

全民健康保險各總額部門 112 年度 執行成果發表暨評核會議

會議手冊

時 間：113 年 7 月 16、17 日(星期二、三)

地 點：衛生福利部 1 樓大禮堂

主辦單位：衛生福利部全民健康保險會

目 錄

參、健保署及各總額部門執行成果報告

一、健保署(含整體及跨部門預算) 3

註：會議手冊及各總額部門執行成果報告電子檔，請至衛生福利部網站下載。

下載路徑：

衛生福利部首頁/本部各單位及所屬機關/全民健康保險會/公告及重要工作
成果/總額評核會議資料及評核結果/全民健康保險各部門總額評核會報告
投影片/113年全民健康保險各部門總額評核會報告投影片

參、健保署執行成果報告 (含整體及跨部門預算)

112年各總額部門 執行報告

中央健康保險署

1

報告架構

一 執行概況—**及時性**

新醫療科技之導入
疾病管理方案
民眾就醫可近性

二 執行概況—**效率性**

西醫部門 中醫部門 牙醫部門

三 執行概況—**效果面**

品質公開辦理情形
品保款辦理情形
透析辦理情形
滿意度調查

2

報告架構

四 執行概況—**安全性**

死亡率、用藥日數重疊率
健保雲端查詢、健康存摺

五 執行概況—**以病人為中心**

六 執行概況—**公平面**

可近性
弱勢族群保障
偏鄉照護計畫

七 檢討與改進

健保現況與挑戰 健保因應策略

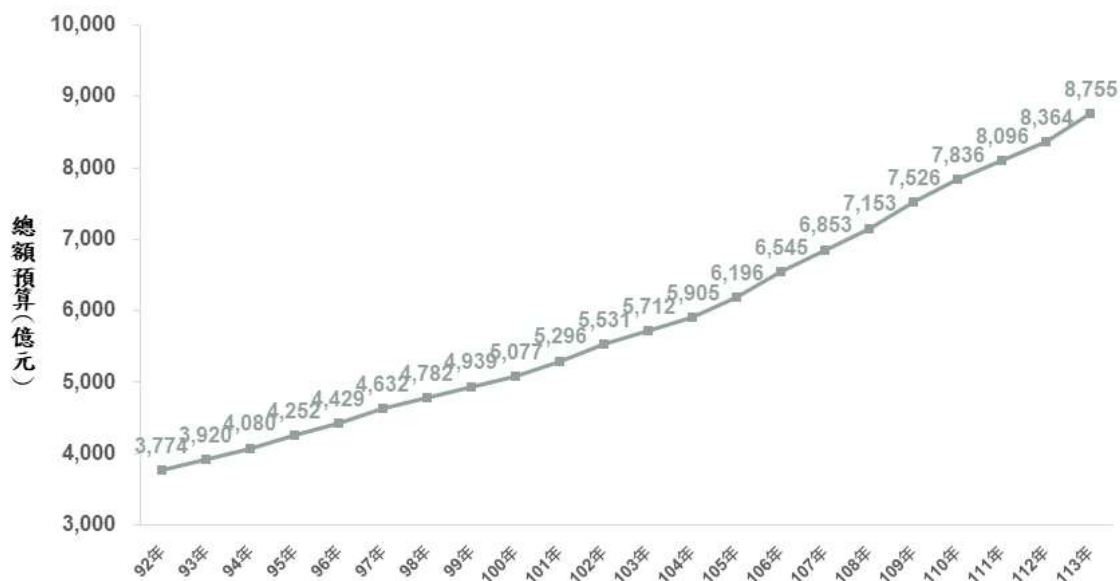
3

健保總額配置

4

總額開辦後之協定預算

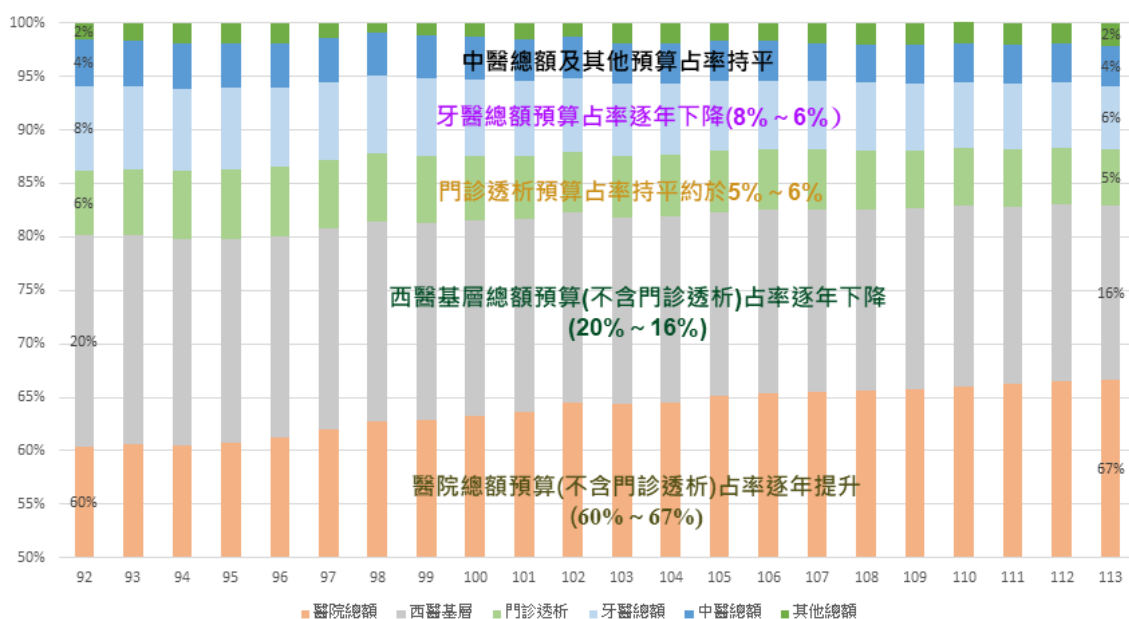
113年總額預算達8,755億元，較92年總額預算成長逾2倍。



5

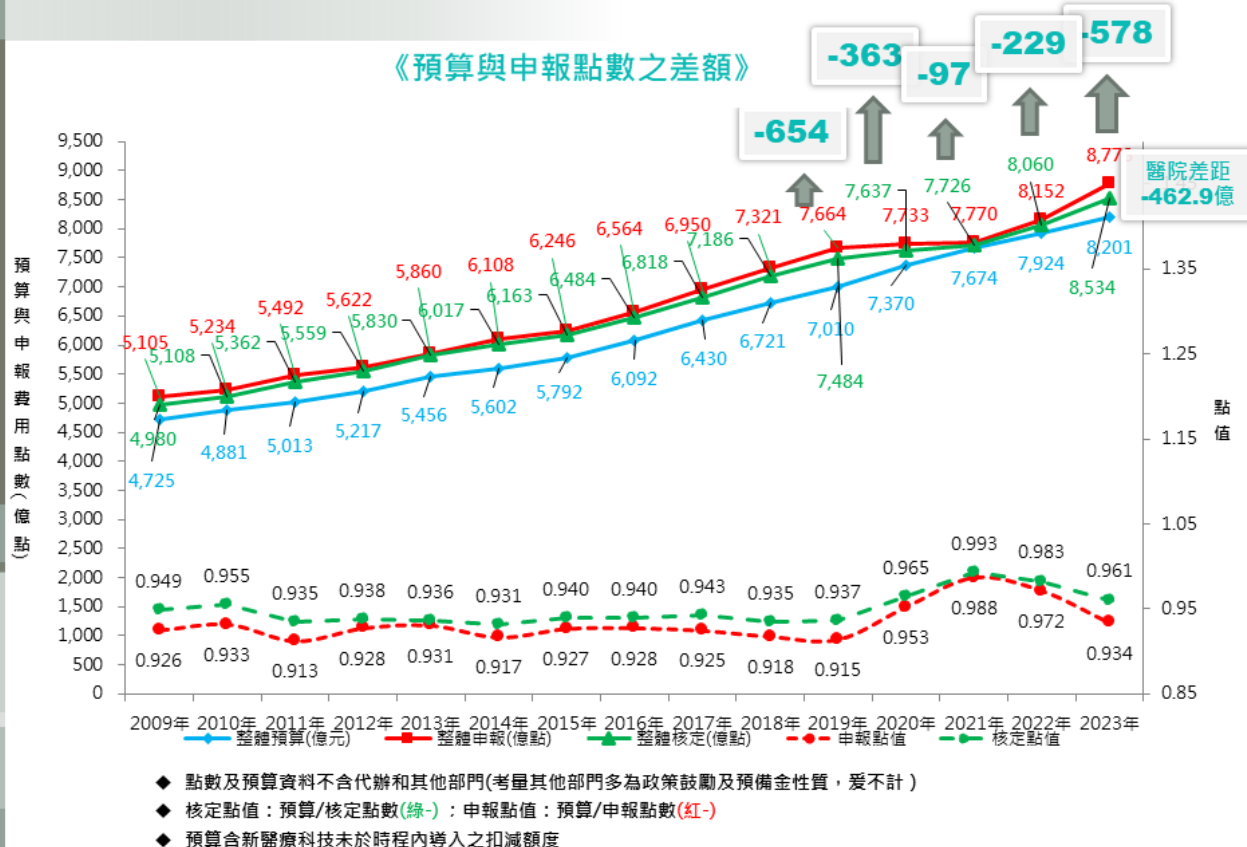
92-113年各總額部門之預算占率

醫院總額預算占率逐年提升，西醫基層、牙醫逐年下降



6

歷年總預算、核定點數及申報點數之差異



各總額部門執行情形



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

9

一 執行概況—及時性

新醫療科技之導入

疾病管理方案

民眾就醫可近性

10

新醫療科技預算

項目	年	108年	109年	110年	111年	112年
醫院						
成長率		0.714%	0.723%	0.767%	0.616%	0.616%
增加金額(億元)		30.19	31.86	35.62	30.0	30.78
西醫基層						
成長率		0.037%	0.086%	0.158%	0.242%	0.156%
增加金額(億元)		0.42	1.0	1.9	3.0	1.96

11

新醫療科技-新藥(112年收載28項)

- 第1類新藥共2項，用於治療神經母細胞瘤、瀰漫性大B細胞淋巴瘤(DLBCL)。
- 第2A類新藥共10項，分別用於治療高膽固醇血症、糖尿病足部傷口潰瘍、病毒感染症、急性骨髓性白血病(R/RAML)、膽管癌、非小細胞肺癌(NSCLC)、成人猝睡症、等。
- 第2B類新藥共16項，分別用於治療高血壓、中度至重度異位性皮膚炎、預防B型肝炎感染、慢性淋巴球性白血病(CLL)或小淋巴球性淋巴瘤(SLL)、卵巢癌、被套細胞淋巴瘤(MCL)、類風濕性關節炎、潰瘍性結腸炎、克隆氏症、癲癇症...等。

12

新醫療科技-新藥

● 108-112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	
108	9	24	18	51
109	9	25	11	45
110	0	21	18	39
111	3	9	15	27
112	2	10	16	28
合計	23	89	78	190

*本表所指新藥為108至112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)。

13

新醫療科技-新特材

◆ 107-112年收載新特材之品項數

收載年度	創新功能	功能改善	總計
107	31	40	71
108	27	39	66
109	33	8	41
110	49	61	110
111	91	22	113
112	39	47	95
合計	270	217	496

14

新醫療科技-新診療項目

◆ 108-112年醫院總額新醫療科技診療項目之項目數

收載年度	項目數	總額編列 (百萬元)	推估增加預算 (百萬點)
108年	23	500.0	387.13
109年	44	450.0	397.79
110年	151	450.0	447.53
111年	50	273.6	273.51
112年	174	632.0	622.87

註:

1. 新診療項目指經健保署醫療服務共同擬訂會議同意並納入給付之增修診療項目(例如引進新診療項目及其後續增修訂支付規範或適應症範圍、已納入診療項目因醫療科技進步而有新術式或新特材)及包裹支付過程面特材。
2. 109年新醫療科技-新增診療項目預算450百萬元，共計新增44項診療項目(15項於109年生效、29項於110年生效)。
3. 110年增修訂152項，其中1項為支付通則修訂不納入統計(133項於110年生效、18項於111年生效)。
4. 111年增修訂52項，其中2項為支付通則修訂不納入統計。
5. 112年增修訂176項，其中2項為支付通則修訂不納入統計(165項於112年生效、9項於113年生效)，爰112年列入計算之實際申報項目數為165項。

15



執行概況—及時性

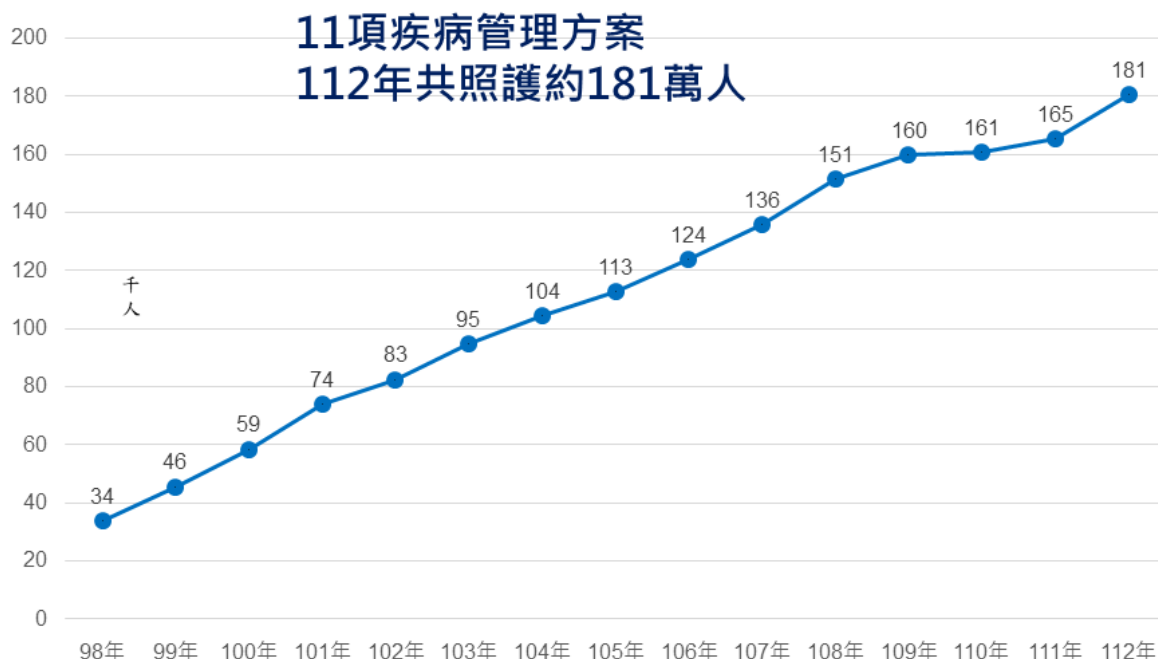


新醫療科技之導入

疾病管理方案

民眾就醫可近性

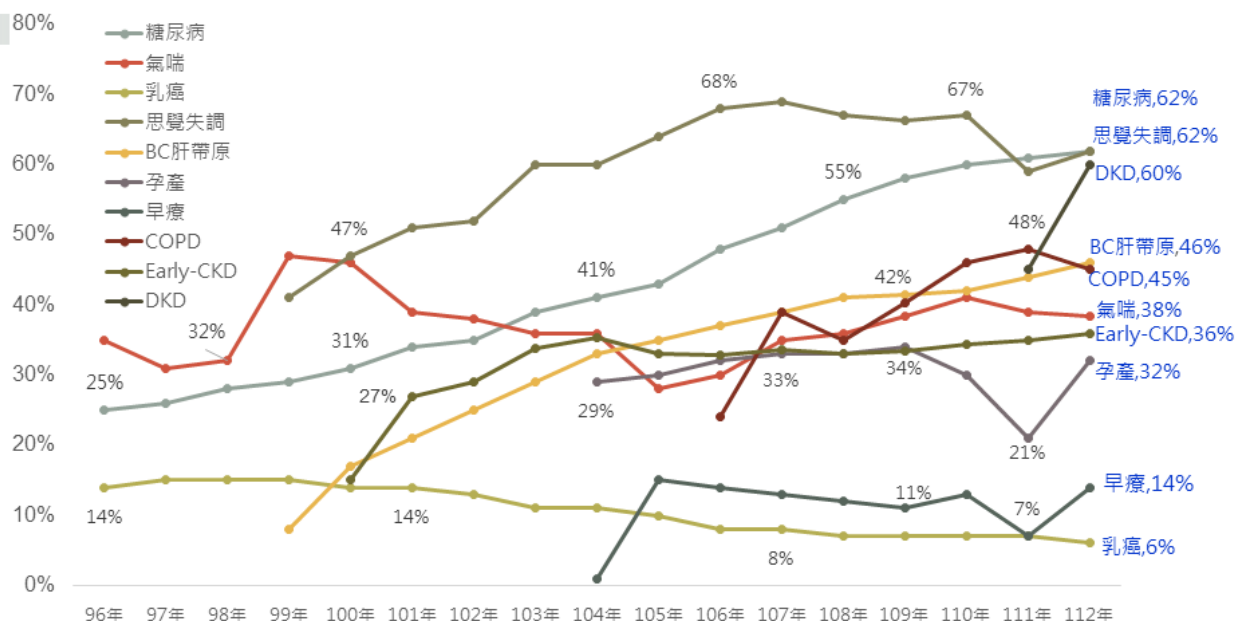
疾病管理方案-照護人數



註：疾病管理方案照護人數係統計論質方案：糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案（含糖尿病、初期慢性腎臟病、糖尿病合併初期慢性腎臟病）、氣喘、思覺失調症、乳癌、B、C肝個案追蹤、孕產婦全程照護、早療、慢性阻塞性肺病、提升醫院用藥安全與品質方案之收案數。

17

疾病管理方案-照護率



註1：照護率分子：當年度申報該方案相關費用之歸戶人數。

分母：當年度該疾病之符合收案條件之歸戶人數(糖尿病)或當年度申報該疾病診斷之歸戶人數(氣喘、乳癌、高血壓、思覺失調症、BC肝帶原者)

DKD分母為同院所同D申報醫令代碼前3碼為P14及P43，或P70之人數。

註2：糖尿病方案99年放寬收案條件，氣喘方案配合收案對象定義改變，99年照護率統計方式改變：99年以前分母是以門診主診斷493歸戶人數，排除兩次就醫大於60天者，99年開始分母是以門診主診斷493歸戶人數，60天內同院所就醫2次以上。

註3：高血壓方案因病患常合併多重疾病，例如糖尿病、慢性腎臟病等，故未再以疾病別單獨另列計畫追蹤，自102年1月1日起停止試辦。

註4：早期療育計畫後以團隊提供全人照護，門檻較高，致照護率約維持10%；另乳癌方案因參與醫院僅5家，照護人數有限。

註5：氣喘方案自109年起收案條件診斷碼由「ICD-10-CM：J44、J45」改為「ICD-10-CM：J45」，致109年照護率顯著提升(符合收案條件者人數減少)。

註6：孕產婦方案因110年7月國健署產檢次數由10次改為14次，惟方案之「全程產檢」因110年至111年各界對定義尚未達成共識，爰致方案設計與臨床執行狀況不符，故收案人數少，照護率低。112年已完成方案修訂。

18

減緩腎臟病人病程進度相關措施

為提早在腎臟病早期介入相關預防措施，提升早期慢性腎臟病患對自我疾病認知並做改善，進而減緩與避免其疾病病程進入末期腎病變，降低台灣尿毒症之發生率。

- 初期慢性腎臟病醫療給付改善方案（Early_CKD）
 - 照護CKD第1-3a期之個案，重新恢復腎功能。
 - 112年共有1,348家院所參與，累計收案數為131.0萬人。
- 末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫（Pre-ESRD）
 - 照護CKD第3B-5期之個案。
 - 112年有233家院所參與，新收案數約為3.0萬人，長期透析的新病人中曾接受Pre-ESRD照護之比例約66%，逐年增加。

19



執行概況—及時性



新醫療科技之導入

疾病管理方案

民眾就醫可近性

20

民眾就醫可近性-提升牙醫假日開診率

1. 增修牙醫急症處置相關診療項目及假日急診處置
2. 提高支付誘因，以增加牙醫急症處置便利性

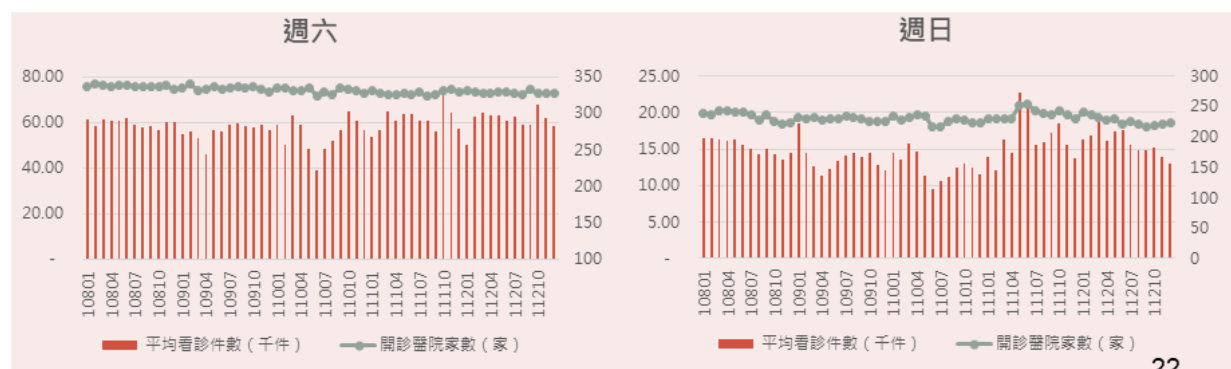


註:110年、112年牙醫總額部門未針對提升假日開診增編預算

21

鼓勵地區醫院假日開診

- 辦理緣由
配合分級醫療政策，並以民眾就醫權益為優先考量，鼓勵基層院所假日開診。同時考量假日各類醫事人力與行政團隊出勤、加班之實際成本。
- 自107年12月1日起實施，執行內容如下：
 - 增列地區醫院假日門診案件加成30%(不含門診診察費、藥品及特材費用)
 - 增列地區醫院假日門診診察費加計：週六加計100點、週日及國定假日加計150點
- 另鼓勵地區醫院夜間開診，108年1月1日起地區醫院夜間門診診察費加成10%



22

民眾就醫可近性-提升基層假日開診率



執行概況—效率面



西醫部門

中醫部門

牙醫部門

25

推動Tw-DRGs

• 執行情形

年	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108~ 109	110~ 112
預算數(億元)	3.00	3.00	3.87	3.87	6.67	2.80	11.14	3.00	10.88	8.68	2.10
實際導入階段	1				2						
實際導入項目(項)	164				237						
導入項目占DRG費用比	28.6%				7.6%						
導入項目占住院費用比	16.7%				4.3%						

預計分5個階段導入，共1,068項。

1.100~102年因Tw-DRGs第2階段項目未導入，故預算未執行。

2.103年導入Tw-DRGs第2階段項目，併醫院總額一般服務費用結算3.87億元。

3.104年因Tw-DRGs第3階段項目未導入，預算尚未執行。

4.105年因Tw-DRGs第3-5階段項目未導入，預算尚未執行。

5.106年因Tw-DRGs第3階段項目尚未導入，預算尚未執行。

6.107年-112年因Tw-DRGs第3-5階段項目未導入，預算尚未執行。

26

TW-DRGs之成效

✓ 已實施DRG案件各項指標變化幅度均優於待實施項目。

年度 指標	已實施DRGs			待實施DRGs		
	111	112	變化 幅度	111	112	變化 幅度
3日內再急診率	1.8%	2.0%	↑0.2個百分點	3.2%	3.8%	↑0.6個百分點
14日內再住院率	3.4%	3.5%	↑0.1個百分點	10.9%	13.2%	↑2.3個百分點
住院日數	3.8	3.8	住院日數不變	11.0	11.5	↑0.5天住院日數
轉院率	0.6%	0.6%	轉診率不變	2.0%	2.5%	↑0.5個百分點
急性心肌梗塞出院 後30內死亡率	9.9%	9.8%	↓0.1個百分點			

27

急重難之支付標準調整

提高住院基本 診療支付條件

- 105年
調升住院診療費及病房費11.4%
- 106年
 - 調高ICU及高危險妊娠住院診療費
 - 調升兒童專科醫師申報加護病房診療費、住院會診費、一般住院診療費及隔離病床住院診療費之加成率。
- 108年
 - 調升住院診療費13.5%
 - 75歲以上老人住院診療費加成20%。
- 109年
 - 調升住院診療費5%
 - 調升一般慢性精神病床住院照護費。

提高護理 人員支付

- 105年
調升住院護理費7%-11.4%
- 106年
 - 偏鄉醫院住院護理費加成由3.5%調升為15%
 - 地區醫院住院護理費支付點數調升3.5%
- 107年
 - 提升加護病床護理費，調升5%
 - 全日平均護病比加成率由3%-14%調整為2%-20%
- 108年
急性一般及經濟病床住院護理費(含精神病床)調升3%
- 109年
 - 隔離病床護理費調升27.65%
 - 除慢性病床、經濟病床、隔離病床外，其餘病床護理費點數調升5%
 - 經濟病床(含精神)調升5%後，再調升其與急性一般病床護理費點數差值之50%。

急診保障 措施

- 106年
 - 地區醫院急診診療費保障每點1元
 - 放寬急診診療費例假日加成時間
 - 調升1-2級及精神科急診診療費、急診觀察病房費及護理費
- 108年
兒科專科醫師急診診療費加計50%，其餘專科醫師診治6歲以下兒童急診診療費加計50%
- 109年
調升00203B「檢傷分類第三級」及01015C「急診診療費」

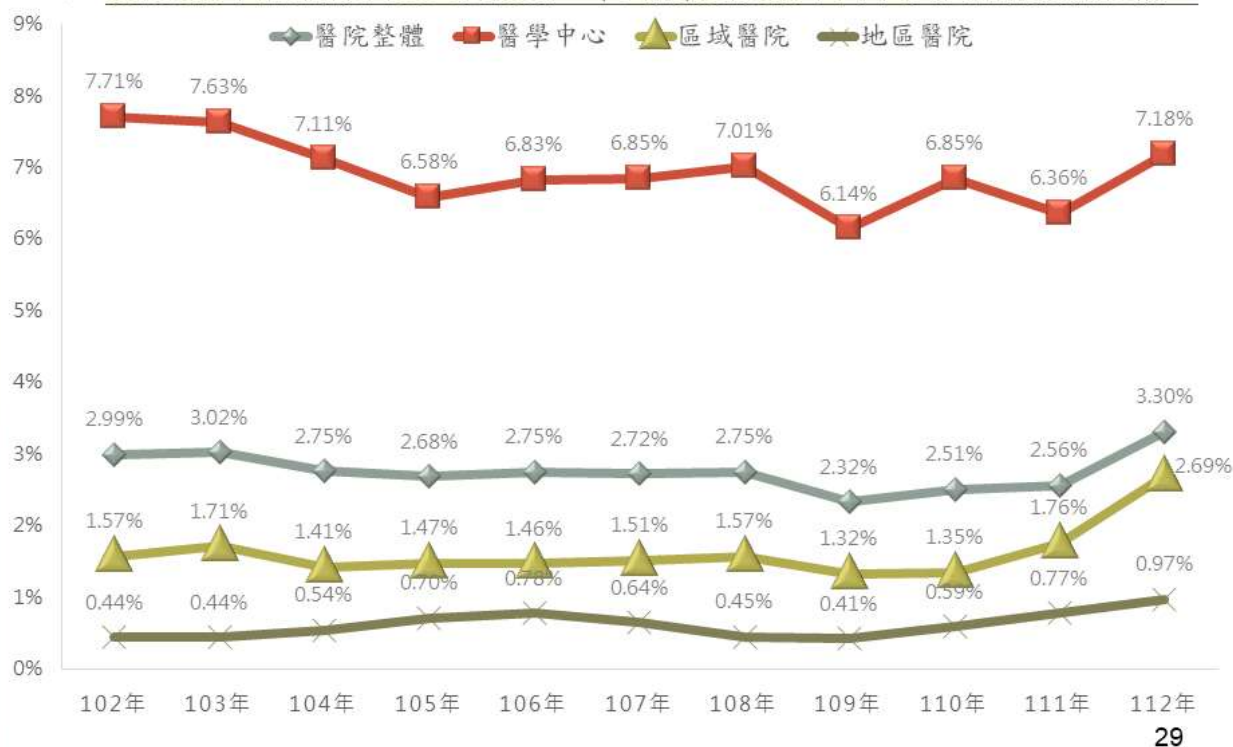
特定診療 項目調整

- 106年
 - 調升手術及麻醉項目、生產支付標準、治療處置及檢驗檢查支付點數
 - 增修多重創傷及同一刀口執行多項手術之支付點數計算方式。
 - 將手術項目全面改為「提升兒童加成」
- 107年
調升創傷處理、手術/創傷處置及換藥及心肺甦醒術等11項特定處置項目支付點數
- 108年
 - 調升交腳皮瓣移植術等367項手術診療項目支付點數。
 - 調升一般高壓氣治療等47項治療處置診療項目支付點數。
 - 麻醉費調整為提升兒童加成項目(含麻醉恢復照護費及麻醉前評估)
- 109年
調升400項急重難症支付標準點數及4項亞急性呼吸照護病床及2項慢性呼吸照護病房論日計酬支付點數，調幅介於0.5%-80%之間。
- 112年
 - 新增「高風險妊娠生產新生兒緊急處置費」診療項目，依緊急處置之困難程度分別支付2,354點(初階)、5,000點(中階)及10,000點(高階)，推估將有逾2.5萬名新生兒受惠。
 - 醫院總額專款「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」10億元及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」5億元，支付區域級(含)以上醫院加護病床住院診療費及病房費、新生兒中重症住院診療費及急診觀察病房費及護理費之支付點數差額，及地區醫院慢性呼吸照護病房、急診診療費及全日平均護病比之額外加成。

註:110及111年醫院總額未協定以「醫療服務成本及人口因素成長率」增加金額，用於支付標準之調整。

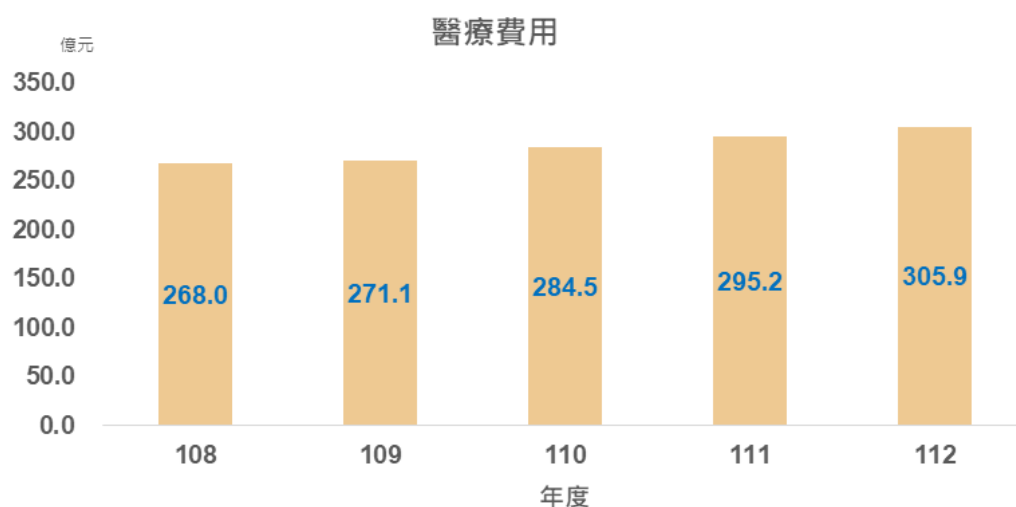
急診滯留超過24小時比率 —健保監理指標

➤ 疫後急診留滯情形皆呈上升趨勢，本署擬邀集急診醫學會共同研擬方案修訂。



呼吸器依賴病人醫療利用

呼吸器依賴患者住院費用(含ICU,RCC,RCW)



