

全民健康保險各總額部門 113 年度
執行成果發表暨評核會議
(四總額部門執行成果)

會議手冊

時 間：114 年 7 月 14、15 日(星期一、二)

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

壹、議程.....	1
貳、會議規則.....	3
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)(見另冊)	
二、醫院總額(含一般服務、專案計畫).....	5
三、西醫基層總額(含一般服務、專案計畫).....	57
四、牙醫門診總額(含一般服務、專案計畫).....	127
五、中醫門診總額(含一般服務、專案計畫).....	217
肆、附錄	
一、各總額部門 113 年度執行成果評核之作業方式...	313
二、113 年度各部門總額及其分配方式公告.....	329

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/114年全民健康保險各部門總額評核會報告投影片

壹、議程

全民健康保險各總額部門 113 年度執行成果發表暨評核會議議程

日期：114 年 7 月 14 日、15 日(星期一、二)

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂(台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)

7 月 14 日(一)	報告內容	報告單位
09:00~09:10	報到	
09:10~09:15	開幕致詞	主持人：周主任委員麗芳
09:15~10:15	各總額部門(含門診透析)一般服務執行成果報告(60 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.各總額部門整體性、一致性項目執行成果 3.門診透析服務	報告單位：中央健康保險署 報告人：林副組長右鈞
10:15~10:30	中場休息(15 分鐘)	(出席人員大合照)
10:30~11:00	跨部門及其他預算專案計畫執行成果報告(30 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.專案計畫/方案執行成效	報告單位：中央健康保險署 報告人：賴副組長彥壯
11:00~12:00	評論及意見交流(60 分鐘) (評論 30 分鐘，意見交流 15 分鐘，健保署回應 15 分鐘)	主持人：周主任委員麗芳 評論人：評核委員
12:00~13:00	午餐	
13:00~13:40	醫院總額執行成果報告(40 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：台灣醫院協會 報告人：李理事長飛鵬
13:40~14:40	評論及意見交流(60 分鐘) (評論 30 分鐘，意見交流 15 分鐘，部門回應 15 分鐘)	主持人：周主任委員麗芳 評論人：評核委員
14:40~14:55	中場休息(15 分鐘)	
14:55~15:35	西醫基層總額執行成果報告(40 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：醫師公會全聯會 報告人：林副秘書長恒立
15:35~16:35	評論及意見交流(60 分鐘) (評論 30 分鐘，意見交流 15 分鐘，部門回應 15 分鐘)	主持人：周主任委員麗芳 評論人：評核委員
— 第 1 天議程結束 —		

7 月 15 日(二)	報告內容	報告單位
08:50~09:00	報到	
09:00~09:40	牙醫門診總額執行成果報告(40 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：牙醫師公會全聯會 報告人：連主任新傑(25 分鐘)、 楊主任文甫(8 分鐘)、 簡召集人志成(7 分鐘)
09:40~10:40	評論及意見交流(60 分鐘) (評論 30 分鐘，意見交流 15 分鐘，部門回應 15 分鐘)	主持人：周主任委員麗芳 評論人：評核委員
10:40~10:55	中場休息(15 分鐘)	
10:55~11:35	中醫門診總額執行成果報告(40 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：中醫師公會全聯會 報告人：黃召集人頌儼、 詹理事長永兆
11:35~12:35	評論及意見交流(60 分鐘) (評論 30 分鐘，意見交流 15 分鐘，部門回應 15 分鐘)	主持人：周主任委員麗芳 評論人：評核委員
— 成果發表會結束 —		
12:35~13:30	午餐	
13:30~16:00	評核內部會議(不公開)	參與人員：主任委員、評核委員、本會同仁

註：依健保會 114 年第 2 次委員會會議(114.4.23)通過之評核作業方式，提報重點如下：

簡報內容以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主，請以政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切議題為主軸，提出 113 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。

貳、會議規則

會議規則

一、會議報告及發言時間之響鈴提醒如下：

(一)執行成果報告：

時間屆滿前 3 分鐘「響短鈴 2 聲」，時間屆滿時「響長鈴 1 聲」。

(二)評核委員評論：

1.每位評核委員評論 10 分鐘。

2.時間屆滿前 3 分鐘「響短鈴 2 聲」，時間屆滿時「響長鈴 1 聲」。

(三)意見交流：

1.健保署及四總額部門場次預定 15 分鐘。

2.每位發言時間 3 分鐘，時間屆滿時「響長鈴 1 聲」。

(四)受評單位回應提問意見：

1.健保署及四總額部門場次預定 15 分鐘。

2.時間屆滿前 3 分鐘「響短鈴 2 聲」，時間屆滿時「響長鈴 1 聲」。

(為掌握會議時間，受評單位未及回應部分，請健保署及四部門於 7 月 25 日前提出回應或補充說明，以利併入評核紀錄，做為 115 年度總額協商參考)

二、會議進行時，手機請改為震動或關機。

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)
(見另冊)

二、醫院總額(含一般服務、專案計畫)

113年度 醫院總額部門執行成果報告 一般及專案計畫



台灣醫院協會

114.07.14

1

大綱

- 01 年度重點項目執行成果與未來規劃
- 02 112年評核委員評論意見及回應
- 03 維護保險對象就醫權益
- 04 醫療服務品質提升
- 05 協商因素執行情形
- 06 總額管理績效
- 07 專案計畫



2

113年國人對醫院醫療服務 就醫滿意度-95.2%



- 113年門診、住診醫療照護服務，合計提供11440.9萬人次。
- 輔助健保署通過多項癌症治療藥品，加速急重難罕病人應用新醫療科技，診治疾病。
- 醫療品質指標監測達97.93%達標。
- 輔助健保署完成支付制度改革基礎作業ICD-10-CM/PCS改版上線及主題式DRGs議案討論。
- 應用風險調整移撥款，強化照護各分區國人，區域聯防重大疾病跨院合作、偏鄉特定疾病（心肌梗塞）篩檢，促使東區增加平均餘命近1歲。

3

01

年度重點項目 執行成果與未來規劃

{ 參照書面報告P.2 }

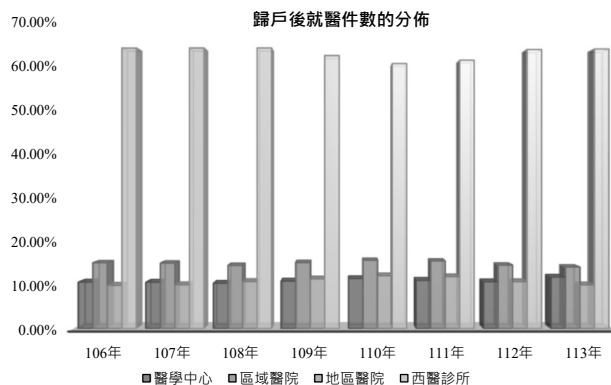
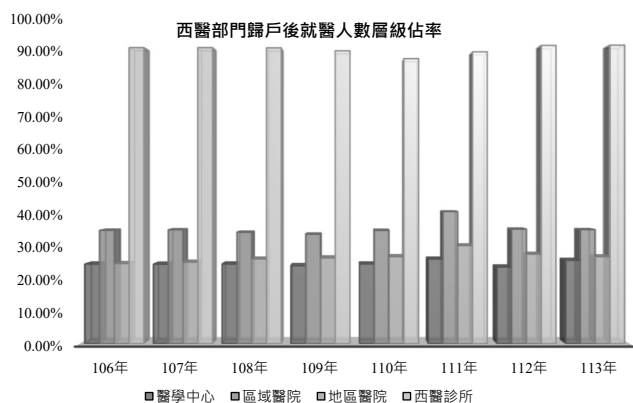


4

分級醫療

民眾實際具有分級醫療的概念！！

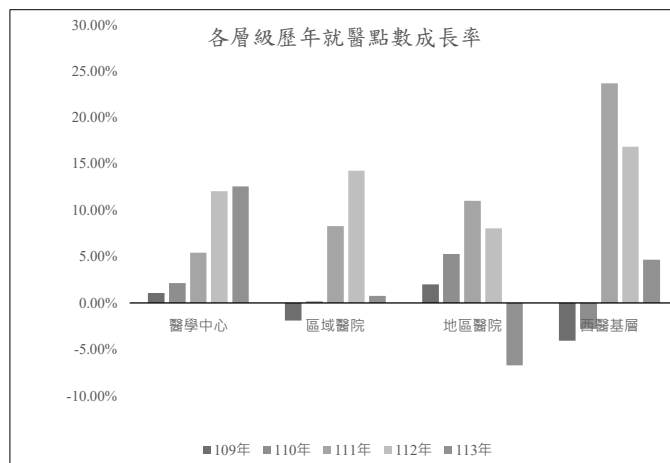
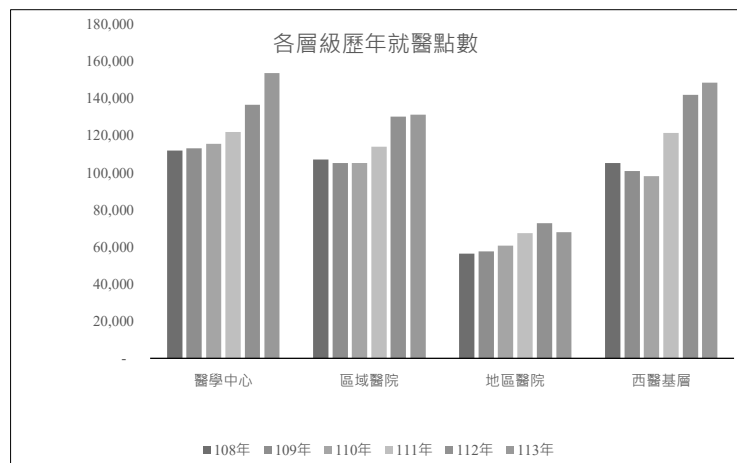
透過106年至113年全國醫療院所申報健保醫療費用數據的追蹤，民眾就醫的途徑的選擇：
92.60%為西醫基層、35.36%是區域醫院、26.99%是地區醫院，最後才是醫學中心25.84%



5

從醫療端觀察

- 整體西醫部門醫療服務點數及件數都在增加中，其中點數的增加，來自於支付標準點數、基層給付表別的調整。而件數的增加，除了是來自民眾就醫需求的增加外，還有醫療體系間的家數的異動（醫院評鑑的升等、醫院醫師自行創業）。
- 113年各層級就醫點數成長率以醫學中心成長幅度最高，而地區醫院呈現負成長，係因受醫院評鑑112年公告有新增醫學中心及地區醫院強制升等為區域醫院有關。



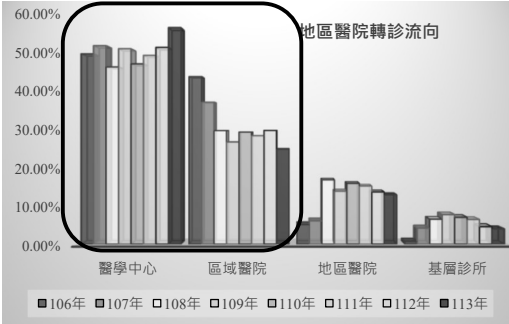
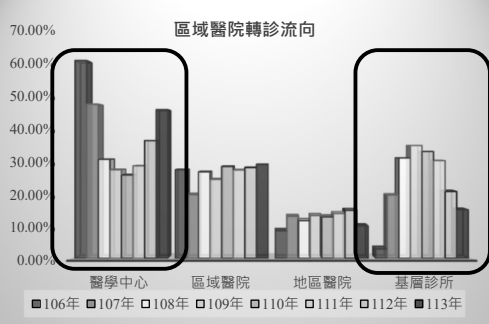
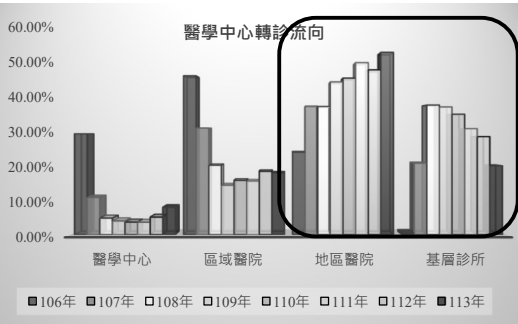
6

分級醫療轉診案件及層級轉診流向

113年醫院部門分級醫療執行成效指標，較112年成長，達標！！

- 醫院部門113年全年執行醫療服務計11089萬件，轉診件數135.9萬件，較112年增加23萬件，成長20.84%，轉診率酌升0.19%
- 各層級的轉診流向：
 1. 地區醫院，樹立Health Gate Keeper的角色，向上轉診
 2. 區域醫院，承上助下，擔負中重度急救責任
 3. 醫學中心，處理完急重階段的救治，轉診地區及西基就近持續照護

項目/年度/層級		醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計
案件數	106年	303,367	303,456	53,572	660,395
	107年	399,448	379,498	97,858	876,804
	108年	497,845	446,696	178,504	1,123,045
	109年	475,512	407,224	190,529	1,073,265
	110年	438,626	406,108	196,248	1,040,982
	111年	474,208	416,953	208,873	1,100,034
	112年	513,984	427,832	183,029	1,124,845
	113年	673,072	479,150	206,990	1,359,212
較前一年成長	107年	31.67%	25.06%	82.67%	32.77%
	108年	24.63%	17.71%	82.41%	28.08%
	109年	-4.49%	-8.84%	6.74%	-4.43%
	110年	-7.76%	-0.27%	3.00%	-3.01%
	111年	8.11%	2.67%	6.43%	5.67%
	112年	8.39%	2.61%	-12.37%	2.26%
	113年	30.95%	11.99%	13.09%	20.84%



醫院全日護病比達到加成月份情形

- 醫學中心：113年全日護病比達成最多的級距為1:7.5-7.9人為43.4%，相較112年的眾數，同為1:7.5-7.9人達成率46.3%略減，而達到1:7.0-7.4級距的月次比例增加了
- 區域醫院：113年全日護病比眾數同112年落在1:10人以下的級距且達成比例由112年58.2%增加至61.3%
- 地區醫院：113年全日護病比眾數亦同112年落在1:13.0人以下，惟達成的月次較112年減少，未填具的月次比以往來得多

相較112年，達成率較差的因素，除醫療服務量能在113年開始逐漸回歸疫前，且醫院護理人力短缺，住診病床調節，以符合設置標準

護病比加成功率		20%	17%	14%	5%	2%	無加成	未填或護病比為0
醫學中心	護病比	<7.0	7.0-7.4	7.5-7.9	8.0-8.4	8.5-8.9	>9.0	
	104年	9.9%	10.9%	30.1%	30.1%	10.0%	9.0%	0%
	105年	10.6%	15.7%	40.4%	26.9%	6.1%	0.3%	0%
	106年	13.8%	25.0%	44.6%	15.4%	1.3%	0%	0%
	107年	18.9%	30.4%	39.7%	10.6%	0.3%	0%	0%
	108年	10.7%	21.3%	47.0%	18.7%	2.3%	0%	0%
	109年	26.3%	34.0%	33.3%	6.3%	0.0%	0%	0%
	110年	44.7%	31.0%	17.7%	6.7%	0.0%	0%	0%
	111年	42.7%	35.0%	16.3%	6.0%	0.0%	0%	0%
	112年	14.3%	23.7%	46.3%	11.0%	4.7%	0%	0%
	113年	9.4%	30.0%	43.4%	15.8%	1.3%	0%	0%
	113年	61.3%	13.9%	11.6%	5.7%	6.8%	0.8%	0%
區域醫院	護病比	<10.0	10.0-10.4	10.5-10.9	11.0-11.4	11.5-11.9	>12	
	104年	60.4%	11.7%	12.2%	5.8%	4.6%	5.3%	0%
	105年	60.1%	13.5%	11.2%	7.0%	4.2%	3.8%	0%
	106年	61.7%	16.7%	10.2%	5.5%	4.6%	1.3%	0%
	107年	67.6%	15.5%	7.4%	4.0%	4.7%	0.7%	0%
	108年	57.6%	17.2%	12.5%	4.5%	7.3%	1.0%	0%
	109年	68.4%	12.8%	8.4%	3.4%	6.7%	0.3%	0%
	110年	77.0%	8.8%	6.9%	2.5%	4.4%	0.4%	0%
	111年	78.8%	7.6%	4.9%	2.5%	5.5%	0.8%	0%
	112年*	58.2%	16.4%	13.7%	4.2%	6.4%	1.0%	0%
	113年	61.3%	13.9%	11.6%	5.7%	6.8%	0.8%	0%
	113年	61.3%	13.9%	11.6%	5.7%	6.8%	0.8%	0%
地區醫院	護病比	<13.0	13.0-13.4	13.5-13.9	14.0-14.4	14.5-14.9	>15	
	104年	84.9%	1.3%	1.8%	1.5%	1.2%	0.9%	8.4%
	105年	85.4%	1.4%	1.4%	0.9%	1.6%	0.4%	8.8%
	106年	90.0%	2.1%	1.3%	1.0%	0.9%	0.6%	4.0%
	107年	88.7%	1.4%	1.3%	1.0%	0.8%	0.5%	6.3%
	108年	84.2%	2.2%	1.6%	1.4%	1.6%	0.9%	8%
	109年	87.1%	2.1%	1.6%	1.9%	1.2%	1.3%	7.5%
	110年	86.2%	2.5%	1.7%	1.3%	1.0%	1.3%	2.8%
	111年	86.5%	1.8%	1.4%	1.0%	1.1%	1.1%	9.5%
	112年	86.1%	1.4%	1.5%	1.8%	1.2%	1.2%	6.8%
	113年	81.6%	1.9%	1.6%	1.7%	1.8%	0.3%	11.1%
	113年	81.6%	1.9%	1.6%	1.7%	1.8%	0.3%	11.1%

護理人力指標

- 整體而言，113年實際於一般急性病床照護的護理人數是下降的
- 護理淨增加的人數，是否是因為所屬醫院層級變動值得再觀察
- 護理人員離職情形來看：
 - ✓ 各層級3個月以上年資離職率都較112年減少
 - ✓ 未滿2年的離職率，區域及地區都高於112年，醫中反勢大幅減少
 - ✓ 2年以上年資護理人員比率，在醫中及區域沒有太大差異，但在地區就稍微減少了，可能受院際間及長照體系間競價的結果

項目 \ 年	108年	109年	110年	111年	112年	113年
護理人力淨增加人數	3,319	2200	1852	1151	-339	757
--醫學中心	1,049	604	457	150	-308	-33
--區域醫院	1,192	596	324	260	-384	460
--地區醫院	1,078	1000	1071	741	353	330
平均每月實際於一般急性病床照護之護理人數	31,423	31,588	32,341	31,926	31,153	30,884
--醫學中心	11,718	11,699	12,078	11,712	11,351	11,872
--區域醫院	13,070	13,042	13,072	12,920	12,737	12,341
--地區醫院	6,635	6,847	7,191	7,294	7,065	6,671
3個月以上年資護理人員離職率	9.56%	9.12%	9.12%	10.36%	11.53%	10.49%
--醫學中心	7.52%	6.56%	6.60%	8.28%	10.30%	9.44%
--區域醫院	10.28%	10.28%	10.00%	11.16%	11.90%	10.64%
--地區醫院	11.52%	11.56%	11.56%	12.12%	12.65%	11.97%
年資未滿2年之護理人員離職率	9.56%	7.08%	5.96%	5.68%	6.82%	5.70%
--醫學中心	4.24%	3.48%	2.76%	3.00%	7.40%	3.04%
--區域醫院	6.36%	8.92%	7.52%	5.92%	5.62%	6.39%
--地區醫院	13.32%	10.16%	8.84%	9.40%	8.06%	8.92%
2年以上年資護理人員比率	75.38%	76.78%	77.67%	77.68%	78.23%	77.69%
--醫學中心	80.34%	83.04%	83.05%	82.64%	82.63%	82.24%
--區域醫院	76.49%	77.30%	78.74%	79.16%	78.47%	78.07%
--地區醫院	65.49%	65.20%	66.34%	67.61%	71.50%	69.37%

9

住院護理品質指標

- 113年修正病人跌倒發生率及病人感染發生率等2指標為住院跌倒率及院內感染密度
- 護理品質指標監測結果：
 - ✓ 病人壓瘡發生率：113年各級醫院悉數低於112年
 - ✓ 住院跌倒率，除精神專科高於其他層級外，所以層級醫院都較112年改善
 - ✓ 病人感染發生密度，因計算公式已修正，精神專科及慢性醫院擬繼續觀察

項目 \ 年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年
病人跌倒發生率% ^{註1}								
--醫學中心	0.51%	0.51%	0.45%	0.53%	0.58%	0.51%	0.48%	0.04%
--區域醫院	0.38%	0.40%	0.33%	0.34%	0.36%	0.34%	0.29%	0.03%
--地區醫院	0.48%	0.43%	0.36%	0.48%	0.54%	0.44%	0.40%	0.04%
--精神專科	0.51%	0.52%	0.51%	0.57%	0.51%	0.50%	0.49%	0.03%
--慢性醫院	6.33%	7.47%	5.55%	6.07%	10.46%	9.88%	10.54%	7.55%
--其他	0.40%	0.50%	0.56%	1.14%	0.79%	1.04%	1.01%	0.00%
病人壓瘡發生率%								
--醫學中心	0.54%	0.54%	0.48%	0.59%	0.76%	0.68%	0.61%	0.55%
--區域醫院	0.87%	0.89%	0.75%	0.92%	1.28%	1.00%	0.88%	0.74%
--地區醫院	0.29%	0.27%	0.26%	0.30%	0.33%	0.34%	0.34%	0.33%
--精神專科	0.54%	0.56%	0.50%	0.68%	0.81%	0.86%	0.74%	0.74%
--精神專科	0.09%	0.09%	0.04%	0.07%	0.03%	0.01%	0.01%	0.02%
--慢性醫院	0.36%	0.45%	0.70%	0.30%	0.25%	0.55%	0.08%	0.00%
病人感染發生率% ^{註2}								
--醫學中心	1.23%	1.36%	1.15%	1.36%	1.52%	1.61%	1.55%	1.35%
--區域醫院	1.52%	1.83%	1.53%	1.81%	1.93%	2.15%	2.32%	1.77%
--地區醫院	1.04%	1.09%	0.90%	1.07%	1.36%	1.21%	1.02%	1.01%
--精神專科	1.10%	1.03%	0.97%	1.14%	1.14%	1.24%	1.08%	1.05%
--慢性醫院	1.61%	2.06%	1.47%	1.40%	1.18%	5.61%	4.71%	8.13%
--其他	3.40%	3.48%	3.47%	1.27%	1.83%	0.69%	3.82%	6.26%

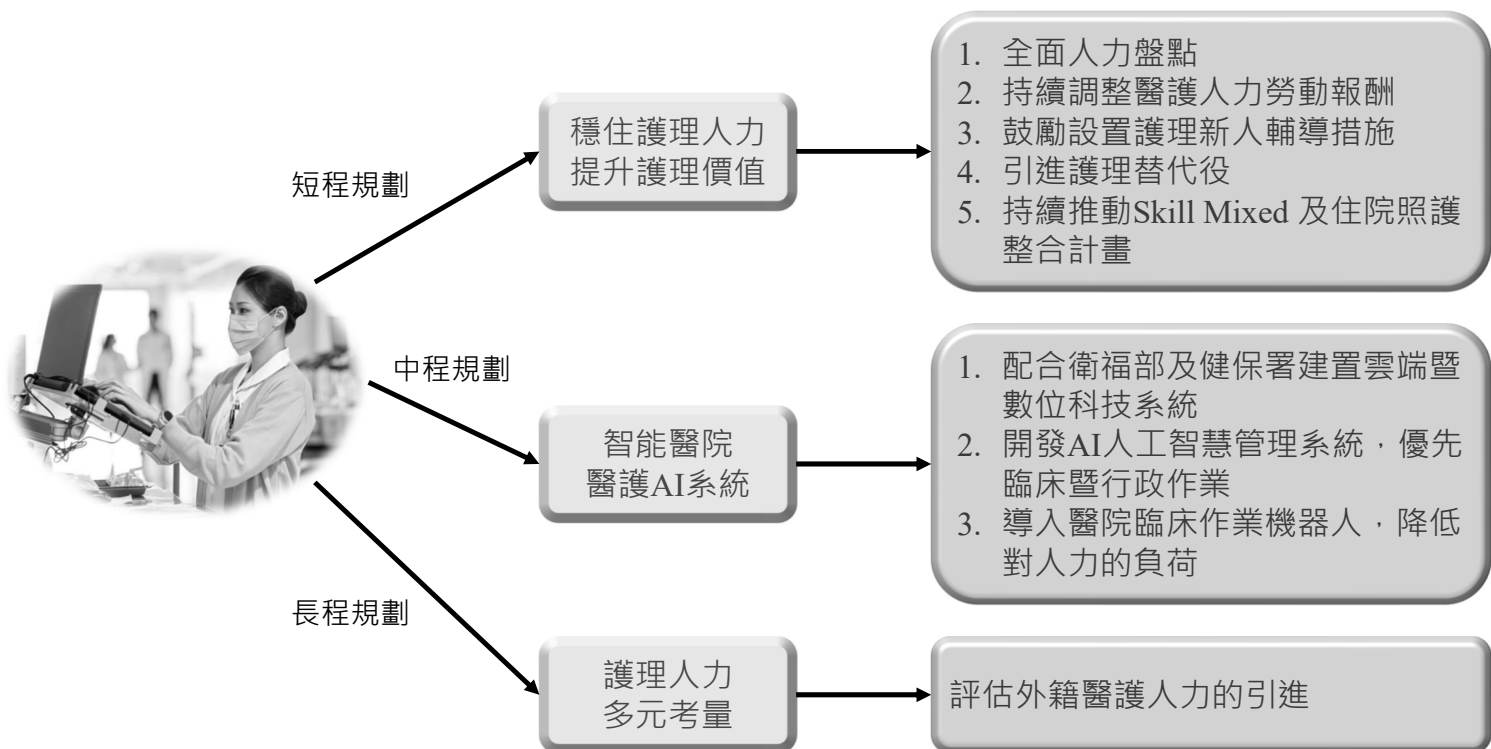
10

醫院三班護病比實施現況調查

- 參據中華民國護理師護士公會全國聯合會（113.06）調查
- 現行實施新制護病比標準，表示有困難的醫院佔總回復醫院71.3%，其中醫學中心（含準醫學中心）91.3%、區域醫院98.6%及地區醫院55.7%。
- 經統計若要達到新制護病比標準，全國尚需要增加護理人力約計**4,140人**，其中醫學中心（含準醫學中心）需要1386人，區域醫院2101人及地區醫院653人
- 就醫院實際臨床而言三班護病比最難達成的班別為大夜班、小夜班及白班。



醫院部門就護理人力短缺的改善計畫



02

112年評核委員 評論意見及回應

{ 參照書面報告P.29 }

13

合理配置醫療資源，醫療體系在供給面應積極調整、轉型

評核共識建議	醫院協會回應
檢討總額協商項目，宜提出精進服務模式或有別於論量支付之醫療服務： 近年新增項目多屬「支付標準調升」、「特定項目保障點值」，「補充人力成本」等項目，在論量計酬下，仍有嚴重內生性與增加醫療服務點數之作用，造成點值衝擊。	建立以品質及價值為導向的醫療體系，是醫院部門的願景 委員所提醒「在論量計酬下，會有內生性及增加醫療服務點數的作用」，確實在制度未改變的情況下是成立的，如果醫療服務成本指數改變率可以充分反應醫療服務的成本差異，或許真的不需要在協商因素中爭取預算，就可以自然的校正，但顯然現下是無法達成，而增加醫療服務點數的部份，隨著經濟環境、新醫療科技、醫療常規的變動，醫療服務點數相信都會逐年成長，要衡量的應該是增加的合不合理，或增加多少才是合理。

14

檢討分級醫療執行是否達到原訂政策方向及強化推動策略

評核共識建議	醫院協會回應
民眾應依病情嚴重程度至適當的醫院層級就醫：目前因民眾就醫自由，醫療院所亦無法拒絕病人，若轉診中難以建立疾病嚴重度CMI分析，使得醫院端無適當的工具加以處理，建議研議以ICD-10診斷碼或疾病分類群組分析病人轉診的合宜性。	轉診得否成功除醫療供給者端建構完善的聯繫系統外，醫療需求者願接受建議轉診亦是重要的關鍵，正如評委所提，目前民眾就醫自由，醫療院所受法規限制不得拒絕病人。 近年一直都有專家學者建議應建立指標來觀測轉診的合宜性，無論是早先所提的CMI疾病嚴重度，亦或是以ICD-10診斷碼或疾病分類群組來識別，都有其侷限的問題。CMI的計算目前只有計算住院案件，而ICD-10診斷編碼雖然不分門住診，但卻會因為就醫的主要診斷及次要診斷而有不同的結果，即相同代碼的疾病診斷不一定嚴重度相同，還需要視其次要診斷及處置判別，如：同為流行性感冒的症狀，其次要診斷是否具癌症病史或重大慢性疾病，其所耗用的醫療資源無法等同視之。是否合宜以ICD-10診斷碼或疾病分類群組來分析各層級所收治或轉診，宜專案委辦分析。

15

加速推動支付制度改革

評核共識建議	醫院協會回應
建議「擴大推進Tw-DRGs」考量國際經驗住院部分不會100%適用DRGs，且超出臨界點之重症病患費用可核實支付，故DRGs之推動不宜因而停滯不前建議可搭配健保署提出的住院點值保障方案，並且仿效其他國家，採「DRGs、論量計酬」依比例計算支付點數，再逐年推進以Tw-DRGs計算占比。	1. 醫院完全認同住院DRGs不可能100%的執行，但感染科、復健科及部分重科，因醫療科的特性並不適合導入DRGs。 2. 醫院部門近年對支付制度改革停滯不前，而是全力配合，從ICD-9-CM轉入ICD-10-CM/PCS，近年再進行改版，都是為支付制度改革打下穩健的基礎工程。 3. 以住院保障點值方案為何打動不了醫院的芳心，經醫院協會了解，因為各分區的總額管理不同，部份分區採目標點值1點1元，結果獲得高額折付，在點值問題未解之前，且有明確的方案產生，醫院持保留態度。

16

支付制度改革_Tw-DRGs推動，工作進展



- ❗ 為什麼進展這麼慢？因為要改的東西太多！！還有很多編碼規則、過去透過虛擬碼暫時解決給付問題的未來存續，待釐清...
- ❗ 改版後新的費用落點影響層面都要在版本換至2023年版後才會知道，署方的遊戲規則醫院還不明瞭，方案沒出來，無法評估...

17

03

維護保險對象就醫權益

{ 參照書面報告P.35 }



113年醫療服務品質調查結果(問卷)

指標項目 \ 年	109	110	111	112	113	補充說明
最近一次看診醫院的醫療結果滿意度						113年度醫院部門整體醫療結果滿意度為94.1%與112年相同，而肯定態度減少1.4%
--滿意	95.9%	93.2%	94.1%	94.1%	94.1%	
--肯定態度	96.8%	97.3%	97.6%	96.6%	95.2%	
就醫過程滿意度						
醫院就醫民眾對醫師看病及治療花費的時間滿意度（肯定態度）	94.0%	90.5%	90.8%	88.5%	89.2%	113年度民眾對醫師看病及治療所花費的時間滿意度較112年提高0.7%
醫護人員進行衛教指導的比率（如：解說病情、營養及飲食諮詢、預防保健等）	56.3%	64.1%	63.8%	62.1%	61.2%	113年度醫護人員進行衛教指導的比率同112年
醫護人員是否常用簡單易懂的方式向您解說病情與照護方式	80%	67.9%	71.8%	69.8%	71.1%	相較於112年度，113年度民眾自覺醫護人員有以簡單易懂的方式解說病情及照護方式的滿意度提高1.3%
就診時醫師是否會病人共同討論照護或治療方式（總是有）	79.1%	66.3%	70.8%	76.4%	80.3%	醫師會與病人共同討論照護或治療方式，113年度滿意度較112年提高3.9%
就診時醫師是否有提供問問題或表達顧慮的機會	91.4%	73.9%	76.1%	72.4%	72.9%	就診時醫師可供詢問及接受表達顧慮的滿意度113年度較112年提高0.5%

113年民眾對於整體醫療結果

95.2%滿意度。

19

113年民眾自費調查結果(問卷)

- 近五年自費原因統計

指標項目 \ 年	109	110	111	112	113	補充說明
自付其他費用前3名項目						113年度自付費用的前三名與112年項目一致。除藥品較112年顯著減少8.5%外，耗材及檢驗(查)皆增加，其中耗材比率增加1.1%
--第一名（百分比）	藥品 41.0%	藥品 48.4%	藥品 43.5%	藥品 46.7%	藥品 38.2%	
--第二名（百分比）	病房差額 20.4%	檢查 12.9%	耗材 20.5%	耗材 16.2%	耗材 17.3%	
--第三名（百分比）	耗材 17.4%	耗材 12.4%	檢查或檢驗 12.4%	檢查或檢驗 12.2%	檢查或檢驗 12.8%	
自付其他費用前3項原因						
--第一名（百分比）	醫院建議 67.5%	醫院建議 63.0%	使用較好自付全額 41.0%	健保不給付 45.6%	健保不給付 38.5%	本項題目於111年略有調整。113年民眾自費因素經調查與112年項目一致，以健保不給付38.5%最多，使用較好自付全額及補付差額分別為第二、三名
--第二名（百分比）	自己要求 39.5%	二者都有 15.3%	使用較好補付差額 21.5%	使用較好自付全額 19.6%	使用較好自付全額 33.4%	
--第三名（百分比）	補差額 13.2%	自己要求 14.4%	多開藥及健保不給付 9.6%	使用較好補付差額 13.2%	使用較好補付差額 13.5%	

20

113年民眾就醫可近性與及時性(問卷)

120%

100%

80%

60%

40%

20%

0%

	109年	110年	111年	112年	113年
■ 對門診掛號的感受(順利)	99.30%	94.30%	98.60%	97.20%	97.60%
■ 住院容易排到病床?	79.10%	54.30%	77.40%	62.70%	79.10%
■ 所安排的病床與希望相符的比率?	80.50%	82.70%	77.40%	62.70%	79.10%
■ 是否應因就醫所需交通時間過長而不就診?	79.00%	82.90%	82.20%	84.10%	82.80%
■ 有沒有被轉診的經驗	86.30%	91.10%	90.50%	90.40%	92.20%
■ 對轉診服務的滿意度(正向)?	82.90%	96.10%	82.20%	89.60%	81.10%

- 其中，『對於轉診服務是否滿意』題項，113年結果較112年下降8.5%，由於民眾對轉診滿意的因素有很多，自113年於問卷調查新增對轉診服務不滿意原因。
- 經調查不滿意者主要原因為程序繁瑣，比例高達55.4%，其次為等待時間很久20.9%。
- 於日漸成熟之轉診制度、分級醫療仍有檢討改善空間，得持續觀察。

21

113年不同都市化地區醫療分布情形(監理指標)

- 113年以鄉鎮市區發展程度，最高與最低兩組醫師人力比為82.95較112年的93.77下降，由此可知城鄉醫師人力比率差距持續縮減。
- 113年就醫率(一般地區、醫療資源不足地區、山地離島地區)與112年無明顯差異，民眾維持日常看診習慣。

指標項目 \ 年	109	110	111	112	113
醫師人力比	83.29	90.13	95.81	93.77	82.95
就醫率					
一般地區	52.36	51.23	54.18	55.71	55.71
醫療資源不足地區	56.65	55.51	56.74	58.65	58.65
山地離島地區	58.63	57.85	60.26	62.38	62.41

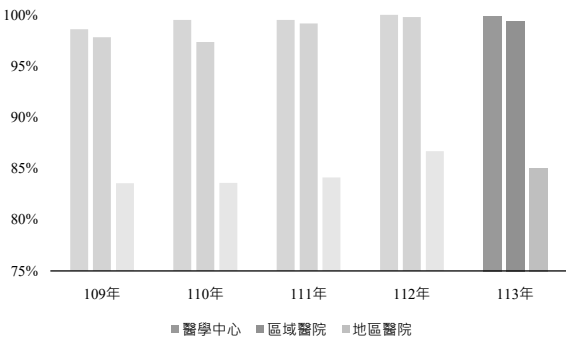
指標項目 \ 分區	全國	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
醫院數	460	105	66	101	63	108	17
醫院醫師數	35178	13210	4389	6560	4490	5640	889
每萬人口西醫醫院數	0.20	0.14	0.17	0.22	0.19	0.30	0.32
每萬人口醫師數	15.03	17.60	11.19	14.39	13.78	15.54	16.91
就醫人數(千人)	13882	4848	2622	2970	1947	2232	336
每萬就醫人數醫師數	25.34	27.25	16.74	22.09	23.06	25.27	26.46



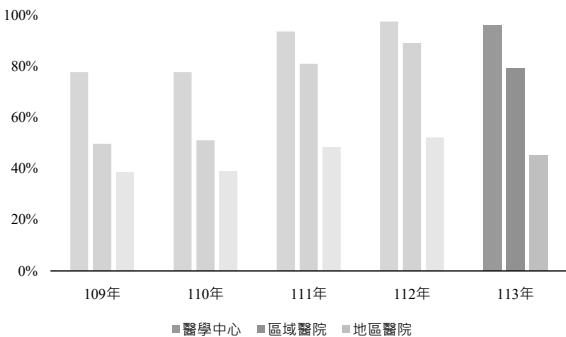
22

113年週六、週日開診情形(監理指標)

周六開診率



周日開診率



113年醫院部門整體假日開診情形，除醫學中心開診家數、周六平均每家每日看診人數/人次及地區醫院周日平均每家每日看診人數/人次增加外，餘項無論是開診家數、開診率及平均每家每日看診人數及人次都較112年減少或持平。

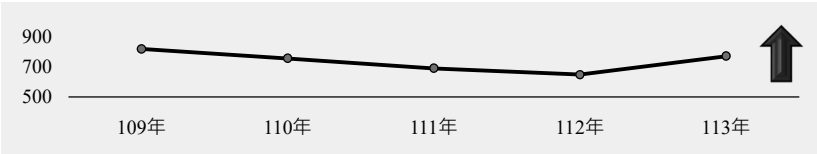
註：113年醫學中心家數增加。

113年民眾對醫院部門抱怨案件(問卷)

113年民眾申訴案件數較112年上升19.14%

細部歸納，以”其他”案件占31%為最高，該類案件未能了解其原因

民眾申訴及反映成案件數



排行年	109	110	111	112年	113
1	其他 215件/26.28%	其他 220件/29%	其他 其他醫療行政或違規事項 187件/27%	其他醫療行政或違規事項 135件/35%	其他 243件/31%
2	自費抱怨 194件/23.72%	其他醫療行政或違規事項 163件/22%	自費抱怨 134件/19%	疑有虛報醫療費用 80件/21%	其他醫療行政或違規事項 225件/29%
3	其他醫療行政或違規事項 172件/21.03%	自費抱怨 143件/19%	服務態度及醫療品質 72件/10%	其他 54件/14%	自費抱怨 97件/13%
4	疑有虛報醫療費用 68件/8.31%	疑有虛報醫療費用 68件/9%	藥品及處方箋 49件/7%	自費抱怨 46件/12%	服務態度及醫療品質 84件/11%
5	服務態度及醫療品質 75件/8.82%	服務態度及醫療品質 57件/8%	疑有虛報醫療費用 36件/5%	藥品及處方箋 33件/9%	疑有虛報醫療費用/藥品及處方箋 44件/6%



25

- 計43項指標達標
達標率97.72%

- 113年醫院部門44項醫療品質指標，僅1項手術暨檢驗品質-子宮肌瘤手術後14日以內再因該手術相關診斷再住院率，0.33%略高於112年高於閾值
- 經徵詢婦產專科醫師意見，子宮肌瘤術後14日內再住院的機率並不多見，需要調閱病歷始得了解問題的原由，本案擬攜回台灣醫院協會醫院醫療服務審查品質委員會中檢討，並函請全國醫院多加留意並改善

26

醫院總額品質保證保留款_修訂分配方式之指標項目

• 基本獎勵(與112年相同)

- 醫學中心品保款*10%
- 區域醫院品保款*15%
- 地區醫院
 - ✓ 指標計畫獎勵，品保款*30%
 - ✓ 品質精進獎勵，品保款*30%

• 醫學中心 19項 → 20項

- 新增3項指標
 - 就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率。
 - 西醫門診年復健次數大於180次之案件數(同院)。
 - 慢性病連續處方箋釋出率。
- 刪除2項指標
 - ✓ 【雲端藥歷真籤】就醫類別及病人類別查詢比率。
 - ✓ 門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率。

