

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)-12.827億元
6. 獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用(各部門)-21.65億元
7. 慢性傳染病照護品質計畫(醫院、西醫基層)-2.0億元
8. 癌症治療品質改善計畫(醫院、西醫基層、牙醫)-5.17億元
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
- 跨層級醫院合作計畫-1.0億元
- 遠距醫療會診-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



跨部門專案計畫執行成果





暫時性支付(新藥、新特材)





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。



醫療給付改善方案





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)



113年方案執行情形

單位：千人/百萬點

醫 院	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	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

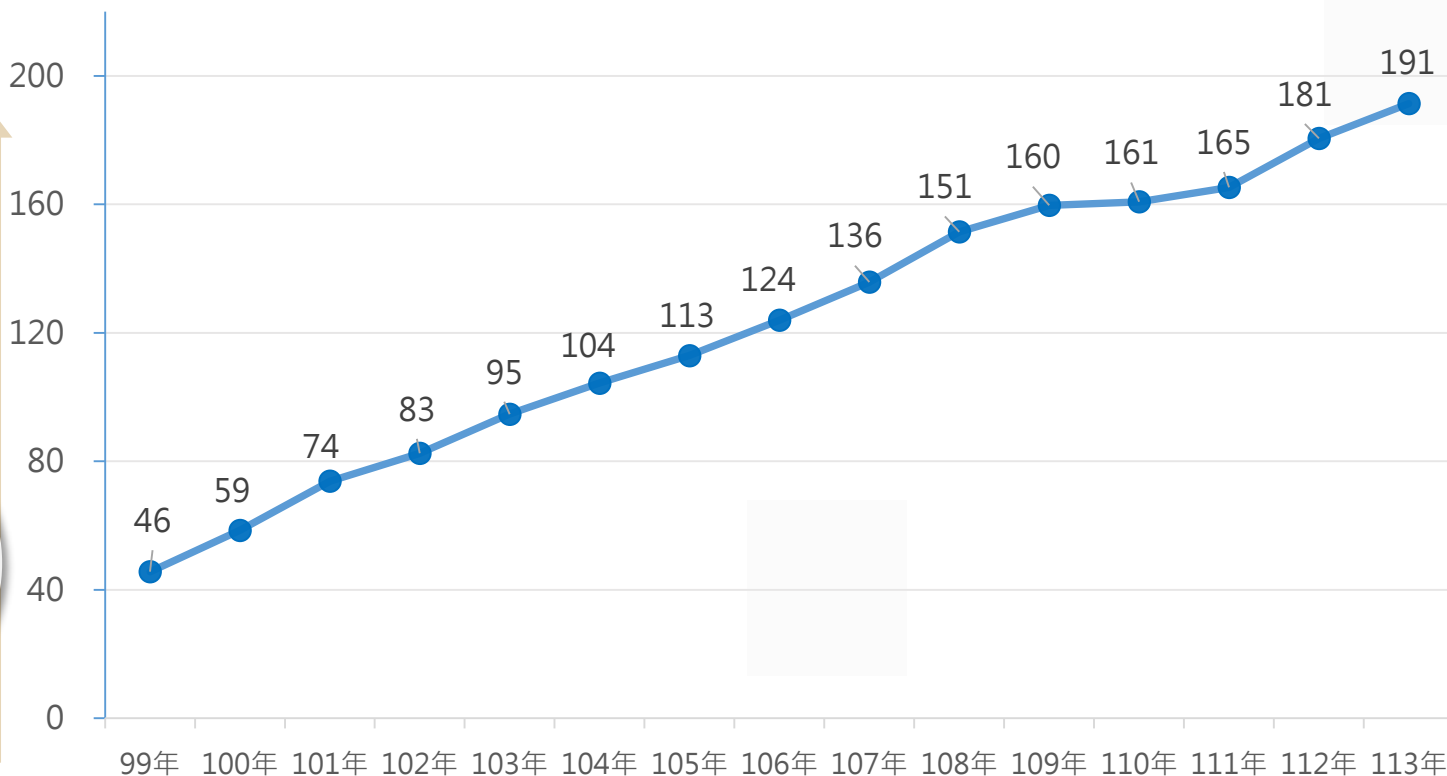
西醫 基層	方 案 別										
	糖尿病	氣喘	乳癌	思覺失調	BC肝追蹤	孕產	早期療育	COPD	DKD	相似性藥品	
參與家數	1,305	598	-	20	449	28	4	85	740		3
照護人數	367.6	81.1	-	1.8	107.2	7.3	0.2	1.6	120.3		-
照護率	43.1%	36.0%	-	5.0%	48.3%	23.7%	13.3%	41.2%	85.1%		-
執行數	443.1	48.0	-	1.6	20	8.5	0.5	1.1	241.6		0.0054



歷年方案照護人數

11項管理方案
113年共照護約191萬人

萬人



照護人數
逐年成長

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(歸人)。



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	<u>949,911</u>	<u>948,351</u>
氣喘	106,581	103,984	101,990	102,948	109,066	117,801	122,976	135,797	126,351	117,980	114,574	<u>135,193</u>	<u>145,788</u>
乳癌	12,653	13,458	12,041	12,520	12,183	11,374	10,963	10,967	10,722	10,941	11,410	<u>11,702</u>	<u>11,835</u>
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	<u>77,443</u>	<u>78,036</u>
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	<u>299,922</u>	<u>309,858</u>
孕產	未實施			59,114	57,958	60,475	56,581	54,364	51,297	43,813	27,396	<u>39,755</u>	<u>41,906</u>
早療	未實施			15	801	954	1,473	1,497	1,525	1,816	1,997	<u>2,192</u>	<u>2,043</u>
COPD	未實施					8,898	17,117	21,811	23,070	23,962	24,719	<u>27,127</u>	<u>27,905</u>
用藥安全	未實施							40,953	50,717	59,263	66,057	<u>77,958</u>	<u>82,165</u>
DKD	未實施										84,200	<u>181,701</u>	<u>255,467</u>
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	<u>1,802,904</u>	<u>1,914,099</u>

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病人可改以DKD收案照護，故人數略有下降。



歷年方案照護率

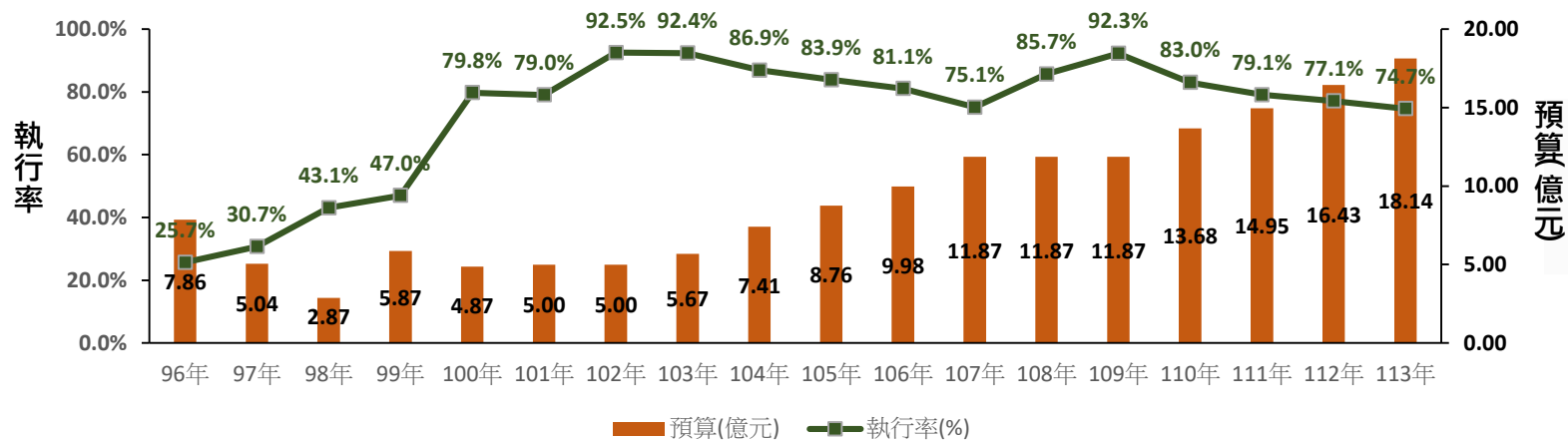
照護率	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年
糖尿病	34%	35%	39%	41%	43%	48%	51%	55%	58%	60%	61%	62%	<u>64%</u>
氣喘	39%	38%	36%	36%	28%	30%	35%	36%	38%	41%	39%	38%	<u>37%</u>
乳癌	14%	13%	11%	11%	10%	8%	8%	7%	7%	7%	6%	6%	<u>6%</u>
思覺失調	51%	52%	60%	60%	64%	68%	69%	67%	66%	67%	59%	62%	<u>62%</u>
BC肝追蹤	21%	25%	29%	33%	35%	37%	39%	42%	42%	42%	44%	46%	<u>48%</u>
孕產	未實施			29%	30%	32%	33%	33%	34%	30%	21%	32%	<u>33%</u>
早療	未實施			1%	15%	15%	13%	12%	11%	13%	7%	14%	<u>13%</u>
COPD	未實施					24%	39%	35%	40%	46%	48%	45%	<u>42%</u>
DKD	未實施										45%	60%	<u>75%</u>

◆ 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。

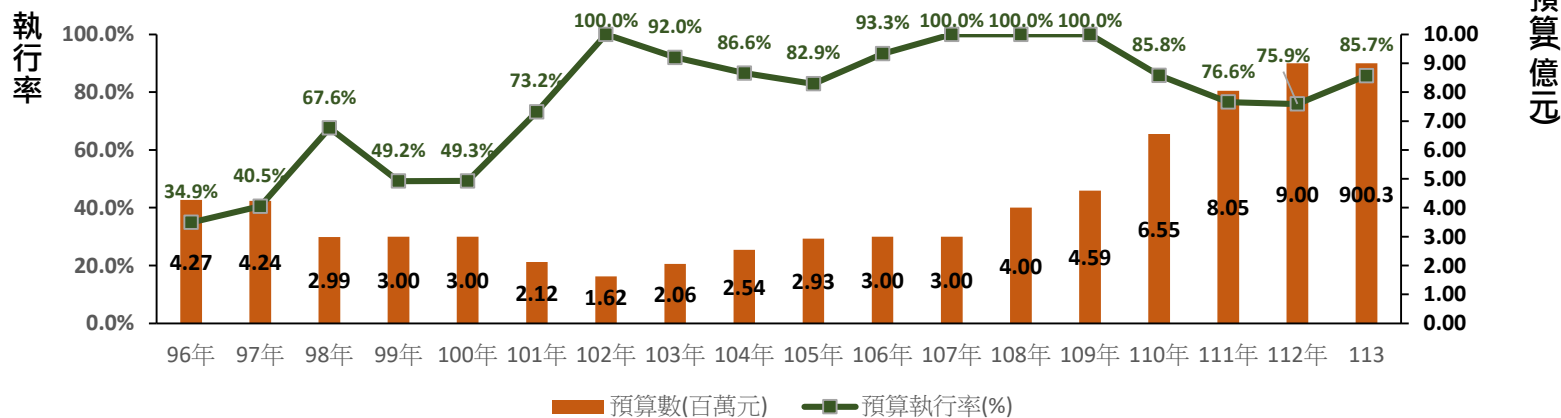


歷年預算執行率

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%





執行成效-糖尿病

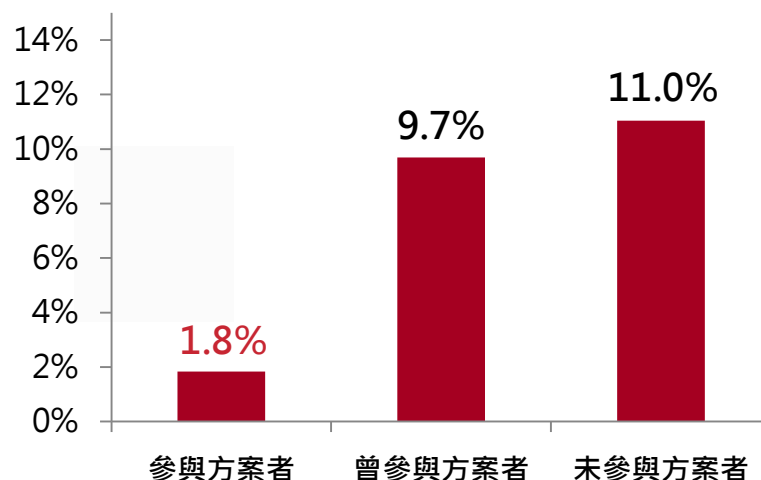
◆ 參與方案者各項檢查率皆高於未參與方案者：

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。





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

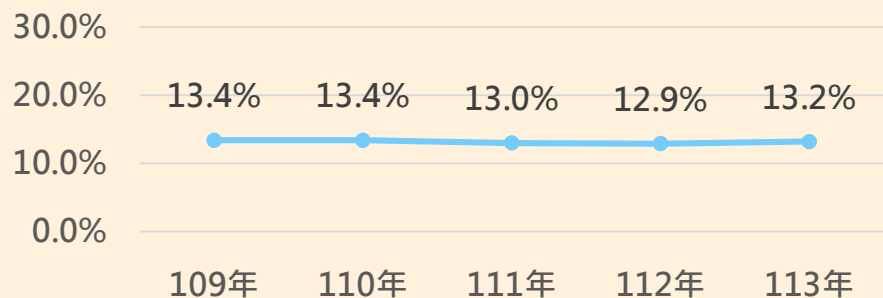
項目		111年(開辦年)	112年	113年
照護人數		84,200	181,701	255,467 ↑
參與院所數		536	805	968 ↑
參與醫師數		1,330	2,268	2,868 ↑
品質 監測 指標	UACR控制良好率(<30mg/gm)	51.9%	55.0%	56.6% ↑
	HbA1C控制良率(<7.0%或八十歲以上病人HbA1c<8.0%)	62.1%	63.6%	64.6% ↑
	LDL良率(<100mg/dl)	82.3%	86.3%	87.4% ↑



