

112年各總額部門 執行報告

中央健康保險署

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

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

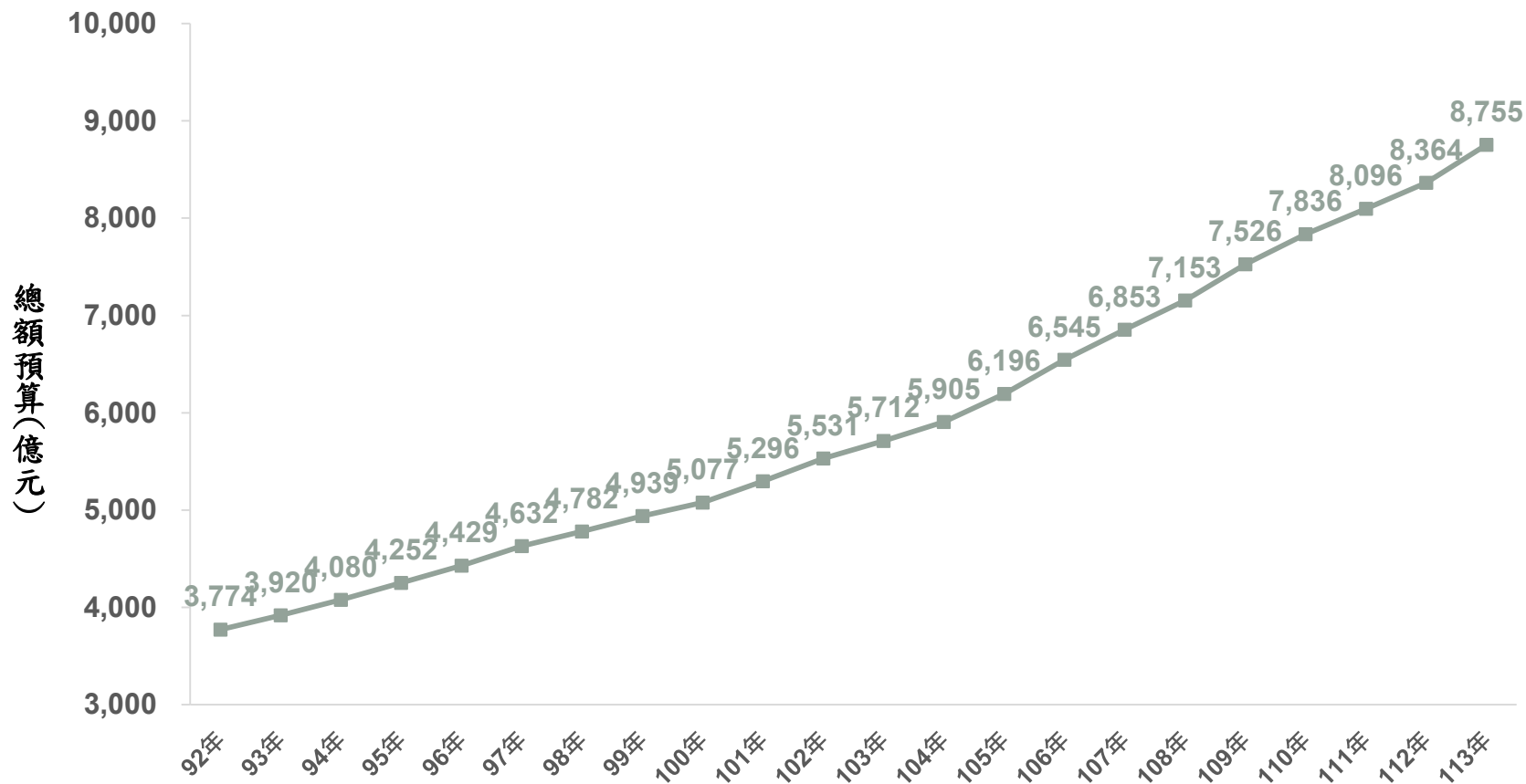


健保現況與挑戰 健保因應策略

健保總額配置

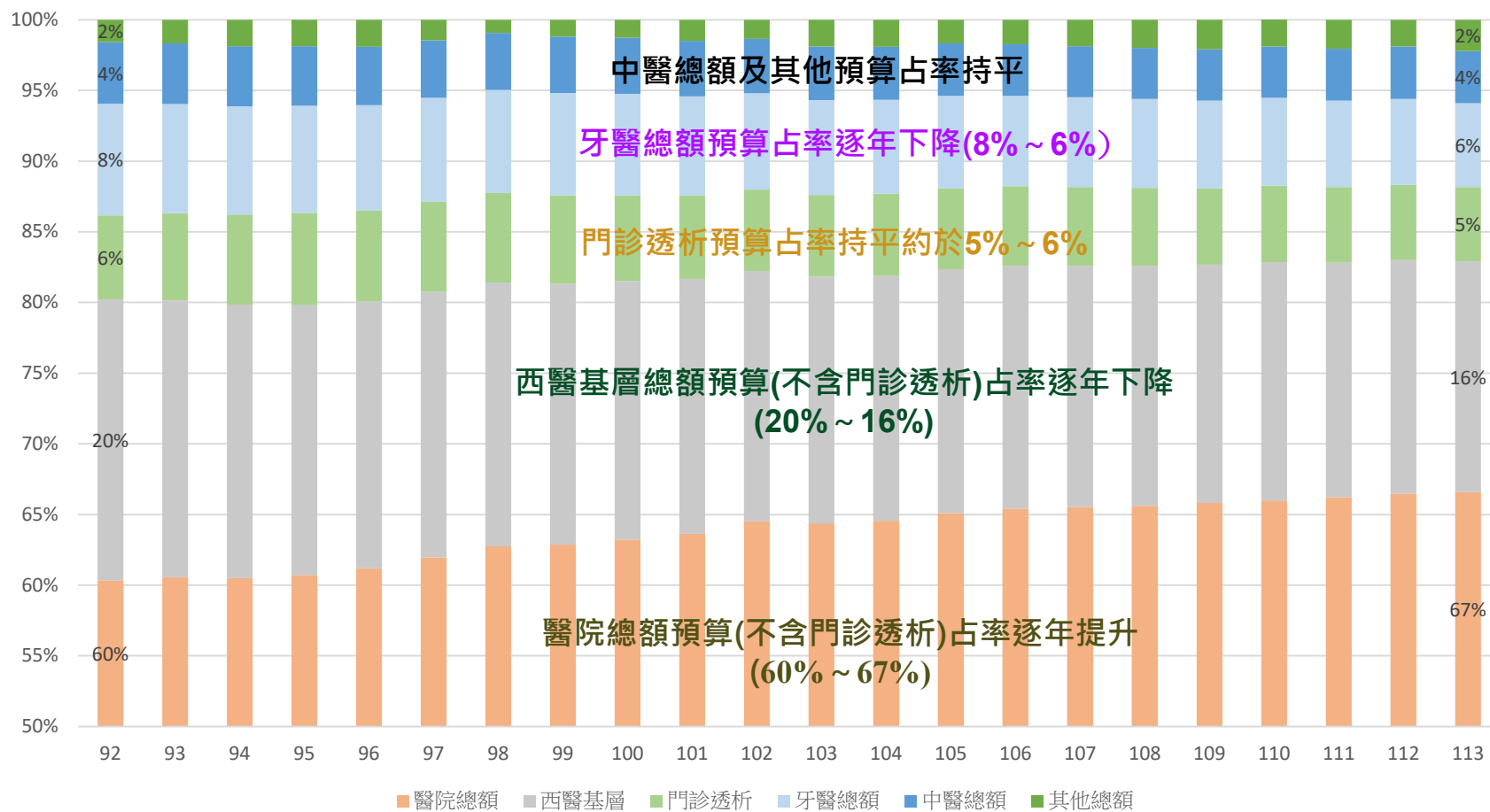
總額開辦後之協定預算

113年總額預算達8,755億元，較92年總額預算成長逾2倍。

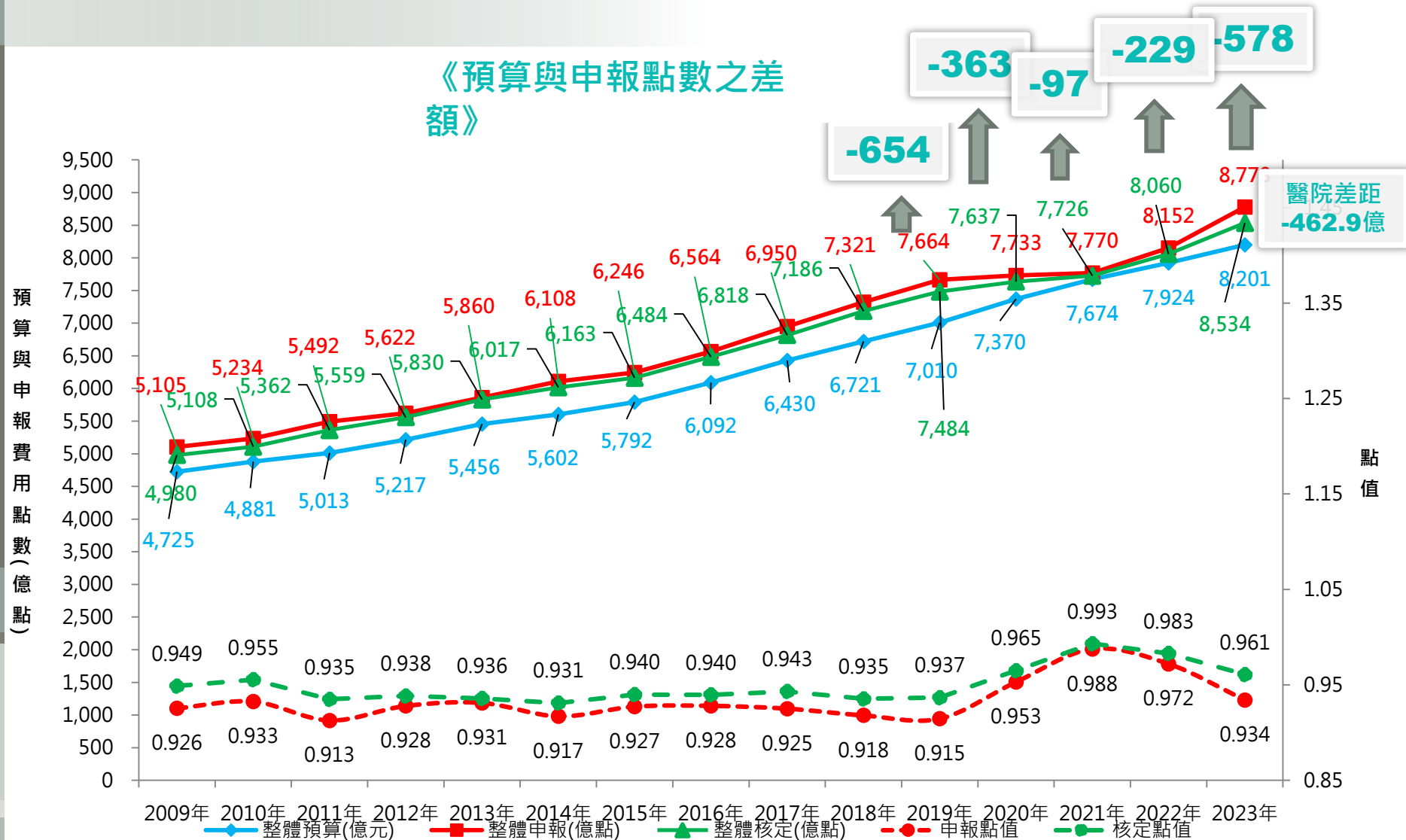


92-113年各總額部門之預算占率

醫院總額預算占率逐年提升，西醫基層、牙醫逐年下降



歷年總預算、核定點數及申報點數之差異



- ◆ 點數及預算資料不含代辦和其他部門(考量其他部門多為政策鼓勵及預備金性質，爰不計)
- ◆ 核定點值：預算/核定點數(綠-)；申報點值：預算/申報點數(紅-)
- ◆ 預算含新醫療科技未於時程內導入之扣減額度

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。



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

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

新醫療科技-新藥(112年收載28項)

◆ 第1類新藥：

與現行最佳常用藥品之藥品－藥品直接比較（head-to-head comparison）或臨床試驗文獻間接比較（indirect comparison），顯示臨床療效有明顯改善之突破創新新藥。倘該藥品為有效治療特定疾病之第一個建議收載新藥，而無現有最佳治療藥品可供比較，則可用該疾病現行標準治療（如：外科手術、支持性療法等）做為療效比較之對象；前述臨床療效包含減少危險副作用。

◆ 第2A類新藥：與現行最佳常用藥品比較，顯示臨床價值有中等程度改善（moderate improvement）之新藥。

◆ 第2B類新藥：臨床價值相近於已收載核價參考品之新藥。

新醫療科技-新藥(112年收載28項)

- 第1類新藥：共2項【Qarziba、Kymriah】，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【Tonvasca、Fespixon、Minocin、Xospata、Pemazyre (4.5 mg、9mg、13.5mg)、Tepmetko、Wakix(4.5 mg、18 mg)】，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【Torsix(20mg、5mg)、Cibinqo (100mg、20mg)、Hebsbulin、Calquence、Zejula、Brukinsa、Jyseleca(100mg、20mg)、Entyvio、Briviact、Tremsofin(250 mg、50 mg)、Dufanase、Brextri】，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。

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)。

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

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。



執行概況—及時性

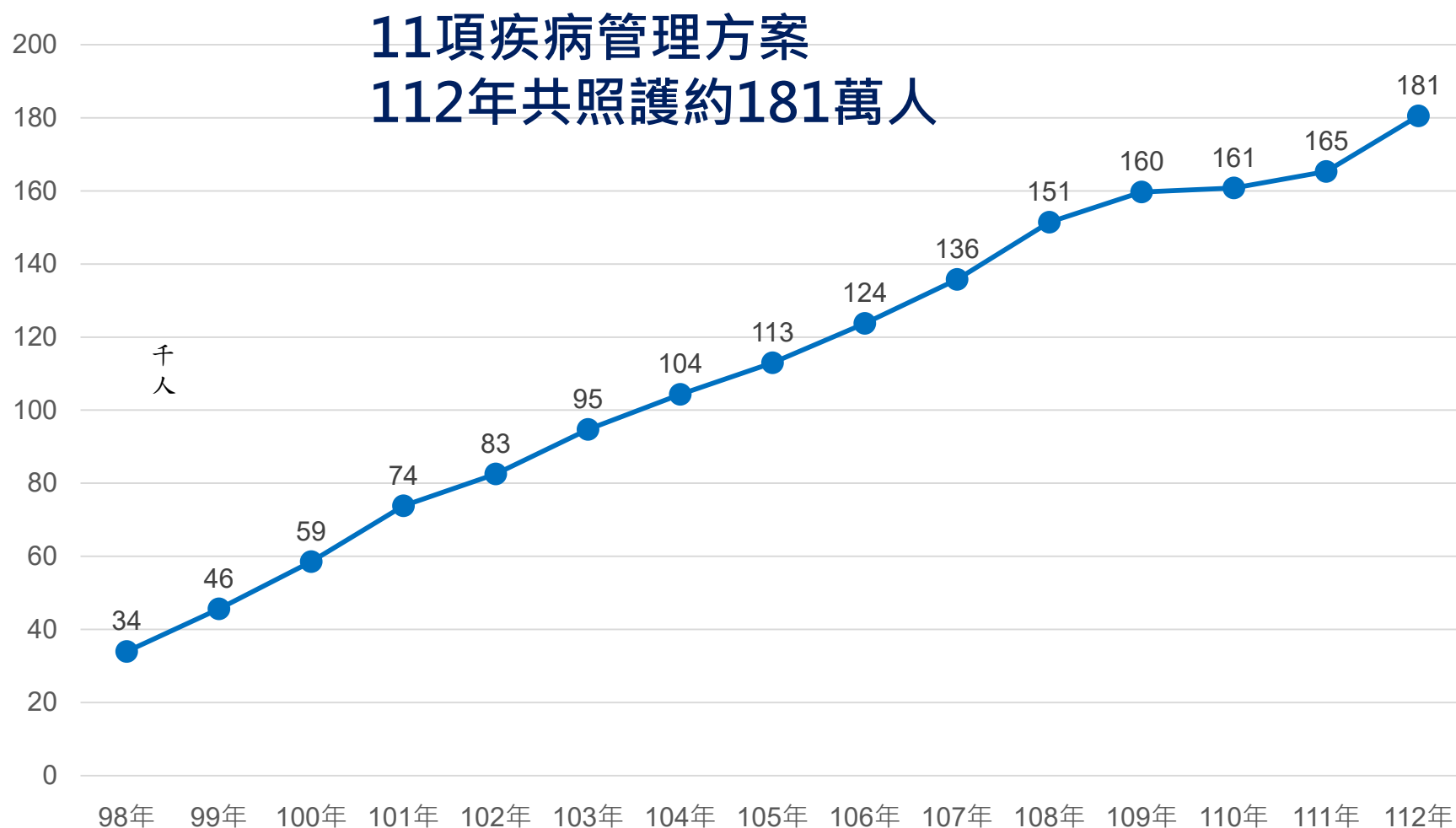


新醫療科技之導入

疾病管理方案

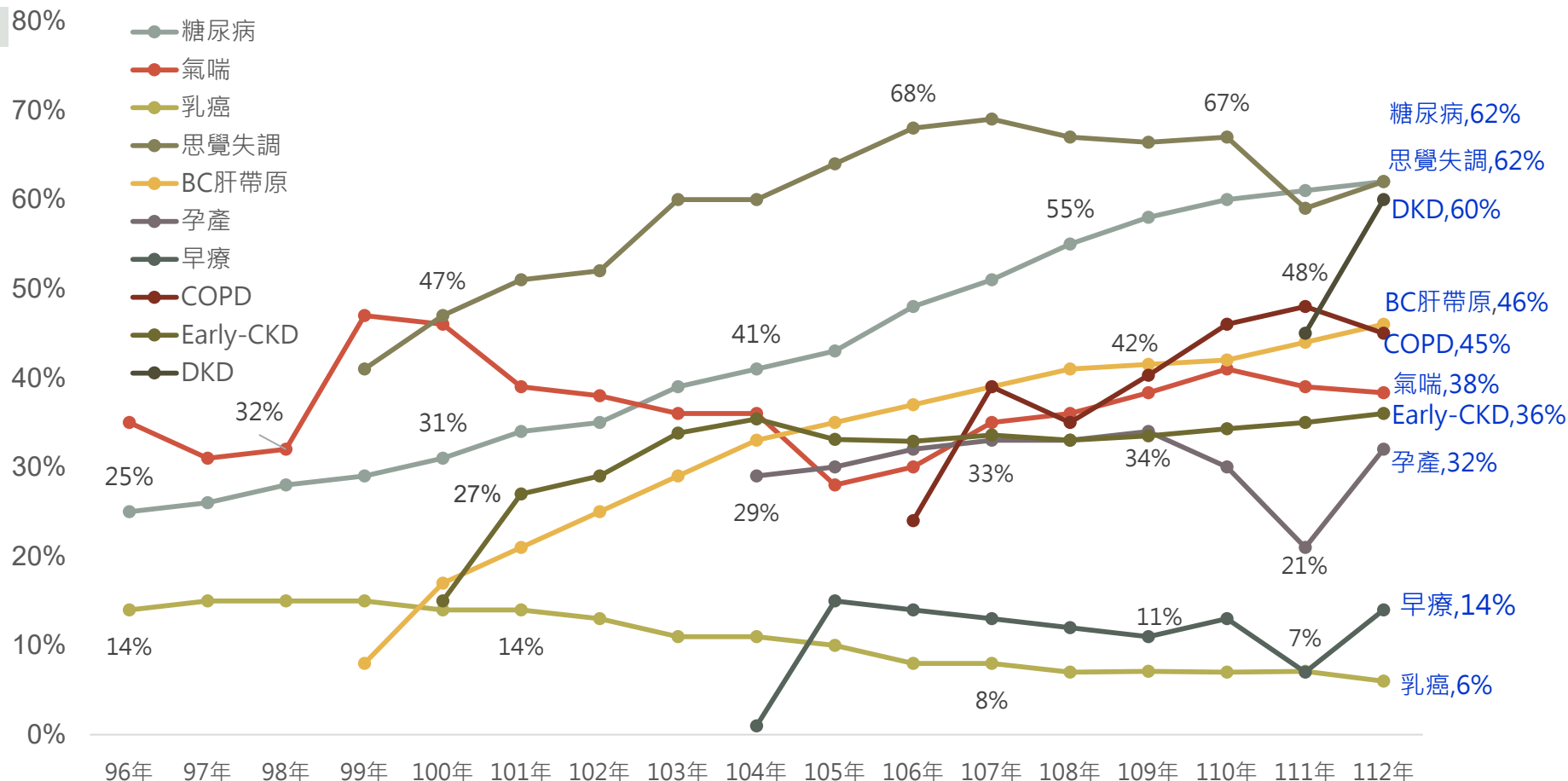
民眾就醫可近性

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。

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ID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：早期療育計畫係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。

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。



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

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

離島地區假日門診案件診察費加計20%

108年

- 增列週六急症處置：修訂「週六、日及國定假日牙醫門診急症處置」(800點)
- 新增「牙齒外傷急症處理」(4,976點)

109年

醫院牙醫夜間急診案件特定處置費加計50%：
新增通則七：地區醫院、區域醫院及醫學中心牙醫師之夜間(晚上9時至隔日早上9時)急診案件申報特定處置費，得加計50%。

111年

於111年一般服務預算增列「提升假日就醫可近性」147.1百萬元。
執行目標：提升假日就醫之急症處置服務人次、全國假日提供看診服務之院所數較108年增加60家。

112年

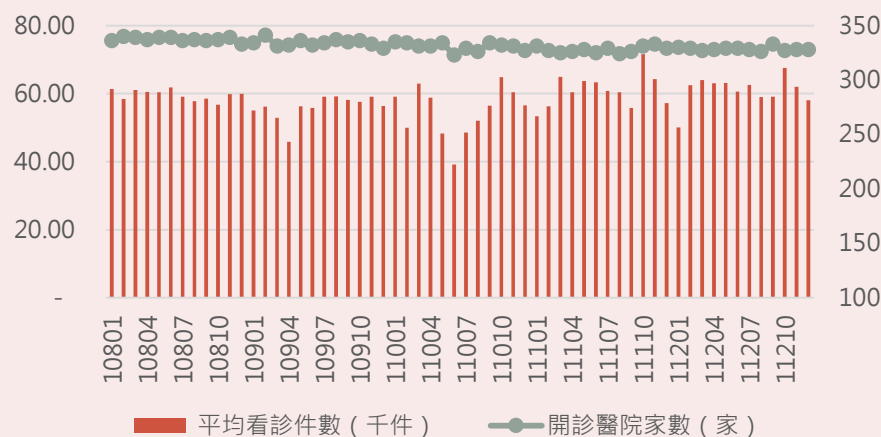
112年度假日提供看診服務院所家數達6,932家，較108年增加314家，照護人數為275,281人。

註：110年、112年牙醫總額部門未針對提升假日開診增編預算

鼓勵地區醫院假日開診

- ◆ 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%

週六



民眾就醫可近性-提升基層假日開診率

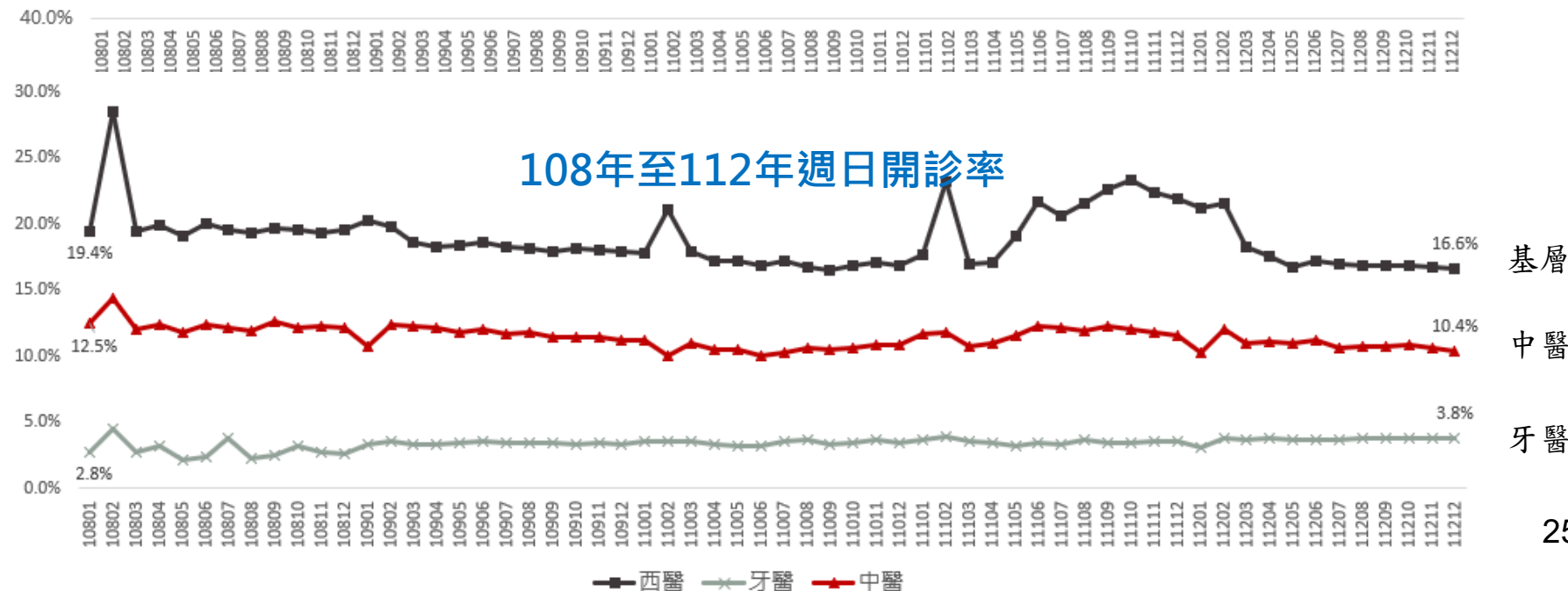
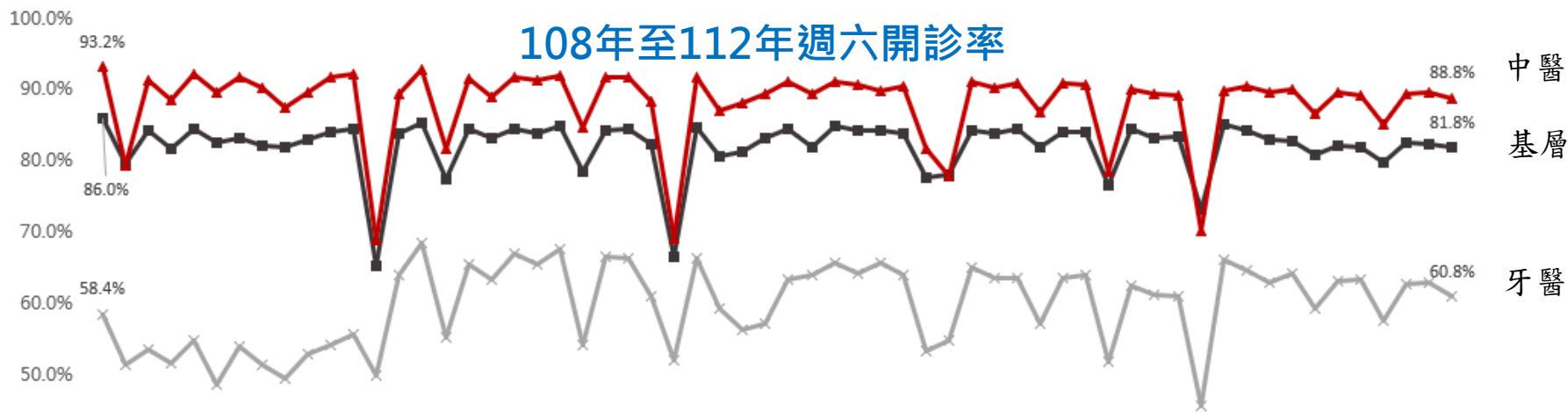
提高支付誘因

- 本署於108年5月23日西醫基層總額研商議事會議再提案討論，運用107年度西醫基層總額非協商因素預算調高假日診察費，惟會議決議第一段(1-30人次)合理量門診診察費均調高6點，不另針對假日診察費調整。
- 為鼓勵離島地區西醫基層假日開診率，自109年1月1日起離島地區西醫基層診所週六、週日及國定假日之西醫基層門診案件，申報山地離島地區門診診察費，得加計百分之二十。

民眾就醫可近性

-西醫基層、中醫及牙醫診所假日開診率

➤ 112年基層診所開診率持平





執行概況—效率面



西醫部門

中醫部門

牙醫部門

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。

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			

急重難之支付標準調整

提高住院基本診療支付條件

- 105年
調升住院診察費及病房費11.4%
- 106年
 - 調高ICU及高危險妊娠住院診察費
 - 調升兒童專科醫師申報加護病房診察費、住院會診費、一般住院診察費及隔離病床住院診察費之加成率。
- 108年
 - 調升住院診察費13.5%
 - 75歲以上老人住院診察費加成20%。
- 109年
 - 調升住院診察費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
 - 地區醫院急診診察費保障每點1元
 - 放寬急診診察費例假日加成時間
 - 調升1-2級及精神科急診診察費、急診觀察床病房費及護理費
- 108年
兒科專科醫師急診診察費加計50%，其餘專科醫師診治6歲以下兒童急診診察費加計50%
- 109年
調升00203B「檢傷分類第三級」及01015C「急診診察費」

