

108年各總額部門 執行報告

中央健康保險署
醫務管理組
副組長 吳科屏

109年7月28日

報告架構



預算分配與執行



健保總額預算配置

健保現況與挑戰

健保因應策略

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



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



死亡率、用藥日數重疊率

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





預算分配與執行



健保總額預算配置

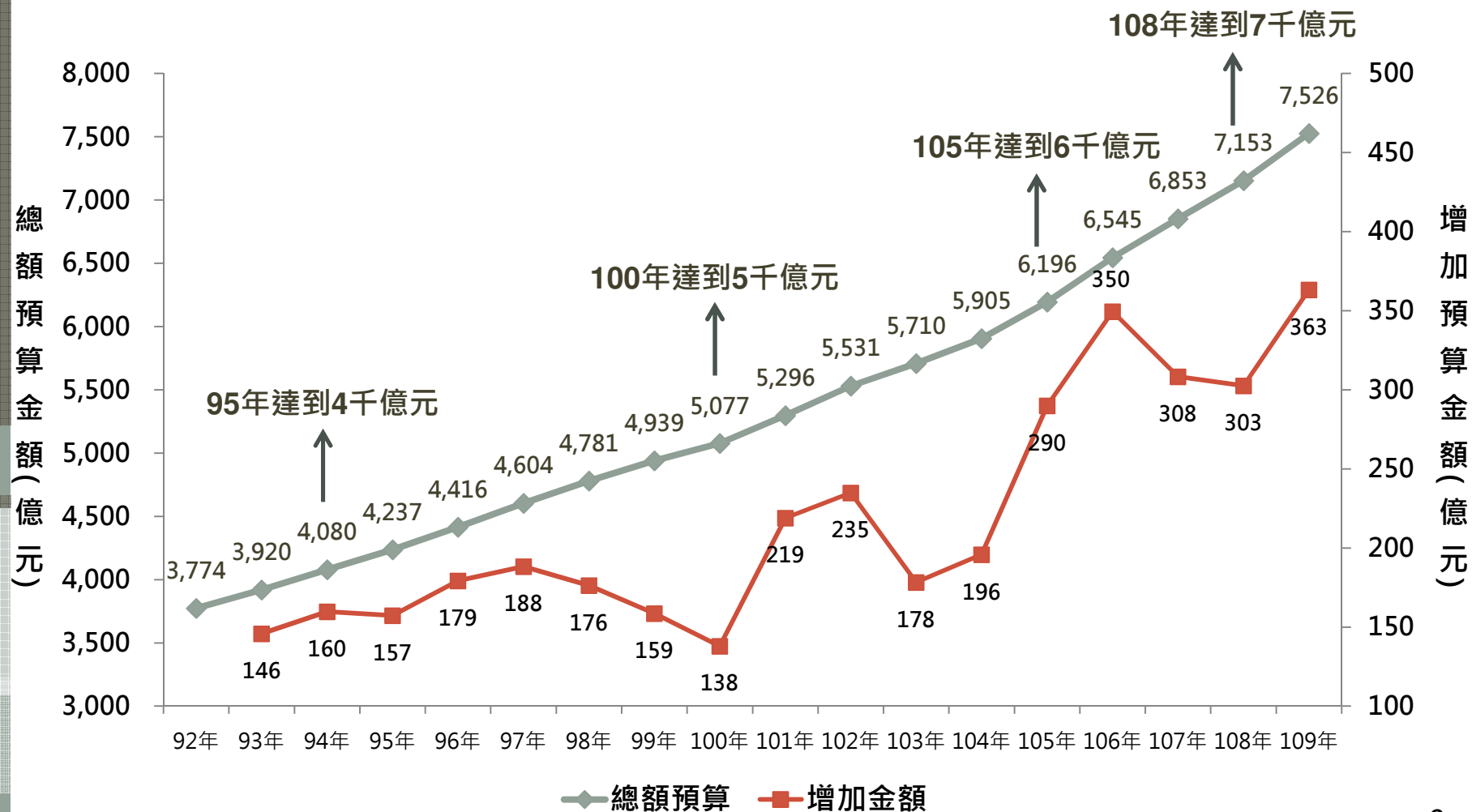
健保現況與挑戰

健保因應策略

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

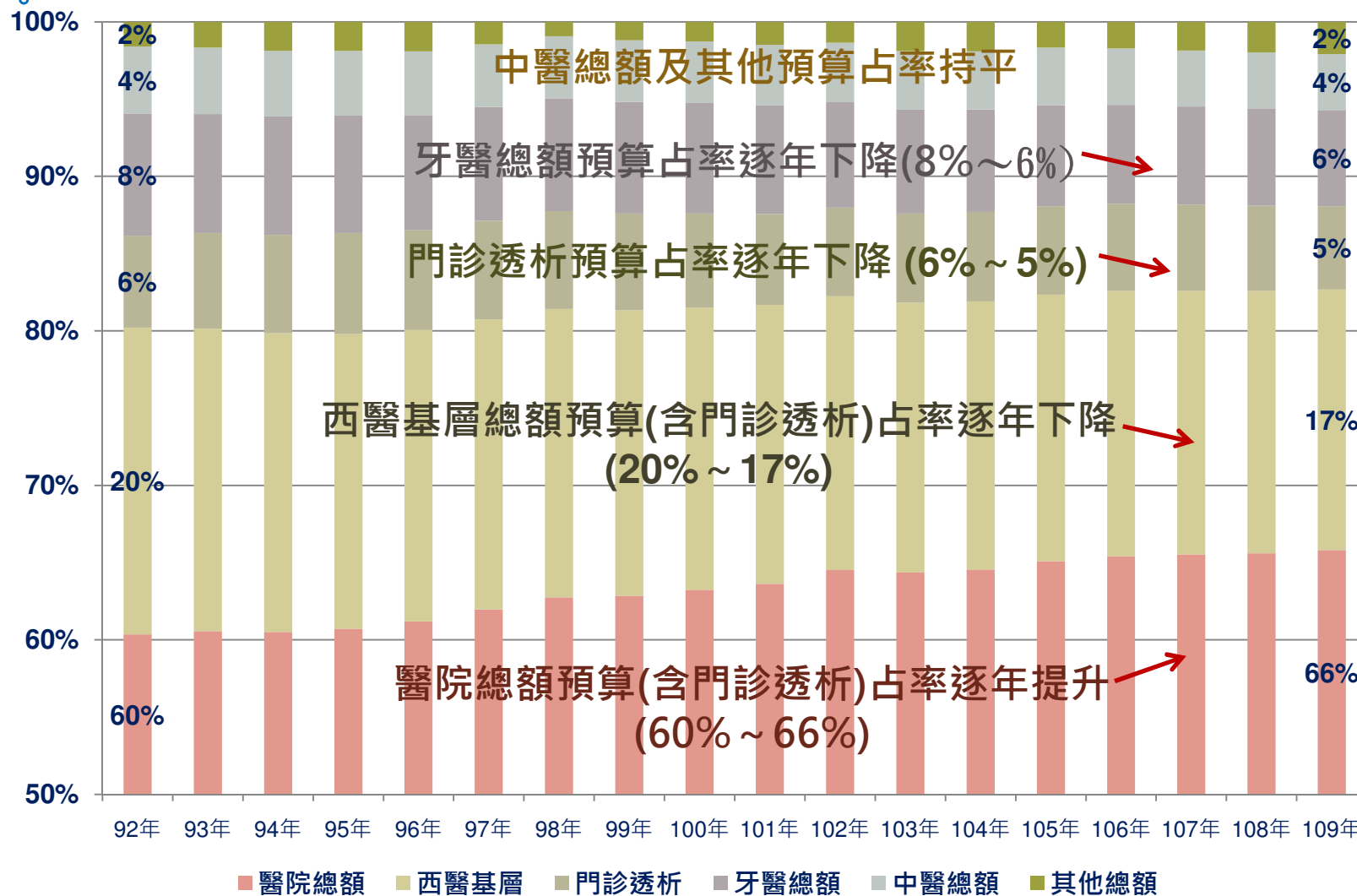
92-109年總額預算

**109年總額預算達7,526億元(成長率5.237%)，增加363億元；
較92年，總額預算成長2倍。**



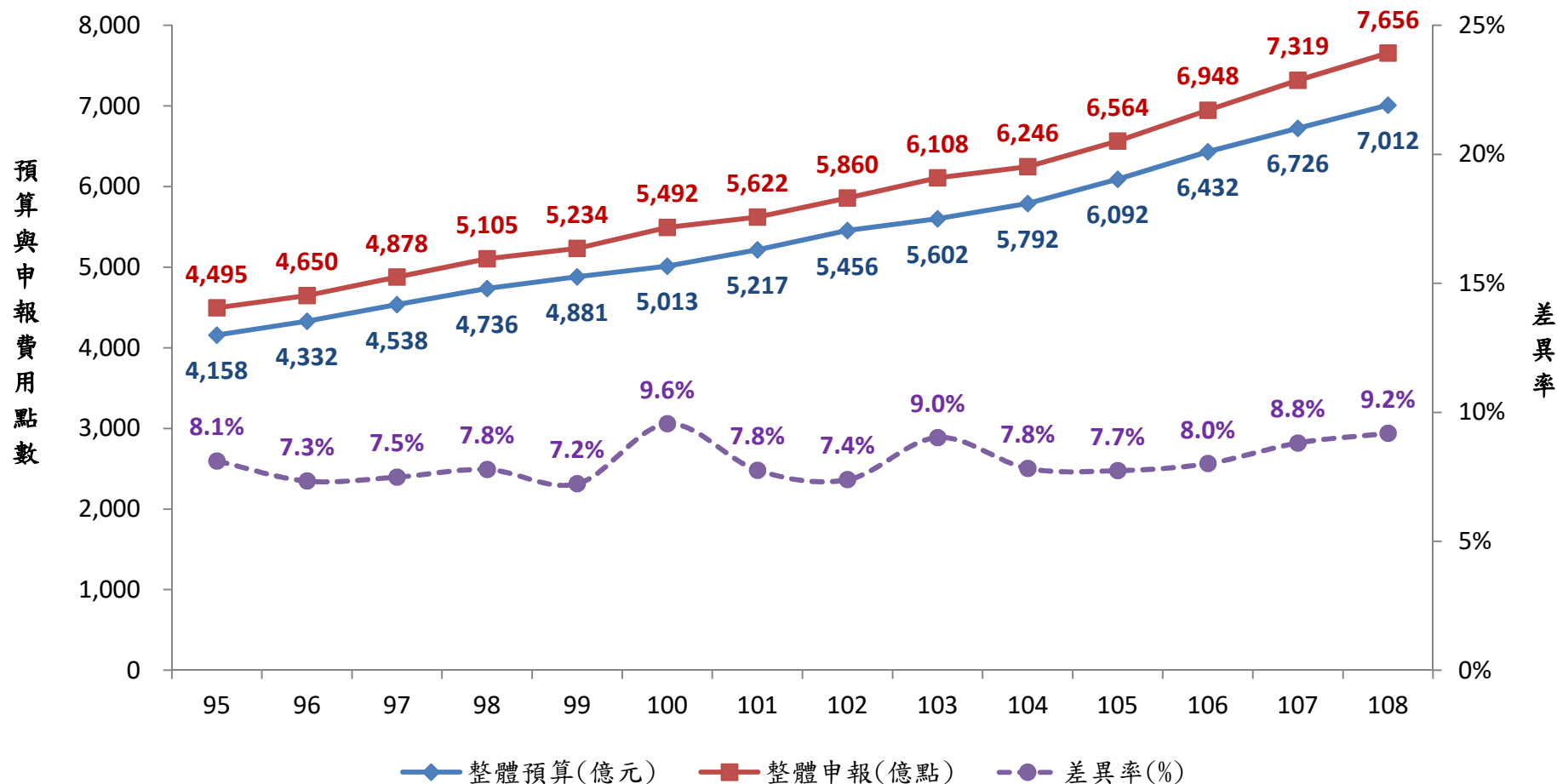
92-109年各總額部門之預算占率

醫院總額預算占率逐年提升60-66%，西醫基層、門診透析、牙醫逐年下降。



歷年總額預算與申報點數_各總額合計

歷年總額預算申報點數之差異率介於7.3%-9.6%。



- 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. 整體預算係指總額部門(不含其他預算)之預算(與實際支付數不同)，包含一般服務預算及專款等項目。
3. 因95年起預算改依部門總成長率協定，故資料由95年開始呈現。

108年健保預算的配置

1. 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)
2. 保障項目(非浮動金額)：約占其總額部門預算0.7%(牙醫)~43.4%(醫院)。
3. 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(%)	值(億元)	占合計(%)	值(億元)	占合計(%)	值(億元)	占合計(%)	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	2273	50.6%	784	67.1%	402	92.3%	143	57.6%	352	92.1%
-結算非浮動金額	1948	43.4%	338	28.9%	3	0.7%	100	40.4%	30	7.9%
專款預算	270	6.0%	46	4.0%	30	7.0%	5	2.0%		

達49.4%，近預算一半

註：108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)

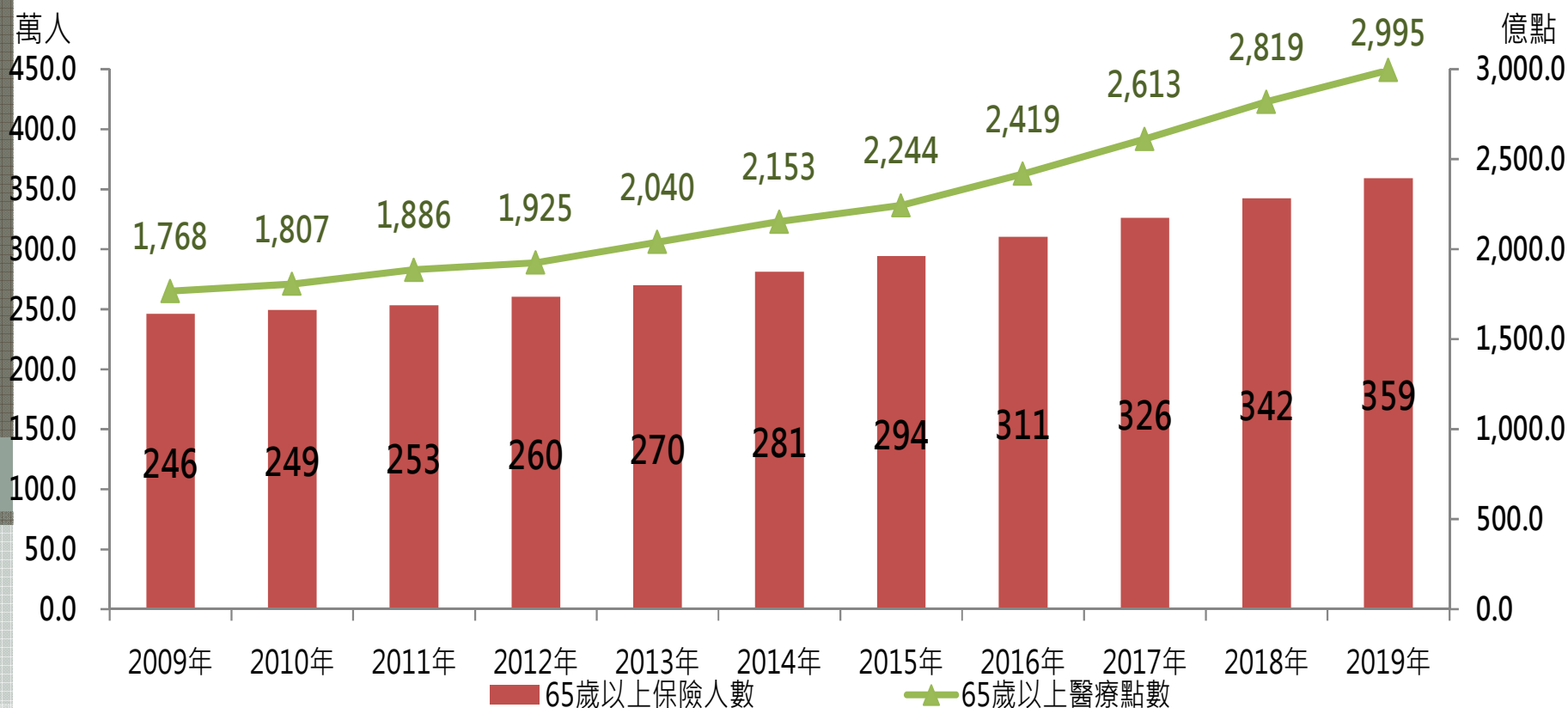
1. 醫院部門：門診、住診之藥事服務費、門診手術、住院手術費、麻醉費、血品費、急救責任醫院之急診醫療服務點數、地區醫院急診診察費、經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院(前一季各區門住診平均點值)。
2. 西醫基層部門：論病例計酬案件、血品費相關項目、西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案。
3. 中醫部門：「中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫」之論量計酬案件
4. 門診透析：腹膜透析之追蹤處置費、偏遠地區之門診透析服務。

健保現況與挑戰

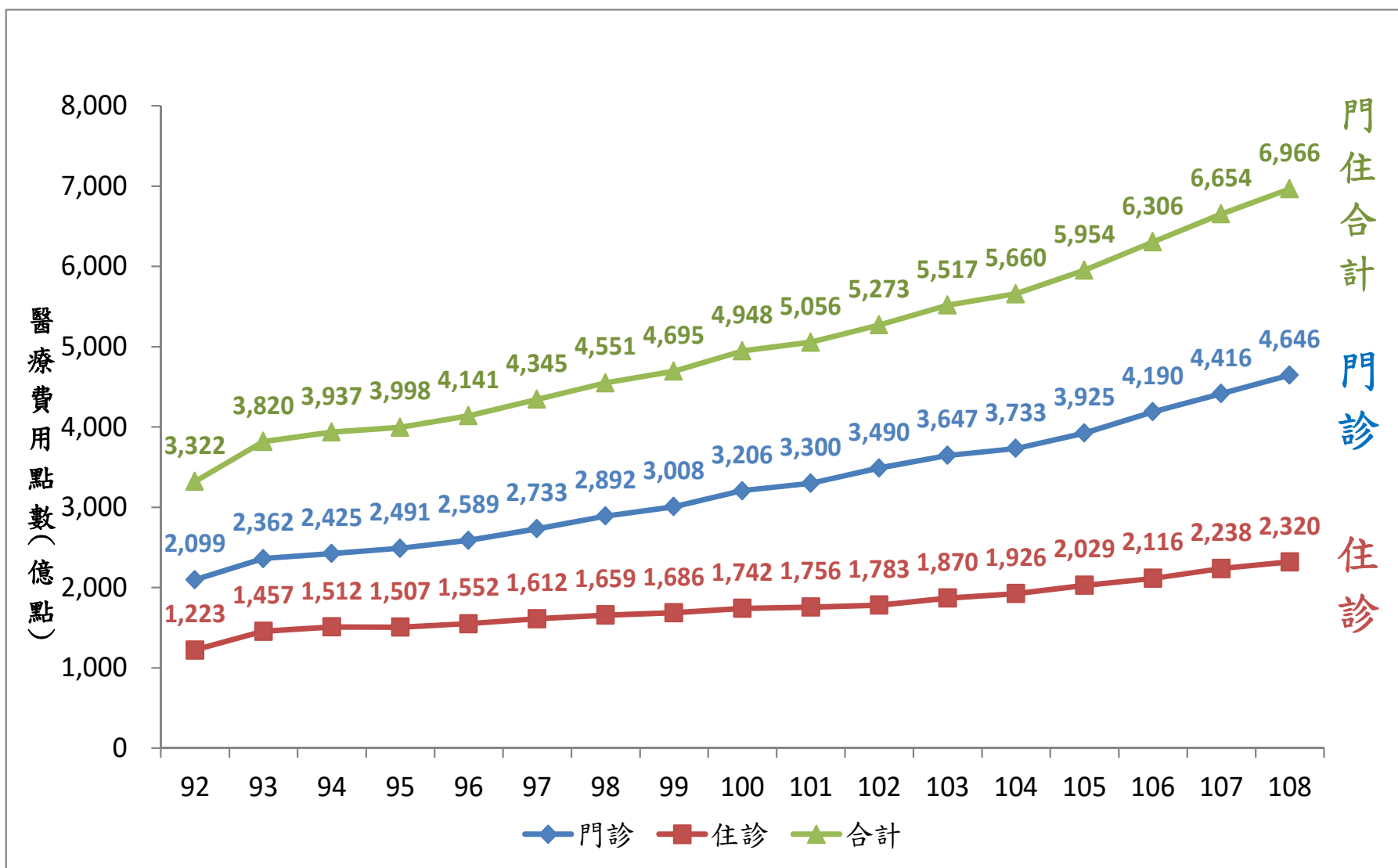
- 人口老化
- 醫療費用逐年成長
- 有限醫療資源需有效利用
- 健保財務收支平衡面臨挑戰

近10年人口老化醫療費用趨勢逐年上升

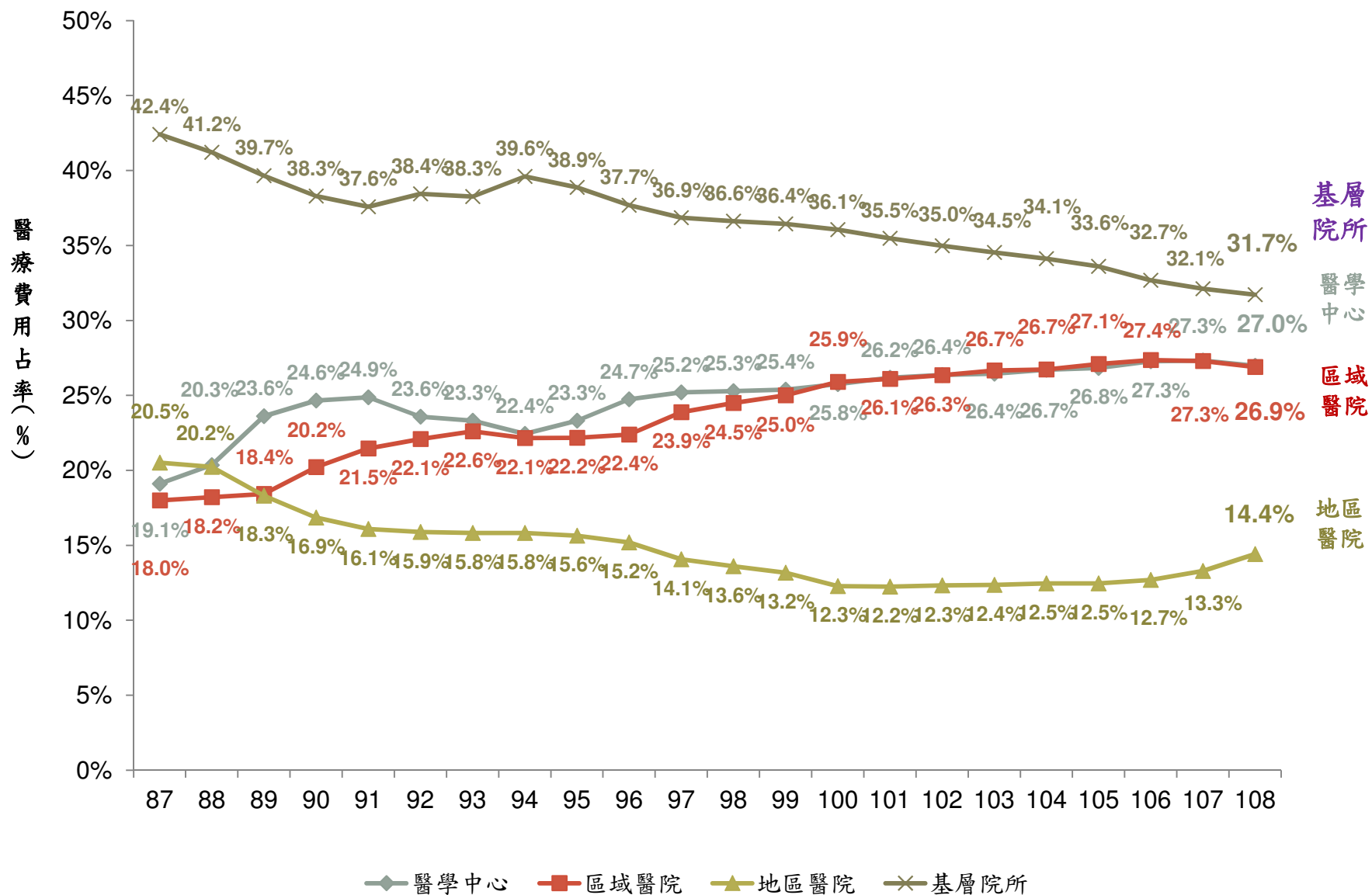
2009年65歲保險對象人數約占10.82%，醫療費用約占34.48%。
2019年65歲保險對象人數約占15.12%，醫療費用約占38.75%。



西醫歷年醫療點數趨勢

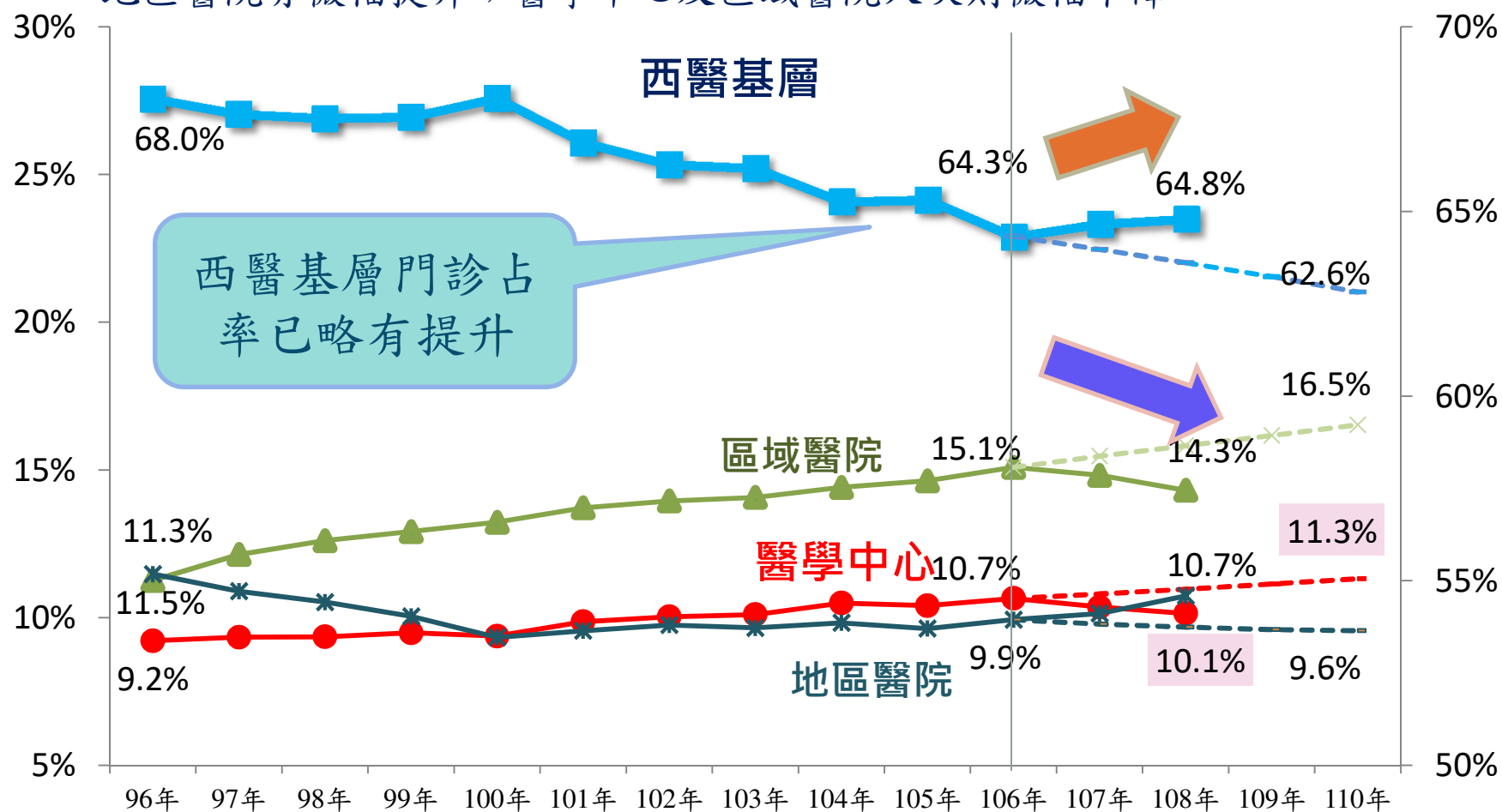


西醫門診各層級醫療費用占率趨勢



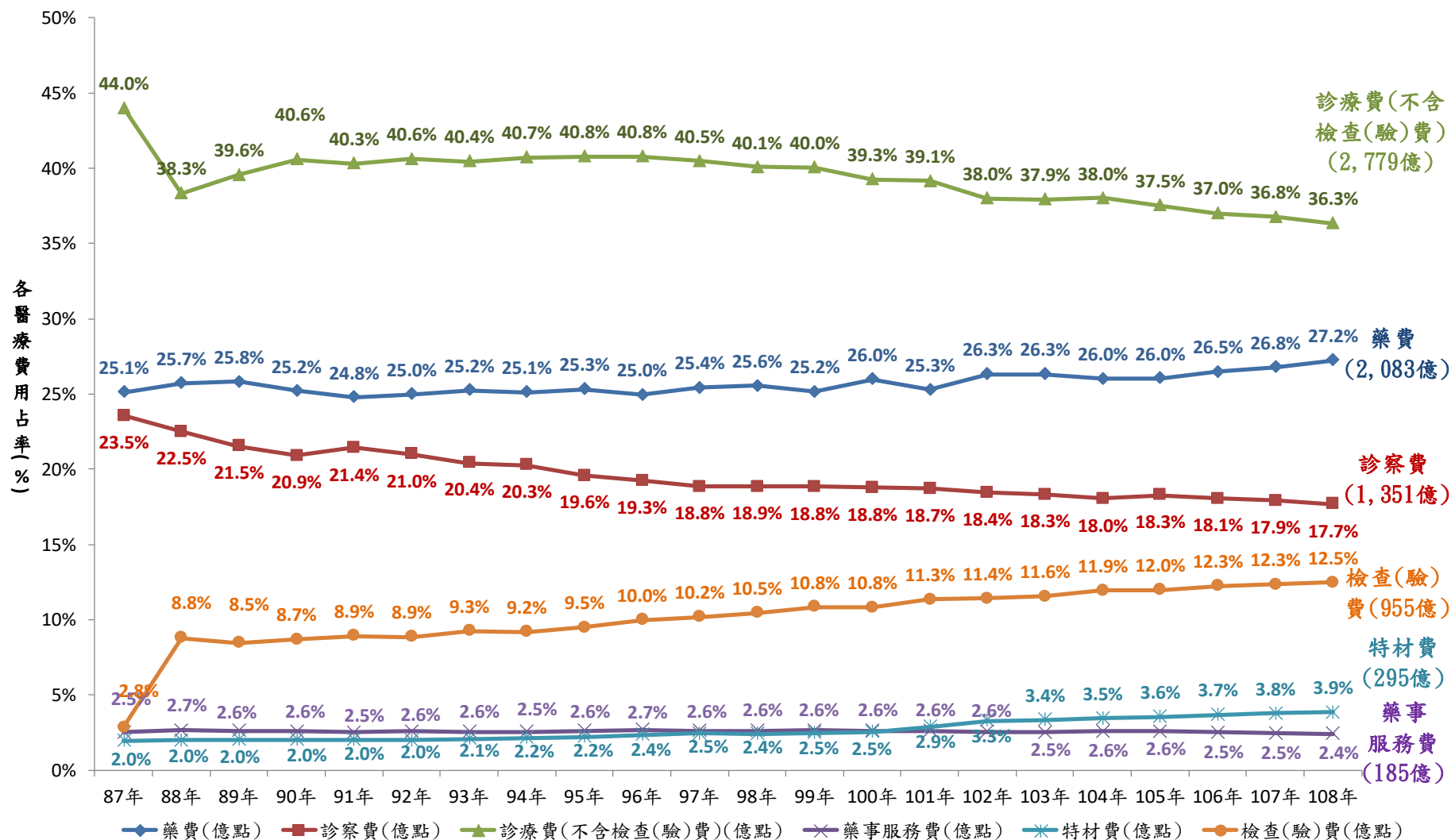
西醫門診各層級人次占率趨勢

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：虛線部分係模擬若未實施分級醫療政策，門診件數之趨勢，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。

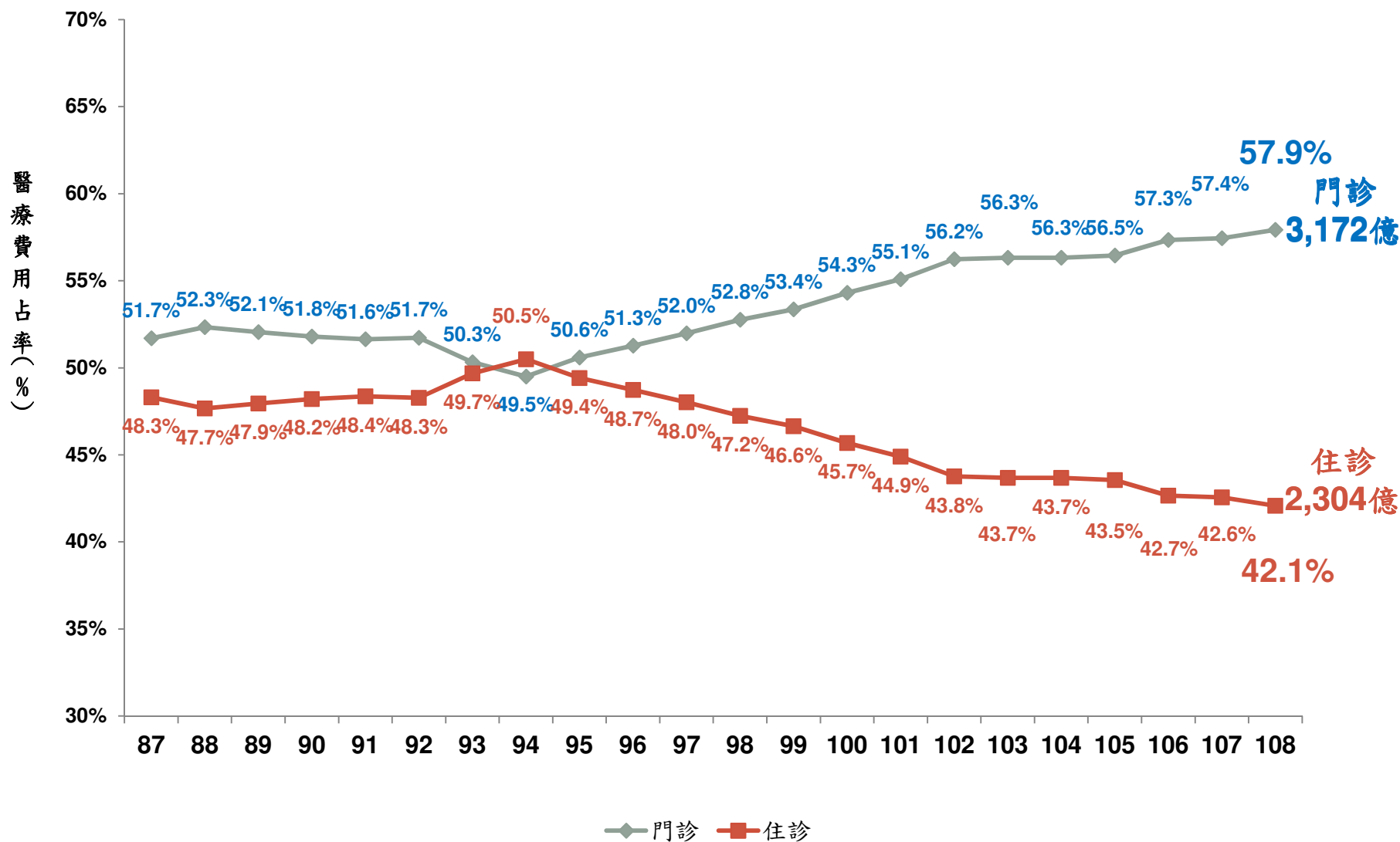
歷年醫療費用之分項費用占率趨勢



註:

- 1.資料範圍：總額內案件(排除代辦案件)，且含住院與交付機構之費用。
- 2.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其他基本執業成本。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。
- 3.診療費在住院案件係除診察費、藥費、藥事服務費與特殊材料費以外之其他分項費用合計，如：手術、治療處置。
- 4.檢查(驗)費在門診與交付機構案件為檢查(驗)醫令點數(醫令前2碼為06到33)合計，在住診為明細之檢查(驗)點數。

醫院門、住診費用占率趨勢

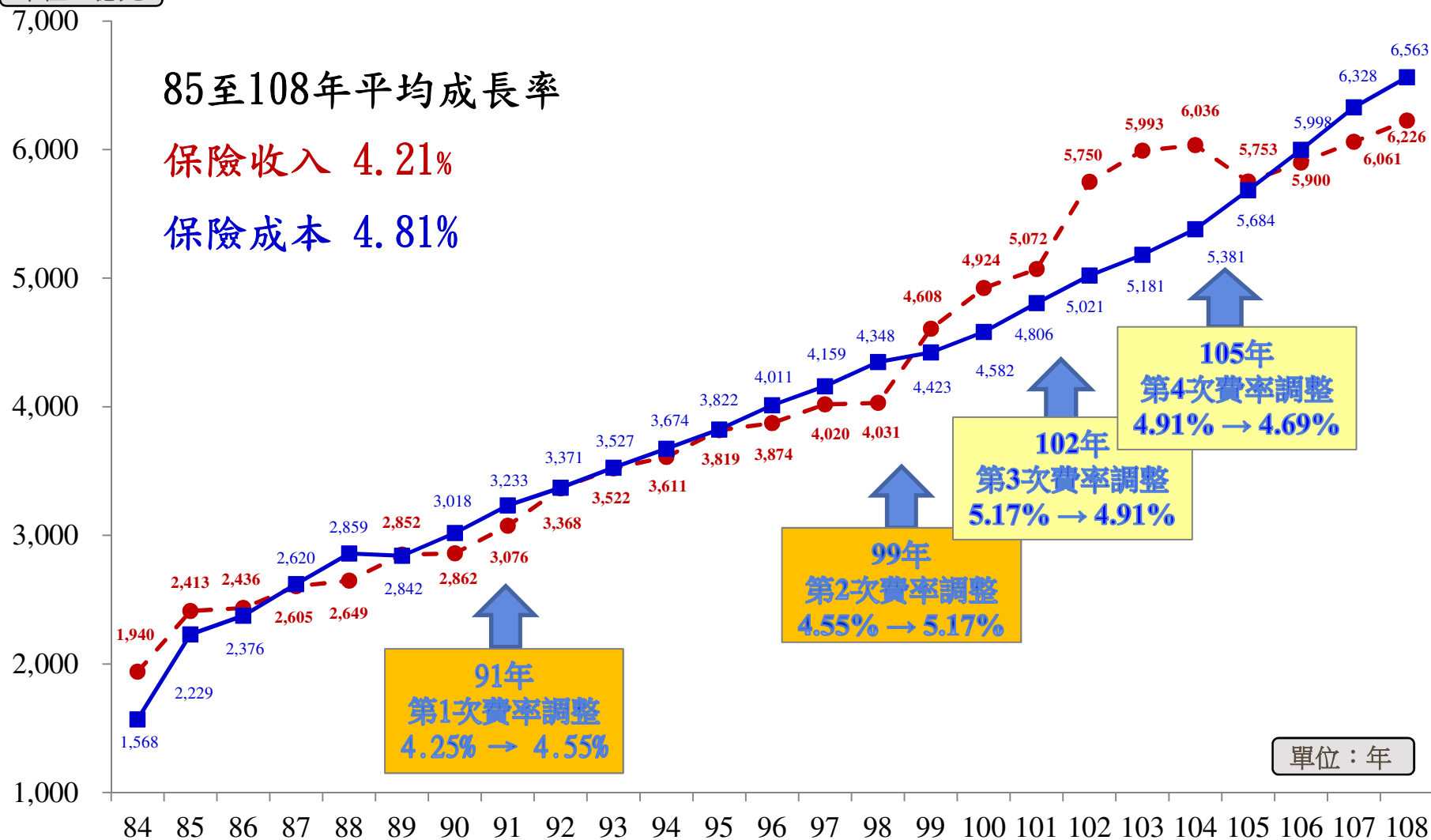


近10年健保醫療點數成長主要原因

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	362.8	14.7%
65歲以上但非重大傷病	824.9	33.4%
有重大傷病但非65歲以上	333.1	13.5%
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)	951.1	38.5%
總計	2,471.9	100.0%

健保歷年財務收支情形

單位：億元



註：截至109年5月底，保險收支累計結餘為1,531億元，約當2.75個月保險給付支出。18



健保因應策略

- 推動分級醫療雙向轉診
- 以資訊輔助提升醫療品質
- 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
- 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

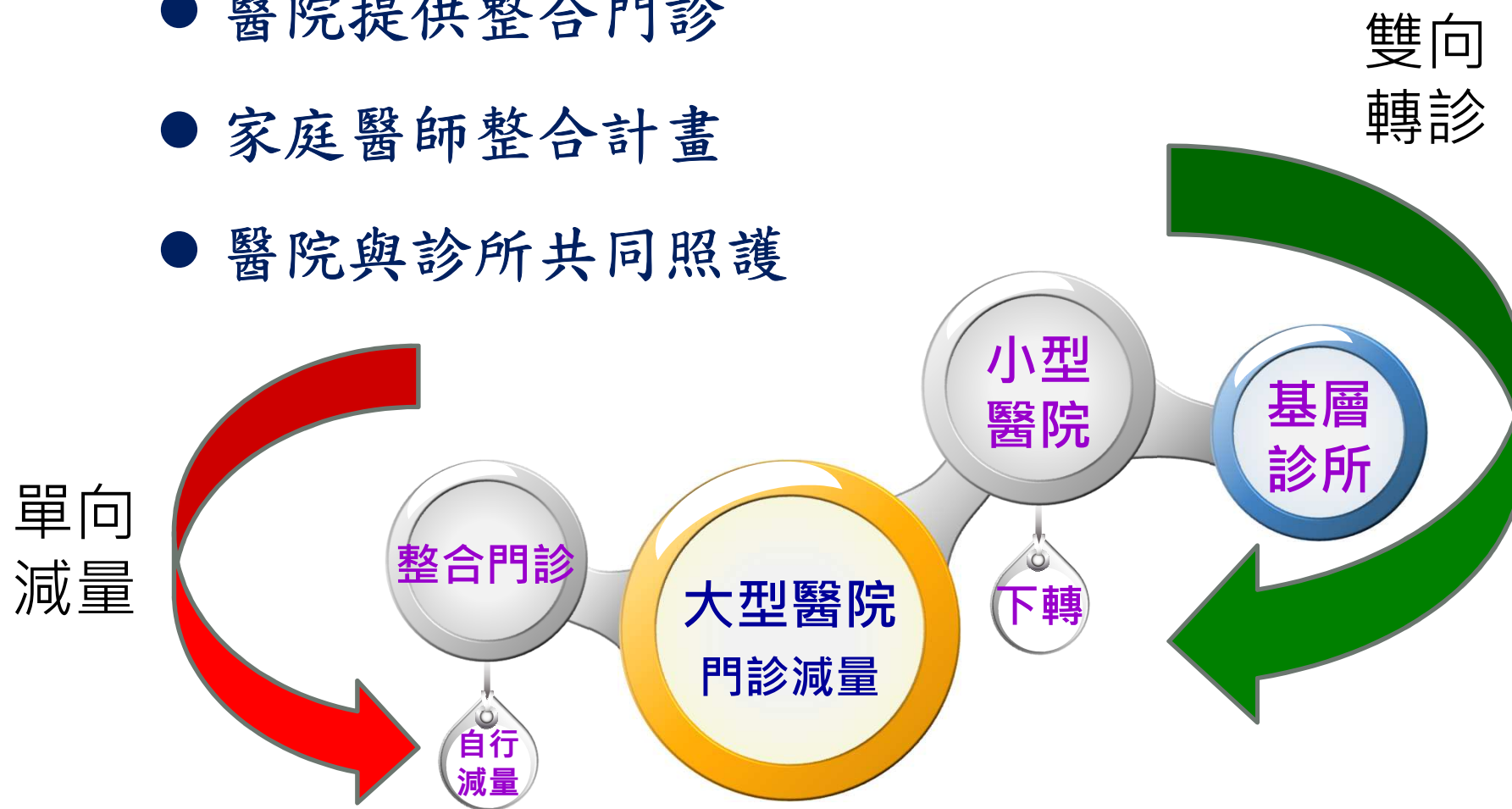


推動分級醫療雙向轉診策略



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



106-109年推動分級醫療編列之預算

		億元			
項目		106年	107年	108年	109年
鼓勵院所建立轉診之合作 機制	醫院		2.58	6.89	6.89
	基層		1.29	2.58	2.58
基層總額轉診型態調整費用			13.46	13.46	10.00
基層開放表別		2.5	4.5	7.2	8.2
家庭醫師整合照護計畫		15.8	28.8	28.8	35.0

大醫院門診減量

- ▶108年起醫學中心與區域醫院之門診件數，件數不得超過106年96.04%(98%×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

- ▶暫不實施醫院門診合理量。
- ▶為利醫界全力配合防疫，109年起門診減量暫緩執行，第1季不核扣。

社區醫院及基層診所量能提升

社區服務更深入

- ▶ 開放表別(108年編列7.2億，109年編列8.2億)
- ▶ 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(108年執行28.8億，109年編列35億)
- ▶ 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