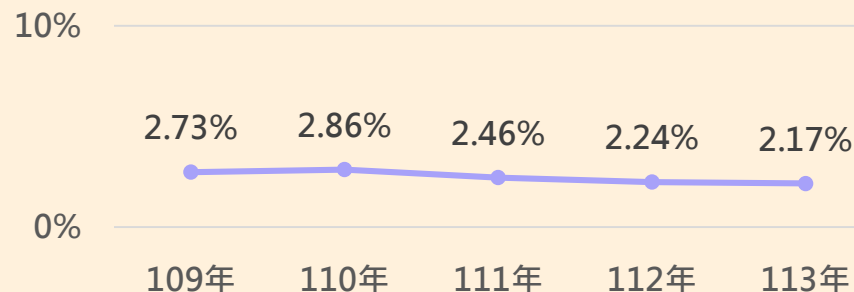
執行成效-氣喘

- ◆ 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

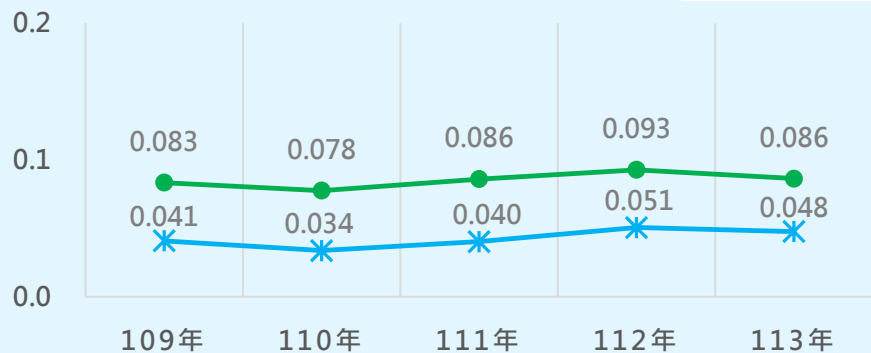


出院14日內因氣喘再入院率

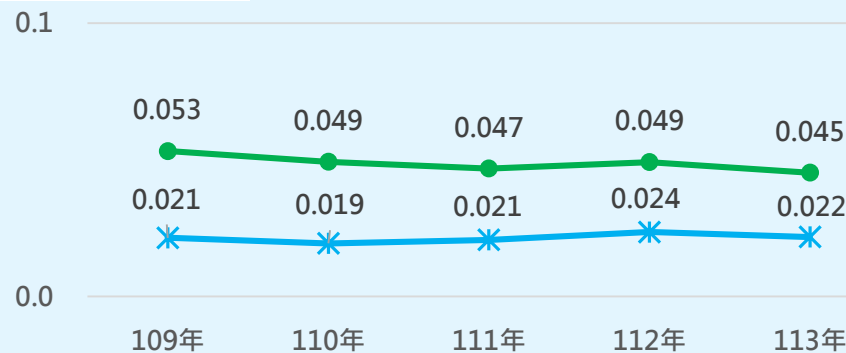


- ◆ 近五年參與方案者之每人急診及住診次數皆低於與未參與方案者。

平均每人急診次數



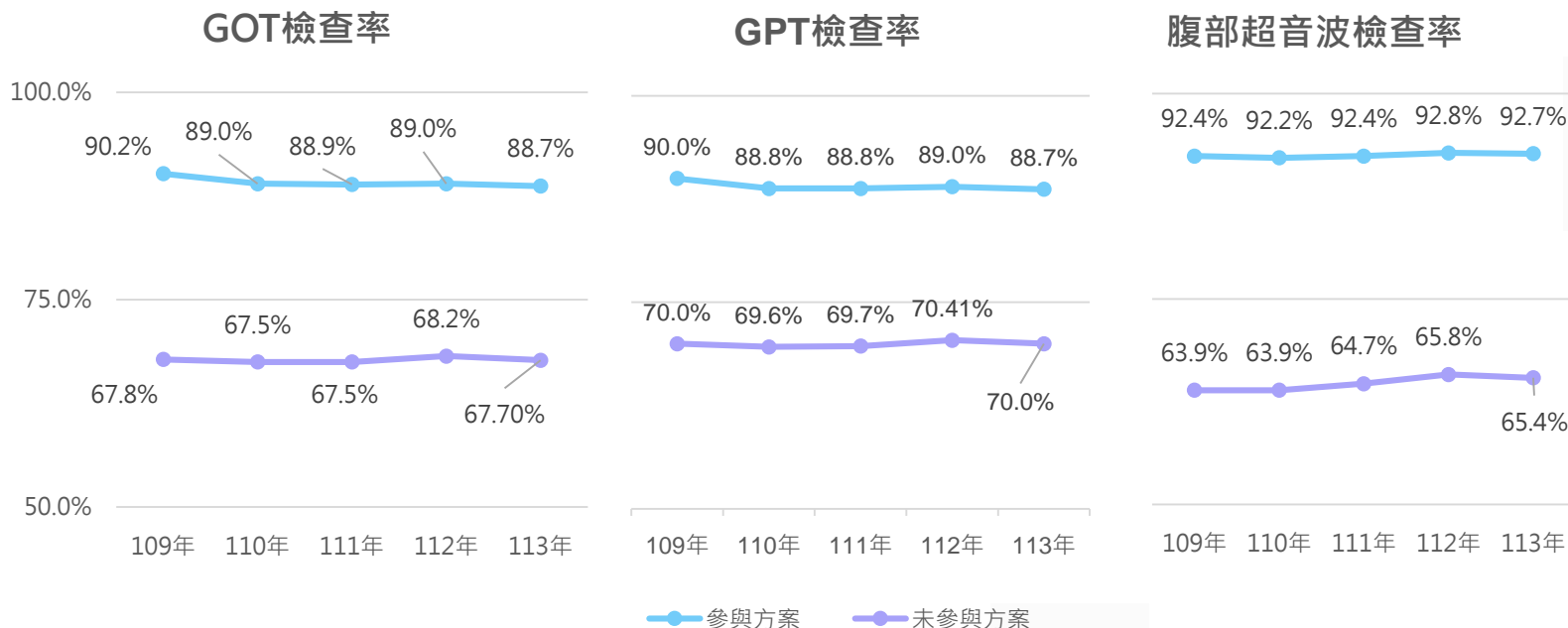
平均每人住診次數





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

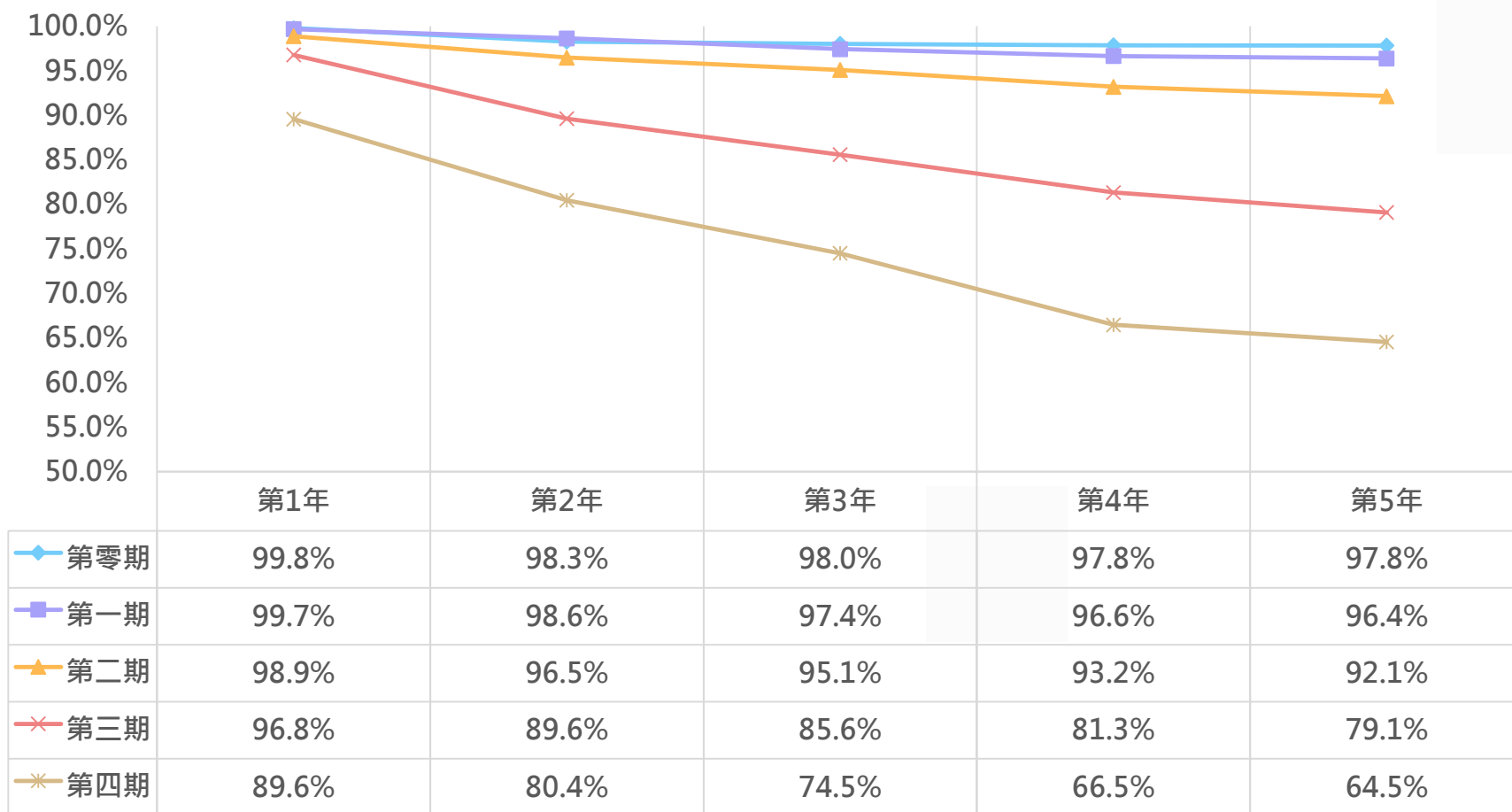
(109-112年分別為: 388人、446人、466人、360人)

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)。



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%）。

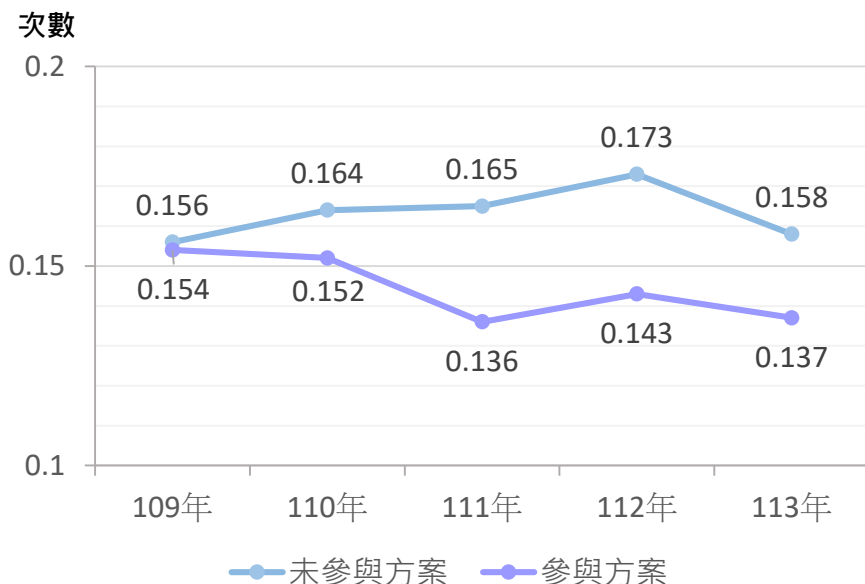




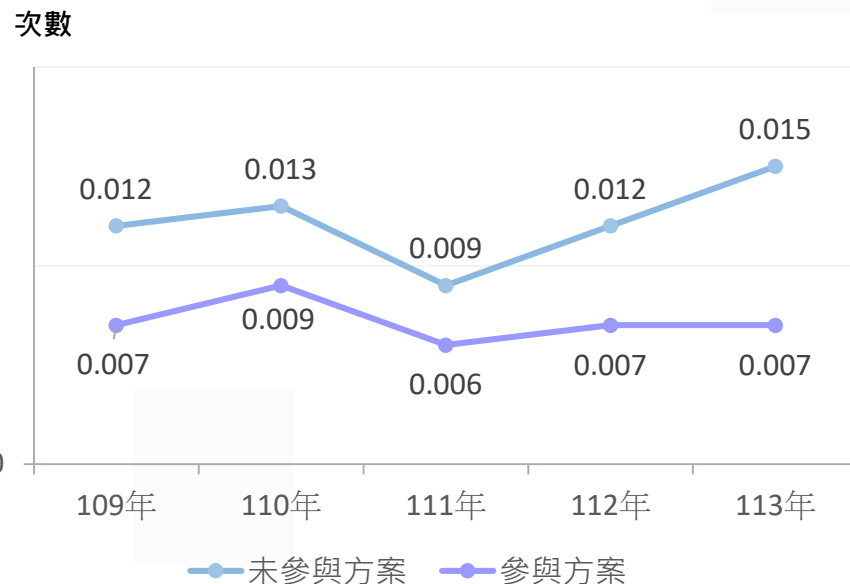
執行成效-思覺失調

◆ 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



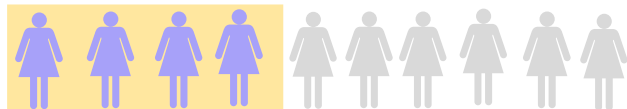
109-113年參與及未參與思覺失調方案患者之平均每人急診、強制住院比較圖表

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



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%	<u>33.3%</u>

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%

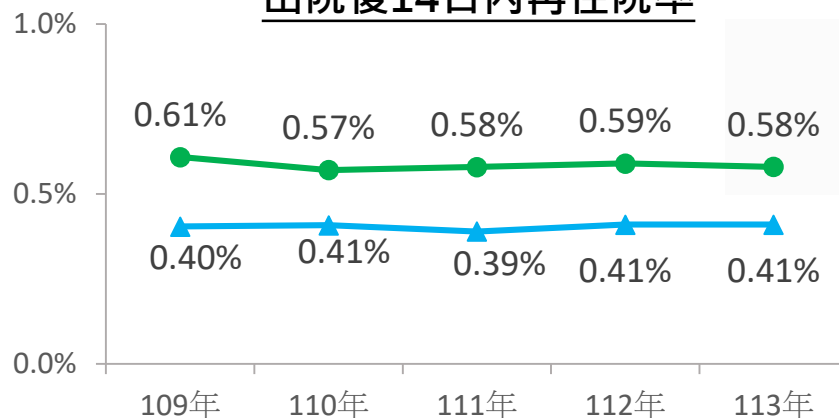
109-113年參與方案院所 低出生體重率

109年	110年	111年	112年	113年
1.1%	0.4%	0.2%	0.19%	<u>待補(國建署前提供)</u>

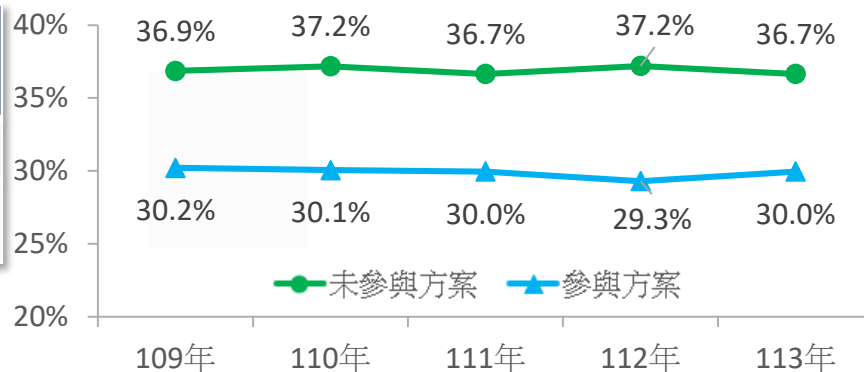
資料來源：國民健康署 計算方式如下：

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



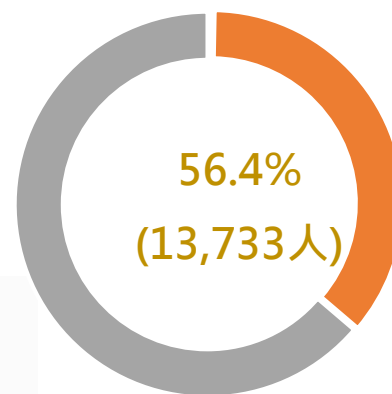
執行成效-慢性阻塞性肺病

◆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%

✓ 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

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



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)				
		建議處方	主動建議	建議監測	用藥連貫性	總計
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%



