

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
(健保署-整體及跨部門執行成果)

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

參、健保署及各總額部門執行成果報告

一、健保署(含整體及跨部門預算) 3

註：會議手冊及各總額部門執行成果報告電子檔，請至衛生福利部網站下載。

下載路徑：

衛生福利部首頁/本部各單位及所屬機關/全民健康保險會/公告及重要工作
成果/總額評核會議資料及評核結果/全民健康保險各部門總額評核會報告
投影片/114年全民健康保險各部門總額評核會報告投影片

參、健保署執行成果報告 (含整體及跨部門預算)



113年各總額部門(含門診透析) 一般服務執行成果報告

衛生福利部中央健康保險署
114年7月14日



大綱

- 1 各總額部門執行概況
- 2 醫療品質監測情形
- 3 113年度健保署重要推動事項
- 4 未來展望與持續改進方向

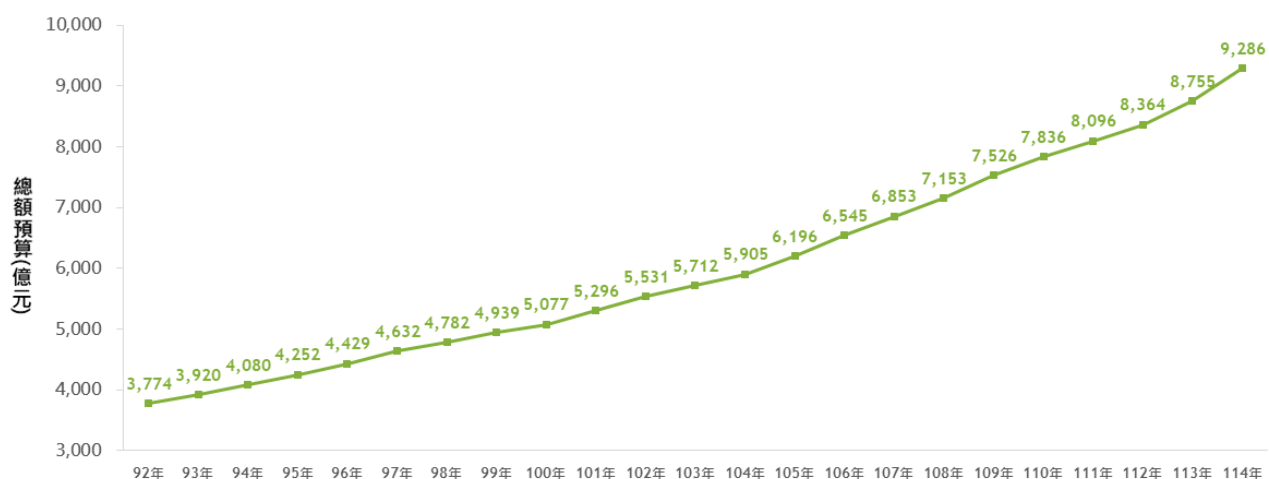
各總額部門執行概況

- 1 健保總額整體配置
- 2 各部門執行情形呈現
- 3 113年度新增/修訂支付標準
- 4 113年度新醫療科技導入



整體配置：總額開辦後之歷年協定預算

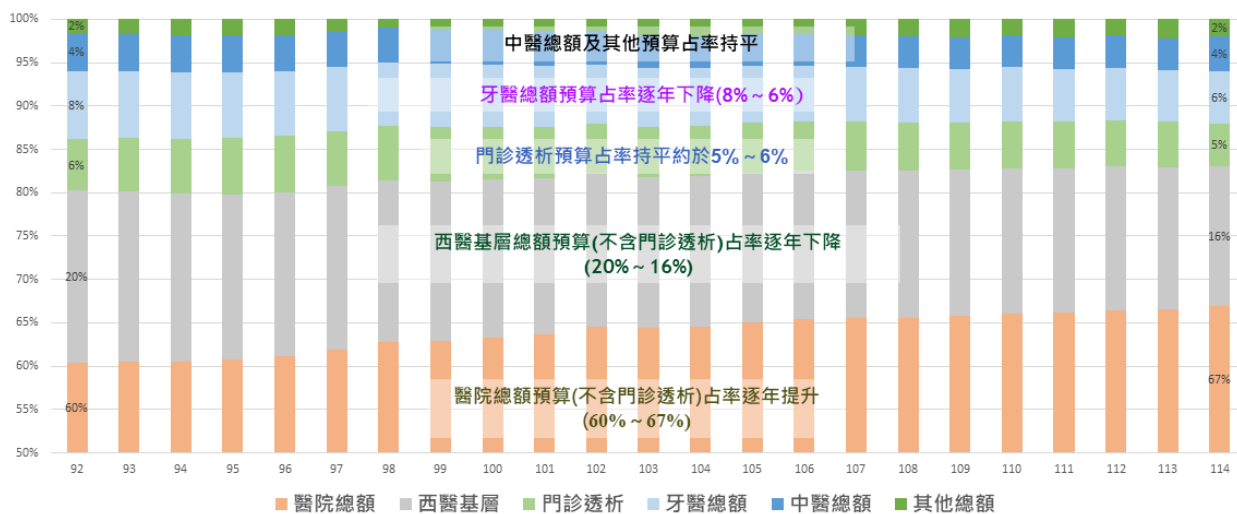
113年總額預算達9,286億元，較92年總額預算成長2.46倍。





整體配置： 92-114年各總額部門之預算占率

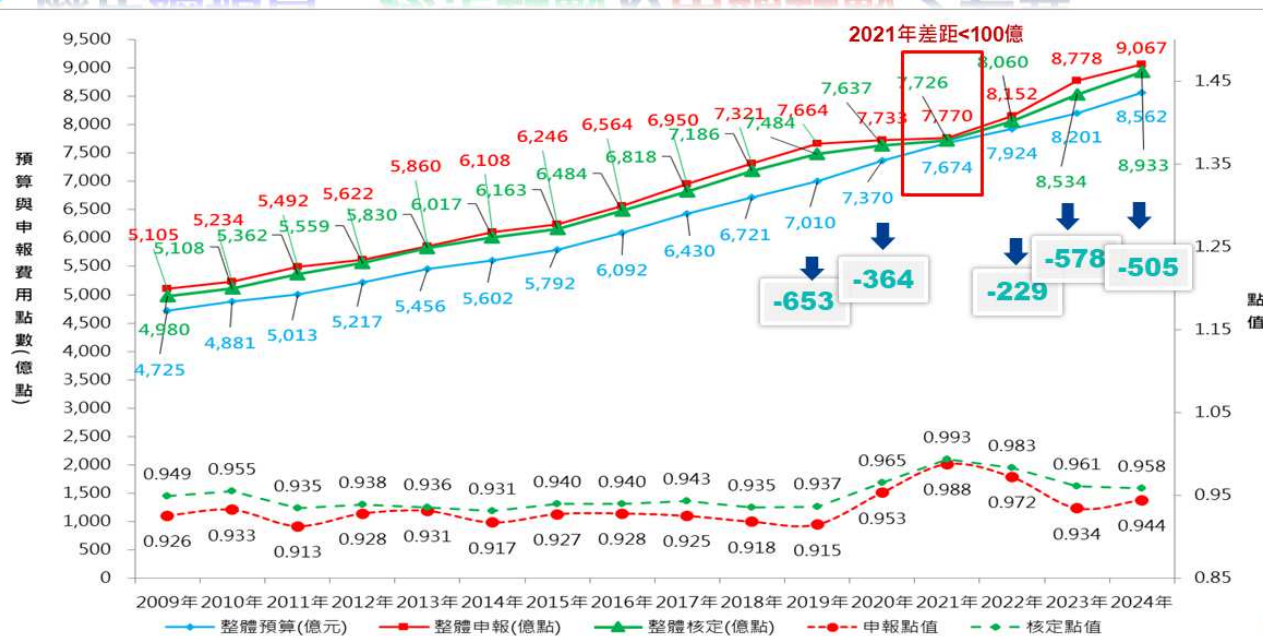
醫院總額預算占率逐年提升，西醫基層、牙醫逐年下降



5



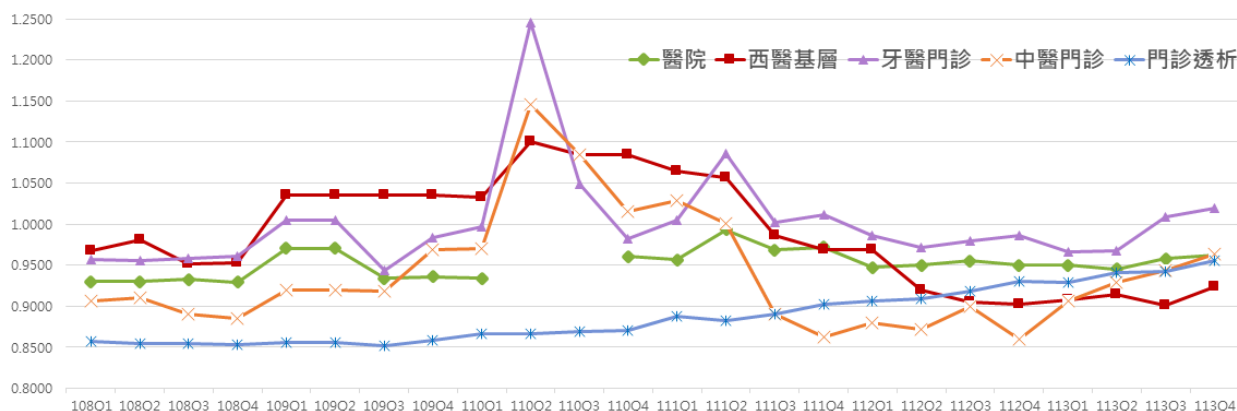
歷年總預算、核定點數及申報點數之差異



6



各總額部門一般服務平均點值趨勢



- ◆ 疫情前(108年以前)：各部門點值較為集中且尚稱穩定。
- ◆ 疫情時期(109及110年)：109及110年因受疫情影響，民眾減少非必要就醫，各部門平均點值均於0.9以上(醫院總額110Q2、Q3因結算方式改變，故無一般服務點值)，門診透析則不受影響，維持在0.9。
- ◆ 後疫情時期(111-113年)：受民眾就醫習慣改變及COVID-19費用改由健保總額支應影響，111、112年點值低於疫情前，113年則在各界的努力下，點值則有所回升，其中醫院、牙醫、中醫及透析之平均點值已高於疫情之前。

7



各部門執行情形呈現：醫院總額(門診)

醫院門診：就醫人數與醫療費用趨勢



醫院門診：平均每人所需醫療費用



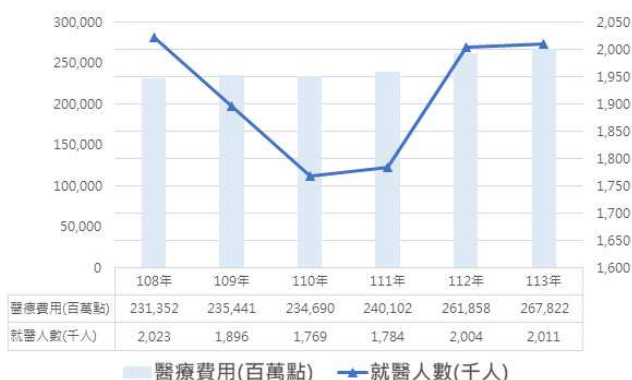
- ◆ 受疫情影響，醫療費用和就醫人數顯示出波動，但整體呈現上升趨勢。108年到113年期間，醫療費用從3,095.24億點增加到3,537.34億點，而就醫人數從1,351萬人增加到1,387萬人。
- ◆ 經年齡、性別校正後，平均每人醫療費用有所減少，顯示人口結構的改變存在一定程度的影響。

8



各部門執行情形呈現：醫院總額(住診)

醫院住診：就醫人數與醫療費用趨勢



醫院住診：平均每人所需醫療費用



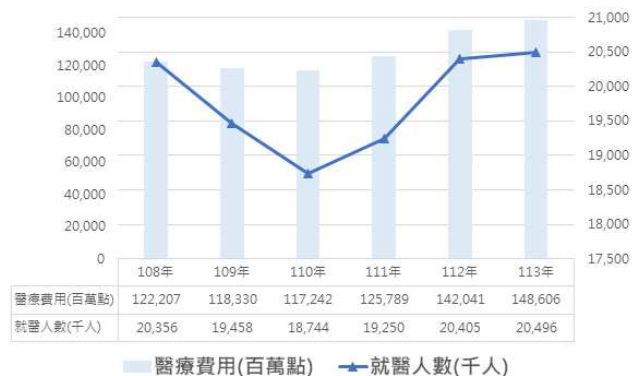
- ◆ 受疫情影響，醫療費用和就醫人數顯示出波動，108年到113年期間，醫療費用從2,314億點增加到2,678億點，呈現上升趨勢，而就醫人數從202萬人減少為到201萬人，小幅減少。
- ◆ 經年齡、性別校正後，平均每人醫療費用有所減少，顯示人口結構的改變存在一定程度的影響。

9



各部門執行情形呈現：西醫基層總額

西醫基層：就醫人數與醫療費用趨勢



西醫基層：平均每人所需醫療費用



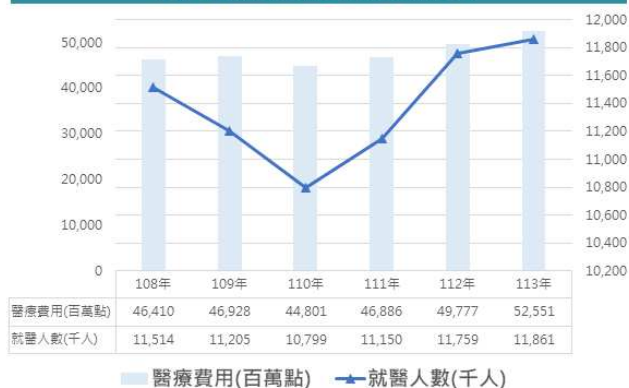
- ◆ 受疫情影響，醫療費用和就醫人數顯示出波動，但整體呈現上升趨勢。108年到113年期間，醫療費用從1,222億點增加到1,486億點，而就醫人數從2,036萬人增加為到2,050萬人。
- ◆ 經年齡、性別校正後，平均每人醫療費用有所減少，顯示人口結構的改變存在一定程度的影響。

10



各部門執行情形呈現：牙醫門診總額

牙醫：就醫人數與醫療費用趨勢



牙醫：平均每人所需醫療費用



備註：

1. 以民國100年就醫人數之年齡、性別結構進行校正
2. 平均每人所需醫療費用=醫療點數/就醫人數

- ◆ 受疫情影響，醫療費用和就醫人數顯示出波動，但整體呈現上升趨勢。108年到113年期間，醫療費用從464億點增加到526億點，而就醫人數從1,151萬人增加到1,186萬人。
- ◆ 經年齡、性別校正後，平均每人醫療費用有所減少，顯示人口結構的改變存在一定程度的影響。

11



各部門執行情形呈現：中醫門診總額

中醫：就醫人數與醫療費用趨勢



中醫：平均每人所需醫療費用



備註：

1. 以民國100年就醫人數之年齡、性別結構進行校正
2. 平均每人所需醫療費用=醫療點數/就醫人數

- ◆ 受疫情影響，醫療費用和就醫人數顯示出波動，108年到113年期間，醫療費用從285億點增加到343億點，呈現上升趨勢，而就醫人數從650萬人減少為638萬人，小幅減少。
- ◆ 經年齡、性別校正後，平均每人醫療費用有所減少，顯示人口結構的改變存在一定程度的影響。

12

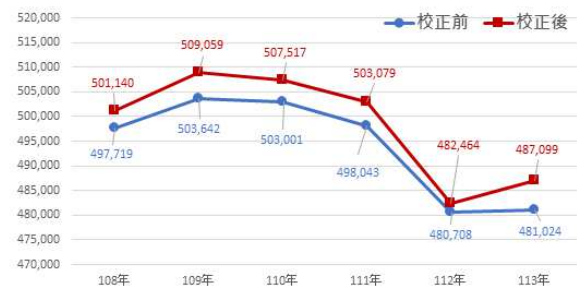


各部門執行情形呈現：透析特別預算

透析：就醫人數與醫療費用趨勢



透析：平均每人所需醫療費用



備註：

- 1.以民國100年就醫人數之年齡、性別結構進行校正
- 2.平均每人所需醫療費用=醫療點數/就醫人數

- ◆ 因透析服務為剛性需求，透析特別預算未受疫情影響。108年到113年期間，醫療費用從461億點增加到486億點，而就醫人數從9.3萬人增加為到10.1萬人，整體呈現上升趨勢，且而經年齡、性別校正後的平均每人醫療費用略高於校正前。
- ◆ 112年起推動「鼓勵推動腹膜透析計畫」，提供不同治療方式的選擇，提升腎友生活品質，也讓112、113年平均每人的醫療費用有顯著的減少。

13



113年度新增/修訂支付標準

章節	細項	增修項目數	推估全年預算 (百萬)	113年實際淨增加 (百萬)
基本診療章	預立醫療照護諮商費	2	178.7	0.3
檢查	檢查	15	21.1	0.1
	NGS檢測	11	301.8	26.4
	單基因檢測	15	111.4	9.3
放射線診療		9	98.5	18.4
注射		1	2.2	0.0
精神醫療治療費		3	2.9	0.0
治療處置		13	23.9	32.0
手術	手術	15	70.7	43.7
	機械手臂輔助手術	113	285.3	84.6
總計(醫院+西基)		197	1096.5	214.8

*113年新增修訂項目有78項於114年生效，爰部分項目113年無申報資料。

14

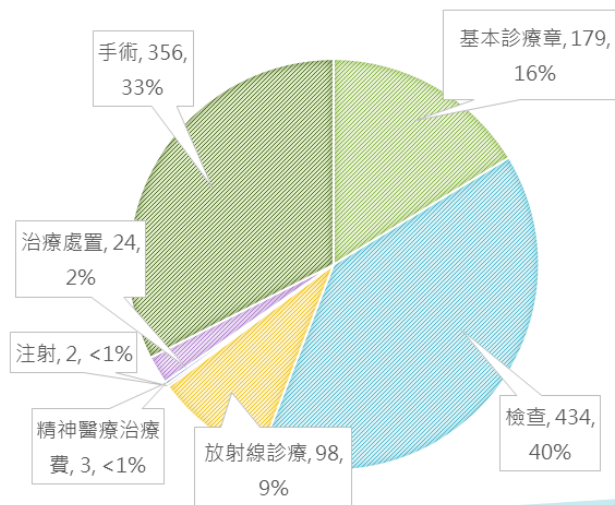
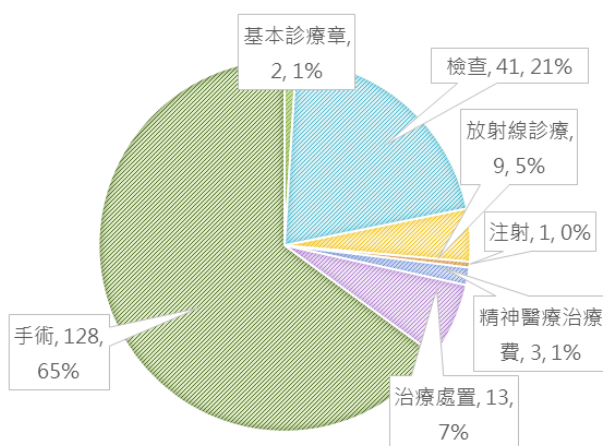


113年度新增/修訂支付標準

113年醫院總額新醫療科技預算**11億元**，增修診療項目計**197項**

增修項目數(數量/占率)

推估預算(百萬/占率)



15



113年度新增/修訂支付標準

109年~113年醫院總額新醫療科技診療項目之品項數及申報情形(5年累計)

預算年度	申報年度	新醫療科技預算項目數 X1	非新醫療科技預算項目數 X2 (含通則)	預算年度不分預算修訂項目數 X=X1+X2	預算編列數 A	新增診療項目推估增加預算	109年~113年新醫療科技診療項目新增修訂項申報情形（百萬點）															
							一般服務成長率 B	109年		110年		111年		112年		113年		合計				
預算編列數	預算編列數 E= ①D*(1+B) ②A*(1+B)	實際申報數	預算編列數 F= ①E*(1+B) ②A*(1+B)	實際申報數	預算編列數 G= ①F*(1+B) ②A*(1+B)	實際申報數	預算編列數 H= ①G*(1+B) ②A*(1+B)	實際申報數	預算編列數 I= ①H*(1+B) ②A*(1+B)	實際申報數	預算編列數	實際申報數	預算編列數	實際申報數								
109年新增暨修訂項	44		44	450.00	397.79	5.471%	450.00	61.04	472.71	②	214.78	487.12	①	361.38	502.19	①	657.66	529.24	①	370.34	2441.27	1665.19
110年新增暨修訂項	151		151	450.00	447.53	5.047%			450.00		114.43	463.72	②	909.83	478.06	①	1163.53	503.82	①	1122.58	1895.60	3310.37
111年新增暨修訂項	50	3	53	273.60	273.51	3.049%						273.60		61.28	282.06	②	117.43	297.26	①	124.94	852.92	303.64
112年新增暨修訂項	174	2	176	632.00	622.87	3.092%									632.00		188.04	666.05	②	559.91	1298.05	747.95
113年新增暨修訂項	197	3	200	1100.00	1092.86	5.388%											1100.00			210.90	1100.00	210.90
合計	639	8	447	3405.60	3221.69			977.36	299.52	1476.68	527.21	1795.31	1545.68	2482.82	2392.98	3716.59	2501.18	10948.75	7340.32			

資料來源：健保署四代倉儲(113.08.05擷取)

16



歷年新醫療科技預算

項目 \ 年	109年	110年	111年	112年	113年
醫院					
成長率	0.723%	0.767%	0.616%	0.616%	0.875%
增加金額(億元)	31.86	35.62	30.0	30.78	44.63
西醫基層					
成長率	0.086%	0.158%	0.242%	0.156%	0.157%
增加金額(億元)	1.0	1.9	3.0	1.96	2.0

17



新醫療科技-新藥(113年收載29項)

- ◆ **第1類新藥：**
與現行最佳常用藥品之藥品 - 藥品直接比較 (head-to-head comparison) 或臨床試驗文獻間接比較 (indirect comparison)，顯示臨床療效有明顯改善之突破創新新藥。倘該藥品為有效治療特定疾病之第一個建議收載新藥，而無現有最佳治療藥品可供比較，則可用該疾病現行標準治療（如：外科手術、支持性療法等）做為療效比較之對象；前述臨床療效包含減少危險副作用。
- ◆ **第2A類新藥：**與現行最佳常用藥品比較，顯示臨床價值有中等程度改善 (moderate improvement) 之新藥。
- ◆ **第2B類新藥：**臨床價值相近於已收載核價參考品之新藥。

