

# 107年各總額部門 執行報告

中央健康保險署  
醫務管理組  
組長 李純馥

108年7月18日

# 報告架構

一

## 預算分配與執行



健保總額預算配置

年度重要政策

-分級醫療

-雲端查詢

-健康存摺

-精準審查

二

## 執行概況—及時性



新醫療科技之導入

疾病管理方案

民眾就醫可近性

# 報告架構

三

## 執行概況—效率性



西醫部門

中醫部門

牙醫部門

四

## 執行概況—效果面



品質公開辦理情形

品保款辦理情形

滿意度調查

五

## 執行概況—安全性



存活率、死亡率、感染率

健保雲端查詢、健康存摺

# 報告架構

六

執行概況—以病人為中心



各整合方案

七

執行概況—公平面



可近性

弱勢族群保障

偏鄉照護計畫

審查及查核

八

結論



一

# 預算分配與執行



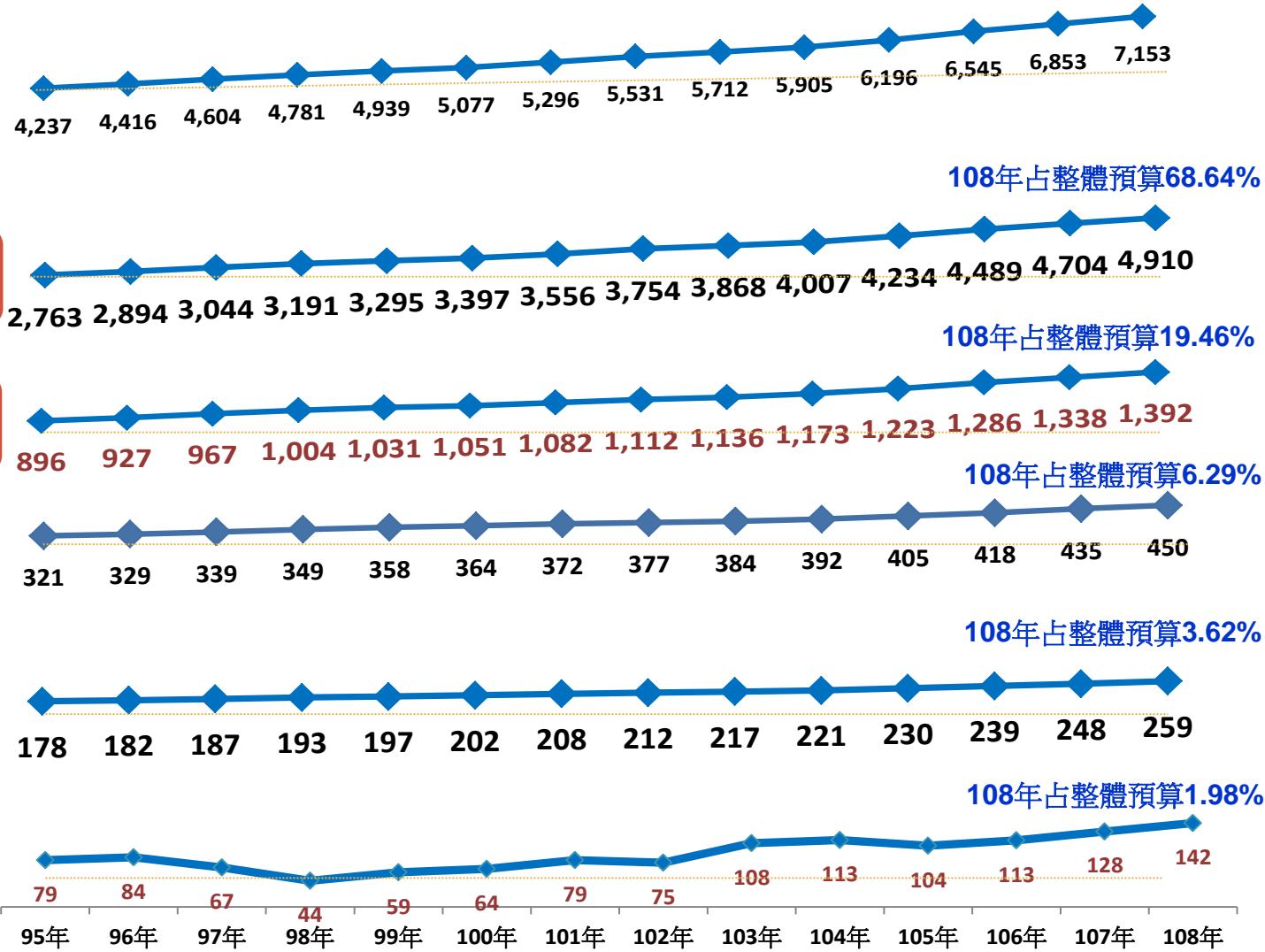
健保總額預算配置

年度重要政策

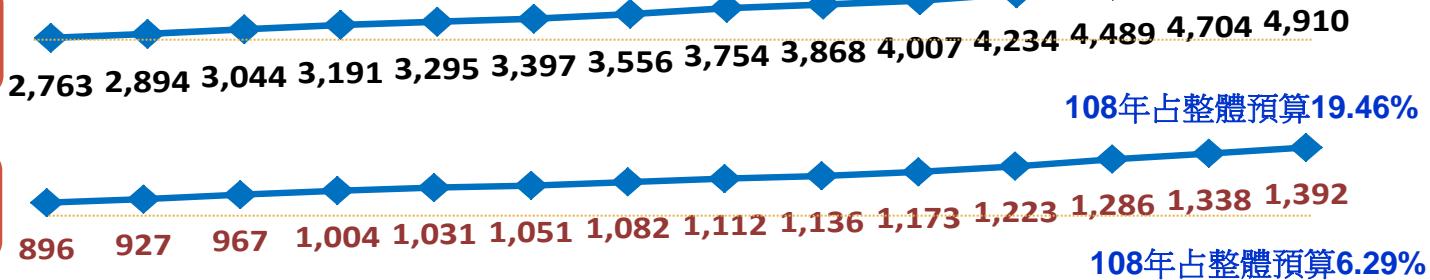
- 分級醫療
- 雲端查詢
- 健康存摺
- 精準審查

# 95-108年總額預算情形

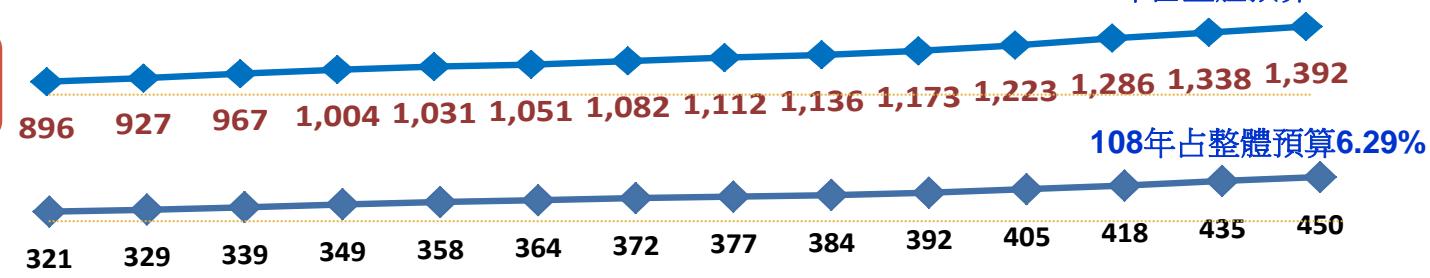
整體總額  
預算



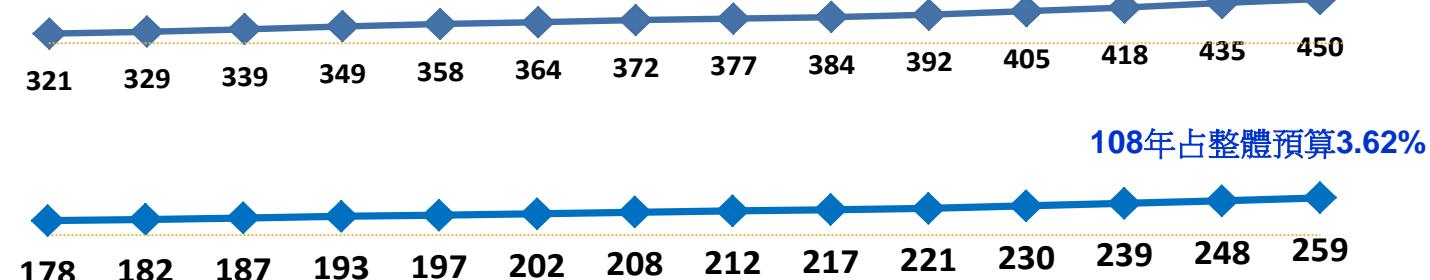
醫院



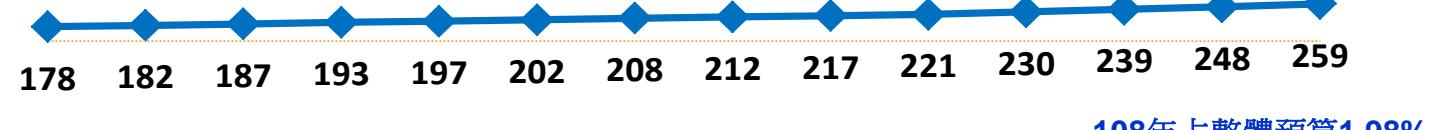
西醫基層



牙醫門診



中醫門診

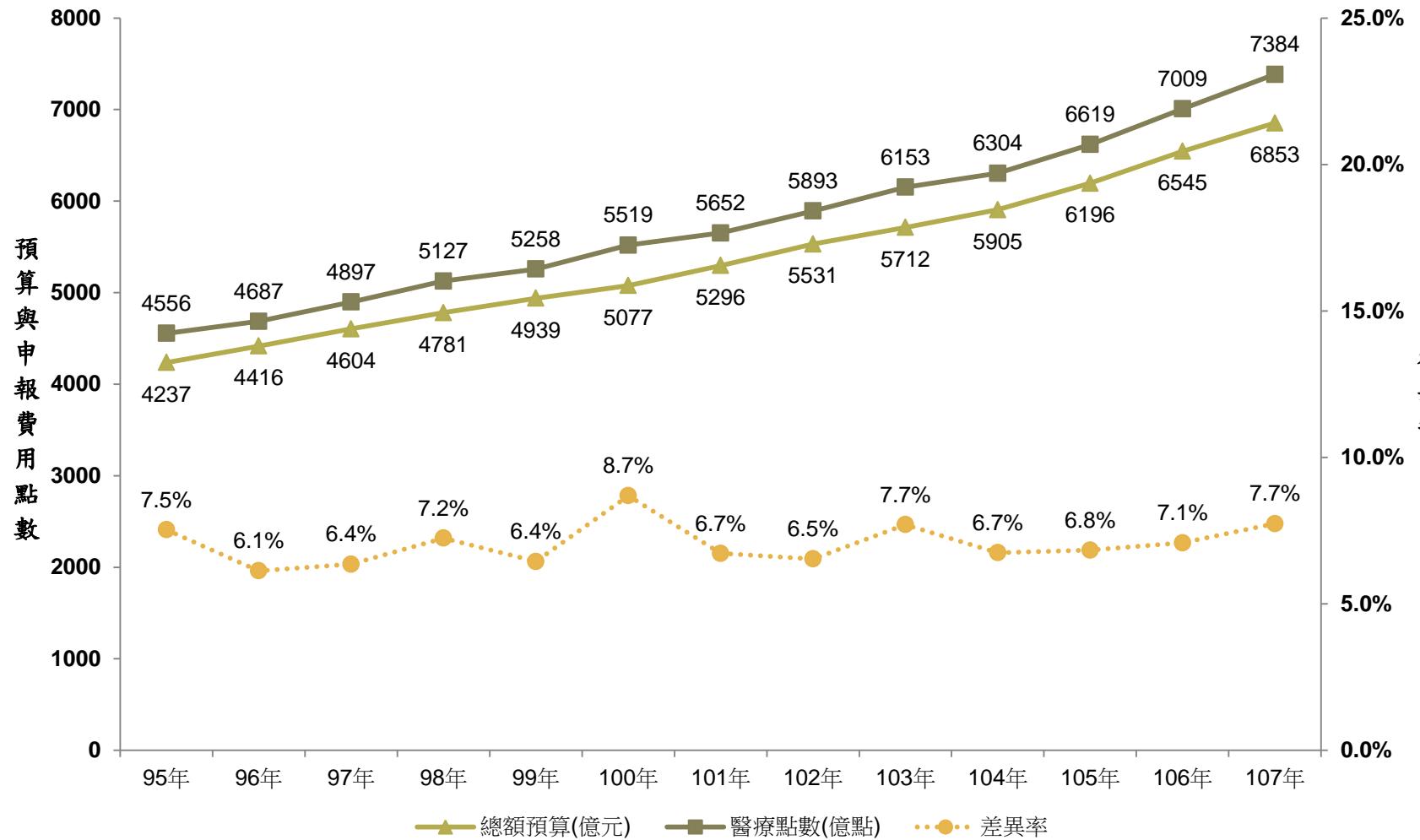


108年占整體預算1.98%

其他預算



# 總額預算與申報點數之差異率



- 註：1. 申報費用不含代辦、其他部門、自墊核退、追扣補付…等申報之點數。
- 2. 預算即總額部門之總預算(與實際支付數不同)，包含一般服務預算及專款，部分專款如品質保證保留款…等費用。
- 3. 因2006年起預算改依部門總成長率協定，故資料由2006年開始呈現。

# 107年健保預算的配置

- 各部門總額一般服務預算，占其總額部門預算約93%(牙醫)～98%(中醫)
- 保障項目(非浮動金額)：約占其總額部門預算0.8%(牙醫)～41.6%(醫院)。
- 專款預算，占其總額部門預算約2%(中醫)～7%(牙醫)。

項目	醫院		西醫基層		牙醫		中醫		透析	
	值(億元)	占合計(%)								
合計	4492	100.0%	1168	100%	435	100%	248	100%	382	100%
一般服務預算	4222	94.0%	1122	96.0%	405	93.0%	243	98.0%	382	100%
-浮動金額	2354	52.4%	791	67.7%	401	92.2%	154	62.0%	349	91.4%
-結算非浮動金額	1867	41.6%	331	28.4%	4	0.8%	89	36.0%	33	8.6%
專款預算	270	6.0%	46	4.0%	30	7.0%	5	2.0%		

→ 達47.6%，近預算一半

註：107年各總額保障項目(除藥品外之保障項目，以每點1元支付為原則)

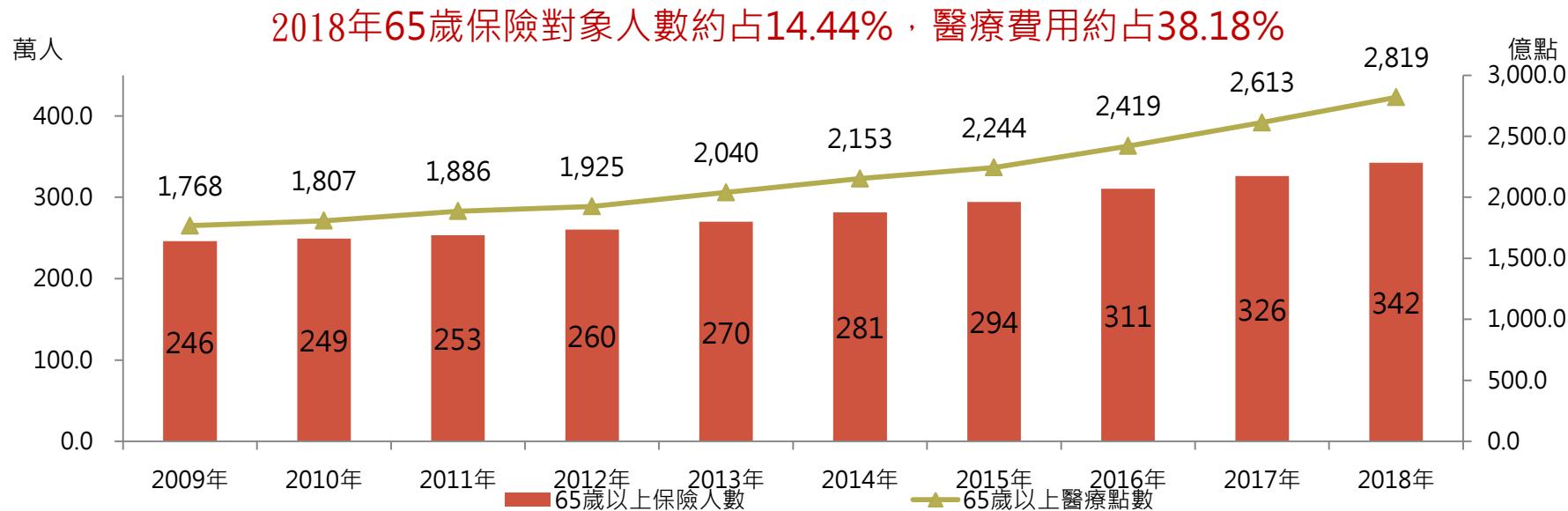
- 醫院部門：門診、住診之藥事服務費、門診手術、住院手術費、麻醉費、「促進供血機制合理方案」之血品費、急救責任醫院之急診醫療服務點數、地區醫院急診診察費、經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院(前一季各區門住診平均點值)。
- 西醫基層部門：論病例計酬案件、「促進供血機制合理方案」之血品相關項目、西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案。
- 中醫部門：「中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫」之論量計酬案件
- 門診透析：腹膜透析之追蹤處置費、偏遠地區之門診透析服務。

# 健保現況與挑戰

---

- 人口老化、少子化
- 醫療費用逐年成長
- 有限醫療資源需有效利用
- 健保財務收支平衡面臨挑戰

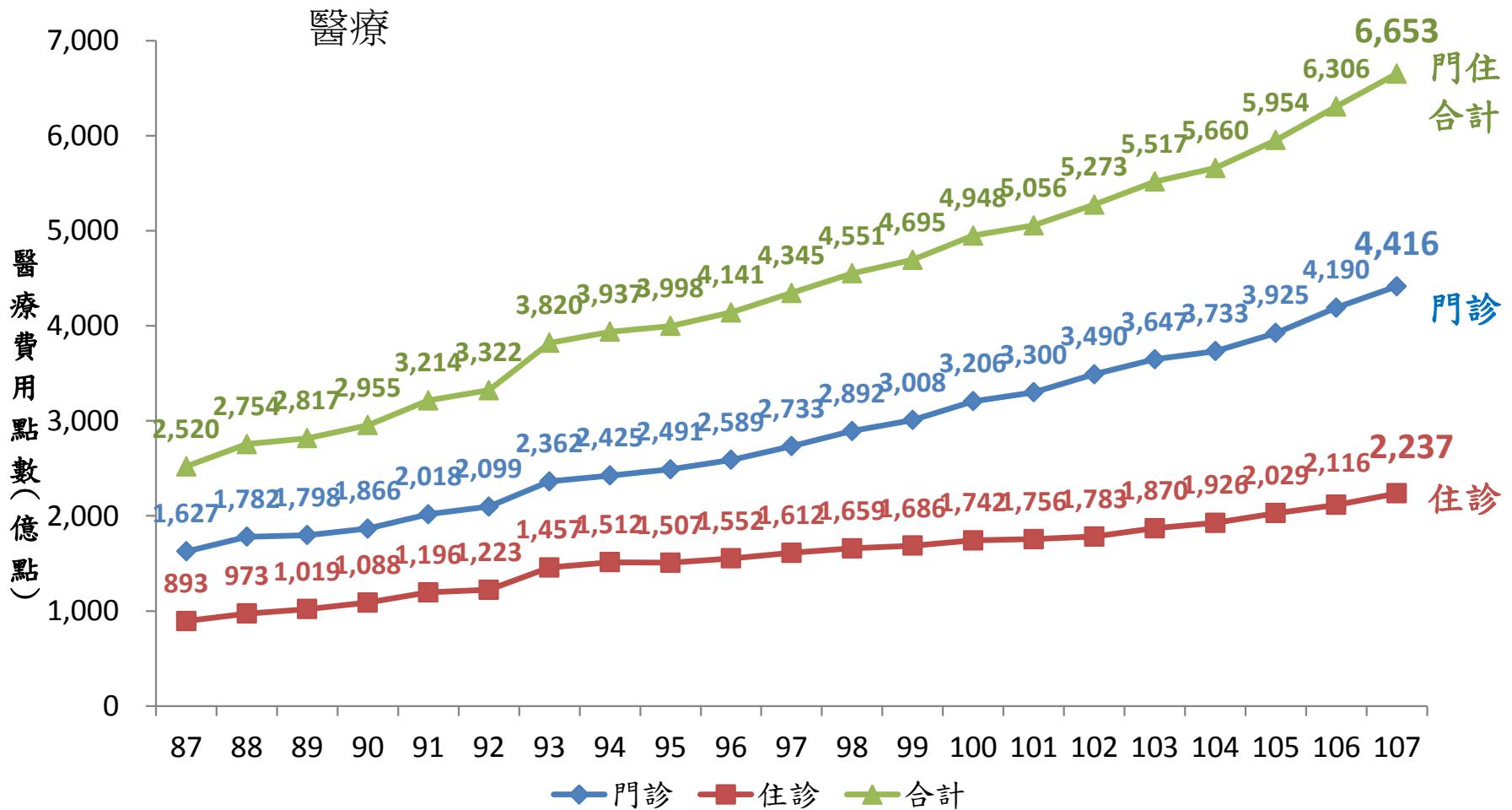
# 人口老化醫療費用趨勢逐年上升



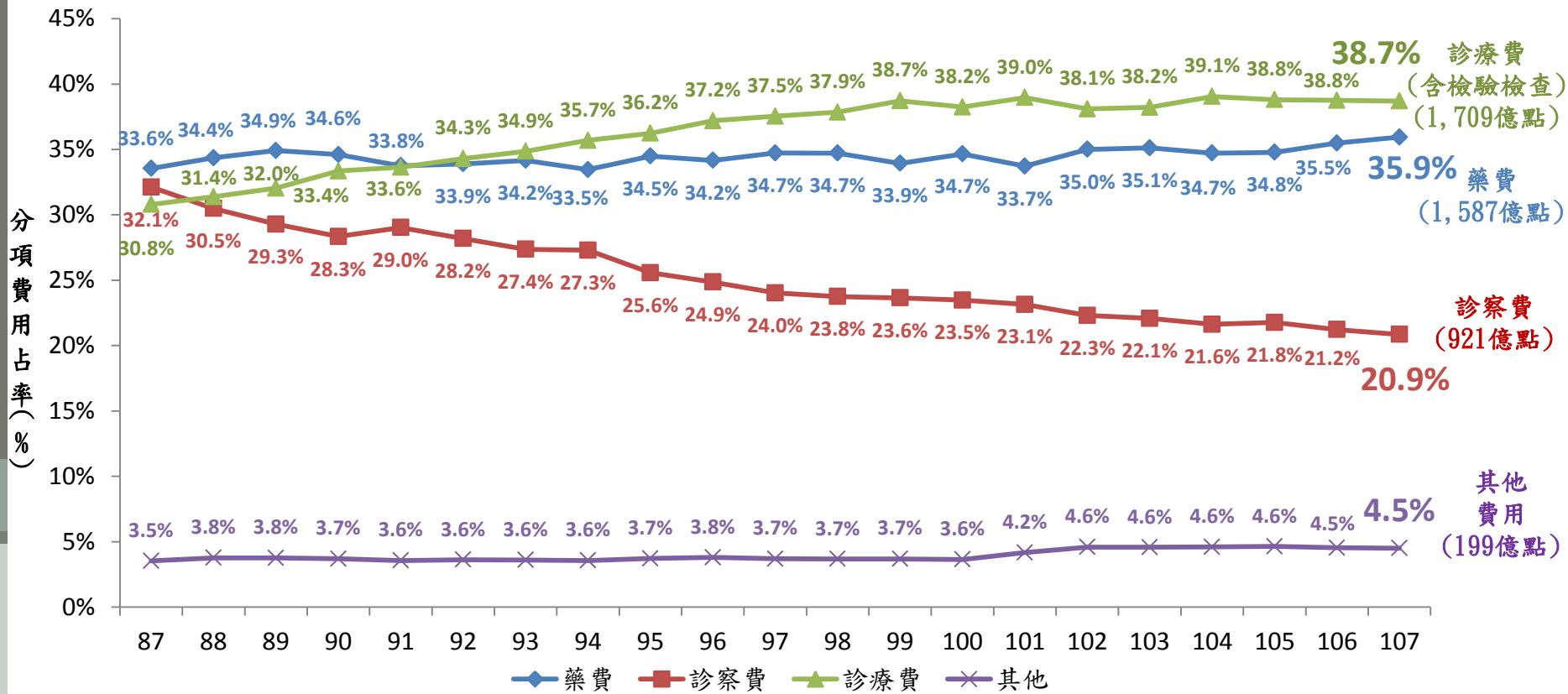
## 近10年內健保醫療點數成長主要原因

健保醫療費用成長主要原因	過去10年增加金額(億點)	成長貢獻度
65歲以上且有重大傷病	312.2	13.8%
65歲以上但非重大傷病	738.9	32.7%
有重大傷病但非65歲以上	334.6	14.8%
其他項目 (扣除65歲以上與重大傷病後之其他因素，如：新藥、新科技、新增支付標準及服務密集度增加等)	871.0	38.6%
總計	2,256.7	100.0%

# 西醫歷年醫療點數趨勢



# 西醫門診分項費用占率趨勢



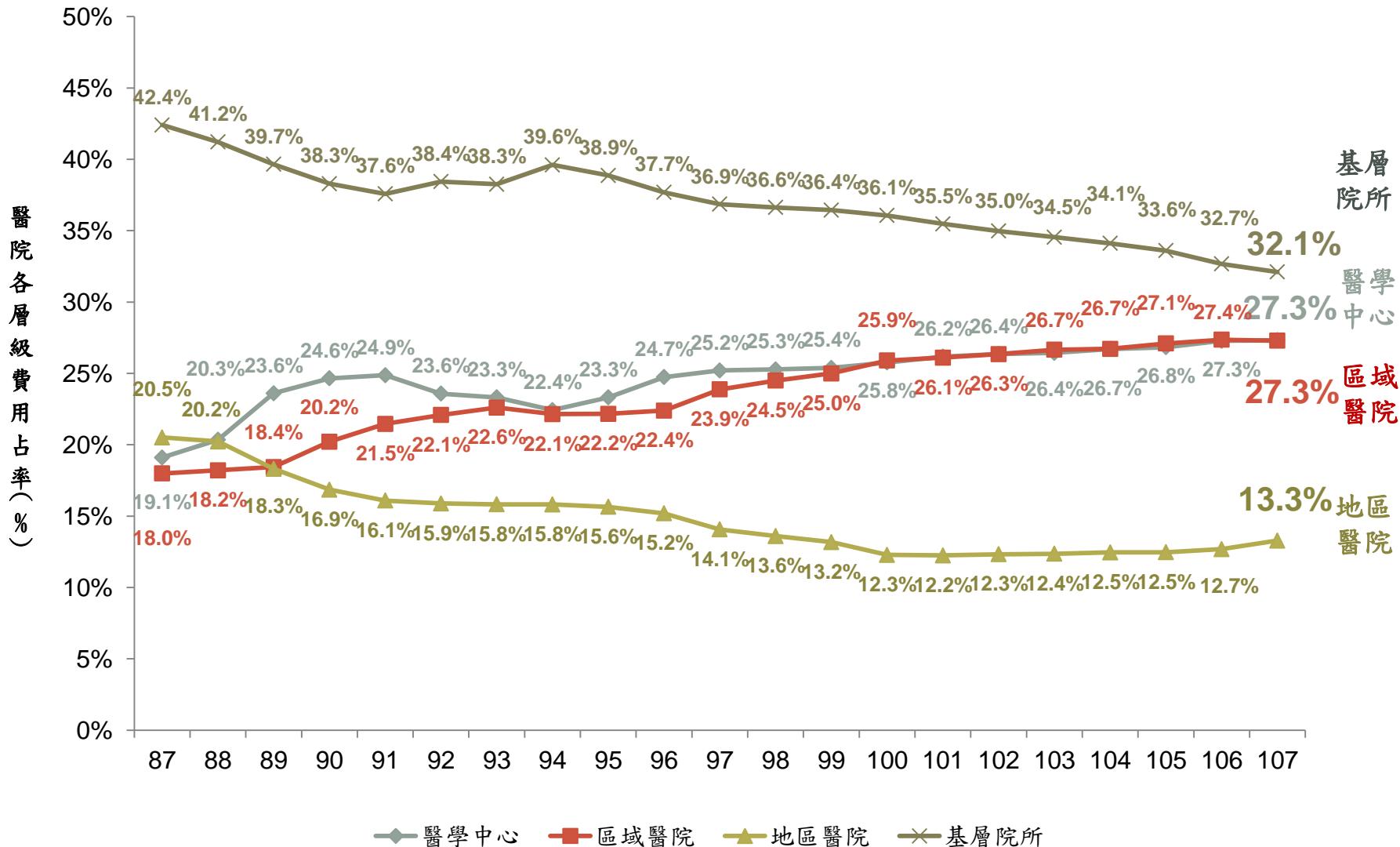
註1、**診察費**：包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及  
基本執業成本。醫院門診診察費支付點數內含10%護理費，住院則另申報護理費。

註2、**診療費(含檢驗檢查)**：手術、治療處置、檢查(驗)費等。

註3、**其他**：包括藥事服務費及特材費。

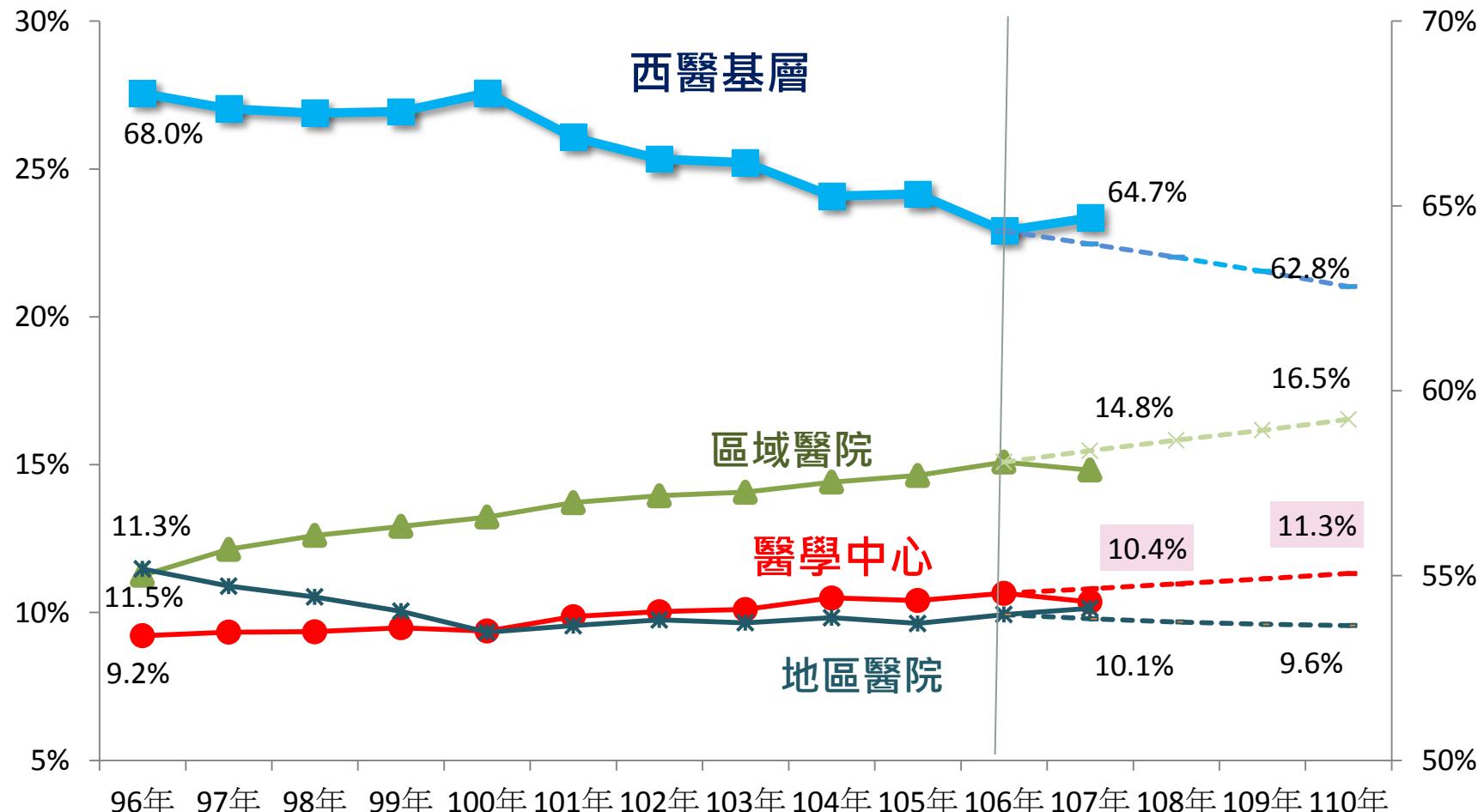
註4、107年西醫門診總醫療費用為4,416億點。

# 西醫門診各層級醫療費用占率趨勢



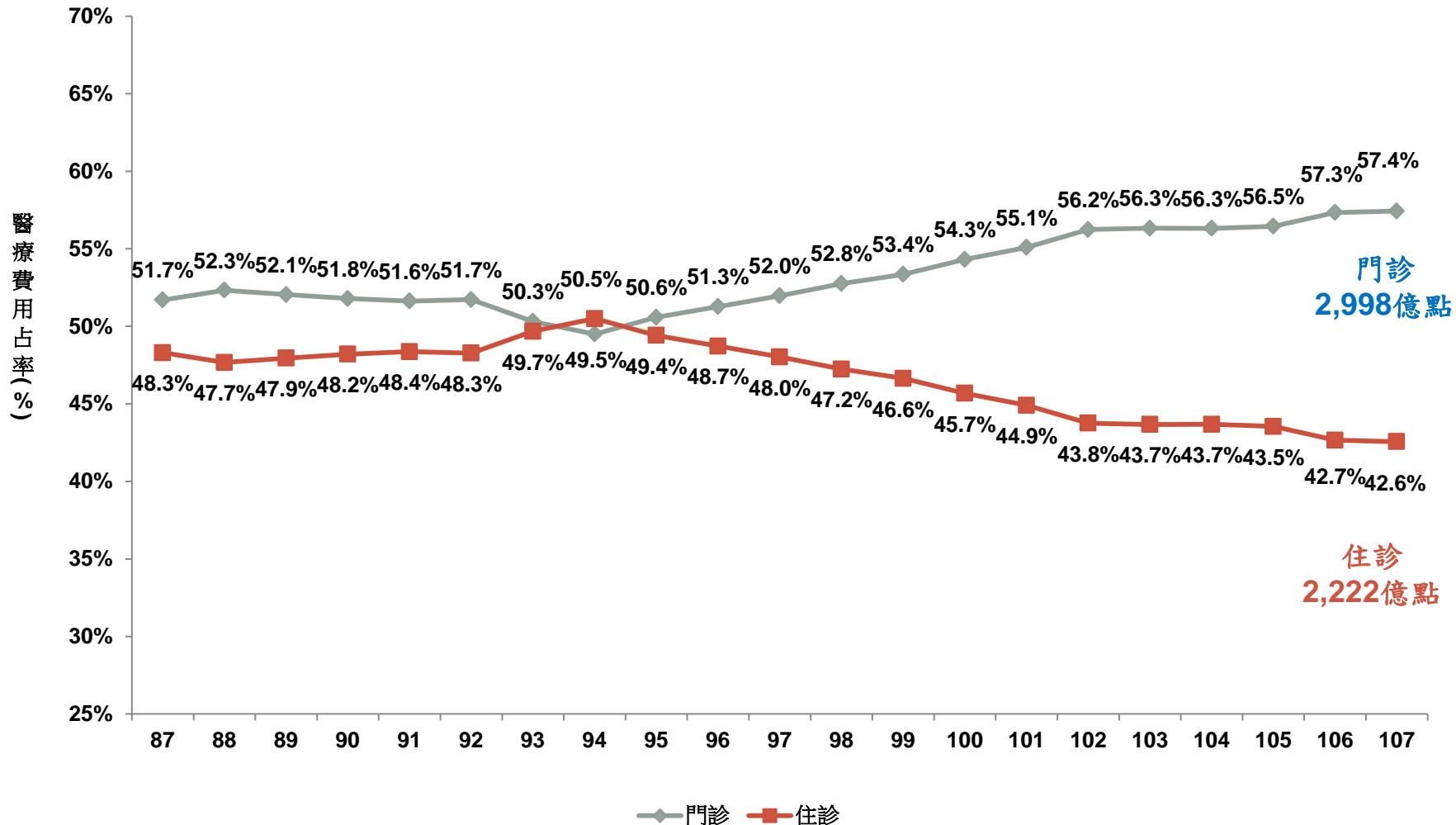
# 西醫門診各層級人次占率趨勢

106年分級醫療實施後，西醫基層人次占率下降趨勢已趨緩且微幅提升，地區醫院亦微幅提升；醫學中心及區域醫院人次則微幅下降。

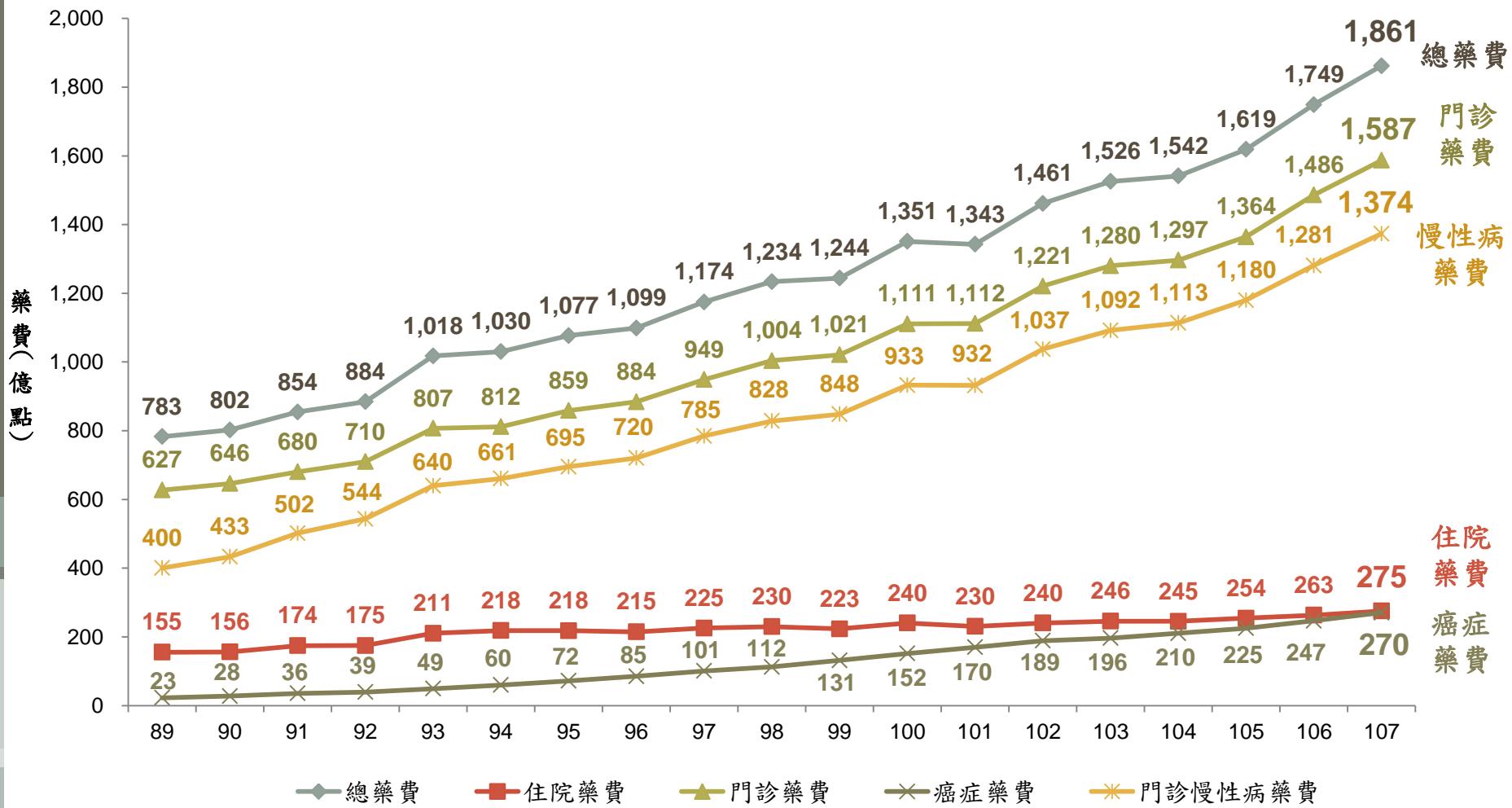


註：虛線為預估值，107年起件數及點數係按前10年件數之幾何平均成長率推估

# 醫院門、住診費用占率趨勢



# 藥費結構趨勢圖





### 3

## 健保因應策略

- 推動分級醫療雙向轉診
- 以資訊系統輔助提升醫療品質
- 精準審查及有效管理

# 分級醫療的推動策略

紅字為健保署權責

## 6.加強醫療財團法人管理

- 修法加強醫療財團法人監督管理
- 限制醫療法人醫院附設診所之管理措施
- 規範醫院不得以交通車載送方式不當招攬輕症病人

## 5.提升民眾自我照護知能

- 加強宣導分級醫療
- 加強自我健康管理
- 宣導利用家醫群24小時電話諮詢服務

## 4.強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護

- 建置轉診資訊交換平台
- 建置居家照護資訊共享平台
- 強化醫院出院準備及追蹤服務
- 鼓勵醫師跨層級支援
- 鼓勵診所及醫院共同照護



## 1.提升基層醫療服務量能

- 開放基層表別，擴大診所服務範疇
- 擴大家庭醫師整合性照護計畫
- 鼓勵診所朝向多科聯合執業，提供一站式整合性服務
- 輔導基層診所規劃無障礙空間，建立友善就醫環境

## 2.導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔

- 降低弱勢民眾就醫經濟障礙
- 提高假日基層開診率、提供開診時段與急診就醫資訊查詢
- 調整門診部分負擔，鼓勵民眾至診所就醫
- 調整急診部分負擔，紓解急診壅塞
- 建置電子轉診單並監控非必要轉診

## 3.調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務

- 調高重症支付標準
- 限制醫院輕症服務成長
- 推動區域級以上醫院門診減量
- 持續推動緊急醫療能力分級

# 推動分級醫療雙向轉診策略



# 大醫院應減少門診人次

- 醫院提供整合門診
- 家庭醫師整合計畫
- 醫院與診所共同照護

雙向  
轉診

單向  
減量



# 106-108年推動分級醫療編列之預算

項目		106年	107年	108年
鼓勵院所建立轉診之合作機制	醫院		2.58	6.89
	基層		1.29	2.58
基層總額轉診型態調整費用			13.46	13.46
基層開放表別		2.5	4.5	7.2
家庭醫師整合照護計畫		15.8	28.8	28.8

# 大醫院門診減量

- ▶ 107年起醫學中心與區域醫院之門診件數，件數不得超過106年98%，並以5年減少10%為目標。
- ▶ 107年起同步新增雙向轉診支付誘因。

層級別	西醫基層		醫院		
	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

- ▶ 配合門診減量暫不實施醫院門診合理量

# 社區醫院及基層診所量能提升

## 社區服務更深入

- ▶開放表別(107年編列4.5億，108年編列7.2億)
- ▶用藥品質(下轉病人放寬藥品審核)
- ▶查詢雲端資料，提供優質服務
- ▶強化預防保健服務與慢性病照護



## 可近性加強

- ▶家庭醫師整合性照護計畫(107年執行24.3億，108年編列28.8億)
- ▶假日開診(地區醫院假日診察費加成)



# 鼓勵地區醫院假日開診

- 辦理緣由

配合分級醫療政策，並以民眾就醫權益為優先考量，鼓勵基層院所假日開診，同時考量假日各類醫事人力與行政團隊出勤、加班之實際成本

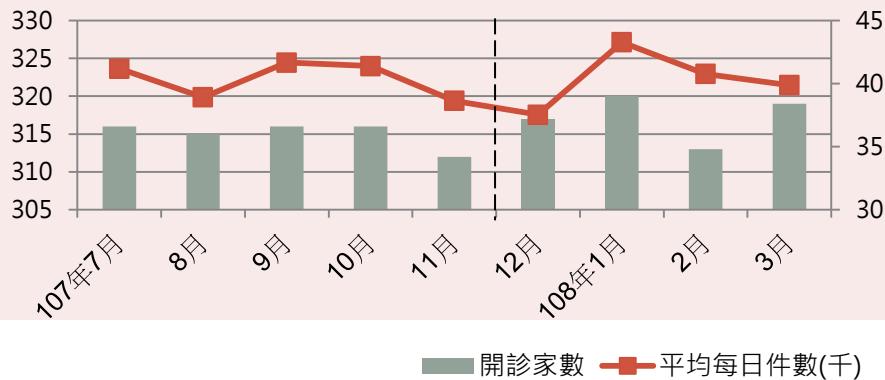
- 執行內容

- 增列地區醫院假日門診案件加成30%(不含門診診察費、藥品及特材費用)
- 增列地區醫院假日門診診察費加計：週六加計100點、週日及國定假日加計150點

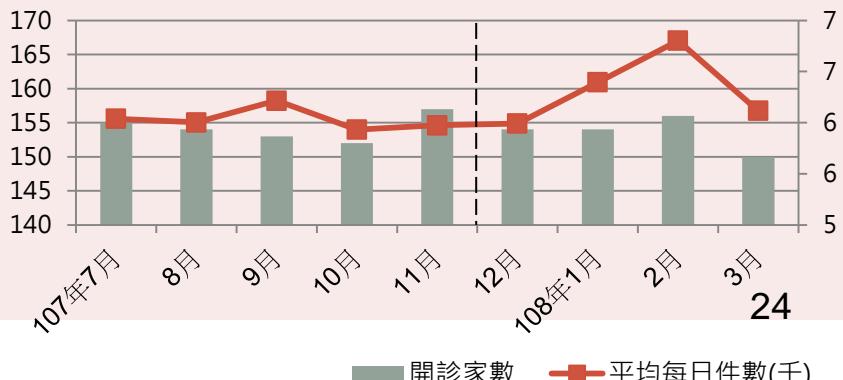
- 自107年12月1日起實施，推估全年將增加6.82億點，由一般服務之非協商支應。

- 實施後週六開診家數有增加之趨勢

週六

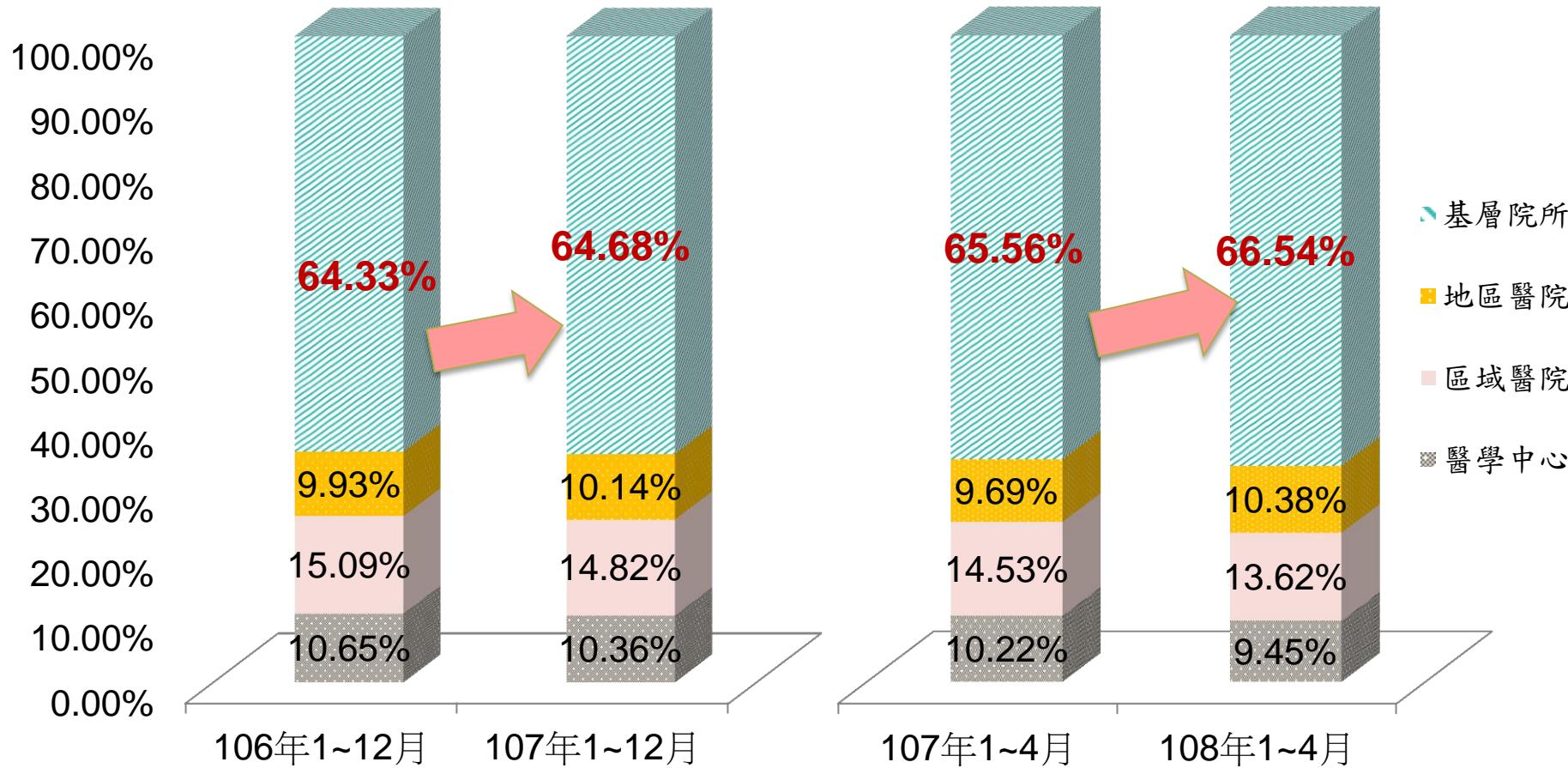


週日





# 各層級門診件數占率變動



資料來源：健保署三代倉儲：門診明細檔（108.6.3擷取）。就醫日期107/108年1-4月期間。

◎總就醫次數：取醫事類別為醫院(12)、基層(11)之案件，並不計補報、轉代檢、慢連箋調劑、病理中心、就醫併同開立BC肝用藥、其他依規定拆併報案件。

# 門診減量2%-107年7-9月執行情形

## • 執行結果

107年7-9月區域級以上醫院門診件數變化 單位：千件

層級別	家數	106年	107年	成長率
醫學中心	19	4,498	4,370	-2.80%
區域醫院	71	6,829	6,587	-3.60%
合計	90	11,327	10,957	-3.30%

