

107年醫院總額部門 執行成果報告

潘延健副執行長

2018.07.20

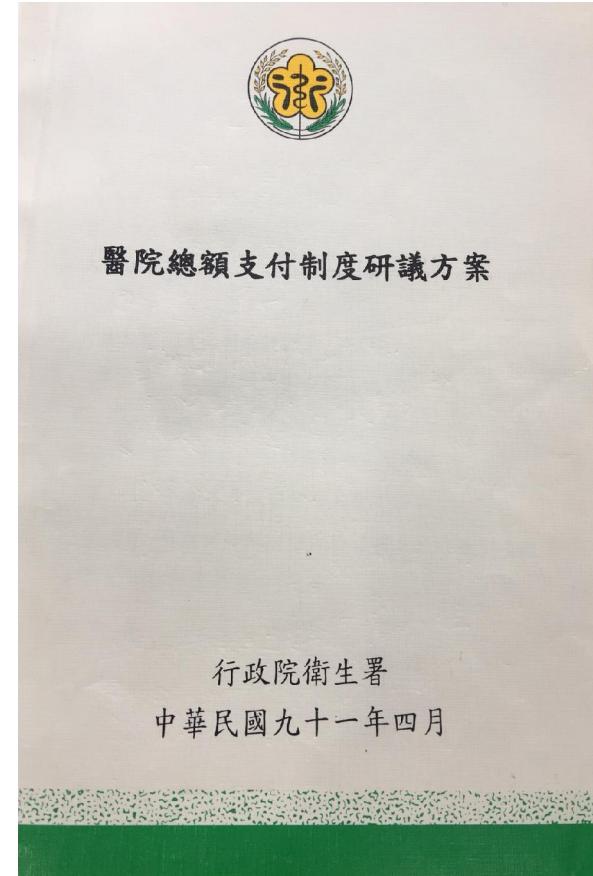
大綱

- 前言
- 106年醫療利用情形
- 保險對象就醫權益
- 初級照護減少之策略與執行現況
- 護理人力（護病比）之現況與改善情況
- 其他預算專案計畫
- 落實同儕管理-精進專業審查
- 新醫療科技執行現況與未來展望
- 給付項目及支付標準修訂
- 結論



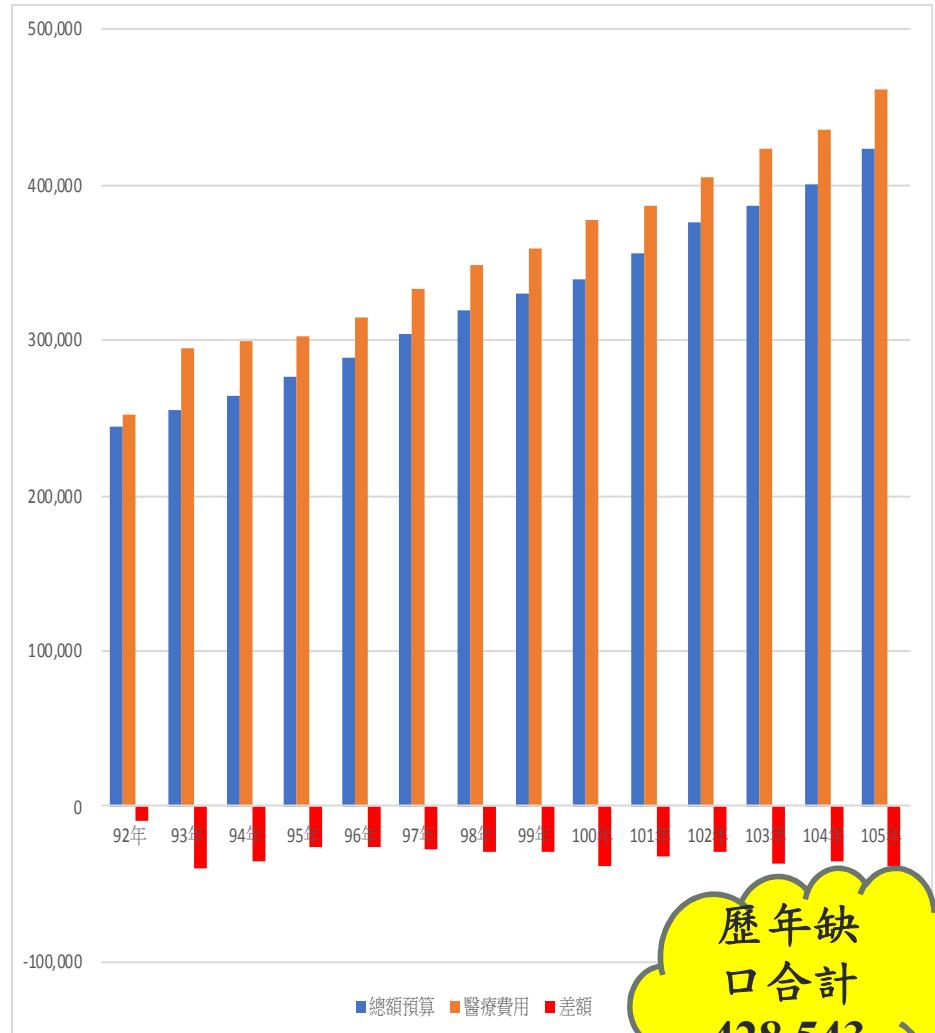
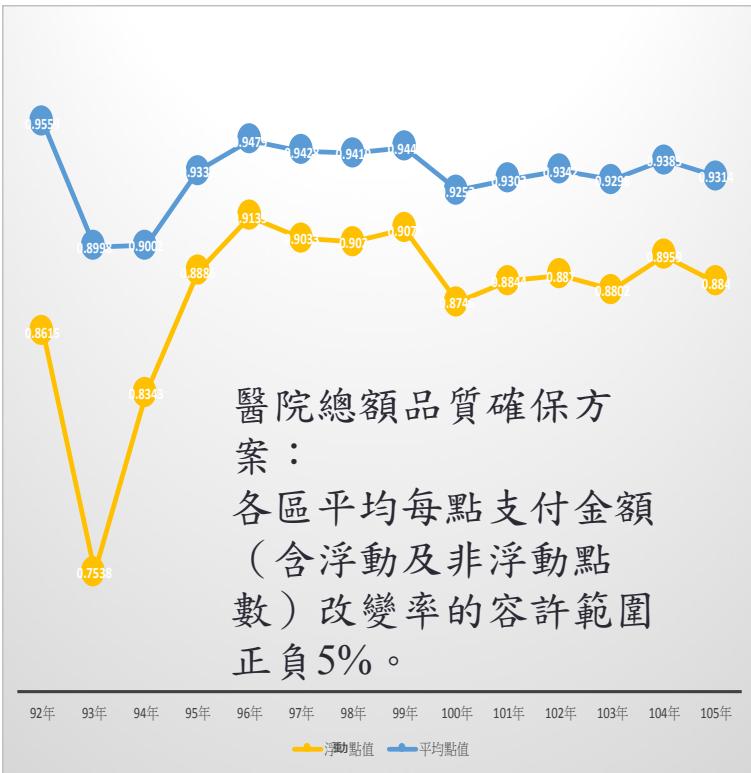
回顧醫院總額支付制度的推動策略

- 透過總額支付制度促進醫療費用總額及分配之合理化，與健保署共同分擔財務風險以合理控制醫療費用，提升醫療效率暨品質，兼顧醫療專業自主及尊嚴，朝整合醫療服務，層級適當分工與合作。
- 策略
 - 建立醫界與健保署共同分擔暨管理的商議式民主運作模式
 - 以財務誘因或制度導引醫療行為改變希望藉由資源重新分配導正醫療生態



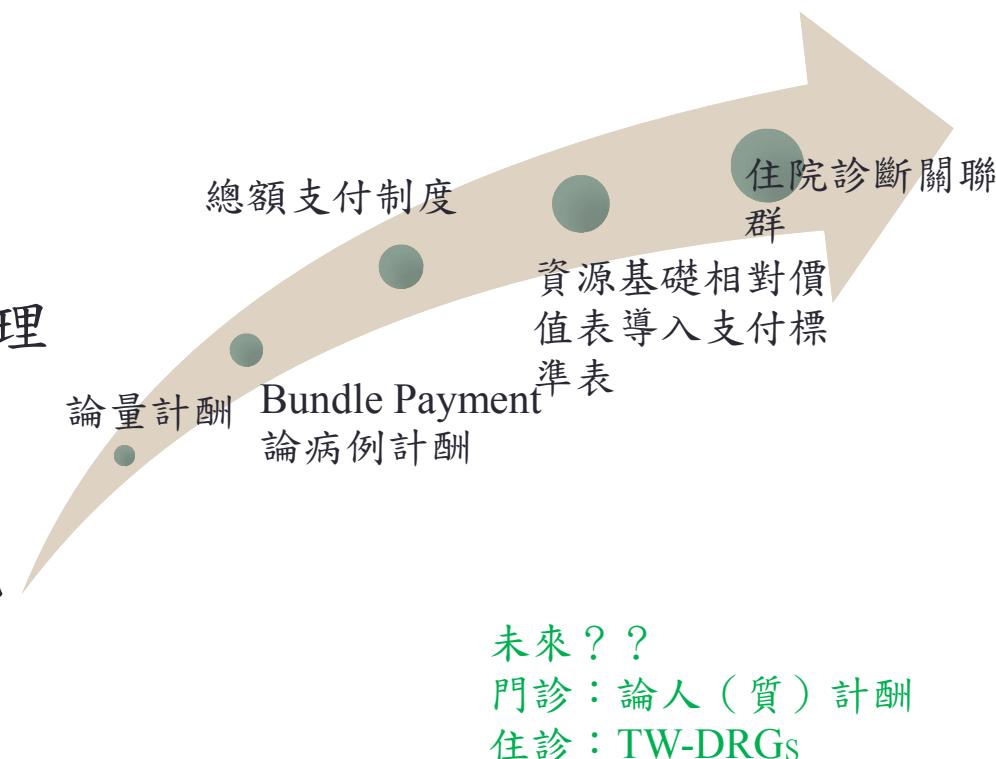
醫院總額實施後-醫療服務點數高於總額預算數

- 92年-105年名目浮動點值0.8765
(14年平均)
名目平均點值0.9326
- 滑落.92



為控制點值調控醫療服務提供-管理措施與審查併行

- 為有效控制醫療費用的成長及限制點值不得降幅過大，健保署確實用盡全力
- 歷年推動多項政策暨試辦計畫
- 各分區業務組採行不同的管理機制：A級方案、自主管理方案、限定額度攤扣措施等等
- 透過分區共管會議，與醫院管理取得一定程度的溝通，裨益方案執行。



總額支付制度原始設計策略-授權與分責

- 透過專業自主、同儕管理的機制下
- 由醫界內部形成一定的規則，共同調整醫療服務提供的行為模式
- 進而達到減量、抑制醫療費用成長或緩和成長速度。
- 透過醫院間集體協商與同儕約束力，始得共同承擔風險
- 鞭策醫院提供專業自主性，改善醫療服務效率與品質
- 促成醫療資源務實而合理的配置



106年醫院部門新紀元的開始

審查作業透明化、全國審查標準一致化

運用健保大數據分析應用、規劃指標管理，導引醫療行為調整

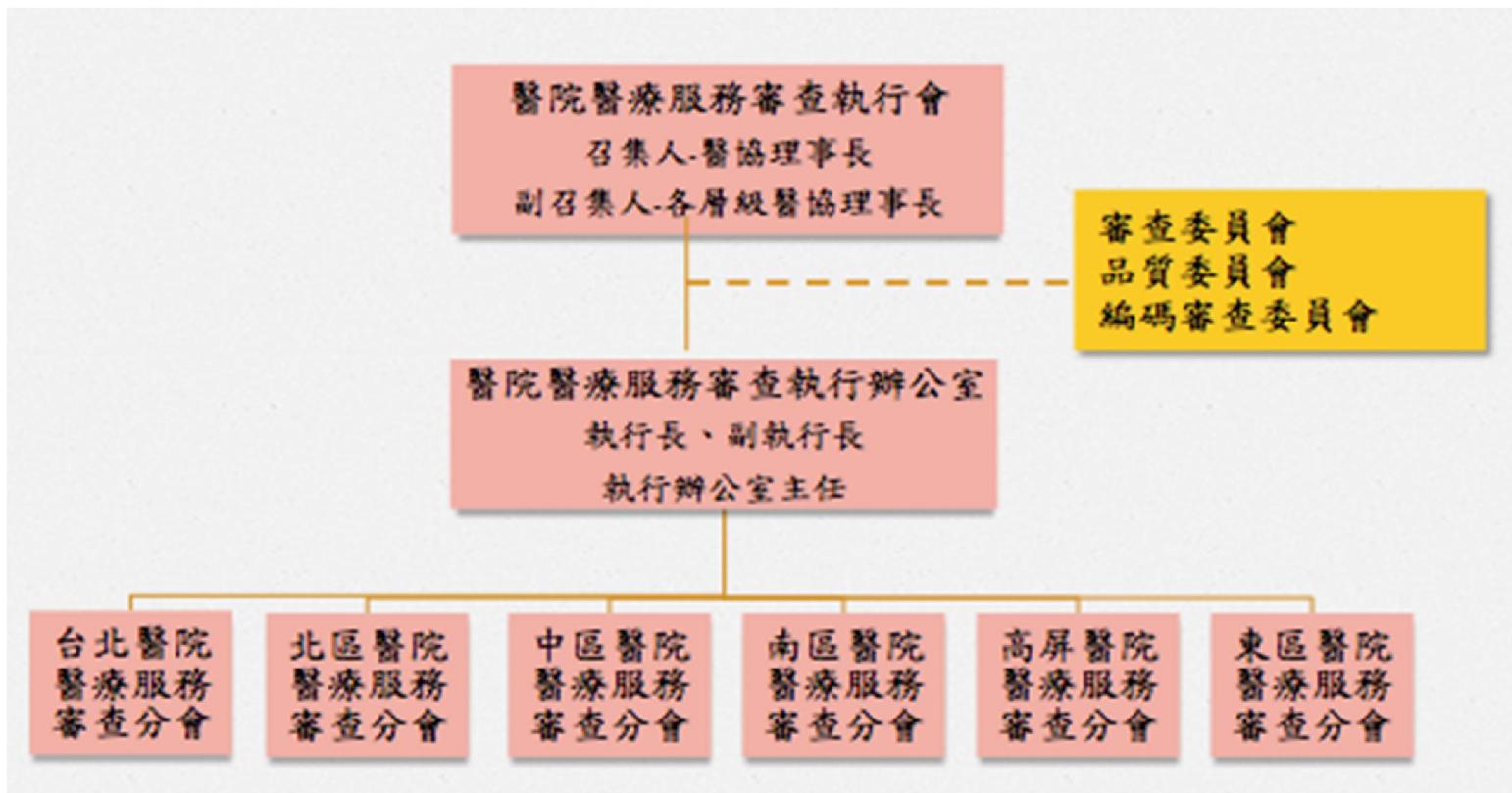
積極參與健保分區業務組共同管理，落實專業問題專業自承

醫院部門自
主管理



醫院部門籌組專案執行組織

- 醫院部門成立跨層級組織，結合醫學中心協會、區域醫院協會、社區醫院協會、私立醫療院所協會暨各區醫院領袖代表
- 合縱連橫多重管道共識統整，適時統合各區需求、兼顧臨床實務，裨益國家政策之推動



