



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



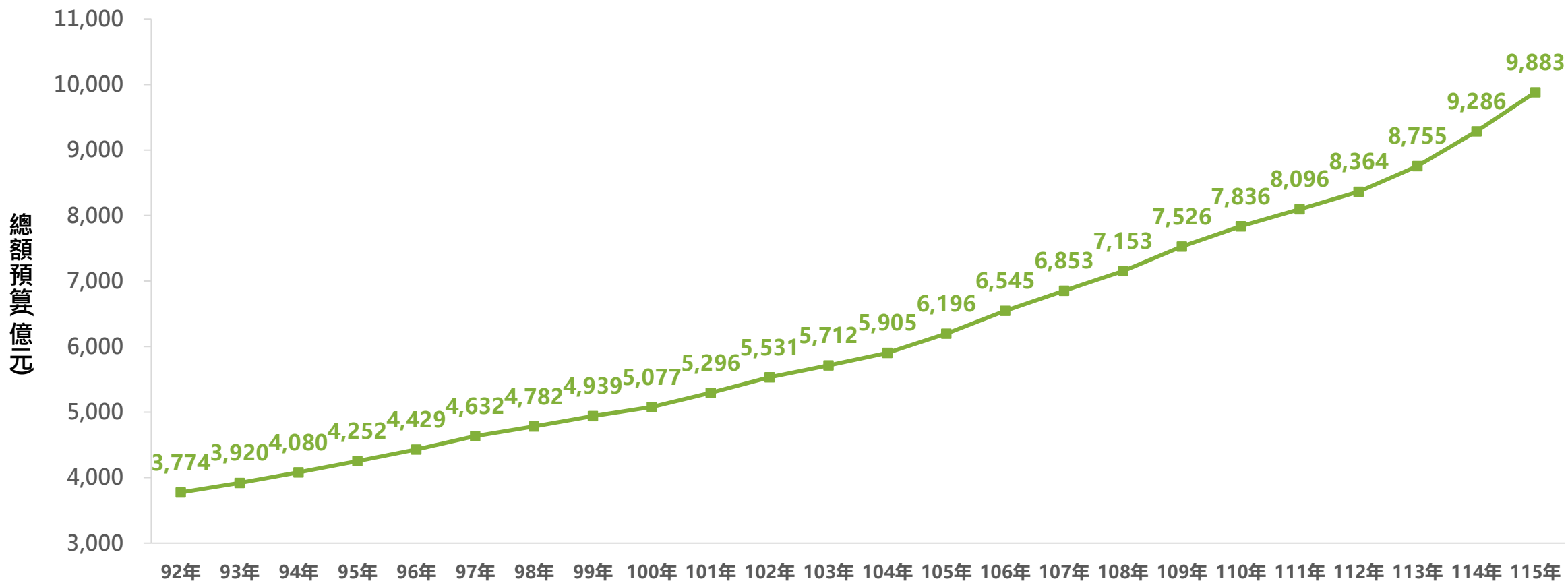
各總額部門執行概況

- 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



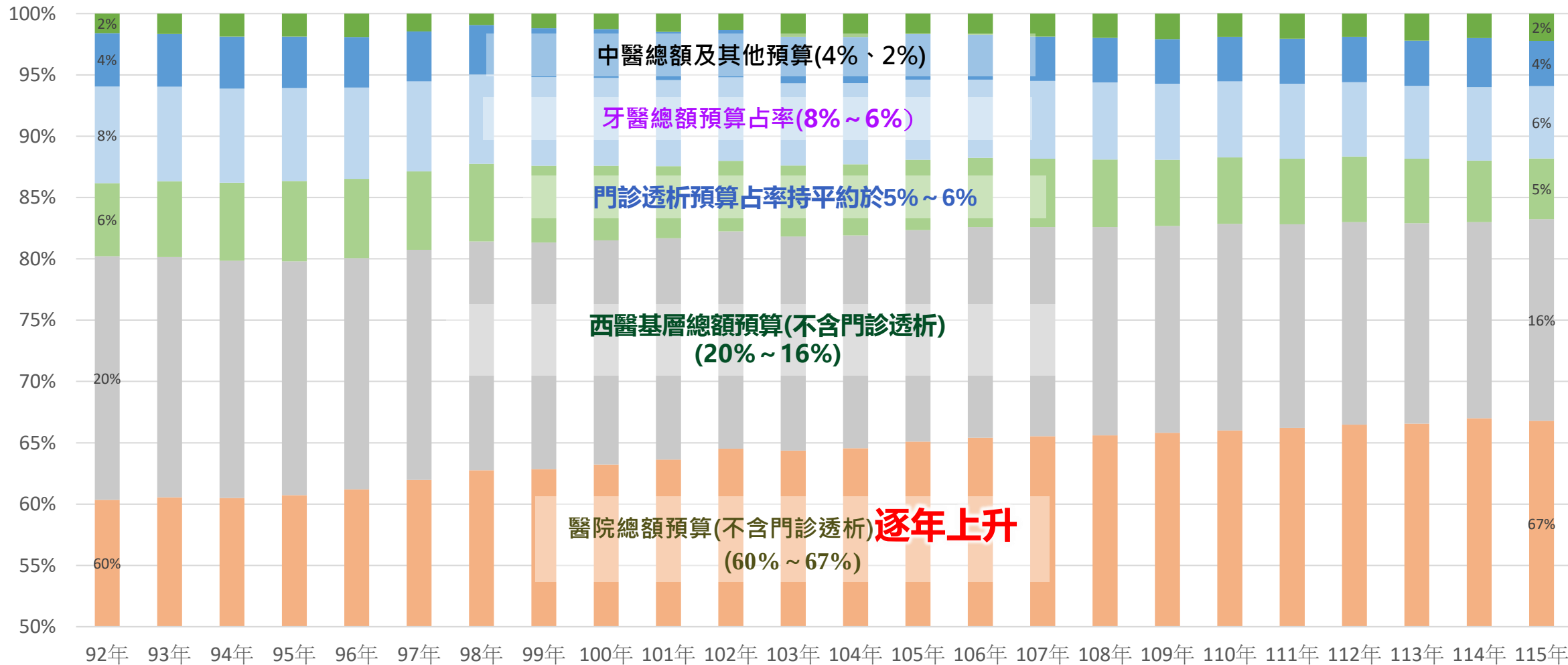
整體配置：總額開辦後之歷年協定預算

115年總額預算達9,883億元，較92年總額預算成長2.62倍。



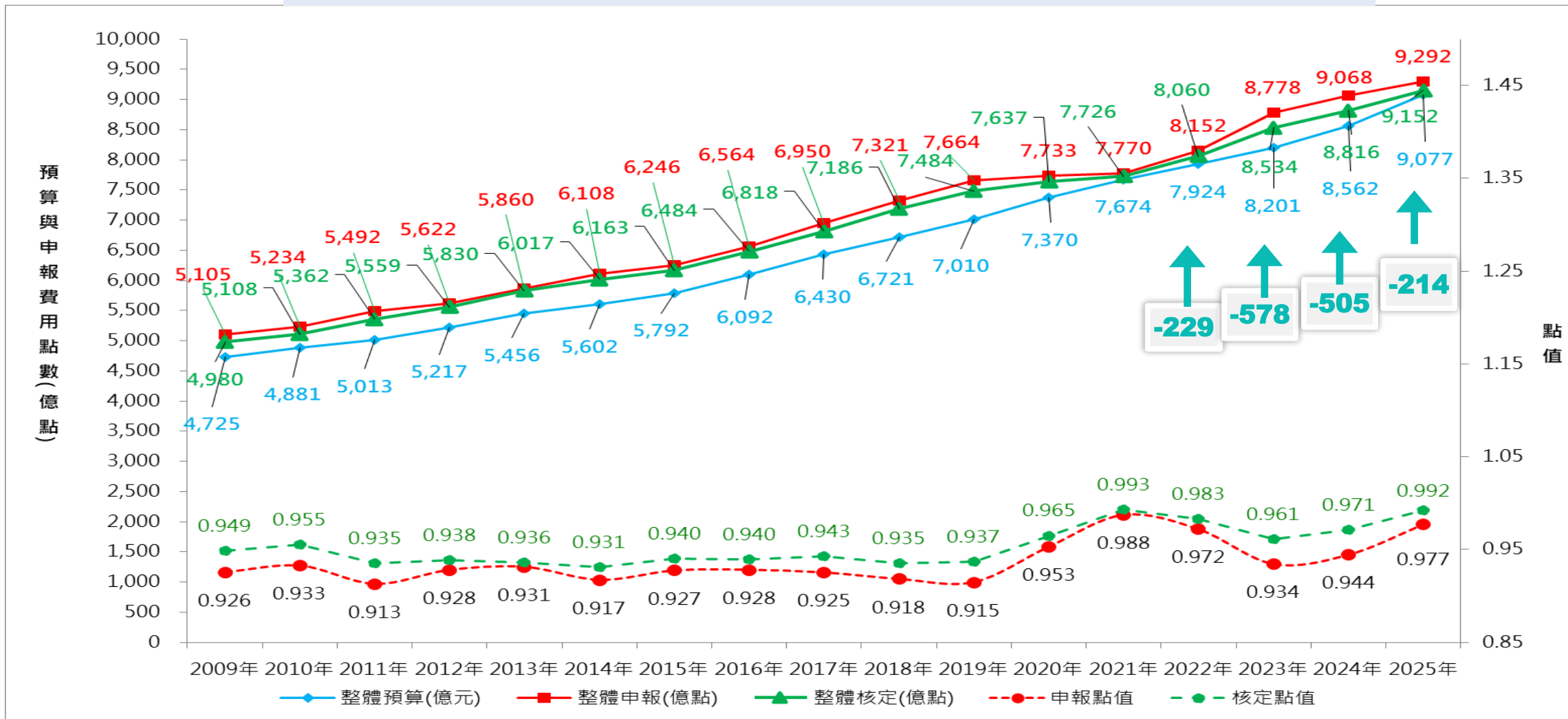
整體配置： 92-115年各總額部門之預算占率

■ 醫院總額
 ■ 西醫基層
 ■ 門診透析
 ■ 牙醫總額
 ■ 中醫總額
 ■ 其他總額



擴大健康投資 健保點值達0.977

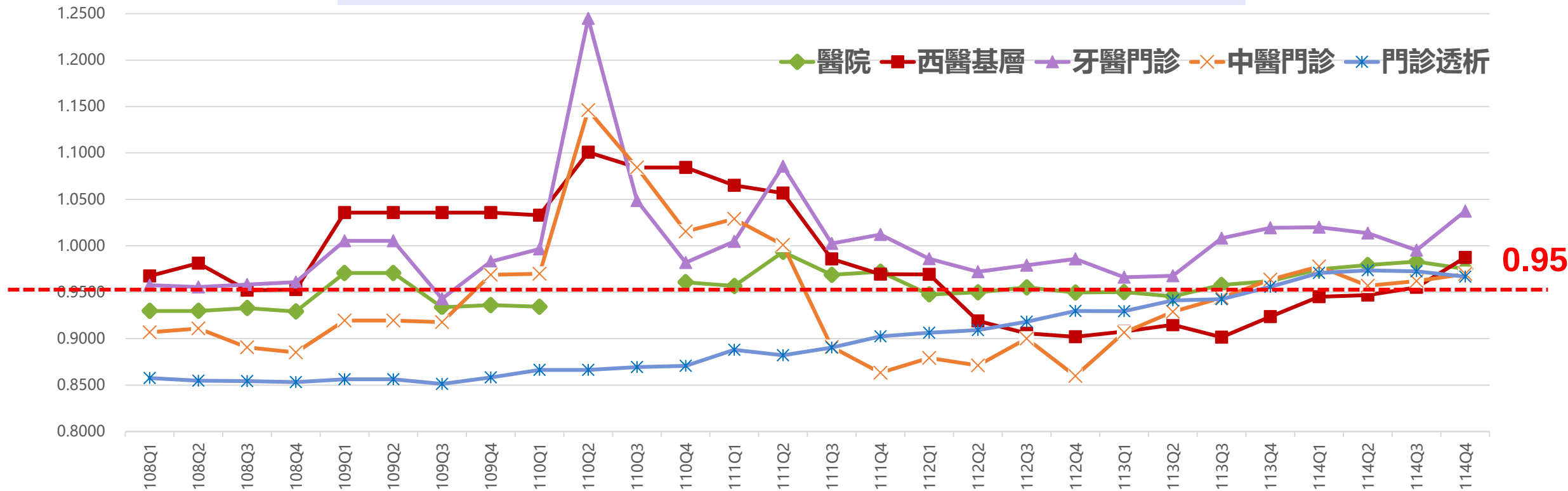
逐年增加總額預算，預算與申報醫療點數之差額趨近



- ◆ 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-)
- ◆ 預算擬自衛生福利部公告值，2025年核定點數為預估數

各總額部門一般服務平均點值趨勢

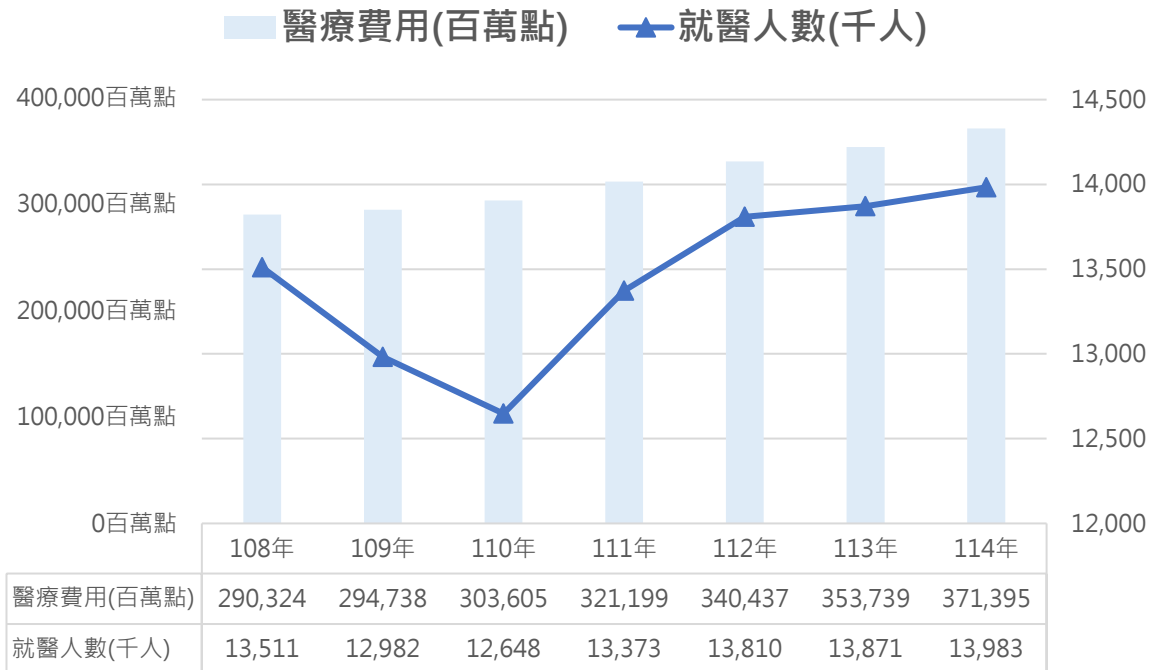
114年第4季各部門點值均大於每點0.95元



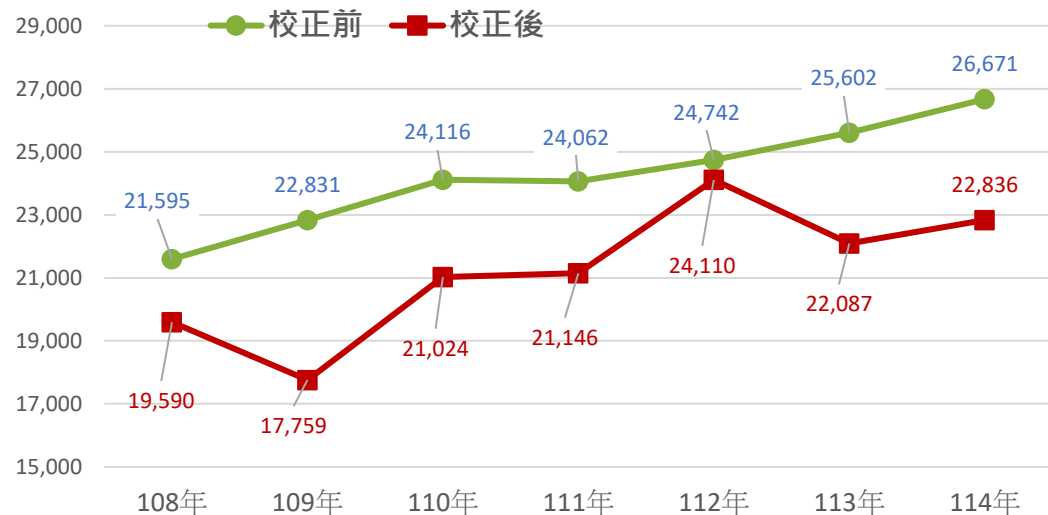
- ◆ **疫情時期(109及110年):** 109及110年因受疫情影響，民眾減少非必要就醫，各部門平均點值均於0.9以上(醫院總額110Q2、Q3因結算方式改變，故無一般服務點值)，門診透析則不受影響，維持在0.9。
- ◆ **後疫情時期(111-113年):** 受民眾就醫習慣改變及COVID-19費用改由健保總額支應影響，111、112年點值低於疫情前，113年則在各界的努力下，點值則有所回升，其中醫院、牙醫、中醫及透析之平均點值已高於疫情之前。
- ◆ **目前(截至114年第4季):** 健保署透過推動個別醫院總額、慢性病整合、鼓勵居家腹膜透析等改革措施，114年第4季各部門均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