註

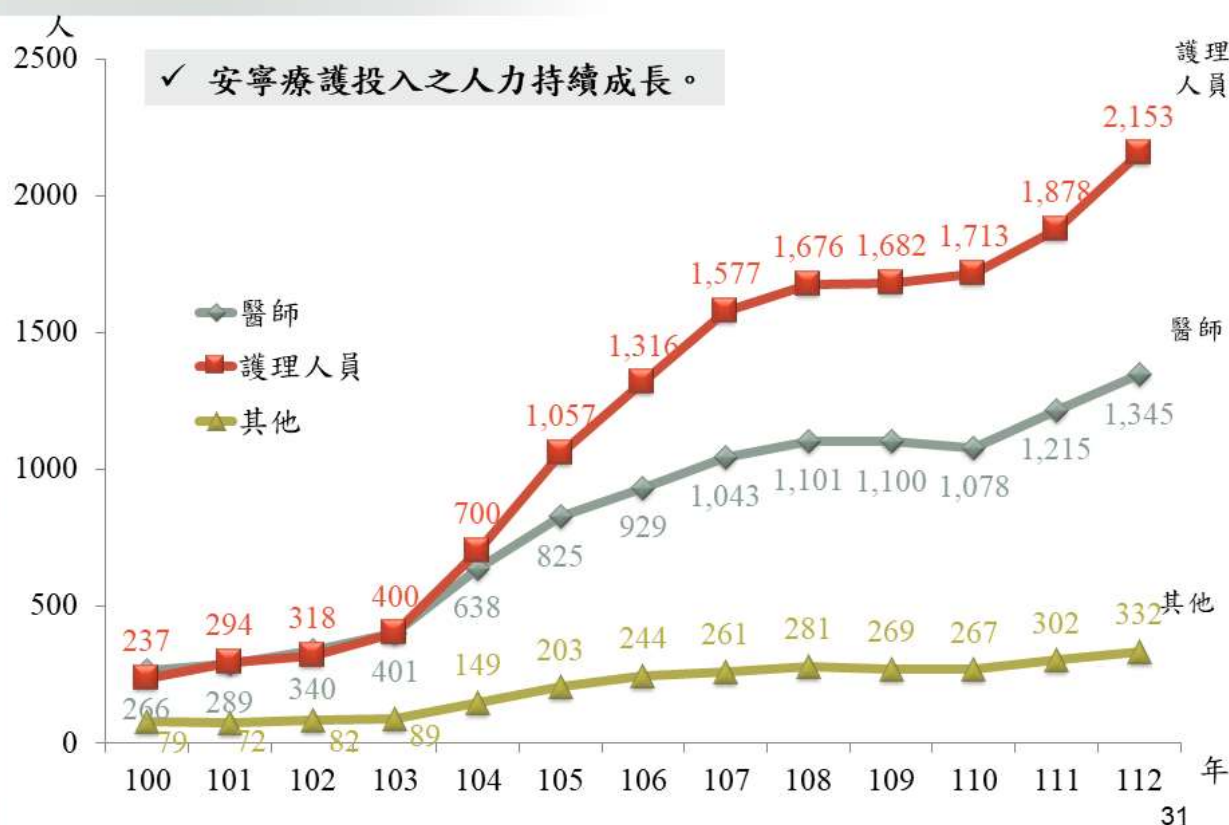
1.資料來源：健保三代倉儲資料。

2.呼吸器依賴患者，係指該年度某段申報資料中呼吸器使用天數超過21天者，當年度中之新個案，申報57023B未申報57001B或57002B者不列入。

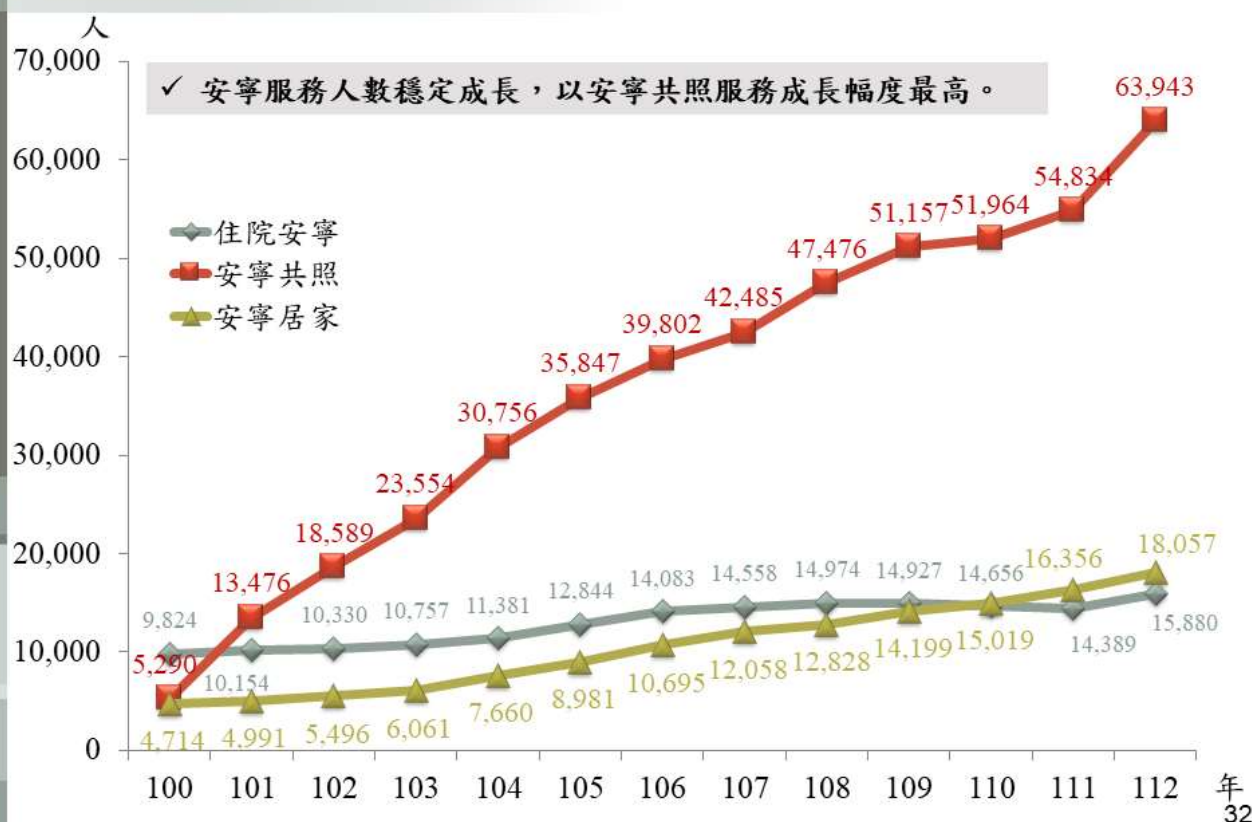
3.住院費用含病患住院當時之疾病治療處置費、手術費、檢查費、藥費、診察費及病房費等。

30

推廣安寧療護-供給面

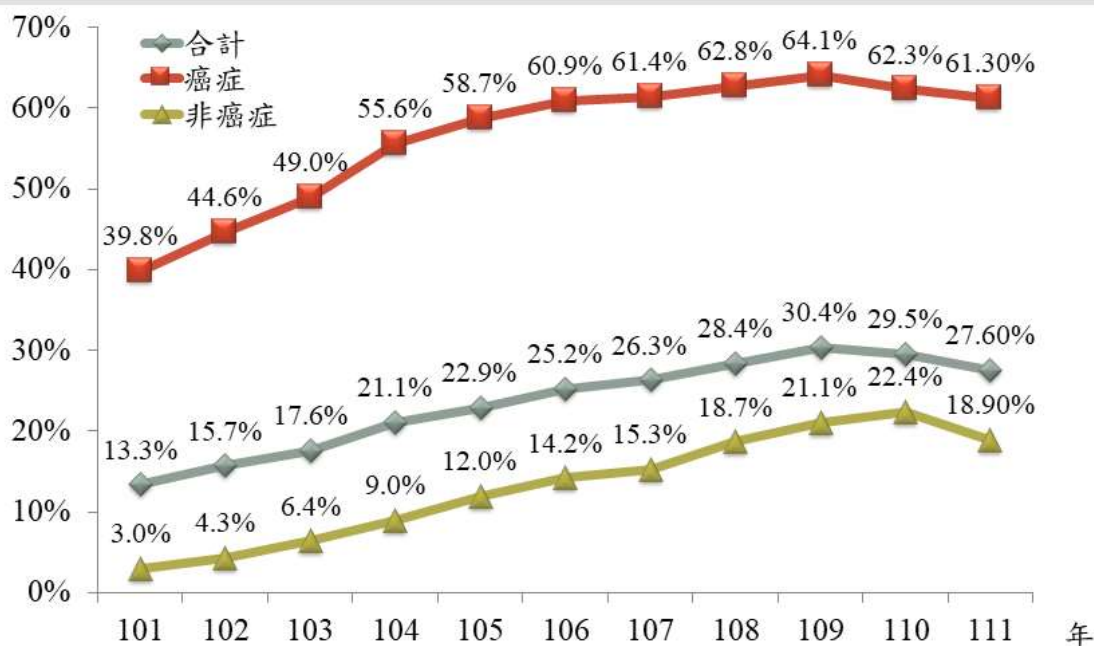


安寧療護推動成效-服務人數



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。



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。

33

護理人力之現況與改善情形_各層級醫院全日平均護病比達特定加成率概況

✓ 本署將持續監測各特約類別全日護病比執行概況。

111年各特約類別全日平均護病比達特定加成率概況

護病比加成率	醫學中心			區域醫院			地區醫院		
	護病比範圍	申報月次	占率	護病比範圍	申報月次	占率	護病比範圍	申報月次	占率
20%	<7.0	128	42.7%	<10.0	823	78.8%	<13.0	3,552	86.5%
17%	7.0-7.4	105	35.0%	10.0-10.4	79	7.6%	13.0-13.4	74	1.8%
14%	7.5-7.9	49	16.3%	10.5-10.9	51	4.9%	13.5-13.9	57	1.4%
5%	8.0-8.4	18	6.0%	11.0-11.4	26	2.5%	14.0-14.4	40	1.0%
2%	8.5-8.9	0	0.0%	11.5-11.9	57	5.5%	14.5-14.9	47	1.1%
無加成	>8.9	0	0.0%	>11.9	8	0.8%	>14.9	45	1.1%
未填或護病比為0								290	7.1%
總計月次		300			1,044			4,105	

112年各特約類別全日平均護病比達特定加成率概況

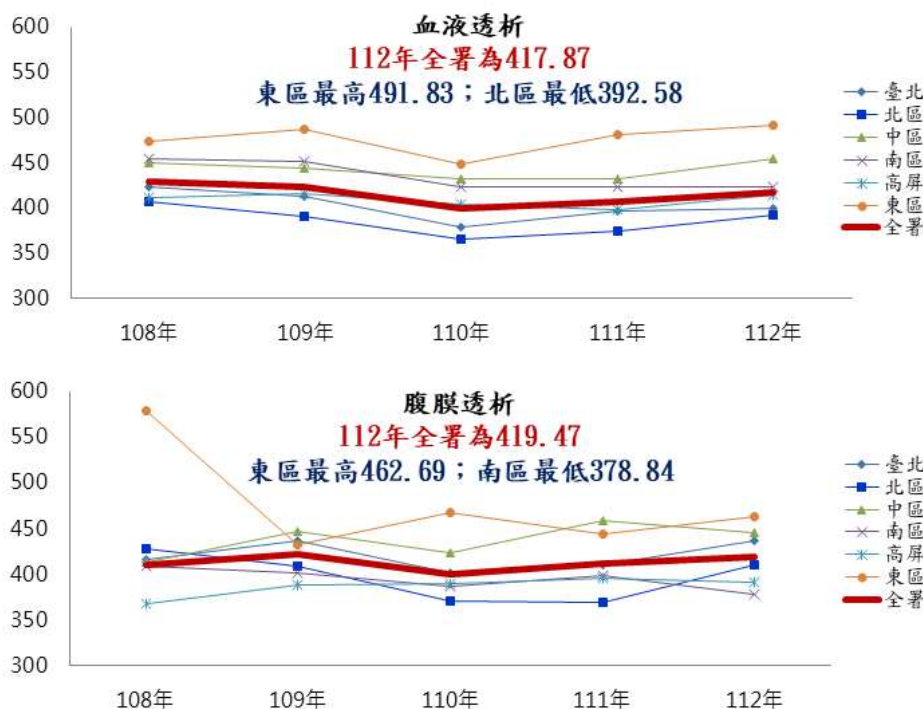
護病比加成率	醫學中心			區域醫院			地區醫院		
	護病比範圍	申報月次	占率	護病比範圍	申報月次	占率	護病比範圍	申報月次	占率
20%	<7.0	31	10.3%	<10.0	614	58.2%	<13.0	3,523	86.1%
17%	7.0-7.4	83	27.7%	10.0-10.4	173	16.4%	13.0-13.4	69	1.7%
14%	7.5-7.9	139	46.3%	10.5-10.9	145	13.7%	13.5-13.9	64	1.6%
5%	8.0-8.4	33	11.0%	11.0-11.4	44	4.2%	14.0-14.4	66	1.6%
2%	8.5-8.9	14	4.7%	11.5-11.9	68	6.4%	14.5-14.9	58	1.4%
無加成	>8.9	0	0.0%	>11.9	11	1.0%	>14.9	32	0.8%
未填或護病比為0								278	6.8%
總計月次		300			1,055			4,090	

34

血液、腹膜透析病人住院率

負向指標

單位：人次/千人



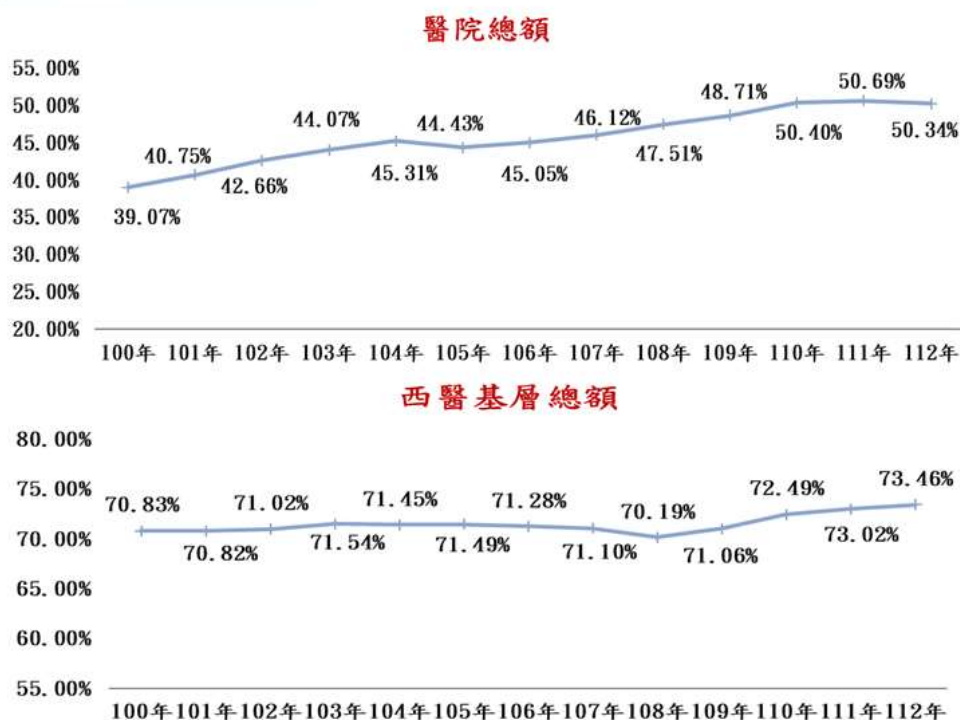
備註：

1.資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統（DA代號：3075、3076）

2.製表日期：113年5月27日。

35

慢性病開立慢性病連續處方箋百分比

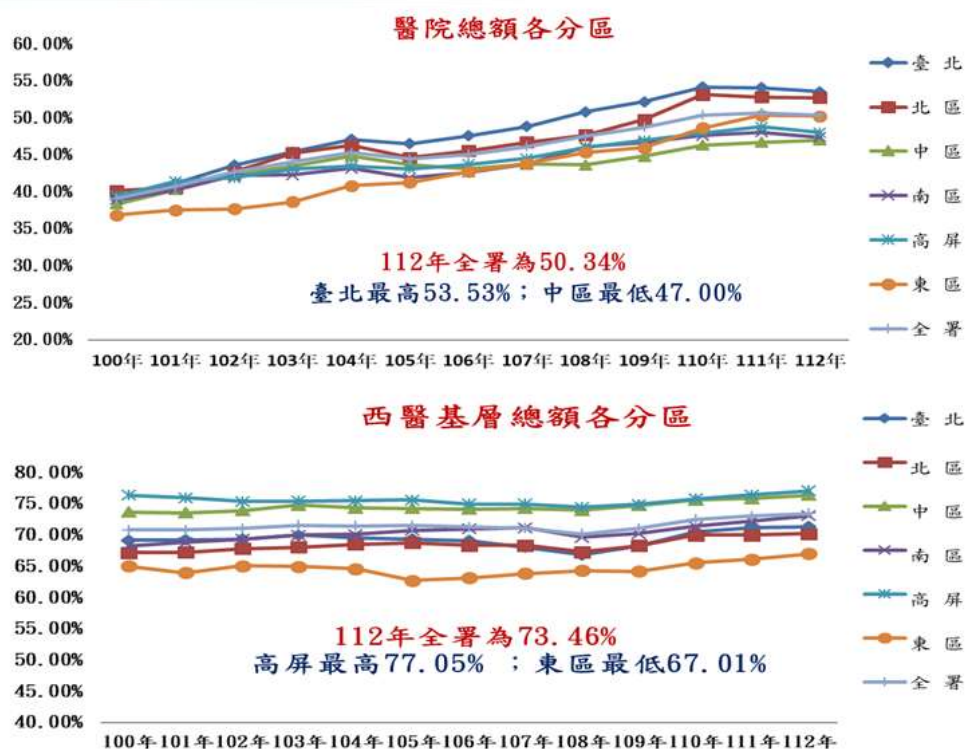


備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1318、223)。

製表日期:113年5月22日

36

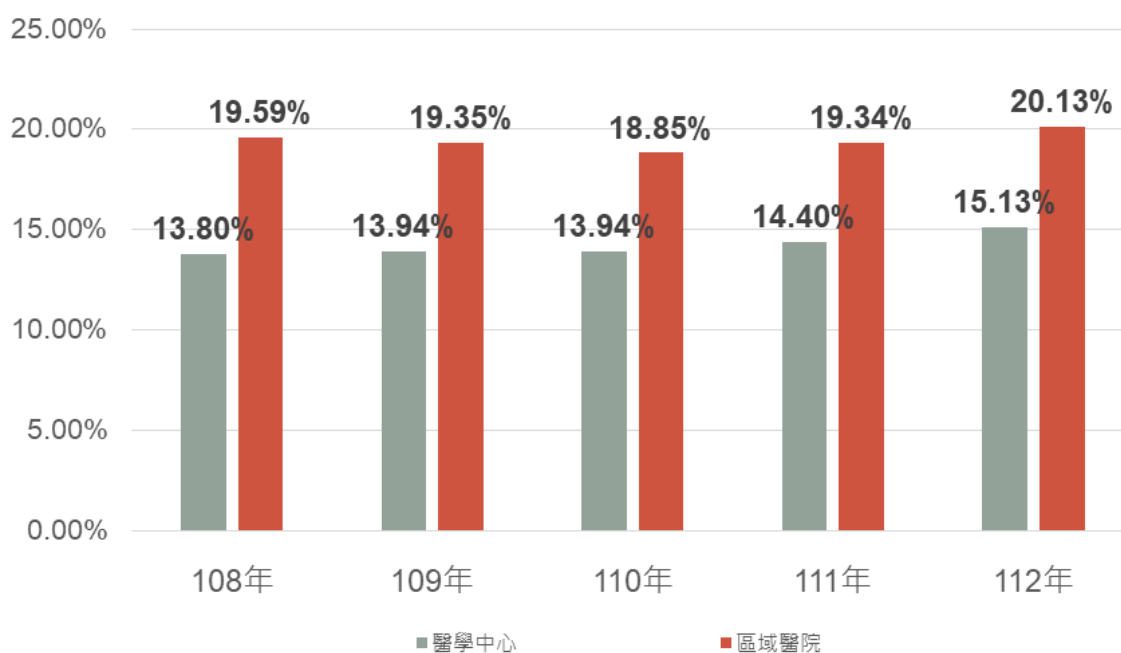
慢性病開立慢性病連續處方箋百分比



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1318、223)。
製表日期:113年5月22日

37

108-112年醫學中心及區域醫院門診初級照護之次數占率



38



執行概況—效率面



西醫部門

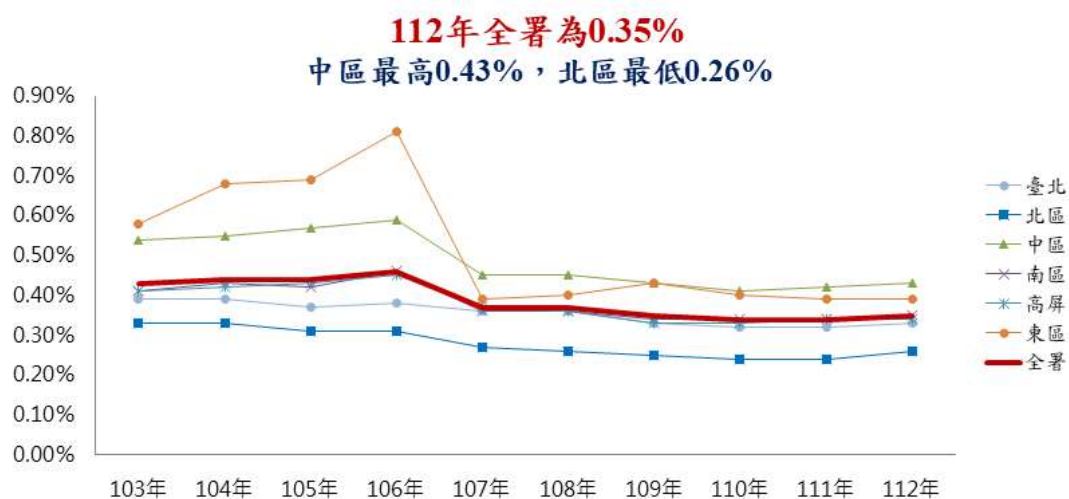
中醫部門

牙醫部門

39

中醫門診後隔日再次就診中醫之比率

負向指標



備註：

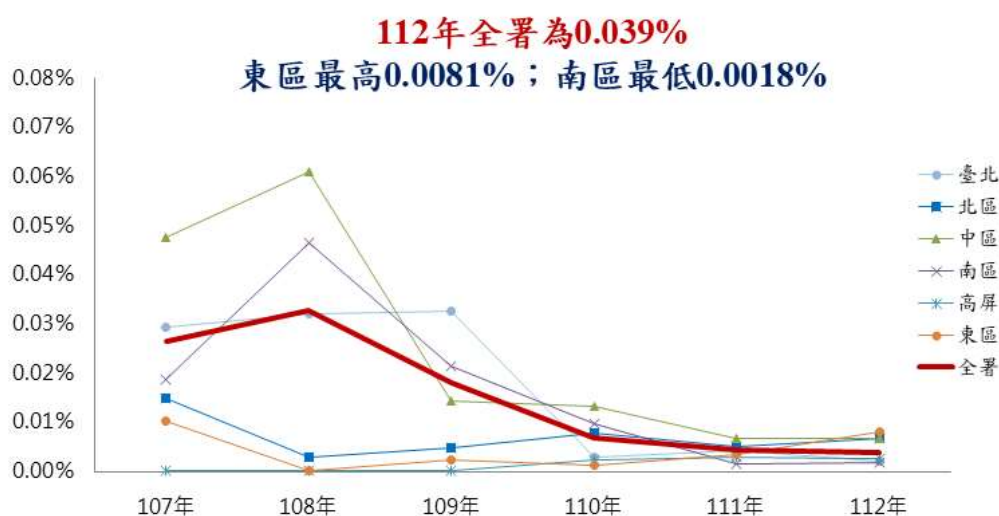
1.資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統（DA代號：237）

2.製表日期：113年5月27日

40

中醫同院所針傷科處置次數每月大於20次之比率

負向指標



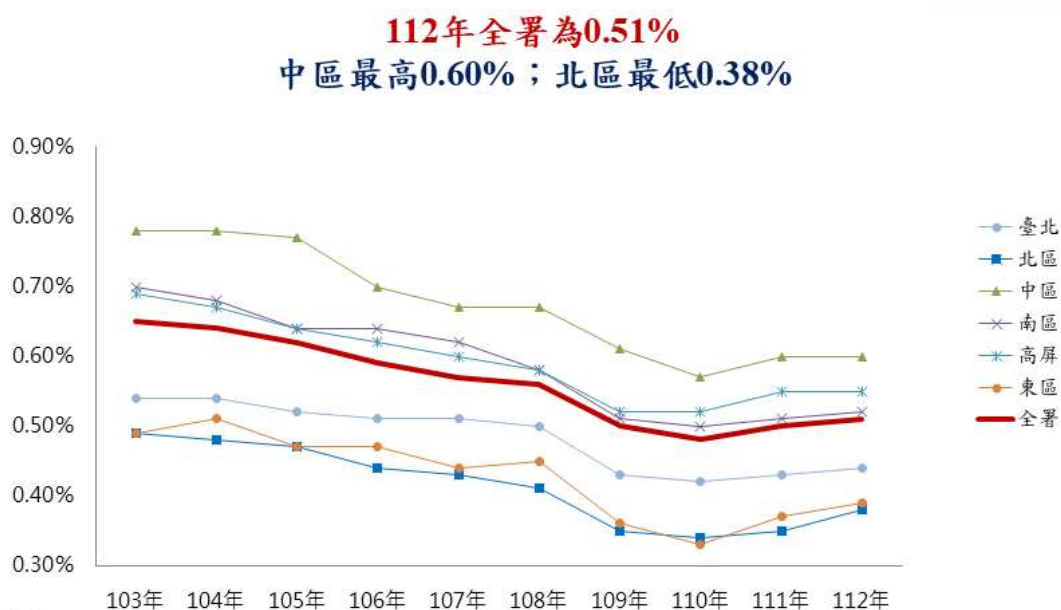
備註：

- 1.資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統（DA代號：3270）
- 2.製表日期：113年5月27日

41

中醫門診處方用藥日數重疊二日以上之比率

負向指標



備註：

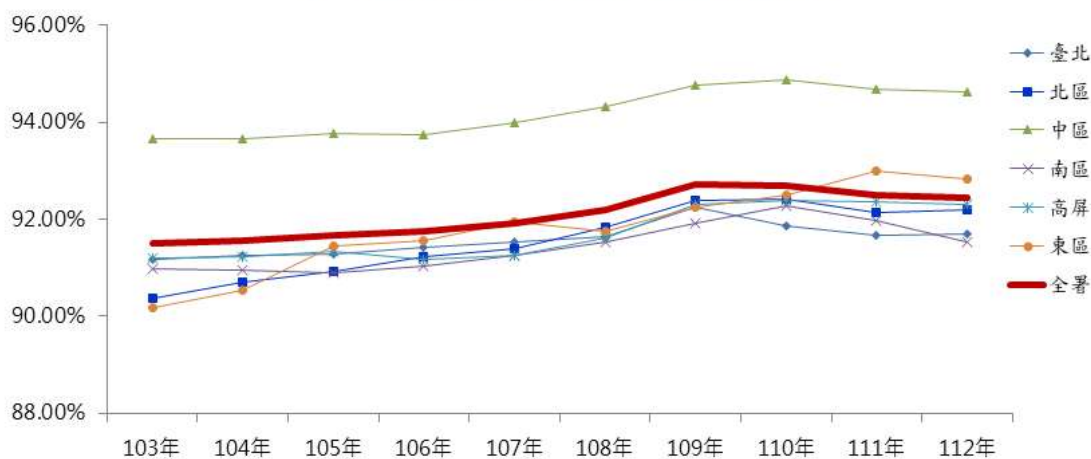
- 1.資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統（DA代號：82）
- 2.製表日期：113年5月27日

42

牙醫同院所90日以內根管治療完成率

正向指標

112年全署為92.44%
中區最高94.62%；南區最低91.54%



備註：

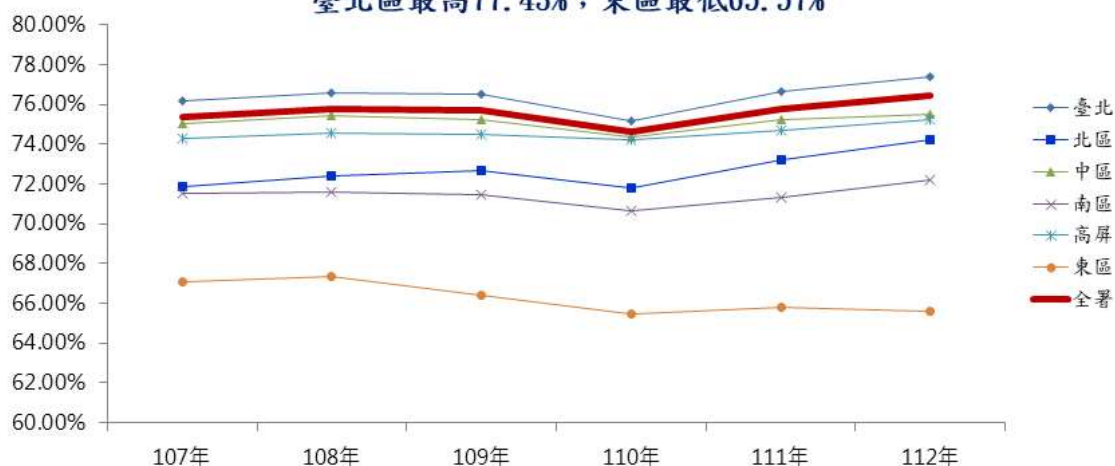
1. 資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號：227)。
2. 製表日期：113年5月27日

43

牙醫12歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率

正向指標

112年全署為76.49%
臺北區最高77.43%；東區最低65.57%



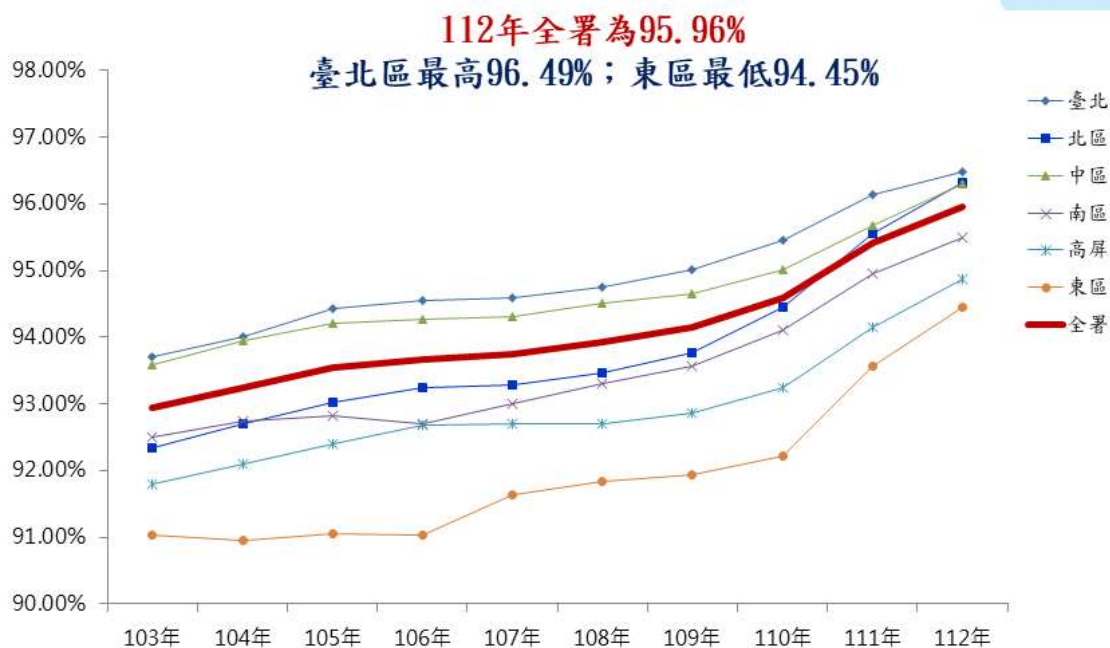
備註：

1. 資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號：3234)。
2. 製表日期：113年5月27日

