

107年醫院總額部門 執行成果報告

潘延健副執行長

108.07.18

大綱

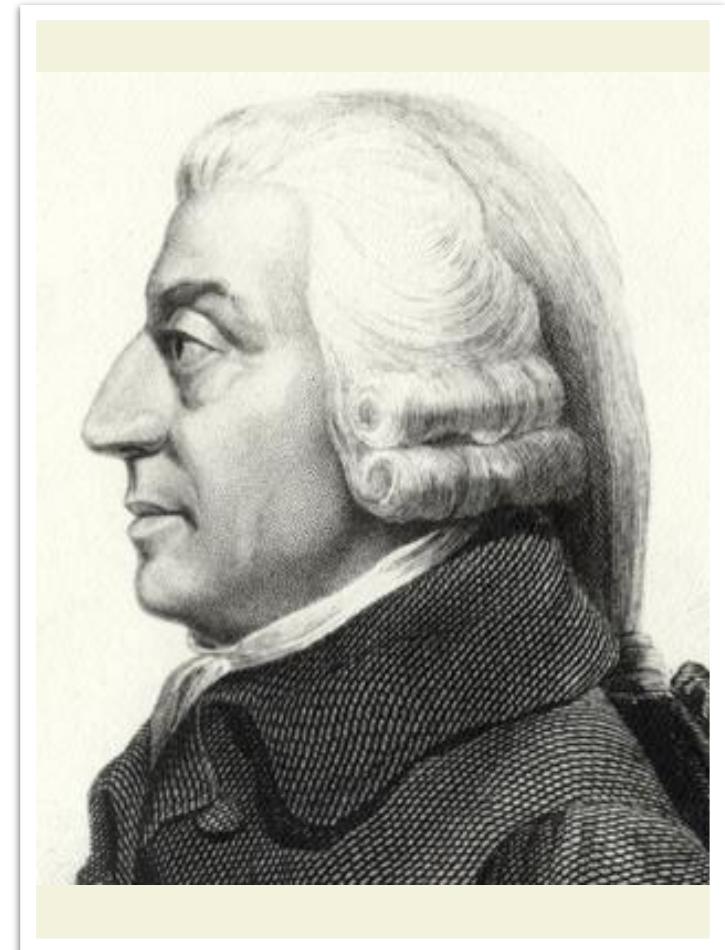
- 前言
- 107年醫療利用情形
- 分級醫療執行情形
- 護理人力(護病比)之現況與改善情況
- 持續Tw-DRGs結構分析，強化支付適當
- 落實同儕管理-精進專業審查
- 保險對象就醫權益
- 新醫療科技執行現況與未來展望
- 其他預算專案計畫
- 紿付項目及支付標準修訂
- 醫院風險移撥款



資源有限，慾望無窮

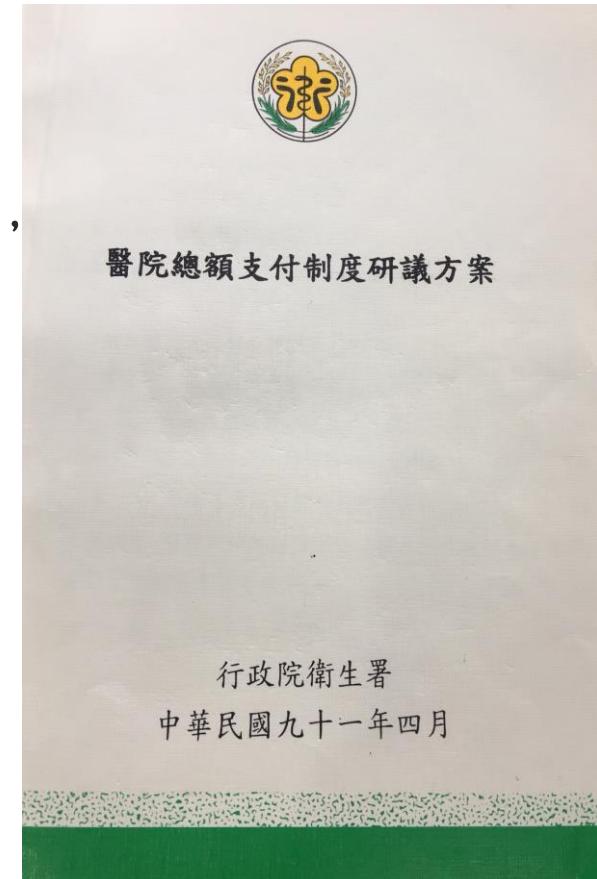
~ Adam Smith

在有限資源
最適資源配置的運用



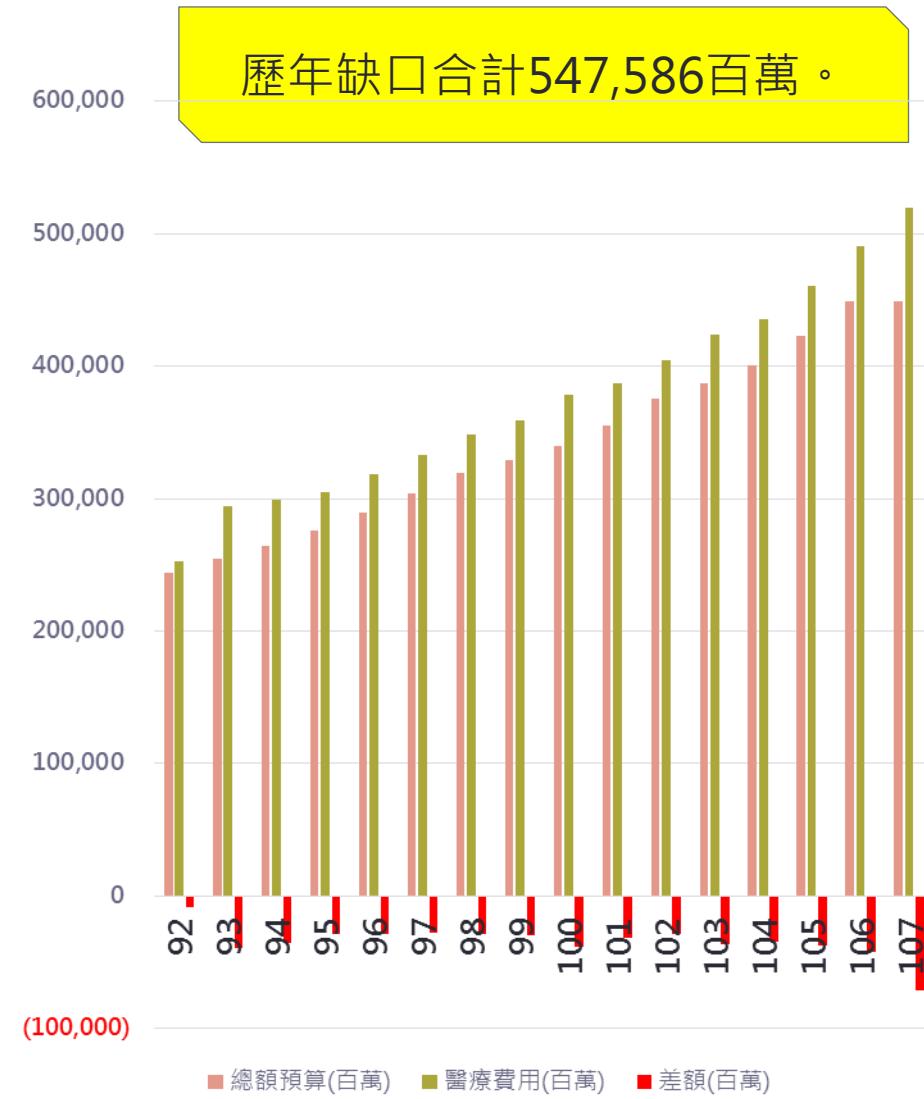
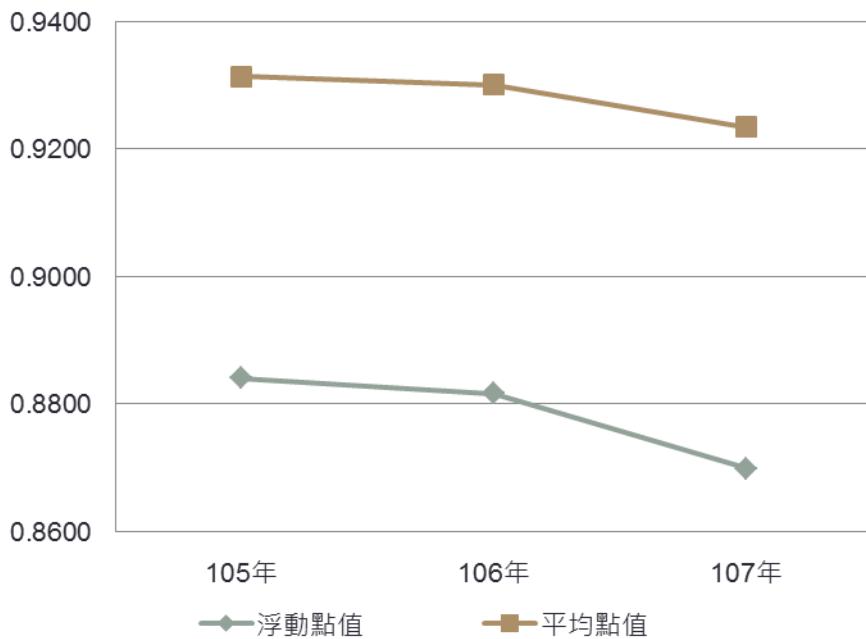
醫院總額支付制度的推動策略

- 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-醫院服務點數高於總額預算數

- 92年迄今名目浮動點值與平均點值持續滑落。
- 如以105~107年來看：
 - 浮動點值:0.8840→0.8699
 - 平均點值:0.9314→0.9235



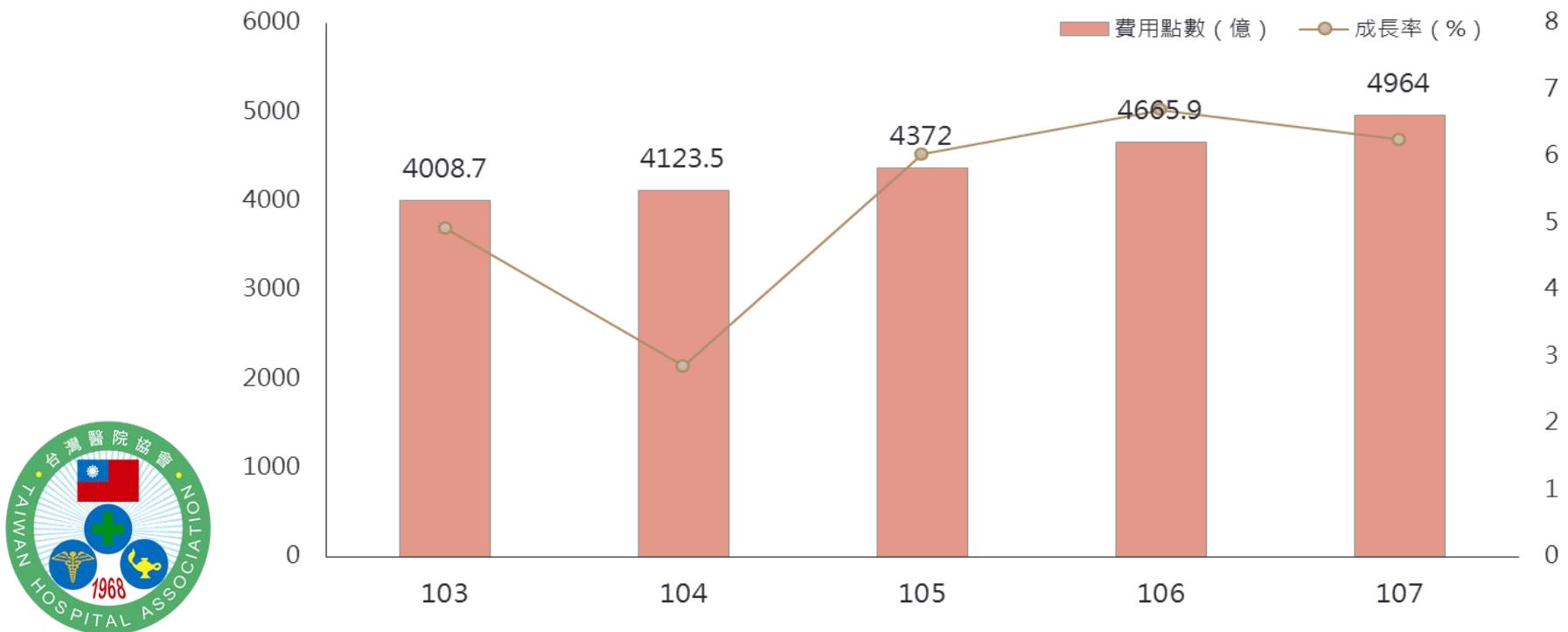
107年醫療利用情形

總費用點數

項目	年	103	104	105	106	107
費用點數 (億)		4008.7	4123.5	4372.0	4665.9	4964.0
成長率 (%)		4.92	2.86	6.03	6.7	6.25

資料來源：衛生福利部中央健康保險署107年1月及108年4月全民健康保險業務執行報告 · 台北。

103~107年總費用點數

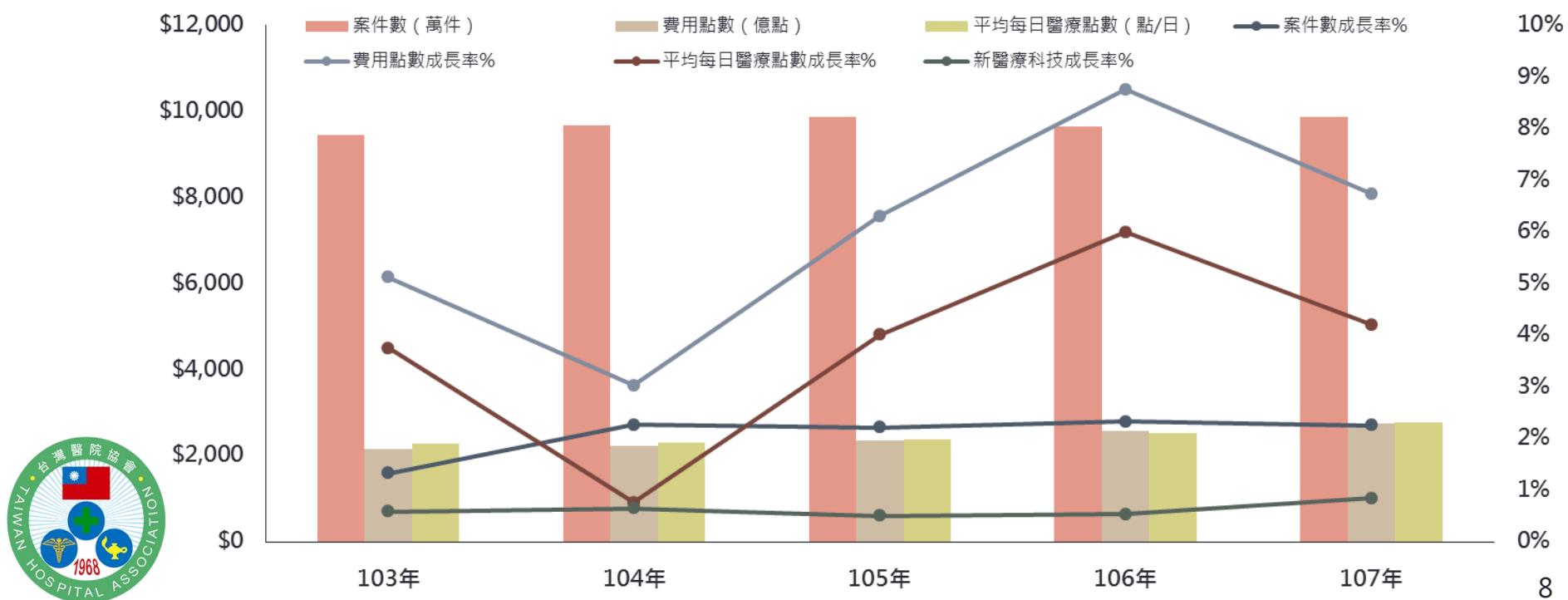


103~107年門診利用情形

項目	年	103年	104年	105年	106年	107年
案件數						
-值 (萬件)	9,444.8	9,658.2	9,871.8	9,648.3	9,865.8	
-成長率%	1.33%	2.26%	2.21%	2.32%	2.25%	
費用點數						
-值 (億點)	2,151.3	2,216.6	2,356.3	2,562.7	2,735.2	
-成長率%	5.12%	3.03%	6.3%	8.75%	6.73%	
平均每日醫療點數						
-值 (點/日)	2,277.8	2,295.1	2,386.8	2,530.2	2,772.4	
-成長率%	3.75%	0.76%	4.0%	5.99%	4.2%	
新醫療科技						
-成長率%	0.584%	0.646%	0.503%	0.531%	0.844%	

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。

103~107年門診利用情形

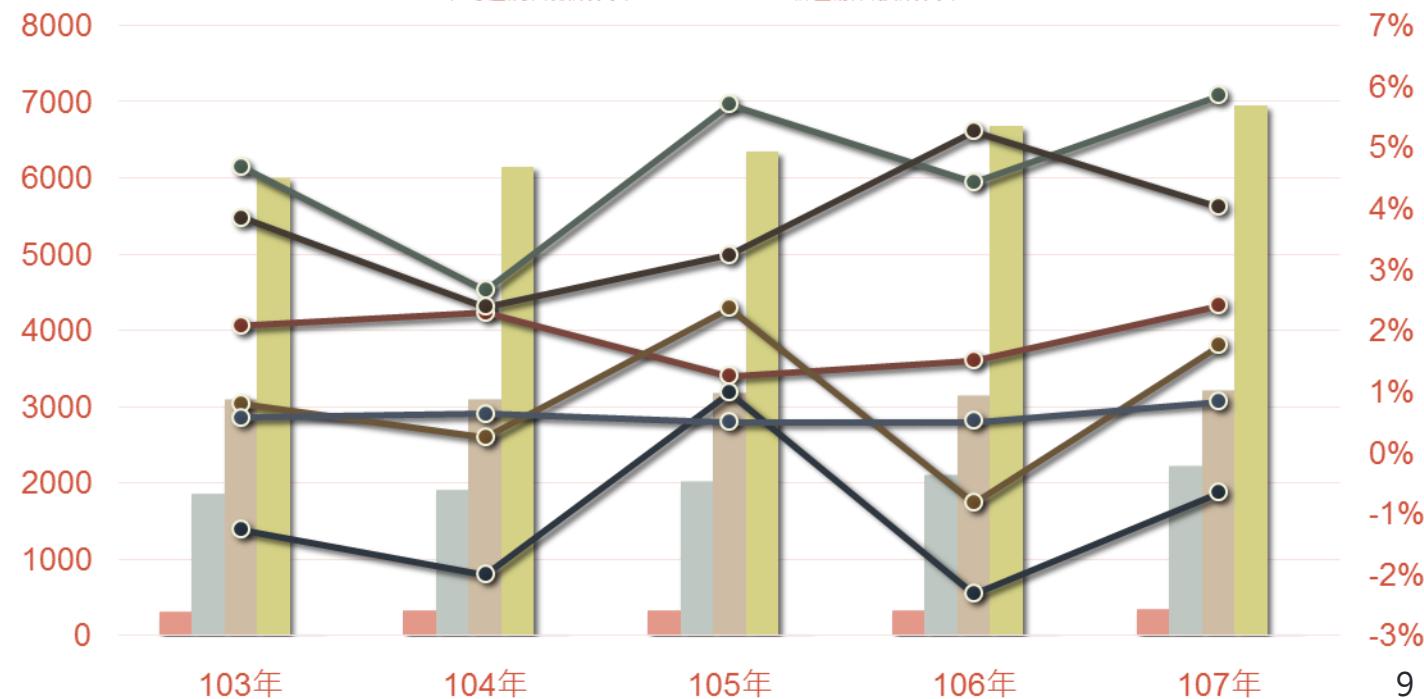
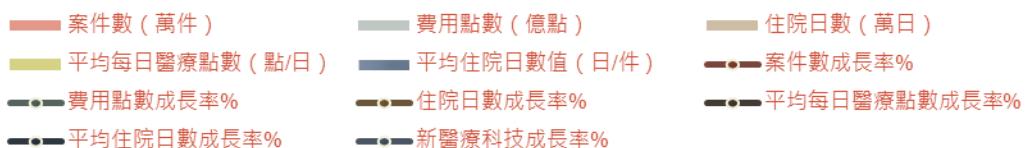


103~107年住診醫療利用情形

項目	年	103年	104年	105年	106年	107年
案件數						
-值 (萬件)		313.5	320.7	324.7	329.7	337.7
-成長率%		2.09%	2.3%	1.27%	1.52%	2.42%
費用點數						
-值 (億點)		1,857.3	1,906.9	2,015.8	2,105.2	2,228.8
-成長率%		4.68%	2.67%	5.71%	4.43%	5.87%
住院日數						
-值 (萬日)		3,091.6	3,099.5	3,173.3	3,150.1	3,205.7
-成長率%		0.81%	0.26%	2.38%	-0.81%	1.77%
平均每日醫療點數						
-值 (點/日)		6,007.8	6,152.2	6,352	6,682.9	6,952.6
-成長率%		3.85%	2.40%	3.25%	5.27%	4.03%
平均住院日數						
-值 (日/件)		9.86	9.66	9.77	9.5	9.49
-成長率%		-1.26%	-1.99%	1.0%	-2.3%	-0.64%
新醫療科技						
-成長率%		0.584%	0.646%	0.503%	0.531%	0.844%