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)



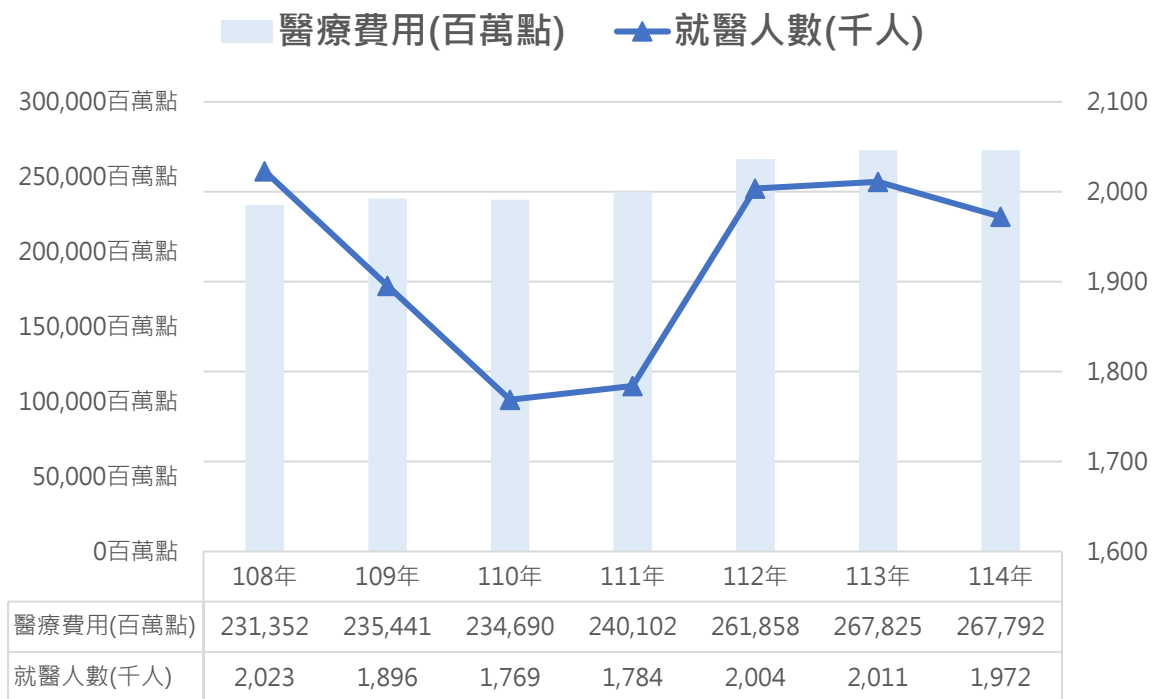
備註：

- 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

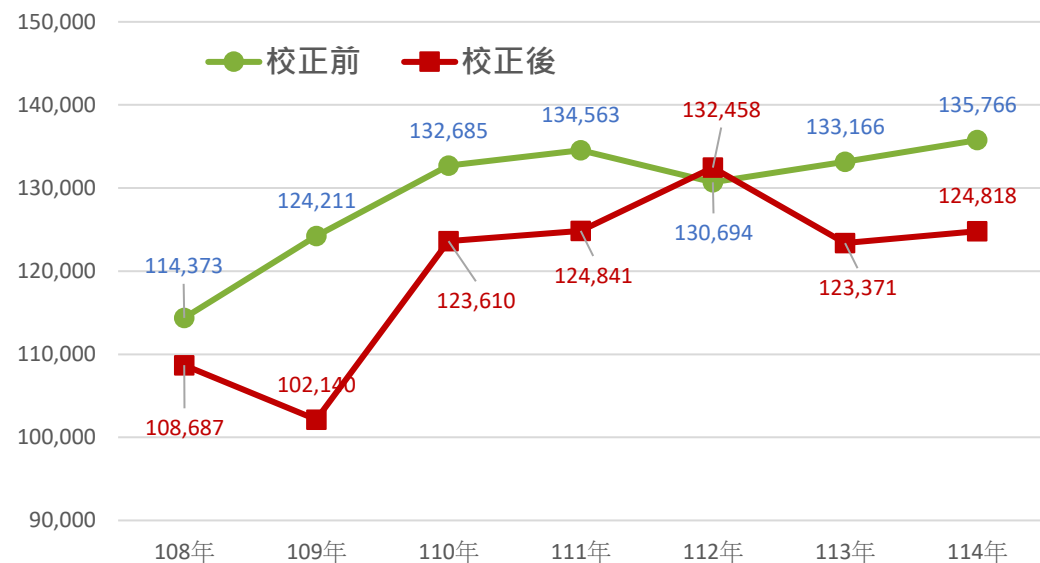
- ◆ 受疫情影響，醫療費用和就醫人數顯示出波動，但整體呈現上升趨勢。108年到114年期間，醫療費用從2,903億點增加到3,714億點，而就醫人數從1,351萬人增加到1,398萬人。
- ◆ 經年齡、性別校正後，平均每人醫療費用有所減少，顯示人口結構的改變存在一定程度的影響。

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



備註：

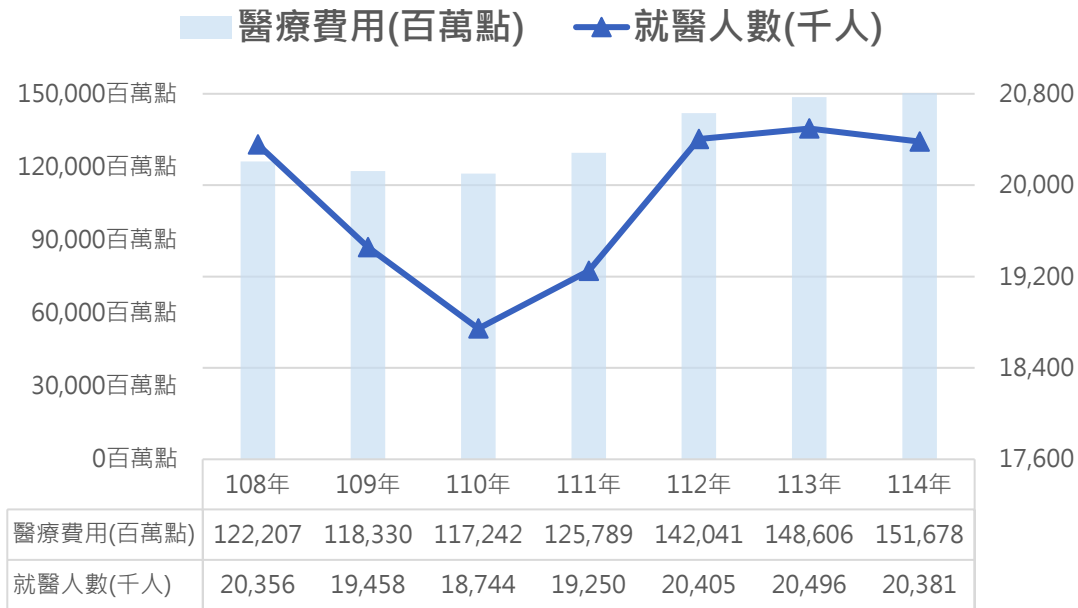
- 1.以民國100年就醫人數之年齡、性別結構進行校正
- 2.平均每人所需醫療費用=醫療點數/就醫人數

- ◆ 受疫情影響，醫療費用和就醫人數顯示出波動，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202萬人減少為到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。

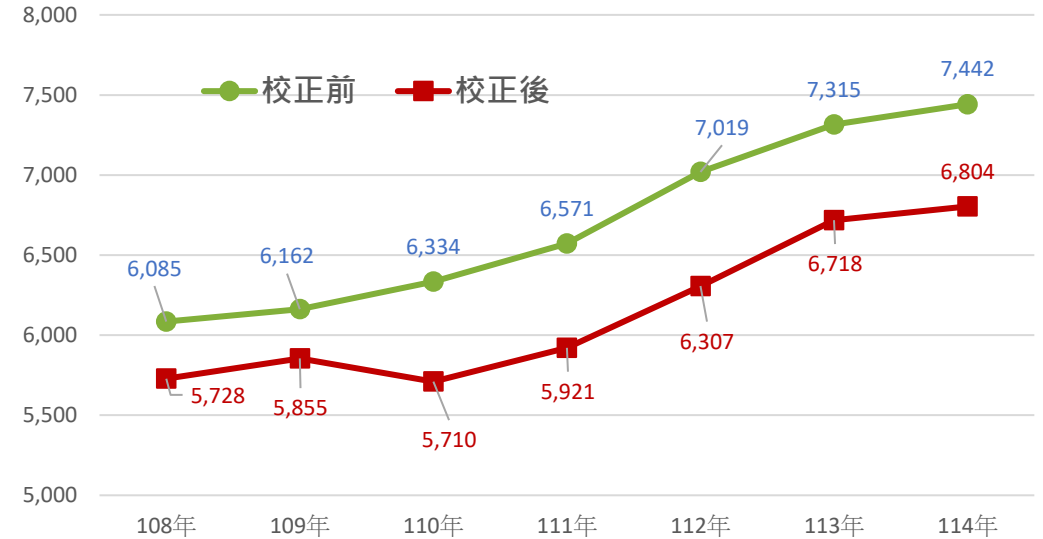
各部門執行情形呈現：西醫基層總額

西醫基層：就醫人數與醫療費用趨勢

西醫基層：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



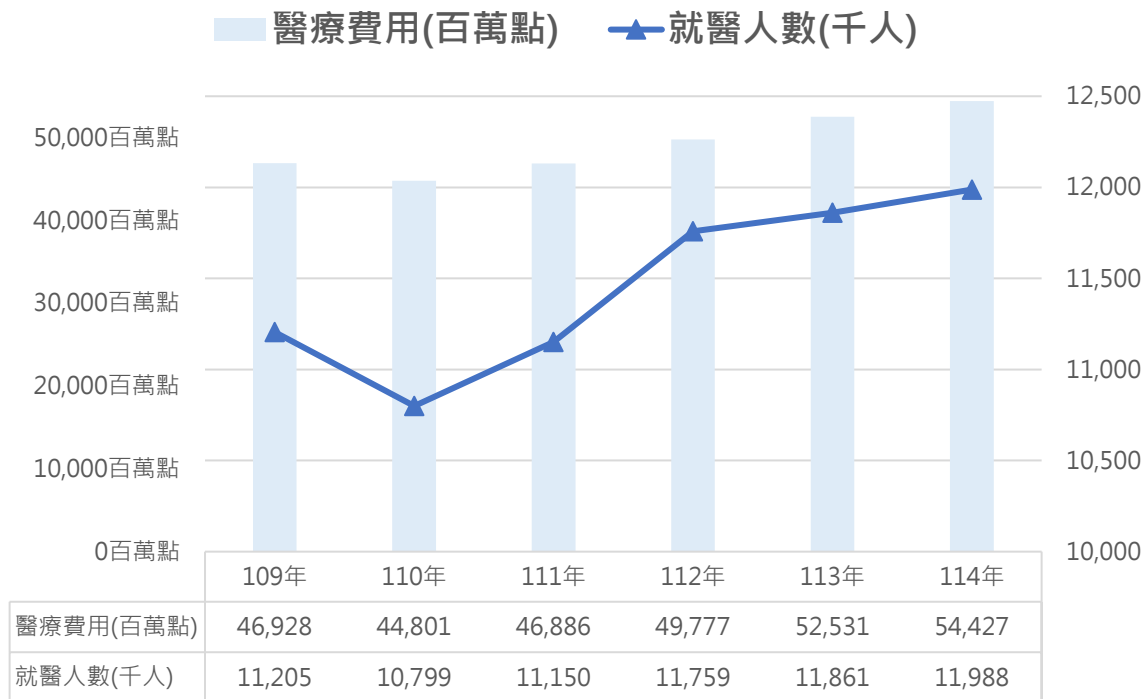
備註：

- 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

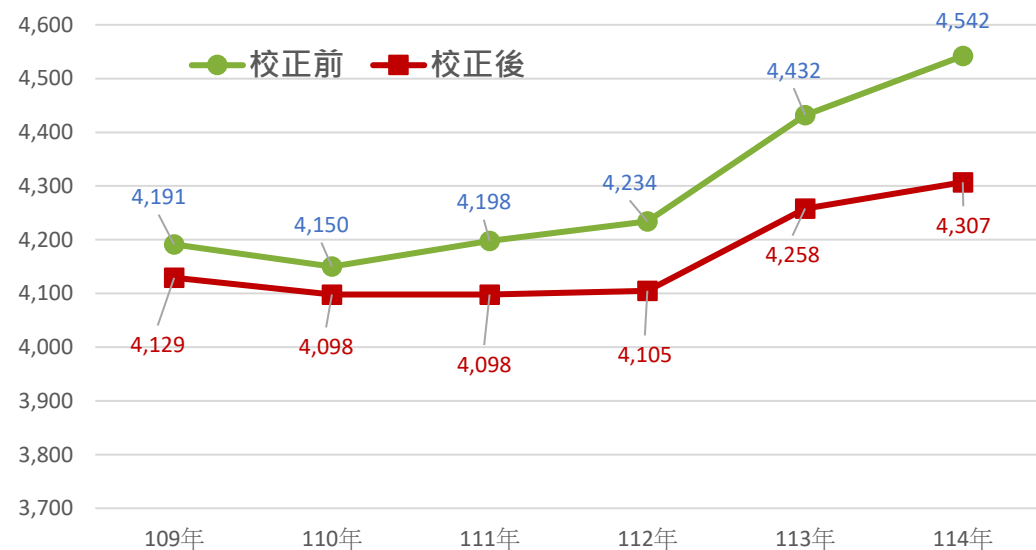
- ◆ 受疫情影響，醫療費用和就醫人數顯示出波動，但整體呈現上升趨勢。108年到114年期間，醫療費用從1,222億點增加到1,517億點，而就醫人數從2,036萬人增加為到2,038萬人。
- ◆ 經年齡、性別校正後，平均每人醫療費用有所減少，顯示人口結構的改變存在一定程度的影響。

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



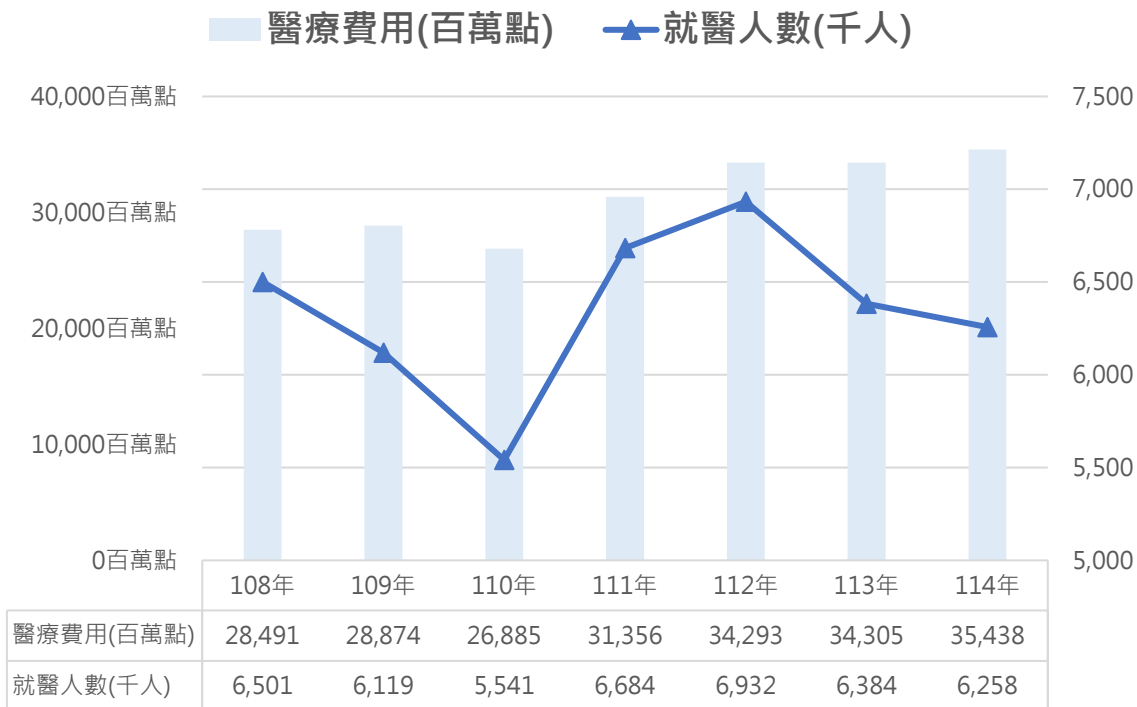
備註：

- 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

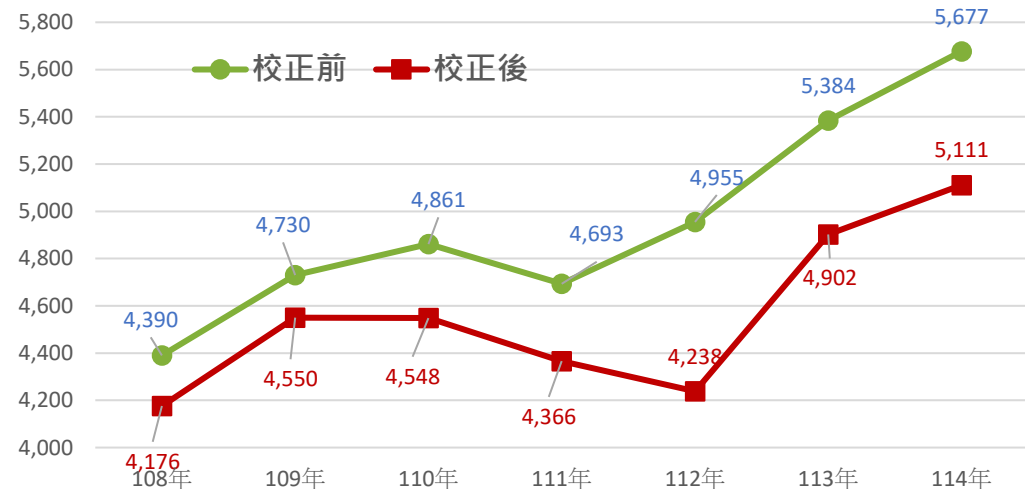
- ◆ 受疫情影響，醫療費用和就醫人數顯示出波動，但整體呈現上升趨勢。109年到114年期間，醫療費用從469億點增加到544億點，而就醫人數從1,121萬人增加到1,199萬人。
- ◆ 經年齡、性別校正後，平均每人醫療費用有所減少，顯示人口結構的改變存在一定程度的影響。