將歷年執行成效已相當良好的指標刪除，
更換新指標項目，讓醫院部門持續提升品質。

• 區域醫院 21項

- 新增3項指標
 - 死亡前安寧利用率。
 - 呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器大於等於64日期間住ICU人數比率。
 - 急性心肌梗塞(AMI)病人於住院期間給藥比率-阿斯匹靈。
- 刪除3項指標
 - ✓ 同院所門診同一處方製劑重複使用率。
 - ✓ 醫院MRI檢查30日內同院再次執行比率。
 - ✓ 子宮肌瘤手術後14日內因該手術相關診斷再住院率。

• 地區醫院 22項 → 23項

- 新增3項指標
 - 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症。
 - 住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件十四日內再住院率。
 - 急性一般病床全日護病比。
- 刪除2項指標
 - ✓ 醫院MRI檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)。
 - ✓ 子宮肌瘤手術後14日內因該手術相關診斷再住院率。

27

醫院總額品質保證保留款_112年核發結果

- ✓ 醫學中心與區域醫院雖基本與指標獎勵皆為百分百核發，但，各醫院在指標達成項次上仍有不同。因此，品保款仍具鑑別度。
- ✓ 地區醫院則是把獎勵分成3個類別(基本、品質精進、指標)來區別。

類別	層級/年	醫學中心				
		108年	109年	110年	111年	112年
核定點數	2	雖基本獎勵與指標獎勵皆為百分百核發，但實際達成之指標數仍具差異性：其中有5家達成11項、2家達成12項，其餘12家則介於13至18項之間。				
核發占率	4					
基本獎勵金額	3					
指標獎勵金額	5					
結算家數		19	19	19	19	19
不予核發家數		0	0	0	0	0
基本獎勵核發家數		19	19	19	19	19
指標獎勵核發家數		19	19	19	19	19

類別	層級/年	地區醫院				
		108年	109年	110年	111年	112年
核定點數		92,453	95,319	98,062	10,145	107,466
核發占率		18.5%	18.9%	19.6%	20.0%	19.6%
基本獎勵金額		88.2	163.6	149.5	158.2	160.3
指標獎勵金額		58.8	109.1	99.7	105.4	106.8
結算家數		373	372	370	371	366
—第一組		47	51	53	54	51
—第二組		326	321	317	317	315
不予核發家數		1	0	1	4	2
—第一組		1	0	0	4	0
—第二組		0	0	1	4	2
基本獎勵核發家數		263	272			272
—第一組		44	49	270	269	50
—第二組		219	223	51	52	222
品質精進獎勵家數		243	-	219	217	185
—第一組		43	-	-	-	46
—第二組		243	-			139
指標獎勵核發家數		372	372	369	367	364
—第一組		46	51	53	54	51
—第二組		326	321	316	313	313

類別	層級/年	區域醫院				
		108年	109年	110年	111年	112年
核定點數	1	基本與指標獎勵核發比例均為百分百，相較於111年整體指標達成表現更為提升，各家醫院在指標達成項數上仍有差異。				
核發占率	3					
基本獎勵金額	2					
指標獎勵金額	2					
結算家數		81	81	81	81	82
不予核發家數		1	1	0	0	0
基本獎勵核發家數		80	80	81	80	82
指標獎勵核發家數		80	81	81	81	82

05

協商因素執行情形

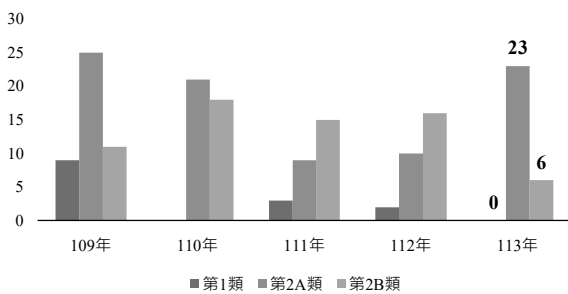
{ 參照書面報告P.54 }

29

延續項目之執行_新醫療科技

- 109-113年總額新藥（依新藥類別）納入健保給付品項申報情形

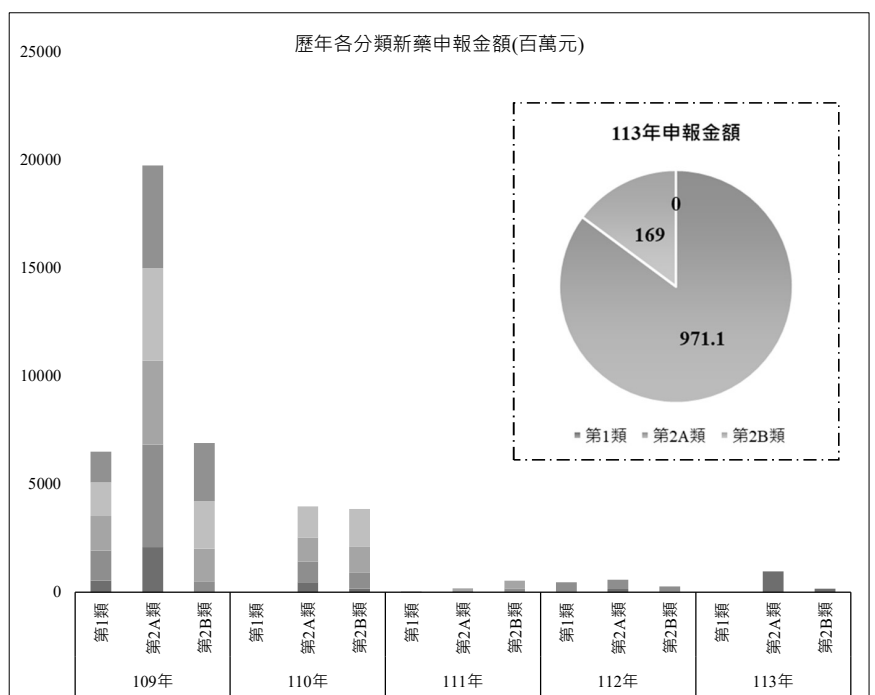
歷年各類新藥納保品項數



- ✓ 113年新藥納入健保品項合計29項
- ✓ 第1類新藥0項、具療效改善第2A類新藥23項及具經濟價值的新藥（第2B類）6項，合計申報為1,140.10百萬元



歷年各分類新藥申報金額(百萬元)

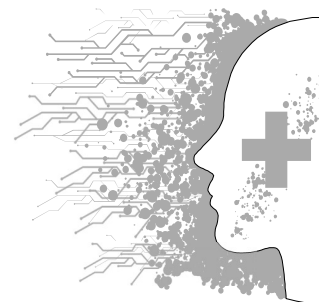


30

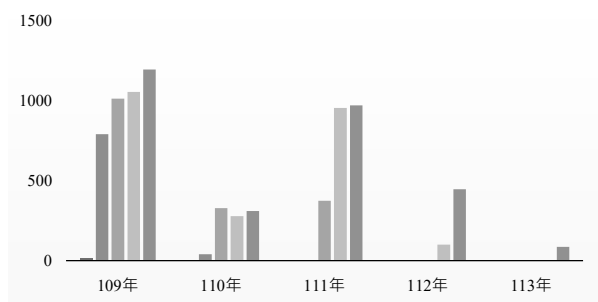
延續項目之執行_新醫療科技 (新特材)

• 109-113年新特材預算及申報情形扣除替代效應

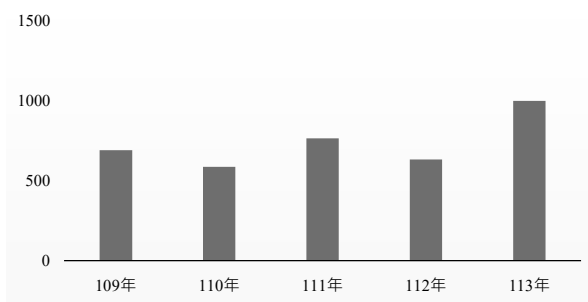
收載年度	品項數	預算	申報金額 (百萬點)					合計
			108年	109年	110年	111年	112年	
109	68	691.4	14.6	791.3	1,014.9	1,055.2	1,197.1	68
110	121	587.4		39.4	329.0	278.8	310.7	121
111	134	764.5			374.3	954.8	972.7	134
112	87	632.0				99.7	446.5	87
113	63	1000.0					86.9	63
收載5年 新特材報累計	473	3675.3	14.6	830.7	1,718.3	2,388.5	3,013.9	473



109-113年新特材申報



109-113年新特材預算編列數

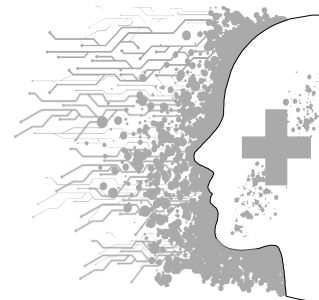


31

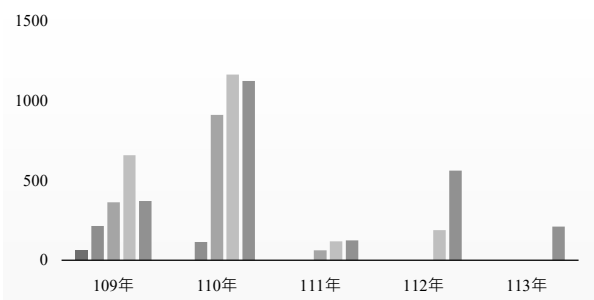
延續項目之執行_新醫療科技 (新增診療項目)

• 109-113年新增診療項目預算及申報情形

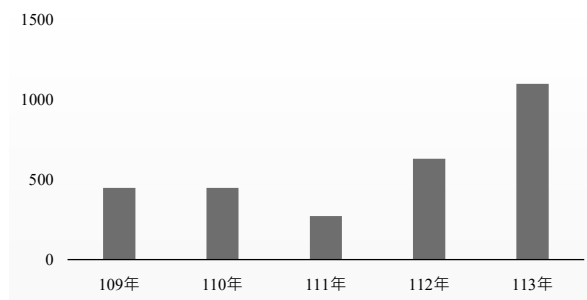
申報年度 生效年度	項目數	預算編 列數	新增診療項 目推估增加 預算(百萬)	109年	110年	111年	112年	113年	小計
109年	44	450.0	397.79	61.04	214.78	361.38	657.66	370.34	1,665.19
110年	151	450.0	447.53		114.43	909.83	1,163.53	1122.58	3,310.37
111年	50	273.6	273.51			61.28	117.43	124.94	303.64
112年	174	632.0	622.87				188.04	559.91	747.95
113年	197	1100.0	1092.86					210.90	210.90
5年累計	616	2905.6	2834.56	61.04	329.21	1332.49	2126.65	2388.66	6238.04



109-113年新增診療項目申報



109-113年新增診療項目預算編列數



32

延續項目之執行_藥品及特材給付規定修訂

113年藥品給付規定改變預算執行數

預算年	預算 (億元)	執行數		
		給付規定改變(億元)	不敷成本提高支付價(億元)	小計(億元)
113年	10.27	6.87	3.49	10.36

註：113年總額協定事項於一般服務藥品及特材給付規定改變項目：「經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」。

113年特材給付規定改變預算執行數

預算年	預算 (億元)	執行數		
		特材共同擬訂會議通過公告	不敷成本調升支付點數	推估預算 (億元)
113年	3.5	9項	35項	2.6077

生效日期	特材名稱類別
113.03.01	單腔微導管/用於冠狀動脈完全阻塞(CTO)
113.05.01	可吸收性栓塞微粒球
113.05.01	人工生物化學覆蓋物(含銀、抗菌)
113.09.01	深層腦部刺激器
113.09.01	經導管置換主動脈瓣膜套組-TAVI(整組含導引線)
113.12.01	治療局部肝腫瘤燒灼系統-探針3項
114.01.01	反置式肩關節系統

超支

113年醫院總額部藥品給付規定改變預算為10.27億元

超出原擬調整藥品給付規定的10.27億預算，差額900萬，由藥物價量調查調整支付點數的節省金額支應之

113年醫院總額部門特材給付規定改變預算為2.5億元

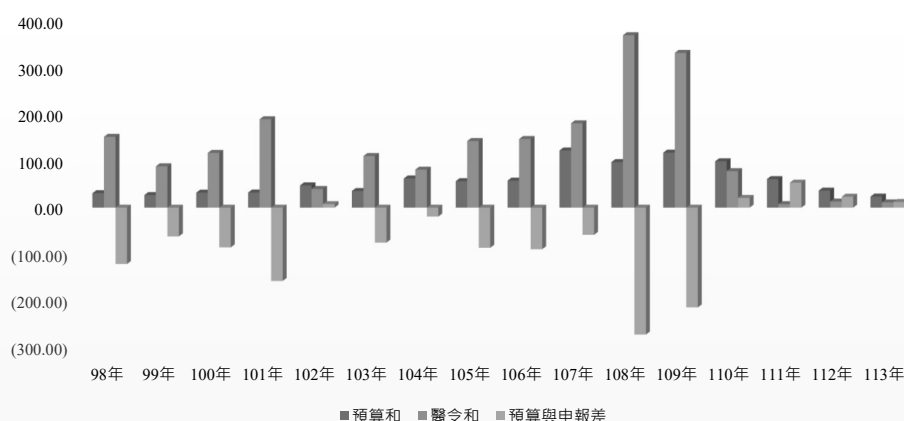
截至12月止，經特材共同擬訂會議通過修訂9項及不敷成本調升支付點數35項，推估預算共計約2.6077億元，未超出年度預算

33

延續項目之執行_新醫療科技

歷年新藥預算與實際申報的5年統計情形

98-113年新藥以納保年累計同品項5年醫令申報及預算差



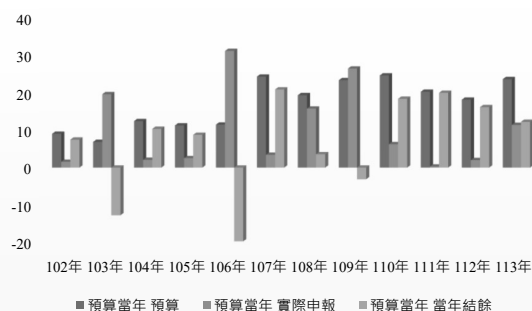
新藥新科技最為醫界所爭議的問題—預算編列與實際申報的差異

基於任何新納保的給付項目，皆有遞延成長的特性，預算當年因收載月份而有不同的費用產生。除103、106、109年為收載年申報大於預算，餘年尚有部分結餘。

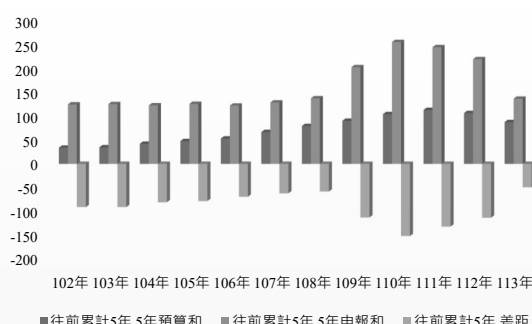
若以5年資料來看，普遍呈現的是預算和低於實際申報和，近10年新藥預算當年的餘數已用於支付其他收載品項扣除第一年之後的不足額。

爰，新藥預算的估列已含蓋5年的使用的說法，並不正確。

102-113年新藥當年預算與實際申報情形



以年度累計5年新藥預算和及實際申報差情形



34

新醫療科技仍主張應先採專款專用置於其他部門

● 醫院部門就醫療科技預算編列形式與各分區座談，取得六分區最大共識-新醫療科技採專款專用移列其他，以避免排擠一般服務預算

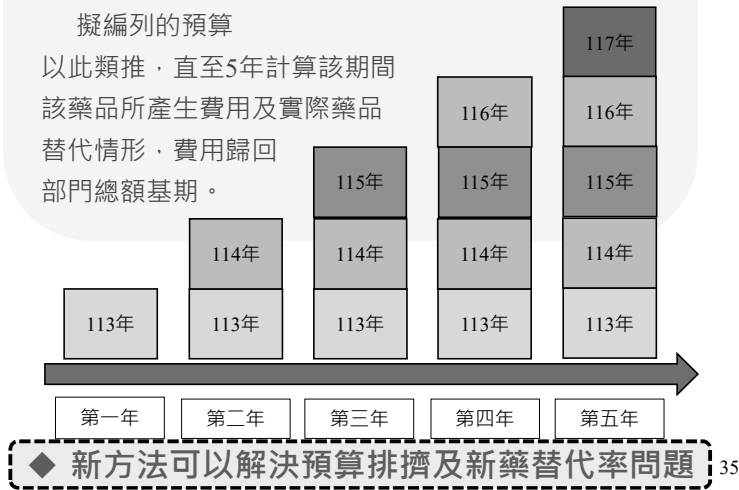
優勢S	劣勢W
1. 緩解現行一般服務預算受新醫療科技超額使用而排擠的影響。 2. 提升醫療供給者就新醫療科技的納保意願，減緩因未來未知的財務風險因素而抗拒新科技。 3. 落實錢用在刀口上，真正使用新醫療科技的分區、院所獲得合理的給付，達公平原則。 4. 解決長年爭議的新醫療科技替代率問題，因替代率往往都是真正納保開始申報後才能計算出來。	1. 新醫療科技的財務風險責任由醫療供給者，回到保險人 2. 專款專用有因預算額度限制而有人要用不到的可能，若全滿足被保險人需要則有預算赤字的問題。
機會O	威脅T
1. 因減少新醫療科技引進對一般服務的財務衝擊而提升新醫療科技進入健保市場的速度。 2. 提升滿足弱勢或罕病族群的醫療需求。	似乎沒有特別明顯的威脅項目

新醫療科技專款預算的操作

健保署宜儘速將新醫療科技移列專款，原基期不減列。直接以新方法實施年度為醫院部門原預算斷點。

1. 健保署依原新科技引進程序所擬規劃納保的品項及費用，依年度於健保會提出額度與付費者協商，採專款專用並置於其他部門
2. 114年預算編列即含113年預算及114年擬編列的預算

以此類推，直至5年計算該期間該藥品所產生費用及實際藥品替代情形，費用歸回部門總額基期。



109年-113年協商項目涉及支付標準調整之執行一覽表

年度	預算來源	核定項目
109	醫療服務成本指數改變率(MCPI) 103.846億	優先用於急重難症、藥事服務費、急重症護理費、因應住院醫師納入勞基法及門診減量配套措施等支付標準調整。
110	協商因素	1. 持續推動分級醫療，壯大社區醫院5億 2. 提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變10億
111	協商因素	1. 促進醫療資源支付合理0.94億 2. 持續推動分級醫療，壯大社區醫院10億 3. 提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變20億
112	協商因素	促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)20億
113	協商因素	1. 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)26.69億 2. 提升醫院兒童急重症照護量能3.38億

◆ 不同意以協商結果附帶決議的方式指定項目增修支付標準

109年-113年協商項目涉及支付標準調整之執行情形_1/3

年度	預算來源	核定項目	調整項目
109	醫療服務成本指數改變率(MCPI) 103.846億	優先用於急重難症、藥事服務費、急重症護理費、因應住院醫師納入勞基法及門診減量配套措施等支付標準調整。	1. 門診診察費：(1)「連續調劑2次以上且每次給藥日數28天以上慢連箋」調升3%，其餘門診診察費調升10%。(2)各層級內科門診診察費加成率均再調升7%。 2. 住院診察費：除慢性病床外，其餘病床診察費點數調升5%。 3. 住院護理費：(1)隔離病床護理費調升27.65%。(2)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%。(3)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%。 4. 藥事服務費：藥局調升6點，除特殊處方外，其餘藥事服務費調升10%。 5. 調升一般慢性精神病床住院照護費。 6. 急診診察費：調升00203B「檢傷分類第三級」及01015C「急診診察費」。 7. 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。
110	協商因素	1. 持續推動分級醫療，壯大社區醫院5億 2. 提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變10億	1. 地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)每點1元支付。 2. 區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費每點1元支付。

109年-113年協商項目涉及支付標準調整之執行情形_2/3

年度	預算來源	核定項目	調整項目
111	協商因素	1. 促進醫療資源支付合理0.94億 2. 持續推動分級醫療，壯大社區醫院10億 3. 提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變20億	1. 刪除「醫師執行白內障手術40例以上須送事前審查」規範，改以白內障手術個案登錄作業及事後審查等管理措施取代。 2. 調升住院護理費： ① 新增各類病床「護理費(第一天)」，並按原支付點數調升30% ② 修訂同一療程診察費限申報1次之規定：增訂3項治療之同一療程門診診察費不限申報1次 ③ 地區醫院住院病房費每點1元支付 ④ 地區醫院一般病床住院診察費每點1元支付。 ⑤ 地區醫院住院護理費每點1元支付。 3. 調升住院護理費： ① 新增各類病床「護理費(第一天)」，並按原支付點數調升30%。 ② 修訂同一療程診察費限申報1次之規定：增訂3項治療之同一療程門診診察費不限申報1次。 ③ 加護病床之住院診察費及病房費每點1元支付。
112	協商因素	促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)20億	1. 配合醫療器材使用規範，修訂73項受影響之診療項目(合計2億2,237萬7,020點)。 2. 「配合醫療器材使用規範，單次使用醫材點數調整」計畫，針對前項73項診療項目補付112年1-10月之調整差額。(合計6億1,754萬8,589點)。 3. 小兒外科專科醫師診治未滿十九歲病人之案件，加護病房診察費及住院會診費得加計120%、一般病床及隔離病床住院診察費得加計150%(比照兒科專科醫師)。

109年-113年協商項目涉及支付標準調整之執行情形_3/3

年度	預算來源	核定項目	調整項目
113	協商因素	1. 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)26.69億 2. 提升醫院兒童急重症照護量能3.38億	1. 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)： ① 112年已公告之修訂診療項目涉醫院總額計92項，其中73項為配合單次醫材調整(涉及牙科部分2項)。 ② 2.113年修訂總則1項；離島地區各醫事服務機構之住診案件，申報第二部及第三部各診療項目，依各該編號項目所定點數加計百分之三十支付，113年5月1日生效。 2. 提升醫院兒童急重症照護量能： ① 兒科及新生兒科加護病房之加護病床「住院診察費、病房費及護理費」，得依表訂點數另加計20%。 ② 2.同時符合「兒童加成」或「兒科及新生兒科加護病房加成」者，兒科專科醫師申報「加護病床住院診察費」最高加成上限為140%。 ③ 3.調升「新生兒中重度住院診察費(天)」支付點數50%。



39

06

總額管理績效

{ 參照書面報告P.75 }



40

醫療利用及費用管控情形

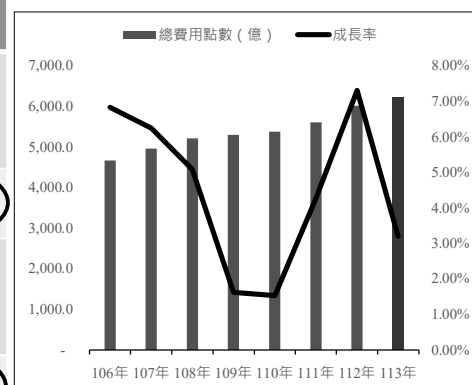
112-113年醫院部門重要事紀-
醫院評鑑暨規定異動，醫院層級家數變動

41

113年醫院部門醫療利用情況

- 總醫療費用點數、總申報件數都較112年略為成長，惟成長幅度已開始減緩

	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年
總醫療費用點數 (億點)	4,671.6	4,963.8	5,216.2	5,301.3	5,382.9	5,612.7	6,023.3	6,215.9
成長率%	6.84%	6.25%	5.08%	1.63%	1.54%	4.27%	7.32%	3.20%
門住診總申報件數 (萬件)	10,459.2	10,203.8	10,397.4	10,051.3	9,704.3	10,349.6	11,164.5	11,440.9
成長率%	2.58%	-2.44%	1.90%	-3.33%	-3.45%	6.65%	7.87%	2.48%



- 113年總醫療費用點數及門住診總申報件數，相較於112年其成長幅度都有顯著的減少。112年的推升應該與新冠疫情解封，民眾恢復就醫診療的產生的回流；而113年若排除評鑑因素，實質應該等同112年。【判斷因素：各層級成長率的異動】

42

醫療利用及費用管控情形_門診、住診醫療利用情形

	108年	109年	110年	111年	112年	113年
門診						
總醫療費用點數 (億點)	2,903.24	2,947.38	3,035.91	3,211.9	3,404.3	3,536.8
成長率	6.14%	1.52%	3.00%	5.80%	5.99%	3.89%
就醫次數 (百萬)	100.5	97.2	93.98	100.421	108.184	110.925
成長率	1.86%	-3.28%	-3.31%	6.85%	7.73%	2.53%
平均每人就醫次數	7.45	7.51	7.45	7.53	7.85	8.01
成長率	0.68%	0.81%	-0.80%	1.07%	4.25%	2.04%
平均每人就醫點數	21,519	22,759	24,060	24,073	24,697	25,551
成長率	4.91%	5.76%	5.72%	0.05%	2.59%	3.45%
平均每件就醫點數	2,889	3,032	3,230	3,198.4	3,146.7	3,188.6
成長率	4.18%	4.95%	6.53%	-0.98%	-1.62%	1.33%
住診						
總醫療費用點數 (億點)	2,313.52	2,354.24	2,346.24	2,400.9	2,618.9	2,679.1
成長率	3.79%	1.76%	-0.33%	2.33%	9.08%	2.30%
就醫次數 (百萬)	3.47	3.31	3.06	3.07	3.46	3.484
成長率	2.88%	-4.65%	-7.55%	0.33%	12.7%	0.66%
平均每人住院次數	1.72	1.75	1.73	1.72	1.73	1.73
成長率	0.58%	1.74%	-1.14%	-0.58%	0.58%	0%
平均每人住院點數	114,367	124,196	132,660	134,575	130,690	133,161
成長率	1.33%	8.59%	6.81%	1.44%	-2.89%	1.89%
平均每日住院點數	7,096	7,534	7,910	8,218.9	8,386	8,511.9
成長率	2.09%	6.17%	4.99%	3.91%	2.03%	1.51%
平均每件住院日數	9.38	9.43	9.68	9.50	9.02	9.034
成長率	-1.26%	0.53%	2.65%	-1.86%	-5.05%	0.08%

113年門診、住診醫療利用情形差不多，雖然112年相較仍是呈現成長，但成長幅度已減緩

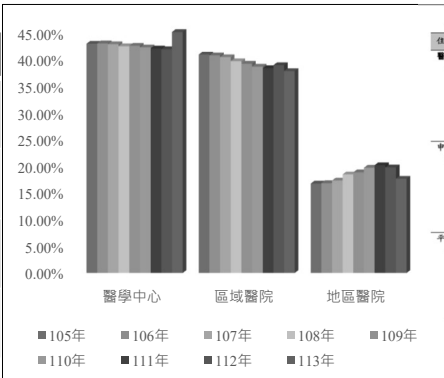
若以成長率高於112年的項目來看，門住診都在就醫點數微幅成長，應該是112年評鑑政策調整，致使層級家數異動所導致的改變。

醫療利用及費用管控情形_醫院評鑑因素所導致的費用消長

112-113年台北區、北區、中區、高屏區，合計4家區域醫院升格為醫學中心；2家地區醫院因評鑑升格為區域醫院，還有因收益超過一定數額強制轉為區域醫院的地區醫院

- 層級醫療利用情形在113年較112年有相當顯著的差異，醫學中心在總醫療費用、醫療服務件數、醫療服務平均點數均大幅超越區域醫院及地區醫院，使得區域及地區都為負成長，尤其是地區減幅明顯
- 相對在醫療總服務申報佔率上，醫學中心一反105年起的逐步下修，由近8年平均42%增加為44%，地區醫院由106年起拉升至20%又降回17%
- 歸因在於因評鑑而院所的院所，基本上都是該分區列屬中大型醫院，調升評鑑等級，醫療服務點數亦同為增加

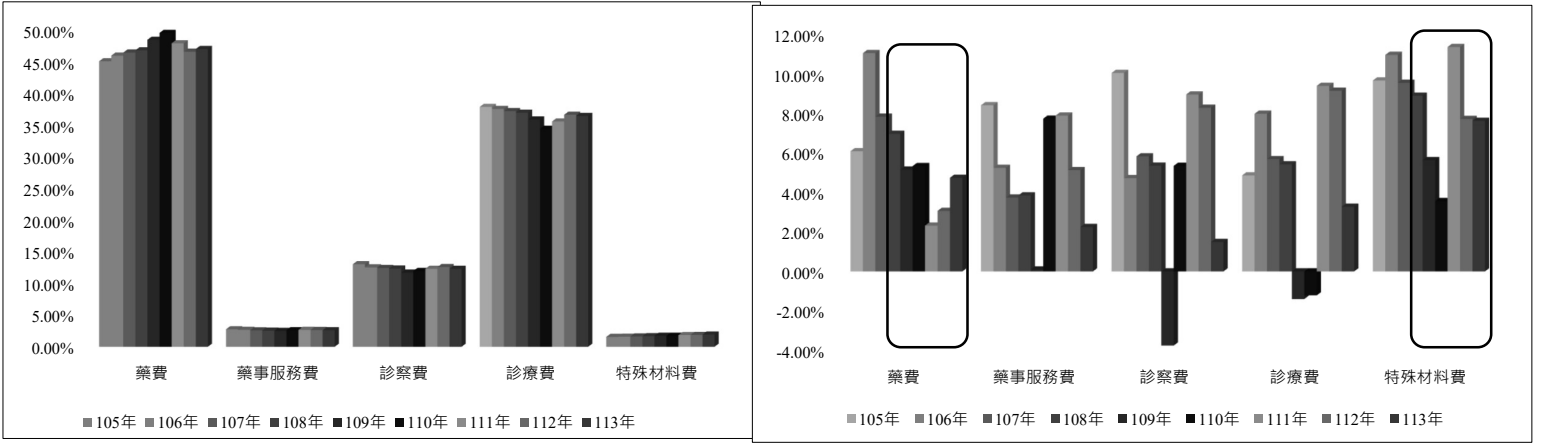
年度	107	108	109	110	111	112	113
總醫療點 (億)	4,963.81	5,216.19	5,300.84	5,381.2	5,612.7	6,023.2	6,215.9
成長率	6.25%	5.08%	1.62%	1.52%	4.27%	7.31%	3.20%
醫學中心	2,114.64	2,202.16	2,242.44	2,259.9	2,345.8	2,509.4	2,788.9
成長率	5.86%	4.14%	1.83%	0.78%	3.75%	6.97%	11.14%
區域醫院	1,995.15	2,057.09	2,065.37	2,066.7	2,140.4	2,330.5	2,336.4
成長率	5.39%	3.10%	0.40%	0.06%	3.54%	8.89%	0.25%
地區醫院	854.02	956.94	993.03	1,054.6	1,126.6	1,183.3	1,090.6
成長率	9.34%	12.05%	3.77%	6.20%	6.82%	5.03%	-7.83%



門診	2903.3	2947.4	3035.9	3211.9	3404.3	3536.8
成長率	6.14%	1.52%	3.01%	5.79%	5.99%	3.89%
學中心	1192.7	1218.8	1255.1	1309.6	1367.6	1353.9
成長率	4.07%	2.19%	2.98%	4.34%	4.43%	12.53%
城醫院	1131.6	1130	1144.4	1209.6	1306.2	1316.7
成長率	4.07%	-0.14%	1.27%	5.70%	7.99%	0.77%
區醫院	579	598.5	636.5	692.6	730.5	681.6
成長率	15.34%	3.37%	6.35%	8.81%	5.47%	-6.69%
住診	10050	9720	9397.9	10042.1	10818.4	11092
成長率	1.86%	-3.28%	-3.05%	6.73%	7.73%	2.53%
學中心	2981.6	2903.4	2814.9	3004.3	3218.5	3044.1
成長率	-0.37%	-2.62%	-3.05%	6.73%	7.13%	13.23%
城醫院	4059.1	3907.6	3720.6	3976.5	4369.1	4466.4
成長率	-1.18%	-3.73%	-4.79%	6.88%	9.87%	-0.30%
區醫院	3009.3	2909	2862.4	3061.3	3230.8	3092.1
成長率	8.81%	-3.33%	-1.60%	6.95%	5.54%	-4.29%
平均醫療點數 (萬)	4,000.2	4,197.9	4,457.9	4,559.2	4,249.4	4,223.1
成長率	4.45%	4.94%	6.19%	-2.21%	-2.52%	-0.61%
城醫院	2,787.7	2,891.9	3,075.3	3,042	2,989.5	3,021.1
成長率	5.32%	3.74%	6.34%	-1.08%	-1.73%	1.07%
地區醫院	2,057.5	2,223.5	2,262.4	2,262.4	2,260.9	2,204.4
成長率	8.81%	8.07%	2.22%	0.00%	-0.07%	-2.50%
住診	2903.3	2947.4	3035.9	3211.9	3404.3	3536.8
成長率	6.14%	1.52%	3.01%	5.79%	5.99%	3.89%
學中心	1192.7	1218.8	1255.1	1309.6	1367.6	1353.9
成長率	4.07%	2.19%	2.98%	4.34%	4.43%	12.53%
城醫院	1131.6	1130	1144.4	1209.6	1306.2	1316.7
成長率	4.07%	-0.14%	1.27%	5.70%	7.99%	0.77%
區醫院	579	598.5	636.5	692.6	730.5	681.6
成長率	15.34%	3.37%	6.35%	8.81%	5.47%	-6.69%
住診	10050	9720	9397.9	10042.1	10818.4	11092
成長率	1.86%	-3.28%	-3.05%	6.73%	7.73%	2.53%
學中心	2981.6	2903.4	2814.9	3004.3	3218.5	3044.1
成長率	-0.37%	-2.62%	-3.05%	6.73%	7.13%	13.23%
城醫院	4059.1	3907.6	3720.6	3976.5	4369.1	4466.4
成長率	-1.18%	-3.73%	-4.79%	6.88%	9.87%	-0.30%
區醫院	3009.3	2909	2862.4	3061.3	3230.8	3092.1
成長率	8.81%	-3.33%	-1.60%	6.95%	5.54%	-4.29%
平均醫療點數 (萬)	4,000.2	4,197.9	4,457.9	4,559.2	4,249.4	4,223.1
成長率	4.45%	4.94%	6.19%	-2.21%	-2.52%	-0.61%
城醫院	2,787.7	2,891.9	3,075.3	3,042	2,989.5	3,021.1
成長率	5.32%	3.74%	6.34%	-1.08%	-1.73%	1.07%
地區醫院	2,057.5	2,223.5	2,262.4	2,262.4	2,260.9	2,204.4
成長率	8.81%	8.07%	2.22%	0.00%	-0.07%	-2.50%

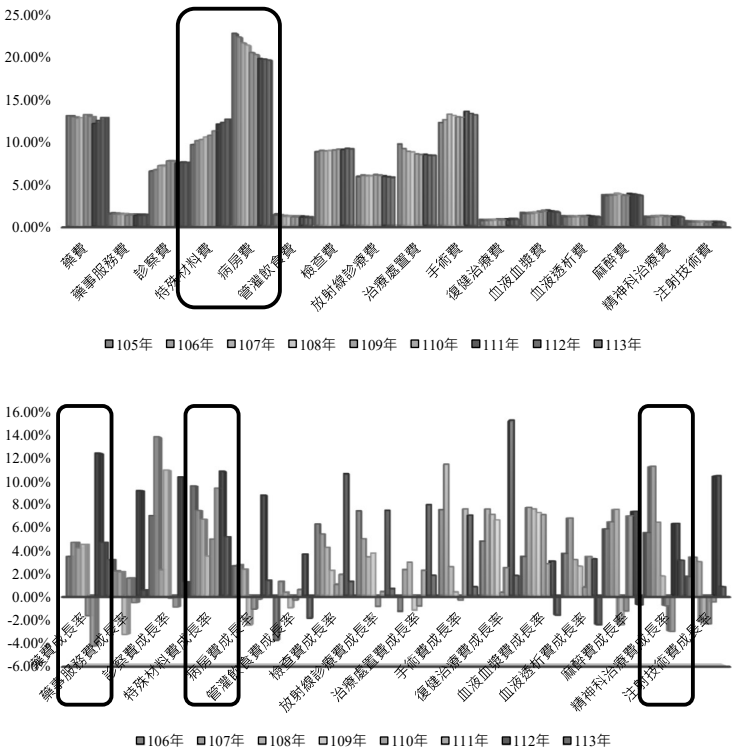
醫療利用及費用管控情形_醫院門診醫療費用分項使用情形

- 門診醫療費用的佔率，大致而言以藥費為大宗，診療費居次；其後才是診察費、藥事服務費及特殊材料費
- 但透過醫療費用分項的成長率來看，值得注意的是：特殊材料，特殊材料自111年起有顯著的成長，而藥品亦是在111年後逐年成長，進而顯得診察費，這類人力投入的支出，顯著更加的不足



45

醫療利用及費用管控情形_醫院住診醫療費用分項使用情形



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

- 住診醫療費用分項使用，歷年來大致以病房費、藥費、手術費為大宗
- 如同門診，若以近年成長率來看，特殊材料相當值得注意。113年的成長率已超越藥費的成長率
- 透過112-113年近期藥物共擬的提案，特材及藥品提出重新調價及新功能、擴充適應症的個案似有逐年增加的情形，國際疫後經濟趨勢、戰爭因素、匯率因素等都是導致醫材及藥品成本大幅調升的因素

46



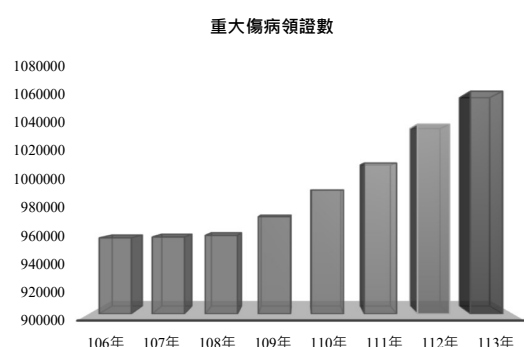
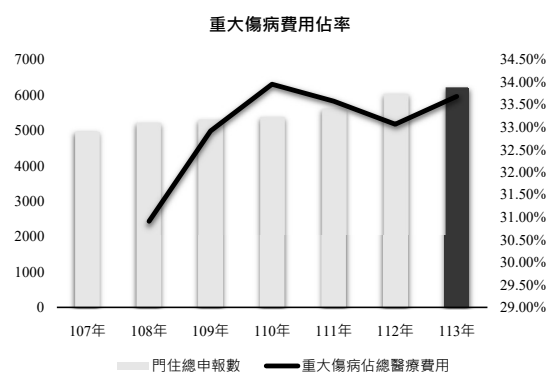
影響醫療費用之重要因素：重大傷病、慢性病、新醫療科技、藥費

47

醫療利用及費用管控情形_重大傷病

項目 \ 年	106	107	108	109	110	111	112	113
重大傷病門診費用點數 --值(億點) --成長率%	614.48 9.30%	665.31 8.27%	705.63 6.14%	774.91 9.82%	849.53 9.63%	877.74 3.32%	907.23 3.36%	976.98 7.69%
重大傷病門診費用占總門 診醫療費用點數比率%	23.98%	24%	24.30%	26.29%	27.98%	27.33%	26.65%	27.66%
重大傷病住診費用點數 --值(億點) --成長率%	816.55 4.75%	876.46 7.34%	906.18 3.10%	970.42 7.09%	977.82 0.76%	1007.02 2.99%	1084.67 7.71%	1114.12 2.72%
重大傷病住診費用占總住 診醫療費用點數比率%	38.79%	39.32%	39.08%	40.43%	41.68%	41.97%	41.42%	41.65%
重大傷病門住診醫療費用 占總醫療費用比率%			30.91%	32.92%	33.95%	33.58%	33.07%	33.69%

- 113年重大傷病門住診占率較112年微幅成長，其中以重大傷病的門診費用點數成長較112年有顯著的成長
- 而重大傷病的領證數，113年再創近8年新高



48

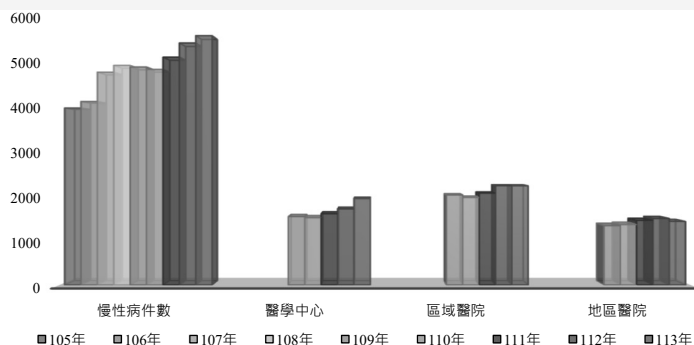
醫療利用及費用管控情形_慢性病

- 慢性病申報件數佔門診件數50.87%，點數佔門診總點數60.28%
- 案件申報較112年成長10.28%
- 各層級醫院服務在慢性病件數、點數在其層級門診的占率分佈，就歷年佔率來看並沒有顯著不同。但就慢性病申報件數及點數上，113年醫學中心的成長率所明顯增長，其因素同上論述，係因為醫院評鑑結果造成層級間家數變動的費用重分配的效果
- 慢性病費用支出的逐年增加，確實仍是值得關注的項目

