

104年各總額部門 執行報告

中央健康保險署
醫務管理組科長 劉林義





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

報告架構



一 預算分配與醫療利用概況

二 執行概況—及時性

新藥新科技之導入	10
疾病管理方案	15
民眾就醫可近性	23

三 執行概況—效率性

西醫部門	28
中醫部門	41
牙醫部門	44
抑制資源不當耗用	47

報告架構



四

執行概況—效果面



滿意度調查	52
品質公開辦理情形	55
品保款核發比率	58

五

執行概況—安全性



存活率、死亡率、感染率	62
雲端藥歷、健康存摺	69
門診高利用輔導專案	79

六

執行概況—以病人為中心



整合方案簡介	83
照護連續性	89

七

執行概況—公平面



保障重大疾病	91
自費改善與公開	96
偏鄉照護計畫	101

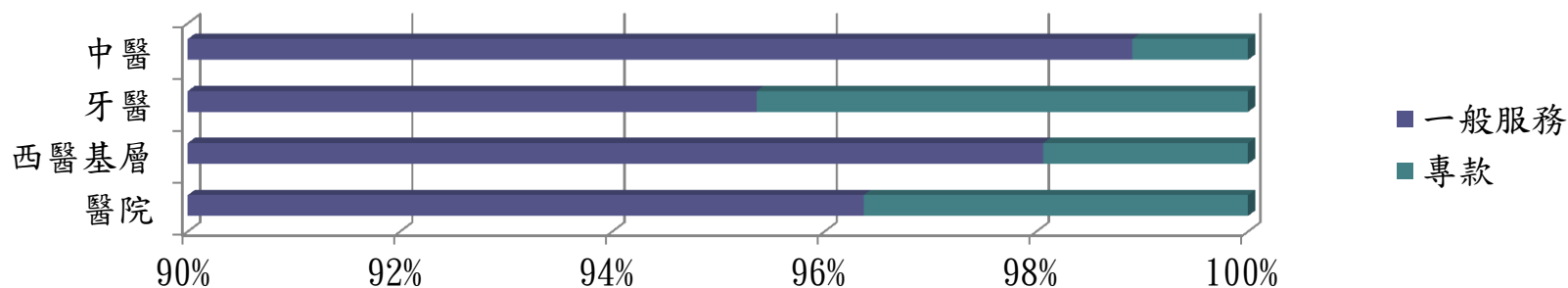
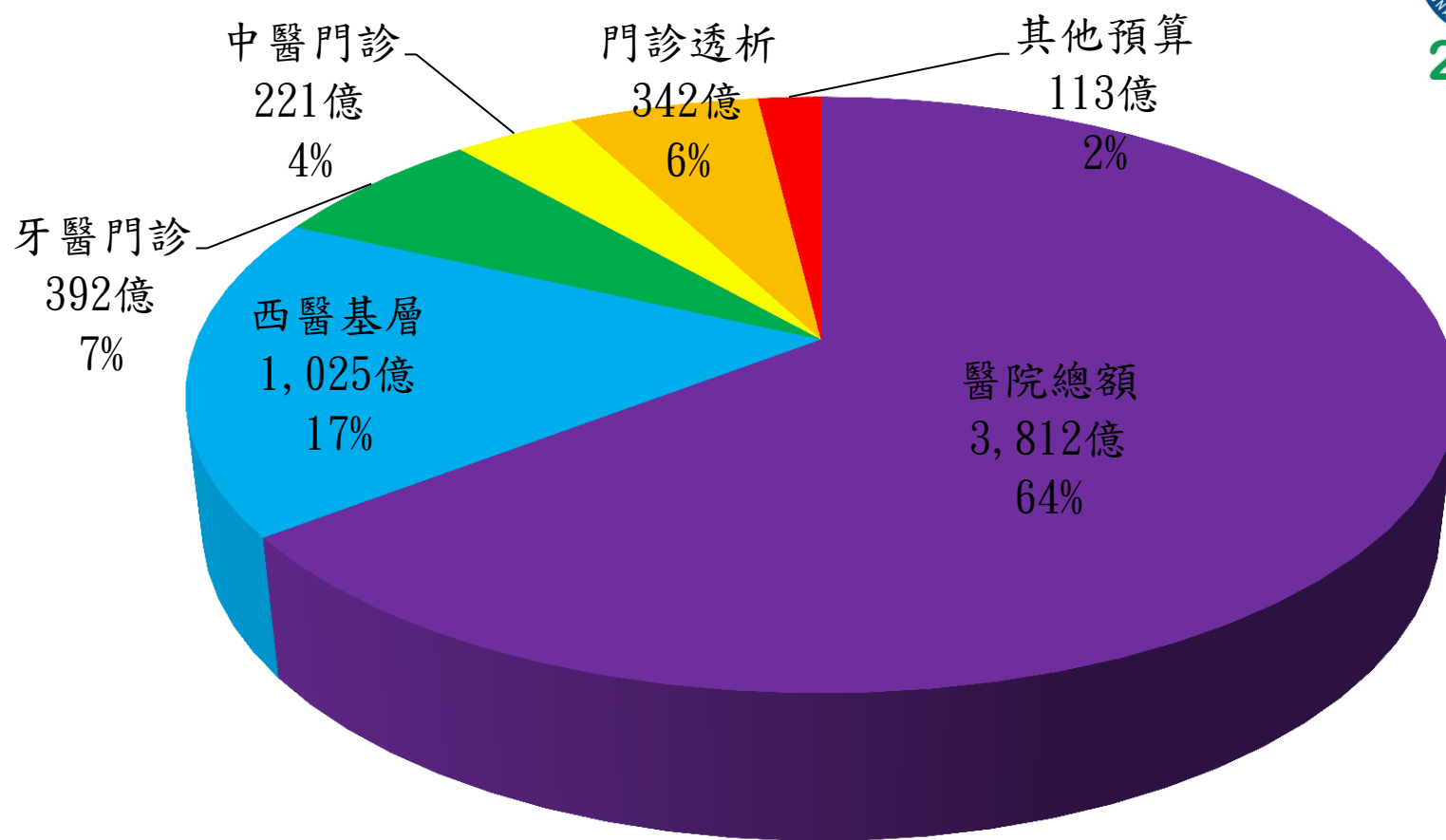
八

醫院總額共管成效

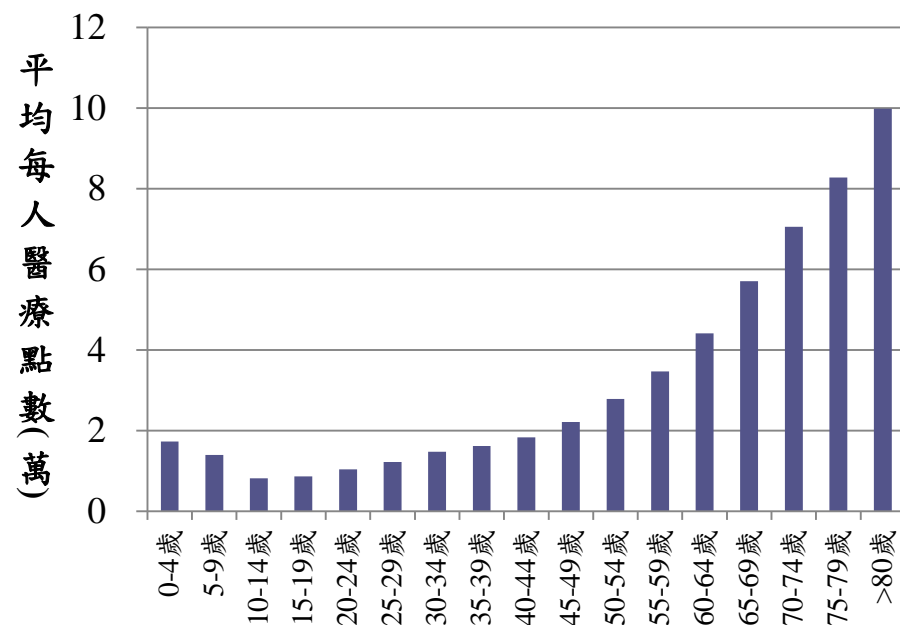
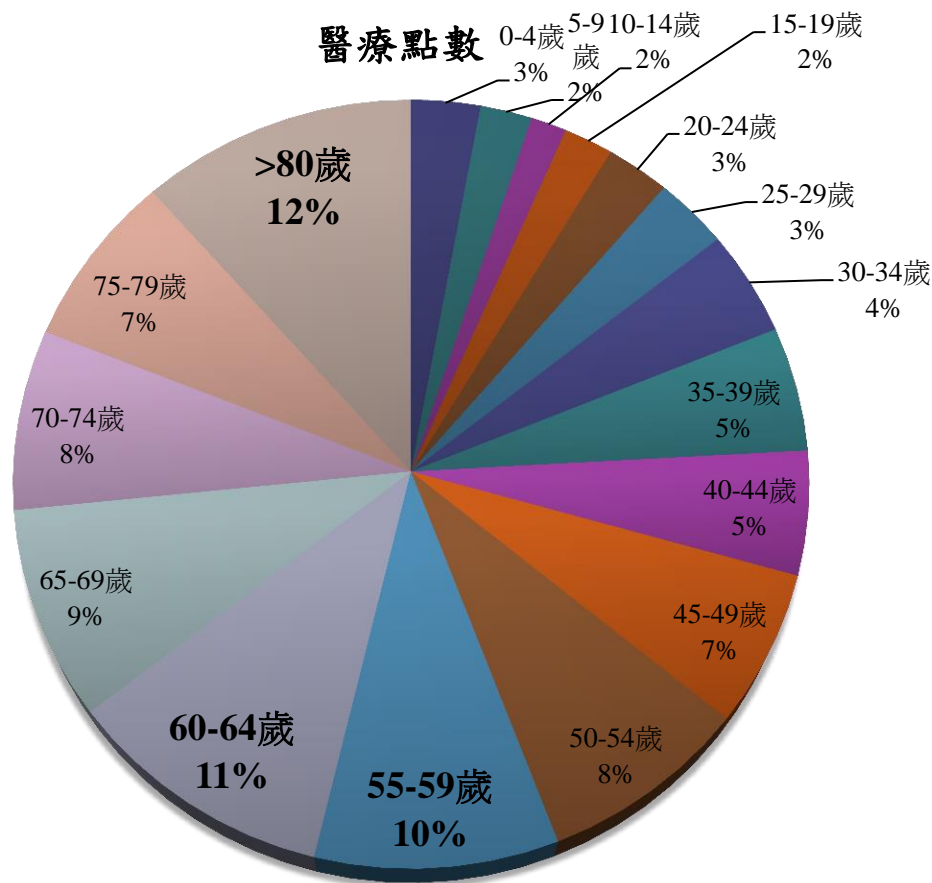


南區業務組
高屏業務組

104年總額預算分配



104年各年齡層醫療利用情形

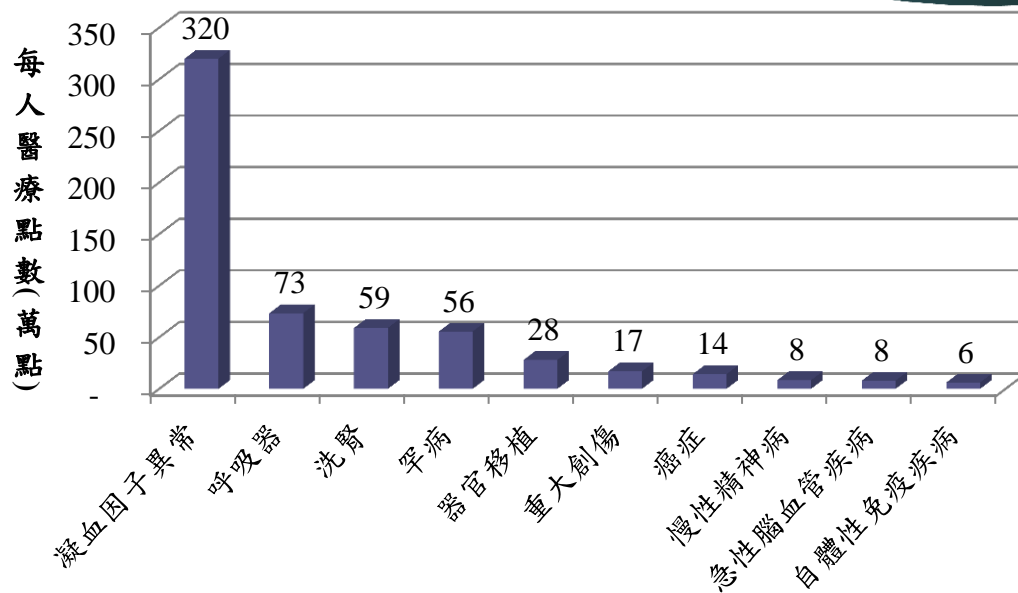
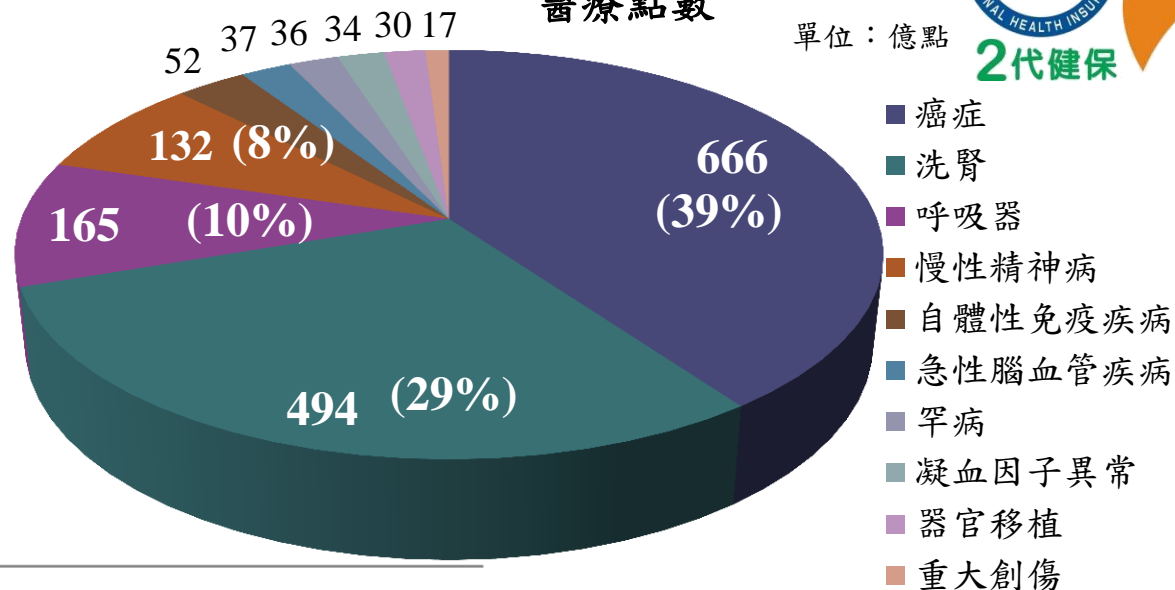


104年重大傷病醫療利用



醫療點數

單位：億點





執行概況—及時性



新藥新科技之導入	10
疾病管理方案	15
民眾就醫可近性	23

收載品項數-新藥



➤ 100-104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	
100	2	10	36	48
101	2	15	53	70
102	2	4	23	29
103	3	12	30	45
104	3	18	19	40
合計	12	59	161	232

*本表所指新藥為100至104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，且不含罕見疾病用藥及代辦品項（戒菸、後天免疫缺乏症候群治療藥品、流感疫苗及流感抗病毒藥劑）

積極導入新醫療科技-新特材



➤ 100-104年收載新特材之品項數

收載年度	新特材類別/品項數		合計
	創新功能	功能改善	
100		43	43
101		35	35
102	1	1	2
103	10	16	26
104	7	58	65
合計			171

註:102年以前未將特材分類創新功能或功能改善之新特材分類。

積極導入新醫療科技-新診療項目



➤ 100-104年醫院總額新增診項目執行情形及財務影響。

單位:百萬點

申報年度 預算年度	項目數	預算	推估年增 預算	申報點數				
				100年	101年	102年	103年	104年
100年	7	300	168.36	14.58	65.52	99.95	135.59	172.29
101年	13	300	295.76		13.47	40.52	322.39 (註2)	181.03
102年	11	372	310.91			108.20	287.87	334.23 (註3)
103年	91	950	950.32				519.16	781.49
104年	27	300	253.71					72.80
合計			1,979	15	79	249	1,265	1,542

註1：申報醫令點數，係已扣除當年度新增診療項目被替代項申報情形進行計算。

註2：101新增項目申報醫令點數，於103年超出當年度之新增項目編列預算：

101年12月1日新增47092B「身體約束之護理監測照護費」，102年1-8月院所申報達4億點，推估全年將達6億點，經提會討論後按原提案編列之預算比例予以折付辦理，102年度已將院所申報之費用予以扣減；另同年研議調降支付點數並增列適應症，於103年4月1公告實施。

103年1-3月醫療院所申報47093B支付點數仍以600點申報，其103年第1季申報2項申報醫令點數約249百萬點。

註3：102新增項目申報醫令點數，於104年超出當年度之新增項目編列預算：

主要為新增13026C「抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統)」為替代原支付標準編號13012C，其當年度推估增加預算0.437億點，其申報情形超出推估之預算數，惟申報醫令點數仍於102年度總額編列之372百萬元內，足以支應。

新醫療科技預算數



項目	年	100年	101年	102年	103年	104年
醫院						
成長率		0.309%	0.318%	0.418%	0.584%	0.646%
增加金額(億元)		6.356	9.881	13.491	20.014	22.755
西醫基層						
成長率		0.113%	0.038%	0.041%	0.104%	0.122 %
增加金額(億元)		1.015	0.346	0.384	1.002	1.200

強化基層能力(基層跨表)



項目	年	100年	101年	102年	103年	104年
新增預算 (百萬元)		18.9	33.7	10.3	17.3	-
項數		5	10	11	7	1
執行數 (百萬點)		19	9	1.8	10.1	1.8
預算執行率		100.5%	26.7%	17.5%	58.4%	-

疾病管理方案之照護人數



(千人)
1000

500

0

95

96

97

98

99

100

101

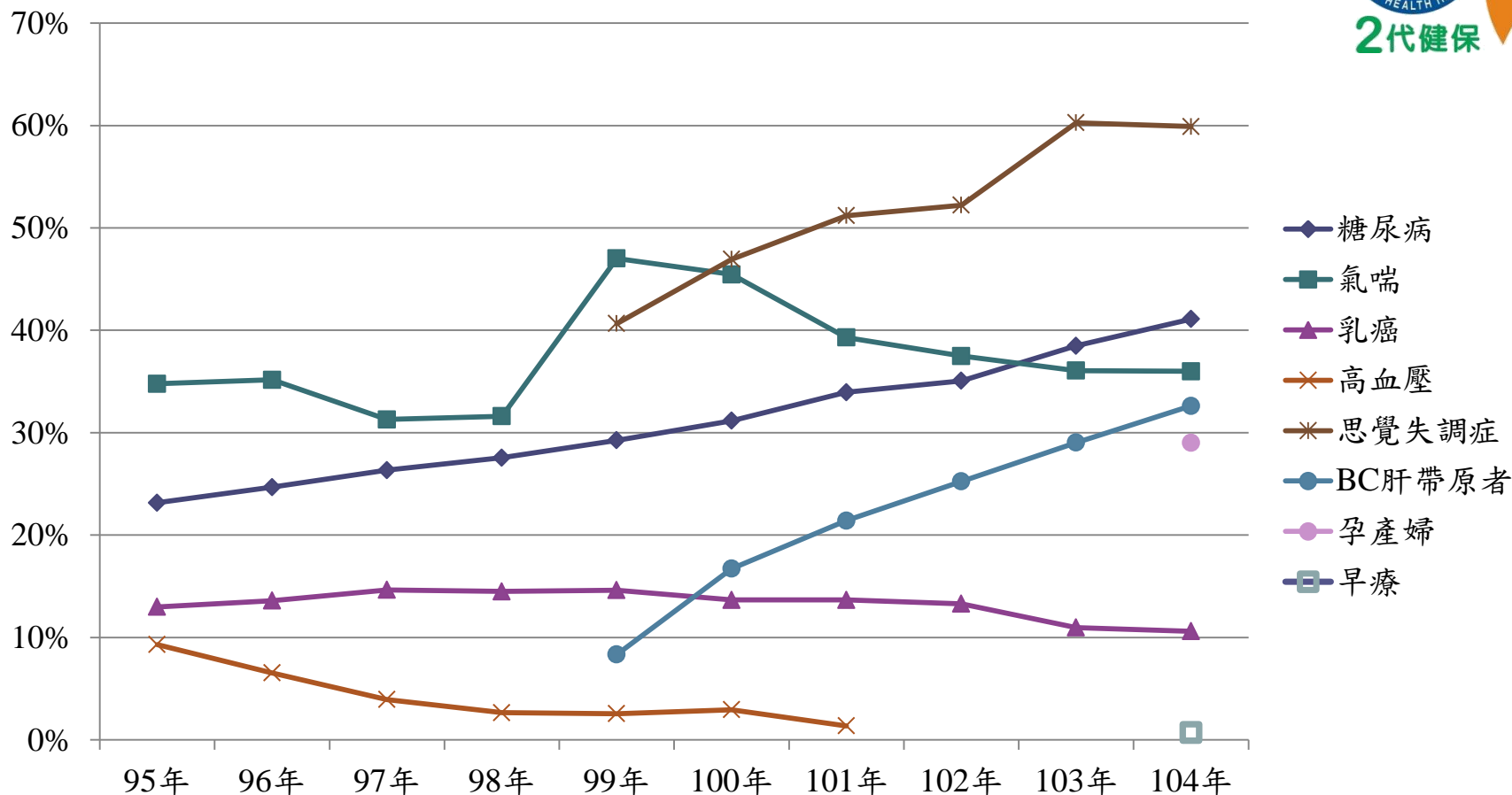
102

103

104

7項疾病管理方案
共照護90萬人

醫療給付改善方案-照護率



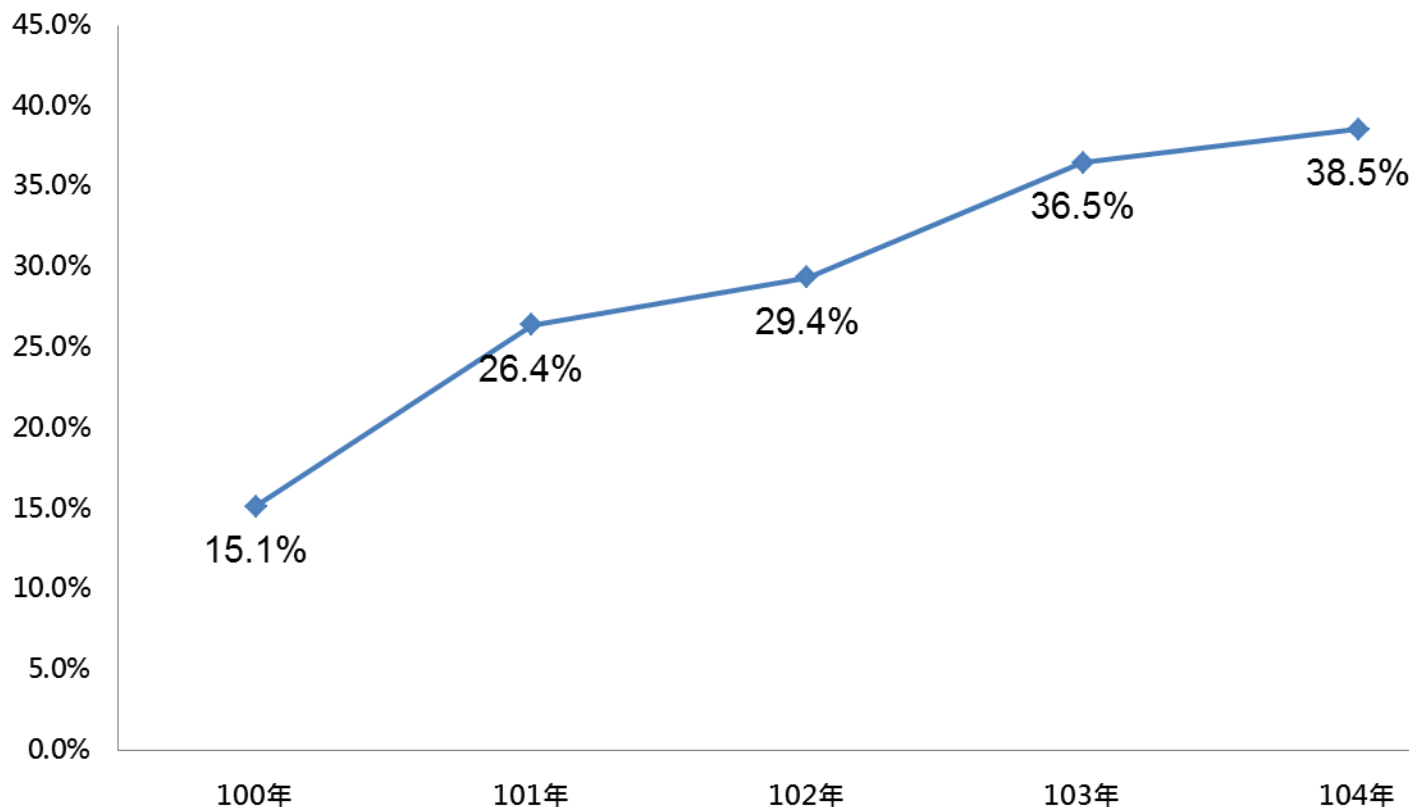
註1：照護率 分子：當年度申報該方案相關費用之歸戶人數。

分母：當年度該疾病之符合收案條件之歸戶人數(糖尿病)或當年度申報該疾病診斷之歸戶人數(氣喘、乳癌、高血壓、思覺失調症、BC肝帶原者)。

註2：糖尿病方案99年放寬收案條件；氣喘方案配合收案對象定義改變，99年照護率統計方式改變：99年以前分母是以門診主診斷493歸戶人數，排除兩次就醫大於60天者。99年開始分母是以門診主診斷493歸戶人數，60天內同院所就醫2次以上。

註3：高血壓方案因病患常合併多重疾病，例如糖尿病、慢性腎臟病等，故未再以疾病別單獨另列計畫追蹤，自102年1月1日起停止試辦。

Early-CKD個案照護率



註

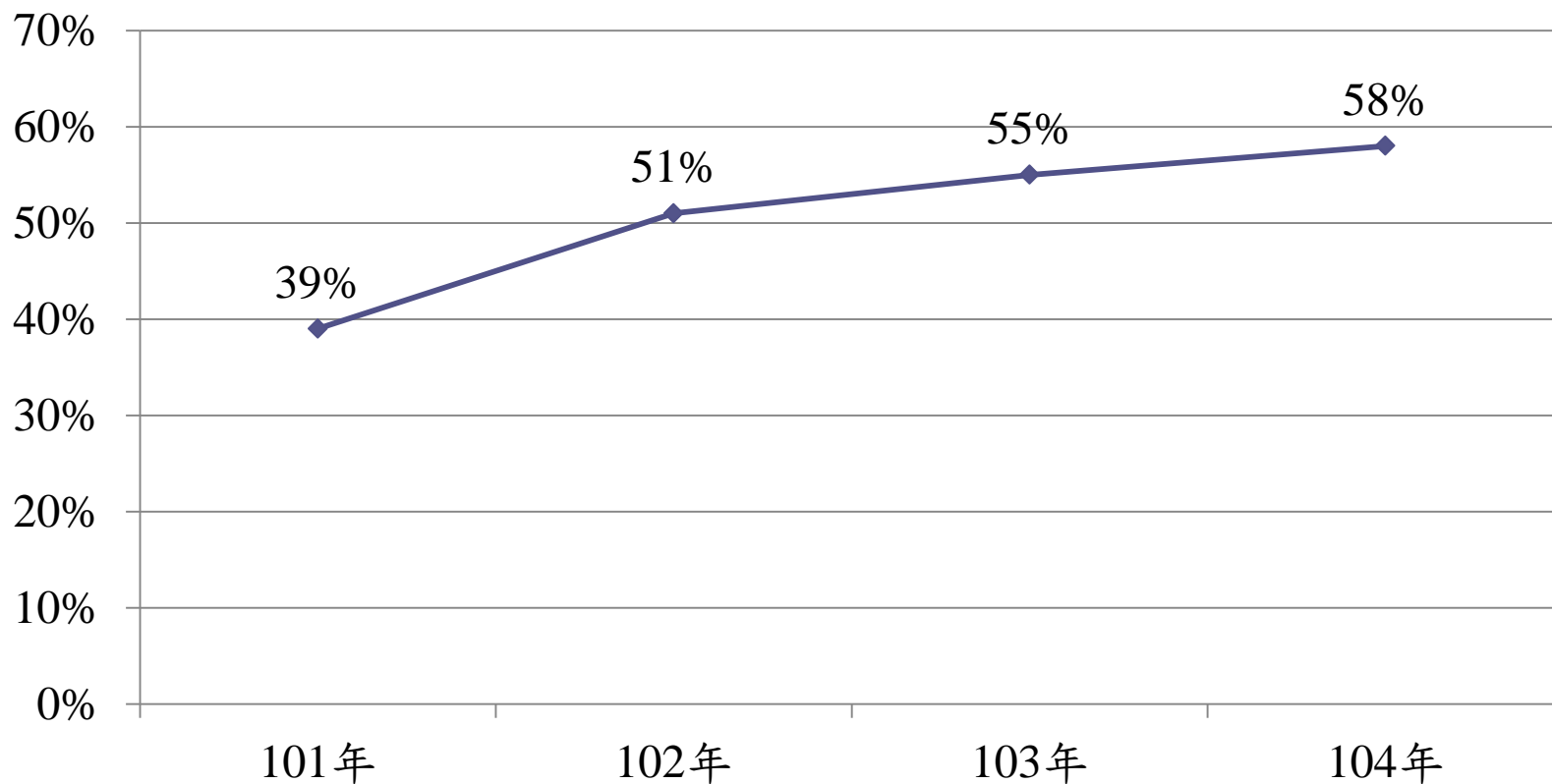
1、資料來源：署二代倉儲系統門診醫令申報檔。

2、分母：ICD-9-CM：016.0、095.4、189.0、189.9、223.0、236.91、250.4、271.4、274.1、283.11、403.x1、404.x2、404.x3、440.1、442.1、447.3、572.4、580-588、591、642.1、646.2、753.12-753.17、753.19、753.2、794.4主次診斷門診出現2次或住診出現1次，歸戶病人數，排除洗腎及申報醫令代碼為P3402C、P3403C、P3404C、P3405C的病人。

3、分子：申報醫令代碼前3碼為P43之歸戶人數(ID數)。

* 未來將合併資訊整合及資料上傳，將所有提供符合Guidline院所個案均予納入，以計算「實際照護率」呈現。

新增透析個案有接受 Pre-ESRD之占率

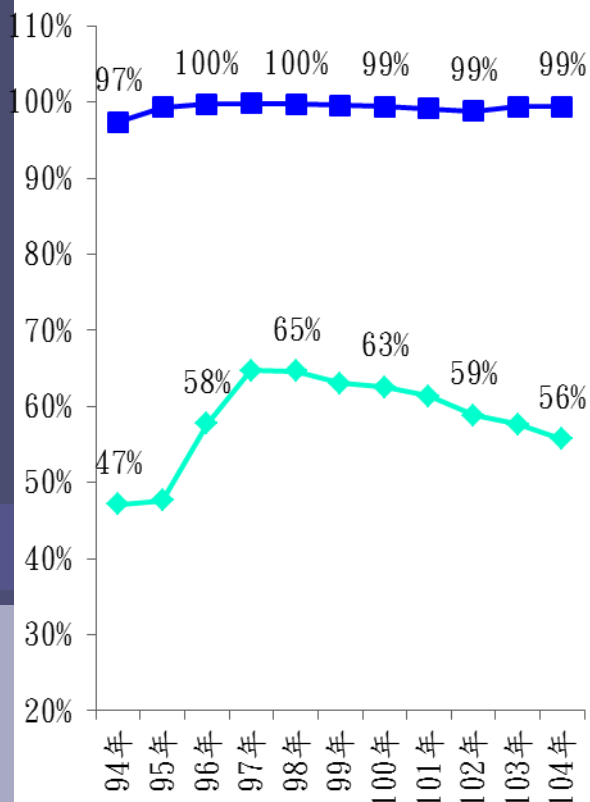


註：Pre-ESRD計畫自2012年起始由院所依本署相關規定申報P碼，故本表2012-2015年度個別新透析病人執行本計畫P碼之情形，以回溯至2012年為限。

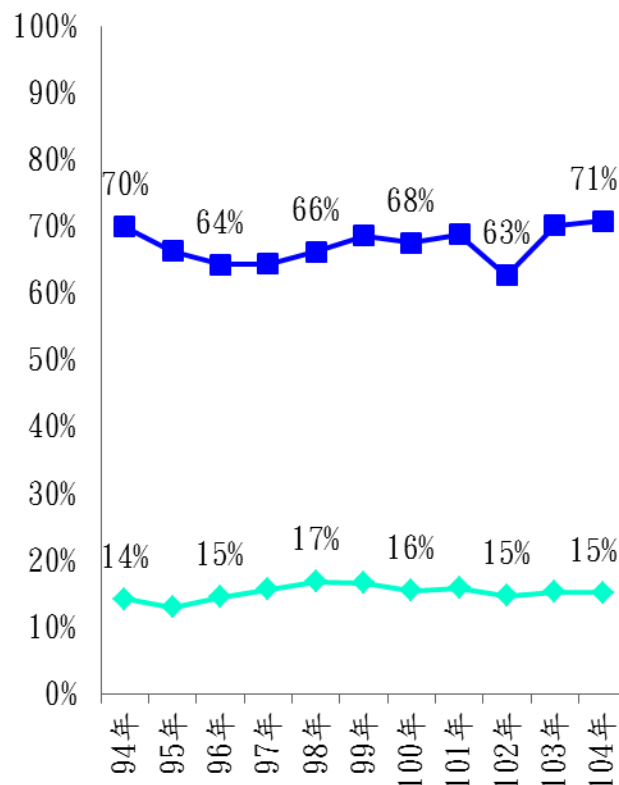
糖尿病-診療指引遵循率



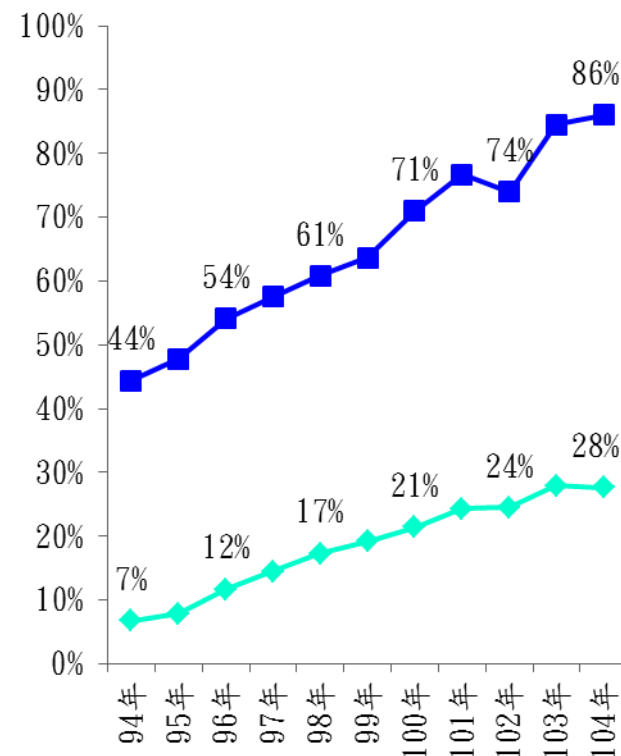
HbA1C



眼底鏡檢



微量白蛋白



非論質照護

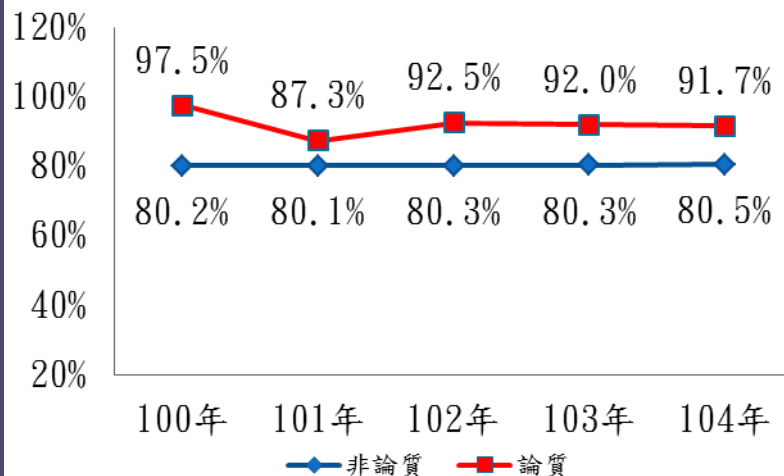


論質照護

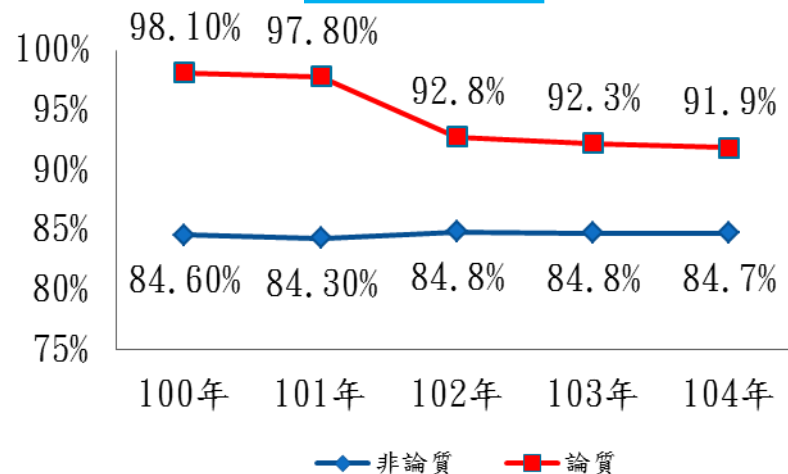
B、C肝-診療指引遵循率



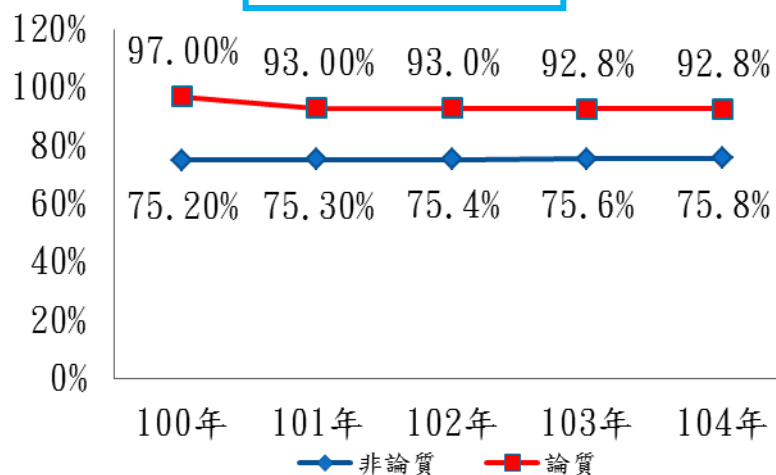
GOT



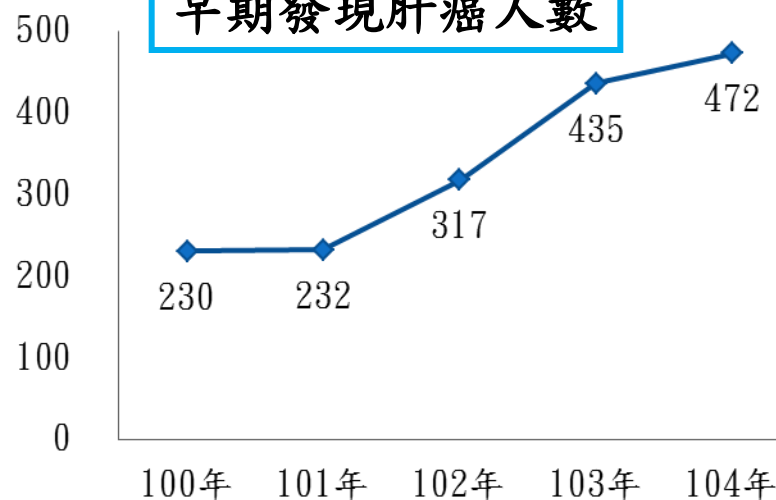
GPT



腹部超音波



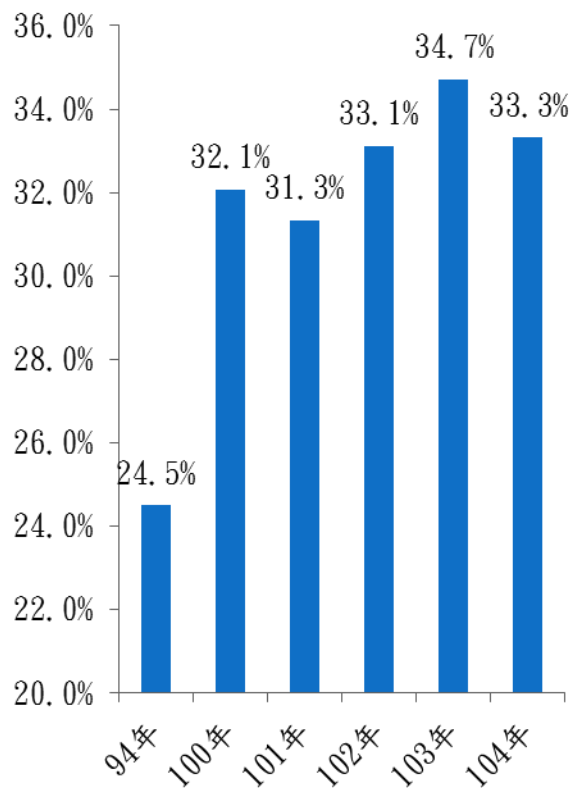
早期發現肝癌人數



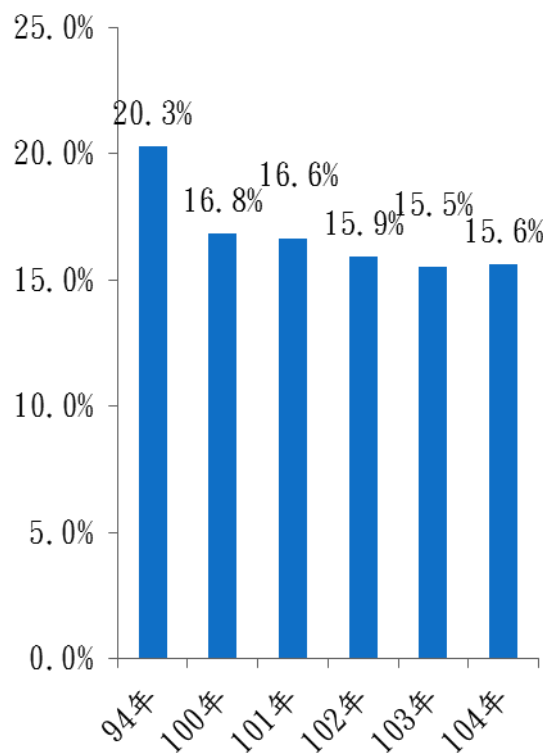
糖尿病-臨床檢驗結果



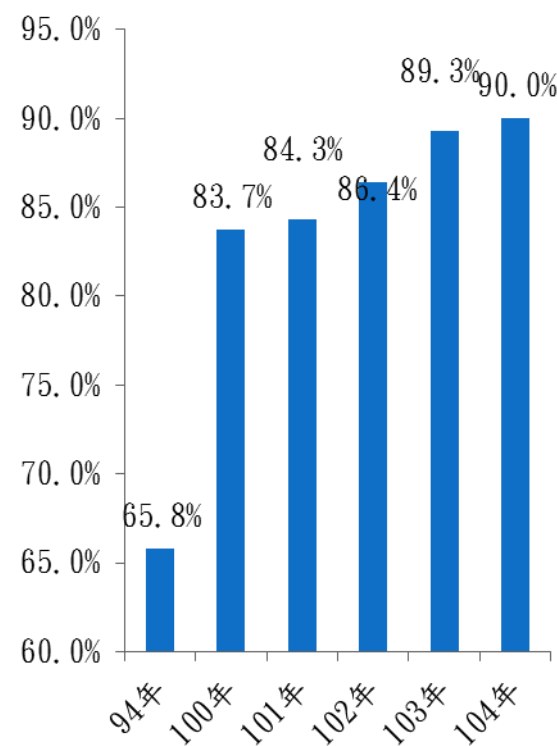
HbA1C < 7.0% (良率)



HbA1C > 9.0% (不良率)



LDL ≤ 130 (良率)



註：94年新參加個案為6.8萬人。

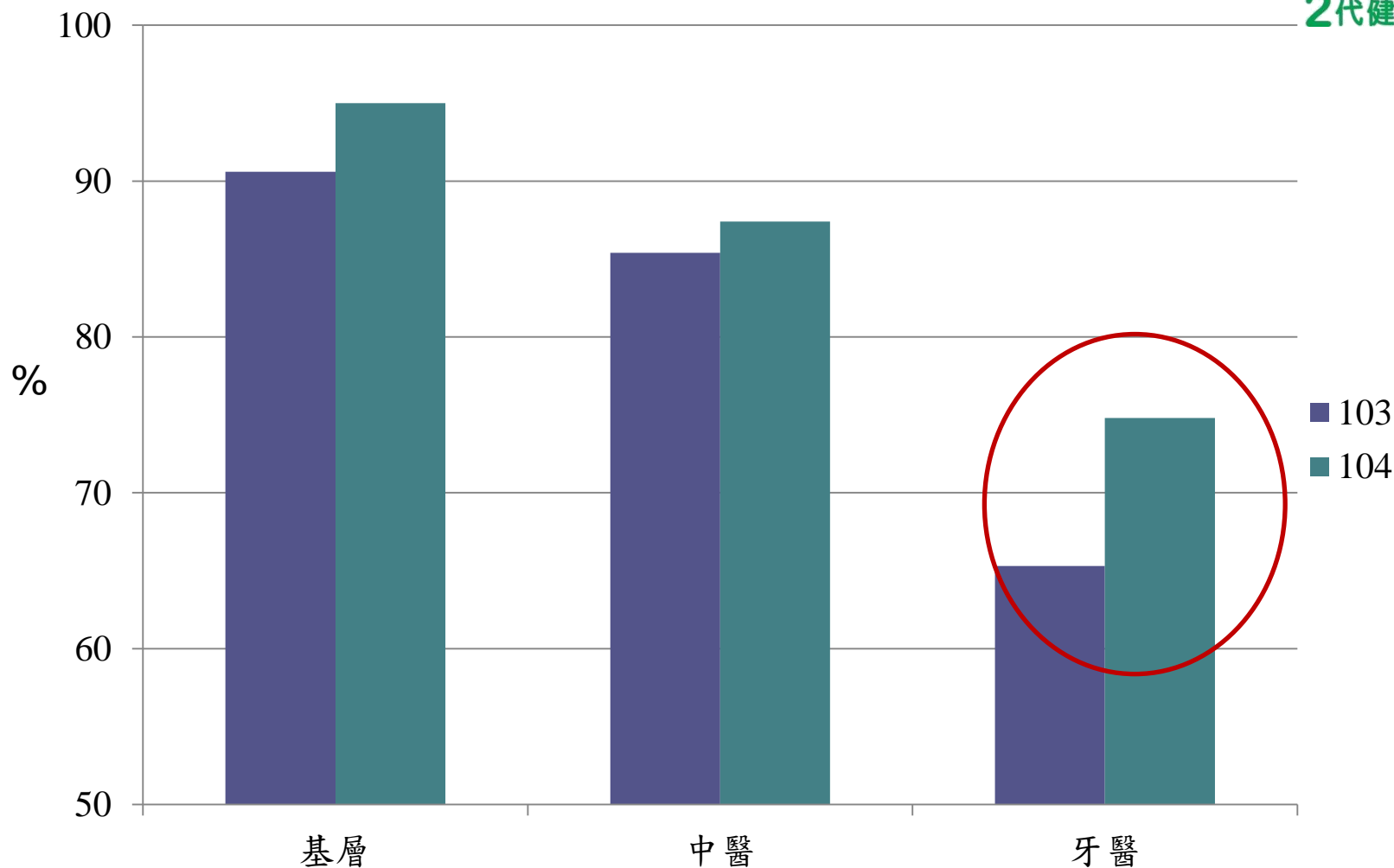
糖尿病-透析發生率



94-104年	透析人數	糖尿病人數	透析發生率
皆連續照護	229	33,472	<u>0.68%</u>
皆未連續照護	23,335	346,130	<u>6.74%</u>
曾接受照護但 未連續	14,437	279,675	5.16%
合計	38,001	659,277	5.76%

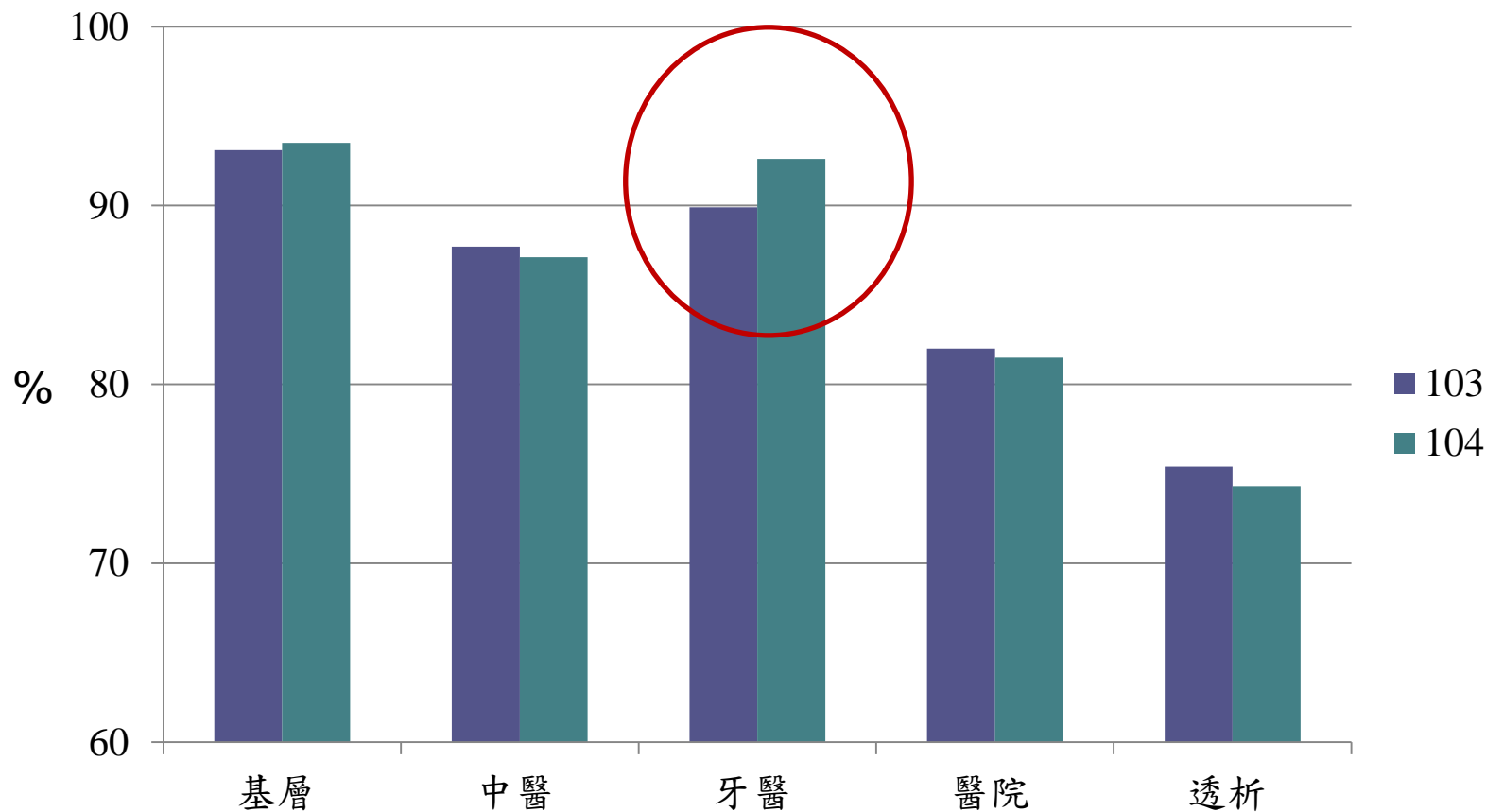
註：追蹤94年之糖尿病人(排除案件分類08，90天內2次以上主診斷250之就醫)，比對94~104年重大傷病檔領證ID，主診斷慢性腎衰竭(尿毒症)，585、40301、40311、40391、40402、40403、40412、40413、40492、40493。

滿意度調查-預約醫師容易程度

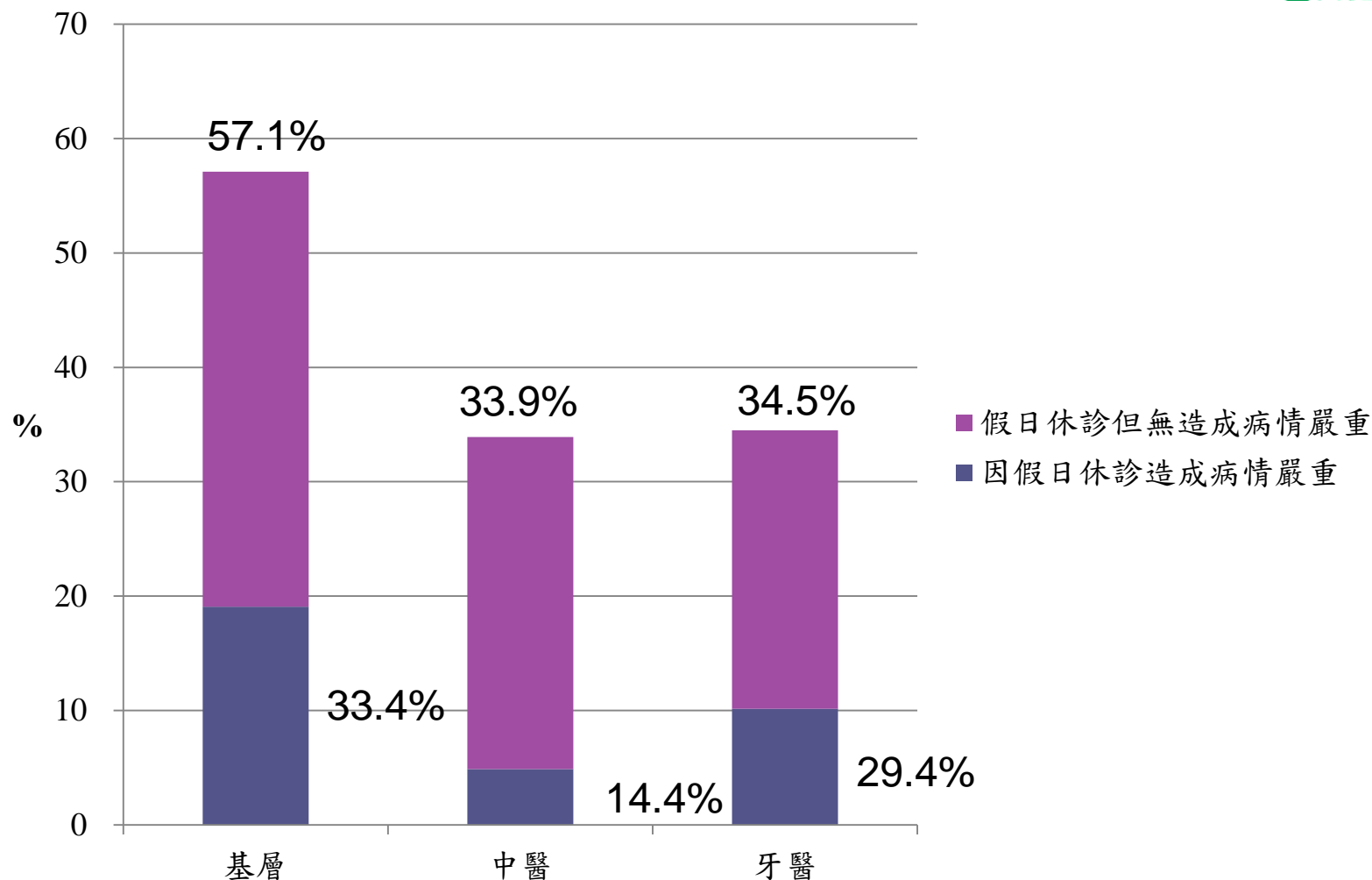


註. 本表呈現數據為容易+非常容易，門診透析與醫院部門無本題項

滿意度調查-交通時間可接受程度



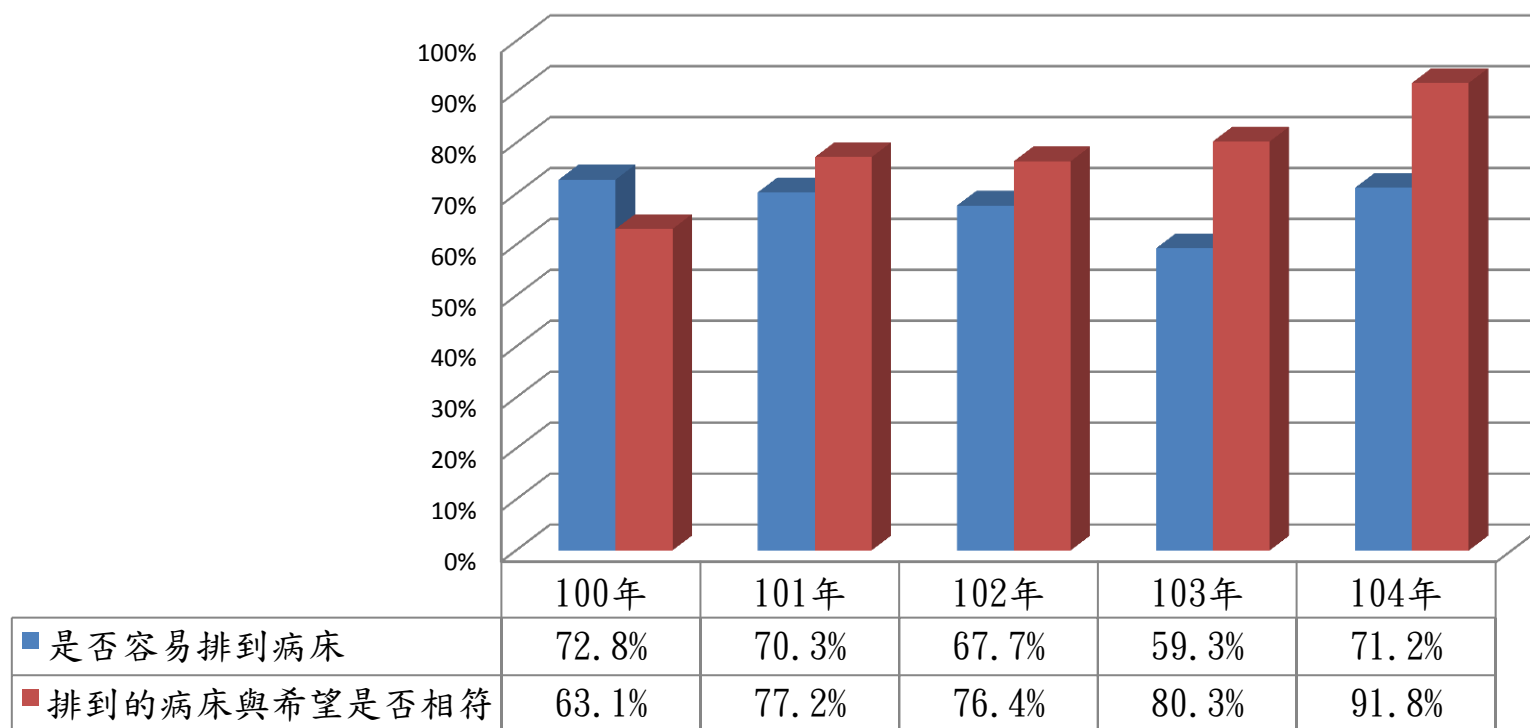
滿意度調查-假日有看診需求之比率



住院病床等待與期望



- 是否容易排到病床：104年約7成的民眾表示容易。
- 是否與期望相符：104年約9成的民眾期待相符。



註：回答人數，103年59人(占率5.1%)；104年106人(占率5.2%)。



執行概況—效率性



西醫部門	28
中醫部門	41
牙醫部門	44
抑制資源不當耗用	47

推動Tw-DRGs



• 執行情形

年		98	99	100	101	102	103	104	105
經費(億元)		3	3	3	3.87	3.87	6.67	2.8	<u>11.14</u>
實際	導入階段		1				2		
	導入項目(項)	--	164	--	--	--	237	--	
導入項目占DRG費用比			28.6%				7.6%		
導入項目占住院費用比			16.7%				4.3%		