註：依據全民健康保險藥物給付項目及支付標準第14條規定

18



新醫療科技-新藥(113年收載29項)

- **第1類新藥**：**共0項**。
- **第2A類新藥**：**共23項**，用於治療乳癌、乾癬性關節炎、黑色素瘤、泌尿道上皮癌、氣喘、多發性骨髓瘤、早產兒呼吸窘迫症候群、紅斑性狼瘡、巨細胞病毒感染...等。
- **第2B類新藥**：**共6項**，用於治療黃斑部退化病變、多發性骨髓瘤、克隆氏症、多關節型兒童特發性關節炎、注意力缺損/過動症(ADHD)...等。

19



新醫療科技-新藥

● 109-113年收載新藥之品項數

收載年度	新藥類別/品項數			合計
	第1類	第2A類	第2B類	
109	9	25	11	45
110	0	21	18	39
111	3	9	15	27
112	2	10	16	28
113	0	23	6	29
合計	14	88	66	168

*本表所指新藥為109至113年收載，且符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準第十四條第一項，並經全民健康保險藥物共同擬訂會議同意納入收載之藥品，且不含專款藥品(罕見疾病用藥、血友病用藥、後天免疫缺乏症候群治療藥品、C肝用藥精神科、長效針劑藥費及暫時性支付藥品)及代辦品項(戒菸、流感疫苗及流感抗病毒藥物)。

20



新醫療科技-新特材

◆ 109-113年收載新特材之品項數

收載年度	創新功能	功能改善	總計
109	33	8	41
110	49	61	110
111	91	22	113
112	47	39	86
113	32	93	125
合計	252	223	475

21

醫療品質監測

- 1 醫療品質公開辦法
- 2 品質保證保留款
- 3 各部門醫療品質指標
-結構面- -過程面- -結果面-
- 3 滿意度調查



醫療品質資訊公開項數及辦理情形

指標性質/ 項數	醫院 總額	西醫 基層	牙醫 總額	中醫 總額	透析 總額	特約 藥局	疾病別(細 項如下表)	合計
1.整體性指標	39	29	15	7	33	0		123
2.機構別指標	40	31	20	8	18	1	58	176
合計	79	60	35	15	51	1	58	299

疾病 別	糖尿 病	人工膝 關節手 術	子宮肌 瘤手術	消化 性潰 瘍	氣喘 疾病	急性心 肌梗塞	鼻竇 炎	腦中 風	慢性 腎臟 病	人工髖 關節手 術	肺炎	慢性阻 塞性肺 病	合計
項數	5	3	4	2	5	20	5	3	4	3	3	1	58

- ◆ 按季、按年公開各總額整體性醫療服務品質資訊，目前已公開至113年第4季季報及112年年報。
- ◆ 按季公開各醫療院所醫療服務品質資訊，目前已公開至113年第4季。
- ◆ 截至114年6月30日，專區上網瀏覽累積達829萬人次。

23



醫院總額品質保證保留款實施方案

112、113年

層級別	1.基本獎勵占比	2.指標獎勵占比
醫學中心	10%	90% ◆ 112年：19項指標，達成項數最高以12項計算。 ◆ 113年：20項指標，達成項數最高以12項計算。
區域醫院	15%	85% ◆ 112年：21項指標，公式一(55%)，達成項數最高以10項計算；公式二(30%)，達成項數最高以11項計算。 ◆ 113年：21項指標，公式一(55%)，達成項數最高以10項計算；公式二(30%)，達成項數最高以11項計算。
地區醫院	60%	40% ◆ 112年：22項指標；診療科別為5科(含)以上且病床數達200床者，達成項數最高以10項計算；其餘最高以6項計算。 ◆ 113年：23項指標；診療科別為5科(含)以上且病床數達200床者，達成項數最高以10項計算；其餘最高以6項計算。

24



西醫基層總額品質保證保留款實施方案

項次	指標項目	指標		年度權重(%)	
		112年	113年	112年	113年
1	診所月平均門診申復核減率	V	V	20	20
2	診所之每位病人年平均就診次數	V	V	20	20
3	個案重複就診率	V	V	20	20
4	健保卡處方登錄差異率	V	V	20	20
5	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率	V	V	20	20
6	藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率	V	V	2	2
7	藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率	V	V	2	2
8	藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率	V	V	2	2
9	糖尿病病患糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycatedalbumin)執行率	V	V	5	5
10	初期慢性腎臟病eGFR執行率	V	V	2	2
11	檢驗(查)結果上傳率	V	V	2	2
權重合計				最高100%	最高100%

前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數大於80%，則依權重和由高至低排序，取前80%之診所核發品質保證保留款。

25



牙醫總額品質保證保留款實施方案

核發項目	年度適用層級別	112年		113年	
		醫院	基層	醫院	基層
政策指標	1. 65歲(含)以上老人恆牙牙冠2年內自家再補率	20%	20%	15%	15%
	2. 4歲以上自家乳牙545天再補率	20%	20%	15%	15%
	3. 恆牙根管治療	20%	20%	20%	20%
	4. 全口牙結石清除	10%	10%	20%	20%
專業獎勵	1. 牙周病顧本計畫	3%	3%	3%	3%
	2. 牙周病統合照護品質	5%	5%	5%	5%
	3. 口腔癌篩檢	10%	-	10%	-
	4. 每月完成門診時間網路登錄且週日或國定假日有提供牙醫醫療服務	-	3%	-	3%
	5.月平均初核核減率	-	5%	-	5%
	6.特殊醫療服務計畫	2%	4%	2%	4%
	7.高風險疾病患者照護(113年刪除)	10%	10%	-	-
	7.氟化物治療(113年新增)	-	-	10%	10%
獎勵合計	8.口腔癌篩檢、戒菸治療服務	-	2%	-	2%
核算基礎小計		100%	102%	100%	102%

◆ 上述三項獎勵項目之核算基礎總計以100%為上限

26



中醫總額品質保證保留款實施方案

核發原則/ 核算基礎	指標項目	年度(加計權重%)	
		112年	113年
政策獎勵	1.於中醫資源不足地區改善方案列示無中醫地區新開業	+100%	+100%
	2.從事教學研究且績效卓著之中醫院所	+10%	+10%
	3.鼓勵當年度週日開診超過30天(45天)者	+10%	+10%
	4.中醫門診特約醫事服務機構查詢健保雲端藥歷系統，查詢率>20%者，依核算基礎(A)加計5%	(+20%)	(+20%)
	5.參加即時查詢病患就醫資訊方案，依核算基礎(A)加計5%	+5%	+5%
	6.每月完成門診時間網路登錄VPN	+10%	+10%
核發原則/ 核算基礎	指標項目	年度(減計權重%)	
		112年	113年
專業獎勵	1.中醫師未依全聯會修滿繼續教育點數(每年20點)	申報點數不列入核算基礎	
	2.同院所同患者同月就診8次以上超過80百分位	-20%	-20%
	3.同日重複就診率超過80百分位	-10%	-10%
	4.7日內處方用藥日數重複2日以上之比率超過80百分位	-10%	-10%
	5.中醫門診院所當年度申報中醫一般案件、中醫慢性病、中醫慢性病連續處方調劑及過敏性鼻炎照護計畫，屬慢性病給藥七天以上之件數占率為3%以下者	-10%	-10%

註：106年起各院所參與品保款之核算基礎為其中報費用之60%。

27



慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫

指標項目	血液透析		腹膜透析	
	目標值	配分	目標值	配分
1.血清白蛋白(Albumin \geq 3.5gm/dl(BCG3.0gm/dl(BCP)	受檢率 \geq 95%且合格率 \geq 75%	每季4分 (共16分)	受檢率 \geq 95%且合格率 \geq 70%	每季4分 (共16分)
2-1.URR \geq 65%	受檢率 \geq 95%且合格率 \geq 95%	每季4分 (共16分)	--	--
2-2.WeeklyKtV \geq 1.7	--	--	受檢率 \geq 95%且合格率 \geq 70%	每半年8分 (共16分)
3.Hb $>$ 8.5g/dL	受檢率 \geq 95%且合格率 \geq 90%	每季4分 (共16分)	受檢率 \geq 95%且合格率 \geq 80%	每季4分 (共16分)
4.鈣磷乘積小於60mg ² /dL ²	受檢率 \geq 95%且合格率 \geq 80%	每半年8分 (共16分)	受檢率 \geq 95%且合格率 \geq 75%	每半年8分 (共16分)
5.B型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率	(A)平均每月透析病人數50人以上之院所：受檢率 \geq 90%且轉陽率 \leq 2.0% (B)平均每月透析病人數50人(含)以下之院所：受檢率 \geq 90%且轉陽率 \leq 3.5%	8分(年)	受檢率 \geq 90%	8分(年)
6.C型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率	(A)平均每月透析病人數50人以上之院所：受檢率 \geq 90%且轉陽率 \leq 2.0% (B)平均每月透析病人數50人(含)以下之院所：受檢率 \geq 90%且轉陽率 \leq 3.5%	8分(年)	受檢率 \geq 90%	8分(年)
7.建立對新病人透析治療模式選擇之充分告知機制	100%	10分(年)	100%	10分(年)
8.55歲以下透析病人移植登錄率	移植登錄率 \geq 5%	10分(年)	移植登錄率 \geq 5%	10分(年)
9.Anti-HCV陽性慢性透析病人HCV RNA檢查率	檢查率 \geq 85%	加分項目 4分(年)		
10.HCV RNA陽性慢性透析病人抗病毒藥物治療率	治療率 \geq 80%	加分項目 4分(年)		

28



113年品保方案核發情形(1/2)

項目	112年						113年初步結算					
	預算 百萬元	核發			不核發		預算百 萬元	核發			不核發	
		家數	金額百萬元	家數占率	不核發分 數	家數		家數	金額百萬元	家數占率	不核發分 數	家數
醫院	1,364	465	1,364	99.6%	-	2	890	463	890	99.6%	-	2
西醫基層	229.5	7,886	229.5	71.3%	-	3,175	231.4	8,057	231.4	72.7%	-	3,021
中醫	49.1	3,063	49.1	72.7%	-	1,150	80.1	3,191	80.1	74.4%	-	1,099
牙醫	210	6,460	210	89%	-	790	164.2	7,296	164.2	89.1%	-	787
透析	45	549	42	73%	<70或無 指標分數	203	45	549	42	73%	<70或無 指標分數	196
腹膜透析		72	3	60%		48		72	3	60%		40

醫院總額核發情形之分布

年度	層級	家數	符合核發醫院									不核發 家數	
			基本獎勵						指標獎勵				
			參與學會指標計畫			地區醫院品質精進獎勵(註2)							
核發 家數	金額 百萬元	家數 占率	核發 家數	金額 百萬元	家數 占率	核發 家數	金額 百萬元	家數 占率					
112年	醫學中心	19	19	57	100.0%	-	-	-	19	515	100.0%	0	
	區域醫院	82	82	79	100.0%	-	-	-	82	446	100.0%	0	
	地區醫院	第一組	51	50	45	98.0%	46	51	90.2%	51	57	100.0%	0
	第二組		315	222	35	70.5%	139	29	44.1%	313	50	99.4%	2
	合計	467	373	216	79.9%	185	80	50.5%	465	1,068	99.6%	2	
113年 初步結算	醫學中心	22	22	40	100.0%	-	-	-	22	362	100.0%	0	
	區域醫院	83	82	50	98.8%	-	-	-	83	283	100.0%	0	
	地區醫院	第一組	47	45	24	95.7%	44	25	93.6%	47	30	100.0%	0
	第二組		313	220	23	70.3%	169	21	54.0%	311	32	99.4%	2
	合計	465	369	137	79.4%	213	47	59.2%	463	707	99.6%	2	

29



113年品保方案核發情形(2/2)

西醫基層、牙醫、中醫、門診透析核發家數之分布

年度		59分(或百分位)以下			60-69分(或百分位)			70-79分(或百分位)		
		家數	金額百萬元	家數占率	家數	金額百萬元	家數占率	家數	金額百萬元	家數占率
112年	西醫基層	3,790	101.3	48.1%	-	-	-	-	-	-
	中醫	254	3.4	8%	768	8.9	25%	1,312	19.5	43%
	牙醫	4,016	46	55%	654	20	9%	561	28	8%
	透析 血液透析	138	0	18.4%	65	0	8.6%	80	4.3	10.6%
	腹膜透析	32	0	26.7%	16	0	13.3%	12	0.19	10.0%
113年 初步結算	西醫基層	4,203	0	52.2%	-	-	-	1,809	104.5	52.2%
	中醫	256	6.2	6.0%	823	14.0	19.2%	1,419	32.9	33.1%
	牙醫	3,366	24.8	46%	732	15.4	10%	849	24.6	12%
	透析 血液透析	138	0	18.1%	58	0	7.6%	64	2.4	8.4%
	腹膜透析	30	0	24.4%	16	0	13.0%	11	0.2	8.9%
年度		80-89分(或百分位)			90-99分(或百分位)			100分(或百分位)(含以上)		
		家數	金額百萬元	家數占率	家數	金額百萬元	家數占率	家數	金額百萬元	家數占率
112年	西醫基層	-	-	-	-	-	-	4,096	128.2	51.9%
	中醫	639	13.0	21%	29	13.0	1%	61	3.1	2%
	牙醫	853	65	12%	285	32	4%	91	19	1%
	透析 血液透析	113	7.7	15.0%	215	20.4	28.6%	141	9.6	18.8%
	腹膜透析	23	0.65	19.2%	26	1.3	21.7%	11	0.79	9.2%
113年 初步結算	西醫基層	1,020	33.5	12.7%	759	25.5	9.4%	266	9.9	3.3%
	中醫	603	19.9	14.1%	23	1.1	0.5%	67	6.1	1.6%
	牙醫	471	19.4	6%	945	60.5	13%	135	19.5	2%
	透析 血液透析	95	5.1	12.4%	232	23.2	30.4%	177	11.4	23.2%
	腹膜透析	28	0.65	22.8%	19	1.27	15.4%	14	0.82	11.4%

30



護理人力：各層級醫院全日平均護病比達成率

結構面

112年各特約類別全日平均護病比達特定加成本率概況

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

113年各特約類別全日平均護病比達特定加成本率概況

護病比加成本率	醫學中心			區域醫院			地區醫院		
	護病比範圍	申報月次	占率	護病比範圍	申報月次	占率	護病比範圍	申報月次	占率
20%	<7.0	28	8.5%	<10.0	675	61.9%	<13.0	3,383	83.6%
17%	7.0-7.4	90	27.3%	10.0-10.4	143	13.1%	13.0-13.4	80	2.0%
14%	7.5-7.9	131	39.7%	10.5-10.9	121	11.1%	13.5-13.9	69	1.7%
5%	8.0-8.4	60	18.2%	11.0-11.4	68	6.2%	14.0-14.4	73	1.8%
2%	8.5-8.9	18	5.5%	11.5-11.9	75	6.9%	14.5-14.9	75	1.9%
無加成	>8.9	0	0.0%	>11.9	8	0.7%	>14.9	13	0.3%
未填或護病比為0		3	0.9%					355	8.8%
總計月次		330			1,090			4,048	

◆ 本署將持續監測各特約類別全日護病比執行概況

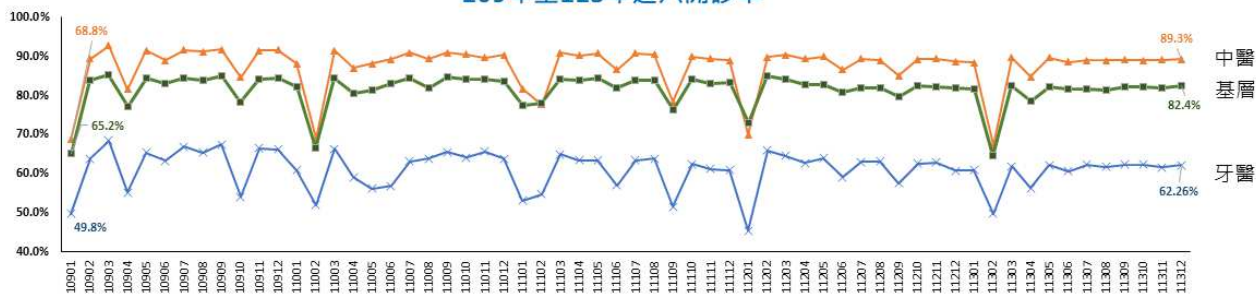
31



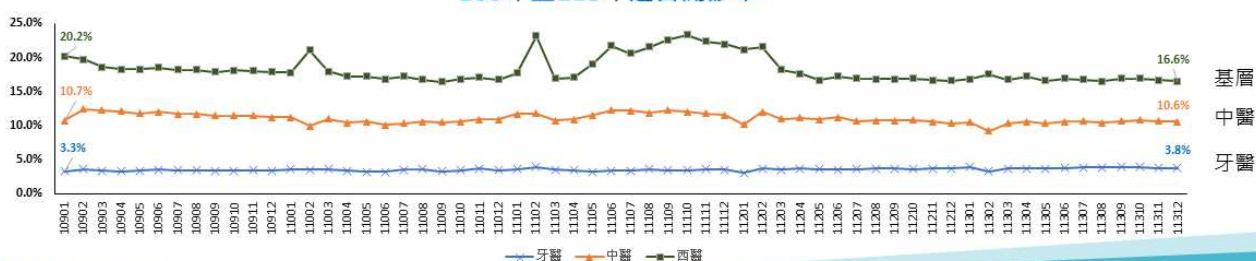
就醫可近性：診所假日開診率

結構面

109年至113年週六開診率



109年至113年週日開診率



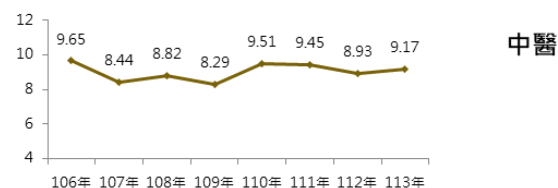
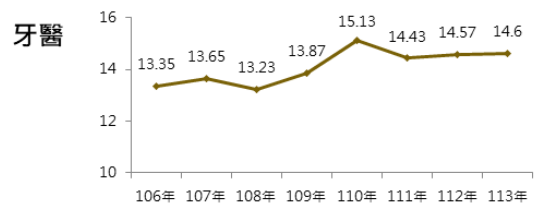
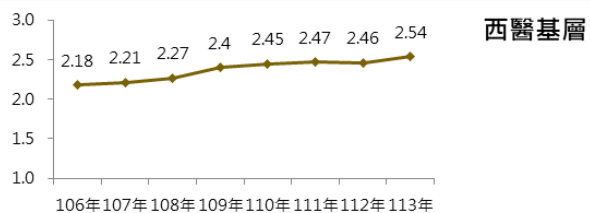
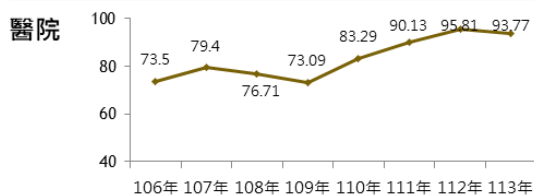
32



就醫可近性_依發展程度觀察最高與最低兩組之醫師人力比值

結構面

113年觀察各部門最高與最低兩組醫師人力之比值，除醫院外，西醫基層、中醫及牙醫皆較112年略增。



註:

1.每萬人口醫師數為戶政司當年底戶籍人口數/醫師數(各部門總額)。

2.鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值。

3.引用全民健康保險年度監測結果報告書鄉鎮市區發展程度分類建議採謝雨生(2011)定義，依鄉鎮市區之「人力資源結構」、「社會經濟發展」、「教育文化發展」、「交通動能發展」、「生活環境發展」及「資訊基礎建設」等構面加以分類，分為1級至5級區域，共5組。

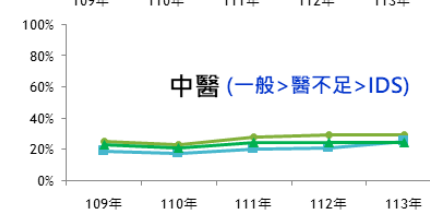
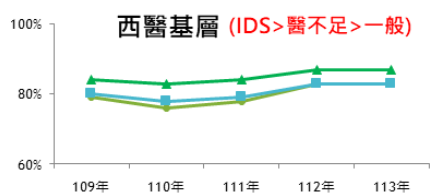
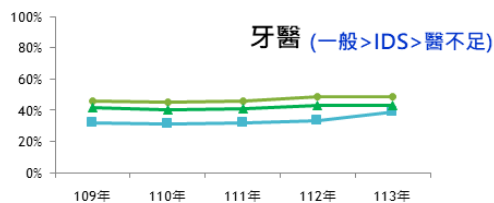
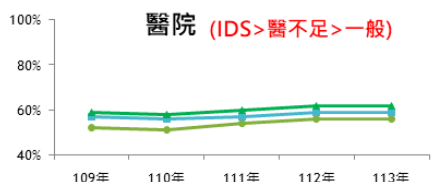
33



各地區就醫率-一般\醫療資源不足地區\山地離島地區

過程面

113年醫院及西醫基層門診就醫率為山地離島地區最高，醫療資源不足地區居次，一般地區就醫率較低；牙醫門診係一般地區之門診就醫率較高，其次為山地離島地區，最低為醫療資源不足地區；中醫門診係一般地區之門診就醫率較高，其次為醫療資源不足地區，最低為山地離島地區。



註:

1.就醫率系門診就醫人數(分為醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診)/總人數。

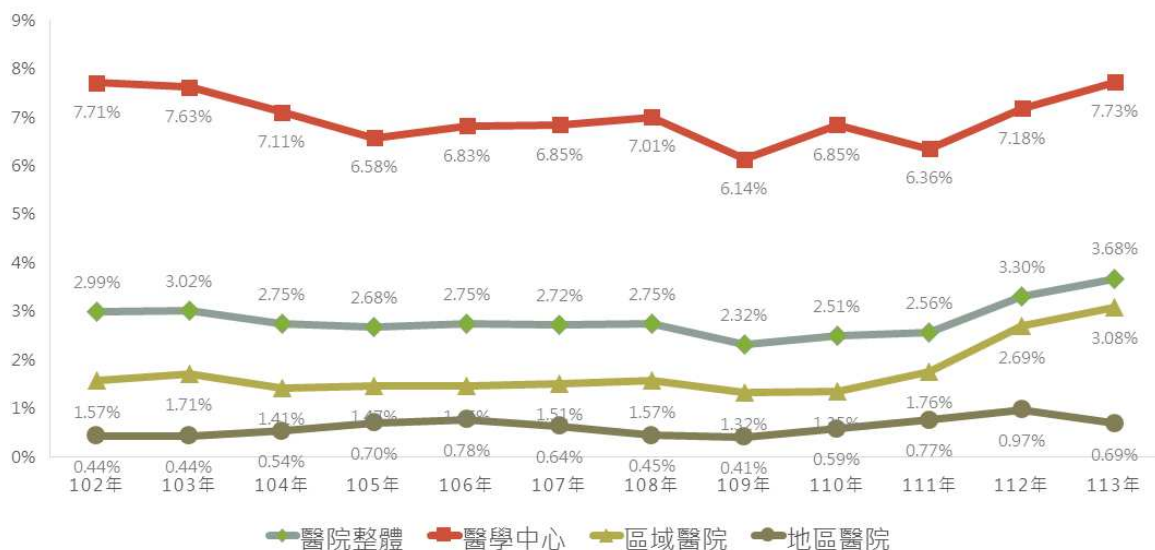
2.醫療資源不足地區按該部門當年度公告之醫療資源不足地區；山地離島地區為執行山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS)之地區。

34



急診壅塞：急診滯留超過24小時比率

過程面



急診留滯情形皆呈上升趨勢，本署將於114/7/21邀集急診醫學會等學會共同研擬方案修訂

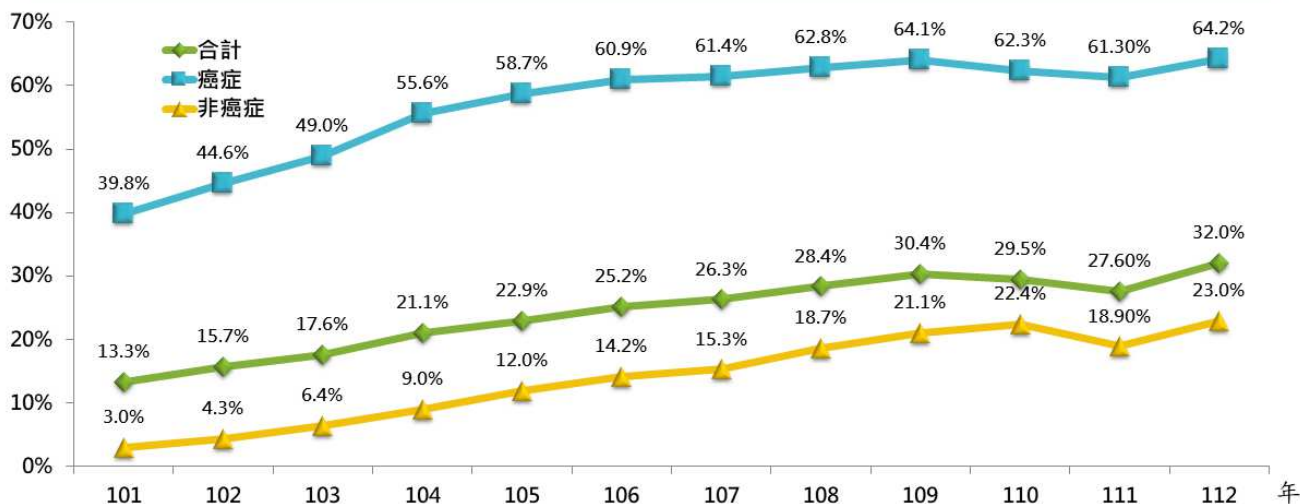
35



安寧醫療：病人死亡前1年接受安寧療護之比率

過程面

◆ 受111年擴大安寧療護收案對象影響，死前1年接受安寧療護比率略有下降；112年-113年呈上升趨勢



註：非癌症於111年新增末期骨髓增生不良症候群(MDS)、末期衰弱病人、病人自主權利法、罕見疾病或其他預估生病受限者。

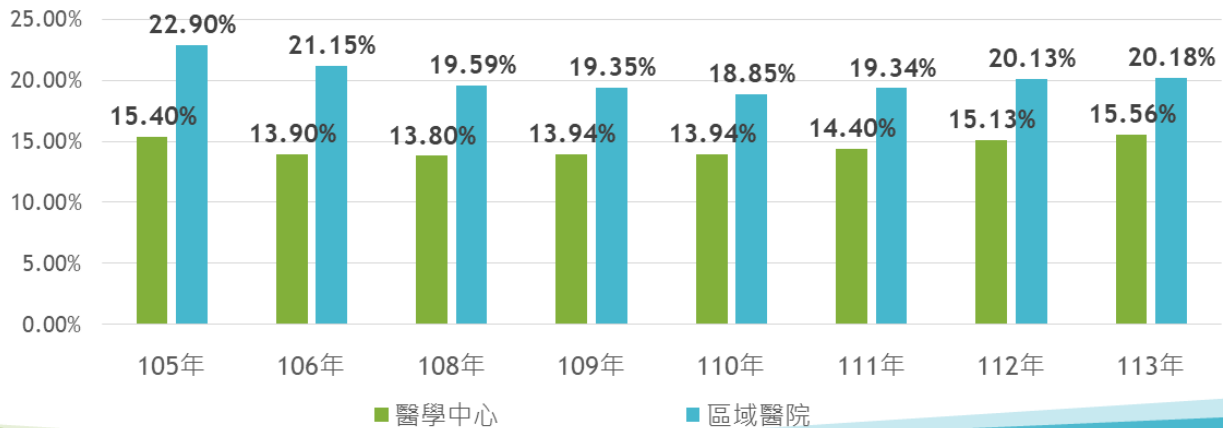
36



分級醫療：區域級以上醫院門診初級照護率

過程面

- ◆ 近三年區域級以上醫院門診初級照護率呈現上升趨勢，可能與後疫情時期民眾就醫習慣改變有關。
- ◆ 本署將強化推動醫院與診所醫療分工，低風險輕症或穩定慢性病病人於基層院所照護，高風險或重症病人讓區域級以上醫院照顧，並讓雙向轉診之醫療院所即時獲得必要資訊，以提供連續性照護。



37



重複用藥管理：同藥理用藥日數重疊率_醫院總額

過程面

全民健保醫療品質公開網持續公布同醫院/跨醫院各藥類同藥理用藥日數重疊率，呈現趨緩。



資料來源：醫療給付檔案分析系統(DA代號: 1710、1711、1712、1726、1727、1728、1713、1714、1715、1729、1730、1731)

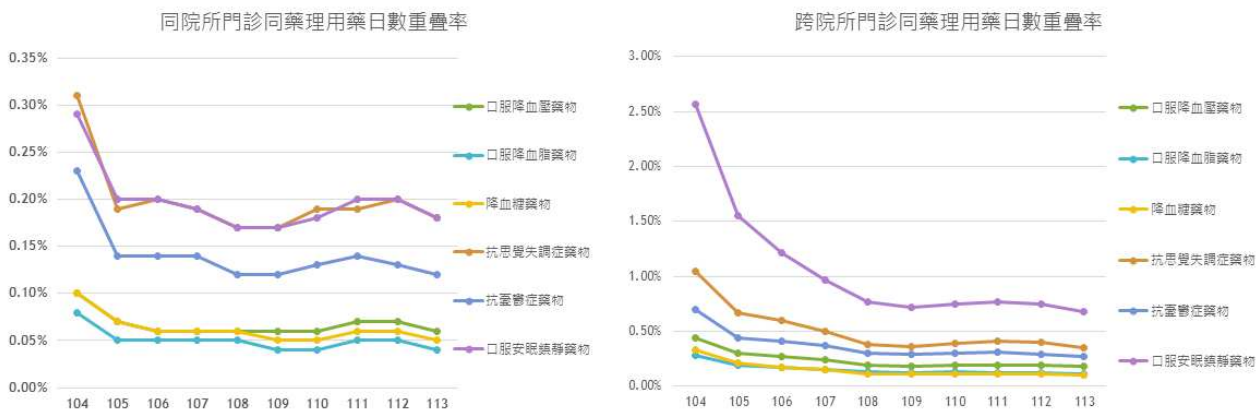
38



重複用藥管理：同藥理用藥日數重疊率_{西醫基層}

過程面

全民健保醫療品質公開網持續公布同醫院/跨醫院各藥類同藥理用藥日數重疊率，呈現趨緩。



資料來源：醫療給付檔案分析系統(DA代號:1710、1711、1712、1726、1727、1728、1713、1714、1715、1729、1730、1731)

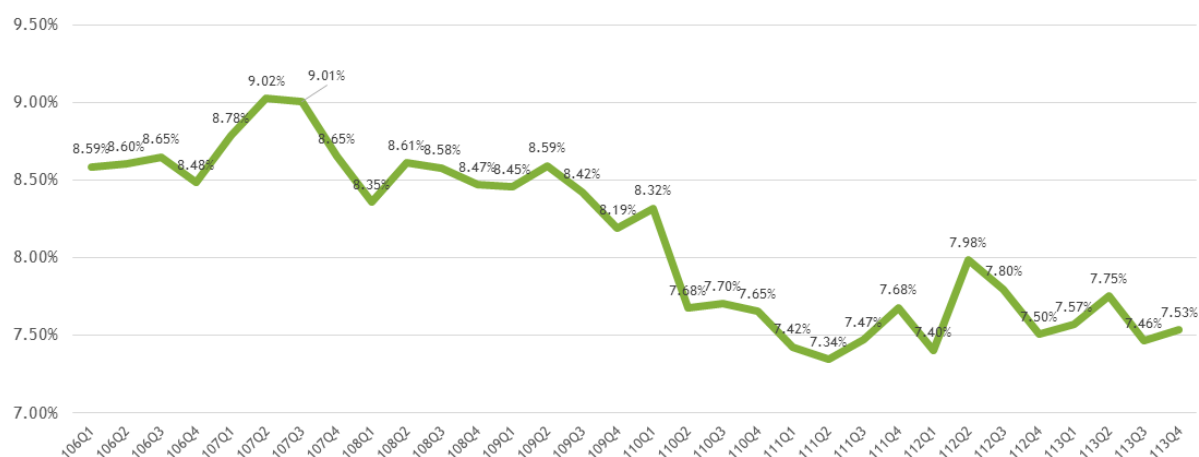
39



推動DRG：DRG之案件十四日內再住院率

結果面

DRG之案件十四日內再住院率呈現下降趨勢。



資料來源：醫療給付檔案分析系統(DA代號:929/932)。

DRG之案件十四日內再住院率(限導入之DRGs)=住院DRGs案件之出院後14日內再住院率(限導入之DRGs) / CMI_14日內再住院率(限導入之DRGs)。

40



急診壅塞：急診同日於同醫院急診返診比率

結果面

急診同日於同醫院急診返診比率呈現上升趨勢，持續進行資訊回饋及趨勢監測。



資料來源：醫療給付檔案分析系統(DA代號:69)。

急診同日於同醫院急診返診比率=同一院所、同一人歸戶，兩次急診日差距=0天之人次 / 急診人次(案件分類02，且部分負擔第2碼為0)。

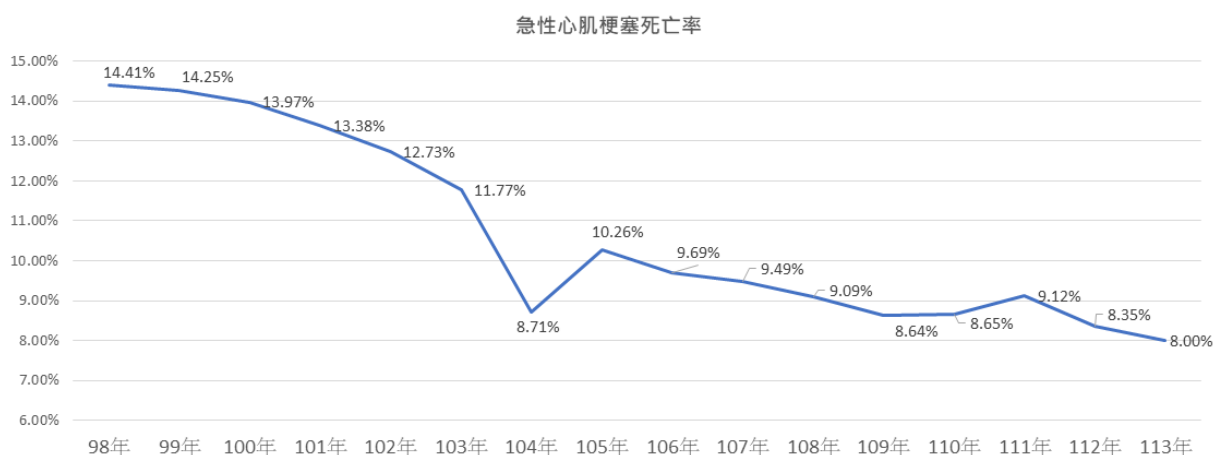
41



安全性：急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)

結果面

急性心肌梗塞死亡率持續下降



資料來源：醫療給付檔案分析系統(DA代號:1668)。

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

42



民眾申訴及處理-113年前三名申訴項目

醫院	件數	占率	西醫基層	件數	占率	牙醫	件數	占率
醫療行政或違規事項	225	29%	醫療行政或違規事項	157	36%	疑有虛報醫療費用	55	26%
額外收費 (自費抱怨)	97	13%	疑有虛報醫療費用	57	13%	服務態度及醫療品質	53	25%
服務態度及醫療品質	84	11%	額外收費 (自費抱怨)	42	10%	醫療行政或違規事項	50	24%
總件數	772	100%	總件數	433	100%	總件數	209	100%

中醫	件數	占率	其他	件數	占率
醫療行政或違規事項	18	29%	醫療行政或違規事項	28	28%
服務態度及醫療品質	10	16%	藥品和處方箋	16	16%
額外收費 (自費抱怨)	9	15%	疑有虛報醫療費用	8	8%
總件數	62	100%	總件數	101	100%

藥品及處方箋：
扣留慢箋、院所指定病人至特定藥局領藥、藥局更換同成分學名藥未告知病人等

申訴案件以各部門總額區分，醫院、西醫基層及中醫以「醫療行政或違規事項」項目最多；牙醫以「疑有虛報醫療費用」項目最多。

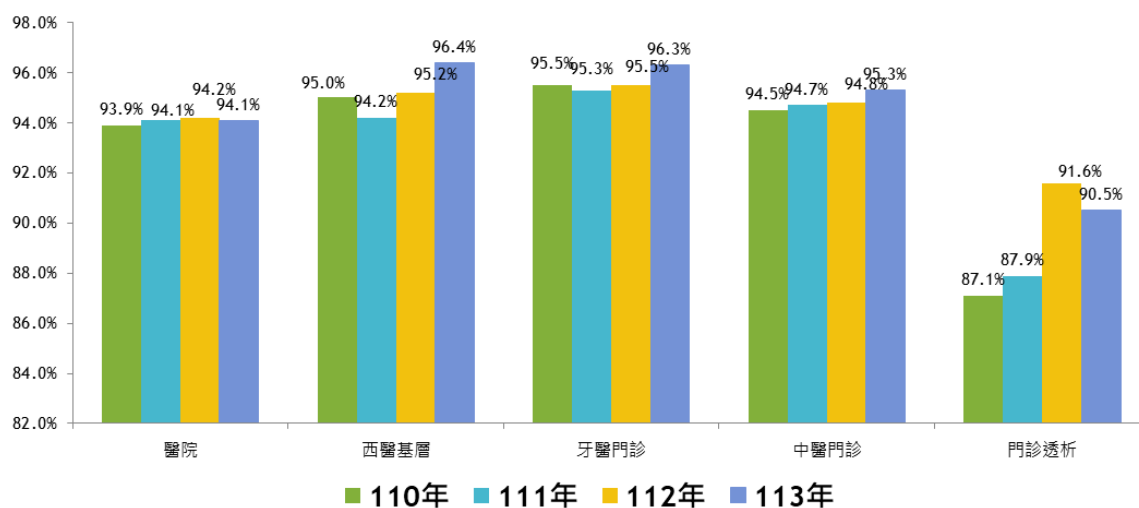
※以上各總額申訴項目排名已排除無法歸類之「其他」類申訴案件

43



滿意度調查-整體醫療結果

近幾年民眾對各總額整體醫療結果滿意度皆達9成以上，其中西基、牙醫、中醫皆為歷年最高，本署將持續精進健保制度，提升醫療照護品質。



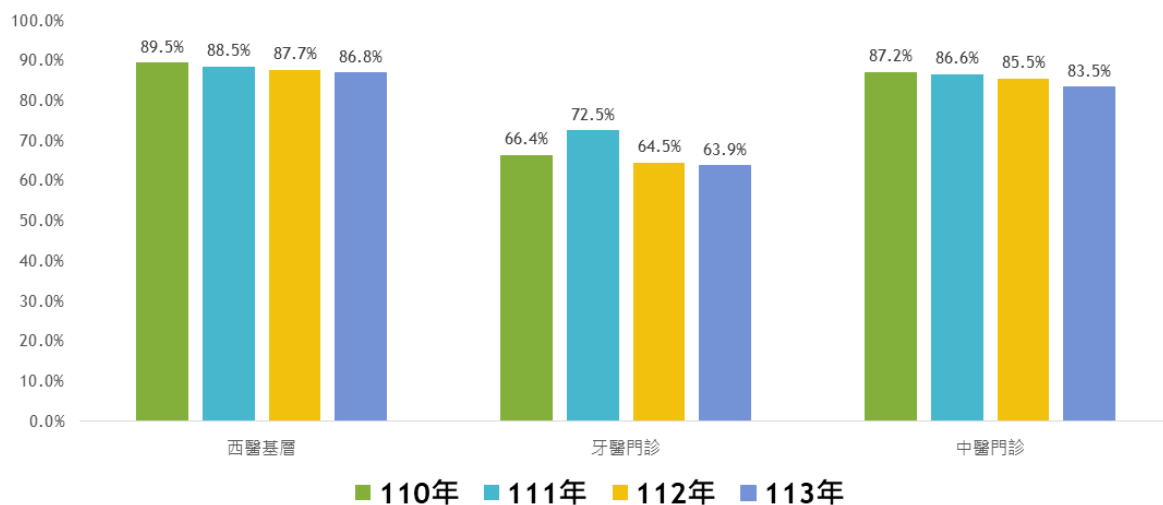
註：滿意程度=滿意+非常滿意

44



滿意度調查-預約醫師容易程度

近年西基、牙醫、中醫預約醫師容易程度趨勢呈現持平。



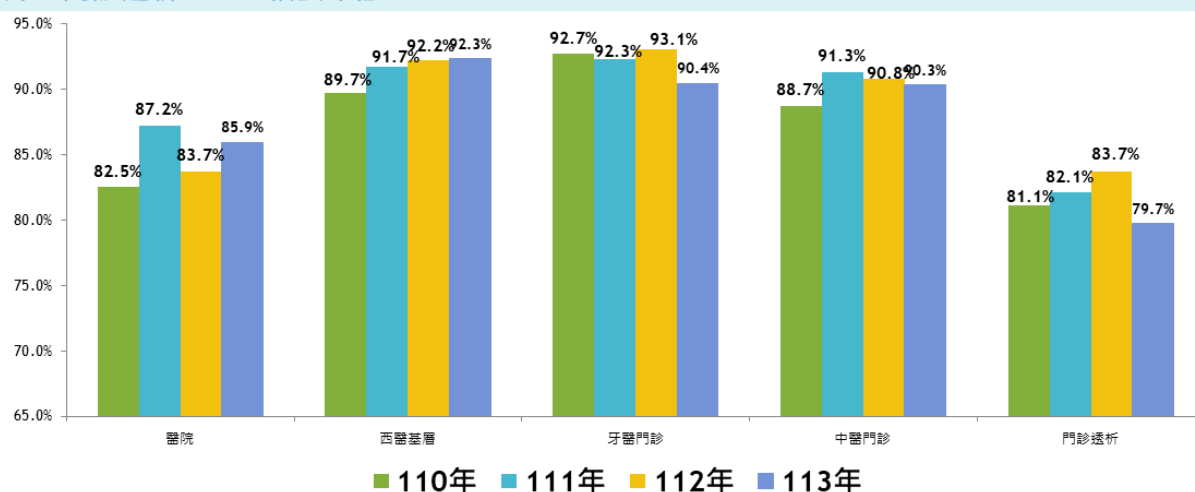
註:本表呈現數據為容易+非常容易，門診透析與醫院部門無本題項

45



滿意度調查-就醫院所交通便利性

113年西基、牙醫、中醫對於就醫院所交通便利性之滿意度皆達9成以上，醫院85.9%較去年上升，門診透析79.7%較去年低。

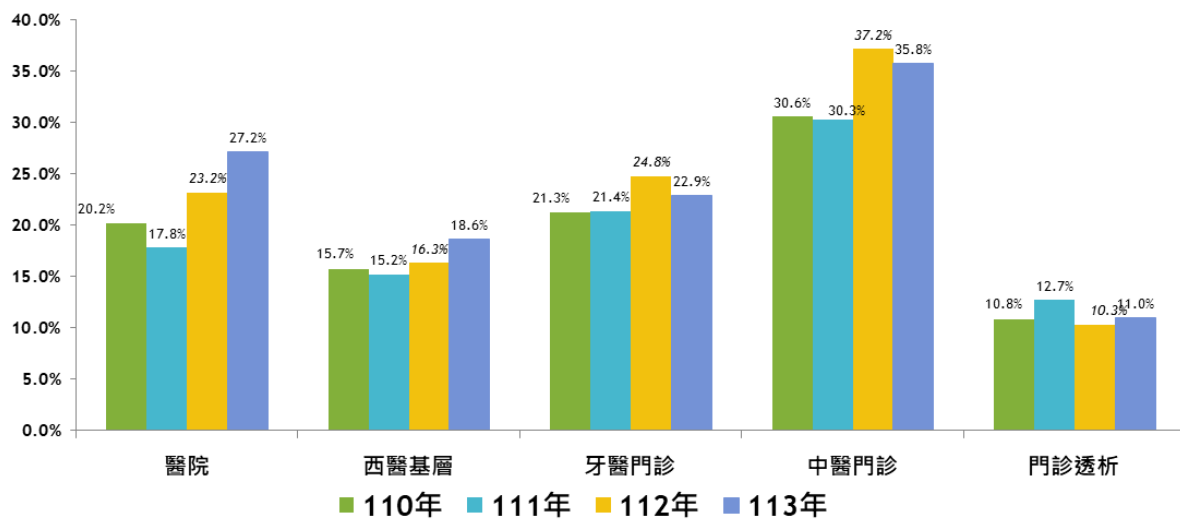


46



滿意度調查-被要求自費比率

民眾在醫院需額外自付費用的比例有逐年上升的趨勢，其餘總額比例約呈現持平。



113年度健保署重要推動事項



113年度健保署重要推動事項



49



花蓮縣秀林鄉全人整合照護執行方案

持續推動

項目	111年	112年	113年	備註
承辦院所數		1		花蓮慈濟醫院
合作診所數(含衛生所)		1		花蓮縣秀林鄉衛生所
執行鄉鎮數		1		花蓮縣秀林鄉
應照護對象人數		7,888		
照護對象鄉內就醫次數(A)	84,283	85,913	83,942	
照護對象總就醫次數(B)	189,741	195,296	189,907	
照護對象鄉內就醫次數占率(A/B) ^註	44.4%	44.0%	44.2%	

