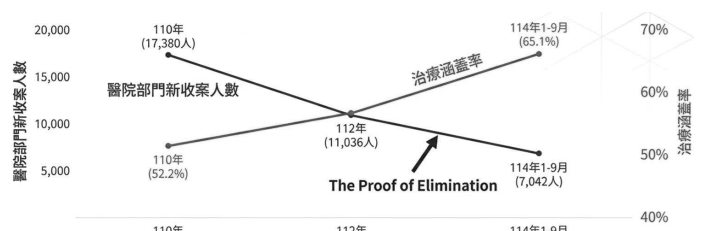
- 113 年度僅有約 6 個月執行期間，屬計畫建置初期；114 年度為首個完整執行年度，兩年度資料不宜直接作為成效增減比較之依據。

83

13-C型肝炎藥費(含其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費」)

• 110-114年預算執行情形

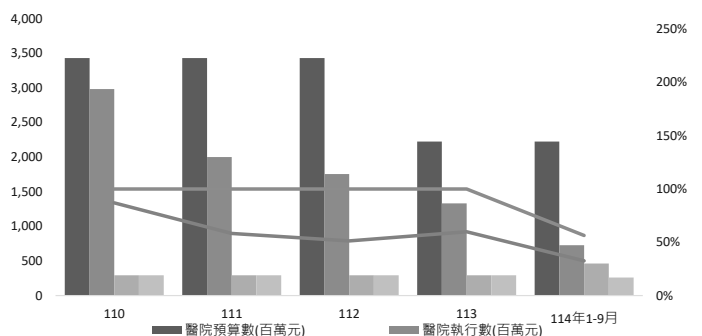
項目	年度	110	111	112	113	114 (1-9月)
整體						
預算數(百萬元)		6,570.0	5,620.0	4,320.0	2,641.0	2,901.0
執行數(百萬元)		3,272.9	2,292.0	2,046.2	1,624.0	986.4
執行率		49.8%	40.8%	47.4%	61.5%	34.0%
C肝新藥						
新收案數		20,558	16,445	14,284	11,849	9,632
總治療人數		131,603	148,048	162,332	174,181	183,823
已達治癒標準人數		18,030	13,914	9,213	6,979	4,002
治療涵蓋率(年累計)		52.2%	56.3%	59.8%	62.8%	65.1%
醫院						
預算數(百萬元)		3,428.0	3,428.0	3,428.0	2,224.0	2,224.0
執行數(百萬元)		2,980.9	2,000.0	1,754.2	1,332.1	725.7
執行率		87.0%	58.3%	51.2%	59.9%	32.6%
C肝新藥						
新收案數		17,380	12,622	11,036	9,020	7,042
總治療人數		118,179	130,801	141,837	150,857	157,906



Strategic Insight Callout Box

為何醫院執行率與收案數下降？這是政策極度成功的最佳證明！

因前端微消除政策奏效，醫院現存之 C 肝「存量病人」多已於前幾年完成治癒。新發個案數的枯竭，正是疾病即將被根絕的科學鐵證。



84

14-醫療給付改善方案(共10項方案)

方案名稱	114年參與家數		114年收案人數		照護率	
	家數	與前年比較	人數	與前年比較	%	與前年比較
01-1. 糖尿病及初期慢性腎臟病 (DM)	292	↘	578,756	↘	55.8%	↘
01-2 糖尿病及初期慢性腎臟病 (DKD)	239	↗	163,814	↗	71.5%	↗
02. 氣喘	141	↘	65,757	↗	36.1%	↘
03. 乳癌	5	→	12,531	↗	5.8%	→
04. 思覺失調症	142	↘	76,493	↗	69.2%	→
05. B、C型肝炎個案追蹤	200	↘	204,741	↘	47.2%	↘
06. 孕產轉全程照護	91	↘	29,281	↘	37.7%	↗
07. 早期療育	25	↘	2,174	↗	13.7%	↗
08. 慢性阻塞性肺病 (COPD)	127	↗	27,045	↗	42.2%	↘
09. 提升醫院用藥安全	135	↘	81,723	↘	-	-
10-1. 生物相似藥及學名藥 (生物相似藥)	156	-	-	-	-	-
10-2. 生物相似藥及學名藥 (學名藥)	161	-	-	-	-	-

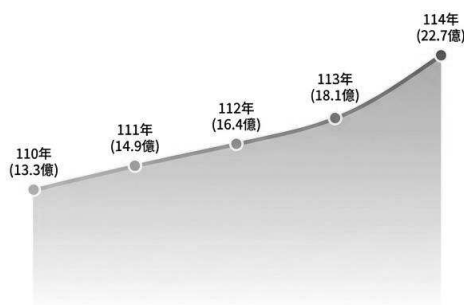
85

14-醫療給付改善方案_114年品質達成情形

總體預算成長趨勢 (110-114年)

22.7億

114年總預算規模



110-114年糖尿病方案品質達成情形

項目	年度	110年	111年	112年	113年	114年
糖尿病						
HbA1C<7.0%比率 (控制良好率)		41.3%	54.6%	54.4%	56.1%	58.1%
HbA1C>9.0%比率 (控制不良率)		9.7%	7.8%	8.0%	7.3%	6.8%
糖尿病合併初期慢性腎臟病						
控制良好率						
UACR<30mg/gm比率		-	43.7%	39.8%	39.8%	39.7%
HbA1C<7.0%比率		-	55.0%	52.5%	53.5%	53.7%
LDL<100mg/dL比率		-	72.9%	73.2%	74.3%	76.6%
控制不良率						
UACR>300mg/gm比率		-	13.7%	14.7%	14.9%	14.6%
HbA1C>9.0%比率		-	7.1%	8.5%	8.2%	8.1%
LDL>130mg/dL比率		-	6.4%	6.7%	6.2%	5.4%

86

14-醫療給付改善方案_114年品質達成情形 (續)

110-114年氣喘方案品質達成情形

項目\年度	110年	111年	112年	113年	114年
降階治療成功率	13.8%	12.6%	13.0%	13.9%	12.7%
氣喘出院14日再入院率	2.9%	2.5%	2.2%	2.2%	2.3%

110-114年思覺失調方案品質達成情形

項目\年度	110年	111年	112年	113年	114年
六個月內精神科急性病房再住院率					
高風險病人	42.0%	36.2%	38.3%	37.3%	36.0%
一般病人	20.2%	18.8%	19.8%	18.6%	18.2%
固定就醫病人精神科急性病房住院					
高風險病人	50.5%	51.3%	54.7%	53.6%	52.9%
一般病人	17.3%	16.0%	16.8%	16.3%	15.3%
高風險病人規則門診比率	73.0%	47.5%	44.4%	43.1%	42.3%

110-114年B、C型肝炎方案品質達成情形

項目\年度	110年	111年	112年	113年	114年
完整追蹤率	67.5%	72.3%	67.1%	73.8%	74.2%
GOT檢查率	92.5%	92.5%	92.8%	92.6%	92.3%
GPT檢查率	92.2%	92.3%	92.6%	92.4%	92.0%
腹部超音波檢查率	91.5%	91.9%	92.4%	92.4%	92.2%

110-114年孕產婦方案品質達成情形

項目\年度	110年	111年	112年	113年	114年
孕產期全程照護率	45.7%	35.1%	68.4%	68.3%	67.6%
產後14日內再住院率(含跨院)	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%
剖腹產管控率	33.8%	34.5%	35.1%	35.6%	36.6%

87

14-醫療給付改善方案_114年品質達成情形 (續)

110-114年早療方案品質達成情形

項目\年度	110年	111年	112年	113年	114年
個案固定就醫率					
新個案	60.2%	56.2%	61.0%	61.5%	59.4%
舊個案	49.0%	61.0%	71.1%	67.0%	55.3%
個案療育資源聯結率					
新個案	72.7%	65.4%	65.9%	65.9%	61.6%
舊個案	52.2%	44.0%	44.7%	31.1%	42.4%

110-114年慢性阻塞性肺病方案品質達成情形

項目\年度	110年	111年	112年	113年	114年
收案病人COPD出院後14日內再入院率	6.6%	5.8%	6.6%	8.1%	5.3%
收案病人因COPD急診就醫比率	7.7%	7.6%	9.5%	9.8%	8.9%

110-114年用藥安全方案品質達成情形

年度	審查通過之藥師人數		醫師或其他醫事人員接受率		
	醫學中心及區域醫院	地區	重症加護臨床藥事照護	門診臨床藥事照護	一般病床臨床藥事照護
110年	113	103	94.8%	87.8%	-
111年	93	61	96.1%	88.2%	-
112年	41	90	95.5%	98.2%	83.9%
113年	48	78	96.8%	99.2%	93.9%
114年	55	52	97.4%	99.6%	93.9%

從114年度的執行成果來看，本方案成功引導醫院部門提供許多慢性病患者持續性的整合照護，但在如乳癌、早療、氣喘等項目上，未來將需要透過精進給付機制與放寬門檻，來擴大照護覆蓋率並穩固實質的留診照護品質。

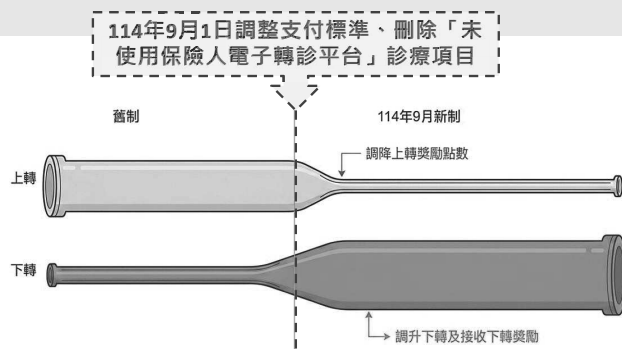
88

15-鼓勵院所建立轉診合作機制(非計畫型)

