



全民健康保險各總額部門113年度執行成果發表會

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

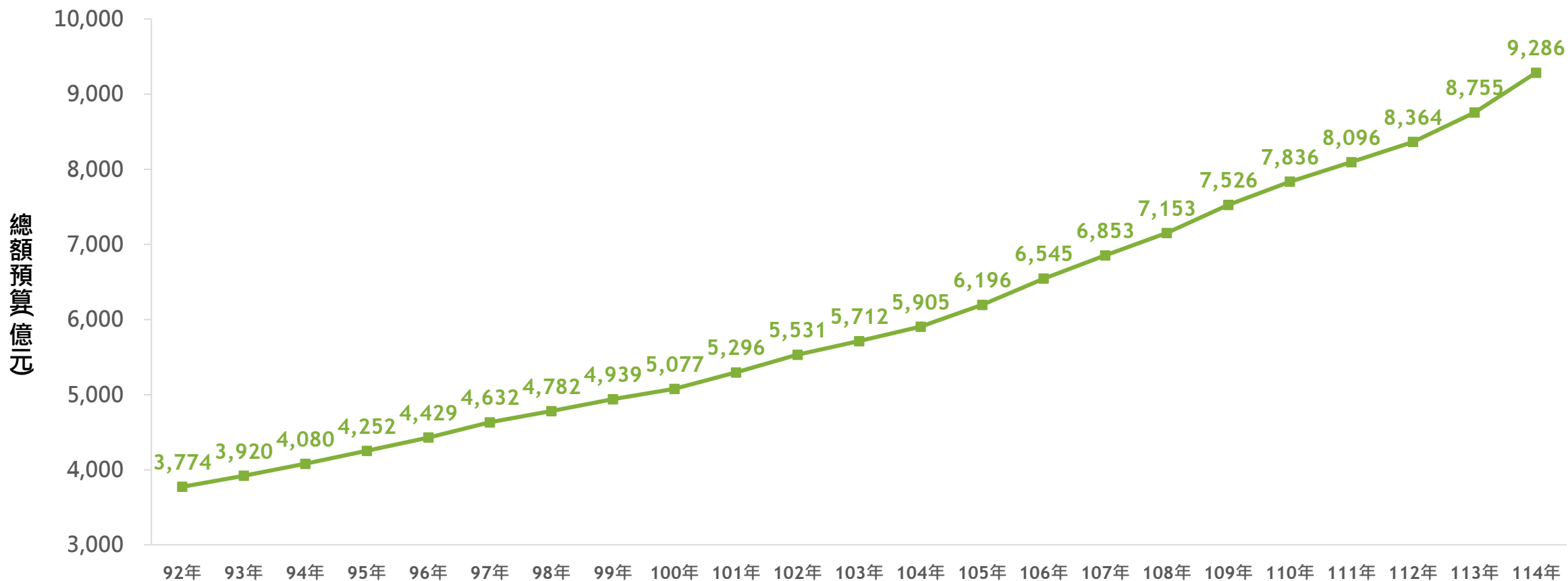


各總額部門執行概況

- 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

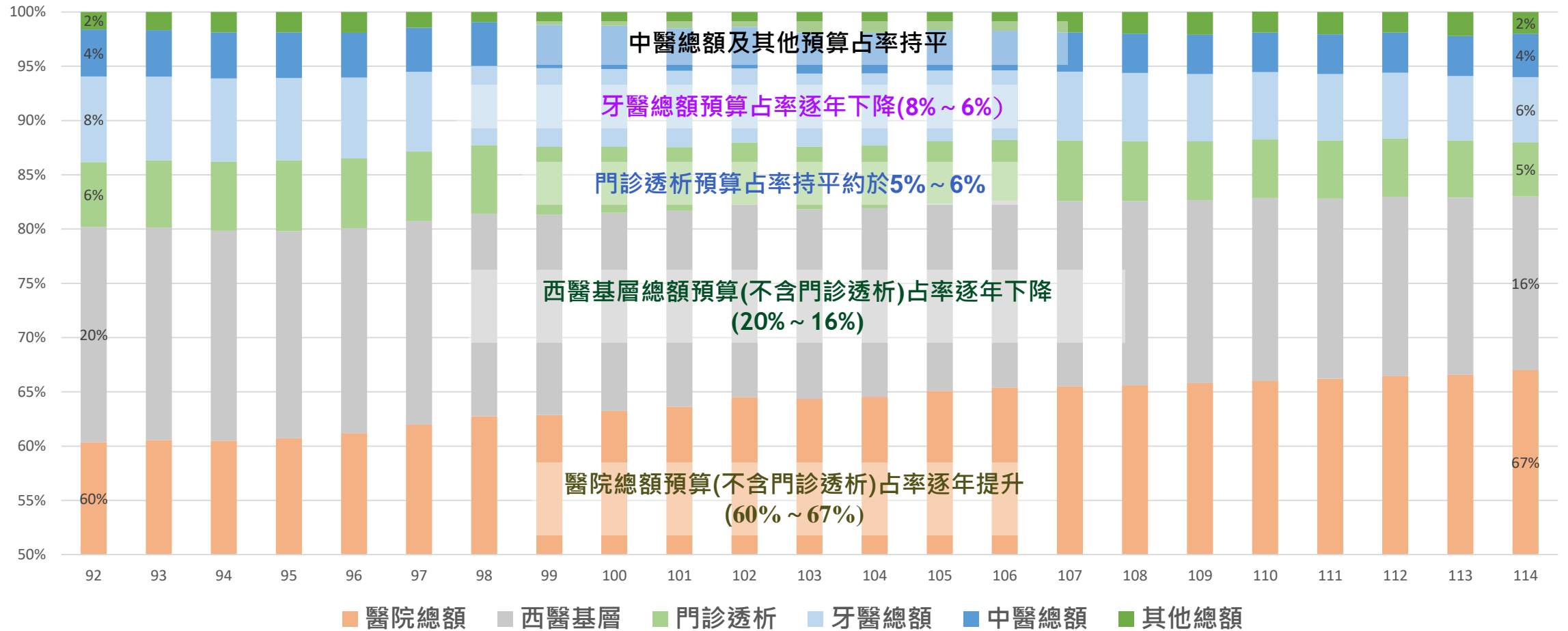
整體配置：總額開辦後之歷年協定預算

113年總額預算達9,286億元，較92年總額預算成長2.46倍。

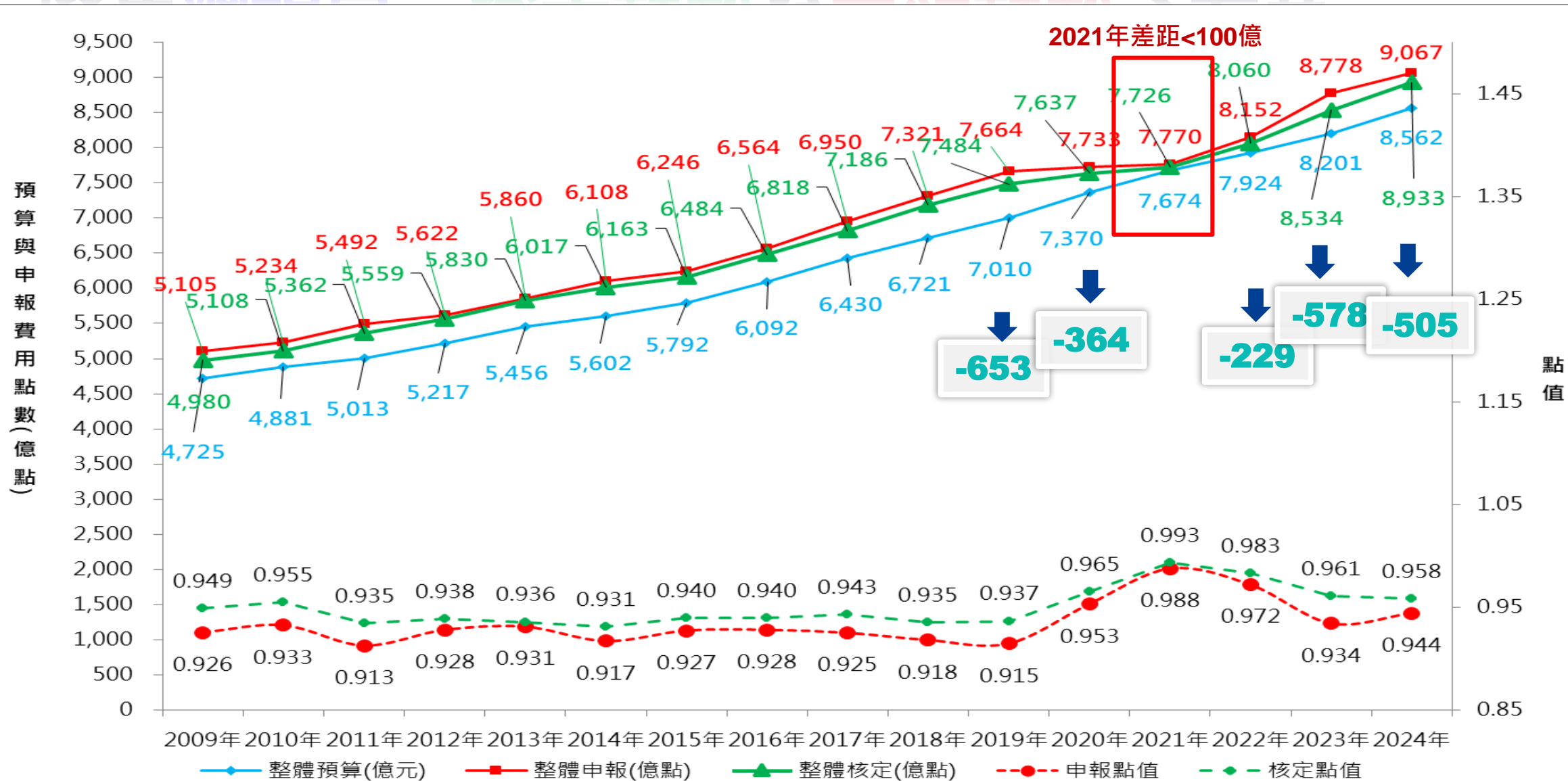


整體配置： 92-114年各總額部門之預算占率

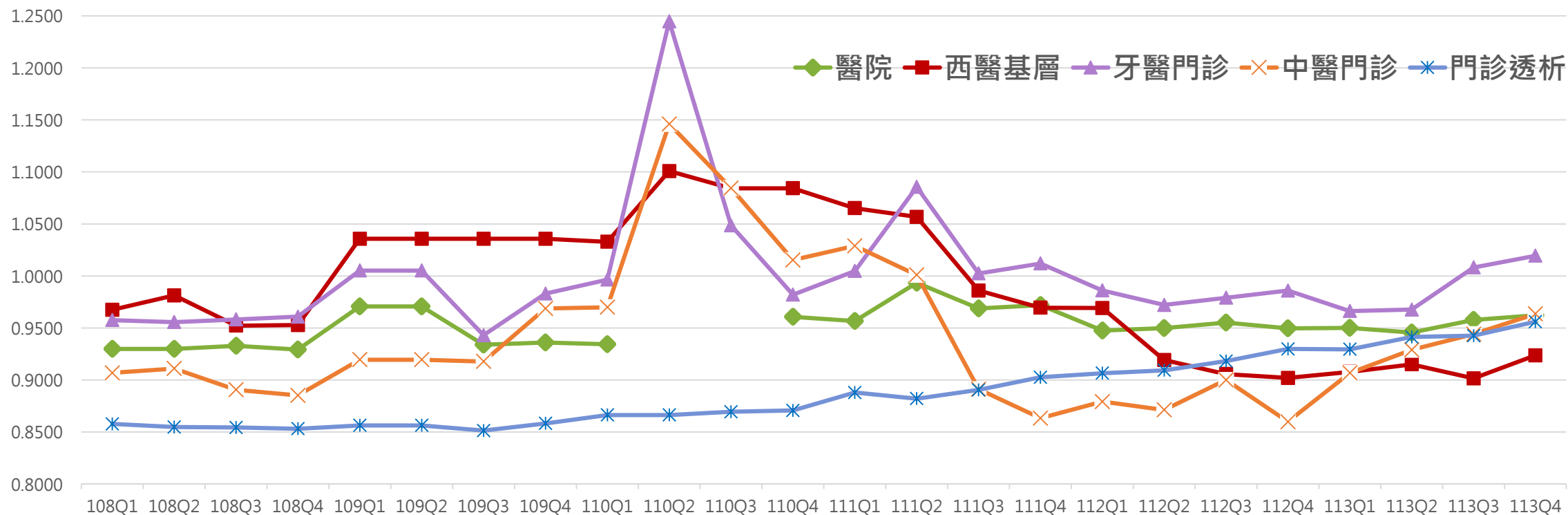
醫院總額預算占率逐年提升，西醫基層、牙醫逐年下降



歷年總預算、核定點數及申報點數之差異



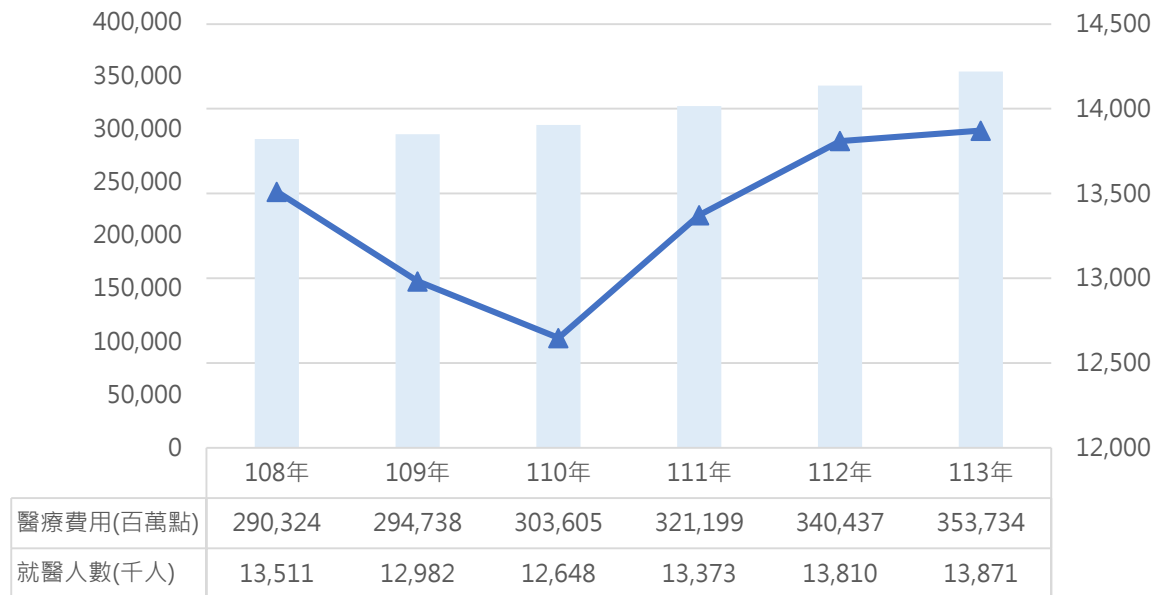
各總額部門一般服務平均點值趨勢



- ◆ 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。

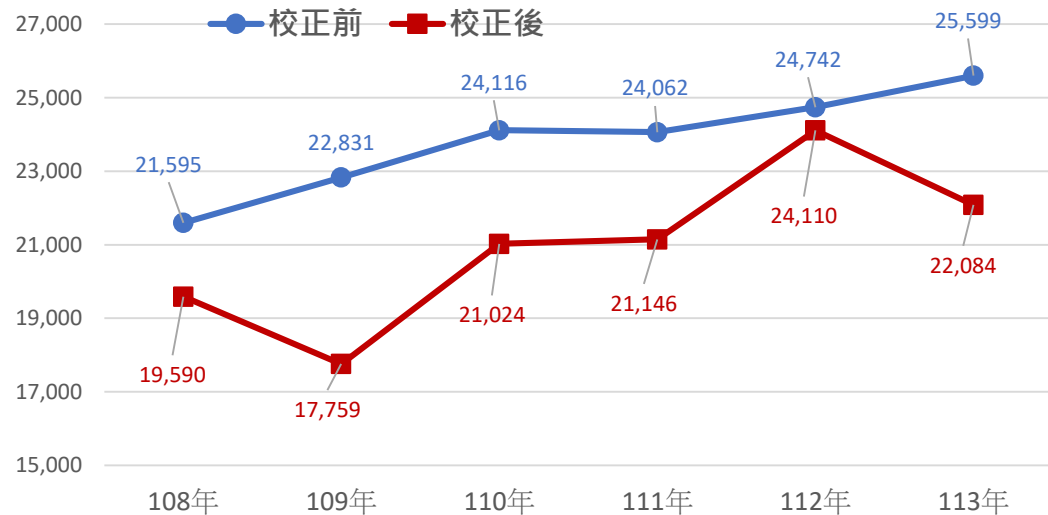
各部門執行情形呈現：醫院總額(門診)

醫院門診：就醫人數與醫療費用趨勢



■ 醫療費用(百萬點) ▲ 就醫人數(千人)

