



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

全聯會重視評核建言，將持續精進，優化基層

- 評核委員們所提出的寶貴意見與期許，全聯會深感重視，並視為提升基層醫療品質與服務效能的重要依據。
- 為具體回應委員建言，全聯會召開超過10次會議，逐項研議各項改善方向與可行方案，並針對具體問題提出修正措施。
- 未來，全聯會將持續落實改善進程，強化橫向協調與內部精進，朝更高品質、更有效率的醫療品質目標邁進。

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
<p>一、分級醫療實施多年成效不顯著，宜檢討原因及加以改善：</p> <p>(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。</p>	<p>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%。</p> <p>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。</p>

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
<p>一、分級醫療實施多年成效不顯著，宜檢討原因及加以改善：</p> <p>(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。</p>	<ol style="list-style-type: none">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。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。
<p>(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。</p>	<ol style="list-style-type: none">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。113年合作醫院家數為306家，相較於112年增加9家。

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
<p>二、對糖尿病病人整體照護之建議：</p> <p>(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。</p>	<ol style="list-style-type: none">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。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。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。

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
<p>二、對糖尿病病人整體照護之建議：</p> <p>(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。</p>	<ol style="list-style-type: none">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。

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
<p>三、專業醫療服務品質指標的檢討修訂：</p> <p>(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。</p>	<p>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。</p>
<p>(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。</p>	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="961 600 1850 897">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。<li data-bbox="961 897 1850 951">2. 114年度方案業於114年1月23日公告。

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
<p>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：</p> <p>(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。</p>	<ol style="list-style-type: none">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。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。
<p>(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。</p>	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。

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。	<ol style="list-style-type: none">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，重新啓動公式檢討。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。

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
<p>六、專款項目之執行及後續規劃：</p> <p>(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。</p>	<p>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。</p>

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
<p>六、專款項目之執行及後續規劃：</p> <p>(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。</p>	<ol style="list-style-type: none">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。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。

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
<p>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：</p> <p>(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。</p>	<p>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。</p>

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
<p>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：</p> <p>(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。</p>	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="716 244 1845 649">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」。<li data-bbox="716 649 1845 740">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)

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
<p>八、西醫醫療資源不足地區改善方案之精進：</p> <p>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。</p>	<ol style="list-style-type: none">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。

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

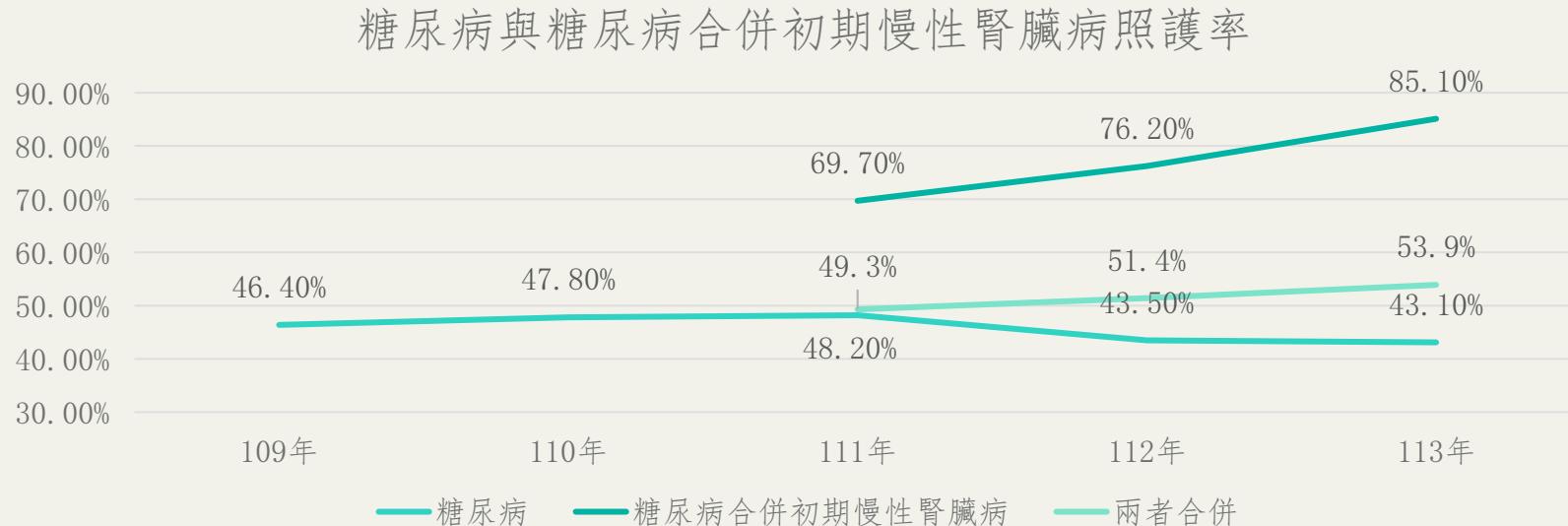
西醫基層糖尿病照護情形1/2

糖尿病方案參與家數及照護人數逐年上升



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。

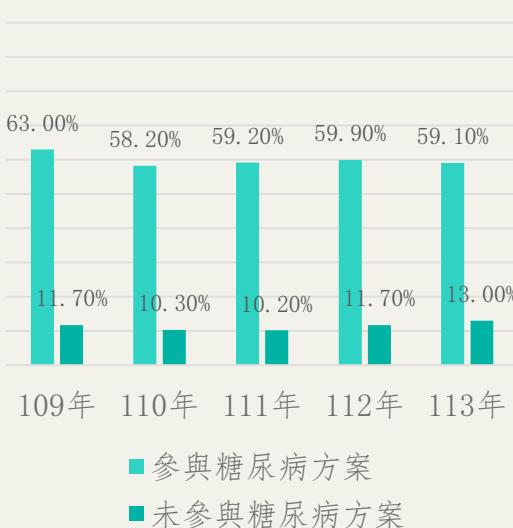
西醫基層糖尿病患者檢查情形

參與計畫與未參與計畫執行各項檢查率之相差達2-3倍

HbA1c



眼底鏡檢



微量白蛋白



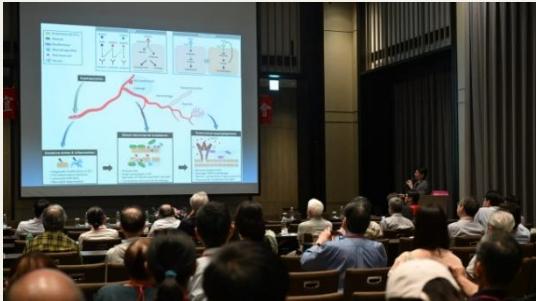
參與計畫者發生洗腎機率降低

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。

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

檢討與展望

基層診所在糖尿病照護方面，從原本論次計酬漸漸轉變為論質計酬，以**個案管理模式**，提供更好的照護與服務。

隨著**照護社區化**，基層診所之可近性及在地性，針對慢性病，除了能提供病人適宜治療外，對於**生活型態與健康行為之建議**，能更貼近病人之現況。

相較於未參與方案者，有參與方案之病人獲得較好之照護，基層**將持續推動病人加入方案**，以減緩進入後續慢性病治療。



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

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脚步。
- 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

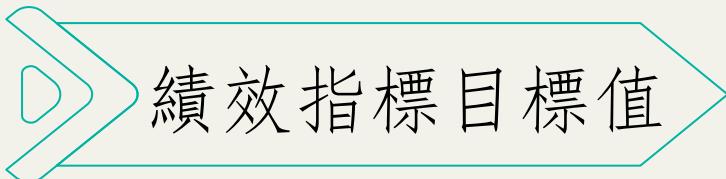
年度重點項目執行成果與未來規劃

西醫基層診所代謝症候群照護情形

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	<ul style="list-style-type: none">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	<ul style="list-style-type: none"><u>新增腰圍或身體質量指數管理成效獎勵費</u>，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。

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%



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

113年分區執行概況

- 以分區執行狀況來看，無論院所數、醫師數、收案人數及領取獎勵院所數，**台北區皆高於其他區。**

	院所數	醫師數	收案人數	結案人數	領取獎勵 院所數
台北	740	1,291	74,863	3,219	281
北區	404	716	44,250	2,623	152
中區	627	994	61,442	3,489	251
南區	529	789	56,450	2,936	194
高屏	501	764	52,498	2,922	189
東區	120	267	9,261	690	32
全區	2,921	4,821	298,764	15,879	1,099

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($\geq 30\%$)

	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年分區成效評估

- 分區執行成效，在代謝症候群改善率70分以上，以高屏區最多；個案完整照護達成率 $\geq 30\%$ 、及介入成效率 $\geq 30\%$ ，以中區占比最高。

單位：家數(占率)