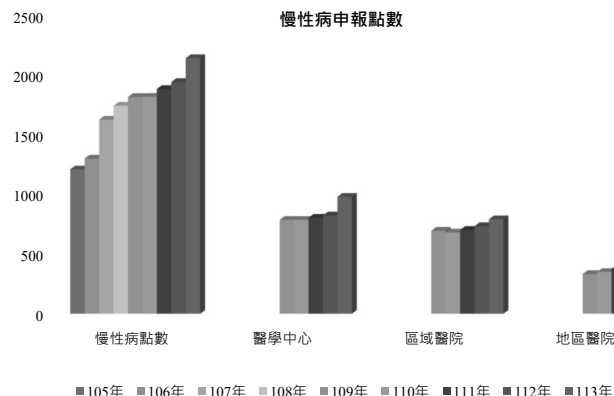
表 18：醫院部門109-113年各層級慢性病申報件數及點數的成長情形

	109年	110年	111年	112年	113年
慢性病案件申報件數	4933.2	4878.8	5156.1	5476.6	5642.4
及成長率	-0.75%	-1.10%	5.68%	6.22%	10.28%
醫學中心	1550.4	1525.5	1614.8	1722.5	1957.7
~成長率		-1.61%	5.85%	6.67%	13.65%
區域醫院	2037.7	1982.7	2079.1	2247.3	2245.7
~成長率		-2.70%	4.86%	8.09%	-0.07%
地區醫院	1345.1	1370.6	1462.2	1506.8	1439
~成長率		1.90%	6.68%	3.05%	-4.50%
慢性病案件申報點數	1807.9	1809.8	1874.8	1933.2	2132
及成長率	4.22%	0.11%	3.59%	3.11%	10.28%
醫學中心	783.5	782.8	800.5	820	975.7
~成長率		-0.09%	2.26%	2.44%	18.99%
區域醫院	692.7	678.2	700	731	788.7
~成長率		-2.09%	3.21%	4.43%	7.89%
地區醫院	331.7	348.8	374.3	382.2	367.6
~成長率		5.16%	7.31%	2.11%	-3.82%

慢性病件數成長



慢性病申報點數



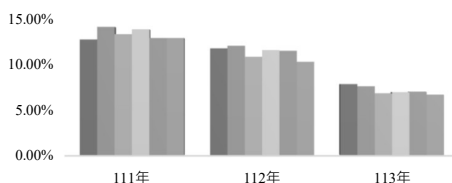
49

新醫療科技



- 新醫療科技的使用，在醫院部門而言是個兩難的議題，核定多了，會有排擠問題，核定少了，又難維持醫療水準的與時俱進及滿足醫療需求者的期待

- 新醫療科技的使用，彙整全國申報資料，以台北的使用佔率最高，中區居次；而各分區新藥使用佔門住診整體費用來看，111-113年台北區及北區使用較其他分區來得多



	111年	112年	113年
台北	12.73%	11.76%	7.82%
北區	14.13%	12.05%	7.59%
中區	13.31%	10.83%	6.80%
南區	13.85%	11.57%	6.94%
高屏	12.90%	11.49%	6.98%
東區	12.90%	10.28%	6.65%

■台北 ■北區 ■中區 ■南區 ■高屏 ■東區

	111年	112年	113年
台北	36.27%	33.52%	23.36%
北區	37.41%	33.64%	28.28%
中區	19.36%	14.61%	13.88%
南區	14.61%	13.98%	14.48%
高屏	13.88%	14.48%	2.21%
東區	2.36%	2.21%	2.24%

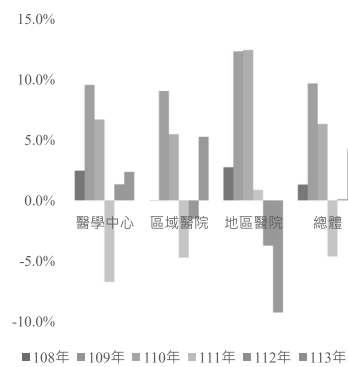
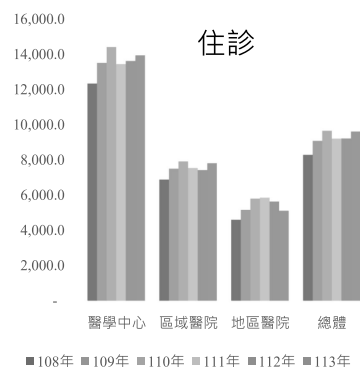
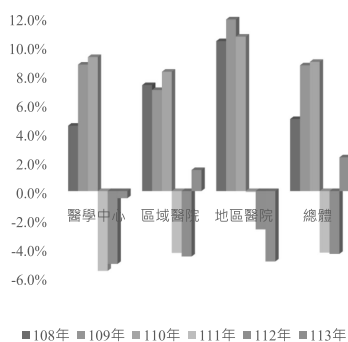
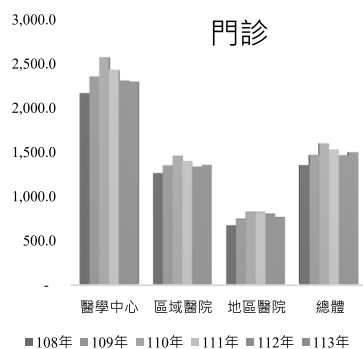
■111年 ■112年 ■113年

50

新醫療科技的管理難題

- 就醫院部門而言，每一分錢都希望用在刀口上，對於新醫療科技的引進，因為具有遞延成長及排擠效應特性，對於預算的使用，會更在乎
- 然而就新醫療科技的管理，在醫院與健保署的概念卻是截然不同，醫院部門礙於新醫療科技的申報資料的取得，僅可就共擬會議新藥、新特材財務衝擊的資料進行單一年度預算的控管，但往往統計到第二季或第三季就發現年度新醫療科技的預算早就用罄，但新科技仍繼續核定中
- 而健保署係以5年資料列管，總會說：不用擔心，預算還有
- 醫院部門正因為新醫療科技的遞延成長特性，了解一旦發現預算超支時，就早已成既定事實，而無轉寰機會，醫院總額就是面對點值稀釋的結果，這是需要正視的問題

醫療利用及費用管控情形_藥費



- 113年總體藥費佔醫院總醫療服務點數的佔率為32.1%，較112年成長。過去醫院總額原設定藥品應維持在總醫療服務費用支出的25%左右。但就近10年全區院申報資料藥費佔率早已突然30大關，可見藥費的支出是與日俱增
- 以各層級資料來看，藥品在醫學中心無論是門診或住診的使用都是高於區域醫院及地區醫院，而就成長率來看，113年以區域醫院的藥費成長是高於其他二層級。地區醫院負成長最多

地區預算分配(含風險調整移撥款)之執行與管理

109~113年醫院部門地區預算R值/S值分配

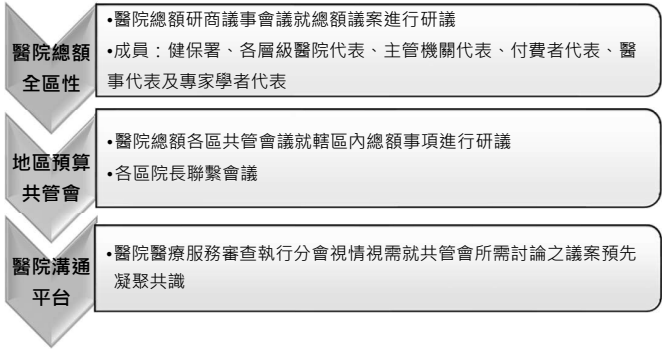
項目		年	109	110	111	112	113
門診	R		51%	51%	51%	52%	52%
	S		49%	49%	49%	48%	48%
住診	R		45%	45%	45%	45%	45%
	S		55%	55%	55%	55%	55%
風險調整移撥款			2億	2億	6億	6億	6億

109~113年各區預算分配(不含風險調整移撥款)及其成長率

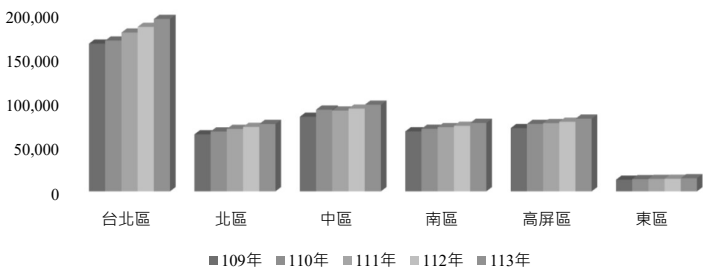
預算年別	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區
109年	165,721	63,920	83,682	67,225	70,921	13,027
110年	169,121	67,135	91,612	70,126	75,567	13,644
111年	178,079	70,020	90,681	72,022	76,482	13,866
112年	184,542	72,239	92,778	73,470	78,079	14,097
113年	193,403	75,541	97,142	76,751	81,495	14,710
109年成長率	5.81%	6.09%	5.70%	5.53%	5.33%	6.11%
110年成長率	2.05%	5.03%	5.70%	5.53%	6.55%	4.74%
111年成長率	5.30%	4.30%	-1.02%	2.70%	1.21%	1.63%
112年成長率	3.63%	3.17%	2.31%	2.01%	2.09%	1.66%
113年成長率	4.80%	4.57%	4.70%	4.47%	4.38%	4.35%

註：111年中區地區預算成長率為負，係因110年Q2-3季採保障方案所致

地區預算概念圖

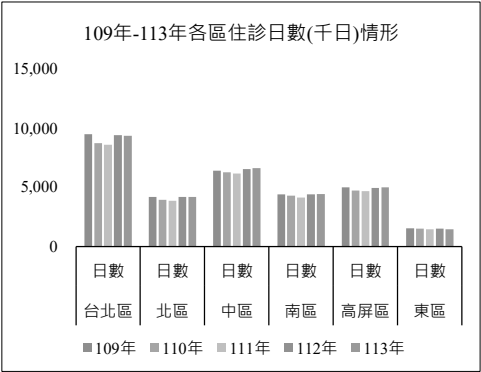
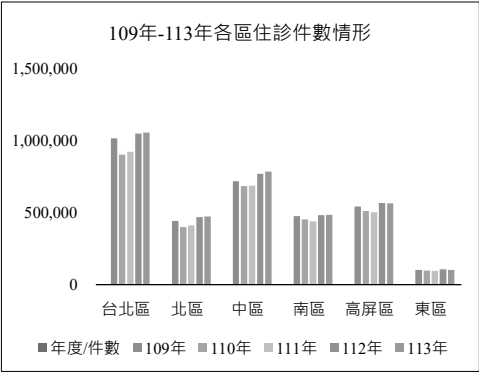
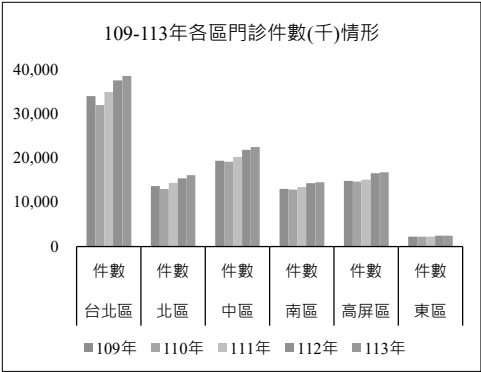
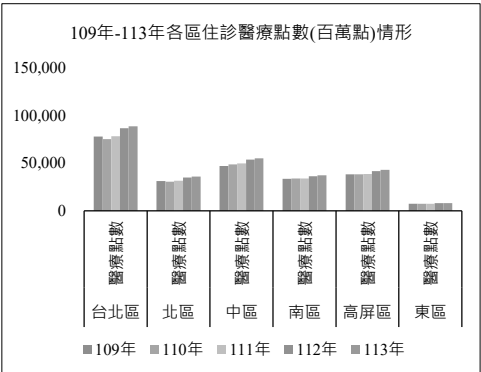
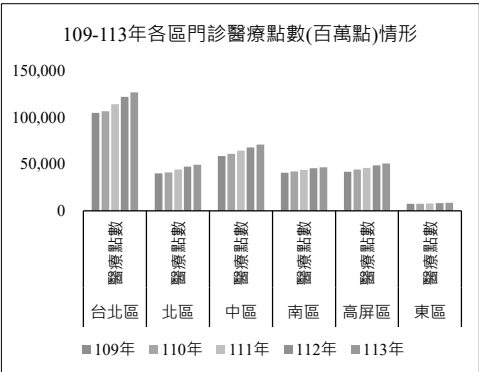
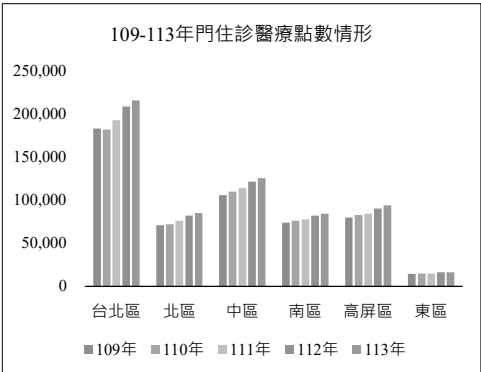


歷年地區預算成長情形



各分區醫療利用

- 113年門住診醫療點數皆呈現上升趨勢
- 門住診件數皆呈現U型，110年盪到谷底，至112年逐漸回穩至疫情前



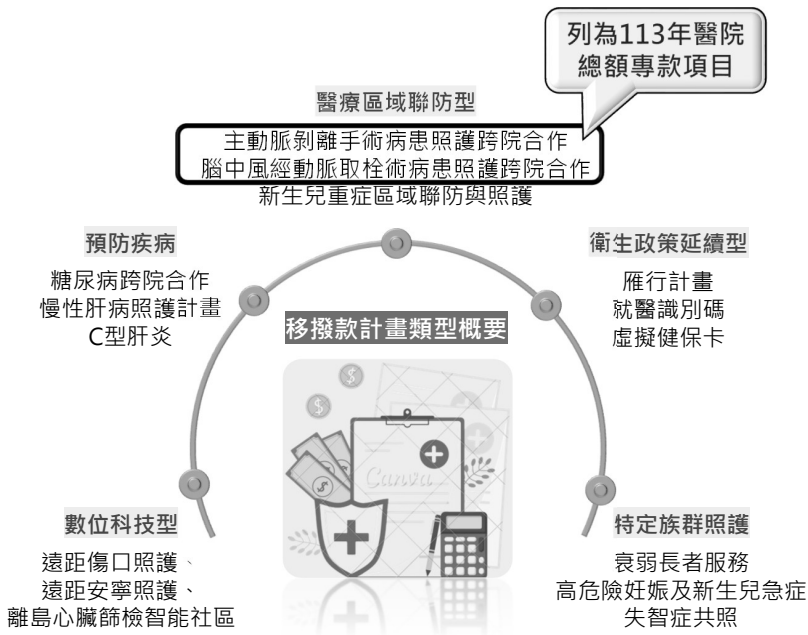
風險調整移撥款

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

年度	預算	分配方式
108年	1.5億	山地離島非原住民人口、偏遠地區人口、台閩地區原住民人口、重度以上身心障礙人口、低收入人口及6歲以下及65歲以上人口等6因子
109年	2億	
110年	2億	
111年	6億	2億(山地離島非原住民人口、偏遠地區人口、台閩地區原住民人口、重度以上身心障礙人口、低收入人口及6歲以下及65歲以上人口等6因子) 4億(醫院總額地區預算RS值-107年至109年平均占率)
112年	6億	
113年	6億	

109年~113年各分區移撥款分配額度及佔率

年度	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區
109年	8.69%	6.72%	8.29%	8.80%	21.50%	45.99%
110年	8.67%	6.80%	8.35%	8.78%	21.29%	46.11%
111年	26.69%	11.45%	14.83%	12.55%	17.26%	17.22%
112年	26.69%	11.45%	14.83%	12.55%	17.26%	17.22%
113年	26.69%	11.51%	14.85%	12.51%	17.17%	17.28%



地區預算分配之檢討

- 現行地區預算採分區投保人口，係指投保單位所屬員工於機構所在地的分區投保（如健保署-台北區），非分區實際人口，產生被保險人預算編列與實際使用不一致
- 透過健保署申報資料試算，以投保分區為主，檢視各分區投保人口實際在該區就醫的情形來評估，所得各分區平均有40%左右的人口沒在醫院就醫
- 另現行地區預算分配公式所設定因子為年齡性別、轉診型態及標準化死亡比，對於弱勢需扶助的人口並未有校正空間，依據110年專案所示，全國實際申報資料顯示，東區及高屏區提及的山地原住民及機構型精神病人為對象評估，經實際資料並校正到全國顯示，山地原住民及機構型精神病人確實較多集中於高屏區及東區，且醫療費用使用具有分區獨特性，確實值得考量例外處理
- 依據110年專案初步申報資料歸納分析，預算計算的人口依據，是投保人口？戶籍人口？山地原住民及機構型精障人口等具地區差異性的因子是否須額外考量，讓預算更契合真實，落實社會保險精神

108年各分區別實際就區分區的分佈

投保分區	就醫分區別(人數)							合計
	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	未就醫	
台北	43.33%	5.84%	2.85%	1.67%	2.58%	0.51%	43.21%	100%
北區	7.91%	38.56%	3.48%	1.72%	1.31%	0.37%	46.64%	100%
中區	2.11%	1.23%	50.16%	1.53%	0.86%	0.14%	43.97%	100%
南區	2.63%	1.21%	2.75%	45.79%	2.59%	0.15%	44.87%	100%
高屏	1.61%	0.71%	1.20%	2.89%	49.95%	0.22%	43.41%	100%
東區	4.86%	2.00%	1.52%	0.89%	2.26%	49.51%	38.96%	100%

108年健保各分區投保人口與戶籍人口數

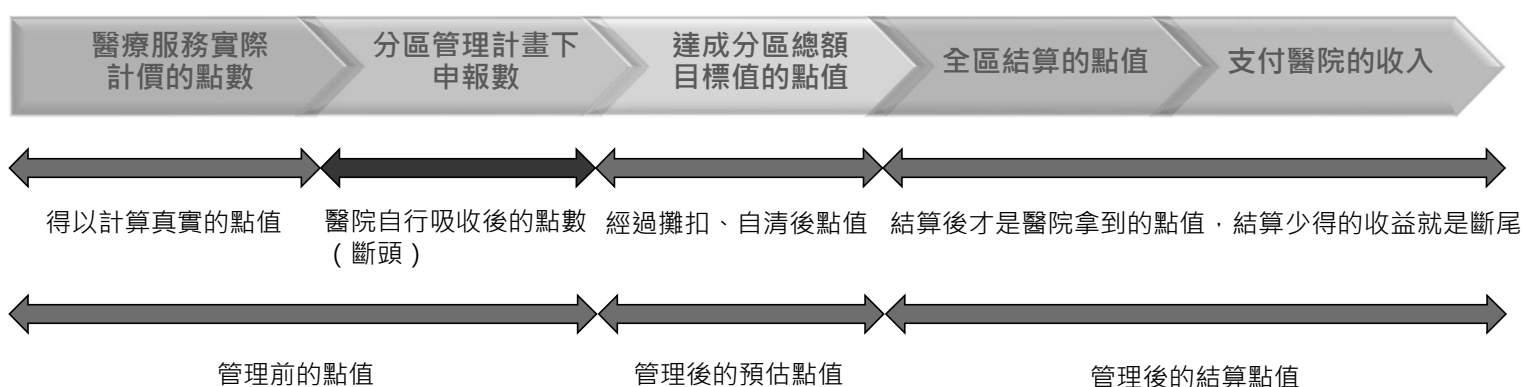
	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區
投保人口	9,126,688	3,917,379	4,359,192	3,083,861	3,303,419	465,016
戶籍人口	7,650,082	3,807,232	4,582,175	3,333,015	3,697,589	543,028
以投保人口計算多分配預算的人口數	1,476,606	110,147	(222,983)	(249,154)	(394,170)	(78,012)
未計入的人口佔率	16.18%	2.81%	-5.12%	-8.08%	-11.93%	-16.78%



點值穩定度

57

醫院部門各分區點值控管示意圖



- ⚙ 113年全區點值管理大概可劃分二大方式，虛擬個別醫院總額 (方案管理) /目標管理管理
- ⚙ 各分區大致都會透過分區共管會議，協議或制定出113年目標點值，俟後依管理協議進行相關的折付、攤扣作業，使點值朝目標移動
- ⚙ 114年前瞻性個別醫院總額，初期各分區還需要一段政策的適應期，以調整營運策略，調整管理方向，對點值穩定的作用性，尚需持續觀察

58

醫院部門各分區規劃113年目標點值一覽表

分區	季別	第一季	第二季	第三季	第四季	年平均
台北區	108年	0.905	0.92	0.92	0.92	0.9163
	109年	0.92	0.92	0.92-0.96	0.92-0.96	0.92-0.94
	110年	0.96	0.96	0.96	0.96	0.96
	111年	0.92	0.925	0.93	0.93	0.926
	112年	0.925	0.925	0.93	0.93	0.9275
	113年	0.93	0.93	0.93	0.93	0.93
北區	108年	0.9325	0.9325	0.9325	0.9325	0.9325
	109年	0.985	0.985	0.9375	0.9375	0.953
	110年	0.9438	0.9370	0.9370	0.9320	0.9375
	111年	0.950	0.935	0.950	0.945	0.945
	112年	0.950	0.935	0.950	0.945	0.945
	113年	0.95	0.93	0.95	0.95	0.945
中區	108年	0.92	0.93	0.93	0.925	0.9263
	109年	0.95	0.975	0.935	0.93	0.9475
	110年	0.93	0.94	0.94	0.935	0.9363
	111年	0.935	0.945	0.945	0.945	0.943
	112年	0.935	0.945	0.945	0.940	0.9412
	113年	0.935	0.94	0.95	0.95	0.9438

分區	季別	第一季	第二季	第三季	第四季	年平均
南區	108年	0.9225	0.9225	0.925	0.925	0.9238
	109年	0.9575	0.9915	0.93	0.93	0.9523
	110年	0.94	0.94	個別醫院目標點值		
	111年	1	1	1	1	1
	112年	1	1	1	1	1
	113年	1	1	1	1	1
高屏區	108年	0.94	0.94	0.94	0.94	0.94
	109年	0.94	0.94	0.95	0.95	0.945
	110年	0.945	0.945	個別醫院目標點值		
	111年	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95
	112年	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95
	113年	0.98	0.98	0.98	0.98	0.98
東區	108年	0.92	0.92	0.92	0.92	0.92
	109年	0.95	0.96	0.92	0.92	0.9375
	110年	0.93	0.93	0.93	0.93	0.93
	111年	0.93	無設定	發展新東區管理方案		
	112年	發展新東區管理方案				
	113年	發展新東區管理方案				

3

政府挹注預算撥補點值

- 112年5月新冠疫情解封，新冠肺炎由法定傳染病降等，從此新冠05案件併入健保給付，但沒有補入相對的預算，造成西醫部門及中醫部門點值大幅滑落，浮動點值降到甚至每點0.7元，醫院亦陷入營運的困境
- 112年經由預算撥補，點值才回升到每點0.9元左右
- 113年上半年醫院的情況略略較112年改善，下半年才算是步入穩定，但倘若沒有預算挹注，醫院部門怕是岌岌可危了

年度	項目		台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全區
112年 Q1	管理前預估 (攤扣前)	浮動點值	0.7610	0.7897	0.7650	0.8755	0.8686	0.8373	0.7995
		平均點值	0.8741	0.8925	0.8813	0.9370	0.9330	0.9259	0.8971
	管理後結算 (攤扣後)	浮動點值	0.8530	0.8938	0.8536	0.9780	0.9288	0.9309	0.9005
		平均點值	0.9319	0.9534	0.9301	0.9855	0.9639	0.9654	0.9476
	補助後	平均點值	0.9469	0.9565	0.9554	0.9887	0.9670	0.9717	0.9592
112年 Q2	管理前預估 (攤扣前)	浮動點值	0.7455	0.7668	0.7547	0.8652	0.8518	0.8335	0.7846
		平均點值	0.8630	0.8781	0.8743	0.9307	0.9228	0.9214	0.8873
	管理後結算 (攤扣後)	浮動點值	0.9708	0.9086	0.8931	0.9913	0.9364	0.9093	0.9071
		平均點值	0.9332	0.9502	0.9439	0.9870	0.9636	0.9496	0.9499
	補助後	平均點值	0.9556	0.9638	0.9705	1.0011	0.9774	0.9711	0.9694
112年 Q3	管理前預估 (攤扣前)	浮動點值	0.7735	0.8093	0.7944	0.8980	0.9191	0.8951	0.8243
		平均點值	0.8782	0.9003	0.8937	0.9474	0.9576	0.9475	0.9078
	管理後結算 (攤扣後)	浮動點值	0.8808	0.9447	0.8949	0.9901	0.9582	0.9152	0.9176
		平均點值	0.9375	0.9642	0.9448	0.9868	0.9742	0.9527	0.9552
	補助後	平均點值	0.9474	0.9720	0.9560	0.9911	0.9758	0.9628	0.9631
112年 Q4	管理前預估 (攤扣前)	浮動點值	0.7906	0.8261	0.8223	0.9058	0.9302	0.9325	0.8424
		平均點值	0.8883	0.9097	0.9095	0.9518	0.9638	0.9685	0.9179
	管理後結算 (攤扣後)	浮動點值	0.8558	0.9366	0.8842	0.9834	0.9343	0.9484	0.9063
		平均點值	0.9285	0.9634	0.9409	0.9849	0.9640	0.9691	0.9497
	補助後	平均點值	0.9356	0.9687	0.9486	0.9879	0.9663	0.9824	0.9556
113年 Q1	管理前預估 (攤扣前)	浮動點值	0.8014	0.8221	0.8063	0.9054	0.9167	0.9257	0.8422

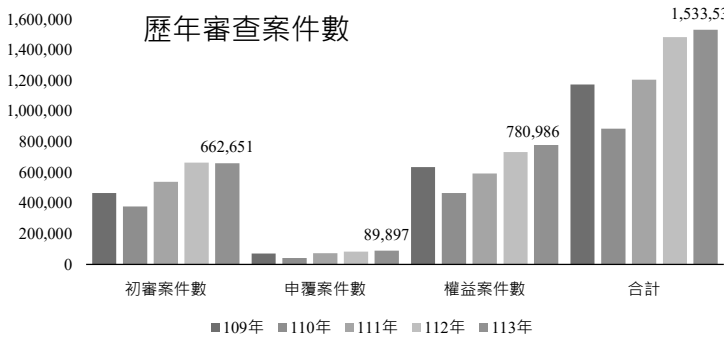
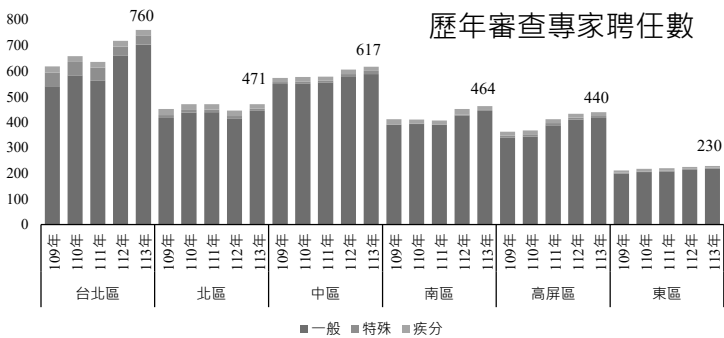
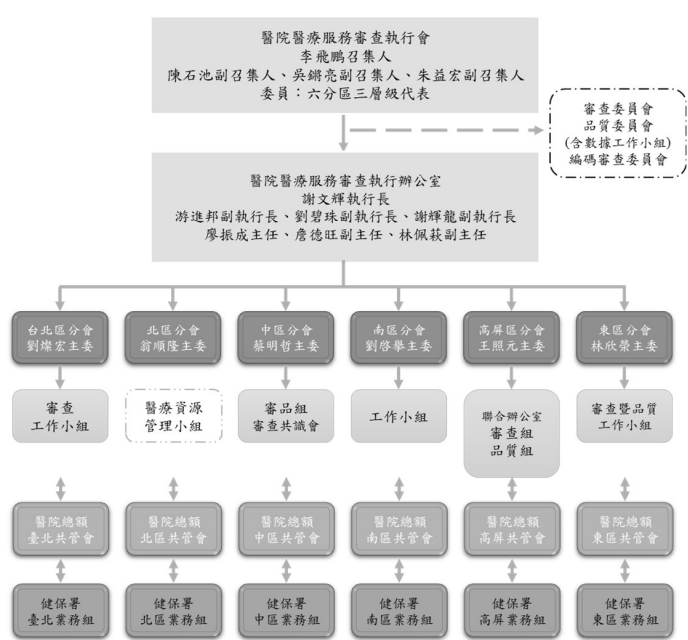
01

年度	項目		台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全區
113年 Q1	管理前預估 (攤扣前)	浮動點值	0.8014	0.8221	0.8063	0.9054	0.9167	0.9257	0.8422
		平均點值	0.8947	0.9091	0.9006	0.9518	0.9567	0.9618	0.9170
	管理後結算 (攤扣後)	浮動點值	0.8692	0.9115	0.8805	1.0115	0.9130	0.9735	0.9065
		平均點值	0.9338	0.9526	0.9391	0.9967	0.9533	0.9796	0.9501
	補助後	平均點值	0.9439	0.9661	0.9536	1.0070	0.9599	0.9978	0.9612
113年 Q2	管理前預估 (攤扣前)	浮動點值	0.7847	0.7922	0.7729	0.8822	0.8810	0.9200	0.8173
		平均點值	0.8836	0.8919	0.8824	0.9395	0.9371	0.9603	0.9023
	管理後結算 (攤扣後)	浮動點值	0.8565	0.8825	0.8855	0.9952	0.9257	0.9397	0.8997
		平均點值	0.9269	0.9411	0.9406	0.9892	0.9586	0.9650	0.9456
	補助後	平均點值	0.9519	0.9685	0.9699	1.0131	0.9826	0.9994	0.9717
113年 Q3	管理前預估 (攤扣前)	浮動點值	0.8464	0.8484	0.8451	0.9395	0.9561	0.9888	0.8807
		平均點值	0.9173	0.9214	0.9198	0.9691	0.9765	0.9930	0.9365
	管理後結算 (攤扣後)	浮動點值	0.8771	0.9274	0.9120	0.9997	0.9752	1.0294	0.9216
		平均點值	0.9355	0.9567	0.9528	0.9906	0.9820	1.0024	0.9578
	補助後	平均點值	0.9423	0.9645	0.9645	0.9949	0.9847	1.0109	0.9647
113年 Q4	管理前預估 (攤扣前)	浮動點值	0.8373	0.8560	0.8397	0.9510	0.9735	1.0342	0.8823
		平均點值	0.9132	0.9255	0.9174	0.9750	0.9858	1.0129	0.9278
	管理後結算 (攤扣後)	浮動點值	0.8831	0.9248	0.9151	0.9911	0.9886	1.0436	0.9287
		平均點值	0.9412	0.9597	0.9558	0.9891	0.9900	1.0112	0.9621
	補助後	平均點值							

02

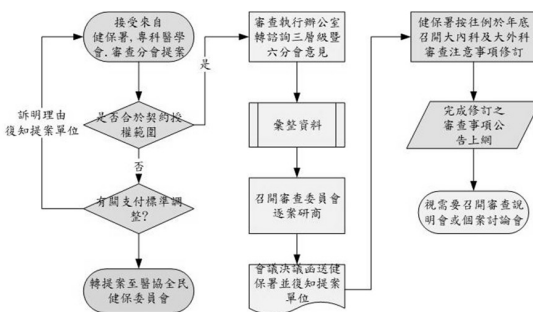
專業審查及其他管理措施

本會審查組織架構圖

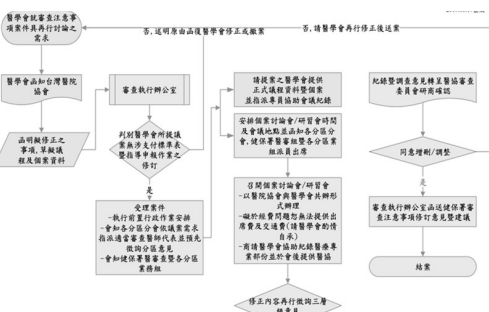


專業審查及其他管理措施 (續)

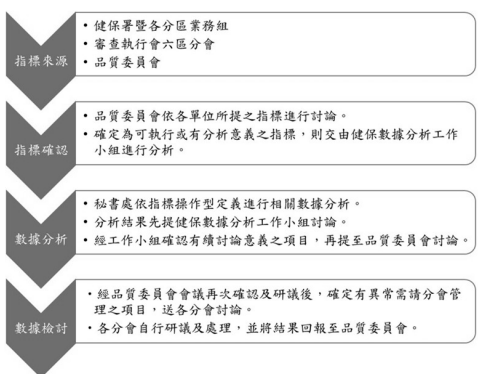
審查注意事項修訂流程



醫學會申請審查注意事項個案討論暨研習流程



資料分析作業流程



執行項目	年度	109	110	111	112	113
審查注意事項修訂		8科	8科	11科	2科	3科
病症審查原則討論		4項	5項	1項	-	-
健保藥品相關審查原則討論		1項	-	-	-	1項
手術相關審查標準討論		4項	-	10項	1項	-
特材相關審查標準討論		-	-	-	1項	1項
檢查檢驗審查標準		4項	2項	2項	-	-

執行項目	年度	109	110	111	112	113
醫療品質監測指標		12項	-	-	3項	-
申報項目管理指標		11項	-	-	-	-
精準指標		2項	4項	1項	1項	1項
重要檢查（驗）管理方案		8項	44類	-	-	-
腎功能異常使用NSAID指標		V	V	V	V	V

院所違規情形及醫療機構輔導

109-113年院所違反特管辦法之查處追扣金額

項目 \ 年	109	110	111	112	113	說明
違規金額 (萬元)	1,652	1,140	1,212	322	243	113年 違約金 額較 112年 減少
占該年度總 額之比率%	0.0036	0.0025	0.0024	0.0006	0.0004	

- 依據健保署提供資料所示，醫院部門113年違規案件數同112年，合計11件，缺失項目：未經醫師診斷逕行提供醫療服務、處方箋或醫療費用申報內容為病歷或紀錄所未記載、以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，其情節重大。
- 總額同儕制約的精神，在於運用同儕的共識與團體影響力，來調整醫院的作為，朝向正確的方向，並非以糾舉為第一要務，而是以防範未然、預防輔導減少錯誤為出發點。
- 檢討：醫院部門將持續檢討及加強宣導改善及配合健保署宣導違規案例，予以示警。

- 113年全區由醫院部門及分區業務組所啟動的實地審查暨輔導的家次合計約111家，審查次數115次，經適度輔導院所後需列加強審查醫院計5家，無移查處之醫院

113年度醫院醫療服務審查實地審查暨輔導彙整表-業務組 + 分會啟動

分區	實地審查					輔導作業										
	審查家數	審查次數	審查結果處理(次數)			輔導案源(次數)			輔導方式(次數)				合計輔導家數	輔導結果(家數)		
			合理	輔導	移查處	書面審查	實地審查	檔案分析	書面輔導	面議輔導	電話輔導	實地輔導		列為稽核	加強審查	改善結果
台北	48	51	51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
北	11	11	11	-	-	9	-	-	189	-	-	-	189	-	-	-
中	21	21	6	15	-	-	15	-	-	-	-	15	15	-	-	15
南	9	10	5	5	-	-	5	-	5	-	-	-	5	-	5	-
高屏	22	22	22	-	-	-	-	101	100	1	-	-	56	-	-	56
東	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

07

專案計畫

{ 專案書面報告 }

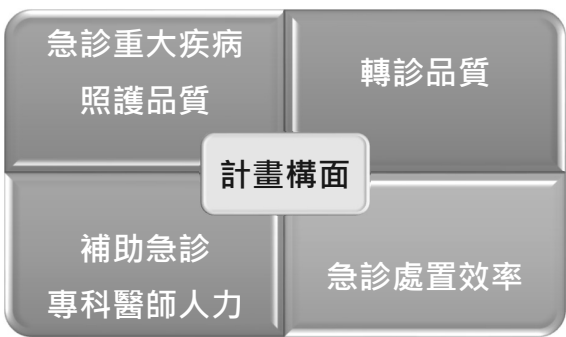
專案計畫具體成效一覽表

	項目	預算 (百萬)	執行率 (%)
1	急診品質提升方案	300	100
2	西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層)	115	95.8
3	醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫	1,300	100
4	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型)	52.0806	97.0
5	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型)	210	-
6	住院整合照護服務試辦計畫	560	87.0
7	鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫	300	99.2
8	腹膜透析追蹤處置費及APD租金(非計畫型)	15	41.8
9	因應長新冠照護衍生費用	128	100
10	因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增	500	8.5
11	持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能	500	100
12	健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能	1,000	100
13	暫時性支付(新藥、新特材)(113年新增)	2,429.9	3.7

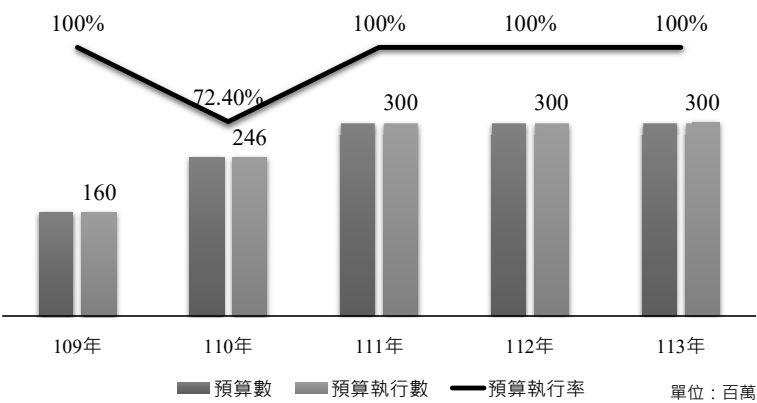
	項目	預算 (百萬)	執行率 (%)
14	地區醫院全人全社區照護計畫(113年新增)	500	2
15	區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作(113年新增)	81	-
16	區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作(113年新增)	127	-
17	抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(113年新增)	225	43.8
18	C型肝炎藥費(含其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費」)	2,641	61.5
19	醫療給付改善方案(含糖尿病等10項方案)	1,814.1	74.7
20	鼓勵院所建立轉診合作機制(非計畫型)	224.7	95.7
21	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材(非計畫型)	15,108	99.5
22	後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費(非計畫型)	5,580	81.2
23	精神科長效針劑藥費(非計畫型)	2,664	88.9
24	慢性傳染病照護品質計畫	180	94.2
25	癌症治療品質改善計畫(113年新增牙醫門診總額)	414	19.8
26	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)(113年新增牙醫門診總額)	2,669	59
27	獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用	200	74.9