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。

103~107年住診醫療利用情形

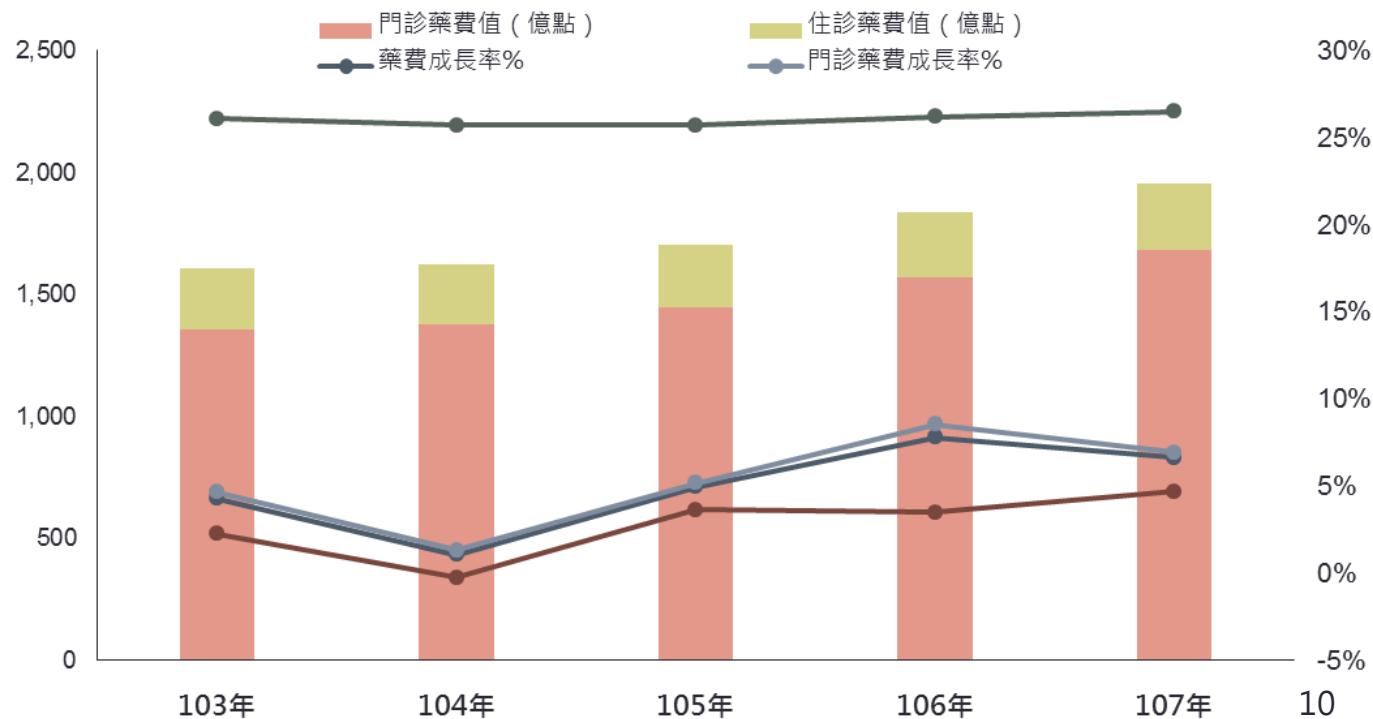


藥費

項目	年	103年	104年	105年	106年	107年
藥費						
-值 (億點)		1,605.3	1,622.4	1702.6	1,835.4	1,956.9
-成長率%		4.27%	1.06%	4.94%	7.78%	6.62%
門診藥費						
-值 (億點)		1,358.9	1,376.7	1,447.9	1,571.7	1,680.9
-成長率%		4.64%	1.31%	5.17%	8.53%	6.95%
住診藥費						
-值 (億點)		246.4	245.7	254.7	263.6	276.0
-成長率%		2.27%	-0.26%	3.65%	3.48%	4.68%
藥費占總費用比率%		26.1%	25.7%	25.7%	26.2%	26.5%
-門診		31.8%	31.5%	31.6%	32.2%	32.7%
-住診		13.1%	12.7%	12.5%	12.4%	12.3%

103~107年藥費使用情形

資料來源：衛生福利部中央健康保險署107年1月及108年4月全民健康保險業務執行報告・台北。

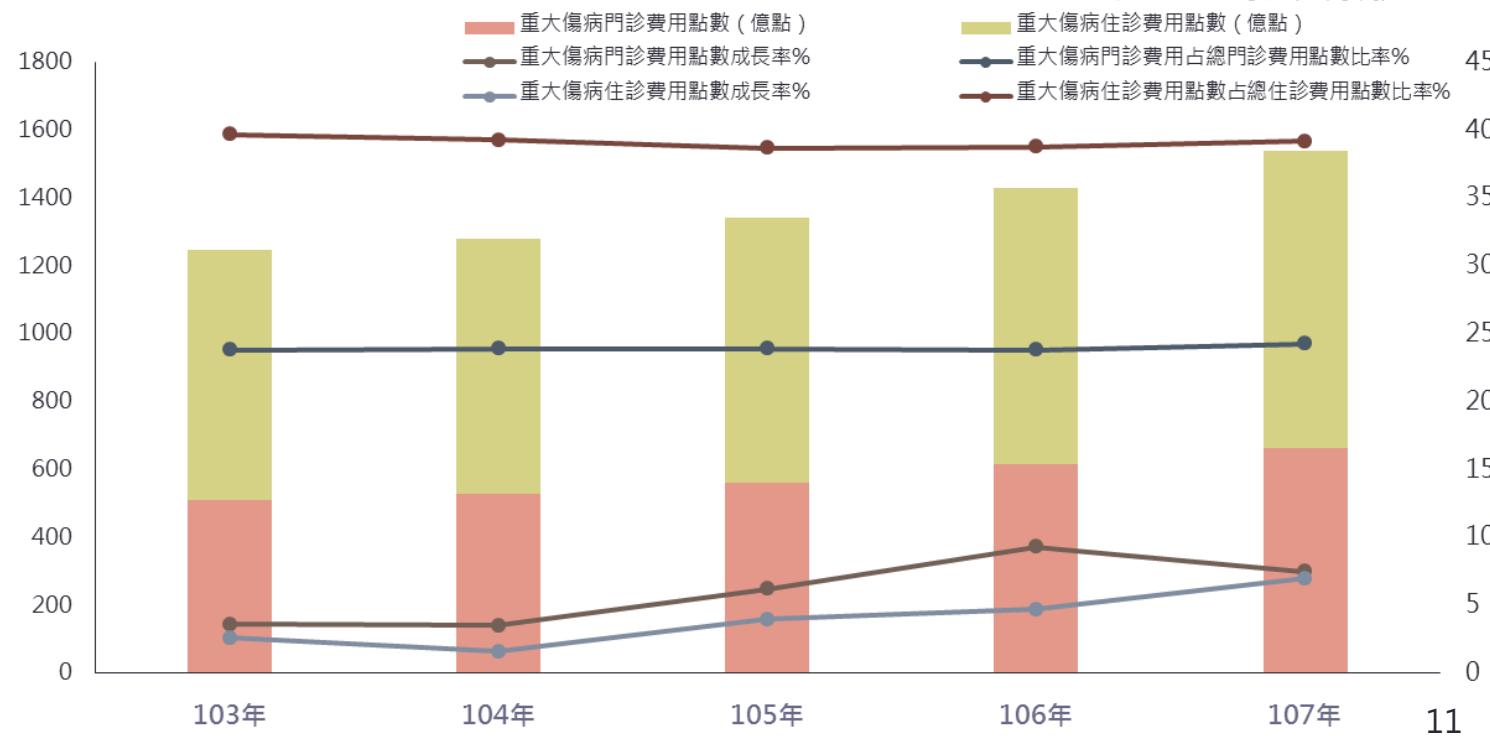


重大傷病

項目	年	103年	104年	105年	106年	107年
重大傷病門診費用點數						
-值 (億點)		511.52	529.28	562.19	614.48	664.76
-成長率%		3.6%	3.5%	6.2	9.3%	7.5%
重大傷病門診費用占總門 診費用點數比率%		23.8	23.9	23.9	23.8	24.3
重大傷病住診費用點數						
-值 (億點)		737.56	749.47	779.53	816.55	873.72
-成長率%		2.6%	1.6%	4.0%	4.7%	7.0%
重大傷病住診費用點數占 總住診費用點數比率%		39.7	39.3	38.7	38.8	39.2

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

103~107年重大傷病利用情形

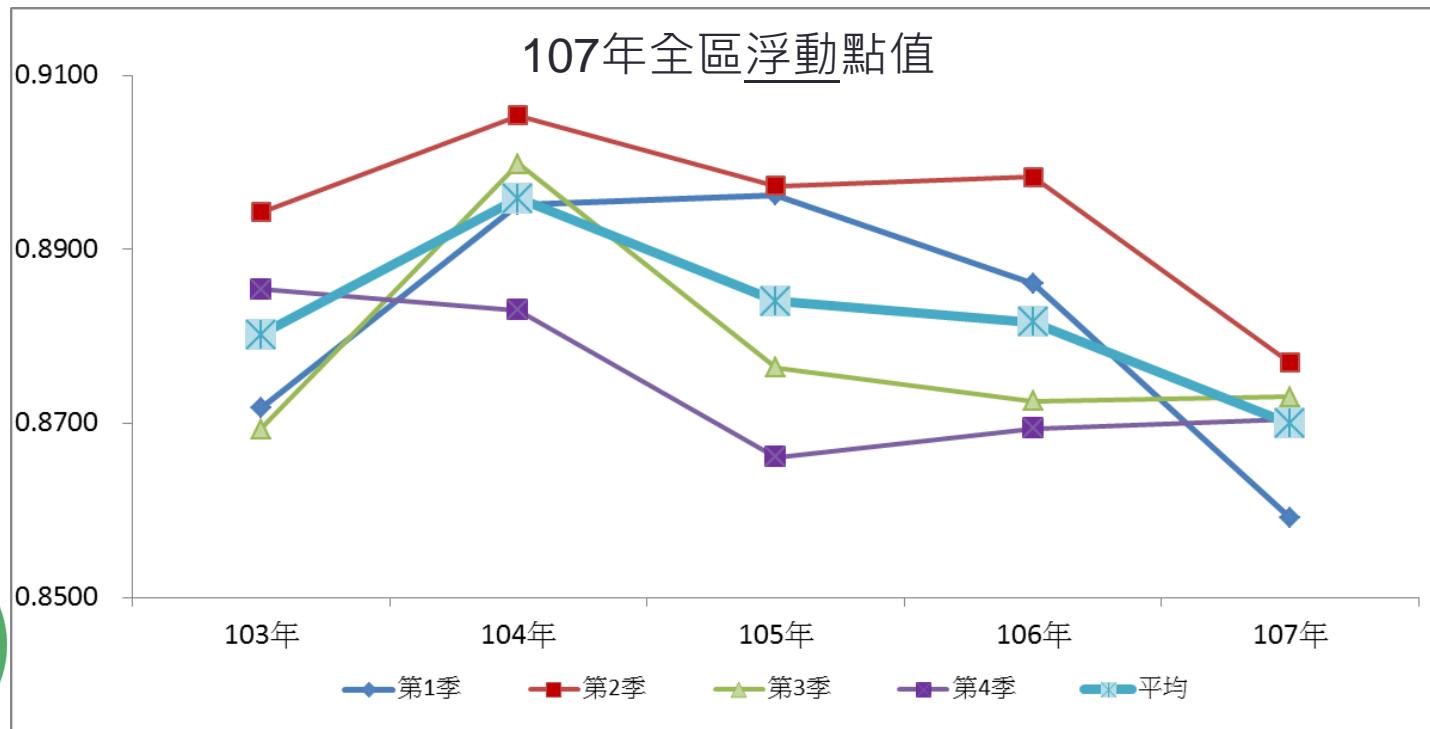


全區浮動點值

- 107年年平均浮動點值0.8699低於106年0.8816

季別	年	103年	104年	105年	106年	107年
第1季	0.8718	0.8952	0.8963	0.8861	0.8591	
第2季	0.8943	0.9054	0.8973	0.8984	0.8770	
第3季	0.8693	0.8998	0.8764	0.8726	0.8731	
第4季	0.8854	0.8830	0.8661	0.8694	0.8705	
平均	0.8802	0.8959	0.8840	0.8816	0.8699	

資料來源：健保署網站提供之各總額部門結算及預估點值統計表。

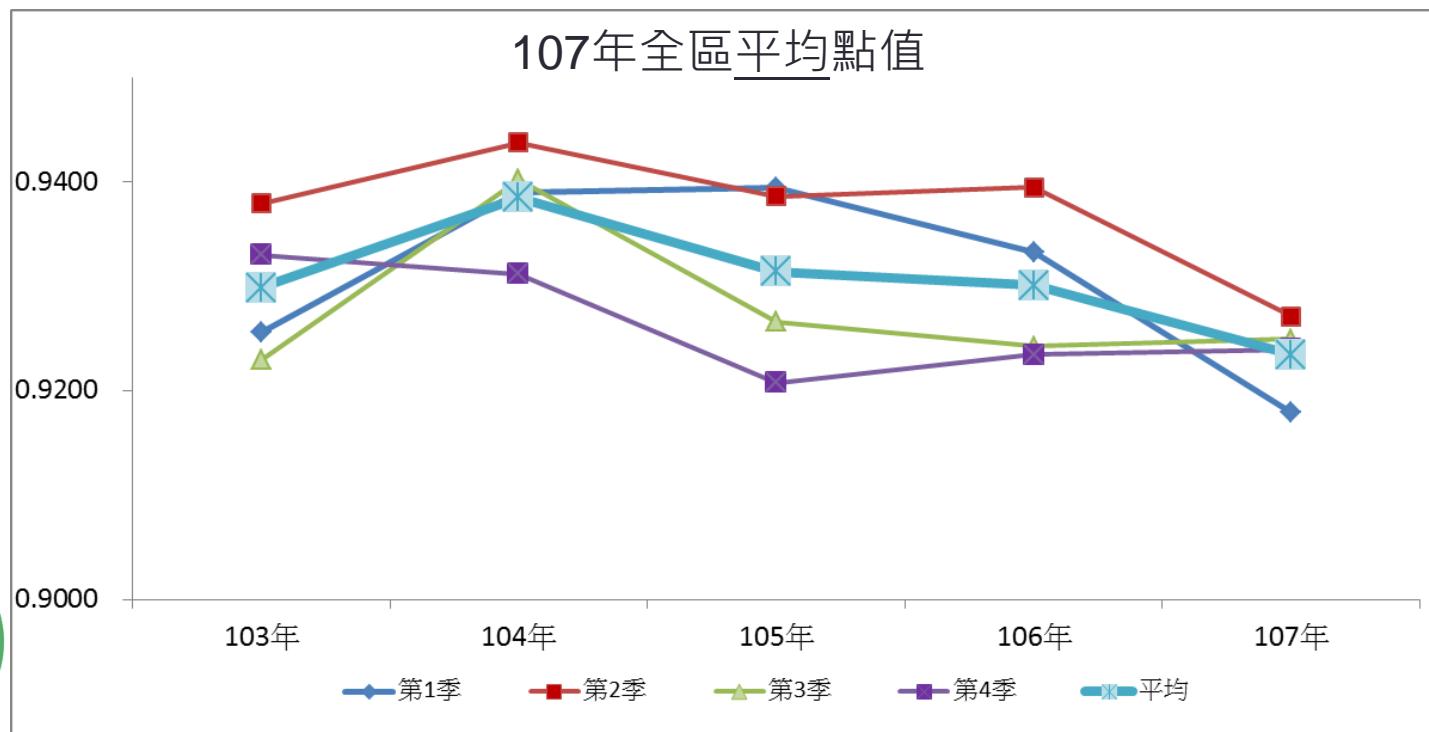


全區平均點值

- 107年全區平均點值0.9235低於106年0.9301

季別	年	103	104	105	106	107
第1季	0.9255	0.9390	0.9395	0.9333	0.9179	
第2季	0.9379	0.9438	0.9387	0.9395	0.9271	
第3季	0.9229	0.9402	0.9266	0.9243	0.9249	
第4季	0.9330	0.9312	0.9208	0.9234	0.9239	
年平均	0.9298	0.9385	0.9314	0.9301	0.9235	

資料來源：健保署網站提供之各總額部門結算及預估點值統計表。



分級醫療執行情形

全國各地大力推動分級醫療雙向轉診



台北區



北區



中區



ETtoday新聞雲

南區



高屏區



東區

強化轉診合作、節約醫療資源

- 為配合健保署分級醫療措施，醫院部門強化轉診合作，並於HIS系統中建置完備相關院所轉診及報告傳送機制。
- 轉診制度的落實強化：
 - ✓ 總就醫次數：醫學中心與區域醫院近兩年均有減少的趨勢，而地區醫院與西醫基層則有上升的趨勢。
 - ✓ 轉診率：各層級的轉診率若有成長。

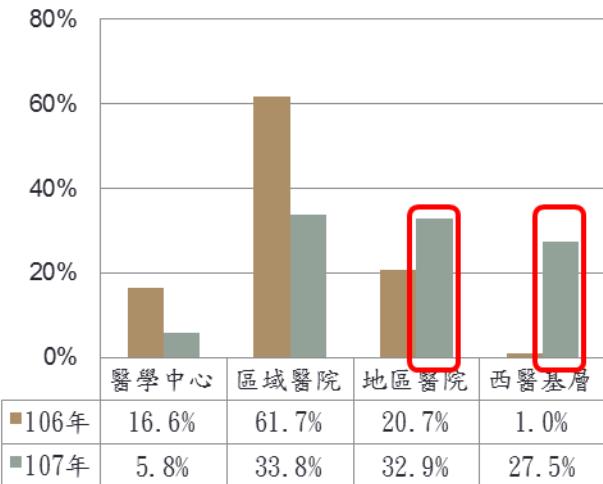
	總就醫次數申報占率			轉診率		
	107年1-11月	106年1-11月	差異%	107年1-11月	106年1-11月	差異%
醫學中心	10.73% 	11.12%	-3.51%	3.41% 	2.75%	24.00%
區域醫院	15.12% 	15.43%	-2.01%	2.62% 	2.21%	18.55%
地區醫院	10.30% 	10.12%	1.78%	0.98% 	0.87%	12.64%
西醫基層	63.85% 	63.33%	0.82%	0.01% 	0.00%	--

資料來源：107年12月 衛生福利部中央健康保險署業務執行報告

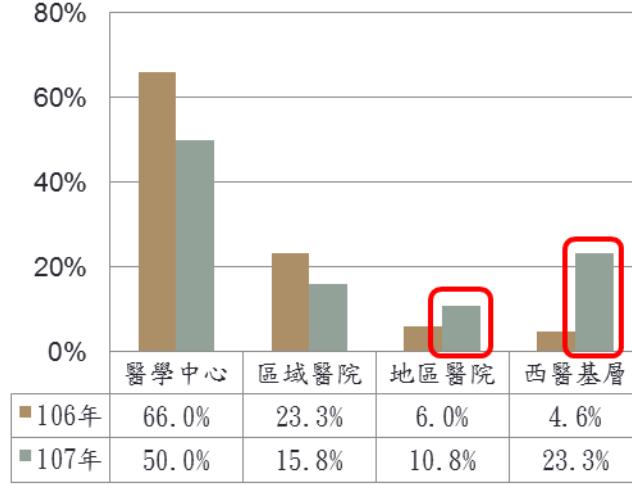


106年至107年各層級轉診流向占率

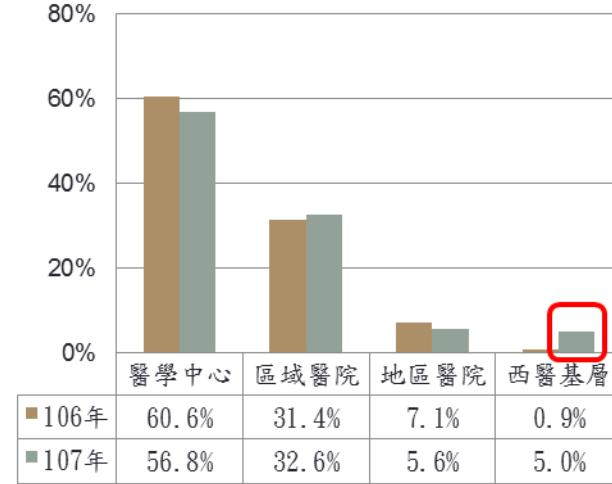
醫學中心轉診流向分布圖



區域醫院轉診流向分布圖



地區醫院轉診流向分布圖



- 醫學中心：轉至同級醫學中心或區域醫院的比例有下降，病人大幅下轉至地區醫院與西醫基層。

- 區域醫院：病人大幅下轉至地區醫院與西醫基層。

- 地區醫院：增加轉至西醫基層的比例。

資料來源：107年12月 衛生福利部中央健康保險署業務執行報告
 註：106年與107年資料均為1-11月之統計結果，非全年資料。



現行轉診制度限制

針對轉診制度的政策，醫院部門仍將持續配合，經醫院反應部分案件因下列問題，而無法計入轉診案件中，因涉及法規的修正，仍待釐清：

- 轉診有效期限（有些穩定慢性病後續追蹤的部分）。
- 民眾未依轉診建議前往指定的院所就醫。
- 已完成轉診但民眾未持轉診單就診。



分級醫療整合策略聯盟涵蓋率 - 問卷調查結果

- 為了解現行醫院部門在資源整合策略聯盟已執行的方向與內容，本會特別針對健保特約醫院進行問卷調查。
- 問卷發出470份，合計收到169家醫院回復，回復率為35.96%，其中以醫中與區域醫院層級回復率較高為61.9%與45.12%，顯見對分級醫療的重視。