醫院門診：平均每人所需醫療費用



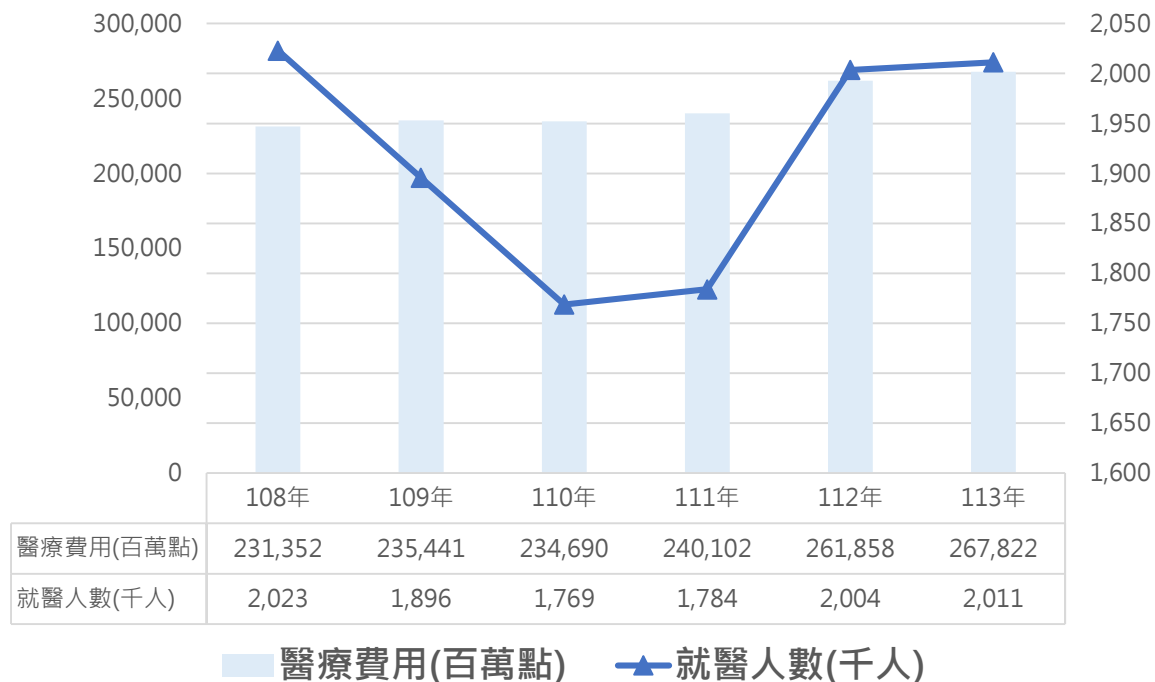
備註：

- 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

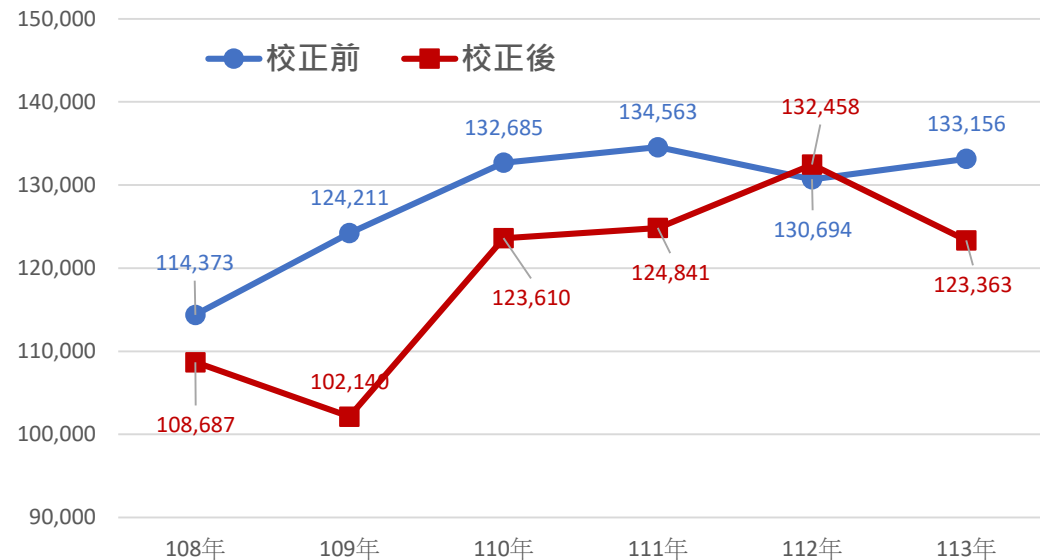
- ◆ 受疫情影響，醫療費用和就醫人數顯示出波動，但整體呈現上升趨勢。108年到113年期間，醫療費用從3,095.24億點增加到3,537.34億點，而就醫人數從1,351萬人增加到1,387萬人。
- ◆ 經年齡、性別校正後，平均每人醫療費用有所減少，顯示人口結構的改變存在一定程度的影響。

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



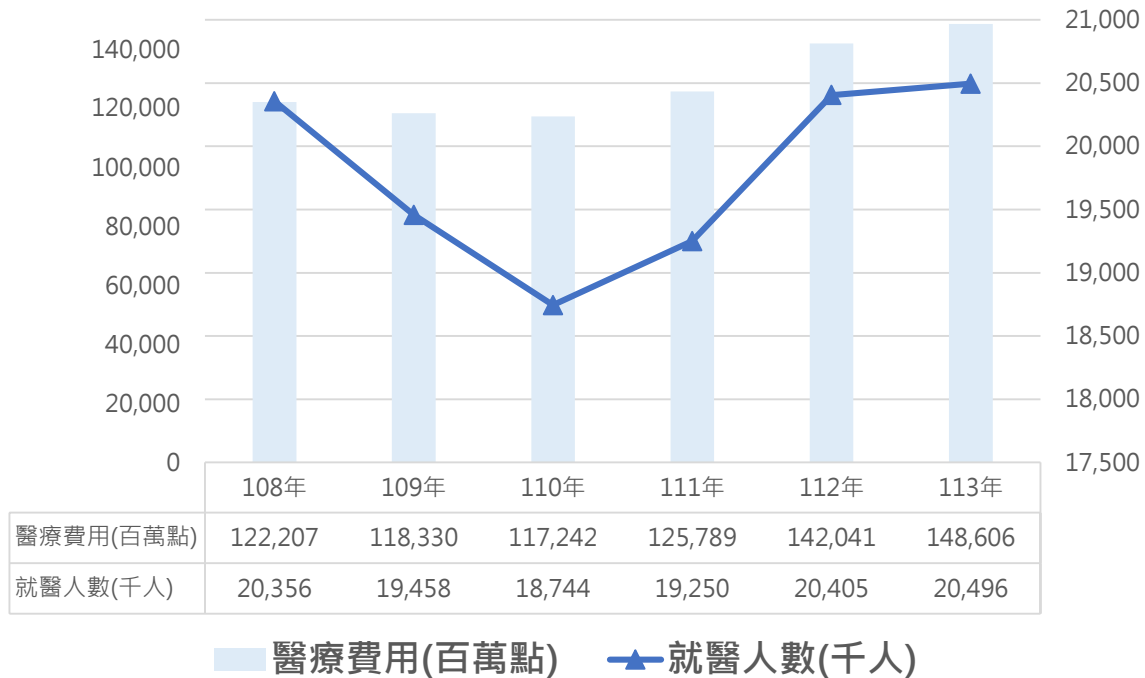
備註：

- 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

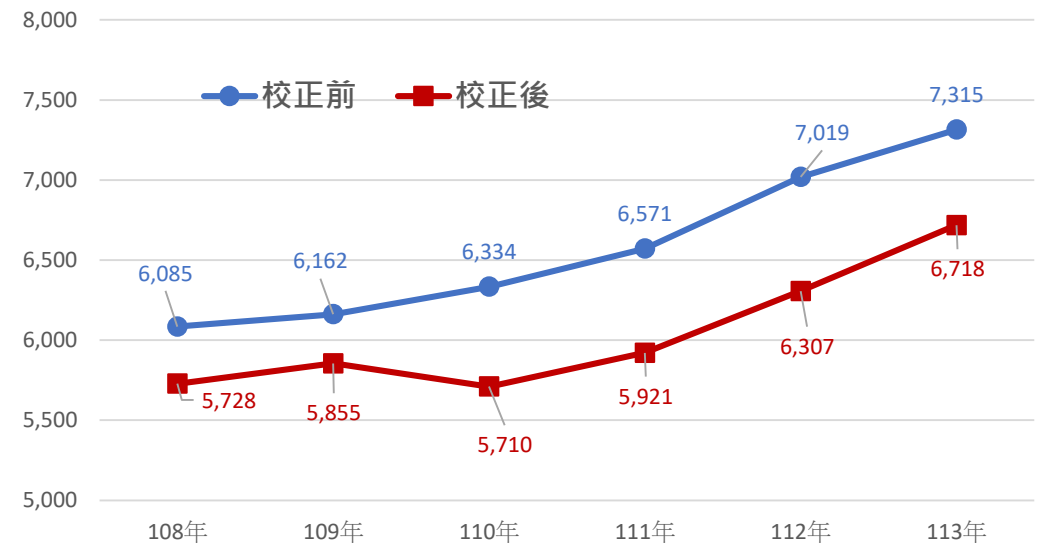
- ◆ 受疫情影響，醫療費用和就醫人數顯示出波動，108年到113年期間，醫療費用從2,314億點增加到2,678億點，呈現上升趨勢，而就醫人數從202萬人減少為到201萬人，小幅減少。
- ◆ 經年齡、性別校正後，平均每人醫療費用有所減少，顯示人口結構的改變存在一定程度的影響。

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



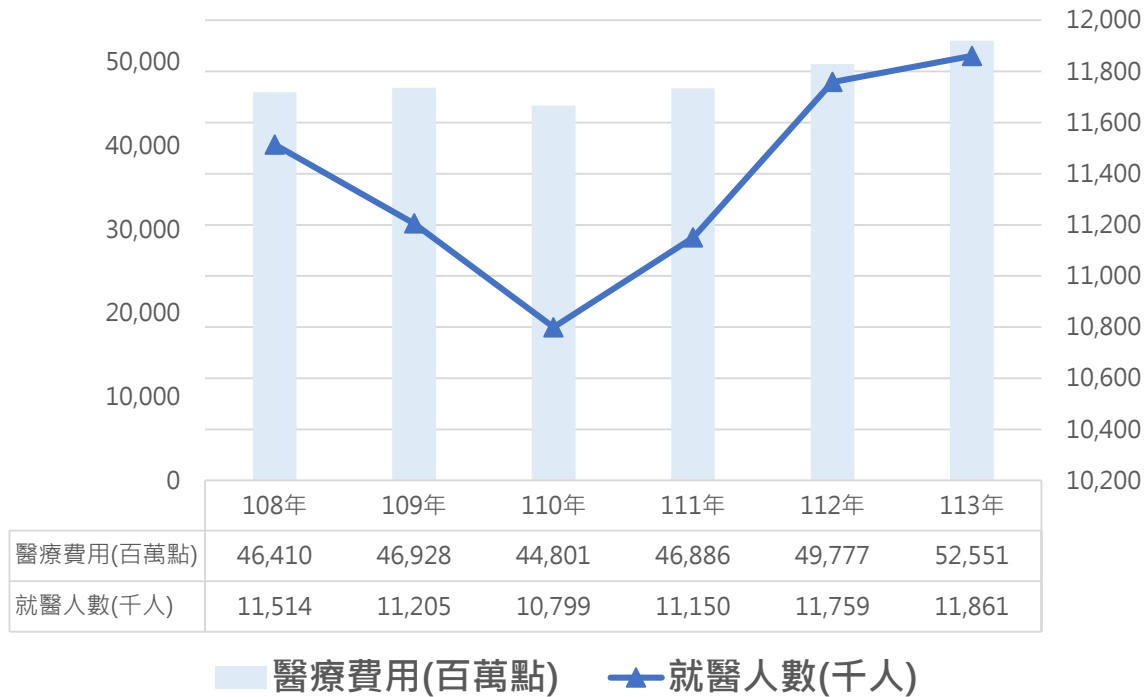
備註：

- 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

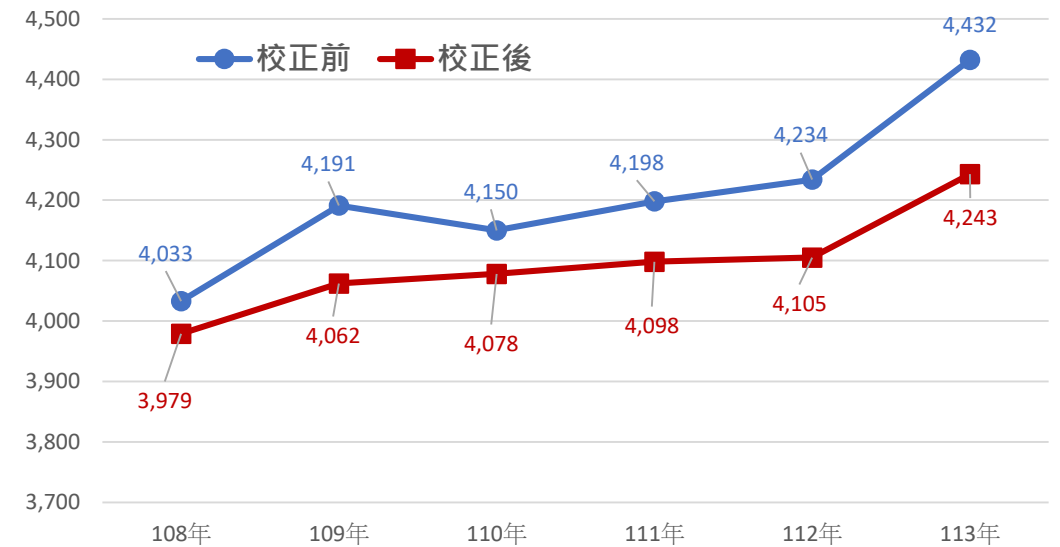
- ◆ 受疫情影響，醫療費用和就醫人數顯示出波動，但整體呈現上升趨勢。108年到113年期間，醫療費用從1,222億點增加到1,486億點，而就醫人數從2,036萬人增加為到2,050萬人。
- ◆ 經年齡、性別校正後，平均每人醫療費用有所減少，顯示人口結構的改變存在一定程度的影響。

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



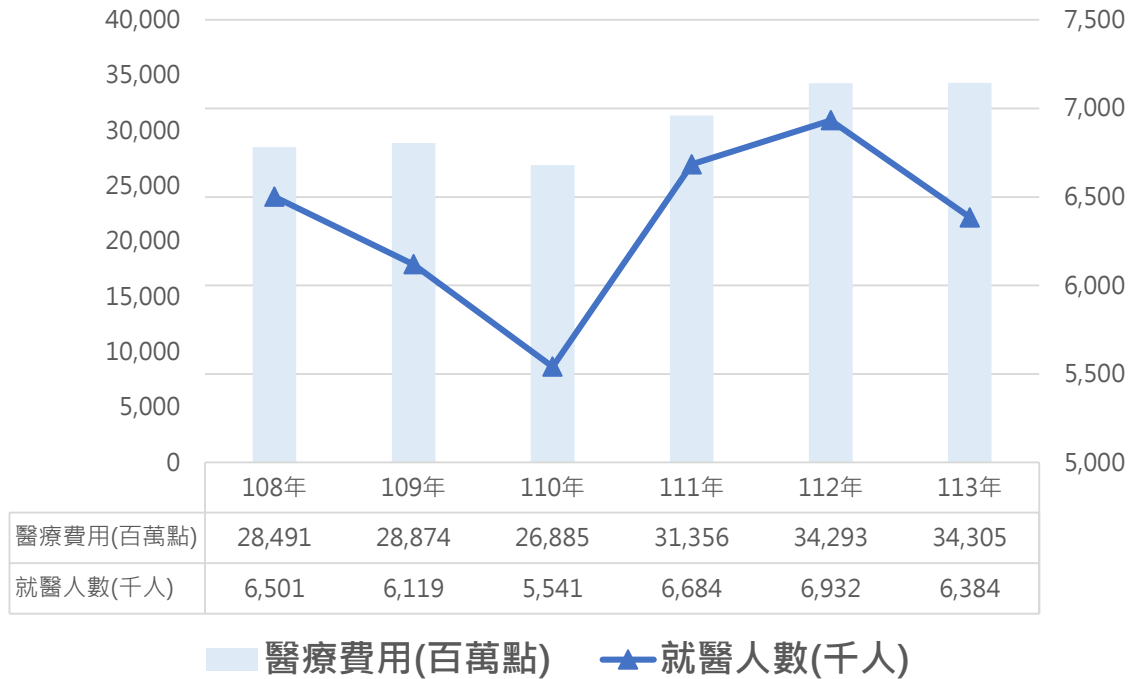
備註：

- 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

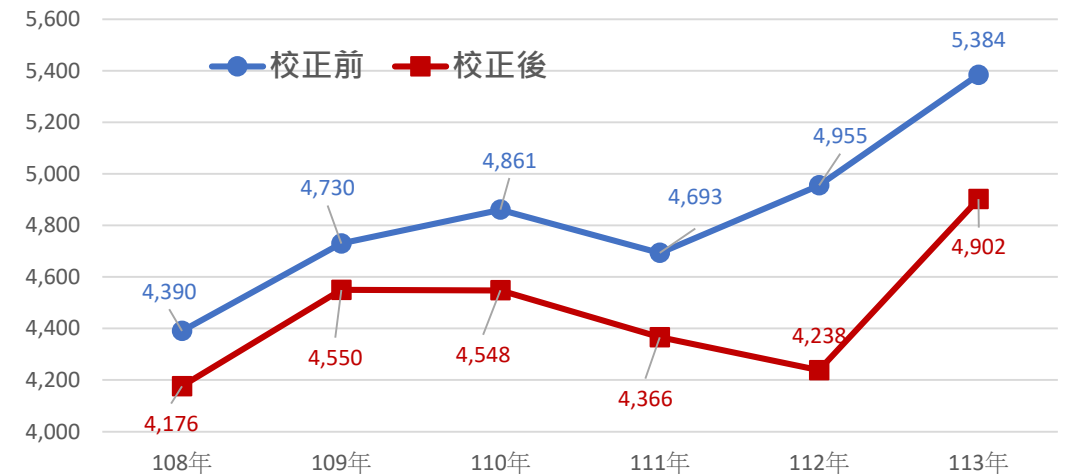
- ◆ 受疫情影響，醫療費用和就醫人數顯示出波動，但整體呈現上升趨勢。108年到113年期間，醫療費用從464億點增加到526億點，而就醫人數從1,151萬人增加到1,186萬人。
- ◆ 經年齡、性別校正後，平均每人醫療費用有所減少，顯示人口結構的改變存在一定程度的影響。