44

牙醫保險對象牙齒填補保存率-二年以內

正向指標



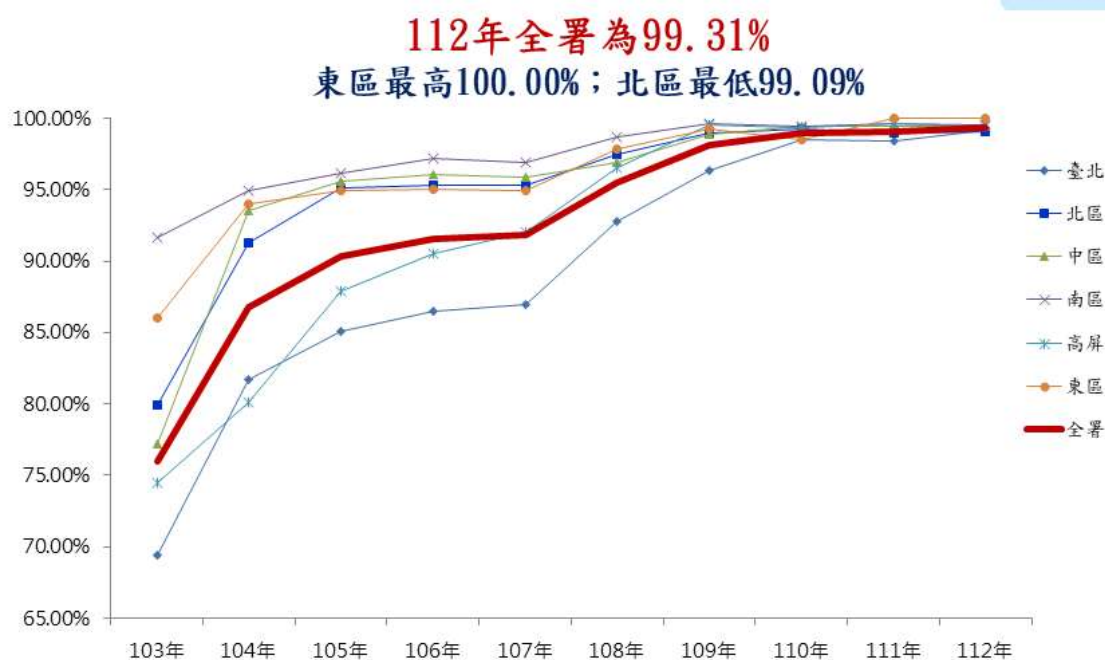
備註：

1. 資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號：226)。
2. 製表日期：113年5月27日

45

牙醫院所加強感染管制診察費申報率

正向指標



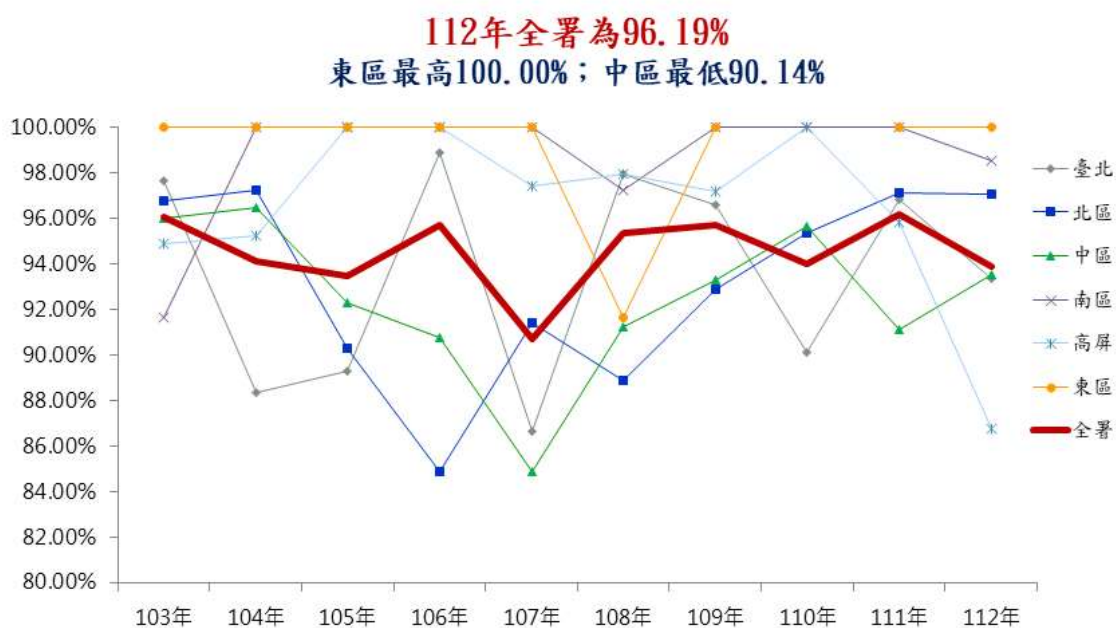
備註：

1. 資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號：813)。
2. 製表日期：113年5月27日

46

牙醫執行加強感染管制診察費院所查核合格率

正向指標



備註：資料來源：中華民國牙醫師公會全國聯合會。
製表日期：113年5月27日

47



執行概況—效果面



品質公開辦理情形

品保款辦理情形

滿意度調查

民眾申訴管道及處理

48

醫療品質資訊公開辦法增修情形

- 衛生福利部於112年7月12日以衛部保字第1121260209號令發布修正「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第二條附表一、附表二，修正重點摘要如下：
 - 修正22項指標：為項目名稱與統計定義一致性及配合支付標準修改。
 - 新增8項指標：主要配合衛福部失智症防治政策、配合國家2025消除C肝政策、提升急性心肌梗塞照護品質及與中醫總額品質確保方案指標一致。
- 增修指標項數(修正22項、新增8項)：
 - 醫院總額：整體性修正4項、新增1項；機構別修正5項。
 - 西醫基層總額：整體性修正3項；機構別修正4項。
 - 牙醫門診總額：整體性修正3項；機構別修正1項。
 - 中醫門診總額：整體性修正1項、新增2項。
 - 門診透析：整體性新增4項。
 - 疾病別：消化性潰瘍疾病修正1項、急性心肌梗塞疾病新增1項。

49

全民健康保險醫療品質資訊公開網

衛生福利部中央健康保險署
全民健康保險醫療品質資訊公開網 民眾版

專網版 公開網 中央健康保險署全球資訊網首頁 網站地圖 回首頁

衛生福利部
中央健康保險署關心您~
健保醫療品質公開透明
共同提升醫療品質

緣起

「全民健康保險醫療品質資訊公開網」民眾版主要是在提供民眾所關心的全民健康保險醫療品質相關資訊，主要是各醫療院所別之醫療品質資訊，可分為疾病類之院所別醫療品質資訊及四大總額、門診透析及特約藥局之院所別醫療品質資訊。在本網頁可查詢到醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所的醫療品質照護指標，您可以由此了解全民健康保險醫療品質及疾病照護資訊，並可與相關衛教投訴專線連結，提供您最完整的疾病和就醫資訊。

本網頁資料是以健保醫療費用申報作為資料來源，因為健保申報資料僅位有限，所以無法反映完整醫療過程與結果，指標數字的表現可能為多重原因所造成，僅能呈現部分成效或結果。醫療適當性仍需就醫人狀況及醫療專業認定，不能直接反應品質，請民眾審慎解讀。

疾病類之醫療院所別醫療品質資訊

- 糖尿病
- 人工膝關節手術
- 子宮肌瘤手術
- 消化性潰瘍疾病
- 氣喘病
- 急性心肌梗塞疾病
- 肺氣腫
- 腦中風
- 慢性腎臟病
- 人工髖關節手術

四大總額、門診透析及特約藥局之醫療院所別醫療品質資訊

- H 醫院總額
- 西醫基層總額
- 牙醫門診總額
- 中醫門診總額
- 門診透析
- 特約藥局

50

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	33	0		123
2. 機構別指標	40	31	20	8	18	1	57	175
合計	79	60	35	15	51	1	57	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 (預計113年新增)	慢性阻塞性肺病 (預計113年新增)	合計
項數	5	3	4	2	5	20	5	3	4	3	2	1	57

- 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112年第4季季報及111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112年第4季。
- 截至113年5月23日，專區上網瀏覽累積達822萬人次。

51

醫院總額品質保證保留款實施方案

111、112年

層級別	1. 基本獎勵占比	2. 指標獎勵占比
醫學中心	10%	90% 111年：19項指標，達成項數最高以11項計算。 112年：19項指標，達成項數最高以12項計算。
區域醫院	15%	85% 111年：21項指標，公式一(55%)，達成項數最高以9項計算；公式二(30%)，達成項數最高以10項計算。 112年：21項指標，公式一(55%)，達成項數最高以10項計算；公式二(30%)，達成項數最高以11項計算。
地區醫院	60%	40% 111年：23項指標；診療科別為5科(含)以上且病床數達200床者，達成項數最高以9項計算；其餘最高以5項計算。 112年：22項指標；診療科別為5科(含)以上且病床數達200床者，達成項數最高以10項計算；其餘最高以6項計算。

52

西醫基層總額品質保證保留款實施方案

項次	指標項目	指標		年度權重(%)	
		111年	112年	111年	112年
1	診所月平均門診申復核減率	V	V	20	20
2	診所之每位病人年平均就診次數	V	V	20	20
3	個案重複就診率	V	V	20	20
4	健保卡處方登錄差異率	V	V	20	20
5	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率	V	V	20	20
6	藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率	V	V	2	2
7	藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率	V	V	2	2
8	藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率	V	V	2	2
9	糖尿病病患糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycatedalbumin)執行率	V	V	5	5
10	初期慢性腎臟病eGFR執行率	V	V	2	2
11	檢驗(查)結果上傳率	V	V	2	2
權重合計				最高以100%計算	最高以100%計算

- 前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數大於80%，則依權重和由高至低排序，取前80%之診所核發品質保證保留款。
- 108年品保款中之「無障礙就醫環境」獎勵指標(3%)，因全聯會與衛生福利部對於「診所無障礙環境合格標準」未達共識，爰未計算該項分數。

牙醫總額品質保證保留款實施方案

核發項目	年度	111年		112年	
	適用層級別	醫院	基層	醫院	基層
政策指標	1. 65歲(含)以上老人恆牙牙冠2年內自家再補率	20%	20%	20%	20%
	2. 4歲以上自家乳牙545天再補率	20%	20%	20%	20%
	3. 恆牙根管治療	20%	20%	20%	20%
	4. 全口牙結石清除	10%	10%	10%	10%
專業獎勵	1. 牙周病顧本計畫	3%	3%	3%	3%
	2. 牙周病統合照護品質	15%	15%	5%	5%
	3. 口腔癌篩檢	10%	-	10%	-
	4. 每月完成門診時間網路登錄且週日或國定假日有提供牙醫醫療服務	-	3%	-	3%
	5.月平均初核核減率	-	5%	-	5%
	6.特殊醫療服務計畫	2%	4%	2%	4%
	7.高風險疾病患者照護	-	-	10%	10%
獎勵加計	8.口腔癌篩檢、戒菸治療服務	-	2%	-	2%
核算基礎小計		100%	102%	100%	102%

◆ 上述三項獎勵項目之核算基礎總計以100%為上限

中醫總額品質保證保留款實施方案

核發原則/ 核算基礎	指標項目	年度(加計權重%)	
		111年	112年
政策獎勵	1. 於中醫資源不足地區改善方案列示無中醫地區新開業	+100%	+100%
	2. 從事教學研究且績效卓著之中醫院所	+10%	+10%
	3. 鼓勵當年度週日間診超過30天(45天)者	+10% (+20%)	+10% (+20%)
	4. 中醫門診特約醫事服務機構查詢健保雲端藥歷系統，查詢率>20%者，依核算基礎(A)加計5%	+5%	+5%
	5. 參加即時查詢病患就醫資訊方案	+5%	+5%
	6. 每月完成門診時間網路登錄VPN	+10%	+10%
核發原則/ 核算基礎	指標項目	年度(減計權重%)	
		111年	112年
專業獎勵	1. 中醫師未依全聯會修滿繼續教育點數(每年20點)	申報點數不列入核算基礎	
	2. 同院所同患者同月就診8次以上超過80百分位	-20%	-20%
	3. 同日重複就診率超過80百分位	-10%	-10%
	4. 7日內處方用藥日數重複2日以上之比率超過80百分位	-10%	-10%
	5. 中醫門診院所當年度申報中醫一般案件、中醫慢性病、中醫慢性病連續處方調劑及過敏性鼻炎照護計畫，屬慢性病給藥七天以上之件數占率為3%以下者	-10%	-10%

註：106年起各院所參與品保款之核算基礎為其中報費用之60%。

55

慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫

指標項目	血液透析		腹膜透析	
	目標值	配分	目標值	配分
1.血清白蛋白 (Albumin \geq 3.5gm/dl(BCG或3.0gm/dl(BCP)	受檢率 \geq 95%且合格率 \geq 75%	每季4分 (共16分)	受檢率 \geq 95%且合格率 \geq 70%	每季4分 (共16分)
2-1.URR \geq 65%	受檢率 \geq 95%且合格率 \geq 95%	每季4分 (共16分)	--	--
2-2.WeeklyKt/V \geq 1.7	--	--	受檢率 \geq 95%且合格率 \geq 70%	每半年8分 (共16分)
3.Hb $>$ 8.5g/dL	受檢率 \geq 95%且合格率 \geq 90%	每季4分 (共16分)	受檢率 \geq 95%且合格率 \geq 80%	每季4分 (共16分)
4.鈣磷乘積小於60mg ² /dL ²	受檢率 \geq 95%且合格率 \geq 80%	每半年8分 (共16分)	受檢率 \geq 95%且合格率 \geq 75%	每半年8分 (共16分)
5.B型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率	(A)平均每月透析病人數50人以上之院所：受檢率 \geq 90%且轉陽率 \leq 2.0% (B)平均每月透析病人數50人(含)以下之院所：受檢率 \geq 90%且轉陽率 \leq 3.5%	8分(年)	受檢率 \geq 90%	8分(年)
6.C型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率	(A)平均每月透析病人數50人以上之院所：受檢率 \geq 90%且轉陽率 \leq 2.0% (B)平均每月透析病人數50人(含)以下之院所：受檢率 \geq 90%且轉陽率 \leq 3.5%	8分(年)	受檢率 \geq 90%	8分(年)
7.建立對新病人透析治療模式選擇之充分告知機制	100%	10分(年)	100%	10分(年)
8.55歲以下透析病人移植登錄率	移植登錄率 \geq 5%	10分(年)	移植登錄率 \geq 5%	10分(年)

56

品保方案核發情形

項目	111年						112年初步結算					
	預算 百萬元	核發			不核發		預算 百萬元	核發			不核發	
		家數	金額百萬元	家數占率	不核發 分數	家數		家數	金額百萬元	家數占率	不核發 分數	家數
醫院	1,319	467	1,319	99%	-	4	1,364	465	1,364	99.6%	-	2
西醫基層	225.5	7,752	225	70.8%	-	3,204	229.5	7,886	229.5	71.3%	-	3,175
中醫	49.3	2,844	49.3	68.9	-	1,286	49.1	3,063	49.1	72.7	-	1,150
牙醫	207	6,364	207	89%	-	827	210	6,460	210	89%	-	790
透析					<70或 無指標 分數	208					<70或 無指標 分數	196
血液透析	45	532	42	72%			45	549	42	73%		
腹膜透析		74	3	63%		41		72	3	60%		40

醫院總額核發情形之分布

年度	層級	家數	符合核發醫院									不核發 家數	
			基本獎勵						指標獎勵				
			參與學會指標計畫			地區醫院品質精進獎勵 (註2)							
			核發 家數	金額 百萬元	家數 占率	核發 家數	金額 百萬元	家數 占率	核發 家數	金額 百萬元	家數 占率		
111年	醫學中心	19	19	56	100.0%	-	-	-	19	500	100.0%	0	
	區域醫院	81	80	75	98.8%	-	-	-	81	425	100.0%	0	
	地區醫院	第一組	54	52	92	96.3%	-	-	-	54	58	100.0%	0
		第二組	317	217	66	68.5%	-	-	-	313	48	98.7%	4
	合計	471	368	289	78.1%	-	-	-	467	1,030	99.2%	4	
112年初 步結算	醫學中心	19	19	57	100.0%	-	-	-	19	515	100.0%	0	
	區域醫院	82	82	79	100.0%	-	-	-	82	446	100.0%	0	
	地區醫院	第一組	51	50	45	98.0%	46	51	90.2%	51	57	100.0%	0
		第二組	315	222	35	70.5%	139	29	44.1%	313	50	99.4%	2
	合計	467	373	216	79.9%	185	80	50.5%	465	1,068	99.6%	2	

註:111年核發結果為初步統計，尚須俟各總額部門研商議事會議確認。

57

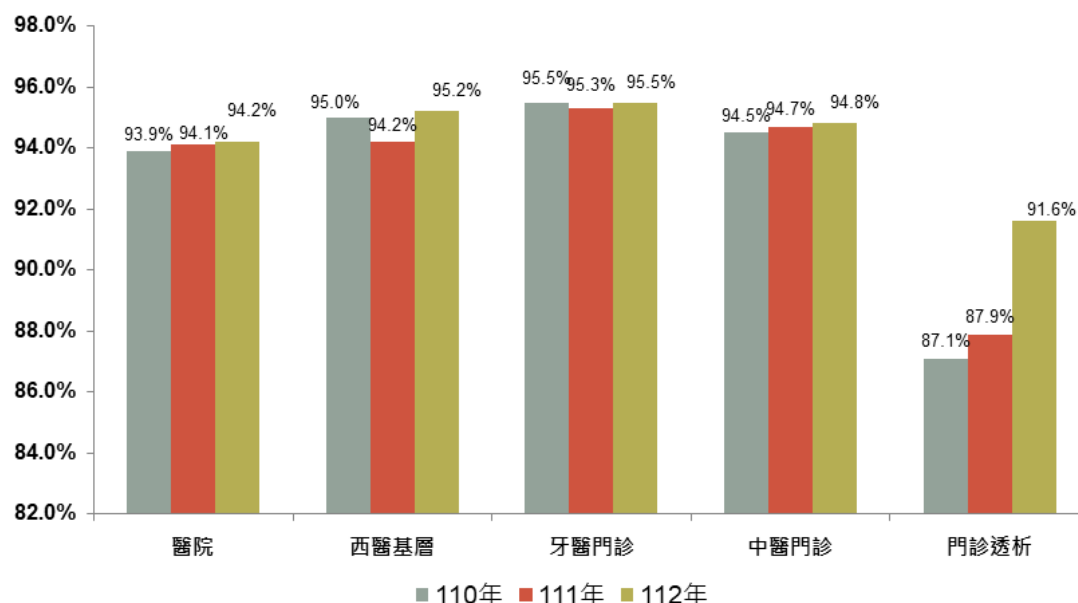
112年品保方案核發情形

西醫基層、中醫、牙醫、門診透析核發家數分布

年度		59分(或百分位)以下			60-69分(或百分位)			70-79分(或百分位)		
		家數	金額百萬元	家數占率	家數	金額百萬元	家數占率	家數	金額百萬元	家數占率
111年	西醫基層	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	中醫	212	3.2	7%	736	9.2	26%	1,219	18.8	43%
	牙醫	3,986	44	55%	366	12	5%	682	27	9%
	血液透析	-	-	-	-	-	-	75	4.3	14%
	腹膜透析	-	-	-	-	-	-	11	0.2	15%
112年初 步結算	西醫基層	-	-	-	-	-	-	278	6.09	3.5%
	中醫	254	3.4	8%	768	8.9	25%	1,312	19.5	43%
	牙醫	4,016	46	55%	654	20	9%	561	28	8%
	血液透析	-	-	-	-	-	-	80	4.3	14.6%
	腹膜透析	-	-	-	-	-	-	12	0.19	16.7%
年度		80-89分(或百分位)			90-99分(或百分位)			100分(或百分位)(含以上)		
		家數	金額百萬元	家數占率	家數	金額百萬元	家數占率	家數	金額百萬元	家數占率
111年	西醫基層	3,133	84	40.4%	170	5	2.2%	4,449	137	57.4%
	中醫	590	14.0	21%	34	0.9	1%	53	3.2	2%
	牙醫	321	22	4%	888	79	12%	121	23	2%
	血液透析	140	9.5	26%	199	20.3	37%	117	7.9	22%
	腹膜透析	28	0.9	38%	20	1.0	27%	15	0.8	20%
112年初 步結算	西醫基層	2,943	79.22	37.3%	569	16.03	7.2%	4,096	128.18	51.9%
	中醫	639	13.0	21%	29	13.0	1%	61	3.1	2%
	牙醫	853	65	12%	285	32	4%	91	19	1%
	血液透析	113	7.7	20.6%	215	20.4	39.2%	141	9.6	25.7%
	腹膜透析	23	0.65	31.9%	26	1.3	36.1	11	0.79	15.3%

58

滿意度調查-整體醫療結果



註：滿意程度=滿意+非常滿意

59

民眾申訴管道及處理

• 民眾申訴管道

包括民眾透過電話、電子郵件或書面..等管道，向健保署檢舉申訴醫療院所疑似違規情事等。

• 112年民眾申訴前三名情形

全年申訴件數為1,350件，以「醫療行政或違規事項」類449件最多，占33%，其次為「其他」計218件，占16%，第三為「疑有虛報醫療費用」計203件，占15%。

整體	件數	占率
醫療行政或違規事項	449	33%
其他	218	16%
疑有虛報醫療費用	203	15%
總件數	1,350	100%

註：

1. 疑有虛報醫療費用：透過健康存摺發現院所申報內容與事實不符

2. 醫療行政或違規事項：院所掛號規定、押卡、逃漏稅、不當招攬病人等。

60

民眾申訴管道及處理

112年民眾申訴及反映成案件數統計-前三名之項目

醫院	件數	占率	西醫基層	件數	占率
醫療行政或違規事項	223	34%	醫療行政或違規事項	135	35%
其他	118	18%	疑有虛報醫療費用	80	21%
額外收費(自費抱怨)	117	18%	其他	54	14%
總件數	648	100%	總件數	388	100%
牙醫	件數	占率	中醫	件數	占率
疑有虛報醫療費用	58	37%	醫療行政或違規事項	22	26%
醫療行政或違規事項	54	34%	疑有虛報醫療費用	17	20%
服務態度及醫療品質	21	13%	其他	16	19%
總件數	157	100%	總件數	84	100%
其他	件數	占率			
其他	22	30%			
醫療行政或違規事項	14	19%			
藥品和處方箋	14	19%			
總件數	73	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

61

四

執行概況—安全性

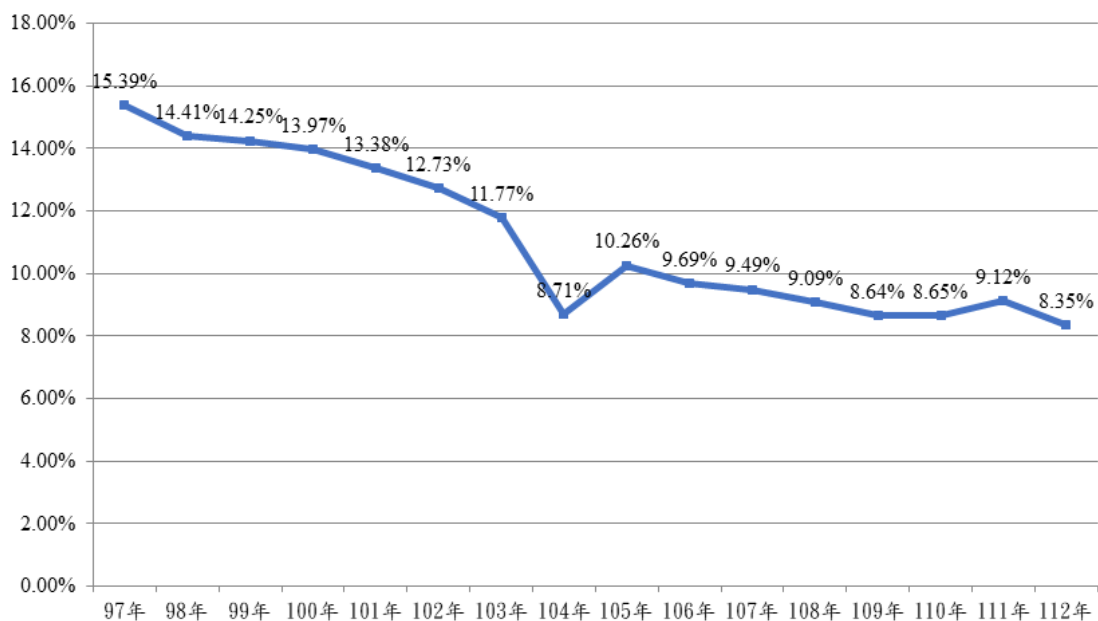


死亡率

用藥日數重疊率

62

急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)



備註：資料來源：健保倉儲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。

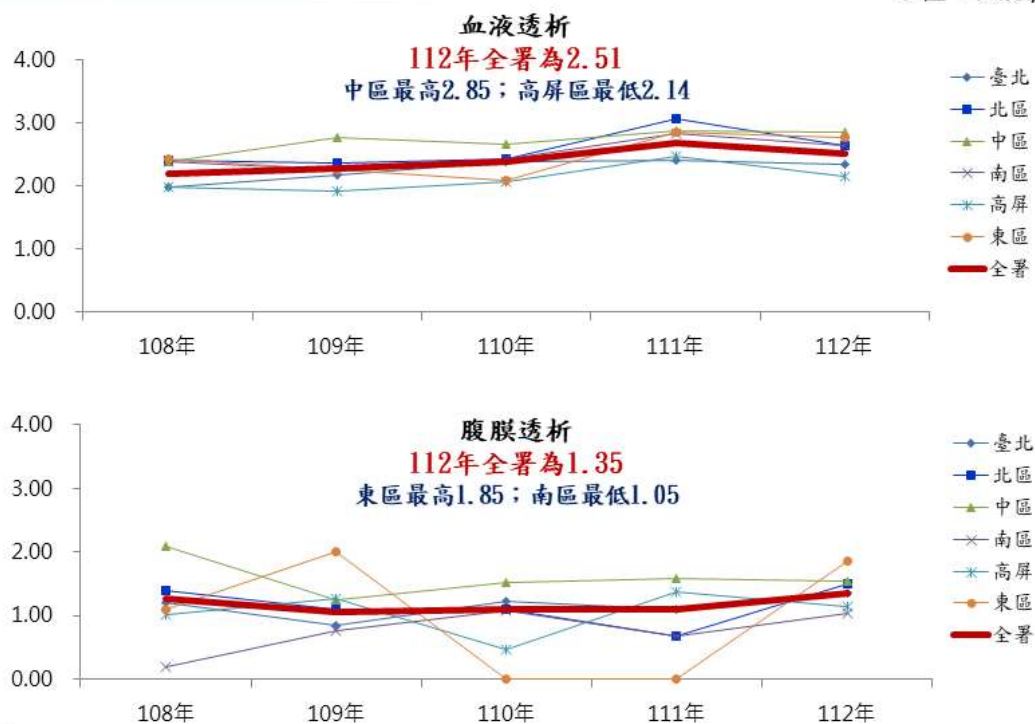
製表日期:113年5月22日。

63

透析時間<1年之死亡率

負向指標

單位：人數/百人



備註：

1.資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統 (DA代號：3080、3082)