	代謝症候群改善率			個案完整照護達成率			介入成效率		
	70分以上	51~69分	50分以下	$\geq 30\%$	16~29%	15%以下	$\geq 30\%$	16~29%	15%以下
台北	14(3%)	16(3%)	500(94%)	86(16%)	72(14%)	372(70%)	118(22%)	142(27%)	270(51%)
北區	9(3%)	6(2%)	258(95%)	51(19%)	36(13%)	186(68%)	75(27%)	60(22%)	138(51%)
中區	7(2%)	17(4%)	390(94%)	111(27%)	56(14%)	247(60%)	124(30%)	111(27%)	179(43%)
南區	11(3%)	11(3%)	376(94%)	66(17%)	34(9%)	298(75%)	99(25%)	98(25%)	201(51%)
高屏	16(4%)	13(3%)	356(92%)	86(22%)	41(11%)	258(67%)	95(25%)	109(28%)	181(47%)
東區	0(0%)	2(3%)	59(97%)	16(26%)	10(16%)	35(57%)	9(15%)	16(26%)	36(59%)
全區	57(3%)	65(3%)	1,939(94%)	416(20%)	249(12%)	1,396(68%)	520(25%)	536(26%)	1,005(49%)

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

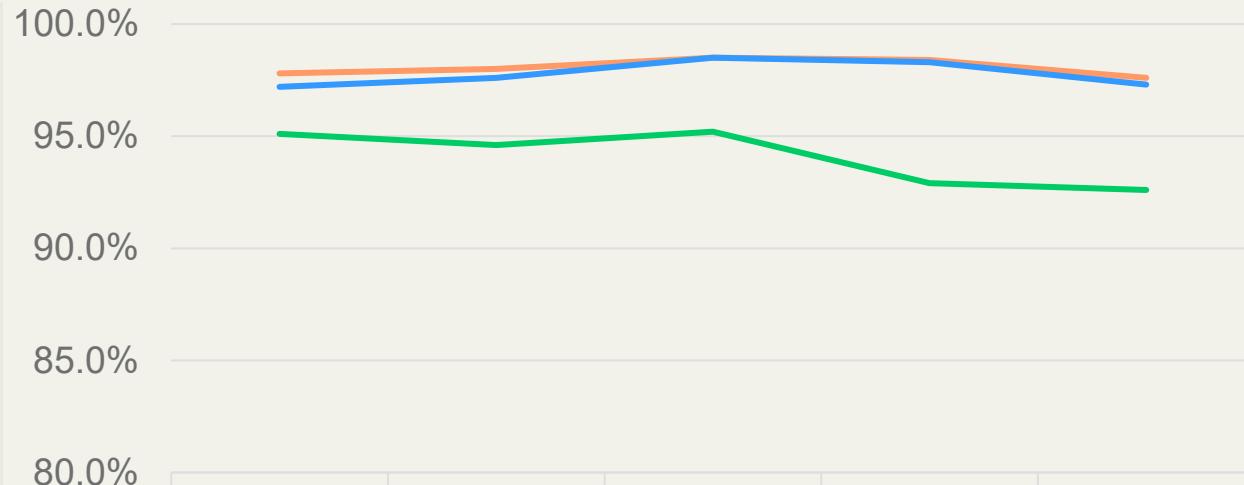
- 參與院所與醫師人數持續增加，整體執行成效較112年明顯提升。
- 持續檢討與優化，期望逐步建立醫病共同管理之照護模式，並減緩國人由疾病初期進入慢性病之可能性。

一般服務項目執行績效

維護保險對象就醫權益

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%

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%

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

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：內政部戶政檔案，資料日期：114年4月。

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。



一般服務項目執行績效

專業醫療服務品質之確保與提升

品質確保方案

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
糖尿病病人醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)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%

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。

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**「糖尿病病患醣化血色素（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
108年	74. 6%
109年	75. 5%
110年	73. 6%
111年	70. 8%
112年	71. 3%

	112年	
核發 權重	家數	百分比
100%	4,096	37. 0%
90%	569	5. 1%
88%	859	7. 8%
86%	1,475	13. 3%
84%	418	3. 8%
82%	159	1. 4%
80%	32	0. 3%
70%	278	2. 5%
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%

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。

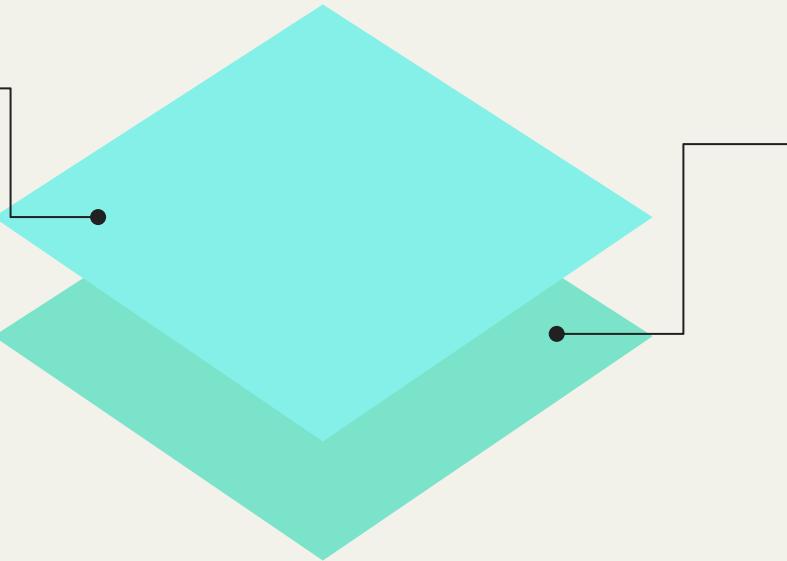
➤ 108-112年品保款核發比率約七成，且依達成指標不同，各院所領取金額不同，具有鑑別度

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



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

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)。

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：多模型倉儲門、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。

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					+3. 76

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。

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%。

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

提升國人視力照護品質

1/2



項目	113
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 久未看診而當日就診即執行白內障手術比例 $\leq 0.5\%$ 術後90日內同眼再執行白內障手術之件數比率 $\leq 0.25\%$ 術後30日內併發症(眼內炎)之件數比率 $\leq 0.1315\%$
品質監測指標 (達標與否V/X)	0. 405% (V) 0. 25% (V) 0. 1579% (X)

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

提升國人視力照護品質

2/2

執行情形
檢討改善

指標研修

- 114年新增《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%。
- 114年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%。

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。

國人平均壽命提升：西醫基層持續守護健康

- 根據內政部資料，112年國人平均壽命達80.23歲，較111年增加0.39歲，男性為76.94歲，女性為83.74歲，皆高於全球平均水準。
- 西醫基層長期提供便捷、可近且優質的醫療服務，對提升國人健康與延長壽命具有關鍵貢獻。
- 從慢性病管理、疫苗施打、健康檢查到長期照護評估，西醫基層持續以專業經驗深耕社區，配合健保制度，減少民眾就醫負擔，並即時發現與介入高風險疾病，降低死亡率與重症率。
- 面對人口高齡化挑戰，西醫基層將持續強化預防醫學與健康促進功能，協助國人「活得久、活得好」。

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

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

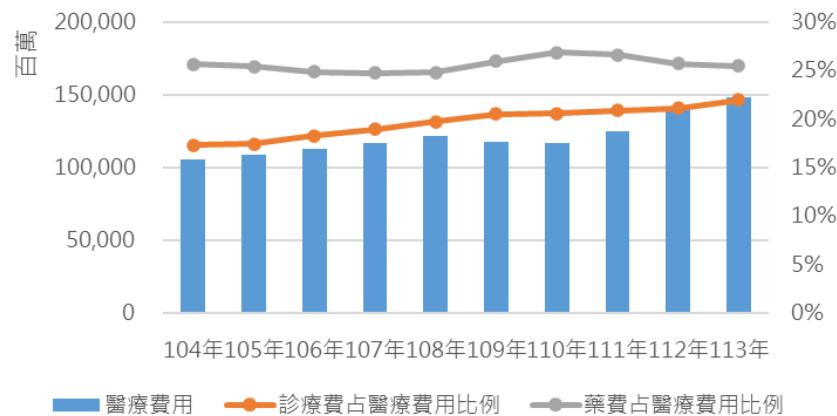
- 門診就醫人數：
109年至113年從19,434千人增加至20,480千人，**年均增幅0.1%，顯示趨於穩定。**
- 門診醫療件數：
109年至113年從174,640千件增加至207,472千件，**年均增幅1.1%，顯示穩定成長。**