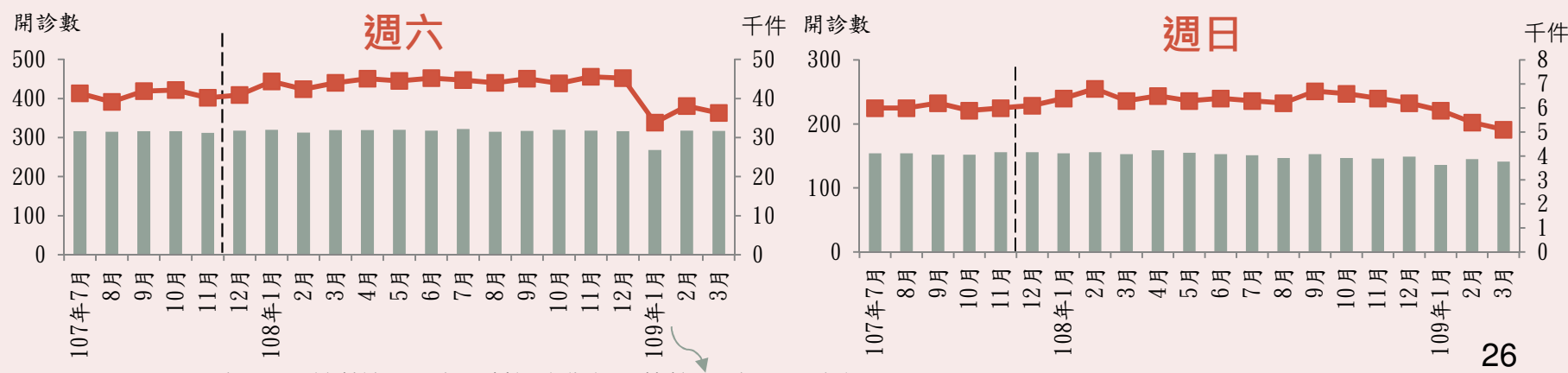
配合分級醫療政策，並以民眾就醫權益為優先考量，鼓勵基層院所假日開診，同時考量假日各類醫事人力與行政團隊出勤、加班之實際成本

- 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

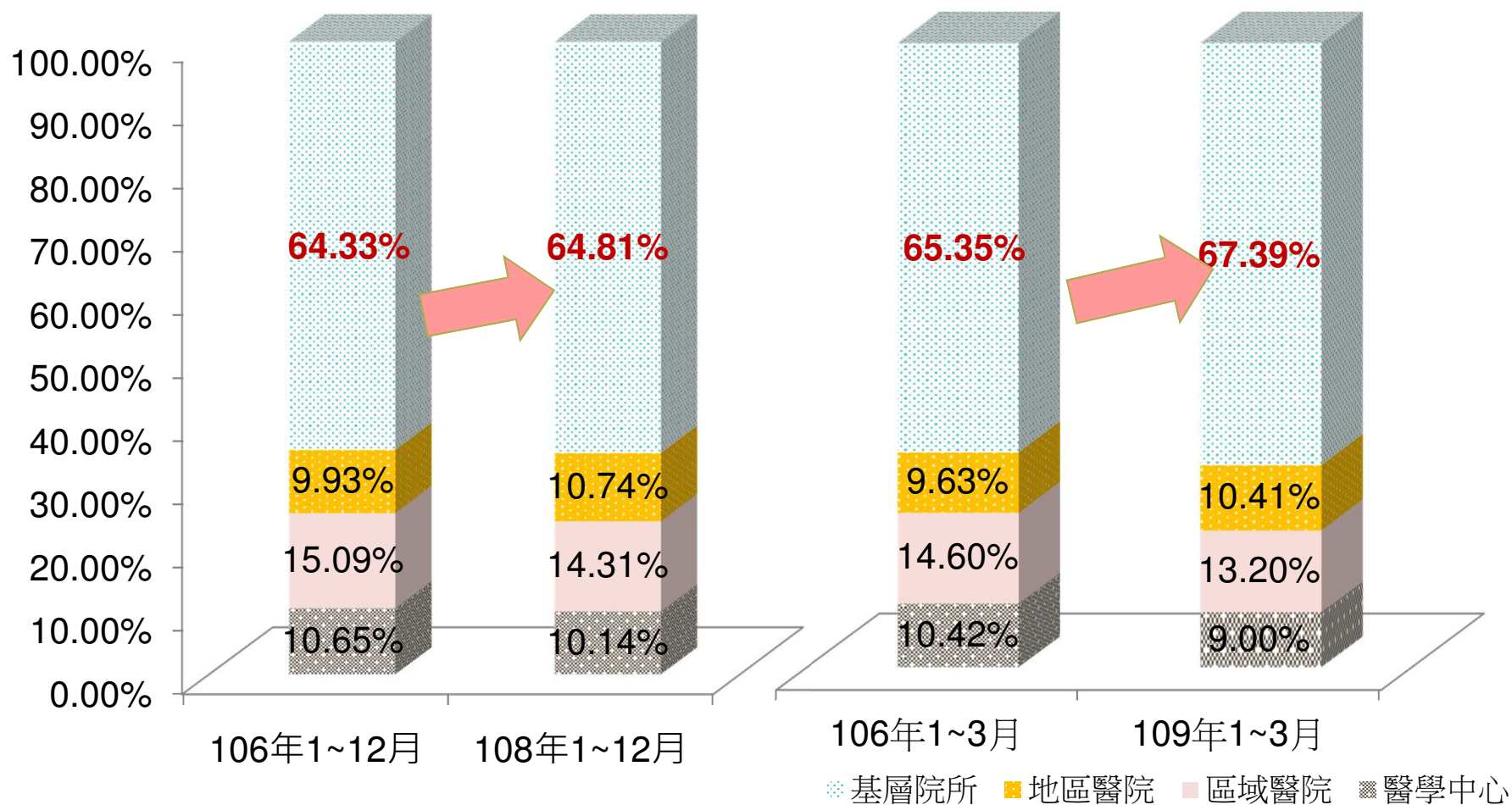
- 另鼓勵地區醫院夜間開診，108年1月1日起地區醫院夜間門診診察費加成10%



109年1月開診數逢農曆年且其週六為初一故較108年同期(無過年)低，109年第1季受疫情影響致平均每日件數較108年同期低。

■ 開診家數 ■ 平均每日件數

各層級門診件數占率變動

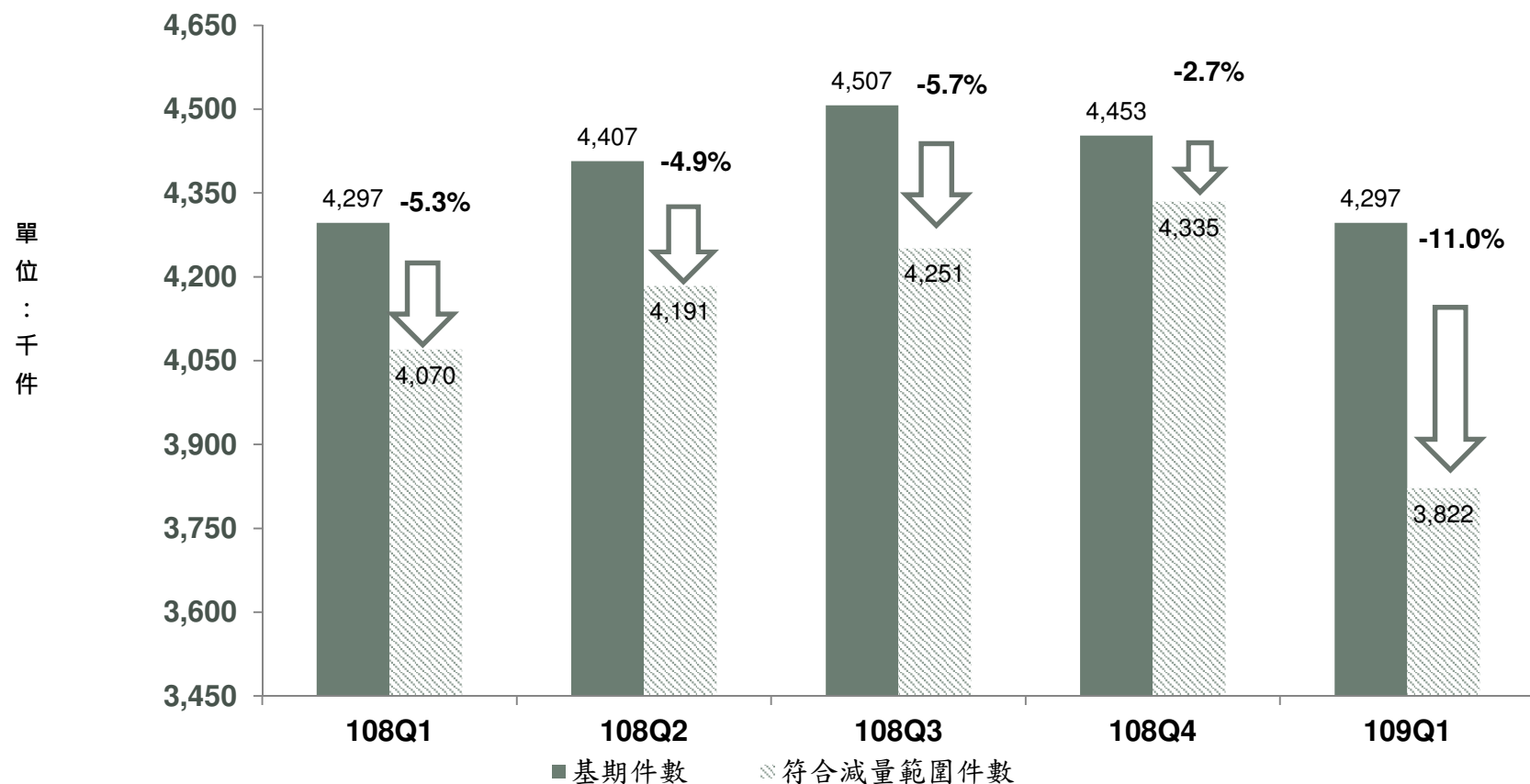


資料來源：健保署三代倉儲：門診明細檔（109.5.6擷取）。就醫日期106/109年1-3月期間。

◎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。

區域醫院以上門診減量2%-醫學中心

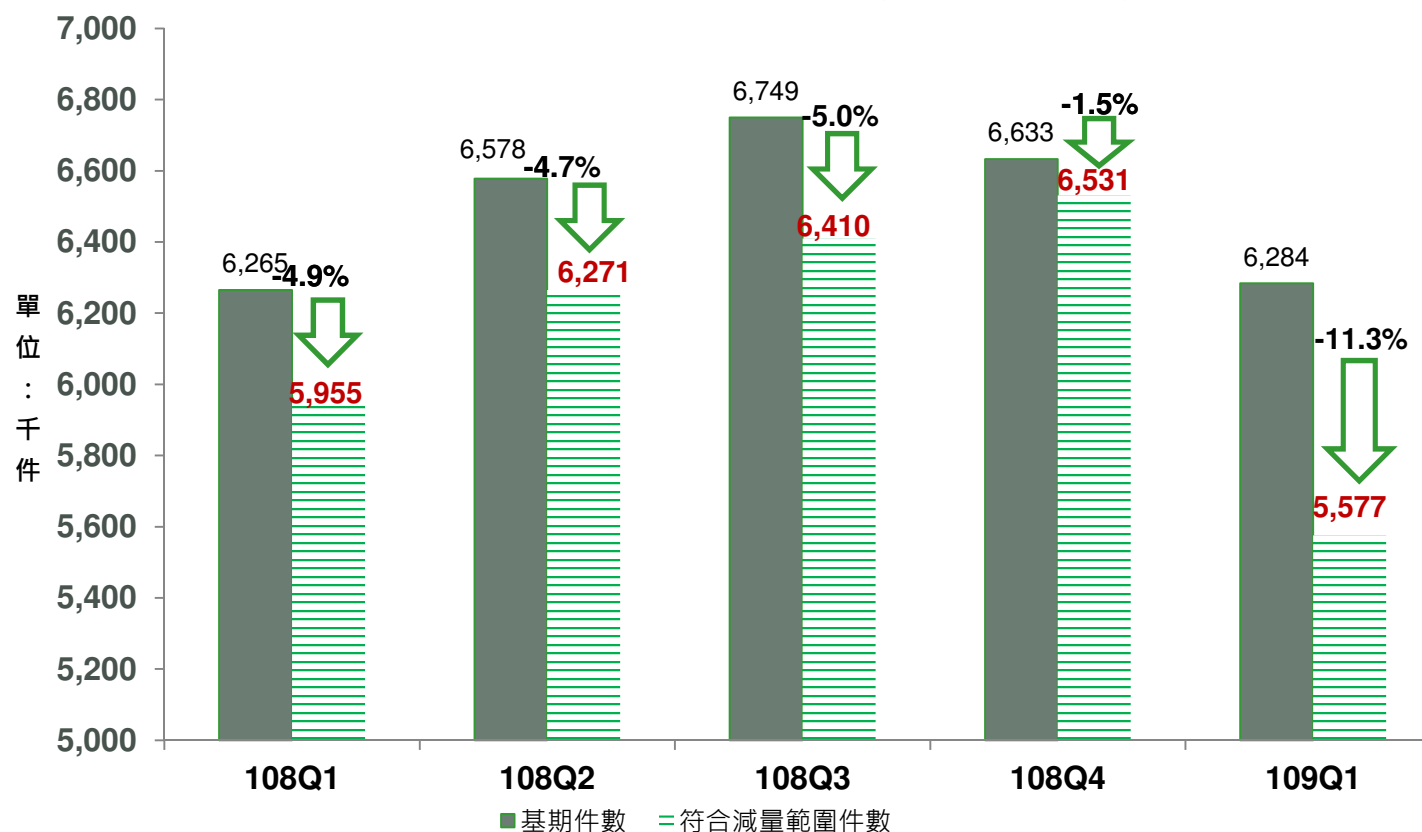
108年~109年第1季執行情形



108全年醫學中心減量幅度4.6%，已達目標值-3.96%。
109年門診減量措施已暫緩執行，第1季亦不核扣。

區域醫院以上門診減量2%-區域醫院

108年~109年第1季執行情形

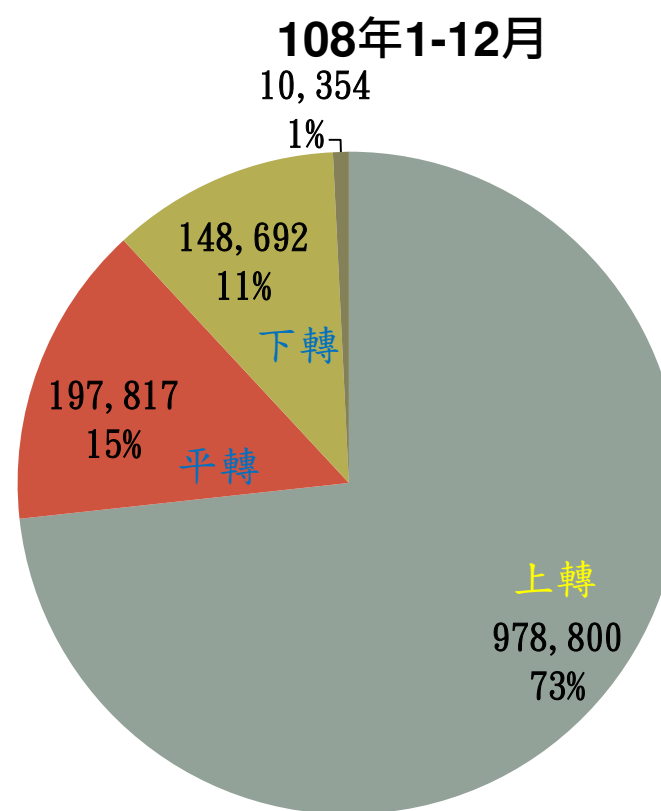
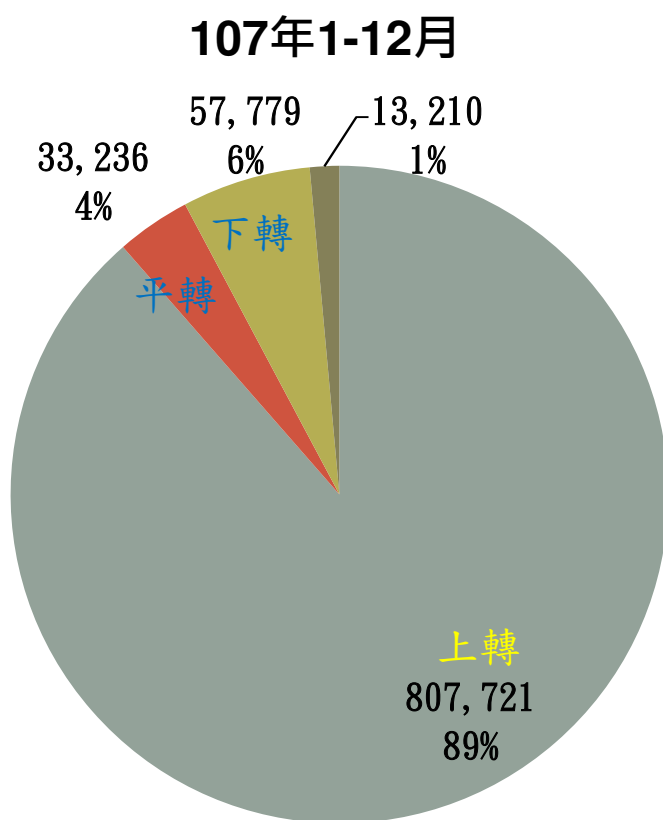


108全年區域醫院減量幅度4.0%，已達目標值-3.96%。

109年門診減量措施已暫緩執行，第1季亦不核扣。

轉診(轉入)案件分析

1. 總轉診件數264萬件中，轉入案件為133.6萬件
2. 133.6萬件中，上轉97.9萬件，平轉19.8萬件，下轉14.9萬件
3. 下轉件數較前一年同期增加 1.6倍
4. 下轉占率由6%增加到11%



*者係資料不全，無法判斷為上轉、平轉或下轉者。

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

79個策略聯盟，共7,177家特約院所 (醫中24家、區域82家、地區醫院308家、基層診所6,608家及藥局1家、居護所140家、康復之家10家、助產所1家、居家呼吸治療所3家)
統計至109年5月底

北區

12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、台大新竹。

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。

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。

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。

108年本署委託國立陽明大學研究計畫 「分級醫療制度下醫療服務整合模式評估與初探」建議

- 建立合作及互信需要時間，應持續觀察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。
- 下轉案件有限，顯示對基層院所量能的缺乏信心，建議要全面提升基層醫療服務量能、基礎合作能力以及基層專業能力。
- 健保署雖提供多項誘因以促進醫療機構間垂直整合，如能進一步協助降低醫療院所合作的行政障礙，及透過強化聯盟內院所共同的財務誘因，讓策略聯盟內的院所能有一致的目標，將能促進實質的臨床服務整合。
- 持續提升民眾自我照護知能或透過政策配套，讓民眾自發性前往基層就診或願意下轉是至關重要的。



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）、磁共振造影（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「層層好醫師，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)



繳納保費

保險憑證

申報資料

支付費用

被保險人
(民眾)

就醫行為

醫療
提供者

醫療服務

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



全民健保
健康存摺



雲端化



個人化



行動化



透明化



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歷程

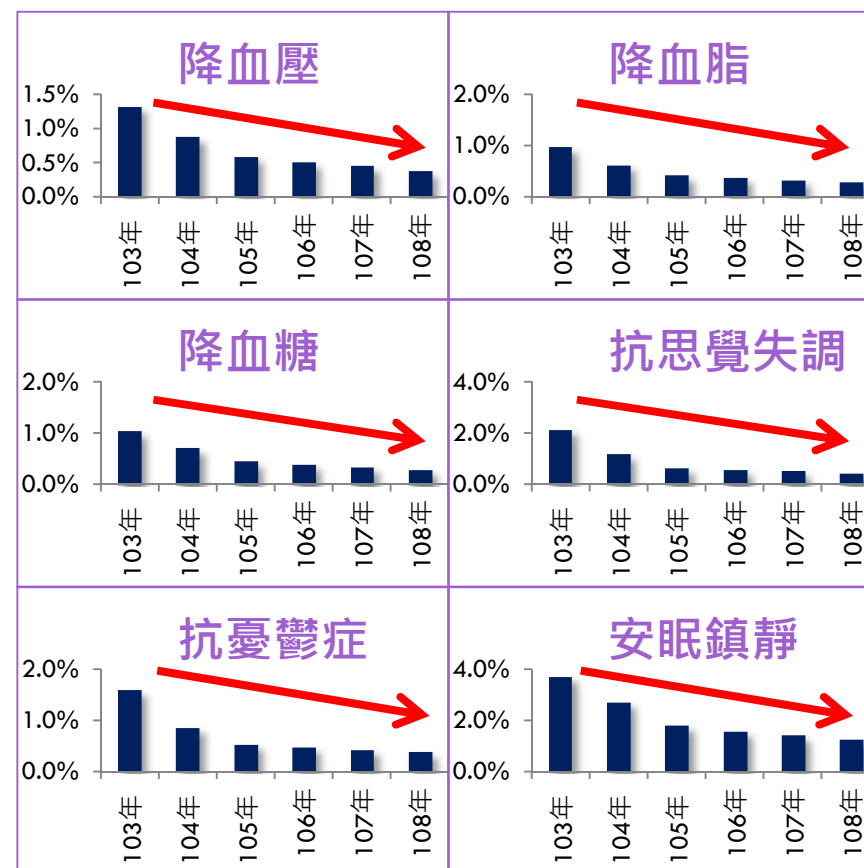
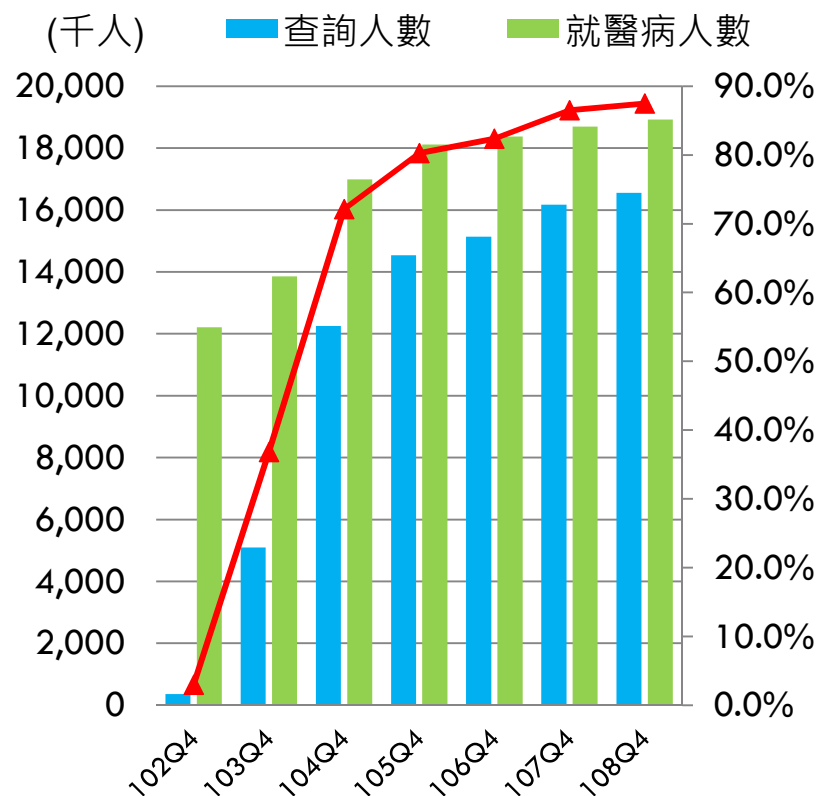
創新精進-1



執行成效-1

➤雲端查詢率逐年成長至87.5%

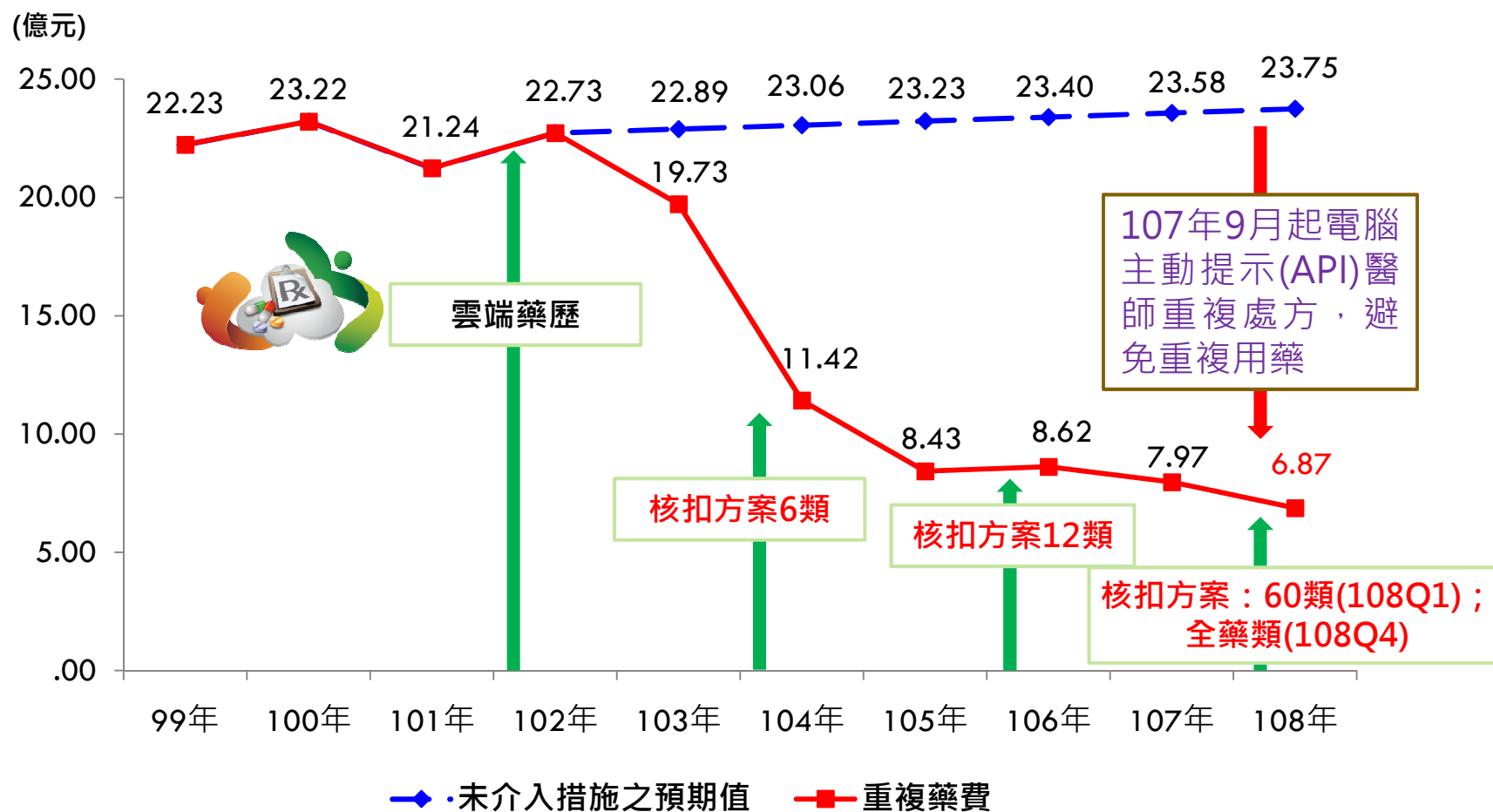
➤跨院所用藥日數重疊率逐年降低



執行成效-2

➤ 減少重複藥費管理成效(API提醒機制)

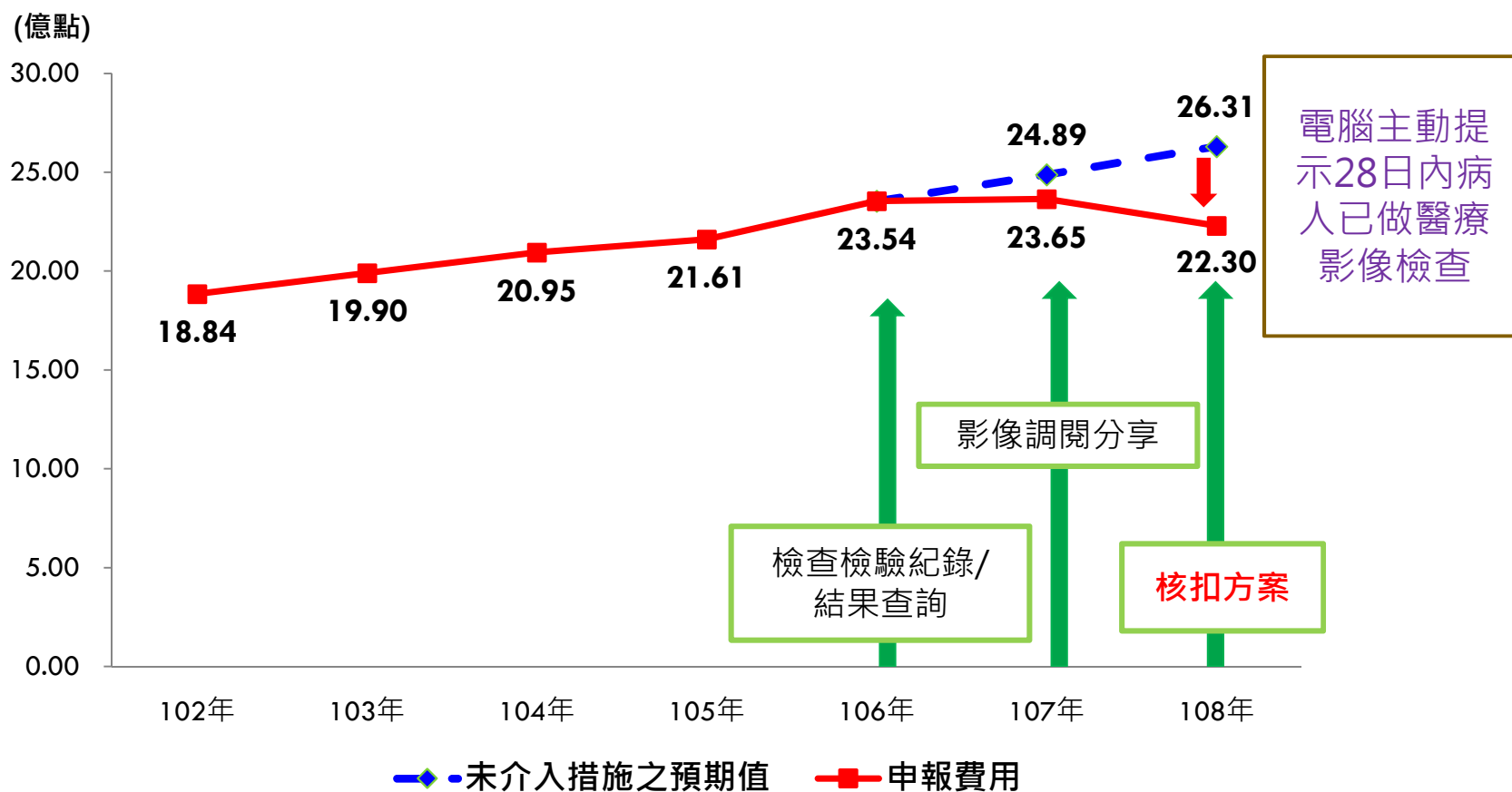
估算103年至108年減少全藥類重複藥費約76.9億元



執行成效-3

➤ 減少重複檢查檢驗管理成效(API提醒機制)

估算107-108年減少44類重複檢查檢驗費用約5.3億點



辦理健保醫療資訊雲端查詢標竿學習分享會

➤ 於108年12月舉辦，70家醫療院所到場參加觀摩。



未來發展

109年持續完善各項健保醫療資訊雲端系統功能

- 提升醫師及藥師使用意願、資訊安全及病人安全



健康存摺

健康存摺建置目的



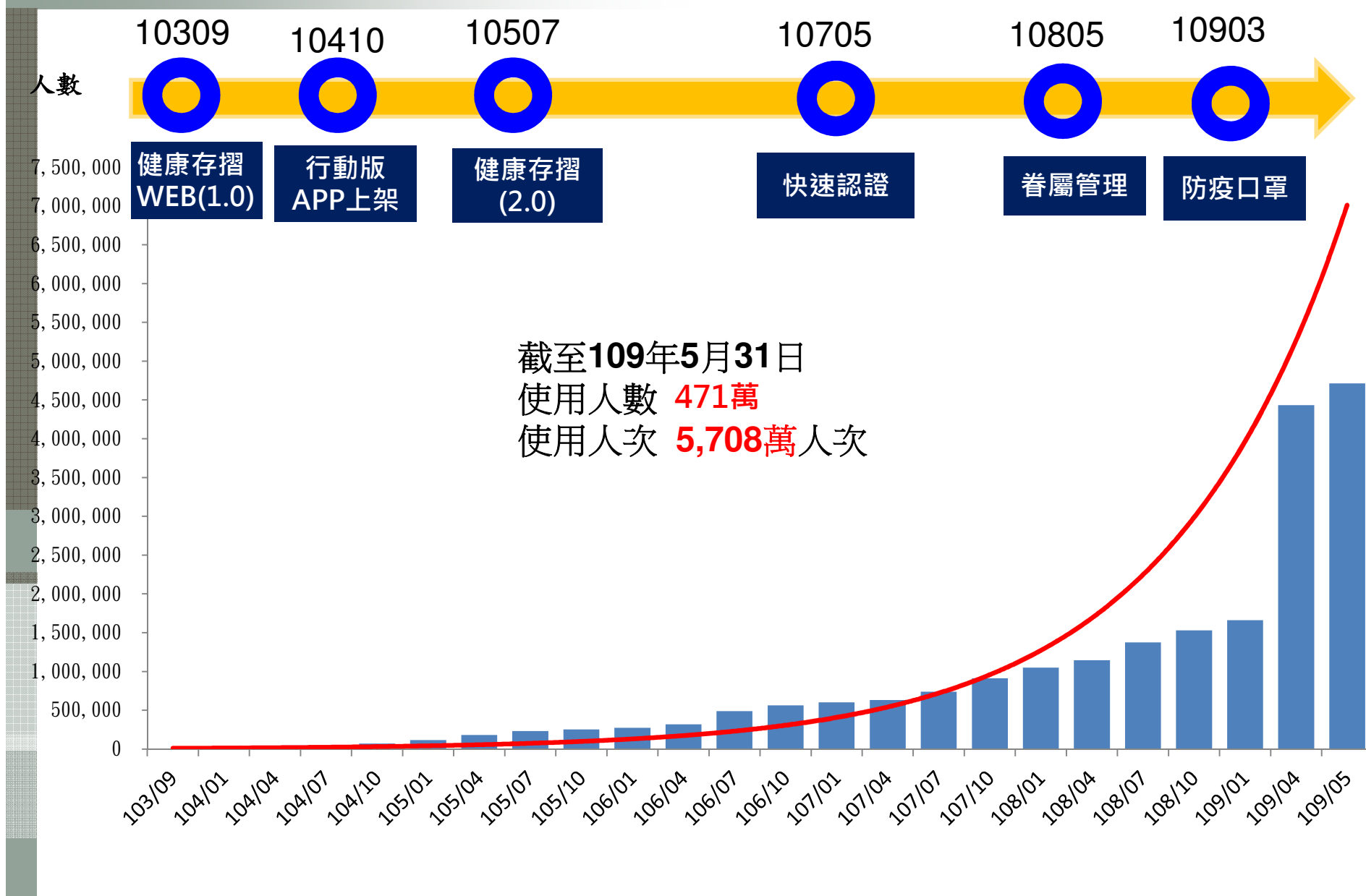
❖ 健康存摺

- 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。

健康存摺發展軌跡與使用情形



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

健康資料

健康存摺

MY
HEALTH
BANK



自我照顧 健康一生
www.nhi.gov.tw



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

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

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

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

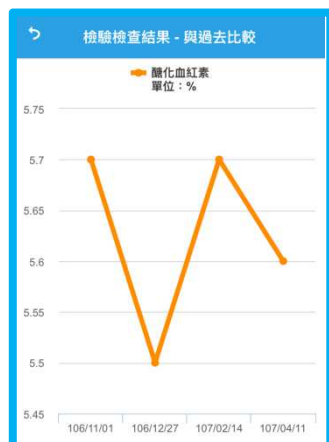
聯絡窗口

就醫紀錄視覺化呈現

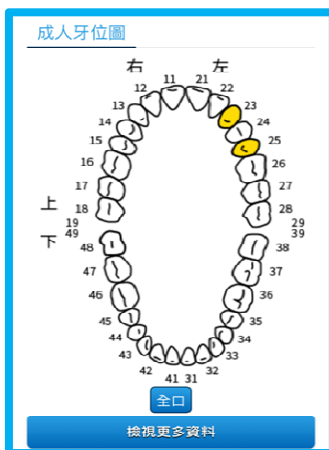
- 健康存摺儲存您**3年內**就醫資料，包含門診(西醫、中醫、牙醫)、住院、手術、用藥、過敏紀錄、檢驗檢查資料等，並儘量以**視覺化**圖表呈現。



【醫療檢查影像】



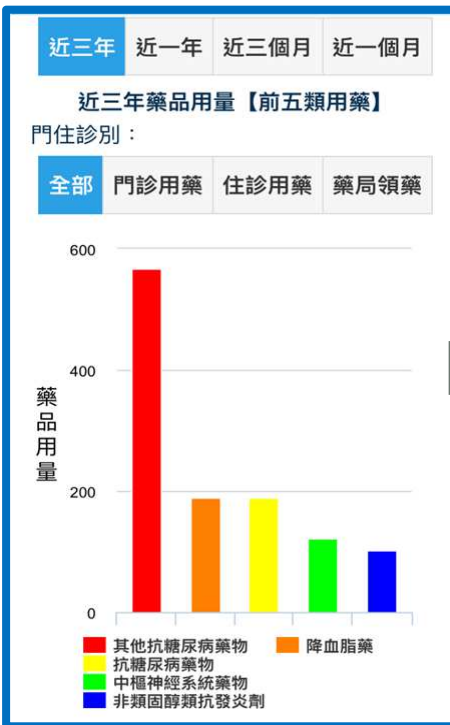
【檢驗數據趨勢圖】



【牙醫資料】



【手術資料】



【用藥資料】

*西醫、中醫、牙醫門診，住院、手術、用藥資料可轉成英文版呈現。

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】

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】

	最近一次	上一次
檢查醫事機構	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/m2
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	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。 異常： 須安排大腸鏡檢查。



【器捐/安寧註記】

健保卡註記日期	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

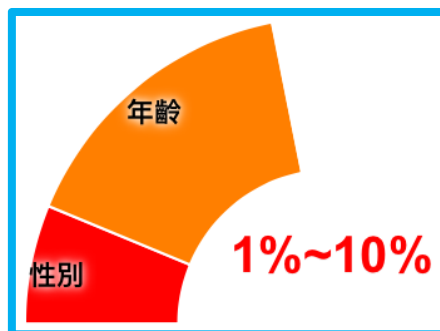
! 表示可連結衛教資訊



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

疾病評估

【肝癌風險預測】



【末期腎病評估】

		持續蛋白尿的分級		
		A1	A2	A3
ACR(mg/g)		正常	中度升高	重度升高
		<30	30-300	>300
PCR(mg/g)		<150	150-500	>500
GFR分期 (ml/min/1.73平方公尺)	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+
腎衰竭 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
- 慢箋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



【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

新增功能

眷屬健康管理 (1080507)

- 為利老人、小孩也可以透過家人手機利用「健康存摺」進行健康管理。
- 截至1090531該功能已使用次數約150萬次，使用該功能人數逾20萬人。



收載自費檢查資料 (1071201)

- 方式：鼓勵院所上傳、民眾登入健康存摺自行登打。
- 截至1090531，醫事機構計上傳約計679,151筆資料（18,385人）。
- 民眾登入健康存摺自行登打，約計16,254筆資料（13,499人）。



新增功能 (續)

購買紀錄

☰

口罩購買紀錄

♡

摘要

※ 下次可至藥局（衛生所）購買日期：
109/04/23（週四）起。

最近5次購買紀錄

💡 將手機螢幕橫放會顯示更多資料。

購買/認定日期 (付款/發放日期)	購買地點
109/04/09	臺北虛擬診
109/03/28 (109/03/23)	免稅店購買
109/03/21	臺北虛擬診
109/03/12	臺北虛擬診
109/03/05	臺北虛擬診


說明：

1. 持超過16歲（93年(含)以前出生者）之健保卡，7天內限購1次成人口罩3片（15元），需依身分證末碼單雙號規定分流購買。

2. 持16歲（93年(含)以後出生者）以下健保卡，7

人道援助

口罩響應人道援助



在不影響國內防疫準備的情形下，請問您是否願意響應政府的海外口罩人道援助，運用自口罩實名制 2.0（2020 年 3 月 12 日）啟動以來您未領取的口罩，幫助需要的國家，並優先提供他們的醫護人員？

As long as it does not affect Taiwan's own COVID-19 prevention and control efforts, would you be willing to support the government's humanitarian assistance by dedicating the masks you have not collected since the March 12 launch of the eMask 2.0 system to countries in need, with priority given to their medical personnel?