01-急診品質提升方案

- 目標：確保重大疾病照護品質、落實品質導向轉診制度、提升急診病人處置效率

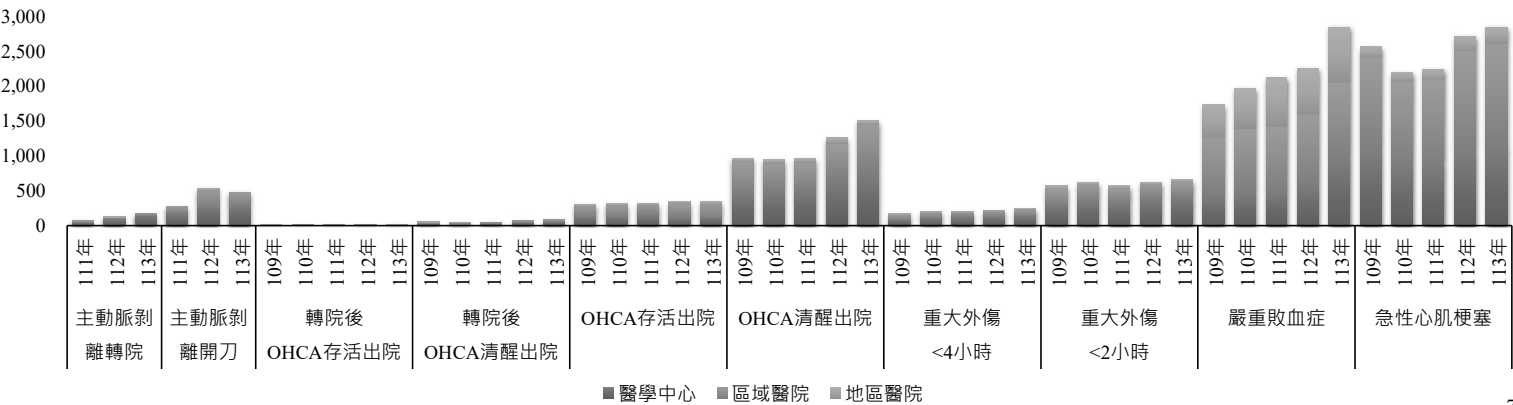
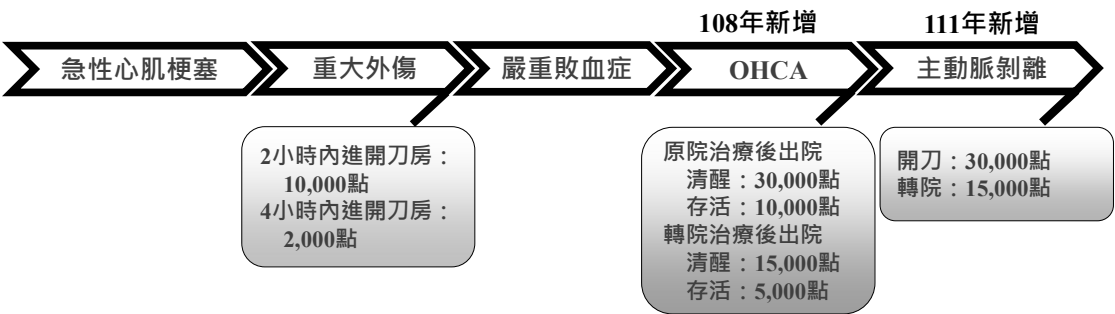


除110年外其餘四年專款執行數均超過原預算數，故，採點值浮動



69

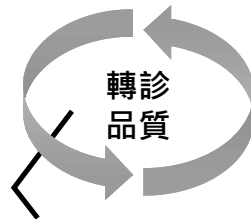
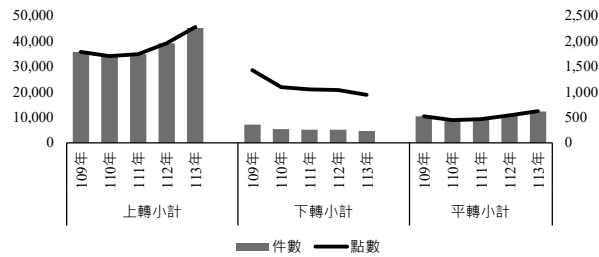
01-急診品質提升方案_重大疾病照護品質



70

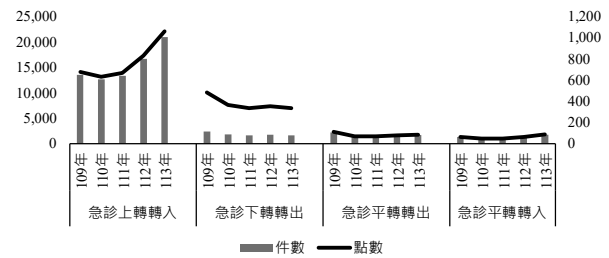
01-急診品質提升方案_轉診品質

轉診品質獎勵

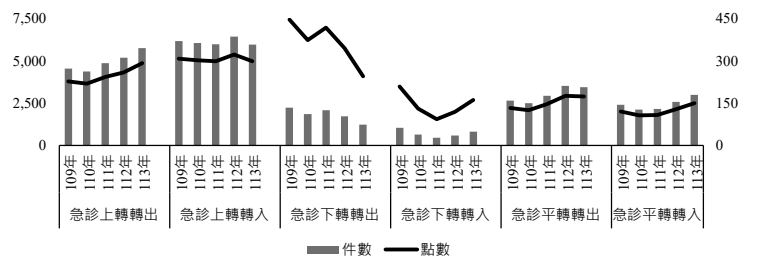


上轉或平轉：500點
 上轉或平轉至他院ICU：5,000點
 上轉或平轉<60分鐘：1,500點(僅轉出醫院領)
 下轉：4,000點(轉出&轉入各50%)
 醫師至下轉醫院訪視病人費：1,000點

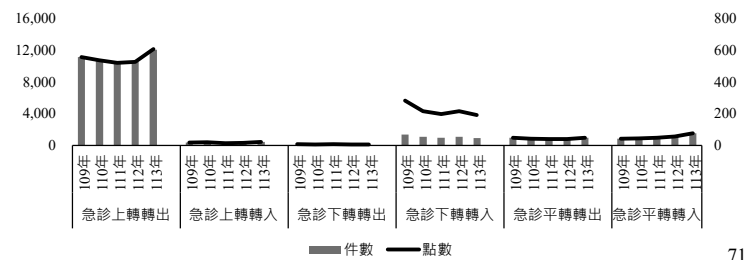
醫學中心



區域醫院



地區醫院

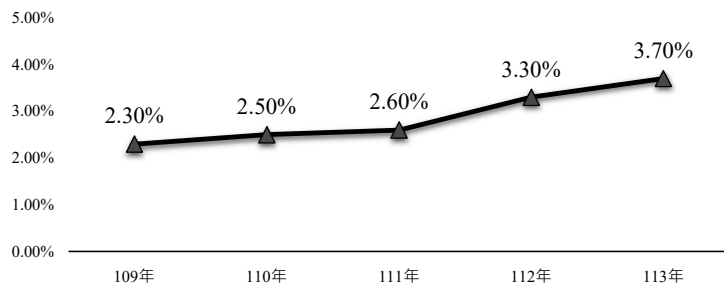


71

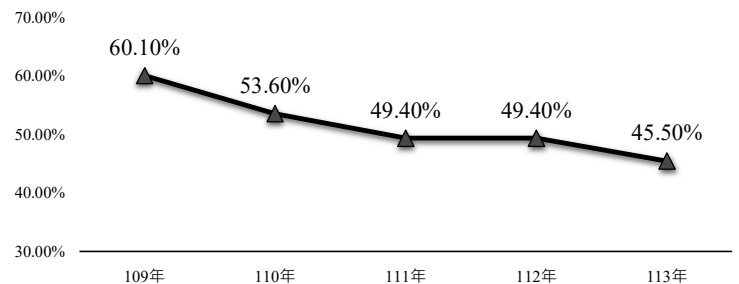
01-急診品質提升方案_急診處置效率指標

☹️ 113年處置效率指標多較113年差，可能與急診人增加、護理人力減少及病房不足有關。

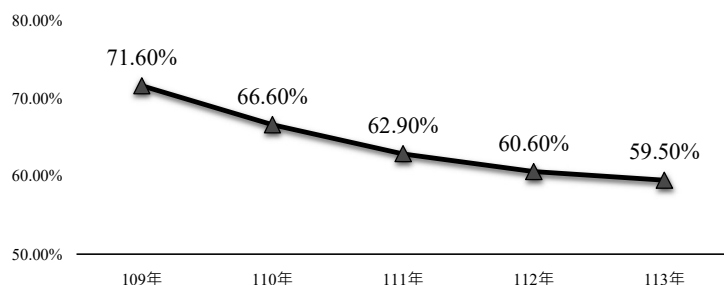
急診病人停留超過24小時之比率(-)



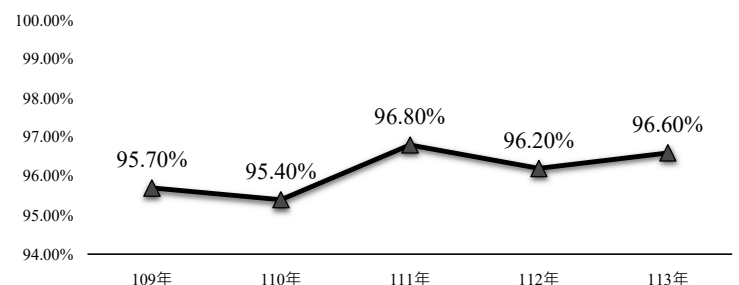
完成急診重大疾病病人6小時內進入加護病房之比率(+)



檢傷一、二、三級急診病人8小時內轉入病房之比率(+)



檢傷四、五級急診病人4小時內離開醫院之比率(+)



72

02-西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層)

目的

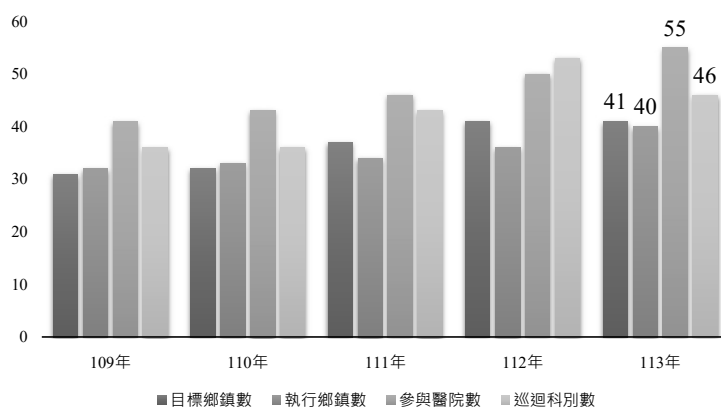
- ✓ 鼓勵醫師到醫療資源不足地區提供醫療服務。
- ✓ 促使全體保險對象都能獲得適當的照護。

策略

- ✓ 獎勵開業計畫：增加當地現有醫療資源。
- ✓ 巡迴醫療計畫：將鄉外醫療資源送入醫療資源不足地區。

113年目標鄉鎮數41個，執行鄉鎮數達40個(執行率97.6%)，共計55家醫院、46個專科別參與本方案。

雖然執行鄉鎮數未達目標數，但在參與家數較歷年來得高。

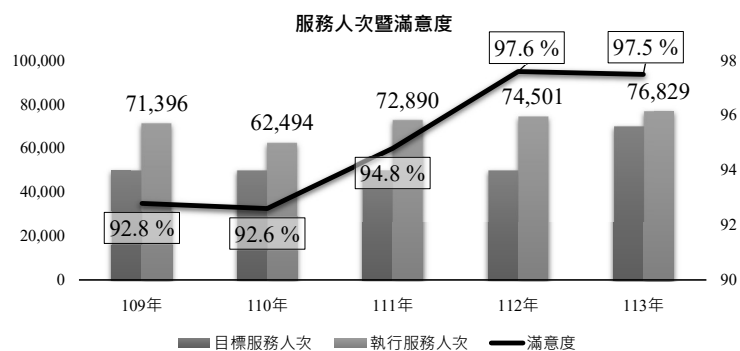
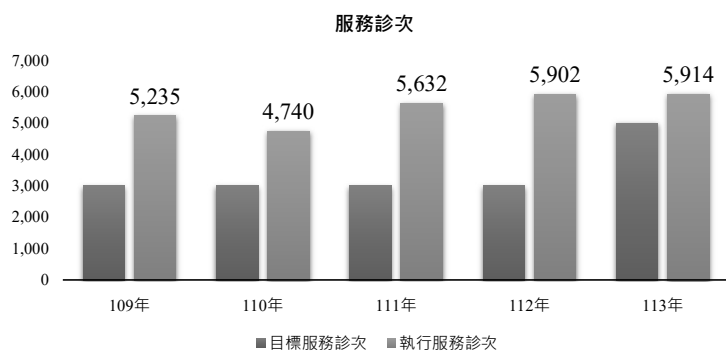


73

02-西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層) (續)

⚙ 113年參與院所至醫療資源不足地區巡迴約5,914診次、服務約76,829人次、滿意度97.5%。

⚙ 小結：持續配合政策執行精神，輔助西醫基層，填補醫療資源不足地區提供醫療服務。



74

03-醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

目的

- ✓ 加強離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療。
- ✓ 以點值保障該等區域或鄰近區域之醫院，使其具備較佳醫療提供之能力。
- ✓ 穩定偏遠地區燈塔型地區醫院正常營運，以維持該地區醫療量能。

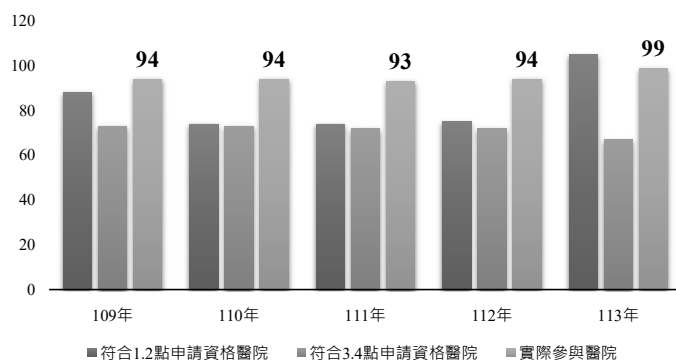
策略

- ✓ 提供24小時急診服務。
- ✓ 提供內科、外科、婦產科及小兒科門診及住診醫療服務。
- ✓ 檢驗檢查報告主動通知民眾。
- ✓ 深入社區加強預防保健服務。

113年符合申請資格分別為：

符合1,2點共105家、符合3,4點共67家

實際參與醫院共99家。

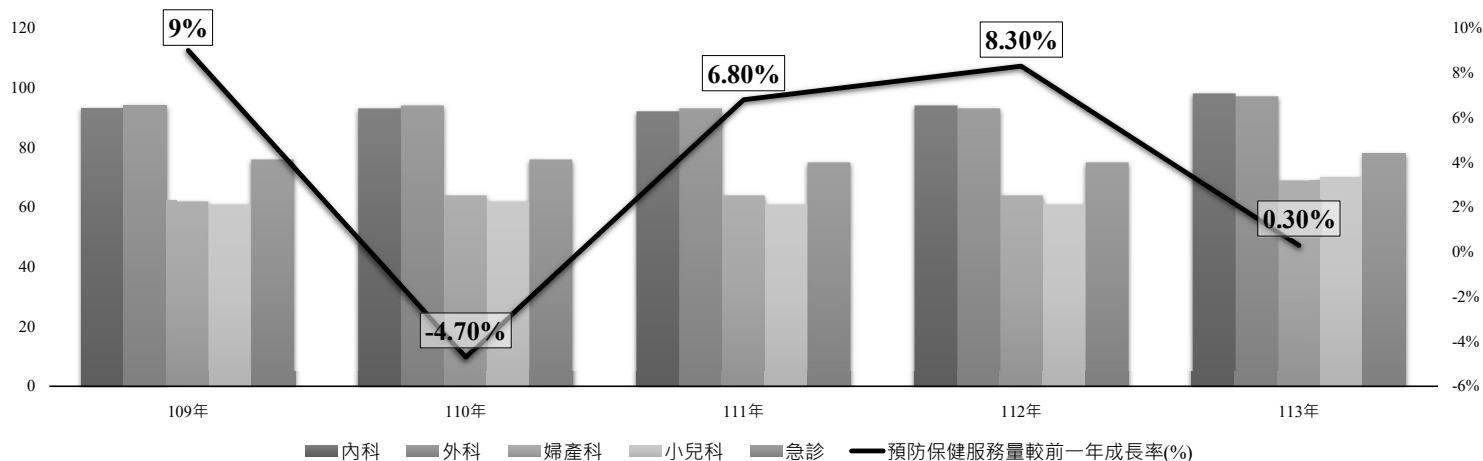


75

03-醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫 (續)

⚙ 113年各科服務家數，與歷年相年亦是以內科及外科為多數。

⚙ 小結：持續配合政策執行精神，提升醫療資源不足地區之醫療服務。



76

04-鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型)

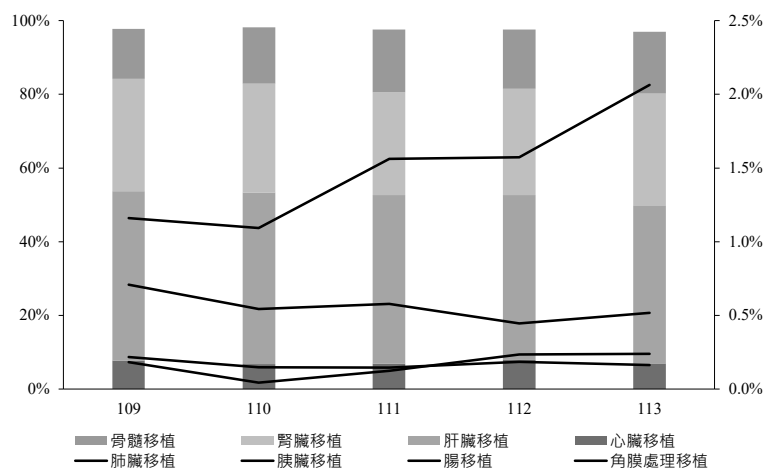
• 109-113年預算執行情形

項目\年度	109	110	111	112	113
預算數					
值(億元)	50.27	51.27	52.0806	52.0806	52.0806
成長率(%)	6.6	2.0	1.58	0	0
預算執行數					
值(億元)	46.02	46.88	48.141	50.411	50.510
成長率(%)	1.4	1.9	2.68	4.71	0.20
預算執行率(%)	91.5	91.4	92.4	96.79	97.0
整體					
移植人數					
值(人)	1,890	1,886	1,575	1,975	1,961
成長率(%)	-1.8	-0.2	-16.48	25.39	-0.71
移植費用					
值(百萬元)	2,107.3	2,169.3	2,308.0	2,520.8	2,496.8
成長率(%)	-0.6	2.9	6.4	9.22	-0.95
抗排斥藥費					
值(百萬元)	2,494.5	2,518.6	2,506.1	2,520.3	2,554.1
成長率(%)	3.2	1.0	-0.5	0.56	1.34
合計費用					
值(百萬元)	4,601.7	4,687.8	4,814.1	5,041.1	5,051.0
成長率(%)	1.4	1.9	2.7	4.71	0.20

近五年預算執行率持續成長，維持90%以上，移植人數回穩，移植費用也隨之上升。

113年以各項器官移植費用來看，肺臟移植費用成長最高，其次為胰臟移植費用。

109-113年各器官移植項目執行費用占率



05-鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型)

項目\年度	108	109	110	111	112	113
預算(億)	8.68	8.68	2.10	2.10	2.10	2.10
執行經費	0	0	0	0	0	0



國際疾病分類版本更新

- ✓ DRGs編碼基本國際疾病分類版本於114年1月1日起由2014年版轉版為2023年版ICD-10-CM/PCS

相關問題尋求排除、校正及建議

問題排除與校正

- ✓ Tw-DRGs分類表於轉版時產生部分處置碼歸類衝突，如代碼轉換後無落點、歸屬MDC或DRG別異動、Operating Room Procedure (ORP) 改變

建議

- ✓ 考量Tw-DRGs分類架構變更將影響DRG落點及整體醫療費用，爰分類架構多數仍維持2014年版之落點，未來需透過臨床醫師及專業疾病分類人員共同討論其分類之合宜及周延性，以利後續擴大導入Tw-DRGs

06-住院整合照護服務試辦計畫

• 112-113年住院整合照護服務試辦計畫申報情形

年度	層級別	核定家數	核定試辦床數	申報家數	申報點數(萬點)
112	醫學中心	12	763	12	3003.7
	區域醫院	35	2023	31	10829.9
	社區醫院	37	1628	36	13196.7
	小計	84	4414	79	27030.3
113	醫學中心	19	1,054	17	6,719
	區域醫院	42	2,191	40	18,815
	社區醫院	50	2,131	48	23,160
	小計	111	5,376	105	48,694

• 111-113年住院整合照護服務試辦計畫執行KPI

項目	年度	111	112	113
預算數(百萬元)		300.0	560.0	560.0
執行數(百萬元)		27.1	270.4	487.1
預算執行率		9.0%	48.3%	87.0%
執行目標 (達標與否V/X)	參與服務醫院： 111年至少4家 112年至少30家 113年至少80家	38 (V)	79 (V)	105 (V)
	服務住院病人人日： 111年200,000人日 112、113年746,666人日	36,854 (V)	360,404 (X)	649,263 (X)
預期效益之 評估指標 (達標與否V/X)	提升全國醫院提供急性一般病床住 院整合照護服務涵蓋率： 111年目標為2.8% 112、113年目標為4%	3.4% (V)	5.6% (V)	6.4% (V)

依據中華民國護理師公會全聯會就計畫執行所進行之調查結果如下：

(一) 審查標準

建議將各參與醫院實際推動情形列入評估，使用率高之機構增加核定床數，以提升整體涵蓋率

(二) 行政流程

- (1)病人/家屬建議滿意度內容建議簡化，縮短填寫時間
- (2)試辦計畫行政作業繁多，建議簡化申報流程

(三) 辦理方式

- (1)現行做法醫院需以單一病房為單位，建議各醫院可選擇多單位推展，提升政策推行的彈性與可行性
- (2)因應護理人力不足，急診壅塞，未來可考慮擴大至急診，以減輕家屬及急診護理人員的負荷

(四) 實施困難

照護輔佐人員招募困難及人力不足，培訓出來的照服員大多朝向選擇長照機構或居服員工作

(五) 醫療費用支付

- (1)檢討提高民眾自付額
- (2)檢討提高住院整合照護管理費(每日750點)
- (3)目前未滿24小時之民眾自費額及管理費都不列計之計費標準，建請檢討改為按小時計費

07-鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫

• 109-113年預算執行情形

項目	年度	109	110	111	112	113
預算數(百萬元)		-	-	300.0	300.0	300.0
預算執行數(百萬元)		-	-	282.6	346.74	297.6
預算執行率		-	-	94.2%	115.58%	99.2%
執行目標 (達標與否 V/X)	提升RCC、RCW病人 同意簽署DNR比率較 108年增2%	RCC	20.8%	18.2%	19.1%	23.2%
		RCW	9.0%	8.4%	14.5%	19.8%
預期效益 之評估指 標 (達標與否 V/X)	RCC： 指標達成與 108年比較 進步視同達 標	主要 指標	呼吸器脫離率	58.8%	57.5%	57.5%
		次要 指標	簽署DNR比率	20.8%	18.2%	19.1%
			召開緩和醫療家庭 會議比率	12.1%	11.4%	12.2%
			簽署DNR比率	9.0%	8.4%	14.5%
	RCW： 指標達成與 108年比較 進步視同達 標	主要 指標	召開緩和醫療家庭 會議比率	8.6%	8.9%	8.9%
		次要 指標	呼吸器脫離率	8.5%	8.9%	8.1%
			簽署DNR案件數與 108年比較進步視同 達標	1,664	1,402	1,480
			RCW	1,053	976	1,701

- 鼓勵安寧、提升臨終照護品質，為衛生福利部重要政策，提升臨終照護品質，係主管機關交付之總額協商政策方向
- 雖113年度脫離呼吸器病人數、簽署DNR案件數、安寧療護服務人數等微幅下滑，應係計畫執行效益趨向穩定，漸入高原期所致，惟仍表示本計畫之執行手段確有助於達到鼓勵呼吸器依賴患者脫離呼吸器、提高臨終照護品質等政策目標。
- 健保會協定事項之執行目標及預期效益評估指標，於113年皆予以達標，執行已趨穩定，顯示有助提高臨終照護品質。

08-腹膜透析追蹤處置費及APD租金(非計畫型)

111-113年預算執行情形

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

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

- 本項經費依實際執行情形併入一般服務結算
- 113年執行情形，腹膜透析追蹤處置費(58011C)(4.8百萬點) + 腹膜透析追蹤處置費(58017C)(1.6百萬點) + APD租用(58028C)(0.3百萬點)等申報總和6.7百萬元
- 依前述111年6月1日修訂後支付標準核扣不符規定者，預算執行數為6.3百萬元，執行率41.8%，整體執行概況為正成長

81

09-因應長新冠照護衍生費用

112-113年預算執行情形

項目	年度	111	112	113
預算數(百萬)		-	40	128.0
預算執行數(百萬)		-	40	128.0
預算執行率(%)		-	100	100.0%
執行目標 (達標與否 V/X)	112年： 妥適照護因COVID-19確診所引發MIS-C個案、延續COVID19染疫康復者門 住診整合醫療計畫至年度結束及減緩新冠引起的醫療耗用	1. 使用MIS-C免疫球蛋白照護人數28人 支用520萬，其人數超過108年28人 2. 接受COVID-19確診照護個案數，實 際申報醫療費用點數11.254億元，執 行數34.8百萬元		
	113年： 妥適照護因COVID-19確診所引發相關病癥(含MIS-C及Baricitinib及 Tocilizumab二項關節炎藥品)個案及減緩新冠引起的醫療耗用			
	--支應COVID-19確診病人住院期間使用二項關節炎藥品醫令點數			2.0
	--支應MIS-C免疫球蛋白藥品醫令點數			26.3
	--支應COVID-19確診及照護個案醫療費用點數(執行數)			99.8
預期效益 之評估指 標 (達標與否 V/X)	112年： 1.MIS-C免疫球蛋白：依MIS-C認定原則照護人數大(等)於108年度COVID-19 引起MIS-C照護人數為基準	-	28	
	2.COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫收案長新冠人數較108年成長	-	0	
	3.接受照護之個案大於108年	-	6,987	
	113年：預算使用率達80%	-	-	100%

- 113年設定之目標為妥適照護因COVID-19確診所引發相關病癥(含MIS-C及Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎藥品)個案及減緩新冠引起的醫療耗用
- 113年預算支用項目：
 - 第1階段支應COVID-19確診病人住院期間使用Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎藥品
 - 第2階段支應MIS-C免疫球蛋白藥品
 - 第3階段支應COVID-19確診及照護個案醫療費用
- 112年4000萬的預算，實際支出11.245億點；113年1.28億的預算，實際支出5.67億，需要正視新冠照護是否仍合適列為專款使用？隨著新冠病毒的不斷變異，應該編足預算以因應，不應僅是併入一般服務結算，造成對其他醫療服務的排擠效應，連帶影響醫院總額點值的穩定性

82

10-因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增

• 113年執行執行情形

項目		年度	112	113
預算數(百萬元)			1,000.0	500.0
執行數(百萬元)			23.0	42.4
預算執行率			2.3%	8.5%
執行目標	111年之陽性個案於112年追蹤且非肺癌確診者37,775人		37,775	
	112年之陽性個案於第1年追蹤86,461人		86,461	
執行數 (達標與否V/X)	111年異常個案之追蹤且非肺癌確診者人數		1,124 (X)	18
	112年異常個案之追蹤人數		2,398 (X)	2,283
	113年異常個案之追蹤人數			4,222
預期效益之評估指標 (達標與否V/X)	診斷為早期肺癌的人數占率提升		84.5% 726人(V)	81.5% 789人(V)

- ⚙ 本項經費原公告用於國民健康署肺癌篩檢後疑似陽性個案後續確診費用，依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算；後經衛福部113.3.25同意適用於桃園市擴大肺癌篩檢計畫
- ⚙ 預算用於支應LDCT篩來計畫之肺癌疑似陽性個案，於確診前以CT追蹤之金CT檢查費用
- ⚙ 診斷為早期肺癌的人數占率
112年：84.5%=(國健署635人+桃園市91人) / (國健署758人+桃園市101人)
113年：81.5%=(國健署670人+桃園市119人) / (國健署838人+桃園市130人)

83

11-持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能

• 110-113年執行執行情形

項目			年度	109	110	111	112	113
預算數(百萬元)				-	500.0	1,000.0	500.0	500.0
累計預算數(百萬元)				-	500.0	1,515.2		500.0
執行數(百萬元)				-	500.0	1,515.2	500.0	500.0
預算執行率(%)				-	100%	100%	100%	100%
執行目標 (達標與否 V/X)	110年	夜間開診率	71.4%	67.7% (X)	71.3% (V)	69.5% (X)	69.7% (X)	
	地區醫院夜間及假日	假日開診率	63.4%	62.9% (X)	62.0% (X)	61.9% (X)	61.1% (X)	
	開診率提升2%							
	111年 地區醫院假日或夜間門診案件（不含藥費）採固定點值，及提升住院 照護品質，優先用於反映住院首日 護理費支付點數加成30%		預算執行項目： 1.住院首日護理費支付點數加成30% 2.地區醫院住院病房費點值每點1元 3.地區醫院一般病床住院診察費點值每點 1元，地區醫院住院護理費點值每點1元				(未訂定)	
預期效益之 評估指標 (達標與否 V/X)	111年	夜間開診率	71.4%	67.7%	71.3% (X)	69.5% (X)	69.7% (X)	
	(1)地區醫院夜間及假 日開診率提升2%	假日開診率	63.4%	62.9%	62.0% (X)	61.9% (X)	61.1% (X)	
	(2)醫院部門地區醫院住診滿意度調查，平均滿意度達82%		-	-	89% (V)	89.9% (V)	85.6% (V)	
	112年： 全日平均護病比<12.0之地區醫院家 數不低於108年(195家)		-	-	-	204家 (V)	263家 (V)	
	113年： 全日平均護病比<12.0之地區醫院家 數不低於前1年度		-	-	-	204家	263家 (V)	

- ⚙ 經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值
- ⚙ 預期效益評估指標之比較基期，由原不低於108年(195家)，113年度修改為不低於前1年度
- ⚙ 依計畫所訂評估指標顯示113年全日平均護病比<12.0之地區醫院家數為263家，大於前1年度(112年)之204家
- ⚙ 地區醫院住院滿意度調查，本會以google問卷徵詢全國醫院，彙整已回復之問卷，平均滿意度為85.6%

84

12-健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能

• 110-113年執行執行情形

項目	年度	110	111	112	113
預算數(百萬元)		1,000.0	2,000.0	1,000.0	1,000.0
累計預算數(百萬元)		1,000.0	3,030.5		1,000.0
執行數(百萬元)		1,000.0	3,030.5	1,000.0	1,000.0
預算執行率		100%	100%	100%	100%
執行目標 (達標與否 V/X)	110年： 區域級(含)以上醫院住院病人滿意度達80%	91.0% (V)	90.2% (V)	91.1% (V)	91.8% (V)
	111年： 區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值及提升住院護理照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成30%	預算用於保障重症給付之基本診療項目，加護病床之住院診察費及病房費，另支付住院首日護理費點數加成30% (未訂定)			
預期效益之 評估指標 (達標與否 V/X)	111年： 區域級(含)以上醫院，住院滿意度調查，平均滿意度達成82%	-	90.2% (V)	91.1% (V)	91.8% (V)
	112、113年： 14日內再住院率112年不高於該層級別108年比率；113年不高於該層級別前1年度比率				
	--醫學中心(108年5.06%)	-	-	4.67% (V)	4.83% (X)
	--區域醫院(108年6.4%)	-	-	5.91% (V)	5.86% (V)

- 經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值
- 預期效益評估指標之比較基期，由原不高於該層級別108年比率，113年度修改為不高於該層級別前1年度比率
- 依計畫所訂評估指標顯示112年14日內再住院率：醫中4.67%、區域5.91%，113年度僅區域層級小於其112年比率：醫中4.83%、區域5.86%
- 區域級(含)以上醫院住院滿意度調查，本會以google問卷徵詢全國醫院，彙整已回復之問卷，平均滿意度為91.8%

85

13-暫時性支付(新藥、新特材)(113年新增)

項目	年度	113
預算數(百萬元)		2,429.9
執行數(百萬元)		89.3
預算執行率(%)		3.7
暫行性支付品項數		4
新藥		4
新特材		-
使用人數(人)		163
新藥		163
新特材		-
每人費用(萬元)		54.8
新藥		54.8
新特材		-

執行結果及成效

為提升癌症病人新藥可近性，加速全民健康保險癌症新藥收載，設立癌症新藥暫時性支付專款，依據專款作業原則，於113年通過之暫行性支付藥品共計4項，使用人數計163人，每人平均費用計54.8萬元，惟依執行情形顯示尚未有新特材品項通過審核。考量本案為113年新增項目，相關執行數據尚無法進行比較，建議持續推動，待後續進行盤點及檢討

114年修正重點

一. 藥品部分(不含癌藥)：編列4.42億元

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

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

86

14-地區醫院全人全社區照護計畫(113年新增)

目的

針對高血糖、高血脂及高血壓(下稱三高)疾病高風險族群納入照護管理，達到三高防治888(80%三高病人加入照護網、80%收案病人接受生活習慣諮商、80%收案病人達到三高控制政策目標。

策略

組成團隊：人員需包含主責醫師(具家醫科、內科或兒科專科醫師資格)、營養師1名、個案管理人員1名；與共同生活圈之區域級以上醫院(1-2家)及診所(5家以上)建立轉診合作機制。

113年預算執行情形

項目	年度	113年
預算數(百萬)		500
預算執行數(百萬)		10.2
預算執行率(%)		2.0
參與院所數		127
參與地區醫院占率		36.9%
收案人數(千人)		45,655
收案人數占率		0.19%
會員電話諮詢數(通)		496

87

15-區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作(113年新增)

項目	年度	109	110	111	112	113
預算數(百萬元)		-	-	-	-	81.0
執行數(百萬元)		-	-	-	-	-
執行率		-	-	-	-	-

年度計畫與過去之差異

採專案計畫建立各健保分區急性A型主動脈剝離急症病患照護跨團隊運作模式，以降低病患緊急手術前等待時間，並建議主動脈剝離手術費用列入各區健保醫院總額自主管理醫院之急重症醫療照護保障範疇，提供誘因

109-113年執行情形及成效評估

- 一、113年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫，於113年6月28日公告，7月1日開始於各分區推動，113年下半年，各分區醫院都處於建置主責醫院、組建跨院合作配搭醫院及設計院際間溝通聯繫規則，尚無法產出評核指標，所要監測的項目
- 二、113年全民健康保險主動脈剝離手術病人跨院合作，雖然僅執行半年左右，健保署也因指標尚未執行而無數據產生。但參據醫院部門醫院總額風險調整移撥款的分區執行成效，分區是類病人跨區轉院比率幾乎都沒有了，各級醫院比較有動力承接A型主動脈剝離這類高風險、高工時的個案，若醫院可以自行承擔下來照護的比率有提升

88

16-區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作(113年新增)

項目\年度	109	110	111	112	113
預算數(百萬元)	-	-	-	-	127.0
執行數(百萬元)	-	-	-	-	-
執行率	-	-	-	-	-

年度計畫與過去之差異

透過區域聯防，組建醫院快速轉診的溝通聯繫管道，有效縮短病人轉診尋找合適可立即處理的院所，提升病人進行動脈取栓的機會，減少神經損傷，減少失能，提升病人日後生活品質

109-113年執行情形及成效評估

- 一. 113年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫，於113年6月28日公告，7月1日開始於各分區推動，113年下半年，各分區醫院都處於建置主責醫院、組建跨院合作配搭醫院及設計院際間溝通聯繫規則，尚無法產出評核指標，所要監測的項目
- 二. 113年全民健康保險主動脈剝離及腦中風經動脈取栓手術病人跨院合作，雖然僅執行半年左右，健保署也因指標尚未執行而無數據產生。但參據醫院部門醫院總額風險調整移撥款的分區執行成效，分區是類病人跨區轉院比率幾乎都沒有了，各級醫院更有動力全力拚執行手術的時效

89

17-抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(113年新增)

項目	年度	112	113
預算數(百萬元)		-	225.0
執行數(百萬元)			
--高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費(P8301B)			65.8
--醫院感染管制品質獎勵			32.8
執行率(%)		-	43.8%
關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標(達標與否V/X)	參與醫院重點監測抗藥菌占率不高於112年		
	--重點監測抗藥菌(MRSA)占率不高於112年之醫院家數		40
	--重點監測抗藥菌(VRE)占率不高於前一年之醫院家數		62
	--重點監測抗藥菌(CRKP)占率不高於前一年之醫院家數		57
	--重點監測抗藥菌(CRAB)占率不高於前一年之醫院家數		64
	--重點監測抗藥菌(CRPA)占率不高於前一年之醫院家數		89
	參與醫院全院/加護病房重點監測抗藥菌感染密度不高於過去3年		
	--全院重點監測抗藥菌(MRSA)感染密度不高於過去3年之醫院家數		59
	--全院重點監測抗藥菌(VRE)感染密度不高於過去3年之醫院家數		63
	--全院重點監測抗藥菌(CRKP)感染密度不高於過去3年之醫院家數		58
	--全院重點監測抗藥菌(CRAB)感染密度不高於過去3年之醫院家數		77
	--全院重點監測抗藥菌(CRPA)感染密度不高於過去3年之醫院家數		67
	--加護病房重點監測抗藥菌(MRSA)感染密度不高於過去3年之醫院家數		45
	--加護病房重點監測抗藥菌(VRE)感染密度不高於過去3年之醫院家數		51
	--加護病房重點監測抗藥菌(CRKP)感染密度不高於過去3年之醫院家數		47
	--加護病房重點監測抗藥菌(CRAB)感染密度不高於過去3年之醫院家數		52
	--加護病房重點監測抗藥菌(CRPA)感染密度不高於過去3年之醫院家數		43
	參與醫院高度管制性抗微生物製劑DDD耗用量或DID不高於112年		
	--高度管制性抗微生物製劑DDD耗用量不高於112年之醫院家數		77
	--高度管制性抗微生物製劑DID不高於112年之醫院家數		134

• 113年6月至12月執行情形

● 優先支應「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」後，餘款支應「以醫療院所為對象之獎勵規劃」，若超過專款預算，則以浮動值計算

● 評估指標：
➢ 醫院重點監測抗藥菌占率不高於113年
➢ 醫院全院/加護病房重點監測抗藥菌感染密度不高於過去3年
➢ 醫院高度管制性抗微生物製劑DDD耗用量或DID(住院抗生素耗用量密度)不高於113年

● 本項預算於113年6月起開始執行，113年計全國298家醫院參與，294家醫院受獎勵，鑑於執行僅僅半年，尚不足以評估成效

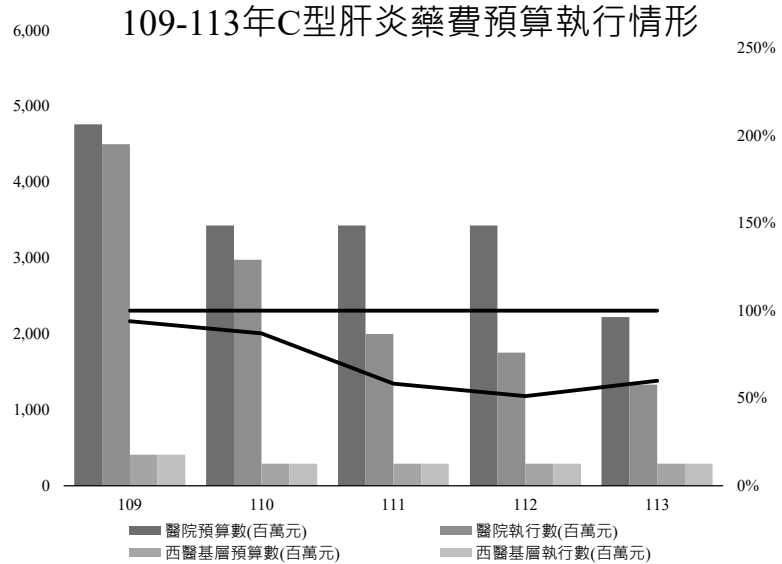
90

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

• 109-113年預算執行情形

項目 \ 年度	109	110	111	112	113
整體					
預算數(百萬元)	8,166.0	6,570.0	5,620.0	4,320.0	2,641.0
執行數(百萬元)	4,904.2	3,272.9	2,292.0	2,046.2	1,624.0
執行率	60.1%	49.8%	40.8%	47.4%	61.5%
C肝新藥					
新收案數	36,157	20,558	16,445	14,284	11,849
總治療人數	111,052	131,603	148,048	162,332	174,181
已達治癒標準人數	33,118	18,030	13,914	9,213	6,979
治療涵蓋率(年累計)	47.2%	52.2%	56.3%	59.8%	62.8%
醫院					
預算數(百萬元)	4,760.0	3,428.0	3,428.0	3,428.0	2,224.0
執行數(百萬元)	4,498.2	2,980.9	2,000.0	1,754.2	1,332.1
執行率	94.5%	87.0%	58.3%	51.2%	59.9%
C肝新藥					
新收案數	31,856	17,380	12,622	11,036	2,829
總治療人數	100,799	118,179	130,801	141,837	23,324