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



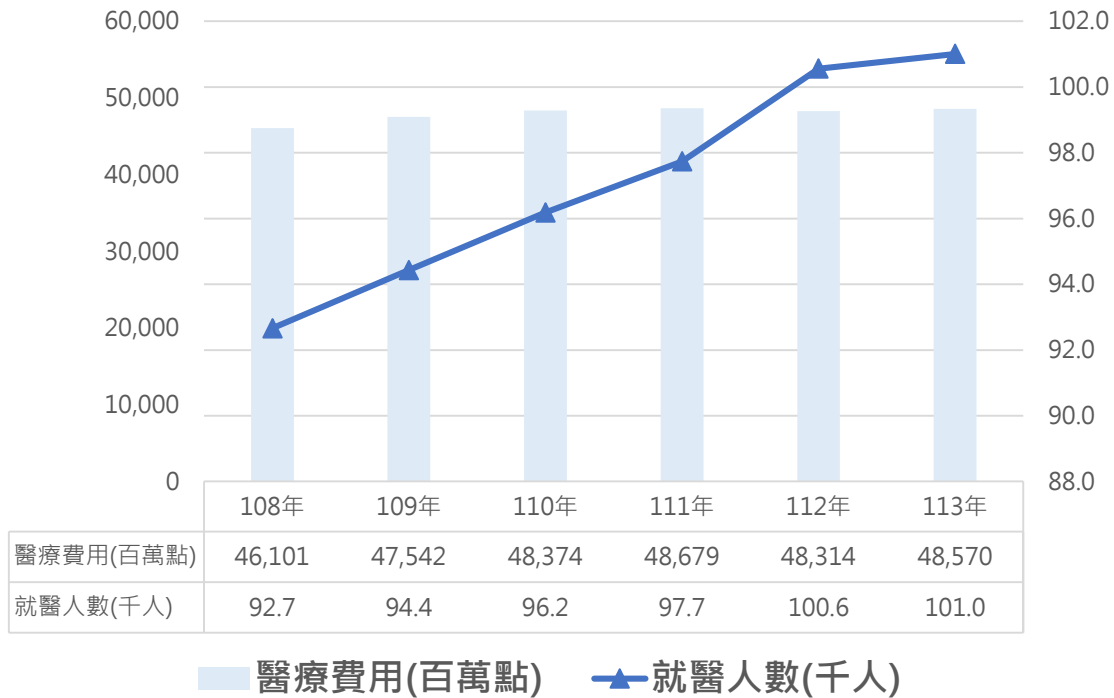
備註：

- 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

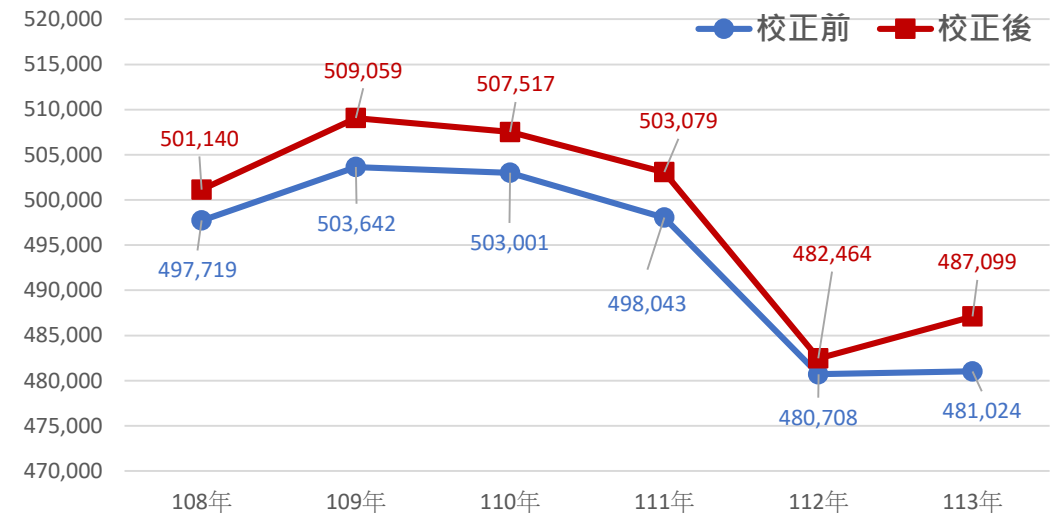
- ◆ 受疫情影響，醫療費用和就醫人數顯示出波動，108年到113年期間，醫療費用從285億點增加到343億點，呈現上升趨勢，而就醫人數從650萬人減少為到638萬人，小幅減少。
- ◆ 經年齡、性別校正後，平均每人醫療費用有所減少，顯示人口結構的改變存在一定程度的影響。

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。

113年度新增/修訂支付標準

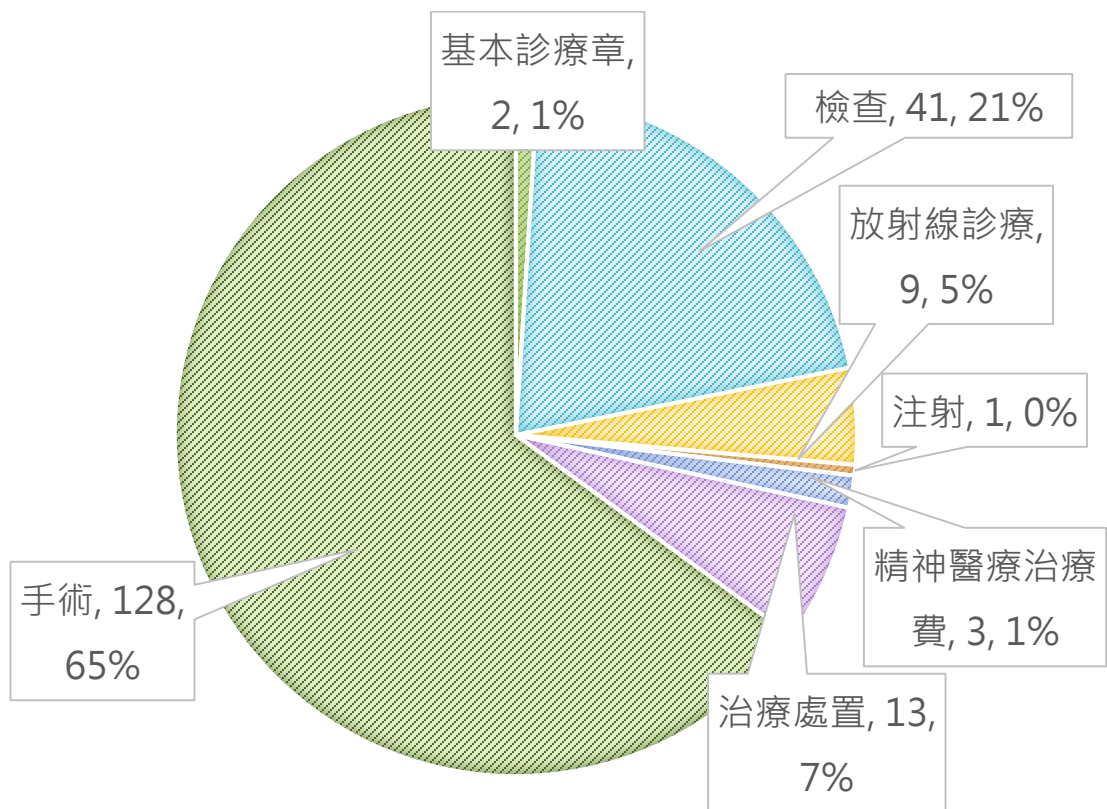
章節	細項	增修項目數	推估全年預算 (百萬)	113年實際淨增加 (百萬)
基本診療章	預立醫療照護諮商費	2	178.7	0.3
檢查	檢查	15	21.1	0.1
	NGS檢測	11	301.8	26.4
	單基因檢測	15	111.4	9.3
放射線診療		9	98.5	18.4
注射		1	2.2	0.0
精神醫療治療費		3	2.9	0.0
治療處置		13	23.9	32.0
手術	手術	15	70.7	43.7
	機械手臂輔助手術	113	285.3	84.6
總計(醫院+西基)		197	1096.5	214.8

*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。

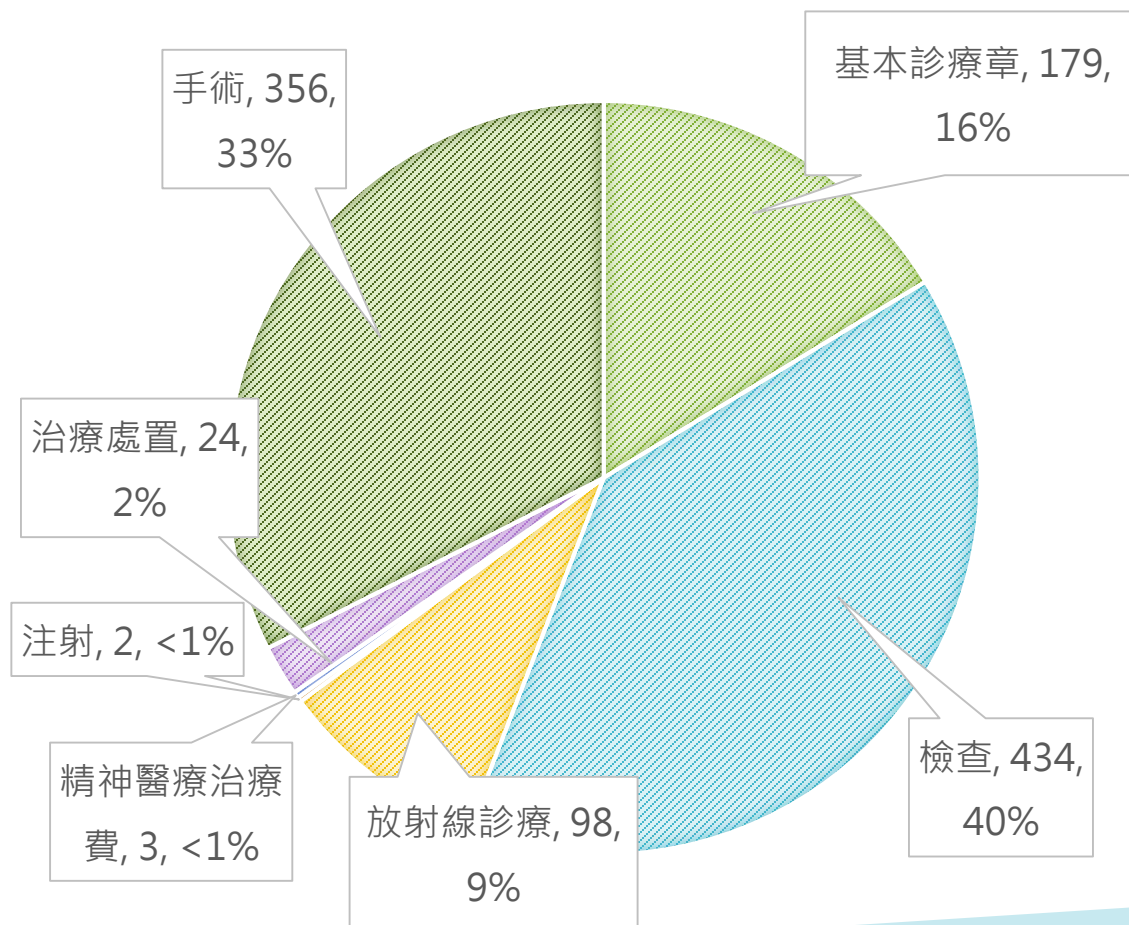
113年度新增/修訂支付標準

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)



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				
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)

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

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

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。

● 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劑)。

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



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。

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%	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 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%	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 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%	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 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。



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。

牙醫總額品質保證保留款實施方案

核發項目	年度	112年		113年	
	適用層級別	醫院	基層	醫院	基層
政策指標	1. 65歲(含)以上老人恆牙牙冠2年內自家再補率	20%	20%	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%
獎勵加計	8.口腔癌篩檢、戒菸治療服務	-	2%	-	2%
核算基礎小計		100%	102%	100%	102%

◆ 上述三項獎勵項目之核算基礎總計以100%為上限

中醫總額品質保證保留款實施方案

核發原則/ 核算基礎	指標項目	年度(加計權重%)	
		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% (+20%)	+10% (+20%)
	4.中醫門診特約醫事服務機構查詢健保雲端藥歷系統，查詢率>20%者，依核算基礎(A)加計5%	+5%	+5%
	5.參加即時查詢病患就醫資訊方案，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申報費用之60%。



慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫

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

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
血液透析	45	549	42	73%	<70或無	203	45	568	42	74%	<70或無	196
腹膜透析		72	3	60%	指標分數	48		72	3	59%	指標分數	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

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	3,175	0	28.7%	-	-	-	278	6.1	2.5%
	中醫	1,404	3.4	33.3%	768	8.9	25.0%	1,312	19.5	18.2%
	牙醫	4,806	46.1	66.3%	654	20.5	9.0%	561	28.2	7.7%
	透析 血液透析	138	0	18.4%	65	0	8.6%	80	4.3	10.6%
	透析 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%
	透析 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	2,943	79.2	26.6%	569	16	5.14%	4,096	128.2	37.03%
	中醫	639	13.0	15.2%	80	3.7	1.9%	10	0.7	0.24%
	牙醫	853	65	11.8%	285	31.7	3.9%	91	18.8	1.3%
	透析 血液透析	113	7.7	15.0%	215	20.4	28.6%	141	9.6	18.8%
	透析 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%
	透析 腹膜透析	28	0.65	22.8%	19	1.27	15.4%	14	0.82	11.4%

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率概況

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

113年各特約類別全日平均護病比達特定加成率概況

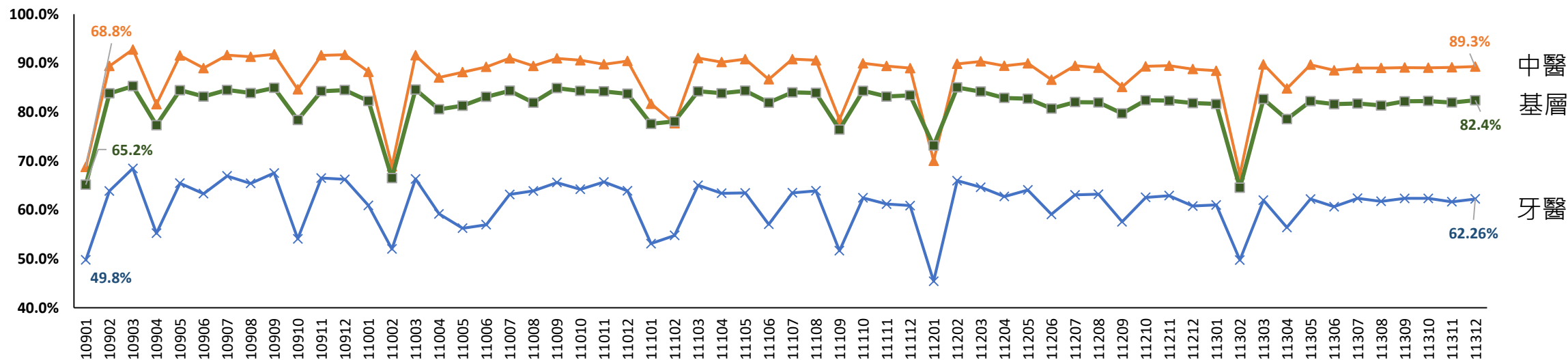
護病比加成率	醫學中心			區域醫院			地區醫院		
	護病比範圍	申報月次	占率	護病比範圍	申報月次	占率	護病比範圍	申報月次	占率
20%	<7.0	28	8.5%	<10.0	675	61.9%	<13.0	3383	83.6%
17%	7.0-7.4	90	27.3%	10.0-10.4	143	13.1%	13.0-13.4	80	2.0%
14%	7.5-7.9	131	39.7%	10.5-10.9	121	11.1%	13.5-13.9	69	1.7%
5%	8.0-8.4	60	18.2%	11.0-11.4	68	6.2%	14.0-14.4	73	1.8%
2%	8.5-8.9	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