預計分5個階段導入，共1,062項。

1.100~102年因Tw-DRGs第2階段項目尚未導入，故預算未執行。

2.103年導入Tw-DRGs第2階段項目，併醫院總額一般服務費用結算3.87億元。

3.104年因 Tw-DRGs第3階段項目尚未導入，預算尚未執行。

4.105年因 Tw-DRGs第3-5階段項目尚未導入，預算尚未執行。

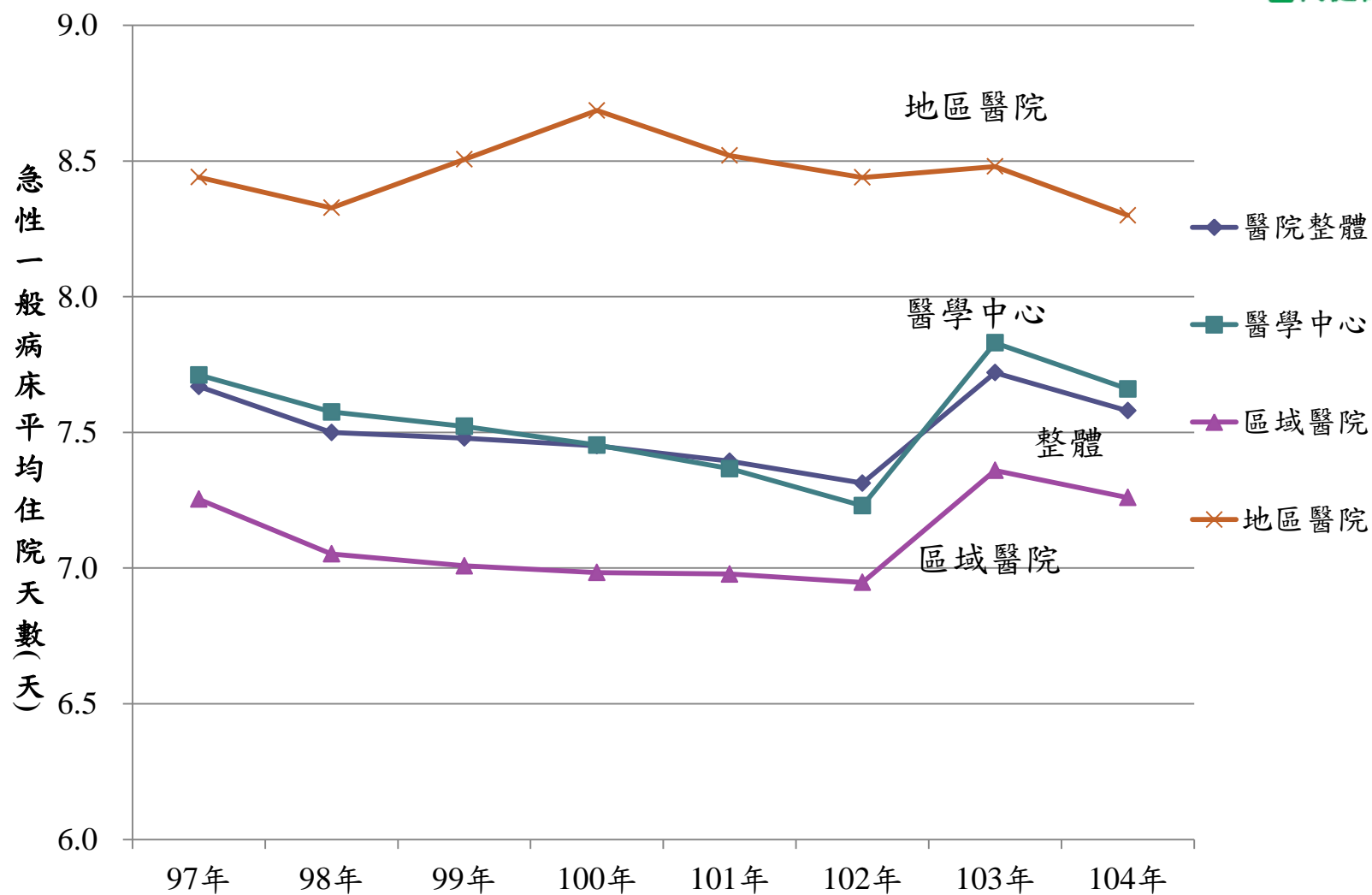
Tw-DRGs之成效



<div> <div>年度</div> <div>指標</div> </div>	已實施DRGs			待實施DRGs		
	103	104	變化 幅度	103	104	變化 幅度
3日內再急診率	2.1%	2.0%	↓ 4.3%	4.2%	4.3%	↑1.4%
14日內再住院率	3.8%	3.4%	↓10.1%	15.1%	14.6%	↓3.2%
住院日數	4.3	4.0	↓ 6.4%	12.6	12.4	↓1.7%
轉院率	0.8%	0.6%	↓21.1%	3.4%	3.3%	↓2.4%
急性心肌梗塞出 院後30內死亡率	9.6%	8.9%	↓ 6.9%			

急性一般病床平均住院天數

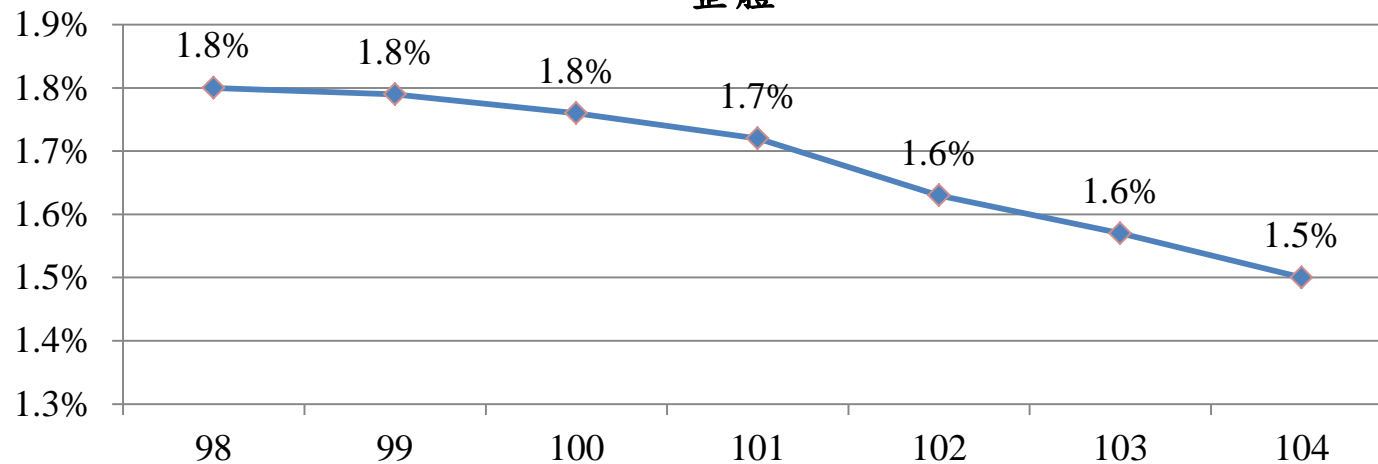
-健保監理指標



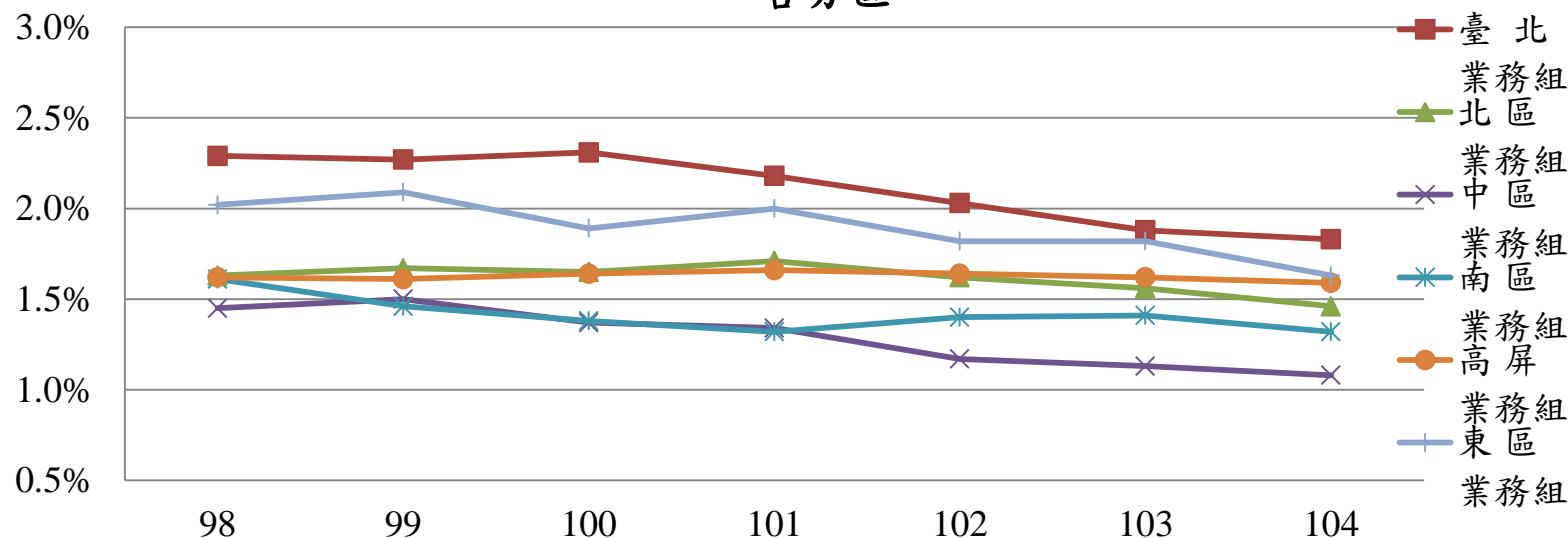
急性病床住院天日數超過30天之 比率-醫院總額



整體

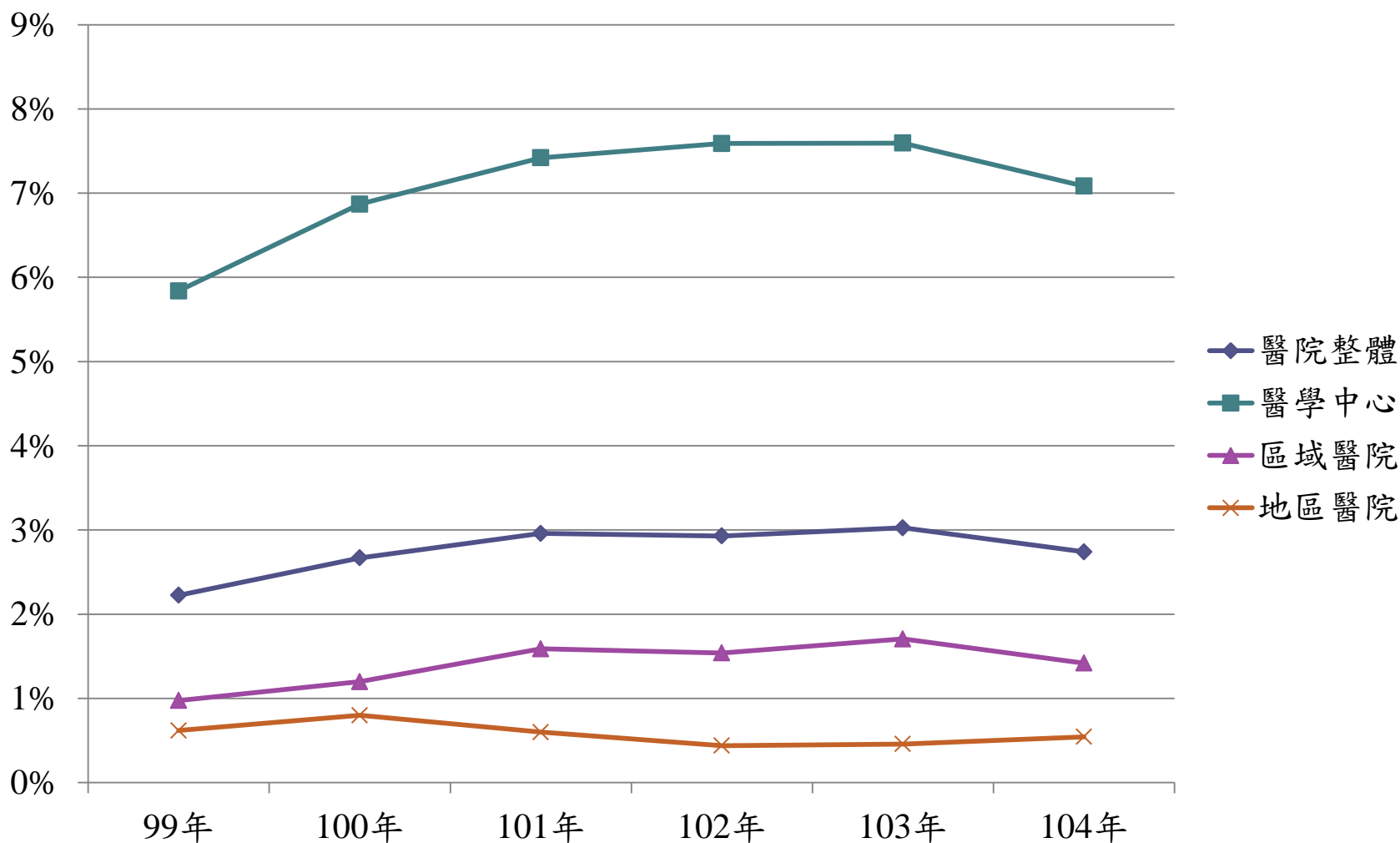


各分區



急診置留超過24小時比率

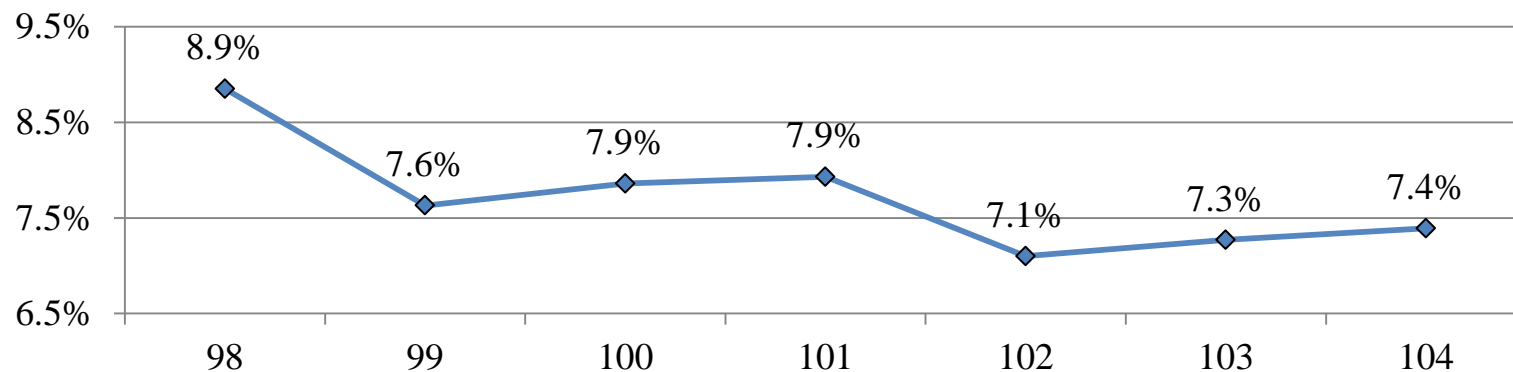
-健保監理指標



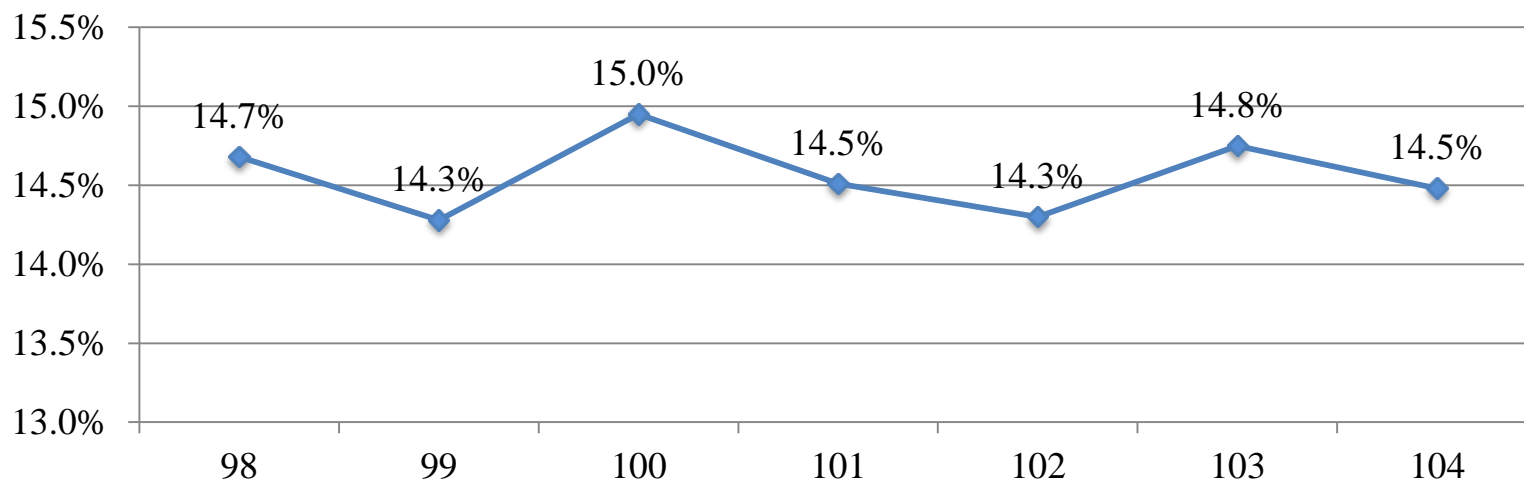
門診上呼吸道感染病人就診後未滿7日因同疾病再次就診率



醫院總額

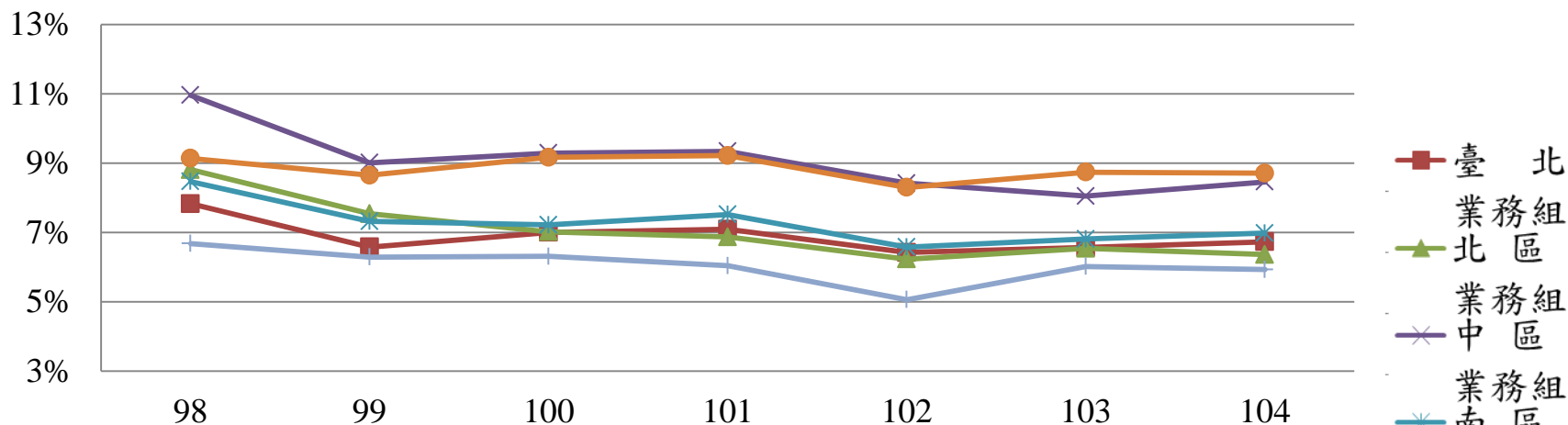


西醫基層

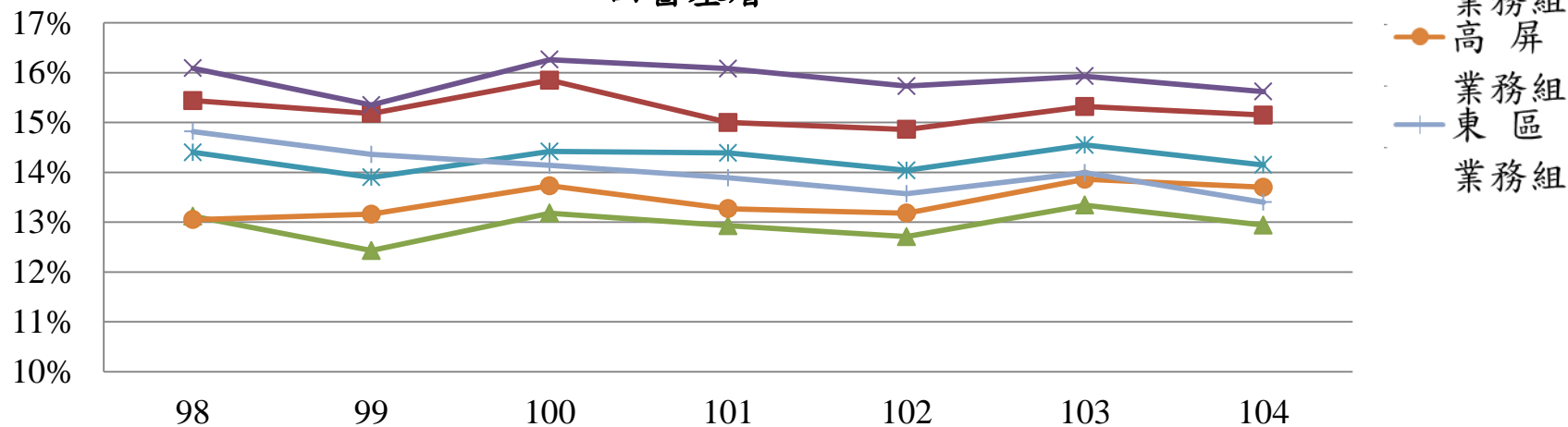


門診上呼吸道感染病人就診後未滿7日 因同疾病再次就診率-各分區

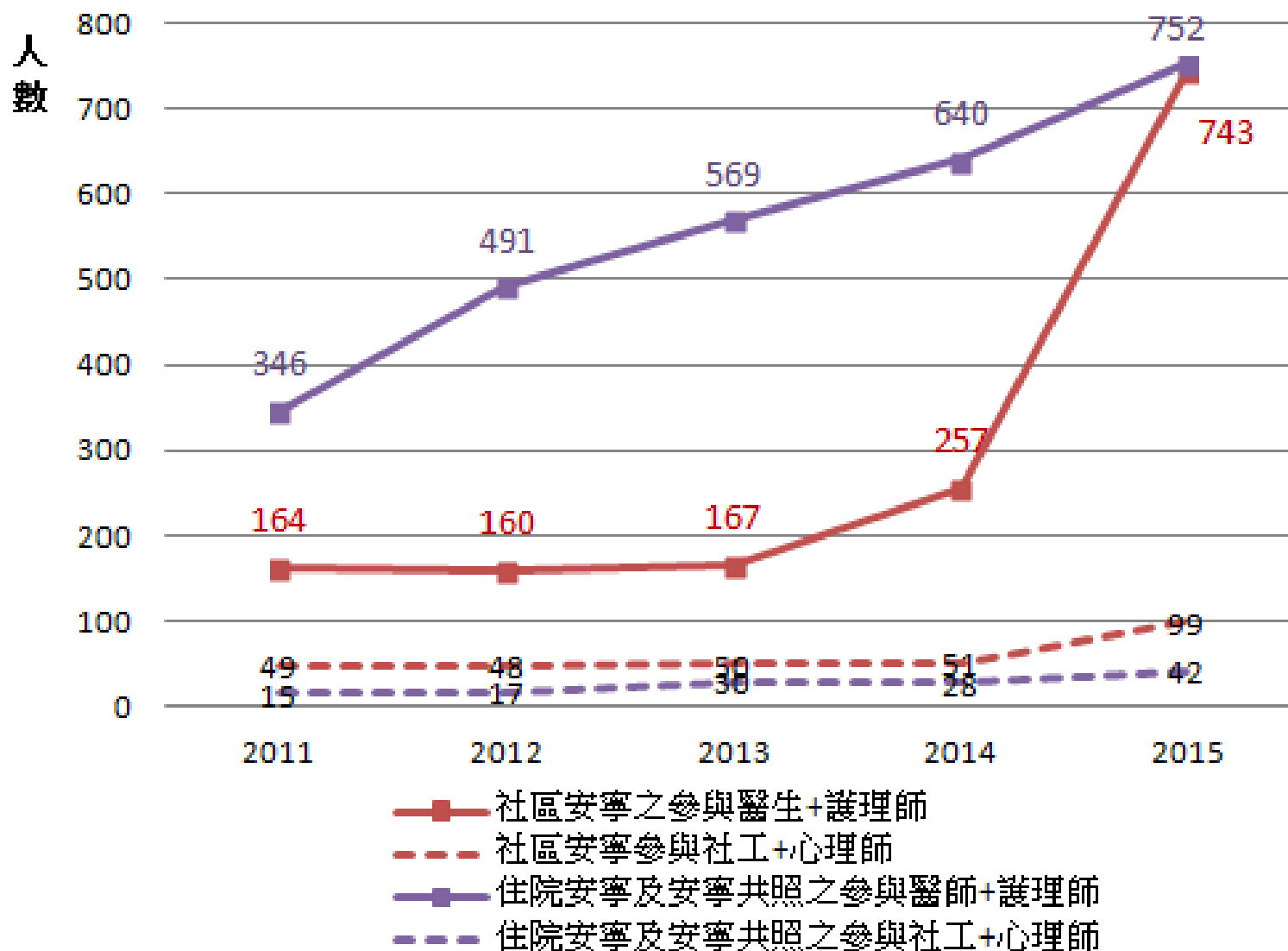
醫院



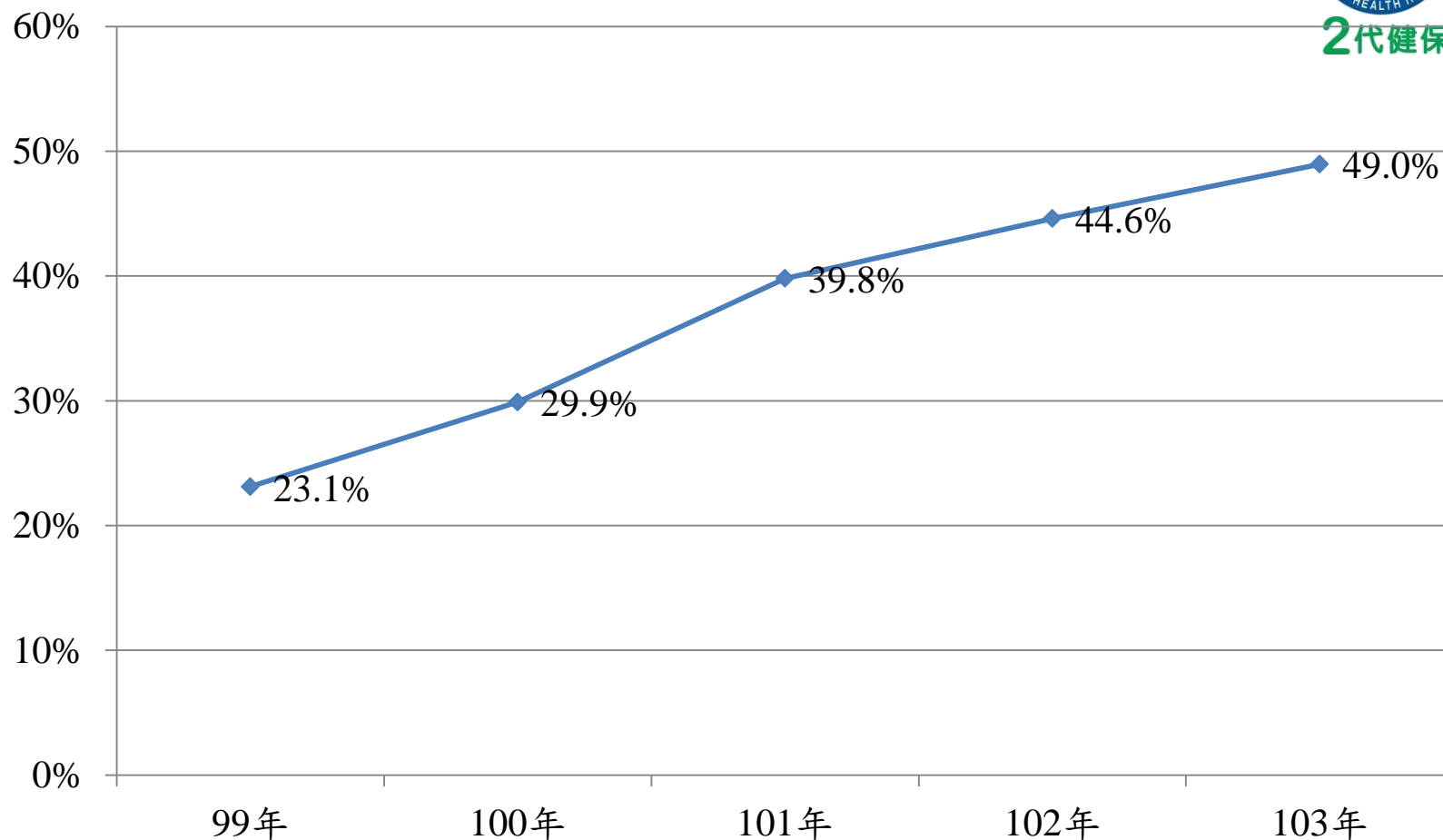
西醫基層



推廣安寧療護-供給面



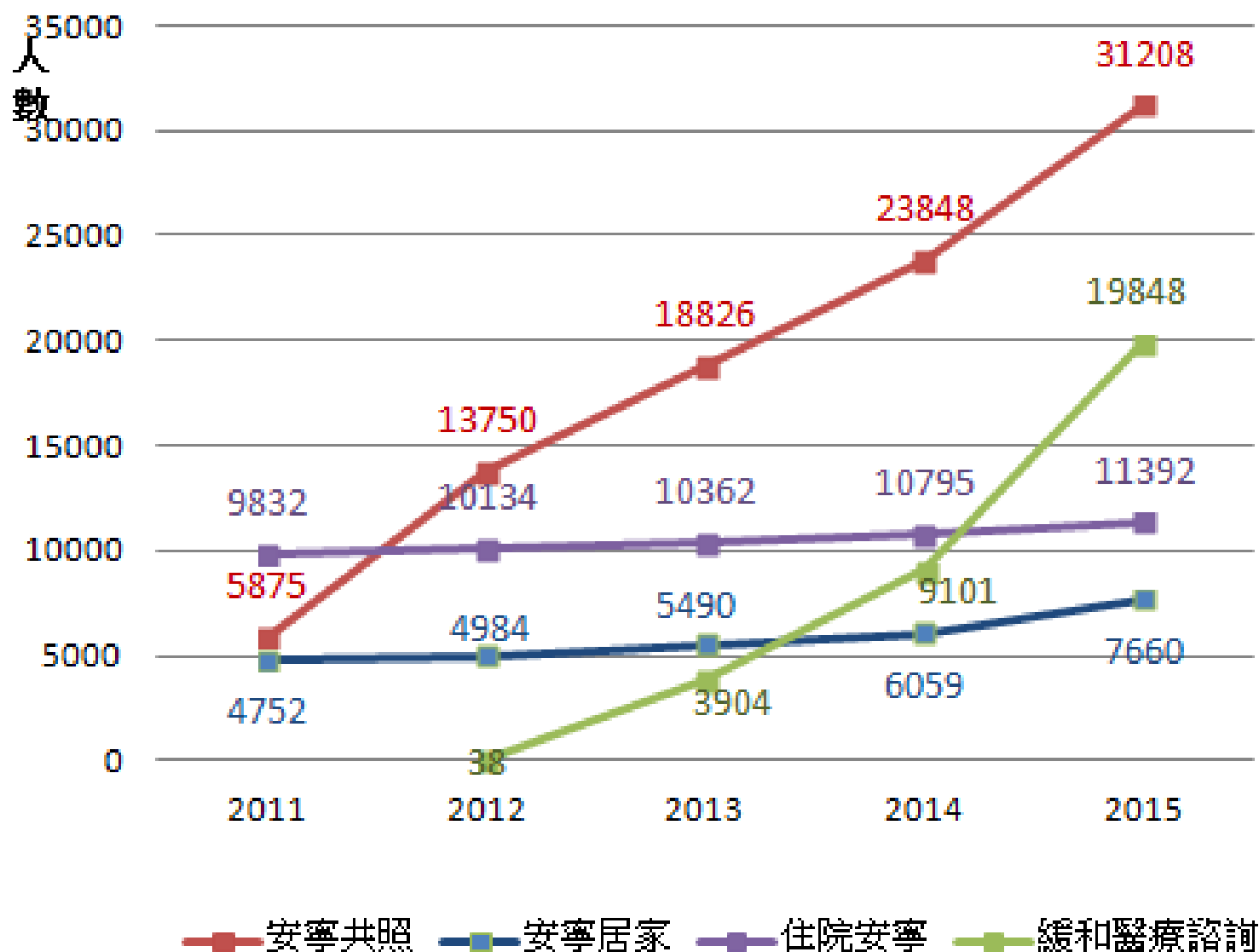
癌症死亡前1年接受安寧療護之比率



註：

1. 資料來源:健保署二代倉儲門診、住院明細醫令檔、衛生福利部全國死因檔(擷取日期:104年11月19日)。
2. 使用安寧療護係指接受安寧住院、安寧居家及安寧共照任一項。
3. 本資料以死亡前一年內曾接受安寧療護之人數統計。

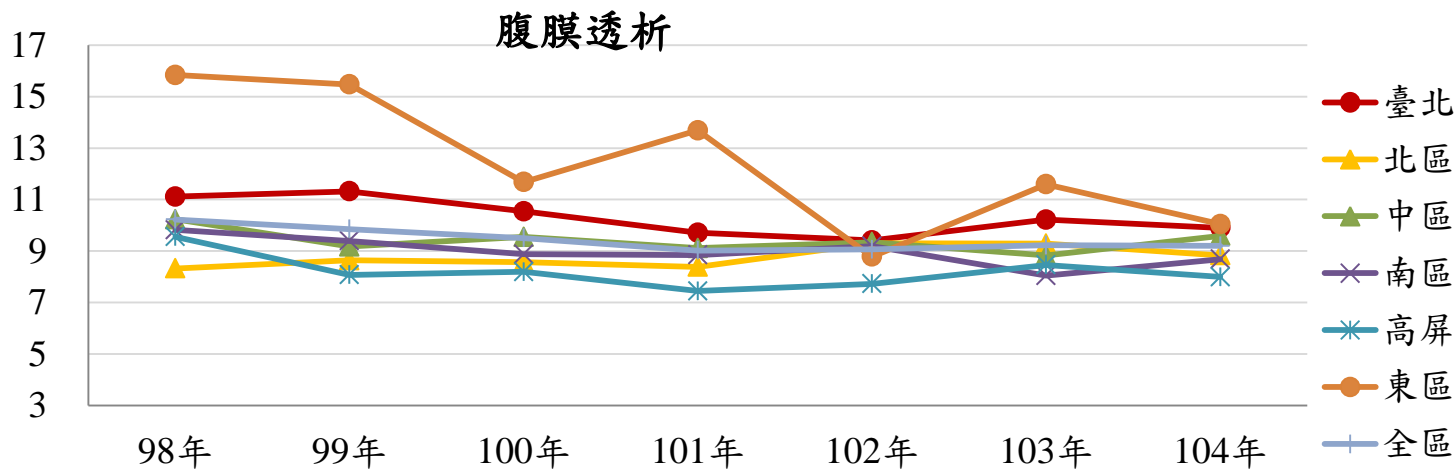
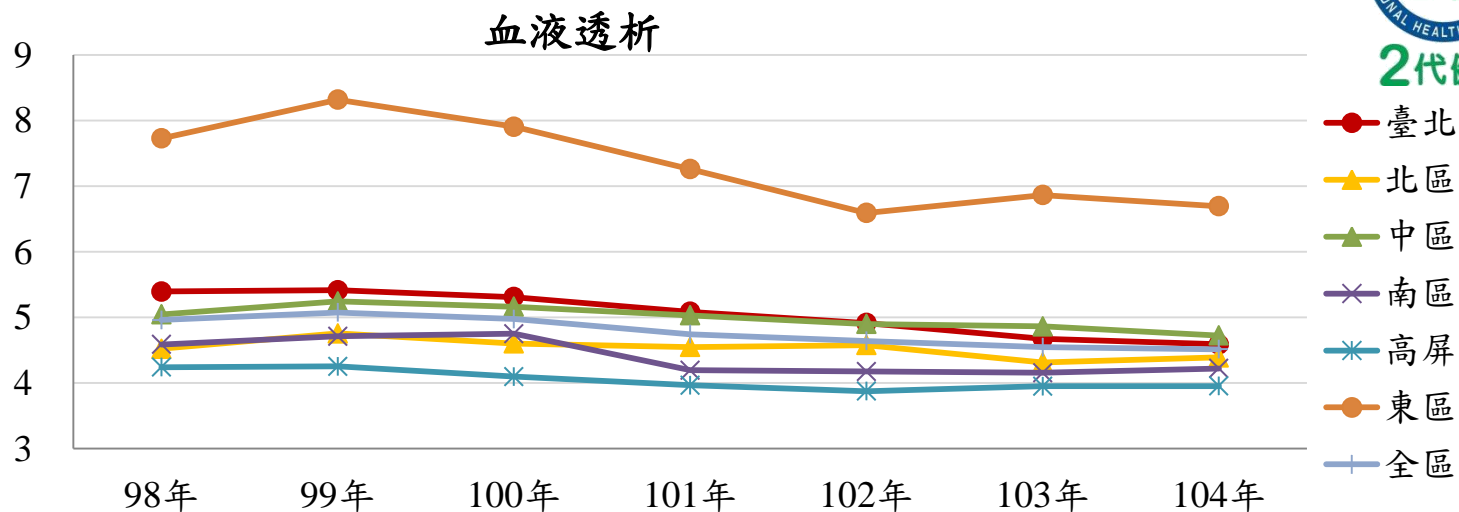
安寧療護之推動成效-服務人數



同院住院率



負向指標



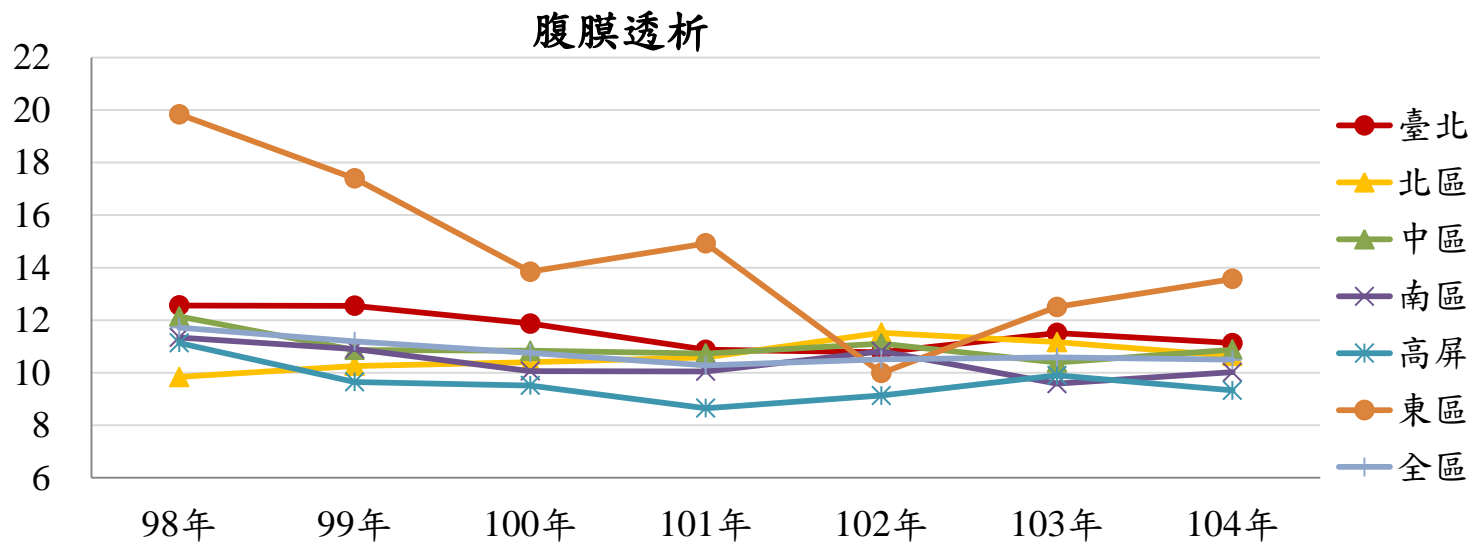
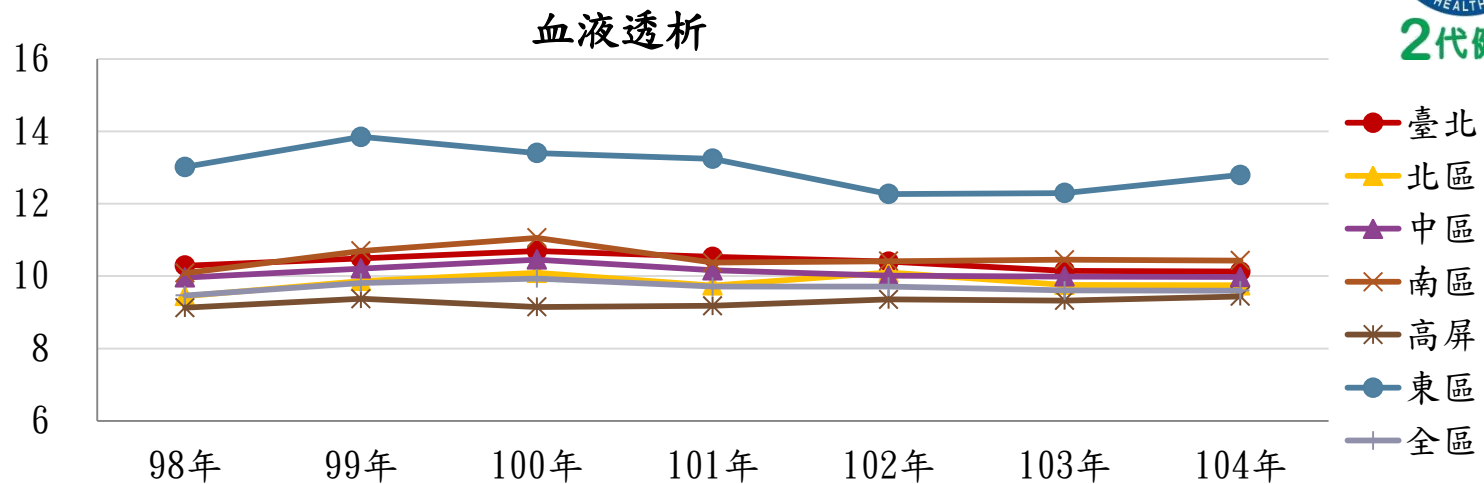
備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1836、1838)。

同院住院率 = (追蹤期間同院勾稽住院次數) × 100 / (追蹤期間之總病人月數)

跨院住院率



負向指標

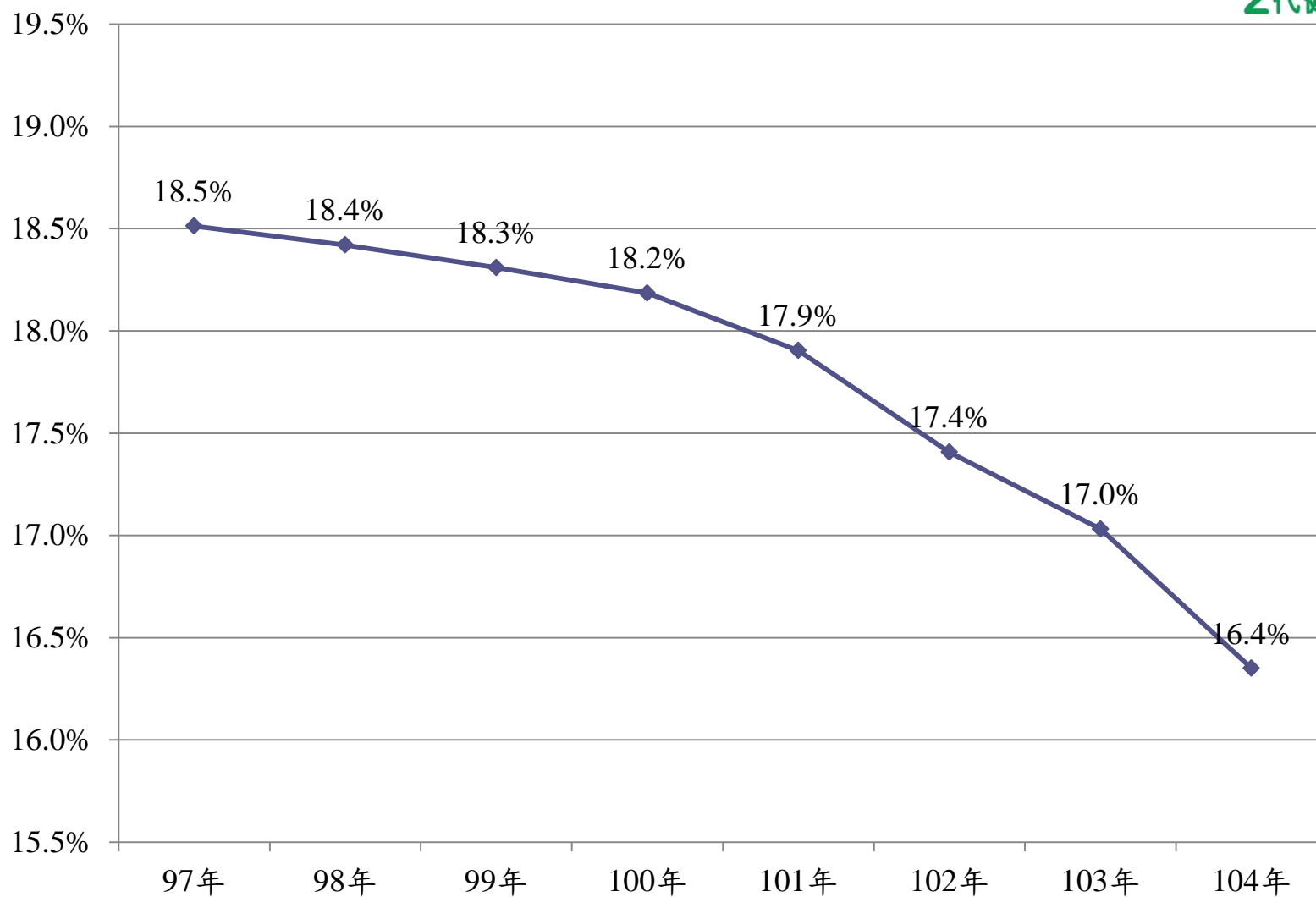


備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1444、1446)。

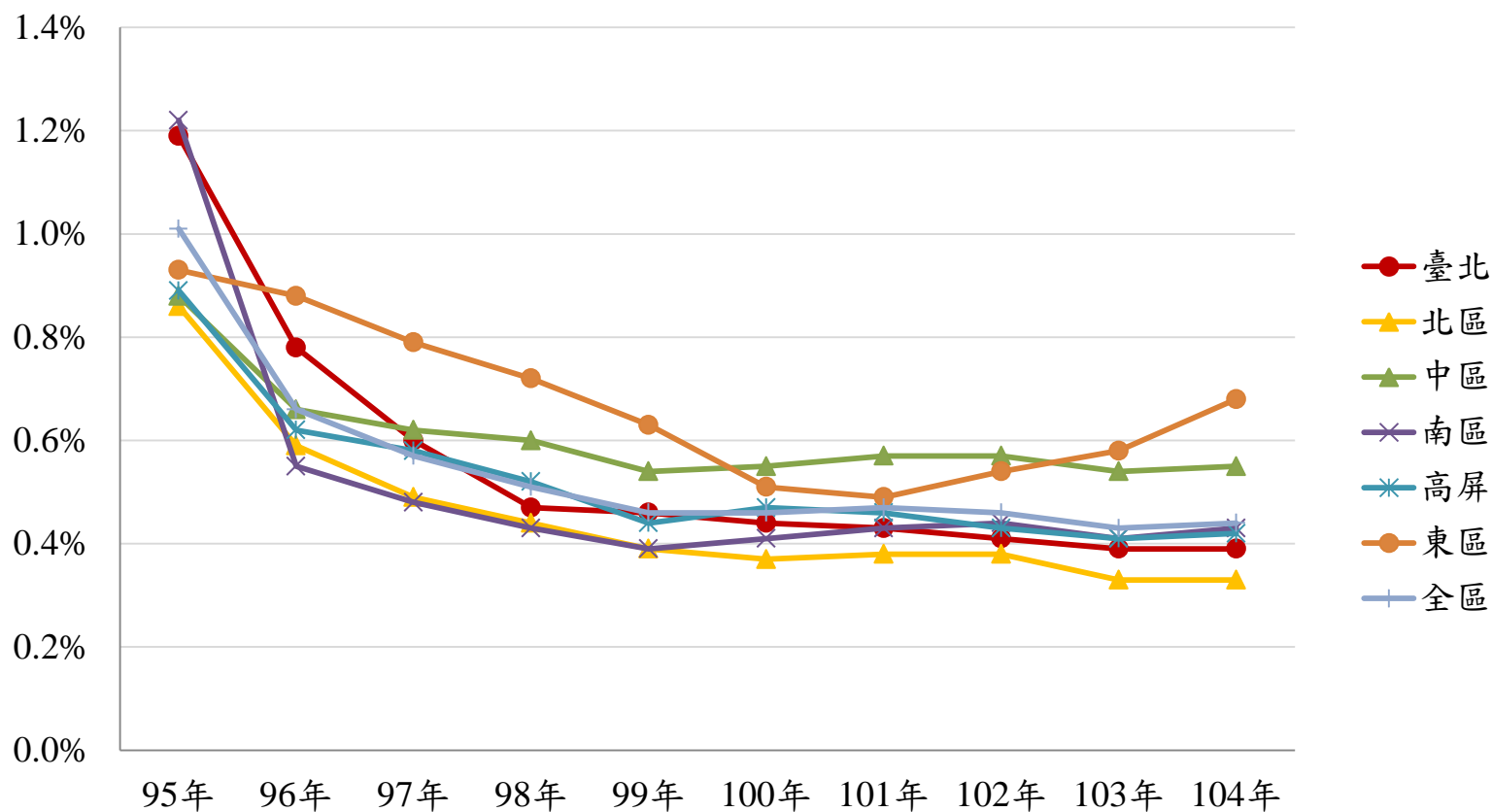
跨院住院率 = (追蹤期間跨院勾稽住院次數) × 100 / (追蹤期間之總病人月數)

區域醫院以上初級門診照護率

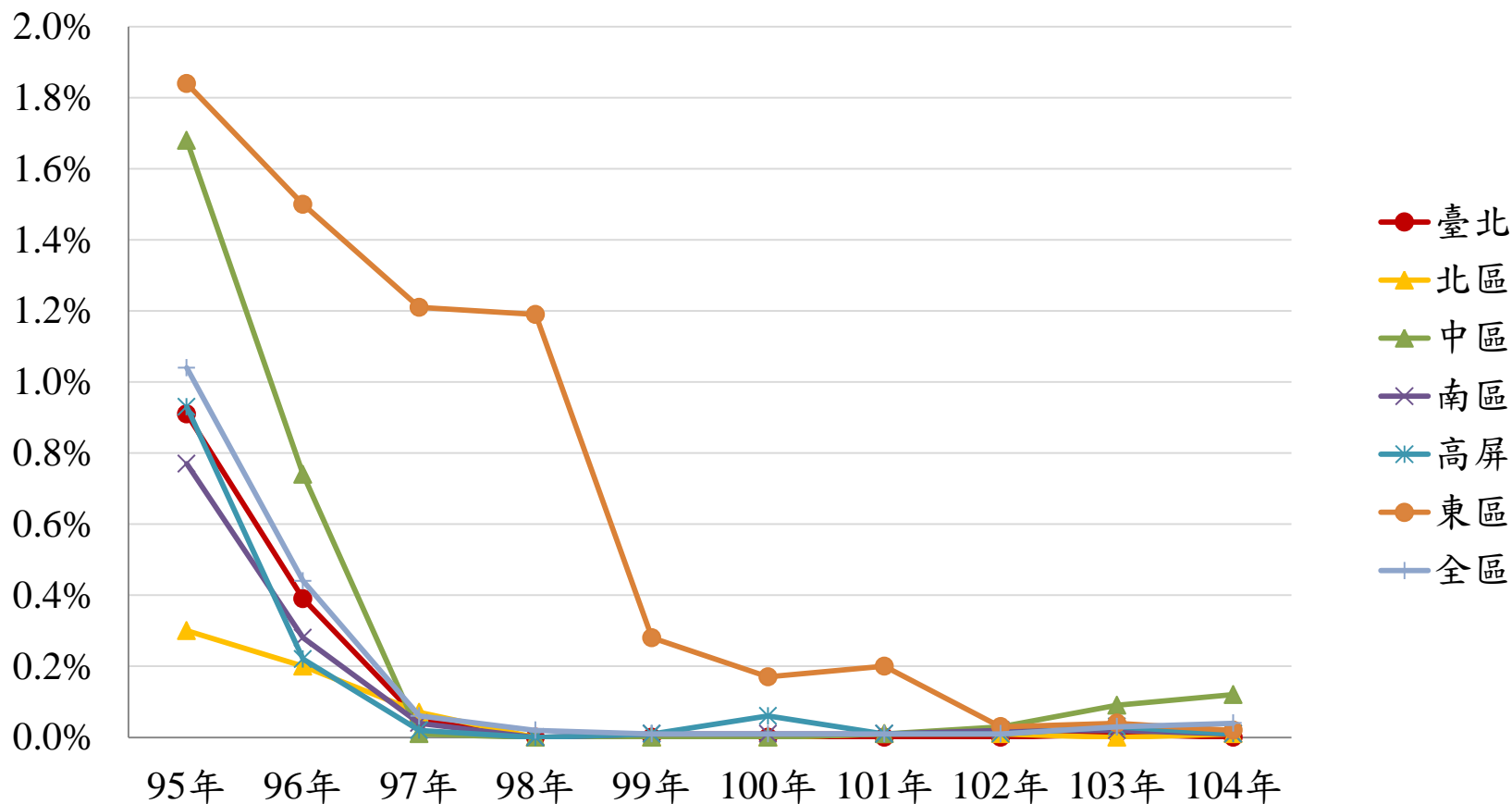
-健保監理指標



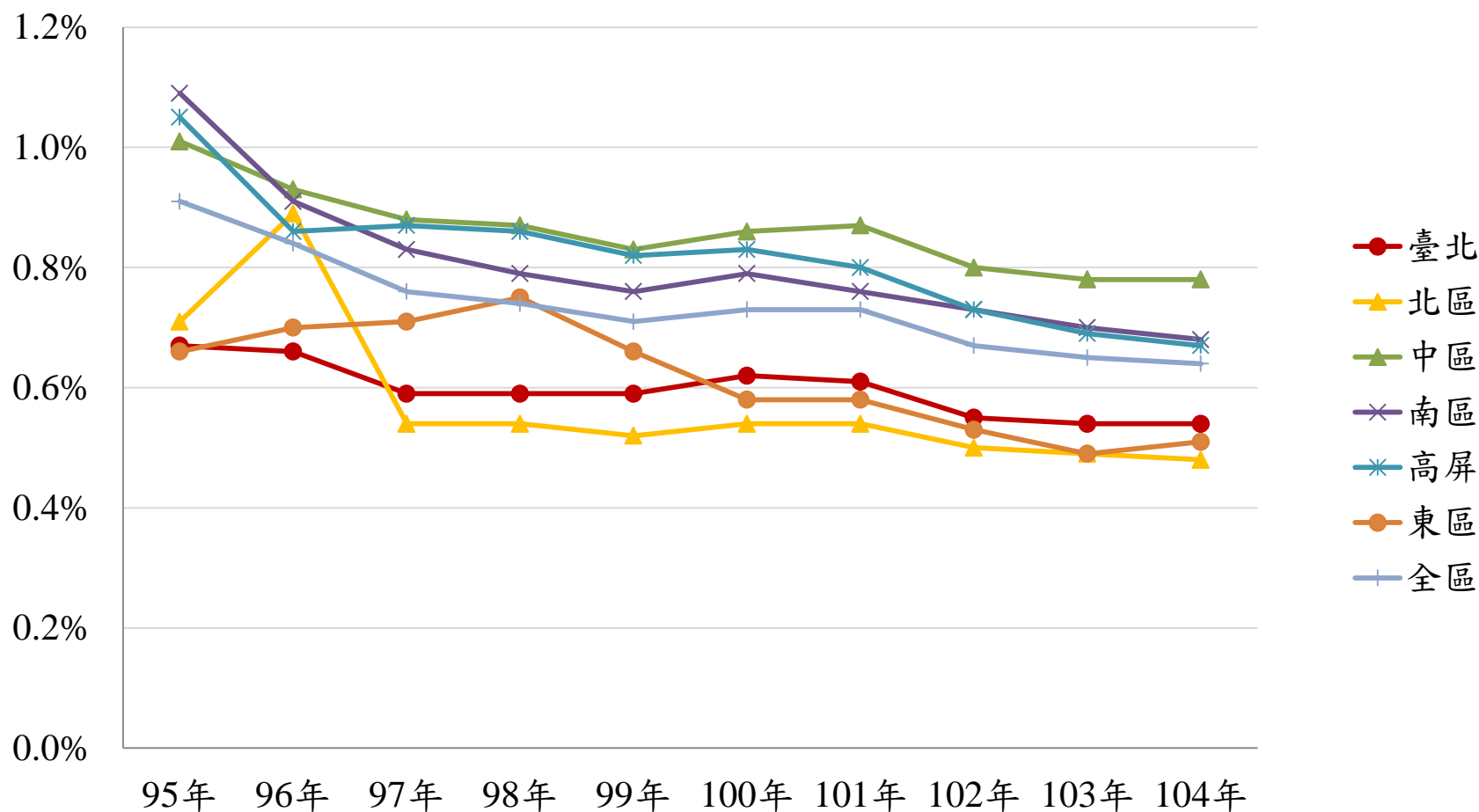
就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率



