

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
(健保署-整體及跨部門執行成果)

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

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)

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

一、健保署(含整體及跨部門預算)



全民健康保險各總額部門114年度執行成果發表會

114年各總額部門(含門診透析) 一般服務執行成果報告

衛生福利部中央健康保險署
115年7月20日



大綱

- 1 各總額部門執行概況
- 2 醫療品質監測情形
- 3 114年度健保署新興業務
- 4 未來展望與持續改進方向

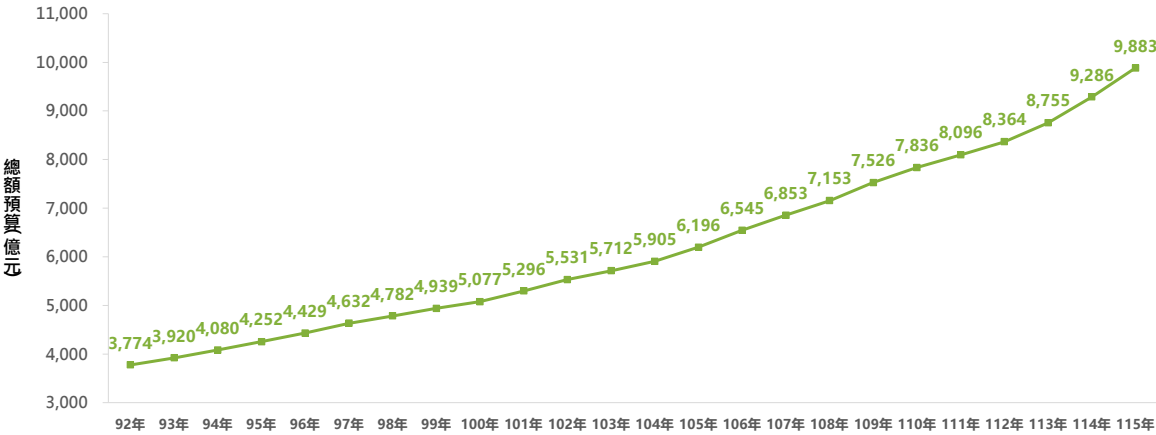
各總額部門執行概況

- 1 健保總額整體配置
- 2 各部門執行情形呈現
- 3 114年度新增/修訂支付標準
- 4 114年度新醫療科技導入



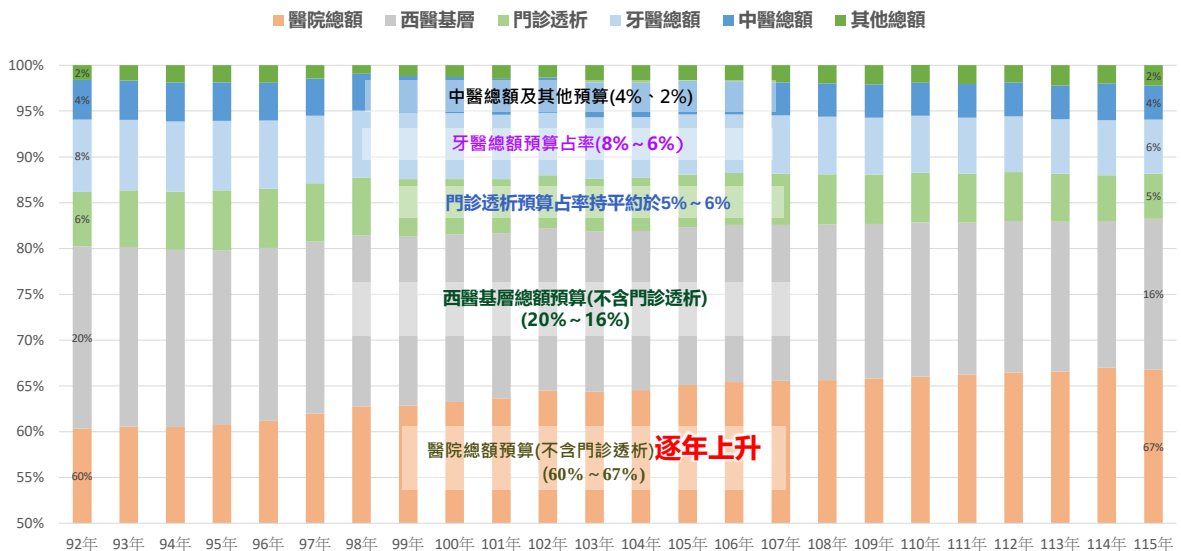
整體配置：總額開辦後之歷年協定預算

115年總額預算達9,883億元，較92年總額預算成長2.62倍。



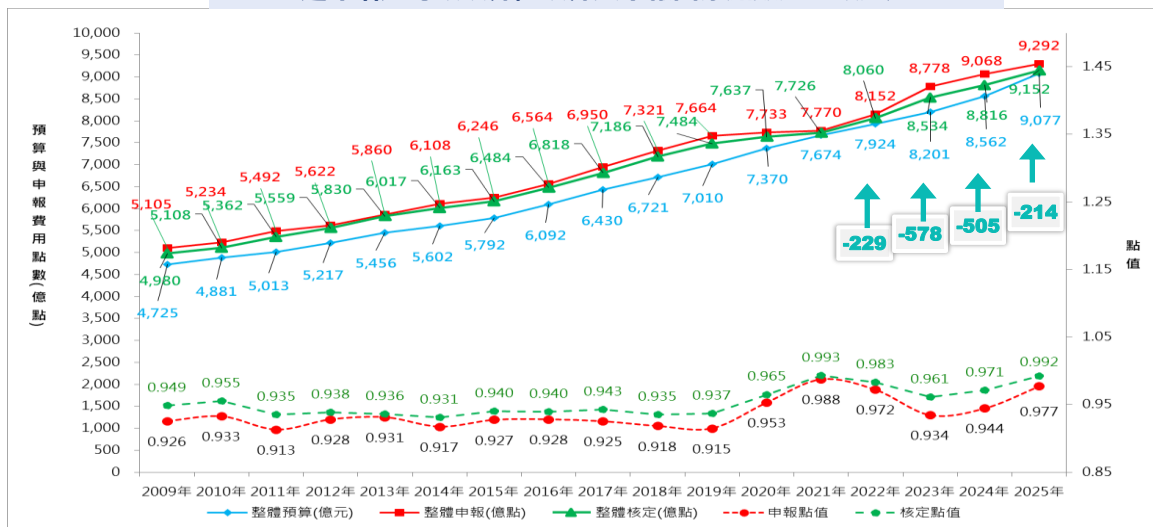


整體配置： 92-115年各總額部門之預算占率



擴大健康投資 健保點值達0.977

逐年增加總額預算，預算與申報醫療點數之差額趨近

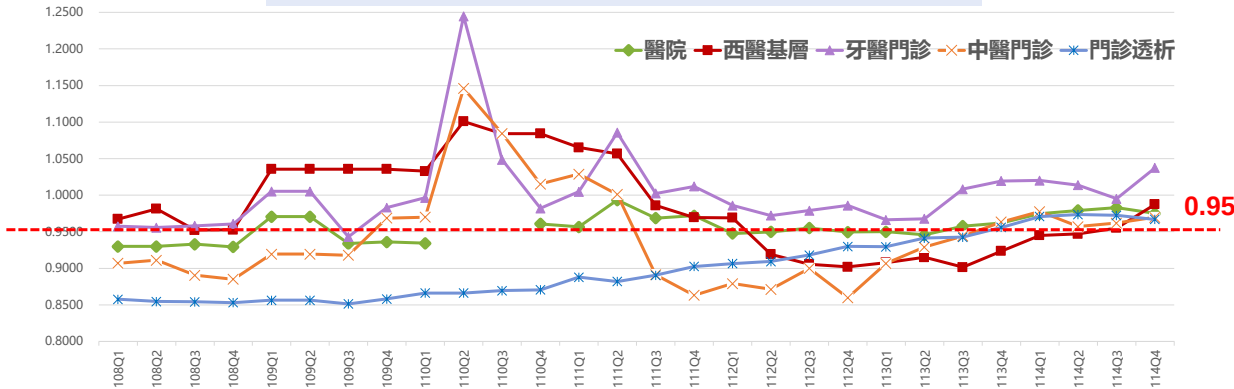


◆ 點數及預算資料不含代辦和其他部門(考量其他部門多為政策鼓勵及預備金性質・爰不計)
◆ 核定點值：預算/核定點數(綠-)；申報點值：預算/申報點數(紅-)
◆ 預算源自衛生福利部公告值・2025年核定點數為預估值



各總額部門一般服務平均點值趨勢

114年第4季各部門點值均大於每點0.95元



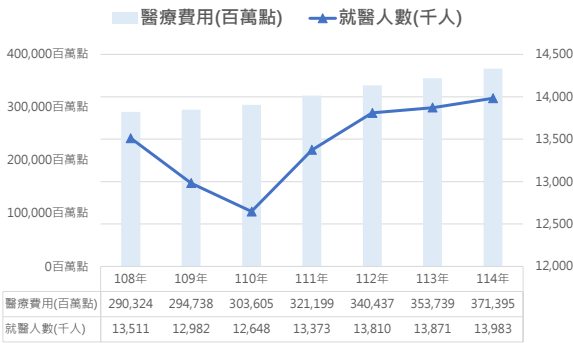
- ◆ 疫情時期(109及110年)：109及110年因受疫情影響，民眾減少非必要就醫，各部門平均點值均於0.9以上(醫院總額110Q2、Q3因結算方式改變，故無一般服務點值)，門診透析則不受影響，維持在0.9。
- ◆ 後疫情時期(111-113年)：受民眾就醫習慣改變及COVID-19費用改由健保總額支應影響，111、112年點值低於疫情前，113年則在各界的努力下，點值則有所回升，其中醫院、牙醫、中醫及透析之平均點值已高於疫情之前。
- ◆ 目前(截至114年第4季)：健保署透過推動個別醫院總額、慢性病整合、鼓勵居家腹膜透析等改革措施，114年第4季各部門均達到0.95以上之目標，未來健保署仍將持續改革，精進健保點值。

7

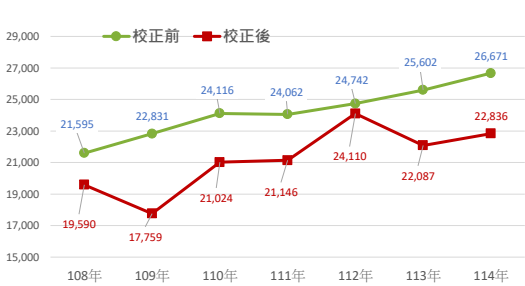


各部門執行情形呈現：醫院總額(門診)

醫院門診：就醫人數與醫療費用趨勢



醫院門診：平均每人所需醫療費用(點)



備註：
1.以民國100年就醫人數之年齡、性別結構進行校正
2.平均每人所需醫療費用=醫療點數/就醫人數

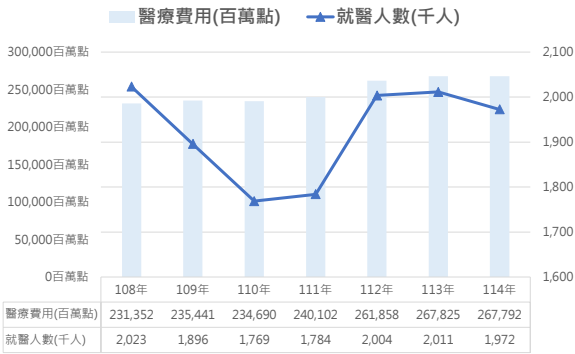
- ◆ 受疫情影響，醫療費用和就醫人數顯示出波動，但整體呈現上升趨勢。108年到114年期間，醫療費用從2,903億點增加到3,714億點，而就醫人數從1,351萬人增加到1,398萬人。
- ◆ 經年齡、性別校正後，平均每人醫療費用有所減少，顯示人口結構的改變存在一定程度的影響。

8

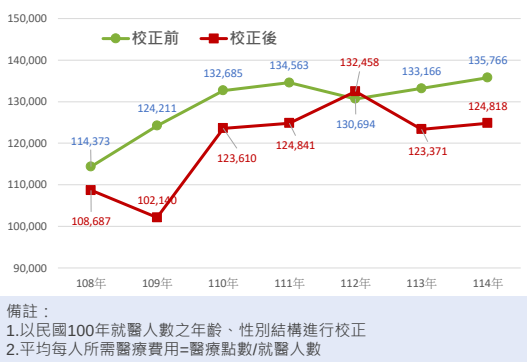


各部門執行情形呈現：醫院總額(住診)

醫院住診：就醫人數與醫療費用趨勢



醫院住診：平均每人所需醫療費用

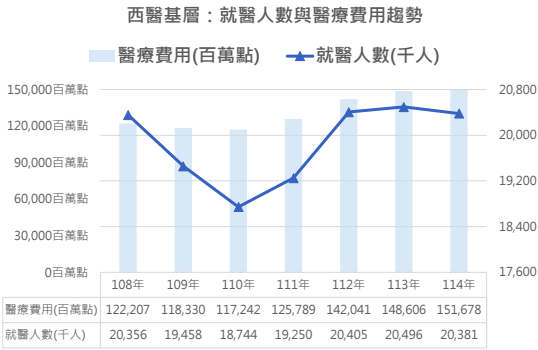


- ◆ 受疫情影響，醫療費用和就醫人數顯示出波動，108年到114年期間，醫療費用從2,314億點增加到2,678億點，呈現上升趨勢，而就醫人數從202萬人減少為197萬人，小幅減少。
- ◆ 經年齡、性別校正後，平均每人醫療費用有所減少，顯示人口結構的改變存在一定程度的影響。

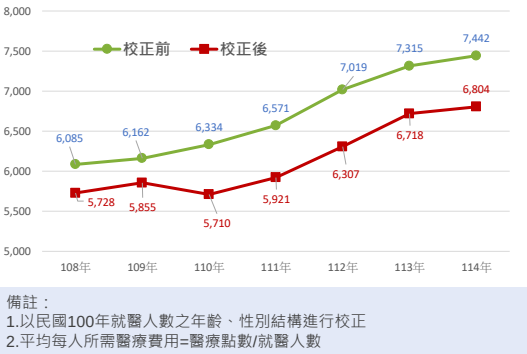


各部門執行情形呈現：西醫基層總額

西醫基層：就醫人數與醫療費用趨勢



西醫基層：平均每人所需醫療費用

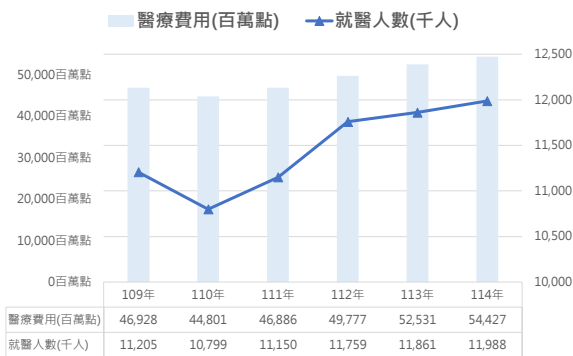


- ◆ 受疫情影響，醫療費用和就醫人數顯示出波動，但整體呈現上升趨勢。108年到114年期間，醫療費用從1,222億點增加到1,517億點，而就醫人數從2,036萬人增加為2,038萬人。
- ◆ 經年齡、性別校正後，平均每人醫療費用有所減少，顯示人口結構的改變存在一定程度的影響。

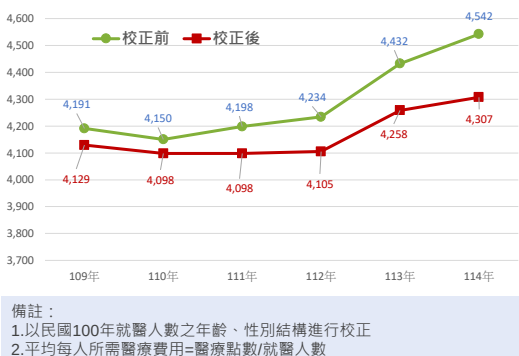


各部門執行情形呈現：牙醫門診總額

牙醫：就醫人數與醫療費用趨勢



牙醫：平均每人所需醫療費用

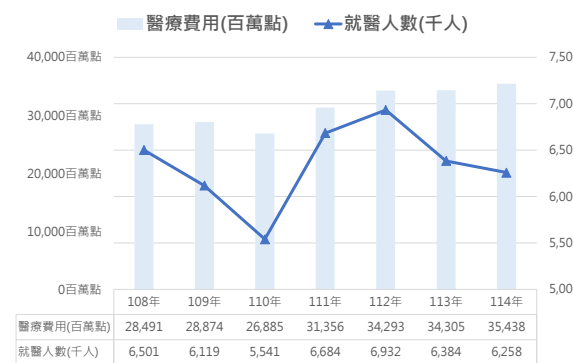


- ◆ 受疫情影響，醫療費用和就醫人數顯示出波動，但整體呈現上升趨勢。109年到114年期間，醫療費用從469億點增加到544億點，而就醫人數從1,121萬人增加到1,199萬人。
- ◆ 經年齡、性別校正後，平均每人醫療費用有所減少，顯示人口結構的改變存在一定程度的影響。

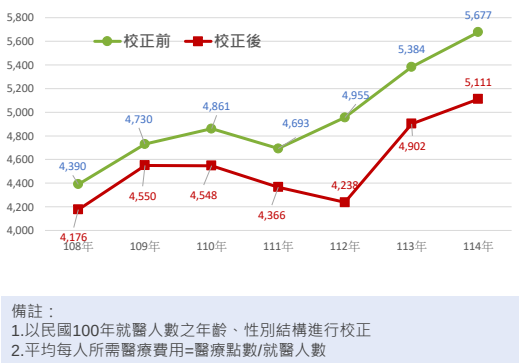


各部門執行情形呈現：中醫門診總額

中醫：就醫人數與醫療費用趨勢



中醫：平均每人所需醫療費用

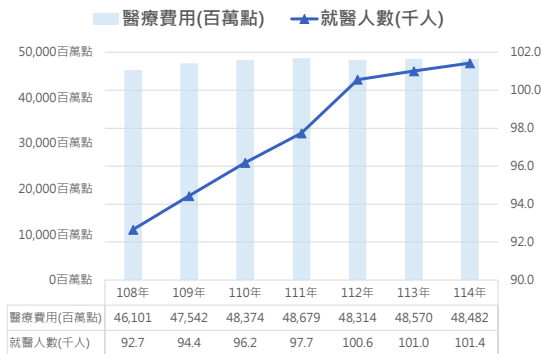


- ◆ 受疫情影響，醫療費用和就醫人數顯示出波動，108年到114年期間，醫療費用從285億點增加到354億點，呈現上升趨勢，而就醫人數從650萬人減少為到626萬人，小幅減少。
- ◆ 經年齡、性別校正後，平均每人醫療費用有所減少，顯示人口結構的改變存在一定程度的影響。

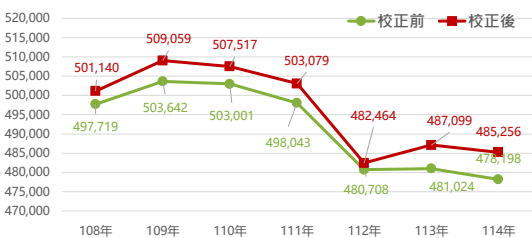


各部門執行情形呈現：透析特別預算

透析：就醫人數與醫療費用趨勢



透析：平均每人所需醫療費用



備註：
1.以民國100年就醫人數之年齡、性別結構進行校正
2.平均每人所需醫療費用=醫療點數/就醫人數

- ◆ 因透析服務為剛性需求，透析特別預算未受疫情影響。108年到114年期間，醫療費用從461億點增加到486億點，而就醫人數從9.3萬人增加為到10.1萬人，整體呈現上升趨勢，且而經年齡、性別校正後的平均每人醫療費用略高於校正前。
- ◆ 112年起推動「鼓勵推動腹膜透析計畫」，提供不同治療方式的選擇，提升腎友生活品質，也讓112、113、114年平均每人的醫療費用有顯著的減少。



114年個別醫院總額執行情形-方案執行依據



法源依據

- 本署「醫院總額分區共管試辦計畫通則」(醫院總額前瞻式預算分區共管方式)
- 審查辦法§22-4
保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進行分析，依分析結果，得免除、增減抽樣審查或全審

