



114年度 醫院總額部門執行成果報告 一般及專案計畫

台灣醫院協會

115.07.20

大綱

- 01 年度重點項目執行成果與未來規劃
- 02 113年評核委員評論意見及回應
- 03 維護保險對象就醫權益
- 04 醫療服務品質提升
- 05 協商因素執行情形
- 06 總額管理績效
- 07 專案計畫

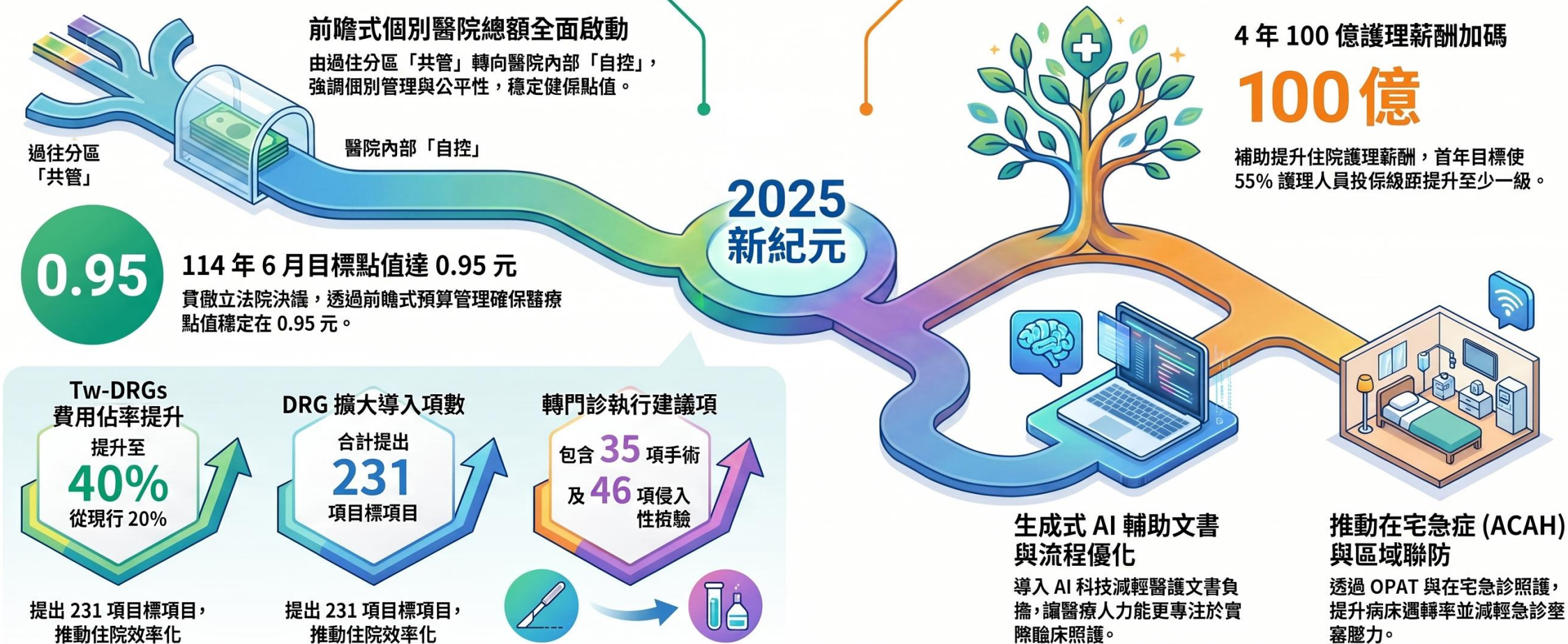
細數114年醫院部門工作內容及成果

2025 台灣醫院管理新紀元：支付制度變革與醫護永續對策

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

支付制度轉型：邁向個院總額與效率管理

永續營運對策：人才加碼與智慧科技導入



管理典範的轉移：從總額下的論量計酬到前瞻式個別醫院總額

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

01

年度重點項目

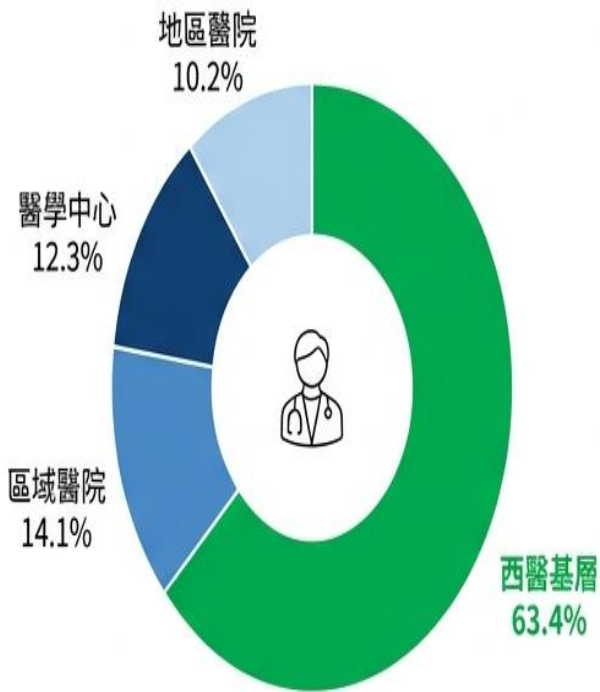
-分級醫療

-護病比

{ 參照書面報告P.3 }

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

西醫門診就醫件數分佈 (114年)

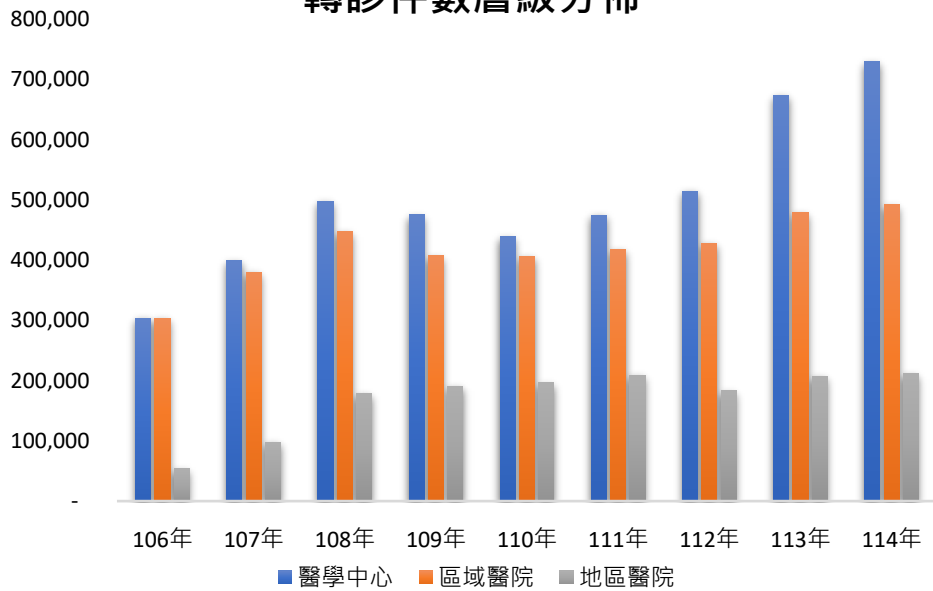


西醫基層承擔逾六成門診量，充分發揮初級照護與分流功能。



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

轉診件數層級分佈



轉診指標達成情形：政策獎勵發揮效能，指標全面達標

The KPI

◎ 年度成功達標

轉診率

1.28%

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

The Trend

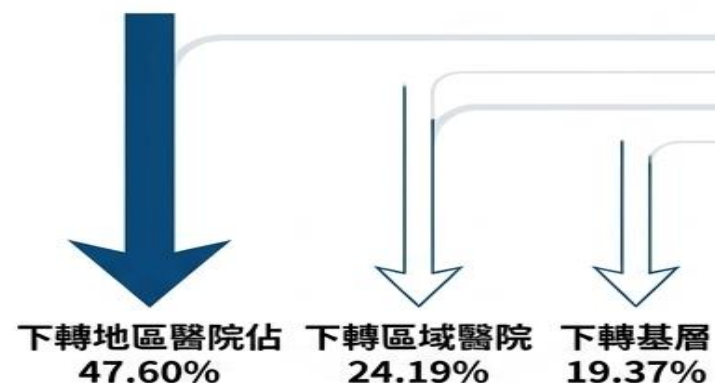
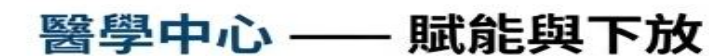
+5.41%

轉診件數成長 (總件數達 1,432,811 件)

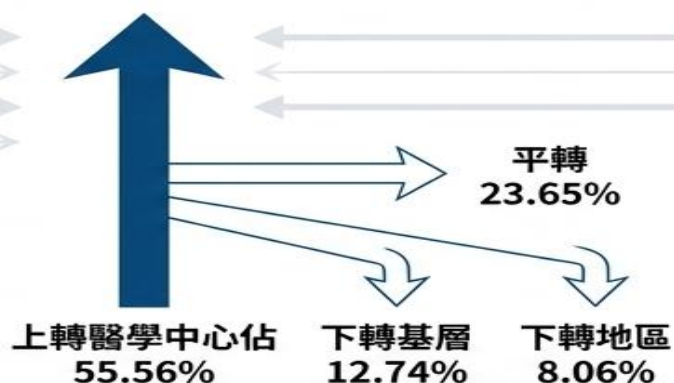


各層級轉診量皆呈正向成長，顯示院所間轉診機制運作順暢，鼓勵轉診給付獎勵成效顯著。

醫療互聯網絡成形：轉診流向精確對接戰略定位與評鑑任務



配合「評鑑五大任務」，扶植地區醫院、建立衛星醫院模式與區域聯防合作網絡。



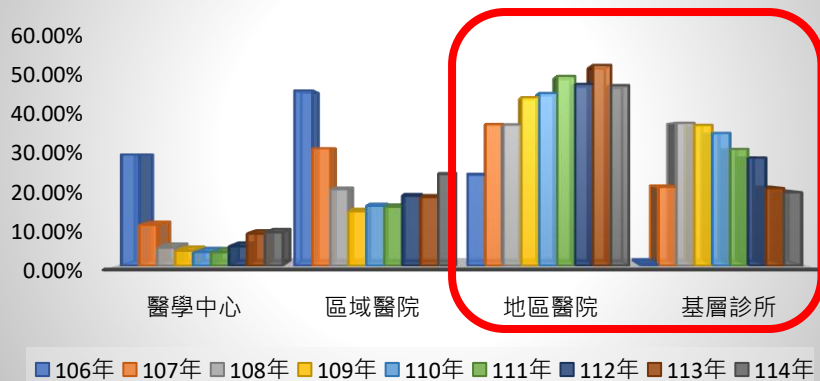
維持急性醫療核心角色，專責處理重症後送與複雜病況之進階防線。



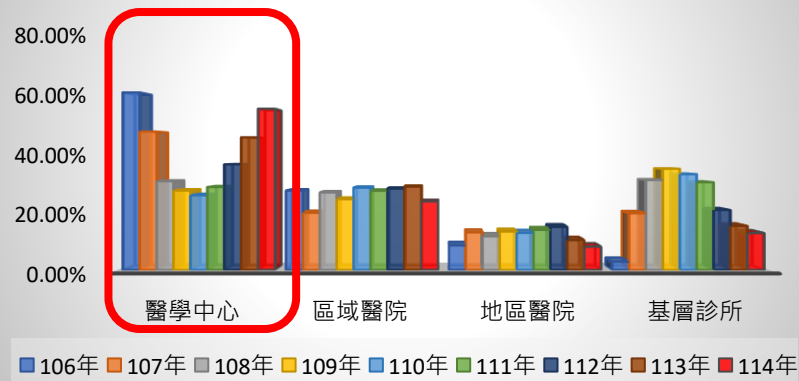
定位為「Health Keeper」，提供社區民眾最適醫療，並作為頂層醫院的策略聯盟先鋒，精準轉介急重症。

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

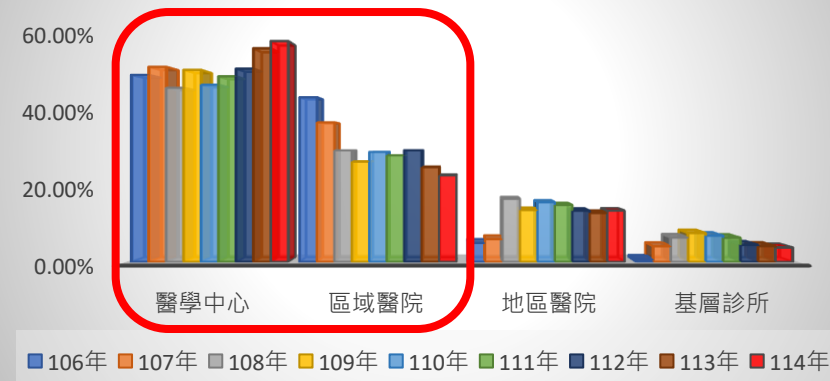
醫學中心轉診流向



區域醫院轉診流向



地區醫院轉診流向



分級醫療的檢討



1. 門診診量機制檢討

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



2. 需求者賦權與導引

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



3. 轉診適當性分析工具限制

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



4. 需同步檢討需求面管理

4. 需同步檢討需求面管理

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

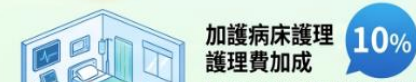
114年護理人力議題的正視與政策回應



114年護理費支付標準調整：提升護理待遇與照護品質

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

核心支付調整項目



急診護理費占率 (點數)

急診檢傷分類第一至五級

32.04%

不分檢傷護理費

8.8%

14%

精神科護理費

政策目標與執行條件



強化急救責任醫院分級支付



重度級醫院
按醫學中心點數支付



中度級醫院
按區域醫院點數支付



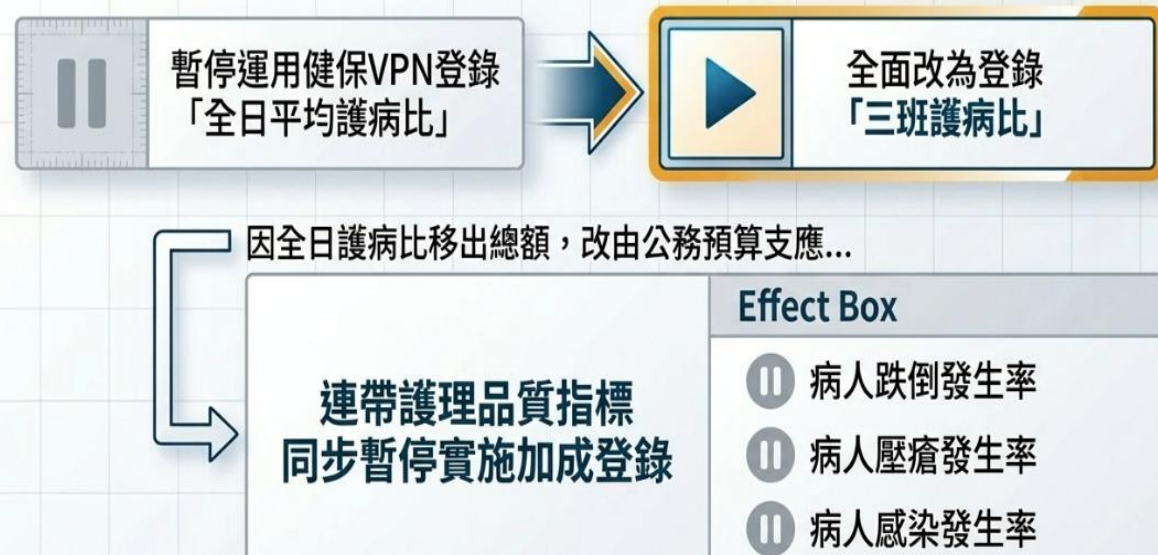
預算核發扣合人力發展指標

醫院須達成調薪、增聘人力或改善急診留滯等指標方可獲得預算。

114 年

114 年 3 月正式推動執行

登錄基準切換與品質指標連動



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



數據的矛盾：高達標率背後的「合法規、減床位」無奈現實

表象：各層級全日護病比情形

醫學中心：眾數小於1:7.0-7.9
為62.1%

區域醫院：眾數為小於1:10
為75.7%

地區醫院：眾數為小於1:13
為80.9%

真實：護理資本創疫後新低

- 2,349 人

114年總護理人數減少量

區域醫院流失最為嚴重，
單年減少 1,281 人。

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

離職潮深度剖析：基層新血流失為當前最大警訊

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

新進人員斷層加劇

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

中堅主力浮動警訊

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

醫護工作環境的檢討與改善方案

財務激勵與稽核機制

\$100億 / 4年

(護理加薪專款，由健保基金編列)

114年基準核心指標：

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



達標醫院：
獲專款預算全額支應。

未達標醫院：
須「自行吸收」調升護理支付標準點數之差額。

智慧醫院輔助醫療臨床業務



臨床語音與數據
自動化



醫務機器人
輔助



生成式AI支援
行政工作



自動產出病歷初稿，
深度輔助HIS系統



終極目標：
優化醫務作業，讓時間
用在真正需要的地方

02

113年評核委員 評論意見及回應

{ 參照書面報告P.15 }

戰略對話矩陣：

回應評核委員對資源配置的期許

[委員關注]

議題一：人均醫療費用上升與高齡化應對

[實務回應]

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

[政策倡議]

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

[委員關注]

議題二：病床關閉與資源樞紐（HUB）規劃

[實務回應]

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

[政策倡議]

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

戰略對話矩陣：

嚴守醫療品質底線與人力資本重建

[委員關注]

議題一：精神專科與慢性醫院感染率監控

[實務回應]

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

[政策倡議/行動]

建立即時動態監測機制，確保護理人力缺口絕不演變為院內感染管制的系統性破口。

[委員關注]

議題二：護理人力留存與外籍人力引進評估

[實務回應]

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

[政策倡議/行動]

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

03

維護保險對象 就醫權益

{ 參照書面報告P.20 }

114年醫療服務品質調查結果(問卷)

指標項目 \ 年	110	111	112	113	114	補充說明
最近一次看診醫院的醫療結果滿意度						114年度醫院部門整體醫療結果滿意度及肯定態度皆較113年分別提高0.1%及1.6%
--滿意	93.2%	94.1%	94.1%	94.1%	94.2%	
--肯定態度	97.3%	97.6%	96.6%	95.2%	96.8%	
就醫過程滿意度						
醫院就醫民眾對醫師看病及治療花費的時間滿意度(肯定態度)	90.5%	90.8%	88.5%	89.2%	91.7%	114年度民眾對醫師看病及治療所花費的時間滿意度較113年提高2.5%
醫護人員進行衛教指導的比率(如:解說病情、營養及飲食諮詢、預防保健等)	64.1%	63.8%	62.1%	61.2%	69.7%	114年度醫護人員進行衛教指導滿意度較113年提高8.5%
醫護人員是否常用簡單易懂的方式向您解說病情與照護方式	67.9%	71.8%	69.8%	71.1%	68.7%	相較於113年度,114年度民眾自覺醫護人員有以簡單易懂的方式解說病情及照護方式的滿意度減少2.4%
就診時醫師是否會病人共同討論照護或治療方式(總是有)	66.3%	70.8%	76.4%	80.3%	64.6%	醫師會與病人共同討論照護或治療方式,113年度滿意度較113年減少15.7%
就診時醫師是否有提供問問題或表達顧慮的機會	73.9%	76.1%	72.4%	72.9%	74.7%	就診時醫師可供詢問及接受表達顧慮的滿意度114年度較113年提高1.8%