• 110-114年預算執行情形

項目	年度	110	111	112	113	114
醫院						
預算數(百萬元)		400.0	224.7	224.7	224.7	224.7
執行數(百萬元)		200.1	201.6	218.4	207.2	151.5
預算執行率(%)		50.0	89.7	97.2	92.2	67.4
西醫基層						
預算數(百萬元)		258.0	258.0	258.0	258.0	258.0
執行數(百萬元)		143.5	145.6	161.6	162.3	108.5
預算執行率(%)		55.6	56.4	62.6	62.9	42.1
基層總額轉診型態調整費用(其他預算)						
預算數(百萬元)		1,000.0	800.0	800.0	800.0	800.0
執行數(百萬元)		1,000.0	541.4	568.2	564.6	485.6
支應鼓勵院所建立轉診之合作機制預算之不足款		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
支應醫院與西醫基層病人流動之預算		1,000.0	541.0	568.2	564.6	485.6
預算執行率(%)		100.0	67.7	71.0	70.6	60.7

註：自107年新增專款，並自當年度7月1日起新增轉診相關支付標準



- 114年度本項預算同113年編列224.7百萬元，實際執行數為151.5百萬元，執行率達67.4%，整體執行狀況較113年減少
- 預算核付係依據病人實際就醫情形，其核付條件為申報案件須勾稽到轉入院所有申報對應之01038C「接受轉診門診診察費加算」或於電子轉診平台有登錄及回復病人就醫情形之資料，考量轉診單期限及補報期限，申報轉診未核付案件將往前再勾稽3季，確認是否核付，故本項結算結果具遞延情形

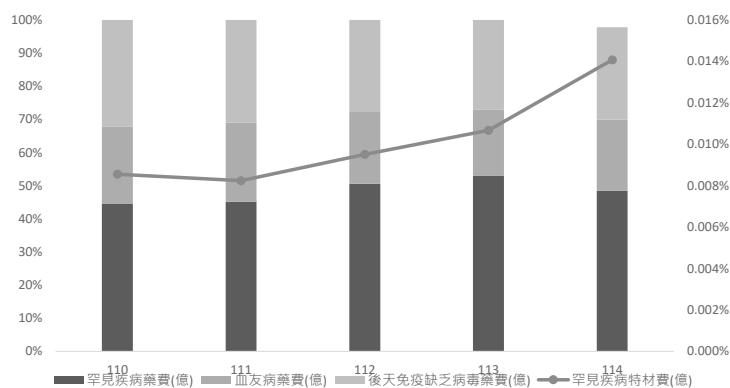
89

16、17-罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費(非計畫型)

• 110-114年後天免疫缺乏病毒治療藥費

項目	年度	110	111	112	113	114
罕見疾病						
藥費(億元)		73.04	76.79	95.76	109.08	99.79
成長率(%)		3.6	5.1	24.7	13.9	-8.5
用藥人數		10,501	11,176	12,046	12,724	13,170
成長率(%)		3.2	6.4	7.8	5.6	3.5
每人藥費(萬元)		69.6	68.7	79.5	85.7	75.8
成長率(%)		0.4	-1.2	15.7	7.8	-11.6
特材(百萬元)		1.4	1.4	1.8	2.2	2.9
特材使用人數		5	8	8	9	12
血友病						
藥費(億元)		38.08	40.52	41.04	41.21	44.26
成長率(%)		-1.8	6.4	1.3	0.4	7.4
用藥人數		979	1,040	1,083	1,106	1,140
成長率(%)		3.9	6.2	4.1	2.1	3.1
每人藥費(萬元)		388.9	390	379.0	372.6	388.2
成長率(%)		-5.5	0.2	-2.7	-1.7	4.2
後天免疫缺乏病毒治療藥費						
藥費(億元)		52.57	52.57	52.57	55.80	57.50
成長率(%)		-	0	0	6.14	3.0
用藥人數		30,098	31,309	32,338	33,052	33,640
成長率(%)		7.0	4.0	3.3	2.2	1.8
每人藥費(萬元)		14.0	13.9	13.6	13.7	13.8
成長率(%)		-2.2	-1.0	-1.7	0.5	0.4

- 罕見疾病：藥費、每人藥費等呈現負成長
- 血友病：藥費及用藥人數、每人藥費些微成長
- 後天免疫缺乏病毒：藥費、用藥人數及每人藥費皆些微增加



90

18-精神科長效針劑藥費(非計畫型)

• 111-114年預算執行情形

項目	年度	111	112	113	114
預算數(百萬元)		2,764.0	2,764.0	2,764.0	3,106.0
醫院總額		2,664.0	2,664.0	2,664.0	3,006.0
西醫基層		100.0	100.0	100.0	100.0
執行數(百萬元)		1,468.9	1,923.6	2,410.4	2,706.9
醫院總額		1,450.0	1,892.7	2,367.4	2,643.3
西醫基層		18.9	30.9	43.0	63.6
預算執行率		53.1	69.6	87.2%	87.2%
醫院總額		54.4	71.0	88.9%	87.9%
西醫基層		18.9	30.9	43.0%	63.6%
使用長效針劑個案數		38,899	41,910	45,669	48,828
醫院總額		37,582	40,349	44,256	47,226
西醫基層		1,317	1,561	1,887	2,090

註：(1)經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應
 (2)醫院、西醫基層院所申報個案可能重複，故人數不宜直接加總
 (3)使用長效針劑個案數為114(1-9月)數據

傳統口服給藥的困境



長效針劑 LAI 的介入



- 自110年9月1日修訂「思覺失調症醫療給付改善方案」，新增長效針劑注射獎勵措施，鼓勵醫師對不規則就醫或不規則服藥等合適或病情需要之病患施打長效針劑，並自111年編列預算支應推動精神病長效針劑注射獎勵措施所增加藥費
- 醫院部門114年本項專款預算進一步增編至3,006百萬元，執行數為2,643.3百萬元，執行率達87.9%。雖然在預算規模擴大下，執行率較113年的88.9%微幅下降，但整體執行數仍高，顯示臨床需求依然殷切
- 政策之推行將持續引導友善用藥、翻轉社會「施打長效針劑」與「病情嚴重」畫上等號之刻板印象

91

19-地區醫院全人全社區照護計畫

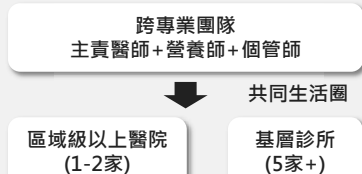
計畫核心與執行架構

預算 5億元

核心目標
(三)三高防治(888)

- 80% 三高病人加入照護網
- 80% 接受生活習慣諮詢
- 80% 三高病人加入照護網

執行機制



114年執行規模與成長

參與覆蓋率

137家

(占整體地區醫院40.3%)



較113年127家
持續擴大

總收案人數

76,707人



較113年45,655人
呈現大幅度躍升

收案精準度

15.5%



精準鎖定高風險
(較113年9.7%顯著提升)

92

19-地區醫院全人全社區照護計畫_114年初步照護成效與115年優化藍圖

過程落實 (Care Process)



接受生活習慣諮商或衛教率
展現前端預防的落實

臨床控制結果 (Clinical Control)



高血糖 (HbA1c) 控制良好或進步率



高血脂 (LDL) 控制良好或進步率

醫療資源效率 (System Efficiency)



2.3%

潛在可避免急診率

1.5%

可避免住院率

給付結構優化



- 增訂「定期檢驗(查)達成加成費」
- 調升血糖、血脂管理提升費，擴大照護誘因

評核機制進化



計分標準轉向獎勵「自身進步率（與去年同期相比）」及導入「同儕平均值」比較機制

長期發展願景



優先穩固基層照護量能，設定 5 年為期進行滾動式成效檢討，決定長期轉型方向

93

敬請指教



三、西醫基層總額(含一般服務、 專案計畫)

114年西醫基層總額 重點項目及一般服務預算項目 及專款年度執行成果

報告人：林誓揚醫師
醫師公會全國聯合會常務理事
西醫基層審查執行會執行長

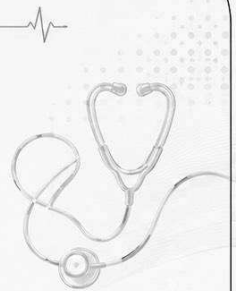


報告人介紹



現職：

- 林誓揚診所
- 社團法人高雄縣醫師公會理事長
- 中華民國醫師公會全國聯合會第14屆常務理事
- 西醫基層醫療服務審查執行會執行長
- 西醫基層醫療服務審查執行會高屏分會主任委員



千里江陵一日還



報告大綱

01.



年度重點項目執行成果 與未來規劃

- A. 西醫基層診所糖尿病病人
整體照護情形
- B. 檢驗(查)結果上傳率

02.



一般服務項目執行績效

- A. 專業醫療服務品質之確保與提升
- B. 維護保險對象就醫權益
- C. 協商因素項目之執行情形
- D. 總額之管理與執行績效

03.



專案執行成果

01. A

年度重點項目執行成果 與未來規劃 -

西醫基層診所糖尿病病人
整體照護情形



西醫基層糖尿病照護情形

糖尿病方案及糖尿病合併初期慢性腎臟病方案，參與家數與照護人數連上升，照護率穩定成長

01 年度重點項目執行成果與未來規劃

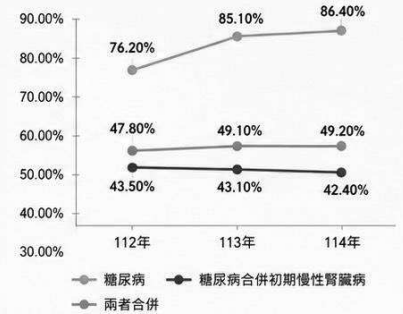
照護率 55%以上 → 58.4% ✓

HbA1c<7% 54%以上 → 58.7% ✓

02 方案參與家數與照護人數逐年上升



03 合併初期慢性腎臟病照護率穩定成長



※註：111年3月起新增「糖尿病合併初期慢性腎臟病」照護整合方案，部分共病個案改以DKD照護，糖尿病照護率因而趨穩，然整體照護率仍上升。



糖尿病照護推動成果持續向上，照護率達成率穩定提升，合併初期慢性腎臟病照護率整體仍呈上升趨勢。

5

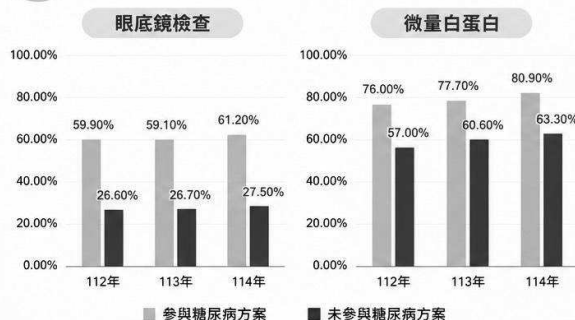
西醫基層糖尿病患者檢查與照護情形



參與計畫較未參與計畫執行各項檢查率高，且參與計畫者發生洗腎機率降低。連續追蹤94年符合收案條件之糖尿病人至114年底，參與計畫者獲得醫師妥善的監測與照護，避免糖尿病患者透析發生的機會。