醫院部門運作模式

醫院部門為逐步邁入醫院自主管理的目標

重啟承辦醫院專業審查委辦事項
初期將蕭規曹隨，積極努力學習
及溝通凝聚共識為主

由各區為管理主體，與各健保分區業務組充分合作，全力發展合適各區經營重點，執行會（總會）輔以各區協調作業、制定合於全國施行之政策方針，提供專業建議予健保署暨主管官署，務實執行，臻於至善



106年醫療利用情形

總費用點數

年	102	103	104	105	106
項目					
費用點數					
-值（百萬點）	381,891	400,913	412,348	437,263	466,643
-成長率（%）	4.6%	5.0%	2.9%	6.0%	6.7%

資料來源：衛生福利部中央健康保險署（107.03.01）・全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議107年第1次會議資料-醫院總額執行概況報告・台北。

- 106年C型肝炎防治納入國家公共衛生政策，105年8月18日健保署召開藥物共擬會議結論略以：C型肝炎防治應由國家以公共衛生政策角度編列預算處理，而非僅由健保負擔，即使列為健保給付項目，預算亦應編列於健保其他部門總額，並納入民眾部分負擔的機制。
- 106年醫院總額專款專用-C型肝炎用藥，全年經費2,655百萬元，包含自一般服務移列943百萬元。



102年至106年門診利用情形

項目	年	102年	103年	104年	105年	106年
門診						
案件數						
-值 (千件)		93,054	94,451	96,582	98,722	101,283
-成長率%		2.3%	1.5%	2.3%	2.2%	2.6%
費用點數						
-值 (百萬點)		204,479	215,178	221,661	235,650	256,298
-成長率%		7.1%	5.2%	3.0%	6.3%	8.8
平均每件醫療點數						
-值 (點/件)		2,197	2,278	2,295	2,387	2,531
-成長率%		4.7%	3.7%	0.7%	4.0%	6.0
新醫療科技						
-成長率%		0.418%	0.584%	0.646%	0.503%	0.531%

註：新醫療科技係指年度協商一般服務項目，其含新增診療項目、新藥及新特材等。



102年至106年住診醫療利用情形

項目	年	102年	103年	104年	105年	106年
案件數						
-值 (千件)		3,070	3,135	3,207	3,248	3,296
-成長率%		-0.9%	2.1%	2.3%	1.3%	1.5%
費用點數						
-值 (百萬點)		177,412	185,735	190,688	201,613	210,345
-成長率%		1.8%	4.7%	2.7%	5.7%	4.3%
住院日數						
-值 (千日)		30,668	30,916	30,995	31,754	31,438
-成長率%		-0.8%	0.8%	0.3%	2.4%	-1.0%
平均每日醫療點數						
-值 (點/日)		5,785	6,008	6,152	6,349	6,691
成長率%		2.6%	3.9%	2.4%	3.2%	5.4%
平均住院日數						
-值 (日/件)		10.0	9.9	9.7	9.8	9.5
-成長率%		0.1%	-1.3%	-2.0%	1.2%	-2.5%
新醫療科技						
-成長率%		0.418%	0.584%	0.646%	0.503%	0.531%

註：新醫療科技係指年度協商一般服務項目，其含新增診療項目、新藥及新特材等。



藥費

項目年	102 年	103年	104年	105年	106年
藥費					
-值 (百萬點)	117,555	122,369	124,287	131,329	143,606
-成長率%	9.4%	4.1%	1.6%	5.7%	8.5%
門診藥費					
-值 (百萬點)	93,479	97,781	99,861	105,908	117,323
-成長率%	10.8%	4.6%	2.1%	6.1%	10.8%
住診藥費					
-值 (百萬點)	24,076	24,588	24,426	25,420	26,283
-成長率%	4.3%	2.1%	-0.7%	4.1%	3.4%
藥費占總費用比率%	30.8%	30.5%	30.1%	30.0%	30.8%
-門診	45.7%	45.4%	45.1%	44.9%	45.8%
-住診	13.6%	13.2%	12.8%	12.6%	12.9%
新藥預算^{註1}					
-增加金額(百萬元)	287	-214	556	-115	1733 ^{註2}
-增加比率%	46.8%	-23.7%	81.1%	-9.3	153.8%

註：

1.新藥預算係指年度協商一般服務項目新醫療科技項下的新藥預算項目。

2.106年新藥預算為1148百萬元，並移列943百萬元至專款後，加入專款「C型肝炎用藥2655百萬元」合計為2860百萬元。



重大傷病

項目年	102 年	103年	104年	105年	106年
重大傷病門診費用點數					
-值 (百萬點)	49,390	51,152	52,928	56,219	61,448
-成長率%	8.9%	3.6%	3.5%	6.2	9.3%
重大傷病門診費用占總門 診費用點數比率%	24.2	23.8	23.9	23.9	23.8
重大傷病住診費用點數					
-值 (百萬點)	71,872	73,756	74,947	77,953	81,655
-成長率%	1.6%	2.6%	1.6%	4.0%	4.7%
重大傷病住診費用點數占 總住診費用點數比率%	40.6	39.7	39.3	38.7	38.8



全區浮動點值

- 106年年平均浮動點值0.8707低於105年0.8840

季別年	102	103	104	105	106	107
第1季	0.8782	0.8718	0.8952	0.8963	0.8861	0.8061
第2季	0.9062	0.8943	0.9054	0.8973	0.8984	-
第3季	0.8851	0.8693	0.8998	0.8764	0.8726	-
第4季	0.8784	0.8854	0.8830	0.8661	0.8256	-
年平均	0.8870	0.8802	0.8959	0.8840	0.8707	-

註：107年第1季為預估點值。

資料來源：107年5月份全民健康保險業務執行報告。



全區平均點值

- 106年全區平均點值0.9239低於105年0.9314

季別 年	102	103	104	105	106	107
第1季	0.9286	0.9255	0.9390	0.9395	0.9333	0.8864
第2季	0.9447	0.9379	0.9438	0.9387	0.9395	-
第3季	0.9327	0.9229	0.9402	0.9266	0.9243	-
第4季	0.9310	0.9330	0.9312	0.9208	0.8983	-
年平均	0.9342	0.9298	0.9385	0.9314	0.9239	-

註：107年第1季為預估點值。

資料來源：107年5月份全民健康保險業務執行報告。



保險對象就醫權益

106年醫療服務品質調查結果全數優於105年

指標項目	年	102	103	104	105	106
整體醫療結果滿意度		81.5	86.1	88.9	87.0	93.4
肯定態度		94.0	96.2	95.5	92.0	96.5
醫護人員進行衛教指導之比例（如：解說病情、營養及飲食諮詢、預防保健等）		53.0	58.6	63.7	64.4	73.8
是否會與醫師討論照護或治療方式				65	63.5	73.7
肯定態度				85.2	82.3	89.9
醫護人員是否常用簡單易懂的方式向您解說病情與照護方式		66.8	74.3	57.8	82.3	89.4
就診時醫師是否提供您問問題或表達顧慮的機會					89.6	93.5

隨著時代的改變，醫療的服務型態與醫院的管理典範也漸漸地在改變，隨著這些年不斷的宣導以病人為中心，強化病人知的權益，透過醫護人員衛教傳導提升民眾健康知識的風行，透過相關醫療服務品質調查結果可發現，醫院醫療服務已漸漸調整，擴大民眾的參與感，讓醫療不再冷冰冰。



106年民眾對醫院部門抱怨案件較105年 大幅減少25.26%

指標項目年	102年	103年	104年	105年	106年
民眾申訴及反映成案件數	1,074	1,036	1,225	1,259	941
申訴案件成長率%	-	-3.54	18.24	2.78	-25.26
平均每位醫師申訴案件數	0.040	0.038	0.044	0.044	0.032

申訴類別	年	102年	103年	104年	105年	106年
額外收費（自費抱怨）		294	239	268	281	279
佔率-%		27.4	23.1	21.9	22.3	29.7
其他醫療行政或違規事項		204	269	352	419	182
佔率-%		19.0	23.1	28.7	33.3	19.3
其他		271	240	237	205	171
佔率-%		25.2	23.2	19.3	16.3	18.2
藥品及處方箋		128	115	106	96	72
佔率-%		11.9	11.1	8.7	7.6	7.7
服務態度及醫療品質		78	81	113	110	63
佔率-%		11.9	7.8	9.2	8.7	6.7



106年民眾自費情形調查結果

近5年民眾自費項目
統計仍以藥品佔
最大宗，其次為耗
材及手術費，而民
眾自費的主因在於
健保不給付、補健
保給付差額及自費
可用較好的藥品

指標項目	年	102	103	104	105	106
自付其他費用前3						
名項目		藥品	藥品	藥品	藥品	藥品
-第一名	46.9	42.5	63.6	56.1	42.2	
(百分比%)	耗材	檢查	打針	打針	耗材	
-第二名	13.2	18.0	14.4	11.6	18.8	
(百分比%)	檢查	耗材	耗材	病房	手術	
-第三名	12.7	12.4	14.2	8.6	12.5	
(百分比%)						
自付其他費用前3						
項原因				健保不給付		
-第一項	51.5%		54.1%	47.7%	42.0%	39.5%
(百分比%)						
-第二項	22.2%		16.6%	15.3%	22.4%	10.8%
(百分比%)						
-第三項			自費可用較好的藥/醫院藥品較好			
(百分比%)				4.7%	10.3%	7.6%
						10.6%