回復醫院			
	家數	佔該層級所有醫院%	佔所有回復醫院家數%
醫中	13	61.9	7.69
區域	37	45.12	21.89
地區	119	32.43	70.41
合計	169	35.96	100.00

回復醫院			
	家數	佔該分區所有醫院%	佔所有回復醫院家數%
台北區	37	35.58	21.89
北區	25	35.71	14.79
中區	25	24.51	14.79
南區	29	42.03	17.16
高屏區	46	42.59	27.22
東區	7	41.18	4.14
合計	169	35.96	100.00



分級醫療整合策略聯盟涵蓋率 - 與他院建立合作關係

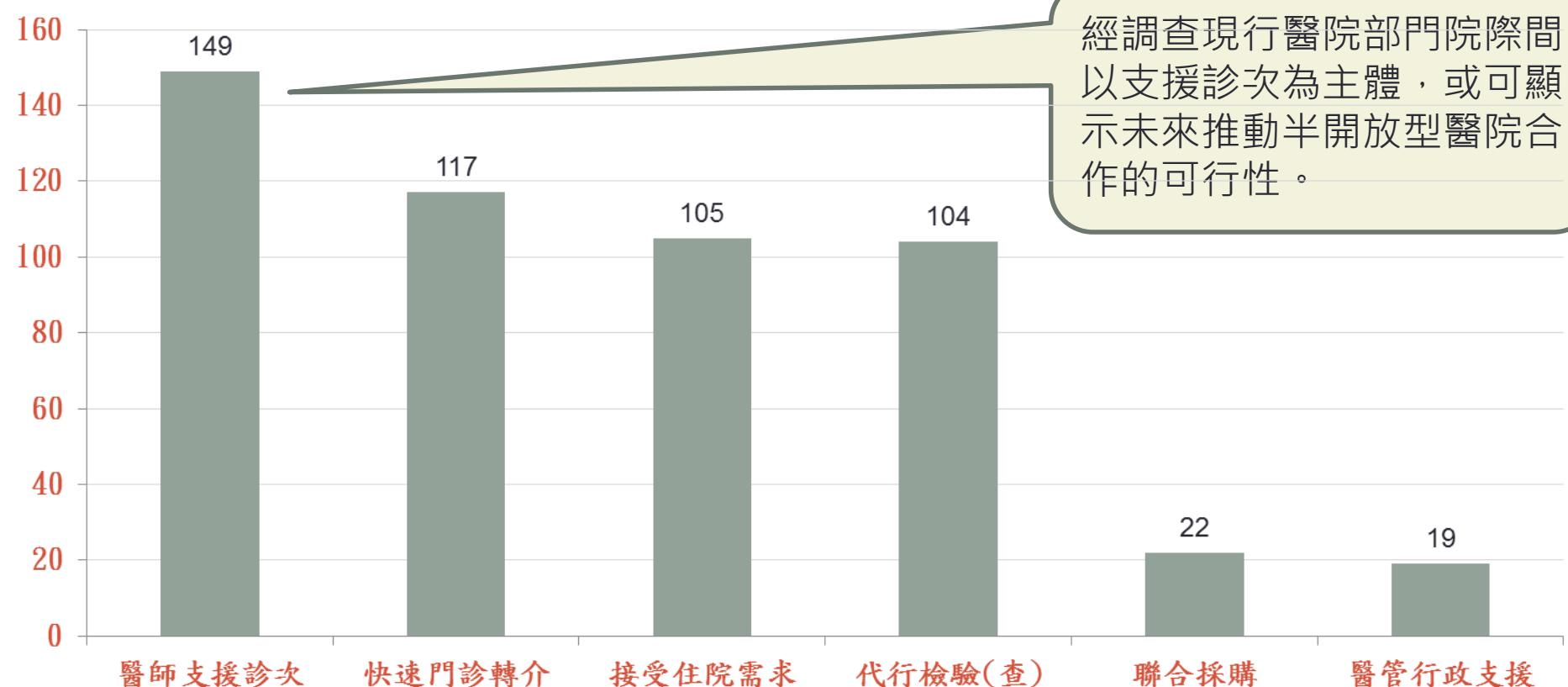
	醫學中心	區域醫院	地區醫院
為執行分級醫療，已與其他院所建立合作管道	100%	97.30%	95.80%
與其他院所建立的合作管道都有簽具合作契約或備忘錄	61.54%	72.97%	73.95%
與其他院所建立策略聯盟的合作對象			
- 與醫學中心	69.23%	64.86%	74.79%
- 區域醫院	92.31%	72.97%	78.15%
- 地區醫院	100%	78.38%	61.34%
- 西醫基層	100%	81.08%	65.55%

註：

- 1.問卷資料已排除同體系醫院支援或互轉的計算。
- 2.醫院部門轉介作業亦有非簽具合作契約/備忘錄，仍依病人需求進行快速轉介服務。
- 3.醫院建立策略聯盟的結果同健保署轉診調查報告。



分級醫療整合策略聯盟涵蓋率 - 與他院建立之策略聯盟合作項目



經調查現行醫院部門院際間以支援診次為主體，或可顯示未來推動半開放型醫院合作的可行性。



社區型醫院分級醫療整合策略聯盟主以醫師支援診次、快速門診轉介、接受住院需求、代行檢驗(查)為大宗。

分級醫療整合策略聯盟涵蓋率 - 實際執行成效

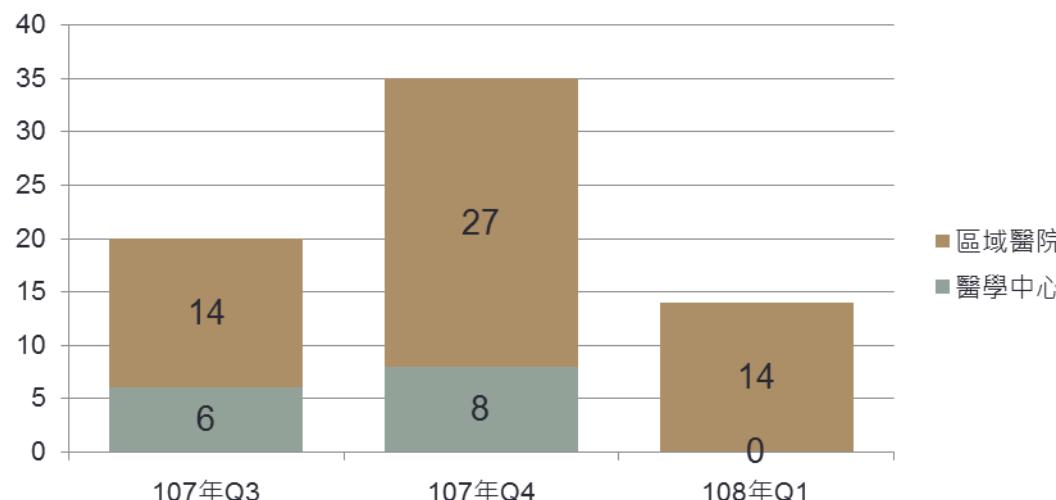
	醫學中心	區域醫院	地區醫院
門診轉介-轉出	10,900	3,588	5,317
門診轉介-轉入	21,344	12,007	4,413
住診轉介-轉出	738	681	578
住診轉介-轉入	3,911	1,493	974
代行檢驗-轉出	2,264	45,397	54,935
代行檢驗-轉入	57,636	16,238	19,317
醫師支援診次-本院醫師至他院	4,147	4,800	2,624
醫師支援診次-他院醫師至本院	1,634	3,043	7,373



分級醫療整合策略聯盟涵蓋率 - 門診減量執行成效

- 107年度下半年導入門診減量2%政策，第三季與第四季個別有20家及35家醫院未達減量目標。
- 108年第一季各醫學中心門診減量皆達目標(3.96%)，區域醫院則有14家未達標^(註)。

門診減量未達標醫院家數統計表



醫學中心申報轉出轉診獎勵金件數統計表

期間	申報 轉出件數	實際核付 轉出件數	核付 比例
107/Q4 (A)	25,710	7,533	29.3%
107/Q3 (B)	18,162	4,853	26.7%
差異 (C=A-B)	7,548	2,680	2.6%
差異率 (D=C/B)	41.6%	55.2%	9.7%

註:107年度門診減量目標為2%，108年度門診減量目標則為3.96%。



分級醫療整合策略聯盟涵蓋率 - 樣本醫院有反映事項

就分級醫療整合策略聯盟的執行情形，未來我們仍會就108年持續觀察

- 與醫師資源共享，放寬醫師報備支援的診次限制，以壯大社區醫療。
- 現況規範病人須至轉診單上之轉診機構就診方給付轉診獎勵金，針對病人雖非到指定轉診醫院/診所就診，但醫院確實有完成轉診作業且病人的確有至其他院所就診者，應屬符合分級醫療精神，建議仍應核撥醫院端轉診獎勵金。
- 考量就近醫療，鼓勵民眾回歸社區醫院，建議對於是否排除本分院或體系醫院兩院距離遙遠的醫院可再行考量。



護理人力（護病比） 之現況與改善情況

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。



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
 - ✓ 檢討護理人員需求
- 106-107年運用非協商因素中醫療服務成本指數改變率所增加的額度調升達成護病比分級之各級護理費加成點數。



調整護病比級數與提高護病比加成率

- 自106年護病比加成率由原3級增為5級
- 考量106年調整之級數係多次研商結果，故107年級數不變，僅調整加成率。

106年以前加成率				106年加成率				107年加成率
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	加成率
<8.0	<11.0	<14.0	11%	<7.0	<10.0	<13.0	14%	20%
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	10%	7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4	12%	17%
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%	14%
>8.9	>11.9	>14.9	0%	8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	6%	5%
				8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	3%	2%



3級護病比加成率104年至105年執行結果

※ ↑↓以104年為基期比較

護病比加成率		11%	10%	9%	無加成	未填或護病比為0
醫學中心	護病比	< 8.0	8.0-8.4	8.5-8.9	>8.9	
	符合月次	104年	51%	30.10%	9.90%	9.00%
		105年	66.70% ↑	26.90%	6.10%	0.30%
區域醫院	護病比	<11.0	11.0-11.4	11.5-11.9	>11.9	
	符合月次	104年	84.80%	5.80%	4.10%	5.20%
		105年	84.90% ↑	7.00%	4.20%	3.80%
地區醫院	護病比	<14.0	14.0-14.4	14.5-14.9	>14.9	
	符合月次	104年	91.00%	1.50%	1.20%	0.90%
		105年	90.80% ↓	0.90%	1.70%	0.40%
						8.70%
						6.10%



5級護病比加成率106年至107年執行結果

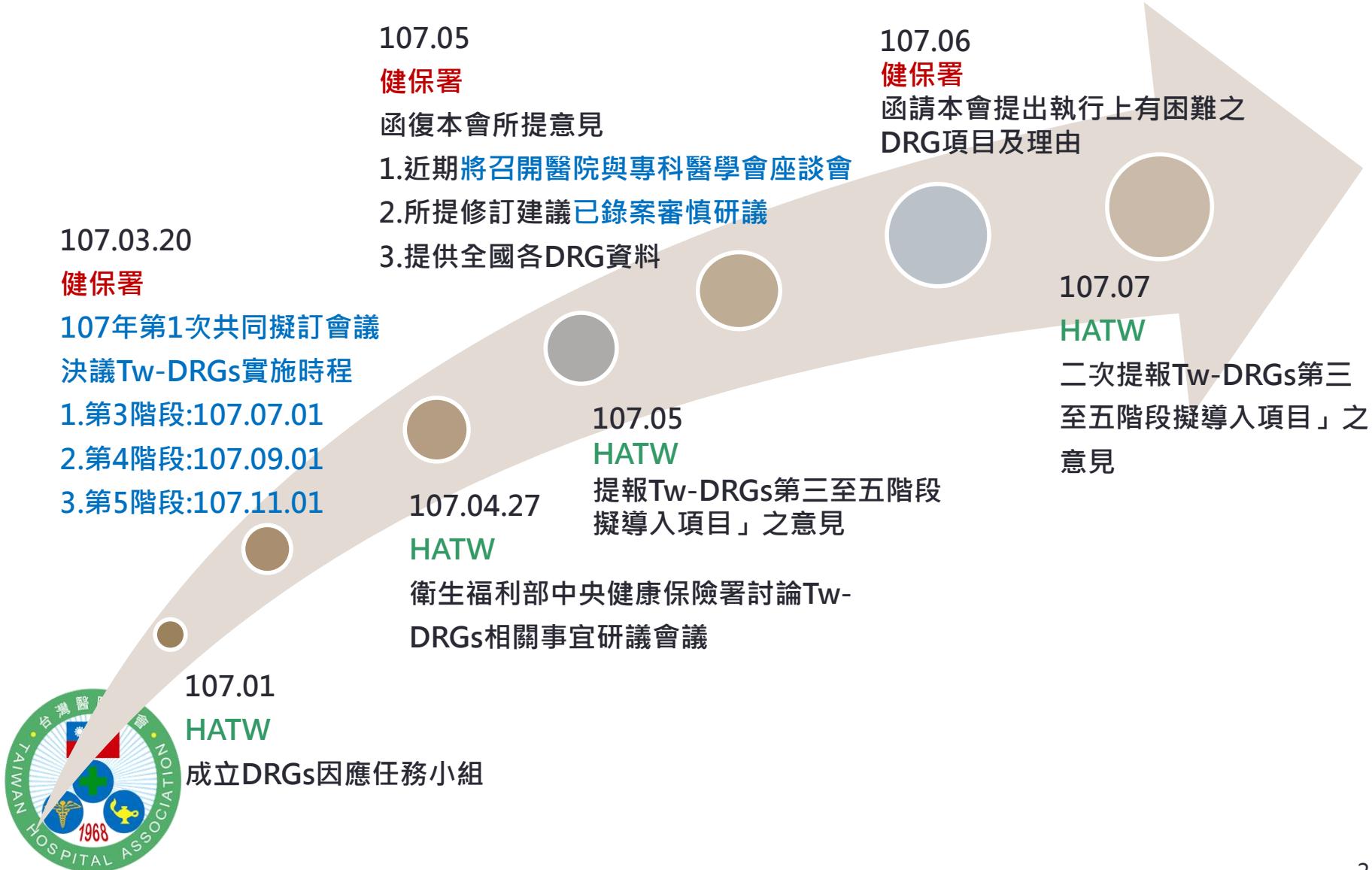
※↑↓ 以106年為基期比較

護病比加成率		14%	12%	9%	6%	3%	無加成	未填或護病比為0
醫學 中心	護病比	<7.0	7.0-7.4	7.5-7.9	8.0-8.4	8.5-8.9	>9.0	
	符合 月次	106年	13.8%	25.0%	44.6%	15.4%	1.3%	
區域 醫院	護病比	<10.0	10.0-10.4	10.5-10.9	11.0-11.4	11.5-11.9	>12	
	符合 月次	106年	61.7%	16.7%	10.2%	5.5%	4.6%	1.3%
地區 醫院	護病比	<13.0	13.0-13.4	13.5-13.9	14.0-14.4	14.5-14.9	>15	
	符合 月次	106年	90.0%	2.1%	1.3%	1.0%	0.9%	0.6%
		107年	88.7%↑	1.4%	1.3%	1.0%	0.8%	0.5%
								4.0%
								6.3%



持續TW-DRGS結構分析， 強化支付適當性

DRG執行時序



持續Tw-DRGs結構分析，強化支付適當性

就TW-DRGs案件推動，醫院部門一直保持自己的步調，堅持在不影響國人就醫權益、醫療水平且穩定醫院的營運發展下、穩健執行。

■ 強化基礎工程

---提升ICD-10-CM/PCS編碼正確性及編碼共識

■ Tw-DRGs結構分析

---強化分類架構之適當性及可行性

---修正分類錯誤與缺失，減緩醫院財務衝擊

---兼具科別間的衡平性



Tw-DRGs問題與未來執行規劃

■ 強化基礎工程-提升**ICD-10-CM/PCS**編碼正確性及編碼共識

- 成立跨領域**編碼審查委員會**(含臨床醫師及疾病分類師)
- 凝聚國內**ICD-10-CM/PCS**編碼共識
- 檢討**編碼審查文件**
- 建置合宜、明確之**編碼品質定義**
- 設計可執行之**編碼專業審查指標**，以精進編碼正確性

~~有正確的編碼始得導出正確且公平的健保給付評值，
支付制度的改革才能既正確又長久
臻於至善~~

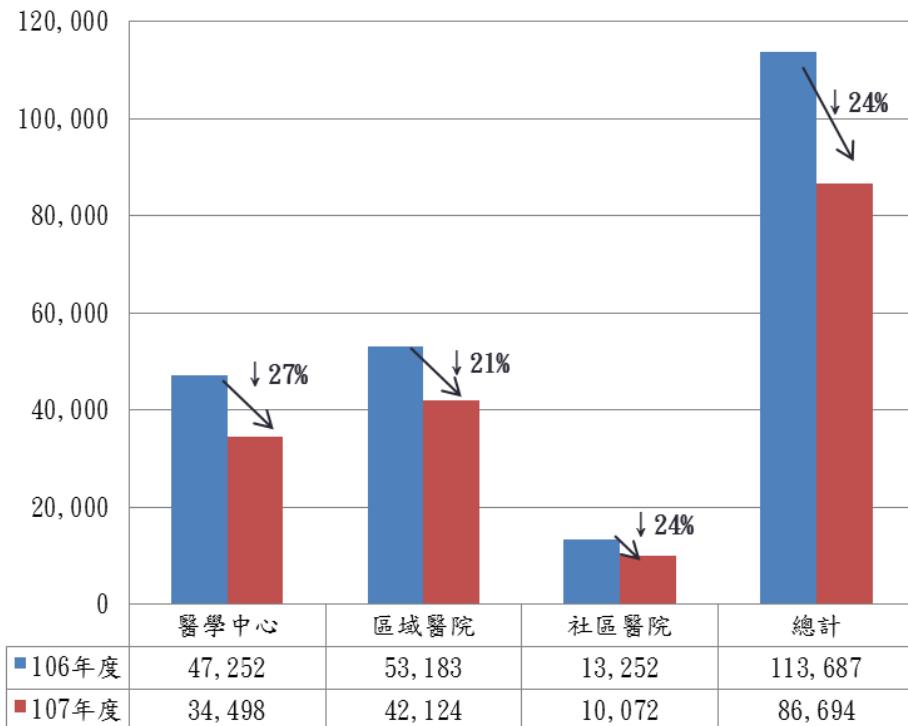


強化基礎工程-提升ICD-10-CM/PCS編碼正確性及編碼共識

台灣醫院協會編碼品質審查機制 建置編碼審專業監測指標(共8項)

- ① 高血壓性心臟及慢性腎臟病編碼錯誤率
- ② 冠狀動脈疾病合併心絞痛未合併編碼之錯誤率(舉例)
- ③ 消化性潰瘍編碼錯誤率
- ④ 良性攝護腺肥大併下泌尿道症狀未合併編碼之錯誤件數
- ⑤ 膽結石併膽囊結石未合併編碼之錯誤率
- ⑥ 急性闌尾炎合併腹膜炎編碼錯誤率
- ⑦ 泌尿道感染合併明確診斷編碼之錯誤件數
- ⑧ 自然生產合併產前、生產時及產後期併發症編碼錯誤率

冠狀動脈疾病合併心絞痛未合併編碼之錯誤件數



■ 強化基礎工程-提升ICD-10-CM/PCS編碼正確性及編碼共識

2. 台灣醫院協會醫院醫療服務疾病分類代碼審查原則

審查重點

- ① 病歷記載之診斷/手術(處置)與醫院申報之診斷碼一致
- ② 病歷記載可支持其診斷/手術(處置)
- ③ 主要診斷及主要處置選取正確性
- ④ 依疾病分類編碼指引及病歷內容，醫院申報代碼之正確性