各項檢查執行情形比較



參與方案者在眼底鏡檢查與微量白蛋白檢查的執行率明顯高於未參與方案者。



參與計畫者發生洗腎機率降低

連續追蹤94年符合收案條件之糖尿病人至114年底，其後續發生洗腎情形，有參與方案與未參與方案二者相差 9.4%。

參加方案與否	洗腎患者數	糖尿病患者	洗腎發生率
參與方案者	31	3,724	0.8%
未參與方案者	10,878	107,032	10.2%
曾參與方案者(中途退出者)	14,986	145,121	10.3%
合計	25,895	255,877	10.1%



參與計畫者洗腎發生率僅 0.8%，顯著低於未參與方案者的 10.2%，差距達 9.4%。



持續參與糖尿病照護計畫，能提升檢查品質與照護成效，有效降低洗腎風險，提升糖尿病患者健康品質！

6

01. B

年度重點項目執行成果 與未來規劃 - 檢驗(查)結果上傳率

7



檢驗(查)結果上傳率

持續提升檢驗(查)結果上傳率，完善醫療資訊雲端化，確保病人就醫安全與就醫資料可近性，促進醫療品質與資源有效運用。



檢驗(查)結果上傳率歷年比較

西醫基層檢驗(查)上傳率\年度	109年	110年	111年	112年	113年	114年
西醫基層診所總上傳率 (西醫基層診所+檢驗所)	12.3%	18.5%	40%	80.4%	83.1%	84.4%
西醫基層診所自行上傳率	12.3%	18.5%	40%	74.5%	76.8%	77.2%
檢驗所上傳率	-	-	-	5.9%	6.3%	7.2%

- 1 全聯會瞭解到診所上傳檢驗(查)結果需克服諸多問題，經長期與健保署溝通爭取，該署協助修正資訊上傳平台，讓診所上傳資料更為簡便，並持續請診所提供使用反饋，以利逐步滾動修正。
- 2 蒐集瞭解診所上傳資料之困難及問題，多次邀請各資訊廠商共同研議解決方案，以期加速配合資訊化的腳步。
- 3 109年西醫基層診所檢驗(查)總上傳率僅12.3%，經過全聯會持續努力之下，至111年成長到40%，114年更提高至84.4%，基層診所上傳成效已有顯著的提升。



醫療資訊雲端查詢的重要性

未限制民眾就醫自由，常依不同症狀至不同的醫療機構看診，就醫、用藥及檢驗檢查資料分散在不同院所，當沒有完整的就醫資料時，可能發生重複開藥或發生藥品交互作用，影響病人用藥安全，重複的檢驗檢查則浪費珍貴的醫療資源。



健保醫療資訊雲端查詢系統功能，使病人的就醫資訊在不同的醫療機構間可相互分享，可作為醫師診斷時及對病人病情追蹤的參考，能避免重複檢查，提升醫療品質，協助分級醫療的落實。



醫療資訊雲端查詢系統使病人檢驗(查)結果上傳率提升，提供醫師更完整的病人醫療資訊，提升醫療照護品質，減少重複檢查與用藥風險。



醫院有資訊部門專責處理資訊系統設置，多數基層診所因人力不足，資訊能力及經費資源皆較醫院弱勢，僅能委外仰賴資訊廠商協助，惟廠商收費高昂且維護費金額高，診所財務負擔重，因此診所資訊化的歷程較為緩慢。



在健保署與各界共同努力下，檢驗(查)結果上傳率持續提升，114年總上傳率達84.4%，基層診所自行上傳率達77.2%，有效提升檢查品質與照護成效，守護病人就醫安全！

8

02. A

一般服務項目執行績效 - 專業醫療服務品質之確保與提升



9

一般服務項目執行績效 - 專業醫療服務品質之確保與提升

品質保證保留款年度預算

年度	預算
112年	2.295億元
113年	2.314億元
114年	2.336億元

修訂重點與執行成效



核發情形

	112年	113年	114年
領取品保款 院所家數	7,886家	8,331家	預計於 114年6月底 開始核發
核發金額	21,905~ 31,293元	20,831~ 30,634元	

品質確保方案 | 指標執行情形

指標名稱	參考值	114年	達標
門診注射劑使用率	≤0.59%	0.49%	✓
門診抗生素使用率	≤15.35%	14.94%	✓
慢性病連續處方箋開立率	≥62.46%	74.34%	✓
糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率	≥73.99%	93.43%	✓
就診後同日於同院所再次就診率	≤0.16%	0.13%	✓

其他改善專業醫療服務品質具體措施

持續精進醫療品質資訊公開，提升透明度，
提供民眾就醫選擇參考

公開內容 (現行已公開)

整體性之醫療品質資訊
9大項

機構別(院所別)之醫療品質資訊

17大項
疾病別資料已達12大項
(如：糖尿病等)

持續滾動修正品質資訊項目

112年	113年	114年
✓ 修正多項指標名稱 ✓ 新增「急性心肌梗塞病人 接受心臟復健比率」	✓ 增訂疾病別「肺炎」2項 ✓ 增訂疾病別「慢性阻塞性 肺病」1項	✓ 配合「全民健康保險西醫基 層總額支付制度品質確保方 案」，齊一修正項目之名稱



整體醫療品質持續提升，確保民眾就醫安全與權益，並強化醫療品質資訊公開，提升就醫選擇參考價值。

10

102. B

一般服務項目執行績效 - 維護保險對象就醫權益



持續優化服務品質與資源運用，
確保保險對象獲得適切醫療照護與保障權益。

11



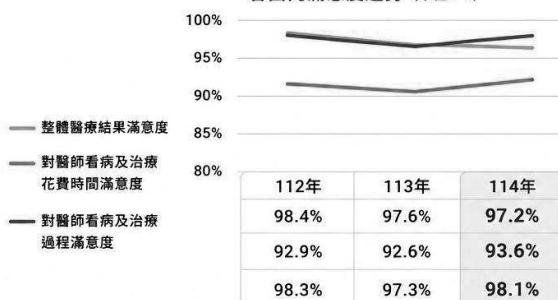
醫療服務品質調查結果

西醫基層就醫權益調查 | 近三個月內西醫基層就醫之病人訪問

整體結果概覽

調查共完成 2,122 份有效樣本，西醫基層總額仍維持高滿意度，整體醫療結果滿意度及對醫師專業度之滿意度均逾 97%，顯示醫療服務品質獲肯定。

各面向滿意度趨勢 (單位：%)



重點發現



就醫資訊易懂度

近9成5民眾表示醫師以簡單易懂方式解說病情。

67.8%
每次都有



就醫決策參與度

75.3%民眾表示就診時有與醫師討論治療策略，2.6%表示沒有共同討論，21.5%表示無此經驗。

75.3%



關於醫護人員衛教指導

70%民眾有獲得衛教指導，26.4%表示很少有或完全沒有衛教指導。

70.0%
有獲得指導



整體滿意度維持高檔

整體醫病結果滿意度97.2%，對醫師看病及治療花費時間滿意度93.6%，對醫師看病及治療過程滿意度98.1%，醫療服務品質獲高度肯定。

持續精進方向

加強醫病溝通與決策參與，提升民眾參與感；強化衛教指導，提升健康識能與就醫體驗。



12



民眾付費情形

■ 有關民眾是否被要求自付其他費用，有**83.5%**表示「否」，其餘16.5%之民眾(351人)，統計回覆如下：



自費金額

- 100元以下：50.0%
- 500元以上：21.0%



自費項目

- 藥品：60.4%
- 打針及點滴：15.2%



自費原因

- 健保不給付：30.0%
- 同意使用較好的藥或特材而自付全額：30.0%



自費感受

- 覺得普通、便宜及非常便宜：74.2%
- 覺得貴及非常貴：24.4%



整體顯示多數民眾未被要求自付其他費用，且對自費項目及金額的感受以正向居多。

13



就醫可近性與及時性調查重點摘要

依據 114 年調查結果，整體顯示民眾就醫便利性高，且基層診所假日開診穩定，具持續提升空間。

一般地區、醫療資源不足地區及山地離島地區之就醫率

地區別	112年	113年	114年
一般地區	82.79%	82.78%	82.60%
醫療資源不足地區	82.71%	82.80%	82.61%
山地離島地區	87.20%	87.02%	86.65%

- 各地區就醫率均維持在 82% 以上，山地離島地區最高。
- 90% 民眾認為看診容易。
- 94.8% 認為就醫交通便利。

就醫便利性：基層診所假日開診

- 週六開診家數維持 1 萬家以上
- 週日開診家數約 4,000 家，量能穩定

年度	總家數	開診家數		平均每家看診人次	
		週六	週日	週六	週日
112年	10,910	10,309	4,525	55.04	67.91
113年	11,064	10,272	3,959	55.57	70.38
114年	11,167	10,356	4,064	54.65	69.01

- 平均每家看診人次穩定，反映基層診所承擔假日醫療需求。

就醫可近性：基層醫療服務密度

分區	每萬人口 基層診所數	每萬人口 基層醫師數
	114年	
台北	4.49	8.49
北區	3.64	6.86
中區	5.13	8.14
南區	5.12	7.84
高屏	5.53	8.75
東區	4.66	6.33
全國	4.73	8.05