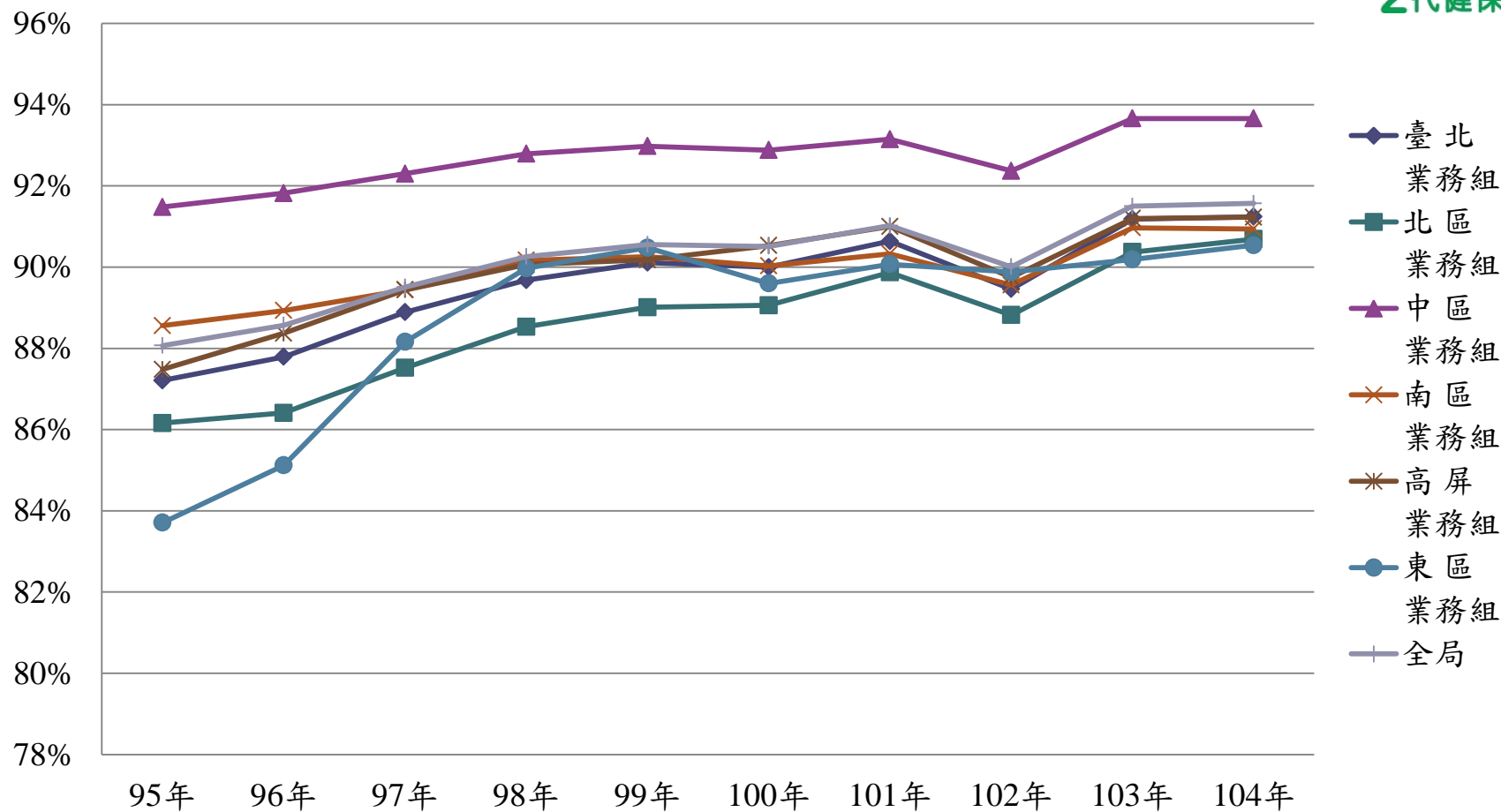
同院所針傷科處置次數每月大於15次之比率



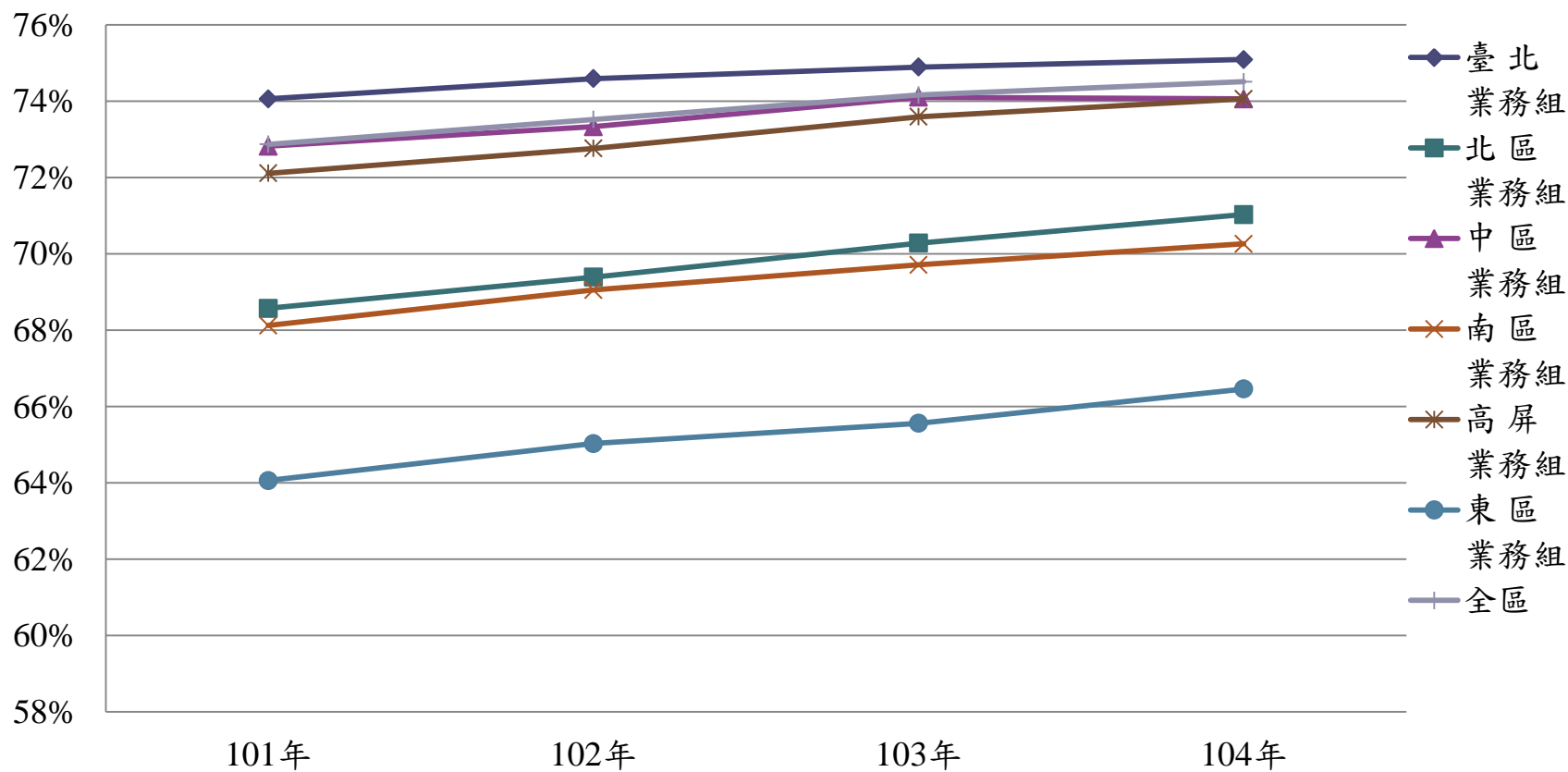
使用中醫師門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率



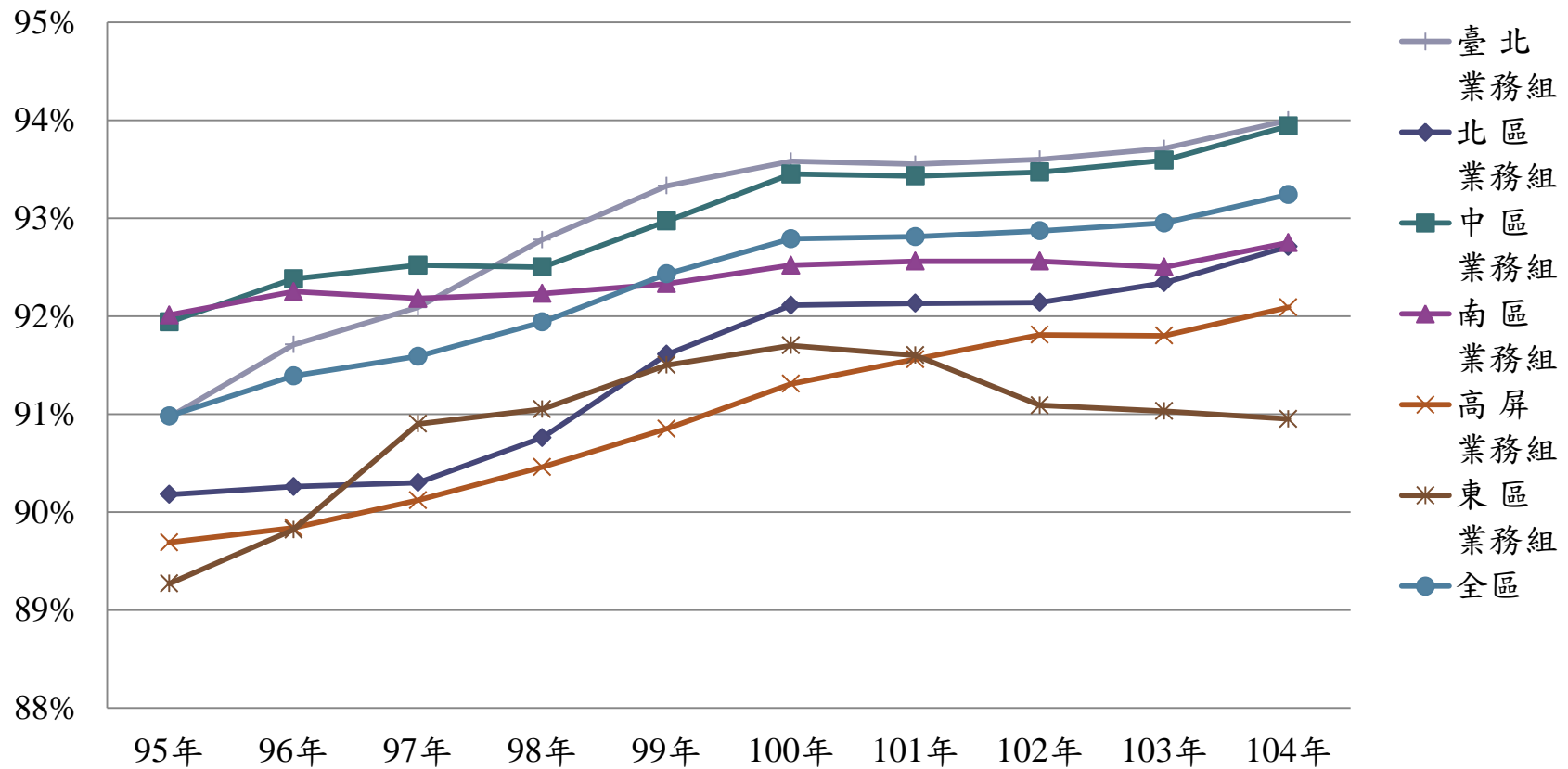
同院所九十日以內根管治療完成率



13歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率

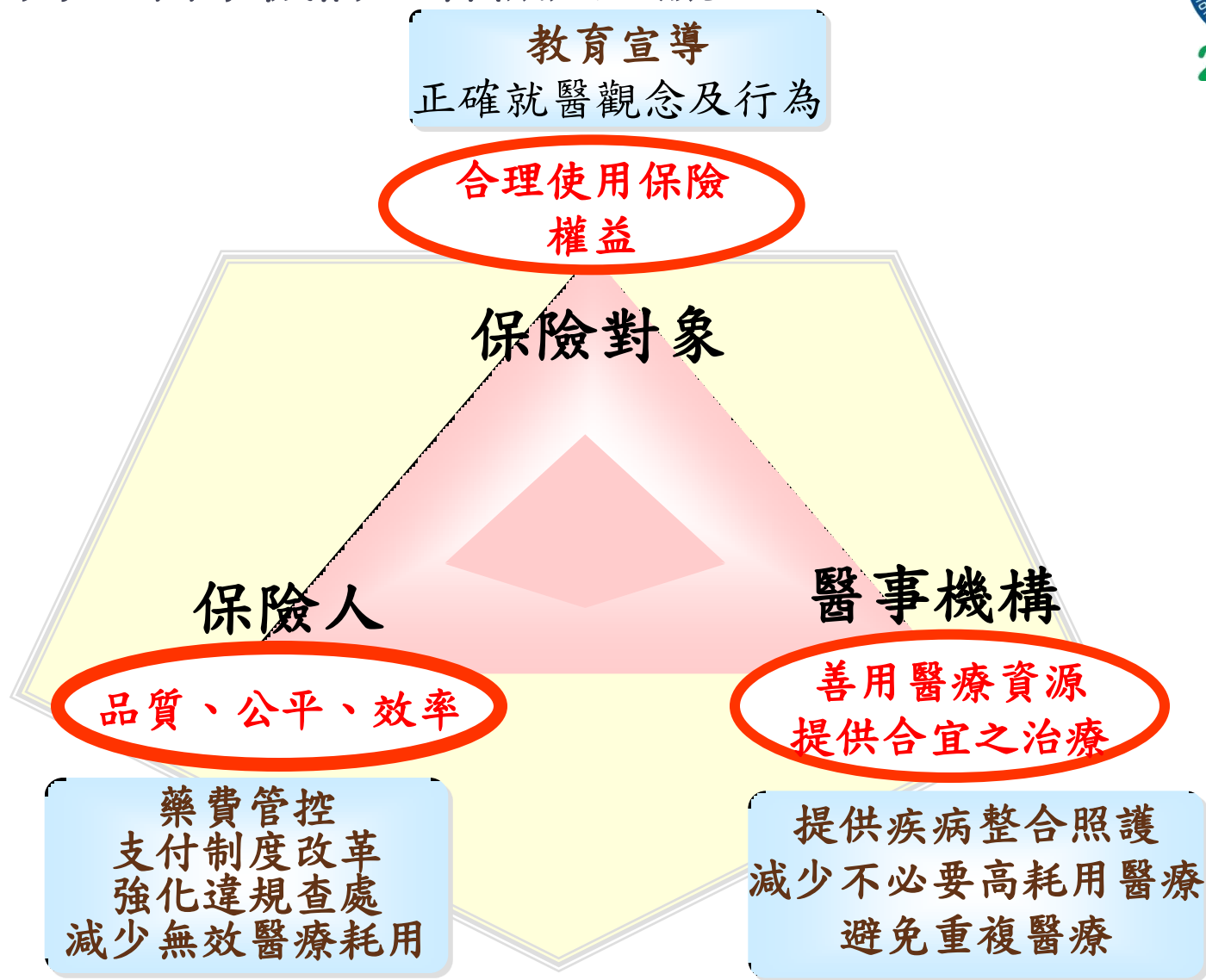


保險對象牙齒填補保存率-二年以內



抑制資源不當耗用

-保險對象、醫事機構、保險人三贏



抑制資源不當耗用方案成效



長期呼吸器 依賴病人費 用管控

1. 104年長期呼吸器依賴病人計26,449人較103年減少696人，醫療服務費用為238億點較103年約減少5億點。
2. 104年呼吸器依賴病人計有30.92%接受安寧相關療護，較103年15.46%增加15.46%

高耗用醫療項 目管控

1. 電腦斷層及核磁造影104年分別抽審件數為5,237及1,993件，核減點數各為8.4百萬點及5.5百萬點。
2. 震波碎石術：104年人口平均利用人次值為1.14，較103年平均利用人次值下降。

多重疾病整合 醫療之推動

1. 醫院以病人為中心整合照護計畫：就醫次數及三高用藥重複率等指標均較上年同期減少。
2. 家庭醫師整合性照護計畫：104年醫療群數為426群基層診所為3,035家，建立與157家醫院合作模式，照護個案達248萬人。

高診次就醫 輔導

103年共計有46,285人納入104年各項輔導措施輔導後，經本署104年輔導後，就醫次數下降20%，另節制醫療費用約7.28億元。

抑制資源不當耗用方案成效



提供即時資訊 避免重複 醫療

1. 104年每人門診平均就醫次數為15.05次，103年為15.22次，下降0.17次。
2. 104年12月上傳就醫資料符合輔導指標之醫事機構家數占率約為98%；登錄處方之正確率為98%。

藥費管制 措施

1. 104年篩選「每張處方用藥品項大於8項」之異常案件，平均核減率為8.5%。經管控後，每張處方平均用藥品項數大於5項之院所家數已減少15%。
2. 全民健保雲端藥歷系統104年累積查詢量高達165,624,399人次(為去年全年的8.52倍)。
3. 每張處方藥品品項數，與去年同期比較：高血壓由3.26項下降至3.20項；高血脂由2.83項下降至2.75項；糖尿病由4.16項下降至4.11項。

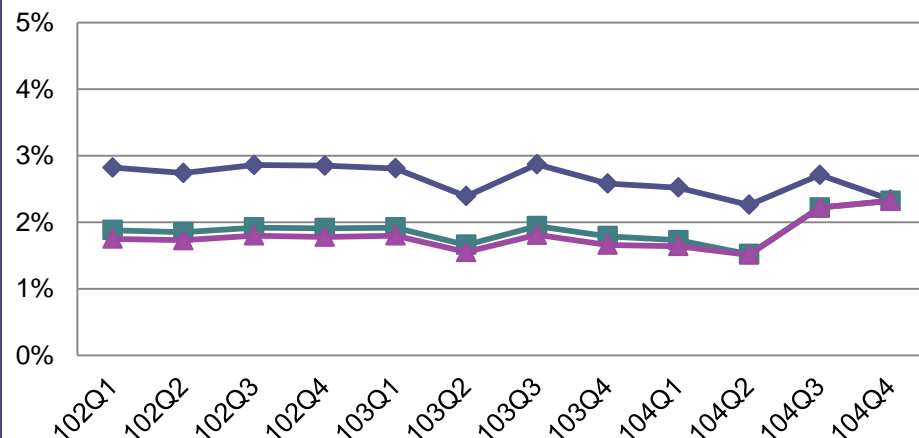
強化違規查 處機制

1. 104年共計訪查803家特約醫事服務機構。
2. 辦理3次全國性查核專案
3. 計查處383家次違規特約醫事服務機構。

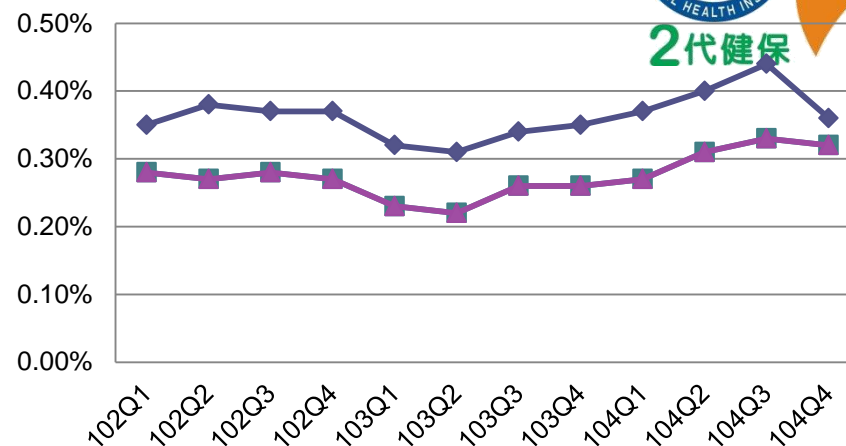
各部門核減率



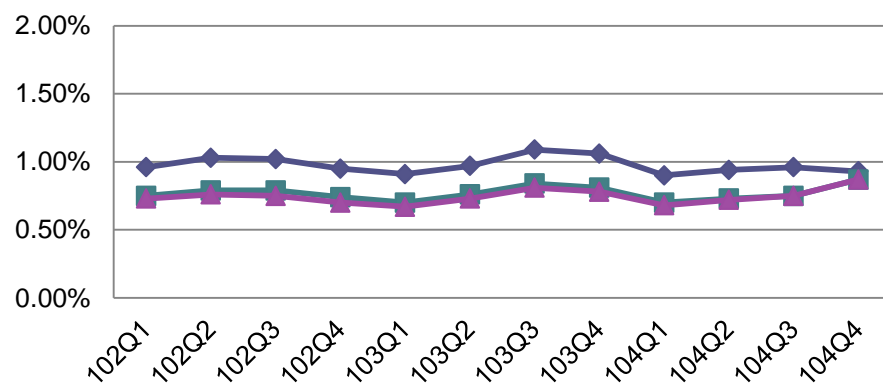
醫院總額



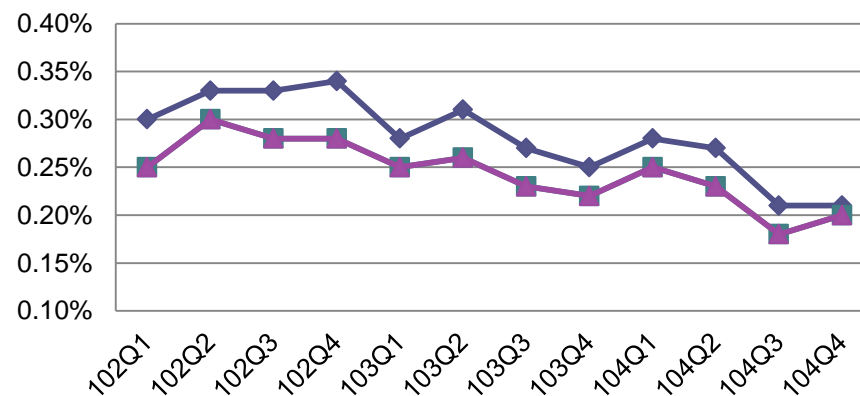
牙醫總額



西基總額



中醫總額



◆ 初審核減率 ■ 申復後核減率 ▲ 爭審後核減率

註1. 資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1050401止已完成核付之資料。

註2. 初核核減率 = (申請點數 - 核定點數) / 醫療點數

註3. 申復後核減率 = 【申請點數 - (核定點數 + 申復補付點數)】 / 醫療點數

註4. 爭審後核減率 = 【申請點數 - (核定點數 + 申復補付點數 + 爭審補付點數)】 / 醫療點數

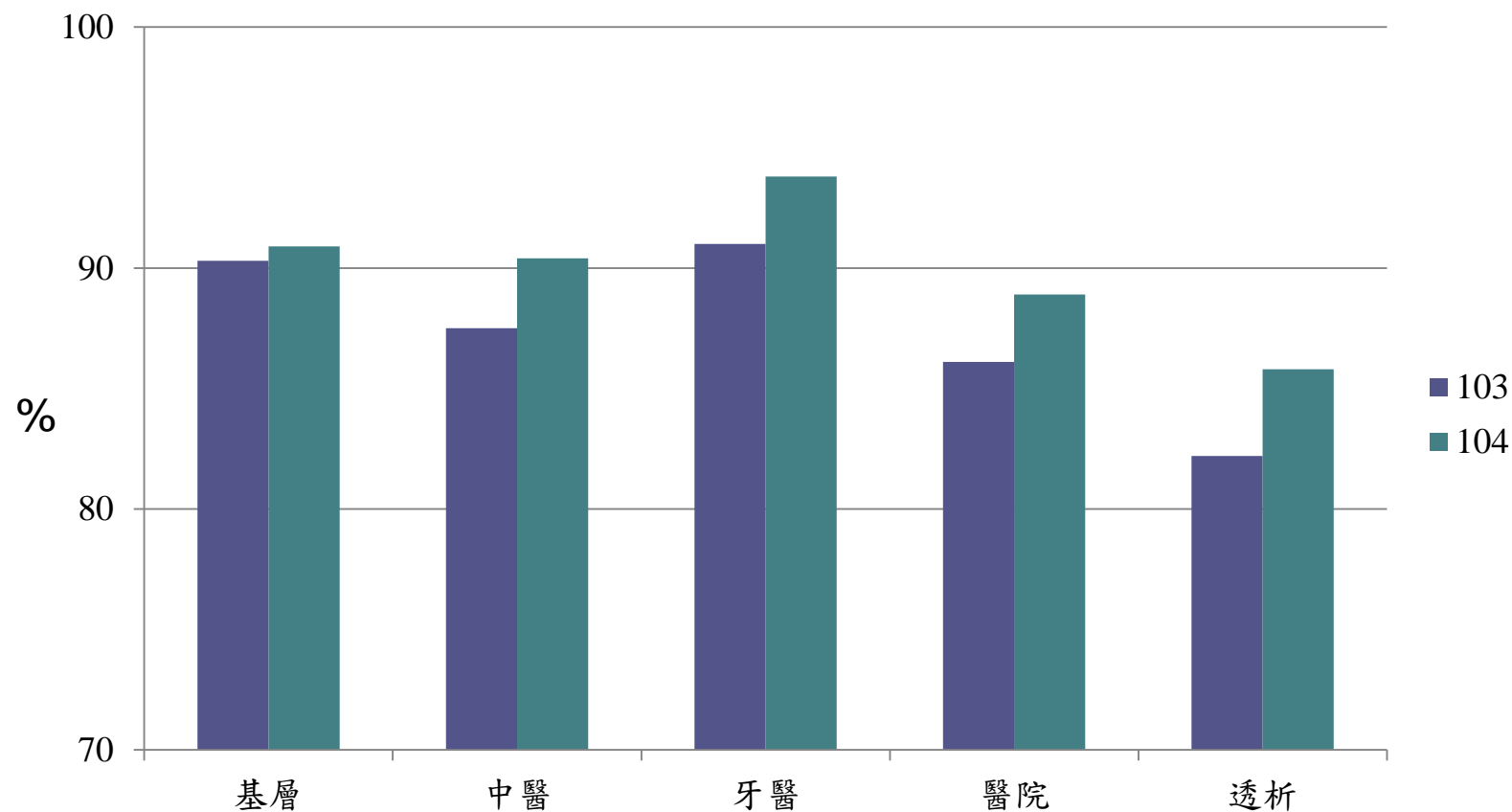
四

執行概況—效果面



滿意度調查	52
品質公開辦理情形	55
品保款核發比率	58

滿意度調查-整體醫療品質



滿意程度=滿意+非常滿意

民眾申訴管道及處理

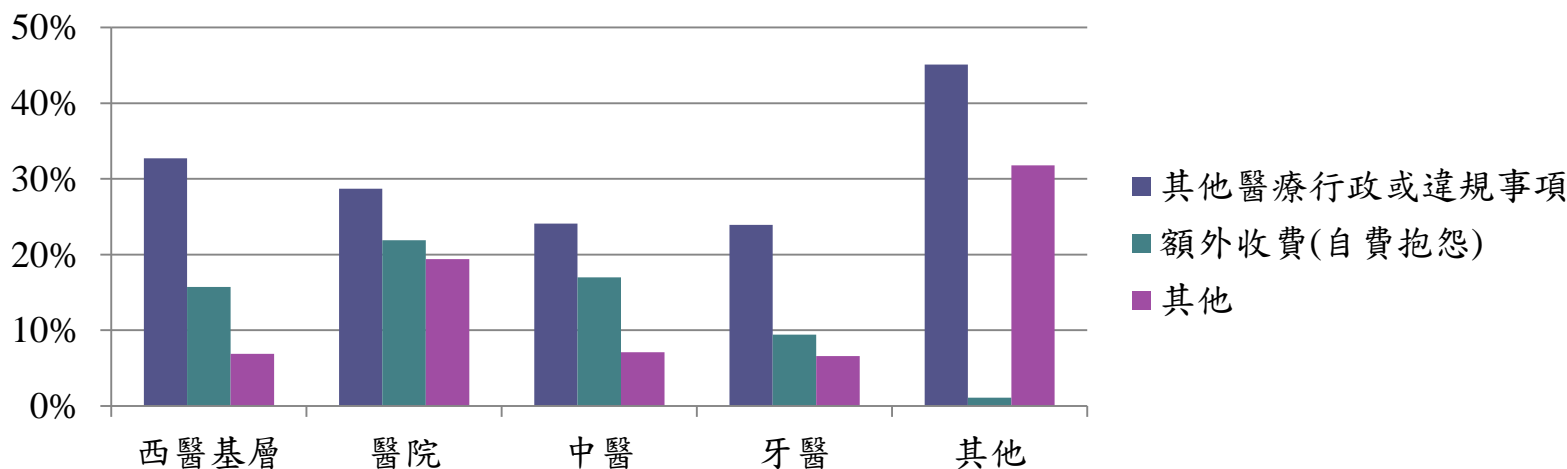


➤ 民眾申訴管道

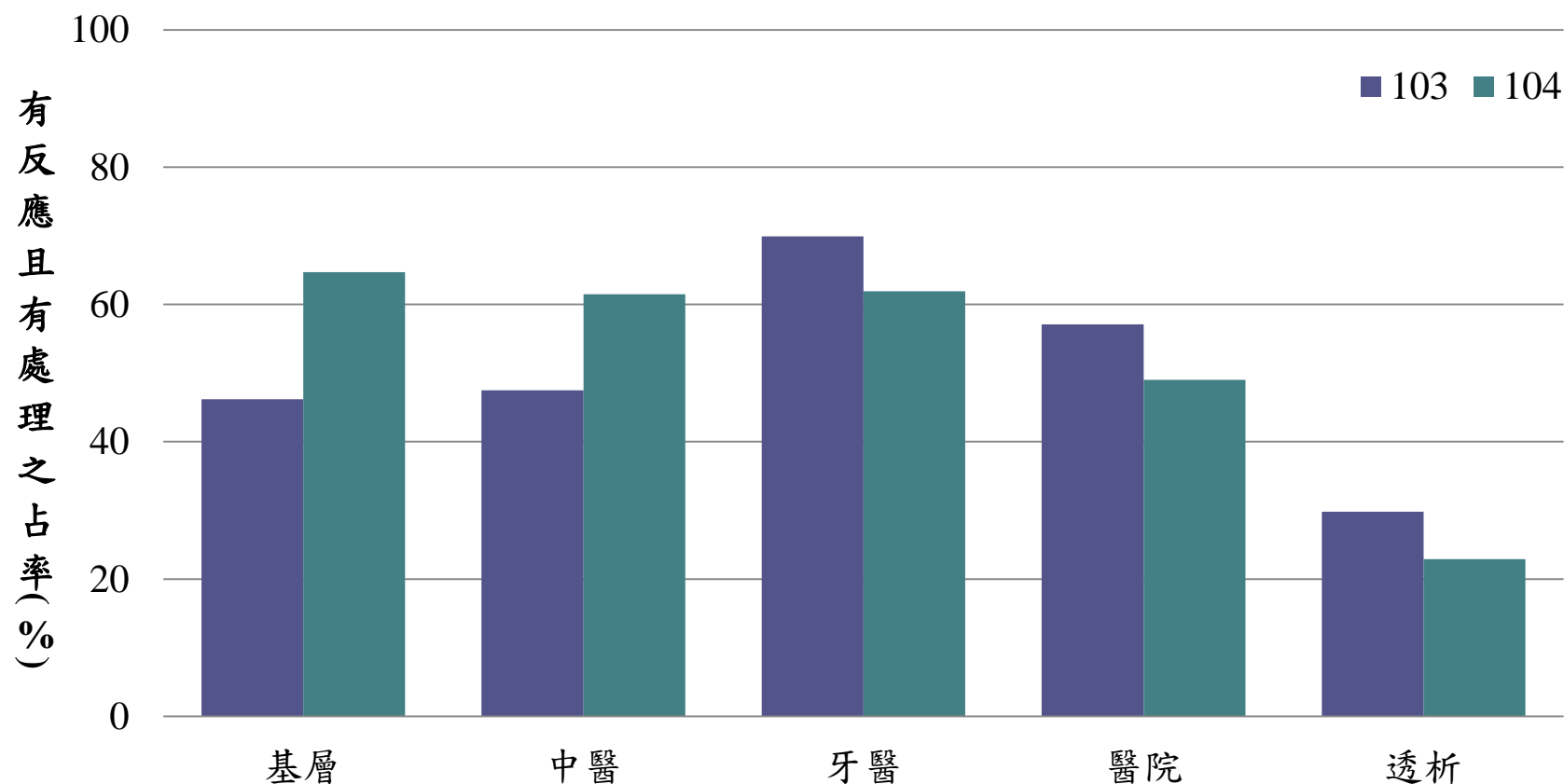
包括民眾透過電話、電子郵件或書面等管道，向健保署檢舉申訴醫療院所疑似違規情事等。

➤ 104年民眾申訴情形

全年申訴件數為2,927件，以「其他醫療行政或違規事項」類968件最多，占33.1%，其次為「其他」計530件，占18.1%，第三為「額外收費(自費抱怨)」計420件，占14.4%。



滿意度調查-民眾申訴處理情形



全民健康保險醫療品質資訊公開網





衛生福利部中央健康保險署
全民健康保險醫療品質資訊公開網

中央健康保險署網站 | 衛生福利部

您是第6675138位參觀者

專業指標
Professional

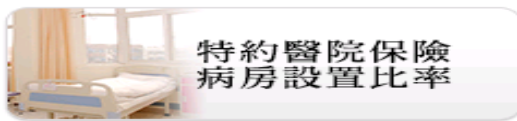
領先資訊
Information

Health

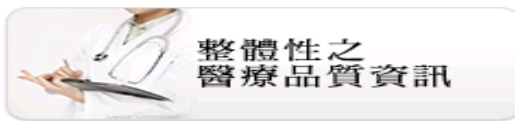


首頁

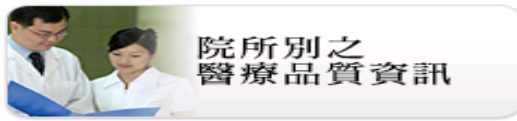
推動健保醫療品質資訊之公開與透明化，一直是本署秉持的理念，自94年起即陸續公開民眾關心之醫療品質項目，二代健保後衛生福利部依全民健康保險法公布「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」，明訂本署及醫療院所應公開之醫療品質資訊，希望透過醫療品質資訊的提供與公開提供民眾就醫參考，並藉此激勵醫界共同努力提升醫療品質。



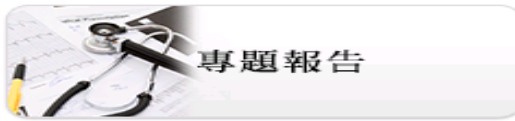
特約醫院保險
病房設置比率



整體性之
醫療品質資訊



院所別之
醫療品質資訊



專題報告



意見信箱



署本部電話：02-27065866

健保諮詢：0800-030598

上班時間：週一至週五8:30-12:30-13:30-17:30

地址：10634 臺北市大安區信義路三段140號

目前醫療品質資訊公開項數



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	合計
1. 整體性指標	33	25	13	6	28	105
2. 機構別指標	40	29	19	8	18	114
合計	73	54	32	14	46	219

3. 機構別指標-疾病別

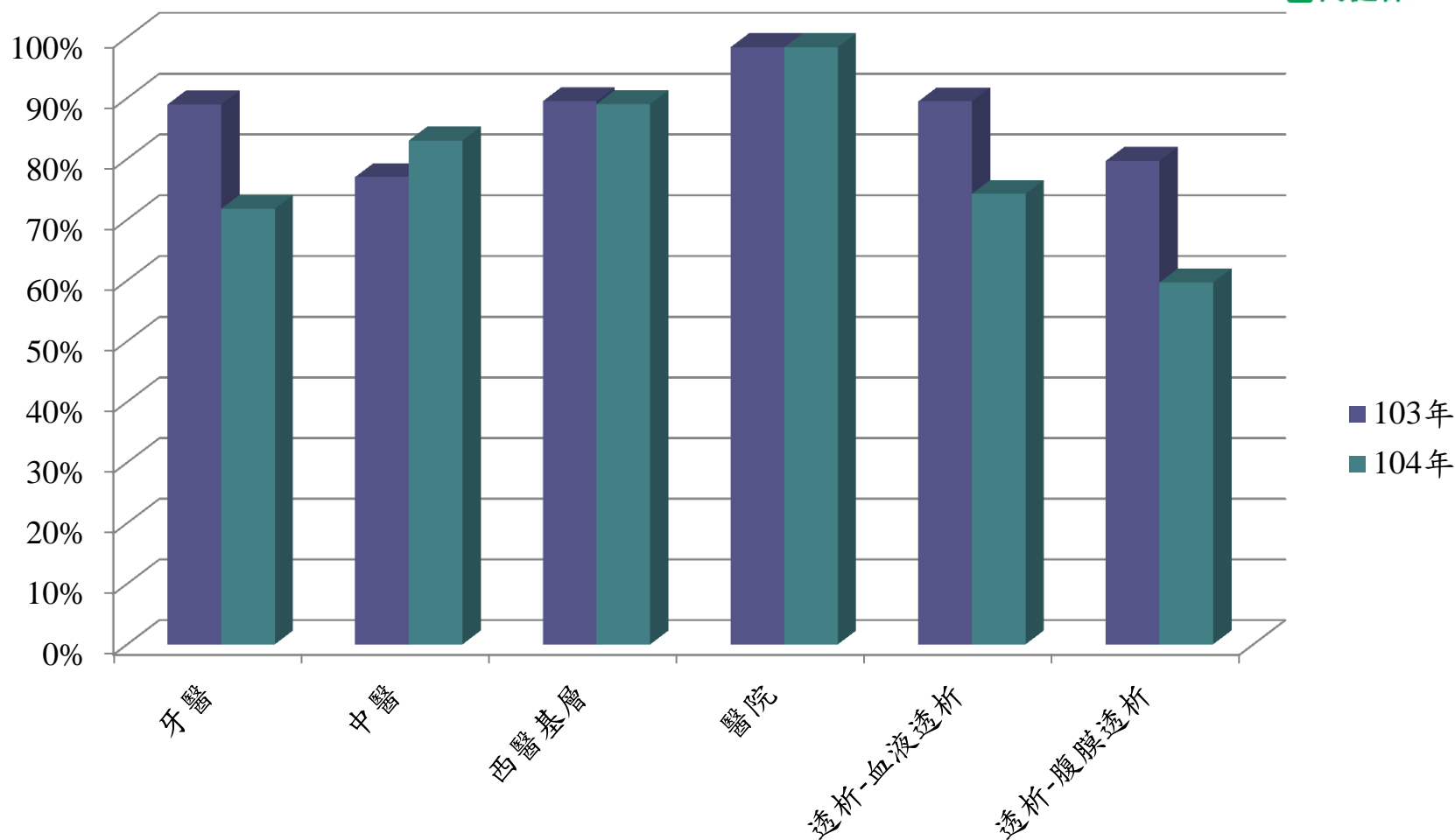
疾病別	糖尿病	人工膝關節手術	子宮肌瘤手術	消化性潰瘍	氣喘疾病	急性心肌梗塞	鼻竇炎	合計
項數	5	3	4	2	5	19	1	39

目前醫療品質資訊公開辦理情形



- 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104年第4季季報及103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104年第4季。
- 截至105年7月中旬，專區上網瀏覽累積達673萬人次。

各總額品保款核發家數比率



104年品保款分配比率



100%獲配比率：83%

2%

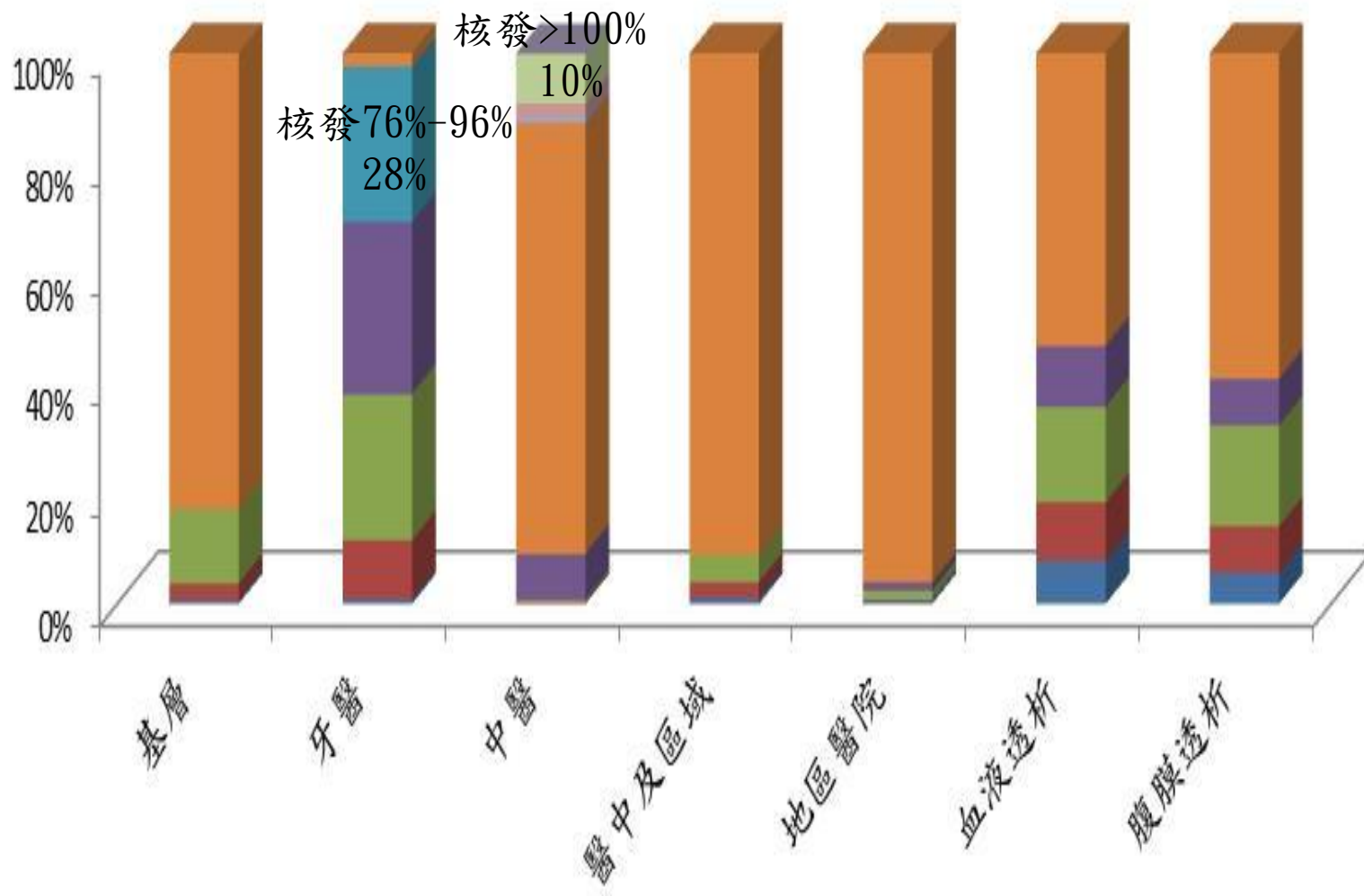
78%

91%

96%

53%

59%



醫院品保款之獎勵方式



104年

層級別	基本獎勵		品質達標獎勵	
	比例	比例	內容	
醫學中心	40%→30%	60%→70%	15項指標，最高以8項指標計算。	
區域醫院	40%→30%	60%→70%	17項指標，最高以8項指標計算。	
地區醫院	70%	30%	22項指標，最高以5項指標計算。	

105年

層級別	基本獎勵		品質達標獎勵	
	比例	比例	內容	
醫學中心	30%→20%	70%→80%	15項指標，最高以8項指標計算。	
區域醫院	30%→25%	70%→75%	17項指標，最高以8項指標計算。	
地區醫院	70%→60%	30%→40%	22項指標，5科以上且病床數達200床者，最高以8項指標計算；其餘最高以5項指標計算。	

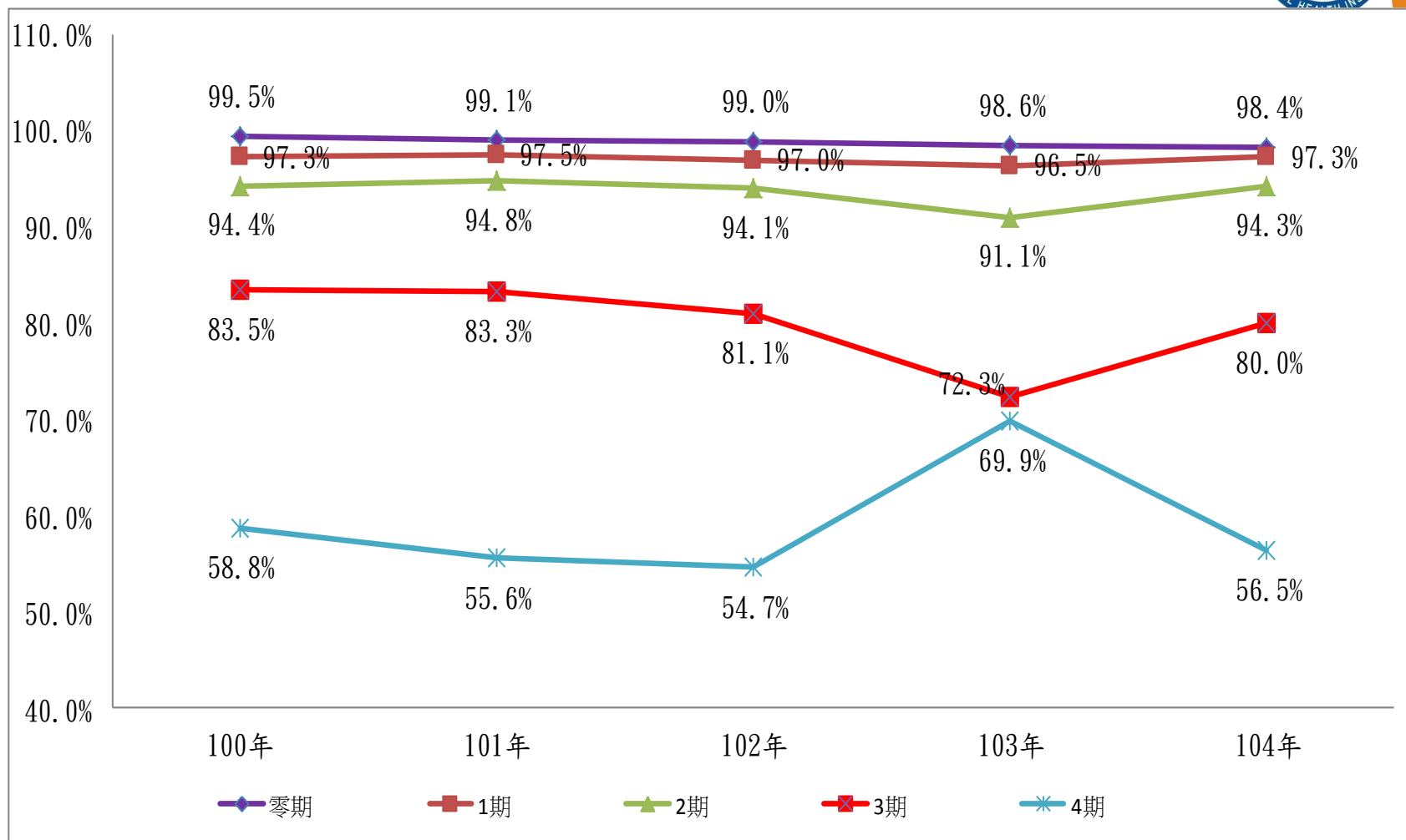
五

執行概況—安全性



存活率、死亡率、感染率	62
雲端藥歷、健康存摺	69
門診高利用輔導專案	79

乳癌-存活率

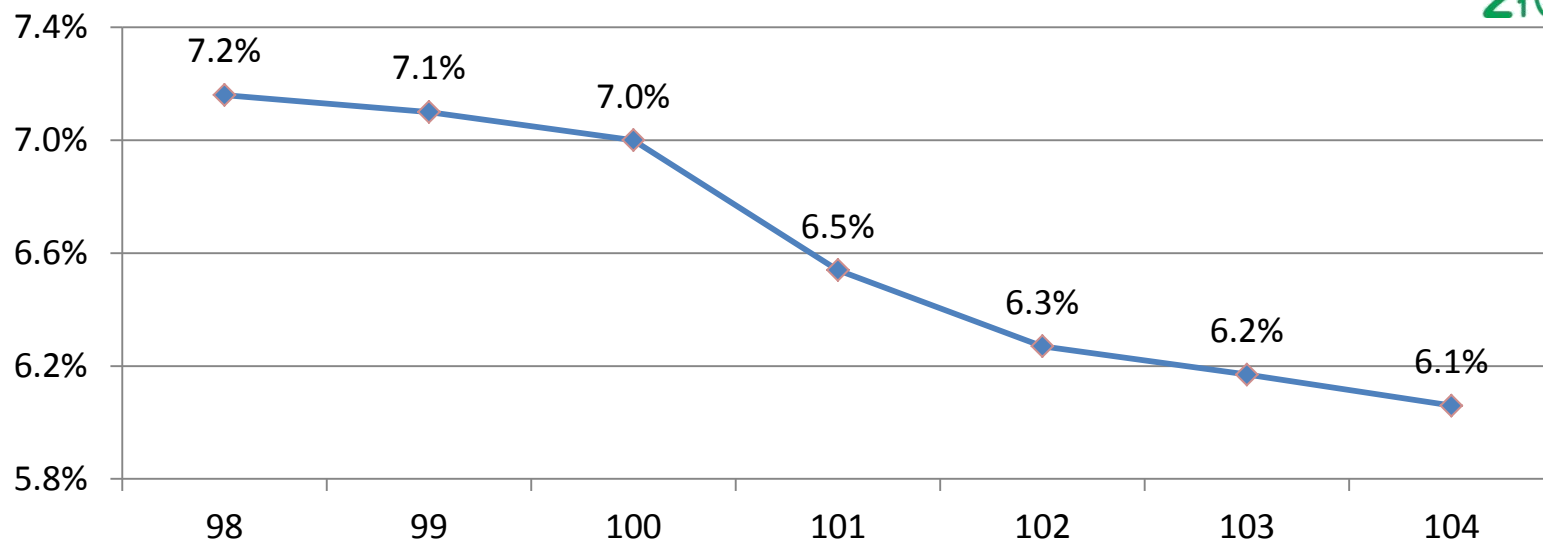


說明：五年存活率0-2期大於90%，3期大於80%，4期約55%

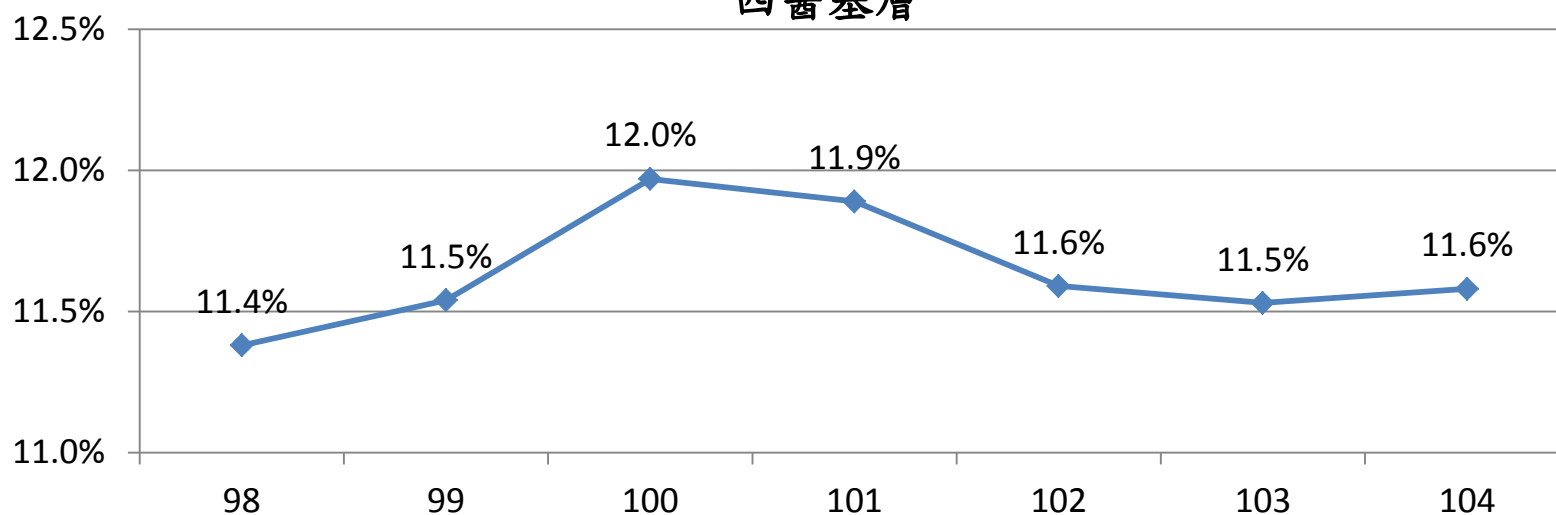
門診抗生素使用率



醫院總額



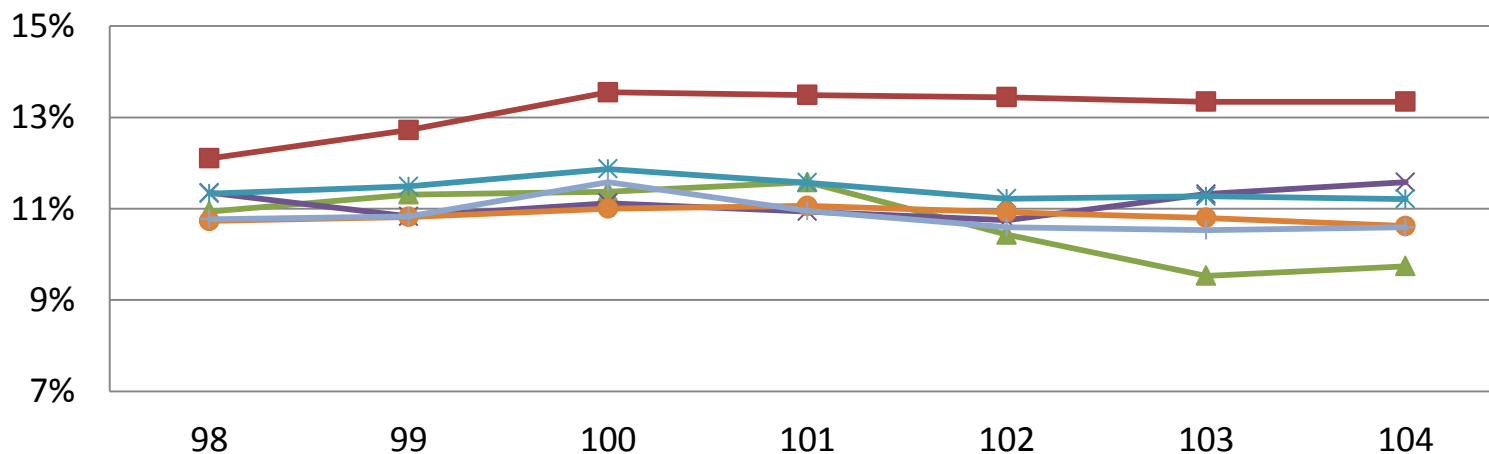
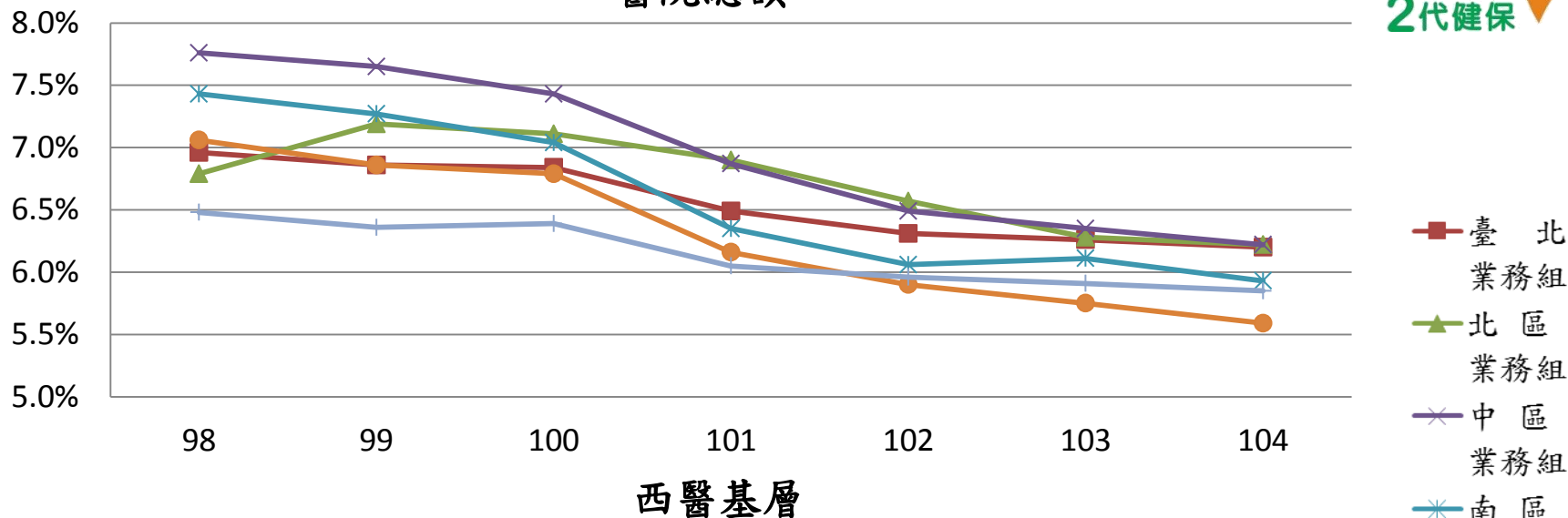
西醫基層