特定診療 項目調整

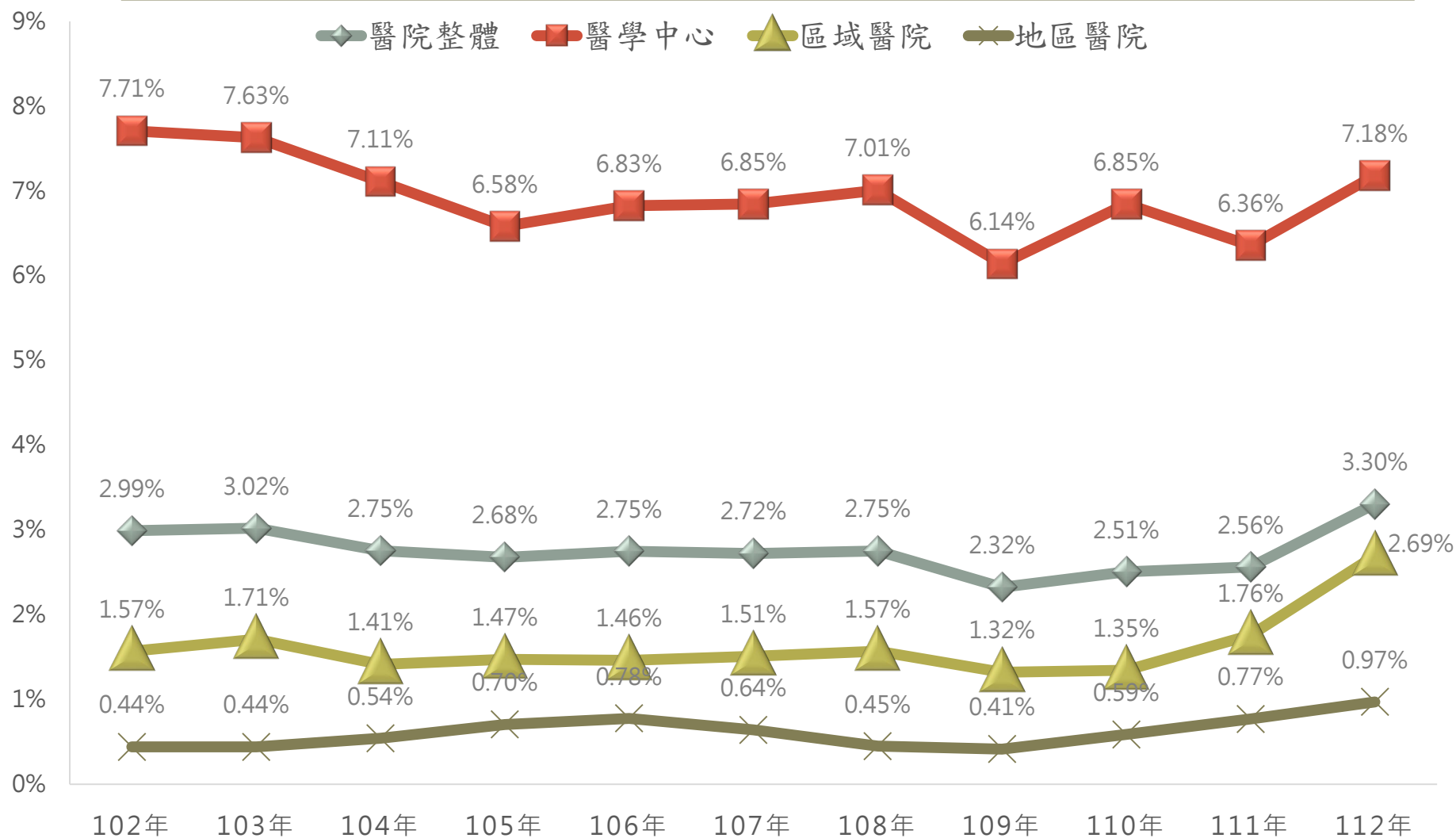
- 106年
 - 調升手術及麻醉項目、生產支付標準、治療處置及檢驗檢查支付點數
 - 增修多重創傷及同一刀口執行多項手術之支付點數計算方式。
 - 將手術項目全面改為「提升兒童加成」
- 107年
調升創傷處理、手術/創傷處置及換藥及心肺甦醒術等11項特定處置項目支付點數
- 108年
 - 調升交腳皮瓣移植術等367項手術診療項目支付點數。
 - 調升一般高壓氧治療等47項治療處置診療項目支付點數。
 - 麻醉費調整為提升兒童加成項目(含麻醉恢復照護費及麻醉前評估)
- 109年
調升400項急重難症支付標準點數及4項亞急性呼吸照護病床及2項慢性呼吸照護病房論日計酬支付點數，調幅介於0.5%-80%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察費及病房費、新生兒中重度住院診察費及急診觀察床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、急診診察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

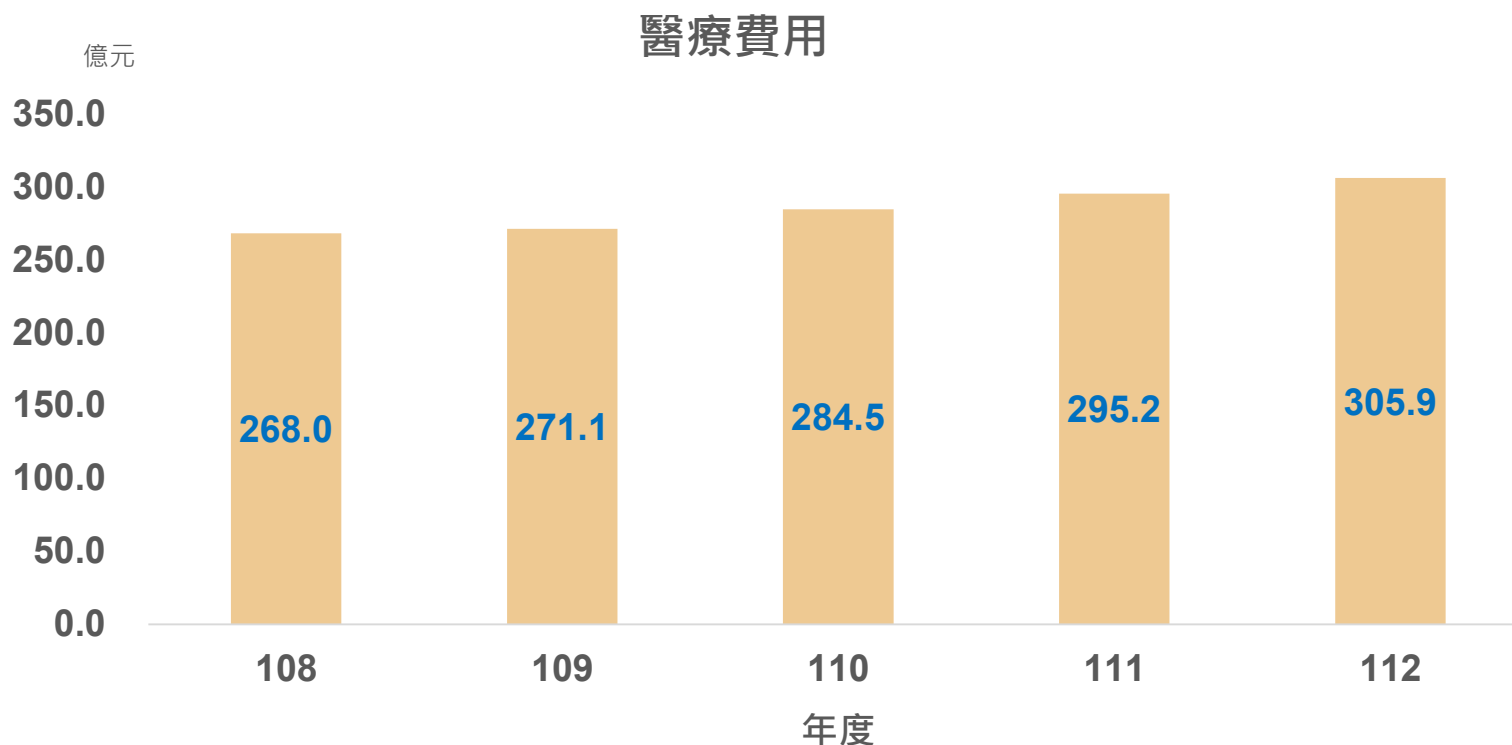
-健保監理指標

➤ 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

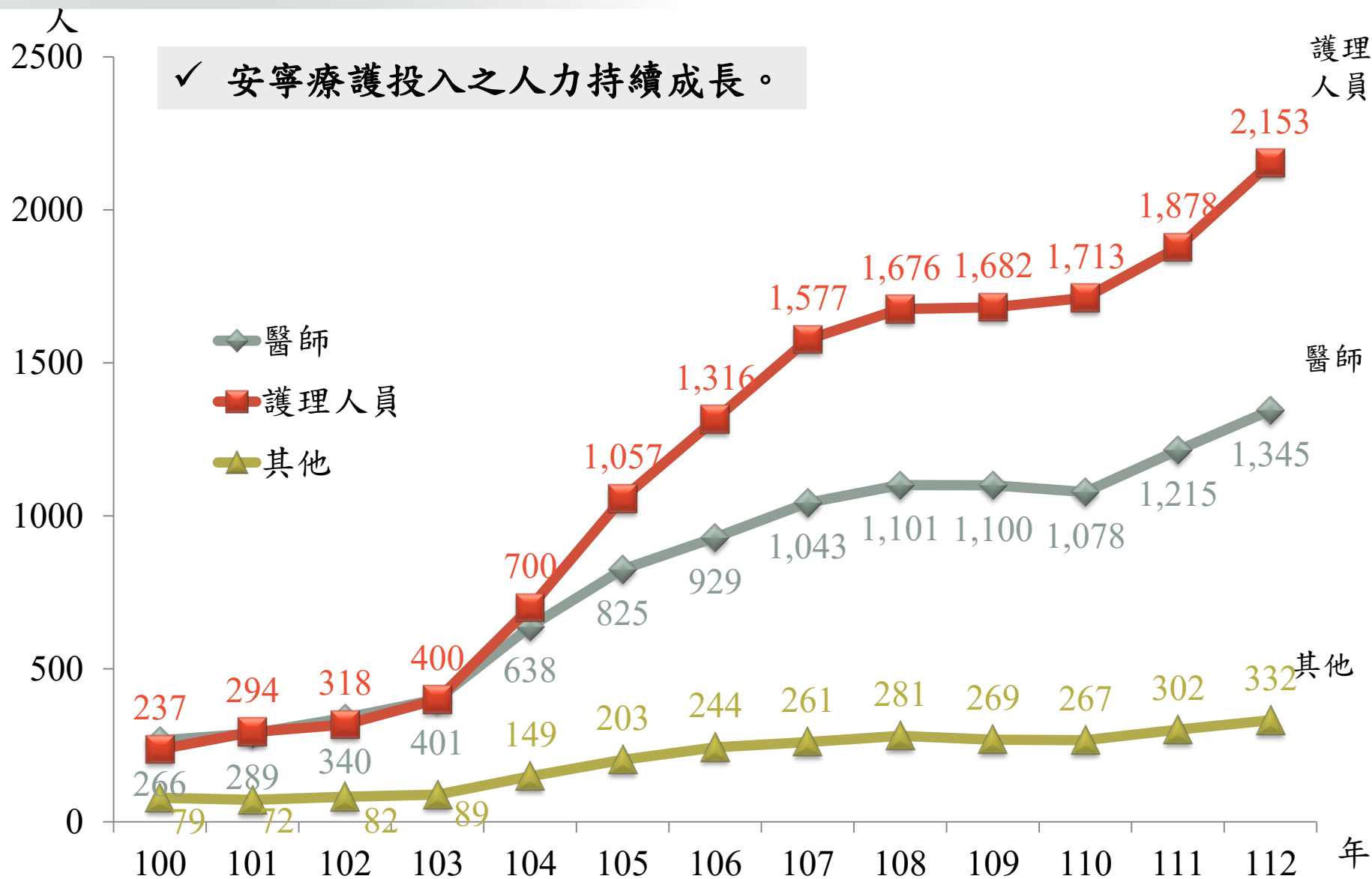
呼吸器依賴患者住院費用(含ICU,RCC,RCW)



註

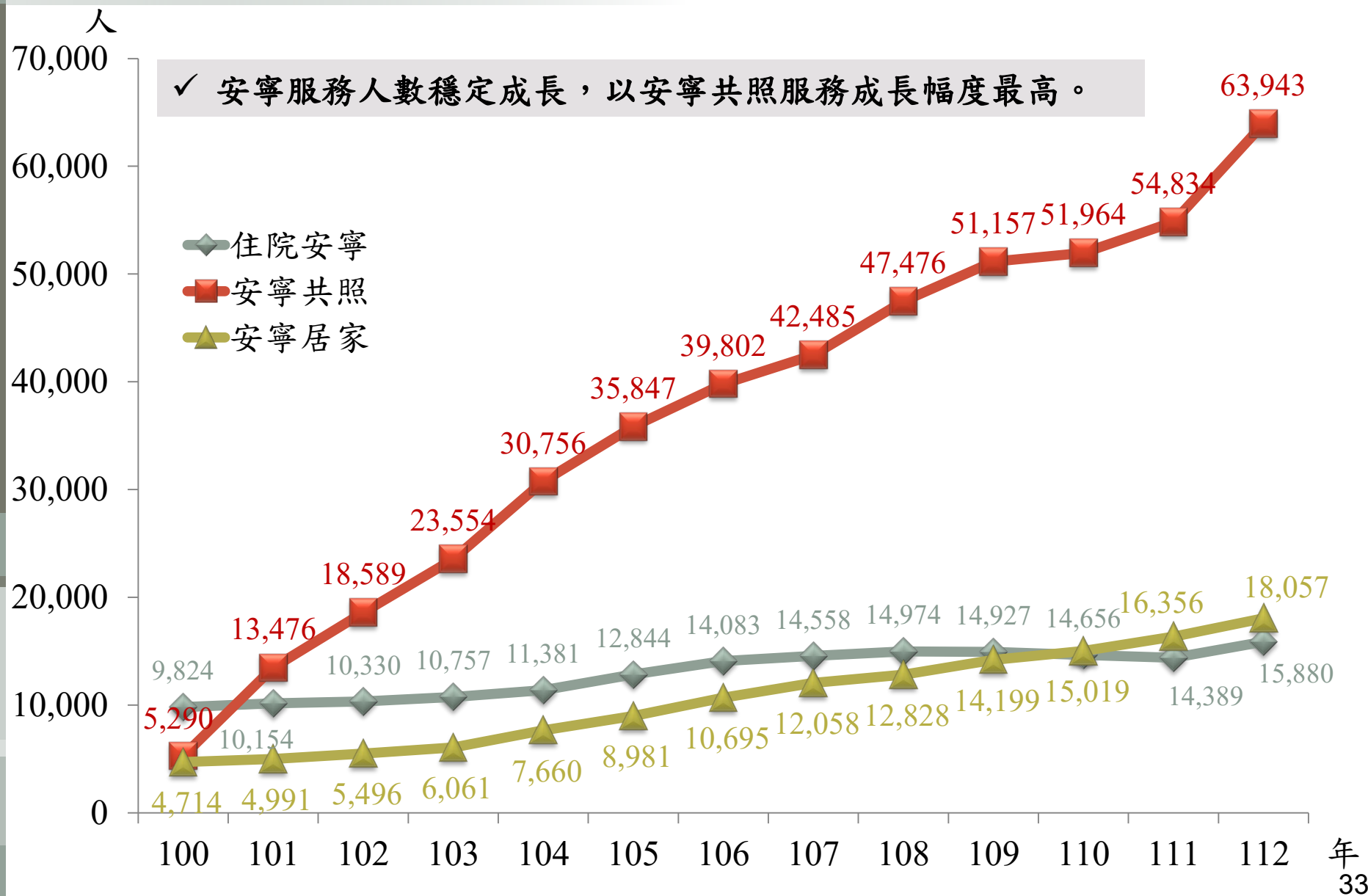
- 1.資料來源：健保三代倉儲資料。
- 2.呼吸器依賴患者，係指該年度某段申報資料中呼吸器使用天數超過21天者，當年度中之新個案，申報57023B未申報57001B或57002B者不列入。
- 3.住院費用含病患住院當時之疾病治療處置費、手術費、檢查費、藥費、診察費及病房費等。

推廣安寧療護-供給面



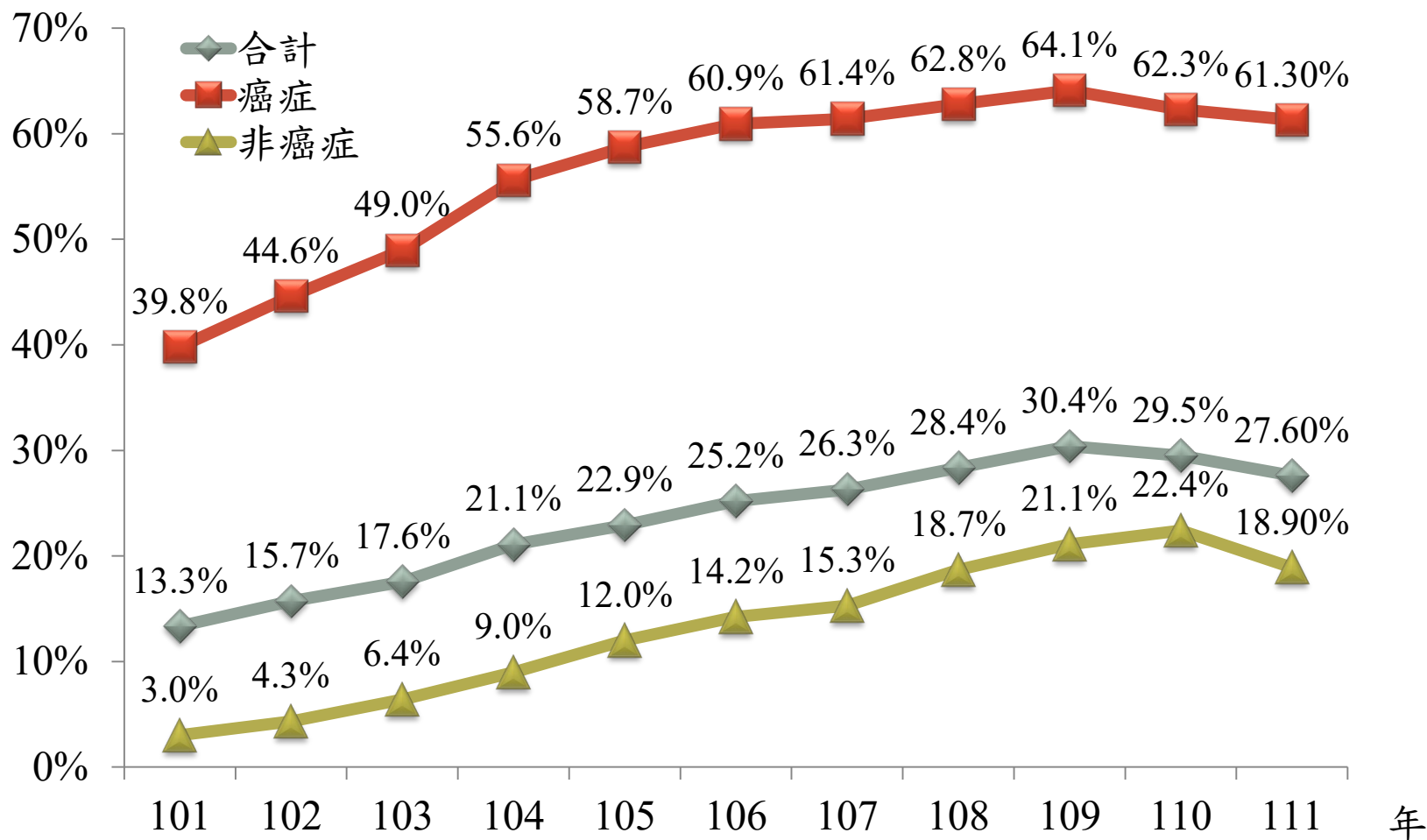
安寧療護推動成效-服務人數

✓ 安寧服務人數穩定成長，以安寧共照服務成長幅度最高。



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。

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

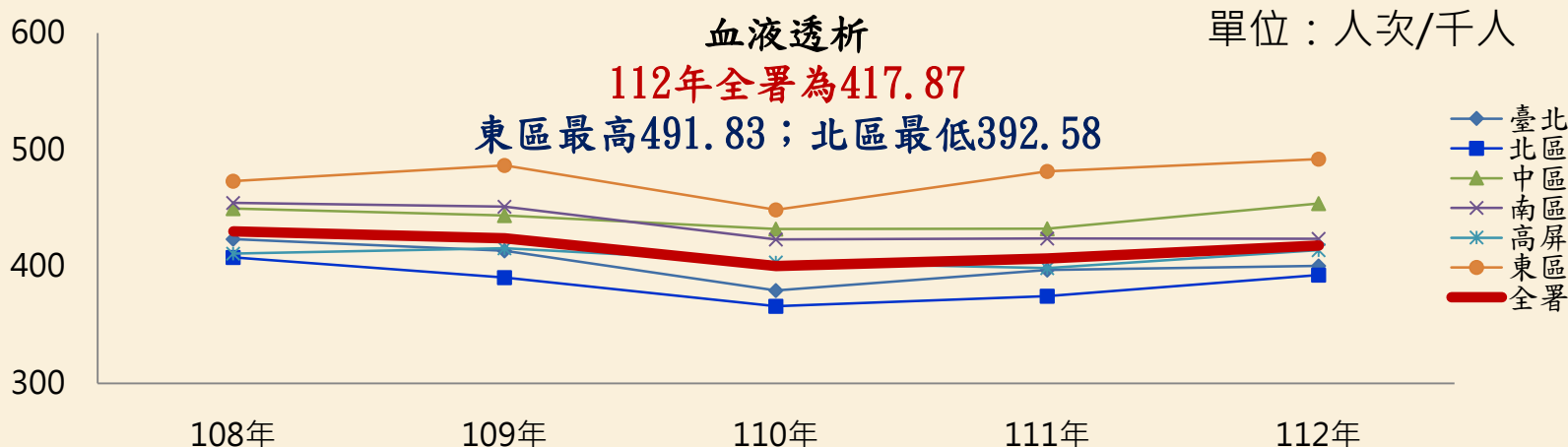
護病比加成率	醫學中心			區域醫院			地區醫院		
	護病比範圍	申報月次	占率	護病比範圍	申報月次	占率	護病比範圍	申報月次	占率
20%	<7.0	128	42.7%	<10.0	823	78.8%	<13.0	3,552	86.5%
17%	7.0-7.4	105	35.0%	10.0-10.4	79	7.6%	13.0-13.4	74	1.8%
14%	7.5-7.9	49	16.3%	10.5-10.9	51	4.9%	13.5-13.9	57	1.4%
5%	8.0-8.4	18	6.0%	11.0-11.4	26	2.5%	14.0-14.4	40	1.0%
2%	8.5-8.9	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

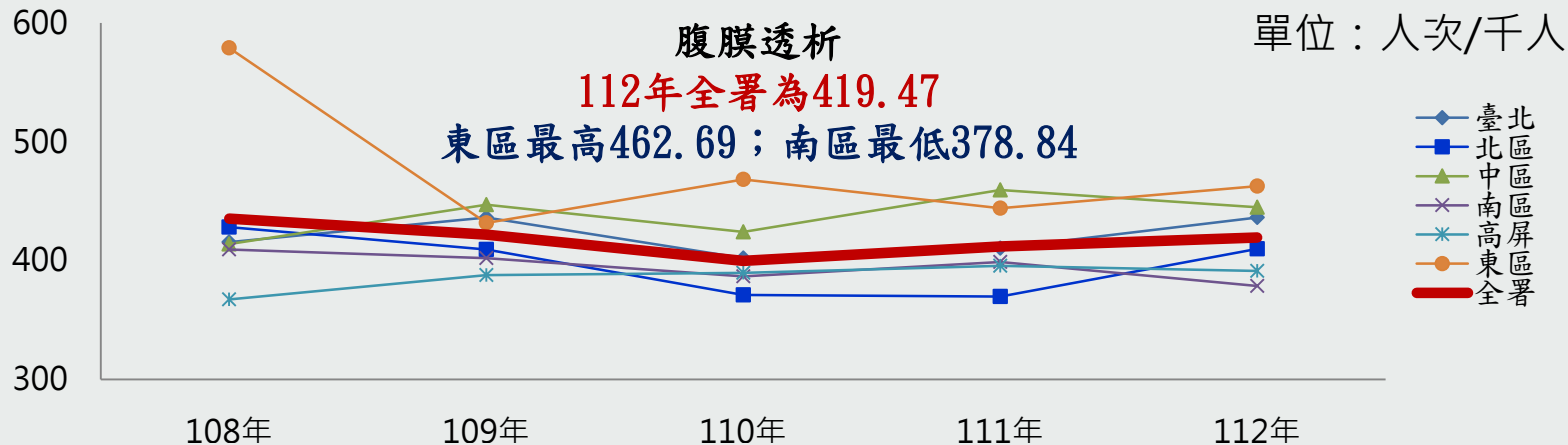
護病比加成率	醫學中心			區域醫院			地區醫院		
	護病比範圍	申報月次	占率	護病比範圍	申報月次	占率	護病比範圍	申報月次	占率
20%	<7.0	31	10.3%	<10.0	614	58.2%	<13.0	3,523	86.1%
17%	7.0-7.4	83	27.7%	10.0-10.4	173	16.4%	13.0-13.4	69	1.7%
14%	7.5-7.9	139	46.3%	10.5-10.9	145	13.7%	13.5-13.9	64	1.6%
5%	8.0-8.4	33	11.0%	11.0-11.4	44	4.2%	14.0-14.4	66	1.6%
2%	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	

血液、腹膜透析病人住院率

負向指標



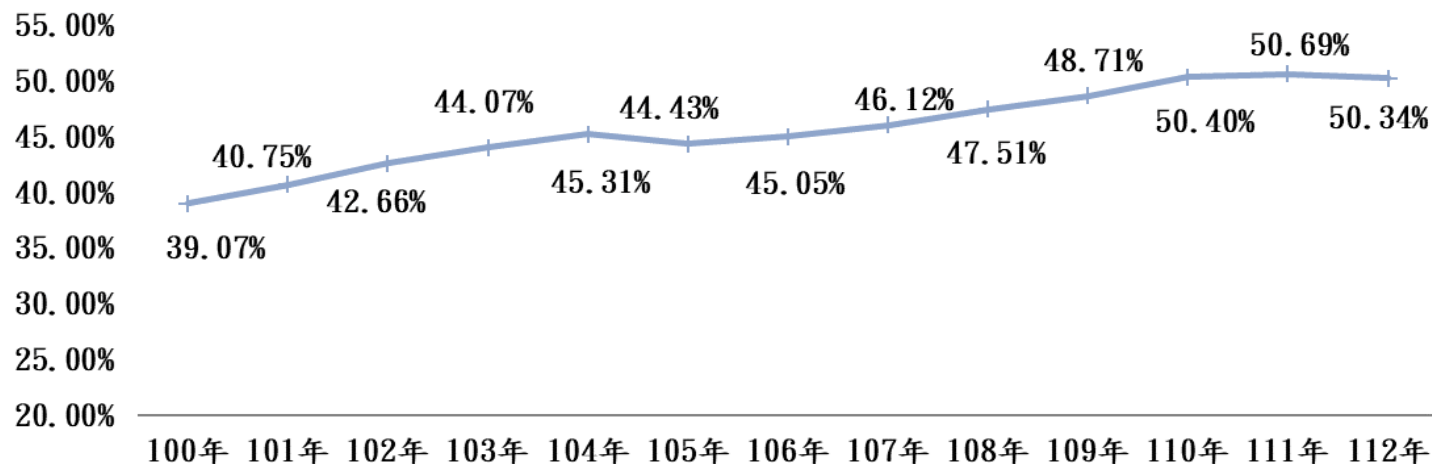
血液透析住院情形：108年430.04、112年417.87；112年較108年略下降



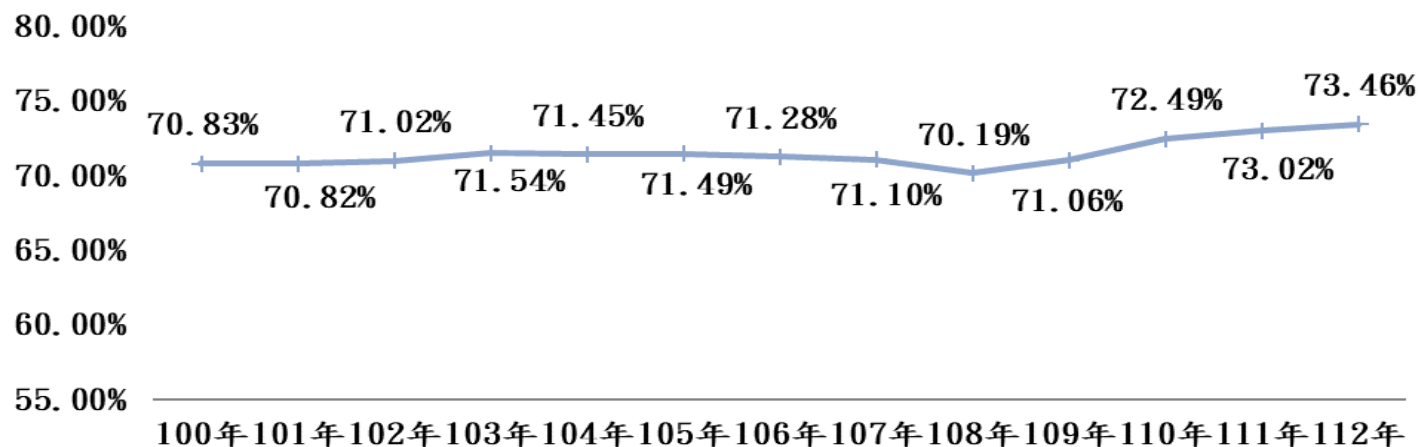
腹膜透析住院情形：108年435.28、112年419.47；112年較108年略下降