註：已排除不納入之院所

107年7-9月份符合降低2%範圍之門診件數：整體較去年同期下降3.3%

- 其中醫學中心下降2.8%，區域醫院下降3.6%。
- 醫學中心門診件數需降低2%範圍者共19家(排除奇美分院)，已達標者共13家(占68%)，未達標者共6家；
- 區域醫院門診件數需降低2%範圍者共71家(排除106年門診件數占率<=0.5%，共12家)，其中達標者共57家(占80%)，未達標者共14家。

# 門診減量2%-107年10-12月執行情形

## • 執行結果

107年10-12月區域級以上醫院門診件數變化 單位：千件

層級別	家數	106年	107年	成長率
醫學中心	19	4,444	4,411	-0.70%
區域醫院	71	6,713	6,602	-1.70%
合計	90	11,157	11,013	-1.30%

註：已排除不納入之院所

107年10-12月份符合降低2%範圍之門診件數：整體較去年同期下降1.3%

- 其中醫學中心下降0.7%，區域醫院下降1.7%。
- 醫學中心門診件數需降低2%範圍者共19家(排除奇美分院)，已達標者共11家(占58%)，未達標者共8家；
- 區域醫院門診件數需降低2%範圍者共71家(排除106年門診件數占率<=0.5%，共12家)，其中達標者共44家(占62%)，未達標者共27家。

# 門診減量2%-108年1-3月執行情形

- 初步執行結果

108年1-3月區域級以上醫院門診件數變化 單位：千件

層級別	家數	106年	108年	成長率
醫學中心	19	4,297	4,070	-5.3%
區域醫院	69	6,265	5,955	-4.9%
合計	88	10,562	10,025	-5.1%

註：已排除不納入之院所，彰基雲林及郭綜合醫院108年降級為地區醫院

108年1-3月份符合降低2%範圍之門診件數：整體較去年同期下降5.1%

- 其中醫學中心下降5.3%，區域醫院下降4.9%。
- 醫學中心門診件數需降低2%範圍者共19家(奇美分院與本院合併)，全數達標(100%)。
- 區域醫院門診件數需降低2%範圍者共69家(排除106年門診件數占率 $\leq 0.5\%$ ，共12家)，其中達標者共55家(占80%)，未達標者共14家。

# 總轉診案件人次(含轉出及轉入)

- 107年7月-108年4月總轉診人數約100.5萬人，轉診件數約180萬件
- 聯盟內轉診件數占總轉診件數近7成
- 各層級轉診件數中，基層院所占4成

107年7月 -108年4月	人數		件數	
	人	占率	件	占率
總計	1,004,711	100%	1,801,723	100%
聯盟內轉診				
是	660,308	63%	1,179,926	65%
否	380,363	37%	621,797	35%
醫學中心	336,893	23%	440,788	24%
區域醫院	356,518	24%	448,514	25%
地區醫院	148,152	10%	185,134	10%
基層診所	637,233	43%	727,287	40%

備註：

1. 同一筆案件轉出端及轉入端各計1件。

2. 資料範圍：總額內、外案件，申報部分負擔代碼

(A30, B30, C30, D30, 008, 001, 002, 003, 004, 005, 006, 007, 008, 009, 011, 801, 802, 901, 902, 903, 904,

906, 907)且轉代檢註記為('1', 'G9', 'G5', 'C6', 'F3', 'FT', 'JA', 'T')(接受他院轉入)之案件。

# 轉診(轉入)案件分析

- 總轉診件數約180萬件中，轉入案件為88.4萬件
- 88.4萬件中，上轉73.1萬件，平轉5.9萬件，下轉8.4萬件，無法判定約1萬件
- 下轉占率9.47%，較前一年同期件數增加5.5倍

	106年7月-107年4月		107年7月-108年4月		
	件數	占率	件數	占率	成長率
總計	581,226	100.00%	<b>883,978</b>	100.00%	52.09%
接受上轉	535,002	92.05%	<b>731,312</b>	82.73%	36.69%
接受平轉	21,740	3.74%	<b>59,102</b>	6.69%	171.86%
接受下轉(A+B)	12,967	<b>2.23%</b>	<b>83,722</b>	<b>9.47%</b>	545.65%
單向下轉(A)	11,763	2.02%	65,659	7.43%	458.18%
回轉(B)	1,204	0.21%	18,063	2.04%	1400.25%
資料不全	11,517	1.98%	9,842	1.11%	-14.54%

備註：

1. 因同一筆案件轉出及轉入流向會重複計算案件數，故同一筆僅計轉入端1件以轉入(接收院所)之件數分析。

2. 資料範圍：總額內、外案件，因前後年度定義不同，為利比較均以接受轉診院所資料進行統計。

3. 居護所及精神科社區復健機構轉診至基層診所視為同平轉。

# 上轉案件-層級別分析

上轉73.1萬件中，由診所上轉(60.3萬件)，即占82.4%

層級別	轉出端				107年7月-108年4月			
	申請總件數 (萬)(A)	轉診件數(B)	占率(B/C)	轉診率(B/A)	申請總件數 (萬)(D)	轉診件數(E)	占率(E/F)	轉診率 (E/D)
區域醫院	3,948	19,557	3.72%	0.05%	3,925	28,957	3.96%	0.07%
地區醫院	2,567	70,164	13.34%	0.27%	2,742	99,765	13.64%	0.36%
基層診所	22,052	436,197	82.94%	0.20%	22,309	602,590	82.40%	0.27%
總計	28,566	525,918(C)	100.00%	0.18%	28,976	731,312(F)	100.00%	0.25%

層級別	接受端				106年7月-107年4月			
	申請總件數 (萬)(G)	轉診件數(H)	占率(H/C)	轉診病人占 率(H/G)	申請總件數 (萬)(I)	轉診件數(J)	占率(J/F)	轉診病人占 率(J/I)
醫學中心	2,750	267,820	50.92%	0.97%	2,789	352,619	48.22%	1.26%
區域醫院	3,948	220,286	41.89%	0.56%	3,925	312,069	42.67%	0.80%
地區醫院	2,567	37,812	7.19%	0.15%	2,742	66,624	9.11%	0.24%
總計	9,265	525,918(C)	100.00%	0.57%	9,456	731,312(F)	100.00%	0.77%

# 下轉案件-層級別分析

下轉8.4萬件中，下轉到診所4.2萬件，即占51%

層級別	轉出端				107年7月-108年4月			
	申請總件數 (萬)(A)	轉診件數(B)	占率(B/C)	轉診率(B/A)	申請總件數 (萬)(D)	轉診件數(E)	占率(E/F)	轉診率 (E/D)
醫學中心	2,750	8,321	64.17%	0.03%	2,789	45,891	54.81%	0.16%
區域醫院	3,948	3,802	29.32%	0.01%	3,925	30,788	36.77%	0.08%
地區醫院	2,567	844	6.51%	0.003%	2,742	7,043	8.41%	0.03%
總計	9,265	12,967(C)	100.00%	0.01%	9,456	83,722(F)	100.00%	0.09%

層級別	接受端				106年7月-107年4月			
	申請總件數 (萬)(G)	轉診件數(H)	占率(H/C)	轉診病人占 率(H/G)	申請總件數 (萬)(I)	轉診件數(J)	占率(J/F)	轉診病人占 率(J/I)
區域醫院	3,948	5,259	40.56%	0.01%	3,925	13,223	15.79%	0.03%
地區醫院	2,567	5,460	42.11%	0.02%	2,742	27,793	33.20%	0.10%
基層診所	22,052	2,248	17.34%	0.001%	22,309	42,706	51.01%	0.02%
總計	28,566	12,967(C)	100.00%	0.005%	28,976	83,722(F)	100.00%	0.03%

# 推動院所垂直整合計畫

強化院所醫療合作，提供連續性照護



# 各院所間組成垂直整合聯盟

78個策略聯盟，共7,101家特約院所 (醫中24家、區域82家、地區醫院311家、基層診所6,538家及藥局1家、居護所133家、康復之家11家、助產所1家) 統計至108年5月底

## 北區

**11個雁行計畫：**桃園醫院、敏盛綜合醫院、壠新醫院、新竹馬偕紀念醫院、為恭紀念醫院、林口長庚紀念醫院、聖保祿醫院、北榮桃園分院、天晟醫院、東元綜合醫院、國軍桃園總醫院。

## 中區

**18個策略聯盟：**中山醫、中國醫、台中榮總、秀傳、國軍臺中總醫院、彰基、衛部豐原醫院、彰濱秀傳、澄清中港、澄清綜合、台中慈濟、臺中醫院、彰化醫院、埔里基督教、大里仁愛、草屯療養院、童綜合、光田之合作聯盟

## 南區

**17個策略聯盟：**成大醫院、奇美醫院、台大雲林、奇美柳營、聖馬爾定、嘉基醫院、大林慈濟、中榮嘉義、中醫北港、市立安南、長庚嘉義、南市立醫、郭綜合醫、新樓麻豆、新樓醫院、彰基雲林、臺南醫院、基層診所與醫院締結儀式。

## 台北

**15個策略聯盟：**三總、馬偕、亞東醫院、臺北榮總、羅東博愛醫院、雙和醫院、基隆共好、台北藍鵲(市聯醫)、蘭陽分級照護網、聖母、新光、北醫、星月計畫(台大)、萬芳、里仁專案(國泰)。

## 東區

**3個策略聯盟：**類都會智慧型在地整合模式(慈濟)、山地偏鄉型在地整合模式(門諾)、區域在地醫療整合模式(馬偕)

## 高屏

**14個策略聯盟：**高榮與高屏地區基層、高榮\_支援醫院、高長及高長醫師聯誼會、高長略聯盟合作、大同醫院、高雄市立聯醫院合作聯盟、屏基基層、國軍左營\_環台醫療策略聯盟、義大醫院、小港醫院、安泰、高醫\_分級醫療雙向轉診團隊、高醫\_分級醫療雙向轉診共同照護討、高醫\_守護城鄉零距離。

# 107年本署委託國立陽明大學研究計畫 「分級醫療制度之成效評估及效益分析」結論

- 整體而言，專家委員對於目前實施的政策多數覺得是有效的。
- 本計畫分析包含民眾長期就醫流向趨勢分析、分級醫療政策實施前後就醫流向、與醫療資源耗用之初步評估，分析結果如下：
  - 所有感冒、初級醫療案件還是以診所為主要就醫場所。疾病複雜程度低的病患，總就醫次數約90%的就醫在診所。
  - 感冒與初級醫療案件及疾病複雜程度低的病患佔醫療院所之總門診量佔比，在診所之佔比為最高，而在醫學中心為最低。
  - 所有癌症、重大傷病案件的門診，還是以區域級以上醫院為主，且疾病複雜程度越高，越傾向在醫院就醫。因此大病還是在大醫院，小病還是在基層院所就醫。
  - 另外，研究結果顯示驅動大醫院門診成長的動力可能來自醫學中心及區域醫院在平均就醫費用及平均就醫次數的高成長。

# 107年本署委託國立陽明大學研究計畫 「分級醫療制度之成效評估及效益分析」建議

- 健保署近年來強力推動分級醫療政策，其六大策略涉及之層面相當廣泛，應投入更多的資源進行長時間的觀察，並從各方蒐集更完善的資料以全面評估現行制度的成效。
- 分析結果顯示，隨著社會高齡化及疾病型態的轉變，疾病複雜程度高的病患逐年增加，輕症案件逐年遞減，如要達成分級醫療的目的，建議要全面提升基層醫療服務量能，強化基層診所因應社會照護需求。
- 健保署為加強轉診之效率建置資訊系統供院所交換轉診資訊，經座談會收集相關資訊系統及交換平台使用經驗後，未來仍需要投入資源以解決資訊系統連接及使用上的困難，例如：病患相關資訊之不足、硬體設備無法支援、網路連線的困難、與院所本身資訊系統上整合之障礙等。
- 現行政策中，強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護是為重點項目之一。為導引醫院減少輕症服務，並強化醫院與診所醫療合作，健保署提供多項誘因以促進醫療機構間垂直整合，建議應持續觀察醫院與診所的合作關係對分級醫療的影響，並針對其施行成效進行後續追蹤分析。



健康名人堂

# 健保資訊上雲端 分級醫療跨大步



李伯璋

為扭轉民眾動輒往醫學中心就醫，基層醫療逐漸萎縮，導致大型醫院醫護人員嚴重過勞，健保署草擬推動分級醫療與落實雙向轉診的六大策略、廿四項配套，其中關鍵主軸便是壯大基層醫療，改變民眾就醫習慣。

## 跨院調閱 翻轉醫療生態

健保署採取滾動式修正，強化「健保醫療資訊雲端查詢系統」的功能，從今年元旦起，醫療院所已開始修改資訊系統，陸續執行跨院的影像檢查調閱，吾人相信，此舉正是翻轉台灣醫療生態的契機，更是邁向分級醫療的新紀元。

全民健保是台灣的驕傲，但盱衡國內政經情勢，若要提高健保費或部分負擔，有其現實面的難處，務實面對健保財務危機，唯有加強節流措施著

手。

我們從健保大數據分析發現，近年來病人接受檢驗檢查的支出成長幅度驚人，106年的前廿項檢查（驗）就耗費688億點，其中不乏患者在短期內重複檢查的項目；同樣的，部分病人因重複就醫而領取多餘藥物，形成醫療浪費的情形屢見不鮮。

## 平台分享 避免重複醫療

因此，健保署積極擴大「健保雲端藥歷」功能升級為「健保醫療資訊雲端查詢系統」，希望病人過去的用藥紀錄、各種檢驗檢查項目及結果，甚至電腦斷層（CT）、磁振造影（MRI）、胃鏡、大腸鏡與超音波的影像，都能透過這個平台分享給各層級醫療院所，節省不必要的醫療。

目前全台各大醫院陸續把CT、MRI

的影像上傳健保署雲端系統，半個月以來，已有335家醫院上傳，上傳率達七成一，上傳件數達7.8萬筆，並有300家進行影像調閱，調閱率為六成三，調閱件數也有1968筆。換言之，今後病人如果在某大醫院做了CT、MRI，如果想到他院徵詢第二意見，不必再花200元至600元請醫院燒錄光碟，同樣的，基層診所醫師在診間也能看得到大醫院檢查的影像及報告，作為病人日後病情追蹤參考。吾人相信，此舉有助於落實分級醫療，更是健保醫療改革的一大步。

## 突破瓶頸 準備好邁向AI

事實上，健保署資訊部門曾檢視院所間調閱特殊影像檢查的作業流程，一度認為技術門檻高，不易突破，幸而中華電信、負責醫療影像儲存傳輸

的PACS廠商，以及介接醫院電腦與健保署封閉型網路系統（VPN）的醫療資訊HIS廠商，群策群力，突破瓶頸，協力完成影像轉輸及下載的基礎網路建設，也為健保未來進入人工智慧（AI）精準審查做好準備。

「不需要證明自己，只要天天進步」，每天每一時刻，都要比昨天的自己更好！健保雲端醫療分享的建置過程，突破許多不可能，期待國人瞭解「厝邊好醫師，社區好醫院」的概念，珍惜醫學中心專注於「急重難罕」的疾病治療，讓台灣真正落實分級醫療的願景。

（本文作者李伯璋為中央健保署署長）

● 健康名人堂邀請醫藥公共衛生專家分享健康觀點與視野，每周二刊出。

# 以資訊系統輔助提升醫療品質

## 健康存摺

103年實施

民眾隨時取得  
完整醫療資料  
及保險狀態



協助民眾進行  
自我健康管理

鼓勵健康促進  
邁向初段預防

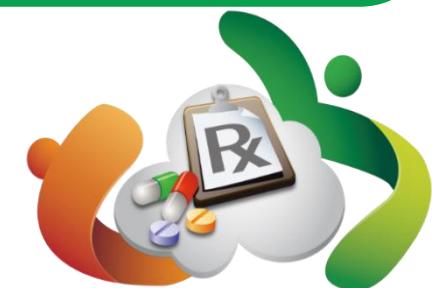
## 中央智慧系統(CIS)



## 雲端查詢系統

102年實施

醫事人員即時  
查詢病人過去  
就醫與用藥紀錄



保障病人安全  
提升醫療品質

避免重複處方  
提升醫療效率

# 健保署近年在醫療資訊的努力



雲端化



個人化



行動化

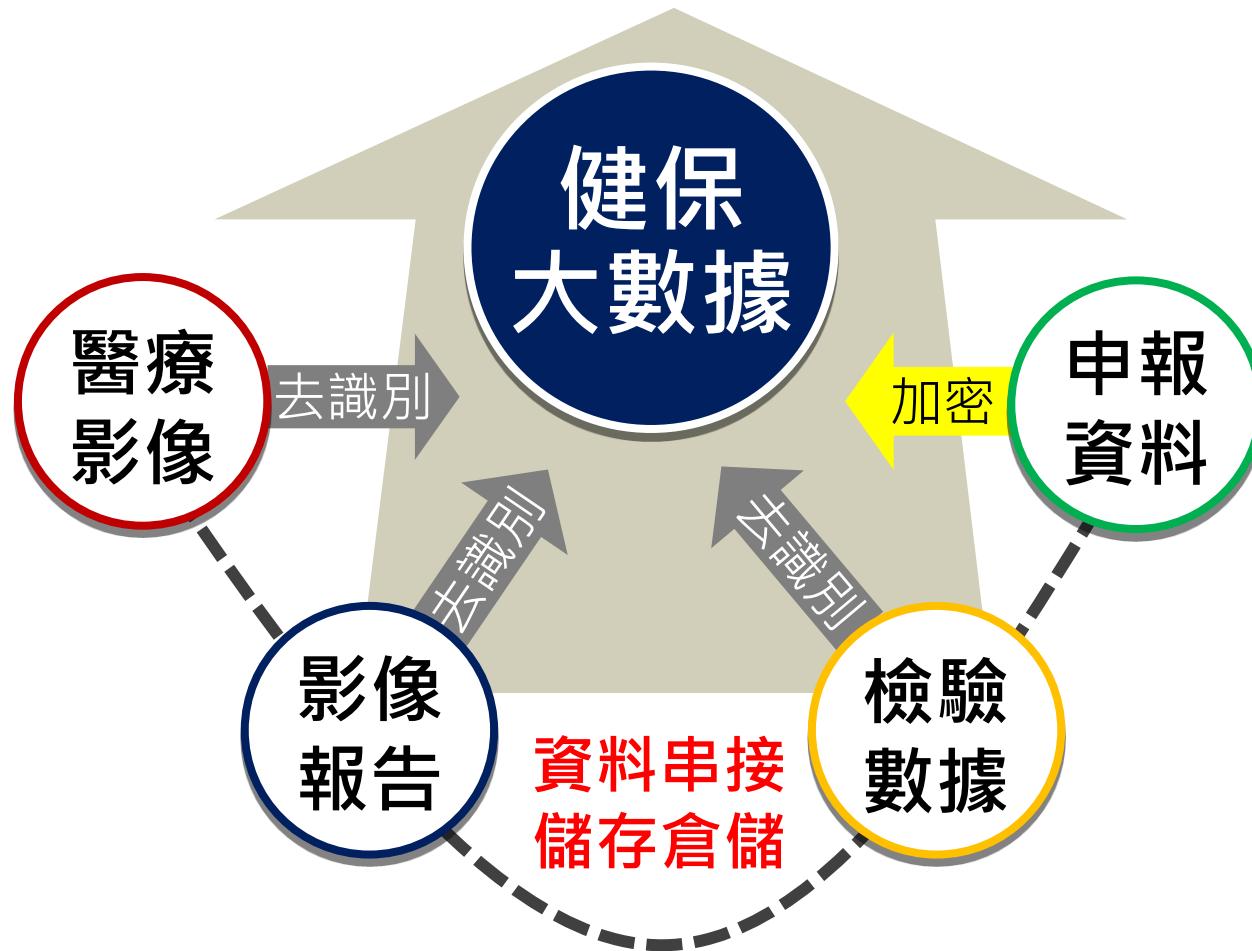


透明化



# 健保大數據與AI應用規劃

## 健保醫療大數據各類AI加值應用



# 健保醫療資訊雲端查詢系統

# 健保醫療資訊雲端查詢系統發展

102年

擴增收載範圍



「健保雲端藥歷系統」

104年

啟動檢查(驗)互享機制



「健保醫療資訊雲端查詢系統」

106年

107年

重複開立醫囑  
提示訊息



增加醫療影像查詢功能



單向查詢  
充實項目

雙向互動  
主動提示



重複開立醫囑提示  
疑義通報機制

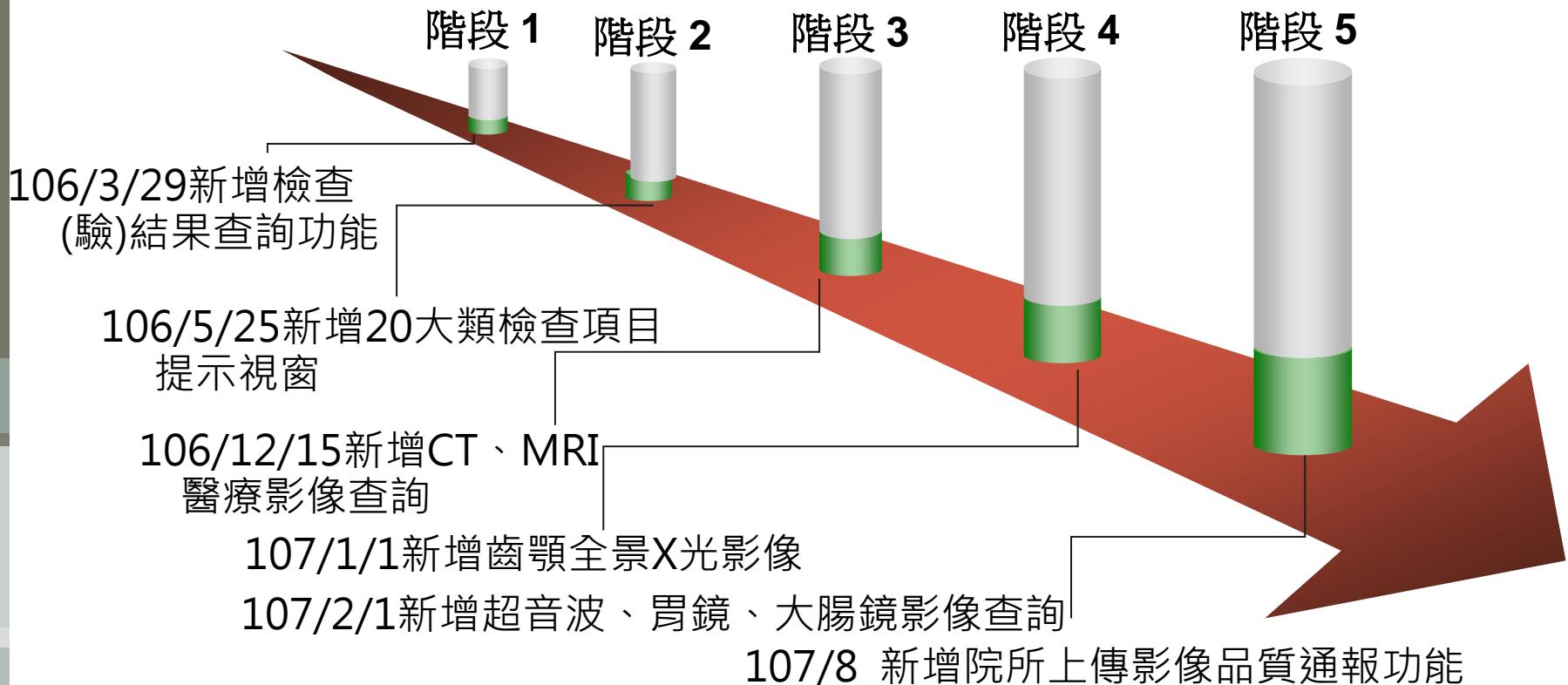


減少重複  
用藥及檢查

提升病人用藥  
及就醫安全

# 醫療資訊互享 提升醫療效益

106年起啟動檢查(驗)互享機制，分階段增加醫療影像查詢功能



# 發展主動回饋功能 看診便利 品質更精進

新增「藥品療效  
不等通報」功能

107年

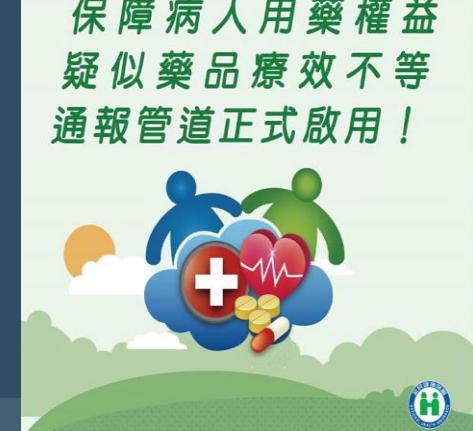
4/30

7/31

9/1

新增「院所上傳醫  
療影像品質疑義通  
報」功能

保障病人用藥權益  
疑似藥品療效不等  
通報管道正式啟用！



新增「跨院重複  
開立醫囑主動提  
示功能API」



# 醫療影像呈現內容

107年起雲端系統提供調閱36項醫療影像

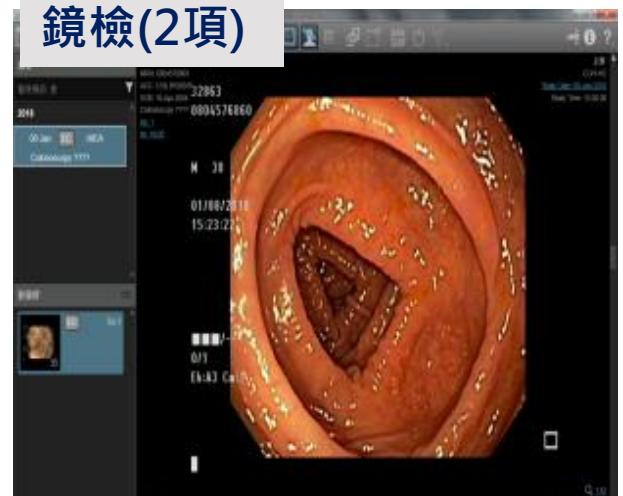
電腦斷層(3項)



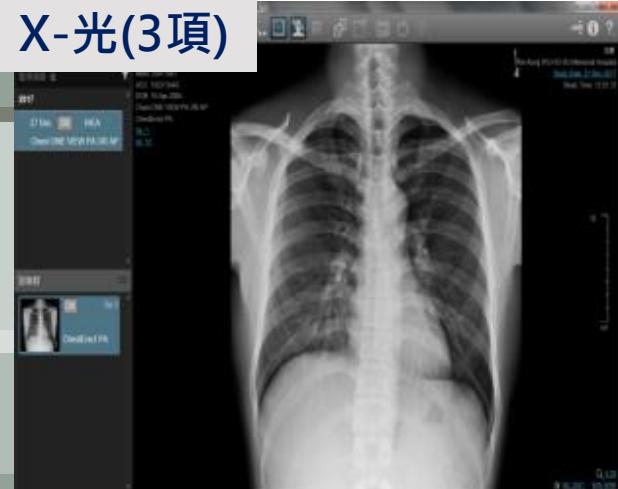
磁振造影(2項)



鏡檢(2項)



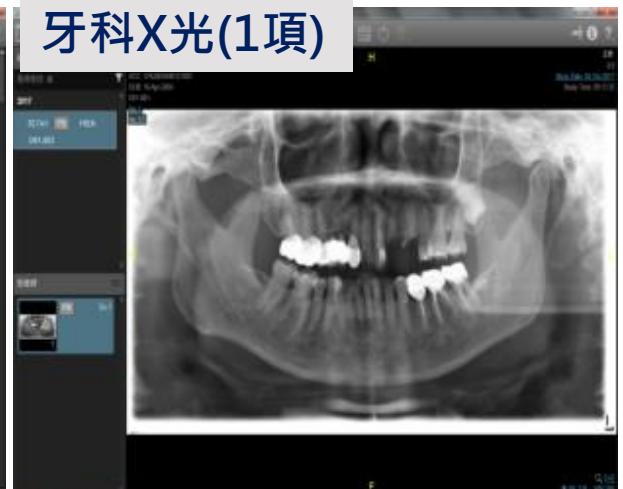
X-光(3項)



超音波(25項)

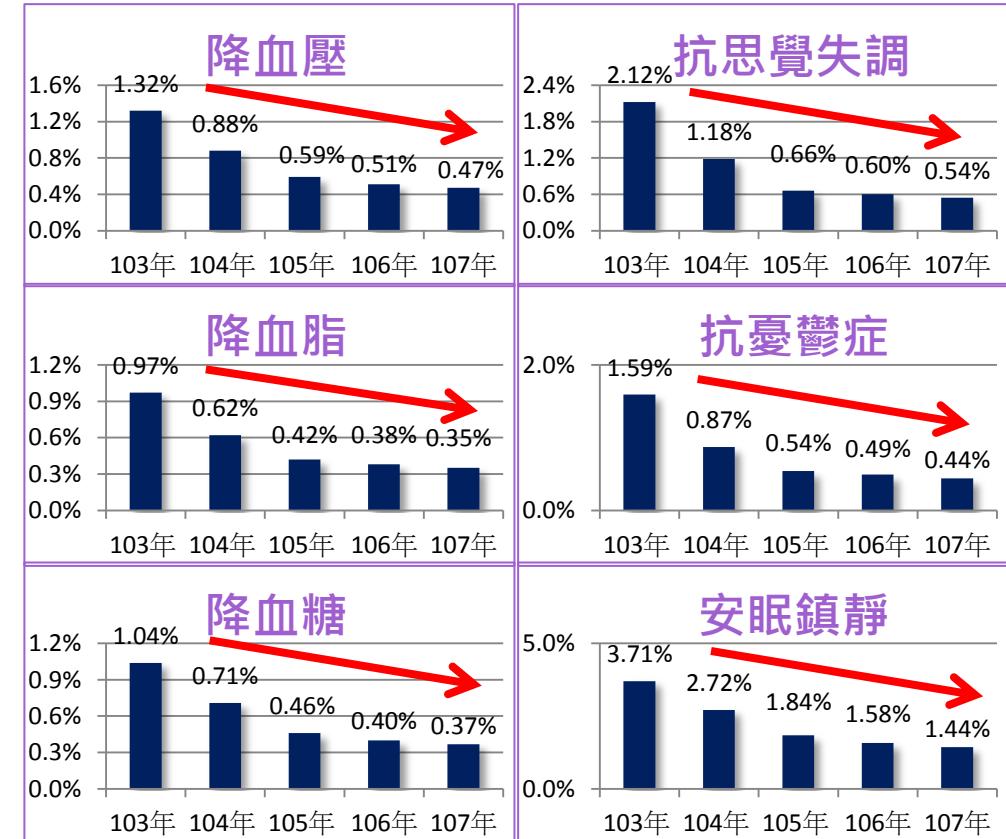
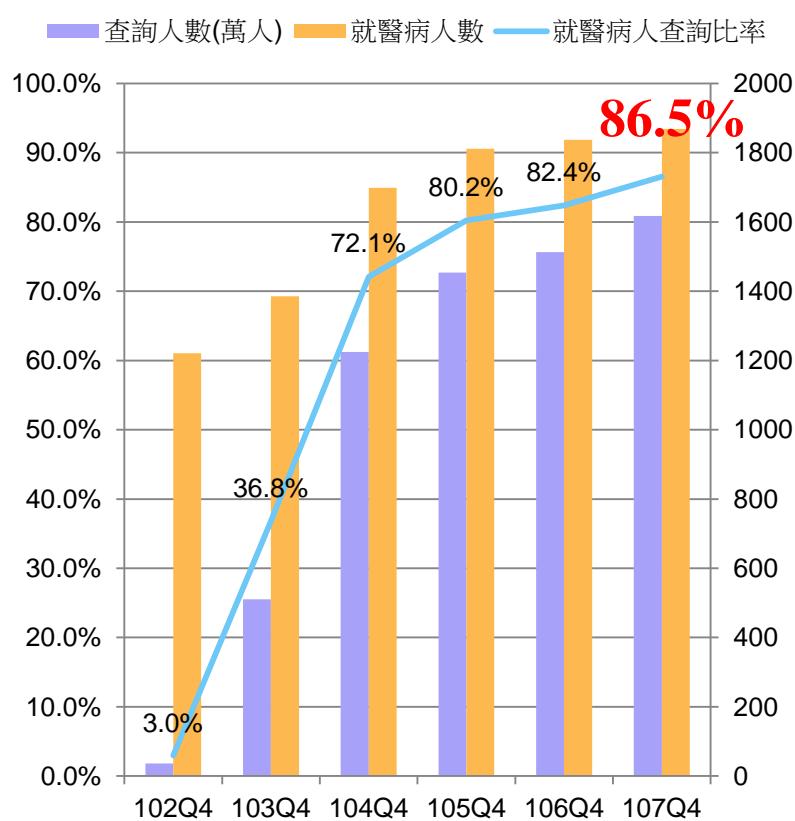


牙科X光(1項)



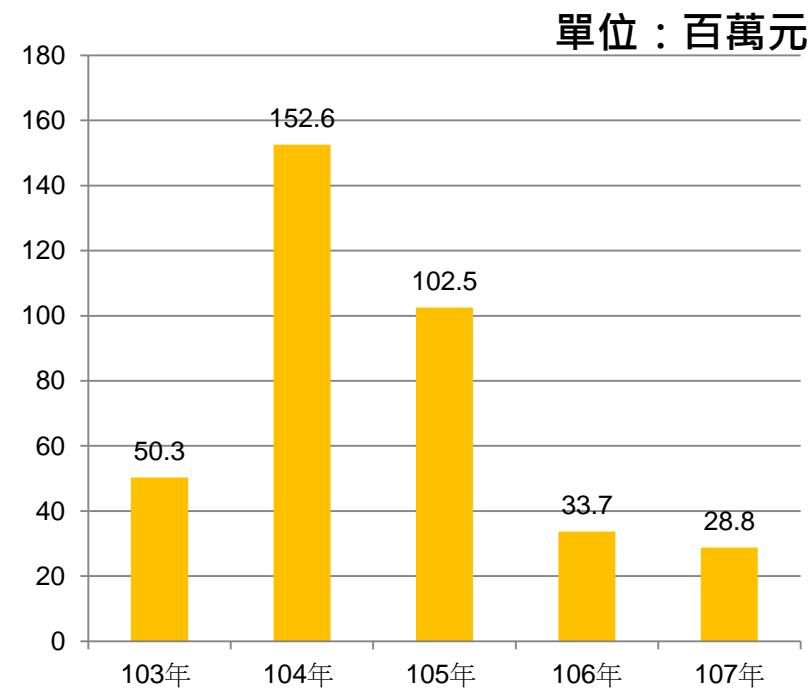
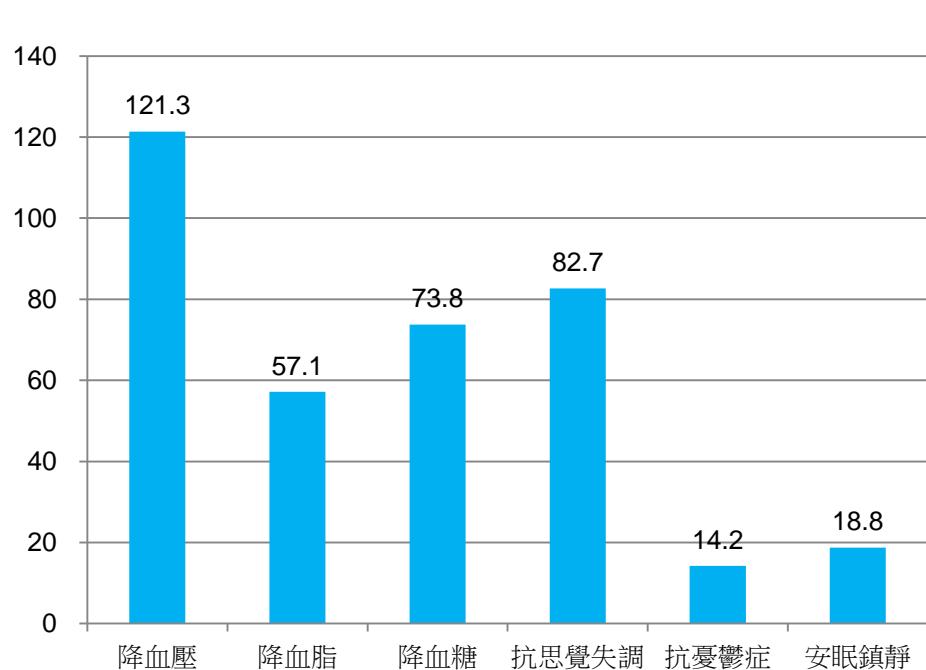
# 執行成效-1

- 雲端查詢率逐年成長至86.5%
- 跨院所用藥日數重疊率逐年降低
- 103-107年推估六類藥品共節省約3.7億元



# 執行成效-2

## 被查詢病人六類藥品，依用藥日數重疊率下降推估之節省經費



六類藥品103- 107年節省經費

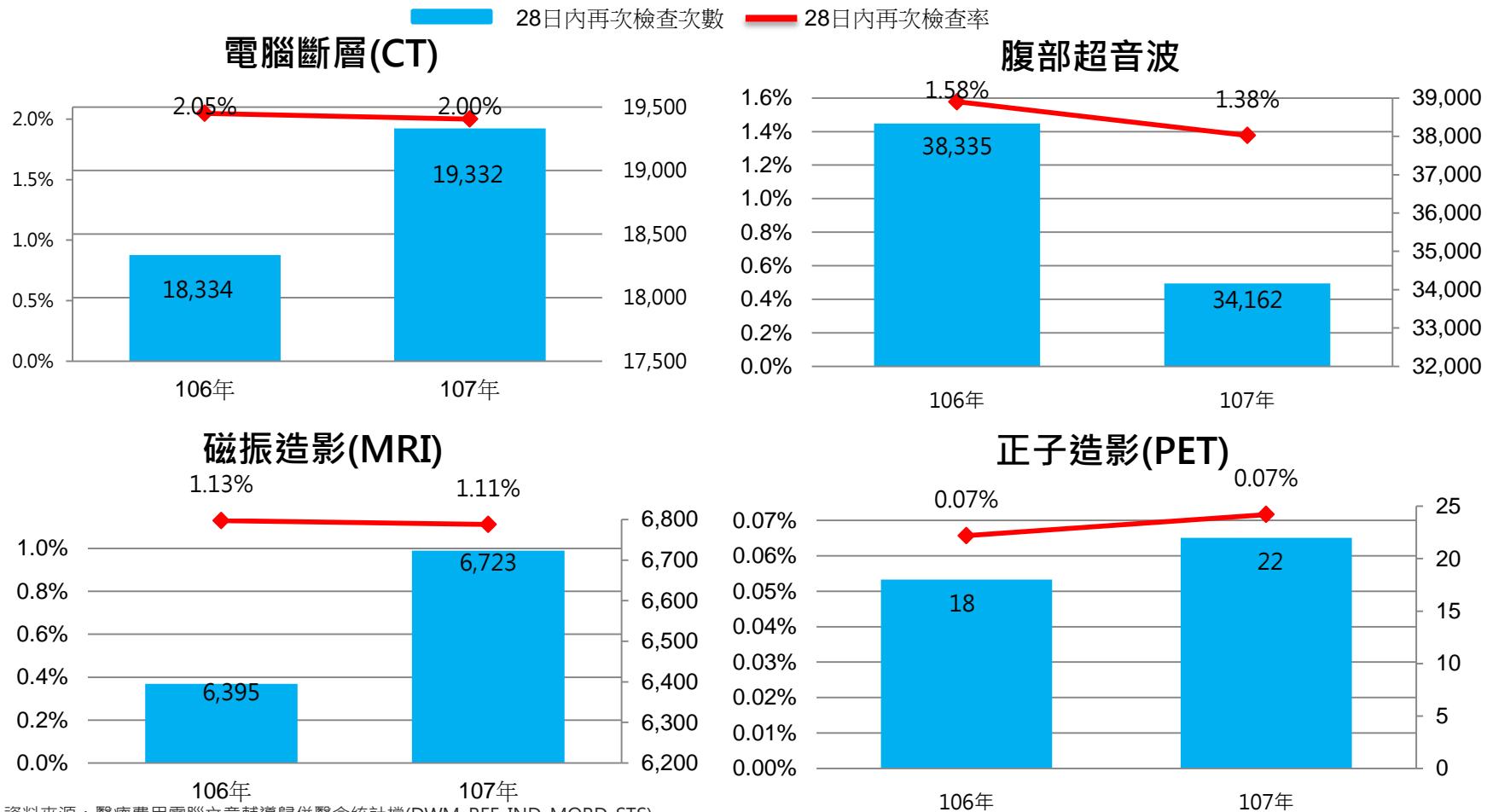
六類藥品103年-107年節省經費

近五年六類藥品共節省約3.67億元

資料來源：資料倉儲醫療服務分析之雲端藥歷查詢之管理指標(DA1488、DA1500、DA1512、DA1524、DA1536、DA1548)

# 執行成效-3

## 107年CT、MRI、腹部超音波28日內再檢查次數及比率分析



1.資料來源：醫療費用電腦立意輔導歸併醫令統計檔(DWM\_REF\_IND\_MORD\_STS)

2.統計期間：106/01 - 107/12

3.列入計算醫令代碼：CT檢查(33070B、33071B、33072B)；MRI檢查(33084B、33085B)；PET檢查(26072B)；腹部超音波檢查(19001C、19009C)

4.分子(跨院)：當月分母案件中以同病人ID往前勾稽28日內全國門診有申報CT、MRI、PET、腹部超音波執行之案件，有勾稽到之分母案件列為分子



107年1月17日-醫療資訊  
上傳雲端與調閱分享，無  
遠弗屆，分級醫療新紀元  
記者會



107年12月健保醫  
療資訊雲端查詢標  
竿學習分享會



# 強化資訊互享機制 營造高品質就醫環境

## 完備病人就醫之資訊互享機制

108年持續完善各項健保醫療資訊雲端查詢功能

- 持續提升健保醫療資訊雲端查詢系統功能，提升醫師及藥師使用意願
- 規劃資訊雙向互通管道
- 導引醫師改變重複處方行為，保障病人安全



# 健康存摺

# 健康存摺建置目的



## ❖ 健康存摺

- 是一個線上查詢系統，能查詢自己的就醫及健康資料。
- 每一位享有健保的民眾都可以使用，不分年齡，完全免費。

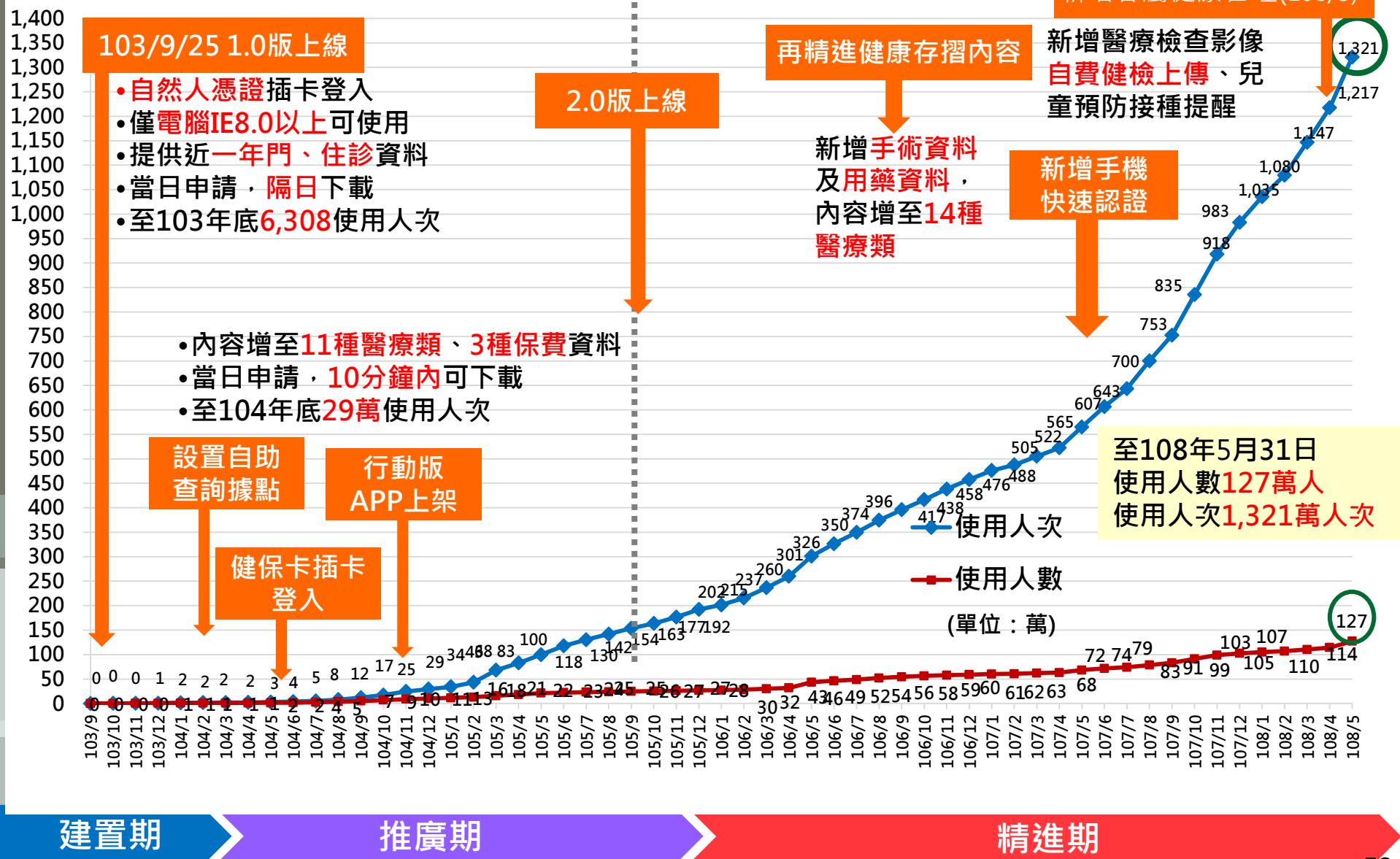
## ❖ 建置目的

- 運用ICT科技，將個人健康資料還給個人，落實知情權與健康自主，協助民眾做好自我健康管理。
- 縮短醫病間醫療資訊不對等，使用者可提供個人就醫資料予醫師參考，提升就醫安全與品質。

# 健康存摺發展歷程與使用情形

健康存摺1.0

健康存摺2.0



# 健康存摺包含資料 (APP版)

疾病評估

肝癌風險預測

末期腎病評估

健康存摺

MY  
HEALTH  
BANK



自我照顧 健康一生  
[www.nhi.gov.tw](http://www.nhi.gov.tw)



健康資料

就醫資料

門診資料(西醫、中醫、牙醫)

住院資料(連結「出院病歷摘要」)

手術資料

用藥資料

貼心叮嚀

就醫提醒

過敏資料

器官捐贈/安寧緩和/預立醫療意願

檢驗(查)結果

血糖、血脂檢驗報告

影像(檔)或病理檢查資料

其他檢驗資料、自費健檢

成人預防保健

預防接種

癌症篩檢結果

生理量測

個人專區

常用功能

我的行事曆

設定常用功能

設定推播

兒童預防接種提醒及推播

我的首頁

最近一次就醫紀錄

健康時事

使用指南

觀看影音短片

使用小技巧

健康存摺簡介

聯絡窗口

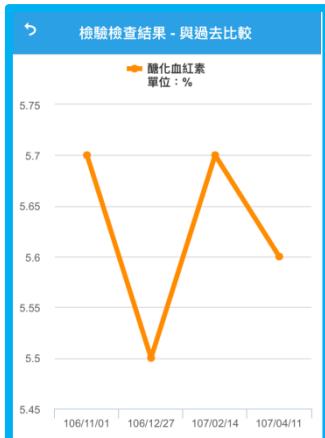


# 就醫紀錄視覺化呈現

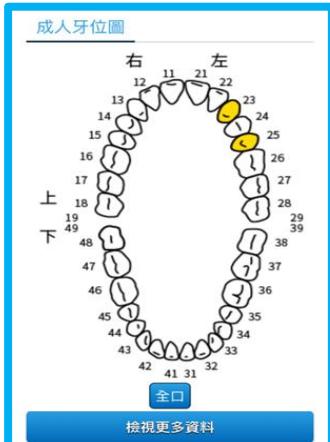
- 健康存摺儲存您3年內就醫資料，包含門診(西醫、中醫、牙醫)、住院、手術、用藥、過敏紀錄、檢驗檢查資料等，並儘量以視覺化圖表呈現。



New 【醫療檢查影像】



【檢驗數據趨勢圖】



【牙醫資料】



【手術資料】



【用藥資料】

過敏資料			
» Metoclopramide INJ 10mg/2mL			
» Procaterol TAB.(錠劑) 25mcg			
» LEVOcetirizine 5mg			



資料來源	就醫日期	醫事機構	疾病分類
申報	107/04/11	臺北虛擬診	第二型糖尿病，伴有未明示之併發症
申報	107/03/14	臺北虛擬診	第二型糖尿病，伴有未明示之併發症

【門診資料】

\*西醫、中醫、牙醫門診，住院、手術、用藥資料可轉成英文版呈現。

# 資料多元

- 衛生福利部各司署資料跨機關整合
- 使用者可自行輸入血壓、體重等生理量測值

## 跨機關整合

## 使用者自行輸入



### 【預防接種資料】

接種日期	疫苗中文名稱	醫事機構
096/05/15	日本腦炎疫苗	中區虛擬診
096/02/07	7價結合型肺炎鏈球菌疫苗	中區虛擬診



### 【成人預防保健結果】

檢查醫事機構	最近一次	上一次
	中區虛擬診	中區虛擬診
電話	(04)22583988	(04)22583988
檢查日期	103/07/16	100/12/10

檢查項目	最近一次檢查值	上一次檢查值	單位
一般檢查			
身高	163	163	cm
體重	71	75	Kg
BMI (身體質量指數)	32	37	Kg/m <sup>2</sup>
腰圍	26.7	28.2	吋或公分



### 【癌症篩檢結果】

檢查項目名稱：定量免疫法糞便潛血檢查	
門診日期	107/05/25
檢查醫療院所名稱	臺北虛擬診
檢查(驗)結果	異常
建議	<p>無異常： 建議每2年定期接受糞便潛血檢查，確保健康。任何檢查都會有偽陰性個案發生，所以即使檢查結果無異常，有任何異狀，均應儘速就醫。</p> <p>異常： 須安排大腸鏡檢查。</p>



### 【器捐/安寧註記】

健保卡註冊日期	器官捐贈或安寧緩和醫療意願
104/12/20	同意安寧緩和醫療、同意不施行心肺復甦術、同意不施行維生醫療(舊)