⚙ 醫院部門預算執行率為51.2%~100%，逐年有降低趨勢(113年稍較112年提升)，主要因病於醫院就診而發現C型肝炎病人已於近幾年治療，致使醫院部門新收案數逐年降低，執行率較難有新的突破



19-醫療給付改善方案(共10項方案)

109-113年醫療給付改善方案總預算執行情形

項目 \ 年度	109	110	111	112	113
預算數(億元)	11.870	13.368	14.951	16.434	18.141
執行數(億元)	10.954	11.358	11.825	12.672	13.547
預算執行率(%)	92.3%	83.0%	79.1%	77.1%	74.7%

醫療給付改善方案

113年預算執行情形_生物相似藥(113年新增)

項目 \ 年度	109
申報數(百萬元/點)	2.3
參與院所數	134

- 一. 糖尿病
- 二. 氣喘
- 三. 乳癌
- 四. 思覺失調症
- 五. B型、C型肝炎個案追蹤
- 六. 早期療育
- 七. 孕產婦
- 八. 慢性阻塞性肺疾病
- 九. 提升醫院用藥安全與品質
- 十. 生物相似性藥品方案

19-醫療給付改善方案_糖尿病

109-113年預算執行情形

項目 \ 年度	109	110	111	112	113
糖尿病					
申報數(百萬元/點)	760.9	811.3	761.9	709.8	687.7
參與院所數	278	286	291	290	293
收案數	574,281	598,932	617,036	600,878	582,154
照護率(%)	62.1%	63.9%	64.9%	61.4%	58.0%
糖尿病合併初期慢性腎臟病					
申報數(百萬元/點)	-	-	81.4	143.0	255.9
參與院所數	-	-	124	212	228
收案數	-	-	31,176	89,763	135,171
照護率(%)	-	-	28.8%	49.9%	67.4%

因 111 年 3 月起新增「糖尿病合併初期慢性腎臟病」照護整合方案，部分共病個案改以DKD 照護，糖尿病照護情形如將 DKD 個案合併計算，113年糖尿病個案數計 680,021人，照護率為 67.7%，參與院所數計 293 家；112 年糖尿病個案數計 648,770 人，照護率為66.3%，參與院所數計 2910家

109-113年品質達成情形

項目 \ 年度	109	110	111	112年	113
糖尿病					
HbA1C<7.0%比率 (控制良好率)	36.7%	41.3%	54.6%	54.4%	56.1%
HbA1C>9.0%比率 (控制不良率)	11.4%	9.7%	7.8%	8.0%	7.3%
糖尿病合併初期慢性腎臟病					
控制良好率					
UACR<30mg/gm比率	-	-	50.2%	50.9%	52.1%
HbA1C<7.0%比率	-	-	60.2%	60.0%	61.8%
LDL<100mg/dL比率	-	-	82.8%	85.8%	87.0%
控制不良率					
UACR>300mg/gm比率	-	-	16.7%	19.7%	20.2%
HbA1C>9.0%比率	-	-	9.0%	13.0%	13.3%
LDL>130mg/dL比率	-	-	9.1%	12.0%	11.9%

93

19-醫療給付改善方案_氣喘、乳癌

109-113年預算執行情形_氣喘

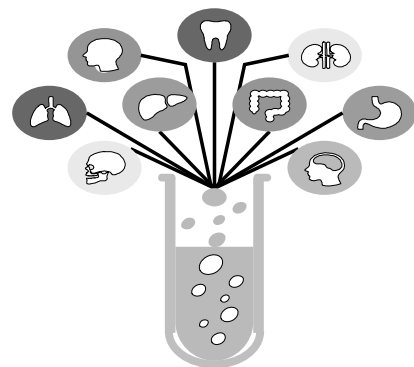
項目 \ 年度	109	110	111	112	113
申報數(百萬元/點)	42.5	43.8	46.5	53.2	57.3
參與院所數	140	144	146	143	147
收案數	50,212	50,475	52,272	61,049	64,839
照護率(%)	39.1%	42.15%	49.8%	38.3%	37.4%

109-113年品質達成情形

項目 \ 年度	109	110	111	112	113
降階治療成功率	14.2%	13.8%	12.6%	13.0%	13.9%
氣喘出院14日再入院率	2.7%	2.9%	2.5%	2.2%	2.2%

109-113年預算執行情形_乳癌

項目 \ 年度	109	110	111	112	113
申報數(百萬元/點)	75.4	72.9	75.1	76.8	57.7
參與院所數	5	5	5	5	5
收案數	11,220	11,427	12,017	11,702	11,835
照護率(%)	7.1%	7.0%	6.8%	6.1%	5.8%



94

19-醫療給付改善方案_思覺失調症、BC型肝炎

109-113年預算執行情形_思覺失調症

項目\年度	109	110	111	112	113
申報數(百萬元/點)	52.2	51.1	57.8	64.9	66.8
參與院所數	125	128	139	137	144
收案數	59,549	58,408	73,352	75,661	76,258
照護率(%)	72.2%	74.2%	65.9%	68.4%	69.2%

109-113年預算執行情形_BC型肝炎

項目\年度	109	110	111	112	113
申報數(百萬元/點)	36.8	32.7	37.6	40.0	41.2
參與院所數	203	203	203	202	204
收案數	186,828	188,567	190,144	205,238	208,852
照護率(%)	37.0%	39.8%	41.3%	46.9%	47.9%

109-113年品質達成情形

項目\年度	109	110	111	112	113
六個月內精神科急性病房再住院率					
高風險病人	41.0%	42.0%	36.2%	38.3%	37.3%
一般病人	19.8%	20.2%	18.8%	19.8%	18.6%
固定就醫病人精神科急性病房住院					
高風險病人	54.6%	50.5%	51.3%	54.7%	53.6%
一般病人	19.0%	17.3%	16.0%	16.8%	16.3%
高風險病人規則門診比率	-	73.0%	47.5%	44.4%	43.1%

109-113年品質達成情形

項目\年度	109	110	111	112	113
完整追蹤率	71.6%	67.5%	72.3%	67.1%	73.8%
GOT檢查率	93.0%	92.5%	92.5%	92.8%	92.6%
GPT檢查率	92.8%	92.2%	92.3%	92.6%	92.4%
腹部超音波檢查率	91.6%	91.5%	91.9%	92.4%	92.4%

95

19-醫療給付改善方案_孕產婦全程照護、早期療育

109-113年預算執行情形_孕產婦全程照護

項目\年度	109	110	111	112	113
申報數(百萬元/點)	60.5	53.4	28.6	40.9	47.5
參與院所數	92	92	93	92	93
收案數	42,300	35,751	19,454	30,907	34,655
照護率(%)	38.8%	34.0%	20.7%	33.0%	36.4%

109-113年品質達成情形

項目\年度	109	110	111	112	113
孕產期全程照護率	51.5%	45.7%	35.1%	68.4%	68.3%
產後14日內再住院率(含跨院)	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%
剖腹產管控率	33.5%	33.8%	34.5%	35.1%	35.6%

109-113年預算執行情形_早期療育

項目\年度	109	110	111	112	113
申報數(百萬元/點)	3.6	4.1	4.6	4.9	3.8
參與院所數	21	22	25	27	28
收案數	1,394	1,681	1,873	2,046	1,885
照護率(%)	7.9%	12.7%	4.4%	13.6%	13.3%

109-113年品質達成情形

項目\年度	109	110	111	112	113
個案固定就醫率					
新個案	52.8%	60.2%	56.2%	61.0%	61.5%
舊個案	44.0%	49.0%	61.0%	71.1%	67.0%
個案療育資源聯結率					
新個案	71.1%	72.7%	65.4%	65.9%	65.9%
舊個案	40.6%	52.2%	44.0%	44.7%	31.1%

96

19-醫療給付改善方案_慢性阻塞性肺病、用藥安全

109-113年預算執行情形_慢性阻塞性肺病

項目	年度	109	110	111	112	113
申報數(百萬元/點)		29.9	30.9	32.0	34.1	35.2
參與院所數		134	131	126	124	126
收案數		21,786	22,599	23,311	25,611	26,302
照護率(%)		40.1%	45.5%	48.0%	44.0%	42.3%

109-113年品質達成情形

項目	年度	109	110	111	112年	113
收案病人COPD出院後14日內再入院率		6.6%	6.6%	5.8%	6.6%	8.1%
收案病人因COPD急診就醫比率		8.3%	7.7%	7.6%	9.5%	9.8%

109-113年預算執行情形_用藥安全

項目	年度	109	110	111	112	113
預算數						
- 臨床藥事照護		50	50	80	90	147
- 抗凝血藥品藥師門診		-	-	-	-	20
申報數(百萬元/點)						
- 臨床藥事照護		39.2	51.0	62.9	81.6	83.7
- 重症加護臨床照護費		38.9	50.4	62.0	79.4	80.3
- 門診臨床藥事照護費		0.3	0.6	0.9	2.0	2.8
- 一般病床臨床藥事照護費		-	-	-	0.2	0.5
- 抗凝血藥品藥師門診		-	-	-	-	0

109-113年品質達成情形

年度	審查通過之藥師人數		醫師或其他醫事人員接受率		
	醫學中心及區域醫院	地區	重症加護臨床藥事照護	門診臨床藥事照護	一般病床臨床藥事照護
109	89	65	94.2%	87.8%	-
110	113	103	94.8%	87.8%	-
111	93	61	96.1%	88.2%	-
112	41	90	95.5%	98.2%	83.9%
113	48	78	96.8%	99.2%	93.9%

97

20-鼓勵院所建立轉診合作機制(非計畫型)

• 109-113年預算執行情形

項目	年度	109	110	111	112	113
醫院						
預算數(百萬元)		689.0	400.0	224.7	224.7	224.7
執行數(百萬元)		213.6	200.1	198.0	215.1	214.9
預算執行率(%)		31.0	50.0	88.1	95.7	95.7
西醫基層						
預算數(百萬元)		258.0	258.0	258.0	258.0	258.0
執行數(百萬元)		148.2	143.5	142.7	158.2	160.8
預算執行率(%)		57.4	55.6	55.3	61.3	62.3
基層總額轉診型態調整費用(其他預算)						
預算數(百萬元)		1,000.0	1,000.0	800.0	800.0	800.0
執行數(百萬元)		1,000.0	1,000.0	541.4	568.2	564.6
支應鼓勵院所建立轉診之合作機制預算之不足款		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
支應醫院與西醫基層病人流動之預算		1,000.0	1,000.0	541.0	568.2	564.6
預算執行率(%)		100.0	100.0	67.7	71.0	70.6

⚙ 自107年新增專款，並自當年度7月1日起新增轉診相關支付標準。113年預算同112年編列2.247億元，執行數為2.149億元，執行率為95.7%

⚙ 預算核付係依據病人實際就醫情形，其核付條件為申報案件須勾稽到轉入院所有申報對應之01038C「接受轉診門診診察費加算」或於電子轉診平台有登錄及回復病人就醫情形之資料，考量轉診單期限及補報期限，申報轉診未核付案件將往前再勾稽3季，確認是否核付，故本項結算結果具遞延情形

98

21、22-罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費(非計畫型)

• 109-113年後天免疫缺乏病毒治療藥費

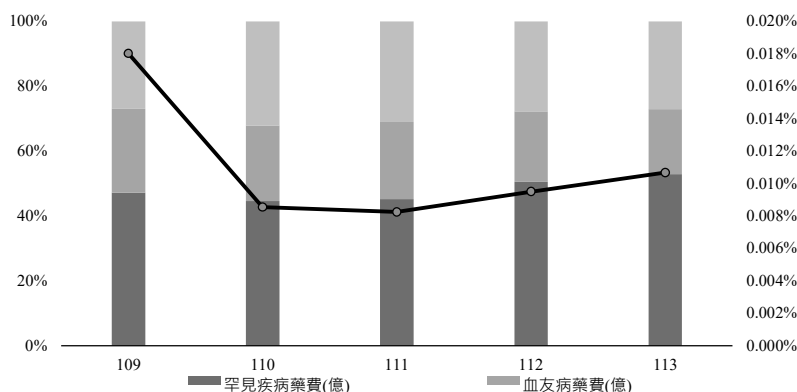
項目 \ 年度	109	110	111	112	113
罕見疾病					
藥費(億元)	70.51	73.04	76.79	95.76	109.08
成長率(%)	15.1	3.6	5.1	24.7	13.9
用藥人數	10,177	10,501	11,176	12,046	12,724
成長率(%)	5.6	3.2	6.4	7.8	5.6
每人藥費(萬元)	69.3	69.6	68.7	79.5	85.7
成長率(%)	8.9	0.4	-1.2	15.7	7.8
特材(百萬元)	2.7	1.4	1.4	1.8	2.2
特材使用人數	11	5	8	8	9
血友病					
藥費(億元)	38.77	38.08	40.52	41.04	41.21
成長率(%)	-1.6	-1.8	6.4	1.3	0.4
用藥人數	942	979	1,040	1,083	1,106
成長率(%)	-2.8	3.9	6.2	4.1	2.1
每人藥費(萬元)	411.6	388.9	390	379.0	372.6
成長率(%)	1.3	-5.5	0.2	-2.7	-1.7
後天免疫缺乏病毒治療藥費					
藥費(億元)	-	52.57	52.57	52.57	55.80
成長率(%)	-	-	0	0	6.14
用藥人數	28,118	30,098	31,309	32,338	33,052
成長率(%)	9.4	7.0	4.0	3.3	2.2
每人藥費(萬元)	14.3	14.0	13.9	13.6	13.7
成長率(%)	-7.4	-2.2	-1.0	-1.7	0.5

罕病藥費、每人藥費等逐年持續成長

血友病藥費及用藥人數些微成長，每人藥費反之微降低

後天免疫缺乏病毒治療藥費預算提高、用藥人數及每人藥費皆些微增加

109-113年各項藥費占率



99

23-精神科長效針劑藥費(非計畫型)

• 111-113年預算執行情形

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

自110年9月1日修訂「思覺失調症醫療給付改善方案」，新增長效針劑注射獎勵措施，鼓勵醫師對不規則就醫或不規則服藥等合適或病情需要之病患施打長效針劑，並自111年編列預算支應推動精神病長效針劑注射獎勵措施所增加藥費

經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應

醫院、西醫基層院所間申報個案可能重複，故人數不宜直接加總

醫院部門113年預算同112年編列2.664億元，執行數為2.3674億元，執行率為88.9%，整體執行逐年成長，顯示有實際使用需求

病患及家屬誤將施打長效針劑與病情嚴重畫上等號，如何從政策面持續鼓勵用藥，翻轉病患及家屬的既有印象，仍是推行長效針劑的挑戰

100

24-慢性傳染病照護品質計畫

• 112-113年預算執行情形

項目	年度	112	113
預算數(百萬元)		180.0	180.0
預算執行數(百萬元)		37.6	169.6
預算執行率		20.9%	94.2%
參與院所數		164	201
服務人數			
潛伏結核感染治療品質支付服務		4,871	11,303
愛滋照護管理品質支付服務		22,597	31,546
長照機構加強型結核病防治		2,552	23,823

- 計畫自112年6月1日公告在案，包含三項子計畫「潛伏結核感染治療品質支付服務計畫」、「愛滋照護管理品質支付計畫」及「長照機構加強型結核病防治計畫」，自114年1月1日起移由公務預算支應
- 執行目標(醫院及西醫基層總額合計)：檢驗潛伏結核感染人數較112年減少，但三項目標皆達目標數
- 預期效益之評估指標(醫院及西醫基層總額合計)：除愛滋感染者服藥後病毒量測不到比率未達目標比率96%外，其餘四項皆達目標數

項目	年度	112			113		
總額協定事項之執行情形							
	執行目標	目標執行數	目標達成率	執行目標	目標執行數	目標達成率	
治療潛伏結核感染人數	12,000	11,345	95%	12,000	13,994	117%	
照護愛滋感染者人數	35,000	35,566	102%	35,000	36,091	103%	
檢驗潛伏結核感染人數	20,000	26,297	131%	20,000	22,590	113%	
	預期效益之 評估指標	指標執行數	指標達成率	預期效益之 評估指標	指標執行數	指標達成率	
潛伏結核感染者完成治療比率	85%	85%	100%	85%	85%	100%	
愛滋感染者服藥比率	95%	96%	101%	95%	96%	102%	
服藥後病毒量測不到比率	96%	95%	99%	96%	95%	99%	
長照機構潛伏結核感染檢驗陽性者加入治療比率	70%	78%	111%	75%	81%	108%	
完成治療率	70%	82%	117%	75%	83%	111%	

101

25-癌症治療品質改善計畫(113年新增牙醫門診總額)

112-113年預算執行情形

項目	年度	112	113
預算數(百萬)		402	414
預算執行數(百萬)		18.3	81.8
預算執行率(%)		4.4	19.8%
參與院所數		121	202
參與醫師數		1,761	4,052
服務人數		16,255	65,507

112-113年陽追率

項目	年度	112	113
總陽追率		88.2%	88.7%
大腸癌		81.6%	82.1%
口腔癌		92.7%	90.3%
子宮頸癌		86.4%	87.1%
乳癌		92.5%	93.6%
肺癌		77.0%	80.9%

- 全民健康保險癌症治療品質改善計畫自114年起預算來源改由公務預算，並自114年起納入衛生福利部預防保健服務項目。其中，大腸癌、子宮頸癌、乳癌及肺癌項目由國健署主責，口腔癌項目由口腔健康司訂定。114年起擴大篩檢服務對象

102

26-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)(113年新增牙醫門診總額)

項目\年度	112	113
預算數(億元)	20.0	26.69
執行數(億元)	8.45	15.75
預算執行率	42.3%	59.0%

112年_支付標準修訂

- 一. 配合醫療器材使用規範，修訂73項受影響之診療項目(112.11.1生效)
- 二. 配合前述，補付73項診療項目112年1-10月之調整差額
- 三. 小兒外科專科醫師診治未滿19歲之病人比照適用兒科專科醫師加成規範

112-113年_規劃參考醫療服務資源耗用相對值(RBRVS)調整模式

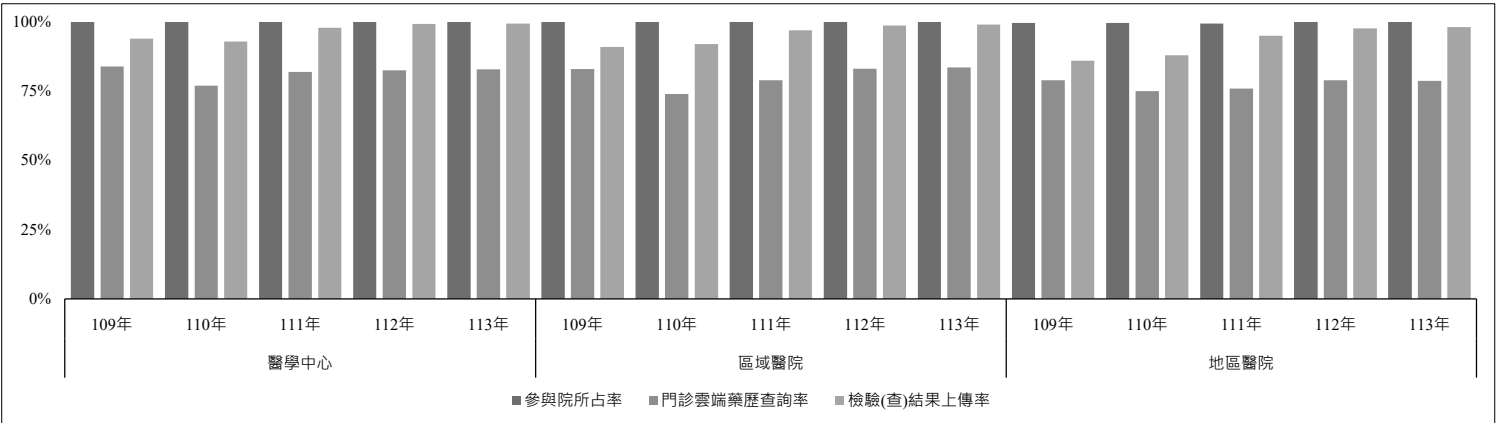
截至113年4月辦理情形如下：原112年已公告之修訂診療項目237項，其中73項為配合單次醫材調整，包含醫材計46種，另通則2項，醫院層級申報441.36百萬點。另調升離島地區「住院案件」依表定點數加計30%，於113年5月1日生效

27-獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用

109~113年預算執行情形

項目\年度	109	110	111	112	113
預算數(百萬元/點)	114	127	200	200	200
執行數(百萬元/點)	128.8	145.8	148	149.5	149.9
執行率(%)	113	115	74	74.8	74.9

本項目參與院所數自112年達100%，113年亦維持100%。在門診雲端藥歷查詢率、檢驗(查)結果上傳率及醫療檢查影像即時上傳率於113年有些微提升



三、西醫基層總額(含一般服務、 專案計畫)



113年西醫基層總額 重點項目及一般服務預算項目 及專款年度執行成果

報告人：林恒立 醫師
醫師公會全國聯合會副秘書長
西醫基層審查執行會執行長

講者簡介

林恒立 醫師

【學歷】

- 國立臺灣大學醫學系

【經歷】

- 臺大醫院耳鼻喉科兼任主治醫師
- 醫師公會全聯會副秘書長
- 醫師公會全聯會基層審查執行會執行長
- 台中市醫師公會副理事長
- 台灣居家醫療醫學會常務監事



報告大綱



112年度執行成果之評核委員評論
意見與期許回應說明



年度重點項目執行成果與未來規劃

- 西醫基層診所糖尿病病人整體照護情形
- 檢驗(查)結果上傳率
- 西醫基層診所代謝症候群照護情形



一般服務項目執行績效

- 維護保險對象就醫權益
- 專業醫療服務品質之確保與提升
- 協商因素之執行
- 總額之管理與績效



專案執行成果

3

112年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明^{1/12}

112年度評核共識建議	醫師公會全聯會回應說明
一、分級醫療實施多年成效不顯著，宜檢討原因及加以改善： (一)112年轉診件數逐年成長，但轉入件數低於轉出件數且落差加劇，民眾停留基層接受照護天數相較疫情前(108年)及111年大幅縮減，考量醫院的慢性病件數及費用均逐年增加，應努力吸引慢性病患轉診至基層診所就醫。	1. 隨著臺灣人口結構老化，慢性病的人數也逐年增長。113年西醫基層慢性病就醫人數占率約為34%，成長率約為3.2%。 2. 113年基層接受醫院慢性病轉診率為35.14%；慢性病病人持續照護情形為27.91%，較112年17.63%提升許多。

4

112年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明^{2/12}

112年度評核共識建議	醫師公會全聯會回應說明
一、分級醫療實施多年成效不顯著，宜檢討原因及加以改善： (二)開放表別是強化基層服務能量及吸引病患至基層就醫之重要項目，惟西醫基層部門多年來推動緩慢，多將預算編列於提升診察費之協商項目，分級醫療策略尚有改進空間。 (三)建議重新檢視民眾醫療行為，善用家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)之合作醫院，加強診所與醫院之轉診模式，並納入家醫計畫成效指標。	1. 基層開放表別項目共計70項。109至111年間，受COVID-19疫情影響，基層門診量大幅下降，導致整體執行率降低。惟此並非反映民眾就醫需求減少，而是出現就醫需求的遞延現象。從預算執行率觀察，112年為68.4%，至113年已上升至87.7%，顯示開放表別項目的實際運用情形逐漸回穩。 2. 為強化基層醫療服務功能及落實分級醫療制度，本會將持續蒐集並評估具照護效益之項目納入開放表別，擴大診所可提供之服務範疇，提升可近性與服務量能，確保民眾就醫權益。 1. 家醫計畫中曾有轉診相關指標，後因醫療法第73條規定，轉診為「醫院、診所因限於人員、設備及專長無法確定病人病因或完整治療時，應建議病人轉診」，而刪除相關指標。 2. 113年合作醫院家數為306家，相較於112年增加9家。
5	

112年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明^{3/12}

112年度評核共識建議	醫師公會全聯會回應說明
二、對糖尿病病人整體照護之建議： (一)參加「糖尿病合併初期慢性腎臟病」者，照護率及控制良好率均有所提升，但UACR(尿液微白蛋白)、HbA1c(糖化血紅素)、LDL(低密度脂蛋白膽固醇值)之控制不良率亦較前一年度增加，請檢討原因並加以改善。	1. 從中央健保署提供之資料，可見HbA1c之控制不良率逐年下降，只是尚無法達到6%目標值，推測可能原因為隨著高齡人口占比上升，加重慢性病控制挑戰，特別是需要長期配合良好用藥控制及飲食改善，才可能獲得血糖控制或下降，此數值仍需長期觀察。 2. 另外，有關LDL控制不良率較前一年度上升，依據歐洲112年研究，約80%的高風險與極高風險患者未能達成LDL目標值，推測可能原因包括心血管風險的低估與合併療法的使用不足。 3. 本會將持續追蹤數值變化，並鼓勵會員，加強關懷數值控制不良民眾，以電話關懷，追蹤定期回診並進行衛教。透過舉辦教育訓練，加強、精進會員之相關知識，提升病人照護品質。
6	

112年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明^{4/12}

112年度評核共識建議	醫師公會全聯會回應說明
二、對糖尿病病人整體照護之建議： (二)參與計畫者的重要項目檢查率優於未參加者，惟未參加之病患亦為保險對象，應提供同等醫療品質之服務，建議分析未參加病患之特性及照護成效，與參加計畫者有無差異。	1. 追蹤94年符合收案條件之糖尿病人至113年底，其後續發生洗腎情形，參與方案者之透析發生率明顯低於未參與者；即便曾參與但中途退出者，其洗腎發生率亦低於從未參與者。此結果顯示，方案介入對延緩腎病變進展具正向效果。 2. 本方案透過設計具誘因之獎勵機制，提升醫療院所參與意願，進而促進其投入更積極之病患管理與照護作為。整體而言，方案確實促進基層照護品質之提升。

7

112年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明^{5/12}

112年度評核共識建議	醫師公會全聯會回應說明
三、專業醫療服務品質指標的檢討修訂： (一)檢討專業醫療服務品質指標之參考值：部分指標之數值已遠高於參考值，建議重新檢討及訂定，如「平均每張慢性病處方箋開藥日數」、「糖尿病病人糖化血色素或糖化白蛋白執行率」、「成人預防保健」等，並擴大納入結果面指標。 (二)檢討品保款實施方案鑑別度：目前約7成院所可分配品保款，有4成核發權重達100%，比率偏高，建議刪除不具鑑別度之項目，納入可呈現健康結果的指標，並參考牙醫及中醫門診總額之分配方式，將核發權重差距拉大。	本會曾提議修訂「平均每張慢性病處方箋開藥日數」指標參考值計算方式，然於114年6月5日中央健保署西醫基層研商議事會議上未獲共識。 1. 113年12月18日中央健保署西醫基層研商議事會議決議，114年度品質保證保留款實施方案建議將「伍、獎勵指標與核發原則/二、核發原則/(一)符合獎勵指標第1項至第5項者，各給予核發權重」由20%下修為18%，提升鑑別度。 2. 114年度方案業於114年1月23日公告。

8

112年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明^{6/12}

112年度評核共識建議	醫師公會全聯會回應說明
四、檢討總額協商項目，宜提出精進支付制度、照護品質之協商方案： (一)近年西醫基層總額協商項目，多屬支付標準或單一疾病、年齡別等費用調升，欠缺前瞻性支付及提升服務品質之方案，建議提出精進支付制度、照護品質之協商項目。 (二)協商項目所訂之KPI宜加強結果面指標與目標值，以利呈現執行績效：目前協商項目KPI多為過程面或利用率指標，建議依項目執行目的、預期效果，建立各執行階段合理之過程面(初期)及結果面指標與目標值。	1. 針對各年度健保總額範圍規劃目標，本會皆函請各專科醫學會及各縣市醫師公會提供專業臨床意見，惟近年人力及物價成本大幅上升，且健保點值持續低落之雙重打擊，前揭提案單位多以反映現實醫療困境為考量，爰提案項目多屬支付標準或單一疾病、年齡別等費用調升。 2. 本會將參採評核委員之意見，以精進支付制度及醫療照護品質為目標，提出更完善之協商方案。 有關協商項目所訂之KPI，本會將持續與健保署研議，並參採評核委員之意見，以利呈現執行績效。

9

112年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明^{7/12}

112年度評核共識建議	醫師公會全聯會回應說明
五、風險調整移撥款之分配： 西醫基層總額「風險調整移撥款」多數用於撥補點值，宜檢討是否有達到風險調整移撥款之編列目的，並定期檢討其分配方式。	1. 「地區預算分配公式」之公式內含，原用於分配六分區預算，期望實踐「錢跟著人走」之目標，然而，公式分配已實施20餘年，醫院及西醫基層實務上仍然有許多困難，最終，希望與時俱進，重新啟動公式檢討。 2. 假設公式分配公平，六分區的點值應趨近，然而，西醫基層最高點值與最低點值之間的落差達到0.1元，因此才有「風險調整移撥款」，是西醫各分區妥協下的平衡。 3. 西醫基層對於「風險調整移撥款」之運用，每年皆有滾動檢討調整，例如：預算成長率上下限、風險調整基金、浮動點值上限、保障東區及點值落後地區，皆用以縮小分區間的點值差距，確保各區民眾之醫療品質為最大目標。 4. 又以113年「風險調整移撥款」6億元，僅占一般服務預算0.0045%，對於點值的影響其實不大，然而，卻是象徵六區維護醫療品質的決心。 5. 近二年，西醫基層亦提出「跨總額醫師」、「診所高額折付」、「醫師高額折付」等管控措施，希望可以提升點值，以保障醫療環境、留住醫事人力、投入心力照護人民。

10

112年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明^{8/12}

112年度評核共識建議	醫師公會全聯會回應說明
六、專款項目之執行及後續規劃： (一)專款項目執行成效優良者，建議納入一般服務持續推行：對於實施多年且照護率高、執行成效良好之試辦計畫，特別是照護率接近或大於50%者，其參與診所醫療品質顯著較佳，建議納入一般服務持續推行，讓民眾能普遍獲得較好的醫療服務品質，而非長期以「試辦方式」推行。	持續依委員建議滾動式檢討各項計畫納入一般服務之可行性。
11	

112年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明^{9/12}

112年度評核共識建議	醫師公會全聯會回應說明
六、專款項目之執行及後續規劃： (二)建議縮減數量、聚焦深耕，對於成效不如預期之專案計畫，應瞭解困難點，找出有效解決方式：建議西醫基層部門深入瞭解推動過程中的困難點，找出有效解決方案，例如家醫計畫、代謝症候群防治計畫之實施成效。此外，代謝症候群防治計畫收案人數低於目標值，建議深入瞭解參與院所未積極收案原因及其困境，也宜關注是否有選案問題。	1. 113年度家醫計畫收案人數較112年成長，且114年持續配合政策納入ASCVD風險等級達非常高或極高之個案。且本會於113年舉辦至少8堂有關於家醫計畫的教育訓練課程，提升醫師對於家醫計畫的參與。 2. 截至113年度，代謝症候群計畫收案人數已達年度目標。推測新加入之診所及醫師需時間識別適合個案，並完成風險評估後方可進行正式收案，故參與初期進展相對緩慢。為強化基層參與動能，本會辦理多場教育訓練，並同各縣市醫師公會廣泛宣導計畫內容與實作，期能持續提升醫療院所與醫師的參與意願，進一步擴大民眾涵蓋率，實踐「預防勝於治療」之計畫目標。
12	

112年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明^{10/12}

112年度評核共識建議	醫師公會全聯會回應說明
七、家醫計畫應做好民眾知情同意、加強病人黏著度，並重新檢視品質指標權重： (一)目前家醫計畫並未朝家庭責任醫師制度或周延性目標邁進，112年固定就醫率未達50%，建議以民眾健康為中心，整合多項疾病照護，並加強病人與照護團隊之黏著度。	113年家醫計畫與代謝症候群防治計畫及P4P-DM/CKD/DKD整合，擴大服務量能，增加收案人數。114年為配合三高防治888政策，修訂「糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費」為「糖心腎症候群整合照護提升費」等，持續提升照護涵蓋率。
13	

112年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明^{11/12}

112年度評核共識建議	醫師公會全聯會回應說明
七、家醫計畫應做好民眾知情同意、加強病人黏著度，並重新檢視品質指標權重： (二)現行家醫計畫困境之一是民眾無感，甚至不知道被收案，建議收案時應做好知情告知，並提供民眾需要的醫療及衛教服務。	1. 社區醫療群依據現行家醫計畫條文陸、組織運作/三、社區醫療群之業務/(四)規定「應製作家醫會員權利義務說明書或家庭醫師整合性照護計畫會員通知(書面函、簡訊、電子郵件、即時通訊軟體等)，告知本計畫內容及其權益義務(含24小時諮詢專線及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單)，並提供收案對象確認回饋機制，並留存備查。參與診所應於診所明顯處張貼參與本計畫識別標幟及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單」。 2. 本會持續與家庭醫學醫學會合作，宣導家醫醫療群落實執行。
(三)112年急診率、潛在可避免急診率及可避免住院率均未達標，甚至高於111年，建議調整品質指標權重，並加強輔導成效不佳之醫療群。	113年急診率、潛在可避免急診率及可避免住院率達成指標目標值群數相較於112年皆有提升。(詳專案計畫之表1-7各構面指標達成情形)
14	

112年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明^{12/12}

112年度評核共識建議	醫師公會全聯會回應說明
八、西醫醫療資源不足地區改善方案之精進： 112年巡迴總診次、總服務人次以南區最多，占一半以上，其他地區可能是由醫院提供服務，宜瞭解其他地區診所未參與之原因，並及早規劃因應服務醫師老化後的影響。	1. 112年巡迴總診次及總服務人次以南區最多，係因本方案南區的巡迴醫療實施鄉鎮最多，共計41個(台北區16個、北區16個、中區23個、高屏區19個、東區13個)。因實施鄉鎮最多，巡迴醫療點也最多，巡迴總診次及總服務人次自然最多。 2. 本方案規劃以基層診所承作為主，醫院為輔，原則皆先由基層診所承作，當無診所承作時，本會皆會先瞭解原因並盡力協助媒合，但診所可能因偏鄉地緣限制或人力實無法承作，此時才會開放醫院承作。112年巡迴醫療實施鄉鎮總計128個，由基層診所承作鄉鎮共87個，由醫院承作鄉鎮共36個，基層診所及醫院皆可承作鄉鎮共5個，仍以診所承作為主。 3. 委員提醒服務醫師老化情況本會將持續關注，本會將秉持一貫作法，持續與各縣市醫師公會合作，積極協助並媒合醫療院於方案實施鄉鎮提供巡迴醫療服務，維護民眾醫療權益。

15

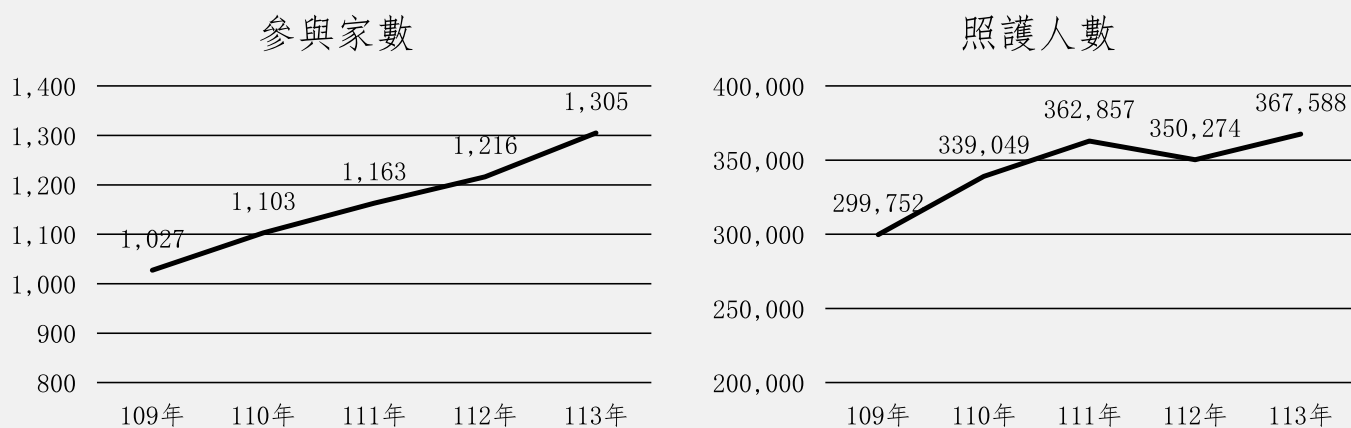
年度重點項目執行成果與未來規劃

西醫基層診所糖尿病病人整體照護情形

16

西醫基層糖尿病照護情形1/2

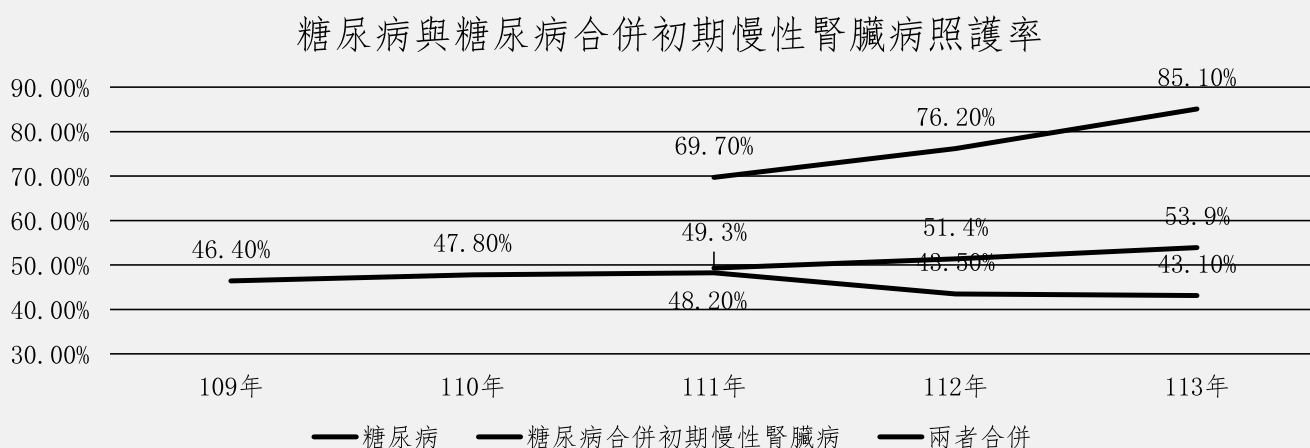
糖尿病方案參與家數及照護人數逐年上升



17

西醫基層糖尿病照護情形2/2

糖尿病與糖尿病合併初期慢性腎臟病照護率穩定成長

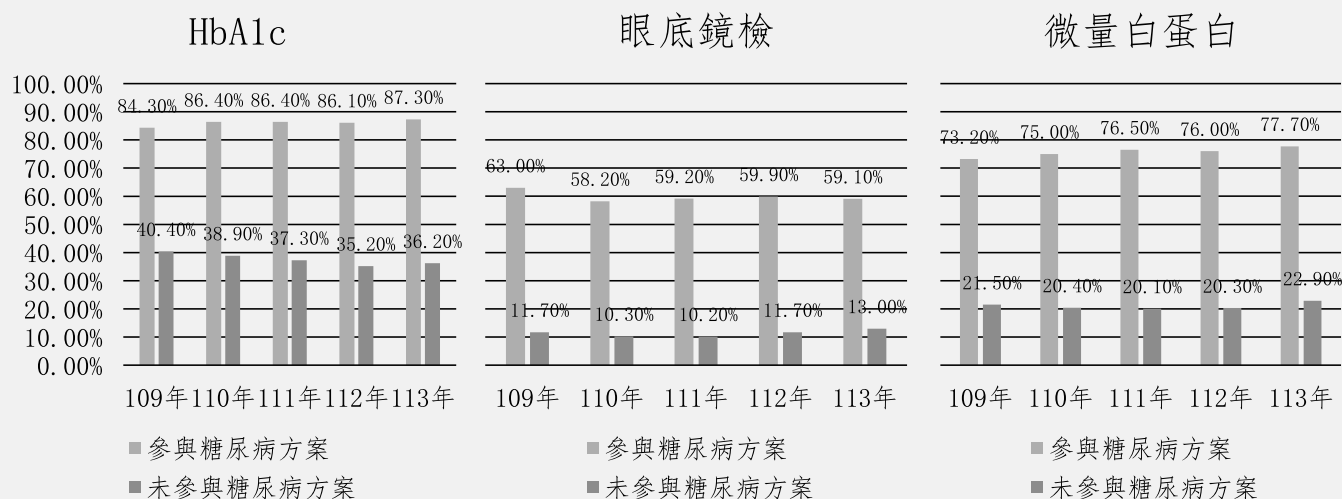


註：111年3月起新增「糖尿病合併初期慢性腎臟病」照護整合方案，部分共病個案改以DKD照護。

18

西醫基層糖尿病患者檢查情形

參與計畫與未參與計畫執行各項檢查率之相差達2-3倍



19

參與計畫者發生洗腎機率降低

連續追蹤94年符合收案條件之糖尿病人至113年底，其後續發生洗腎情形，有參與方案與未參與方案二者相差**10.4%**。參與計畫者，獲得醫師妥善的監測與照護，避免糖尿病患者透析發生的機會。