- 醫療資源以台北區最高，中區次之。
- 高屏區每萬人口基層診所數、醫師數最高。



整體顯示多數民眾未被要求自付其他費用，且就醫可近性良好、假日看診服務穩定，醫療資源持續投入，基層醫療服務量能充足。

14

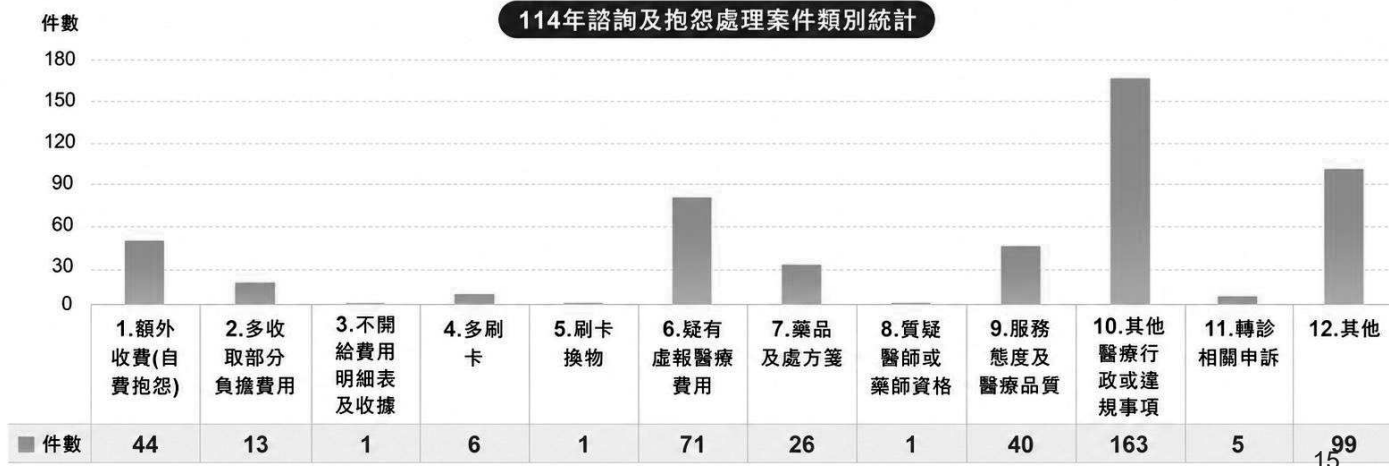


民眾諮詢及抱怨處理

- 114年西醫基層共提供194.2百萬件門診服務，依據中央健保署提供114年諮詢及抱怨處理共計470件(約0.024%)，以「其他醫療行政或違規事項」、「其他」及「疑有虛報醫療費用」之案件數較多。
- 其中，建議該署可針對「其他」項目再詳細列項，俾利了解民眾申訴之原因。
- 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。



114年諮詢及抱怨處理案件類別統計



02. C-1

一般服務項目執行績效 -
協商因素項目之執行情形 -
延續項目之執行情形





新醫療科技

112-114年預算及成長率

年度	112年	113年	114年
成長率(%)	0.156	0.157	0.161
預算額度 (百萬元)	196	200 (藥品200，特材0)	228 (藥品178，診療項目50，特材0)



調整項目包括：
隧道產修補規範、
攝護腺特異抗原等

112-114年「新診療項目」申報狀況

單位：百萬元

申報年度	項目	預算編列數	112年	113年	114年	合計
112年	26	50.00	6.68	50.44	38.11	95.23
113年	39	46.00	-	3.39	0.32	3.71
114年	29	50.00	-	-	4.97	4.97
合計	94	146.00	6.68	53.83	43.40	103.91



註1：112年增修訂26項，1項為支付通則修訂。113年增修訂39項，其中3項為支付通則修訂。114年增修訂29項，其中2項為支付通則修訂，1項非新醫療科技預算。

註2：112年增修訂項目於113年、114年申報量大幅上升，經詢健保署，為「新型冠狀病毒抗原檢測(14084C)」申報過量之影響。

17

新藥及新特材導入與給付規定修訂



新藥導入

- 導入 26 項新藥
- 基層申報金額 9.2 百萬元
- 以眼科新藥為主要申報項目

主要適應症



血管新生型(濕性)年齡相關性黃斑部退化病變(nAMD)



糖尿病黃斑部水腫(DME)



靜脈阻塞(RVO)續發的黃斑部水腫



新特材導入

- 導入 13 項新特材
- 基層申報金額 0.68 百萬元
- 以內視鏡止血系統為主

主要品項



內視鏡止血系統



鼻淚管通條



藥品給付規定修訂

藥品給付規定修訂



- 申報金額較113年
+1,166.4 百萬元
- 成長率 23.5%
(歷年最高)

主要修訂面向



糖尿病用藥

刪除口服降血糖藥物之種類上限，尊重臨床醫師，增加病患用藥選擇



B肝用藥

放寬於預防母嬰垂直感染的給付條件



眼科新生血管抑制劑

新增DME患者於特定情況下可使用OCTA替代FAG



為因應臨床用藥需求，應每年編列充足「藥品及特材給付規定改變」預算，以利及時修訂給付規定、完善病患照護。

18

提升國人視力照護品質

精進措施

- 114年執行上傳「白內障視力品質照護說明書」之診所數已逾8成；115年進一步規劃整合於手術同意書，並列為抽審案件應檢附資料，以落實病人知情同意及手術品質照護。
- 114年「久未看診而當日即手術比例」為0.7%；為精進指標管理並監測個別診所當日手術情形，115年進一步納入診所品質指標，提醒院所自我檢視，以強化手術適當性及品質管理。

項目			114年
	預算數（百萬元）		3,574.8
	預算執行數（百萬點）		3,462.0
	預算執行率		96.8%
	執行件數目標	目標數	172,606件
		執行件數	164,170件
		目標達成率	95.1%
	白內障視力品質照護說明書執行率≥95%	上傳照護說明書家數	411
		申報白內障手術家數	513
		目標達成率	80.1%
	評估指標	久未看診而當日就診即執行白內障手術比例以0%為原則	0.7%
		術後30日內併發症眼內炎之件數比率≤0.1315%	0.1%

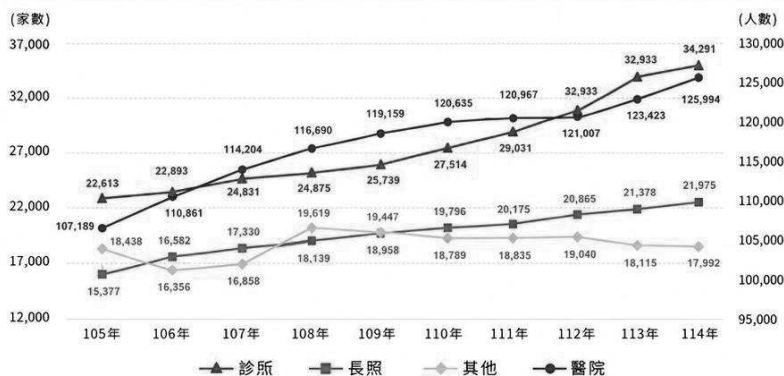
19

因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費

(112年新增、113~114年續編)



護理工作職場人數分布



說明：診所、長照及其他機構參考左側座標軸，醫院參考右側座標軸

重點說明

- ✓ 112年至114年參與調升護理人員薪資之診所家數介於4,746家至6,118家，三年累計調升護理人員數達56,971人。
- ✓ 護全會統計顯示：診所聘僱護理人員數由112年31,103人增加至114年34,291人，增加3,188人。
- ✓ 政策有助於改善待遇及提高留任誘因，基層診所持續吸納護理人力，維持社區照護量能。

★ 基層仍是護理人力留任的重要場域

02. C-2

一般服務項目執行績效



協商因素項目之執行情形



新增項目之執行情形

1. 代謝症候群及C肝照護衍生之醫療費用
2. 醫療給付改善方案衍生之醫療費用
3. 因應預防保健政策改變產生之服務密集度
4. CKD比照DKD 檢測 UACR

21

代謝症候群、C肝照護、醫療給付改善方案衍生之費用

項目	112年	113年	114年
執行目標：			
全民健康保險代謝症候群防治計畫收案對象 收案評估時無用藥者，追蹤及年度評估執行 檢驗人次達7萬一執行數		70,819	145,556
--達成率		101.2%	207.9%
預期效益之評估指標：			
--「代謝症候群改善率」，提升之診所占率較前1年增加	-	-	-
--代謝症候群改善率提升之診所占率	30%	40%	30.7%
--C肝照護	-	-	-
--DM、Early CKD、DKD、Pre-ESRD方案收案病人接受國 民健康署成人預防保健B、C型肝炎篩檢及當年度接受健保 C型肝炎檢查之篩檢人數較前一年度增加	11.4%	11.6%	14.3%
--曾接受成人預防保健B、C型肝炎篩檢及當年度接受健保 C型肝炎檢查人數	402,078	448,886	513,036



基層診所對於代謝症候群防治計畫之執行已逐漸成熟



- 隨著計畫收案規模擴大，基層照護量能增加，使得改善率表現受到稀釋
- 部分擴大收案診所剛收案，短期內無法反映。



在慢性病及腎臟病高風險族群中推動C肝篩檢，已逐步擴大涵蓋範圍

註：代謝症候群改善率 = (年度評估可計算改善人數 ÷ 年度評估可計算總人數) × 100%

22

因應預防保健政策改變所產生之服務密集度

預期效益評估指標：

整體癌症篩檢之陽追率較前
1年度提升

112年	113年	114年
75.9%	77.2%	80.8%



- 達成評估指標。
- 基層醫療院所持續配合政策，協助陽性個案接受治療、追蹤、轉介及衛教，對提升早期發現、早期治療具有正面助益。

預算數：360百萬點

註：國健署未提供執行率。

項目	112	113	114
四癌篩檢陽性個案人數			
--大腸癌	26,198	26,413	37,387
--口腔癌	13,844	13,722	16,336
--子宮頸	4,274	4,141	4,450
--乳癌	10,485	10,168	12,059
四癌篩檢陽性個案追蹤完成人數			
--大腸癌	19,935	20,621	28,001
--口腔癌	8,273	8,410	13,702
--子宮頸	3,609	3,492	3,772
--乳癌	9,786	9,529	11,275