西醫基層醫療利用情形_{2/3}

門診醫療件數及就醫人數



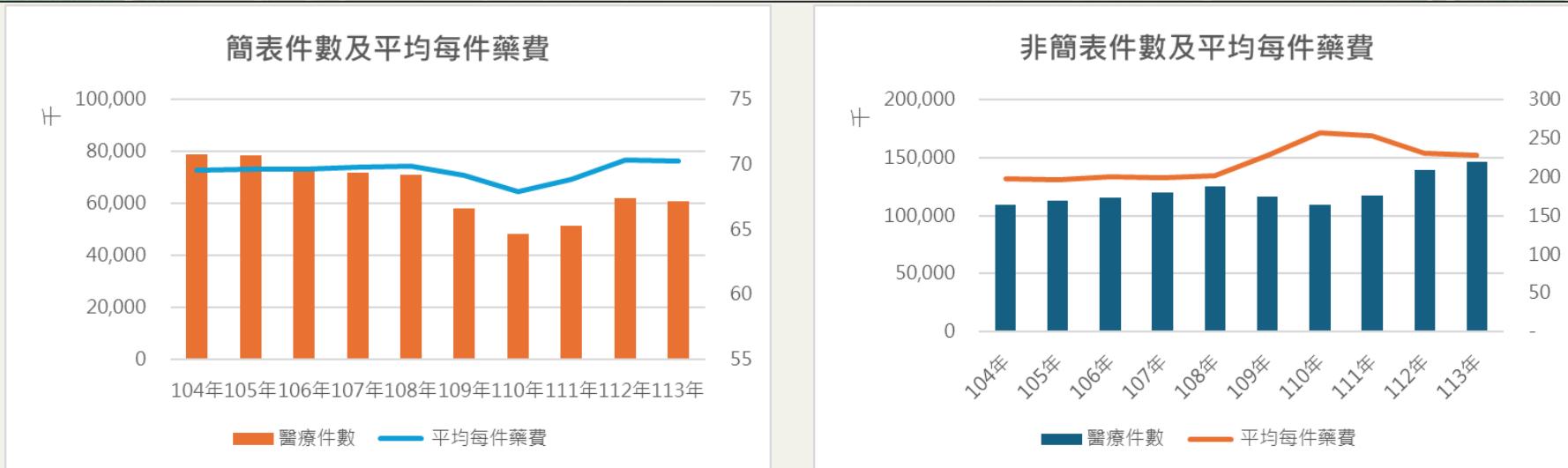
門診醫療費用及診療費占率、藥費占率



- 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。

- 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，慢連簽制度、藥價調整等政策發揮控制效果。

西醫基層醫療利用情形 3/3



- 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%。

西醫基層醫療利用-診療費成長分析 1/5

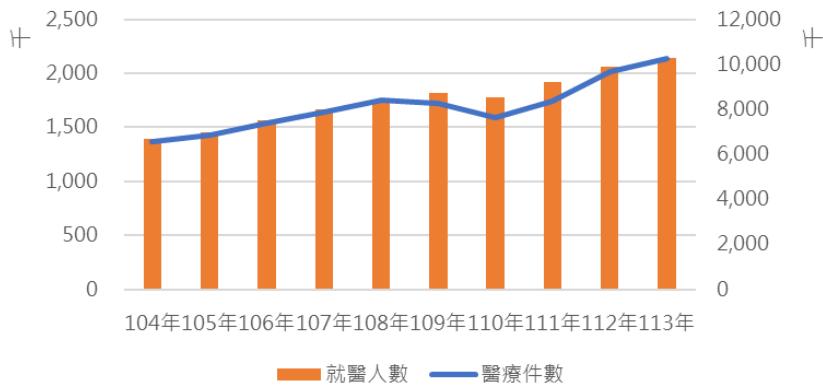
- 以醫令點數淨增加數值最高之前10項處置項目為基礎，依其性質進行分類，並將相似或具同質性之項目合併後統計分析。

例如：

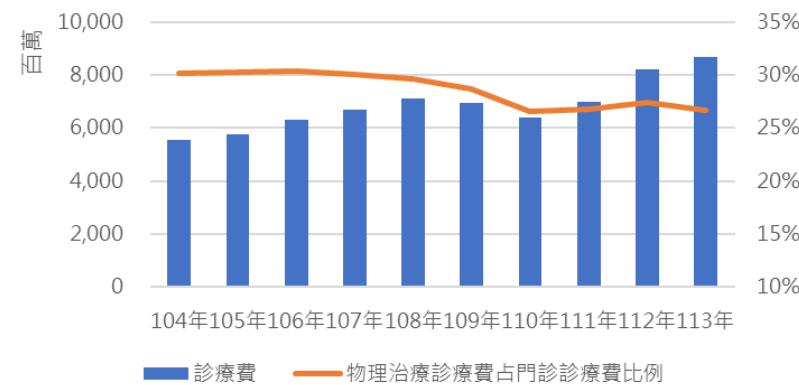
- 「物理治療—簡單治療—中度（42006C）」為淨增加點數前10項之一，故將物理治療相關項目如42003C、42006C、42017C、42009C、42018C、42012C、42019C、42015C等合併歸為「物理治療類」進行整體趨勢分析。
- 「第四級外科病理（25004C）」為數值最高前10項處置項目之一，經再分析，25004C常伴隨「大腸鏡內視鏡檢查」，因此將「大腸鏡內視鏡類」為基礎進行整體趨勢分析。

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



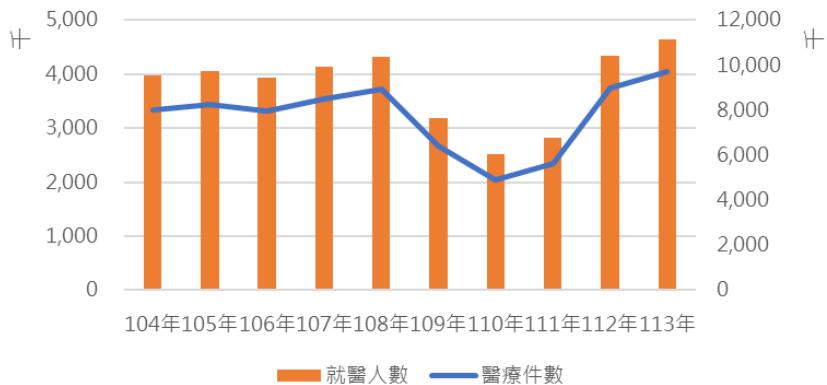
物理治療診療費及其占門診診療費比例



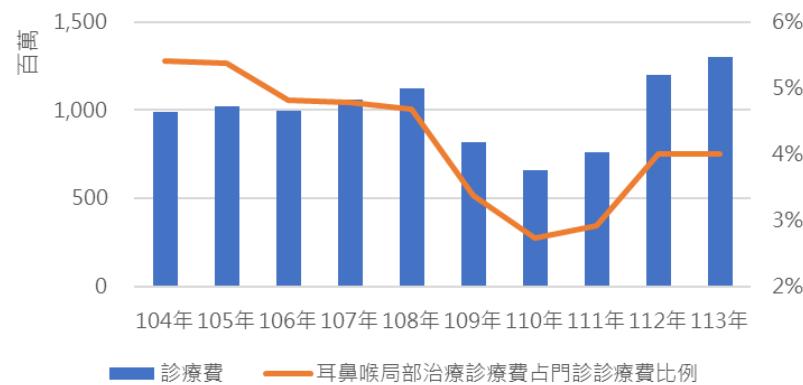
- 就醫人數113年為2,137千人，成長3.7%，高於全區0.4%；104年至113年平均成長率4.9%，高於全區0.3%。醫療件數113年成長5.8%，高於全區3.0%；平均成長率5.1%，遠高於全區0.8%。
- 診療費113年為8,680百萬元，成長5.5%，低於全區8.6%；104年至113年平均成長率5.1%，略低於全區6.3%。診療費占門診診療費比率穩定在27%至30%。
- 反映物理治療需求強勁，診療費成長穩定。