我願意，並同意將姓名加入開放資料

I am willing to dedicate the masks, and agree to have my name made public on the open data platform

我願意，但默默行善就好

I am willing to dedicate the masks, but wish to do it anonymously

新增功能 (續)

◎為利國民健康署我的健康讚會員資料與健康存摺使用者資料整合，依衛福部資訊處規劃新增功能

飲食熱量攝取

蛋白質 (g)	脂肪 (g)	糖 (g)	鈉 (mg)	熱量
15.8	19.5	95.7	1506	621

本次勾選食物品項清單 [收合](#) [確定](#)

- 日式咖哩鮮蔬 536(cal)
- 法式茸菇濃湯 85(cal)

食物品牌：[丹提咖啡](#)

☒ 顯示食物成分

泰式紅咖哩雞肉飯	蛋白質 (g)	脂肪 (g)	糖 (g)	鈉 (mg)	熱量 (cal)
<input type="checkbox"/>	27.6	23.3	67.6	788	590

日式咖哩鮮蔬	蛋白質 (g)	脂肪 (g)	糖 (g)	鈉 (mg)	熱量 (cal)
<input checked="" type="checkbox"/>	13.5	15.5	85.7	1086	536

培根野菇燉飯	蛋白質 (g)	脂肪 (g)	糖 (g)	鈉 (mg)	熱量 (cal)
<input type="checkbox"/>	21	31.7	82.1	895	698



卡路里消耗

運動紀錄		歷史趨勢圖
※ 運動紀錄清單		+ 新增紀錄
運動時間	運動項目	消耗熱量 (大卡)
109/05/26 06:00	瑜珈	468
109/05/25 17:20	騎腳踏車	364
109/05/24 16:50	跳舞	546
109/05/20 18:20	羽毛球	309
109/05/19 16:40	羽毛球	265

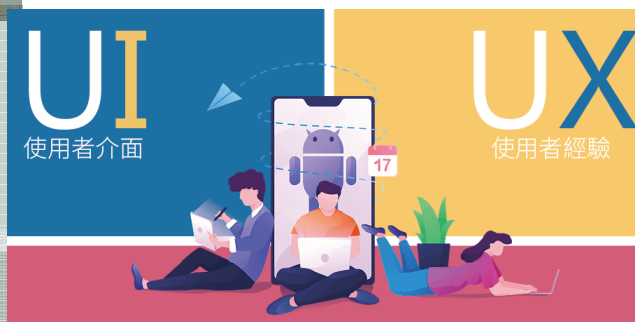
註：

1. 配合衛生福利部「健康資訊共享規劃」，本署健康存摺系統與國民健康署「我的健康讚」系統合併。
2. 資料提供來源：國民健康署。
3. 諮詢窗口：請電洽國民健康署電話 (02-25220903)
4. 運動消耗卡路里資訊請[消耗卡路里](#)。



未來規劃

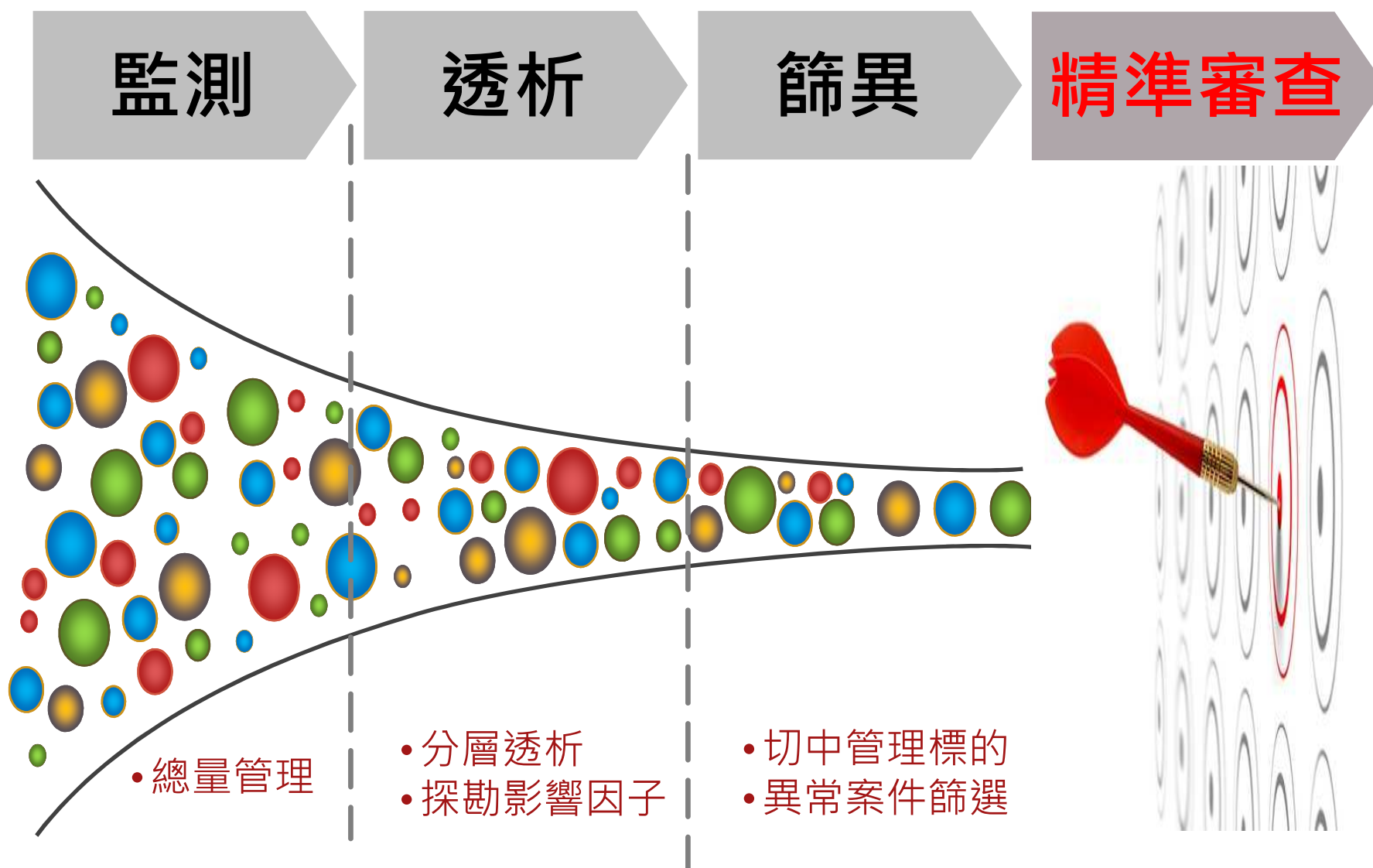
- 增進使用者黏著度，精進UI（User Interface）使用者介面及UX（User Experience）使用者體驗。
- 精進功能：優化就醫記錄查詢、強化推播提醒服務與手機行事曆結合、新增醫療給付改善方案之收(結)案紀錄，豐富就醫資料。



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

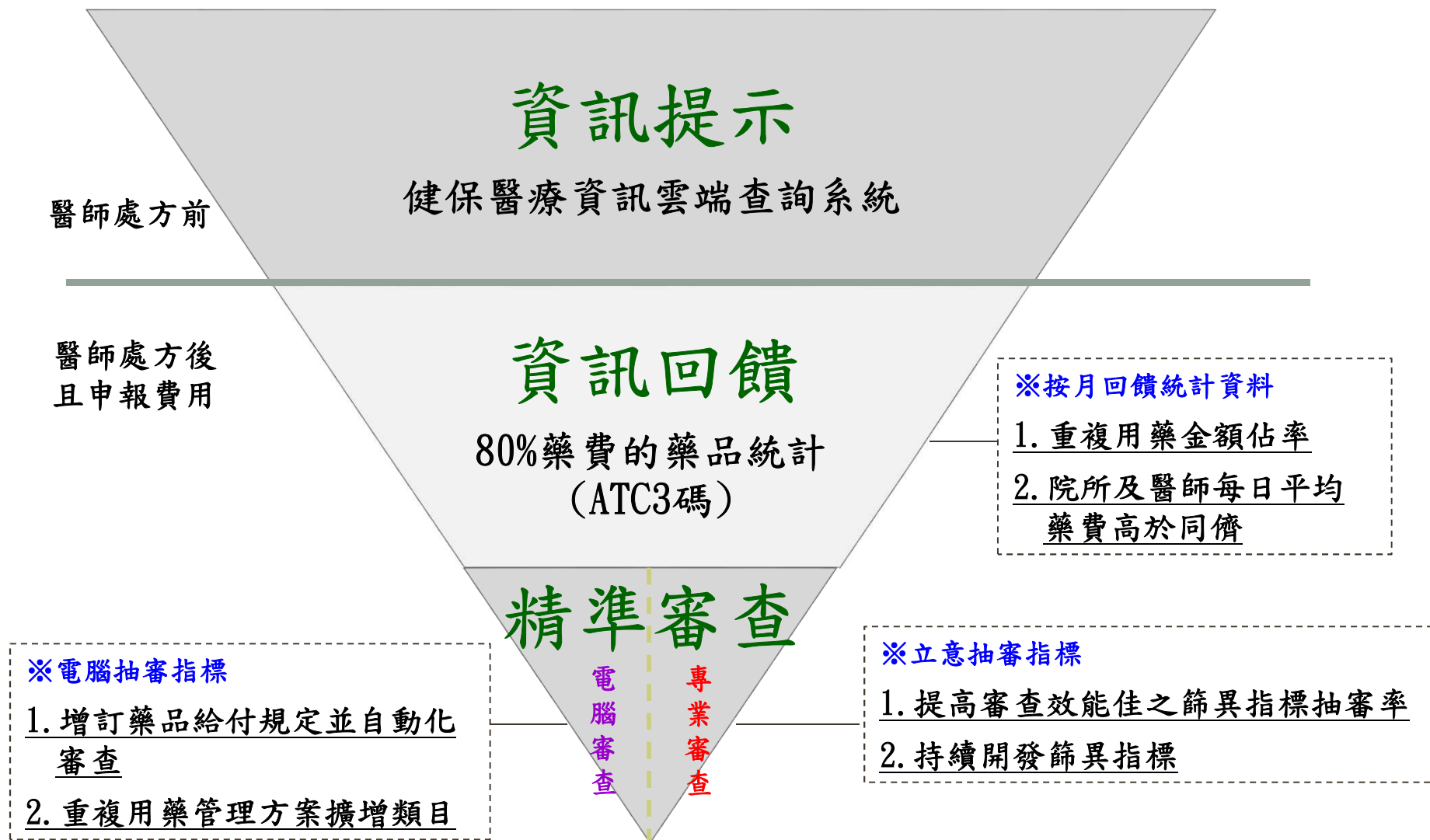


精準審查—用藥及檢查(驗)之管理

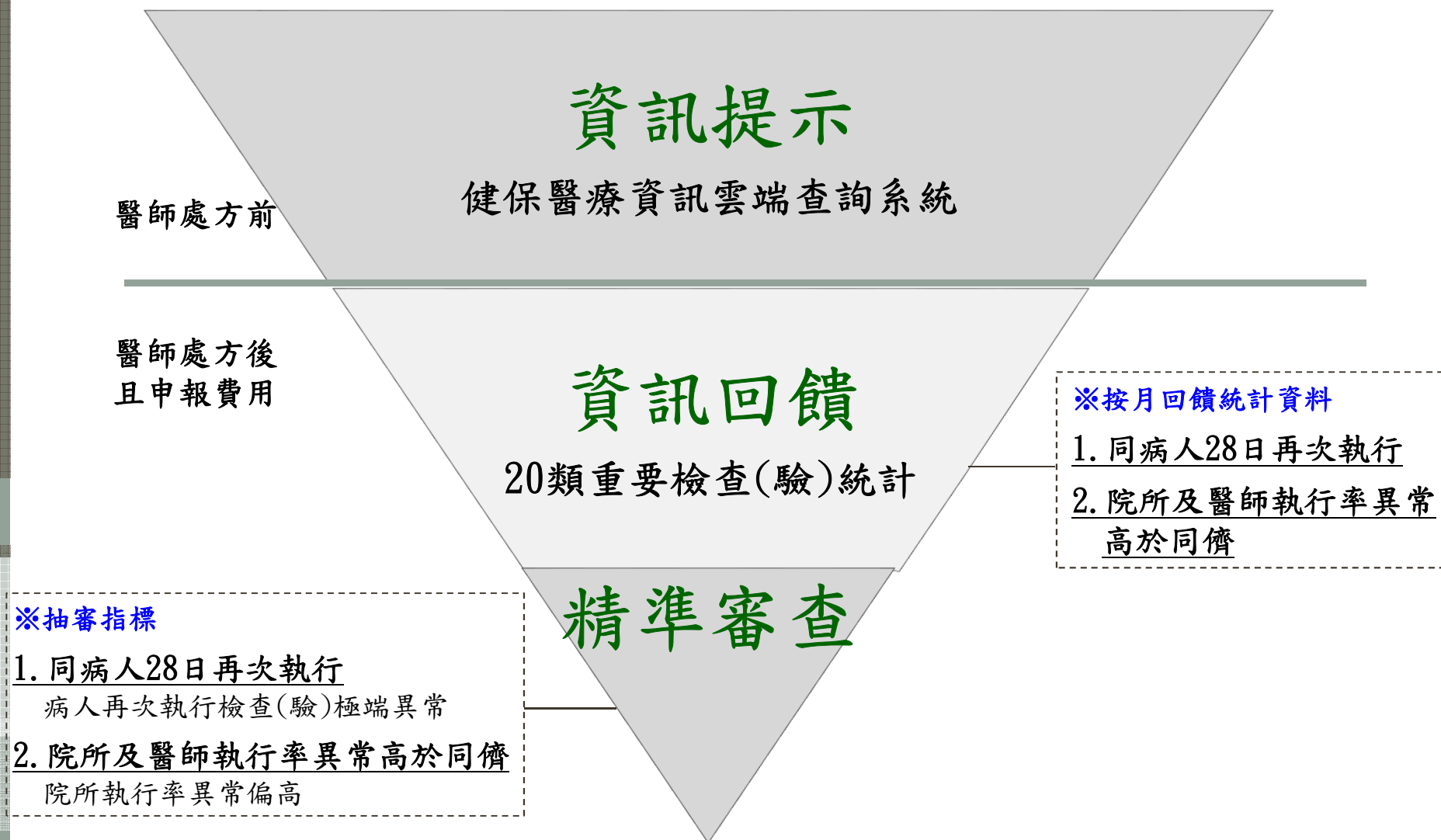


供醫師看診即時掌握病人資訊，以確保病人安全與醫療品質

精準審查-藥品80/20管理方案

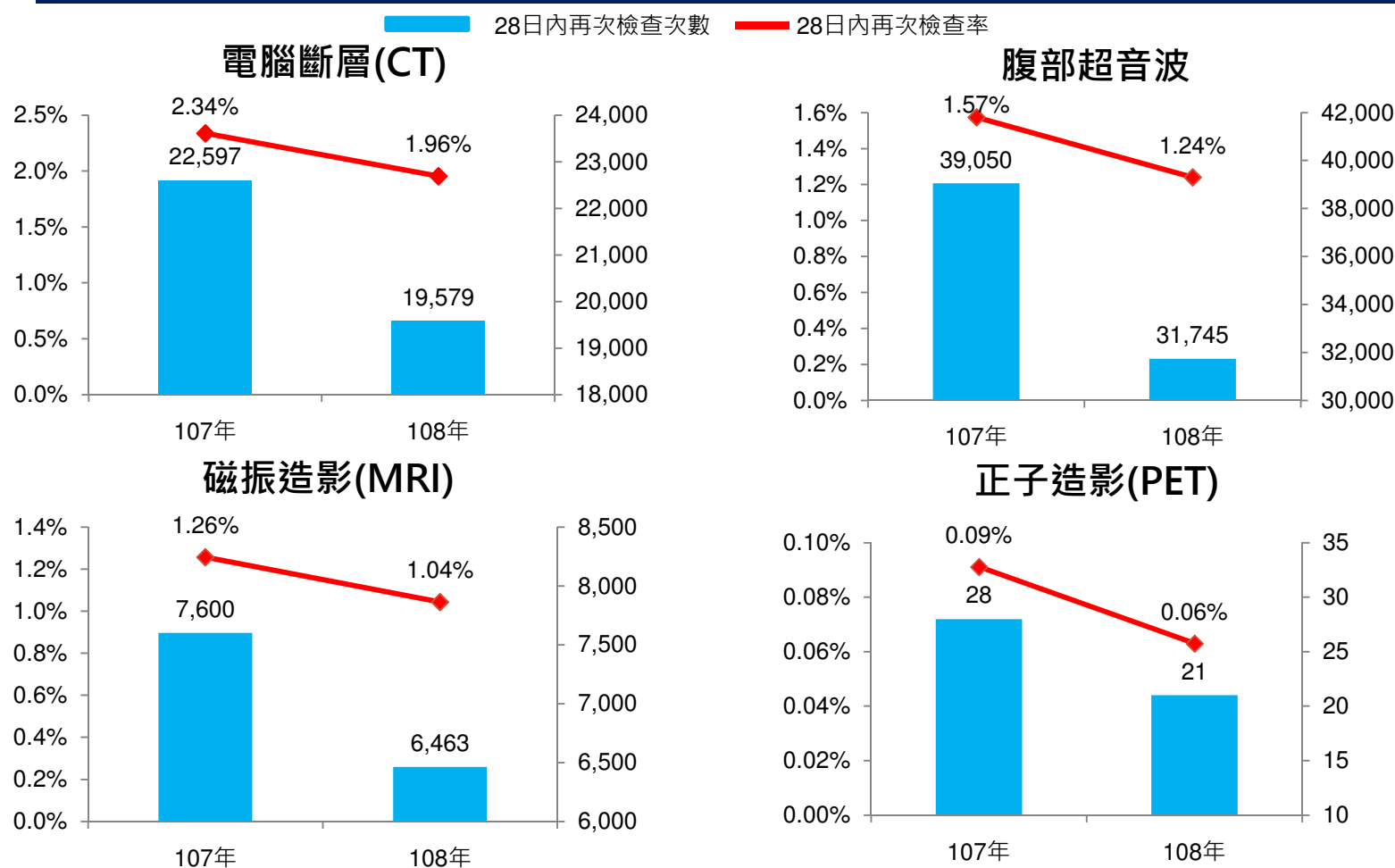


精準審查-108年20類重要檢查(驗)管理方案-1



精準審查-108年20類重要檢查(驗)管理方案-2

108年CT、MRI、腹部超音波、正子造影28日內再檢查次數及比率分析



1.資料來源：DA指標2734_檢查(驗)管理效益評估統計

2.統計期間：107/01 - 108/12

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

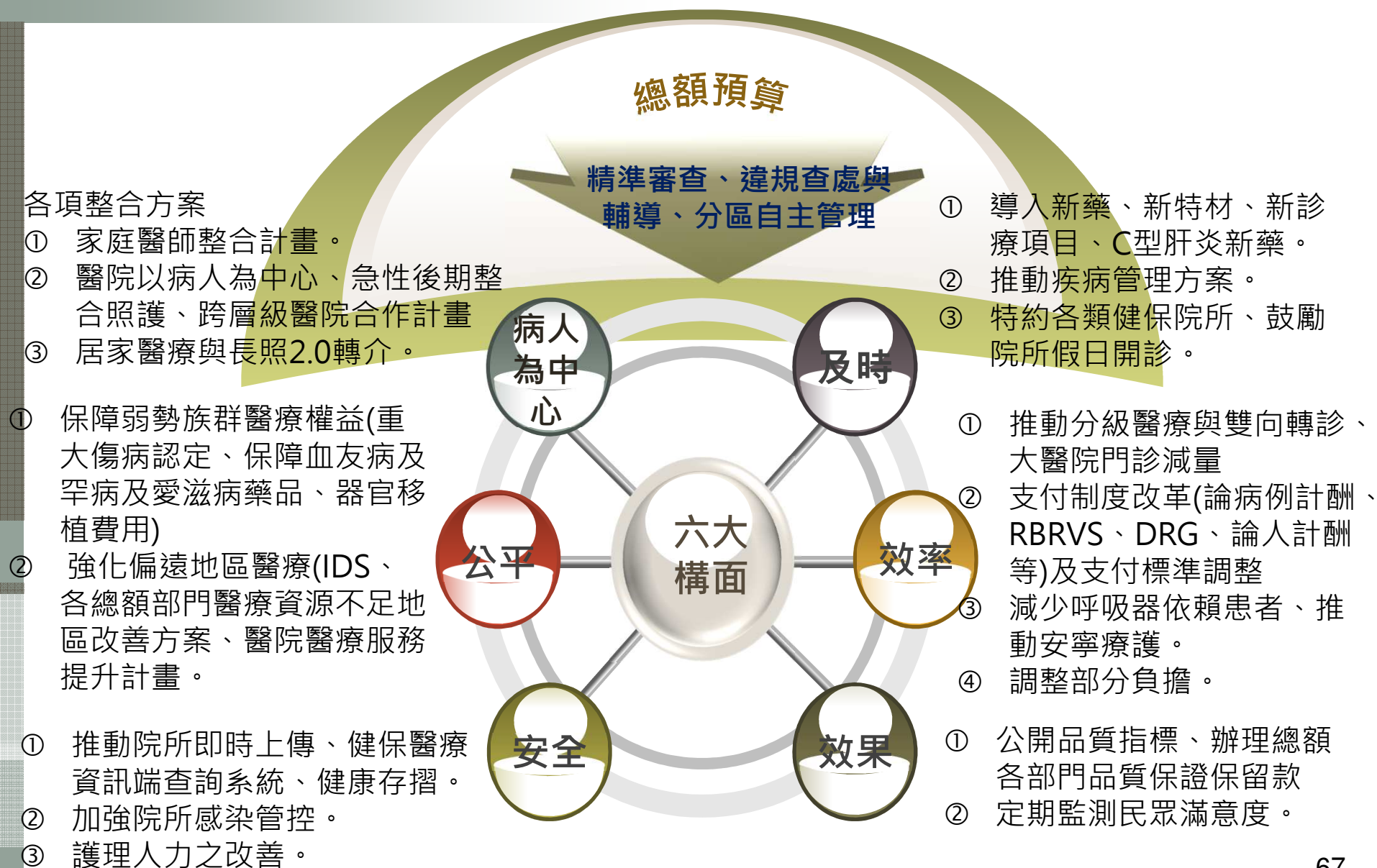
各總額部門執行情形

- 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。

健保於總額下推動各項重點措施





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	104年	105年	106年	107年	108年
醫院					
成長率	0.646%	0.503%	0.531%	0.844%	0.714%
增加金額(億元)	22.755	18.535	20.63	34.40	30.19
西醫基層					
成長率	0.122%	0.082%	0.080%	0.106%	0.037%
增加金額(億元)	1.20	0.83	0.84	1.16	0.42

新醫療科技-新藥

● 104-108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	
104	3	18	19	40
105	4	12	10	26
106	6	14	22	42
107	2	13	36	51
108	9	24	18	51
合計	24	81	105	210

*本表所指新藥為104至108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9項，分別用於治療局部晚期或轉移性乳癌的停經後婦女之初始內分泌或是以內分泌治療時疾病惡化後的治療、慢性淋巴球性白血病 (CLL)等。
- 第2A類新藥24項，分別用於治療黑色素細胞瘤 治療無法切除或轉移性黑色素瘤病人、治療一歲以上糖尿病患者、肢端肥大症、適合接受全身性治療或光療法的中至重度斑塊性乾癬成人病人、自體顯性多囊性腎臟病(ADPKD)且eGFR大於25mL/min/1.73m²之慢性腎臟病成人患者等。
- 第2B類新藥共18項，分別用於治療第二型糖尿病、因輸血而導致慢性鐵質沈著症(輸血性血鐵質沉積)的成年人及2歲以上兒童患者等。

新醫療科技-新特材

● 104-108年收載新特材之品項數

收載年度	創新功能	功能改善	總計
104	7	53	60
105	52	54	106
106	31	53	84
107	31	40	71
108	27	39	66
合計	148	239	387

新醫療科技-新診療項目

● 104-108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)
104年	27	300	253.71
105年	26	300	300.19
106年	21	393	391.91
107年	31	400	394.76
108年	21 ^(註1)	400	387.13
	2 ^(註2)	100	0

註1：108年新增項目計15項，修訂項目計6項。

註2：108年新醫療科技診療項目就未列項編列1億元；惟因院所未列項目提報之新增診療項目計51項，「胸骨切除術」經109/3/12共同擬訂會議通過，修訂67001B及67038B之備註；「HLA-B 5801」及「大腸金屬支架置放術」(計5項建議)經提共同擬訂會議及專家諮詢會議後，須補充資料後再提會；「經前部全層眼瞼切開術」院所表示撤案；27項新增建議已函請提案院所補件，另其餘項目將盡速辦理。



執行概況—及時性

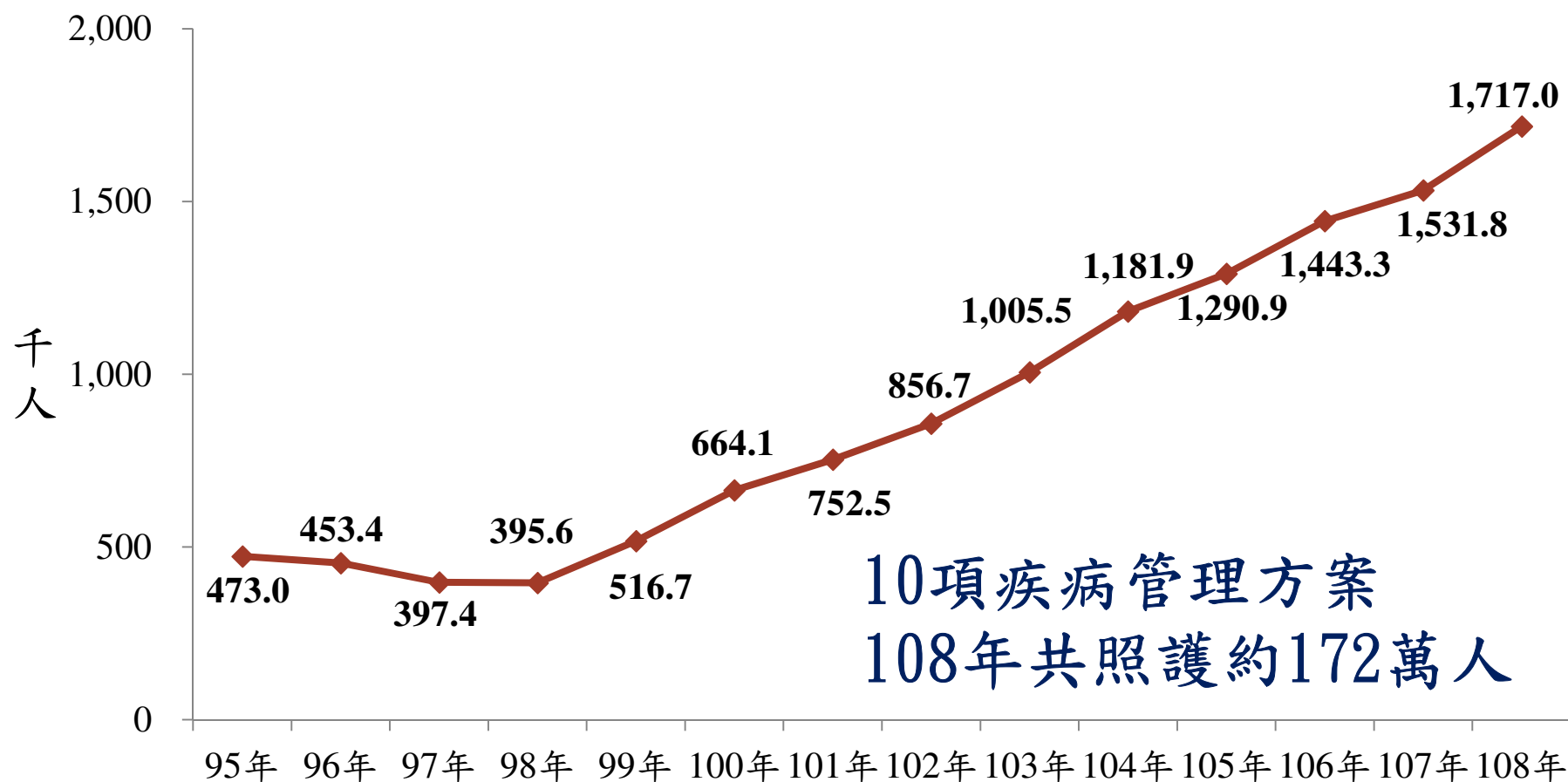


新醫療科技之導入

疾病管理方案

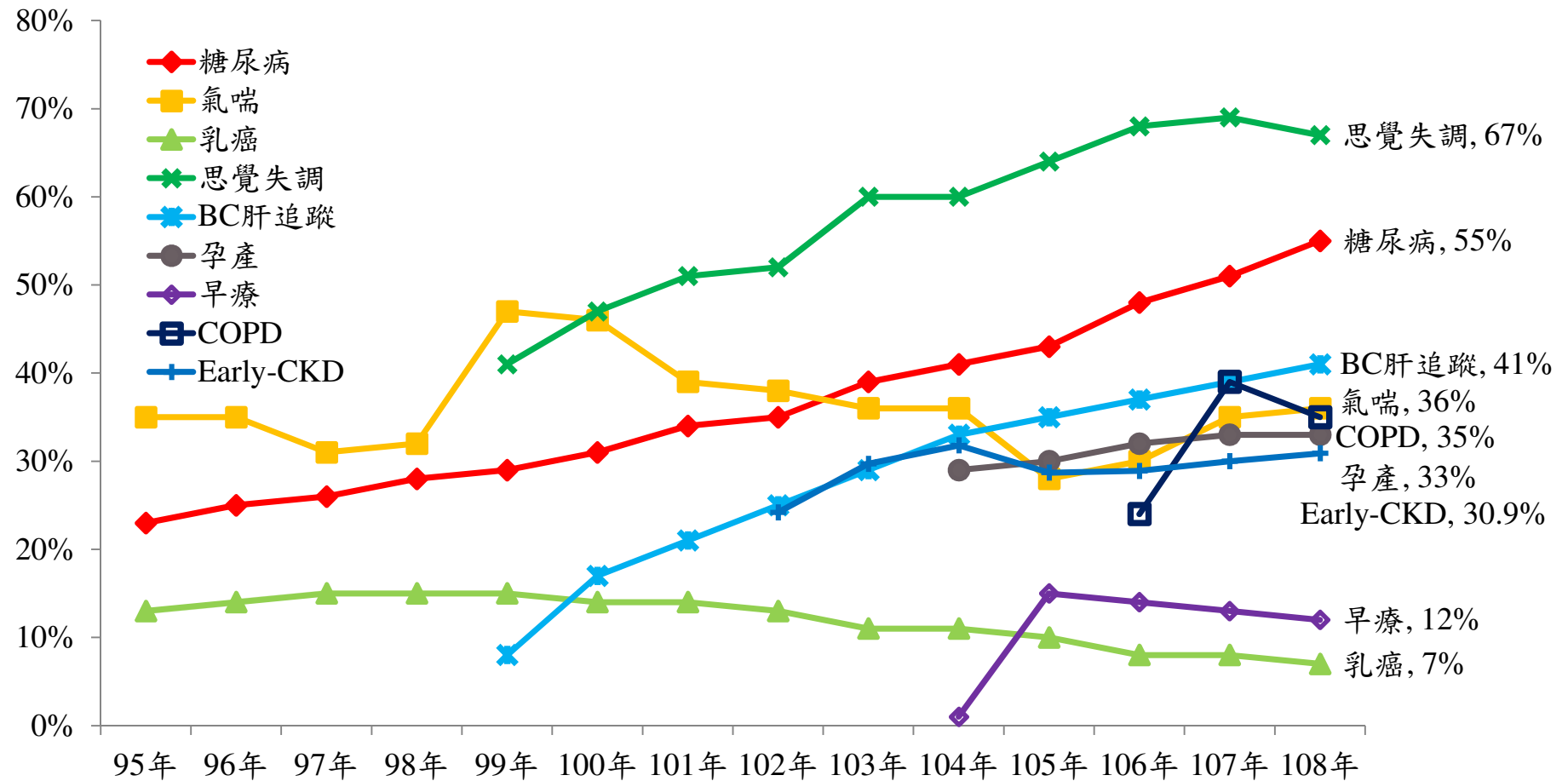
民眾就醫可近性

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、提升醫院用藥安全與品質方案)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)

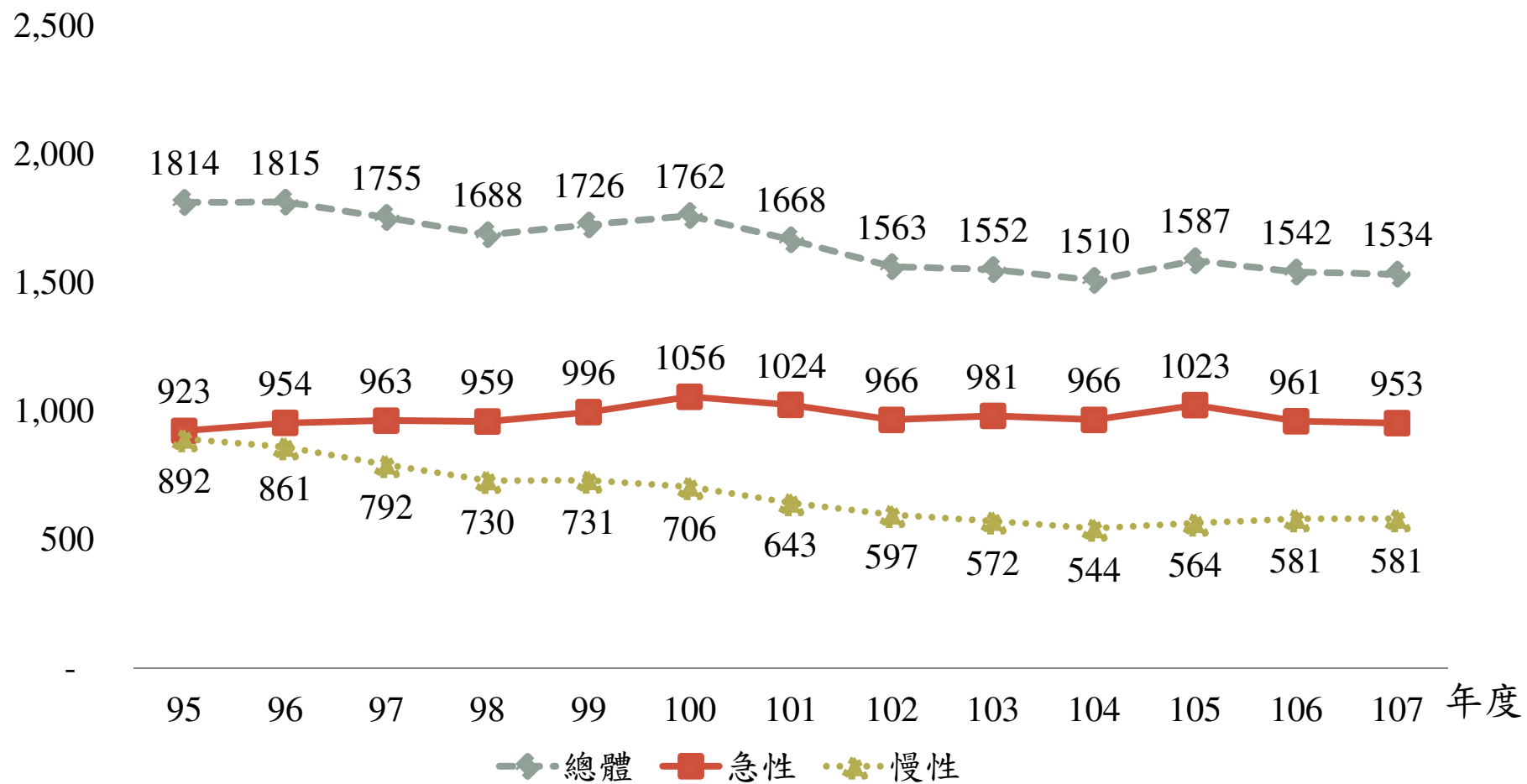
註2：糖尿病方案99年放寬收案條件；氣喘方案配合收案對象定義改變，99年照護率統計方式改變：99年以前分母是以門診主診斷493歸戶人數，排除兩次就醫大於60天者。99年開始分母是以門診主診斷493歸戶人數，60天內同院所就醫2次以上。

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。

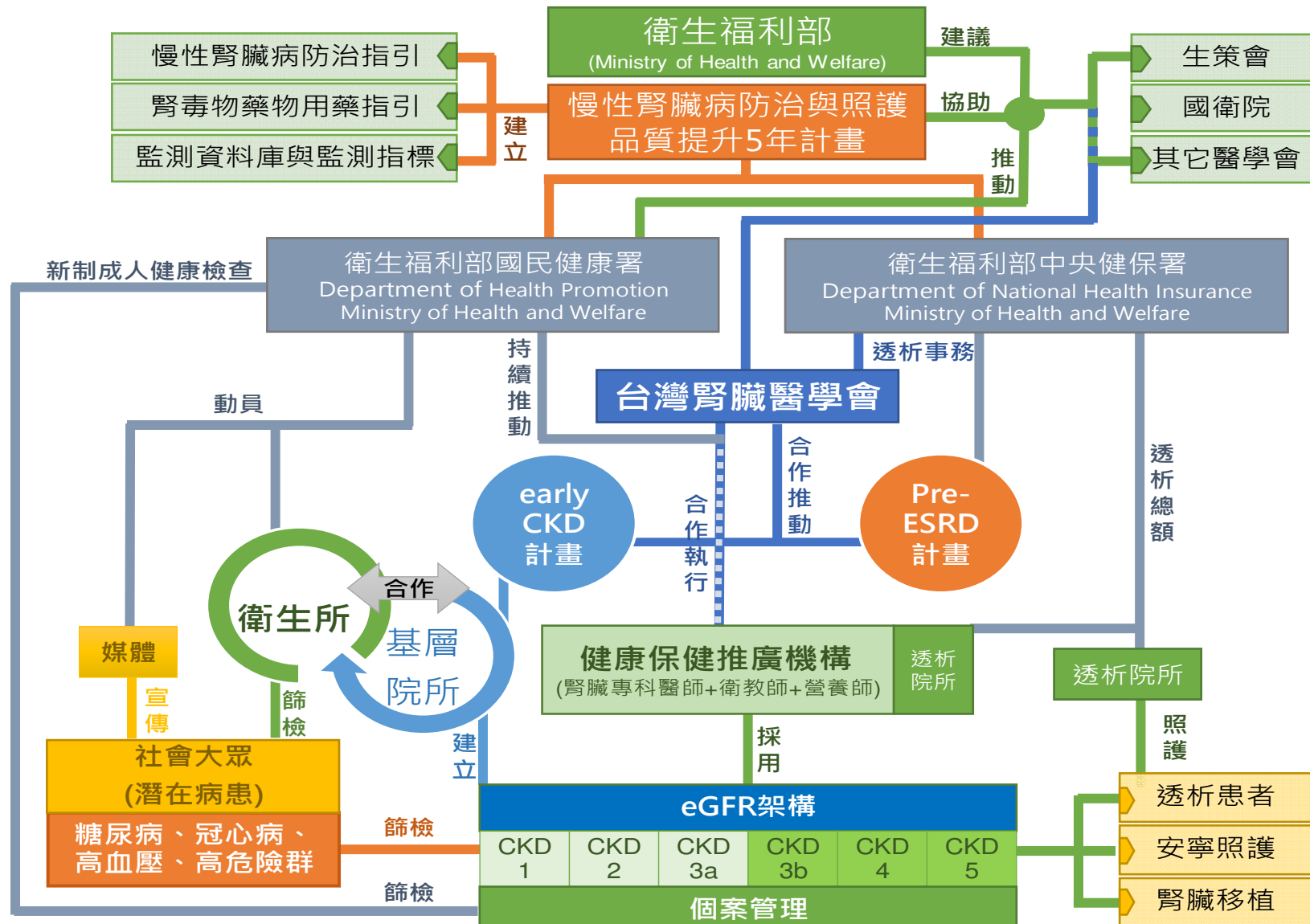
註4：早期療育計畫係以團隊提供全人照護，門檻較高，致照護率約維持10%；另乳癌方案因參與醫院僅5家，照護人數有限。

可避免住院指標趨勢

單位
件數/10萬人



防治腎病建構跨單位合作模式



減緩腎臟病人病程進度相關措施

為提早在腎臟病早期介入相關預防措施，提升早期慢性腎臟病患對自我疾病認知並做改善，進而減緩與避免其疾病病程進入末期腎病變，降低台灣尿毒症之發生率。

- 初期慢性腎臟病醫療給付改善方案（Early_CKD）
 - 照護CKD第1-3a期之個案，重新恢復腎功能。
 - 108年共有999家院所參與，累計收案數為86.9萬人。
- 末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫（Pre-ESRD）
 - 照護CKD第3b-5期之個案。
 - 108年有244家院所參與，新收案數為2.7萬人，透析新增病患中有接受Pre-ESRD照護之比例約69.0%，逐年增加。



執行概況—及時性



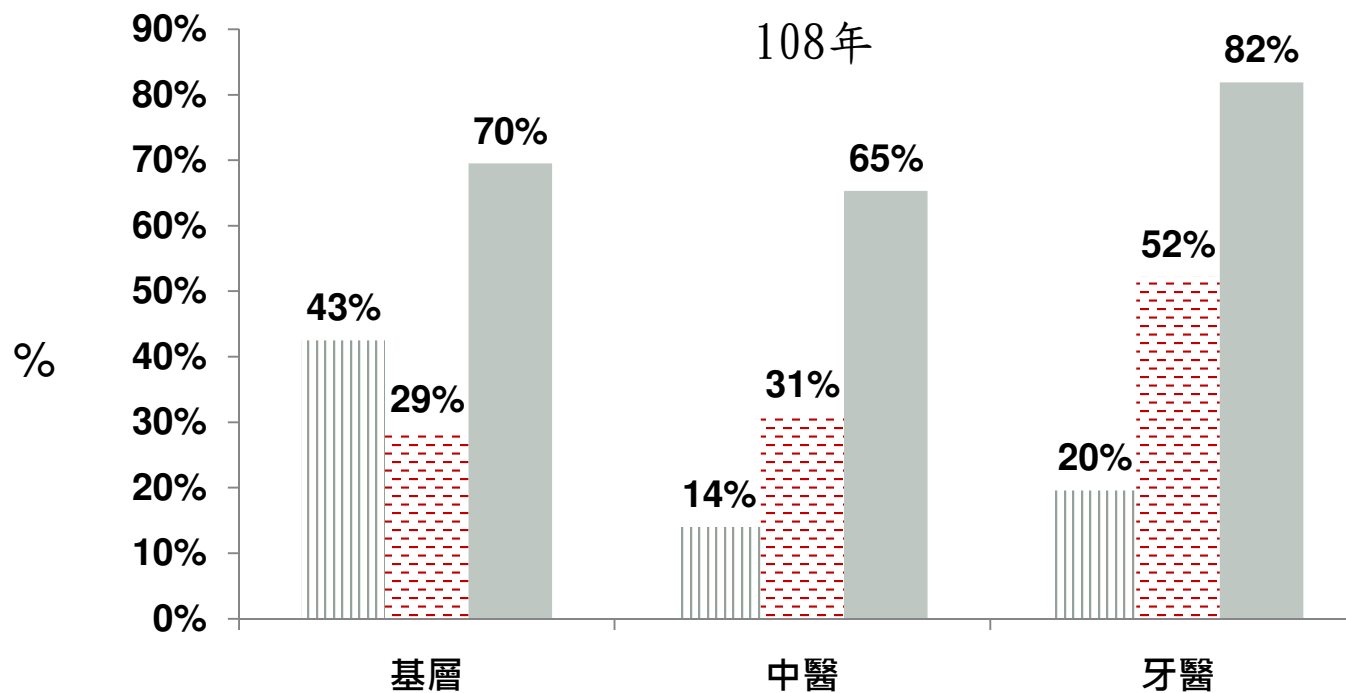
新醫療科技之導入

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



- ||| 假日有看診緊急需求
- - 有看診需求，不能在當地找到其他就醫的院所
- 假日不能在當地院所看診，感到不方便的比率

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-提升牙醫假日開診率

1. 增修牙醫急症處置相關診療項目及假日急診處置
2. 提高支付誘因，以增加牙醫急症處置便利性

調升山地離島地區
之牙科門診診察費
10點(105.4.1生效)

105年

- 新增2項支付項目
- 牙醫急症處置支付項目(1,000點)
 - 週日及國定假日牙醫門診急症處置(800點)

108年

- 增列週六急症處置：修訂「週六、日及國定假日牙醫門診急症處置」(800點)
- 新增「牙齒外傷急症處理」(4,976點)

109年

離島地區假日門診案件診察費加計20%：
新增通則八：離島地區牙醫診所週六、週日及國定假日之牙醫門診案件，門診診察費得加計20%

醫院牙醫夜間急診案件特定處置費加計50%：
新增通則七：地區醫院、區域醫院及醫學中心牙醫師之夜間(晚上9時至隔日早上9時)急診案件申報特定處置費，得加計50%。

民眾就醫可近性-提升基層假日開診率

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。

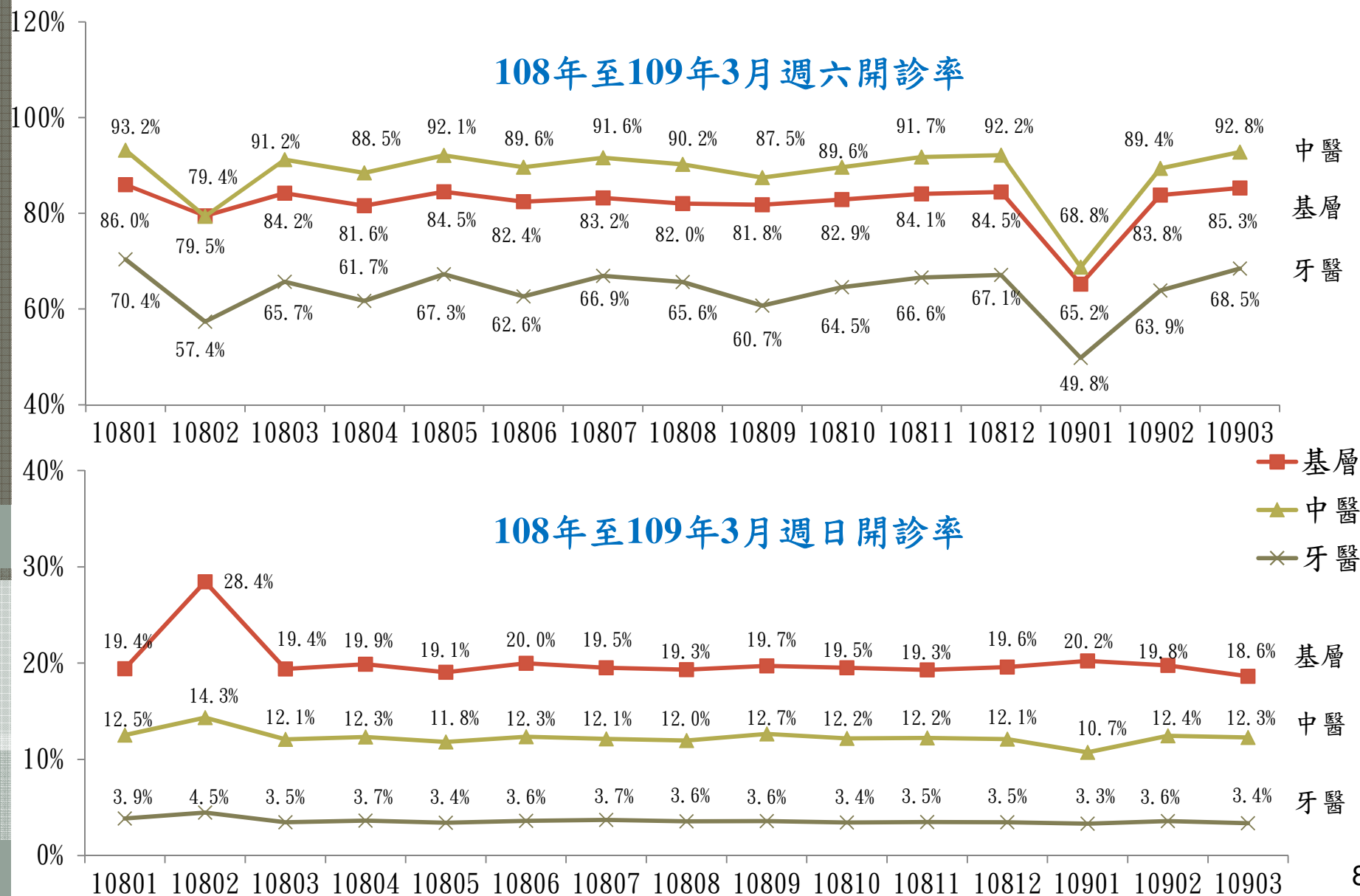
民眾就醫可近性-提高假日基層開診率

全聯會輔導

- 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

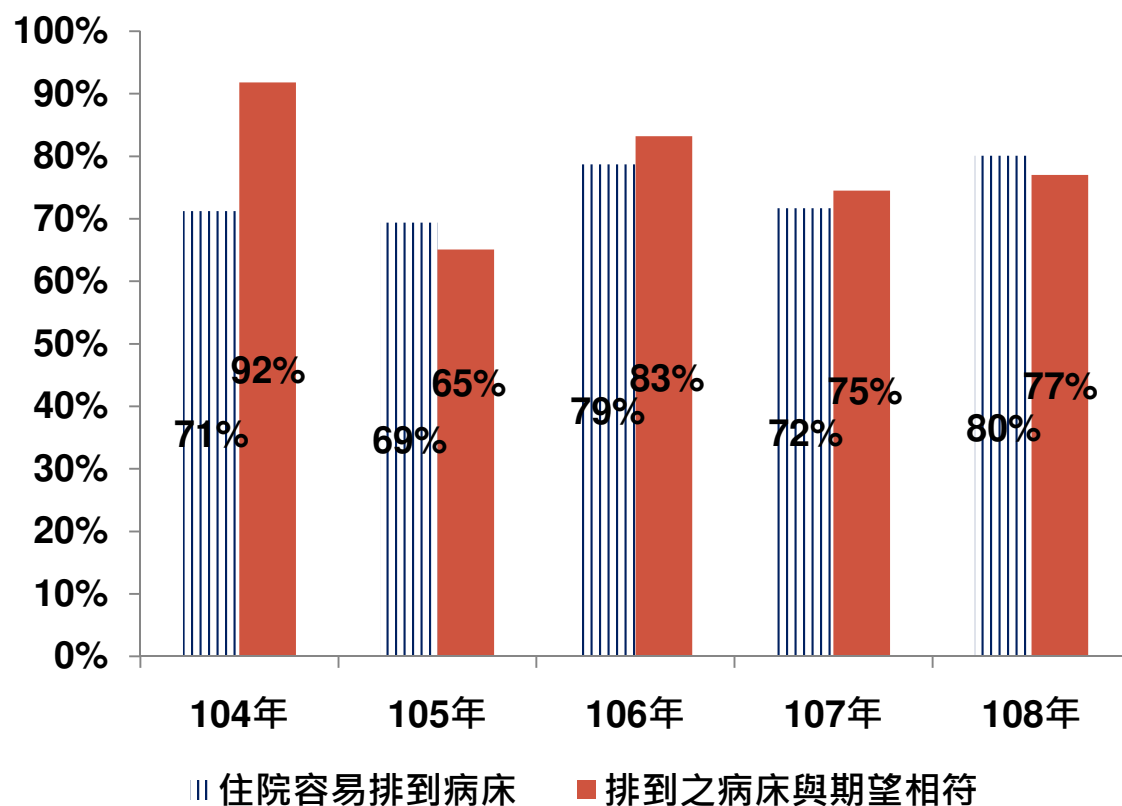
-西醫基層、中醫及牙醫診所假日開診率



民眾就醫可近性

-住院病床等待與期望

- 是否容易排到病床：108年約80%的民眾表示容易。
- 是否與期望相符：108年約77%的民眾與期望相符。



註：回答人數，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%)、108年41人(占率4%)；。



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	108
經費(億元)	3	3	3	3.87	3.87	6.67	2.8	11.14	3	10.88	8.68
導入階段		1				2					
實際 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。