- 114年四癌篩檢陽性個案人數均較前一年度增加，顯示癌症篩檢後續醫療照護需求明顯上升。
- 追蹤完成人數亦同步增加，反映篩檢陽性個案進入後續追蹤及醫療服務之量能持續擴大。

23

CKD比照 DKD 方案採 UACR檢測

預期效益評估指標

CKD方案收案病人接受
UACR檢測至少達40%

112年	113年	114年
49.9%	45.5%	56.9%



- 達成評估指標。
- 基層診所對於UACR檢測之重視程度及執行能量均有提升。

執行概況及預期效益評估指標達成情形

項目	112	113	114
預算數(百萬元)			199.8
申報增加點數(百萬點)			28.6
預算執行率(%)			14.3%
CKD方案檢查件數			
--UPCR件數	155,208	166,266	156,805
--UACR件數	100,366	90,095	121,535
--UACR較前一年增加件數	-39,988	-10,271	31,440



114年UACR檢測件數較113年增加，UPCR件數114年較113年略減。



反映臨床照護已逐漸由UPCR檢測，轉向UACR檢測，整體趨勢符合本案推動目標。



執行率偏低，可能與本項目為114年新納入或新調整有關。

24

02. D-1

一般服務項目執行績效 -

總額之管理與執行績效 - 醫療利用及費用管控情形

2500

02. D-1 醫療利用及費用管控情形



醫療提供增加

院所數近三年年均增幅1.1%，
醫師數增幅3.7%。



醫療需求穩定

就醫人數近三年維持約2,040萬人，
就醫率約86%；醫療件數約1.97億件，
顯示醫療需求穩定。



費用成長趨緩

醫療費用近三年成長減緩，114年僅較
前年成長1.4%，低於112年 級113年
增幅。診療費及藥費占醫療費用比率
維持穩定，分別介於21%-23%及
25%-26%，顯示費用成長趨緩。



照護需求受高齡化影響

診療費、藥費及整體醫療費用均以
60-69歲最高，平均每人費用則以
70歲以上較高，且70-79歲成長最明顯，
顯示高齡族群因慢性病照護、長期用藥
及多重醫療需求，基層照護投入持續提升。

院所數與醫師數

年度	院所數	醫師數
112年	10,876	20,845
113年	11,058	21,692
114年	11,152	22,382

醫療件數、就醫人數、就醫率及平均就醫次數

年度	醫療件數 (千件)	就醫人數 (千人)	就醫率	平均就醫 次數
112年	195,159	20,397	86.3%	9.4
113年	201,098	20,480	86.4%	9.7
114年	197,436	20,382	85.6%	9.5

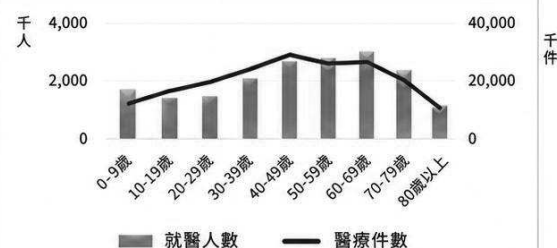
醫療費用與平均每件醫療費用

年度	醫療費用 (百萬點)	平均每件醫療費用
112年	141,624	703
113年	148,121	714
114年	150,259	737

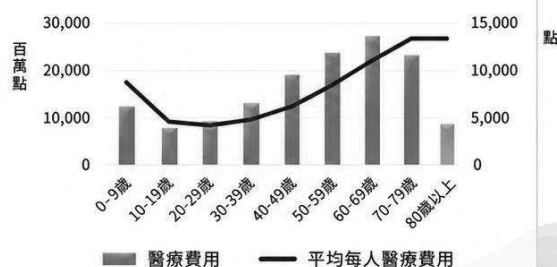
醫療費用結構比率

年度	診療費占比	藥費占比	整體醫療費用
112年	21%	25%	100%
113年	23%	26%	100%
114年	22%	25%	100%

西醫基層門診 年齡層就醫人數及醫療件數(含同一療程)



西醫基層門診 年齡層醫療費用及平均每人醫療費用



註：就醫率=就醫人數／年中人口數

26
詳見書面報告第37頁至第49頁

02. D-1 醫療利用及費用管控情形



醫療費用檔案分析管理

114年檔案分析數

176筆

- 精神科心理治療
- 精神科社會生活功能評估
- 創傷處置
- 鼻淚管淚道氣球擴張術
- 泌尿系統申報超音波檢查
- 尿失禁電刺激治療
- 上消化道內視鏡檢查
- 大腸鏡檢查
- 腹部超音波檢查
- 白內障手術
- 開放表別項目
- ...等176筆

審查標準與管控措施



例行檢討 審查注意事項

- 15項審查注意事項條文修訂建議：
檢討一般原則、外科、婦產科、眼科、泌尿科、
精神科、病理科條文共15項



專案討論 審查規範共識

- 6項審查規範共識：
 - 骨鬆治療藥物
 - 鼻淚管淚道氣球擴張術
 - 尿失禁電刺激治療
 - 精神科社會生活功能評估
 - 特異過敏原免疫檢驗
 - 泌尿系統申報超音波檢查



管控措施 檔案分析管理

- 4項檔案分析與管理：
 - 開放表別項目
 - 急診診察費異常申報
 - 精神科心理治療
 - 鼻淚管淚道氣球擴張術

27

02. D-2

一般服務項目執行績效 - 總額之管理與執行績效 - 地區預算分配(含風險移撥款)之執行與 管理

02.D-2 地區預算分配

114年西醫基層一般服務費用地區預算之參數分配方式與調整前、後之地區預算分配結果。

單位：百萬元

預算參數分配方式

◆ 全年移撥風險調整移撥款650百萬元，用於：

1. 因撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」(不含東區)。
2. 保障東區浮動點值不低於每點1元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)。
3. 餘款用於撥補點值落後地區。

◆ 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，係指低於五分區平均浮動點值且不過每點1元之地區。

依下列公式進行費用撥補：

$$\left(\frac{(M - An) \times Yn}{\sum_{n=1}^n (M - An) \times Yn} \right) \times \text{當季風險調整移撥款}$$

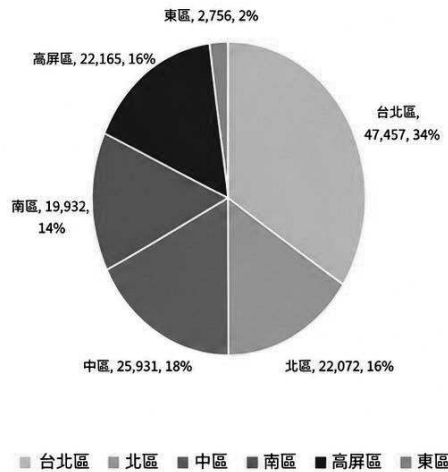
註：

M=五分區平均浮動點值；A=該區浮動點值。

Y=該分區一般服務預算(不含通理查處、專款及其他部門)占率。

n=低於五分區平均浮動點值且不過每點1元之地區。

114年調整後預算數(百萬元)



分區別	調整前預算數	調整後預算數	調整前後預算淨增加金額
台北區	47,156	47,457	302
北區	22,121	22,072	-49
中區	26,043	25,931	-112
南區	19,977	19,932	-45
高屏區	22,251	22,165	-87
東區	2,765	2,756	-8
全區	140,313	140,313	-

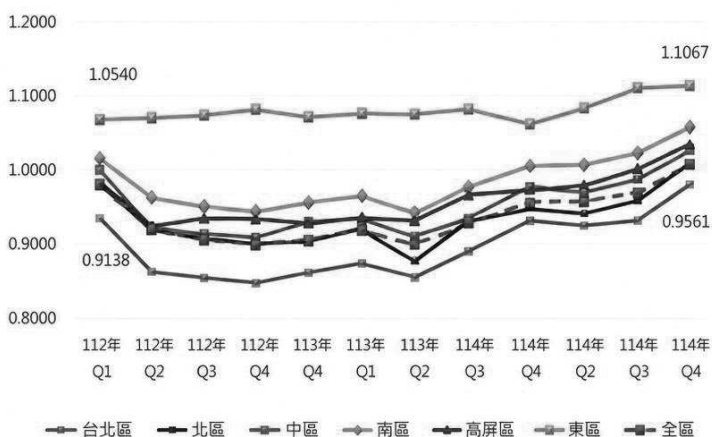
29

02.D-2 點值現況與管理

114年各分區點值相較去年同期皆明顯提升，有助於減緩各分區醫療服務成本壓力，後續將持續推動縮小分區間點值差異，促進醫療資源配置更趨均衡。

114年點值現況

112Q1~114Q4各分區及全區浮動點值



點值管理機制

本會於114年持續強化醫療費用審查與理機制，完成逾100萬件醫療審查案件。各分區針對不合理的申報項目提出下列多項管控措施，使費用合理成長：

◆ 跨總額醫師(執登於醫院至基層診所支援)於西醫基層診所之管理方式自114年7月1日起正式生效，即醫事人員執業登記於醫院，並至西醫基層醫療院所支援之醫師，其中報西醫基層門診醫療費用超過10萬點部分，西醫基層總額各項以75%折付，小於10萬點(含)不在此限。

◆ 研議訂定「西醫基層相對合理門診點數給付方案」，目前仍待與健保署進行相關討論：

- ✓ 「診所折付」方式
- ✓ 「醫師折付」方式

30

02. D-3

一般服務項目執行績效 - 總額之管理與執行績效 - 專業審查及其他管理措施

02.D-3 專業審查及其他管理措施

透過專業審查、抽查及續聘等制度持續強化審查品質管理，以確保醫療服務合理性，提升醫療資源運用效能。

114年每位醫師平均審查

114年每位醫師平均審查

1,400件

醫師平均審查案件數，
113年約1,440件，112年約1,400件，
111年約1,000件，110年約800件。

審畢案件評量

114年平均合理件數占率

95%

- 每區每年跨區評量2次。
- 抽審審查醫師170人次。
- 抽審7,036件審畢案件。

114年審查案件數與占率統計

	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
審查醫師數	143	111	151	145	110	59	719
(占率)	20%	16%	21%	20%	15%	8%	-
審查案件數	264千件	165千件	180千件	208千件	169千件	21千件	1,007千件
(占率)	26%	16%	18%	21%	17%	2%	-
初審案件	234,712	131,601	163,057	151,520	156,312	20,327	857,529
申復案件	16,807	9,655	14,784	11,191	8,609	433	61,479
其他案件	12,083	23,361	2,536	44,792	4,384	486	87,642