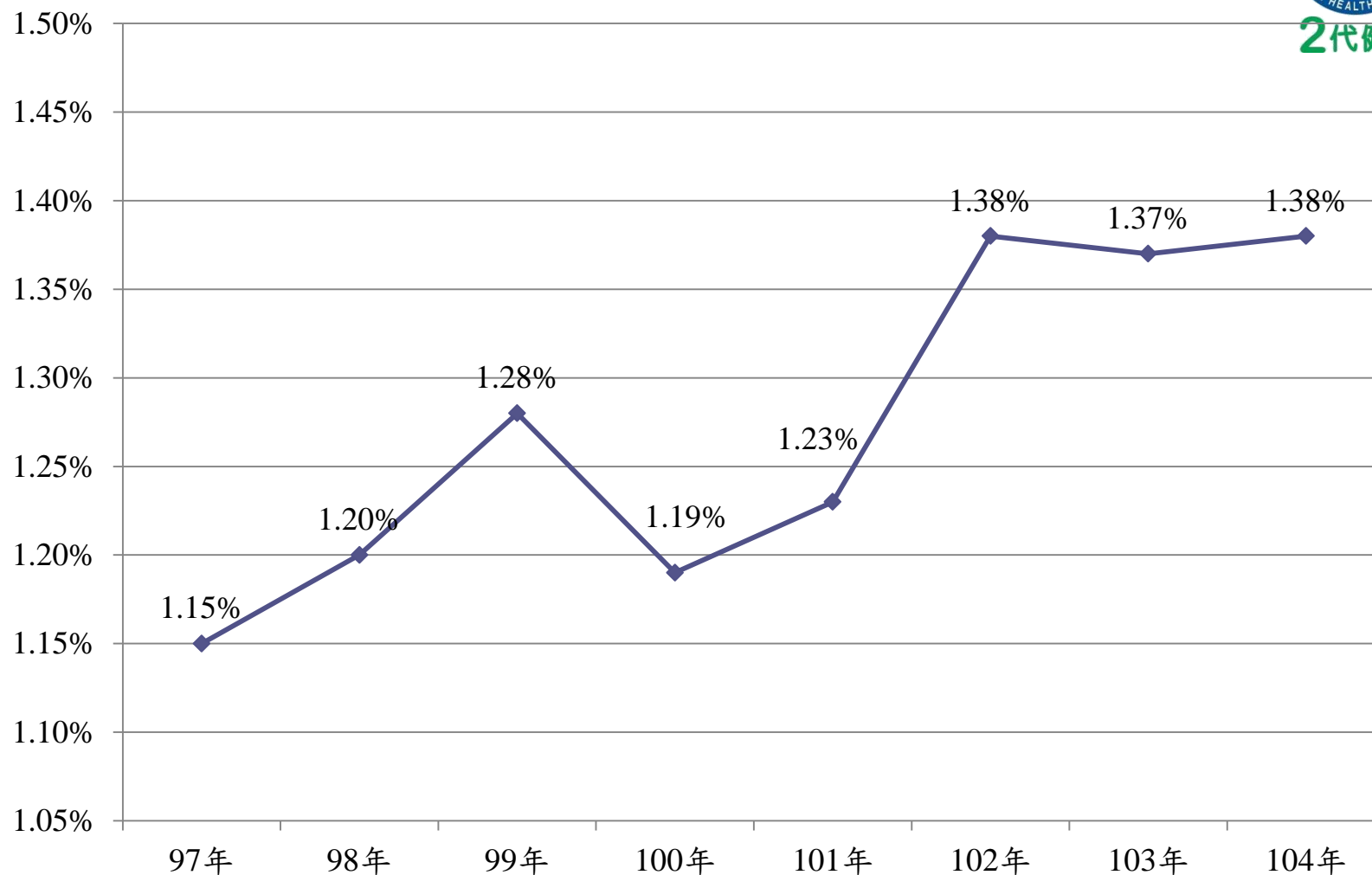
門診抗生素使用率-各分區



醫院總額

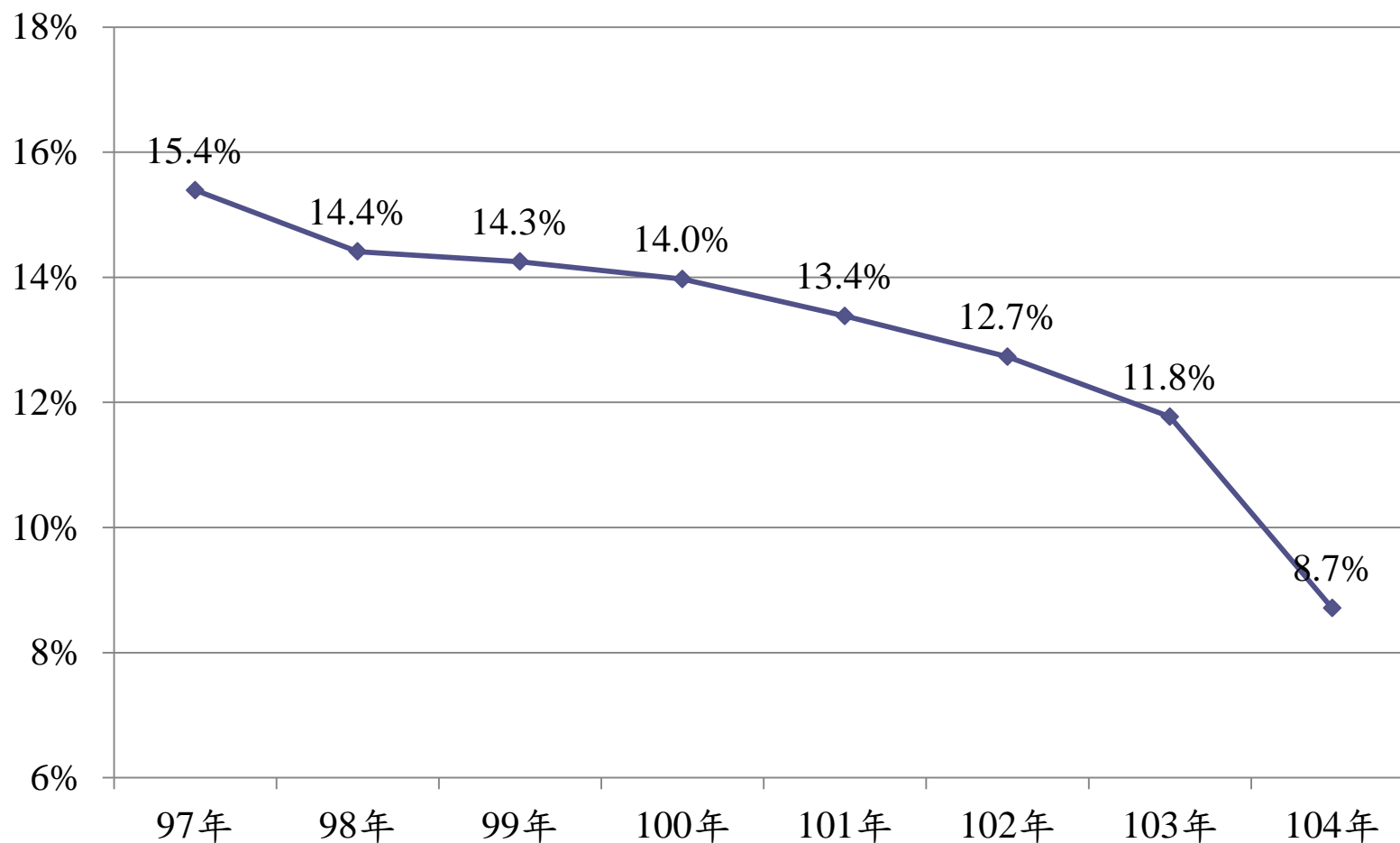


手術傷口感染率-健保監理指標



急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)

-健保監理指標

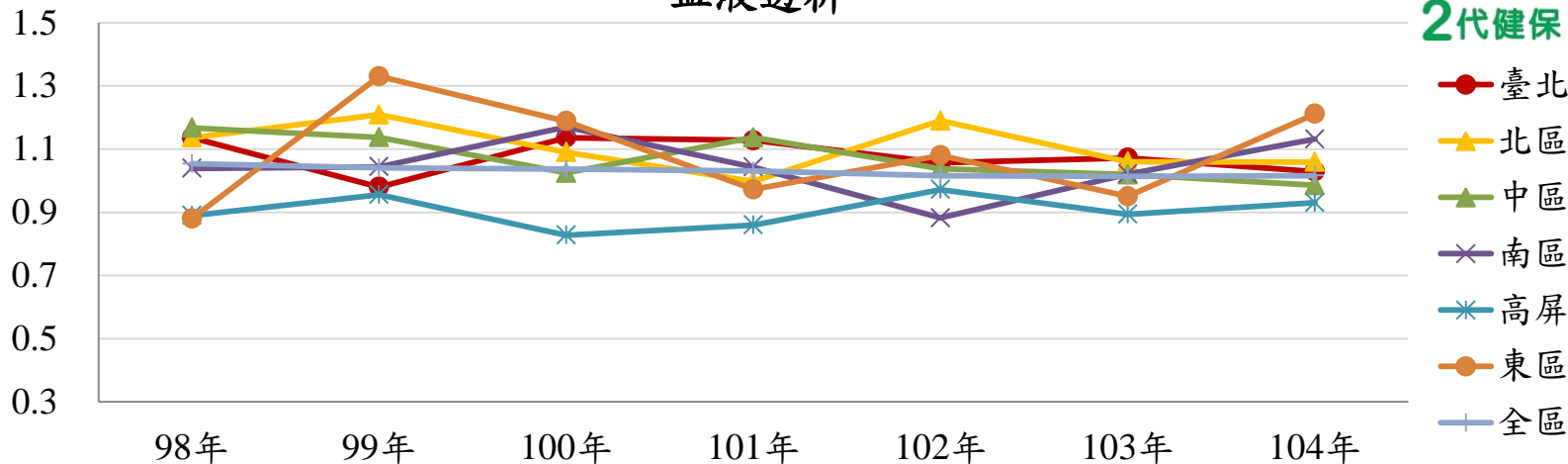


透析時間<1年之死亡率

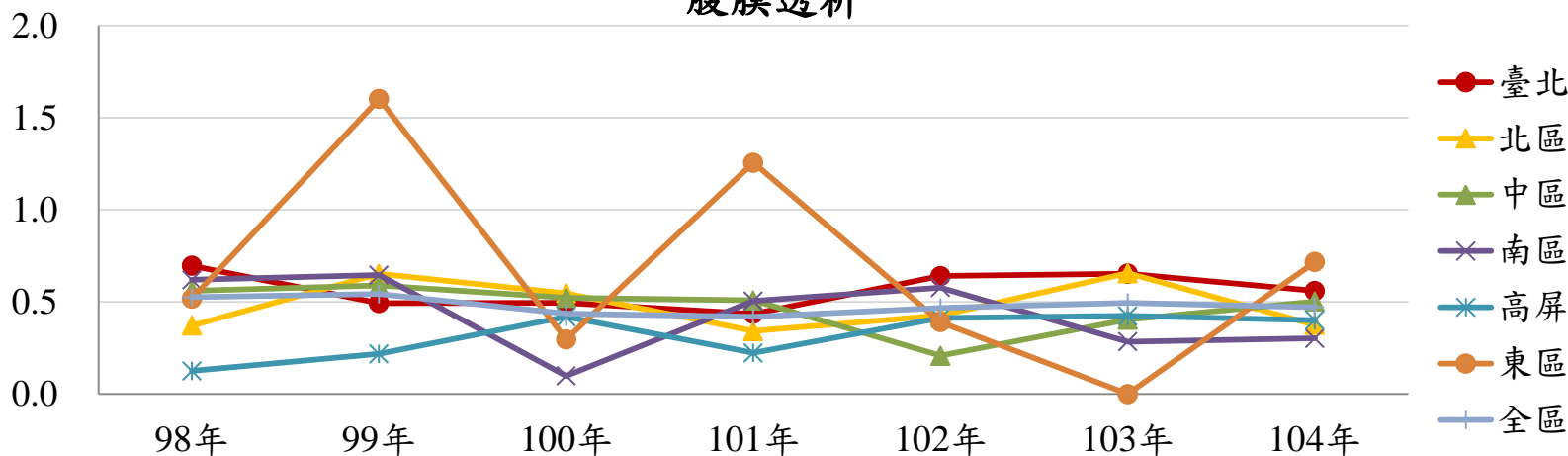


負向指標

血液透析



腹膜透析



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1450、1452)。

透析時間<1年之死亡率= (追蹤期間透析時間<1年之死亡個案數) × 100 / (追蹤期間透析時間<1年之總病人月數)

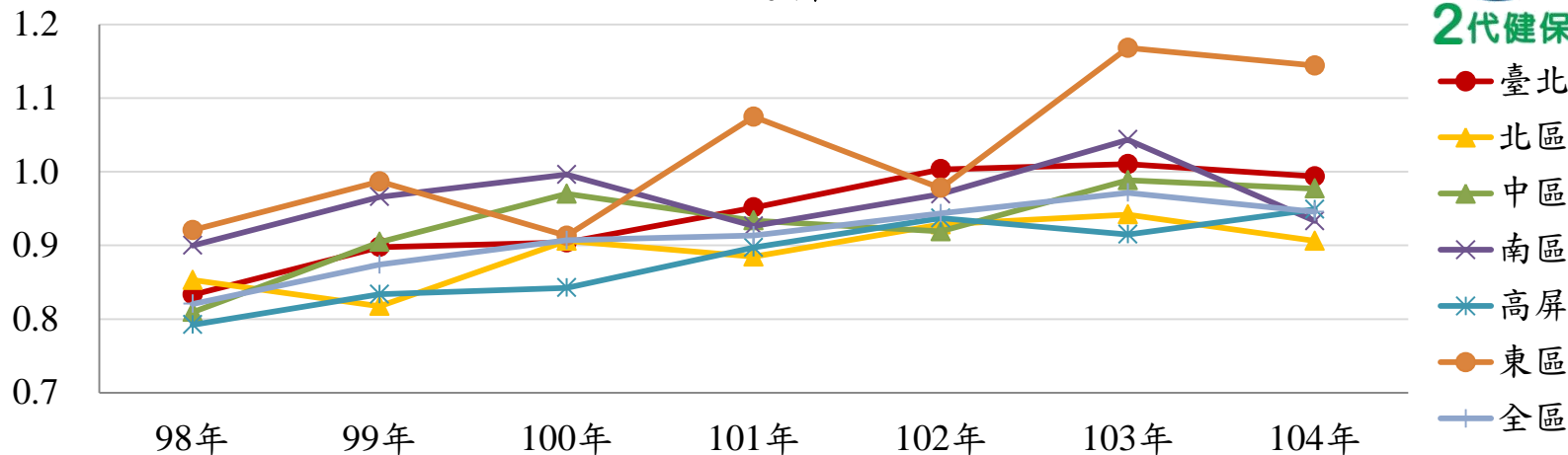
透析時間≥1年之死亡率



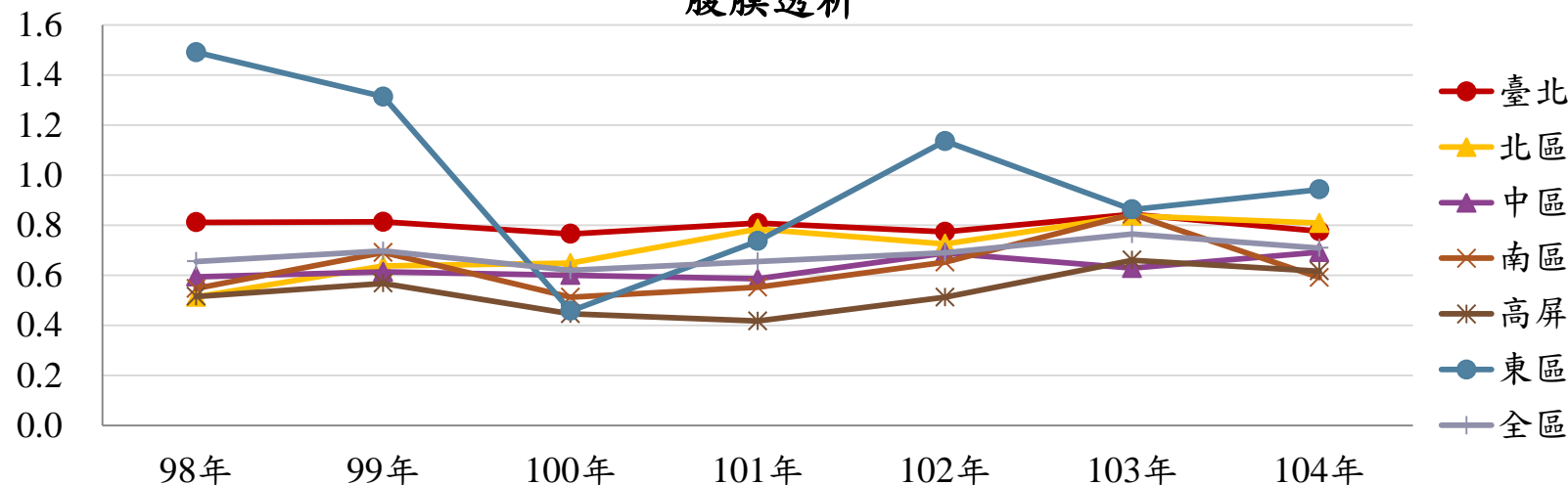
2代健保

負向指標

血液透析



腹膜透析



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1456、1458)。

透析時間≥1年之死亡率= (追蹤期間透析時間≥1年之死亡個案數) × 100 / (追蹤期間透析時間≥1年之總病人月數)

雲端藥歷查詢系統使用成效分析



統計項目	依查詢個案歸戶，截至目前雲端藥歷查詢情形				
	院所數	醫事人員數	病人數	查詢人次	每筆平均秒數
醫學中心	26	11,064	3,771,298	27,663,634	平均查詢秒數 9.6秒
區域醫院	84	13,110	5,241,700	36,617,583	
地區醫院	385	8,937	3,363,396	17,400,565	
基層醫療單位-西醫	8,817	14,319	13,201,633	65,352,915	
基層醫療單位-中醫	693	1,054	280,750	809,782	
基層醫療單位-牙醫	3,942	4,804	2,085,926	4,217,759	
特約藥局	4,728	5,719	4,455,243	13,562,001	
居家照護	15	28	111	160	
總計	18,690	51,440	18,012,709	165,624,399	

註1. 資料來源: 自104年1月1日至104年12月31日止健保雲端藥歷查詢之管理報表指標

註2. 總計項所有欄位係按全區總歸戶計算。

註3. 特約醫事服務機構如配合系統使用「換卡請按我」功能查詢次一位病人健保卡，則僅需4-5秒查詢時間。

雲端藥歷查詢系統使用成效分析



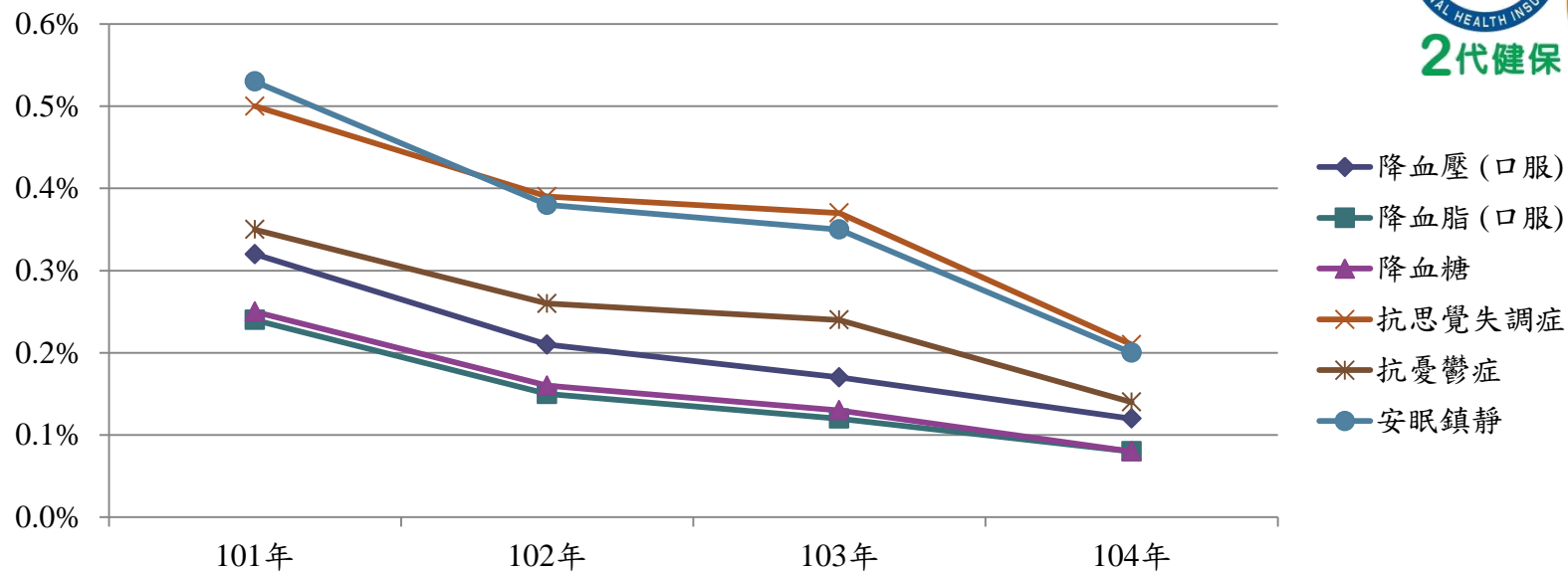
➤ 104年門診六類藥歷查詢病人與去年同期比較，用藥日數重疊率負成長，降幅約2~4成

統計項目	去年	104全年		用藥日數重疊 率增減%
	用藥日數重疊 率	病人數	用藥日數重疊 率	
全國				
門診高血壓用藥	1.30%	2,455,568	0.88%	-32.31%
門診高血脂用藥	0.96%	1,238,954	0.62%	-35.42%
門診糖尿病用藥	1.12%	1,096,454	0.71%	-36.61%
門診思覺失調症用藥	1.95%	330,469	1.18%	-39.49%
門診抗憂鬱症用藥	1.39%	214,320	0.87%	-37.41%
門診安眠鎮靜用藥	3.66%	783,653	2.71%	-25.96%

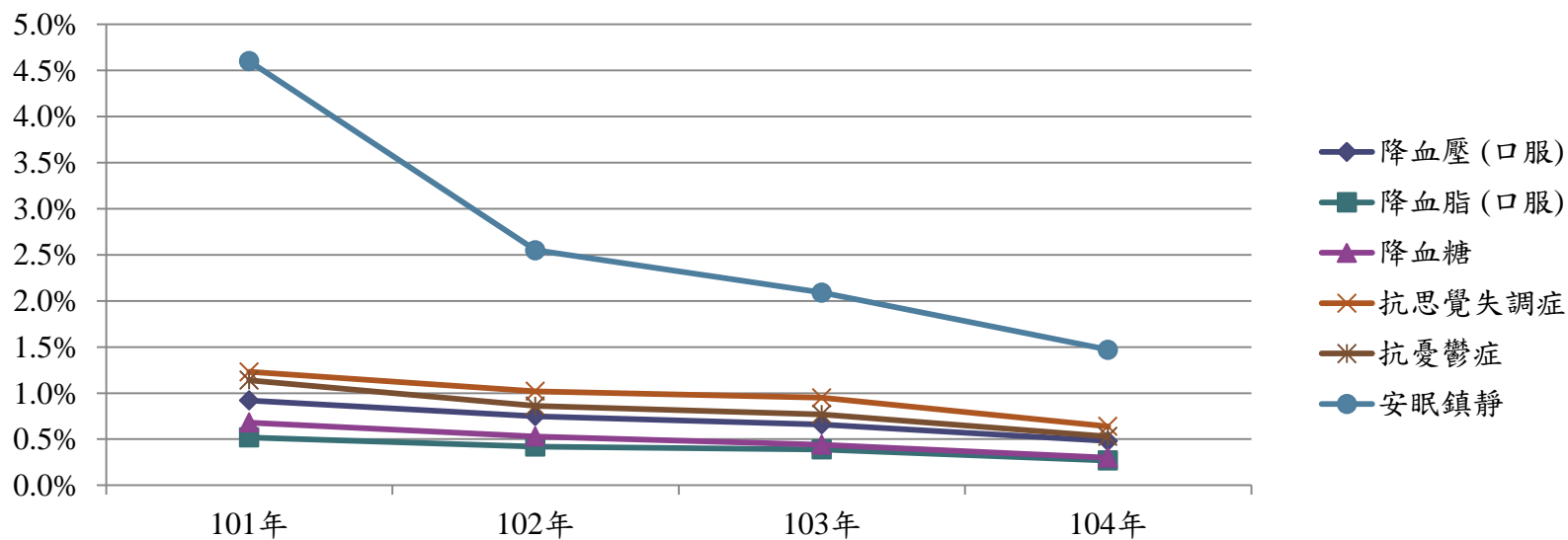
同藥理用藥日數重複率-醫院總額



同院



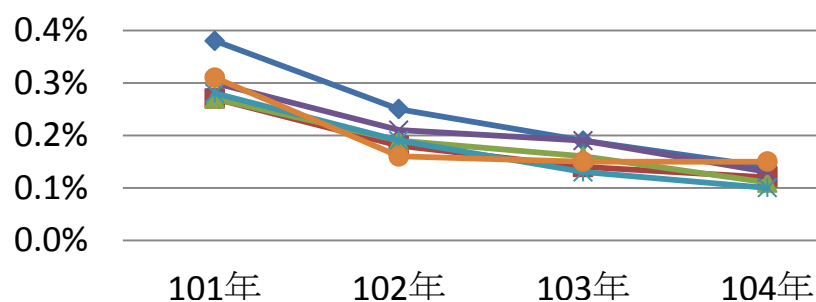
跨院



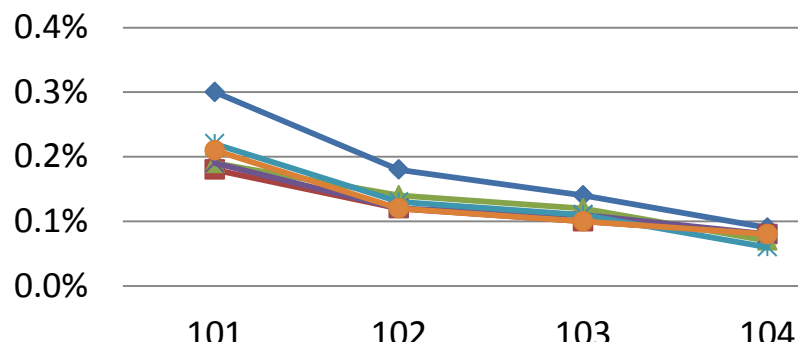
同藥理用藥日數重複率-醫院同院各分區



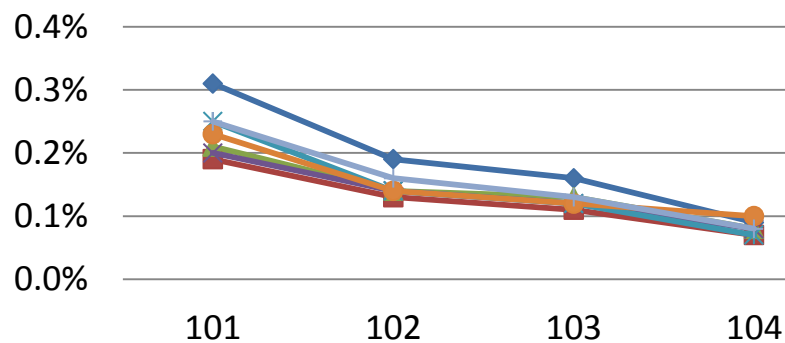
降血壓 (口服)



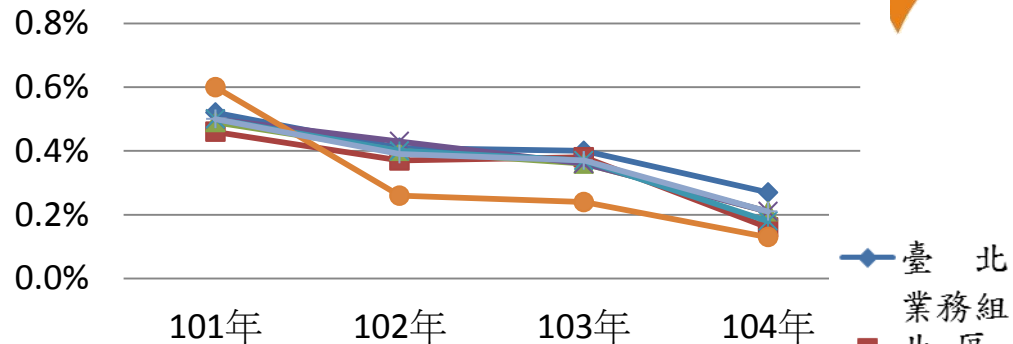
降血脂 (口服)



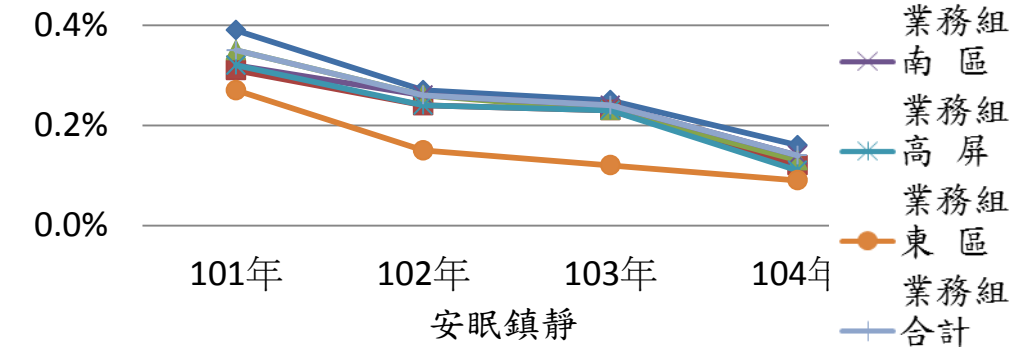
降血糖



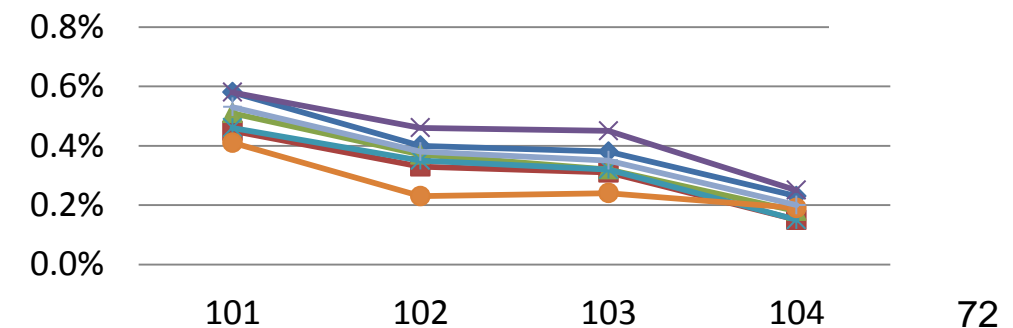
抗思覺失調症



抗憂鬱症



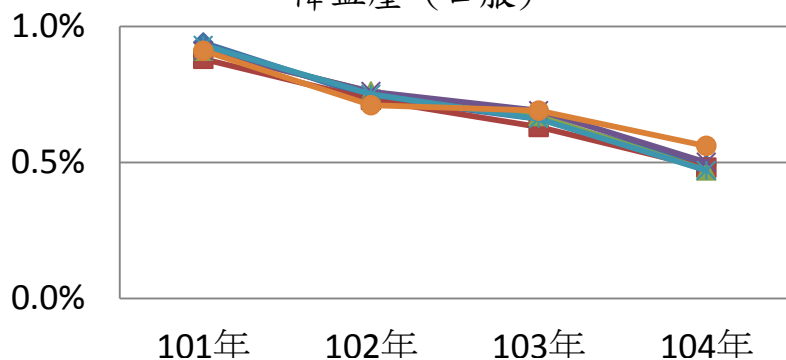
安眠鎮靜



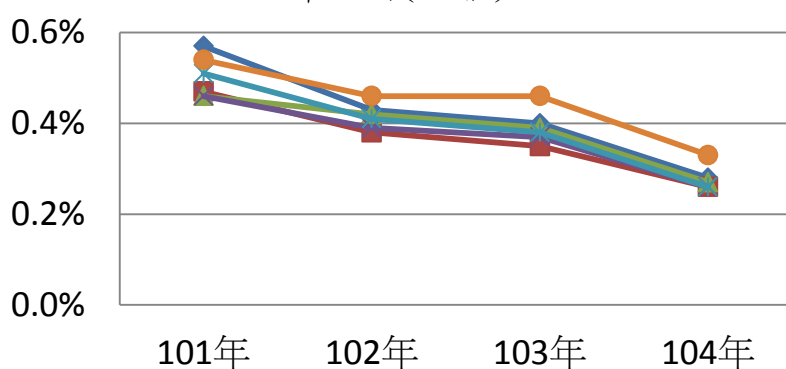
同藥理用藥日數重複率-醫院跨院各分區



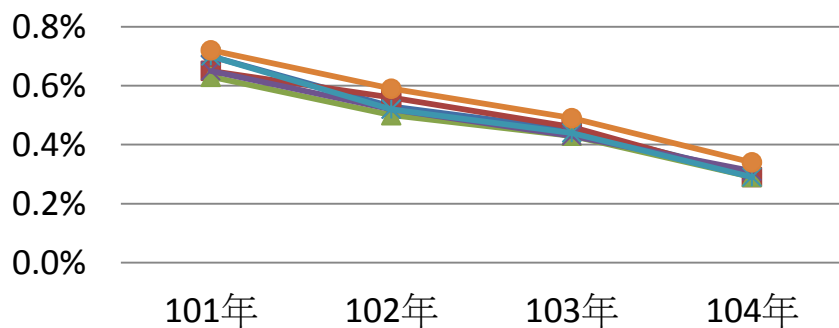
降血壓 (口服)



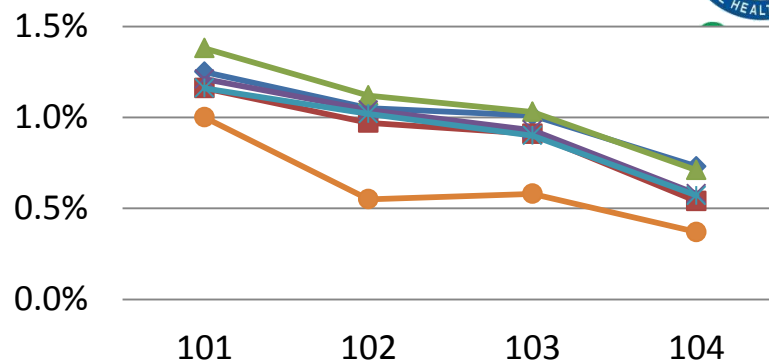
降血脂(口服)



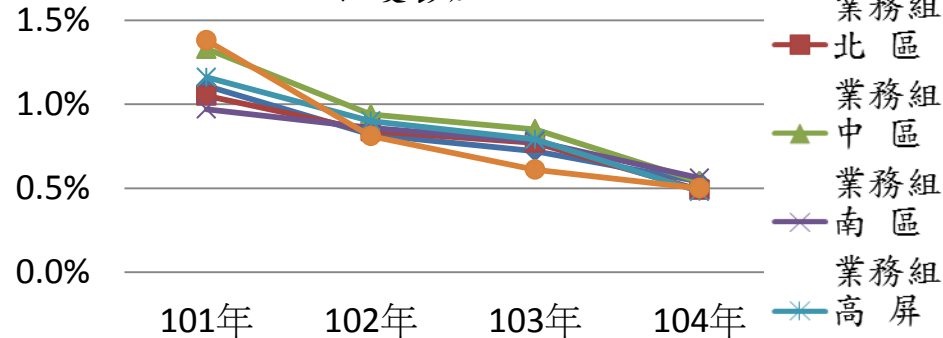
降血糖



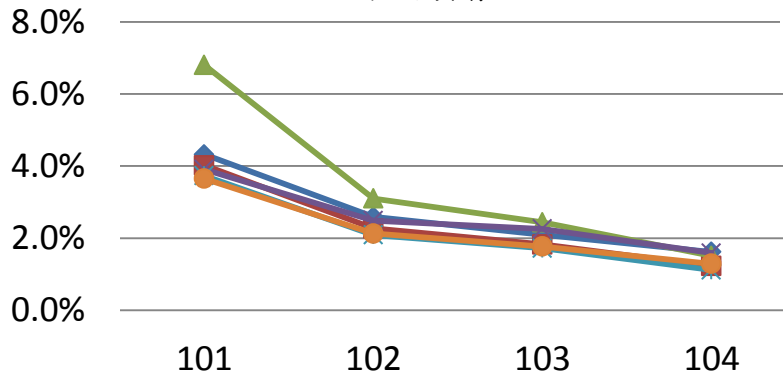
抗思覺失調症



抗憂鬱症



安眠鎮靜

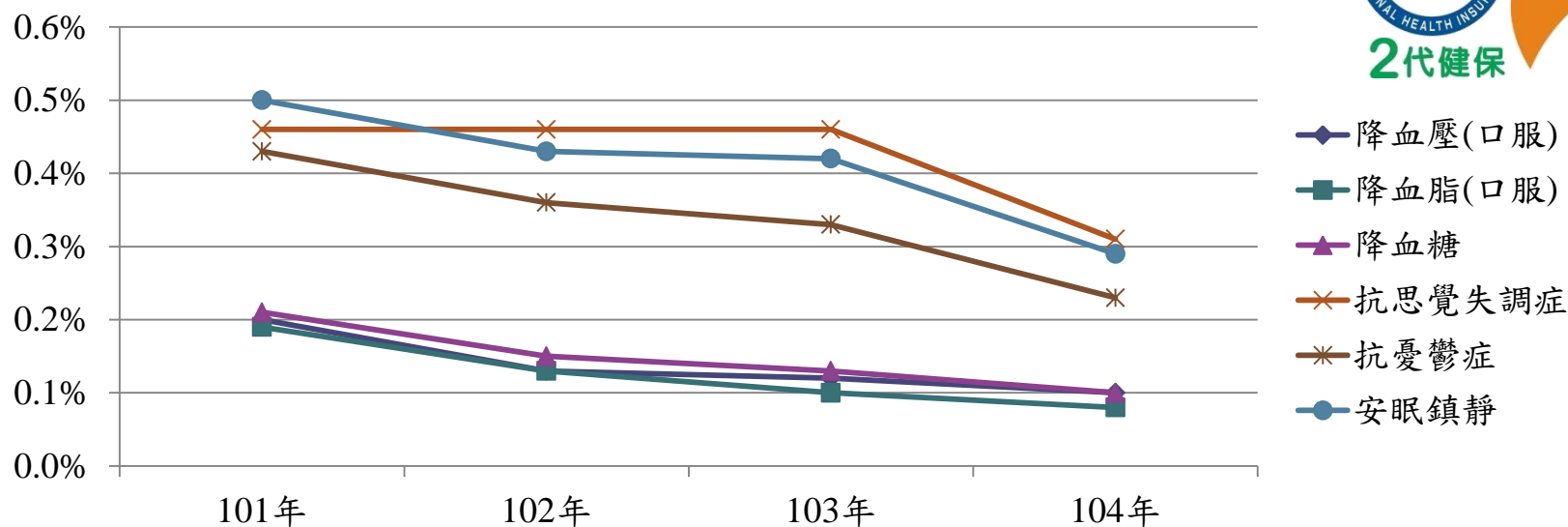


- ◆ 臺北業務組
- 北區業務組
- ▲ 中區業務組
- ✕ 南區業務組
- ✧ 高屏業務組
- 東區業務組

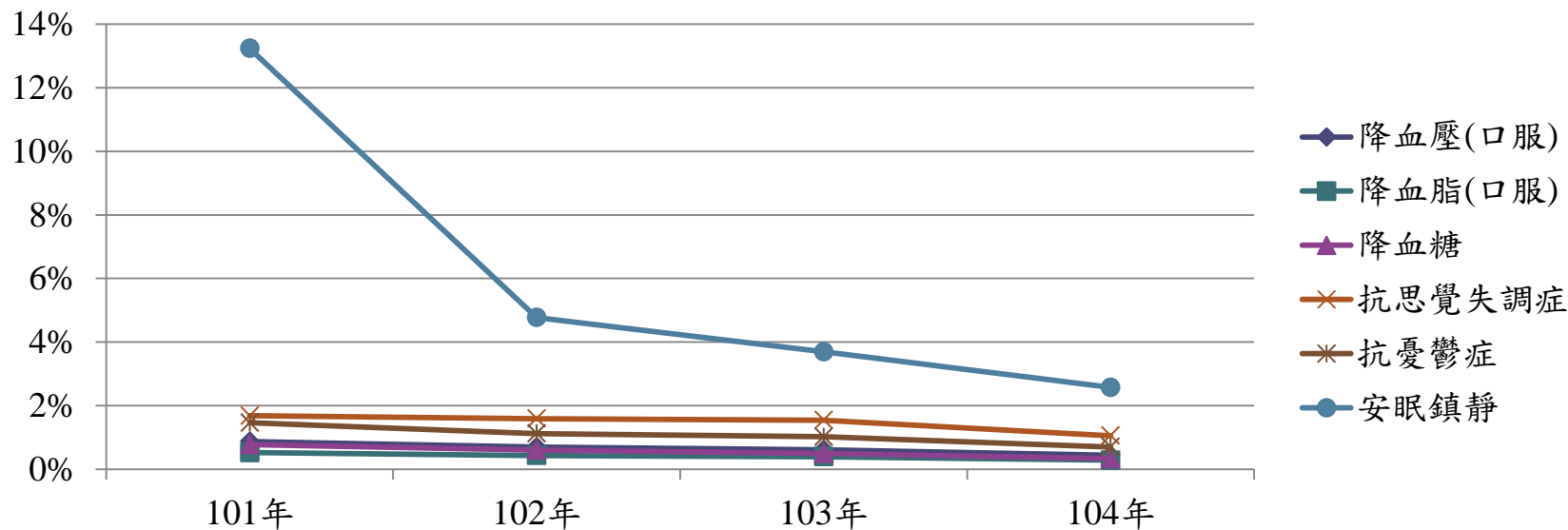
同藥理用藥日數重複率-西醫基層



同院



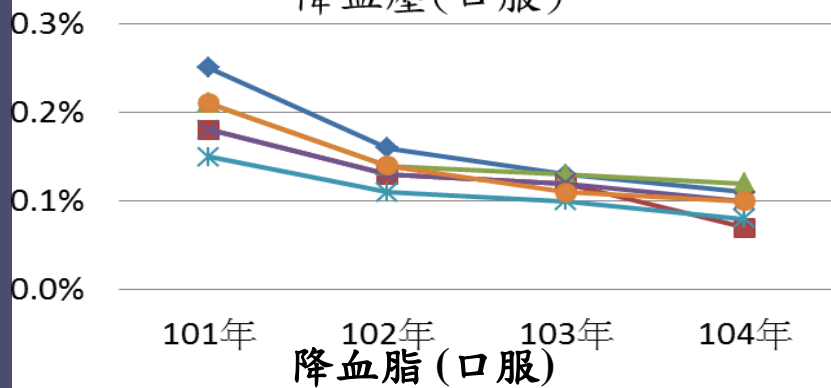
跨院



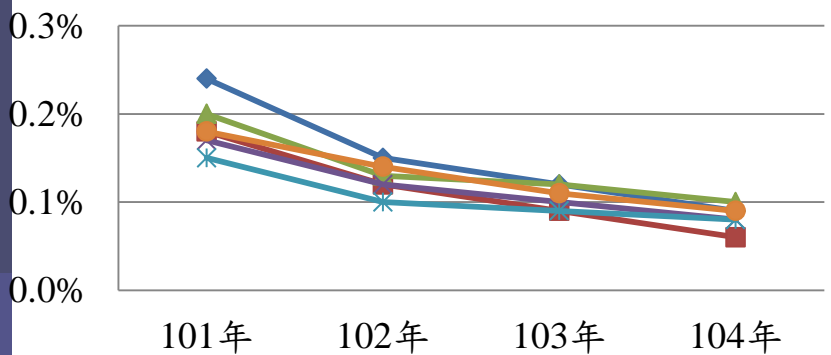
同藥理用藥日數重複率-基層同院各分區



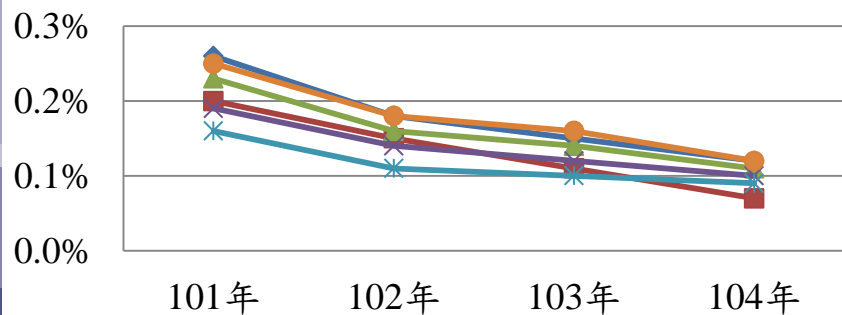
降血壓(口服)



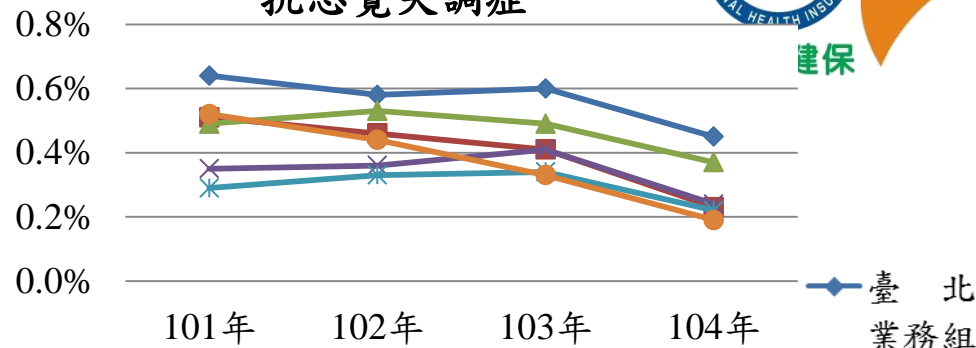
降血脂(口服)



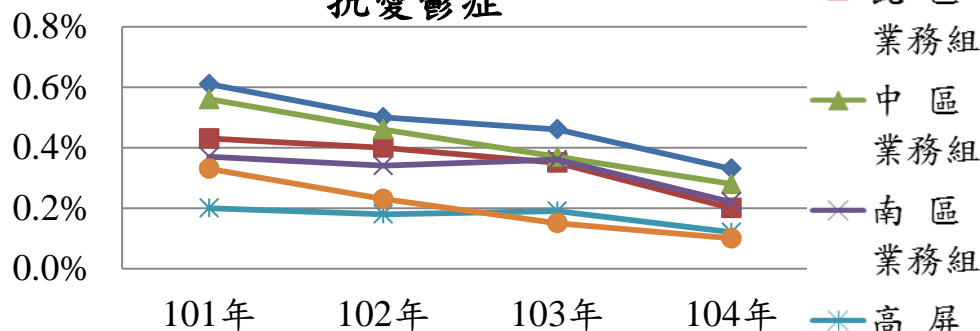
降血糖



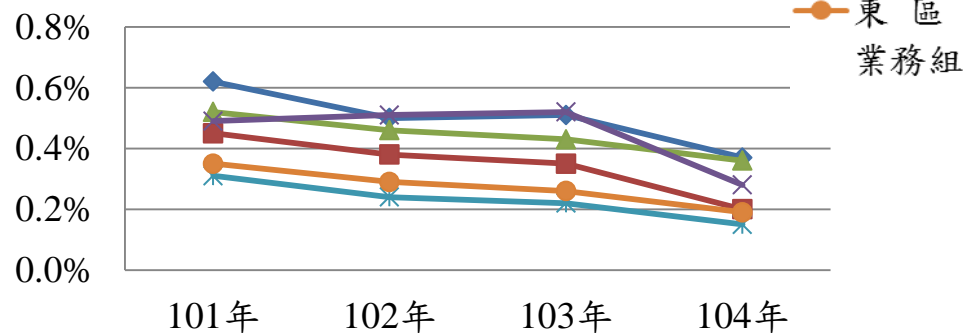
抗思覺失調症



抗憂鬱症



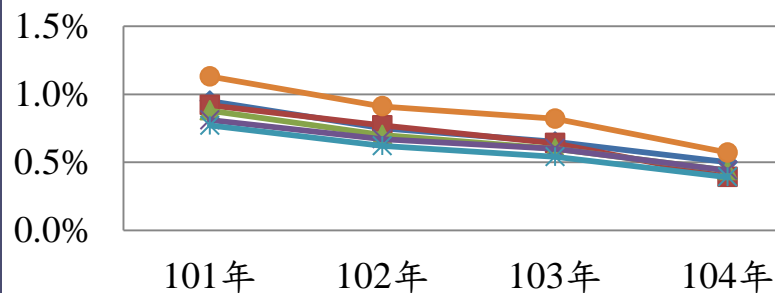
安眠鎮靜



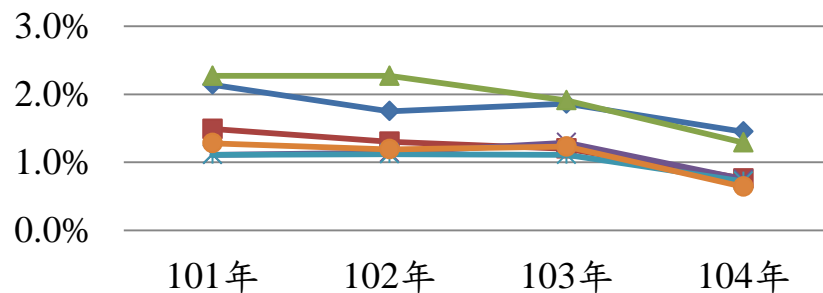
同藥理用藥日數重複率-基層跨院各分區



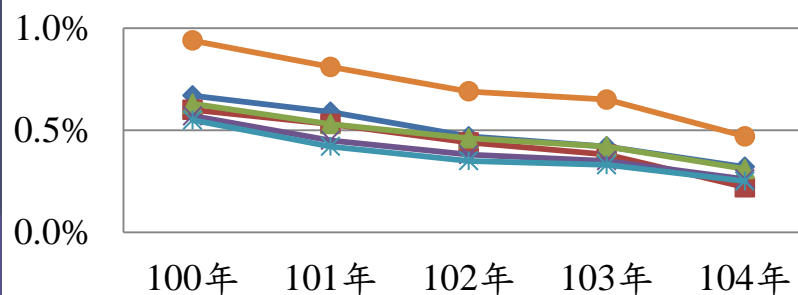
降血壓(口服)



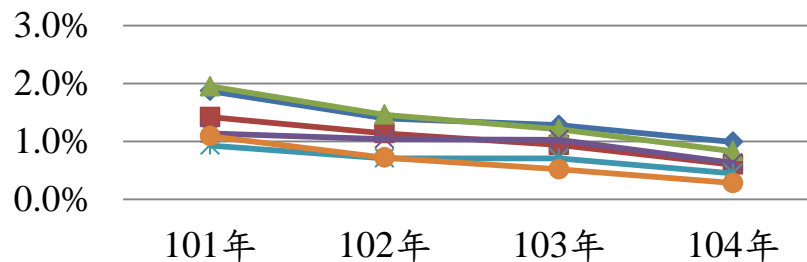
抗思覺失調症



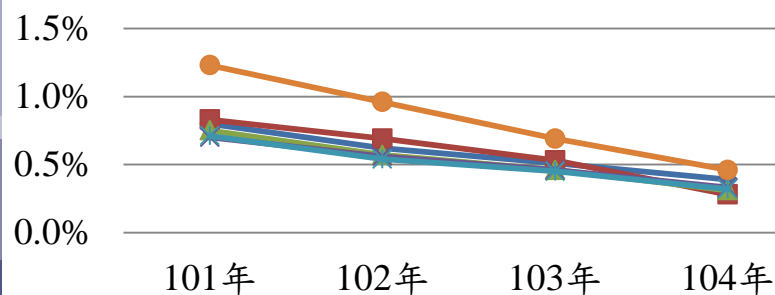
降血脂(口服)



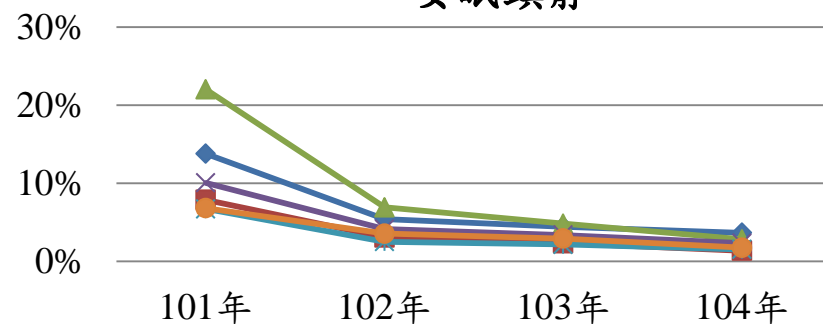
抗憂鬱症



降血糖



安眠鎮靜

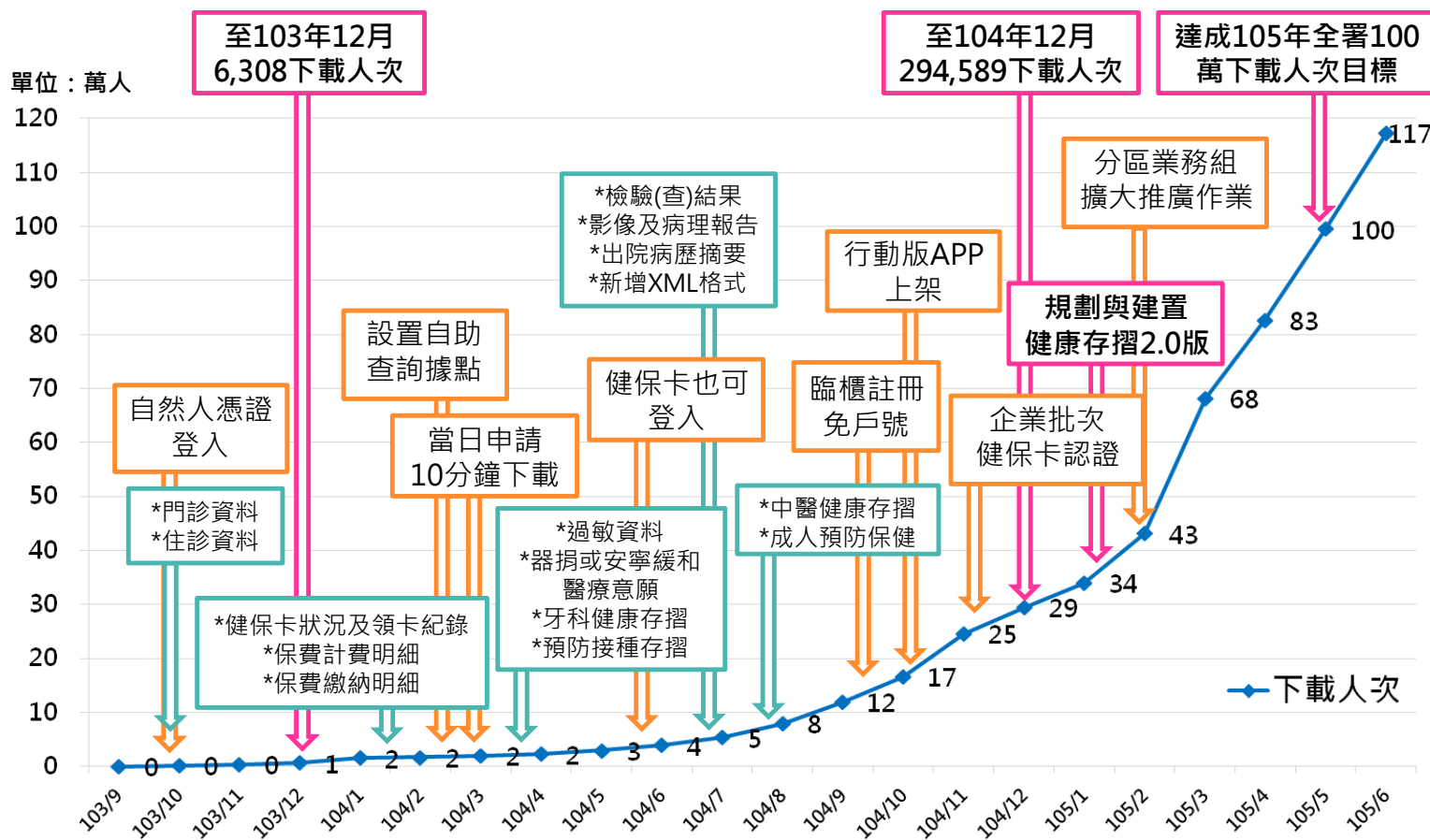


- ◆ 臺北業務組
- 北區業務組
- ▲ 中區業務組
- ✕ 南區業務組
- ✧ 高屏業務組
- 東區業務組

自主健康管理-健康存摺



- **建置理念：**以網路取代馬路，透過個人健康資料還給個人，落實知情權與健康自主；就醫時提供醫師參考，提升醫療安全與效益
- **資料內容：**11種醫療資料(門、住診資料、中、牙科健康存摺、過敏資料、器捐或安寧緩和醫療意願、檢驗/查結果資料、影像或病理檢驗/查報告資料、出院病歷摘要、成人預防保健存摺、預防接種存摺)+3種保險計費、繳費資料
- 自103年9月25日上線至105年6月30日，計117萬下載人次。



鼓勵醫事機構即時查詢方案



➤ 方案目的：

鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時並迅速辦理各項與本署相關業務，如上傳檢驗(查)結果、出院病歷摘要等及查詢病患雲端藥歷及健保卡內存放最近6次就醫資料，供民眾於跨院所就醫時供處方參考，確保就醫安全。