總體滿意度維持高點

醫療結果滿意度

96.8% 

對醫師看診花費時間滿意度

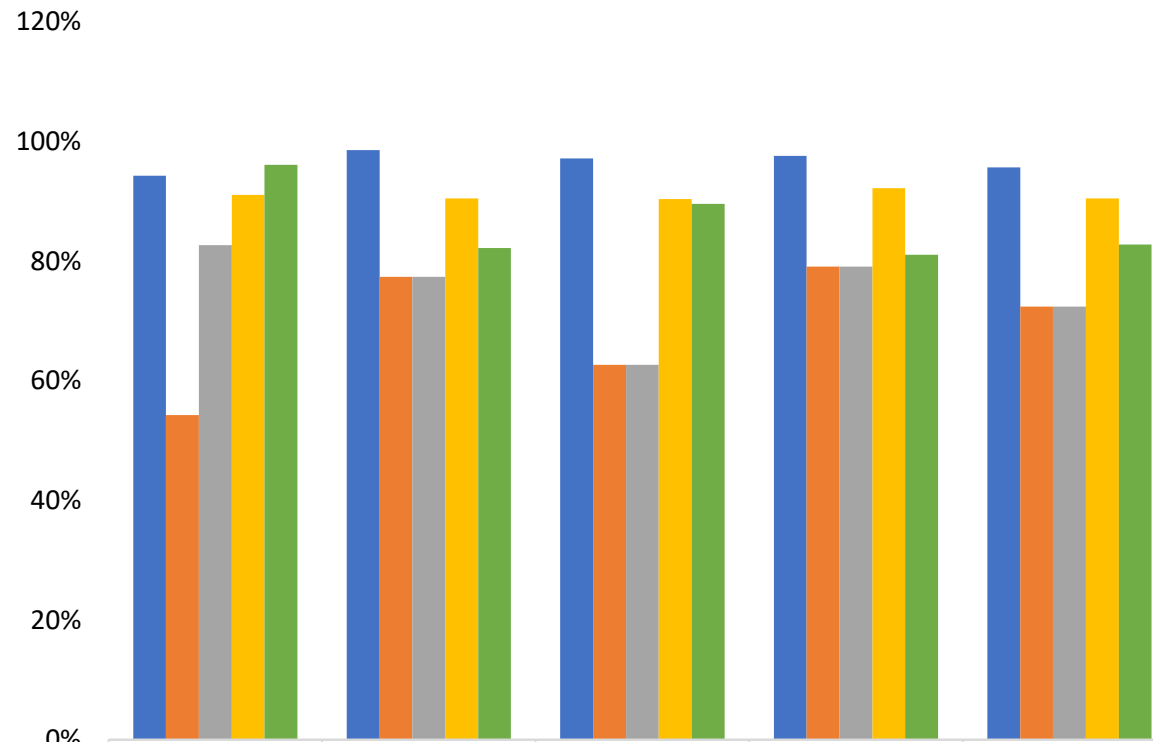
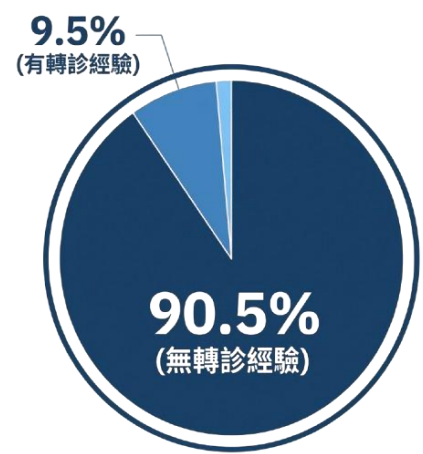
91.7% 

114年民眾自費調查結果(問卷)

• 近五年自費原因統計

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

114年民眾就醫可近性與及時性(問卷)



	110年	111年	112年	113年	114年
■ 對門診掛號的感受(順利)	94.30%	98.60%	97.20%	97.60%	95.70%
■ 住院容易排到病床？	54.30%	77.40%	62.70%	79.10%	72.40%
■ 所安排的病床與希望相符的比率？	82.70%	77.40%	62.70%	79.10%	72.40%
■ 有沒有被轉診的經驗	91.10%	90.50%	90.40%	92.20%	90.50%
■ 對轉診服務的滿意度(正向)？	96.10%	82.20%	89.60%	81.10%	82.80%

82.8%

(轉診服務滿意度，大幅提升 11%)

- 不滿意三大主因
- 1. 等待時間很久 (55.8%)
 - 2. 程序繁瑣 (38.0%)
 - 3. 醫護人員態度不好 (23.7%)

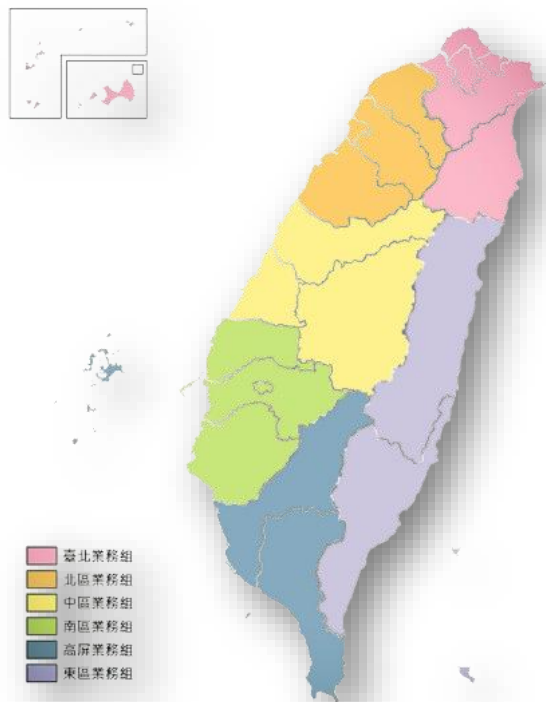
114年不同都市化地區醫療分布情形(監理指標)

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

75.89↓

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

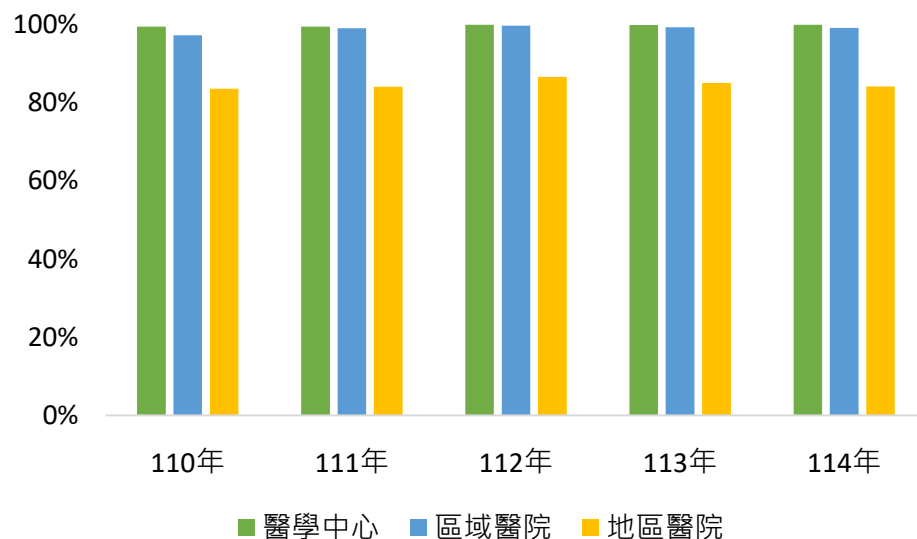
健保山地離島計畫(IDS)及醫療資源不足地區改善方案奏效，就醫率全面微幅上升(偏鄉率59.84%，山地離島63.39%)



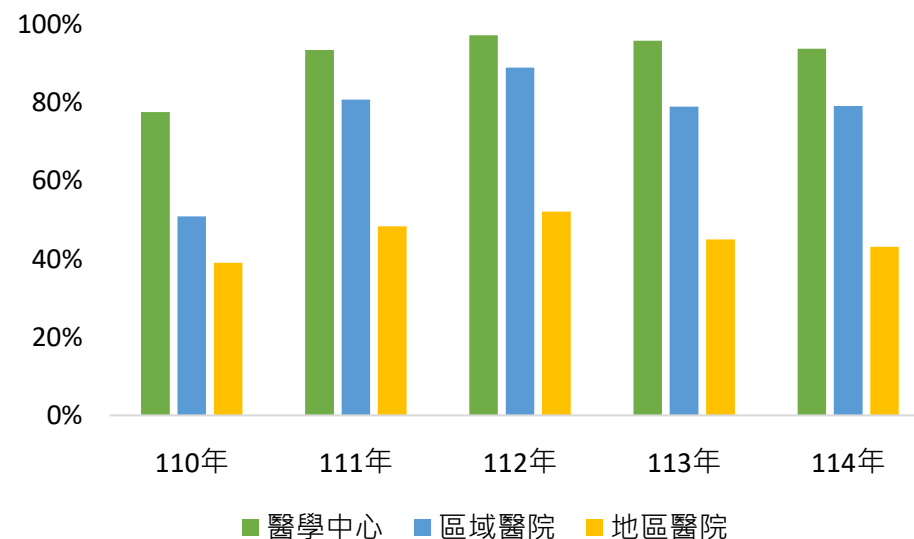
指標項目 \ 分區	全國	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
醫院數	453	103	67	102	63	101	17
醫院醫師數	35,846	13,547	4,419	6,709	4,536	5,739	896
每萬人口西醫醫院數	0.19	0.14	0.17	0.22	0.19	0.28	0.33
每萬人口醫師數	15.39	18.19	11.22	14.76	14.01	15.91	17.19
就醫人數 (千人)	13,990	4,878	2,625	3,006	1,961	2,250	339
每萬就醫人數醫師數	25.62	27.77	16.83	22.32	23.13	25.51	26.43

114年週六、週日開診情形(監理指標)

周六開診率



周日開診率



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

114年民眾對醫院部門抱怨案件(問卷)

申訴案件數達 **926件**

↑ 較 113年成長 **19.95%**

細部歸納，以“其他”案件占42%為最高，該類案件未能了解其原因

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

04

醫療服務品質提升

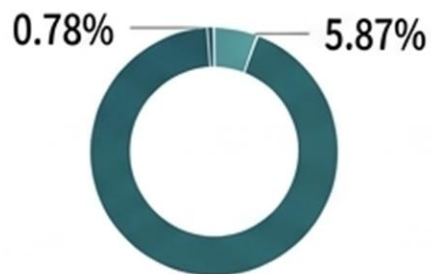
{ 參照書面報告P.30 }

醫院部門114年44項專業醫療品質指標，全數達標

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

Monitoring Station

門診用藥安全 (Medication Safety)



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

手術品質 (Surgical Quality)



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

疾病照護 (Disease Management)



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

預防保健 (Preventive Care)



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

05

協商因素執行情形

{ 參照書面報告P.39 }

延續項目之執行_新醫療科技

110-114年新醫療科技預算成長趨勢

114年：44.63億
(近五年次高，成長率0.825%)

35.62億

110年 111年 112年 113年 114年

114年預算結構拆解

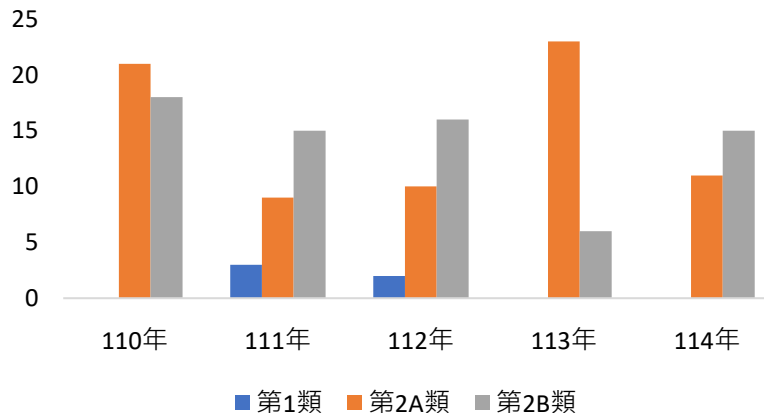
新診療項目：11億

新藥：23.63億
(占比最高)

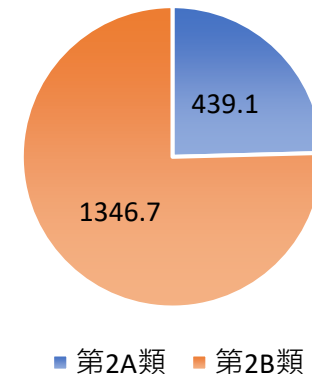
新特材：10億

藥品及特材給付
規定改變：20億
(自113年的13.77億大幅調升)

歷年各類新藥納保品項數



114年申報金額



政策轉型：新藥引進的雙軌機制



過去困境

- 高昂新藥納保的雙面刃
- 預算皆來自健保總額，稀釋「醫療服務點值」
- 醫院承擔龐大財務風險，醫界點值與新藥引進互相排擠

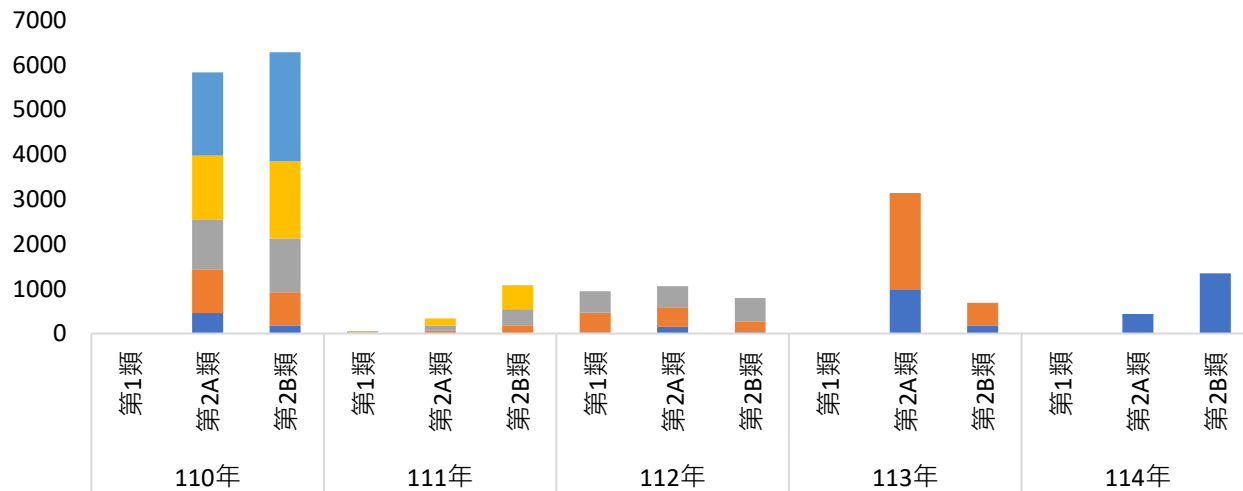


114年轉型 (雙軌機制)

- 引入公務預算等外部資源挹注
- 設立獨立「暫時性支付專款」(精準醫療與罕藥專款保障)
- 效益：醫師遵循國際治療指引開立先進藥物，不再受限於總額點值壓力

114年納保成果：共引進26項新藥 (第2A類11項、第2B類15項)，申報總額達17.85億元

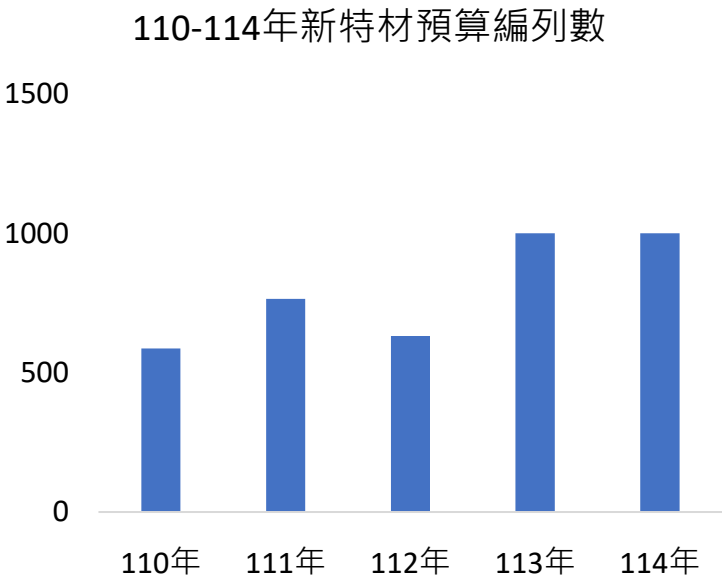
歷年各分類新藥申報金額(百萬元)



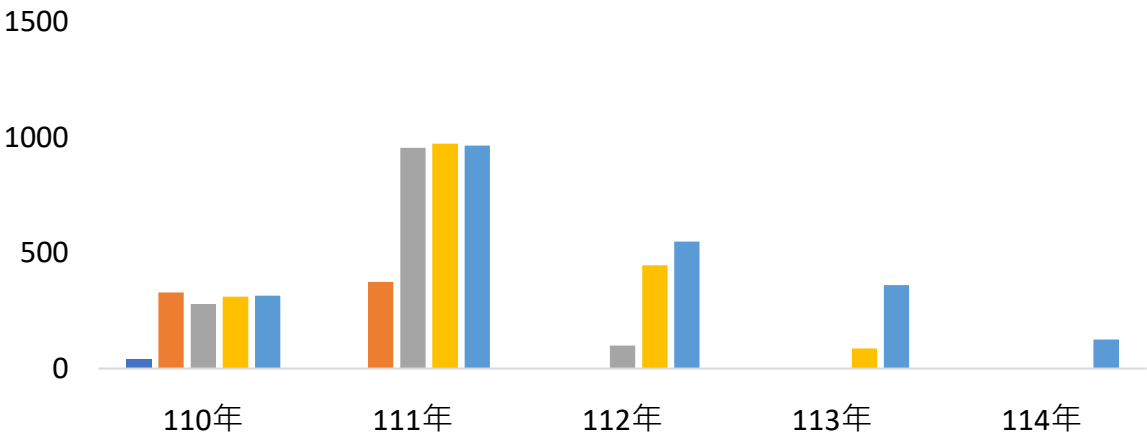
延續項目之執行_新醫療科技 (新特材)