■ 強化基礎工程-提升ICD-10-CM/PCS編碼正確性及編碼共識

3. 檢討編碼審查文件-手術處置與醫令對應檔

健保署提供之 擬分析對應組合筆數	已回復筆數(共352項)		待討論筆數
	同意	不同意	
355	285	67	3

以臨床專業及編碼邏輯為依據，進行逐項審視其對應關係是否合理，已完成352項對應組合建議之研議，並提報至健保署。



■ Tw-DRGs結構分析-強化分類架構之適當性及可行性

- 成立跨領域**DRGs**因應任務小組(臨床醫師及疾病分類師)
- 專業檢視**DRGs**各MDC分類之正確性
- DRGs4.0版各階段MDC費用試算與除錯作業
- ICD-10-CM/PCS及DRGs教育訓練



■ Tw-DRGs結構分析-強化分類架構之適當性及可行性

DRGs因應任務小組經多次會議討論，完成DRGs第3-5階段具爭議或後分析之DRGs項目討論，並即時與健保署進行溝通以提供專業意見。

1. 屬系統性(通則)的修訂建議

- ① 支付通則4.0版排除住院天數大於30日之案件
- ② 鑑於對於急重難症之處理應予強化保障，ICU、CCU等費用常為造成DRGs差異之重要因素，建議應另行考量
- ③ 主診斷與主處置不相對應之DRG應予以排除或暫緩
- ④ 應考量具複雜次診斷個案之費用影響
- ⑤ 具多重主診斷之個案應另行考量
- ⑥ 對於出院科別為復健科、整型外科及感染科，因其複雜度、變異性大，爰建議不適用DRG



■ Tw-DRGs結構分析-強化分類架構之適當性及可行性

DRGs因應任務小組經多次會議討論，完成DRGs第3-5階段具爭議或後段分析之DRGs項目討論，並即時與健保署進行溝通以提供專業意見。

2. 屬分類表修訂建議

	暫緩	另計	MCC/復雜次診斷	拆組	新增主診斷代碼	分類表修訂
107.03	45項DRG項目(含第3階段20項、第4階段17項及第5階段8項)					
107.05	6個MDC (15項DRG)	3個MDC (15項DRG)	8個MDC (38項DRG)	5個MDC (14項DRG)	00101-00104 00503-00506	2個MDC (7項DRG)
107.07	4個MDC (34項DRG)	1個MDC (2項DRG)		2個MDC (11項DRG)		3個MDC (12項DRG)



■ TW-DRGs問題與未來執行規劃

問題：

1. 第3-5階段DRGs項目屬內科系，其複雜性及不穩定性較高，不易以單一標準歸屬於同一項DRGs項目
2. 部分科別及MDC所訂DRGs分類架構尚需再審視分析
3. 各專科醫學會尚有質疑

未來執行規劃：

1. 持續與健保署進行醫療臨床上的專業意見討論
2. 協助各專科臨床執行上的困境與申報給付上的疑義進行溝通及必要之分析
3. 務求醫療品質不變，醫院得以穩健營運，臨床醫師疑慮妥適消減



落實同儕管理 -精進專業審查

專業自主事務管理的逐步執行

- 強化與健保署的伙伴關係，注入醫院管理觀點與想法。各區審查執行分會在轄區內自治管理與健保署分區業務組各司其職，共同為健保永續而努力。
- 醫院部門分會與共管會運作模式



- 因各區分會實際作法不同，本會定期安排分會至審查執行會進行專案報告，藉此相互學習，提升品質並鼓勵創新。



運用健保資料庫進行品質監測做法

- 呼應健保署李署長積極推動減少不必要醫療行為之政策，107年仍續檢討本會所訂6項品質監測指標。

- ✓ 門診直線加速器：**

「直線加速器每人平均醫令數高於75百分位」之醫院，其門診標的之CCS (頭頸部癌、乳癌、肺癌)照野數前3名個案

- ✓ CT**

病人同院歸戶90日執行CT檢查大於等於3次者

- ✓ MRI**

病人同院歸戶90日執行MRI檢查大於等於3次

- ✓ 年復健次數**

門診年復健次數>180次(排除代辦及早療案件)

- ✓ 心臟超音波**

門診同院所同個案全年申報心臟超音波(18007B)≥4次

- ✓ 糖尿病**

病人同院歸戶30日執行HbA1c≥2次、病人同院歸戶一年執行HbA1c≥6次



分會自主管理研議訂定管理指標

- 本會中區分會於107年召開35科分科審查共識會議。
- 其中**11科**提出相關管理指標，共計**15項**。
- 經中區分會再次討論後，決議於108年開始與健保署中區業務組合作進行資料庫分析。
- 未來將視中區分會分析結果，再行研議是否需列為全區監測指標。



檢查(驗)同病人再次執行之合理區間

- 配合健保署雲端查詢系統及精準指標政策，醫院部門全面檢討檢查(驗)再次執行的合理區間。
- 經綜整各單位意見，並經會議研議後，醫院部門建議：
 - ✓ 僅就同病人再次執行相同檢驗查之合理性，提出建議區間。
 - ✓ 通則僅適用於門診病人**病情穩定者**。
 - ✓ 以檢查(驗)之單價做為區分標準，為避免浮報，**高單價項目原則應以12週或24週為基準**。
 - ✓ 20類78項重要檢查(驗)項目再執行之合理區間，多數項目維持4週，特殊項目則改為12週。

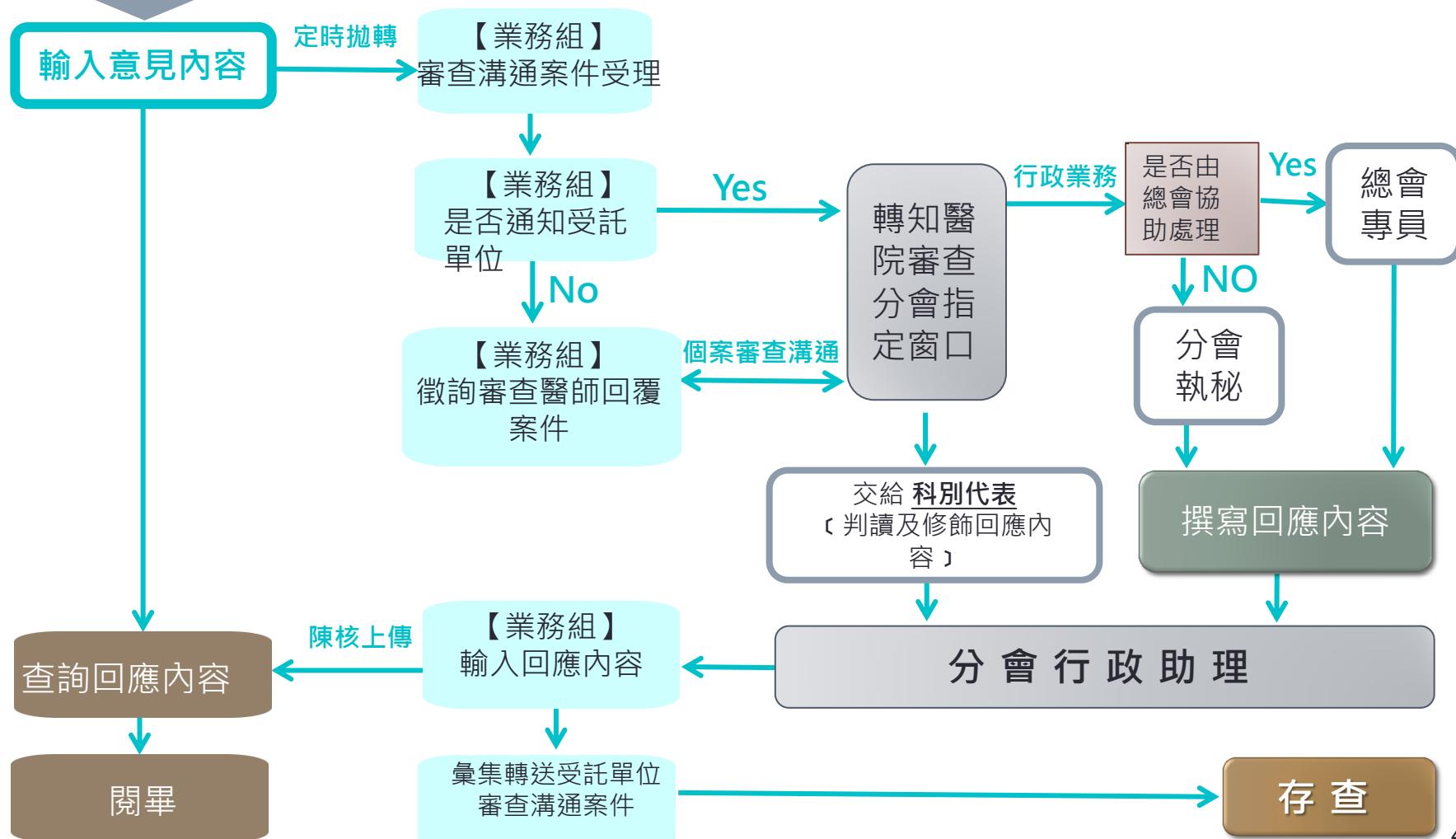


同意使用同意書

點選插入審查案件

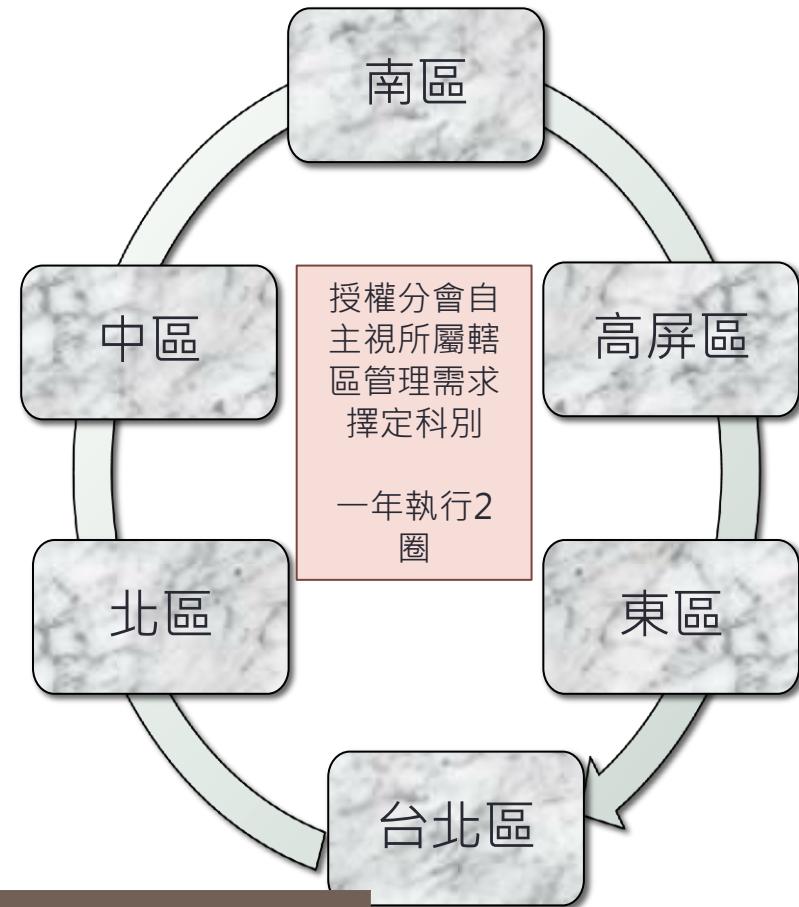
平息審查爭議

-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

- 持續進行全區**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檢討作業並進行改進。
- 適時辦理病例個案討論，鼓勵審查**醫師跨區參與，以提升全區共識**。



審查合理佔率	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區
第一輪	81.3%	87.5%	94.1%	79.7%	91.4%	83.4%
第二輪	85.3%	89.0%	89.4%	76.7%	91.2%	83.2%



保險對象就醫權益

107年醫療服務品質調查結果

- 民眾對醫院醫療效果滿意度部分，肯定態度比例逐年提高，107年度為97.6%(+1.1%)。
- 與醫師討論照護/治療方式及醫師提供問問題表達顧慮部分，每次都有比例都大幅提升。
- -用簡單易懂方式解說病情、就診時醫師提供問題或表達顧慮的機會層面，相較於106年差異不大。

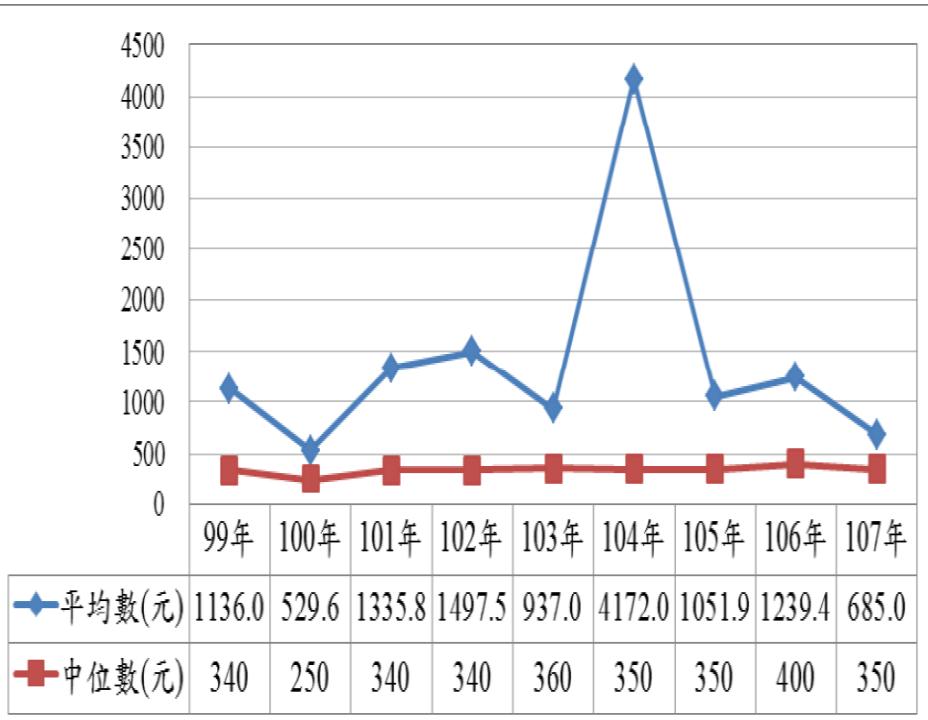
指標項目	年	103	104	105	106	107
民眾對醫院的醫療效果滿意度-肯定態度		90.9%	92.2%	90.4%	96.5%	97.6%
是否會與醫師討論照護或治療方式						
每次都有		40.6%	39.6%	45.4%	57.8%	
大部分時候有		24.4%	23.9%	28.3%	21.2%	
醫護人員是否常用簡單易懂的方式向您解說病情與照護方式						
每次都有		36.1%	36.0%	46.5%	59.6%	59.5%
大部分時候有		20.6%	0.00%	20.6%	23.0%	18.0%
就診時醫師是否提供您問問題或表達顧慮的機會						
每次都有		62.1%	68.4%	74.4%		
大部分時候有		17.6%	17.8%	11.2%		



107年民眾看病總支付費用調查

- 107年度調查民眾最近一次到醫院看病的總支付費用，不論是平均數或中位數皆有明顯下降。

民眾最近一次到醫院看病的總支付費用



門診基本部分負擔(106年4月15日起生效)

醫院層	西醫門診		急診		牙醫	中醫		
	經轉診	未經轉診	檢傷分類					
			第1、2級	第3、4、5級				
醫學中心	170元 (註)	420元	450元	550元	50元	50元		
區域醫院	100元 (註)	240元	300元		50元	50元		
地區醫院	50元	80元	150元		50元	50元		
診所	50元	50元	150元		50元	50元		

註:經轉診之部分負擔由210元、140元下降至170元及100元。

新醫療科技執行現況 與未來展望

107年新醫療科技：0.844%；34.4億元

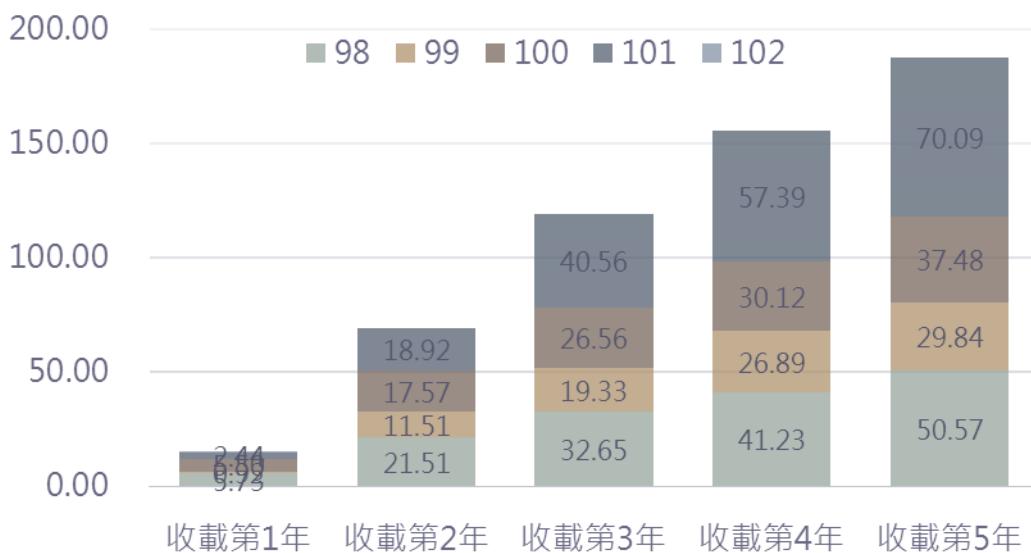
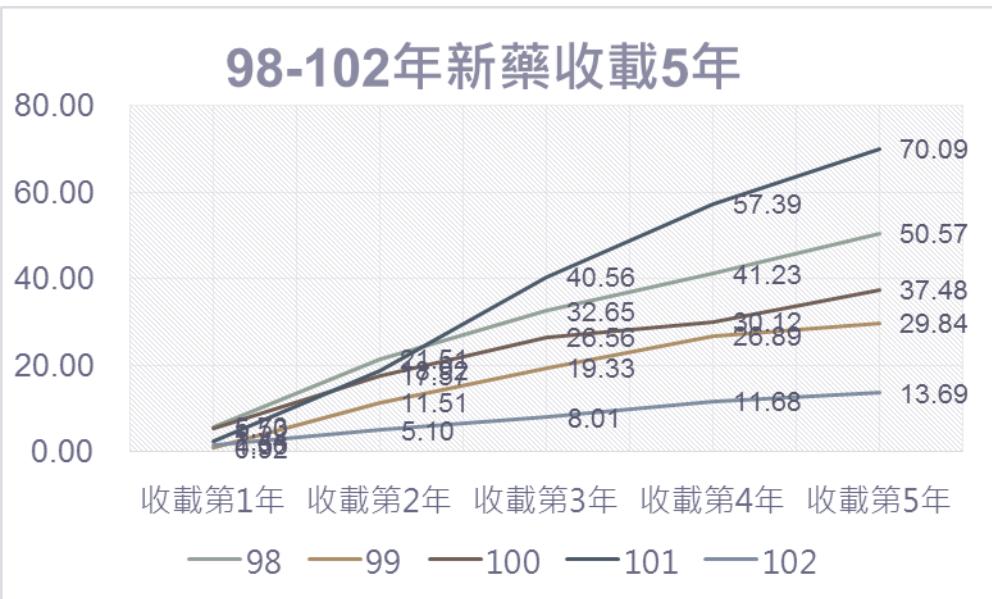
類別	項目	106年		107年	
		申報金額 (百萬)	合計 (百萬)	申報金額 (百萬)	合計 (百萬)
新增診療項目	新增項目	122.4	143.0	71.7	113.5
	修訂項目	20.6		41.8	
藥品	新藥	313.5	2,959.8	3.0	6,084.7
	修訂藥品給付規定	2,646.3		6,081.7	
特材	新特材	138.8	184.0	217.1	217.1
	修訂特材給付規定	45.3		待提供	
合計			3,286.8		6,415.3
預算數			2,063.0		3,440.0

彙整健保署歷次相關會議所提供的資料統計：

107年新醫療科技預算仍同106年超支，107年超支額甚是超越106年的12.06億，高達29.75億元，其中透支項最高者為修訂藥品給付規定。

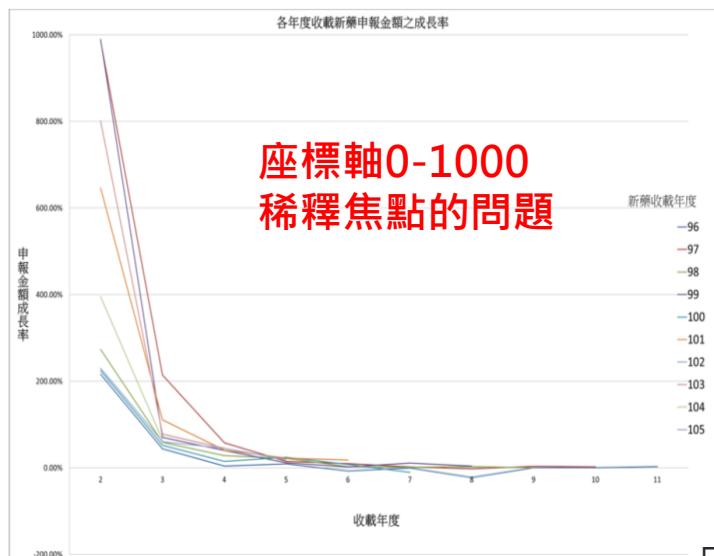


新藥收載追蹤5年足以真實反應用量及差異？！



類別	項目	第一年	第二年	第三年	第四年	第五年
	預估新藥藥費	98-102 年收載新藥第1年申報藥費平均值	97-101 年收載新藥第2年申報藥費平均值	96-100 年收載新藥第3年申報藥費平均值	95-99 年收載新藥第4年申報藥費平均值	94-98 年收載新藥第5年申報藥費平均值
第1類	替代率					替代率為0%
第2A類	藥費增加金額	預估新藥藥費 * (1 - 替代率)				
第2A類	替代率	60%	70%	80%	90%	90%
第2B類	藥費增加金額	預估新藥藥費 * (1 - 替代率)				
第2B類	替代率	90%	100%	100%	100%	100%
	藥費增加金額合計	預估新藥藥費 * (1 - 替代率)				
		第1類新藥藥費增加金額 + 第2A類新藥藥費增加金額 + 第2B類新藥藥費增加金額				

