

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：林哲揚醫師
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：

- 林哲揚診所
- 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

指標達成情形

58.4% ✓

HbA1c<7%

54%以上

指標達成情形

58.7% ✓

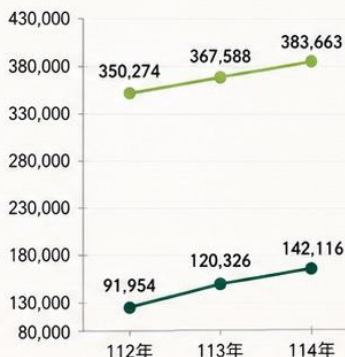
02 方案參與家數與照護人數逐年上升

參與家數



● 糖尿病
● 糖尿病合併初期慢性腎臟病

照護人數



● 糖尿病
● 糖尿病合併初期慢性腎臟病

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。

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！

I 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



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**避免重複檢驗**，**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！**

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





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

- ✓ 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」

113年

- ✓ 增訂疾病別「肺炎」2項
- ✓ 增訂疾病別「慢性阻塞性肺病」1項

114年

- ✓ 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**。

02. 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。



醫療服務品質調查結果

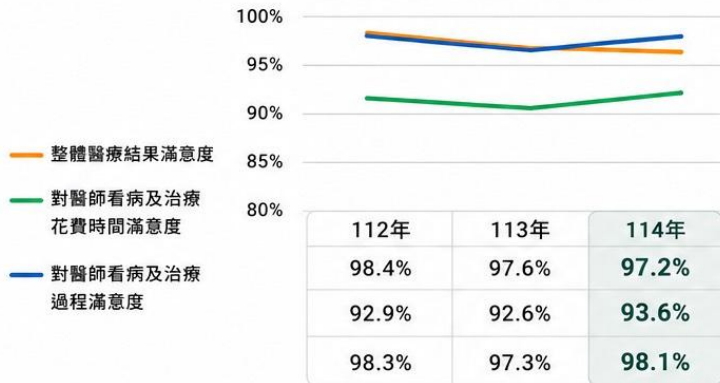
西醫基層就醫權益調查 | 近三個月內西醫基層就醫之病人訪問



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：%）



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。

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

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。





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

- 1 100元以下：**50.0%**
- 2 500元以上：**21.0%**



自費項目

- 1 藥品：**60.4%**
- 2 打針及點滴：**15.2%**



自費原因

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



自費感受

- 1 覺得普通、便宜及非常便宜：**74.2%**
- 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。



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**。



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：

陰道產修補規範、
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。

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。



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%



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)



診察費調升歷程

112年

+6點

113年

+12點

114年

+24點

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

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%

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。

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。

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

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	就醫者 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

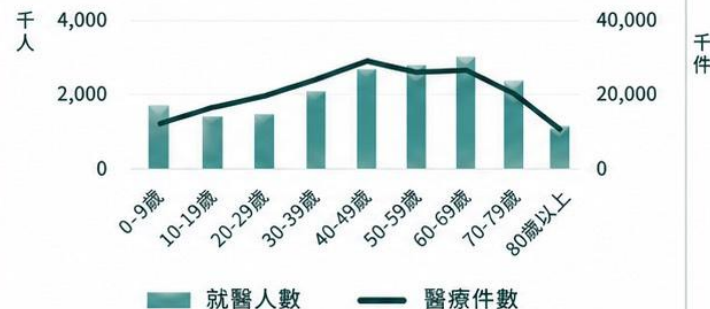
醫療費用與平均每件醫療費用

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

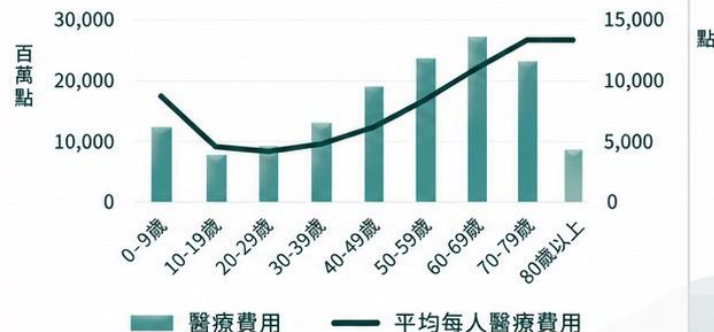
醫療費用結構比率

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



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
- 尿失禁電刺激治療
- 特異過敏原免疫檢驗
- 鼻淚管淚道氣球擴張術
- 精神科社會生活功能評估
- 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
- 精神科心理治療
- 急診診察費異常申報
- 鼻淚管淚道氣球擴張術