- 110-114年新特材預算及申報情形扣除替代效應

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



110-114年新特材申報費用

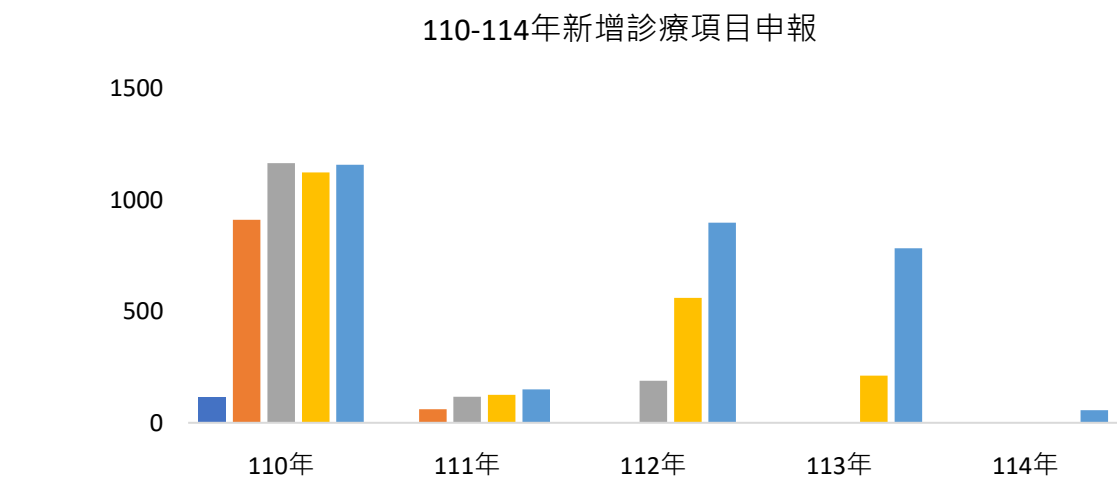
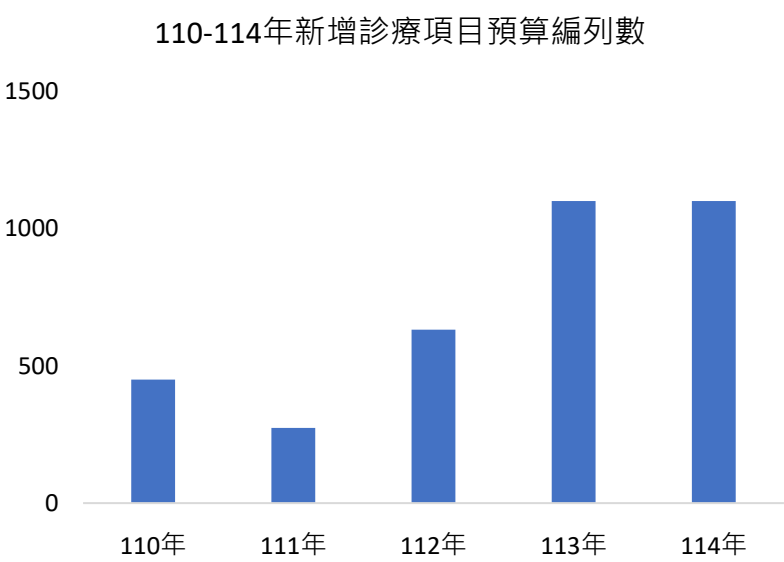


- 歷年來新特材預算呈現穩定趨勢，114年維持113年預算10億元。
- 以收載年度對應申報費用，收載第一年的申報費用都是最低，收載第二年費用均呈現攀升狀態。

延續項目之執行_新醫療科技 (新增診療項目)

• 110-114年新增診療項目預算及申報情形

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



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

延續項目之執行_藥品及特材給付規定修訂

• 114年藥品給付規定改變預算執行數

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

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

• 114年特材給付規定改變預算執行數

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

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

⚙️ 114年醫院總額部藥品給付規定改變預算為17.89億元

⚙️ **未超出年度預算**

⚙️ 114年醫院總額部門特材給付規定改變預算為4億元

⚙️ 截至12月止，經特材共同擬訂會議通過修訂6類及不敷成本調升支付點數10項，推估預算共計約2.11億元，**未超出年度預算**

110-114年協商項目涉及支付標準調整之執行一覽表

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

◆ 不同意以協商結果附帶決議的方式指定項目增修支付標準

110-114年協商項目涉及支付標準調整之執行情形_1/3

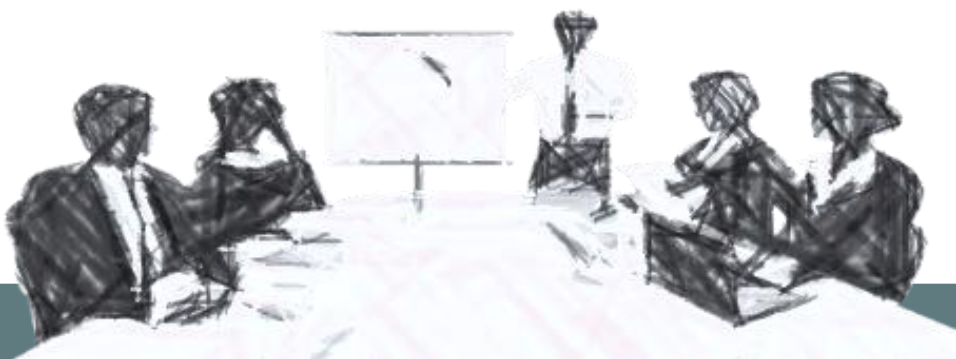
年度	預算來源	核定項目	調整項目
110	協商因素	1. 持續推動分級醫療，壯大社區醫院5億 2. 提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變10億	1. 地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)每點1元支付。 2. 區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費每點1元支付。
111	協商因素	1. 促進醫療資源支付合理0.94億 2. 持續推動分級醫療，壯大社區醫院10億 3. 提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變20億	1. 刪除「醫師執行白內障手術40例以上須送事前審查」規範，改以白內障手術個案登錄作業及事後審查等管理措施取代。 2. 調升住院護理費： ① 新增各類病床「護理費(第一天)」，並按原支付點數調升30% ② 修訂同一療程診察費限申報1次之規定：增訂3項治療之同一療程門診診察費不限申報1次 ③ 地區醫院住院病房費每點1元支付 ④ 地區醫院一般病床住院診察費每點1元支付。 ⑤ 地區醫院住院護理費每點1元支付。 3. 調升住院護理費： ① 新增各類病床「護理費(第一天)」，並按原支付點數調升30%。 ② 修訂同一療程診察費限申報1次之規定：增訂3項治療之同一療程門診診察費不限申報1次。 ③ 加護病床之住院診察費及病房費每點1元支付。

110-114年協商項目涉及支付標準調整之執行情形_2/3

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

110-114年協商項目涉及支付標準調整之執行情形_3/3

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



06

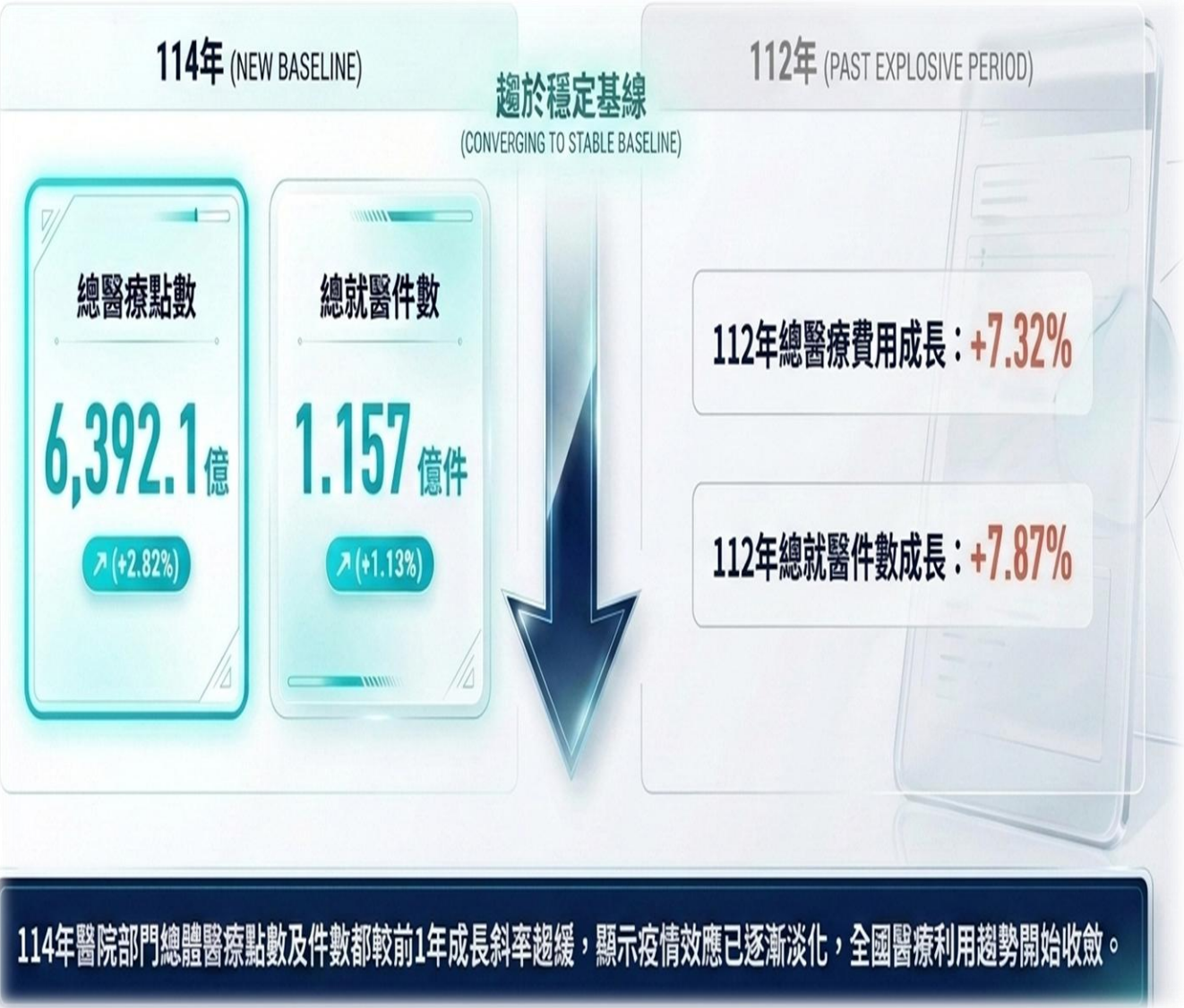
總額管理績效

{ 參照書面報告P.62 }

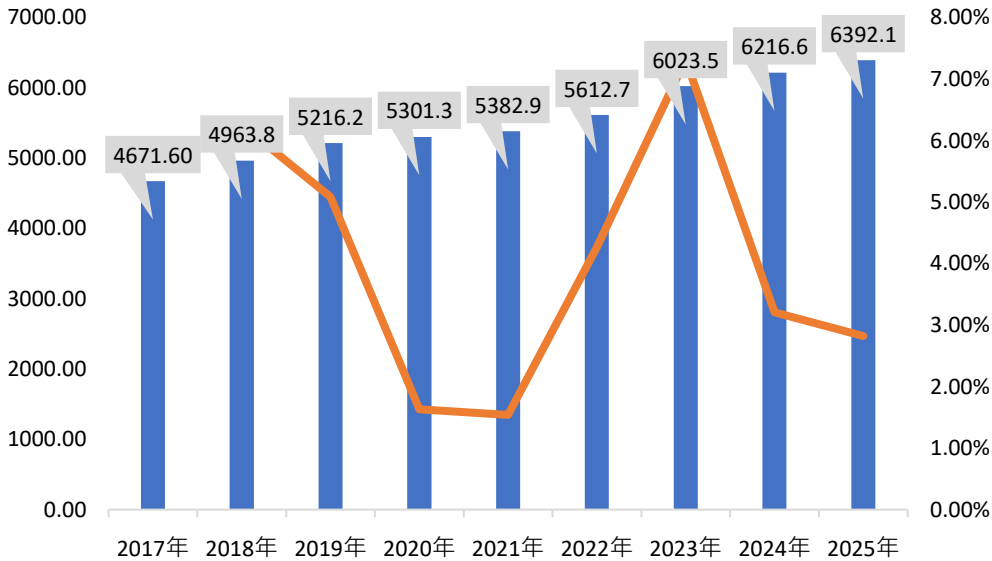


114年醫院部門醫療與費用控管情形

全國醫療利用概況：疫後補償效應消退，逐步回歸新的常態發展



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



門診與住診結構分析：成本驅動 vs 政策效率

門診：成本驅動



總費用成長：+4.99% ↗

就醫點數的顯著成長並非單純量能擴張，而是由「硬性成本」拉動的被動增長。

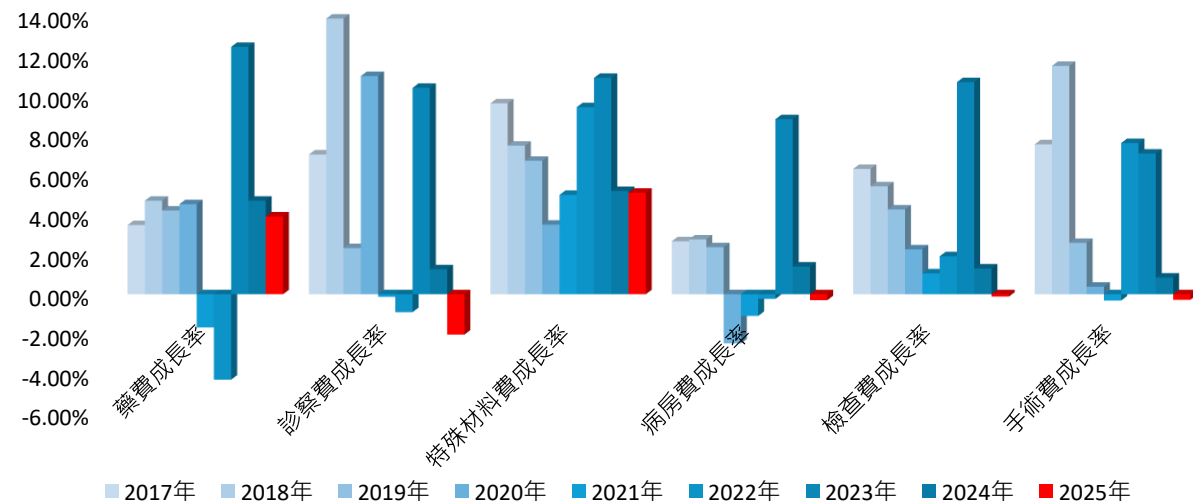
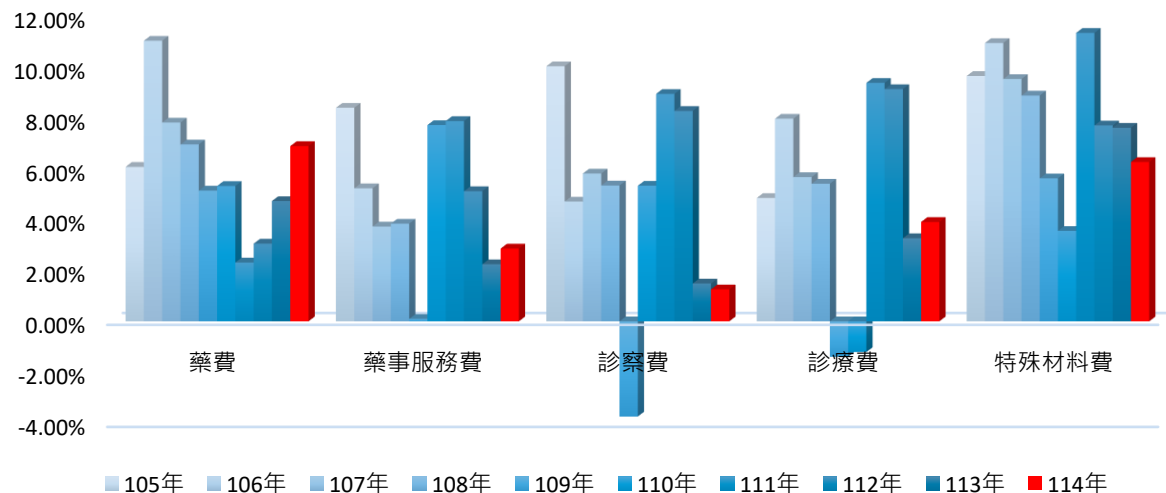
住診：政策效率