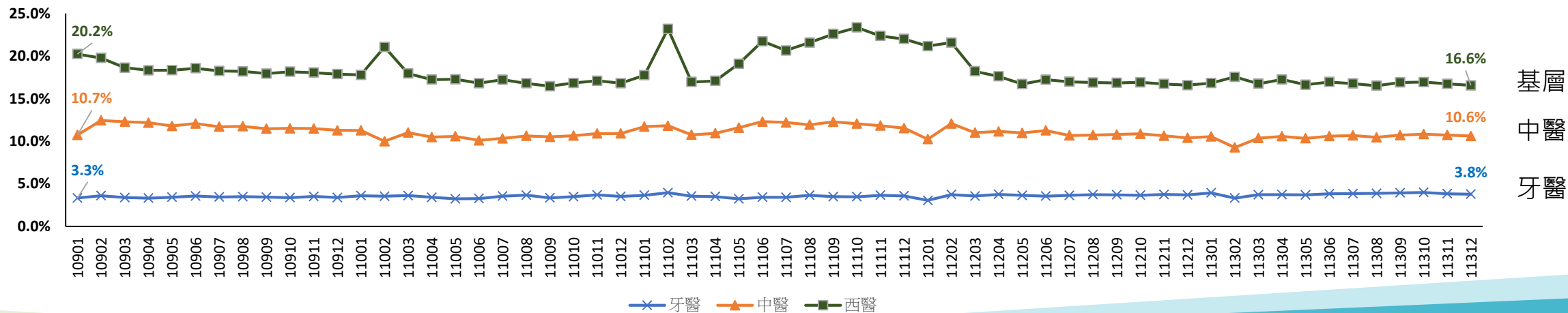
就醫可近性：診所假日開診率

結構面

109年至113年週六開診率



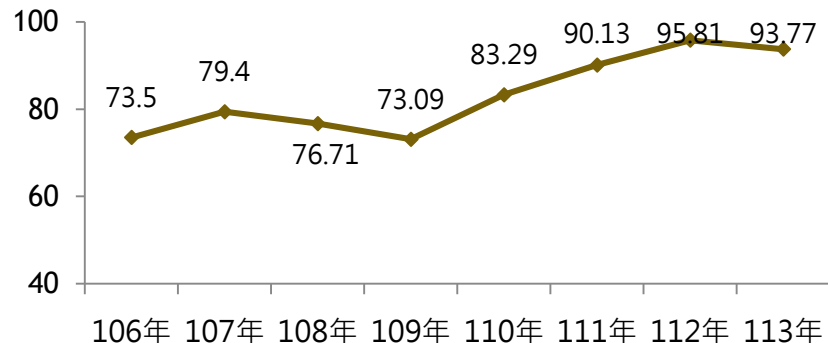
109年至113年週日開診率



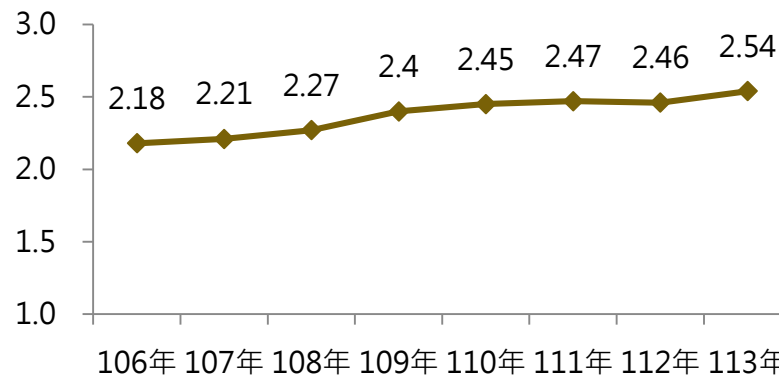
就醫可近性_依發展程度觀察最高與最低兩組之醫師人力比值

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。

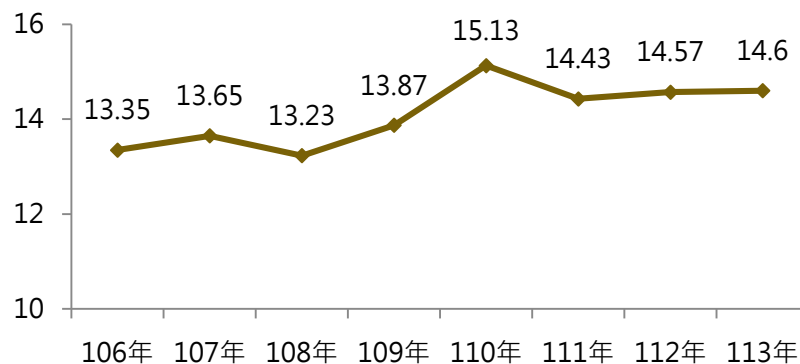
醫院



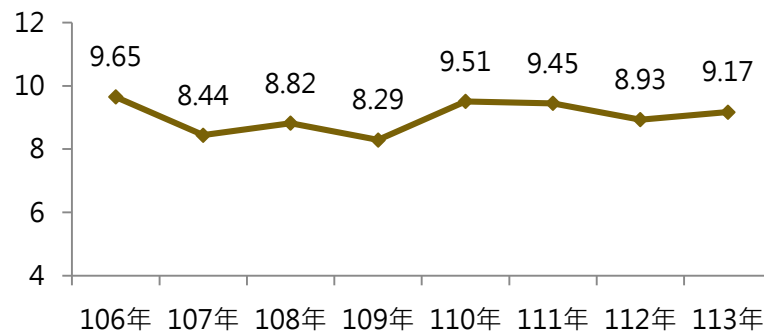
西醫基層



牙醫



中醫



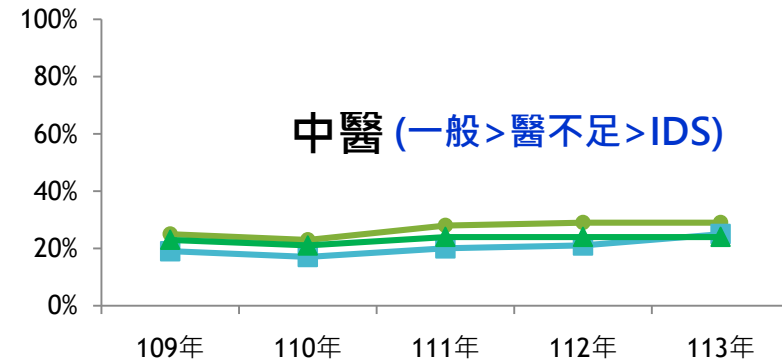
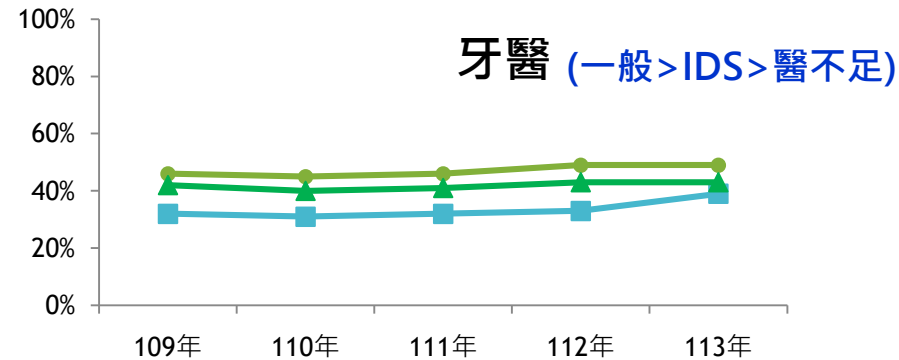
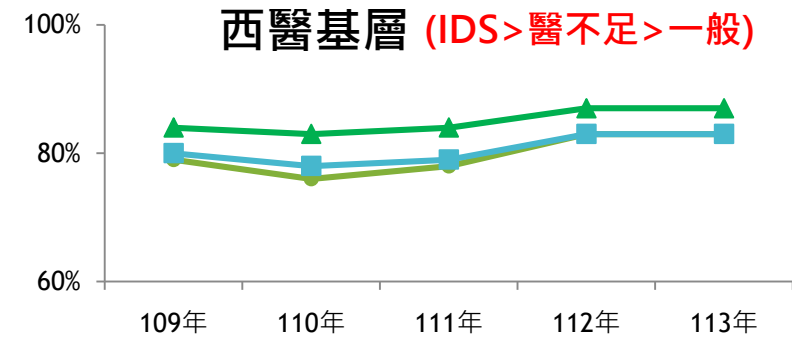
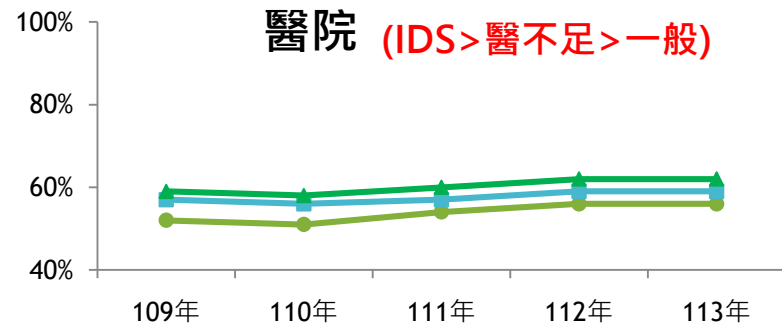
註:

- 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。

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。

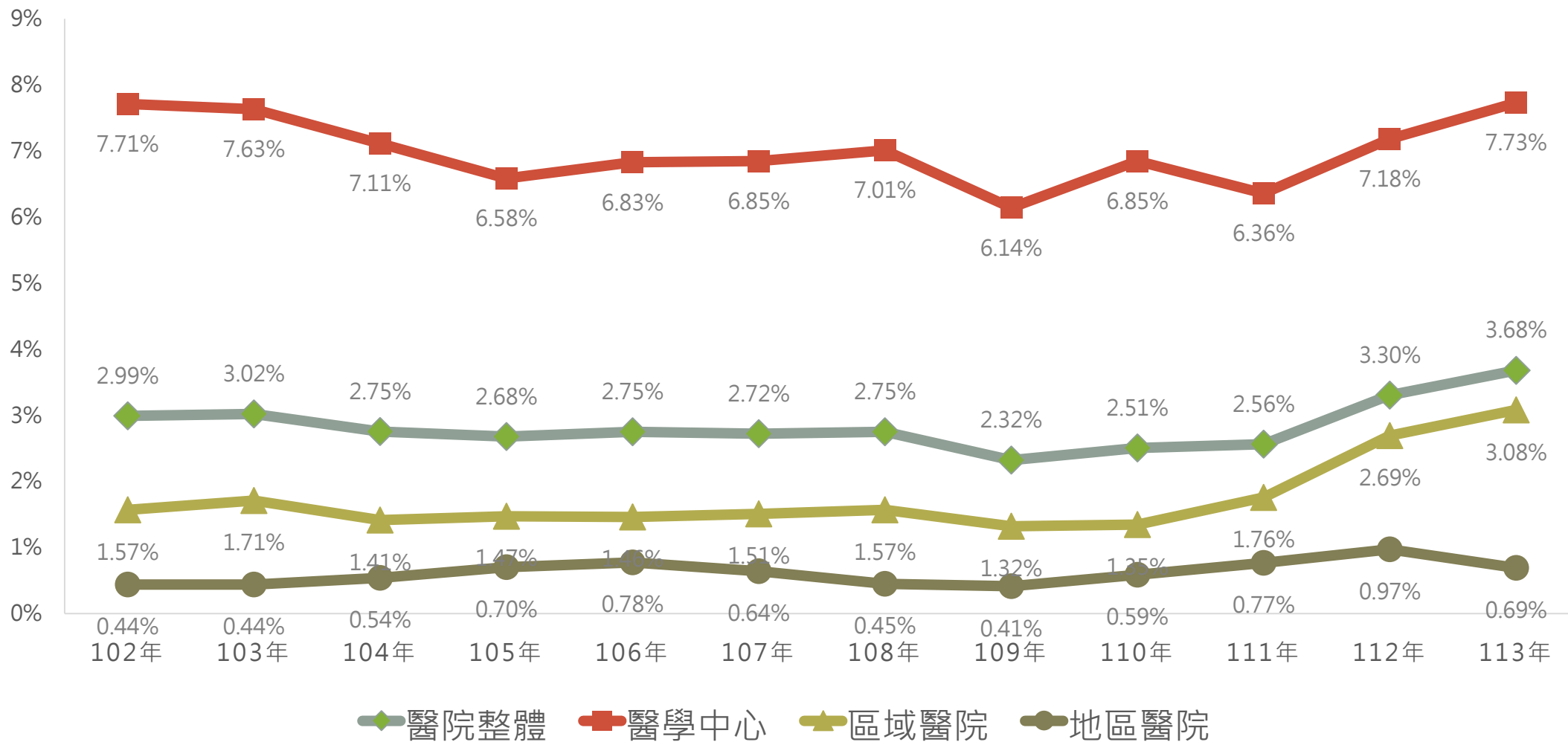


註：

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。

急診壅塞：急診滯留超過24小時比率

過程面

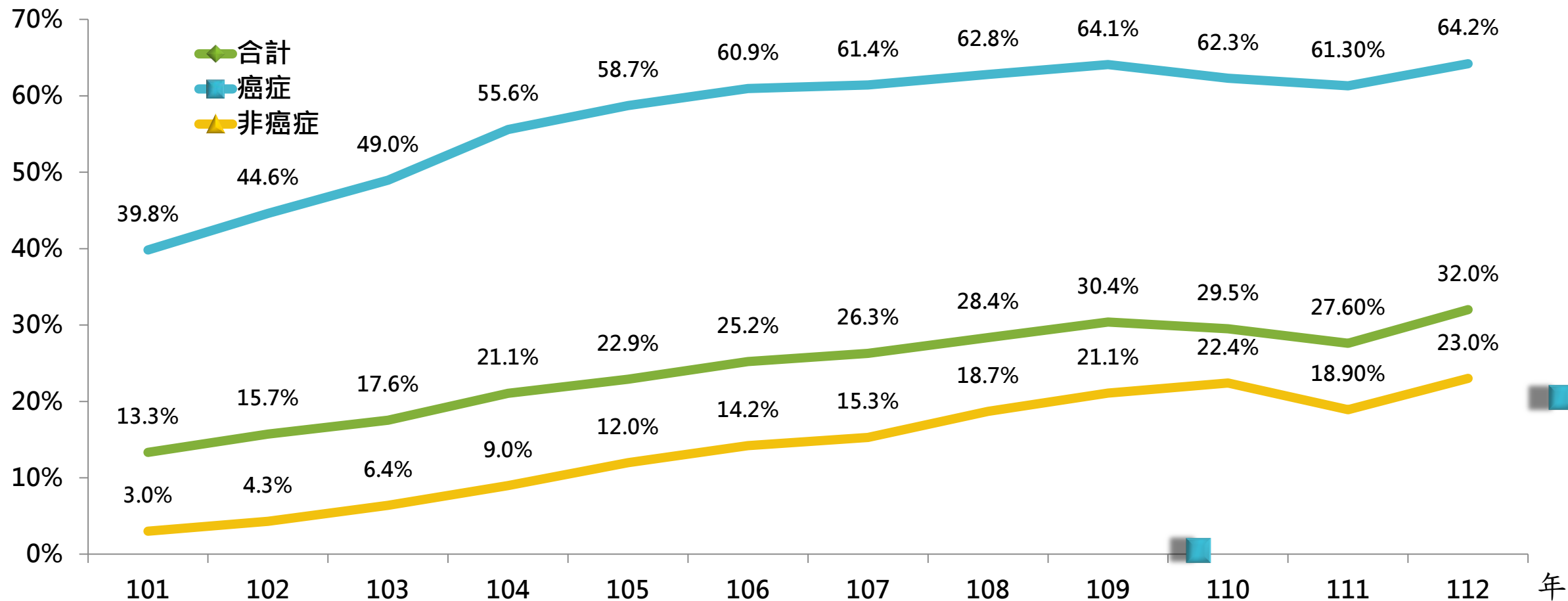


急診留滯情形皆呈上升趨勢，本署將於114/7/21邀集急診醫學會等學會共同研擬方案修訂

安寧醫療：病人死亡前1年接受安寧療護之比率

過程面

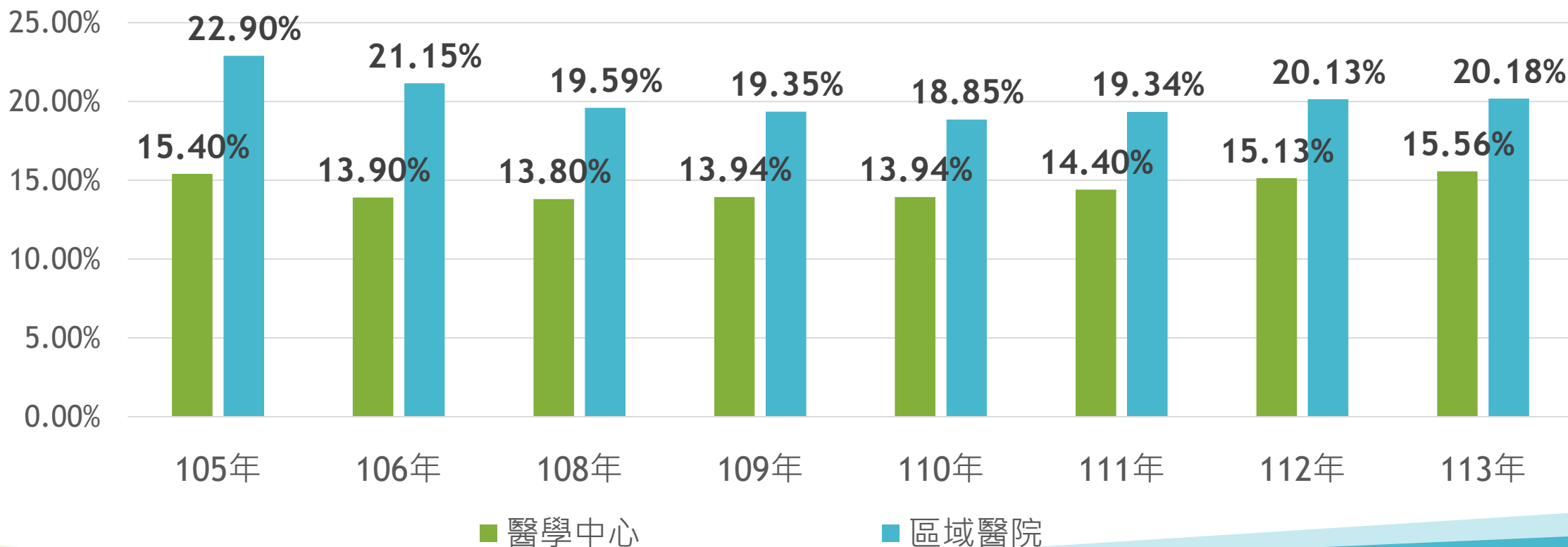
◆ 受111年擴大安寧療護收案對象影響，死前1年接受安寧療護比率略有下降；112年-113年呈上升趨勢