註：「其他案件數」偏高原因：北區包含「專案審查」、「事前審查」、「品質管理」合計達上萬件，南區建立「複審」及「審查會議」機制，每季可達數千件至1萬件。

審查醫師品質評核



- 各區建立審查品質評核機制
- 114年審查作業整體表現良好

透過評核、抽查及續聘等制度
持續強化審查品質管理。

台北

建立評核與內部督考機制，必要時抽查案件並由資深醫師再評核。

北區

提供評量建議，並請原審醫師、該科召集人及審查組組長表示意見，於會議中提報評量結果。

中區

定期召開審查會議並辦理審查醫藥專家評核作業。

南區

依審查作業表現與會議出席率評核審查醫師，並作為次年度續聘依據。

高屏

不定期檢視審查品質、核減率與效率，並作為次年度續聘依據。

東區

依會議出席率、審查出勤率、評量結果與審查品質進行評核，並作為次年度續聘依據。

02.D-3 專業審查及其他管理措施

透過專業審查、抽查及續聘等制度持續強化審查品質管理，以確保醫療服務合理性，提升醫療資源運用效能。

輔導案件處理與追蹤



114年輔導家次數

23,082 家次

分區	輔導家次數	輔導作業			
		輔導結果追蹤家次數			
		列為稽核	加強審查	改善結果	尚在觀察
台北	1,590	0	0	567	1,023
北區	931	0	0	931	0
中區	1,425	0	7	137	1,281
南區	15,764	0	0	15,764	0
高屏	1,962	0	0	1,954	8
東區	1,410	0	0	11	1,399
合計	23,082	0	14	19,364	3,711

提升審查效能作為



台北區

- 診所自清 + 分會輔導，未改善加強管理
- 辦理審查減量作業



北區

- 檔案分析異常樣態 + 回溯審查
- 輔導診所自清，改善申報



中區

- 檔案分析異常樣態 + 回溯審查
- 輔導異常診所改善申報
- 新開業及新增科別輔導
- 異常支援管理及通報



南區

- 檔案分析異常樣態
- 輔導診所自清，改善申報



高屏區

- 輔導診所自清 + 自我稽核
- 宣導重點審查項目
- 辦理新開業說明會
- 建立申報SOP與同儕檢視機制



東區

- 宣導申報前自我檢查
- 降低申報錯誤與補件情形

33

03. 專案執行成果

01

家庭醫師整合性照護計畫

02

醫療資源不足地區改善方案

03

基層診所產婦生產補助試辦計畫

04

強化基層照護能力及「開放表別」項目

05

因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用

06

新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

07

提升心肺疾病患者心肺復健門診 pay for value 論質計酬計畫

08

C 型肝炎藥費

09

醫療給付改善方案

10

轉診合作機制及轉診型態

11

精神科長效針劑藥費

34

01

家庭醫師整合性照護計畫

35

01 家庭醫師整合性照護計劃

家醫計畫執行情形

家醫計畫持續穩定推動

項目	112年	113年	114年
預算(億元)	39.48	42.48	46.48
醫療群數	558	522	471
家醫1.0	-	165	6
家醫2.0	-	357	465
診所數	5,590	5,544	5,456
醫師數	7,807	7,949	8,026
收案人數(萬人)	596	627	647

家醫1.0

↓ 超過 98%
醫療群已完成轉型

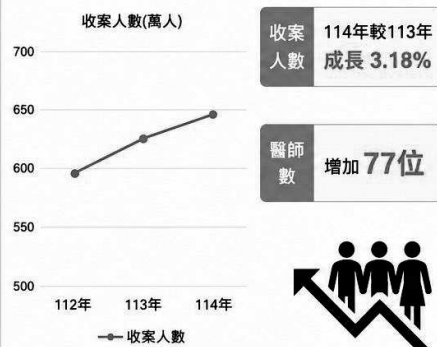
家醫2.0

全人整合照護



收案成果

收案人數持續成長



醫師數 增加 77位



✓ 114年，收案人數、醫師數均持續成長，
群數因擇優汰劣略有下降，
精進服務品質

✓ 照護模式朝向 全人整合照護 發展



36

01 家庭醫師整合性照護計劃

獎勵支付持續支持基層照護

主要支付項目



個案管理費



健康管理成效鼓勵



品質提升費用



失智症門診照護家庭諮詢費



多重慢性病人門診整合費

健康台灣 888 政策

強化基層照護 促進民眾健康

113年新增

糖尿病及初期慢性腎臟病
整合照護提升費

114年新增

- 糖心腎症候群整合照護提升費
- 糖尿病病人之胰島素注射獎勵費
- 生活習慣自評獎勵費

整合照護成果

跨計畫整合持續提升

同時參與醫療給付改善方案

112年
2,421家



114年
2,581家

+ 6.6%

同時參與居家醫療整合計畫

112年
35%



114年
36%

基層照護已逐步形成
社區整合網路，強化慢性病
健康管理及照護連續性



- ✓ 持續透過獎勵支付支持基層照護，鼓勵醫師提供優質服務
- ✓ 透過跨計畫整合，提升醫療服務涵蓋率與連續性
- ✓ 強化慢性病管理與健康促進，落實健康台灣 888 政策目標



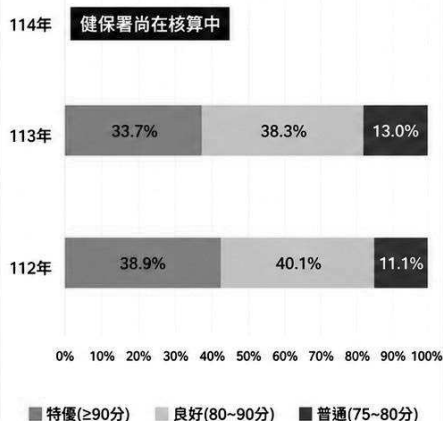
- ✓ 促進民眾健康
- ✓ 提升照護品質
- ✓ 實現永續醫療

37

01 家庭醫師整合性照護計劃

社區醫療群品質評核成果

多數醫療群維持穩定良好品質



各項指標

多項指標持續提升

指標	112年	113年	114年	趨勢
成人預防保健檢查率	39.71%	40.23%		▲
糞便潛血檢查率	18.54%	18.96%		▲
初期CKD早期尿液篩檢執行率	38.77%	41.88%		▲
會員固定就診率	49.06%	49.86%		▲

健保署尚在核算中

結論與展望

完善社區照護網路，持續提升照護品質



強化整合照護

以整合性照護模式，促進慢性病與多重共病管理，深化跨團隊合作，提升照護連續性與成效



善用數位科技

導入數位工具，強化決策支援，提升服務效率與照護可近性



落實健康888政策

以「三高防治888」為核心，推動早期預防與持續健康管理，降低疾病負擔

✓ 打造更優質、可近、以人為本的基層醫療照護

✓ 提升民眾健康福祉，落實健康台灣願景

✓ 持續精進，邁向更高品質醫療

38

02 醫療資源不足地區改善方案

39

巡迴醫療提供概況

- 114年度參與概況與113年差異不大
- 參與護理人員、巡迴鄉數略微增加
- 參與醫師、藥事人員、巡迴點數略微減少

項目\年別	112年	113年	114年
參與醫師數	173	181	170
參與護理人員數	349	411	428
參與藥事人員數	57	83	81
計畫數(執行院所數)	127	128	128
巡迴鄉數	85	83	87
巡迴點數	275	278	277

近年皆以家醫科最多，內科及外科次之

科別\年別	家醫科	內科	外科	小兒科	婦產科	不分科	急診醫學科	腸胃科	耳鼻喉科	骨科	麻醉科	神經內科	泌尿科	皮膚科	新陳代謝科	精神科	神經外科	總計
112年	84	25	22	14	8	6	6	0	5	1	2	2	1	0	0	0	1	177
113年	88	26	23	19	9	7	8	0	3	2	2	2	0	1	1	1	0	192
114年	93	25	23	16	9	9	7	4	3	3	2	1	1	0	0	0	0	196

● 參與114年基層院所巡迴服務之196名醫師中，部分醫師具有2種以上專科別

40

巡迴醫療目標及分區利用情形

各分區巡迴醫療利用情形

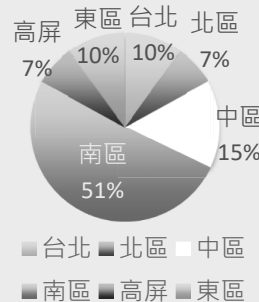
巡迴醫療目標達成統計

項目/年度	114年
目標數	
鄉鎮數(個)	94
巡迴總服務人次	227,200
巡迴總服務診次	12,000
執行數	
鄉鎮數(個)	87
巡迴總服務人次	221,132
巡迴總服務時數/診次	11,819
目標達成率	
鄉鎮數	92.55%
巡迴總服務人次	97.33%
巡迴總服務診次	98.49%

項目\分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
巡迴總診次	975	963	1,297	6,619	693	1,272	11,819
巡迴總人次	22,579	14,885	33,367	112,544	15,858	21,899	221,132
平均每診次服務人次	23.16	15.46	25.73	17.00	22.88	17.22	20.24

114年目標達成率：執行鄉鎮數為**92.55%**，巡迴總服務人次為**97.33%**，巡迴總服務診次達**98.49%**，平均達成率九成六，達成本方案之設定目標

巡迴總人次



- 平均每診次服務人次與歷年相較仍介於約17~23人之間，顯示本方案之民眾利用率高
- 114年巡迴總診次以南區最多
- 114年巡迴總人次，主要集中於南區(51%)及中區(15%)