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



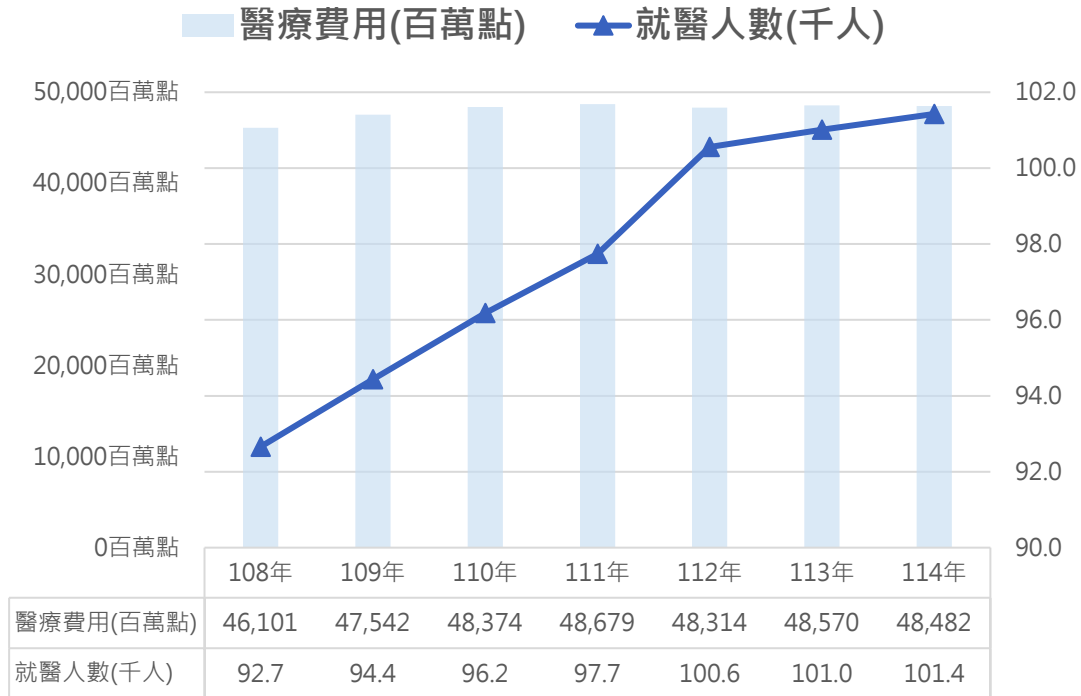
備註：

- 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

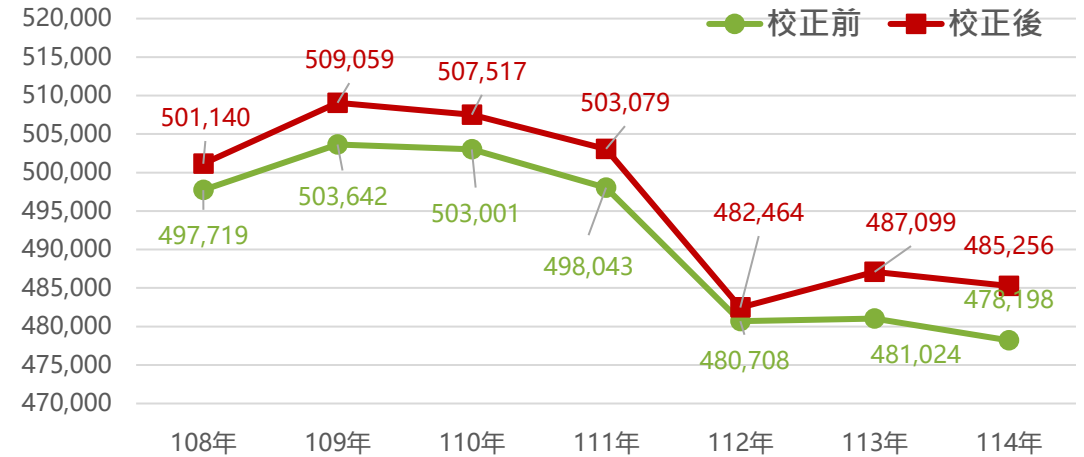
- ◆ 受疫情影響，醫療費用和就醫人數顯示出波動，108年到114年期間，醫療費用從285億點增加到354億點，呈現上升趨勢，而就醫人數從650萬人減少為到626萬人，小幅減少。
- ◆ 經年齡、性別校正後，平均每人醫療費用有所減少，顯示人口結構的改變存在一定程度的影響。

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



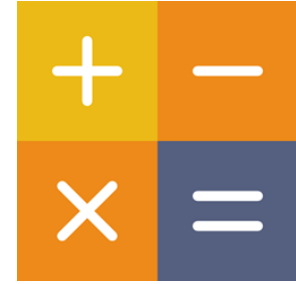
法源依據

- 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

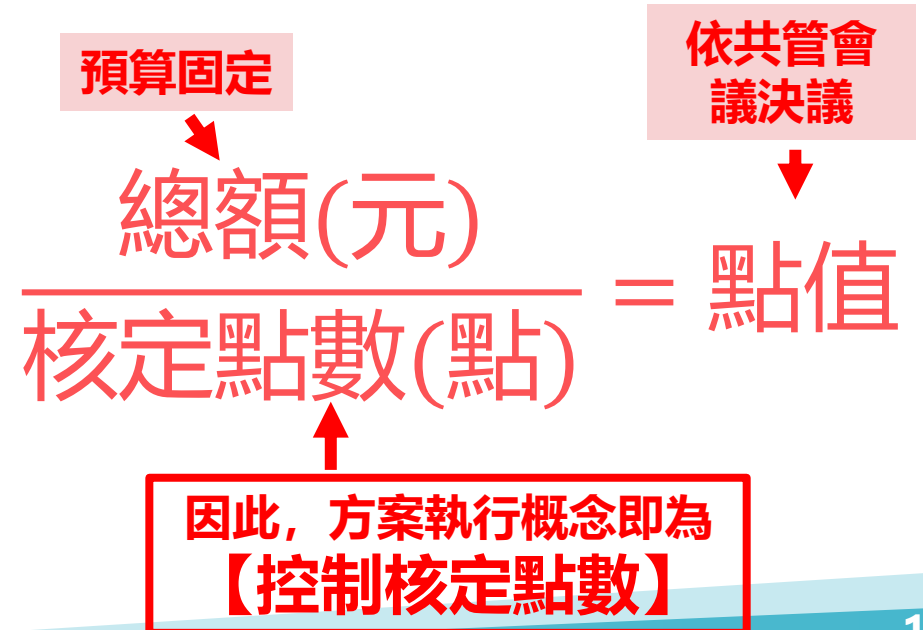


醫界共識

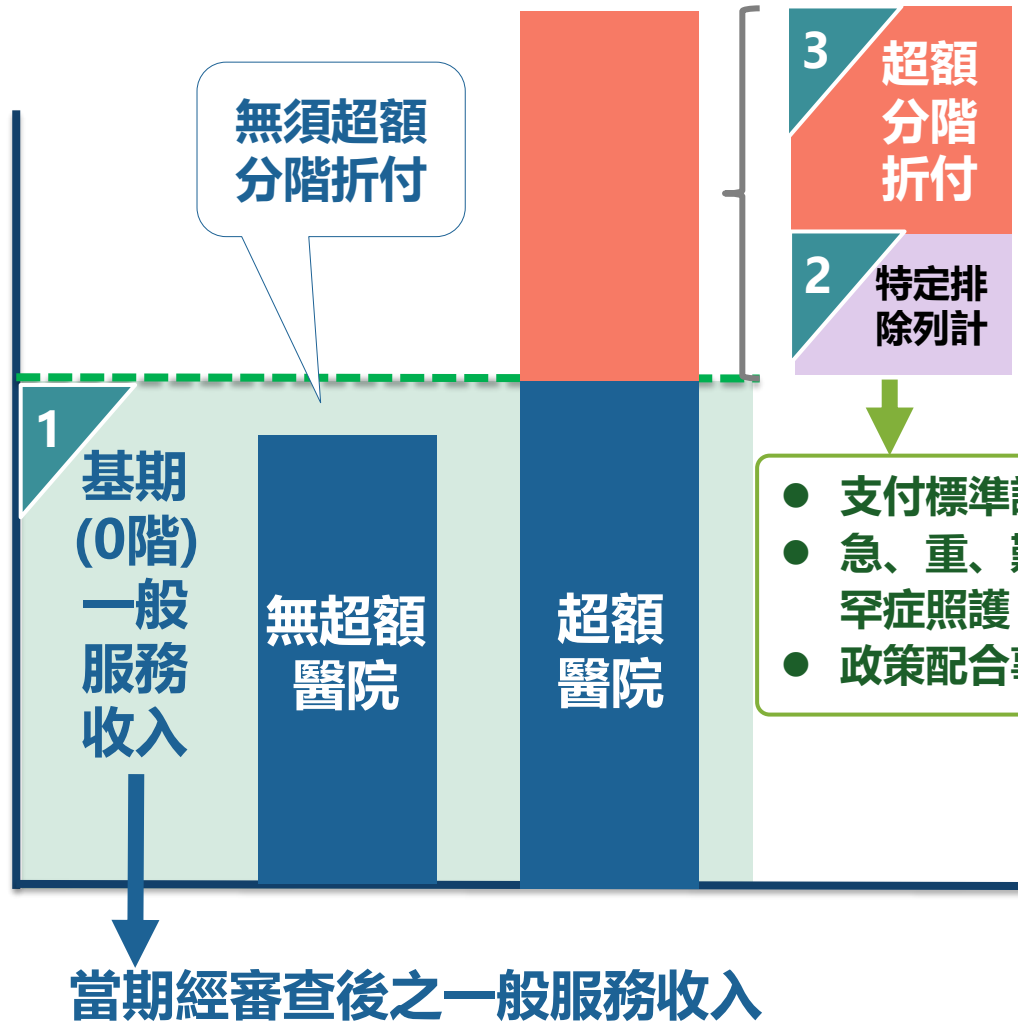
- 透過院長會議 & 共管會決議通過後執行
- 分區全數醫院皆需納入管理



執行概念



114年個別醫院總額執行情形-共通性執行架構



階4	x 點值4(為0)
階3	x 點值3=階3收入
階2	x 點值2=階2收入
階1(合理成長點數)	x 點值1=階1收入

- 階1~3之成長點數帶入不同點值核付
- 階4點值為0
- 依當季可支用預算調整各階支付比例



財務穩定機制、確保照護品質
依分區特性調整執行細節

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

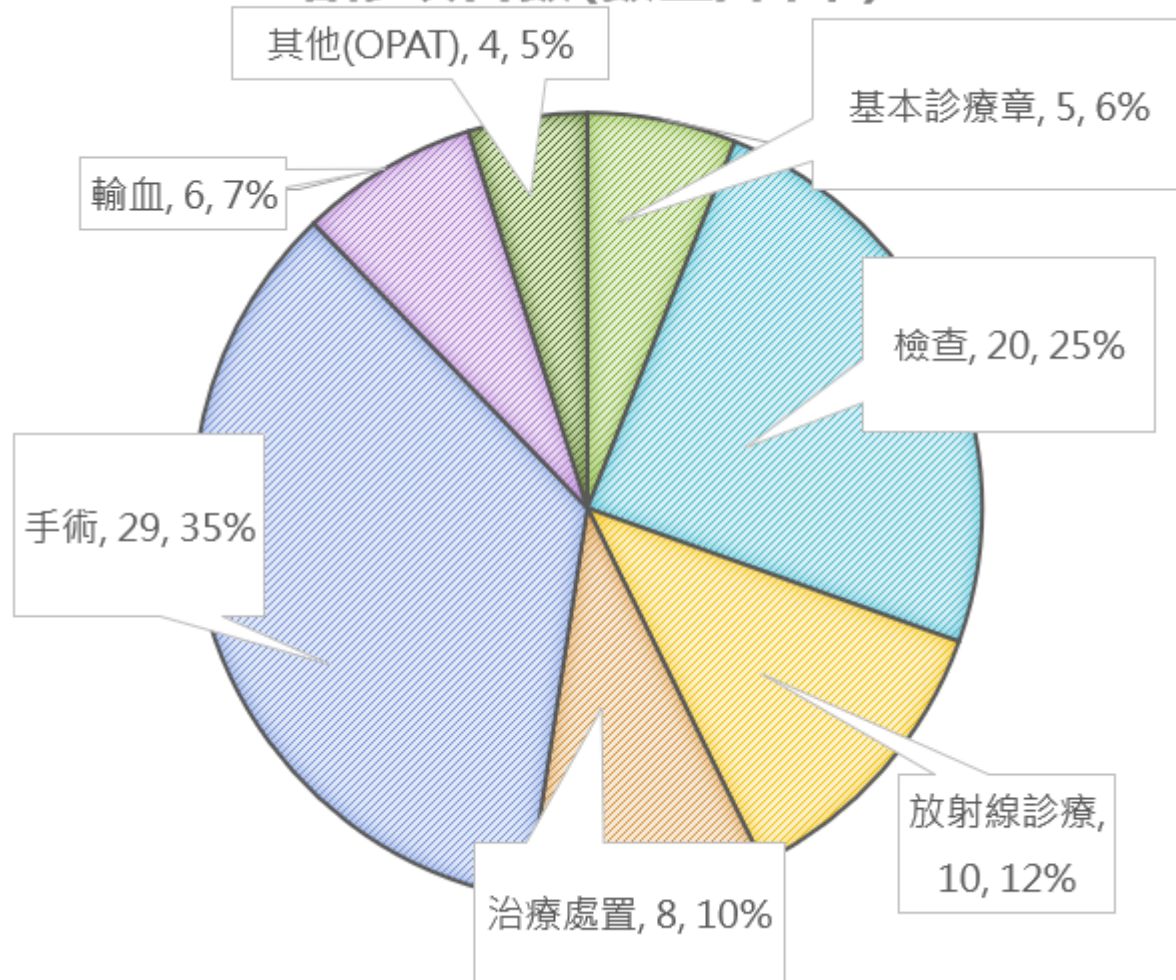
114年度新增/修訂支付標準預算執行狀況

- 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。

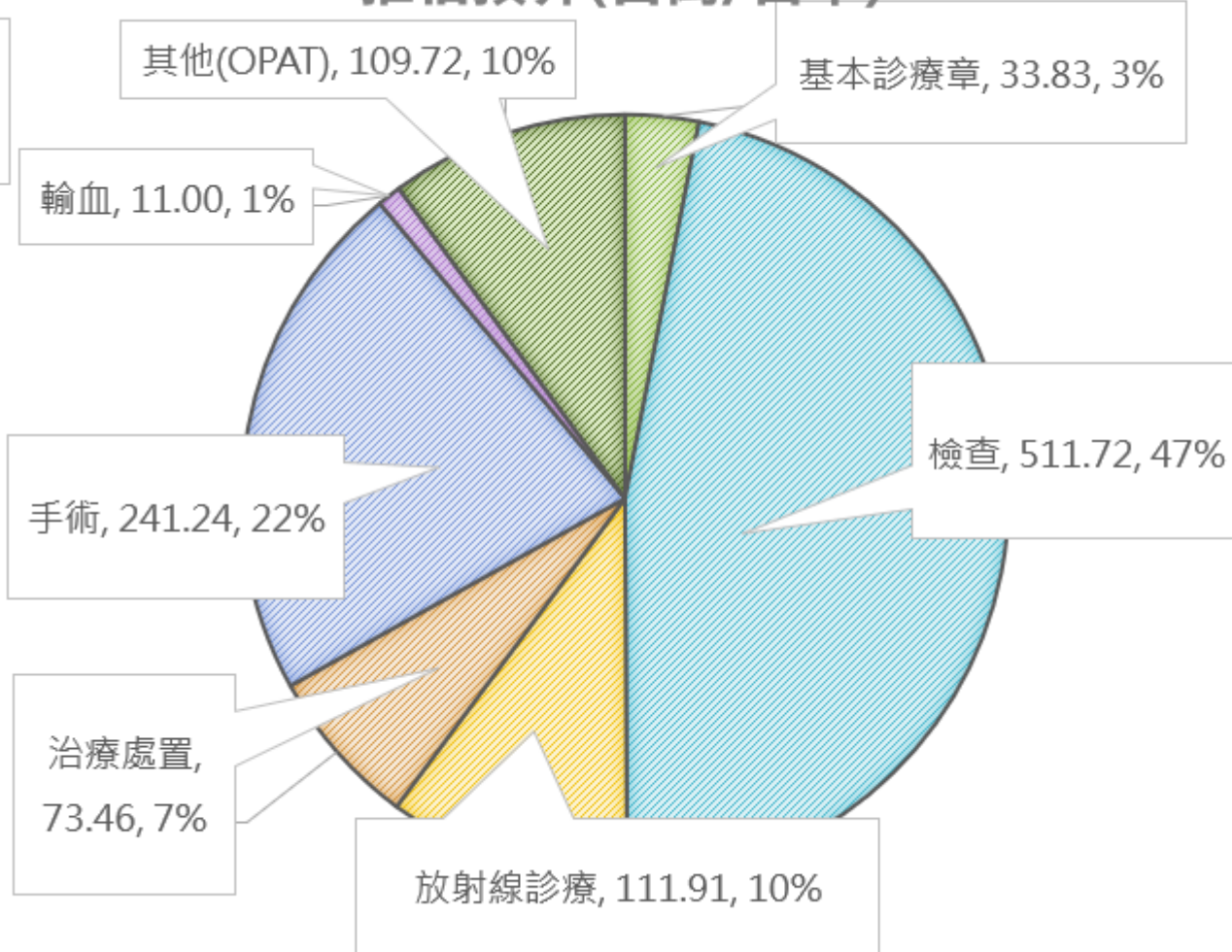
114年度新增/修訂支付標準

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**

增修項目數(數量/占率)