慢性病開立慢性病連續處方箋百分比

醫院總額



西醫基層總額

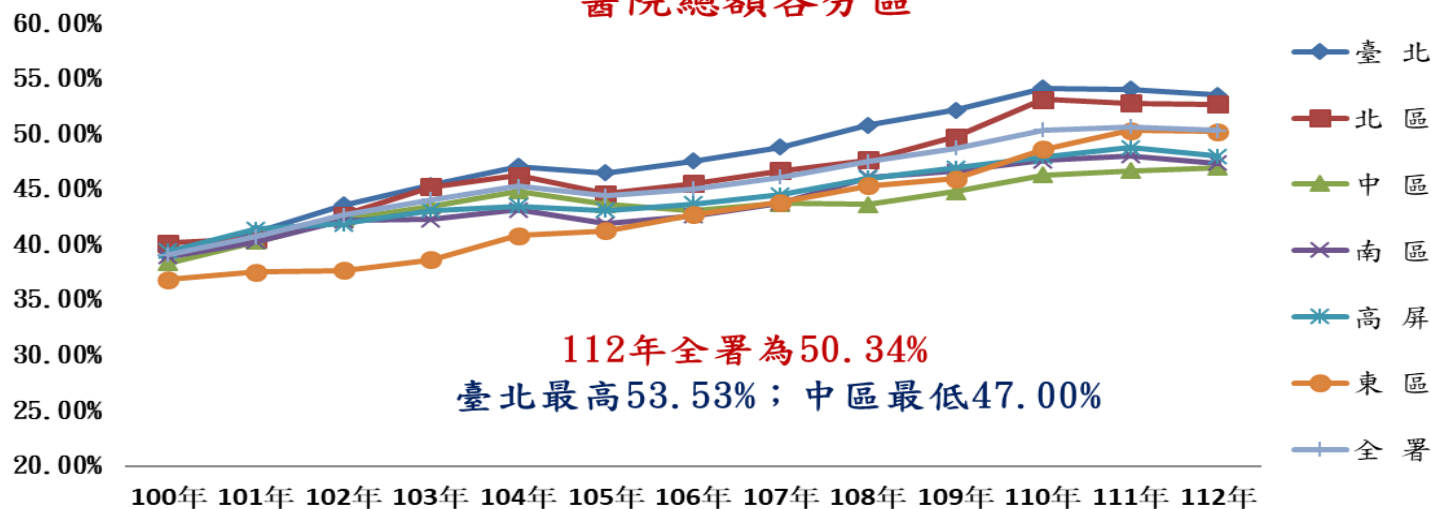


備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1318、223)。

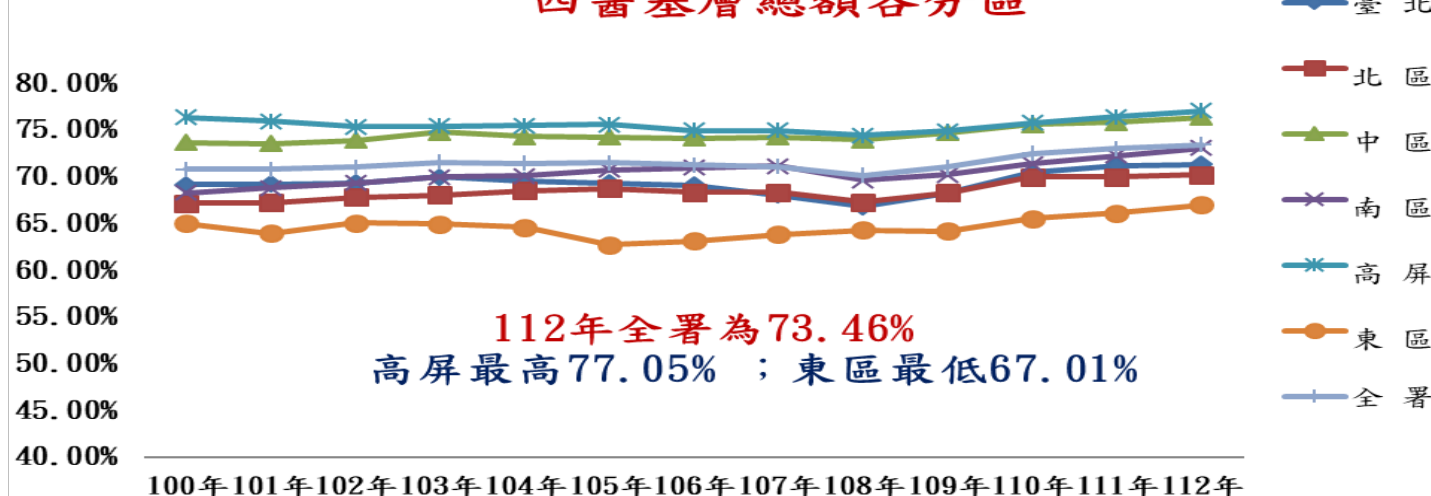
製表日期:113年5月22日

慢性病開立慢性病連續處方箋百分比

醫院總額各分區



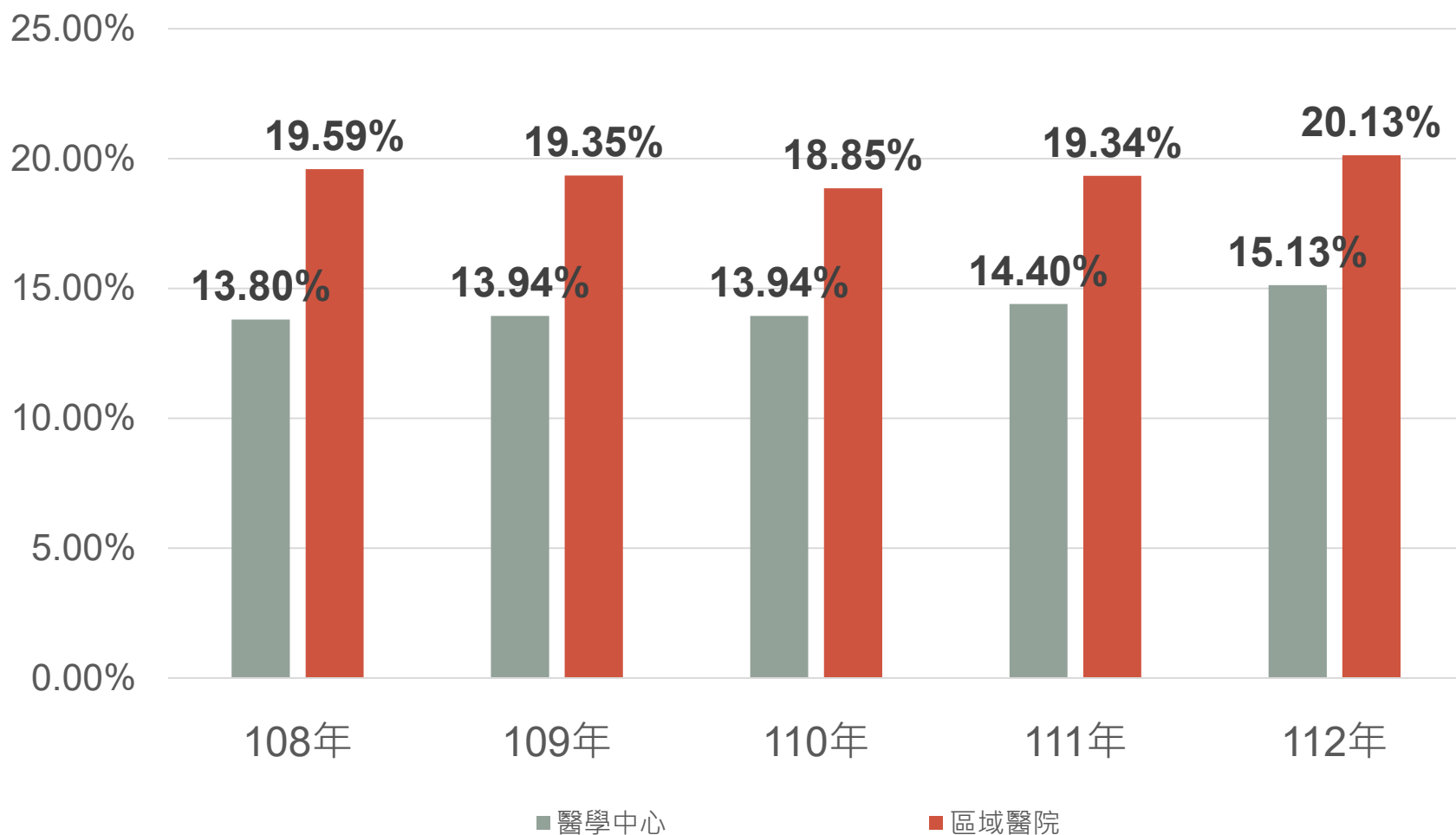
西醫基層總額各分區



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

108-112年醫學中心及區域醫院門診初級照護之次數占率





執行概況—效率面



西醫部門

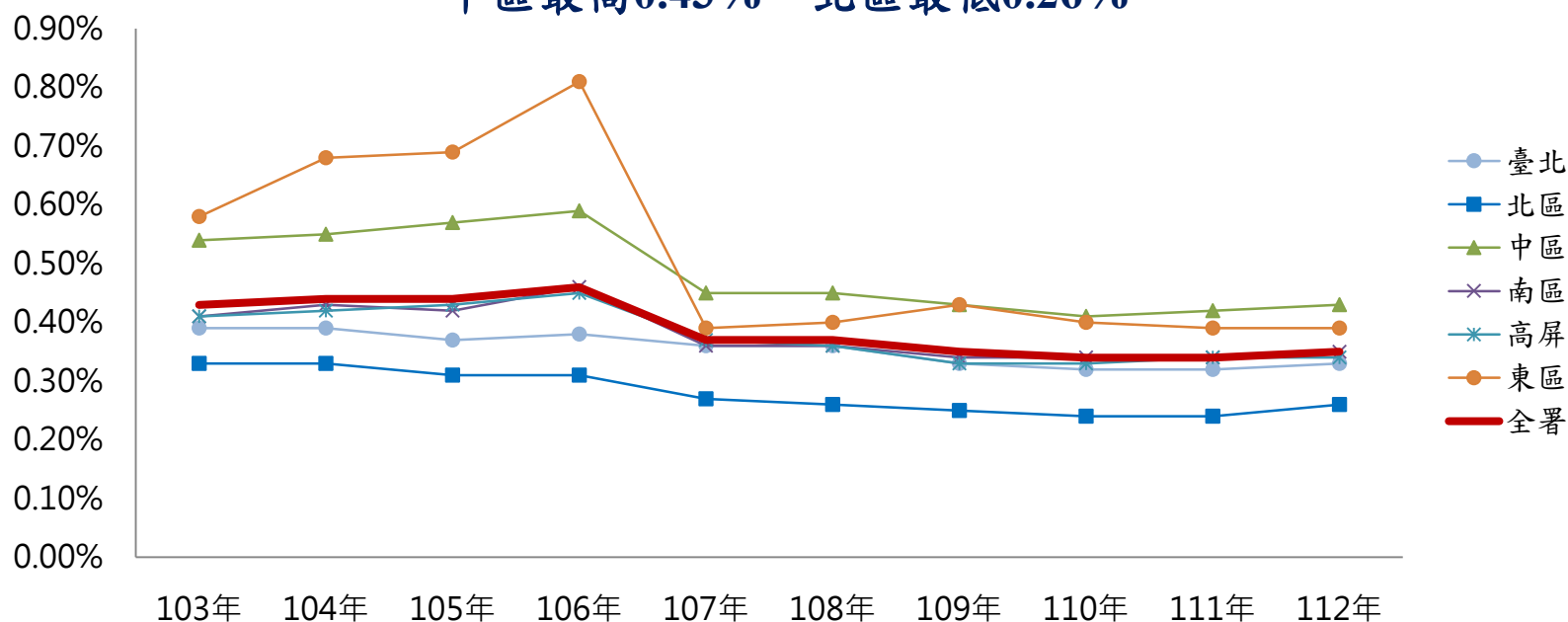
中醫部門

牙醫部門

中醫門診後隔日再次就診中醫之比率

負向指標

112年全署為0.35%
中區最高0.43%，北區最低0.26%



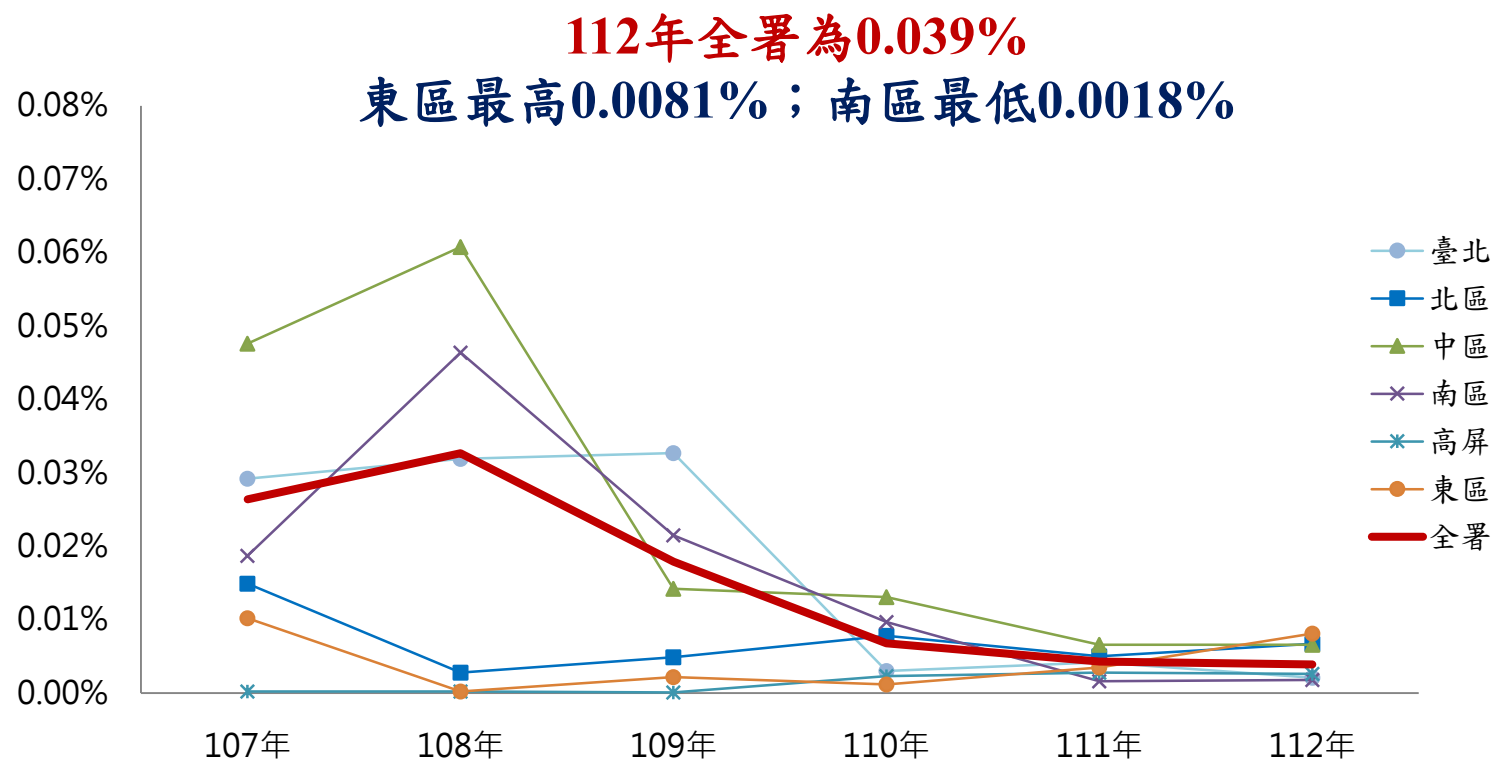
備註：

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

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：

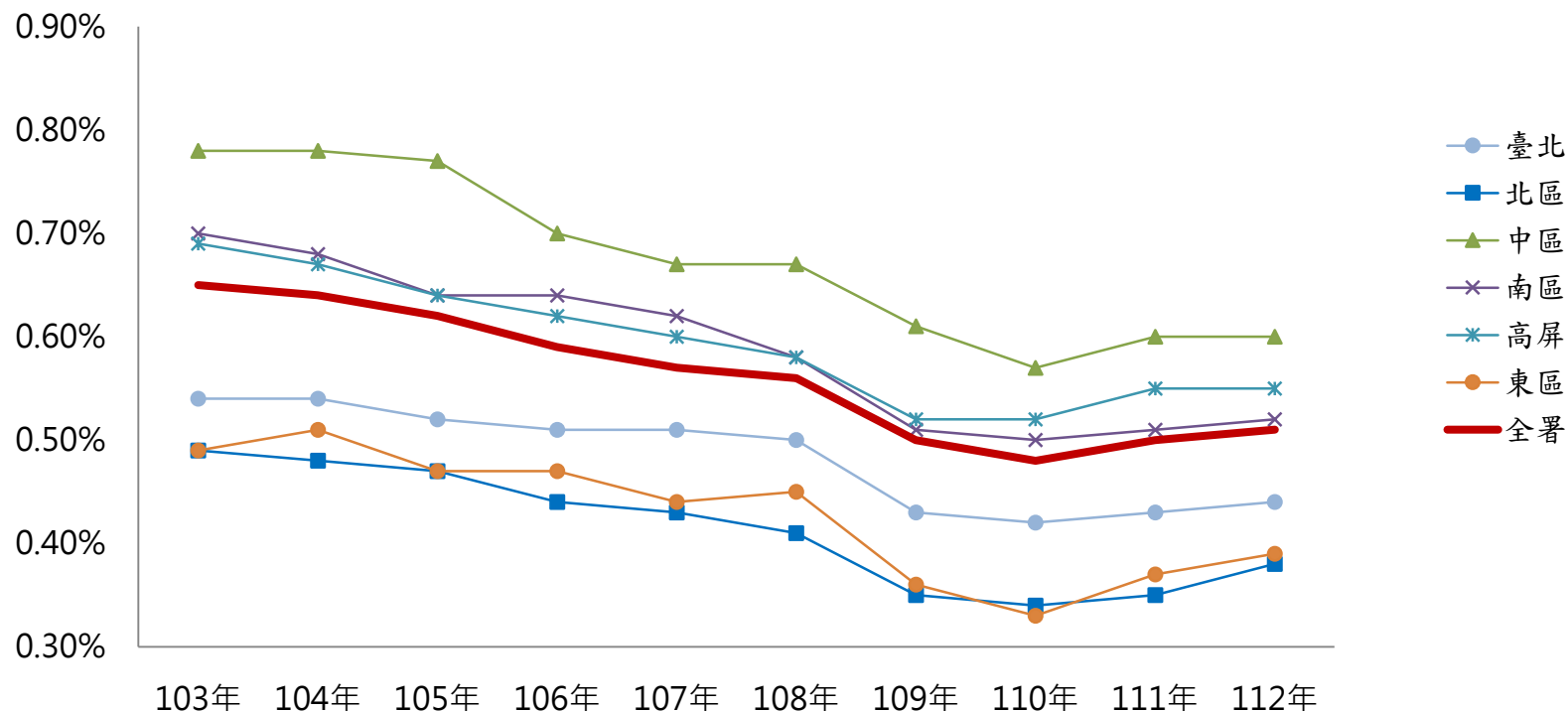
1.資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統（DA代號：3270）

2.製表日期：113年5月27日

中醫門診處方用藥日數重疊二日以上之比率

負向指標

112年全署為0.51%
中區最高0.60%；北區最低0.38%



備註：

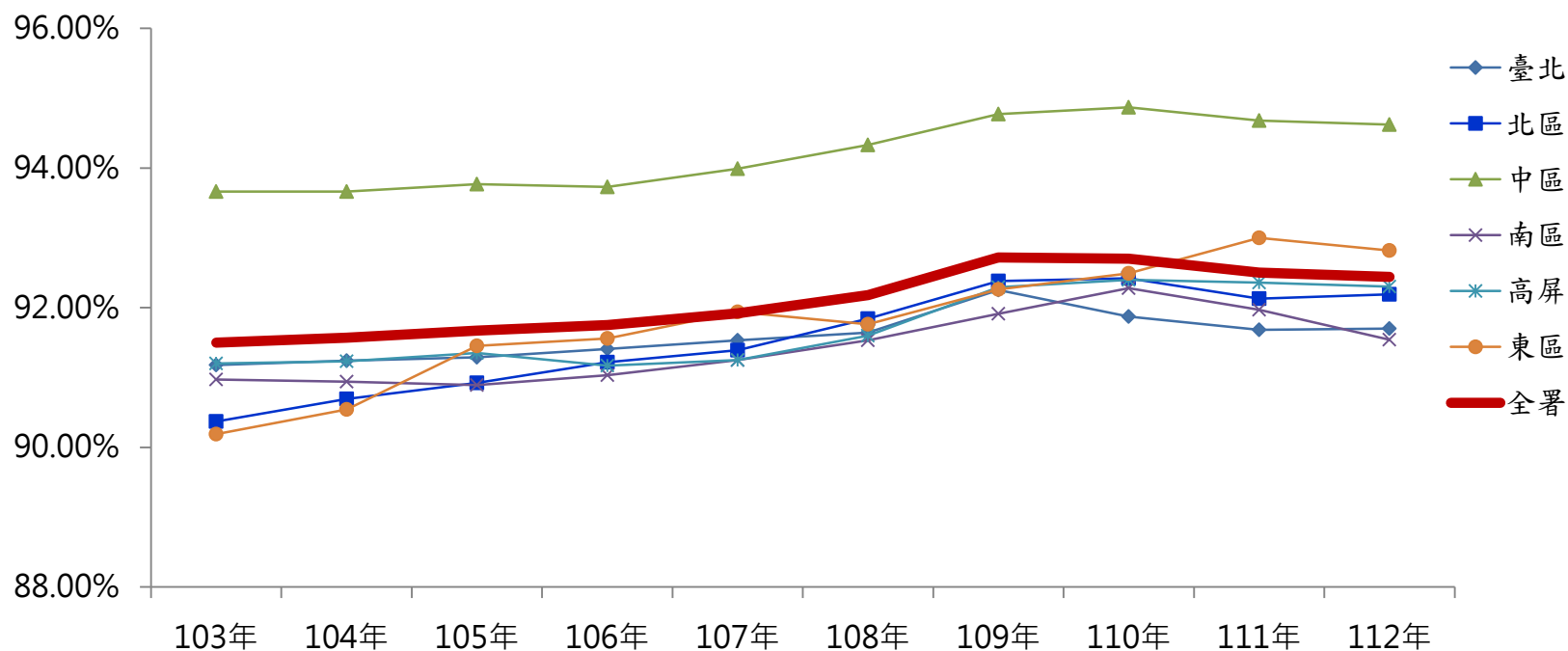
1.資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統（DA代號：82）

2.製表日期：113年5月27日

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%

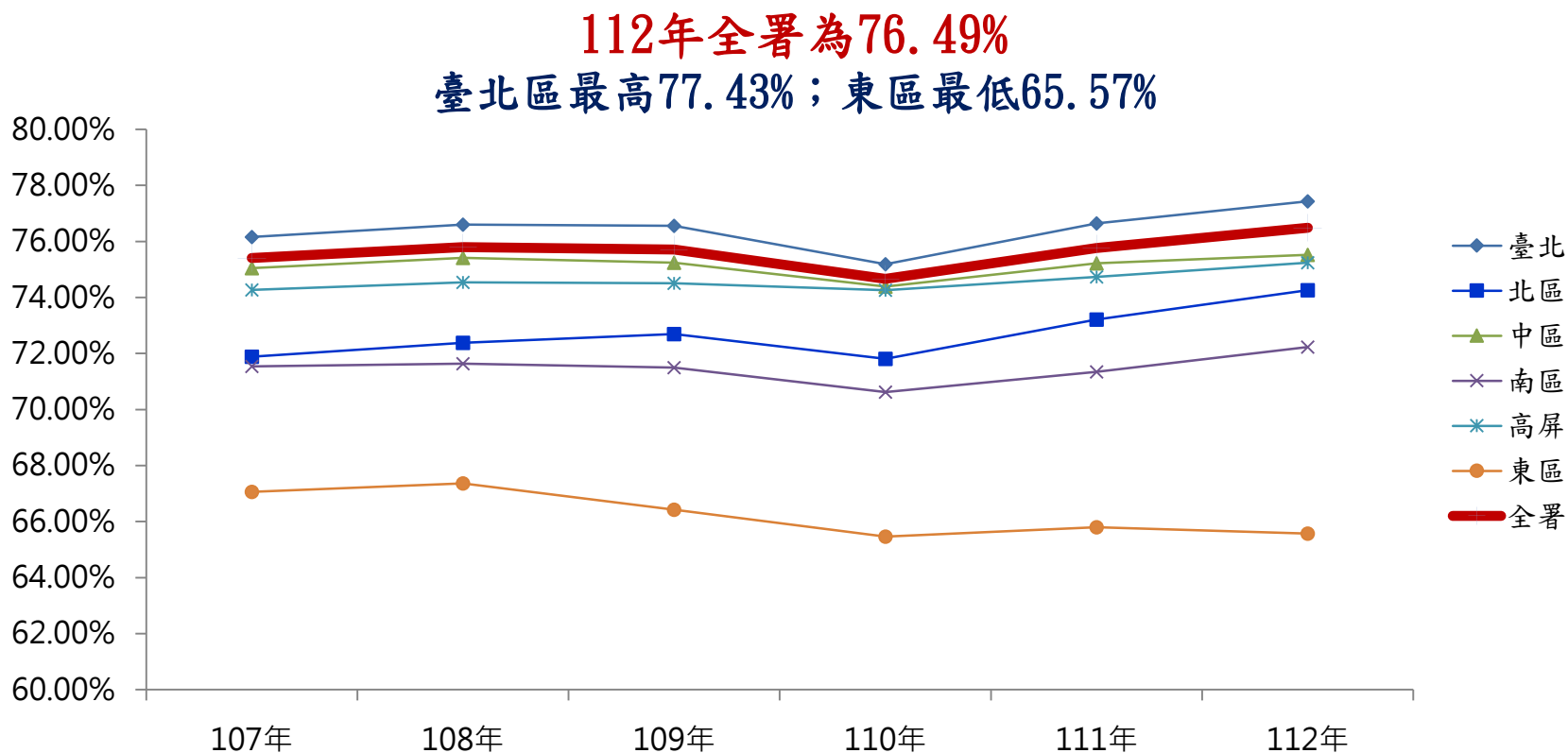


備註：

- 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

牙醫12歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率

正向指標



備註：

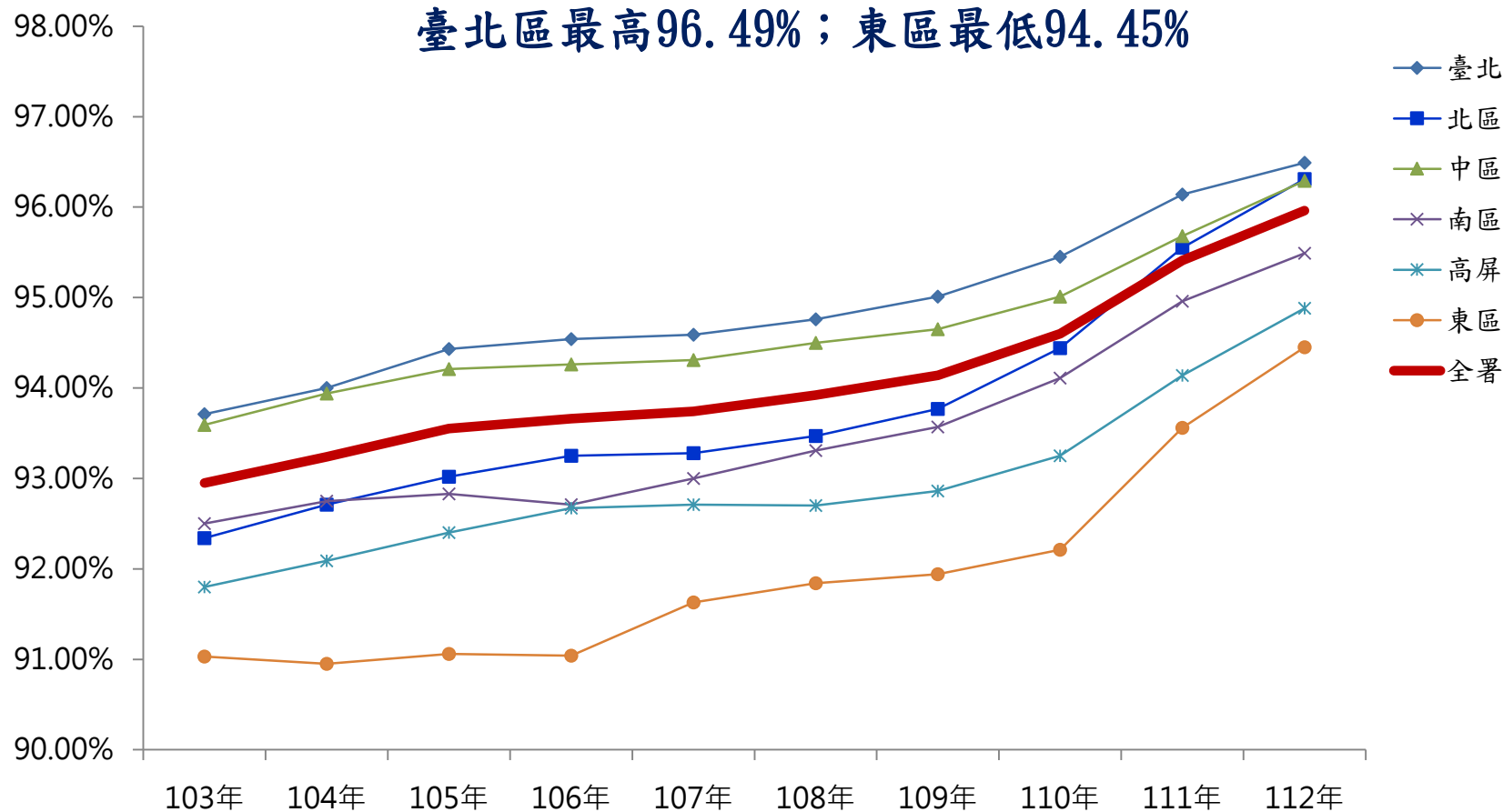
1.資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號：3234)。

