淺談總額點數與點值

林沁玫、黃瑜盈、洪于淇、劉林義
（醫務管理組）

總額支付制度

我國自採行總額支付制度後，即將各項醫療服務以相對點數來反映其成本，惟每點支付金額是採回溯性計算方式，由預算總額除以實際總服務量（點數）而得，因此，在總額預算金額固定的前提下，如果整體總服務量點數高於總額預算金額，則點值將小於 1 點 1 元；反之，則會高於 1 點 1 元。

因總額預算金額是每年由付費者及醫療服務提供者透過全民健康保險會這個平台協商而成，理論上已充分考量各項影響成本因素，既已達協商共識（或未達共識而由主管機關逕予核定公告），則接下來應在執行面上，透過同儕間之專業共識，共同以檔案分析、資源共享等策略，思考減少服務量方式，以提升點值，避免落入做多領少的惡性循環之中。

減少不必要衝量，點值自然提升

2020 年遭受新型冠狀病毒疫情影響，民眾就醫次數顯著下降，以 2018 年整體門診件數 3.60 億件，2019 年增加爲 3.68 億件來看，2020 年不但沒有再增加，反減少至 3.40 億件，較 2019 年減少 2 千 8 百萬件，也比 2018 年減少 2 千萬件，而此期間民眾健康並未聞有重大改變。

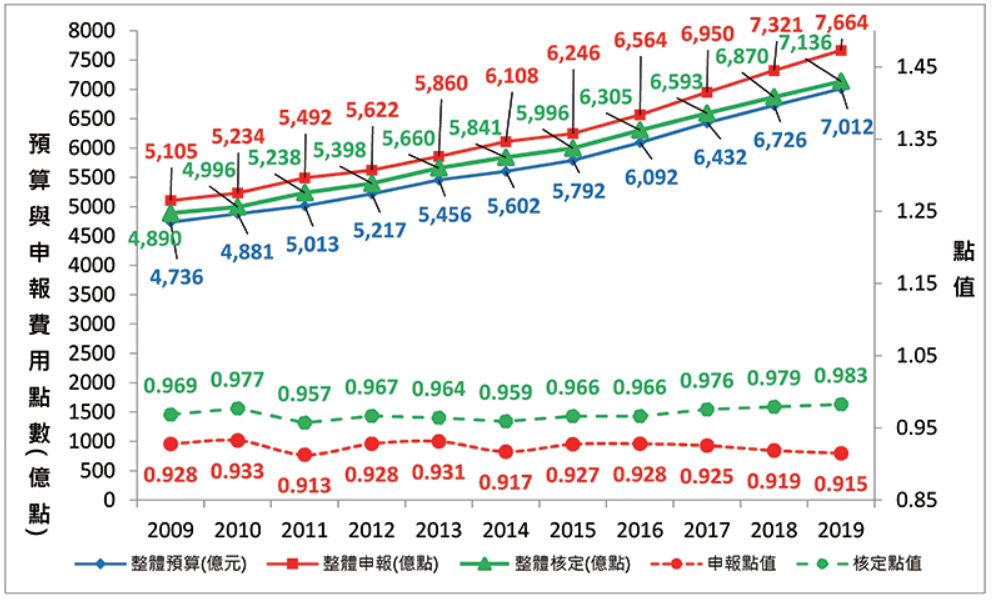
因總額預算金額已固定，故民眾就醫次數的減少並不會讓院所來自健保總額的收入減少，反而因點值上升，可以讓醫師不必那麼辛苦也能獲得跟以往一樣的收入，這也是我們一再努力的方向，讓醫師專精於治療好病人，而

不必一再約診，創造可能的點數業績。這次疫情剛好也能驗證這樣的想法，而依據總額初步結算結果，西醫基層在 2020 年的點值，預期將能達到 1 點 1 元以上。

點數與點值互為因果，應整體來看

整體來看，申報點數與預算大致還有 7% 至 9% 之差距待努力（圖 1-7-1），即使就核定點數（申報點數排除核減、追扣點數）而言，與預算也還有 2% 至 4% 的差距，如再就門住診成長趨勢來看（圖 1-7-2），門診點數成長幅度較住診為高，2019 年門診費用點數占率幾乎已達 70%；再續就門診點數分析，則以藥費及診療費（檢驗檢查費）成長幅度較高。

常有醫師抱怨某某品項支付點數太低，惟調高點數後又常常造成點值下降，形成兩難；也常常有醫師抱怨點值太低，希望某專科、或某項疾病、或



註：
1. 總預算（藍 -）、核定點數（綠 -）及申報點數（紅 -），不含其他部門。
2. 核定點值：預算 / 核定點數（綠 -）。
3. 申報點值：預算 / 申報點數（紅 -）。