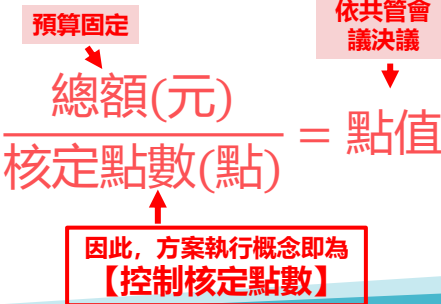


醫界共識

- 透過院長會議 & 共管會決議通過後執行
- 分區全數醫院皆需納入管理

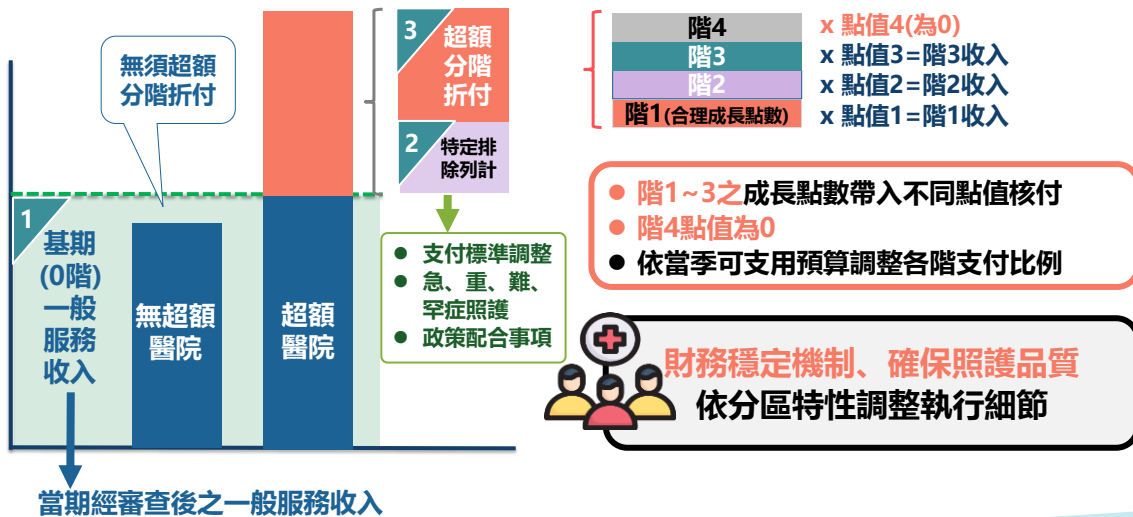


執行概念





114年個別醫院總額執行情形-共通性執行架構



15



個別醫院前瞻式預算 分區共管試辦計畫

➤ 115年第1季各分區醫院總額預估平均點值(投保分區)

台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全國
0.9594	0.9943	0.9806	1.0400	1.0228	1.0530	0.9908

➤ 114年第1-4季較前一年各分區醫院總額結算平均點值

	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全國
113 Q1	0.9338	0.9526	0.9391	0.9967	0.9533	0.9796	0.9501
114 Q1	0.9422	0.9880	0.9779	1.0041	1.0056	1.0095	0.9746
113 Q2	0.9269	0.9411	0.9406	0.9892	0.9586	0.9650	0.9456
114 Q2	0.9526	0.9972	0.9833	1.0000	0.9998	1.0059	0.9792
113 Q3	0.9355	0.9567	0.9528	0.9906	0.9820	1.0024	0.9578
114 Q3	0.9571	0.9853	0.9864	1.0200	1.0000	1.0220	0.9830
113 Q4	0.9412	0.9597	0.9559	0.9891	0.9900	1.0112	0.9621
114 Q4	0.9701	0.9941	0.9866	1.0145	1.0168	1.0030	0.9912

16



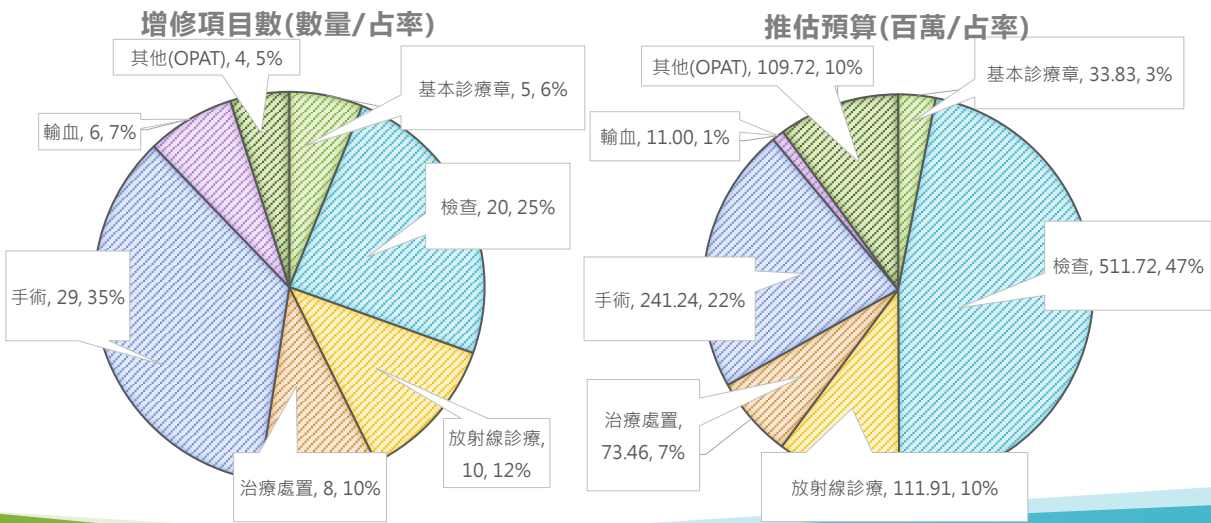
114年度新增/修訂支付標準預算執行狀況

- 114年「新醫療科技」預算項下**新增修訂診療項目**，醫院總額1,100百萬元，西醫基層總額50百萬元。
- 114年已新增修訂82項診療項目，推估全年所需預算為醫院總額1,093.1百萬點、西醫基層總額19.5百萬點。



114年度新增/修訂支付標準

114年醫院總額新醫療科技預算**11億元**，增修診療項目計**82項**





110年~114年醫院總額新醫療科技診療項目之品項數及申報情形(5年累計)

申報年 度 預算年度		新醫療科技 預算項目 數X1	非新醫療科技 預算項目 數X2 (含通則)	預算年度不 分預算修訂 項目數 X=X1+X2	預算 編列數 A	新增診療 項目推估 增加預算	110年~114年新醫療科技診療項目新增修訂項申報情形 (百萬點)															
							一般服 務成長 率 B	110年		111年		112年		113年		114年		合計				
								預算 編列數 F= ①E*(1+B) ②A*(1+B)	實際 申報數	預算 編列數 G= ①F*(1+B) ②A*(1+B)	實際 申報數	預算 編列數 H= ①G*(1+B) ②A*(1+B)	實際 申報數	預算 編列數 I= ①H*(1+B) ②A*(1+B)	實際 申報數	預算 編列數 J= ①I*(1+B) ②A*(1+B)	實際 申報數	預算 編列數	合計			
																			預算 編列數	實際 申報數	預算 編列數	實際 申報數
110年新增暨修訂項	151	0	151	450.00	447.53	5.047%	450.00	114.43	463.72	②	909.83	478.06	①	1163.53	503.82	①	1122.58	535.24	①	1156.54	2430.84	4466.91
111年新增暨修訂項	50	3	53	273.60	273.51	3.049%			273.60		61.28	282.06	②	117.43	297.26	①	124.94	315.80	①	149.13	1168.71	452.77
112年新增暨修訂項	174	2	176	632.00	622.87	3.092%						632.00	188.04	666.05	②	559.91	707.59	①	896.51	2005.65	1644.46	
113年新增暨修訂項	197	3	200	1100.00	1092.86	5.388%								1100.00	185.42	1168.61	②	782.79	2268.61	968.22		
114年新增暨修訂項	82	2	84	1100.00	1093.06	6.237%										1100.00	57.17	1100.00	57.17	1100.00	57.17	
合計	655	10	664	3555.60	3529.83		450.00	114.43	737.32		971.11	1392.12	1468.99	2567.13	1992.85	3827.24	3042.14	8973.80	7589.52			

資料來源：健保署四代倉儲(115.02.02擷取)



110年~114年基層總額新醫療科技診療項目之品項數及申報情形(5年累計)

申報 年度 預算 年度	新醫療科技 預算項目 數 X1	非新醫療科技 預算項目 數 X2	通則 X3	預算年度不分 預算修訂項目 數 X=X1+X2+X3	預算編 列數 A	新增診療 項目推估 增加預算	一般服務 成長率B	110年		111年		112年		113年		114年		110-114年合計					
								預算 編列數 F= ①E*(1+B) ②A*(1+B)	實際 申報數	預算 編列數 G= ①F*(1+B) ②A*(1+B)	實際 申報數	預算 編列數 H= ①G*(1+B) ②A*(1+B)	實際 申報數	預算 編列數 I= ①H*(1+B) ②A*(1+B)	實際 申報數	預算 編列數 J= ①I*(1+B) ②A*(1+B)	實際 申報數	預算 編列數	實際 申報數				
110年新增暨修訂項	26	6	0	32	40.00	0.41	3.493%	1.00	0.28	1.02	① ^a	0.67	1.04	①	0.42	1.09	①	0.39	1.13	①	0.33	4.15	2.09
111年新增暨修訂項	25	2	1	28	58.59	0.25	1.831%			3.00		1.26	3.07	① ^b	2.12	3.13	①	2.68	3.27	①	2.36	9.20	8.42
112年新增暨修訂項	25	0	1	26	50.00	8.88	2.172%						29.64		6.68	52.24	②	50.44	54.47	①	38.11	81.88	95.23
113年新增暨修訂項	36	0	3	39	46.00	3.66	4.475%								46.00	0.00	47.96	②	0.32	46.00	0.32	46.00	0.32
114年新增暨修訂項	26	1	2	29	50.00	19.50	4.267%										50.00	4.97	50.00	4.97	50.00	4.97	
合計	138	9	7	154	244.59	32.69		1.00	0.28	4.02	1.93	33.74	9.22	102.46	53.52	156.83	46.08	191.22	111.03				



新醫療科技預算穩定增加

項目 \ 年	110年	111年	112年	113年	114年
醫院					
成長率	0.767%	0.616%	0.616%	0.875%	0.825%
增加金額(億元)	35.62	30.0	30.78	44.63	44.63
西醫基層					
成長率	0.158%	0.242%	0.156%	0.157%	0.170%
增加金額(億元)	1.9	3.0	1.96	2.0	2.28

21



新醫療科技-新藥(114年收載26項)

- ◆ 第1類新藥：
與現行最佳常用藥品之藥品 - 藥品直接比較 (head-to-head comparison) 或臨床試驗文獻間接比較 (indirect comparison)，顯示臨床療效有明顯改善之突破創新新藥。
- ◆ 第2A類新藥：與現行最佳常用藥品比較，顯示臨床價值有中等程度改善 (moderate improvement) 之新藥。**114年共收載11項**，用於治療骨髓纖維化、急性骨髓性白血病、革蘭氏陰性微生物感染、乳癌、乾癬、高血壓、心臟衰竭、短腸症...等。
- ◆ 第2B類新藥：臨床價值相近於已收載核價參考品之新藥。**114年共收載15項**，用於治療過敏性鼻炎、膽道癌、非小細胞肺癌、肝細胞癌、多發性骨髓瘤、肺動脈高血壓、慢性骨髓性白血病...等。

註：依據全民健康保險藥物給付項目及支付標準第14條規定

22



新醫療科技-新藥

● 110-114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	
110	0	21	18	39
111	3	9	15	27
112	2	10	16	28
113	0	23	6	29
114	0	11	15	26
合計	5	74	70	149

*本表所指新藥為110至114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肝用藥精神科、長效針劑藥費及暫時性支付藥品)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

◆ 110-114年收載新特材之品項數

收載年度	創新功能	功能改善	總計
110	49	61	110
111	91	22	113
112	47	39	86
113	32	93	125
114	82	103	185
合計	301	318	619

醫療品質監測

- 1 醫療品質公開辦法
- 2 品質保證保留款
- 3 各部門醫療品質指標
-結構面- -過程面- -結果面-
- 4 滿意度調查

1 醫療品質公開辦法

醫療品質資訊公開項數及辦理情形

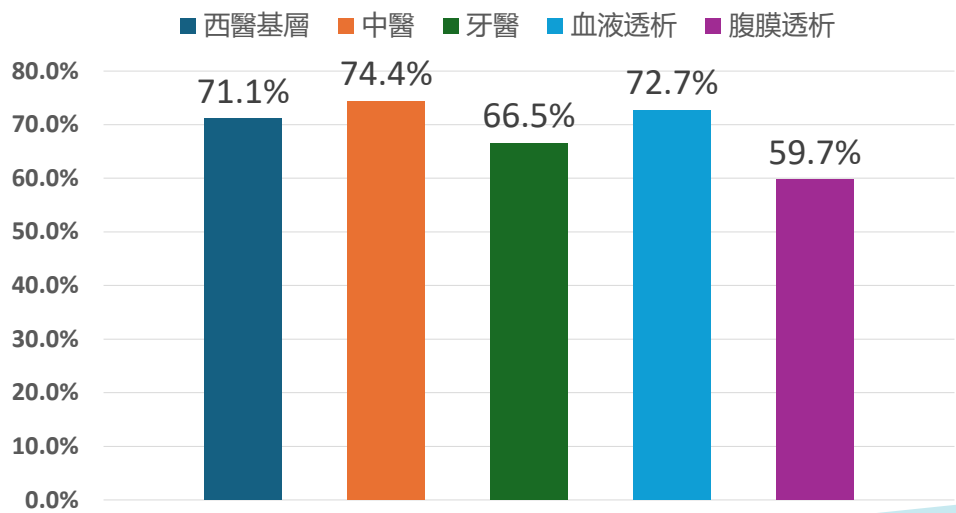
指標性質/ 項數	醫院 總額	西醫 基層	牙醫 總額	中醫 總額	透析 總額	特約 藥局	疾病別(細 項如下表)	合計
1.整體性指標	39	29	15	7	32	0		122
2.機構別指標	40	31	20	8	18	1	58	176
合計	79	60	35	15	50	1	58	298

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	肺炎	慢性阻 塞性肺 病	合計
項數	5	3	4	2	5	20	5	3	4	3	3	1	58

- ◆ 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114年第4季季報及113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114年第4季。
- ◆ 截至115年6月16日，專區上網瀏覽累積達843萬人次。

2 品質保證保留款

114年各總額部門品保款核發家數比例

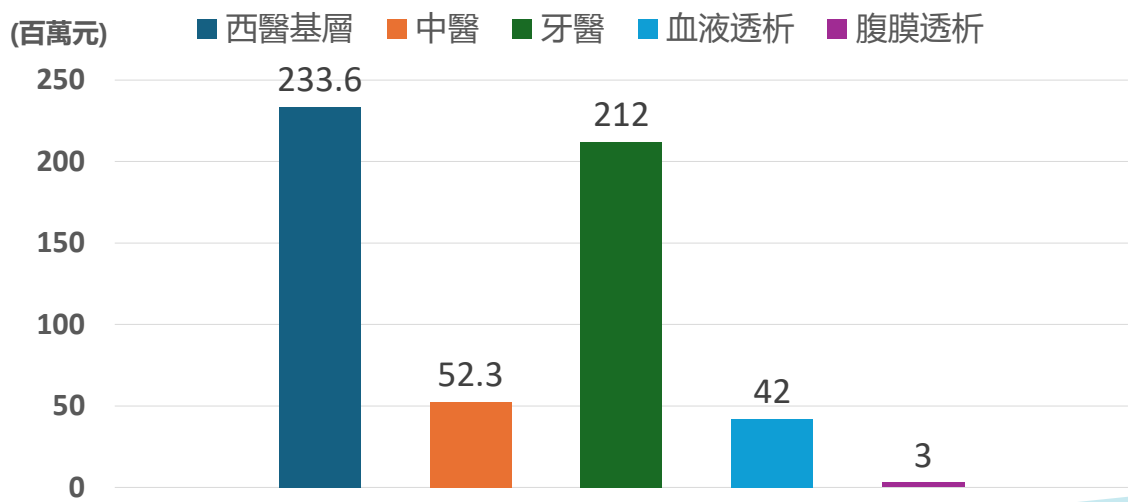


註：114年醫院品保款至115年9月底始核發，爰暫無114年數據

27

2 品質保證保留款

114年各總額部門品保款核發金額



註：114年醫院品保款至115年9月底始核發，爰暫無114年數據

28

3 各部門醫療品質指標

護理人力：114年住院護理費

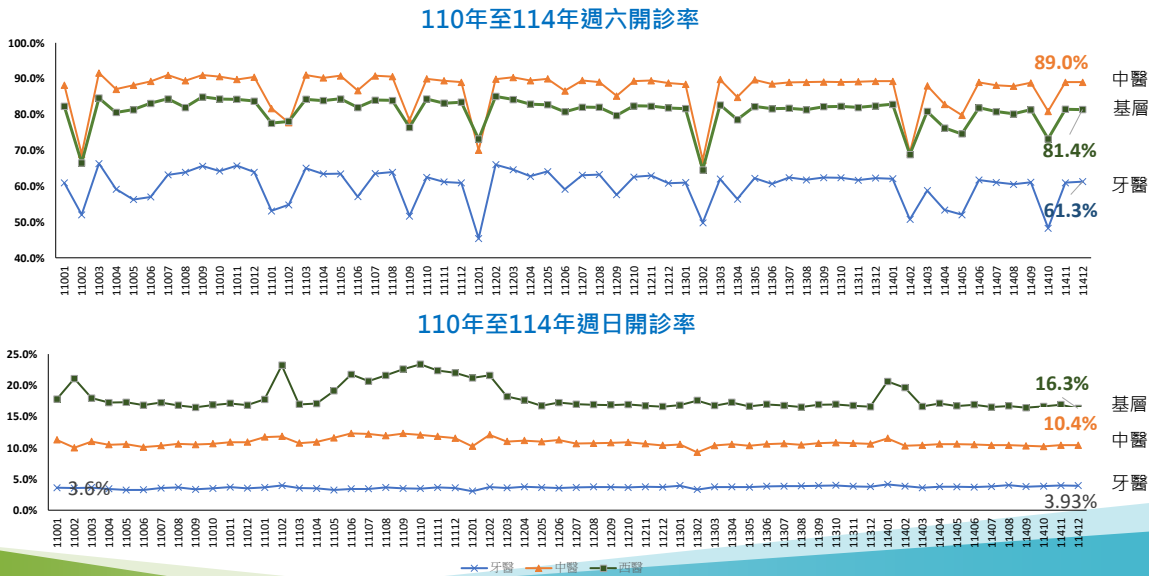
結構面

- 1. 預算來源：其它預算「用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整」25億元。
- 2. 調升「114年住院護理費支付標準」：
調整急性一般(含精神)病床護理費12%~16%
- 3. 新增「114年住院護理費監測指標扣合護理人員薪資指標」：執登護理人員之健保投保金額與113年12月相較，提升一投保等級之人數須達55%，或高於該院急性一般病床護理人員數占率。

3 各部門醫療品質指標

就醫可近性：診所假日開診率

結構面

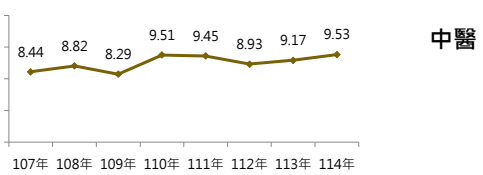
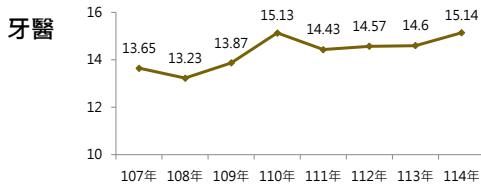
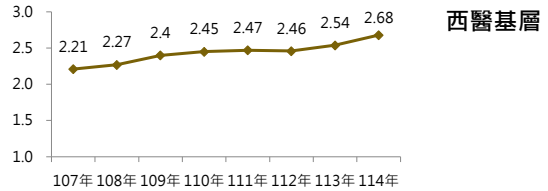
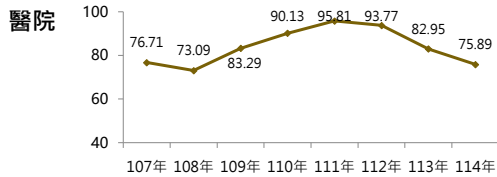


3 各部門醫療品質指標

結構面

就醫可近性_依發展程度觀察最高與最低兩組之醫師人力比值

114年觀察各部門最高與最低兩組醫師人力之比值，除醫院外，西醫基層、中醫及牙醫皆較**113**年略增



註:

1.每萬人口醫師數為戶政司當年底戶籍人口數/醫師數(各部門總額)。

2.鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值。

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

31

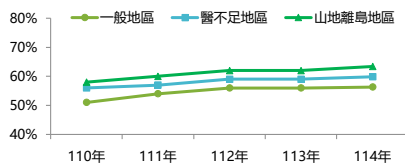
3 各部門醫療品質指標

過程面

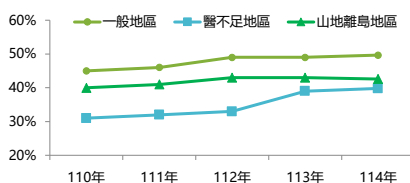
各地區就醫率-一般\醫療資源不足地區\山地離島地區

114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；牙醫門診係一般地區之門診就醫率較高，其次為山地離島地區；中醫門診係一般地區之門診就醫率較高，其次為醫療資源不足地區

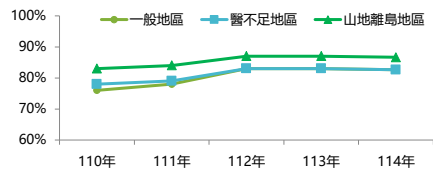
醫院 (IDS>醫不足>一般)



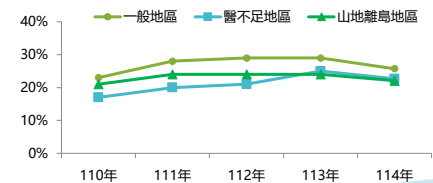
牙醫 (一般>IDS>醫不足)



西醫基層 (IDS>醫不足>一般)



中醫 (一般>醫不足>IDS)



註:

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。

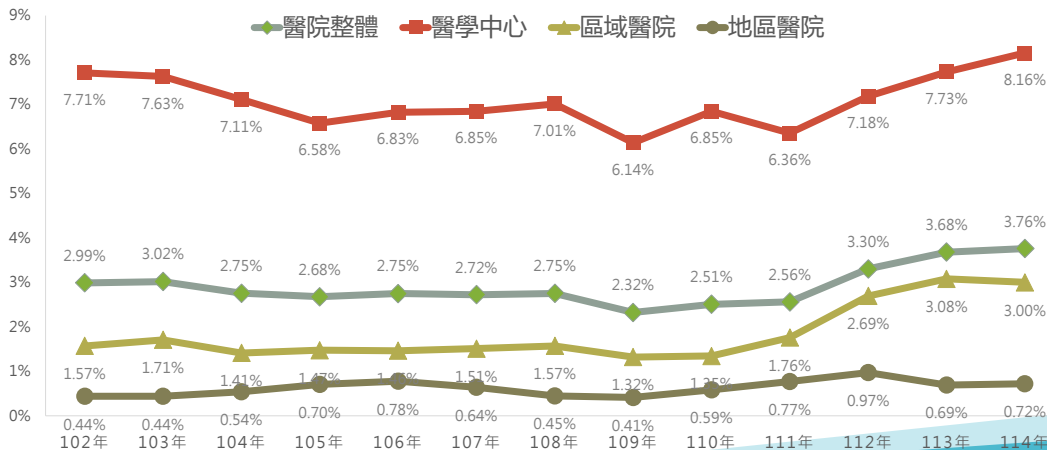
32

3 各部門醫療品質指標

急診壅塞：急診滯留超過24小時比率

過程面

急診留滯情形雖呈上升趨勢，本署已分別於114/8/1實施門診靜脈抗生素治療獎勵方案、114/11/2推行週日及國定假日輕急症中心試辦計畫，查115年Q1各層級均略有下降，將持續滾動檢討精進



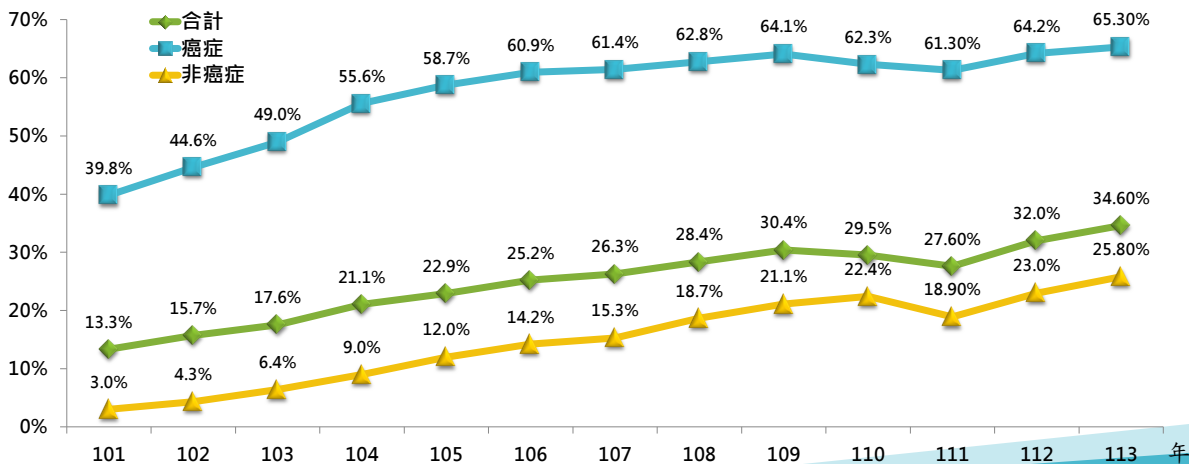
33

3 各部門醫療品質指標

安寧醫療：病人死亡前1年接受安寧療護之比率

過程面

受111年擴大安寧療護收案對象影響，死前1年接受安寧療護比率略有下降；112年-113年呈上升趨勢



註：非癌症於111年新增末期骨髓增生不良症候群(MDS)、末期衰弱病人、病人自主權利法、罕見疾病或其他預估生病受限者。

34

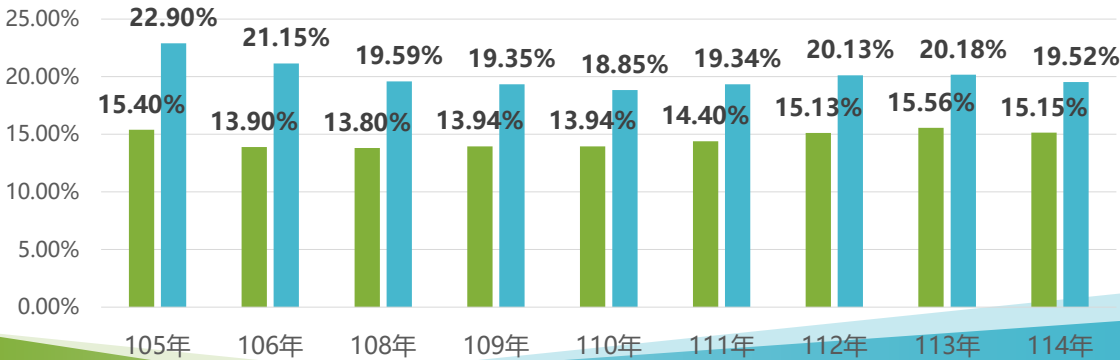
3 各部門醫療品質指標

分級醫療：區域級以上醫院門診初級照護率

過程面

- ◆ 近三年區域級以上醫院門診初級照護率呈現上升趨勢，可能與後疫情時期民眾就醫習慣改變有關
- ◆ 本署將強化推動醫院與診所醫療分工，低風險輕症或穩定慢性病人於基層院所照護，高風險或重症病人讓區域級以上醫院照顧，並讓雙向轉診之醫療院所即時獲得必要資訊，以提供連續性照護

■ 醫學中心 ■ 區域醫院



35

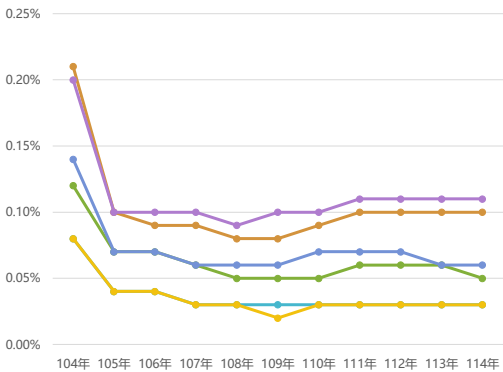
3 各部門醫療品質指標

重複用藥管理：同藥理用藥日數重疊率_醫院總額

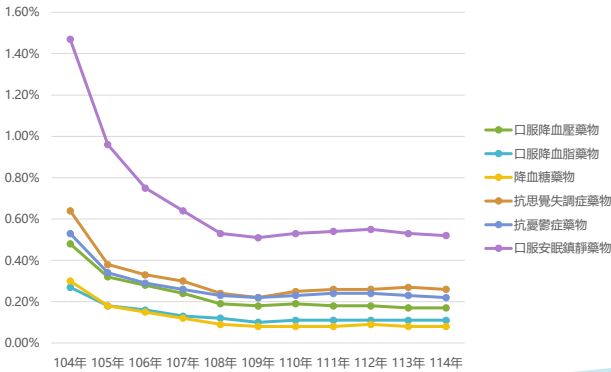
過程面

全民健保醫療品質公開網持續公布同醫院/跨醫院各藥類同藥理用藥日數重疊率，近5年用藥日數重疊率趨勢穩定持平

同醫院門診同藥理用藥日數重疊率



跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率



資料來源：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:115年6月23日

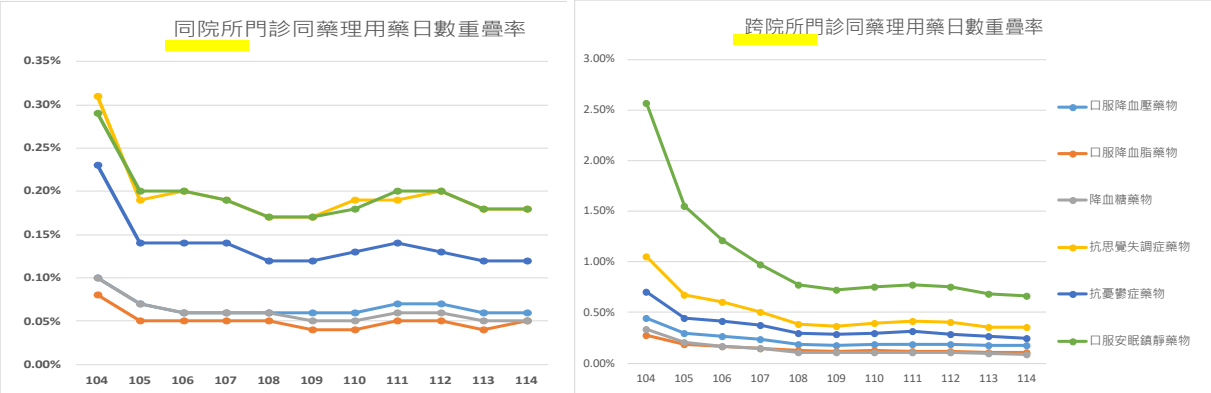
36

3 各部門醫療品質指標

重複用藥管理：同藥理用藥日數重疊率_西醫基層

過程面

全民健保醫療品質公開網持續同院所/跨院所各藥類同藥理用藥日數重疊率，近5年用藥日數重疊率趨勢穩定持平



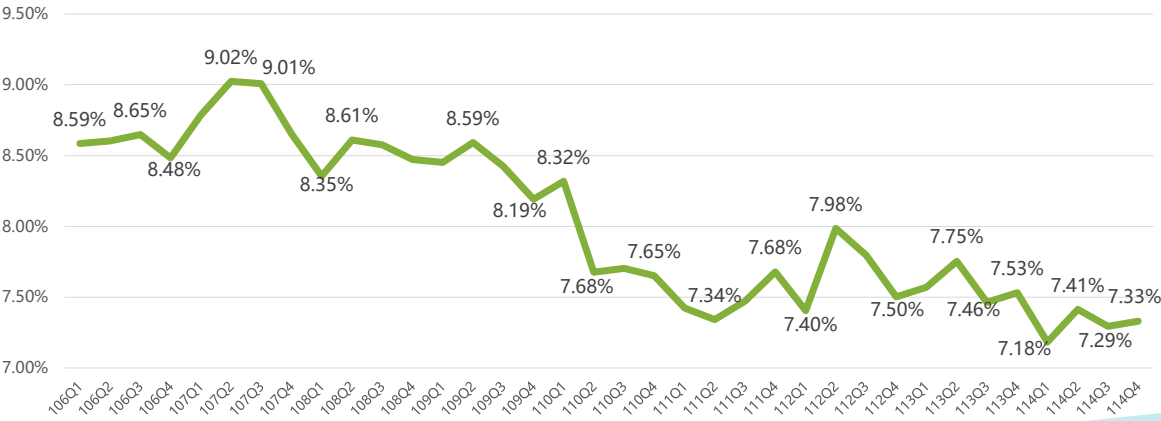
37

3 各部門醫療品質指標

推動DRG：DRG之案件十四日內再住院率

結果面

DRG之案件十四日內再住院率呈現下降趨勢



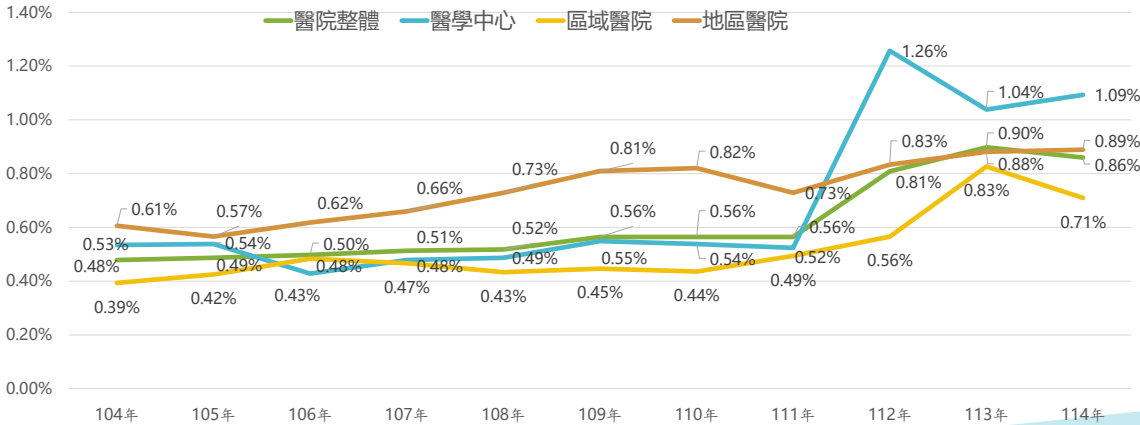
38

3 各部門醫療品質指標

結果面

急診壅塞：急診同日於同醫院急診返診比率

整體之急診同日於同醫院急診返診比率較113年呈現些微下降趨勢，持續進行資訊回饋及趨勢監測



資料來源：醫療給付檔案分析系統(DA代號:69)。

急診同日於同醫院急診返診比率=同一院所、同一人歸戶，兩次急診日差距=0天之人次 / 急診人次(案件分類02, 且部分負擔第2碼為0)。

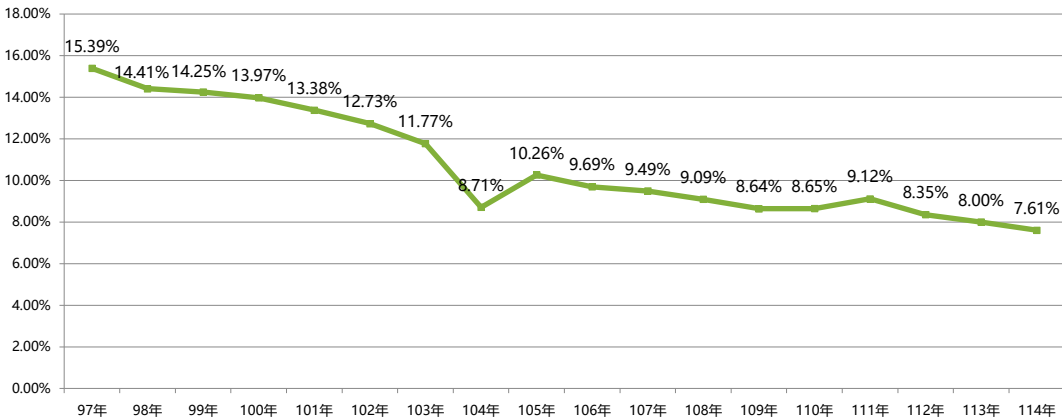
39

3 各部門醫療品質指標

結果面

安全性：急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)

急性心肌梗塞死亡率持續下降



資料來源：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。

40

4 滿意度調查

民眾申訴及處理-114年前三名申訴項目

醫院	件數	占率	西醫基層	件數	占率	牙醫	件數	占率
醫療行政或違規事項	230	25%	醫療行政或違規事項	163	35%	醫療行政或違規事項	65	35%
服務態度及醫療品質	77	8%	疑有虛報醫療費用	71	15%	疑有虛報醫療費用	58	31%
額外收費 (自費抱怨)	74	8%	額外收費 (自費抱怨)	44	9%	服務態度及醫療品質	18	10%
總件數	926	100%	總件數	470	100%	總件數	209	100%

中醫	件數	占率	其他	件數	占率
醫療行政或違規事項	19	29%	藥品和處方箋	31	22%
疑有虛報醫療費用	15	23%	醫療行政或違規事項	22	15%
額外收費 (自費抱怨)	11	17%	疑有虛報醫療費用	19	13%
總件數	66	100%	總件數	142	100%

藥品及處方箋：
扣留慢箋、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

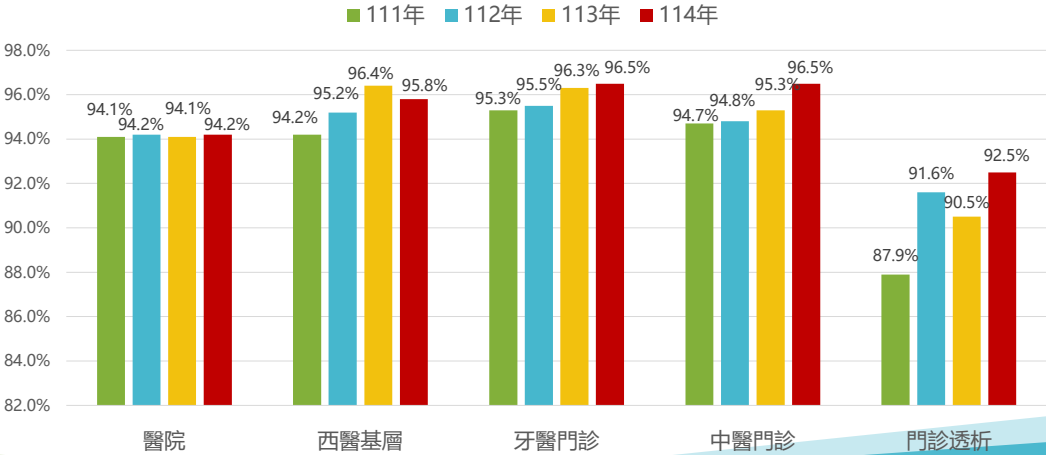
申訴案件以各部門總額區分，醫院、西醫基層、牙醫及中醫以「醫療行政或違規事項」項目最多；其他總額以「藥品和處方箋」項目最多