2.製表日期：113年5月27日

牙醫保險對象牙齒填補保存率-二年以內

正向指標

112年全署為95.96%
臺北區最高96.49%；東區最低94.45%



備註：

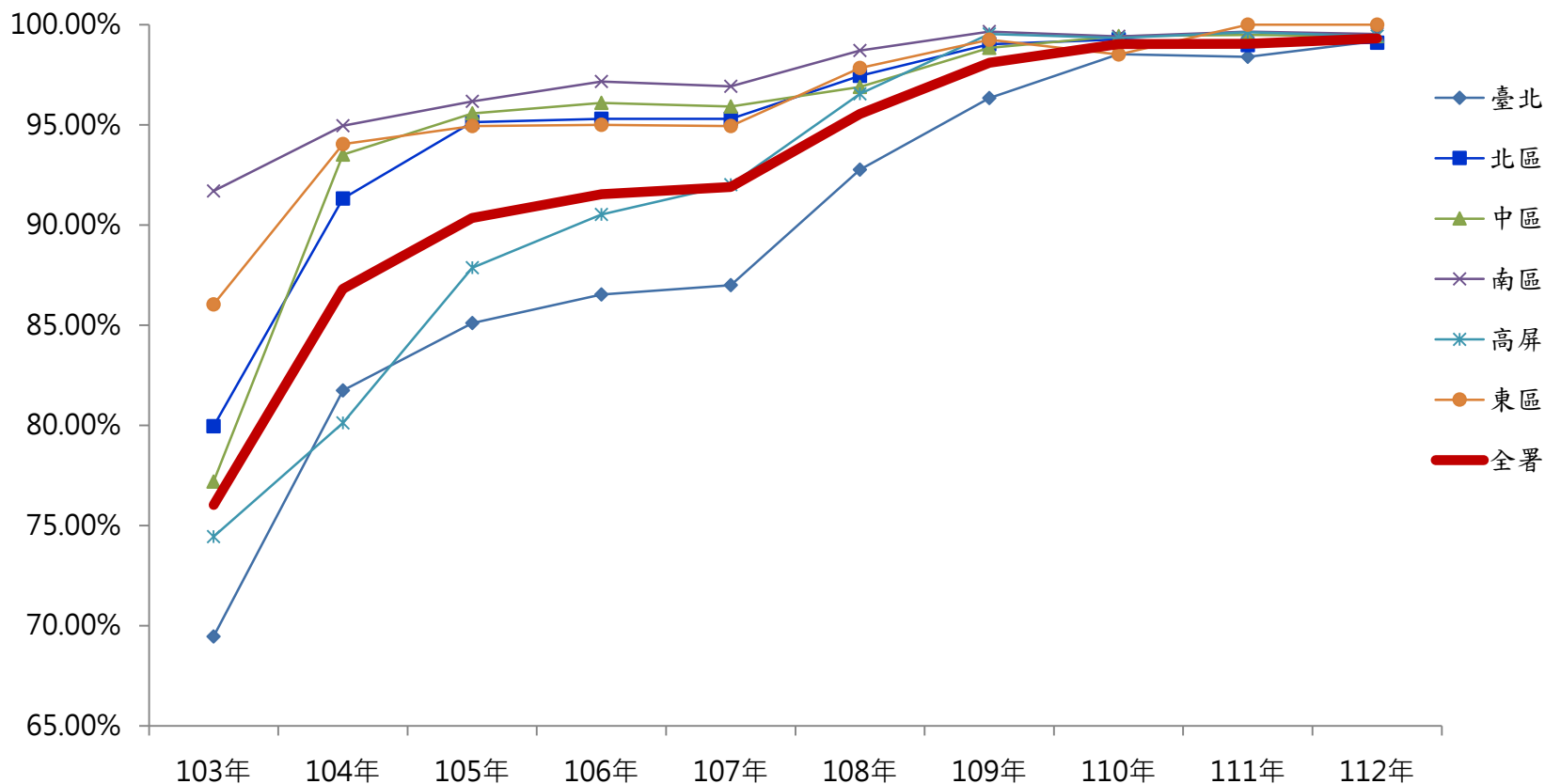
1.資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號：226)。

2.製表日期：113年5月27日

牙醫院所加強感染管制診察費申報率

正向指標

112年全署為99.31%
東區最高100.00%；北區最低99.09%



備註：

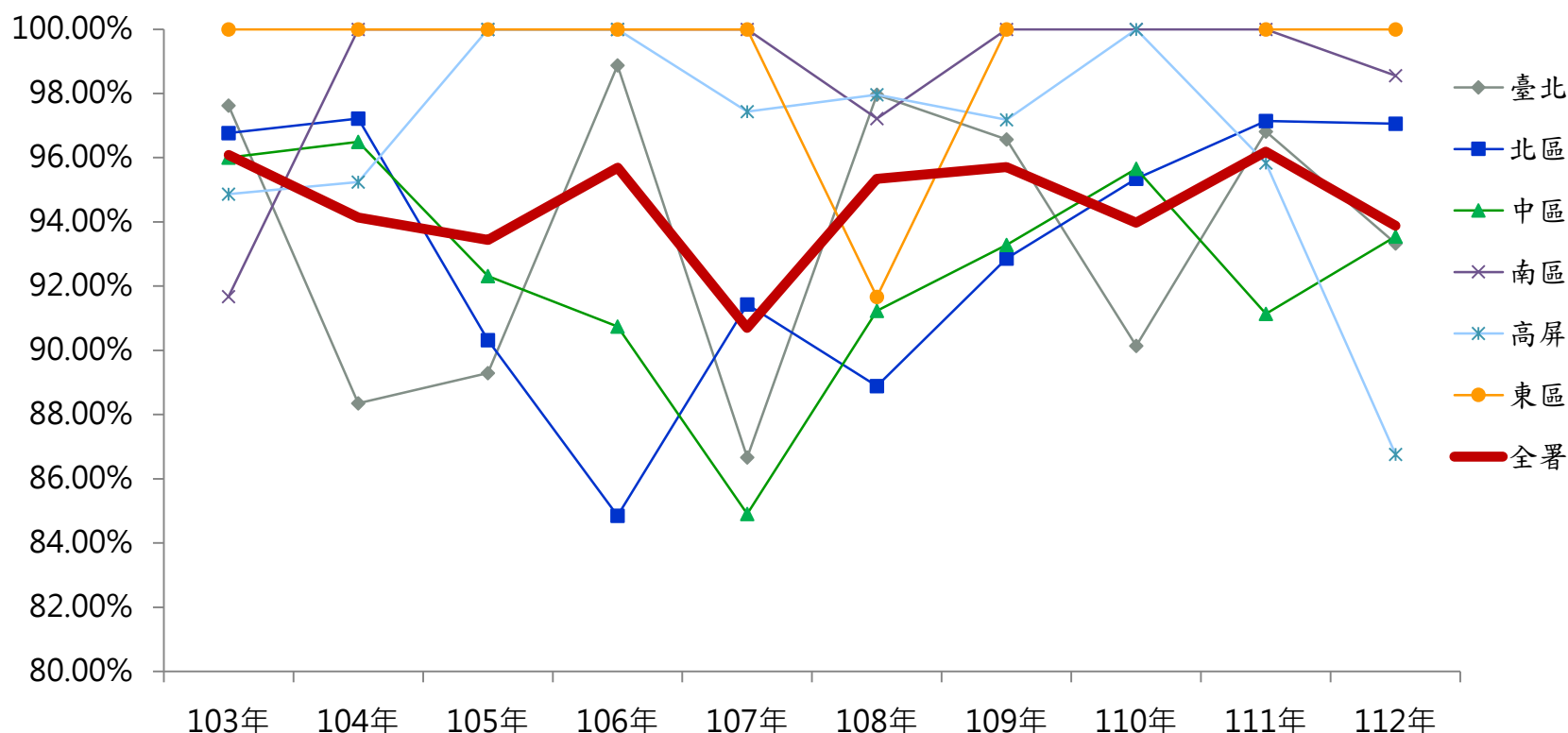
1.資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號：813)。

2.製表日期：113年5月27日

牙醫執行加強感染管制診察費院所查核合格率

正向指標

112年全署為96.19%
東區最高100.00%；高屏最低86.76%



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



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

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。

全民健康保險醫療品質資訊公開網



緣起



「全民健康保險醫療品質資訊公開網」民眾版最主要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保醫療品質及疾病照護資訊，並可與相關衛衛搜尋網頁連結，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，因為健保申報資料欄位有限，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，醫療適當性仍需就病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



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



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。

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。

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

1. 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。
2. 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. 鼓勵當年度週日開診超過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申報費用之60%。

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%	8分(年)	受檢率 \geq 90%	8分(年)
	(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%			
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%	8分(年)	受檢率 \geq 90%	8分(年)
	(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%			
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)

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 血液透析	45	532	42	72%	<70或 無指標 分數	208	45	549	42	73%	<70或 無指標 分數	196
析 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	

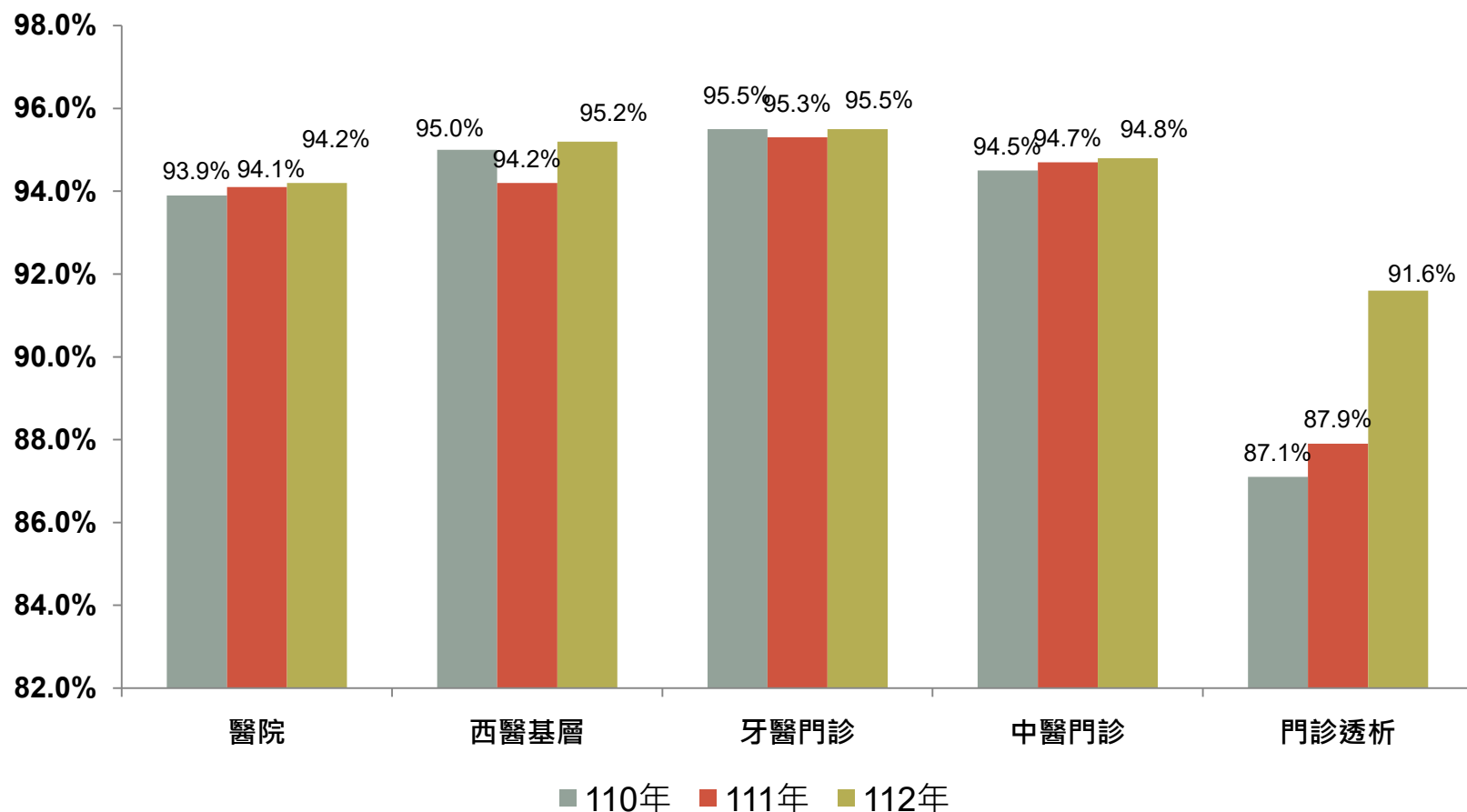
註:111年核發結果為初步統計，尚須俟各總額部門研商議事會議確認。

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%

滿意度調查-整體醫療結果



註：滿意程度=滿意+非常滿意

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。

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
醫療行政或違規事項	223	34%
其他	118	18%
額外收費(自費抱怨)	117	18%
總件數	648	100%

牙醫	件數	占率
疑有虛報醫療費用	58	37%
醫療行政或違規事項	54	34%
服務態度及醫療品質	21	13%
總件數	157	100%

西醫基層	件數	占率
醫療行政或違規事項	135	35%
疑有虛報醫療費用	80	21%
其他	54	14%
總件數	388	100%

中醫	件數	占率
醫療行政或違規事項	22	26%
疑有虛報醫療費用	17	20%
其他	16	19%
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

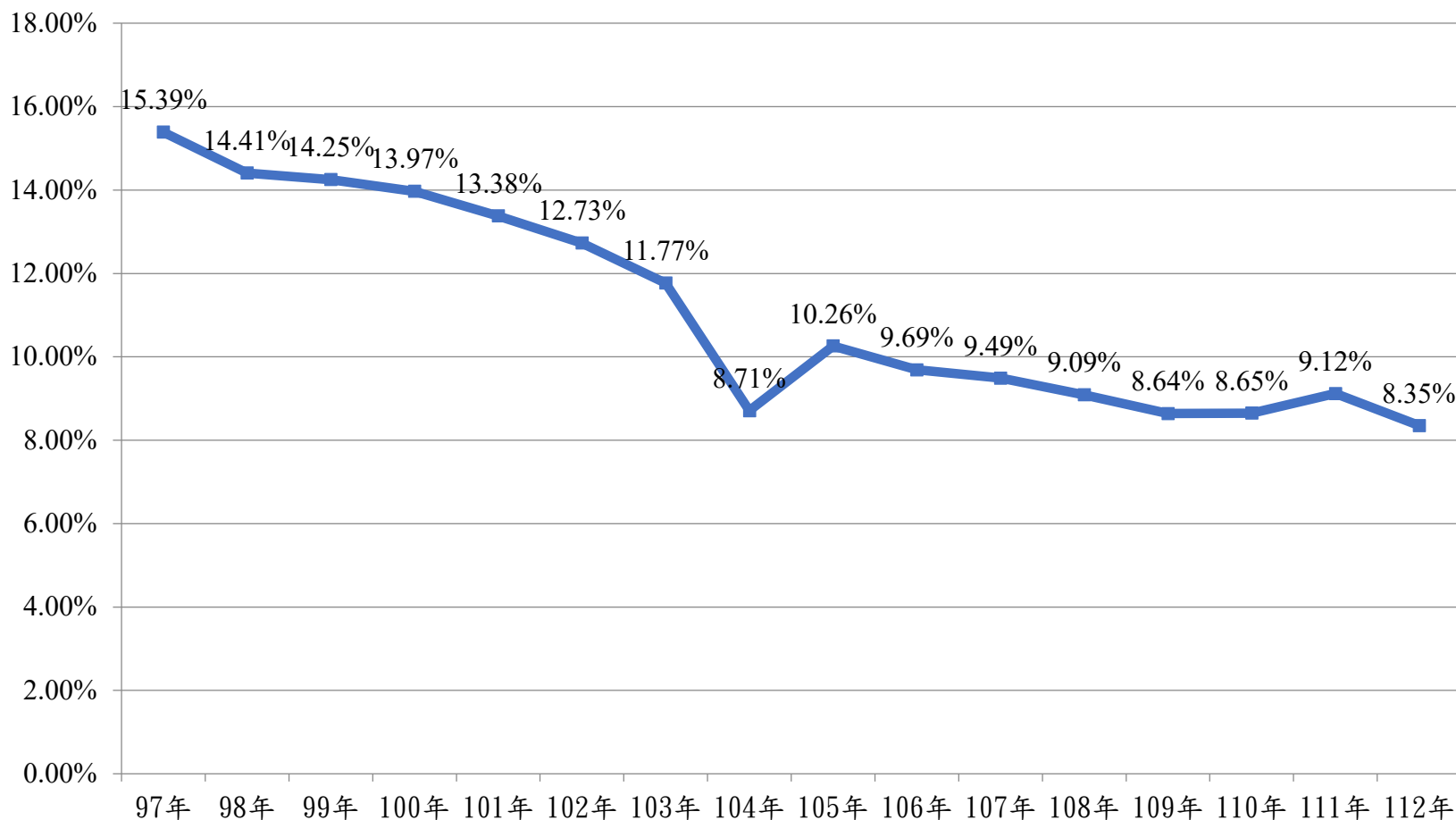
四

執行概況—安全性



死亡率
用藥日數重疊率

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)。

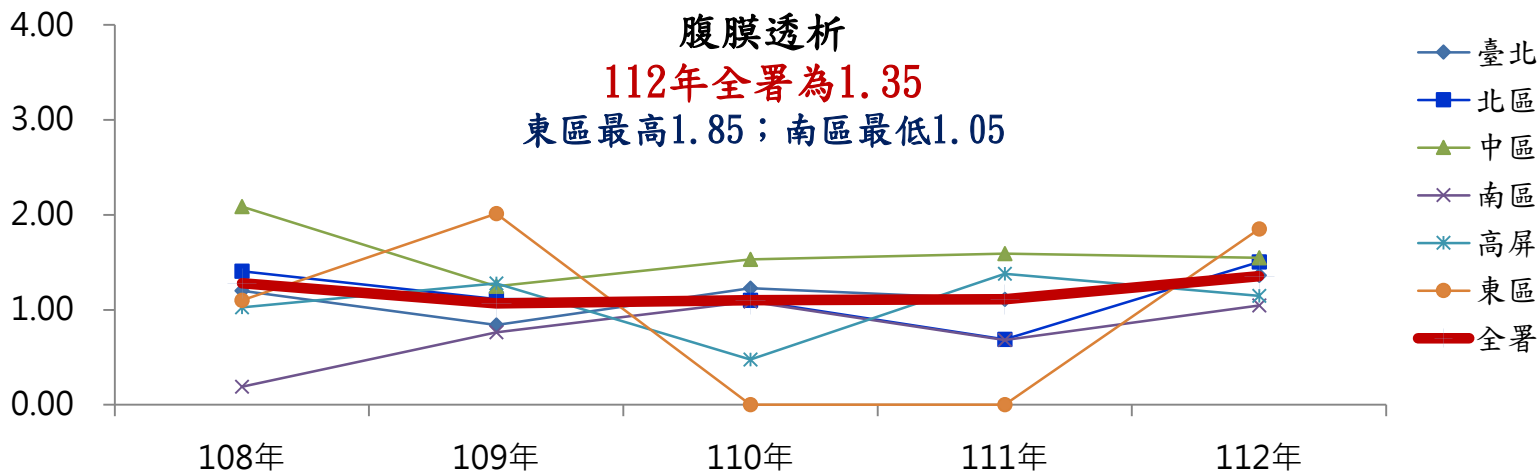
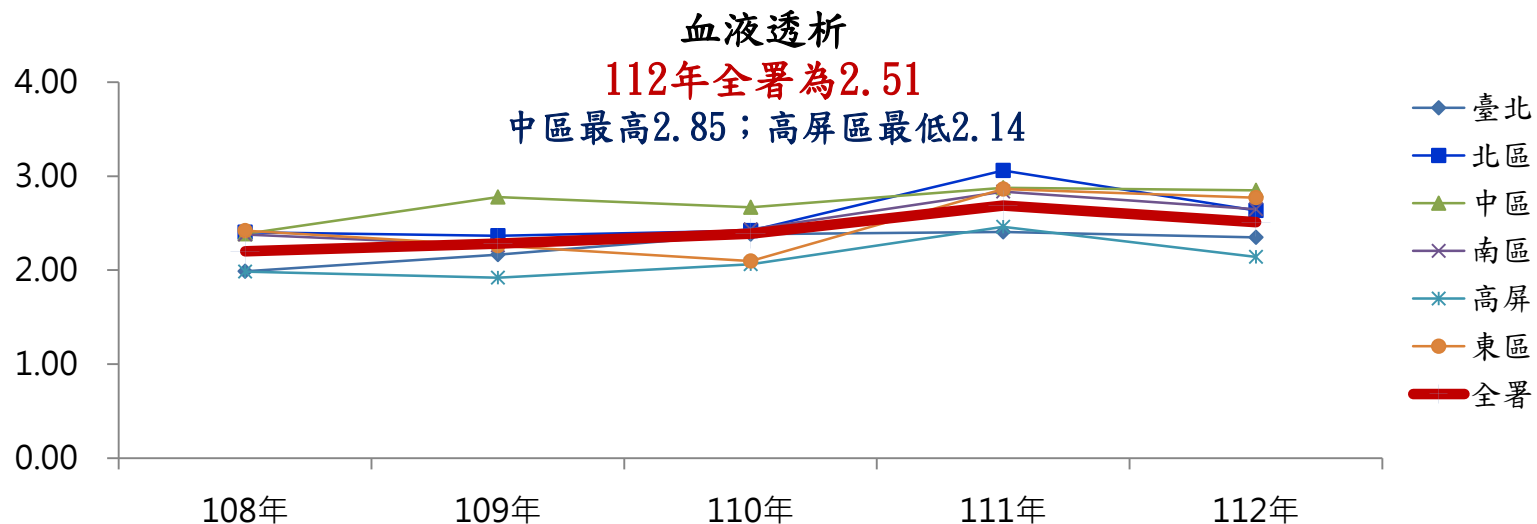
急性心肌梗塞死亡率=分母病患死亡個案數／18歲以上且主診斷為急性心肌梗塞之病患數。

製表日期:113年5月22日。

透析時間<1年之死亡率

負向指標

單位：人數/百人



備註：

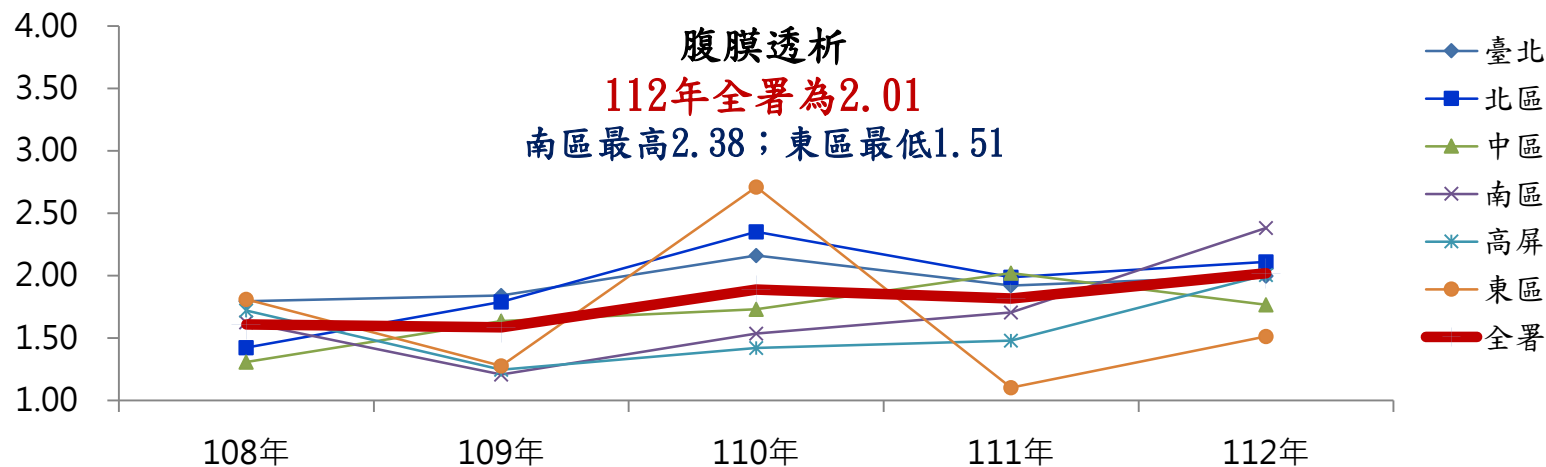
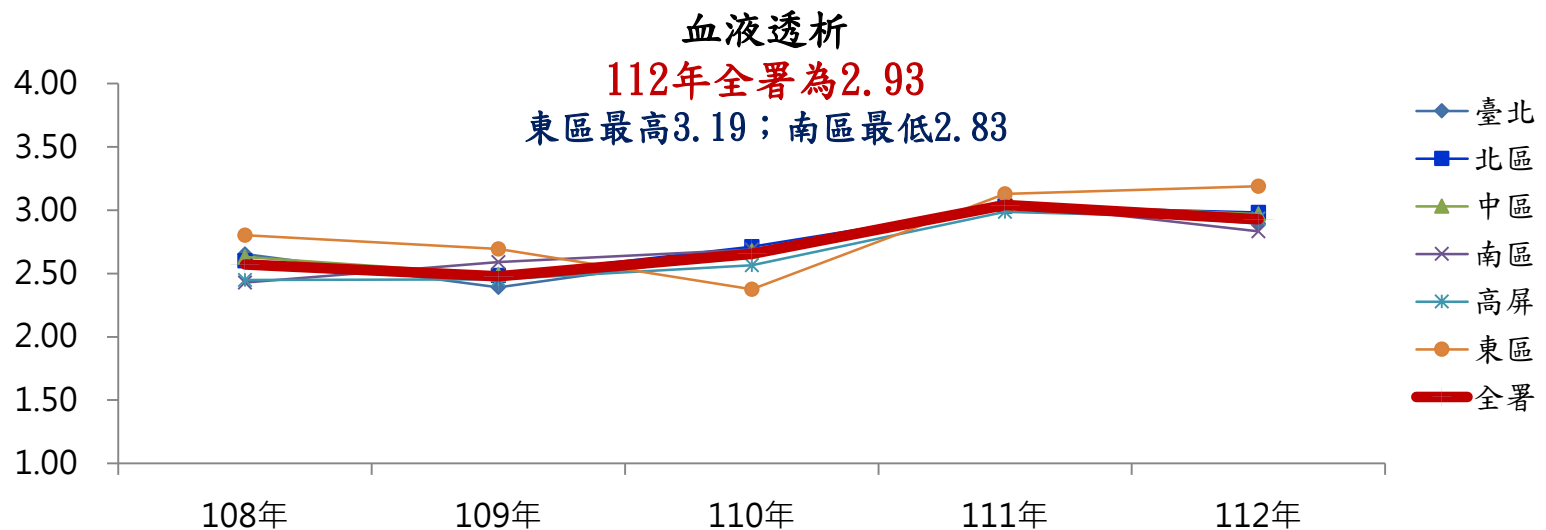
1.資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統（DA代號：3080、3082）

2.製表日期：113年5月27日。

透析時間 ≥ 1 年之死亡率

負向指標

單位：人數/百人

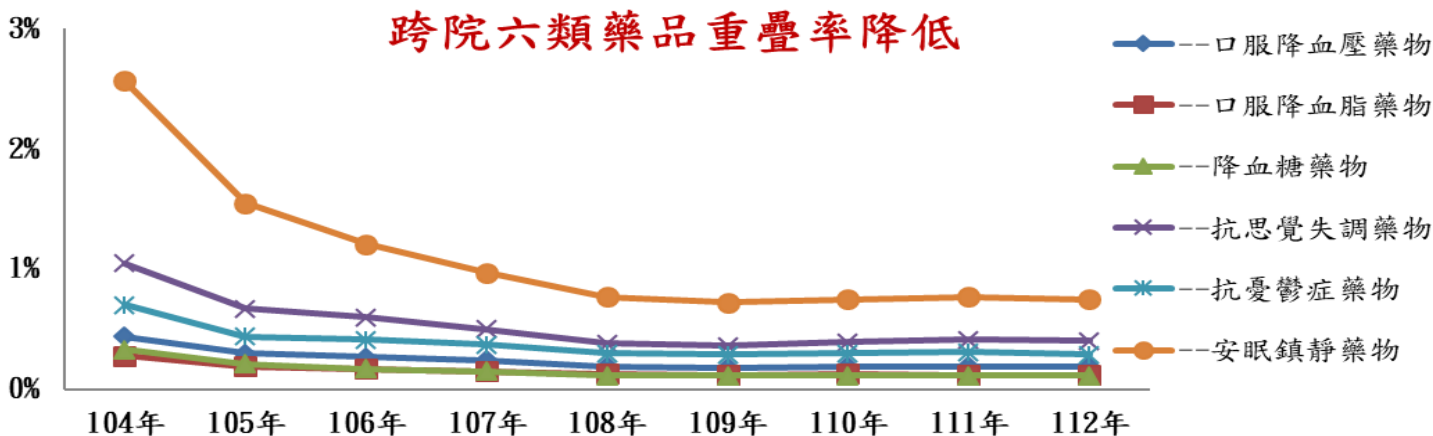
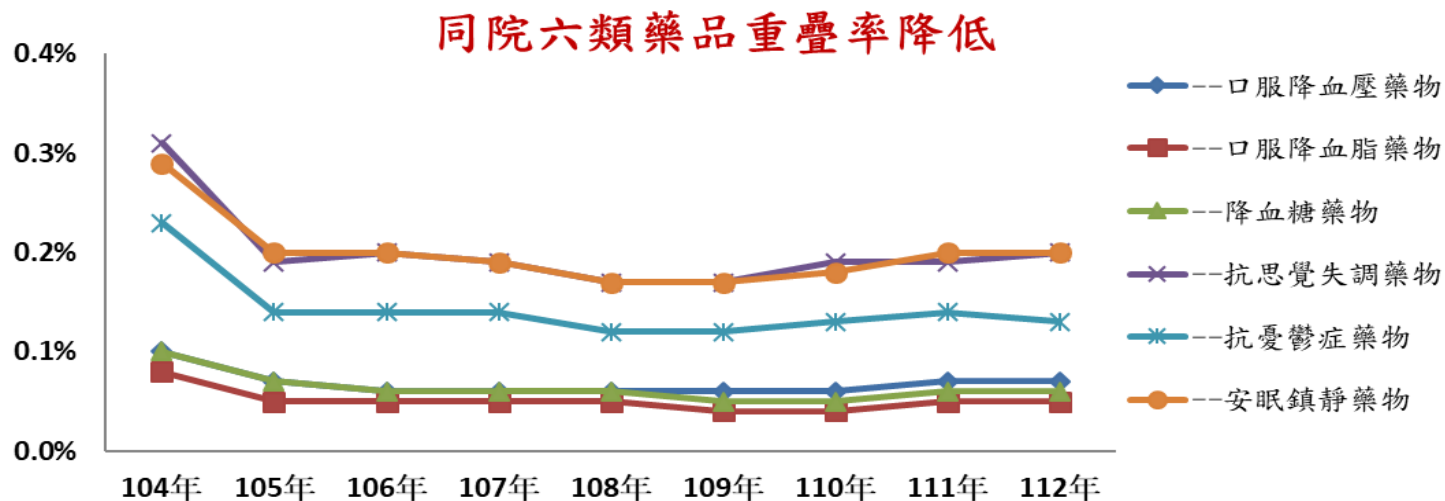