初級照護減少之策略 與執行現況

106年「醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過105年之90%，超過部份，不予分配」

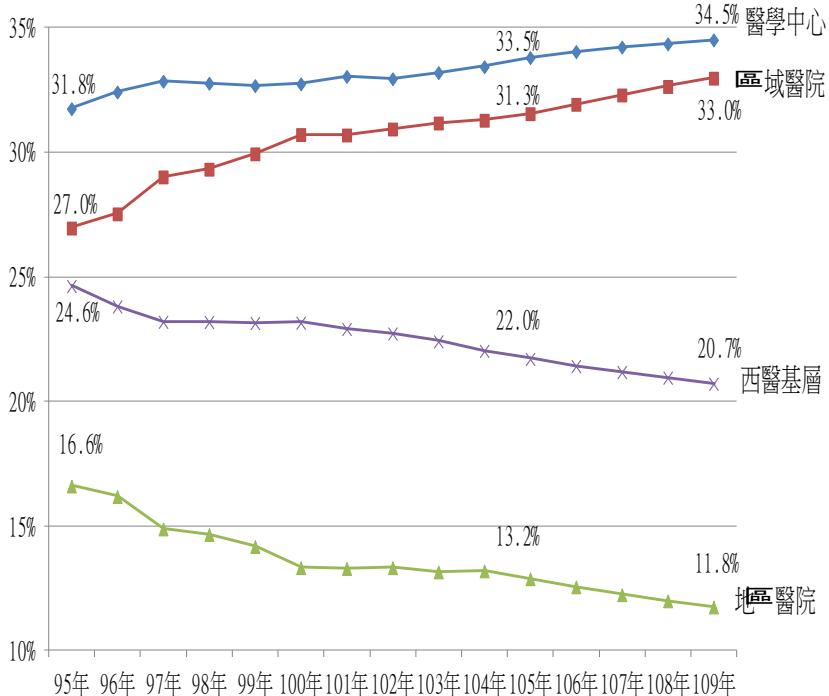


圖1 95-109年各層級門住診合計點數占率趨勢圖

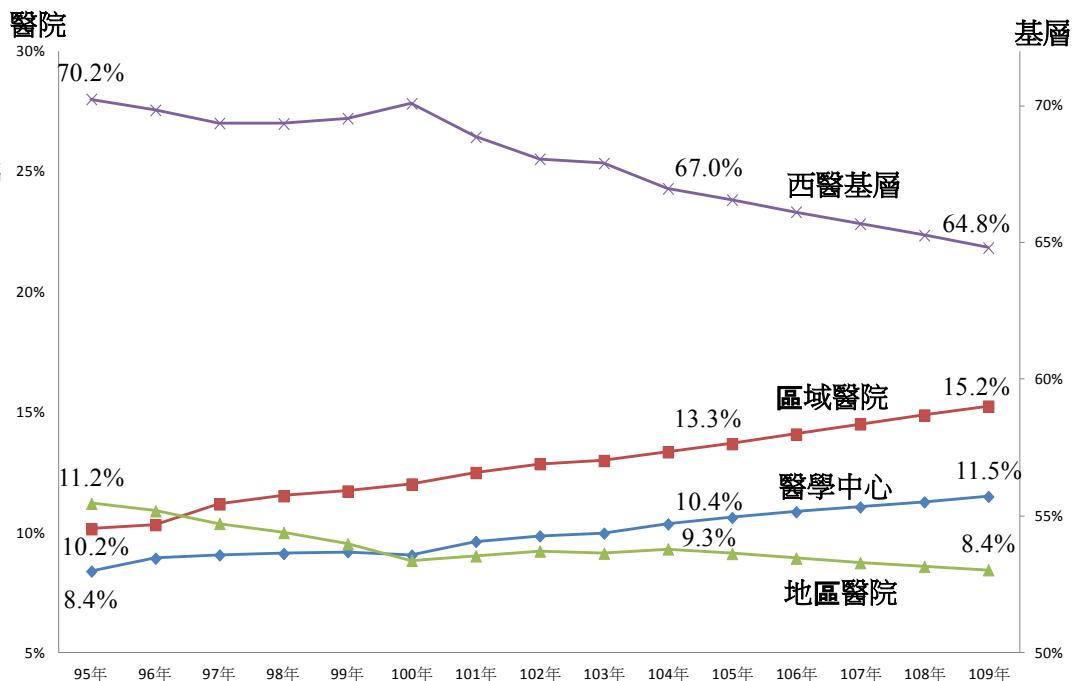
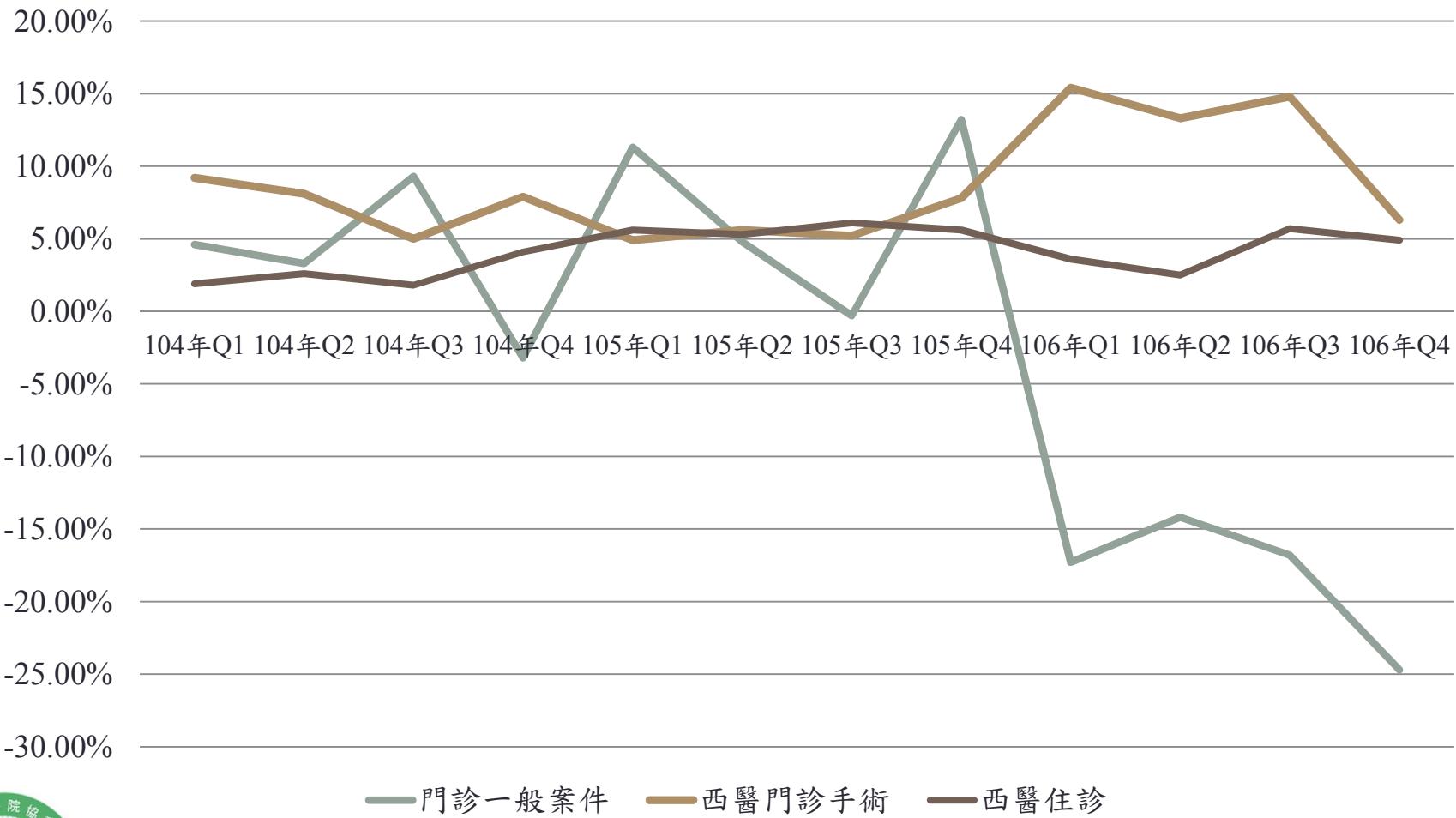


圖2 95-109年各層級門診件數占率趨勢圖



104-106年門住診申報點數成長率



資料來源：104-106年醫院總額研商議事會議議程資料

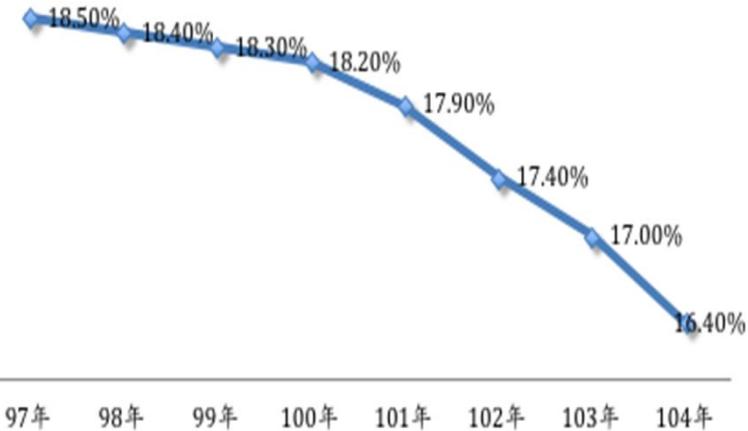


推估醫療體系結構門住診

- 基於數據推估，促發各界重視
- 引發團體論戰-醫院過度執行初級照護服務，無法達到分級醫療的效果
- 推動分級醫療六大策略24項配套措施
- 106年總額設定附帶條件：「醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過105年之90%，超過部份，不予分配」



歷年數據呈現初級照護率確實在逐年下降中



借用健保總額協商參考指標要覽彙整統計
97年至104年醫院部門區域醫院
以上之初級門診照護率確實是
減少的

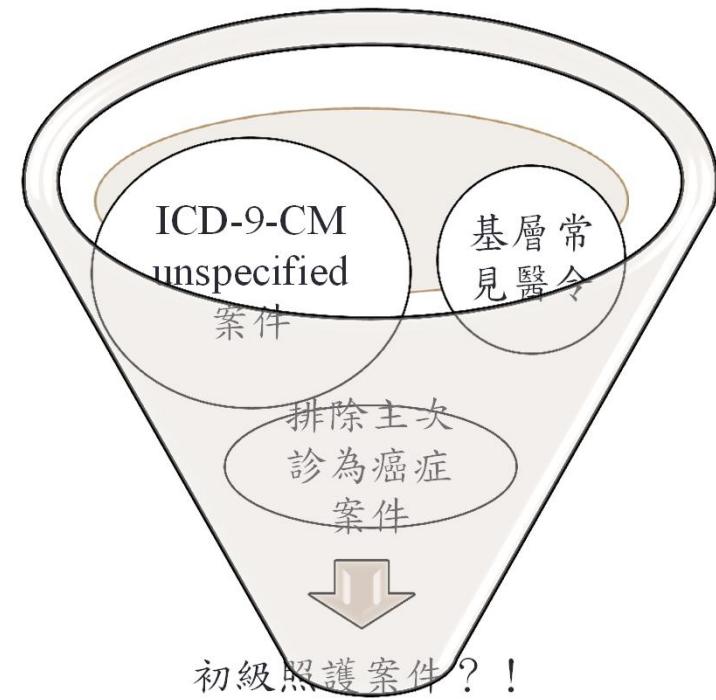
假定全體西醫部門合計為100%，初級病人在醫院的比例以104年為例為21%
而醫院部門由98年起至104年初級照護病人門診次數占門診次數百分比也是逐年減少
是否可以推論：民眾就醫已有分級醫療的概念？！

	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年
醫院 總體	24.40%	24.10%	23.70%	23.10%	22.30%	21.80%	21.00%
醫學 中心	15.90%	15.50%	15.10%	15.00%	14.20%	13.80%	12.70%
區域 醫院	20.40%	20.50%	20.40%	20.10%	19.80%	19.50%	19.10%
地區 醫院	37.10%	37.10%	37.10%	36.10%	34.70%	33.80%	33.10%



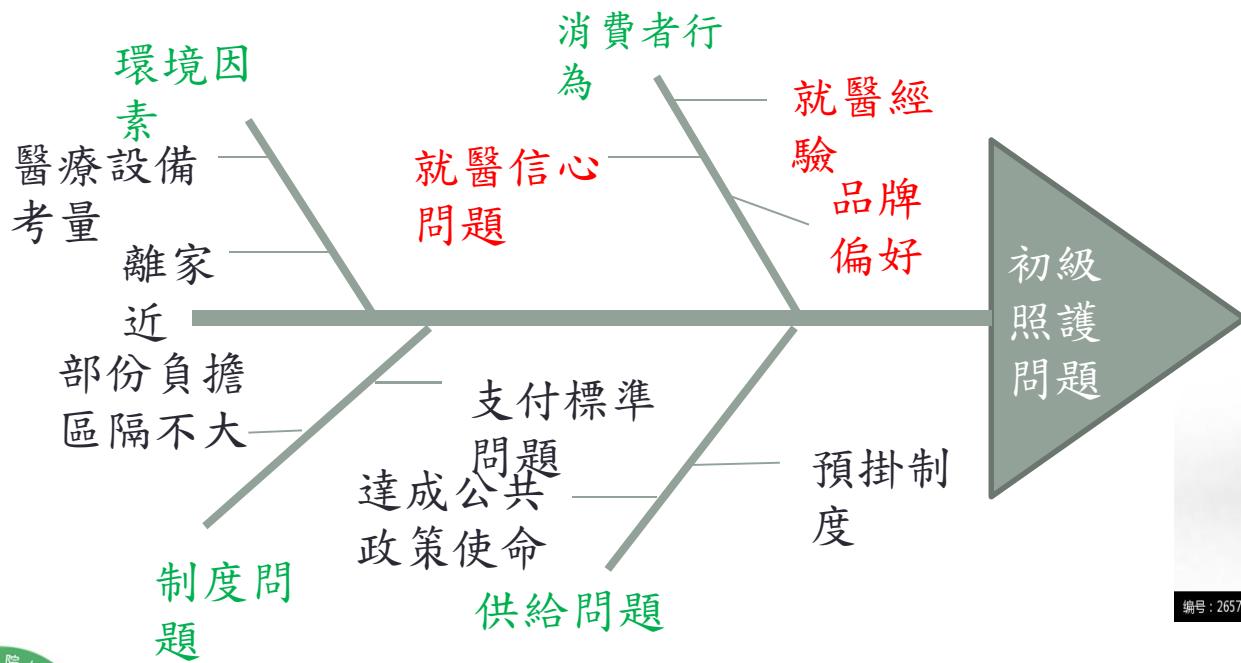
落實區域級以上醫院減少初級照護案件，動員百人次進行共識會議

- 定義初級照護範圍
 - 國內外醫藥領域並沒有完全定義何謂初級照護的範圍
 - 應用健保申報資料庫統計醫院部門與西醫基層部門重疊且基層申報佔大宗的醫令
 - ICD-9-CM轉換到ICD-10-CM/PCS後申報案件數
 - 排除主次診斷帶重大傷病、癌症等項
 - 醫療為連續性照護是否可以完全切割劃分？！
 - 專科醫學會質疑可行性
 - 研擬公告「全民健康保險門診醫療費用申報診斷編碼指引」



單向設計配套往往效果不彰、事倍功半

消費者行為不應單從供應者角度調整，應尋求行為轉向的導因



编号: 265732 红动中国 (www.redocn.com) hlmj723



降減醫療供給門診次數-供給者與需求者皆應調整

- 主管機關

- 建立引導制度：病人端、醫療提供者端。
- 充分提供雲端醫療資訊分享，事前批次下載功能。
- 提供更便利轉介互通的介面。
- 醫師執業註冊限制鬆綁。
- 回歸合理醫療資源分配，避免各地政府主導大型醫院之興建。