參加方案與否	洗腎患者數	糖尿病患者	洗腎發生率
參與方案者	39	2,870	1.4%
未參與方案者	20,329	172,193	11.8%
曾參與方案者 (中途退出者)	7,439	80,814	9.2%
合計	27,807	255,877	10.87%

資料來源：中央健康保險署，未參與方案病人可能於不同層級別就醫，故無法完全劃分層級，以全國狀況呈現。

20

西醫基層糖尿病方案推動情形



宜蘭縣：「糖尿病併發症－視網膜黃斑部病變」等繼續教育課程



中區：「中區CGM臨床應用工作坊進階課程」等課程



彰化縣：「糖尿病患積極預防帶狀疱疹的關鍵考量」等繼續教育課程



台中市：舉辦糖尿病相關學術演講



南區：舉辦多場視訊研討會



屏東縣：「COPD、強效控壓及控糖計畫」等繼續教育課程

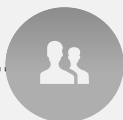
21

年度重點項目執行成果與未來規劃

檢驗(查)結果上傳率

檢驗(查)結果上傳率

醫療資訊 雲端查詢



未限制民眾就醫自由，病人找不同的醫療機構或醫師看診，就醫與用藥資料分散在不同院所，當沒有完整的就醫資料時，可能發生重複開藥或發生藥品交互作用，影響病人用藥安全，重複的檢驗檢查則浪費珍貴的醫療資源



健保醫療資訊雲端查詢系統功能，使病人的就醫資訊在不同的醫療機構間可相互分享，可作為醫師診斷時及對病人病情追蹤的參考，能避免重複檢驗查，提升醫療品質，協助分級醫療的落實



醫院有資訊部門專責處理資訊系統設置，多數基層診所因人力不足、資訊能力及資源皆較醫院弱勢，通常委外請資訊廠商協助，惟廠商收費高昂且維護費金額高，診所財務負擔重，因此診所資訊化的歷程較為緩慢

23

檢驗(查)結果上傳率

西醫基層檢驗(查)上傳率\年度	109年	110年	111年	112年	113年
西醫基層診所自行上傳率	12.3%	18.5%	40%	74.5%	76.8%
檢驗所上傳率	-	-	-	5.9%	6.3%
西醫基層診所總上傳率 (西醫基層診所+檢驗所)	12.3%	18.5%	40%	80.4%	83.1%

- ① 全聯會瞭解到診所上傳檢驗(查)結果需克服諸多問題，經長期與健保署溝通爭取，該署協助修正資訊上傳平台，讓診所上傳資料更為簡便，並持續請診所提供使用反饋，以利逐步滾動修正。
- ② 蒐集瞭解診所上傳資料之困難及問題，多次邀請各資訊廠商共同研議解決方案，以期加速配合資訊化的腳步。
- ③ 109年西醫基層診所檢驗(查)總上傳率僅12.3%，經過全聯會持續努力之下，110年慢慢提升至18.5%，111年提升至40%，112年已超過80%，113年更提高至83.1%，基層診所上傳成效已有顯著的提升。

已大幅進步但仍有提升的空間，將持續宣導及輔導診所上傳，確保病人就醫安全，守護珍貴健保資源

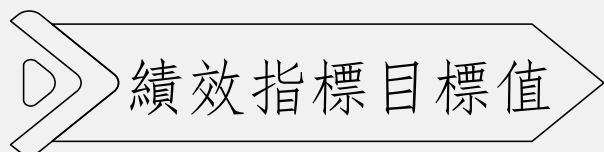
24

年度重點項目執行成果與未來規劃

西醫基層診所代謝症候群照護情形 (詳細執行情形請見專款報告)

25

西醫基層診所代謝症候群照護情形



績效指標目標值

代謝症候群改善情形較前一年度提升

分子：分母診所「代謝症候群改善率」之「指標3：收案對象血壓改善」及「指標5：收案對象低密度脂蛋白膽固醇改善」之合計分數。
分母：診所收案60名以上且當年度檢驗檢查上傳率 $\geq 70\%$ 之診所數

112年：6.8%

113年：8.3%



26

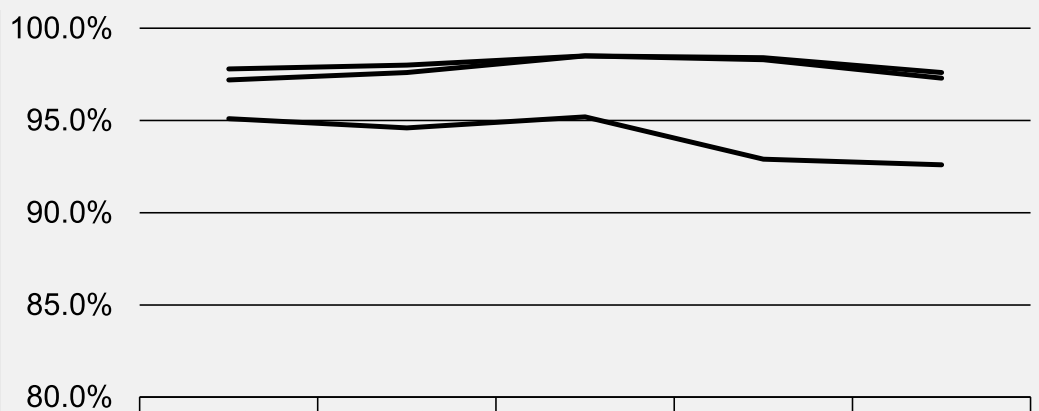
一般服務項目執行績效

維護保險對象就醫權益

27

醫療服務品質調查結果

中央健保署委託趨勢民意調查股份有限公司實施「西醫基層就醫權益調查」，針對臺閩地區最近三個月內曾於西醫基層就醫之病人訪問意見，共完成1,958份有效樣本，西醫基層總額仍維持高滿意度。



	109年	110年	111年	112年	113年
—— 整體醫療結果滿意度	97.8%	98.0%	98.5%	98.4%	97.6%
—— 對醫師看病及治療花費時間滿意度	95.1%	94.6%	95.2%	92.9%	92.6%
—— 對醫師看病及治療過程滿意度	97.2%	97.6%	98.5%	98.3%	97.3%

28

民眾付費情形

- 有關民眾是否被要求自付其他費用，有81.4%表示「否」，其餘18.6%之民眾(364人)，統計回覆如下：



自費金額

1. 100元以下：39.7%

2. 500元以上：25.2%



自費項目

1. 藥品：57.6%

2. 打針及點滴：22.4%



自費原因

1. 健保不給付：33.7%

2. 同意使用較好的藥或特材而自付全額：27.4%



自費感受

1. 覺得普通、便宜及非常便宜：58.7%

2. 覺得貴及非常貴：24.7%

29

就醫可近性與及時性1/2

- 有關「是否曾有緊急需求於假日看診」之調查，受訪者中有36.4%表示有看診需求：其中約近八成民眾能在習慣之基層門診就醫，剩餘民眾仍有六成能就近找到其他西醫診所就醫。
- 基層診所假日開診情形：113年全國基層診所週六看診人次及平均每家看診人次皆較前一年度增加，顯示基層診所於假日提供有就診需求之民眾穩定且可近性高的醫療服務。本會亦定期於每月提供各縣市醫師公會所屬會員週六、日開診情形，滾動式關心輔導，且未接獲民眾抱怨反映。

年度	總家數	開診家數		看診人次		平均每家看診人次	
		週六	週日	週六	週日	週六	週日
111年	10,854	10,240	4,957	22,462,101	5,667,447	49.02	50.49
112年	10,910	10,309	4,525	24,590,647	6,704,883	55.04	67.91
113年	11,064	10,272	3,959	24,840,115	6,550,557	55.57	70.38

30

就醫可近性與及時性2/2

- 健保六分區醫療資源之分布情形：基層診所及醫師數以台北區為最高，中區次之。每萬人口基層診所數則以高屏區最高，中區及南區次之。

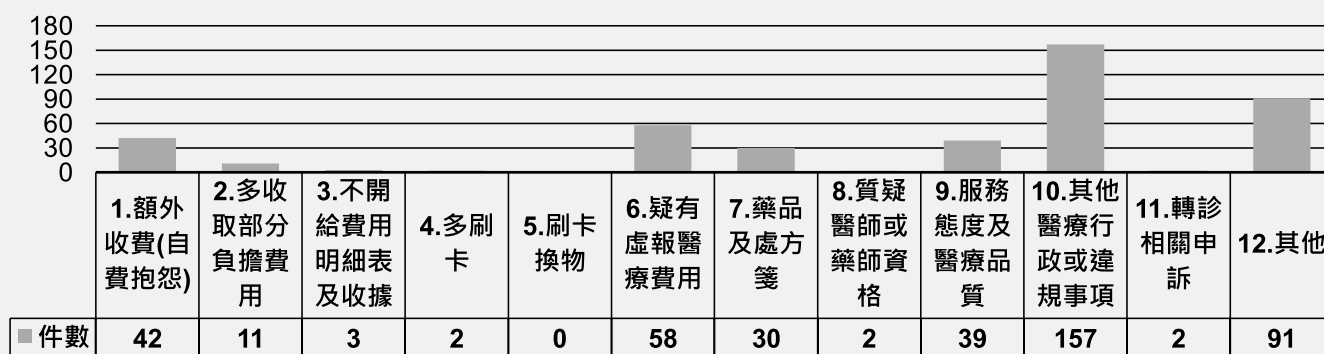
分區	基層診所數	基層醫師數	戶籍人口數(千人)	每萬人口基層診所數	每萬人口基層醫師數
台北	3,311	6,137	7,480	4.43	8.20
北區	1,393	2,584	3,932	3.54	6.57
中區	2,314	3,602	4,556	5.08	7.91
南區	1,657	2,490	3,252	5.10	7.66
高屏	1,984	3,056	3,622	5.48	8.44
東區	242	333	524	4.62	6.35
全國	10,901	18,202	23,365	4.67	7.79

1. 基層診所數及醫師數，健保署醫療資訊系統，截至113年12月底。2. 戶籍人口數：內政部戶政檔，資料日期：114年4月。

31

民眾諮詢及抱怨處理

- 113年西醫基層共提供207.7百萬件門診服務，依據中央健保署提供113年諮詢及抱怨處理共計437件，其中「疑有虛報醫療費用」案件數近年呈減少趨勢，另建議該署可針對「其他」項目再詳細列項，俾利了解民眾申訴之原因。部分案件已加強醫病溝通協助改善；若有涉及違規，則將另以違規案件處理。



32

一般服務項目執行績效

專業醫療服務品質之確保與提升

33

指標名稱	指標方向	113年	參考值
門診注射劑使用率	負向	0.48%	0.63%
門診抗生素使用率	負向	14.75%	14.20%
門診Quinolone、Aminoglycoside類抗生素藥品使用率	負向	0.60%	0.67%
跨院所門診同藥理用藥日數重疊率			
-降血壓(口服)	負向	0.18%	0.23%
-降血脂(口服)	負向	0.11%	0.15%
-降血糖	負向	0.10%	0.13%
-抗思覺失調症	負向	0.35%	0.48%
-抗憂鬱症	負向	0.27%	0.36%
-安眠鎮靜(口服)	負向	0.68%	0.91%
-抗血栓(口服)	負向	0.35%	0.42%
-前列腺肥大(口服)	負向	0.72%	0.95%
同院所門診同藥理用藥日數重疊率			
-降血壓(口服)	負向	0.06%	0.08%
-降血脂(口服)	負向	0.04%	0.06%
-降血糖	負向	0.05%	0.07%
-抗思覺失調症	負向	0.18%	0.23%
-抗憂鬱症	負向	0.12%	0.16%
-安眠鎮靜(口服)	負向	0.18%	0.23%
-抗血栓(口服)	負向	0.06%	0.08%
-前列腺肥大(口服)	負向	0.10%	0.14%
慢性病連續處方箋開立率	非絕對正向或負向	73.46%	62.04%
平均每張慢性病處方箋開藥日數			
-糖尿病	正向	27.25	21.80
-高血壓	正向	27.92	22.36
-高血脂	正向	27.90	22.35
糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycatedalbumin)執行率	正向	93.26%	73.27%
就診後同日於同院所再次就診率	負向	0.13%	0.17%

品質確保方案

113年8項專業醫療服務指標符合參考值

- 「每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率」、「剖腹產率」指標不訂定參考值。前者近2年呈穩定，後者有逐年增加趨勢，分析為「具適應症」之增加，主要可能為生育年齡提高所致。
- 針對重點指標各分會加強輔導，113年共輔導856家院所。

34

品質保證保留款實施方案及結果

指標朝去科別化、提升鑑別度方向修定

- 110年度方案
 - ✓ **修訂**「糖尿病病患糖化血色素（HbA1c）或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 $\geq 60\%$ 」指標，由原權重2%，提高為權重5%。
- 111年度方案
 - ✓ **刪除**5年來已呈現穩定之「藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率」等5項獎勵指標。
 - ✓ **新增**為保險對象就醫需求之「長假期間開診時段維護作業次數比率 $\geq 50\%$ 」、「每年達到看診日數之月次數 ≥ 6 次」、「假日及國定假日開診比率 $\geq 50\%$ 」等3項獎勵指標(各核發權重2%)。
- 114年度方案
 - ✓ 「伍、獎勵指標與核發原則/二、核發原則/(一)符合獎勵指標第1項至第5項者，各給予核發權重」由20%下修為18%。

112年核發結果

	品保款 核發佔率	核發 權重	112年	
			家數	百分比
108年	74.6%	100%	4,096	37.0%
		90%	569	5.1%
109年	75.5%	88%	859	7.8%
		86%	1,475	13.3%
110年	73.6%	84%	418	3.8%
		82%	159	1.4%
111年	70.8%	80%	32	0.3%
		70%	278	2.5%
112年	71.3%	0%【註1】	1,459	13.2%
		0%【註2】	1,716	15.5%
		總計	11,061	
		核發家數 佔率	7,886/ 11,061	71.3%

➤ 108-112年品保 款核發比率約七

➤ 108-112年品保款核發比率約七成，且依達成指標不同，各院所領取金額不同，具有鑑別度

- 註：
1. 不符合本方案第肆點核發資格之院所
【不符合「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」核發資格之診所。】
 2. 符合本方案資格，權重為零或小於80百分位。

35

全民健康保險醫療品質資訊公開辦法

訂有全民健康保險醫療品質資訊公開辦法

- 西醫基層總額「已公開」項目，計有：
 - ✓ 「整體性之醫療品質資訊」9大項
 - ✓ 「機構別(院所別)之醫療品質資訊」17大項
 - ✓ 可分「疾病別」查詢

持續檢討修訂指標

- 資訊公開之目的
- 成本效益
- 可行性
- 實證醫學

36

一般服務項目執行績效

協商因素之執行 延續項目之執行情形

37

新醫療科技預算

- 歷年預算及成長率如下：

年度	109年	110年	111年	112年	113年
成長率 (%)	0.086	0.158	0.242	0.156	0.157
預算額度 (百萬元)	100	190.3	300	196	200

- 新增診療項目及申報費用：

年度	項目	預算編列數	109年	110年	111年	112年	113年	合計
109年	-	-	-	-	-	-	-	-
110年	26	40.00	-	0.28	0.67	0.42	0.39	1.77
111年	28	58.59	-	-	1.26	2.12	2.68	6.06
112年	26	50.00	-	-	-	6.68	50.44	57.12
113年	39	46.00	-	-	-	-	3.39	3.39
合計	119	194.59		0.28	1.93	9.22	56.91	68.35

*註1：110年新增修訂26項，已扣除非新醫療科技預算修訂6項(57004C、80402C、80404C、80415C、80420C、80425C)。

*註2：111年新增修訂28項，已扣除非新醫療科技預算修訂2項(58011C、58017C)，其中1項為支付通則修訂。

*註3：112年增修訂26項，1項為支付通則修訂。

*註4：113年增修訂39項，其中3項為支付通則修訂。

*註5：112年增修訂項目於113年申報量大幅上升，經詢健保署，為「新型冠狀病毒抗原檢測(14084C)」申報過量之影響(原預估為0.71百萬點，實際申報為46.89百萬點)。

38

新醫療科技-新藥

(單位：百萬元)																		
收載 年度	當年度新 增預算	5年預算(當 年度預算*5)	收載 項數	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	申報 合計	5年差值
101	34.6	173	70	32.6	170.7	296.1	379.1	466.7									1,345.2	-1,172.2
102	38.4	192	29		2.1	13.6	35.2	44.9	63.7								159.5	32.5
103	100.2	501	44			2.6	18.9	43.6	69.0	91.0							225.1	275.9
104	120	600	40				2.4	9.1	21.9	39.7	53.3						126.4	473.6
105	83	415	26					35.1	175.2	328.9	463.1	576.8					1,579.1	-1,164.1
106	62	310	42						5.0	25.0	57.6	85.1	113.8				286.5	23.5
107	116	580	51							42.1	162.2	291.8	420.8	548.3			1,465.2	-885.2
101-107 小計	554.2	2,771		32.6	172.8	312.3	435.6	599.4	334.8	526.7	736.2	953.7	534.6	548.3			5,187.0	-2,416.0
108	42	210	51								54.4	299.6	572.9	811.0	1,065.1		2,803.0	-2,593.0
109	100	500	45									17.2	181.5	328.1	413.3	535.6	1,475.7	-975.7
110	150.3	751.5	39										10.5	32.6	34.5	32.7	110.3	641.2
111	241.1	1205.5	27											2.6	24.0	53.2	79.8	1,125.7
112	146	730	28												1.3	13.1	14.4	715.6
113	154	770	29													3.2	3.2	766.8
101-113 合計	1233.6	8,789		32.6	172.8	312.3	435.6	599.4	334.8	526.7	790.6	1,270.5	1,299.5	1,722.6	1,538.2	634.6	9,673.4	-2,735.4

註：收載項數以「公告收載」之年度計算

1. 檔案來源：多模態倉儲門、住院，交付機構處方明細檔，門診排除交付調劑。(醫令類別為藥品，申報金額大於0，取特約類別不為醫學中心、區域醫院及地區醫院者。

2. 資料來源：衛生福利部中央健康保險署

3. 製表日期：114/06/18

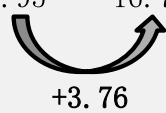
4. 新藥係符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準第14條第1項，並經全民健康保險藥物(藥品)共同擬訂會議同意納入收載之藥品，不含罕見疾病用藥、血友病用藥、C肝全口服新藥、後天免疫缺乏症候群治療藥品及代辦品項(戒菸、流感疫苗及流感抗病毒藥劑)。

5. 申報金額未扣除替代效應。

39

藥品及特材給付規定-特材

生效日期	內容	給付規定 章節	財務影響 預估	申報金額(百萬元)				
				109年	110年	111年	112年	113年
110/12/1	糖尿病血糖試紙 新增：妊娠糖尿病血糖試紙之數量每天以五片為上限，每次一個月之份量為原則，給付至生產止。 新增給付對象：懷孕二十八週(含)以上妊娠糖尿病患者。	T101-1	13. 122	7. 68	9. 22	11. 30	12. 95	16. 71
112/9/1	糖尿病血糖試紙 修訂：妊娠期糖尿病，包括孕前已診斷、孕期新診斷與妊娠糖尿病。 修訂給付對象：自確認懷孕起(八週)經診斷有糖尿病患者。		2. 9					



註：財務預算來源：110年度西醫基層特材給付規定改變預算(2.50百萬元)及111年度西醫基層特材給付規定改變預算(13百萬元)合計預算為15.5百萬元，用於110年及112年放寬糖尿病血糖試紙給付規定。

孕前已診斷、孕期新診斷之糖尿病，對於孕產婦及新生兒的風險不亞於妊娠糖尿病，放寬給付規定可使所有孕產婦皆能及早監測血糖，維護孕期婦女及新生兒之健康。

因應基層護理人力需求，提高1~30人次 診察費(112年新增、113年續編)

- 預算執行率97.8%
- 執行目標、預期效益之評估指標、稽核機制、品質監測指標，皆已達標。

項目	113年
累計預算(含成長率)(百萬元)	1,348.1
申報/獎勵點數(百萬點)	1,318.3
預算執行率	97.8%
執行目標 (達標與否V/X)	聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資占率之診所家數達70% ^註 78.3% (v)
預期效益之評估指標 (達標與否V/X)	聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資占率 ^註 78.3% (v)
稽核機制 (達標與否V/X)	每家基層診所須按聘有護理人員數不同(4位以下調升全數護理人員薪資、5至10位調升90%以上護理人員薪資、11位以上調升80%以上護理人員薪資)，調升護理人員薪資達本保險投保金額次一投保等級 78.3% (v)
品質監測指標 (達標與否V/X)	聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資占率 78.3% (v)

註：113年執行目標分子：聘有護理人員之診所調升護理人員薪資達調薪幅度之診所家數(含新聘護理人員)。分母：聘有護理人員之診所家數。調薪幅度認定：聘有4位以下護理人員，調升全數護理人員薪資；聘有5至10位護理人員，調升90%以上護理人員薪資；聘有11位以上護理人員，調升80%以上護理人員薪資。

41

因應基層護理人力需求，提高1~30人次 診察費(112年新增、113年續編)

- 113年12月未符合領取獎勵金之情形

診所聘有護理人員數(位)	診所家數	診所占率
1位	379	21.3%
2位	401	22.5%
3位	272	15.3%
4位	166	9.3%
5位	97	5.4%
6位	92	5.2%
7位	81	4.5%
8位	60	3.4%
9位	69	3.9%
10位	34	1.9%
11位以上	132	7.4%
總計	1,783	

推測診所未能參與方案之原因：

(有下列任一原因者，即不符合申請資格)

- 聘有「時薪人員」之診所(現行資料庫無法辨別專任或兼任人員)。
- 因育嬰留停或留職停薪護理人員，若其投保依附於眷屬(例如：先生)，則診所無法為其調薪。
- 員工數較多之診所(例如：洗腎、醫美)。
- 衛生所、縣市立診所、附設醫務室、榮民診所等(其薪資調整，依法規辦理)。

42

因應基層護理人力需求，提高1~30人次 診察費(112年新增、113年續編)

►未來修訂方向如下：

1. 為避免產生診所聘有護理人員，因其中有一人為「時薪人員」，導致可能不符合領取資格之情形，修訂聘用人數至少達半數以上。
2. 提高投保薪資等級之起始等級，為至少為第四投保等級(31,800元)，其他「月投保金額(含第四投保等級)」應增加至少一投保等級。
3. 指標閾值為聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達80%。

43

一般服務項目執行績效

協商因素之執行 113年新增項目之執行情形

44

提升國人視力照護品質^{1/2}

項目		113	成立「白內障手術眼科專家小組」 -檢討品質監測指標 -建立同儕制約機制 -落實視力品質照護說明
累計預算（含成長率）（百萬元）		283.6	
申報增加點數（百萬點）		346.56	
預算執行率		122.2%	
執行目標 （達標與否V/X）	5,183件	16,759 (V)	
品質監測指標 （達標與否V/X）	久未看診而當日就診即執行白內障手術比例 $\leq 0.5\%$	0.405% (V)	-落實視力品質照護說明
	術後90日內同眼再執行白內障手術之件數比率 $\leq 0.25\%$	0.25% (V)	
	術後30日內併發症（眼內炎）之件數比率 $\leq 0.1315\%$	0.1579% (X)	

45

提升國人視力照護品質^{2/2}

執行情形 檢討改善

- 新增《白內障視力品質照護說明書》，診所向病人解釋「手術時機」及「補差額（自費）人工水晶體」，強化病人知情同意及手術適應症說明。
- 「執行目標」區分為「申報件數執行目標」及「《白內障視力品質照護說明書》執行率目標」，執行率目標值訂為大於等於95%。

指標研修

- 推動品質面導向指標，區分「術前指標」及「術後指標」。
- 從嚴修訂「術前指標-久未看診而當日就診即執行白內障手術比例」指標，「久未看診」定義修改為「手術日回推90日內無同院所或同醫師就醫資料」且目標值為0%。

46

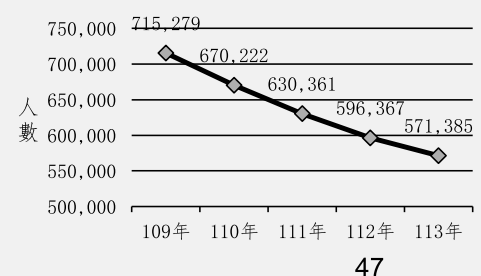
強化未滿4歲兒童之基層專科醫師照護

項目	109年	110年	111年	112年	113年
累計預算數(百萬元)	...	...	...	...	122.5
113年預算數(百萬元)					122.5
申報點數(百萬點)	...	...	...	...	113.2
預算執行率(%)	...	...	...	...	92.4%
未滿4歲兒童於基層就醫人次(百萬次)	9.49	6.66	8.65	10.49	9.79
未滿4歲兒童於基層就醫人數(百萬人)	0.66	0.62	0.60	0.55	0.52
品質監測指標					
—未滿4歲兒童於基層就醫人數或人次之占率，較前1年增加註					
—未滿4歲兒童於基層就醫人次占率	75.3%	72.0%	74.0%	75.2%	74.6%
—未滿4歲兒童於基層就醫人數占率	89.1%	87.5%	89.4%	89.9%	89.2%
—1至4歲兒童死亡率，不高於112年	...	0.22‰	0.23‰	0.23‰	0.18‰

註：分子：未滿4歲兒童於西醫基層就醫人數或人次。分母：全國未滿4歲兒童就醫人數或人次。

➤ 人數及人次呈現較前一年度下降的原因，查內政部戶政司人口統計資料，可以發現未滿4歲兒童人數有逐年下降之情形，如下表，致在人數及人次（占率）呈現下降之情形。

未滿4歲兒童之人數



強化未滿4歲兒童之基層專科醫師照護

- 基層診所醫師皆能提供幼兒照護：
 - ◆ 感謝衛福部重視此議題，擴大未滿4歲兒童的基層專科醫師照護之兒童點值加成，以利提高基層兒童照護品質。
 - ◆ 幼兒的照護，除了兒科專科外，西醫基層希望能擴及所有科別加入，除了減緩兒科專科醫師人力不足之問題，亦希望在部分區域（偏遠地區或醫療資源缺乏區）降低因沒有兒童專科醫師，亦能透過其他科別醫師及時提供幼兒照護。

一般服務項目執行績效

總額之管理與執行績效 醫療利用及費用管控情形

49

西醫基層醫療利用情形^{1/3}

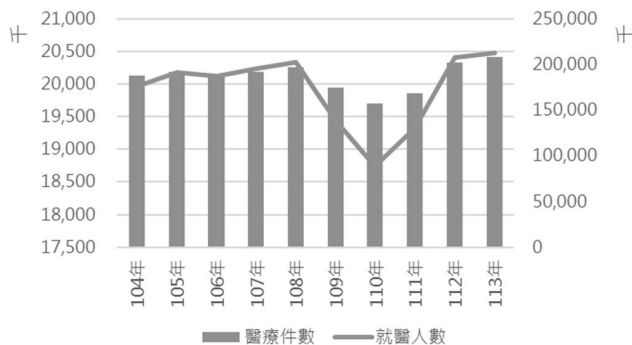
年度	門診就醫人數		門診醫療件數		就醫者 平均就 醫次數
	數值 (千人)	成長率	數值 (千件)	成長率	
109年	19,434	-4.4%	174,640	-11.1%	8.6
110年	18,734	-3.6%	157,328	-9.9%	8.0
111年	19,326	3.2%	168,810	7.3%	8.4
112年	20,398	5.5%	201,333	19.3%	9.4
113年	20,480	0.4%	207,472	3.0%	9.7

- 門診就醫人數：
109年至113年從19,434千人增加至20,480千人，年均增幅0.1%，顯示趨於穩定。
- 門診醫療件數：
109年至113年從174,640千件增加至207,472千件，年均增幅1.1%，顯示穩定成長。

50

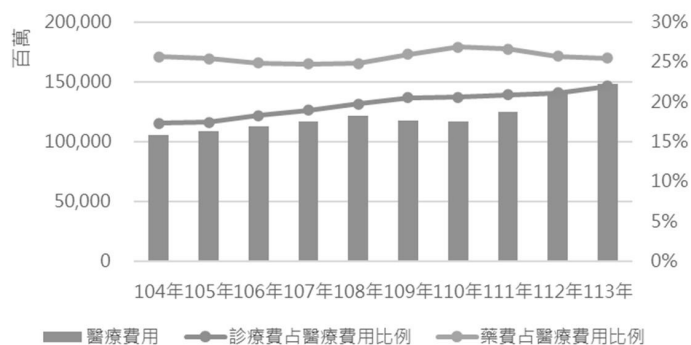
西醫基層醫療利用情形_{2/3}

門診醫療件數及就醫人數



- 醫療件數自111年新冠疫情後約1.69億件上升至113年的2.07億件，年均增幅0.7%。
- 就醫人數在10年間，年均增幅0.3%。
- 反映基層就醫人數趨於穩定，醫療件數成長溫和。

門診醫療費用及診療費占率、藥費占率

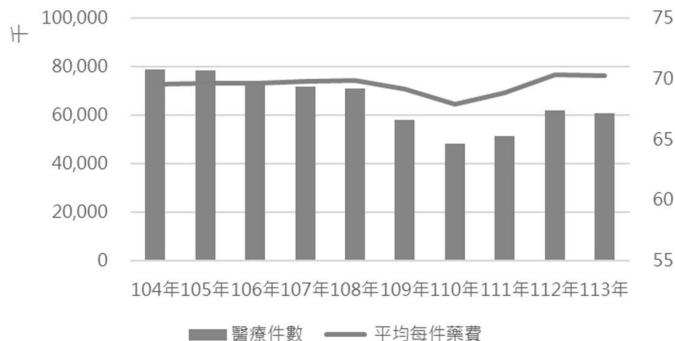


- 診療費占醫療費用比例上升，診療費年均增幅6.3%，顯示基層診所逐步強化第一線診療功能。
- 藥費相較診療費用成長溫和，年均增幅3.2%及3.8%，藥費占醫療費用比例穩定，反映處方用藥相對平穩，慢速箋制度、藥價調整等政策發揮控制效果。

51

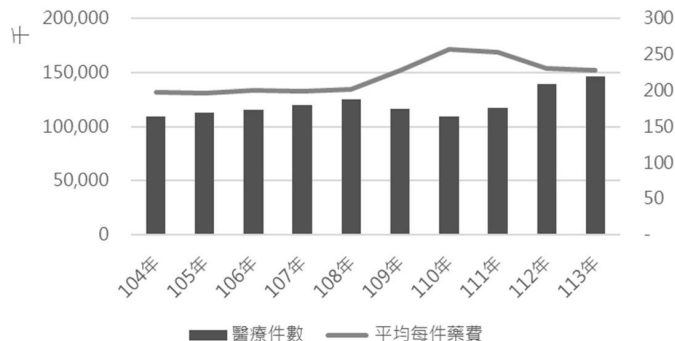
西醫基層醫療利用情形_{3/3}

簡表件數及平均每件藥費



- 簡表件數113年減少1.2百萬件，成長率-1.9%，104年至113年平均年均成長-3.0%。
- 簡表件數穩定下降。

非簡表件數及平均每件藥費



- 非簡表件數113年增加7.3百萬件，成長率5.3%，104年至113年平均年均成長3.1%。
- 非簡表案件中，「其他專案案件」113年增加5.6百萬件，成長率5.7%，104年至113年平均年均成長2.7%。

52

西醫基層醫療利用-診療費成長分析_{1/5}

- 以醫令點數淨增加數值最高之前10項處置項目為基礎，依其性質進行分類，並將相似或具同質性之項目合併後統計分析。

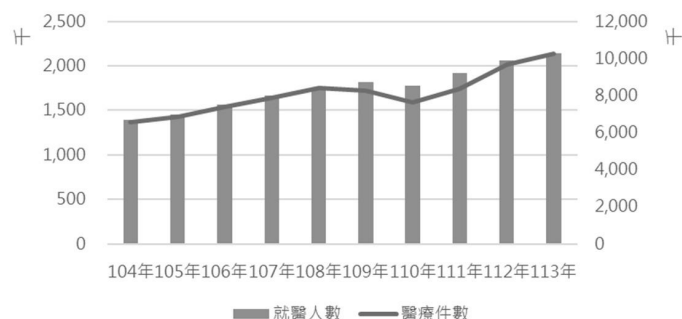
例如：

- 「物理治療—簡單治療—中度（42006C）」為淨增加點數前10項之一，故將物理治療相關項目如42003C、42006C、42017C、42009C、42018C、42012C、42019C、42015C等合併歸為「物理治療類」進行整體趨勢分析。
- 「第四級外科病理（25004C）」為數值最高前10項處置項目之一，經再分析，25004C常伴隨「大腸鏡內視鏡檢查」，因此將「大腸鏡內視鏡類」為基礎進行整體趨勢分析。

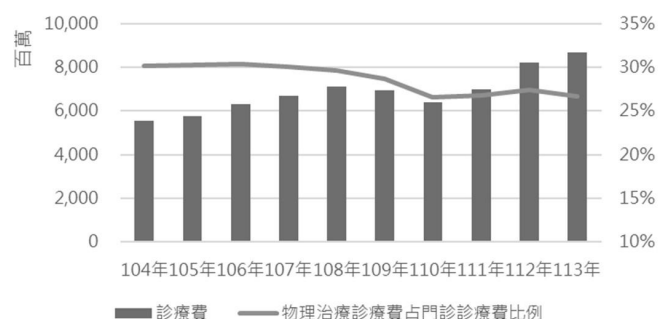
53

西醫基層醫療利用-診療費成長分析_{2/5}

物理治療就醫人數及醫療件數



物理治療診療費及其占門診診療費比例

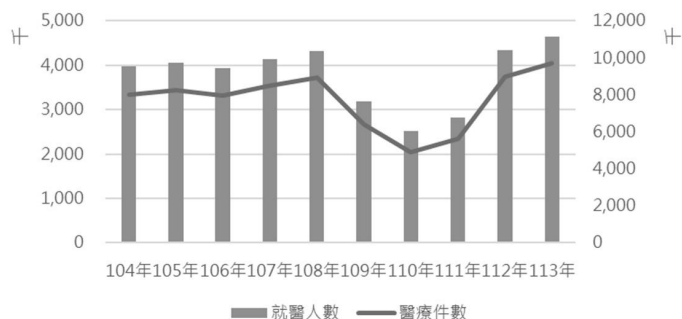


- 就醫人數113年為2,137千人，成長3.7%，高於全區0.4%；104年至113年平均成長率4.9%，高於全區0.3%。醫療件數113年成長5.8%，高於全區3.0%；平均成長率5.1%，遠高於全區0.8%。
- 診療費113年為8,680百萬元，成長5.5%，低於全區8.6%；104年至113年平均成長率5.1%，略低於全區6.3%。診療費占門診診療費比率穩定在27%至30%。
- 反映物理治療需求強勁，診療費成長穩定。

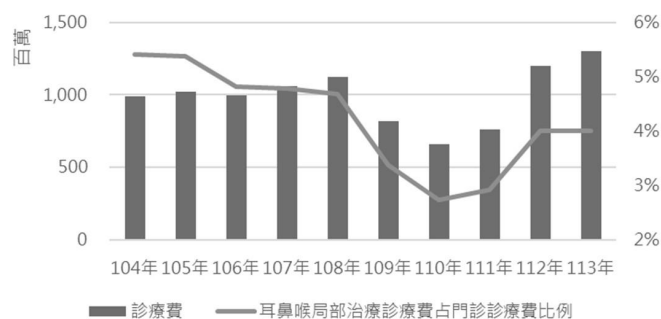
54

西醫基層醫療利用-診療費成長分析^{3/5}

耳鼻喉局部治療就醫人數及醫療件數



耳鼻喉局部治療診療費及其占門診診療費比例

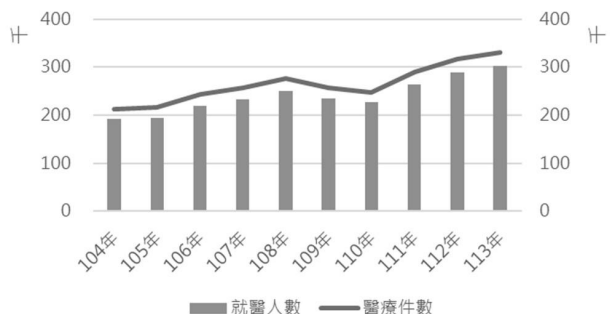


- 就醫人數113年為4,650千人，成長7.3%，高於全區0.4%；104年至113年平均成長率1.8%，高於全區0.3%。醫療件數113年成長8.0%，高於全區3.0%；平均成長率2.1%，高於全區0.8%。
- 診療費113年為1,302百萬元，成長8.6%，與全區持平；104年至113年平均成長率3.1%，低於全區6.3%。診療費占門診診療費比率從5%降至4%。
- 反映耳鼻喉局部治療需求溫和成長，診療費成長平緩。

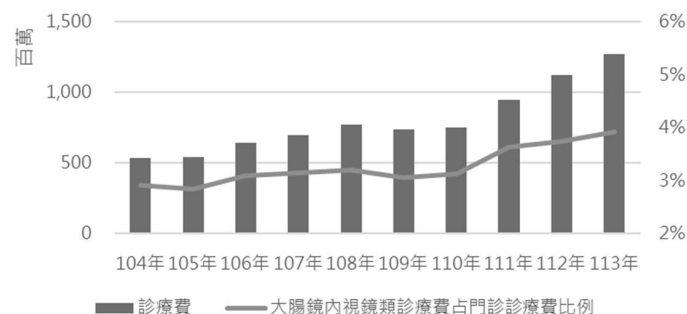
55

西醫基層醫療利用-診療費成長分析^{4/5}

大腸鏡內視鏡類就醫人數及醫療件數



大腸鏡內視鏡類診療費及其占門診診療費比例



- 就醫人數113年為302千人，成長4.8%，遠高於全區0.4%；104年至113年平均成長率5.2%，遠高於全區0.3%。醫療件數113年成長28.4%，高於全區3.0%；平均成長率5.0%，遠高於全區0.8%。
- 診療費113年為1,276百萬元，成長13.7%，高於全區8.6%；104年至113年平均成長率10.2%，遠高於全區6.3%。診療費占西醫基層門診診療費比率從3%增至4%。
- 反映大腸鏡內視鏡類需求強勁，診療費成長顯著。

56

西醫基層醫療利用-診療費成長分析^{5/5}

其他因素：

- 開放基層表別，擴大診所服務範疇，106年至112年已開放70項，113年合計申報費用（診療費） 1,158.2百萬點，成長28.4%。
- 以「流行性感冒A、B型病毒抗原（106年開放）」為例，113年檢查件數為3,769千人，成長51.8%；106年至113年平均成長率28.2%。113年相關診療費655百萬點（含流感A、B型抗原檢查564.7百萬點），成長58.6%，平均成長率30.4%。

57

檔案分析管理與 監測規劃

- 精神科社會生活功能評估
- 支持性心理治療
- 光線治療
- 黏膜下鼻甲切除術雙側
- 過敏原檢驗
- 尿失禁電刺激治療
- 鼻噴劑氣喘吸入劑
- 前庭平衡檢查
- 白內障手術
- 開放表別項目
- …等99項