※以上各總額申訴項目排名已排除無法歸類之「其他」類申訴案件

4 滿意度調查

滿意度調查-整體醫療結果

近幾年民眾對各總額整體醫療結果滿意度皆達9成以上，其中牙醫、中醫及門診透析皆為歷年最高，本署將持續精進健保制度，提升醫療照護品質

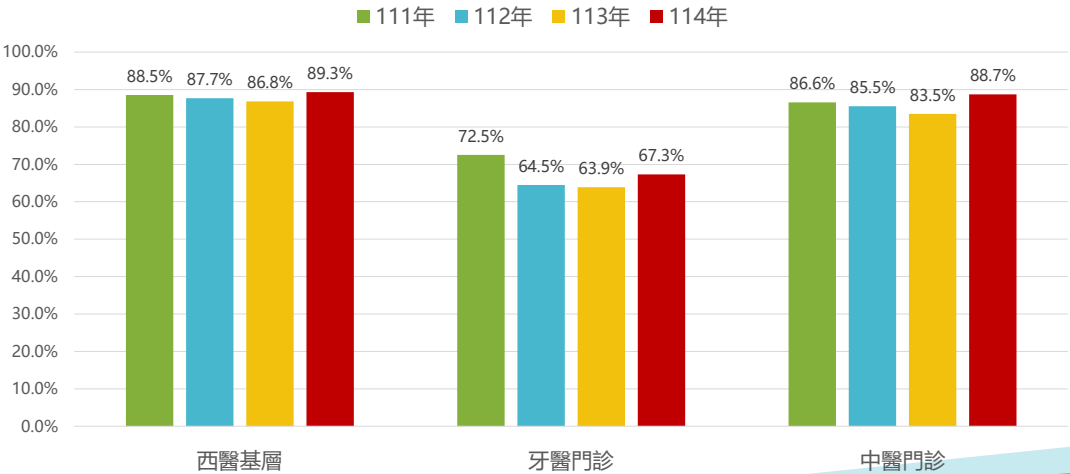


註：滿意程度=滿意+非常滿意

4 滿意度調查

滿意度調查-預約醫師容易程度

近年西基、牙醫、中醫預約醫師容易程度約呈持平趨勢



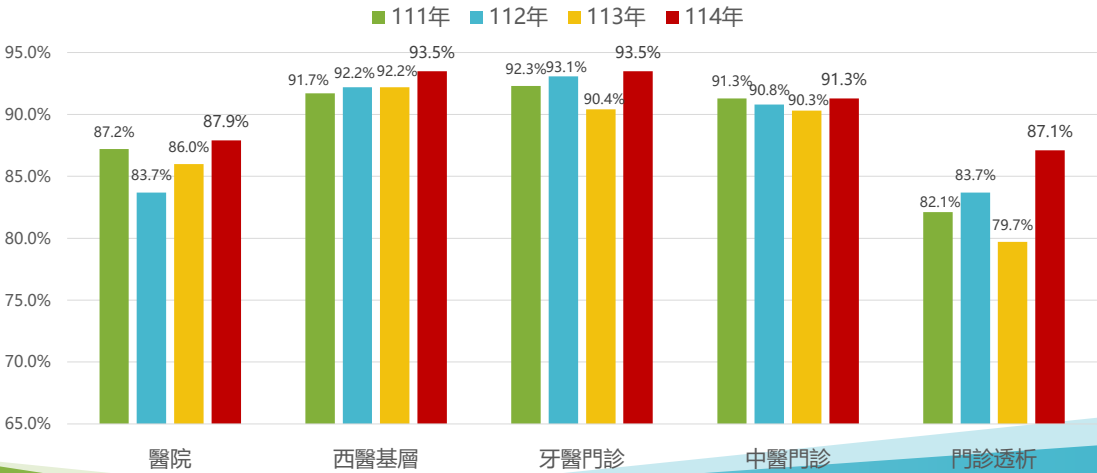
註:本表呈現數據為容易+非常容易・門診透析與醫院部門無本題項

43

4 滿意度調查

滿意度調查-就醫院所交通便利性

114年西基、牙醫、中醫就醫民眾對於院所交通便利性之滿意度皆達9成以上，各總額部門皆為歷年最高。

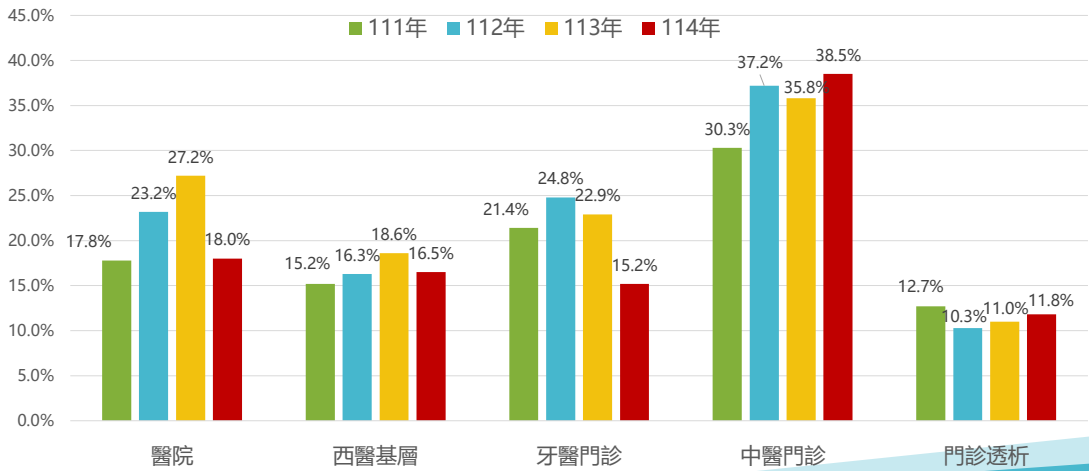


44

4 滿意度調查

滿意度調查-被要求自費比率

民眾在醫院、西基及牙醫需額外自付費用比例皆較去年下降，中醫較去年提高，門診透析約呈持平趨勢。

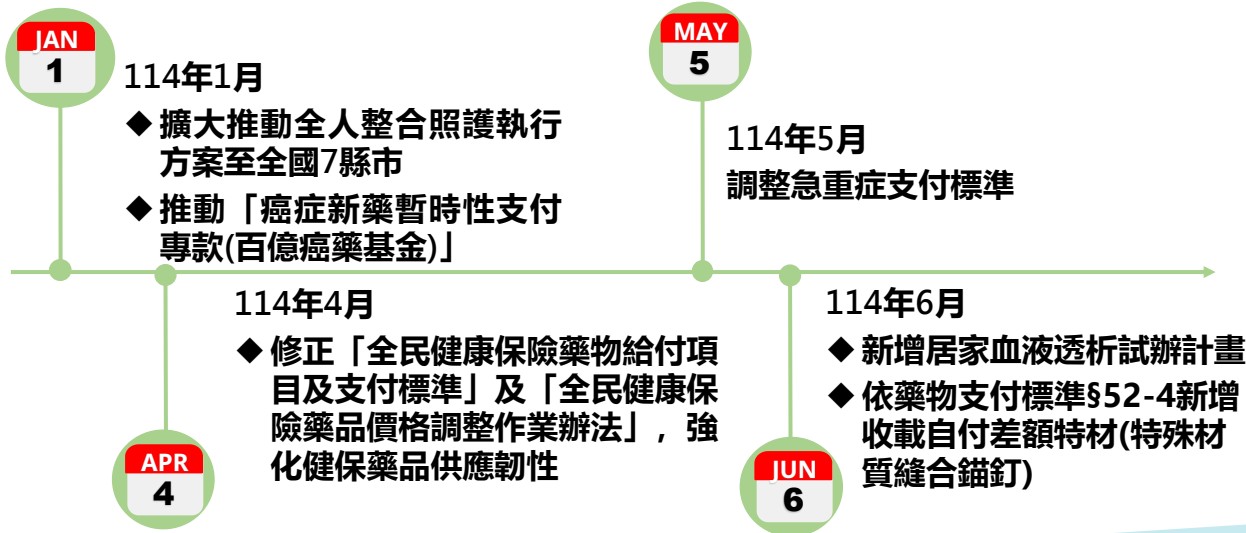




114年度健保署
新興業務



114年度健保署新興業務



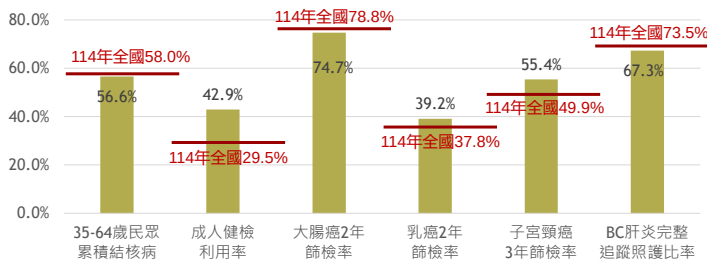
114年度健保署新興業務



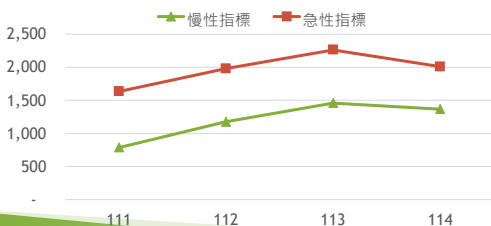


全人整合照護執行方案執行成果及擴大

成人健檢利用率及乳癌、子宮頸癌篩檢率優於全國



114年執行成果



【每十萬人口可避免住院數】

114年急慢性指標均下降

111

花蓮縣秀林鄉

- ▶ 111年照護對象：7,888人
- ▶ 113年服務人次：約2.6萬人次

114

全臺7縣市9鄉鎮

- ▶ 114年照護對象：35,538人
- ▶ 114年服務人次：約14.5萬人次

115

全臺8縣市14鄉鎮

- ▶ 115年照護對象：42,964人

116

全臺8縣市18鄉鎮

- ▶ 花東地區10個山地離島鄉鎮推動

49



推動百億癌症新藥基金

2025.2.25公告癌症新藥暫時性支付專款作業原則

預算來源

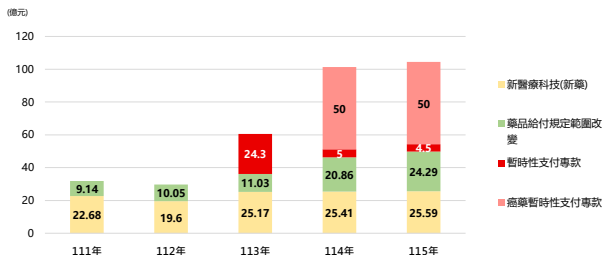
- ✓ 行政院以公務預算挹注全民健康保險基金，指定用於「癌症新藥暫時性支付專款」
- ✓ 2025年編列預算50億元，2026年再編列50億，逐步累積至百億規模

適用藥品

- ★ 解決藥費衝擊及臨床效益不確定性
- ✓ 臨床療效證據明確，但受總額預算限制尚未收載
- ✓ 其他經健保署認定有必要者
(具醫療迫切需求及治療潛力，但臨床效益、財務衝擊評估具不確定性之新藥或新適應症)

近3年健保新藥挹注藥費 (癌藥、罕藥、其他新藥)

年度	2023年			2024年			2025年		
	新藥(項)	擴增給付(項)	受惠人數(人)	新藥(項)	擴增給付(項)	受惠人數(人)	新藥(項)	擴增給付(項)	受惠人數(人)
癌藥	8	11	4,500	9	18	13,950	20	16	10,960
罕藥	10	1	716	6	2	930	9	0	638
其他新藥	13	11	246,000	16	11	86,000	8	22	1,051,000



- 暫時性支付專款：自113年起新增，含癌藥及非癌症新藥；114年起為非癌症新藥。
- 114年、115年各以公務預算挹注50億元新增癌症新藥暫時性支付專款。

50



2025年藥費實際支出約13億元



預計嘉惠約3,500位病友



2025.4.26公告藥物支付標準及藥價調整辦法 修法重點



藥品核價 Drug Reimbursement

- ✓ 鼓勵**十大先進國家上市兩年內國內製造新藥**及**十大先進國家上市滿五年之國內製造新成分新藥**
- ✓ 鼓勵**國內製造之新藥、學名藥及生物相似性藥品**
- ✓ 明定**適用平行送審條件**之藥品
- ✓ 賦予保險人可依循藥品收載及擬訂程序**收載具醫療需求藥品**之權利
- ✓ 避免無法反映藥品成本，**刪除藥品上限價規定**。

藥品調價 Drug Pricing Adjustment

- ✓ 調整**第二大類調價機制**及**第三大類藥品、第四大類藥品**定義與調價機制
- ✓ 符合**必要藥品、國內製造及分組未逾三項目**等三條件，不予調整藥價
- ✓ 鼓勵**專利挑戰、使用國產原料藥及臨床試驗刊載期刊**之**國內製造藥品**
- ✓ **第二大類藥品調整金額挹注新藥預算**

註：藥價更具彈性，**113年依據藥物支付標準第34條及第35條調升價格藥品約200項。**

51



急診、加護病房及護理相關支付標準修訂項目

114/5/1公告生效，修訂項目如下：

挹注**42.37億元**，以其他部門「114年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重症支付費用調整(RBRVS)等」項目支應

護理

調升急性一般（含精神）病床住院護理費點數12%~16%

急診

- 急診診察費拆分為診察費及護理費並調升點數10%
- 調升急診觀察床護理費點數60%
- 急診觀察床診察費獨立列項

ICU

急救責任醫院加護病房基本診療項目（病房費、護理費及診察費）

- 重度級醫院比照醫學中心支付
- 中度級醫院比照區域醫院支付

離島

離島急救責任醫院急診案件加成

- 重度級醫院加成50%
- 中度級醫院加成30%
- 一般級醫院加成10%

須扣合特定指標（如：護理人員調薪情形等），達標者始外加其個別醫院預算額度。

52



114年第4季扣合指標達標情形

護理

特約類別	申報醫院	達標醫院	未達標醫院
1-醫學中心	28家	28家	0家
2-區域醫院	82家	82家	0家
3-地區醫院	297家	256家	41家
合計	407家	366家	41家

急診

特約類別	申報醫院	達標醫院	未達標醫院
1-醫學中心	26家	26家	0家
2-區域醫院	82家	82家	0家
3-地區醫院	184家	181家	3家
合計	292家	289家	3家

ICU

特約類別	申報醫院	達標醫院	未達標醫院
1-醫學中心	-	-	-
2-區域醫院	27家	24家	3家
3-地區醫院	26家	23家	3家
合計	53家	47家	6家

整體個別醫院總額挹注預算額度

特約類別	整體預算額度	實際挹注額度
1-醫學中心	7.64億點	7.64點
2-區域醫院	12.08億點	11.71億點
3-地區醫院	5.25億點	4.96億點
合計	24.97億點	24.30億點

53



推廣居家透析 居家血液透析試辦計畫

114.6實施

參與院所資格

- 血液透析治療累積至少達2,000人次(含)以上
- 具有至少一名專任腎臟專科醫師
- 執行遠距醫療視訊訪視者，應具備視訊設備及資安管理機制

適用對象

- 經醫師評估適合在宅執行血液透析之病人
- 須經事前審查同意

支付方式

- 居家血液透析(次)：
 - － 比照門診透析，包裹給付 4,000 點
 - － 含病人技術訓練、遠端透析數據監控、透析紀錄及血液報告上傳
- 居家訪視費：實地訪視支付1,200點、遠距視訊訪視支付420點
- 民眾自行負擔透析機及水處理設備費用，上限120,000元/年



目前計7家醫院(雙和醫院、中國附醫、中國附醫台北分院、中國附醫安南分院、台中榮總、奇美醫院、安慎診所)核定參與試辦，截至115年4月申報居家血液透析人數共計24人，居家訪視2人。115年持續以專款預算支應，持續鼓勵院所加強推動居家血液透析與提升期照護品質

54



特殊材質縫合錨釘納入健保給付

依藥物支付標準第52條之4新增自付差額特材-特殊材質縫合錨釘

- ◆ 考量財務影響，促進廣納新醫材，維持供貨穩定，提升臨床可近性與普及性，以全民健康保險藥物給付項目及支付標準第52條之4辦理健保自付差額特材收載。
- ◆ 依醫療科技評估(HTA)，日本、韓國、澳洲、美國等國皆已給付特殊材質縫合錨釘，依據2019年AAOS(American Academy of Orthopaedic Surgeons) 肩袖損傷治療臨床實踐指引，使用單雙排縫合錨釘修復肩旋轉肌袖破裂可降低再撕裂率；而使用雙排修復時，除了使用有縫線錨釘，亦會使用無縫線錨釘。
- ◆ 一年預算約2.62億點，嘉惠約9,465人次，以醫院採購價中位數除以浮動點值核定費用，健保給付比例採前述核定費用之40%(8,876點~12,874點)，於114年6月15日生效。



圖片出處：本案特材仿單



圖片出處：本案特材仿單



全民健保 術後加速康復推廣計畫

自114年7月1日起實施

收案對象

- 70歲以上且依美國麻醉醫師學會麻醉風險分級為第三級(有嚴重的全身性疾病且造成部分的功能障礙)至第四級(有嚴重的全身性疾病且時常危及生命)。
- 適用術式：
髖關節及膝關節置換手術(114年)
- 預計115年擴大適用心臟、肺臟及大腸直腸手術。
- 排除急診轉住院個案。

預期結果

- 降低平均醫療費用點數、縮短住院日數
- 預估件數：約2,600件【2024年 DRG 案件32,354件*(1+件數自然成長率0.8%)*符合收案條件的40%*預估收案率20%】。
- 預估支付5千萬點

支付方式

- 主責醫院指導費：每家15萬點，應完成行政管理及舉辦「ERAS 共識工作坊」。
- ERAS個案照護費(P8601B)：每個案1萬8千點，照護內容須含特定項目及符合照護項目執行率達60%。
- DRG差額補付費：低於下限以定額支付，另以獎勵補付。
- ERAS執行成效指標獎勵費：成效指標包含ERAS收案率、收案個案符合支付規範比率及DRG進步率。

- 主責醫院 共計6家 (114.7.17公告)
- 專案醫院 共計119家 (114.8.26、114.9.3公告)
- 申報情況 共計96家，2,705件(114年9月至115年4月申報資料)

特約類別	家數	人數
1-醫學中心	20	1,163
2-區域醫院	48	1,143
3-地區醫院	28	399
總計	96	2,705



門診靜脈抗生素治療獎勵方案(OPAT)

114/8/1生效

- 提升醫療可近性並**減少病人住院時間**，降低對工作及生活之影響
- **減少不必要住院**，提升病床周轉效率，降低醫療支出
- 透過**整合性治療**，提升病人治療成功率並**減少併發症**
- 增加**一日輸液器診療項目(2,133點)**114/11/1生效

114年8月-115年4月申報資料

	醫院	基層診所	合計
家數(家)	123	118	241
人數(人)	6,620	2,051	8,593
申報費用(萬元)	3,834	1,117	4,951

給付項目及支付標準

編號	診療項目	支付規範	支付點數
39027C	治療處置費-每天注射1次	● 符合 特定感染症 且 病情穩定 之病人 ● 治療計畫上限為 7天 ，病歷應詳載治療計畫	1,031點
39028C	治療處置費-每天注射2次以上	● 包裹給付 (內含藥事服務費、注射費、護理費及針具等耗材費用) ● 診療費、藥費及檢驗檢查費另計	1,234點
39030C	治療處置費-輸液器1日型	● 中斷計畫由 醫師評估延續或重啟計畫	2,133點
39029C	個案管理費	● 完成治療時方可申報， 中斷計畫不得申報 ● 確實掌握病人治療情形，並於病歷記載	500點

每年約20萬感染症病人住院

轉化率約10%
推估2萬名病人可採OPAT治療

推估增加財務支出約1億點

推估減少住院支出約3.5億點，15.6萬住院天數

註：以一天注射一次1,031點；預計治療計畫為5天

註：以方案所列感染症平均住院7.84天推估

修訂方案(115年5月1日生效)

- 為延續病人照護流程及優化臨床作業，以符合醫療實務需求，將**治療計畫上限5天調整至7天**

57



建構區域聯防及遠距醫療 擴大遠距醫療 不限會診科別

醫師對醫師(B2B2C)遠距會診模式

在地院所醫師親自診察病人，遠距院所專科醫師透過視訊給予診療建議，共同合作照護。

- 113計畫服務**整體滿意度達99%**
- 114年截至12月，已提供67個鄉鎮及11個急重症轉診網絡遠距會診服務，共**133家在地院所與55家遠距院所**，服務人次達**14,264次**。

114年8月起放寬遠距會診科別
為不限西醫科別



遠距會診科別

專科門診遠距會診、
急診會診 **均不限科別**
✓ 訂定配套措施，保障在地既有醫療資源
得執行之科別以施行地區設有該科別之醫療院所不超過3家為限

遠距會診地區

山地離島地區
IDS計畫適用地區
衛福部試辦遠距醫療相關計畫之施行地區
醫療資源缺乏地區(含巡迴點)
法務部矯正署所屬51所矯正機關及3所分監

58



風險分級及數位衛教整合雛形

民眾端:健康存摺-糖尿病風險分級(示意圖)



59



醫療品質資訊公開辦法增修情形

- ◆ 衛生福利部於114年10月29日以衛部保字第1141260428號令修正發布「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第二條附表一，修正重點摘要如下：
 - 新增8項：為配合全民健康保險醫院總額及西醫基層支付制度品質確保方案之專業醫療服務品質指標項目，齊一修正總額部門別之醫院、西醫基層總額項目。
 - 刪除2項：考量醫療費用核減率於本署全球資訊網已有「專業醫療審查」專區，定期進行資料公開，爰刪除不重複列項。
- ◆ 增修指標項數(新增8項、刪除2項)：
 - 醫院總額：整體性新增4項。
 - 西醫基層總額：整體性新增4項。
 - 牙醫門診總額：整體性刪除1項。
 - 門診透析：整體性刪除1項。

60



「假日不中斷」社區照護網 _ 假日輕急症中心(UCC)

114年11月2日上路

- 紓解醫院急診假日人滿為患：
分流照護輕急症病人
- 擴大醫療體系韌性：
強化社區基層醫療處理急症量能
以因應突發(surge)需求

時間：週日及國定假日上午8時至24時

對象：以急診檢傷三、四、五級輕症病人為主
不得開立慢性處方箋

地點：衛生所、無急診服務之地區醫院或大型
診所，六都先行試辦，現共設有13處

人力：醫師/護理/藥事/醫檢、醫放人員
採報備支援輪值，開診科別含內兒科、
外(骨)科、耳鼻喉科、眼科得採遠距會
診方式

設備：X光/超音波、檢驗儀器POCT、調劑設
施、專屬作業之資訊系統

基本承作費用

- 1.每開設地點開辦
獎勵35萬元
- 2.維持營運獎勵10
萬元/月

人力費用

醫師：日診1.5萬元、晚診2萬元/班
各職類醫事人員：日診4,000元、晚
診6,000元/班
(若遇4天以上連假則雙倍支付，115年
為春節、清明、中秋及教師節)

醫療費用

論服務量計酬，若遇4
天以上連假則加3成(藥
品及特材不予加成)

費用支付

UCC

114年11月至115年6月
21日共開設46天，服務
18,636人次

配套措施

開診資訊

於健保署網站
公布基層診所
假日開診資訊

教育學分

UCC 值班者
認列繼續教
育或專科醫
師學分時數

評估指標

鄰近大型醫院
急診就醫下降
情形、3日內
重返急診比率

民眾宣導

透過各通路宣
導UCC設置地
點、營運時間

硬體補助

以公務預算補
助輕急症中心
的硬體設備等

61

未來展望

- 1 優先調整醫事人力為主、人力流失科別及整體住院之支付標準
- 2 急性後期醫療與長照銜接-復健病房
- 3 擴大推動DRG規劃
- 4 推動基層醫療院所資訊服務系統(HIS)雲端轉型
- 5 推動電子處方箋-銜接就醫數位流程
- 6 透過本署及時上傳方案，導入LOINC

1 優先調整支付標準

未來展望—支付標準調整

- 近年持續挹注預算調整急重難支付，近年已調整之重要項目包含：

114/5/1

- 挹注**42.37億元**調升急診、急救責任醫院及護理支付標準
- 搭配扣合指標（含護理人員調薪），達標者始外加其個別醫院預算額度

115/1/1

- 挹注**2.60億元**調升兒童癌症質子治療，增訂重大外傷緊急加成規範

115/4/1

- 挹注**2.28億元**調升兒童住院診察加成、小兒外科手術及小兒精神科日間住院治療支付

- 115年規劃再挹注**31.66億點**提升「兒童重症（2.15億點）」、「產科（17.65億點）」及「人力流失相關科別（11.86億點）」支付，經115年6月25日醫療服務共同擬訂會議原則通過，續依程序辦理相關事宜。
- 未來規劃：持續研議優先調整**醫事人力為主、人力流失科別及整體住院支付**，並持續爭取健保總額預算支應。