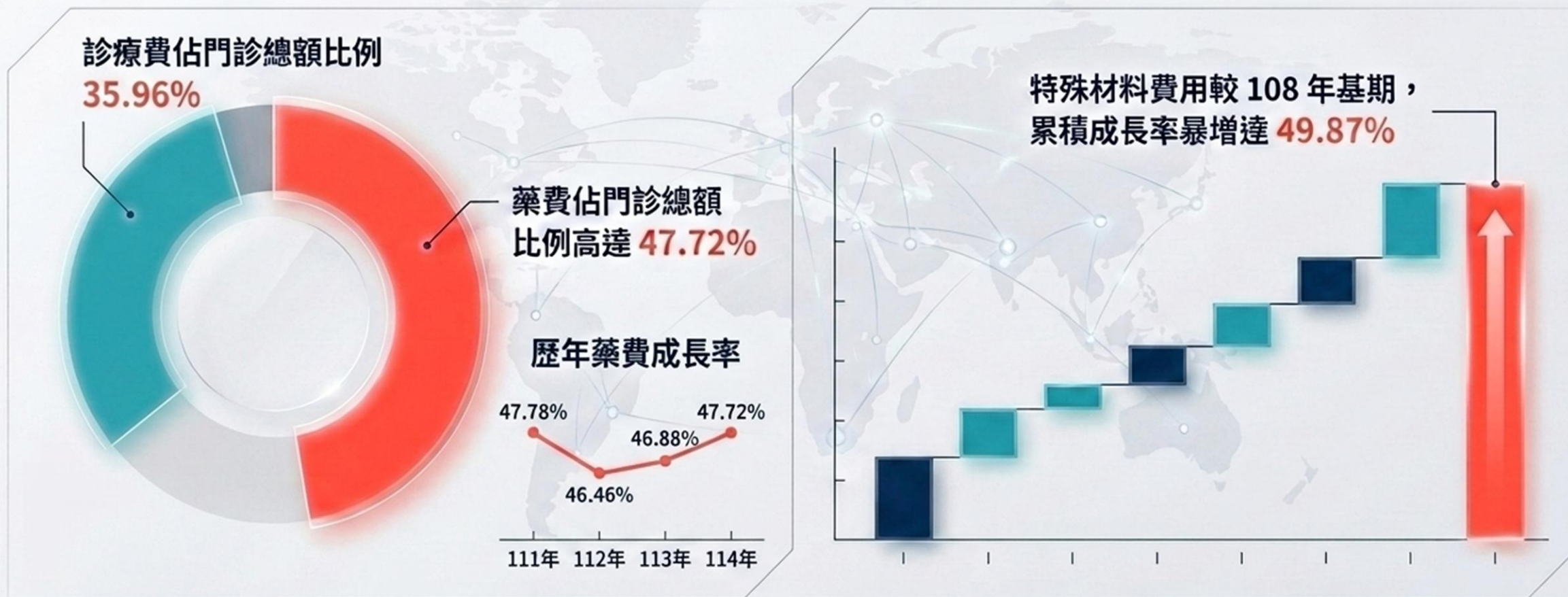
總費用成長：↘
-0.03%

住院日數 (ALOS)：↘
下降 1.96%

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

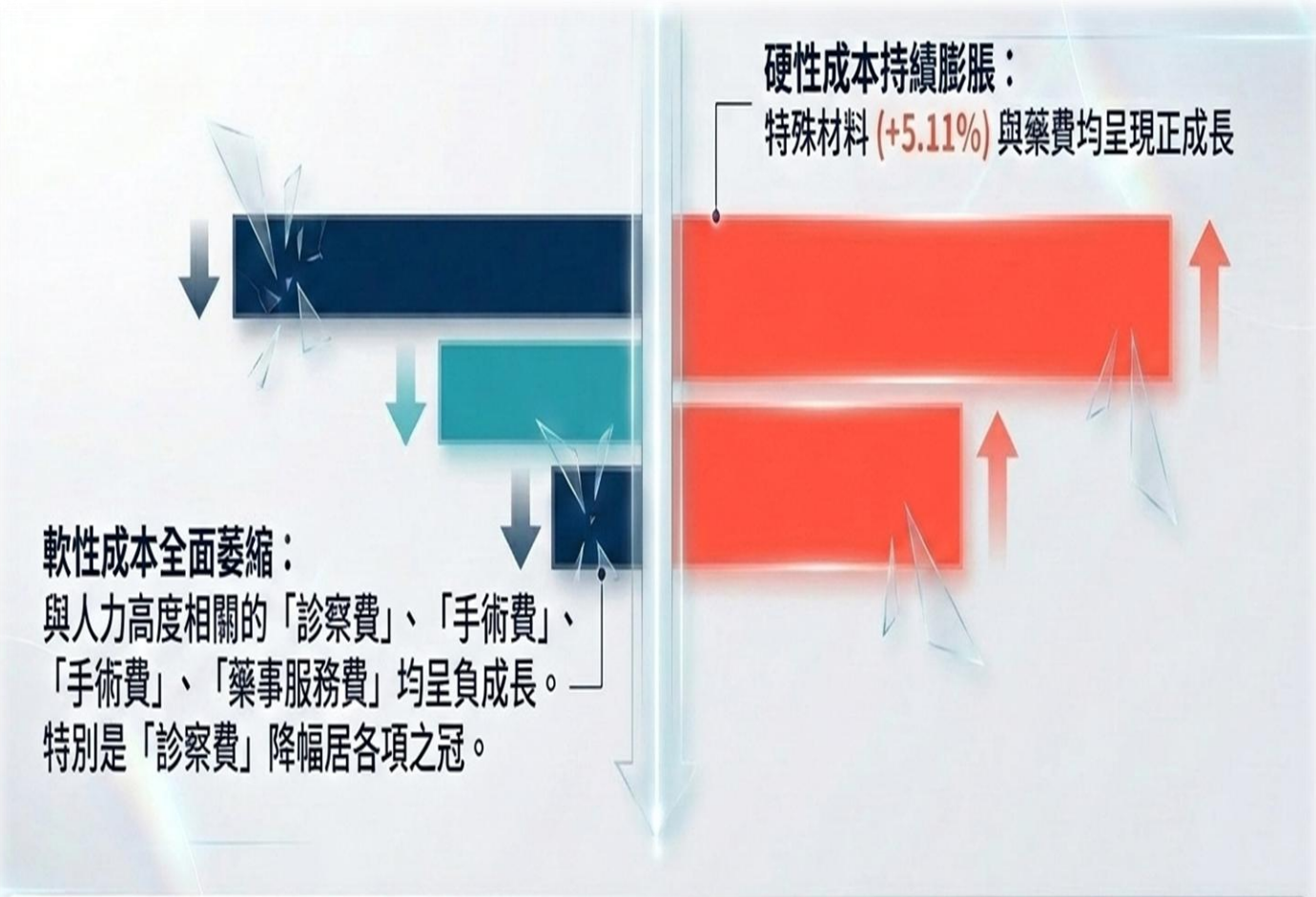


門診微觀解構：總體經濟因素對醫療硬成本的衝擊



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

住診微觀解構：總額限制下與人力相關費用之排擠

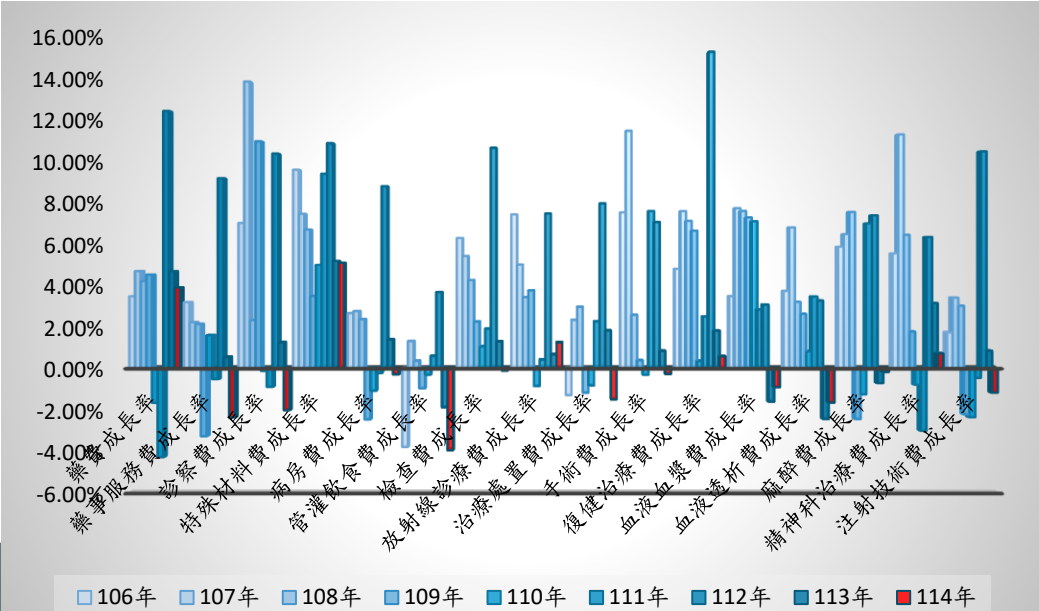


在總額天花板的限制下，不斷膨脹的藥材硬成本直接排擠了醫事人員的專業報酬。
這不僅是財務數字的消長，更是對疫後醫院營運韌性與留才能力的嚴峻考驗。

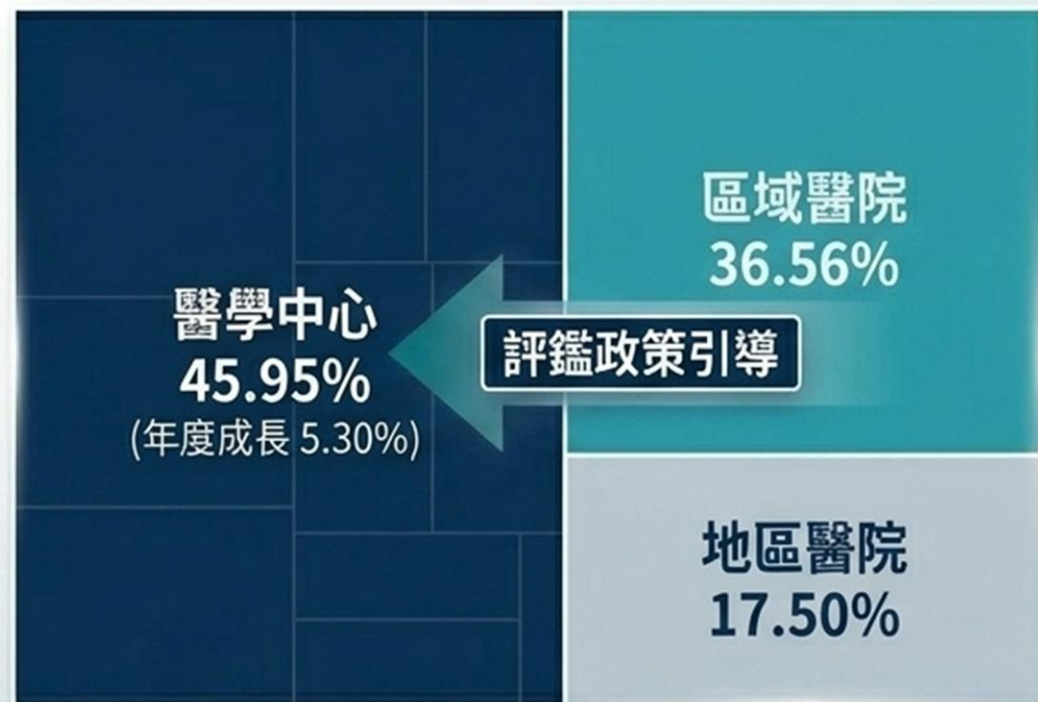
住診108-114年費用分類成長前五大排行

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

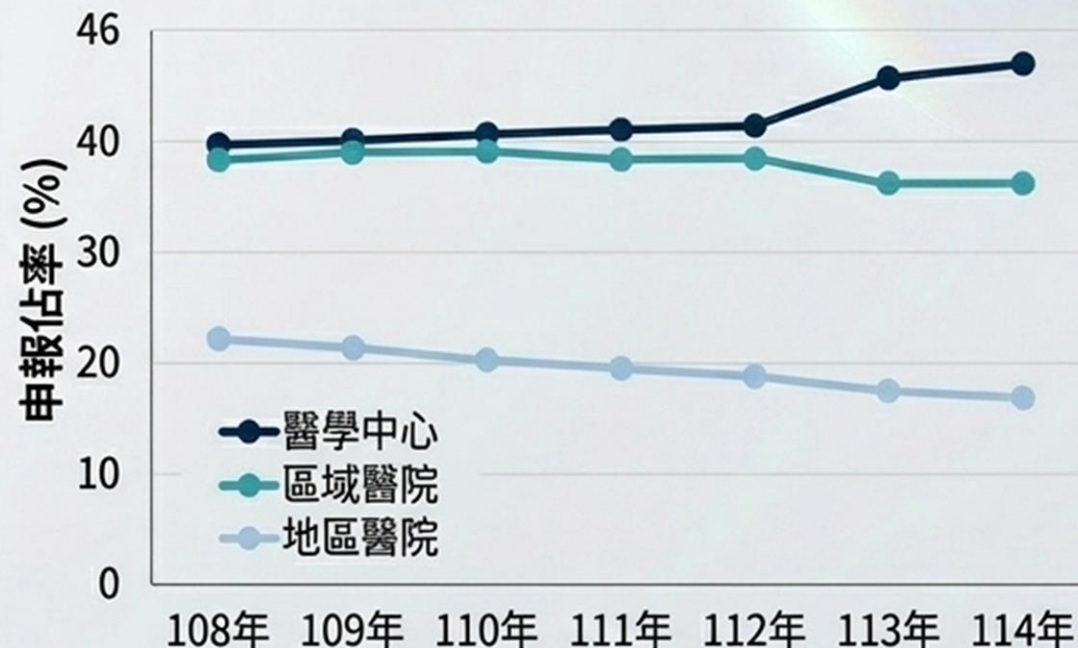
與醫事人力相關的項目都為負成長



層級別醫療費用移轉：評鑑政策引導的結構變動



各層級醫院總醫療費用申報佔率趨勢
(108-114年)



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

層級別門診分析

醫學中心

+8.81%



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

區域醫院

-0.68%



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

地區醫院

+1.24%



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

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

層級別住診分析：醫護人力離職潮下的資源調度



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

醫學中心：

住診醫療總點數及申報件數維持**微幅成長**，平均住院日數及急性病床日數都為負成長



區域醫院：

無論住診醫療總點數、申報件數、急性病床日數都為負成長



地區醫院：

住診醫療總點數、申報件數、平均每件住院天數，急性病床日數都為負成長。



各層級每件住診醫療費用都較113年為正成長

政策亮點驗證：前瞻性試辦計畫全面翻轉住院天數



OPAT
(門診靜脈抗生素治療)



ERAS
(術後加速康復計畫)



ACAH
(在宅急症照護)



醫學中心：平均每件
住院減少**2.67%**及
日數減少**1.33%**

區域醫院：急性病床
日數減少**4.65%**

地區醫院：平均每件
天數減少**4.44%**及
日數減少**4.84%**

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

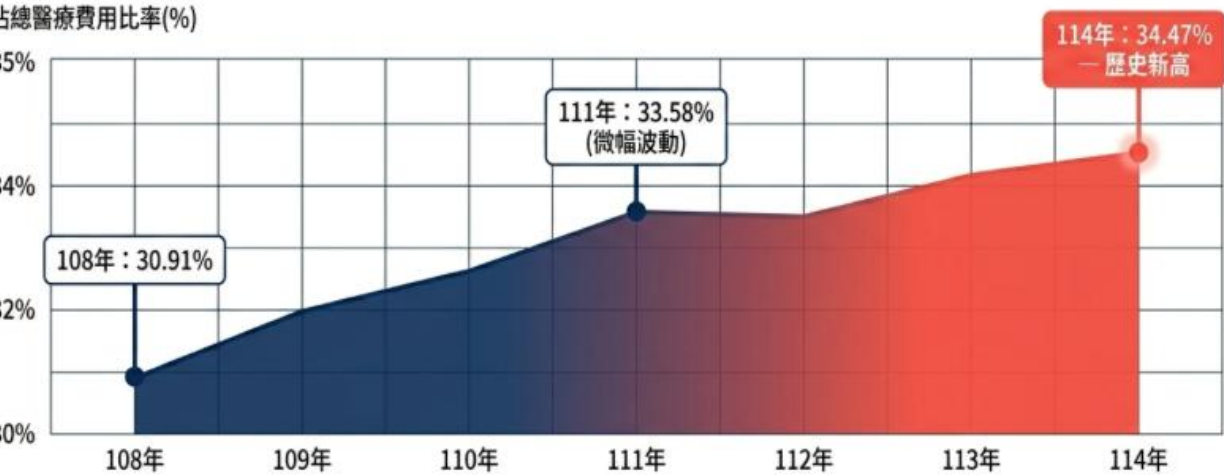
影響醫療費用的重要 因素分析

- 重大傷病
- 慢性病
- 新醫療科技



重大傷病對醫療費用的影響

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



重大傷病的支出佔總醫療費用比率已創歷年新高

藥費結構警訊



費用增長主因剖析



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

114年重大傷病支出較113年成長，造成成長的因素

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

慢性病的管理

總體趨勢：疫後就醫回歸與疾病複雜度提升

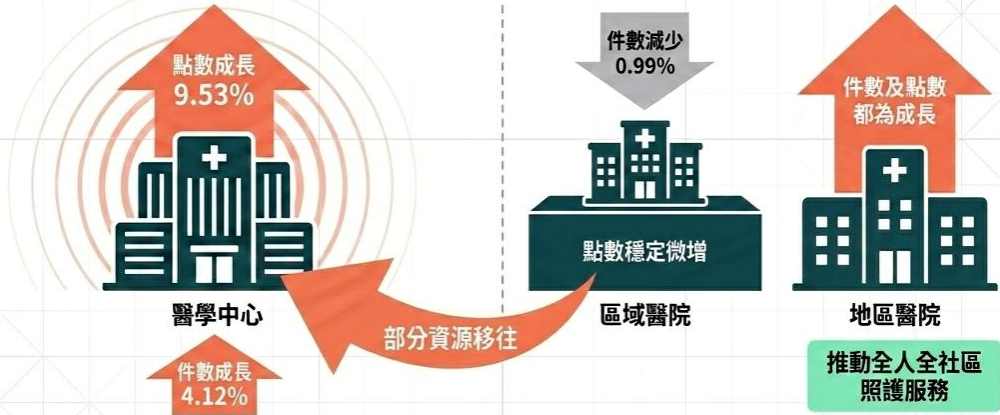
114年慢性病占門診總量

113-114年成長落差

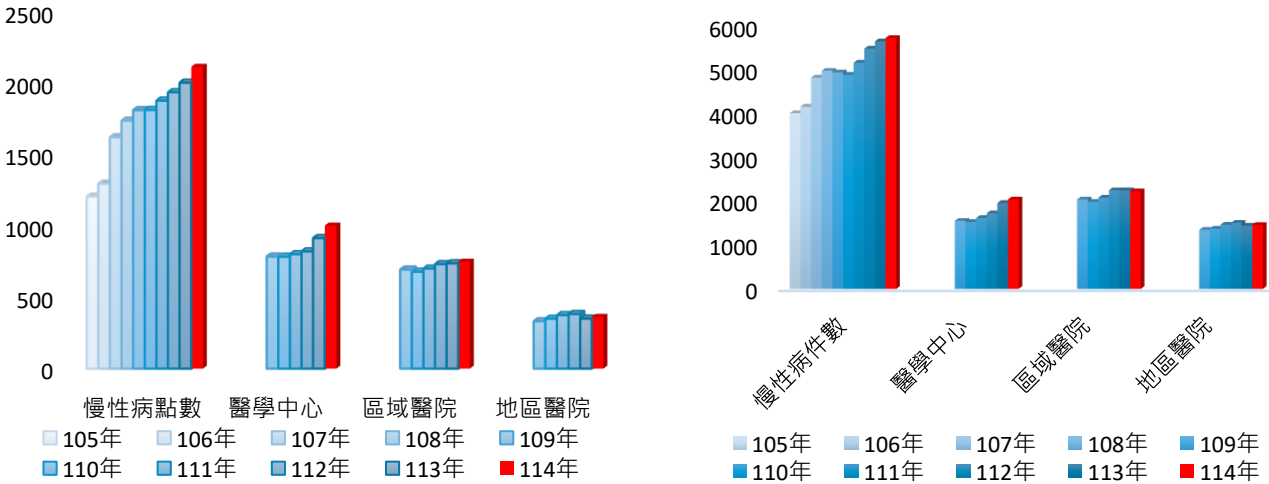


點數增幅 (5.55%) 遠大於件數增幅 (1.34%)，不僅反映疫後就醫常規化，更揭示慢性病患的照護需求與疾病複雜度正顯著提升。

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



	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年
醫院慢性病件數對門診案件占率	48.82%	49.46%	50.75%	51.91%	51.35%	50.62%	50.87%	50.93%
醫院慢性病點數對門診總點數占率	59.18%	59.75%	61.34%	62.52%	61.28%	60.11%	60.28%	60.48%
醫院慢性病申報件數 (萬件)	4,816.50	4,970.60	4,933.20	4,878.70	5,156.20	5,476.70	5,642.40	5718.1
--成長率	16.00%	3.20%	-0.75%	-1.10%	5.69%	6.22%	3.03%	1.34%
醫院慢性病案件申報點數 (億點)	1,618.80	1,734.70	1,807.90	1,898.10	1,874.80	1,933.20	2000.4	2111.4
--成長率	25.08%	7.16%	4.22%	4.99%	-1.23%	3.11%	3.48%	5.55%



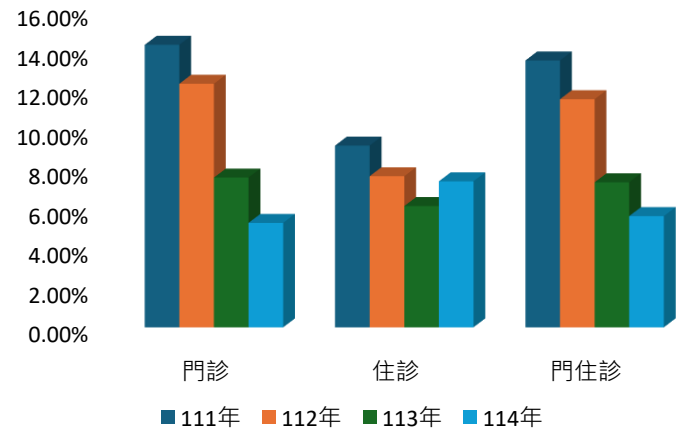
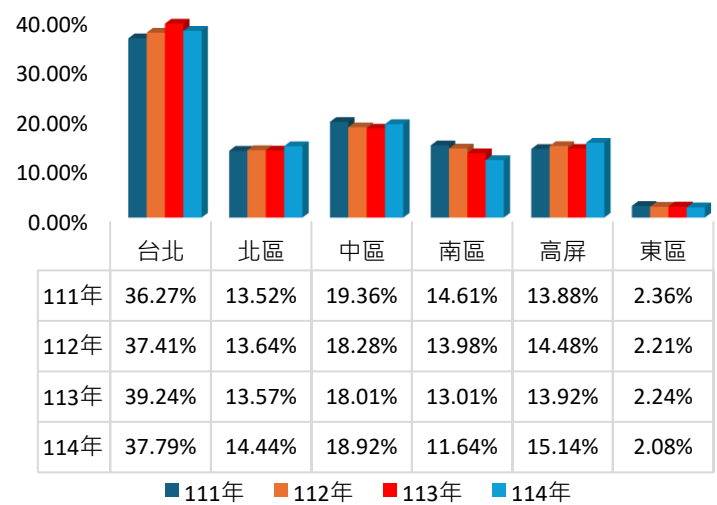
114年慢性病申報件數及點數都較113年成長！
醫學中心及區域醫院仍受評鑑家數變動的後續影響，醫學中心成長、區域負成長
地區醫院配合執行全人全社區鼓勵推動健康生活型態。
醫院部門亦利用風險調整移撥款推動社會處方，就慢性病從源頭開始預防。