圖 1-7-1、2009 年至 2019 年總額預算與申報、核定點數差異

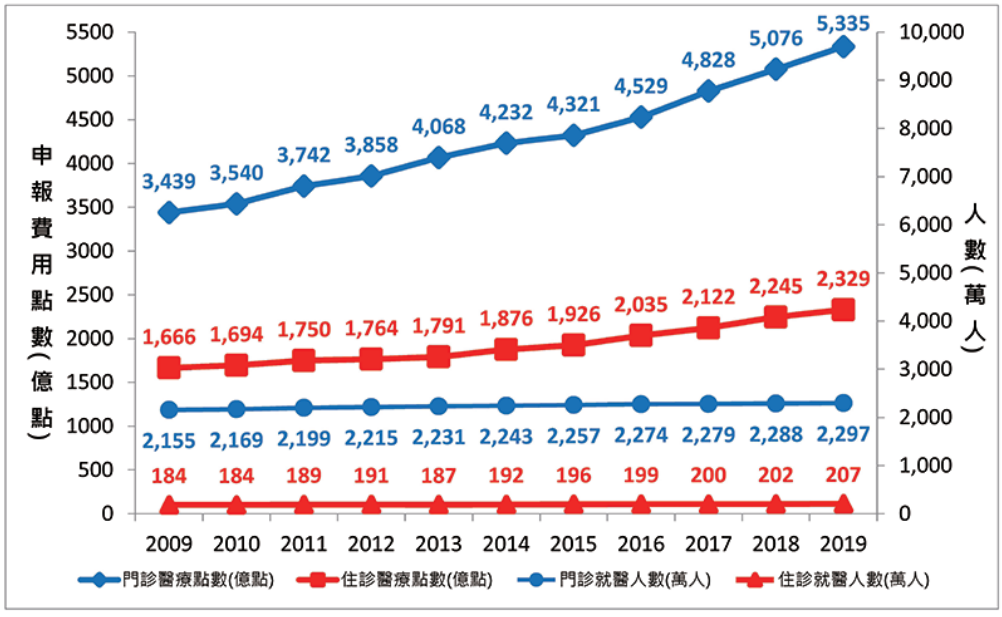


圖 1-7-2、2009 年至 2019 年門住診申報點數（不含其它部門）及就醫人數趨勢

某項處置能夠固定在某點值範圍內，但這項點值保障了，也就造成其它項點值下降，順了姑意就逆了嫂意，難以面面俱到維持公平。故在總額預算金額有限前提下，究竟是要提升支付標準，還是要拿來保障點值，確實是一道難題。

在分級醫療政策推動下，爲鼓勵大醫院將門診穩定慢性病患下轉，就要相對提高大醫院在照顧急重難症之支付；而病人下轉後，如何維繫病人持續在基層就醫的信心，也要以適當支付相對增強基層的實力，兩方面都需要從提升支付點數及保障點值著手，才能有事半功倍之效。

調整點數促進各專科均衡發展

實施總額支付制度後，每項醫療處置都以支付點數相對應，惟因健保實施迄今已 26 年，隨著醫療環境的變遷，有關急重難症相關處置之成本上升急速，導致相關支付點數亦應配合調整，爲避免各專科間發展不均衡，近年來健保署均積極爭取預算予以調整，範圍涵蓋內、外、婦、兒等主要科別均

一體調整。

近 3 年西醫支付標準調整，計投入 195 億元預算包括：

一、2017 年投入 110 億元，調升急重難症項目點數，調升地區醫院病房費、住院護理費及門診診察費加成率；調升基層院所第一階段門診診察費 20 點。

二、2018 年投入 31 億元，調升加護病房住院護理費 5%、CPR 支付點數 31%、部分簡單縫合 / 換藥等 10 項支付點數 20%，並鼓勵地區醫院假日開診。

三、2019 年投入 54 億元，除調升急重難項目 116 項（調幅 4%~80%），歷年未調整或調整 2 次以下之手術或處置 278 項（調幅 20%），另將麻醉費調整爲提升兒童加成項目外，也調升急性一般病房住院護理費 3%、住院診察費 13.5% 並增列 75 歲以上加成 20%，增列地區醫院夜間門診診察費加成 10%，急診診察費專科醫師加成 50%；調升基層院所第一階段門診診察費 6 點。

保障點值鼓勵人力投入

醫療專業人力是醫療機構最寶貴的資產，但卻常有人感嘆辛苦付出卻似乎得不到該有的「肯定」，因健保總額點值浮動是一起浮動，並未因是人力或機器所做而有所不同，故備覺辛苦而有血汗醫護之嘆。而依據大數據分析，相關檢驗檢查的費用占比，的確呈現逐漸上升趨勢，而主要以人力投入的診察費，費用占比則逐漸下降。

因醫療專業人力養成不易，不應因總額浮動點值而影響到他們的努力付出，故健保署除在醫院總額中，針對手術、麻醉等須大部分人力投入部分予以保障點值外，也依據分級醫療的精神，對大醫院急重難症相關處置及小醫院夜間及假日門診等醫療服務，予以點值保障，2021 年分別爭取 10 億元及 5 億元予以挹注，未來亦將俟預算協商情形，努力爭取，以逐步改善整體醫療環境。

全責護理的轉機

李伯璋

面對全球新冠肺炎疫情一波未平，一波又起，中央流行疫情指揮中心曾針對一名印尼籍看護染病確診，以及爲有效防範院內感染，採取嚴格限制探病時間與陪病人數，家屬一度不能探病，而在醫院裡的照顧服務員也往往擔心染病，不敢接案，而拚命接案者的價碼則是水漲船高，甚至「病人等到出院都還沒有等到」。而從這次的疫情當中，是否有助於改善台灣的陪病文化，或健保未來能否納入全責護理，在在考驗政府的魄力及全民的智慧。

從許多醫院可以看到，多數在床邊照護病人的責任，往往落在老人家的女兒或媳婦，如今隨著少子化之後，目前已經較少在病房看到年輕的女兒或媳婦了，因爲許多女兒、媳婦都成了職業婦女，有的是全家大小輪班到醫院照護，有的則只剩下老人照護老人，有的則乾脆聘請看護來代替家屬的照護工作。

這種陪病文化似乎從日據時代開始，一開始也許是家屬基於長輩住院需要侍候湯藥，也可能是體恤護理人員的辛勞，會協助病人翻身、換尿布、洗澡擦澡等工作，久而久之醫院也樂得把家屬當成無薪勞工，或冒險讓沒有經過訓練的家屬來從事看護工作。根據中華民國家庭照顧者關懷總會在 2017 年 8 月所做的調查，當家人生病住院時，有 61％由一位家人或輪流照顧，25％聘請本國籍看護；有 75％的上班族爲了照顧住院家人而請假；但也有

94%的受訪者「不知如何照顧」。

以這次新冠肺炎疫情爲例，許多照顧服務員都避之唯恐不及，缺人更加嚴重，看護費平均漲一成，有的家屬出高價也不一定找得到看護，自己被壓迫請假陪病，但也有經濟條件較差的病患請不起看護，又沒有家屬能在床邊，護理人員不能丟著不管，只好護理兼做看護，忙得沒時間用餐。台灣護理界的前輩、台大醫院護理部前主任周照芳曾多次呼籲，醫院感染風險高，一般民眾非必要不該長時間待在病房，特別是在疫情期間，基於感染管控的精神，有必要推動全責護理照護制度（Total nursing care），也就是讓護理照護工作回歸專業，並把單純的基本生理照顧工作交給看護，透過鼓勵醫院「共聘」照顧服務員，讓每位照護服務員可以照顧多名病人，從而降低病家負擔看護的費用。