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。



C型肝炎新藥





C型肝炎預算

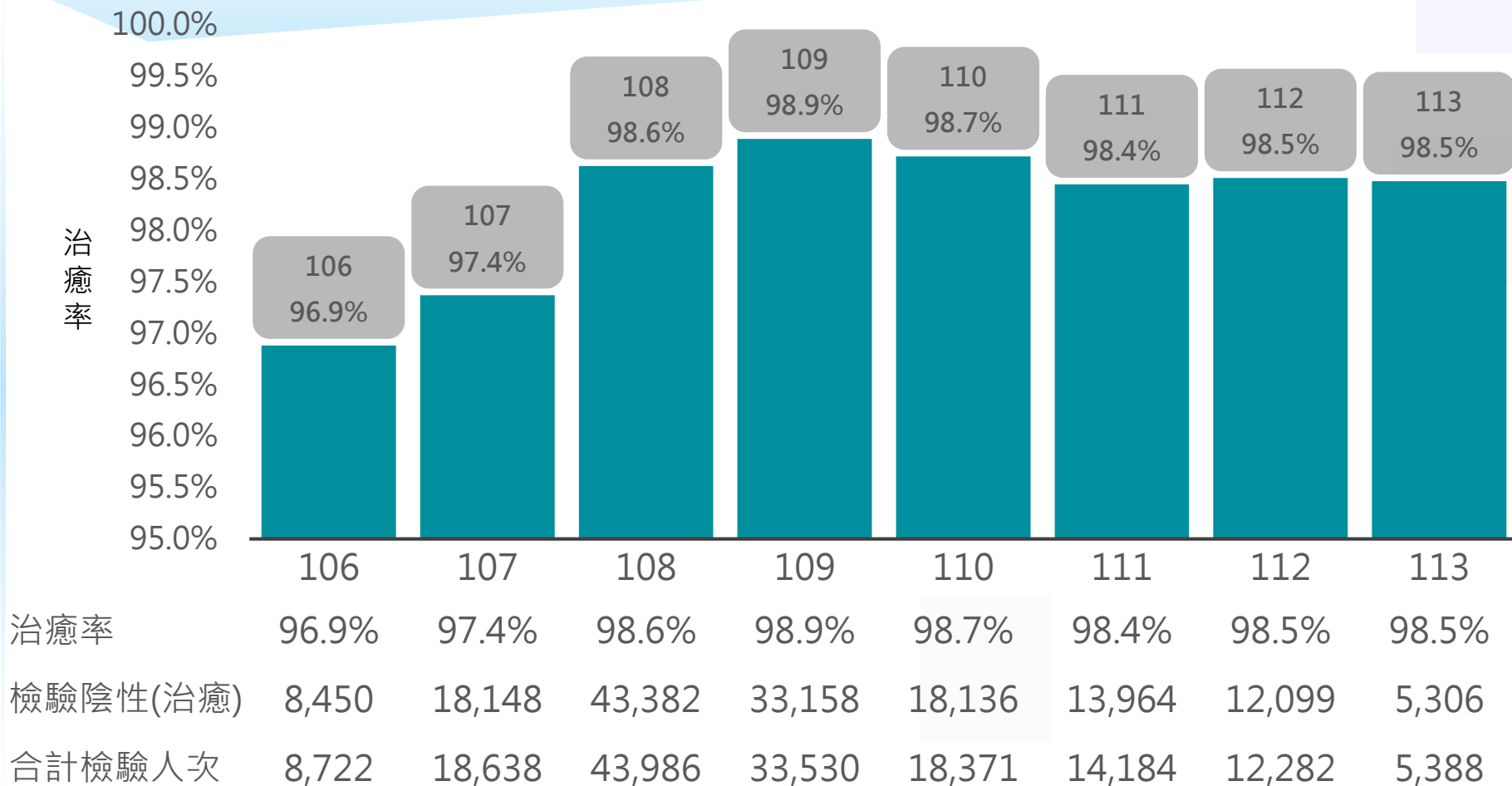
執行期間 項目	106年	107年	108年 ³	109年	110年	111年	112年	113
年度預算(億)	31.01	50.36	65.36	81.66	65.7	56.2	43.2	26.41
–醫院專款	26.55	45.28	47.6	47.6	34.28	34.28	34.28	22.24
–西醫基層專款	4.46	4.08	4.06	4.06	2.92	2.92	2.92	2.92
–其他預算								
支應C肝專款不足	-	1	13.7	30	28.5	19	6	1.25
執行數 (億)	26.91	48.57	70.54	49.04	32.73	22.92	20.46	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。



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肝病人病毒量檢測結果的資料，擷取直到113/12/31底登錄的資料。



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。



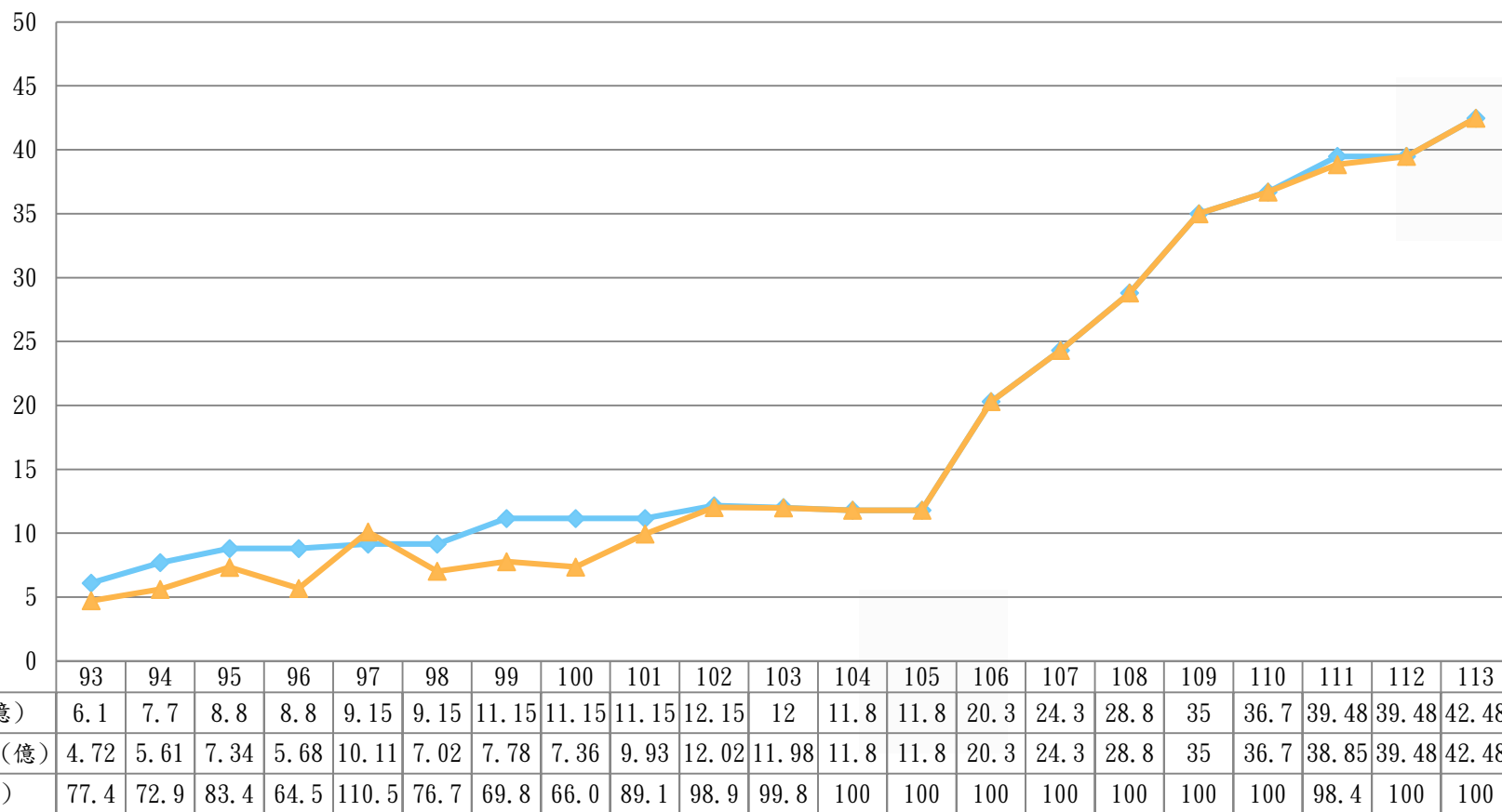
家庭醫師整合性照護計畫





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)。

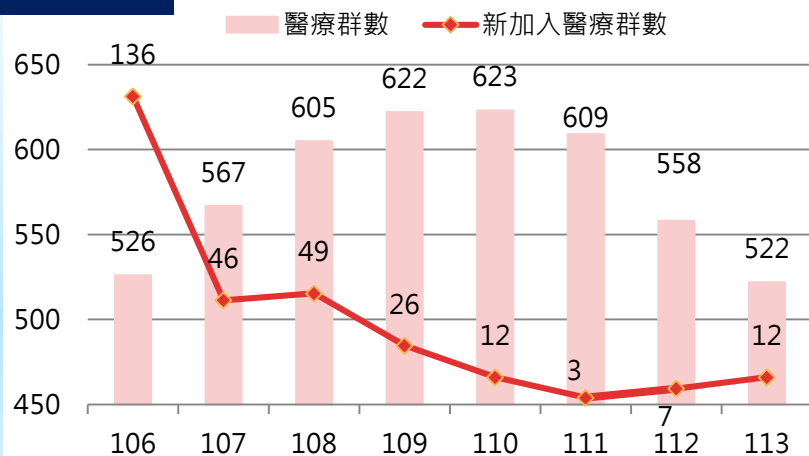
註2：106年原預算為15.8億元，由107年度家醫計畫專款之450百萬元挹注106年度之不足款，故106年預算為20.3億元。