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。

分級醫療：區域級以上醫院門診初級照護率

- ◆ 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。

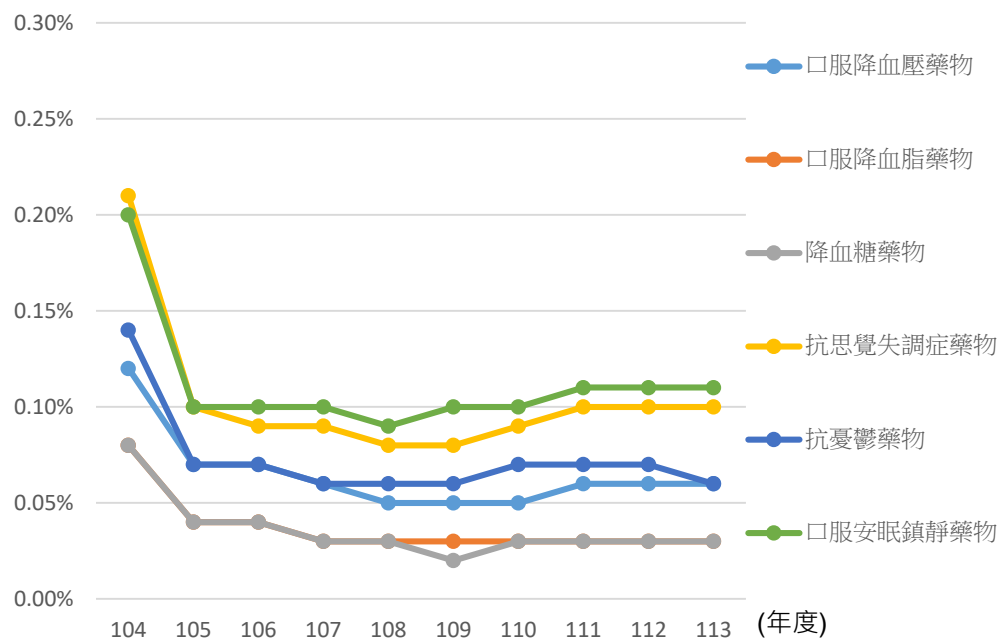


重複用藥管理：同藥理用藥日數重疊率_醫院總額

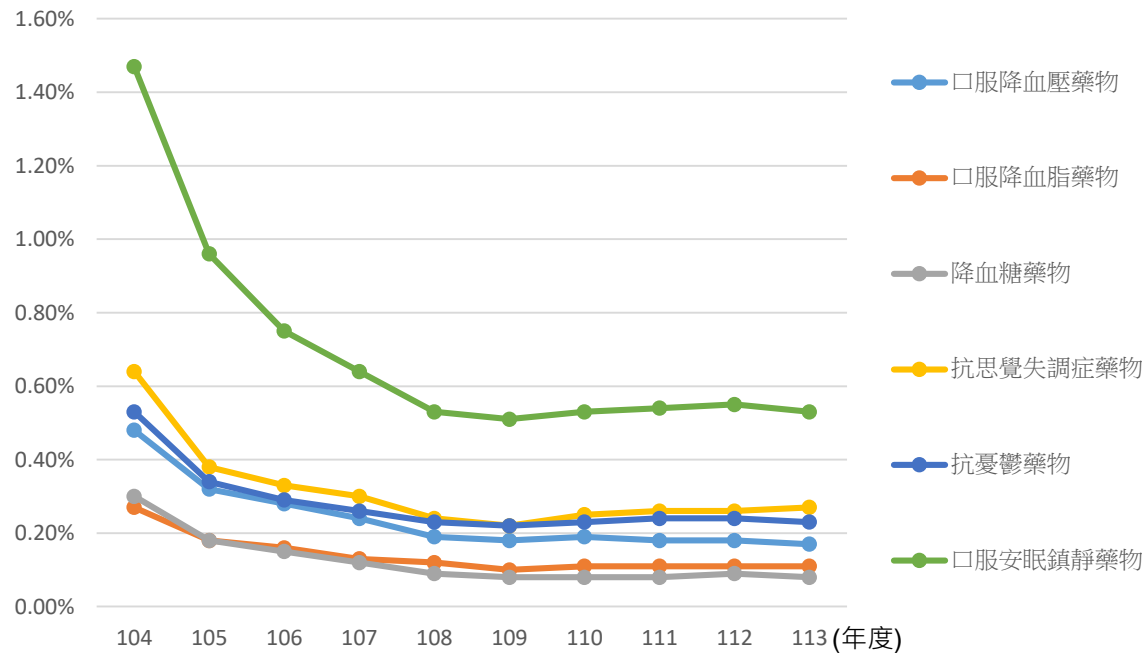
過程面

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。

同醫院門診同藥理用藥日數重疊率



跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率



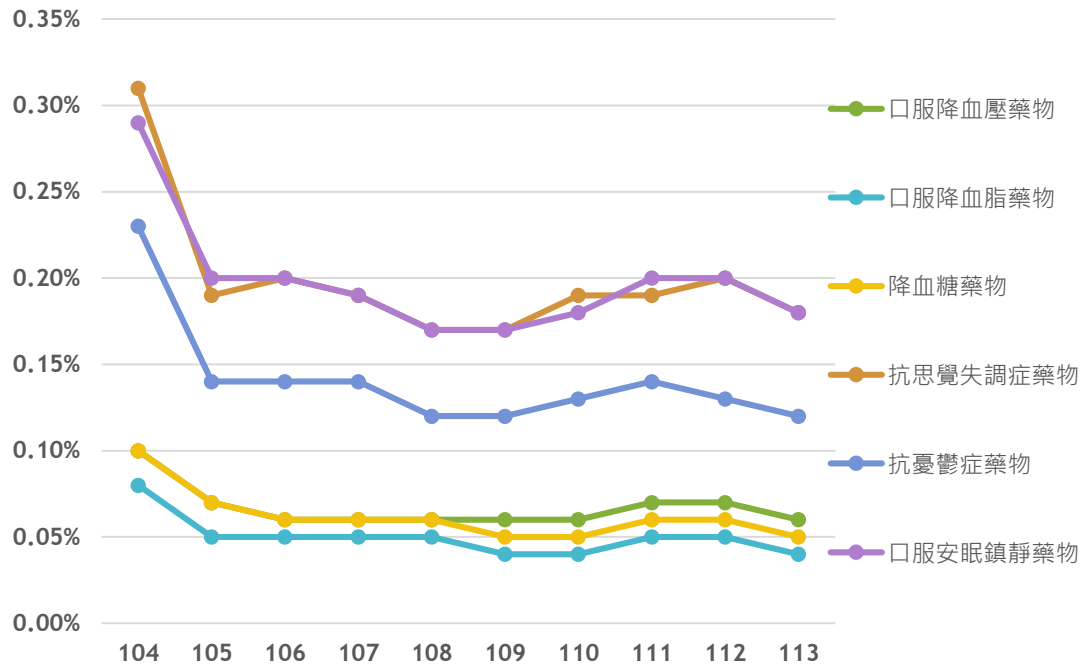
資料來源：醫療給付檔案分析系統(DA代號: 1710、1711、1712、1726、1727、1728、1713、1714、1715、1729、1730、1731)

重複用藥管理：同藥理用藥日數重疊率_西醫基層

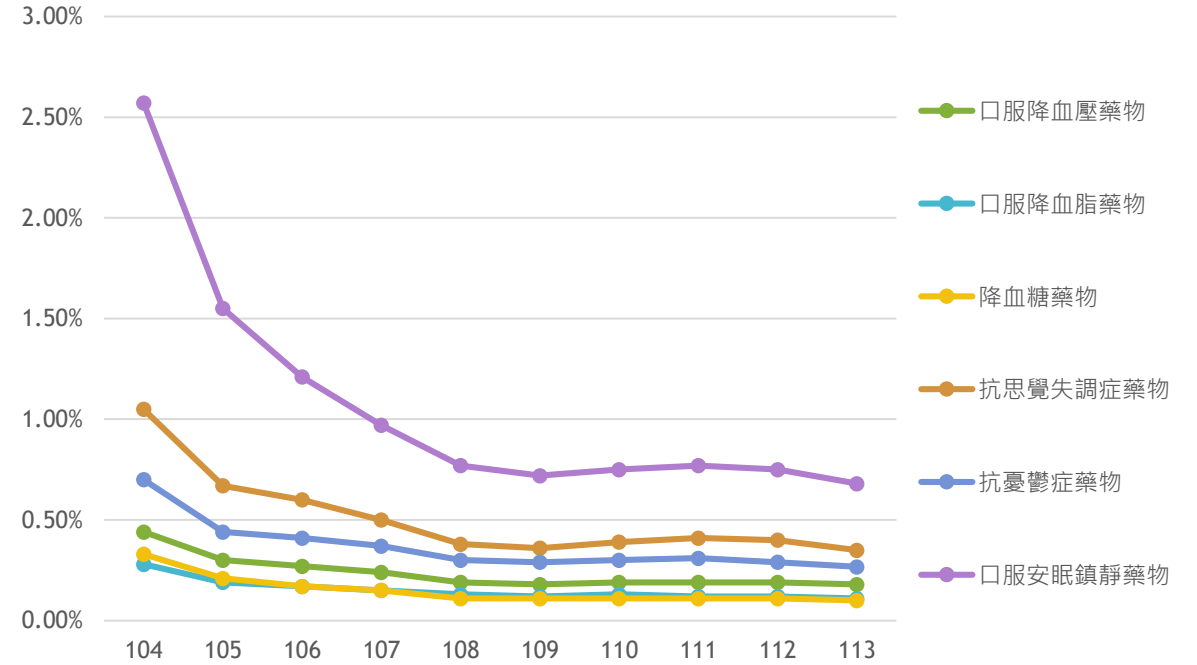
過程面

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。

同院所門診同藥理用藥日數重疊率



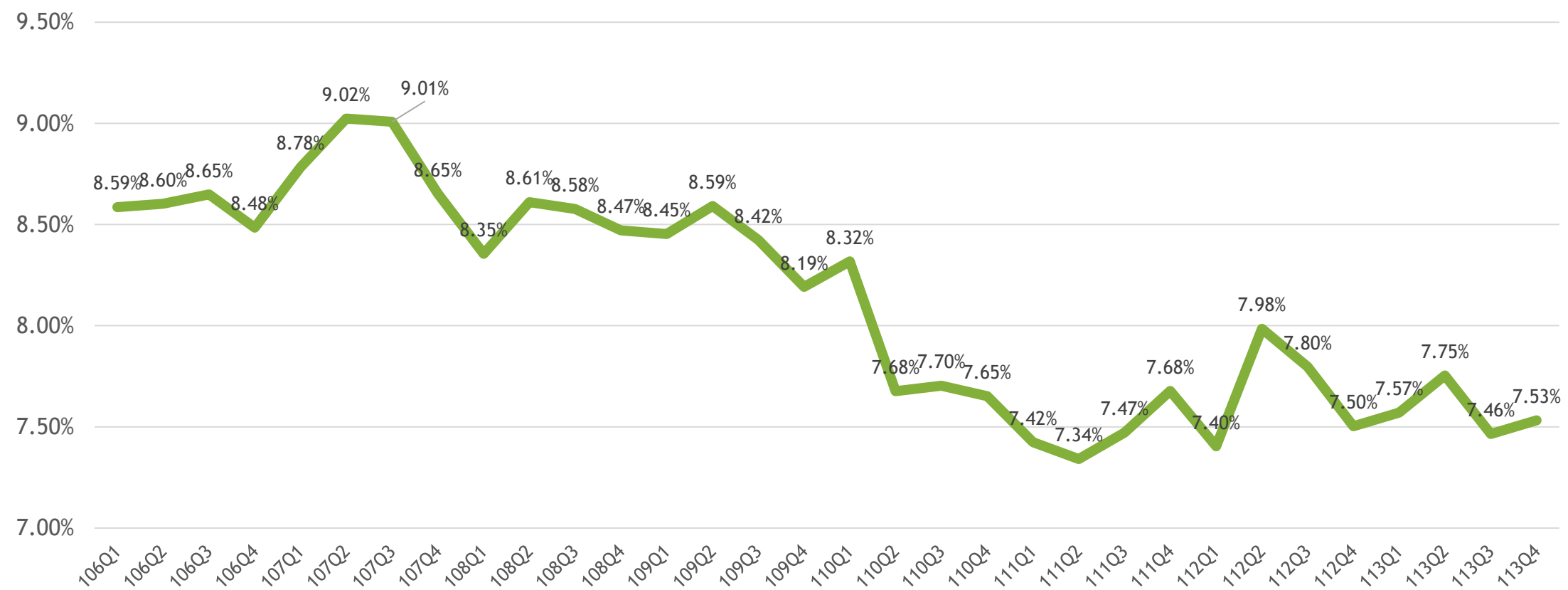
跨院所門診同藥理用藥日數重疊率



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)