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

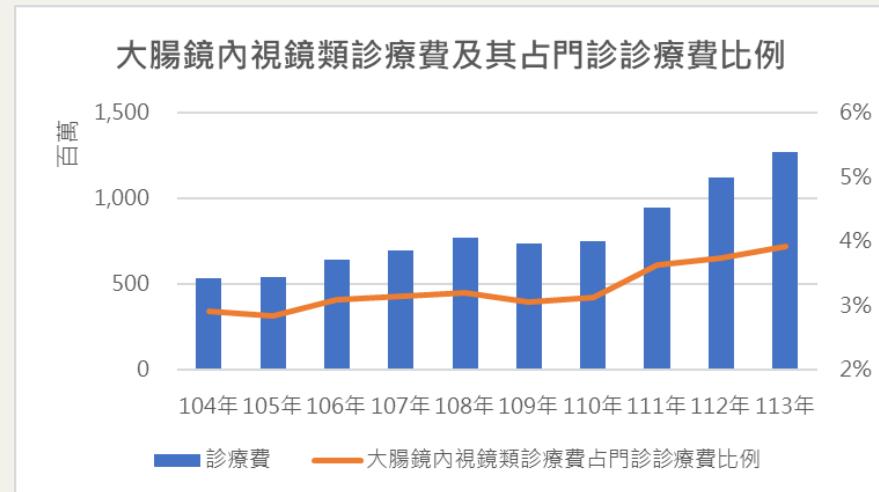


耳鼻喉局部治療診療費及其占門診診療費比例



- 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。

西醫基層醫療利用-診療費成長分析 4/5



- 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。

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%。

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

異常管 控措 施案 例



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、心理諮詢商等醫事人力表）」。

—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。

一般服務項目執行績效

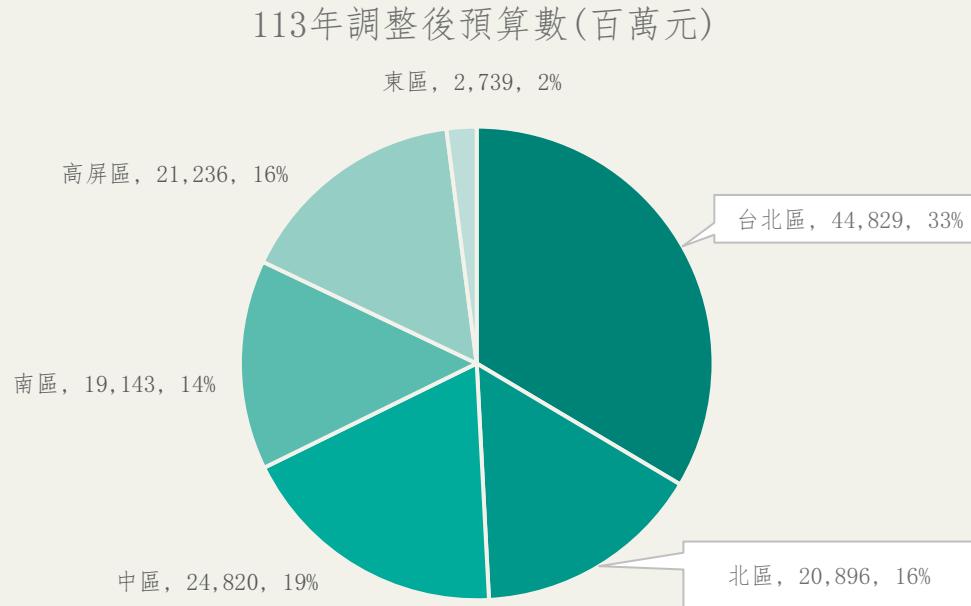
總額之管理與執行績效

地區預算分配（含風險調整移撥款）之執行與管理

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%。

地區預算分配結果



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)。

► 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	0

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。



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

	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

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%**

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，經審查召集人判断多數合理，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	審醫 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	應刪末刪 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，建議不應該限於此藥物低劑量使用。	個別溝通。
		應刪末刪 BC24626100	3	用藥量過多。	Zopiclone 使用到 2# 應無不妥，個案使用上限至 2# 應屬合理。	個別溝通。
		應刪末刪 AC47400100 AC59275100	3	依診斷及病歷，無使用此藥必要。	對難治型 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。
		應刪末刪 AB51728100	1	依據病歷描述，無需併用同性質藥物。	對難治型 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。
		應刪末刪 AC46606100	3	不宣併用同性質藥物。	對難治型 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。
		應刪末刪 4501C	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。
		應刪末刪 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。
		應刪末刪 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。
		應刪末刪 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。
		應刪末刪 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。
		應刪末刪 AC466811G0 4501C	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：已跟該審畢醫師妥善溝通完畢。

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。



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



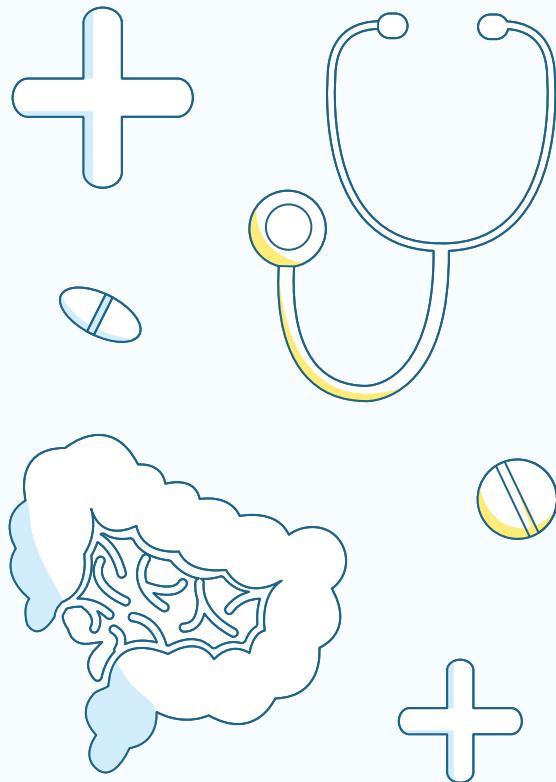
報告要點

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 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫
- 04 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬
(pay for value)計畫
- 05 強化基層照護能力及「開放表別」項目
- 06 因應長新冠照護衍生費用
- 07 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
- 08 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

跨部門項目

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



01

醫療資源不足 地區改善方案

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

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

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	消化内科 (腫瘤科)	放射線科	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

近年皆以家醫科為最多，內科及外科次之

- 參與113年基層院所巡迴服務之181名醫師中，部分醫師具有2種以上專科別

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%)

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%

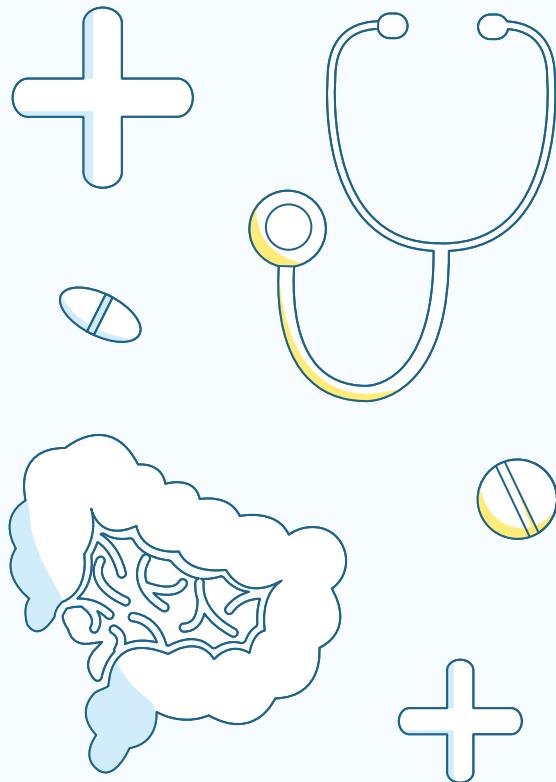
巡迴醫療民眾滿意度及就醫可近性

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	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%



02

家庭醫師整合性 照護計畫

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。 88

113年各構面評核指標達成情形-1

結構面

年度 113		
指標	達成群數	占率
個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診辦理情形	521	99.8%
設立 24 小時諮詢專線	482	92.3%

分區	參與群數	達成群數
臺北	117	117
北區	71	70
中區	138	138
南區	97	97
高屏	89	89
東區	10	10
總計	522	521

113年各構面評核指標達成情形-2

過程面

指標	年度		112		113	
	目標	實際	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-3

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。

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%

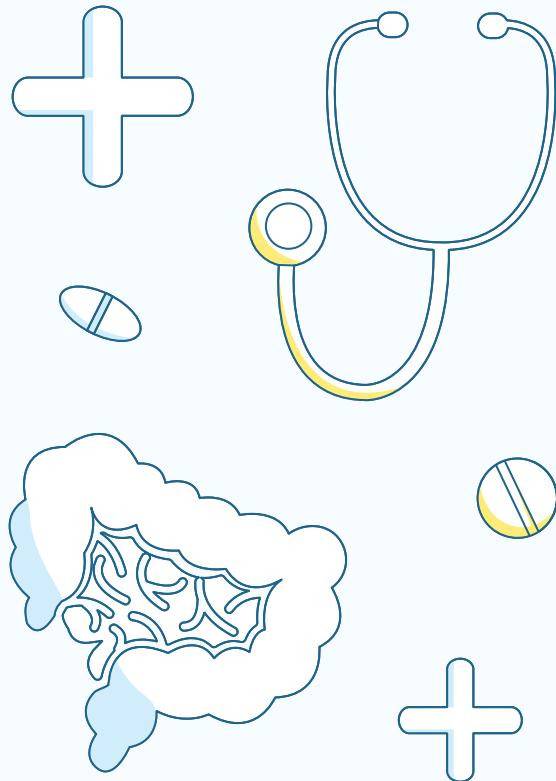
未來發展

- **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。



03

偏鄉地區基層 診所產婦生產 補助試辦計畫

計畫目標

- » 奬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的生產服務。
- » 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