➤ 104年結算情形如下：

- ✓ 結算院所數4,943家。
- ✓ 網路月租費依本方案所訂內容結算方案執行數約1.22億元，月租費費用補助率為93%（1.22億元/1.3億元）。

門診高利用保險對象輔導專案計畫



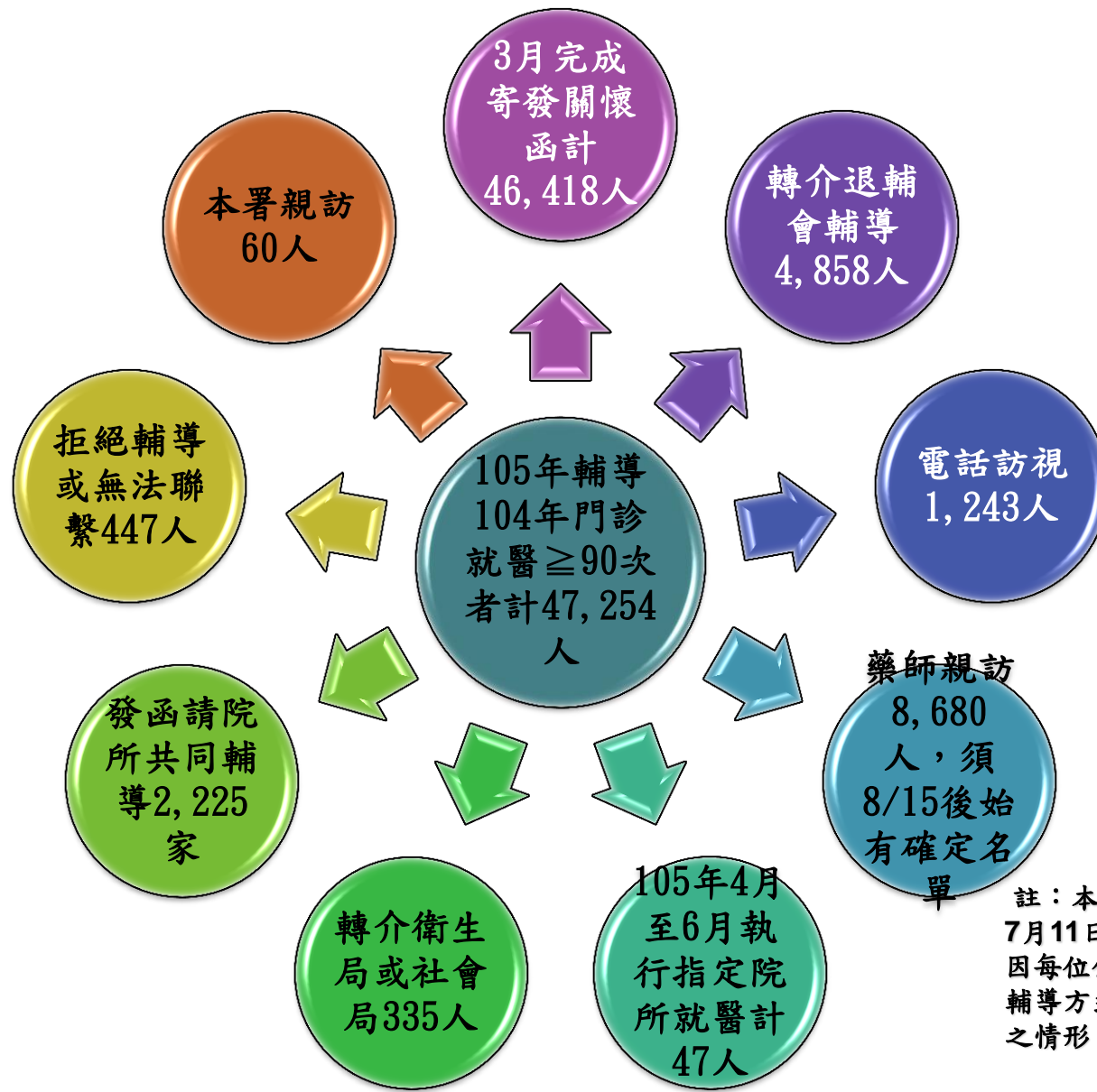
➤ 目的：

建立正確的就醫行為及用藥觀念，以提升就醫安全及品質，間接減少醫療資源之浪費。

➤ 策略：

- 1) 即時提醒：按不同年齡層予以不同就醫次數提醒（19~64歲者 ≥ 30 次、65歲以上者 ≥ 40 次），保險對象於診間就醫刷健保卡時，即可顯示其當年度最新就醫次數，醫師可即時輔導。
- 2) 輔導每季門診就醫次數 ≥ 40 次者：主動寄發關懷函，表達關心及提供健康諮詢專線。
- 3) 輔導全年門診就醫次數 ≥ 90 次者：主動寄發關懷函及提供各項輔導。

門診高利用保險對象之輔導措施



註：本資料為105年1月1日至7月11日輔導之執行情形，另因每位保險對象皆有一種以上輔導方式，故人數有重複計算之情形。

門診高利用保險對象輔導專案計畫



➤ 措施：

以郵寄關懷函、電訪、親訪、結合各醫療專業及社會資源等不同方式輔導，導正其就醫行為，惟經輔導1年無明顯成效，專審醫師認定確有就醫異常者，則指定院所就醫（緊急情況就醫者不在此限）。

➤ 104年輔導成效：

103年全年門診就醫次數 ≥ 90 次者計46,285人，渠等經本署104年輔導後，較輔導前之同期就醫次數下降率為20%，醫療費用減少約7.28億元。

➤ 本署105年輔導104年門診就醫次數 ≥ 90 次者計47,254人。



執行概況—以病人為中心



整合方案簡介 83

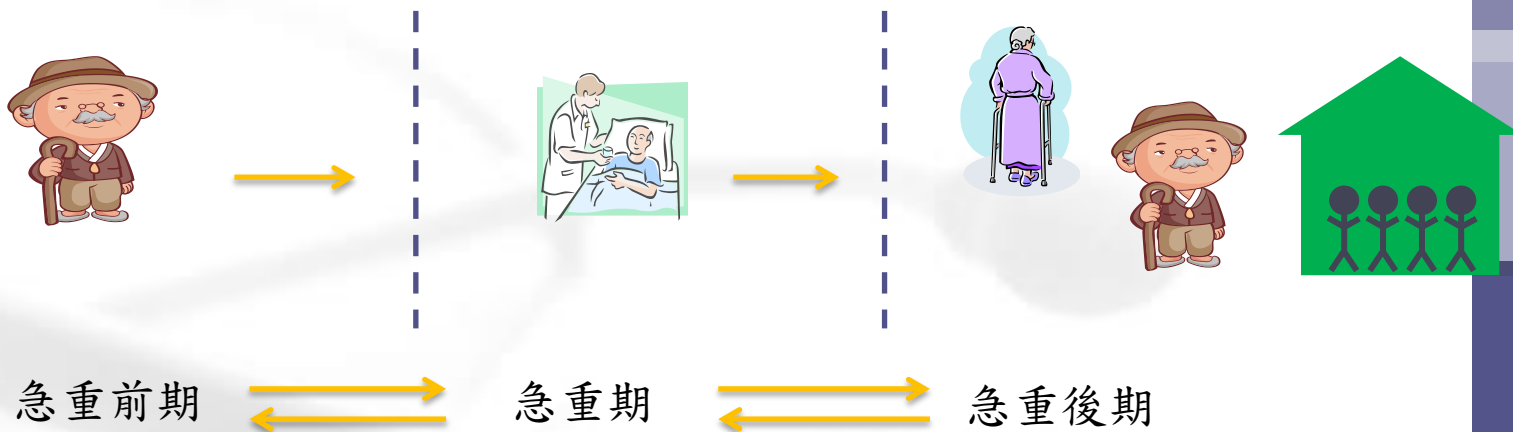
照護連續性 89

整合照護計畫



促進院所分工合作

保險對象



醫療服務提供者

- 基層診所
- 地區醫院

- 預防保健
- 初級照護
- 家醫群

- 醫學中心
- 區域醫院
- 地區醫院

- 急重症醫療

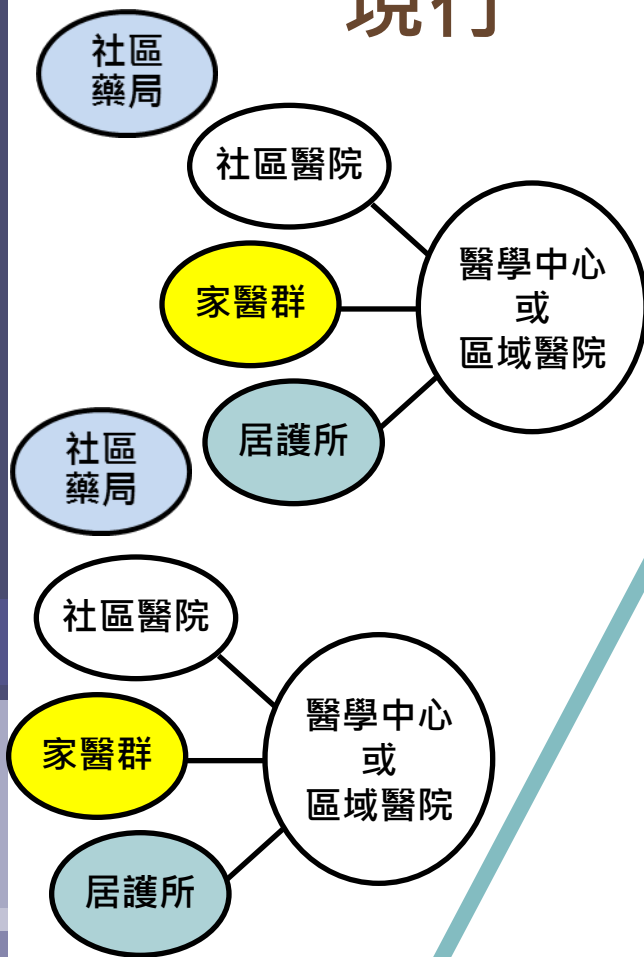
- 基層診所
- 地區醫院
- 護理機構

- 整合性復健、急性後期照護
- 居家醫療
- 家醫群
- 安寧緩和、末期照護

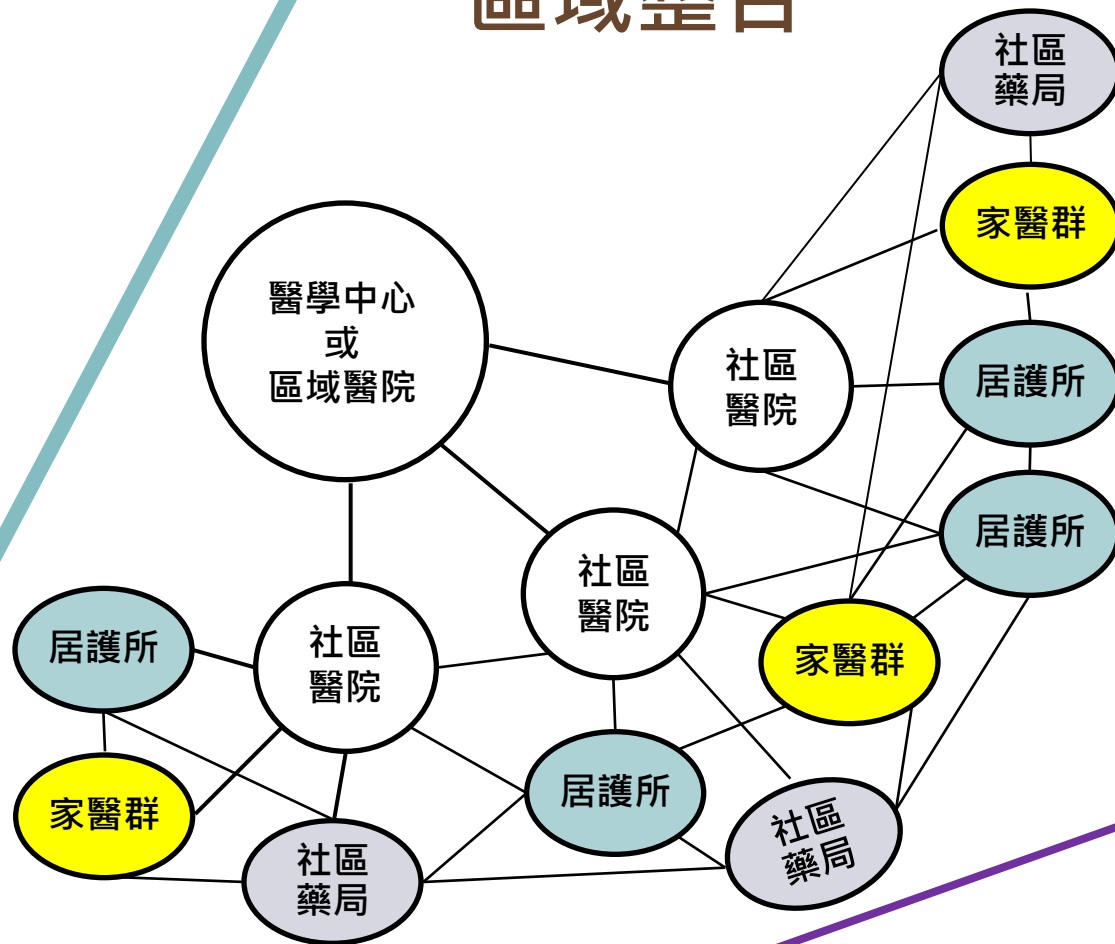
社區化整合照護模式



現行

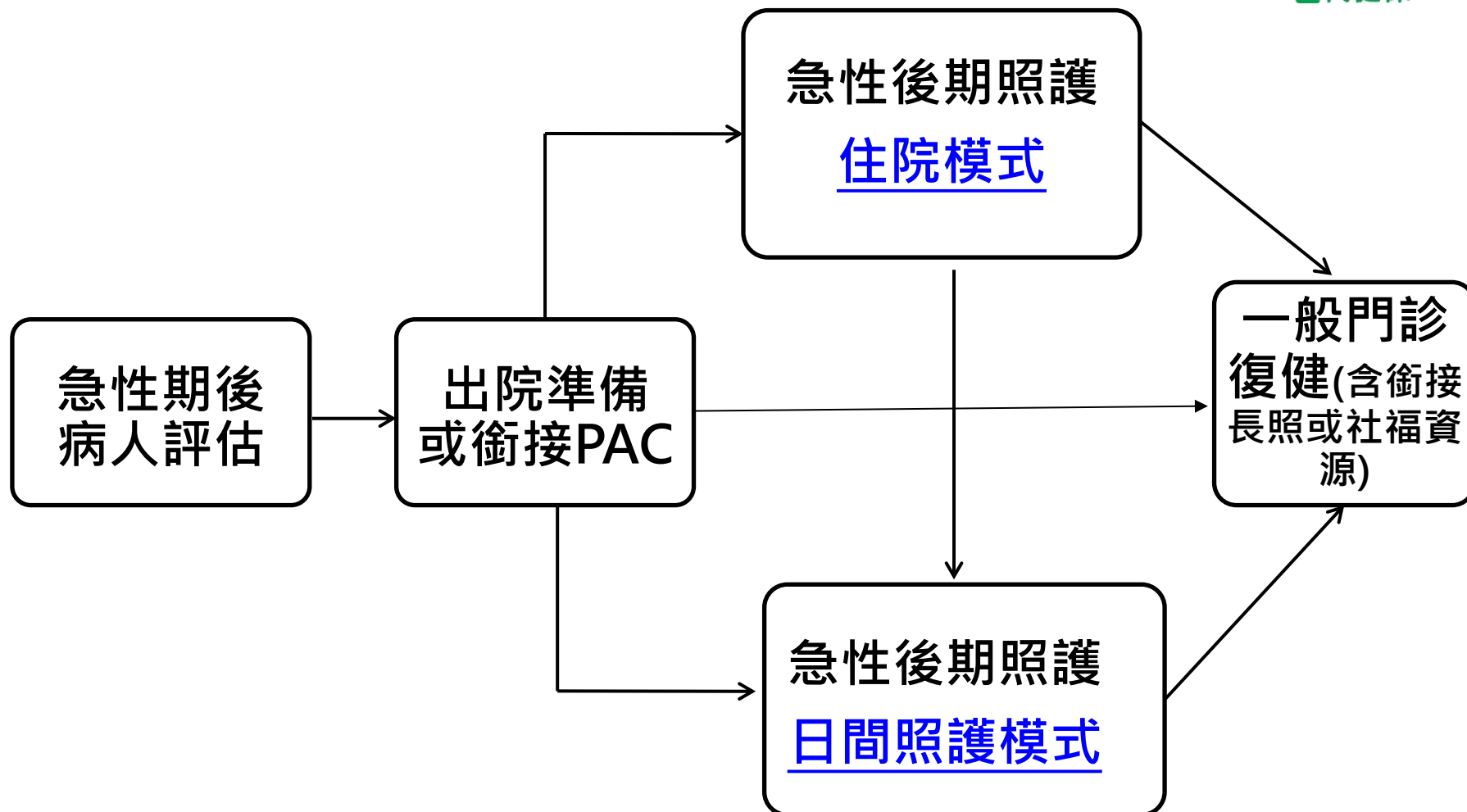


區域整合



就近提供醫療服務

急性後期照護模式



家醫群照護模式



社區醫療群

健保署

委託辦理
支付費用

診所

診所

執行中心
計畫運作協調

診所

診所

診所

水平轉診

就醫(門診)
24小時就醫諮詢專線

門診、預防保健
個案管理
社區衛教

共同照護門診
住院(含巡診)

轉診或轉檢

結果回饋
個案研討

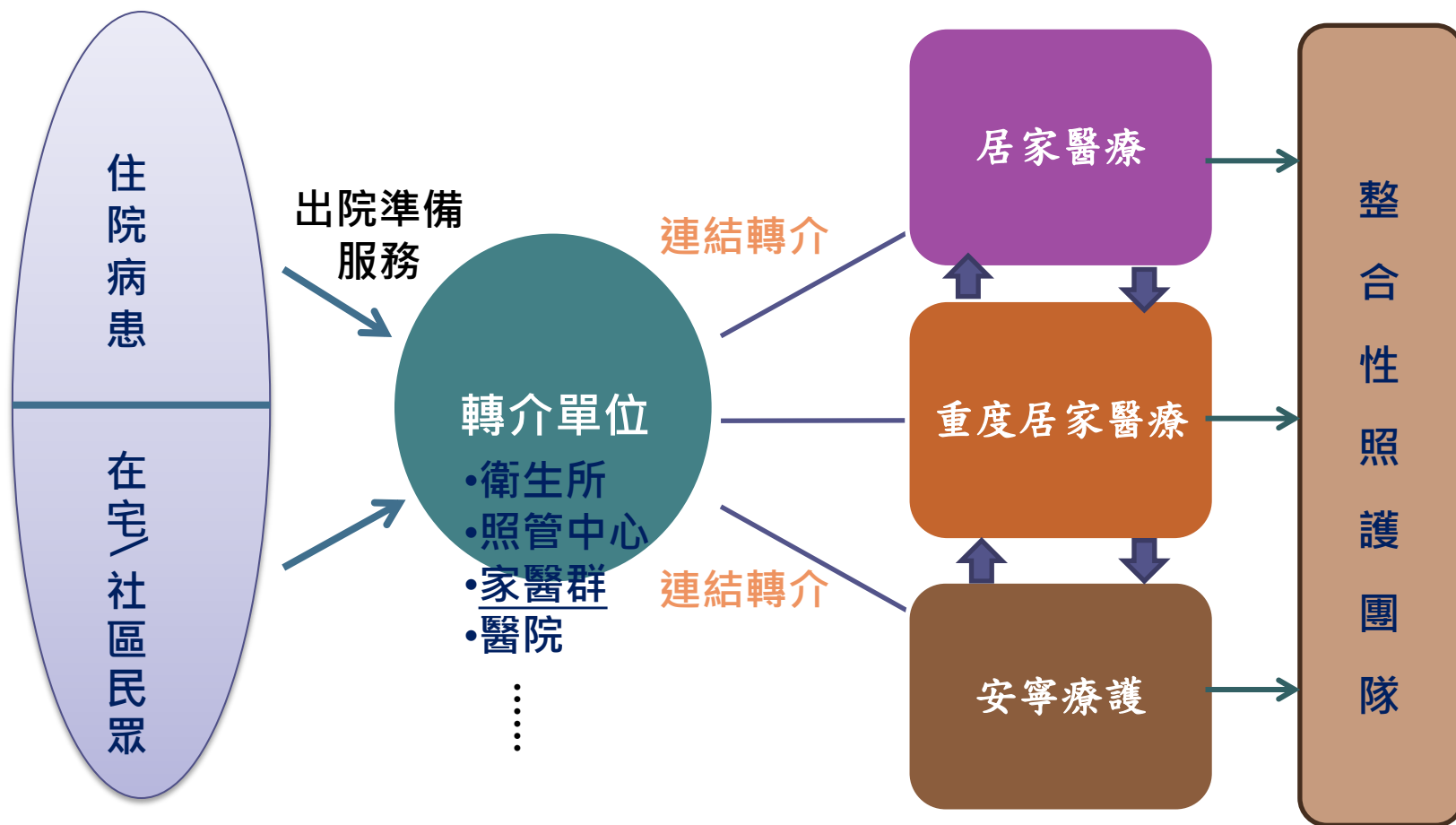
保險對象

檢查、
醫、
住院、
經轉診之就

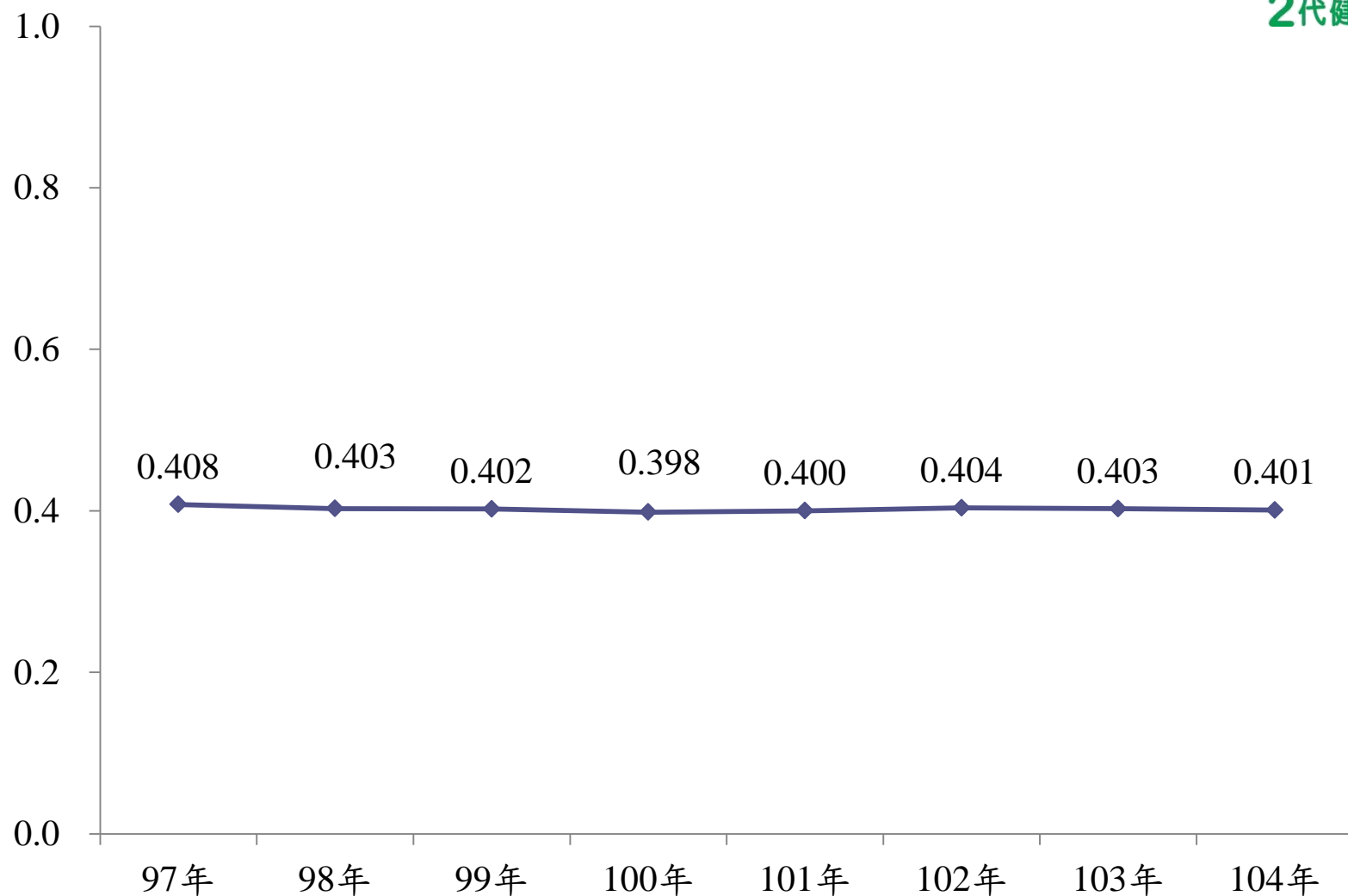
合作醫院

垂直轉診

居家醫療照護模式



照護連續性-健保監理指標



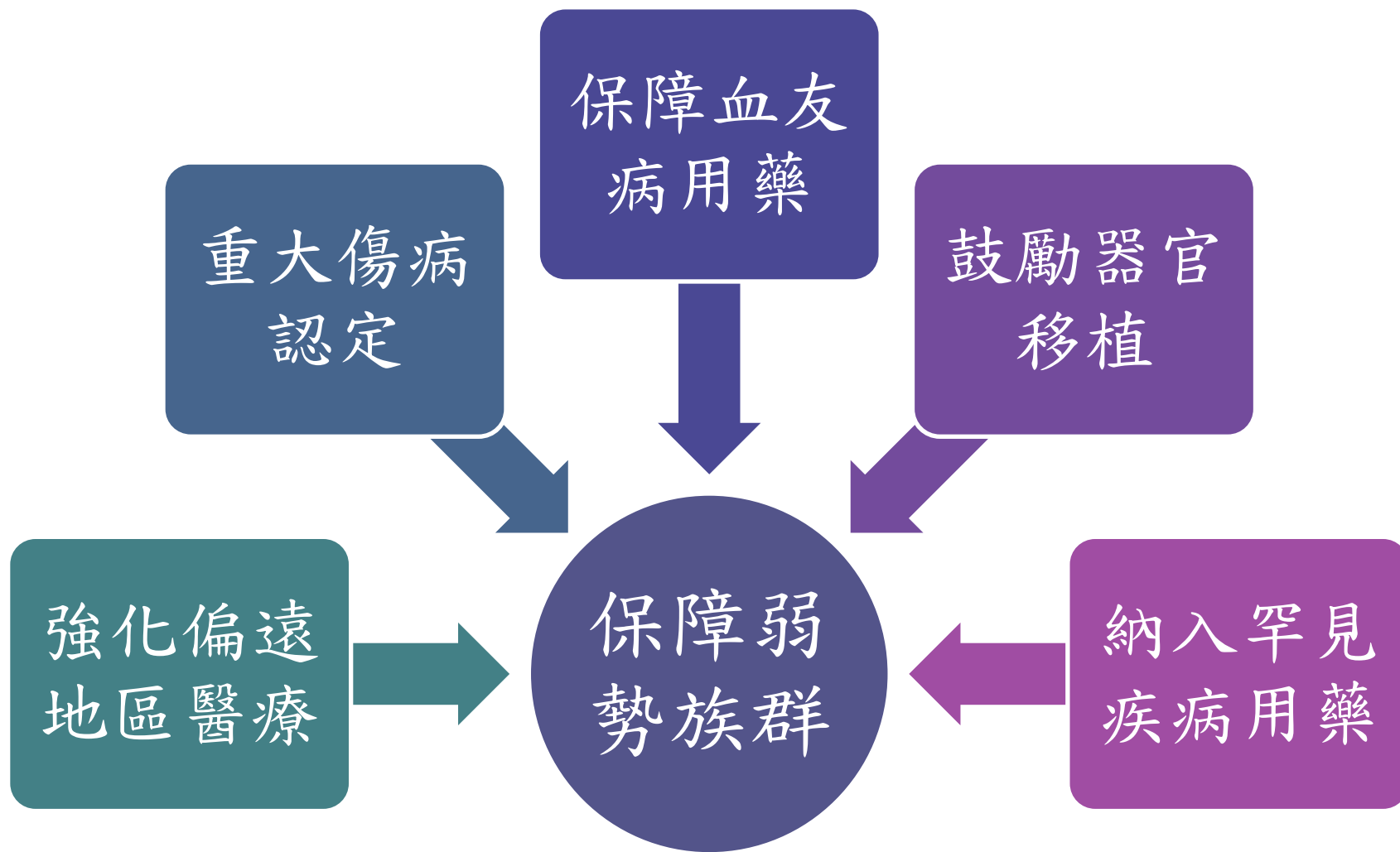
七

執行概況—公平面



保障重大疾病	91
自費改善與公開	96
偏鄉照護計畫	101

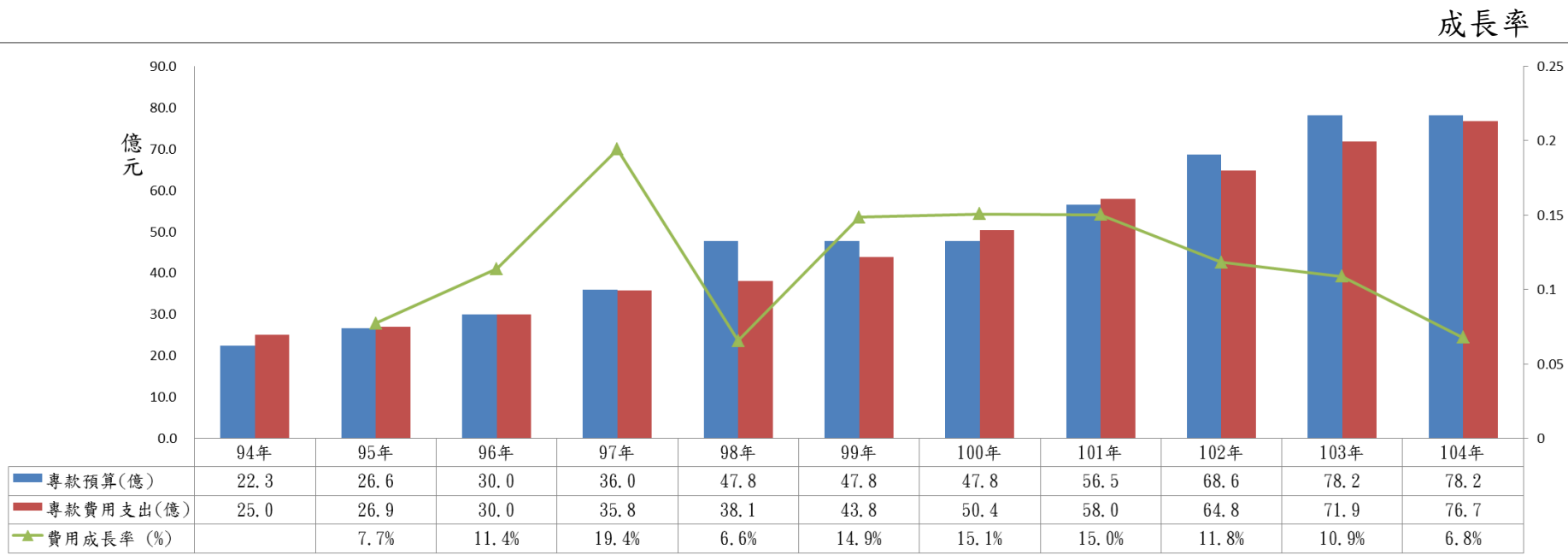
保障弱勢族群醫療權益



罕病與血友病藥費專款支出情形



- 罕病與血友病藥費自94年起協定以專款專用方式支應。
- 本項專款支出，94年為25億元，因罕病與血友病人數增加，且納入健保給付76.7億元，而藥費成長率在本署監控下，近五年成長率逐年緩降。



註:1.95年前本項專款包含愛滋藥費。.

2.104年新增罕見疾病特材，全年預算 12.5百萬元，費用支出3.22百萬元。

鼓勵器官移植並確保術後追蹤



年 項目	99	100	101	102	103	104
預算數						
--值(億元)	28.8	28.8	34.8	36.7	39.7	39.7
--成長率	23.3%	0%	20.9%	5.4%	8.2%	0%
預算執行數						
--值(億元)	26.7	29.0	31.4	32.3	36.1	37.0
--成長率	20.1%	8.6%	8.3%	3.0%	11.7%	2.5%
預算執行率(%)	93%	101%	90%	88%	91%	93%
整體支出情形						
移植人數						
--值(人)	1,319	1,383	1,424	1,456	1,590	1,591
--成長率	20.5%	4.9%	3.0%	2.2%	9.2%	0.06%
移植費用						
--值(億元)	12.8	14.4	13.7	14.3	16.7	16.7
--成長率	20.4%	13.0%	-4.8%	4.4%	16.2%	0.2%
抗排斥藥費						
--值(億元)	13.3	14.4	16.5	17.9	19.4	20.3
--成長率	13.2%	8.4%	14.6%	8.6%	8.1%	4.4%

本專款，主要支應心臟、肺臟、肝臟、腎臟、胰臟及骨髓等6項移植手術個案，其當次住診費用及術後門住診追蹤之抗排斥藥費。

降低重大傷病就醫障礙



➤ 重大傷病法源：

健保法第48條第1項，保險對象有重大傷病情形者，免自行部分負擔

➤ 目的：為減輕重病者醫療費用負擔

➤ 重大傷病納入原則：以需長期持續治療，且總醫療費用高者

➤ 項目訂定：

由各專科醫學會、醫療團體代表會議討論後由主管機關公告；開辦初期公告26項，85年-91年陸續公告5項，94年刪除愛滋，迄今計30項

降低重大傷病就醫障礙



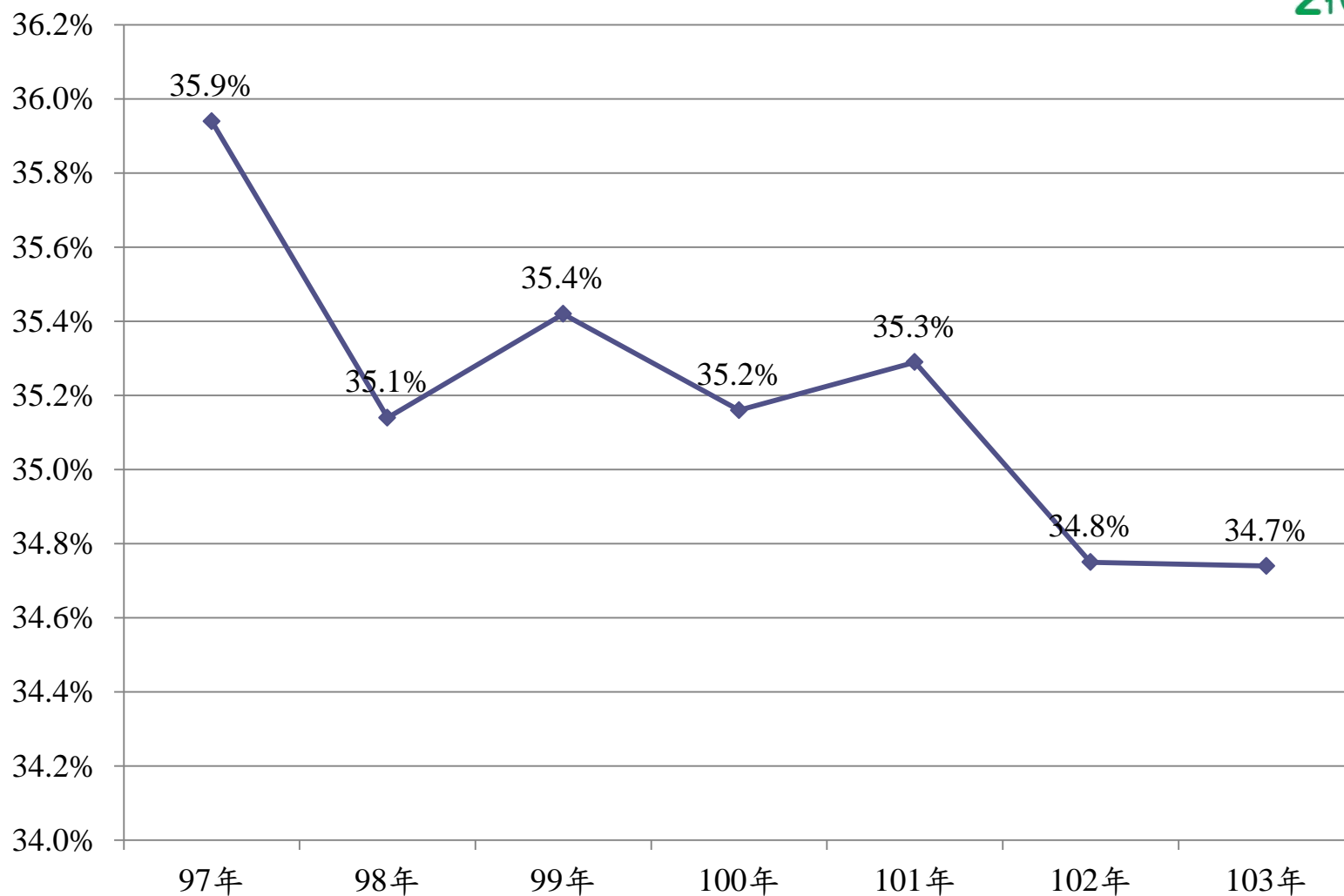
➤ 申請程序：

經特約醫療院所醫師診斷為重大傷病，檢具申請書、醫療院所開立之診斷證明書及相關佐證資料，以郵寄、臨櫃或由就診院所網路代辦方式向分區業務組提出申請，核准後即登錄健保卡

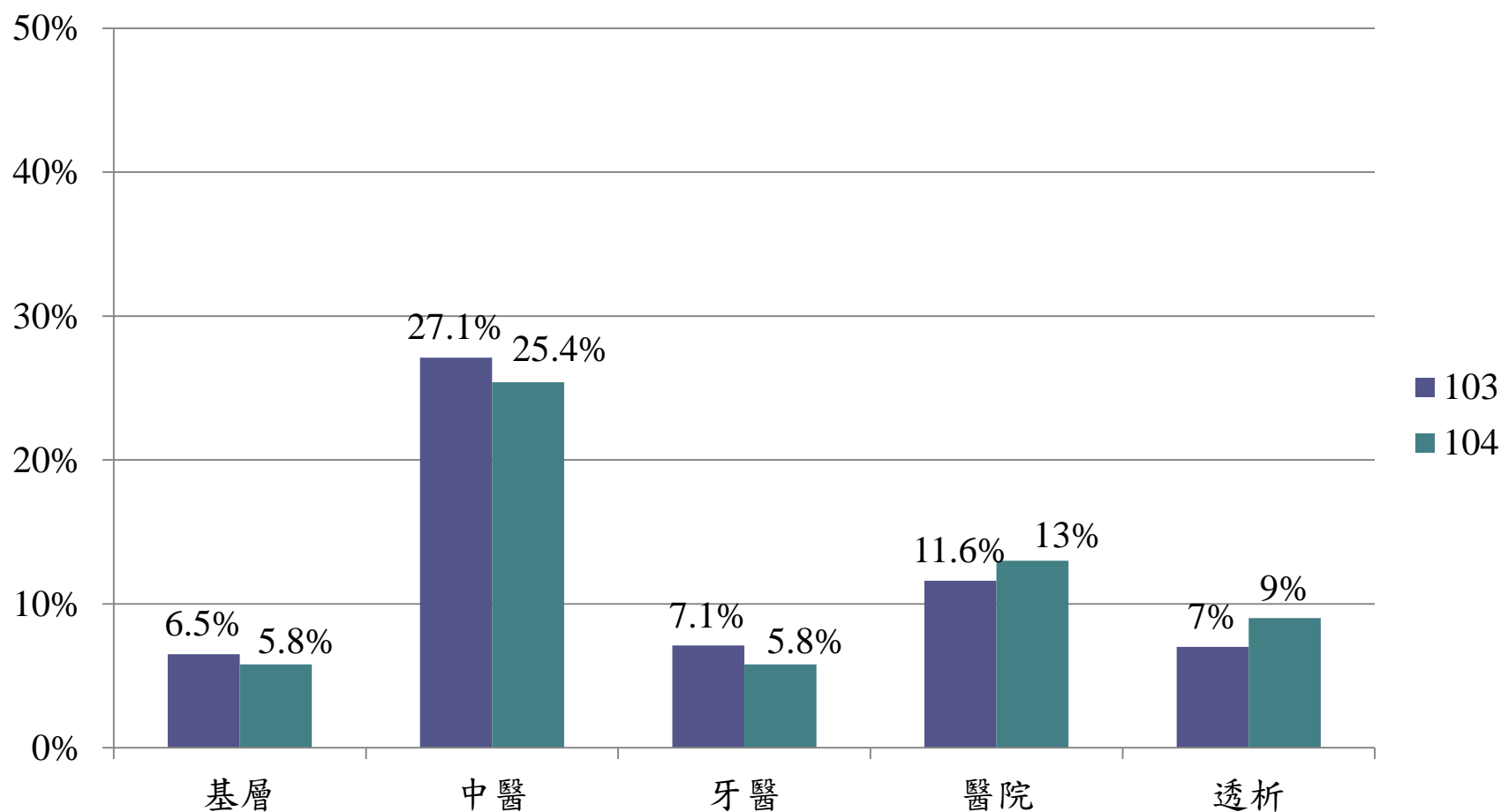
➤ 持有效之重大傷病證明至特約院所就醫，與其證明所載之疾病或治療相關，門診及住院可免部分負擔

家庭自付醫療保健費用比率

-健保監理指標



滿意度調查-被要求自費比率



民眾自費情形及改善措施



➤ 對特約醫療院所之規範

- ▶ 特約醫療院所之規範：無論是否屬於全民健康保險醫療給付相關規定之項目，均要求應符合資訊公開、事先告知及開立正式收費單據等三項原則。

➤ 對特約醫療院所之輔導

- ▶ 本署之各分區業務組於新特約訪查、例行訪查、實地審查或視需要不定期派員至特約醫療院所實地訪查，將本項作業納入訪查項目，一併查核，對未符合規定之特約醫療院所，則以函請改善或再度訪查等方式加以輔導，直至改善為止。

民眾自費情形及改善措施



➤ 違規醫療院所之處理

- ▶ 保險對象如對額外收費有疑義，可檢具收據向特約醫療院所之所在地本署分區業務組反映，若經查證有不當收費或自立名目收費，均依全民健康保險法及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法等規定處理。

➤ 受理民眾申訴案件

- ▶ 提供多種就醫疑義服務管道以供諮詢(如0800-030598免付費諮詢專線、本署意見信箱等方式)，若申訴內容為自費案件，會立即送請專業審查醫師，判斷該項目是否為健保給付項目，如為本署給付項目即函請該特約醫療院所退還費用予民眾，惟如非本署給付項目即轉請當地衛生局協助釐清逕復。

➤ 自費醫材比價網

- ✓ 為使自付差價或健保尚無法納入給付之全部自費醫材透明化，及民眾方便查詢及比較各醫療院所的收費，縮短醫療院所間相同醫材收費之差異，自103年6月10日起，民眾可透過健保署全球資訊網，進入「自費醫材比價網」查詢比價。
- ✓ 醫療院所須登錄自費醫材品項價格，以供民眾參考。
- ✓ 每周二更新資料，累計瀏覽人數約14.8萬人
- ✓ 自104年1月增列漲價名單及各院所使用自付差額人次比率，以供民眾參考。

現行健保偏鄉醫療照護措施



全民健康保險偏鄉醫療照護計畫

IDS計畫

西、中、牙
醫療資源不足
地區改善
方案

醫療資源不足
地區之醫療服
務提升計畫

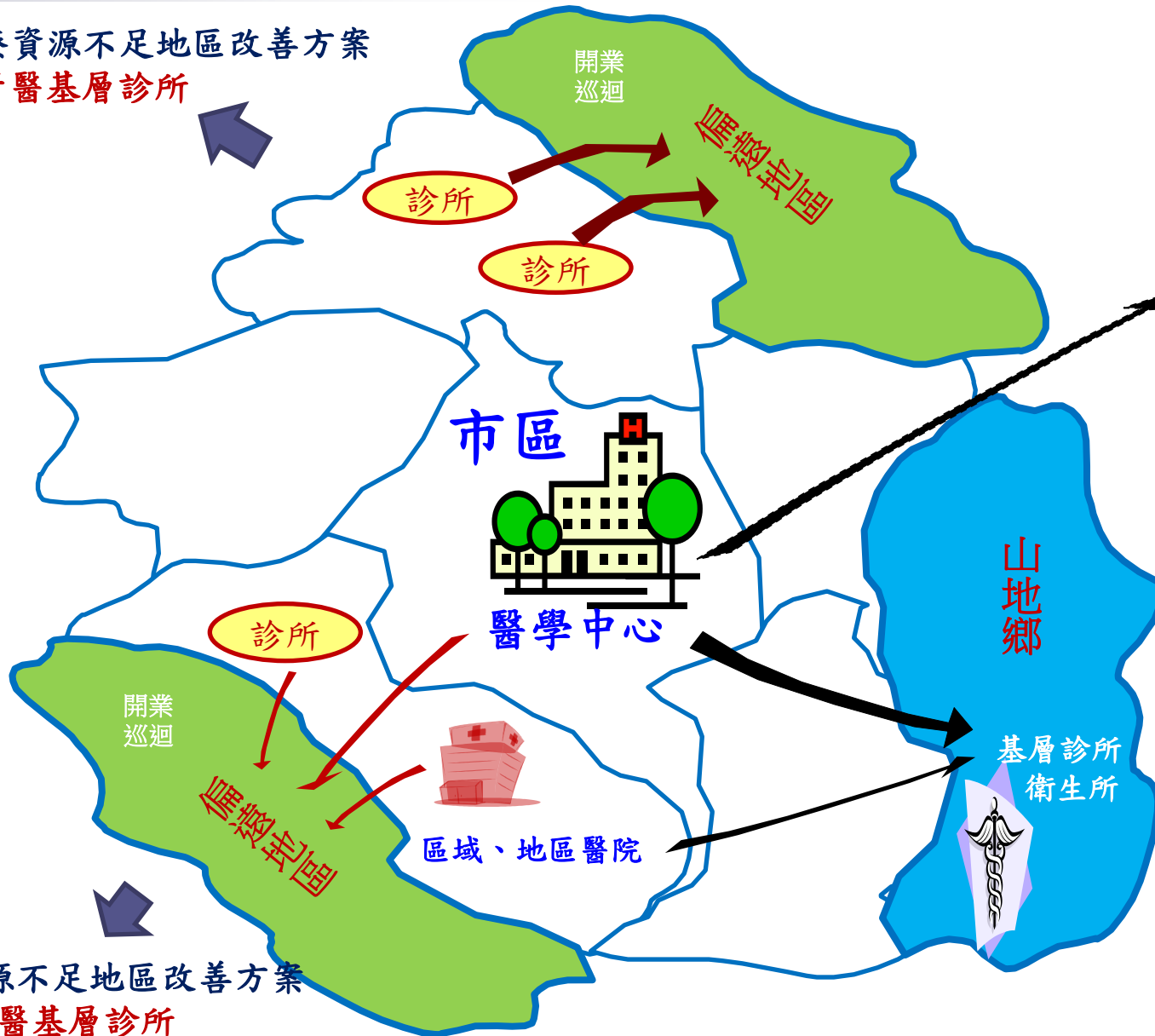
- 中醫地區預算分配提撥1%作為偏鄉院所保障點值每點1元，由一般服務支應。
- 牙醫部門針對偏鄉且點值低之院所給予保障每點一元保障，由一般服務移撥，104年5千萬元，105年8千萬元。

健保偏鄉醫療照護計畫圖示



中、牙醫療資源不足地區改善方案

— 中、牙醫基層診所



西醫醫療資源不足地區改善方案

— 醫院&西醫基層診所

醫療服務提升計畫-申請資格



- 第一項：**設立於保險人公告之離島、山地鄉之醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達30公里以上者。
- 第二項：**設立於全民健保醫療資源不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。
- 第三項：**符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足區急救責任醫院」之地區級醫院。
- 第四項：**符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院。

醫療服務提升計畫-保障措施



一般服務部門 (不含門診透析)

- 浮動點值補足至每點一元支付(不含呼吸器及精神科服務)

提供24小時急診 服務者

- 每家醫院全年最高以1,500萬元為上限

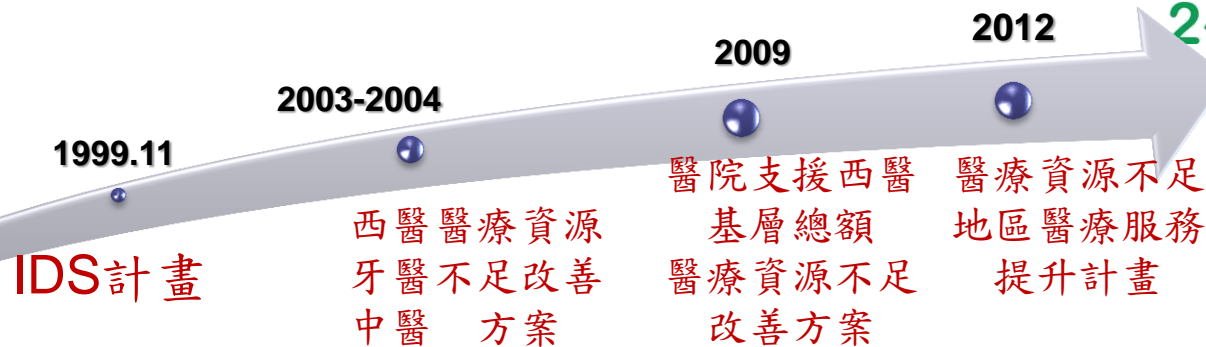
未提供24小時急 診服務者

- 每家每科全年以100萬元為補助上限

急救責任醫院

- 急診檢傷分類1、2級轉住院前10日費用保障每點1元，500萬上限

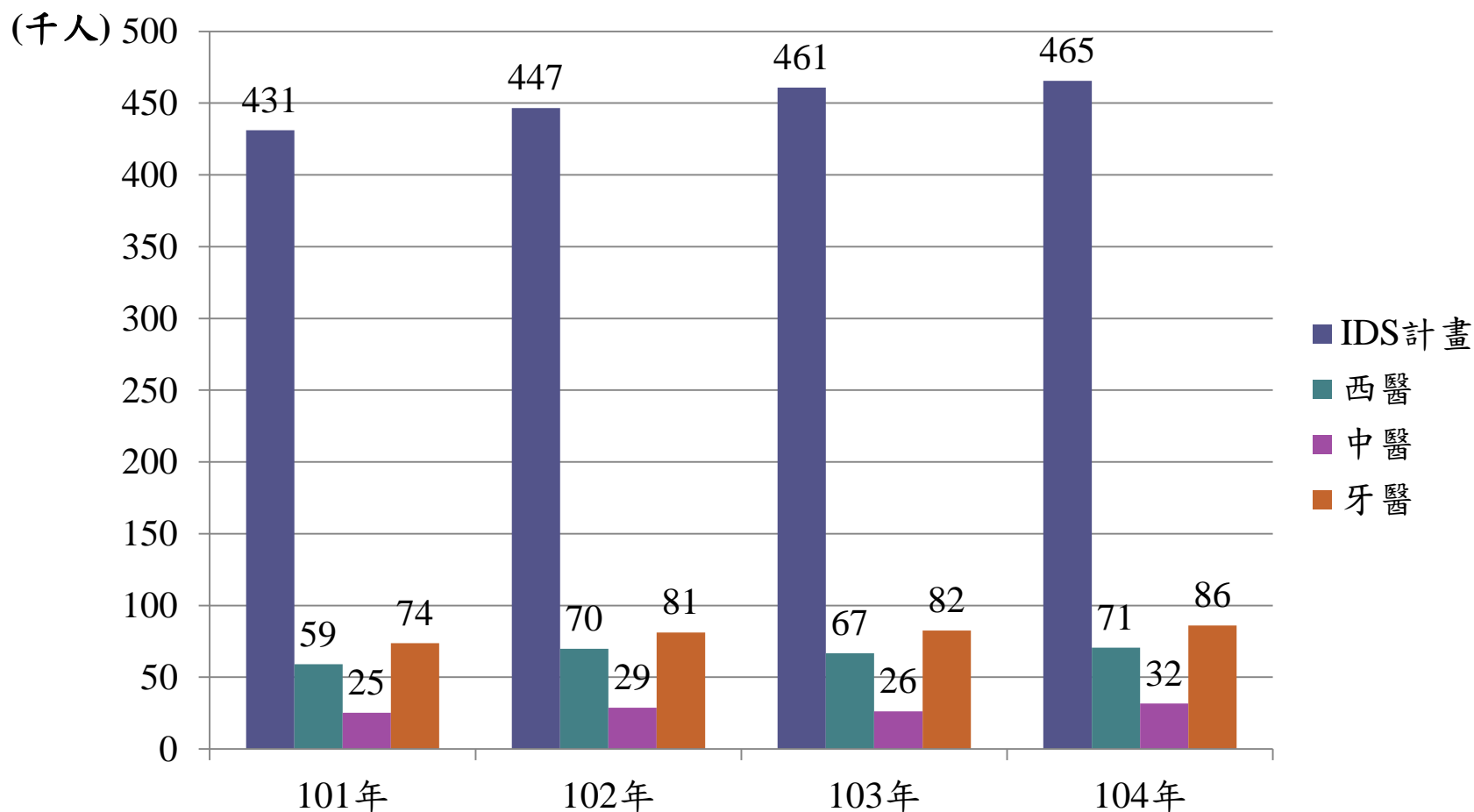
健保偏鄉醫療推動歷程及投入資源



年度		92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105
預算經費 (百萬元)															
IDS計畫		359	454	549	549	549	603	603	603	603	603	603	605	605	605
醫療資源不足改善方案	中醫門診總額	59.3	106.9	75	75	75	75	90	90	74.4	74.4	74.4	74.4	96.5	106.5
	西醫基層總額		231	100	100	100	100	100	100	100	150	150	150	150	240
	牙醫門診總額		251.0	208.3	208.3	208.3	208.3	228.3	228.3	229.2	229.2	229.2	280	280	280
	醫院支援西醫基層總額							200(備註)		50	50	50	60	60	60
醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫											500	670	800	800	800

備註：執行期間係980801~990731，展延98年度計畫至99年12月31日止

健保偏鄉醫療歷年服務人數



註：

1.IDS計畫照護人數為針對當年最後一筆投保狀態為在保之人數針對其戶籍紀錄進行統計。

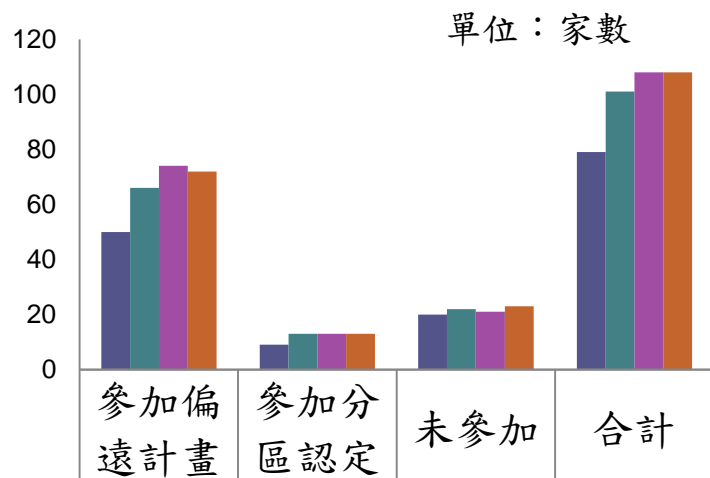
2.醫療資源不足地區改善方案為巡迴及開/執業計畫服務人數。

醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

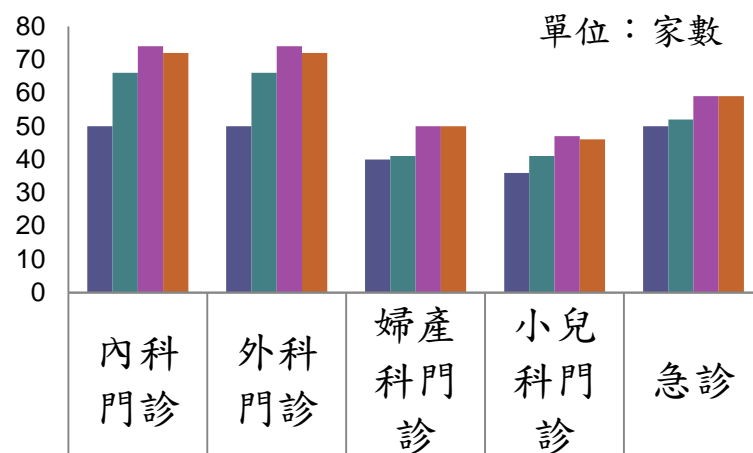
畫_參與情形及提供科別服務

2代健保

- 104年符合資格醫院計108家，其中72家(67%)參與本計畫。
- 104年72家提供內科與外科門診服務、50家提供婦產科門診服務、46家提供小兒科門診服務、59家提供急診服務。



	參加偏遠計畫	參加分區認定	未參加	合計
101年	50	9	20	79
102年	66	13	22	101
103年	74	13	21	108
104年	72	13	23	108



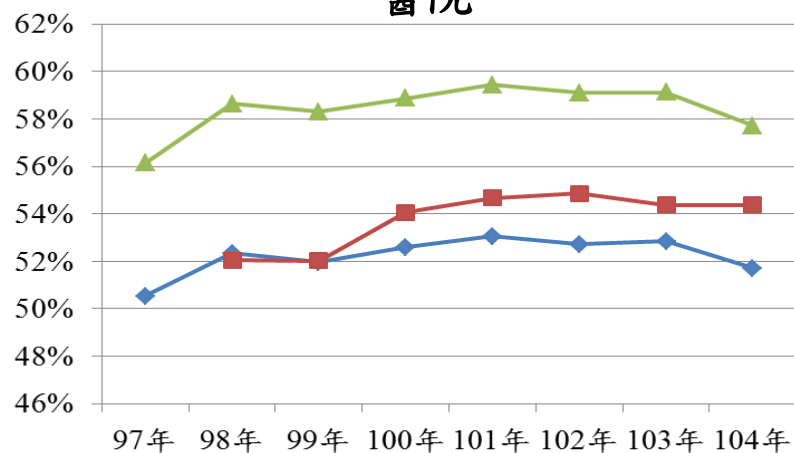
	內科門診	外科門診	婦產科門診	小兒科門診	急診
101年	50	50	40	36	50
102年	66	66	41	41	52
103年	74	74	50	47	59
104年	72	72	50	46	59