### 【生理量測】



# 加值運用

## 連結衛教資訊

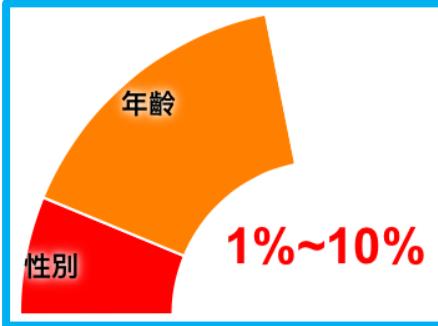
! 表示可連結衛教資訊



檢查項目	檢查日期	檢查結果	參考值	與過去比較
血糖檢查				
醣化血紅素	107/04/11	5.6 %	4-6%	

## 疾病評估

### 【肝癌風險預測】



### 【末期腎病評估】

GFR分期 (ml/min/1.73平方公尺)	持續白蛋白尿的分期		
	A1	A2	A3
ACR(mg/g)	< 30	30-300	>300
PCR(mg/g)	<150	150-500	>500
正常 G1(>=90)	1 if CKD	1	2
輕度下降 G2(60-89)	1 if CKD	1	2
輕到中度下降 G3a(45-59)	1	2	3
中到重度下降 G3b(30-44)	2	3	3
重度下降 G4(15-29)	3	3	4+
暫衰竭 G5(<15)	4+	4+	4+

## 就醫提醒與推播服務

### 就醫提醒

- 建議您安排洗牙：105/12/03 起
- 慢速箋領藥提醒與建議回診時間
- ◎【家醫科】本態性(原發性)高血壓
  - 領藥提醒 107/07/02~107/07/14
  - 建議回診時間 107/08/01~107/08/08
- 預防保健及癌症篩檢
  - 建議下次成人預防保健 時間  
106/07/16
  - 建議您安排定量免疫法糞便潛血檢查



New

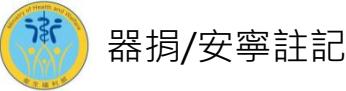
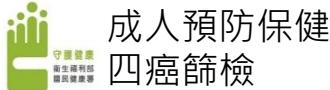
### 【兒童常規疫苗接種試算推播】

	•卡介苗(BCG)第一劑
	108/04/27
	出生滿5個月

# 健康存摺的好處



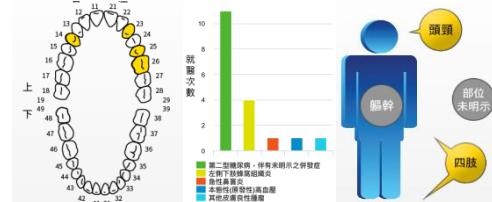
## ◆ 單一平台取得跨機關健康資料



## ◆ 多元管道即時查



## ◆ 就醫資料視覺化呈現



## ◆ 疾病風險評估



疾病風險評估指標	
年齡	30~50%
性別	女
吸菸	否
飲酒	否

## ◆ 推播就醫提醒



- ✓洗牙
- ✓慢速箋領藥/回診
- ✓成人健檢/癌篩

## ◆ 輸入生理量測紀錄



- ✓血壓、血糖、心跳
- 身高、體重、腰圍



- ◆ 落實民眾知情權、縮短醫病間醫療資訊不對等。
- ◆ 就醫時出示「健康存摺」資料供醫師參考，讓醫師能有效地掌握就醫及健康狀況。

# 申請健康存摺



## 個人電腦

1. 完成健保卡註冊，以「一般登入」，輸入身分證號、健保卡卡號、健保卡網路服務註冊密碼及圖形驗證碼，免插卡登入！

2. 「已註冊健保卡」插卡登入

3. 「自然人憑證」插卡登入



## 臨櫃申請

帶健保卡及身分證，至健保署各分區業務組及聯絡辦公室

## 查詢據點

帶健保卡及戶號，至約500處健保特約院所及公所



## 健保行動快易通APP

- 本人月租搭配行動上網門號可使用「快速認證」登入
- 「已註冊健保卡」輸入帳號(身分證號)及密碼後登入



透過手機快速認證



快速認證  
教學影片

※適用條件：  
本國籍人士，且本人名義申辦之手機門號為月租型搭配行動上網方案。

想瞭解更多？



健康存摺  
介紹短片



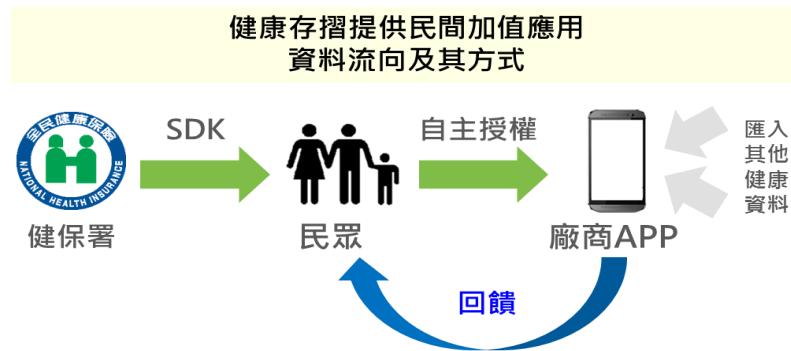
健康存摺  
專區

# 持續精進健康存摺

提供「眷屬管理功能」，讓沒有手機的老年人或小孩透過家人手機進行「健康存摺」健康管理。

提供「軟體開發套件 (Software Development Kit, SDK)」，讓使用者可將健康存摺資料下載落地至載具（行動裝置）存放，再依自主意願，將個人健康存摺資料提供給信任的他方(如APP、健康管理服務系統，或其他公私立單位)協助健康管理。

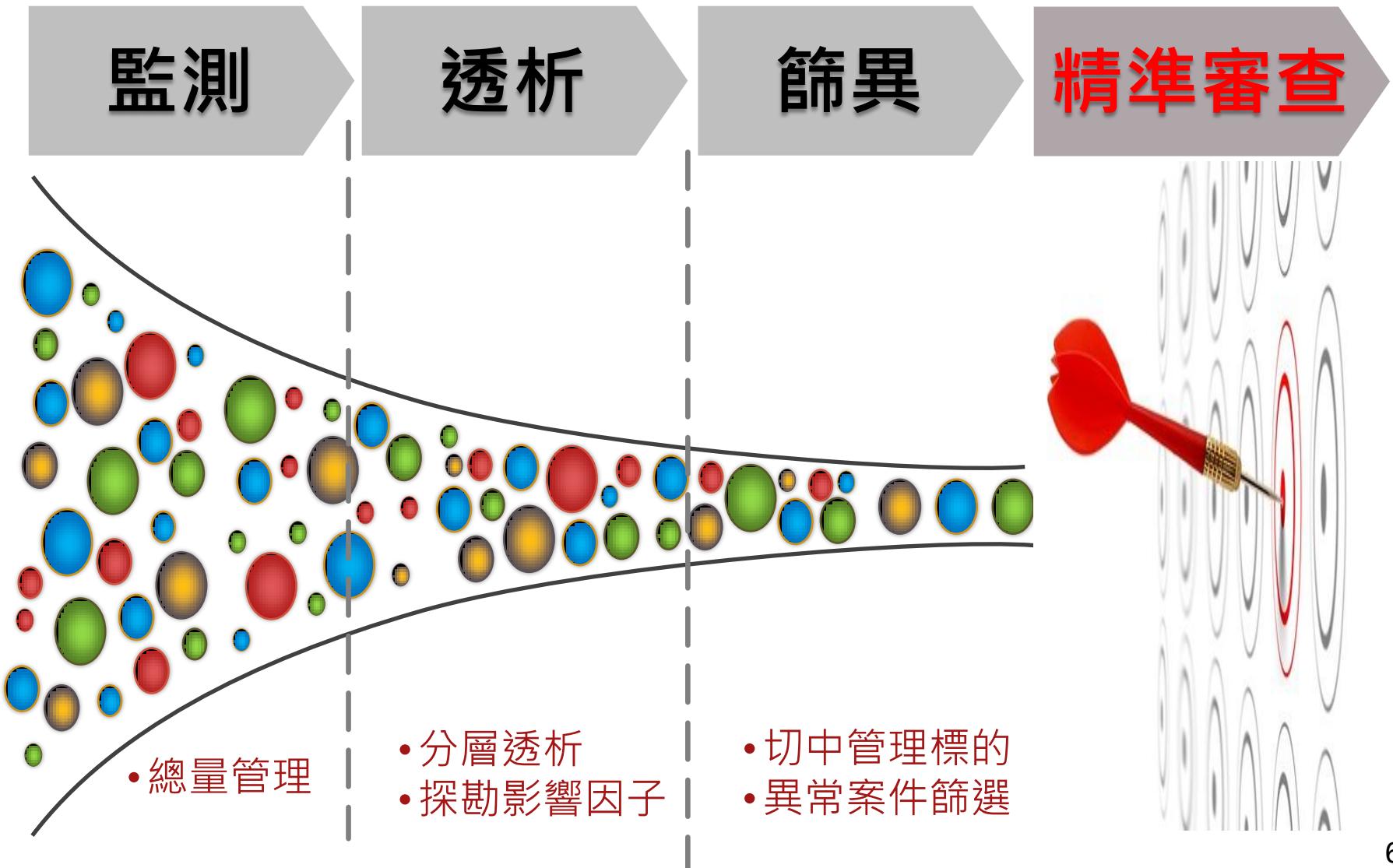
參考行政院國發會所制定「無障礙網頁開發規範」，循2.0版的A級為標準另行開發健康存摺無障礙網頁，供身障礙人士使用（109年6月）。



# 精準審查

# 精準審查

--醫療利用量的監控概念



# 精準審查

--審查朝合理化



## ◆注重臨床專業

- 醫療院所- 證據醫學、病歷佐證
- 健保行政- 審查共識、核減理由

## ◆減少財務衝擊

- 醫療院所- 申報合理、價值醫療
- 健保行政- 減少隨機抽審回推之衝擊
  - 健保署107.03.15公告修正審查辦法~提高極端值案件比例、增列得設定回推上限值

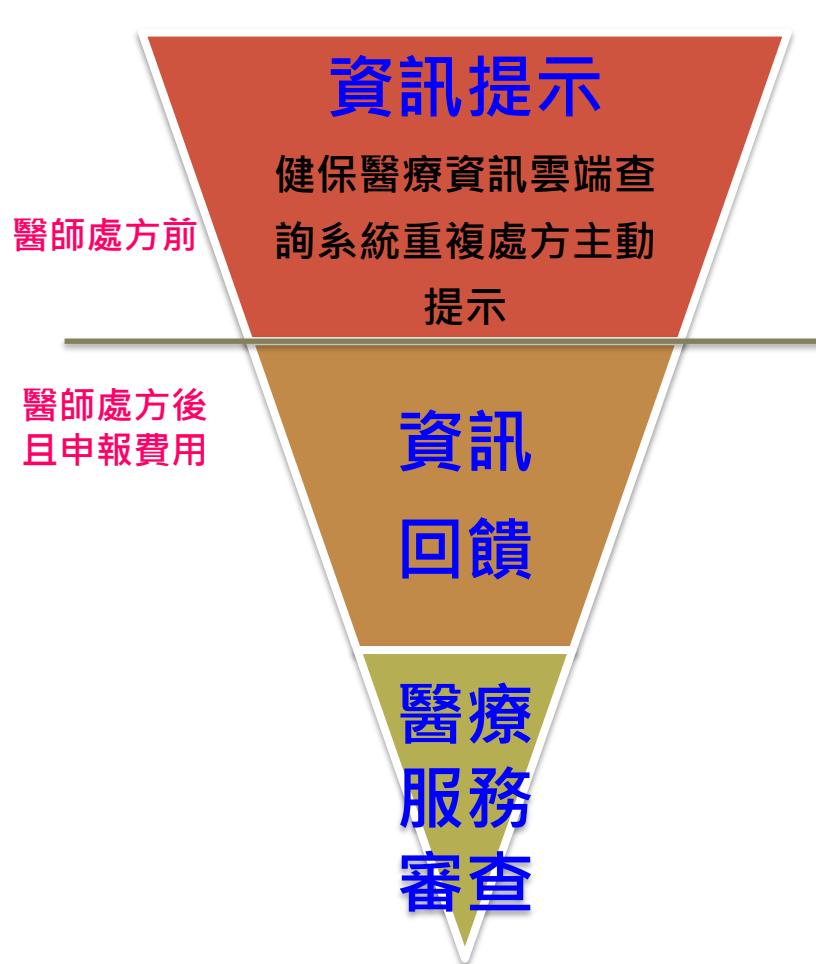
# 精準審查--審查朝智能化

# ◆ 強化資訊科技與醫療專業參與

- 數位化作業環境  
(上傳、申報、送審、核定、爭審)
  - 大數據分析+專業意見+資通科技
  - 偏重立意抽審 朝向精準審查邁進



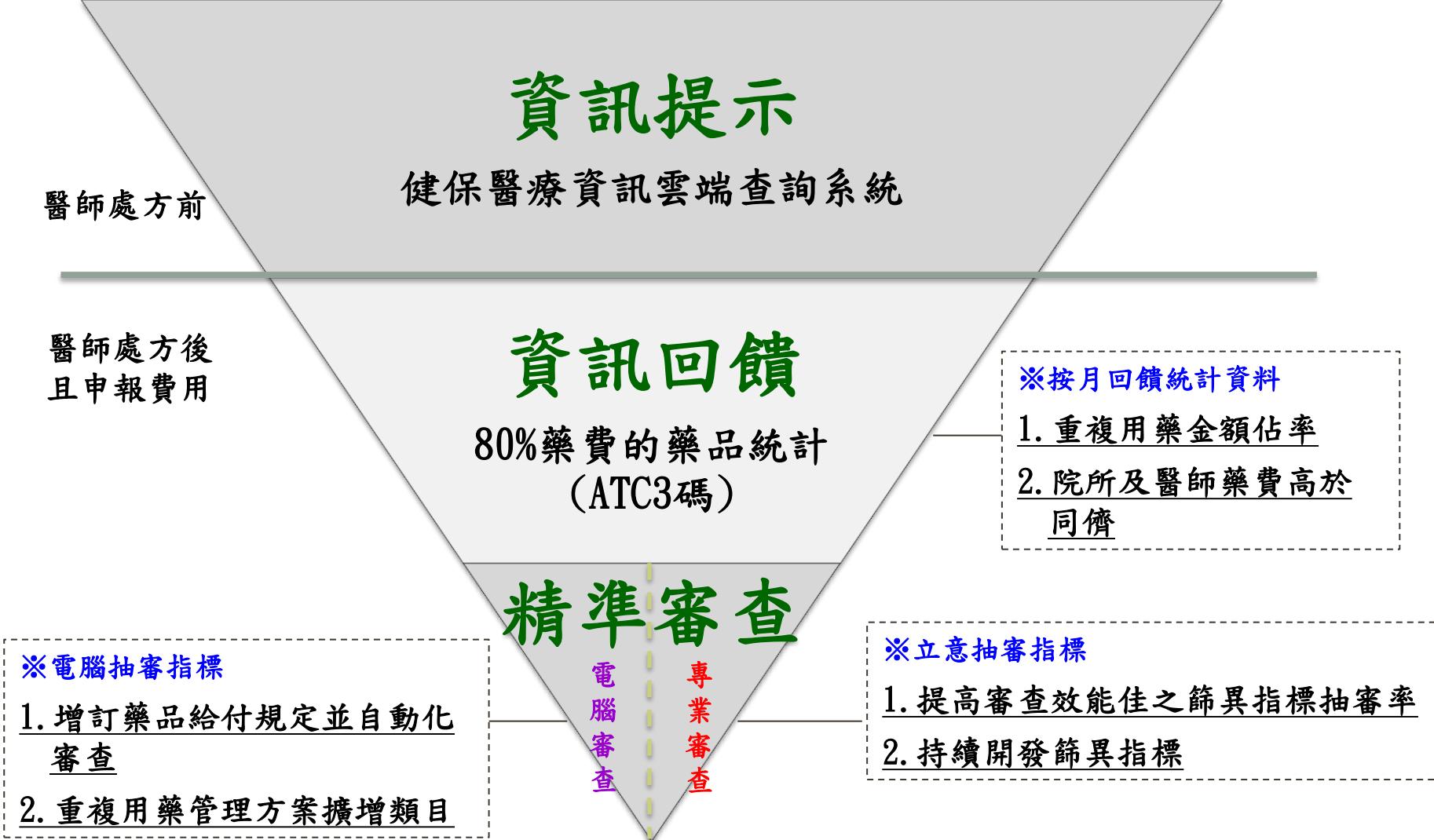
# 精準審查—用藥及檢查(驗)之管理



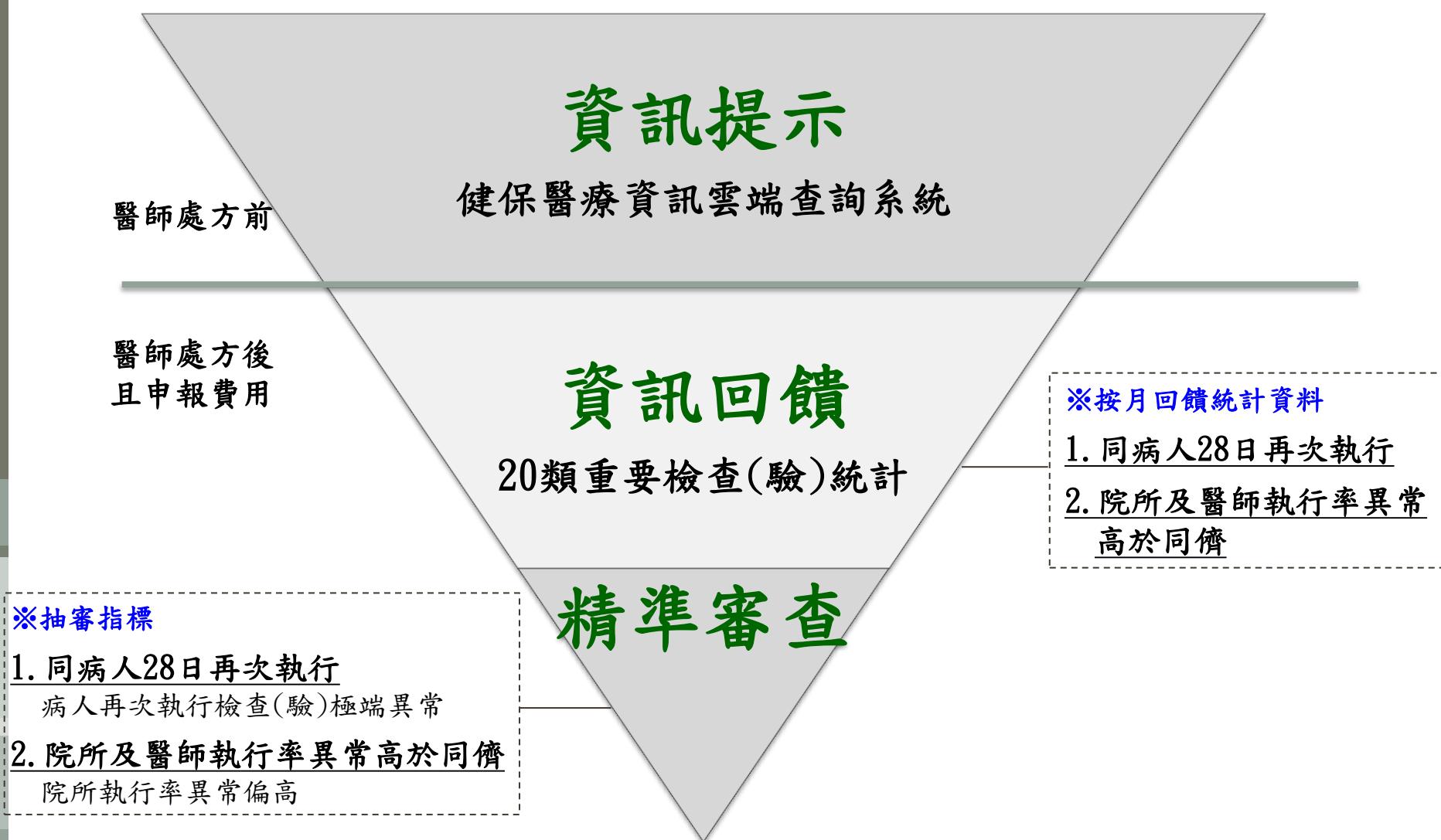
用藥管理	檢查(驗)管理
即時查詢病人 <b>3個月內</b> 藥品就醫資訊	即時查詢及提示病人 <b>6個月內</b> 重要檢查(驗)結果功能
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 藥品80/20管理方案</li><li><input type="checkbox"/> 60類藥品重複病人用藥歷程</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 20類重要檢查(驗)管理方案</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 異常高於同儕立意專審</li><li><input type="checkbox"/> 60類藥品重複用藥不符規範不予支付</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 異常高於同儕立意專審</li><li><input type="checkbox"/> 門診28日內再執行未先調閱已上傳CT及MRI檢查影像或報告不予支付</li></ul>

供醫師看診即時掌握病人資訊，以確保病人安全與醫療品質

# 精準審查-藥品80/20管理方案



# 精準審查--20類重要檢查(驗)管理方案



# 各總額部門執行情形

- 一、客觀數據
- 二、主觀調查



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

二

## 執行概況—及時性



新醫療科技之導入

疾病管理方案

民眾就醫可近性

# 新醫療科技預算

項目	年	103年	104年	105年	106年	107年
		成長率	0.584%	0.646%	0.503%	0.531%
醫院	增加金額(億元)	20.014	22.755	18.535	20.63	34.4
西醫基層	成長率	0.104%	0.122 %	0.082 %	0.080 %	0.106 %
	增加金額(億元)	1.002	1.200	0.83	0.84	1.16

# 新醫療科技-新藥

## ● 103-107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	
103	3	12	29	44
104	3	18	19	40
105	4	12	10	26
106	6	14	22	42
107	2	13	36	51
合計	20	73	139	232

\*本表所指新藥為103至107年收載，且符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準第十四條第一項，並經全民健康保險藥物共同擬訂會議同意納入收載之藥品，且不含專款藥品(罕見疾病用藥、血友病用藥、後天免疫缺乏症候群治療藥品及C肝用藥)及代辦品項(戒菸、流感疫苗及流感抗病毒藥劑)

# 新醫療科技-新藥(收載51項)

- 第1類新藥2項，分別用於治療急性淋巴芽細胞白血病及接受普栓達(Pradaxa)治療而需要快速反轉dabigatran抗凝血作用的成人病患。
- 第2A類新藥13項，分別用於治療輕度社區性肺炎、晚期性大腸直腸癌、慢性骨髓性白血病或急性淋巴性白血病、周邊T細胞淋巴瘤(PTCL)、中至重度斑塊性乾癬之成人患者、多發性骨髓瘤患者、疥瘡、嚴重氣喘且控制不良(severe refractory eosinophilic asthma)之成人患者等。
- 第2B類新藥共36項，分別用於治療第二型糖尿病、需冠狀動脈介入性治療(PCI)的急性冠狀動脈症候群、分化型甲狀腺癌、腎細胞癌、轉移性乳癌病人、轉移性大腸直腸癌之成人患者、中度到重度活動性類風濕性關節炎、成人鬱症(major depressive disorder)等。

# 新醫療科技-新特材

## ● 103-107年收載新特材之品項數

收載年度	創新功能	功能改善	過程面	總計
103	10	16		26
104	7	53		60
105	42	54	10	106
106	31	53		84
107	31	40		71
合計	121	216	10	347

# 新醫療科技-新診療項目

## ● 103-107年新醫療科技診療項目之項目數

收載年度	項目數	總額編列 (百萬元)	推估增加預算 (百萬點)
103年	91	950	950.32
104年	27	300	253.71
105年	26	300	300.19
106年	21	393	391.91
107年	31	400	394.76

註：107年新增項目計14項，修訂現有項目計17項

二

## 執行概況—及時性

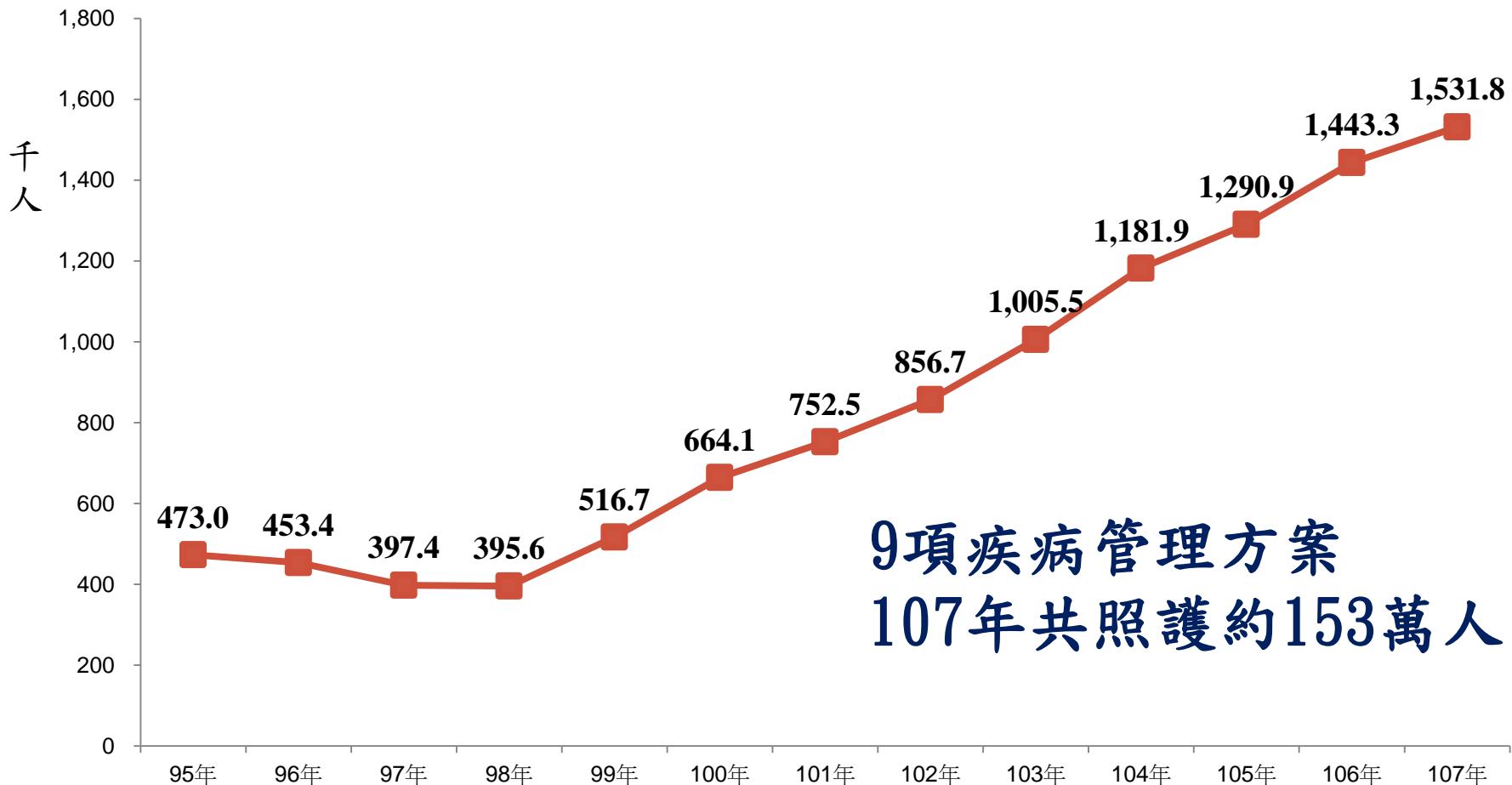


新醫療科技之導入

疾病管理方案

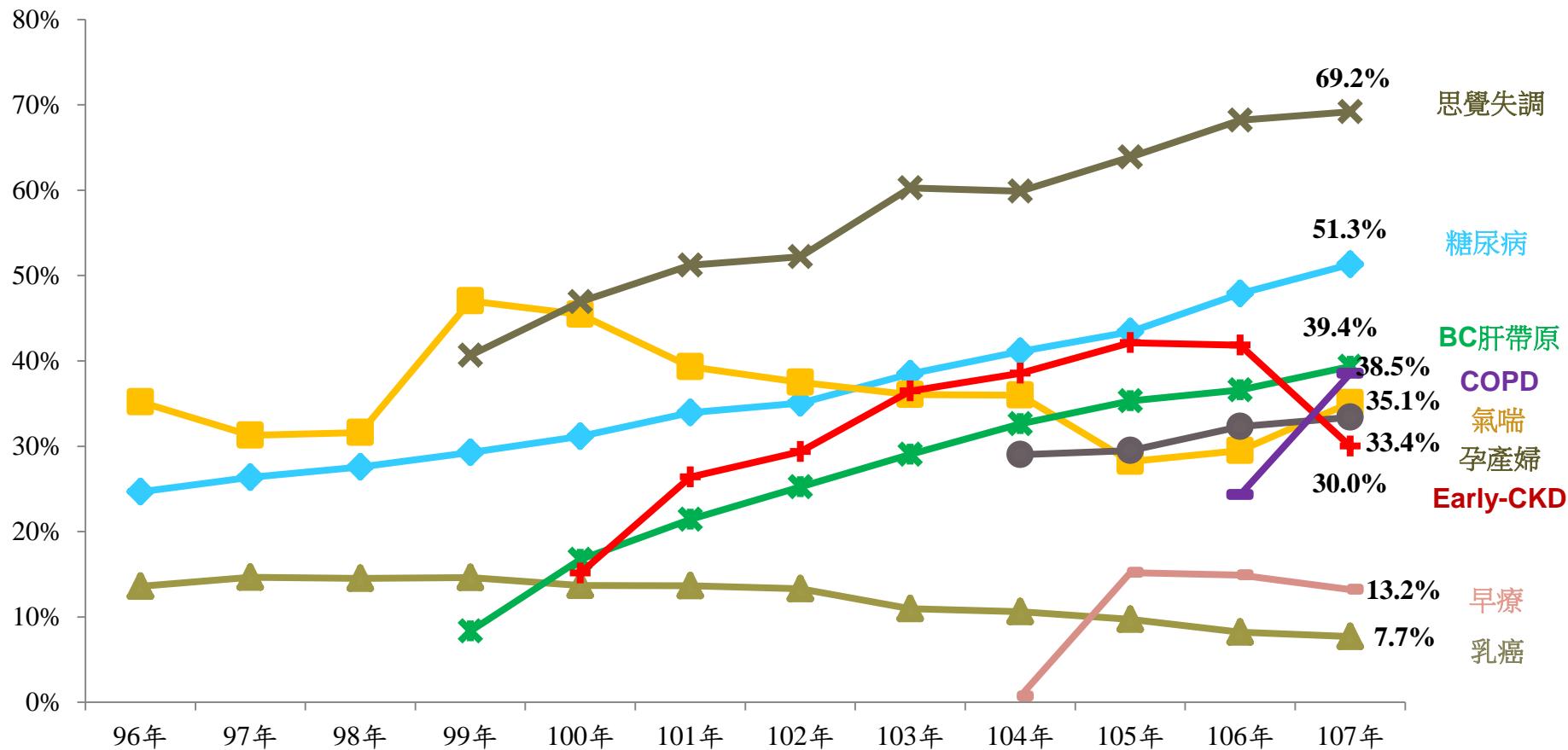
民眾就醫可近性

# 疾病管理方案-照護人數



註：疾病管理方案照護人數係統計論質方案(糖尿病、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)及Early-CKD方案之收案數

# 疾病管理方案-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。

# 可避免住院指標趨勢

單位

件數/10萬人

2,500

2,000

1,500

1,000

500

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

年  
度

◆ 總體

■ 急性

● 慢性

1814 1815 1755 1688 1726 1762 1668

1563 1552 1510 1587

1542 1534

923 954 963 959 996 1056 1024

966 981 966 1023

961 953

892 861 792 730 731 706

643 597 572 544

564 581 581

581

二

## 執行概況—及時性



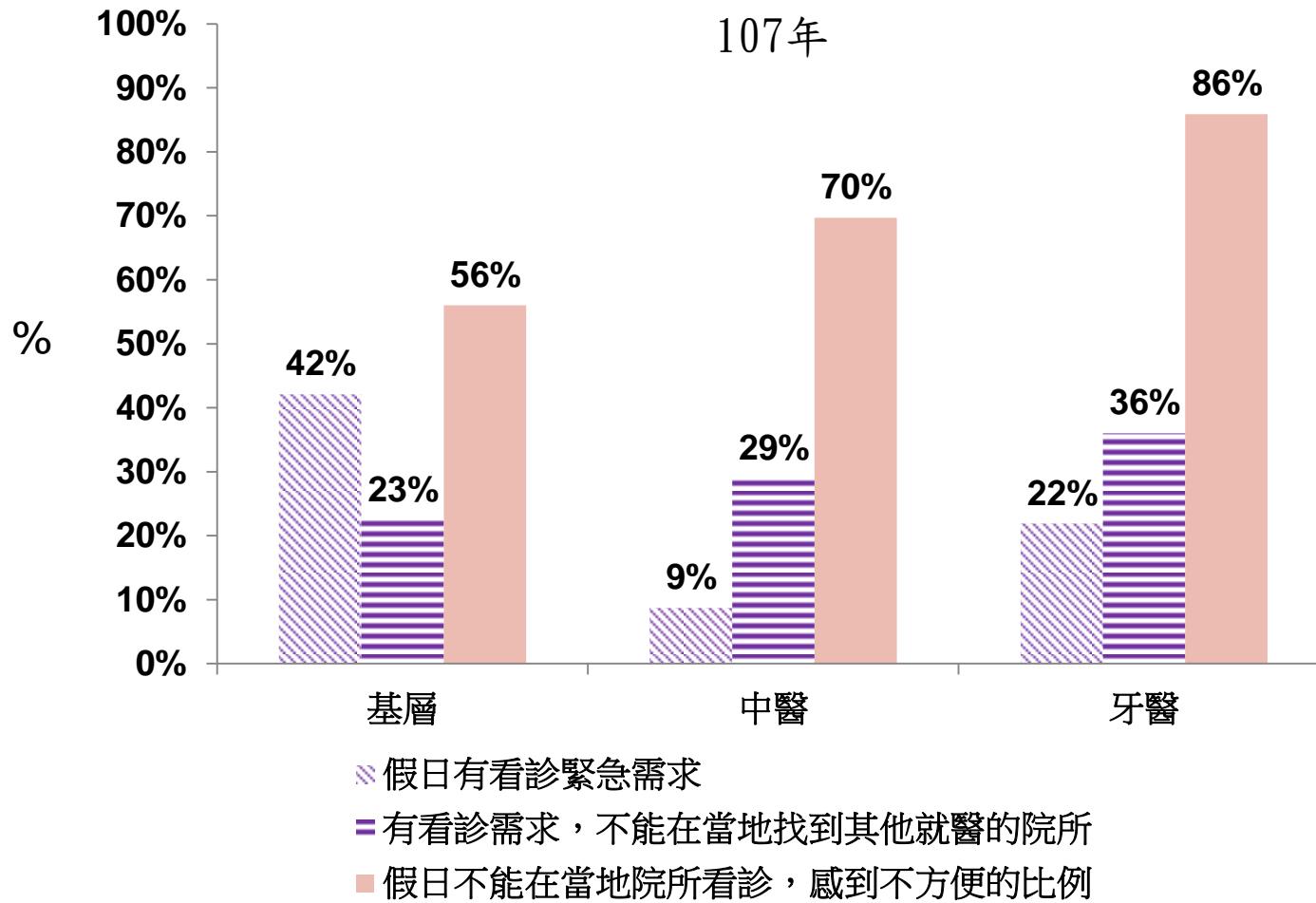
新醫療科技之導入

疾病管理方案

民眾就醫可近性

# 民眾就醫可近性-滿意度調查

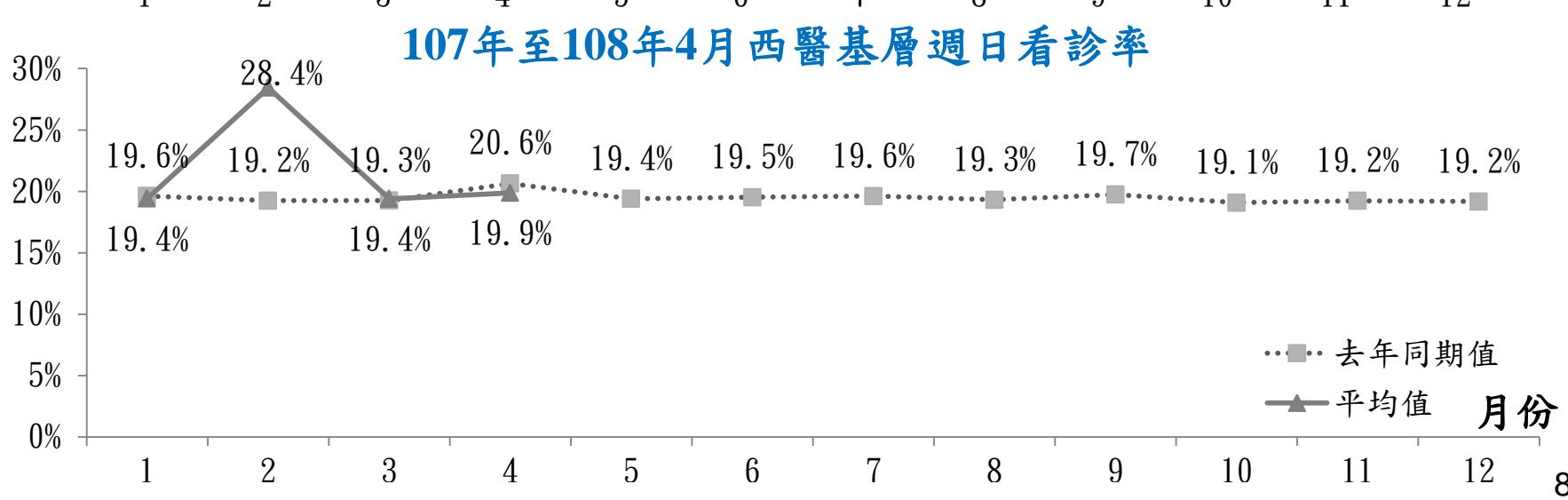
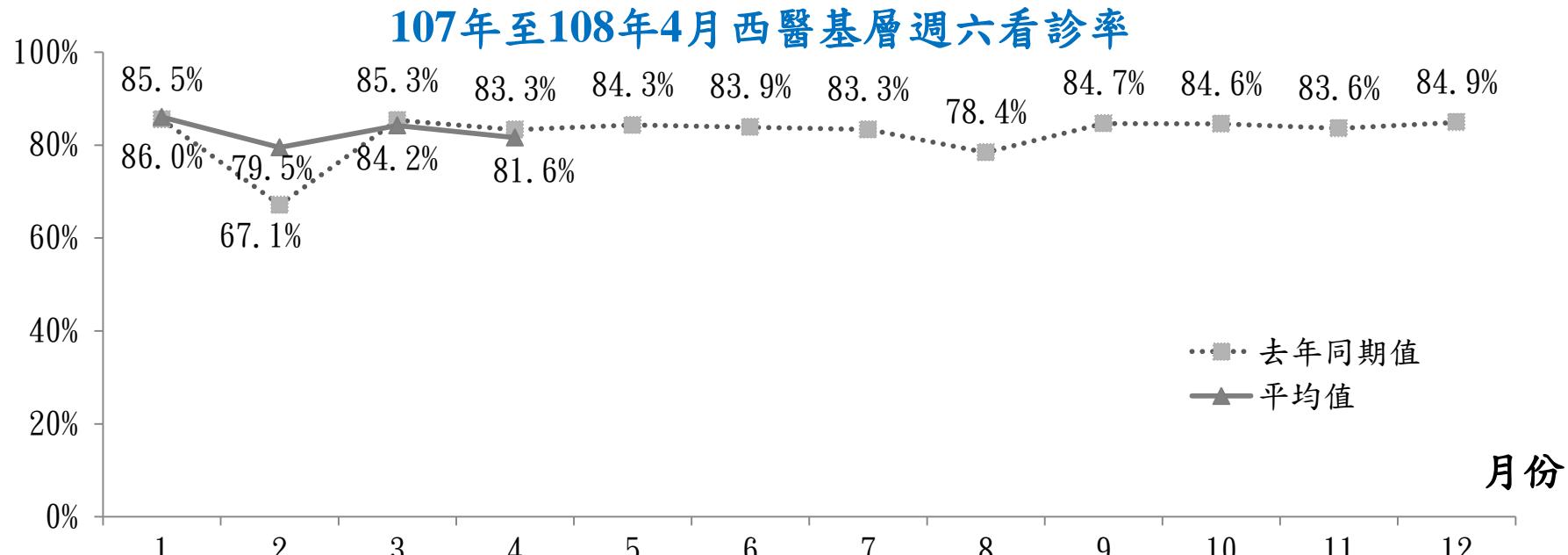
## -假日有看診之緊急需求比率



註：

- 問卷題目：1. 醫療人員亦需適度休息，您(他)【就診者】曾經有緊急需求要在(診所/牙醫/中醫)假日求診？
2. [有者續答]您(他)[就醫者]是否能在當地(診所/牙醫/中醫)找到其他就醫的醫療院所？
- 3..[否者續答]請問您(他)[就醫者]是否因而感到不方便？

# 民眾就醫可近性 - 西醫基層診所假日開診率



# 民眾就醫可近性

## 提高假日基層開診率-提高支付誘因

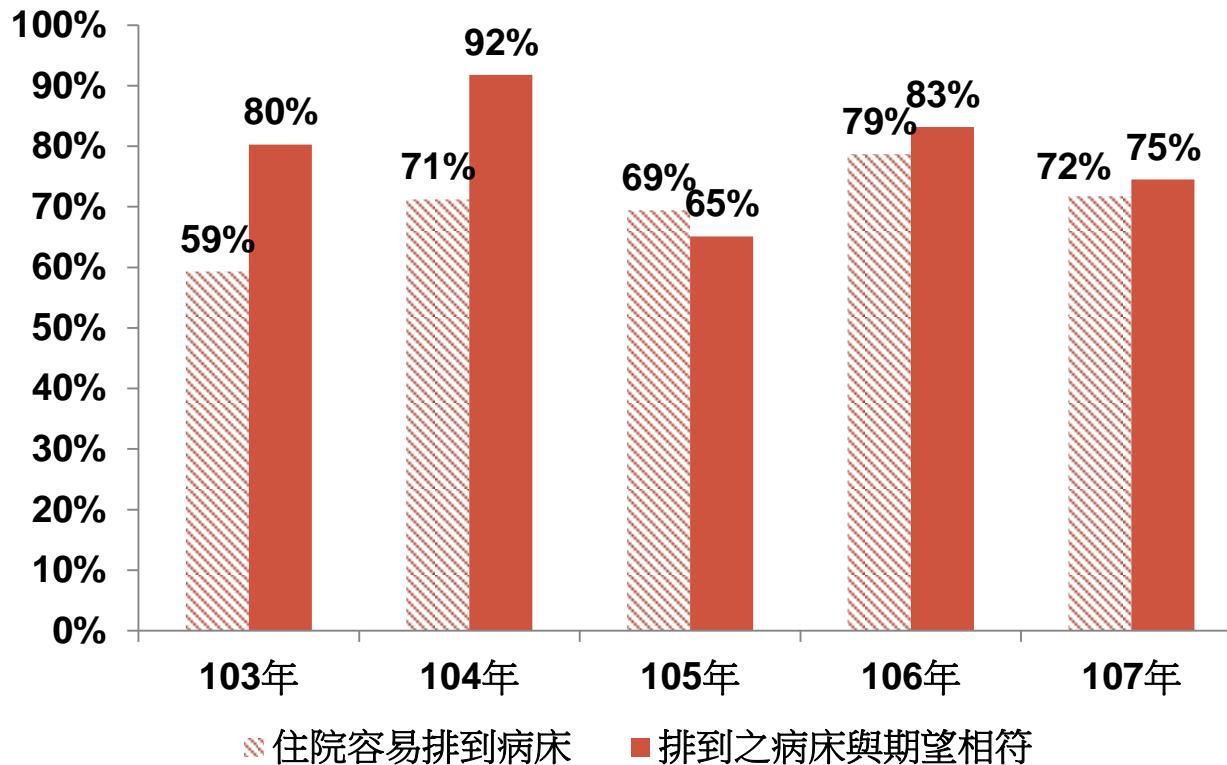
- 為鼓勵西醫基層假日開診，本署持續研擬運用107年度西醫基層總額非協商因素預算，調高假日診察費，並經107年5月31日及107年8月23日兩次西醫基層總額研商議事會議提案討論，惟均未獲共識。
- 本署於108年5月23日西醫基層總額研商議事會議再提案討論，運用107年度西醫基層總額非協商因素預算調高假日診察費，惟會議決議第一段(1-30人次)合理量門診診察費均調高6點，不另針對假日診察費調整。

# 民眾就醫可近性 提高假日基層開診率-全聯會輔導(續)

- 106年12月26日支付標準共同擬訂會議之會議共識重點：
  - ✓ 西醫基層開診率以維持現行全國平均值(週六83%，週日20%)為原則，開診率較低之區域醫師公會全聯會各縣市醫師公會協助輔導。
  - ✓ 請全聯會於研議運用107年度西醫基層總額非協商因素調整支付標準項目中，將提高假日開診誘因納入考量。
- 本署按上述會議之決議，每月持續函送全聯會各縣市之假日開診率統計，洽請該會就開診率較低之地區瞭解原因及輔導。

# 民眾就醫可近性 -住院病床等待與期望

- 是否容易排到病床：107年約72%的民眾表示容易。
- 是否與期望相符：107年約75%的民眾與期望相符。



註：回答人數，103年59人(占率5.1%)；104年106人(占率5.2%)，105年72人(占率3.6%)，  
106年69人(占率6.75%)、107年71人(占率6.47%)。

三

## 執行概況—效率面



西醫部門

中醫部門

牙醫部門

# 推動Tw-DRGs

## • 執行情形

年	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107
經費(億元)	3	3	3	3.87	3.87	6.67	2.8	11.14	3	10.88
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。

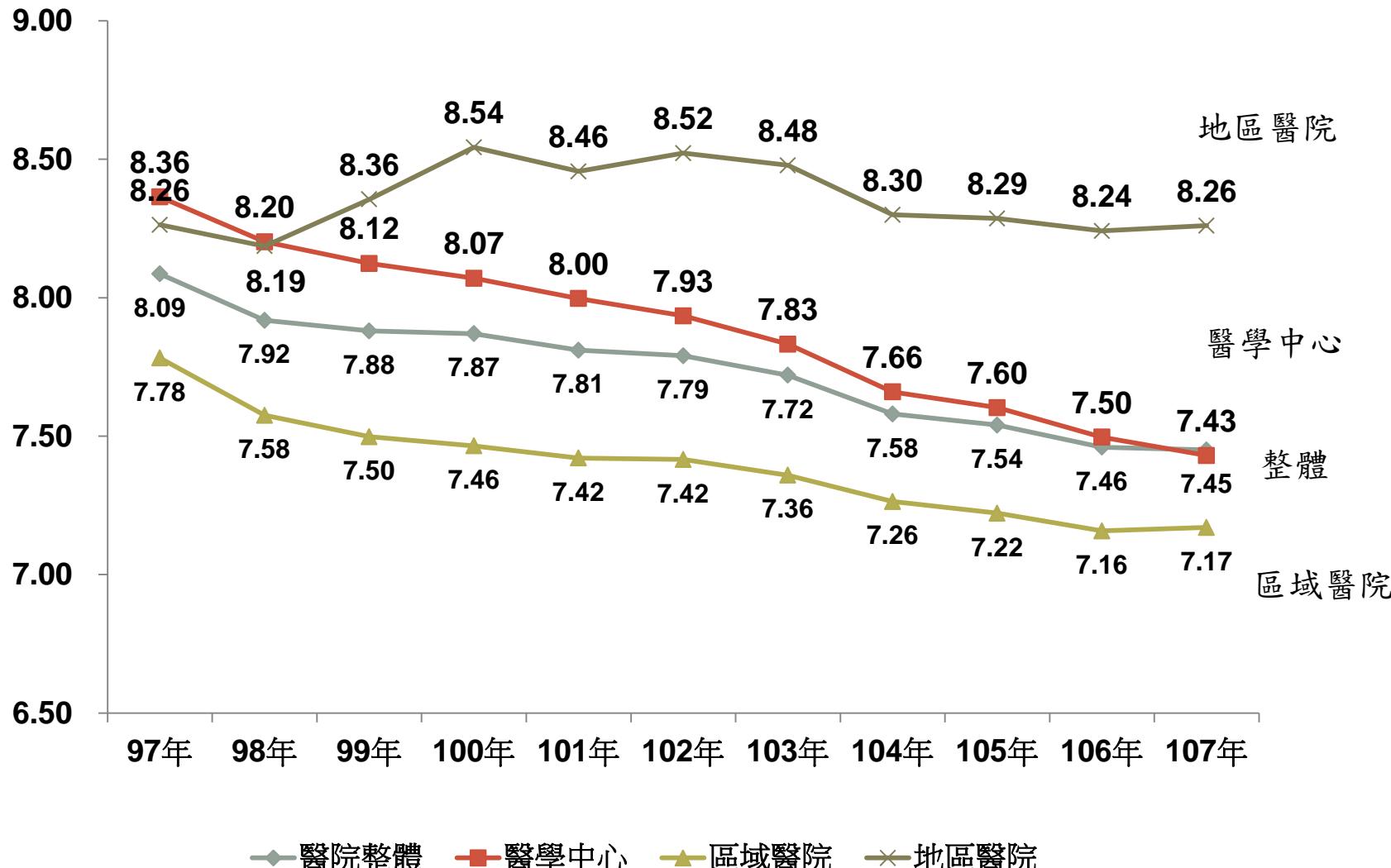
- 1.100~102年因Tw-DRGs第2階段項目未導入，故預算未執行。
- 2.103年導入Tw-DRGs第2階段項目，併醫院總額一般服務費用結算3.87億元。
- 3.104年因Tw-DRGs第3階段項目未導入，預算尚未執行。
- 4.105年因Tw-DRGs第3-5階段項目未導入，預算尚未執行。
- 5.106年因Tw-DRGs第3階段項目尚未導入，預算尚未執行。
- 6.107年因Tw-DRGs第3-5階段項目未導入，預算尚未執行。