新醫療科技的引進

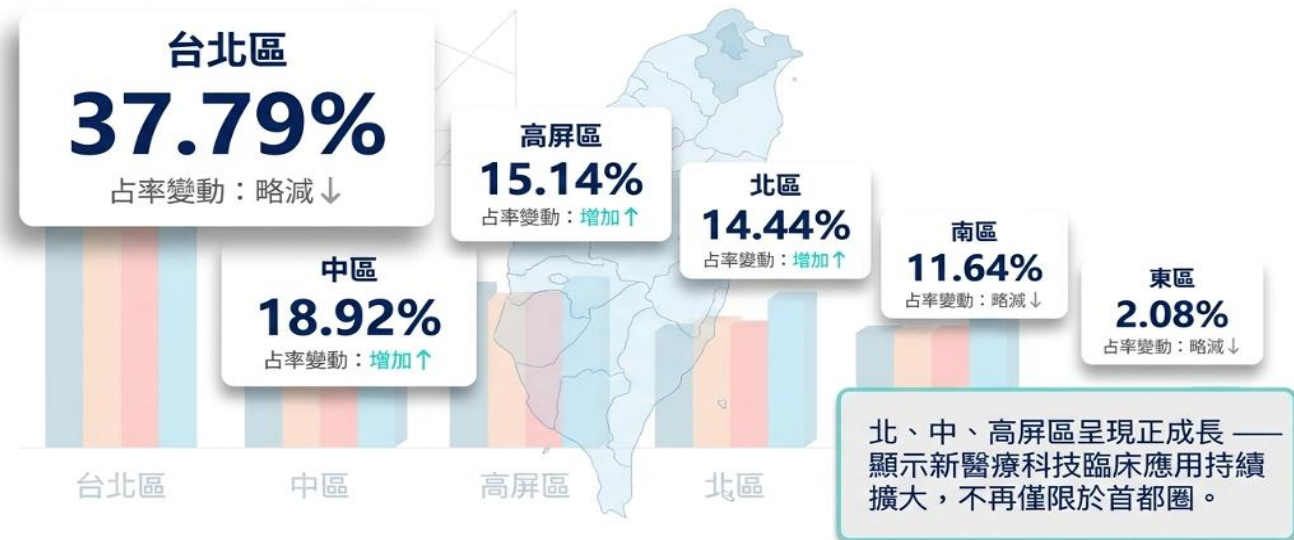
- 與時俱進提供優質醫療服務，由於替代率初期不顯著，醫療費用仍是會增加

113年
7.32% ↘ 114年
5.61%

新醫療科技占整體藥費比率下修



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

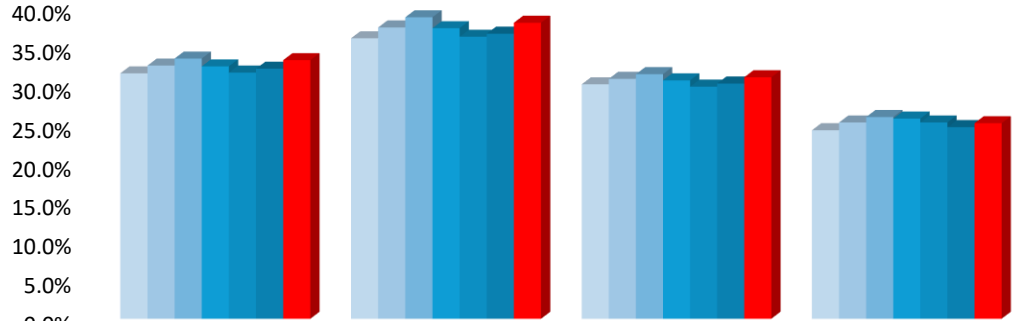


藥品費用占率



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

114年醫院部門藥品費用成長因素



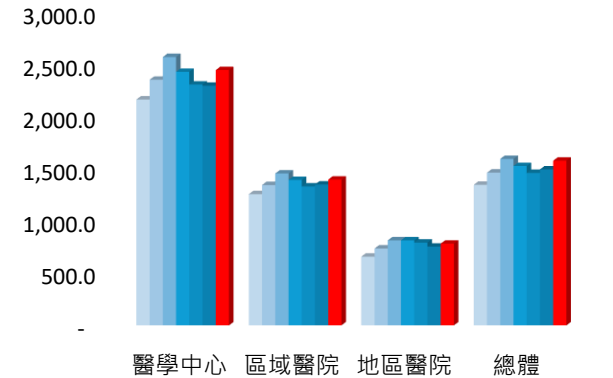
	總體	醫學中心	區域醫院	地區醫院
108年	31.5%	36.0%	30.1%	24.2%
109年	32.5%	37.4%	30.8%	25.2%
110年	33.4%	38.7%	31.4%	25.9%
111年	32.4%	37.3%	30.6%	25.7%
112年	31.6%	36.2%	29.8%	25.2%
113年	32.1%	36.6%	30.2%	24.6%
114年	33.2%	38.0%	31.0%	25.1%

108年 109年 110年 111年 112年 113年 114年

114年整體藥品費用佔總支出33.2%，較113年成長，各層級以醫學中心的占率最高38.0.1%；區域醫院占31.0而地區醫院25.1%

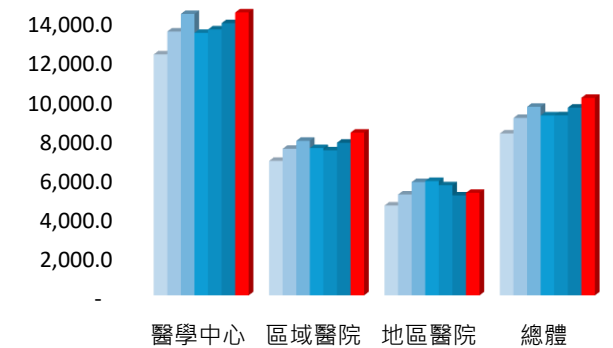
藥費的成長因素：新藥的價高、邊緣政治因素的成本拉抬，疾病複雜度的增加

門診平均藥費



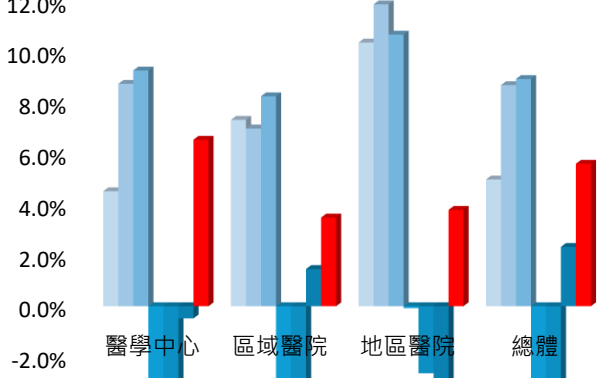
108年 109年 110年 111年 112年 113年 114年

住診平均藥費



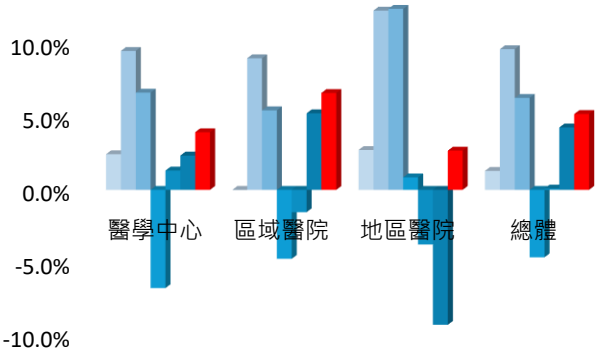
108年 109年 110年 111年 112年 113年 114年

門診平均藥費成長率



108年 109年 110年 111年 112年 113年 114年

住診平均藥費成長率



108年 109年 110年 111年 112年 113年 114年

地區預算分配(含風險調整移撥款)之執行與管理

110~114年醫院部門地區預算R值/S值分配

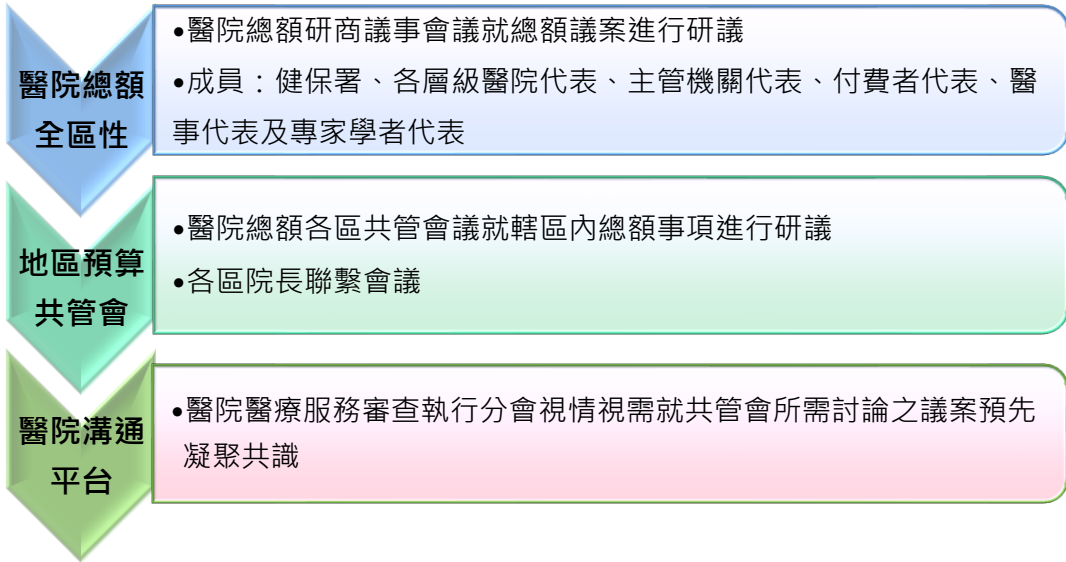
項目\年		110	111	112	113	113
門診	R	51%	51%	52%	52%	53%
	S	49%	49%	48%	48%	47%
住診	R	45%	45%	45%	45%	46%
	S	55%	55%	55%	55%	54%
風險調整移撥款		2億	6億	6億	6億	6.5億

110~114年各區預算分配(不含風險調整移撥款)及其成長率

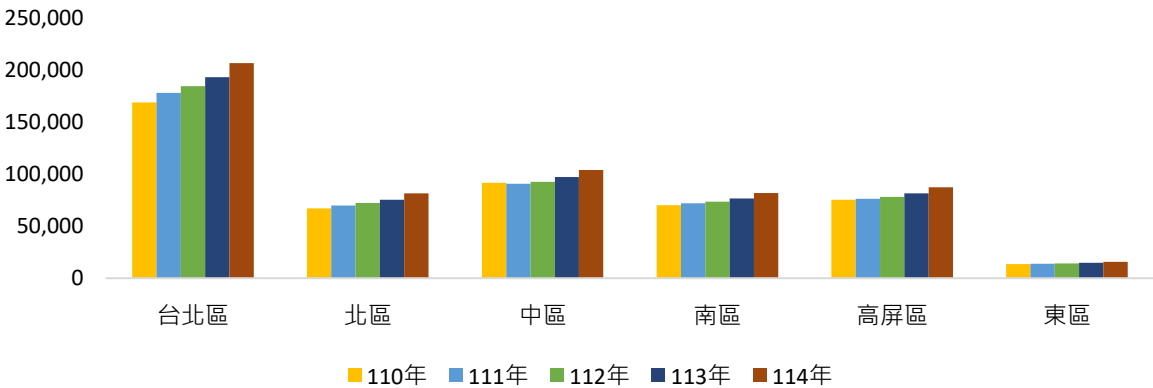
預算年別	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區
110年	169,121	67,135	91,612	70,126	75,567	13,644
111年	178,079	70,020	90,681	72,022	76,482	13,866
112年	184,542	72,239	92,778	73,470	78,079	14,097
113年	193,403	75,541	97,142	76,751	81,495	14,710
114年	206,871	81,658	104,086	81,989	87,292	15,768
109年成長率	5.81%	6.09%	5.70%	5.53%	5.33%	6.11%
110年成長率	2.05%	5.03%	5.70%	5.53%	6.55%	4.74%
111年成長率	5.30%	4.30%	-1.02%	2.70%	1.21%	1.63%
112年成長率	3.63%	3.17%	2.31%	2.01%	2.09%	1.66%
113年成長率	4.80%	4.57%	4.70%	4.47%	4.38%	4.35%
114年成長率	6.96%	8.10%	7.15%	6.82%	7.11%	7.19%

註：111年中區地區預算成長率為負，係因110年Q2-3季採保障方案所致

地區預算概念圖



110-114年地區預算成長情形



風險調整移撥款

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

年度	預算	分配方式
108年	1.5億	山地離島非原住民人口、偏遠地區人口、台閩地區原住民人口、重度以上身心障礙人口、低收入人口及6歲以下及65歲以上人口等6因子
109年	2億	
110年	2億	
111年	6億	➤ 2億(山地離島非原住民人口、偏遠地區人口、台閩地區原住民人口、重度以上身心障礙人口、低收入人口及6歲以下及65歲以上人口等6因子) ➤ 4億(醫院總額地區預算RS值-107年至109年平均占率) ➤ 114年0.5億遵衛生福利部全民健康保險會決議用於東區。
112年	6億	
113年	6億	
114年	6.5億	

110~114年各分區移撥款分配額度及佔率

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

108~115年各分區移撥款執行項目數



移撥款執行類別



地區預算分配之檢討

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

114年前: 虛擬小總額 vs. 自由競爭型

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

虛擬小總額型（北區、南區、高屏區、東區）

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

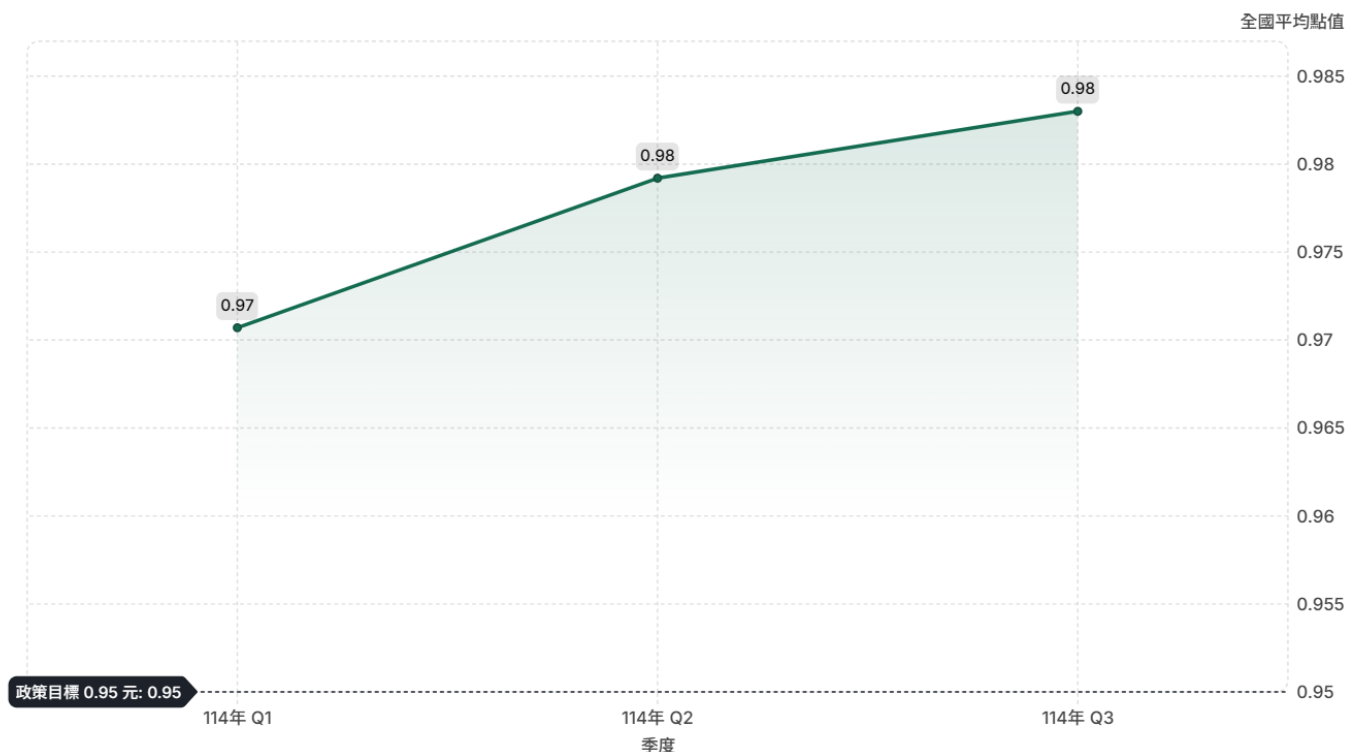
自由競爭型（台北區、中區）

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

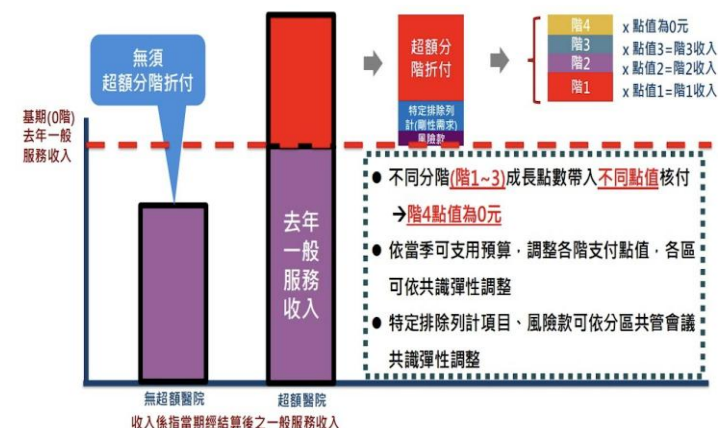
分區	108 年平均	110 年平均	112 年平均	113 年平均	114 年平均	管理類型
台北區	0.9163	0.96	0.9275	0.93	0.93	自由競爭
北區	0.9325	0.9375	0.945	1	1	虛擬小總額
中區	0.9263	0.9363	0.9412	0.9438	0.9475	自由競爭
南區	0.9238	0.94	1	1	1	虛擬小總額
高屏區	0.94	0.945	0.95	0.98	1	虛擬小總額
東區	0.92	0.93	—	—	1	虛擬小總額

114年前：虛擬小總額 vs. 自由競爭型

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



個別醫院分階給付架構



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

專業審查及其他管理措施

本會審查組織架構圖



審查專家量能與管理

2,900+
(位 / 一般審查醫藥專家)



審查標準研修與共識

53

(場 / 業務說明與專門會議)



案件評量與品質確保

130.4萬

(件 / 全年審查量)