圖3、96-106年納入給付之各年度新藥於收載年度之申報費用成長率



103~107年各類新藥納入給付品項申報情形

收載年度	分類	品項數	申報金額 (百萬元)				
			103年	104年	105年	106年	107年
103年	第1類	3	0.9	7.3	8.2	7.8	7.5
	第2A類	12	84.9	704.6	918.9	1,168.9	1,514.6
	第2B類	30	110.0	1,046.3	2,184.4	3,043.6	3,772.3
	合計	45	195.9	1,758.1	3,111.6	4,220.4	5,294.4
104年	第1類	3		31.6	235.3	352.9	498.1
	第2A類	18		134.5	557.9	788.5	1,036.5
	第2B類	19		40.2	232.6	530.5	763.0
	合計	40		206.3	1,025.8	1,671.6	2,297.6
105年	第1類	4			31.6	390.8	468.8
	第2A類	12			174.4	1,019.2	2,080.8
	第2B類	10			9.8	228.0	581.8
	合計	26			251.8	1,638.0	3,131.5
106年	第1類	6				238.1	712.6
	第2A類	15				56.1	373.7
	第2B類	29				18.6	305.8
	合計	50				312.9	1,392.1
107年	第1類	2					9.6
	第2A類	13					162.4
	第2B類	36					128.7
	合計	51					300.7

103~107年新藥給付後申報情形

-由健保署所提供的資料，可以明確看出新藥給付具有顯著成長的效果，**新藥給付後的第二年成長率超高**

收載 年度	品 項 數	申報年度及金額（百萬元）									
		103年		104年		105年		106年		107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(%)	申報 費用	成長 率(%)
103	44	181.7		1642.3	803.4	2911.5	77.3	4226.7	45.2	5294.5	25.3
104	40			206.7		1026.3	396.5	1675.2	63.2	2297.6	37.2
105	26					216.4		1,643.2	659%	3131.5	90.6
106	42							306.7		1392.2	353.9
107	51									300.7	

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37次會議議程簡報

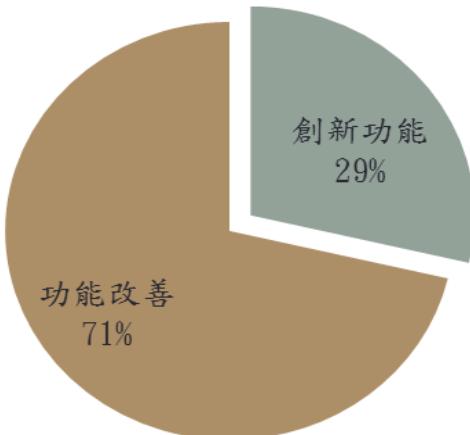


103~107年新特材健保納保品項申報情況

收載 年度	特材分類	品項數	申報費用 (百萬點)
106年	創新功能	31	265.2
	功能改善	53	187.1
	合計	84	452.3
107年	創新功能	31	62.2
	功能改善	40	154.9
	合計	71	217.1

收載 年度	分類	品項 數	申報金額 (百萬元)				
			103	104	105	106	107
103	創新功能	10	0.7	3.1	3.8	1.8	2.0
	功能改善	16	21.5	77.0	84.9	80.4	65.7
	合計	26	22.2	80.1	88.7	82.2	67.7
104	創新功能	7		57.4	85.4	79.8	100.0
	功能改善	53		54.0	95.3	84.0	73.2
	合計	60		111.4	180.6	163.9	173.2
105	創新功能	42			234.4	512.1	568.6
	功能改善	54			82.6	253.7	292.7
	合計	106			316.9	765.8	861.3
106	創新功能	29				77.4	265.2
	功能改善	54				58.9	187.1
	合計	83				136.3	452.3
107	創新功能	31					62.2
	功能改善	40					154.9
	合計	71					217.1

107年新特材健保納保品項申報情況



103~107年新增診療項目品項及申報情形

申報年度 生效年度	項目數	總額預算	新增診療項 目推估申報 增加點數	103年	104年	105年	106年	107年
103年	91	950.0	950.32	279.2	1,158.6	1,330.43	1410.78	964.41
104年	27	300.0	253.71		75.16	269.85	354.74	307.46
105年	26	300.0	300.19			105.93	201.97	116.50
106年	21	393.0	391.91				143.18	211.37
107年	31	400.0	394.76					71.73
合計	196	2343.0	2,290.88	279.2	1233.75	1706.21	2110.68	1671.48



單位：百萬

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

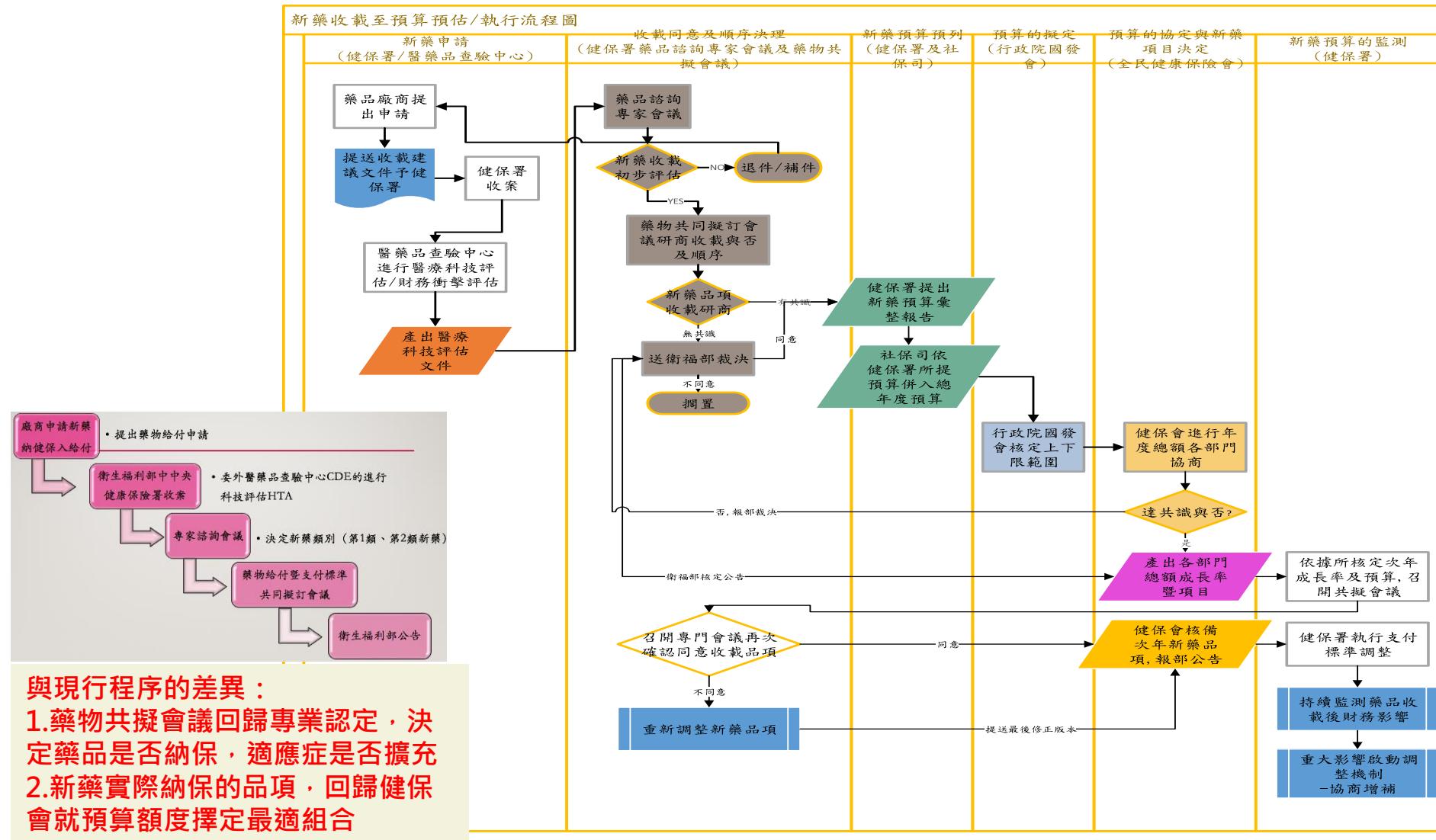
參據共擬會議決議產出新興醫療科技引進排序與預算，編列合理充足年度預算提供國發會

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



新藥收載至預算預估執行流程圖



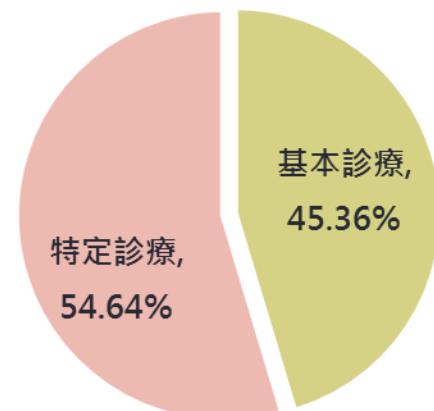
給付項目及支付標準修訂

107年醫療服務成本指數改變率-0.662% 26.98億元

類別	內容	推估影響點數 (億點)
基本 診療	住院護理費按「全日平均護病比」之加成率	6.14
	加護病床護理費調升百分之五	3.72
	地區醫院假日西醫門診案件加成-週六、週日及國定假日門診診察費(含精神科)加計	2.41
特定 診療	調升外科「淺部創傷處理」(編號48001C-48003C)、「手術、創傷處置及換藥」(編號47011C-48013C)、「皮膚切片、穿片與縫合」(編號51001C-51003C)、一般處置之「心肺甦醒術(每十分鐘)」(編號47029C)、以及透析治療之「連續性可攜式腹膜透析導管植入術」(編號58012B)等十一項診療項目	2.73
	配合107年起實施之醫學中心、區域醫院門診件數逐年減量政策(以五年降低百分之十為目標值)，爰暫不實施醫學中心及區域醫院門診合理量措施	7.64
	地區醫院假日西醫門診(不含急診)案件加成-依各該編號項目所訂點數加計30%	4.41
	小計	27.05 (執行率100.3%)

107年醫療服務成本指數改變率預算

類別占率



資料提供：衛生福利部中央健康保險署



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

- ✓ 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。
- ✓ 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 - 全國

- 重大疾病照護進入加護病房<6小時之比率



- 檢傷一、二、三級急診病人<8小時內轉入病房之比率



- 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，醫院部門與健保署共同努力研商解決方案，並自108年起公告實施新修正之方案內容。

- 108年起新增兩項急診重大疾病照護品質
 - ✓ 到院前心跳停止 (OHCA)
 - ✓ 到院前心跳停止 (OHCA) 且轉院治療
- 調升支付點數。

108年調升項目	支付點數
急診心肌梗塞照護	自2,000點調升至6,000點
重大外傷照護 (急診2小時內進開刀房)	自2,000點調升至10,000點

108年新增項目	支付點數
到院前心跳停止 (OHCA)	清醒出院，30,000點 存活出院，10,000點
到院前心跳停止 (OHCA) 且轉院治療	轉出院所依病患出院 實際狀況每季補付 轉入院所： 清醒出院，15,000點 存活出院，5,000點



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。

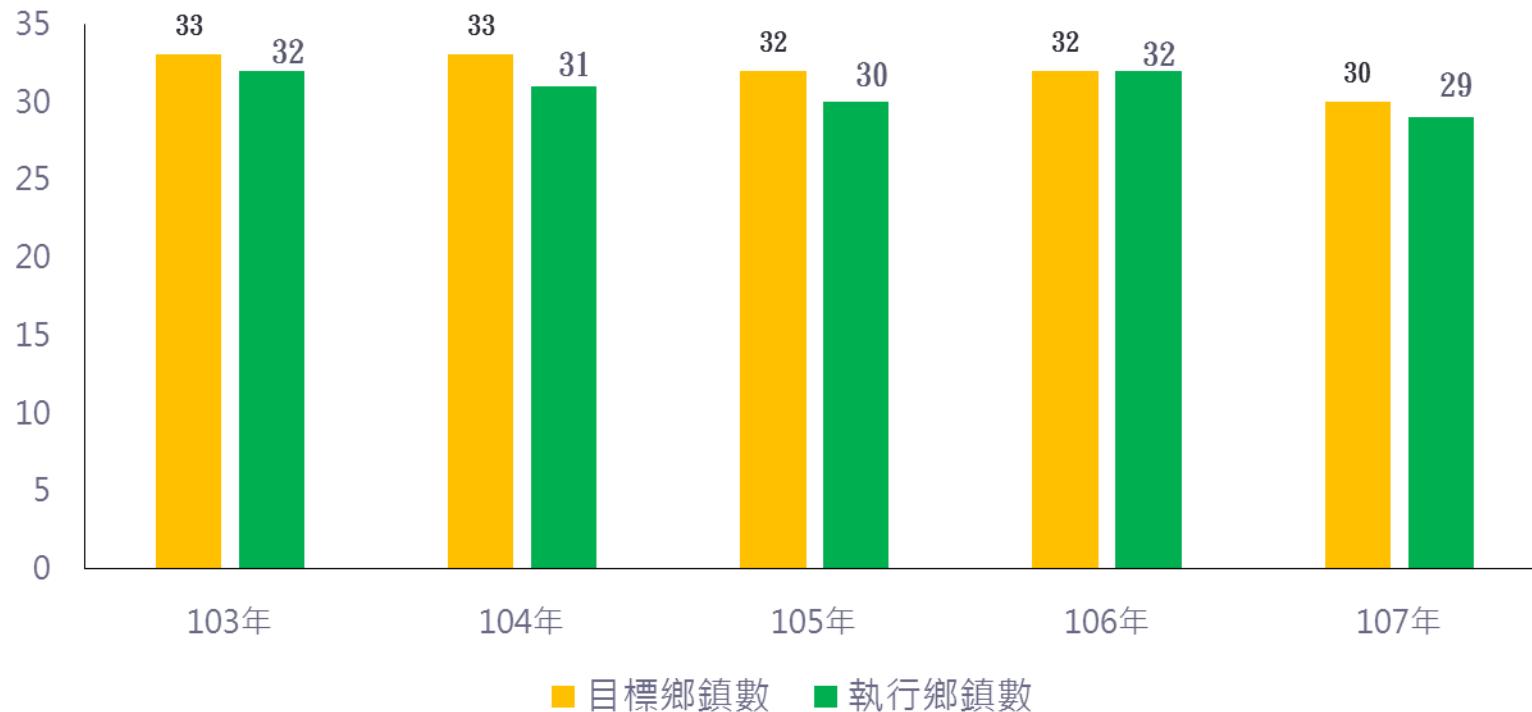
- 策略

- ✓ 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

-107年目標鄉鎮數30個，執行鄉鎮數達29個(執行率97%)，
共計41家醫院、16個專科別參與本方案。

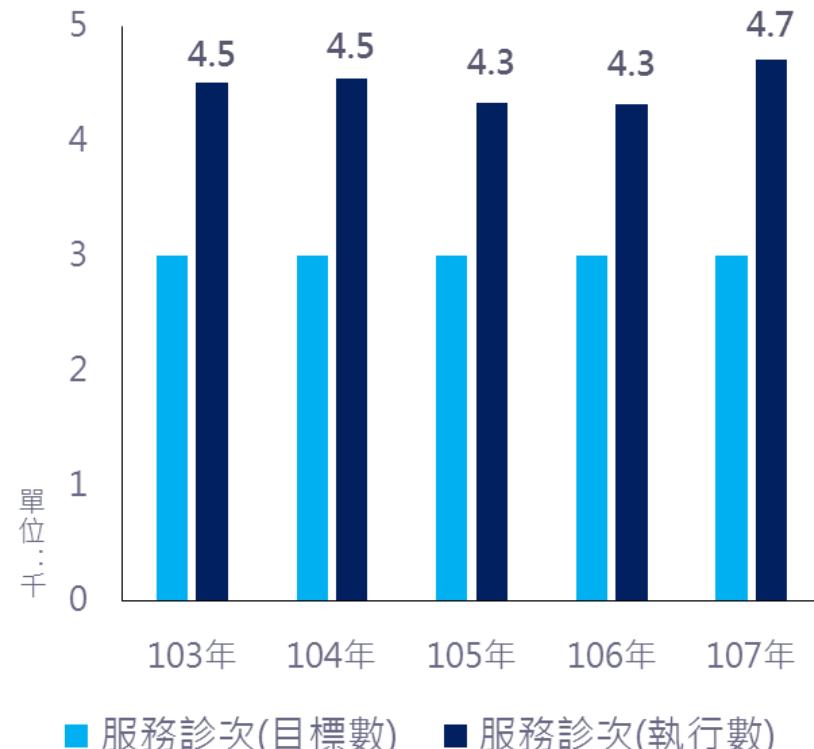
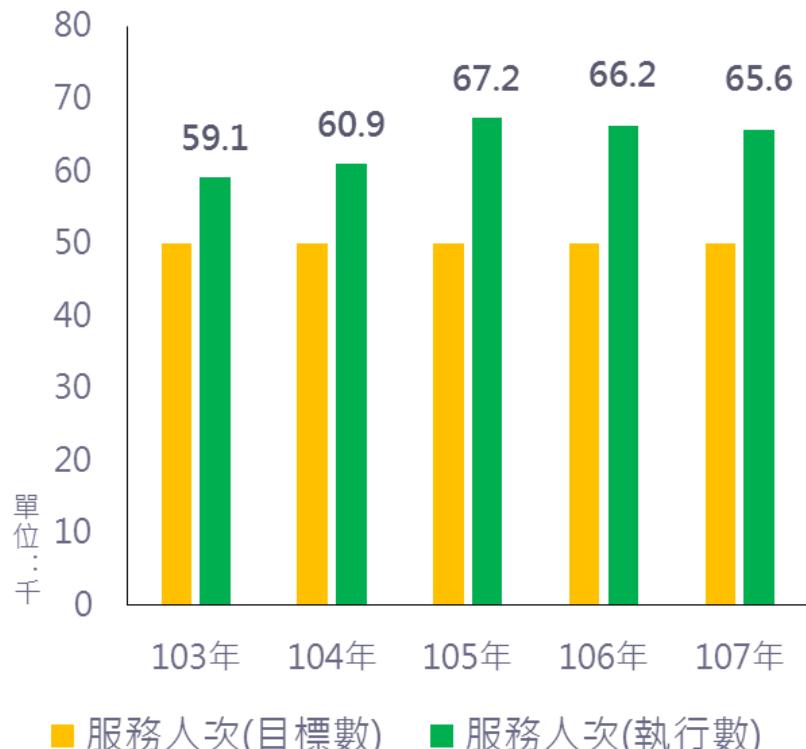


107年度共計30個目標鄉鎮，實際執行29個鄉鎮，僅剩台東縣卑南鄉尚未執行。



西醫醫療資源不足地區改善方案-執行狀況

-107年參與院所至醫療資源不足地區巡迴約4,712診次、服務約65,642人次。



小結

持續配合政策執行精神，輔助西醫基層，填補醫療資源不足地區提供醫療服務。

- 108年起提高對獎勵開業服務計畫之要求
 - ✓ 執行後第4個月起每診平均人次未達3人者，不予支付保障額度。
 - ✓ 提高須達成之保障額度，例：第7個月起，須達保障額度自35%提高至40%，未達者以保障額度70%核付。
- 針對醫院巡迴醫事人員之備援人員，新增以2名為限，且需專任人員為優先，若無專任人員，須由同層級承作單位支援之規定。