63

2 推動復健病房

急性後期醫療與長照銜接-復健病房

促進具復健潛能患者持接受整合性照護，提升功能恢復、返家率並降低再入院率



未來視成效逐步拓展，擴大受益對象與服務範圍，實現高品質復健與長照無縫銜接

64

3 擴大DRG規劃

未來展望—擴大推動DRG規劃

擴大導入DRG
搭配相關配套措施

- 目標：擴大導入DRG範圍，以提升醫療服務效率及照護品質
- 持續與醫界充分溝通，並研議支付誘因、排除項目等配套措施

階段（時程）	DRG項目數	占醫院住院費用占率
第1階段 (99.01)	已導入 170	15.1%
第2階段 (103.07)	已導入 237	4.5%
	暫緩 23	7.4%
第3階段	249	8.4%
第4階段	尚未導入 170	10.2%
	209	7.8%
第5階段 (暫訂)	10	1.1%
合計	1,068	54.7%

註：1. 2010.01導入Tw-DRGs第1階段共164項，2020.07再分類為168項，2021.01再分類為170項（3.4版規劃之DRG項目數）。
2. 本表占醫院住院總點數占率係分別以2022、2023、2024年申報資料進行統計。
3. 不適用DRG案件包含癌症、臟器移植併發症、精神科、愛滋病、罕病、計畫案件、住院超過30日、住院安寧、產後大出血、使用ECMO、IABP、多重骨盆腔器官脫垂者。

研議部分DRG案件
改於門診執行

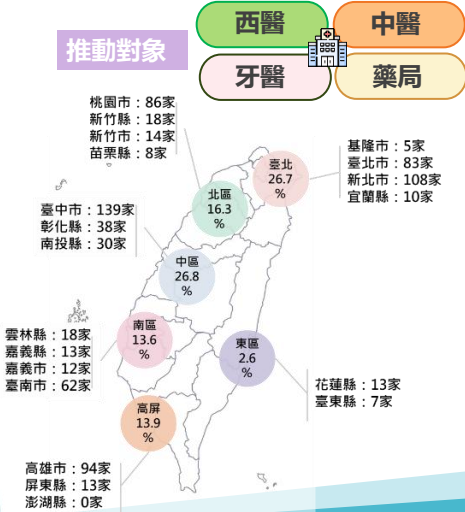
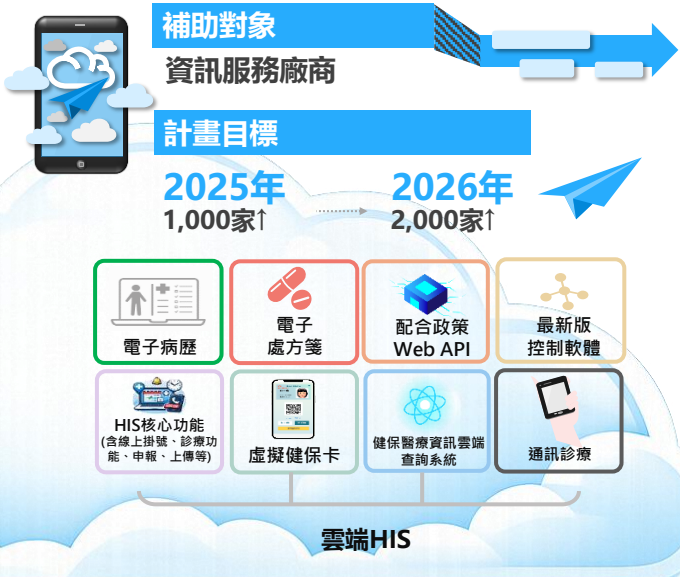
- 目標：增加病床使用效率
- 盤點建議改於門診執行之診療項目並確認其合宜性，續研議支付誘因（如：門診以包裹方式支付）

持續精進DRG政策

65

4 HIS雲端轉型

推動基層院所HIS雲端轉型



本署2025年轉型成果家數計771家
(另涵蓋2024年數產署計畫已逾1,000家) 66

5 推動電子處方箋

推動電子處方箋 銜接就醫數位流程



提升用藥安全



完善數位就醫



民眾慢箋好保存



響應ESG



- ▶ 處方箋內容採**FHIR**格式(高互通性)，提升未來加值應用**可近性**。
- ▶ 使用**HCA**憑證簽章，確保資料**完整性**。
- ▶ 114年7月鼓勵各分區醫療院所擇點推動，採自動化審核資訊技術機制。



執行情形：

截至114年12月

共計**637**家醫療院所及藥局可開立/調劑電子處方箋

開立張數約**8,500**張

調劑張數約**170**張。

67

6 導入LOINC

健保署導入LOINC規劃 & 推動方案(草案)

強化健保資料治理

- 健保申報與行政流程標準化，建立**全國一致的檢驗(查)標準**
- 提升資料品質與可比性
- 支援健保**大數據分析、臨床決策、醫療AI發展**與政策決策

支援智慧醫療與公共衛生

- 促進**AI與精準醫療**發展
- 強化疾病監測與公共衛生預警能力
- 支援國家級健康數據應用，促進**國際研究合作與資料互通**



提高檢驗可讀性

- 整合個人健康數據
- 避免重複檢驗
- 提升**民眾就醫安全**

促進跨院資訊互通

- 不同醫院檢驗結果可互相理解，**跨院病歷與檢驗資料交換**
- 配合FHIR、SNOMED CT國際標準
- 強化**癌症精準醫療與NGS基因檢測應用**
- 提升轉診及醫療**照護連續性**

115年

- 本署擴增上傳欄位
- 醫學中心優先試傳LOINC
- 於雲端藥歷及健康存摺呈現LOINC資訊

116年

- 透過獎勵鼓勵擴大院所上傳LOINC

68

健康台灣願景

提升國人平均餘命

國人平均餘命
提升至**82歲**

降低不健康餘命占比

不健康餘命占平均餘命比率
下降至**8%**

癌症死亡率下降1/3

69



打造韌性永續之健康台灣
感謝聆聽，敬請指教

70

跨部門及其他預算專案 計畫執行成果報告

中央健康保險署



衛生福利部中央健康保險署



114年專案計畫

1 跨部門專案

1. 暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)(醫院) -8.67億元
2. 醫療給付改善方案 (醫院、西醫基層)-31.78億元
3. C肝新藥(醫院、西醫基層)-26.86億元
4. 家醫計畫(西醫基層)-46.48億元
5. 鼓勵院所建立轉診機制、基層總額轉診型態
(醫院、西醫基層、其他預算)-12.827億元
6. 獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用-114年移出總額，由公務預算支應
7. 慢性傳染病照護品質計畫-114年移出總額，由公務預算支應
8. 癌症治療品質改善計畫-114年移出總額，由公務預算支應



114年其他預算計畫

2 其他預算

1. 偏遠及弱勢照護

- 山地離島地區(IDS)醫療給付效益提升計畫-13.57億元
- 居家醫療整合計畫及轉銜長照-93.78億元
- 收容於矯正機關醫療服務-19.28億元

2. 促進體系合作

- 急性後期整合照護計畫-2.0億元
- 遠距醫療會診-2.0億元
- 跨層級醫院合作計畫-0.8億元
- 醫院以病人為中心-0.4億元

3. 提升保險成效及其他預備金

- 腎臟病照護與病人衛教計畫-5.0億元
- 提升用藥品質之藥事照護計畫-0.3億元
- 調節非預期風險、罕見疾病等預備款-20.0億元+2.15億元
- 114年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等(114年新增項目)-41.56億元
- 提升保險服務成效-114年移出總額，由公務預算支應

3



跨部門專案計畫執行成果



4



暫時性支付(新藥、新特材)



5



暫時性支付(新藥、新特材)執行情形

- ◆ 114年暫時性支付(新藥)預算5億元，持續給付2項藥品
- ◆ 114年預算執行數為0.3億元，執行率6%

項次	藥品	適應症	生效日
1	Vyndamax (tafamidis)	成人野生型或遺傳性的轉甲狀腺素蛋白類澱粉沉著症造成之心肌病變 (ATTR-CM)	113/2/1
2	Spevigo (spesolimab)	全身型急性發作膿疱性乾癬	113/7/1

未來展望

持續爭取預算滿足病人治療需求，後續再視財源及醫療需求情況滾動檢討，確保病友能夠早日取得具治療潛力之新藥。

6



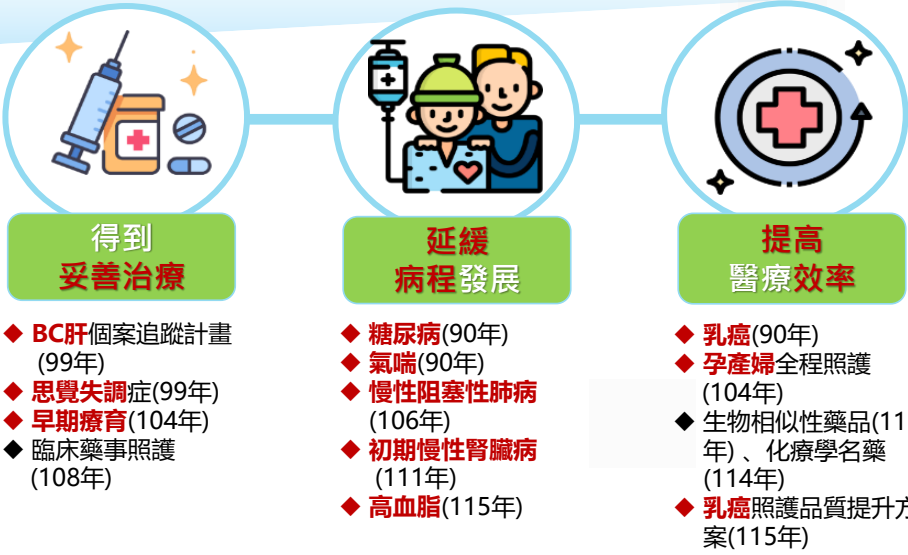
醫療給付改善方案



7



方案項目及執行目的



8



114年方案執行情形

醫 院	方 案 別										相似性藥品
	糖尿病	氣喘	乳癌	思覺失調	BC肝追蹤	孕產	早期療育	COPD	用藥安全	DKD	
參與家數	292	141	5	142	200	91	25	127	135	239	134
照護人數(千)	578.8	65.8	12.6	76.3	204.7	29.3	2.2	27.0	81.7	163.8	-
照護率	55.8%	36.1%	5.8%	69.2%	47.3%	37.7%	13.7%	42.2%	-	71.5%	-
執行率	因114年尚有方案未完成結算，爰執行率尚無數據										

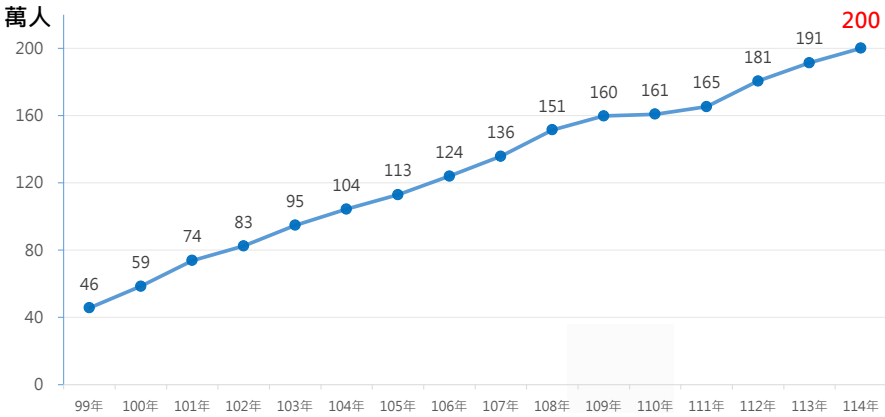
西醫 基層	方 案 別									相似性藥 品
	糖尿病	氣喘	乳癌	思覺 失調	BC肝 追蹤	孕產	早期 療育	COPD	DKD	
參與家數	1,398	587	-	27	480	27	4	89	853	3
照護人數(千)	383.7	81.5	-	2.1	112.9	5.2	0.2	1.7	142.1	-
照護率	42.4%	36.1%	-	5.9%	50.1%	23.4%	13.7%	44.9%	86.4%	-
執行率	因114年尚有方案未完成結算，爰執行率尚無數據									

9



歷年方案照護人數^{-1/2}

◆ P4P(11項)管理方案，照護人數逐年成長，114年約200萬人



註：疾病管理方案照護人數係統計論質方案計11項方案：糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案（含糖尿病、初期慢性腎臟病、糖尿病合併初期慢性腎臟病）、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之收案數(歸入)。

10



歷年方案照護人數-2/2

◆114年照護人數以DKD成長幅度最多

照護人數	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年
糖尿病	325,501	365,821	419,455	468,180	520,727	598,259	684,640	783,803	870,760	936,195	978,224	949,911	948,351	961,399
氣喘	106,581	103,984	101,990	102,948	109,066	117,801	122,976	135,797	126,351	117,980	114,574	135,193	145,788	147,220
乳癌	12,653	13,458	12,041	12,520	12,183	11,374	10,963	10,967	10,722	10,941	11,410	11,702	11,835	12,570
思覺失調	47,657	49,209	57,565	59,679	63,800	61,784	62,734	61,296	60,713	59,822	75,250	77,443	78,036	78,604
BC肝追蹤	121,451	149,375	175,317	201,452	220,928	231,093	247,877	267,931	268,889	277,151	282,448	299,922	309,858	311,611
孕產	未實施			59,114	57,958	60,475	56,581	54,364	51,297	43,813	27,396	39,755	41,906	34,463
早療	未實施			15	801	954	1,473	1,497	1,525	1,816	1,997	2,192	2,043	2,333
COPD	未實施					8,898	17,117	21,811	23,070	23,962	24,719	27,127	27,905	28,719
用藥安全	未實施							40,953	50,717	59,263	66,057	77,958	82,165	81,723
DKD	未實施										84,200	181,701	255,467	305,905
合計	659,479	717,255	805,166	883,964	961,869	999,245	1,111,016	1,275,159	1,355,811	1,418,487	1,653,493	1,802,904	1,914,099	2,003,362

11



歷年方案照護率

◆ 114年方案照護率多為正成長

◆ 僅氣喘小幅下降，係因符合收案條件人數成長幅度高於收案數

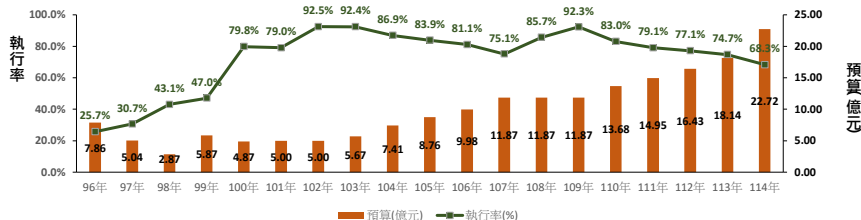
照護率	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年
糖尿病	34%	35%	39%	41%	43%	48%	51%	55%	58%	60%	61%	62%	64%	65%
氣喘	39%	38%	36%	36%	28%	30%	35%	36%	38%	41%	39%	38%	37%	36%
乳癌	14%	13%	11%	11%	10%	8%	8%	7%	7%	7%	6%	6%	6%	6%
思覺失調	51%	52%	60%	60%	64%	68%	69%	67%	66%	67%	59%	62%	62%	62%
BC肝追蹤	21%	25%	29%	33%	35%	37%	39%	42%	42%	42%	44%	46%	48%	48%
孕產	未實施				29%	30%	32%	33%	33%	34%	30%	21%	32%	33%
早療	未實施				1%	15%	15%	13%	12%	11%	13%	7%	14%	13%
COPD	未實施					24%	39%	35%	40%	46%	48%	45%	42%	42%
DKD	未實施										45%	60%	75%	78%

12

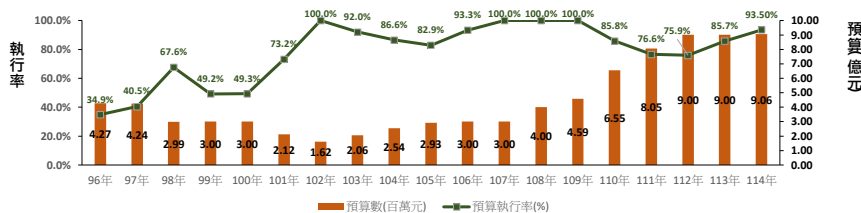


歷年預算執行率

◆ 114年醫院總額預算執行率：預估68.3%



◆ 114年西醫基層總額預算執行率：預估93.5%



備註：資料統計時間因114年尚未完成結算，爰執行率以預估值替代



糖尿病執行成效

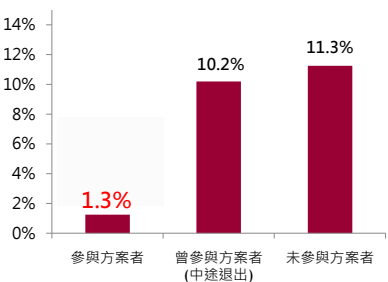
◆ 參與方案者各項檢查率皆高於未參與方案者(114年)：

- 1. 參與方案者HbA1c之檢查率為99.6%、未參與方案者為94.6%。
- 2. 參與方案者眼底檢查之檢查率為72.0%、未參與方案者為27.5%。
- 3. 參與方案者微量白蛋白之檢查率為94.8%、未參與方案者為63.3%。

◆ 追蹤111-113年新收案：HbA1c > 9.0%個案，一年後80%改善。

HbA1c > 9.0% 人數	追蹤1年後改善情形		
	HbA1c值	人數	比率
63,762	<7%	27,248	42.73%
	7~9.0%	23,766	37.27%
	>9.0%	12,748	19.99%

◆ 追蹤94-114年參與方案者之洗腎發生率低於未參與方案者。



註：參與方案係指糖尿病(DM)及糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)



糖尿病合併初期慢性腎臟病執行成效

- ◆ 照護人數、參與院所及醫師數較前一年度增加
- ◆ 收案患者之**LDL檢查值良好比例較前一年度增加**，UACR及HbA1c控制良率則是持平

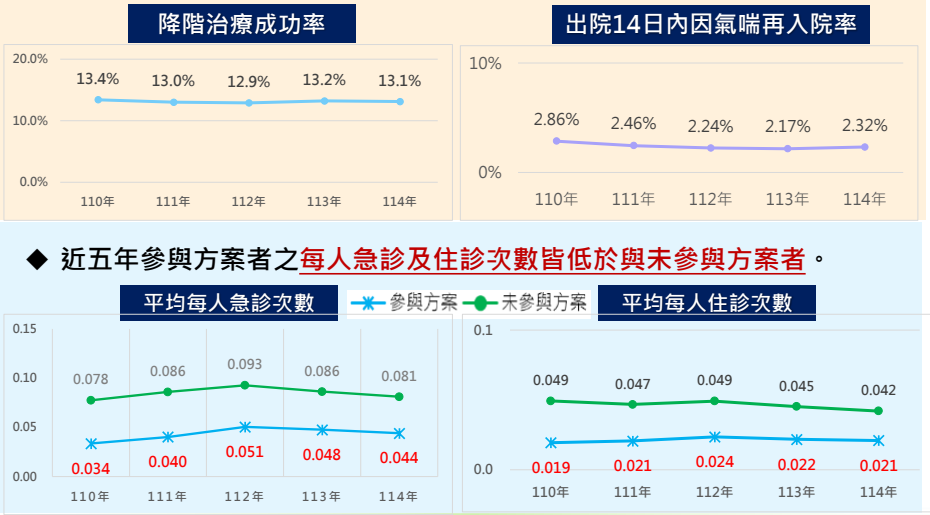
項目		111年(開辦年)	112年	113年	114年	
照護人數		84,200	181,701	255,467	<u>305,905</u>	↑
參與院所數		536	805	968	<u>1,092</u>	↑
參與醫師數		1,330	2,268	2,868	<u>3,323</u>	↑
品質監測指標	UACR控制良好率(<30mg/gm)	45.5%	43.6%	44.1%	<u>44.0%</u>	
	HbA1c控制良率(<7.0%或八十歲以上病人HbA1c<8.0%)	58.0%	55.5%	56.4%	<u>56.4%</u>	
	LDL良率(<100mg/dl)	74.9%	74.4%	75.2%	<u>76.8%</u>	↑

資料來源：健保資料庫
統計範圍：當年度本方案收案之對象，品質指標分子係將糖尿病收案檔及共病收案檔合併後，取最新一筆檢驗檢查資料。



氣喘執行成效

- ◆ 近五年參與方案者之降階治療成功率，**維持穩定**。
- ◆ 近五年參與方案者出院14日再住院，呈**下降趨勢**。

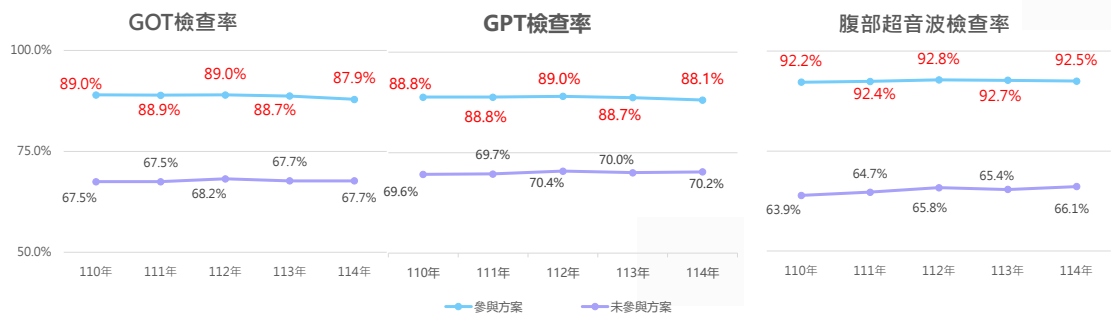


- ◆ 近五年參與方案者之**每人急診及住診次數皆低於與未參與方案者**。



B、C肝追蹤執行成效

- ◆ 參與方案者之**3項檢查率皆高於未參與方案者**。
- ◆ 114年參與方案者之**早期發現肝癌計有377人**。(110-113年分別為：446人、466人、360人、372人)
- ◆ 115年配合強化肝炎及肝癌防治政策，提高個案管理費，提升慢性B、C型肝炎患者接受健保服務之**照護比率**。