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超過每點1元之地區。
依下列公式進行費用撥補：

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

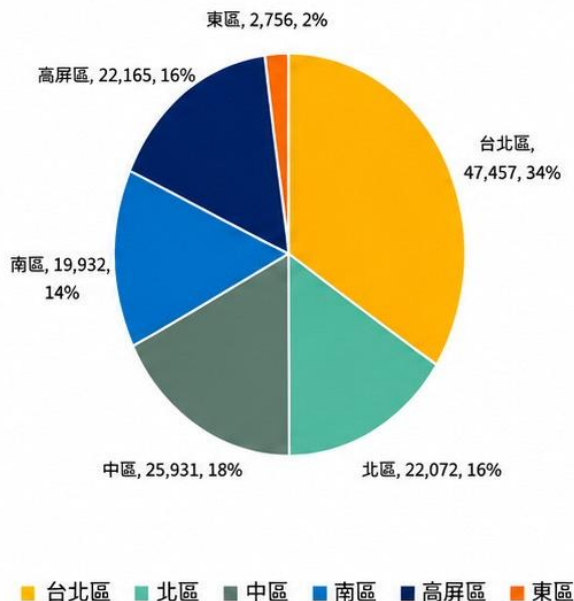
註：

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(不含違規查處、專款及其他部門)占率。

n=低於五分區平均浮動點值且不超過每點1元之地區。

114年調整後預算數(百萬元)



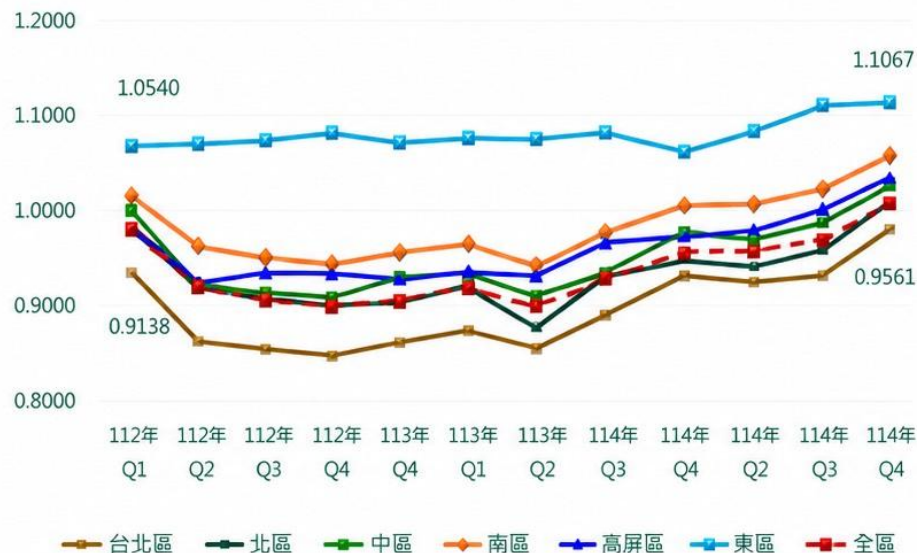
分區別	調整前預算數	調整後預算數	調整前後預算淨增加金額
台北區	47,156	47,457	302
北區	22,121	22,072	-49
中區	26,043	25,931	-112
南區	19,977	19,932	-45
高屏區	22,251	22,165	-87
東區	2,765	2,756	-8
全區	140,313	140,313	-

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管理機制，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，西醫基層總額各項目以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

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

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。

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	輔導作業				
	輔導家次數	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