- 醫療供給者

- 檢討預掛政策
- 強化轉診制度
- 院所間策略聯盟，提升就醫信心

- 醫療需求者

- 跨部會積極宣導並鼓勵分級醫療
- 檢討適度經濟障礙，以價制量，微調消費行為
- 除了醫護人員引導外，各健保、衛生主管機關也應立場一致。



分級醫療雙向轉診 共好醫療照護



未來執行降低門診次數的構想

強化轉診制度

運用國人就醫習慣，鼓勵醫院層級暨院所精進策略聯盟

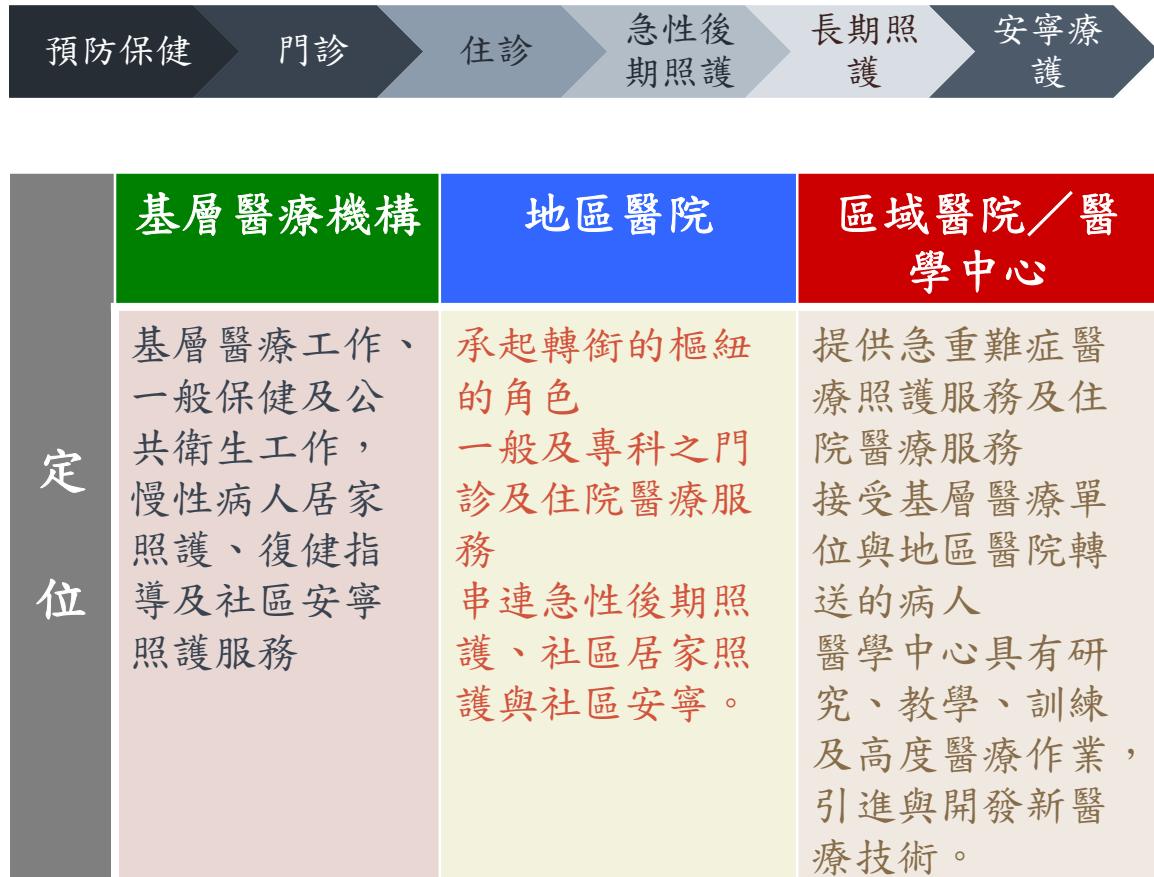
調整醫療體系體質，重新醫療服務定位，提升國人就醫信心

藉由體系間或院所間的合作，符合國人需求，進而達到減量

- 全面檢討支付標準，適時適度反應真實物價成本
- 研擬調升部份負擔可行性、適度市場區隔
- 重新就健康照護體系重新定位，落實分級醫療，以在地老化為目標



重新定位醫療體系任務及策略-8期醫療網



策略作法：

1. 檢討與形塑各層級醫療機構任務與定位
2. 醫療相關法規鬆暨基礎建設調整
3. 統籌規劃醫療資源合理分布
4. 促進醫院與基層醫療機構合作，發展持續照護模式
5. 促進醫院與基層醫療機構合作，建構半開放醫院至開放醫院的可行性
6. 輔導醫療區域整合醫療服務資源

護理人力（護病比） 之現況與改善情況

專業人員出走是醫院心裡最大的痛

- 護理出走潮、缺工導因
很多
 - 工時問題
 - 工作負荷、排班問題
 - 薪酬暨升遷問題
 - 考照錄取問題
 - 專業職場倫理問題



圖：擷取網路新聞
<https://n.yam.com/Article/20150331948680>



99年起由醫院總額專款支應提升住院護理照護品質

	99	100	101	102	103	104
預算數-億元	8.325	10.0	20.0	25.0	20.0	20.0
預算執行數-億元	8.325	8.77	19.96	24.95	19.52	併入一般
預算執行率-%	100	87.7	99.8	99.8	97.6	服務結算

資料提供：衛生福利部中央健康保險署

- 99~103年合計投入83.325億，平均16.665億/年，104年以後才併入一般服務預算。
- 預算框定執行項目：訂定護理人力相關監理指標（護病比、護理人力、住院護理品質指標等）
- 醫院提報資料包含：護理人力配置狀況、新增護理人員數、急性一般病房每月三班平均照護人數等。



提升住院護理照護品質之預算運用情形

- 104年-105年1-8月

健保署調查結果：
醫院部門就調整護理人員薪資、
福利待遇的支出金額高於年度編
列預算

薪資調整項目	104年		105年1-8月	
	調整家數(家)	調整金額(百萬元)	調整家數(家)	調整金額(百萬元)
基本薪資	147	1,322	148	886
提升大小夜班費	135	339	109	196
績效獎金	130	335	132	231
年終獎金	79	1,143	56	1,515
三節獎金	54	181	56	213
加班費	62	111	62	70
增聘護理人員	118	1,023	110	819
其他	135	1,063	117	574
總計		5,518		4,503



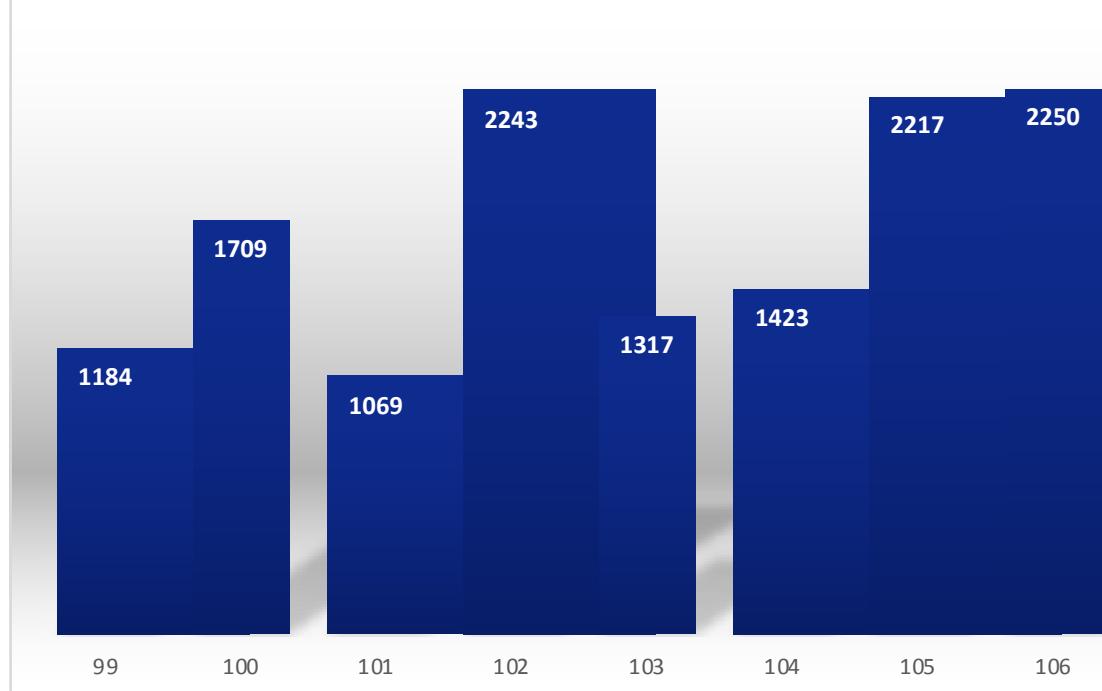
醫院部門就改善護理執業環境的努力

- 98年、99年致力改善護理工作設備
 - 更新護理執業設備，行動護理車
 - 規劃、設計電子化表單作業
 - 強化開發資訊系統，減少文書作業
 - 重塑護理工作環境氣氛
- 100年- 105年全面調增護理人員薪資，改善工作條件
 - 調增大小夜班費
 - 調增護理人員薪資
 - 全面檢討護理人員需求（各院組成專案小組內部調查，了解實需。）



醫院部門護理人員淨增加數

- 為回應各界關心，醫院部門無不努力積極改善
 - 調整薪資結構
 - 設置或提升留任獎金
 - 獎勵進修
 - 醫院智能化發展，減少工作負荷
 - 改善排班制度
- 醫院部門護理人員105年至106年趨向穩定成長，106年增加2,250名較105年增加33人。



99年至106年護理人員執業登記人數



醫院部門護理薪酬調查報告-暫以103年為例

- 實際給付薪資係以大學學歷之第一年資歷計算
- 年薪：當年度所有實際給付薪資，含「所有」固定薪津及非按月計算薪津總額

各層級護理人員年薪平均值

人員類別											
層級	急診護理師	加護病房護理師	手術室護理師	一般病房護理師	手術專責護理師	門診護理師	洗腎護理師	專科護理師	麻醉護理師	總平均值	
地區醫院	523,978	572,288	496,827	487,966	523,508	405,782	525,242	616,668	626,638	511,235	
區域醫院	588,828	591,695	565,496	553,232	596,319	439,892	541,427	641,559	588,553	564,772	
醫學中心	667,134	672,902	643,638	649,073	645,821	503,411	616,541	676,749	696,068	642,381	
總平均值	572,733	595,595	542,206	523,407	576,118	425,235	546,065	636,542	619,914	549,337	



醫院部門各分區護理人員年薪平均值-暫以103年為例

-實際給付薪資係以大學學歷之第一年資歷計算

-年薪：當年度所有實際給付薪資，含「所有」固定薪津及非按月計算薪津總額

人員類別										
健保分區	急診護理師	加護病房護理師	手術室護理師	一般病房護理師	手術專責護理師	門診護理師	洗腎護理師	專科護理師	麻醉護理師	總平均值
台北區	577,814	612,003	555,734	557,101	609,661	446,158	566,891	626,390	560,399	563,341
北區	591,326	603,699	563,521	535,377	627,362	429,804	538,578	728,105	655,950	572,686
中區	576,325	615,807	566,576	539,916	608,650	445,165	520,198	661,368	692,949	564,735
南區	584,460	588,978	570,740	535,337	544,303	423,158	555,249	620,745	611,583	556,025
高屏區	522,052	528,775	462,632	448,941	500,201	384,078	523,412	506,336	595,621	476,151
東區	517,009	597,287	532,021	515,723	-	415,151	611,278	579,207	574,517	533,133
總平均值	572,733	595,595	542,206	523,407	576,118	425,235	546,065	636,542	619,914	549,337



回應對護理人員工作負荷的重視

- 與健保署多次就護病比加成進行研討
- 會議通過106年護病比加成率由原3級增為5級

106年以前加成率				106年以後加成率			
醫學中心	區域醫院	地區醫院	加成率	醫學中心	區域醫院	地區醫院	加成率
<8.0	<11.0	<14.0	11%	8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	3%
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	10%	8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	6%
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	9%	7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9	9%
>8.9	>11.9	>14.9	0%	7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4	12%
				<7.0	<10.0	<13.0	14%



3級護病比加成率104年至106年執行結果



©Stockphoto.com/mkurtba.照片

護病比加成率		11%	10%	9%	無加成	未填或護病比為0
護病比		<8.0	8.0-8.4	8.5-8.9	>8.9	
醫學中心	符合月次	104年	51%	30.1%	9.9%	9.0%
		105年	66.7%	26.9%	6.1%	0.3%
		106年	83.3%	15.4%	1.3%	0%
區域醫院	符合月次	護病比	<11.0	11.0-11.4	11.5-11.9	>11.9
		104年	84.8%	5.8%	4.1%	5.2%
		105年	84.9%	7.0%	4.2%	3.8%
		106年	88.6%	5.5%	4.6%	1.3%
地區醫院	符合月次	護病比	<14.0	14.0-14.4	14.5-14.9	>14.9
		104年	91.0%	1.5%	1.2%	0.9%
		105年	90.8%	0.9%	1.7%	0.4%
		106年	92.2%	0.9%	0.9%	0.6%



5級護病比加成率106年執行結果



加成率	醫學中心		區域醫院		地區醫院	
	範圍	月次占率	範圍	月次占率	範圍	月次占率
3%	8.5-8.9	1.28%	11.5-11.9	4.58%	14.5-14.9	0.90%
6%	8.0-8.4	15.38%	11.0-11.4	5.52%	14.0-14.4	0.95%
9%	7.5-7.9	44.55%	10.5-10.9	10.20%	13.5-13.9	1.31%
12%	7.0-7.4	25.00%	10.0-10.4	16.65%	13.0-13.4	2.14%
14%	<7.0	13.78%	<10.0	61.74%	<13.0	90.02%
0%	>9.0	-	>12.0	1.31%	>15.0	0.63%
缺值或護病比為0		-		-		4.04%
月次合計	312	100%	1069	100%	4110	100%