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

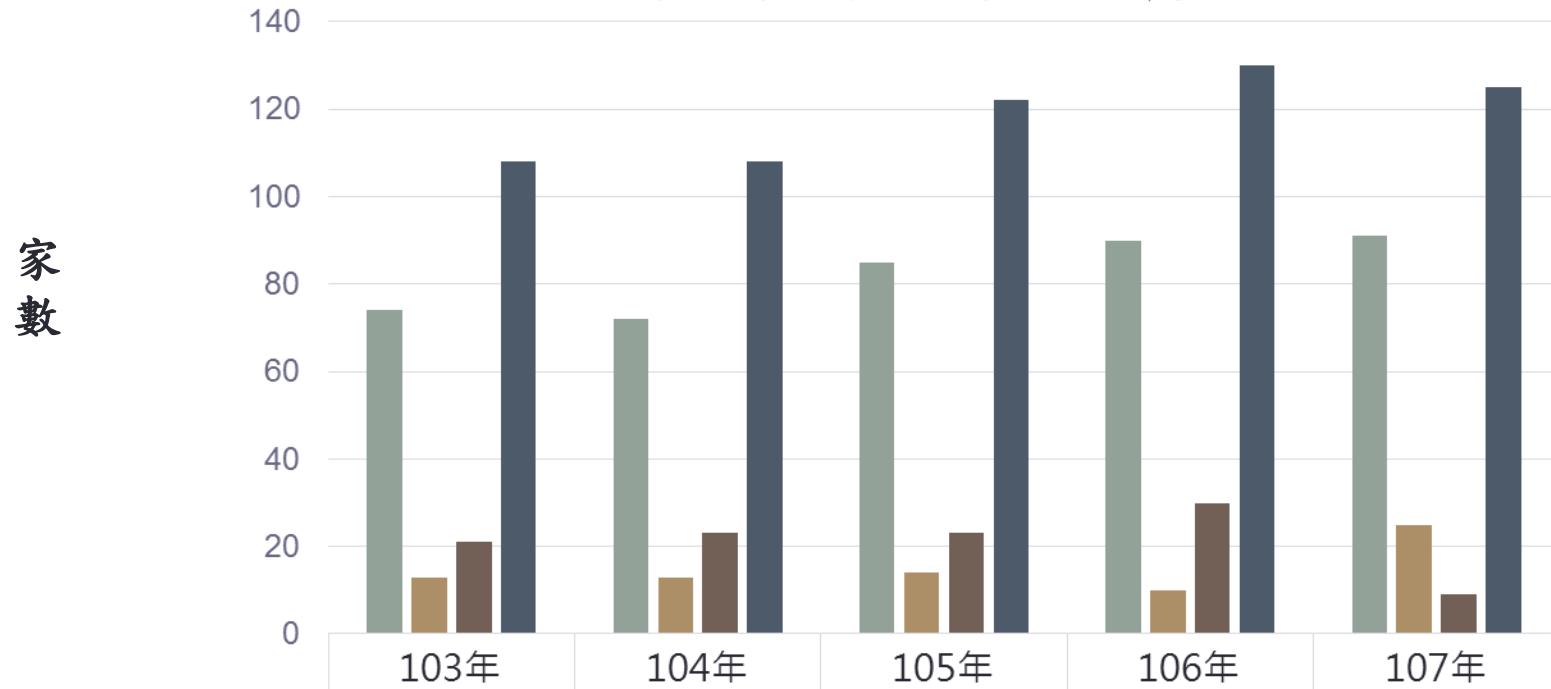
- 申請醫院須承諾強化之醫療服務：
 - 提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務(含支援醫師)，並應由各該專科醫師實際提供每週三次以上之門診看診服務。
 - 提供24小時急診服務。



醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案

-參與醫院

107年共有91家醫院參與本計畫



■ 參加本計畫	74	72	85	90	91
■ 參加偏鄉地區認定原則	13	13	14	10	25
■ 未參加	21	23	23	30	9
■ 合計	108	108	122	130	125

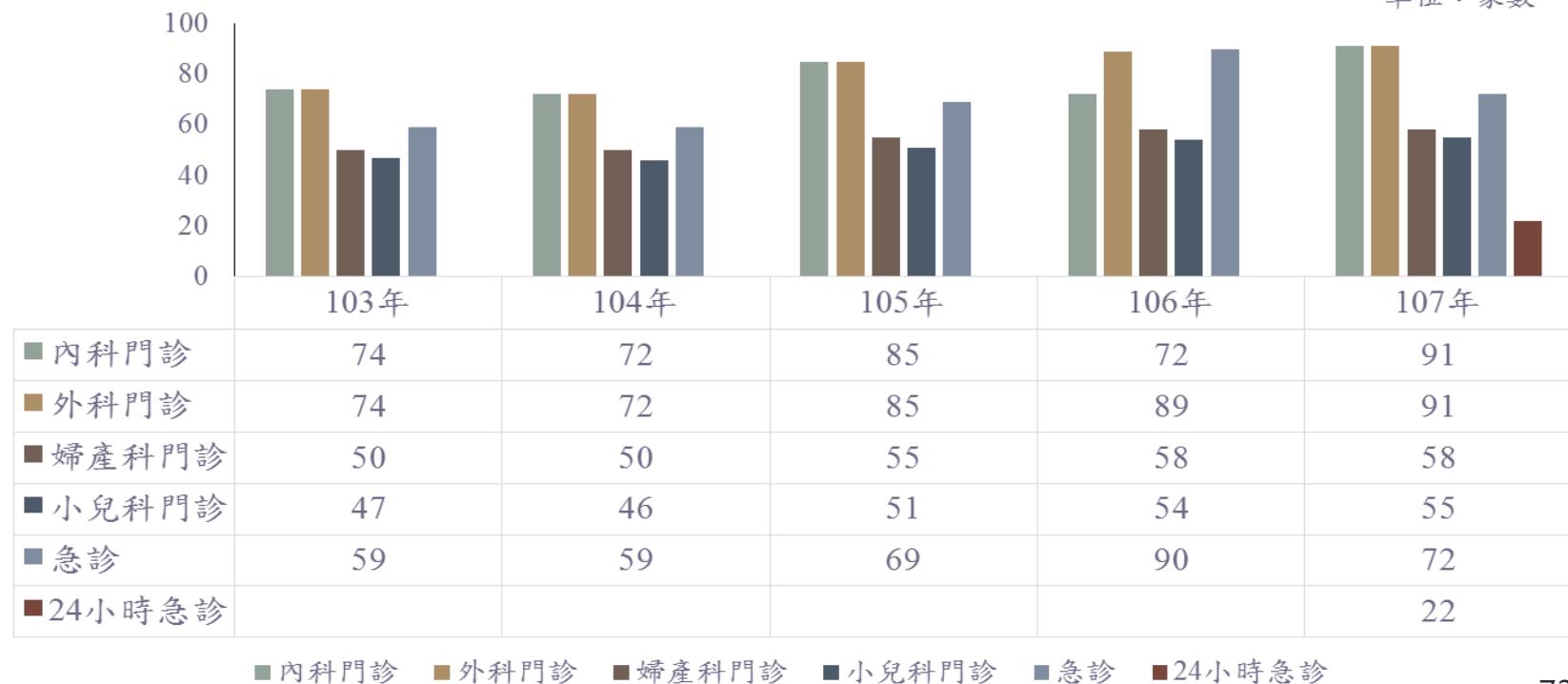


醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案

-提供科別服務情形

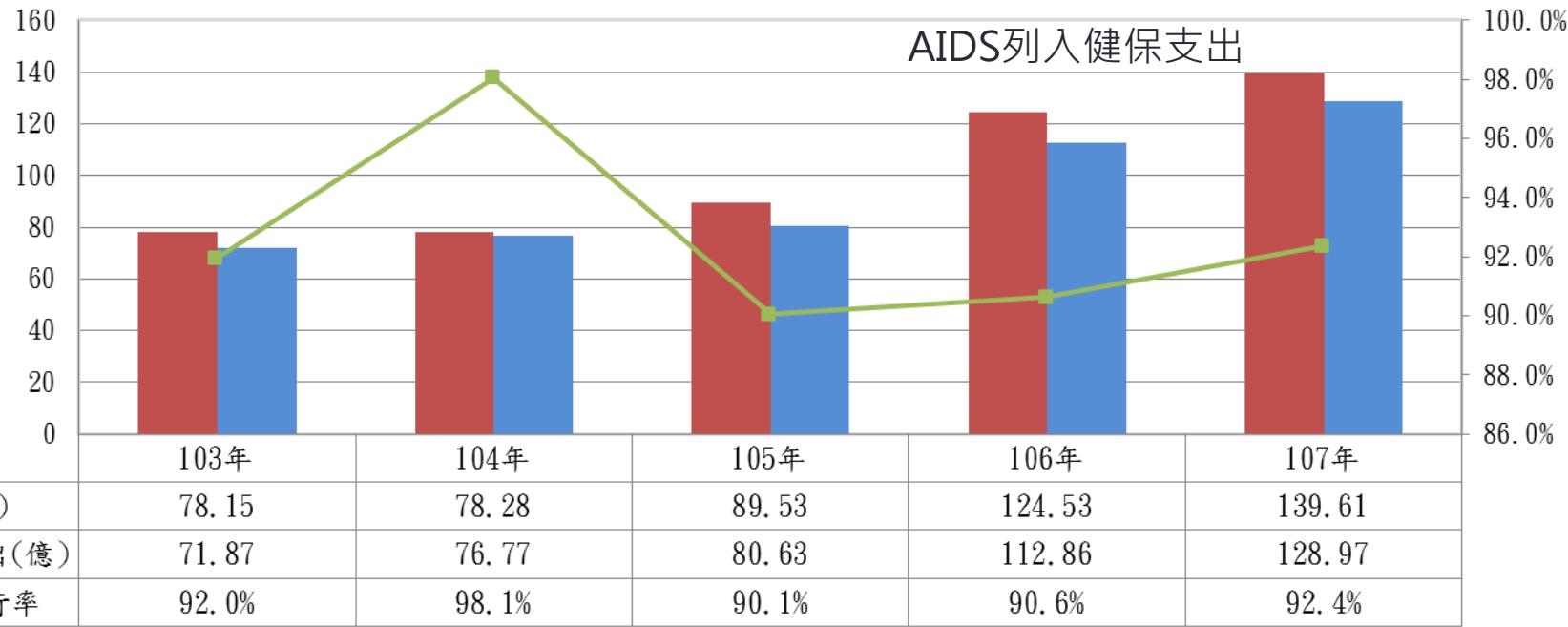
- 107年：91家提供內科服務、91家提供外科門診服務，58家提供婦產科門診服務、55家提供小兒科門診服務、72家提供急診服務、22家24小時急診。
 - 參與提供內外婦兒門診服務由各該專科醫師實際提供每週三次以上之門診看診服務。
 - 急診服務：提供24小時急診服務。

單位：家數



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

-預算因醫療需求而逐年成長，且執行率皆達90%以上。



註：

- 1.「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。
- 2.104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，107年未框定該筆預算。
- 3.106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

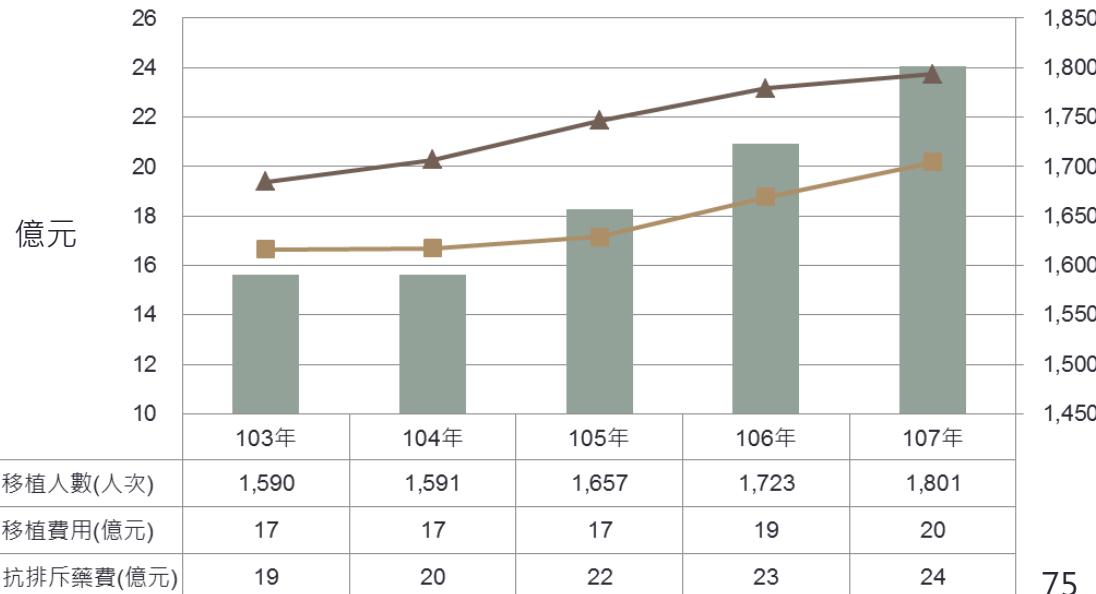
項目	年	103	104	105	106	107
預算數	值(億元)	39.72	39.72	41.62	42.157	43.997
	成長率(%)	8.2	0	4.8	1.3	4.4
預算執行數	值(億元)	36.05	36.96	39.01	41.92	43.91
	成長率(%)	11.7	2.5	5.5	7.5	4.7
預算執行率		90.8	93.1	93.7	99.4	99.8
整體支出情形						
移植人數	值(人)	1,590	1,591	1,657	1,723	1,801
	成長率(%)	9.2	0.06	4.1	4.2	4.5
移植費用	值(億元)	16.65	16.69	17.15	18.76	20.17
	成長率(%)	16.2	0.2	2.8	9.4	7.5
抗排斥藥費	值(億元)	19.39	20.26	21.85	23.15	23.73
	成長率(%)	8.1	4.5	7.9	6.0	2.5

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。

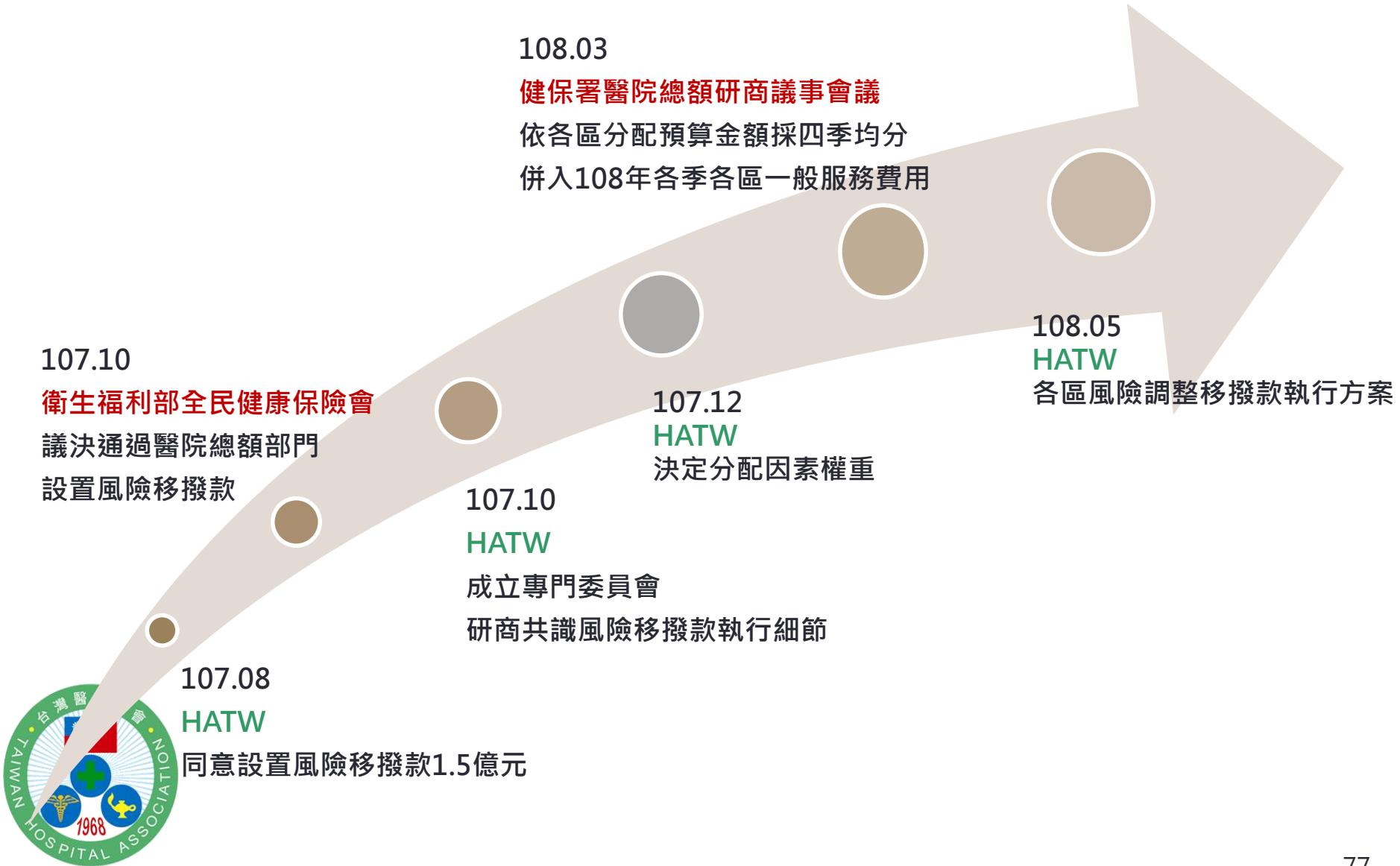
2. 105年新增腸移植、106年新增角膜處理費。



跨入專業自主事務的第一步

推動醫院總額風險調整移撥款
輔助各區平衡發展

風險調整移撥款討論歷程



各區風險調整移撥款執行方案內容

分區別	風險調整移撥款	擬執行方案內容
台北區	13,072,183	扶助因失能或疾病特性就醫不便病人到宅醫療服務獎勵計畫
北區	9,565,083	居家醫療照護人數獎勵
中區	13,424,756	中區居家醫療照護整合計畫新收案及照護費獎勵
南區	13,324,494	執行C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫院所執行精神巡迴醫療業務院所
高屏區	32,112,756	鼓勵收治並照護龍發堂堂眾，支援醫療費用支出提升龍發堂堂眾就醫與安置
東區	68,500,728	區域醫療整合計畫-強化糖尿病整合計畫、分級醫療及偏鄉弱勢關懷8項主題
合計	150,000,000	

醫院風險移撥款-台北區

- 預算：13,072,183元
- 執行方式：
 - 提供因失能或疾病特性至外出就醫不便患者之到宅醫療服務，提升醫療使用可近性
 - 鼓勵各級醫療院所醫師，積極對曾照護或未照護之外出就醫不便患者提供貼心到宅醫療服務
 - 減少病家照護負擔
- 預期效益：
 - 可增加多服務10000人以上
 - 提升民眾對健保醫療滿意度
 - 對積極照顧外出就醫不便患者的醫療人員給予正向肯定及費用補助。



醫院風險移撥款-北區

- 預算：9,565,083元
- 執行方式：
 - 考量居家醫療需有醫事人員投入，在強化醫療服務整合需付出較大成本，為吸引更多醫療醫療院所投入居家醫療，故符合收案條件之個案提供居家醫療服務予以獎勵，山地離島訪視個案予以加計獎勵點數。
- 預期效益：
 - 居家醫療人數 \geq 1600人/季



醫院風險移撥款-中區

- 預算：13,424,756元
- 執行方式：
 - 居家醫療照護整合計畫新收個案及照護費(再收個案)採予以鼓勵點值。
- 預期效益：
 - 新收案及再照護之件數成長率



醫院風險移撥款-南區

- 預算：13,324,494元
- 執行方式：
 - C肝口服新藥個案非藥費
 - 精神巡迴醫療
- 預期效益：
 - 增加C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫照護人數
 - 每半年巡迴點追蹤個案數再住院率 < 10%
 - 配合衛生政策達成消除C肝之目標
 - 提升院所挹注南區偏向及弱勢醫療品質之成本支出目的



醫院風險移撥款-高屏區

- 預算：32,112,756元
- 執行方式：
 - 提供因失能或疾病特性至外出就醫不便患者之到宅醫療服務，提升醫療使用可近性
 - 鼓勵各級醫療院所醫師，積極對曾照護或未照護之外出就醫不便患者提供貼心到宅醫療服務
 - 減少病家照護負擔
- 預期效益：
 - 可增加多服務10000人以上
 - 提升民眾對健保醫療滿意度
 - 對積極照顧外出就醫不便患者的醫療人員給予正向肯定及費用補助。