曾有媒體在指揮中心的例行記者會中，針對醫院看護可能因疫情停止接案，造成人數短缺或服務價格提高的現象，並請教主管機關因應之道。事實上，衛福部從 2017 年起曾和家庭照顧者關懷總會（簡稱家總）合作試辦「住院友善」計畫，迄今加入該計畫的醫院有 34 家。在共享經濟的時代，連 U-Bike 自行車可以共享騎乘與費用，如果能應用在醫院共聘照顧，則可減輕家屬在照顧病人及經濟的負擔。因爲在傳統看護一對一照顧病人的模式，病家是以每天付 2,000 元到 2,500 元聘請 24 小時的看護，如果能改由 4 位病家集資，各付 1,200 元，每天共計 4,800 元可聘僱 2 名照顧服務員，12 小時輪一班，如此病人住院所支出的費用可以減半，家人則可減輕照顧的負擔及工作負荷，照顧品質也會提升，同時降低院內感染的風險。

至於外界期盼，全責護理有沒有可能由健保預算支應？但由於這筆支出不在少數，是否納入健保給付需要通盤考慮。這次疫情是一個轉機，可幫助國人審視陪病文化，也可讓民眾再次認知到醫院的感染風險，只要每個民眾願意多出繳一些健保費，讓有需要聘請看護的家庭既可節省支出，或也不必承受請假所衍生的工資損失。

「出院病人」與長照之銜接

鄧家佩、陳依婕、蔡翠珍
（醫務管理組）

健保「出院準備及追蹤管理費」

健保署爲提供出院病人完整及連續性的照護，於住院期間評估病人需求、給予衛教指導、進行跨團隊溝通協調，並綜整提供後續醫療或社會資源等訊息，協助轉介後續醫療照護或長期照顧資源，以減少出院病人短期內再急診及再住院，故於 2016 年 4 月起新增「出院準備及追蹤管理費」診療項目，每人每次支付 1,500 點，爲使醫院對於「出院準備及追蹤管理費」作業方式有所依循，健保署於 2017 年 6 月訂定收案對象以及出院後轉銜後續照護服務之作業規範與銜接流程。

多數提供出院準備之醫院，院內設有出院準備服務小組，由個案管理師針對特定住院病人訂定出院準備服務計畫，並視病人情形進行一次以上之跨團隊溝通（如：醫師、藥師、護理、營養、復健、呼吸治療、社工等職類人員），必要時召開醫病溝通家庭會議，評估個案出院後所需之醫療、長照或其他社福等需求，由出院準備服務小組提供病人及其家屬衛教指導或相關資訊，並協助轉介本保險家庭醫師整合性照護計畫社區醫療群、各類居家照護、居家醫療整合照護試辦計畫、長照機構等後續照護或照顧資源，出院後 2 週內進行一次以上電話追蹤及提供電話諮詢服務。

長照 2.0 的實施

隨著台灣人口老化及照顧服務需求的多元化，衛生福利部因應失能、失智人口增加所衍生之長照需求，建立以社區爲基礎之長照服務體系，行政院於 2016 年 12 月核定《長照十年計畫 2.0》（簡稱長照 2.0），並自 2017 年 1 月起實施，以回應高齡化社會的長照問題。

長照 2.0 積極推廣社區整體照顧模式、發展創新服務外，亦建構以社區爲基礎的健康照護團隊體系，並將服務延伸銜接至出院準備服務、居家醫療等服務。

健保出院準備與長照 2.0 之銜接

推動「銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫」、「2020 年出院準備銜接長照服務計畫」等計畫，鼓勵醫院於病人出院前完成長照需求評估，並協助轉介長照體系，使長照服務可儘早於個案出院後 7 日內提供，讓出院病人所需之長照服務無縫銜接，改善過往從長照需求評估至接受長照服務之等待期間過長的情形（圖 1-20-1）。

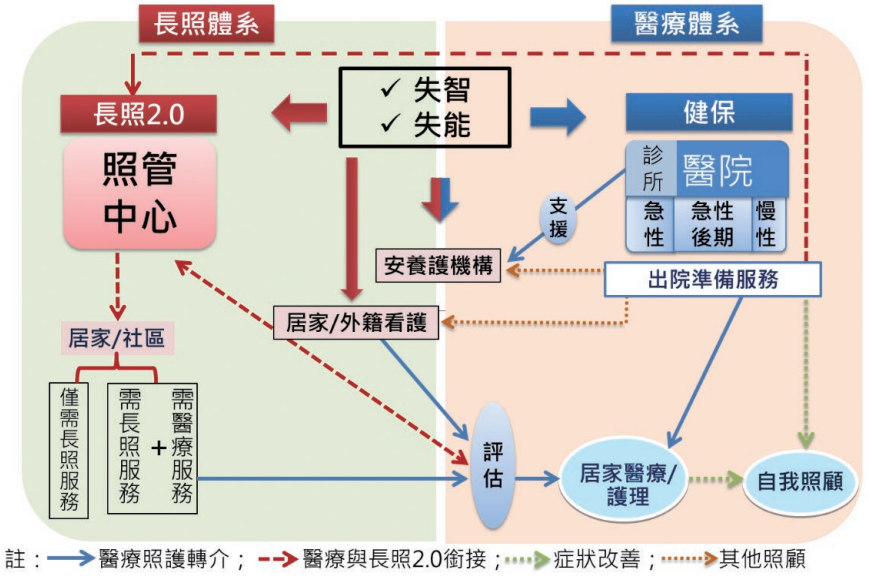


圖 1-20-1、醫療與長照銜接流程

統計 2017 年 4 月至 2020 年 12 月申報健保「出院準備及追蹤管理費」之個案，共有 361,708 人，計 508,534 件；其中符合長照 2.0 收案對象並於出院前 / 後接受長照需求評估者，共 139,034 件；上述個案中，後續有接受長照 2.0 服務共 94,113 件，占評估件數 68%，各年度後續轉銜長照服務之比率呈逐年上升趨勢（表 1-20-1）。