註：照護對象鄉內就醫次數包括：照護對象於花蓮秀林鄉在地院所就醫案件、接受全人方案照護案件及全民健康保險牙、中醫醫療資源不足地區改善方案於花蓮縣秀林鄉巡迴醫療服務案件



■ 在地健康守門人進行鄉民身體、心理、經濟相關需求訪視



■ 特定照護-遠距輔助



■ 篩檢結合運動



■ 文健站長者肌力提升運動

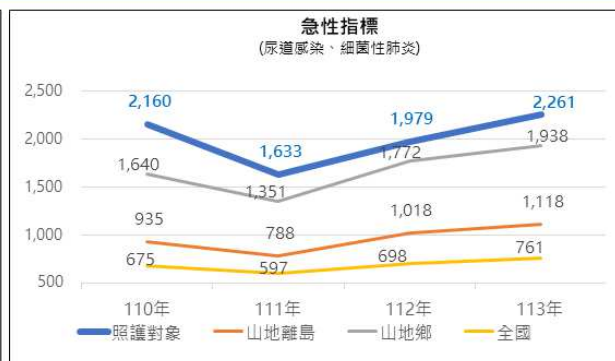
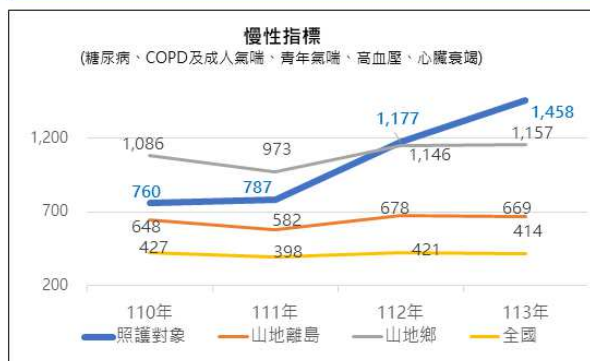
50



花蓮縣秀林鄉全人整合照護執行方案

持續推動

評核指標：每十萬人口可避免住院數



- ◆ 短期目標：逐步提高健康促進及預防保健品質指標比重，引導院所強化健康促進及預防介入，提升照護對象之健康水平。
- ◆ 中長期目標：持續監測各分區偏鄉地區全人整合照護執行方案執行情形，逐年檢討將全人整合方案擴大至其他山地離島地區

51



113年起實施家醫計畫2.0

113.4修訂

由同一地區5家以上基層診所與合作醫院共同組成「社區醫療群」，以群體力量提供周全性、協調性且連續性的社區醫療服務。113年共計522個社區醫療群（含5,544家診所、7,949名醫師）參與，收案約627萬人

113年重要修訂事項



修訂派案原則，讓病人能於同一家診所接受家醫、P4P-DM/CKD/DKD、代謝計畫之整合性醫療照護



「家醫2.0醫療群」應加強DM/CKD疾病管理照護能力

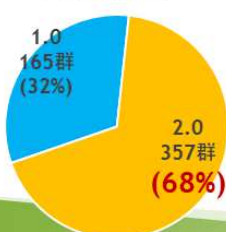


訂定獎勵措施及管控指標，鼓勵醫療群積極照護DM/CKD病人

- ✓ 113年357個醫療群參與家醫2.0，占整體的68.4%，另627萬收案會員中，計有97.5萬人具DM/CKD，其中72萬人由家醫2.0醫療群收案

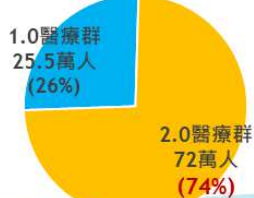
- ✓ 113年家醫2.0醫療群之各項特定檢驗項目控制良好(或進步)比率介於53.1%~68.7%，皆優於1.0醫療群

醫療群分布



DM/CKD/DKD

收案人數分布



52



提升癌症精準治療 給付NGS基因檢測

113.5給付

給付
原則

- 實體腫瘤：「對應具藥證癌藥」臨床精準投藥
- 血液腫瘤：作為選擇「治療計畫」依據

給付
癌別

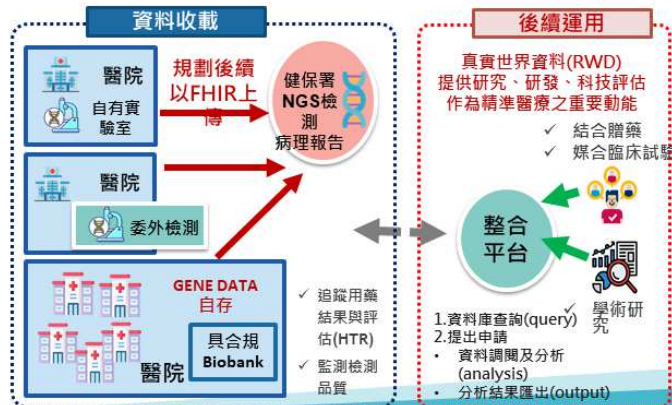
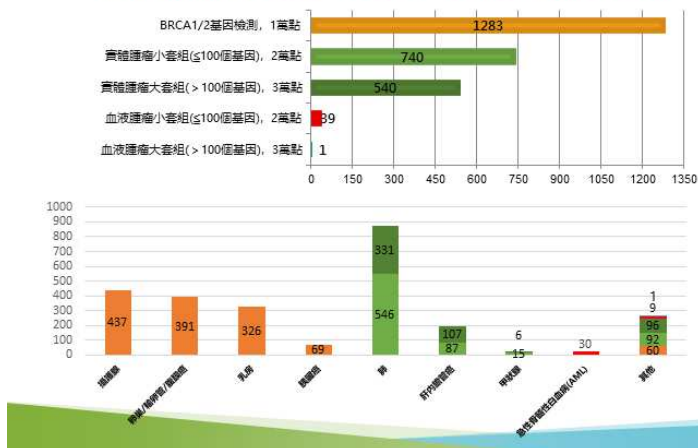
- 12種癌症NGS檢測 (113.5.1生效)
- 7類癌症單基因檢測 (113.12.1生效)

標靶藥物
伴隨式檢測

- 健保現行給付27種癌藥，對應11個基因位點、治療10種癌症
- 另有1種癌藥治療NTRK基因融合之實體腫瘤(不分癌別)

統計費用年月11305-11404：49家醫院申報2603件

發展基因資料生物資料庫 建構精準醫療生態系



53



抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫

113.6實施

自113年6月起實施，預算挹注2.25億元

高度管制性抗微生物製劑使用
暨抗藥性病原感染照護評估

醫院感染管制品質獎勵
(113年核付約32.8百萬點)



過程面指標(20分)	結果面指標(43分)
感染症專科醫師配置	全院重點監測抗藥菌占率改善成果
管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫	全院重點監測抗藥菌感染密度
管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師或相關醫事人員的百分比	加護病房重點監測抗藥菌感染密度
THAS系統抗藥性監測模組參與度	高度管制性抗微生物製劑管理成果

註：衛生福利部疾病管制署台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)

54



預立醫療照護諮商費(ACP)之支付規範

113.7修訂

➤ 113年執行概況：統計113年7月至12月共36家醫院申報86人次

適應症 113.7.1生效

具完全行為能力之住院病人且

- ① 65歲以上重大傷病且罹患安寧療護收案條件所列之疾病別
- ② 輕度失智症CDR 0.5至1分
- ③ 病主法第14條第1項第5款所公告之病名
- ④ 健保居家醫療照護整合計畫個案

114.5.1生效

放寬適用條件，簡化申報

適應症

具完全行為能力之病人且

- ① 65歲以上重大傷病
- ② 符合安寧療護收案條件
- ③ 輕度失智症CDR 0.5至1分
- ④ 病主法第14條第1項第5款所公告之病名
- ⑤ 健保居家醫療照護整合計畫個案
- ⑥ 家庭醫師整合照護計畫或地區醫院全人全社區計畫收案、65歲以上多重慢性病

支付點數

每人3,000或1,500點

支付點數

每人3,000點



目前全國計有285家醫療機構提供預立醫療照護諮商服務

55



推動在宅善終 優化安寧療護論質支付

113.7修訂

113年
執行
成果

符合安寧資格醫事人員數

3,440人

住院安寧 85家院所，服務16,236人

安寧共照 173家院所，服務68,538人

安寧居家 535家院所，服務19,555人

安寧服務人數穩定成長



預立醫療照護諮商 (ACP)

為提升病人醫療自主意識，自113年7月起ACP有條件納入健保給付，114年5月再放寬適用對象

緩和醫療 家庭諮詢

提供住院或急診末期病人諮詢後續安寧照護，規劃114下半年放寬門診、居家醫療末期病人

安寧品質評核 加成獎勵方案

114年下半年起實施，實地訪視評核安寧品質，依評核結果給予安寧費用10~30%加成獎勵

修訂安寧居家 支付標準

114年下半年規劃調整居家支付規範及支付點數，契合實務需求

56



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

113.7實施

• 增加跨團隊合作，提升照護效能

急重症疾病照護獎勵

- 個管費**3,000點**
- 腦中風評估費**3,000點**

跨院合作執行費獎勵

每案獎勵**10,000-90,000點**

自行收治病人獎勵

每案獎勵**25,000-50,000點**

網絡建置費

各分區**100萬元**
由健保署分區業務組統籌運用及核發

執行情形：
113年7-12月
共**132家醫院**參與
獎勵約**89.3百萬點**



57



推動地區醫院全人全社區照護計畫

113.8實施

計畫目的

- ▶ 針對尚未接受照護之三高(高血壓、高血脂、高血糖) 得於主要就醫地區醫院獲得**整合性照護服務**，延緩重症發生
- ▶ 提升三高/ ASCVD病人之照護涵蓋率及醫療服務品質，以達**三高防治888政策目標**

執行內容



個人資料建檔

家族史、生活型態等，訂定治療計畫書



預防保健服務

癌症篩檢、疫苗接種



個案管理

掌握健康狀況、聯繫及協調照護計畫



24小時諮詢專線

提供健康照護建議；協助聯繫就醫轉介



定期檢查追蹤

檢視個案健康數據(血糖/血壓/檢驗檢查)



轉診、轉介機制

雙向轉診；轉介居家或長照服務

執行結果

- ▶ 113年計127家地區醫院、471位醫師參與，已收案**4萬餘人**。
- ▶ 與**80家**區域級以上醫院及**703家**基層診所，建立轉診及合作機制。
- ▶ 糞便潛血檢查率、老人流感注射率及B、C肝炎篩檢率高於全國平均值。

項目	成人預防保健檢查率	子宮頸抹片檢查率	糞便潛血檢查率	老人流感注射率	B、C肝炎篩檢率
收案對象	32.6%	20.5%	36.4%	51.0%	66.6%
全國	33.6%	24.0%	30.9%	46.0%	56.5%

58



遠距醫療 縮短城鄉差距

113.8實施

健保遠距醫療給付計畫

- ▶ 提升山地離島、偏鄉地區民眾專科門診之可近性及醫療品質
- ▶ 初期為醫師對醫師遠距會診模式
- ▶ 逐步擴大推廣遠距醫療服務範圍，貼近民眾實際需求

初步成果

- ▶ 110年開始實施遠距醫療給付計畫，迄今全國135個山地離島偏鄉地區已有45%(61個)、11個急重症轉診網絡及2所矯正機關提供遠距診療服務
- ▶ 自113年7月起擴大適用在宅急症照護計畫、醫療資源缺乏地區及矯正機關實施遠距醫療
- ▶ 自114年5月起，實施居家血液透析試辦計畫並適用遠距醫療

修法前

專科門診遠距會診

眼科、耳鼻喉科、皮膚科、心臟內科、胃腸科、神經內科、胸腔科、精神科(限矯正機關)

114下半年將放寬不限科別

急診會診 不限科別



通訊診療治療辦法 113.7.1起實施

擴大遠距醫療場域

長照
機構
住民

在宅
急症
照護

居家
整合
照護

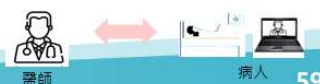
居家
透析

修法後

醫師和醫事人員間遠距醫療



醫師和病人間遠距醫療



59



推動電子處方箋 並於花蓮縣進行試辦

113.9試辦

- ◆ 處方箋內容採FHIR格式(高互通性)，提升未來加值應用可近性。
- ◆ 使用HCA憑證簽章，以確保資料完整性。
- ◆ 113年9月至2025年3月於花蓮縣辦理試辦，已驗證資訊流可行，114年7月起各分區擇點推動。



衛生福利部113年4月24日公告「電子處方箋交換欄位」最新版，含以下12個區塊(50個欄位)：

- 醫療機構基本資料
- 病人基本資料
- 門診基本資料
- 醫事人員基本資料
- 診斷
- 處方箋單號
- 處方箋種類註記
- 須被合併之處方箋註記
- 處方箋有效日期
- 給藥總日數
- 可調劑次數
- 處方內容

60

未來展望

- 1 強化慢病照護
- 2 癌症精準醫療
- 3 改革藥品政策
- 4 數位醫療轉型

1 強化慢病照護

大家醫計畫 落實全人全程健康照護



規劃期程	113	114	115	116	117	117年 三大目標
提升服務涵蓋率	60%	70%	73%	77%	80%	80% 三高病人納入共照網
數位化追蹤管理	26%	40%	60%	70%	80%	80% 共照網病人接受生活習慣諮商
精進醫療品質	52%	65%	70%	75%	80%	80% 共照網病人達到三高控制

擴大照護服務涵蓋

- ▶ 持續推行家醫計畫、地區醫院全人全社區照護計畫，整合慢性病及論質方案，擴大涵蓋並提供全人連續性醫療照護
- ▶ 接軌國際指引給付創新用藥
*114/3/1 SGLT-2抑制劑擴增給付於慢性腎臟病、慢性收縮性心衰竭、延後CKD腎功能惡化及透析風險

導入生活習慣諮商

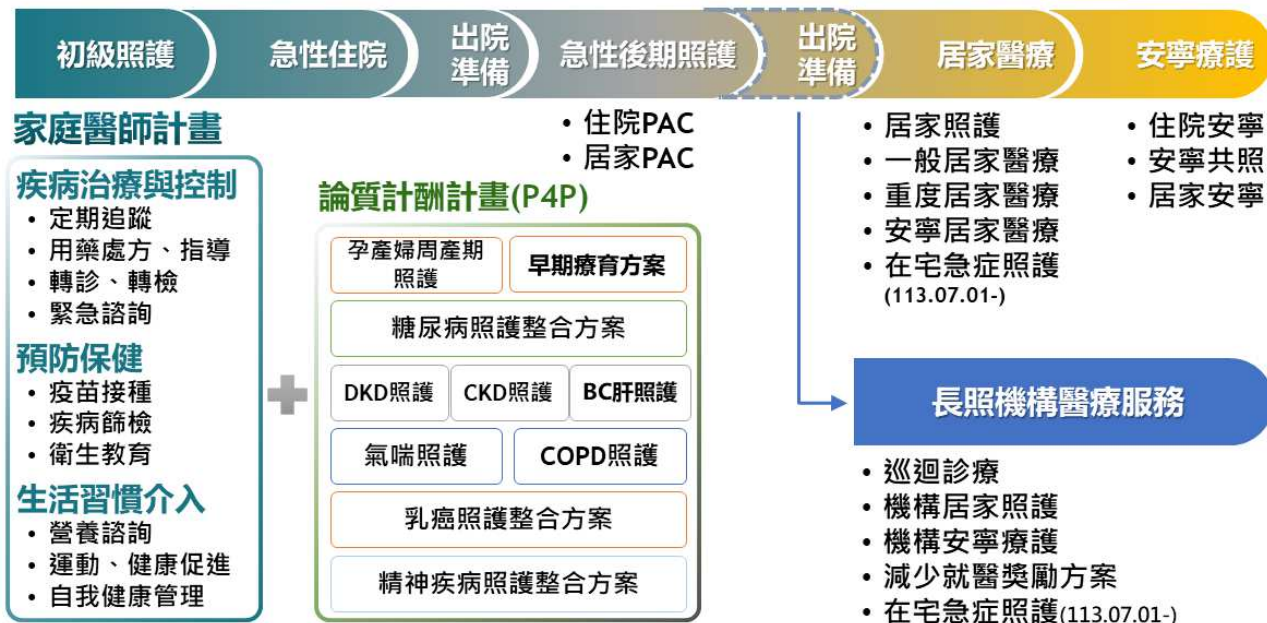
- ▶ 訂定本土化生活型態評估量表，提供生活習慣諮商
- ▶ 辦理人才培育及資源連結，逐步導入大家醫計畫
- ▶ 規劃試辦慢性病包裹給付 (Bundled Payment) 全人照護方案

建構家醫大平台串聯全人照護

- ▶ 建構數位平台整合個人健康數據，提升健康管理效能
- ▶ 建立疾病風險分級、分流照護機制，並導入價值基礎給付，提升照護品質
- ▶ 公私協力導入數位工具 (如APP)，透過創新慢性病管理模式，延緩慢性病發生或病程進展。

1 強化慢病照護

提供以人為中心、全生命歷程的照護服務



63

2 癌症精準醫療

強化國家癌症防治計畫



2030年癌症標準化死亡率降低 $\frac{1}{3}$



113.4.27

總統健康台灣醫療政策及
健康台灣論壇建言及倡議



癌症治療三箭

- 1 提升早期癌症篩檢
- 2 聚焦基因檢測與精準醫療
- 3 建立百億癌症新藥基金

- ▶ 由下而上、公私協力、跨域合作
- ▶ 以解決問題為導向，確保落實願景

64

全民健保 癌症精準醫療政策

給付基因檢測 搭配精準用藥

- 113年5月起給付12種癌症測NGS、12月起給付7種癌症單基因檢費用
- 涵蓋之基因位點，全面對應健保給付之27種標靶藥物、治療10種癌症

加速新藥收載 接軌國際指引

- 優先接軌NCCN國際治療指引Category 1及Preferred Treatment癌症新藥
- 2024年給付生效之癌症新藥9種、擴增給付18種，挹注金額達132億

精進癌症治療 微創放療俱進

- 持續精進癌症治療，擴大給付微創手術及放射治療等醫療技術
- 截至113年已起陸續給付機器手臂輔助手術費用計65項，並以認證學會機制控管手術安全品質

成立專責單位 擴大HTA量能

- 113年1月成立醫療科技評估專責辦公室，協助健保給付前之成本效益、財務衝擊等評估
- 擬具行政法人國家醫療科技評估中心設置條例(草案)報請審議

癌症新藥基金 減輕癌友負擔

- 針對臨床療效證據明確但受總額預算限制尚未收載之癌症新藥或新適應症，給予暫時性給付
- 114年公務預算編列50億，預計115年達百億，以減輕民眾負擔

癌症治療數位轉型 建構全國性資料庫

- NGS檢測結果分階段導入FHIR國際標準格式，建立真實世界資料庫，促進精準醫學研究、研發
- 目前已有9家醫院參與試辦

65

國內製造藥品給予優惠核價及藥價調整

鼓勵生物相似性藥、 學名藥使用

全民健康保險推動使用生物相似藥之鼓勵試辦計畫113.7.1生效

- 減少舊有或已過專利期生物藥之支出，以供更多新藥引進，已是世界各國所採取的策略
- 為期3年，鼓勵醫療院所進用及醫師開立，提升生物相似藥醫令量占率達30%以上
- 統計113年，獎勵之6種成分藥品之生物相似性藥占率有均有成長，113年生物相似藥醫令量占率為11.9%(112年為7.38%)

114年8月1日起擴大推動化療 癌藥學名藥

確保藥品供應 國產新藥優惠核價

穩定國內供藥 給予價格加算10%

- 使用國內生產原料藥製造之國內製造藥品
 - 安全性臨床試驗獲國際學術期刊發表且刊載於仿單之國內製造藥品
 - 向中央衛生主管機關為P4專利聲明且獲准核發藥證之學名藥
- *加成本價格不得高於原開發廠藥品價格
*加成本項應確保供貨無虞

鼓勵國產新藥 給予優惠藥價

- 臺灣首發新藥
- 國際上市許可2年內國內製造新藥
- 十大先進國家核准上市滿5年，但屬國內新成分之國內製造新藥

保障合理藥價 鼓勵學名藥/生物相似藥 儘早於國內研發製造

必要藥品同時符合 以下條件者保障藥價

- 中央衛生主管機關(食藥署)公告之必要藥品
- 同分組內有國內製造藥品(抗微生物製劑不在此限)
- 至新支付價格生效前1年末日止，同分組分類藥品品項未逾3項

原廠藥逾專利5年內申請之學名藥 或生物相似藥

修法方向	(學名藥BE試驗於國內執行)	生物相似性藥品
首2張申請國內製造藥品	原開發廠藥價 90%→100%	原開發廠藥價 85%→100%

66

健康台灣 驅動數位照護升級



推動虛擬健保卡

「虛擬健保卡整合視訊診療系統介接程式」身分識別及雲端查詢，提供民眾更便利的就醫方式。
至114年5月107萬人申請，113年計539家，34.6萬件申報

健保家醫大平台 打造全人全程的健康照護

113年建置，整合個人健康資料，導入數位照護工具，輔助醫師提供個人化治療計畫與健康管理。
114年3月，醫療院所使用家數約4000家診所。

電子處方箋平台 FHIR結構化普及應用

113年9月起，委託花蓮慈濟醫院於花蓮縣試辦
至114年3月，17家院所、藥局參與試辦確認流程可行
114年7月起各區擇點推動



健康存摺



- ▶ 整合個人健康資料，強化自主健康管理，112年介接 Google Fit、Apple Health、Garmin Connect，載入生理量測資料，並提供衛教資訊。
- ▶ 至114年5月，健康存摺使用人數為1,212萬人，使用人次達5.1億人次