110-114年參與及未參與BC肝追蹤方案患者之GOT、GPT、腹部超音波檢查率

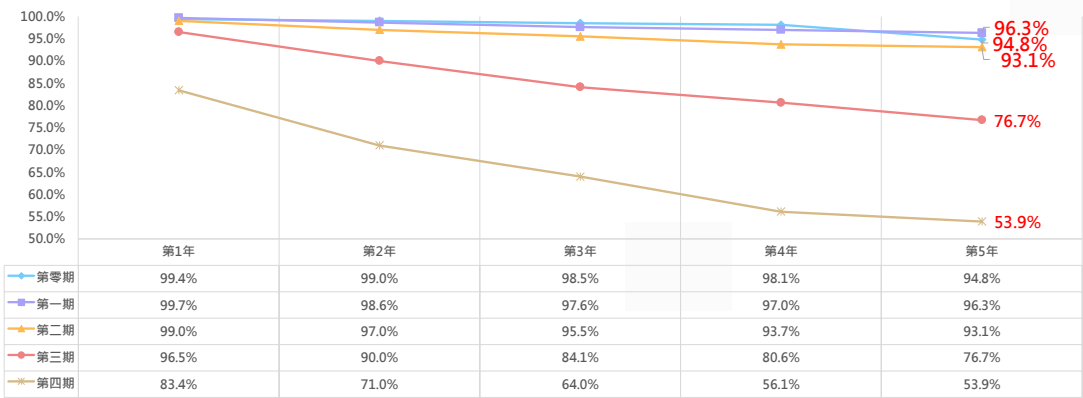
註:1.參與方案檢查率:分母:申請P42人數，分子:申請P42且分別申請各類檢驗之人數。
2.未參與方案檢查率:分母:符合方案條件者未申請P42之人數，分子:符合方案條件未申請P42者分別申請各類檢驗之人數。
3.早期發現肝癌人數，係以當年度申請師檢異常並申請1、2期肝癌重大傷病證明者(P4203C、P4204C、P4205C)。

17



乳癌執行成效

- ◆ 第0~2期五年存活率為**93%以上**；第4期存活率為53.9%，優於全國（39.4%）。
- ◆ 115年持續擴大參與醫院、新增個案管理費、增修品質指標及獎勵，提升乳癌照護品質及乳癌存活率。

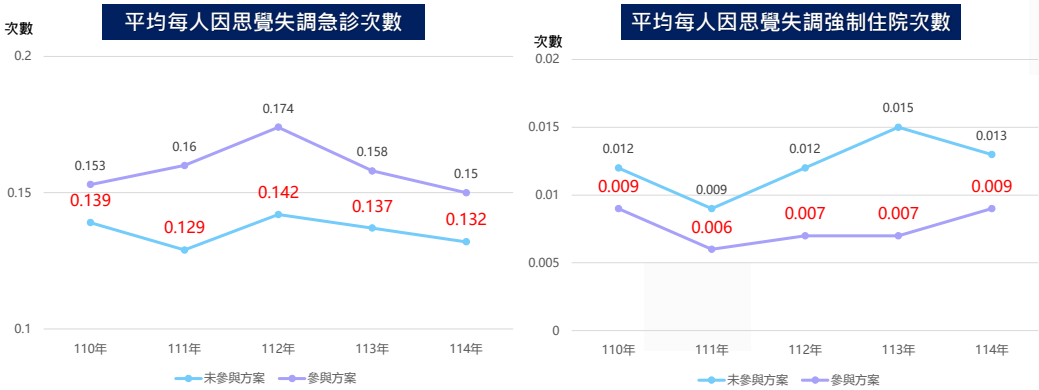


18



思覺失調執行成效

- ◆ 近五年參與方案者較未參與方案者之每人強制住院次數為低
- ◆ 115年持續鼓勵醫師發掘病人，主動積極介入治療，使思覺失調症患者能固定就醫及規則治療



次數

0.02

0.015

0.01

0.005

0

平均每人因思覺失調強制住院次數

0.012

0.009

0.012

0.015

0.013

0.009

0.006

0.007

0.007

0.009

110年111年112年113年114年

未參與方案參與方案

110-114年參與及未參與思覺失調方案患者之平均每人急診、強制住院比較圖表

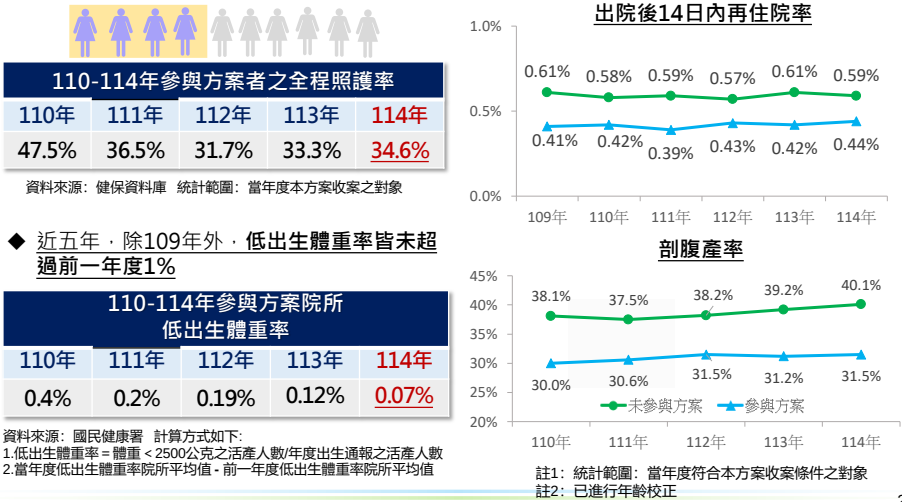
資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度符合本方案收案條件之對象，已進行年齡校正

19



執行成效-孕產婦全程照護

- ◆ 參與方案之孕產婦出院後14日再住院率低於未參與方案者





慢性阻塞性肺病執行成效

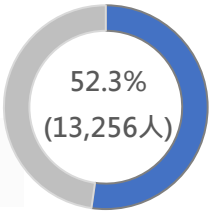
- ◆ 病人收案後較收案前因COPD急診或住院人數有明顯下降情形
- ◆ 115年強化以病人為中心之全功能性照護，完成優質醫療照顧、病人返家後的居家疾病諮詢協調與長期追蹤照護。

COPD新收個案人數	收案前一年曾 因COPD急診		收案後一年曾 因COPD急診	
	人數	人數占率	人數	人數占率
8,423	792	9.4%	750	8.9%

COPD新收個案人數	收案前一年曾 因COPD住院		收案後一年曾 因COPD住院	
	人數	人數占率	人數	人數占率
8,423	806	9.6%	562	6.7%

資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度符合本方案收案之對象
註：本方案106年4月實施，以113年度參與方案個案人數為比較前、後年度概況

✓ 114年52.3%以上參與方案者接受正確藥物治療



統計範圍：當年度本方案收案之對象
註：接受正確治療藥物係指符合國健署慢性阻塞性肺病臨床治療指引者



提升醫院用藥安全與品質執行成效

◆ 醫師或其他醫事人員接受比率高，均達91.5%以上

項目		臨床藥事介入4大類(總計23小項)				
		建議處方	主動建議	建議監測	用藥連貫性	總計
重症加護臨床藥事照護	登錄件數	23,558	33,540	32,425	60,122	149,645
	接受件數	22,909	32,664	31,556	58,674	145,803
	接受率	97.2%	97.4%	97.3%	97.6%	97.4%
門診臨床藥事照護	登錄件數	10,779	2,106	537	960	14,382
	接受件數	10,747	2,085	536	959	14,327
	接受率	99.7%	99.0%	99.8%	99.9%	99.6%
一般病床臨床藥事照護	登錄件數	2,454	892	471	684	4,501
	接受件數	2,283	816	455	672	4,226
	接受率	93.0%	91.5%	96.6%	98.2%	93.9%



醫療給付改善方案_小結

方案辦理情形及照護狀況

- ◆ 檢查(驗)執行率表現以參與方案者較未參與者佳
- ◆ 照護率皆較去年成長或持平

未來展望：整合方案提供以病人為中心之全人照護

- ◆ 持續推動各項醫療給付改善方案
- ◆ 為達「全人照護」目標，推動家醫計畫與P4P-DM/
Early CKD/DKD整合，讓病人能接受整合性醫療照護，
期延緩慢性病的病程

23



C型肝炎新藥



24



C型肝炎預算配合調整

◆ 隨著治療涵蓋率逐年提升，收案人數逐年減少

項目 \ 執行期間	107年	108年 ³	109年	110年	111年	112年	113年	114年
年度預算(億)	50.36	65.36	81.66	65.7	56.2	43.2	26.41	26.86
- 醫院專款	45.28	47.6	47.6	34.28	34.28	34.28	22.24	22.24
- 西醫基層專款	4.08	4.06	4.06	2.92	2.92	2.92	2.92	4.62
- 其他預算								
支應C肝專款不足	1	13.7	30	28.5	19	6	1.25	-
執行數(億)	48.57	70.54	49.04	32.73	22.92	20.46	16.24	13.17
執行率	96.4%	100.0%	60.1%	49.8%	40.8%	47.4%	61.5%	49.0%
- 醫院執行數	45.28	47.60	44.98	29.81	20.00	15.74	13.32	9.66
- 西醫基層執行數	3.29	4.06	4.06	2.92	2.92	2.92	2.92	3.51
- 其他預算	-	13.07	-	-	-	-	-	-

C肝藥費預算係配合「國家2025消除C肝目標」編列，隨著政策推動，治療涵蓋率逐年提升，新收案人數由108年之4.6萬人減少為113年之1.2萬人，並配合調整每年預算數目。

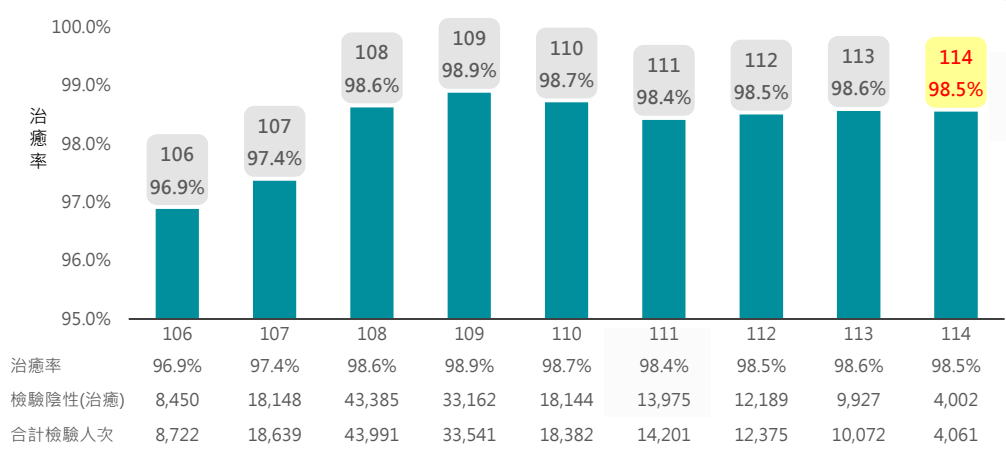
- 1.106年西醫基層預算為C肝全口服新藥費用，107年起預算包含既有C型肝炎藥品(干擾素合併ribavirin)費用。
- 2.年度執行數已扣除廠商負擔款。自107年起醫院與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。
- 3.108年C型肝炎藥費專款之不足，依健保會決議，同意由108總額「其他預算」項下之「基層總額轉診型態調整費用」、「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」、「提升保險服務成效」3項預算之結餘支應，並以19億元為上限，超出之5.18億元由其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」(8.22億元)結餘款支應。
- 4.109~113年西醫基層總額專款之不足123.9百萬元、197.8百萬元、231.8百萬元、180.4百萬元、92.9百萬元，由醫院總額同項專款支應。

25



C型肝炎治療成果

◆ 治療結束後病毒量檢測治療率達98.5%以上



- 註：1.臨床判斷使用C肝新藥後是否治癒之標準，為從完成治療時起算12週後檢測不到病毒量的人數比例（SVR 12）。
- 2.本表係統計醫療院所登錄C肝病人病毒量檢測結果的資料，擷取直到114/12/31底登錄的資料。

26



C型肝炎治療成果

WHO目標： 2030年消除C肝

- ◆ 慢性C型肝炎病毒**診斷比率**≥90%
- ◆ 被診斷為慢性C型肝炎患者接受
抗病毒用藥**治療比率**≥ 80%

達成情形

- ◆ 依國健署統計，我國慢性C肝於一般族群(45-84歲)之**診斷率**及接受**治療率**≥90%，皆高於WHO 2030 目標。
- ◆ **C型肝炎全口服新藥**自106年1月24日起納入健保給付，截至114年底**已有18.4萬人使用**。

後續推動執行策略

- ◆ 將**BC肝篩檢指標**納入**慢性病管理計畫監測**，定期提供符合篩檢資格未篩檢名單予院所進行追蹤管理。
- ◆ 自114年5月起給付不符成健篩檢資格之**C肝高風險共病族群**之篩檢。

27



【大家醫計畫】 家庭醫師整合性照護計畫、 地區醫院全人全社區照護計畫

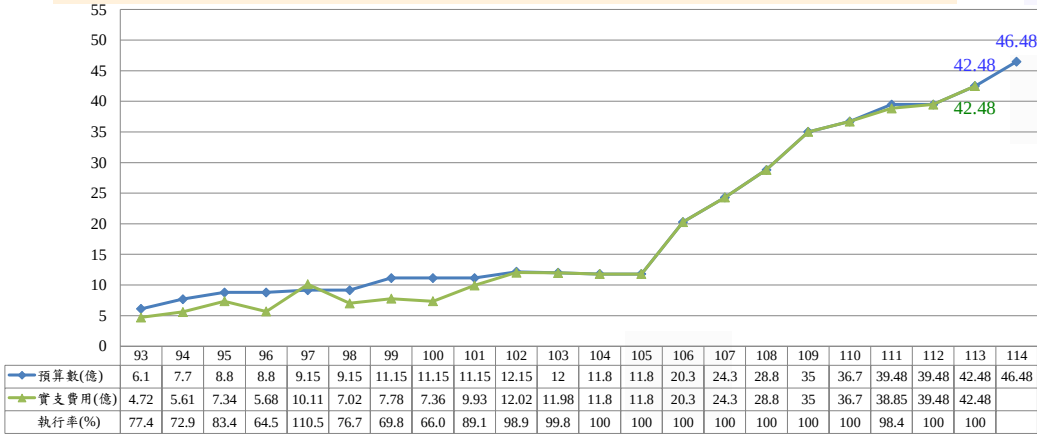


28



家醫計畫歷年經費執行情形

◆ 114年預算46.48億元

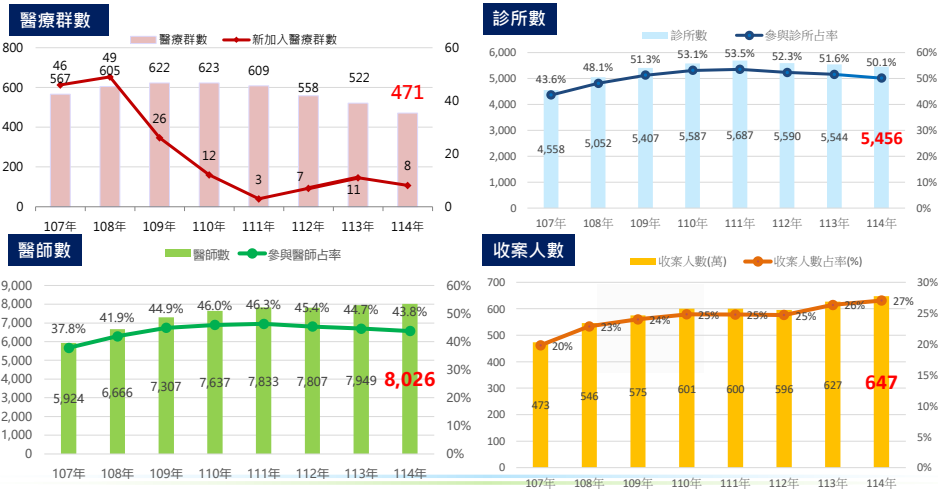


註1：97年因政策導向故選擇健康回饋型之醫療群數不斷增加，致預算較實際給付費用不足0.96億元(實支10.11億元，不足費用由總額其他部門預算之其他預期政策改變所需經費支應)。
註2：106年原預算為15.8億元，由107年度家醫計畫專款之450百萬元挹注106年度之不足款，故106年預算為20.3億元。
註3：家醫計畫例行皆於隔年6月完成費用結算，114年預計於7月中完成，爰114年尚無預算執行數。



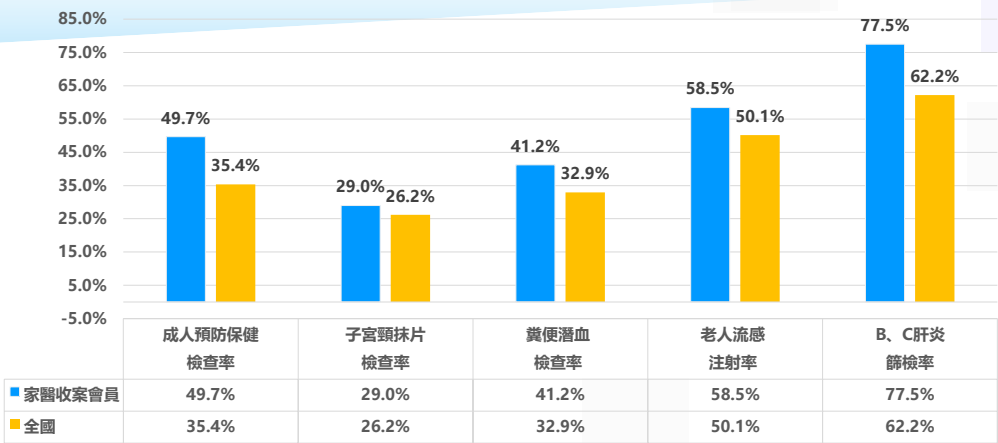
近年家醫計畫執行概況

◆ 114年共471個醫療群，診所數5,456家、醫師數8,026人，收案約647.3萬人，參與醫師數和收案人數較前一年成長





114年預防保健指標執行均優於全國



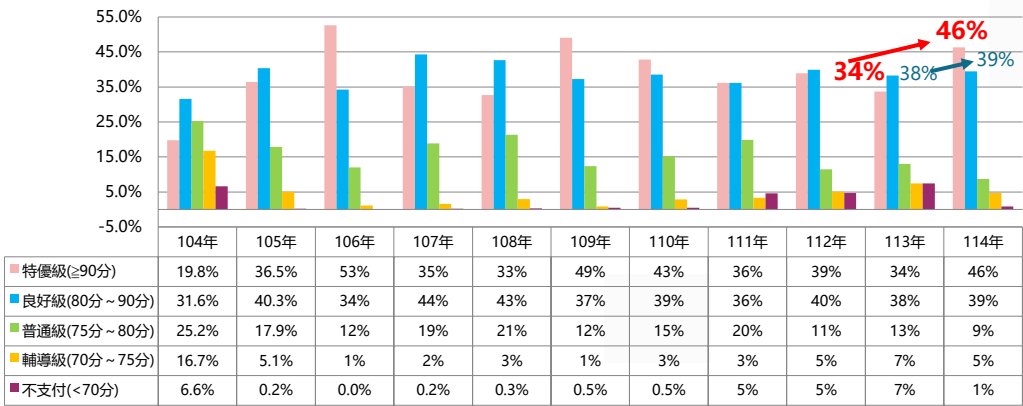
1.成人預防保健檢查率：分子為30歲(含)以上會員於院所接受成人健檢人數；分母為(30歲-39歲會員數/5+40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)。
2.子宮頸抹片檢查率：分子為25歲(含)以上女性會員接受子宮頸抹片人數；分母為(25歲至29歲會員數/3+30歲(含)以上女性會員數)。
3.65歲以上老人流感注射率：分子為65歲以上會員於院所接種流感疫苗人數；分母為65歲以上總會員人數。
4.糞便潛血檢查率：分子為45歲以上至未滿75歲會員於院所接受定置免疫糞便潛血檢查人數；分母為45歲以上至未滿75歲會員人數/2。
5.B、C肝炎篩檢率：分子為符合分母條件中，曾做過B、C肝炎篩檢之會員人數；分母為符合B、C肝炎篩檢資格之會員人數(45歲以上未滿80歲者、原住民為40歲以上未滿80歲者)。
6.資料年份：114年

31



114年社區醫療群品質整體提升

◆114年強化擇優汰劣，品質指標達80分以上共計404群，占所有群數約85.8%，指標<70分計有4群



註1：表內占率係呈現各品質分級之醫療群所佔當年度參與醫療群。
註2：109年622群、110年623群、111年609群、112年共558群。
註3：自109年起不支付分數自60分以下調整為65分以下；輔導級分數調整為65-70分
註4：自112年起不支付分數自65分以下調整為70分以下；輔導級分數調整為70分≤X<75分；普通級調整為75≤X<80分