各地區就醫率

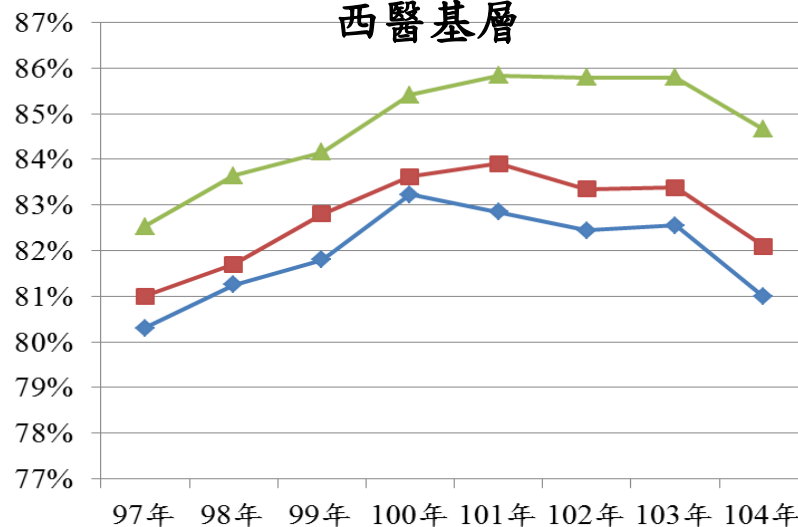
一般\醫療資源不足地區\山地離島地區



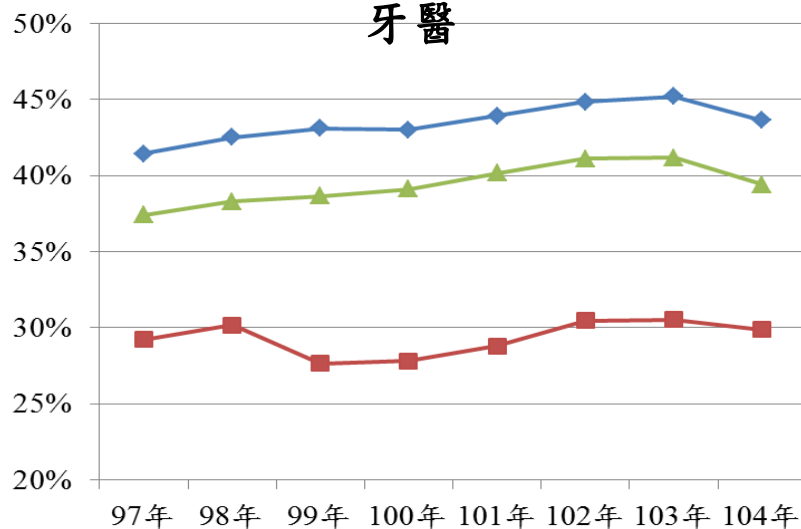
醫院



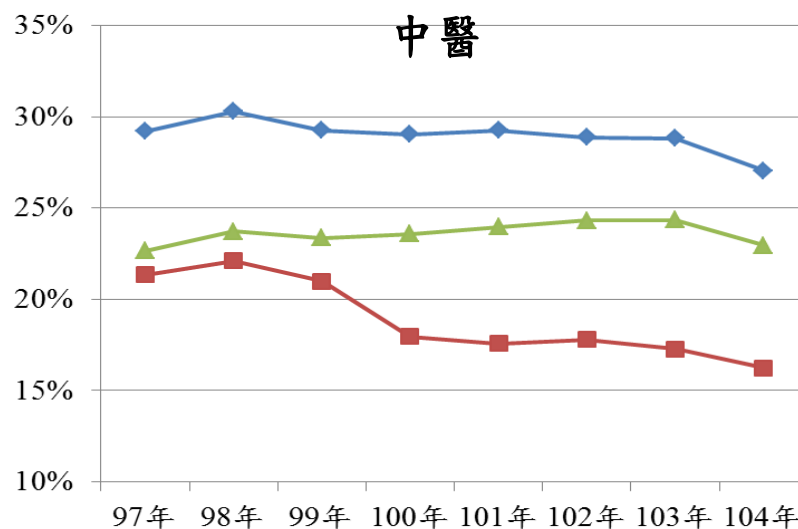
西醫基層



牙醫



中醫

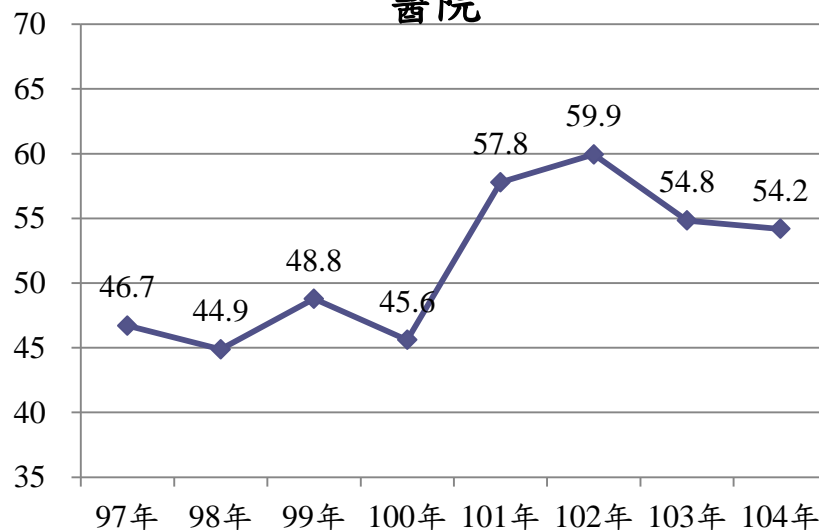


◆ 一般地區 ■ 醫療資源不足地區 ▲ 山地離島地區

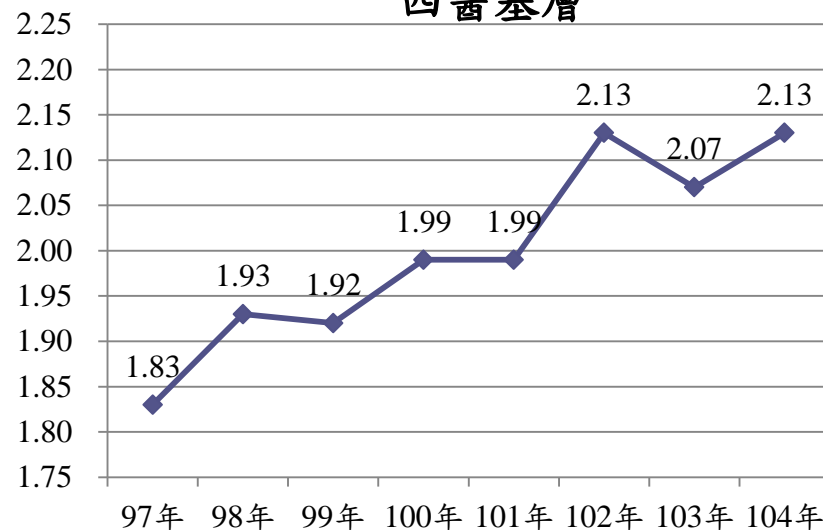
依發展程度觀察最高與最低兩組 之醫師人力比值-健保監理指標



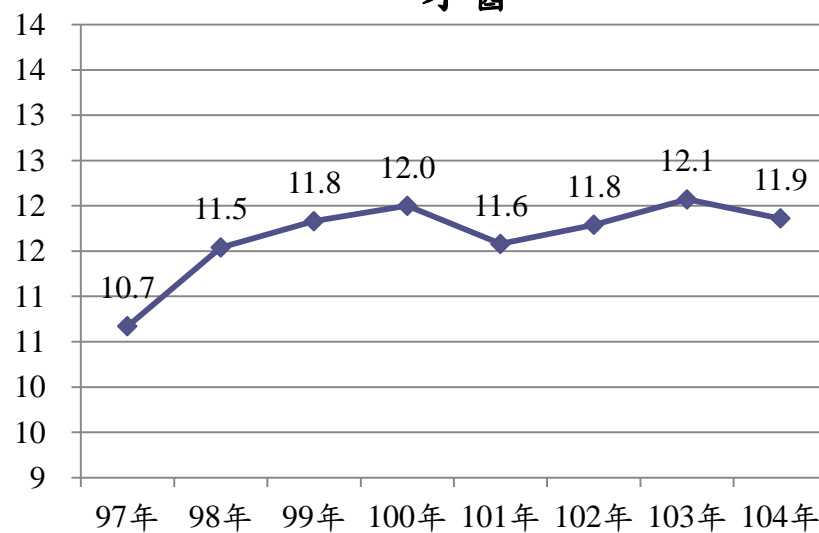
醫院



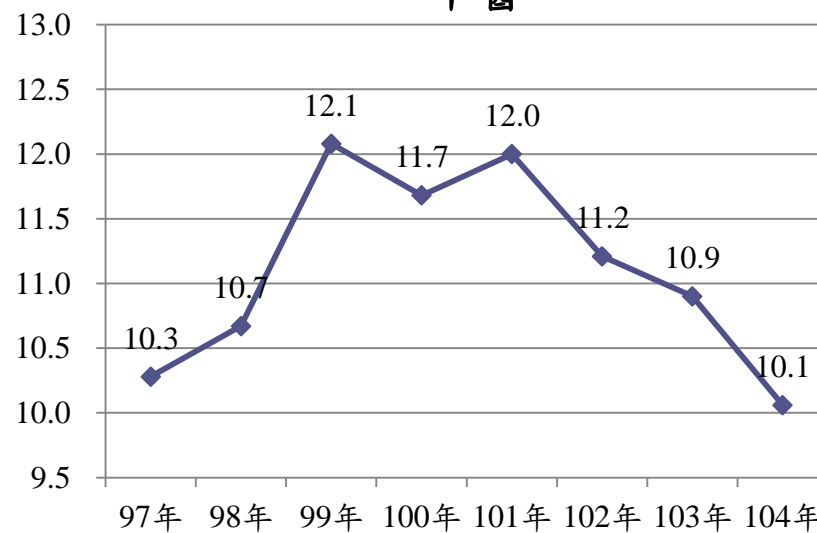
西醫基層



牙醫



中醫



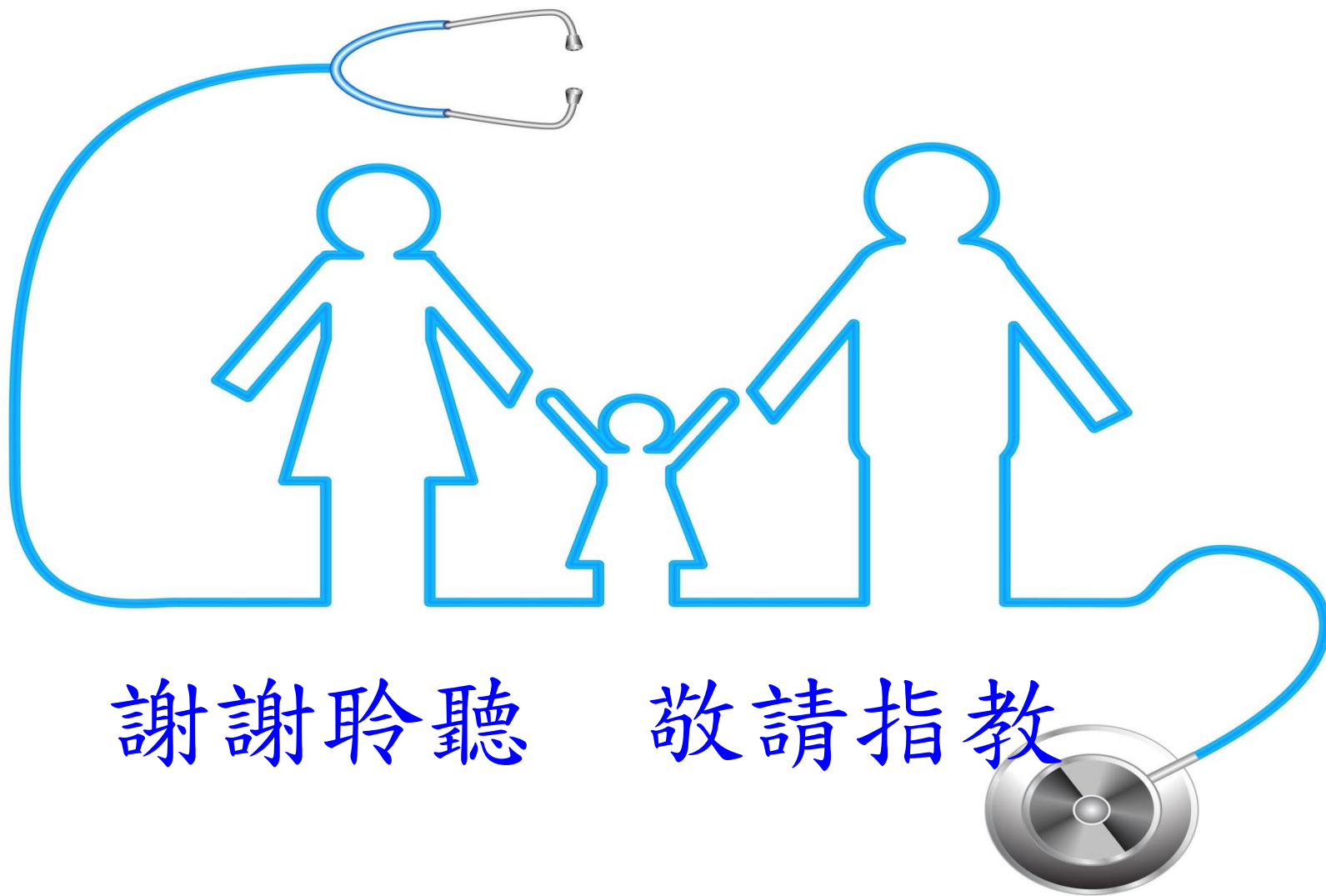


醫院總額共管成效



南區業務組

高屏業務組



謝謝聆聽

敬請指教

104年南區醫院總額 共管執行情形及成效



報告人：賴阿薪
105年7月28日



衛生福利部中央健康保險署
南區業務組
NATIONAL HEALTH INSURANCE ADMINISTRATION-
SOUTHERN DIVISION, MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

報告大綱

1

共管執行情形

2

執行成效

3

未來努力



衛生福利部中央健康保險署

南區業務組

NATIONAL HEALTH INSURANCE ADMINISTRATION-
SOUTHERN DIVISION, MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

南區醫院總額共管執行情形

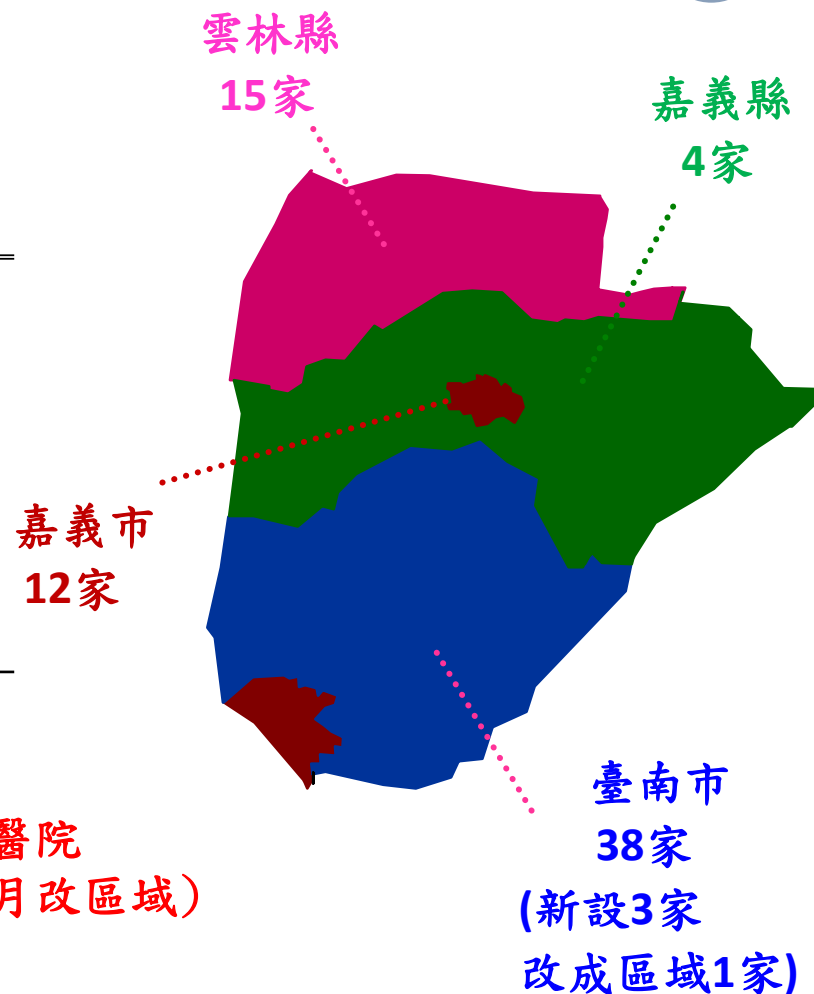


衛生福利部中央健康保險署
南區業務組

NATIONAL HEALTH INSURANCE ADMINISTRATION-
SOUTHERN DIVISION, MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

104年供給變動-醫院家數統計

年度	醫學中心	區域	地區	合計
103年	3	16	47	66
104年	3	16	49	68
105年3月	3	17	49	69



備註1：104年度新設2家地區醫院吉安醫院及璟馨醫院

備註2：105年度新設層林醫院，市立安南(105年1月改區域)

104年供給變動-總額預算成長情形

單位:人數:萬、點數:百萬

年度 /季別	四季預算	成長率	門診-人數		門診-申+部		住診-人數		住診-申+部	
			跨出	跨入	跨出	跨入	跨出	跨入	跨出	跨入
102Q1	11,720	3.63%	19.43	20.75	1,269	1,039	1.52	1.48	1,337	1,047
102Q2	12,571	4.86%	20.33	21.25	1,350	1,112	1.63	1.55	1,415	1,124
102Q3	12,492	4.13%	19.97	21.19	1,350	1,150	1.66	1.59	1,453	1,141
102Q4	13,356	10.72%	19.44	21.25	1,373	1,187	1.61	1.55	1,415	1,176
103Q1	12,247	4.50%	19.70	22.13	1,313	1,177	1.54	1.54	1,381	1,140
103Q2	13,141	4.54%	20.18	22.36	1,374	1,246	1.61	1.61	1,434	1,177
103Q3	13,057	4.52%	20.01	22.07	1,419	1,242	1.64	1.63	1,472	1,202
103Q4	13,170	4.38%	19.58	22.10	1,407	1,267	1.60	1.62	1,528	1,205
104Q1	12,868	5.07%	20.33	22.86	1,348	1,229	1.53	1.60	1,401	1,188
104Q2	13,605	3.53%	21.42	23.27	1,400	1,302	1.66	1.70	1,468	1,235
104Q3	13,736	5.20%	21.07	23.12	1,403	1,314	1.65	1.72	1,474	1,216
104Q4	13,707	4.08%	21.17	23.21	1,450	1,362	1.66	1.72	1,526	1,309

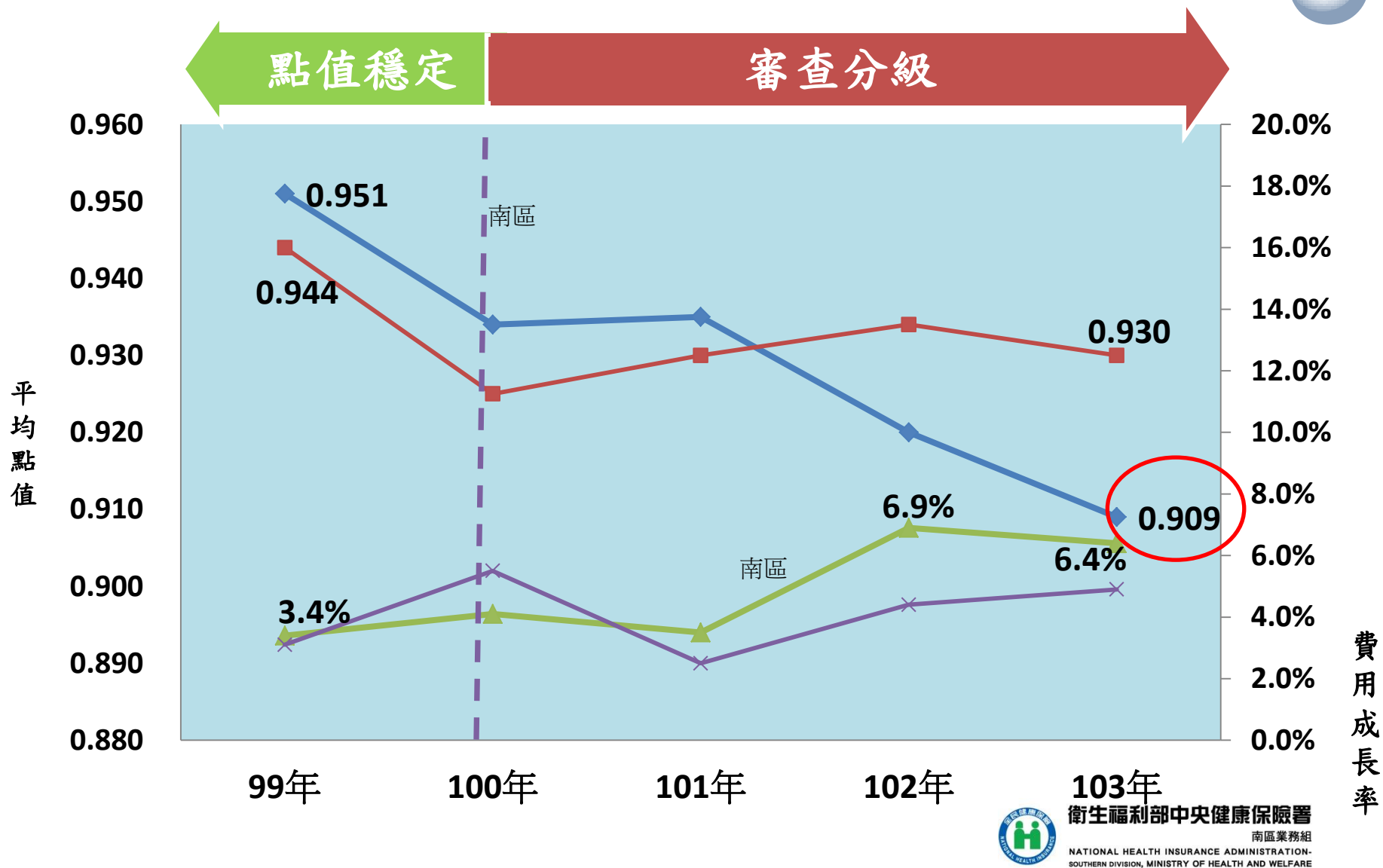
註:表列102Q4含Q1~Q3調整支付標準預算

102Q4校正後預算(排除調整支付標準):12,616,847,909元(成率:4.59%)



衛生福利部中央健康保險署
南區業務組
NATIONAL HEALTH INSURANCE ADMINISTRATION-
SOUTHERN DIVISION, MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

99-103年轄區醫院費用成長與平均點值變化



找問題-點值與全署差距大

- ★醫院互相競量，未以總額成長率自控。
- ★藥費成長率及占率高於全署。
- ★部分疾病改善方案及全署推動多項品質計畫落後其他分區

★轄區醫院之分級審查措施讓部分高成長率醫院低審查量。

★轄區醫院有點值穩定之期待，但未有凝聚點值穩定之共識

找尋穩定點值良方

- 拜訪醫院院長→多家反映南區點值低落問題亟須解決。
- 進行醫院問卷→了解醫院之意向及意見
- 修訂方向以量入為出觀念→主要讓轄內醫院以照顧民眾健康為前題，採專業自主，於有限總額預算下共謀一個有效率的自控作法，達穩定轄區點值及保障偏鄉醫療永續發展之目的。
- 打破固有審查模式→檢討與修正104年下半年審查分級作業原則。



建立總額共管之共識

保障民眾
就醫權益

穩定點值
提升品質

和諧互動
健保永續

會議時間	參與對象	討論議題
104年6月	(一)南區醫院院長及行政主管 (二)衛生福利部中央健康保險署南區業務組：由業務相關人員出席，並負責會議召集事務。	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 穩定點值 ➤ 點值監測及共議管理策略，擬定<u>104年下半年</u>之審查分級作業原則。 ➤ 透過會議公開品質專案監測結果，達品質改善目的。 ➤ 宣導重要工作。
104年12月 105年6月 會前進行問卷 行政主管會前 溝通會議		<ul style="list-style-type: none"> ➤ 凝聚穩定點值目標共識 ➤ 點值監測及共議管理策略，擬定<u>105年上、下半年</u>之審查分級作業原則。 ➤ 透過會議公開品質專案監測結果，達品質改善目的。 ➤ 宣導重要工作。



衛生福利部中央健康保險署
南區業務組
NATIONAL HEALTH INSURANCE ADMINISTRATION-
SOUTHERN DIVISION, MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

審查分級作業原則目的及法源依據

目的

- 為鼓勵醫院落實民眾健康照護、提升醫療服務品質，醫療服務審查作業採分級管理，讓醫院於醫療專業自主下，達穩定轄區點值之目標。

法源

- 依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」規定辦理審查，第22條：保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進行分析，依分析結果，得免除抽樣審查、減少隨機抽樣審查件數、增加立意抽樣、加重審查或全審。

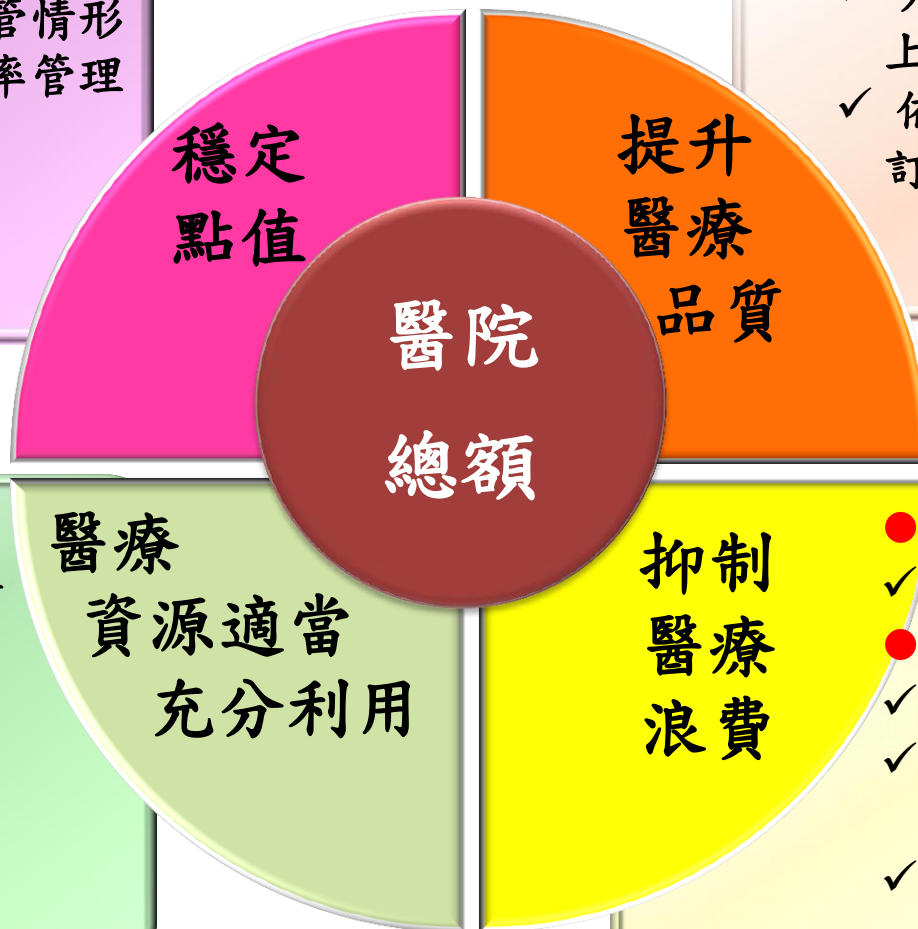
審查分級作業原則精神及架構

● 趨近全國平均點值

- ✓ 與醫院專業審查共管情形
- ✓ 目標點數及藥費占率管理
- ✓ 分級審查措施
- ✓ 就醫權益保障

● 鼓勵品質指標

- ✓ 列入基期成長指標
上限3%
- ✓ 依層級及醫院專科別
訂定監測項目5~6項



● 鼓勵及排除項目

- ✓ 生產案件、安寧醫療照護
- ✓ 急重症病患醫療照護需求
- ✓ 抗癌藥品需求
- ✓ 提升用藥及醫療品質管理計畫

● 檔案分析

- ✓ 醫療利用異常管理
- 抑制不當醫療浪費
- ✓ 推動安寧療護
- ✓ 推動呼吸器依賴患者執行緩和醫療
- ✓ 監控高科技檢查、高單價診療項目執行



衛生福利部中央健康保險署

南區業務組

NATIONAL HEALTH INSURANCE ADMINISTRATION-
SOUTHERN DIVISION, MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

參與資格及終止條件

參與資格

- ✓ 如期申報醫療費用並有完整基期費用計算基礎。
- ✓ 近半年內未經全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第38~40條處分

終止條件

- ✓ 實施期間經本署處以停（終）約處分通知醫院
- ✓ 檢調單位偵查中或本署查核中醫院
- ✓ 實施期間醫院服務量明顯萎縮負責醫師或經營主體異動醫院
- ✓ 符合Tw-DRGs服務案件，醫院拒收或不當轉院，經查證屬實醫院
- ✓ 經檔案分析或費用審查發現異常，疑違反相關法令規定醫院



衛生福利部中央健康保險署

南區業務組

NATIONAL HEALTH INSURANCE ADMINISTRATION-
SOUTHERN DIVISION, MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

審查分級作業原則~專業審查作業

➤ 尊重專業自主，分級審查

✓ 醫院申請參加審查作業原則之醫療服務審查方式

A-1

專業審查
免隨機送審及回推
(每年立意抽審一次)

A-2至C

減量審查
(三抽一)

未參加

逐月隨機審查

✓ 個別醫院共議管理指標及達成值

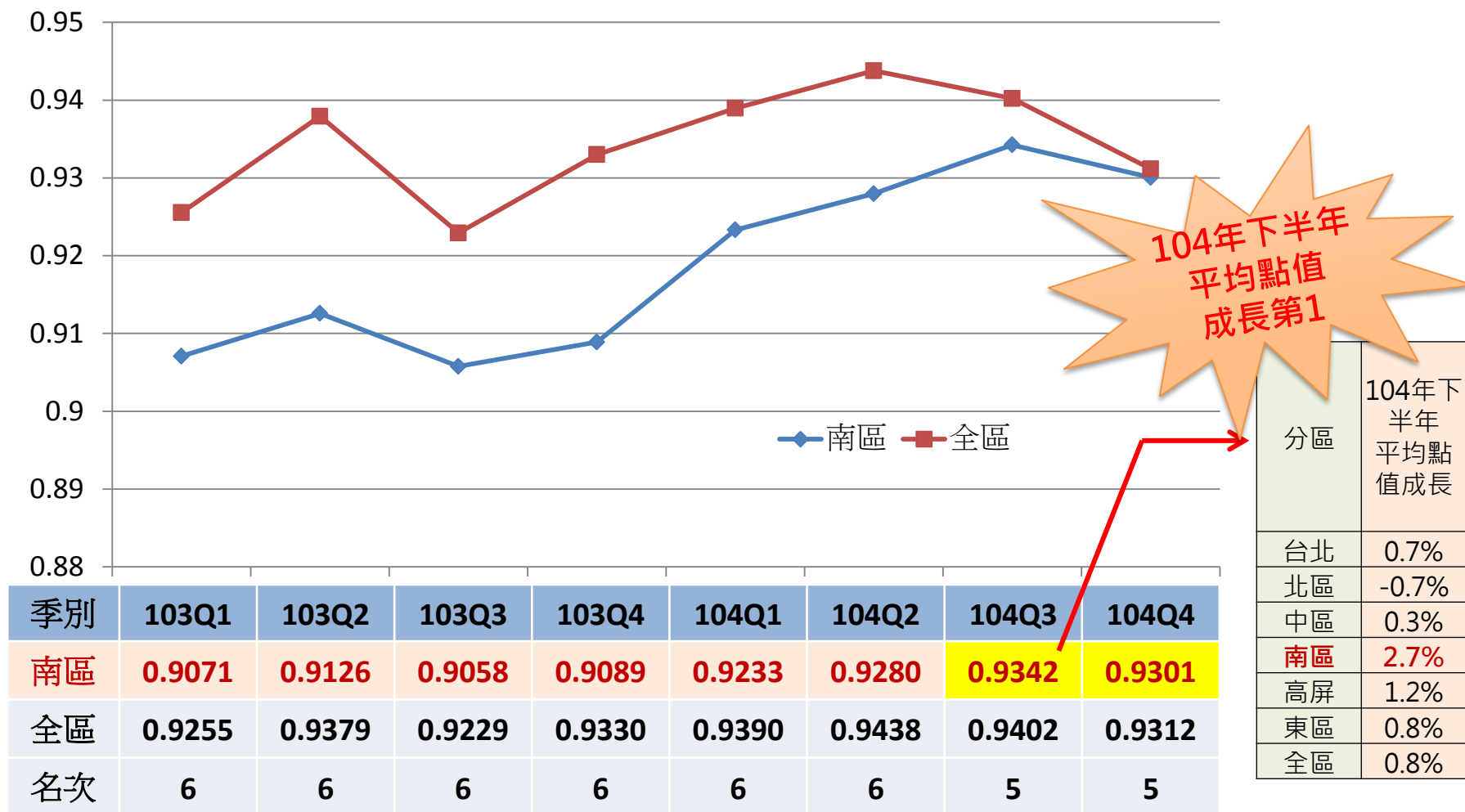
南區醫院總額共管執行成效



衛生福利部中央健康保險署
南區業務組

NATIONAL HEALTH INSURANCE ADMINISTRATION-
SOUTHERN DIVISION, MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

點值穩定且貼近全署平均值(1/9)



品質指標改善 (2/9)

指標名稱	104年值		檢討與改善
	南區	參考值	
門診注射劑使用率	3.19%	3.47%	參考值範圍內
門診抗生素使用率	5.93%	7.27%	
同院所門診口服降血壓藥理用藥日數重疊率	0.13%	0.28%	
同院所門診口服降血脂藥理用藥日數重疊率(1711)	0.08%	0.19%	
同院所門診降血糖藥理用藥日數重疊率	0.08%	0.21%	
同院所門診抗思覺失調藥理用藥日數重疊率	0.21%	0.48%	
同院所門診抗憂鬱症藥理用藥日數重疊率	0.14%	0.32%	
同院所門診安眠鎮靜藥理用藥日數重疊率	0.25%	0.48%	
跨院所門診口服降血壓藥理用藥日數重疊率	0.50%	0.89%	
跨院所門診口服降血脂藥理用藥日數重疊率	0.26%	0.50%	
跨院所門診降血糖藥理用藥日數重疊率	0.31%	0.63%	
跨院所門診抗思覺失調藥理用藥日數重疊率	0.58%	1.23%	
跨院所門診抗憂鬱症藥理用藥日數重疊率	0.56%	1.06%	
跨院所門診安眠鎮靜藥理用藥日數重疊率	1.59%	3.55%	



品質指標改善(3/9)

指標名稱	104年值		檢討與改善
	南區	參考值	
慢性病開立慢性病連續處方箋百分比	43.17%	36.15%	參考值範圍內
十八歲以下氣喘病人急診率	17.10%	19.92%	
糖尿病病人糖化血紅素（HbA1c）執行率	89.04%	55.89%	
就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率	0.97%	1.12%	
門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率	6.98%	8.18%	
急性病床住院案件住院日數超過三十日比率	1.32%	1.97%	較參考值略高(但較103年8.53%下降)
非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率	8.21%	7.94%	
住院案件出院後三日以內急診率	2.63%	2.91%	參考值範圍內



品質指標改善(4/9)

104年值

指標名稱	南區	參考值	檢討與改善
(1)整體剖腹產率	35.21%	37.21%	參考值範圍內
(2)自行要求剖腹產率	2.03%	2.16%	
(3)具適應症剖腹產率	33.18%	35.05%	
(4)初次具適應症剖腹產率	20.72%	21.67%	
清淨手術術後使用抗生素超過三日比率	7.55%	10.14%	
接受體外震波碎石術(ESWL)病人平均利用ESWL之次數	1.11	1.52	
子宮肌瘤手術出院後十四日以內因該手術相關診斷再住院率	0.44%	0.43%	較參考值略高



醫療給付改善方案照護率提升 (5/9)

項目	南區		全國
	照護人數	104年 照護率	照護率
初期慢性腎臟病(初期CKD)	32,184	37.14%	34.23%
糖尿病(間隔90天)	55,068	52.81%	48.77%
氣喘	2,522	19.27%	26.63%
乳癌	3,032	14.29%	8.35%
思覺失調症	8,760	72.08%	66.17%
B、C型肝炎	32,647	42.37%	35.26%

備註：氣喘照護率低於全國值但較103年12.1%上升



衛生福利部中央健康保險署
南區業務組
NATIONAL HEALTH INSURANCE ADMINISTRATION-
SOUTHERN DIVISION, MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

雲端藥歷系統查詢成效佳(6/9)

統計	整體病人		藥歷查詢病人	
年季	每人平均 藥費	每人平均藥費成長情形	每人平均 藥費	每人平均藥費成長情形
104Q1	1,468	4.7%	1,759	-26.2%
104Q2	1,883	0.3%	1,815	-29.2%
104Q3	1,930	1.6%	1,957	-27.5%
104Q4	1,540	1.6%	1,810	-25.8%



檢驗(查)、出院病摘上傳率提升(7/9)

項目	104上半年	104下半年
檢驗 (查)上傳率	68.10%	70.51%
出院病摘上傳率	75.15%	93.92%

其他項目管理成效(8/9)

項目	103年	104年
安寧照護人數	5,880人	7,025人
安寧緩和照護人數	1,872人	3,547人
ESWL人口平均利用人次	1.089	1.066
呼吸器依賴病患醫療費用管控	3,460(百萬)	3,267(百萬) 較103年減少 1.93億

逐漸建立共管的互信 (9/9)

➤ 醫院肯定我們管理的用心，參與度及信任感提升

- ✓ 104下半年、105上半年、105年下半年之總額管控方案，歷經104.6.3、104.12.16、105.6.15三次會議及各醫院的協商後，已逐漸建立管理共識
- ✓ 參加A1家數及費用占率

期間	參加家數	參加醫院之費用占率
104下半年	29家(43.3%)	60%
105上半年	35家(52.2%)	80%

未來努力

- **加重審查**非提升醫療品質及穩定點值良方，總額資源有限下仍須**持續檢討管理做法**，與**醫界協商管理共識**。
- 提升民眾醫療照護品質及就醫可近性，努力維持轄內點值穩定，讓偏鄉醫療永續。
- 轄區醫院共管共識及信任已提升，擬於105年底前委請轄區各層級醫院推派代表，視需要邀請**召開共管會議**，以研議**總額管控措施**，再於轄區醫院院長會議決議執行。

親切、效率、卓越
貼心關懷、全心服務

敬請指教



衛生福利部中央健康保險署

南區業務組

NATIONAL HEALTH INSURANCE ADMINISTRATION-
SOUTHERN DIVISION, MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE



衛生福利部
中央健康保險署

醫院總額共管執行情形及成效 ～高屏業務組



健保署高屏業務組
105.07.28

大 網



醫院總額運作模式



政策推動合作模式分享



未來挑戰



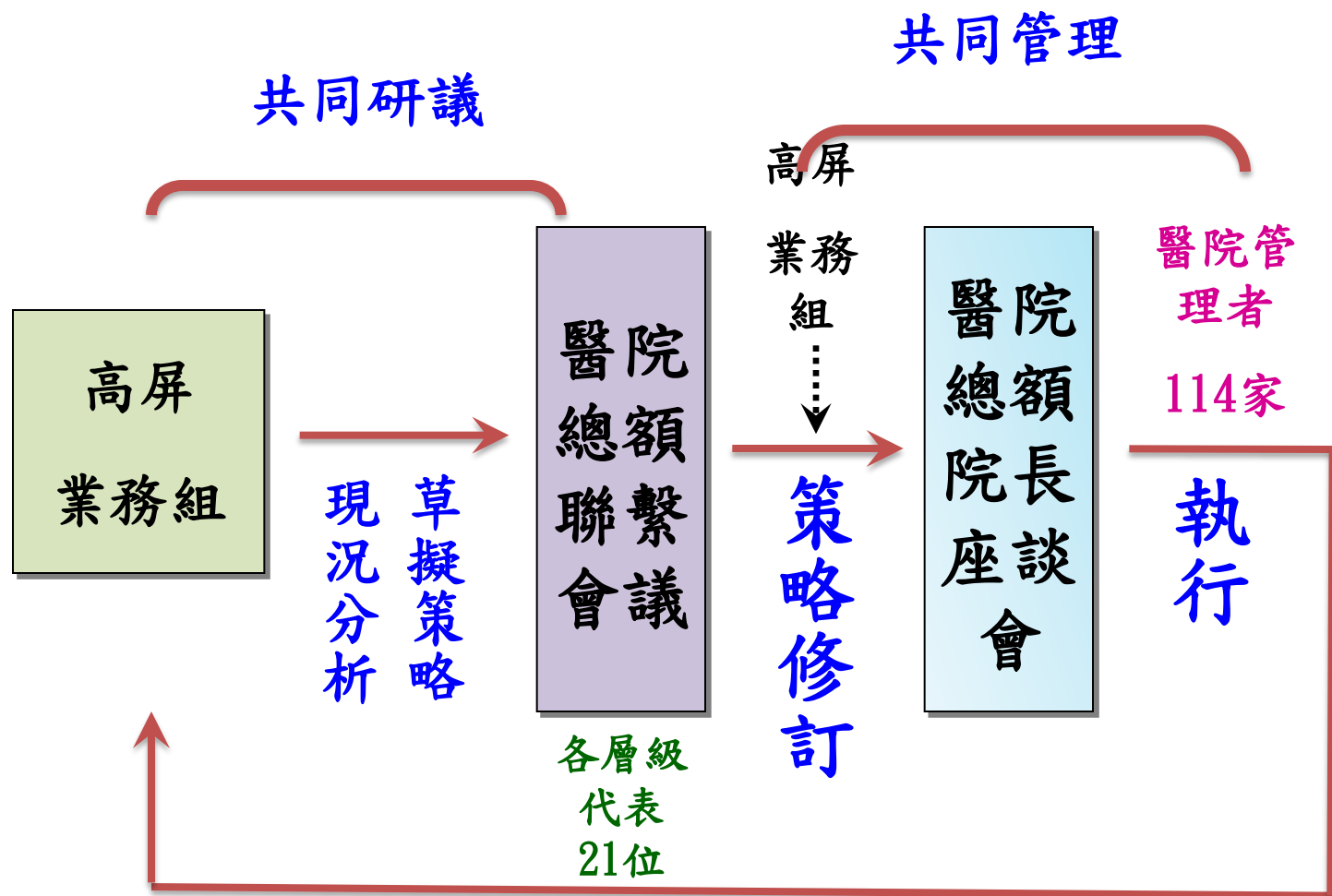
轄區各層級醫院分佈

層級別	家數	全署家數 比率
醫學中心	3	11.5%
區域醫院	15	17.9%
地區醫院	96	25.6%
合 計	114	23.5%

註：資料來源
105.04特約醫事機構管理檔



高屏區醫院總額共同管理運作模式



回饋



高屏區95~105年醫院總額管理

95~96年

管理目標

- 提升點值
- 穩定醫院經營環境



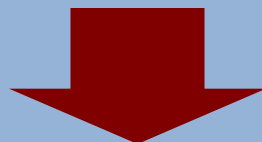
運作方向

- 建構醫院總額共同管理運作模式
- 分級審查

97~100年

管理目標

- 穩定點值
- 尋找另一藍海~增加財源



運作方向

- 提升非總額申報正確性
- 輔導醫院強化醫療行政管理
- 醫療服務品質審查

101~103年

管理目標

- 穩定點值
- 提升醫療效率及照護品質



運作方向

- 研擬社區醫院與上游醫院建立轉介網絡，強化社區醫院照護能力
- 醫療品質審查

104~105年

管理目標

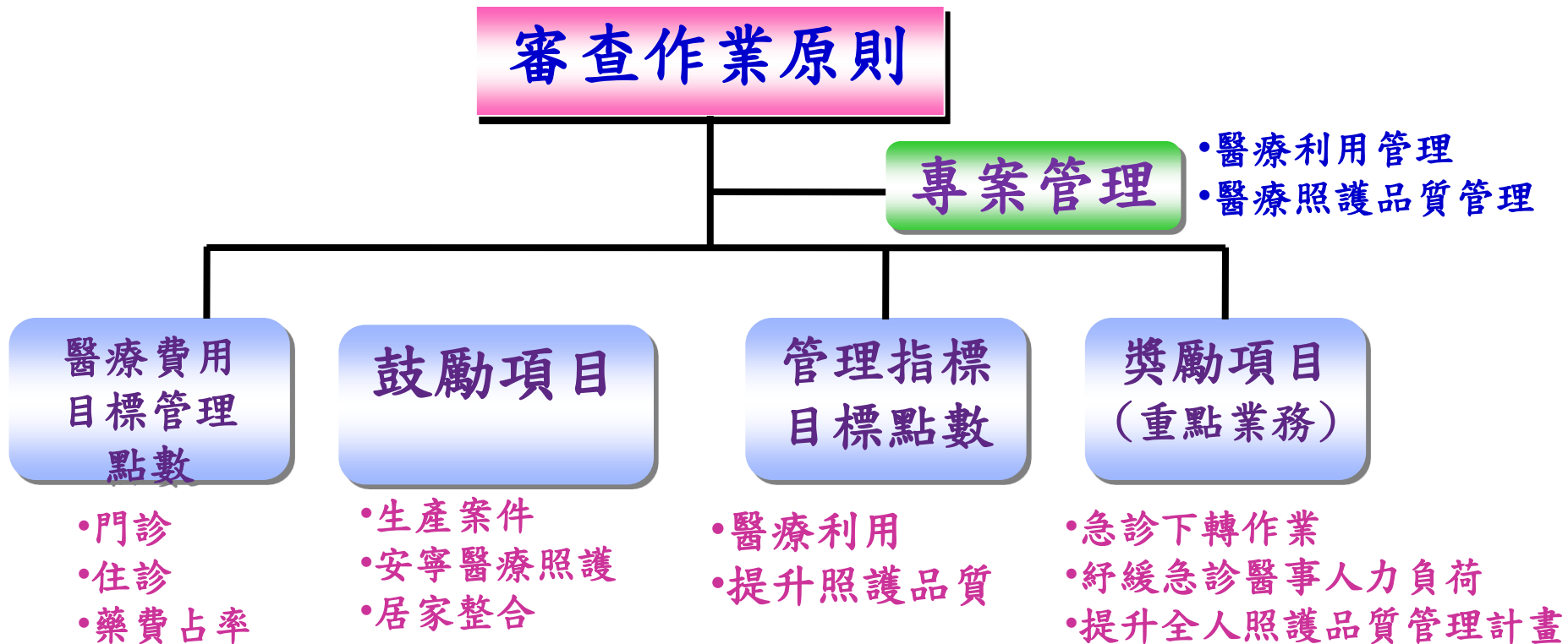
- 穩定點值
- 提升醫療效率
- 確保照護品質



運作方向

- 跨域結合推動健康促進及提升疾病照護品質
- 善用醫療資源網絡研擬紓緩疫情急診措施

高屏醫院總額醫療服務審查作業原則



目的

穩定點值



提昇照護品質



門(住)診醫療服務管理指標訂定原則

◆ 指標項目挑選原則：

- ✓ 依層級及醫院專科別訂定
- ✓ 本署年度重點計畫項目
- ✓ 分區醫療服務異常管理指標

◆ 管理指標：

- ✓ 項目分階層配置不同成長率，鼓勵醫院加強專業自主與品質多面向管理。
- ✓ 依實際達成項目採計成長率，成長率權重採上限制
- ✓ 每季監測項目 維持5~8項，每年調整或修訂指標項目

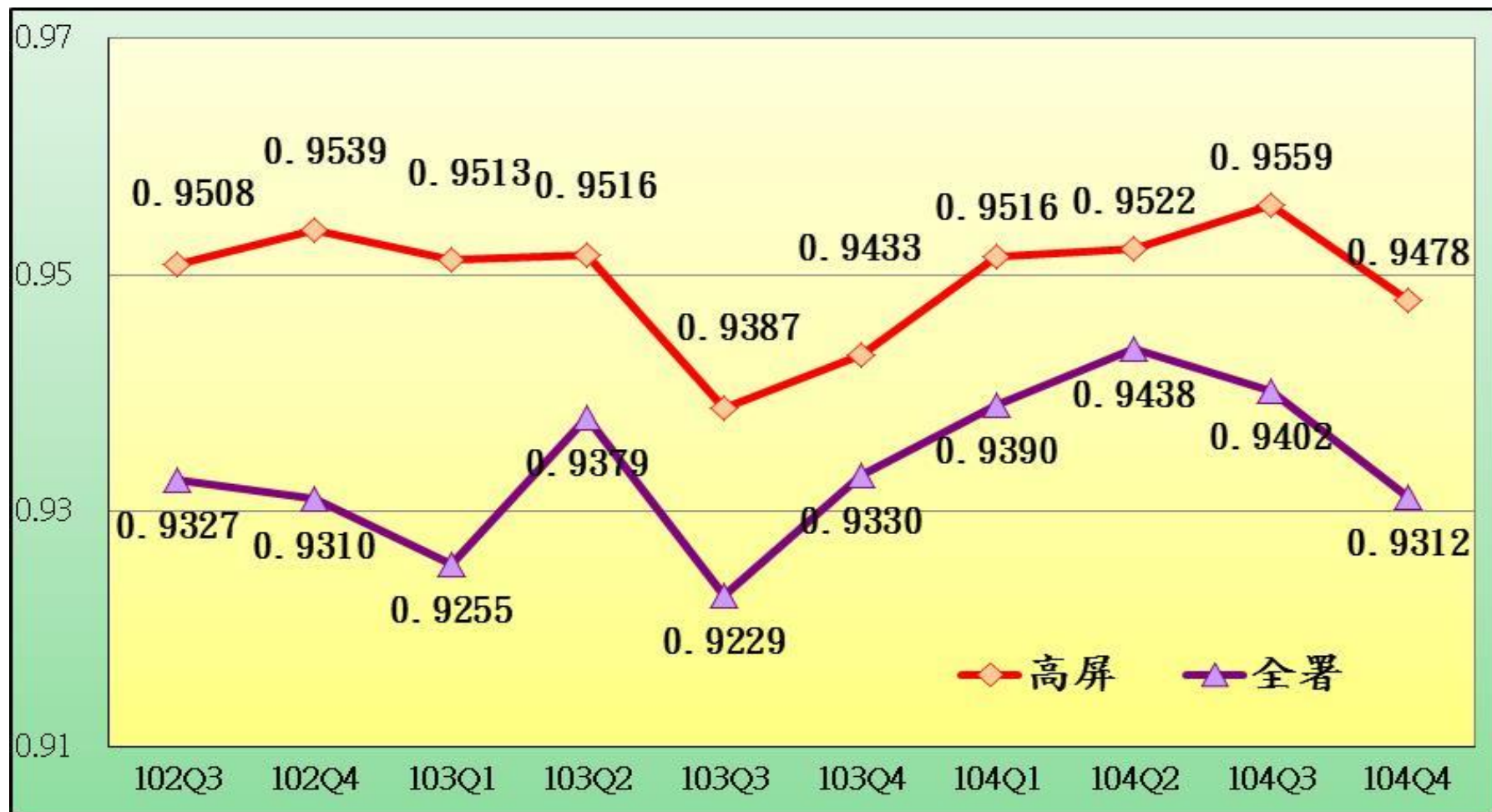
轄區參與醫療服務審查作業原則

醫院家數與費用占率分布

層級	104上半年		104下半年		105上半年	
	家數	費用	家數	費用	家數	費用
醫學中心	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
區域醫院	66.7%	56.7%	66.7%	56.8%	66.7%	56.8%
地區醫院	72.9%	62.9%	72.9%	63.8%	70.1%	64.2%
總計	72.8%	76.4%	72.8%	76.5%	70.4%	76.6%



102年~104年高屏醫院總額平均點值趨勢

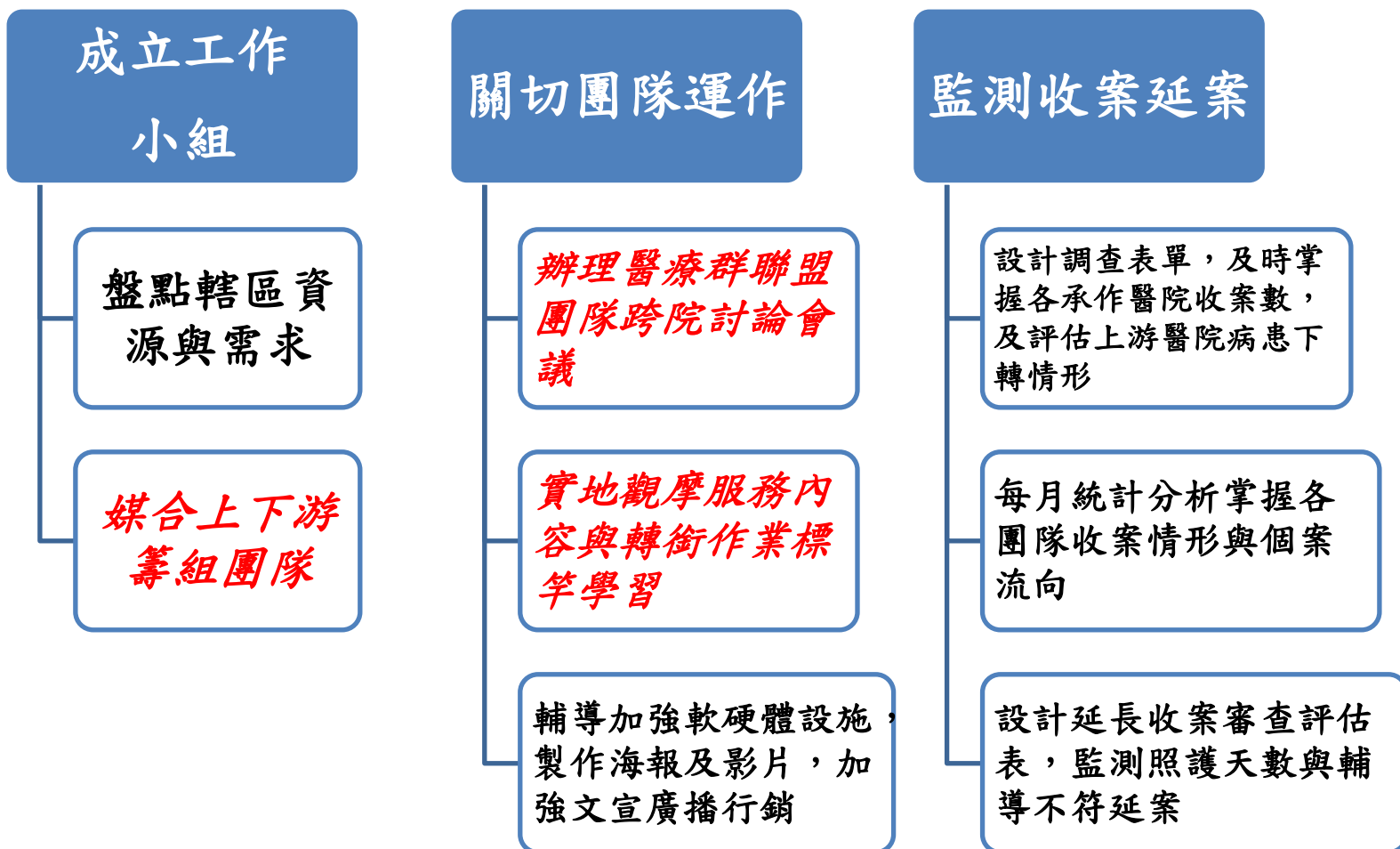


政策推動合作模式分享

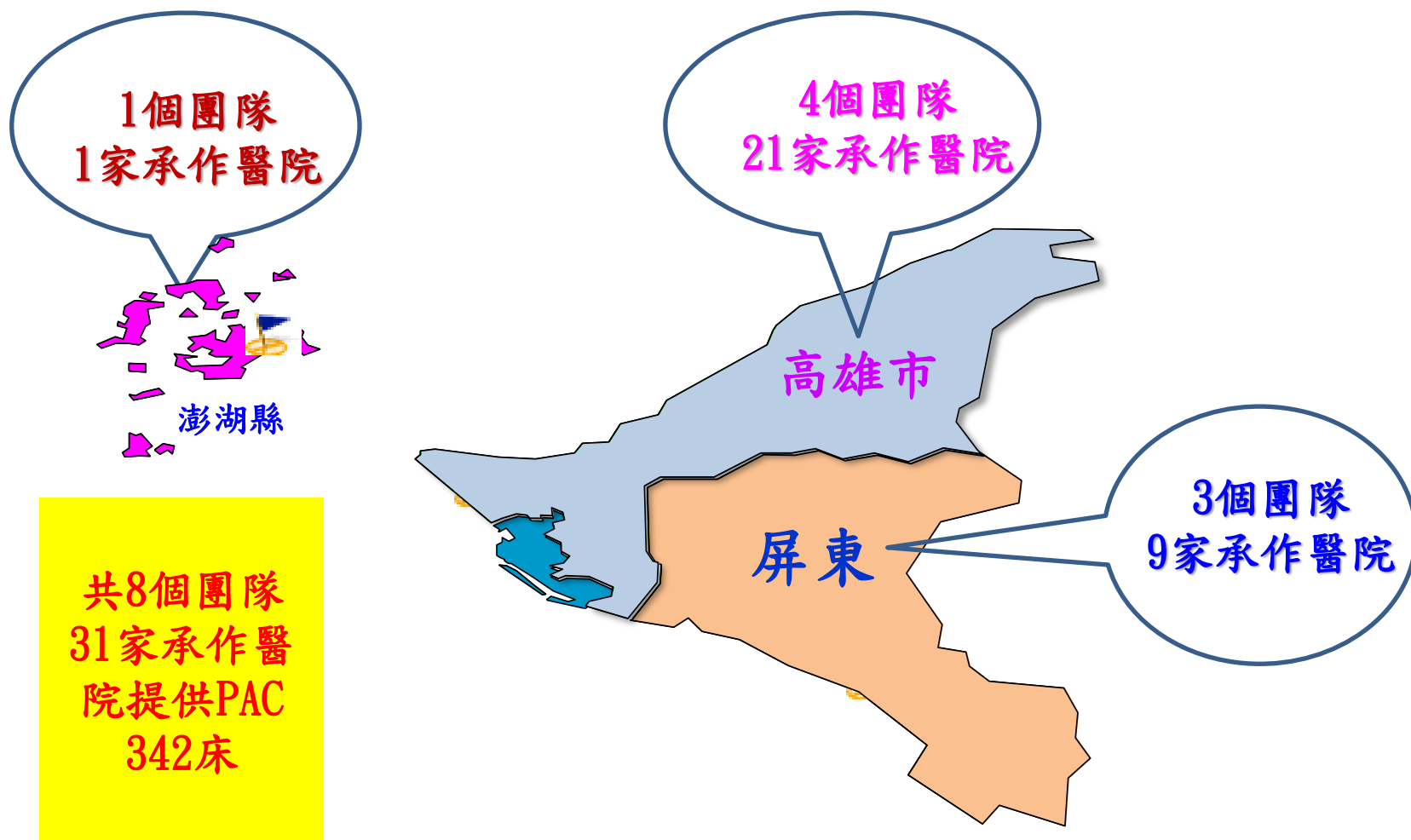
- 推動急性後期醫療照護計畫
- ICD-10-CM/PCS編碼品質輔導
- 急診照護管理措施



推動急性後期醫療照護計畫



高屏區PAC計畫資源地域分配



高屏區急性後期照護 ~CVA個案收案統計

分區	103年	104年	105Q1
	收案人數		
台北	145	406	103
北區	432	867	234
中區	375	678	139
南區	236	474	176
高屏	384	769	239
東區	54	108	21
總計	1, 626	3, 302	912



PAC跨團隊交流分享~

各團隊輪流主辦、預定主題會議

■會議主題

會議日期	會議主題
1031018	建立垂直整合轉銜系統
1031219	高屏區雲端轉介平台建立
1040326	分享照護經驗及參訪PAC病房
1041216	PAC模式現況及未來方向經驗分享
1040526	雲端轉介平台執行現況與困難
1050205	跨院轉銜及PAC資訊平台教育訓練

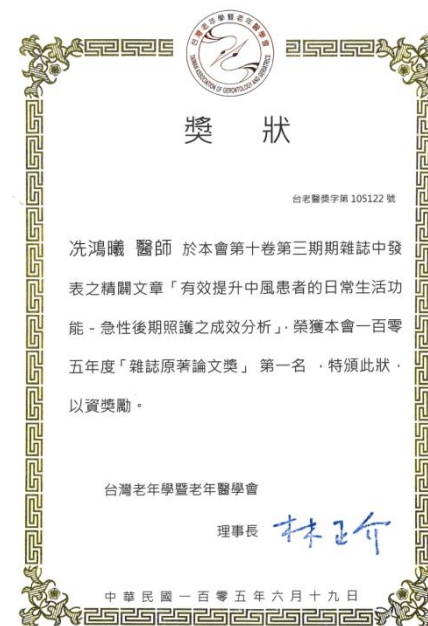


■發表演文

榮獲105年台灣老年暨老年醫學會
『雜誌原著論文獎』第一名

◆發表醫院：聖功醫院

◆主題：有效提升中風患者的日常生活功能~急性後期照護之成效分析



高屏業務組

ICD-10-CM/PCS編碼品質輔導

~蒐集各界意見及建議

■ 主要分工方式：

- ⊕ 區域層級以上或有疾分師2人之地區醫院優先協助檢視
- ⊕ 依MDC別分工(依醫院申報量多或疾病別照護特色)