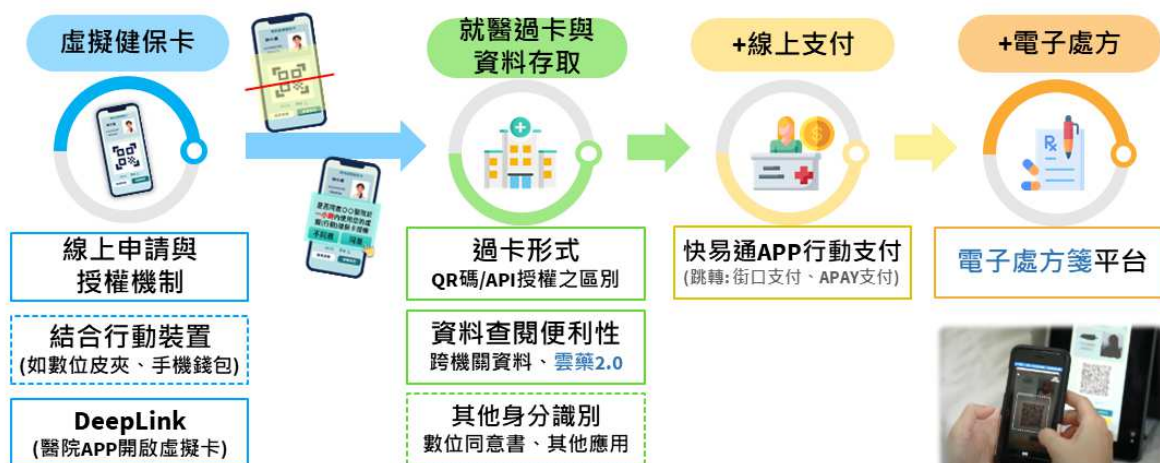
推動基層醫療院所數位轉型

- ▶ 114年2月起推動「基層院所資訊服務系統雲端轉型補助計畫」，以資服廠商為補助對象，協助基層院所將原有地端醫療作業系統 (HIS) 移轉到雲服務環境
- ▶ 114年導入對象以西醫診所為主，中醫診所/牙醫診所/藥局為次，預計導入1,000家。



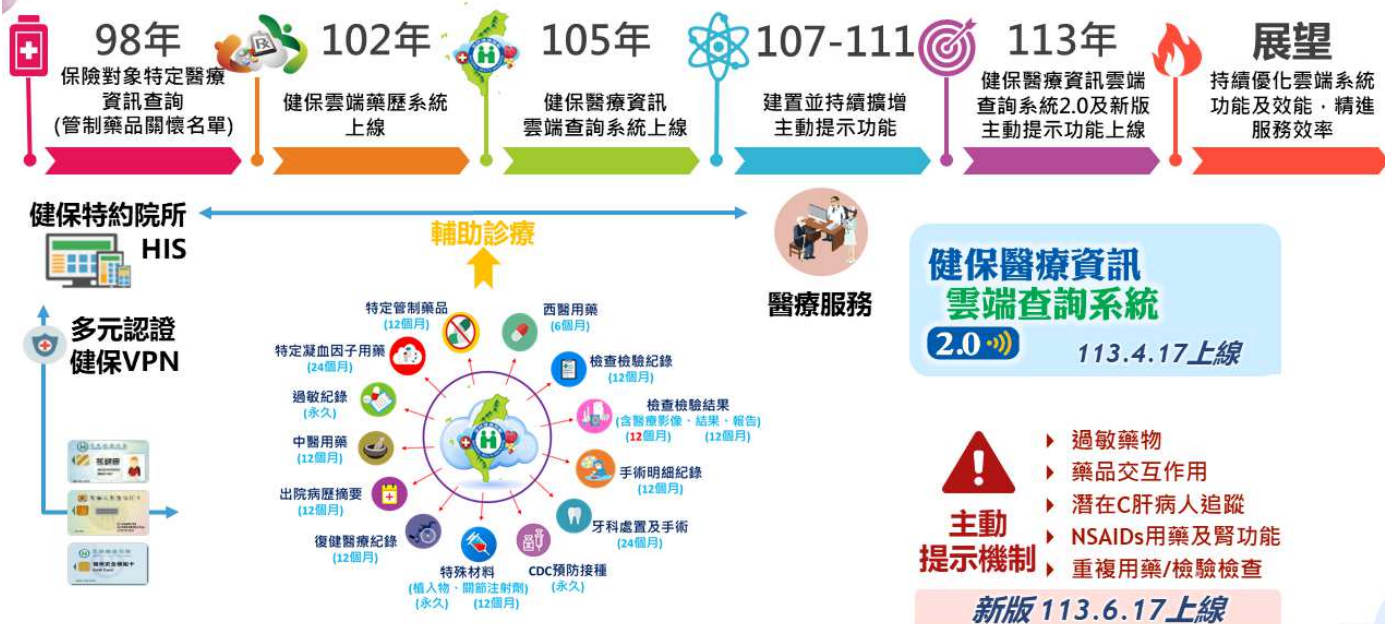
打造就醫全程數位化 突破空間距離限制

- ▶ 優先於居家、IDS、長照機構、巡迴醫療、遠距醫療等非典型就醫場域推行，鼓勵院所發展附加價值應用
- ▶ 結合虛擬健保卡、健保雲端查詢系統、電子處方箋，有利於遠距、居家、偏鄉、行動醫療等服務推動
- ▶ 數位身分認證機制，提供民眾更便利的就醫方式，邁向數位醫療照護服務新時代



4 數位醫療轉型

健保雲端查詢系統 輔助診療促進用藥安全

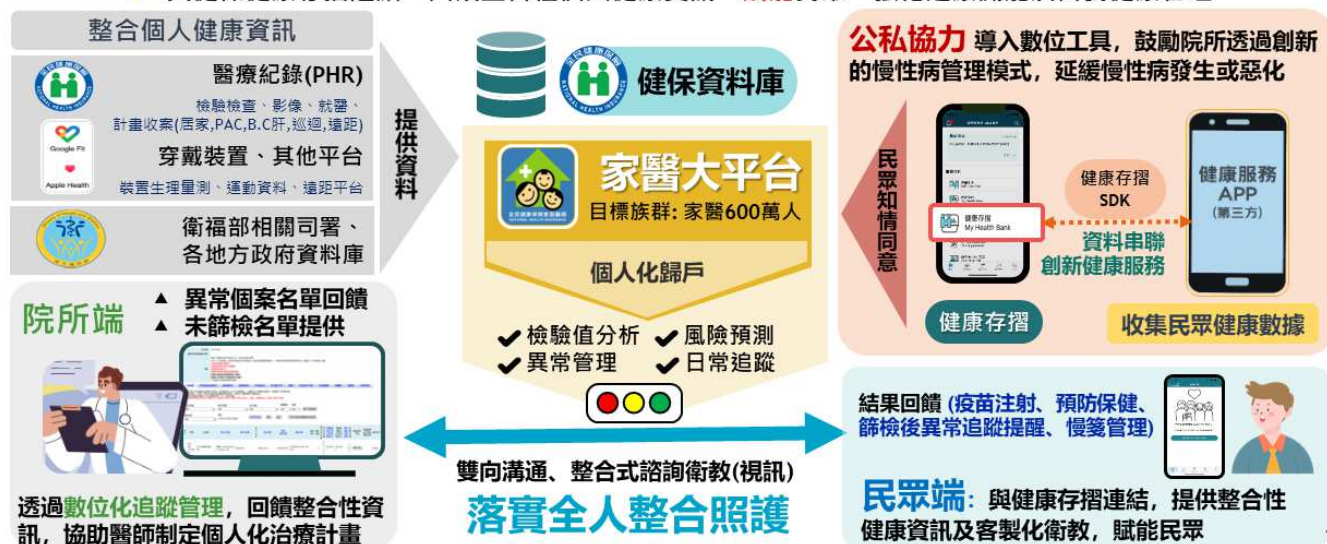


69

4 數位醫療轉型

建構家醫大平台 串聯全人照護

- ▶ 建構個人化初級照護健康管理平台及資料治理架構，個人健康資料歸戶與授權管理
- ▶ 數位化追蹤管理，回饋醫師個人化資訊協助診治追蹤，113年優先開放家醫計畫參與診所使用，114年擴增地區醫院全人計畫使用
- ▶ 與健保健康存摺連結，回饋整合性個人健康資訊，賦能民眾、強化建康識能及自我健康管理



70

推動基層醫療院所數位雲端轉型

- 為強化基層院所資訊應變力及資訊系統韌性，本署自114年起「基層醫療院所資訊服務系統雲端轉型補助計畫」
- 透過資服廠商協助基層院所完成HIS雲端系統建置，期望以本署、院所及資服廠商三方合作，達到轉型應用最佳效益



資訊服務廠商須個別協助導入基層院所
下列雲端醫療資訊服務系統項目

計畫名稱	基層醫療院所資訊服務系統雲端轉型補助計畫
執行期間	114年起
補助方式	依轉型方案及轉型家數給予資服廠商補助費用
推動家數	114年以西醫為主，中醫/牙醫/藥局為次，導入目標1,000家



71

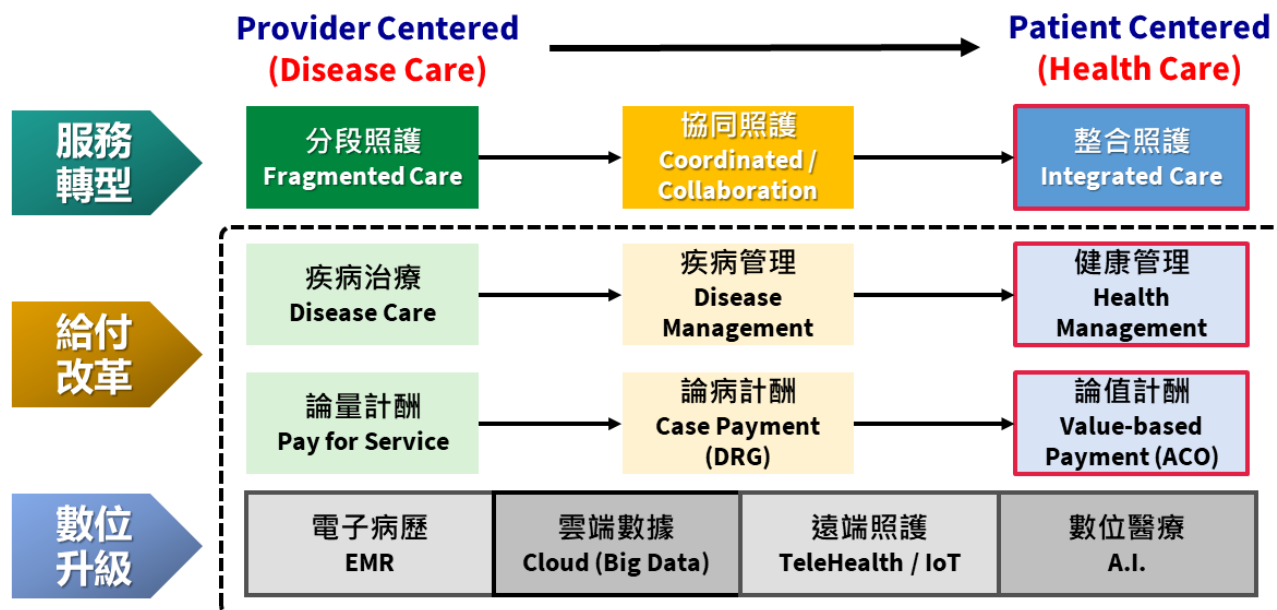
全民健保雲資料互動模式



72



健康照護變革與全民健保改革



73



Health For All **THANK YOU!**

跨部門及其他預算專案 計畫執行成果報告

中央健康保險署



衛生福利部中央健康保險署



113年專案計畫

1

跨部門專案

- 1.暫時性支付(新藥、新特材)(醫院) (113新增)-24.299億元
- 2.醫療給付改善方案 (醫院、西醫基層)-27.14億元
- 3.C肝新藥(醫院、西醫基層、其他預算)-26.41億元
- 4.家醫計畫(西醫基層)-42.48億元
- 5.鼓勵院所建立轉診機制、基層總額轉診型態
(醫院、西醫基層、其他預算)-1282.7億元
- 6.獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用(各部門)-26.15億元
- 7.慢性傳染病照護品質計畫(醫院、西醫基層)-200億元
- 8.癌症治療品質改善計畫(醫院、西醫基層、牙醫)-517.0億元
- 9.促進醫療服務診療項目支付衡平性(醫院、西基、牙醫)-36.75億元



113年其他預算計畫

2

其他預算

1. 偏遠及弱勢照護

- 山地離島地區(IDS)醫療給付效益提升計畫-8.55億元
- 居家醫療整合計畫及轉銜長照-83.78億元
- 收容於矯正機關醫療服務-16.53億元

2. 促進體系合作

- 急性後期整合照護計畫-2.0億元
- 遠距醫療會診-1.0億元
- 跨層級醫院合作計畫-1.0億元
- 醫院以病人為中心-0.4億元

3. 提升保險成效及其他預備金

- 腎臟病照護與病人衛教計畫-5.11億元
- 提升用藥品質之藥事照護計畫-0.3億元
- 提升保險服務成效-5.0億元
- 支應C肝不足經費(跨部門)-1.25億元
- 調節非預期風險、罕見疾病等預備款-4.41億元+0.9億元
- 因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能(113新增)-40.0億元

3



跨部門專案計畫執行成果



4



暫時性支付(新藥、新特材)



5



暫時性支付(新藥、新特材)執行情形

- ◆ 113年預算24.299億元，共收載4項新藥，113年預算執行數為0.9億元，執行率3.7%，受惠人數約358人至536人，預估首年藥費為1.4億元至2.29億元，扣除替代後影響為1.09億元至1.66億元。

項次	藥品	適應症	生效日
1	Polivy (polatuzumab vedotin)	限與bendamustine和rituximab併用，適用於第三線治療復發型(relapsed)或難治型(refractory)且未曾接受 及不適合接受造血幹細胞移植的瀰漫性大型B細胞淋巴瘤(DLBCL)成年病人	113/2/1
2	Vyndamax (tafamidis)	成人野生型或遺傳性的轉甲狀腺素蛋白類澱粉沉著症造成之心肌病變(ATTR-CM)	113/2/1
3	Velexbru (tirabrutinib)	成人復發或難治型原發性中樞神經系統B細胞淋巴瘤(PCNSL)	113/6/1
4	Spevigo (spesolimab)	全身型急性發作膿疱性乾癬	113/7/1

未來展望

持續爭取預算滿足病人治療需求，114年由公務預算撥補50億元，挹注全民健康保險基金，指定用於「癌症新藥暫時性支付專款」，為確保癌症病友能夠早日取得具治療潛力新藥，後續再視財源及醫療需求情況，滾動檢討，逐步擴大至百億元規模。

6



醫療給付改善方案



7



方案項目及執行目的



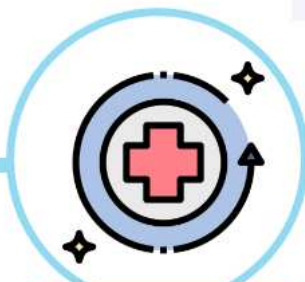
得到 妥善治療

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



延緩 病程發展

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



提高 醫療效率

- ◆ 乳癌(90年)
- ◆ 孕產婦全程照護 (104年)
- ◆ 生物相似性藥品 (113年)

8



113年方案執行情形

單位：千人/百萬點

醫 院	方 案 別										相似性藥品
	糖尿病	氣喘	乳癌	思覺失調	BC肝追蹤	孕產	早期療育	COPD	用藥安全	DKD	
參與家數	293	147	5	145	204	93	28	126	138	228	134
照護人數	582.2	64.8	11.8	76	208.9	34.7	1.9	26.3	82.2	135.2	-
照護率	58.0%	37.4%	5.8%	69.2%	47.9%	36.4%	13.3%	42.3%	-	67.4%	-
執行數	687.7	57.3	57.7	66.8	41	47.5	3.8	35.2	56.9	255.9	2.3

西醫 基層	方 案 別									
	糖尿病	氣喘	乳癌	思覺失調	BC肝追蹤	孕產	早期療育	COPD	DKD	相似性藥品
參與家數	1,305	598	-	20	449	28	4	85	740	3
照護人數	367.6	81.1	-	1.8	107.2	7.3	0.2	1.6	120.3	-
照護率	43.1%	36.0%	-	5.0%	48.3%	23.7%	13.3%	41.2%	85.1%	-
執行數	443.1	48.0	-	1.6	20	8.5	0.5	1.1	241.6	0.0054

9



歷年方案照護人數



註：疾病管理方案照護人數係統計論質方案計11項方案：糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案（含糖尿病、初期慢性腎臟病、糖尿病合併初期慢性腎臟病）、氣喘、思覺失調症、乳癌、B、C肝個案追蹤、孕產婦全程照護、早療、慢性阻塞性肺病、提升醫院用藥安全與品質方案之收案數(歸入)。

10



歷年方案照護人數

照護人數	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
糖尿病	325,501	365,821	419,455	468,180	520,727	598,259	684,640	783,803	870,760	936,195	978,224	949,911	948,351
氣喘	106,581	103,984	101,990	102,948	109,066	117,801	122,976	135,797	126,351	117,980	114,574	135,193	145,788
乳癌	12,653	13,458	12,041	12,520	12,183	11,374	10,963	10,967	10,722	10,941	11,410	11,702	11,835
思覺失調	47,657	49,209	57,565	59,679	63,800	61,784	62,734	61,296	60,713	59,822	75,250	77,443	78,036
BC肝追蹤	121,451	149,375	175,317	201,452	220,928	231,093	247,877	267,931	268,889	277,151	282,448	299,922	309,858
孕產	未實施			59,114	57,958	60,475	56,581	54,364	51,297	43,813	27,396	39,755	41,906
早療	未實施			15	801	954	1,473	1,497	1,525	1,816	1,997	2,192	2,043
COPD	未實施					8,898	17,117	21,811	23,070	23,962	24,719	27,127	27,905
用藥安全	未實施							40,953	50,717	59,263	66,057	77,958	82,165
DKD	未實施										84,200	181,701	255,467
合計	659,479	717,255	805,166	883,964	961,869	999,245	1,111,016	1,275,159	1,355,811	1,418,487	1,653,493	1,802,904	1,914,099

113年照護人數以**DKD成長幅度最多**，至於**糖尿病有下降趨勢**，因111年3月起新增DKD方案，糖尿病及初期慢性腎臟病共病人可改以DKD收案照護，故人數略有下降。

11



歷年方案照護率

照護率	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
糖尿病	34%	35%	39%	41%	43%	48%	51%	55%	58%	60%	61%	62%	64%
氣喘	39%	38%	36%	36%	28%	30%	35%	36%	38%	41%	39%	38%	37%
乳癌	14%	13%	11%	11%	10%	8%	8%	7%	7%	7%	6%	6%	6%
思覺失調	51%	52%	60%	60%	64%	68%	69%	67%	66%	67%	59%	62%	62%
BC肝追蹤	21%	25%	29%	33%	35%	37%	39%	42%	42%	42%	44%	46%	48%
孕產	未實施			29%	30%	32%	33%	33%	34%	30%	21%	32%	33%
早療	未實施			1%	15%	15%	13%	12%	11%	13%	7%	14%	13%
COPD	未實施					24%	39%	35%	40%	46%	48%	45%	42%
DKD	未實施										45%	60%	75%

◆ 113年方案照護率**多為正成長**，僅氣喘、早療及COPD有小幅下降，係因符合收案條件人數成長幅度高於收案數，爰整體收案率小幅下降。

12



歷年預算執行率

113年醫院總額預算執行率：74.7%



113年西醫基層總額預算執行率：85.7%



13



執行成效-糖尿病

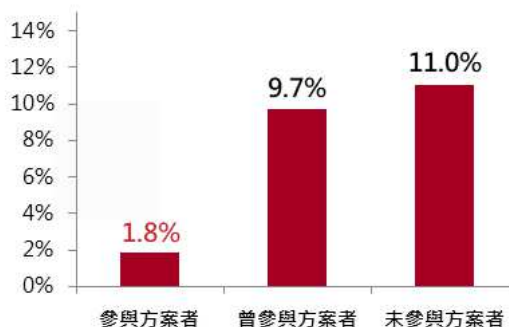
◆ 參與方案者各項檢查率皆高於未參與方案者：

1. 113年參與方案者HbA1C之檢查率為99.6%、未參與方案者為36.2%。
2. 113年參與方案者眼底檢查之檢查率為70.9%、未參與方案者為13.0%。
3. 113年參與方案者微量白蛋白之檢查率為93.2%、未參與方案者為22.9%。

◆ 追蹤94-113年新收案：HbA1C > 9.0% 個案中 74.6% 改善(一年後)。

HbA1c >9.0% 人數	1年後		
	HbA1c值	人數	比率
323,494	<7%	107,929	33.36%
	7~9.0%	133,305	41.21%
	>9.0%	82,260	25.43%

◆ 參與方案者之洗腎發生率低於未參與方案者。



14



執行成效_糖尿病合併初期慢性腎臟病

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

項目		111年(開辦年)	112年	113年
照護人數		84,200	181,701	255,467 ↑
參與院所數		536	805	968 ↑
參與醫師數		1,330	2,268	2,868 ↑
品質監測指標	UACR控制良好率(<30mg/gm)	51.9%	55.0%	56.6% ↑
	HbA1C控制良率(<7.0%或八十歲以上病人HbA1c<8.0%)	62.1%	63.6%	64.6% ↑
	LDL良率(<100mg/dl)	82.3%	86.3%	87.4% ↑