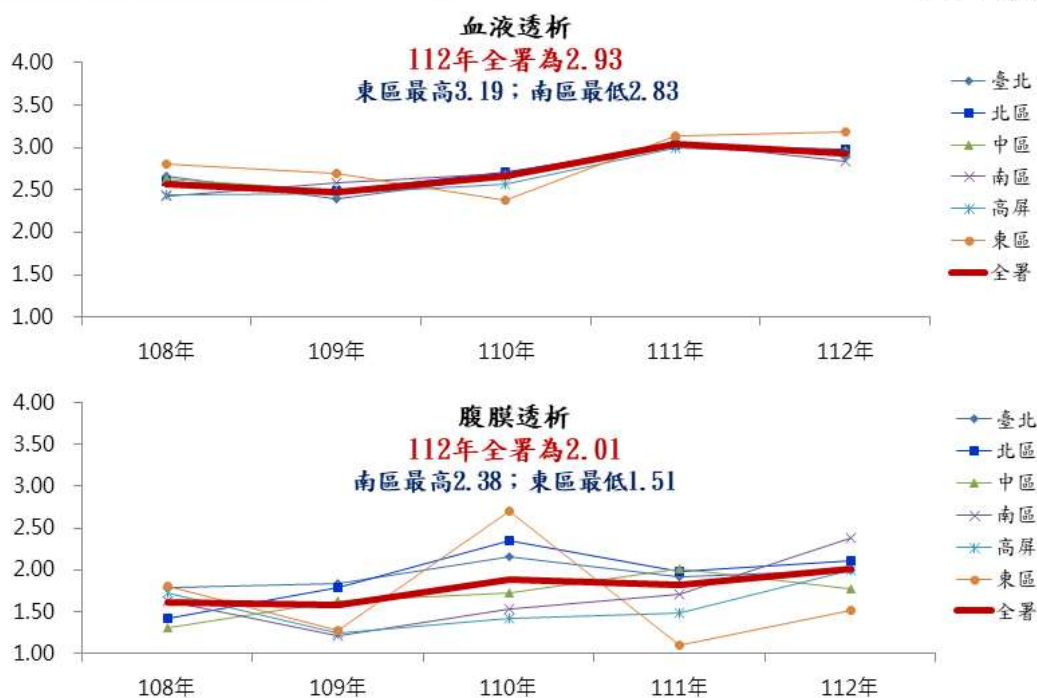
2.製表日期：113年5月27日。

64

透析時間 ≥ 1 年之死亡率

負向指標

單位：人數/百人



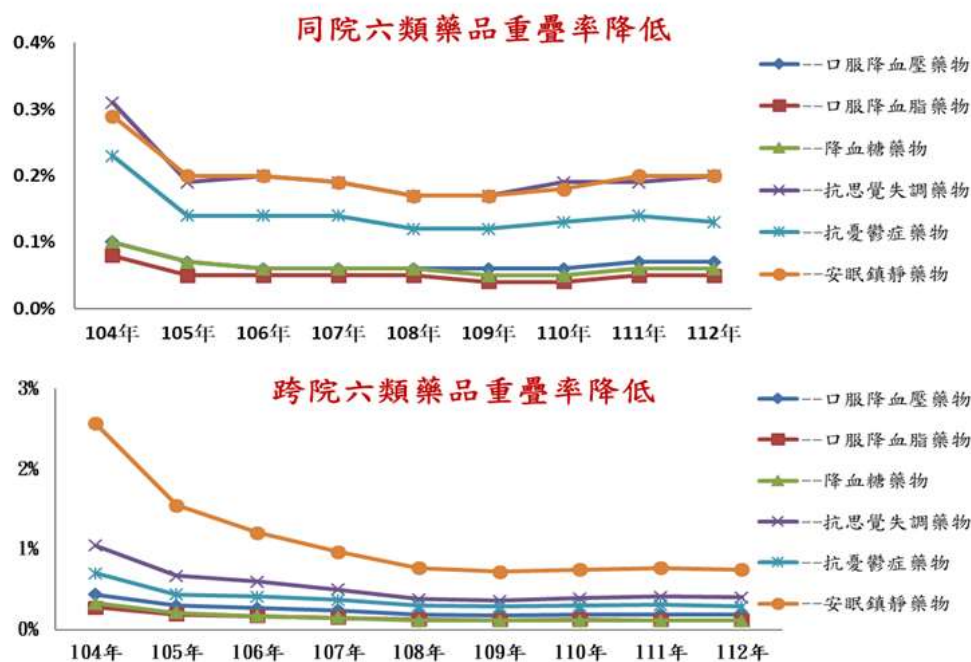
備註：

1.資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統（DA代號：3084、3086）

2.製表日期：113年5月27日。

65

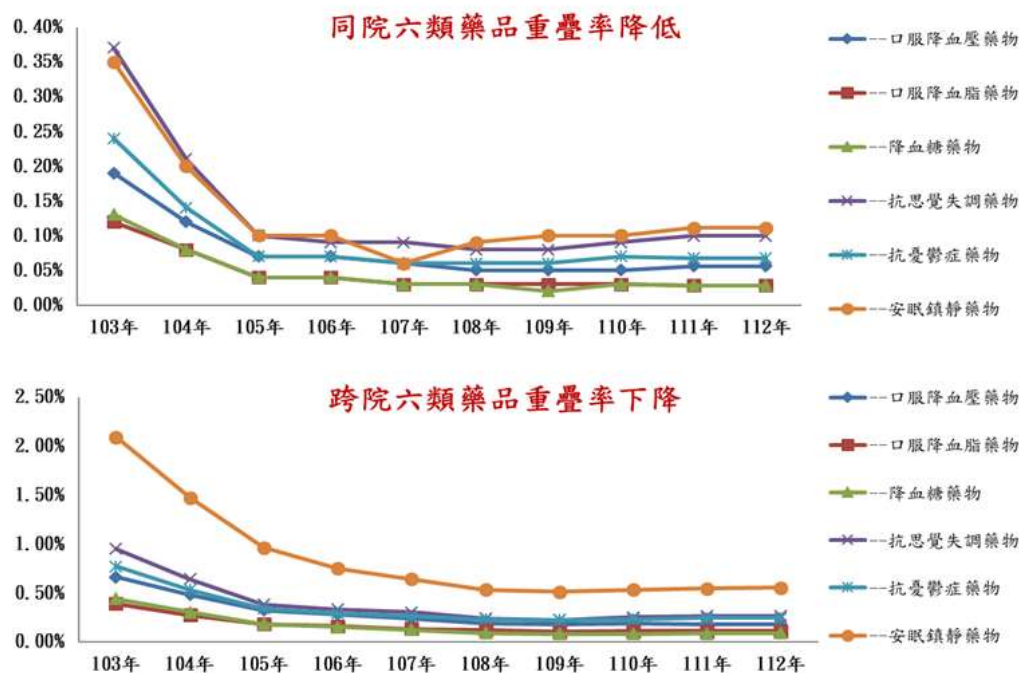
同藥理用藥日數重疊率-西醫基層



備註：資料來源：健保倉儲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:113年5月22日。

66

同藥理用藥日數重疊率-醫院總額



備註：資料來源：健保倉儲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:113年5月22日。

67

五

執行概況—以病人為中心



花蓮縣秀林鄉全人整合照護執行方案

68

山地鄉全人整合照護執行方案 -花蓮縣秀林鄉

方案策略

- 改變以診療為主的醫療行為
- 整合健康及醫療
- 設計多元性支付誘因，鼓勵投入健康促進取代疾病診療
- 建立以健康結果為導向的評估指標

目的

- 藉由健康及醫療資源整合，融入社區參與，提供具文化敏感性照護服務
- 提升山地鄉住民健康狀態，縮短山地鄉住民健康不平等並提升照護品質

110年

109年
中

109年
初

108年

公開徵求有意願參與之醫療團隊

- ◆ 109年2月 僅花蓮慈濟醫院及秀林衛生所申請執行
- ◆ 地區為花蓮縣秀林鄉

- ◆ 109年5月 邀請專家學者召開審查會議，因收案人數不符期待、成員任責度不足且未含中牙醫服務等原因，本署難同意花蓮慈濟醫院申請。
- ◆ 109年度暫不執行

- ◆ 110年7月底公告修訂方案，並公開徵求承作院所。
- ◆ 110年10月核定由花蓮慈濟醫院承作「山地鄉(秀林鄉)全人整合照護執行方案」，並自111年1月1日起生效

69

花蓮縣秀林鄉全人整合照護執行方案



結合醫療及健康促進

- 健康促進、衛生教育
- 各類預防保健、疫苗接種
- 在地疾病篩檢服務
- 個案追蹤及健康管理
- 銜接長期照顧服務

- 門診診療服務：西中牙醫專科門診、急診及天災緊急加診等
- 外展診療服務：巡迴醫療、居家醫療、轉診及緊急後送等

預算來源

衛福部相關司署預算支應

健保各部門總額支應

核實支付

- ① 醫療費用由各部門總額(西基、醫院、中醫、牙醫)支應
- ② 醫事人員支援費用、點值補充、回饋金及外加獎勵費由其他預算「IDS計畫」專款(112年6.054億元)支應

醫療服務項目	每月診次
假日門診及夜診	22
夜間待診	4.5
專科醫療(含巡迴醫療)	50
-專科科別數	8

註：
1. 以申請書編列金額備註填列
2. 專科科別包括：家醫科、小兒科、復健科、婦產科、眼科、腸胃內科、胸腔內科、身心科、中牙醫預備診

70

花蓮縣秀林鄉全人整合照護執行方案 -111-112年執行成效

- 計畫期間：111.1.1-113.12.31(3年)

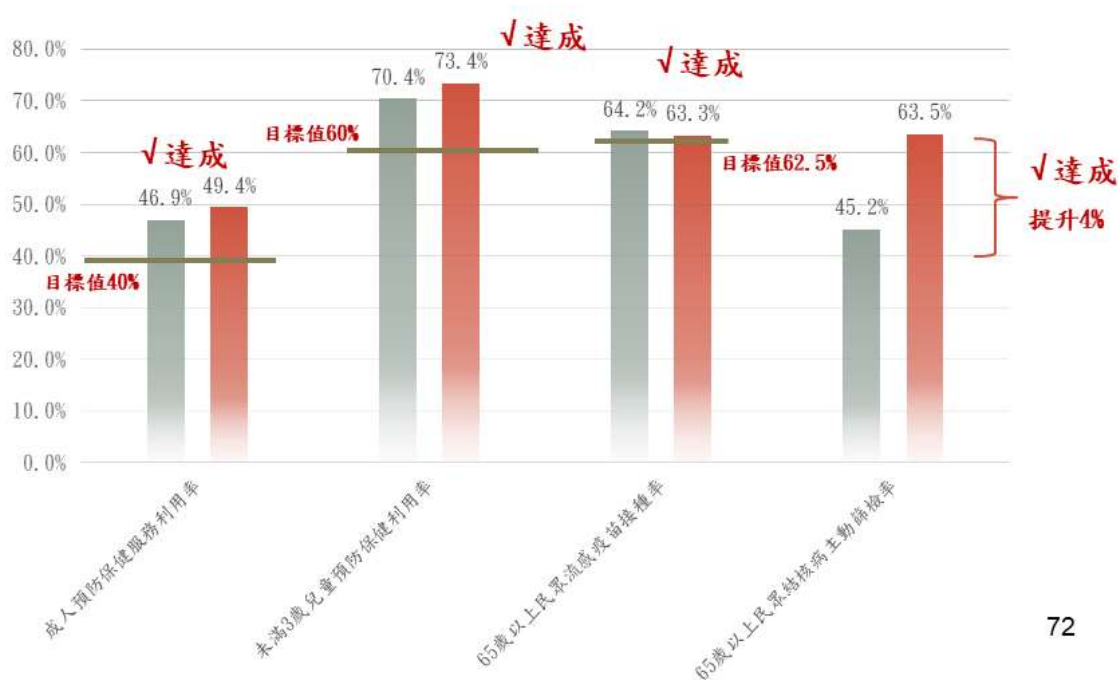
項目	111年	112年	備註
承辦院所數	1	1	花蓮慈濟醫院
合作診所數 (含衛生所)	1	1	花蓮縣秀林鄉衛生所
執行鄉鎮數	1	1	花蓮縣秀林鄉
應照護對象人數	7,888	7,888	
服務人數	6,158	7,184	服務人數及人次均較前一年提升
服務人次	24,104	27,949	

此外，方案於提供照護對象健康促進、預防保健、疾病診療、個案追蹤及健康管理等照護服務外，建立**健康結果指標(健康管理指標、醫療照護指標、其他政策鼓勵指標)**。

71

花蓮縣秀林鄉全人整合照護執行方案-健康管理指標

- 112年照護對象多數健康管理指標較前一年達標且進步



72

花蓮縣秀林鄉全人整合照護執行方案-醫療照護指標 (照護對象每十萬人口可避免住院數)

- 112年因COVID-19疫情和緩，全國、山地離島民眾及照護對象就醫次數回升，影響每10萬人口可避免住院率。
- 承作院所(花蓮慈濟醫院)於本署召開之112年花蓮縣秀林鄉全人整合照護執行方案檢討會會議說明，將在113年調整服務內容，**加強個案管理，避免個案再入院。**

每十萬人口可避免住院數-慢性指標

(短期糖尿病併發症、長期糖尿病併發症、控制不良糖尿病、糖尿病下肢截肢、COPD及成人氣喘、青年氣喘、高血壓、心臟衰竭、心絞痛)



每十萬人口可避免住院數-急性指標

(脫水、尿道感染、細菌性肺炎)

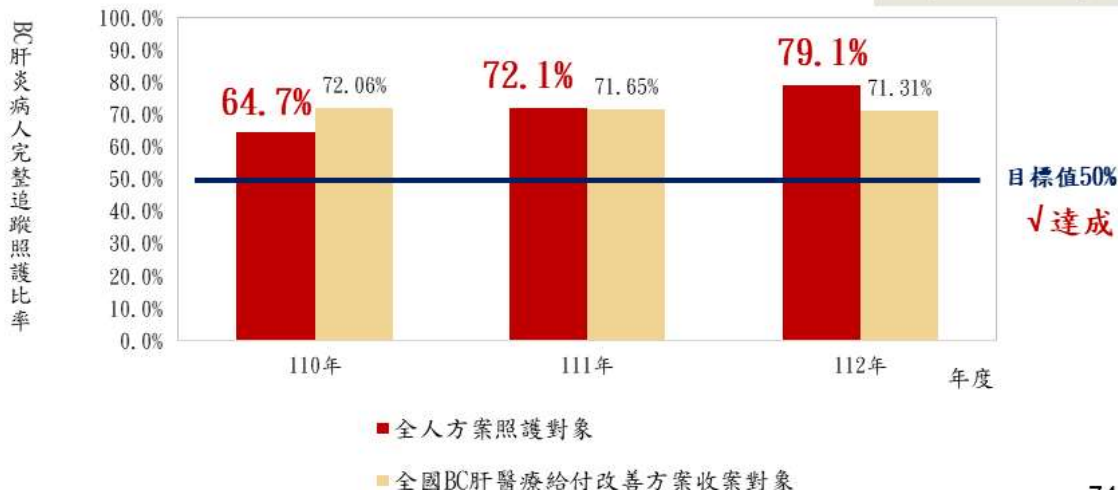


花蓮縣秀林鄉全人整合照護執行方案-其他指標 (B、C型肝炎病人接受完整追蹤照護比率 $\geq 50\%$)

- 112年照護對象B、C型肝炎接受完整追蹤照護率高於111年

全人方案與BC肝醫療給付改善方案比較

高於全國





執行概況—公平面



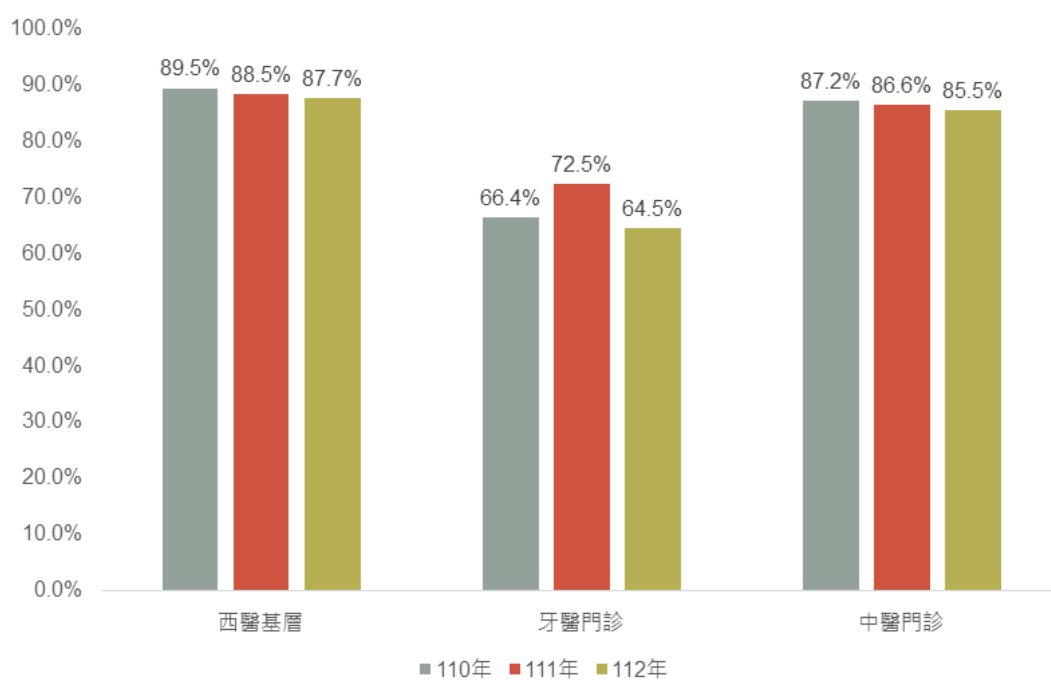
可近性

弱勢族群保障

偏鄉照護計畫

75

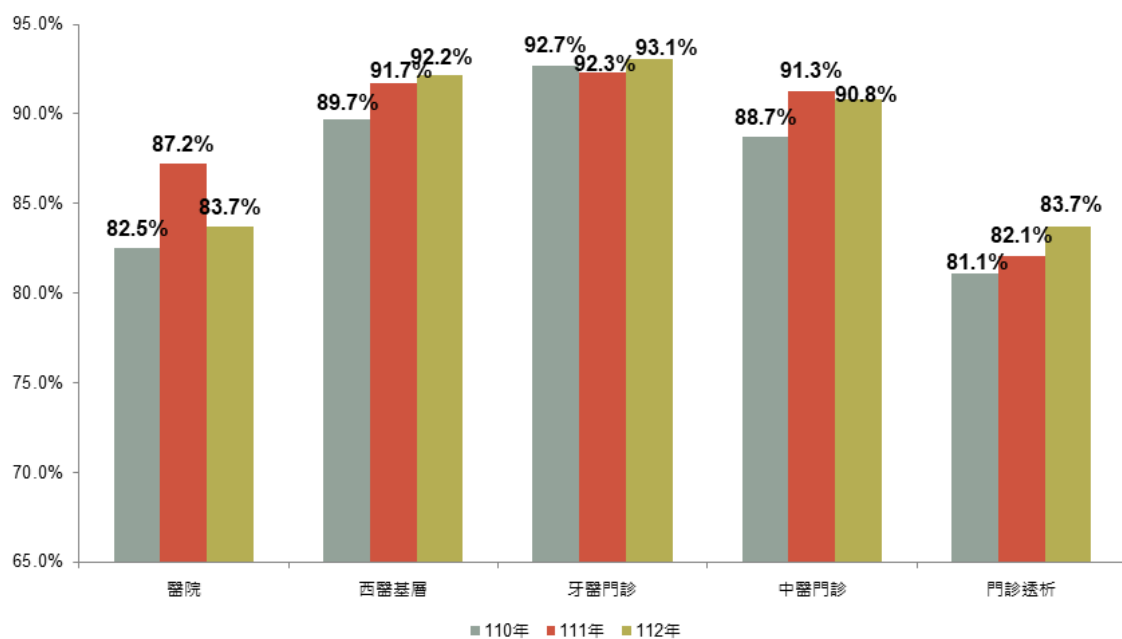
滿意度調查-預約醫師容易程度



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

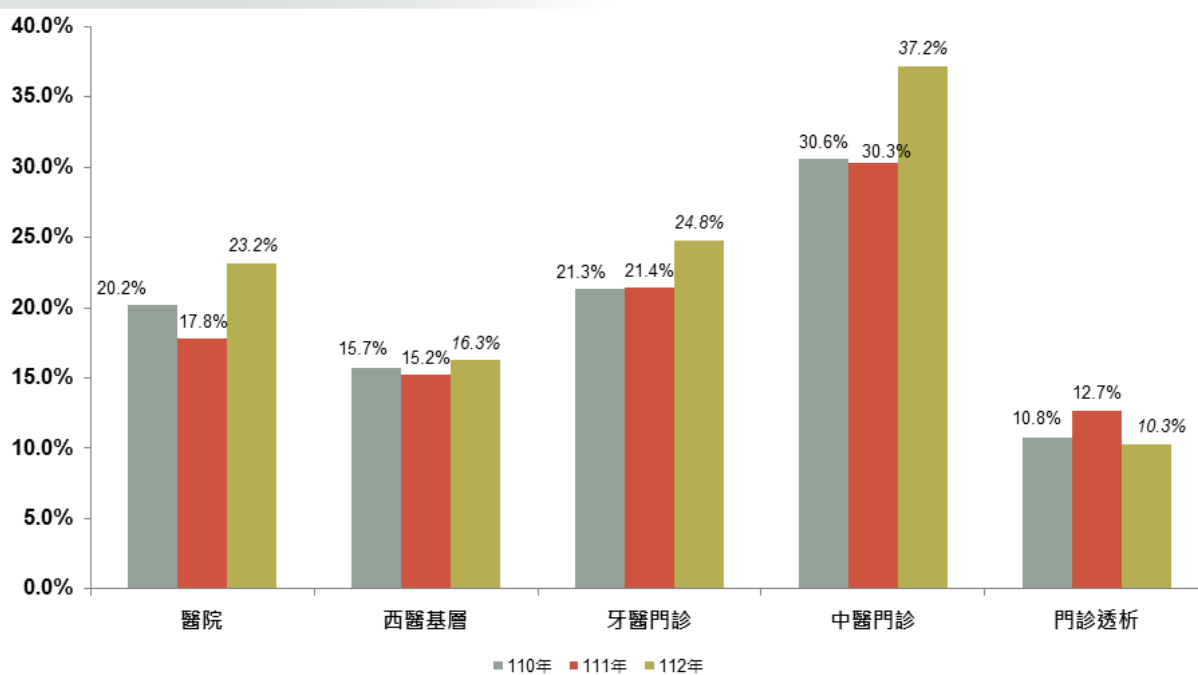
76

滿意度調查-就醫院所交通便利性



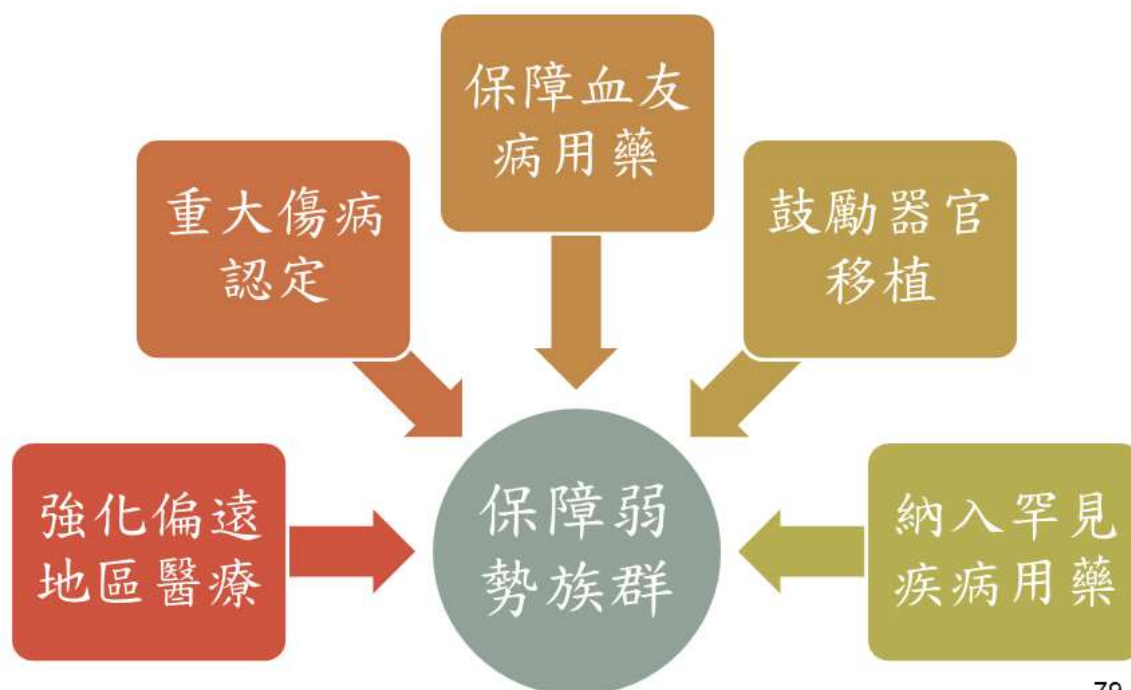
77

滿意度調查-被要求自費比率



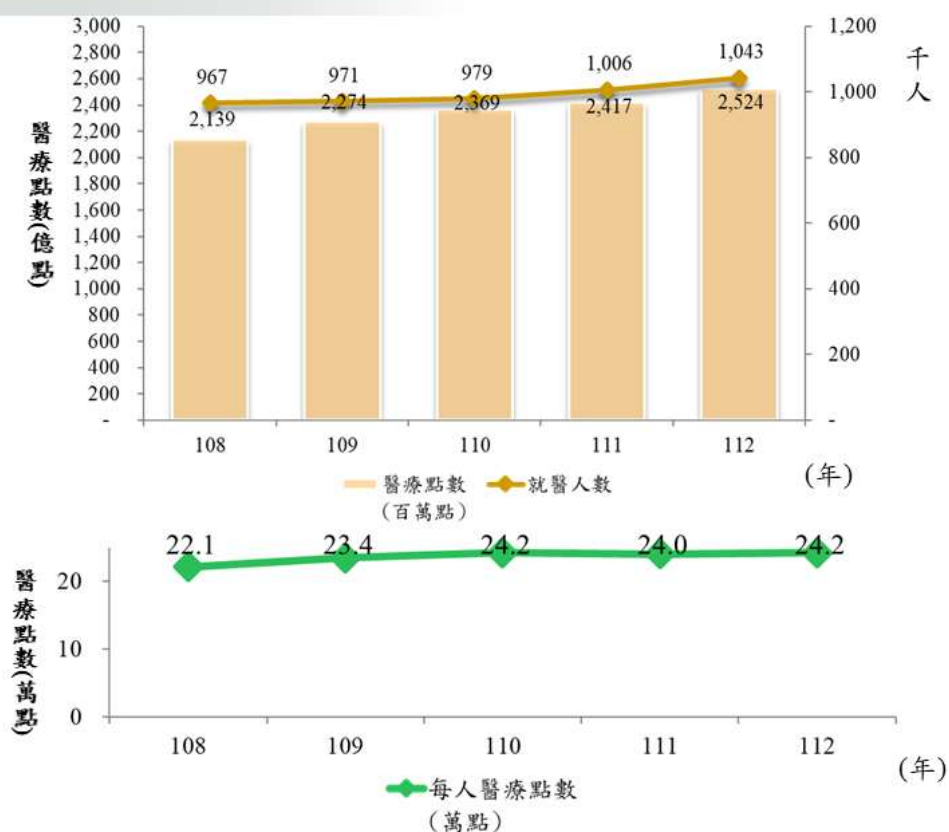
78

保障弱勢族群醫療權益



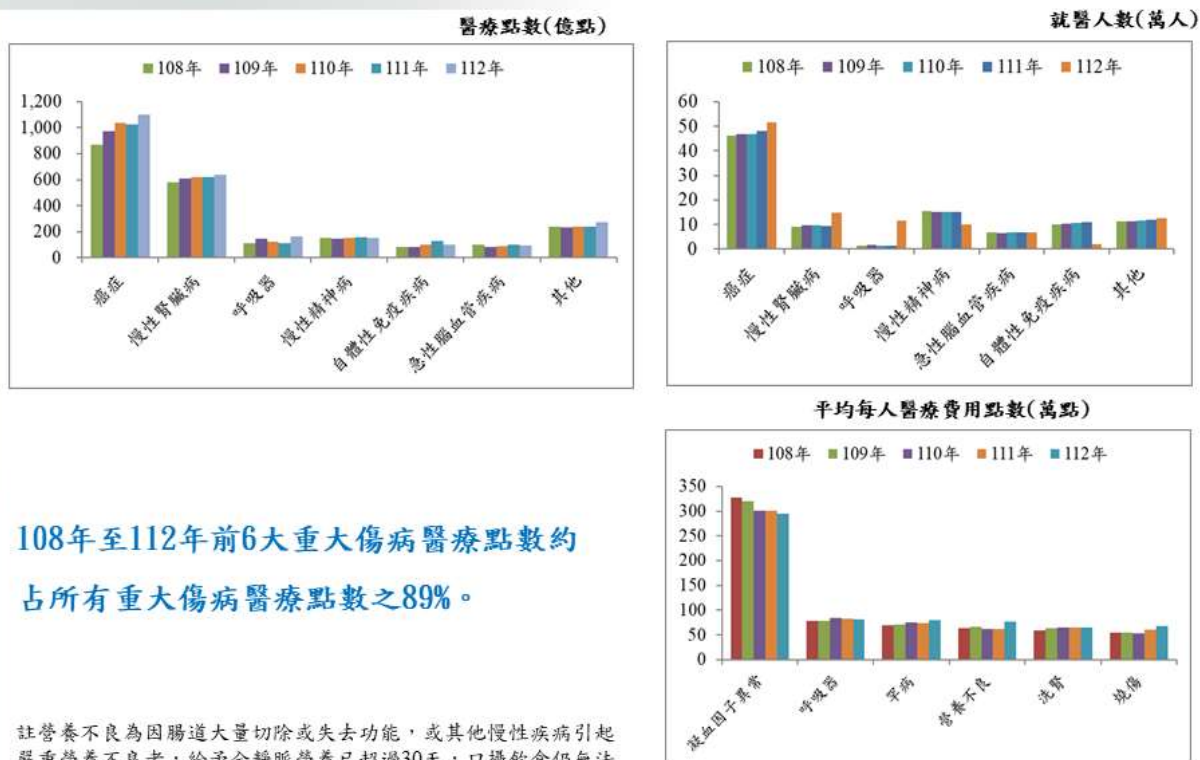
79

重大傷病費用支出



80

重大傷病就醫疾病概況

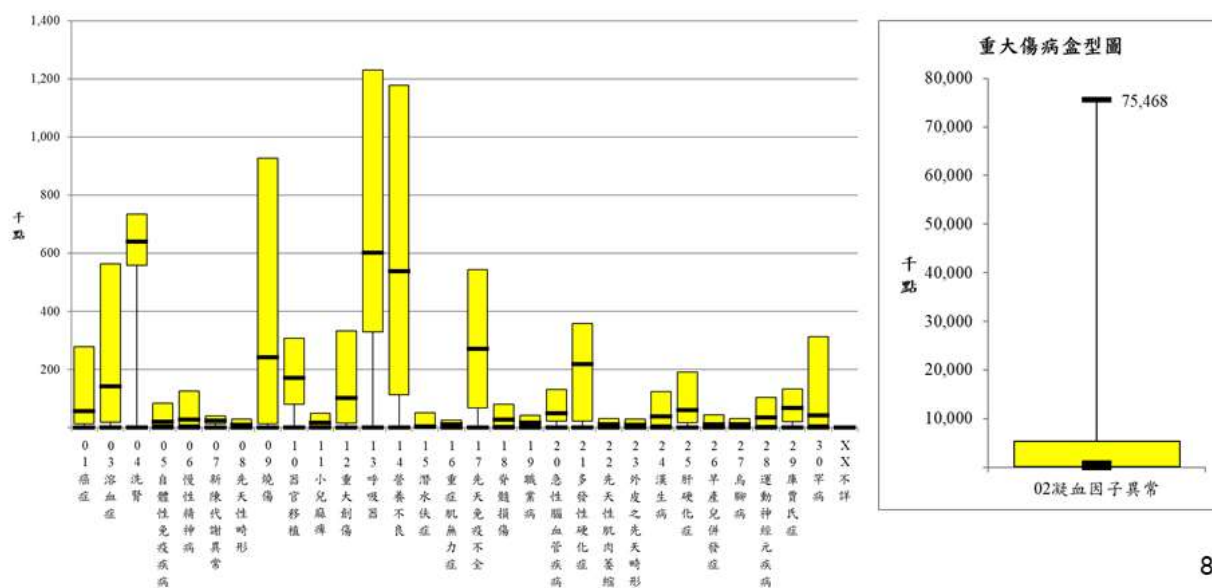


81

112年各類重大傷病-每人當年最高醫療點數

重大傷病	01 癌症	03 溶血症	04 洗腎	05 自體性免疫疾病	06 慢性精神病	07 新陳代謝異常	08 先天性畸形	09 燒傷	10 器官移植	11 小兒麻痺	12 重大創傷	13 呼吸器	14 營養不良	15 溺水伏症	16 重症肌無力症	17 先天免疫不全	18 脊髓損傷	19 癲癇病
點數(千點)	15,309	14,224	14,191	8,991	7,624	18,045	23,418	7,615	13,931	2,914	4,472	29,868	5,291	98	4,558	3,433	7,475	1,225

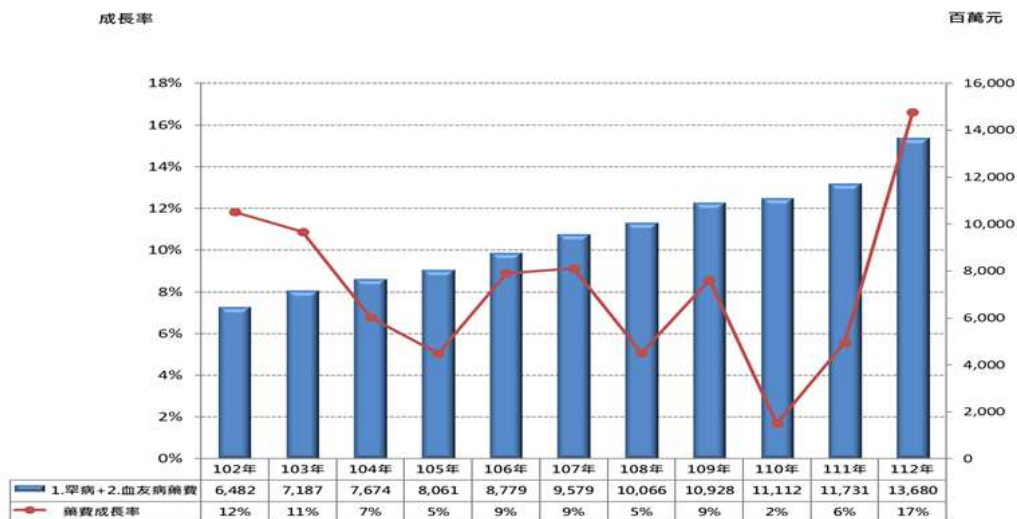
重大傷病	20 急性腦血管疾病	21 多發性硬化症	22 先天性肌肉萎縮	23 外皮之先天畸形	24 漢生病	25 肝硬化症	26 早產兒併發症	27 烏腳病	28 運動神經元疾病	29 庫賈氏症	30 罕病	XX 不詳	02 凝血因子異常
點數(千點)	30,084	1,686	1,347	1,576	312	8,092	509	214	2,253	1,189	40,713	1,882	75,468