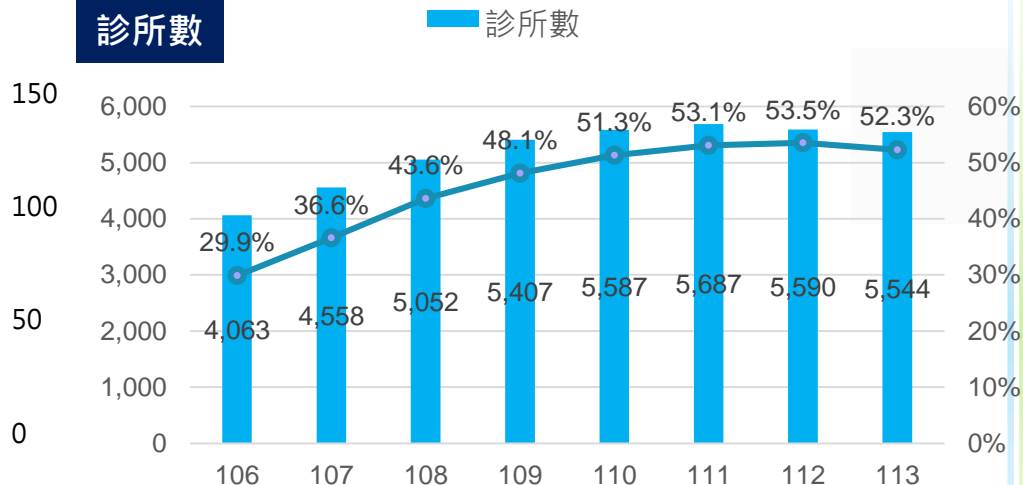
近年家醫計畫執行概況

✓ 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

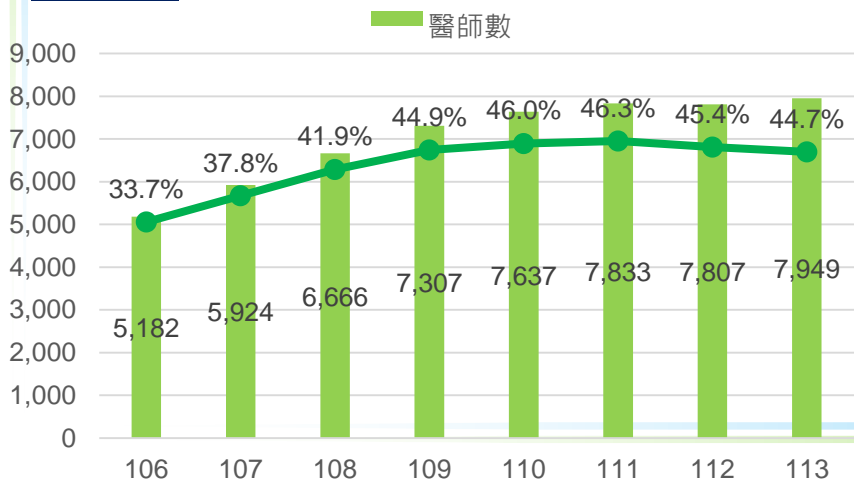
醫療群數



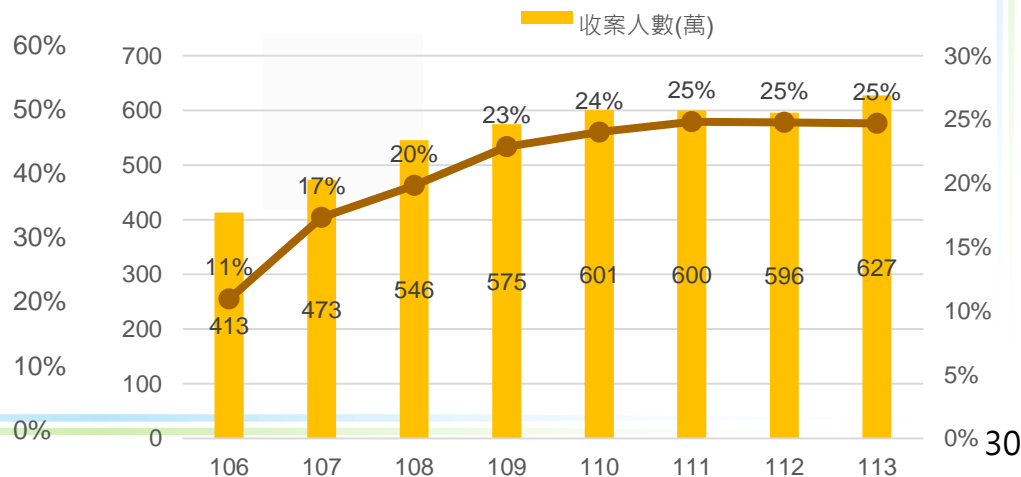
診所數



醫師數



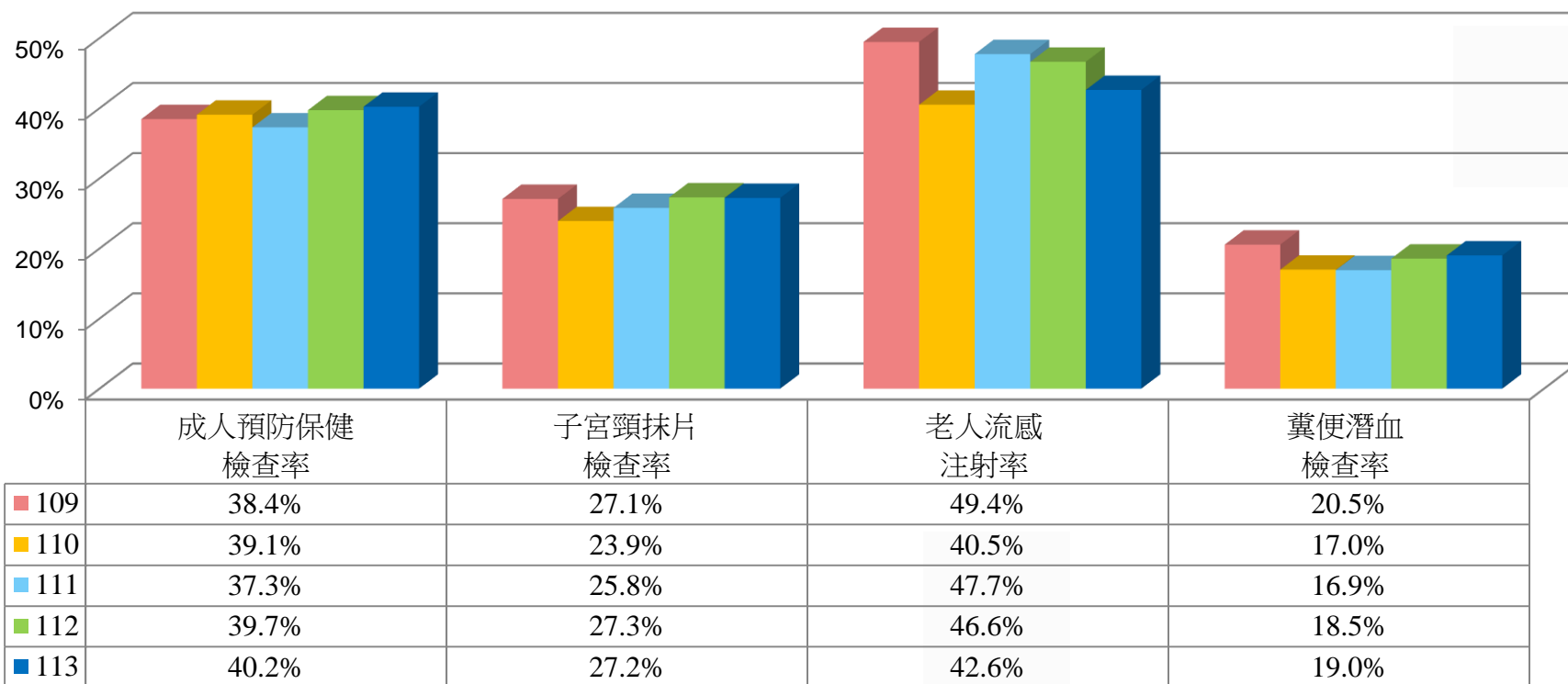
收案人數





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%**

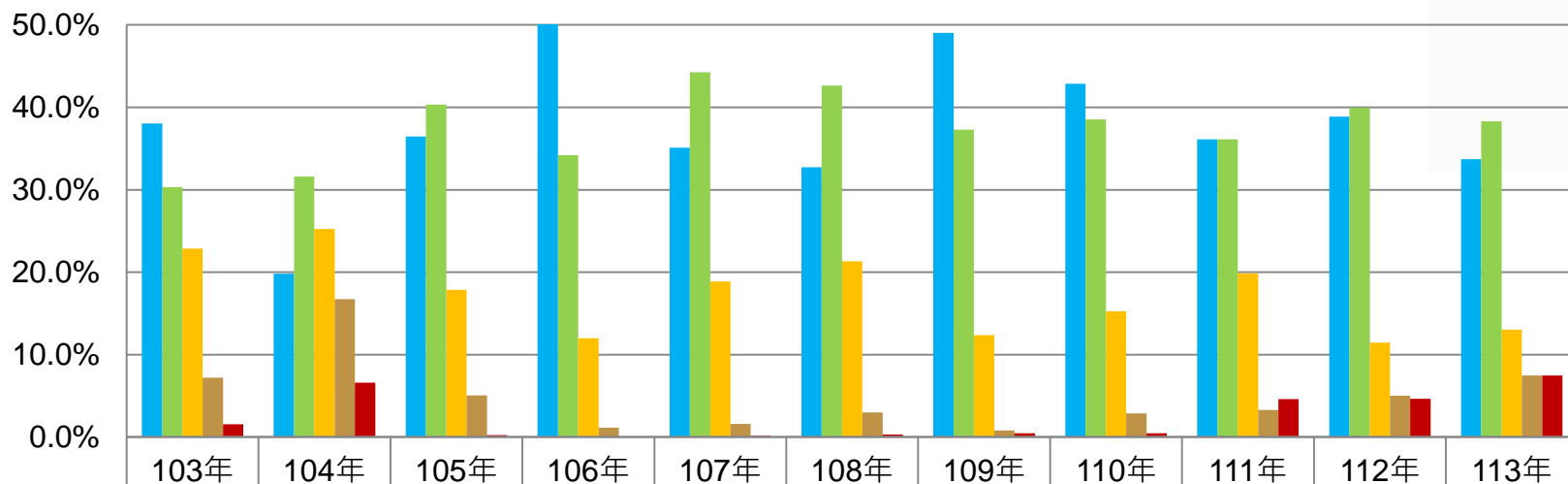


1. 成人預防保健檢查率：分子為40歲(含)以上會員於基層診所接受成人健檢人數；分母為(40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)。
2. 子宮頸抹片檢查率：分子為30歲(含)以上女性會員於基層診所接受子宮頸抹片人數；分母為30歲(含)以上女性會員數。
3. 65歲以上老人流感注射率：分子為65歲以上會員於基層診所接種流感疫苗人數；分母為65歲以上總會員人數。
4. 糞便潛血檢查率：分子為50歲以上至未滿75歲會員於基層診所接受定量免疫糞便潛血檢查人數；分母為50歲以上至未滿75歲會員人數/2。
5. 109年修改子宮頸抹片檢查率得分閾值及放寬收案會員於醫院層級檢查亦納為統計範圍
6. 113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%



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



	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年
■ 特優級(≥90分)	38.0%	19.8%	36.5%	53%	35%	33%	49%	43%	36%	39%	34%
■ 良好級(80分~90分)	30.3%	31.6%	40.3%	34%	44%	43%	37%	39%	36%	40%	38%
■ 普通級(75分~80分)	22.9%	25.2%	17.9%	12%	19%	21%	12%	15%	20%	11%	13%
■ 輔導級(70分~75分)	7.2%	16.7%	5.1%	1%	2%	3%	1%	3%	3%	5%	7%
■ 不支付(<70分)	1.5%	6.6%	0.2%	0.0%	0.2%	0.3%	0.5%	0.5%	5%	5%	7%

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



大家醫計畫提供服務特色

會員健康資料建檔 1

- 加強會員個案管理及衛教
- 預防保健各指標歷年均達高標

提供病人轉診服務 3

- 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

辦理社區衛教、宣導 5

- 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

24小時諮詢專線 2

- 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)

加強診所與醫院合作 4

- 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

提升DM/CKD照護品質 6

- 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



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。



鼓勵院所建立轉診機制

基層總額轉診型態調整費用





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



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



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。



鼓勵醫事服務機構即時查詢 病患就醫資訊方案

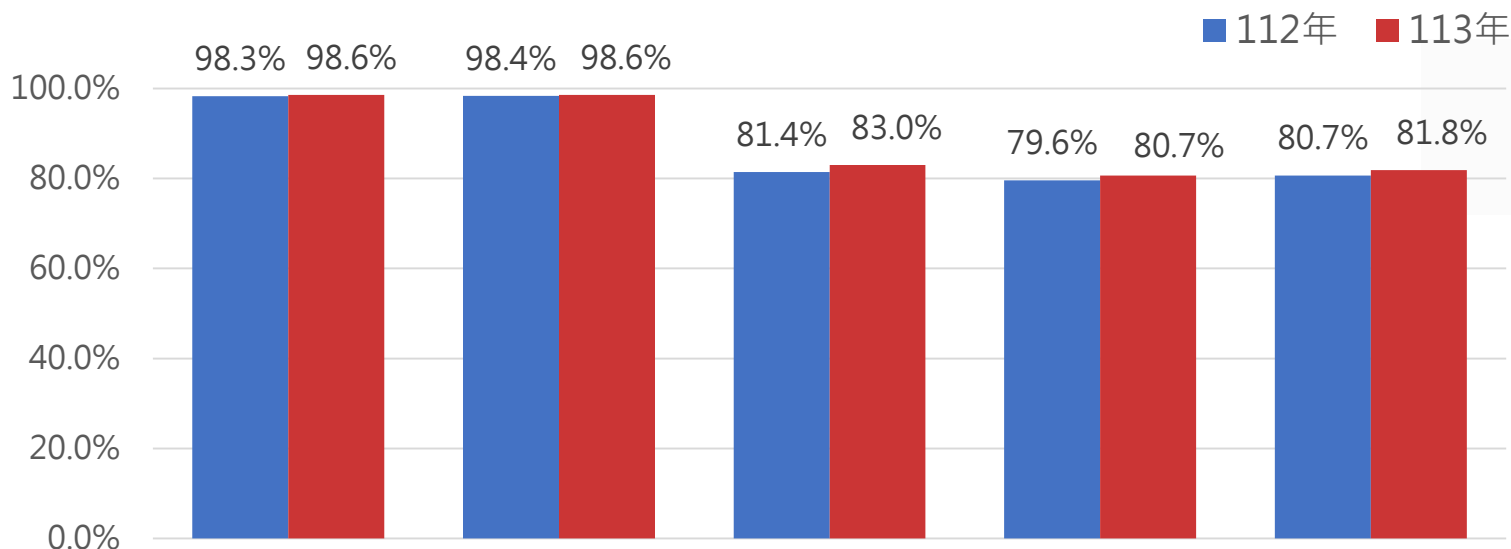




方案執行成效

◆ 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



		CT	MRI	X光攝影	超音波	鏡檢
112年	上傳數(千件)	2,646	974	30,125	10,530	1,122
	申報數(千件)	2,692	990	36,993	13,227	1,390
	上傳率	98.3%	98.4%	81.4%	79.6%	80.7%
113年	上傳數(千件)	2,735	992	31,105	11,029	1,244
	申報數(千件)	2,774	1,006	37,457	13,675	1,520
	上傳率	98.6%	98.6%	83.0%	80.7%	81.8%



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



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 QR CODE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



慢性傳染病照護品質計畫





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。



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 <u>完成治療比率：85%</u>
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 <u>病毒量測不到比率95%</u>
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 <u>LTBI檢驗陽性完成治療率：83%</u>
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



癌症治療品質改善計畫





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%。



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



促進醫療服務診療項目支付衡平性 (含醫療器材使用規範修訂之補貼)





113年執行情形



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。



其他預算計畫執行成果





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



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.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