推估預算(百萬/占率)





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 度 預算年度	申報年	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	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	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
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)

預算 年度	申報 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	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		
	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		
	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

資料來源：健保署四代倉儲(擷取日：115.02.02)

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

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

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

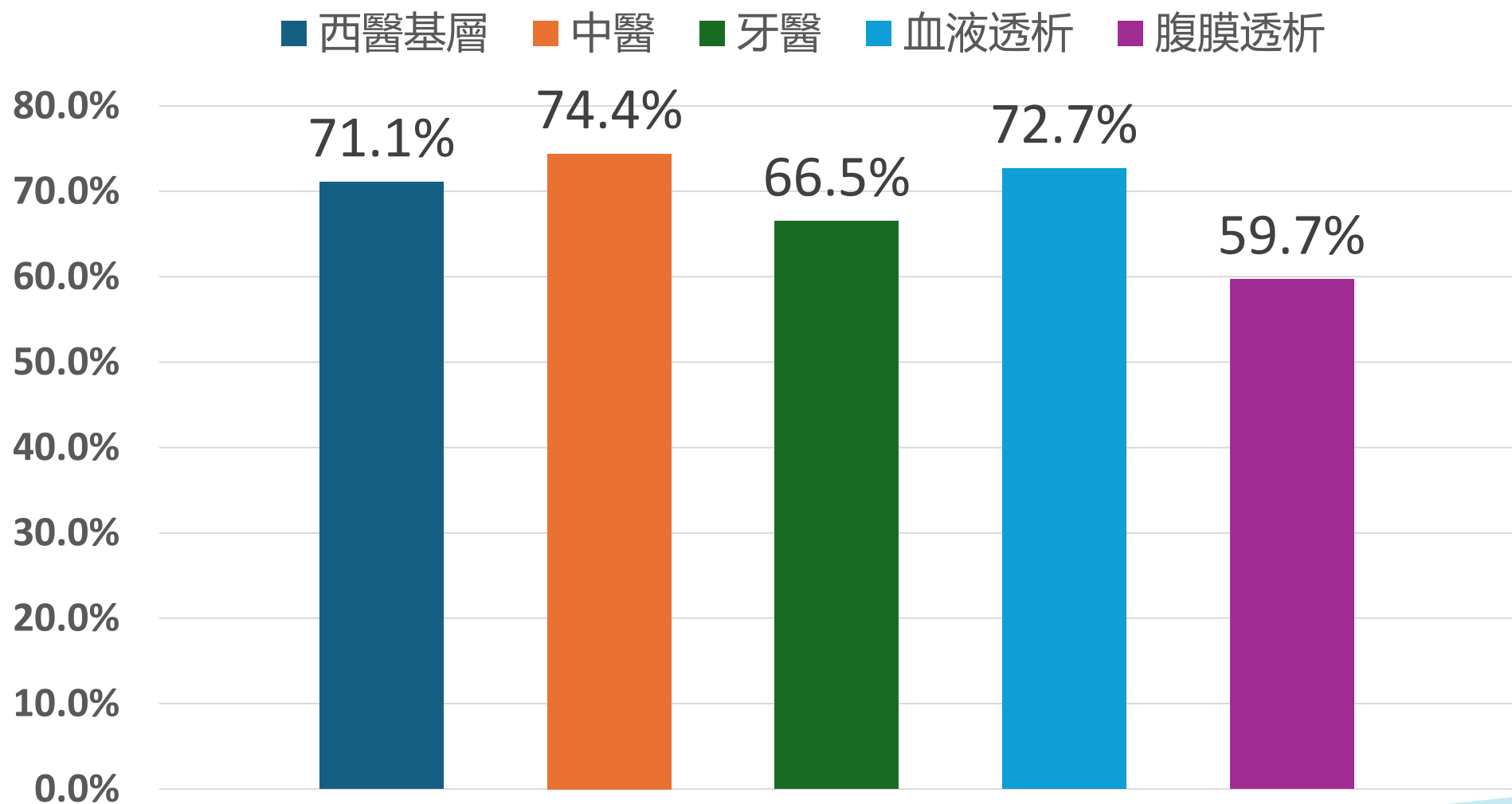
醫療品質資訊公開項數及辦理情形

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

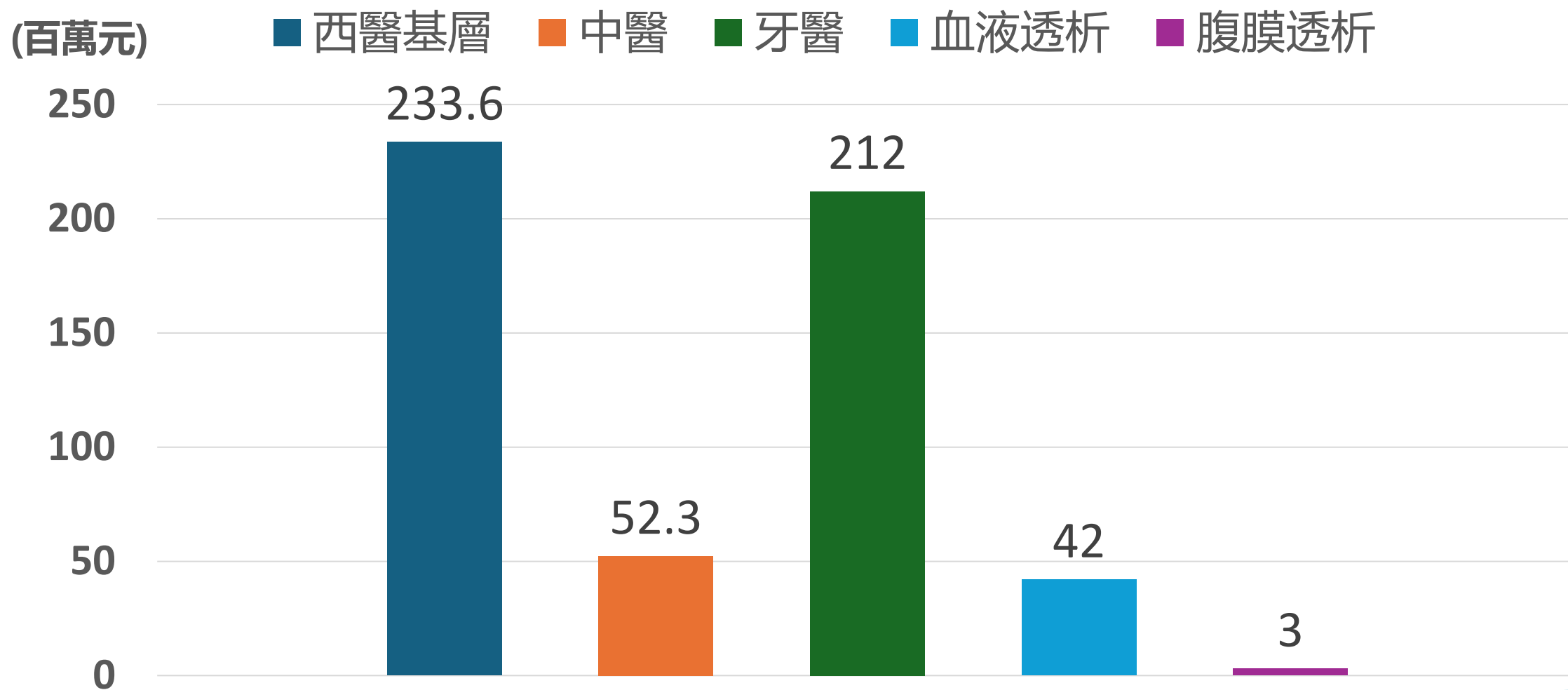
- ◆ 按季、按年公開各總額整體性醫療服務品質資訊，目前已公開至114年第4季季報及113年年報。
- ◆ 按季公開各醫療院所醫療服務品質資訊，目前已公開至114年第4季。
- ◆ 截至115年6月16日，專區上網瀏覽累積達843萬人次。

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

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

護理人力：114年住院護理費

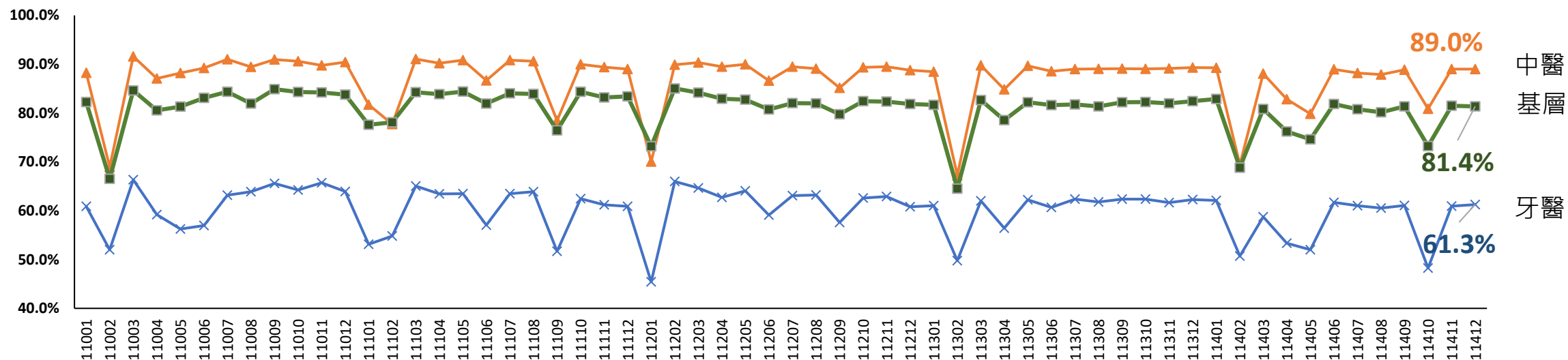
結構面

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。

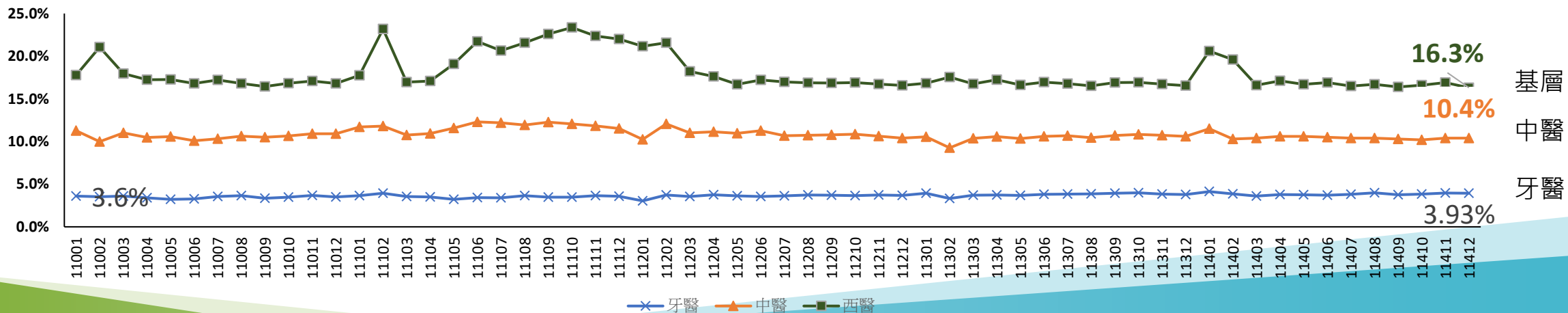
就醫可近性：診所假日開診率

結構面

110年至114年週六開診率



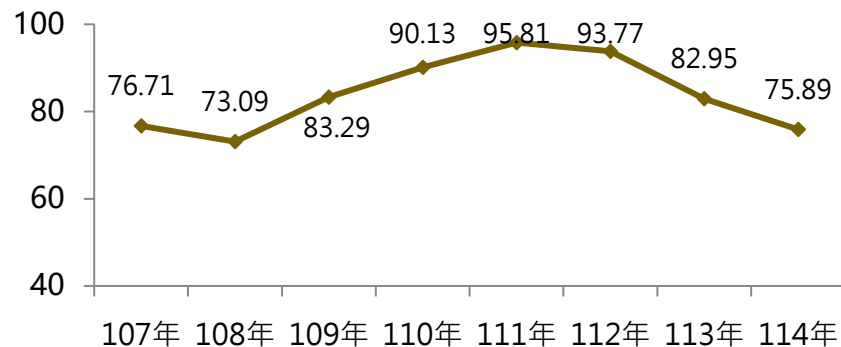
110年至114年週日開診率



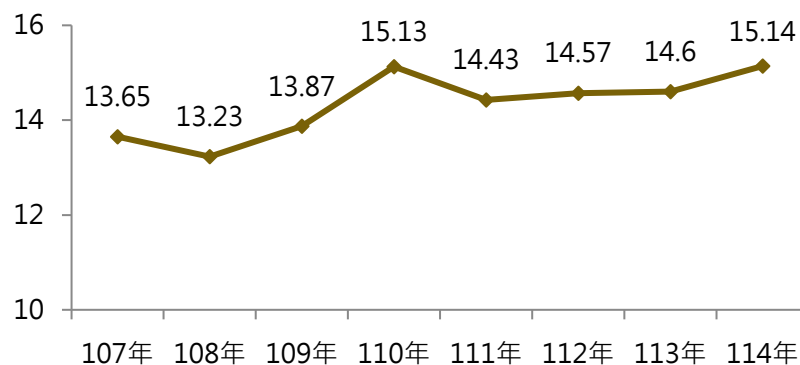
就醫可近性_依發展程度觀察最高與最低兩組之醫師人力比值

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

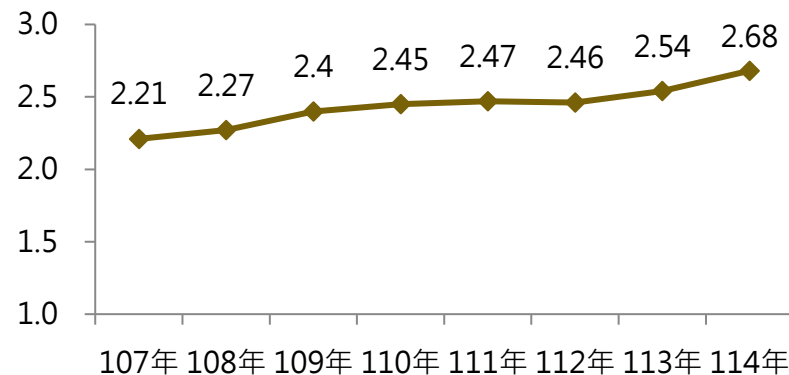
醫院



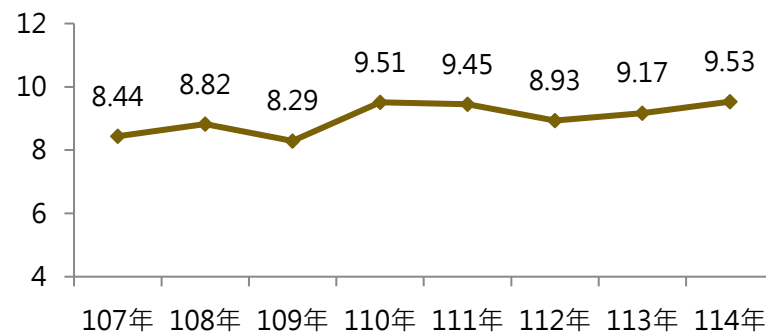
牙醫



西醫基層



中醫



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)。

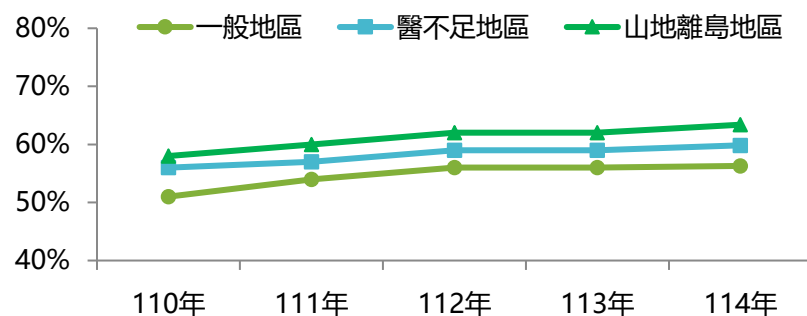
2.鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值。