7.108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		
	107	108	變化 幅度	107	108	變化 幅度
3日內再急診率	1.98%	2.03%	↑0.05個百分點	3.77%	3.85%	↑0.08個百分點
14日內再住院率	3.8%	3.7%	↓0.1個百分點	13.46%	14.03%	↑0.57個百分點
住院日數	3.99	3.97	↓0.02天	12.88	11.92	↓0.96天
轉院率	0.63%	0.64%	↑0.01個百分點	2.54%	2.58%	↑0.04個百分點
急性心肌梗塞出院 後30內死亡率	10.05%	9.44%	↓0.61個百分點			

急重難之支付標準調整(西中牙)

提高住院基本診療支付條件

- 105年
調升住院診察費及病房費11.4%
- 106年
 - 調高ICU及高危險妊娠住院診察費
 - 調升兒童專科醫師申報加護病房診察費、住院會診費、一般住院診察費及隔離病床住院診察費之加成率。
- 108年
 - 調升住院診察費13.5%
 - 75歲以上老人住院診察費加成20%。

提高護理人員支付條件

- 105年
調升住院護理費7%-11.4%
- 106年
 - 偏鄉醫院住院護理費加成由3.5%調升為15%
 - 地區醫院住院護理費支付點數調升3.5%
- 107年
 - 提升加護病床護理費，調升5%
 - 全日平均護病比加成率由3%-14%調整為2%-20%
- 108年
急性一般及經濟病床住院護理費(含精神病床)調升3%

急診保障措施

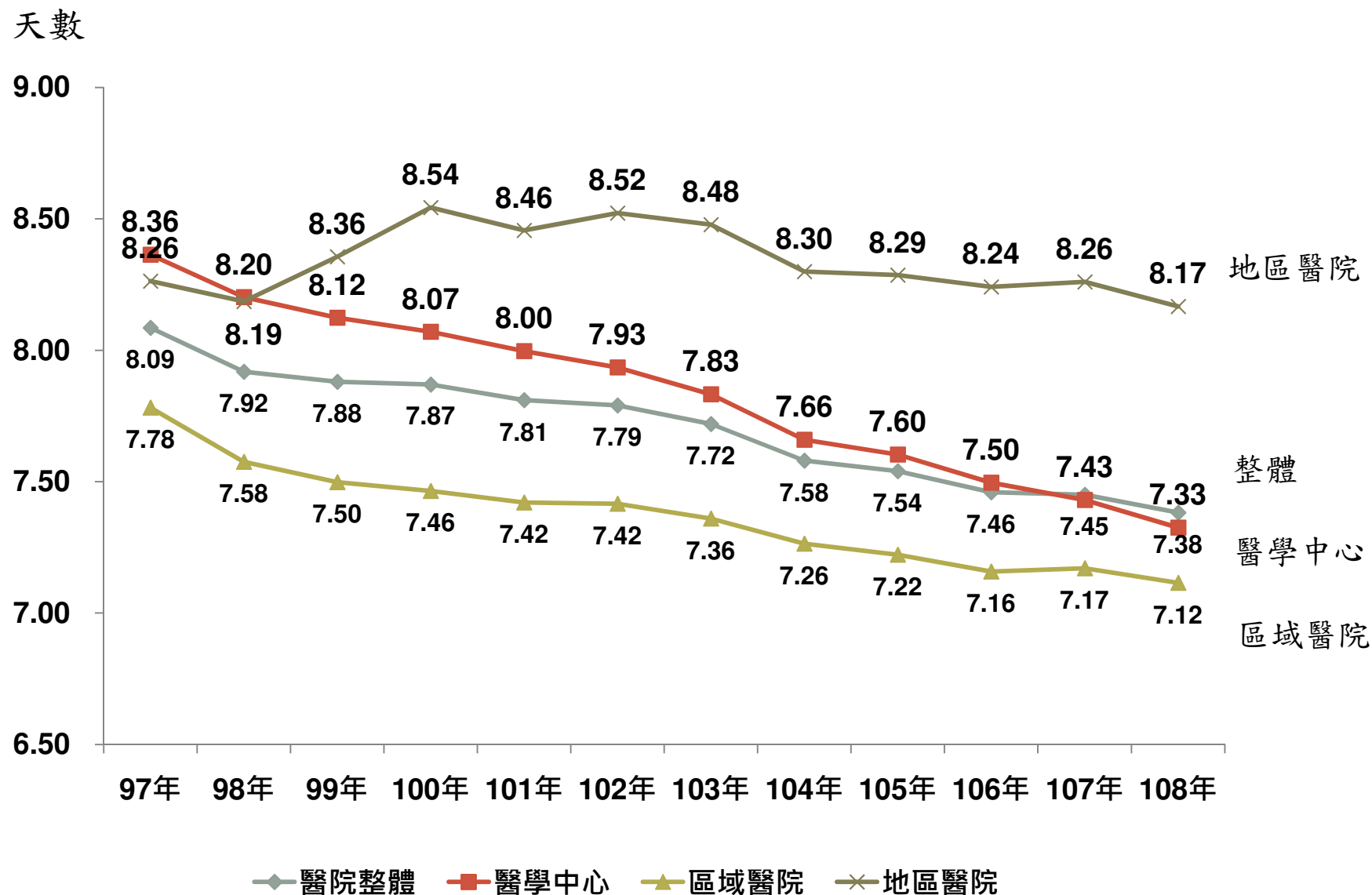
- 106年
 - 地區醫院急診診察費保障每點1元
 - 放寬急診診察費例假日加成時間
 - 調升1-2級及精神科急診診察費、急診觀察床病房費及護理費
- 108年
兒科專科醫師急診診察費加計50%，其餘專科醫師診治6歲以下兒童急診診察費加計50%

特定診療項目調整

- 106年
 - 調升手術及麻醉項目、生產支付標準、治療處置及檢驗檢查支付點數
 - 增修多重創傷及同一刀口執行多項手術之支付點數計算方式。
 - 將手術項目全面改為「提升兒童加成」
- 107年
調升創傷處理、手術/創傷處置及換藥及心肺甦醒術等11項特定處置項目支付點數
- 108年
 - 調升交腳皮瓣移植術等367項手術診療項目支付點數。
 - 調升一般高壓氧治療等47項治療處置診療項目支付點數。
 - 麻醉費調整為提升兒童加成項目(含麻醉恢復照護費及麻醉前評估)

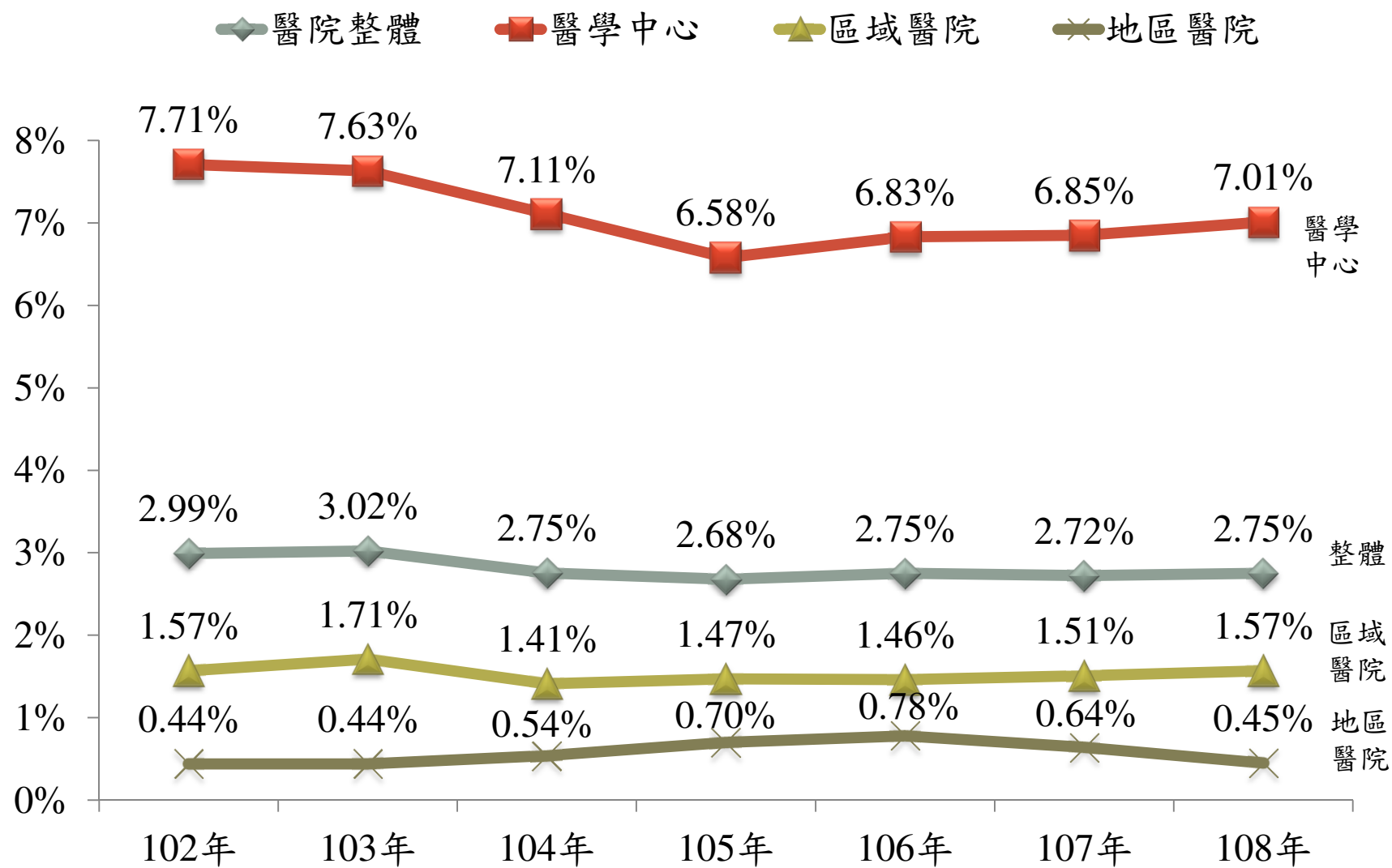
急性一般病床平均住院天數

-健保監理指標

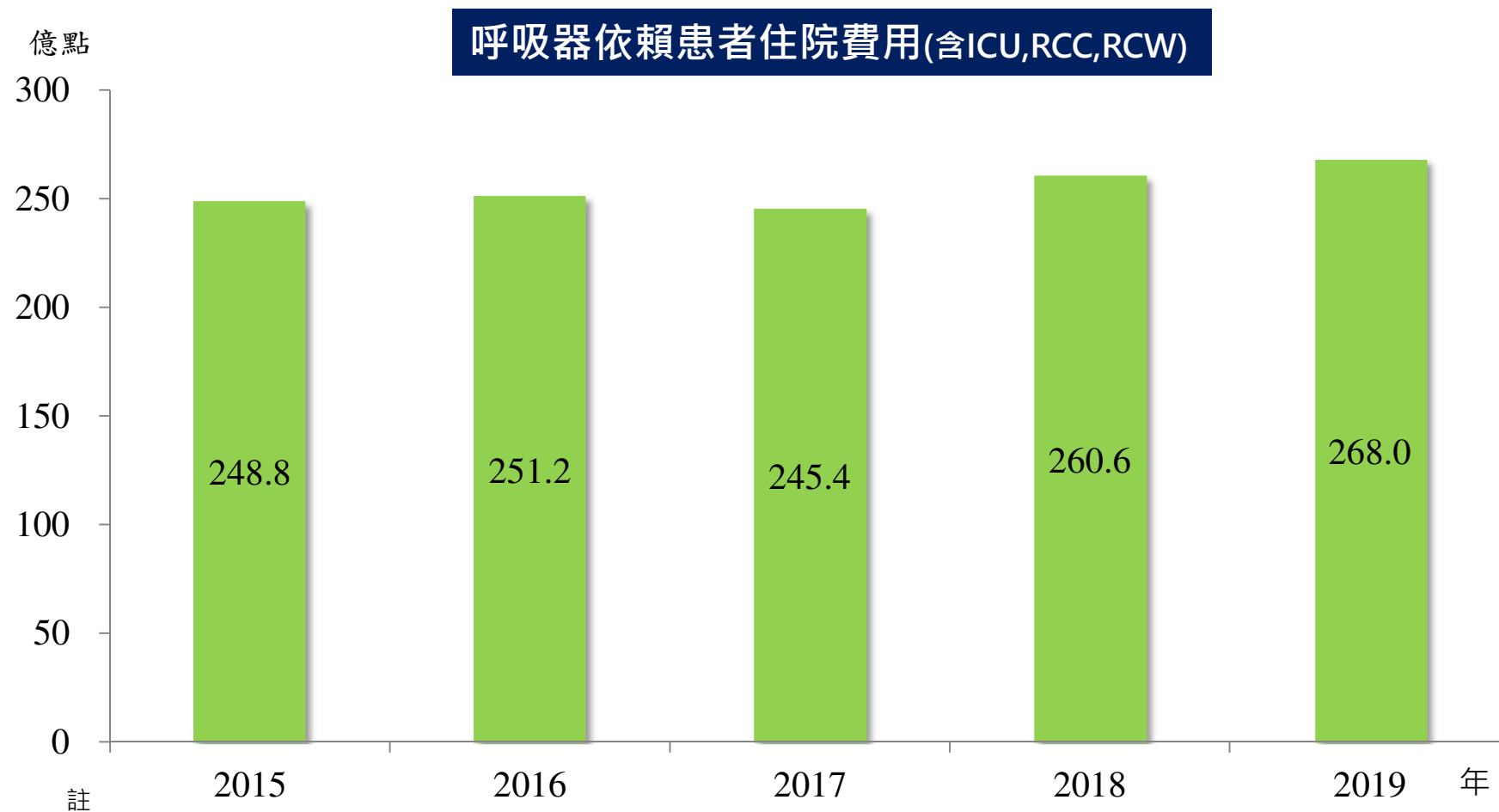


急診滯留超過24小時比率

-健保監理指標



呼吸器依賴病人醫療利用持平



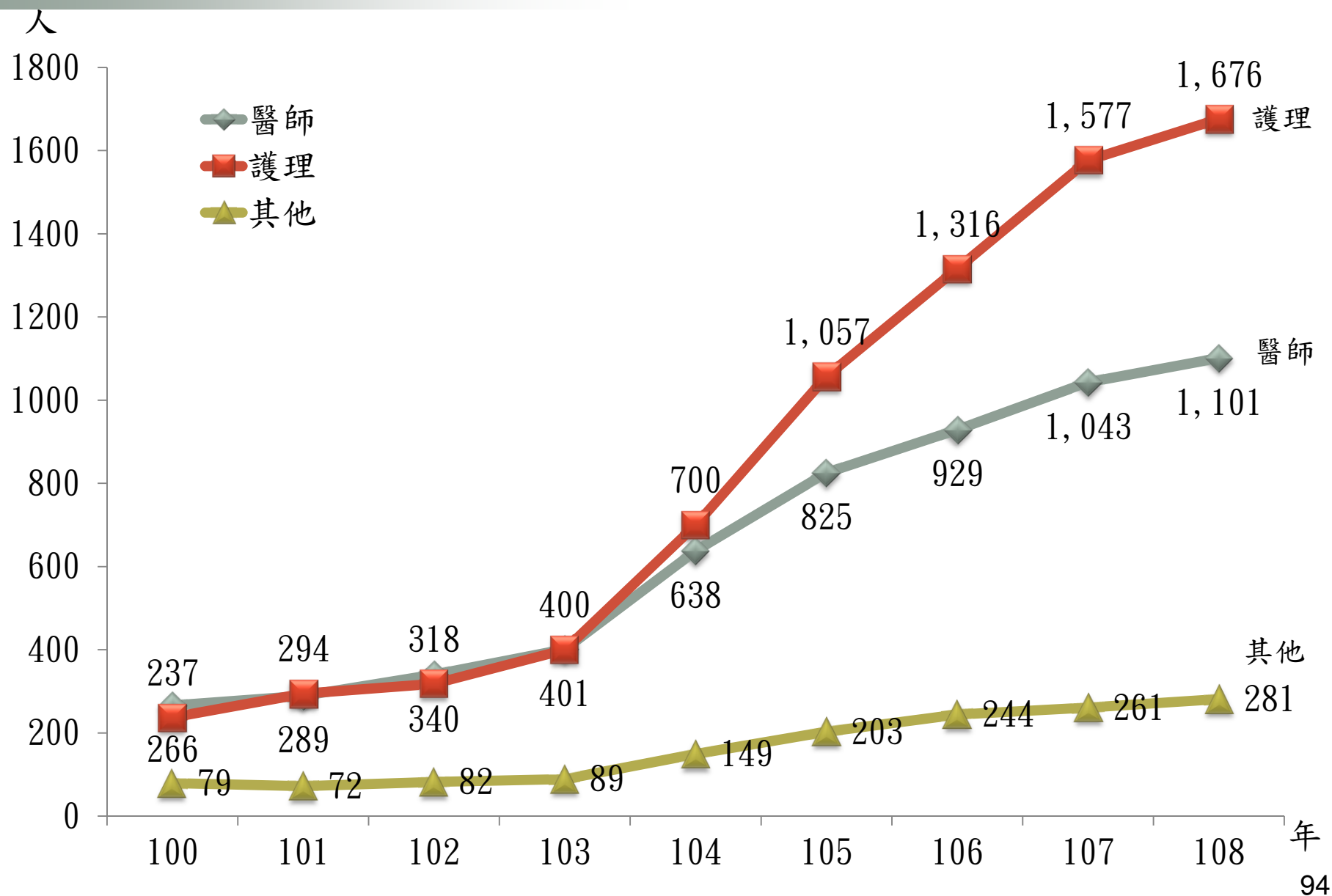
註

1.資料來源：健保三代倉儲資料。

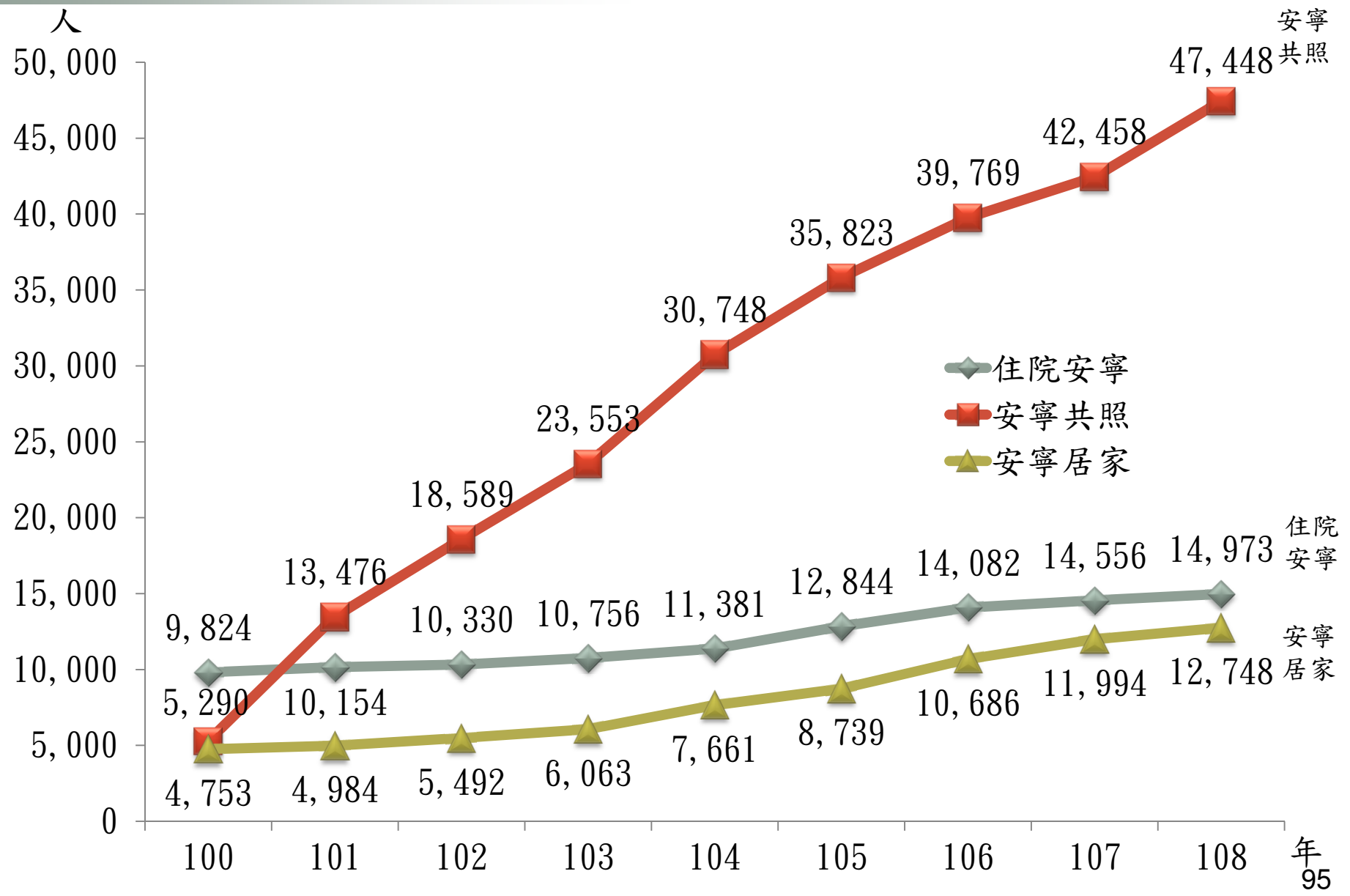
2.呼吸器依賴患者，係指該年度某段申報資料中呼吸器使用天數超過21天者，當年度中之新個案，申報57023B未申報57001B或57002B者不列入。

3.住院費用含病患住院當時之疾病治療處置費、手術費、檢查費、藥費、診察費及病房費等。

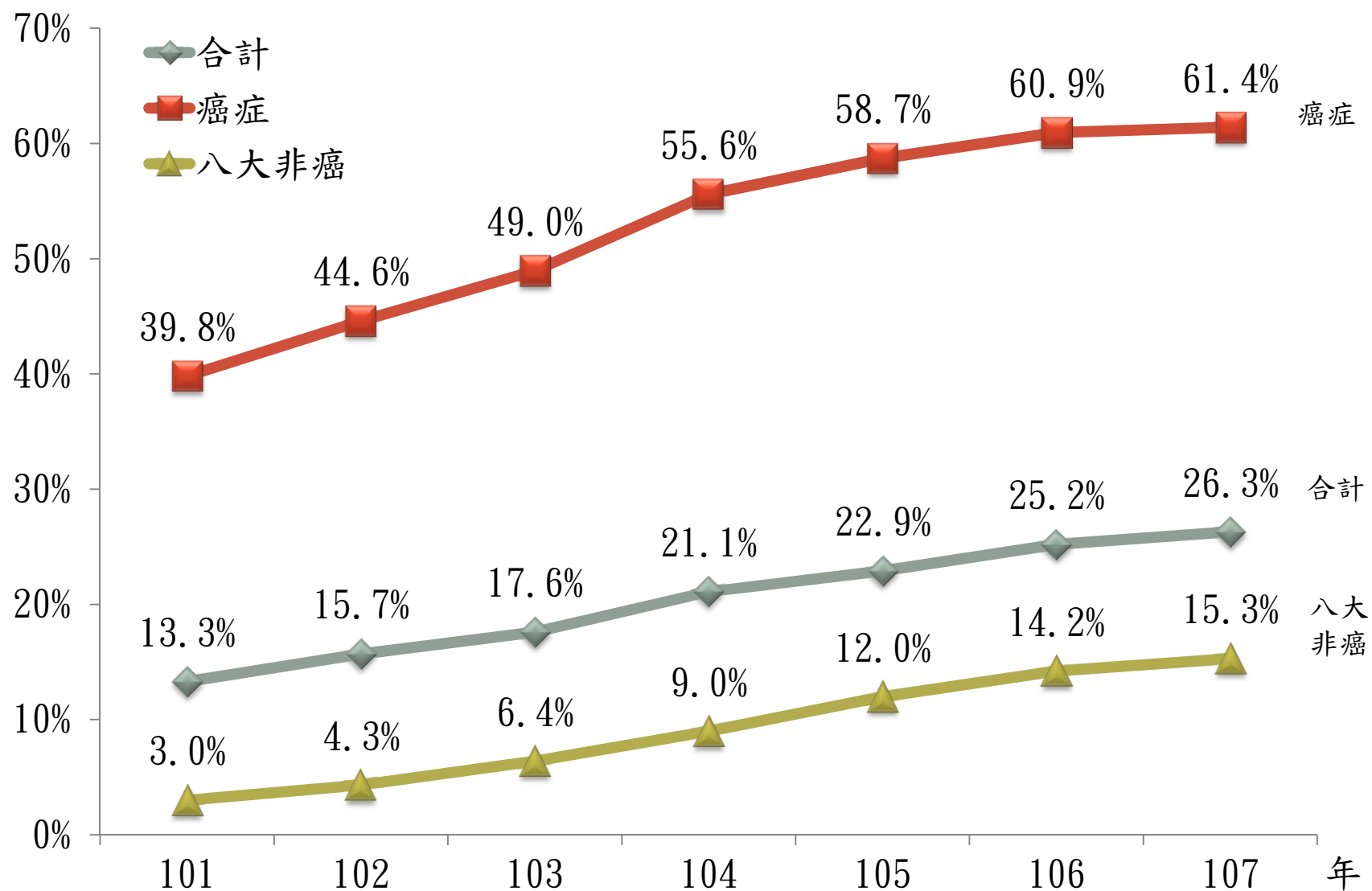
推廣安寧療護-供給面



安寧療護推動成效-服務人數



病患死亡前1年接受安寧療護之比率

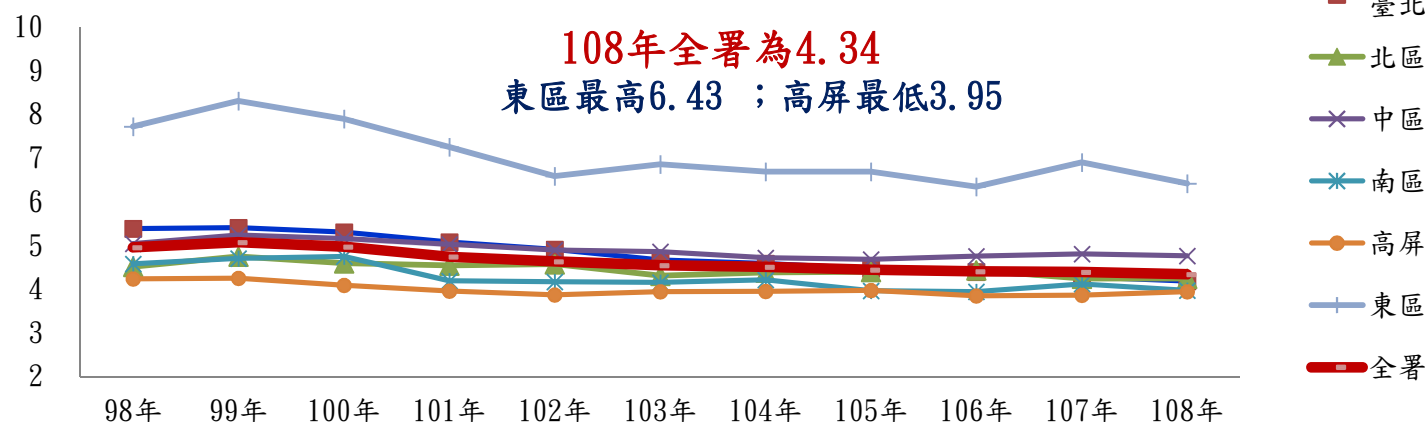


血液、腹膜透析同院住院率

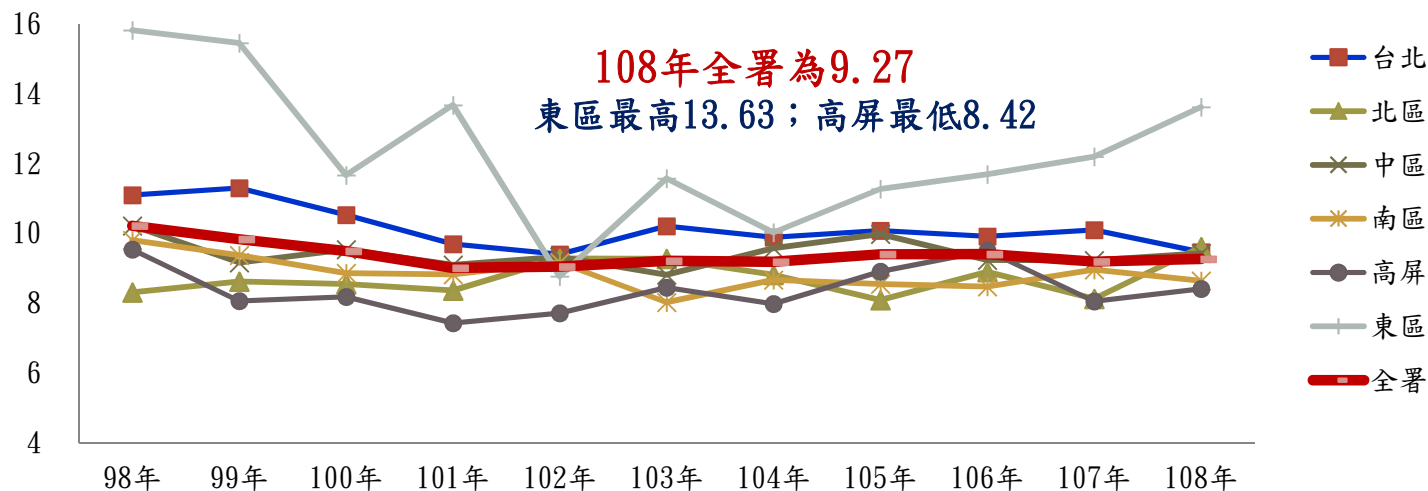
血液透析

負向指標

單位：次數／百人月



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:1836、1838)。

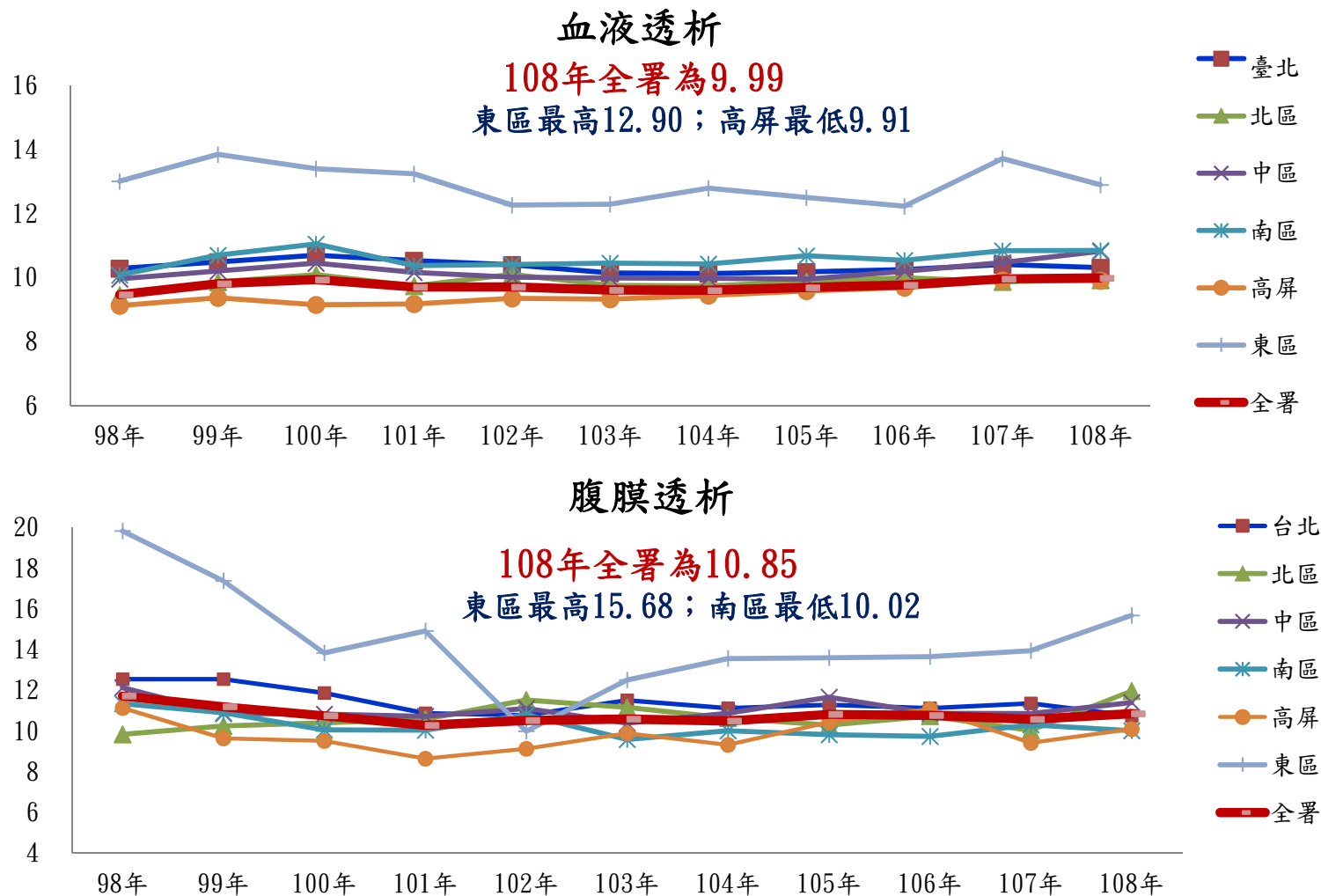
同院住院率=[(追蹤期間同院勾稽住院次數)／(追蹤期間之總病人月數)×100]

製表日期:109年5月22日

血液、腹膜透析跨院住院率

負向指標

單位：次數／百人月

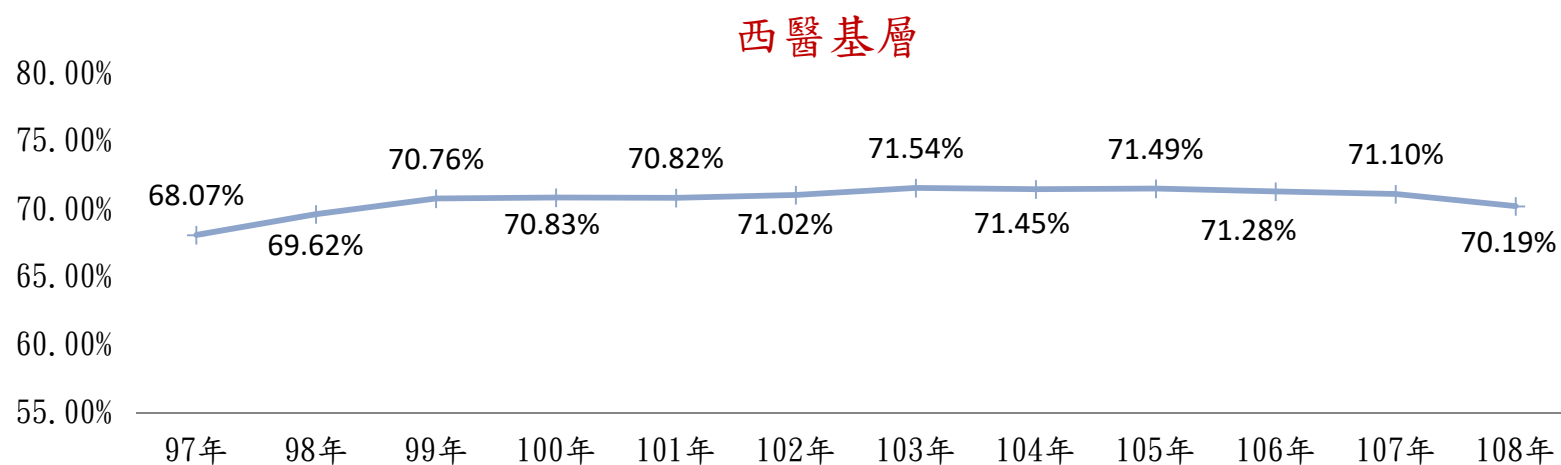
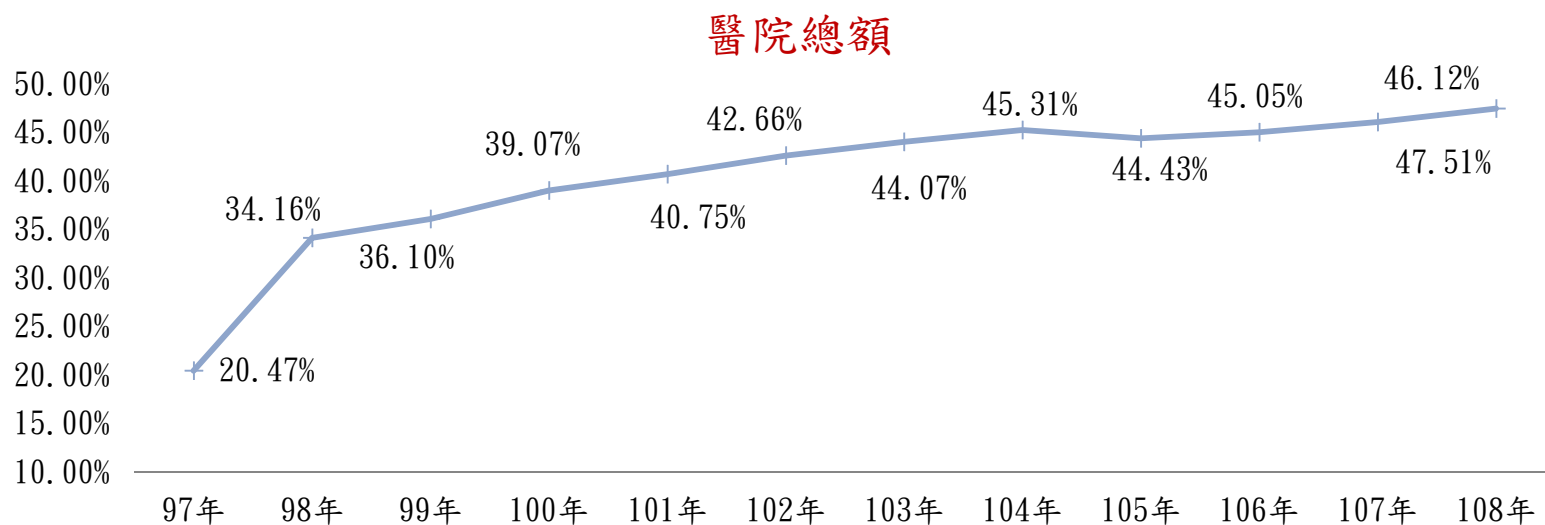