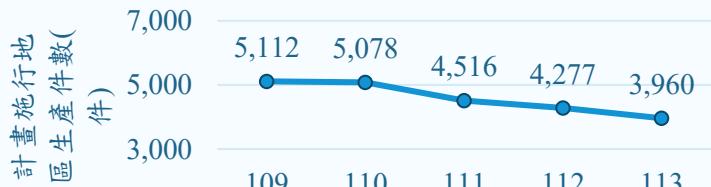
分區/年別	109年	110年	111年	112年	113年
全區	18	23	28	25	25



» 生產服務量較前一年增加

- 109-113年計畫執行地區生產件數

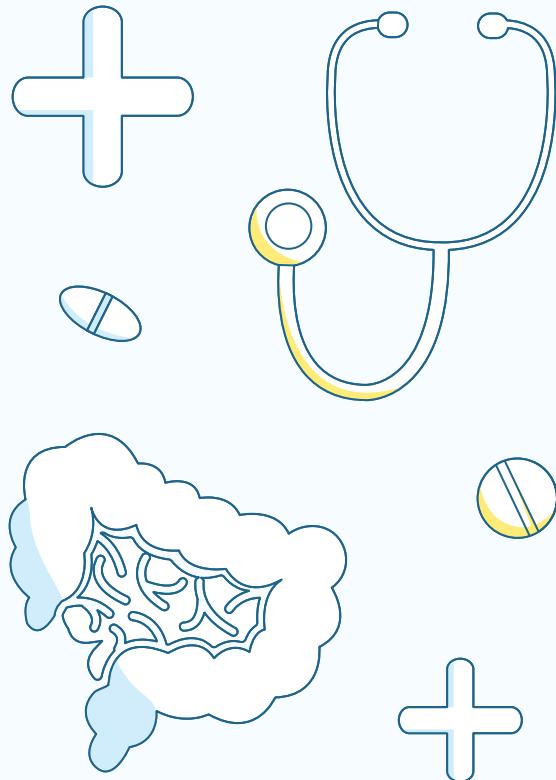
分區/年別	109年	110年	111年	112年	113年
全區	5,112	4,169	4,024	3,848	3,529



• 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。



04

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	0	4	4
醫院轉診			
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)」。

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

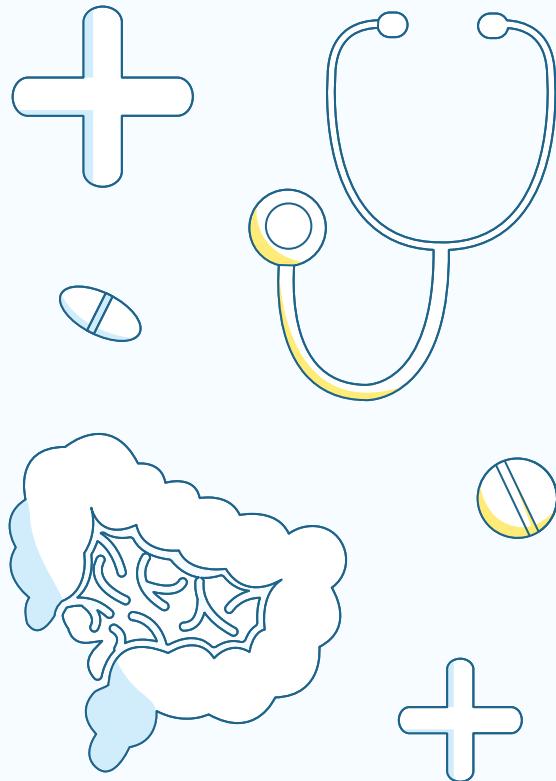
- 「**病人疾病復發率**」達成計畫目標，亦較前一年下降，並低於全國數值。
- 「**有意義的心肺功能改善比率**」，雖呈逐年上升趨勢，但目前距離設定目標仍有進步空間。

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。

檢討與未來展望

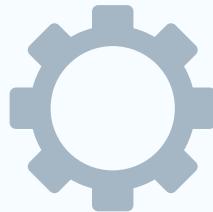
- » 113年度預算執行率雖略有下滑，惟整體成效指標仍呈穩定或微幅成長趨勢，反映基層診所逐漸熟悉計畫流程與操作模式。
- » 因流行病疫情，造成病患擔心因感染以至於心肺功能受影響而無法持續，是影響收案數及成效最大因素。
- » 當初編列費用較保守且屬耗人力及高風險，醫師及治療師意願較低（需先經完整訓練課程），未來會針對問題再去思考如何協助病患建立信心，只要堅持接受治療計畫的患者，成效都有顯著進步。
- » 本計畫對於「分級醫療」之推行有其助力，本會將持續了解計畫推動之險阻，並與復健醫學會合力推動，以保障國民之健康。



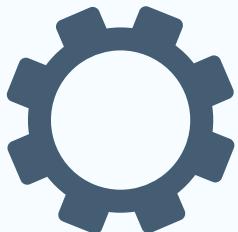
05

強化基層照護 能力及「開放 表別」項目

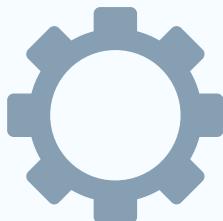
計畫背景及執行概況



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。

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%

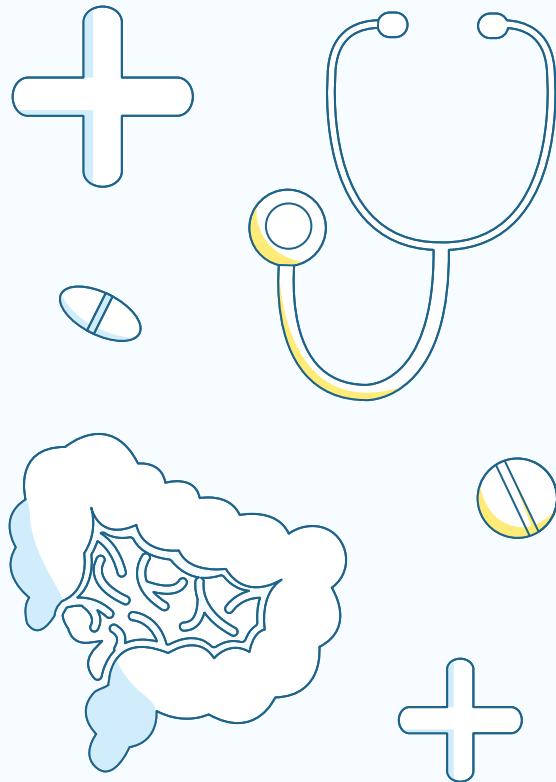
開放表別衍生費用申報情形

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

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，回饋給提案之各學會，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。



06

因應長新冠照護 衍生費用

長新冠之影響

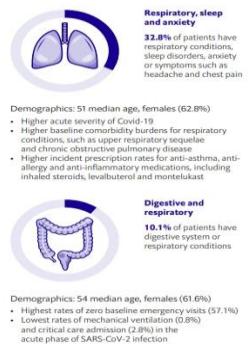
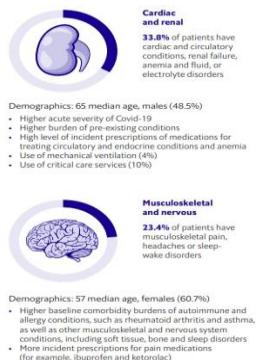
➤ 2024年經濟學人雜誌指出：

- ◆ 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 ²¹	2.9%	2023	National adult population living in private households
	3.4%	2022	National adult population, that had long Covid at the time of the study
US ²²	6.9%	2022	National adult population, that has ever had long Covid
France ²³	4.0%	2022	National adult population
Taiwan ²⁴	10.0%	2023	Not specified
Japan ²⁵	15.0%	2020-22	Self-administered, online survey of 34,852 people from 5-79 years in Yao City in the Osaka Prefecture Note: 6.3% of children (5-17 years) and 15% of adults (18-79 years)
Spain ²⁶	48.9%	2020-21	248 Covid patients in northwest Spain who participated in a six-month post-diagnosis follow-up
Brazil ²⁷	50.2%	2020-21	646 Covid patients in southeast Brazil monitored for 14 months after diagnosis
	15.8%	2023	Survey of 5,909 patients of all ages registered in the Health Electronic Surveillance Network (HESN) national registry system
Saudi Arabia ^{27,28}	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 subphenotypes²⁹



Workforce impact

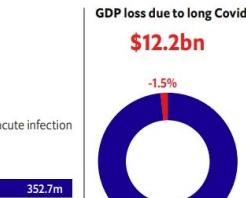
While long Covid symptoms have prompted some individuals to leave the workforce, others take time off work or reduce their work hours due to symptoms. When these changes in employment status are considered, long Covid could result in 352.7m work hours lost in 2024³⁰ – a potential cost of more than US\$ 12.2bn.