備註：

1.資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統（DA代號：3084、3086）

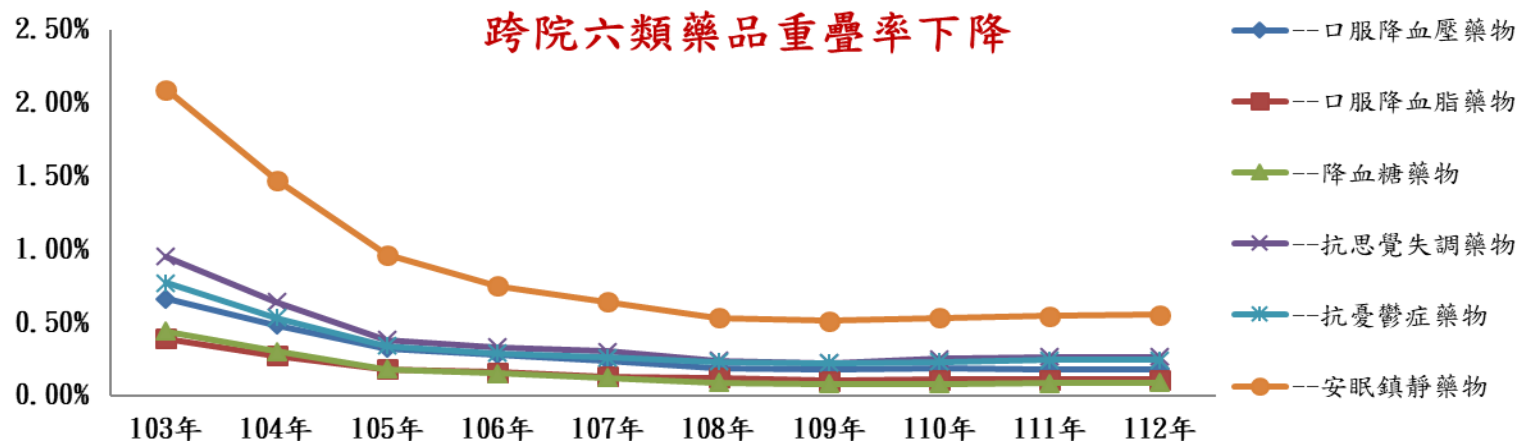
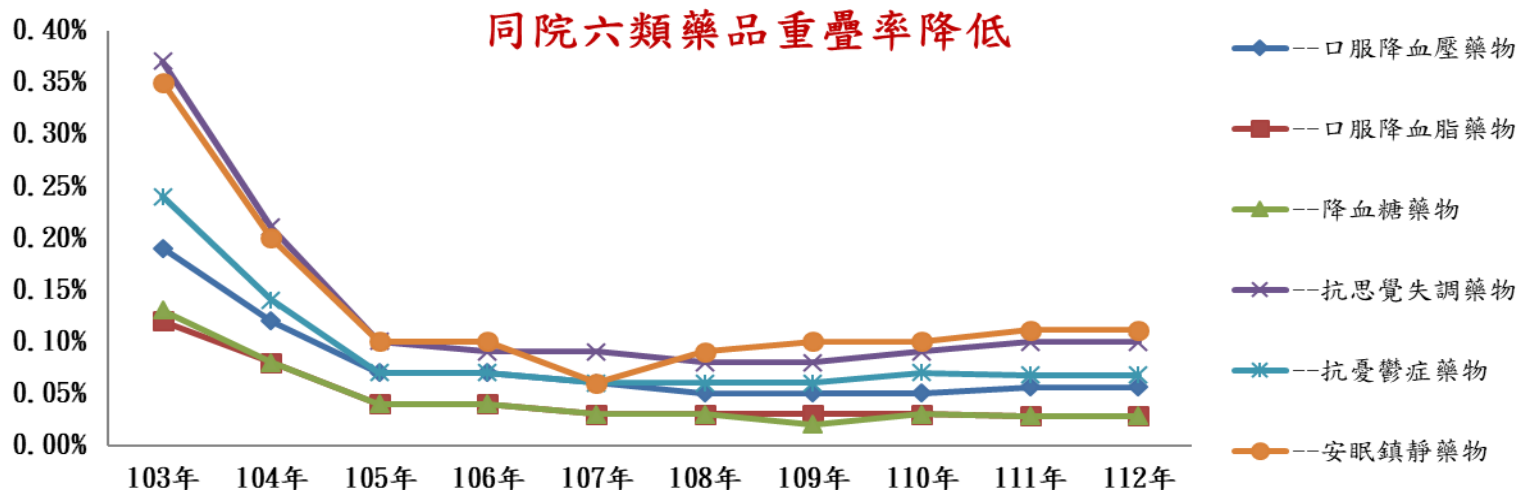
2.製表日期：113年5月27日。

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。

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。

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

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

108年

公開徵求有意願參與之醫療團隊

109年初

- ◆ 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年中

- ◆ 109年5月邀請專家學者召開審查會議，因收案數不符合期待、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

- ◆ 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



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

花蓮縣秀林鄉全人整合照護執行方案 -111-112年執行成效

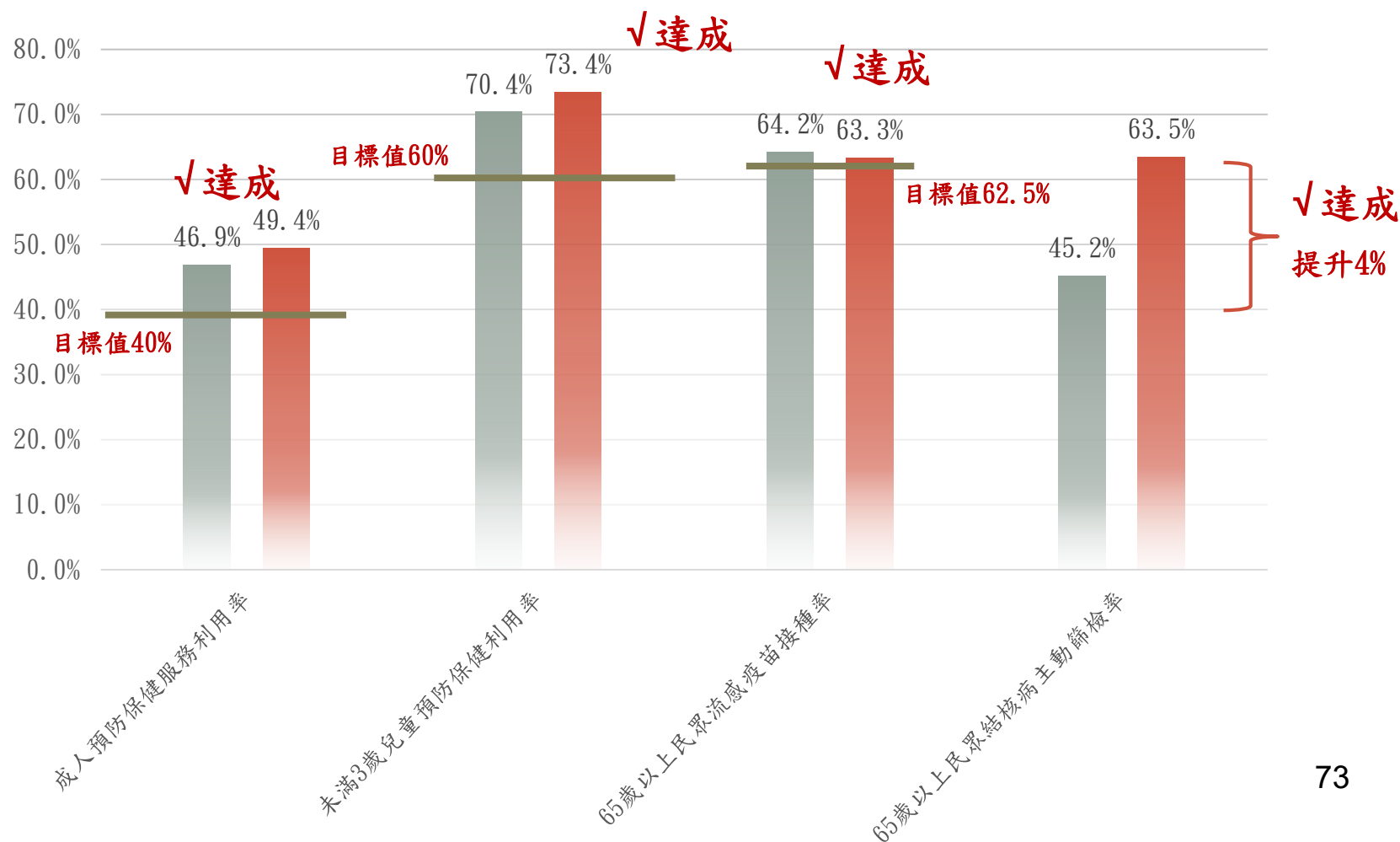
- 計畫期間：111.1.1-113.12.31(3年)

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)**。

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

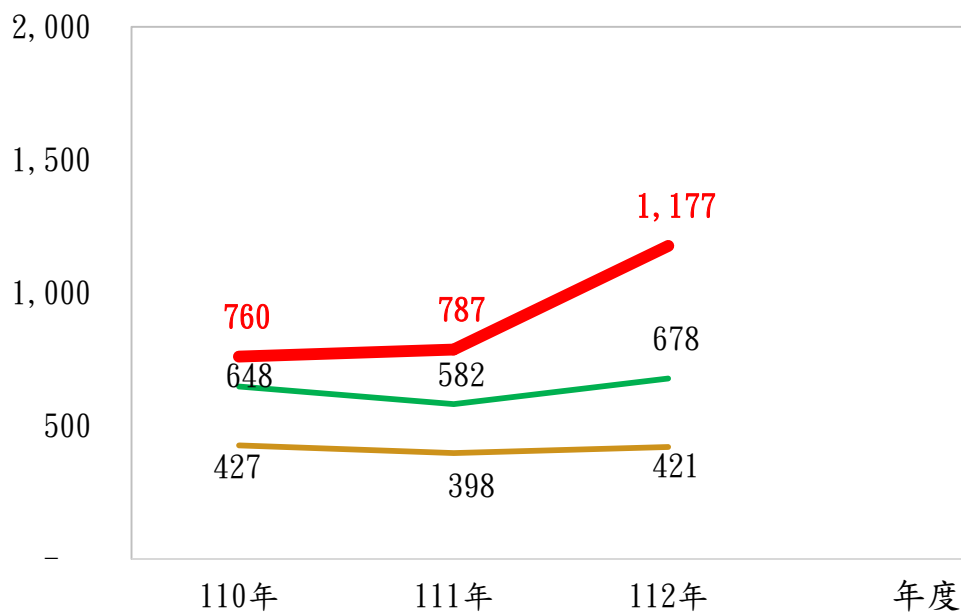


花蓮縣秀林鄉全人整合照護執行方案-醫療照護指標 (照護對象每十萬人口可避免住院數)

- 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)



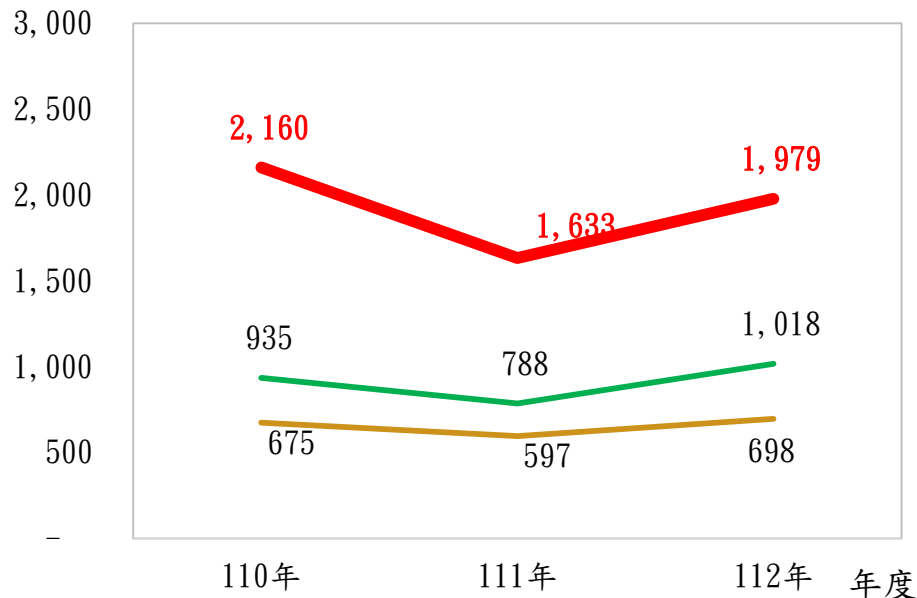
● 照護對象每十萬人口可避免住院數-慢性指標

● 山地離島每十萬人口可避免住院數-慢性指標

● 全國每十萬人口可避免住院數-慢性指標

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)