82

罕病、血友病藥費專款支出情形

罕病、血友病專款支出，102年為64.82億元，因罕病與血友病人數增加，至112年支出為136.8億元，近5年平均每年費用成長率約7.5%。



註1. 罕病藥費不含罕病特材費用，藥費及特材支出擷取自各年度醫院總額第四季點值結算說明表。

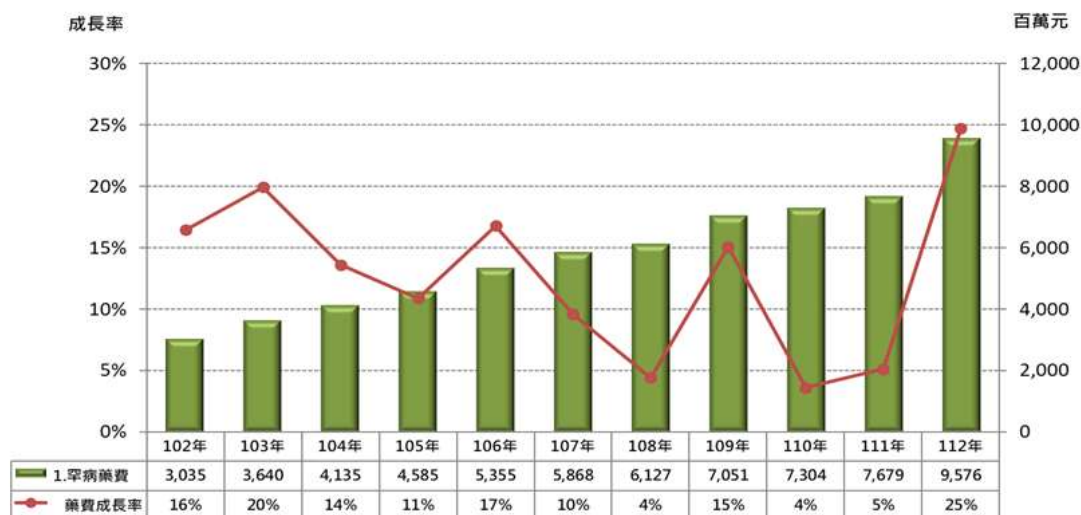
2. 罕見疾病特材預算(104年起新增)，費用支出：104年3.22百萬元；105年1.54百萬元；106年3.36百萬元；107年1.12百萬元；108年2.10百萬元；109年2.68百萬元；110年及111年均為1.4百萬元；112年為1.8百萬元。

3. 罕病、血友病專款支出，自107年起已扣除藥品價量給付金額。

23

罕病藥費專款支出情形

- 112年罕病藥費支出95.76億元。
- 近5年平均每年費用成長率約10.6%。



註1. 本表近5年平均每年費用成長率係以幾何平均數計算。

2. 罕病藥費不含罕病特材費用，藥費及特材支出擷取自各年度醫院總額第四季點值結算說明表。

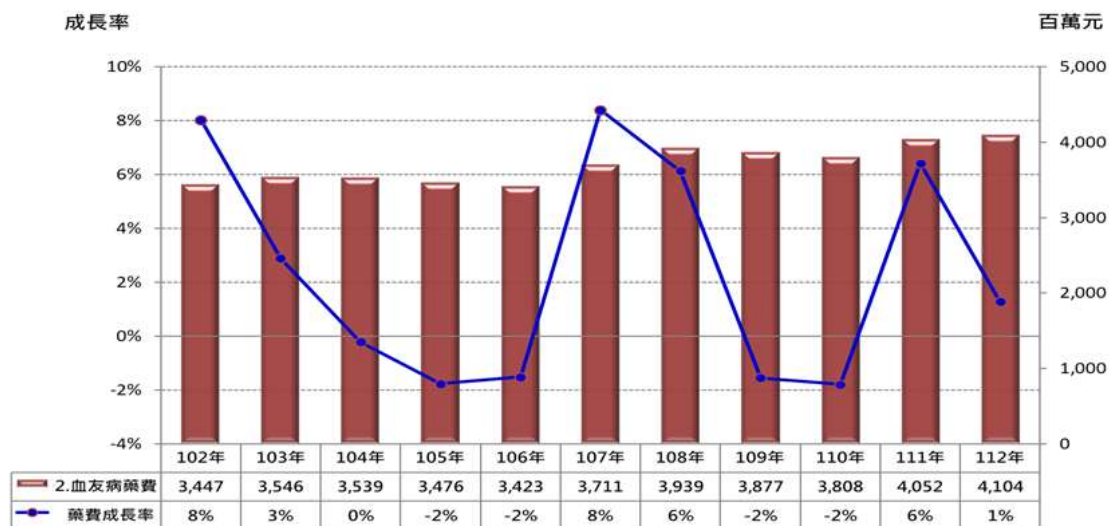
3. 罕見疾病特材預算(104年起新增)，費用支出：104年3.22百萬元；105年1.54百萬元；106年3.36百萬元；107年1.12百萬元；108年2.10百萬元；109年2.68百萬元；110年及111年均為1.4百萬元；112年為1.8百萬元。

4. 罕病藥費專款支出，自107年起已扣除藥品價量給付金額。

84

血友病藥費專款支出情形

- 112年血友病藥費41.04億元。
- 近5年平均每年費用成長率約2.1%。



註1.本表近5年平均每年費用成長率係以幾何平均數計算。

2.藥費支出擷取自各年度醫院總額第4季點值結算說明表。

3.94~98年只納入先天血友病，99年起納入後天血友病，103年起納入類血友病。

4.血友病藥費106年預算31.49億元，其預算不足2.74億元，由其他預算「支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費、罕見疾病特材及器官移植、西醫基層總額原慢性B型及C型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

5.血友病藥費專款支出，自107年起已扣除藥品價量給付金額。

85

鼓勵器官移植專款支出情形

年		108	109	110	111	112
項目	值(億元)	47.1	50.3	51.3	52.1	52.1
	成長率	7.1%	6.7%	2.0%	1.6%	0.0%
預算執行數	值(億元)	45.39	46.02	46.88	48.14	50.41
	成長率	3.4%	1.4%	1.9%	2.7%	4.7%
預算執行率(%)		96.3%	91.5%	91.4%	92.4%	96.8%
整體支出情形						
移植人數	值(人)	1,925	1,890	1,886	1,575	1,975
	成長率	6.8%	-1.8%	-0.2%	-16.5%	25.4%
移植費用	值(億元)	21.21	21.07	21.69	23.08	25.21
	成長率	5.1%	-0.6%	2.9%	6.4%	9.2%
抗排斥藥費	值(億元)	24.18	24.94	25.19	25.06	25.20
	成長率	1.9%	3.2%	1.0%	-0.5%	0.6%

本專款主要支應心臟、肺臟、肝臟、腎臟、骨髓、胰臟、腸移植及角膜處理費共8項手術個案，其當次住診費用及術後門住診追蹤之抗排斥藥費。

86

現行健保偏鄉醫療照護措施

全民健康保險偏鄉醫療照護計畫

IDS計畫

西、中、牙
醫療資源不足
地區改善
方案

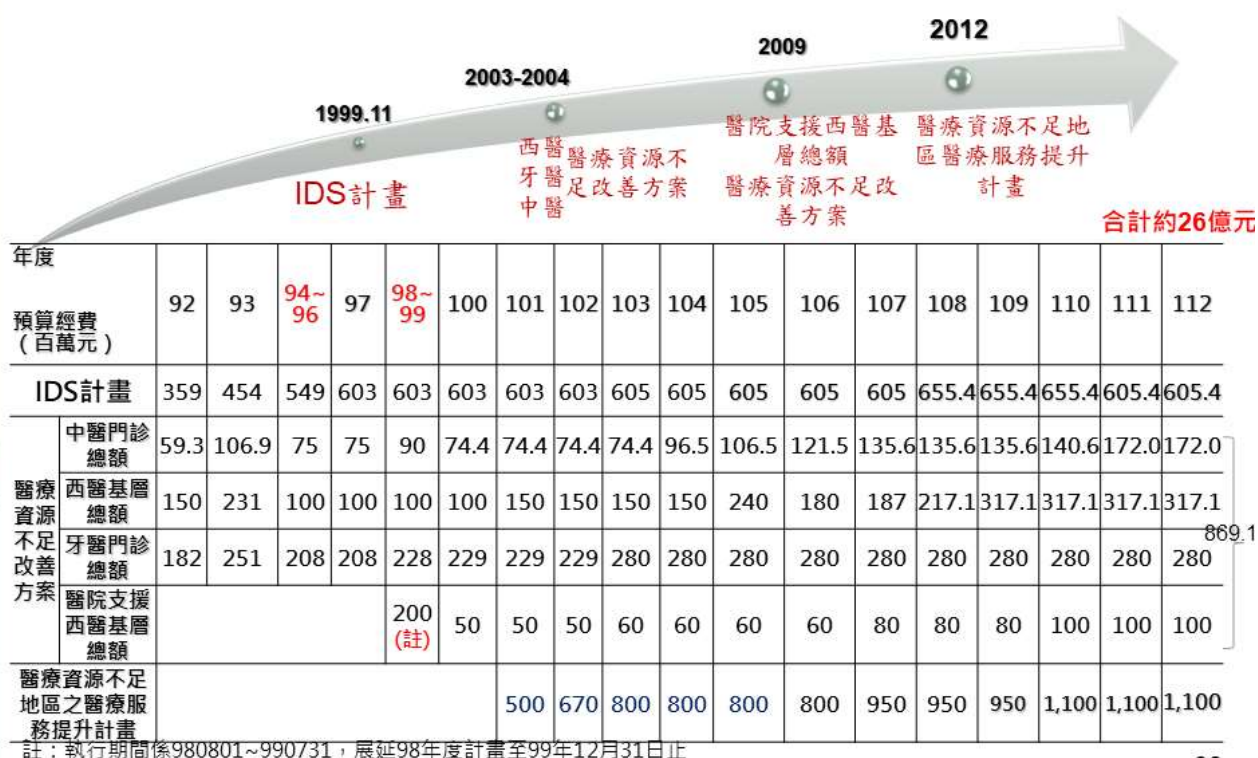
醫療資源不足
地區之醫療
服務提升
計畫

註：

- 1.中醫地區預算分配提撥1%作為偏鄉院所保障點值每點1元，由一般服務支應。
- 2.牙醫部門針對偏鄉且點值低之院所亦給予保障。

87

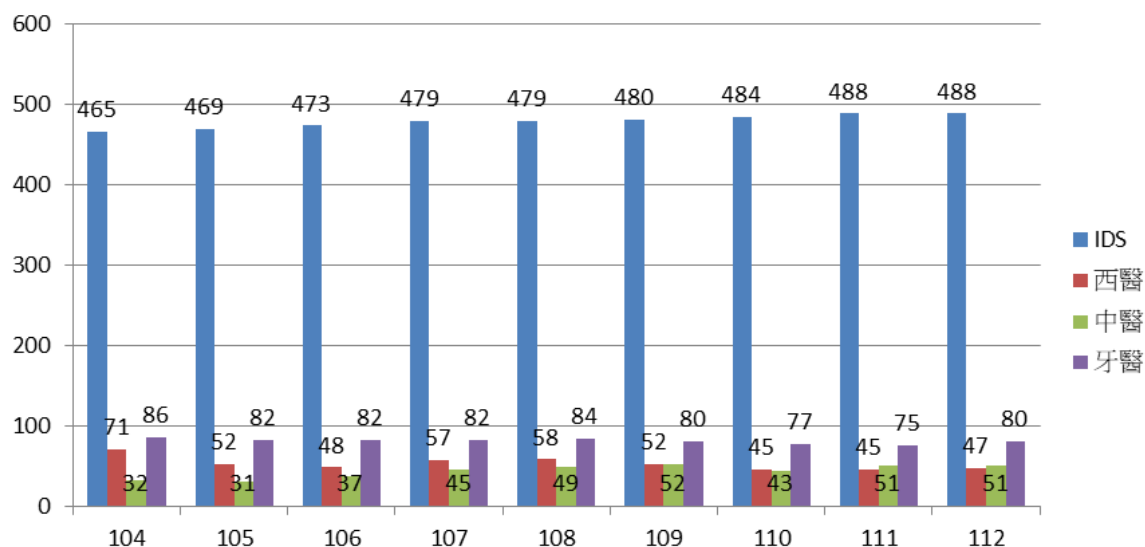
健保偏鄉醫療推動歷程及投入資源



88

健保偏鄉醫療歷年服務人數

單位:千人



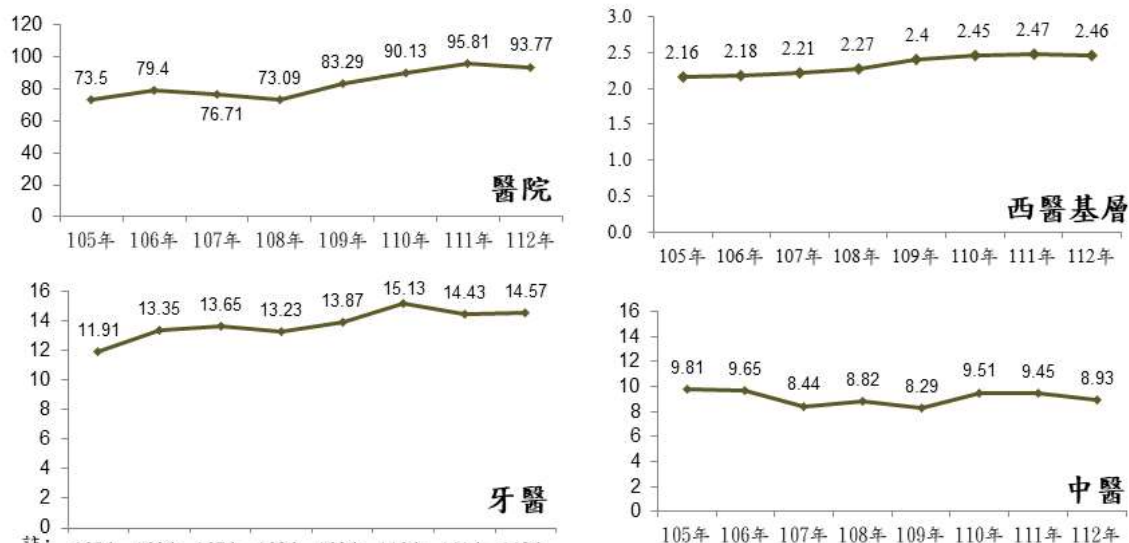
註:

- 1.IDS計畫照護人數為針對當年最後一筆投保狀態為在保之人數針對其戶籍紀錄進行統計。
- 2.醫療資源不足地區改善方案為巡迴及開/執業計畫服務人數。

89

依發展程度觀察最高與最低兩組之醫師人力比值

112年觀察各部門最高與最低兩組醫師人力之比值，醫院、西醫基層及中醫比值較111年減少，牙醫比值較111年增加。



註: 105年 106年 107年 108年 109年 110年 111年 112年

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)。

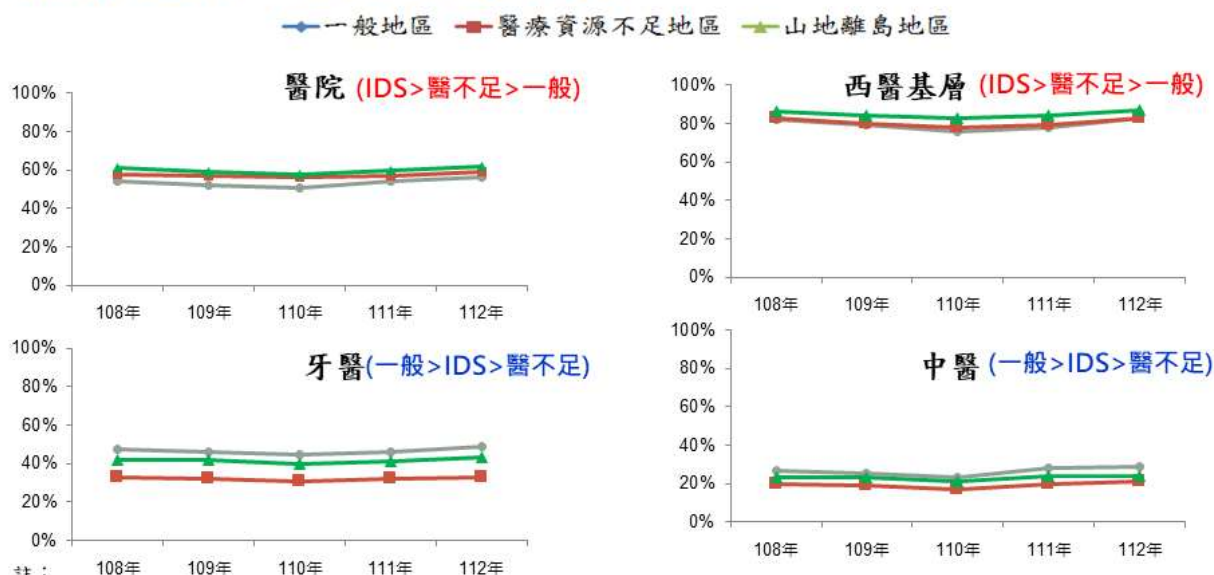
2.鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值。

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。

90

各地區就醫率—一般\醫療資源不足地區\山地離島地區

112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；牙醫及中醫部門則相異，一般地區之門診就醫率較高，其次為山地離島地區，最低為醫療資源不足地區。



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。

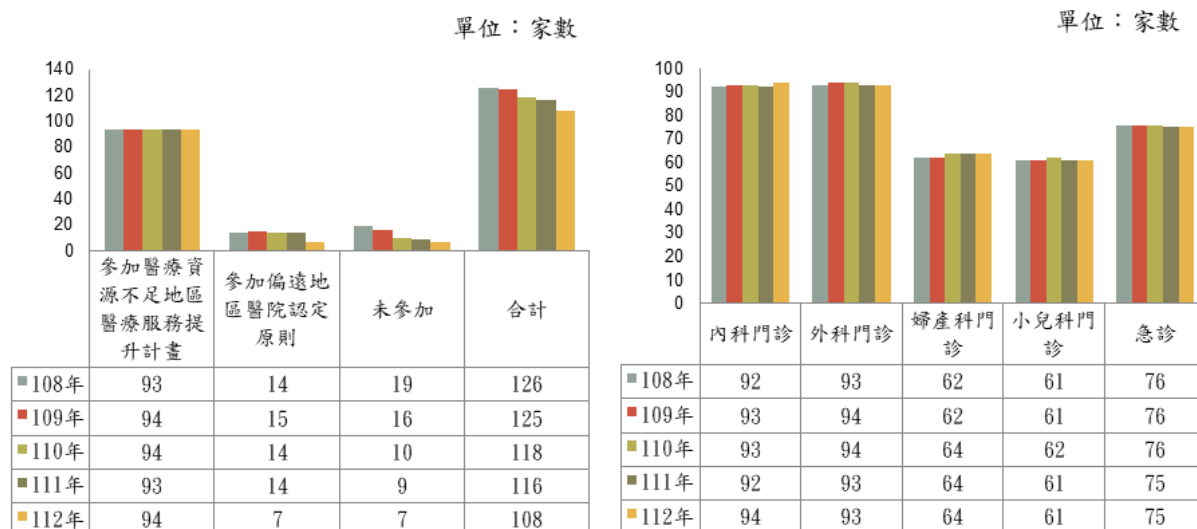
2.醫療資源不足地區按該部門當年度公告之醫療資源不足地區；山地離島地區為執行山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS)之地區。

91

醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

—參與情形及提供科別服務

- 112年符合申請資格醫院計108家，其中94家(87%)參與本計畫。
- 94家提供內科門診服務、93家提供外科門診服務、64家提供婦產科門診服務、61家提供小兒科門診服務、75家提供急診服務。



註：未參加醫院主要為精神科醫院，無法提供內、外、婦、兒門診及住院醫療服務者。

92



檢討與改進



健保現況與挑戰

健保因應策略

93

台灣全民健保的挑戰



醫療利用率較國際高
但資源投入
相較國際低



新興科技發展
新.癌.罕藥昂貴
醫療保健支出增加



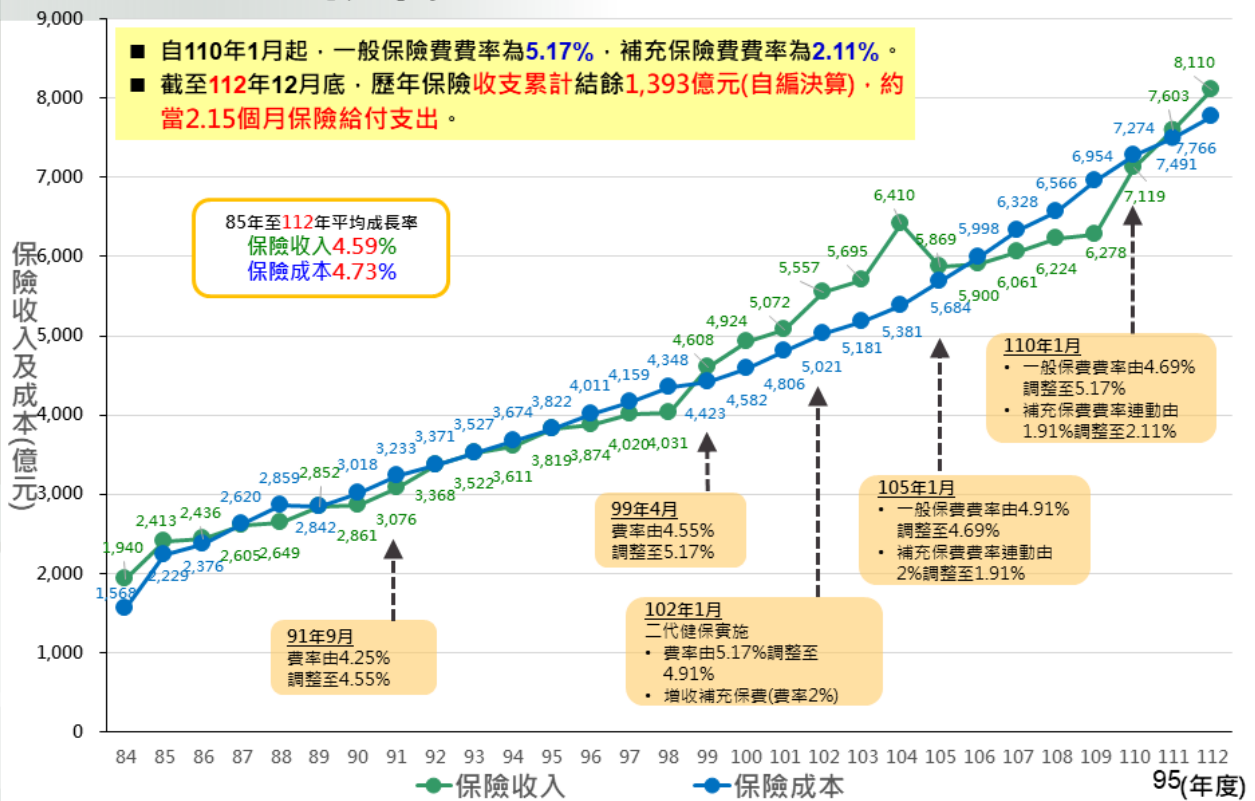
後疫情時代
翻轉智慧醫療
強化體制韌性



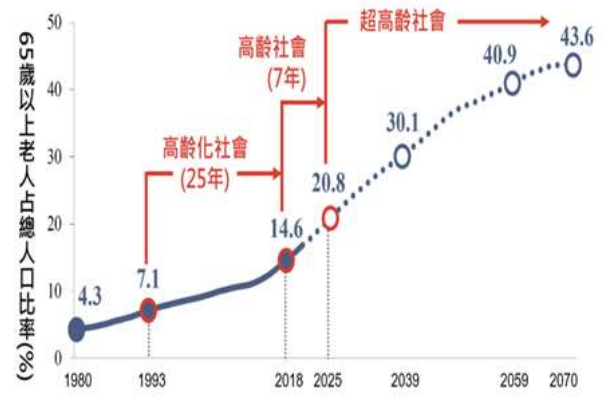
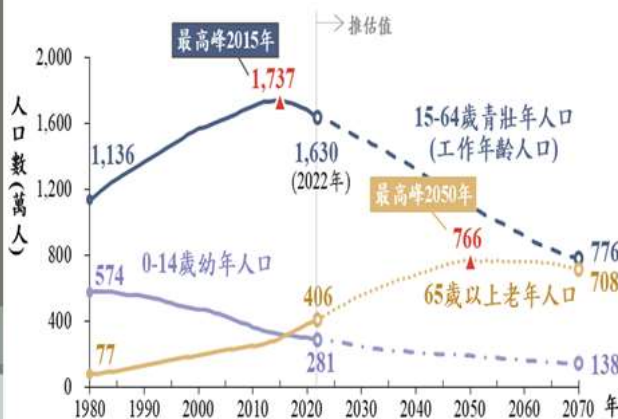
超高齡社會來臨
在宅照護需求日增
醫療模式面臨挑戰

94

挑戰1 健保財務入不敷出



挑戰2 人口老化快速醫療費用逐年上升



資料來源：國家發展委員會2022年中華民國人口推估(2022年至2070年),國家發展委員會人口推估查詢系統

人口老化醫療費用趨勢逐年上升

2023年65歲保險對象人數約占18.1%，醫療費用約占42.0%



近10年內
健保醫療點數成長
主要原因



健保醫療費用成長主要原因	過去10年增加金額(億點)	成長貢獻度
65歲以上且有重大傷病	224.1	13.4%
65歲以上但非重大傷病	448.0	26.8%
有重大傷病但非65歲以上	350.4	21.0%
其他項目 (扣除65歲以上與重大傷病後之其他因素， 如新藥、新科技、新增支付標準及服務密集度增加等)	646.7	38.7%
總計	1,669.2	100.0%

97

挑戰3與國際相比，醫療利用偏高、支出偏低

國家	醫療利用			
	就醫次數 (每人)	出院率 (每千居民)	MRI 檢驗次數 (每千人)	CT 檢驗次數 (每千人)
OECD	6.8 [#]	146.2 [#]	79 [#]	155 [#]
美國	-	-	82.7 [*]	254.6
加拿大	6.6 [#]	82.0 [#]	62.0 [#]	144.1 [#]
英國	-	127.2 [#]	-	-
德國	9.5 [*]	252.5 [#]	149.9 [*]	150.0 [*]
荷蘭	8.4 [*]	89.8 [#]	58.6 [*]	113.9 [*]
日本	12.4 [#]	130.7 [#]	-	-
韓國	14.7 [*]	179.8 [#]	71.7 [*]	250.0 [*]
台灣	13.4 [*]	133.4 [*]	37.1 [*]	100.7 [*]

Source :
1. #:2019,*:2020,★:2021。
2. OECDdata2022,NHI(中央健康保險署)data2022,Taiwanhouseholdregistration(戶政)data2022。

國家	醫療保健支出	
	醫療支出 (每人，美元購買力平價)	醫療保健支出 占GDP比(%)
OECD	4,087 [#]	8.8 [#]
美國	12,318.1	16.8 [#]
加拿大	5,904.9	10.8 [#]
英國	5,387.2	12.8 [*]
德國	7,382.6	12.5 [*]
荷蘭	6,189.7 [*]	11.2 [*]
日本	4,665.6 [*]	11.0 [#]
韓國	3,913.7	8.4 [*]
台灣	2,444 ^{**}	7.5 ^{**}

Source :
#:2019,*:2020,★:2021,**:2022。
OECDdata2022,MOHWdata2023。

98

3 健保因應策略

- 全人健康照護
- 健保數位升級

99



全人健康照護

100

改變健康習慣改善生活品質



101

健保全人全程照護發展

系統整合

透過全民健康保險中長期政策目標相關計畫



102

健保全人全程照護發展

系統整合

推動全民健康保險中長期政策目標相關計畫

預防保健

- ▶ 92年導入
家庭醫師整合性照護計畫
- ▶ 110年導入
國家慢性病整合防治計畫
- ▶ 111年導入健保
代謝症候群防治計畫(國健署)
- ▶ 112年導入健保
慢性傳染病照護品質計畫
(疾管署)
- ▶ 113年導入
大家醫整合照護計畫

健保醫療

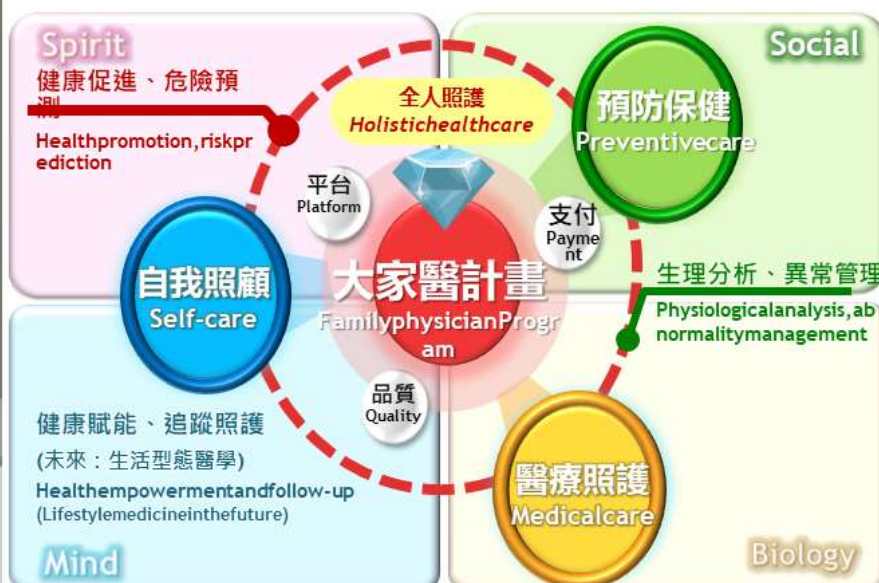
- ▶ 111年導入健保
強化精神照護體系(心健司)
(精神科長效針劑)
- ▶ 112年導入健保
癌症治療品質改善計畫(國健署)
- ▶ 109年推動
全民健保遠距醫療給付計畫
- ▶ 113年擴大健保
全民健保遠距醫療給付計畫
(居家醫療、在宅急症照護、居家
透析)

長照服務

- ▶ 103年推動
急性後期照護試辦計畫
- ▶ 105年推動
居家醫療照護整合計畫
- ▶ 結合長照資源推動連續性照護
(出院準備銜接長照、居家失能個案家
醫照護計畫、減少照護機構住民至醫
療機構就醫方案、失智照護服務計
畫(長照司))
- ▶ 113年導入健保
居家醫療照護整合計畫2.0

103

大家醫計畫實現全人照護



- ▶ 以家醫計畫為基礎，
整合強化其他計畫為
增值服務

- 含代謝症候群防治、慢性病
P4P、癌症品質計畫等

- ▶ 落實全人全程健康照護
理念，改變生活型態
(Lifestyle intervention)

- 民眾健康為導向
- 病人為中心
- 家庭為核心
- 社區為範疇

104

擴大家醫服務涵蓋 落實全人全程健康照護

五年達到「三高防治」888政策目標：

112年約有534萬名三高疾病患者，其中301萬人(56%)已接受家醫計畫、代謝症候群防治計畫相關照護：

- ✓ 以**家醫計畫**為基礎，整合並強化各項慢性病照護相關計畫醫療照護服務(如代謝計畫、P4P)。
- ✓ 113年辦理**地區醫院全人全社區照護計畫**，逐步將三高疾病高風險族群納入照護。
- ✓ 藉由**生活習慣諮商**及醫療團隊介入，改變病人日常生活方式，有效控制慢性疾病病程發展。
- ✓ 建置**家醫大平台**，追蹤收案病人相關健康數據(如HbA1c、LDL)，提升健康管理效率。