持續導入資訊科技輔助人力

- 持續監測檢討醫事人力政策
- 配合衛生政策對護病比的再行強化
- 開發資訊科技優化醫療作業



其他預算專案計畫

全民健康保險急診品質提升方案

- **目的**

以論質計酬方式試辦，縮短病人在急診室留置時間，提升急重症照護品質。

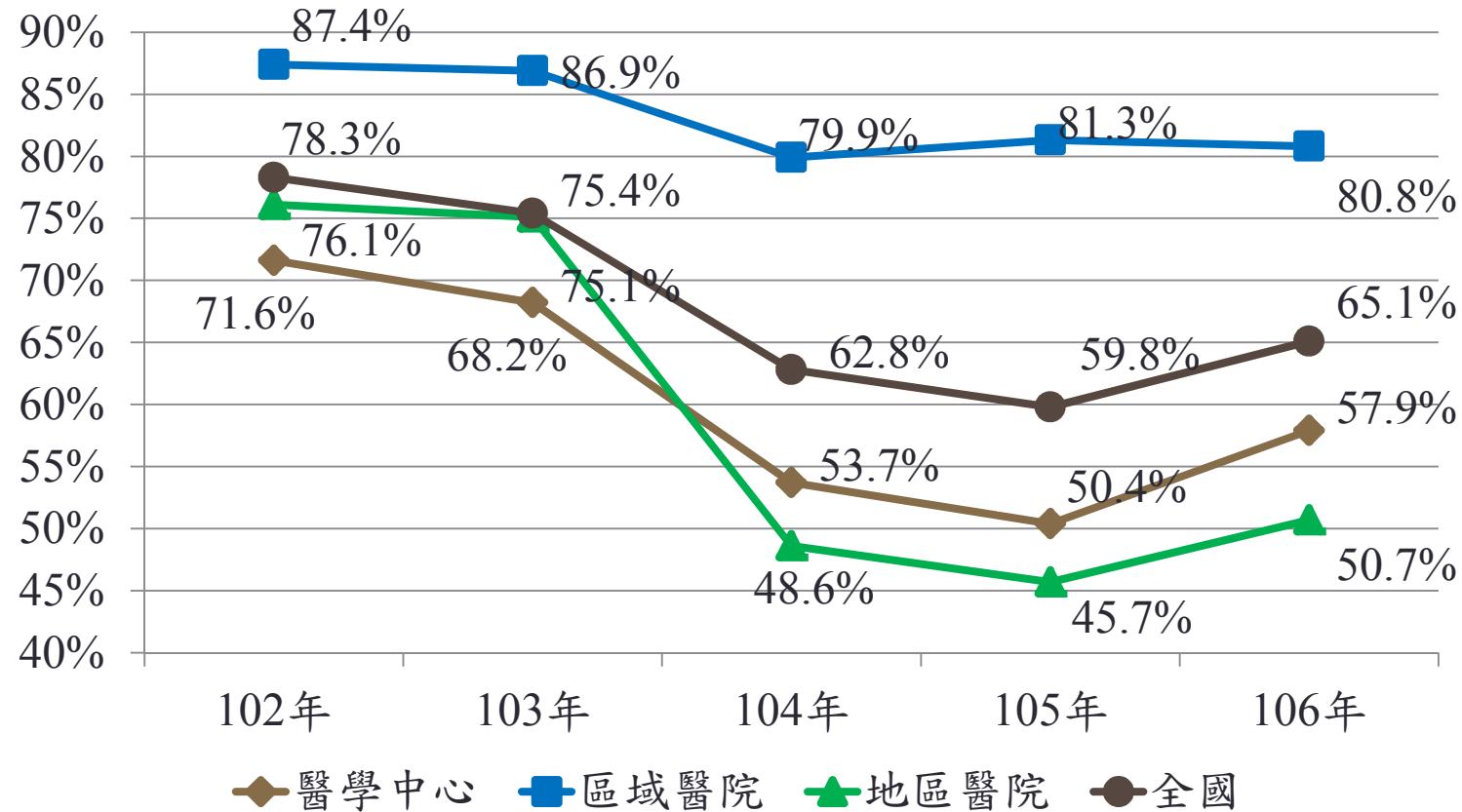
- **內容**

- 轉診品質獎勵：醫院照護能力未符需求之病人，轉診至上一級醫院；或收治病況穩定者，轉出至同等級或下一級醫院之適當醫療機構者，給予獎勵。
- 急診重大疾病照護品質獎勵：針對急性心股梗塞、重大外傷及嚴重敗血症患，訂定一定時間內接受必要治療處置之標準及獎勵。
- 急診處置效率：設定壅塞指標及效率指標，依指標達標情形及急診病人數給予獎勵。
- 補助急診專科醫事人力：
 - 補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務。
 - 補助地區醫院增聘急診專科醫師人力。



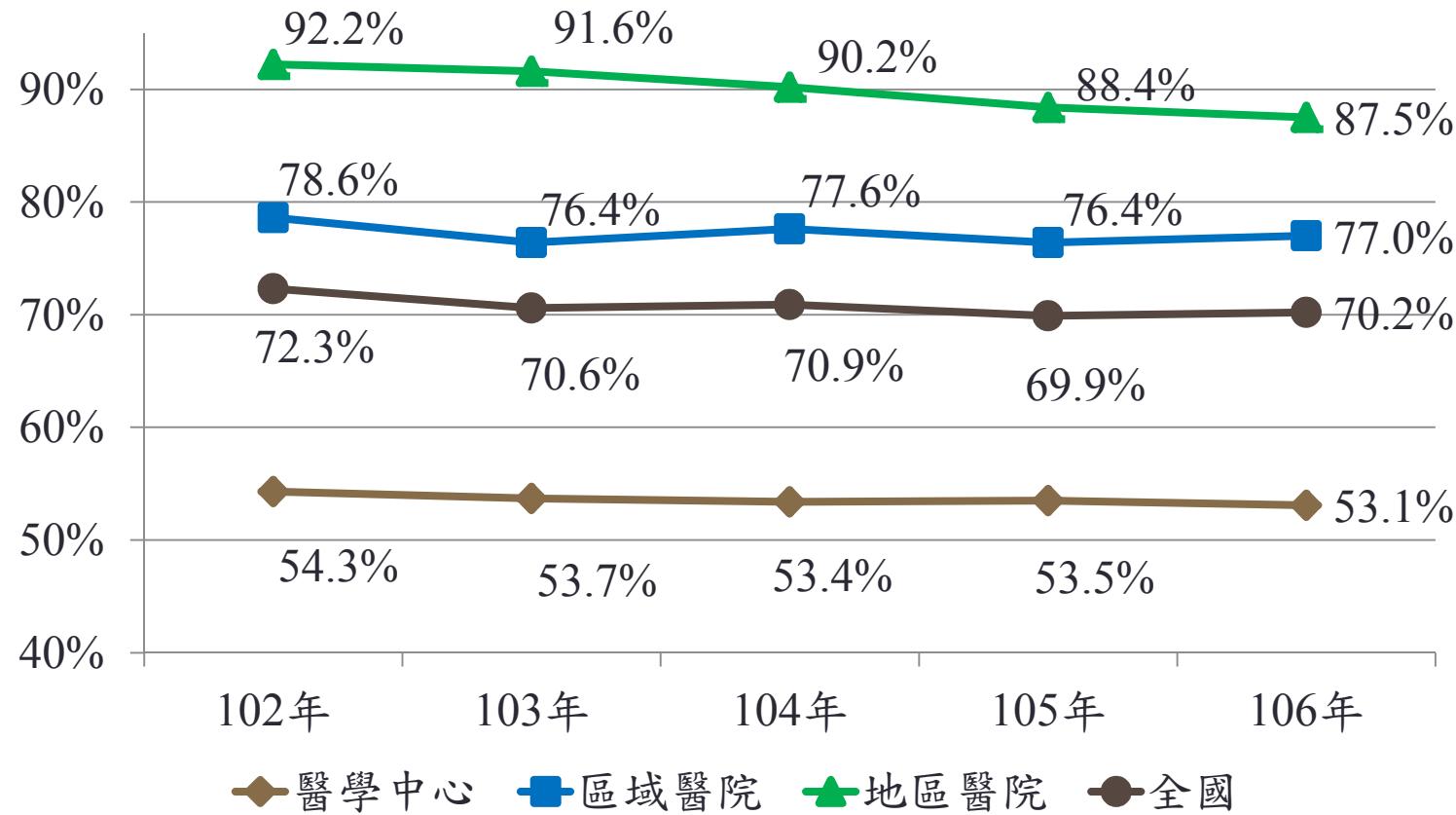
急診品質提升方案指標

- 重大疾病照護進入加護病房<6小時之比率



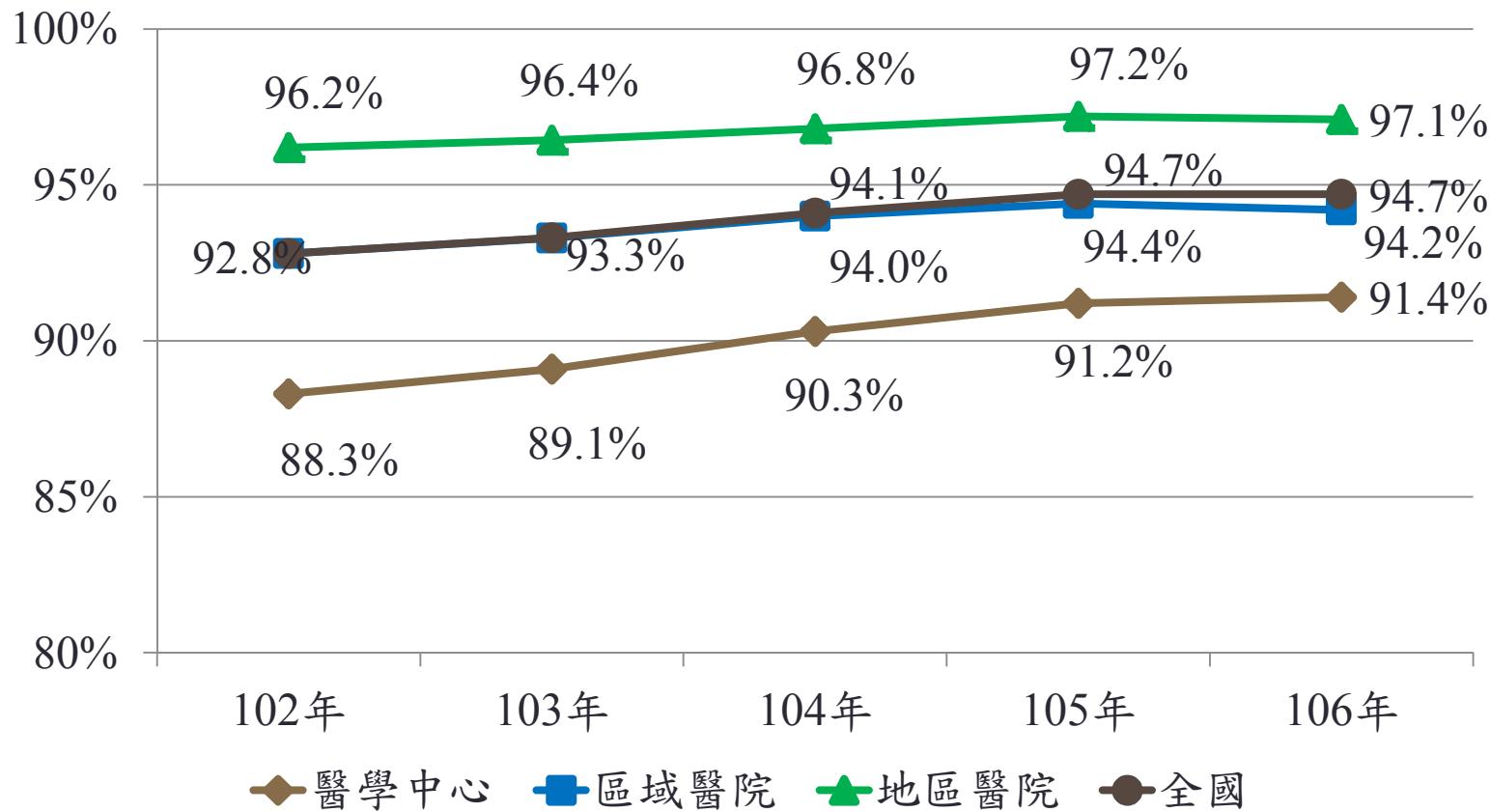
急診品質提升方案指標

- 檢傷一、二、三級急診病人<8小時內轉入病房之比率



急診品質提升方案指標

- 檢傷四、五級急診病人<4小時內離開醫院之比率



小結

- 為了紓解急診壅塞問題，醫院部門於近年著手進行院際間策略聯盟，針對民眾的心理進行院際合作的模式規劃。
- 急診壅塞有部分因素源於民眾就醫的品牌習慣與就醫信心問題。
- 未來期能藉由原醫院醫師帶著病人一起下轉，讓民眾了解醫療照護不中斷，更擁有更多醫療照護，逐步成立民眾信心。



西醫醫療資源不足地區改善方案

目的

- 鼓勵醫師到醫療資源不足地區提供醫療服務。
- 促使全體保險對象都能獲得適當的照護。

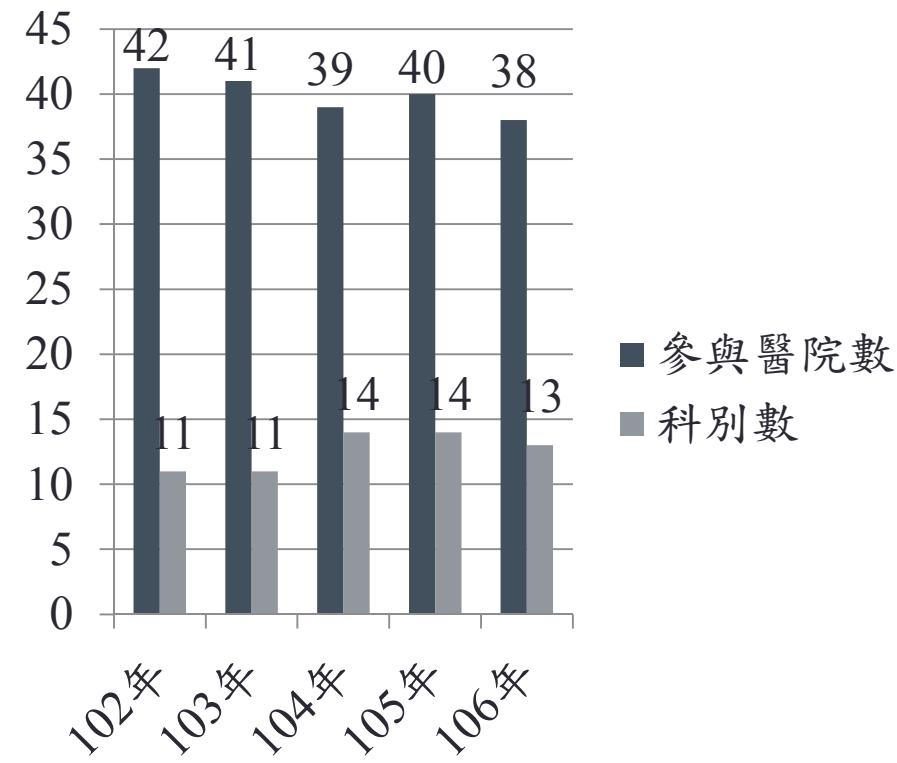
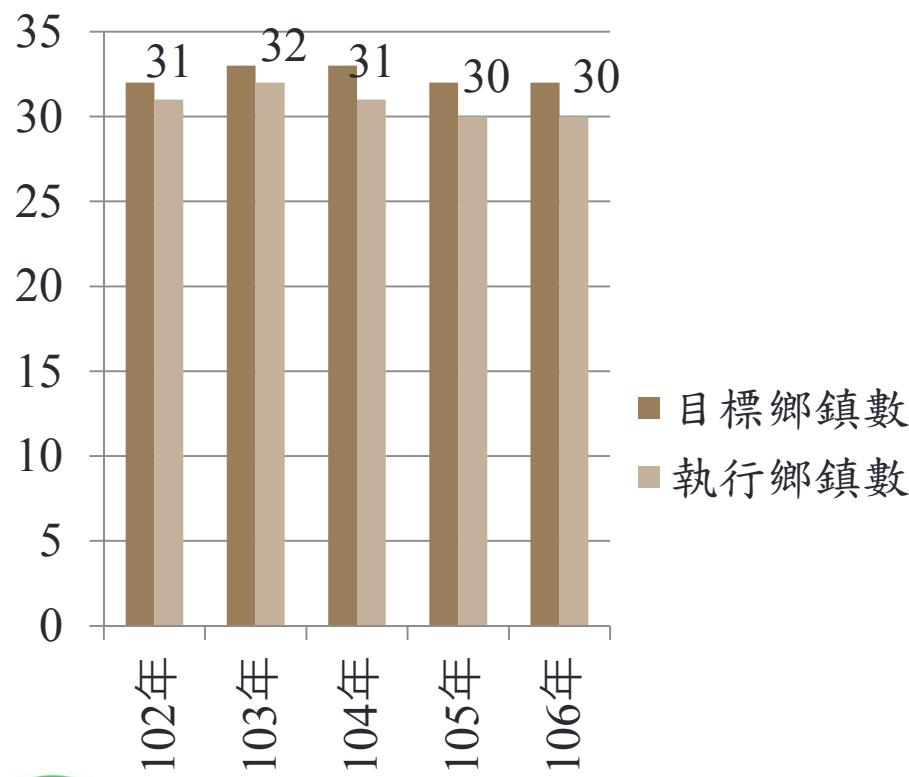
策略

