

健保會對 113 年度抑制資源不當耗用改善方案(草案)及醫療品質資訊 公開辦法擬新增指標項目案之討論結果

健保會 113.2

健保會法定任務之一為保險政策、法規之研究及諮詢，而依健保法第 72 條規定，為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人(健保署)每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案(下稱改善方案)；另依健保法第 74 條第 2 項規定，健保署應定期公開與本保險有關之醫療品質資訊；前開兩項政策、法規均需由健保署擬訂，提健保會討論後，再報主管機關核定。據此，健保署提出 113 年度改善方案(草案)及擬新增之醫療品質資訊公開指標，至健保會 113 年 1 月份委員會議(113.1.24)討論。

有關 113 年度改善方案(草案)部分，前經 112 年 12 月份(112.12.20)委員會議討論，健保署參採委員所提意見研修內容後，再提 113 年 1 月份委員會議(113.1.24)討論，與 112 年方案相比，修正後版本(如附表)，調低目標值有 3 項、提高有 6 項、8 項維持，另 1 項為修正項目名稱配合調整目標值單位。有關擬調低 3 項管控項目目標值，其中項次 11、12 為重複用藥日數下降率、再次檢驗(查)下降率(目標值從 112 年 $\geq 5\%$ 調整為 $\geq 1\%$)，委員認為健保署並未提出需下修目標值之實證資料，且此 2 項與減少重複用藥與檢驗(查)有關，建議健保署應強化不當醫療利用之問題分析，及研議精進作法，例如可改為針對特定族群(例如 65 歲以上長者)不當用藥情形，訂定監測指標，以保障長者用藥安全；項次 18 為出院後 3 日內急診率，委員認為其與住院照護品質有關，不應放寬目標值，且應加強監控。另有 8 項目標值維持同 112 年方案，委員認為其中項次 3、4、5、9 與管控高診次就醫、鼓勵轉診及分級醫療有關，宜再提高目標值，尤其醫療服務給付項目及支付標準 113.1.17 甫預告修正將「辦理轉診費_回轉及下轉」支付點數調升 100 點，項次 5(區域級以上醫院下轉件數)目標值更應調高；又多項目標值之設定採成長率計算，建議併同呈現實際數值，以利研析。

委員也期盼健保署能提出 112 年改善方案可節省多少費用，以利總額協商整體效益考量，並於改善方案之預期效益，增列「依據本方案所擷節之醫療費用支出，每年應回歸健保總額並納入預算調整因素據以合理調整基期」。經過 2 次委員會議的討論，最後決議請健保署參考委員所提意見，研修 113 年度方案內容後，依法定程序陳報衛福部核定，並於 113 年 5 月份委員會議(113.5.22)之業務執行季報告，提出 112 年度改善方案之執行結果及檢討改善策略，包含可節省費用，及各管控項目目標值之實際數值。

有關新增「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」指標項目案，為增進民眾

對醫療品質的瞭解、提供就醫選擇之資訊、促進醫病關係，健保法明定健保署應定期公開醫療品質資訊。本次健保署新增「肺炎」及「慢性阻塞性肺病」等2類疾病類指標，分別為「肺炎出院後三日內因肺炎再住院率」、「肺阻塞出院後十四日內因肺阻塞再住院率」、「住院手術採全身麻醉出院三日內因肺炎急診或在住院率之比率」等指標，這3項指標經本會討論，並經衛福部核定後，將於健保署網站公開「個別醫療院所」品質資訊，供大眾就醫選擇之參考。

對於健保署定期檢討並新增公開之醫療品質資訊，委員均予支持，僅就指標之「再住院率」，建議註明其計算內涵，以利大眾資訊解讀。最後決議請健保署參考委員意見修正後，依法定程序陳報衛福部核定發布。此外，委員考量癌症是我國111年十大死因的首位，尤其肺癌、腸癌、乳癌等等，也是常見疾病，建請健保署持續研議癌症相關及常見疾病之「疾病別照護品質指標」，逐年發展民眾關心的疾病別醫療品質資訊，以方便民眾就醫選擇的參考。

前開兩項討論案，皆是依健保法規定，由健保署擬訂，提請健保會討論。鑒於健保資源有限，委員期盼健保署能持續檢討改善方案執行成效及精進改善方案內容，以降低不必要醫療資源使用，促使有限的醫療資源得以發揮最大效益，及提供民眾有用的醫療品質資訊，並激勵醫界共同努力提升療品質。

出處：[相關內容詳衛福部健保會第6屆113年第1次委員會議議事錄\(113年1月24日\)](#)

健保署所擬 113 年度改善方案(草案)修訂重點

構面	策略	管控項目	年度目標值		113 年 草案(註 1)
			112 年	113 年(註 1)	
合理使用保險權益	強化自我照護能力	1.全民健保行動快易通(健康存摺)APP 安裝人次增加率	≥5%	≥5%*	
		2.年度使用健康存摺使用人次增加率	≥5%	≥6%	修正項目名稱及提高目標值
	正確就醫觀念行為	3.門診就醫次數全年大於 90 次之保險對象就醫次數下降成長率	≤-18%	≥18%*	修正項目名稱並配合調整目標值方向
		4.基層與地區醫院門診占整體件數之占率	≥74.2%	≥74.2%*	
		5.非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加	≥63,486	≥63,486*	修正項目名稱
鼓勵醫療體系間合作與轉銜服務	持續推動分級醫療	6.接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	≥29.8%	≥30.2%	提高目標值
		7.收案後居家醫療整合照護對象平均每人每月門診就醫次數較收案前減少基期成長率	<0%	<0 次	修正項目名稱並配合調整目標值
	增進院所合作機制	8.與長照 2.0 之銜接率	≥48%	≥58.1%	提高目標值
		9.提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標	≥5.33%	≥5.33%*	
	精進雲端資訊系統	10.醫療檢查影像資訊即時上傳率	≥94%	≥98%	提高目標值
善用醫療資源合理使用	減少重複醫療利用	11.全藥類藥品重複用藥日數下降率	≥5%	≥1%	調低目標值
		12.門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率	≥5%	≥1%	調低目標值
		13.西醫門診年復健次數>180 次異常件數成長率零成長	≤0%	≤0%*	
	強化違規查處機制	14.違規院所訪查家次	≥456	≥456*	
	尊重醫療自主，保障善終權益	15.死亡前安寧利用率	≥31.3%	≥35.6%	提高目標值
		16.呼吸器依賴病人安寧利用率	≥72.2%	≥74.8%	提高目標值
	持續推動疾病管理	17.西醫門診病人可避免住院率	≤1.16%	≤1.16%*	
		18.住院案件出院後 3 日以內急診率	≤2.35%	≤2.42%	調低目標值

註：1.本草案係健保署提健保會討論之內容，尚需送部核定，公告後始得定案。

2.「*」：113 年目標值同 112 年。