▶ 落實全人全程健康照護理念，

改變生活型態(Lifestyleintervention)



105

家醫大平台建構個人化初級健康照護(PHC)

- ▶ 建構個人化初級照護健康管理平台及資料治理架構
- ▶ 個人化資料歸戶與授權管理
- ▶ 優化健康資料整合、風險預測及主動提醒
- ▶ 數位化追蹤管理及精進個人化健康管理平台，同步整合應用



106

數位化追蹤管理提升照護效率與品質



- ✓ **主動監測數據**
異常提醒醫師及個管師追蹤病患、及時溝通或衛教
- ✓ **收案追蹤管理**
提醒醫師找出潛在患者收案照護
- ✓ **制定個人化治療方案**
收集與分析數據，呈現個案慢性病指標，適時調整照護方針
- ✓ **個人化衛教**
整合衛教資訊及自動推播

10
7

家醫大平台糖尿病分流照護管理機制



108

公私協營導入數位照護給付

目標：搭配家醫大平台之規劃導入數位工具，鼓勵院所透過創新的慢性病管理模式，以達延緩慢性病發生或惡化之目標

- 1)藉由數據的收集分析，為病患制定個人化治療方案
- 2)搭配教育及行為改變，提升病患自我健康管理能力
- 3)協助醫療團隊提升照護效率及品質



平台端platform

- ▶ 收集包含健保指定之上傳資料及其他如運動、飲食、睡眠及藥物紀錄等，協助提升照護品質
- ▶ 醫療團隊可透過此介面發送訊息或視訊，及時溝通或進行諮詢或衛教

民眾端patient

- ▶ 可選擇將居家監測的數值，包含血糖值（含連續血糖監測）、血壓值及體重等自動上傳
- ▶ 可整合衛教資訊，自動推播個人化衛教內容及指導

臨床端clinical

- ▶ 提供代謝症候群、糖尿病、高血壓、慢性腎臟病等慢性病之個案管理功能
- ▶ 可呈現院所整體收案的慢性病管理相關指標，以利適時調整照護方針

系統端system

- ▶ 應符合法規要求、資訊安全規範及App基本資安檢測基準
- ▶ 有臨床實證，足以證明其產品可近性、實用性、品質及可擴充性(模組化)
- ▶ 可介接健保資料庫、家醫大平台

109

大家醫計畫整合藍圖



服務更大

家醫計畫為本，以民眾為中心逐步融入其他P4P計畫

平台更強(跨司署合作、公私協力)

會員健康資料整合（歸人歸戶），以視覺化或警示方式提醒民眾及家庭醫師

支付更適

FUTURE

逐步落實健保法44條
論人計酬

10

面臨超高齡社會~推動在宅醫療政策

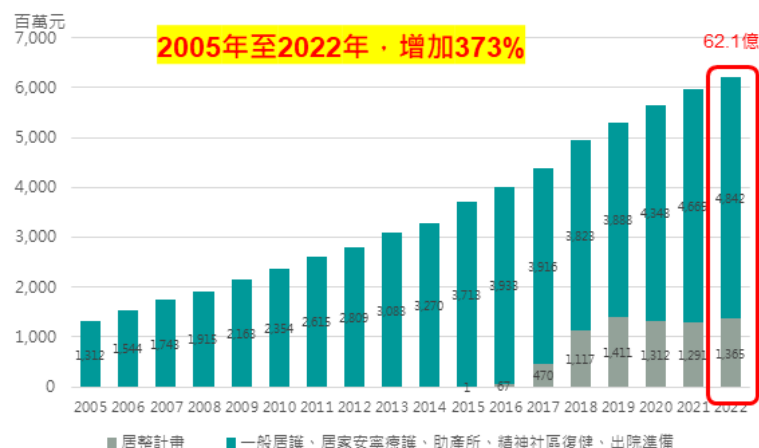
蔡總統醫療政策

- 建構在地健康照護網絡，**提升社區醫療照護質量**。
- 對行動不便老人、失能者，**社區照護團隊能就近整合評估**，整體規劃照護資源。
- **結合健保推動「居家醫療照護」**，到行動不便的長者家中提供服務，並**延伸至在宅安寧療護**。

賴總統選舉政見

- 建立以人為本的大家醫制度，整合醫院、診所、長照及居家服務，落實分級醫療。
- 強化與雲端、科技整合，推動在宅醫療與遠距醫療，保障偏鄉民眾健康。

居家醫療照護歷年總額預算執行情形

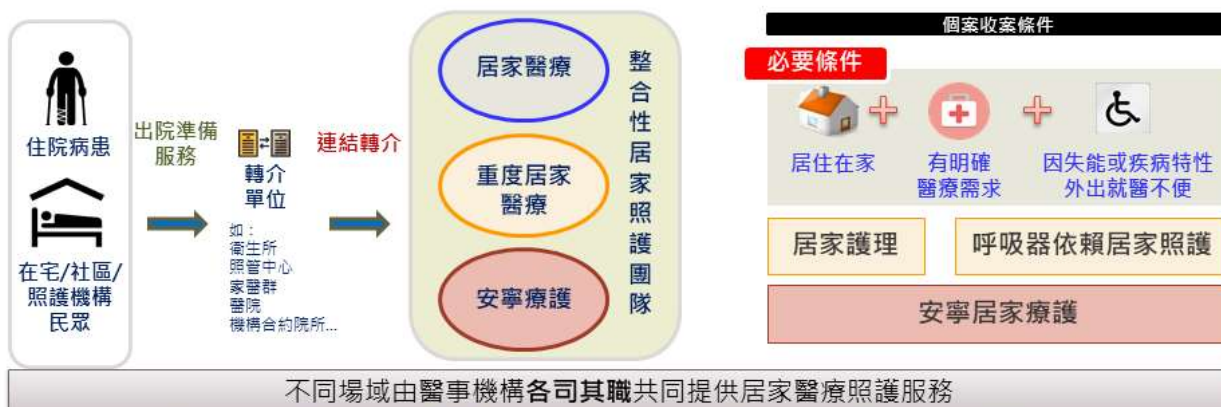


資料來源：

1. 健保協商要覽指標之預算執行情形(其他部門預算-非屬各部門總額支付制度範圍之服務居家醫療照護、助產所、精神疾病社區附件及轉銜長照2.0服務)
2. 居家醫療照護整合計畫自2015年4月23日公告訂定；2019年6月起新增居家牙醫、中醫醫療及居家藥事照護；2020年居家牙醫回歸牙醫門診總額專款-牙醫特殊服務計畫

現況：居家醫療照護提供場域及收案評估

居住在家中或照護機構中+**失能**(巴氏功能量表<60分)/因疾病特性導致外出就醫不便/呼吸器依賴患者等病人
+經訪視人員**評估符合收案條件**，開立收案申請書，擬訂居家醫療照護計畫，提供服務並視情況調整



推動：在宅急症照護模式實現在地老化目標



113

健保遠距醫療補足偏鄉專科醫療需求

健保於2020年12月起納入遠距醫療給付，至2023年12月，全國公告施行64個山地離島鄉鎮，已有8成鄉鎮(53個)及9個急重症轉診網絡提供遠距會診服務。涵蓋眼科、耳鼻喉科、皮膚科、心臟內科、腸胃科、神經內科、胸腔科及急診科。



- 「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」(IDS) + 「全民健保遠距醫療給付計畫」
- 提升山地離島、偏僻地區民眾之專科門診可近性，落實在地化醫療。

送入專科看診 → 遠距專科會診

- 未申請鄉鎮(10個)
- 2021年核定鄉鎮(27個)
- 2022年核定鄉鎮(20個)
- 2023年核定鄉鎮(6個)



114

健保數位升級

115

健保行動快易通 | 健康存摺App 優化無障礙功能-112年12月20日上線

多元尊重視角設計功能及操作介面，弭平數位落差，暖心守護就醫權益

常駐選單優化



▲調整下方常駐選單空間、字體、顏色，加強對比。

報讀功能優化



▲統一調整頁面報讀順序，由左而右，由上而下，一致化報讀內容。

外開視窗提醒



▲外連網頁提醒及報讀，通知使用者將離開健保快易通App。

新增友善就醫查詢專區



1. 在專區集中身障者就醫常用的三項功能「就醫院所查詢（可查詢不同障別服務）、牙醫查詢及居家醫療照護查詢」。
2. 不同障別服務包含「無障礙通路、不同障別溝通服務、無障礙廁所，及無障礙服務窗口」等4項。

無障礙服務

無障礙通路、提供不同障別溝通服務、設置無障礙服務窗口

資料來源：醫事司友善就醫資訊網（醫院、診所）、食藥署（藥局）

116

健保資料目的外利用相關法規檢討

111年8月12日憲法法庭111年憲判字第13號判決

健保資料目的外利用、獨立監督機制及當事人請求停止目的外利用(退出權)等事項，應於**114年8月12日前**完備相關法制

法律保留原則

兼顧個人資訊自主權及公共利益



規劃研擬期111.8~112.6

- 健保署就健保資料庫之資料保護、退出權、獨立監督機制等規範委託專業機構研究(111.12)
- 諮詢專家意見，與人權團體及利害關係人溝通會議(112.4)
- 提出健保資料目的外利用專法草案建議，陳報衛福部確認修法方向(112.6)



法制完備期112.7~114.8

- 衛福部由社保司進入實質修法，召開盤點會議，研擬專法草案。(112.7)
- 社保司113年3月1日預告制定「衛生福利資料管理條例」草案(至4月30日止)，廣泛蒐集意見
- 健保署將廣續配合專法修法，滾動式檢討相關法規，俟專法公布後再全面盤點及修正

<https://www.nhi.gov.tw/ch/np-3134-1.html>

117

健康平權健保數位升級計畫

願景

- ▶ 透過健保數位升級，提升健保資訊效能與安全，提供國人適切、可近及永續的全人全程健康照護。
- ▶ 擴大公私部門協力合作，加速醫療照護數位轉型。
- ▶ 完善資料治理，建立健保大數據資料生態系。



118

健保數位升級計畫-重要工作

民眾健康賦能

- 建構個人化初級照護資訊整合平台（**家醫大平台**）：優化健康資料整合、主動警示風險預測等
- 擴大**健康存摺SDK**資料加值運用：公私部門合作擴大運用，促進民眾健康識能與自我健康管理

雲端系統效率精進

- 健保雲端查詢系統3.0優化架構與功能，提升醫療品質與病人安全
- 擴大真實世界資料(RWD)收載與導入醫療科技評估機制(HTA)
- 藥品核價數位化及事前審查智能輔助

打破圍牆的醫療照護

- 擴大健保遠距醫療提升健康平權
- 打造就醫全流程數位化，破除空間限制：數位身分辨識、電子處方箋平台、數位同意書簽署、電子支付
- 建構多元虛擬健保卡及擴大推廣運用

資料生態系

健保BioBank

- 完備資料治理規範建立健保資料目的外利用之管理機制保障民眾個人權益
- 建立**健保生物資料庫**（含基因檢測結果）、擴大學研產業運用建構永續生態系統

數位基礎建設

- 強化**健保數位基礎建設**，提升資安韌性與效能：
建置符合國際資安標準機房、建立加強資安防護機制之混合雲架構、參與國際資安與醫療資訊管理制度HIMSS
- 推動**基層院所健保雲端平台HIS**：
導入國際醫療資料交換標準FHIR

全計畫分為**4**面向—**8**策略—**40**項工作

119

健康存摺單一平台整合個人健康資料

還資於民強化自主健康管理

透過健康存摺整合民眾健保就醫及相關健康資料，提醒民眾強化個人健康管理。



健保雲端系統主動提示守護病人安全

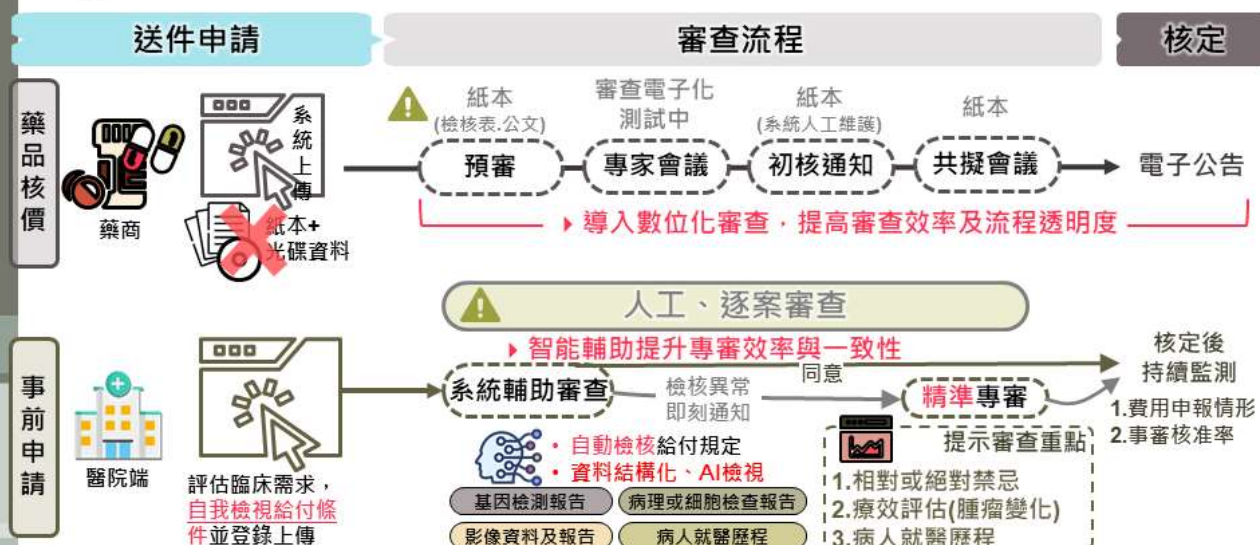
3 就醫病人雲端系統查詢率近**9成**，院所整體使用率達**99%**，平均每月約**3.8千萬**查詢人次



121

數位化及智能輔助審查提升效率與一致性

4



122

健保遠距醫療補足偏鄉專科醫療需求

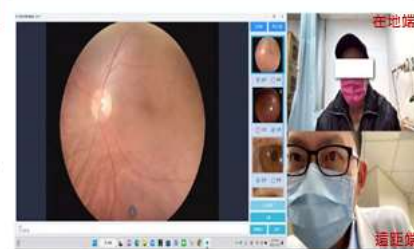
健保於2020年12月起納入遠距醫療給付，至2023年12月，全國公告施行64個山地離島鄉鎮，已有8成鄉鎮(53個)及9個急重症轉診網絡提供遠距會診服務。涵蓋眼科、耳鼻喉科、皮膚科、心臟內科、腸胃科、神經內科、胸腔科及急診科。



- ▶ 「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」(IDS) + 「全民健保遠距醫療給付計畫」
- ▶ 提升山地離島、偏僻地區民眾之專科門診可近性，落實在地化醫療。

送入專科看診 遠距專科會診

未申請鄉鎮(10個) 2022年核定鄉鎮(20個)
2021年核定鄉鎮(27個) 2023年核定鄉鎮(6個)



123

打造就醫全流程數位化

▶ 虛擬健保卡應用推廣

配合通訊診察治療辦法，鼓勵院所於重點場域(居家、IDS、長照)推廣使用

▶ 建置電子處方箋平台

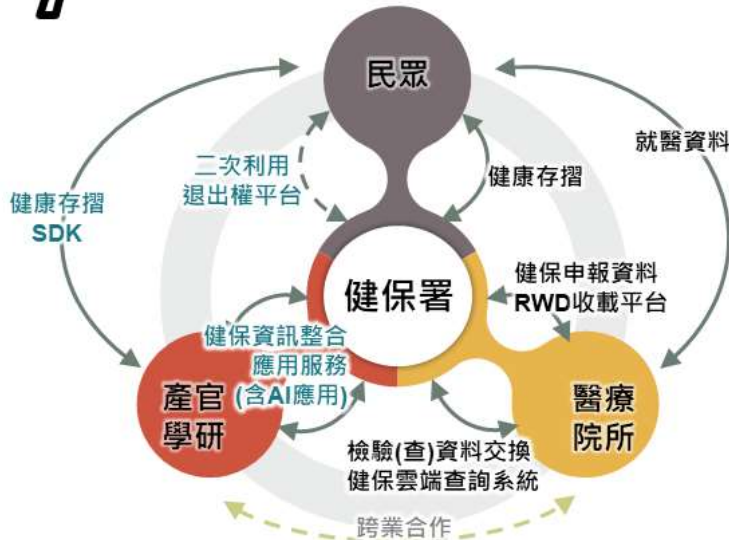
優化院所、藥局與民眾三方處方箋傳遞流程，提升民眾用藥安全



124

以人為本打造健保資料生態系統

7



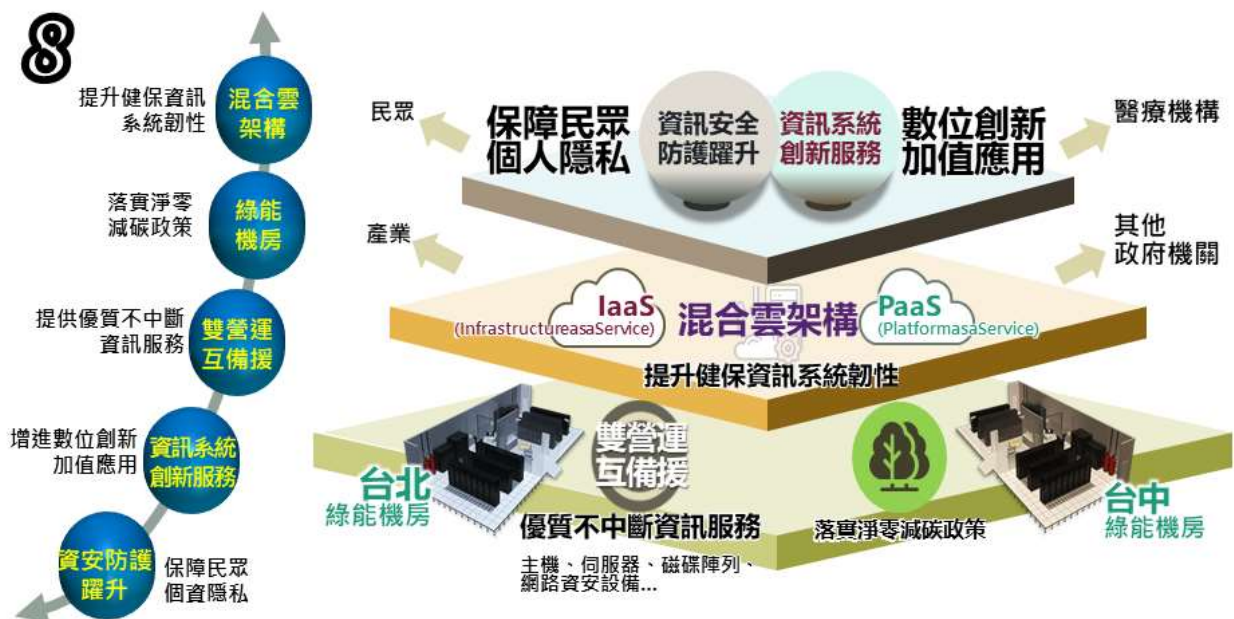
完善健保資料庫(BioBank)治理

- ▶ Opt-out機制(二次利用退出權平台)
- ▶ 申請設立生物資料庫
- ▶ 組成倫理及資料治理委員會
- ▶ 法源依據
(研議修訂健保法、另訂專法或併入人體生物資料庫管理條例規範)

125

建構強韌安全健保資訊基礎架構

8



126

A stethoscope and a reflex hammer are shown on a white surface. The stethoscope is in the foreground, and the reflex hammer is behind it. The text is overlaid on the image.

謝謝聆聽
敬請指教

跨部門及其他預算專案 計畫執行成果報告

中央健康保險署



衛生福利部中央健康保險署



1



112年專案計畫

1

跨部門專案



- 1.醫療給付改善方案 (醫院、西醫基層)
- 2.C肝新藥(醫院、基層、其他預算)
- 3.家醫計畫(西醫基層)
- 4.鼓勵院所建立轉診機制、基層總額轉診型態
(醫院、西醫基層、其他預算)
- 5.獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用
- 6.慢性傳染病照護品質計畫(112年新增)
- 7.癌症治療品質改善計畫(112年新增)
- 8.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) (112年新增)

2



112年專案計畫

2

其他預算



1. 偏遠及弱勢照護

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



2. 促進體系合作

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



3. 提升保險成效及其他預備金

- 腎臟病照護與病人衛教計畫
- 提升用藥品質之藥事照護計畫
- 提升保險服務成效
- 支應C肝不足經費 (跨部門)
- 調節非預期風險
- 罕病等預備款

3



跨部門專案計畫執行成果



4



醫療給付改善方案



5



方案項目及執行目的



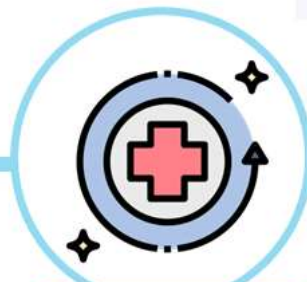
得到妥善治療

- ◆ BC肝個案追蹤計畫(99年)
- ◆ 思覺失調症(99年)
- ◆ 早期療育(104年)
- ◆ 臨床藥事照護(108年)



延緩病程發展

- ◆ 糖尿病(90年)
- ◆ 氣喘(90年)
- ◆ 慢性阻塞性肺病(106年)
- ◆ 初期慢性腎臟病(111年)



提高醫療效率

- ◆ 乳癌(90年)
- ◆ 孕產婦全程照護(104年)

6



112年方案執行情形

醫 院	方 案 別									
	糖尿病	氣喘	乳癌	思覺失調	BC肝追蹤	孕產	早期療育	COPD	用藥安全	DKD
參與家數	290	143	5	140	202	92	27	124	137	212
照護人數	600,878	61,049	11,702	75,661	205,238	30,907	2,046	25,611	77,958	89,763
照護率	61.4%	38.3%	6.1%	68.4%	46.9%	33.0%	13.6%	44.0%	-	49.9%
執行數(百萬)	709.8	53.2	76.8	140	40	40.9	4.9	34.1	81.6	143.0
西醫 基層	方 案 別									
	糖尿病	氣喘	乳癌	思覺失調	BC肝追蹤	孕產	早期療育	COPD	DKD	
參與家數	1,216	615	-	17	431	31	4	84		593
照護人數	350,274	74,231	-	1,782	101,190	8,848	146	1,520		91,954
照護率	43.5%	37.9%	-	5.1%	45.6%	27.7%	13.6%	45.5		76.2%
執行數(百萬)	430.7	45.7	-	17	18	9.2	0.5	1.1		168.1

7



歷年方案照護人數



註：疾病管理方案照護人數係統計論質方案：糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案（含糖尿病、初期慢性腎臟病、糖尿病合併初期慢性腎臟病）、氣喘、思覺失調症、乳癌、B、C肝個案追蹤、孕產婦全程照護、早療、慢性阻塞性肺病、提升醫院用藥安全與品質方案之收案數。

8



歷年方案照護人數

照護人數	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年
糖尿病	254,504	283,748	325,501	365,821	419,455	468,180	520,727	598,259	684,640	783,803	870,760	936,195	978,224	↓949,911
氣喘	115,423	115,600	106,581	103,984	101,990	102,948	109,066	117,801	122,976	135,797	126,351	117,980	114,574	135,193
乳癌	11,678	11,827	12,653	13,458	12,041	12,520	12,183	11,374	10,963	10,967	10,722	10,941	11,410	11,702
思覺失調	36,580	43,076	47,657	49,209	57,565	59,679	63,800	61,784	62,734	61,296	60,713	59,822	75,250	77,443
BC肝追蹤	44,057	92,049	121,451	149,375	175,317	201,452	220,928	231,093	247,877	267,931	268,889	277,151	282,448	299,922
孕產	未實施					59,114	57,958	60,475	56,581	54,364	51,297	43,813	27,396	↑39,755
早療	未實施					15	801	954	1,473	1,497	1,525	1,816	1,997	2,192
COPD	未實施							8,898	17,117	21,811	23,070	23,962	24,719	27,127
用藥安全	未實施									40,953	50,717	59,263	66,057	77,958
DKD	未實施												84,200	↑81,701
合計	456,434	537,955	659,479	717,255	805,166	883,964	961,869	999,245	1,111,016	1,275,159	1,355,811	1,418,487	1,653,493	1,802,904

112年照護人數以孕產婦全程照護、DKD成長幅度最多，至於糖尿病有下降趨勢，因111年3月起新增DKD方案，糖尿病及初期慢性腎臟病共病病人可改以DKD收案照護，故人數略有下降。

9



歷年方案照護率

照護率	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年
糖尿病	29%	31%	34%	35%	39%	41%	43%	48%	51%	55%	58%	60%	61%	62%
氣喘	47%	46%	39%	38%	36%	36%	28%	30%	35%	36%	38%	41%	39%	↓38%
乳癌	15%	14%	14%	13%	11%	11%	10%	8%	8%	7%	7%	7%	6%	↓6%
思覺失調	41%	47%	51%	52%	60%	60%	64%	68%	69%	67%	66%	67%	59%	62%
BC肝追蹤	8%	17%	21%	25%	29%	33%	35%	37%	39%	42%	42%	42%	44%	46%
孕產	未實施					29%	30%	32%	33%	33%	34%	30%	21%	32%
早療	未實施					1%	15%	15%	13%	12%	11%	13%	7%	14%
COPD	未實施							24%	39%	35%	40%	46%	48%	↓45%
DKD	未實施												45%	60%

112年方案照護率多為正成長，僅氣喘、乳癌及COPD有小幅下降：

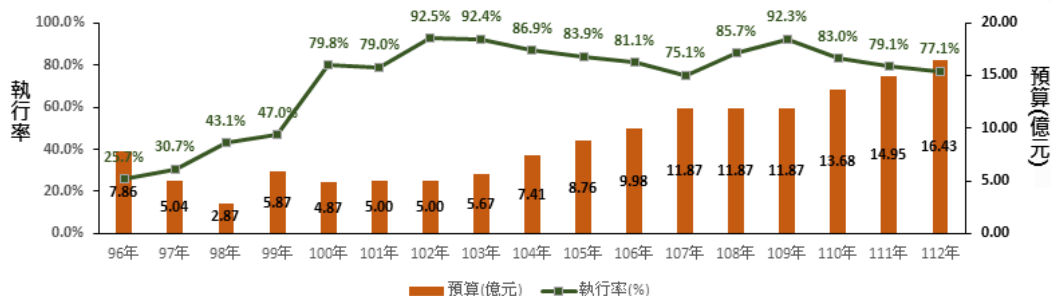
1. 氣喘和COPD：因符合收案條件人數成長幅度高於收案數，爰整體收案率小幅下降。
2. 乳癌：因擴大乳癌篩檢及實施癌症治療品質改善計畫，符合收案條件人數成長幅度高於收案數，爰整體收案率下降。

10

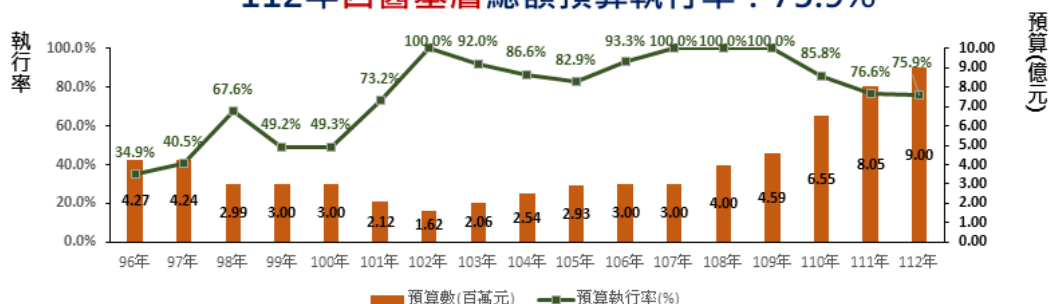


歷年預算執行率

112年醫院總額預算執行率：77.1%



112年西醫基層總額預算執行率：75.9%



11



執行成效-糖尿病

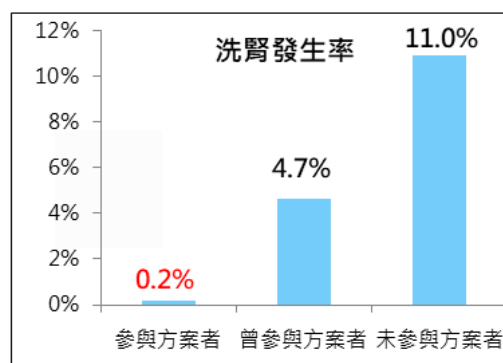
◆ 參與方案者各項檢查率皆高於未參與方案者：

1. 112年參與方案者HbA1C之檢查率為99.6%、未參與方案者為35.2%。
2. 112年參與方案者眼底檢查之檢查率為71.5%、未參與方案者為11.7%。
3. 112年參與方案者微量白蛋白之檢查率為92.9%、未參與方案者為20.3%。
4. 且收案患者之HbA1C及LDL檢查值正常比例逐年增加或持平。

◆ 追蹤94-112年新收案：HbA1C > 9.0% 個案中 73.9% 改善(一年後)。

HbA1c >9.0% 人數	1年後		
	HbA1c值	人數	比率
303,016	<7%	97,499	32.18%
	7~9.0%	126,586	41.78%
	>9.0%	78,931	26.05%

◆ 參與方案者之洗腎發生率低於未參與方案者。



12



執行成效_糖尿病合併初期慢性腎臟病

- ◆ 照護人數、參與院所及醫師數較前一年度增加
- ◆ 收案患者之檢查值良好比例較前一年度增加

項目		111年(開辦年)	112年
照護人數		84,200	181,701 ↑
參與院所數		536	805 ↑
參與醫師數		1,330	2,268 ↑
品質監測指標	UACR控制良好率(<30mg/gm)	51.9%	55.0% ↑
	HbA1C控制良率(<7.0%或八十歲以上病人HbA1c<8.0%)	62.1%	63.6% ↑
	LDL良率(<100mg/dl)	82.3%	86.3% ↑

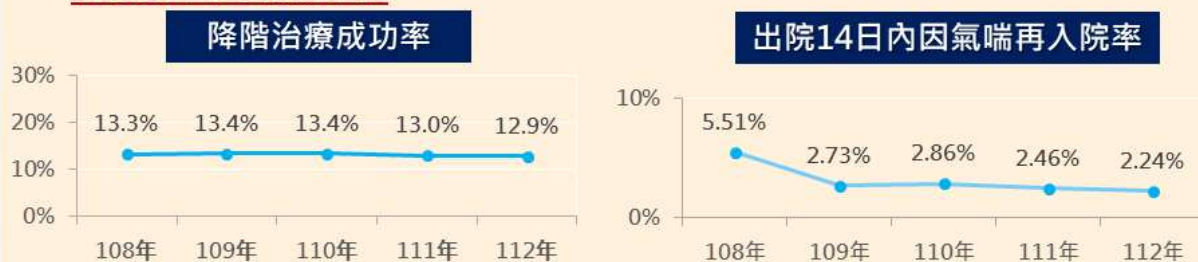
資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度本方案收案之對象