- 獎勵開業計畫：增加當地現有醫療資源。
- 巡迴醫療計畫：將鄉外醫療資源送入醫療資源不足地區。



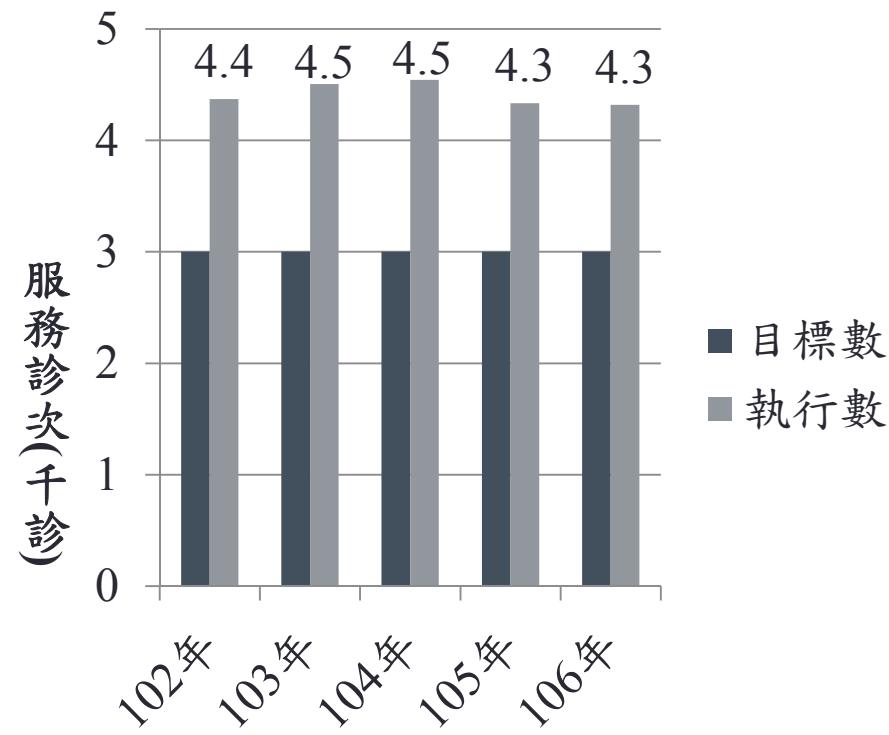
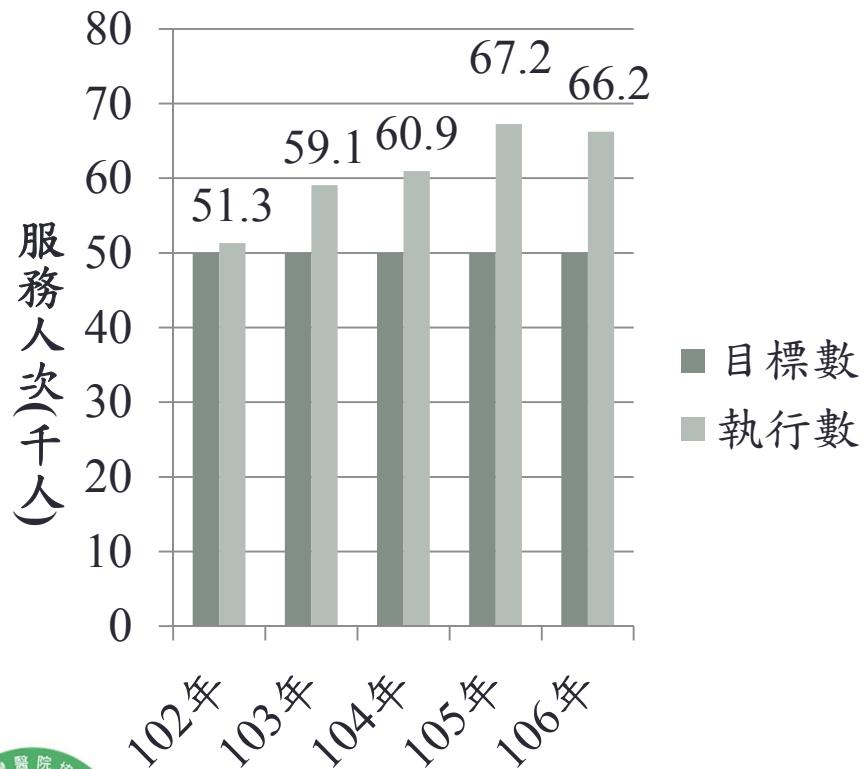
西醫醫療資源不足地區改善方案-執行狀況 (醫院)

-106年執行鄉鎮數30個，參與醫院共38間。



西醫醫療資源不足地區改善方案-執行狀況 (醫院)

-106年參與院所至醫療資源不足地區巡迴約4,320診次、服務約66,237人次。



小結

- 將持續秉持配合政策執行之精神，輔助西醫基層，填補醫療資源不足地區醫療服務的提供。
- 擬定期監測執行情形及民眾滿意狀況以做為未來的改善的方向。



醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案

目的

- 強化離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療，減少就醫奔波之苦。
- 以點值保障該等區域或鄰近區域之醫院，使其具備較佳醫療提供之能力，並加強提供醫療服務及社區預防保健，以增進民眾就醫之可近性。

策略

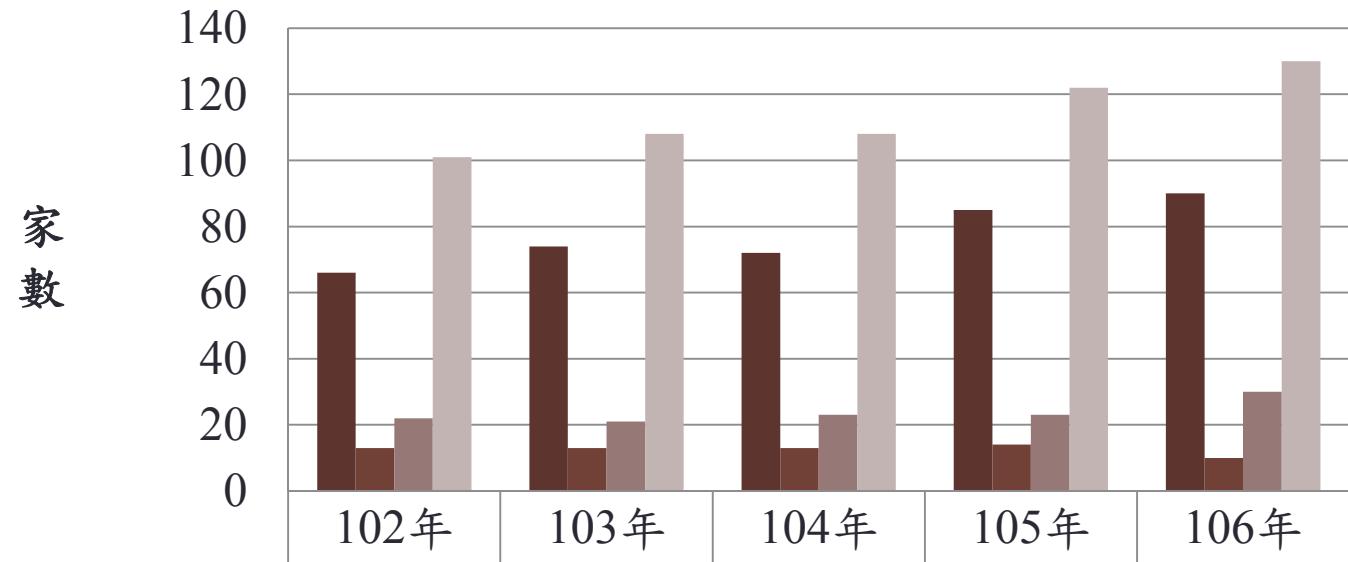
- 申請醫院須承諾強化之醫療服務：
 - 提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務(含支援醫師)，並應由各該專科醫師實際提供每週三次以上之門診看診服務。
 - 提供24小時急診服務。



醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案

-參與醫院

106年共有90家醫院參與本計畫



■ 參加本計畫	66	74	72	85	90
■ 參加偏鄉地區認定原則	13	13	13	14	10
■ 未參加	22	21	23	23	30
■ 合計	101	108	108	122	130

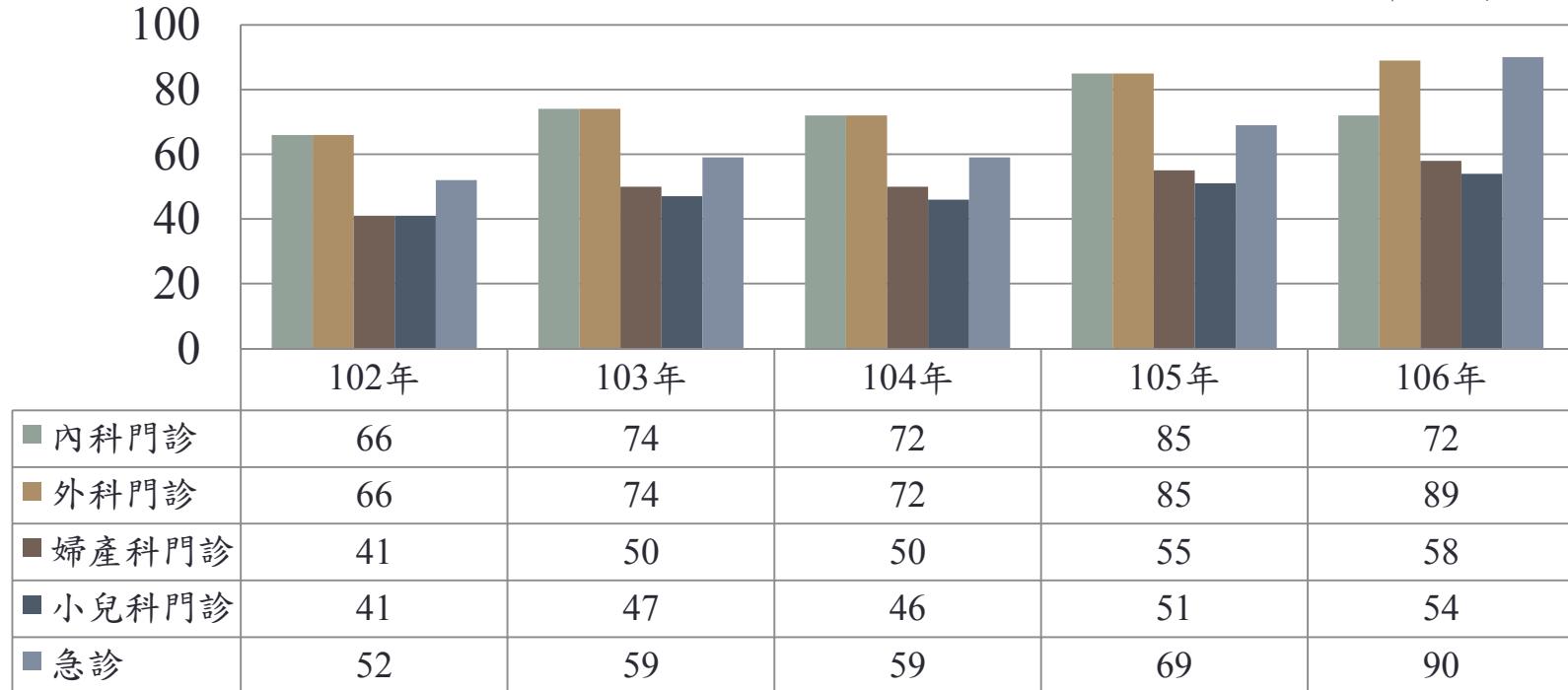


醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案

-提供科別服務情形

- 106年：72家提供內科服務、89家提供外科門診服務，58家提供婦產科門診服務、54家提供小兒科門診服務、90家提供急診服務。
 - 參與提供內外婦兒門診服務由各該專科醫師實際提供每週三次以上之門診看診服務。
 - 急診服務：提供24小時急診服務。