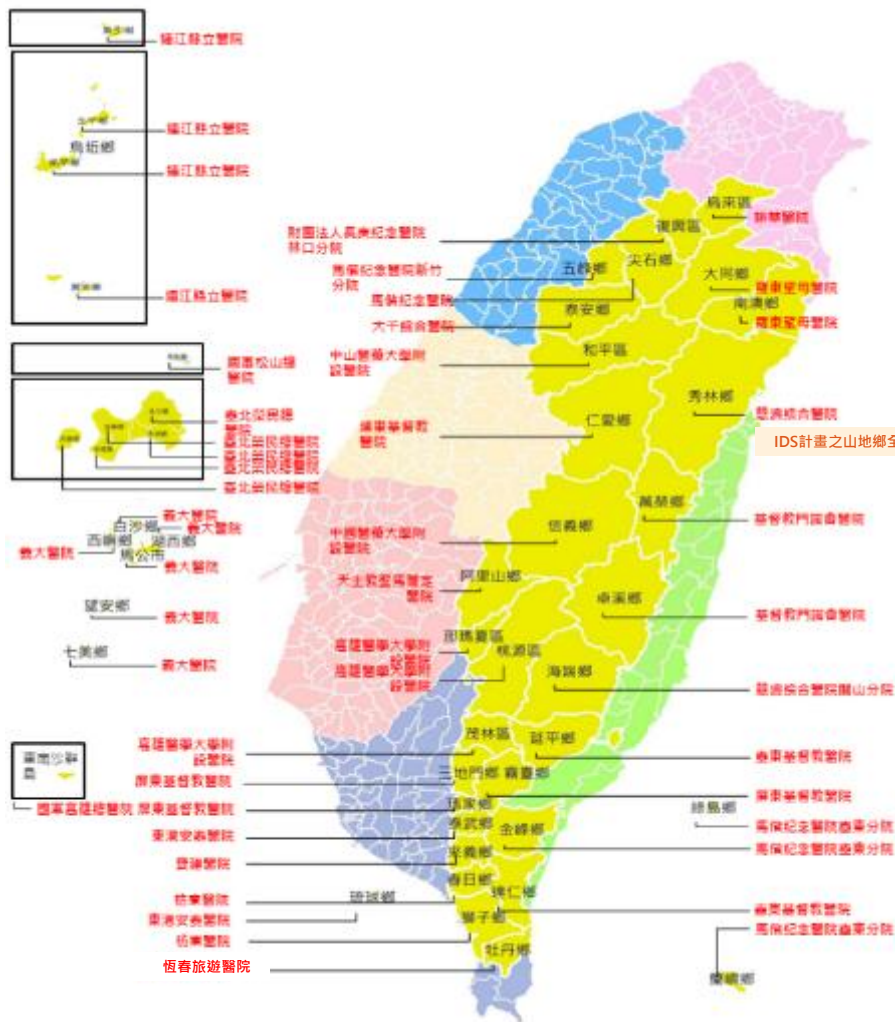
【偏遠及弱勢照護】 山地離島地區醫療給付效益 提升計畫





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

29
山地鄉



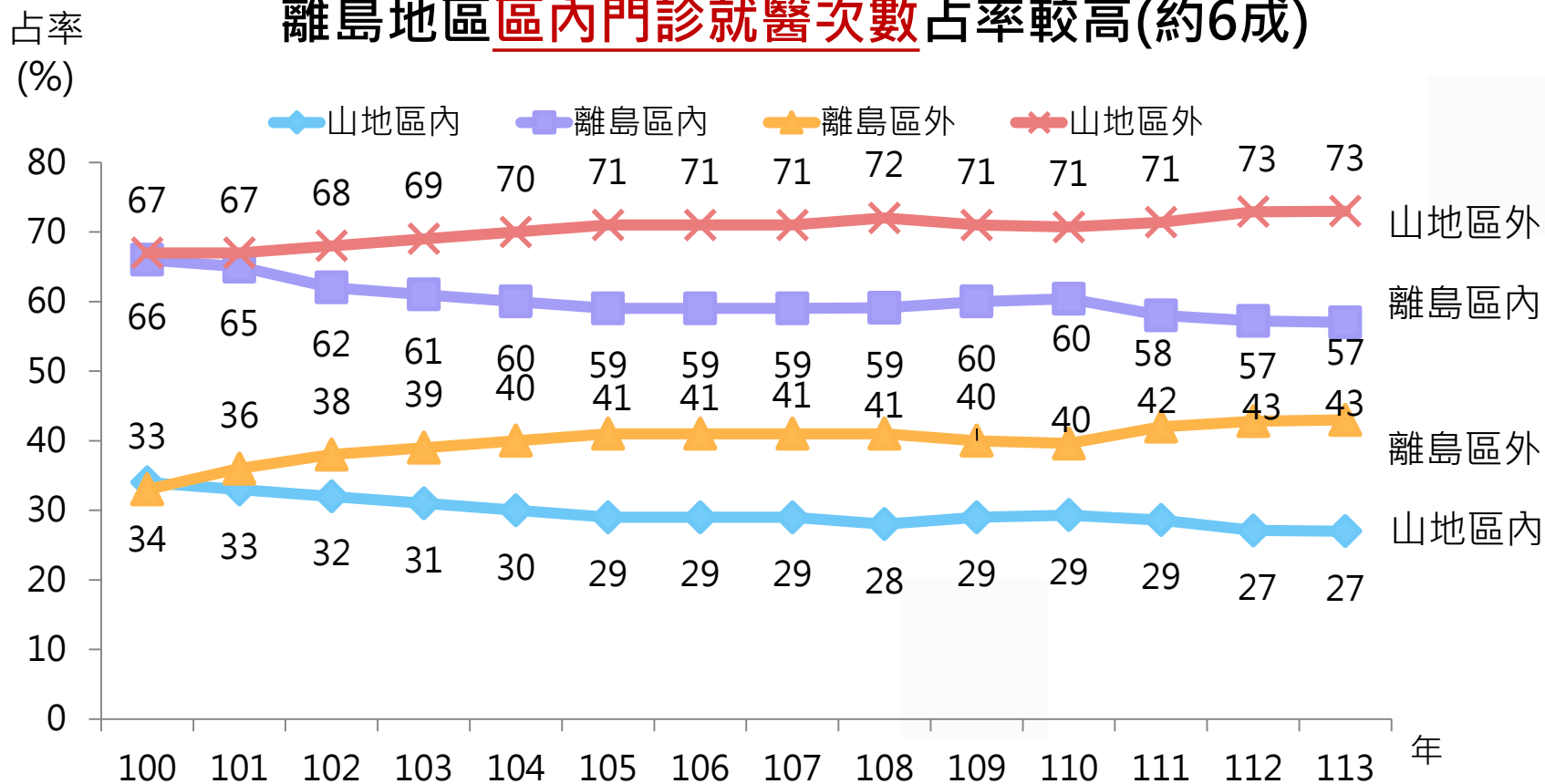
21
離島郷

50
山地離島



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)