備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1444、1446)。

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

製表日期:109年5月22日

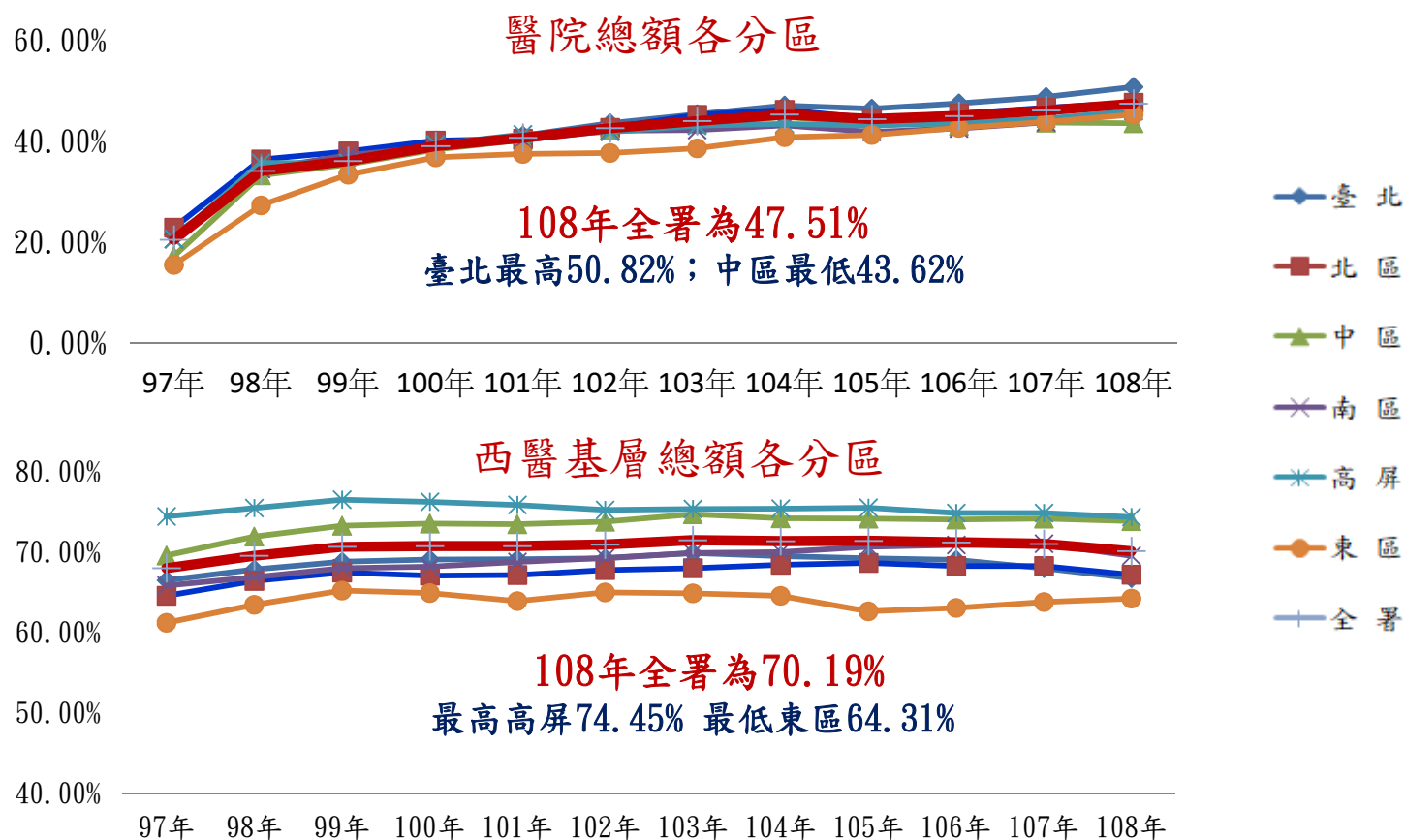
慢性病開立慢性病連續處方箋百分比



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1318、223)。

製表日期:109年5月22日

慢性病開立慢性病連續處方箋百分比

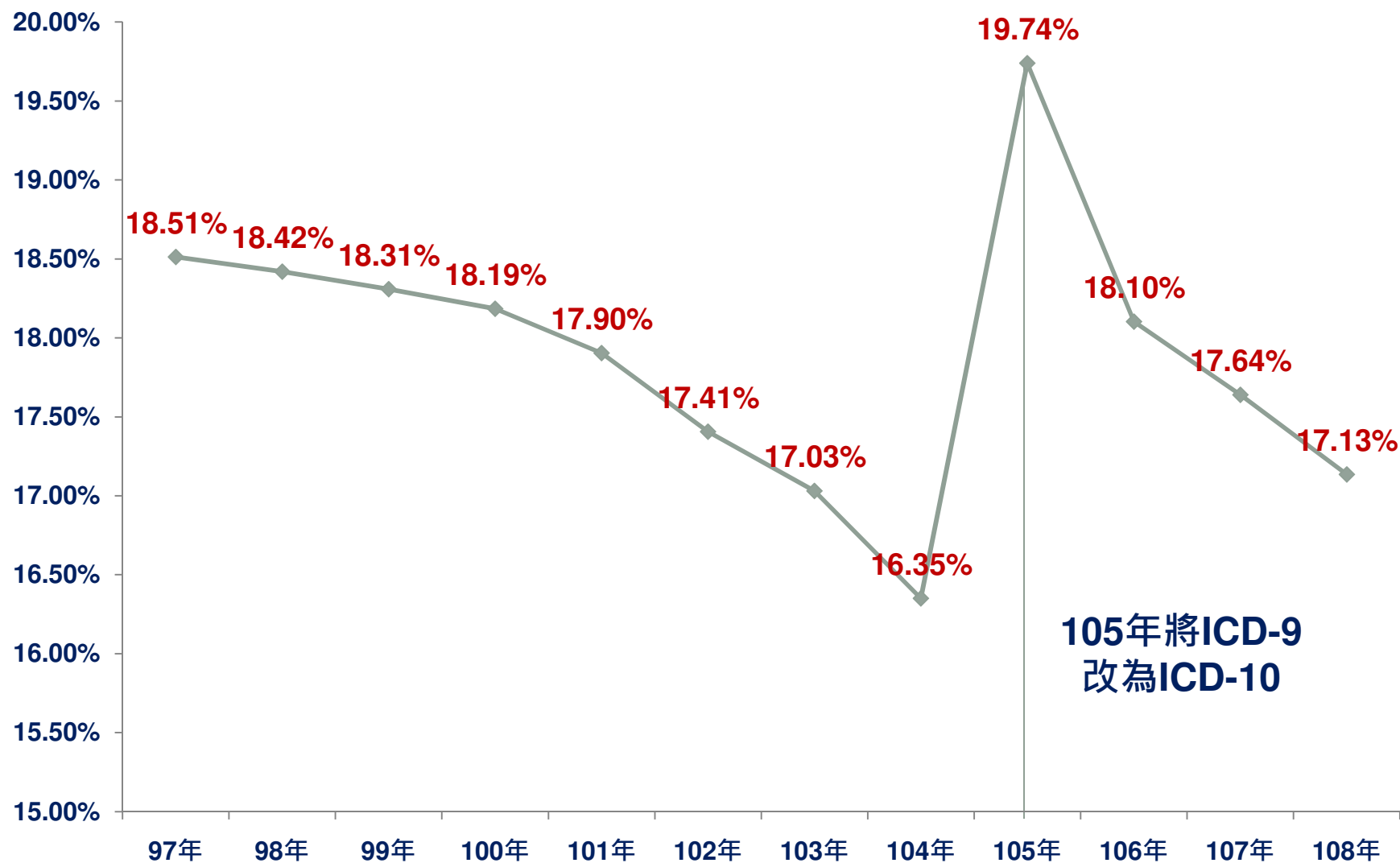


備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1318、223)。

製表日期:109年5月22日

區域醫院以上初級門診照護率

健保監理指標





執行概況—效率面

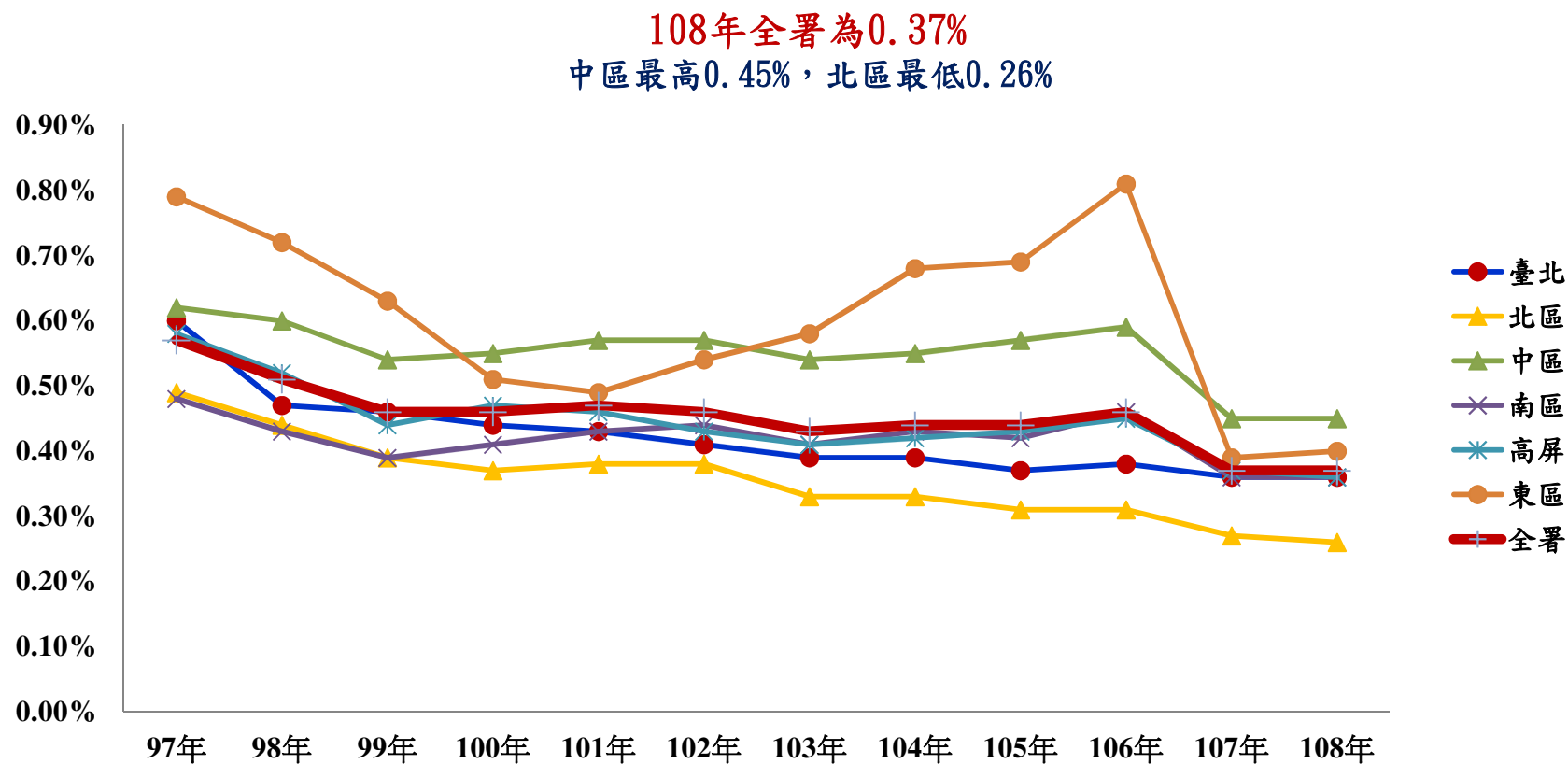


西醫部門

中醫部門

牙醫部門

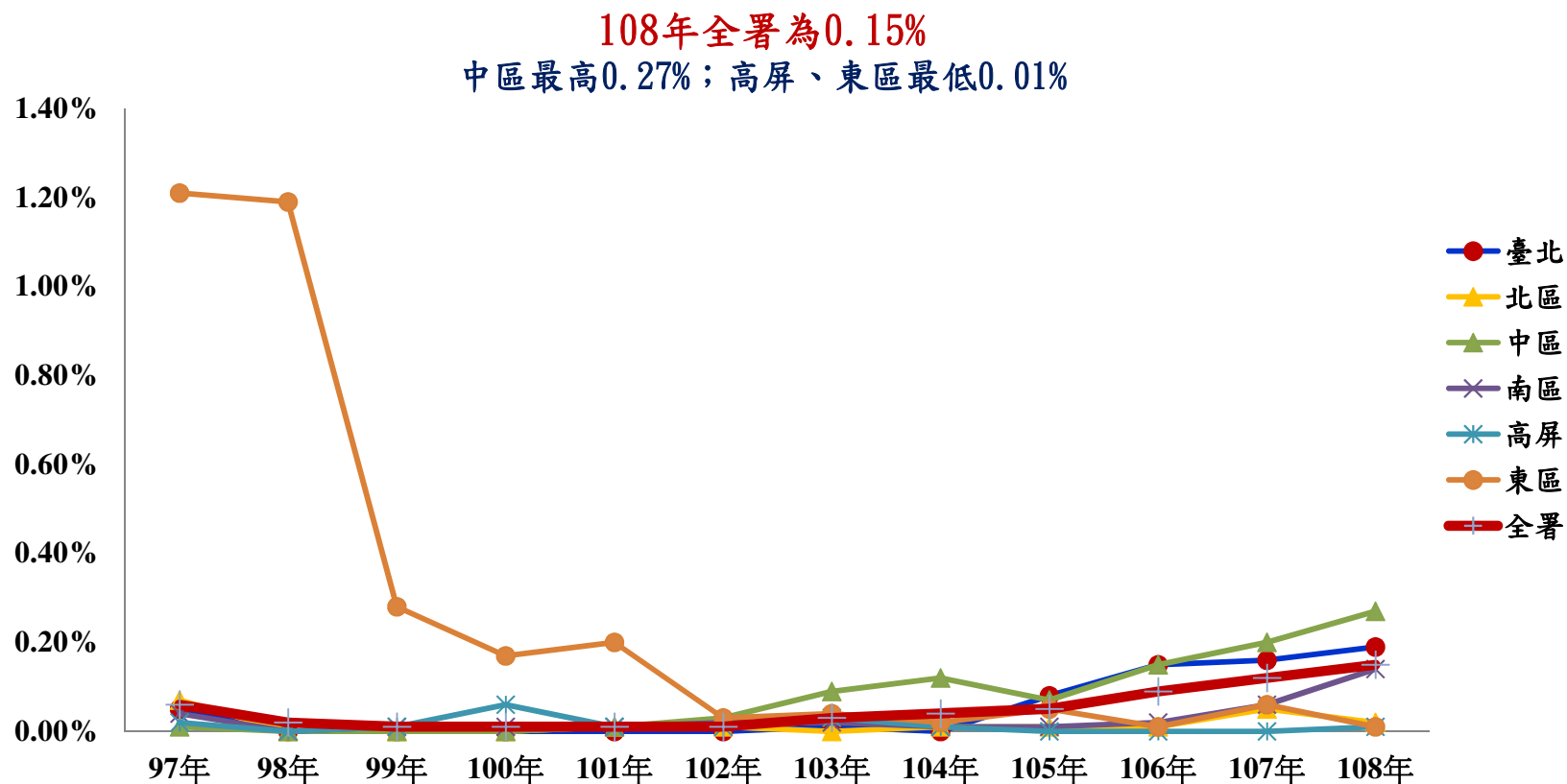
中醫門診後隔日再次就診中醫之比率



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:237)。

製表日期:109年5月26日

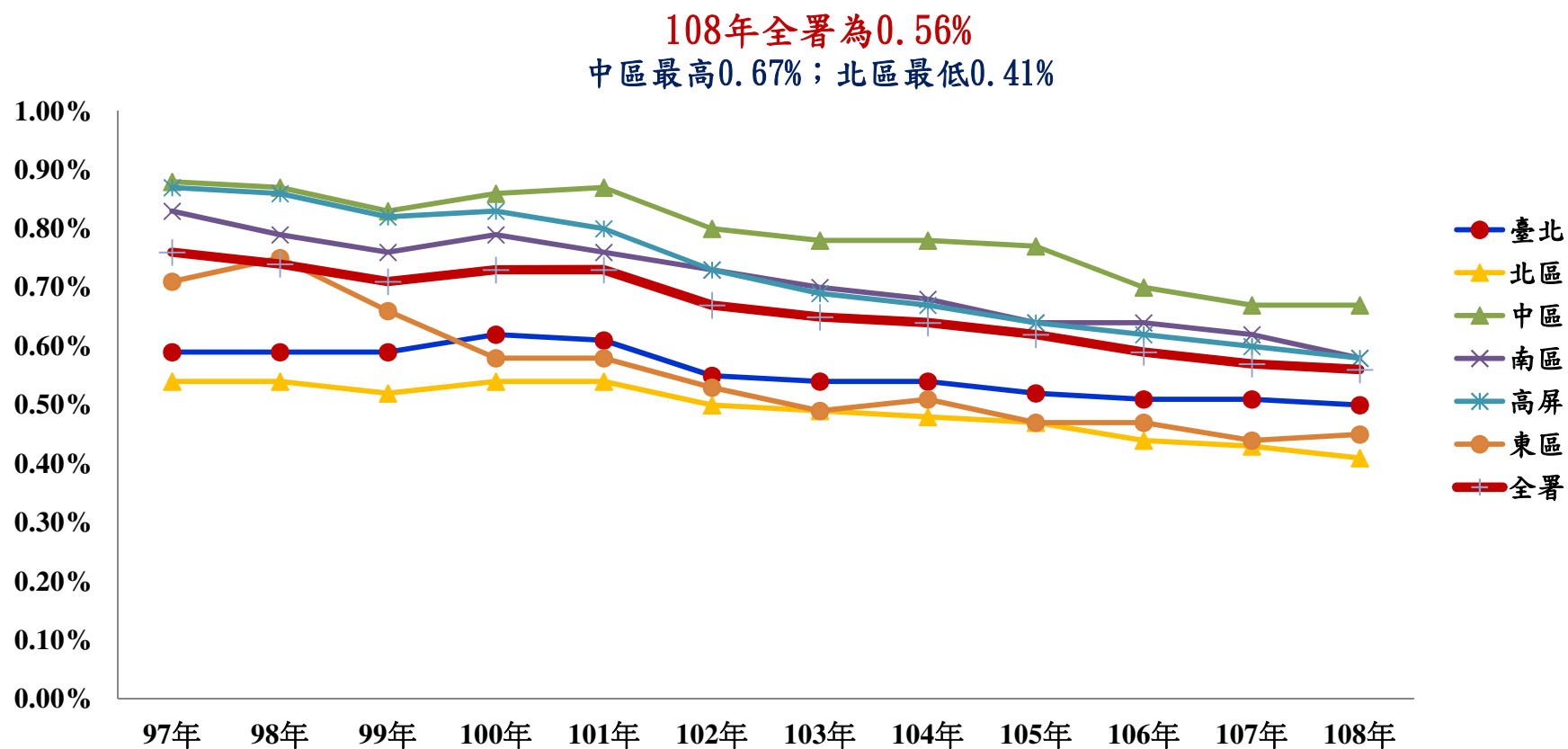
中醫同院所針傷科處置次數每月大於15次之比率



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:839)。

製表日期:109年5月26日

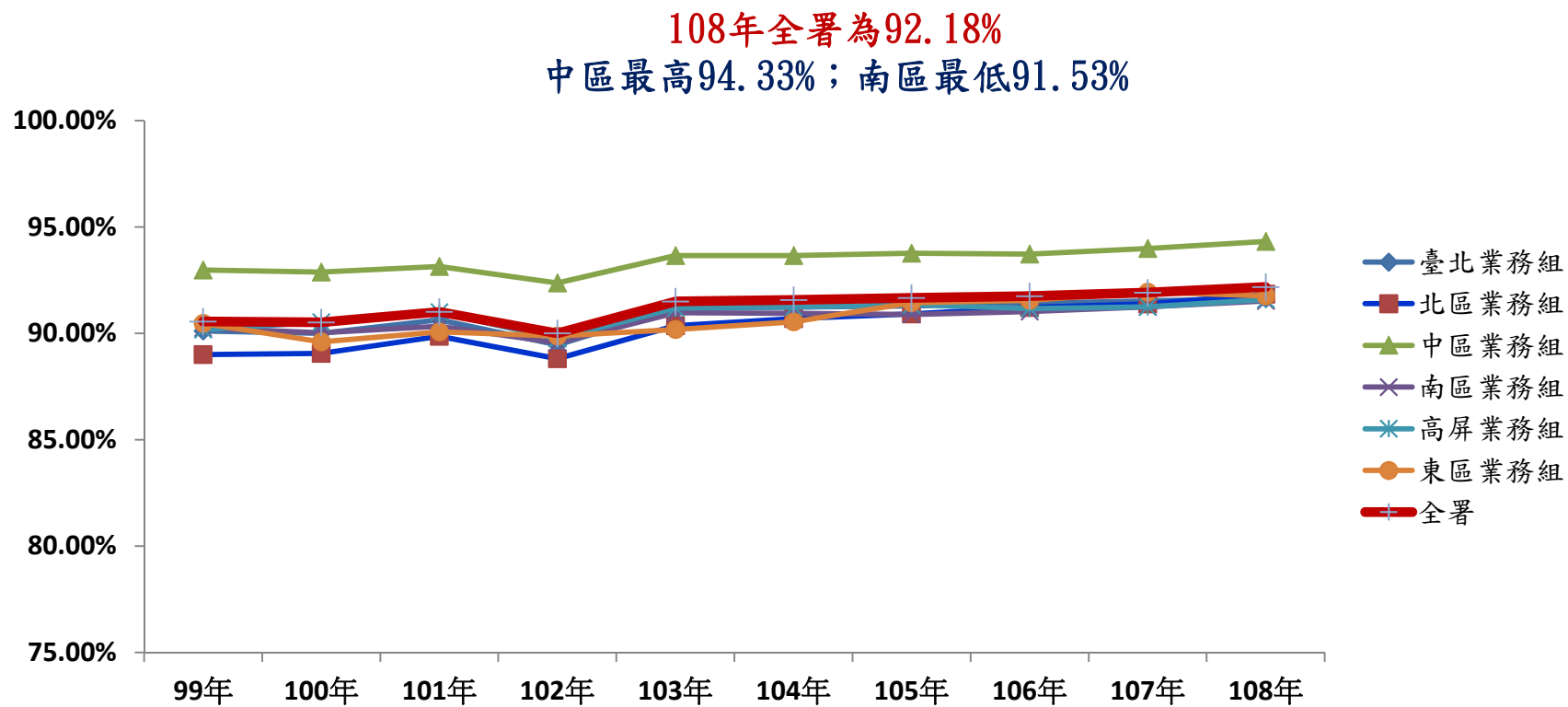
中醫門診處方用藥日數重疊二日以上之比率



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:82)。

製表日期:109年5月26日

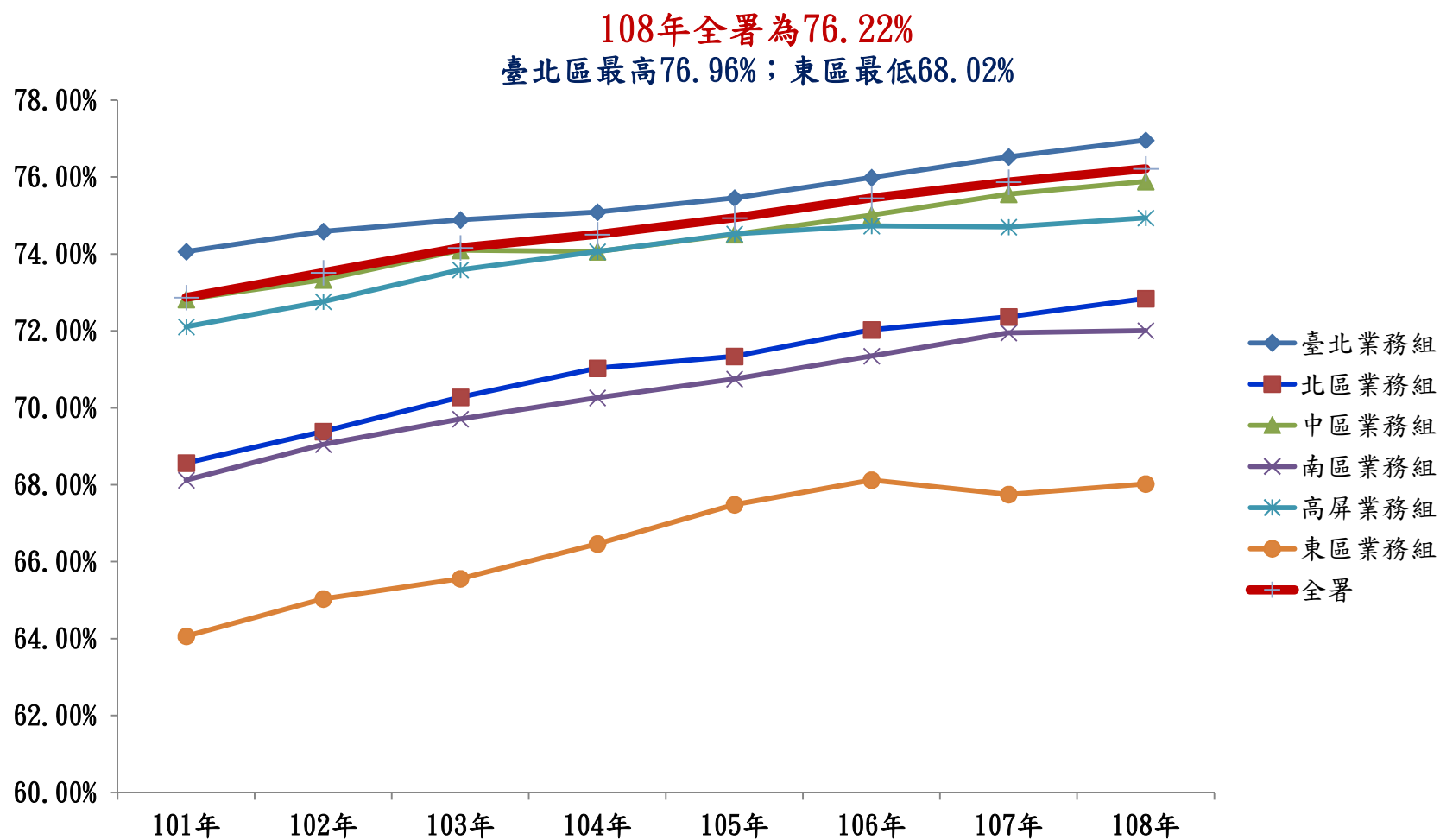
同院所九十日以內根管治療完成率



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號：227)。

製表日期：109年5月22日

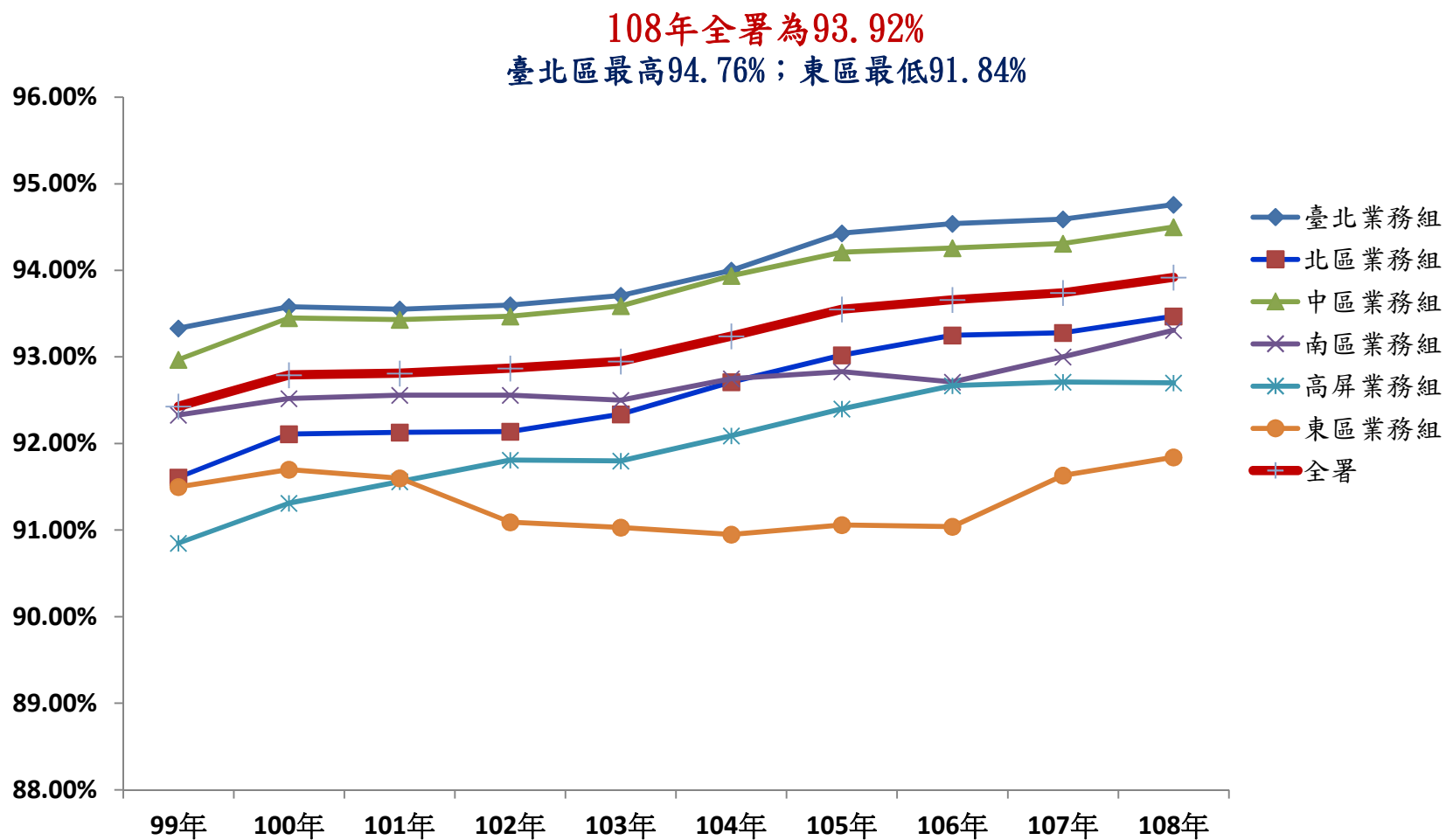
牙醫13歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號：228、1805)。

製表日期：109年5月22日

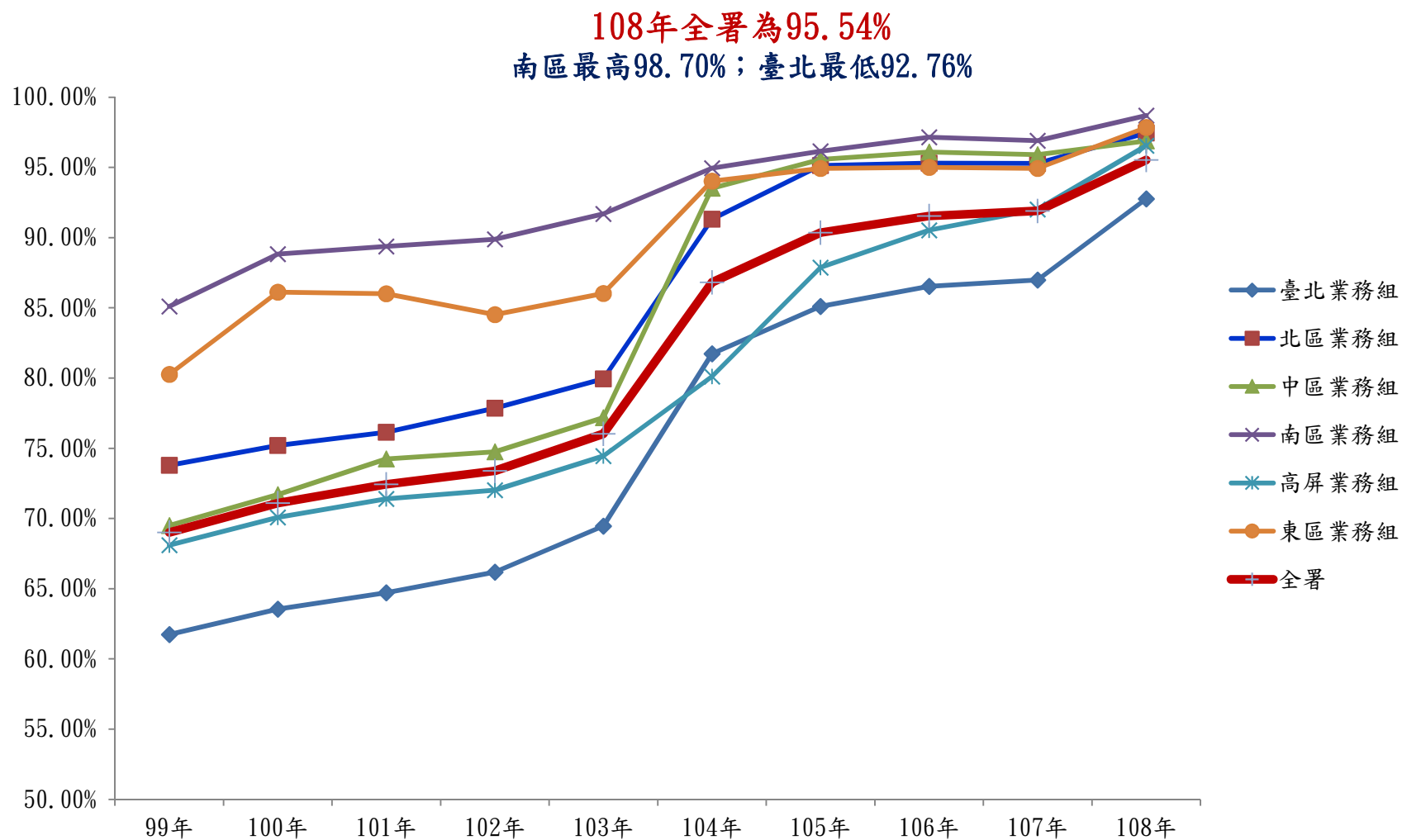
牙醫保險對象牙齒填補保存率-二年以內



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號：226)。

製表日期：109年5月22日

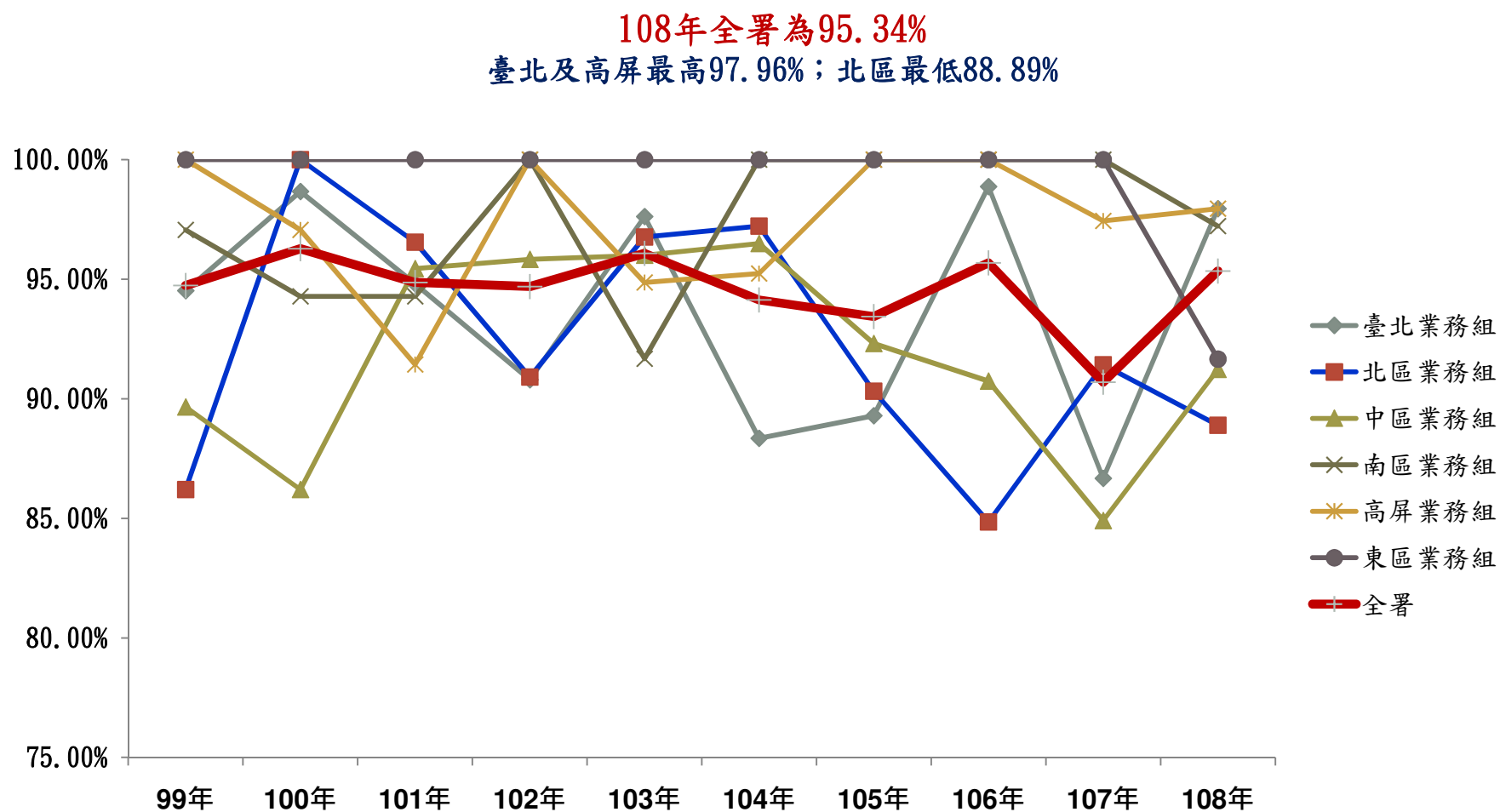
牙醫院所加強感染管制診察費申報率



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號：813、814)。

製表日期：109年5月22日

牙醫執行加強感染管制診察費院所查核合格率



備註：資料來源：中華民國牙醫師公會全國聯合會。

製表日期：109年5月22日



執行概況—效果面



品質公開辦理情形

品保款辦理情形

鼓勵腎臟移植

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8024967位參觀者

專業指標
Professional

領先資訊
Information

Care

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



準確
抓住醫療資訊

| 署本部電話：(02)2706-5866

| 健保諮詢：0800-030-598

| 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	14	5	30	0	105
2. 機構別指標	40	31	20	8	17	1	117
合計	72	55	34	13	47	1	222

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	人工髖 關節手 術	合計
項數	5	3	4	2	5	19	5	3	4	3	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108年第4季季報及107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108年第4季。
- 截至109年5月19日，專區上網瀏覽累積達802萬人次。

醫院總額品質保證保留款實施方案

106年

層級別	1.基本獎勵占比	2.指標獎勵占比	
醫學中心	20%→ 15%	80%→ 85%	15項指標，達成項數最高以8項計算。
區域醫院	25%→ 20%	75%→ 80%	17項指標，達成項數最高以8項計算。
地區醫院	70%→ 60%	30%→ 40%	22項指標； 診療科別為5科(含)以上且病床數達200床者，達成項數最高以8項計算；其餘最高以5項計算。

107、108年

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

註：107-108年各層級指標達成項數標準同上。

西醫基層總額品質保證保留款實施方案

項次	指標項目	指標		年度權重(%)	
		107年	108年	107年	108年
1	診所月平均門診申復核減率	V	V	20	20
2	診所之每位病人年平均就診次數	V	V	20	20
3	個案重複就診率	V	V	20	20
4	健保卡處方登錄差異率	V	V	20	20
5	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率	V	V	20	20
6	藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率	V	V	2	2
7	藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率	V	V	2	2
8	藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率	V	V	2	2
9	糖尿病病患糖化血色素(HBA1c)執行率	V	V	2	2
10	初期慢性腎臟病eGFR執行率	V	V	2	2
11	檢驗(查)結果上傳率	V	V	2	2
	權重合計			最高以 100%計算	最高以 100%計算

1. 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。
2. 108年品保款中之「無障礙就醫環境」獎勵指標(3%)，因全聯會與衛生福利部對於「診所無障礙環境合格標準」未達共識，爰未計算該項分數。

牙醫總額品質保證保留款實施方案

核發基礎	年度適用層級別	107年		108年	
		醫院	基層	醫院	基層
政策指標	1. 65歲(含)以上老人恆牙牙冠2年內自家再補率	20%	20%	20%	20%
	2. 4歲以上自家乳牙545天再補率	20%	20%	20%	20%
	3. 恆牙根管治療	20%	20%	20%	20%
	4. 全口牙結石清除	20%	20%	20%	20%
專業獎勵	1. 牙周病顧本計畫	3%	3%	3%	3%
	2. 牙周病統合照護品質	5%	5%	5%	5%
	3. 口腔癌篩檢	10%	-	10%	-
	4. 每月完成門診時間網路登錄(A)	-	3%	-	-
	5. 週日或國定假日有提供牙醫醫療服務(B)	-	2%	-	-
	6. 每月完成門診時間網路登錄且週日或國定假日有提供牙醫醫療服務(A+B)	-	-	-	2%
	7. 月平均初核核減率	-	5%	-	1%
	8. 特殊醫療服務計畫	2%	2%	2%	4%
	9. 無障礙就醫環境	-	-	-	5%
核算基礎小計		100%	100%	100%	100%

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%)	
		107年	108年
政策獎勵	1.於中醫資源不足地區改善方案列示無中醫地區新開業	+100%	+100%
	2.從事教學研究且績效卓著之中醫院所	+10%	+10%
	3.鼓勵當年度周日開診超過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%
	7.中醫特約基層院所提供無障礙就醫環境者，加計5%。	-	+5%
核發原則/ 核算基礎	指標項目	年度(減計權重%)	
		107年	108年
專業獎勵	1.中醫師未依全聯會修滿繼續教育點數(每年20點)	申報點數不列入核算基礎	
	2.同院所同患者同月就診8次以上超過80百分位	-20%	-20%
	3.同日重複就診率超過80百分位	-10%	-10%
	4.7日內處方用藥日數重複2日以上之比率超過80百分位	-10%	-10%
	5.中醫門診院所當年度申報中醫一般案件、中醫慢性病、中醫慢性病連續處方調劑及過敏性鼻炎照護計畫，屬慢性病給藥七天以上之件數占率為3%以下者	-10%	-10%

註.106年起各院所參與品保款之核算基礎為其申報費用之60%。

慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫

指標項目	血液透析		腹膜透析	
	目標值	配分	目標值	配分
1.血清白蛋白(Albumin ≥ 3.5 gm/dl(BCG或3.0gm/dl(BCP)	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 75\%$	每季4分 (共16分)	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 70\%$	每季4分 (共16分)
2-1.URR $\geq 65\%$	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 95\%$	每季4分 (共16分)	--	--
2-2.Weekly Kt/V ≥ 1.7	--	--	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 70\%$	每半年8分 (共16分)
3.Hb > 8.5 g/dL	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 90\%$	每季4分 (共16分)	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 80\%$	每季4分 (共16分)
4.鈣磷乘積小於60 mg ² /dL ²	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 80\%$	每半年8分 (共16分)	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 75\%$	每半年8分 (共16分)
5.B型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率	(A)平均每月透析病人數50人以上之院所：受檢率 $\geq 90\%$ 且轉陽率 $\leq 2.0\%$	8分(年)	受檢率 $\geq 90\%$	8分(年)
	(B)平均每月透析病人數50人(含)以下之院所：受檢率 $\geq 90\%$ 且轉陽率 $\leq 3.5\%$			
6.C型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率	(A)平均每月透析病人數50人以上之院所：受檢率 $\geq 90\%$ 且轉陽率 $\leq 2.0\%$	8分(年)	受檢率 $\geq 90\%$	8分(年)
	(B)平均每月透析病人數50人(含)以下之院所：受檢率 $\geq 90\%$ 且轉陽率 $\leq 3.5\%$			
7.建立對新病人透析治療模式選擇之充分告知機制	100%	10分(年)	100%	10分(年)
8.55歲以下透析病人移植登錄率	移植登錄率 $\geq 5\%$	10分(年)	移植登錄率 $\geq 5\%$	10分(年)

註:108年「無障礙就醫環境獎勵指標(5%)」，因全聯會與衛生福利部對於「診所無障礙就醫環境合格標準」未達共識，爰未計算該項分數。

107年、108年品保方案核發情形

各總額核發與不核發情形

項目	107年						108年初步結算					
	預算 百萬元	核發			不核發		預算 百萬元	核發			不核發	
		家數	金額 百萬元	家數 占率	不核發 分數	家數		家數	金額 百萬元	家數 占率	不核發 分數	家數
醫院	795	465	795	97%	-	13	795	471	795	99.6%	-	2
西醫基層	215	7,748	215	73%	-	2,921	433	7,978	433	75%	-	2,712
中醫	46	3,163	46	81%	-	739	46	3,183	46	80%	-	783
牙醫	235	5,832	235	83%	-	1,204	235	5,905	235	83%	-	1,177
透 血液透析	45	502	42	75%	<70	171	45	515	42	74%	<70	178
析 腹膜透析		79	3	66%		40		93	3	79%		24

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 占率	家數	金額 百萬元	家數 占率	家數	金額 百萬元	家數 占率		
108年 初步 結算	醫學中心	19	19	34	100%	-	-	-	19	302	100%	0	
	區域醫院	81	80	47	99%	-	-	-	80	266	99%	1	
	地區醫院	第一組	47	44	22	94%	43	23	91%	46	28	98%	1
	第二組	326	219	22	67%	200	21	61%	326	31	100%	0	
	合計	473	362	125	77%	243	44	65%	471	627	99.6%	2	
107年	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
	第二組	328	209	21	64%	193	20	59%	318	30	97%	10	
	合計	478	354	123	74%	235	42	63%	465	630	97%	13	

註:108年為初步統計，尚須俟各總額部門研商議事會議確認。

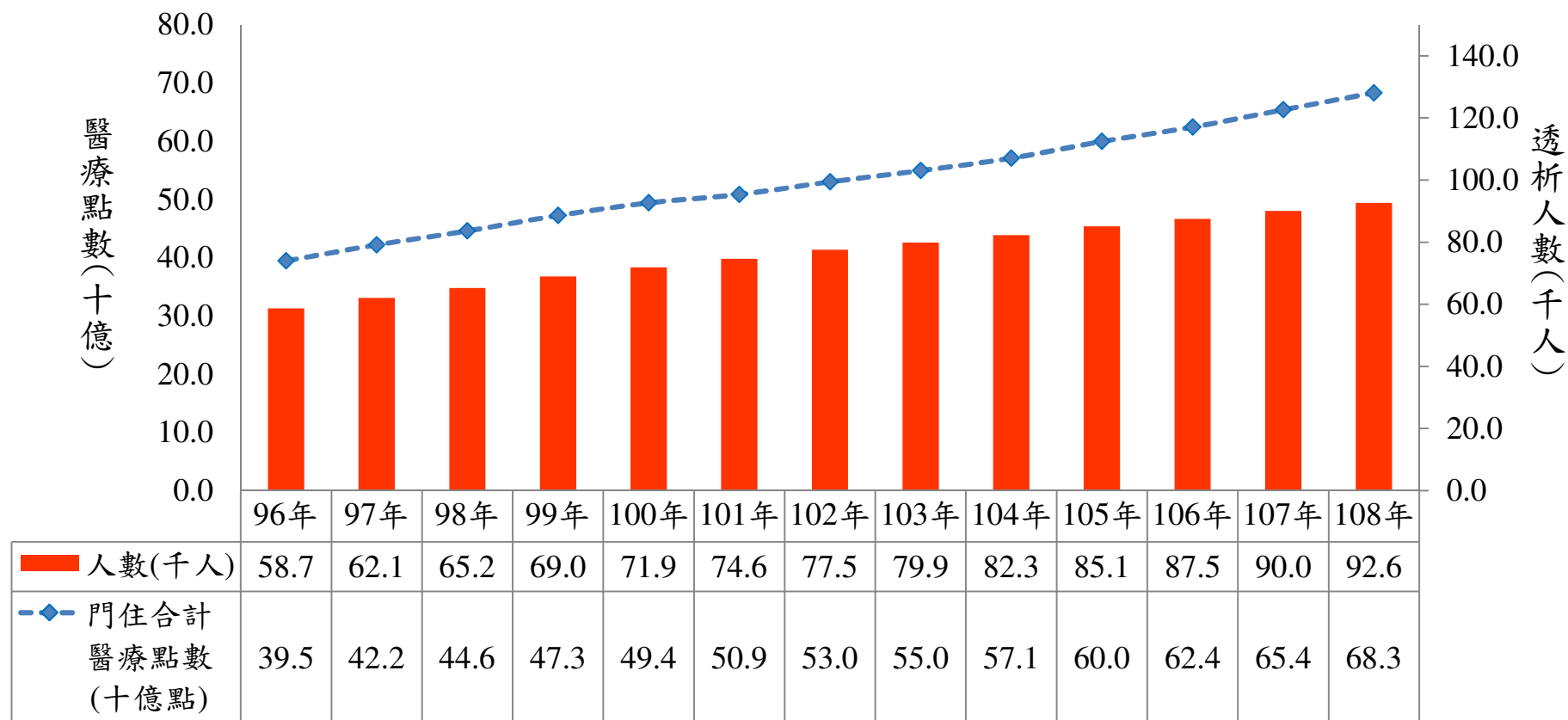
107年、108年品保方案核發情形

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
107年	西醫基層	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	中醫	533	5	17%	974	10	30%	1,135	18	35%
	牙醫	2,709	39	47%	780	22	13%	891	39	15%
	透析 血液透析	-	-	-	-	-	-	76	4	15%
	腹膜透析	-	-	-	-	-	-	10	0	13%
108年 初步 結算	西醫基層	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	中醫	399	3.1	12%	877	9.4	27%	1,218	16.7	38%
	牙醫	2,796	37	47%	1,348	40	23%	324	20	6%
	透析 血液透析	-	-	-	-	-	-	68	3	13%
	腹膜透析	-	-	-	-	-	-	13	0	14%
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
107年	西醫基層	2,618	64	34%	720	19	9%	4,410	131	57%
	中醫	460	11	14%	30	1	1%	31	2	1%
	牙醫	302	21	5%	1,032	89	18%	118	25	2%
	透析 血液透析	145	10	29%	212	23	42%	69	5	14%
	腹膜透析	26	0	33%	31	2	39%	12	1	15%
108年 初步 結算	西醫基層	2,579	124	32%	776	41	10%	4,623	269	58%
	中醫	600	11.5	19%	60	2.0	2%	72	3.6	2%
	牙醫	820	58	14%	558	60	9%	59	20	1%
	透析 血液透析	136	8	26%	213	23	41%	98	7	19%
	腹膜透析	32	1	34%	30	1	32%	18	1	19%

透析人數與費用統計(門住診)