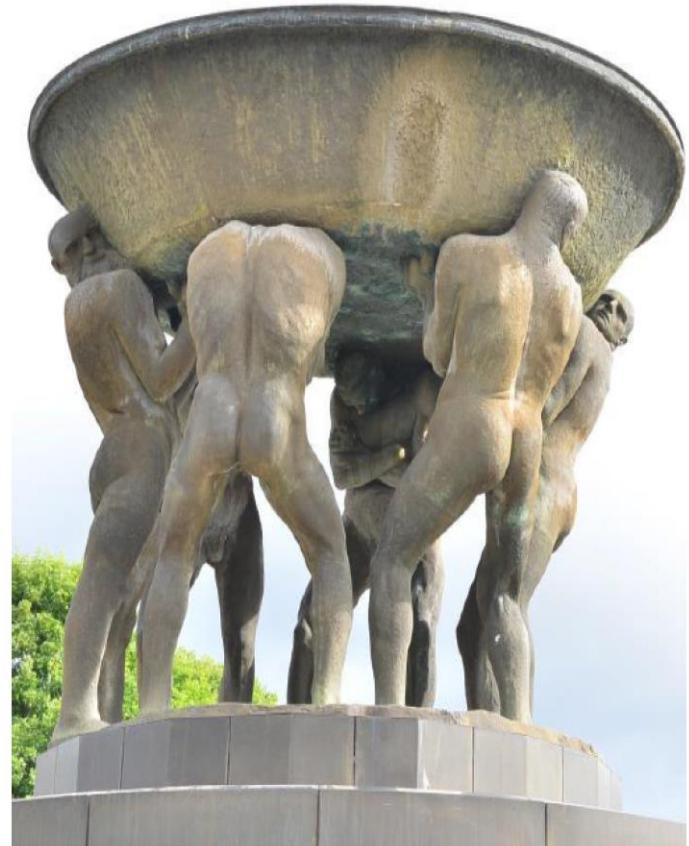
請東區分會分享風險移撥款執行方案內容



結論

健保總額在資源有限、慾望無窮下，如何將總額預算做妥適分配，節約資源，是全民的共同議題。

醫院部門自許繼續努力撐起守護國人健康的重要任務，持續精進，與健保署、民眾共同創造多贏局面。



謝謝聆聽！

108/07/18

東區健保醫院總額危機與因應

108 年醫院總額風險調整移撥款執行作業報告

台灣醫院協會東區審查分會

**林欣榮主任委員
陳星助執行秘書**

台灣健康保險的價值在 照顧弱勢、幫助偏鄉

感恩衛福部健保會、健保署、台灣醫院協會堅守健保核心價值

大綱



風險移撥款必要性



東區醫院風險移撥款執行計畫



預期效益



風險移撥款必要性

彌補

R/S值調整因子

無法反應東區民眾健康及醫療需求



花東照護面積

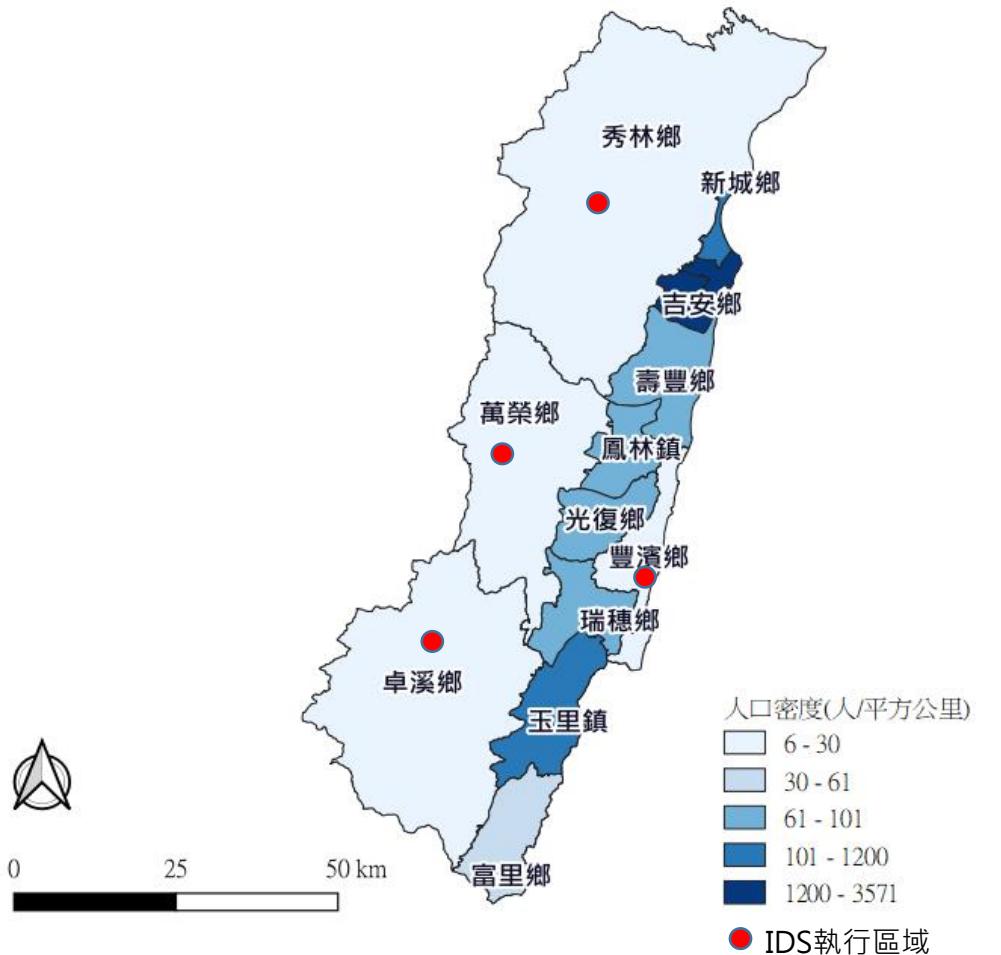
區域別	107年 各縣市土地面積(平方公里)				
	新北市	臺北市	基隆市	宜蘭縣	總面積
臺北業務組 分區範圍：臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金門縣、連江縣	2052.567	271.800	132.759	2143.625	4600.750
北區業務組 分區範圍：桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣	1220.954	1427.537	104.153	1820.315	4572.958
中區業務組 分區範圍：臺中市、彰化縣、南投縣	2214.897	1074.396	4106.436		7395.729
南區業務組 分區範圍：雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市	1290.833	1903.637	60.026	2191.653	5446.148
高屏業務組 分區範圍：高雄市、屏東縣、澎湖縣	2951.852	2775.600			5727.453
東區業務組 分區範圍：花蓮、台東	臺東縣 3515.253	花蓮縣 4628.571			8143.824

花東人口分佈密度

花蓮地面積約4628平方公里

為臺灣總面積的12.9%，幅員居全臺第一位。

花蓮人口密度為全臺倒數第二，每平方公里僅70.72人。



（豐濱專案申請通過，當地原住民人口超過80%）

（豐濱專案申請通過，當地原住民人口超過80%）

（豐濱專案申請通過，當地原住民人口超過80%）

（豐濱專案申請通過，當地原住民人口超過80%）

（豐濱專案申請通過，當地原住民人口超過80%）

（豐濱專案申請通過，當地原住民人口超過80%）

（豐濱專案申請通過，當地原住民人口超過80%）

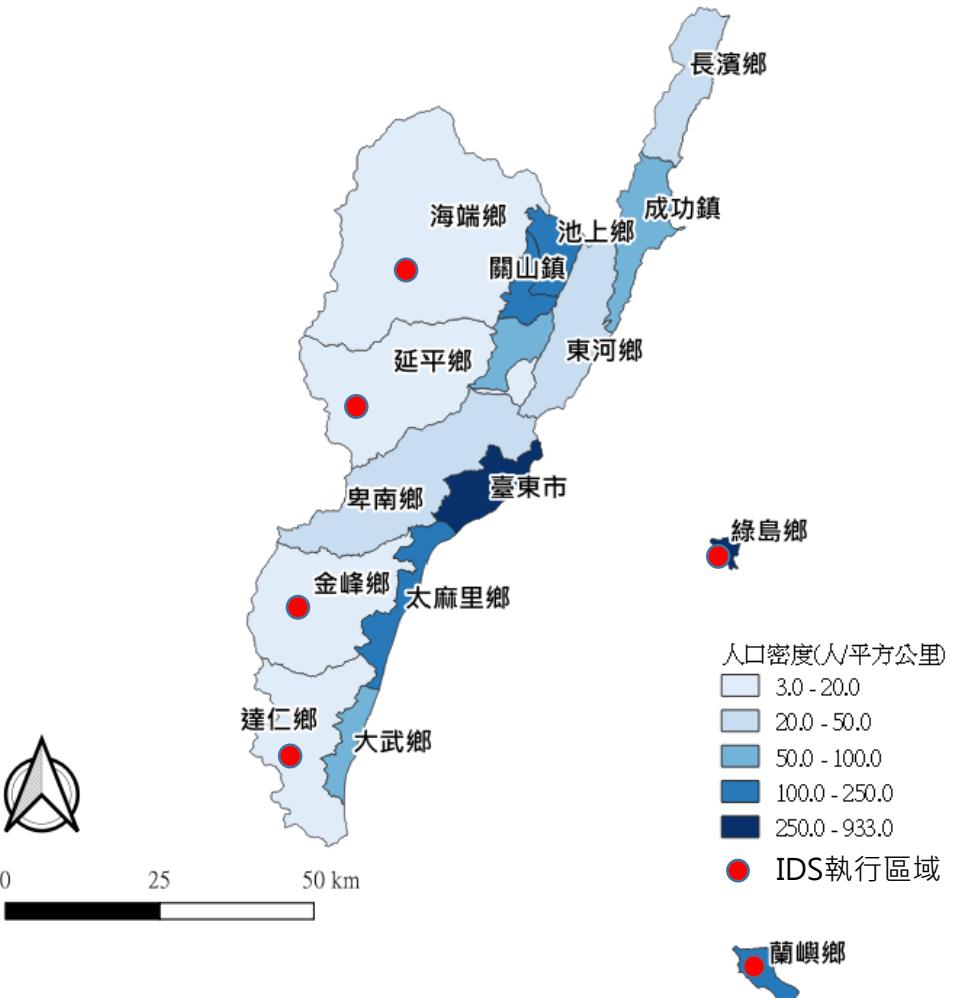
（豐濱專案申請通過，當地原住民人口超過80%）

（豐濱專案申請通過，當地原住民人口超過80%）

台東地面積約3515平方公里

為臺灣總面積的9.78%，幅員居全臺第三位。

台東人口密度為全臺最低，每平方公里僅62.50人。



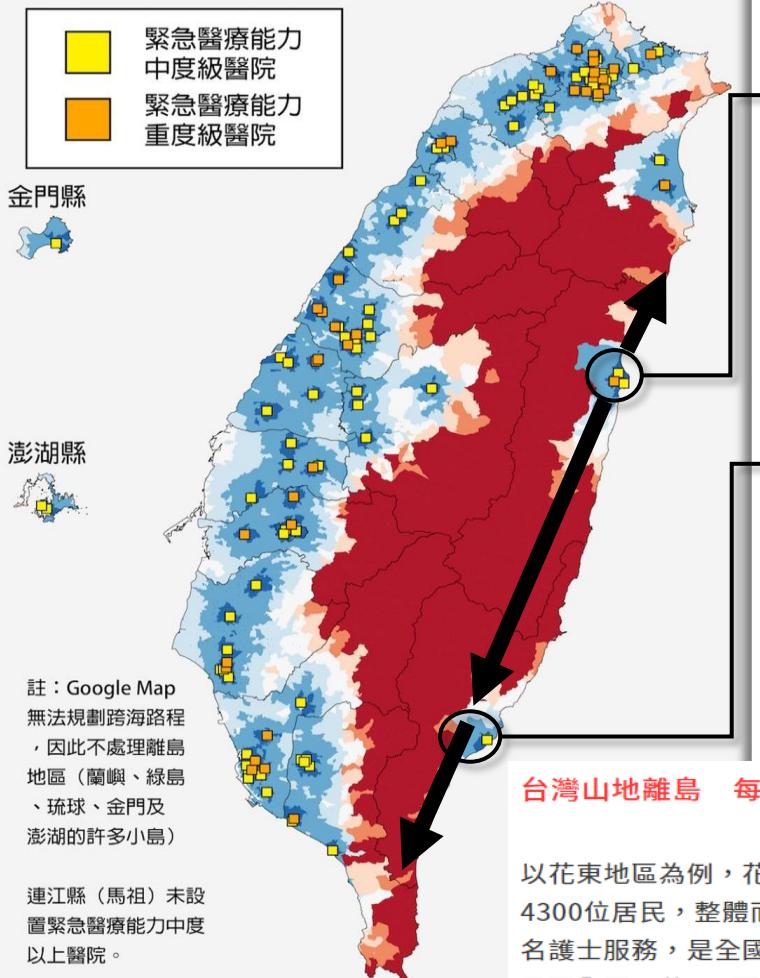
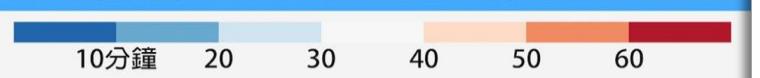


緊急醫療中重度資源

地理
(交通)

南北狹長綿延二百公里

緊急醫療能力中度以上醫院離家車程多遠



資料來源：衛生福利部、Google Map

重度急救責 任醫院	中度急救 責任醫院	山地鄉
花蓮 慈濟醫院	國軍花蓮 醫院	秀林鄉
	門諾醫院	萬榮鄉 卓溪鄉

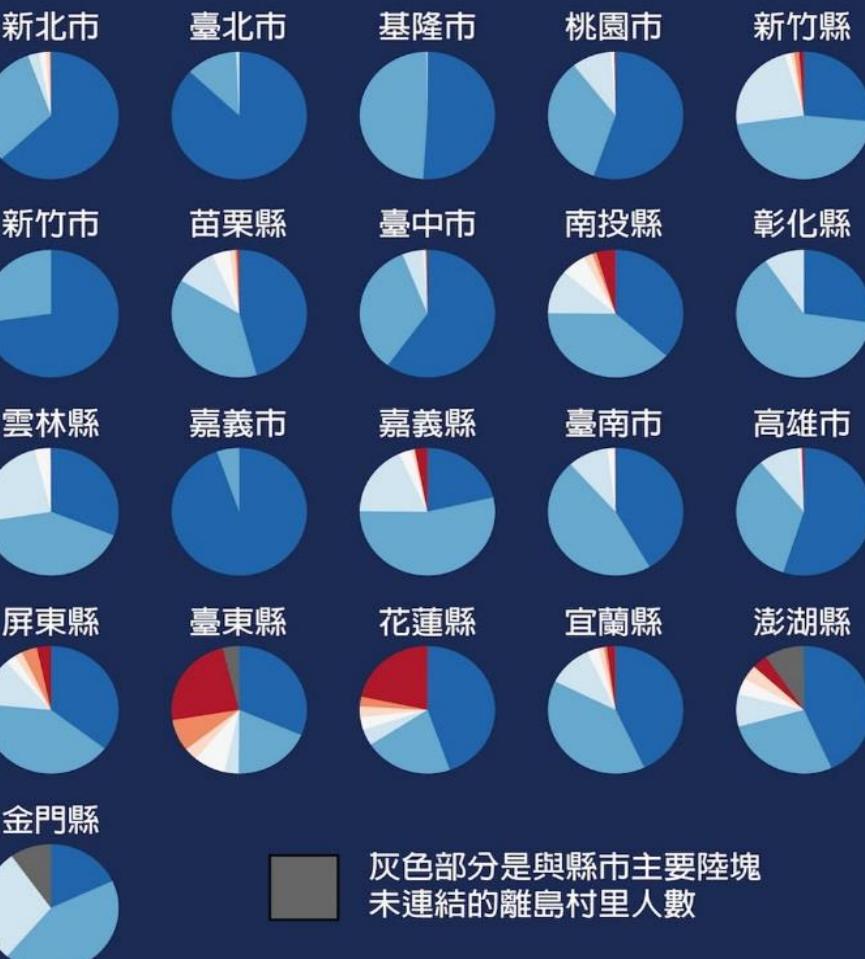
中度急救 責任醫院	山地鄉	離島
台東馬偕 醫院	海端鄉 延平鄉 金峰鄉 達仁鄉	蘭嶼鄉 綠島鄉

台灣山地離島 每1萬人僅8醫師看診

以花東地區為例，花蓮縣富里鄉醫人比大於4300人，一名醫師必須服務超過4300位居民，整體而言，台灣山地離島地區，每1萬名人口只有8名醫師、28名護士服務，是全國平均的1/3。根據健保署統計，107年度西醫總額醫療不足區全國一共115區，其中，花東地區包括壽豐、光復、瑞穗、玉里、富里、東河、鹿野、卑南、太麻里、大武等鄉鎮。

緊急醫療能力中度以上醫院離家車程多遠

每個縣市個別計算人口比例



資料來源：衛生福利部、Google Map

花東人口數少、幅員廣、就醫成本高，醫院經營難以達到經濟規模

➤ 點

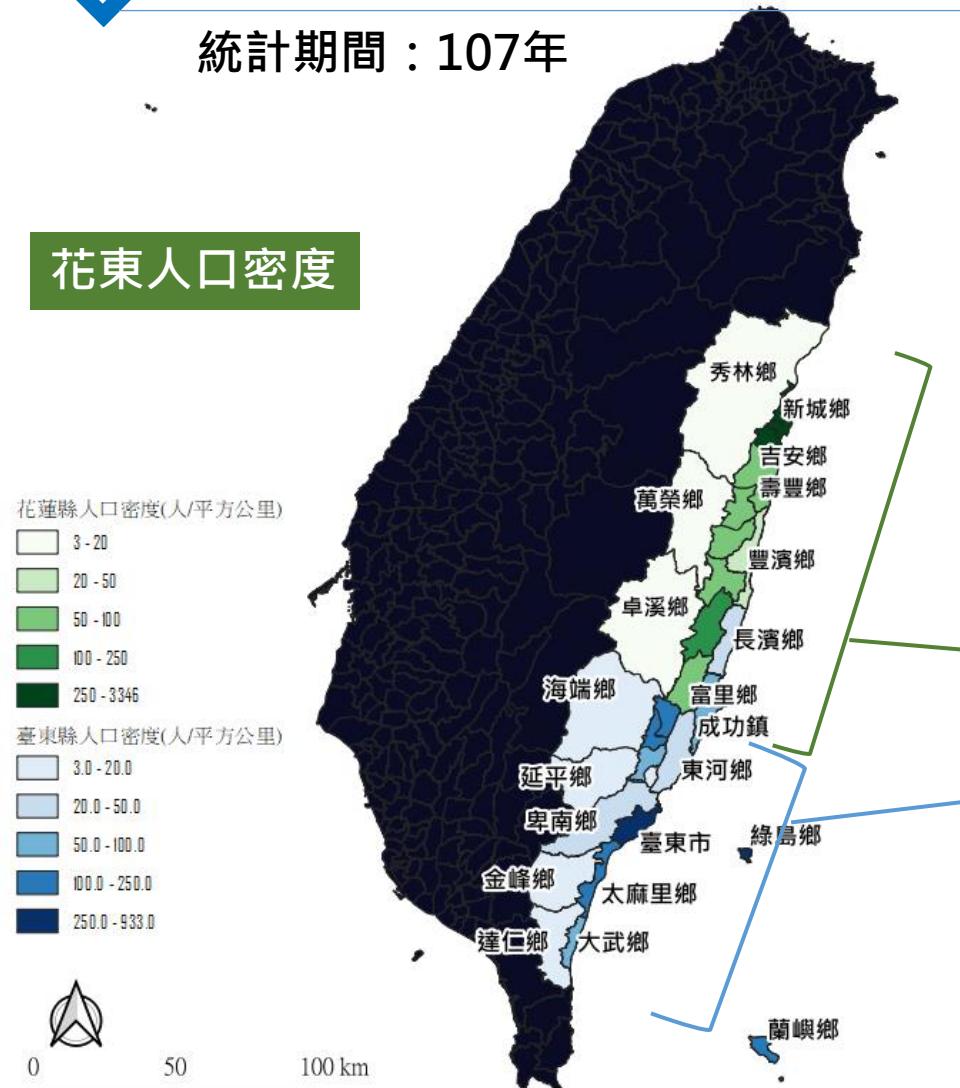
花東地區至最近之醫學中心交通時間及成本估計(用當地鄉鎮市公所至醫學中心距離作為估算)

	就醫交通時間	人口數	佔率	初估單程交通成本
花蓮	1小時以內	271,593	49.53%	自行開車約150元 計程車約1000元 救護車2000元
	1~2小時	54,052	9.86%	自行開車約300元 計程車約2000元 救護車4000元
	2~3小時	62,136	11.33%	自行開車500元 計程車約3000元 救護車6000元
	超過3小時	160,611	29.28%	自行開車500元以上 計程車3000元以上 救護車6000元以上
	總計	548,392	100.00%	• 另有無形的時間成本、陪同人員成本

臺灣行政區人口分佈

統計期間：107年

花東人口密度



原民人口 佔全國人口 2.39%
花東原民 佔全國原民人口 30.48%
花東原民 佔花東人口 31.53%

排名	行政區	107年底 人口數	臺灣行政區 人口占率	原住民族人口數	各行政區原住 民人口占率
1	新北市	3,995,717	16.94%	55,607	1.39%
2	臺中市	2,803,894	11.89%	34,514	1.23%
3	高雄市	2,773,533	11.76%	34,670	1.25%
4	臺北市	2,668,572	11.31%	16,713	0.63%
5	桃園市	2,220,872	9.41%	73,874	3.33%
6	臺南市	1,883,831	7.99%	7,938	0.42%
7	彰化縣	1,277,824	5.42%	5,786	0.45%
8	屏東縣	825,406	3.50%	59,832	7.25%
9	雲林縣	686,022	2.91%	2,458	0.36%
10	新竹縣	557,010	2.36%	21,622	3.88%
11	苗栗縣	548,863	2.33%	11,397	2.08%
12	嘉義縣	507,068	2.15%	5,868	1.16%
13	南投縣	497,031	2.11%	29,187	5.87%
14	宜蘭縣	455,221	1.93%	17,192	3.78%
15	新竹市	445,635	1.89%	4,167	0.94%
16	基隆市	370,155	1.57%	9,359	2.53%
17	花蓮縣	327,968	1.39%	93,178	28.41%
18	嘉義市	268,622	1.14%	1,078	0.40%
19	臺東縣	218,919	0.93%	79,235	36.19%
20	金門縣	139,273	0.59%	1,092	0.78%
21	澎湖縣	104,440	0.44%	569	0.54%
22	連江縣	13,056	0.06%	225	1.72%
區域別總計		23,588,932	100.00%	565,561	