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

01

家庭醫師整合性照護 計畫

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

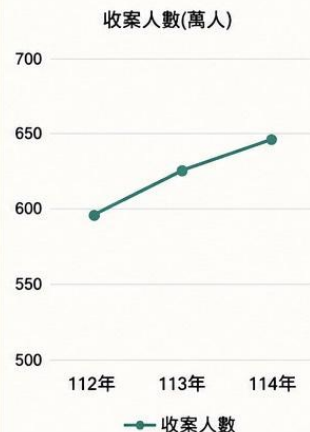
家醫2.0

全人整合照護

預防
保健慢性病
管理健康
促進跨專業
合作

收案成果

收案人數持續成長

收案
人數
114年較113年
成長 3.18%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



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



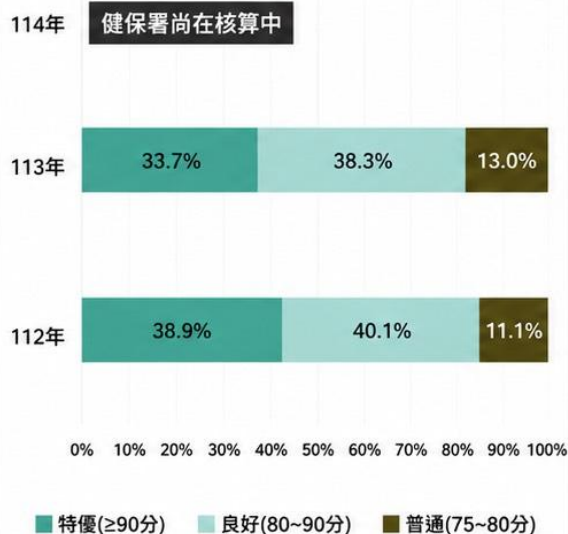
- ✓ 促進民眾健康
- ✓ 提升照護品質
- ✓ 實現永續醫療

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

02

醫療資源不足地區 改善方案

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

巡迴醫療目標及分區利用情形

各分區巡迴醫療利用情形

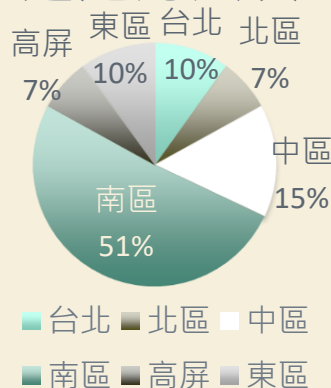
巡迴醫療目標達成統計

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%)**

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%

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%**

03

基層診所產婦生產 補助試辦計畫

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。

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%

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。

04

強化基層照護能力及 「開放表別」項目

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

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

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。

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

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

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。

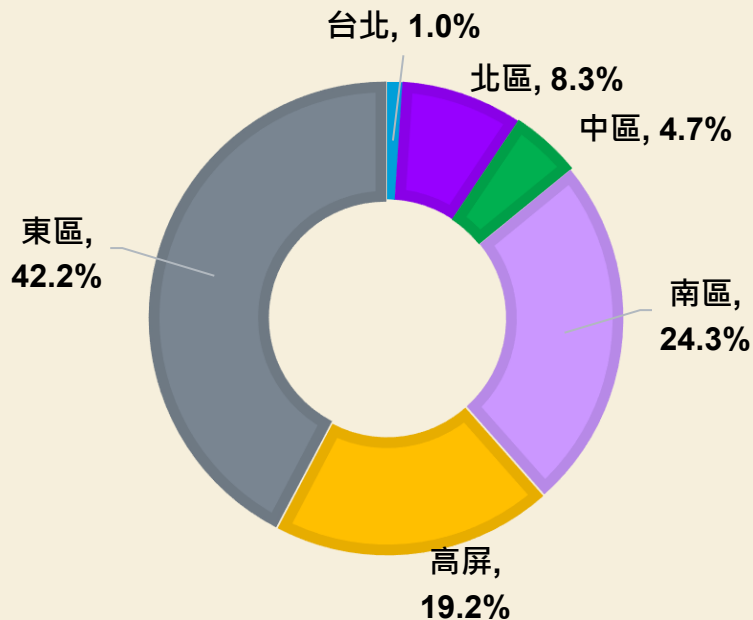
06

新增醫藥分業地區所
增加之藥品調劑費用

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。

07

提升心肺疾病患者
心肺復健門診 pay for value
論質計酬計畫

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%

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。

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
20.5%

113年
13.0%

114年
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
26.4%

113年
30.2%

114年
39.5%

呈逐年
上升趨勢

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。

08

C 型肝炎藥費

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%。



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。



09

醫療給付改善方案

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。

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

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

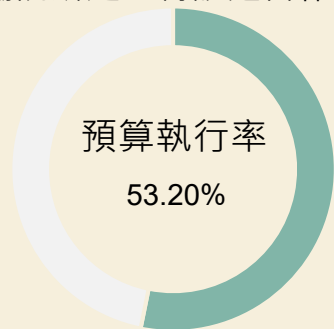
114年9月起

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

114年預算執行情形

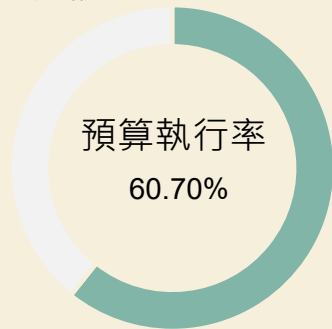
持續編列預算推動轉診

鼓勵院所建立轉診之合作機制



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



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

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%

雙向轉診
合作機制

醫院下轉至基層

下轉案件數

22.2萬件

較113年**上升12.6%**

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**

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



1 1

精神科長效針劑藥費

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

輕舟已過萬重山



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。

”