統計期間	申報健保出院準備	出院前/後接受長照2.0需求評估		出院前/後接受長照2.0需求評估且出院後接受長照2.0服務	
	件數 A	件數 B	占率 B/A	件數 C	占率 C/B
2017/4-12	78,743	19,187	24%	12,026	63%
2018/1-12	119,054	34,404	29%	22,306	65%
2019/1-12	146,391	44,984	31%	31,331	70%
2020/1-12	164,346	40,459	25%	28,450	70%
合計	508,534	139,034	27%	94,113	68%

表 1-20-1、健保出院準備及追蹤管理費之個案接受長照 2.0 情形

爲瞭解無縫銜接長照 2.0 之情形，統計上述接受長照 2.0 需求評估案件中，於「出院前」完成長照需求評估者共 69,336 件，於出院後 7 日內接受長照 2.0 服務共 28,447 件，占出院前評估件數 41%，此項件數占率亦呈逐年成長趨勢（表 1-20-2）。

統計期間	申報健保出院準備	出院前接受長照2.0需求評估		出院前接受長照2.0需求評估且出院7日內接受長照2.0服務		出院前接受長照2.0需求評估且出院後接受長照2.0服務	
	件數 A	件數 B	占率 B/A	件數 C	占率 C/B	件數 D	占率 D/B
2017/4-12	78,743	3,357	4%	784	23%	2,031	61%
2018/1-12	119,054	13,760	12%	4,066	30%	8,976	65%
2019/1-12	146,391	24,727	17%	10,667	43%	17,900	72%
2020/1-12	164,346	27,492	17%	12,930	47%	20,165	73%
合計	508,534	69,336	14%	28,447	41%	49,072	71%

表 1-20-2、健保出院準備及追蹤管理費之個案接受長照 2.0 情形—出院前評估

結語

健保署持續輔導特約醫院提升出院準備服務品質，並透過跨單位合作，期藉由優質之出院準備服務，使住院且有長期照顧需求之個案儘早獲得長期照顧服務。

「2021 遠距醫療給付元年」是重要里程碑

黃怡娟、張作貞、韓佩軒
（醫務管理組）

前言

鑑於網路時代來臨、科技產品的進步、高齡化社會需求，2018 年 5 月 11 日衛生福利部發布「通訊診察治療辦法」，放寬遠距醫療的照護對象與模式，除在山地離島、偏僻地區、急迫情形得以通訊方式問診外，明訂以下 5 款特殊情形病人得進行通訊診療。

一、急性住院病人於出院後 3 個月內之追蹤治療。
二、住宿式長照機構住民因病情需要醫師診療。
三、家庭醫師整合性照護法令規定之病人，因病情需要家庭醫師診療。
四、主管機關認可之遠距照護，或居家照護收案對象於醫師診療後 3 個月內之追蹤治療。
五、未參加全民健康保險之境外病人。

在法規鬆綁後，健保署開始試辦遠距醫療計畫，提供偏鄉地區民眾遠距醫療服務。

COVID-19 疫情加速遠距醫療納入健保給付契機

因應新冠肺炎（COVID-19）疫情影響而產生視訊診療需求，衛生福利部於 2020 年 2 月放寬通訊診療的對象，將有就醫需求的居家檢疫、居家隔離、自主健康管理民眾，納入通訊診療對象，視訊診療對象需爲配合隔離檢疫，經衛生局轉介無發燒或呼吸道症狀、有急迫醫療需要的民眾，視訊診療費用由健保給付。

由於疫情肆虐衝擊醫療服務體系，使得醫療院所與民眾體認到遠距醫療的必要性，推動遠距醫療納入健保給付上增加助力。

2021 年邁入遠距醫療給付元年

遠距醫療提供偏鄉民眾多元的就醫管道，提升醫療可近性且讓醫療資源得以充分運用，透過醫療科技，將遠距的專科醫師，帶到民眾眼前，有效率地提供醫療諮詢，實現在地就醫、在地治療，病人不移動之醫療服務，而對於無法透過遠距處理的個案，立即啓動轉介服務，有效把握治療黃金期。

2021 年起辦理「全民健康保險遠距醫療給付計畫」，優先推動山地離島及偏僻地區醫療院所與其他醫療院所合作，由山地離島及偏僻地區在地醫師親自診察病人，遠距專科醫師（可爲醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所的醫師）透過視訊方式診察病人給予診療建議，實施初期先以當地缺乏且民眾迫切需要的專科醫療（眼科、耳鼻喉科、皮膚科）或急診診療爲主，遠距專科醫師提供遠距會診服務後，可獲得每人次 500 點或每診次 5,000 點的費用給付，急診遠距會診則是依病人檢傷分類等級，每人次 507 點至 2,340 點的費用給付。

數位科技延伸醫療照護

遠距醫療需在地端與遠端醫師共同討論病人病情，病人於全民健康保險卡的註記及保險就醫資料（如：「健保醫療資訊雲端查詢系統」之用藥資料等），應一併提供遠距會診醫師瞭解，因應行動智慧化醫療趨勢，新一代健

保卡朝「虛擬健保卡就醫模式」規劃，以現行醫療服務未能滿足之「居家醫療」及「遠距通訊診療」（5G 應用）場域進行試辦，民眾透過「全民健保行動快易通｜健康存摺 APP」進行認證並建置個人虛擬健保卡資料，期待未來執行遠距醫療之醫事人員可透過虛擬健保卡之讀取，進行健保資料交換（影像、藥品、病歷等），提供偏遠地區民眾更適切醫療服務。

偏遠地區交通不便，老年人口或行動不便民眾，需耗費大量時間及成本至衛生所或其他院所就醫，考量住家網路連線頻寬、資訊安全與病人隱私及行動設備等問題，於病人家中執行遠距醫療或遠距照護有其需求，未來可透過科技資訊（例如：虛擬健保卡、健保醫療資訊雲端查詢系統），於病人家中即可進行遠距會診，提供相關醫療服務。

結語

推動遠距醫療，是突破距離的限制讓醫療資源得以充分運用，朝向將遠距醫療導入全民健康保險醫療給付項目及支付標準之方向規劃，可作爲醫療院所提供的一般服務項目。診所醫師可透過以會診大醫院權威醫師意見，進而推動分級醫療及符合國內需求之遠距醫療給付制度，並配合數位科技發展朝向延伸至遠距照護，以期結合醫療及長照服務。