# Tw-DRGs之成效

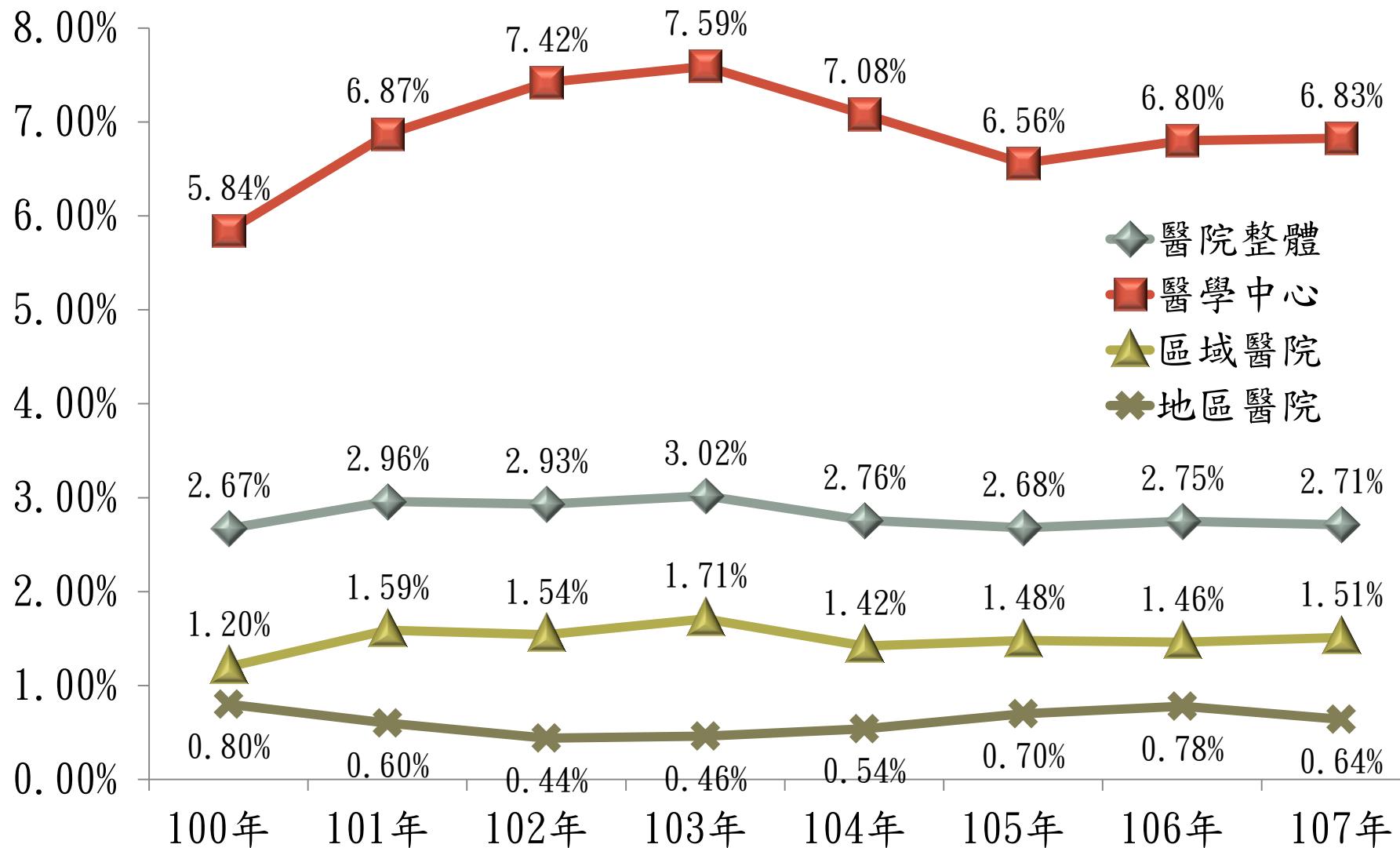
年度 指標	已實施DRGs			待實施DRGs		
	106	107	變化 幅度	106	107	變化 幅度
3日內再急診率	1.91%	1.96%	↑ 0.05個百分點	3.84%	3.77%	↓ 0.07個百分點
14日內再住院率	3.50%	3.61%	↑ 0.11個百分點	14.24%	13.46%	↓ 0.78個百分點
住院日數	4.00	4.02	↑ 0.02天	13.02	12.88	↓ 0.14天
轉院率	0.58%	0.61%	↑ 0.03個百分點	2.86%	2.54%	↓ 0.32個百分點
急性心肌梗塞出院後30內死亡率	9.90%	9.82%	↓ 0.08個百分點			

# 急性一般病床平均住院天數 -健保監理指標

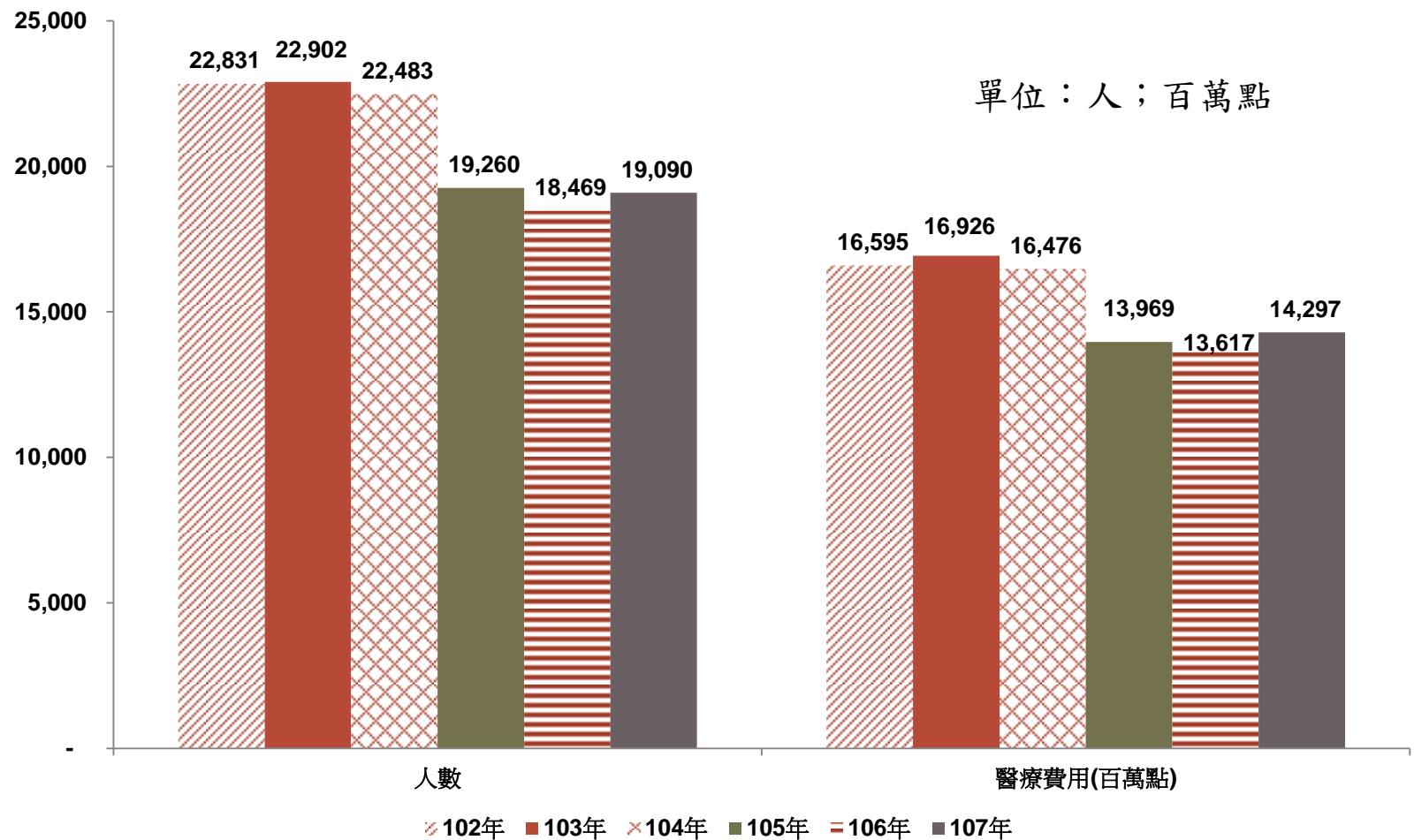
天數



# 急診滯留超過24小時比率 -健保監理指標



# 呼吸器依賴病人醫療利用

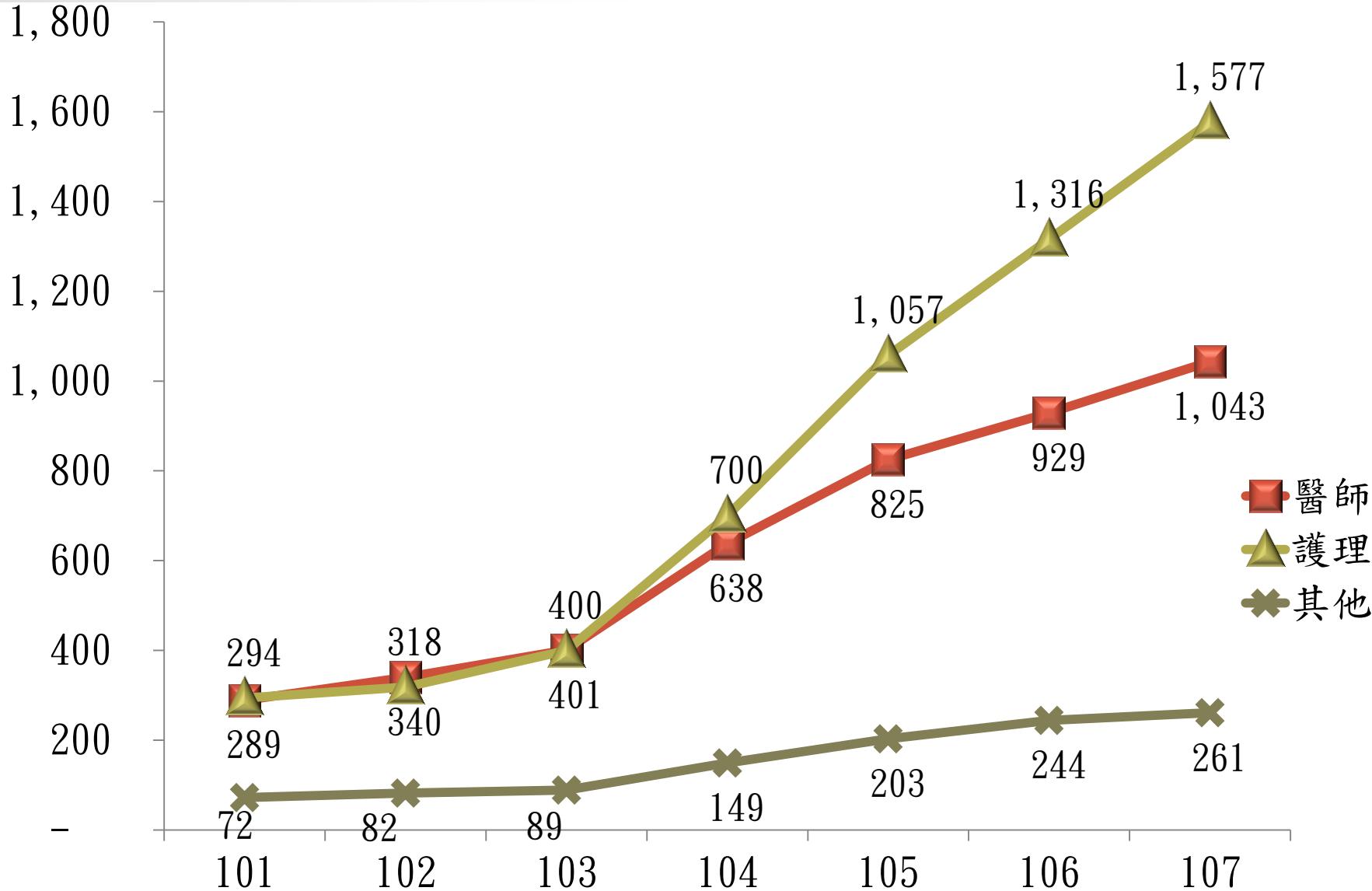


註：

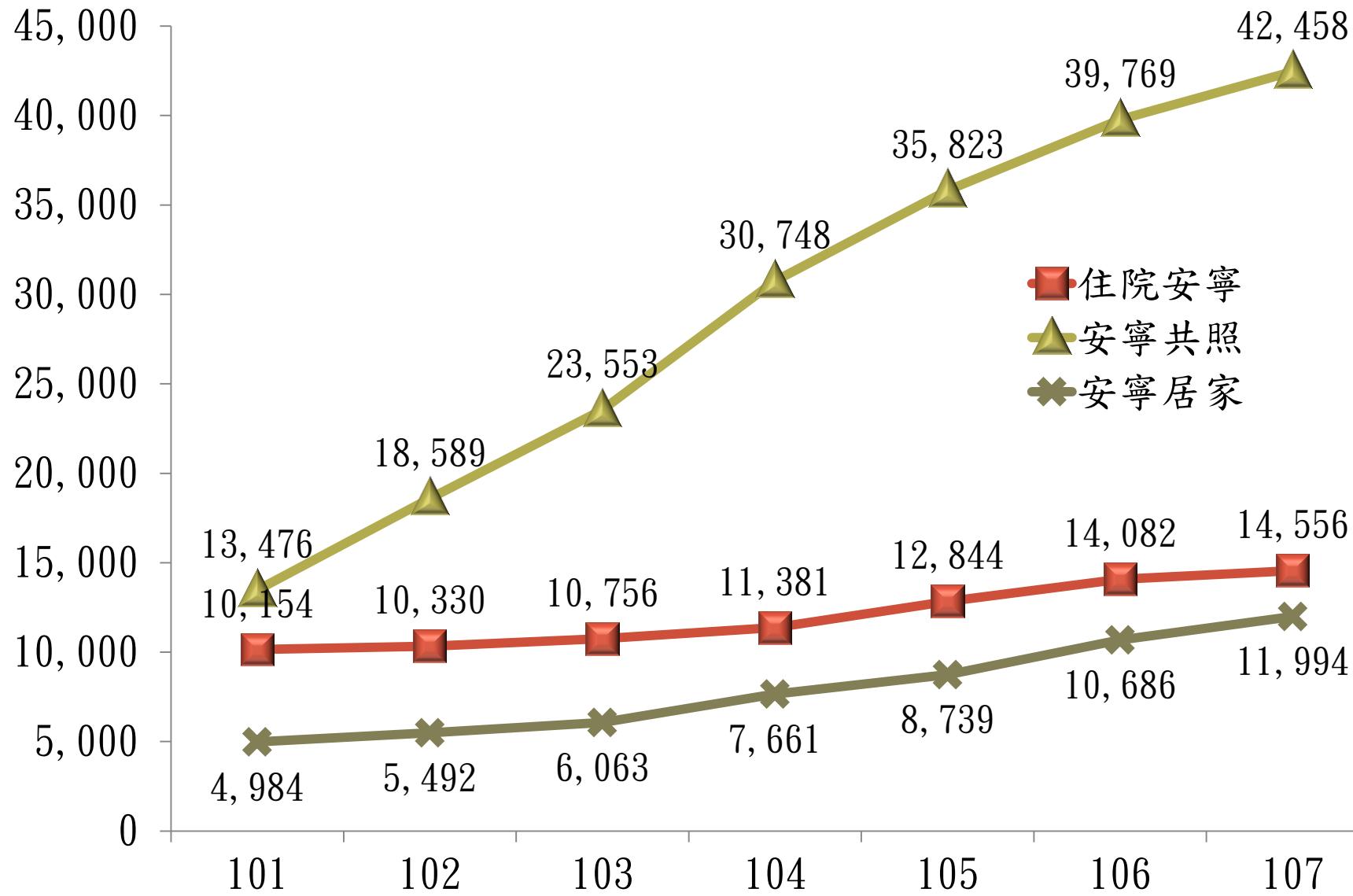
1.資料來源：100-107年之重大傷病年報

2.105年因實施ICD-10-CM，呼吸器依賴病人診斷碼有所變動，另105年申報資料因仍在異動中，因此與過去數據有些差異。

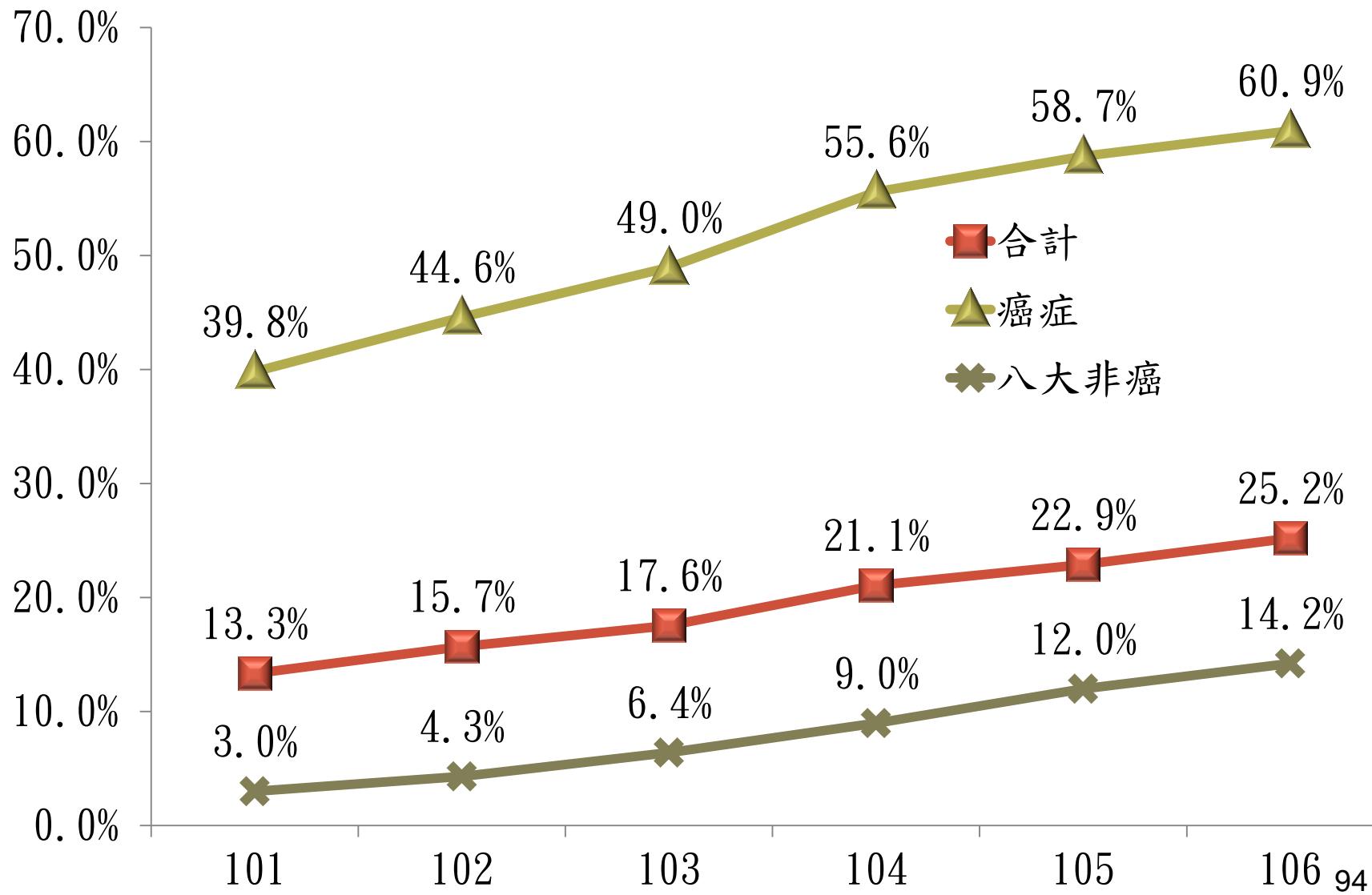
# 推廣安寧療護-供給面



# 安寧療護之推動成效-服務人數

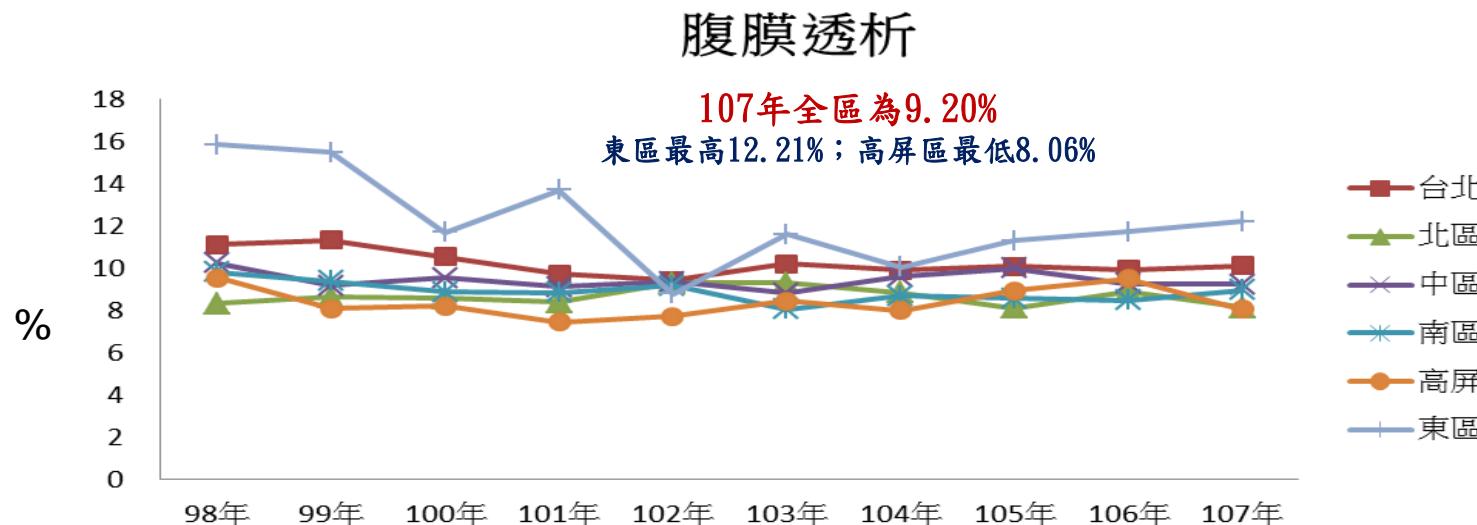
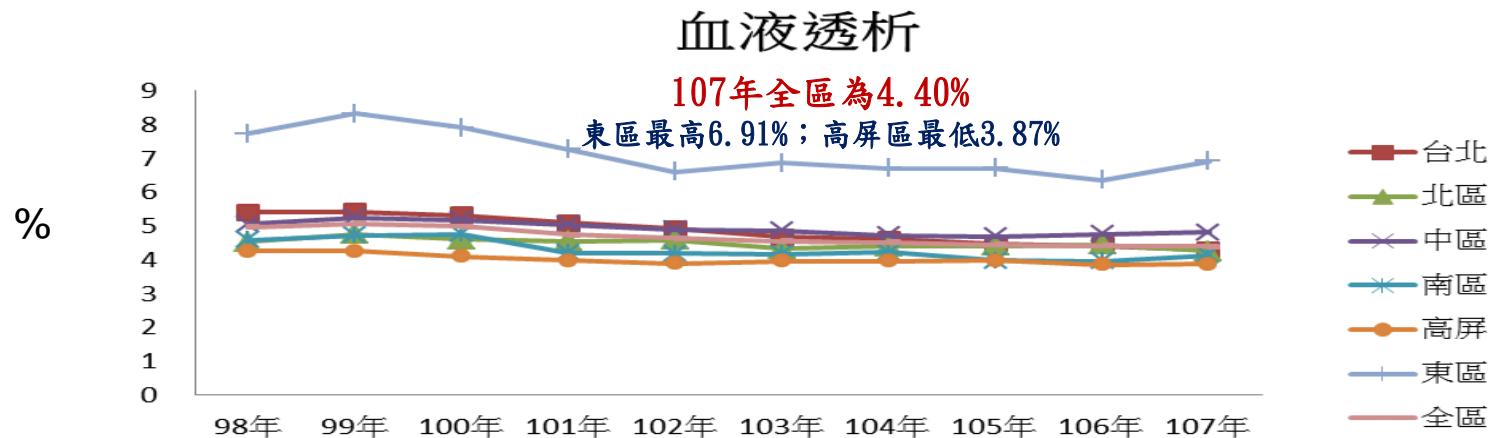


# 病患死亡前1年接受安寧療護之比率



# 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)。

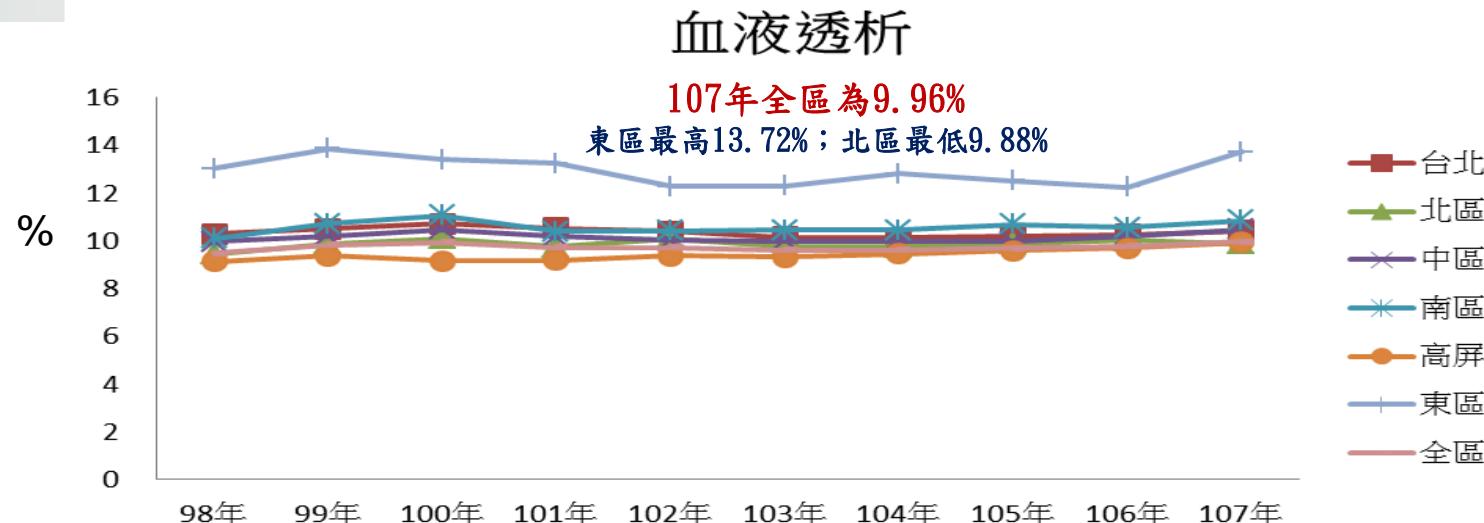
同院住院率 = (追蹤期間同院勾稽住院次數) × 100 / (追蹤期間之總病人月數)

製表日期:108年5月22日

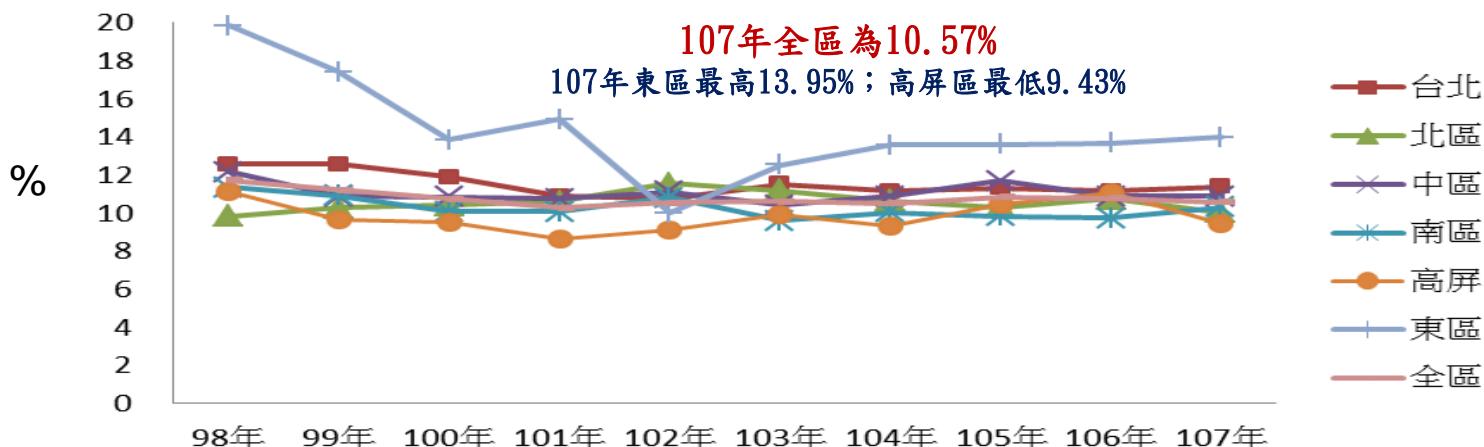
# 跨院住院率

負向指標

## 血液透析



## 腹膜透析



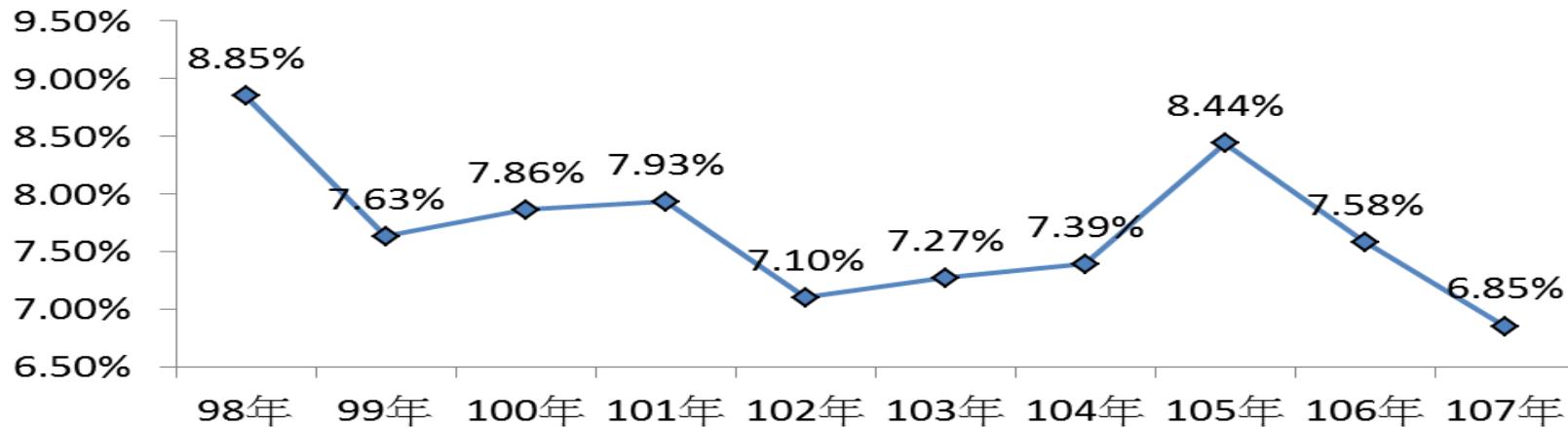
備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1444、1446)。

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)

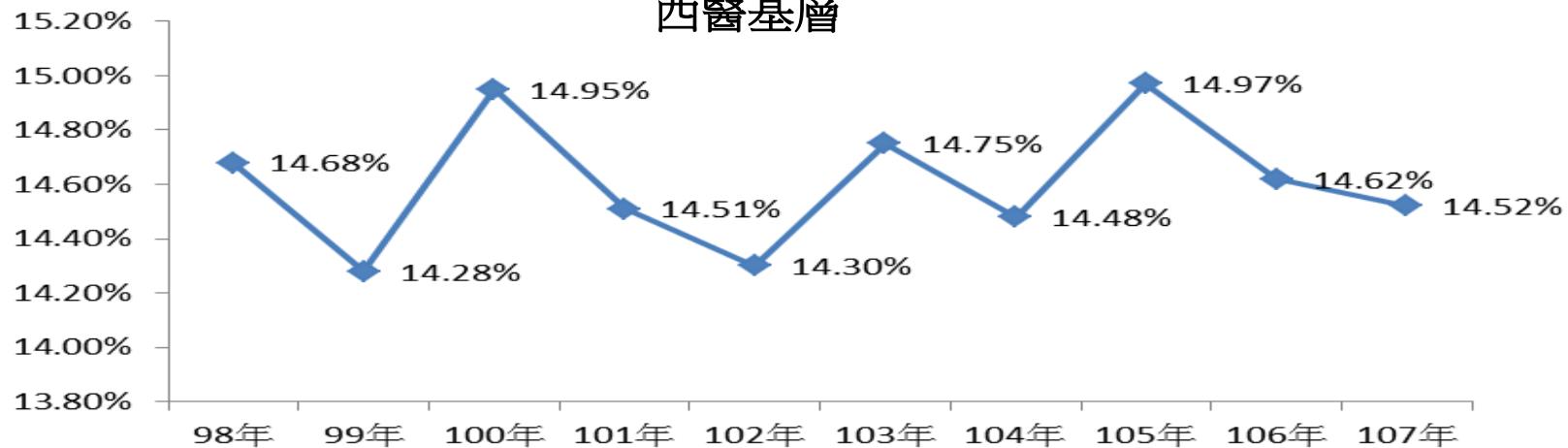
製表日期:108年5月22日

# 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

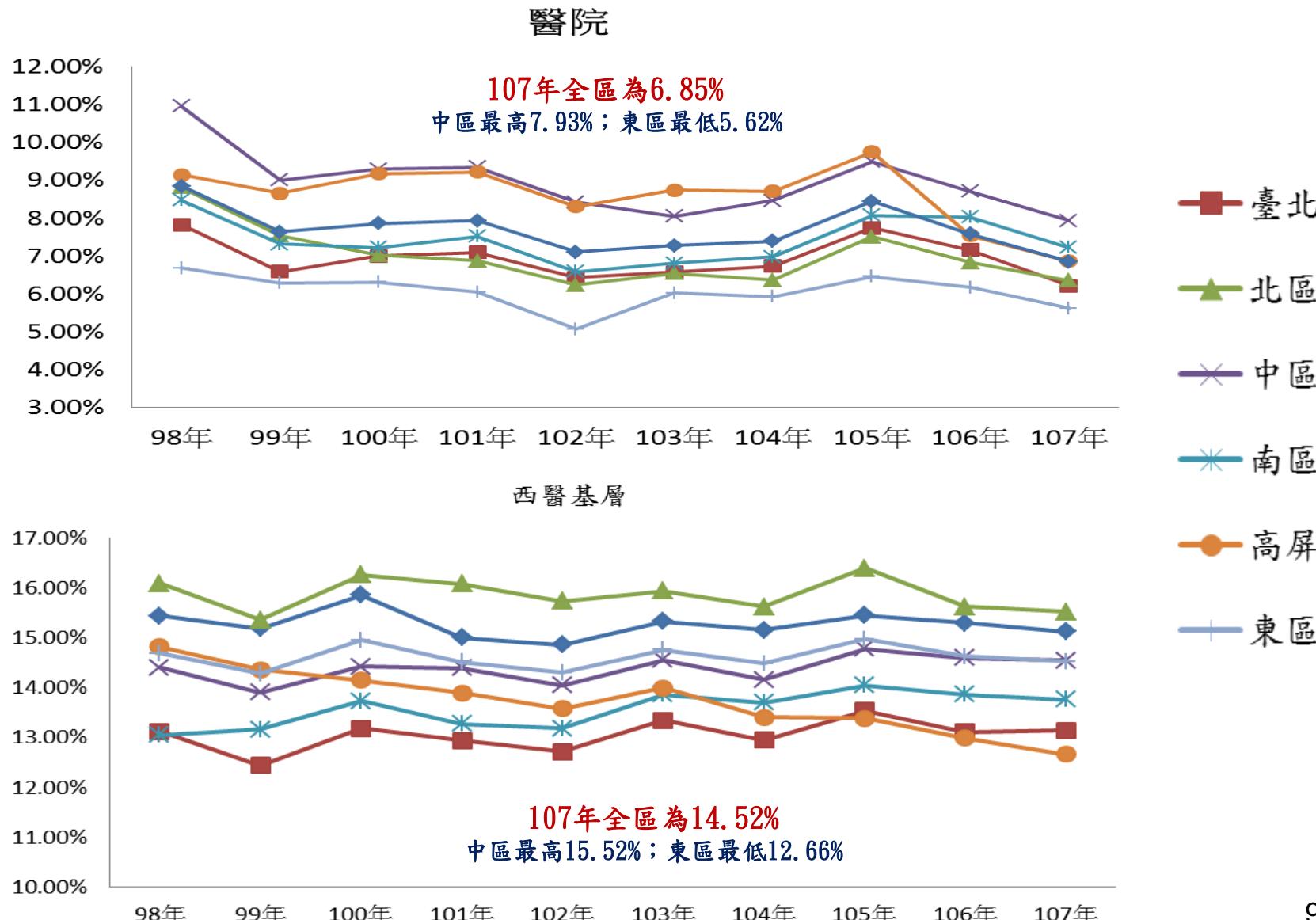
醫院總額



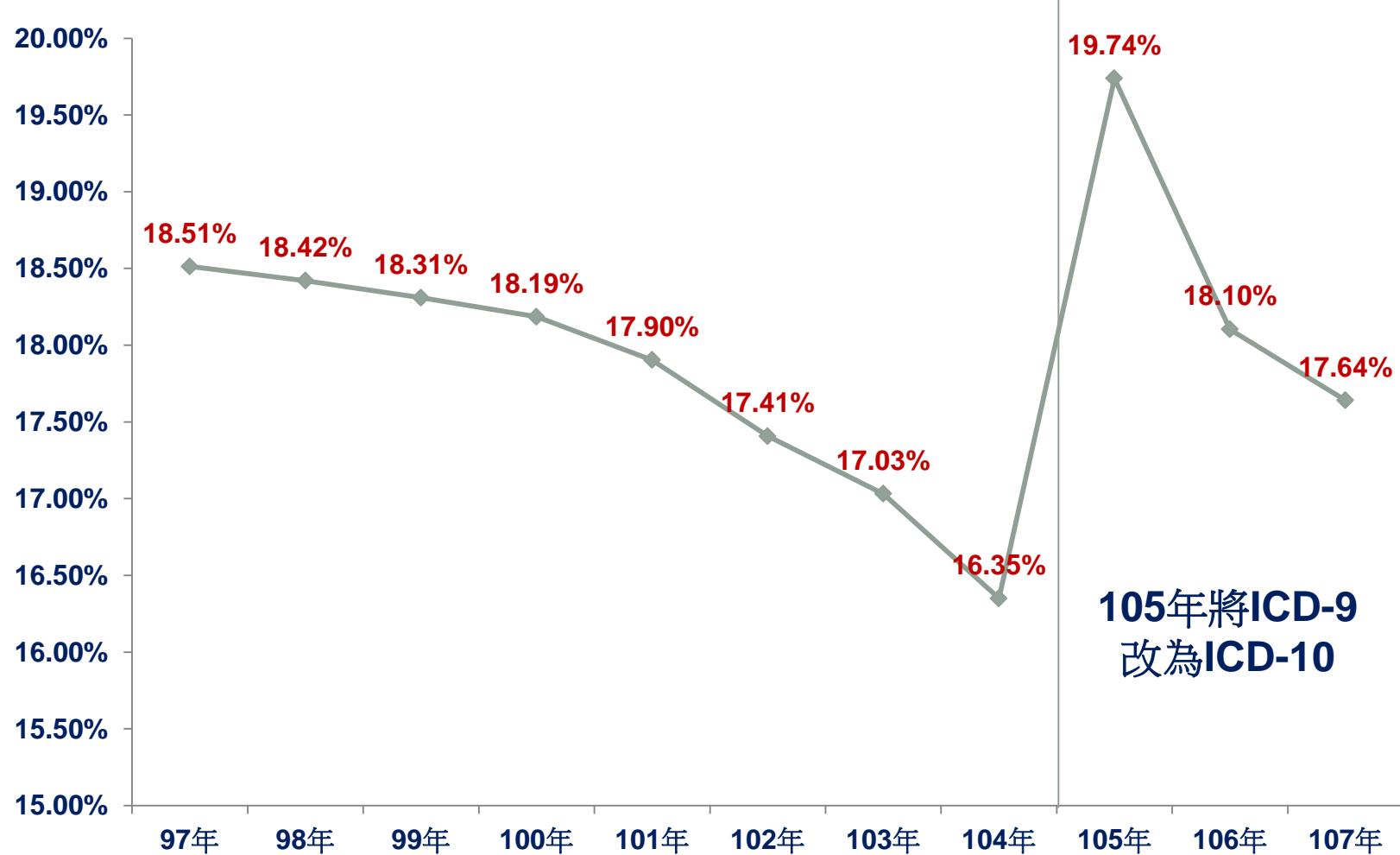
西醫基層



# 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



# 區域醫院以上初級門診照護率 -健保監理指標



三

## 執行概況—效率面

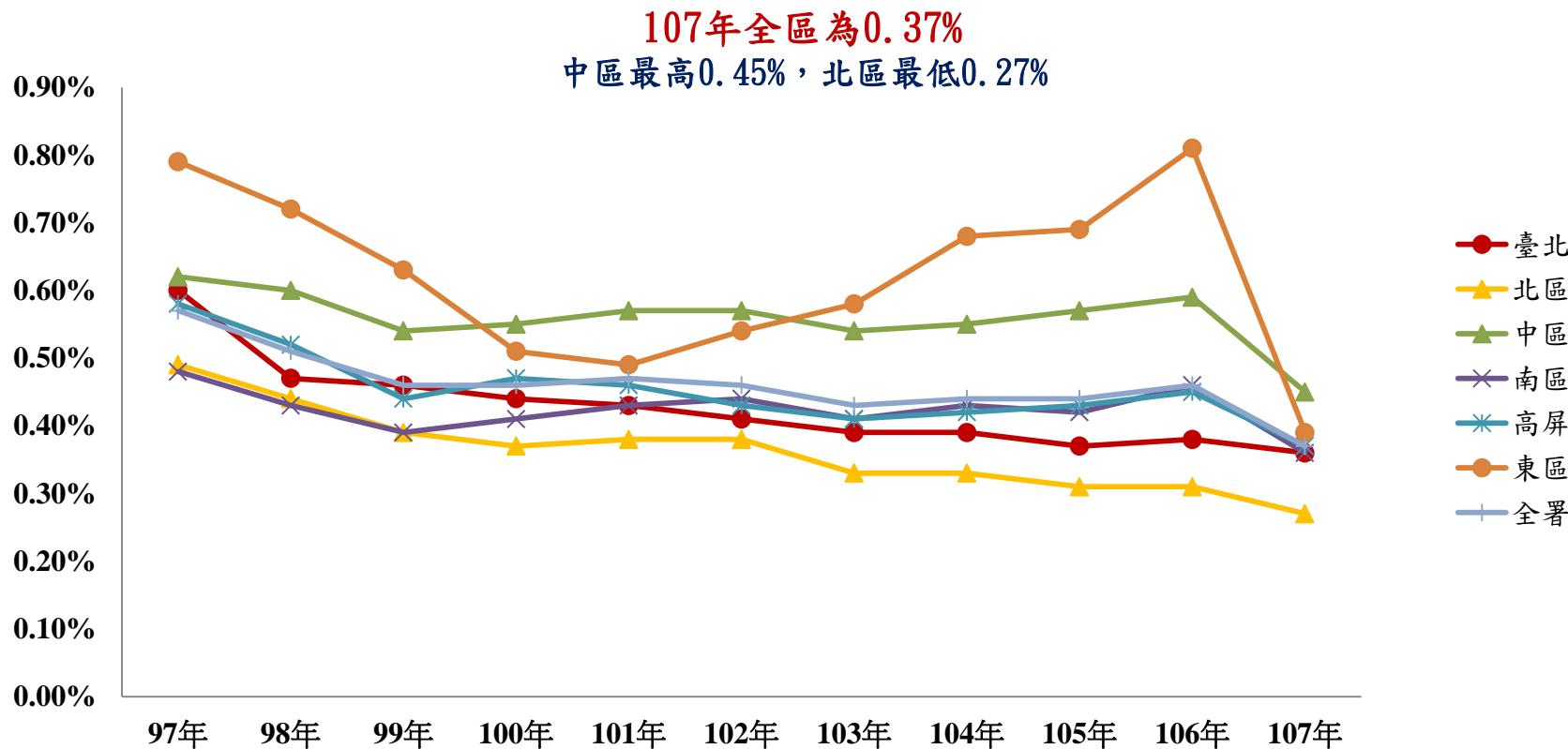


西醫部門

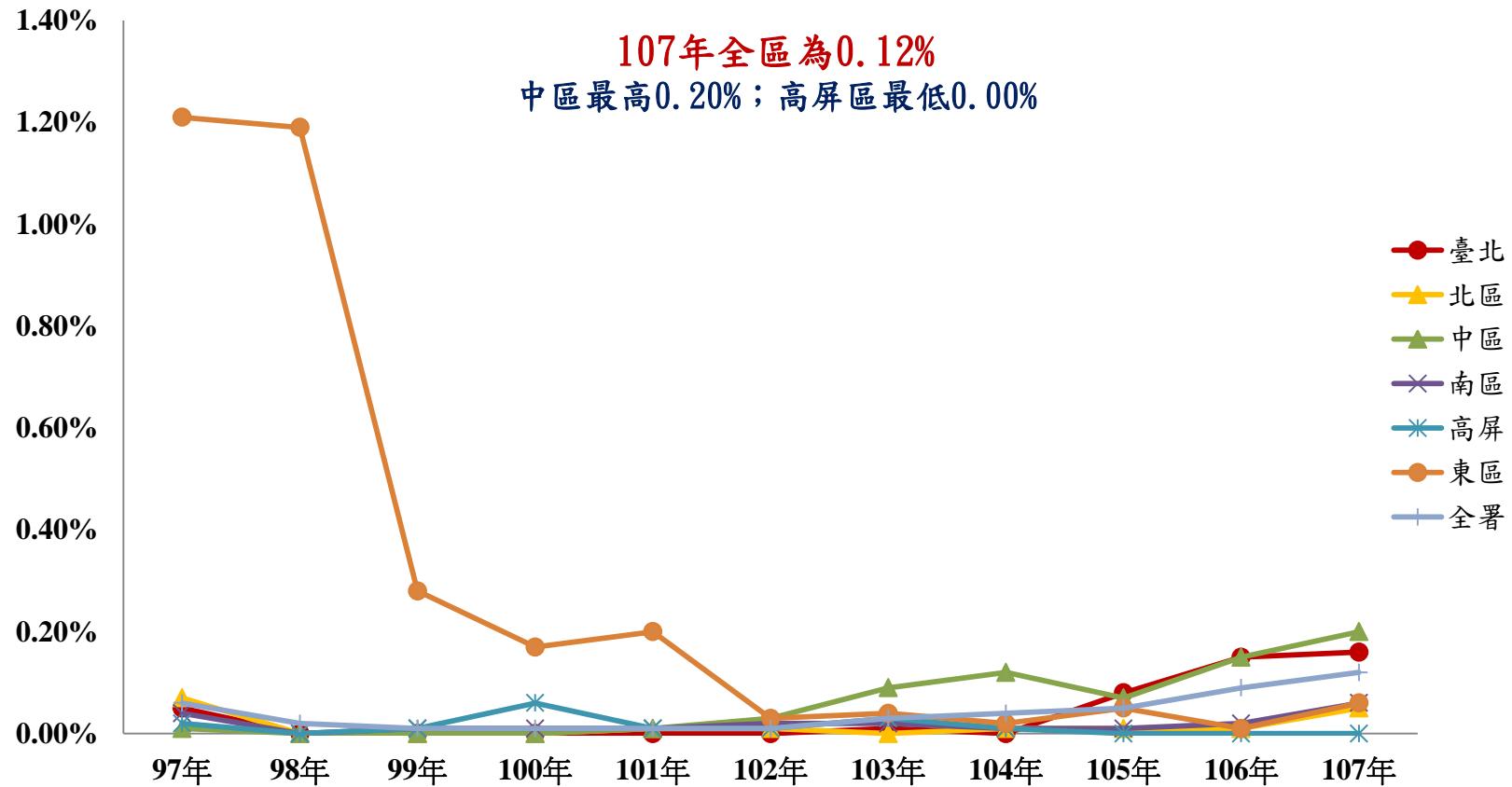
中醫部門

牙醫部門

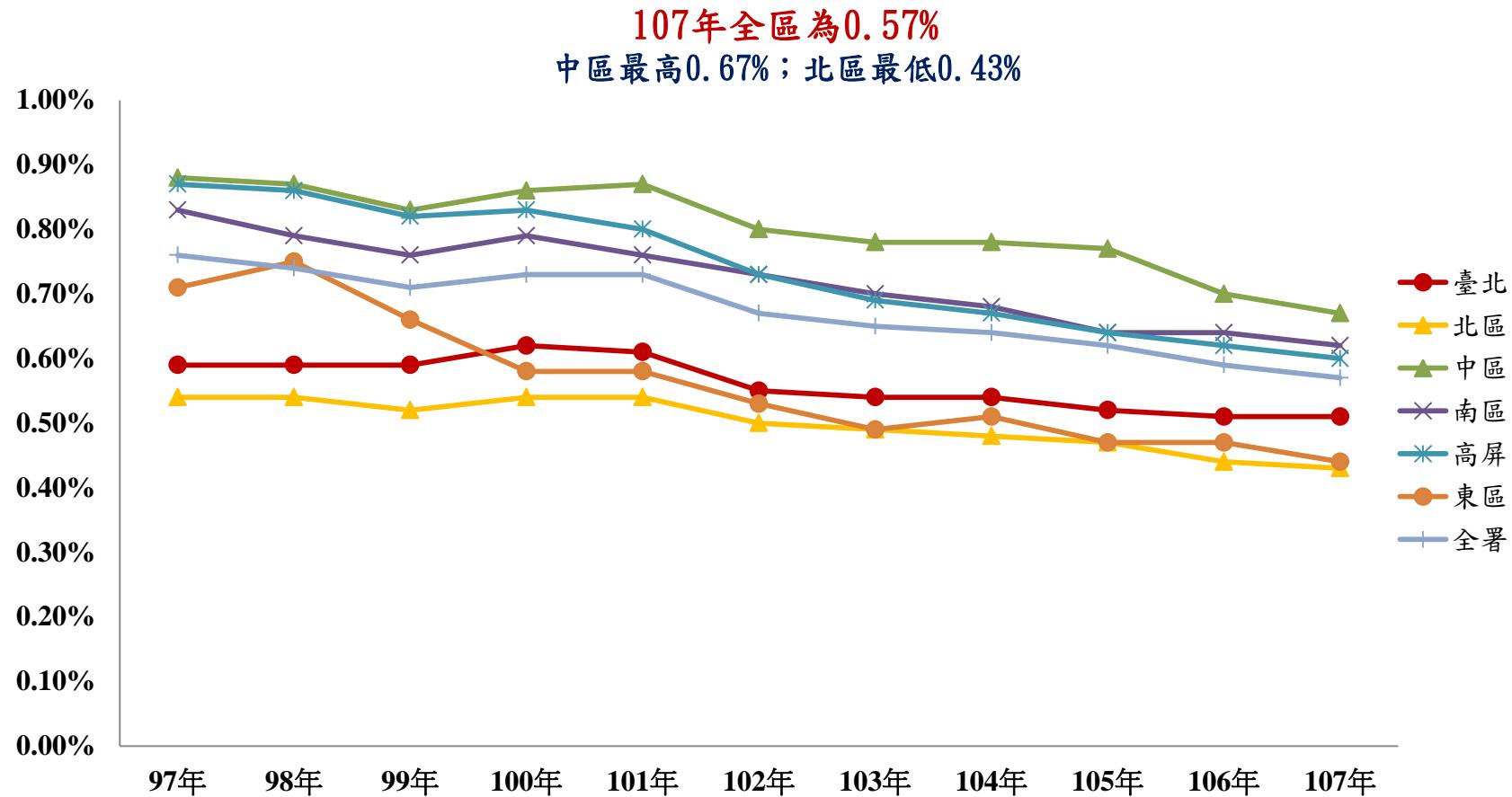
# 就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率