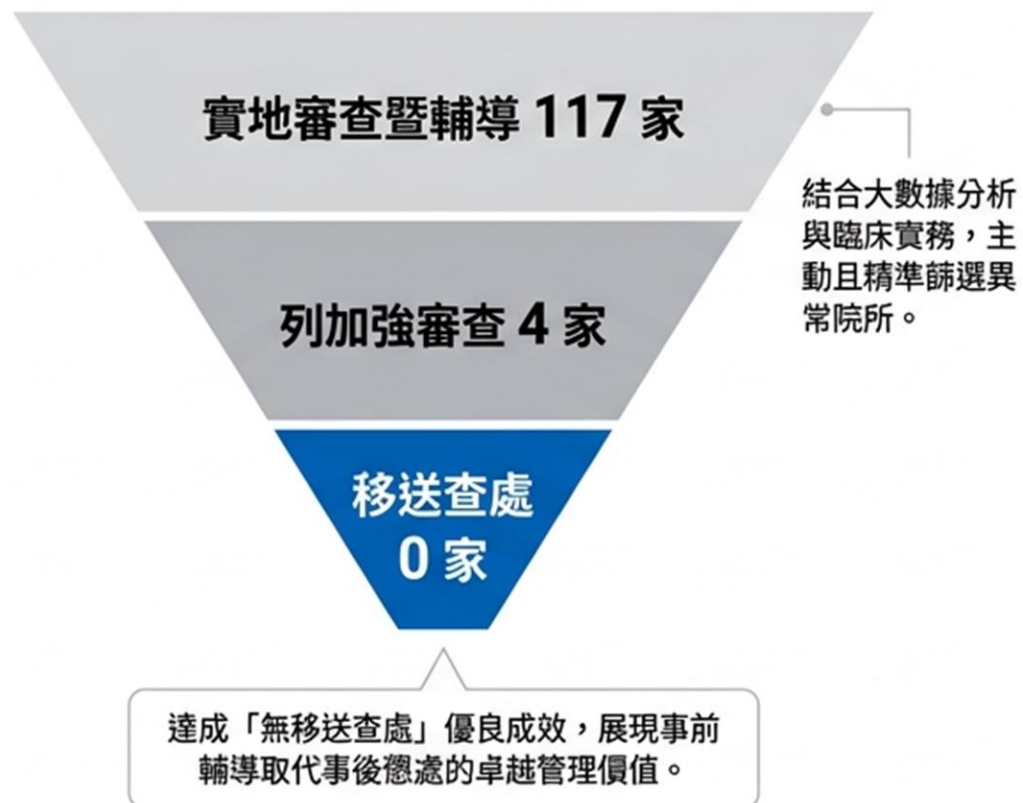
建立嚴謹追蹤機制，自109年起每月追蹤聘任回應狀況，確保全台審查量能穩定。

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

推動跨區審查作業與審畢案件評量，六區分會全數達成80%以上之品質目標值。。

專業審查及其他管理措施 (續)

檔案分析與同儕輔導機制



爭審標準收斂與核減率下降

-10,000+ 件 爭審案件銳減



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

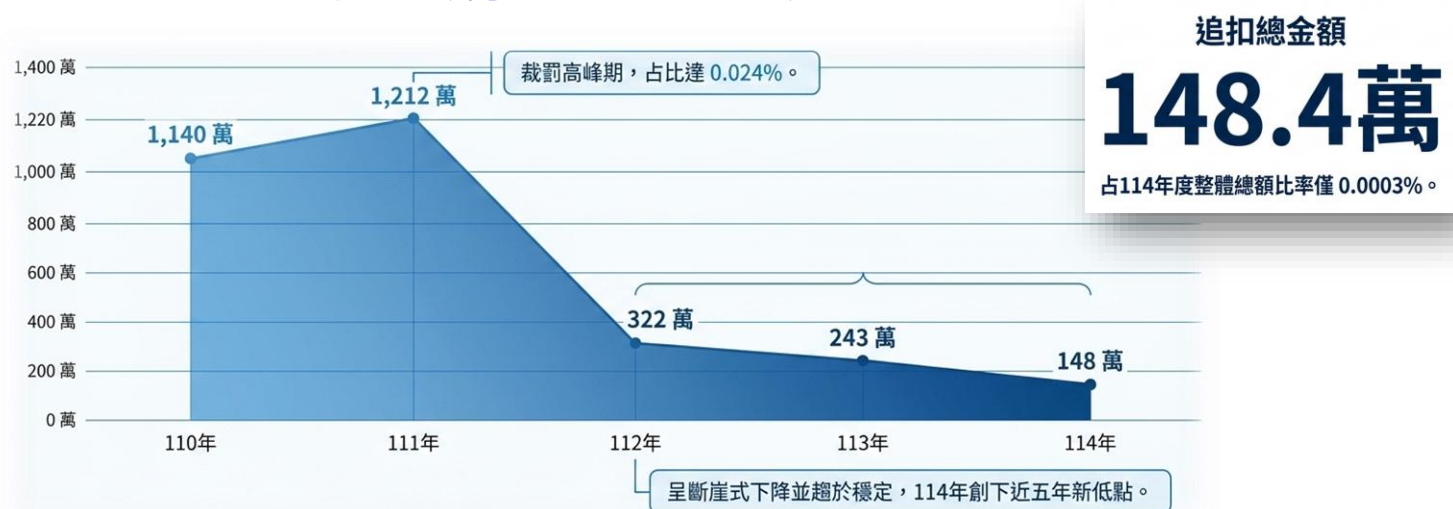


爭審駁回率

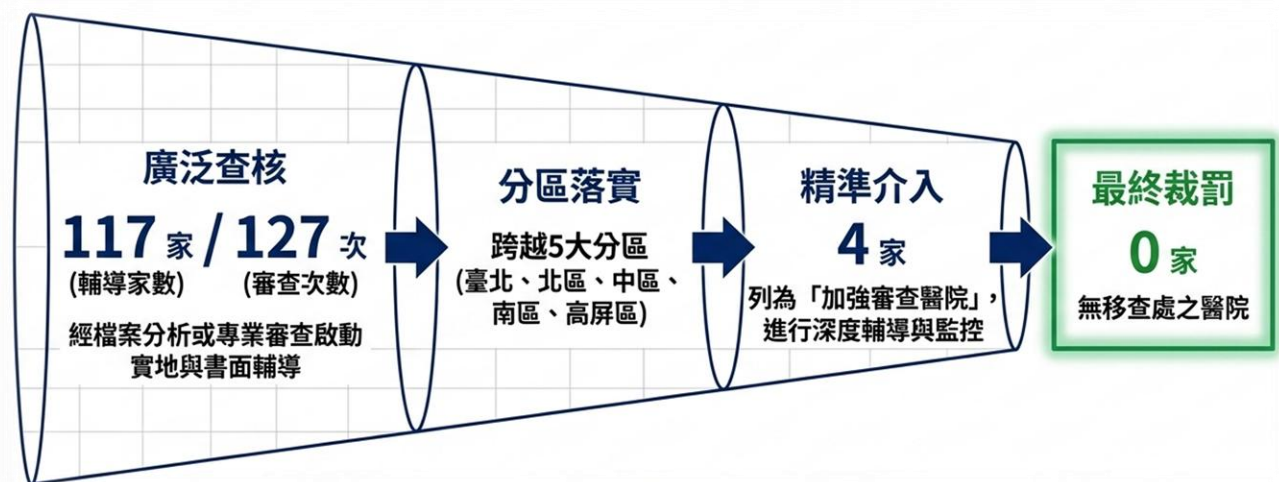
爭審會撤銷率僅佔 3%。高達 97% 的駁回率，顯示爭議審議會與原審查醫師之判定具備高度一致性，證明審查標準已成功收斂且具備極高公信力。

院所違規情形及醫療機構輔導

• 110-114年院所違反特管辦法之查處追扣金額



• 114年度醫院醫療服務審查實地審查暨輔導彙整表-業務組 + 分會啟動



8家次醫院違規

停止特約：
5 家

違約記點：
2 家

扣減
費用：
1 家

13件違規案由

醫療行為違規：3件

未依處方箋或病歷記載提供醫療服務

申報不實違規：1件

其他以不正當行為或以虛偽之證明、
報告或陳述，申報醫療費用

行政與其他缺失：9件

其他 (行政追扣、)

07

專案計畫

{ 專案書面報告 }

專案計畫具體成效一覽表

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

01-急診品質提升方案

確保重大疾病照護品質、落實品質導向轉診制度、提升急診病人處置效率



重症照護品質

五大重症，達標給予獎勵

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



轉診品質

強化重症上轉與穩定病患下轉

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



處置效率

控管留置時間，獎勵高效收治

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



人力補助

穩固急診排班量能

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

01-急診品質提升方案_114年執行成果總覽：資源高度集中於急迫性重症

預算執行率

100%

(實質支用 3.75 億元)

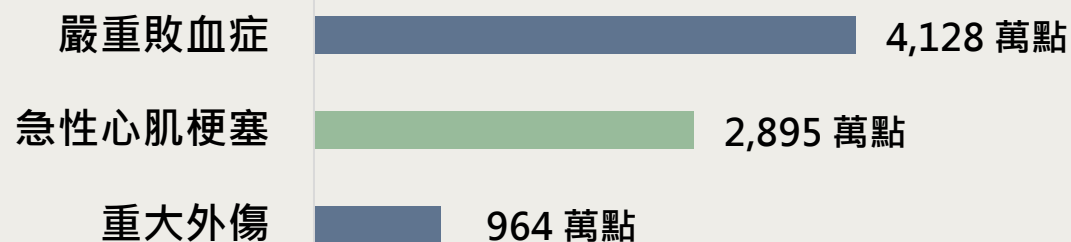
急診總件數

736.1 萬件

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

重症照護獎勵分布

重症獎勵核發 1.024 億點 (成長12.1%)



嚴重敗血症佔據最高申報量，其次為急性心肌梗塞與重大外傷。

轉診品質獎勵分布

轉診獎勵核發 4,450 萬點



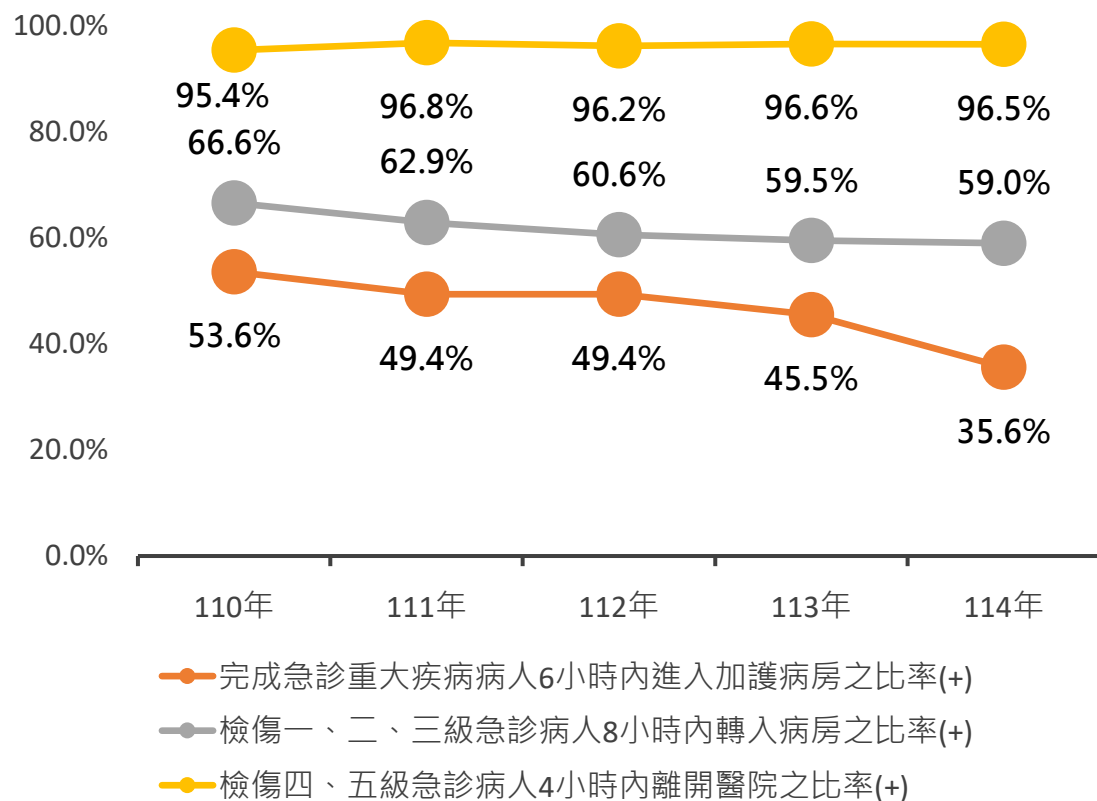
向上轉診仍為大宗，但「向下轉診」較前一年顯著提升 16.18%，顯示分流機制逐步發酵。

01-急診品質提升方案_急診處置效率指標

穩定的前端

輕症分流指標達標，急診前端處置量能穩定

檢傷四、五級病人4小時內離院率介於96.0% ~ 96.5%

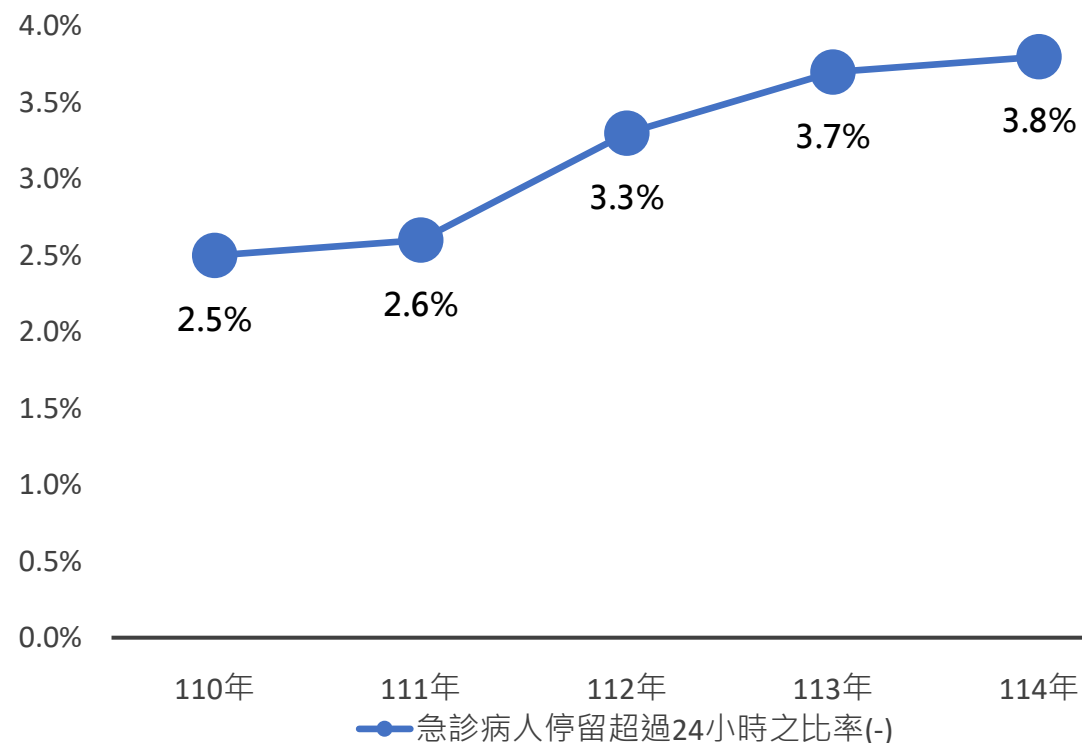


嚴峻的後端

住院端床位調度困難，重症滯留急診惡化

急診病人停留 > 24小時比率微升至3.8%

急診重大疾病6小時內進ICU比率顯著下滑至35.6%





系統性解方（立即配套措施）

1. 穩固後端人力

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

2. 緩解前端尖峰

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



115 年方案修訂重點（策略轉向）

Pivot 1: 提高極重症誘因

OHCA 清醒出院獎勵由 3萬點 → 調升至 3.5萬點。

Pivot 2: 優化轉診精準度

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

Pivot 3: 確保基層受惠

方案明文規定，獎勵費用須優先分配於第一線執行人員。

02-西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層)

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



55家

全國積極投入巡迴醫療。



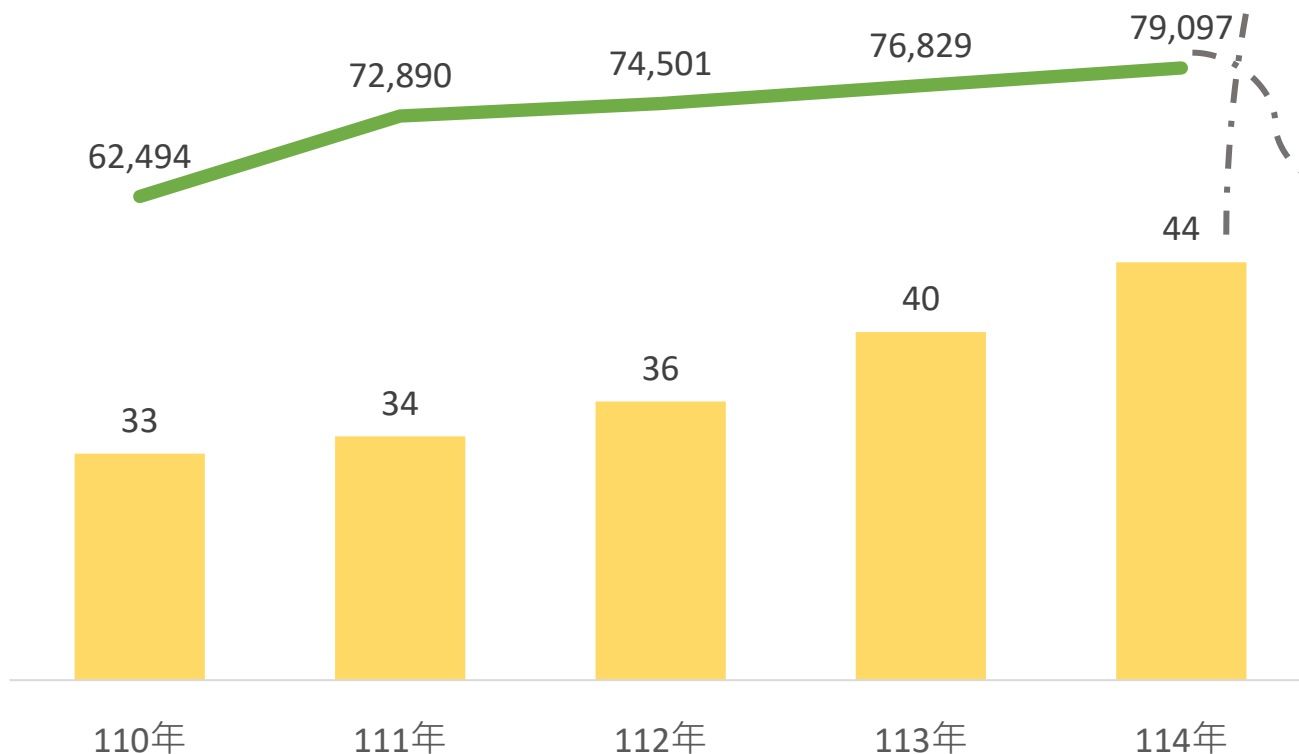
30科

涵蓋內、外、婦、兒等多種偏鄉
急需之醫療專長，實質擴充在地
量能。

註：30科係採歸戶計算，非各區科別數直接加總

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

02-西醫醫療資源不足地區改善方案_114年成果



03-醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

強化在地醫療，穩定偏鄉量能



核心宗旨 (在地安養)

聚焦離島、山地鄉及
醫療資源不足地區。

減少民眾就醫奔波，增進24小
時急診與在地醫療可近性。



點值保障(穩定營運)