醫院	分工MDC別
高雄榮民總醫院	MDC 6 消化系統之疾病與疾患
高雄長庚紀念醫院	MDC 1 神經系統之疾病與疾患 MDC 17 骨髓增生性疾病或分化不明腫瘤
高雄醫學大學附醫	MDC 4 呼吸系統之疾病與疾患
輔英醫院	MDC 10 內分泌、營養及新陳代謝之疾病與疾患 MDC 23 影響健康狀態之因素與需要其他醫療服務
國軍左營分院	MDC 9 皮膚、皮下組織及乳房之疾病與疾患 MDC 22 燒傷
義大醫院	MDC 8 骨骼、肌肉系統及結締組織之疾病與疾患
東港安泰醫院	MDC 16 血液及造血器官之疾病與疾患
屏東基督教醫院	MDC 2 眼之疾病與疾患
市立大同醫院	MDC 18 傳染疾病寄生蟲病 MDC 21 損傷、中毒與藥品毒性作用
市立小港醫院	MDC 3 耳鼻喉及口腔之疾病與疾患
阮綜合醫院	MDC 5 循環系統之疾病與疾患
國軍高總院	MDC 7 肝、膽系統或胰臟之疾病與疾患
天主教聖功醫院	MDC 11 腎及尿道之疾病與疾患

ICD-10-CM/PCS編碼品質輔導 ~提升ICD-10-CM/PCS編碼技能

■ 合作模式：

結合105年上半年醫院總額醫療服務審查作業原則，辦理跨院際「ICD-10-CM/PCS編碼技能」研討會列入醫院獎勵項目。

■ 主辦醫院：

✦ 須事前提出計畫書(每家每季二場為限)

✦ 講師資格：具有ICD-10-CM/PCS種子師資

✦ 研討會內容：編碼導讀、案例研討、申報編碼疑義討論

■ 與會對象：

✦ 醫院醫師、疾分師與醫護人員

✦ 本組費用科同仁



ICD-10-CM/PCS編碼品質輔導 ~提升ICD-10-CM/PCS編碼技能

◆105年上半年醫院ICD-10-CM/PCS編碼能力研討會」場次

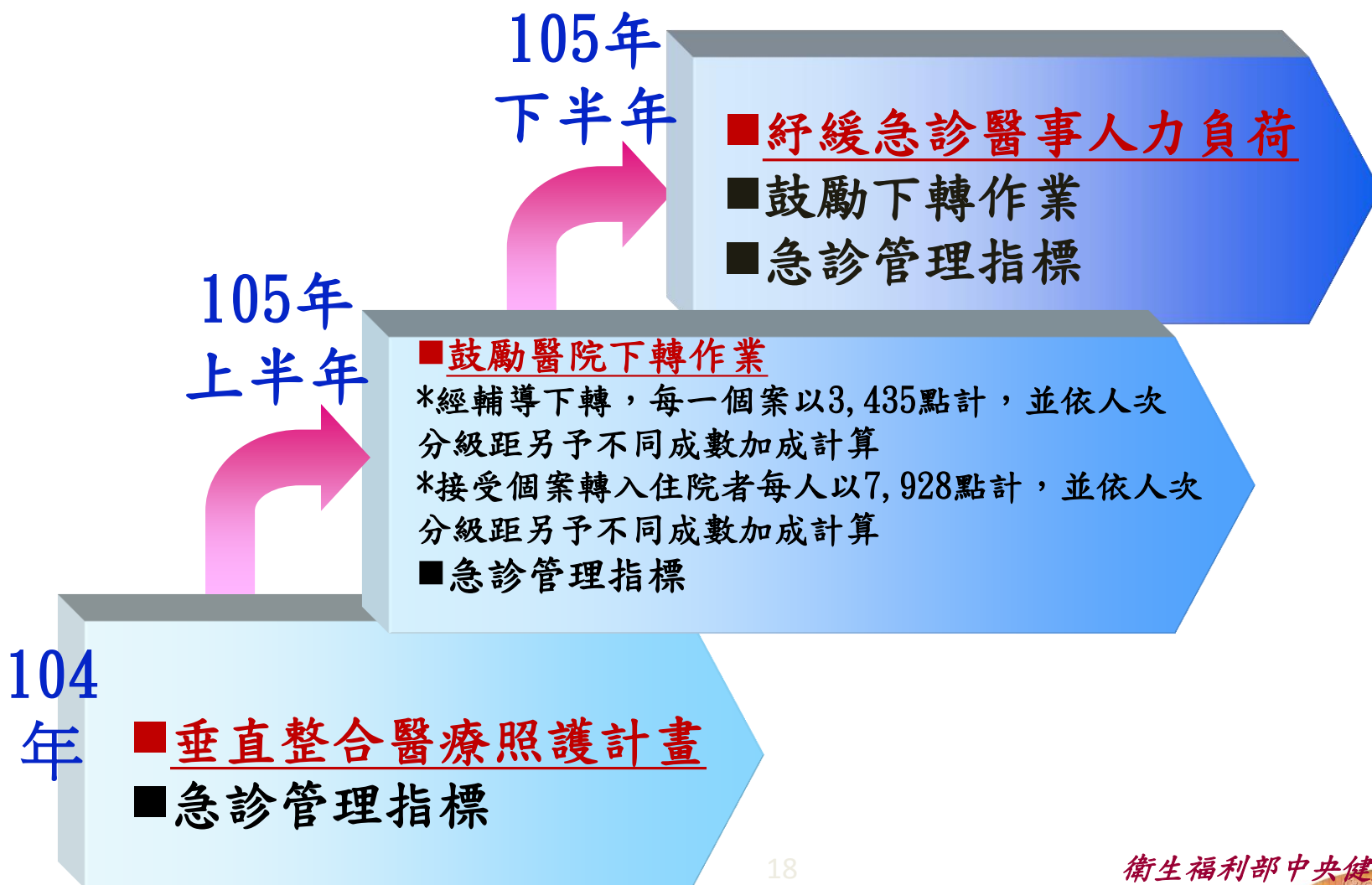
MDC	中文名稱	第一季	第二季
MDC1	神經系統之疾病與疾患	3	5
MDC2	眼之疾病與疾患		1
MDC3	耳鼻喉及口腔之疾病與疾患		1
MDC4	呼吸系統之疾病與疾患	3	2
MDC5	循環系統之疾病與疾患	2	2
MDC 6 & 7	消化系統(肝、膽系統或胰臟)之疾病與疾患(含第2章)	3	6
MDC8	骨骼、肌肉系統及結締組織之疾病與疾患	5	1
MDC9	皮膚、皮下組織及乳房之疾病與疾患		2
MDC10	內分泌、營養及新陳代謝之疾病與疾患	2	
MDC11	腎及尿道之疾病與疾患	3	2
MDC12	男性生殖系統之疾病與疾患	1	
MDC13、14	女性生殖系統之疾病與疾患、妊娠、生產與產褥期	2	1
MDC18	傳染疾病寄生蟲病		1
MDC21	損傷、中毒與藥品毒性作用	1	2
MDC19	精神科(F碼)		2
累計場次		25	28

105Q1共90家醫院（佔轄區醫院80%以上） 838 人次參與

衛生福利部中央健康保險署
高屏業務組



高屏區急診醫療照護管理



未來挑戰~

登革熱疫情對轄區醫療資源配置衝擊

■ 轄區登革熱醫療費用

診別	醫療點數		
	102年	103年	104年
門診	1.2	21.3	52.2
住診	6.2	103.9	214.1
合計	7.3	125.2	266.2

單位：佰萬點

■ 本年度與高雄市衛生局共同合作

✓ 協請醫院參與高雄市「登革熱整合式醫療照護計畫並依角色任務分工

層級別	角色任務
區域層級以上	◆ <u>設專責門診(疫情流行期)</u> 接受登革熱合約醫療院所轉診以及自院急診轉介
地區醫院	◆ <u>登革熱合約醫療院所：</u> NS1快篩、急性期患者返診常日監測、適時分級轉診

結語

溝通溝通再溝通
合作合作再合作



105年 門診透析執行成果報告 專業醫療服務品質之確保與提升

報告者：台灣腎臟醫學會



專業醫療服務品質之確保與提升

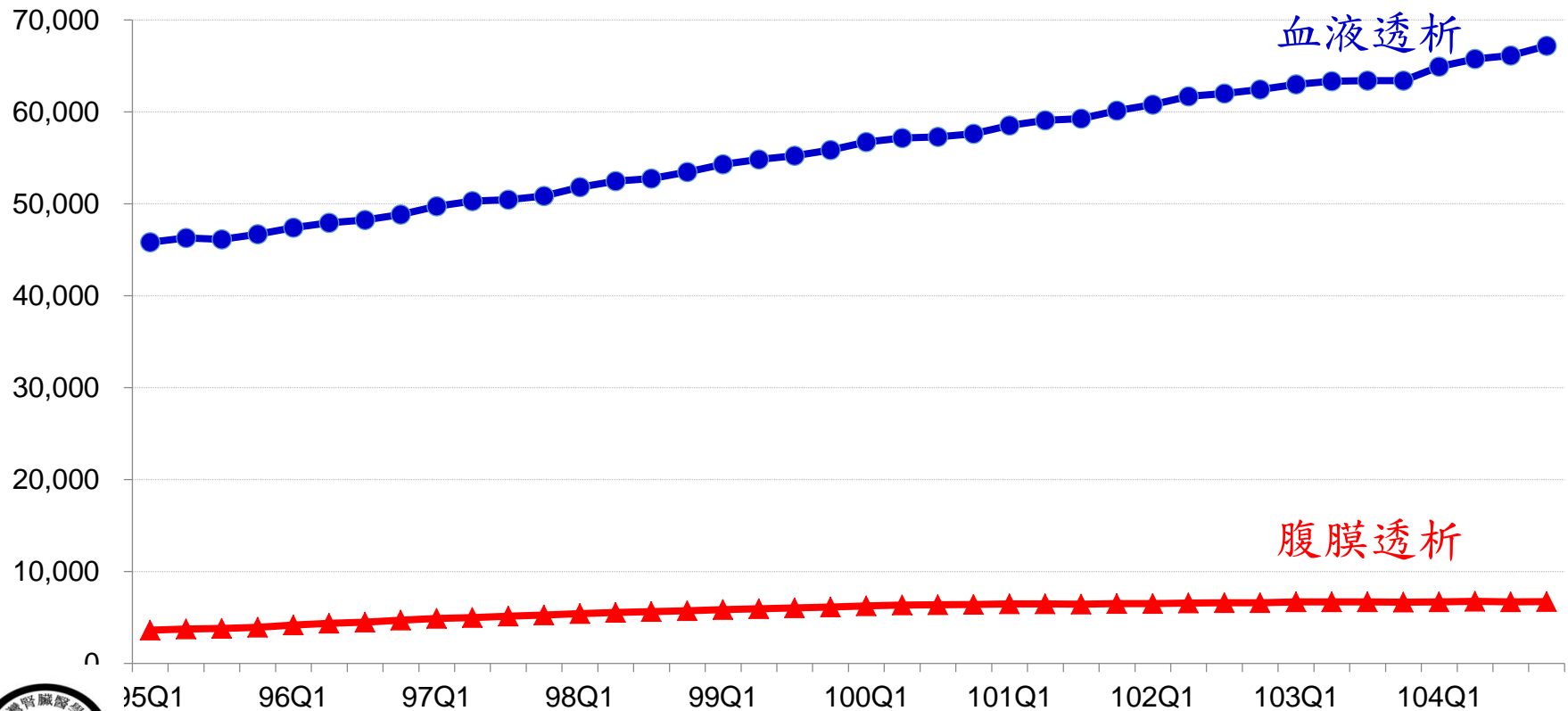
- 品質指標監測結果及檢討與改善措施
- 品質指標及監測值之檢討及增修
- 品質指標資訊公開
- 其他改善專業醫療服務品質具體措施



品質監測指標-人口學資料

104年度 病患總數： 血透：67,176人
腹透： 6,725人

平均年齡：血透：64.93 ± 12.91歲
腹透：54.69 ± 13.56歲

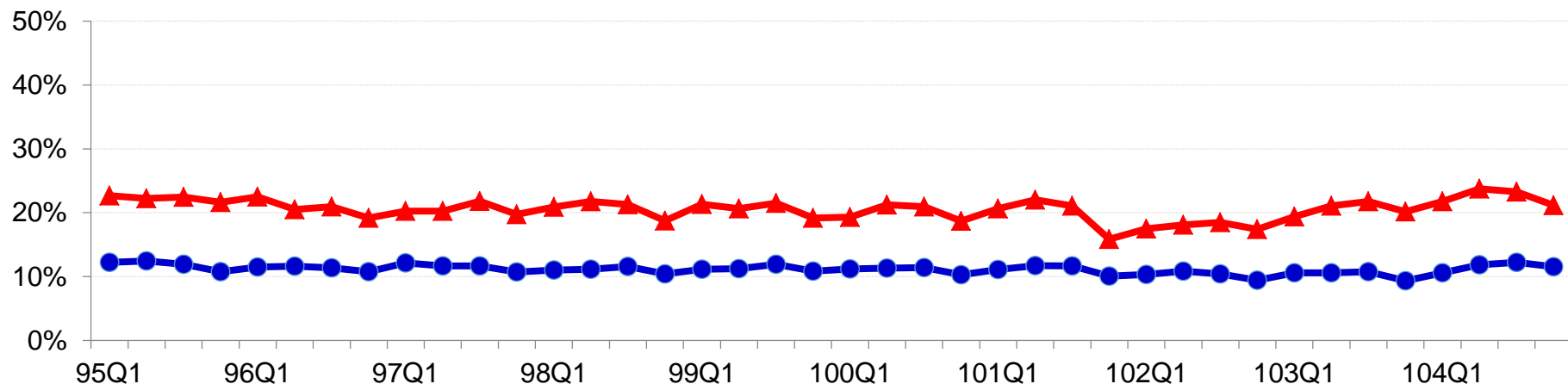


品質監測指標-血清白蛋白值

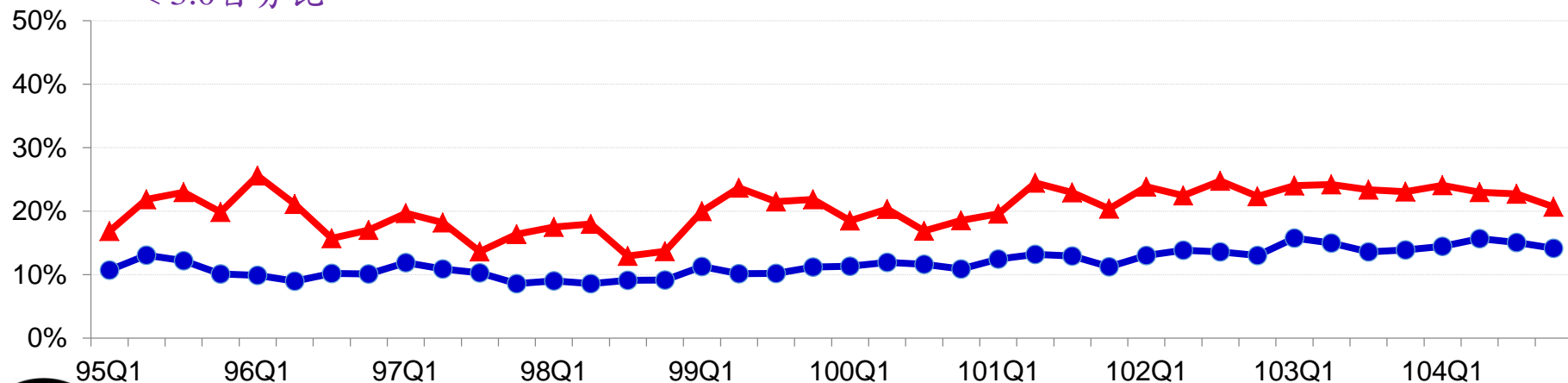
< 3.5百分比

● 血液透析 ▲ 腹膜透析

負向指標



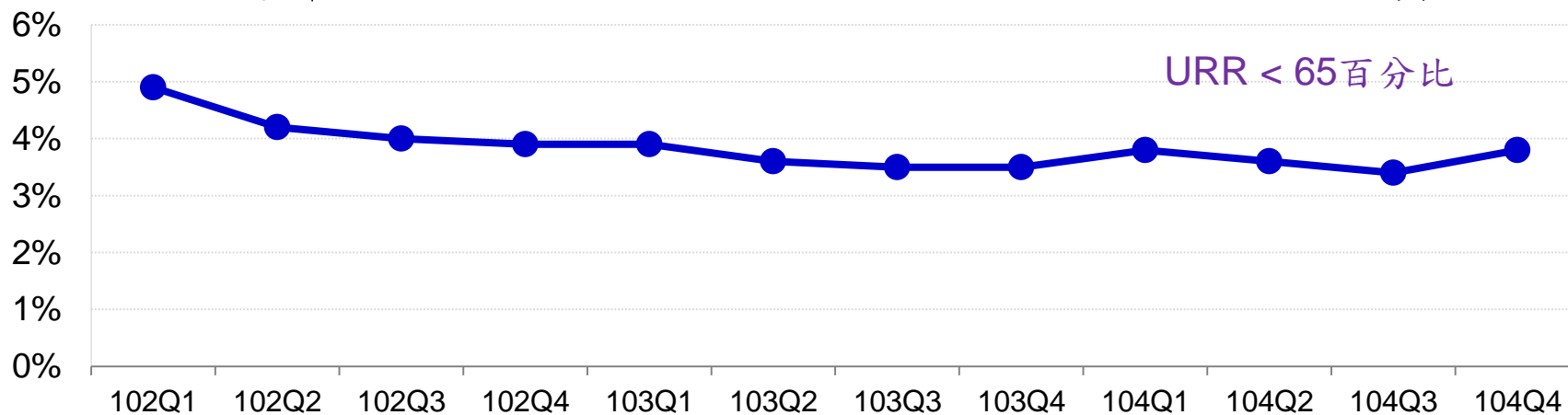
< 3.0百分比



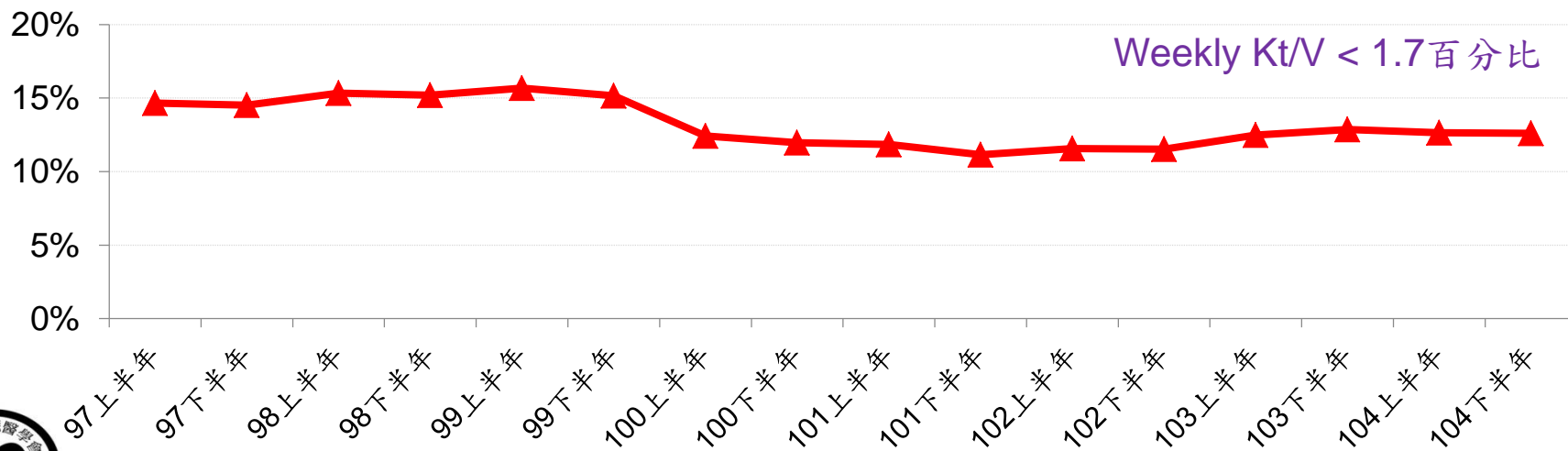
品質監測指標-URR(HD)-Weekly Kt/V(PD)

血液透析

負向指標

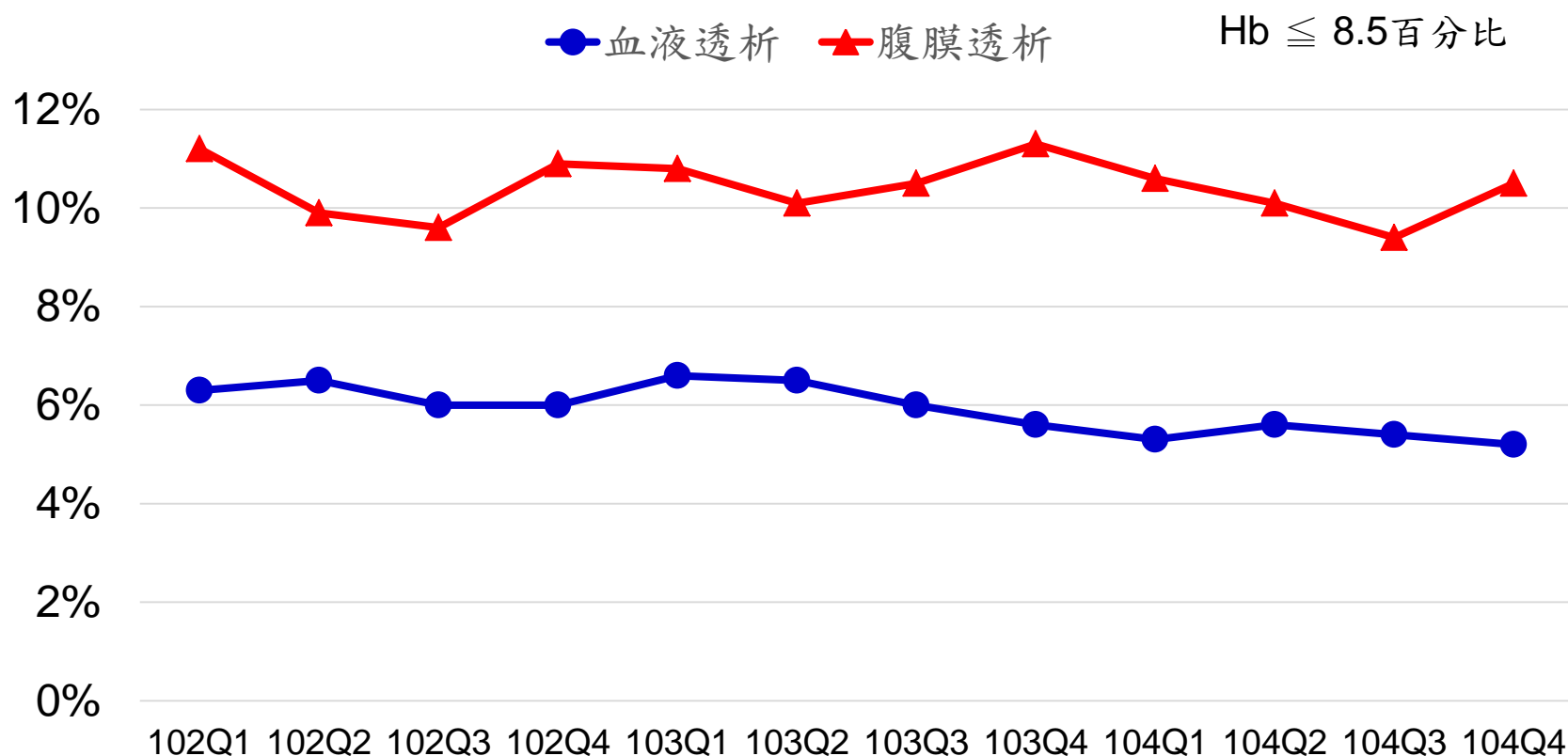


腹膜透析



品質監測指標-血色素(Hb)

102年度起更改為血色素(Hb)代替血比容(Hct)

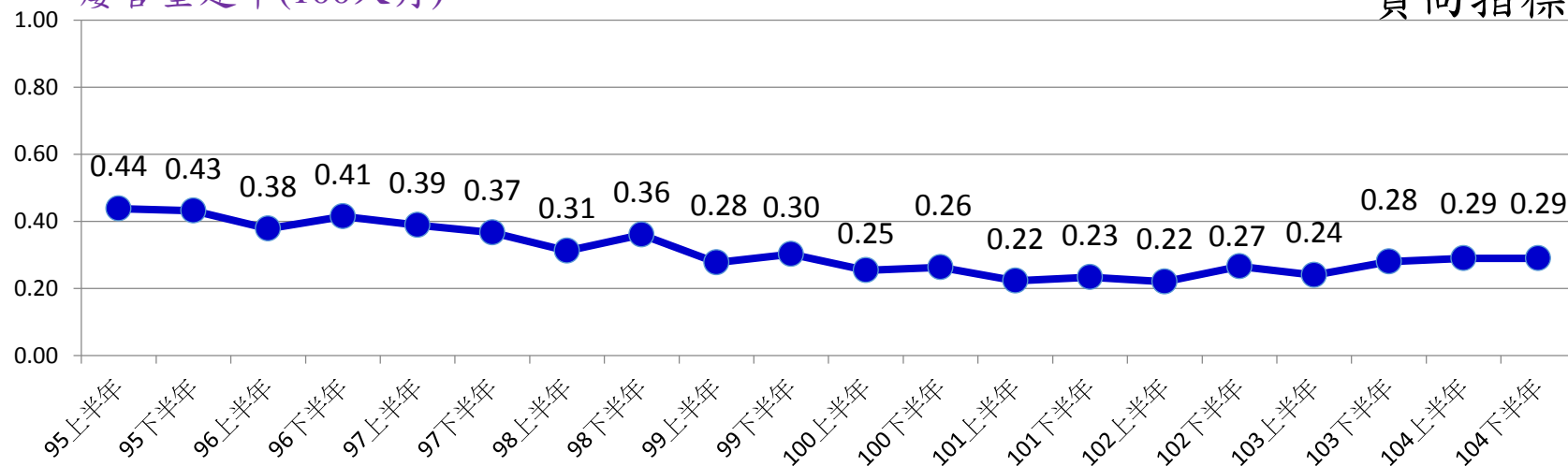


品質監測指標-

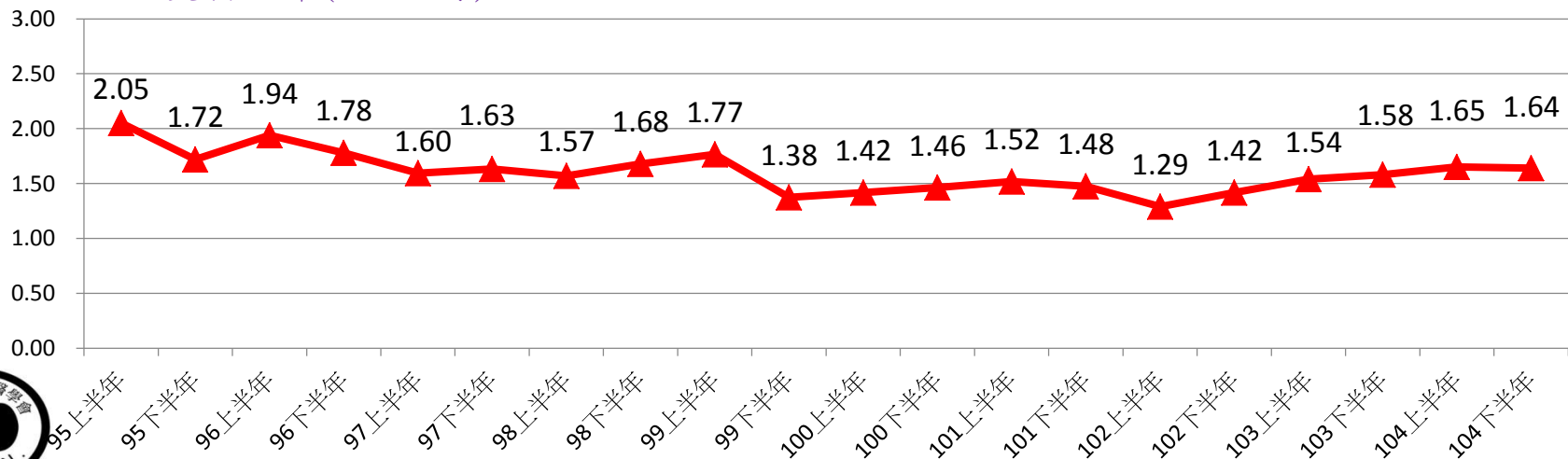
瘻管重建率及腹膜炎發生率

瘻管重建率(100人月)

負向指標



腹膜炎發生率(100人月)

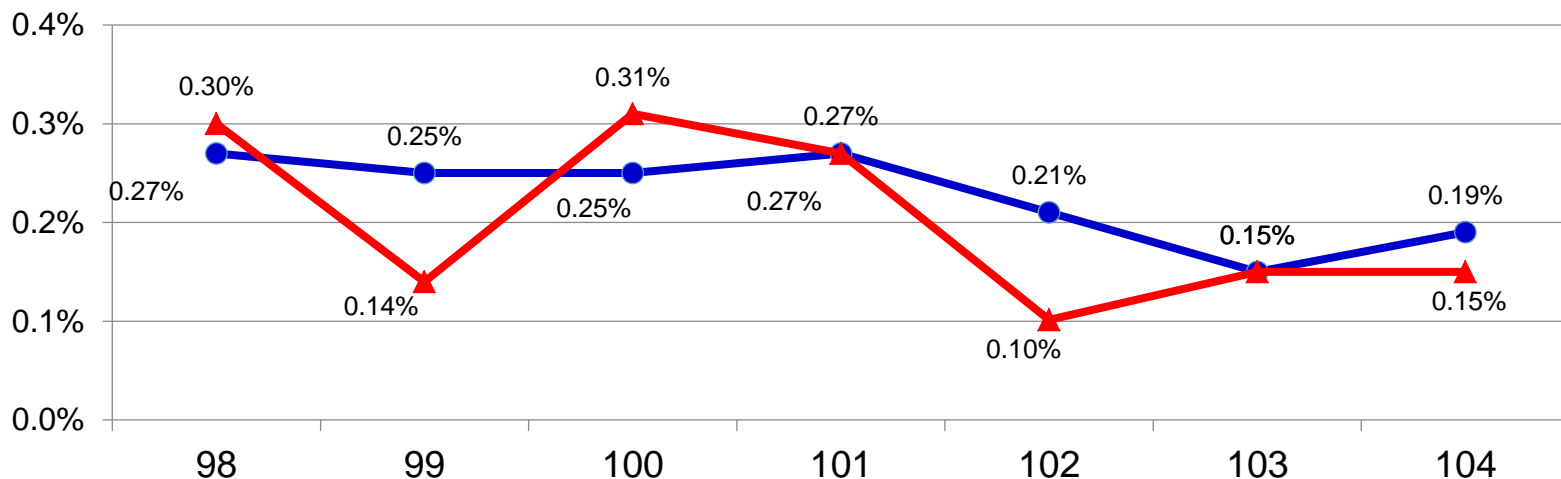


品質監測指標-肝炎轉陽率

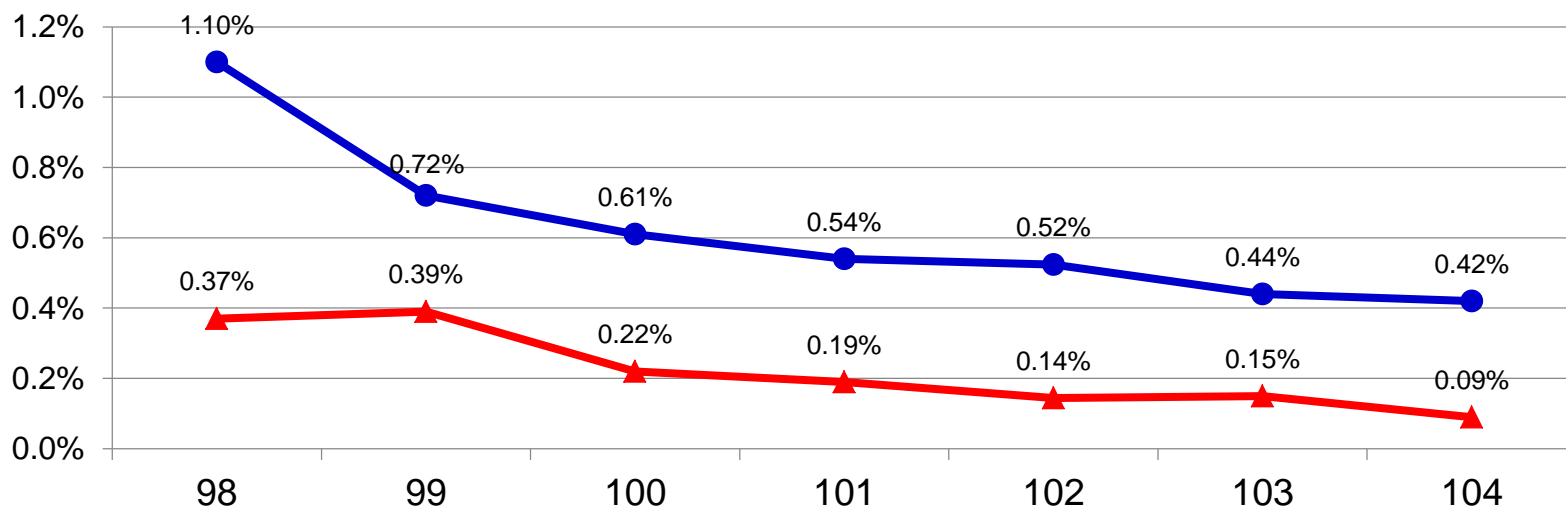
B肝(HBsAg)轉陽率

● 血液透析 ▲ 腹膜透析

負向指標



C肝(Anti-HCV)轉陽率



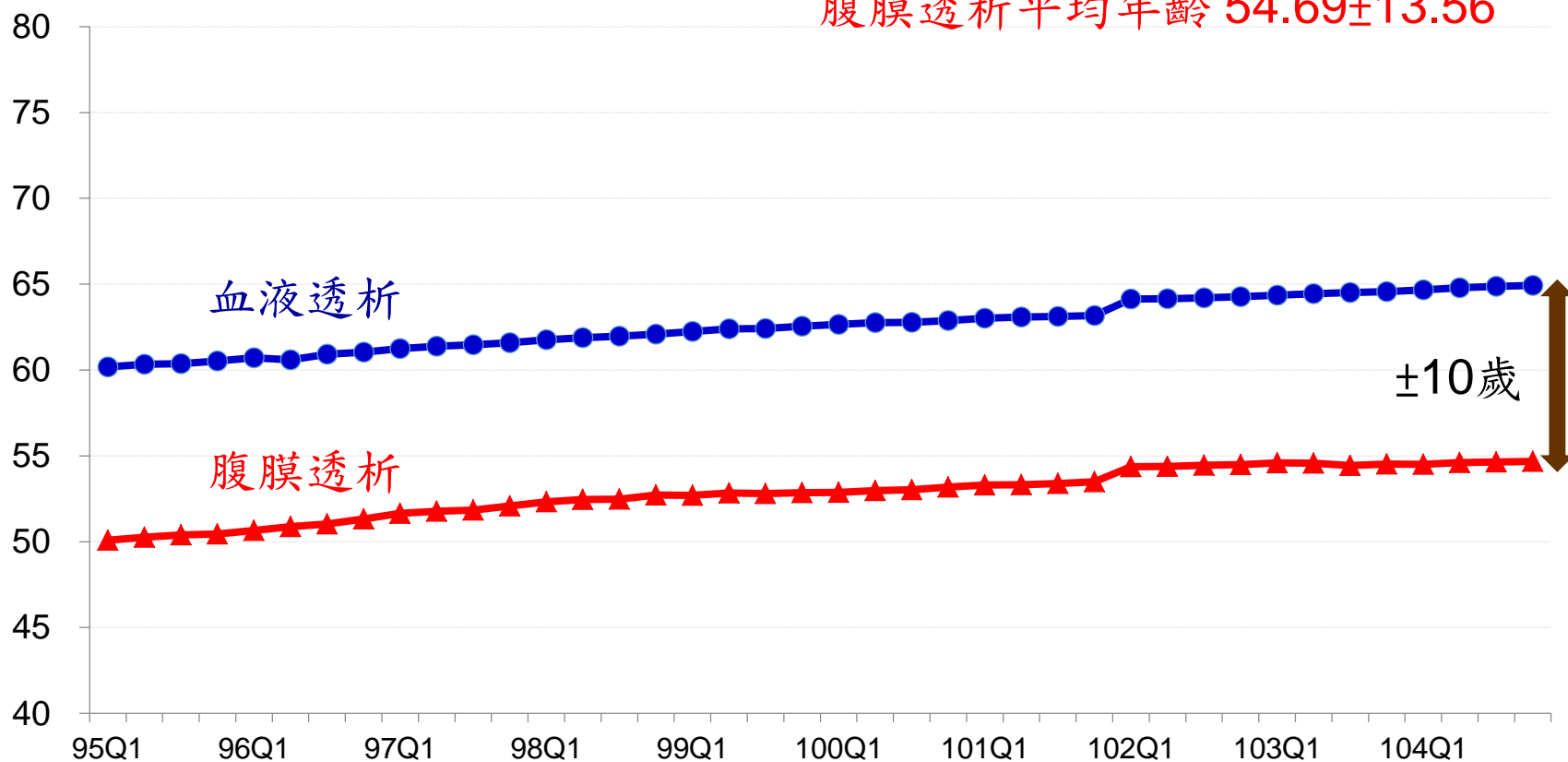
專業醫療服務效益



慢性腎衰竭病患平均年齡

血液透析平均年齡 64.93 ± 12.91

腹膜透析平均年齡 54.69 ± 13.56



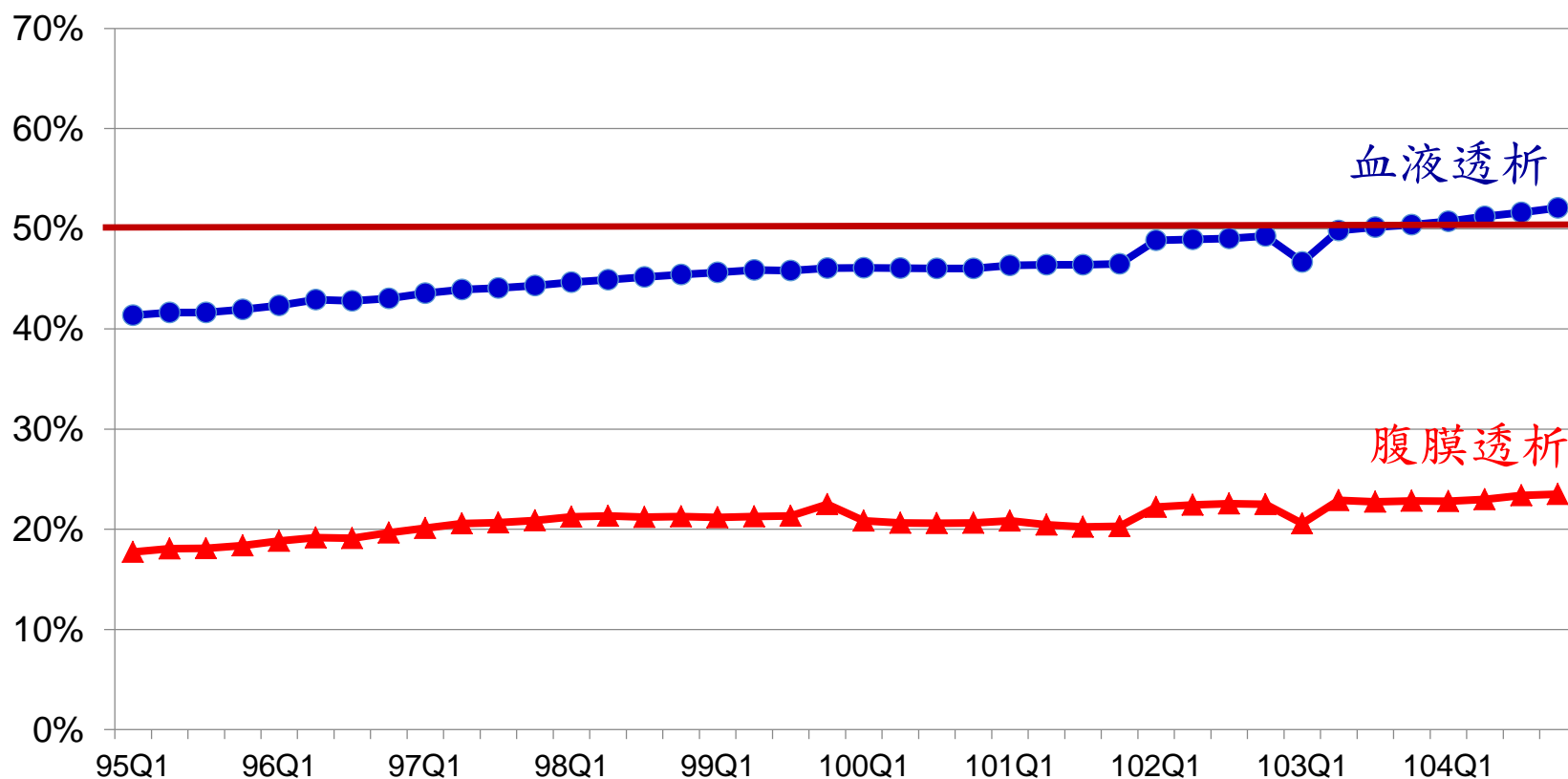
±10歲



慢性腎衰竭病患年齡 ≥ 65 歲比例

血液透析年齡 ≥ 65 歲百分比 52.10%

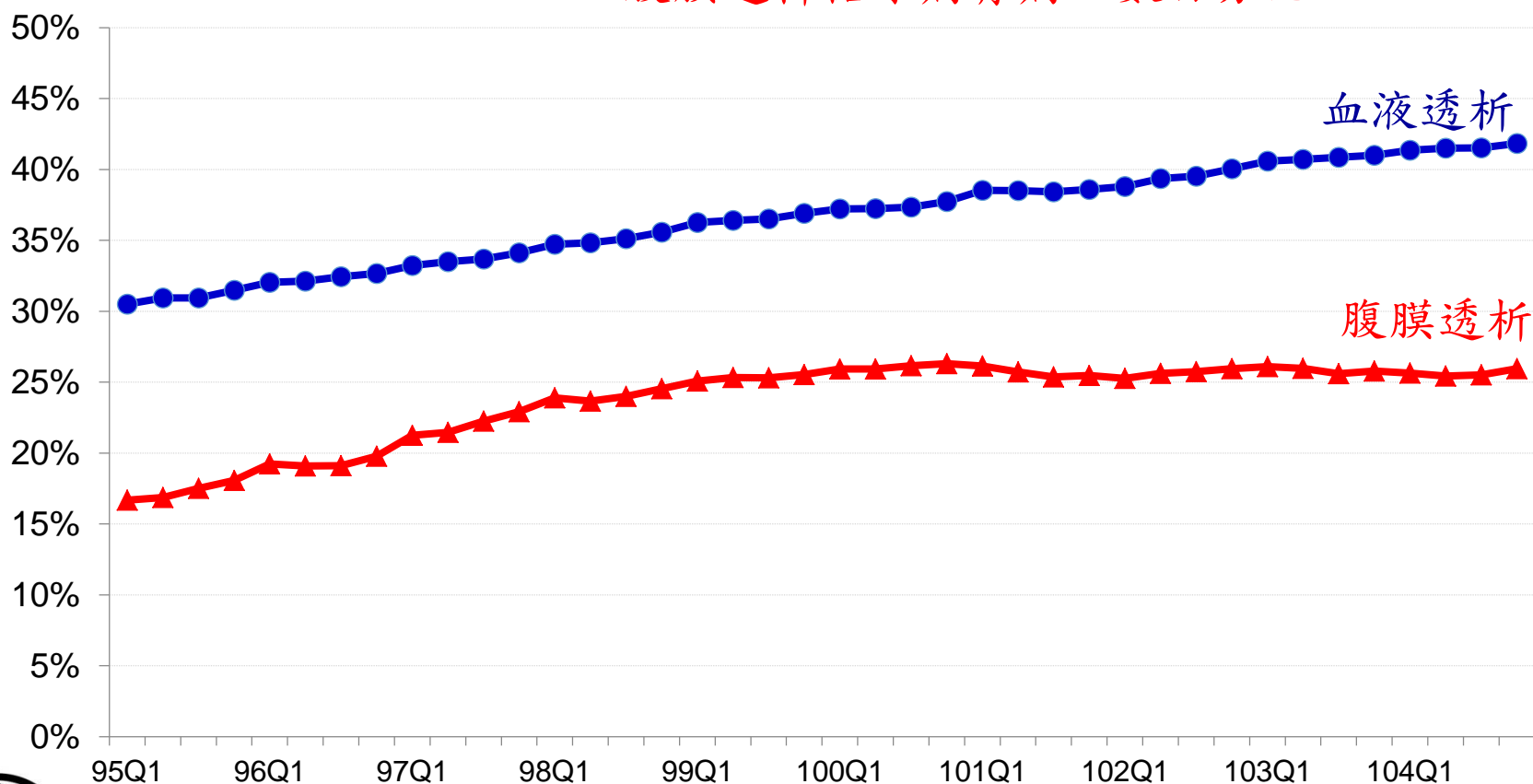
腹膜透析年齡 ≥ 65 歲百分比 23.49%



慢性腎衰竭病患糖尿病腎病人數比例

血液透析糖尿病腎病人數百分比 41.84%

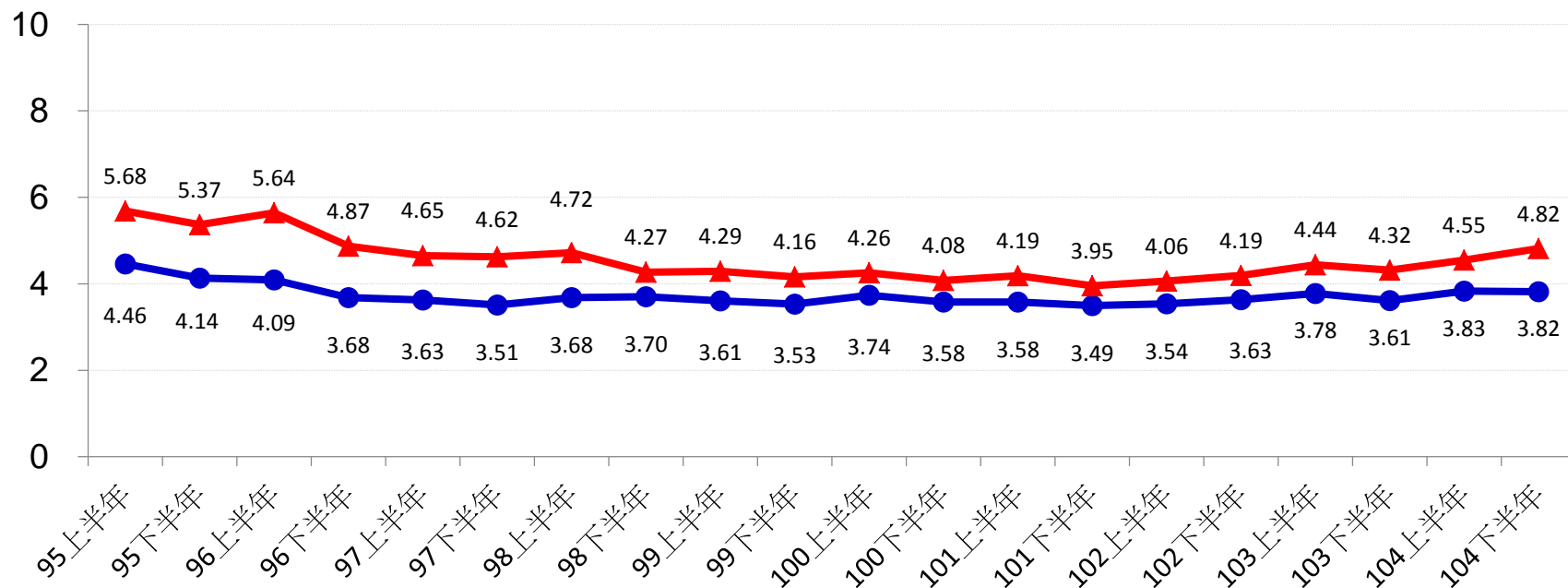
腹膜透析糖尿病腎病人數百分比 25.96%



慢性腎衰竭病患住院率

人次/每100人月

● 血液透析 ▲ 腹膜透析

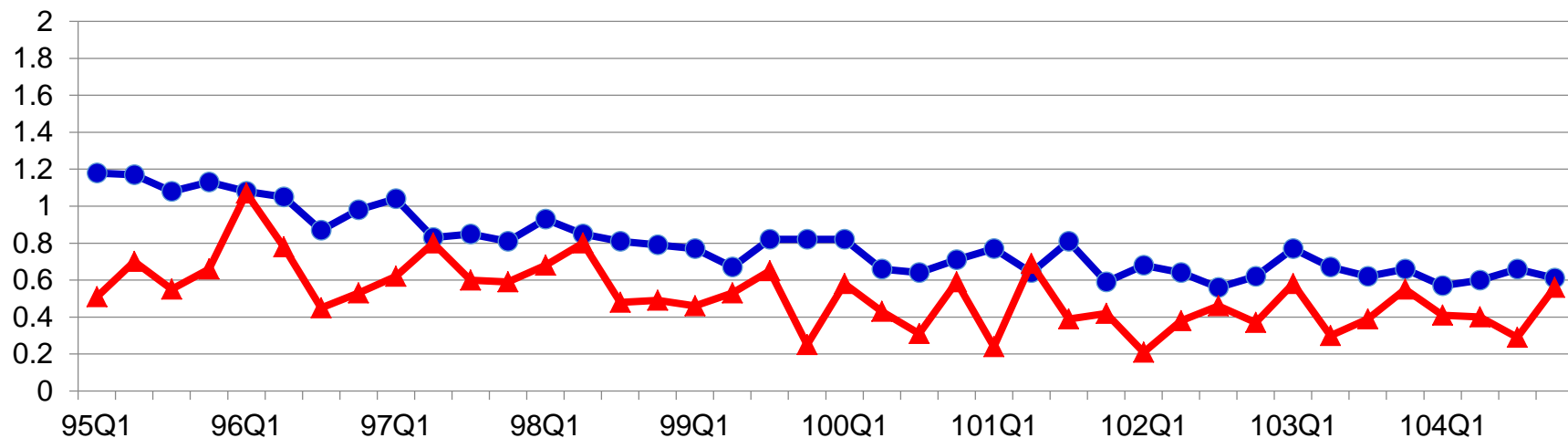


慢性腎衰竭病患死亡率

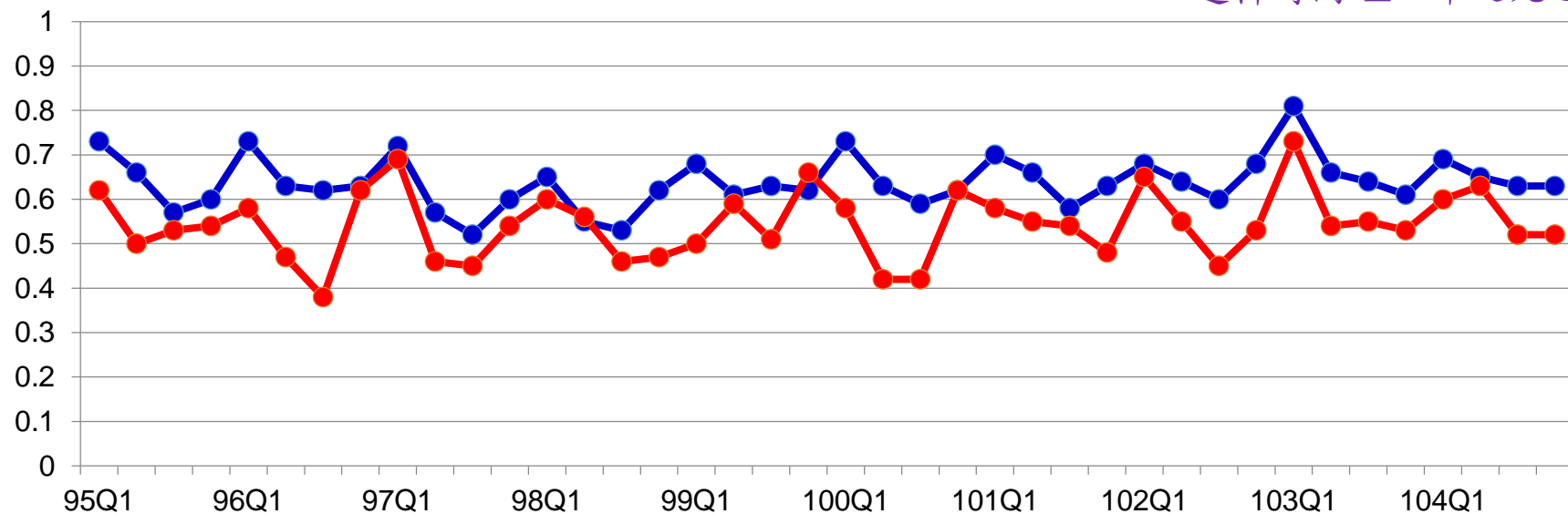
每100人月

● 血液透析 ▲ 腹膜透析

透析時間 < 1年之死亡率

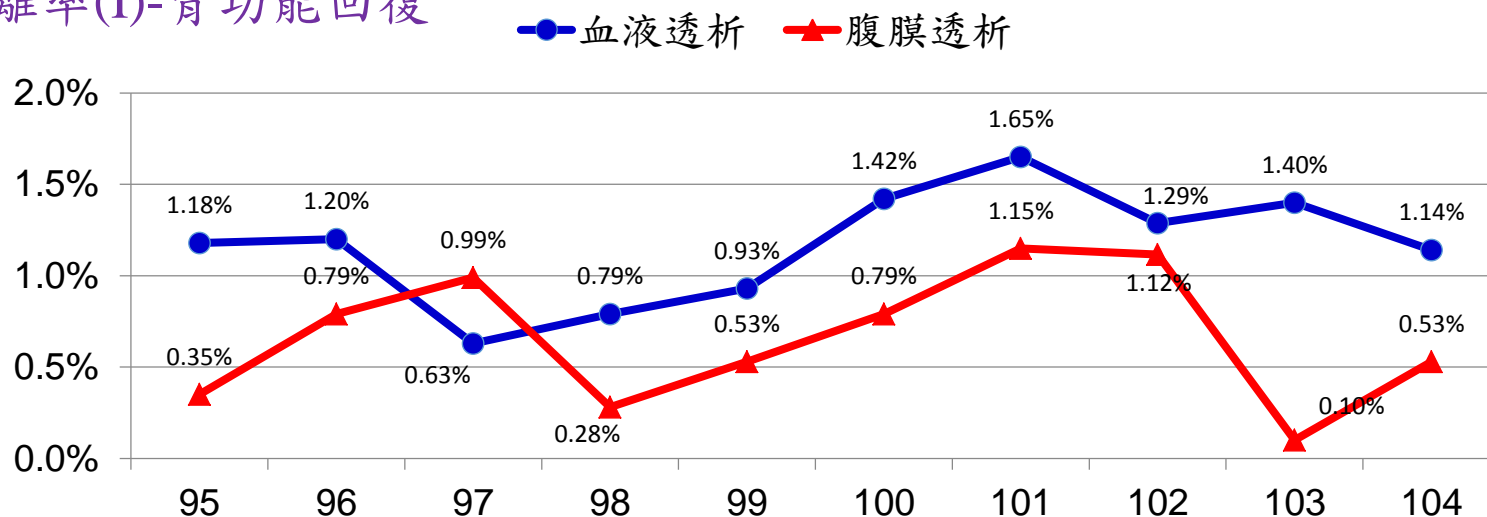


透析時間 ≥ 1年之死亡率

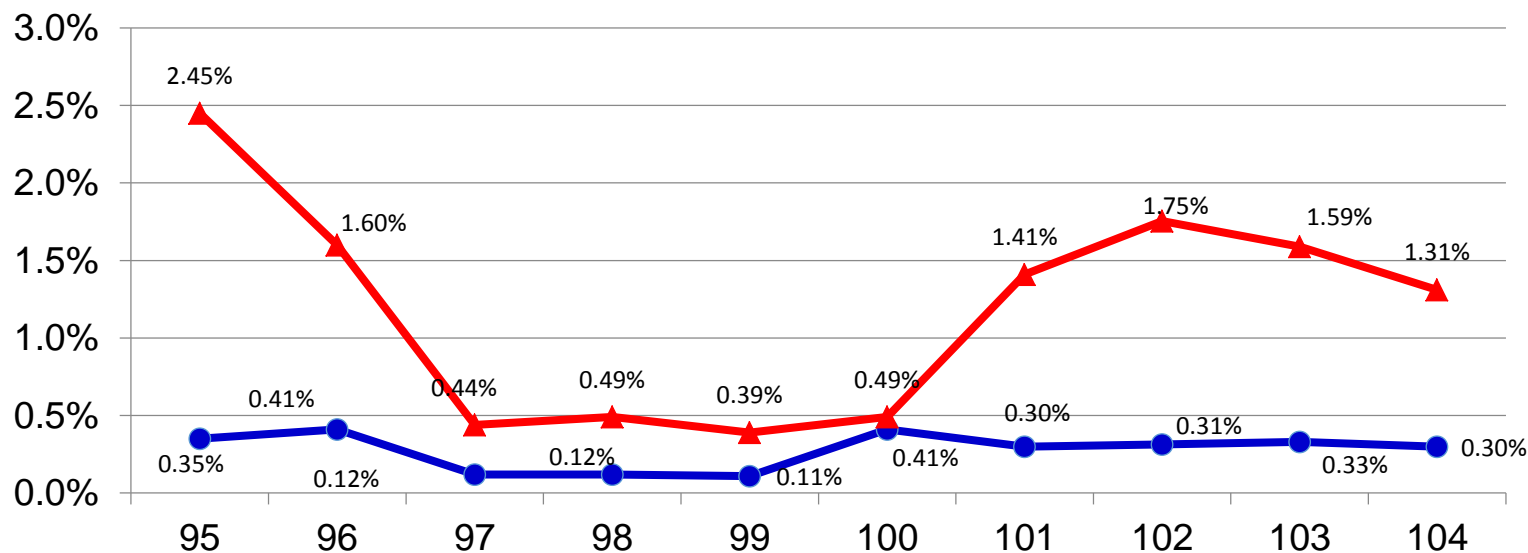


慢性腎衰竭病患脫離率

脫離率(I)-腎功能回復



脫離率(II)-腎移植



專業醫療服務品質指標之檢討

- (A) 104年起，各院所季報告利用 VPN上傳至健保署，對於分母之定義及部分得分計算與往年不同，104年度各院所得分將待健保署統計完成後能做檢討
- (B) 院所生化監測指標105年度將新增「鈣磷乘積」指標
- (C) 104年度部分指標未達積極性目標值，學會將持續監測及了解各院所未達目標值的原因。