41

巡迴醫療民眾利用概況

- ◆ 民眾就醫疾病以急性病最多
- ◆ 次為高血壓、第二型糖尿病等慢性疾病，此與當地民眾年齡層較高有關

排名	疾病名稱	件數(件)	占率	醫療點數(點)
1	急性上呼吸道多處或未明示感染	516,669	13.0%	200,622,053
2	本態性(原發性)高血壓	295,667	7.4%	277,388,108
3	第二型糖尿病	223,556	5.6%	310,135,709
4	急性支氣管炎	147,545	3.7%	58,629,500
5	急性鼻咽炎(感冒)	109,813	2.8%	43,678,899

- ◆ 民眾就醫年齡層以50歲至79歲居多
- ◆ 60歲至69歲就醫占率18.7%最高，次為70歲至79歲民眾占率15.8%

年齡層	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90以上	總計
人數	28,300	39,859	37,810	47,135	64,007	73,595	100,580	85,109	50,809	11,908	539,112
占率	5.2%	7.4%	7%	8.7%	11.9%	13.7%	18.7%	15.8%	9.4%	2.2%	100%

42

巡迴醫療民眾滿意度及就醫可近性

114年分區各項目滿意度皆達九成

年別\項目別	候診時間滿意度	醫療效果滿意度	醫療設備滿意度	醫師服務態度滿意度	語言溝通能力滿意度	門診時段滿意度	民眾看病方便性
112	95.7%	97.6%	88.8%	98.9%	98.6%	96.2%	98.0%
113	96.6%	97.2%	90.4%	98.0%	97.5%	96.3%	94.4%
114	96.0%	95.9%	89.1%	97.8%	98.0%	95.8%	93.5%

分區\去程時間	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
10分鐘以內	90.7%	94.1%	96.4%	92.7%	83.3%	87.3%	90.7%
11~30分鐘	9.3%	5.4%	3.2%	6.7%	16.3%	11.8%	8.8%
30分鐘~1小時	0%	0.50%	0.40%	0.60%	0.40%	0.90%	0.5%

- ◆ 114年民眾10分鐘內可到就醫地點全區達90.7%
- ◆ 民眾30分鐘內可到就醫地點全區達99.5%

43

03

基層診所產婦生產補助試辦計畫

44

計畫執行情形與成效評估^(1/2)

計畫目標

獎勵於偏鄉提供生產服務之基層診所婦產科專科醫師，持續留在執業診所提供生產服務。

- 112-114年計畫執行地區提供生產服務之基層診所家數維持穩定

112年	113年	114年
25	25	24

生產件數下降主要反映少子化趨勢及生產需求持續減少

- 112-114年計畫執行地區生產件數

112年	113年	114年
3,848	3,529	2,433

相較全國出生人口近年持續大幅下降(近5年平均下降比率為-7.7%)，本計畫提供服務診所仍維持96%的留任率，醫療供給下降幅度明顯低於需求下降幅度，顯示已發揮穩定偏鄉婦產科服務量能，延緩院所退出及維持民眾就近生產可近性的政策效果。

45

計畫執行情形與成效評估^(2/2)

114年各區申請之補助案件於同一診所產前檢查次數

- 生產案件補助點數依孕期產前檢查次數，而有不同核發比例：
 - 同一診所產前檢查≥9次，核發100 %。
 - 同一診所產前檢查7至8次，核發75 %。
 - 同一診所產前檢查5至6次，核發50 %。
 - 同一診所產前檢查≤4次，不予核發。
- 114年全區申請補助之生產件共計2,433件，其中2,105件於同一診所產前檢查次數9次，占率為86.5%。

參與計畫診所於孕期照護及後續生產服務銜接上具有一定實施成效。



項目\分區	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	占率
同一診所產前檢查≥9次	118	2	917	1,068	0	0	2,105	86.5%
同一診所產前檢查7或8次	11	1	61	74	0	0	147	6.0%
同一診所產前檢查5或6次	8	1	40	39	0	0	88	3.6%
同一診所產前檢查≤4次	2	1	39	51	0	0	93	3.8%

46

檢討與改善



受少子化趨勢、生育意願下降、偏鄉人口外移、醫療人力招募不易及產科服務風險與成本相對較高等因素影響，基層診所於偏鄉地區維持生產服務，面臨相當大的挑戰。在案件量逐年下降之情形下，維持服務量能更形不易。



持續透過各縣市醫師公會協助推廣計畫資訊，鼓勵執行計畫地區之診所參與，期望提升偏鄉產科醫療服務量能，擴大孕產婦可近且多元之照護選擇。

47

04

強化基層照護能力及 「開放表別」項目

48

112~114年執行情形

本專款於106年起實施，至114年累積開放71項開放表別項目，114年因預算數增加，執行率稍降低，然執行點數仍較113年高。

執行點數單位：百萬點

開放年度	預算數	開放數	112年		113年		114年	
			執行率	執行點數	執行率	執行點數	執行率	執行點數
106年	2.5億	25項	184.8%	461.9	266.3%	665.7	292.0%	730.1
107年	2.0億	9項	99.0%	197.9	106.6%	213.1	102.4%	204.8
108年	2.7億	11項	56.2%	151.7	63.5%	171.5	68.6%	185.2
109年	1.0億	17項	51.9%	51.9	57.2%	57.2	61.8%	61.8
110年	1.0億	5項	37.0%	37.0	45.4%	45.4	62.6%	62.6
111年	3.0億	3項	0.1%	0.2	0.1%	0.4	0.1%	0.4
112年	1.0億	1項	1.5%	1.5	4.7%	4.7	8.3%	8.3
113年	0億	0項			-	-	-	-
114年	4.0億	1項					0.2%	0.9
合計	17.2億	71項	68.4%	902.2	87.7%	1,158.2	72.9%	1,254.0

49

開放表別衍生費用申報情形

開放表別項目雖為專款費用，但其衍生之診察費、藥費、藥事服務費等係由一般服務預算支給，114年統計已達17.1億點，且其費用隨年度持續增加，建議編列預算支應以避免過度影響點值。

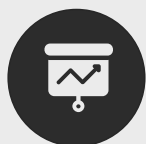
年度	項目數	開放表別項目費用 A	整體醫療費用 B	一般服務預算支應衍生費用 C=B-A
106年	25項	136,739,498	285,321,528	148,582,030
107年	34項	352,340,286	613,803,318	261,463,032
108年	45項	576,679,596	1,210,468,725	633,789,129
109年	62項	427,665,469	885,689,073	458,023,604
110年	67項	427,611,003	1,090,942,328	663,331,325
111年	69項	507,319,623	1,309,955,242	802,635,619
112年	70項	876,045,186	2,117,892,018	1,241,846,832
113年	70項	1,178,090,668	2,871,655,740	1,693,565,072
114年	71項	1,269,114,114	2,978,838,958	1,709,724,844

50

檢討與改善



本項專款113年執行率已近九成，**114年實際執行點數較113年繼續增加**，顯示各開放表別項目對於民眾就近在基層就醫，持續發揮功效。



本會持續監測開放表別項目執行與申報情形，針對**執行點數超過開放年度預估點數兩倍以上之項目**或臨床必要性待釐清項目，定期於會議檢討並**回饋分區**，**研議管控機制**，以確保資源合理運用。



未來西醫基層將持續支持納入有助於民眾照護、落實分級醫療及提升社區照護量能之開放表別項目，以擴大診所服務範疇，維護民眾就醫權益，並提供更完整、可近之醫療照護。

51

05

因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用

52

罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材暨其衍生費用

計畫目的

配合「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」修正

推動分級醫療
擴大服務量能

94年

醫院專款

- ✓ 罕見疾病及血友病藥費(新增)

104年

醫院專款

- ✓ 罕見疾病及血友病藥費
- ✓ 罕見疾病特材(新增)

106年

醫院專款

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

108年起

醫院專款 西醫基層專款(新增)

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

53

罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材暨其衍生費用

114年執行情形及成效評估

項目	治療藥費及特材		
	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	後天免疫缺乏病毒治療藥費	衍生費用
全年預算數(百萬元)	30.0	30.0	11.0
執行數(百萬元)	1.71 ^{註1}	10.84 ^{註2}	1.35
(執行率)	(5.7%)	(36.13%)	(16.2%)
用藥人數(人)	377 ^{註3}	130 ^{註4}	

註1：113年為1.63百萬元，114年增加至1.71百萬元(4.9%)。

註2：113年為19.03百萬元，114年減少至10.84百萬元(-9.73%)。

註3：113年為383人，114年減少至377人(-1.6%)。

註4：113年為206人，113年增減少至130人(-36.89%)。

- ✓ 本項專款非單純追求高度執行率，而是作為特殊疾病病人用藥及照護權益之保障機制，具有醫療安全網及就醫可近性之功能。
- ✓ 仍有病患願意留在基層診所就近看病取藥之需求，建議該項專款費用仍應維持，以持續照護此類民眾。
- ✓ 大都先由醫院確診予以照護，已具有相當信任關係，建議未來醫院可下轉穩定之民眾，由基層醫師持續照護。

54

06

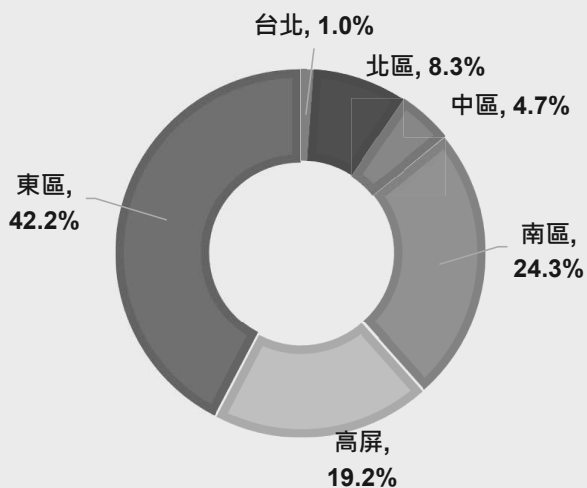
新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

55

114年度新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用



114年藥品調劑費用執行情形



預算編列

預算原由「其他預算」以「『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目支應，自107年度起，改移列自西醫基層專款項目。