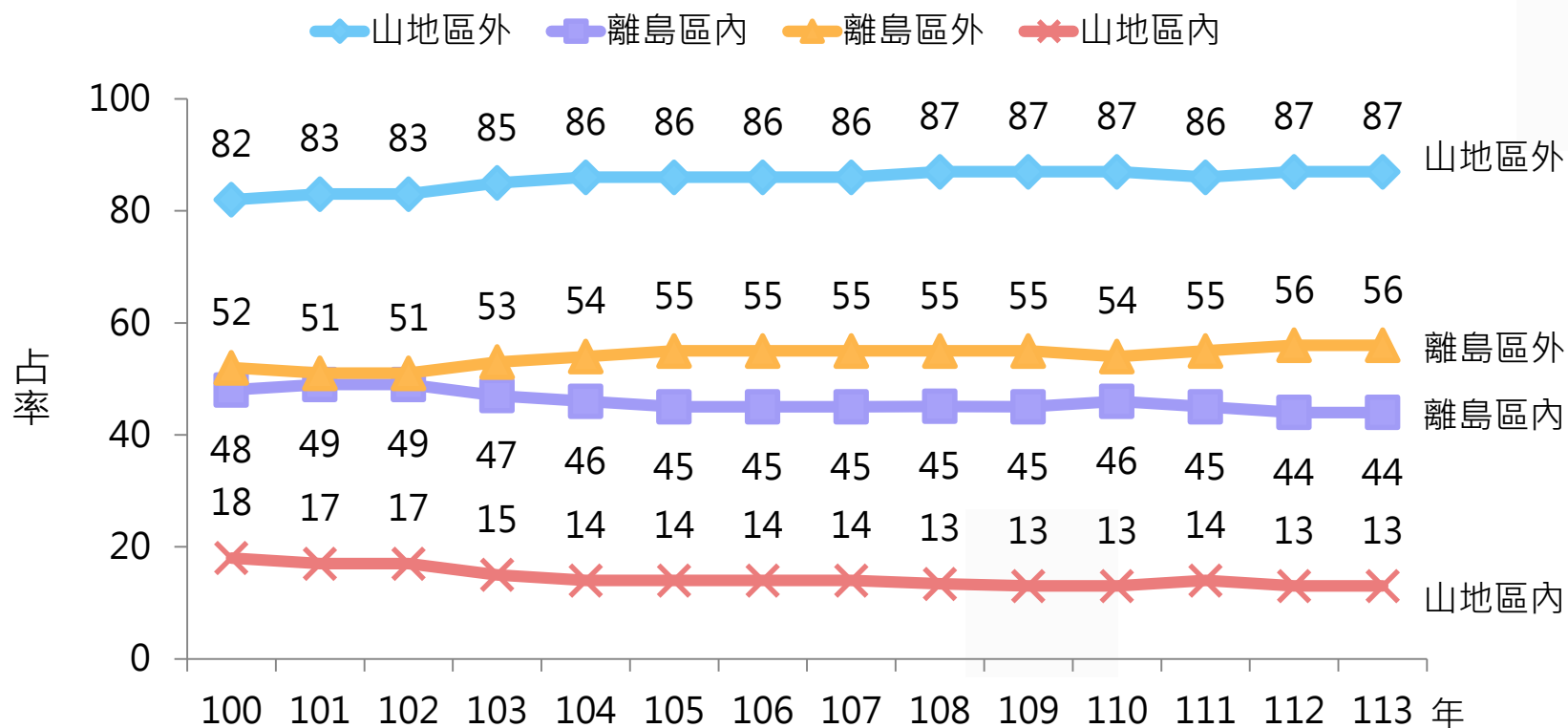


註：1.統計對象為戶籍於山地離島地區且在保之保險對象
2.門診就醫次數經年齡性別校正
3.地區外就醫指保險對象在非山地離島地區內就醫



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

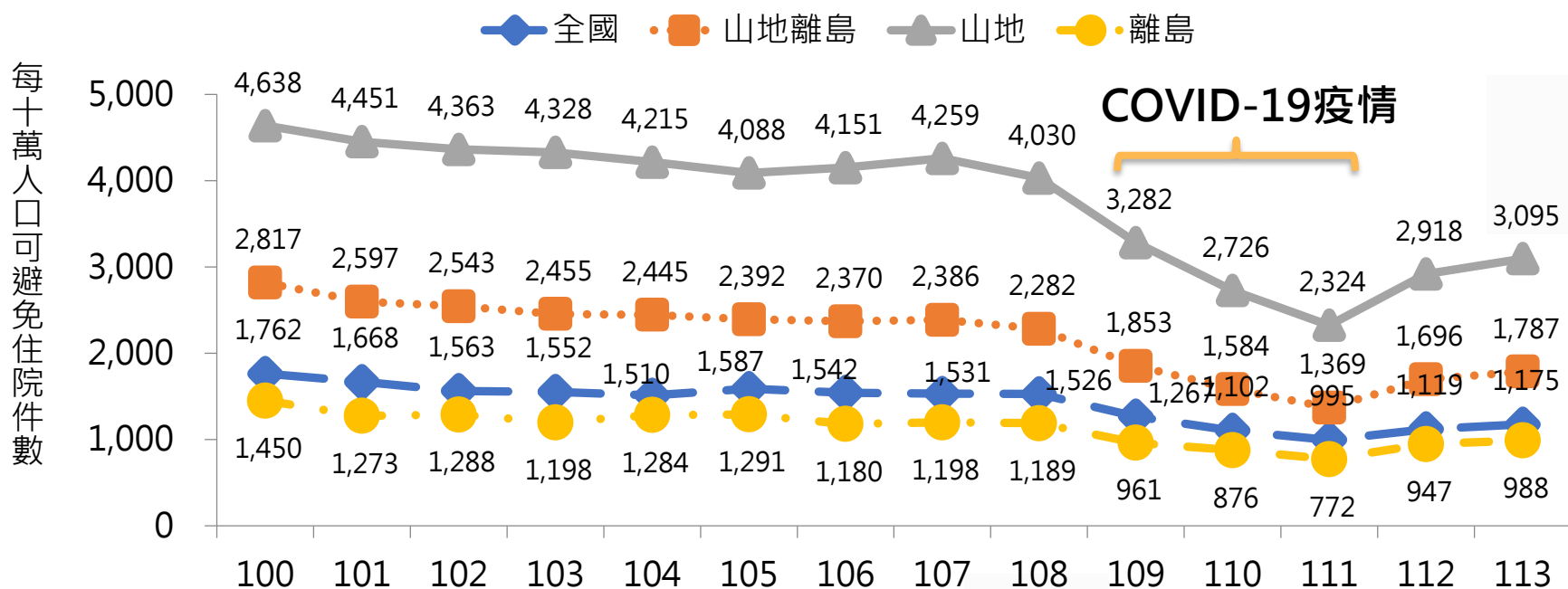


註：1.統計對象為戶籍於山地離島地區且在保之保險對象
2.門診就醫次數經年齡性別校正
3.地區外就醫指保險對象在非山地離島地區內就醫



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。



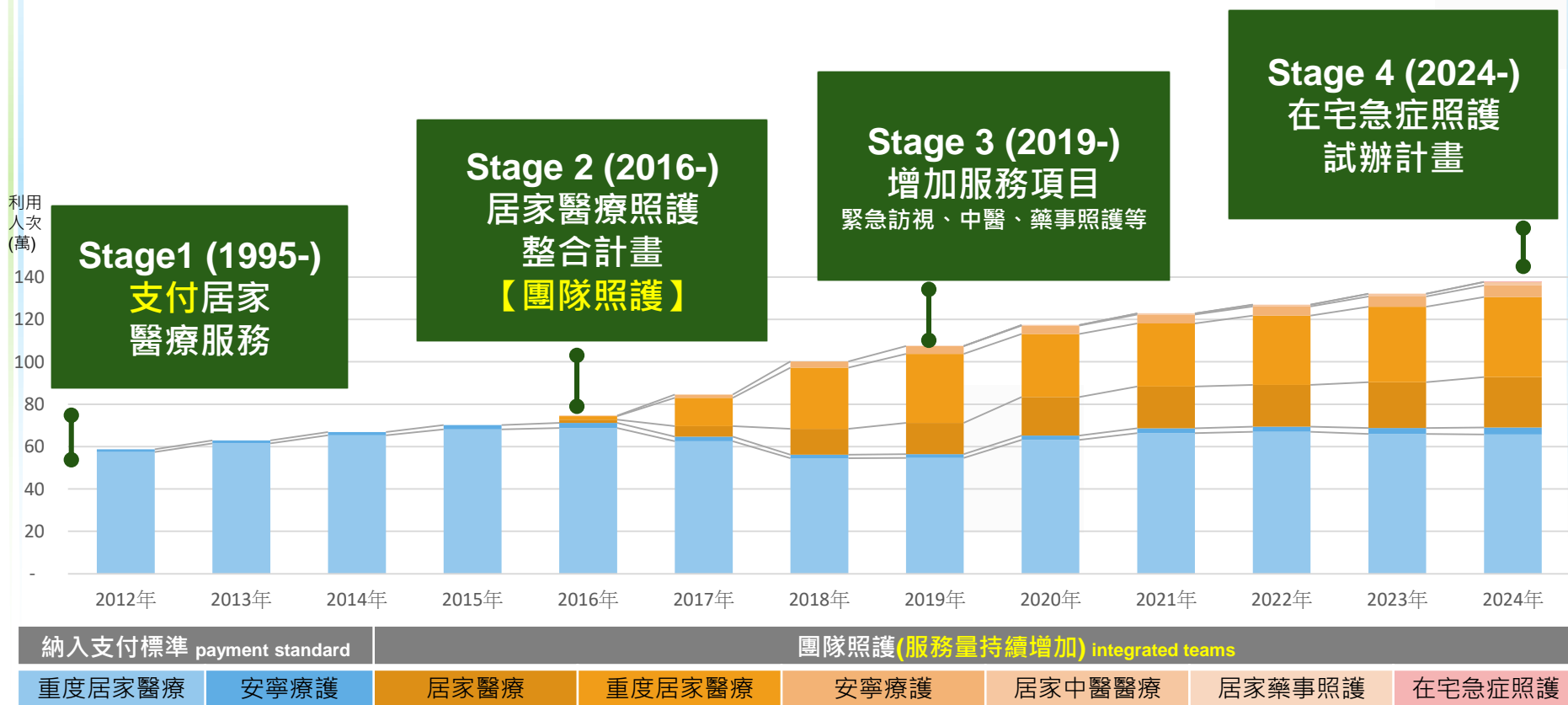
【偏遠及弱勢照護】 居家醫療、居家醫療照護整合計畫、 在宅急症照護、轉銜長照2.0





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。

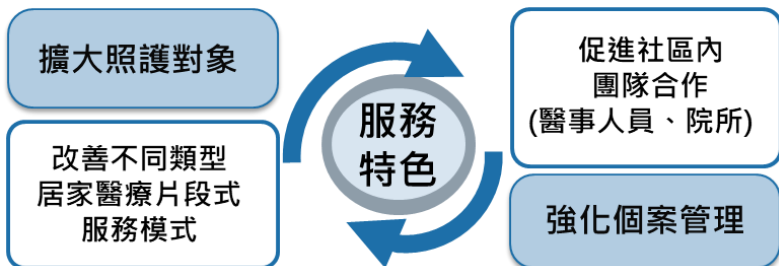




居家醫療照護整合計畫

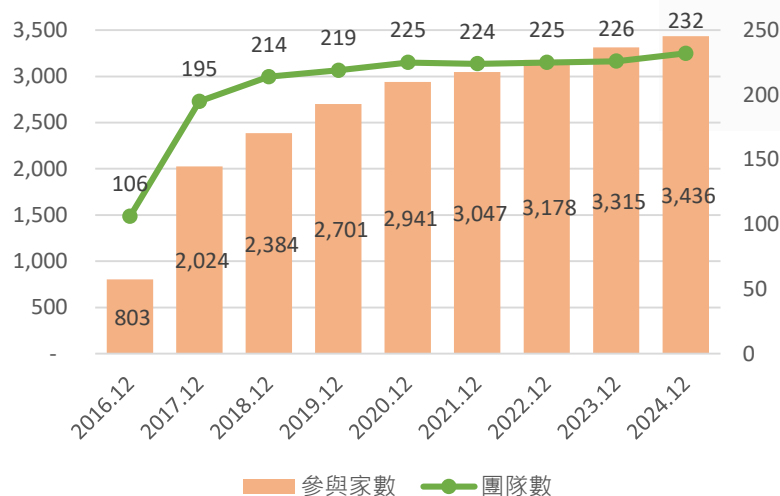
- ▶ 105年2月15日公告實施
- ▶ 整合多項居家照護，提供連續性醫療照護。

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



在宅急症照護試辦計畫

113.07實施

目的

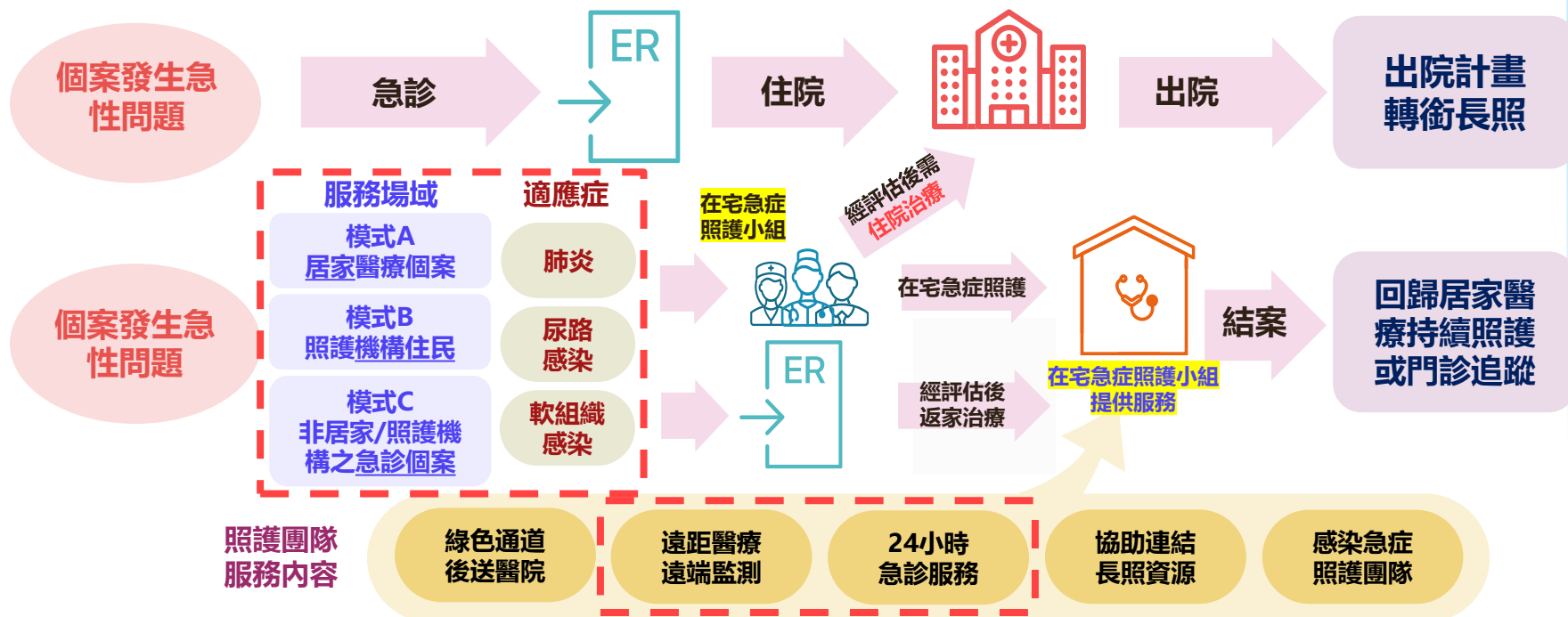
- ▶ 提供住院的替代服務，增加醫療體系韌性
- ▶ 減少居家失能或機構住民因急症往返醫院
- ▶ 強化各層級醫療院所垂直轉銜合作

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

傳統住院

在宅急症照護





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

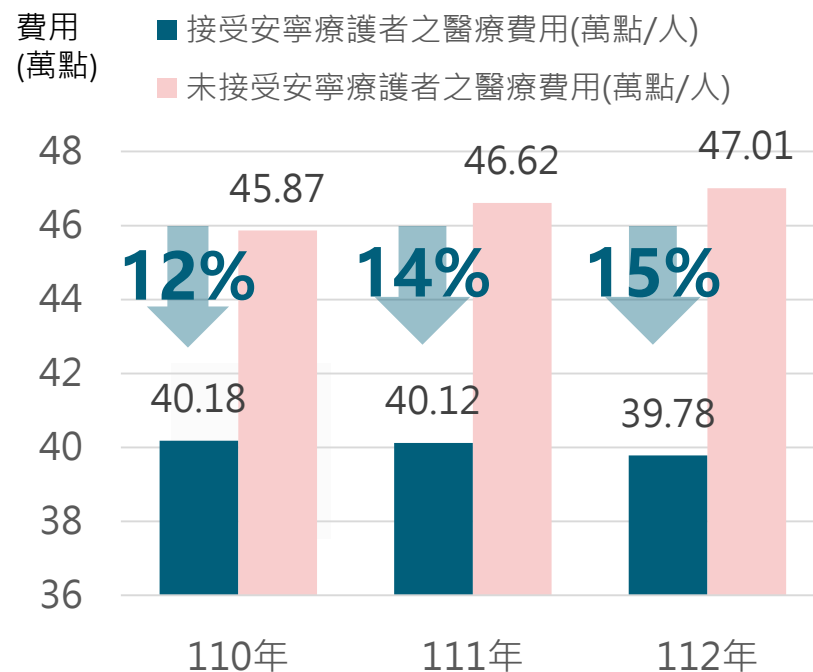
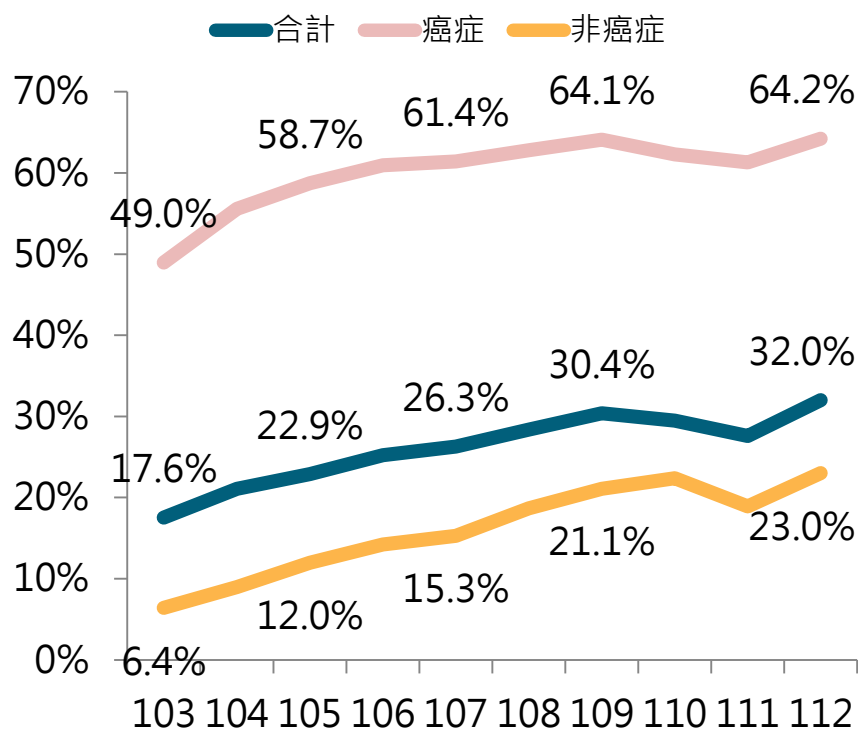
新增模式

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



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。





安寧療護生命歷程 全人全程照護

疾病初期

疾病晚期
(早期安寧介入)

疾病末期

急性後期

在宅善終



預立醫療照
護諮商(ACP)

自**113年7月**起ACP
有條件納入健保給
付，並自**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7月起實施，
由安寧學會實地訪
視安寧品質評核，
並給予安寧費用
10~30%加成獎勵

安寧居家
支付標準修訂

114下半年規劃
調整居家支付規
範及支付點數，
契合實務需求

- 持續邀集相關學(協)會檢討居家照護、安寧居家相關支付規範，並規劃推動宅急症照護(ACAH)擴大照護安寧病人



【偏遠及弱勢照護】 收容於矯正機關者醫療 服務計畫





北區 台北 中區 東區 南區 高屏區

基隆監 基隆所 基少所 新店戒所 北少所 宣莨監 花蘭監 花所 台東監 武陵 泰源 東成 東監 綠島監 東戒

北監、桃監、桃分監 北女所 北所 桃女監 竹所 竹監 苗所 中監、中女監 中所 彰監 彰所 南投所 彰少院 雲林監、雲林二監 雲監 嘉義監 嘉義所 南所 南監 南少所 雄戒所 明蘭 誠監、誠女監 屏所 屏監

医療機関の種類	数
総家数	125
病院	71
西醫診所	33
牙醫診所	19
中醫診所	2
群数	34



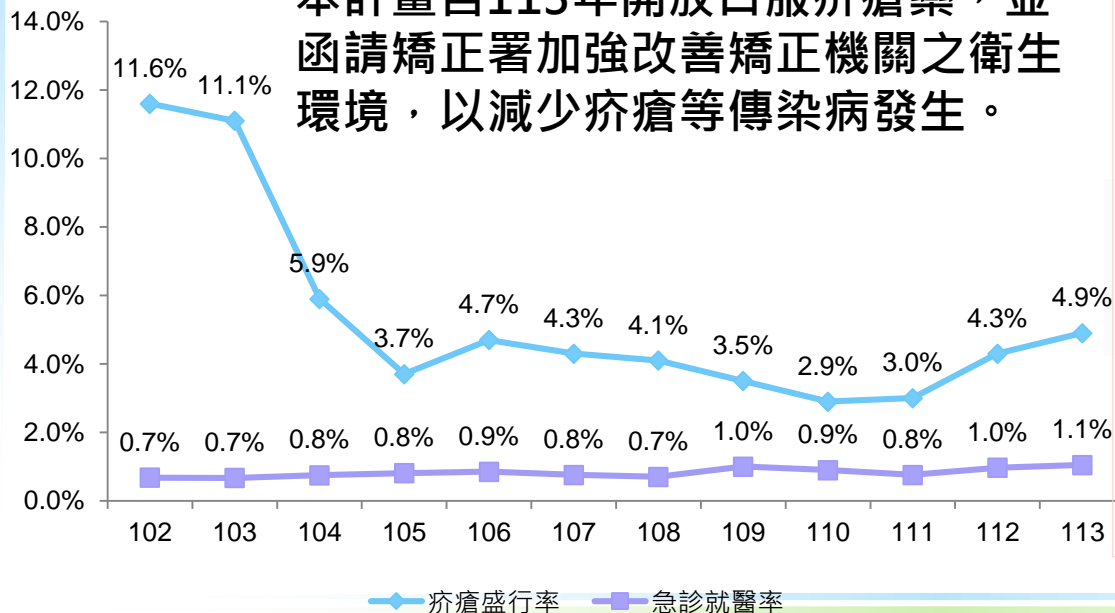


矯正機關醫療服務計畫執行成效

- ◆ 113年矯正機關收容人每人平均就醫次數約為15.8次、住院平均次數約為0.1次，大部分為監內就醫，戒護門診占率約占3.0%。
- ◆ 113年監內門診就醫件數，西醫847,156件、牙醫56,039件、中醫13,737件及透析1,109件，除中醫下降1,504件(-9.9%)，餘皆較112年提升。