Figure 2: Estimating the workforce impact

Work hours lost due to long Covid

Hours lost for those that exit the workforce	230.4m
Hours lost for those that reduce work hours	86m
Hours lost for those that continue working after acute infection	36.3m

Total work hours lost



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%

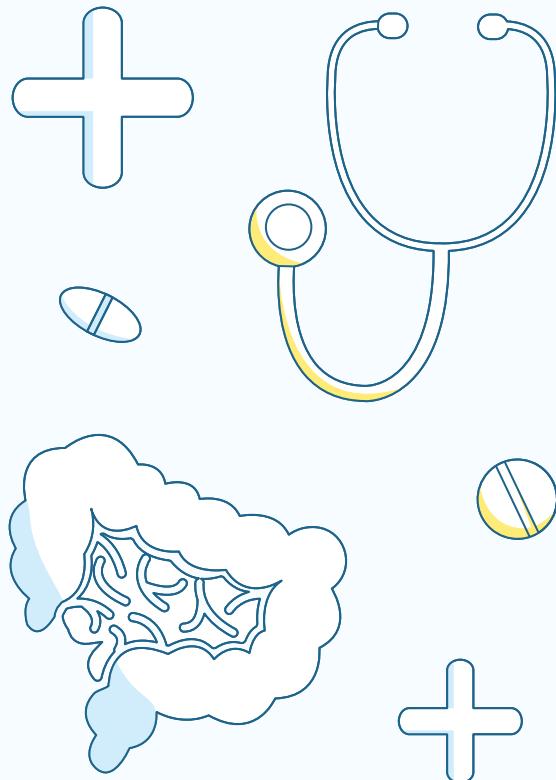
註：動支條件：

(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。

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。



07

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

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

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

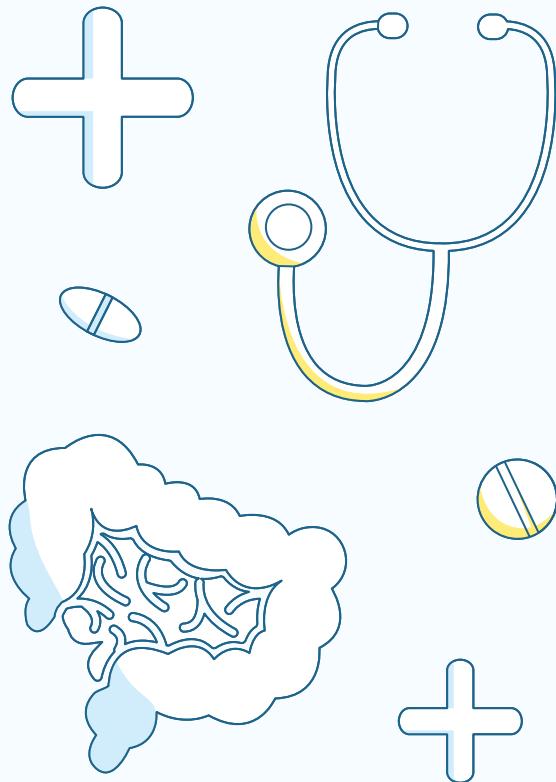
項目	治療藥費及特材		
	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	後天免疫缺乏病毒治療藥費	衍生費用
全年預算數(百萬元)	30.0	30.0	11.0
執行數(百萬元)	1.63 (5.4%)	19.03 (54.2%)	1.99 (18.1%)
用藥人數(人)	383 ^{註1}	206 ^{註2}	

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。

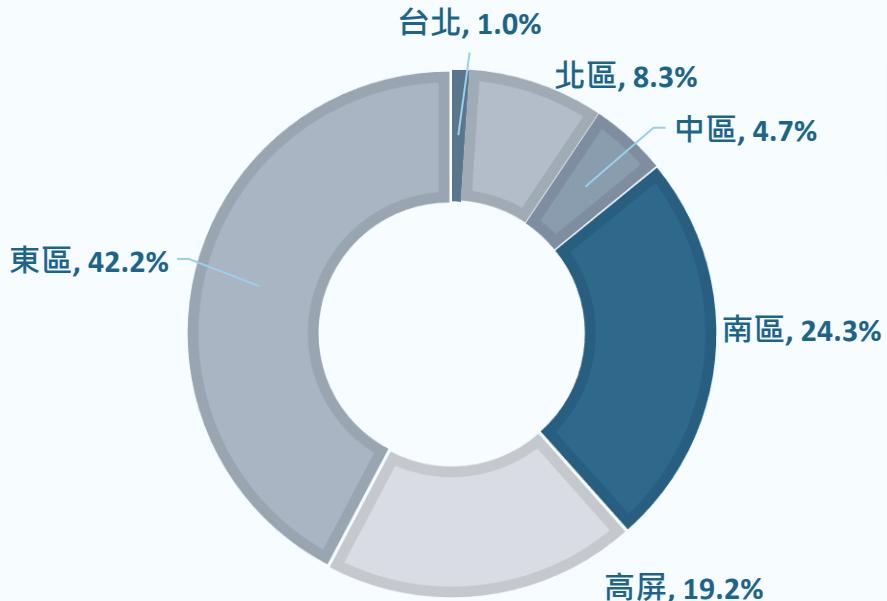


08

新增醫藥分業地 區所增加之藥品 調劑費用

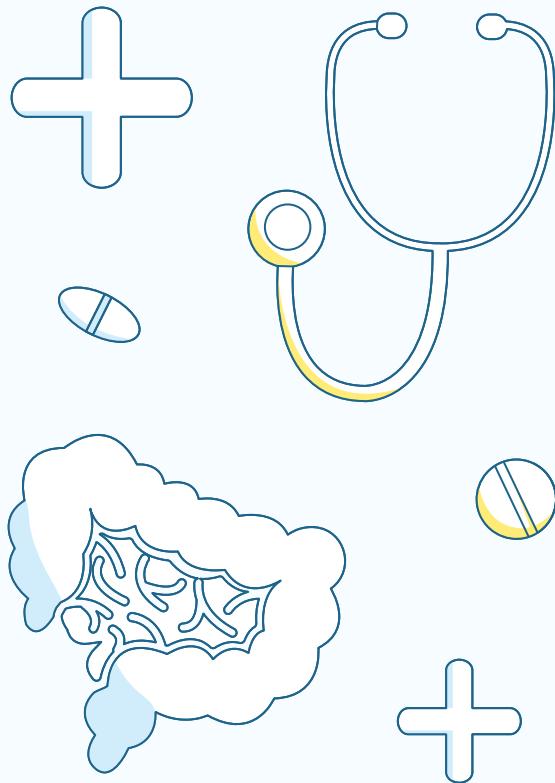
新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

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。



09

C型肝炎藥費

2025 消除C肝

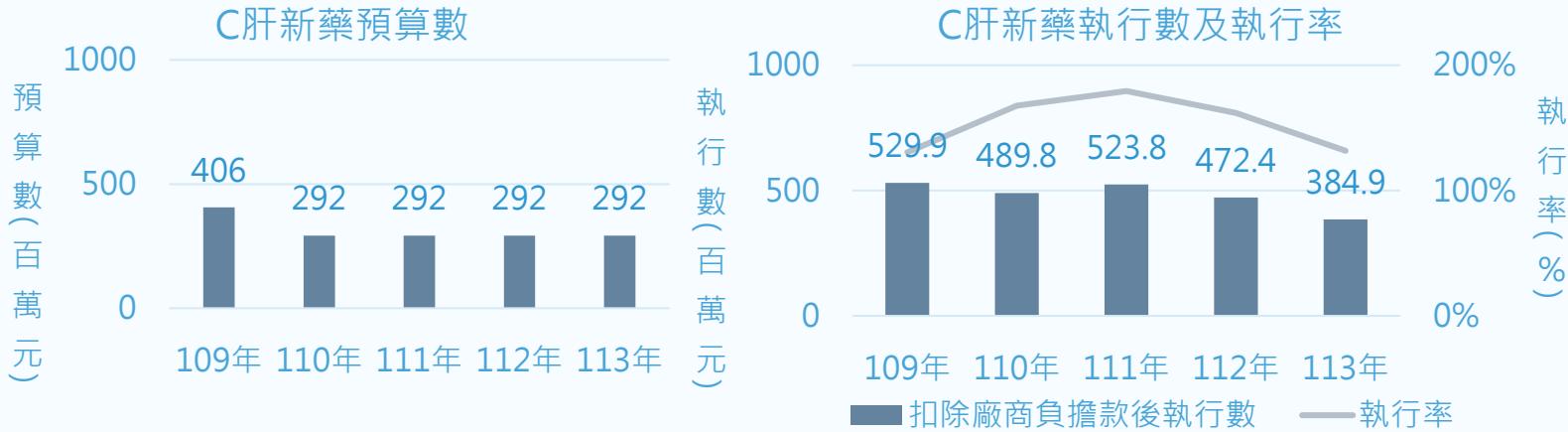
» 世界衛生組織(WHO)提出針對C型肝炎目標，2030年前達成「感染人數減少90%、因病死亡人數減少65%、治療率達80%」等主要目標。