建立透析醫療品質監測機制

- 每三年定期執行透析院所全面實地訪視作業，確保透析病患就醫之醫療品質
- 院所若違反病患就醫安全，腎臟醫學會紀律委員會親自實地訪查
- 持續定期監測透析院所上傳醫療品質季報告資料

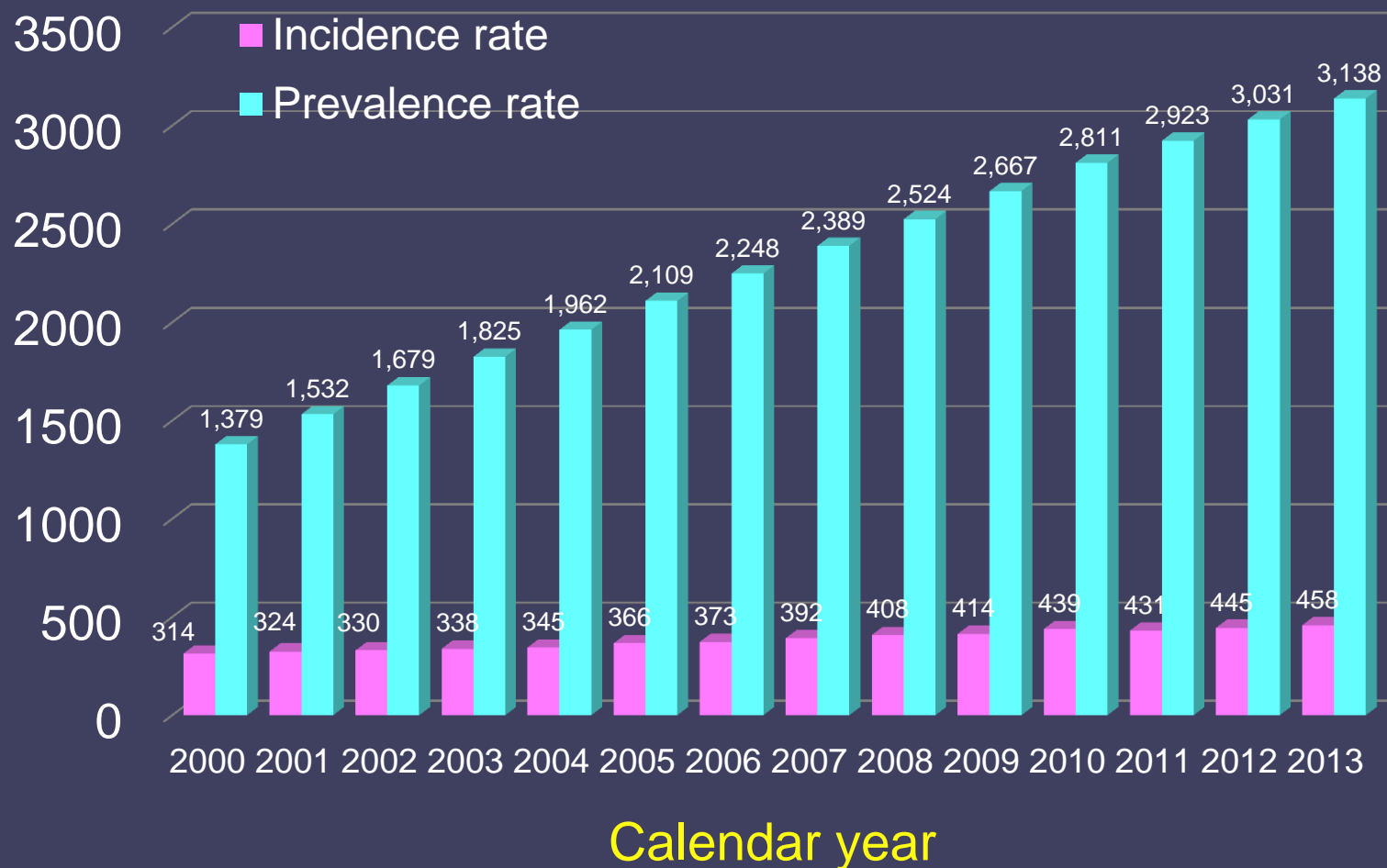


105年
門診透析執行成果報告
專業醫療服務品質之確保與提升
總結報告



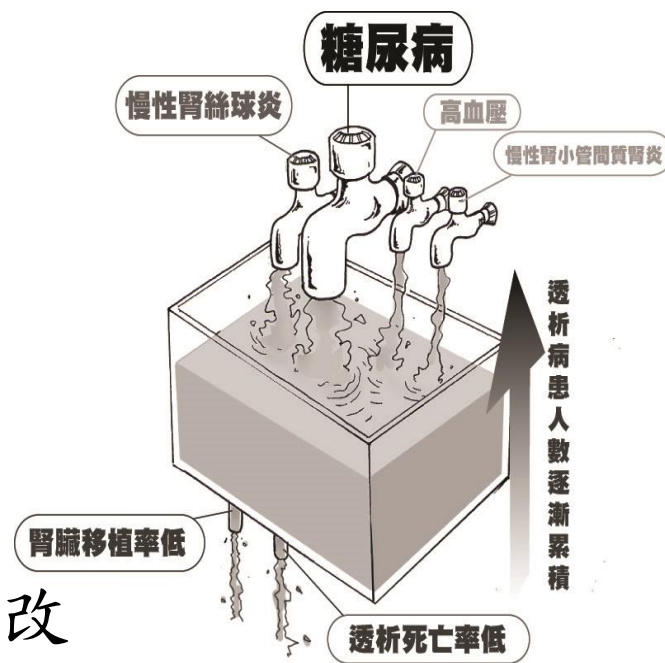
台灣透析病患之發生率及盛行率

每2200人就可能有1位進入透析

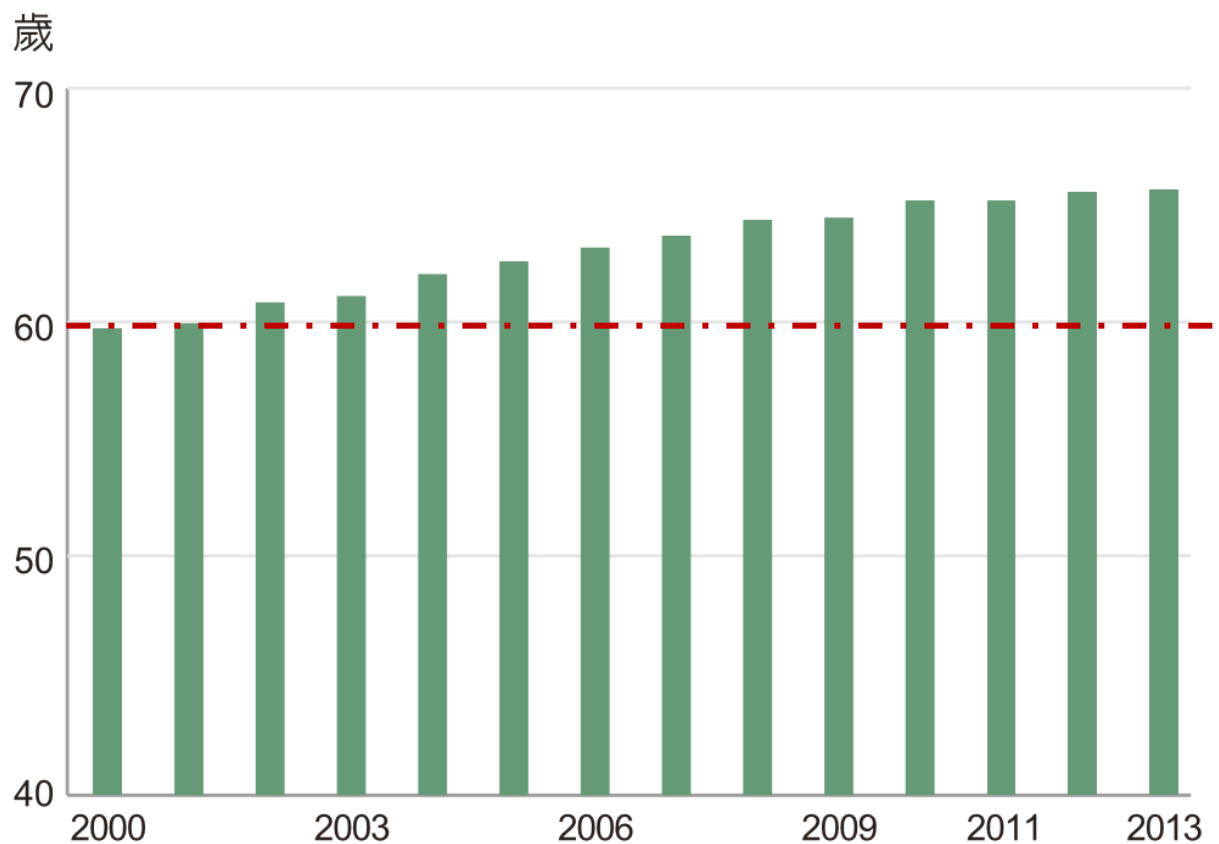


台灣為何有這麼多的慢性腎臟病病患

- 全世界的趨勢
- 實施全民健保
- 糖尿病與老年人口的增加
- 心血管疾病存活率提高
- 透析醫療科技的進步(如透析機的改進、新藥的開發等)
- 透析病患存活期延長
- 其它未確定之因素? (不當的就醫習慣?)

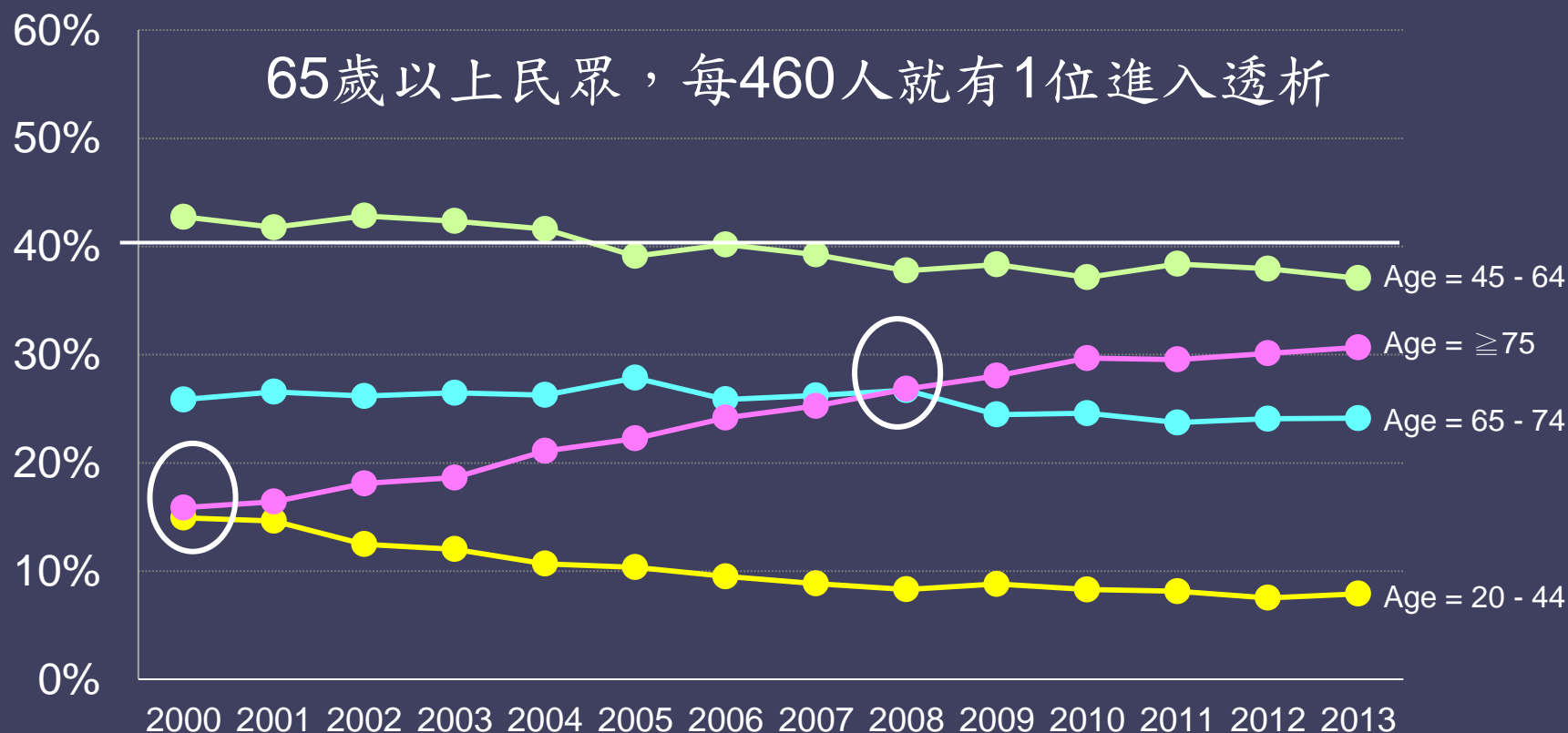


透析患者開始透析之平均年齡 逐年上升



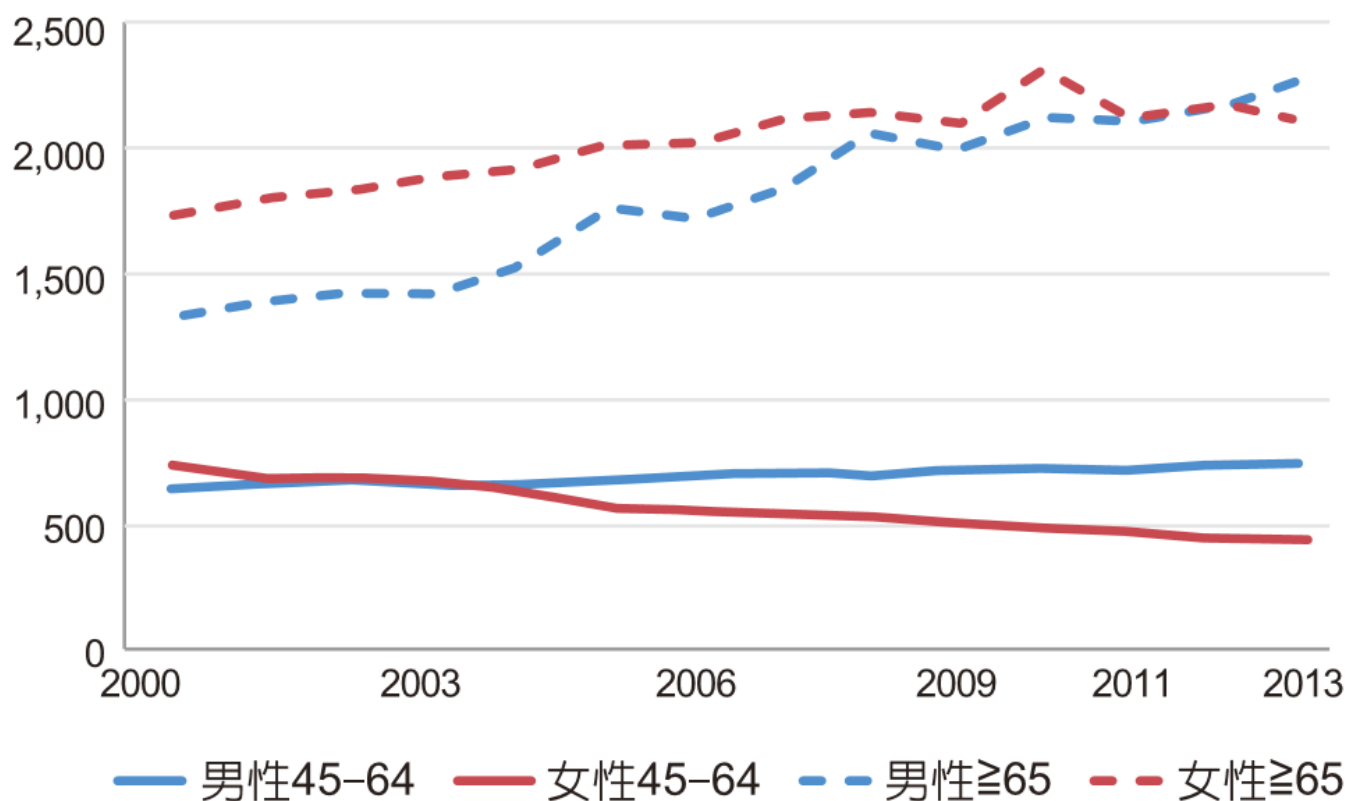
台灣透析病患發生率各年齡層之占率

75歲以上透析病患人數上升的兩次黃金交叉點

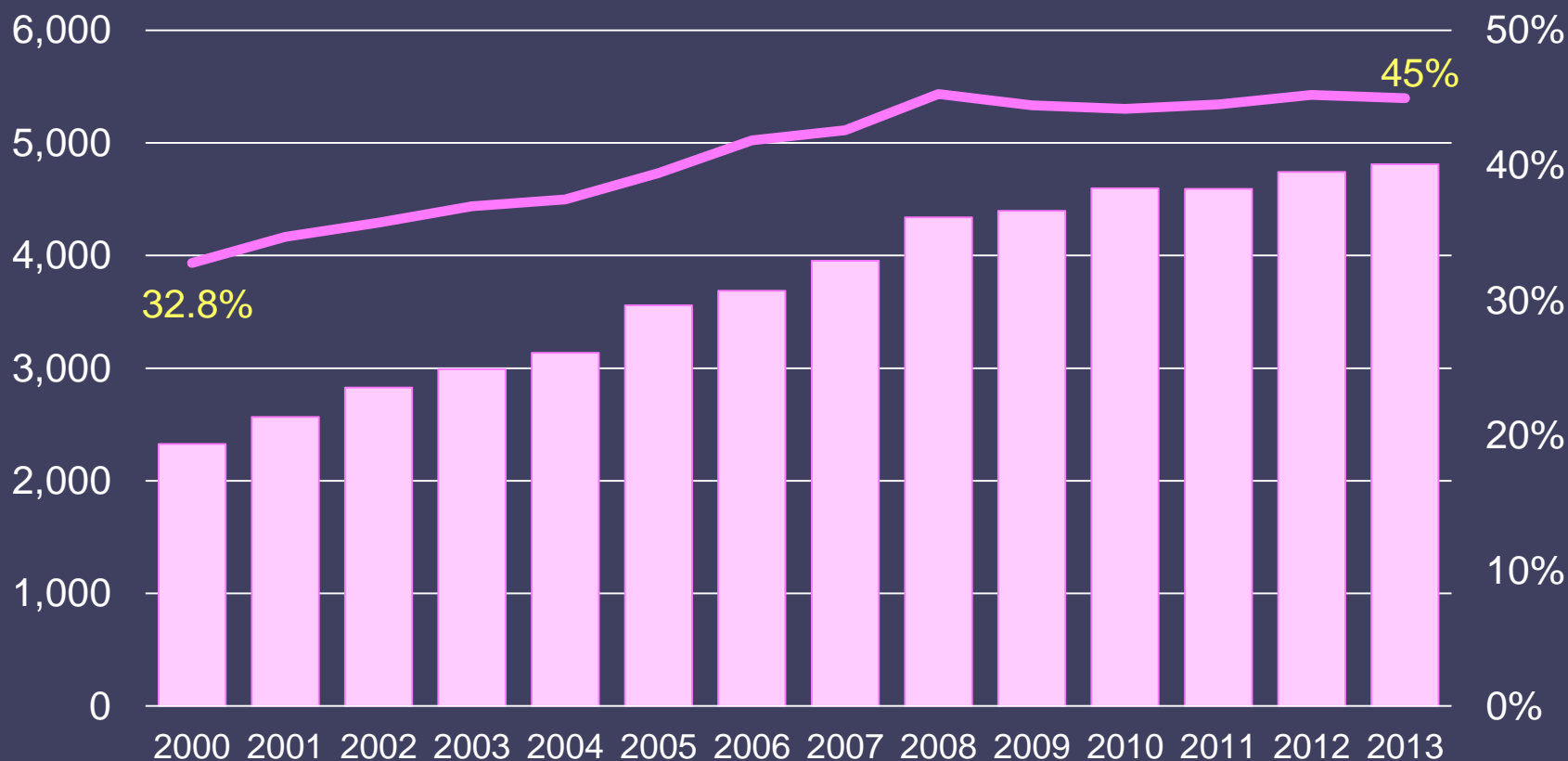


45歲以上透析發生率

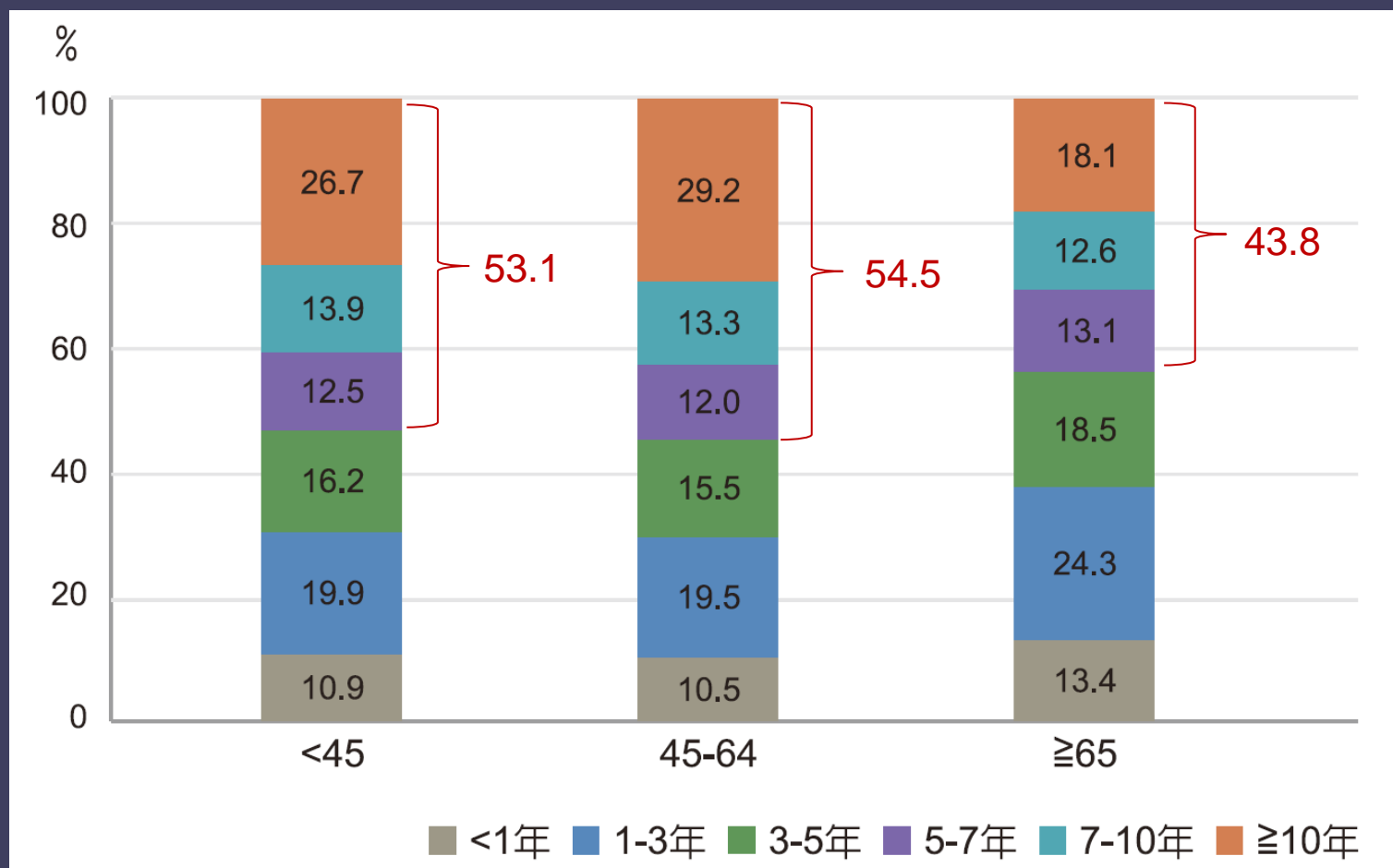
人／每百萬人口



台灣透析病患新發個案 糖尿病病患之佔率

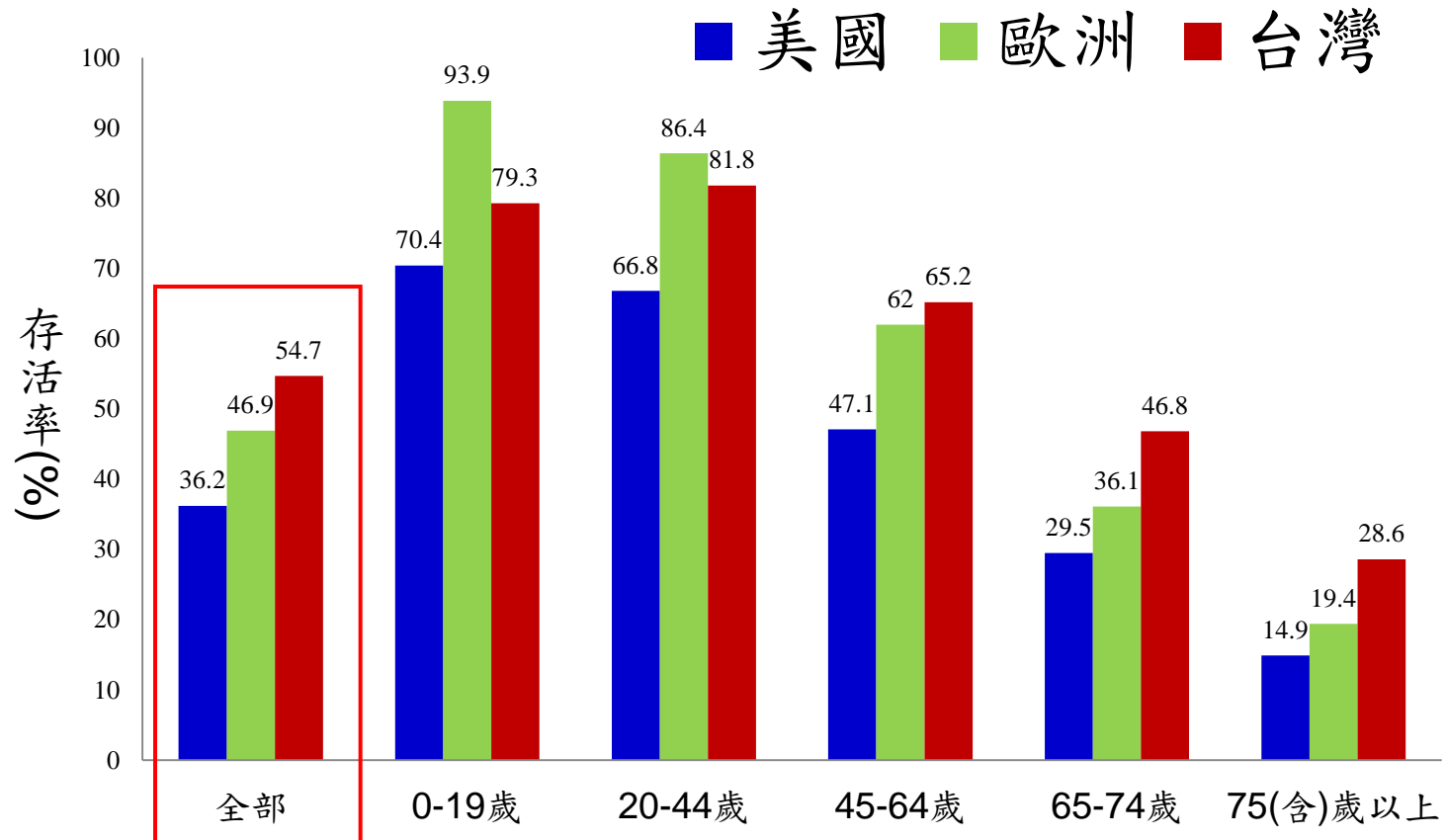


2013年透析患者之透析年數分析



台灣洗腎病患的5年存活率高於美國與歐洲

台灣腎臟醫學會每3年定期訪視全國透析院所
(所有費用由腎臟醫學會支付)，提升透析院所
照護品質，維護透析病患就醫安全

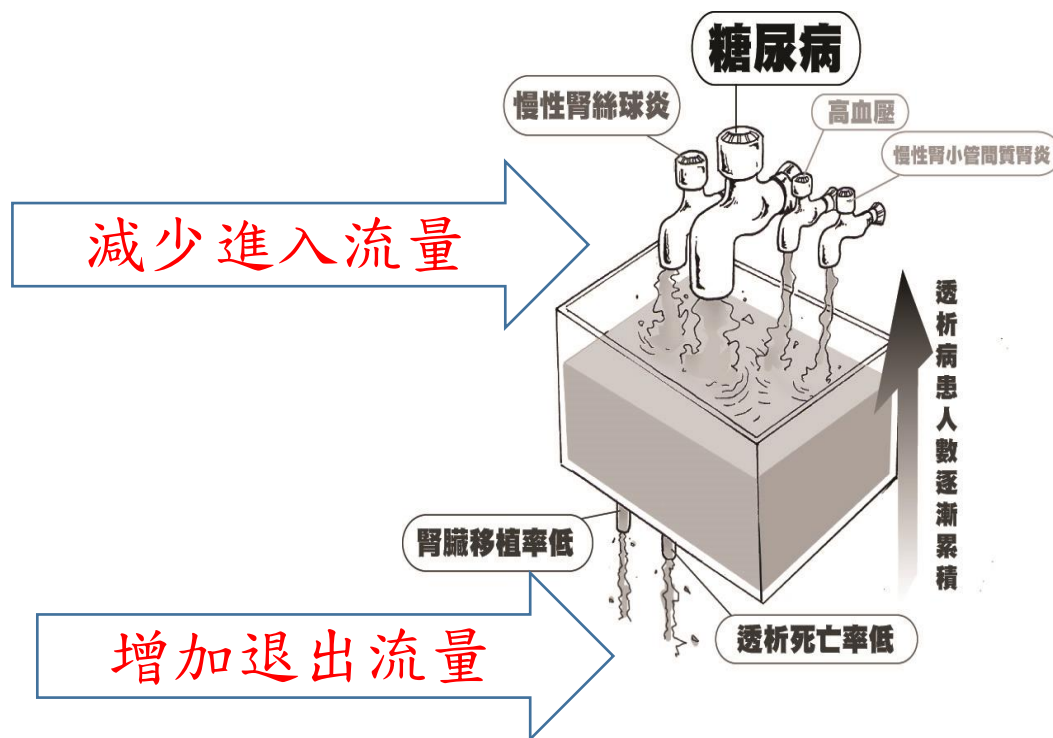


註1: (單位:%)

註2: 美國資料來源為USRDS(美國腎臟登錄系統組織) 2013年年報，歐洲資料來源為ERA-EDTA(歐洲透析與移植學會)2011年年報

如何降低慢性腎臟病病患

- 加強民眾腎臟病防治宣導
- 提高中末期及初期慢性腎臟病防治之收案率
- 推廣腎臟移植
- 推廣安寧療護



台灣腎臟醫學會推動慢性腎病防治 不遺餘力

- 本會出錢出力長期配合國健署推動腎病防治，減緩台灣洗腎人口成長的壓力，努力降低末期腎病的發生率。
- 建立民眾諮詢衛教網站



全心全力做好慢性腎臟病防治工作

1. 96年開始做中末期慢性腎臟病防治工作

104年底累積收案71,978人

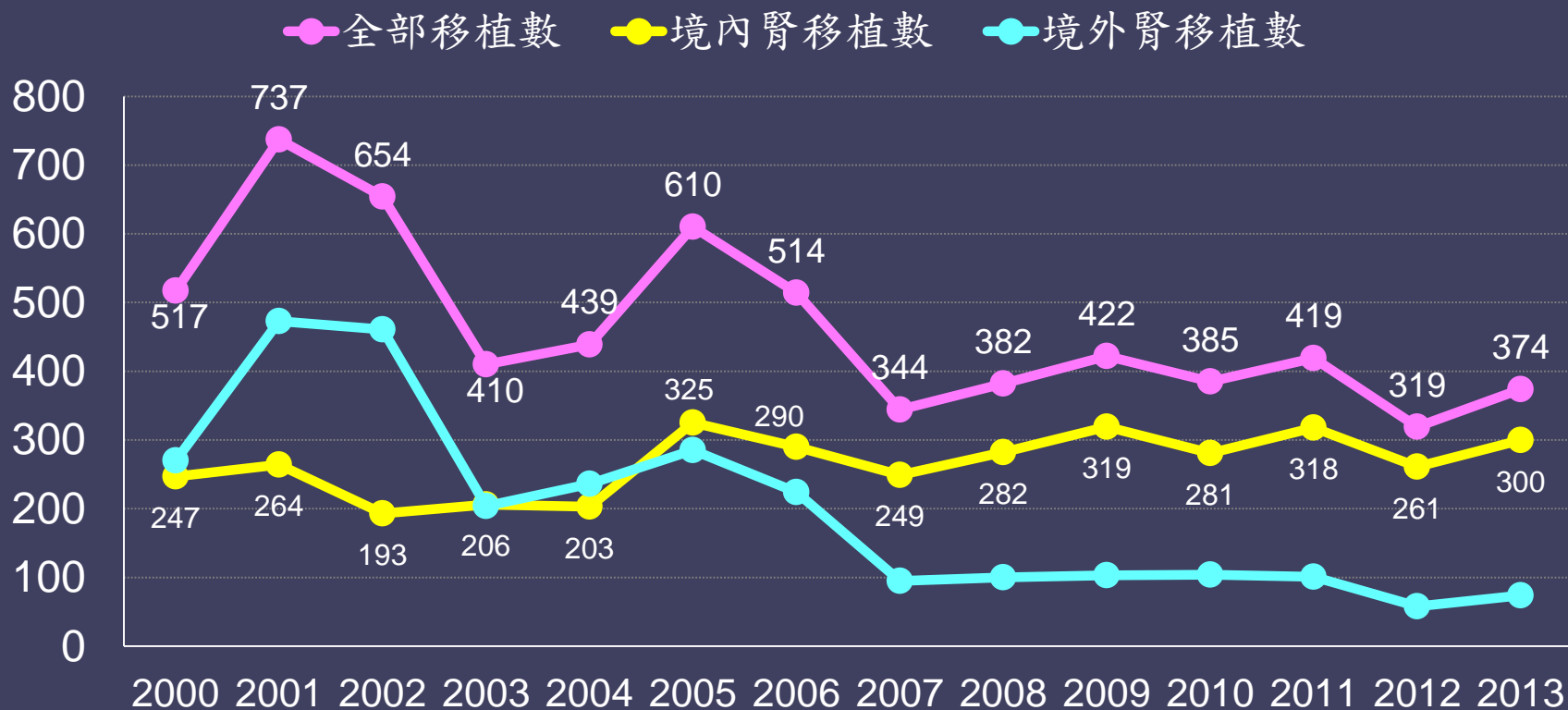
佔全國所有該病門診病人的58%

2. 100年開始做初期慢性腎臟病防治工作

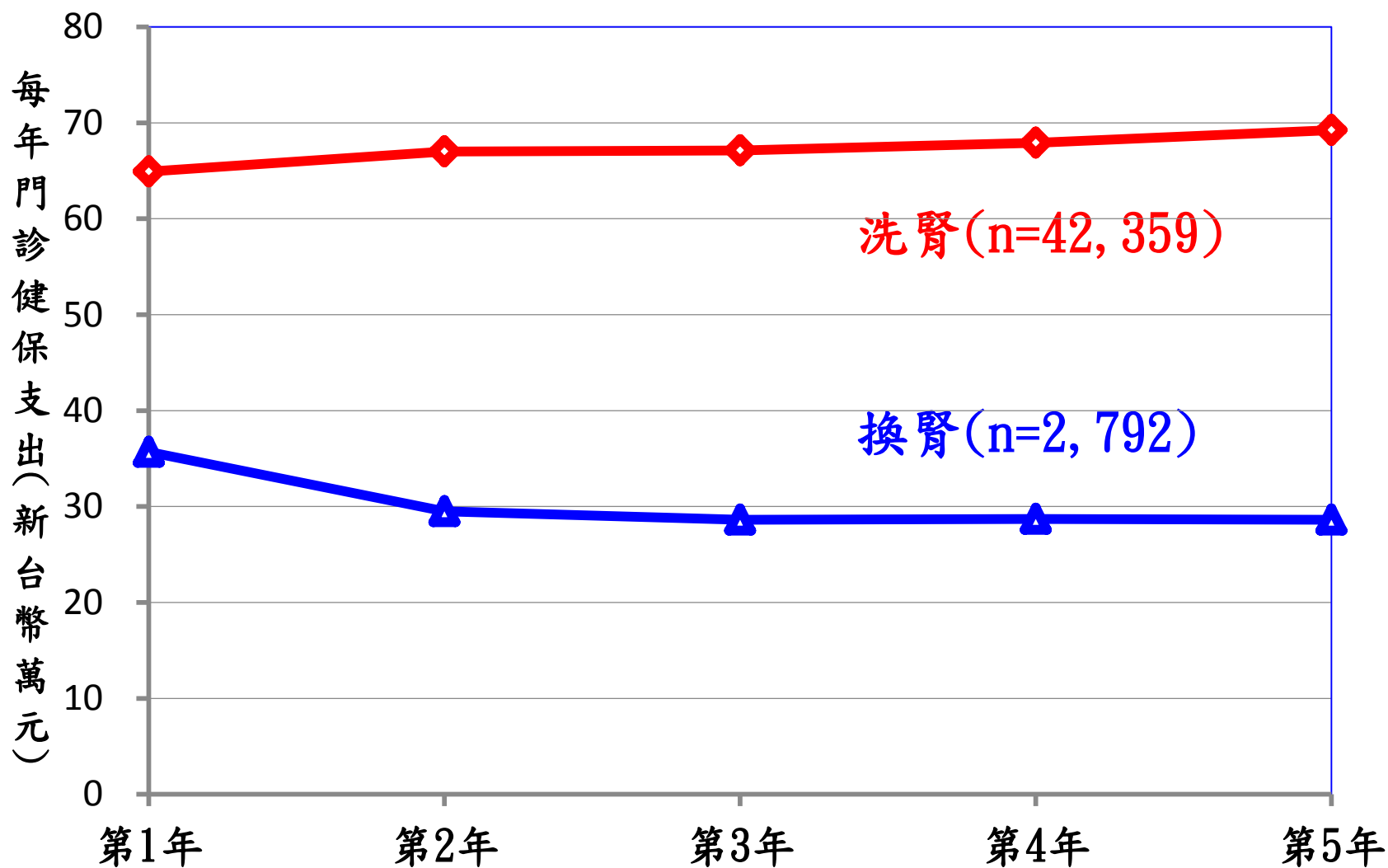
104年底累積收案278,037人

佔全國所有該病門診病人的38.5%

台灣腎臟移植現況

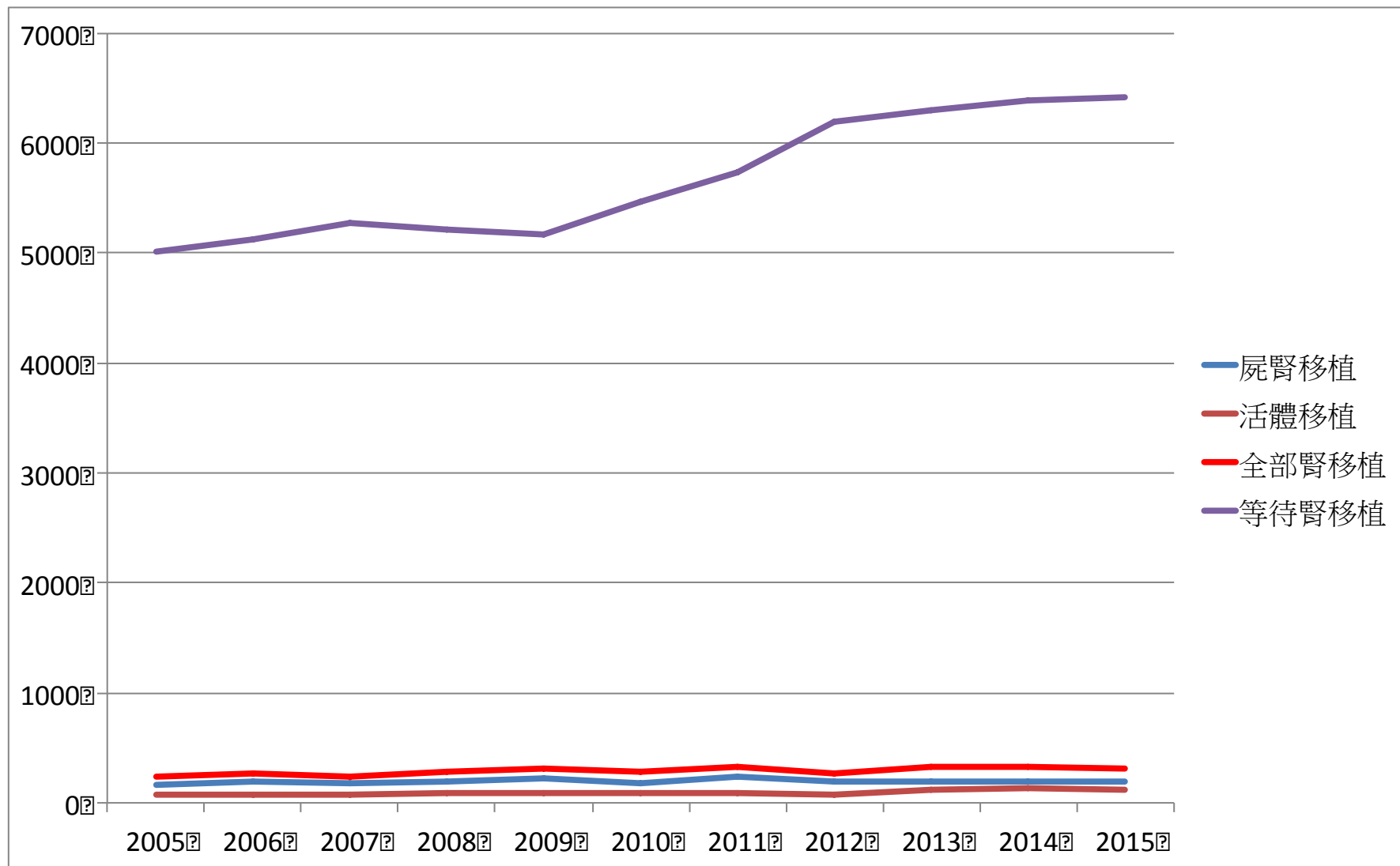


洗腎與換腎門診健保支出比較



換腎手術住院總額給付35.5萬元

台灣等待換腎及接受換腎病人數之比較



台灣腎臟醫學會積極推動腎臟移植

- 透析照護團隊是長期且直接接觸透析病人及家屬的第一線醫事人員，由其向病人及家屬衛教器官移植及捐贈可大幅提高移植及捐贈意願。
- 學會印製了7萬份的衛教單張郵寄給全省613家透析院所，請透析醫護人員直接向透析病患解說，期望能提高腎臟移植率，讓透析病患能有彩色人生

哪些末期腎臟病人適合接受腎臟移植手術？

大部分七十歲以下，沒有嚴重移植禁忌症的末期腎臟病人，都能接受腎臟移植手術的評估。腎臟移植手術並非小手術，手術相關之風險仍然需要仔細評估。

腎臟移植的禁忌症包括：未治療的高血壓、嚴重的感染症、嚴重的心血管疾病、不能接受手術嚴重的三大疾病、心智不正常、藥物戒癮或癮、無法持續配合使用藥物治療等。

結語

腎臟移植，不管是活體移植或屍體移植，絕對是末期腎臟病患最佳的腎臟替代療法。台灣和很多先進國家一樣有腎臟來源不足的限制，目前國內醫療的進步已經可以克服血型不相容和高度敏感化受腎者的腎臟移植。

移植的活體配對法規也正在積極推動修改中，我們相信移植團隊一定可以提供末期腎臟病人更多的治療選擇。若您有任何問題，非常歡迎您向各大醫院的腎臟移植團隊洽詢。

台灣腎臟醫學會
<http://www.tsn.org.tw>
台灣移植醫學會
<http://www.transplant.org.tw>
中華民國器官捐贈協會
<http://www.organ.org.tw>
財團法人器官捐贈移植登錄中心
<http://www.torsc.org.tw>

腎臟保健

告訴你腎臟移植為什麼比較好

活體腎臟移植手術需要自費嗎？ 健保有給付嗎？

移植手術及住院費用，與一般住院就診納付標準相同，原本健保不給付部分（如飲食費、額外加床費、病房雜費、護士費手術室材料費用、一些在特殊情況下使用之非健保給付之藥物等）就須自己負擔費用。

如果我要捐贈腎臟給我的親人，要到哪裡求診？

可以到衛福部各省市區域醫療管理署移植手術的醫院，向腎臟移植相關醫療專業的醫師諮詢。

台灣腎臟醫學會
<http://www.tsn.org.tw>
台灣移植醫學會
<http://www.transplant.org.tw>
中華民國器官捐贈協會
<http://www.organ.org.tw>
財團法人器官捐贈移植登錄中心
<http://www.torsc.org.tw>

腎臟保健

活體捐腎者
需要知道的事

「活體移植」就是「活體腎臟移植」。活體移植是指「把何曉五等血親以內」的捐贈者身上有正常功能的腎臟，移植給受者。活體移植的過程必須非常嚴密，經過這種嚴格篩選委員會審慎的評估，力求將對捐腎者的手術和術後的長期健康風險降到最低。

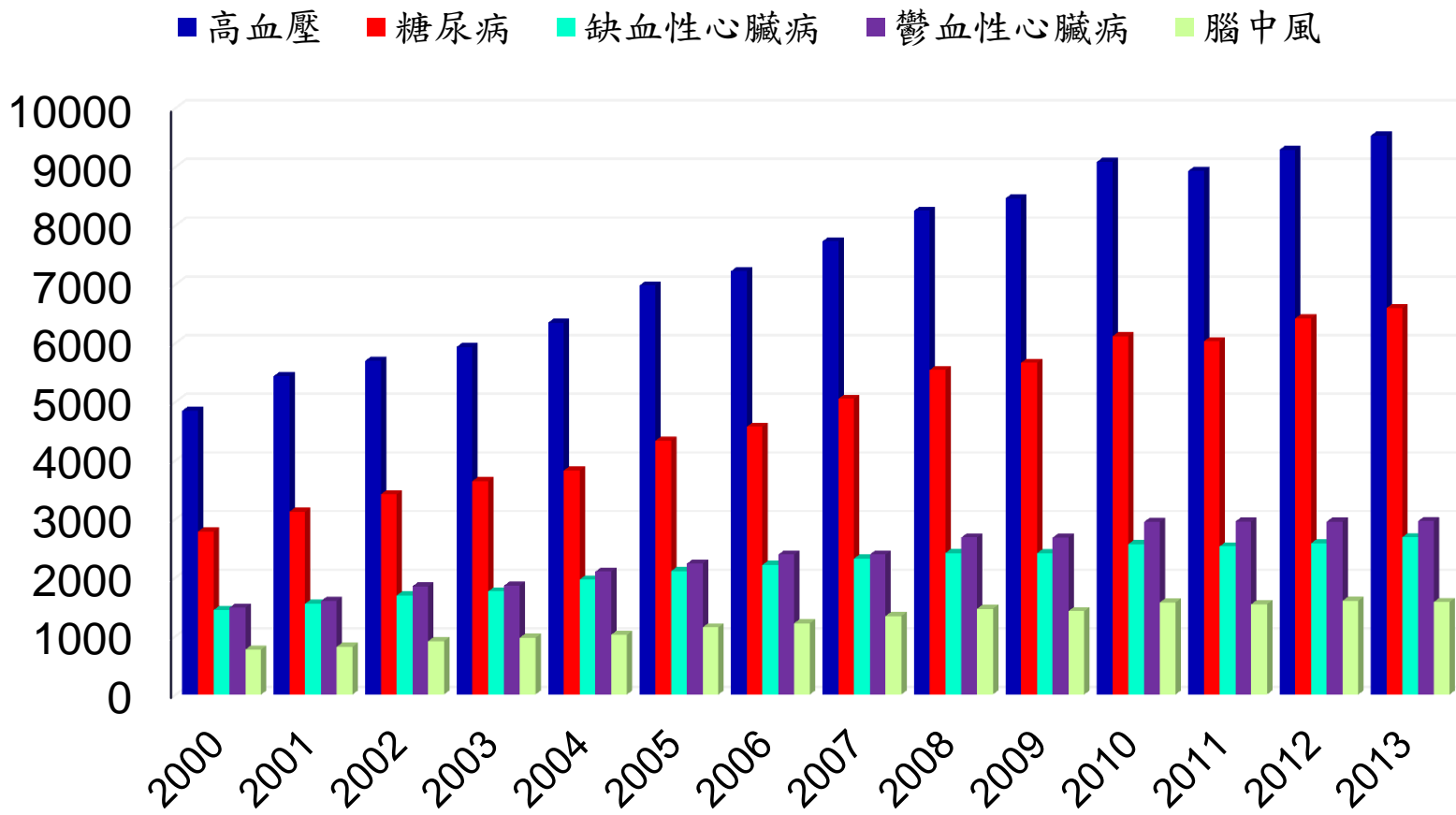
相較於捐死後捐出的屍體移植，活體腎臟移植手術因為手術過程時間充裕，捐贈者身體狀況比較好，因此，活體腎臟移植的受者存活率和移植存活率都比屍體移植要好。

但是，活體腎臟移植的捐腎者，並不完全沒有風險，因此捐腎者必須接受嚴格的术前評估，嚴格檢查血液生化指數手術，並且在術後持續接受長期追蹤，就醫與一般大人是一样的健康。

手術前醫療
評估.....

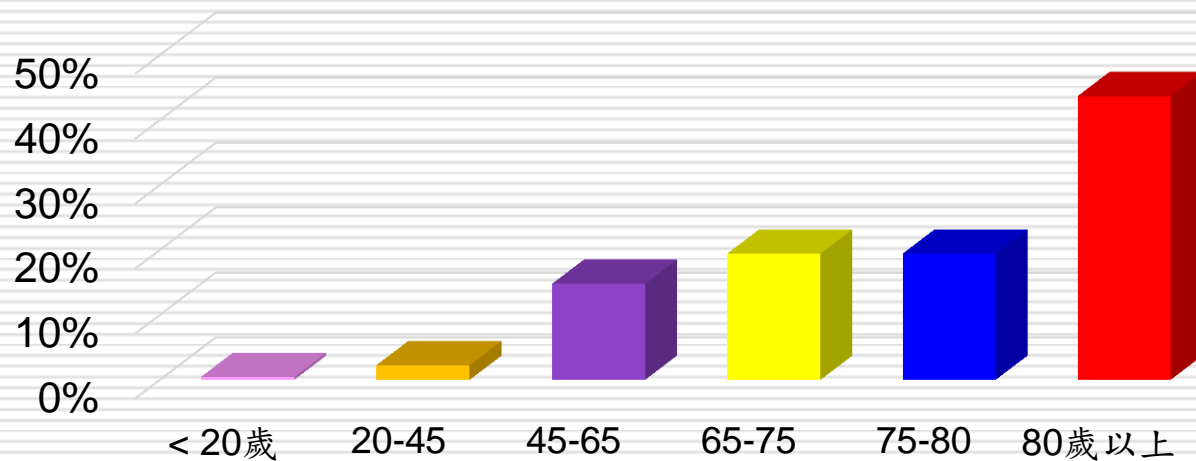


透析新發個案於透析前一年患有共病症情形

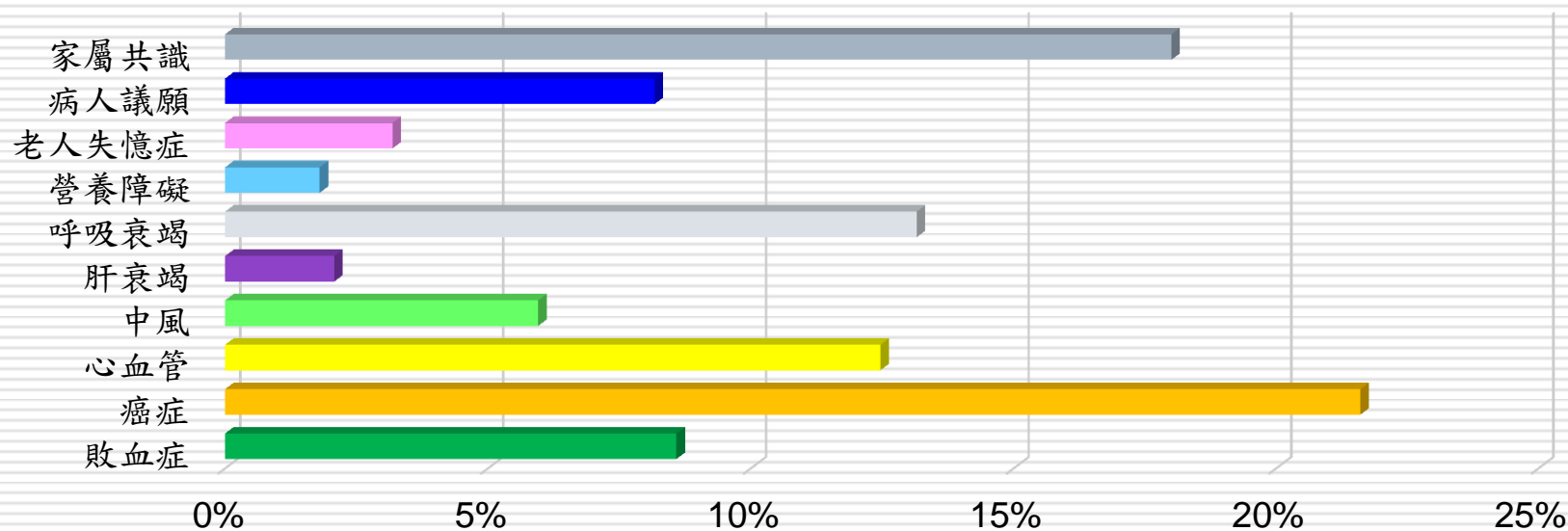


台灣腎臟醫學會積極推廣安寧療護

- 105年於北、中、南、東舉辦安寧療護課程

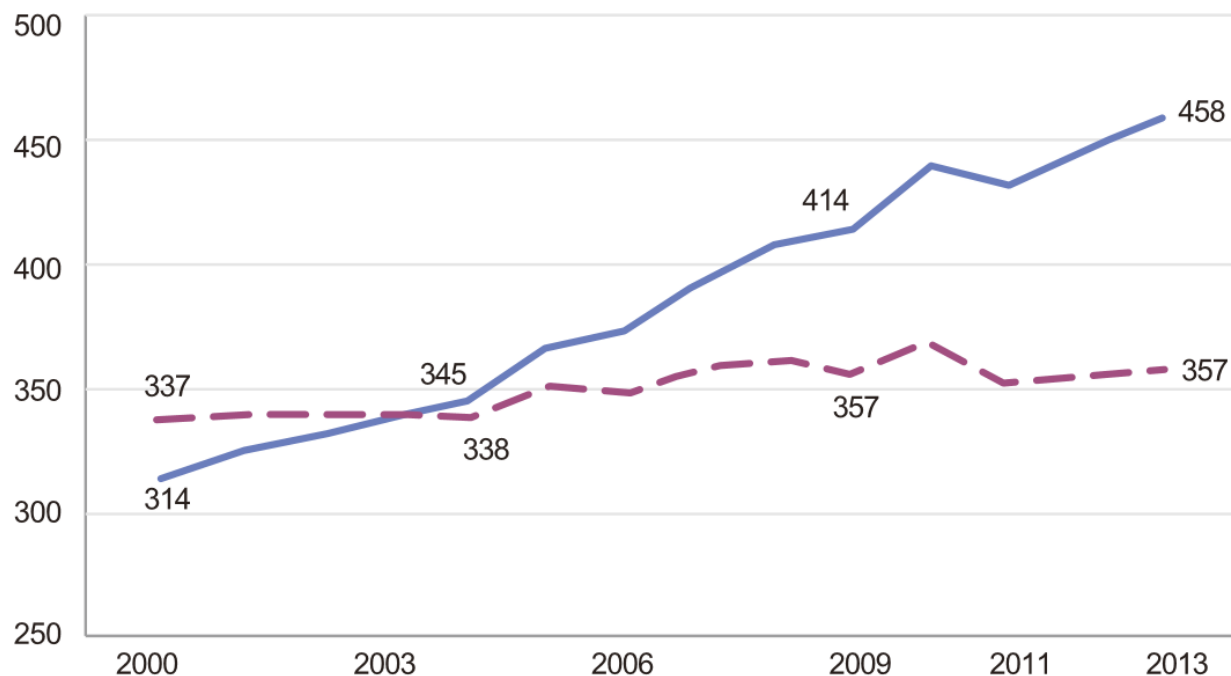


**104年共
3,146位
慢性腎病
簽署安寧**



在健保署、國健署、與學會多年積極的努力下，透析發生率已趨平穩

人／每百萬人口

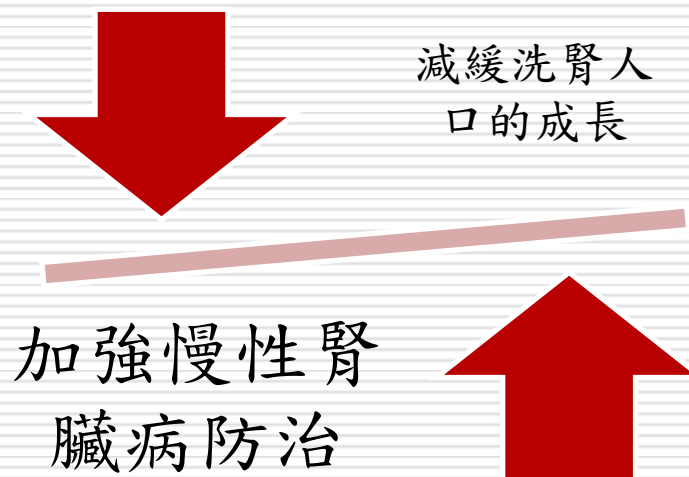


註：以WHO 2000年世界人口結構進行年齡標準化。

— 粗發生率 - - 年齡標準化發生率

台灣腎臟醫學會之堅持

- ◆ 臺灣腎臟醫學會長期自掏腰包，進行透析機構評鑑與慢性腎臟病防治，為的就是提升醫療品質與減緩洗腎人口成長的壓力。
- ◆ 病人的醫療品質，是我們持續努力的方向。腎友的生命及健康，才是我們最關心的議題



台灣腎臟醫學會持續努力方向

降低慢性腎衰竭病患發生率，節省健保醫療費用

持續推動
及加強慢性
腎臟病防治

加強偏鄉、離島、及學校之腎臟教育

加強中末期及初期慢性腎臟病防治案數

推動洗腎
安寧緩和
醫療

推廣及鼓勵活體腎臟移植



過去因過低成長率造成之預算數差，期望能給予校正
未來門診透析總額預算數希望回歸正常成長率

	97	98	99	100	101	102	103	104	105
病人 成長率	4.1	5.1	4.5	3.2	4.4	3.8	3.1	3.0	
預算 成長率	2.9	2.9	2.0	0	1.0	2.0	3.7	3.7	3.8
點值 年年降	.918	.901	.874	.842	.830	.822	.827	.830	.807 Q1

感謝聆聽敬請指教!!