健康存摺—專屬您的隨身健康管理師

陳逸嫻、林右鈞、游慧真
（醫務管理組）

前言

我國高品質的醫療服務在國際間享有極高聲譽，爲持續提升醫療品質與服務及改善醫病間醫療資訊的對等與透明化，並協助民眾具體實踐個人健康管理，另呼應歐盟 eHealth Task Force Report 之 2020 年目標，以「我的資料，我決定」（My data, My decision）的概念，透過我國成熟之資通訊技術及開放性資料庫，在資安確保下於 2014 年 9 月推出「健康存摺」，將民眾就醫資料還給個人，落實知情權。

健康存摺發展歷程

健康存摺建立初期民眾需持自然人憑證登入，隔日 8 時才可查詢或下載個人最近 1 年的就醫資料，資料以表格方式呈現，至 2015 年 12 月底健康存摺使用人數僅 10.3 萬人。爲增進健康存摺使用人數，及回應民眾反應，如：插卡登入不親民、僅一年資料不夠看…等，參採美國「藍色按鈕」、澳洲「我的健康紀錄」（My Health Record）之內容，2016 年 7 月推出「健康存摺 2.0」運用一目瞭然的視覺化資訊圖表，搭配篩選及分類功能，讓民眾快速瞭解個人的就醫紀錄、檢驗檢查結果及預防保健等資料，登入健康存摺後即可瀏覽 2 天前至近 3 年的資料，讓使用者快速掌握本身的健康狀況，進行自我健康管理。除了視覺化資料呈現外，資料提供期間由 1 年增加到

3 年，「健康存摺 2.0」於 2016 年 7 月上線，2016 年底使用人數即增加至 26.8 萬人，較去年同期成長 2.6 倍。

因應智慧型手機的普及，健康存摺於 2018 年 5 月推出手機快速認證，簡化註冊方式，民眾只要輸入健保卡卡號資料，透過手機認證程序，便能在「全民健保行動快易通｜健康存摺 APP」完成註冊，立即開通並使用健康存摺，至 2018 年 12 月使用人數已達 102.5 萬人。截至 2021 年 1 月底健康存摺使用人數約爲 520 萬，使用人次爲 8,110 萬次。（圖 1-23-1）

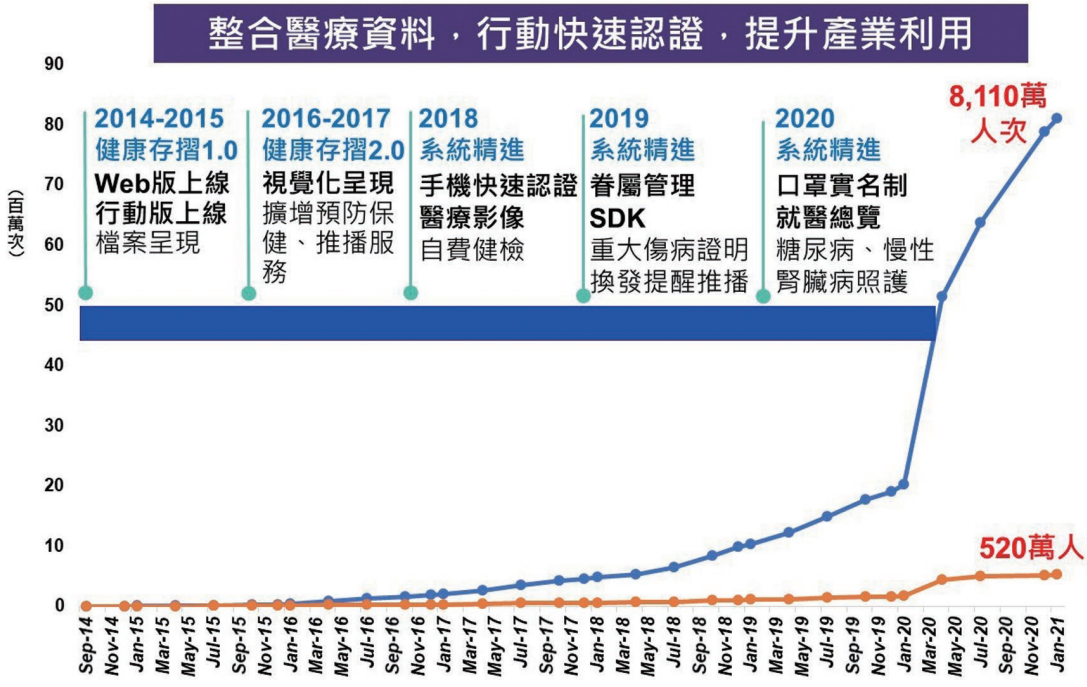


圖 1-23-1、健康存摺發展與精進

健康資料跨機關整合 A+ 資訊安全

全民健保累積 20 多年的健保申報資料，堪稱是全國最大的醫療資料庫，在資安確保下將民眾個人的健保就醫資料收載至健康存摺，並以健保就醫資料爲基礎，橫向整合醫事司安寧照護資料、疾病管制署預防接種資料、國民

健康署四癌篩檢結果及成人預防保健結果等資料，讓民眾可以透過單一平台取得個人健康及就醫資料。目前健康存摺所收載近 3 年資料，包括：西、中、牙醫門診、住院資料、用藥資料、手術資料、過敏資料、檢驗（查）結果資料、影像或病理檢驗（查）報告 / 影像檔資料、器捐 / 安寧緩和醫療意願 / 預立醫療自主、出院病歷摘要、成人預防保健結果、預防接種、四癌篩檢結果及自費健康檢查結果等資料。（圖 1-23-2）