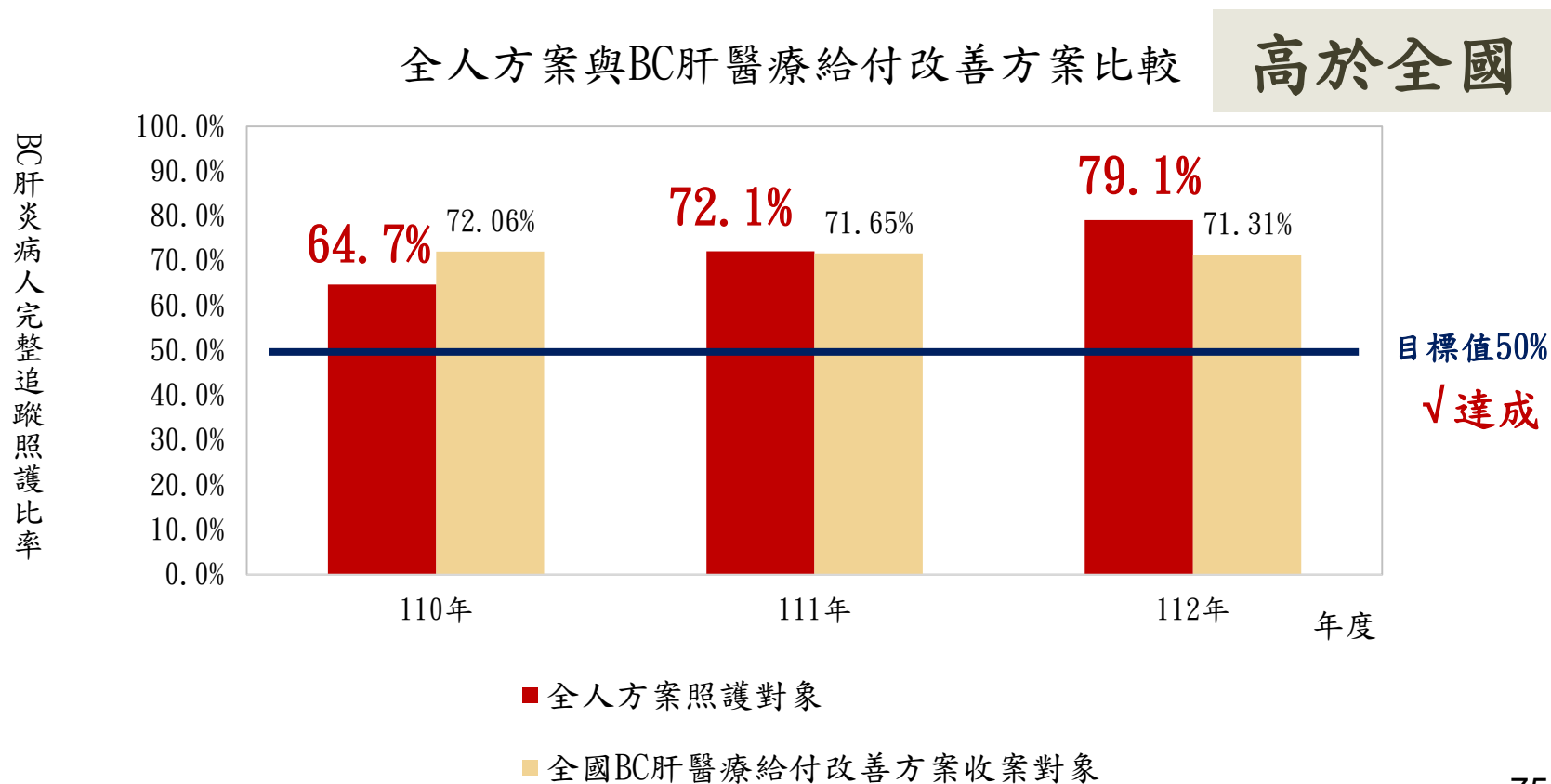
● 照護對象每十萬人口可避免住院數-急性指標

● 山地離島每十萬人口可避免住院數-急性指標

● 全國每十萬人口可避免住院數-急性指標

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





執行概況—公平面

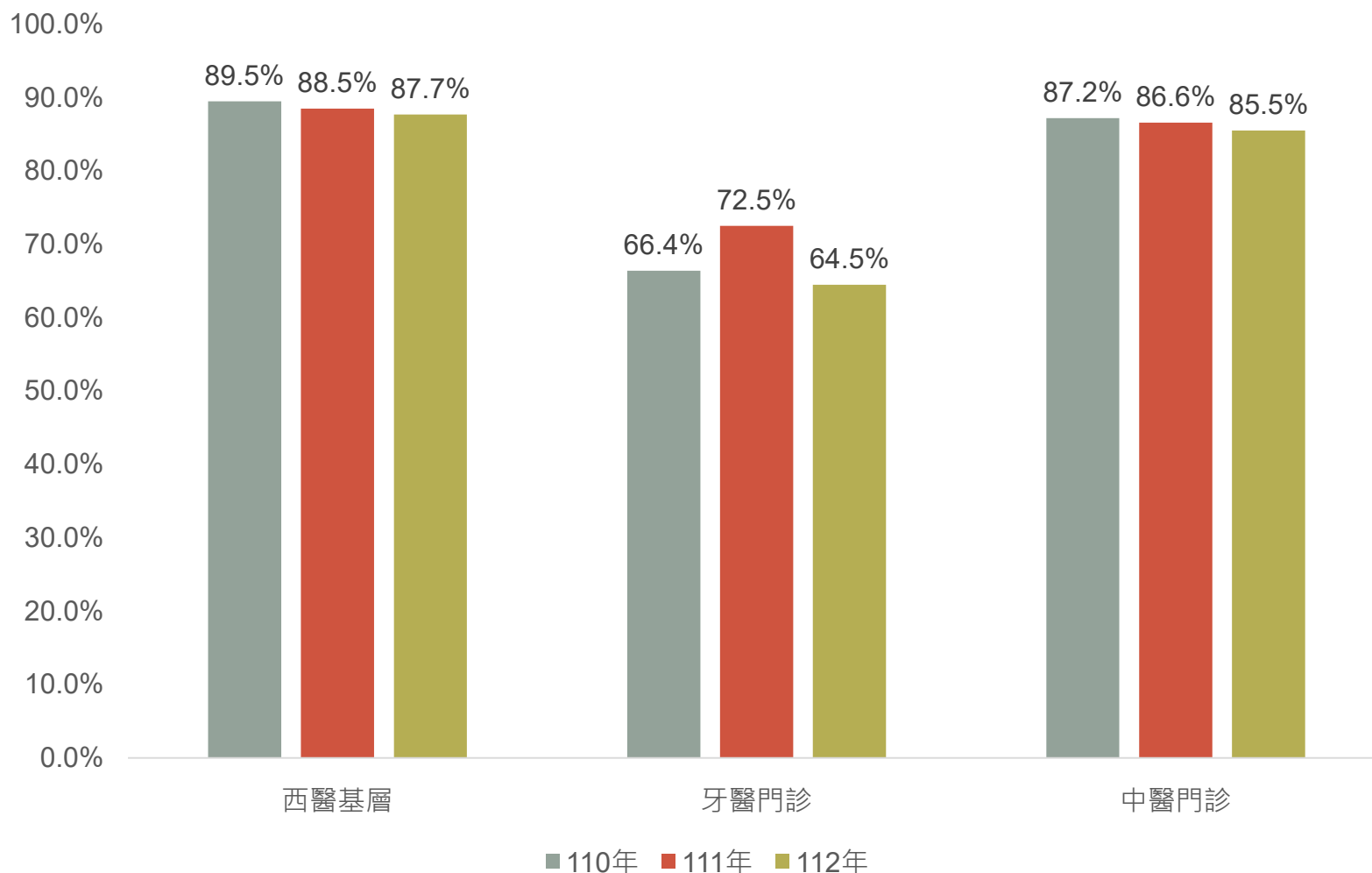


可近性

弱勢族群保障

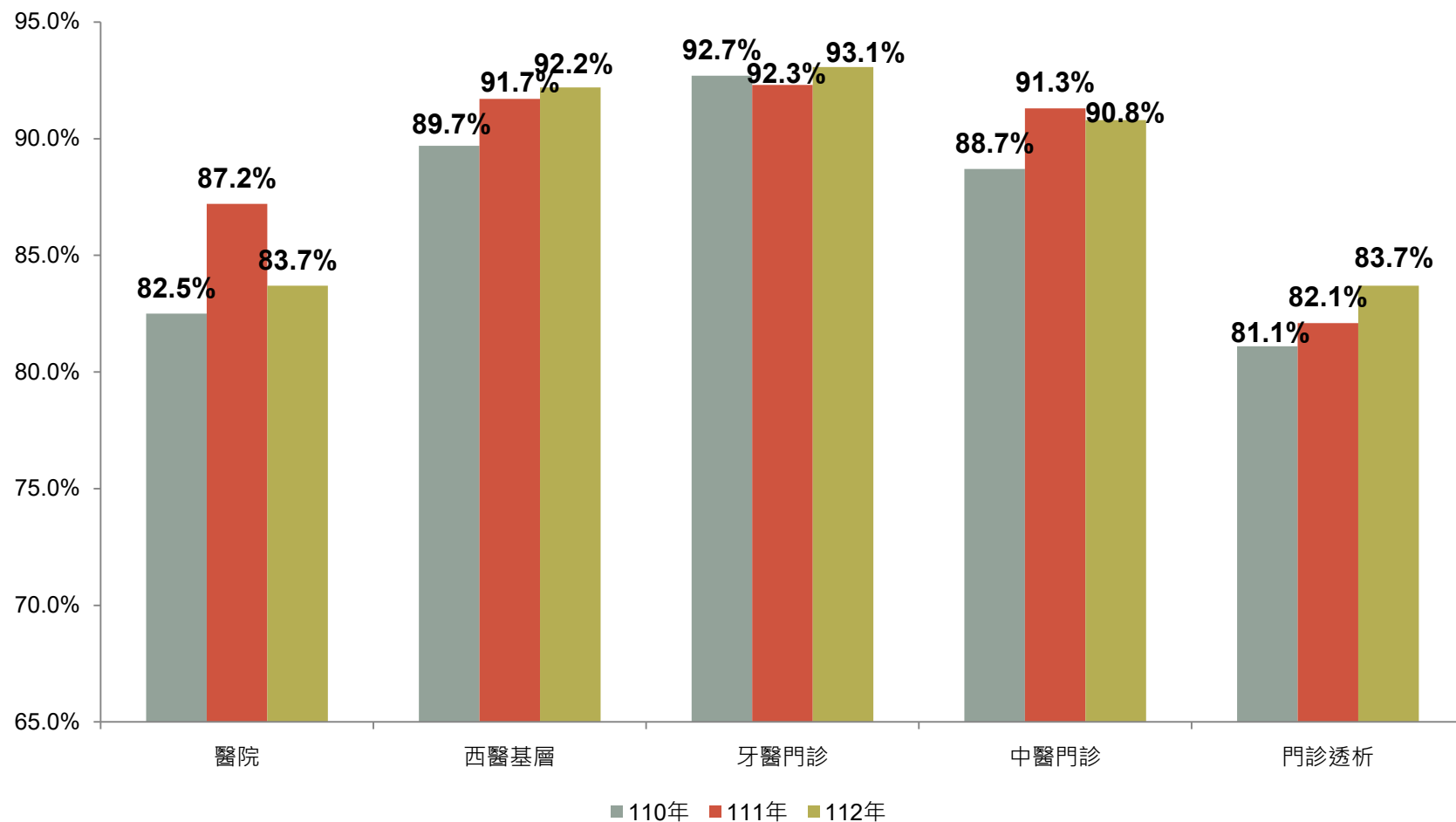
偏鄉照護計畫

滿意度調查-預約醫師容易程度

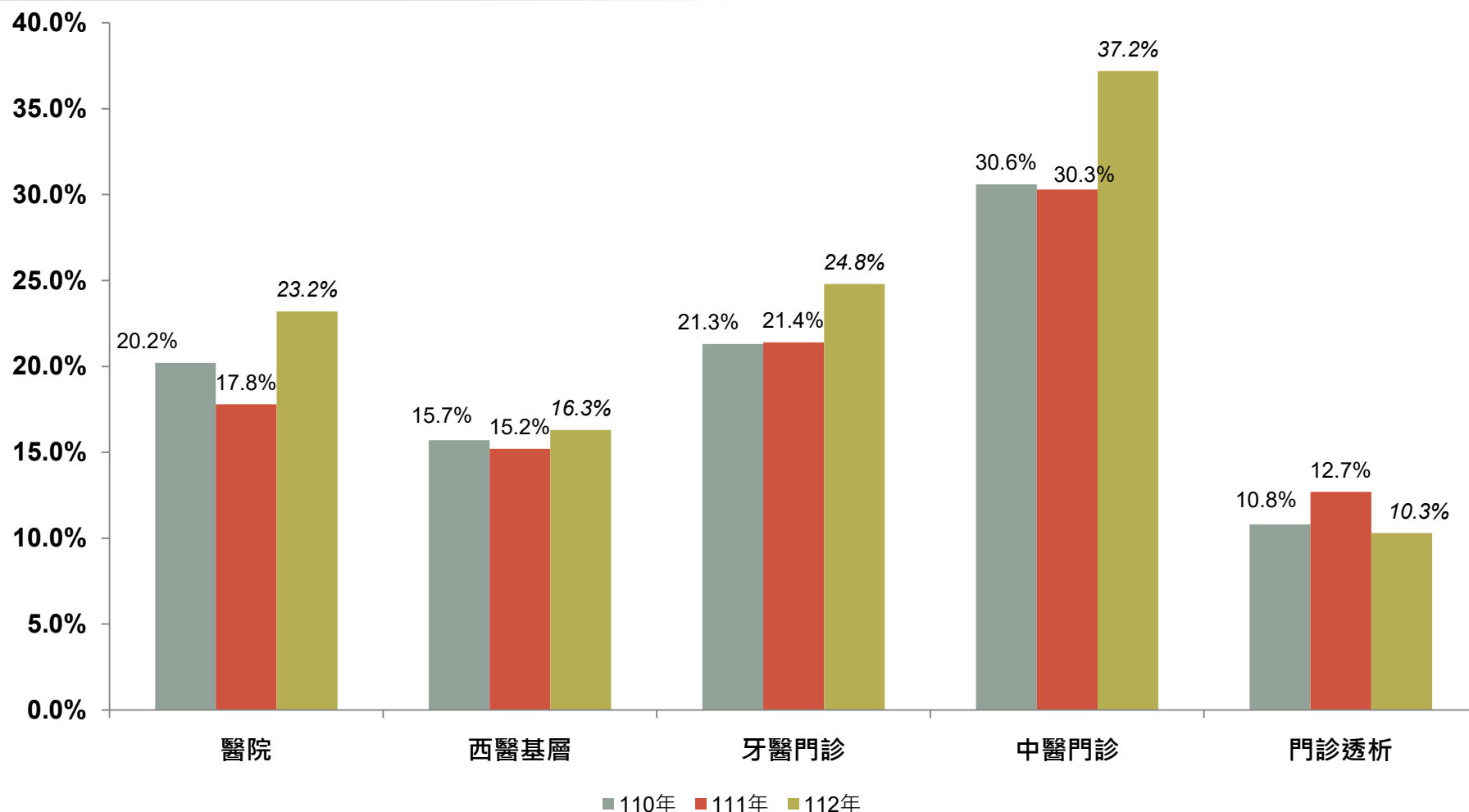


註. 本表呈現數據為容易+非常容易，門診透析與醫院部門無本題項

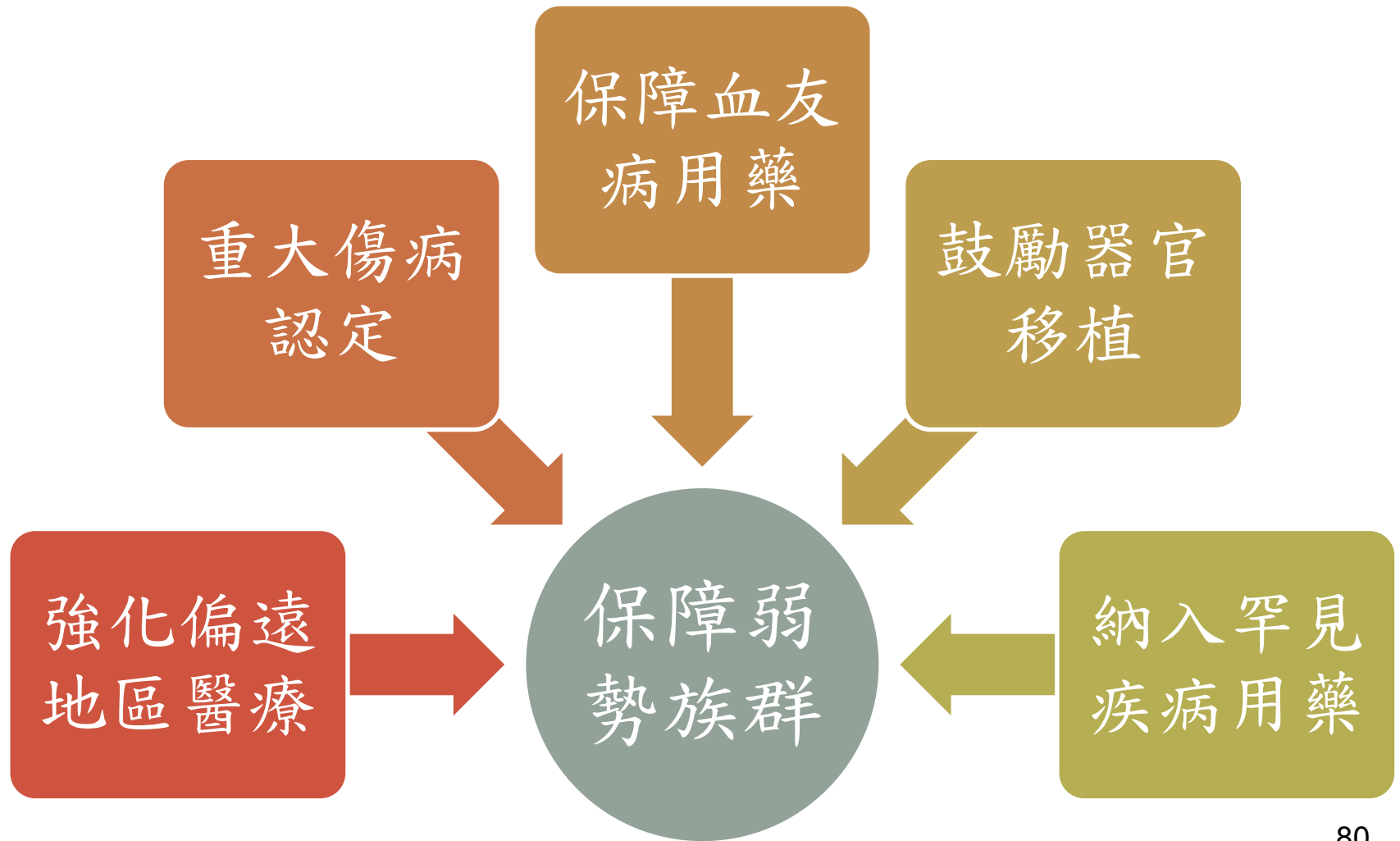
滿意度調查-就醫院所交通便利性



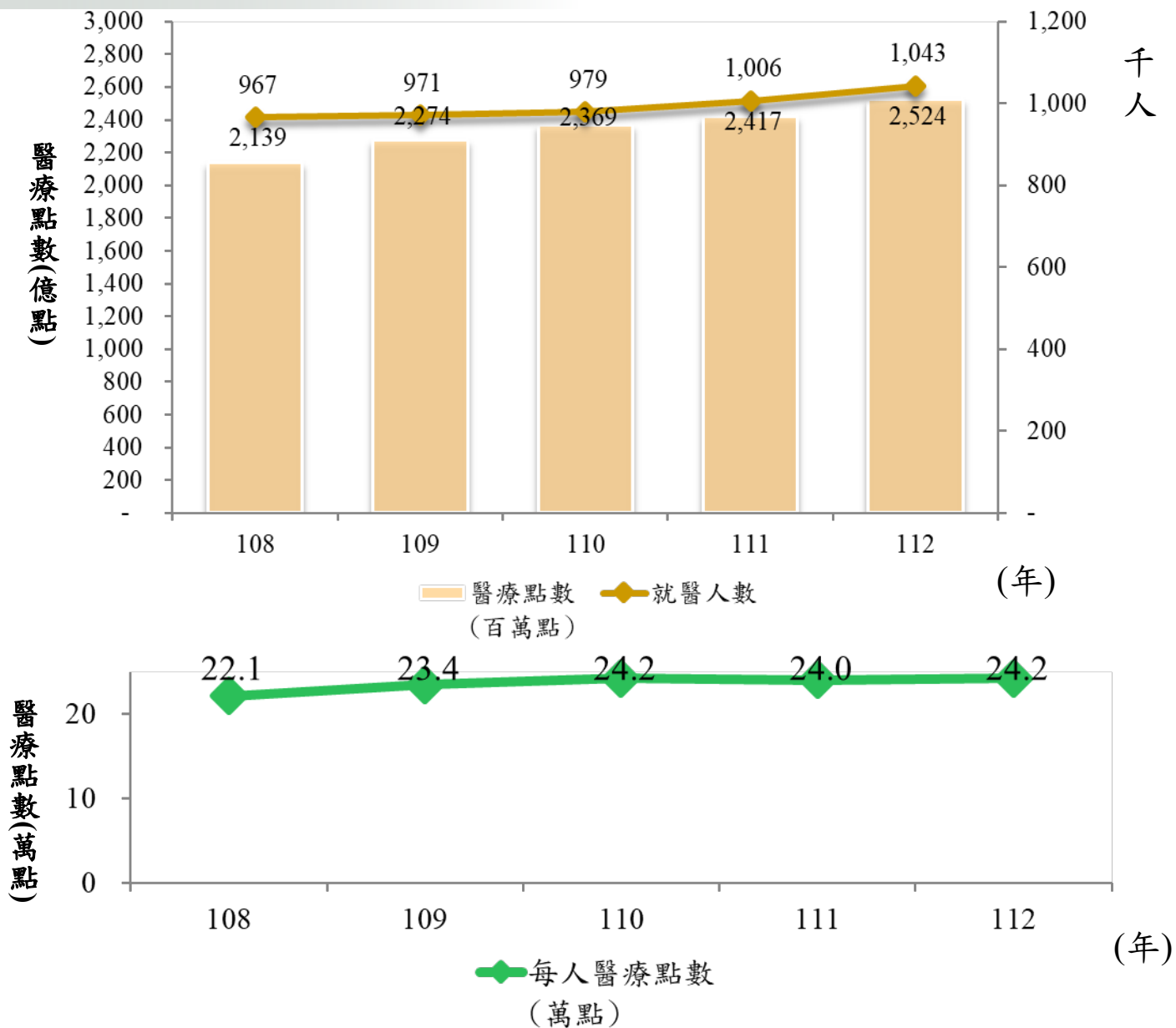
滿意度調查-被要求自費比率



保障弱勢族群醫療權益

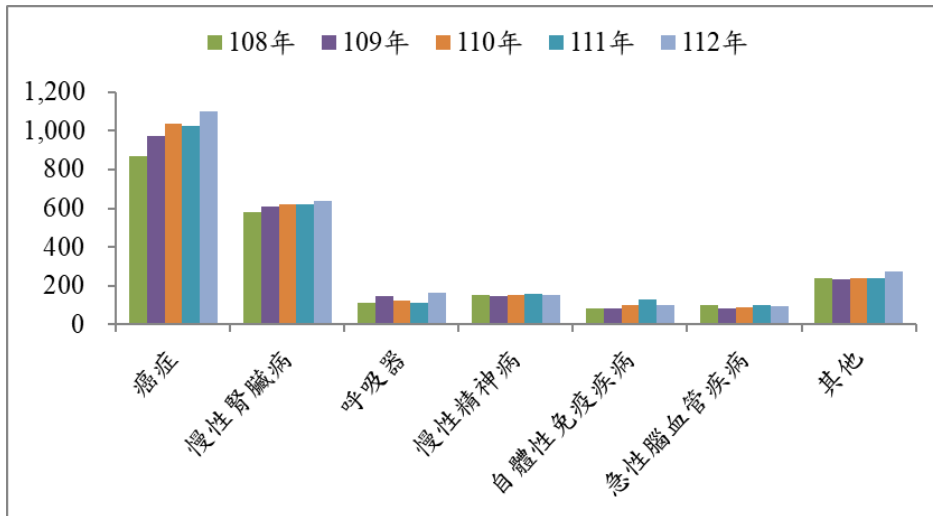


重大傷病費用支出

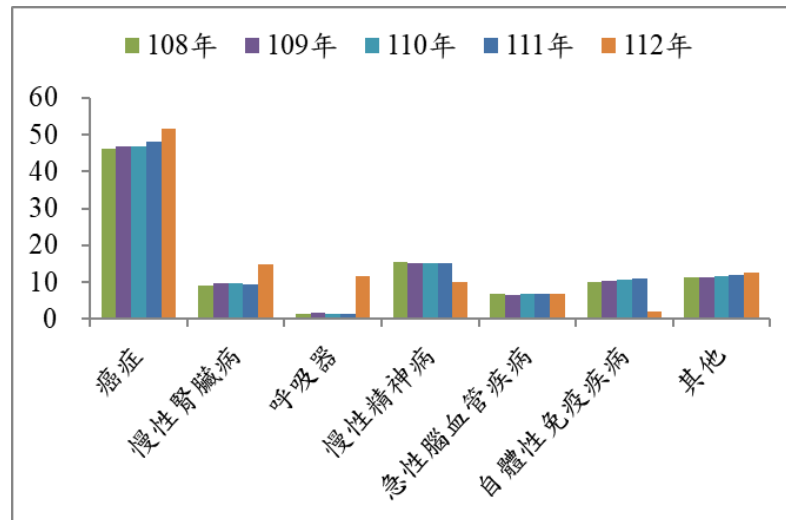


重大傷病就醫疾病概況

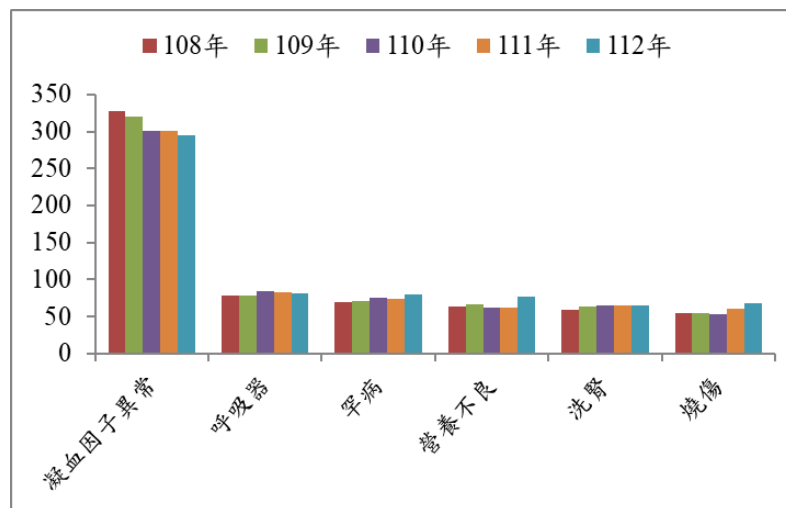
醫療點數(億點)



就醫人數(萬人)



平均每人醫療費用點數(萬點)



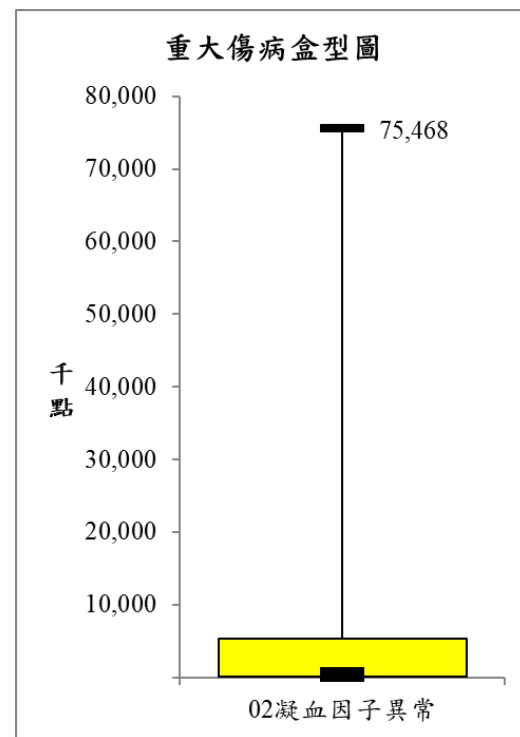
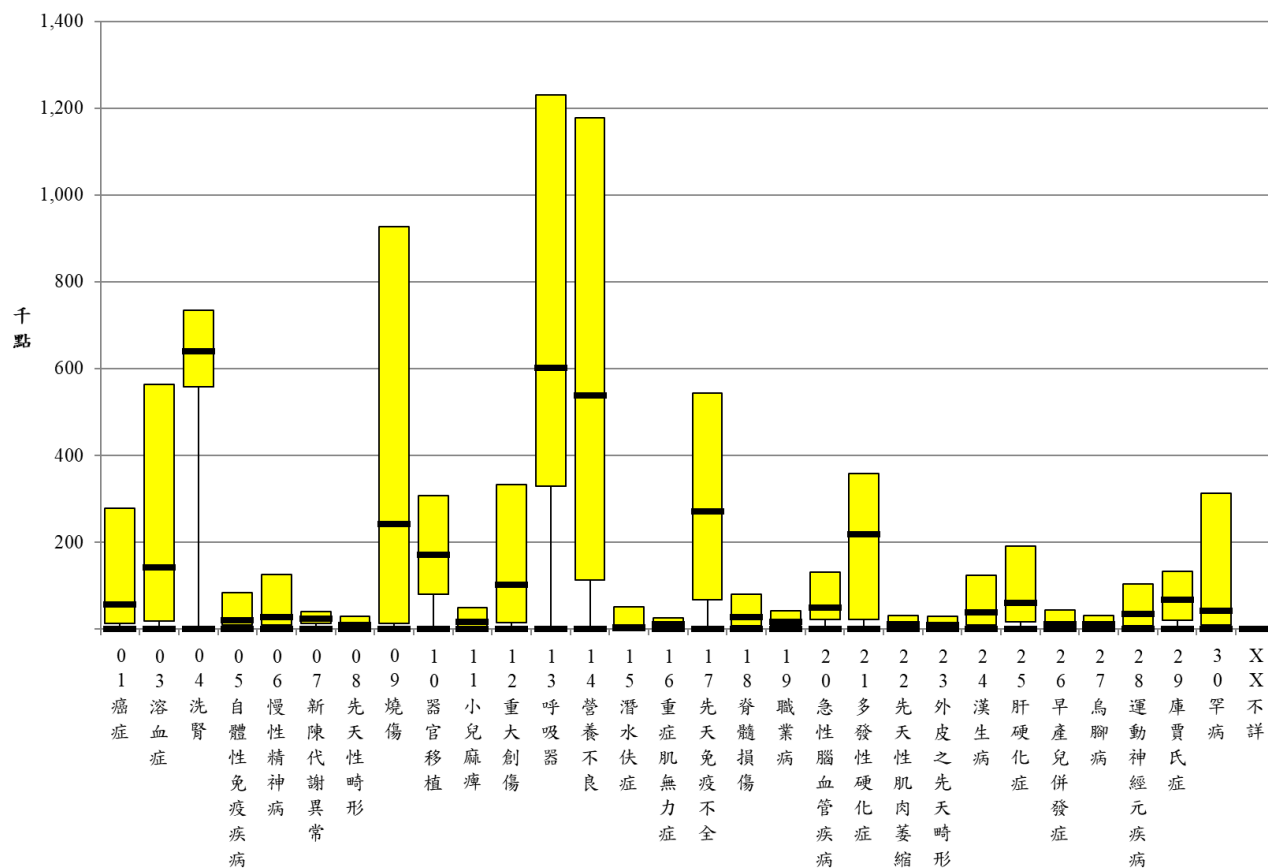
108年至112年前6大重大傷病醫療點數約
占所有重大傷病醫療點數之89%。

註營養不良為因腸道大量切除或失去功能，或其他慢性疾病引起嚴重營養不良者，給予全靜脈營養已超過30天，口攝飲食仍無法提供足量營養者

112年各類重大傷病-每人當年最高醫療點數

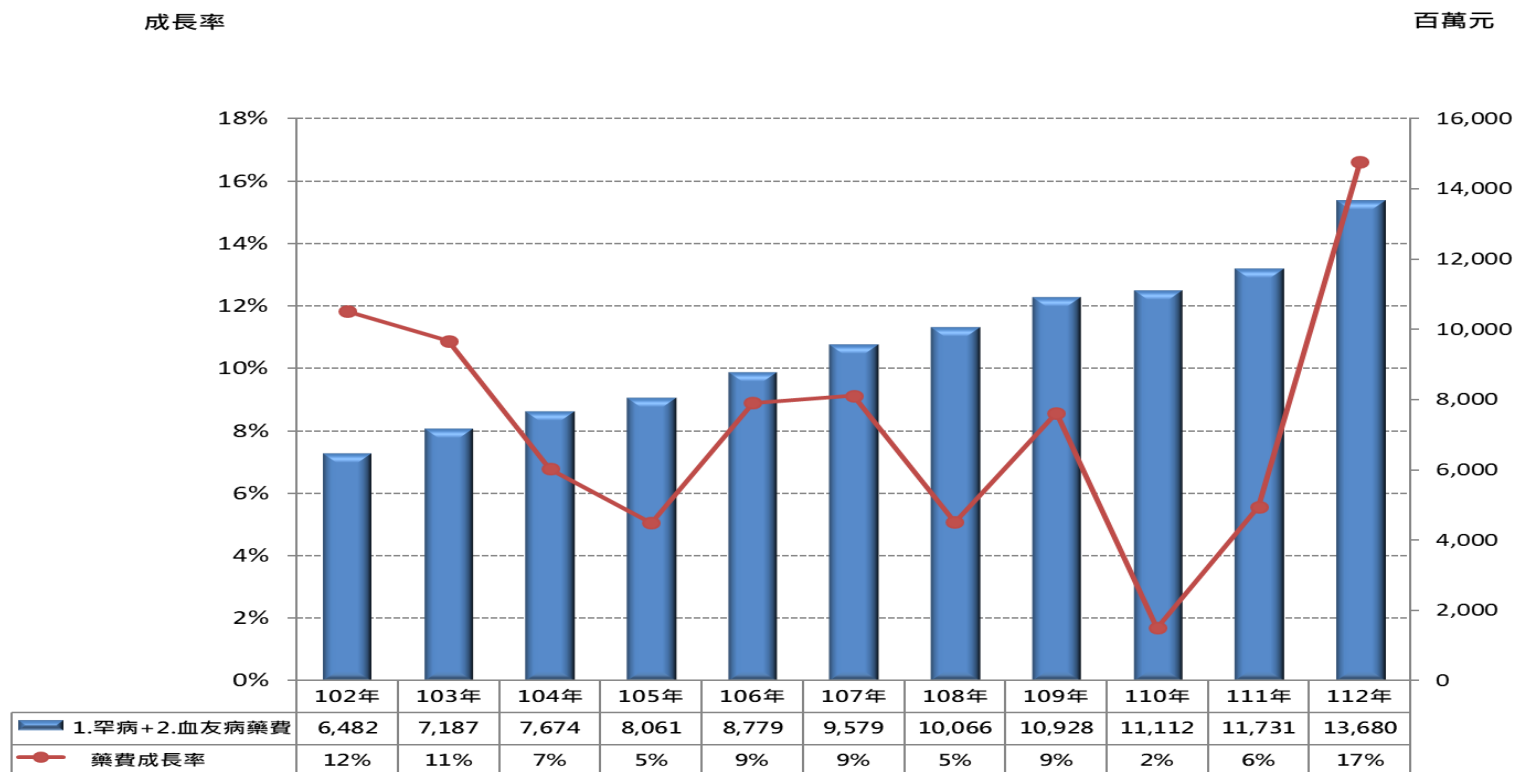
重大傷病	01癌症	03溶血症	04洗腎	05自體性免疫疾病	06慢性精神病	07新陳代謝異常	08先天性畸形	09燒傷	10器官移植	11小兒麻痺	12重大創傷	13呼吸器	14營養不良	15潛水伏症	16重症肌無力症	17先天免疫不全	18脊髓損傷	19職業病
點數(千點)	15,309	14,224	14,191	8,991	7,624	18,045	23,418	7,615	13,931	2,914	4,472	29,868	5,291	98	4,558	3,433	7,475	1,225

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)	30,034	1,686	1,347	1,576	312	8,092	509	214	2,253	1,189	40,713	1,882	75,468



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%。



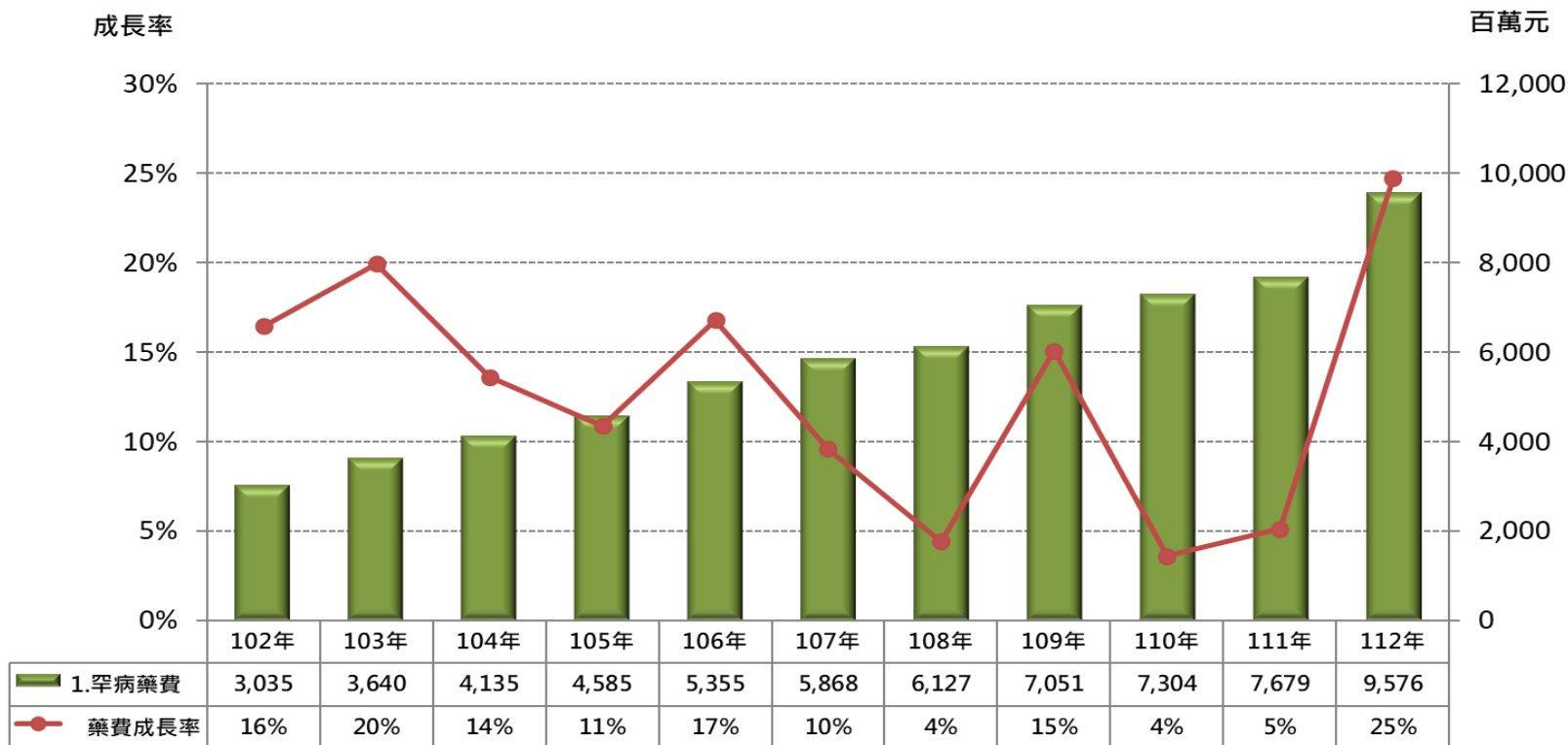
註1.罕病藥費不含罕病特材費用，藥費及特材支出擷取自各年度醫院總額第4季點值結算說明表。

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。

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。

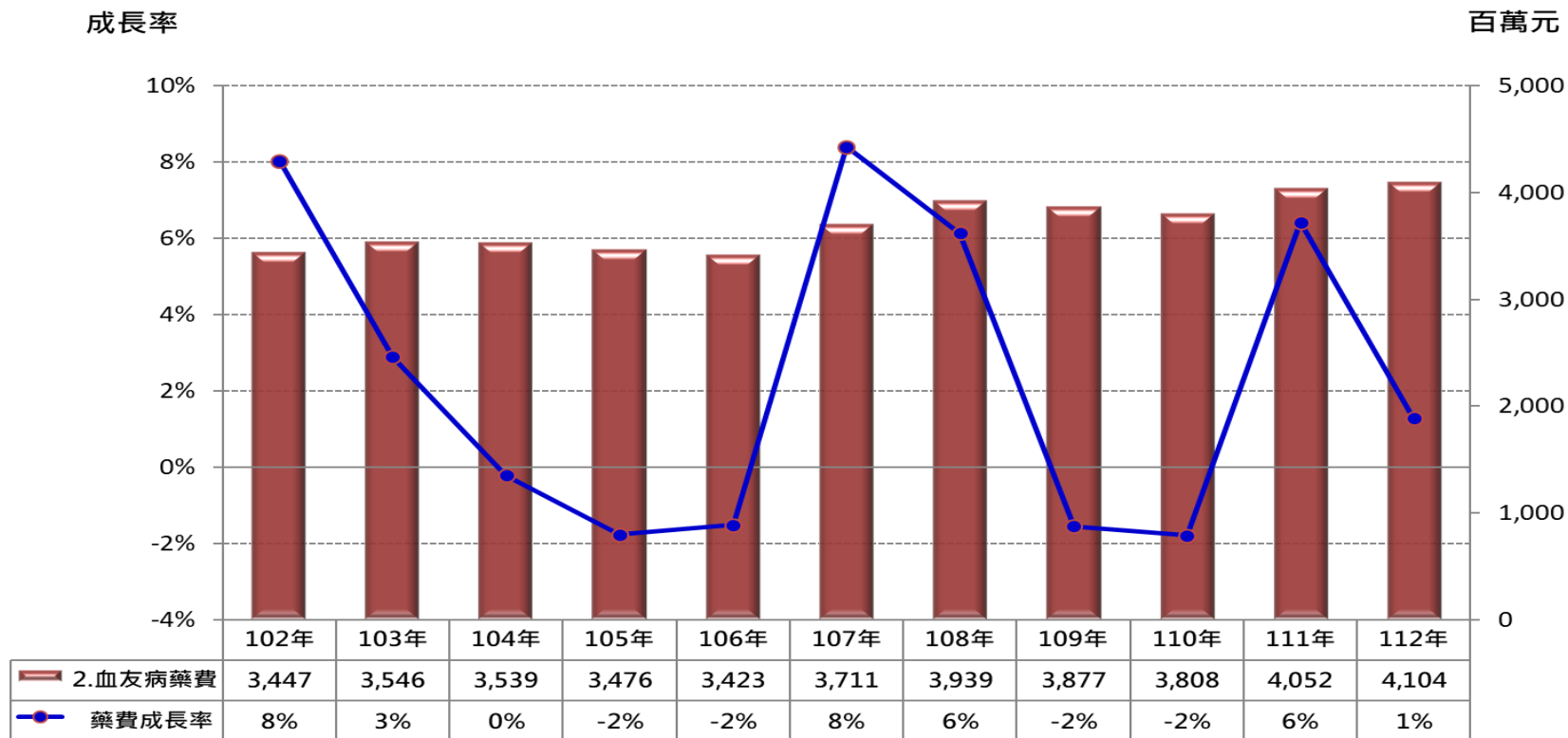
2.罕病藥費不含罕病特材費用，藥費及特材支出擷取自各年度醫院總額第4季點值結算說明表。

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。

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。

鼓勵器官移植專款支出情形

年 項目		108	109	110	111	112
預算數	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%
<u>整體支出情形</u>						
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。