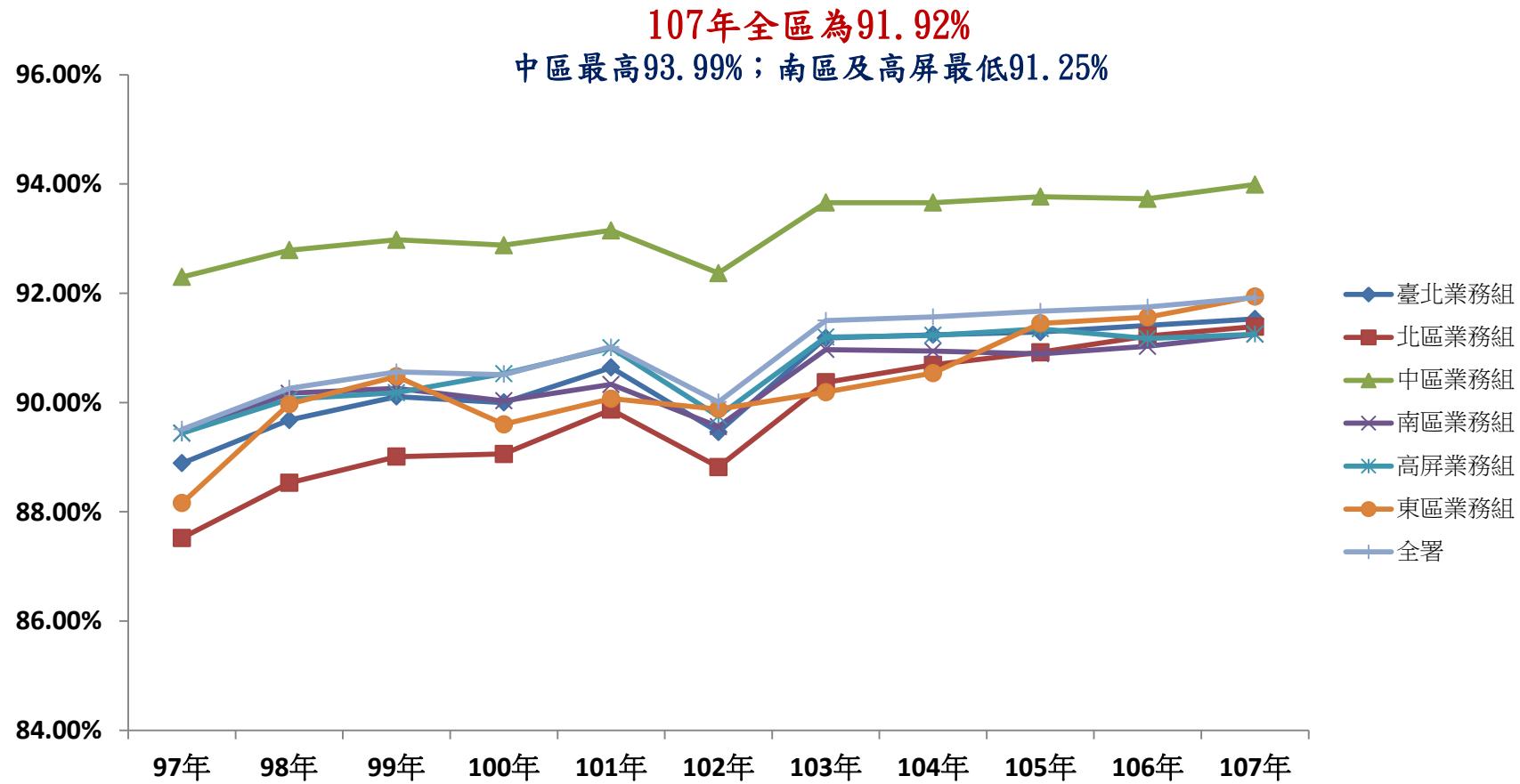
# 同院所針傷科處置次數每月大於15次之比率



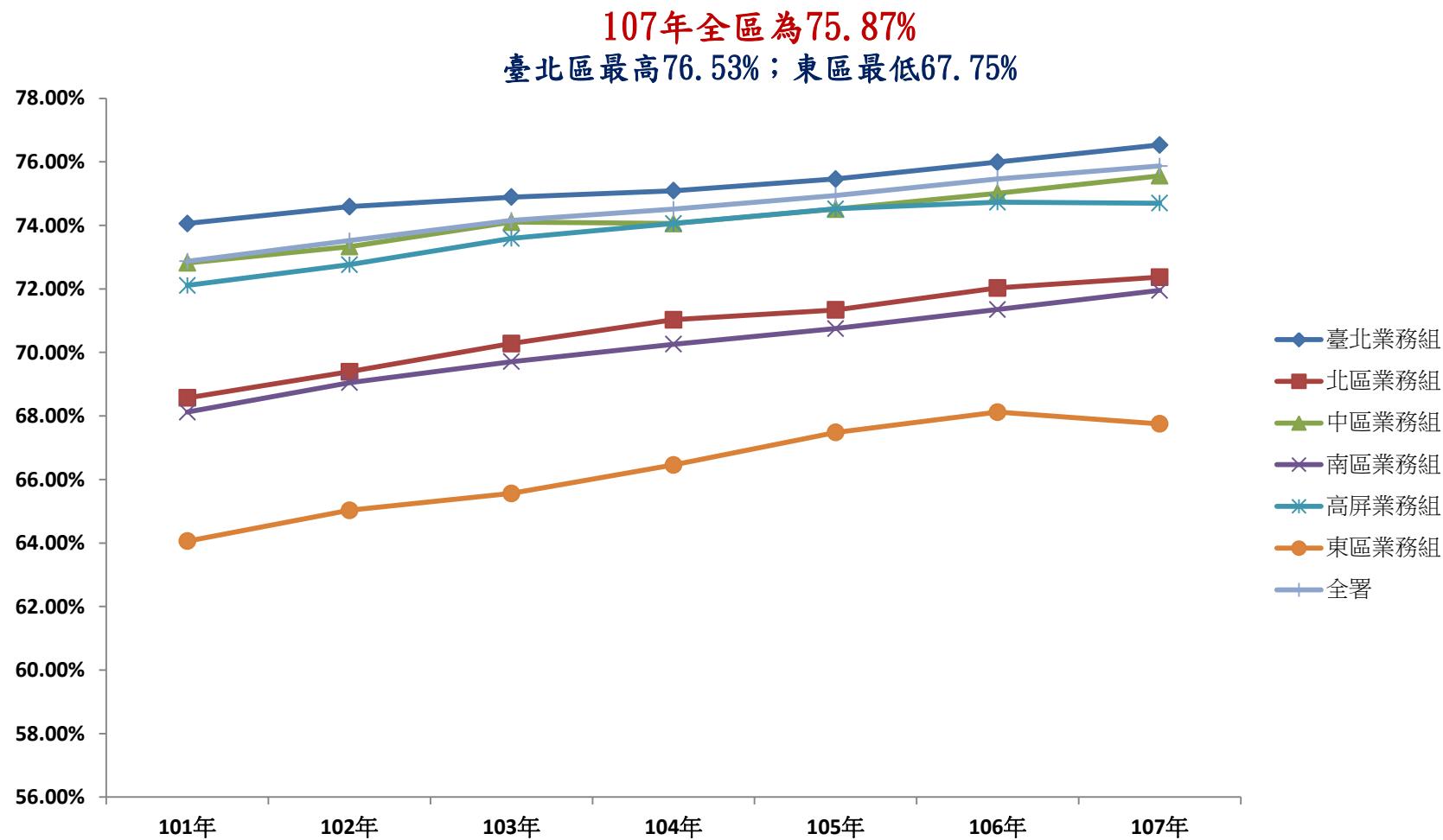
# 使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率



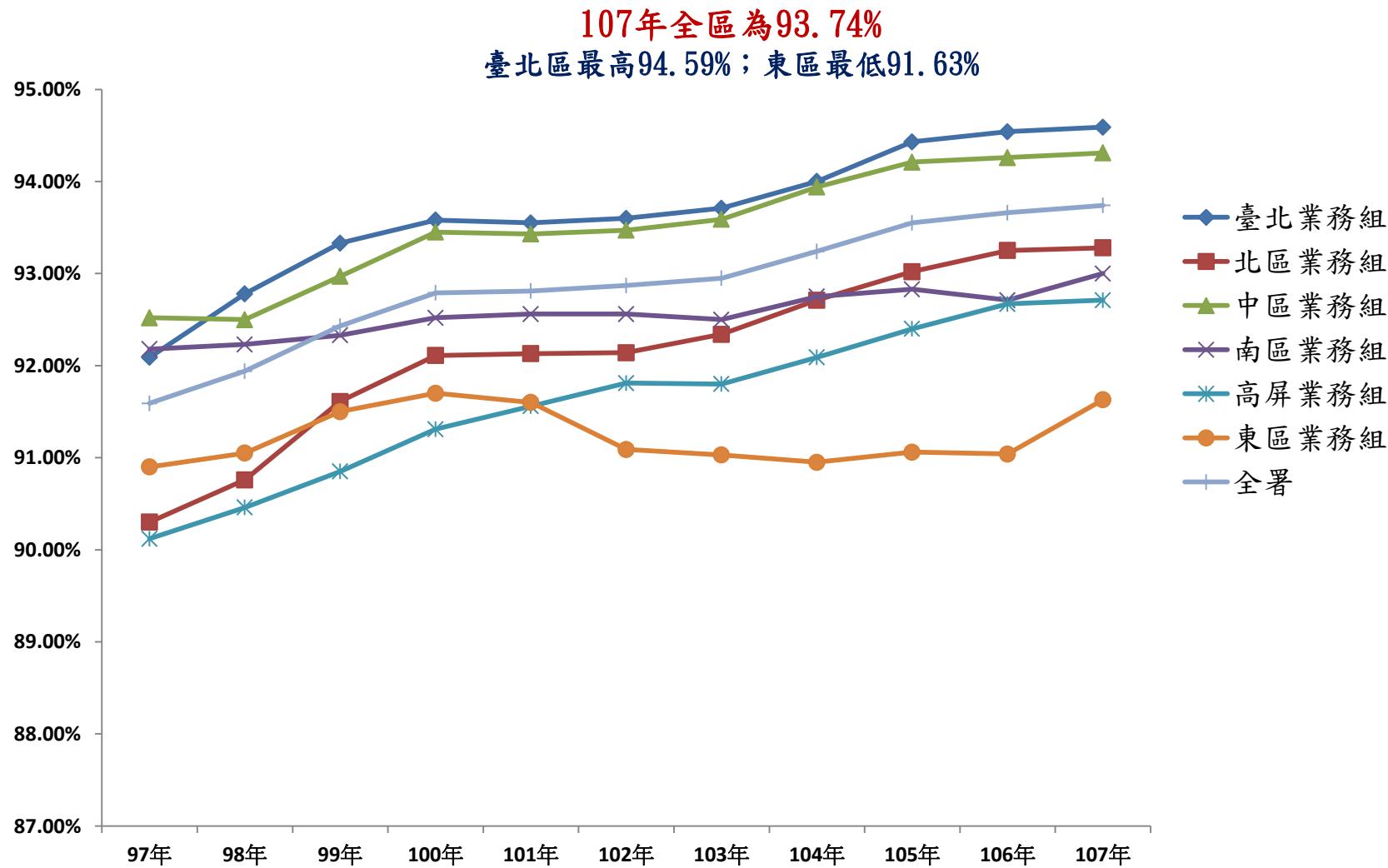
# 同院所九十日以內根管治療完成



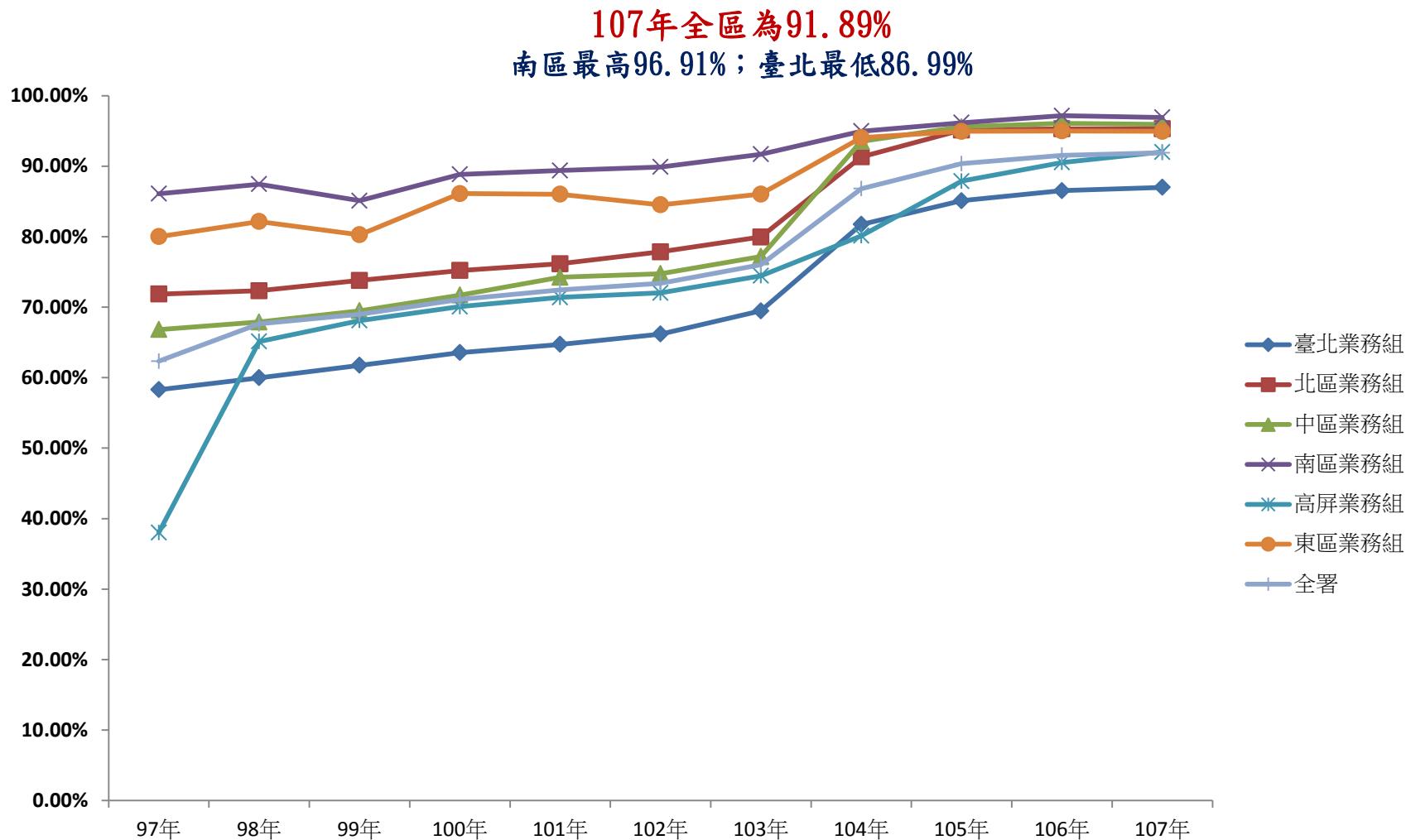
# 13歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率



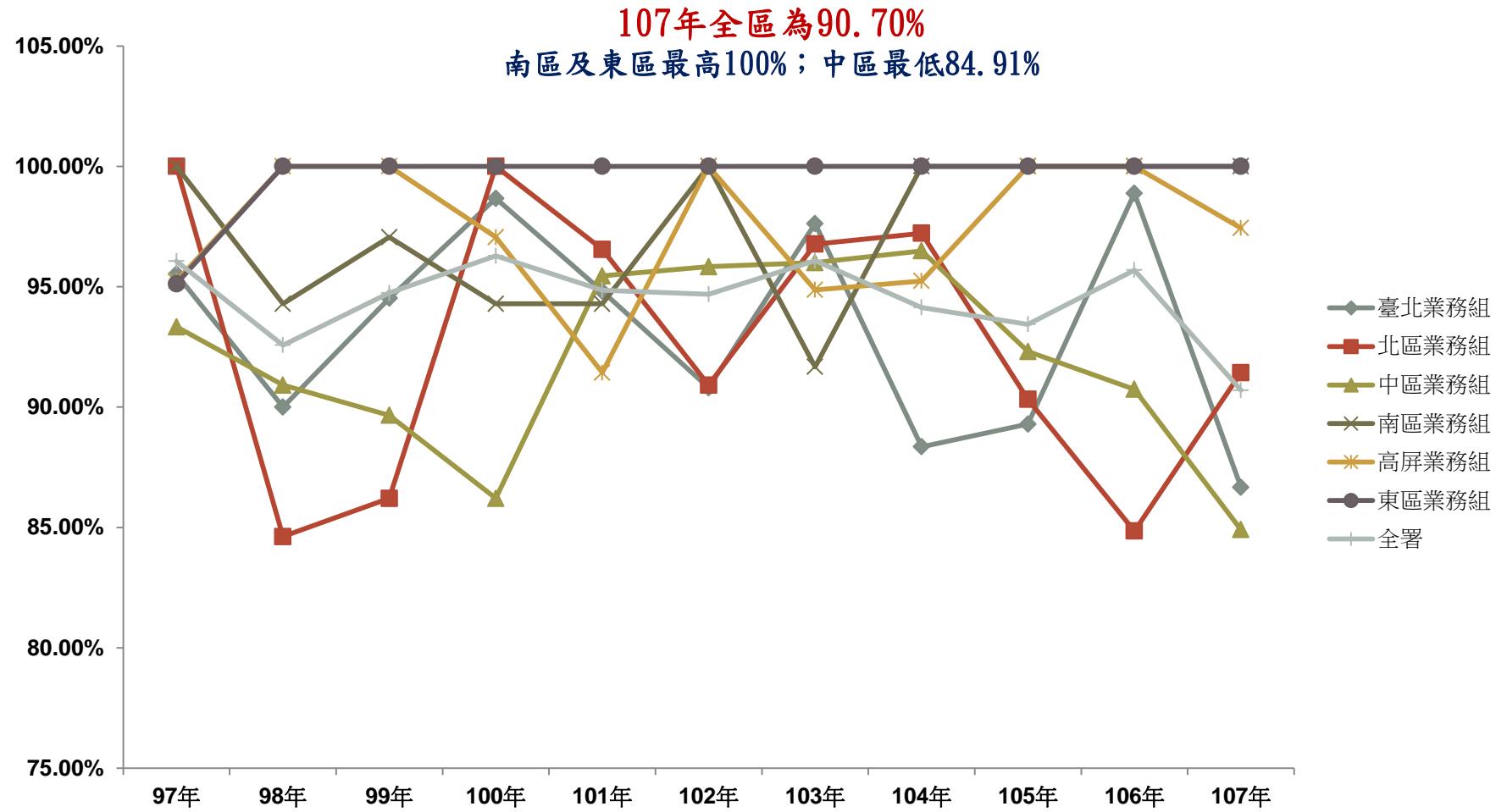
# 保險對象牙齒填補保存率-二年以內



# 牙醫所加強感染管制診察費申報率



# 牙醫加強感染管制診察費院所查核合格率



四

## 執行概況—效果面



品質公開辦理情形

品保款辦理情形

滿意度調查

民眾申訴管道及處理

# 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7744809位參觀者

## 專業指標 Professional

## 領先資訊 Information



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年起即陸續公開民衆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衆就醫參考，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

準確 抓住醫療資訊

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及辦理情形

指標性質/ 項數	醫院 總額	西醫 基層	牙醫 總額	中醫 總額	透析 總額	特約 藥局	合計
1.整體性指標	32	24	15	5	30	0	106
2.機構別指標	42	30	20	8	17	1	118
合計	74	54	35	13	47	1	224

## 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	腦中 風	慢性 腎臟 病	合計
項數	5	3	4	2	5	19	5	6	4	53

- 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107年第4季季報及106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107年第4季。
- 截至108年5月17日，專區上網瀏覽累積達794萬人次。

# 醫院品保款之獎勵方式

106年

層級別	1.基本獎勵	2.指標獎勵
醫學中心	20%→15%	80%→85% 15項指標，最高以8項指標計算。
區域醫院	25%→20%	75%→80% 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。

107年

層級別	1.基本獎勵比例	2.指標獎勵比例
醫學中心	15%→10%	85%→90%
區域醫院	20%→15%	80%→85%
地區醫院	60%→60%	40%→40%

# 西醫基層品保款之獎勵方式

項次	指標項目	指標		年度權重(%)	
		106年	107年	106年	107年
1	診所月平均門診申復核減率	∨	∨	20	20
2	診所之每位病人年平均就診次數	∨	∨	20	20
3	個案重複就診率	∨	∨	20	20
4	健保卡處方登錄差異率	∨	∨	20	20
5	門診病人健保雲端藥歷系統查詢率	∨	∨	20	20
6	藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率	∨	∨	2	2
7	藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率	∨	∨	2	2
8	藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率	∨	∨	2	2
9	糖尿病病患醣化血色素(HBA1c)執行率	∨	∨	2	2
10	初期慢性腎臟病eGFR執行率	∨	∨	2	2
11	檢驗(查)結果上傳率	∨	∨	2	2
	權重合計			最高以 100%計算	最高以 100%計算

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

# 牙醫總額品質保證保留款實施方案

核發原則/ 核算基礎	指標項目	適用層級		年度(權重)	
		醫院	基層	106	107
專業獎勵 80%	65歲(含)以上老人恆牙牙冠2年內自家再補率	V	V	20%	20%
	4歲以上自家乳牙545天再補率	V	V	20%	20%
	恆牙根管治療	V	V	20%	20%
	全口牙結石清除	V	V	20%	20%

核發原則/ 核算基礎	指標項目	適用層級		年度(權重)	
		醫院	基層	106	107
政策獎勵 20%	牙周病顧本計畫	V	V	5%	3%
	牙周病統合照護品質	V	V	5%	5%
	口腔癌篩檢	V	-	10%	10%
	每月完成門診時間網路登錄	-	V	3%	3%
	週日或國定假日有提供牙醫醫療服務	-	V	2%	2%
	月平均初核核減率	-	V	5%	5%
	特殊醫療服計畫	V	V	-	2%

# 中醫總額品質保證保留款實施方案

核發原則/ 核算基礎	指標項目	年度(加計權重%)	
		106年	107年
政策獎勵	1.於中醫資源不足地區改善方案列示無中醫地區新開業	+100%	+100%
	2.從事教學研究且績效卓著之中醫醫院所	+10%	+10%
	3.鼓勵當年度周日開診超過30天(45天)者	+10% (+20%)	+10% (+20%)
	4.中醫門診特約醫事服務機構查詢健保雲端藥歷系統，查詢率>20%者，依核算基礎(A)加計5%	+5%	+5%
	5.參加即時查詢病患就醫資訊方案	+5%	+5%
	6.每月完成門診時間網路登錄VPN	+10%	+10%
核發原則/ 核算基礎	指標項目	年度(減計權重%)	
		106年	107年
專業獎勵	中醫師未依全聯會修滿繼續教育點數(每年20點)	申報點數不列入核算 基礎	
	同院所同患者同月就診8次以上超過80百分位	-20%	-20%
	同日重複就診率超過80百分位	-10%	-10%
	7日內處方用藥日數重複2日以上之比率超過80百分位	-10%	-10%
	中醫門診院所當年度申報中醫一般案件、中醫慢性病、中醫慢性病連續處方調劑及過敏性鼻炎照護計畫，屬慢性病給藥七天以上之件數占率為3%以下者	-10%	-10%

註.106年起各院所參與品保款之核算基礎為其申報費用之60%。

# 慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫

項目	各透析院所病人監測值達成率		106年 配分	107年配 分
	血液透析	腹膜透析		
1. 血清白蛋白(Albumin $\geq 3.5$ gm/dl(BCG)或3.0gm/dl(BCP)	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 75\%$	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 70\%$	每季4分	每季4分
2. URR $\geq 65\%$	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 95\%$		每季4分	
3. Weekly Kt/V $\geq 1.7$		受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 70\%$		每半年8分
4. Hb $> 8.5$ g/dL	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 90\%$	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 80\%$	每季4分	每季4分
5. 鈣磷乘積小於60 mg <sup>2</sup> /dL <sup>2</sup>	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 80\%$	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 75\%$	每半年8分	每半年8分
7. B型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率	受檢率 $\geq 90\%$ 且轉陽率 $\leq 3.5\%$		8分(年)	8分(年)
8. C型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率	受檢率 $\geq 90\%$ 且轉陽率 $\leq 3.5\%$		8分(年)	8分(年)
9. 建立對新病人透析治療模式選擇之充分告知機制	100%		10分(年)	
10. 55歲以下透析病人移植登錄率	移植登錄率 $\geq 5\%$		10分(年)	

# 106年、107年品保方案核發情形

## 各總額核發與不核發情形

項目	106年					107年初步結算						
	預算 百萬元	核發		不核發		預算 百萬 元	核發		不核發			
		家數	金額 百萬元	家數	不核發 分數		家數	金額 百萬元	家數	不核發 分數		
醫院	757	474	757	99%	-	7	795	465	795	97%	-	13
西醫基層	206	7,495	206	71%	-	3,070	215	7,748	215	73%	-	2,921
中醫	45	3,061	45	80%	-	788	46	3,163	46	81%	-	739
牙醫	229	5,705	229	82%	-	1,291	235	5,832	235	83%	-	1,204
透析	血液透析	493	42	75%	<70	161	45	502	42	75%	<70	171
	腹膜透析	45	77	3	65%	42	79	3	66%		40	

## 醫院總額核發情形之分布

年度	層級	家數	符合核發醫院						不核發 家數			
			基本獎勵		基本獎勵		指標獎勵					
			參與學會品質計畫		地區醫院 品質精進獎勵							
			家數	金額 百萬元	家數	家數	金額 百萬元	家數				
107年 初步 結算	醫學中心	20	20	34	100%	-	-	20	304	100%	0	
	區域醫院	83	80	48	96%	-	-	80	271	96%	3	
	地區醫院 第一組	47	45	21	96%	42	21	89%	47	26	100%	0
		328	209	21	64%	193	20	59%	318	30	97%	10
	合計	478	354	123	74%	235	42	49%	465	630	97%	13
106年	醫學中心	20	20	49	100%	-	-	20	276	100%	0	
	區域醫院	83	82	61	99%	-	-	82	244	99%	1	
	地區醫院 第一組	43	40	17	93%	39	19	91%	42	21	98%	1
		335	215	21	64%	178	20	53%	330	30	99%	5
	合計	481	357	148	74%	217	38	45%	474	571	99%	7

# 106年、107年品保方案核發情形

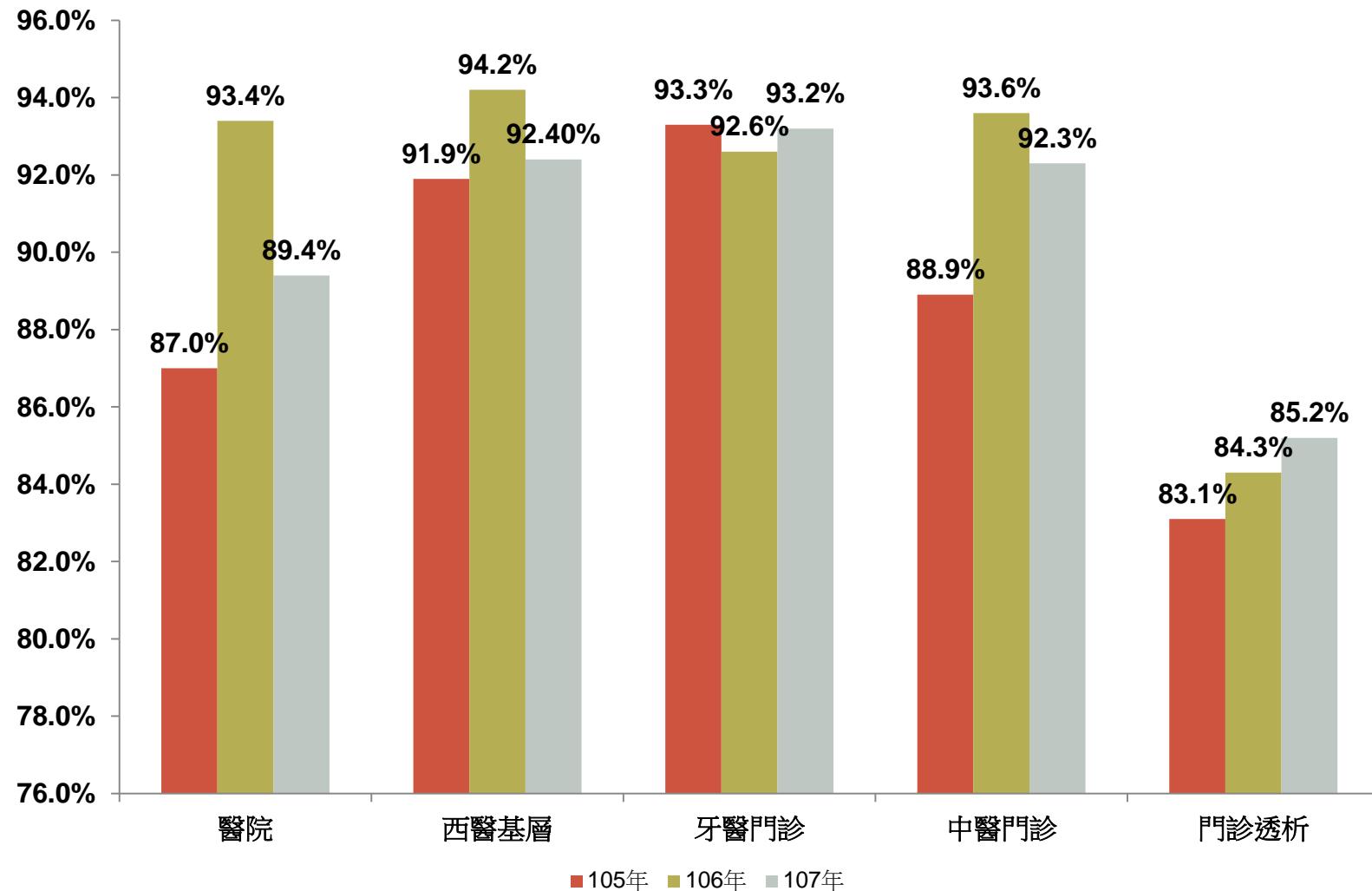
## 西醫基層、中醫、牙醫、門診透析核發家數分布

年度		59分(或百分位)以下			60-69分(或百分位)			70-79分(或百分位)		
		家數	金額 百萬元	家數 占率	家數	金額 百萬元	家數 占率	家數	金額 百萬元	家數 占率
106年	西醫基層	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	中醫	219	2	7%	1,290	15	42%	1,149	18	38%
	牙醫	2,761	41	48%	804	25	14%	777	35	14%
	血液透析	-	-	-	-	-	-	68	4	14%
	透析	-	-	-	-	-	-	18	0	23%
107年 初步 結算	西醫基層	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	中醫	533	5	17%	974	10	31%	1,135	18	36%
	牙醫	2,709	39	46%	780	22	13%	891	39	15%
	血液透析	-	-	-	-	-	-	76	4	15%
	腹膜透析	-	-	-	-	-	-	10	0	13%

年度		80-89分(或百分位)			90-99分(或百分位)			100分(或百分位)(含以上)		
		家數	金額 百萬元	家數 占率	家數	金額 百萬元	家數 占率	家數	金額 百萬元	家數 占率
106年	西醫基層	2,763	68	37%	706	19	9%	4,026	119	54%
	中醫	374	8	12%	12	0	0%	17	1	1%
	牙醫	364	27	6%	683	56	12%	316	44	6%
	血液透析	134	10	27%	210	22	43%	81	6	16%
	透析	21	1	27%	23	2	30%	15	1	19%
107年 初步 結算	西醫基層	2,618	64	34%	720	19	9%	4,410	131	57%
	中醫	460	11	15%	30	1	1%	31	2	1%
	牙醫	302	21	5%	1,032	89	18%	118	25	2%
	血液透析	145	10	29%	212	23	42%	69	5	14%
	透析	26	0	33%	31	2	39%	12	1	15%

註：西醫基層是以前80百分位之診所予以核發

# 滿意度調查-整體醫療結果



註：1. 滿意程度=滿意+非常滿意

2. 105年以前為「整體醫療品質滿意度」，106年起改為「整體醫療結果滿意度」。

# 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。

- **107年民眾申訴前三名情形**

全年申訴件數為1,366件，以「額外收費(自費抱怨)」類306件最多，占22%，其次為「其他醫療行政或違規事項」計305件，占22%，第三為「疑有虛報醫療費用」計152件，占11%。

整體	件數	占率
額外收費(自費抱怨)	306	22%
醫療行政或違規事項	305	22%
疑有虛報醫療費用	152	11%
其他	603	44%
合計	1,366	100%

# 民眾申訴管道及處理

107年民眾申訴及反映成案件數統計-前三名之項目

醫院	件數	占率
額外收費(自費抱怨)	198	29%
醫療行政或違規事項	162	23%
藥品及處方箋	82	12%
總件數	694	100%

西醫基層	件數	占率
醫療行政或違規事項	89	22%
額外收費(自費抱怨)	79	19%
疑有虛報醫療費用	58	14%
總件數	409	100%

牙醫	件數	占率
疑有虛報醫療費用	49	27%
醫療行政或違規事項	34	19%
服務態度及醫療品質	31	17%
總件數	180	100%

中醫	件數	占率
疑有虛報醫療費用	9	22%
醫療行政或違規事項	9	22%
額外收費(自費抱怨)	8	20%
總件數	41	100%

其他	件數	占率
藥品及處方箋	12	28%
醫療行政或違規事項	12	28%
疑有虛報醫療費用	5	12%
總件數	43	100%

五

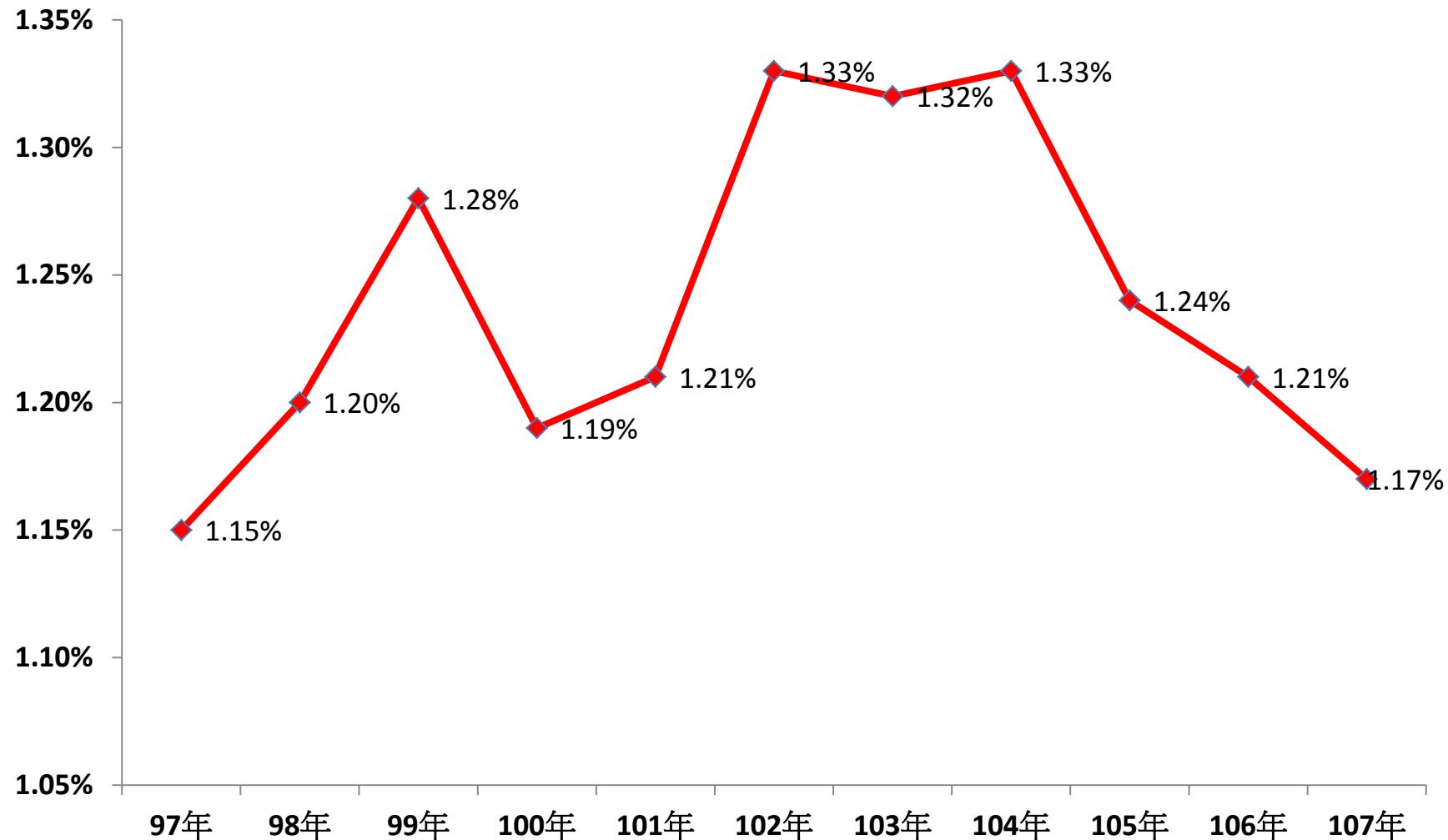
## 執行概況—安全性



死亡率、感染率

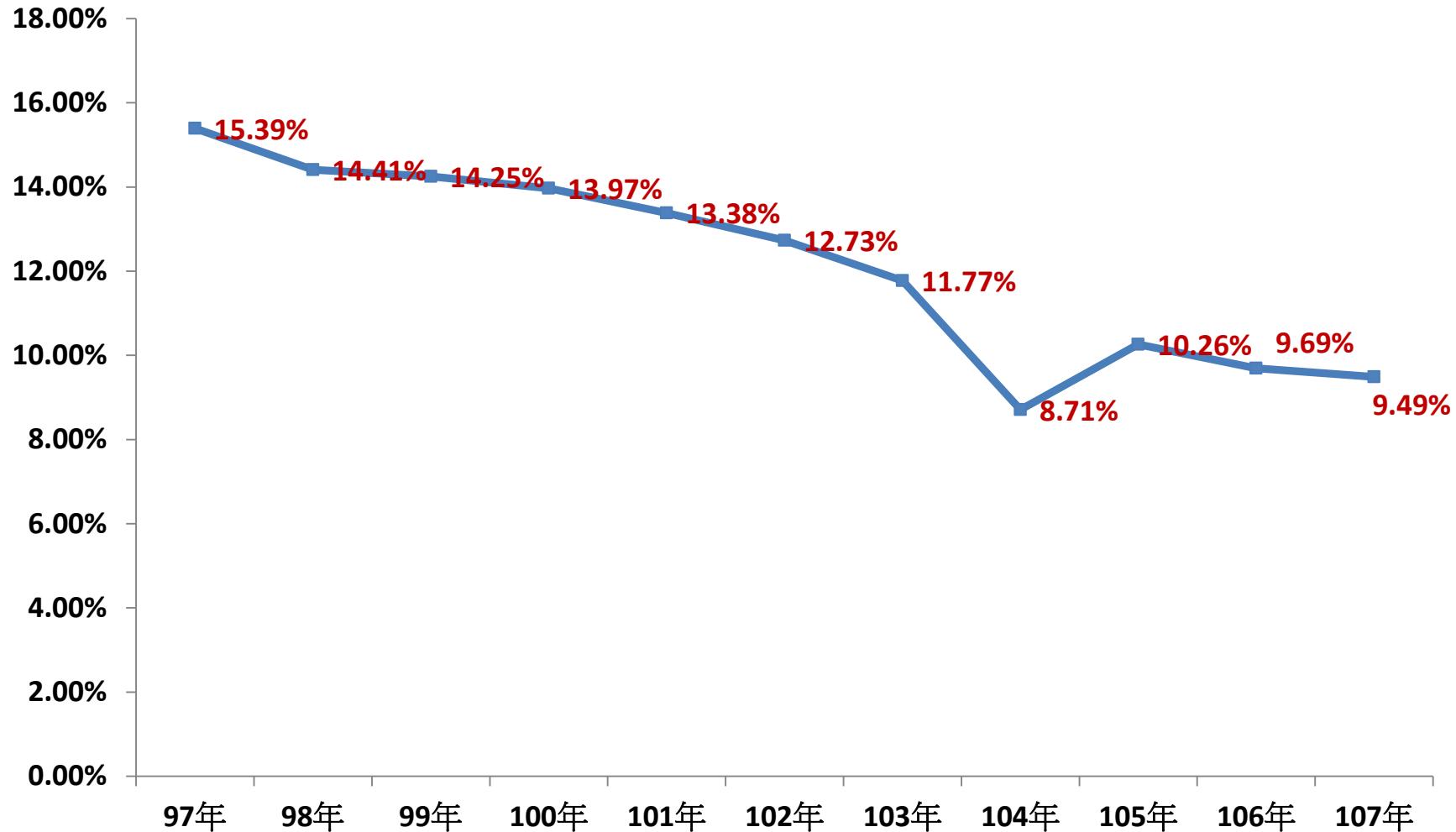
健保雲端查詢、健康存摺

# 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)

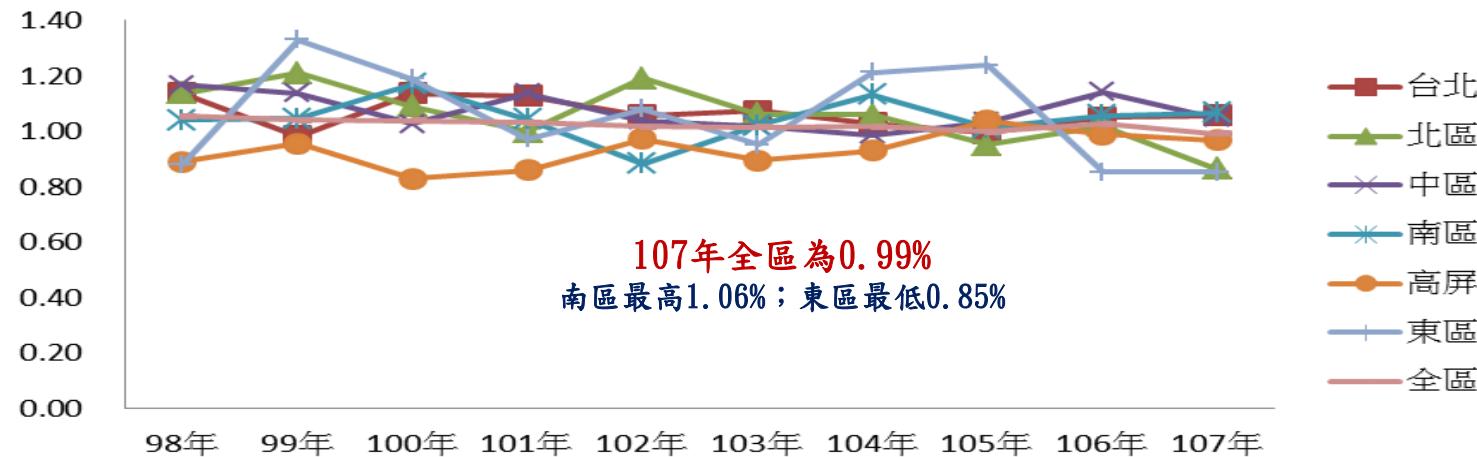
## -健保監理指標



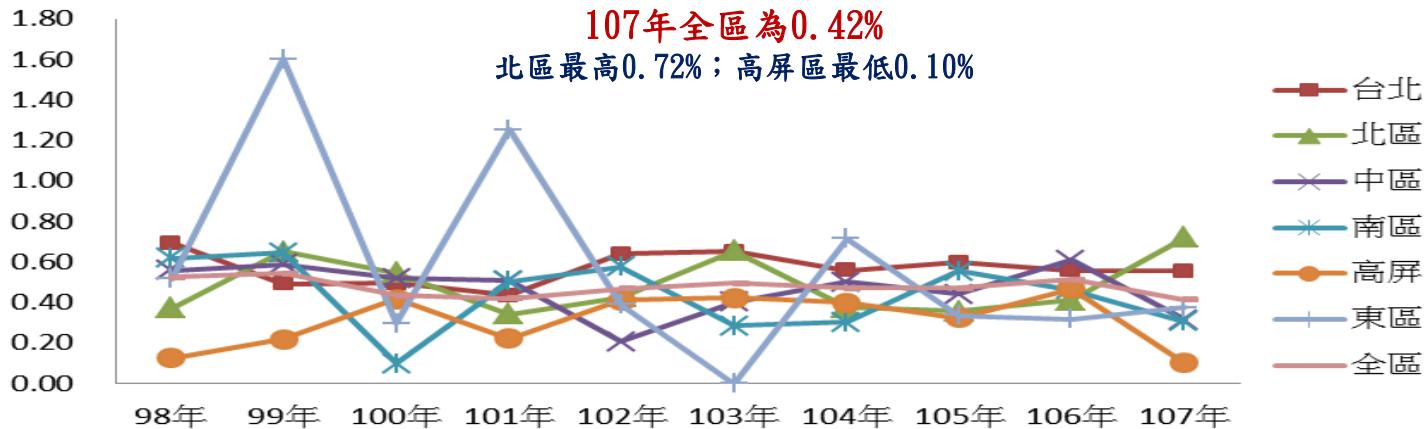
# 透析時間<1年之死亡率

負向指標

## 血液透析



## 腹膜透析

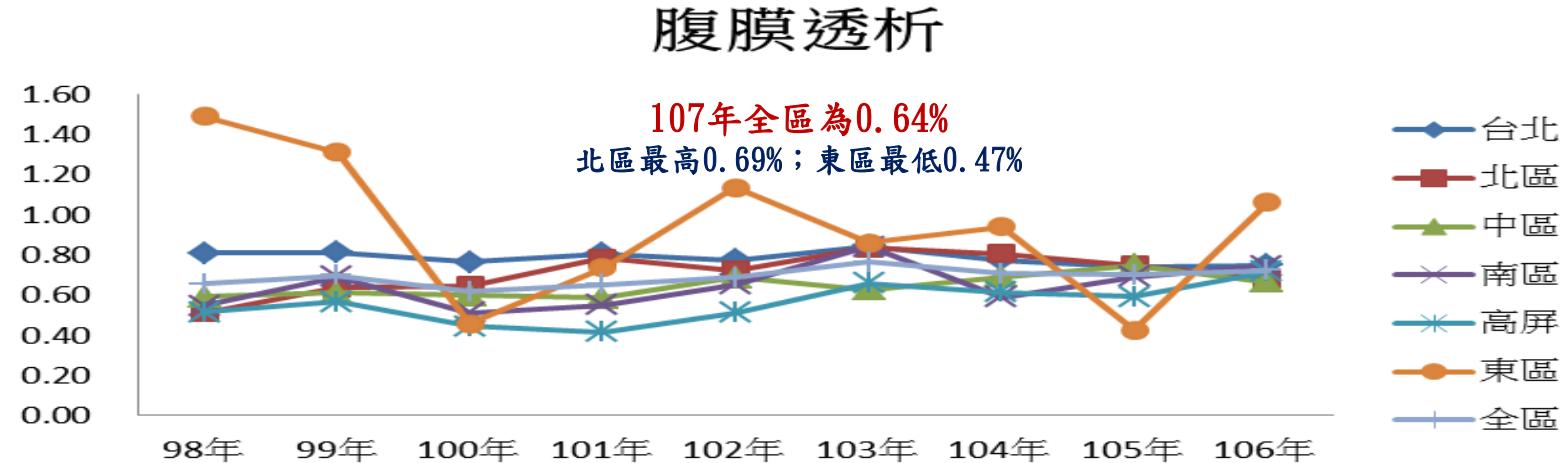
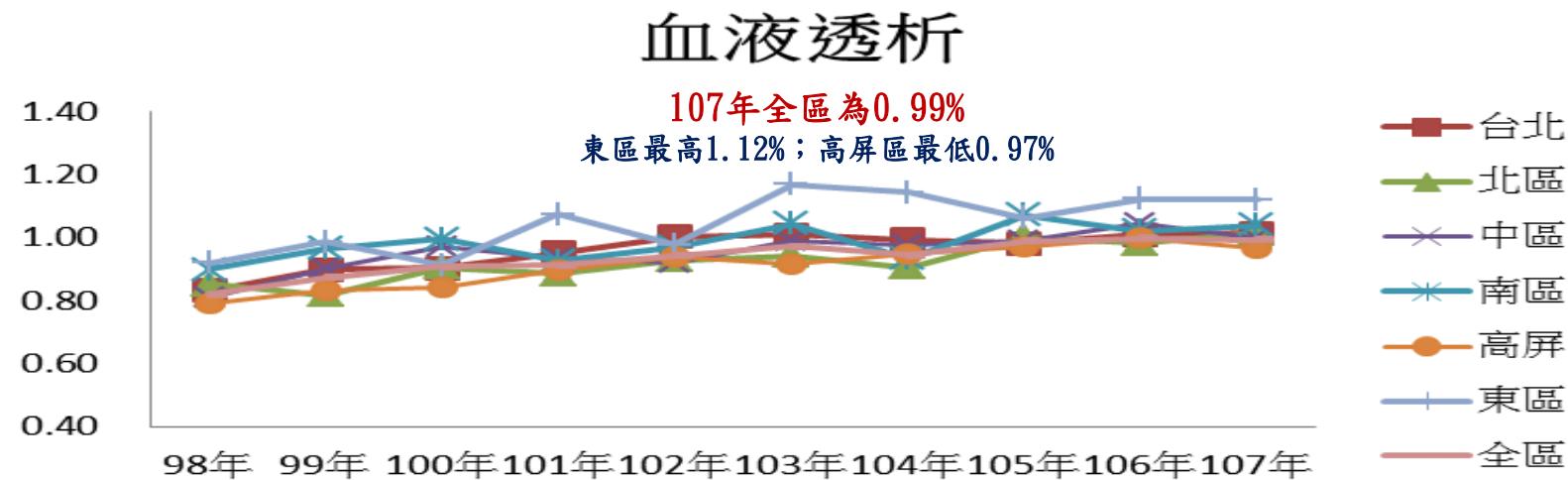


備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1450、1452)。

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） $\times 100\% /$ （追蹤期間透析時間<1年之總病  
人月數） 製表日期:108年5月22日。

# 透析時間≥1年之死亡率

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: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) 製表日期:108年5月22日。