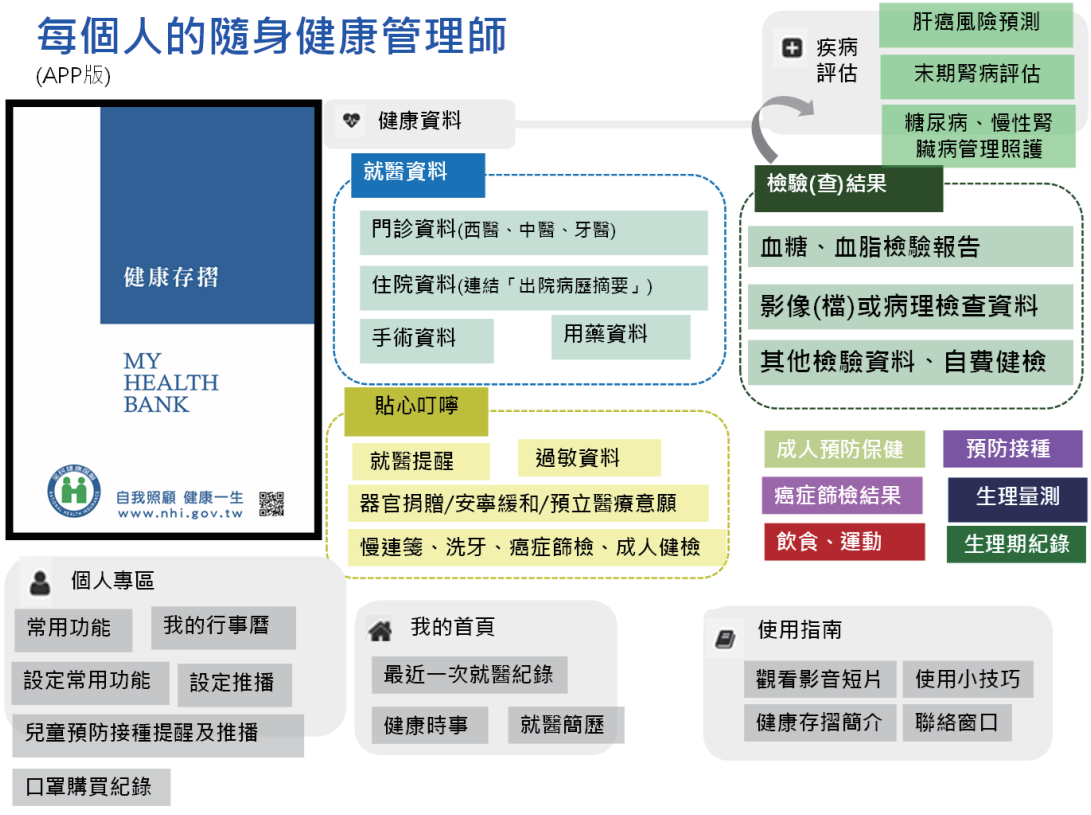


圖 1-23-2、健康存摺提供資料內容

多元加值功能：風險預估、推播提醒功能、生理量測登錄、眷屬管理

除了簡化健康存摺註冊程序，充實收載資料內容與期間外，並透過大數據分析，可以預估罹患肝癌風險，及末期腎病的評估預測。還設計生理量測功能，讓民眾可以輸入血糖、血壓等生理量測值，還有不少貼心叮嚀，提醒就醫、洗牙、四癌篩檢等，貼近民眾需求，另外，家長只要鍵入孩子姓名、出生年月日，系統就會自動計算各種預防接種疫苗的施打時程，並依個人需要訂定事先提醒日期，成為「健康存摺在手，就是每個人的隨身健康管理師」。

2019 年健康存摺提供眷屬管理功能，將健康存摺由個人照護延伸至家庭照護，法定代理人可以代管未成年子女之健康存摺；父母亦可以透過申請由子女代管自己的健康存摺，使子女可以透過健康存摺瞭解父母就醫紀錄、身體狀況，以及目前正服用哪些藥物，從旁協助長者健康管理。此外，也提供自費健檢登錄功能，重大傷病者換卡的推播提醒等服務。2020 年新增「就醫總覽」功能，透過時間序呈現個人就醫歷程，並加入糖尿病及慢性腎病追蹤管理結果資料。

健康存摺成為防疫重大功臣

在 2020 年初，新冠肺炎（COVID-19）肆虐全球，在政府超前部署及阻絕境外之政策，台灣成為疫情下的人間淨土，行政院及中央疫情指揮中心施行許多防堵疫情措施，健保署配合善用資訊科技，健康存摺也扮演了重要角色。配合口罩實名制，採用健保卡作為購買憑證，可在健康存摺透過「口罩購買紀錄」查詢功能，讓民眾可自行查詢最近 5 次購買地點、時間及片數，系統並自動計算出下次可至藥局購買日期。統計至 2020 年底已累積超過 1,010 萬次下載健保署 APP 及近 15 億口罩銷售。

同時，響應捐口罩進行國際人道援助。可以透過「全民健保行動快易通｜健康存摺 APP」，進行國際援助口罩，充分發揮人道互助精神，全球抗疫；可在「2020 世衛日．護助年」活動看到響應口罩捐贈的成效。截至

2020 年底，超過 52.3 萬人捐贈，580 萬片援助，充分展現台灣防疫成果及口罩援助國際的愛心，也深獲國際肯定。

結語

「工欲善其事，必先利其器。」大數據資料庫必須連結數位科技善巧應用，才能開創新的服務模式。未來將持續精進健康存摺系統，提升使用介面友善度，並強化健康存摺系統之易用性，優化健康存摺資料可搜尋性及增加健康存摺系統與民眾之互動性，期擴大使用人數及增進使用黏著度。

而當科技和醫療相遇時，創新服務模式應運而生。健保署充分運用健保大數據資料，轉換成數位科技資料，讓全體國民皆可利用，並且，透過跨機關、跨域協力合作，將「健康資料還歸於民」，強化自我健康管理照護，同時，導入新興數位科技運用，共同攜手增進全體國民的健康與福祉，邁向智慧健康台灣。

整合院所上傳檢驗檢查資料與費用申報資料

魏長麒、林右鈞、游慧真
（醫務管理組）

前言

爲讓民眾就醫時，醫護人員於診間可即時、迅速查詢病患於不同醫療院所間之就醫醫療資訊供診療參考，以提升保險對象就醫安全及醫療服務效率，健保署積極協助提升特約醫療院所網路頻寬，推動「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」（下稱「即時查詢方案」），加速資訊流傳輸，不但可以讓醫療院所即時上傳檢驗檢查資訊並於民眾就醫時查詢雲端資訊，亦可透過人工智慧 AI 審查找出異常，此外民眾可以透過「全民健保行動快易通｜健康存摺 APP」查詢就醫資料，強化自我健康管理。