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

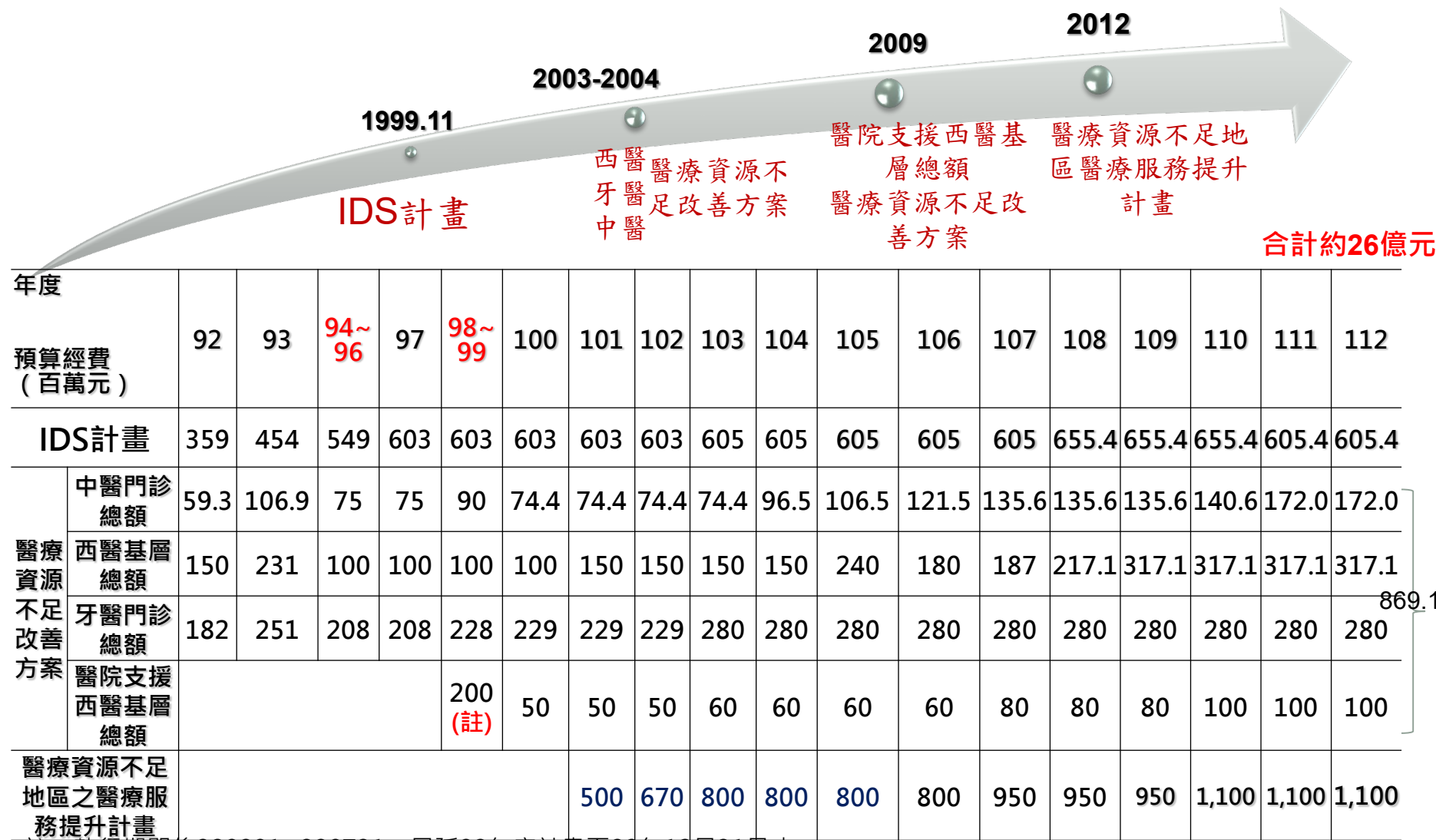
西、中、牙
醫療資源不足
地區改善
方案

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。

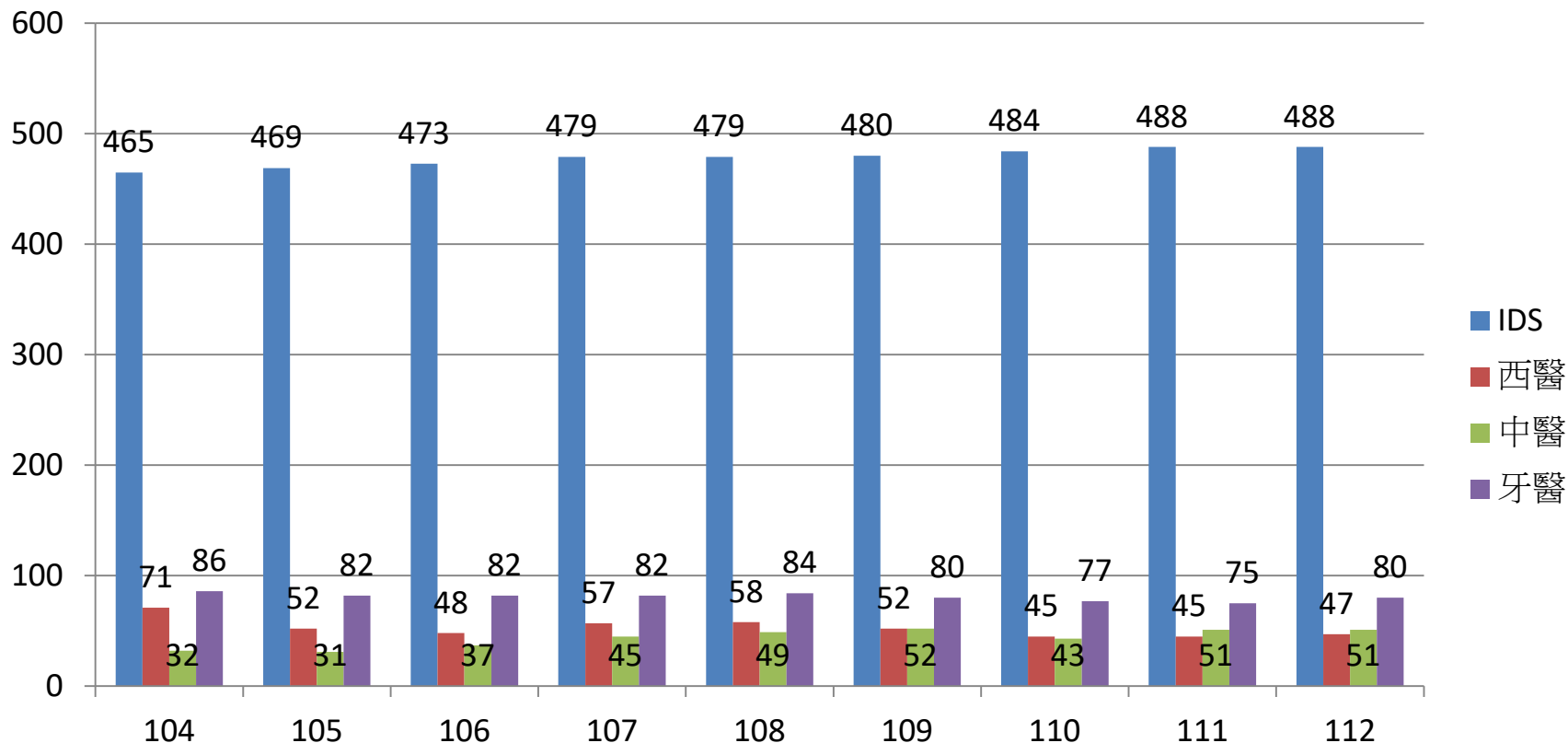
健保偏鄉醫療推動歷程及投入資源



註：執行期間係980801~990731，展延98年度計畫至99年12月31日止

健保偏鄉醫療歷年服務人數

單位:千人

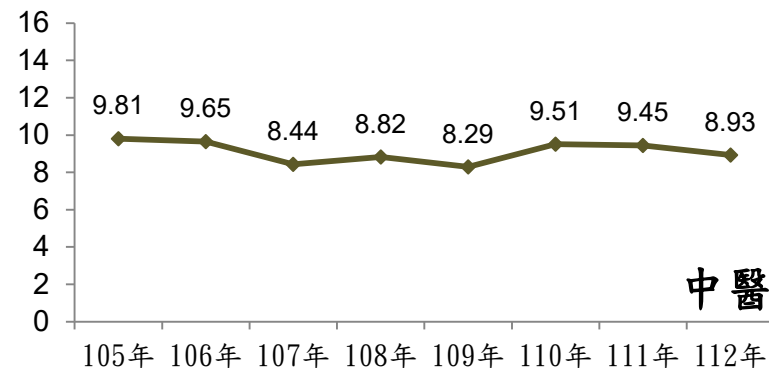
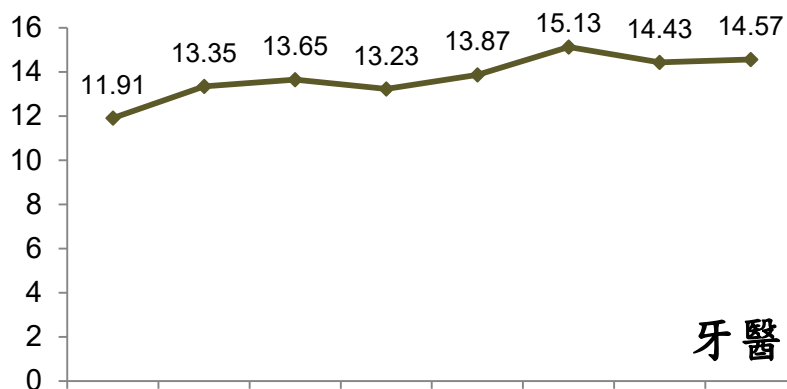
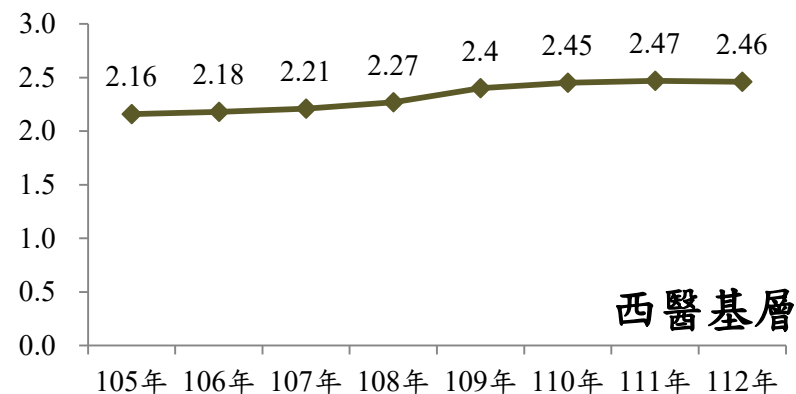
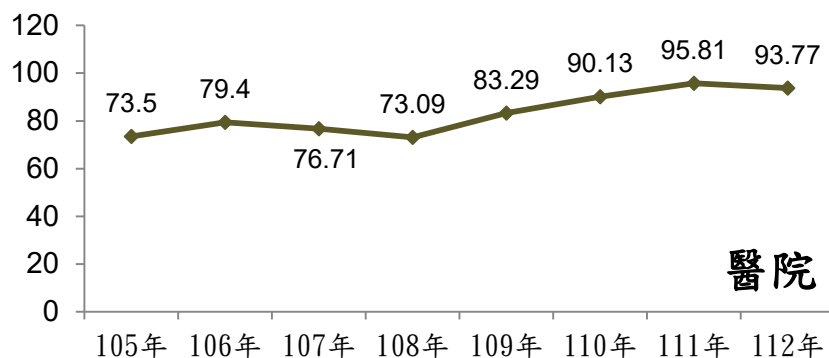


註：

- 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。

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)。

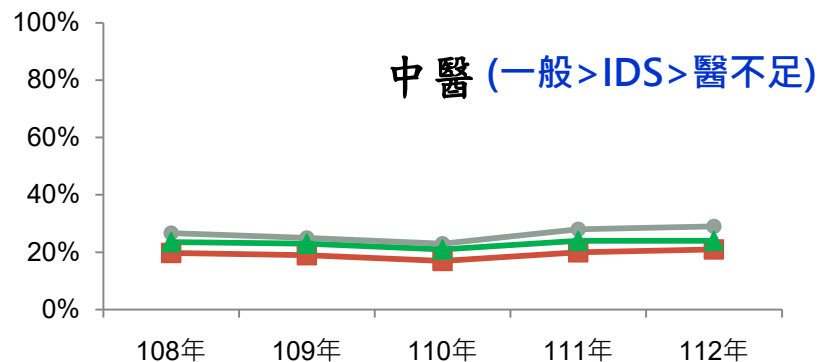
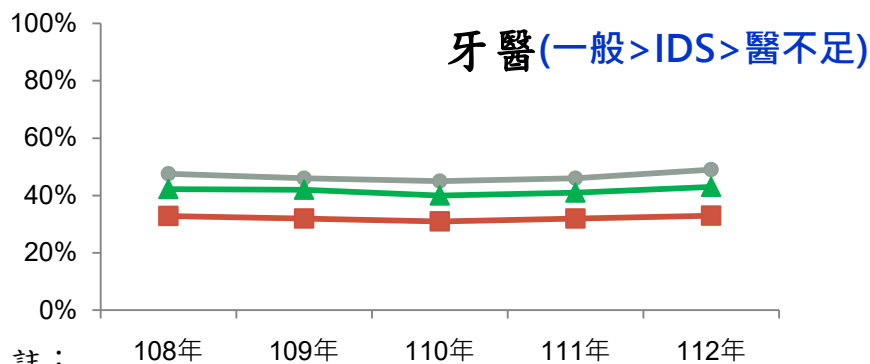
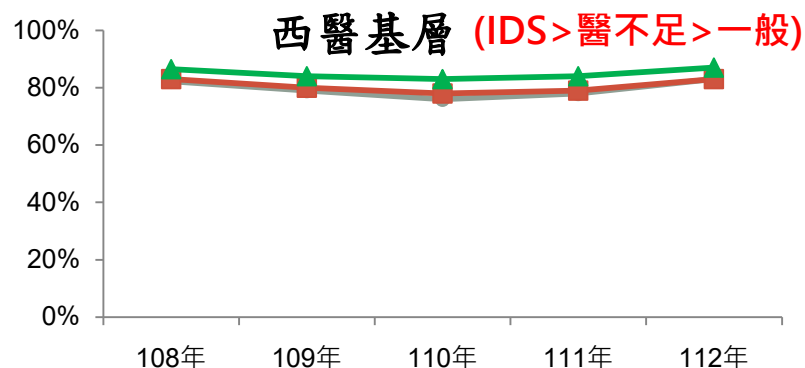
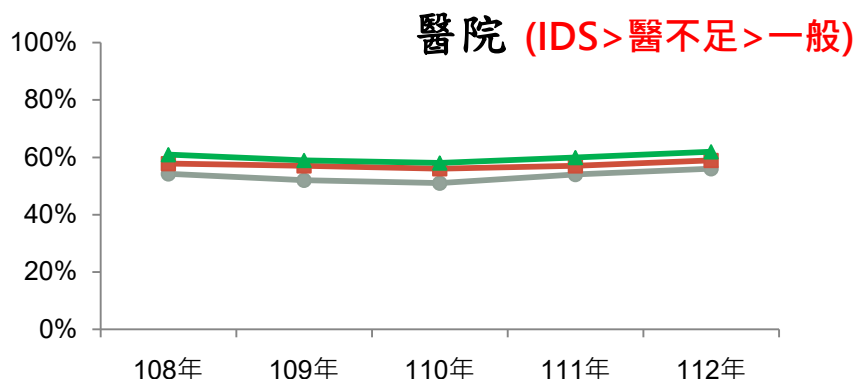
2. 鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值。

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。

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。

◆一般地區 ◆醫療資源不足地區 ◆山地離島地區



註：108年 109年 110年 111年 112年

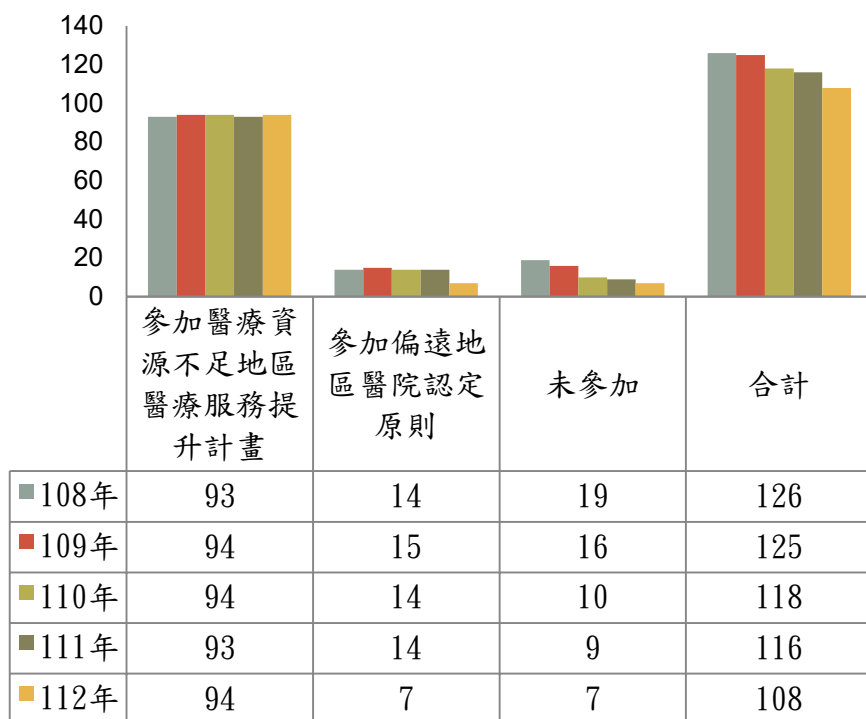
- 1.就醫率系門診就醫人數(分為醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診)/總人數。
- 2.醫療資源不足地區按該部門當年度公告之醫療資源不足地區；山地離島地區為執行山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS)之地區。

醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

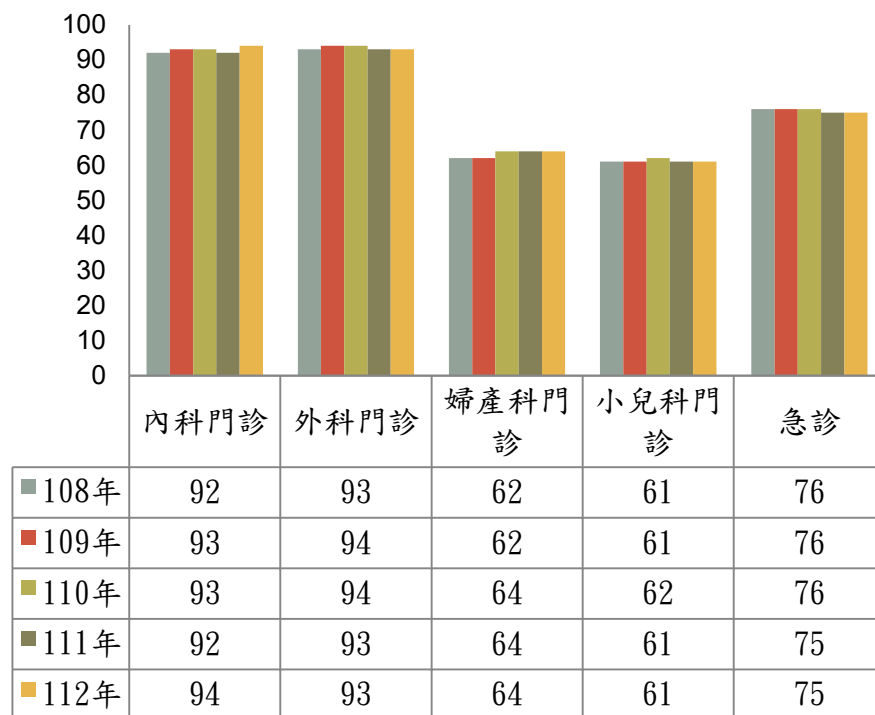
一參與情形及提供科別服務

- 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。

單位：家數



單位：家數



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。

七

檢討與改進



健保現況與挑戰

健保因應策略

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

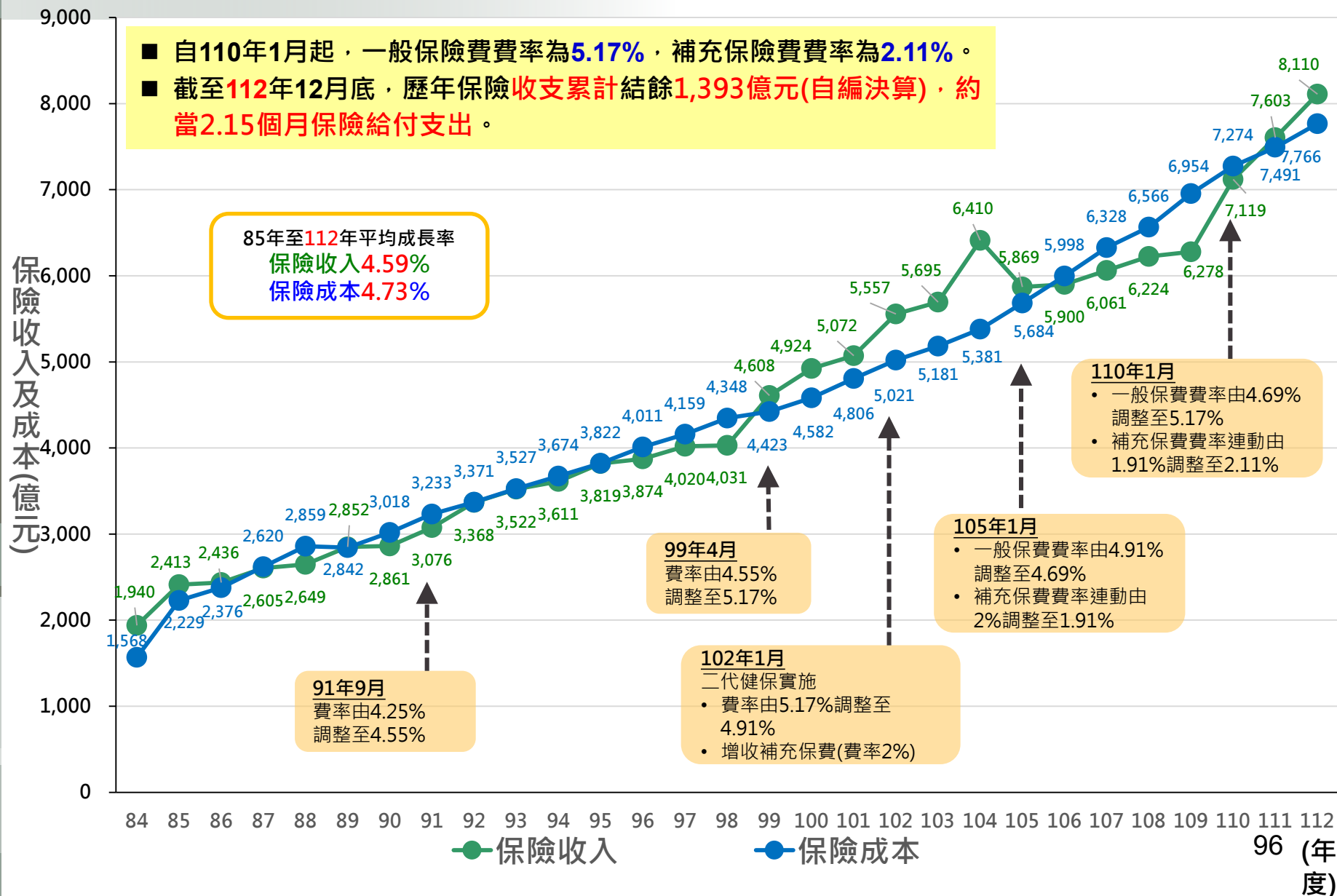


後疫情時代
翻轉智慧醫療
強化體制韌性

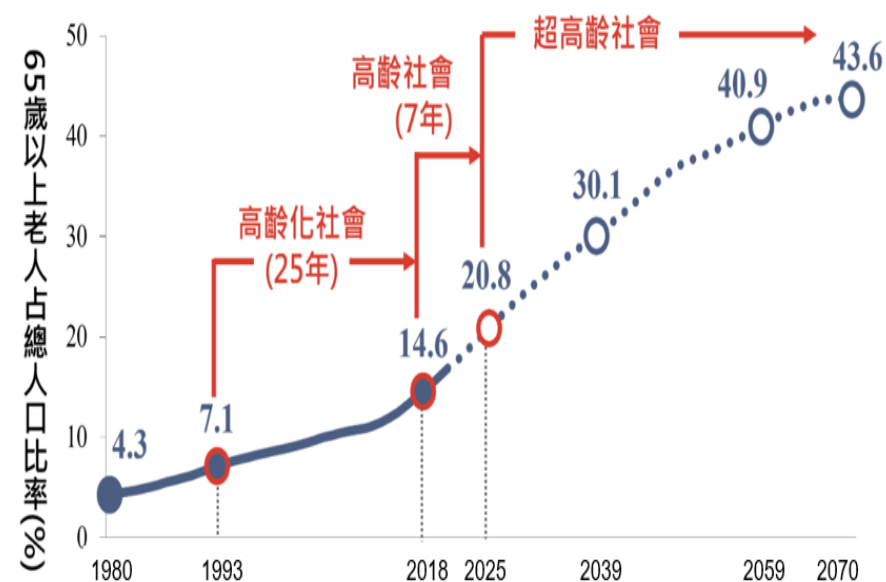
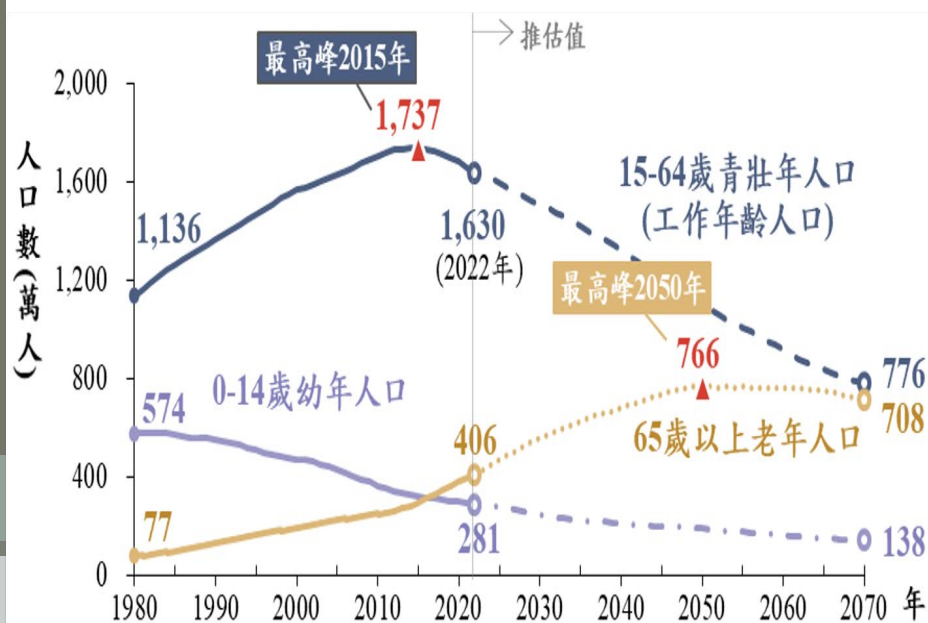


超高齡社會來臨
在宅照護需求日增
醫療模式面臨挑戰

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%

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 [★]

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 :

1. #:2019, *:2020, ★:2021。

2. OECDdata2022, NHI(中央健康保險署)data2022, Taiwanhouseholdregistration(戶政)data2022。

Source :

#:2019, *:2020, ★:2021, **:2022。

OECDdata2022, MOHWdata2023。

3

健保因應策略

- 全人健康照護
- 健保數位升級

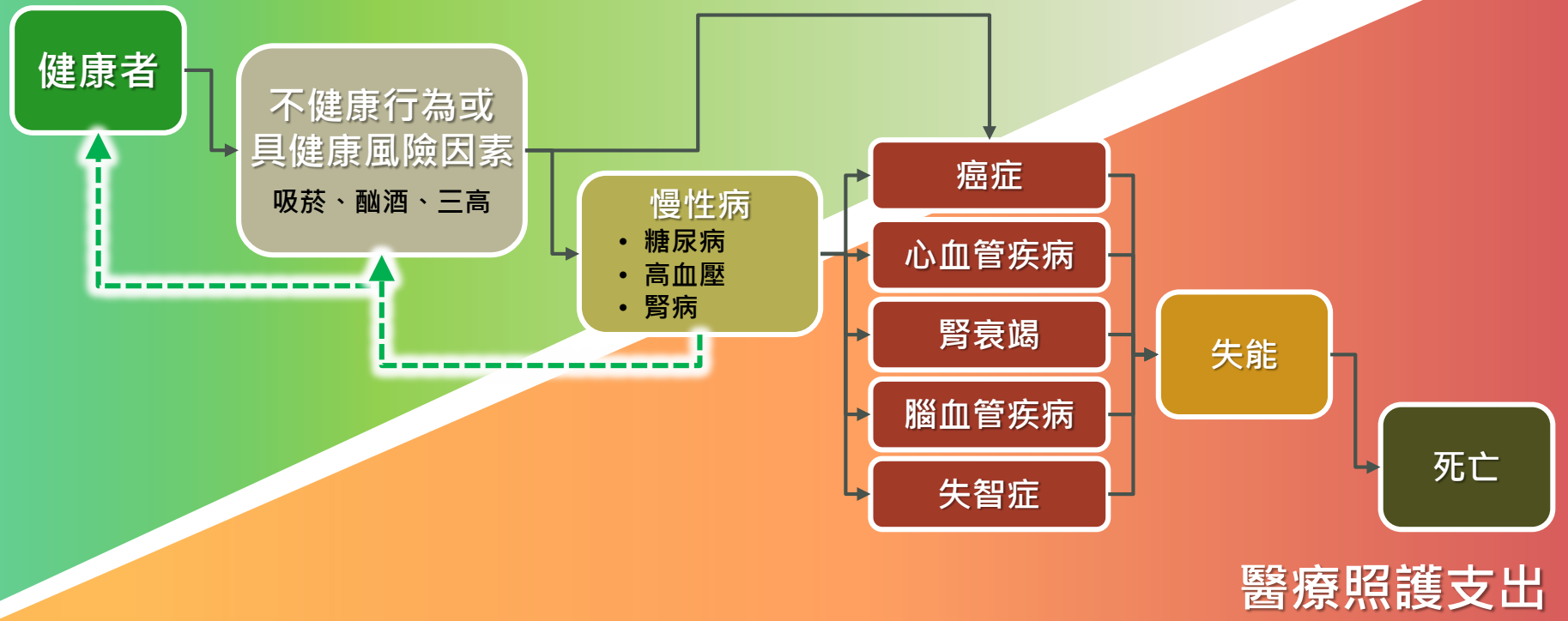


全人健康照護

改變健康習慣改善生活品質

介入措施之效果

早期預防勝於後期治療



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

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-國健署
- 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

全民健康保險

- 醫院、西醫基層、牙醫、中醫總額、其他預算
- 111年導入健保：
強化精神照護體系(精神科長效針劑)-心健司
- 112年導入健保：
癌症治療品質改善計畫-國健署
- 113年預計導入：
口腔癌復健整合照護計畫-口健司

長照2.0

- 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(長照司)
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
- 111年導入健保：
住院整合照護計畫-照護司

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

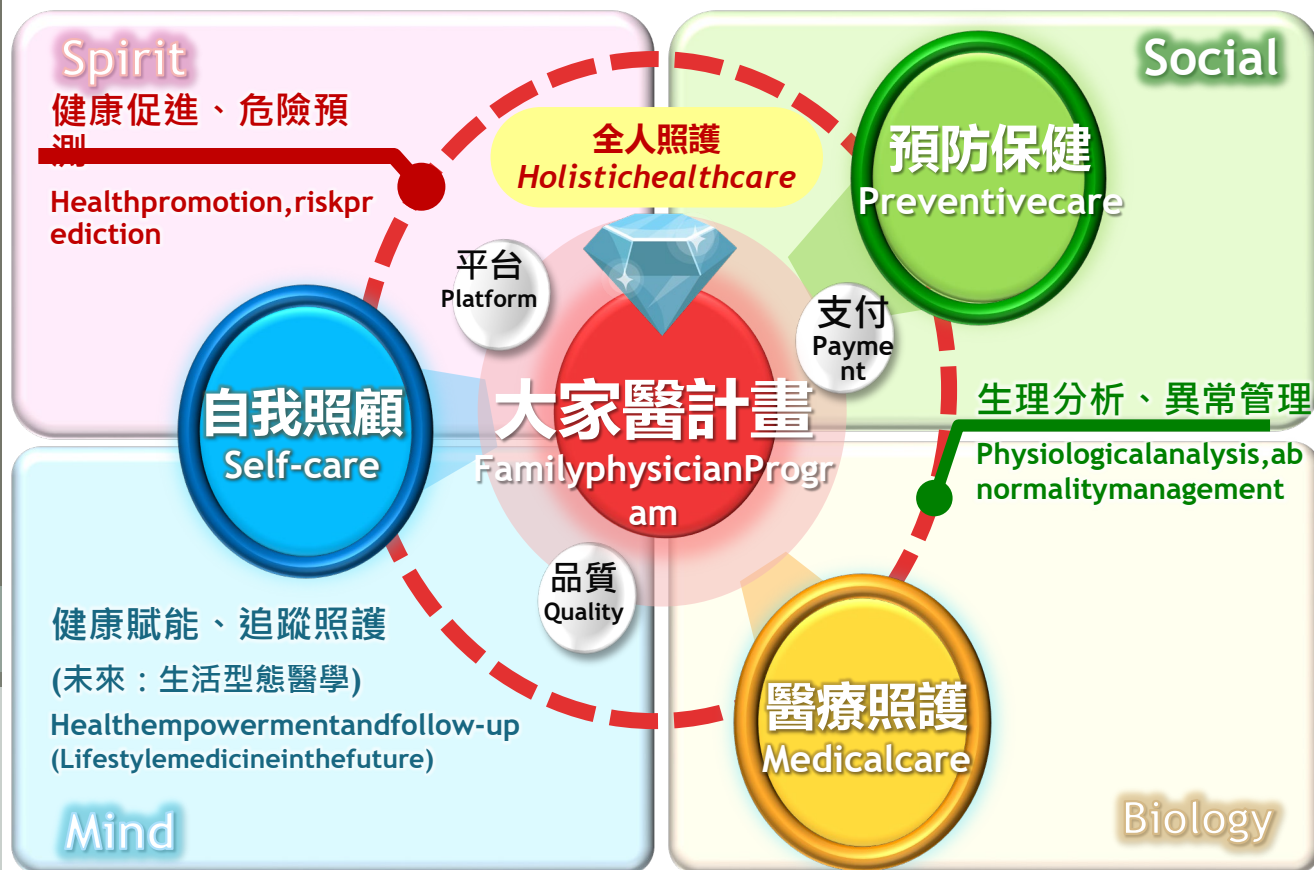
健保醫療

- ▶ 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

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
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

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)