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。

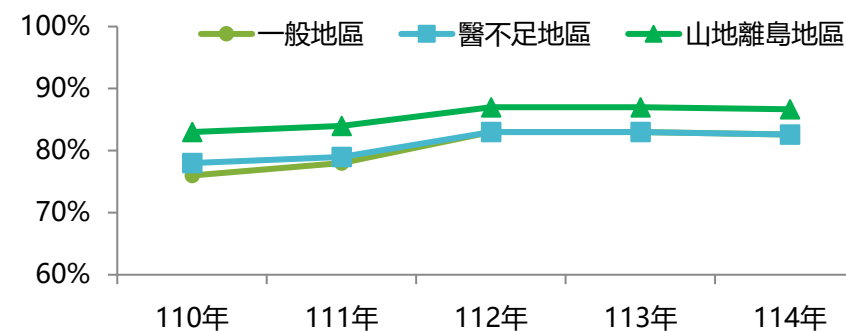
各地區就醫率-一般\醫療資源不足地區\山地離島地區

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

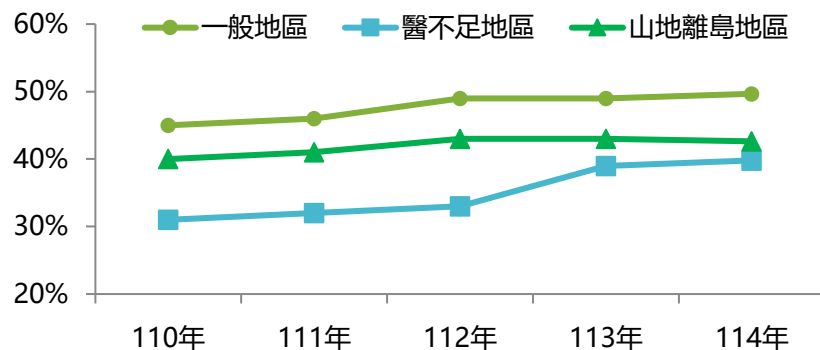
醫院 (IDS>醫不足>一般)



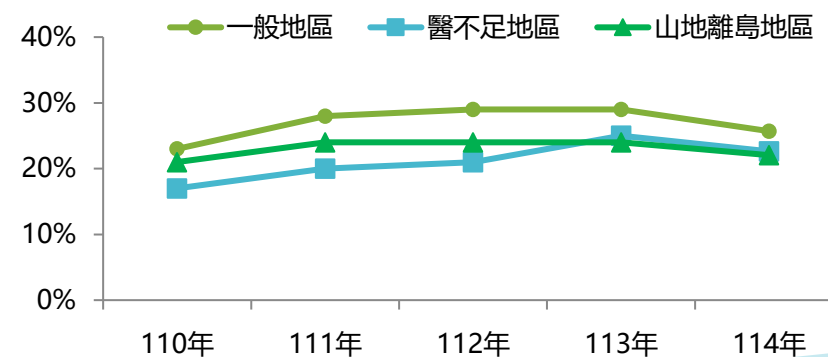
西醫基層 (IDS>醫不足>一般)



牙醫 (一般>IDS>醫不足)



中醫 (一般>醫不足>IDS)



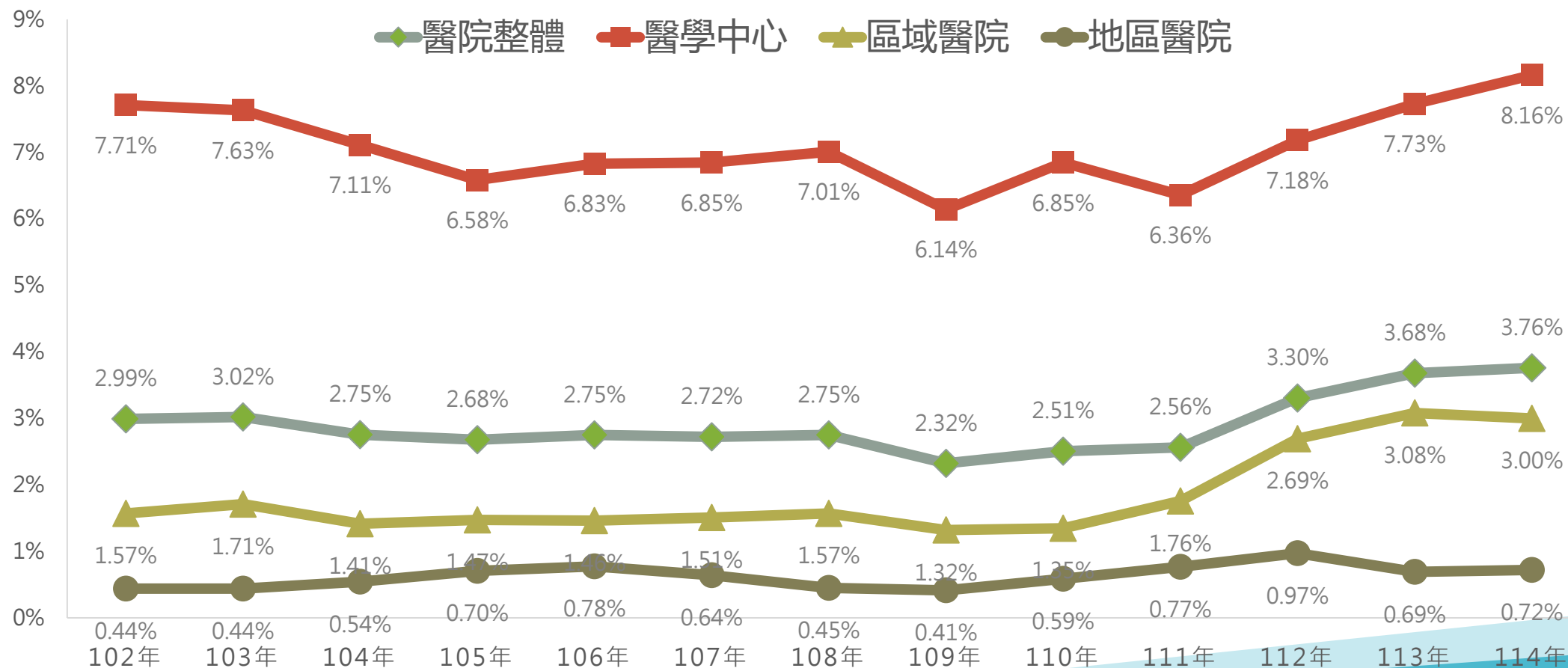
註：

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。

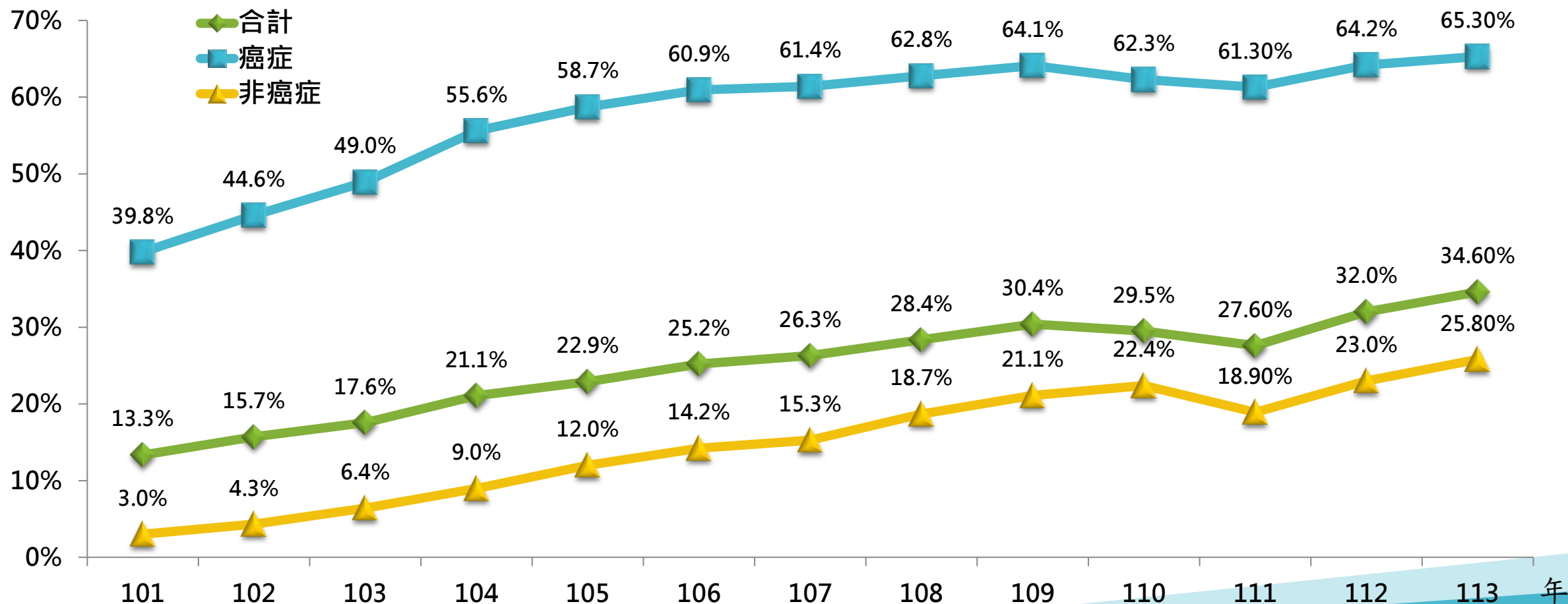
急診壅塞：急診滯留超過24小時比率

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



安寧醫療：病人死亡前1年接受安寧療護之比率

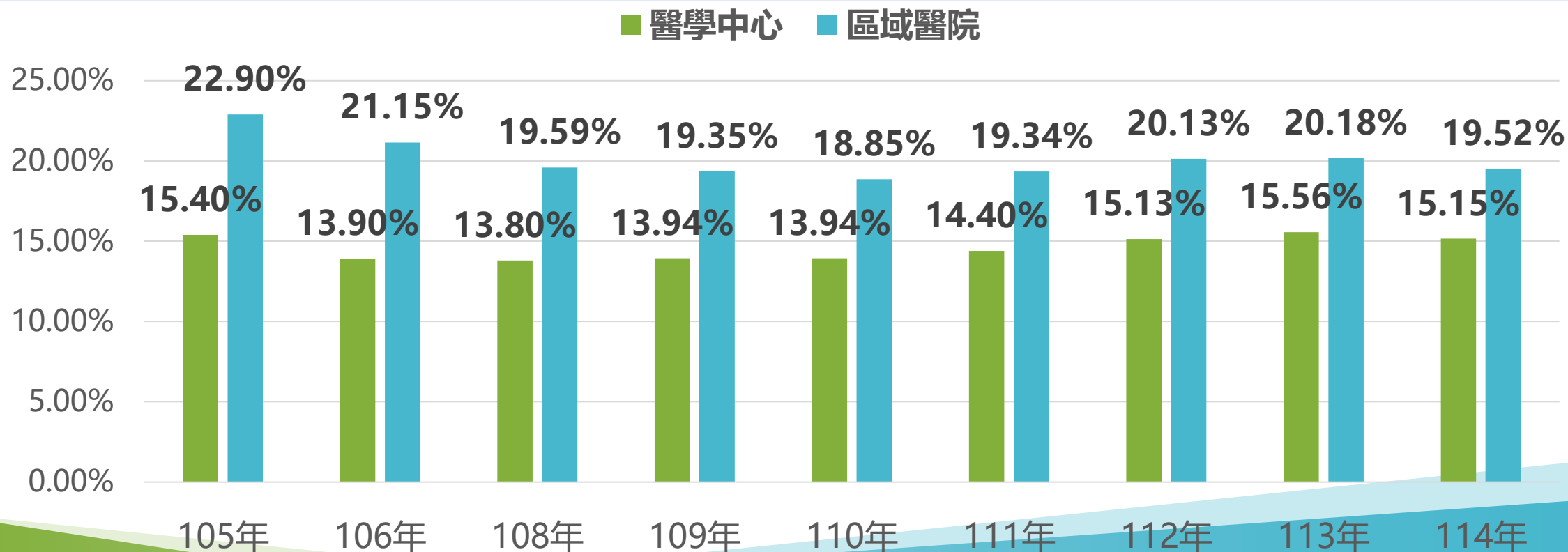
受111年擴大安寧療護收案對象影響，死前1年接受安寧療護比率略有下降；112年-113年呈上升趨勢



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。

分級醫療：區域級以上醫院門診初級照護率

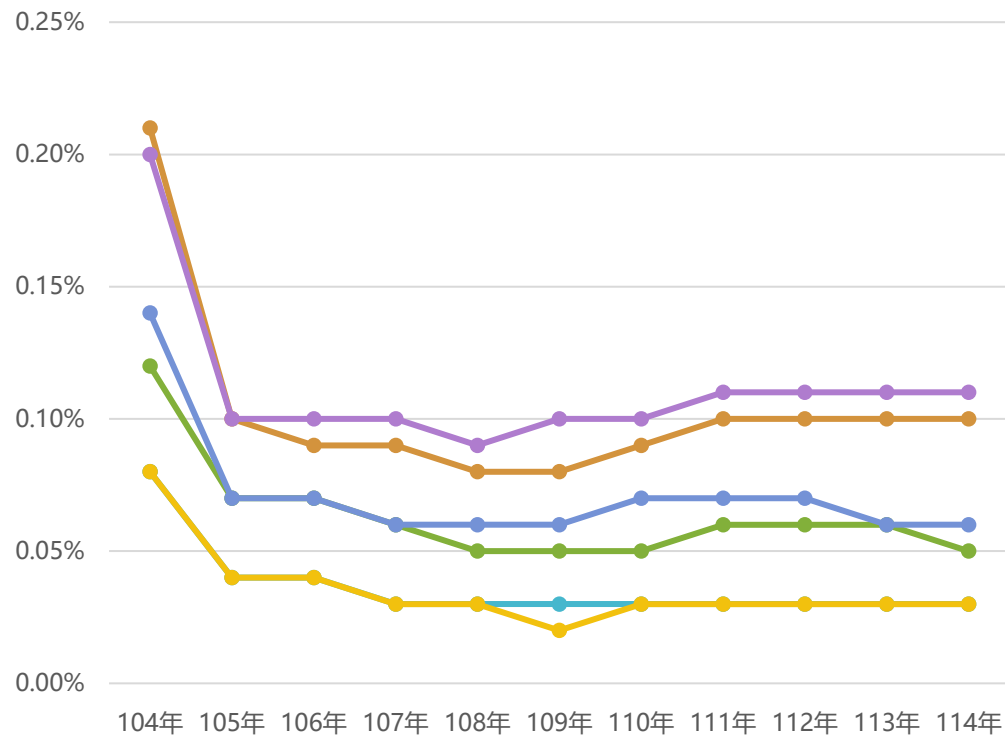
- ◆ 近三年區域級以上醫院門診初級照護率呈現上升趨勢，可能與後疫情時期民眾就醫習慣改變有關
- ◆ 本署將強化推動醫院與診所醫療分工，低風險輕症或穩定慢性病病人於基層院所照護，高風險或重症病人讓區域級以上醫院照顧，並讓雙向轉診之醫療院所即時獲得必要資訊，以提供連續性照護