# 護理人力之現況與改善情形

## 各層級醫院全日平均護病比達特定加成率概況

106 年各特約類別全日平均護病比達特定加成率概況

護病比 加成率		醫學中心		區域醫院		地區醫院	
1-4 月	5-12 月	護病比	符合 月次	護病比	符合 月次	護病比	符合 月次
11%	14%	< 7.0	43(14%)	< 10.0	659(62%)	< 13.0	3,697(89%)
	12%	7.0-7.4	78(25%)	10.0-10.4	178(17%)	13.0-13.4	88 ( 2%)
	9%	7.5-7.9	139(45%)	10.5-10.9	109(10%)	13.5-13.9	54 ( 1%)
10%	6%	8.0-8.4	48(15%)	11.0-11.4	59 ( 6%)	14.0-14.4	39 ( 1%)
9%	3%	8.5-8.9	4 ( 1%)	11.5-11.9	49 ( 5%)	14.5-14.9	37 ( 1%)
無加成		> 8.9	0 ( 0%)	> 11.9	14 ( 1%)	> 14.9	26 ( 1%)
未填或護 病比為 0			0 ( 0%)		0( 0%)		221 ( 5%)
總計			312		1,068		4,162

107 年各特約類別全日平均護病比達特定加成率概況

護病比 加成率		醫學中心		區域醫院		地區醫院	
1-11 月	12 月	護病比	符合 月次	護病比	符合 月次	護病比	符合 月次
14%	20%	< 7.0	59(19%)	< 10.0	718(67%)	< 13.0	3631(87%)
12%	17%	7.0-7.4	95(30%)	10.0-10.4	170(16%)	13.0-13.4	57 ( 1%)
9%	14%	7.5-7.9	124(40%)	10.5-10.9	79(7%)	13.5-13.9	55 ( 1%)
6%	5%	8.0-8.4	33(11%)	11.0-11.4	40 ( 4%)	14.0-14.4	42 ( 1%)
3%	2%	8.5-8.9	1 ( 0%)	11.5-11.9	53 ( 5%)	14.5-14.9	31 ( 1%)
無加成		> 8.9	0 ( 0%)	> 11.9	8 ( 1%)	> 14.9	30 ( 1%)
未填或護病 比為 0			0 ( 0%)		0( 0%)		317 ( 8%)
總計			312		1,068		4,163

# 護理人力之現況與改善情形

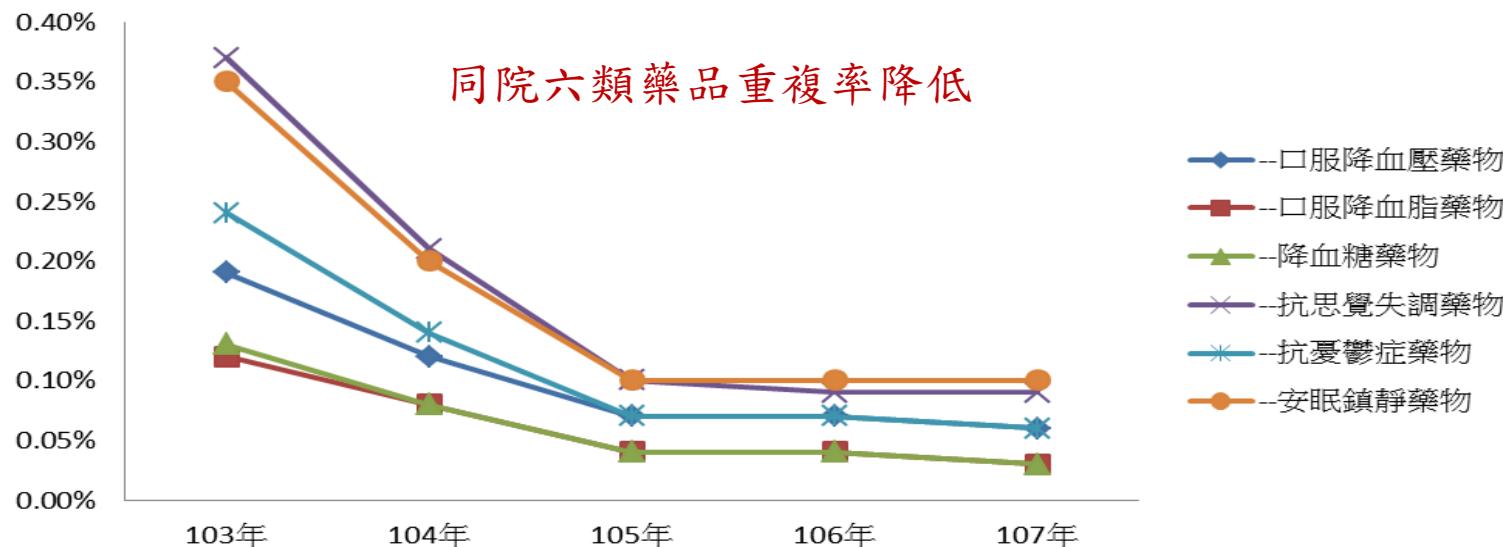
各層級醫院淨增加護理人員數(單位：人)

類別 年度	99	100	101	102	103	104	105	106	107	99~107年 累計增加
淨增加總數	1,184	1,709	1,069	2,243	1,317	1,423	2,217	2,250	2,581	15,993
醫學中心	222	674	640	932	682	473	1,063	955	1,016	6,657
區域醫院	908	769	342	1,071	609	937	926	994	985	7,541
地區醫院	29	229	145	235	54	-2	225	261	555	1,731
精神專科	25	37	-52	13	-31	24	1	13	-12	18
慢性醫院	-	-	-6	-8	3	-9	2	27	37	46

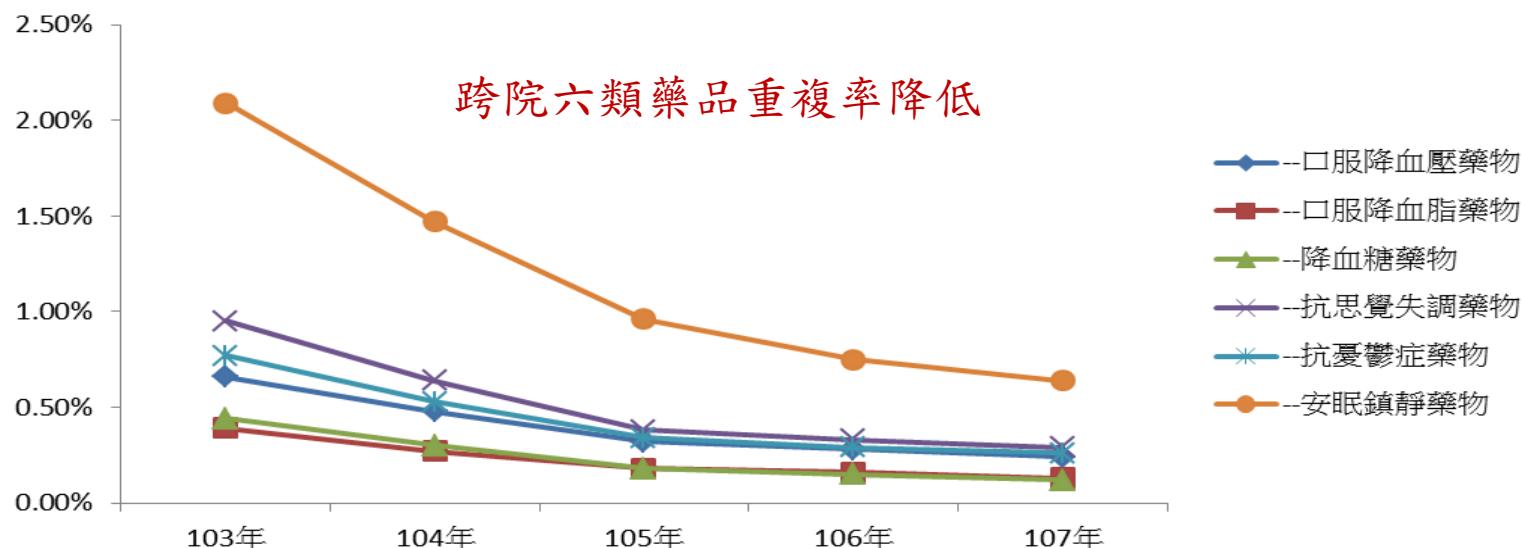
- 扣除新成立院所及原醫院床位增加所增加之護理人員，107年醫院共計淨增加2,581人。

# 同藥理用藥日數重複率-醫院總額

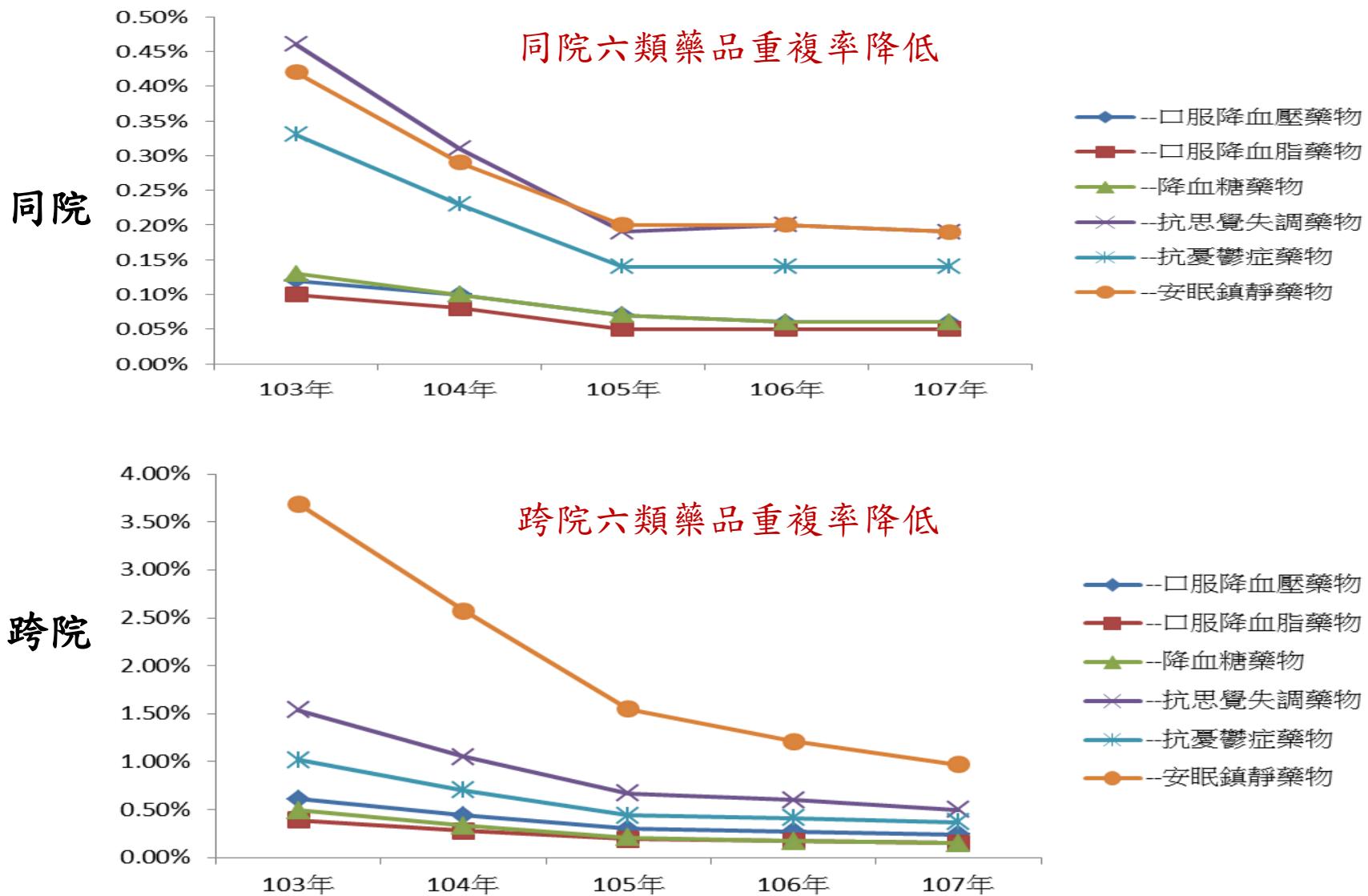
同院



跨院



# 同藥理用藥日數重複率-西醫基層



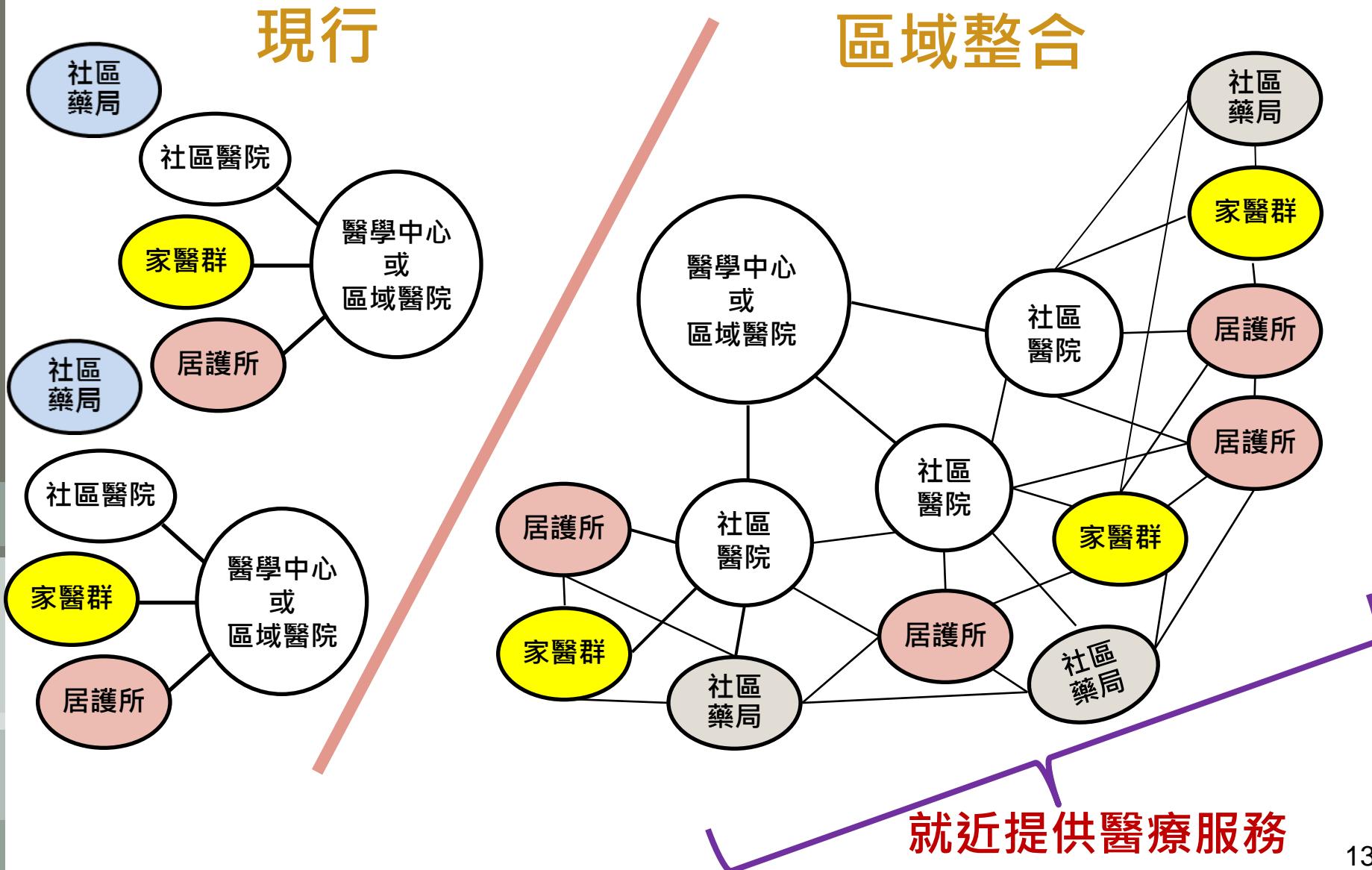
六

## 執行概況—以病人為中心



| 各整合方案

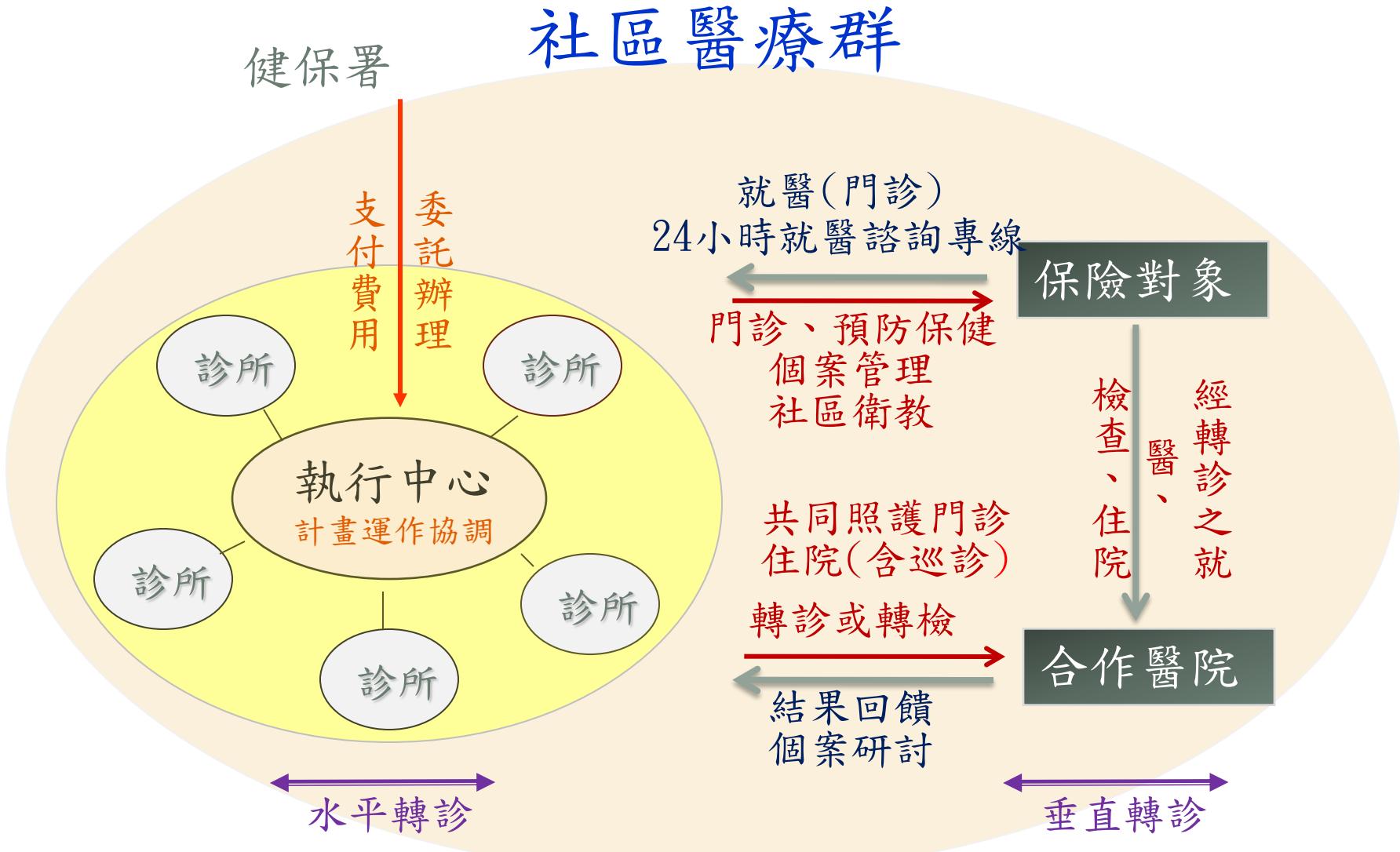
# 社區化整合照護模式



# 整合照護計畫

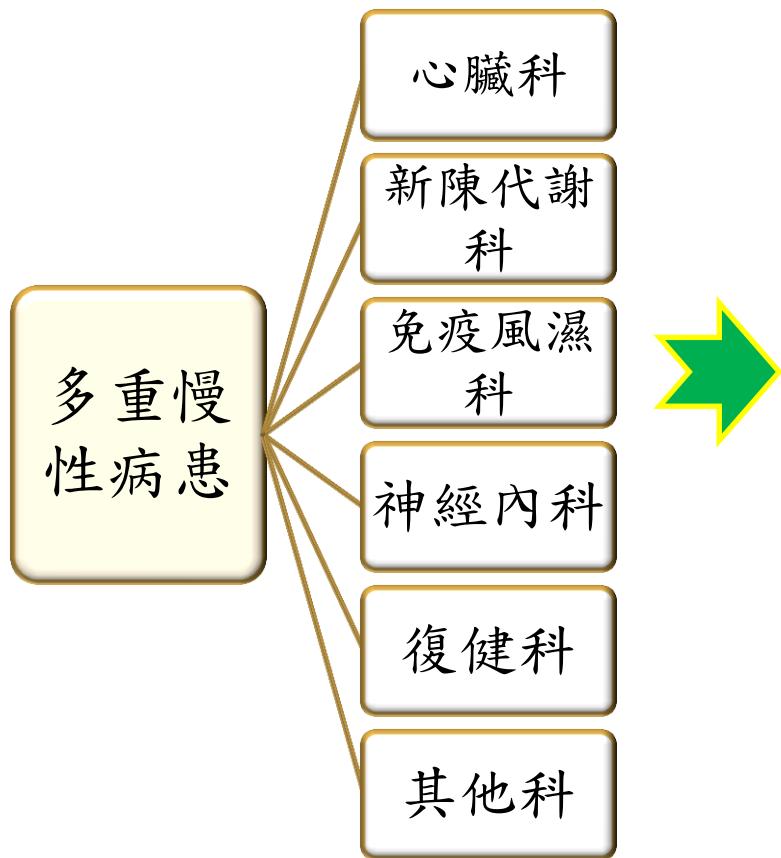


# 家醫群照護模式

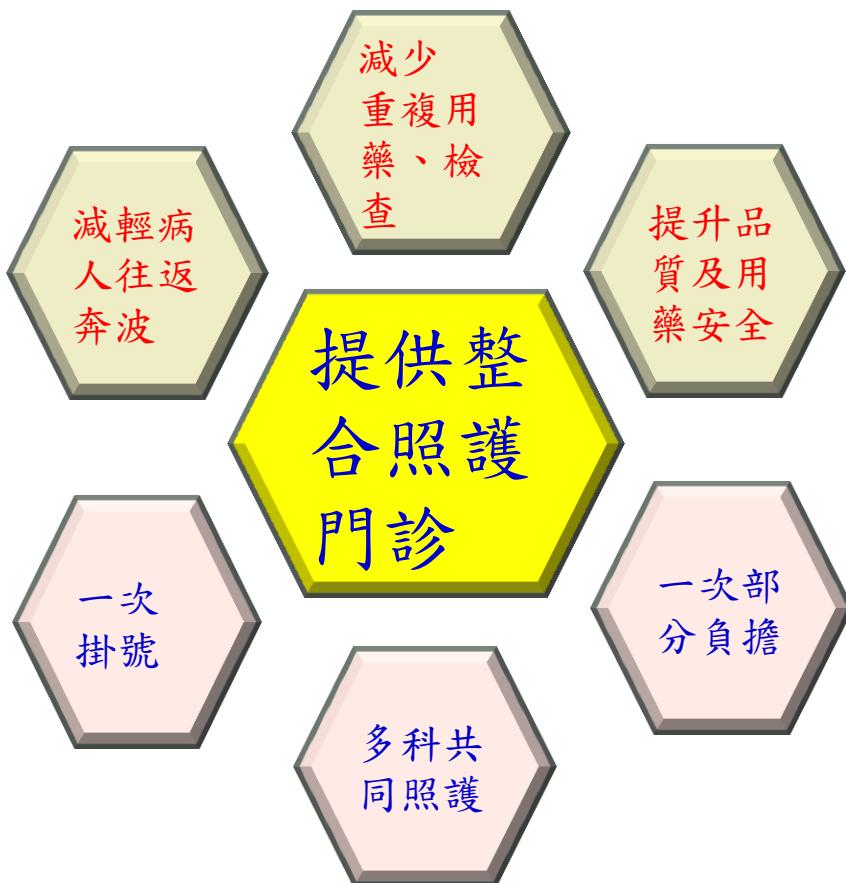


# 醫院門診整合模式

以醫師為中心



以病人為中心

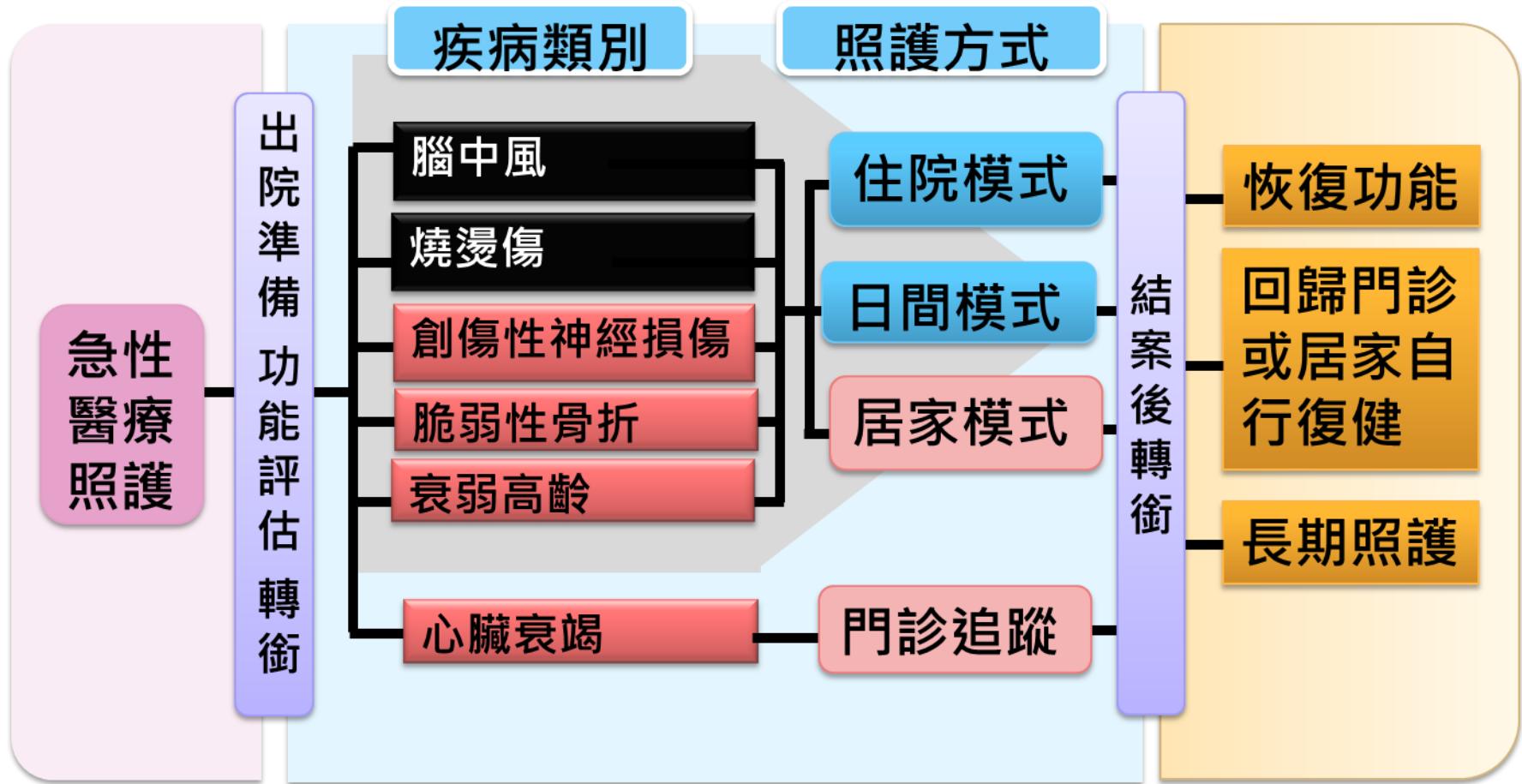


# 急性後期整合照護

急性期

急性後期(post acute care)

後續照護

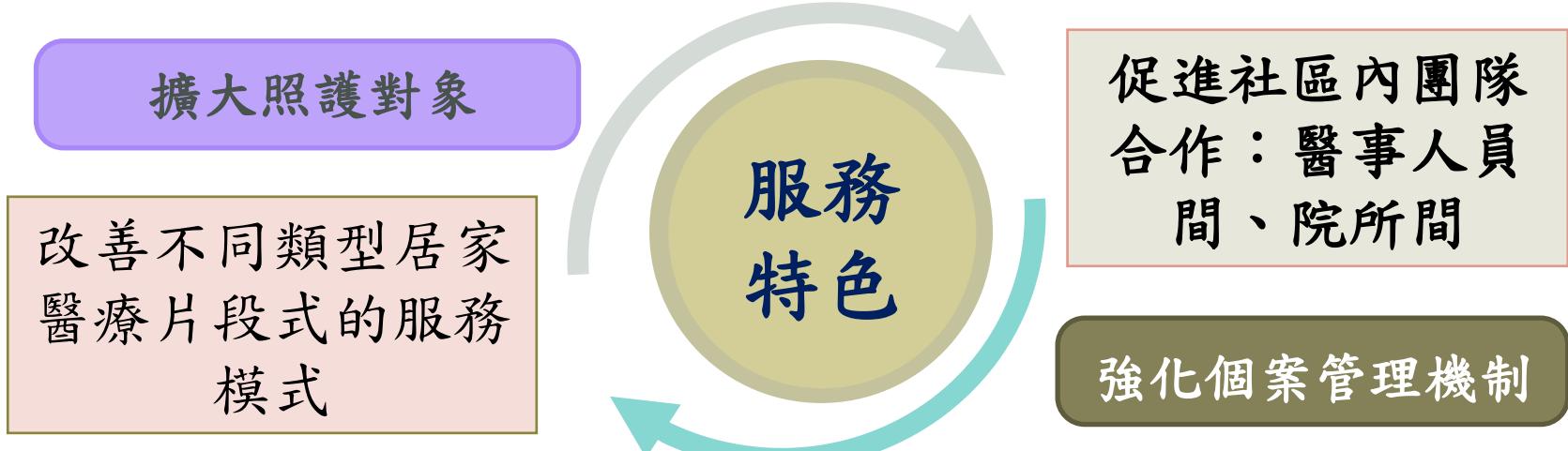


由急性後期照護團隊，依病人評估結果安排適當照護模式(除心臟衰竭外可轉換模式)，各類模式合計天數不超過計畫所訂上限天數。

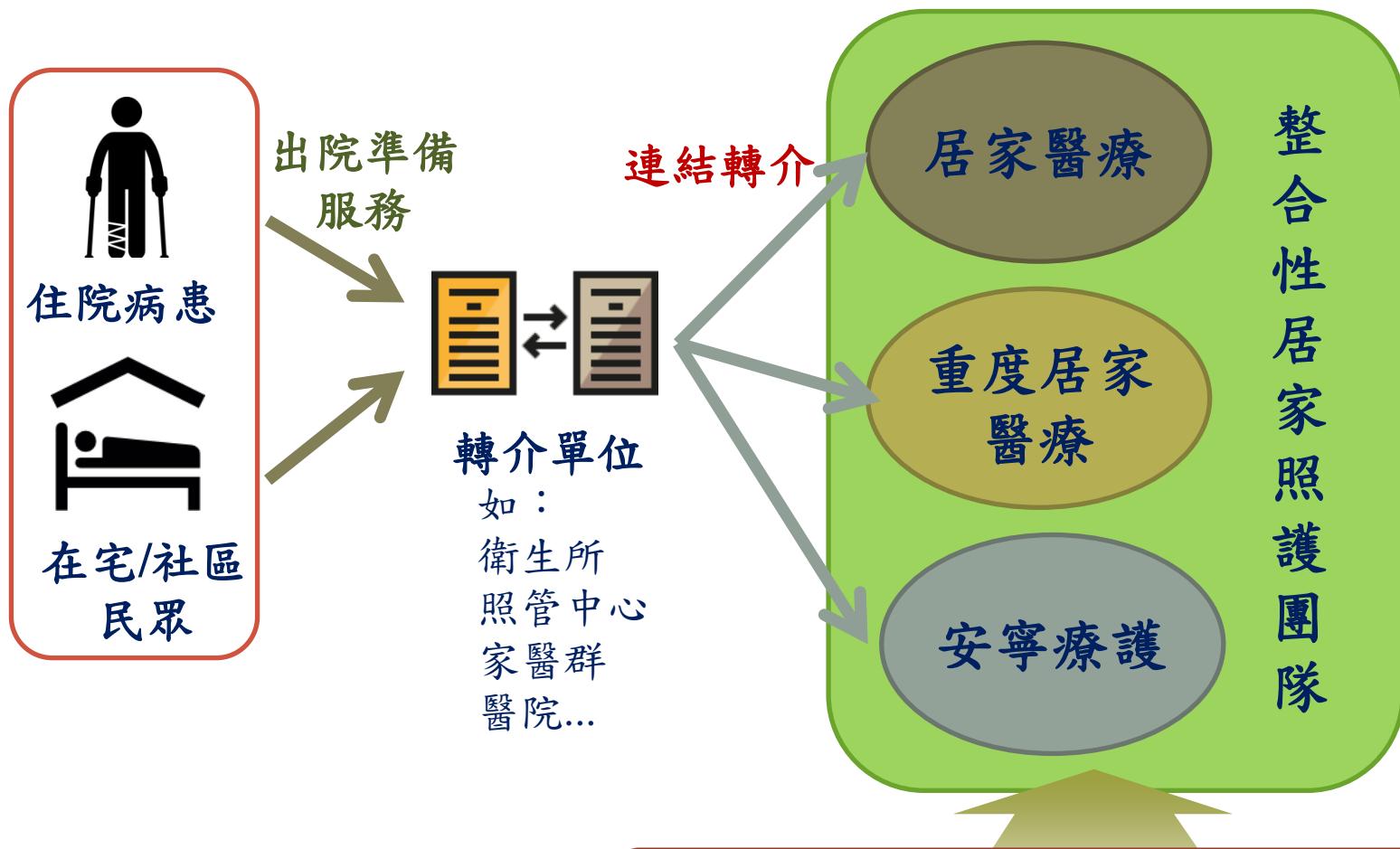
# 居家醫療照護整合計畫

- 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	



# 居家照護服務模式



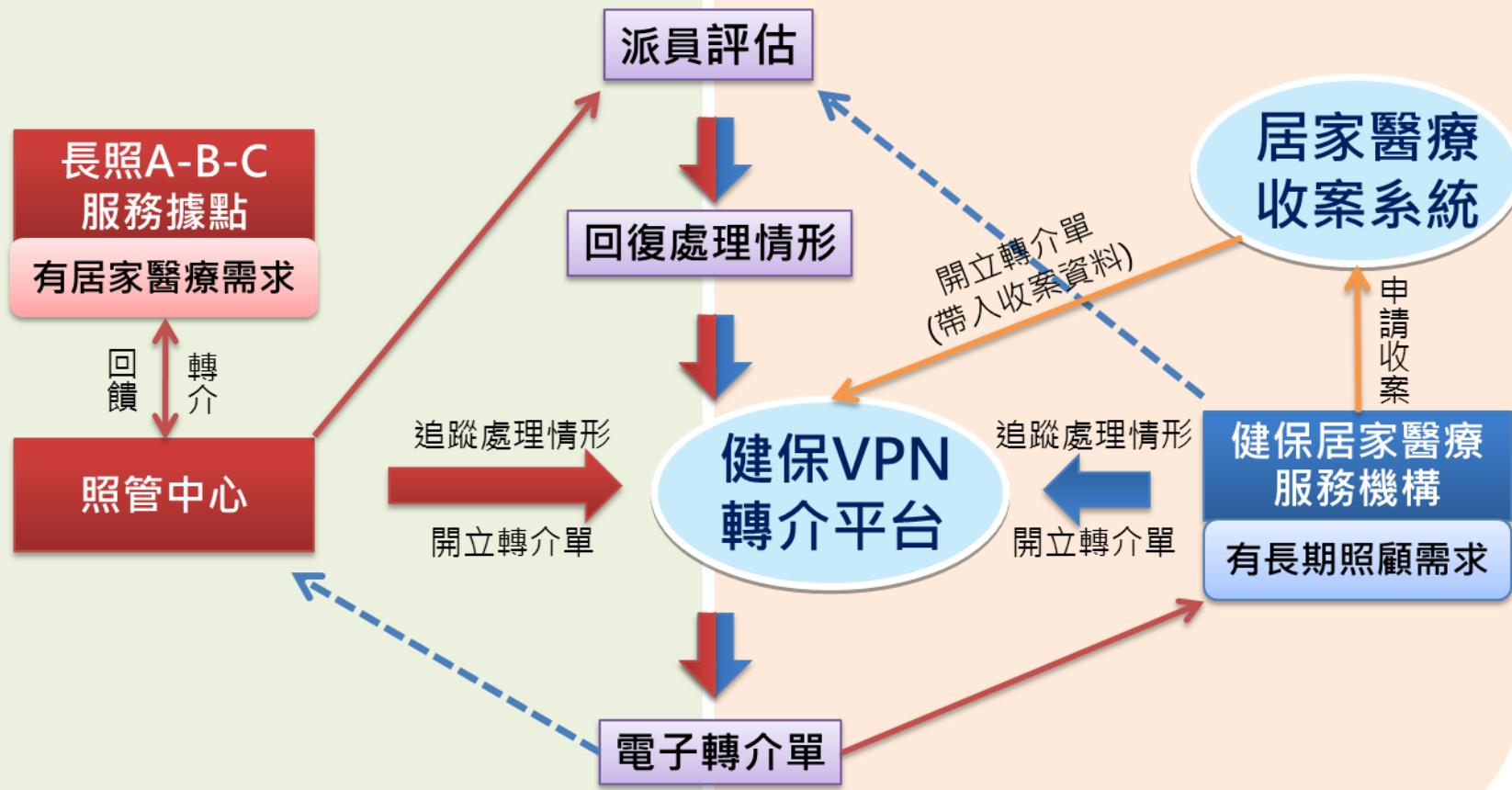
居家照護資訊共享平台

# 居家醫療與長照2.0轉介平台

長照體系

失智民眾  
失能民眾

醫療體系



備註：→ 醫療轉介長照流程；→ 長照轉介醫療流程；→ 連結居家

# 跨層級醫院合作計畫

鼓勵醫院跨層級合作，建置區域性醫療支援系統。



醫學中心、  
區域醫院



基層診所

「皮膚科、眼科、  
小兒科、耳鼻喉科」  
專科醫師支援急診



跨層級  
支援



地區醫院



## ■不適用對象：

- 同體系醫院間(含委託經營)之支援。
- 已參加衛生福利部或健保署有相似性質補助者。

# 全民健康保險轉診實施辦法

## 落實雙向轉診

- 保險對象經轉診治療後，其病情已無需在接受轉診院所繼續接受治療，應建議轉回原診療或其他適當之院所，接受後續追蹤治療。

## 保留轉診優先看診名額

- 特約院所應設置適當之設施及人員，為需要轉診之保險對象提供適當就醫安排，並保留一定優先名額予轉診之病人。

## 明訂轉診單效期

- 特約院所對符合需要轉診之保險對象，應開立轉診單，轉診單有效期間，自開立之日起算，至多九十日。

## 放寬視同轉診範圍

- 持轉診單就醫後，經醫師認定需繼續門診診療者，自轉診就醫之日起一個月內未逾四次之回診，視同轉診。

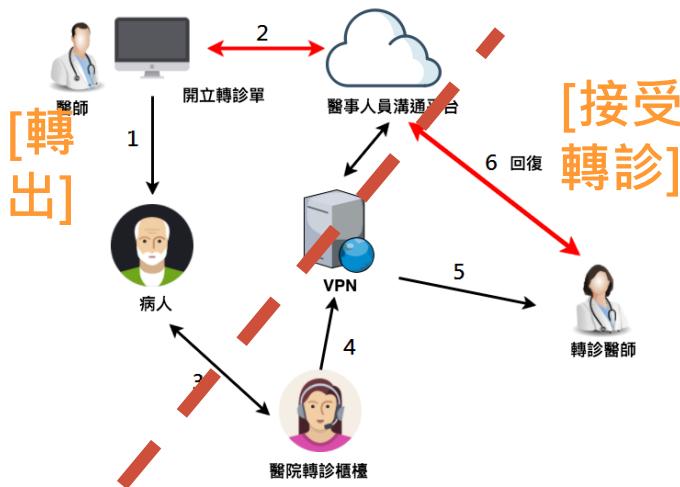
## 建議採用電子轉診

- 明列各項轉診單應記載之內容，建議特約院所使用健保署建立之電子轉診平台傳送轉診單。

註：修正發布自106年4月15日上路

# 106年3月1日開放使用電子轉診平台

- ▶ 建置電子轉診平台，讓接受轉診的醫師了解病人的病情，看診結果也可回復給原醫師，加強雙向溝通。
- ▶ 透過「即時查詢方案」、「家醫計畫指標」及轉診相關支付標準，鼓勵院所使用轉診平台，推動落實雙向轉診。



**開立電子轉診單**

**三 轉診單流程**

1. 開立電子轉診單 → 2. 回復電子轉診單 → 3. 轉回或轉至適當院所轉診單 → 4. 回復電子轉診單

**轉出醫事機構資料**

•醫事機構 3501200000	臺北虛擬診	(100字以內) 台北市中正區許昌街17號8樓 醫務管理科	傳真號碼
診治醫師姓名 測試-醫師	科別	聯絡電話 23825030	電子信箱 b130096@nhi.gov.tw

**保險對象基本資料**

•姓名	出生日期	•身分證號	備註
<input type="text"/>	<input type="text"/> 讀取健保卡	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 轉診對象為新生兒 / 胎次： <input type="text"/>

# 強化轉診流程、提升轉診效率

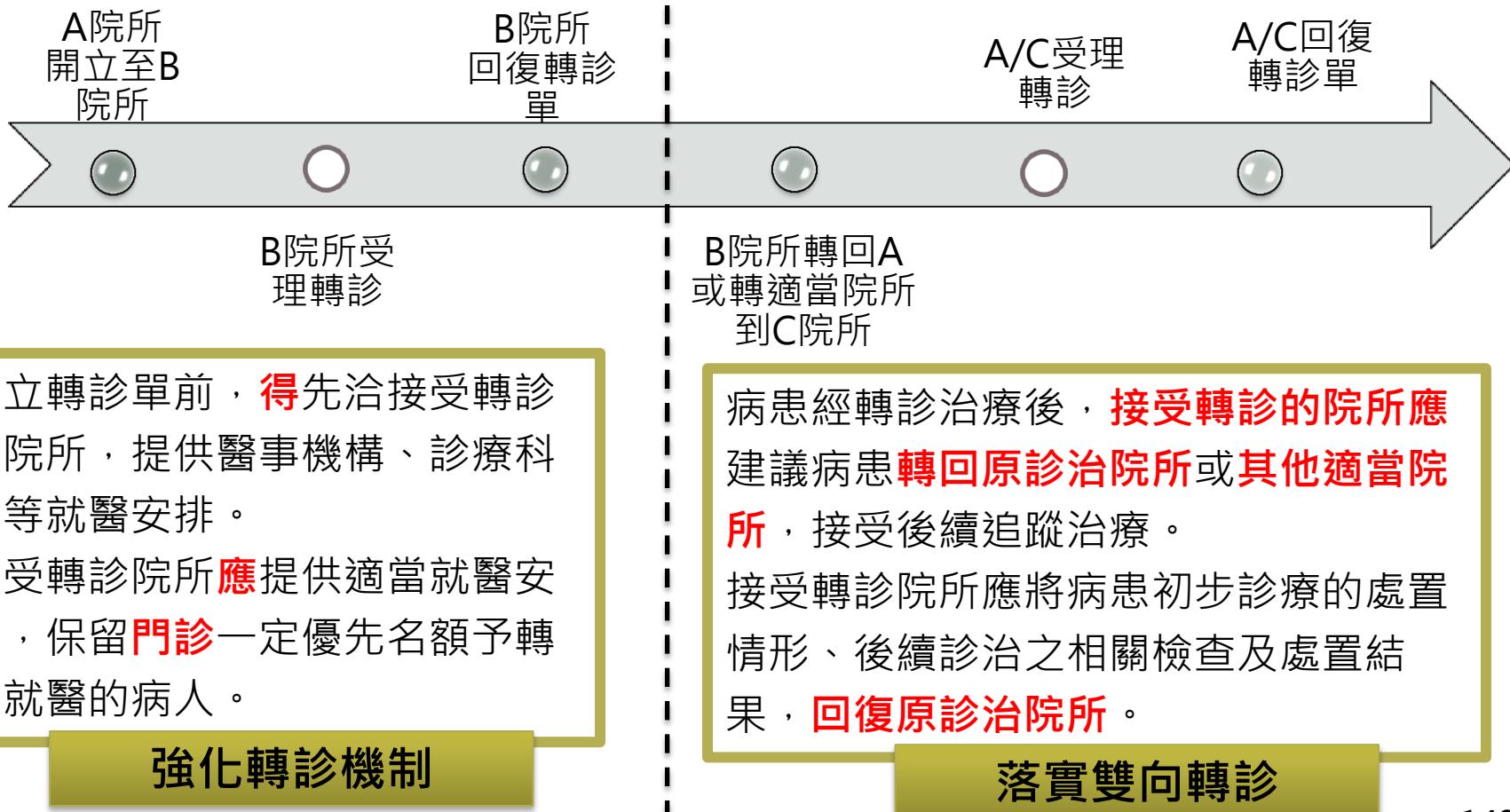
## 三 轉診單流程

1. 開立電子轉診單

→ 2. 回復電子轉診單

→ 3. 轉回或轉至適當院所轉診單

→ 4. 回復電子轉診單

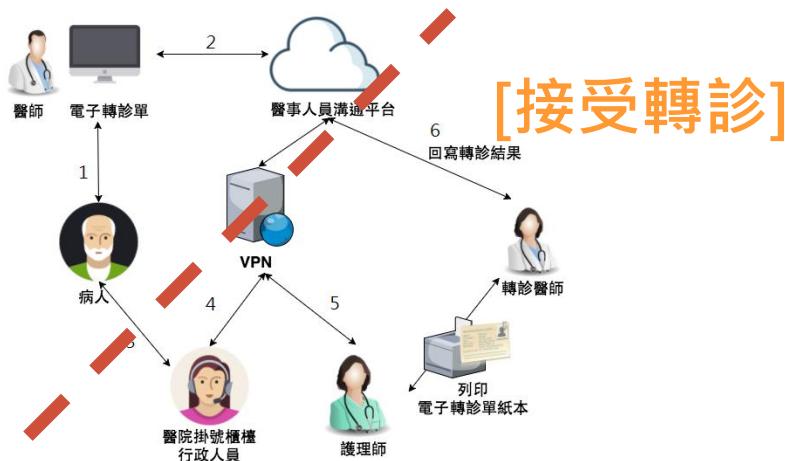


# 建置電子轉診資訊平台

## 總體目標

- ▶ 建置電子轉診平台，讓接受轉診的醫師了解病人的病情，看診結果也可回復給原醫師，加強雙向溝通。
- ▶ 透過「即時查詢方案」及「家醫計畫指標」，鼓勵院所使用轉診平台。
- ▶ 促進垂直整合，推動落實雙向轉診。

[轉出]



[接受轉診]

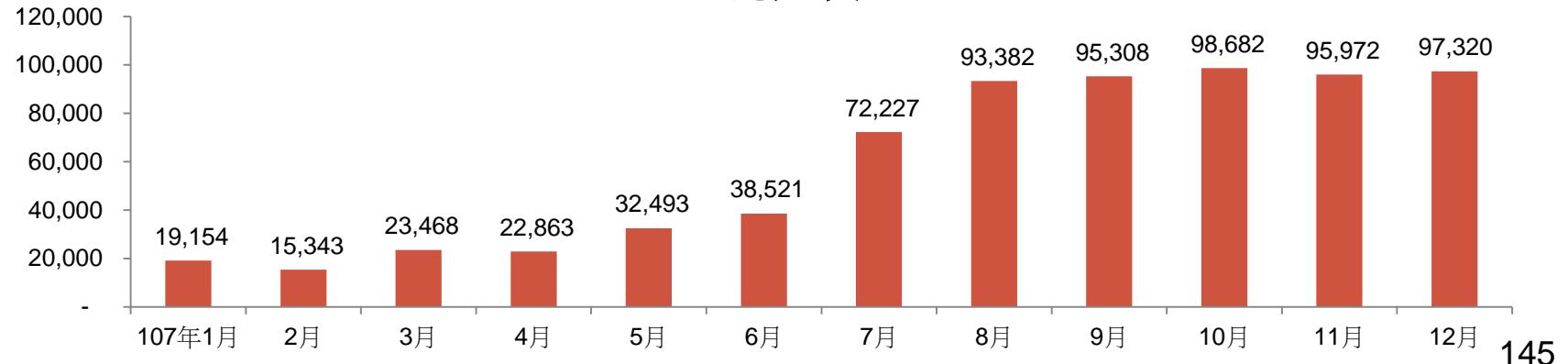


# 電子轉診平台每月轉診院所數

電子轉診平台使用家數及件數持續增加，至107年12月每月約7000家院所使用，轉診約9.7萬人次  
總院所數



總人次



# 上、下轉支付標準執行結果

## 一、107年預算執行情形

單位：百萬點

總額別	預算點數 (全年經費)	實際執行點數	預算執行率
醫院	258.0	70.7	27.4%
西醫基層	129.0	55.5	43.0%

## 二、107年各特約層級實際核付醫令數

特約層級	下轉 (01034B、 01035B)	上轉 (01036C、 01037C)	接受轉診 (01038C)	轉診合計
醫學中心	13,272	-	122,056	135,328
區域醫院	12,560	7,062	107,036	126,658
地區醫院	2,129	20,775	25,204	48,108
基層院所	-	224,726	14,222	238,948
合計	27,961	252,563	268,518	549,042

註：

- 表中所列為實際核付數，非申報數。
- 核付條件為申報案件需勾稽到轉入院所有申報對應之01038C「接受轉診診察費加算」或於電子轉診平台有登錄及回復病患就醫情形之資料
- 考量轉診單期限及補報期限，申報轉診未核付案件將往後再勾稽3季，確認是否核付