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



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

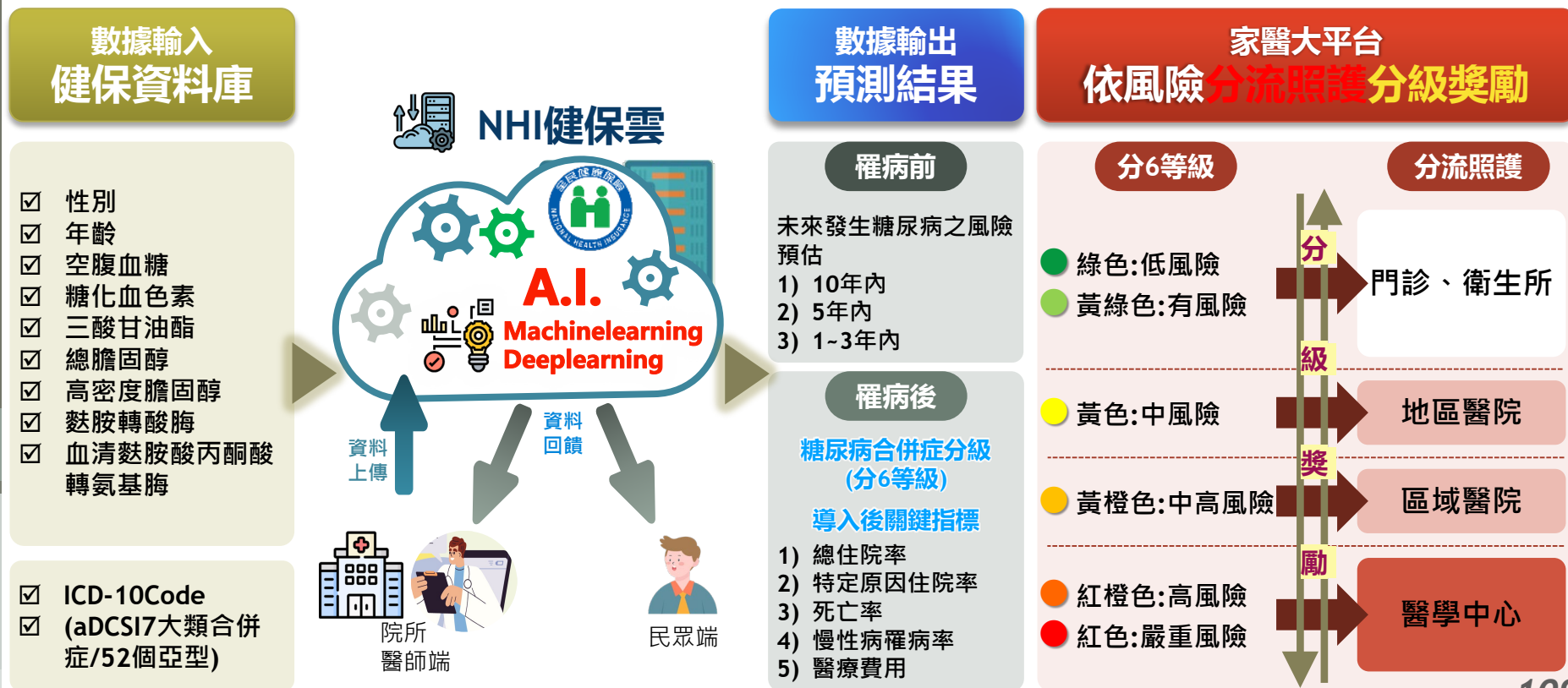
制定個人化治療方案

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

家醫大平台糖尿病分流照護管理機制



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

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

面臨超高齡社會~推動在宅醫療政策

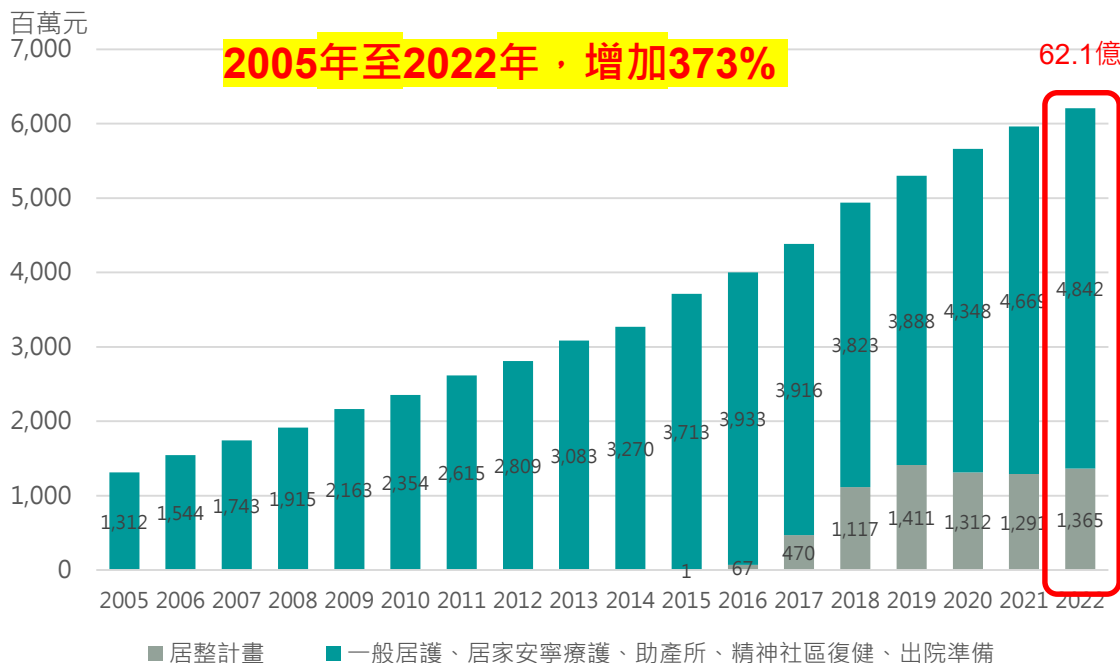
蔡總統醫療政策

- 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

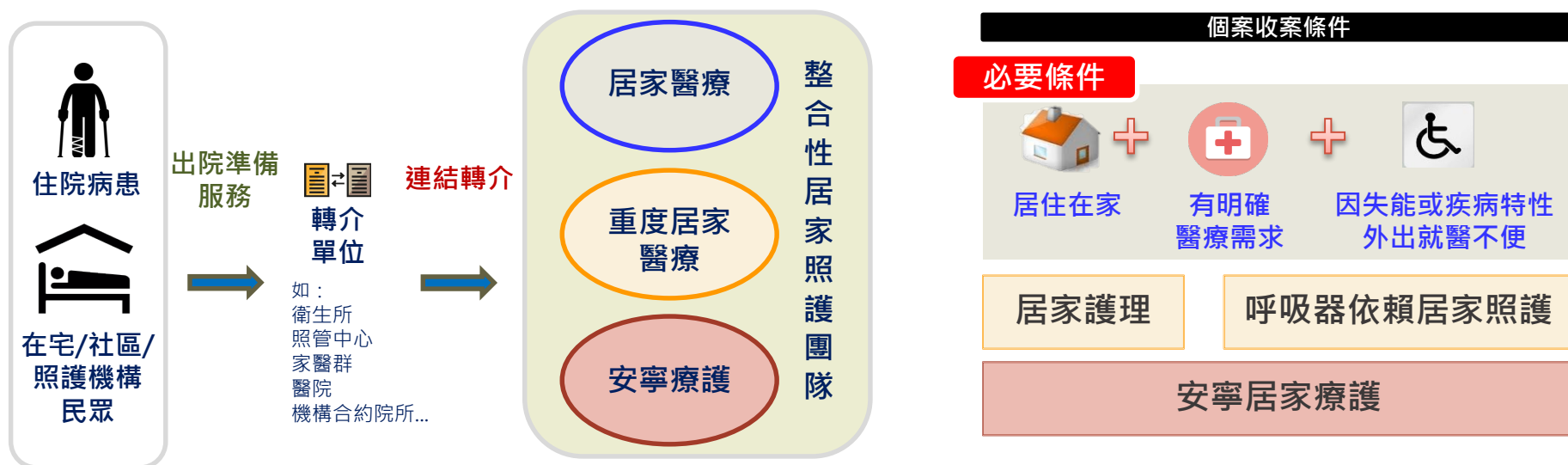


資料來源：

1. 健保會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

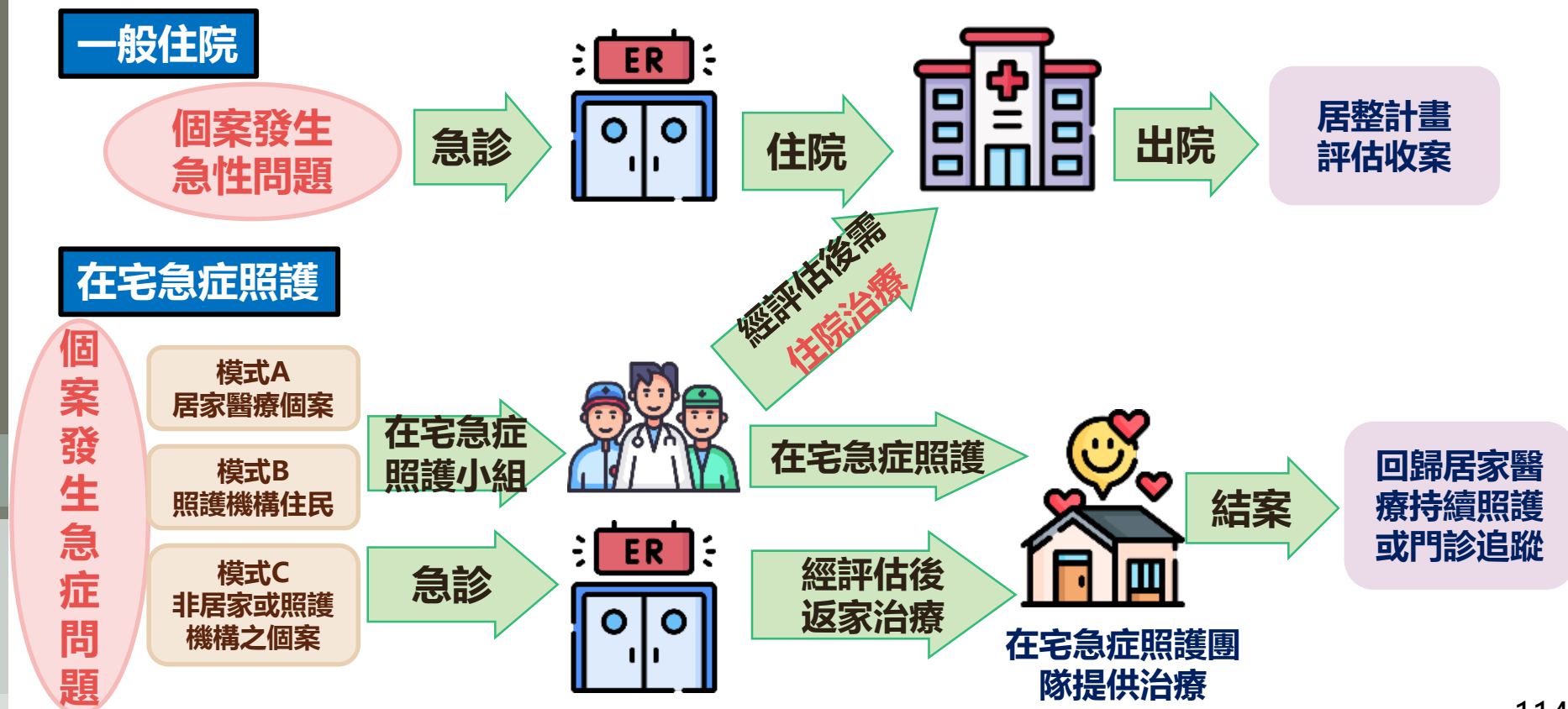
居住在家中或照護機構中+**失能**(巴氏功能量表<60分)/因疾病特性導致外出就醫不便/呼吸器依賴患者等病人
+經訪視人員**評估符合收案條件**，開立收案申請書，擬訂居家醫療照護計畫，提供服務並視情況調整



不同場域由醫事機構各司其職共同提供居家醫療照護服務

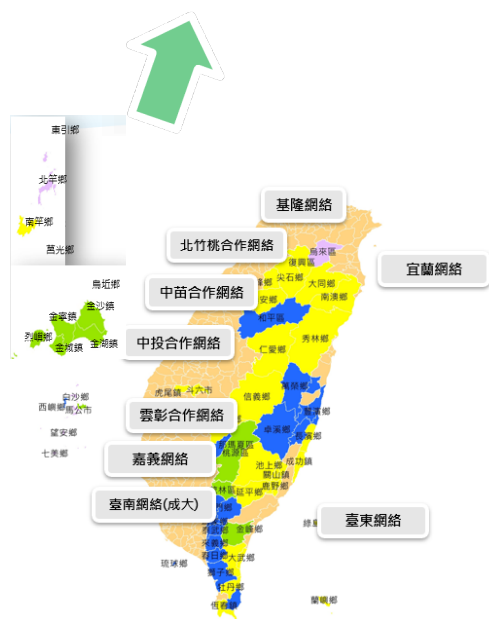


推動：在宅急症照護模式實現在地老化目標



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。

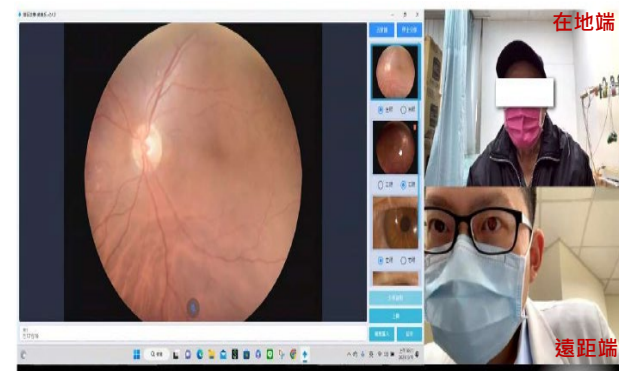
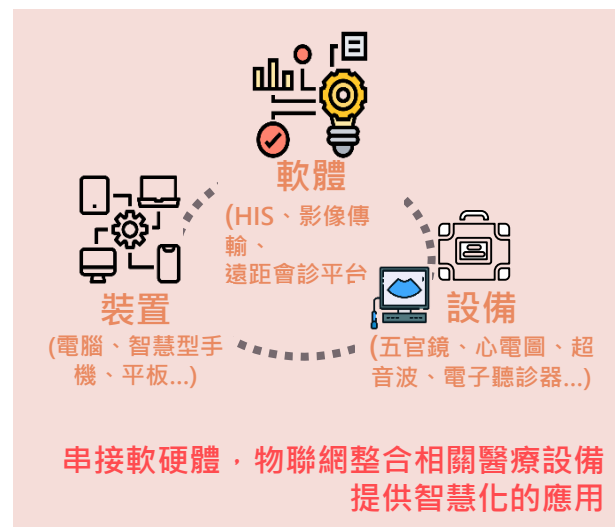


- ▶ 「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」(IDS) + 「全民健保遠距醫療給付計畫」
- ▶ 提升山地離島、偏僻地區民眾之專科門診可近性，落實在地化醫療。

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) |





健保數位升級

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

報讀功能優化

外開視窗提醒

新增友善就醫查詢專區



▲調整下方常駐選單空間、字體、顏色，加強對比。

▲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。

▲外連網頁提醒及報讀，通知使用者將離開健保快易通App。

- ▲
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）。

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

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。



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

- 健保雲端巨網系統**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

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。

資料來源

資料匯入

資料輸出

加值應用



申報/健保卡/上傳
檢驗結果/重大傷病



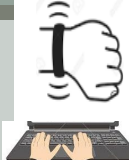
器捐/安寧註記/預
立醫療意願



成人預防保健
四癌篩檢



預防接種
Covid-19



體溫/脈搏/血壓/
體重/血氧/血糖/
身高/體重



就醫
記錄

門診(西中牙)/住院/
手術/用藥(含慢箋)

個人
紀錄

過敏/安寧/預防接種
生理量測/COVID-19

檢驗
結果

血液/尿液/影像/病理/
成健/四癌篩檢

加值
服務

眷屬管理/衛教資訊/
下載服務

生理
量測

體溫/脈搏/血壓/
體重/血氧/血糖/
身高/體重

風險
評估

慢性腎病/肝癌/
心血管疾病

疾病
追蹤

糖尿病/初期慢性
腎病/BC肝

疾病
照護

肥胖/骨鬆/代謝症候群
/慢性肺病/ASCVD/
居家醫療照護

2017

2020

2023
~2024

四癌篩檢結果異常
慢箋領藥
慢病回診/成健/篩檢



推播提醒

釋出

SDK



民眾

自主授權

整合個人健康資料
IOT設備、生理量測、
生活習慣紀錄等



健康服務
APP
(第三方)

回饋民眾
健康管理服務

使用人數1,160萬人
使用人次4.11億人次
(至113年5月15日止)

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



數位化及智能輔助審查提升效率與一致性

4

送件申請

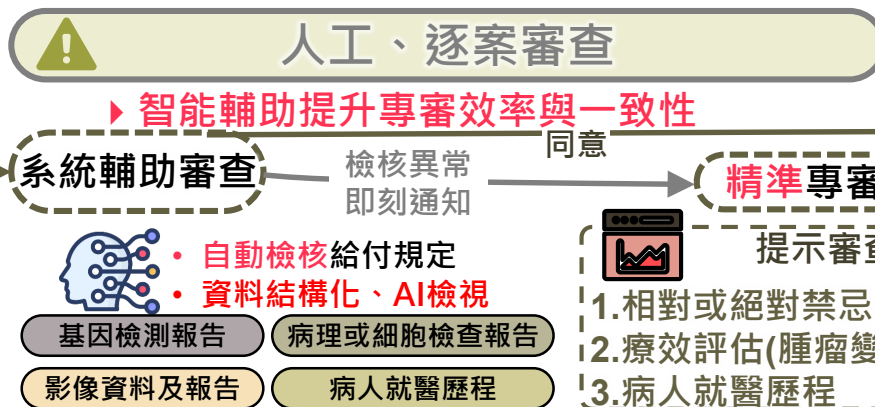
審查流程

核定

藥品核價



事前申請

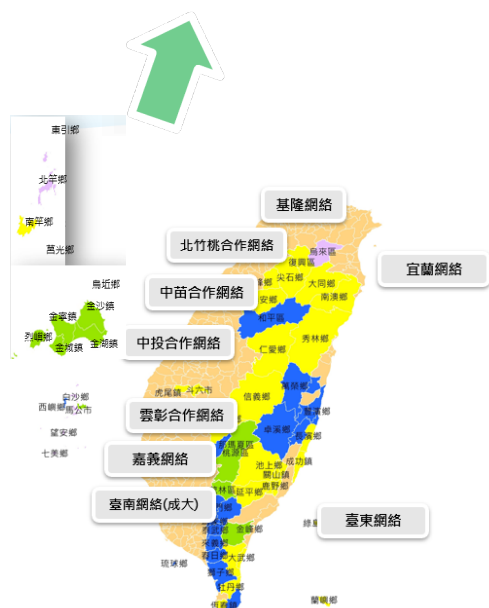


核定後
持續監測

1. 費用申報情形
2. 事審核准率

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。

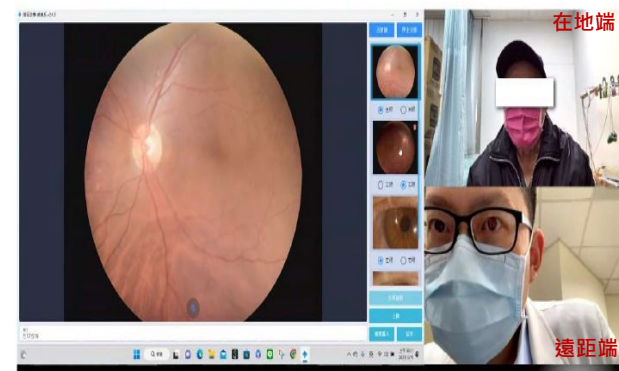
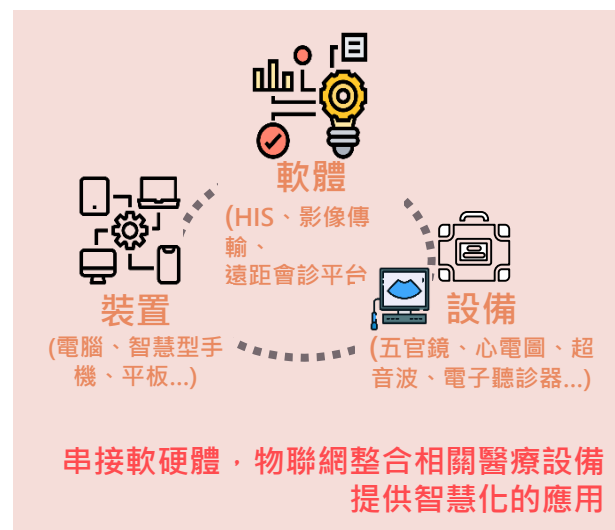


未申請鄉鎮(10個)

2021年核定鄉鎮(27個)

2022年核定鄉鎮(20個)

2023年核定鄉鎮(6個)



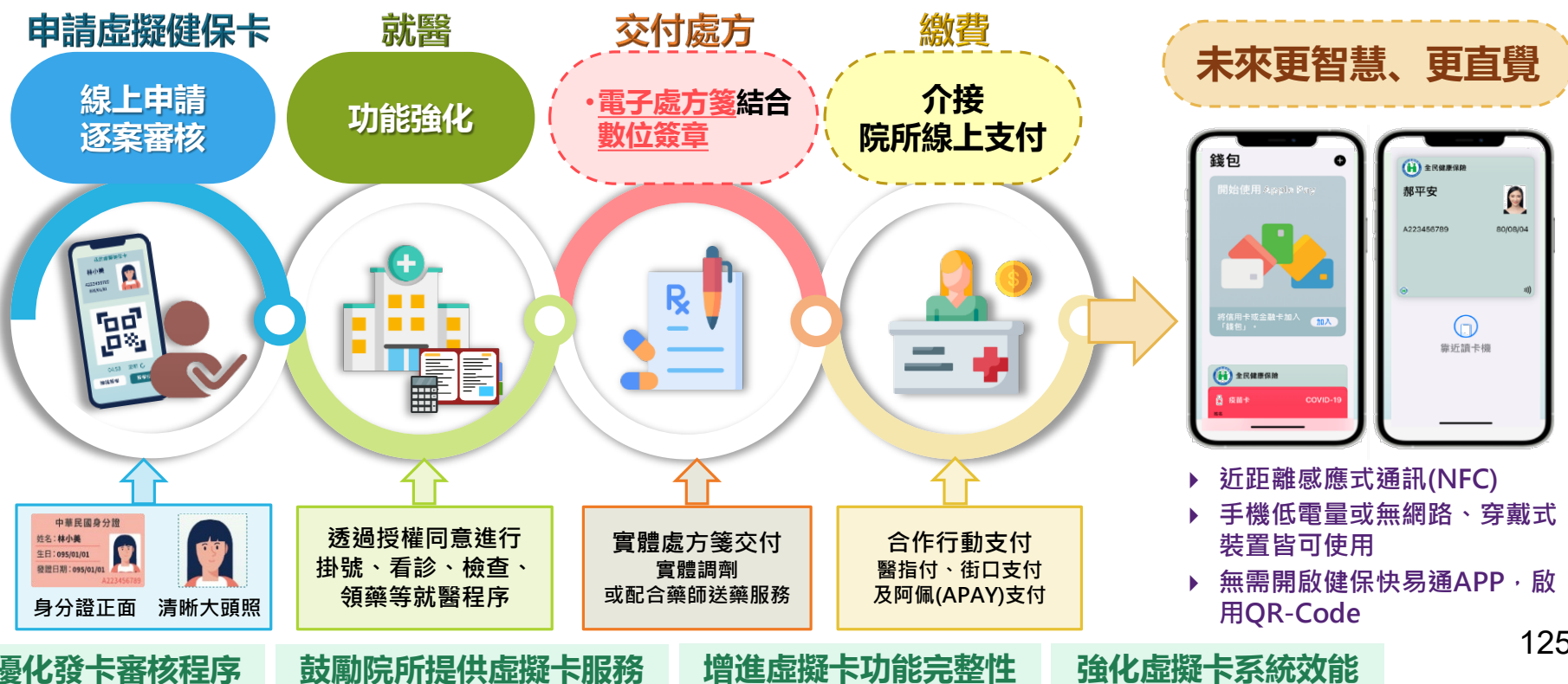
打造就醫全流程數位化

▶ 虛擬健保卡應用推廣

配合通訊診診察治療辦法，鼓勵院所於重點場域(居家、IDS、長照)推廣使用

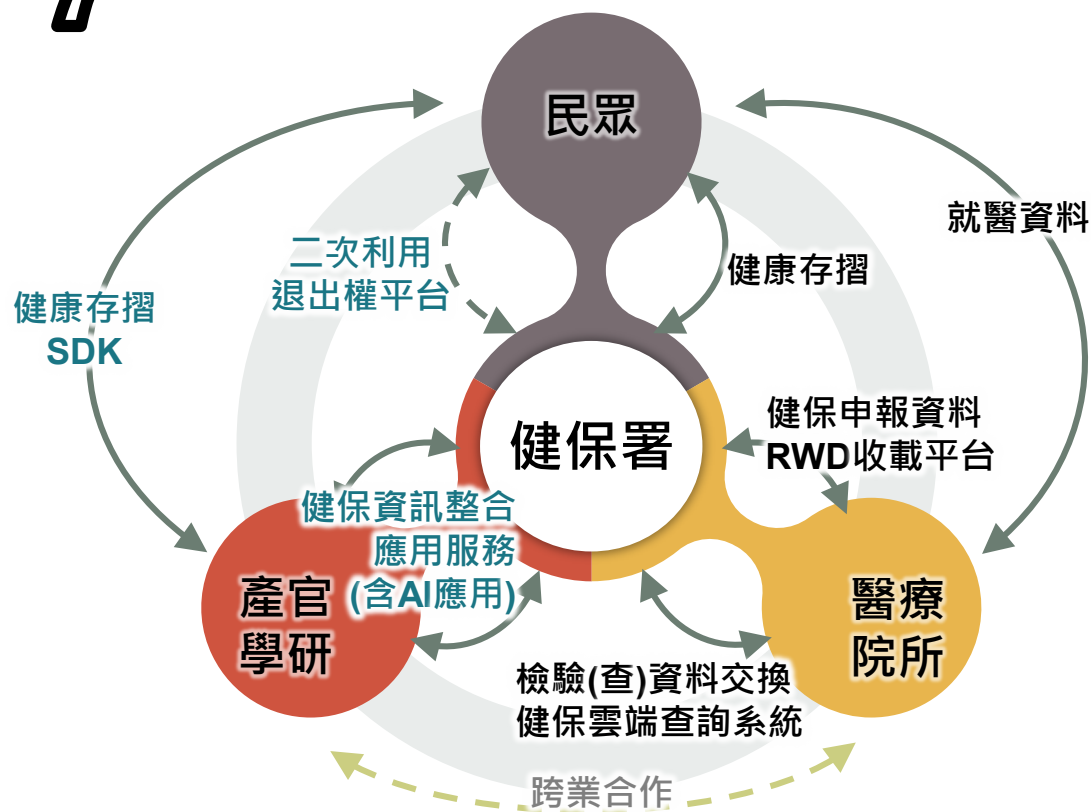
▶ 建置電子處方箋平台

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



以人為本打造健保資料生態系統

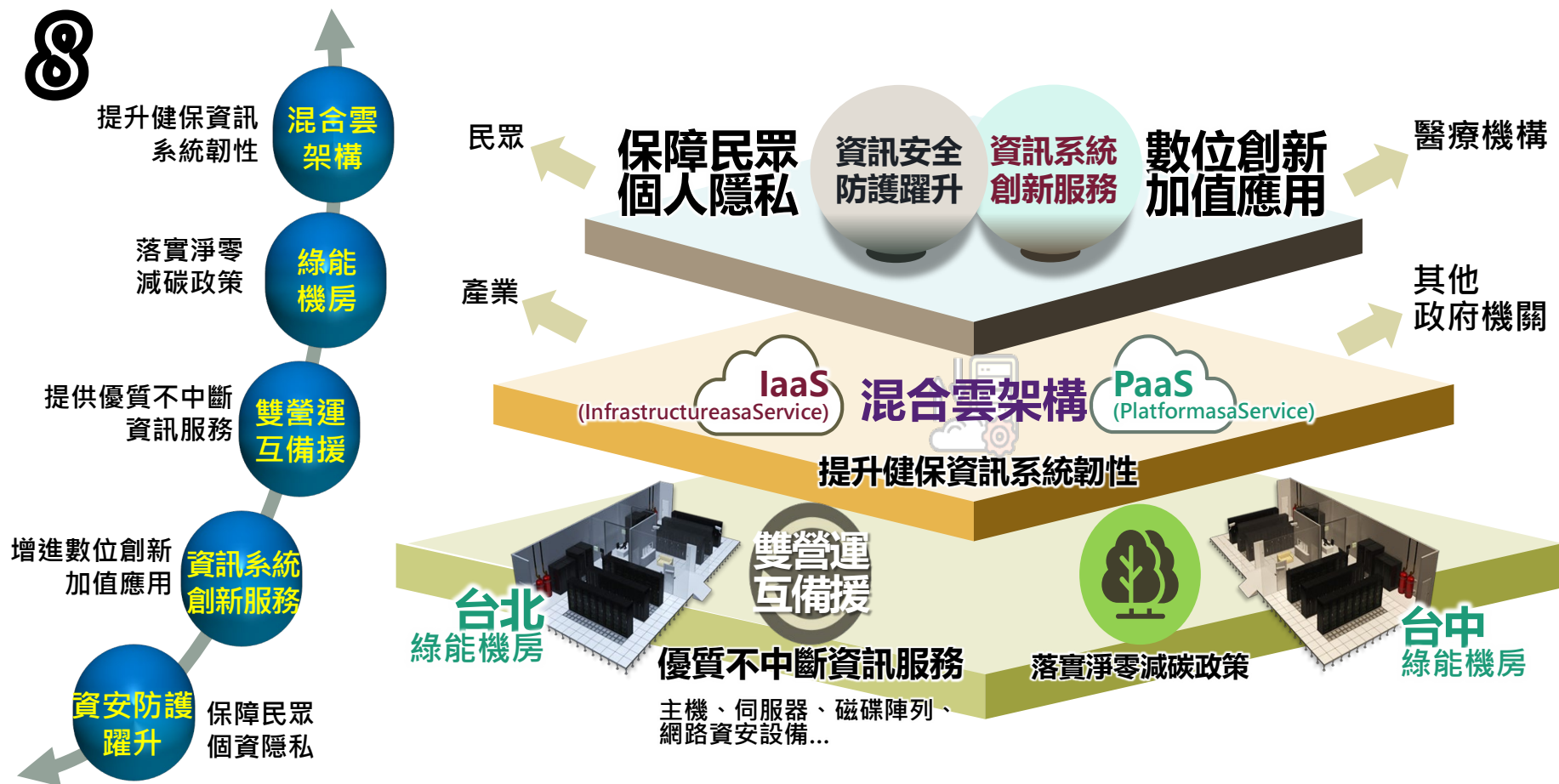
7



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)

建構強韌安全健保資訊基礎架構



謝謝聆聽
敬請指教