13



執行成效-氣喘

- ◆ 近五年參與方案者之降階成功率表現未有明顯起伏；出院14日再住院率於109年起明顯下降。



- ◆ 近五年參與方案者之每人急診及住診次數皆低於與未參與方案者。

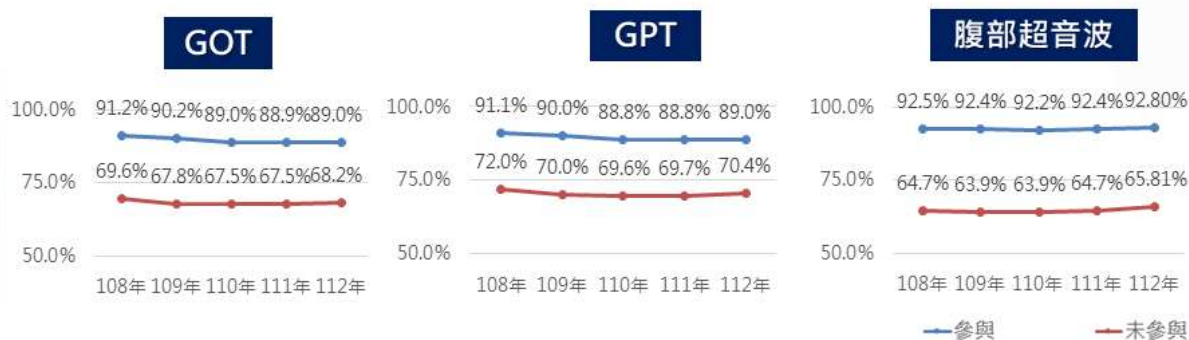


14



執行成效_B、C肝追蹤

◆ 參與方案者之各項檢查率皆高於未參與方案者。



108-112年參與及未參與BC肝追蹤方案患者之GOT、GPT、腹部超音波檢查率

◆ 112年參與方案者之早期發現肝癌計有360人

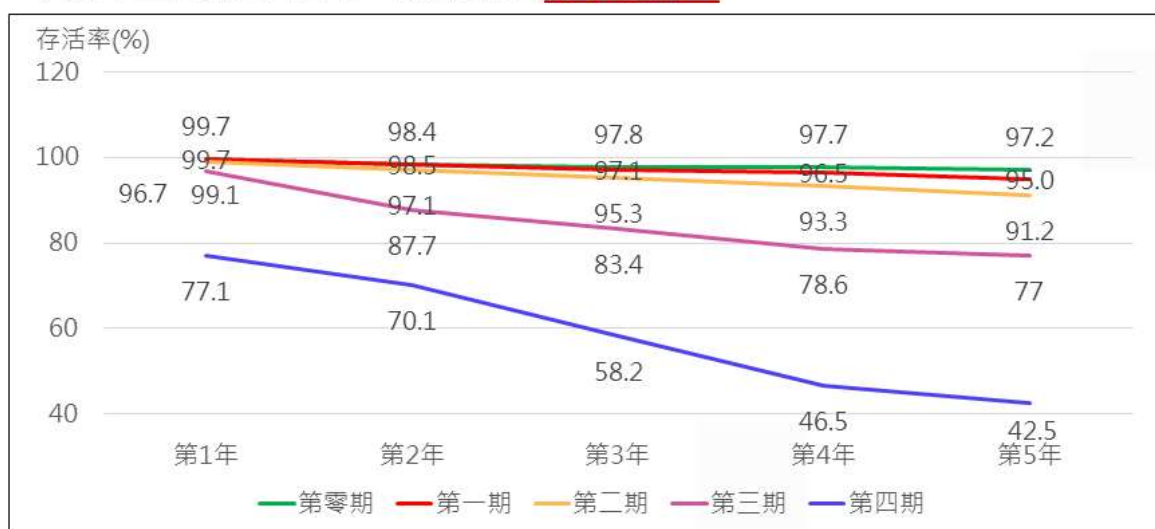
(108-111年分別為：462人、388人、446人、466人)

15



執行成效-乳癌

◆ 第0至2期存活率均保持在91%以上。



未來規劃：檢討本方案之支付制度及參與條件，並與醫界共同討論，以提升照護率及醫療品質。

16



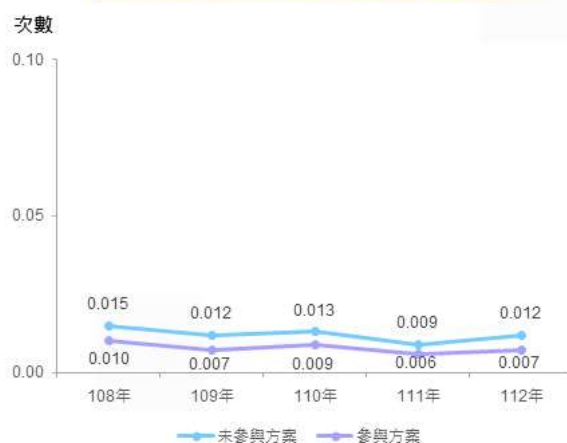
執行成效-思覺失調

- ◆ 近五年參與方案者較未參與方案者之每人急診及強制住院次數為低

平均每人因思覺失調急診次數



平均每人因思覺失調強制住診次數



108-112年參與及未參與思覺失調方案患者之平均每人急診、強制住診比較圖表

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

17



執行成效-孕產婦全程照護

- ◆ 參與方案之孕產婦出院後14日再住院率低於未參與方案者



108-112年參與方案者之全程照護率

108年	109年	110年	111年	112年
52.1%	53.7%	47.5%	36.5%	31.7%

資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度本方案收案之對象

- ◆ 近五年，除109年外，低出生體重率皆未超過前一年度1%

108-112年參與方案院所
低出生體重率

108年	109年	110年	111年	112年
-2.4%	1.1%	0.4%	0.2%	0.19%

資料來源：國民健康署 計算方式如下：

1. 低出生體重率 = 體重 < 2500公克之活產人數 / 年度出生通報之活產人數
2. 當年度低出生體重率院所平均值 - 前一年度低出生體重率院所平均值

出院後14日內再住院率



剖腹產率



註1：統計範圍：當年度符合本方案收案條件之對象
註2：已進行年齡校正

18



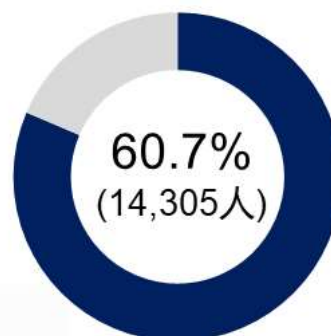
執行成效-慢性阻塞性肺病

COPD新收 個案人數	收案前一年曾 因COPD急診		收案後一年曾 因COPD急診	
	人數	人數占率	人數	人數占率
6,430	482	7.5%	495	7.7%

COPD新收 個案人數	收案前一年曾 因COPD住院		收案後一年曾 因COPD住院	
	人數	人數占率	人數	人數占率
6,430	465	7.2%	396	6.2%

資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度符合本方案收案之對象
註：本方案106年4月實施，以111年度參與方案個案人數為比較前、後年度概況。

✓ **60%以上**參與方案者
接受正確藥物治療



112年參與方案者之
接受正確藥物治療占率圖

統計範圍：當年度本方案收案之對象

19



執行成效-提升醫院用藥安全與品質

◆ 醫師或其他醫事人員接受比率高，均達80%以上

項目		臨床藥事介入4大類(總計23小項)				
		建議處方	主動建議	建議監測	用藥連貫性	總計
重症加護臨 床藥事照護	登錄件數	25,964	33,429	26,350	60,346	146,089
	接受件數	24,980	31,039	25,425	58,025	139,469
	接受率	96.2%	92.9%	96.5%	96.2%	95.5%
門診臨床藥 事照護	登錄件數	8,231	1,262	477	602	10,572
	接受件數	8,075	1,234	476	598	10,383
	接受率	98.1%	97.8%	99.8%	99.3%	98.2%
一般臨床藥 事照護	登錄件數	667	332	142	141	1,282
	接受件數	559	271	131	114	1,075
	接受率	83.8%	81.6%	92.3%	80.9%	83.9%

20



醫療給付改善方案_小結

方案辦理情形及照護狀況

多數方案檢查(驗)執行率表現以參與方案者較未參與者佳，且除除氣喘、思覺失調、孕產婦全程照護、早療外，其他方案照護率皆較去年成長或持平。

未來展望：整合方案提供以病人為中心之全人照護

本署規劃以家醫計畫為基礎，逐步將家醫計畫與論質計酬等方案整合，其中113年優先將糖尿病、初期慢性腎臟病及代謝計畫做為整合首要目標，讓家醫會員能夠在同一家診所接受到家醫計畫及前述計畫所提供的醫療照護服務，期藉由家醫醫療群早期發現代謝症候群患者，協助個案追蹤管理，延緩進入慢性病的病程，亦可透過多重慢性病門診整合等措施，提升慢性病人照護品質，提供以病人為中心之全人照護。

21



C型肝炎新藥



22



C型肝炎預算

執行期間 項目	106年	107年 ²	108年 ³	109年	110年	111年	112年
年度預算(億)	31.01	50.36	65.36	81.66	65.7	56.2	43.2
-醫院專款	26.55	45.28	47.6	47.6	34.28	34.28	34.28
-西醫基層專款	4.46	4.08	4.06	4.06	2.92	2.92	2.92
-其他預算							
支應C肝專款不足	-	1	13.7	30	28.5	19	6
執行數(億)	26.91	48.57	70.54	49.04	32.73	22.92	20.46
執行率	91.4%	96.4%	100.0%	60.1%	49.8%	40.8%	47.4%
-醫院執行數	25.34	45.28	47.60	44.98	29.81	20.00	15.74
-西醫基層執行數	1.57	3.29	4.06	4.06	2.92	2.92	2.92
-其他預算	-	-	13.07	-	-	-	-

1.106年西醫基層預算為C肝全口服新藥費用，107年起預算包含既有C型肝炎藥品(干擾素合併ribavirin)費用。

2.年度執行數已扣除廠商負擔款。自107年起醫院與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。

3.108年C型肝炎藥費專款之不足，依健保會決議，同意由108總額「其他預算」項下之「基層總額轉診型態調整費用」、「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」、「提升保險服務成效」3項預算之結餘支應，並以19億元為上限。超出之5.18億元由其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」(8.22億元)結餘款支應。

4.109~112年西醫基層總額專款之不足，由醫院總額同項專款支應。

23



治療成果 - 治療結束後病毒量檢測結果



註：1. 臨床判斷使用C肝新藥後是否治癒之標準，為從完成治療時起算12週後檢測不到病毒量的人數比例 (SVR 12)。

2. 本表係統計醫療院所登錄C肝病人病毒量檢測結果的資料，擷取直到112/12/31底登錄的資料。

24



治療成果

WHO於2030年消除病毒性肝炎目標

在診斷(至少90%的慢性C肝病人被診斷)及治療(至少80%的病人獲得治療)方面的目標，亦即需有至少72%(90%×80%)慢性C肝病人獲得治療。

目標達成情形

- ◆ 台灣預估慢性C肝病人數32.9萬人[一般族群(45-79歲)及特殊族群(不分年齡)]，治療目標人數23.7萬人(32.9萬人×72%)。
- ◆ 截至112年9月底已有**19.1萬人接受過治療**，**治療比率58.1%**(19.1萬人/32.9萬人)，尚待治療人數為4.6萬人(23.7萬人-19.1萬人)。

推動執行策略

- ◆ 通知參與Pre-ESRD、DM、CKD及DKD院所，鼓勵符合資格的個案接受B、C篩檢。
- ◆ 配合國家消除C肝政策，健保署已將84年起C肝相關申報資料及檢驗(查)結果透過SFTP提供國健署，使國家C肝資料庫更加完整。

25

跨部門聯繫



家庭醫師整合性照護計畫

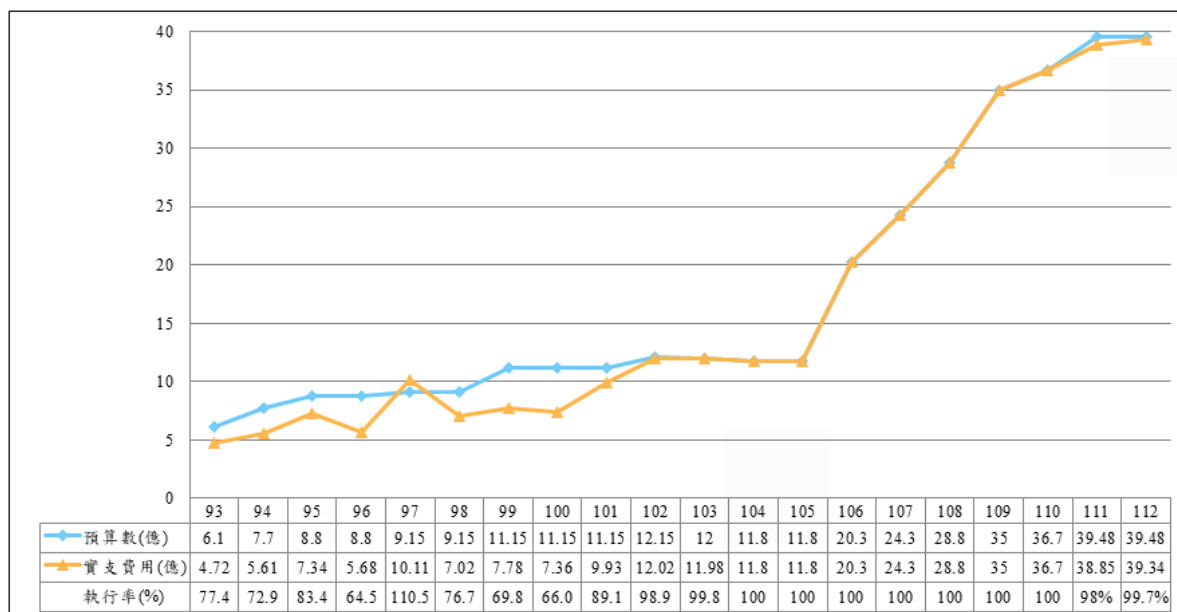


26



歷年經費執行情形

● 112年預算39.48億元，執行數39.34億元，執行率99.7%。



註1：97年因政策導向故選擇健康回饋型之醫療群數不斷增加，致預算較實際給付費用不足0.96億元(實支10.11億元，不足費用由總額其他部門預算之其他預期政策改變所需經費支應)。

註2：106年原預算為15.8億元，由107年度家醫計畫專款之450百萬元挹注106年度之不足款，故106年預算為20.3億元。

27



近年家醫計畫執行概況~穩定成長

112年共558個醫療群，診所數5,590家(52%)、醫師數7,807人(45%)，收案近600萬人

醫療群數



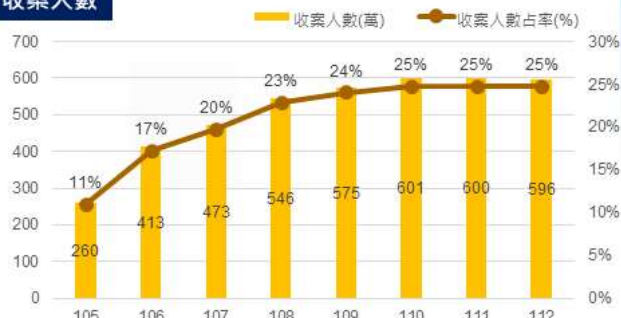
診所數



醫師數



收案人數



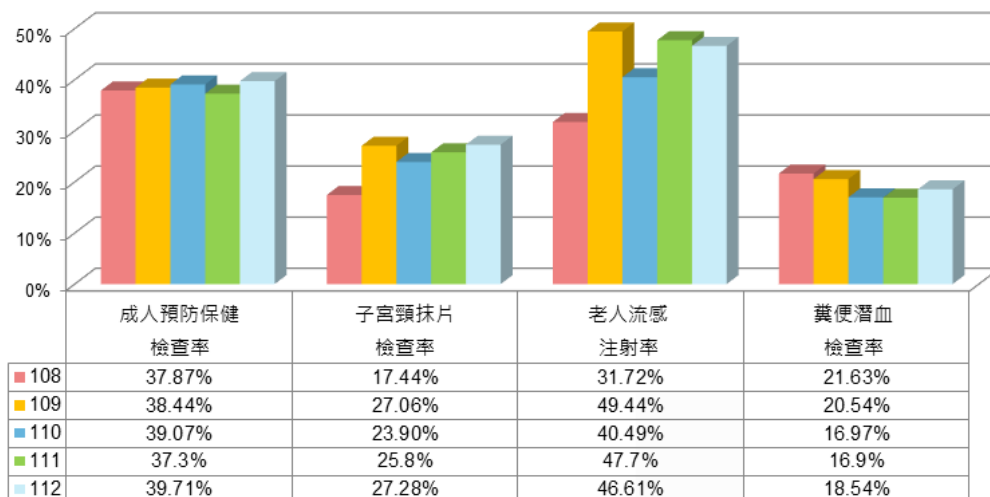
註1：資料擷取時間為當年度4月；另退場群數係以當年度全年執行後計算。

28



近5年預防保健指標檢查/注射率

- 成人預防保健檢查率、子宮頸抹片檢查率、老人流感注射率均達成目標值



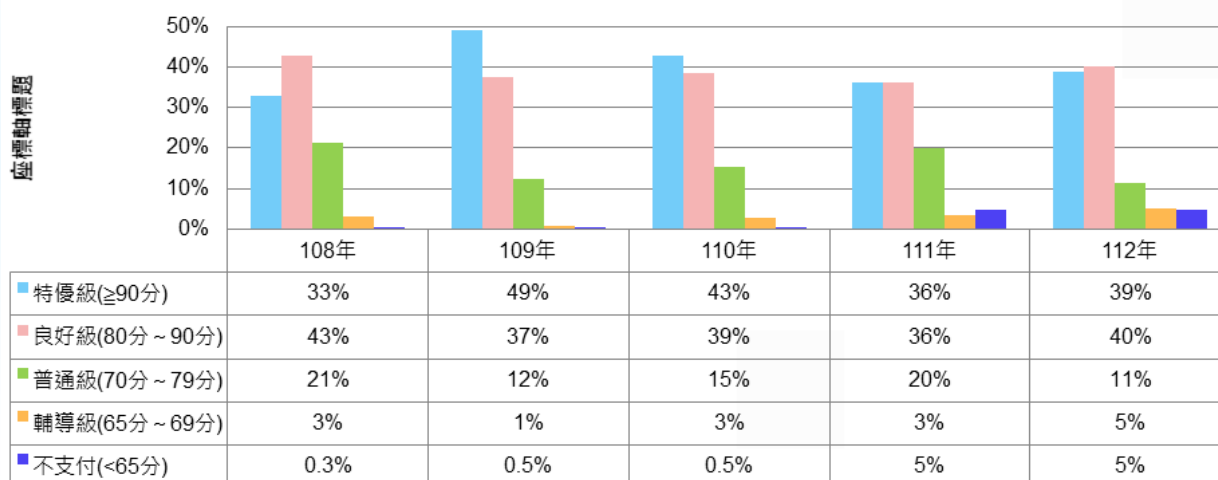
1. 成人預防保健檢查率：分子為40歲(含)以上會員於基層診所接受成人健檢人數；分母為(40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)。
2. 子宮頸抹片檢查率：分子為30歲(含)以上女性會員於基層診所接受子宮頸抹片人數；分母為30歲(含)以上女性會員數。
3. 65歲以上老人流感注射率：分子為65歲以上會員於基層診所接種流感疫苗人數；分母為65歲以上總會員人數。
4. 糞便潛血檢查率：分子為50歲以上至未滿75歲會員於基層診所接受定量免疫糞便潛血檢查人數；分母為50歲以上至未滿75歲會員人數/2。
5. 109年修改子宮頸抹片檢查率得分關值及放寬收案會員於醫院層級檢查亦納為統計範圍
6. 四項指標目標值分別為31.30%、25.76%、44.70%及21.82%

29



近5年社區醫療群品質評核

- 112年強化擇優汰劣，品質指標達80分以上共計460群，占所有群數約72%，指標<65分計有28群



註1：表內占率係呈現各品質分級之醫療群所佔當年度參與醫療群。

註2：108年共605群、109年622群、110年623群、111年609群、112年共558群。

註3：自109年起不支付分數自60分以下調整為65分以下；輔導級分數調整為65-70分

註4：自112年起不支付分數自65分以下調整為70分以下；輔導級分數調整為70分≤X<75分；普通級調整為75≤X<80分

30



擴大家醫服務涵蓋，落實全人全程健康照護

以**家醫計畫**為基礎，
整合強化其他計畫為**加值服務**

- ▶ 含代謝症候群防治、慢性病P4P、癌症品質計畫等

落實**全人全程健康照護理念**，
改變生活型態(Lifestyle intervention)

- ▶ 民眾健康為導向
- ▶ 病人為中心
- ▶ 家庭為核心
- ▶ 社區為範疇

精進醫療品質

提升服務涵蓋率



31



鼓勵院所建立轉診機制 基層總額轉診型態調整費用



32



轉診支付誘因

為推動分級醫療，鼓勵院所「建立轉診之合作機制」，自107年起編列專款預算。

規劃轉診支付誘因，新增5項轉診支付標準項目，自107年7月1日起施行。

預算(億元)	108年	109年	110年	111年	112年
醫院	6.89	6.89	4.0	2.247	<u>2.247</u>
西醫基層	2.58	2.58	2.58	2.58	<u>2.58</u>

層級別	西醫基層		醫學中心	
是否使用電子轉診平台	使用	未使用	使用	未使用
上轉	每人250點	每人200點	接受轉診診察費加算200點	
下轉或治療結束後回轉(限醫院層級以上申報)	接受轉診診察費加算200點		每人500點	每人400點



轉診支付規範及核付情形

轉診支付標準支付方式：

◆病人需有就醫事實，轉出院所確認轉入院所受理轉診後即可先申報轉診費，惟轉診費用點數先申報為0，由本署後續勾稽個案就醫情形後每季統一補付。

◆同體系院所間（含委託經營）之轉診案件不得申報。

(單位：醫令數：萬件；結算數：億點)

	111年				112年			
	申報醫令數	核付醫令數	核付率	結算數	申報醫令數	核付醫令數	核付率	結算數
醫院	108.1	78.7	72.8%	1.93	117.1	86.5	<u>73.8%</u>	<u>2.14</u>
西醫基層	93.5	60.3	64.4%	1.45	102.4	66.6	<u>65.1%</u>	<u>1.58</u>
合計	201.6	139.0	68.9%	3.38	219.5	153.1	<u>69.7%</u>	<u>3.72</u>

備註：111年及112年皆以一點一元支應



轉銜長照辦理情形

◆ 出院後7日內接受長照服務之件數占率，近五年均**已超過4成**。

	申報健保出院 準備件數	出院前接受 長照2.0需求評估		出院後7日內 接受長照服務		出院後 接受長照服務	
	(A)	件數 (B)	件數占率 (B/A)	件數 (C)	件數占率 (C/B)	件數 (D)	件數 占率 (D/B)
108年	144,056	24,727	17.2%	10,666	43%	18,202	74%
109年	161,733	27,513	17.0%	12,951	47%	20,828	76%
110年	162,493	26,127	16.1%	11,660	45%	19,926	76%
111年	155,768	26,704	17.1%	12,321	46%	21,029	79%
112年	179,709	31,365	17.4%	14,574	46%	25,573	82%

35



鼓勵醫事服務機構即時查詢 病患就醫資訊方案



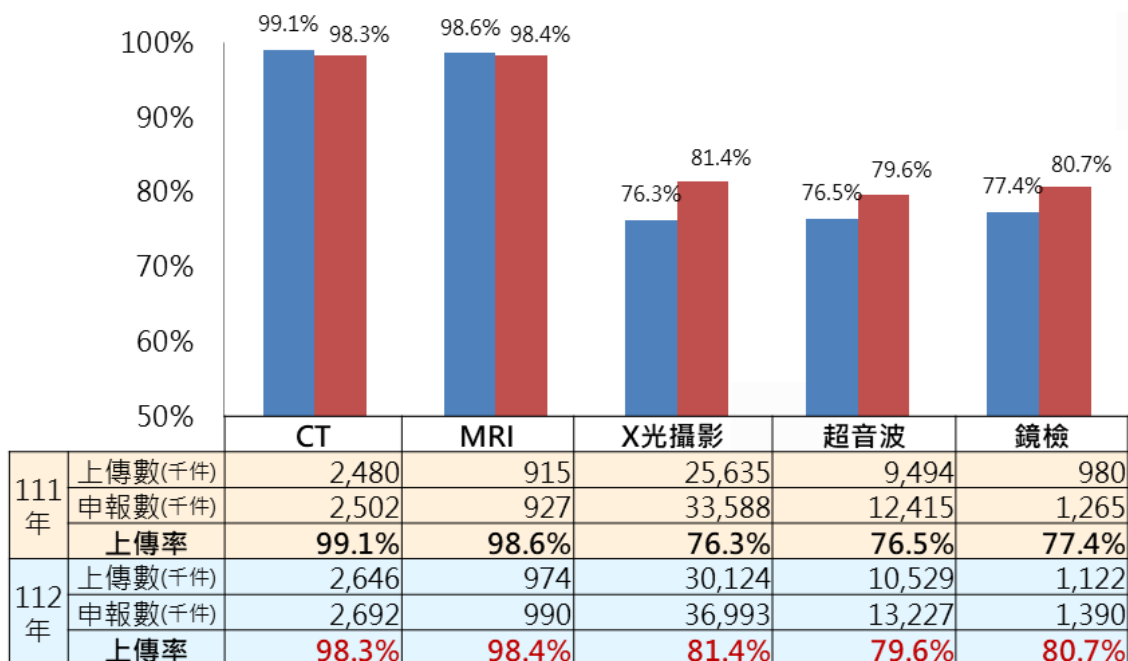
36



方案執行成效

◆ 112年醫院、診所、藥局及檢驗所參與率均超過90%，其中醫院達100%。

111年-112年醫療影像上傳情形



37



112年上傳獎勵金發放情形

單位：千元

特約類別	檢驗(查)結果	出院病摘	人工關節植入物	居家訪視登錄	特定醫令申報起迄時間	醫療影像及報告	合計
醫學中心	147,863	5,699	93	201	2,005	105,482	261,343
區域醫院	155,176	6,576	108	473	1,714	136,602	300,649
地區醫院	74,709	2,547	62	313	936	79,583	158,151
診所	24,647			811	362	5,415	31,236
檢驗所	18,957					4	18,961
其他醫事機構	185			4,580			4,765
合計	421,536	14,822	263	6,380	5,017	327,087	775,105

38



112年提升院所智慧化資訊機制獎勵發放情形

單位：千元

特約類別	鼓勵提供虛擬 (行動)健保卡服 務獎勵	醫療費用申報 格式改版獎勵		健保卡資 料上傳格 式2.0改版 獎勵	門診處方箋QR CODE二維條碼推 動獎勵	合計
		部分負 擔	就醫識 別碼			
醫學中心	2	38	26	50	10	126
區域醫院	30	164	92	190	18	494
地區醫院	3	726	764	1,940	94	3,527
診所	19	43,366	39,998	194,960	36,704	315,047
藥局			9,932	48,490	8,322	66,744
檢驗所				80		80
其他醫事機 構	379	1,916	1,014	5,870	282	9,461
合計	433	46,210	51,826	251,580	45,430	395,479

39



【112年新增】 慢性傳染病照護品質計畫



40



慢性傳染病照護品質計畫

112年6月1日公告實施

- 建立以病人為中心之個案管理照護機制
- 促進公衛醫療協力，提升照護成本效益
- 給予醫療院所執行誘因，以提升疾病治療與控制成效，穩健醫療照護管理品質



潛伏結核感染治療品質支付服務計畫

- 運用既有之結核病品質支付服務架構增設潛伏結核感染(LTBI)治療管理照護服務。
- 避免潛伏結核感染者進展成為結核病，減少結核病健保醫療費用支出。



愛滋照護管理品質支付計畫

- 整合愛滋感染之疾病治療與管理，以及病人自我照護模式，提升個案管理照護品質。
- 減少後續共病、衍生抗藥性之二線藥治療或發病等健保醫療負擔。



長照機構加強型結核病防治計畫

- 針對長照機構住民及工作人員進行LTBI檢驗及治療，並導入結核菌快速分子檢測及早診斷介入。
- 降低長照機構結核病感染與傳播風險，減少後續結核病治療照護之醫療照護費用支出。

41



112年執行情形

	醫院	西基	合計	備註
預算數(百萬)	180	20	200	同項專款得相互流用
執行數(百萬)	38.6	5.6	44.2	
執行率(%)	21.5%	27.5%	22.1%	
潛伏結核感染治療品質支付服務計畫				成效評估
參與院所	155	82	237	• 潛伏結核感染者 完成治療比率：85%
參與醫師數	677	121	798	
照護人數	4,871	1,985	6,856	
愛滋照護管理品質支付計畫				
參與院所	78	2	80	• 愛滋感染者有服藥比率96% • 服藥感染者 病毒量測不到比率：95%
參與醫師數	300	2	302	
照護人數	22,597	156	22,753	
長照機構加強型結核病防治計畫				
參與院所	23	1	24	• 長照機構LTBI檢驗陽性加入治療比率：78% • 長照機構 LTBI檢驗陽性完成治療率：82%
參與醫師數	40	3	43	
照護人數	2,552	104	2,656	



【112年新增】 癌症治療品質改善計畫



43



全民健康保險癌症治療品質改善計畫

施行日期

112年6月1日起實施。

計畫
目的

為降低國人罹患癌症風險，及降低晚期癌症發生，針對癌症篩檢（大腸癌、口腔癌、子宮頸癌、乳癌及肺癌）結果為疑似異常之個案鼓勵進一步確認診斷，由醫療院所共同合作，主動出擊進行追蹤管理並提升醫療院所診斷品質，以提升篩檢異常個案陽性追蹤的比率，並且能進一步達到早期篩檢、早期治療的目的。

預算

112年：醫院總額4.02億元+西醫基層總額0.93億元=5.17億元，兩總額同項專款得相互流用。

113年：醫院總額4.14億元+西醫基層總額0.93億元+牙醫門診總額0.1億元=5.17億元，三總額同項專款得相互流用。

預期效益

癌症篩檢陽性/異常個案進行確認診斷之追陽率達90%。

44



112年執行情形

	醫院	西基	合計
預算數(百萬)	402	115	517
執行數(百萬)	17.8	0.5	18.3
執行率(%)	4.4%	0.4%	3.5%
參與院所	121	168	289
參與醫師數	1,514	258	1,761
服務人數	15,048	1,362	16,255
成效評估			
五癌平均	88.2%	76.4%	84.6%
大腸癌	81.6%	76.1%	79.6%
口腔癌	92.7%	60.6%	81.5%
子宮頸癌	86.4%	84.4%	86.1%
乳癌	92.5%	93.3%	92.6%
肺癌	77.0%	--	77.0%

45



【112年新增】 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)



46



112年執行情形



優先調整受法規影響及層級支付不一致項目，完成10場會議、修訂237項、46項醫材/2通則，並推動RBRVS評量作業，系統性檢討各項支付點數

73項診療項目/46項醫材

配合醫材法規變動，調整支付點數，避免單次醫材(SUD)成本上升壓縮醫事人力

19項

盤點修訂支付規範文字，以達支付規範明確

145項、通則及同一療程

調整西醫基層支付點數與醫院一致

調升加成

修訂小兒外科專科醫師住院診察費加成

反應實際醫療成本，促進醫療資源合理分配

47



其他預算計畫執行成果



48



歷年協定預算及執行率一覽表

預算項目	108	109	110	111	112
1.山地離島地區醫療給付效益提升計畫	6.554億元 (4.94億元 75%)	6.554億元 (5.27億元 80%)	6.554億元 (4.98億元 76%)	6.054億元 (5.39億元 89%)	6.054億元 (5.61億元 93%)
2.非屬各部門總額之服務項目(居家精神社區復健、助產所等)	60.20億元 (52.99億元 88%)	61.70億元 (56.59億元 92%)	65.44億元 (59.61億元 91%)	73.00億元 (62.07億元 85%)	78.03億元 (66.58億元 85%)
3.促進醫療體系整合	5億元 (2.04億元 41%)	4億元 (1.79億元 45%)	4億元 (1.69億元 42%)	4.5億元 (1.77億元 39%)	5.5億元 (1.91億元 35%)
醫院以病人為中心門診整合 照護計畫	- (0.79億元) -	- (0.50億元) -	- (0.39億元) -	- (0.37億元) -	- (0.35億元) -
急性後期整合照護計畫	- (0.61億元) -	- (0.68億元) -	- (0.67億元) -	- (0.70億元) -	- (0.86億元) -
遠距醫療會診	-	-	(0.01億元) -	(0.05億元) -	(0.07億元) -
跨層級醫院合作計畫	- (0.64億元) -	- (0.62億元) -	- (0.61億元) -	- (0.65億元) -	- (0.64億元) -