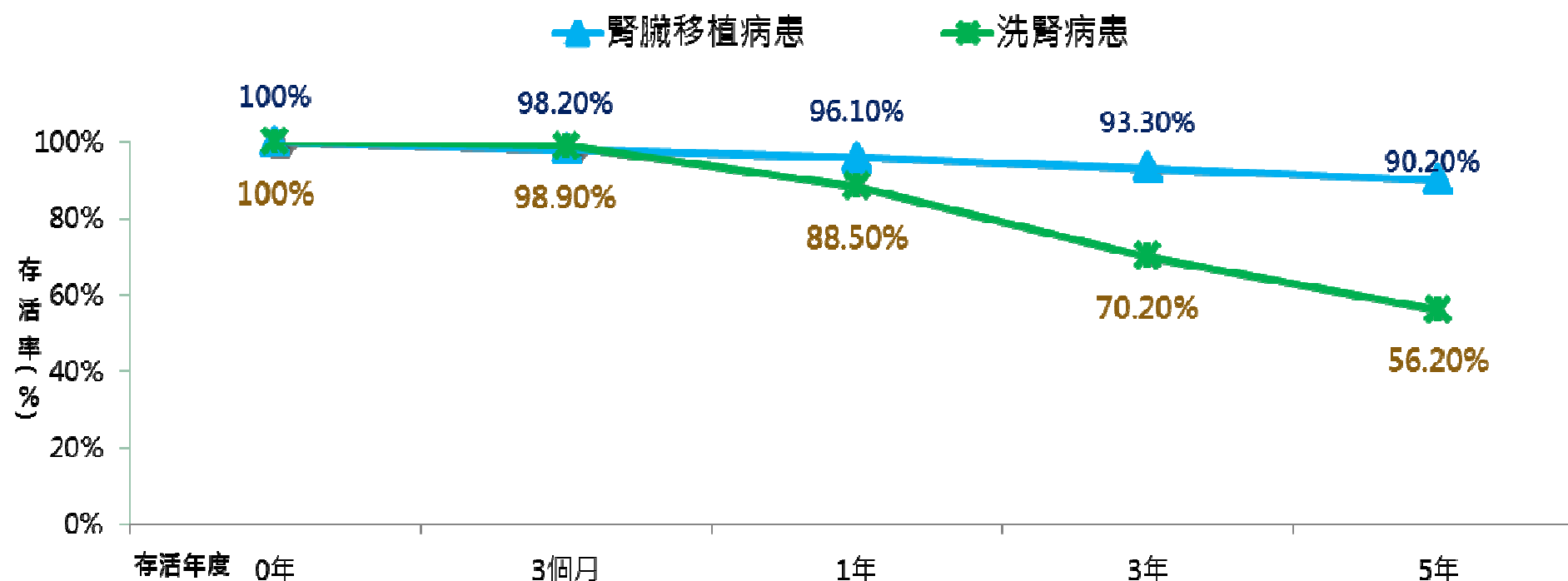
透析人數從96年5.87萬人，108年已達到9.26萬人
門住診總醫療支出也從96年395億，108年已達約683億



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。

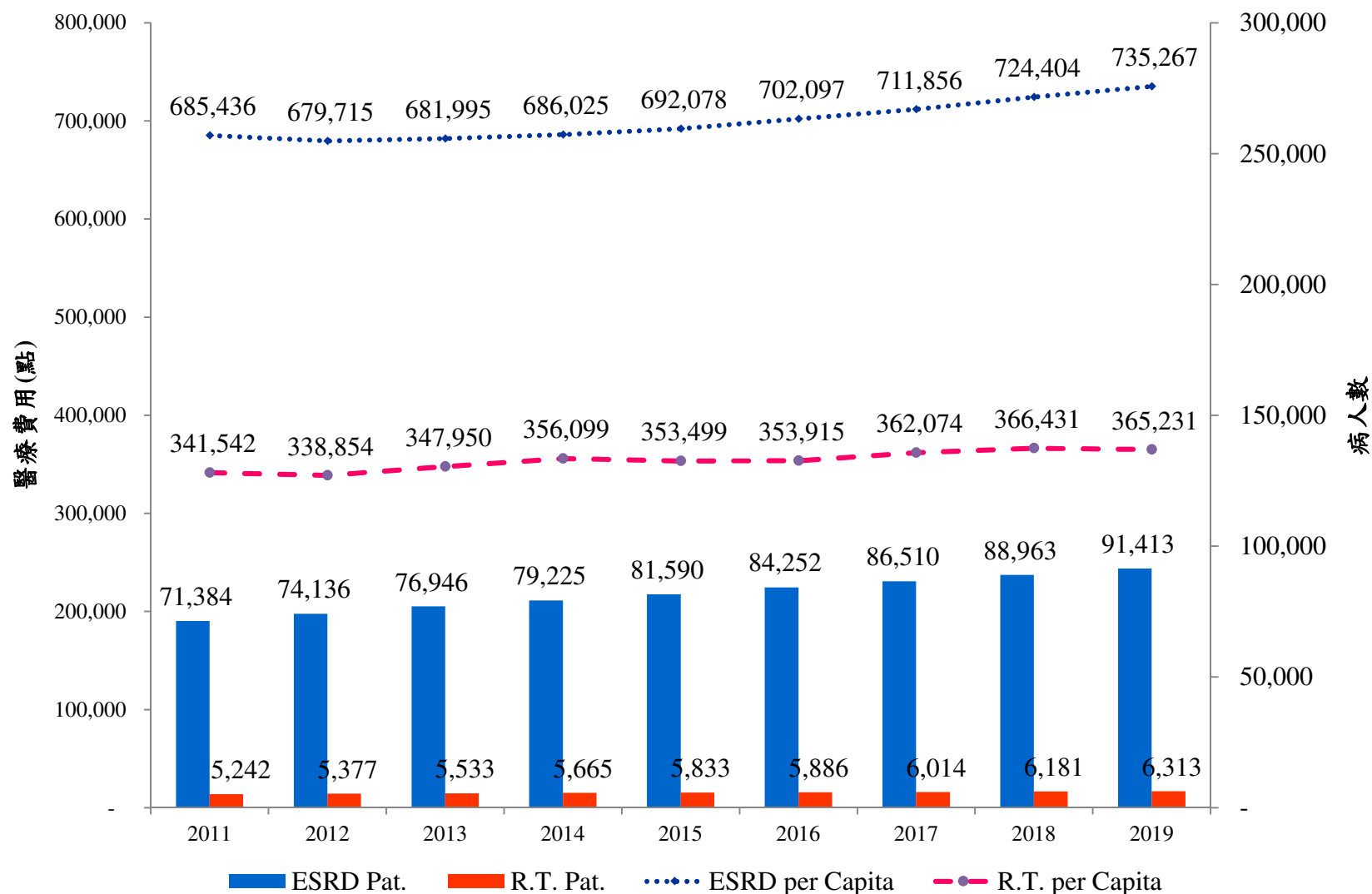
腎臟移植與洗腎病患存活率比較



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。

長期透析、腎移植人數及平均醫療費用



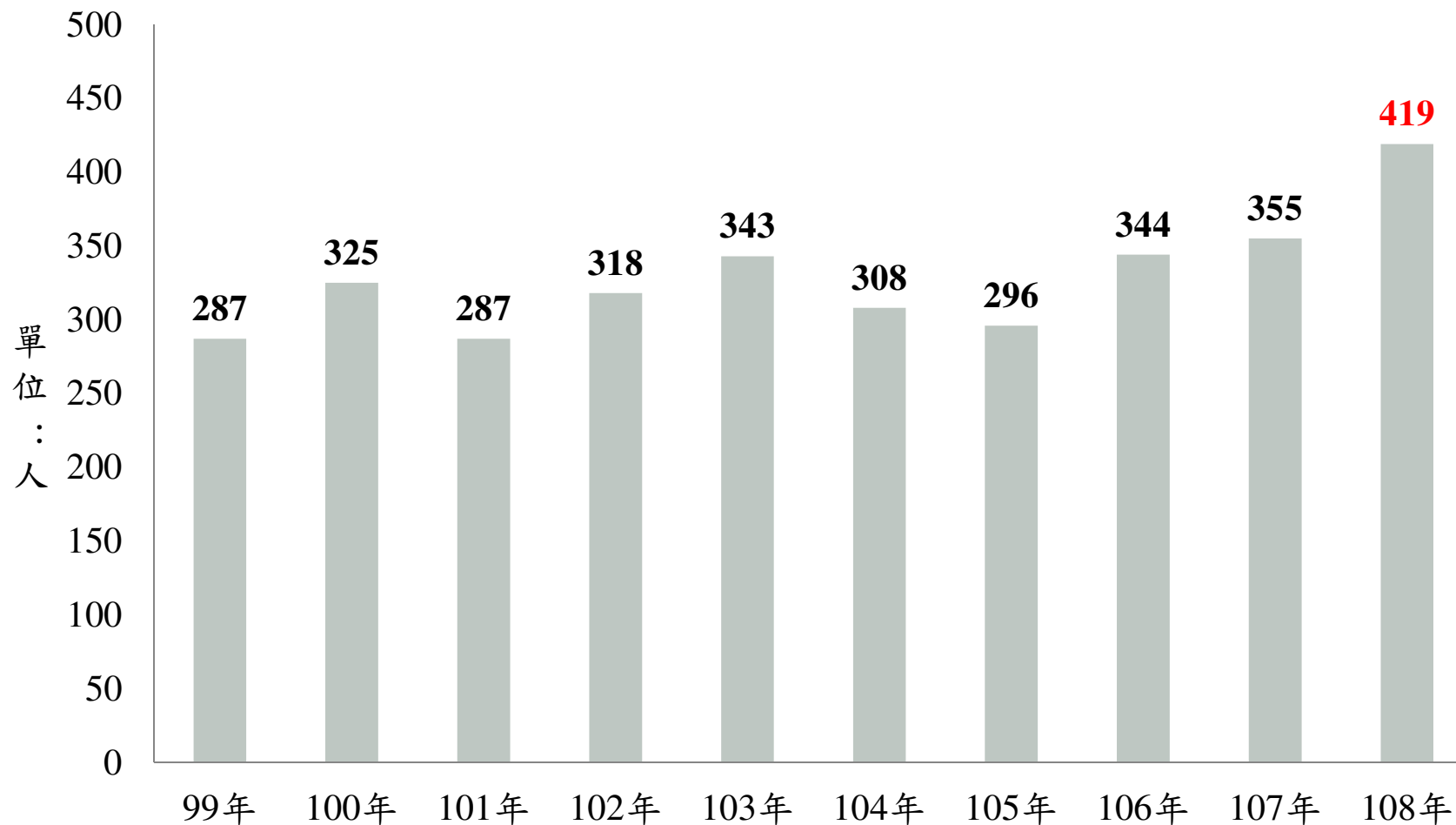
- 註:1. 洗腎人數定義，以連續透析3個月之病人ID歸戶計算。
 2. 腎移植追蹤者，係指曾於門診申報腎臟移植術後追蹤者。

鼓勵及早換腎

□ 針對腎移植等候名單：

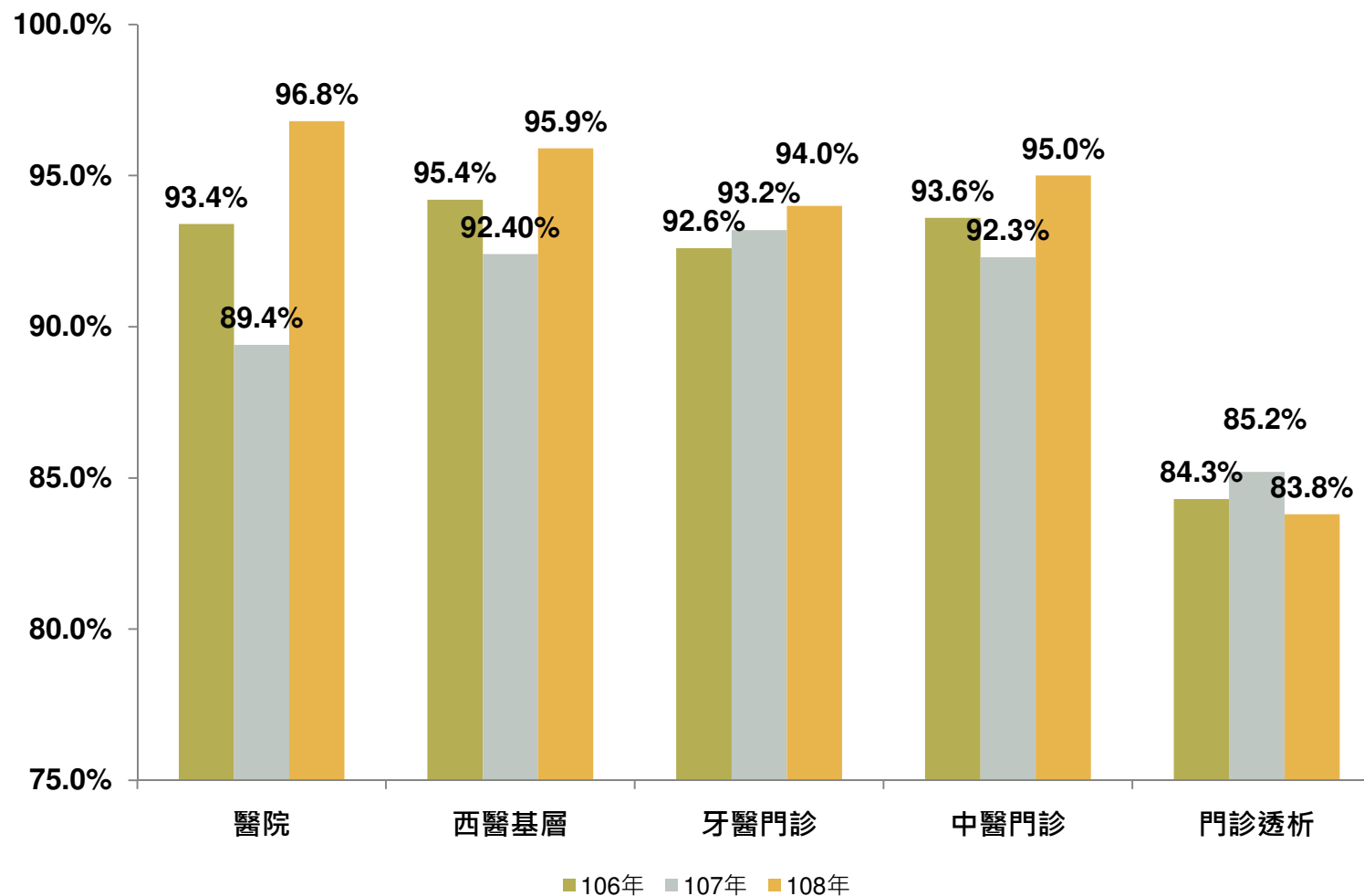
- 95年起推動Pre-ESRD計畫，鼓勵積極照護末期腎病前期之病人，額外支付照護獎勵費用。
- 106年新增活腎移植團隊照護獎勵費，個案於取得重大傷病卡前移植，每例獎勵 5 萬點。(106年3 例，107年12例，108年13例，109年Q1共2例)
- 前項獎勵業於109年第2次支付標準共同擬定會議提案通過，提高原獎勵點數至6萬點外，更擴大於透析後6個月內及6個月以上獎勵透析院所3萬點及1萬點。

腎臟移植人數統計



歷年腎臟移植維持在300例左右，108年首次突破400例。

滿意度調查-整體醫療結果



註：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。

- 108年民眾申訴前三名情形

全年申訴件數為1,774件，以「額外收費(自費抱怨)」類388件最多，占22%，其次為「醫療行政或違規事項」計353件，占20%，第三為「疑有虛報醫療費用」計243件，占14%。

整體	件數	占率
額外收費(自費抱怨)	388	22%
醫療行政或違規事項	353	20%
疑有虛報醫療費用	243	14%
總件數	1,774	100%

註：

1. 額外收費(自費抱怨)：收取特材差額費、自費特材、自費藥品等
2. 醫療行政或違規事項：院所掛號規定、押卡、逃漏稅、不當招攬病人(號稱可免收取掛號費或部分負擔)等。
3. 疑有虛報醫療費用：透過健康存摺發現院所申報內容與事實不符(如洗牙卻申報牙周病、未檢驗檢查卻申報檢驗費用)。

民眾申訴管道及處理

108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)	250	29%
醫療行政或違規事項	184	22%
藥品及處方箋	94	10%
總件數	850	100%

牙醫	件數	占率
疑有虛報醫療費用	67	31%
醫療行政或違規事項	51	24%
服務態度及醫療品質	34	16%
總件數	215	100%

西醫基層	件數	占率
額外收費(自費抱怨)	106	19%
疑有虛報醫療費用	86	16%
醫療行政或違規事項	84	15%
總件數	550	100%

中醫	件數	占率
額外收費(自費抱怨)	17	21%
疑有虛報醫療費用	17	21%
醫療行政或違規事項	17	21%
總件數	82	100%

其他	件數	占率
藥品及處方箋	22	29%
醫療行政或違規事項	17	22%
疑有虛報醫療費用	11	14%
總件數	77	100%

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



執行概況—安全性

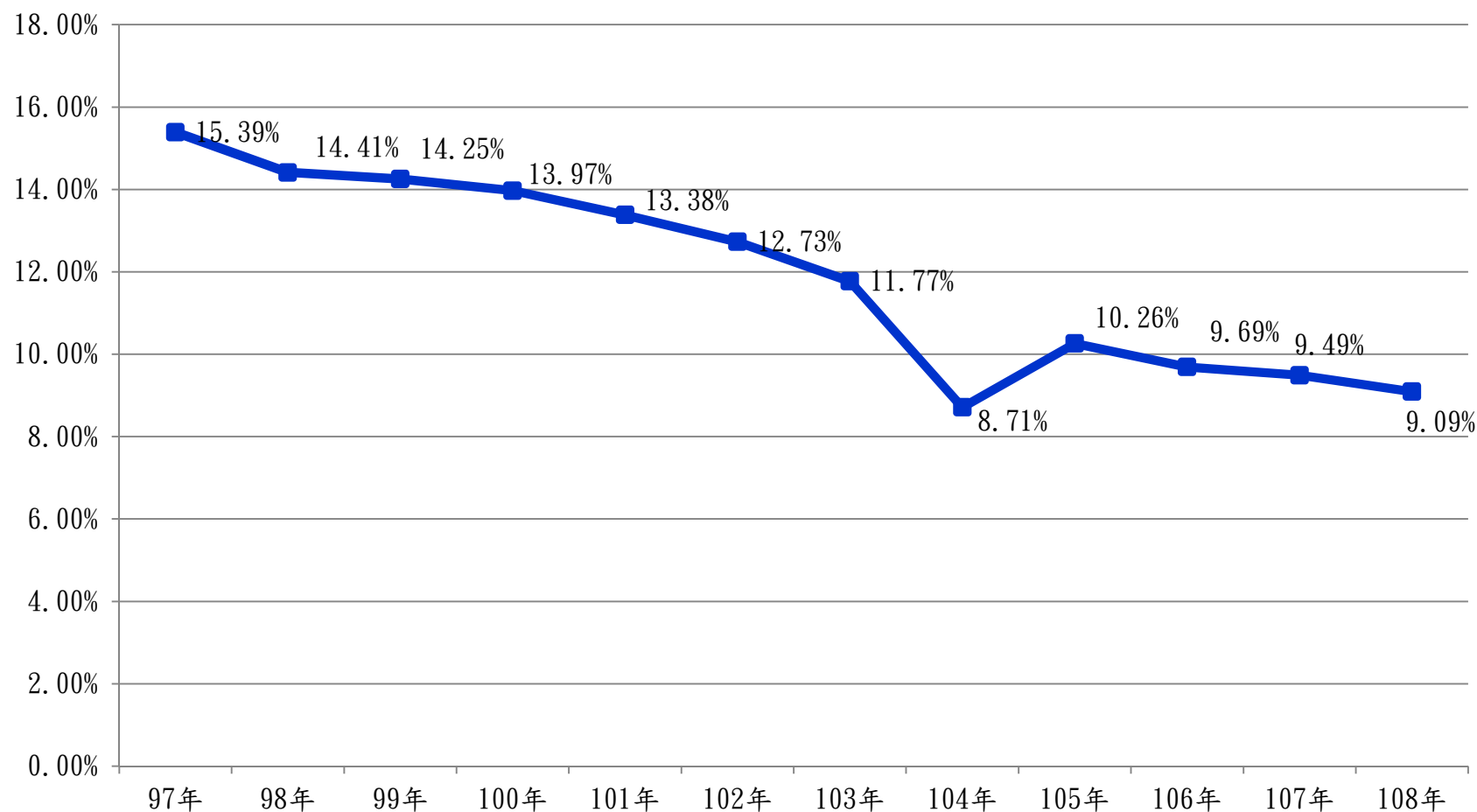


死亡率、用藥日數重疊率

健保雲端查詢、健康存摺
(詳健保因應策略)

急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)

-健保監理指標



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1668)。

急性心肌梗塞死亡率=分母病患死亡個案數／18歲以上且主診斷為急性心肌梗塞之病患數。

製表日期:109年5月14日。

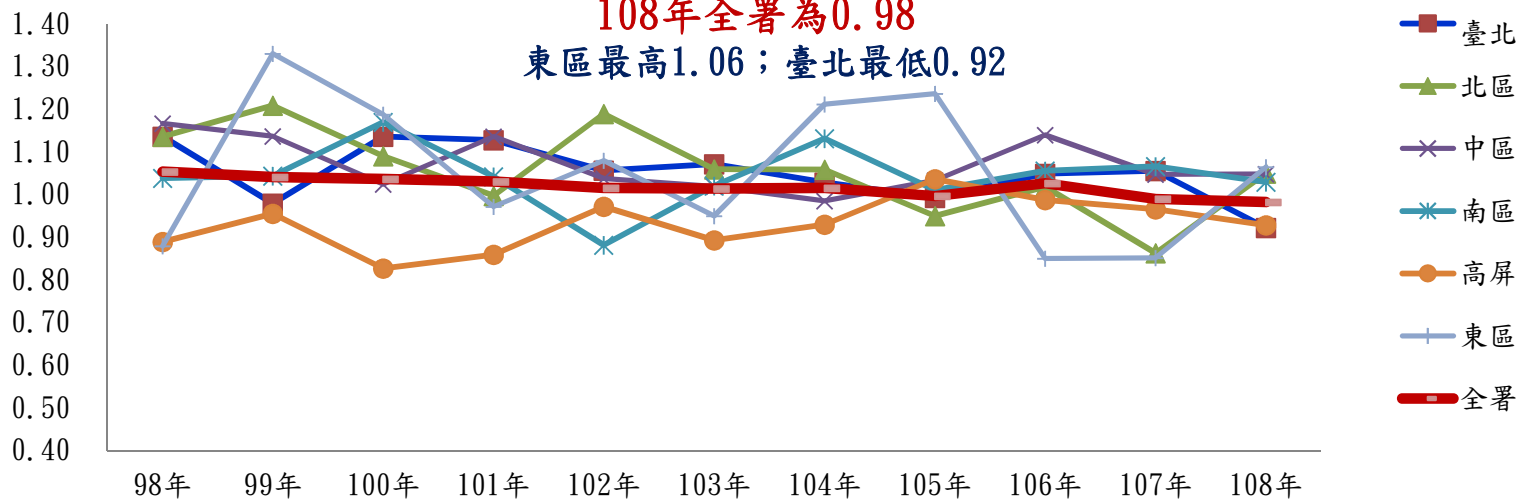
透析時間<1年之死亡率

負向指標

單位：人數／百人月

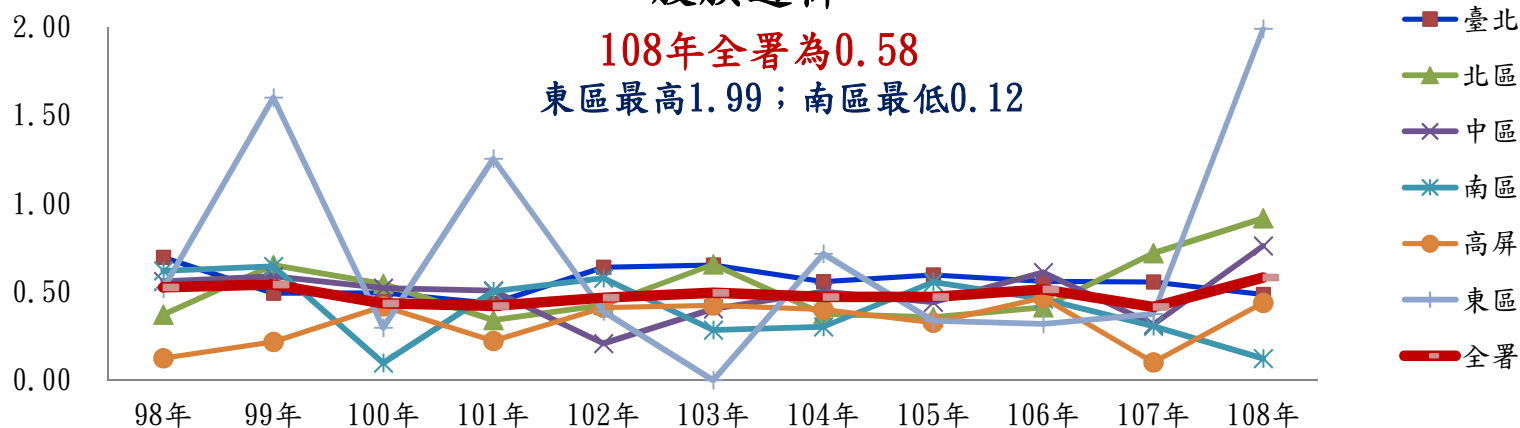
血液透析

108年全署為0.98
東區最高1.06；臺北最低0.92



腹膜透析

108年全署為0.58
東區最高1.99；南區最低0.12



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) / (追蹤期間透析時間<1年之總病人月數)] × 100。製表日期:109年5月22日。

透析時間 ≥ 1 年之死亡率

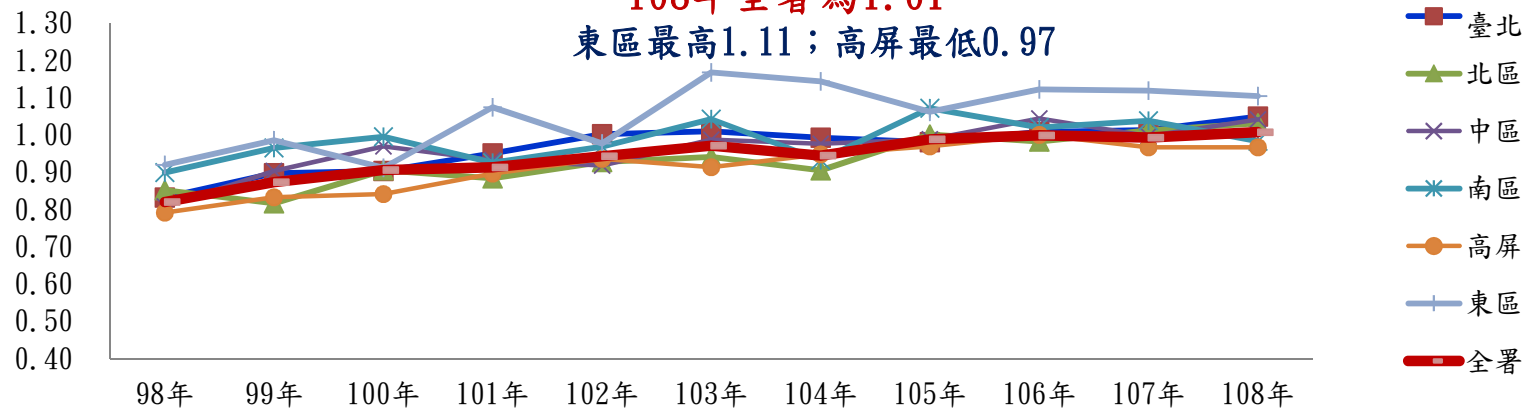
負向指標

單位：人數／百人月

血液透析

108年全署為1.01

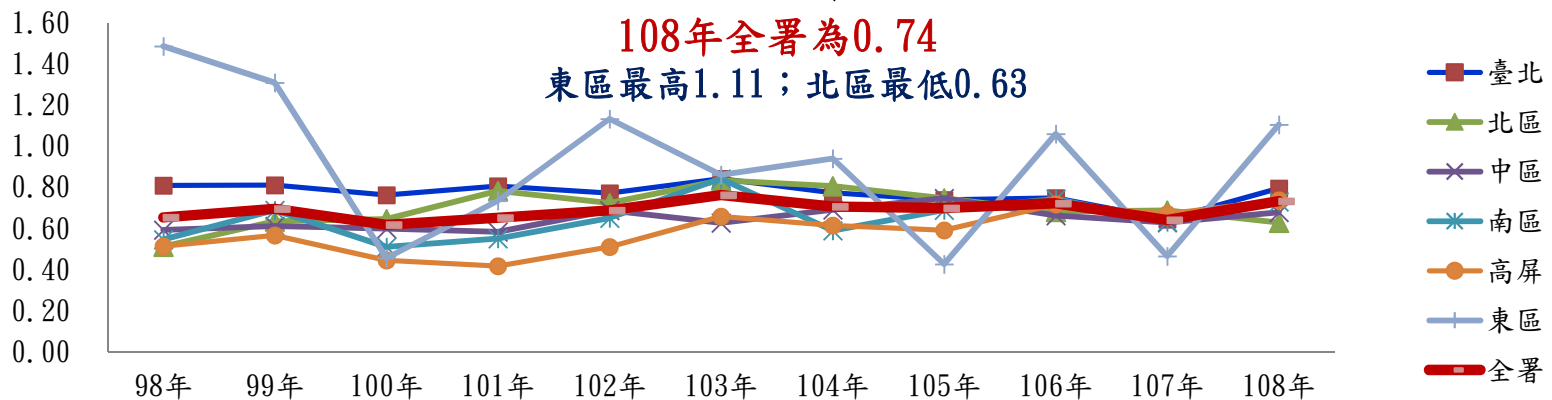
東區最高1.11；高屏最低0.97



腹膜透析

108年全署為0.74

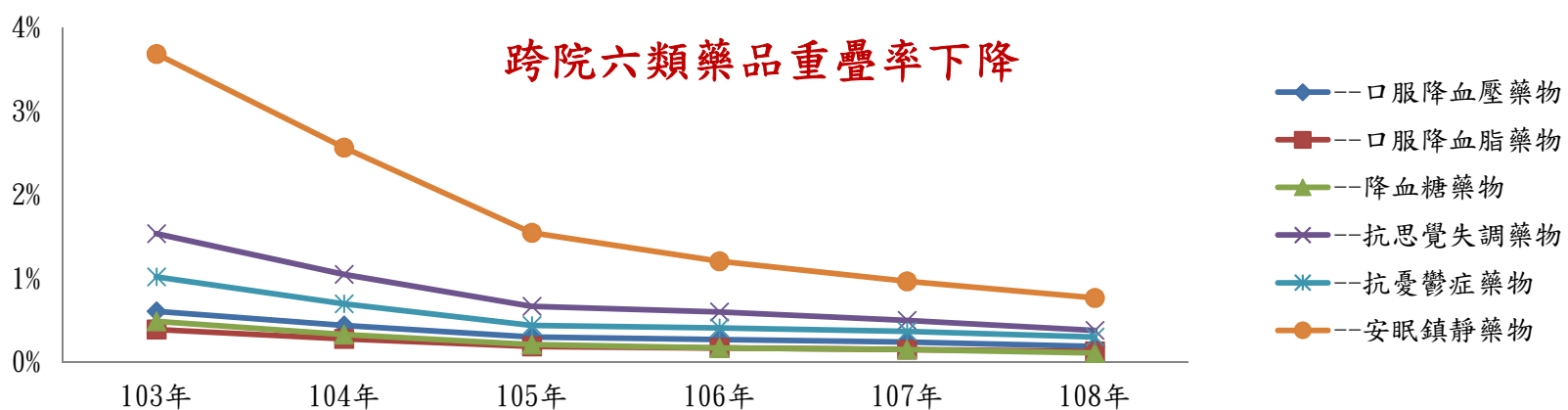
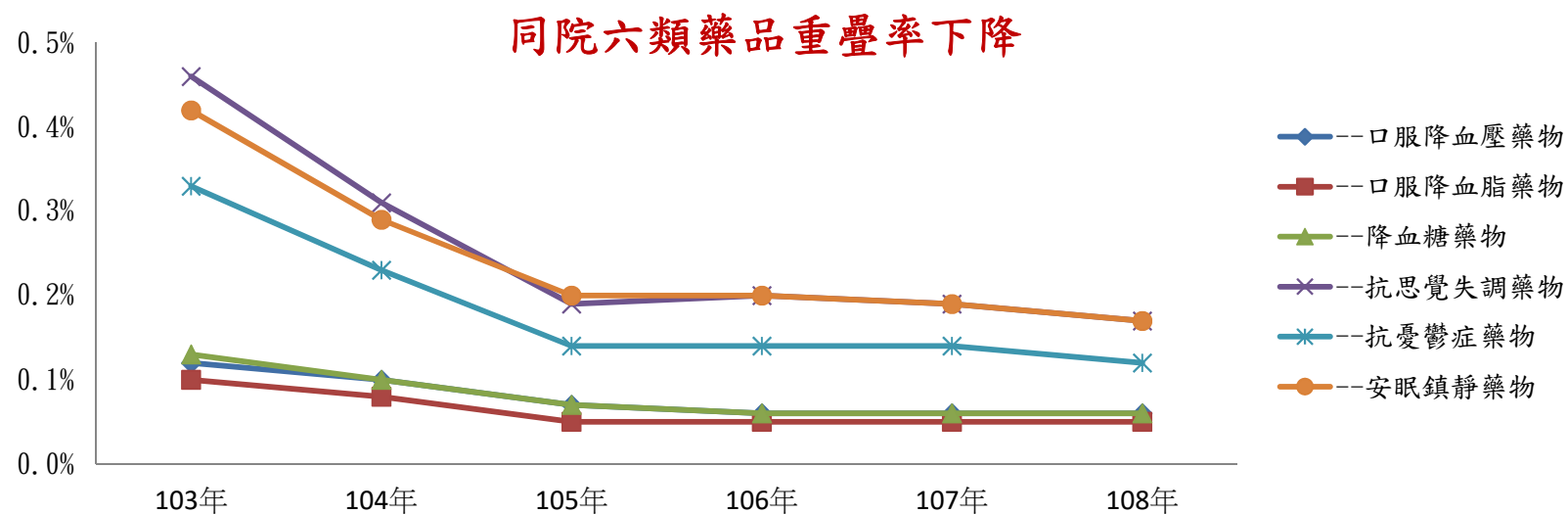
東區最高1.11；北區最低0.63



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)。

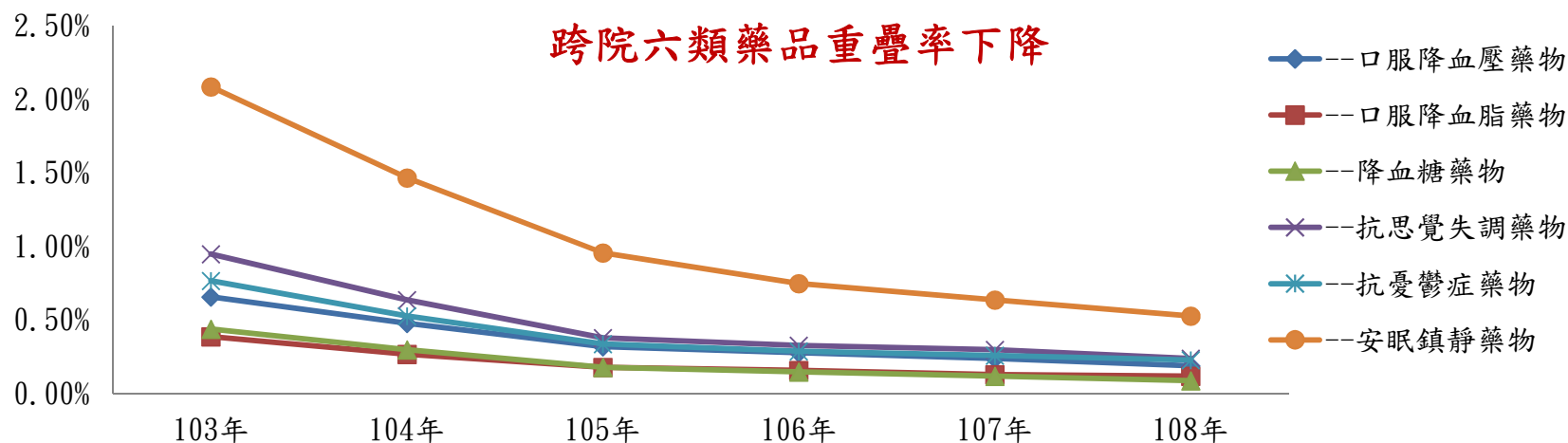
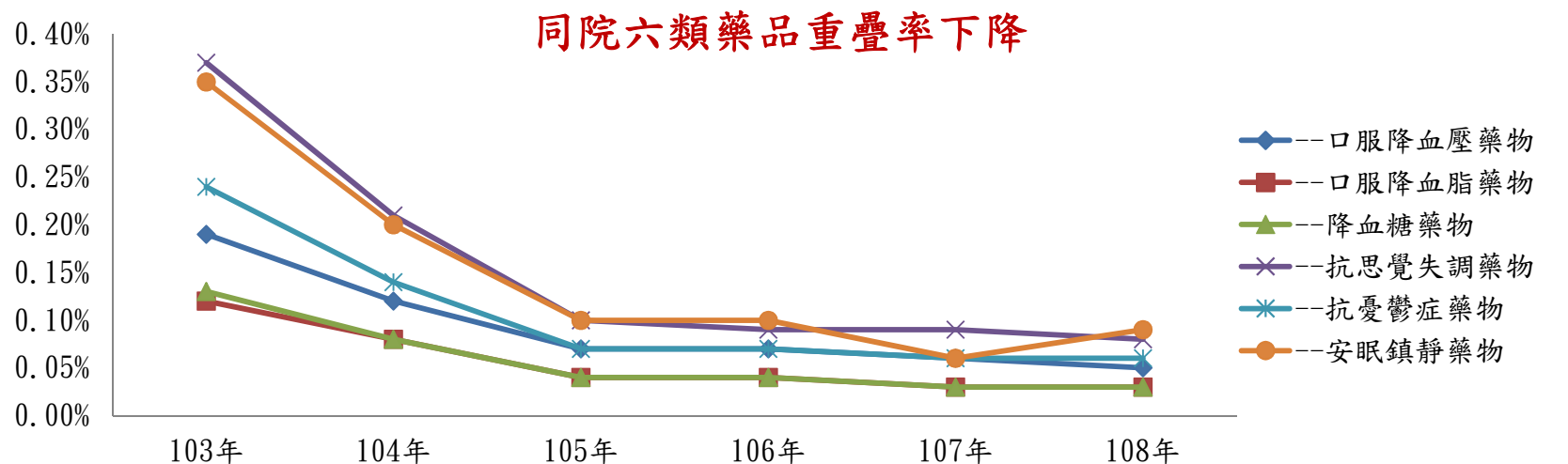
透析時間 ≥ 1 年之死亡率=[(追蹤期間透析時間 ≥ 1 年之死亡個案數)／(追蹤期間透析時間 ≥ 1 年之總病人月數)] $\times 100$ 。製表日期:109年5月22日。

同藥理用藥日數重疊率-西醫基層



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1710、1711、1712、1726、1727、1728、1713、1714、1715、1729、1730、1731)。製表日期:109年5月22日。

同藥理用藥日數重疊率-醫院總額



備註：資料來源：健保倉儲醫療給付檔案分析系統(DA代號:1710、1711、1712、1726、1727、1728、1713、1714、1715、1729、1730、1731)。製表日期:109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

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	護病比範圍	符合月次	占率	護病比範圍	符合月次	占率	護病比範圍	符合月次	占率
14%	20%	< 7.0	59	18.9%	< 10.0	718	67.2%	< 13.0	3,631	87.2%
12%	17%	7.0-7.4	95	30.4%	10.0-10.4	170	15.9%	13.0-13.4	57	1.4%
9%	14%	7.5-7.9	124	39.7%	10.5-10.9	79	7.4%	13.5-13.9	55	1.3%
6%	5%	8.0-8.4	33	10.6%	11.0-11.4	40	3.7%	14.0-14.4	42	1.0%
3%	2%	8.5-8.9	1	0.3%	11.5-11.9	53	5.0%	14.5-14.9	31	0.7%
無加成		> 8.9	0	0.0%	> 11.9	8	0.7%	> 14.9	30	0.7%
未填或護病比為0			0	0.0%		0	0.0%		0	7.6%
總計月次			312			1,068			3,846	

108年各特約類別全日平均護病比達特定加成率概況

護病比加成率	醫學中心			區域醫院			地區醫院		
	護病比範圍	申報月次	占率	護病比範圍	申報月次	占率	護病比範圍	申報月次	占率
20%	< 7.0	32	10.7%	< 10.0	604	57.9%	< 13.0	3,558	86.8%
17%	7.0-7.4	64	21.3%	10.0-10.4	181	17.3%	13.0-13.4	94	2.3%
14%	7.5-7.9	141	47.0%	10.5-10.9	126	12.1%	13.5-13.9	66	1.6%
5%	8.0-8.4	56	18.7%	11.0-11.4	47	4.5%	14.0-14.4	60	1.5%
2%	8.5-8.9	7	2.3%	11.5-11.9	76	7.3%	14.5-14.9	69	1.7%
無加成	> 8.9	0	0.0%	> 11.9	10	1.0%	> 14.9	37	0.9%
未填或護病比為0								213	5.2%
總計月次		300			1,044			4,097	

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	108	99~108 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	2,412	18,405
醫學中心	222	674	640	932	682	473	1,063	955	1,016	907	7,564
區域醫院	908	769	342	1,071	609	937	926	994	985	868	8,409
地區醫院	29	229	145	235	54	-2	225	261	555	626	2,357
精神專科	25	37	-52	13	-31	24	1	13	-12	8	26
慢性醫院	-	-	-6	-8	3	-9	2	27	37	3	49