» 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

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

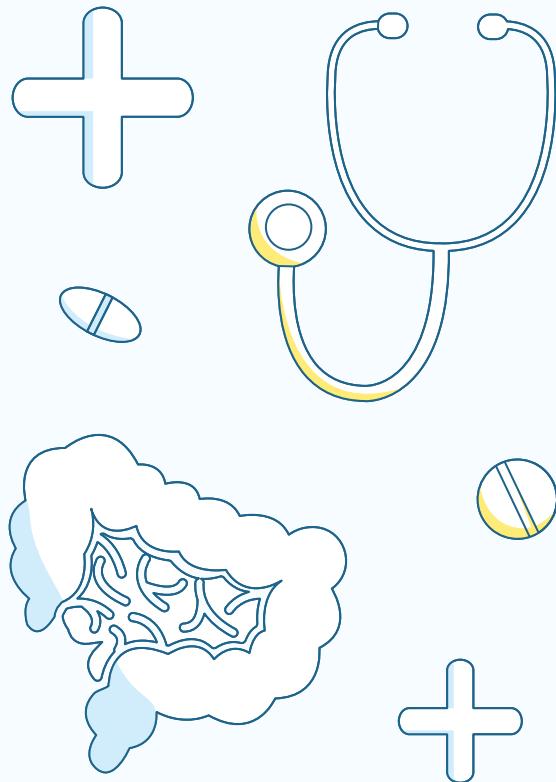
- 執行數>預算數，執行率>100%
- 收案人數穩定，每年約3千餘人
- SVR12治療率達99%

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。



10

醫療給付改善 方案

109-113年方案照護人數

✓ 收案人數穩定上升

糖尿病



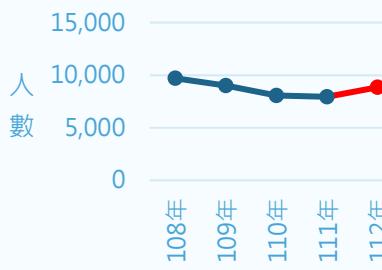
氣喘



BC肝追蹤



孕產婦



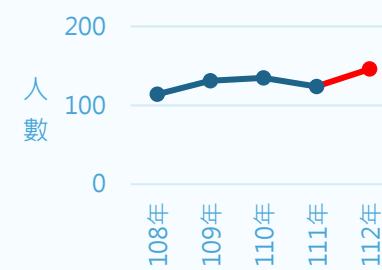
糖尿病合併初期慢性腎臟病



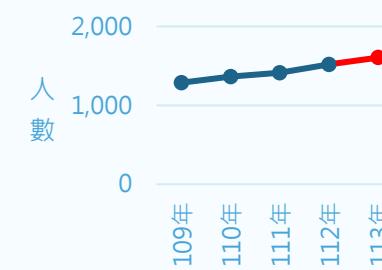
思覺失調症



早期療育



慢性阻塞性肺病



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。

醫療給付改善方案品質指標達成情形

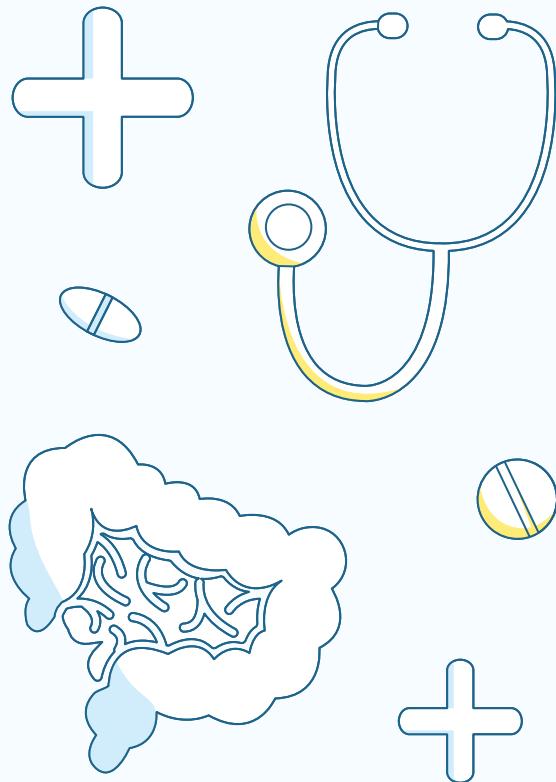
➤ 多數指標皆穩定成長。

	112年	113年
糖尿病 --HbA1C<7%比率(控制良好率)	58.1%	60.2%
糖尿病合併初期慢性腎臟病 --HbA1C<7%比率(控制良好率) --UACR<30mg/gm比率(控制良好率) --LDL<100mg/dL比率(控制良好率)	67.0% 58.9% 86.8%	67.8% 61.6% 87.9%
氣喘 --降階治療成功率	12.8%	12.7%
思覺失調症 --六個月內精神科急性病房再住院 (1)高風險病人 (2)一般病人	40.0% 22.7%	30.8% 16.4%
--固定就醫病人精神科急性病房 (1)高風險病人 (2)一般病人	9.1% 5.0%	5.7% 4.9%
--高風險病人規則門診比率	83.1%	81.1%

	112年	113年
B、C肝炎個案追蹤 --完整追蹤率 --GOT檢查率 --GPT檢查率 --腹部超音波檢查率	64.7% 81.9% 82.2% 93.9%	70.8% 81.4% 82.0% 93.5%
孕產婦全程照護 --孕產期全程照護率 --產後14日內再住院率(含跨院) --剖腹產管控率	74.4% 0.4% 42.4%	72.8% 0.4% 43.9%
早期療育 --個案固定就醫率 (1)新個案 (2)舊個案 --個案療資源聯結率 (1)新個案 (2)舊個案	93.5% 93.8% 0% 22.0%	94.7% 92.2% 12.5% 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。



11

轉診合作機制及 轉診型態

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%。

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

- 慢性病接受轉診之疾病別，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。

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

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

註：本項預算用於支應01036C「辦理轉診費_上轉-使用保險人電子轉診平台」、01037C「辦理轉診費_上轉-未使用保險人電子轉診平台」、01038C「接受轉診門診診察費加算」。

基層總額轉診型態調整費用預算執行情形



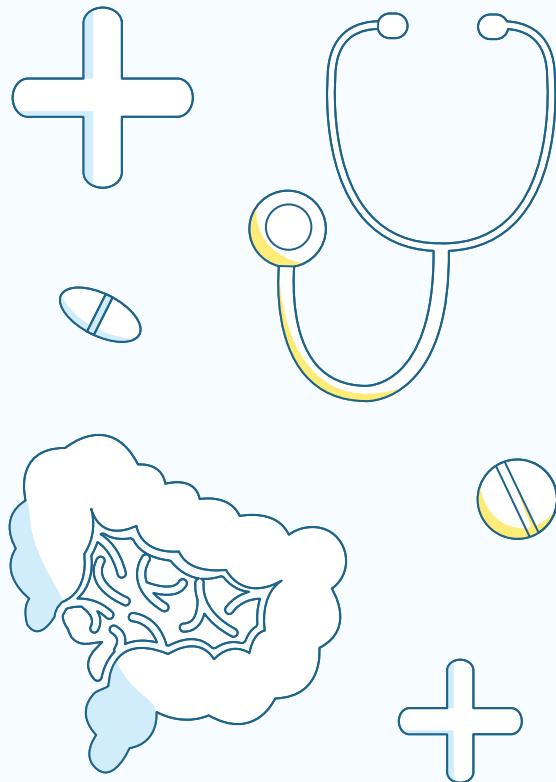
113年預算執行率達70%

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：本項預算優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。