113年分析管理項目

99項

58

異常管控措施案例



—光線治療管理
研議以程序審查方式管理不符適應症之申報案件。

—黏膜下鼻甲切除術管理

研議透過資訊回饋、院所輔導及審查等方式管理。



—精神科心理治療管理

研議「精神科醫令心理治療合理工時」及「院所送審需檢附資料（醫師排班表及社工師、心理諮商師等醫事人力表）」。



—長效型利他能藥品管理

由精神醫學會評估開放適當性，提出專業建議。

—開放表別項目管理

由分區研議管控機制，加強對會員院所宣導。



—前庭平衡檢查管理

參考分區統計資料，研擬立意抽審指標及抽審比例。

59

一般服務項目執行績效

總額之管理與執行績效

地區預算分配（含風險調整移撥款）之執行與管理

60

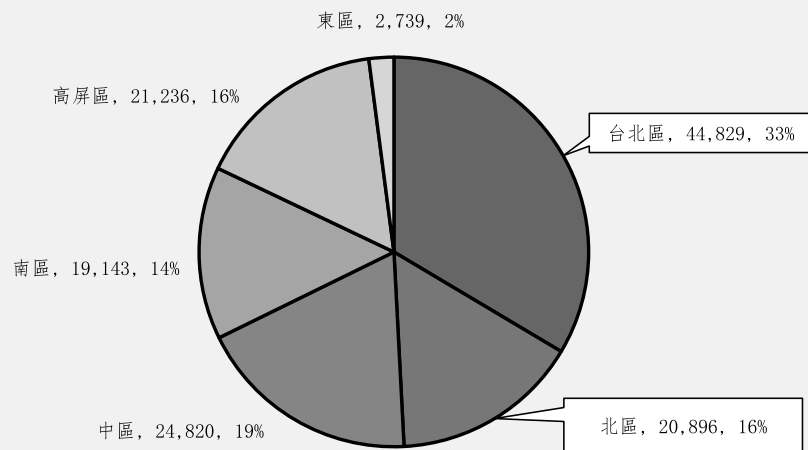
113年西醫基層一般服務費用地區預算之參數分配方式

- 113年一般服務費用，全年移撥風險調整移撥款600百萬元
 - ◆ 提撥300百萬元撥補臺北區，
 - ◆ 餘300百萬元，優先用於保障東區浮動點值不低於每點1元，其次，為撥補因R值占率前之分區「減少費用」，餘款用於撥補點值落後地區(不含臺北區、東區)，並依113年西醫基層總額四季預算占率提列。
- 六分區各季預算**69%**依「人口風險因子及轉診型態校正比例(R值)」，**31%**依「開辦前一年各區門診醫療費用占率(S值)」比率分配。
- 風險調整移撥款撥補點值落後地區(不含臺北區、東區)方式及比率分配如下：
 - ◆ 點值落後地區：係指點值排序第3名及第4名地區且點值小於每點1元者。
 - ◆ 撥補比率：點值排序第3名地區撥補30%，點值排序第4名地區撥補70%。

61

地區預算分配結果

113年調整後預算數(百萬元)



- 調整前、後預算淨增減金額，各分區增減變化如下：

分區別	調整前預算數	調整後預算數	調整前後預算淨增加金額
台北區	44,730	44,829	99
北區	20,879	20,896	17
中區	24,903	24,820	-82
南區	19,185	19,143	-42
高屏區	21,292	21,236	-56
東區	2,675	2,739	65
全區	133,664	133,664	

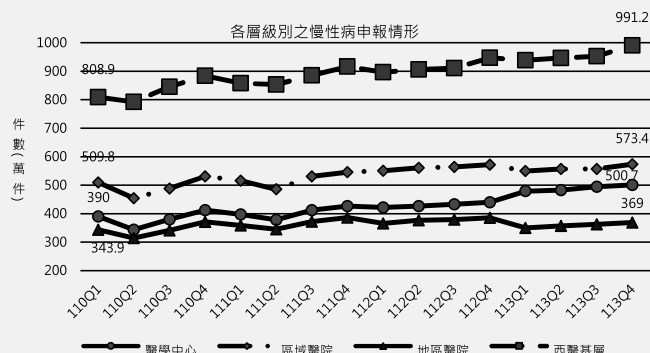
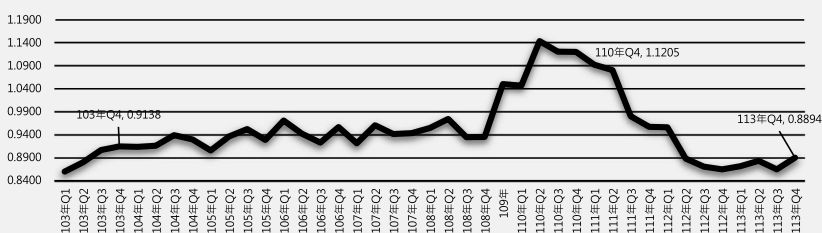
註：先扣減風險移撥基金，經R/S值計算分配至各分區預算。移撥風險基金至臺北區3億；餘3億元元優先用於保障東區浮動點值不低於每點1元，其次為撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」，餘款用於撥補點值落後地區(不含臺北區、東區)。

62

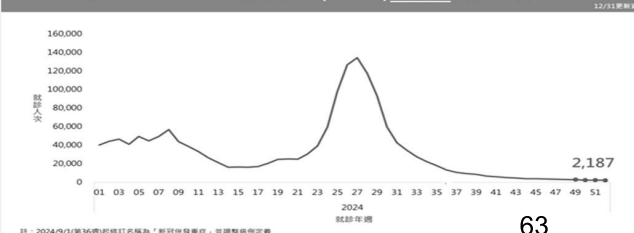
113年點值現況

- 除東區浮動點值穩定且大於每點1元外，其餘分區113年第1季至第3季點值較去年同期低(第4季微微上升)。
- 台北區浮動點值最低，介於0.81~0.84之間。
- 低值偏低推測可能的原因，慢性病件數持續增加，增加幅度大於醫院層級別；另外，COVID-19疫情仍持續發生，以長新冠定義分析申報件數，由112年的53萬件增加至270萬件。

全區浮動點值連續趨勢



2024年起全國COVID-19病毒感染(U07.1)門急診就診人次



點值管理機制

- 對於點值偏低，影響醫療院所的營運方針，亦不利醫事人力之發展，故各分區竭盡所能、盡心竭力針對不合理的申報項目提出下列多項管控措施，希望可以抑制不合理的費用成長：
 - ◆ 跨總額醫師(執登於醫院至基層診所支援)於西醫基層診所之管理方式，自114年7月1日起正式生效，即醫事人員執業登記於醫院，並至西醫基層醫療院所支援之醫師，其申報西醫基層門診醫療費用超過10萬點部分，西醫基層總額各項目以75%折付，小於10萬點(含)不在此限。
 - ◆ 研議訂定「西醫基層相對合理門診點數給付方案」，惟目前仍待與健保署進行相關討論：
 - 「診所折付」方式
 - 「醫師折付」方式

一般服務項目執行績效

總額之管理與執行績效 專業審查及其他管理措施

65

	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
審查醫師數	134	114	146	133	102	60	689
(占率)	20%	17%	21%	19%	15%	9%	
審查案件數	284千件	178千件	176千件	180千件	152千件	24千件	993千件
(占率)	29%	18%	18%	18%	15%	2%	
初審案件	258,725	144,454	158,019	134,679	140,838	23,172	859,887
申復案件	16,464	10,887	15,738	5,280	7,643	383	56,395
其他案件	8,415	22,336	2,565	39,571	3,384	450	74,000

註：「其他案件數」偏高原因：北區包含「專案審查」、「事前審查」、「品質管理」合計達上萬件。南區建立「複審」及「審查會議」機制，每季可達數千件至1萬件。

每位醫師平均審查

1,441件

初審、申復及其他案件數

993,003件

審查醫師出勤總時數

18,857小時

審查醫師出勤總人次

9,072人次

66

審畢案件評量

- 每區1年評量2次。
- 採跨區評量方式。
- 抽審審查醫師154人次。
- 抽審6,088件審畢案件。

平均合理件數占率 **93.4%**

67

審查醫師品質評核

審查作業及品質良好，均未達輔導標準。

台北	2名醫師因「審畢案件評量結果不合理，且未能提出合理理由。」扣分，將另抽審10件審畢案件，請科別導讀醫師或資深醫師評核。
北區	受評核醫師就評核結果及個案討論提出說明，經審查召集人判斷多數合理，評核結果均在合理範圍。
中區	7名醫師因「未出席審查相關會議」扣分，其餘評核情況大致良好，未達輔導標準。
南區	評核情況大致良好，未達輔導標準。
高屏	評核情況大致良好，未達輔導標準。
東區	評核情況大致良好，未達輔導標準。

各區就審畢評量結果檢討以中區為範例：

科別	審畢代號	醫令(藥品)代號	類別	審畢醫師意見	處理結果	
					原審醫師回覆	處理方式
○○科	B3072	應刪未刪 AC59275100	3	診斷與藥物適應症不符。	對於難治型失眠個案，使用 Quepine 低劑量應無不妥，建議不應受限於此藥物低劑量使用。	個別溝通。
		應刪未刪 BC24626100	3	用藥量過多。	Zopiclone 使用到 2" 應無不妥，個案使用上應至 2" 應屬合理。	個別溝通。
		應刪未刪 AC47400100 AC59275100	3	依診斷及病歷，無使用此藥必要。	對於難治型 depression，使用 Lamotrigine 可以理解，宜於病歷更加詳細解釋使用理由。	個別溝通。
		應刪未刪 AB51728100	1	依據病歷描述，無併用同性質藥物。	對於難治型 depression，使用二線 antidepressants 可以理解，難治型 depression 可合併二線 antidepressants 使用。	個別溝通。
		應刪未刪 AC46606100	3	不宜併用同性質藥物。	對於難治型 depression，使用二線 antidepressants 可以理解，難治型 depression 可合併二線 antidepressants 使用。	個別溝通。
		應刪未刪 45010C	1	內容屬於衛教範圍，已有給付 00243C。	同意審畢評量審查意見。	個別溝通。
		應刪未刪 AC573061G0	3	併用安眠藥劑量過多。	難治型失眠併用 2 種 hypnotic，若合併 2 種不同效果(如短效合併長效)，應屬合理可接受範圍。	個別溝通。
		應刪未刪 09025C 09026C 09021C 09022C	1	從病歷中無判斷為何要做這些檢查。	同意審畢評量審查意見。	個別溝通。
		應刪未刪 AA56761100	3	診斷與藥物適應症不符。	對於 GAD 個案使用 Mirtazapine 並無明顯不妥，GAD 合併 depression 可使用 Mirtazapine。	個別溝通。
		應刪未刪 A037598116	3	病歷中描述無法證明這藥物使用之必要性。	同意審畢評量審查意見。	個別溝通。
		應刪未刪 AC466811G0 45010C	1	未成年不宜處方此藥物；初診已執行 45098C+00238C 已足夠且無相關記錄。	同意審畢評量審查意見。	個別溝通。
		輔導結果:已跟該審查醫師妥善溝通完畢。				

68

輔導案件處理與追蹤

合計輔導家數

19,758家

分區	輔導作業				
	輔導家數	輔導結果追蹤家數			
		列為稽核	加強審查	改善結案	尚在觀察
台北	1,519	0	0	1,354	165
北區	1,152	0	0	1,152	0
中區	1,644	0	87	137	1,420
南區	13,714	0	0	13,714	0
高屏	802	0	0	802	0
東區	927	0	0	0	927
合計	19,758	0	87	17,159	2,512

註：南區因加強輔導「檢驗檢查上傳結果」、「腎功能異常使用NSAIDs」及「異常申報院所」項目，輔導院所數偏高。

69

113年西醫基層總額 專案執行成果

報告人：林恒立 醫師
中華民國醫師公會全國聯合會副秘書長
西醫基層審查執行會執行長



報告要點

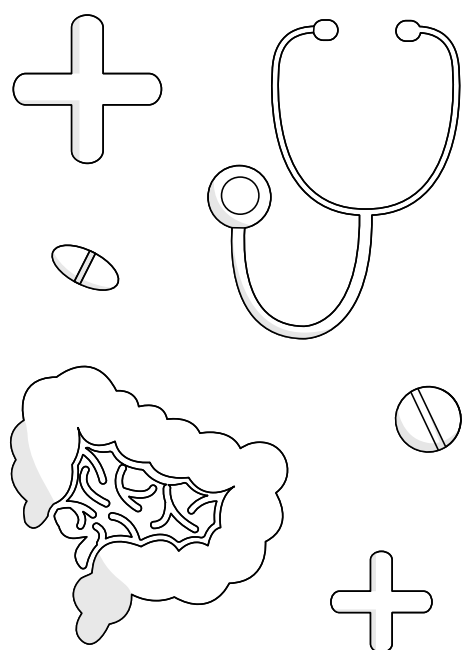
專款計畫

- 01 醫療資源不足地區改善方案
- 02 家庭醫師整合性照護計畫
- 03 代謝症候群防治計畫
- 04 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫
- 05 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬 (pay for value) 計畫
- 06 強化基層照護能力及「開放表別」項目
- 07 因應長新冠照護衍生費用
- 08 因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用
- 09 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

跨部門項目

- 10 C 型肝炎藥費
- 11 醫療給付改善方案
- 12 轉診合作機制及轉診型態
- 13 精神科長效針劑藥費
- 14 慢性傳染病照護品質計畫
- 15 促進醫療服務診療項目支付衡平性
- 16 癌症治療品質改善計畫
- 17 網路頻寬補助費用

71



01

醫療資源不足 地區改善方案

72

開業服務提供概況及持續開業情形

開業服務提供概況

項目\年別	109年	110年	111年	112年	113年
新開業診所數	0	0	1	3	0
持續辦理開業計畫診所數	8	4	0	1	4
定額給付(千點)	22,290	5,885	700	13,100	11,900
申報件數(千件)	30	5.9	0.43	6.5	9.2
醫療費用點數(千點)	16,061	3,112	196	4,726.3	7,968.1
平均每件醫療費用點數	535	531	453	725	868.7

持續開業診所家數

項目\年別	109年	110年	111年	112年	113年
獎勵開業期間結束後持續開業診所家數	5	6	5	4	4

- 本計畫設置鼓勵開業的目的，係希望院所皆能持續穩定地於當地開業，提供民眾永續的在地醫療服務
- 至113年獎勵開業期間結束後持續開業診所家數共有4家，表示本計畫仍能有效的讓診所持續於當地開業，達本計畫設置鼓勵開業以服務民眾之目的

- ◆ 109年及110年受疫情影響，皆無參與方案新開業獎勵之基層診所
- ◆ 112年疫情趨緩後，有3家診所申請開業服務
- ◆ 113年無新開業診所
- ◆ 偏鄉開業受限於各種因素影響，本就不易吸引醫師，目前開業數相較巡迴點數的數量仍偏少
- ◆ 將持續協請各縣市醫師公會及當地主管機關協助媒合，期望未來能有更多院所至醫療資源不足地區提供開業服務

73

巡迴醫療提供概況

- 113年度參與醫師數、巡迴點數略微增加
- 護理人員、藥事人員數大幅增加

項目\年別	109年	110年	111年	112年	113年
參與醫師數	165	166	160	173	181
參與護理人員數	306	343	338	349	411
參與藥事人員數	62	59	56	57	83
計畫數(執行院所數)	129	127	126	127	128
巡迴鄉數	90	86	84	85	83
巡迴點數	287	281	276	275	278

近年皆以家醫科為最多，內科及外科次之

科別\年別	家醫科	內科	外科	小兒科	婦產科	急診醫學科	不分科	耳鼻喉科	麻醉科	神經內科	骨科	皮膚科	新陳代謝科	精神科	神經外科	泌尿科	消化內科	放射線(腫瘤)科	總計
109年	81	22	23	13	10	7	6	4	1	0	4	1	1	0	1	2	0	1	178
110年	76	25	25	14	10	7	5	5	2	1	3	1	0	0	2	2	2	0	181
111年	68	21	21	15	10	6	10	4	2	2	1	0	0	0	0	2	0	0	162
112年	84	25	22	14	8	6	6	5	2	2	1	0	0	0	1	1	0	0	177
113年	88	26	23	19	9	8	7	3	2	2	2	1	1	1	0	0	0	0	192

● 參與113年基層院所巡迴服務之192名醫師中，部分醫師具有2種以上專科別

74

巡迴醫療目標及分區利用情形

各分區巡迴醫療利用情形

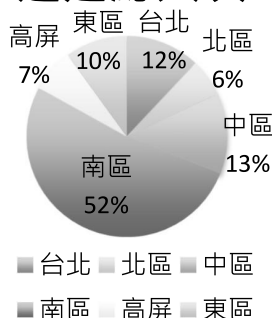
巡迴醫療目標達成統計

項目/年度	113年
目標數	
鄉鎮數(個)	96
巡迴總服務人次	227,200
巡迴總服務診次	12,000
執行數	
鄉鎮數(個)	83
巡迴總服務人次	218,875
巡迴總服務時數/診次	11,977
目標達成率	
鄉鎮數	86.5%
巡迴總服務人次	96.3%
巡迴總服務診次	99.8%

項目\分區別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
巡迴總診次	1,176	918	1,239	6,752	648	1,244	11,977
巡迴總人次	27,015	12,716	28,691	114,012	14,789	21,652	218,875
平均每診次服務人次	23.0	13.9	23.2	16.9	22.8	17.4	18.3

113年目標達成率：執行鄉鎮數為86.5%，巡迴總服務人次為96.3%，巡迴總服務診次達99.8%，達成率為八成六至百分之百，達成本方案之設定目標

巡迴總人次



平均每診次服務人次與歷年相較仍介於約17~19人之間，顯示本方案之民眾利用率高
113年巡迴總診次以南區最多
113年巡迴總人次，主要集中於南區(52%)及中區(13%)

75

巡迴醫療民眾利用概況

- ◆ 民眾就醫疾病以急性病最多
- ◆ 次為高血壓、第二型糖尿病等慢性疾病，此與當地民眾年齡層較高有關

排名	疾病名稱	件數(千件)	占率	醫療點數(千點)
1	急性上呼吸道多處或未明示感染	607	13.65%	230,715
2	本態性(原發性)高血壓	317	7.12%	299,360
3	第二型糖尿病	227	5.10%	307,929
4	急性支氣管炎	162	3.65%	63,183
5	急性鼻咽炎(感冒)	139	3.12%	54,431

- ◆ 民眾就醫年齡層以50歲至79歲居多
- ◆ 60歲至69歲就醫占率17.9%最高，次為70歲至79歲民眾占率14.4%

年齡層	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90以上	總計
人數	33,825	45,067	45,583	56,623	73,986	82,757	107,580	86,435	56,349	12,125	600,330
占率	5.60%	7.50%	7.60%	9.40%	12.30%	13.80%	17.90%	14.40%	9.40%	2.00%	100%

76

巡迴醫療民眾滿意度及就醫可近性

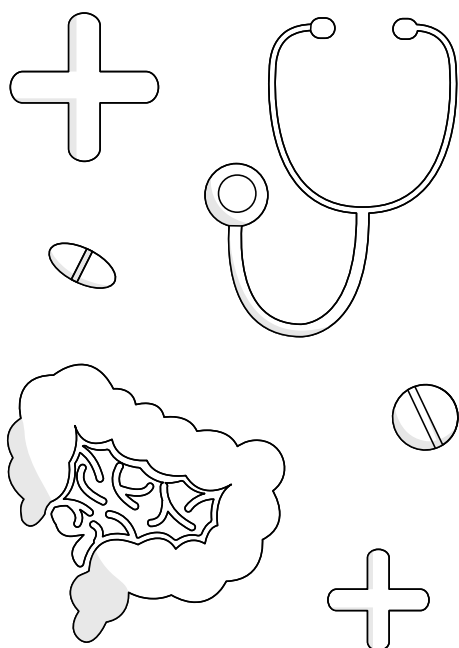
113年分區各項目滿意度皆達九成

年別\項目別	候診時間滿意度	醫療效果滿意度	醫療設備滿意度	醫師服務態度滿意度	語言溝通能力滿意度	門診時段滿意度	民眾看病方便性
109	95.50%	95.70%	90.00%	97.10%	96.70%	95.50%	96.70%
110	95.60%	95.00%	89.80%	97.90%	96.60%	95.00%	96.60%
111	95.60%	95.70%	89.90%	98.30%	98.20%	95.40%	96.80%
112	95.70%	97.60%	88.80%	98.90%	98.60%	96.20%	98.00%
113	96.60%	97.20%	90.40%	98.00%	97.50%	96.30%	94.40%

分區\去程時間	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
10分鐘以內	89%	86.50%	95.70%	83.80%	85.80%	79.20%	86.70%
11~30分鐘	10%	13%	3.60%	16.20%	14.20%	20.50%	12.90%
30分鐘~1小時	1%	0.50%	0.70%	0%	0%	0.30%	0.40%

113年民眾10分鐘內可到達就醫地點
全區達86.7%
11-30分鐘內12.9%

77



02

家庭醫師整合性照護計畫

78

109~113年家醫計畫執行情形

	109	110	111	112	113
預算數(百萬元)	3,500	3,670	3,948	3,948	4,248
預算執行數(百萬元)	3,500	3,670	3,885	3,948	4,248
預算執行率	100%	100%	98.4%	100%	100%
執行社區醫療群數	622	623	609	558	522
退場	11	17	58	47	註
新加入	26	12	3	7	12
診所數	5,407	5,587	5,664	5,590	5,544
醫師數	7,307	7,637	7,833	7,807	7,949
收案人數	5,747,428	6,007,801	6,001,687	5,957,558	6,273,414
較需照護收案率	62.79%	68.25%	69.04%	69.10%	68.22%

- 522個社區醫療群中有**357個**家醫2.0醫療群。
- 醫師數及收案人數皆較112年成長。

註：尚無113年退場醫療群數。 79

113年各構面評核指標達成情形-1

過程面	年度	112		113	
	指標	目標	實際	目標	實際
	成人預防保健檢查率	≥31.30%	39.71%	≥30.60%	40.23%
	子宮頸抹片檢查率	≥25.76%	27.28%	≥25.71%	27.17%
	65歲以上老人流感注射率	≥45.95%	47.71%	≥40.48%	42.63%
	糞便潛血檢查率(50-75歲)	≥21.82%	18.54%	≥21.74%	18.96%
	檢驗(查)結果上傳率	≥80%	90.74%	<u>改為加分項</u>	
	B、C肝炎篩檢率	<u>113年新增</u>		≥73.73%	71.91%

- 家醫計畫亦著重「質」的提升，每年本會與健保署均檢討、修訂各構面指標內容及目標值
- 113年配合國家消除 C 肝政策，新增B、C肝炎篩檢率。

113年各構面評核指標達成情形-2

結果面	112年		113年
	慢性病個案三高生活型態風險控制率		
	-血壓	124,410	47,490
	-HbA1c	101,082	35,502
	-LDL	103,440	36,211
	糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率		
	-HbA1c		410,473
	-LDL		490,702
	-UACR		168,016

- 113年起，計畫雙軌併行，其中家醫1.0適用「慢性病個案三高生活型態風險控制率-血壓/HbA1c/LDL」，家醫2.0則適用「糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率-HbA1c/LDL/UACR」，爰兩項指標僅統計家醫1.0/2.0的達標人數，致「慢性病個案三高生活型態風險控制率-血壓/HbA1c/LDL」人數較前一年減少。 81

113年評核指標達成情形

	112	113
特優級($\geq 90\%$)	38.9%	33.7%
良好級(80%~90)	40.0%	38.3%
普通級(75%~80%)	11.5%	13.0%
輔導級(70%~75%)	5.0%	7.5%
不支付(<70%)	4.7%	7.5%

未來發展

- **導入生活型態評估量表**

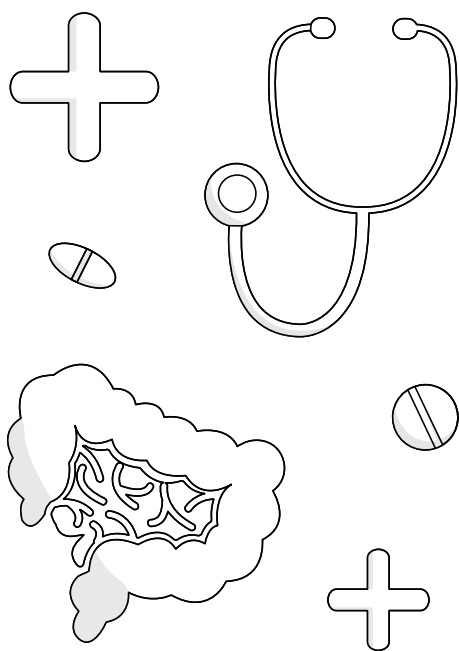
與健保署、國健署及相關學會共同研議生活型態評估量表，於114年導入家醫計畫。

- **家醫大平台建置完成，導入ASCVD疾病分級**

- ✓ 家醫大平台於113年12月底完成建置，優先開放家醫診所試用，提供數位化的追蹤管理。

- ✓ 114年家醫計畫導入ASCVD疾病風險分級，訂定相關管控及獎勵措施，鼓勵提升三高病人照護品質。

83



03

代謝症候群防治計畫

84

代謝症候群計畫113年修訂重點

	112年原內容	113年修訂內容
收案人數	上限200人	上限500人，收案對象排除透析病人
獎勵費	- 品質獎勵費：收案60名以上且當年度檢驗檢查上傳率$\geq 70\%$ - 新增：個案績優改善獎勵費	新增腰圍或身體質量指數管理成效獎勵費，每一個案獎勵 500 點。 調整診所品質獎勵費，前 25% 核付 30,000 點；排序大於 25% 至 50% 核付 15,000 點。 調整新發現個案獎勵費，每一個案獎勵 500 點。 調整首次提供戒菸服務之醫師獎勵費為 1,000 元。

85

111-113年執行概況

- 相較於去年，113年執行率上升、參與院所醫師數增加、收案結案人數增加。

	111年	112年	113年
預算數	3.08億	6.16億	6.16億
執行數	22,100,250	107,030,600	270,158,200
執行率	7.20%	17.4%	43.9%
院所數	1,196	2,367	2,921
醫師數	1,978	3,808	4,821
收案人數	22,986	120,643	298,764
結案人數	966	3,126	15,879
領取獎勵院所數	30	283	1,099

86

111-113年成效評估

執行
目標

250,000名
代謝症候群管理服務

執行狀況

收案298,764人

效益與指標

代謝症候群改善率(總分70分)

介入成效率(≥30%)

	111年	112年	113年
代謝症候群改善率	26.6	29.7	38.5
個案完整照護達成率	0.7%	6.7%	22.3%
介入成效率	5.5%	22.7%	29.1%

113年執行成果 - 與全國比較

	113年	
	已申報年度評估費 (P7503) 之計畫收案對象 ^註	全國狀況
平均每人醫療費用	16,422.8	27,996.5
平均每人就醫次數	11.8	16.9
平均每人慢性病案件 (含慢性病連續處方箋案件)醫療費用	8,590.0	18,867.8

註：「已申報年度評估費 (P7503) 之計畫收案對象」：統計自申報P7503之當月份起至當年度12月份止數據。

結語

配合推動

- 配合國健署協助辦理「2024戰勝代謝症候群獎勵活動」推廣事宜。截至113年11月底活動結束，逾7成參與者至少改善一項代謝指標，約3成改善三項（含）以上指標或糖化血色素。
- 舉辦代謝症候群計畫說明會或研討會。

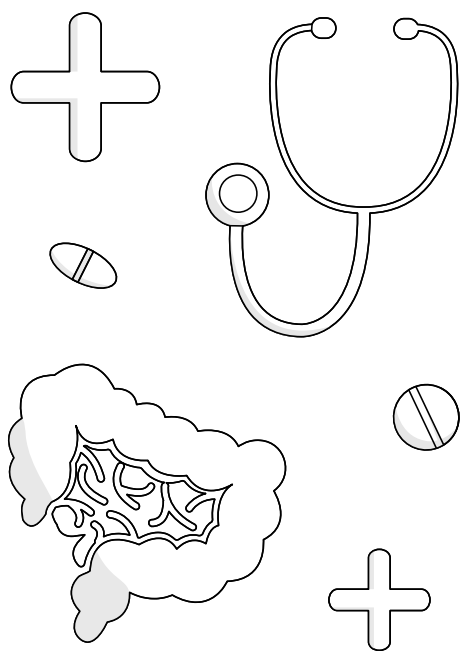
未來計畫修訂

- 本計畫於114年轉由國健署公務預算支應。
- 針對收案對象及條件，擴大收案年齡範圍20至69歲。
- 提升收案人數上限至600人及排除初期慢性腎臟病(CKD)等重複個案。

檢討改善

- 參與院所與醫師人數持續增加，整體執行成效較112年明顯提升。
- 持續檢討與優化，期望逐步建立醫病共同管理之照護模式，並減緩國人由疾病初期進入慢性病之可能性。

89



04

偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫

90

計畫目標

- 獎勵於偏鄉提供生產服務之基層診所婦產科專科醫師，持續留在執業診所提供生產服務。
- 經費來源：由當年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫」專款項目，全年為50百萬元。
- 預期效益之評估：計畫執行地區提供生產服務之西醫基層診所至少維持前一年家數、生產服務量較前一年增加。

計畫執行情形與成效評估^{1/2}

➤ 113年醫療服務提供及執行狀況統計

- 申請補助生產案件數全區共計3,522件，以南區補助1,656件最多，次之為中區1,621件。
- 補助醫療費用點數全區共計19,307,133點，以南區補助9,092,731點最多，其次為中區8,623,464點。

項目\分區	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
申請參與計畫家數	2	2	9	5	0	0	18
實際補助家數	2	2	8	5	0	0	17
申請補助案件數	216	29	1,621	1,656	0	0	3,522
不符補助案件數	9	3	61	56	0	0	129
實際補助案件數	207	26	1,560	1,600	0	0	3,393
補助醫療費用點數	1,367,188	223,750	8,623,464	9,092,731	0	0	19,307,133

計畫執行情形與成效評估^{2/2}

» 113年各區申請之補助案件於同一診所產前檢查次數

- 生產案件補助點數依孕期產前檢查次數，而有不同核發比例：
 - 同一診所產前檢查 ≥ 9 次，核發100% 同一診所產前檢查7至8次，核發75%。
 - 同一診所產前檢查5至6次，核發50% 同一診所產前檢查 ≤ 4 次，不予核發。
- 113年全區申請補助之生產件共計3,522件，其中3,019件於同一診所產前檢查次數9次，占率為85.7%。

項目\分區	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	占率
同一診所產前檢查 ≥ 9 次	178	23	1,407	1,411	0	0	3,019	85.7%
同一診所產前檢查7或8次	16	2	100	137	0	0	255	7.2%
同一診所產前檢查5或6次	13	1	53	52	0	0	119	3.4%
同一診所產前檢查 ≤ 4 次	9	3	61	56	0	0	129	3.7%

目標達成情形

» 西醫基層診所至少維持前一年家數

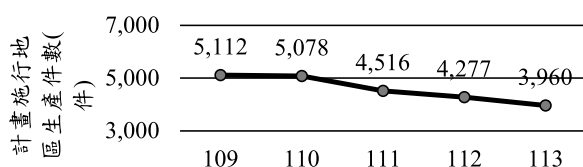
- 109-113年計畫執行地區提供生產服務之基層診所家數

分區/年別	109年	110年	111年	112年	113年
全區	18	23	28	25	25

» 生產服務量較前一年增加

- 109-113年計畫執行地區生產件數

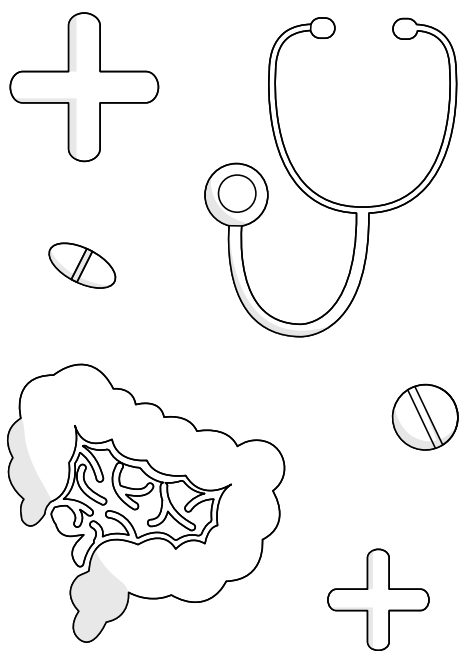
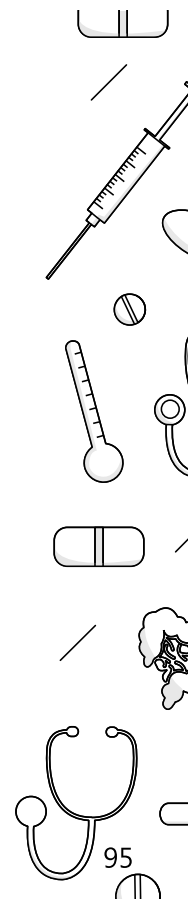
分區/年別	109年	110年	111年	112年	113年
全區	5,112	4,169	4,024	3,848	3,529



生產件數未能達成預期效益，因整體環境、社會氛圍及少子化等因子影響，根據內政部戶政司的統計，台灣出生率處於下降之趨勢，本計畫施行地區之生產件數也逐年下降。

改善方向與未來展望

- 計畫修訂：
依實際執行情況，考量合理性及公平性，持續滾動式修正計畫內容，如申請資格調整、補助核發原則、孕產期檢查次數、其他健保總額醫療給付改善計畫與本計畫可能重疊之情形等
- 本會持續透過各縣市醫師公會協助推廣計畫資訊，鼓勵執行計畫地區之診所參與，期望提升偏鄉產科醫療服務量能，擴大孕產婦可近且多元之照護選擇。



05

提升心肺疾病患者心肺復健門診
論質計酬 (pay for value) 計畫

計畫目標

短期目標

- 基層心肺復健人數超過**170**人(預定收案的七成)
- 全國基層參與心肺疾病照護品質計畫達到21家
- 心肺功能有意義的改善達成率70%

長期目標

- 基層心肺復健執行率達36%

執行概況

		111年	112年	113年
預算數(百萬元)		9.7	9.7	9.7
預算執行數(百萬元)		0.9	5.44	5.14
預算執行率		9.0%	56.1%	53.0%
參與院所數		4	6	13
參與醫師數		4	7	6
收案人數 註1	醫院轉診	0	4	4
	診所自行收案	86	288	265
結案人數		1	87	271
接受完整療程病人數註2		4	76	80

註1：未填寫來源共70人。

註2：包含「持續接受心肺復健達最高上限36次」及「病人心肺運動功能有意義改善(最大耗氧量進步25%·或6分鐘步行測試距離增加25%或100公尺)」。

97

計畫指標達成情形

111~113年提升心肺疾病照護品質計畫評核指標達成情形

- 「病人疾病復發率」達成計畫目標，亦較前一年下降，並低於全國數值。
- 「有意義的心肺功能改善比率」，雖呈逐年上升趨勢，但目前距離設定目標仍有進步空間。

指標	目標值	111年		112年		113年	
		本計畫	全國	本計畫	全國	本計畫	全國
病人疾病復發率 (包括再住院或再急診)	<30 %	3.5%	13.3 %	20.5 %	15.1 %	13.0 %	13.2 %
有意義的心肺功能改善比率	>70 %	4.7 %	無法推估註	26.4 %	無法推估註	30.2 %	無法推估註

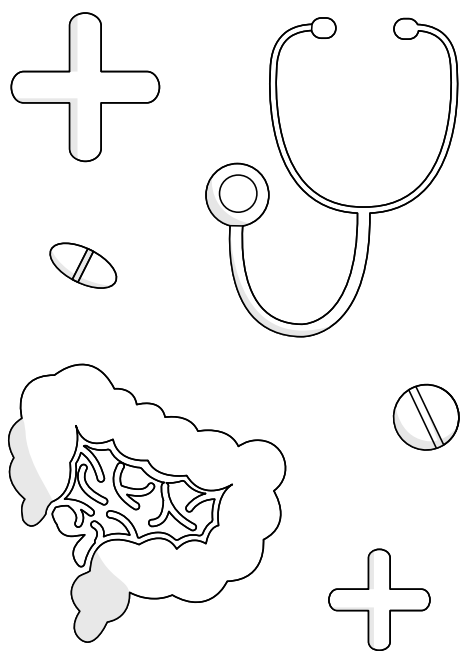
註：健保署無本計畫收案對象以外個案之CPET評估資料，爰無法計算全國有意義的心肺功能改善比率。

98

檢討與未來展望

- 113年度預算執行率雖略有下滑，惟整體成效指標仍呈穩定或微幅成長趨勢，反映基層診所逐漸熟悉計畫流程與操作模式。
- 因流行病疫情，造成病患擔心因感染以至於心肺功能受影響而無法持續，是影響收案數及成效最大因素。
- 當初編列費用較保守且屬耗人力及高風險，醫師及治療師意願較低（需先經完整訓練課程），未來會針對問題再去思考如何協助病患建立信心，只要堅持接受治療計畫的患者，成效都有顯著進步。

99



06

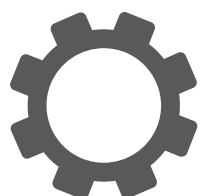
強化基層照護能力及「開放表別」項目

100

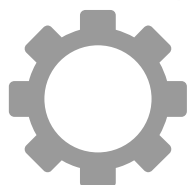
計畫背景及執行概況



西醫基層總額自106年起編列專款預算，擴大開放表別項目，分擔原本流向醫院的病患，以及減少民眾自費的負擔。透過逐步開放原本只能在醫院執行的檢查(驗)項目，讓民眾就近得到完整照護，並強化在地就醫觀念。



開放表別項目不但可強化基層全人照護能力，此外，如：可及時協助民眾早期發現是否有心血管病變或其他心臟相關病因、提升孕婦及婦女照護品質、照護弱勢病友，提供完善治療開放門診手術項目減少急診壅塞等。



回顧106-113年，西醫基層總額已逐步開放70項開放表別項目，本會亦定期監控其費用成長情形，針對異常成長項目提會討論，研議相關管控措施。

101

歷屆申報情形



在109-111年疫情期間，西醫基層門診件數同步受到嚴重影響，113年逐漸回穩；**113年執行率接近九成**，顯示基層醫療量能逐步恢復，民眾就醫行為亦回歸常態。

開放年度	預算數	開放數	106年執行率	107年執行率	108年執行率	109年執行率	110年執行率	111年執行率	112年執行率	113年執行率
106年	2.5億	25項	53.7%	91.3%	151.9%	57.6%	35.1%	50.9%	184.8%	266.3%
107年	2.0億	9項		29.7%	66.1%	83.0%	89.3%	96.5%	99.0%	106.6%
108年	2.7億	11項			20.9%	35.4%	43.1%	53.1%	56.2%	63.5%
109年	1.0億	17項				5.1%	19.8%	27.9%	51.9%	57.2%
110年	1.0億	5項					8.6%	26.4%	37.0%	45.4%
111年	3.0億	3項						0.0%	0.1%	0.1%
112年	1.0億	1項							1.5%	4.7%
合計			53.7%	63.9%	79.0%	50.1%	44.7%	40.4%	68.4%	87.7%

102

開放表別衍生費用申報情形

- » 開放表別項目雖為專款費用，但也需注意其衍生之診察費、藥費、藥事服務費等係由一般服務預算支給，**113年統計已達16.9億點**，且其費用可能隨年度持續增加，建議編列預算支應以避免過度影響點值。

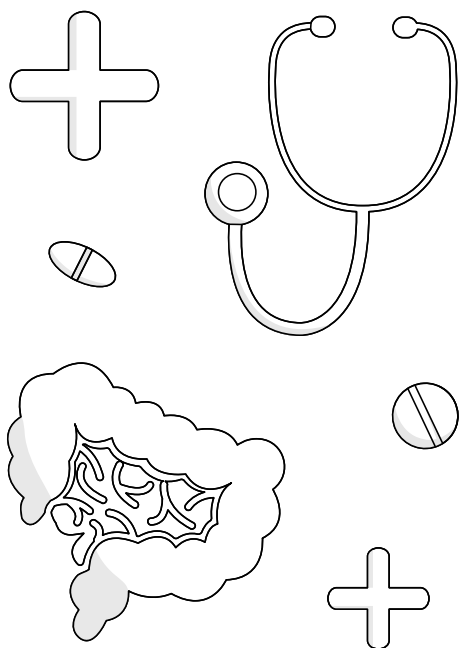
年度	項目數	就醫人數	開放表別項目費用 A	醫療費用 B	一般服務費用支應費用 C=B-A
106年	25項	353,313	136,739,498	285,321,528	148,582,030
107年	34項	667,549	352,340,286	613,803,318	261,463,032
108年	45項	1,204,413	576,679,596	1,210,468,725	633,789,129
109年	62項	587,176	427,665,469	885,689,073	458,023,604
110年	67項	553,849	427,611,003	1,090,942,328	663,331,325
111年	69項	678,735	507,319,623	1,309,955,242	802,635,619
112年	70項	1,689,138	876,045,186	2,117,892,018	1,241,846,832
113年	70項	2,311,811	1,178,090,668	2,871,655,740	1,693,565,072

103

檢討及相關管控措施

- » 由於112年開放表別項目受COVID-19疫情影響，其執行率尚處於觀察期，因此本會於113年末新增開放項目，而係延續原有之70項開放表別，持續進行追蹤與評估。
- » 為妥善控管資源，本會針對高申報量項目，多次召開會議討論，特別是申報金額顯著超出當年度預估者，進行審慎討論，研擬相關管控機制，檢視各項目之執行合宜性與使用普及性，確保計畫資源運用符合原先計畫目標。
- » 因應各區醫療環境不同，請各區自主追蹤監控申報情形，訂定合宜抽審指標，加強院所管控。

104



07

因應長新冠照護 衍生費用

105

長新冠之影響

➤ 2024年經濟學人雜誌指出：

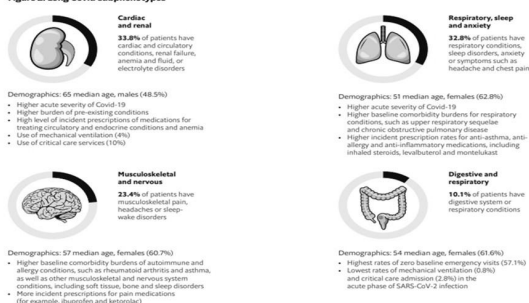
- ◆ 長新冠後遺症中，有**33.8%**的患者患有心臟和循環系統疾病、腎功能衰竭、貧血和體液或電解質紊亂；有**23.4%**的患者患有肌肉骨骼疼痛、頭痛或睡眠-覺醒障礙；有**32.8%**的患者患有呼吸系統疾病、睡眠障礙、焦慮或頭痛和胸痛等症狀；有**10.1%**的患者患有消化系統或呼吸系統疾病的問題。
- ◆ 台灣長新冠盛行率約**10%**。
- ◆ 估預台灣2024年因為長新冠造成工作力的影響，損失總工作時數**3.527億小時**，因長新冠造成的GDP損失達美金**122億元**(占GDP 1.5%)。

Estimating the prevalence of long Covid

Best available prevalence estimates in our eight countries of focus

Country	Prevalence	Year	Group covered
UK ²	2.9%	2023	National adult population living in private households
US ¹²	3.4%	2022	National adult population, that had long Covid at the time of the study
	6.9%	2022	National adult population, that has ever had long Covid
France ¹³	4.0%	2022	National adult population
Taiwan ¹⁴	10.0%	2023	Not specified
Japan ⁵	15.0%	2020-22	Self-administered, online survey of 34,852 people from 5-79 years in Yaso City in the Osaka Prefecture Note: 6.3% of children (5-17 years) and 15% of adults (18-79 years)
Spain ¹⁵	48.9%	2020-21	240 Covid patients in northwest Spain who participated in a six month post-diagnosis follow-up
Brazil ¹⁶	50.2%	2020-21	648 Covid patients in southeast Brazil monitored for 14 months after diagnosis
	15.8%	2023	Survey of 5,900 patients of all ages registered in the Health Electronic Surveillance Network (HESN) national registry system
Saudi Arabia ^{17,18}	51.2%	2022	Social media-based, self-selecting survey of 213 adults in Saudi Arabia with confirmed diagnosis of Covid at least three months before answering questions.