資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度本方案收案之對象

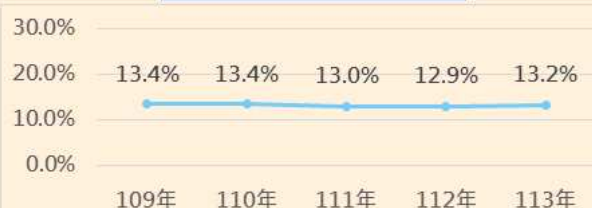
15



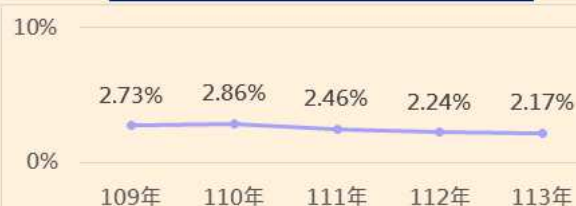
執行成效-氣喘

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

降階治療成功率

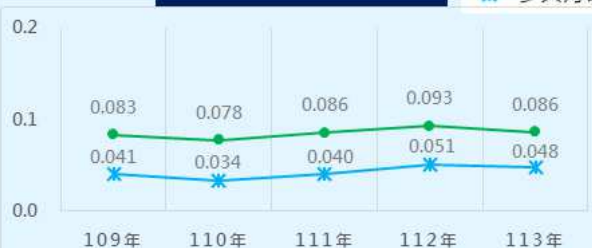


出院14日內因氣喘再入院率

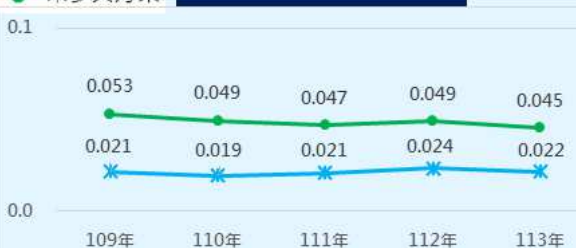


- ◆ 近五年參與方案者之每人急診及住診次數皆低於與未參與方案者。

平均每人急診次數



平均每人住診次數



16



執行成效_B、C肝追蹤

◆ 參與方案者之各項檢查率皆高於未參與方案者。



109-113年參與及未參與BC肝追蹤方案患者之GOT、GPT、腹部超音波檢查率

註:1.參與方案檢查率:分母:申請P42人數, 分子:申請P42且分別申請各類檢驗之人數。

2.未參與方案檢查率:分母:符合方案條件者未申請P42之人數, 分子:符合方案條件未申請P42者分別申請各類檢驗之人數。

◆ 113年參與方案者之早期發現肝癌計有372人

(109-112年分別為: 388人、446人、466人、360人)

註:早期發現肝癌人數,係以當年度申請篩檢異常並申請1、2期肝癌重大傷病證明者(P4203C、P4204C、P4205C)。

17



執行成效-乳癌

◆ 第0~2期五年存活率為92%以上；第4期存活率為64.5%，優於全國（39.4%）。



18



執行成效-思覺失調

- ◆ 近五年參與方案者較未參與方案者之每人急診及強制住院次數為低

平均每人因思覺失調急診次數



平均每人因思覺失調強制住院次數



109-113年參與及未參與思覺失調方案患者之平均每人急診、強制住院比較圖表

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

19



執行成效-孕產婦全程照護

- ◆ 參與方案之孕產婦出院後14日再住院率低於未參與方案者



109-113年參與方案者之全程照護率

109年	110年	111年	112年	113年
53.7%	47.5%	36.5%	31.7%	33.3%

資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度本方案收案之對象

- ◆ 近五年，除109年外，低出生體重率皆未超過前一年度1%

109-113年參與方案院所
低出生體重率

109年	110年	111年	112年	113年
1.1%	0.4%	0.2%	0.19%	待補(已請國建署協助於114.7.15前提供)

資料來源：國民健康署 計算方式如下：

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

出院後14日內再住院率



剖腹產率



註1：統計範圍：當年度符合本方案收案條件之對象
註2：已進行年齡校正

20



執行成效-慢性阻塞性肺病

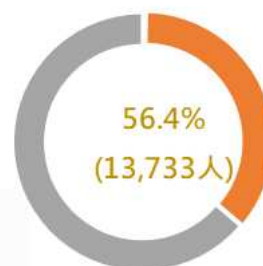
◆收案患者較收案前因COPD急診或住院人數有明顯下降情形

COPD新收個案人數	收案前一年曾因COPD急診		收案後一年曾因COPD急診	
	人數	人數占率	人數	人數占率
8,244	709	8.6%	678	8.2%

COPD新收個案人數	收案前一年曾因COPD住院		收案後一年曾因COPD住院	
	人數	人數占率	人數	人數占率
8,244	727	8.8%	551	6.7%

資料來源：健保資料庫 統計範圍：當年度符合本方案收案之對象
註：本方案106年4月實施，以112年度參與方案個案人數為比較前、後年度概況

✓ 113年56.4%以上參與方案者接受正確藥物治療



統計範圍：當年度本方案收案之對象

註：接受正確治療藥物係指符合國健署慢性阻塞性肺病臨床治療指引者

21



執行成效-提升醫院用藥安全與品質

◆醫師或其他醫事人員接受比率高，均達80%以上

項目		臨床藥事介入4大類(總計23小項)				總計
		建議處方	主動建議	建議監測	用藥連貫性	
重症加護臨床藥事照護	登錄件數	26,449	31,890	31,261	62,549	152,149
	接受件數	25,577	30,338	30,510	60,872	147,297
	接受率	96.7%	95.1%	97.6%	97.3%	96.8%
門診臨床藥事照護	登錄件數	9,996	2,093	589	738	13,416
	接受件數	9,928	2,063	587	733	13,311
	接受率	99.3%	98.6%	99.7%	99.3%	99.2%
一般病床臨床藥事照護	登錄件數	1,741	1,083	311	601	3,736
	接受件數	1,679	967	301	562	3,509
	接受率	96.4%	89.3%	96.8%	93.5%	93.9%

22



醫療給付改善方案_小結

方案辦理情形及照護狀況

多數方案檢查(驗)執行率表現以參與方案者較未參與者佳，且除氣喘、早療及COPD外，其他方案照護率皆較去年成長或持平。

未來展望：整合方案提供以病人為中心之全人照護

持續推動各項醫療給付改善方案，並以家醫計畫為基礎，逐步與各項慢性病照護方案進行整合，期藉由家醫醫療群協助個案追蹤管理，延緩慢性病的病程。

23



C型肝炎新藥



24



C型肝炎預算

執行期間 項目	106年	107年	108年 ³	109年	110年	111年	112年	113
年度預算(億)	31.01	50.36	65.36	81.66	65.7	56.2	43.2	26.41
-醫院專款	26.55	45.28	47.6	47.6	34.28	34.28	34.28	22.24
-西醫基層專款	4.46	4.08	4.06	4.06	2.92	2.92	2.92	2.92
-其他預算								
支應C肝專款不足	-	1	13.7	30	28.5	19	6	1.25
執行數(億)	26.91	48.57	70.54	49.04	32.73	22.92	20.46	16.24
執行率	91.4%	96.4%	100.0%	60.1%	49.8%	40.8%	47.4%	61.5%
-醫院執行數	25.34	45.28	47.60	44.98	29.81	20.00	15.74	13.32
-西醫基層執行數	1.57	3.29	4.06	4.06	2.92	2.92	2.92	2.92
-其他預算	-	-	13.07	-	-	-	-	-

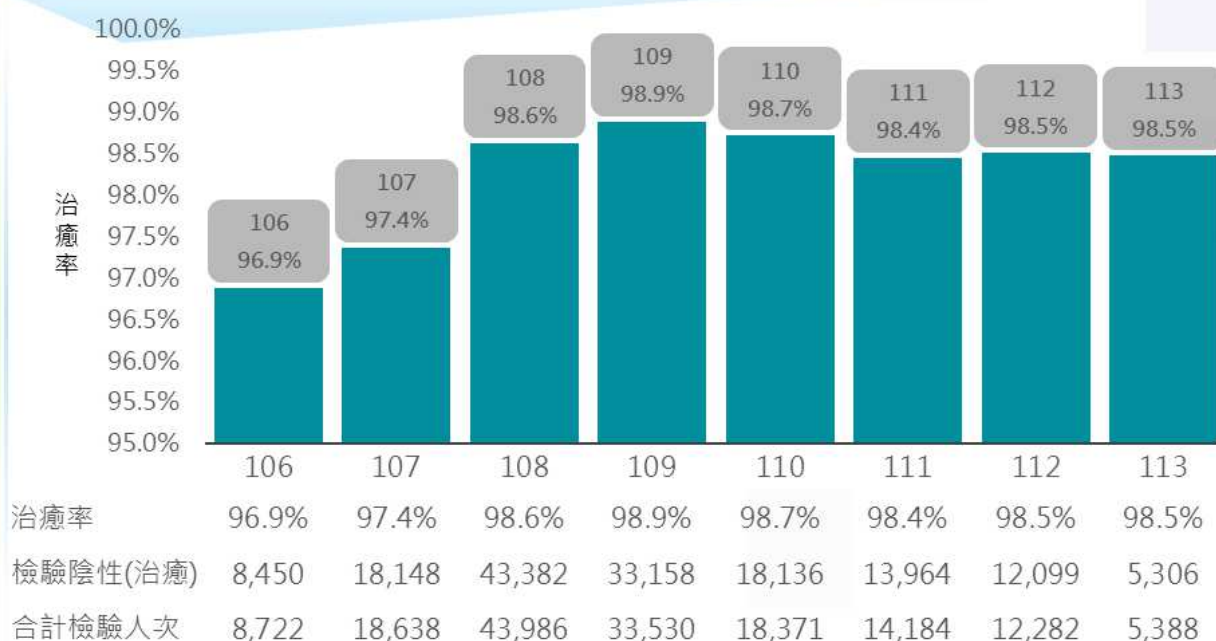
C肝藥費預算係配合「國家2025消除C肝目標」編列，隨著政策推動，治療涵蓋率逐年提升，新收案人數由108年之4.6萬人減少為113年之1.2萬人，並配合調整每年預算數目。

- 1.106年西醫基層預算為C肝全口服新藥費用，107年起預算包含既有C型肝炎藥品(干擾素合併ribavirin)費用。
- 2.年度執行數已扣除廠商負擔款。自107年起醫院與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。
- 3.108年C型肝炎藥費專款之不足，依健保會決議，同意由108總額「其他預算」項下之「基層總額轉診型態調整費用」、「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」、「提升保險服務成效」3項預算之結餘支應，並以19億元為上限。超出之5.18億元由其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」(8.22億元)結餘款支應。
- 4.109~113年西醫基層總額專款之不足123.9百萬元、197.8百萬元、231.8百萬元、180.4百萬元、92.9百萬元，由醫院總額同項專款支應。

25



治療成果 - 治療結束後病毒量檢測結果



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

2. 本表係統計醫療院所登錄C肝病病人病毒量檢測結果的資料，擷取直到113/12/31底登錄的資料。

26



治療成果

WHO於2030年消除病毒性肝炎目標

慢性C型肝炎病毒診斷比率 $\geq 90\%$

被診斷為慢性C型肝炎患者接受抗病毒用藥治療比率 $\geq 80\%$

目標達成情形

- ◆ 依國健署統計，我國慢性C肝於一般族群(45-84歲)之診斷率及接受治療比例 $\geq 90\%$ ，皆高於WHO 2030 目標。
- ◆ C型肝炎全口服新藥自106年1月24日起納入健保給付，截至114年5月已逾17.8萬人使用。

推動執行策略

- ◆ 將BC肝篩檢指標納入慢性病管理計畫監測，定期提供符合篩檢資格未篩檢名單予院所進行追蹤管理。
- ◆ 自114年5月起給付不符成健篩檢資格之C肝高風險共病族群之篩檢。

27



家庭醫師整合性照護計畫

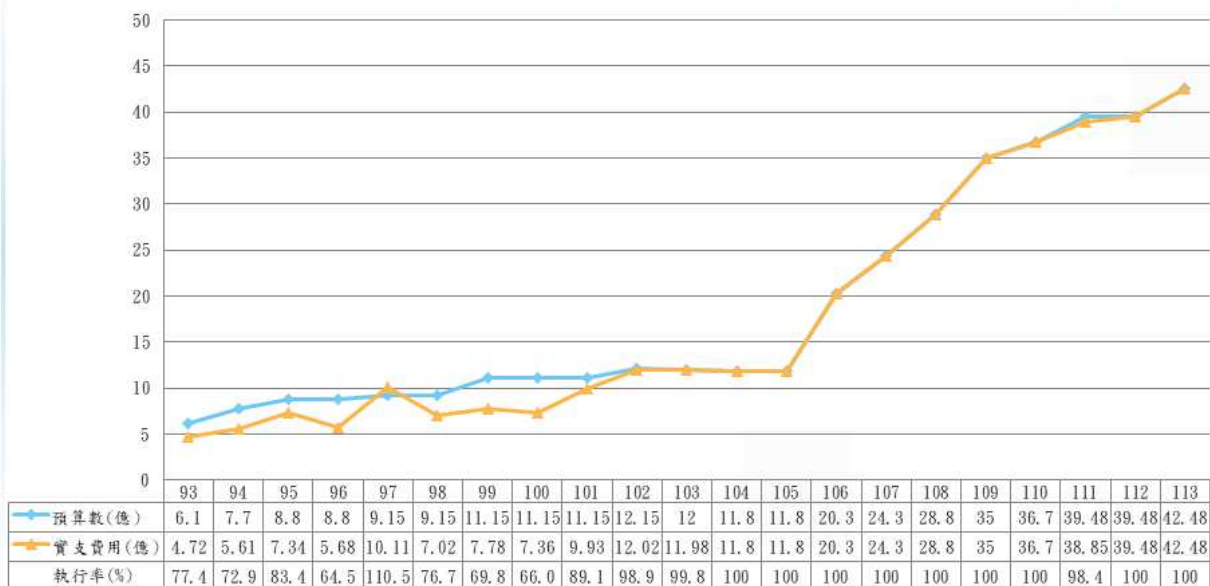


28



家醫計畫歷年經費執行情形

- 113年預算42.48億元，執行數42.48億元，執行率100%。



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

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

29



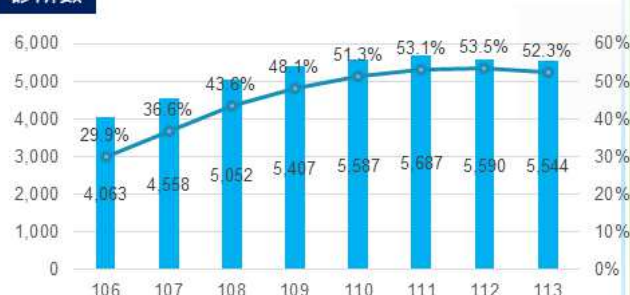
近年家醫計畫執行概況

- ✓ 113年共522個醫療群，診所數5,544家(52%)、醫師數7,949人(45%)，收案約627萬人，參與醫師數和收案人數較前一年成長

醫療群數



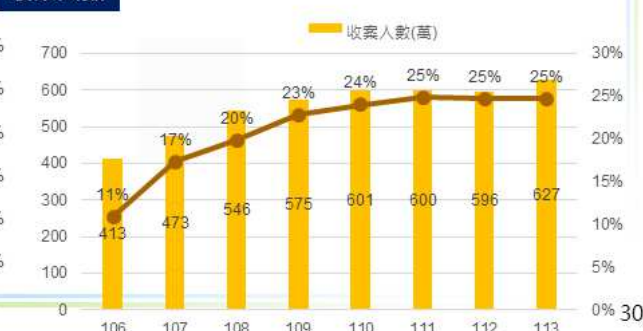
診所數



醫師數



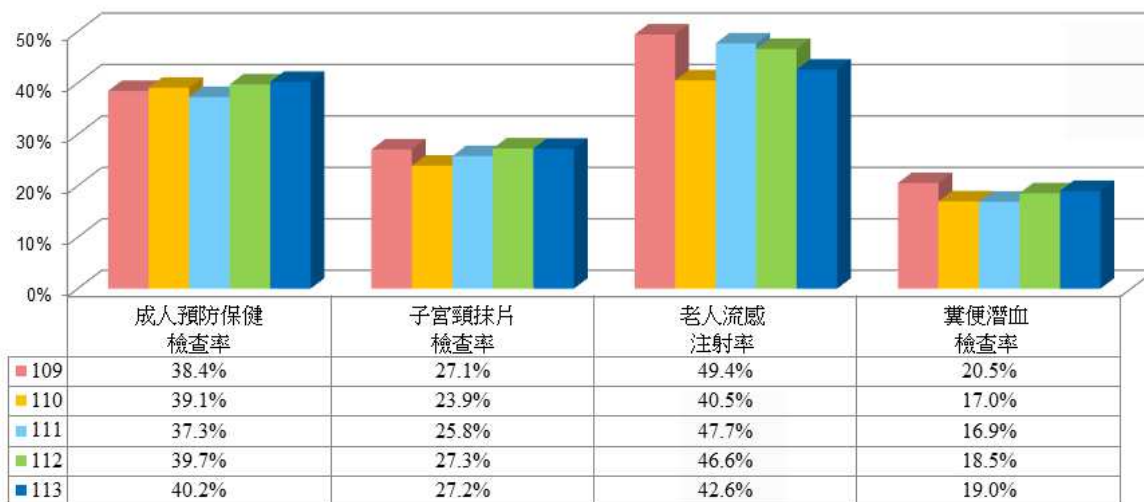
收案人數





近5年預防保健指標檢查/注射率

- 成人預防保健檢查率、子宮頸抹片檢查率、老人流感注射率均達成目標值
- 113年新增「B、C肝炎篩檢率」，執行率為71.9%



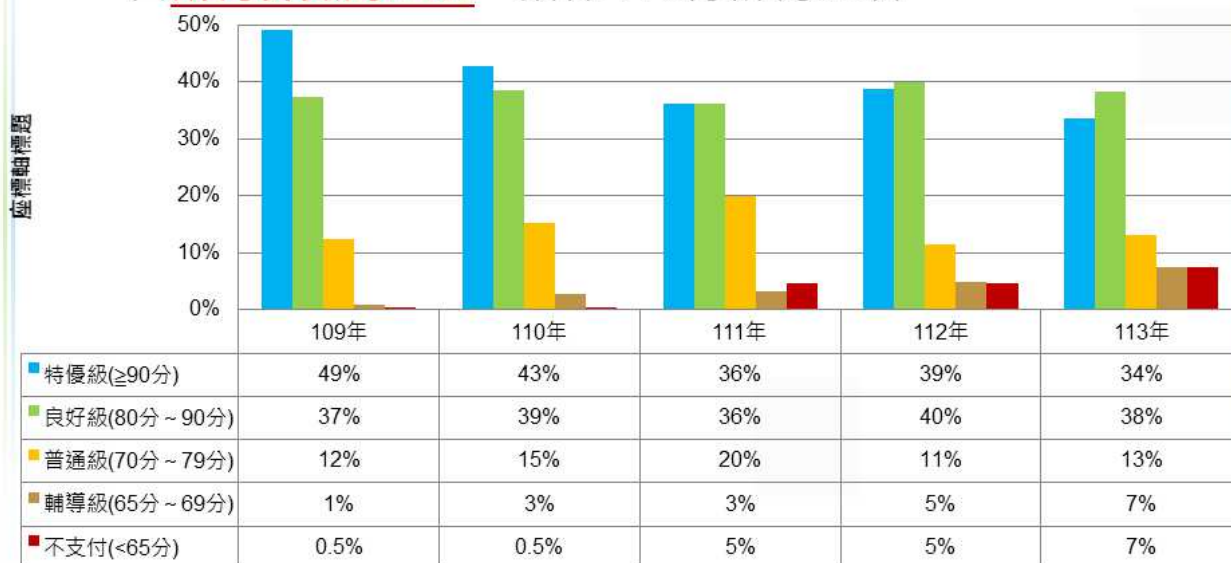
1. 成人預防保健檢查率：分子為40歲(含)以上會員於基層診所接受成人健康人數；分母為(40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)。
2. 子宮頸抹片檢查率：分子為30歲(含)以上女性會員於基層診所接受子宮頸抹片人數；分母為30歲(含)以上女性會員數。
3. 65歲以上老人流感注射率：分子為65歲以上會員於基層診所接種流感疫苗人數；分母為65歲以上總會員人數。
4. 糞便潛血檢查率：分子為50歲以上至未滿75歲會員於基層診所接受定量免疫糞便潛血檢查人數；分母為50歲以上至未滿75歲會員人數/2。
5. 109年修改子宮頸抹片檢查率得分關值及放棄收案會員於醫院層級檢查亦納為統計範圍
6. 113年新增「B、C肝炎篩檢率」
7. 五項指標目標值分別為30.60%、25.71%、40.48%、21.74%、73.73%

31



近5年社區醫療群品質評核

- 113年強化擇優汰劣，品質指標達80分以上共計376群，占所有群數約72%，指標<70分計有39群



註1：表內占率係呈現各品質分級之醫療群所佔當年度參與醫療群。

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

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

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

32



大家醫計畫提供服務特色

1 會員健康資料建檔

- 加強會員個案管理及衛教
- 預防保健各指標歷年均達高標

3 提供病人轉診服務

- 醫療群與297家醫院合作
- 轉診服務：432,780人次
- 共照門診：5,702診次
- 病房巡診：609次

5 辦理社區衛教、宣導

- 營造健康社區，提升醫療群形象
- 辦理社區衛教1,200場次；408場次(全人)
- 參與人數達48,858人次

2 24小時諮詢專線

- 電話諮詢服務：51,188通；496通(全人)
- 提供適當就醫指導
- 減少急診與不必要就醫
- 主動電訪會員人數：1,424,110人；9,899人(全人)

4 加強診所與醫院合作

- 醫院與診所合作轉診
- 辦理個案研討
- 辦理共同照護門診
- 參與上述活動6次以上醫師計6,671位

6 提升DM/CKD照護品質

- 113年整合DM/CKD/DKD方案，家醫2.0醫療群須提升DM/CKD照護品質，提供整合性照護

33



未來規劃： 擴大家醫服務涵蓋，落實全人全程健康照護

慢性病照護整合

- 以家醫計畫為基礎，逐步整合各項論質支付方案與慢性病(NCD)防治計畫
- 建立融合三段五級，以人為中心之整合式多重慢性病健康管理模式

支付制度改革

- 論價值支付，落實有效照護(effective care)接軌國際指引，提升民眾健康
- 依據病人風險分級進行分級支付，避免逆選擇
- 試辦慢性病 論人計酬(bundled payment)



品質指標監測

- 依據證據醫學訂定醫療品質指標，監測執行狀況

全方位健康管理

- 包括疾病管理、預防保健、風險因子預防、衛教諮詢等全方位健康管理
- 生活型態介入，提供後續生活習慣諮商及訂定治療計畫
- 鼓勵醫療群建立整合式健康管理中心

創新照護模式

- 建構數位平台整合個人健康數據，提升健康管理效能
- 導入數位工具(如APP)透過創新慢性病管理模式，延緩慢性病發生。

34



鼓勵院所建立轉診機制 基層總額轉診型態調整費用



35



轉診支付誘因

為推動分級醫療，鼓勵院所「建立轉診之合作機制」，自107年起編列專款預算。
規劃轉診支付誘因，新增5項轉診支付標準項目，自107年7月1日起施行。

預算(億元)	108年	109年	110年	111年	112年	113年
醫院	6.89	6.89	4.0	2.247	2.247	2.247
西醫基層	2.58	2.58	2.58	2.58	2.58	2.58