七

## 執行概況—公平面

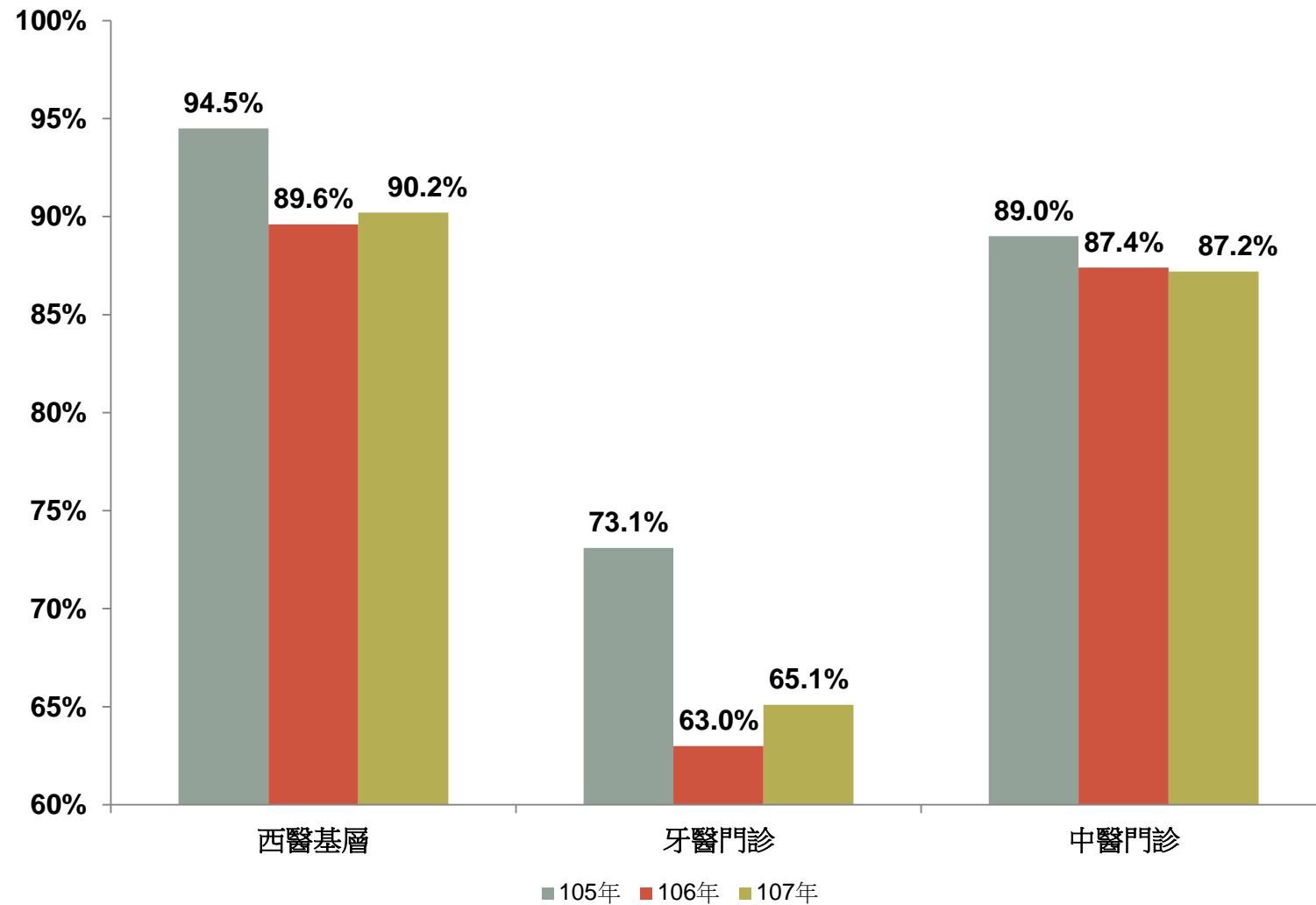


可近性

弱勢族群保障

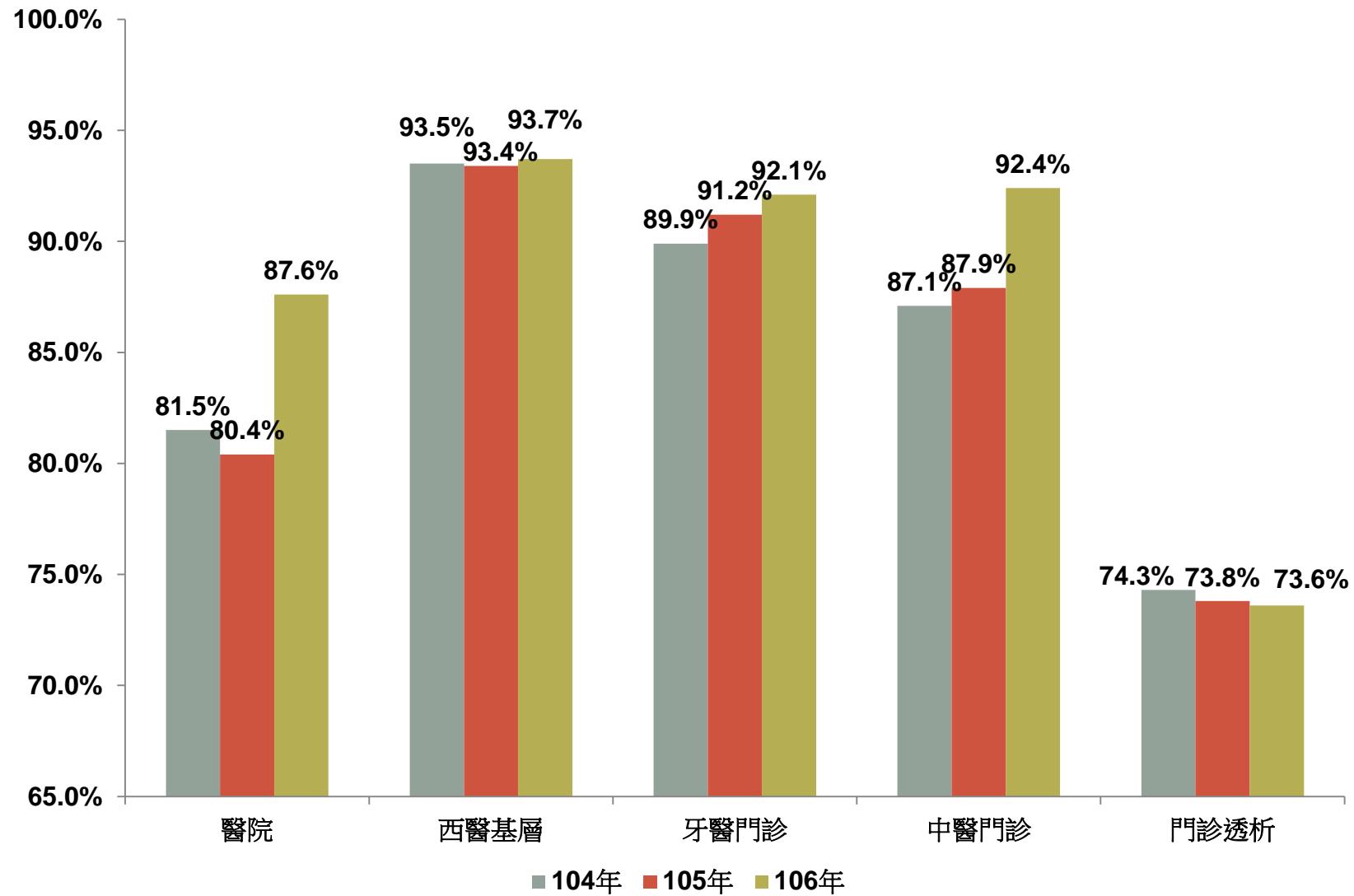
偏鄉照護計畫

# 滿意度調查-預約醫師容易程度

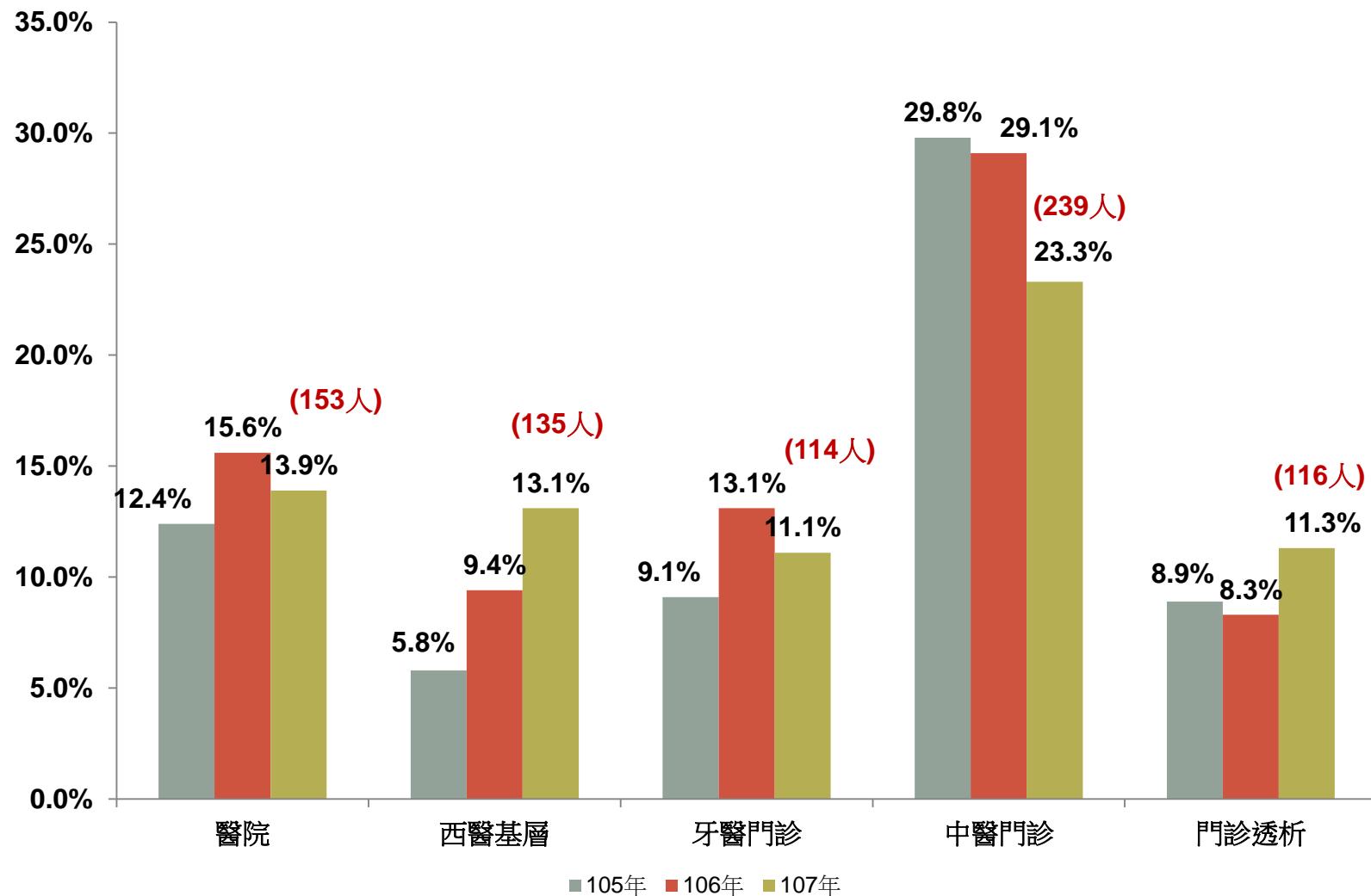


註. 本表呈現數據為容易+非常容易，門診透析與醫院部門無本題項

# 滿意度調查-就醫院所交通便利性



# 滿意度調查-被要求自費比率



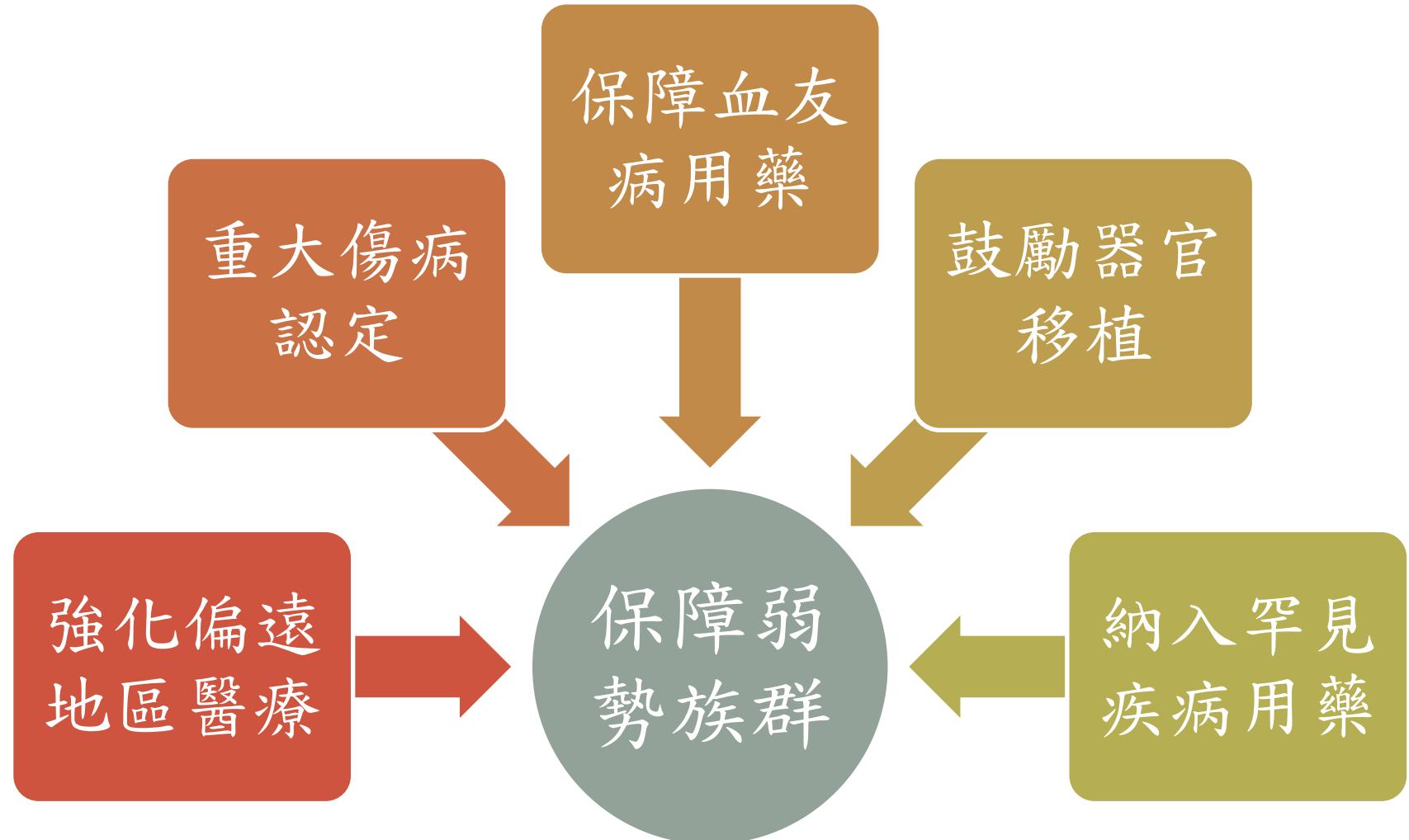
註：107年各總額部門滿意度調查之( )內數據，表示除掛號費和部分負擔外，自付其他費用之人數

# 自費資訊公開

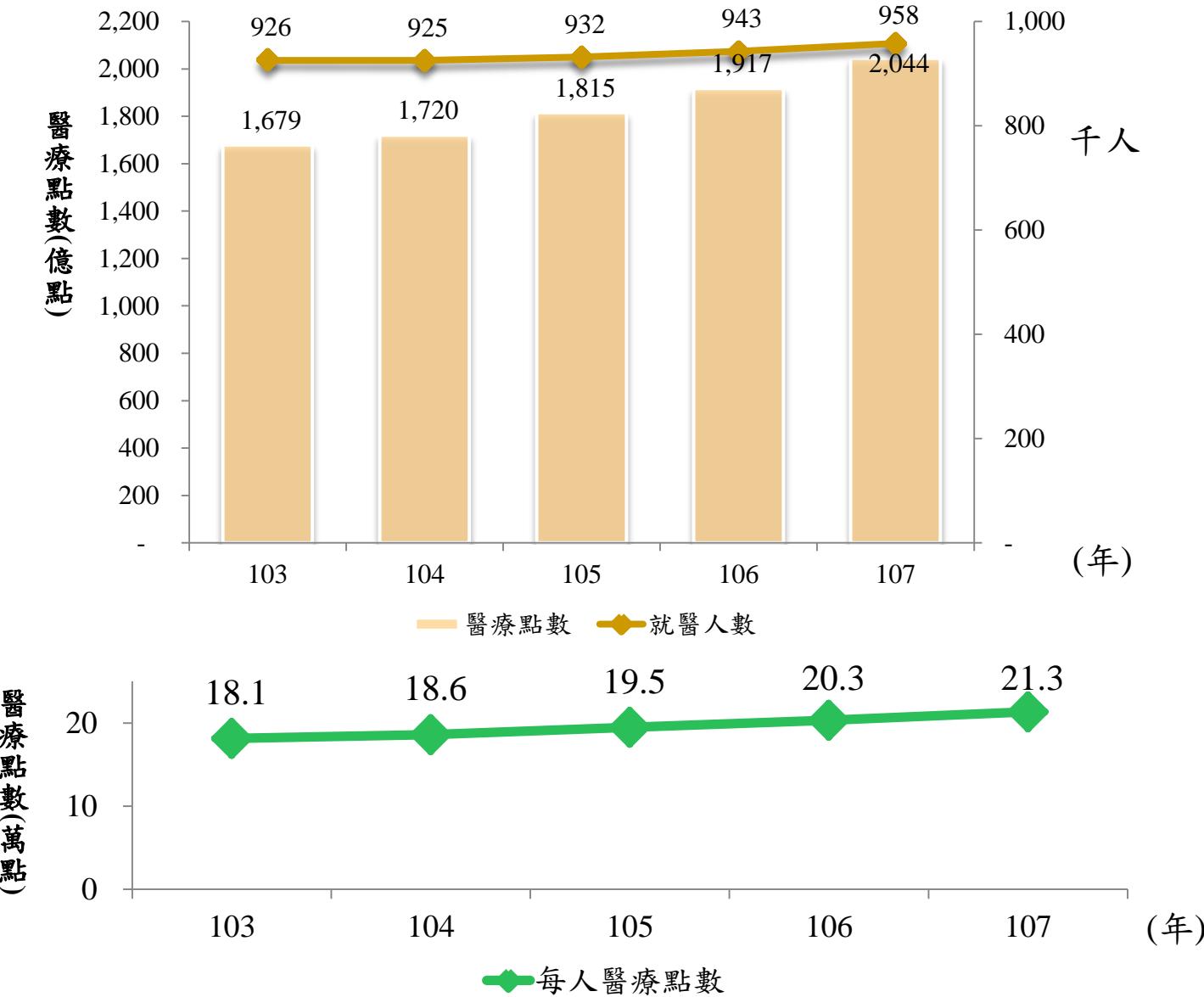
## • 自費醫材比價網

- ✓ 為使自付差價或健保尚無法納入給付之自費醫材透明化，並使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，並了解其替代品項。
- ✓ 醫療院所須登錄自費醫材品項價格，以供民眾參考。
- ✓ 每週二更新資料，累計瀏覽人數約137.6萬人。
- ✓ 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，並自107年增列自費醫材的健保替代品，若無替代品，會說明健保暫無法給付的原因，以供民眾參考。

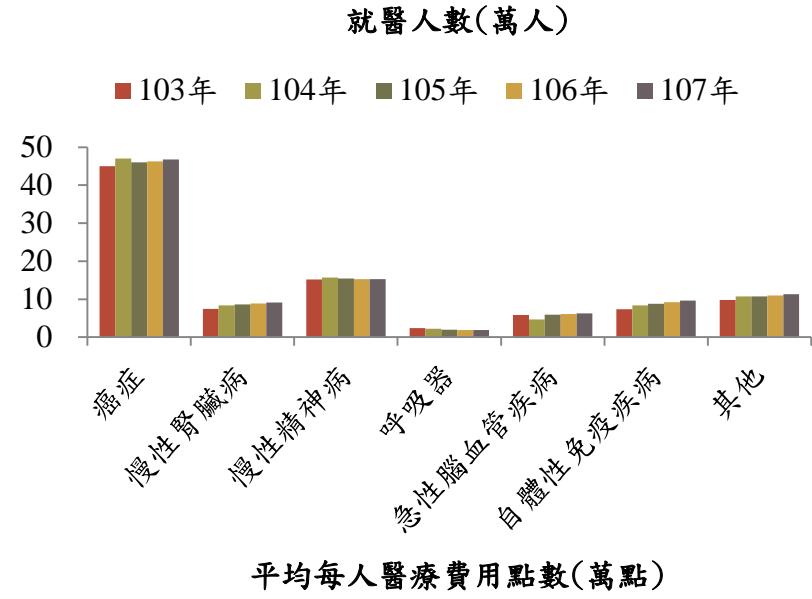
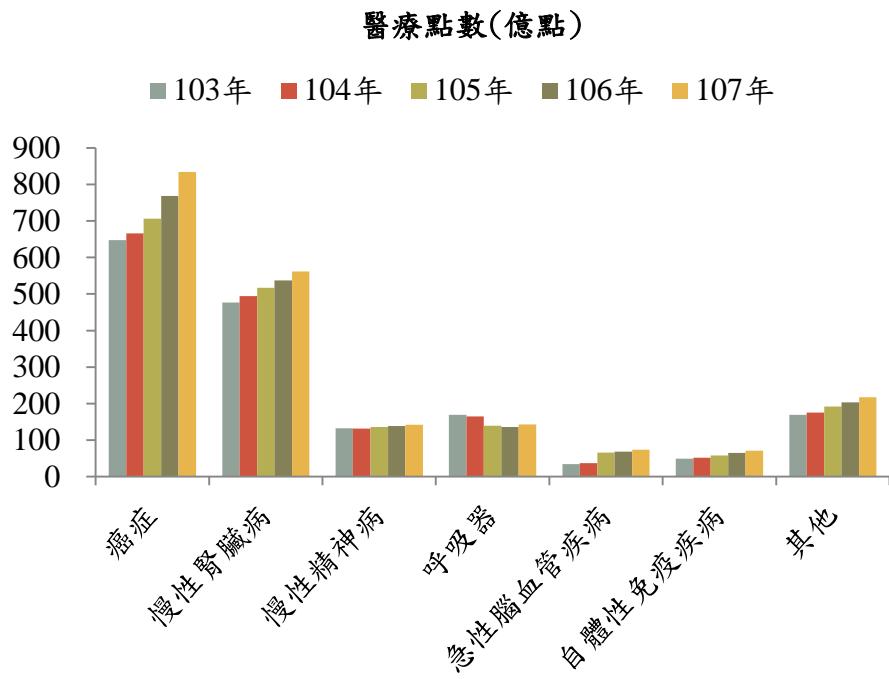
# 保障弱勢族群醫療權益



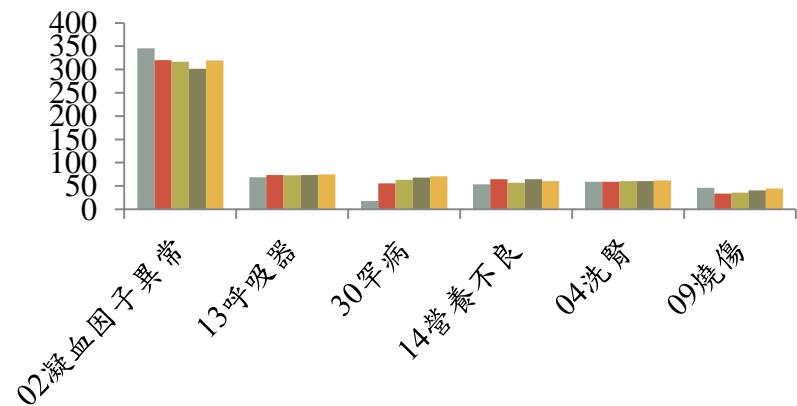
# 重大傷病費用支出



# 重大傷病就醫疾病概況



103年至107年前6大重大傷病  
醫療點數占所有重大傷病醫  
療點數之89.35%~90.25%。

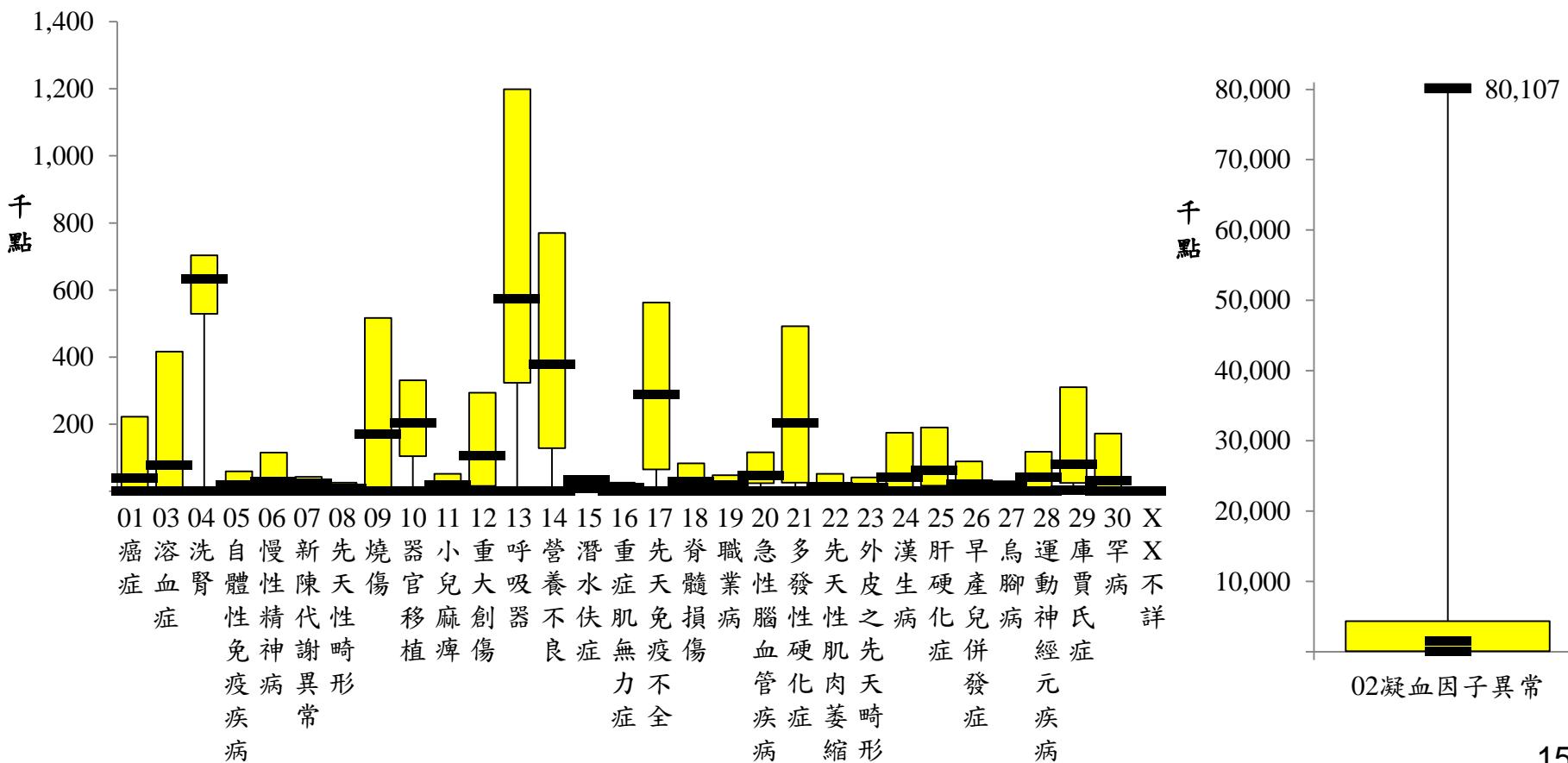


註

- 醫療點數:第5名之重大傷病，103-104年為自體性免疫疾病；105-107年為急性腦血管疾病、自體性免疫疾病為第6名。
- 營養不良為因腸道大量切除或失去功能，或其他慢性疾病引起嚴重營養不良者，給予全靜脈營養已超過30天，口攝飲食仍無法提供足量營養者。

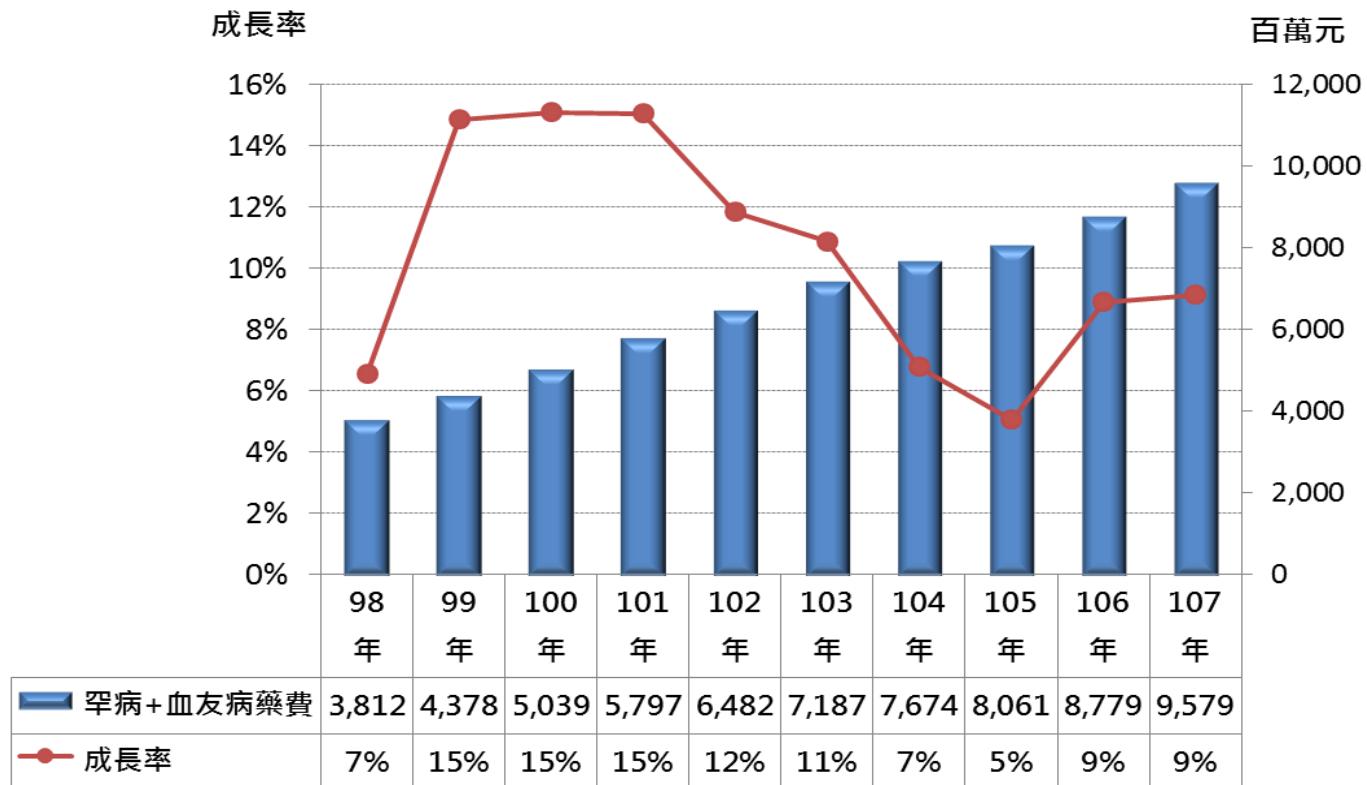
# 107年各類重大傷病-每人醫療點數

類型	01 癌症	03 溶血症	04 洗腎	05 自體性免疫疾病	06 慢性精神病	07 新陳代謝異常	08 先天性畸形	09 燒傷	10 器官移植	11 小兒麻痺	12 重大創傷	13 呼吸器	14 營養不良	15 潛水休症		
類型	16 重症肌無力症	17 先天免疫不全症	18 脊髓損傷	19 職業病	20 急性腦血管疾病	21 多發性硬化症	22 先天性肌肉萎縮	23 外皮之先天畸形	24 漢生病	25 肝硬化症	26 早產兒併發症	27 烏腳病	28 運動神經元疾病	29 庫賈氏症	30 罕病	XX 不詳
最大值(千點)	14,409	13,925	15,149	23,590	8,500	18,852	11,931	6,429	13,702	2,908	6,243	46,517	9,396	97		



# 罕病、血友病藥費專款支出情形

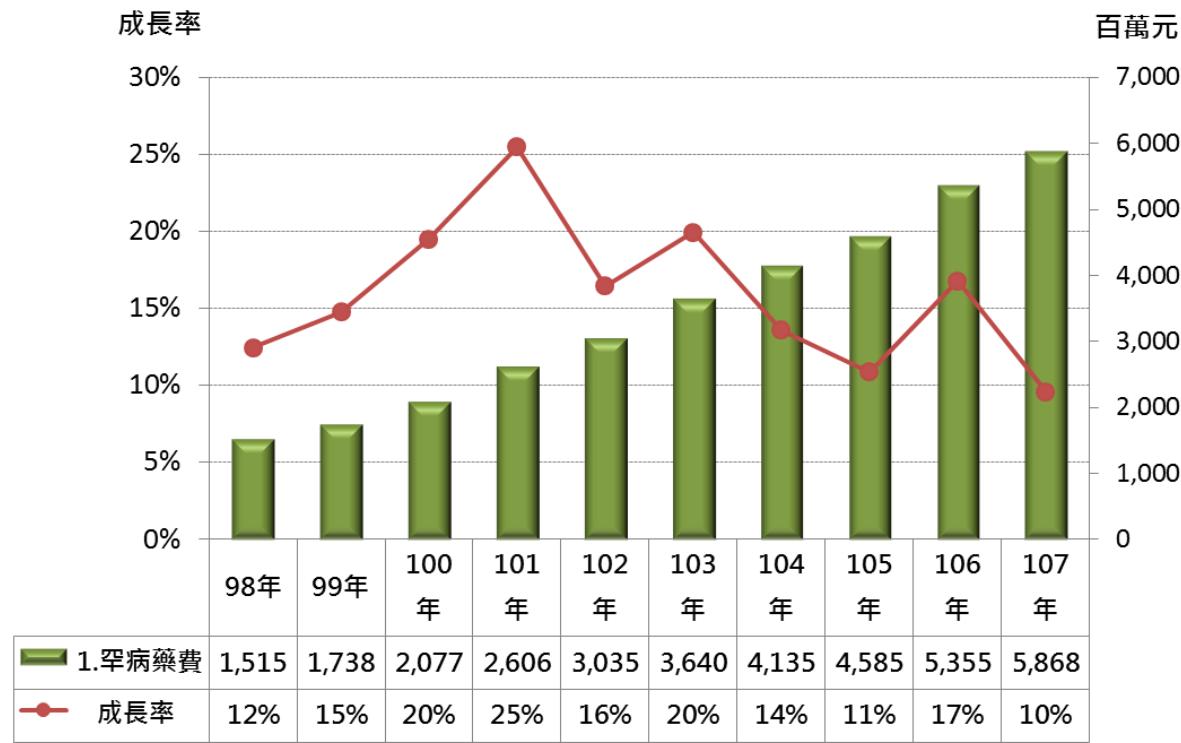
本項專款支出，98年為38億元，因罕病與血友病人數增加，至107年支出為95.79億元，藥費成長率在本署監控下，近年成長率趨緩。



- 1.罕病藥費不含罕病特材費用，藥費及特材支出擷取自各年度醫院總額第4季點值結算說明表。
- 2.罕見疾病特材預算(104年起新增)，104年費用支出3.22百萬元；105年1.54百萬元；106年3.36百萬元；107年支出1.12百萬元。

# 罕病藥費專款支出情形

- 107年罕病藥費支出58.68億元。
- 近5年平均每年費用成長率約14.2%。



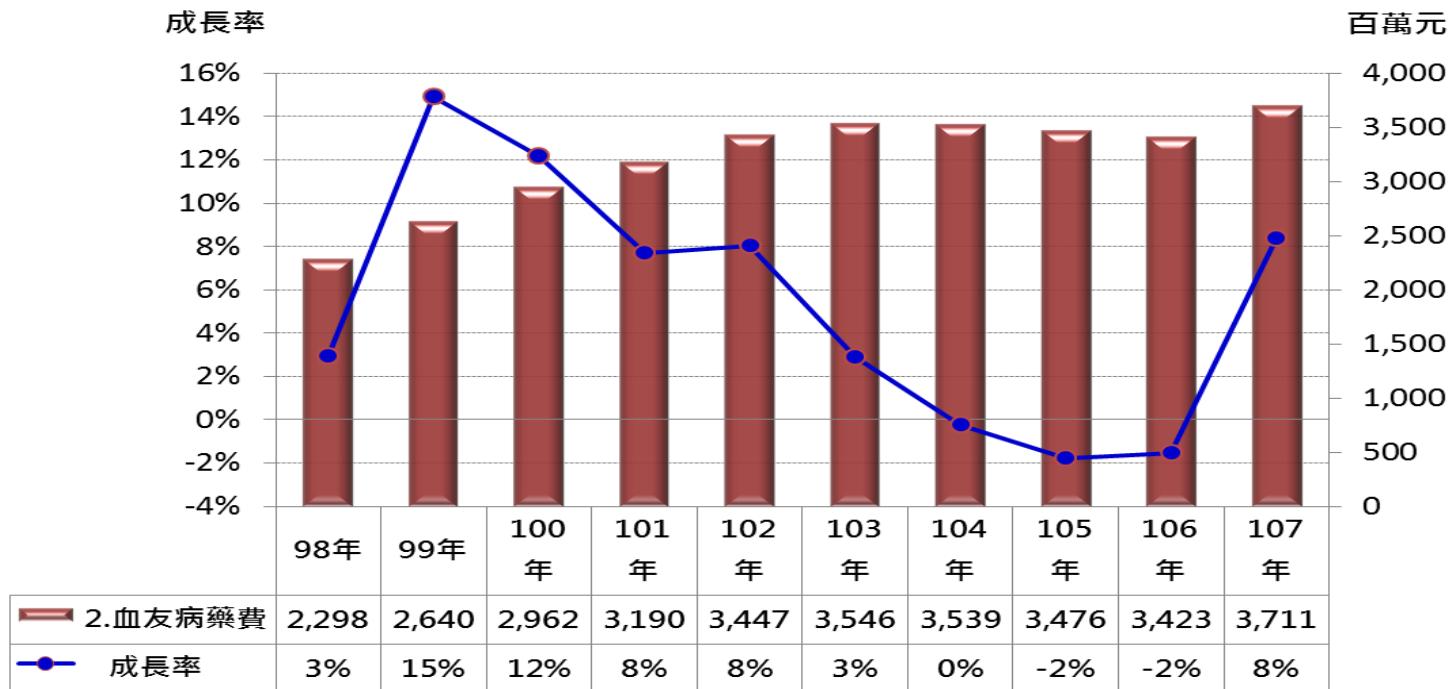
註:1.本表近5年平均每年費用成長率係以幾何平均數計算。

2.罕病藥費不含罕病特材費用，藥費及特材支出擷取自各年度醫院總額第4季點值結算說明表。

3.罕見疾病特材預算(104年起新增)，104年費用支出3.22百萬元；105年1.54百萬元；106年3.36百萬元；107年支出1.12百萬元。.

# 血友病藥費專款支出情形

- 107年血友病藥費37.11億元。
- 近5年平均每年費用成長率約1.6%。



註 1.本表近5年平均每年費用成長率係以幾何平均數計算。

2.藥費支出擷取自各年度醫院總額第4季點值結算說明表。

3.94~98年只納入先天血友病，99年起納入後天血友病，103年起納入類血友病。

4.血友病藥費106年預算31.49億元，其預算不足2.74億元，由其他預算「支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費、罕見疾病特材及器官移植、西醫基層總額原慢性B型及C型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

# 鼓勵器官移植專款支出情形

項目	年					
		103	104	105	106	107
預算數	值(億元)	39.7	39.7	41.6	42.2	44.0
	成長率	8.2%	0.0%	4.8%	1.34%	4.4%
預算執行數	值(億元)	36.1	37.0	39.0	41.92	43.9
	成長率	11.7%	2.5%	5.5%	7.49%	4.7
預算執行率(%)		91%	93%	94%	99%	99.8%
<b>整體支出情形</b>						
移植人數	值(人)	<b>1,590</b>	<b>1,591</b>	<b>1,657</b>	<b>1,723</b>	<b>1,801</b>
	成長率	9.2%	0.1%	4.1%	4.0%	4.5%
移植費用	值(億元)	16.7	16.7	17.2	18.8	20.2
	成長率	16.2%	0.2%	3.0%	9.3%	7.5%
抗排斥藥費	值(億元)	19.4	20.3	21.9	23.2	23.7
	成長率	8.1%	4.4%	7.9%	6.0%	2.5%

本專款主要支應心臟、肺臟、肝臟、腎臟、骨髓、胰臟及腸移植共7項手術個案，其當次住診費用及術後門住診追蹤之抗排斥藥費。

# 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

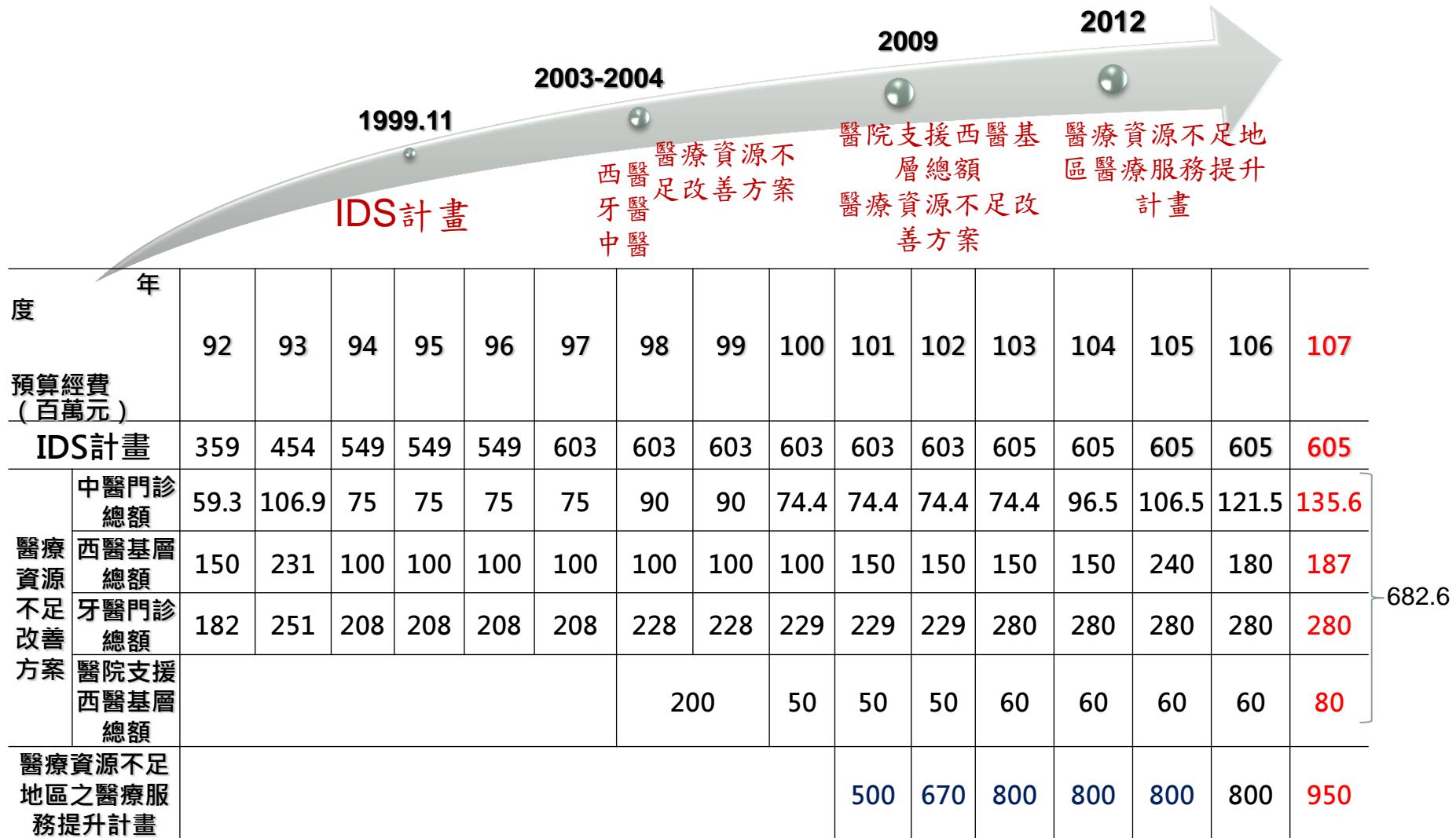
西、中、牙  
醫療資源不  
足地區改善  
方案

醫療資源不  
足地區之醫  
療服務提升  
計畫

註：

1. 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。
2. 牙醫部門針對偏鄉且點值低之院所亦給予保障。

# 健保偏鄉醫療推動歷程及投入資源

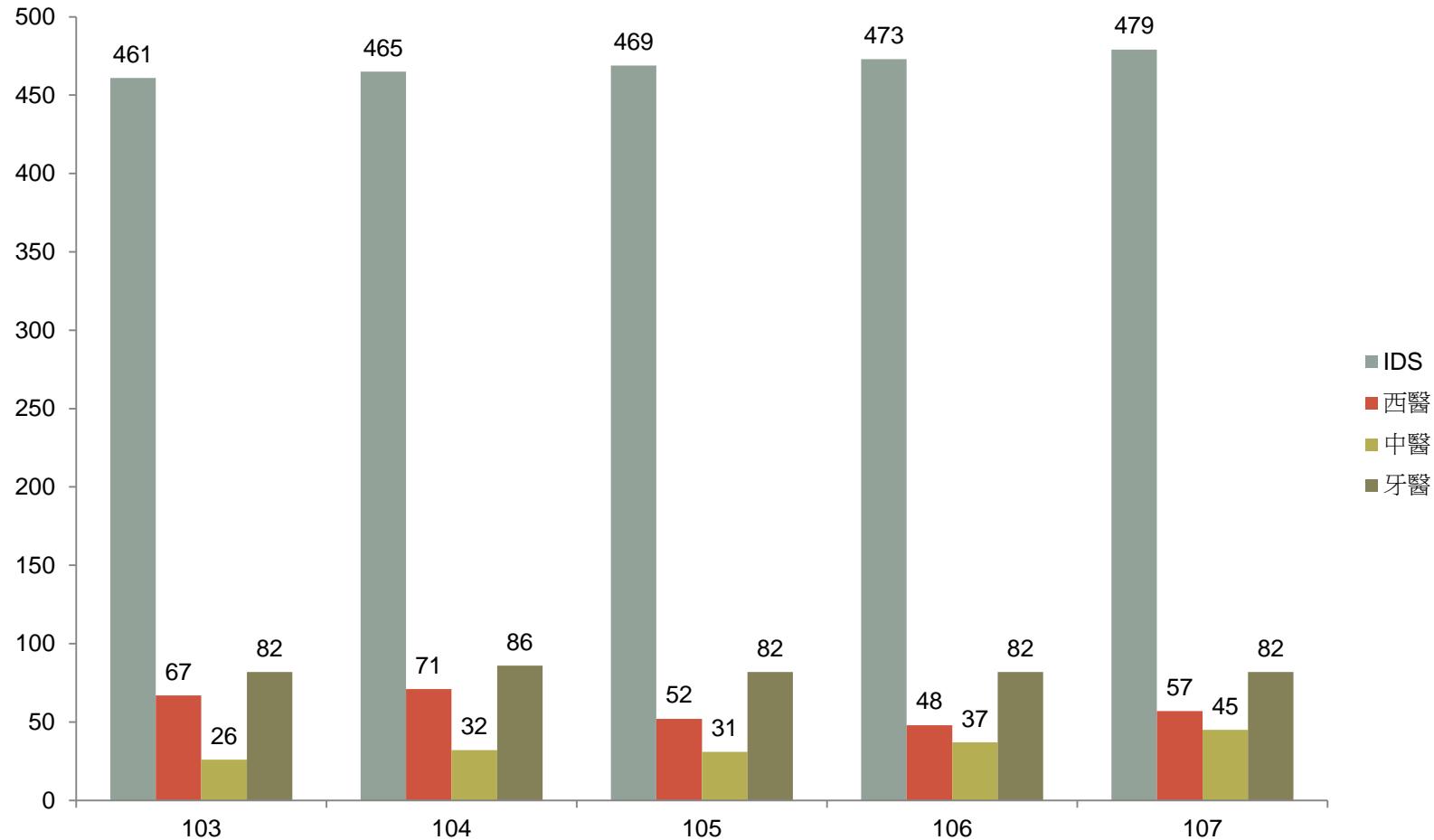


註：執行期間係980801~990731，展延98年度計畫至99年12月31日止

合計2,238百萬元

# 健保偏鄉醫療歷年服務人數

單位:千人

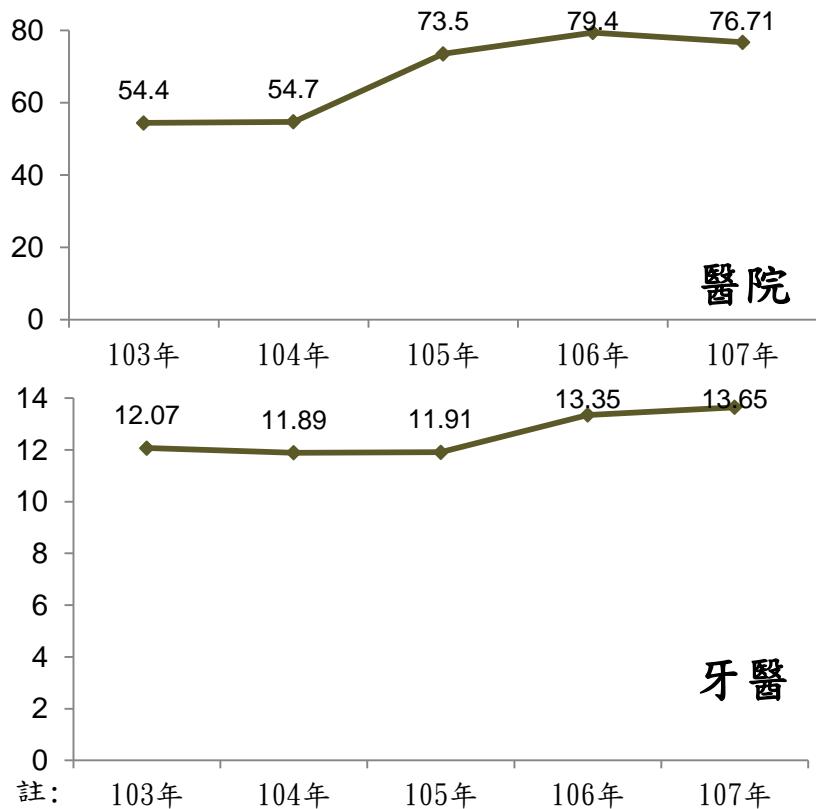


註：

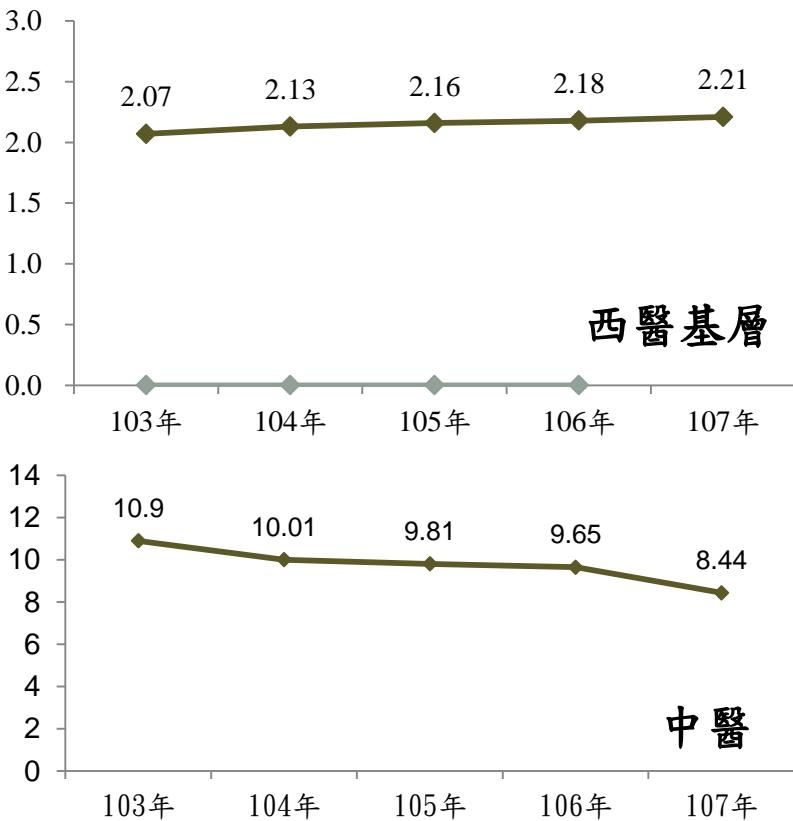
- 1.IDS計畫照護人數為針對當年最後一筆投保狀態為在保之人數針對其戶籍紀錄進行統計。
- 2.醫療資源不足地區改善方案為巡迴及開/執業計畫服務人數。