推動DRG：DRG之案件十四日內再住院率

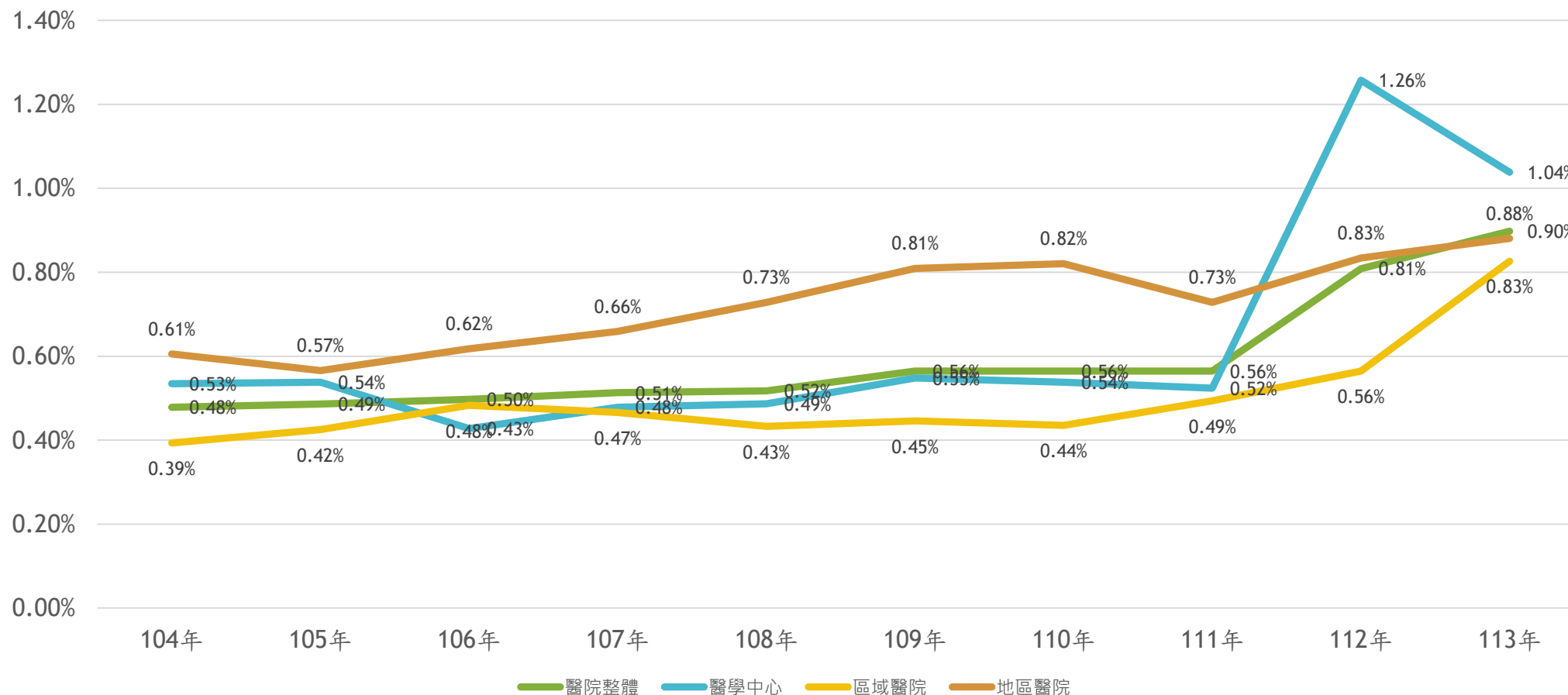
DRG之案件十四日內再住院率呈現下降趨勢。



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)。

急診壅塞：急診同日於同醫院急診返診比率

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。



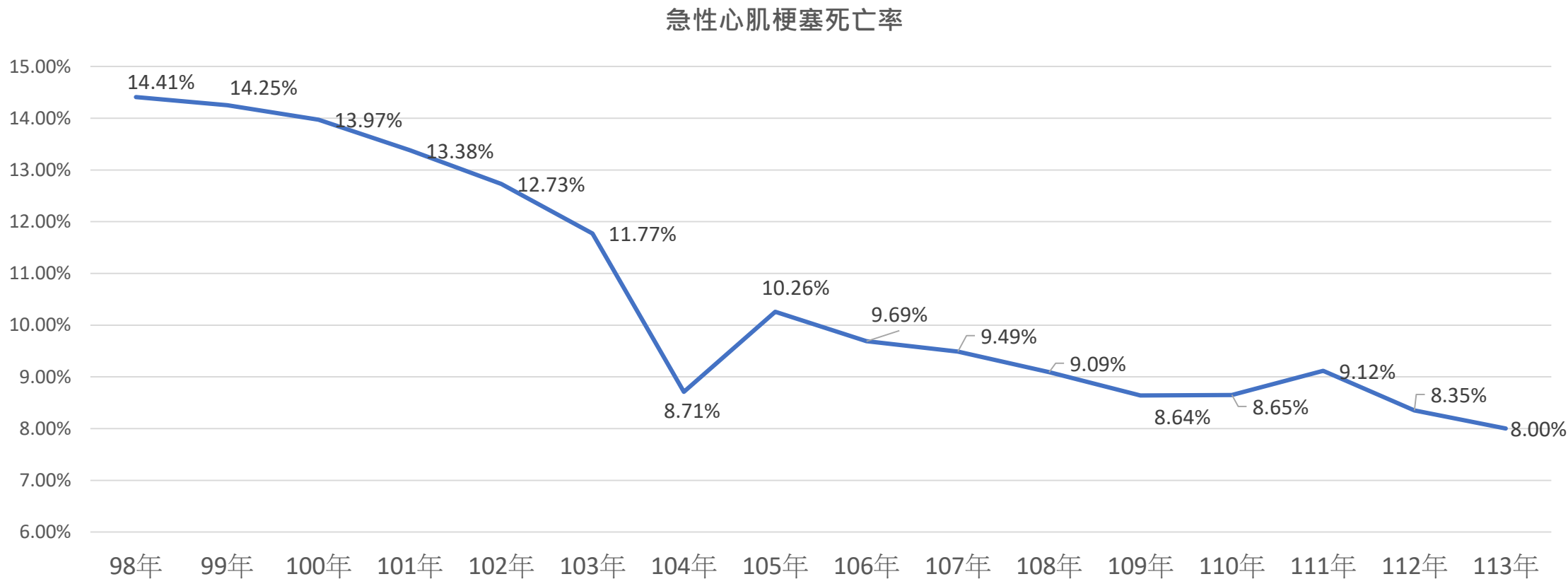
資料來源：醫療給付檔案分析系統(DA代號:69)。

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)。

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。

民眾申訴及處理-113年前三名申訴項目

醫院	件數	占率
醫療行政或違規事項	225	29%
額外收費 (自費抱怨)	97	13%
服務態度及醫療品質	84	11%
總件數	772	100%

西醫基層	件數	占率
醫療行政或違規事項	157	36%
疑有虛報醫療費用	57	13%
額外收費 (自費抱怨)	42	10%
總件數	433	100%

牙醫	件數	占率
疑有虛報醫療費用	55	26%
服務態度及醫療品質	53	25%
醫療行政或違規事項	50	24%
總件數	209	100%

中醫	件數	占率
醫療行政或違規事項	18	29%
服務態度及醫療品質	10	16%
額外收費 (自費抱怨)	9	15%
總件數	62	100%

其他	件數	占率
醫療行政或違規事項	28	28%
藥品和處方箋	16	16%
疑有虛報醫療費用	8	8%
總件數	101	100%

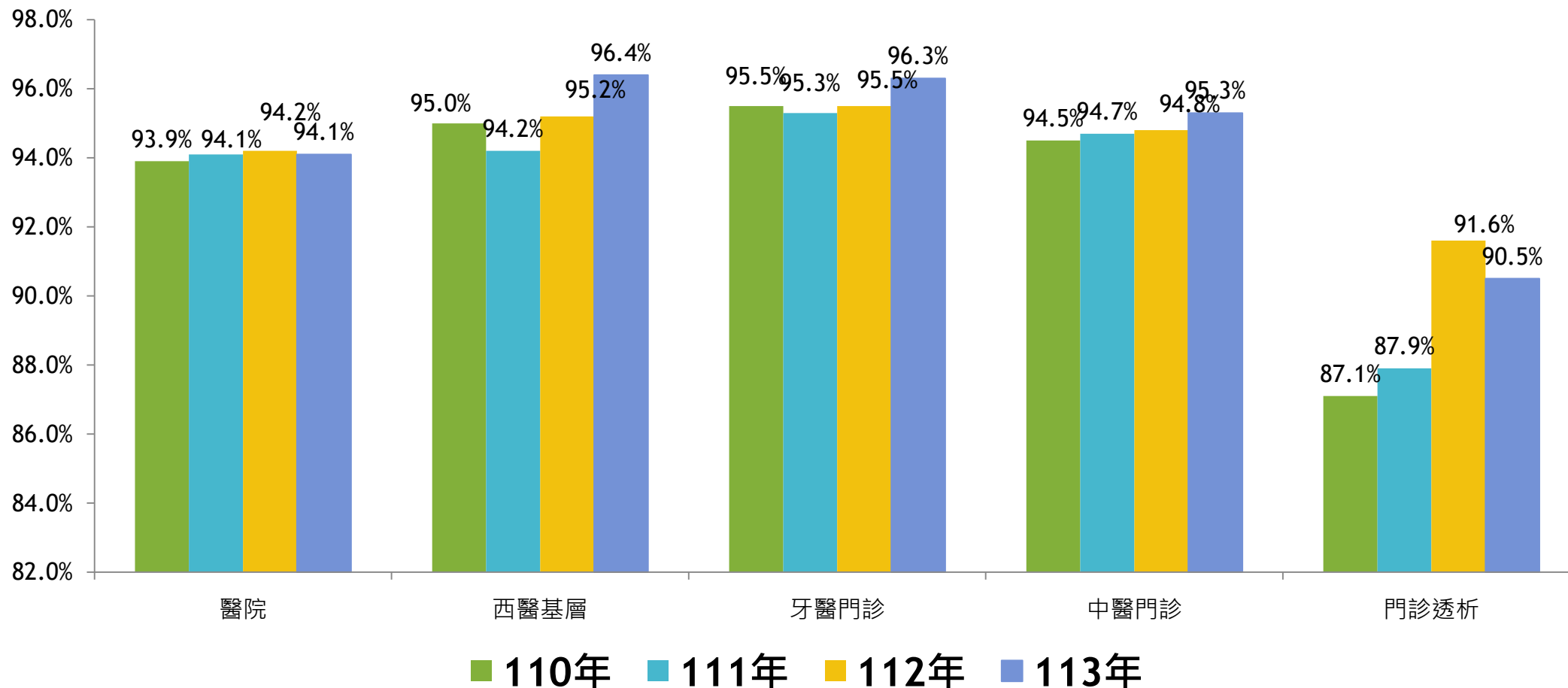
藥品及處方箋：
扣留慢連箋、院所指定
病人至特定藥局領藥、
藥局更換同成分學名藥
未告知病人等

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

滿意度調查-整體醫療結果

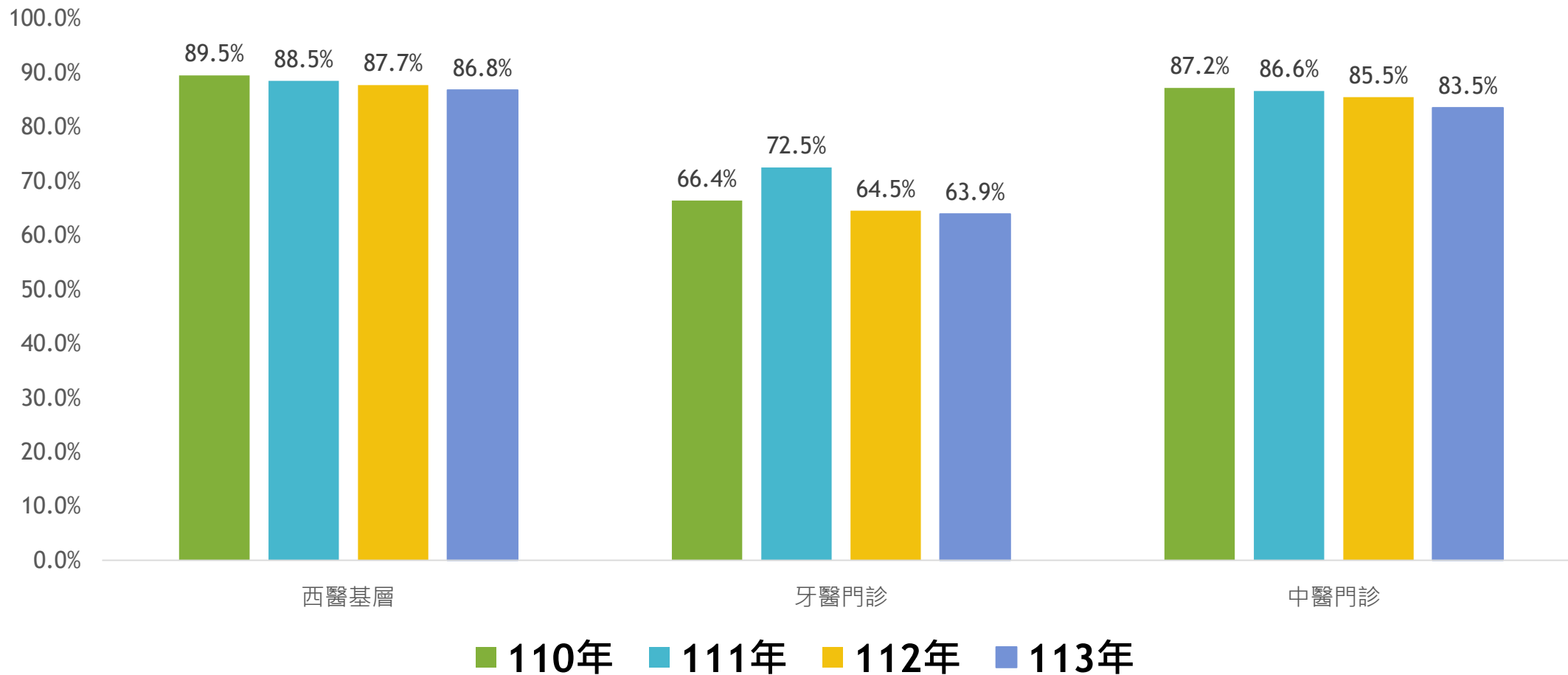
近幾年民眾對各總額整體醫療結果滿意度皆達9成以上，其中西基、牙醫、中醫皆為歷年最高，本署將持續精進健保制度，提升醫療照護品質。



註：滿意程度=滿意+非常滿意

滿意度調查-預約醫師容易程度

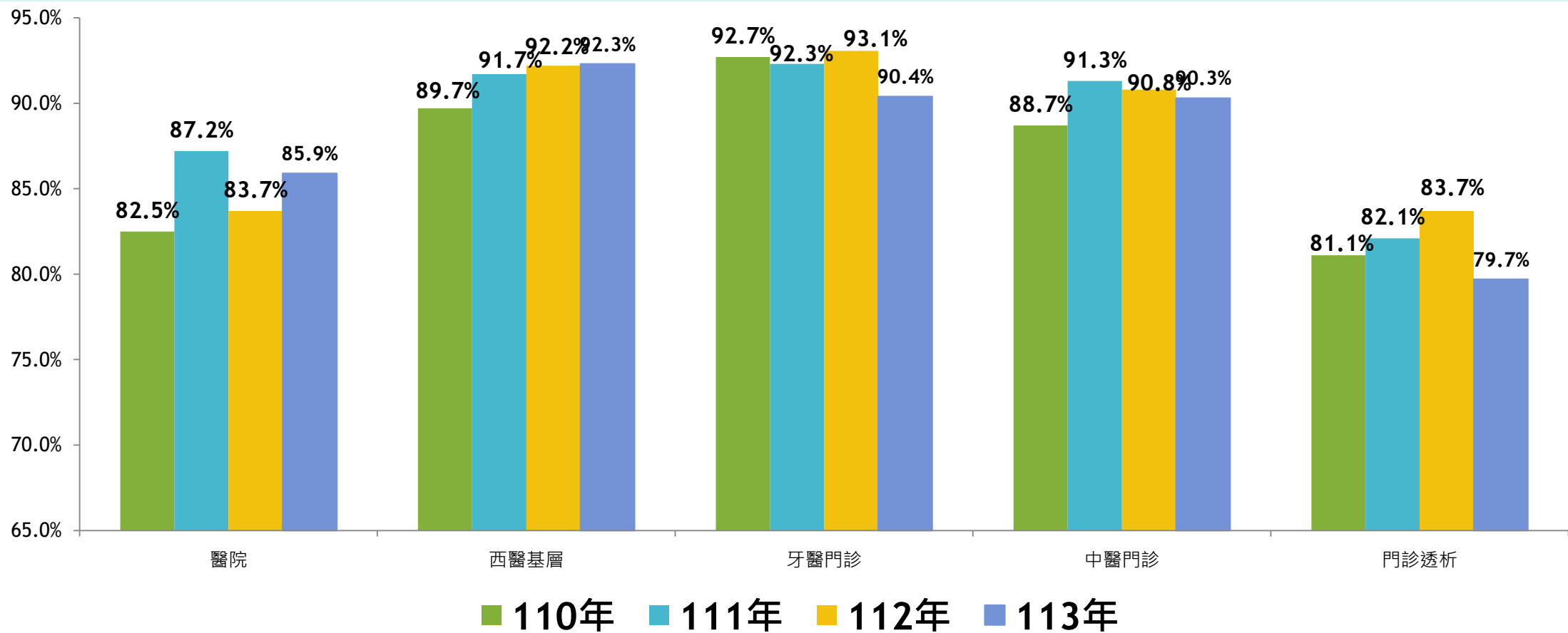
近年西基、牙醫、中醫預約醫師容易程度趨勢呈現持平。



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

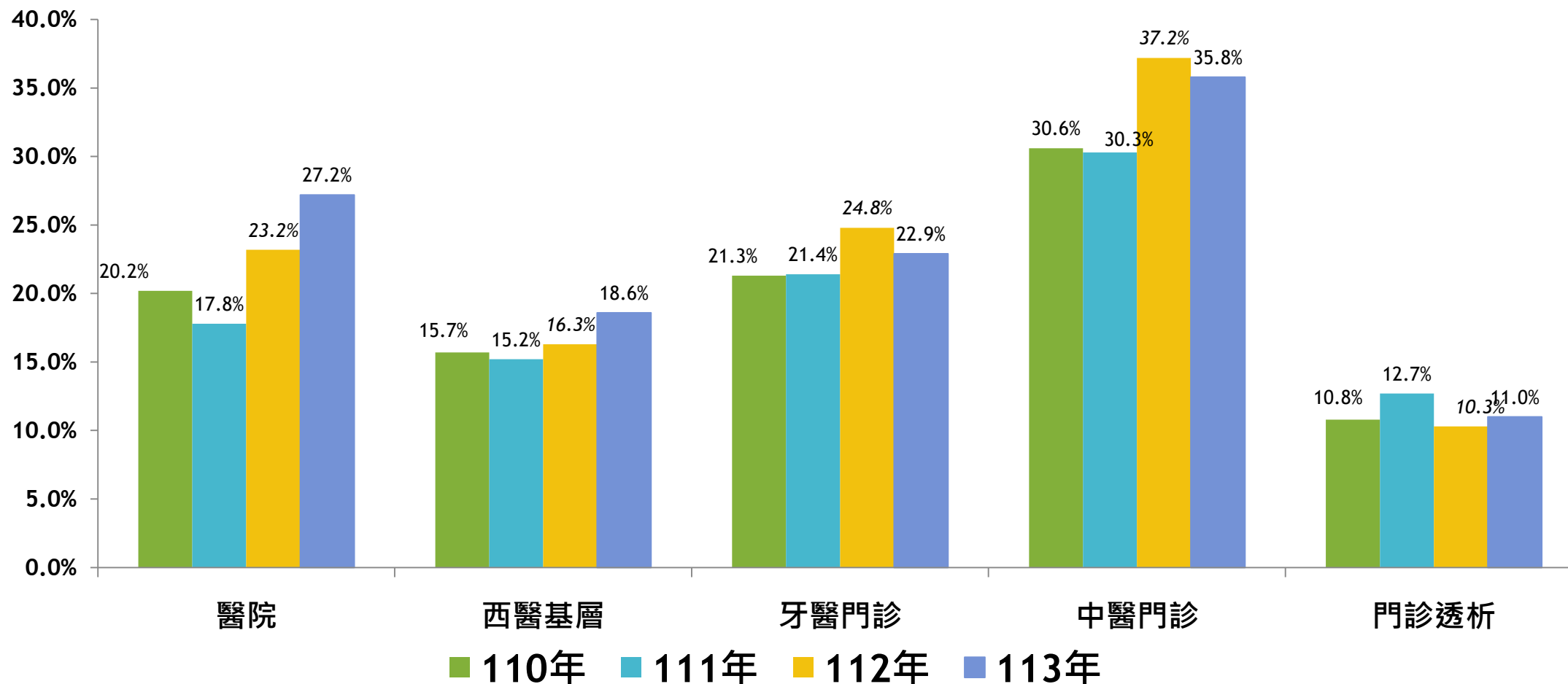
滿意度調查-就醫院所交通便利性

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。

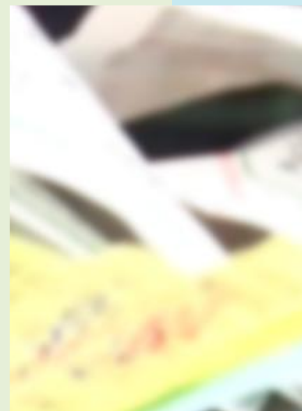
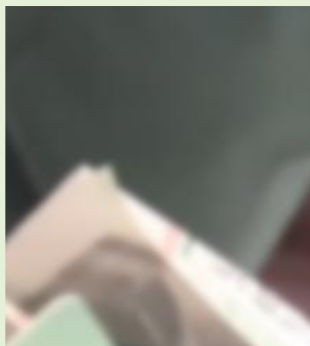


滿意度調查-被要求自費比率

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



花蓮縣秀林鄉全人整合照護執行方案

持續推動

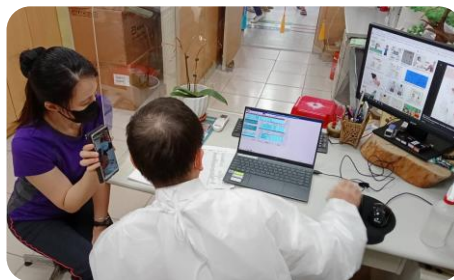
項目	111年	112年	113年	備註
承辦院所數	1			花蓮慈濟醫院
合作診所數 (含衛生所)	1			花蓮縣秀林鄉衛生所
執行鄉鎮數	1			花蓮縣秀林鄉
應照護對象人數	7,888			
照護對象鄉內就醫次數(A)	84,283	85,913	83,942	
照護對象總就醫次數(B)	189,741	195,296	189,907	
照護對象鄉內就醫次數占率(A/B) ^註	44.4%	44.0%	44.2%	