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

36



轉診支付規範及核付情形

轉診支付標準支付方式：

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

◆同體系院所間（含委託經營）之轉診案件不得申報。

（單位：醫令數：萬件；結算數：億點）

	112年				113年			
	申報醫令數	核付醫令數	核付率	結算數	申報醫令數	核付醫令數	核付率	結算數
醫院	117.2	88.8	75.8%	2.18	117.5	87.1	74.1%	2.07
西醫基層	102.4	67.0	65.4%	1.62	105.0	67.6	64.4%	1.62
合計	219.5	155.8	71.0%	3.80	222.5	154.7	69.5%	3.70

備註：112年及113年皆以一點一元支應

37



轉銜長照辦理情形

◆ 出院後7日內接受長照服務之件數占率，近三年均已超過6成

	申報健保出院準備件數	出院前接受長照2.0需求評估		出院後7日內接受長照服務		出院後接受長照服務	
	(A)	件數(B)	件數占率(B/A)	件數(C)	件數占率(C/B)	件數(D)	件數占率(D/B)
111年	155,769	26,735	17.2%	16,403	61%	21,420	80%
112年	179,717	32,265	18.0%	20,638	64%	26,048	81%
113年	190,201	36,843	19.4%	24,179	66%	28,664	78%

為加速啟動出院後銜接長照，刻正與長照司研議運用安全檔案傳輸(SFTP)平台介接病人資訊事宜，以利本署各分區業務組輔導醫院就住院病人儘早展開長照服務介入時點。

38



鼓勵醫事服務機構即時查詢 病患就醫資訊方案



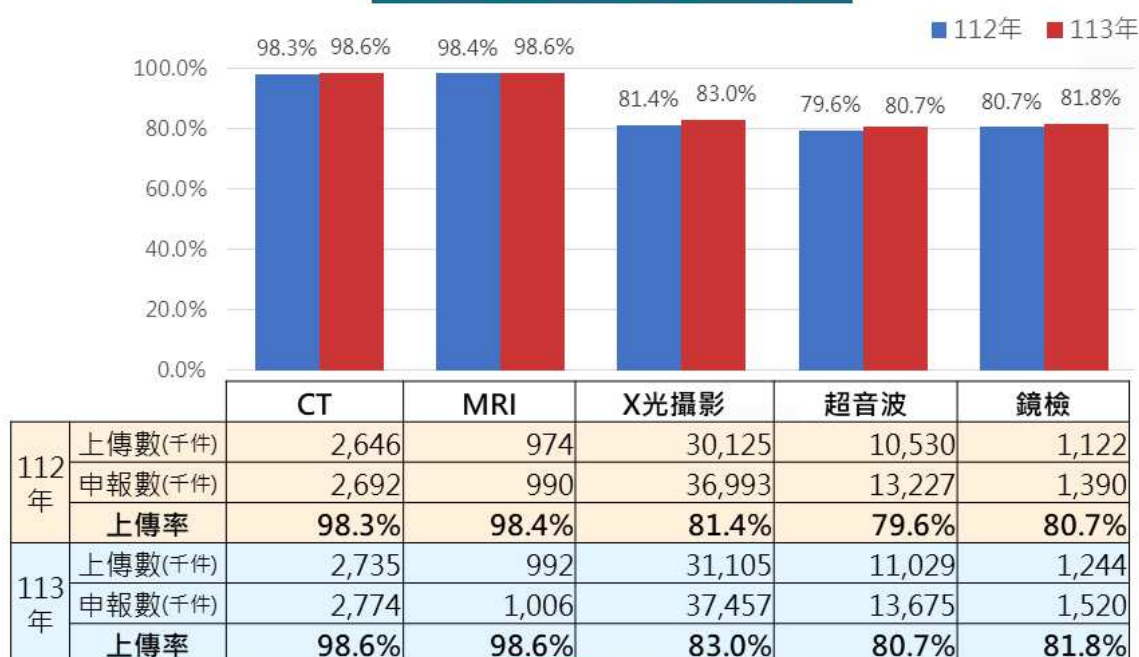
39



方案執行成效

◆ 113年醫院、診所、藥局及檢驗所參與率均超過90%，其中醫院達100%。

112年-113年醫療影像上傳情形



40



113年上傳獎勵金發放情形

單位：千元

特約類別	檢驗(查)結果	出院病摘	人工關節植入物	居家訪視登錄	特定醫令申報起迄時間	醫療影像及報告	合計
醫學中心	165,297	6,089	104	212	2,247	149,001	322,950
區域醫院	155,593	6,307	100	443	1,637	170,915	334,995
地區醫院	71,307	2,213	56	291	966	98,762	173,594
診所	30,439	-	-	871	353	17,110	48,773
檢驗所	21,030	-	-	-	-	5	21,036
其他醫事機構	223	-	-	4,500	-	-	4,723
合計	443,889	14,609	261	6,317	5,203	435,793	906,072

本計畫於114年起移出由公務預算支應

41



113年提升院所智慧化資訊機制獎勵發放情形

單位：千元

特約類別	醫療費用申報格式改版獎勵		健保卡資料上傳格式2.0改版獎勵	門診處方箋QR코드二維條碼推動獎勵	合計
	ICD-10-CM/PCS	就醫識別碼			
醫學中心	319	12	40	-	371
區域醫院	902	60	270	2	1,234
地區醫院	3,850	112	990	4	4,956
診所	62,820	3,520	20,280	1,960	88,580
藥局	21,498	5,130	26,290	2,614	55,532
檢驗所	246	2	240	-	488
其他機構	2,553	484	2,930	18	5,985
合計	92,188	9,320	51,040	4,598	157,146

本計畫於114年起移出由公務預算支應

42



慢性傳染病照護品質計畫



43



慢性傳染病照護品質計畫

112年6月1日公告實施

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



潛伏結核感染治療品質支付服務計畫

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



愛滋照護管理品質支付計畫

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



長照機構加強型結核病防治計畫

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

44



113年執行情形

	醫院	西基	合計	備註
預算數(百萬)	180	20	200	同項專款得相互流用
執行數(百萬)	169.6	14.7	184.3	
執行率(%)	94.2%	73.3%	92.1%	
潛伏結核感染治療品質支付服務計畫				成效評估
參與院所	190	91	281	• 潛伏結核感染者 完成治療比率：85%
參與醫師數	984	142	1,122	
照護人數	11,308	3,196	14,499	
愛滋照護管理品質支付計畫				
參與院所	87	2	89	• 愛滋感染者有服藥比率96% • 服藥感染者 病毒量測不到比率95%
參與醫師數	371	3	374	
照護人數	31,546	190	31,736	
長照機構加強型結核病防治計畫				
參與院所	105	4	109	• 長照機構LTBI檢驗陽性加入治療比率：81% • 長照機構 LTBI檢驗陽性完成治療率：83%
參與醫師數	235	16	251	
照護人數	23,823	2,841	26,664	
本計畫於114年起移出由公務預算支應				

45



癌症治療品質改善計畫



46



全民健康保險癌症治療品質改善計畫

施行日期

112年6月1日起實施。

計畫目的

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

預算

112年：醫院總額4.02億元+西醫基層總額1.15億元=5.17億元，兩總額同項專款得相互流用。

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

預期效益

癌症篩檢陽性/異常個案進行確認診斷之追陽率達90%。

47



113年執行情形

	醫院	西基	牙醫	合計
預算數(百萬)	414	93	10	517
執行數(百萬)	81.8	3.7	0.7	86.2
執行率(%)	19.8%	4.0%	7.2%	16.7%
參與院所	202	409	36	611
參與醫師數	4,052	623	140	4,770
服務人數	65,507	9,886	544	72,875
成效評估				
五癌平均	88.7%	77.2%	-	85.3%
大腸癌	82.1%	78.1%	-	80.5%
口腔癌	90.3%	61.3%	84.0%	77.5%
子宮頸癌	87.1%	84.3%	-	86.0%
乳癌	93.6%	93.7%	-	93.6%
肺癌	80.9%	-	-	80.9%

本計畫於114年起移出由公務預算支應

48



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)



49



113年執行情形



優先調整受法規影響及層級支付不一致項目，完成11場會議、成立專家小組，持續召開會議凝聚辦理共識，系統性檢討各項支付點數

獎勵方案

新增「基層診所照護獎勵方案」反映基層人員投入心力，獎勵調升基層人員薪資

調升加成

- 1.修訂小兒外科專科醫師住院診察費加成
- 2.修訂基層診所藥服費兒童加成方式，調整與藥局相同
- 3.新增離島住院案件醫療服務點數加成30%
- 4.牙醫根管治療難症處理服務點數加成30%，年齡由70歲下修至65歲。

未來展望：

- 以不同工不同酬為原則，研議醫院複雜門診診察支付方案。
- 支付標準調整朝向「加強醫院體質」、「維持住院營運」為目標，優先調升基本診療項目（護理費、診察費、病房費等）、兒童重症項目及住院案件之支付。

50



其他預算計畫執行成果



51



歷年協定預算及執行率一覽表

預算項目	109	110	111	112	113
1.山地離島地區醫療給付效益提升計畫	6.554億元 (5.27億元 80%)	6.554億元 (4.98億元 76%)	6.054億元 (5.39億元 89%)	6.054億元 (5.61億元 93%)	8.554億元 (5.95億元 70%)
2.非屬各部門總額之服務項目(居家、精神社區復健、助產所等)	61.70億元 (56.59億元 92%)	65.44億元 (59.61億元 91%)	73.00億元 (62.07億元 85%)	78.03億元 (66.58億元 85%)	83.78億元 (70.5億元 84%)
3.促進醫療體系整合	4億元 (1.79億元 45%)	4億元 (1.69億元 42%)	4.5億元 (1.77億元 39%)	5.5億元 (1.91億元 35%)	4.5億元 (1.95億元 43%)
醫院以病人為中心門診整合 照護計畫	- (0.50億元)	- (0.39億元)	- (0.37億元)	- (0.35億元)	- (0.25億元)
急性後期整合照護計畫	- (0.68億元)	- (0.67億元)	- (0.70億元)	- (0.86億元)	- (0.96億元)
遠距醫療會診	-	- (0.01億元)	- (0.05億元)	- (0.07億元)	- (0.11億元)
跨層級醫院合作計畫	- (0.62億元)	- (0.61億元)	- (0.65億元)	- (0.64億元)	- (0.63億元)
4.鼓勵醫療院所即時查詢病患就 醫資訊方案	9.36億元 (6.74億元 72%)	9.8億元 (7.42億元 76%)	15億元 (11.40億元 76%)	16.36億元 (13.27億元 81%)	14.86億元 (12.30億元 83%)

註：()內資料為預算實際執行數及執行率

52



歷年協定預算及執行率一覽表

預算項目	109	110	111	112	113
5.提升用藥品質之藥事照護計畫	0.3億元 (未執行)	0.3億元 (未執行)	0.3億元 (25.8萬元 0.9%)	0.3億元 (44.8萬元 1.5%)	0.3億元 (323.4萬元 10.8%)
6.慢性腎臟病照護及病人衛計畫 (含Early-CKD、Pre-ESRD、 ESRD門診服務品質提升計畫)	4.27億元 (4.27億元 98%)	4.5億元 (3.74億元 83%)	4.5億元 (3.93億元 87%)	5.11億元 (4.16億元 81%)	5.11億元 (3.93億元 77%)
7.保險對象收容於矯正機關醫療 服務計畫	16.538億元 (14.42億元 87%)	16.538億元 (13.67億元 83%)	16.538億元 (14.20億元 86%)	16.538億元 (15.83億元 96%)	16.538億元 (16.538億元 100%)
8.提升保險服務成效	3億元 (2.98億元 99%)	3億元 (2.98億元 100%)	6億元 (5.99億元 99.8%)	5億元 (4.83億元 96.5%)	5億元 (4.59億元 91.9%)
9.調節非預期風險	8.22億元 (無支用)	10億元 (無支用)	10億元 (3.13億元 31.3%)	8億元 (8億元 100%)	4.406億元 (無支用)
10.基層總額轉診型態調整費用	10億元 (10億元 100%)	10億元 (10億元 100%)	8億元 (5.41億元 68%)	8億元 (5.68億元 71%)	8億元 (5.65億元 70.6%)
11.因應醫院護理人力需求，強化 住院護理照護量能執行情形	-	-	-	-	40億元 (39.69億元 99.2%)

註：()內資料為預算實際執行數及執行率

53



【偏遠及弱勢照護】 山地離島地區醫療給付效益 提升計畫

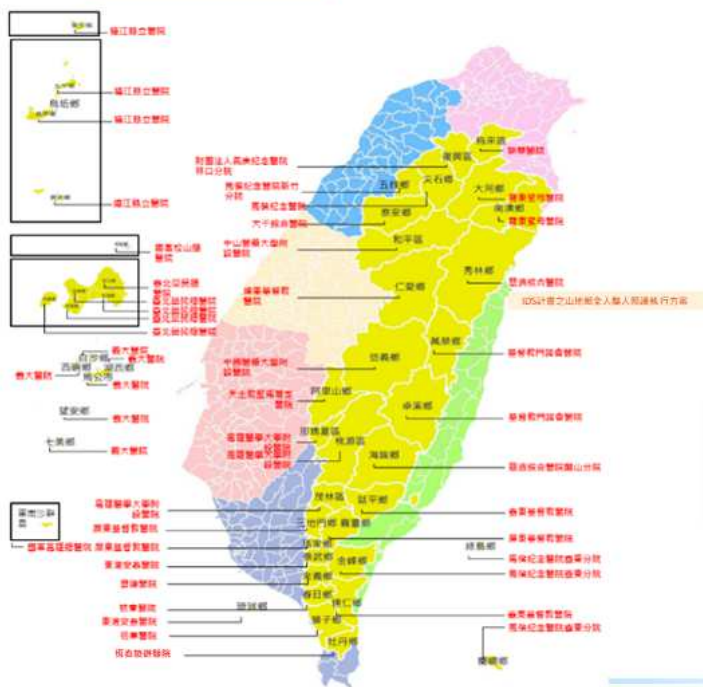


54

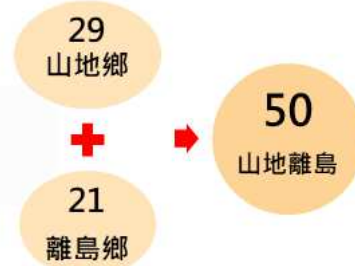


山地離島地區(IDS)醫療給付效益提昇計畫

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



承作醫院	家數
醫學中心	7
區域醫院	13
地區醫院	6

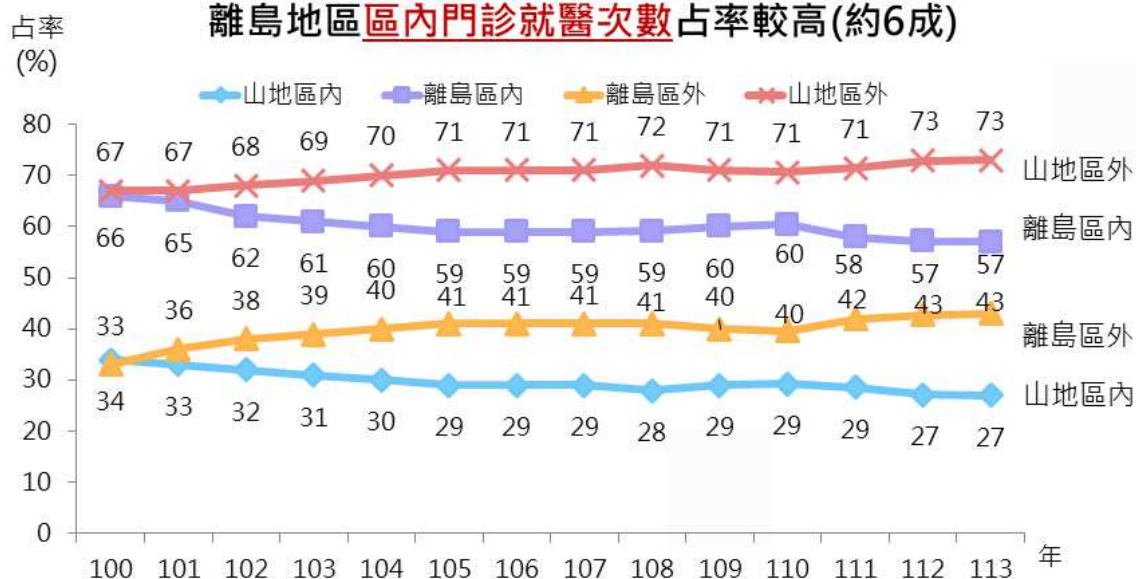


55



山地離島地區保險對象於該區內外就醫次數比較

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



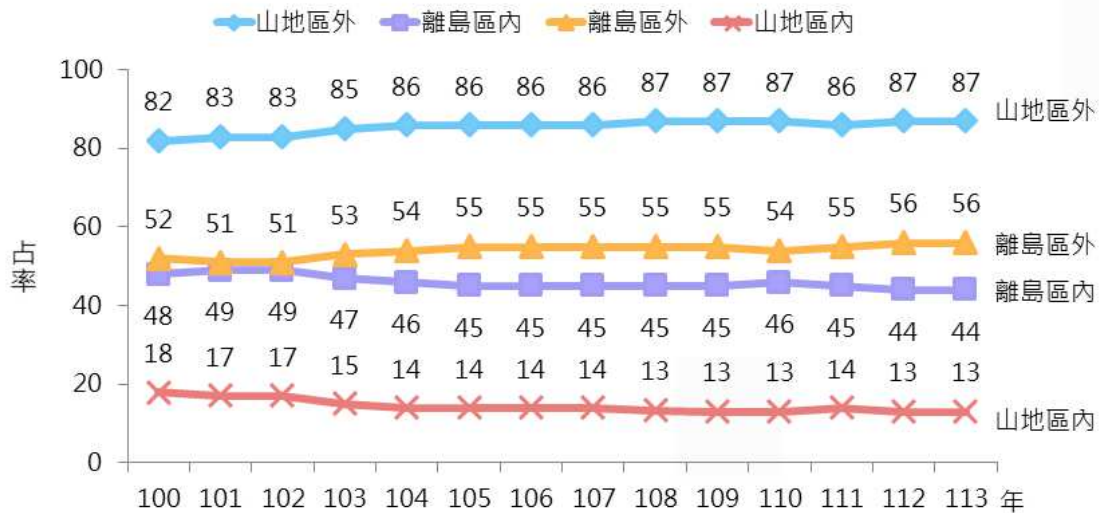
註：1.統計對象為戶籍於山地離島地區且在保之保險對象
2.門診就醫次數經年齡性別校正
3.地區外就醫指保險對象在非山地離島地區內就醫

56



山地離島地區保險對象於該區內外就醫費用比較

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



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

57



山地離島地區保險對象可避免住院-總體指標

- ◆ 離島地區可避免住院率較全國低，山地地區可避免住院率較全國高



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

- ◆ 114年擴大於六分區內各1鄉鎮辦理全人整合照護執行方案，並視經費持續擴大。
- ◆ 研修IDS計畫內容，包含納入預防保健指標或調高其權重占比、簡化或放寬相關作業，及訂定醫事人員合理診次費用下限，以鼓勵承作院所持續深化照護當地民眾健康。

58



【偏遠及弱勢照護】 居家醫療、居家醫療照護整合計畫、 在宅急症照護、轉銜長照2.0

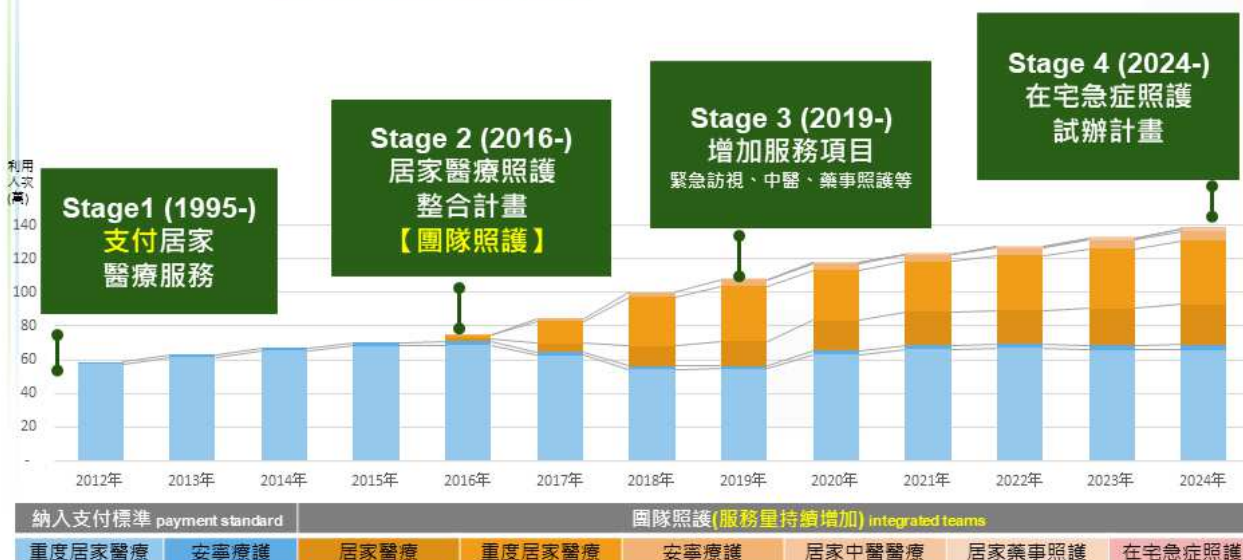


59



全民健保居家醫療照護服務

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



60



居家醫療照護整合計畫

- ▶ 105年2月15日公告實施
- ▶ 整合多項居家照護，提供連續性醫療照護。

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



(截至113年12月) **232個團隊**
3,436家機構
87,526人收案照護



113年照護對象收案後每月平均西醫門診就醫次數，較收案前下降0.55次

未來展望

- 持續精進服務與給付項目，提升院所參與意願及照護品質
- 推動在宅責任醫師制度，強化醫療與長照銜接
- 建置智慧化在宅醫療生態系，簡化第一線作業流程

61



在宅急症照護試辦計畫

113.07實施

目的

- ▶ 提供住院的替代服務，增加醫療體系韌性
- ▶ 減少居家失能或機構住民因急症往返醫院
- ▶ 強化各層級醫療院所垂直轉銜合作

病人參與

- ▶ 尊重病人在家接受治療的意願
- ▶ 減少病人及家屬往返醫院與照顧負擔
- ▶ 降低住院期間交叉感染的風險



62



在宅急症照護試辦計畫執行成效

113年執行成果



共167個團隊、746家院所參與，**逾7成**為基層醫療單位



收案對象計1,290人次，**逾9成**民眾可在家(照護機構)完成治療



照護天數：傳統住院需11-15天，在宅急症照護**平均約6.5天**完治，**每天可替代占床45.6床**。(<10%轉急診或住院)