# 依發展程度觀察最高與最低兩組之醫師人力比值

107年觀察各部門最高與最低兩組醫師人力之比值，西醫基層、牙醫比值較106年增加，醫院、中醫比值較106年降低。

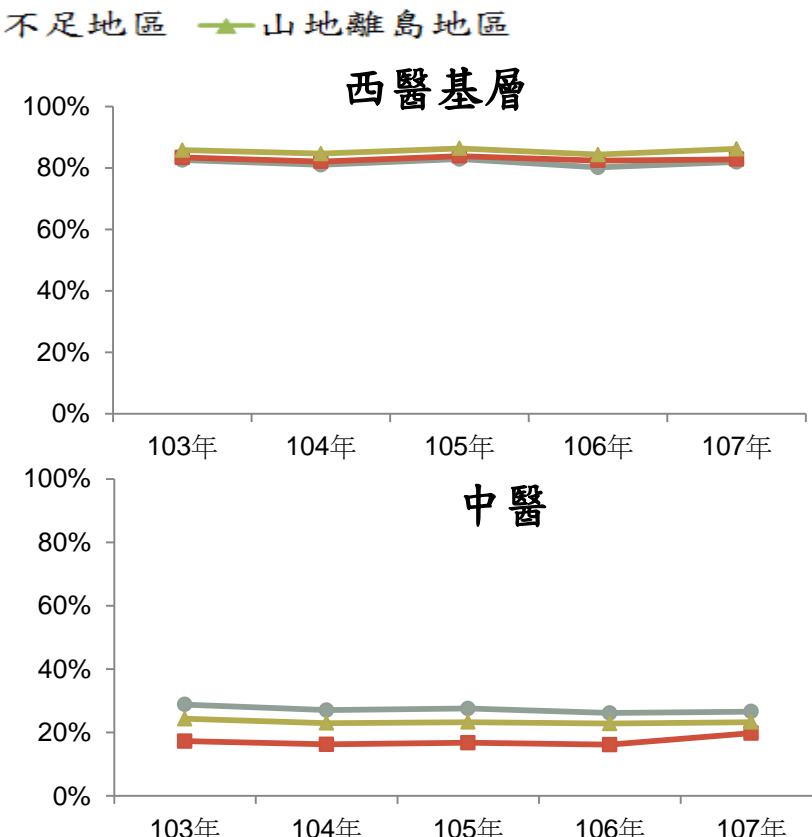
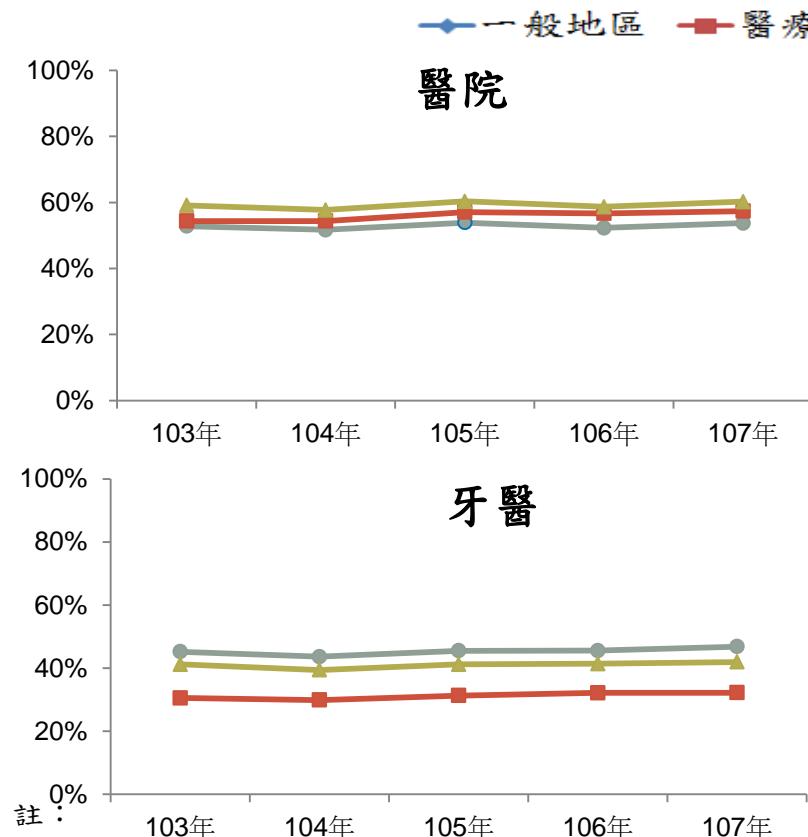


- 註： 103年 104年 105年 106年 107年
1. 每萬人口醫師數為戶政司當年底戶籍人口數/醫師數(各部門總額)
  2. 鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值
  3. 引用全民健康保險年度監測結果報告書鄉鎮市區發展程度分類建議採謝雨生(2011)定義，依鄉鎮市區之「人力資源結構」、「社會經濟發展」、「教育文化發展」、「交通動能發展」、「生活環境發展」及「資訊基礎建設」等構面加以分類，分為1級至5級區域，共5組。



# 各地區就醫率—一般\醫療資源不足地區\山地離島地區

107年醫院及西醫基層門診就醫率為山地離島地區最高，醫療資源不足地區居次，一般地區就醫率較低；牙醫及中醫部門則相異，一般地區之門診就醫率較高，其次為山地離島地區，最低為醫療資源不足地區。



註：

1.就醫率系門診就醫人數(分為醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診)/總人數

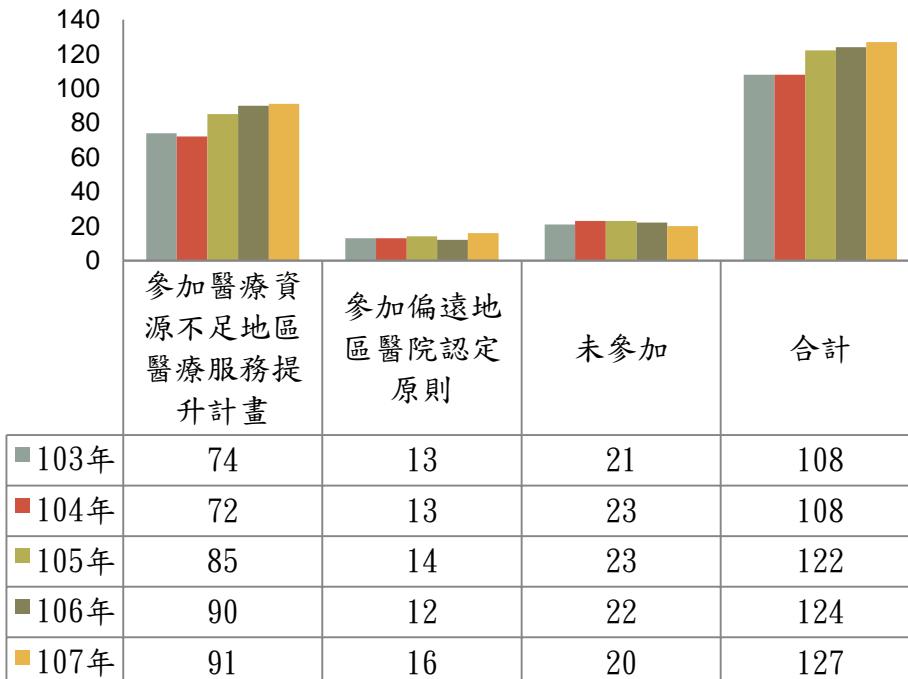
2.醫療資源不足地區按該部門當年度公告之醫療資源不足地區；山地離島地區為執行山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS)之地區

# 醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

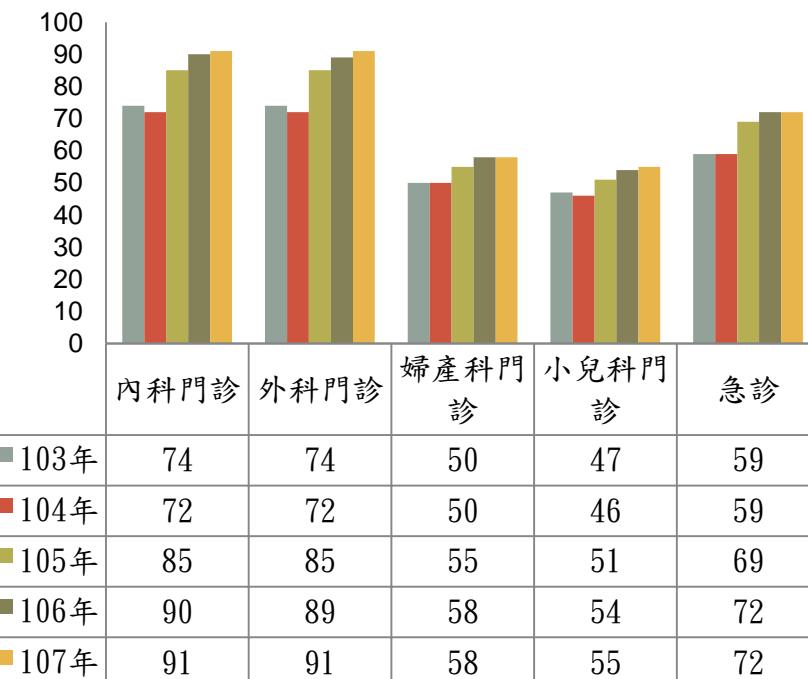
## 一參與情形及提供科別服務

- 107年符合資格醫院計127家，其中91家(73%)參與本計畫。
- 107年91家提供內科與外科門診服務、58家提供婦產科門診服務、55家提供小兒科門診服務、72家提供急診服務。

單位：家數



單位：家數



七

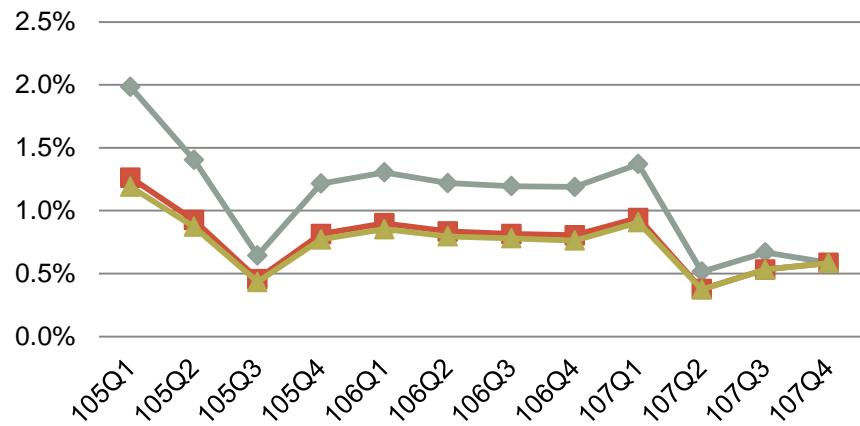
## 執行概況-公平面



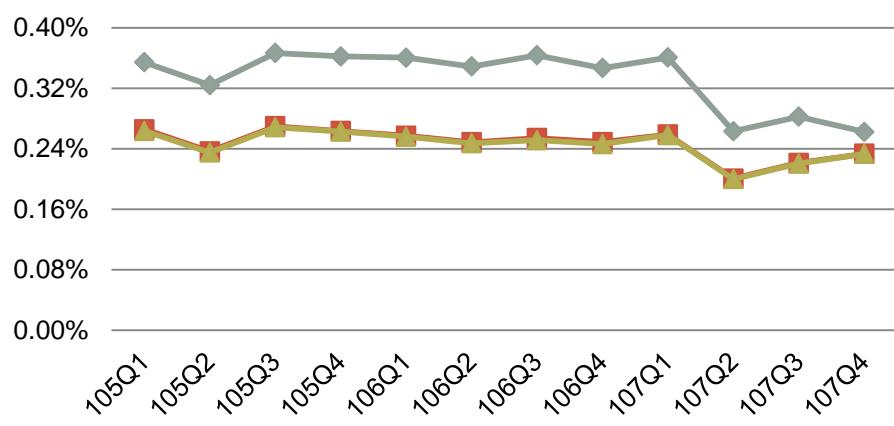
審查(醫審)  
查核

# 各部門核減率

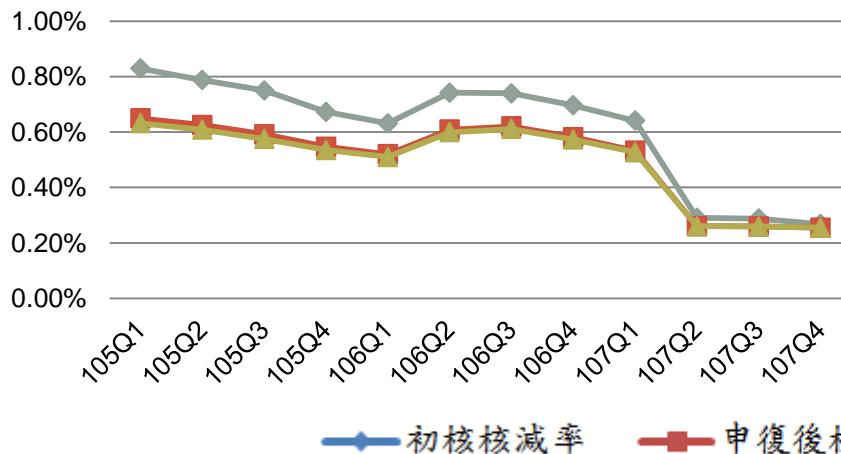
醫院總額



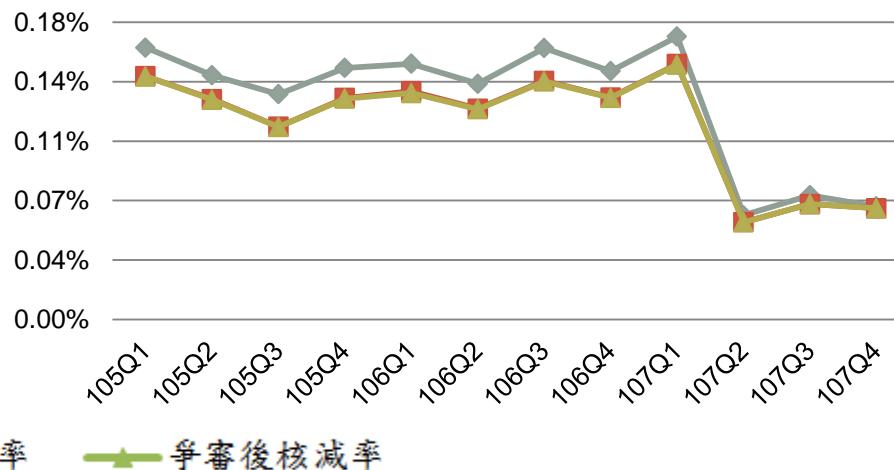
牙醫總額



西基總額



中醫總額



註1. 資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1080402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

# 107年度各部門總額查處追扣金額表

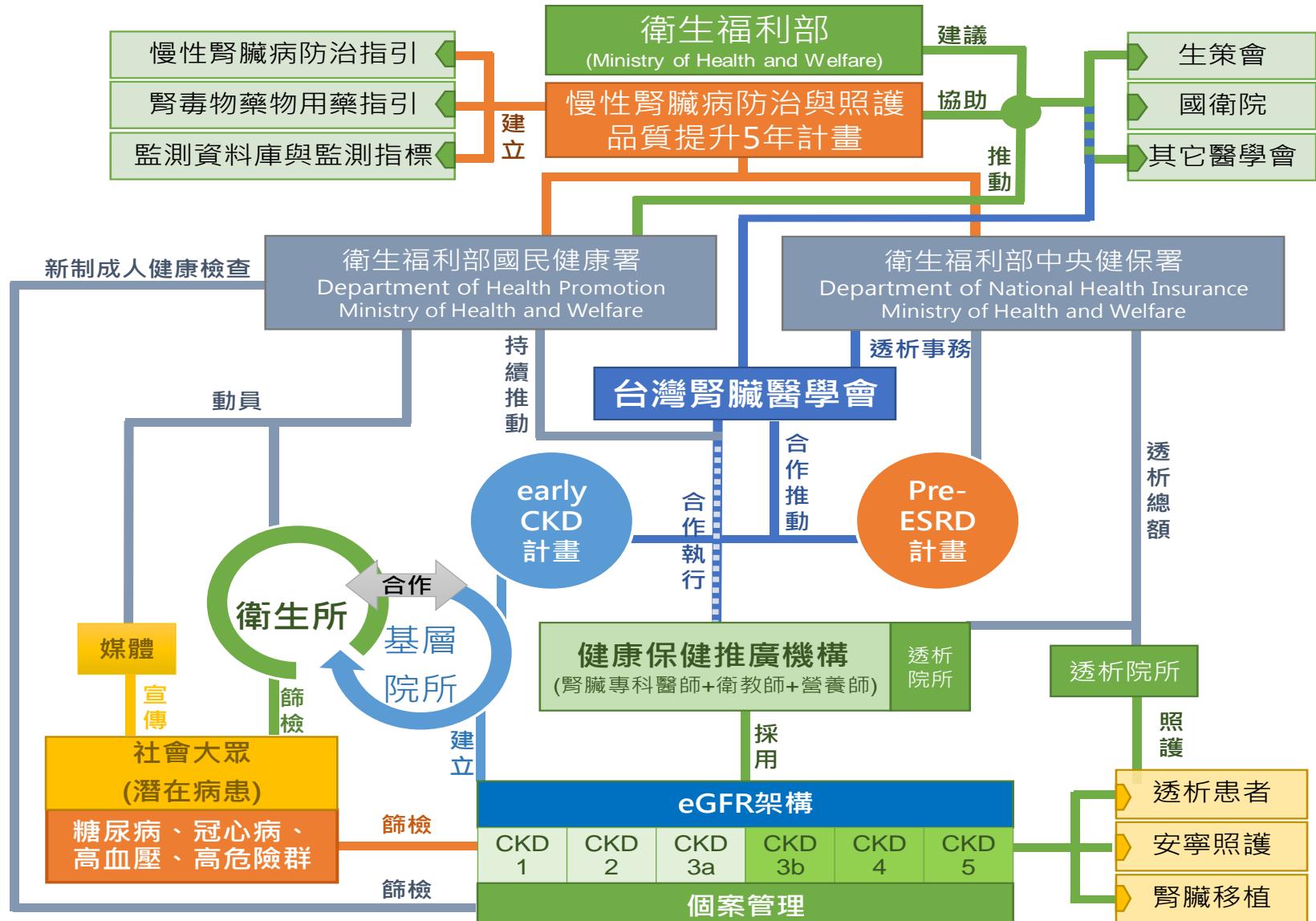
單位：千元

總額別	類型別	扣減	罰鍰	其他	小計
醫院總額	總額舉發	0	0	0	0
	非總額舉發	206	449	31,821	32,476
西醫基層總額	總額舉發	0	0	0	0
	非總額舉發	715	3,414	30,842	34,972
牙醫總額	總額舉發	0	65	2	67
	非總額舉發	292	3,162	23,865	27,318
中醫總額	總額舉發	0	0	0	0
	非總額舉發	204	1,101	27,756	29,060
其他預算	總額舉發	0	0	0	0
	非總額舉發	160	6,016	28,614	34,790
合 計	總額舉發	0	65	2	67
	非總額舉發	1,577	14,142	142,897	158,617

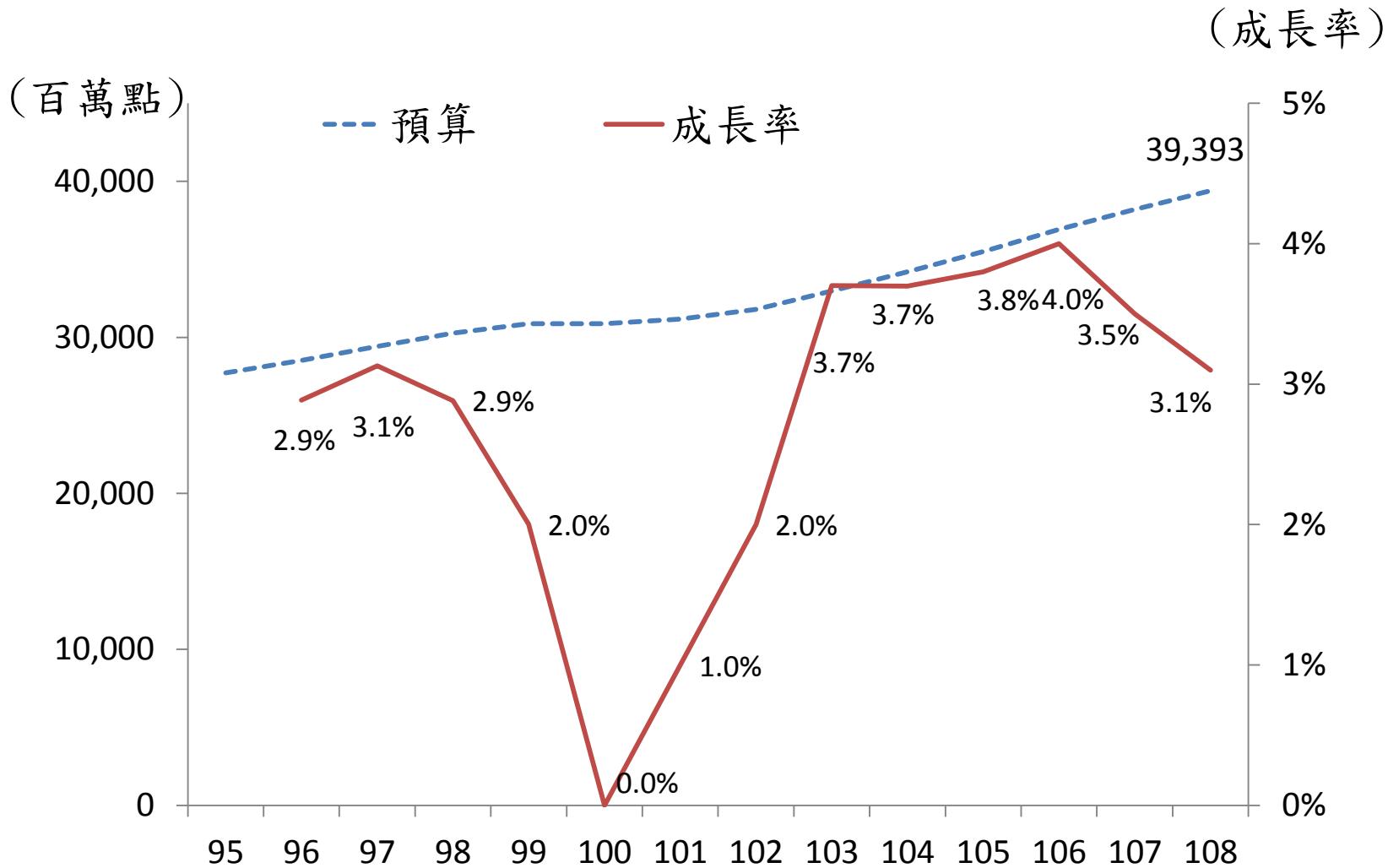
107年非總額舉發查處追扣金額約1.59億元(106年約0.96億元)

# 門診透析服務

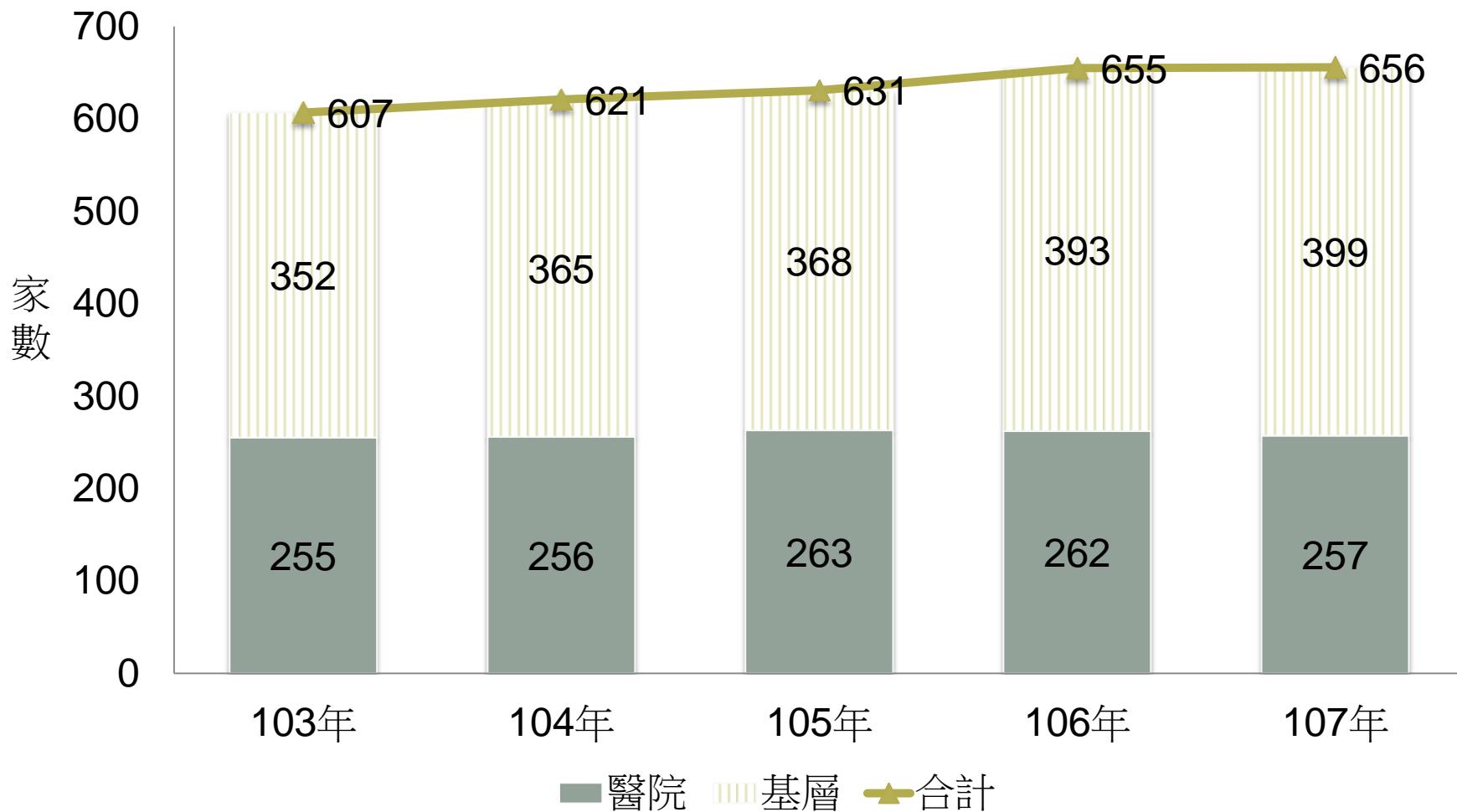
# 防治腎病建構跨單位合作模式



# 歷年透析預算金額與成長率

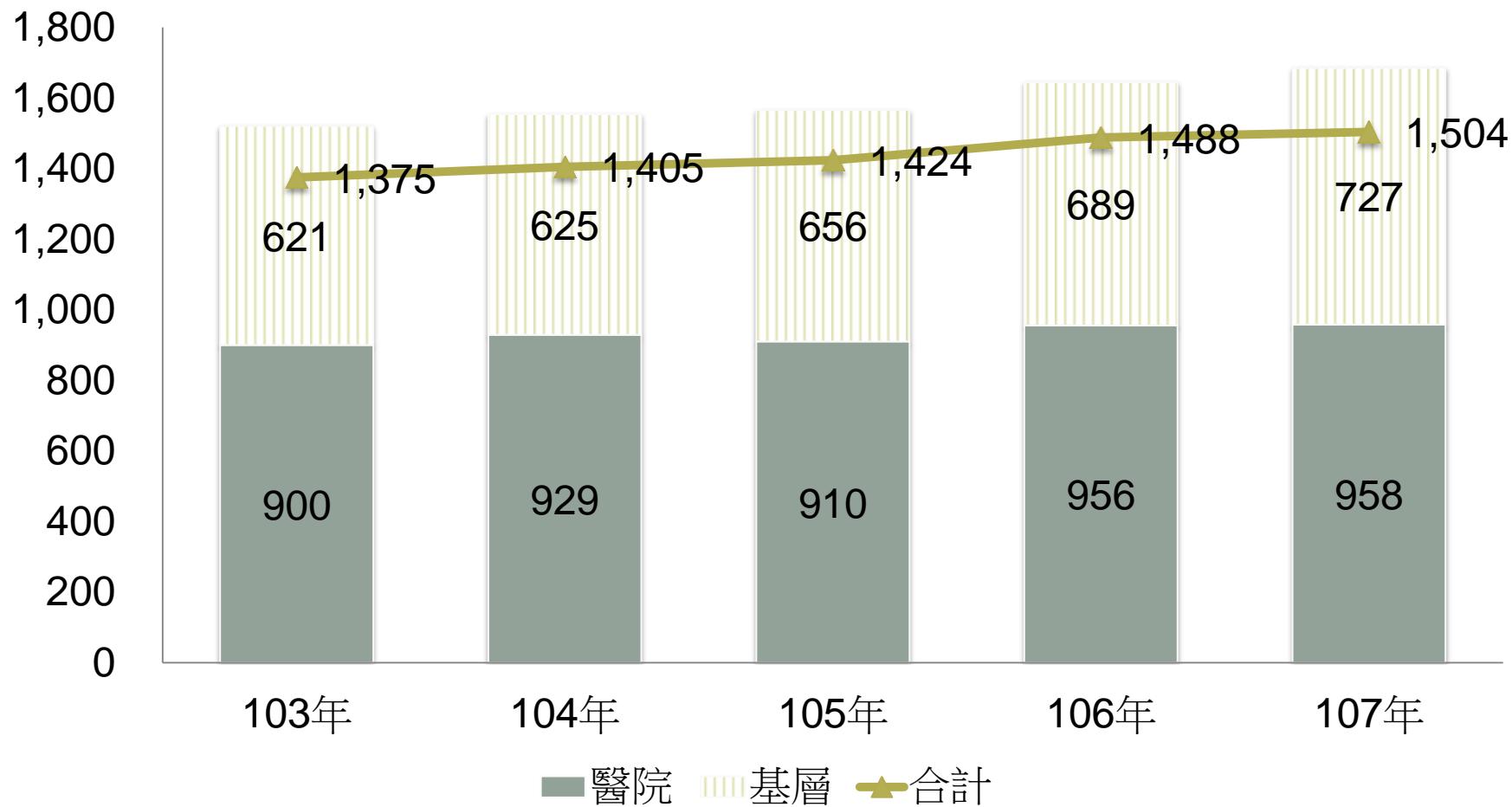


# 門診透析院所數



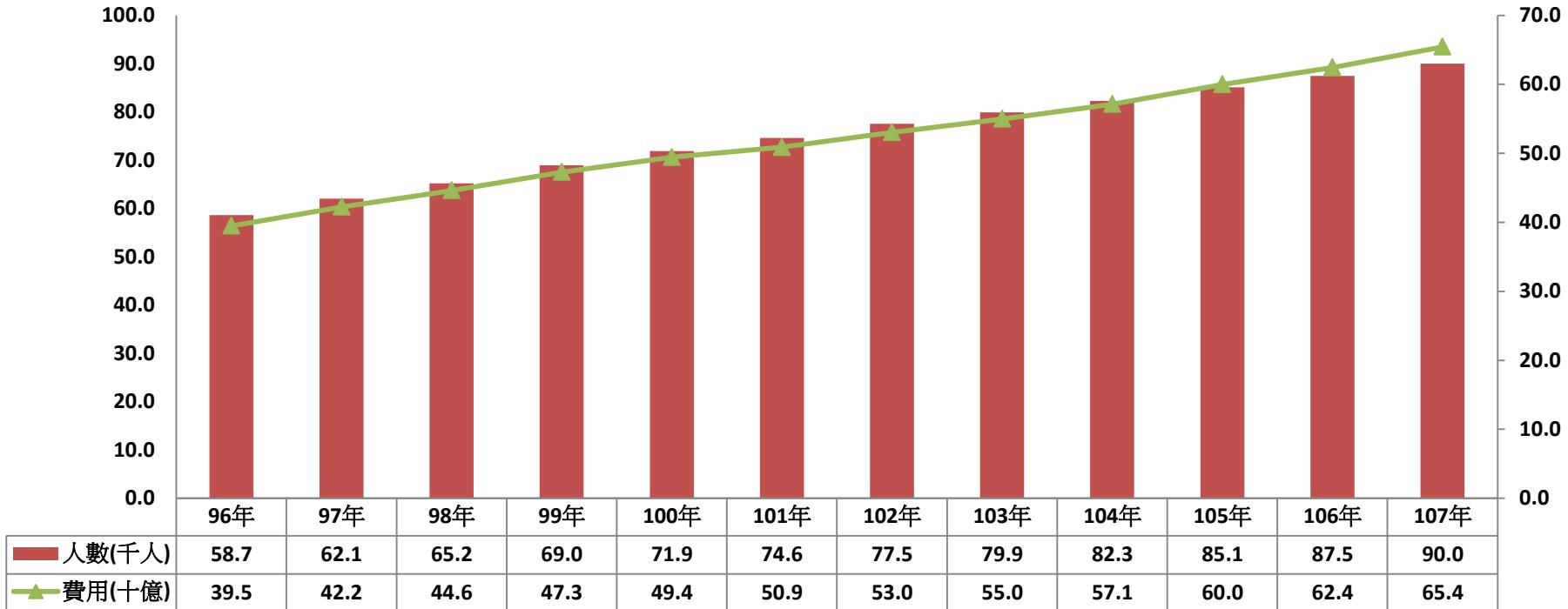
註：係採全年有申報門診透析服務之院所。

# 門診透析醫師數



註：醫師總數係採全年有申報門診透析服務並按ID歸戶之醫師數。

# 透析人數與費用統計(門住診)

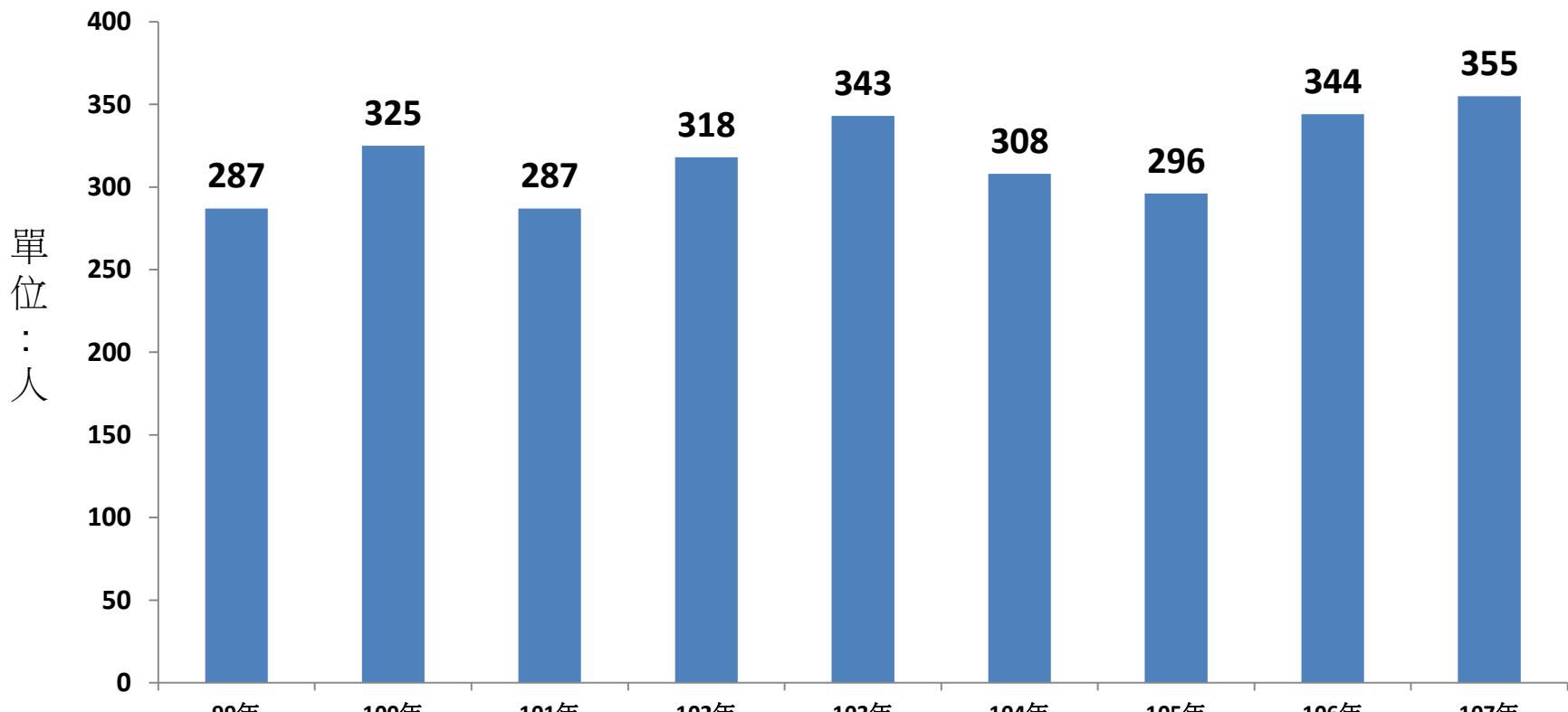


透析人數從96年5.9萬人，107年已達到9萬人  
門住診總醫療支出也從96年395億，107年已達約654億

備註：

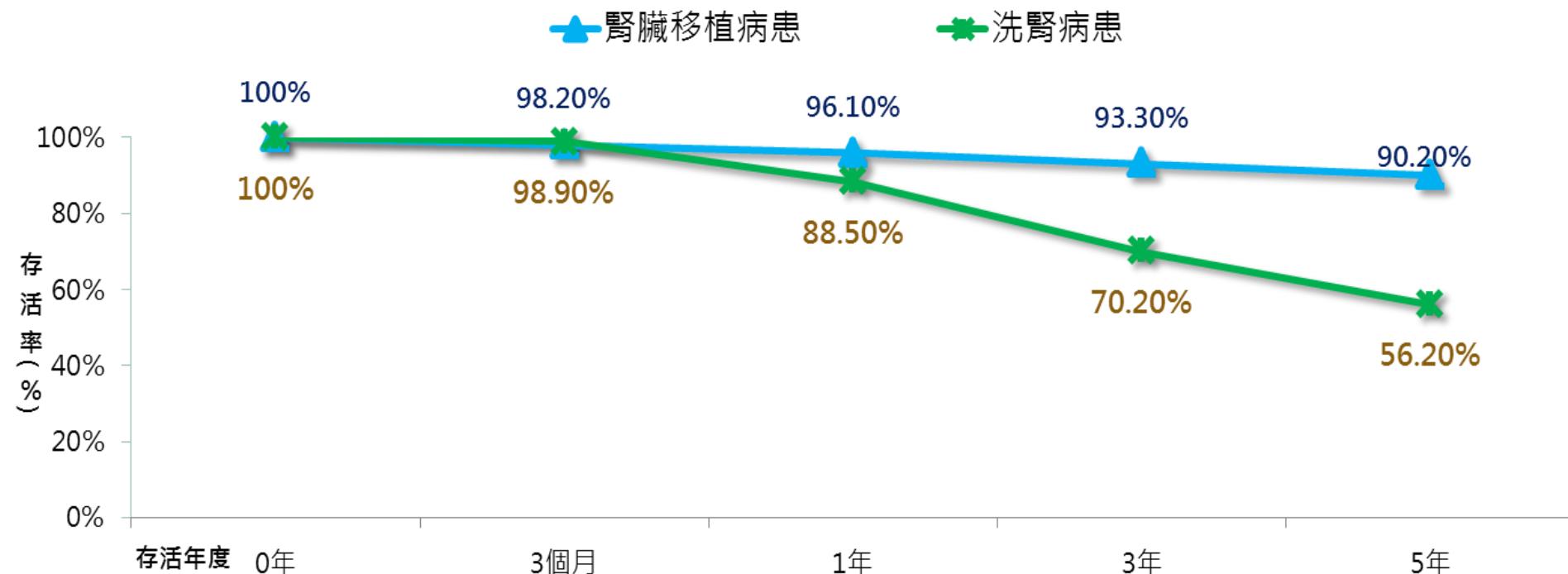
1. 資料來源為中央健康保險署三代倉儲門診及住院點數清單。
2. 人數為申報05案件之病人歸戶。
3. 相關醫療利用統計為指上述ID之當年就醫申報情形統計。
4. 醫療點數為申請點數+部分負擔。

# 腎臟移植人數統計



腎臟移植每年維持在300例左右。

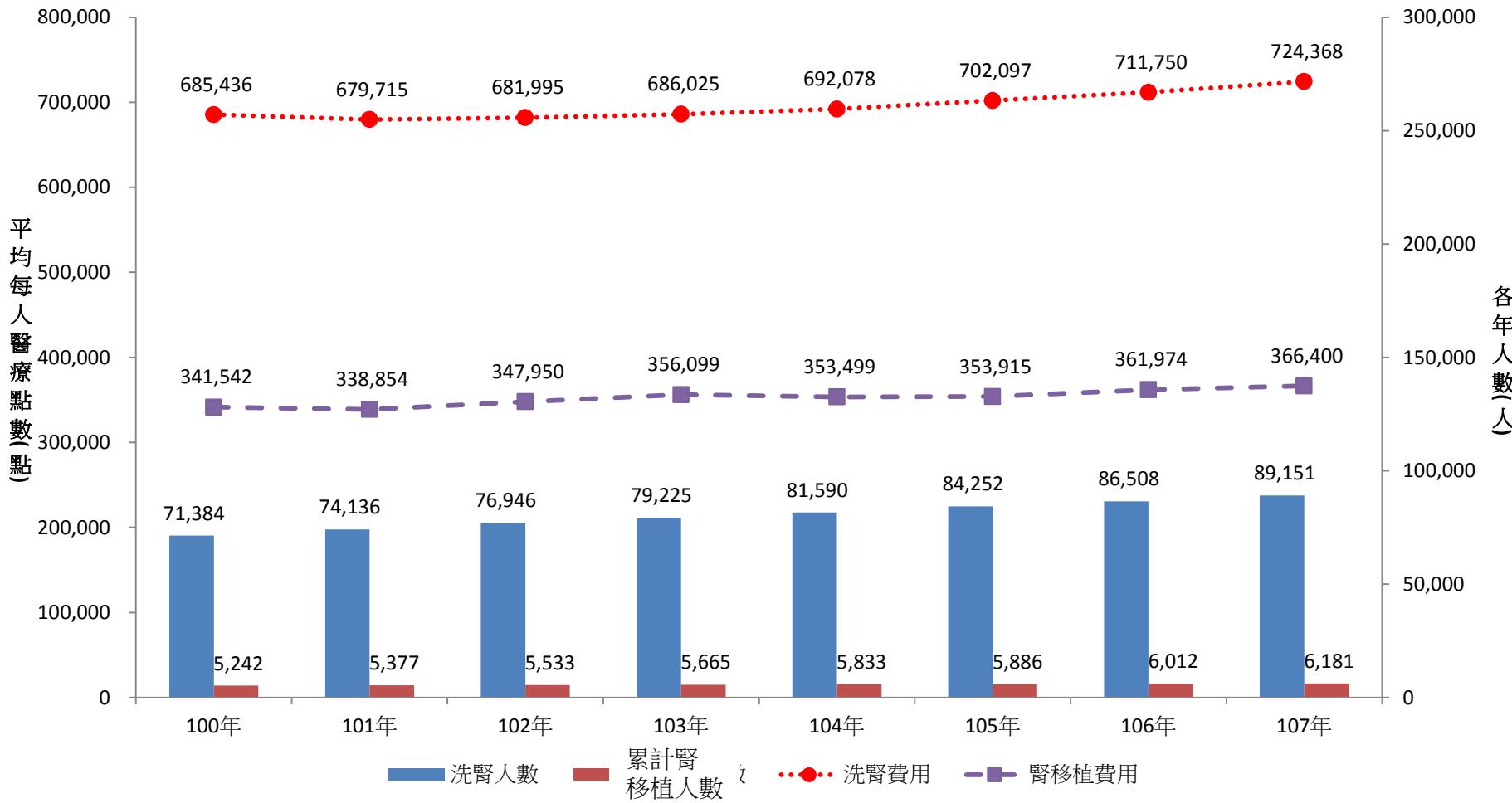
# 腎臟移植與洗腎病患存活率比較



資料來源：

1. 中央健康保險署1998-2015年門診及住診點數及醫令明細清單檔。
2. 1998-2015年間醫令申報76020A及76020B(腎臟移植)之案件，以其入院日為觀察起點，以死亡日期或2015/12/31(受限)為觀察終點，計觀察對象4,386人。
3. 1998-2015年間連續洗腎90天之洗腎病患，並取其首度洗腎日為觀察起點，以死亡日期或2015/12/31(受限)為觀察終點，計觀察對象160,825人。
4. 本表為透過生命表(life-table estimate)估計相關存活率並繪製其Kaplan-Meier存活曲線。

# 洗腎、腎移植人數及平均醫療費用

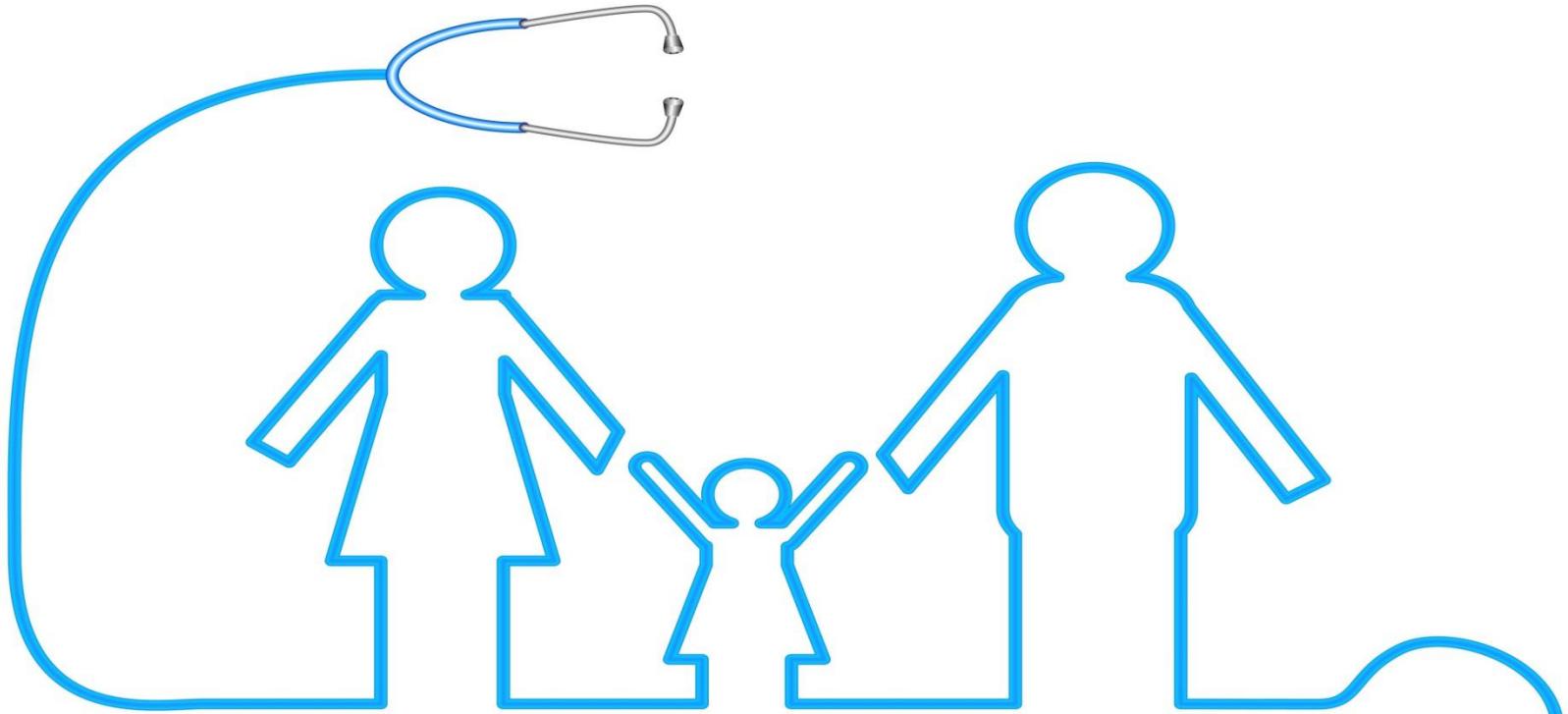


註：洗腎人數定義，以連續透析3個月之病人ID歸戶計算。

# 鼓勵及早換腎

## □針對腎移植等候名單：

- 95年起推動Pre-ESRD計畫，鼓勵積極照護末期腎病前期之病人，額外支付照護獎勵費用
- 106年新增活腎移植團隊照護獎勵費，每例獎勵5 萬點。(106年已由高榮、高醫、中國等醫院共實施 3 例，107年共有12例，108年上半年3例)
- 獎勵期間由Pre-ESRD結案再放寬至未取得永久重大傷病卡前均適用。



謝謝聆聽

敬請指教