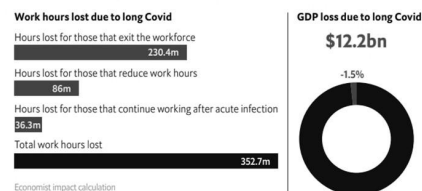
Figure 2: Long Covid subphenotypes¹⁹



Workforce impact

While long Covid symptoms have prompted some individuals to leave the workforce, others take time off work or reduce their work hours due to symptoms. When these changes in employment status are considered, long Covid could result in 352.7m work hours lost in 2024 – a potential cost of more than US\$ 12.2bn.

Figure 2: Estimating the workforce impact



106

112~113年執行情形

	112年	113年
預算數(百萬元)	10.0	10.0
執行數(百萬元) ^註	10.0	10.0
預算執行率	100%	100%
申報件數	530,472	2,703,221
申報點數(百萬點)	241.3	920.0
總額決定事項之執行情形(112年) ^註		
執行目標：減緩「長新冠引起的醫療耗用」		
預期效益之評估指標：接受長新冠照護之個案超過2萬件	20,000	20,000
-接受長新冠照護個案件數	530,472	2,703,221
-達成率	2,652.4%	13,516.1%

註：動支條件：

(1)112年：支應申報任一診斷碼有U099(COVID-19後的病況，未明示)之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)與108年醫療點數之差距。

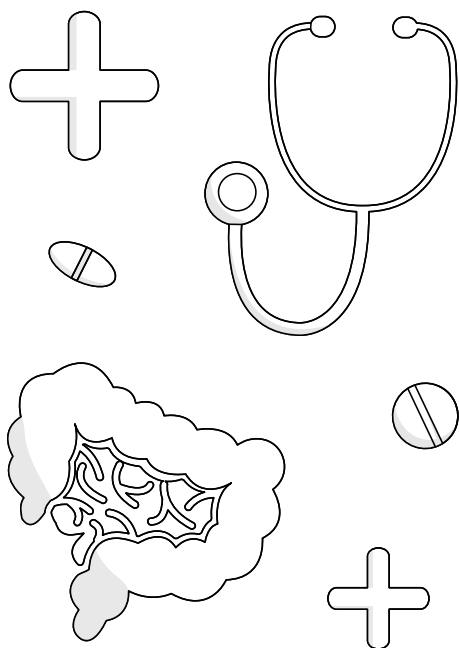
(2)113年：支應申報任一診斷碼有U071(確認COVID-19病毒感染)、U099(COVID-19後的病況，未明示)或申報醫令14084C(新型冠狀病毒抗原檢測)之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)與108年醫療點數之差距。

107

建議

- 依113年申報點數達9.2億點(不含其他相關衍生費用)，較112年申報點數2.413億點高出6.8億點；接受長新冠照護的件數也由112年的53萬件增加至270萬件。
- 以113年全區浮動點值介於每點0.8636~0.8894元之間(臺北區浮動點值介於每點0.8183~0.8476元)，表示民眾的就醫需求仍然存在。
- 需有合理的財源挹注至總額，以確保醫療機構營運穩定，提升醫護薪資、維持醫療照護品質，持續打造醫療永續的健康台灣。

108



08

因應罕見疾病、 血友病及後天免疫 缺乏症候群照 護衍生費用

109

罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費 及罕見疾病特材暨其衍生費用

計畫目的

配合「人類免疫缺乏病
毒傳染防治及感染者權
益保障條例」修正

推動分級醫療，擴大服務量能

94年

醫院專款

- ✓ 罕見疾病及血友病藥費(新增)

104年

醫院專款

- ✓ 罕見疾病及血友病藥費
- ✓ 罕見疾病特材(新增)

106年

醫院專款

- ✓ 罕見疾病及血友病藥費
- ✓ 罕見疾病特材
- ✓ 後天免疫缺乏病毒治療藥費(新增)

108年起

醫院專款

西醫基層專款 (新增)

- ✓ 罕見疾病及血友病藥費
- ✓ 罕見疾病特材
- ✓ 後天免疫缺乏病毒治療藥費

110

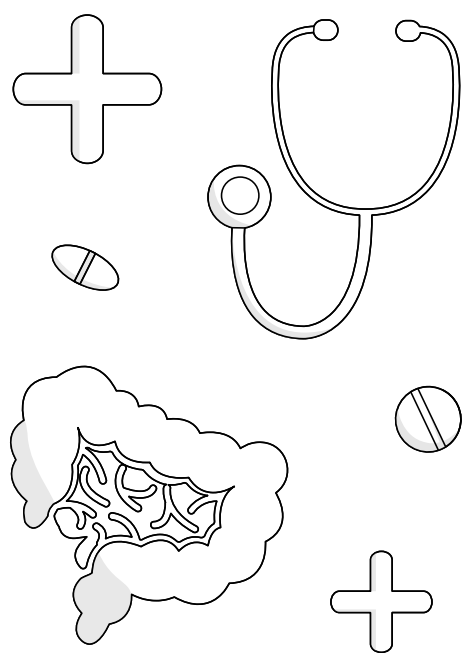
罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材暨其衍生費用

113年執行情形及成效評估

項目	治療藥費及特材		衍生費用
	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	後天免疫缺乏病毒治療藥費	
全年預算數(百萬元)	30.0	30.0	11.0
執行數(百萬元)	1.63 (5.4%)	19.03 (54.2%)	1.99 (18.1%)
用藥人數(人)	383 ^{註1}	206 ^{註2}	

註1：112年為347人，113年增加至383人(10.4%)。
 註2：112年為182人，113年增加至206人(13.2%)。

- ✓ 大都先由醫院確診予以照護，已具有相當信任關係，建議未來醫院可下轉穩定之民眾，由基層醫師持續照護。
- ✓ 仍有病患願意留在基層診所就近看病取藥之需求，建議該項專款費用仍應維持，以持續照護此類民眾。

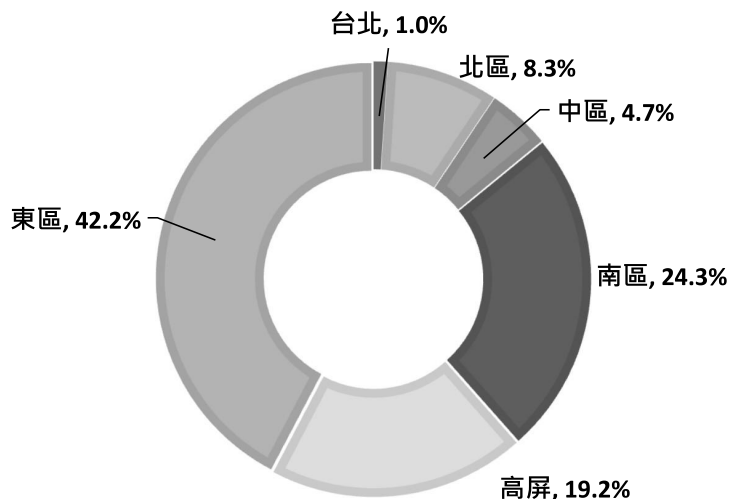


09

新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

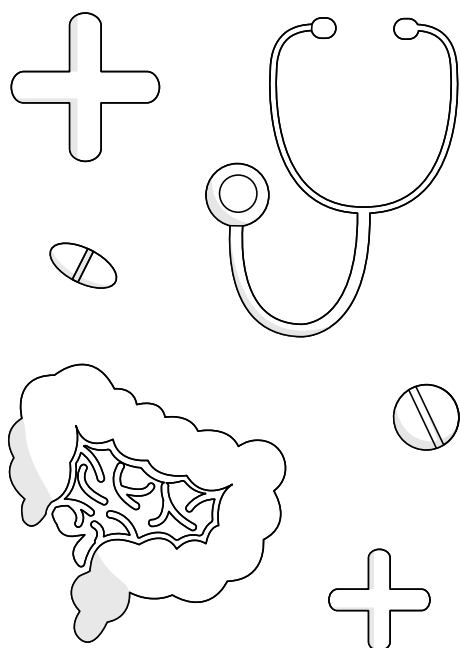
113年藥品調劑費用執行情形



建議

1. 民國90年特約藥局有2,860家至116年為7,649(112年為7,457家)，每年以2~300家在新增中。
2. 預算執行率99.7%。
3. 建議專款支應以持續觀察追蹤。

113



10

C 型肝炎藥費

2025 消除C肝

世界衛生組織(WHO)提出針對C型肝炎目標，2030年前達成「感染人數減少90%、因病死亡人數減少65%、治療率達80%」等主要目標。

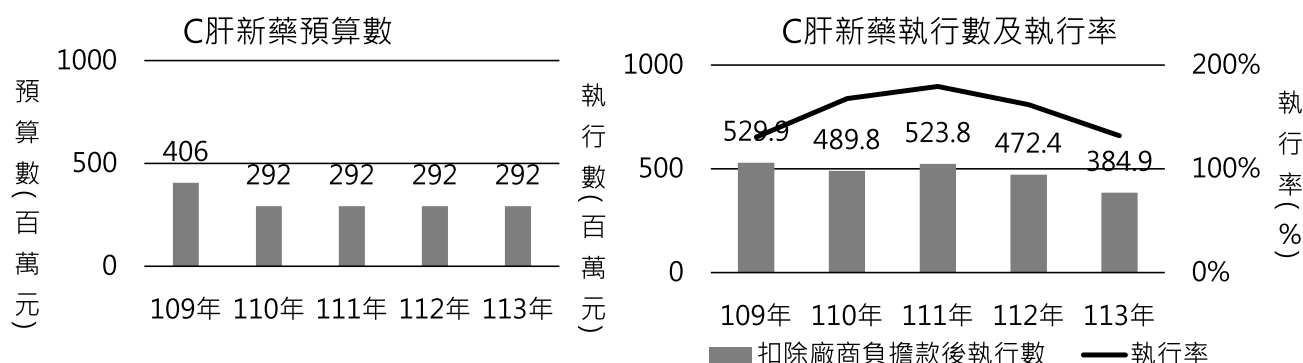
衛福部於2018年發布「國家消除C型肝炎政策綱領(2018-2025年)」，積極推動C型肝炎的防治與根除。今年已達成目標。



資料來源：肝病防治學術基金會

115

歷年執行情形及成果



	109年	110年	111年	112年	113年
新收案人數	4,303	3,178	3,823	3,248	2,829
有檢驗病毒量人數	3,995	2,888	3,250	2,060	1,509
偵測不到病毒量人數	3,957	2,853	3,204	2,038	1,491
治療涵蓋率(年累計) 註1	47.2%	52.2%	56.3%	59.8%	62.8%
SVR12 註2	99%	99%	99%	99%	99%

1.治療涵蓋率：當年底已接受治療人數/慢性C肝患者數
2.SVR12：治療結束12週後病毒量陰性/有檢驗病毒量人數

- 執行數>預算數，執行率>100%
- 收案人數穩定，每年約3千餘人
- SVR12治療率達99%

116

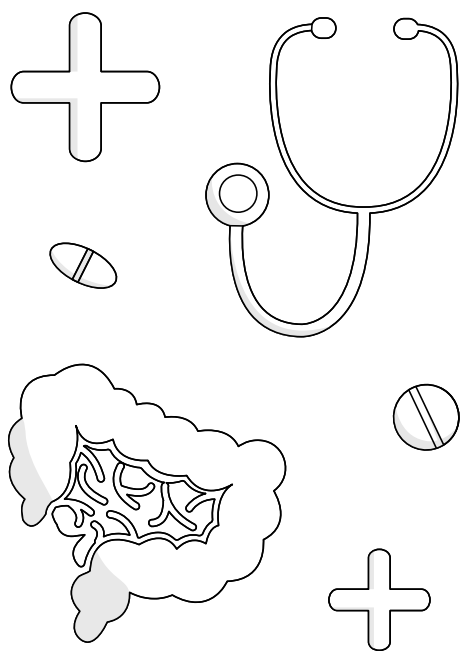
檢討與改善

持續配合國家政策，
積極治癒C肝患者，
提高預防保健等級。

結合地方政府、民間團體資源及整合醫療，即時提供民眾治癒方針。

加強民眾健康知能，
了解預防篩檢的必要及後續治療的重要性。

117



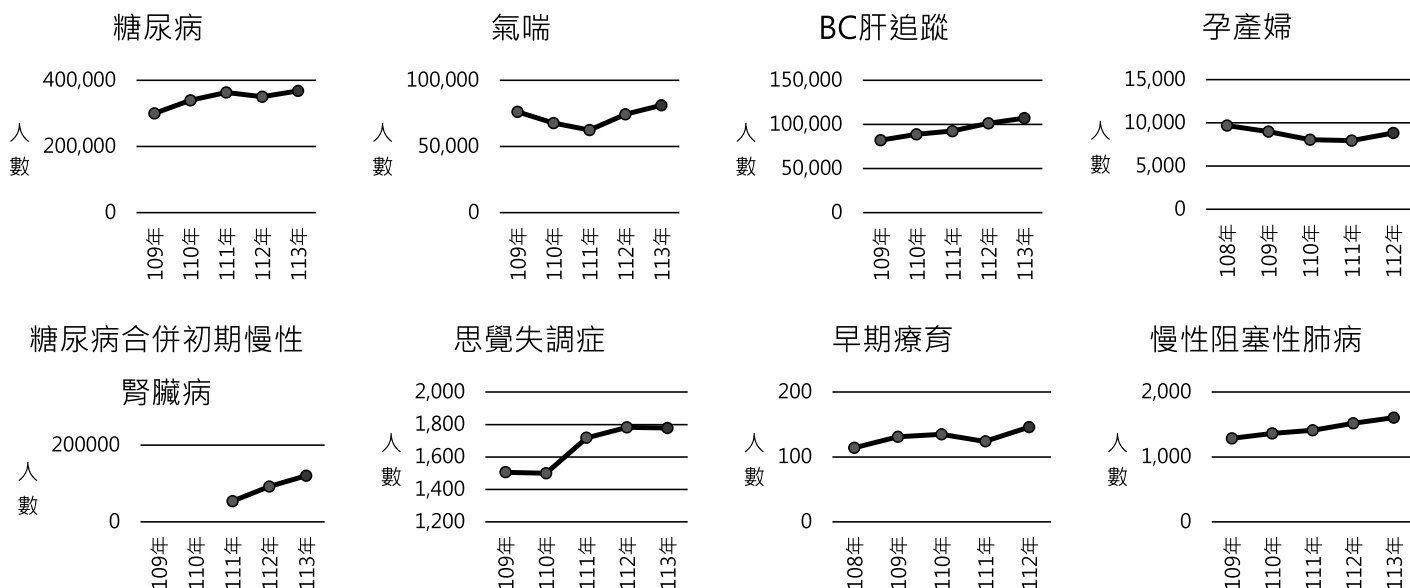
11

醫療給付改善方案

118

109-113年方案照護人數

✓ 收案人數穩定上升



註1：因111年3月起新增「糖尿病合併初期慢性腎臟病」照護整合方案，部分共病個案改以DKD照護，糖尿病照護情形如將DKD個案合併計算。
註2：孕產方案固定於每7-8月完成年度結算，因此尚無法提供資料。

119

醫療給付改善方案品質指標達成情形

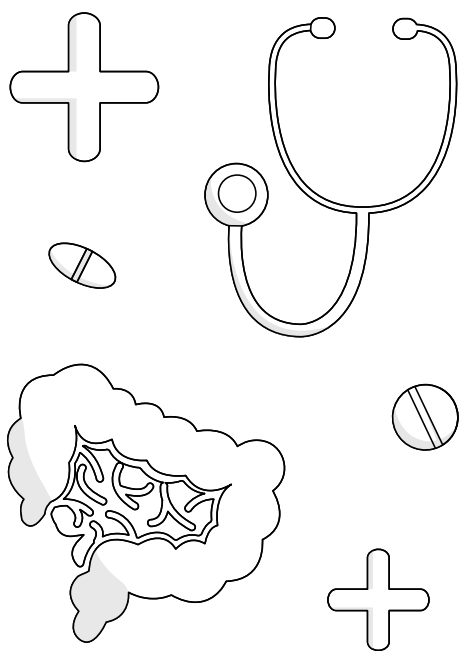
➤ 多數指標皆穩定成長。

	112年	113年		112年	113年
糖尿病			B、C肝炎個案追蹤		
--HbA1C<7%比率(控制良好率)	58.1%	60.2%	--完整追蹤率	64.7%	70.8%
糖尿病合併初期慢性腎臟病			--GOT檢查率	81.9%	81.4%
--HbA1C<7%比率(控制良好率)	67.0%	67.8%	--GPT檢查率	82.2%	82.0%
--UACR<30mg/gm比率(控制良好率)	58.9%	61.6%	--腹部超音波檢查率	93.9%	93.5%
--LDL<100mg/dL比率(控制良好率)	86.8%	87.9%	孕產婦全程照護		
氣喘			--孕產期全程照護率	74.4%	72.8%
--降階治療成功率	12.8%	12.7%	--產後14日內再住院率(含跨院)	0.4%	0.4%
思覺失調症			--剖腹產管控率	42.4%	43.9%
--六個月內精神科急性病房再住院			早期療育		
(1)高風險病人	40.0%	30.8%	--個案固定就醫率		
(2)一般病人	22.7%	16.4%	(1)新個案	93.5%	94.7%
--固定就醫病人精神科急性病房			(2)舊個案	93.8%	92.2%
(1)高風險病人	9.1%	5.7%	--個案療資源聯結率		
(2)一般病人	5.0%	4.9%	(1)新個案	0%	12.5%
--高風險病人規則門診比率	83.1%	81.1%	(2)舊個案	22.0%	19.3%
			慢性阻塞性肺疾病		
			--收案病人因COPD急診比率	3.6%	3.1%

結語

- 本會將持續研討各項方案，檢視並針對執行狀況進行滾動式修正。
- 部分疾病的照護率仍未達理想，可能反映基層診所在執行相關計畫時，面臨人力配置上的挑戰。
- 健保署於113年推動「大家醫計畫」，整合既有品質績效量測系統及多項論質計酬試辦計畫。預期透過此模式，將能強化醫病連結，提升照護可近性與品質，讓更多需要的病患獲得妥適且持續的照護。

121



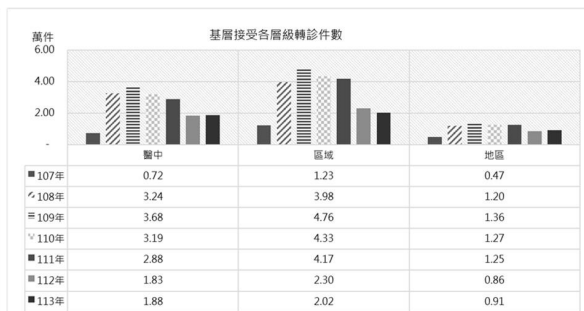
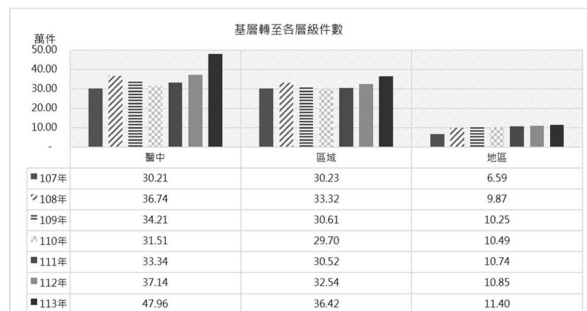
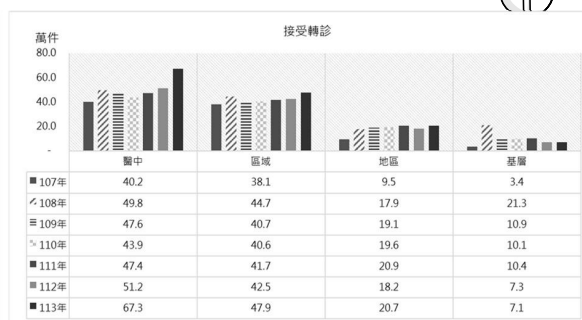
12

轉診合作機制及 轉診型態

122

基層轉診概況-1

※轉診件數
分布
基層轉出件
數達80萬件
以上



※基層轉診
流向
基層接受醫
院轉診約4.8
萬件，占轉
出件數5%。

123

基層轉診概況-2

基層接受轉診率			基層接受慢性病 病人轉診率		慢性病病人轉診 照護情形	
指標值	指標情形		指標值	指標情形	指標值	指標情形
109年	34.16%	+4.06%	33.81%	+4.61%	26.07%	+16.28%
110年	34.11%	-0.05%	36.26%	+2.45%	23.16%	-2.91%
111年	33.57%	-0.54%	36.88%	+0.62%	29.01%	+5.85%
112年	32.71%	-0.86%	37.09%	+0.21%	17.63%	-11.38%
113年	30.91%	-1.80%	35.14%	-1.95%	27.91%	10.28%

基層接受轉診前五項疾病之轉診率		基層接受慢性病前五項之轉診率	
糖尿病	80.94%	糖尿病	87.40%
頸椎病變	63.32%	高血壓性疾病	80.70%
食道、胃及十二指腸之疾病	49.95%	食道、胃及十二指腸之疾病	87.12%
脊椎病變	47.13%	急性腎衰竭及慢性腎臟疾病	40.09%
高血壓性疾病	90.79%	甲狀腺疾患	55.65%

註：以接受轉診件數排序，取前五項疾病

- 慢性接受轉診之疾病別，多為糖尿病、高血壓。
- 基層在慢性病照護上，發揮出「厝邊好醫生 社區好照顧」之效果。

124

轉診回復率與滿意度

※醫院回復率約在10.70~21.99%，期望能**提高回復率**，將穩定個案留在基層照護。

轉診回復率-基層上轉至醫院後，
醫院回復比率

轉診回復率-醫院下轉至基層後，
基層回復比率

基層接受轉診病人之跨表比率

	指標值	指標情形	指標值	指標情形	指標值	指標情形
111年	21.99%	-0.80%	9.25%	+0.97%	1.1%	+1.1%
112年	10.70%	-11.29%	42.14%	+32.89%	1.5%	+0.4%
113年	13.27%	+2.57%	30.84%	-11.30%	1.4%	-0.1%

※轉診品質指標「轉診服務滿意度」皆達80%以上。

	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年
總樣本數	1,026	1,030	1,116	1,326	2,380	2,336	1,958
有轉診經驗	166	188	213	191	382	274	170
肯定態度(%)	91.6%	87.5%	81.2%	93.1	91.9%	82.1%	84.8%
肯定態度(人)	152	165	173	178	351	225	144

125

鼓勵院所建立轉診之合作機制預算執行情形

113年預算執行率達62.3%

單位：百萬元

西醫基層	Q1	Q2	Q3	Q4	合計	預算	執行率
109年	32.0	35.9	40.6	39.6	148.2	258	57.4%
110年	36.4	31.6	30.8	44.7	143.5	258	55.6%
111年	35.4	32.1	37.5	37.6	142.7	258	55.3%
112年	36.1	35.8	46.5	39.8	158.1	258	61.3%
113年	38.1	42.1	41.0	39.5	160.8	258	62.3%

資料來源：健保署西醫基層總額研商議事會議-每季點值結算報告

126

基層總額轉診型態調整費用預算執行情形

112年預算執行率較111年提升

單位：百萬元

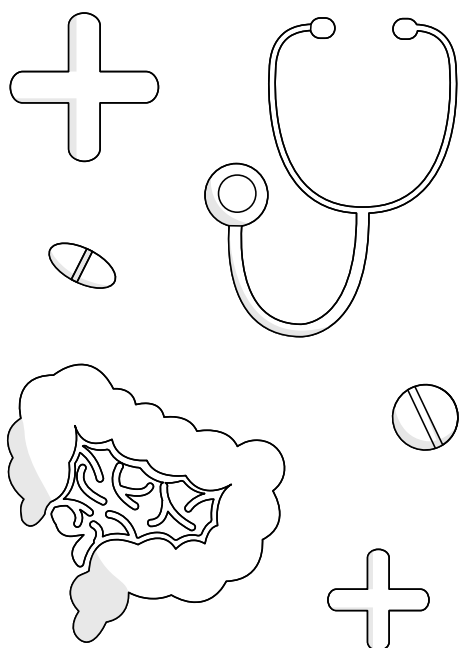
	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	預算	執行率
107年	4.91	21.51	11.91	16.32	6.40	1.50	62.56	1,346	4.6%
108年	249.18	218.19	218.87	183.60	146.31	25.93	1,042.1	1,346	77.4%
109年	326.90	222.29	234.55	207.02	188.44	27.33	1,206.5	1,000	120.7%
110年	382.85	210.93	237.19	219.11	189.35	27.83	1,267.3	1,000	126.7%
111年	131.52	94.70	101.53	120.29	84.32	8.98	541.35	800	67.7%
112年	144.40	100.70	106.69	119.92	84.77	11.70	568.19	800	71.0%
113年	148.00	97.30	110.98	112.06	85.86	10.38	564.59	800	70.6%

註1：資料來源：健保署西醫基層總額研商議事會議-每季點值結算報告

註2：本項預算111年起限定其餘預算用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」



127



13

精神科長效針劑 藥費

128

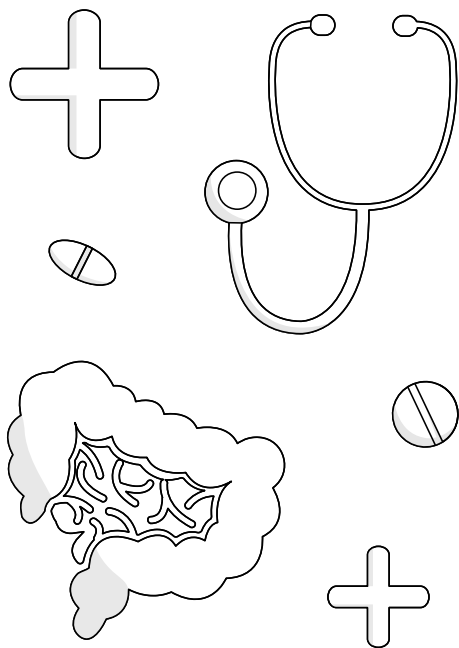
113年精神科長效針劑藥費執行概況

111年起本項經費自一般服務移至專款，得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

項目 \ 年度	111	112	113
預算數(百萬元)	100.0	100.0	100.0
執行數(百萬元)	18.9	30.9	43.0
預算執行率	18.9%	30.9%	43.0%
使用長效針劑個案數	1,297	1,561	1,887

精神科長效針劑是治療精神疾病的新選擇，它或許能有效提高服藥順從性，穩定病情，減少復發風險。讓社會大眾正確認識長效針劑的優點和作用，不應將打針與病情惡化畫上等號，是推動精神科長效針劑的挑戰。透過醫師專業評估，選擇適合的治療方式，才能有效控制病情，提升生活品質。

129



14

慢性傳染病照護 品質計畫

130

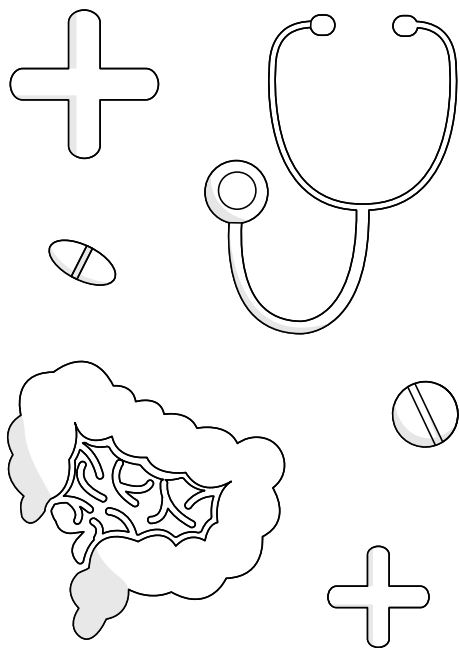
慢性病傳染病照護品質計畫執行概況

114年度改由疾管署公務預算支應

年度	113年
預算數(百萬元)	20
預算執行數(百萬元)	18.29
預算執行率	91.5%
全國基層參與計畫診所數	潛伏結核感染治療品質支付服務計畫 91
	愛滋照護管理品質支付計畫 2
	長照機構加強型結核病防治計畫 4
收案人數(A)	潛伏結核感染治療品質支付服務計畫 3,196
	愛滋照護管理品質支付計畫 190
	長照機構加強型結核病防治計畫 2,841

計畫名稱	指標項目	113年
【子計畫一】 潛伏結核感染治療品質支付服務計畫	潛伏結核感染治療品質支付服務計畫加入率	94%
	潛伏結核感染治療個案完成治療比率	87%
【子計畫二】 愛滋照護管理品質支付計畫	感染者有服藥之比率	100%
	服藥之感染者病毒量檢測不到之比率	90%
【子計畫三】 長照機構加強型結核病防治計畫	照護機構之潛伏結核感染(LTBI)檢驗陽性符合LTBI治療者加入治療率	67%
	照護機構之潛伏結核感染(LTBI)完成治療率	87%

131



15

促進醫療服務診療項目支付衡平性

132

112-113年預算使用情形

	112年	113年
預算數(百萬元)	1000	1000
預算執行數(百萬元)	26.05	尚無結算數
預算執行率(%)	26.05%	尚無結算數
各項目申報數(百萬元)		
--145項基層診療項目點數調整與醫院相同	11.76	192.37
--26項配合醫療器材使用規範調整之診療項目	11.13	34.34
--藥事服務費之兒童加成規範 ^註	-	30.0
--113年度全民健康保險基層診所照護獎勵方案 ^註	-	476.33

註：為113年新增項目。

- 112年相關診療項目調整，延續至113年，包括「145項基層診療項目點數調整與醫院相同」、「26項配合醫療器材使用規範調整之診療項目」等。
- 113年基層院所及特約藥局藥師調配相同處方箋藥品，僅特約藥局得申報兒童加成，爰基層藥事服務費未滿7歲兒童，得依表定點數加成20~60%。
- 113年新增項目：113年度全民健康保險基層診所照護獎勵方案

133

113年度全民健康保險基層診所照護獎勵方案

一、獎勵方案內容：

(一)目的：反映基層人員投入心力，診所各項成本增加，及鼓勵偏遠地區診所提供醫療服務。

(二)實施期間：113年7月1日至113年12月31日。

(三)資格條件：依衛生福利部公告113年度「全民健康保險投保金額分級表」，診所任一人員113年任一月份投保金額須較112年12月薪資調升幅度增加一投保等級或診所人員均已達本保險最高投保金額(排除符合113年護理獎理方案資格之人員)。

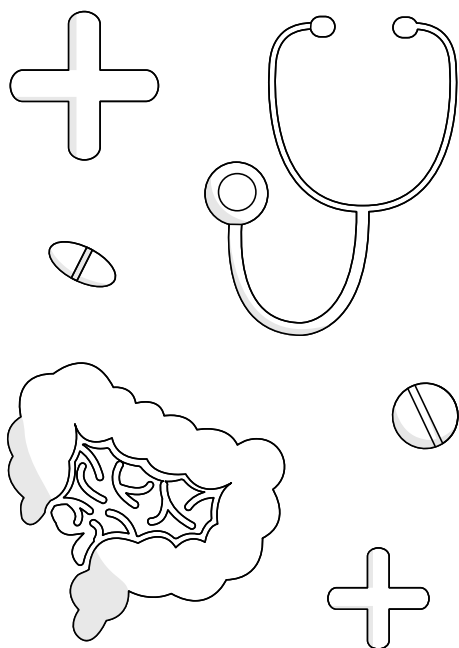
(四)獎勵方式(依該診所申報1至30人次門診診察費之案件計算加成獎勵)：

1.一般地區：每件加成2.5%。

2.偏遠地區：每件加成5%。

二、執行成果：共核發8,104家診所，計4.763億元

134



16

癌症治療品質改善計畫

135

113年計畫服務內容及執行概況

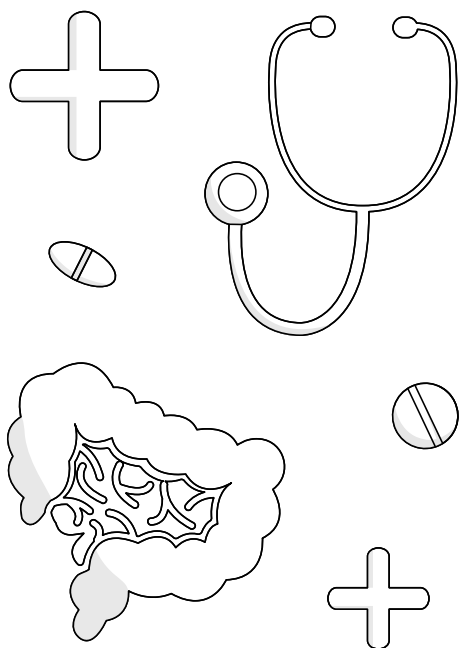
114年度改由國健署公務預算支應

■ 計畫內容：

- 「**篩檢結果為疑似異常個案之追蹤管理**」由原篩檢醫事服務機構執行，針對前述篩檢結果疑似異常之個案進行健康指導、疾病管理進程說明、檢查之準備與注意事項等衛教，並與個案溝通就醫意向，協助將個案透過健保電子轉診平台轉介之適當醫療院所進行後續確立診斷及治療。
- 「**提升癌症診斷品質管理**」則由接受轉診之醫事服務機構執行，為提高個案就醫可近性，應設置就醫綠色通道，服務內容包含協助轉診個案安排門診、評估指導、疾病管理進程說明、病人知悉同意、各項檢查注意事項及排程，篩檢完成後上傳報告並通知原篩檢醫事服務機構診斷結果，以確立診斷。

年度		113年
預算數(百萬元)		93
預算執行數(百萬元)		3.6
預算執行率		3.9%
全國基層參與計畫診所數		445
收案人數(A)	大腸癌	26,413
	口腔癌	13,722
	子宮頸癌	4,141
	乳癌	10,168
陽性個案追蹤完成數(B)	大腸癌	20,621
	口腔癌	8,410
	子宮頸癌	3,492
	乳癌	9,529
陽性個案追蹤率(A/B)	大腸癌	78.07%
	口腔癌	61.29%
	子宮頸癌	84.33%
	乳癌	93.72%

總預算	追蹤管理費	診斷品質管理費	點值
93	1.9	1.7	1



17

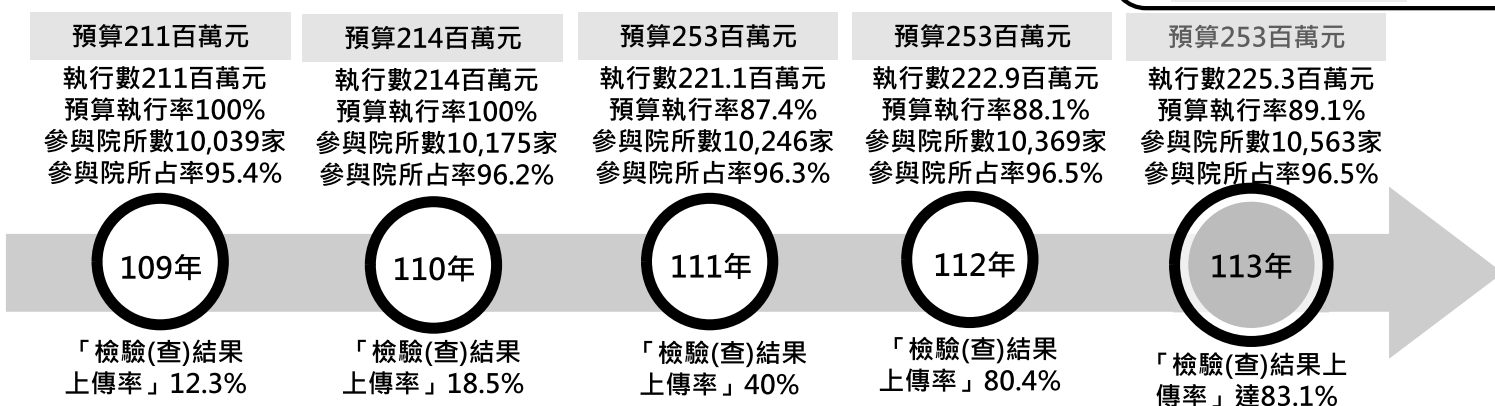
網路頻寬補助費用

137

獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用

113年西醫基層配合執行情形

- 蒐集瞭解診所上傳資料之困難及問題，亦多次邀請各資訊廠商共同研議解決方案
- 113年「驗(查)結果上傳率」已大幅上升至83.1%



本項專款協定事項：請中央健保署確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式

- ◆ 為醫療資訊安全，上傳至健保署VPN資料，須要另外透過單獨(非家用)的網路線路上傳，已額外增加醫療機構服務成本，配合資訊政策，加遽網路頻寬速度升級需求
- ◆ 疫情期間，醫療院所靠著網路頻寬升級後提供的即時病患防疫資訊查詢及管制，成功防疫及完整照護病患，非常需要「網路頻寬補助」繼續強化醫療院所網路
- ◆ 考量醫事機構與健保資料及政策推廣之緊密性，及數據傳輸之便利性，且資訊化政策是主管機關持續推動的重點項目，建議應維持本項專款編列
- ◆ 114年本項專款費用已改由公務預算支應

138