- 扣除新成立院所及原醫院床位增加所增加之護理人員，**108**年醫院共計淨增加**2,412**人。



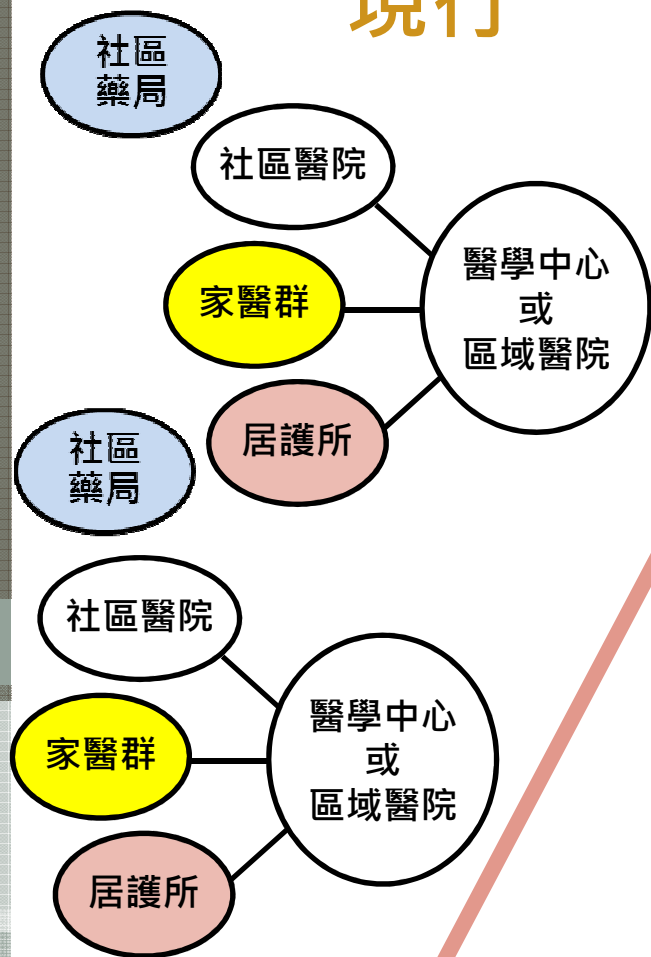
執行概況—以病人為中心



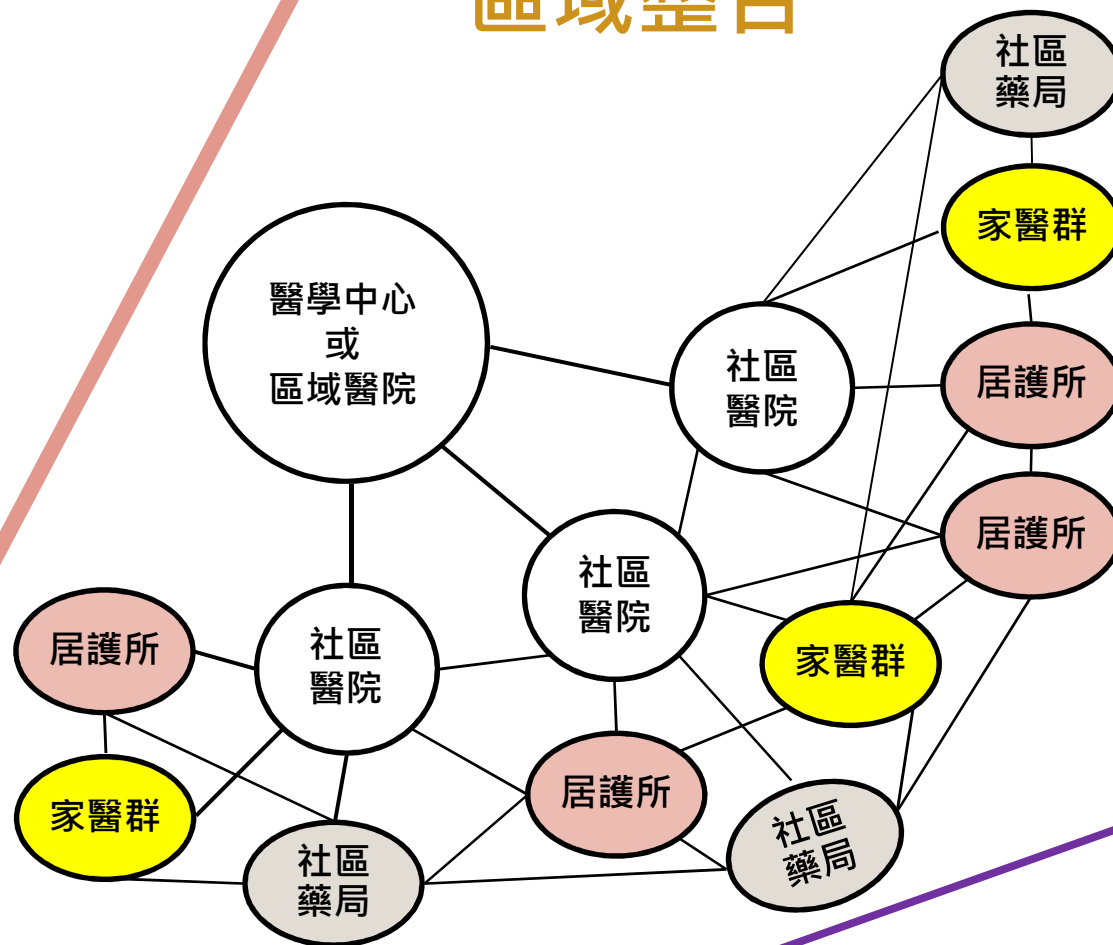
各整合方案
品質轉診

社區化整合照護模式

現行



區域整合



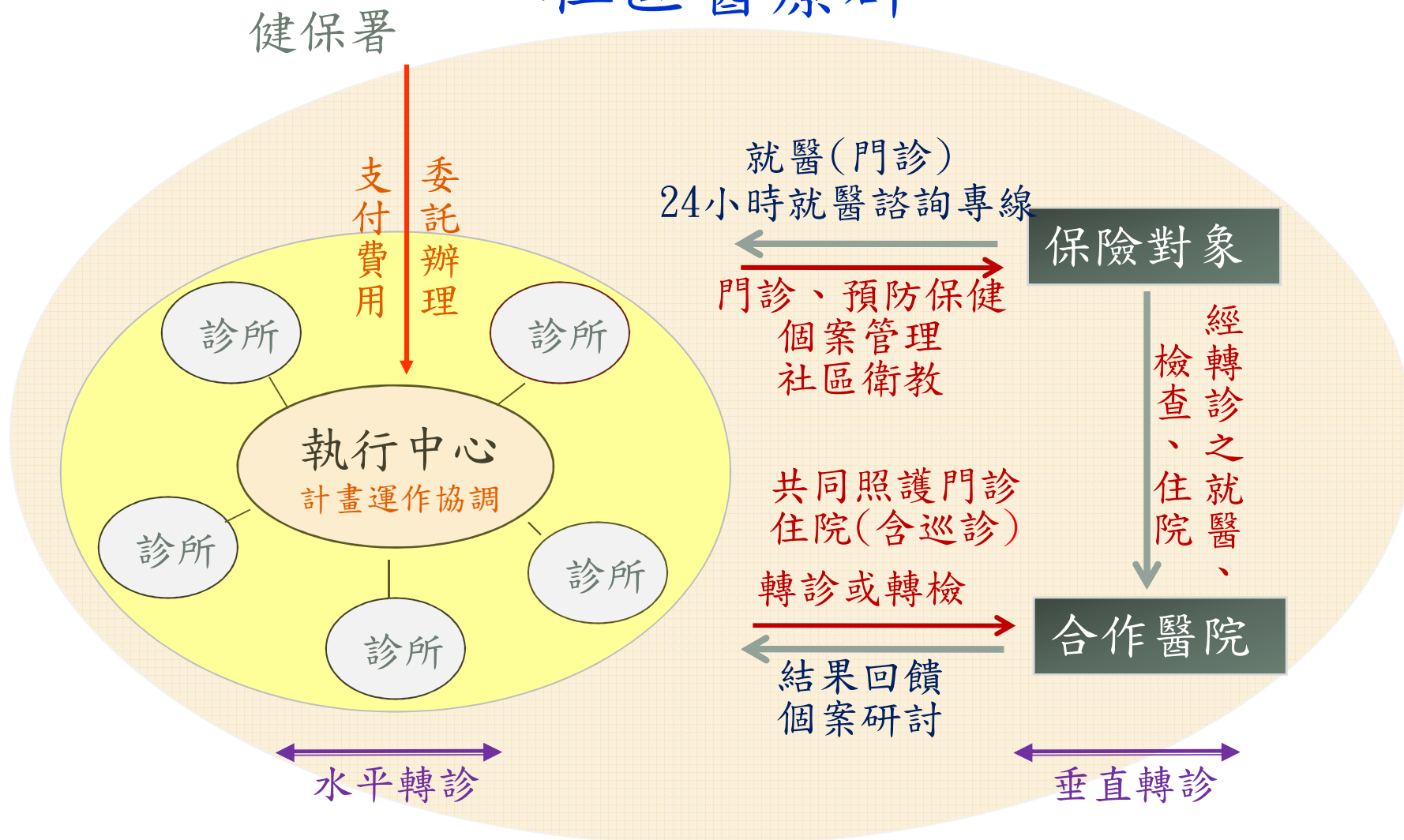
就近提供醫療服務

整合照護計畫



家醫群照護模式

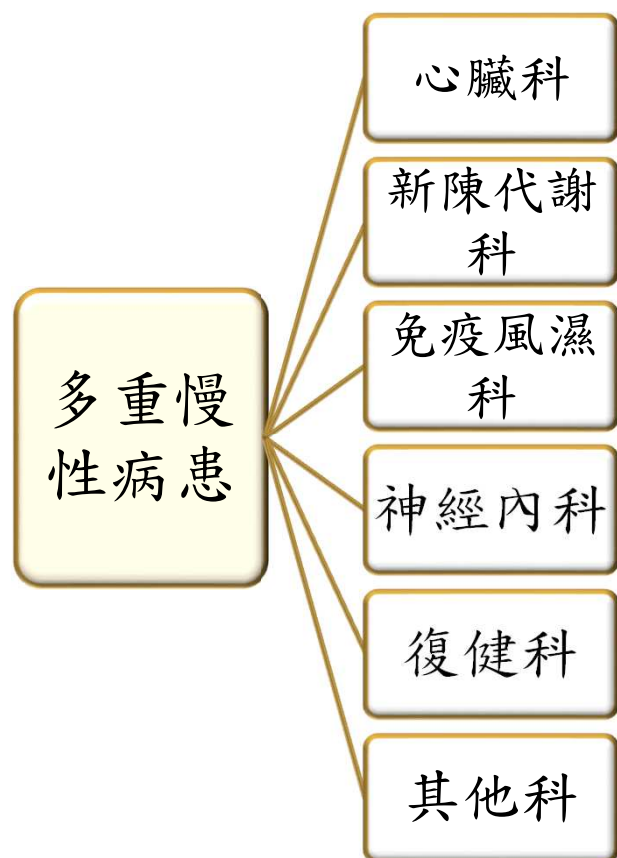
社區醫療群



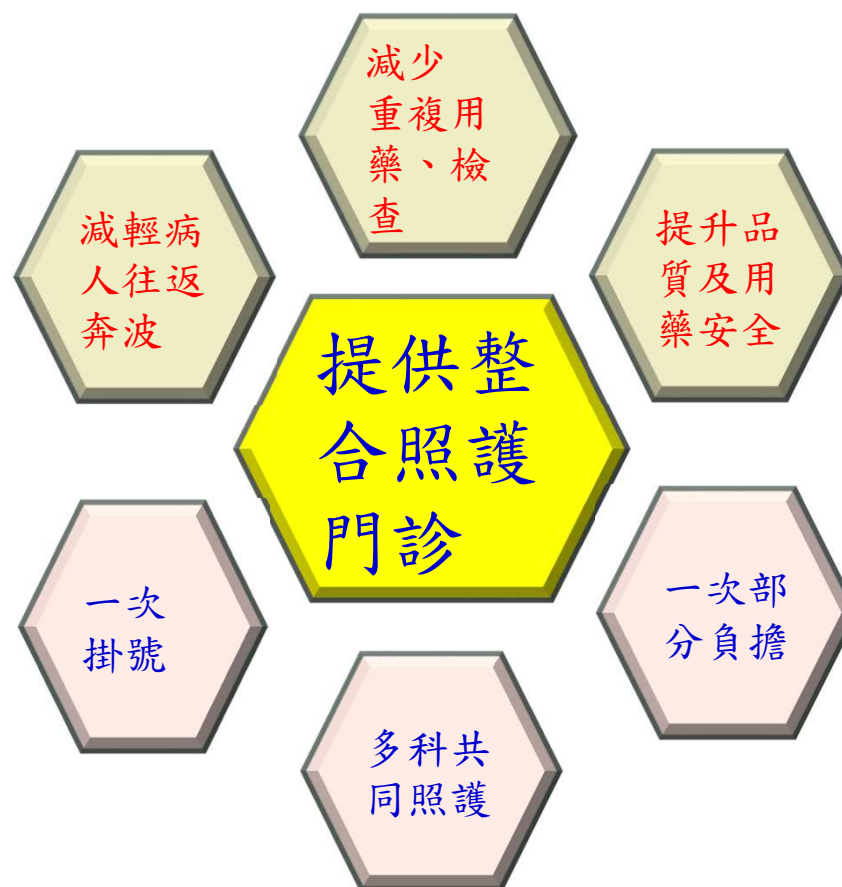
108年計有605個社區醫療群，參加基層診所5,052家，占西醫基層診所近48.1%，較107年4,558家，增加494家。交付名單收案人數399萬人，占較需照護族群(636萬人)62.8%。

醫院門診整合模式

以醫師為中心



以病人為中心



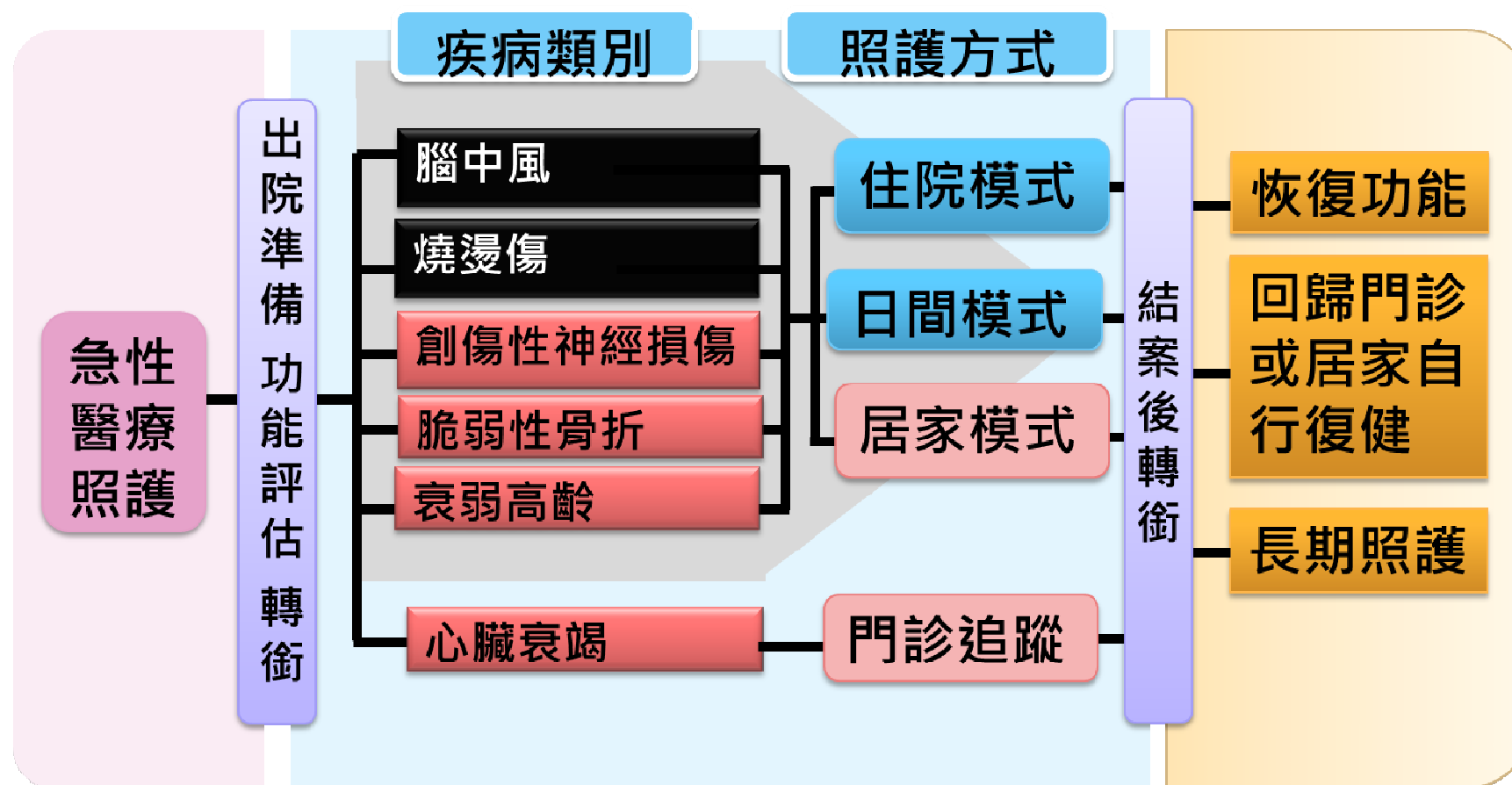
108年計有157家醫院參加，開設整合照護門診模式有114家、非開設整合照護門診模式有119家，服務人數約20.5萬人。

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。

108年共38團隊、210家醫院參與計畫，收案人數於腦中風共5,657人、燒燙傷(累計)71人、脆弱性骨折2,713人、創傷性神經損363人、衰弱高齡889人及心臟衰竭1,042人。

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	

擴大照護對象

改善不同類型居家
醫療片段式的服務
模式

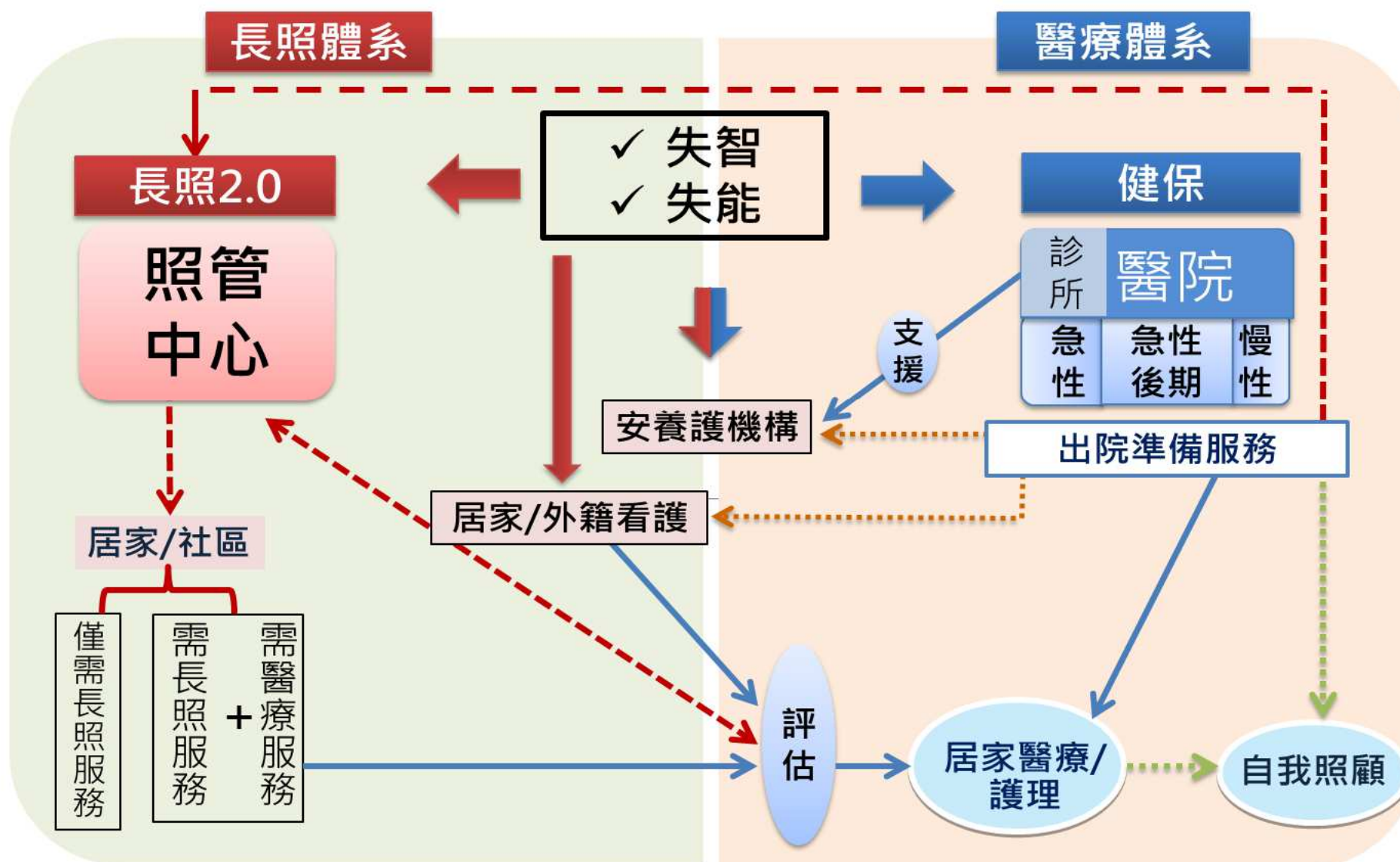
服務
特色

促進社區內團隊
合作：醫事人員
間、院所間

強化個案管理機制

108年12月收案院所：醫院145家、診所800家、居護所383家；累計照護人收為66,055人。

醫療與長照銜接



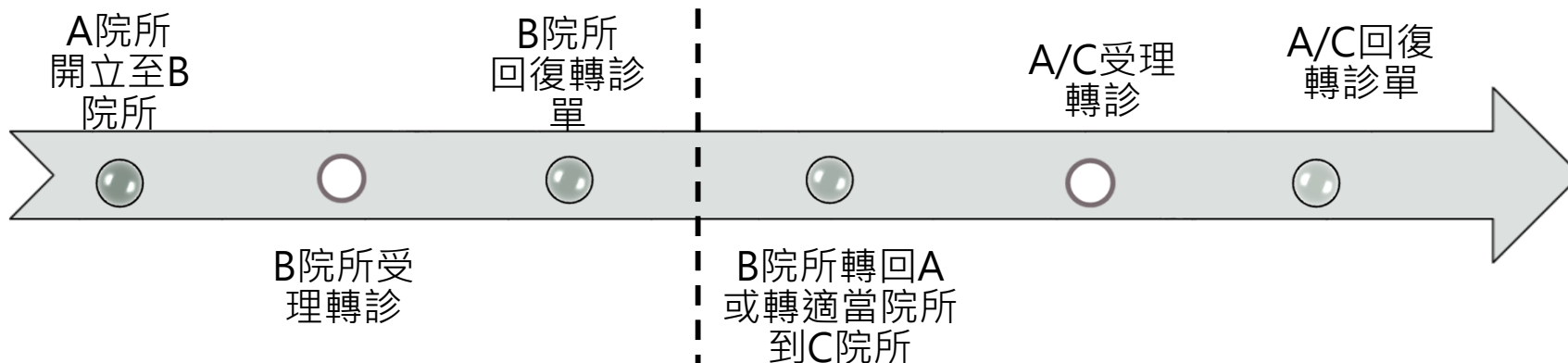
備註：——> 醫療照護轉介；- -> 醫療與長照2.0銜接；.....> 症狀改善；.....> 其他照顧

108年申報02025B「出院準備及追蹤管理費」約3,700萬元，服務人次約2.5萬人。

強化轉診流程、提升轉診效率

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



開立轉診單前，**得**先洽接受轉診之院所，提供醫事機構、診療科別等就醫安排。
接受轉診院所**應**提供適當就醫安排，保留**門診**一定優先名額予轉診就醫的病人。

強化轉診機制

病患經轉診治療後，**接受轉診的院所應**建議病患**轉回原診治院所**或**其他適當院所**，接受後續追蹤治療。
接受轉診院所應將病患初步診療的處置情形、後續診治之相關檢查及處置結果，**回復原診治院所**。

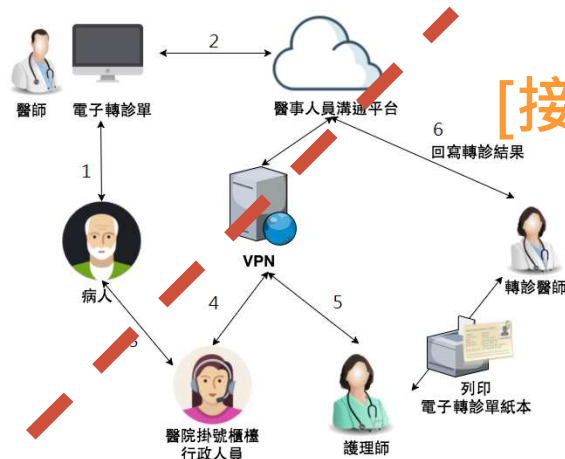
落實雙向轉診

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「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]

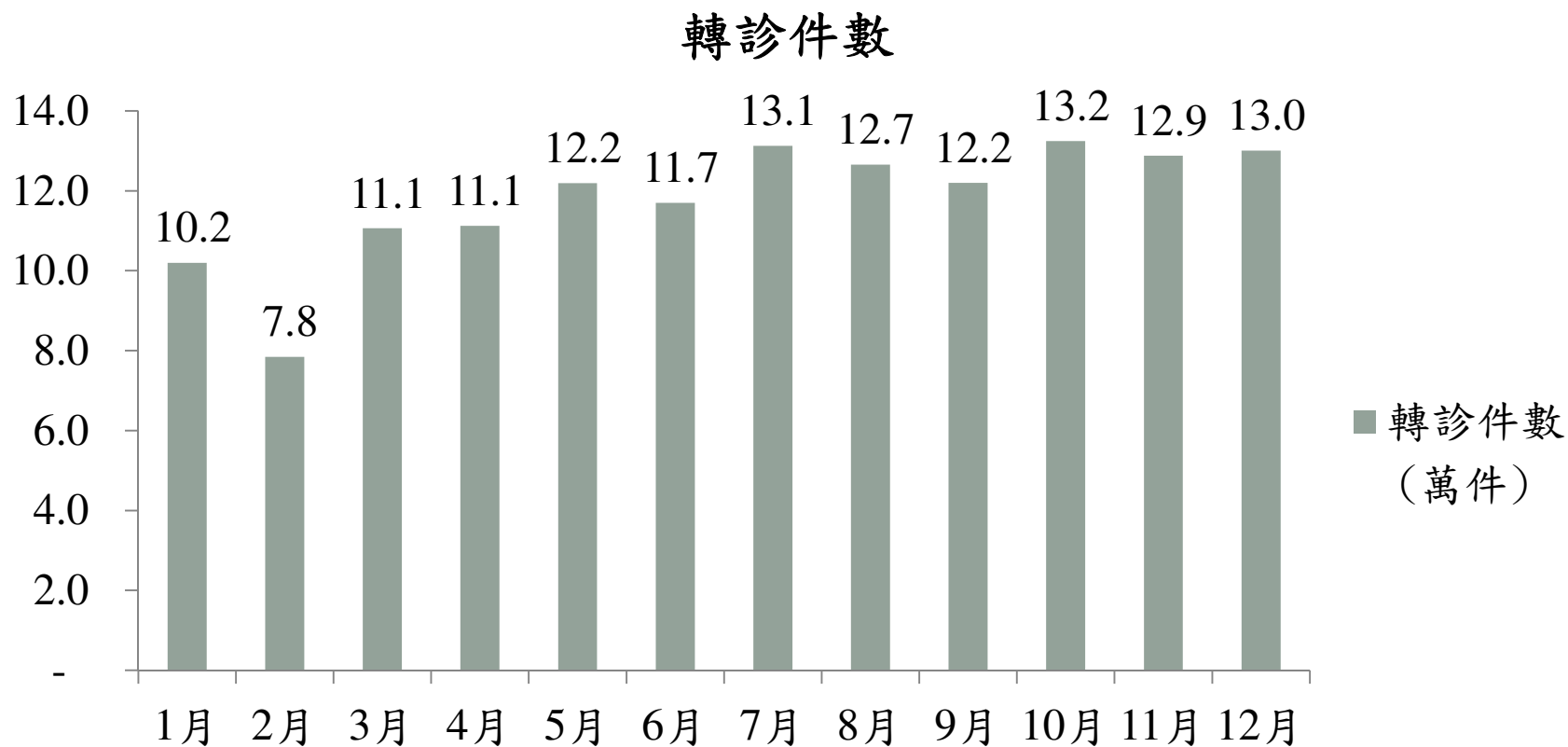


[接受轉診]



電子轉診平台每月轉診件數

電子轉診平台使用家數及件數持續增加，108年1-12月共11,391家院所使用，轉診約141萬人次；較107年共9,568家院所(45%)，轉診約70.5萬人次提高。



上、下轉支付標準執行結果

一、108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	689.0	206.0	29.9%
西醫基層	258.0	143.8	55.7%

二、108年各特約層級實際核付醫令數

修正

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	50,208	...	300,756	350,964
區域醫院	47,263	19,033	255,571	321,867
地區醫院	8,422	62,441	73,865	144,728
基層院所	...	547,316	63,424	610,740
合計	105,893	628,790	693,616	1,428,299

註：

1. 表中所列為實際核付數，非申報數。
2. 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
3. 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



執行概況—公平面

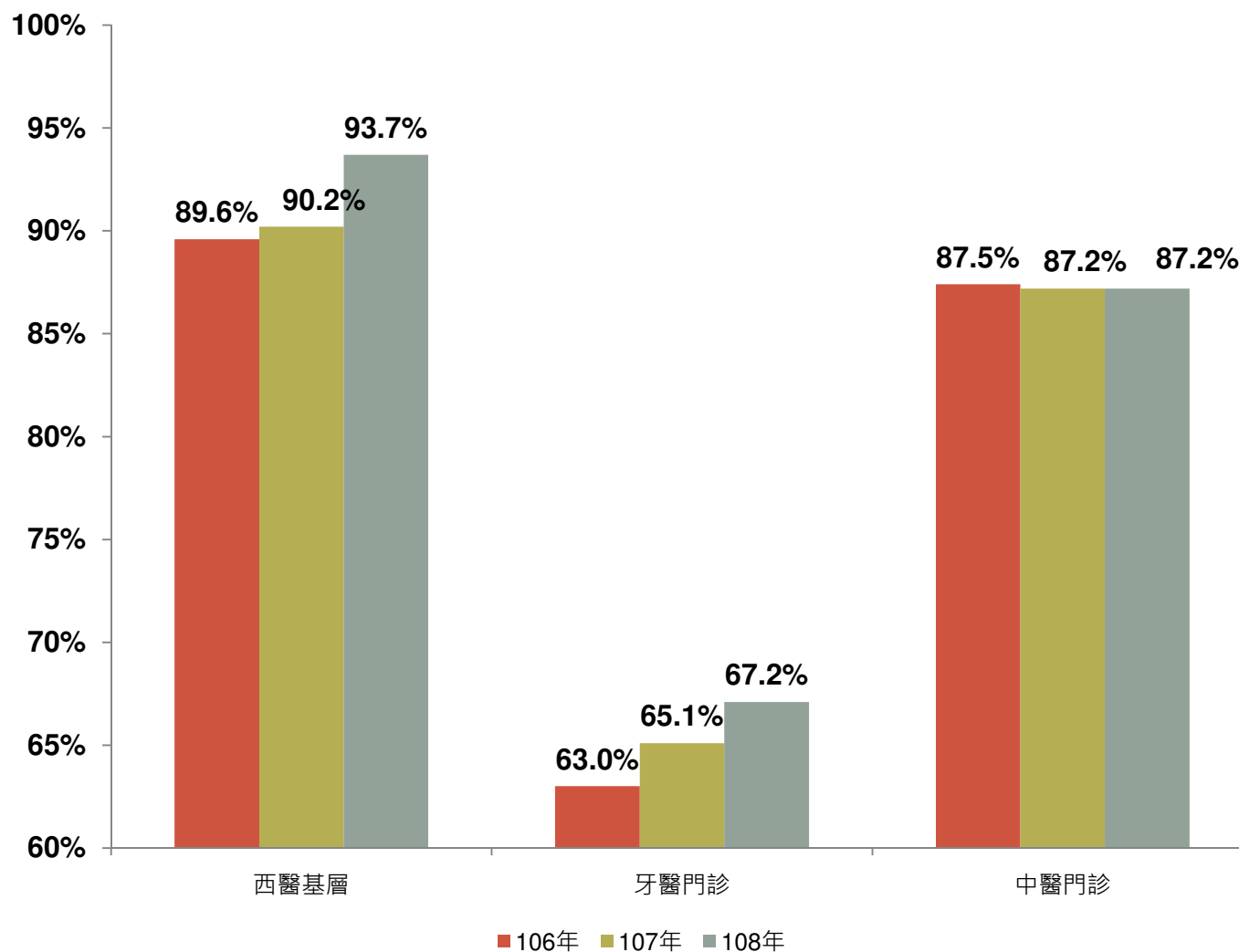


可近性

弱勢族群保障

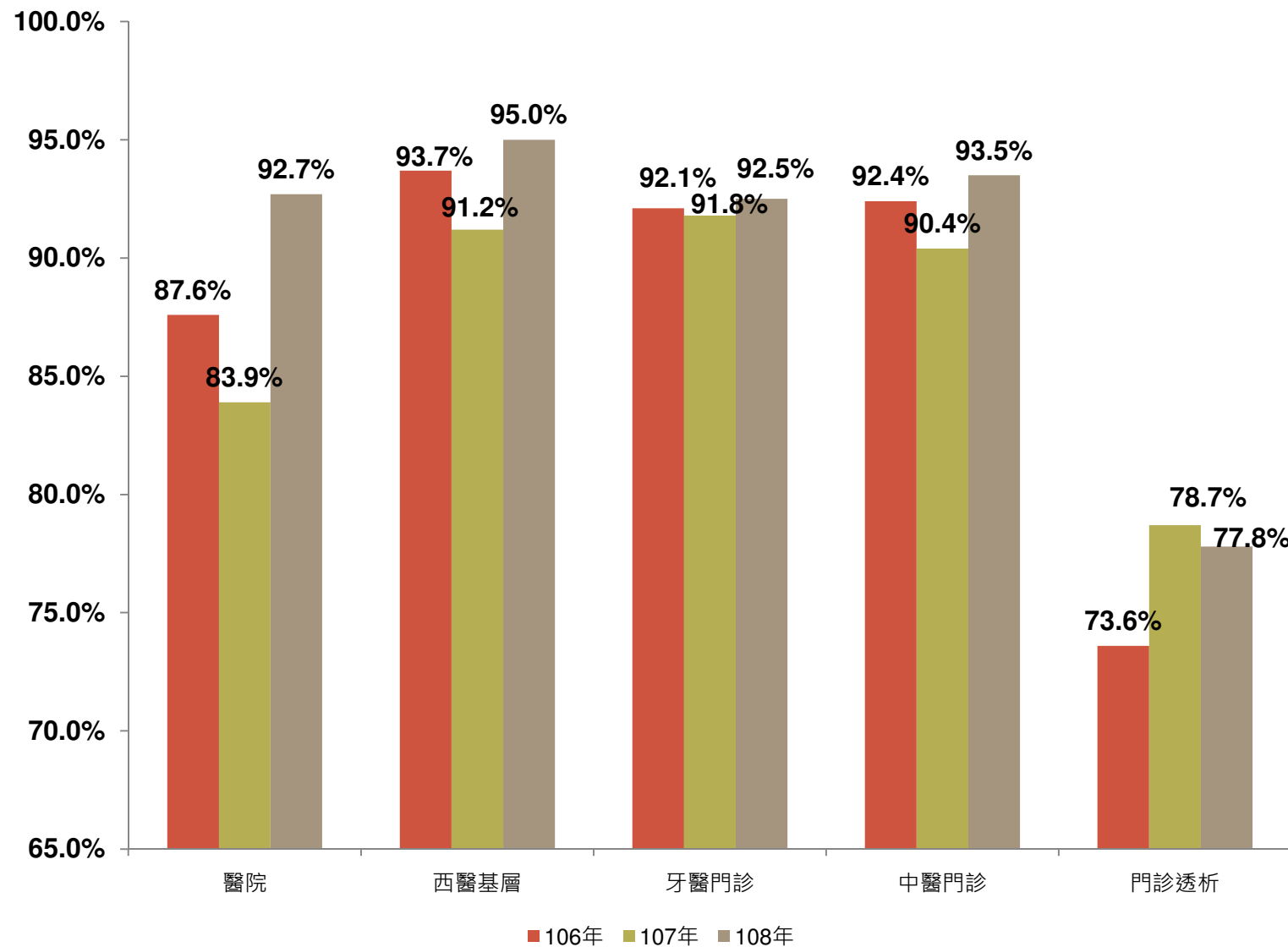
偏鄉照護計畫

滿意度調查-預約醫師容易程度

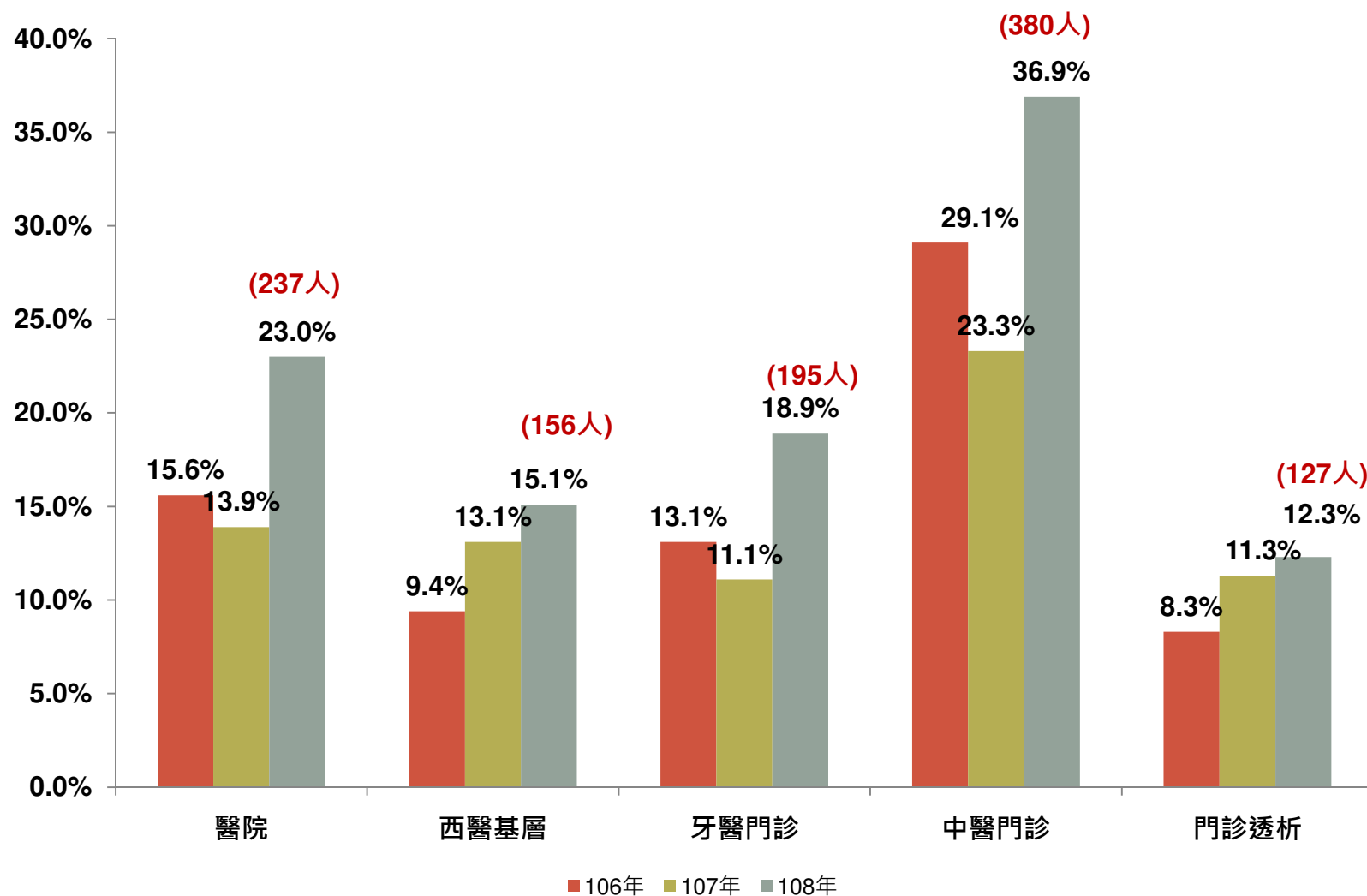


註. 本表呈現數據為容易+非常容易，門診透析與醫院部門無本題項

滿意度調查-就醫院所交通便利性

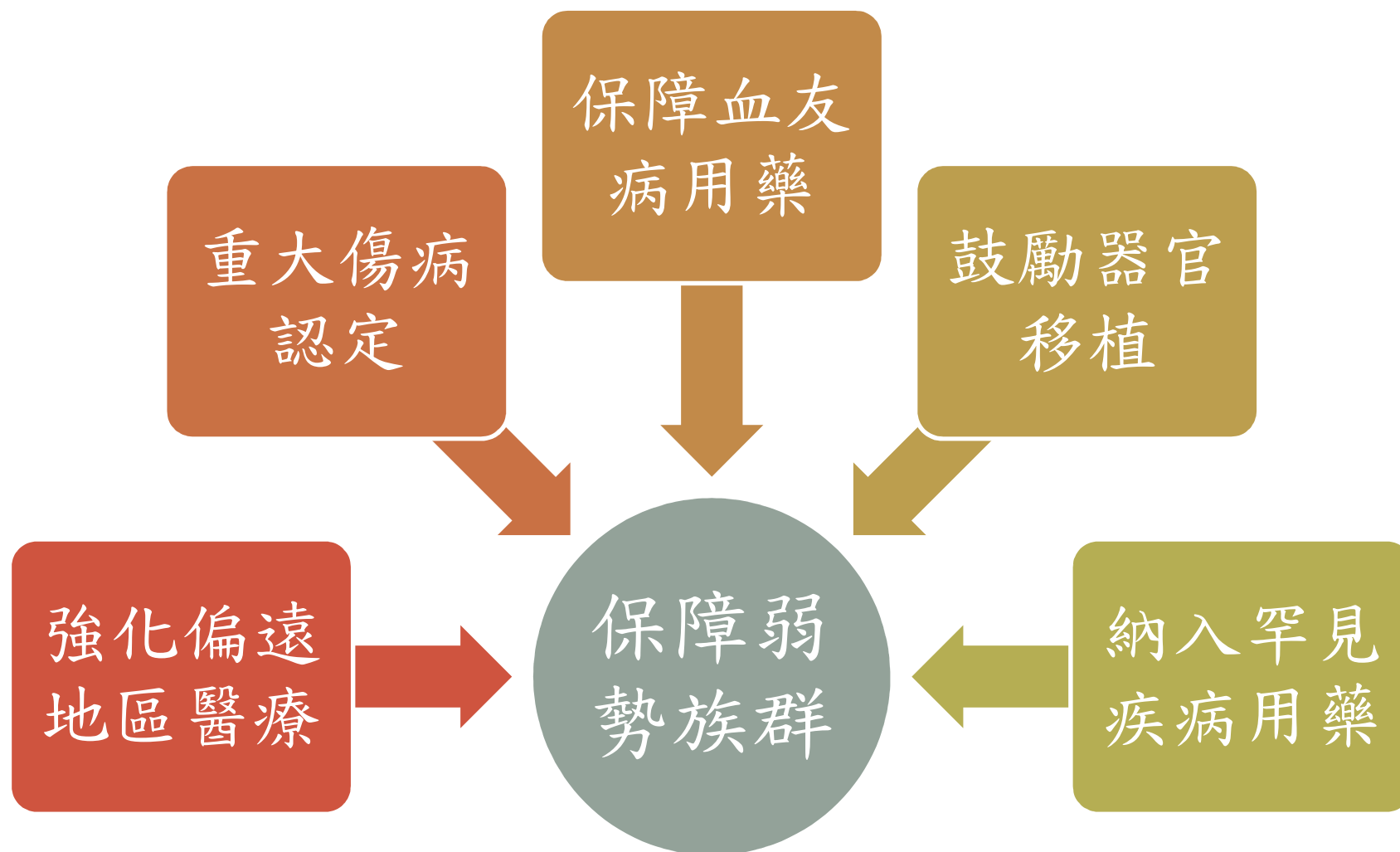


滿意度調查-被要求自費比率

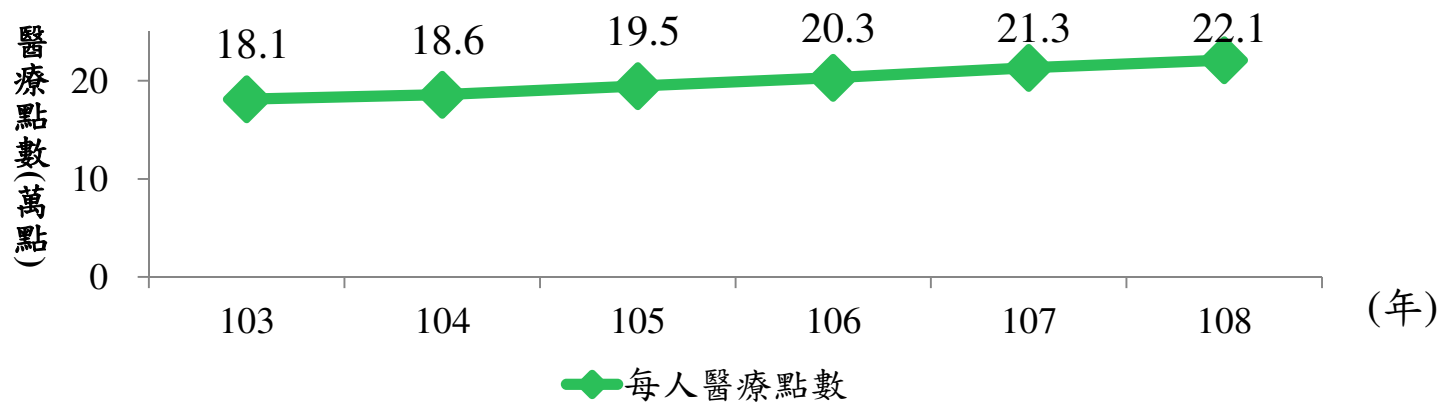
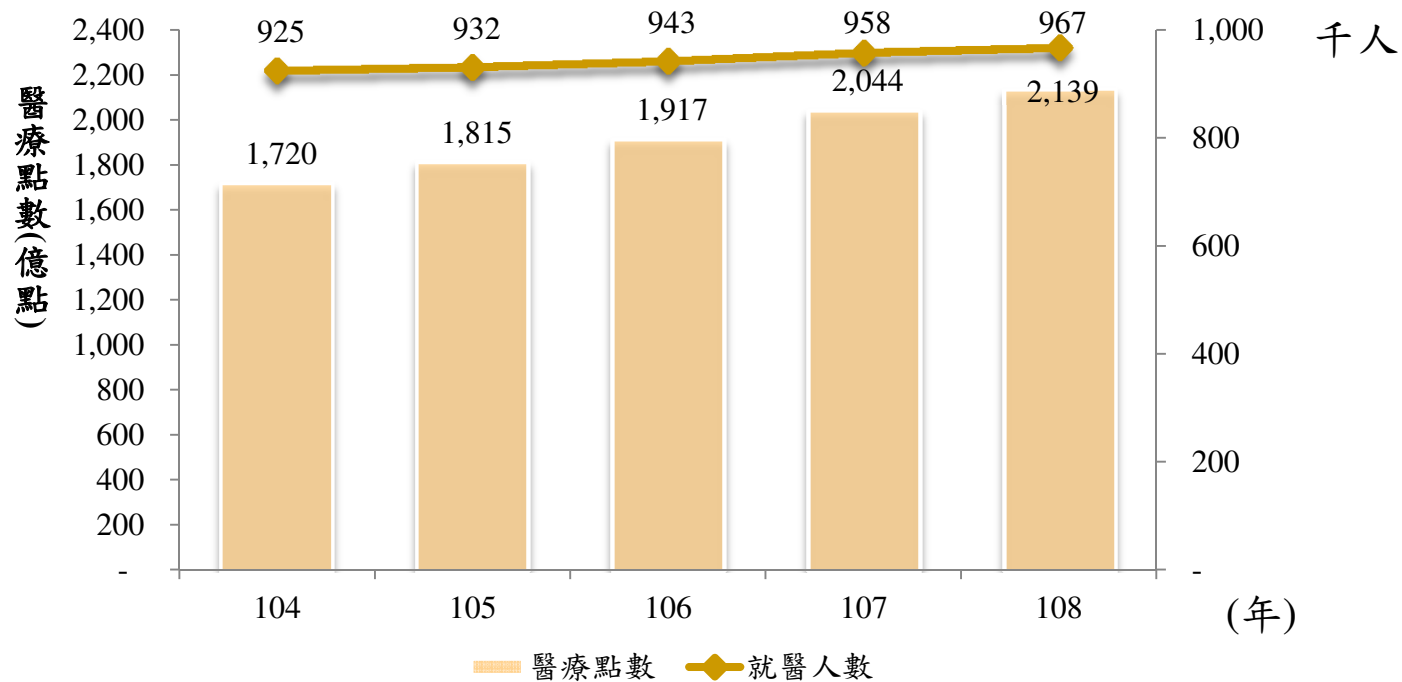