預算來源	其他預算				西醫基層專款
年度	92	93	94	95~106	107~115
預算(百萬元)	92	174	188	178	178



建議

- 為更貼近實際醫療服務需求，反映醫療服務結構之變化，擬於116年西醫基層總額協商項目中，由原專款項目回歸至一般服務預算。

56

07

提升心肺疾病患者 心肺復健門診 論質計酬計畫

pay for value

57

計畫執行情形與成效評估

執行概況

預算數 (百萬元)	預算執行率
9.7	112年 56.1%
9.7	113年 53.0%
10.0	114年 18.3%

評核指標達成情形

病人疾病復發率(包括再住院或再急診)
(平均每家診所復發率) <30%

112年	113年	114年	
20.5%	13.0%	14.4%	三年皆達標

有意義的心肺功能改善比率 (平均每家
診所改善比率) >70%

112年	113年	114年	
26.4%	30.2%	39.5%	呈逐年 上升趨勢

114年執行率下降，可能原因：1.人力需求較高；2.病人需多次回診，對高齡、共病或交通不便者較挑戰；3.流感等上呼吸道疾病週期性增加，使病人因擔心感染或心肺功能受影響而中斷療程。

58

檢討與改善



114年執行率可能與人力及訓練門檻較高，支付誘因有限，並長期追蹤不易、共病及流行疾病而影響參與意願有關。



持續請復健醫學會檢討支付及獎勵設計，合理反映院所人力、設備及管理成本。待計畫穩定後，建議放寬院所限制，並簡化申請及申報流程。



針對臨床實務中患者常見共病情形，計畫亦調整支付標準，並於115年6月1日修訂實施，使計畫更貼近基層診所實務需求及病人實際照護需要，進一步提升院所參與意願與病人治療成效。

59

08

c 型肝炎藥費

60

執行情形及成果

● 112~114年西醫基層C肝新藥執行情形

	112年	113年	114年
預算數(百萬元)	292	292	462
預算執行數 ^註 (百萬元)	472.4	384.9	454.0
執行率	161.8%	131.8%	98.3%

註：1. 年度執行數已扣除廠商負擔款。2. 112-113年基層超出部分180.4百萬、92.9百萬由醫院總額同項專款支應流用。

● 112~114年西醫基層C肝治療情形

	112年	113年	114年
新收案人數	3,248	2,829	2,590
有檢驗病毒量人數	2,060	1,509	1,042
偵測不到病毒量人數	2,038	1,491	1,030
治療涵蓋率(年累計) ^{註1}	63%	53%	40% ^{註3}
SVR12(治療結束12週後病毒量陰性比例) ^{註2}	99%	99%	99%

註：1. 治療涵蓋率：當年底已接受治療人數/慢性C肝患者數。2. SVR12：治療結束12週後病毒量陰性/有檢驗病毒量人數。3. 114年因C型肝炎收案病人尚在治療中，尚未檢驗病毒量，爰該年度有檢測病毒量人數及完治率較113年度低。

截至114年

- 在西醫基層接受照護的總人數已達25,917人。
- 有檢測到病毒量之人數逐年下降。
- SVR12比例均高達99%。



61

檢討與改善



在C型肝炎防治上，除持續擴大篩檢年齡、放寬篩檢醫師專科限制外，各縣市政府亦透過多元管道鼓勵民眾篩檢，提升其對C肝影響、篩檢必要性及治療重要性之認識。



隨著政策的推動，C肝患者治癒情形已逐漸增加，讓民眾能透過可近性高之基層診所進行肝炎的醫療照護，有效避免日後演變為肝硬化、肝癌的嚴重後果。



我國C型肝炎防治成果已逐步展現成效，後續仍應持續強化篩檢、治療與追蹤，以達成「消除C型肝炎」之政策目標。

62

09 醫療給付改善方案

63

112~114年照護人數

糖尿病



糖尿病合併



B、C肝炎個案追蹤



慢性阻塞性肺病



氣喘



思覺失調症



孕產婦全程照護



早期療育



多數照護人數上升，惟孕產婦全程照護計畫，受晚婚、少子化及整體出生數減少影響。

64

112~114年品質指標達成情形

項目	112年	113年	114年	項目	112年	113年	114年
糖尿病--HbA1C<7%比率(控制良好率)	57.5%	59.9%	61.5%	B、C肝炎個案追蹤			
糖尿病合併初期慢性腎臟病				--完整追蹤率	64.7%	70.8%	69.0%
--UACR<30mg/gm比率(控制良好率)	47.3%	48.9%	48.9%	--GOT檢查人數	82,820	87,269	90,849
--HbA1C<7.0%比率(控制良好率)	58.4%	59.7%	59.5%	--GPT檢查人數	83,197	87,878	92,010
--LDL<100mg/dL比率(控制良好率)	75.6%	76.2%	77.1%	--腹部超音波檢查人數	95,010	100,220	105,194
氣喘--降階治療成功率	12.8%	12.7%	13.4%	孕產婦全程照護			
思覺失調症				--孕產期全程照護率	74.4%	72.8%	67.6%
--六個月內精神科急性病房再住院				--產後14日內再住院率(含跨院)	0.4%	0.5%	0.6%
(1)高風險病人	40.0%	30.8%	35.3%	--剖腹產管控率	42.4%	43.9%	36.6%
(2)一般病人	22.7%	16.4%	16.5%	早期療育			
--固定就醫病人精神科急性病房住院人次比率				--個案固定就醫率			
(1)高風險病人	9.1%	5.7%	7.8%	(1)新個案	93.5%	94.7%	94.1%
(2)一般病人	5.0%	4.9%	4.9%	(2)舊個案	93.8%	92.2%	91.4%
慢性阻塞性肺疾病				--個案療資源聯結率			
--病人完整追蹤率	32.9%	35.5%	32.6%	(1)新個案	0%	12.5%	19.8%
--收案病人COPD出院後14日內再入院率	0.0%	0.0%	0.0%	(2)舊個案	22.0%	19.3%	0%
--收案病人因COPD急診就醫比率	3.6%	3.1%	2.7%				

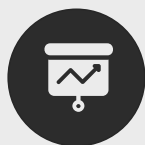
多項疾病照護成果呈現穩定或改善。



檢討與改善



預算執行率、參與院所數、照護人數及部分品質指標均呈**正向發展**，顯示持續穩定執行，並對慢性病管理、個案追蹤及基層連續性照護發揮一定成效。



部分計畫仍有提升空間，尤其需長期追蹤、跨專業合作或較多行政程序之計畫，基層院所在執行上可能面臨護理人員、營養師、藥師及個案管理師等支援人力不足之挑戰。



近年已依實務需求滾動修訂方案內容，並在經費許可之前提下，調升部分管理照護費、獎勵費用或相關支付標準，以增加基層診所參與及執行誘因。

10

轉診合作機制及轉診型態

67

114年推動成果

強化雙向轉診合作，落實分級醫療

114年亮點

配合電子轉診平台推動，自
114年9月起逐步取消未使用
電子轉診平台之相關獎勵

提高下轉支付，提升
基層院所參與雙向轉
診之量能與成效

基層轉出
基層接受回轉
件數均有提升

114年9月前

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

114年9月起

項目	點數
00192A 辦理轉診費_回轉及下轉-使用保險人電子轉診平台	700
00193C 接受下轉門診診察費加算-使用保險人電子轉診平台	500
01034B 辦理轉診費_回轉及下轉-使用保險人電子轉診平台	500
01036C 辦理轉診費_上轉-使用保險人電子轉診平台	150
01038C 接受轉診門診診察費加算	200

68

114年預算執行情形 持續編列預算推動轉診

鼓勵院所建立轉診之合作機制

預算執行率
53.20%

支應轉診(上、下、回轉)等
相關費用
註：同體系醫療院所之轉診
不得申報

基層總額轉診型態調整費用

預算執行率
60.70%

本項預算自111年起優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。

114年成果

鼓勵院所建立轉診之合作機制及基層總額轉診型態調整費用預算執行率皆超過50%

各分區均持續辦理轉診獎勵措施，以高屏區為例，逐年成長

69

114年轉診流向與量能 上下轉均成長，雙向轉診合作更緊密

基層上轉至醫院

上轉案件數

98.4萬件

較113年上升7.3%

醫院下轉至基層

下轉案件數

22.2萬件

較113年上升12.6%

雙向轉診
合作機制

基層成功接受下轉

接受件數

4.5萬件

較113年提升16.6%

接受率

20.2%

較113年提升

70

檢討與未來精進方向

持續優化雙向轉診制度，提升基層照護量能

推動電子轉診

持續優化轉診流程與系統，提升使用便利性

提升基層承接量能

- 提升基層接受轉診與回轉照護率

深化醫院與基層合作

- 建立更緊密合作模式
- 優化回饋機制與提升照護連續性



71

11

精神科長效針劑藥費

72

精神科長效針劑藥費執行情形與檢討

經費目的與改善方向

強化患者持續照護

自111年起於總額中移撥為「專款專用」，確保長效針劑資源。臨床研究顯示，長效針劑有助於提升服藥遵從性、顯著降低疾病復發風險與短期內反覆住院頻率。

檢討與未來改善機制

未來將加強病患與家屬的衛教宣導以建立正確觀念，並藉由醫療團隊的專業評估來健全社區照護網絡，精準對接患者之個人化醫療需求。

114年度

48,828人 累計使用針劑個案數
自112年（41,911人）起逐年穩健增長，兩年內攀升達 16.5%

63.7% 專款預算執行率
實際執行達 63.7 百萬元，執行率較112年（30.9%）增幅近雙倍

年度	112年	113年	114年
預算數(百萬元)	100.0	100.0	100.0
預算執行數(百萬元)	30.9	43.0	63.7
預算執行率	30.9%	43.0%	63.7%
使用長效針劑個案數	41,911	45,669	48,828

73

輕舟已過萬重山

74

杜甫〈春夜喜雨〉

好雨知時節，當春乃發生。
隨風潛入夜，潤物細無聲。

政策不像手術或新藥立刻看見效果，
它是默默改變制度，最後讓千千萬萬病人受惠。

“



好的政策，不一定有人記得
是誰推動；但它會像春雨一樣，
潤物細無聲，
讓更多的國人獲益，
讓台灣更健康、更幸福。

”

◆◆ 如春雨潤心田，政策暖人心 ◆◆

75