強化網路基礎建設鋪設率

資訊流之傳輸速率關鍵，必須從網路基礎建設著手。早期大部分基層診所看診申報資料都是以 ADSL 透過健保專屬網路（VPN）傳輸，速度較慢且品質不佳，因此，健保署爭取光纖傳輸補助，不斷與電信業者溝通協調優惠租費方案，健保署以鼓勵及逐步推展爲原則，自 2014 年起補助醫療院所固接網路月租費，但是，補助方式是採先補助 50% 網路費用，待院所達

成本署設定指標，才補助剩下 50%；爲鼓勵院所升級網路，方便瀏覽「健保醫療資訊雲端查詢系統」之醫療影像，李署長極力向陳部長爭取直接補助 100% 院所光纖網路費用，此方案在陳部長及健保會支持下，於 2019 年施行，各醫事機構配合此方案強化光纖網路鋪設率，西醫已從 2015 年 37% 躍升至 2021 年 2 月 94%。

提升即時上傳內容完整性

在 2014 年推廣健康存摺服務後，民眾普遍反映希望能增加檢驗（查）結果，方便自我健康照護，本署也順應規劃即時上傳方案。2015 年新增收載檢驗檢查結果及出院病歷摘要；2016 年新增收載人工關節植入物資料；2017 年新增轉診資料收載，並補助行動網路月租費，便於醫療院所於院外提供居家照護、醫療資源不足地區、或山地離島地區提供醫療服務之資料傳輸及查詢；2018 年新增醫療檢查影像資料，如電腦斷層掃描（CT）、磁振造影（MRI）、X 光、鏡檢及超音波等，並爲利影像資料加速傳送，再次擴增醫院層級頻寬獎勵補助；2019 至 2020 年持續新增上傳項目，迄今（2021 年 2 月）獎勵上傳項目共計 689 項（檢驗檢查結果 642 項、醫療檢查影像 47 項）；統計 2020 年獎勵上傳項目之申報醫令數占所有檢驗檢查之 8 成以上，檢驗檢查資料上傳更臻完善。

就診資料全面即時上傳

統計至 2020 年 12 月，特約醫療院所參與家數約 27,353 家（參與率 93%），其中醫院參與家數 470 家（參與率 100%）、診所參與家數 19,769 家（參與率 94%）；自 2015 年推動即時查詢方案，截至 2020 年 12 月醫療院所上傳數量，檢驗（查）結果約 34 億餘項醫令、醫療檢查影像約 6,807 萬餘筆；醫院檢驗檢查結果及醫療檢查影像 24 小時即時上傳率亦逐年上升，至 2020 年已超過 80%（圖 4-4-1、4-4-2）。

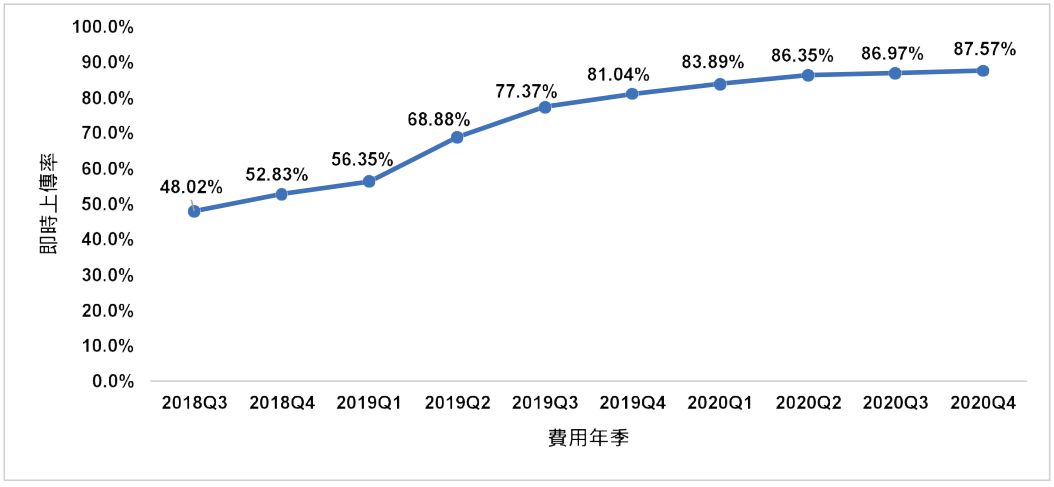


圖 4-4-1、檢驗檢查結果即時上傳率趨勢圖（2018Q3-2020Q4）

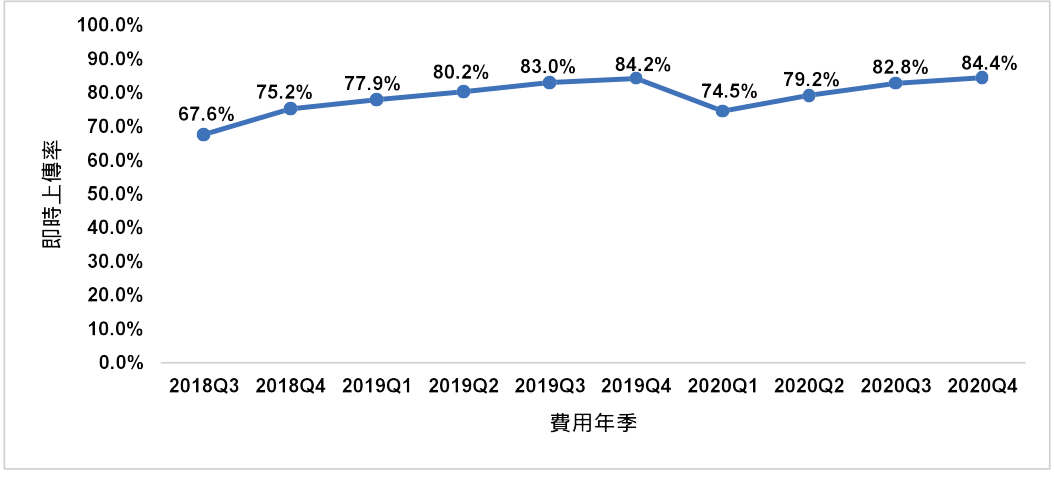


圖 4-4-2、醫療檢查影像即時上傳率趨勢圖（2018Q3-2020Q4）

強化就診資料上傳以及費用申報整合

現行就審查實務上，有發現部分院所未實際執行卻申報健保費用，或1人執行多人申報之不當利用情事。分析2020年申報檢驗（查）、影像上傳醫療費用資料，勾串「檢驗（查）報告」及「醫療影像」之上傳資料，發現基層院所之上傳率偏低。（表4-4-1、表4-4-2、圖4-4-3、圖4-4-4、圖4-4-5、圖4-4-6）