12

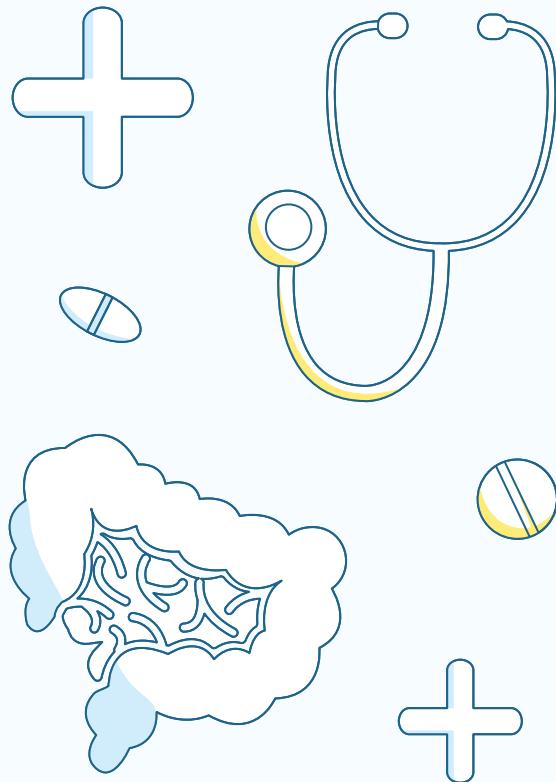
精神科長效針劑 藥費

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。



13

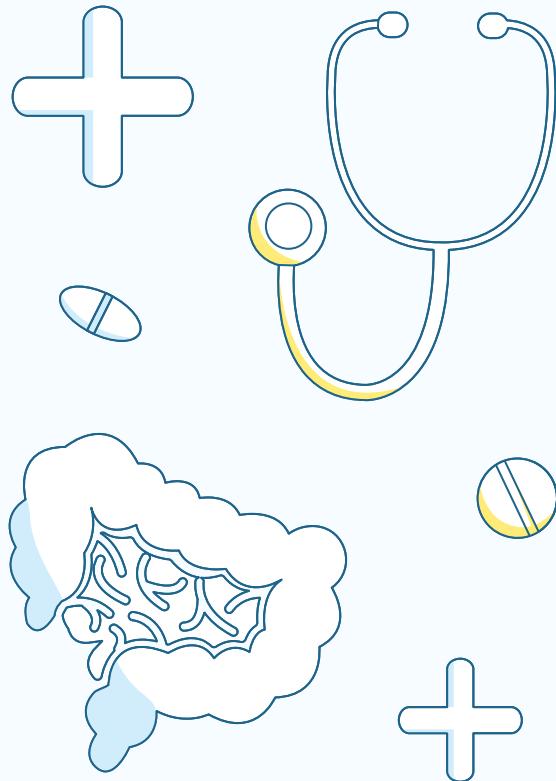
慢性傳染病照護 品質計畫

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%



14

促進醫療服務診 療項目支付均衡平 性

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

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的醫療服務。

(二)實施期間：113年7月1日至113年12月31日。

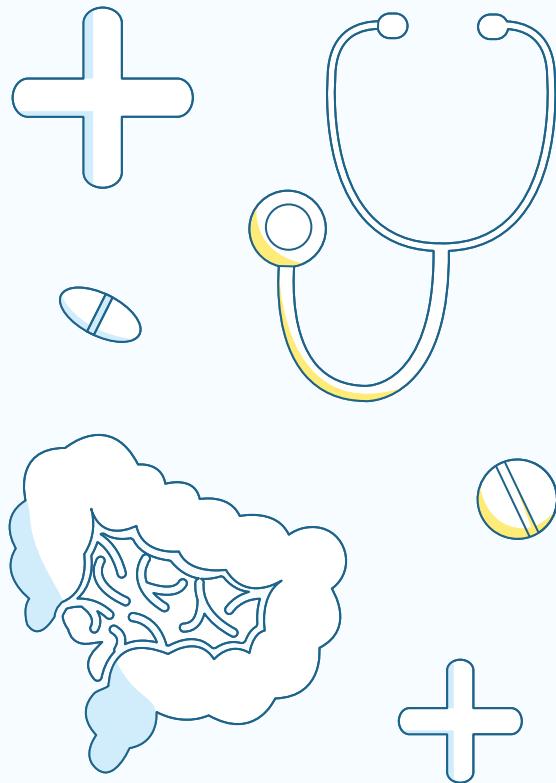
(三)資格條件：依衛生福利部公告113年度「全民健康保險投保金額分級表」，診所任一人員113年任一月份投保金額須較112年12月薪資調升幅度增加一投保等級或診所人員均已達本保險最高投保金額(排除符合113年護理獎理方案資格之人員)。

(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



15

癌症治療品質改善計畫

113年計畫服務內容及執行概況

■ 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。

總預算 **追蹤管理費** **診斷品質管理費** **點值**

93

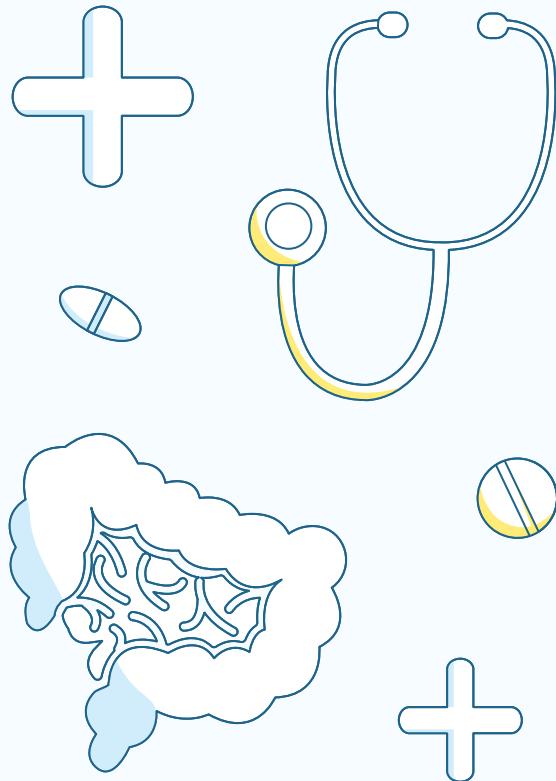
1.9

1.7

1

114年度改由國健署公務預算支應

	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%



16

網路頻寬補助費用

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%

預算211百萬元

執行數211百萬元

預算執行率100%

參與院所數10,039家

參與院所占率95.4%

預算214百萬元

執行數214百萬元

預算執行率100%

參與院所數10,175家

參與院所占率96.2%

預算253百萬元

執行數221.1百萬元

預算執行率87.4%

參與院所數10,246家

參與院所占率96.3%

預算253百萬元

執行數222.9百萬元

預算執行率88.1%

參與院所數10,369家

參與院所占率96.5%

預算253百萬元

執行數225.3百萬元

預算執行率89.1%

參與院所數10,563家

參與院所占率96.5%

109年

110年

111年

112年

113年

「檢驗(查)結果
上傳率」12.3%

「檢驗(查)結果
上傳率」18.5%

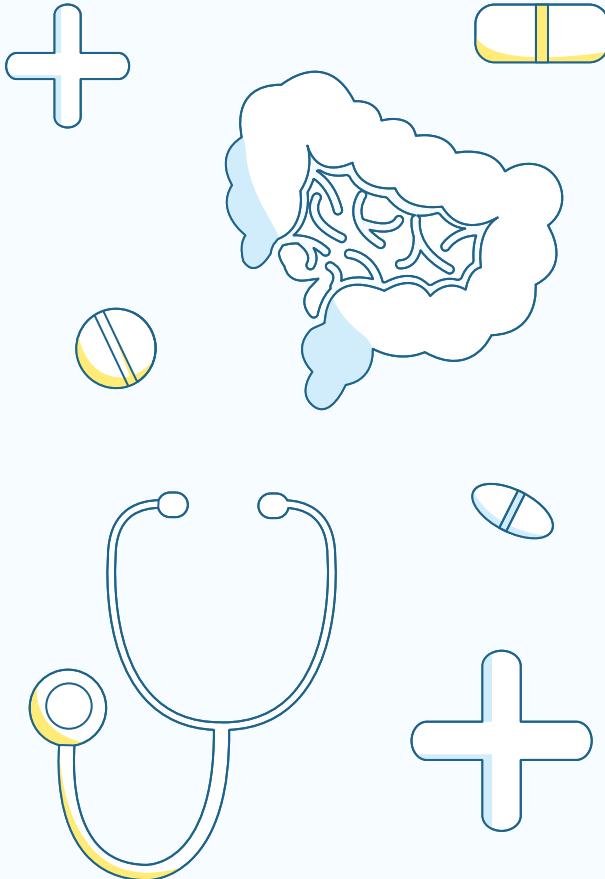
「檢驗(查)結果
上傳率」40%

「檢驗(查)結果
上傳率」80.4%

「檢驗(查)結果上
傳率」達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



Thank you