註：() 內資料為預算實際執行數及執行率

49



歷年協定預算及執行率一覽表

預算項目	108	109	110	111	112
6.鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案	8億元 (5.21億元 65%)	9.36億元 (6.74億元 72%)	9.8億元 (7.42億元 76%)	15億元 (11.40億元 76%)	16.36億元 (13.27億元 81%)
7.提升用藥品質之藥事照護計畫	3,000萬元 (未執行)	3,000萬元 (未執行)	3,000萬元 (未執行)	3,000萬元 (0.3百萬元 0.9%)	3,000萬元 (0.4百萬元 1.5%)
8.慢性腎臟病照護及病人衛計畫 (含Early-CKD、Pre-ESRD、 ESRD門診服務品質提升計畫)	4.04億元 (4.04億元 100%)	4.27億元 (4.27億元 98%)	4.5億元 (3.74億元 83%)	4.5億元 (3.93億元 87%)	5.11億元 (4.16億元 81%)
9.保險對象收容於矯正機關醫療 服務計畫	16.538億元 (14.42億元 87%)	16.538億元 (14.42億元 87%)	16.538億元 (13.67億元 83%)	16.538億元 (14.20億元 86%)	16.538億元 (15.83億元 96%)
10.提升保險服務成效	3億元 (2.97億元 99%)	3億元 (2.98億元 99%)	3億元 (2.98億元 100%)	6億元 (5.99億元 99.8%)	5億元 (4.83億元 96.5%)
11.調節非預期風險	8.22億元 (5.18億元 63%)	8.22億元 (無支用)	10億元 (無支用)	10億元 (3.13億元 31.3%)	8億元 (8億元 100%)
12.基層總額轉診型態調整費用	13.46億元 (10.51億元 78%)	10億元 (10億元 100%)	10億元 (10億元 100%)	8億元 (5.41億元 68%)	8億元 (5.68億元 71%)

註：() 內資料為預算實際執行數及執行率

50



【偏遠及弱勢照護】 山地離島地區醫療給付效益 提升計畫

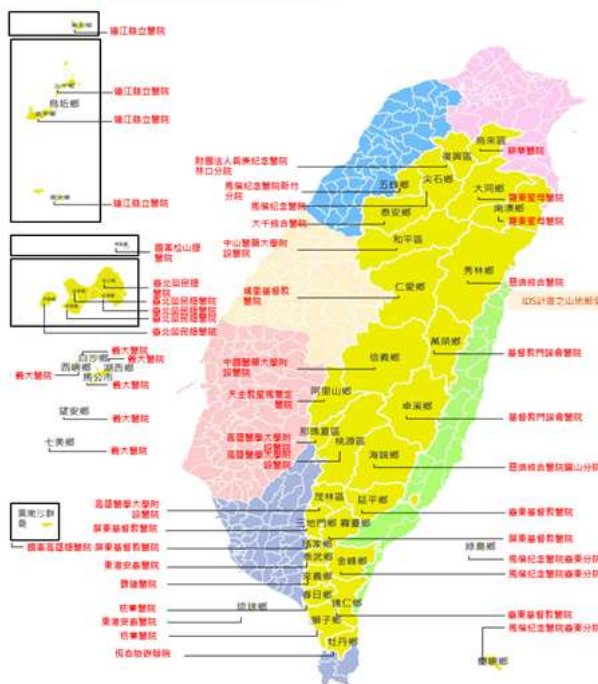


51



山地離島地區(IDS)醫療給付效益提昇計畫

◆ 本計畫於 **50 個山地離島地區**(包含 29 個山地鄉、21 個離島鄉)，共 **26 家特約醫院**承作 30 個計畫(含山地鄉全人整合照護執行方案)。



承作醫院	家數
醫學中心	7
區域醫院	13
地區醫院	6

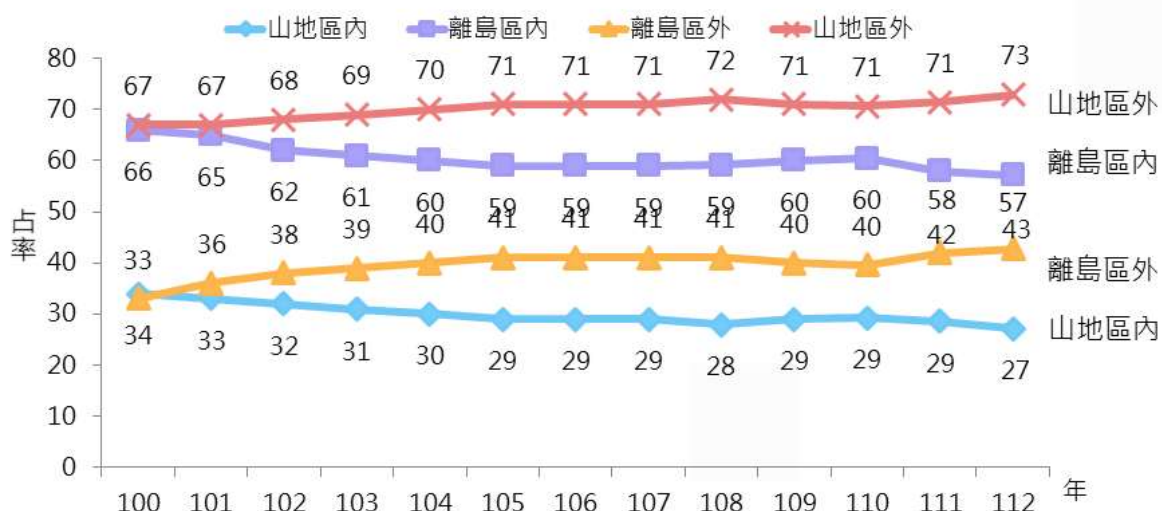


52



山地離島地區保險對象於該區內外就醫次數比較

- 山地地區區外門診就醫次數占率較高(約7成)
- 離島地區區內門診就醫次數占率較高(約6成)



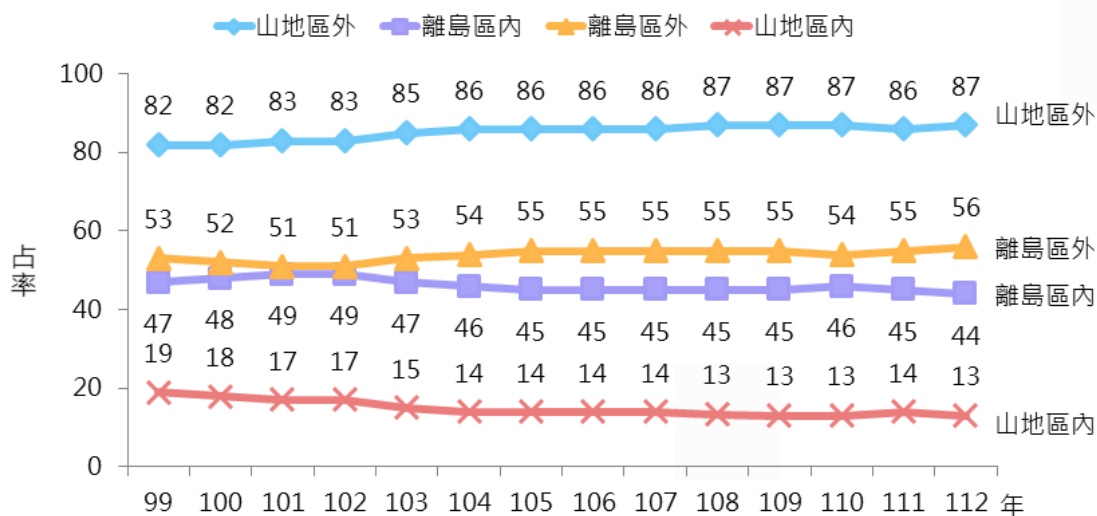
註：1.統計對象為戶籍於山地離島地區且在保之保險對象
2.門診就醫次數經年齡性別校正
3.地區外就醫指保險對象在非山地離島地區內就醫

53



山地離島地區保險對象於該區內外就醫費用比較

- 山地地區、離島地區之區外西醫門診醫療費用點數
占率較高，分別為約8成7及約5成6



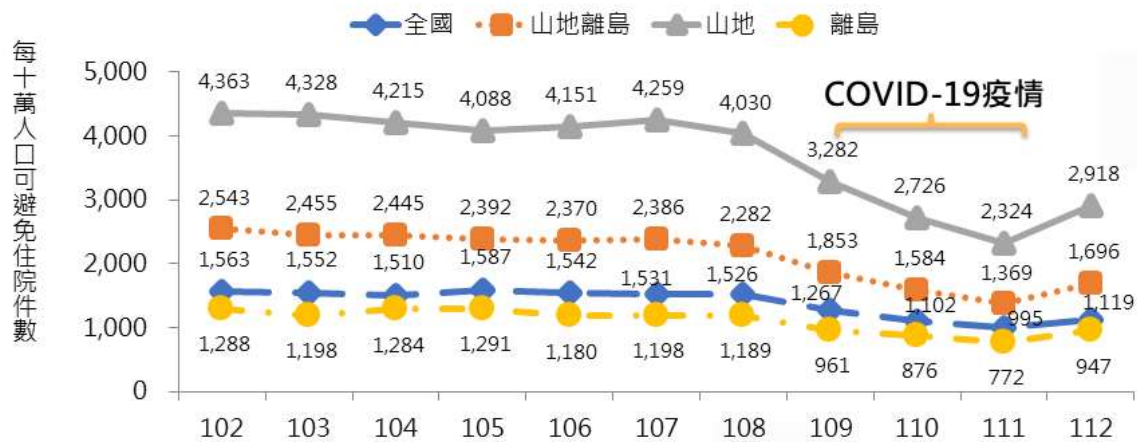
註：1.統計對象為戶籍於山地離島地區且在保之保險對象
2.門診就醫次數經年齡性別校正
3.地區外就醫指保險對象在非山地離島地區內就醫

54



山地離島地區保險對象可避免住院-總體指標

◆ 離島地區可避免住院率較全國低，山地地區可避免住院率較全國高



IDS計畫持續結合遠距醫療給付計畫，並逐步試辦論人計酬計畫，以期改善山地離島地區保險對象健康差距：

- ◆ 自111年起花蓮縣秀林鄉辦理全人整合照護執行方案
- ◆ 預計自114年擴大於六分區內各1鄉鎮辦理全人整合照護執行方案。

55



【偏遠及弱勢照護】

居家醫療、居家醫療照護整合計畫、 轉銜長照2.0

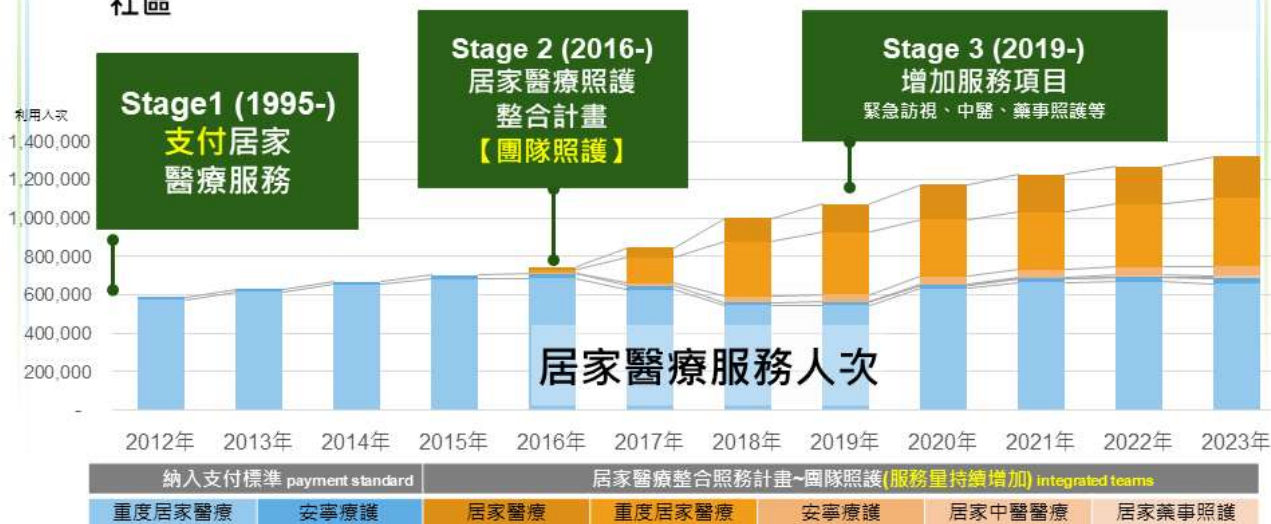


56



全民健保居家醫療照護服務

- ▶ 健保居家醫療服務計畫，服務人次及支付項目持續增加，服務方式也不斷進展
- ▶ 從健保開辦**1995年起**，由單一機構提供居家服務，**2016年起**推動居家醫療照護整合計畫，鼓勵組成團隊共同提供服務，**2019年**再增加多項支付項目
- ▶ **2024年7月起**，提供居家醫療替代住院，亦讓病情穩定患者儘早出院回歸家庭、社區



居家醫療照護整合計畫

- 105年2月15日公告實施
- 整合多項居家照護，提供連續性醫療照護。

整合前4服務項目	整合後3照護階段
104年居家醫療試辦計畫	居家醫療
一般居家照護	重度居家醫療
呼吸居家照護	安寧療護
安寧居家療護	



(截至112年12月) **226個團隊**
3,315家機構
85,092人收案照護



112年照護對象收案後每月平均西醫門診就醫次數，較收案前下降**0.52**次



【偏遠及弱勢照護】 收容於矯正機關者醫療 服務計畫



59

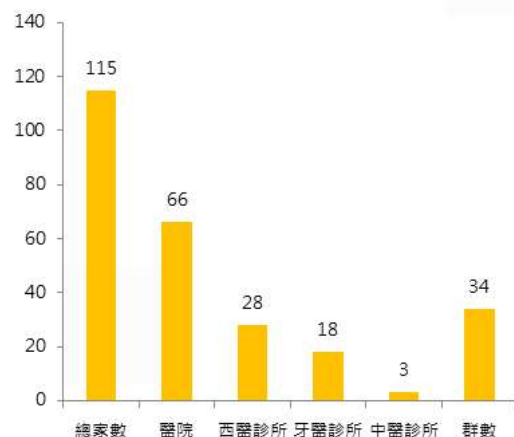


矯正機關醫療服務計畫_涵蓋情形

54所矯正機關依照地理位置分為34群，同一群組矯正機關由同一院所(或團隊)提供矯正機關西醫各專科、牙科、中醫科醫療服務。



112年矯正機關醫療服務計畫辦理情形：總計115家



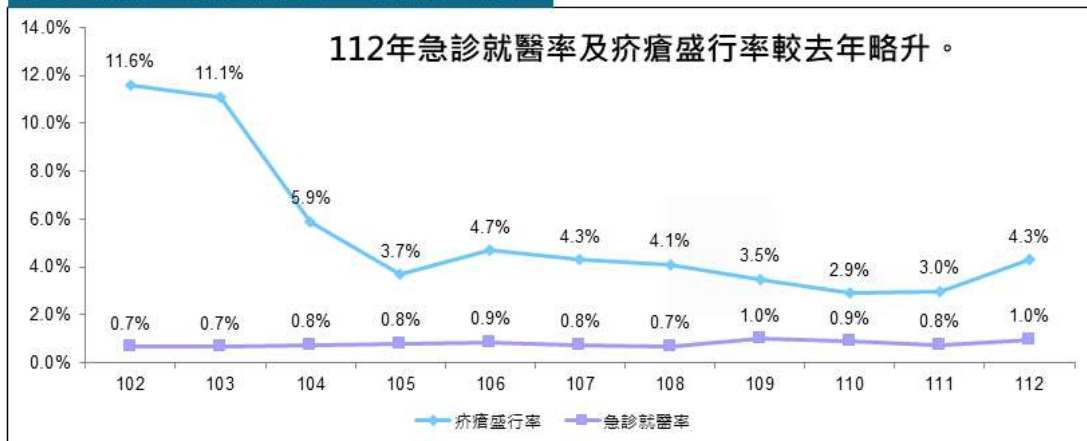
60



矯正機關醫療服務計畫執行成效

- ◆ 112年矯正機關收容人**每人就醫次數約為15.2次**、住院件數約為0.1，大部分為監內就醫，戒護門診占率約占2.9%。
- ◆ 112年監內門診就醫件數，西醫775,135件、牙醫55,843件、中醫15,241件及透析1,028件，皆**較111年提升**。

管控指標：急診就醫率、疥瘡盛行率



61



【促進體系合作】 急性後期整合照護計畫



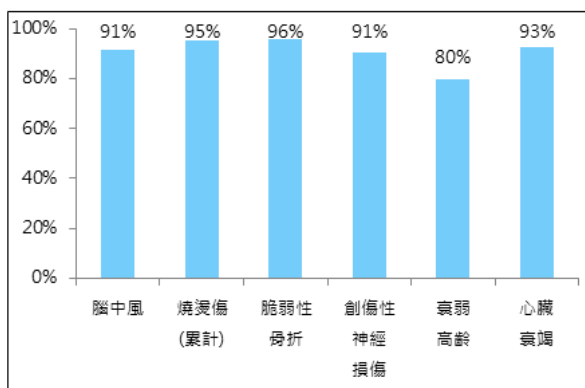
62



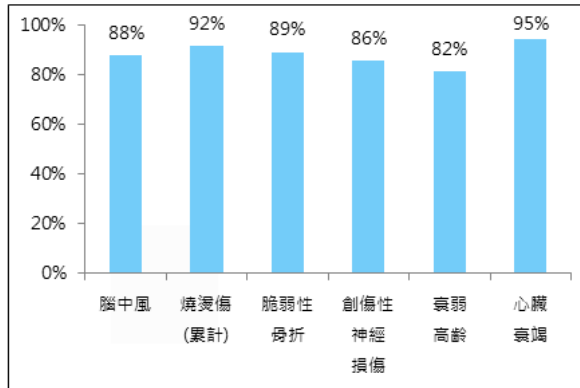
急性後期整合照護計畫執行成效

- ◆ 112年腦中風共5,784人、燒燙傷(累計)109人、脆弱性骨折3,517人、創傷性神經損傷476人、衰弱高齡713人及心臟衰竭1,704人；**112年支用預算約0.6億元**。

整體成效結果進步占率



結案後回歸門診或居家自行復健占率



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

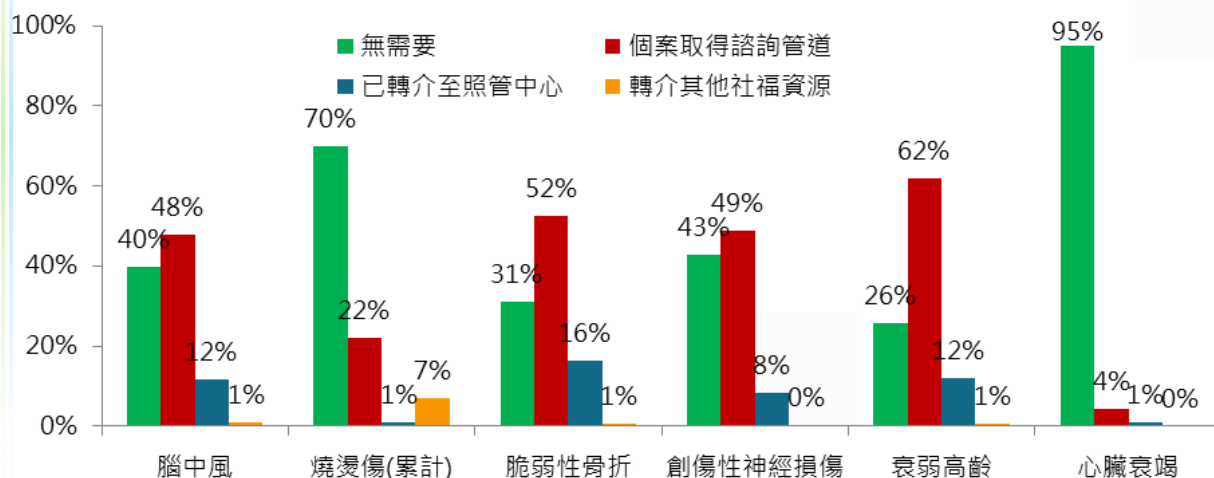
63



結案病人社福資源轉介

結案個案占率：

- ◆ 無轉介需要個案：腦中風40%、燒燙傷(累計)70%、脆弱性骨折31%、創傷性神經損傷43%、衰弱高齡26%、心臟衰竭95%。
 ◆ 已取得管道占率：腦中風48%、燒燙傷(累計)22%、脆弱性骨折52%、創傷性神經損傷49%、衰弱高齡62%、心臟衰竭4%。



註：

- 1.資料來源:中央健保署VPN-QP1急性後期整合照護計畫收案及結案資料(統計至112年12月31日收案資料、擷取日期(113.1.3))。
 2.收案及結案人次依據收案日期歸戶(若跨年度結案，依收案日期歸年)。
 3.部分個案中途退出計畫未正常結案(如：死亡、病情轉變無法接受照護或自行中斷等)，未納入計算。

64



【促進體系合作】 跨層級醫院合作計畫

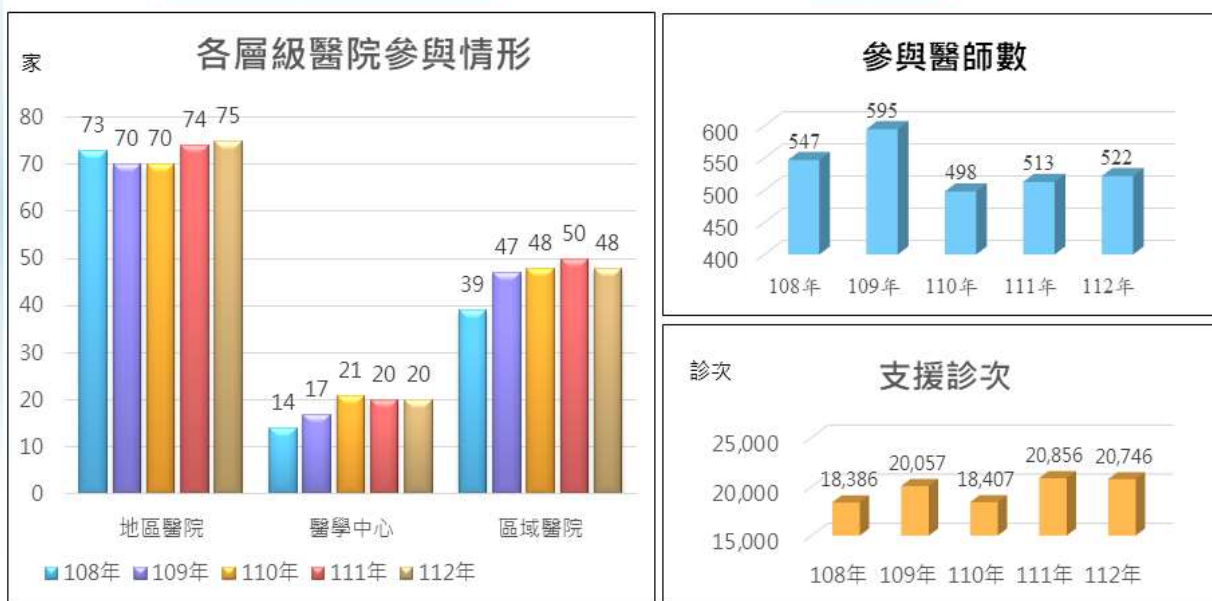


65



跨層級醫院合作計畫-院所參與情形

112年有**75個團隊**參與本計畫，由68家醫學中心及區域醫院、522名醫師提供**20,746支援診次服務**；112年申報點數約**0.73億元**。



註：上述醫院執行情形統計至112年底。

66



【促進體系合作】 遠距醫療給付計畫



67



遠距醫療會診二種模式及支付方式

在地端

C院所診間



居整計畫收案個案 住家(111.8.1新增)



遠距端

一般診間門診

同診間，同時可接受一般門診及遠距會診

遠距專科門診

開設專門遠距門診接受遠距會診

插號
看診

依序看診，
或一對多
切換診間

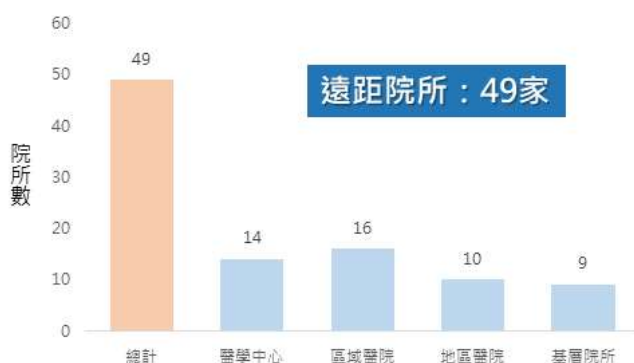
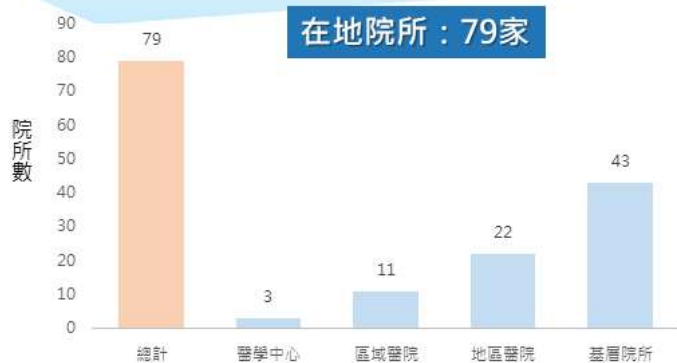
支付方式

- ◆ 專科門診遠距會診(論服務量、論次)
- ◆ 急診遠距會診(論服務量)
- ◆ 在地端門診診察費及居整計畫醫師訪視費(依申報點數加計1成)

68



計畫施行地區及承作院所



112年核定鄉鎮共64個



69



計畫執行概況

項目			110年	111年	112年
專科門診 遠距會診	論服務量	服務人數	304	1,948	<u>2,851</u>
		服務人次	555	3,460	<u>4,958</u>
	論診次	開診數	177	637	<u>624</u>
		服務人次	636	2,845	<u>3,034</u>
急診遠距會診		服務人數	13	85	<u>844</u>
		服務人次	13	85	<u>858</u>
合計		服務人次	1,204	6,390	<u>8,850</u>

註：依計畫規定，開診三個月後，每診平均看診人次≤5人，應檢討開診必要性或調降開診頻率



70



【促進體系合作】 醫院以病人為中心 門診整合照護計畫



71



112年執行方式

開設整合照護門診模式者



整合門診照護內容

整合用藥及處置

主責醫師可透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」查詢個案近期之就醫與用藥資訊，協助整合門、住診用藥，減少多重慢性病患者重複、不當用藥或處置，亦可節省病患及家屬多科就診往返時間。

提供失智症門診照護家庭諮詢

依病況需要、由醫院專業人員提供照護技巧指導、藥物或營養諮詢、家屬心理支持、社會資源運用等內容。

72



執行情形

照護模式	開設整合門診
執行方式	以整合門診方式提供多重慢性病人整合照護服務
給付項目	1.門診整合初診診察費(1,500點*1次) 2.門診整合複診診察費(註)(1,000點*2次)
參與家數	135家
照護人數(收案人數)	<u>13,633人</u>

失智症門診照護家庭諮詢

失智症收案條件：

經神經科或精神科專科醫師確診為失智症，評估有諮詢需要，且其失智症評估結果，符合臨床失智症評量表 (Clinical Dementia Rating, CDR) 值 ≥ 1 或簡易心智量表 (Mini-Mental State Examination, MMSE) ≤ 23 者。

支付點數：

- 諮詢服務時間15(含)~30分鐘：支付300點 (P5201C)。
- 諮詢服務時間30分鐘(含)以上：支付500點 (P5202C)。

申報情形：

- 112年本項目申報人數約5,558人，醫療費用點數約為319.7萬點。

73



監測指標比較

項目	年度	112
關鍵績效指標		
1.每人西醫門診申報件數		
--照護前(未參與計畫/參與計畫)		19.1/31.9
--照護後(未參與計畫/參與計畫)		23.7/30.7
--差值(=照護後-照護前)		4.57/-1.2
2.每人急診申報件數		
--照護前(未參與計畫/參與計畫)		0.69/1.2
--照護後(未參與計畫/參與計畫)		0.85/1.1
--差值(=照護後-照護前)		0.15/-0.1
3.每人西醫門診藥品品項數		
--照護前(未參與計畫/參與計畫)		18.6/30.7
--照護後(未參與計畫/參與計畫)		23.2/31.3
--差值(=照護後-照護前)		4.6/0.6

參與整合照護個案在每人西

醫門診申報件數、每人急診

申報件數、每人西醫門診藥

品品項數之指標表現，皆優

於未參與整合照護者。



註：未參與計畫資料統計區間為
112年1月1日至112年6月30日止。

74



【提升保險成效】 腎臟病照護與病人衛教



75



Early-CKD醫療服務利用情形

◆ 112年院所數1,348家，照護人數約43.0萬人，申報費用共1.29億點。

年度	院所數	醫師數	照護人數	申報費用 (百萬)
106年	901	3,853	352,650	113.2
107年	930	3,893	386,663	125.6
108年	999	4,001	407,149	132.2
109年	1,099	4,158	433,663	143.6
110年	1,168	4,360	462,492	152.5
111年	1,300	4,645	474,691	146.9
112年	1,348	4,898	430,076	129.7

註：1.資料來源：本署四代倉儲醫令及明細檔。(資料擷取時間:113年1月31日)

2.院所、醫師、照護人數：申報醫令碼前三碼為P43之歸戶數。

3.申報費用：該年度申報點數。

4.112年資料仍持續收載中，後會因擷取時間不同而變動。

5.上述資料未包含DKD個案，如將DKD個案併入計算，參與院所數計1,356家、醫師數4,997人，照護人數555,815人。

76



腎臟病照護與病人衛教

末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人衛教與照護計畫

歷年Pre-ESRD個案照護率



註：

1. 資料來源：本署多模型健保資料庫門診醫令申報檔 (擷取日期：112年2月16日)。
2. 分母：前12月門診兩次或住診一次就醫主診斷N184-186、049符合收案條件之歸戶病人數，排除洗腎及死亡人數。
3. 分子：申報醫令代碼前3碼為P34之歸戶人數(ID歸戶)。

77



【提升保險成效】 全民健康保險提升用藥品質之 藥事照護計畫



78



計畫內容與執行成效

計畫目的



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

計畫目的



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

執行狀況及結果

- ◆ 藥師判斷性服務：醫師對藥師建議事項之回應比率75%。
- ◆ 用藥配合度諮詢服務：個案配合度提升比率88.97%。
- ◆ 112年度共計服務1,710人次。
- ◆ 參與計畫藥師共590人。
- ◆ 收案保險對象使用藥品品項數下降6.7%。

79



提升保險服務成效



80



提升保險服務成效

全民健保客服中心科技導航服務精進方案

112年5月完成系統建置並正式上線，共建置860題知識點，提供3線服務，回復正確率近9成。

優化醫療雲端查詢系統，促進跨院及跨層級資訊共享

- ◆ 112年全藥類藥品重複用藥日數相較108年(疫情前)下降10%
- ◆ 門診10項重點檢查(驗)非合理區間再次執行率相較108年下降11%，約可減少重複檢驗檢查5.3萬次。

優化健保快譯通及APP，協助民眾自我健康照護

112年「全民健保行動快易通|健康存摺」APP安裝人次增加率使用人次達25,176,913，較111年22,380,382人次，增加12.5%。

優化精準審查平台，提升審查效率

建置完成145項專業醫療服務指標及醫療篩異指標，新增5項自動產製次主題資料，輔助醫療管理業務執行，並強化查詢機敏資料之可稽核性。

81



報告總結



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

82

謝謝聆聽 敬請指教



衛生福利部中央健康保險署



83