單位：家數



滿意度調查結果

- 106年各項目之滿意度皆達8成以上。

項目 年	有效問卷數					滿意度				
	102	103	104	105	106	102	103	104	105	106
對急診	754	741	813	921	861	88	82	89	90	91
對內科門診	1,022	944	982	1,010	1,070	92	88	93	94	93
對外科門診	948	827	904	923	923	90	86	91	91	92
對婦產科門診	580	583	615	619	553	89	86	91	91	86
對小兒科門診	487	484	503	575	563	87	82	89	89	89
對檢查	1,407	1,489	1,432	1,530	1,465	89	87	88	92	94

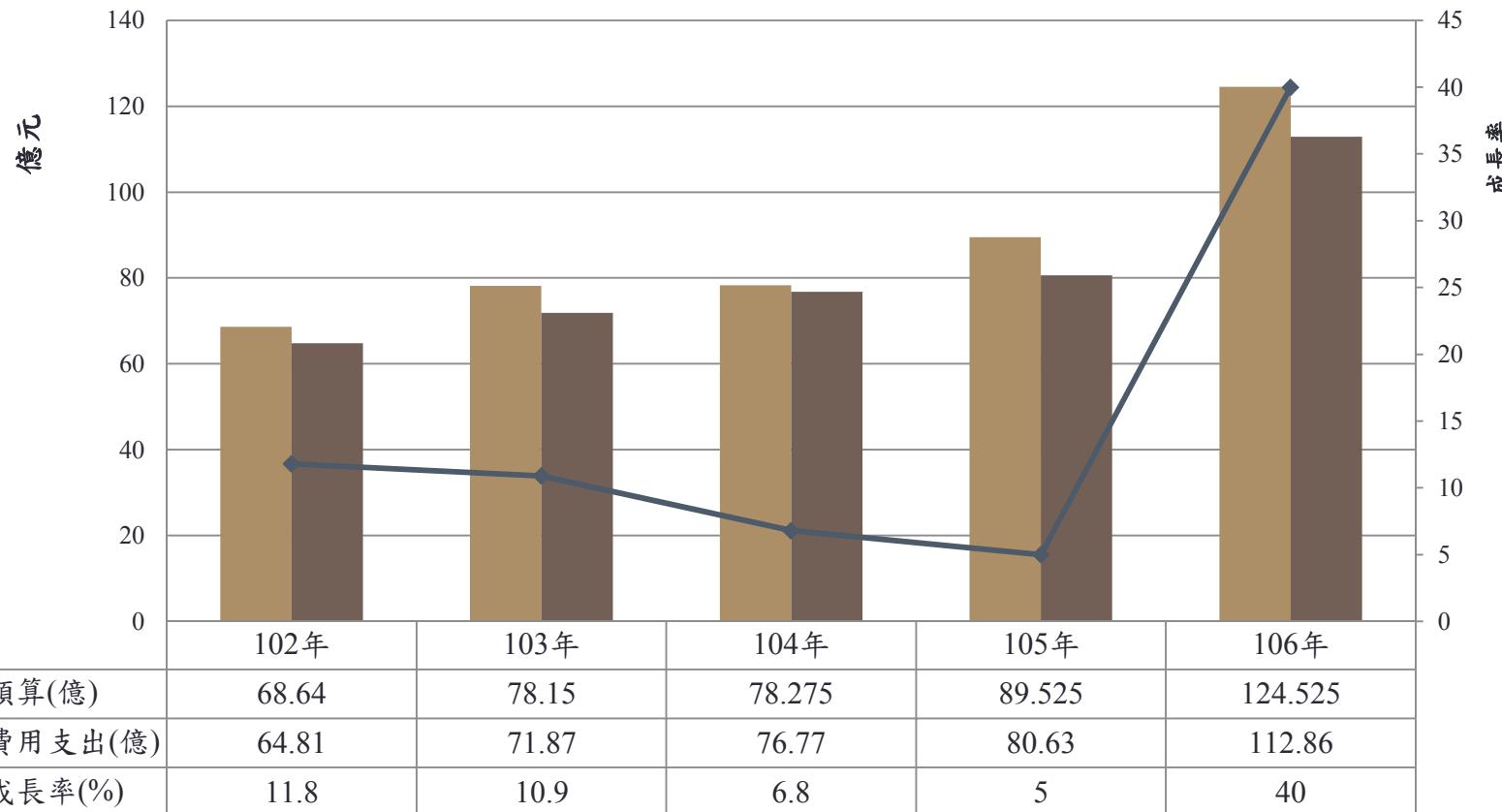


TW-DRGs檢討與未來

- 106年依據衛生福利部政策指示-建立支付制度長期(3-5)年改革方案之協商機制，落實整體制度改革
- 就TW-DRGs支付通則4.0版進行討論，共商決議
 - 修正Tw-DRGs支付點數計算公式，取消病歷組合CMI加成率
 - 重新試算調整基本加成率及兒童加成率
 - DRGs345階段實施期程
 - 配合ICD-10-CM/PCS重新試算各DRG權重
- 醫院協會將持續就DRG組間/組內費用暨分類進行研商及校正，並已成立跨領域DRG任務小組，未來會持續就DRG分類表、編碼共識、DRG拆/併組等專業意見提供予健保署參考。



罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材費用支出情形



註：

- 「罕見疾病與血友病藥費及罕見疾病特材」及「後天免疫缺乏病毒治療藥費」，預算不足有其他預算支應，104年新增罕見疾病特材、106新增後天免疫缺乏病毒治療藥費。
- 104年起新增罕見疾病特材費用，104年起預算0.125億元；104年執行數0.03億元，105年0.02億元，106年0.125億元。
- 106年起新增後天免疫缺乏病毒治療藥費預算35億元(執行數25.04億元)，故106年預算數及執行數之成長率驟高。



鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質

項目	年	102	103	104	105	106
預算數	值(億元)	36.72	39.72	39.72	41.62	42.157
	成長率(%)	5.4	8.2	0	4.8	1.3
預算執行數	值(億元)	32.28	36.05	36.96	39.01	41.92
	成長率(%)	3.0	11.7	2.5	5.5	7.5
預算執行率		87.9	90.8	93.1	93.7	99.4
<u>整體支出情形</u>						
移植人數	值(人)	1,456	1,590	1,591	1,657	1,726
	成長率(%)	2.2	9.2	0.06	4.1	4.2
移植費用	值(億元)	14.33	16.65	16.69	17.15	18.76
	成長率(%)	4.4	16.2	0.2	2.8	9.4
抗排斥藥費	值(億元)	17.94	19.39	20.26	21.85	23.15
	成長率(%)	8.6	8.1	4.5	7.9	6.0

註

- 1.本項專款用於心臟、肺臟、肝臟、腎臟、胰臟及骨髓等6項移植手術個案，及其當次住診費用及術後門住診追蹤之抗排斥藥費。
2. 105年新增腸移植，106年新增角膜處理費。



落實同儕管理-精進專業審查

106年醫院醫療服務審查勞務委託 -非醫院總額專業自主事務委託

- 委辦工作範圍
 - 一. 醫療服務審查人力之規劃與管理
 - 二. 辦理及改進醫療服務審查業務
 - 三. 建立以檔案分析為主軸之醫療服務審查異常管理作業方式
 - 四. 辦理編碼品質審查，檢討編碼審查文件（包括手術處置碼與醫令對應檔），以精進編碼正確性。
 - 五. 辦理其他與醫院醫療服務審查及諮詢相關之事項
 - 六. 處理醫療服務審查申訴或陳情案件，並提供醫療院所對審查作業、檔案分析或抽樣方式等意見表達之管道。



專業審查業務

- 遴聘2,572位審查醫藥專家、120名疾病分類輔助審查專員
- 106年(106/4/1~107/3/31)合計審查專業服務案件近114萬件

分區	初審案件 A	申覆案件 B	其他案件 C	合計A+B+C	爭審 案件	自墊 核退
台北區	137,772	22,780	163,776	324,328	92	18,920
北區	77,518	7,379	76,730	161,627		
中區	146,599	18,254	102,849	267,702		1,433
南區	60,956	14,322	115,760	191,038	8	1,644
高屏區	71,772	51,324	67,682	154,778		
東區	12,734	899	10,995	24,628		



平息審查爭議

-審查注意事項透明化、審查尺度齊一化

- 爭議、不平往往導因於對政策制度的不明確、共識不足，資訊落差所致
- 醫院部門自承接醫院醫療服務專審委託，旋即於各專科醫學會多次溝通，以瞭解其想法與接受建言
- 充分與健保署配合，積極溝通，亦感謝健保署暨各區業務組的指導與支援。
- 106年完成18科審查注意事項修訂：泌尿科、婦產科、兒科、耳鼻喉科、大腸直腸外科、整形外科、急診醫學科、神經外科、放射線科、外科、骨科、心臟胸腔外科、消化外科、小兒外科、乳房暨甲狀腺、免疫風濕科、復健科、內科等
- 20項病症、健保藥物、手術及檢驗（查）審查原則的研討修訂授權分區視需要召開審查注意事項導讀及共識會議討論。

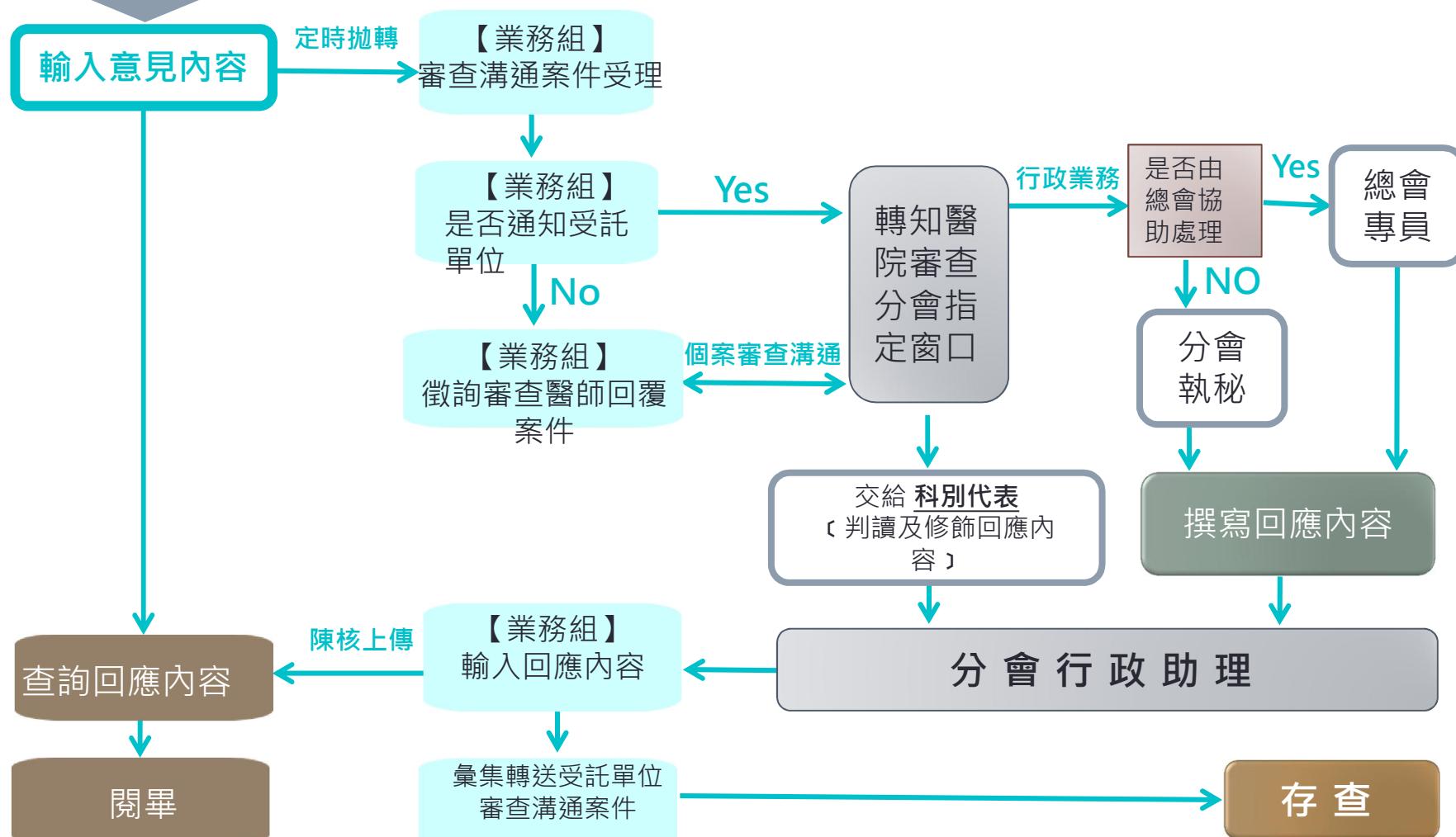


同意使用同意書

點選插入審查案件

平息審查爭議

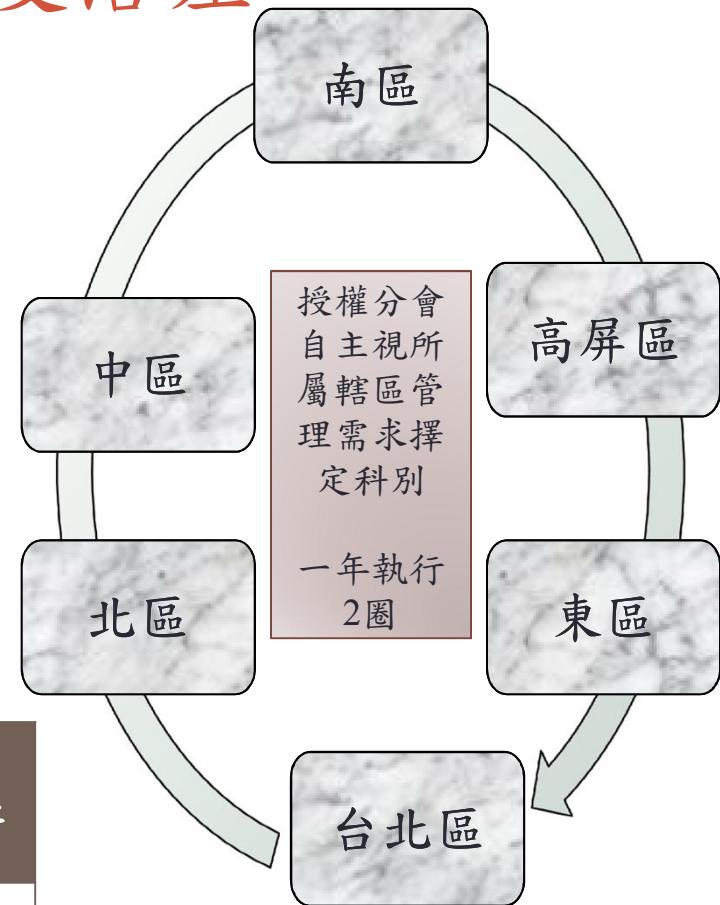
-配合健保署政策指示，建構健保醫療資訊溝通VPN平
台，強化溝通



提升審查品質，縮小審查尺度落差

- 進行全區跨區審畢評量作業
- 授權各分會自所屬區域中，一定期間的審查核減率，針對核減異常之科別、需加強管理的科別，進行立意抽樣作業。
- 完成評量後再交付各分會就評量結果進行評量並進行改進