一般服務部門浮動點值
最高補至1元。

確保資源不足地區醫院具備維
持基礎醫療提供之能力。



燈塔型補助(專款專用)

配置專款，針對「偏遠地區
燈塔型醫院」提供營運補助。

支撐偏鄉唯一醫療據點，無後
顧之憂。

03-醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫_114年成果

在地醫療保障 **104** 家參與



24小時急診：
全天候急重症承接 (114年達81家)



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



社區保健：
深入社區預防保健服務量成長 +4%

就醫整體
滿意度

97%

96%

檢驗報告
主動通知

燈塔型醫院 **32** 家

醫師數 **941** 人

護理人員數 **5,032** 人

轉診人數 **30** 人

門急住服務人數 **1,413** 人

門急住件數 **6,398** 萬件

04-鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型)

• 110-114年預算執行情形

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



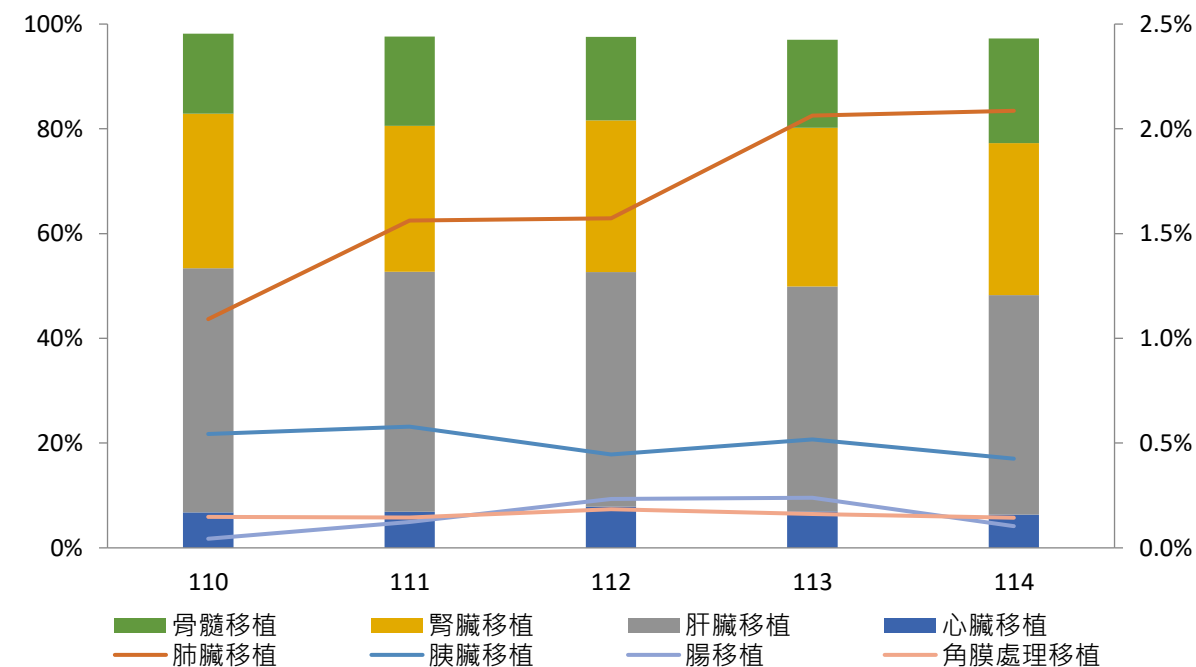
確保1,942位病人的生命延續

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



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

110-114年各器官移植項目執行費用占率



05-鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型)

預算執行數及執行率

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

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

成效評估

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

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

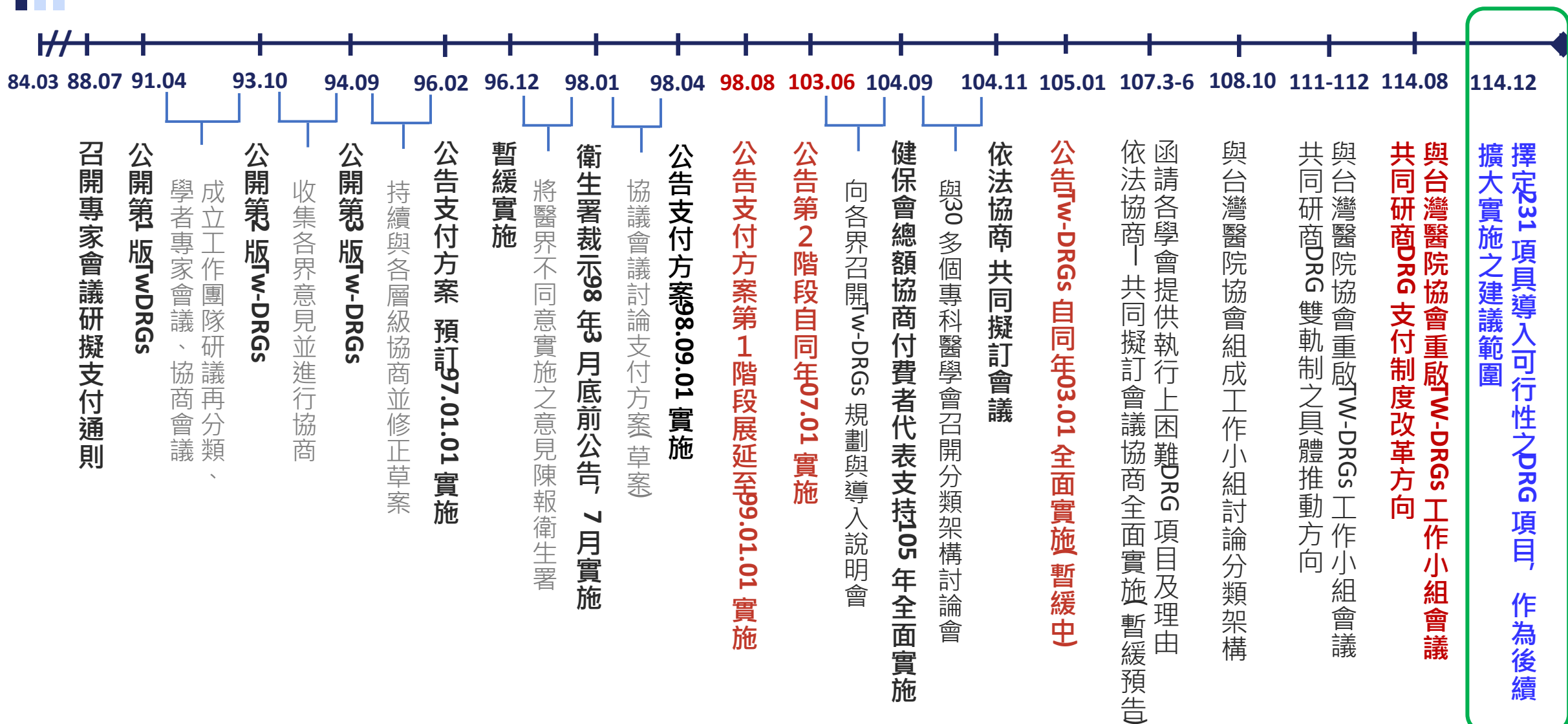
已實施 vs. 未實施 DRGs 品質監測指標 (110-114 年)

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

05-鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型)

Tw-DRGs規劃及實施過程

反覆討論，凝聚共識



05-鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型)

Tw-DRGs基礎工程建置

以數據為本，規劃擴大導入項目：

精進CMI(疾病嚴重度指標)計算基礎：



05-鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型)

推動支付制度改革



門診移轉

擇定 **35項** 手術與 **46項** 檢查處置建議移至門診實施。

門診執行率 >80% 者優先改為門診 Case-payment。



擴大 ERAS

藉由術後加速康復，實質縮短住院天數，紓解急診壅塞。



重新定義住院

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

提升病床
周轉率，
落實醫療
資源高價
值運用

06-鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫

• 110-114年預算執行情形

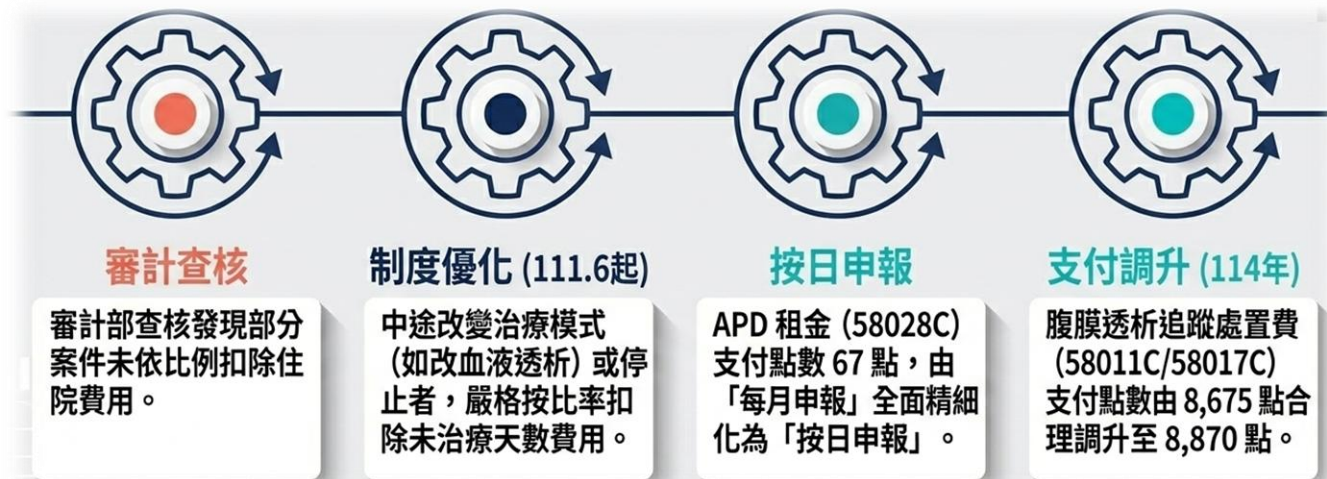
項目			年度	110	111	112	113	114
預算數(百萬元)				-	300.0	300.0	300.0	300.0
預算執行數(百萬元)				-	282.6	346.74	297.6	294.4
預算執行率				-	94.2%	115.58%	99.2%	98.1%
執行目標 (達標與否 V/X)	提升RCC、RCW病人 同意簽署DNR比率較 108年增2%	RCC		18.2%	19.1%	23.2%	24.2%	24.9%
		RCW		8.4%	14.5%	19.8%	18.7%	18.8%
預期效益 之評估指 標 (達標與否 V/X)	RCC： 指標達成與 108年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

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

07-腹膜透析追蹤處置費及APD租金(非計畫型)

• 111-114年預算執行情形

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



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

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

08-持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能

全年經費 5 億元

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

急重症診療加成

慢性呼吸照護病房論日計酬加成 3%；急診診察費及各級檢傷分類加成 15%

住院護理費加成

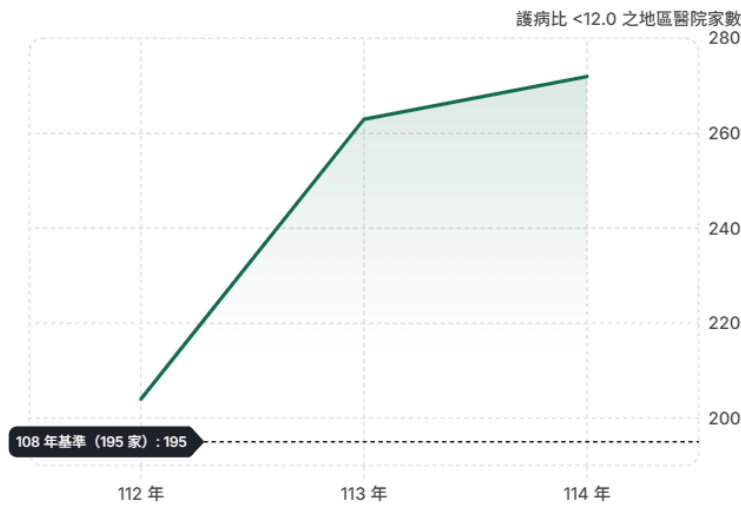
全日平均護病比達區域級以上標準，加成率由 20% 提升至 22%–40%

預算執行率

110–114 年連續達成 100% 執行率

護理人力配置成效

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



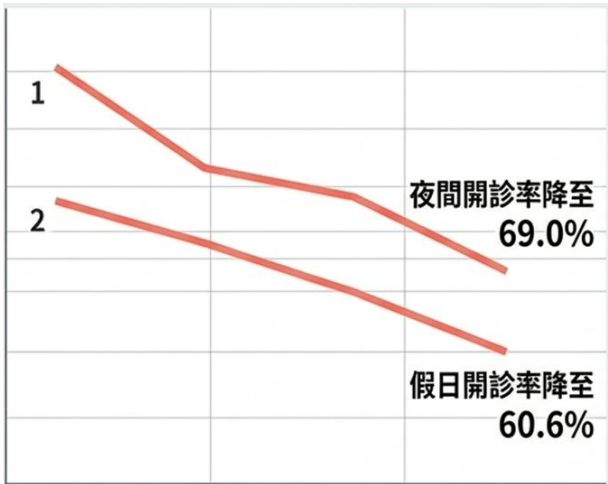
住診服務滿意度

114 年平均滿意度 87.9%，高於計畫目標 82%，連續多年達標



待改善指標

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



09-健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能

全年經費 10 億元

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

加護病床住院診察費

補付差額：區域醫院 109 點、醫學中心 109 點

新生兒中重度住院診察費

補付差額：區域醫院 693 點、醫學中心 107 點

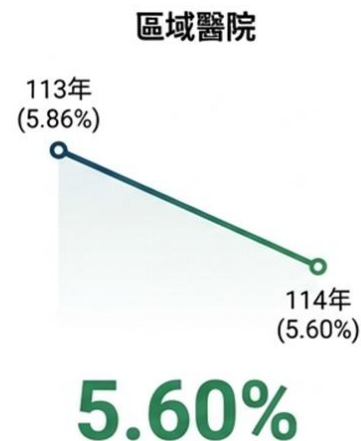
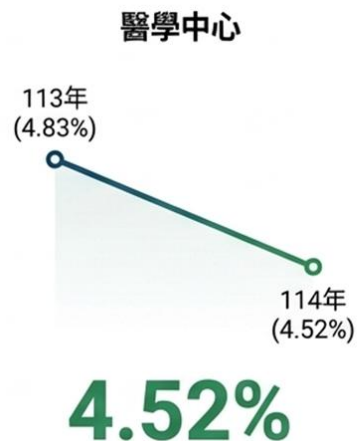
急診觀察床病房費及護理費

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

加護病床 ICU 病房費

補付差額：區域醫院 325 點、醫學中心 594 點

十四日內再住院率持續改善



醫學中心：

113 年 4.83% → 114 年 4.52% (達標)

區域醫院：

113 年 5.86% → 114 年 5.60% (達標)

住診病人滿意度



基準線：82.0%

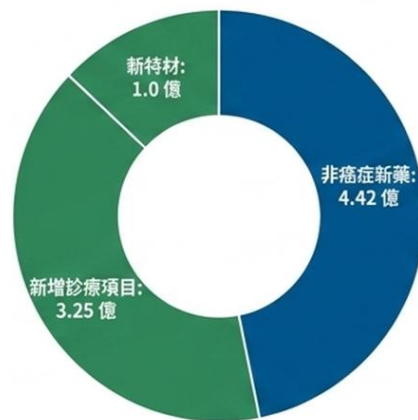
114 年達 91.06%，持續高於 82% 目標；維持歷年高水準，重症資源挹注有效。提升病人就醫感受

10-暫時性支付(新藥、新特材)

• 110-114年預算執行情形

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

114年專款預算 8.67 億元



癌症新藥早期成果

16 項
通過暫時性支付藥品

2,643 人
累積受惠人數

114年修正重點

一. 藥品部分(不含癌藥)：編列4.42億元

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

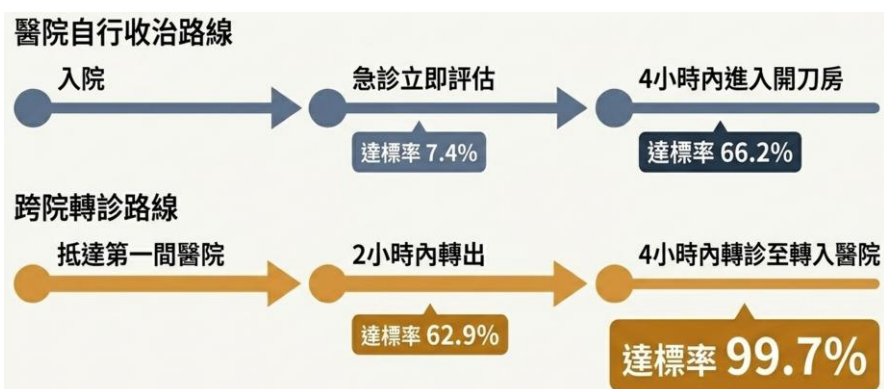
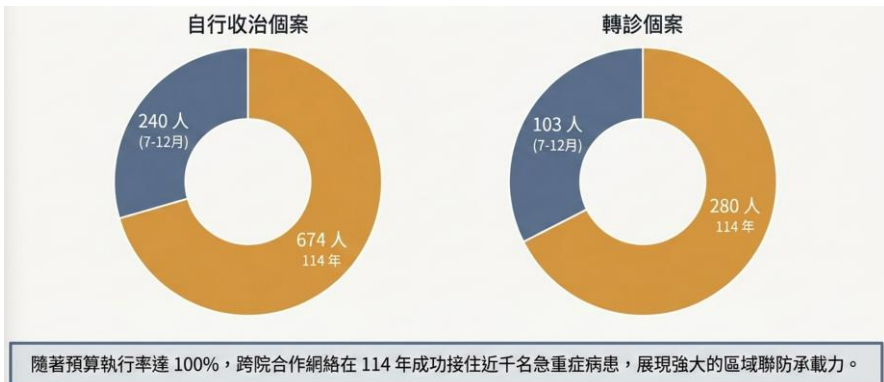
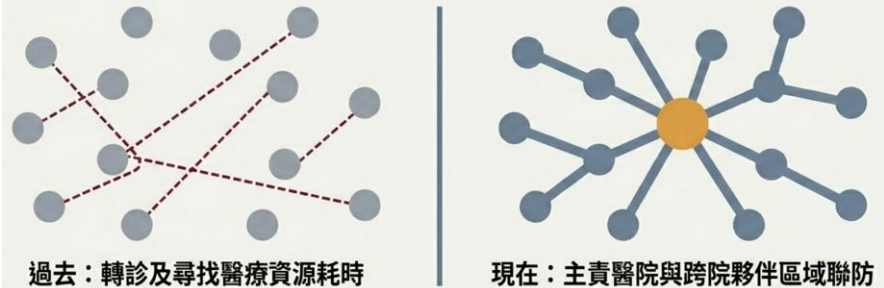
二. 特材及診療項目部分：因科技進步，新特材及新給付項目(如「AI輔助判讀顱內出血於電腦斷層造影一無造影劑」、「甲狀腺結節超音波智能分析 (<3cm)」等)，亦研議暫時性支付以利民眾及早使用，爰分別編列1億及3.25億以為運用