管控指標：急診就醫率、疥瘡盛行率

本計畫自113年開放口服疥瘡藥，並函請矯正署加強改善矯正機關之衛生環境，以減少疥瘡等傳染病發生。



未來展望

1. 持續依實務需求滾動調整計畫。
2. 透過跨部會合作，深化矯正醫療體系穩定與彈性，確保穩定提供收容人醫療服務。



【促進體系合作】 急性後期整合照護計畫

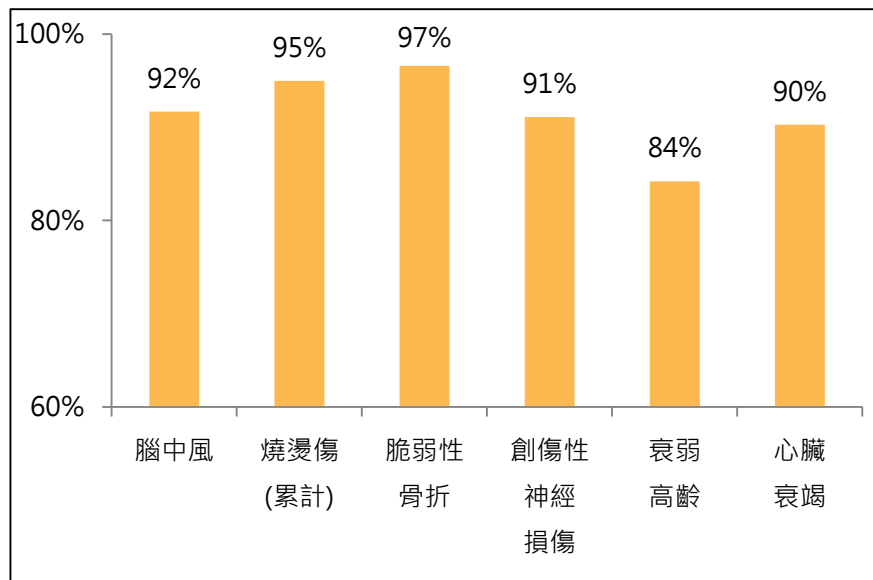




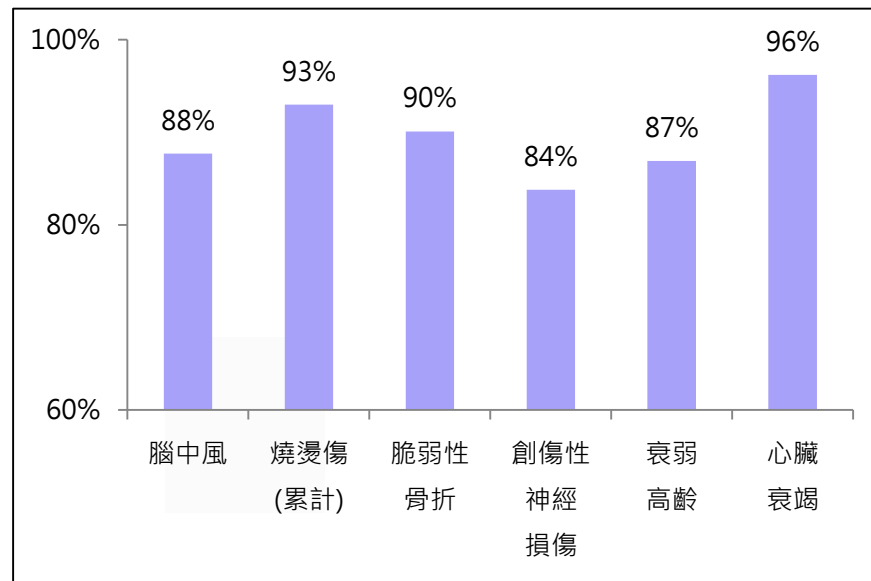
急性後期整合照護計畫執行成效

◆ 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



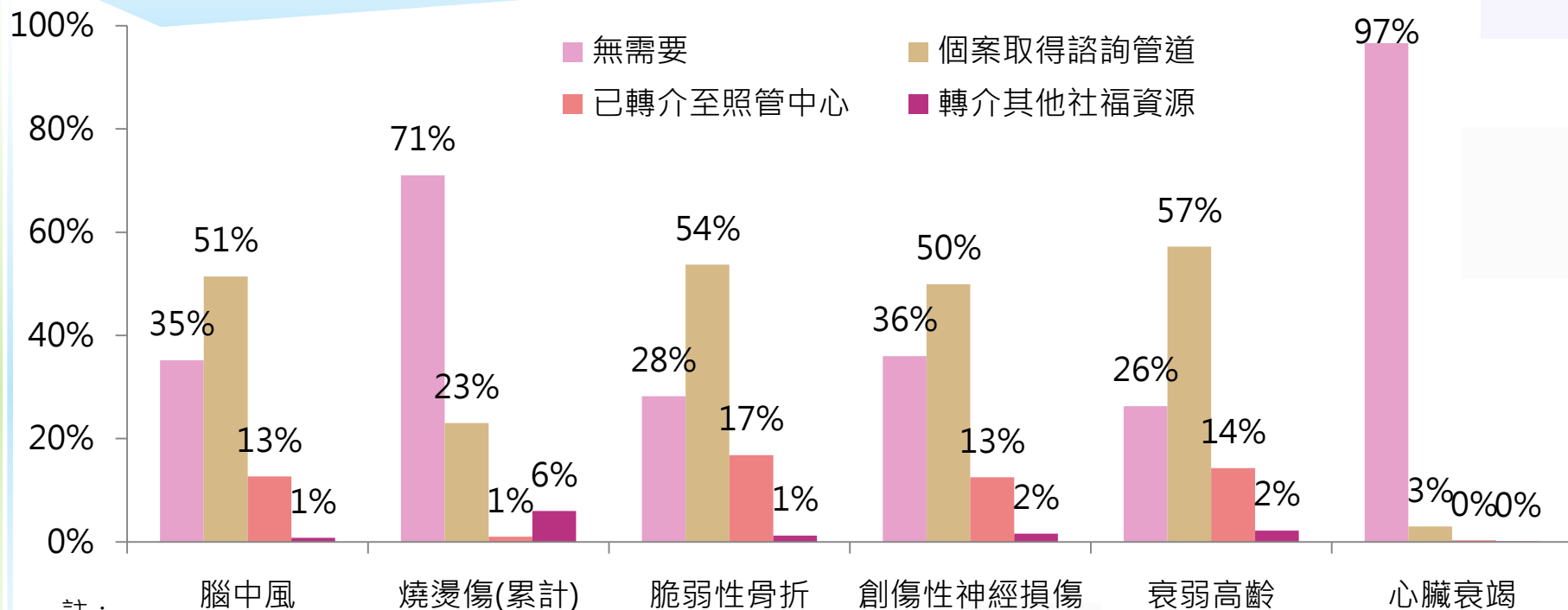
註1.本資料係院所登錄個案整體成效快速進步、穩定進步者占率。進步情形共分為退步、無差異、穩定進步、快速進步。

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。



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。



【促進體系合作】 跨層級醫院合作計畫

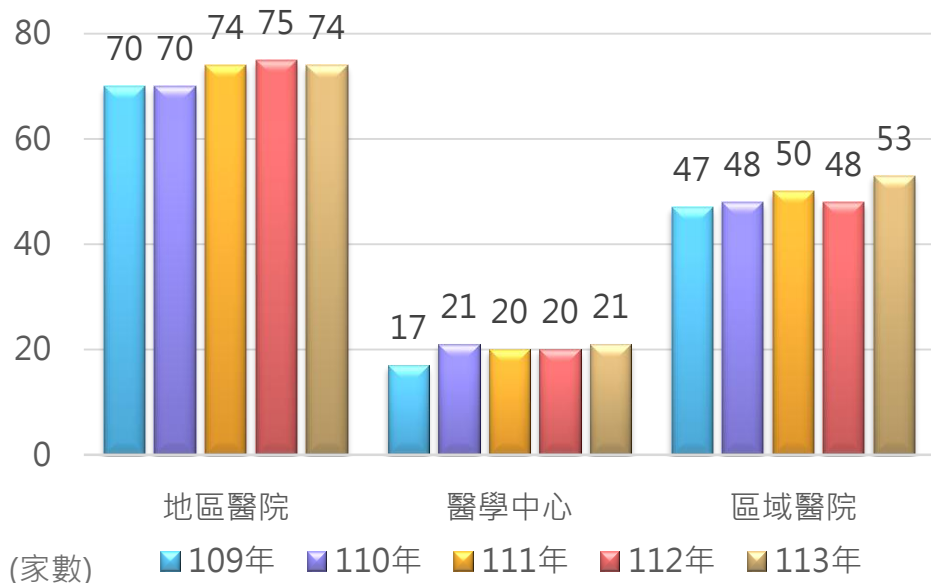




跨層級醫院合作計畫院所參與情形

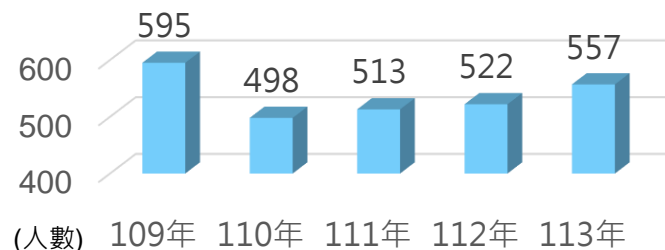
113年有**74個團隊**參與本計畫，由81家醫學中心與區域醫院及9家基層診所，共**557名醫師**提供**21,071支援診次服務**；113年申報點數約**0.74億元**。

各層級醫院參與情形

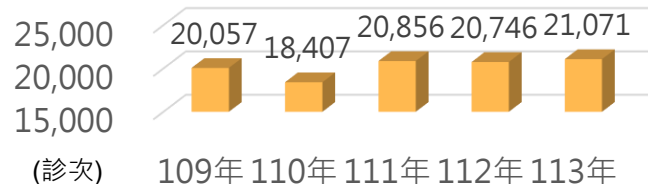


註：上述醫院執行情形統計至113年底。

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。



【促進體系合作】 遠距醫療給付計畫





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)

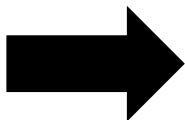


插號
看診



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

依序看診，
或一對多
切換診間

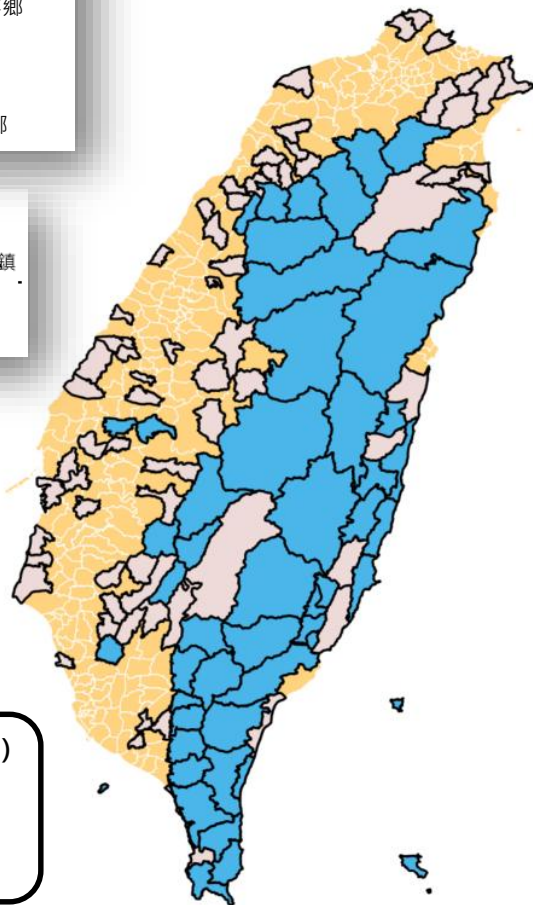
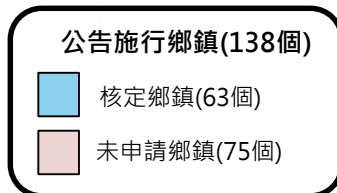
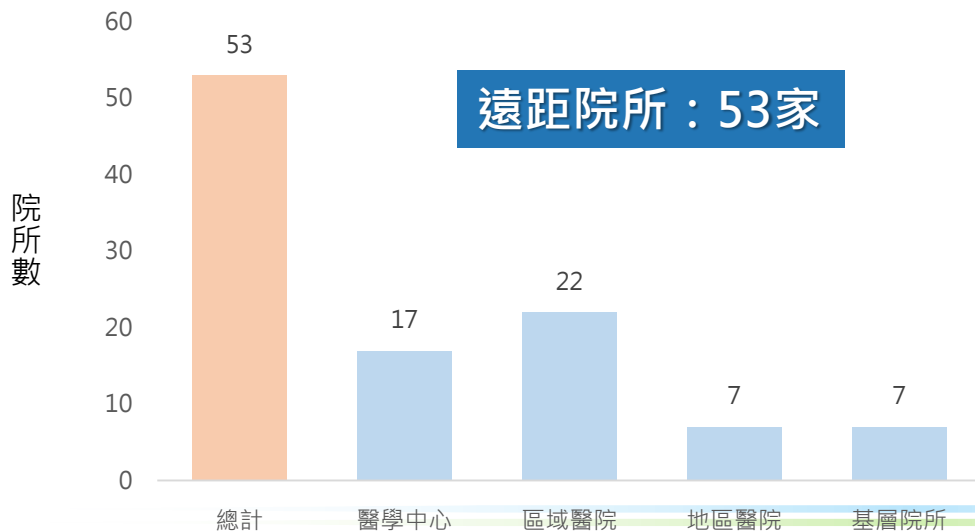
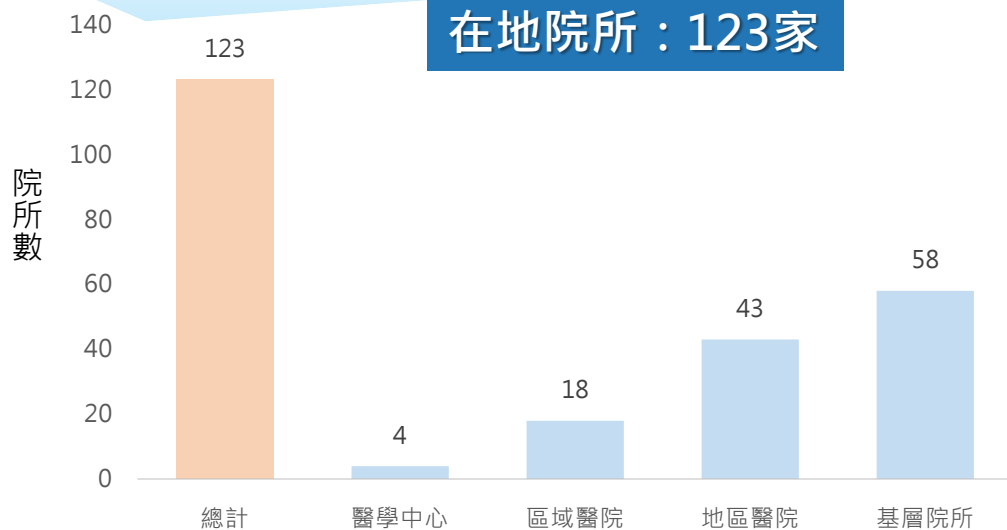
支付方式