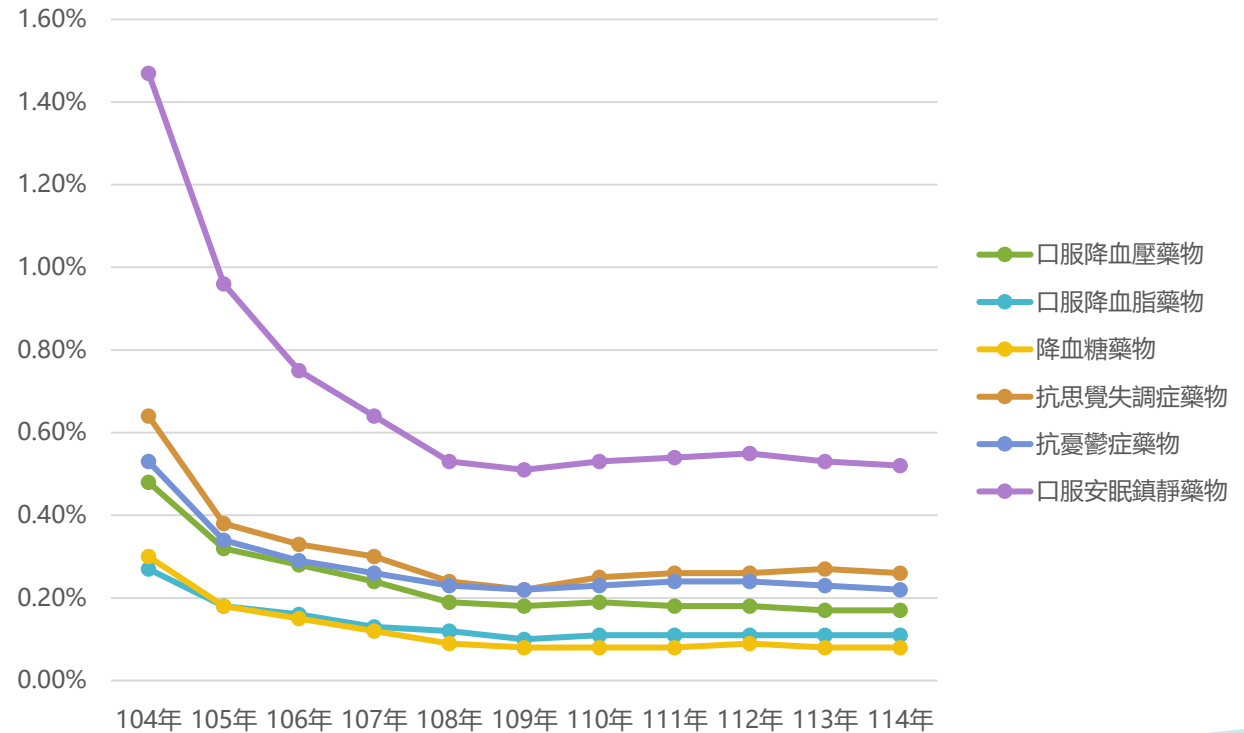
重複用藥管理：同藥理用藥日數重疊率_醫院總額

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

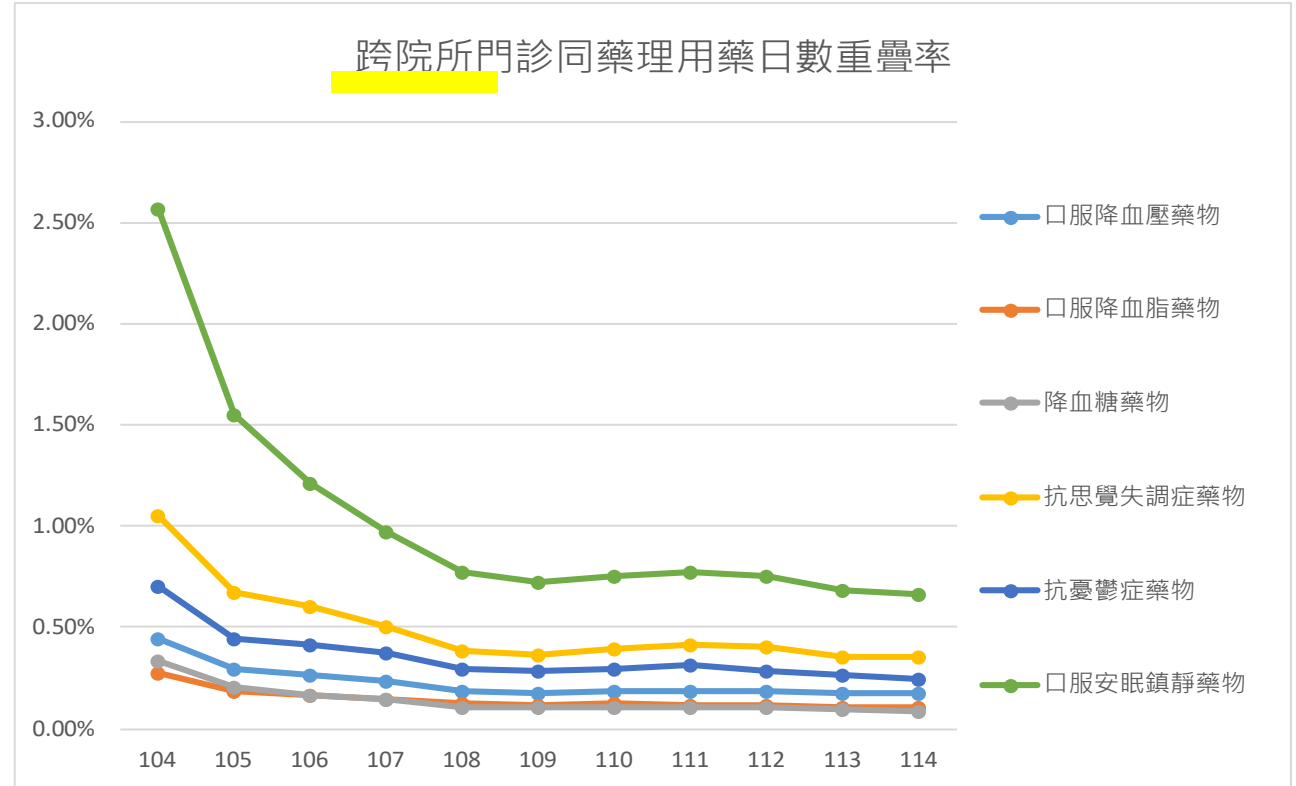
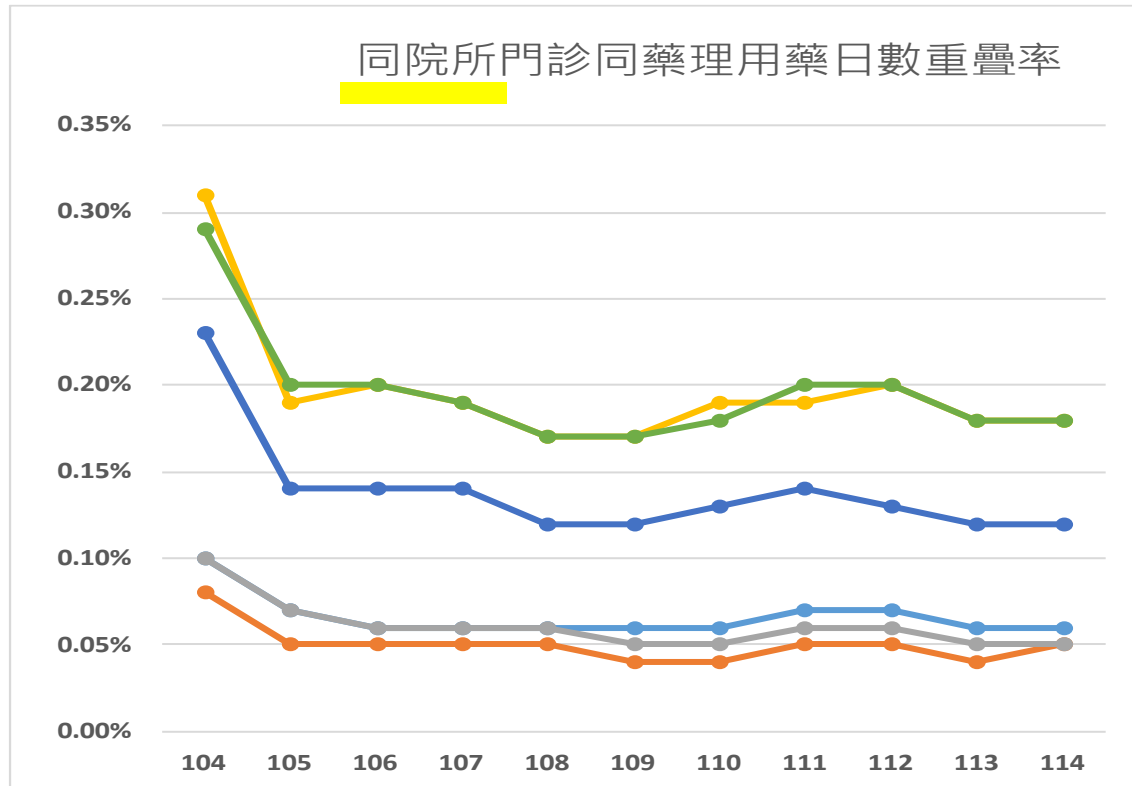


資料來源：醫療給付檔案分析系統(DA代號: 1710、1711、1712、1726、1727、1728、1713、1714、1715、1729、1730、1731)

製表日期:115年6月23日

重複用藥管理：同藥理用藥日數重疊率_西醫基層

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

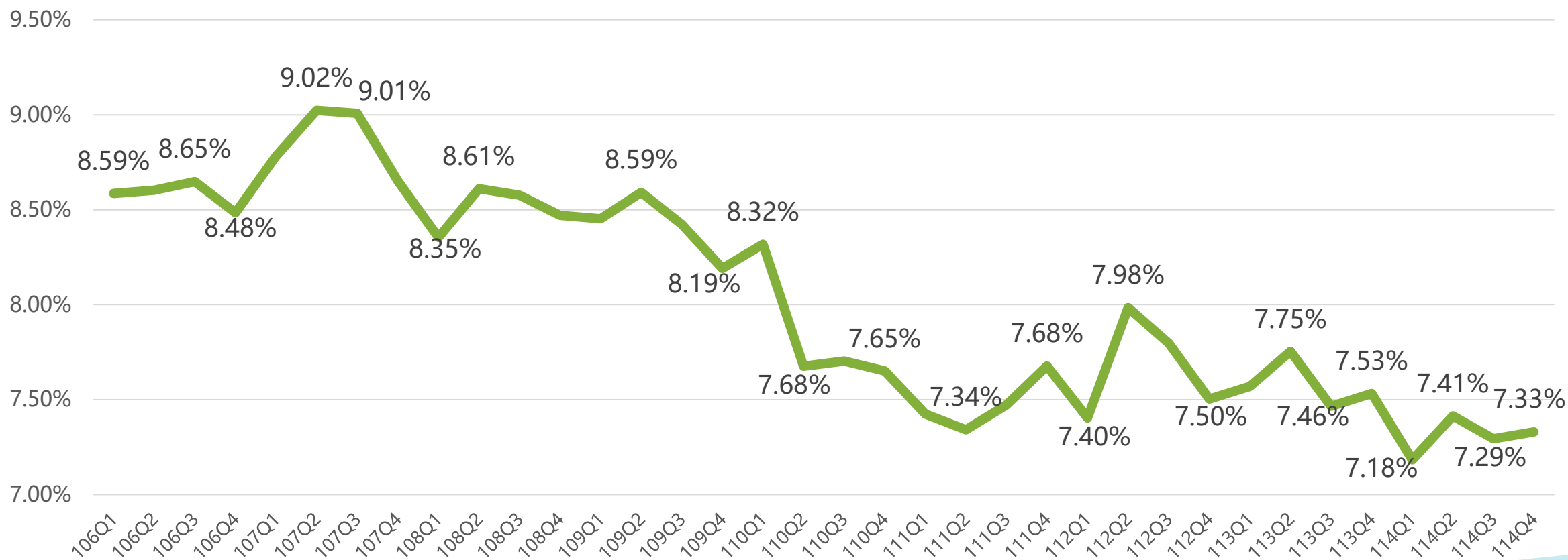


資料來源：醫療給付檔案分析系統(DA代號: 1710、1711、1712、1726、1727、1728、1713、1714、1715、1729、1730、1731)

製表日期:115年6月23日

推動DRG：DRG之案件十四日內再住院率

DRG之案件十四日內再住院率呈現下降趨勢

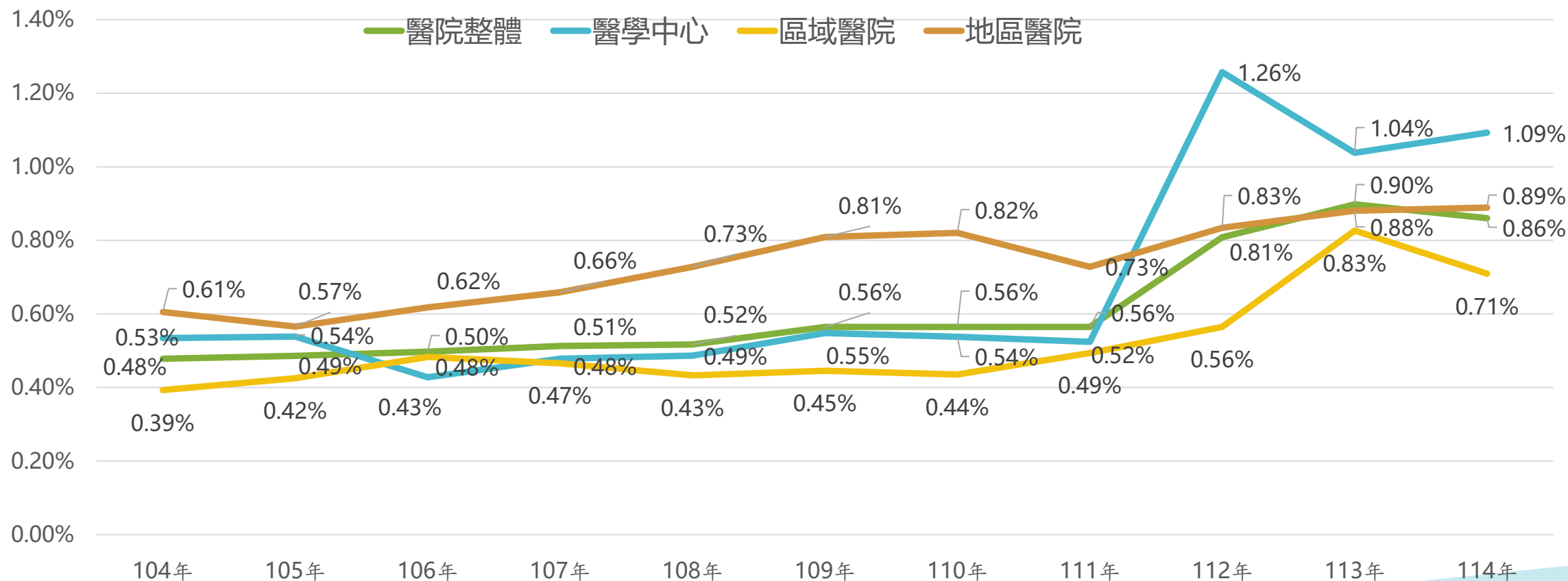


資料來源：醫療給付檔案分析系統(DA代號:929/932)。

DRG之案件十四日內再住院率(限導入之DRGs)=住院DRGs案件之出院後14日內再住院率(限導入之DRGs) / CMI_14日內再住院率(限導入之DRGs)。