32

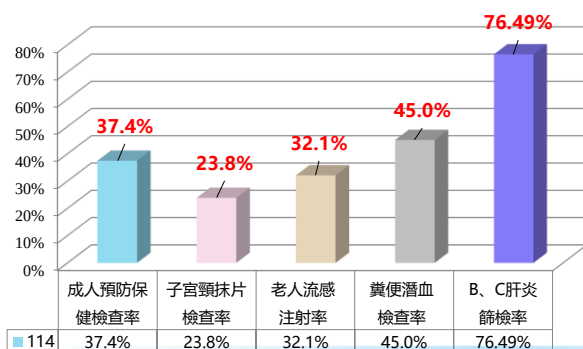


地區醫院全人全社區照護計畫

◆**執行情形：收案人數增加145%、參加醫院數增加7.8%**

◆114年計137家地區醫院、457位醫師參與，已收案7.6萬人，較113年收案增加3.1萬人、參與醫院增加10家(113.8起)。

◆**預防保健指標：成人預防保健檢查率、子宮頸抹片檢查率、老人流感注射率、糞便潛血檢查率等四項達標。**



1. 本計畫自113年8月27日公告實施，113年計畫實施未逾半年，無完整年度可監測計畫實際成效，評核指標不予計分。
2. 成人預防保健檢查率：分子為30歲(含)以上會員於院所接受成人健康檢查人數；分母為(30歲至39歲會員數/5+40歲至64歲會員數/3+65歲(含)會員數)。
3. 子宮頸抹片檢查率：分子為25歲(含)以上女性會員於院所接受子宮頸抹片人數；分母為25歲至29歲會員數/3+30歲(含)以上女性會員數。
4. 65歲以上老人流感注射率：分子為65歲以上會員於院所接種流感疫苗人數；分母為65歲以上總會員人數。
5. 糞便潛血檢查率：分子為45歲以上至未滿75歲會員於院所接受定量免疫糞便潛血檢查人數；分母為45歲以上至未滿75歲會員人數/2。
6. B、C肝炎篩檢率：曾做過B、C肝炎篩檢之會員人數；分母為符合B、C肝炎篩檢之會員人數。民國75年(含)以前出生至79歲(原住民提前至40歲)。
7. 五項指標目標值分別為33.64%、20.63%、28.46%、42.08%、77.97%。

33



大家醫計畫六大服務

1.會員健康資料建檔

- 加強會員個案管理及衛教
- 預防保健各指標歷年均達高標

3.提供病人轉診服務

- 醫療群與**313**家醫院合作
- 轉診服務：**413,016**人次
- 共照門診：**4,723**診次
- 病房巡診：**260**次

5.辦理社區衛教、宣導

- 營造健康社區，提升醫療群形象
- 辦理社區衛教：家醫計畫**1,493**場次、全人計畫**1,500**場次
- 參與人數達**54,762**人次

2.24小時諮詢專線

- 電話諮詢服務：家醫計畫**41,252**通、全人計畫**2,128**通
- 提供適當就醫指導
- 減少急診與不必要就醫
- 主動電訪會員人數：家醫計畫**1,655,133**人、全人計畫**29,694**人

4.加強診所與醫院合作

- 醫院與診所合作轉診
- 辦理個案研討
- 辦理共同照護門診
- 參與上述活動6次以上醫師計**5,715**位

6.提升三高照護品質

- **113**年整合DM/CKD/DKD方案，家醫2.0醫療群須**提升DM/CKD照護品質，提供整合性照護**
- **114**年依疾病風險分級(ASCVD)分流照護，並將高血壓及心血管防治納入社區衛教及醫師教育訓練內容

34



未來規劃：擴大涵蓋，落實全照護

114
年

西醫基層 - 家醫計畫2.0

471群社區醫療群(465群家醫2.0醫療群)、**5,456**家診所、收案數**647.3**萬人

地區醫院 - 全人全社區照護計畫

137家地區醫院、**457**位醫師，收案數**7.6**萬人

慢性病照護整合

- 以家醫計畫為基礎，逐步**整合各項論質支付方案與慢性病(NCD)防治計畫**
- 建立融合三段五級，以人為中心之整合式多重慢性健康管理模式

支付制度改革

- 論價值支付**，落實有效照護(effective care)接軌國際指引，提升民眾健康
- 依據病人風險分級(ASCVD)進行分級支付**，避免逆選擇
- 試辦慢性病 **論人計酬(bundled payment)**

品質指標監測

- 依據證據醫學訂定**醫療品質指標**，監測執行狀況

全方位健康管理

- 包括疾病管理、預防保健、風險因子預防、衛教諮詢等全方位健康管理
- 生活型態介入**，提供後續生活習慣諮商及訂定治療計畫
- 鼓勵醫療群、醫院建立整合式健康管理中心

創新照護模式

- 建構數位平台整合個人健康數據**，提升健康管理效能
- 導入數位工具** (如APP) 透過創新慢性病管理模式，延緩慢性病發生。

◆ 115年致力推動總統政見888方案，全面實施家醫2.0，並規劃於西醫基層統一由家醫計畫提供DM/CKD/DKD病人整合性照護。

35



鼓勵院所建立轉診機制 基層總額轉診型態調整費用



36



轉診支付誘因

- ◆為推動分級醫療，鼓勵院所「建立轉診之合作機制」，自107年起編列專款預算。新增「辦理轉診費_回轉及下轉」、「辦理轉診費_上轉」及「接受轉診診察費加算」等5項支付標準。
- ◆為提升轉診效率，自114年9月1日起，鼓勵院所全面採用本保險電子轉診平台及提升下轉誘因，支付標準提升下轉點數(每件增加200點，計700點)，及接受下轉點數(每件增加300點，計500點)；另調降上轉獎勵(每件減少100點，計150點)。

支付標準	適用層級		支付點數	自114年9月1日起調整
	醫院	基層診所		
辦理轉診費回轉及下轉	√		使用轉診電子平台:500點 未使用轉診電子平台:400點	使用轉診電子平台:700點 未使用轉診電子平台:不獎勵
辦理轉診費上轉	√	√	使用轉診電子平台:250點 未使用轉診電子平台:200點	使用轉診電子平台:150點 未使用轉診電子平台:不獎勵
接受轉診診察費加算	√	√	200點	使用電子轉診平台之接受轉診500點

37



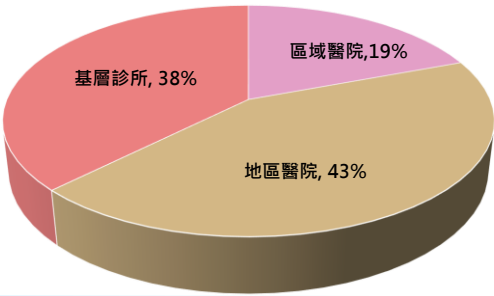
落實分級醫療提升下轉誘因 醫院資源留給急重難症

支付標準提供下轉誘因

- 115年基層編列2.58億元；醫院編列2.247億元，用於鼓勵基層轉診、醫院接受及回轉轉診個案
- 自114年9月1日起，提升下轉誘因，落實分級醫療政策，將醫院資源留給急重難症病人
 - 提升下轉點數(每件增加200點，計700點)
 - 接受下轉點數(每件增加300點，計500點)

114年9-12月接受下轉件數

- 接受下轉46,899件，較113年同期(44,618件)成長5%
- 接受下轉之院所，基層院所(地區醫院及基層診所)約占8成



38



轉診預算執行數及執行率

年度 項目	110年	111年	112年	113年	114年
醫院					
預算數(百萬元)	400	224.7	224.7	224.7	224.7
執行數(百萬元)	204.3	201.6	218.4	207.2	188.03
預算執行率(%)	51.10%	89.70%	97.20%	92.20%	83.7%
西醫基層					
預算數(百萬元)	258	258	258	258	258
執行數(百萬元)	147.6	145.6	161.6	162.3	137.21
預算執行率(%)	57.20%	56.40%	62.60%	62.90%	53.2%

備註：1.110年至114年皆以一點一元支應。
2.轉診支付標準支付方式：病人需有就醫事實，轉出院所確認轉入院所受理轉診後即可先申報轉診費，惟轉診費用點數先申報為0，由本署後續勾稽個案就醫情形後每季統一補付。
3.同體系院所間（含委託經營）之轉診案件不得申報。



轉銜長照辦理情形

◆ 出院後7日內接受長照服務之件數占率，近三年均已超過6成

申報健保 出院準備 件數		出院前接受 長照2.0需求評估		出院後7日內 接受長照服務		出院後 接受長照服務	
(A)		件數 (B)	件數占率 (B/A)	件數 (C)	件數占率 (C/B)	件數 (D)	件數占率 (D/B)
112年	179,717	32,265	18.0%	20,638	64%	26,048	81%
113年	190,201	36,843	19.4%	24,179	66%	28,664	78%
114年	197,164	37,900	19.2%	26,760	71%	30,307	80%



小結-跨部門專案計畫執行成果



參加比不加好 (收案者指標優於未收案)

計**10項**方案：糖尿病、糖尿病合併初期慢性腎臟病、氣喘、乳癌、BC肝、思覺失調、孕產婦全程照護、慢性阻塞性肺病、家醫計畫、醫院以病人為中心門診整合照護



落實擴大照護

計**5大**方案：暫時性支付、醫療給付改善方案、大家醫計畫、遠距醫療服務、藥事照護計畫等5大項方案



落實提升品質

計**6項**方案：C肝治療、轉銜長照、建立轉診機制、醫院以病人為中心門診整合照護計畫、醫院用藥安全與品質、藥事照護計畫等6大方案



後續：本署將持續朝「**擴大收載、全人照護、論質計酬、分級醫療**」等方向，與各醫事團體界討論並推動「**以病人為中心、資料驅動、成效支付**」之全人照護模式。

41



其他預算計畫執行成果



42



歷年協定預算及執行率一覽表-1/2

預算項目	110	111	112	113	114
1.山地離島地區醫療給付效益提升計畫	6.554億元 (4.98億元、76%)	6.054億元 (5.39億元、89%)	6.054億元 (5.61億元、93%)	8.554億元 (5.95億元、70%)	13.566億元 (7.49億元、55%)
2.非屬各部門總額之服務項目(居家、精神社區復健、助產所等)	65.44億元 (59.61億元、91%)	73.00億元 (62.07億元、85%)	78.03億元 (66.58億元、85%)	83.78億元 (70.5億元、84%)	93.78億元 (79.1億元、84%)
3.促進醫療體系整合	4億元 (1.69億元、42%)	4.5億元 (1.77億元、39%)	5.5億元 (1.91億元、35%)	4.5億元 (1.95億元、43%)	4.5億元 (1.97億元、43%)
●醫院以病人為中心門診整合照護計畫	- (0.39億元)	- (0.37億元)	- (0.35億元)	- (0.25億元)	- (0.26億元)
●急性後期整合照護計畫	- (0.67億元)	- (0.70億元)	- (0.86億元)	- (0.96億元)	- (1.01億元)
●遠距醫療會診	- (0.01億元)	- (0.05億元)	- (0.07億元)	- (0.11億元)	- (0.10億元)
●跨層級醫院合作計畫	- (0.61億元)	- (0.65億元)	- (0.64億元)	- (0.63億元)	- (0.60億元)
4.鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案	9.8億元 (7.42億元、76%)	15億元 (11.40億元、76%)	16.36億元 (13.27億元、81%)	14.86億元 (12.30億元、83%)	自114年起，由公務預算支應

註：1.()內資料為預算實際執行數及執行率 2.項次4於114年移出總額，由公務預算支應

43



歷年協定預算及執行率一覽表-2/2

預算項目	110	111	112	113	114
5.提升用藥品質之藥事照護計畫	0.3億元 (未執行)	0.3億元 (25.8萬元、0.9%)	0.3億元 (44.8萬元、1.5%)	0.3億元 (323.4萬元、10.8%)	0.3億元 (509.1萬元、17%)
6.慢性腎臟病照護及病人衛計畫(含Early-CKD、Pre-ESRD、ESRD門診服務品質提升計畫)	4.5億元 (3.74億元、83%)	4.5億元 (3.93億元、87%)	5.11億元 (4.16億元、81%)	5.11億元 (3.93億元、77%)	5.0億元 (4.29億元、86%)
7.保險對象收容於矯正機關醫療服務計畫	16.538億元 (13.67億元、83%)	16.538億元 (14.20億元、86%)	16.538億元 (15.83億元、96%)	16.538億元 (16.538億元、100%)	19.281億元 (17.594億元、91%)
8.提升保險服務成效	3億元 (2.98億元、100%)	6億元 (5.99億元、99.8%)	5億元 (4.83億元、96.5%)	5億元 (4.59億元、91%)	自114年起，由公務預算支應
9.調節非預期風險	10億元 (無支用)	10億元 (3.13億元、31.3%)	8億元 (8億元、100%)	4.406億元 (無支用)	20億元 (0.79億元、3.9%)
10.基層總額轉診型態調整費用	10億元 (10億元、100%)	8億元 (5.41億元、68%)	8億元 (5.68億元、71%)	8億元 (5.65億元、70.6%)	8億元 (4.86億元、60.7%)
11.因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能執行情形	-	-	-	40億元 (39.69億元、99.2%)	自114年起，由公務預算支應

註：1.()內資料為預算實際執行數及執行率 2.項次8、11於114年移出總額，由公務預算支應

44



【偏遠及弱勢照護】 山地離島地區醫療給付效益 提升計畫



45



IDS地區醫療給付效益提升計畫

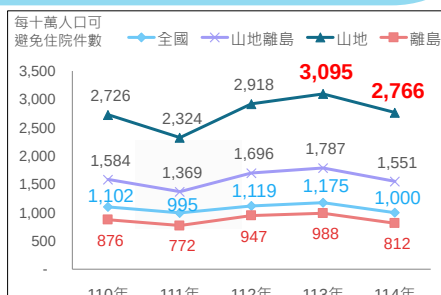


50 個山地離島地區，共 26 家特約醫院承作 32 個計畫(含偏鄉地區全人整合照護執行方案)



- 山地離島地區於當地「每人平均就醫次數」呈增加趨勢
- 近三年成長趨緩

- 離島地區可避免住院率較全國低
- 山地地區可避免住院率雖較全國高，惟114年較113年下降



註：1.統計對象為戶籍或投保於山地離島地區且在保之保險對象 2.門診就醫次數經年齡性別校正

46



【偏遠及弱勢照護】 居家醫療、居家醫療照護整合計畫、 在宅急症照護、轉銜長照2.0

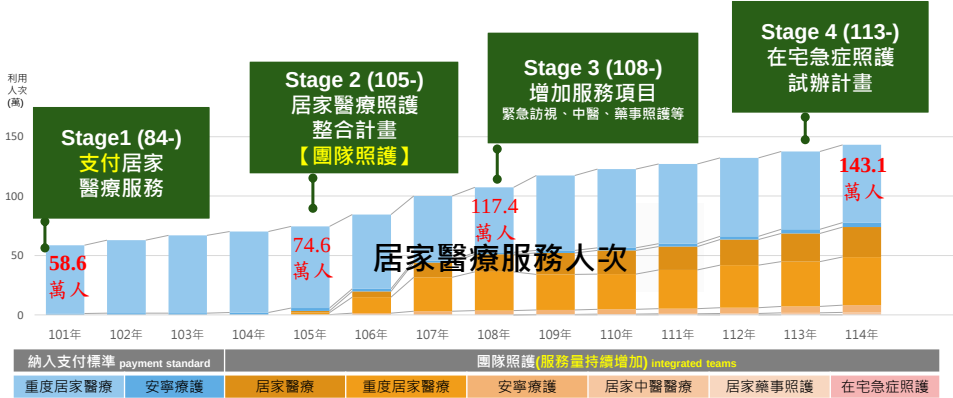


47



居家醫療照護服務(84年起)

- ◆ 健保居家醫療服務計畫，服務人次及支付項目持續增加，服務方式也不斷進展
- ◆ 從健保開辦84年起，由單一機構提供居家服務，105年起推動居家醫療照護整合計畫，鼓勵組成團隊共同提供服務，108年再增加多項支付項目
- ◆ 113年7月起，提供居家醫療替代住院，讓病情穩定患者儘早出院回歸家庭、社區
- ◆ 112年7月推動居家腹膜透析，114年6月推動居家血液透析，提升醫療品質

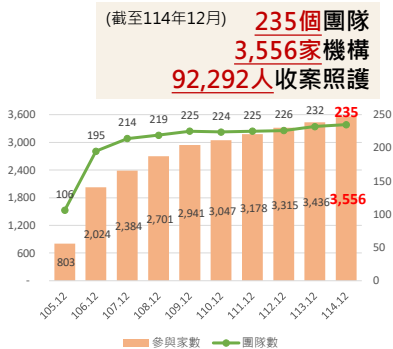
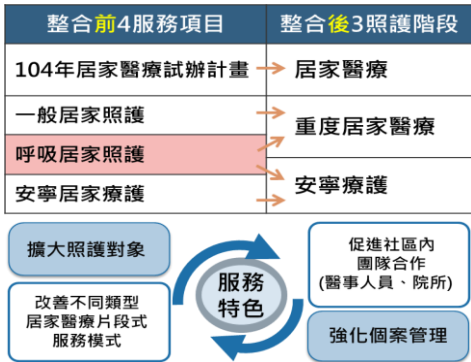


48



居家醫療照護整合計畫(105年2月起)

- ◆ 105年2月15日公告實施
- ◆ 整合多項居家照護，提供連續性醫療照護



114年照護對象收案後每月平均西醫門診就醫次數，較收案前下降0.56次

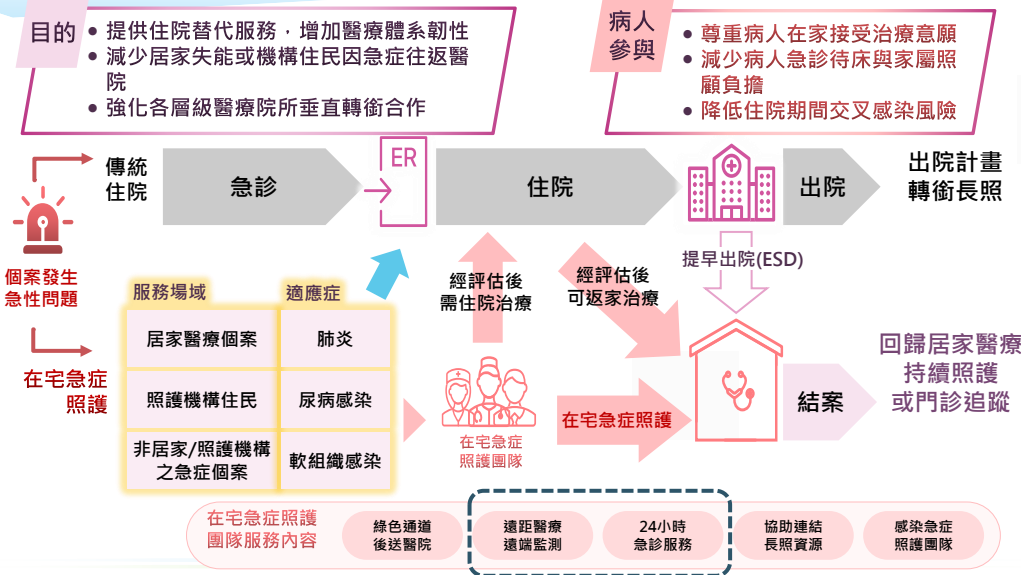
未來展望

- 持續精進服務與給付項目，提升院所參與意願及照護品質
- 推動在宅責任醫師制度，強化醫療與長照銜接
- 建置智慧化在宅醫療生態系，簡化第一線作業流程



在宅急症照護 環境熟悉治療安心

113.7.1起實施「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫(ACAH)」





在宅急症照護試辦計畫執行成效

114年執行成果



共185個團隊、830家院所參與，**逾7成**為基層醫療單位



收案對象計4,660人次，**逾9成**民眾可在家(照護機構)**完成治療**



照護天數：傳統住院需11-15天，在宅急症照護平均約**7.3天**完治，每天可替代占床**93.2床** (<10%轉急診或住院)

未來規劃及展望

擴大適應症

- 1. 居家安寧收案對象：不限感染症
- 2. 其他感染症、慢性肺病等

新增模式

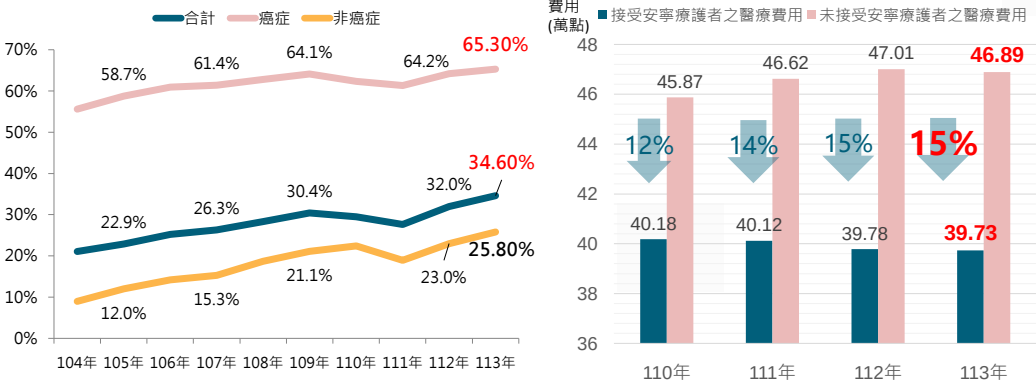
- 1. 提早出院模式(不限感染症類別)已於115年5月1日實施
- 2. 急診出院轉銜模式