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

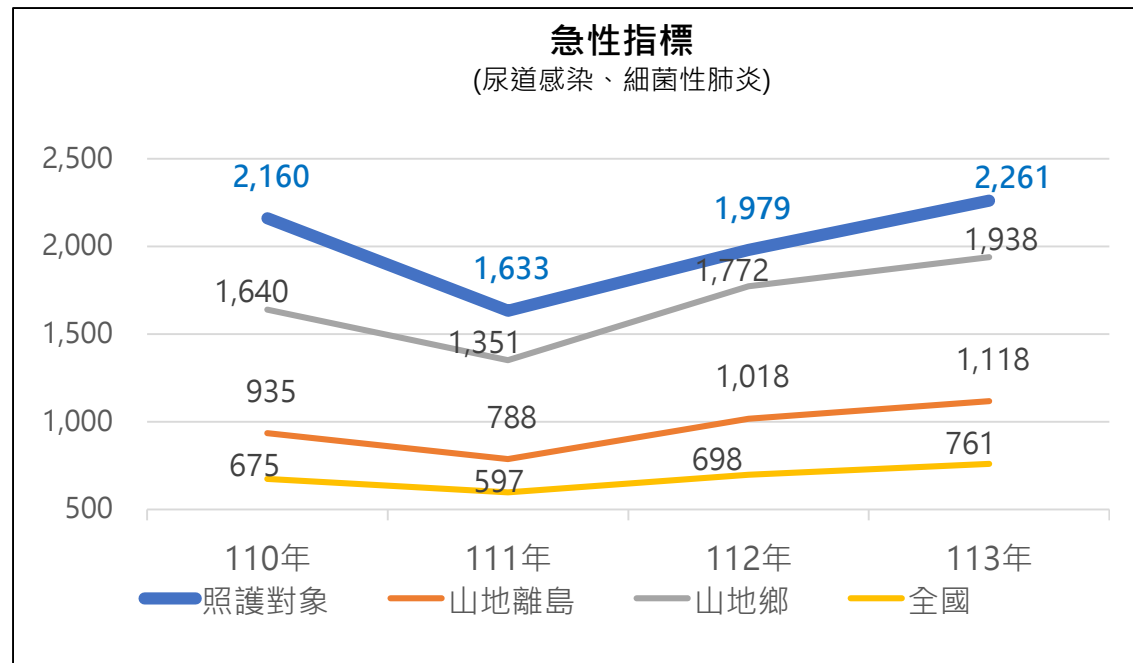
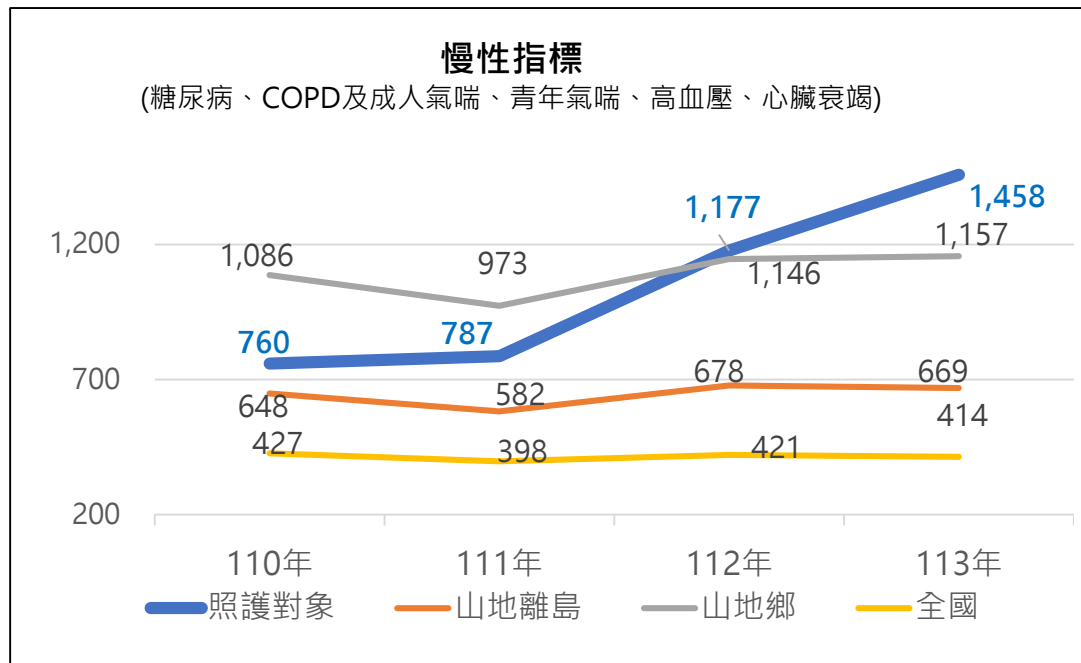


■ 文健站長者肌力提升運動

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

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

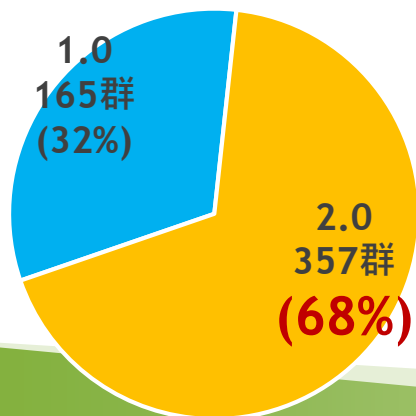


訂定獎勵措施及管控指標，鼓勵醫療群積極照護DM/CKD病人

✓ 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

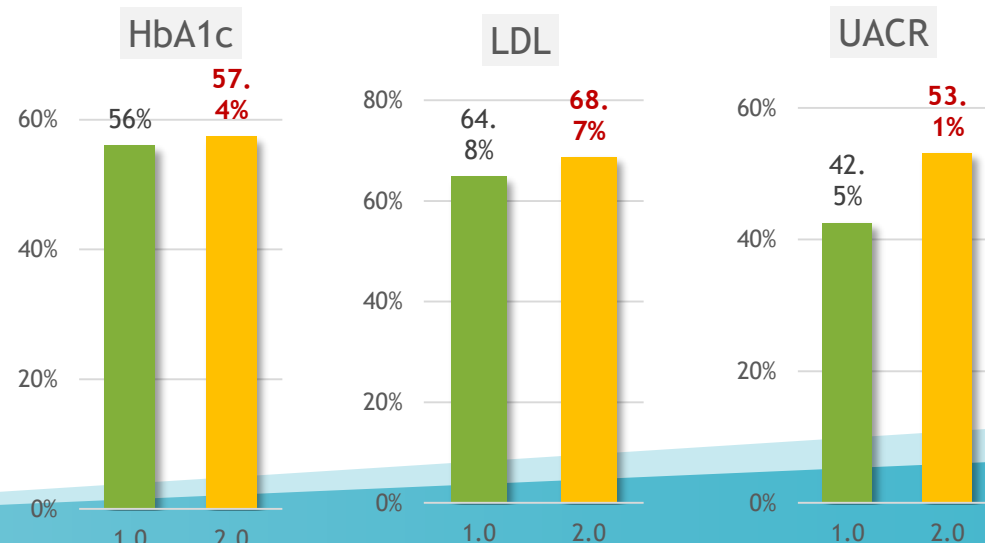
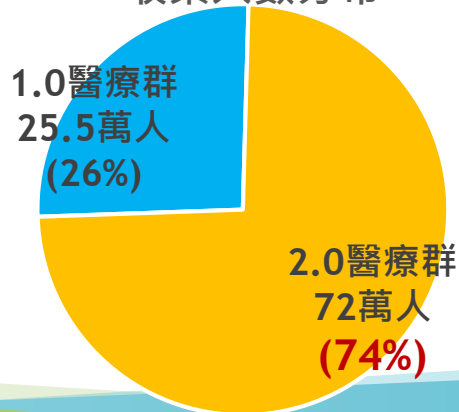
✓ 113年家醫2.0醫療群之各項特定檢驗項目控制良好(或進步)比率介於53.1%~68.7%，皆優於1.0醫療群

醫療群分布



DM/CKD/DKD

收案人數分布



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

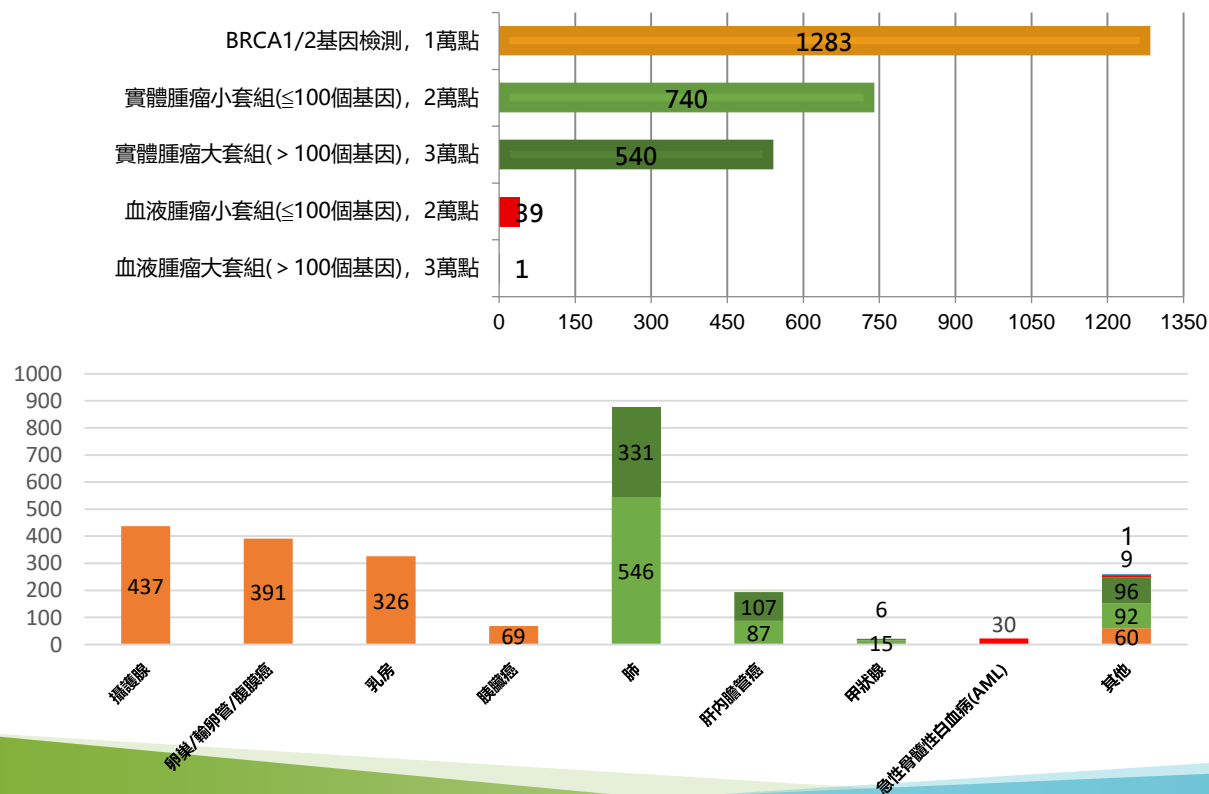
給付
癌別

- 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)

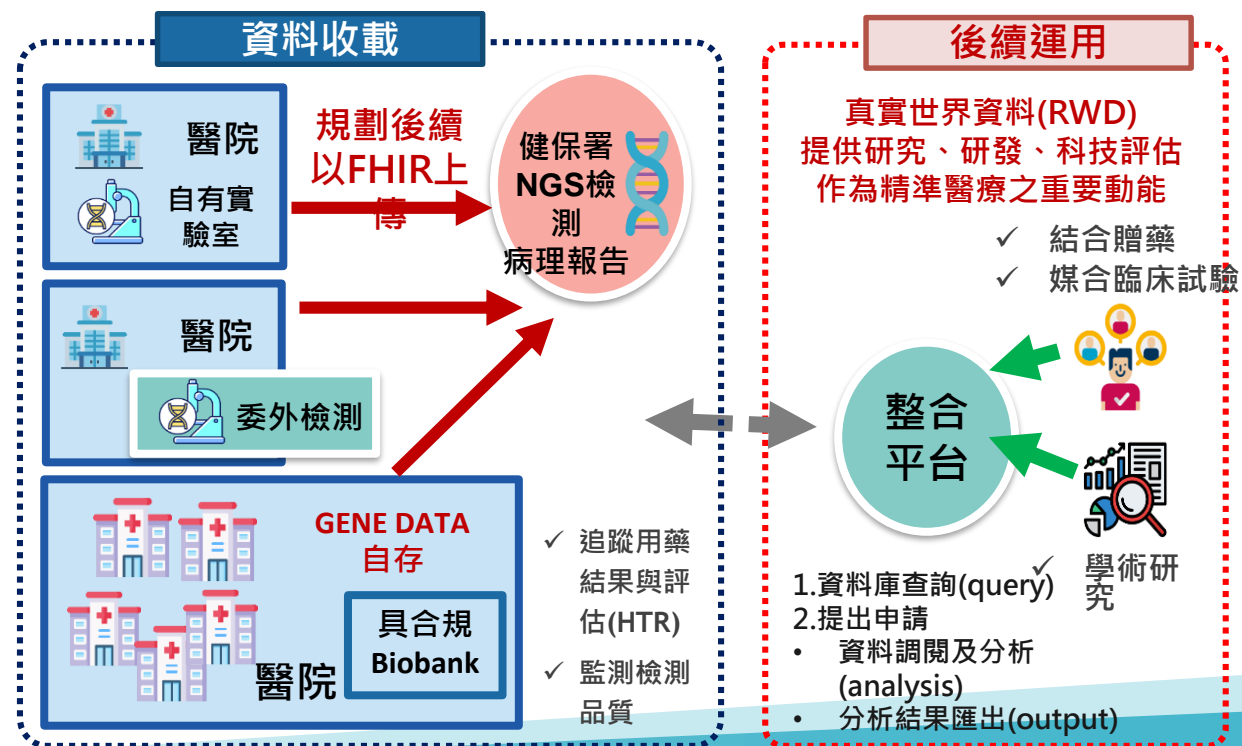
標靶藥物
伴隨式檢測

- 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



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



專任感染
症專科醫
師



嚴重感
染症住
院病人



完成照護
量表評估



每次支付
1,000點

執行概況：113
年核付約**65.8**
百萬點

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

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

支付點數

每人3,000或1,500點

適應症

114.5.1生效

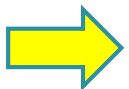
具完全行為能力之病人且

- 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點

放寬適用
條件，簡
化申報



目前全國計有285家醫療機構提供預立醫療照護諮商服務

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

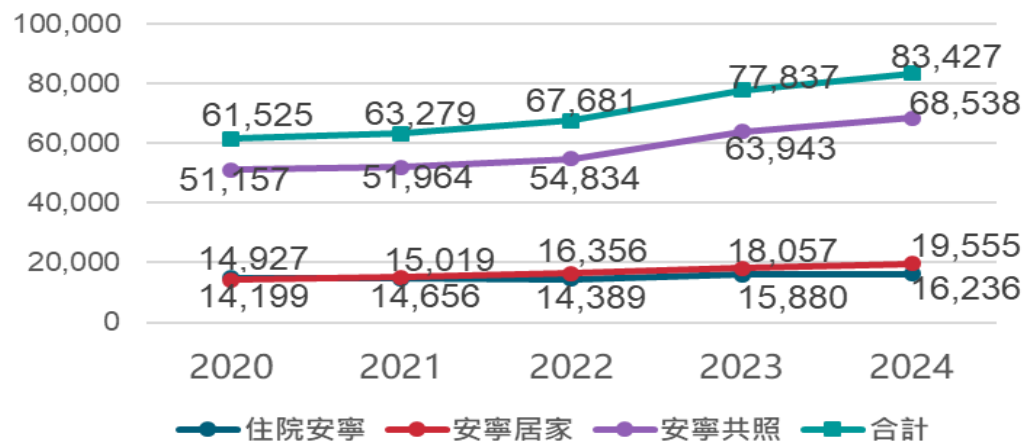
安寧共照

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年下半年**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