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

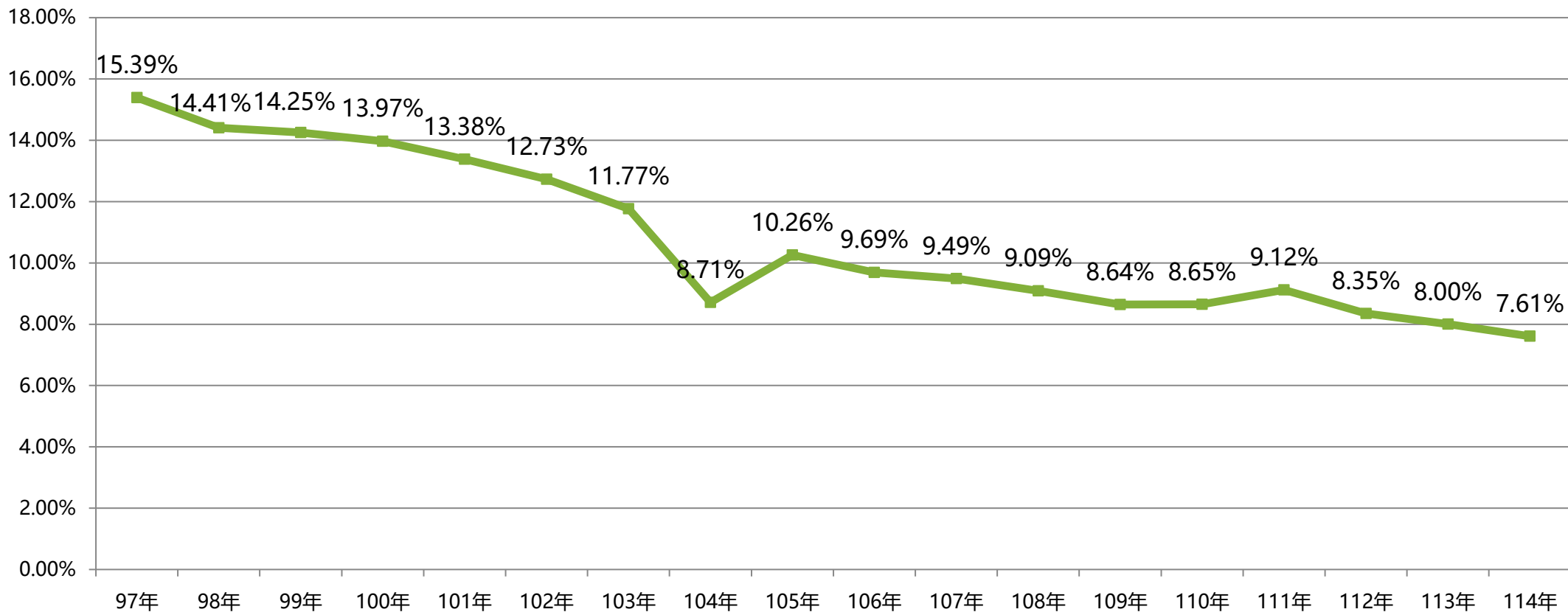


資料來源：醫療給付檔案分析系統(DA代號:69)。

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)。

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。

民眾申訴及處理-114年前三名申訴項目

醫院	件數	占率
醫療行政或違規事項	230	25%
服務態度及醫療品質	77	8%
額外收費 (自費抱怨)	74	8%
總件數	926	100%

西醫基層	件數	占率
醫療行政或違規事項	163	35%
疑有虛報醫療費用	71	15%
額外收費 (自費抱怨)	44	9%
總件數	470	100%

牙醫	件數	占率
醫療行政或違規事項	65	35%
疑有虛報醫療費用	58	31%
服務態度及醫療品質	18	10%
總件數	209	100%

中醫	件數	占率
醫療行政或違規事項	19	29%
疑有虛報醫療費用	15	23%
額外收費 (自費抱怨)	11	17%
總件數	66	100%

其他	件數	占率
藥品和處方箋	31	22%
醫療行政或違規事項	22	15%
疑有虛報醫療費用	19	13%
總件數	142	100%

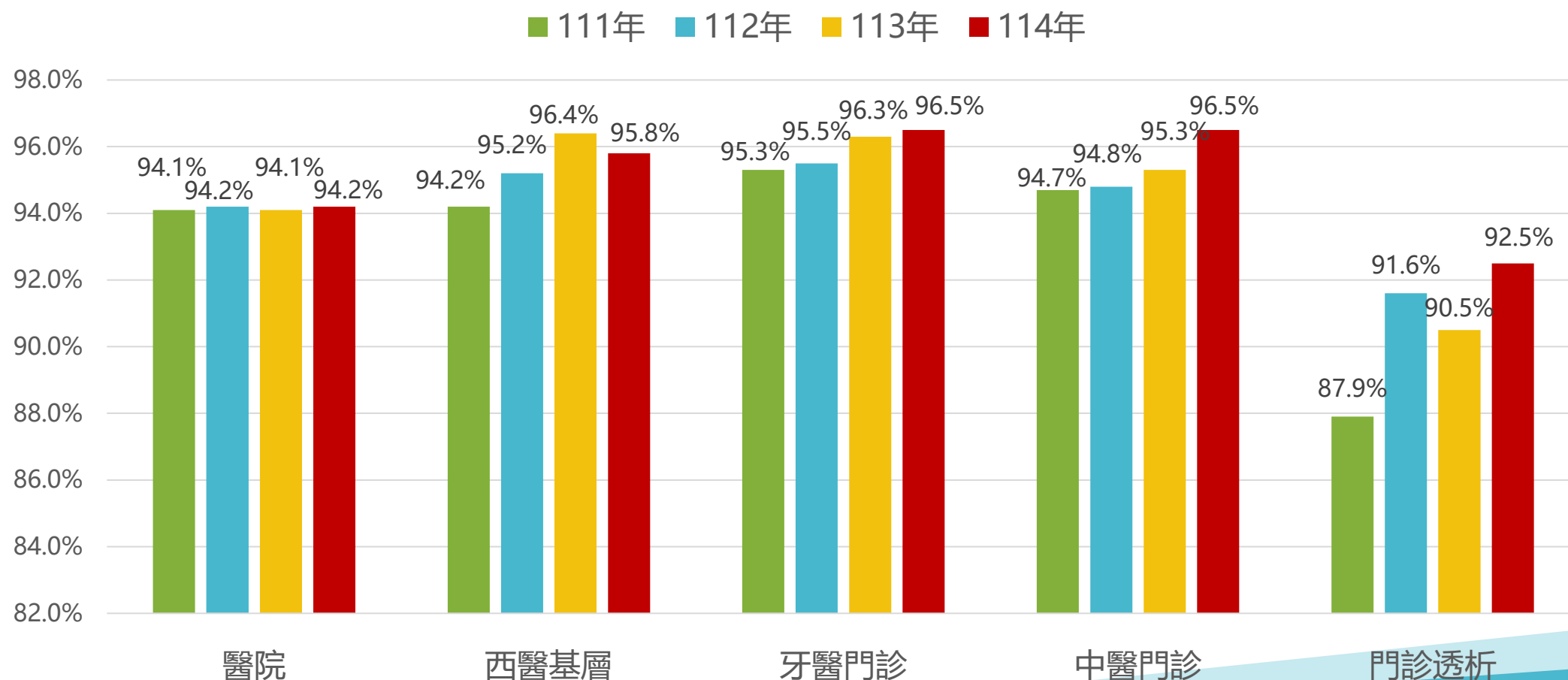
藥品及處方箋：
扣留慢連箋、院所指定
病人至特定藥局領藥、
藥局更換同成分學名藥
未告知病人等

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

滿意度調查-整體醫療結果

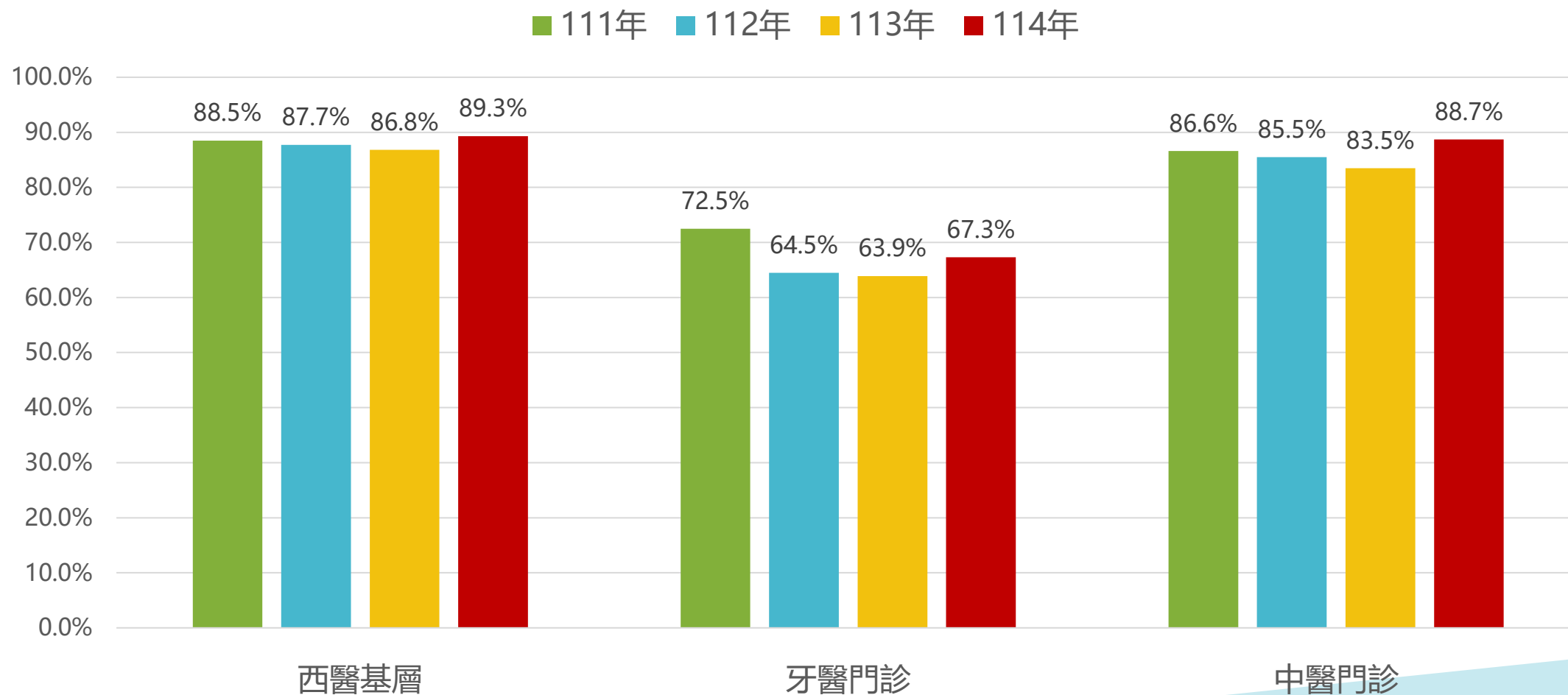
近幾年民眾對各總額整體醫療結果滿意度皆達9成以上，其中牙醫、中醫及門診透析皆為歷年最高，本署將持續精進健保制度，提升醫療照護品質



註：滿意程度=滿意+非常滿意

滿意度調查-預約醫師容易程度

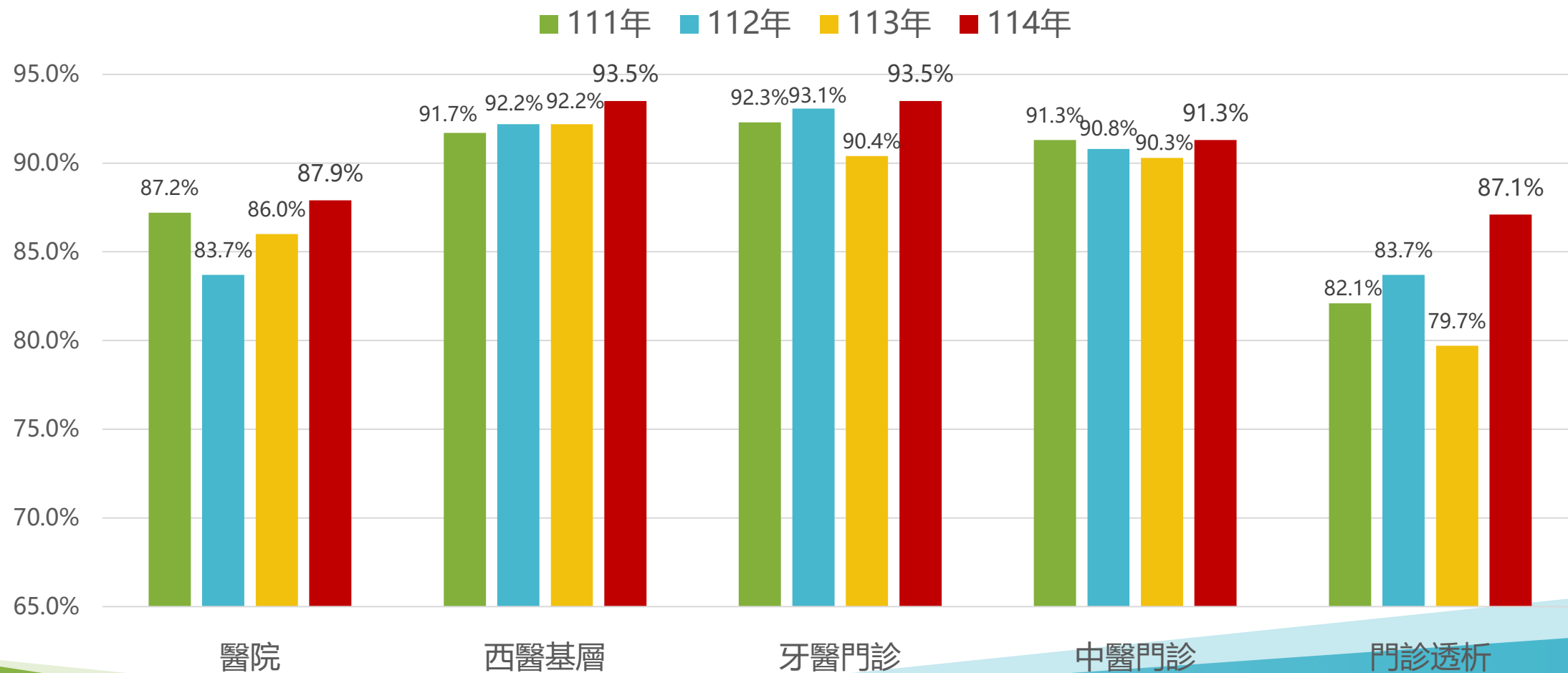
近年西基、牙醫、中醫預約醫師容易程度約呈持平趨勢



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

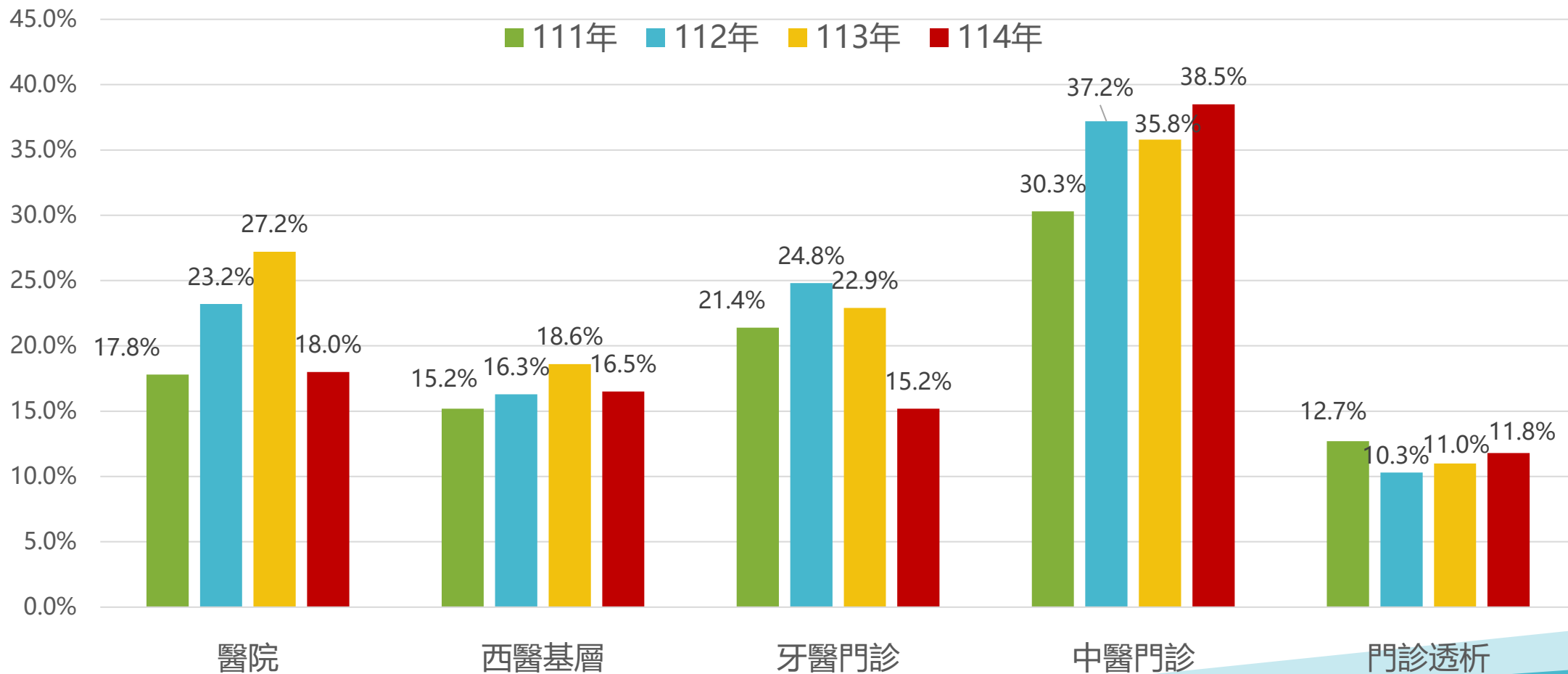
滿意度調查-就醫院所交通便利性

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。

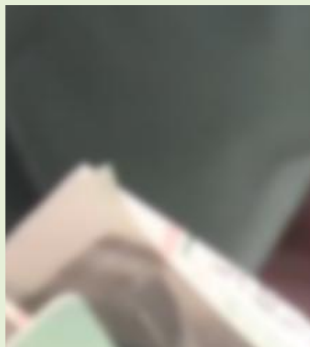


滿意度調查-被要求自費比率

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

JAN

1

114年1月

- ◆ 擴大推動全人整合照護執行方案至全國7縣市
- ◆ 推動「癌症新藥暫時性支付專款(百億癌藥基金)」

MAY

5

114年5月

調整急重症支付標準

APR

4

114年4月

- ◆ 修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」及「全民健康保險藥品價格調整作業辦法」，強化健保藥品供應韌性