51



臨終前安寧療護使用情形

- ◆ 113年**死亡前1年**接受安寧比率約**34.6%**，較前一年**增加2.6%**
- ◆ 113年**癌症病人**死亡前1年接受安寧比率約**65.3%**，較前一年**增加1.1%**
- ◆ 113年**癌末病人**死亡前6個月接受安寧療護之**每人醫療費用39.7萬**，與**未接受安寧者**每人醫療費用46.9萬相比，**減少15%**



52



安寧療護生命歷程 全人全程照護



53



【偏遠及弱勢照護】 收容於矯正機關者醫療 服務計畫

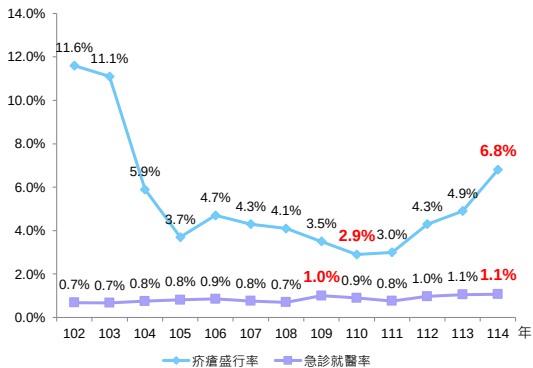


54



矯正機關醫療服務計畫執行成效

- ◆ 54所矯正機關依照地理位置分為34群，同一群組矯正機關由同一院所(或團隊)提供矯正機關西醫各專科、牙科、中醫科醫療服務，114年共124家院所參與。
- ◆ 114年矯正機關收容人每人門診平均就醫次數約為15.7次、住院平均次數約為0.12次，監內就醫占97%，除中醫就醫件數較113年下降826件(-6%)，餘皆上升。(註：114年國人平均每人門(急)診次數16.3次，平均每人住院次數0.15次)
- ◆ 管控指標：急診就醫率持平、疥瘡盛行率逐步上升



- ✓ 本計畫自113年開放口服疥瘡藥，並函請矯正署加強改善矯正機關之衛生環境，以減少疥瘡等傳染病發生。
- ✓ 疾管署已有定期監測矯正機關通報疥瘡病例數，本署持續監測疥瘡用藥治療情形。

未來展望

- 1.持續依實務需求滾動調整計畫。
- 2.透過跨部會合作，深化矯正醫療體系穩定與彈性，確保穩定提供收容人醫療服務。



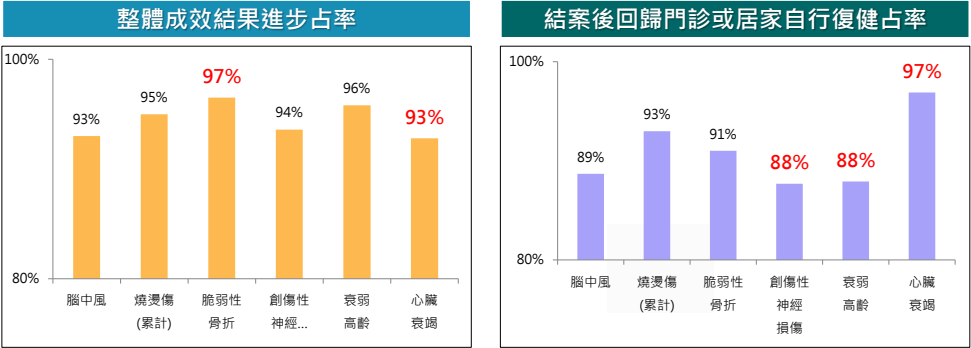
【促進體系合作】 急性後期整合照護計畫





急性後期整合照護計畫執行成效

- ◆ 114年累計腦中風6,817人、燒燙傷141人、脆弱性骨折3,992人、創傷性神經損536人、衰弱高齡614人及心臟衰竭1,787人；**支用預算約1.1億元**。
- ◆ 整體結果**進步**占率介於**93%~97%**；結案後**回歸門診或居家自行復健**占率介於**88%~97%**。



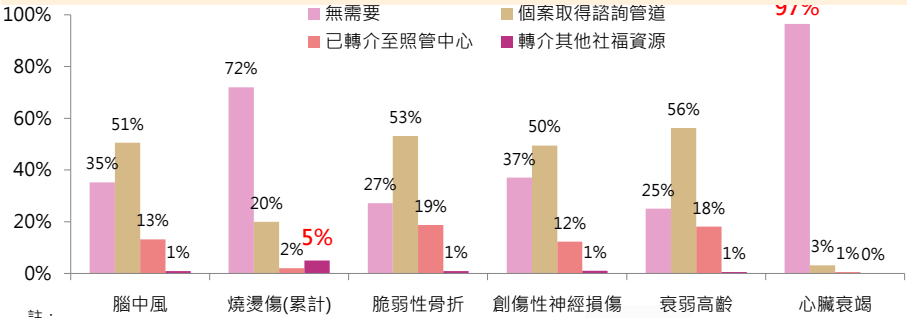
註1.本資料係院所登錄個案整體成效快速進步、穩定進步者占率。進步情形共分為退步、無差異、穩定進步、快速進步。
2.本以各類照護疾病之結案病人結果統計，未包含中途退出計畫未正常結案(如：死亡、病情轉變無法接受照護或自行中斷等)。
3.本資料係包含回歸門診或居家自行復健占率，餘個案流向包含安置於療護機構、病情轉變接受其他治療，未納入計算。

57



結案病人社福資源轉介

- ◆ 結案後**轉介照管中心**以**心臟衰竭**個案**最高(97%)**，轉介其他社福資源以**傷燙傷**個案**最高(5%)**。



註：
1.資料來源：中央健保署VPN-QP1急性後期整合照護計畫收案及結案資料(統計至114年12月31日收案資料、擷取日期(115.2.2))。
2.收案及結案人次依據收案日期歸戶(若跨年度結案，依收案日期歸年)。
3.部分個案中途退出計畫未正常結案(如：死亡、病情轉變無法接受照護或自行中斷等)，未納入計算。

未來展望：

- 評估放寬收案條件、延長照護天數及增加給付誘因。
- 鼓勵地區醫院轉型，以擴大照護服務。

58

急性後期醫療與長照銜接-復健病房

促進具復健潛能患者持接受整合性照護，提升功能恢復、返家率並降低再入院率



未來視成效逐步拓展，擴大受益對象與服務範圍，實現高品質復健與長照無縫銜接

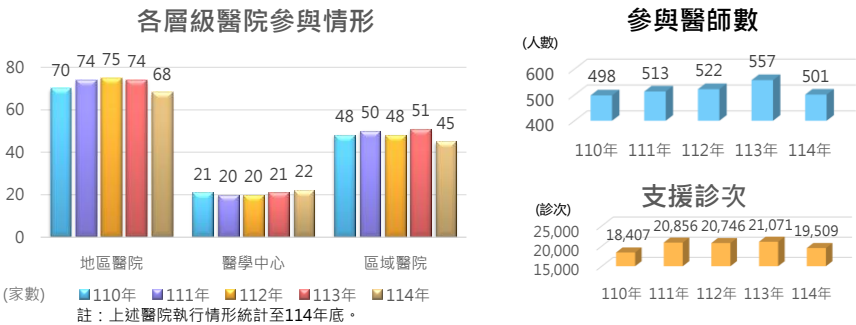
【促進體系合作】 跨層級醫院合作計畫





跨層級醫院合作計畫院所參與情形

- ◆ 114年有**68個團隊**參與本計畫，由67家醫學中心與區域醫院及10家基層診所，共**501名醫師**提供**19,509支援診次服務**。
- ◆ 114年申報點數約**0.60億元**。



未來展望：將持續加強監測執行成效，輔導院所改善指標達成情形，提升醫療品質。



【促進體系合作】 遠距醫療給付計畫





遠距醫療給付計畫服務鄉鎮持續增加

看診模式

在地院所醫師親自診察病人，遠距院所專科醫師透過視訊給予診療建議，共同合作照護。

支付方式

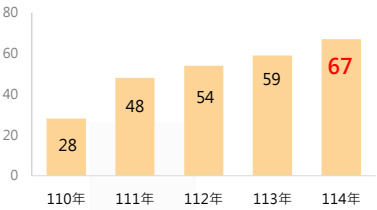
- ◆ 專科門診遠距會診(論服務量、論次)
- ◆ 急診遠距會診(論服務量)
- ◆ 在地端門診診察費及居整計畫醫師訪視費(114年8月起調升為加計3成)

遠距醫療給付計畫持續依需求擴大服務內容，**114年8月起修訂**，新增以下規範：

- 取消遠距會診專科別限制。
- 開放適用地區巡迴點執行服務。
- 提升在地端診察費加成。

執行情形

- 遠距計畫自110年起施行，截至114年底，服務地區由28鄉鎮成長至67鄉鎮。
- 114年門診遠距會診當次轉診(轉出)率為2.8%。



■ 服務鄉鎮數

註：門診遠距會診當次轉診(轉出)率
分子：在地院所門診(不含急診)遠距會診當次轉診(轉出)件數
分母：在地院所門診(不含急診)遠距會診件數

63



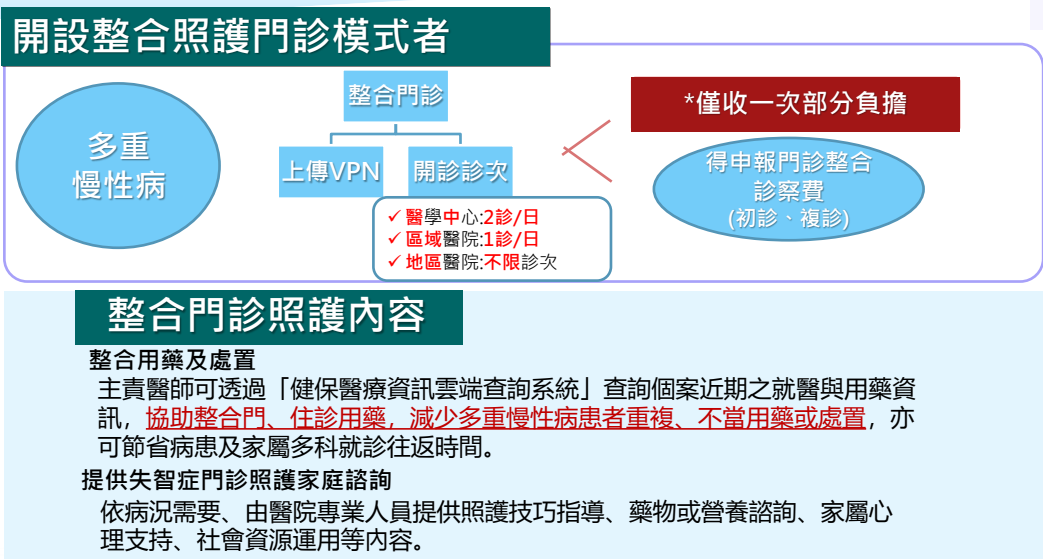
【促進體系合作】 醫院以病人為中心門診整合 照護計畫



64



醫院門診整合照護計畫執行方式



65



醫院門診整合照護計畫執行情形

照護模式	開設整合門診
執行方式	以整合門診方式提供多重慢性病人整合照護服務
給付項目	1.門診整合初診診察費(1,500點*1次) 2.門診整合複診診察費(1,000點*2次)
參與家數	137家
照護(收案)人數	9,461人

失智症門診照護家庭諮詢	
收案條件	經神經科或精神科專科醫師確診為失智症，評估有諮詢需要，且其失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(CDR)值≥1或簡易心智量表(MMSE)≤23者
支付點數	諮詢服務時間15(含)~30分鐘：支付300點 (P5201C) 諮詢服務時間30分鐘(含)以上：支付500點 (P5202C)
申報情形	114年本項目申報人數約5,017人，醫療費用點數約為288萬點

66



照護計畫監測指標比較

◆執行成效：3項指標參與個案皆優於未參與者。

- ✓每人西醫門診申報件數
- ✓每人急診申報件數
- ✓每人西醫門診藥品品項數

未來規劃

114年服務診次及服務人數較113年下降，將持續檢討並進一步分析可能原因，**研擬評估是否需修訂計畫**或與相關整合照護計畫整合。

項目 \ 年度	113
關鍵績效指標	
1.每人西醫門診申報件數	
--照護前	28.4
--照護後	26.8
--差值(=照護後-照護前)	-2.3
2.每人急診申報件數	
--照護前	0.9
--照護後	0.9
--差值(=照護後-照護前)	-0.1
3.每人西醫門診藥品品項數	
--照護前	28.9
--照護後	28.8
--差值(=照護後-照護前)	-1.6

67



【提升保險成效】 腎臟病照護與病人衛教

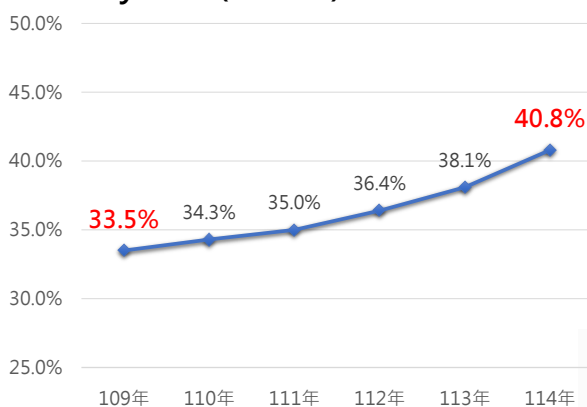


68



Early-CKD醫療給付改善方案

◆ Early-CKD(含DKD)照護率持續上升



註：1.資料來源：本署四代倉儲醫令及明細檔。(資料擷取時間:115年2月5日)
 2.照護率：分母：前一年度門診申報醫令代碼前3碼為P43或符合收案條件之初期慢性腎臟病人數
 分子：分母病人中，門診申報醫令代碼前3碼為P43或P70之歸戶人數
 3.114年參與院所數計1,657家、醫師數5,908人、照護人數687,500人(均含DKD)。

未來展望：

- 持續輔導院所積極參與計畫，擴大收案及管理照護，提升照護率。
- 為達「全人照護」目標，推動家醫計畫與P4P-DM/Early CKD/DKD整合，讓病人能於同一家診所接受整合性醫療照護，期延緩慢性病的病程。

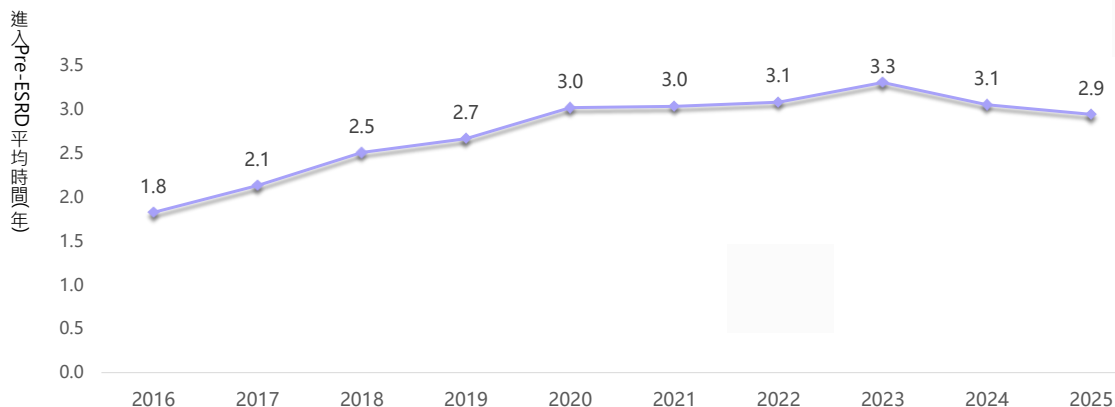
69



Early-CKD方案照護成果

◆ 有效延緩病程發展

分析Early-CKD自收案至進入Pre-ESRD的平均天數，從105年的1.8年，至114年延長為2.9年。

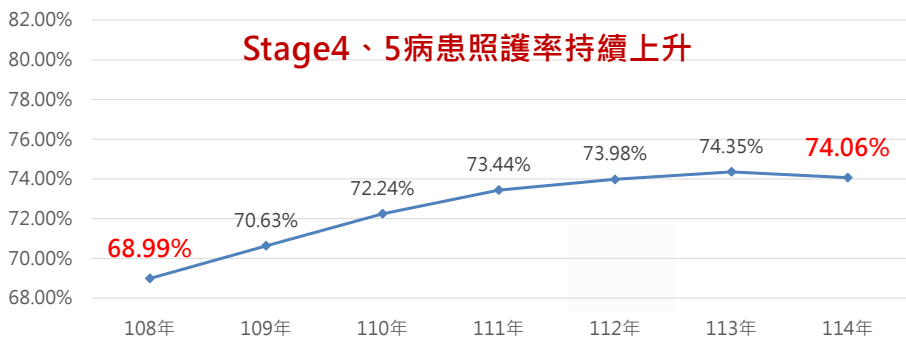


註：1.資料來源：全民健康保險資料庫。
 2.收案至進入Pre-ESRD的平均時間：指收案個案結案轉入Pre-ESRD與初診之間隔時間。



Pre-ESRD病人衛教與照護計畫

- ◆ 歷年Pre-ESRD個案照護率持續上升
- ◆ 早期發現並積極治療與介入，以有效延緩進入透析治療之時機與併發症之發生



註：
1. 分母：前12月門診兩次或住診一次就醫主診斷N184-186、049符合收案條件之歸戶病人數，排除洗腎及死亡人數。
2. 分子：申報醫令代碼前3碼為P34之歸戶人數(ID歸戶)。



【提升保險成效】 全民健康保險提升用藥品質之 藥事照護計畫





計畫內容與執行成效

計畫目的



- 具有潛在用藥風險者，協助發現並解決藥品治療問題。
- 建立正確服用藥品觀念，提升療效與用藥安全。
- 建立醫事人員間溝通與合作模式，增進照護品質。

計畫目的



- ◆ 藥師判斷性服務
- ◆ 用藥配合度諮詢服務
- ◆ 用藥配合度諮詢服務-追蹤
- ◆ 醫師轉介服務費
- ◆ 藥師判斷性服務 - 醫師共同照護費

執行狀況及結果

- ◆ 藥師判斷性服務：醫師對藥師建議事項之回應比率80.5%。
- ◆ 用藥配合度諮詢服務：個案配合度提升比率95.7%。
- ◆ 114年度共計服務20,162人次。
- ◆ 參與計畫藥師共718人。
- ◆ 收案保險對象使用藥品品項數下降8.65%。

未來展望

透過醫師及藥師跨專業合作，提升用藥安全與疾病管理成效。

73



小結-其他預算計畫執行成果



升級偏鄉服務 擴大弱勢照護

- ✓ 持續IDS並逐步轉型全人計畫，落實整合全人照護
- ✓ 擴大居家服務，整合居家照護，確保服務連續性
- ✓ 提供在宅急症照護，替代住院服務，提升醫療韌性



促進體系整合 提升照護效率

- ✓ 急性後期整合照護，具明確功能恢復與轉銜成效
- ✓ 遠距醫療給付計畫，提升偏鄉專科照護可近性
- ✓ 跨層級醫院合作計畫，落實醫療分級及體系合作



提升照護品質 創造整體成效

- ✓ 各項早期腎病變照護，可早期介入、延緩透析時機
- ✓ 藥事照護計畫，展現跨專業合作提升用藥安全成效
- ✓ 安寧療護生命歷程照護，確保病人尊嚴，減少支出



- ◆ 各計畫已從早期單點給付走向全人、連續、整合與成效導向模式。
- ◆ 後續將持續上述三個方向，落實各項全人整合照護模式。

74



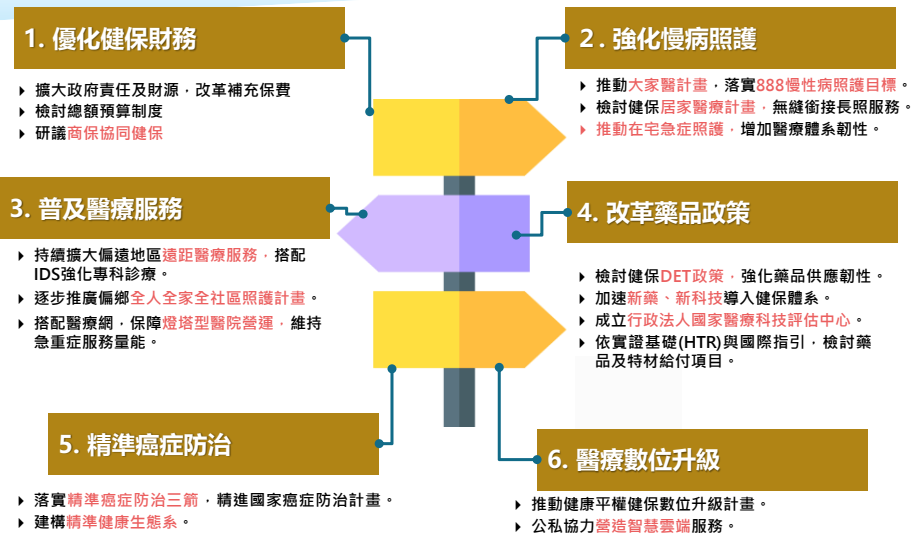
報告總結



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



健康台灣 健保改革藍圖



謝謝聆聽
敬請指教



衛生福利部中央健康保險署