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**



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



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



預防保健服務

癌症篩檢、疫苗接種

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%

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

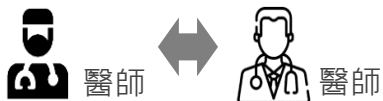
修法前

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



通訊診察治療辦法
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

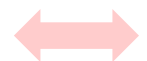
居家
透析

修法後

醫師和醫事人員間遠距醫療



醫師



醫事人員

醫師和病人間遠距醫療



醫師



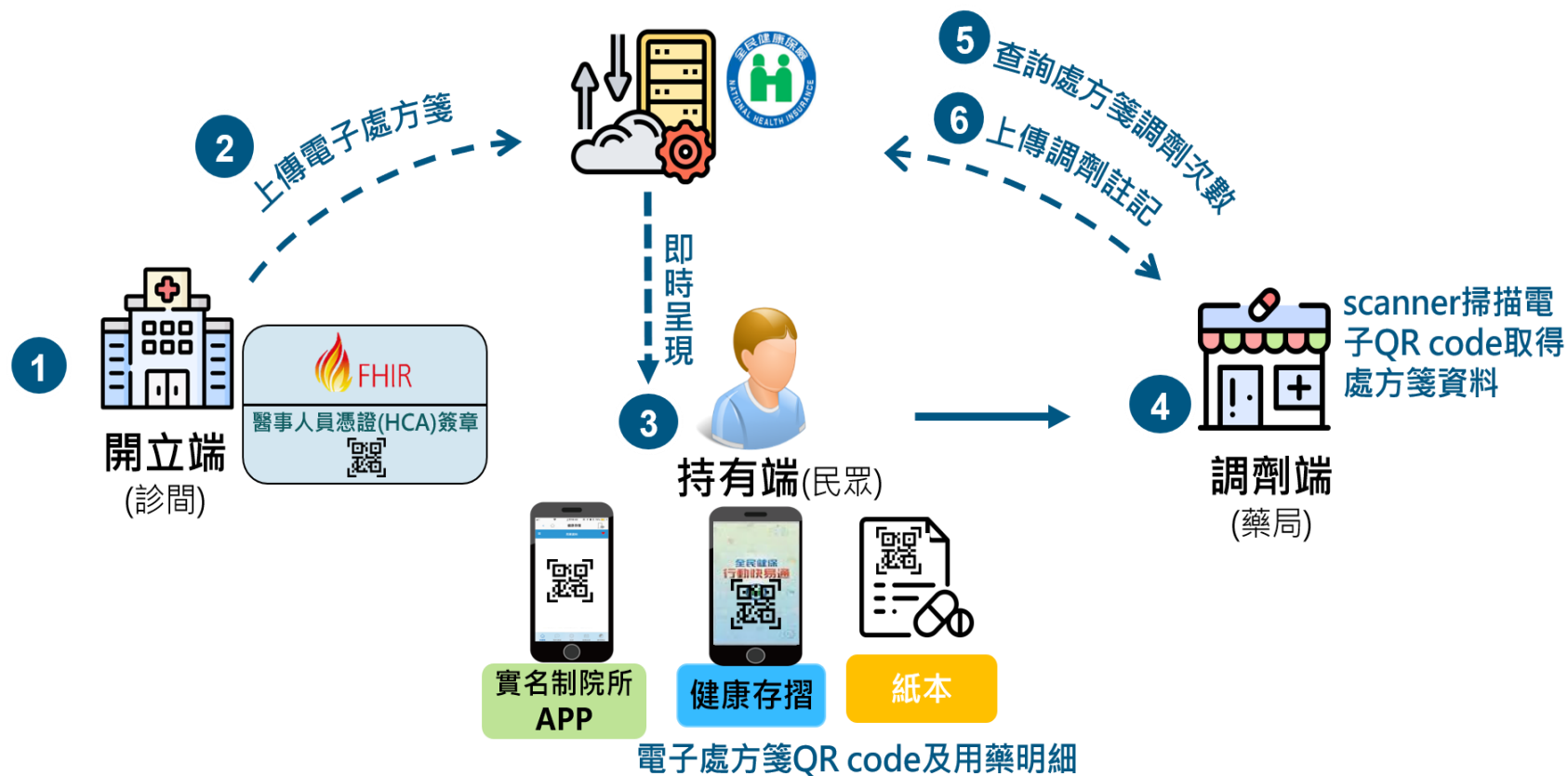
病人



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。



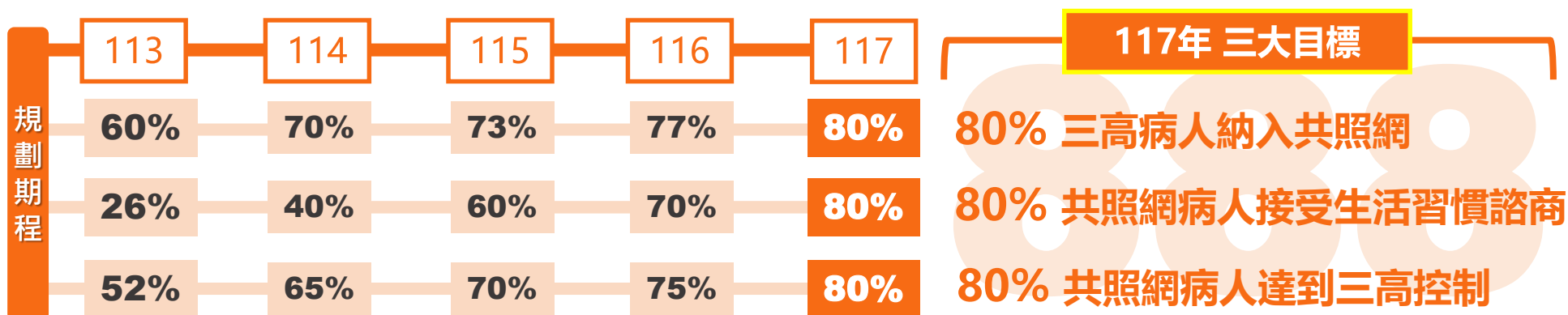
衛生福利部113年4月24日公告
「**電子處方箋交換欄位**」最新版，
含以下**12個區塊(50個欄位)**：

- 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

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

大家醫計畫 落實全人全程健康照護



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。

提供以人為中心、全生命歷程的照護服務

初級照護

急性住院

出院
準備

急性後期照護

出院
準備

居家醫療

安寧療護

家庭醫師計畫

疾病治療與控制

- 定期追蹤
- 用藥處方、指導
- 轉診、轉檢
- 緊急諮詢

預防保健

- 疫苗接種
- 疾病篩檢
- 衛生教育

生活習慣介入

- 營養諮詢
- 運動、健康促進
- 自我健康管理



論質計酬計畫(P4P)

孕產婦周產期
照護

早期療育方案

糖尿病照護整合方案

DKD照護

CKD照護

BC肝照護

氣喘照護

COPD照護

乳癌照護整合方案

精神疾病照護整合方案

- 住院PAC
- 居家PAC

- 居家照護
- 一般居家醫療
- 重度居家醫療
- 安寧居家醫療
- 在宅急症照護
(113.07.01-)

- 住院安寧
- 安寧共照
- 居家安寧

長照機構醫療服務

- 巡迴診療
- 機構居家照護
- 機構安寧療護
- 減少就醫獎勵方案
- 在宅急症照護(113.07.01-)



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

- ▶ 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



強化國家癌症防治計畫



2030年癌症標準化死亡率降低 $\frac{1}{3}$

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

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

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

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

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

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

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

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**

1. 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
2. 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
3. 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%

1. 使用國內生產原料藥製造之國內製造藥品
2. 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
3. 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

*加成後價格不得高於原開發廠藥品價格

*加成品項應確保供貨無虞

鼓勵國產新藥 給予優惠藥價

1. 臺灣首發新藥
2. 國際上市許可2年內國內製造新藥
3. 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

1. 中央衛生主管機關(食藥署)公告之必要藥品
2. 同分組內有國內製造藥品 (抗微生物製劑不在此限)
3. 至新支付價格生效前1年未日止，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%

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

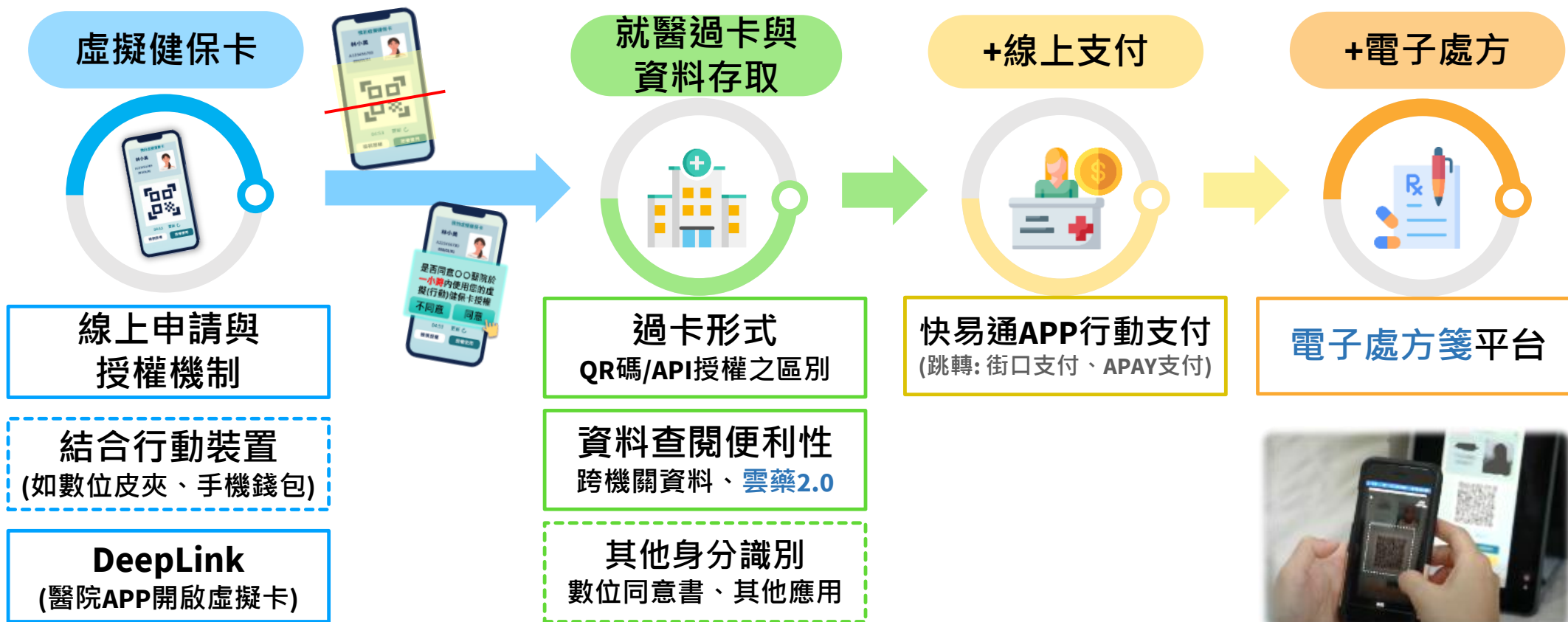
推動基層醫療院所數位轉型

- ▶ 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。

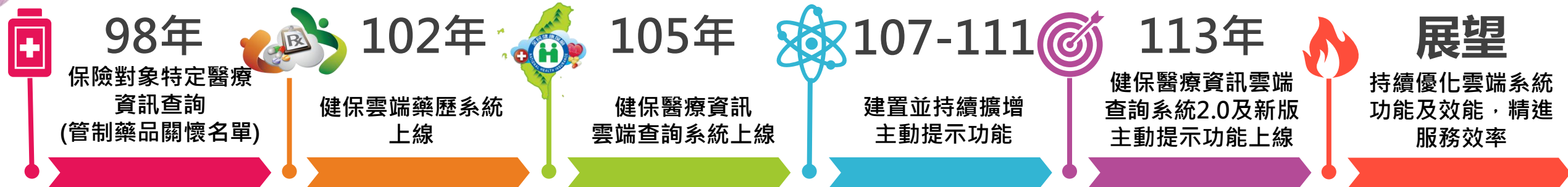


打造就醫全程數位化 突破空間距離限制

- ▶ 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



健保雲端查詢系統 輔助診療促進用藥安全



健保特約院所
HIS

多元認證
健保VPN



輔助診療



醫療服務



健保醫療資訊
雲端查詢系統

2.0

113.4.17上線

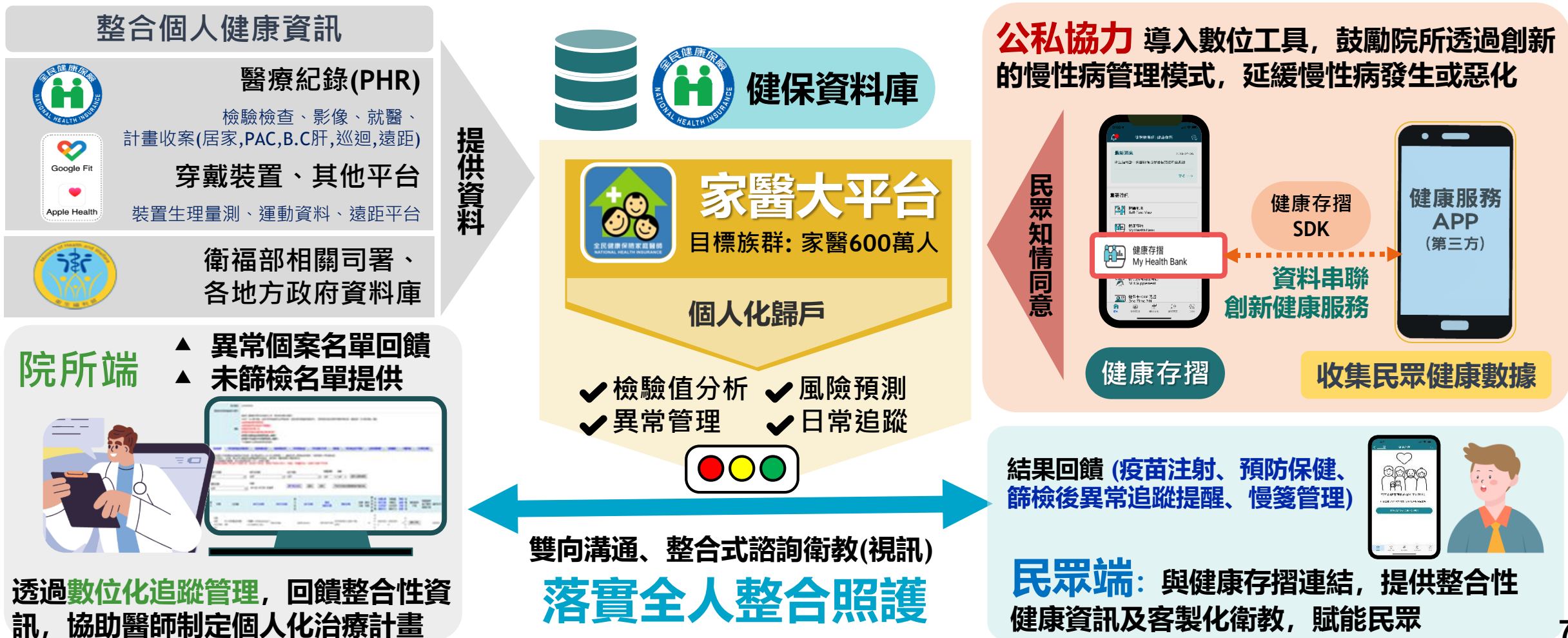
主動
提示機制

- 過敏藥物
- 藥品交互作用
- 潛在C肝病人追蹤
- NSAIDs用藥及腎功能
- 重複用藥/檢驗檢查

新版 113.6.17上線

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



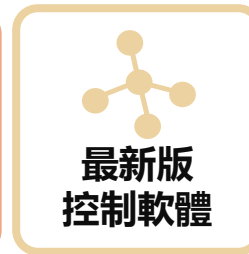
推動基層醫療院所數位雲端轉型

- ▶ 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**



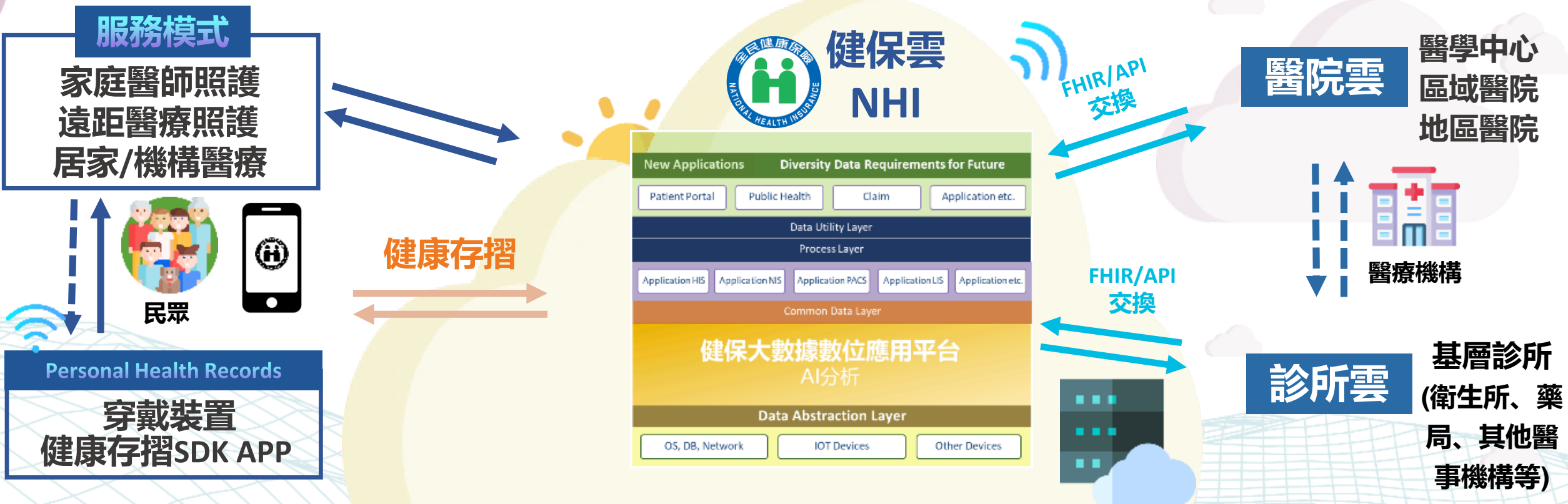
資訊服務廠商須個別協助導入基層院所
下列雲端醫療資訊服務系統項目

- 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**



署重要政策功能

全民健保雲資料互動模式



規劃
期程



創新服務民眾賦能



雲端系統效率精進



打破圍牆的健康照護



健康資料生態系統

113

- ▶ 健康存摺介接智慧穿戴裝置資料
- ▶ 健康存摺SDK管理應用

114-
116

擴大健康存摺收載，連結**家醫大平台**，系統持續優化

- ▶ 雲端查詢2.0、完成家醫大平台架構
- ▶ 推動診所醫療資訊系統上雲
- ▶ 試辦癌藥事前審查FHIR交換機制

家醫大平台上線、擴大健保作業FHIR交換、持續推動基層診所資訊系統上雲

- ▶ 簡化**虛擬健保卡**申請流程
- ▶ 試辦**電子處方箋**平台
- ▶ 數位同意書簽署機制

配合修法完成目的外退出權資訊系統、虛實整合強化健保卡作業

- ▶ 完成符合綠能及資安標準的新機房(台北中心)

開發**新一代健保醫療資訊平台系統**，符合綠能及資安標準新機房(異地備援)



健康照護變革與全民健保改革

Provider Centered
(Disease Care)

Patient Centered
(Health Care)

服務
轉型

分段照護
Fragmented Care

協同照護
Coordinated /
Collaboration

整合照護
Integrated Care

給付
改革

疾病治療
Disease Care

疾病管理
Disease
Management

健康管理
Health
Management

論量計酬
Pay for Service

論病計酬
Case Payment
(DRG)

論值計酬
Value-based
Payment (ACO)

數位
升級

電子病歷
EMR

雲端數據
Cloud (Big Data)

遠端照護
TeleHealth / IoT

數位醫療
A.I.



Health For All

THANK
YOU!