	2020年即時方案獎勵範圍—**檢驗（查）執行結果**					
	申報費用醫令數（件）	上傳執行結果（件）	**上傳率**	申報費用醫令點數（點）	上傳執行結果之點數（點）	**未上傳執行結果之點數**（點）
醫院	2.91億	2.67億	**91.9%**	494億	375億	**118億**
基層院所	2,656萬	524萬	**19.7%**	51億	4.2億	**46億**

表4-4-1、2020年即時方案獎勵範圍之檢驗（查）結果上傳執行情形

	2020年即時方案獎勵範圍—**醫療影像**					
	申報費用醫令數（件）	上傳影像（件）	上傳率	申報費用醫令點數（點）	上傳影像之點數（點）	占率
醫院	3,949萬	3,180萬	**80.5%**	336億	292億	**86.9%**
基層院所	609萬	1.6萬	**0.3%**	25億	0.6億	**2.4%**

表4-4-2、2020年即時方案獎勵範圍之醫療影像上傳執行情形

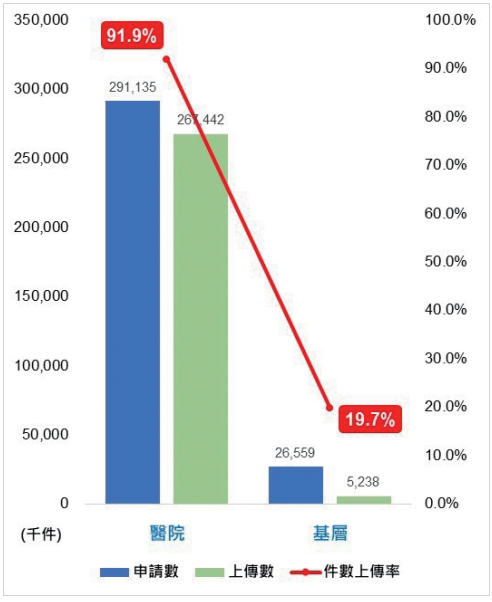


圖 4-4-3、2020 年即時上傳方案獎勵範圍內檢驗（查）申報及上傳件數統計

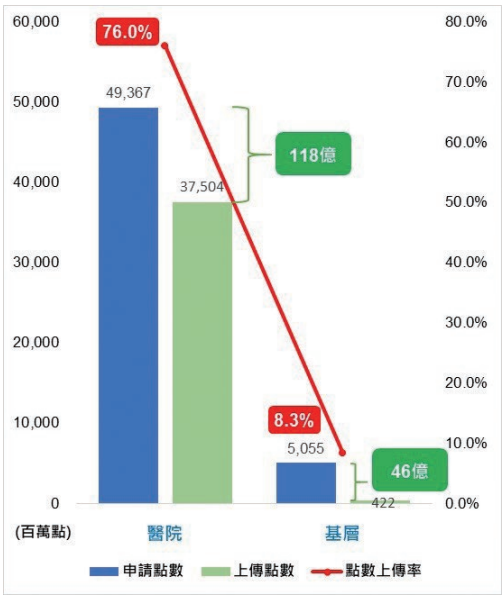


圖 4-4-4、2020 年即時上傳方案獎勵範圍內檢驗（查）申報及上傳點數統計

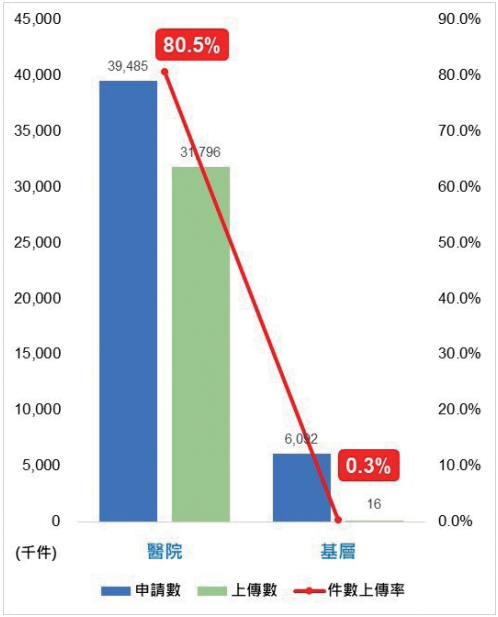


圖 4-4-5、2020 年即時上傳方案獎勵範圍內影像申報及上傳件數統計

圖 4-4-6、2020 年即時上傳方案獎勵範圍內影像申報及上傳點數統計

廣義上就申報資料完整性而言，醫療院所向健保署申請醫療費用，應涵蓋申請費用資料以及實際執行過程資料，如：檢驗檢查數值及報告，以及影像（含報告）等，以符合實際執行、實際申報原則，實際執行過程之相關報告資料上傳實有其必要性，健保署將對已申報費用、未上傳檢驗（查）結果之案件先進行加強審查，以利深入了解是否有未實際執行醫療行爲卻向健保署申報費用之虛報情形。

而就現行醫療院所上傳係依即時查詢方案執行，此方案屬於獎勵性質，爲達全面上傳目標，健保署重新盤點所有檢驗檢查支付規定，以及健保相關法規，如「全民健康保險憑證製發及存取資料管理辦法」，希冀完備法律規範，讓實際執行與申報給付一致，讓上傳資料與申報資料相符。

結語

「資料價值始於完整及正確」，爲應民眾健康存摺、醫療院所醫療資訊雲端查詢系統、人工智慧（AI）審查之正確運用，明確規範醫療院所於就診後即時上傳檢驗檢查資料，並應與費用申報資料整合，以臻健保資料之完整性及醫療資源之合理利用。