未來規劃及展望

擴大適應症

1. 居家安寧收案對象：不限感染症
2. 其他感染症、慢性肺病等

新增模式

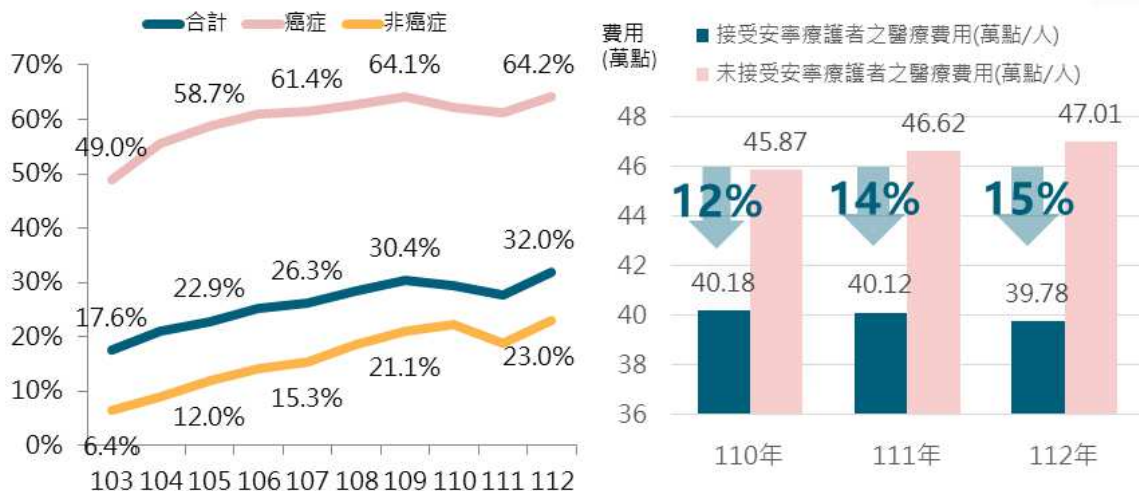
1. 提早出院模式
2. 急診出院轉銜模式
3. 門診抗生素治療模式

63



臨終前安寧療護使用情形

- 112年死亡前1年接受安寧比率約32%，癌症病人死亡前1年接受安寧比率約64%。
- 112年癌末病人死亡前6個月接受安寧療護之每人醫療費用39.8萬，與未接受安寧者每人醫療費用47.0萬相比，明顯較低。



64



安寧療護生命歷程 全人全程照護



65



【偏遠及弱勢照護】 收容於矯正機關者醫療 服務計畫



66



【促進體系合作】 急性後期整合照護計畫



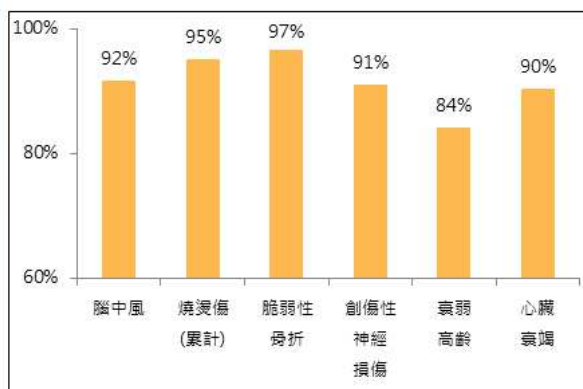
69



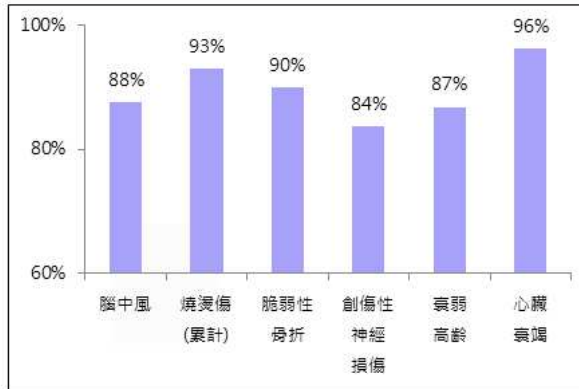
急性後期整合照護計畫執行成效

- ◆ 113年腦中風共6,208人、燒燙傷(累計)125人、脆弱性骨折4,079人、創傷性神經損496人、衰弱高齡678人及心臟衰竭1,534人；**113年**支用預算約0.9億元。

整體成效結果進步占率



結案後回歸門診或居家自行復健占率

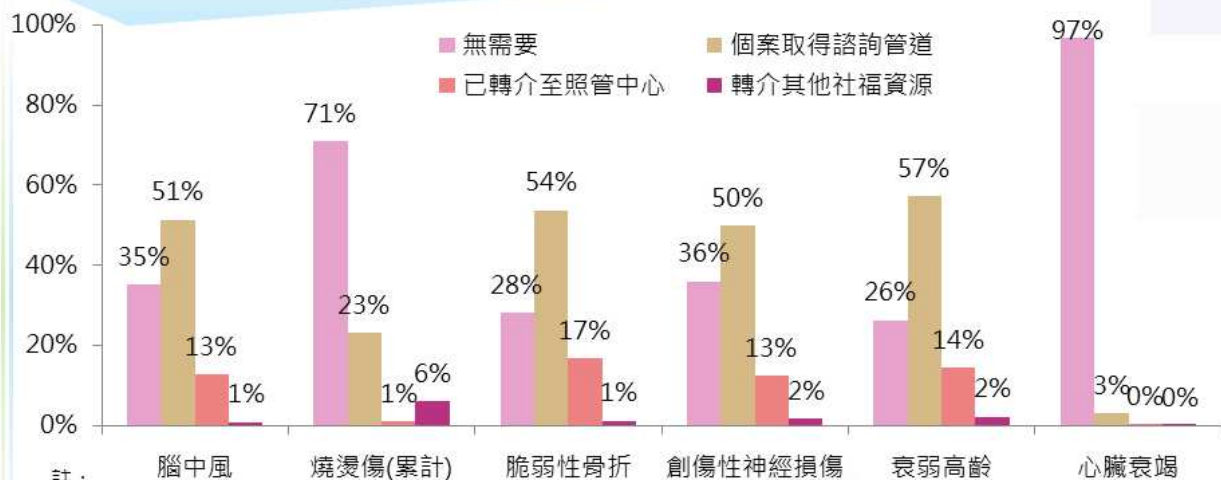


註1.本資料係院所登錄個案整體成效快速進步、穩定進步者占率。進步情形共分為退步、無差異、穩定進步、快速進步。
 2.本以各類照護疾病之結案病人結果統計，未包含中途退出計畫未正常結案(如：死亡、病情轉變無法接受照護或自行中斷等)。
 3.本資料係包含回歸門診或居家自行復健占率，餘個案流向包含安置於療護機構、病情轉變接受其他治療，未納入計算。

70



結案病人社福資源轉介



註：

- 1.資料來源:中央健保署VPN-QP1急性後期整合照護計畫收案及結案資料(統計至113年12月31日收案資料、擷取日期(114.2.4))。
- 2.收案及結案人次依據收案日期歸戶(若跨年度結案，依收案日期歸年)。
- 3.部分個案中途退出計畫未正常結案(如：死亡、病情轉變無法接受照護或自行中斷等)，未納入計算。

未來展望：

- 研修計畫：評估放寬收案條件、延長照護天數及增加給付誘因，並鼓勵地區醫院轉型，以擴大照護服務。
- 長照銜接：配合長照3.0政策，研擬相關配套措施，協助PAC計畫結案後仍有接受長照服務需求者銜接長照服務，提前導入專業服務。

71



【促進體系合作】 跨層級醫院合作計畫



72



跨層級醫院合作計畫院所參與情形

113年有**74個團隊**參與本計畫，由81家醫學中心與區域醫院及9家基層診所，共**557名醫師**提供**21,071支援診次服務**；113年申報點數約**0.74億元**。

各層級醫院參與情形



參與醫師數



支援診次



未來展望：113年開放除門急診外，可支援之醫療型態包含檢查、影像判讀、病歷審查、個案討論及指導、會診、教學等方式。未來將持續加強監測執行成效，輔導院所改善指標達成情形，提升醫療品質。

,3



【促進體系合作】 遠距醫療給付計畫



74



遠距醫療會診二種模式及支付方式

在地端

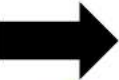
C院所診間



居整計畫收案個案 住家(111.8.1新增)



插號
看診



依序看診，
或一對多
切換診間

遠距端

一般診間門診

同診間，同時可接受一
般門診及遠距會診

遠距專科門診

開設專門遠距門診接
受遠距會診

支付方式

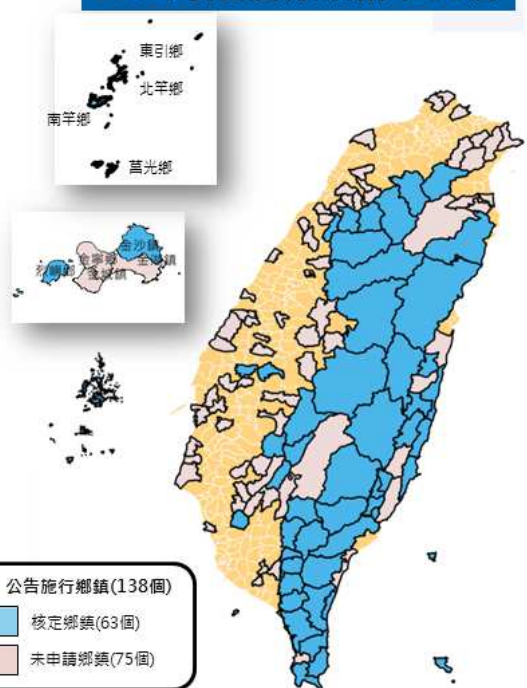
- ◆ 專科門診遠距會診(論服務量、論次)
- ◆ 急診遠距會診(論服務量)
- ◆ 在地端門診診察費及居整計畫醫師訪視費
(依申報點數加計1成，114年8月起調升為加計3成)

75



計畫施行地區及承作院所

113年公告施行鄉鎮共138個



76



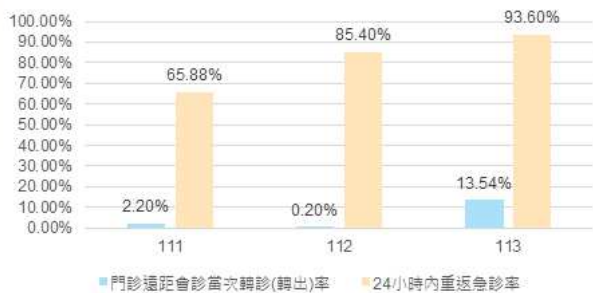
計畫執行概況

項目			111年	112年	113年
專科門診	論服務量	服務人數	1,948	2,851	<u>3,908</u>
		服務人次	3,460	4,958	<u>7,238</u>
遠距會診	論診次	開診數	637	624	<u>707</u>
		服務人次	2,845	3,034	<u>5,413</u>
急診遠距會診		服務人數	85	844	<u>2,986</u>
		服務人次	85	858	<u>3,050</u>
		服務人次	6,390	8,850	<u>15,701</u>

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

遠距醫療給付計畫持續依需求擴大服務內容，預計於114年下半年新增以下規範，期以提升民眾專科醫療可近性：

- 取消遠距會診專科別限制。
- 開放適用地區巡迴點執行服務。
- 提升在地端診察費加成。



1. 門診遠距會診當次轉診(轉出)率

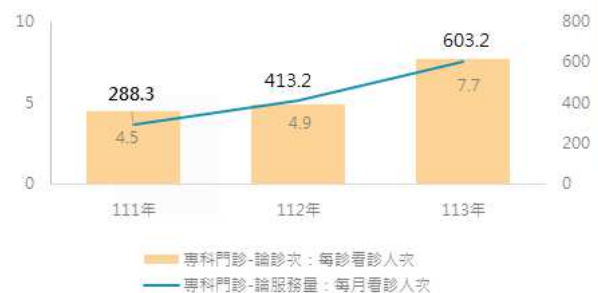
分子：在地院所門診(不含急診)遠距會診當次轉診(轉出)件數

分母：在地院所門診(不含急診)遠距會診件數

2. 急診24小時內重返急診率

分子：急診遠距會診後24小時內重返急診人數

分母：急診遠距會診人數



77



【促進體系合作】 醫院以病人為中心門診整合 照護計畫



78



113年執行方式

開設整合照護門診模式者



整合門診照護內容

整合用藥及處置

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

提供失智症門診照護家庭諮詢

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

79



執行情形

照護模式	開設整合門診
執行方式	以整合門診方式提供多重慢性病人整合照護服務
給付項目	1.門診整合初診診察費(1,500點*1次) 2.門診整合複診診察費(1,000點*2次)
參與家數	134家
照護人數(收案人數)	9,673人

失智症門診照護家庭諮詢

失智症收案條件：

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

支付點數：

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

申報情形：

- 113年本項目申報人數約4,352人，醫療費用點數約為254.5萬點。

80



監測指標比較

項目 \ 年度	113
關鍵績效指標	
1.每人西醫門診申報件數	
--照護前	28.4
--照護後	26.8
--差值(=照護後-照護前)	-1.6
2.每人急診申報件數	
--照護前	0.9
--照護後	0.9
--差值(=照護後-照護前)	0
3.每人西醫門診藥品品項數	
--照護前	28.9
--照護後	28.8
--差值(=照護後-照護前)	-0.1

執行成效

參與整合照護個案在每人西醫門診申報件數、每人急診申報件數、每人西醫門診藥品品項數之指標表現，皆優於未參與整合照護者。

未來規劃

113年服務診次及服務人數較112年顯著下降，將持續檢討並進一步分析可能原因，研擬評估是否需修訂計畫或與相關整合照護計畫整合。

81



【提升保險成效】 腎臟病照護與病人衛教



82



Early-CKD醫療服務利用情形

◆ 113年院所數1,458家，照護人數約40.8萬人，申報費用共1.23億點。

年度	院所數	醫師數	照護人數	申報費用(百萬)
109年	1,099	4,158	433,663	143.6
110年	1,168	4,360	462,492	152.5
111年	1,300	4,645	474,691	146.9
112年	1,348	4,898	430,076	129.7
113年	1,458	5,159	407,529	123.2

註：1.資料來源：本署四代倉儲醫令及明細檔。(資料擷取時間:114年2月13日)

2.院所、醫師、照護人數：申報醫令碼前三碼為P43之歸戶數。

3.申報費用：該年度申報點數。

4.113年資料仍持續收載中，後會因擷取時間不同而變動。

5.上述資料未包含DKD個案，如將DKD個案併入計算，參與院所數計1,468家、醫師數5,307人，照護人數609,897人。

未來展望：

- 持續輔導院所積極參與計畫，擴大收案及管理照護，提升照護率。
- 持續推動各項醫療給付改善方案，並以家醫計畫為基礎，逐步與各項慢性病照護方案進行整合，期藉由家醫醫療群協助個案追蹤管理，延緩慢性病的病程。

83



腎臟病照護與病人衛教

末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人衛教與照護計畫



註：

1. 分母：前12月門診兩次或住診一次就醫主診斷N184-186、049符合收案條件之歸戶病人數，排除洗腎及死亡人數。

2. 分子：申報醫令代碼前三碼為P34之歸戶人數(ID歸戶)。

歷年Pre-ESRD個案照護率持續上升，期早期發現，積極治療與介入，以有效延緩進入透析治療之時機與併發症之發生

84



【提升保險成效】 全民健康保險提升用藥品質之 藥事照護計畫



85



計畫內容與執行成效

計畫目的



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

計畫目的



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

執行狀況及結果

- ◆ 藥師判斷性服務：醫師對藥師建議事項之回應比率74.8%。
- ◆ 用藥配合度諮詢服務：個案配合度提升比率96.74%。
- ◆ 113年度共計服務12,341人次。
- ◆ 參與計畫藥師共705人。
- ◆ 收案保險對象使用藥品品項數下降6.9%。

未來展望

透過醫師及藥師跨專業合作，提升用藥安全與疾病管理成效。

86



提升保險服務成效



87



提升保險服務成效

全民健保智慧客服，提供正確且即時資訊

擴增「自動化語音導航服務」線路，導入3大主題「**健保卡**」、「**加退保**」、「**保險費**」。調校優化衍生上萬題常見諮詢語法及其對應答案並滾動式調校修正，回復正確率超過9成。

擴充健保醫療資訊雲端查詢系統功能，協助民眾自我健康照護

- ◆ 新增Web API主動提示「C型肝炎建議追蹤治療病人」、「終生給付限制就醫紀錄」。
- ◆ 「終生給付限制專區」及「特材紀錄」批次下載功能。
- ◆ 113年總查詢量達**11.5億人次**。

優化健保快譯通及APP，提升系統效率

- ◆ 新增慢性肺阻塞專區、人工電子耳專區及心血管疾病專區。
- ◆ 優化健康存摺影像產製JPG檔案效率及減省影像重新產製時程。
- ◆ 113年底健康存摺用戶達**1,191萬人**。

醫療科技再評估，確保給付效益

透過精進前瞻性評估，蒐集我國醫療照護系統之新興醫療科技資訊，納入47項藥品(三高用藥1項、癌症用藥22項以及罕見疾病用藥24項)，並建立各品項之摘要綜整。

本計畫於114年起移出由公務預算支應

88



因應醫院護理人力需求，強化 住院護理照護量能執行情形 (113年新增)



89



全民健康保險「強化住院護理照護量能」

非計畫型-113年起實施執行情形

預算數(億元)	40.00
執行數(億元)	39.65
急性一般病床護理人員夜班獎勵(億元)	27.29
其他護理獎勵(億元)	12.36
預算執行率	99.12%
調升護理人員夜班獎勵之醫院達98.01%	
領有本方案款項醫院家數	443
申報急性一般病床護理費醫院家數	452
各醫院每月大(小)夜班護理病比低於112年第4季	
小夜班護理病比(112年第4季平均8.68)	8.39
大夜班護理病比(112年第4季平均10.31)	9.78
急性一般病床護理人員離職率低於112年第4季	
年資3個月以上護理人員離職率(112年第4季平均11.53%)	10.49%
年資3個月以上但未滿2年護理人員離職率(112年第4季平均6.82%)	5.70%

急性一般病床(含精神)護理人員夜班獎勵

- 依各醫院於VPN填報之「護理人員夜班班資料」計算獎勵金，按月撥付。
- 限用於發付急性一般病床輪值大、小夜班之護理人員獎勵，不得用於其他用途。

	醫學中心	區域醫院	地區醫院
小夜班(每人每班別)	600元	550元	500元
大夜班(每人每班別)	1,000元	950元	900元

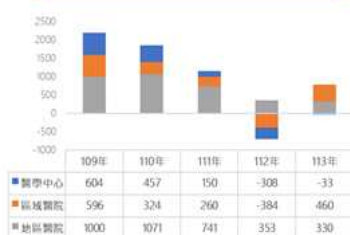
年資未滿2年 護理人員離職率



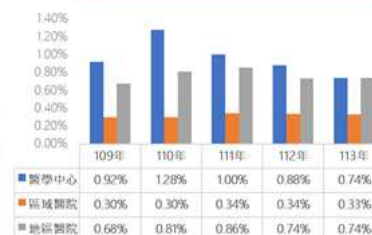
3個月以上年資 護理人員離職率



護理人力淨增加人數



病人壓瘡發生率



90



報告總結

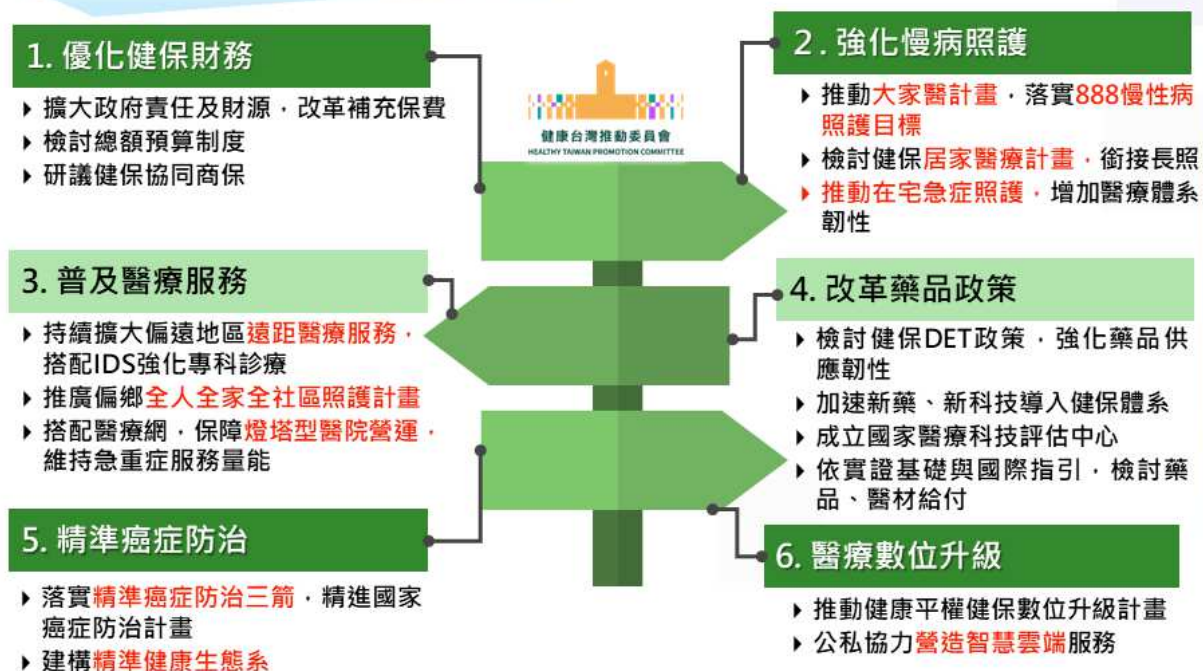


參考美國Institute of Medicine ; (IOM)六大醫療品質目標。

91



健康台灣 健保改革藍圖



92

92

謝謝聆聽 敬請指教



衛生福利部中央健康保險署