註：108年各總額部門滿意度調查之()內數據，表示除掛號費和部分負擔外，自付其他費用之人數

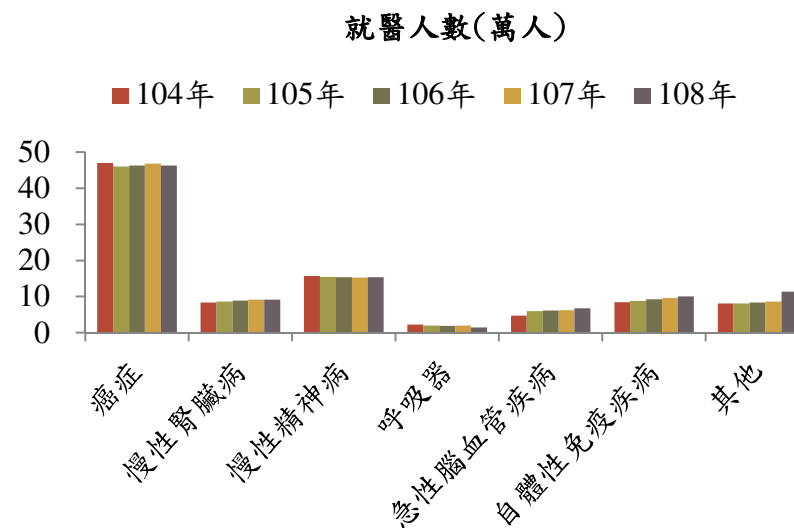
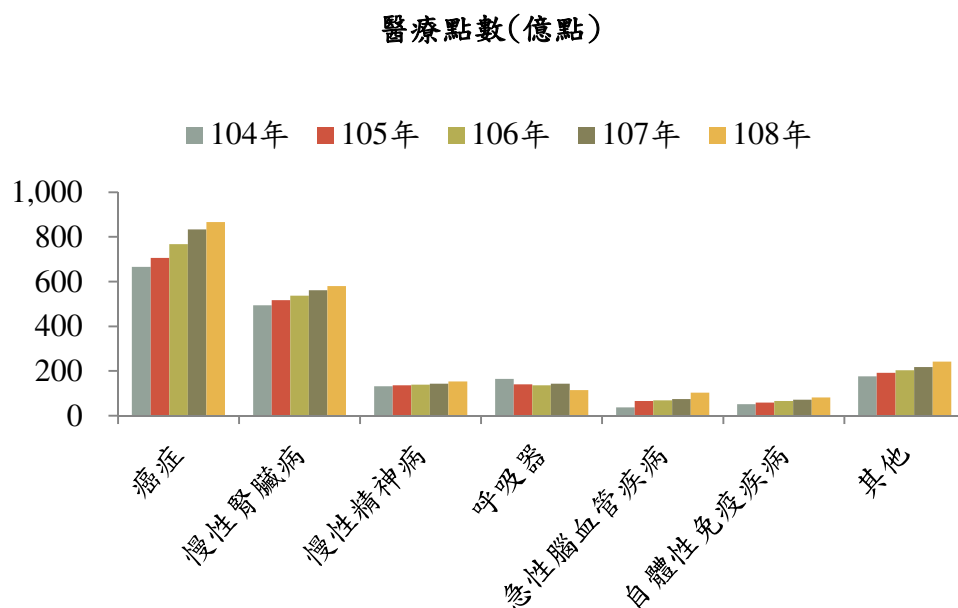
保障弱勢族群醫療權益



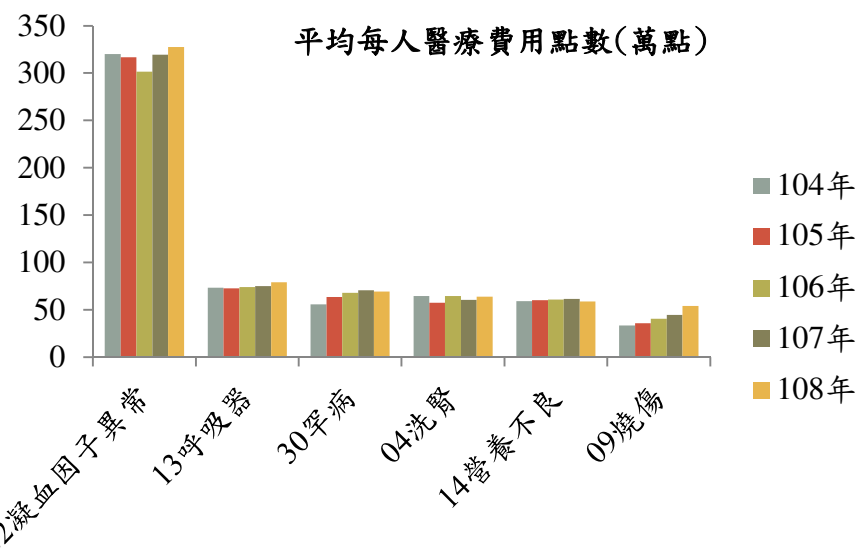
重大傷病費用支出



重大傷病就醫疾病概況



104年至108年前6大重大傷病
醫療點數占所有重大傷病醫
療點數之88.71%~89.8%。



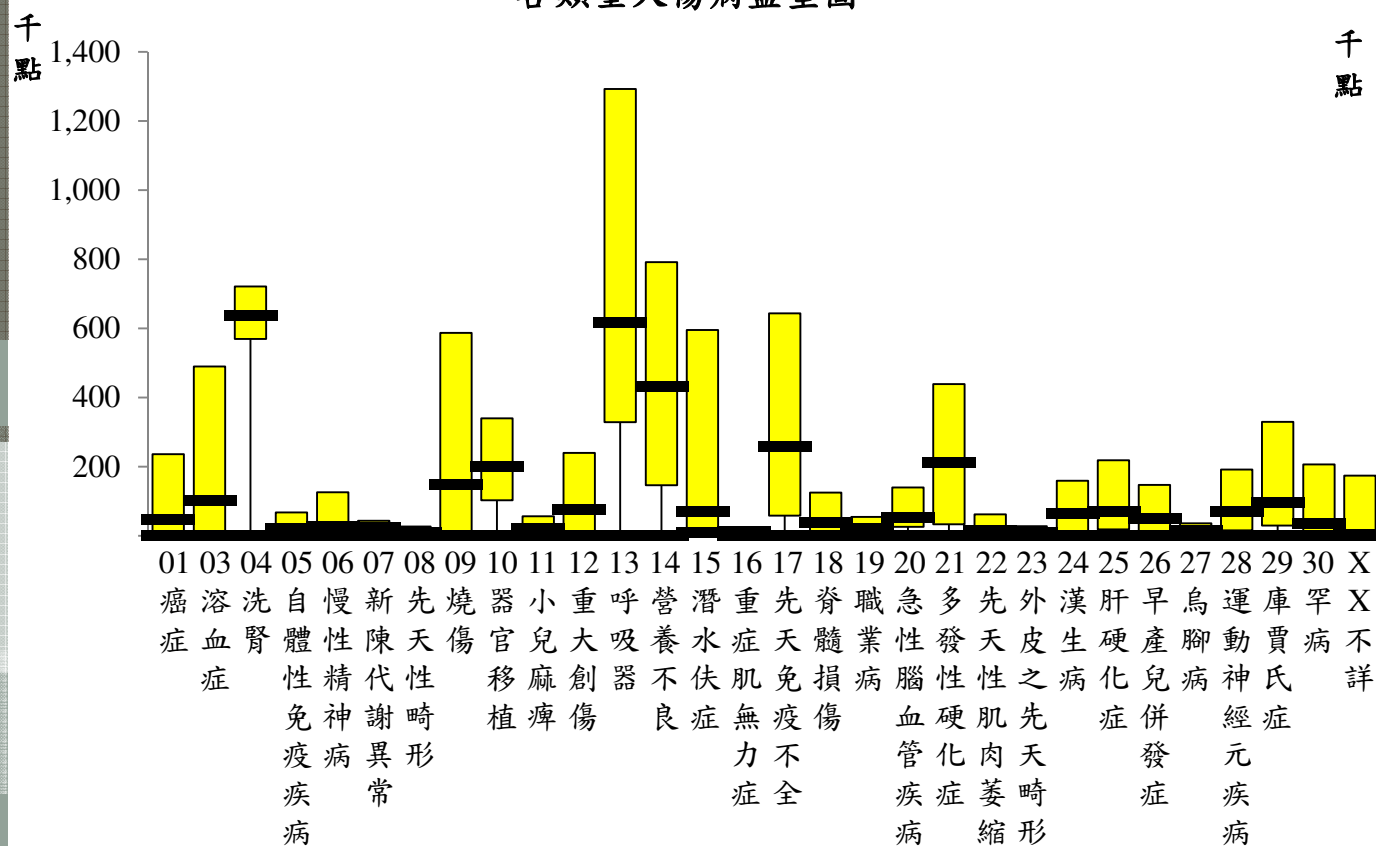
註

- 1.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。
- 2.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。

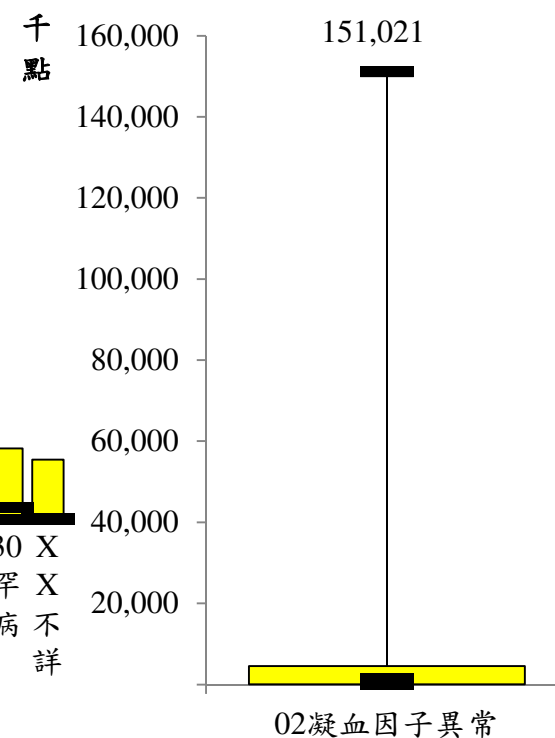
108年各類重大傷病-個人最高醫療點數

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 潛水伏症		
最大值(千點)	13,157	14,200	14,391	14,073	9,549	19,277	13,908	5,514	11,083	4,158	13,179	41,848	3,160	1,693		
類型	16 重症肌無力症	17 先天免疫不全	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)	2,244	5,564	8,247	3,940	17,064	3,157	1,710	1,456	549	4,810	1,464	561	3,210	1,405	42,746	5,570

各類重大傷病盒型圖

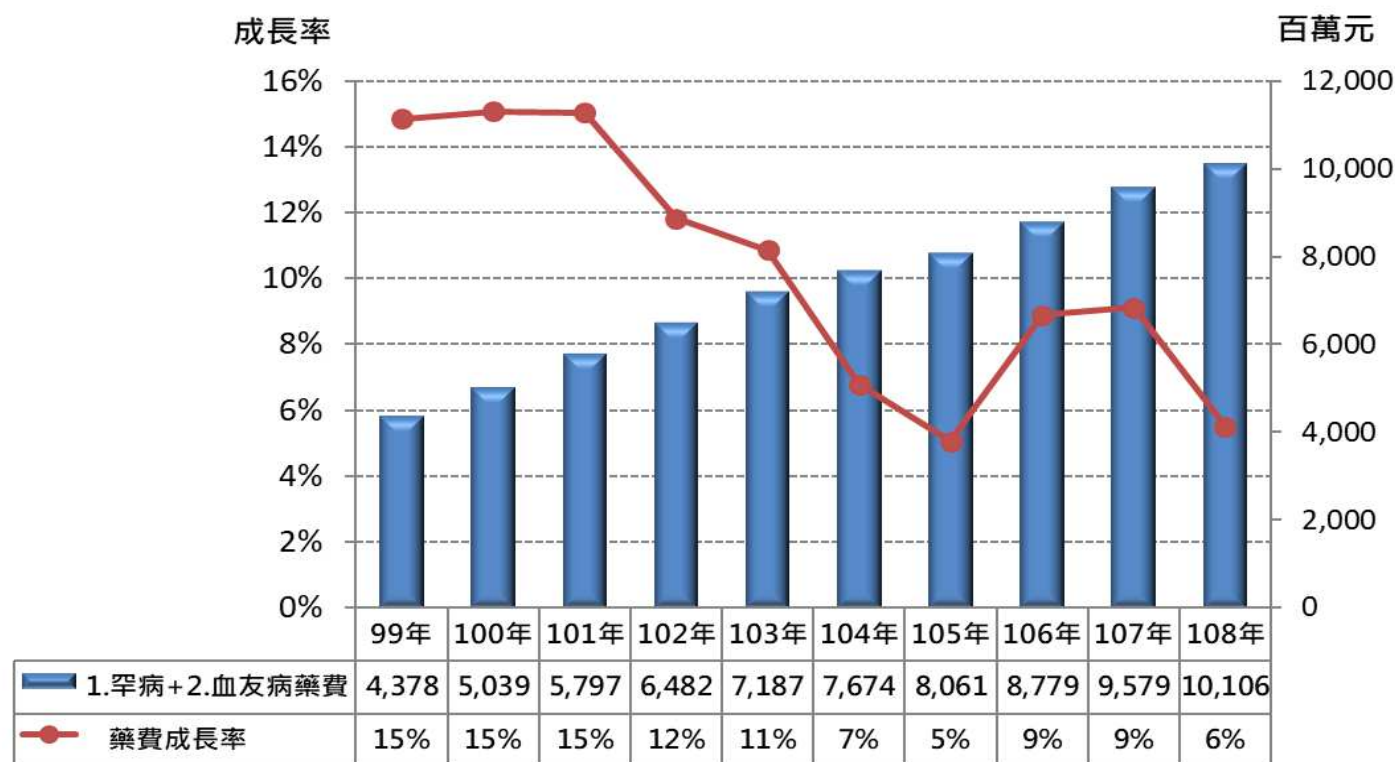


各類重大傷病盒型圖



罕病、血友病藥費專款支出情形

罕病、血友病專款支出，99年為43.78億元，因罕病與血友病人數增加，至108年支出為101.1億元，藥費成長率在本署監控下，近年成長率趨緩。

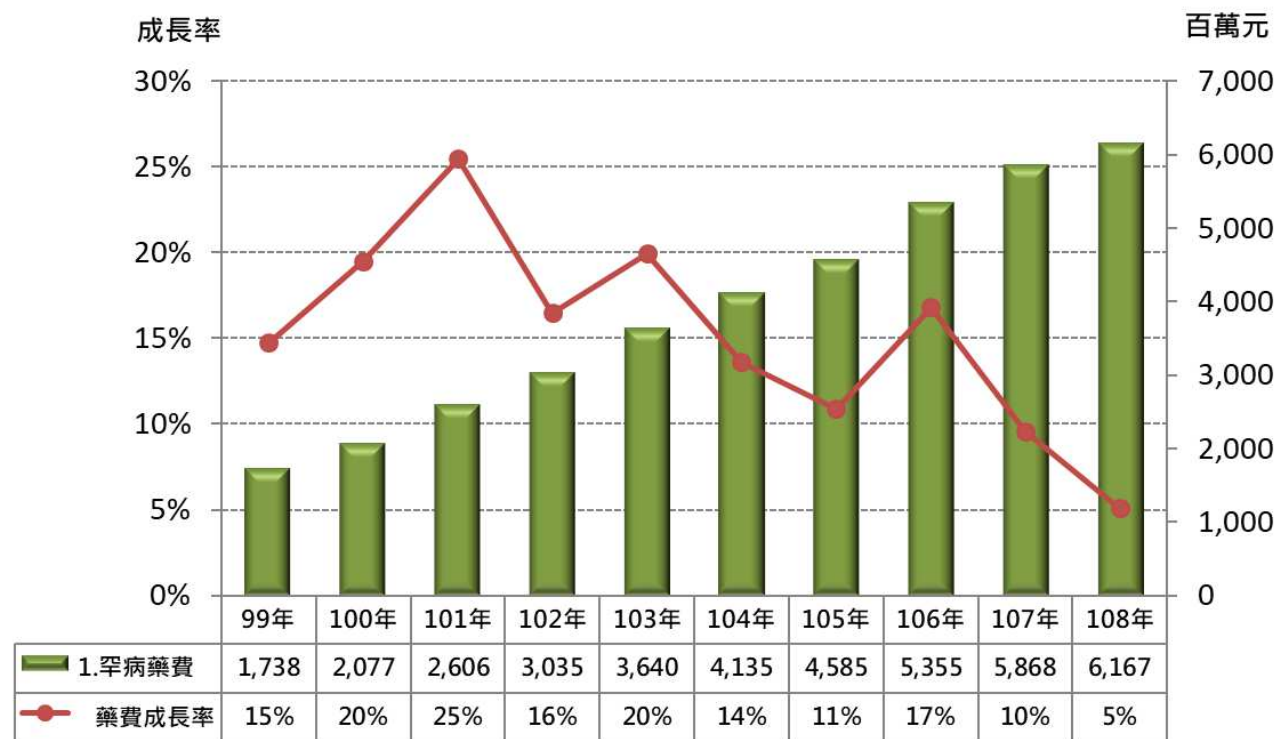


註1.罕病藥費不含罕病特材費用，藥費及特材支出擷取自各年度醫院總額第4季點值結算說明表。

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，108年支出2.1百萬元。

罕病藥費專款支出情形

- 108年罕病藥費支出61.67億元。
- 近5年平均每年費用成長率約11.2%。



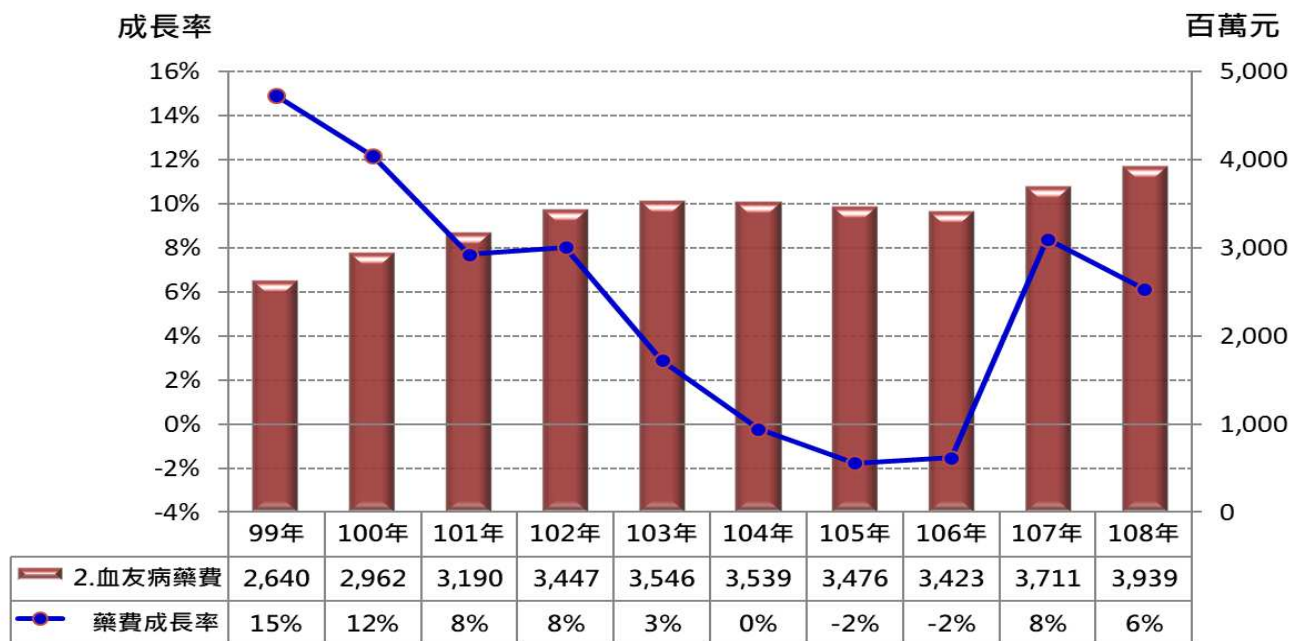
註:1.本表近5年平均每年費用成長率係以幾何平均數計算。

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，108年支出2.1百萬元。

血友病藥費專款支出情形

- 108年血友病藥費39億元。
- 近5年平均每年費用成長率約2.2%。



- 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.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

年 項目		104	105	106	107	108
預算數	值(億元)	39.7	41.6	42.2	44.0	47.1
	成長率	0.0%	4.8%	1.34%	4.4%	7.1%
預算執行數	值(億元)	37.0	39.0	41.92	43.9	45.4
	成長率	2.5%	5.5%	7.5%	4.7%	3.4%
預算執行率(%)		93%	94%	99%	99.8%	96%
<u>整體支出情形</u>						
移植人數	值(人)	1,591	1,657	1,723	1,802	1,925
	成長率	0.1%	4.1%	4.0%	4.5%	6.8%
移植費用	值(億元)	16.7	17.2	18.8	20.2	21.2
	成長率	0.2%	3.0%	9.3%	7.5%	5.1%
抗排斥藥費	值(億元)	20.3	21.9	23.2	23.7	24.2
	成長率	4.4%	7.9%	6.0%	2.5%	1.9%

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

```
graph TD; A[全民健康保險偏鄉醫療照護計畫] --> B[IDS計畫]; A --> C[西、中、牙醫療資源不足地區改善方案]; A --> D[醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫]
```

IDS計畫

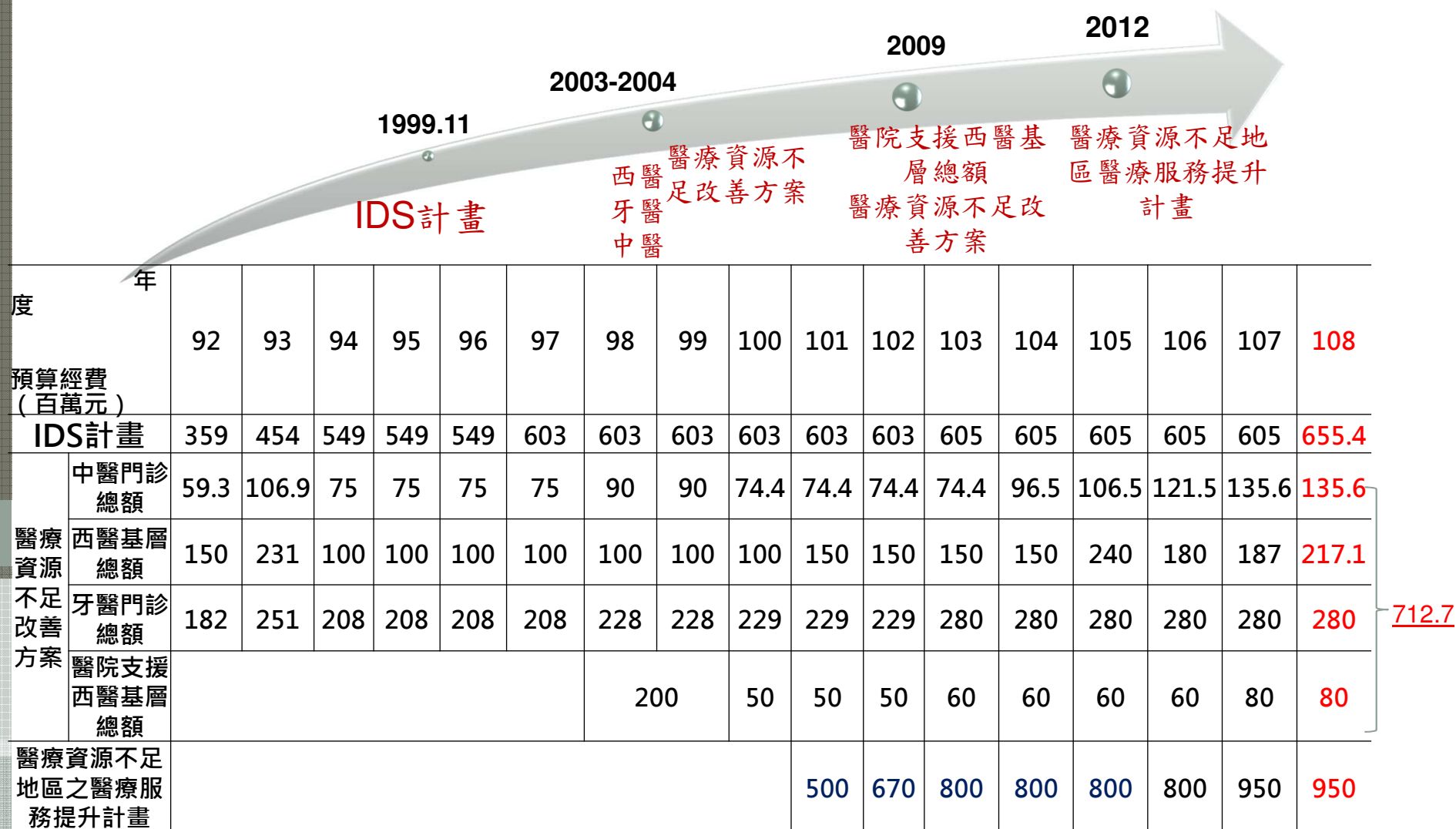
西、中、牙
醫療資源不足
地區改善
方案

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

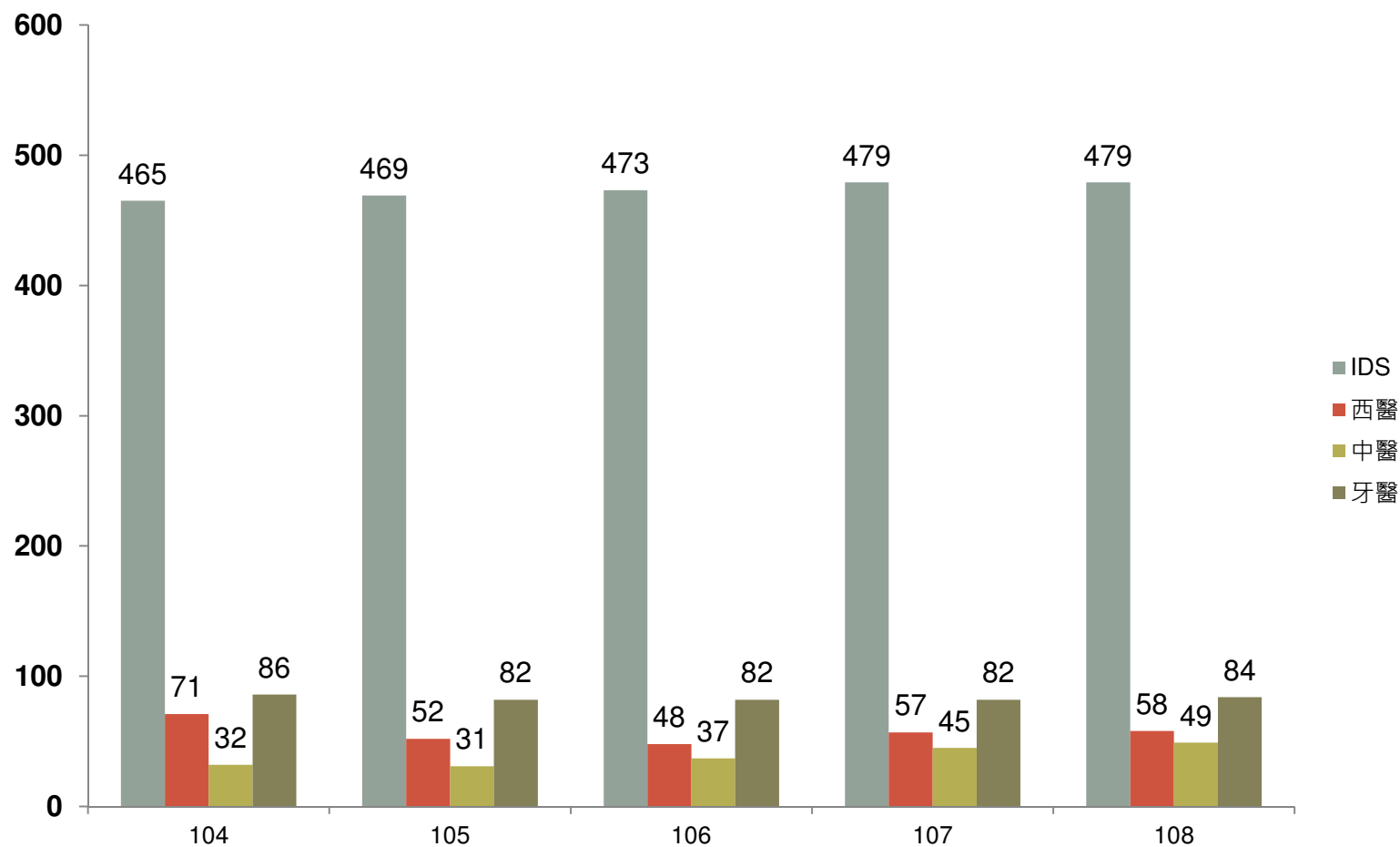


註：執行期間係980801~990731，展延98年度計畫至99年12月31日止

合計 **2,318.1** 百萬元

健保偏鄉醫療歷年服務人數

單位：千人

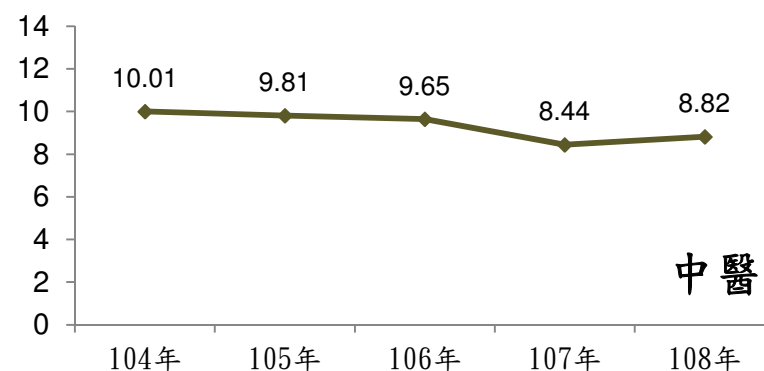
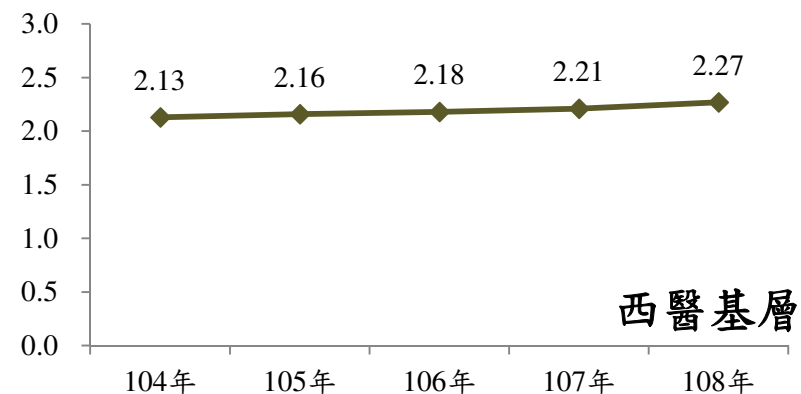
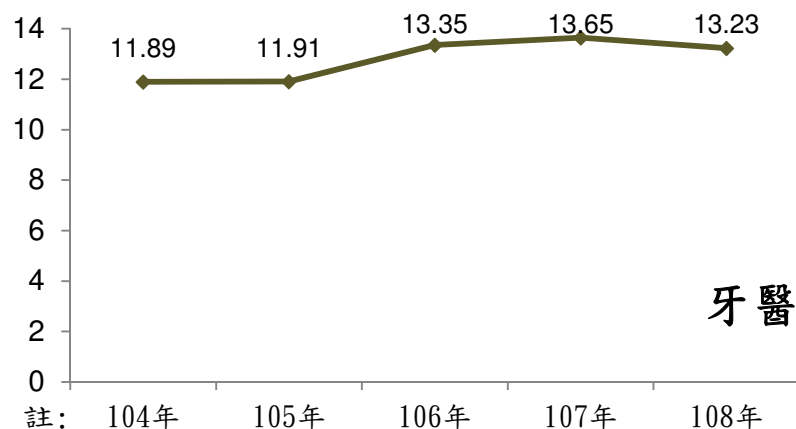
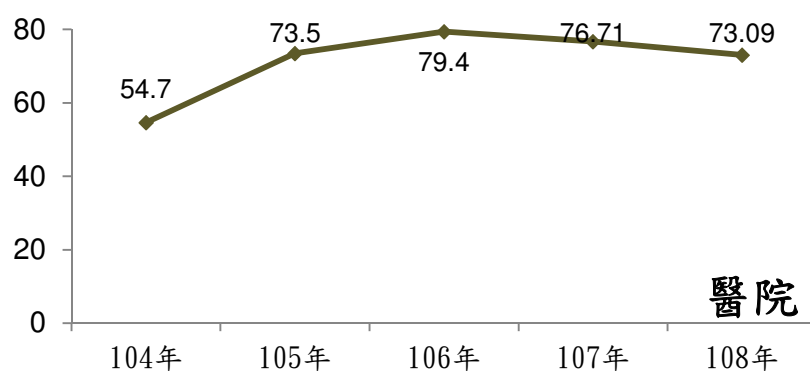


註：

- 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

108年觀察各部門最高與最低兩組醫師人力之比值，西醫基層、中醫比值較107年增加，醫院、牙醫比值較107年降低。



註： 104年 105年 106年 107年 108年

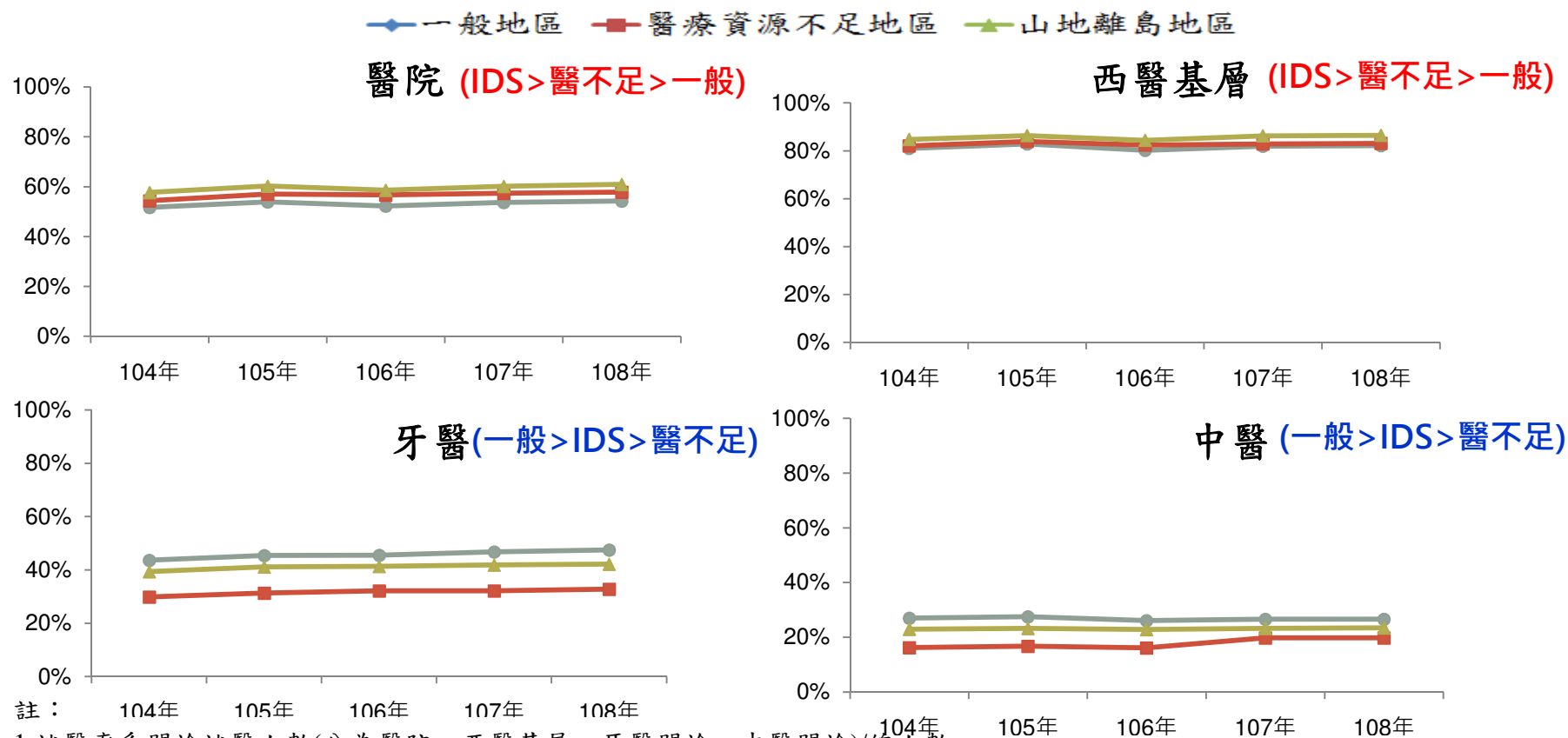
1. 每萬人口醫師數為戶政司當年底戶籍人口數/醫師數(各部門總額)。

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

108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。



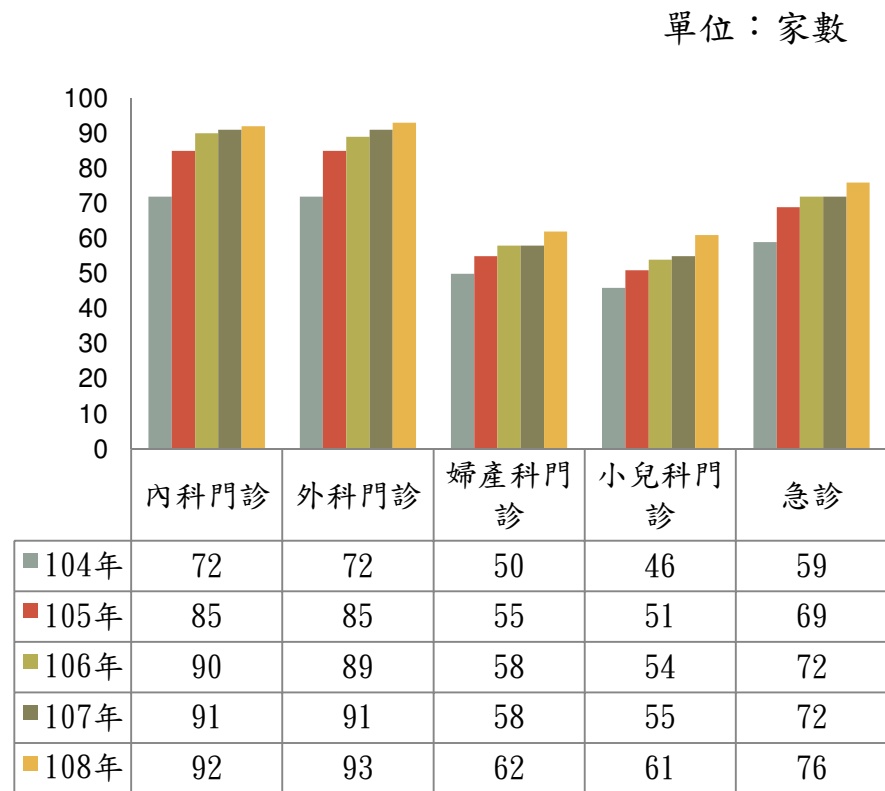
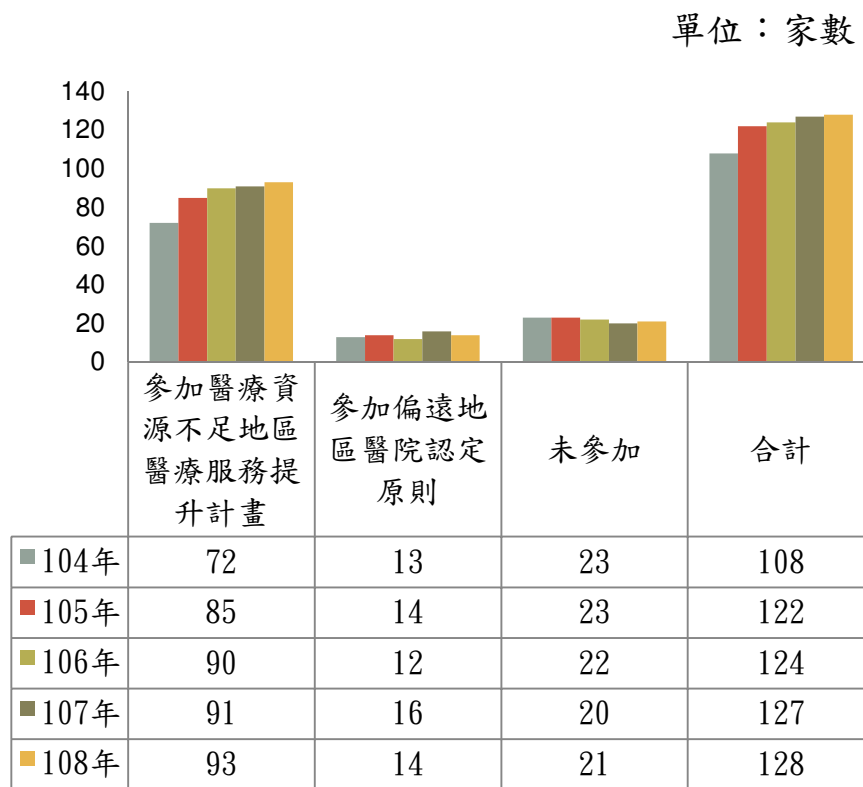
註：

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

- 108年符合申請資格醫院計128家，其中93家(73%)參與本計畫。
- 92家提供內科門診服務，93家提供外科門診服務、62家提供婦產科門診服務、61家提供小兒科門診服務、76家提供急診服務。



註：未參加醫院主要為精神科醫院，無法提供內、外、婦、兒門診及住院醫療服務者。



執行概況-公平面

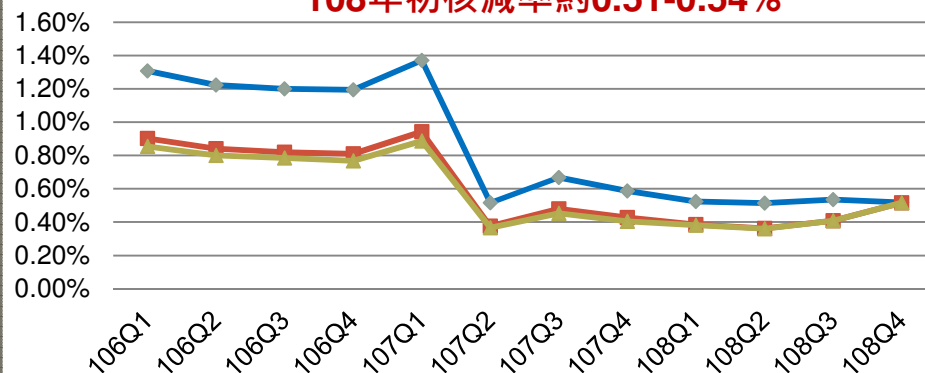


審查(醫審)
查核

各部門核減率

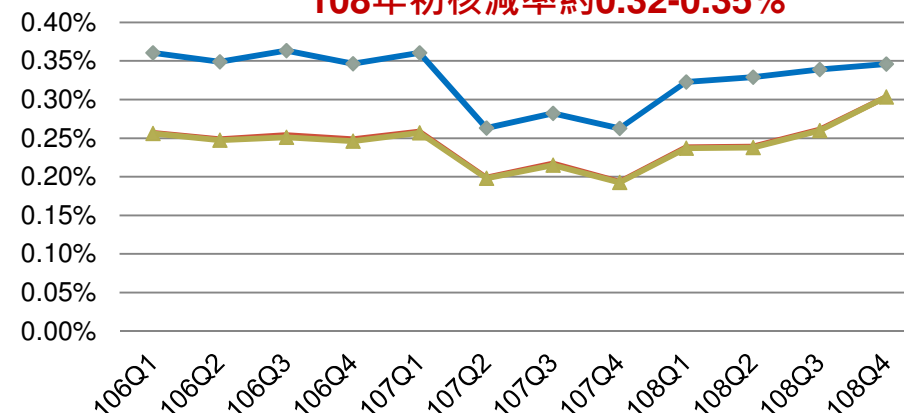
醫院總額

108年初核減率約0.51-0.54%



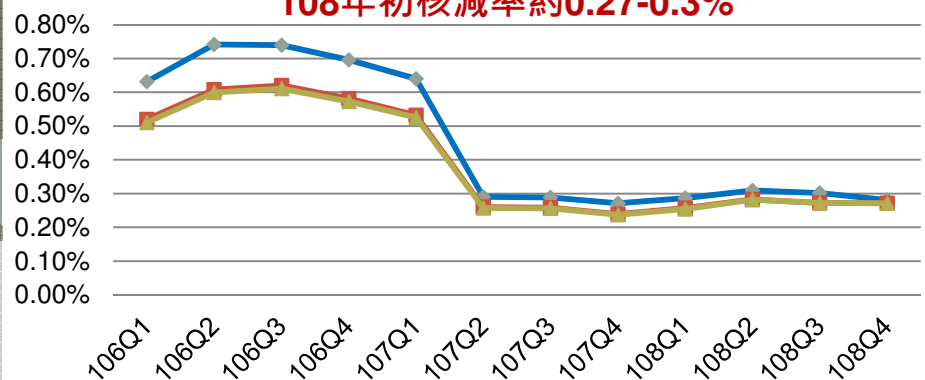
牙醫總額

108年初核減率約0.32-0.35%



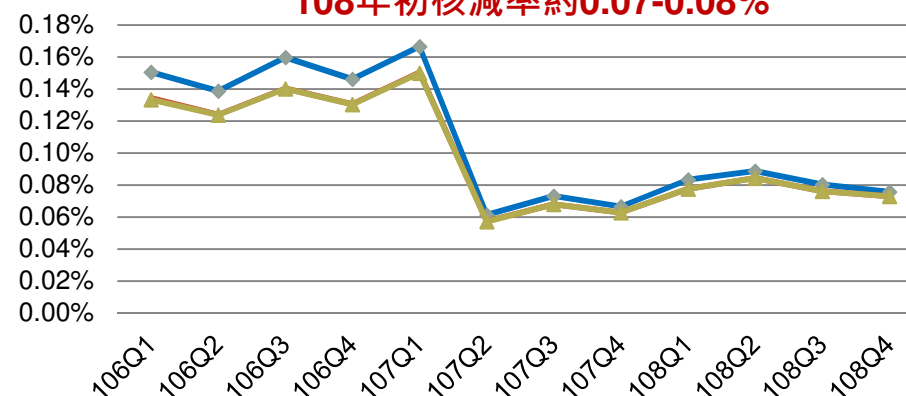
西醫基層總額

108年初核減率約0.27-0.3%



中醫總額

108年初核減率約0.07-0.08%



◆ 初核核減率 ■ 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1090402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

108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	58	309	13,343	13,710
西醫基層總額	總額舉發	1	44	1,621	1,665
	非總額舉發	640	1,465	59,676	61,780
牙醫總額	總額舉發	6	114	19,977	20,097
	非總額舉發	87	12,876	56,418	69,381
中醫總額	總額舉發	0	0	0	0
	非總額舉發	202	1,039	22,179	23,420
其他預算	總額舉發	0	0	0	0
	非總額舉發	11	4,976	7,231	12,219
合 計	總額舉發	7	158	21,597	21,762
	非總額舉發	997	20,666	158,847	180,510

108非總額舉發查處追扣金額約1.80億元(107年約1.59億元)

謝謝聆聽
敬請指教