JUN

6

114年6月

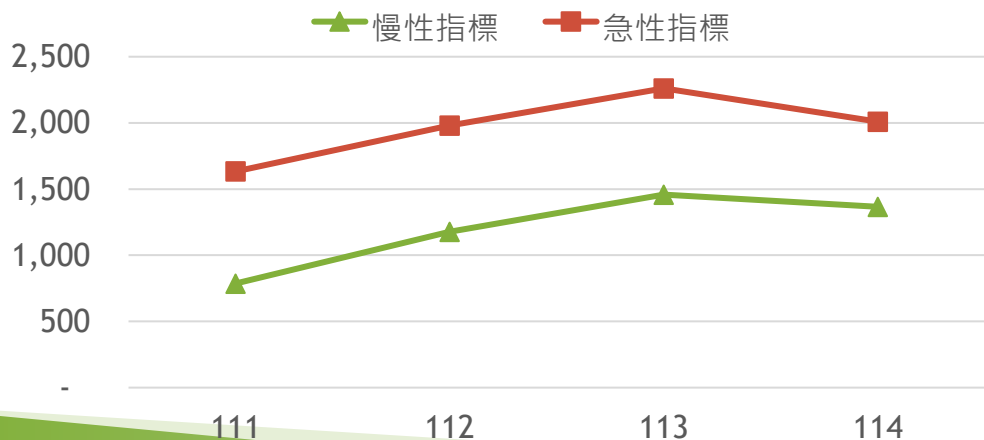
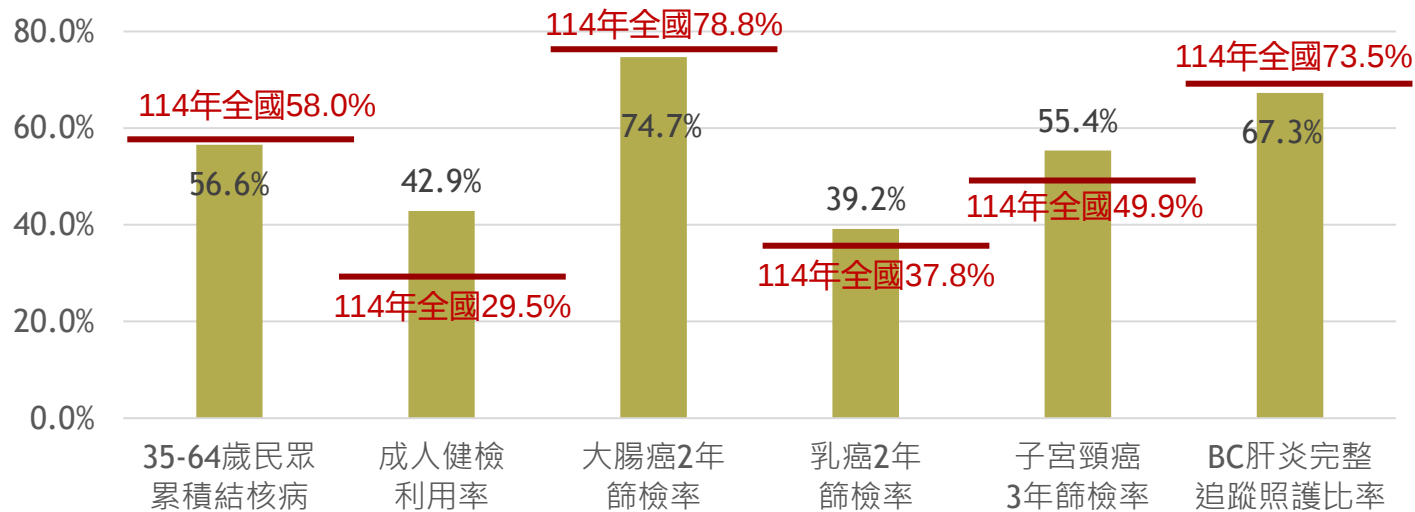
- ◆ 新增居家血液透析試辦計畫
- ◆ 依藥物支付標準§52-4新增收載自付差額特材(特殊材質縫合錨釘)

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



【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

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)

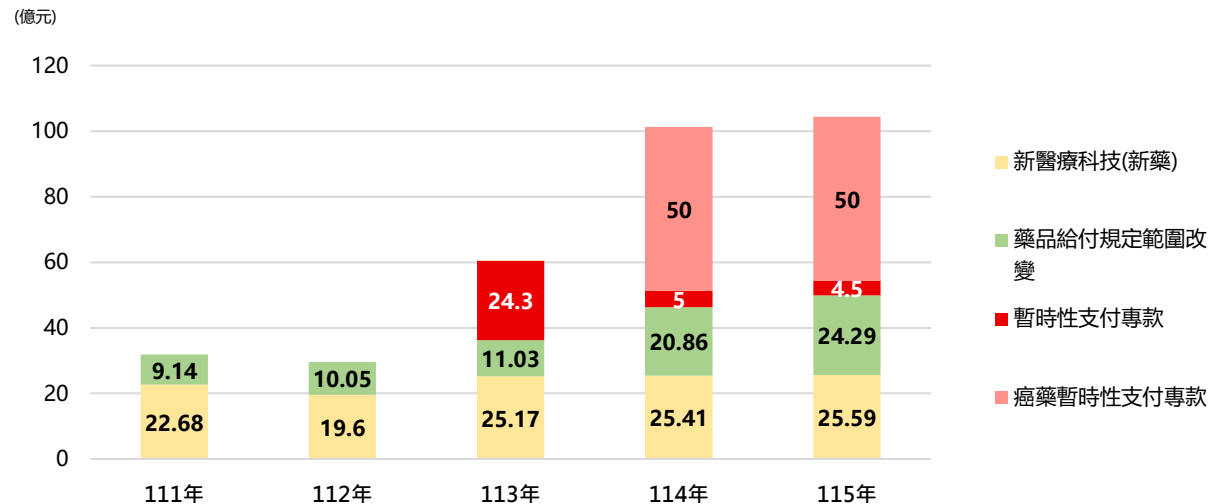
至2026年6月已收載**癌症新藥8項**及**擴增給付3項**

2025年藥費實際支出約**13億元**

預計嘉惠約**3,500位病友**

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



1. 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。
2. 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。

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。**



藥品政策
改革方案
NHI Drug
Policy Reform



急診、加護病房及護理相關支付標準修訂項目

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、急重難症支付費用調整(RBRVS)等」項目支應

114/5/1公告生效，修訂項目如下：

護理

調升急性一般（含精神）病床住院護理費點數12%~16%

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

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

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。

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

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

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

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

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

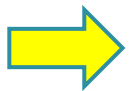
- 血液透析治療累積至少達2,000人次(含)以上
- 具有至少一名專任腎臟專科醫師
- 執行遠距醫療視訊訪視者，應具備視訊設備及資安管理機制

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

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。

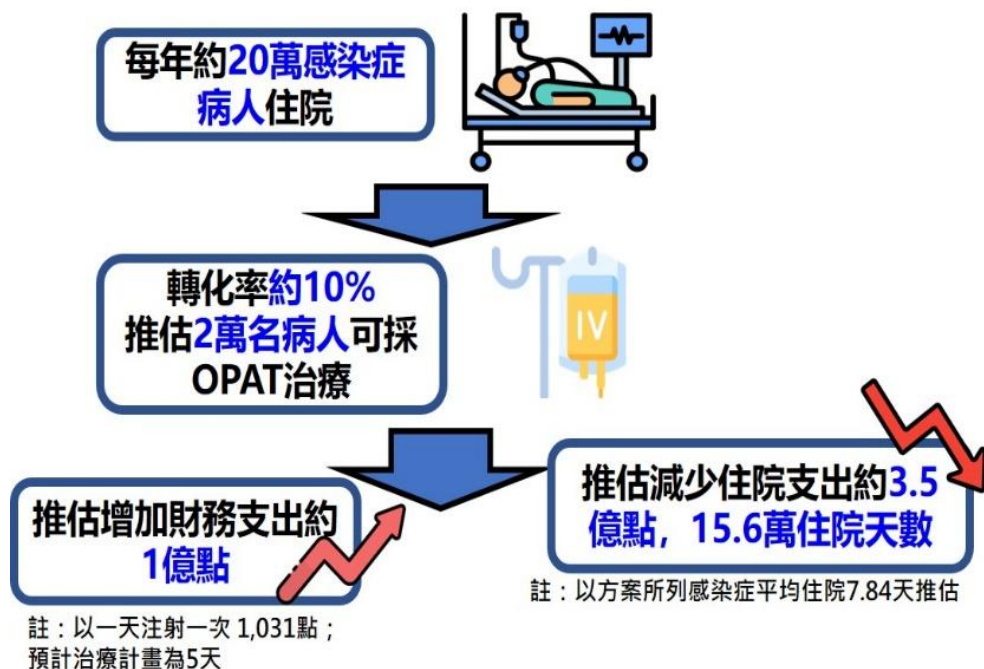
- **主責醫院** 共計**6**家 (114.7.17公告)
- **專案醫院** 共計**119**家 (114.8.26、114.9.3公告)
- **申報情況** 共計**96**家，**2,705**件(114年9月至115年4月申報資料)

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) ● 診察費、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

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**

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

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)

糖尿病風險分級

糖尿病風險及衛教背景摘要

本署配合健康台灣政策，為協助糖尿病患者獲得適切之衛教資訊，以提升健康自主管理能力，於113年委請台北醫學大學，並偕同國家衛生研究院及 Google Taiwan，共同研議糖尿病風險評估模型及相關輔助工具初探。續由本署結合智能科技，提供智能衛教資訊，作為糖尿病患者自我照護與健康管理之參考。以下針對風險評估須照護或行為介入之參考說明。

低風險：日常維持
中風險：適度介入
高風險：積極照護

報告日期：2026-02-05

個案總覽

共病分析

衛教報告

分級建議

綜合您相關年齡、性別及慢性病狀態等，評估您糖尿病嚴重度分級

高風險

照護計畫

整合照護計畫

有

糖尿病風險分級

糖尿病風險及衛教背景摘要

資料日期：114/12

個案總覽

共病分析

衛教報告

您的DCSI總分

9

DCSI 參考原則

視網膜病變 (Retinopathy)

視力模糊或眼底出現異常的血管變化。依程度給0-2分

1

腎病變 (Nephropathy)

腳部水腫、尿液中有異常蛋白或腎功能下降。依程度給0-2分

2

神經病變 (Neuropathy)

手腳麻木、刺痛或無法感覺疼痛。依程度給0-1分

2

心血管病變 (Cardiovascular Disease)

糖尿病風險分級

資料日期：114/12

個案總覽

共病分析

衛教報告

智能衛教資訊

資料來源說明

衛教師觀察與提醒

短期行動建議 (1-3個月)

中期目標 (6-12個月)

併發症預防與照護

衛教師叮嚀

女士，管理糖尿病是一條長期的路，我知道過程中有時會覺得辛苦或挫折。但請記得，您不是一個人在努力，我們整個醫療團隊都會是您堅強的後盾！今天我們看到了一些警訊，但這也代表我們找到了明確的努力方向。從每天的一小步開始改變，像是多走十分鐘、多吃一口蔬菜，這些累積起來就是健康的基石。您的積極參與和努力，是控制好糖尿病最關鍵的力量，我們一起加油！

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。

「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

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

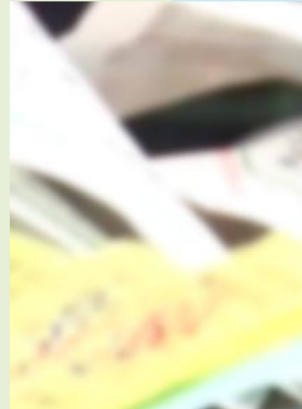
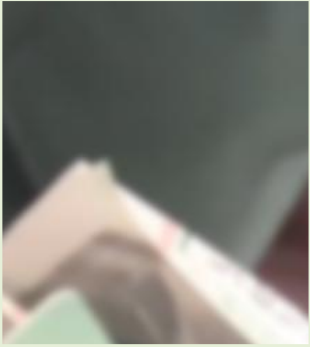
推動基層醫療院所資訊服務系統(HIS)雲端轉型

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



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。

急性後期醫療與長照銜接-復健病房



促進具復健潛能患者接受整合性照護，提升功能恢復、返家率並降低再入院率

日本



恢復期
復健病棟



醫福會



復健醫療
試辦計畫



健保署

115年 第1季

台灣首創

復健病房 試辦計畫



整合醫療與長照資源
打造無縫接軌照護模式



健保署各分區至少擇1家醫院試辦
建立示範性復健病房，帶動區域整合



健保預計挹注 **3 億元**
照護費、評估費、獎勵費、開辦費



照護範圍：**腦中風**



預估受益人數 **1,600 人**



品質指標：平均功能改善幅度、
功能改善效率、返家率、30日內再入院率



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

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	尚未 導入 (暫訂)	249	8.4%
第4階段		170	10.2%
第5階段		209	7.8%
		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

推動基層院所HIS雲端轉型

補助對象

資訊服務廠商

計畫目標

2025年
1,000家↑

2026年
2,000家↑



電子病歷



電子
處方箋



配合政策
Web API



最新版
控制軟體



HIS核心功能
(含線上掛號、診療功能、申報、上傳等)



虛擬健保卡



健保醫療資訊雲端
查詢系統



通訊診療

雲端HIS

推動對象

西醫

中醫

牙醫

藥局

桃園市：86家
新竹縣：18家
新竹市：14家
苗栗縣：8家

臺中市：139家
彰化縣：38家
南投縣：30家

雲林縣：18家
嘉義縣：13家
嘉義市：12家
臺南市：62家

高雄市：94家
屏東縣：13家
澎湖縣：0家

基隆市：5家
臺北市：83家
新北市：108家
宜蘭縣：10家

花蓮縣：13家
臺東縣：7家

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

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



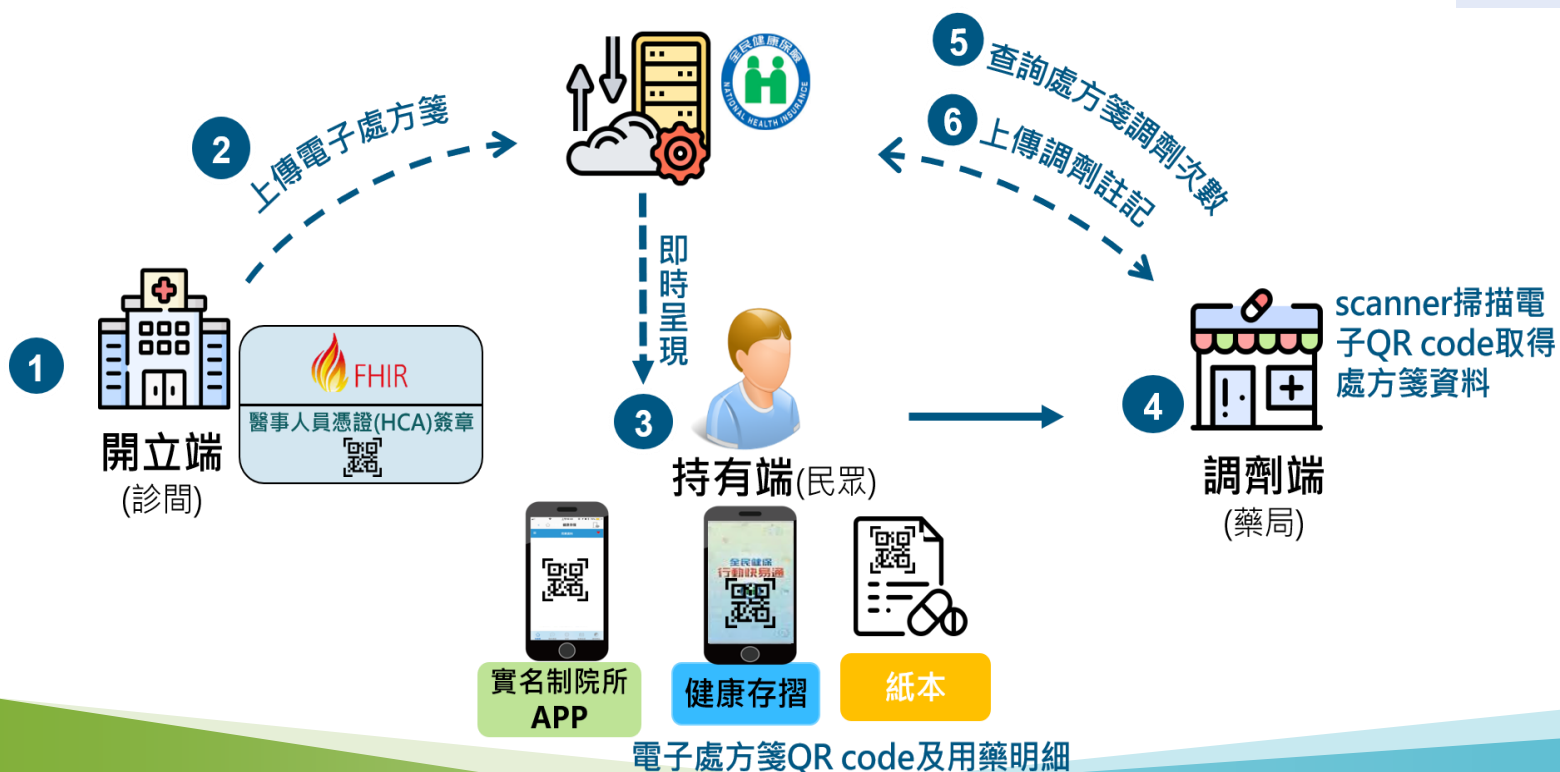
民眾慢箋好保存



響應ESG



- ▶ 處方箋內容採**FHIR**格式(高互通性)，提升未來增值應用**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。

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**

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



癌症死亡率下降1/3

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%**





打造韌性永續之健康台灣

感謝聆聽，敬請指教