審查合理佔率	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區
第一輪	91.0%	87.9%	92.1%	87.8%	89.9%	65%
第二輪	88.3%	83.77%	85.6%	83.1%	83.5%	82.9%



初核核減率、申復後核減率及爭審後核減率小於105年

核減項目年	102年	103年	104年	105年	106年	說明
初核核減率	2.82	2.66	2.45	1.30	1.23	106年初核核減率除中區外皆略低於105年
	台北	3.89	3.28	2.95	1.40	
	北區	1.71	1.87	1.30	0.76	
	中區	2.34	2.23	2.05	1.40	
	南區	2.71	3.10	3.53	1.28	
	高屏	2.30	2.22	2.01	1.49	
	東區	1.83	2.12	1.79	1.09	
申復後核減率	1.89	1.83	1.68	0.98	0.94	106年申復後核減率各區情形不一，6區中有4區略低於105年。
	台北	2.54	2.23	1.97	1.04	
	北區	1.40	1.57	1.02	0.62	
	中區	1.48	1.44	1.31	0.99	
	南區	1.78	2.05	2.53	0.94	
	高屏	1.64	1.58	1.40	1.20	
	東區	1.16	1.16	1.08	0.87	
爭審後核減率	1.76	1.70	1.58	0.96	0.93	106年爭審後核減率除中區餘區皆低於105年
	台北	2.35	2.05	1.85	1.01	
	北區	1.32	1.48	0.96	0.61	
	中區	1.38	1.35	1.23	0.97	
	南區	1.65	1.89	2.36	0.92	
	高屏	1.55	1.50	1.33	1.20	
	東區	1.14	1.14	1.03	0.87	



醫院部門自發性規劃減少非必要性醫療行為監測指標做法

- 應用大數據分析，朝健保署既定精準審查方向邁進。
- 先以各分區成長快速之醫療服務和檢驗檢查來著手規劃，設定結果面的監測，依據此監測規劃審查強度，未來穩定後可用以作為核付折扣之比例，最終目的是醫療服務結果面全面納入監控。
- 對於不恰當之招攬行為造成浮濫使用醫療服務，依據分級醫療策略六為基礎，責成各分會凝聚共識並規劃如何加強其審查強度並設定為負向之品質指標。
- 建議針對 High Volume, High Cost 案件挑選出具代表性案件，依據EBM、guide line等進行共識的標準化醫療服務，以促進醫療品質進步減少醫療浪費。
- 對推動分級醫療的政策，規劃宏觀面（大醫院的門住診比例、門診申報量）的正負向品質指標，協助政策推動。



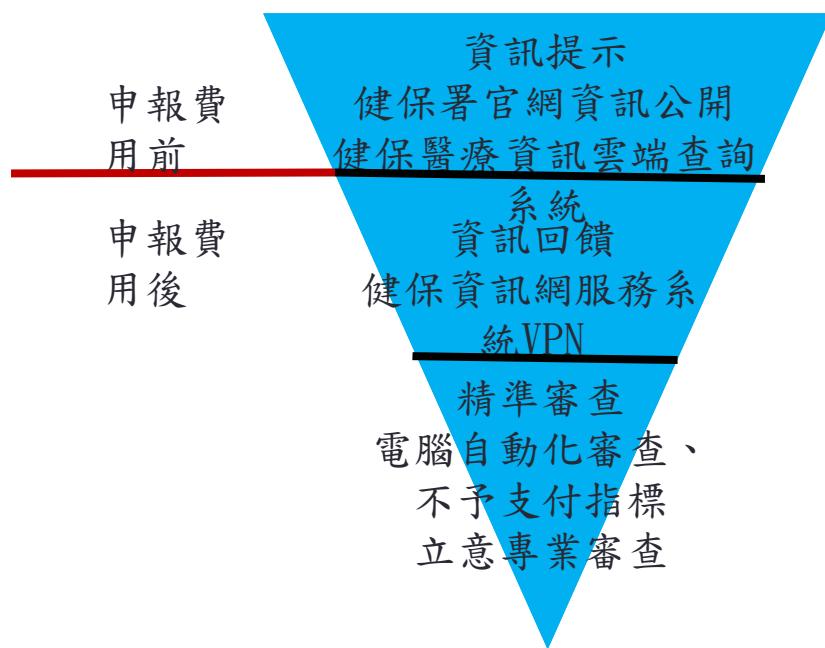
醫院部門初擬執行調整醫療服務行為之品質監測指標

- 門診直線加速器（36012B），加強抽審門診直線加速器（36012B）、先以乳癌及攝護腺癌為主要查核疾病別，對每人費用大於15萬或每人照野數大於4的案件進行討論。
- 心臟超音波，擬就同一病患3至6個月內重複實施杜卜勒氏彩色心臟血流圖或一年內大於4次之案件。
- 糖尿病，查核同一病人同一院所同一醫師或不同醫師安排2次或2次以上HbA1c檢查的案件。
- 復健物理治療，查核年復健物理治療大於等於180次的案件。
- 電腦斷層及核磁共振檢驗次數超過一定範圍的案件。



醫院部門醫療服務審查未來方向

- 醫院部門未來仍就繼續配合衛生福利部中央健康保險署既定之審查政策，提供醫院部門專業建議，輔助健保署應用健保大數據進行指標管理，讓審查作業更為精準，立意審查取代隨機，調降審查案件量，讓臨床醫師臨床專業更為注重同時減少對院所的財務衝擊。



資料來源：摘錄自王本仁（2017.12）。健保審查制度之規劃，台灣醫院協會DRG審查說明會簡報，台北

新醫療科技執行現況 與未來展望

106年新醫療科技：0.531%；20.63億元

類別	項目	申報金額-百萬	類別合計
新增診療項目	新增項目	122.402	142.999
	修訂項目	20.597	
藥品	新藥	312.9	2,962.5
	修訂藥品給付規定	2649.6	
特材	新特材	138.76	184.01
	修訂特材給付規定	45.25	
合計			3,289.51

106年新醫療科技（新增診療項目、新藥及新特材）新增及修訂總申報金額已超過原核定預算



新藥預算已計算替代率？！

收載年度	分類	品項數	申報金額(百萬元)				
			102年	103年	104年	105年	106年
102年	第1類	2	33.1	30.0	25.1	22.7	17.2
	第2A類	4	122.8	465.0	712.6	993.7	1,113.7
	第2B類	23	0.6	14.6	63.2	151.3	238.3
	合計	29	156.4	509.6	801.0	1,167.7	1,369.1
103年	第1類	3		0.9	7.3	8.2	7.8
	第2A類	12		84.9	704.6	918.9	1,168.9
	第2B類	30		110.0	1,046.3	2,184.4	3,043.6
	合計	45		195.9	1,758.1	3,111.6	4,220.4
104年	第1類	3			31.6	235.3	352.9
	第2A類	18			134.5	557.9	788.5
	第2B類	19			40.2	232.6	530.5
	合計	40			206.3	1,025.8	1,671.6
105年	第1類	4				31.6	390.9
	第2A類	12				174.9	1,019.2
	第2B類	10				9.9	228.0
	合計	26				216.4	1,638.0
106年	第1類	6					238.1
	第2A類	15					56.1
	第2B類	29					18.6
	合計	50					312.9

102年至106年新藥給付後申報情形

收載 年度	品 項 數	申報年度及金額（百萬元）									
		102年		103年		104年		105年		106年	
		申報 費用	成長 率	申報 費用	成長 率	申報 費用	成長 率	申報 費用	成長率	申報 費用	成長率
102	29	156.4		509.6	226%	801.1	57%	1,167.7	46%	1,371.6	17%
103	45			195.9		1,758.1	798%	3,111.6	77%	4,224.8	36%
104	40					206.3		1,025.8	397%	1,674.9	63%
105	26							215.8		1,640.9	660%
106	50									312.9	

資料來源：全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部份
第31次會議議程簡報



新特材健保納保品項申報情況

收載 年度	特材分類	品項數	申報費用 (百萬點)
105年	創新功能	42	18.2
	功能改善	54	82.6
	過程面特材	10	216.2
	合計	106	316.9
	創新功能	29	61.68
106年	功能改善	54	77.08
	合計	83	138.76

收載 年度	分類	品 項 數	申報金額 (百萬元)				
			102年	103年	104年	105年	106年
102年	創新功能	1	0.04	1.02	1.61	1.98	2.0
	功能改善	1	0.05	0.18	0.29	1.18	1.7
	合計	2	0.09	1.20	1.90	3.16	3.61
103年	創新功能	10		0.73	3.06	3.80	1.8
	功能改善	16		21.50	77.04	84.88	80.3
	合計	26		22.23	80.10	88.69	82.1
104年	創新功能	7			57.36	85.37	79.8
	功能改善	53			54.01	95.28	84.0
	合計	60			111.37	180.65	163.9
105年	創新功能	42				18.20	125.9
	功能改善	54				82.55	253.6
	過程面	10				216.2	386.4
	合計	106				316.9	765.9
106年	創新功能	29					77.4
	功能改善	54					61.3
	合計	83					138.8



新增診療項目申報及費用使用流向

單位：百萬

類別	項目 數	預估年 增點數	實際申 報點數	經費來 源	申報 年度	項目 數	總額 預算	新增診 療項目 推估申 報增加 點數	102 年	103年	104年	105年	106年	
					生效 年度									
新增	17	262.164	122.402	一般服務 新醫療 科技	102年	11	372.0	295.8	108.2	287.9	334.2	394.3		
修訂	4	129.066	20.597	一般服務 新醫療 科技	103年	91	950.0	310.9		279.2	1,158.6	1,330.4		
	7	92.813	19.886	非協商 因素	104年	27	300.0	950.3			75.2	269.8		
	3	-220.580	-39.778	非協商 因素	105年	26	300.0	253.7				105.9		
					106年	21	393.0	391.23					142.99	
					合計	172	2315.0	2,072.86	108.2	567.1	1,568	2,100.4	142.99	





醫院部門就新醫療科技引進與預算連動概念

新藥新科技等新醫療科技的引進，扣除緊急需求，應設有一定期間，含評估與公告周知以契合各界反應，共擬會議所通過之項目，應以隔年實施為原則，以緩和財務影響

共擬會議

健保署

衛福部社保司

全民健康保險會

健保署

一年召開固定次數決定次一年度擬引進之新興醫療科技項目與排序

運用一年的時間務實評估新興醫療科技的替代情況與財務影響

參據共擬會議決議產出新興醫療科技引進排序與預算，編列合理充足年度預算提供國發會

依據年度核定的總額上下限，協商年度新興科技預算

依據健保會協商經衛福部核定公告的預算按排序引進，並循程序公告執行日後監測作業，定期於會議中呈現



給付項目及支付標準修訂

106年醫院總額-醫療服務成本指數改變率所增加之預算 -60億用以優先調整重症項目」

類別	調整內容	項目數	預估年增點數 (億點)	106.10-12 申報點數 (億點)
基本診療	調升ICU住院診療費	3	15.97	3.55
	高危險妊娠住院診療費	1	0.50	0.17
	急診診察費我1-2級	2	1.78	0.24
	精神科急診診察費	1	0.07	0.01
	放寬急診診察費例假日加成時間	7	0.27	0.14
	急診觀察床病房費/護理費（第一天）	4	3.2	1.09
	兒童專科醫師加成	16	7.65	1.62
	手術項目	130	13.50	2.91
特定診療	手術通則調整		0.67	0.52
	麻醉項目	2	2.38	0.60
	手術項目兒童加成全面列為提升兒童加成	1,513	1.37	0.33
	生產支付標準 (DRG+論病例計酬)	13	3.51	0.58
	治療處置	11	4.07	0.83
	檢驗檢查	13	4.61	0.66
總計		1,716	59.56	13.27

資料提供：衛生福利部中央健康保險署



106年醫院總額非協商因素-醫療服務成本指數改變率(89.67億)

-扣除60億後的餘數分配，用以「壯大社區」調整地區醫院基本診療

類別	實施日期	調整內容	項目數	預估年增點數	申報點數
				預估全年 單位：千點	單位：千點
基本診療	106.10.1	門診診察費加成再提升15%	19	1,414,763	253,018
		病房費調升至與區域醫院相同 點數	9	314,739	50,567
		住院護理費提升3.5%	9	197,908	24,714
		住院護理費偏鄉加成由3.5%調 升為15%	12	154,670	17,375
		急診診察費保障至每點1元	-	134,627	51,638
總計				2,216,707	397,312



結論

- 醫院部門睽違13年再次參與專業審查作業，未來會努力急起直追，朝向專業自主管理方向邁進。
- 謝謝各界賢達及健保署暨業務組的幫忙
- 經過一年的執行，雖然還沒真正走入完全的自主管理，尚改善空間，但醫院部門溝通對話的平台已建





醫院部門自許
未來努力撐起守護國
人健康的重大任務
與健保署共創多贏之
局

謝謝聆聽！！