- ◆ 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)



計畫施行地區及承作院所

113年公告施行鄉鎮共138個





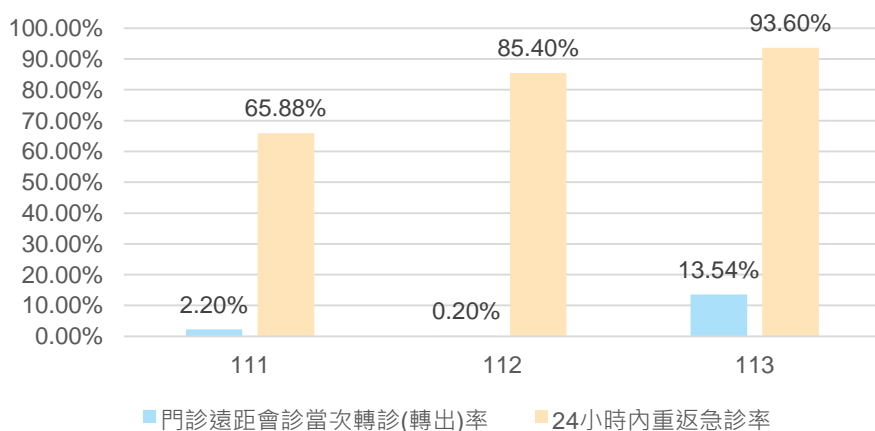
計畫執行概況

項目			111年	112年	113年
專科門診 遠距會診	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>
	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>
合計		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：

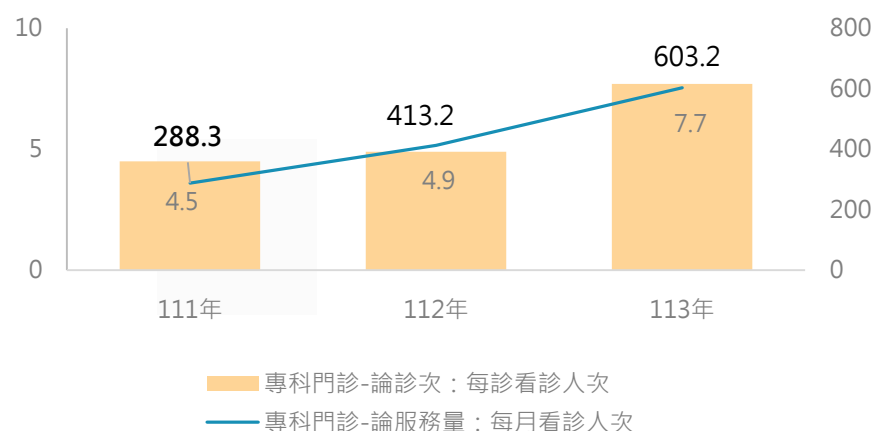
- 取消遠距會診專科別限制。
- 開放適用地區巡迴點執行服務。
- 提升在地端診察費加成。



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



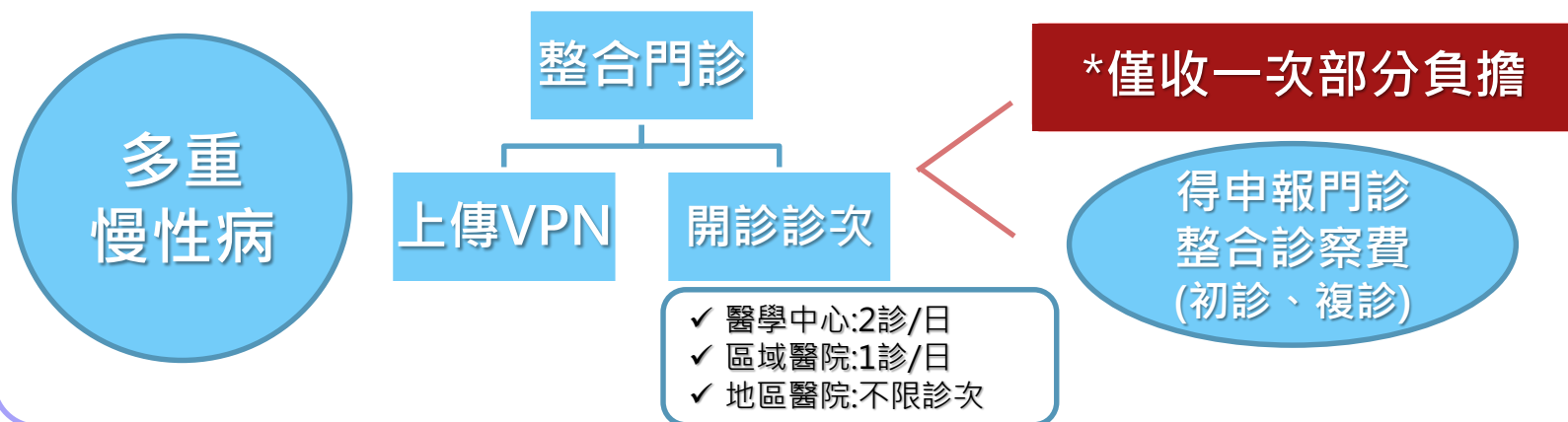
【促進體系合作】 醫院以病人為中心門診整合 照護計畫





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。



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。



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。



【提升保險成效】 腎臟病照護與病人衛教





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。

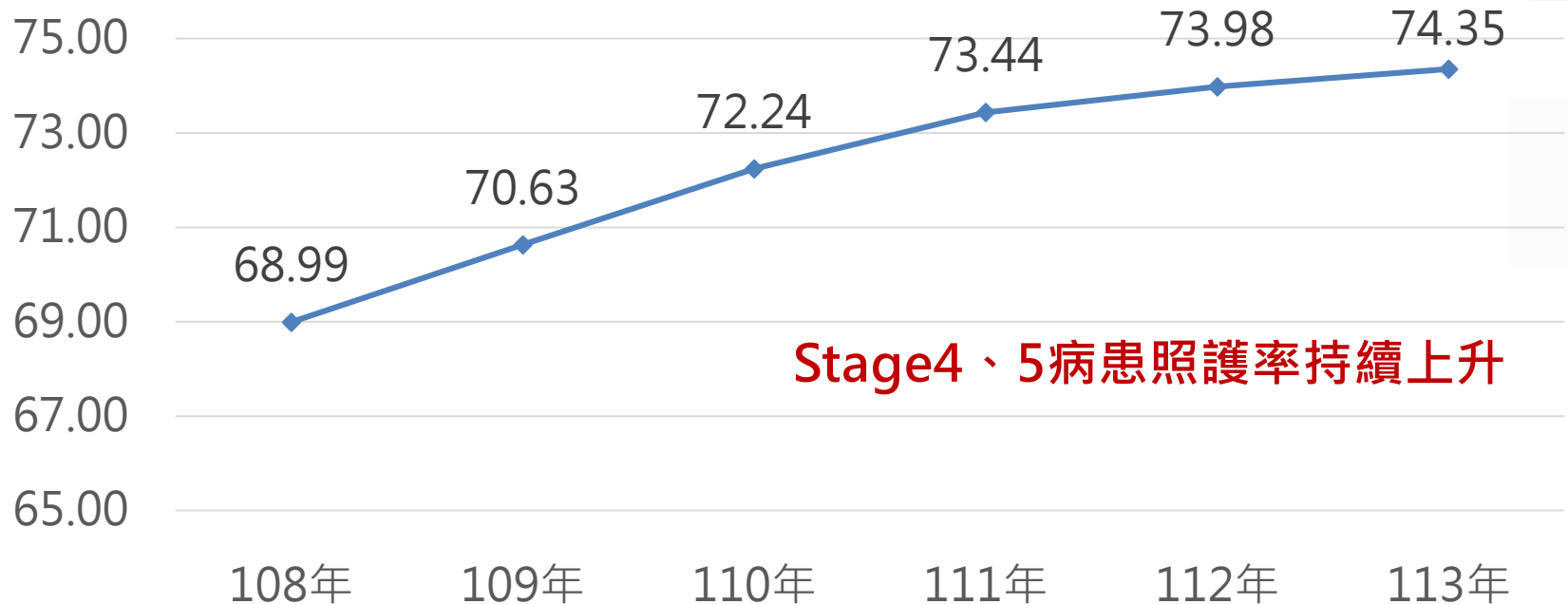
未來展望：

- 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。



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3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



【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





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。



提升保險服務成效





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



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)





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

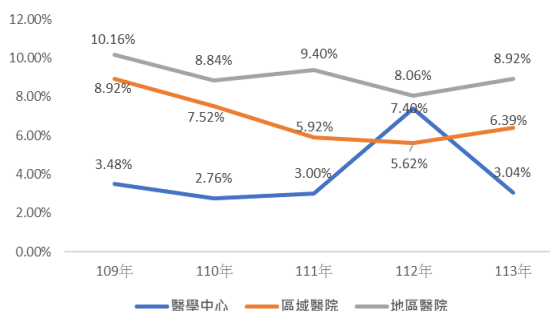
預算數(億元)	40.00
執行數(億元)	39.65
急性一般病床護理人員夜班獎勵(億元)	27.29
其他護理獎勵(億元)	12.36
預算執行率	99.12%
調升護理人員夜班獎勵之醫院達98.01%	
領有本方案款項醫院家數	443
申報急性一般病床護理費醫院家數	452
各醫院每月大(小)夜班護病比低於112年第4季	
小夜班護病比 (112年第4季平均8.68)	8.39
大夜班護病比 (112年第4季平均10.31)	9.78
急性一般病床護理人員離職率低於112年第4季	
年資3個月以上護理人員離職率 (112年第4季平均11.53%)	10.49%
年資3個月以上但未滿2年護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

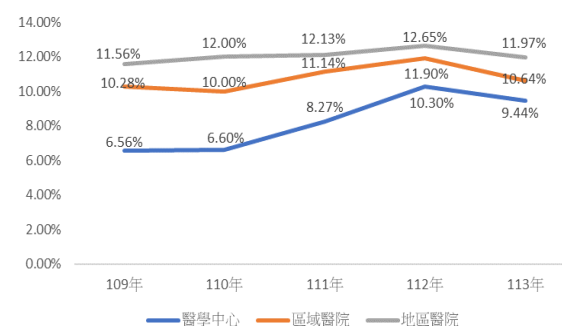
- 依各醫院於VPN填報之「護理人員夜班排班資料」計算獎勵金，按月撥付。
- 限用於撥付急性一般病床輪值大、小夜班之護理人員獎勵，不得用於其他用途。

	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

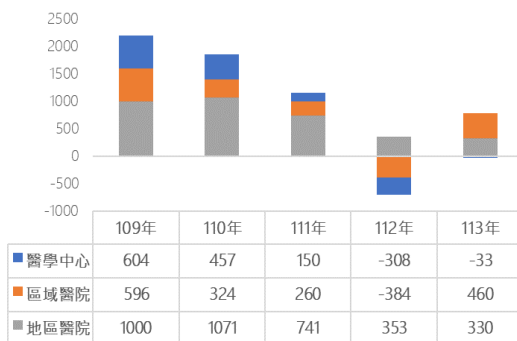
年資未滿2年 護理人員離職率



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





報告總結



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



健康台灣 健保改革藍圖



1. 優化健保財務

- ▶ 擴大政府責任及財源，改革補充保費
- ▶ 檢討總額預算制度
- ▶ 研議健保協同商保

2. 強化慢病照護

- ▶ 推動**大家醫計畫**，落實**888**慢性**病**照護目標
- ▶ 檢討健保**居家醫療計畫**，銜接長照
- ▶ 推動**在宅急症照護**，增加醫療體系韌性

3. 普及醫療服務

- ▶ 持續擴大偏遠地區**遠距醫療服務**，搭配IDS強化專科診療
- ▶ 推廣偏鄉**全人全家全社區照護計畫**
- ▶ 搭配醫療網，保障**燈塔型醫院營運**，維持急重症服務量能

4. 改革藥品政策

- ▶ 檢討健保DET政策，強化藥品供應韌性
- ▶ 加速新藥、新科技導入健保體系
- ▶ 成立國家醫療科技評估中心
- ▶ 依實證基礎與國際指引，檢討藥品、醫材給付

5. 精準癌症防治

- ▶ 落實**精準癌症防治三箭**，精進國家癌症防治計畫
- ▶ 建構**精準健康生態系**

6. 醫療數位升級

- ▶ 推動健康平權健保數位升級計畫
- ▶ 公私協力**營造智慧雲端服務**

謝謝聆聽 敬請指教



衛生福利部中央健康保險署