114年度計畫的全面整合



11-區域聯防_主動脈剝離手術病患照護跨院合作

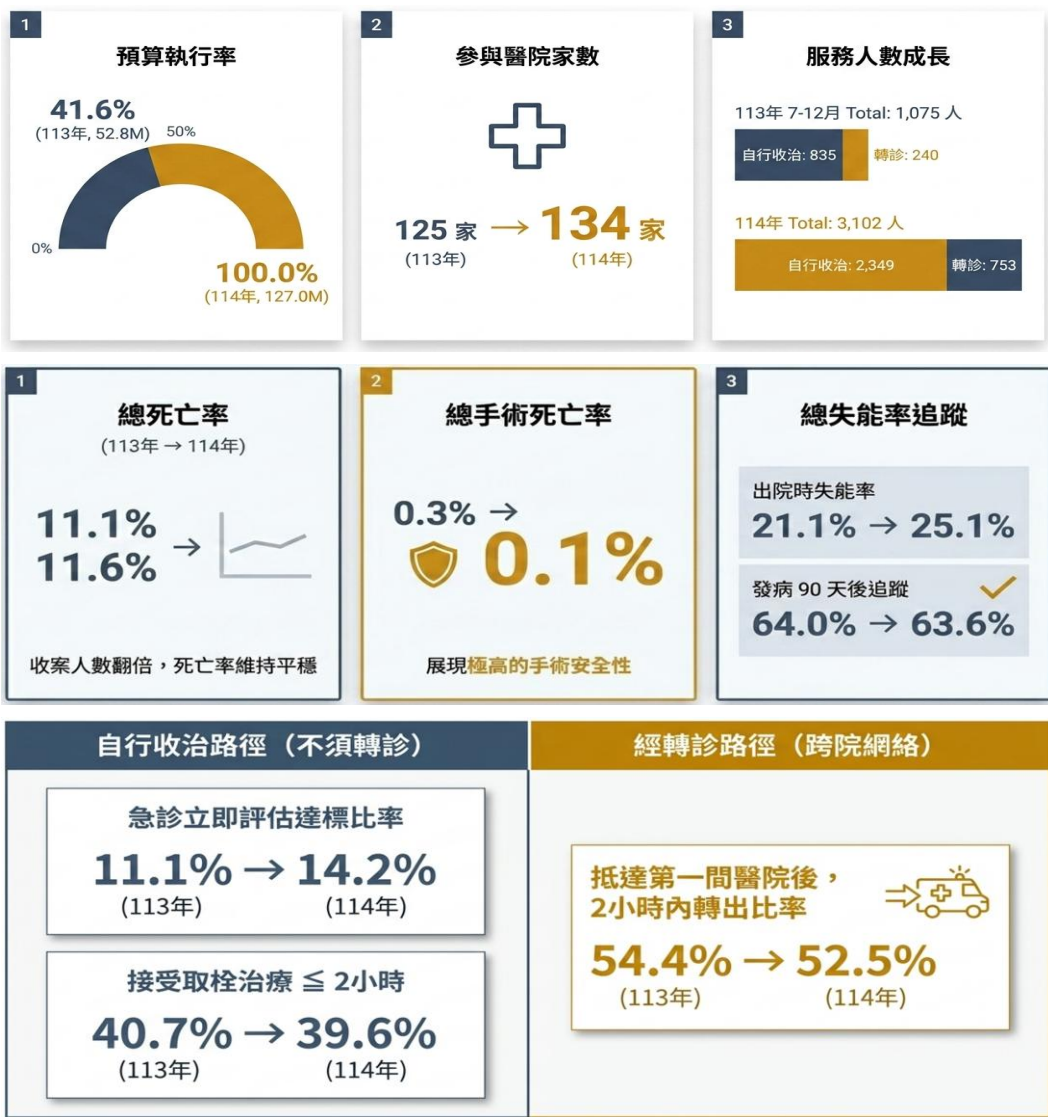
• 113-114年預算執行情形



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

11-區域聯防_腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作

• 113-114年預算執行情形



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



11-區域聯防_術後加速康復推廣計畫_髌關節及膝關節置換手術

• 114年預算執行情形

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

國發會數據揭示



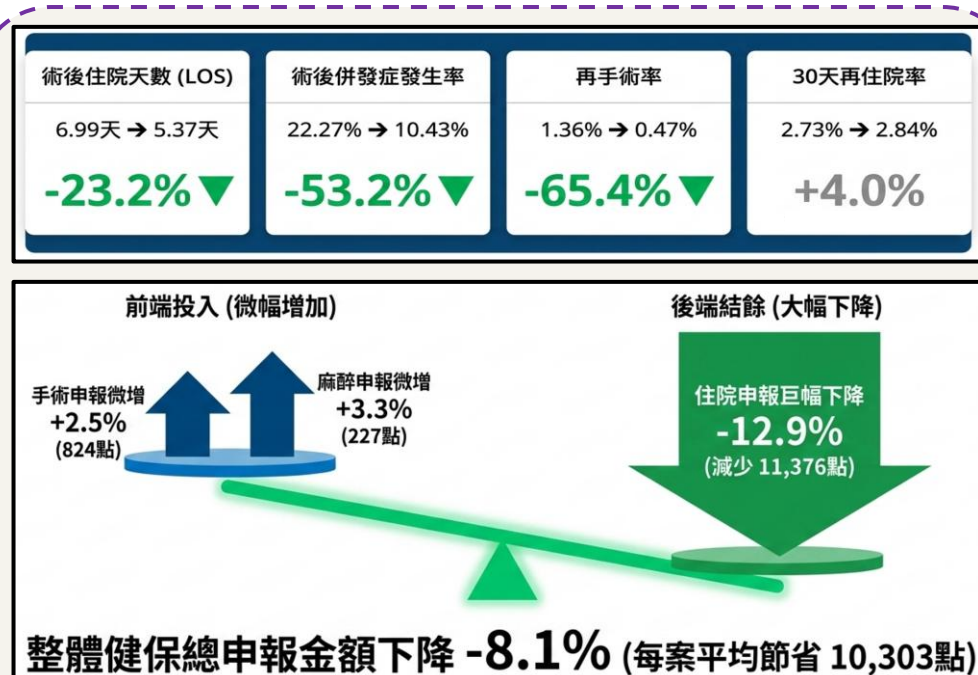
人口下降 vs 支出成長：自 109年起國內人口逐年下降，但整體醫療支出卻因高齡化持續攀升。

高風險與高耗用：高齡族群的慢性病與手術需求激增，對現有醫療資源的耗用造成極大壓力。

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



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



12-抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫

全年經費 2.25 億元

強化感染管制及抗微生物製劑管理，
提升醫療品質，保障病人安全

預算執行率		1114 年執行率100%
照護量表評估費	高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費：1.8億元	品質獎勵金
		醫院感染管制品質獎勵金：4,500 萬元

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

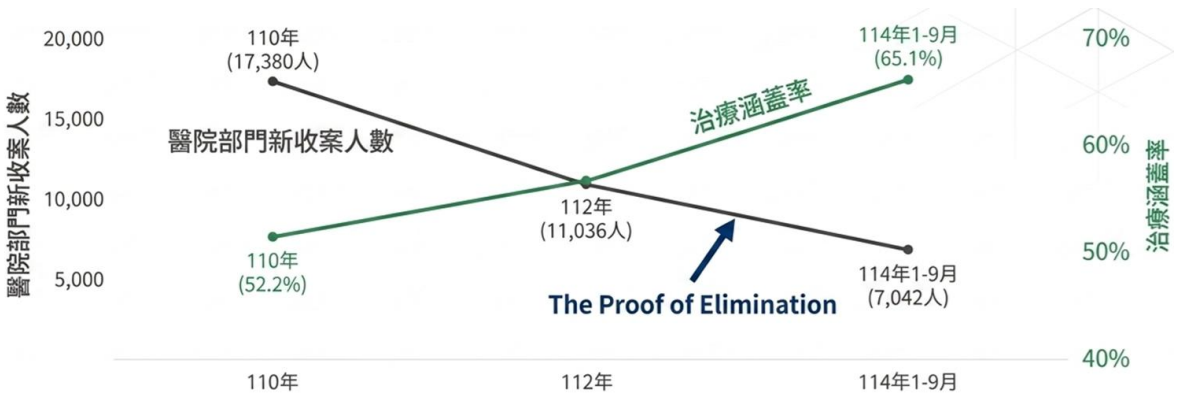


❏ 113 年度僅有約 6 個月執行期間，屬計畫建置初期；114 年度為首個完整執行年度，兩年度資料不宜直接作為成效增減比較之依據。

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

• 110-114年預算執行情形

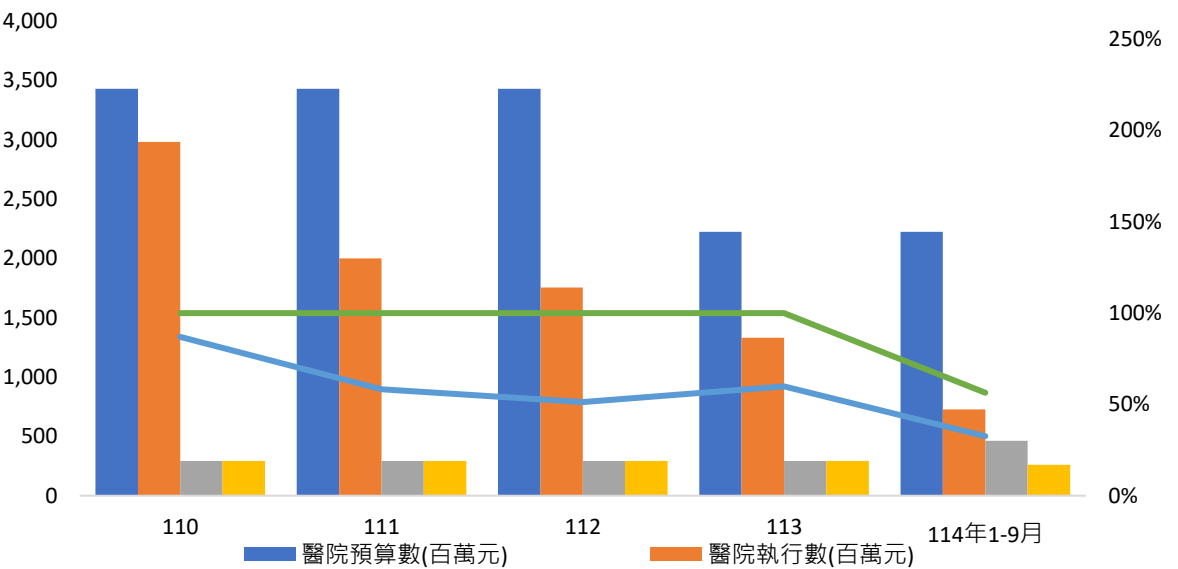
項目 \ 年度	110	111	112	113	114 (1-9月)
整體					
預算數(百萬元)	6,570.0	5,620.0	4,320.0	2,641.0	2,901.0
執行數(百萬元)	3,272.9	2,292.0	2,046.2	1,624.0	986.4
執行率	49.8%	40.8%	47.4%	61.5%	34.0%
C肝新藥					
新收案數	20,558	16,445	14,284	11,849	9,632
總治療人數	131,603	148,048	162,332	174,181	183,823
已達治癒標準人數	18,030	13,914	9,213	6,979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



Strategic Insight Callout Box

為何醫院執行率與收案數下降？這是政策極度成功的最佳證明！

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



14-醫療給付改善方案(共10項方案)

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

14-醫療給付改善方案_114年品質達成情形

總體預算成長趨勢 (110-114年)



110-114年糖尿病方案品質達成情形

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

14-醫療給付改善方案_114年品質達成情形 (續)

110-114年氣喘方案品質達成情形

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



110-114年思覺失調方案品質達成情形

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



110-114年B、C型肝炎方案品質達成情形

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



110-114年孕產婦方案品質達成情形

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

14-醫療給付改善方案_114年品質達成情形 (續)

110-114年早療方案品質達成情形

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



110-114年慢性阻塞性肺病方案品質達成情形

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



110-114年用藥安全方案品質達成情形

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



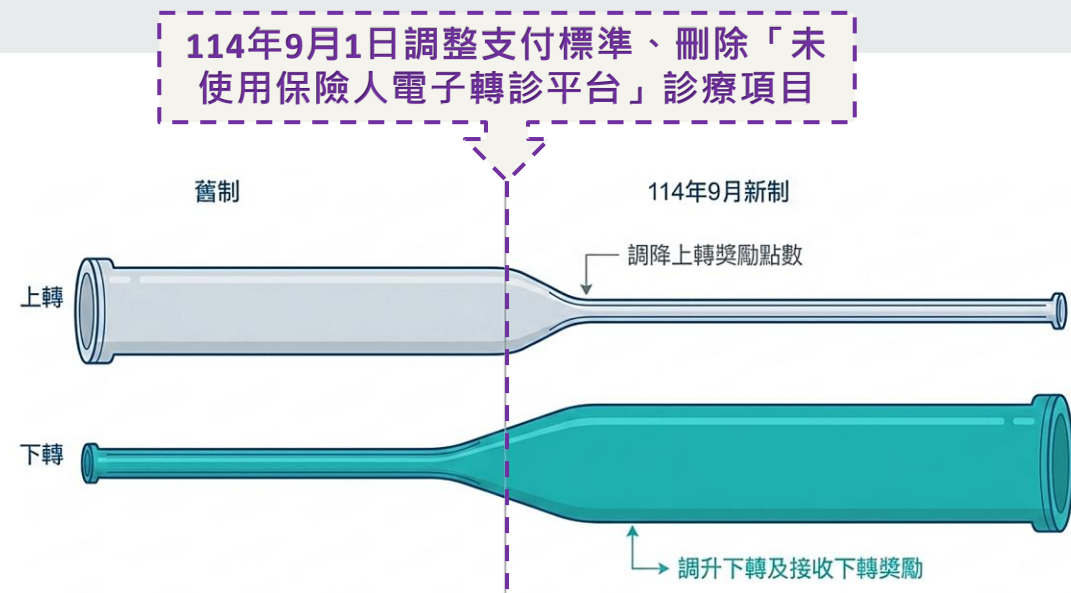
從114年度的執行成果來看，本方案成功引導醫院部門提供許多慢性病患者持續性的整合照護，但在如乳癌、早療、氣喘等項目上，未來將需要透過精進給付機制與放寬門檻，來擴大照護覆蓋率並穩固實質的留診照護品質。

15-鼓勵院所建立轉診合作機制(非計畫型)

• 110-114年預算執行情形

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

註：自107年新增專款，並自當年度7月1日起新增轉診相關支付標準



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

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

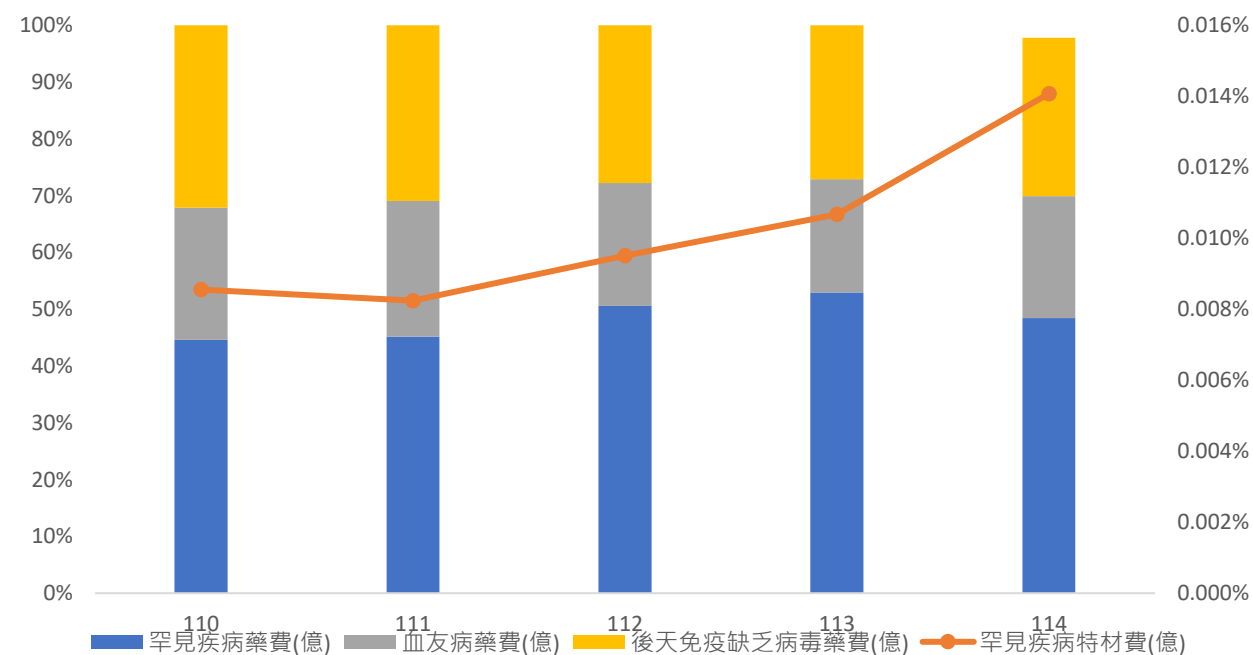
• 110-114年後天免疫缺乏病毒治療藥費

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

罕見疾病：藥費、每人藥費等呈現負成長

血友病：藥費及用藥人數、每人藥費些微成長

後天免疫缺乏病毒：藥費、用藥人數及每人藥費皆些微增加



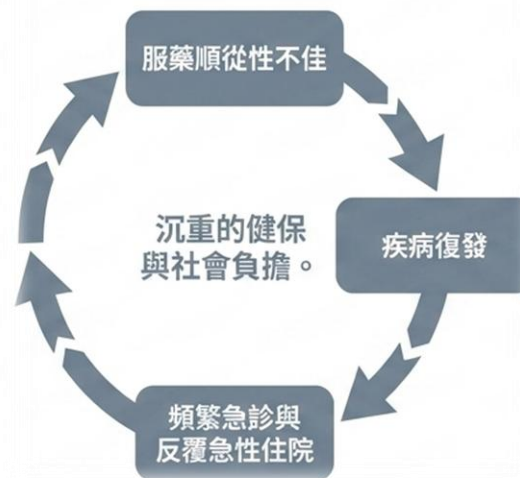
18-精神科長效針劑藥費(非計畫型)

• 111-114年預算執行情形

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

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

傳統口服給藥的困境



長效針劑 LAI 的介入



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

19-地區醫院全人全社區照護計畫

計畫核心與執行架構

預算 **5億元**

核心目標
(三高三防888)



80%

三高病人加入照護網



80%

接受生活習慣諮商



80%

三高病人加入照護網

執行機制

跨專業團隊
主責醫師+營養師+個管師



共同生活圈

區域級以上醫院
(1-2家)

基層診所
(5家+)

114年執行規模與成長

參與覆蓋率

137家

(占整體地區醫院40.3%)



較113年127家
持續擴大

總收案人數

76,707 人



較113年45,655人
呈現大幅度躍升

收案精準度

15.5 %



精準鎖定高風險
(較113年9.7%顯著提升)

19-地區醫院全人全社區照護計畫_114年初步照護成效與115年優化藍圖

✓ 過程落實 (Care Process)



接受生活習慣諮商或衛教率
展現前端預防的落實

臨床控制結果 (Clinical Control)



73.8%

高血糖 (HbA1c) 控制良好或進步率



58.4%

高血脂 (LDL) 控制良好或進步率

醫療資源效率 (System Efficiency)



2.3%

潛在可避免急診率

1.5%

可避免住院率

給付結構優化



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

評核機制進化



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

長期發展願景



優先穩固基層照護量能，設定 5 年為期進行滾動式成效檢討，決定長期轉型方向



敬請指教