各地區/縣市	各地區戶籍登記人口數(107年底)				衛生福利部統計處(107年底)	
	65歲以上 結構比(%)	老化指數	扶養比	扶老比	重度殘障 %	列冊需關懷 獨居老人數 %
五區 (平均)	14.50%	113.99	37.86%	19.99%	0.85%	0.18%
東區 業務組	15.99%	134.46	38.65%	22.16%	1.37%	0.72%

資料來源：臺灣行政區人口列表(107)、內政部戶政司107年、衛生福利部統計處107年底

花東及原住民族平均餘命

花東與全國平均餘命比較 (106)

花東民眾

平均餘命低於全國4-5歲

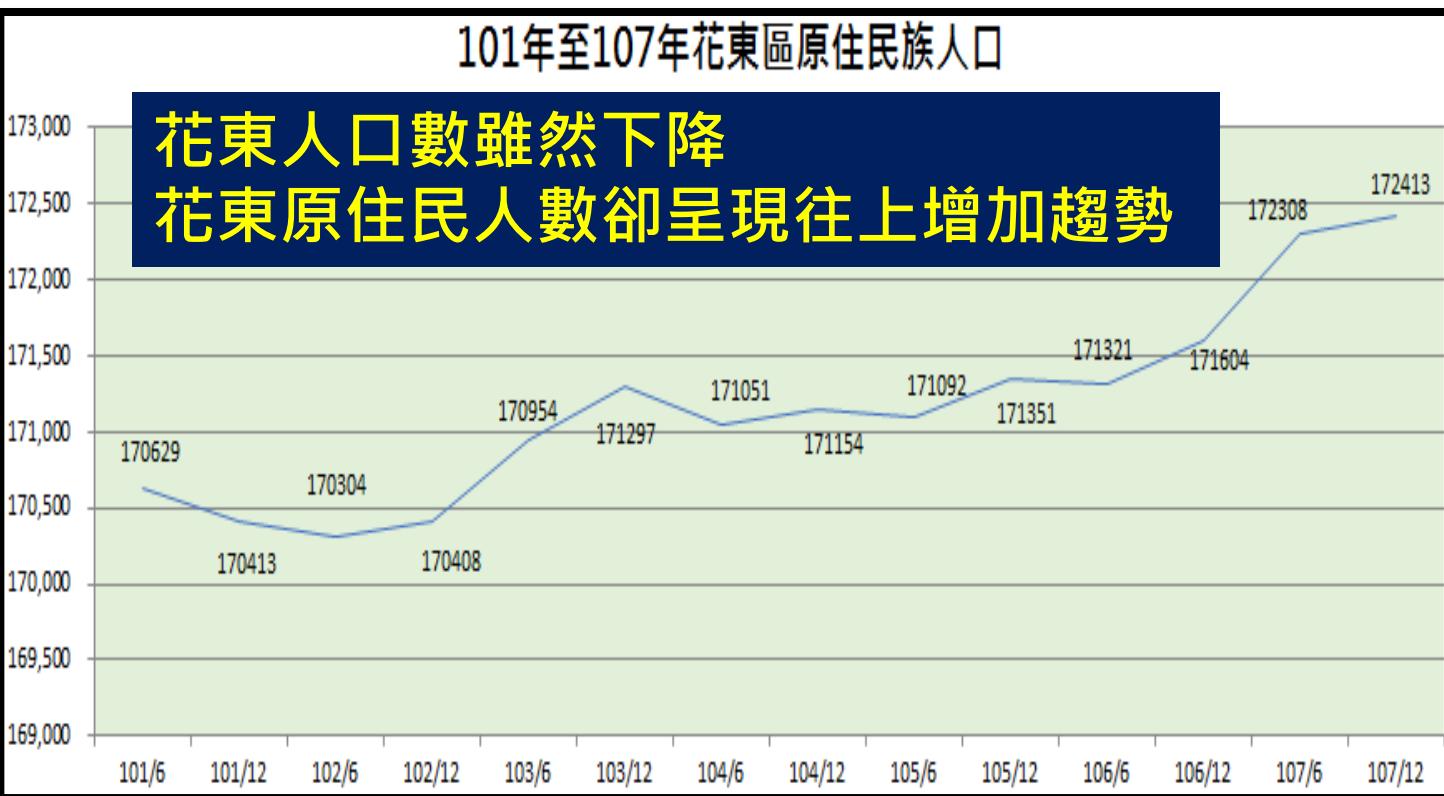
平地原住民

平均餘命低於全國5歲

山地原住民

平均餘命低於全國10歲

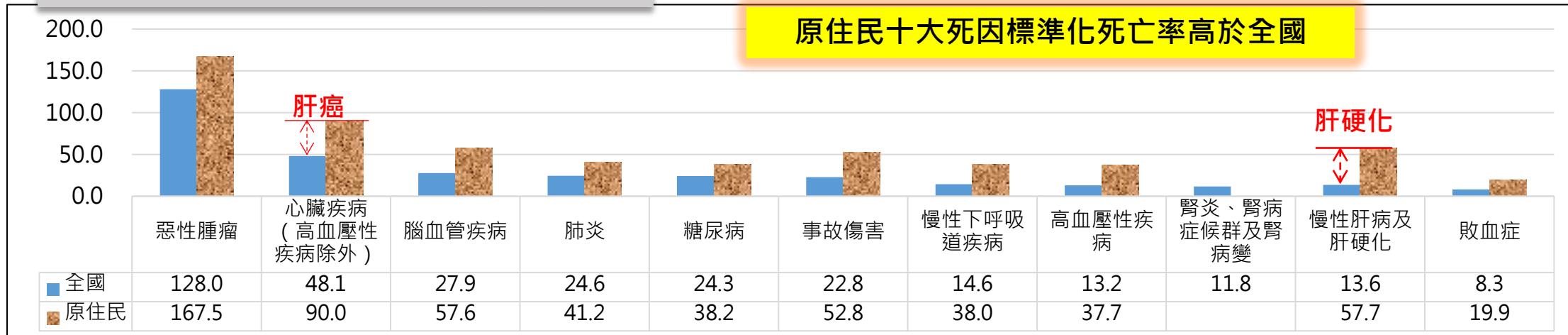
平均餘命	全體	男性	女性
全國	80.39	77.28	83.70
花蓮	76.77	72.88	81.46
台東	75.49	71.50	80.40
原住民-山地	70.37	65.52	75.10
原住民-平地	74.27	70.38	78.29



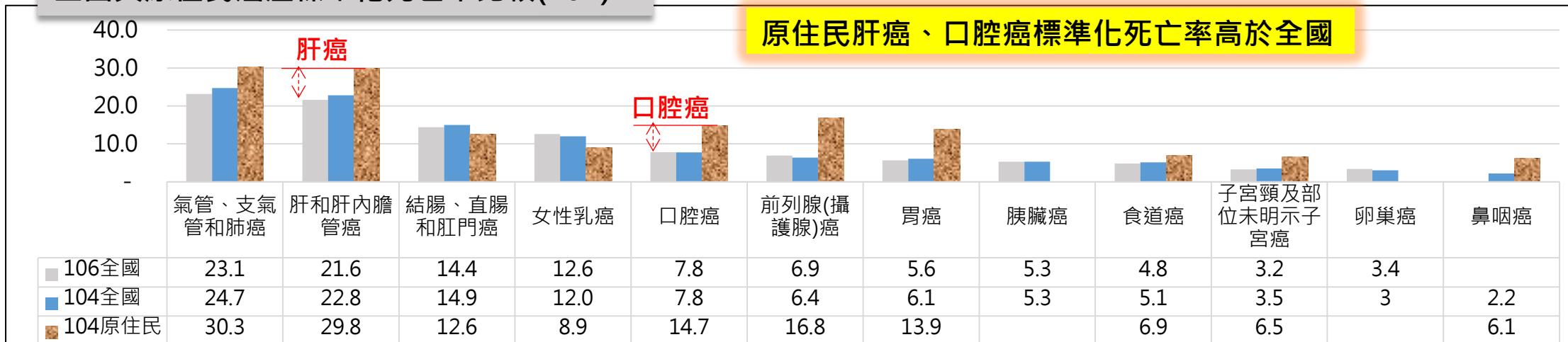


原住民主要死因現況

全國與原住民標準化死亡率比較(104)



全國與原住民癌症標準化死亡率比較(104)

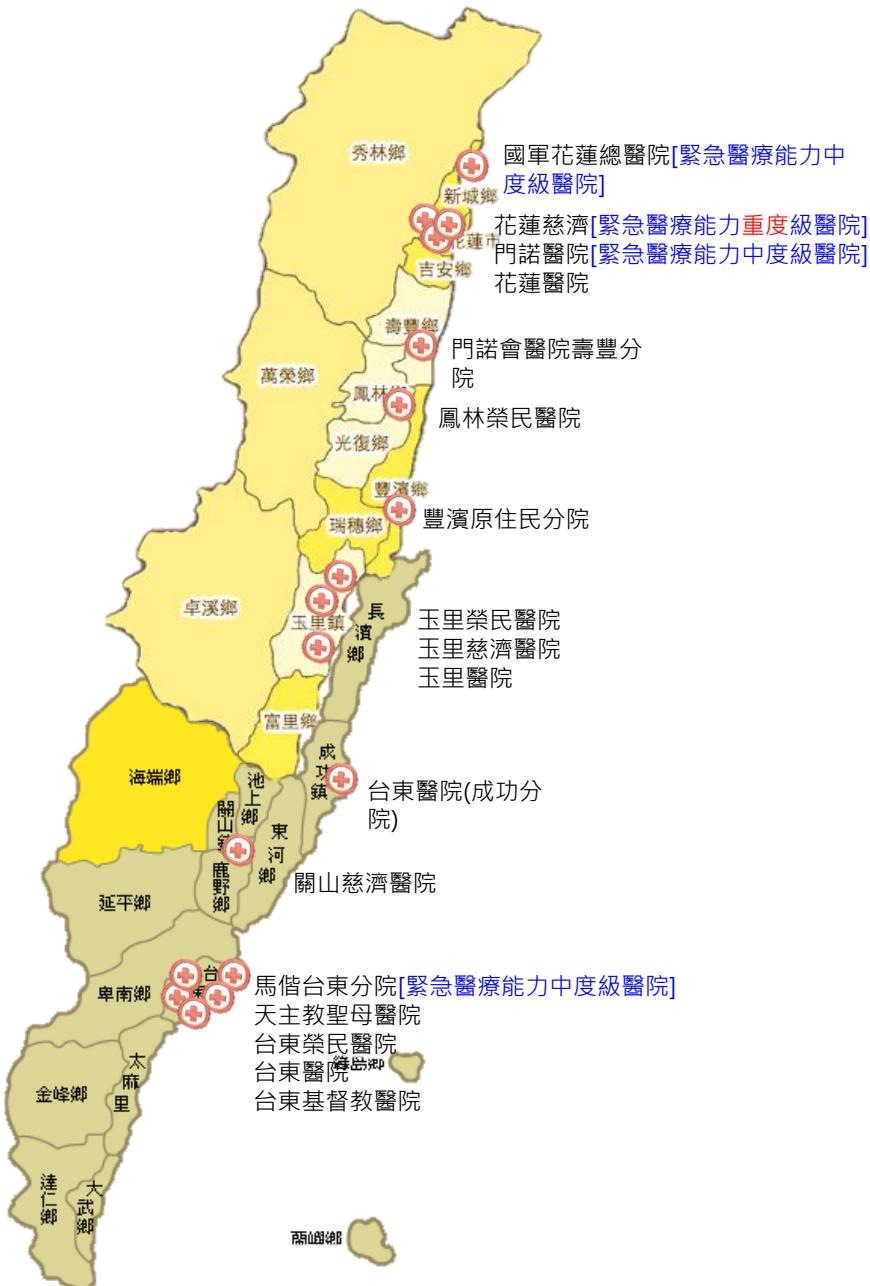




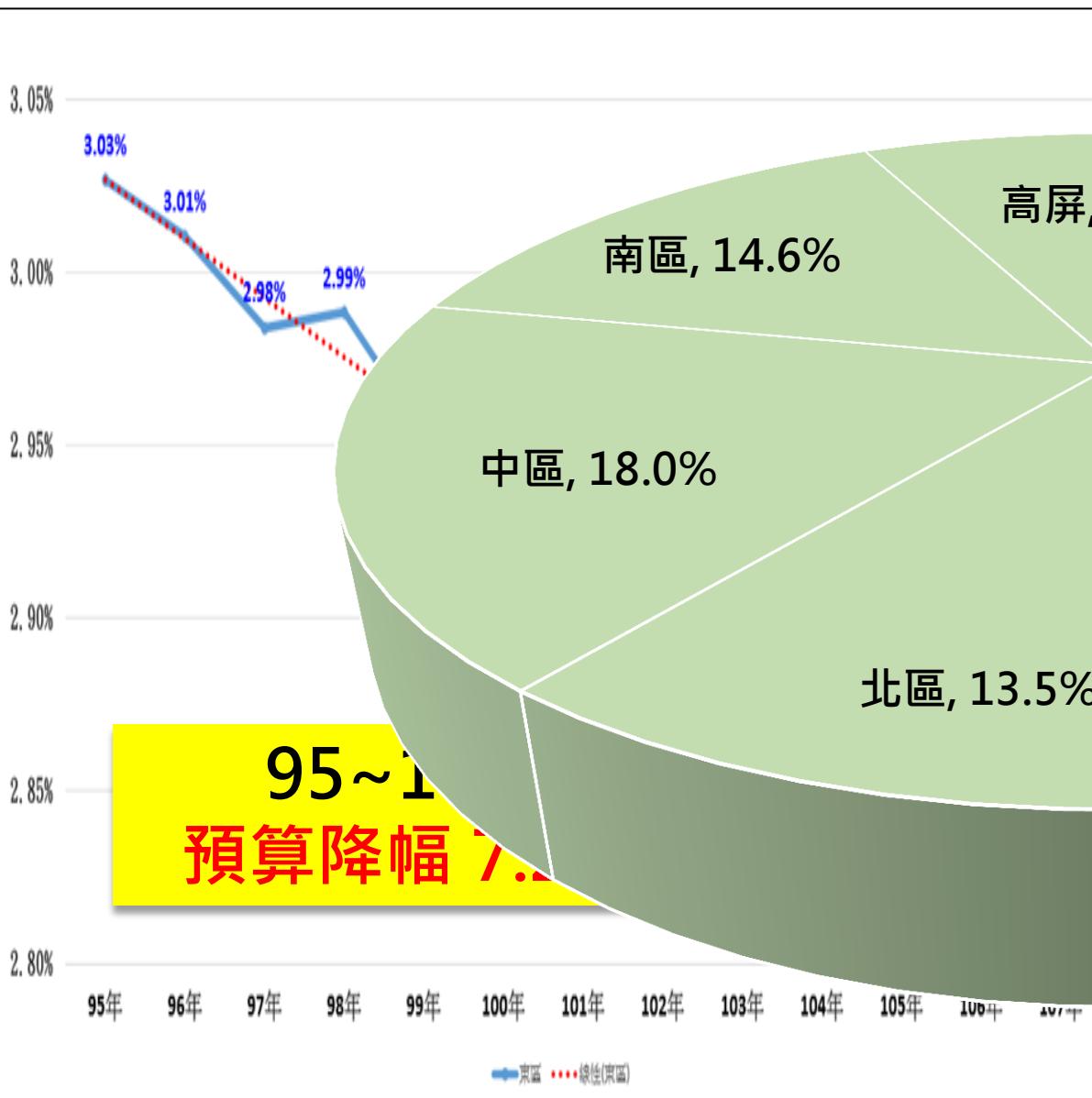
花東醫療院所及醫事人力現況



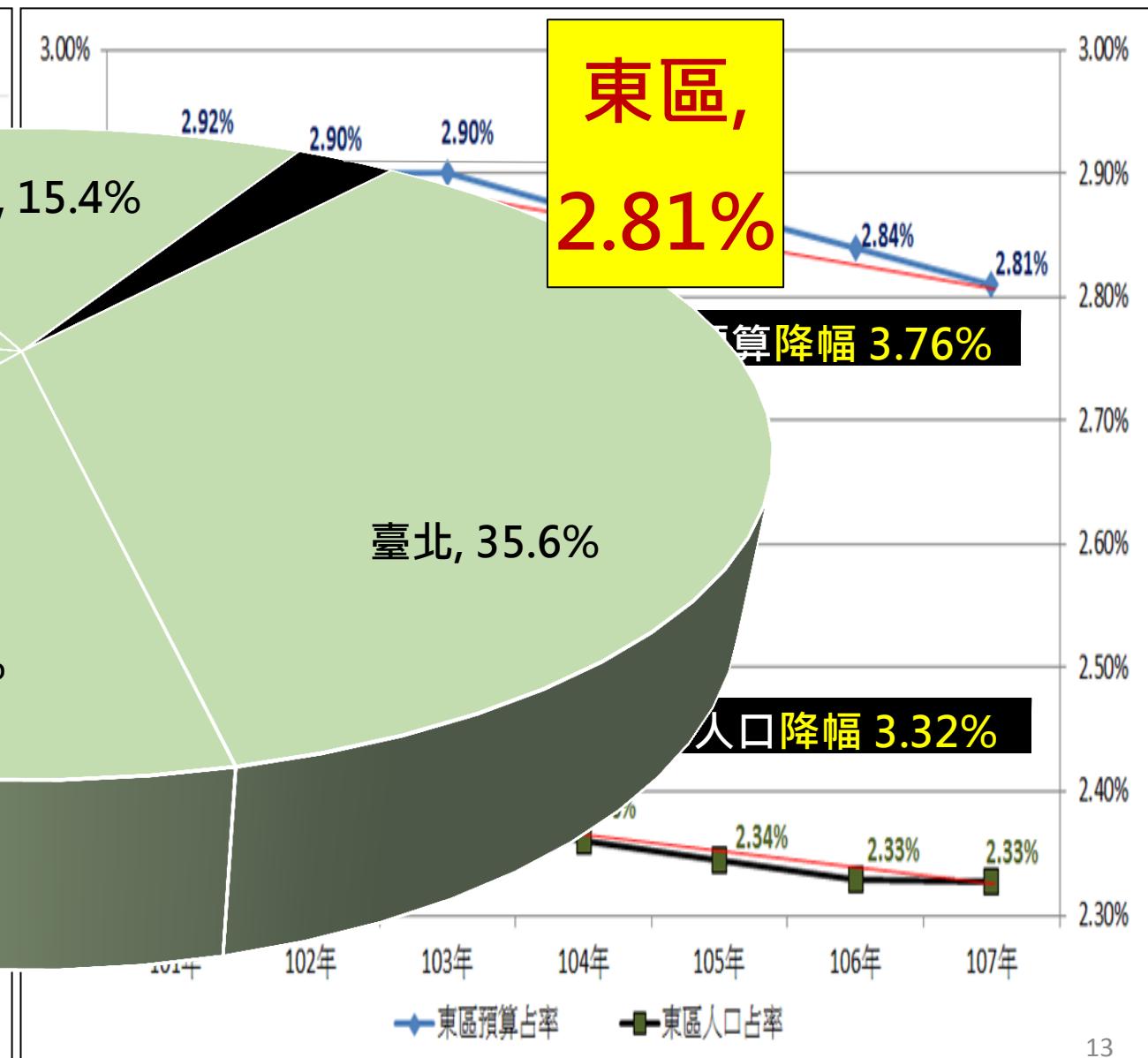
區域	土地面積 (平方公里)	人口數	醫療機構數	醫師數	平均每 一醫療 機構服 務面積 (Km ² / 所)	平均每 一醫師服務 面積 (Km ² /醫師)	平均每 一醫師服務 人口數 (人口數/醫師)
台中	18,569.34	11,534,905	11,722	32,211	0.5765	1.5841	358
彰化							
南投							
雲林							
嘉義							
臺南							
高雄							
屏東							
花蓮	8,143.82	548,777	453	1,485	5.4841	17.9775	370
台東							



95年~106年醫院總額 『東區預算佔率』~趨勢



100~107年醫院總額 『東區預算占率與東區人口數』~趨勢



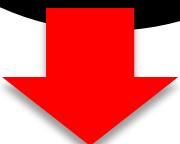
2

東區醫院風險移撥款計畫

努力解決
東區民眾健康不平等議題

東區醫療有別於台灣其他地區的先天因素

醫療資源不均



成本高
(距離 + 時間)

地理困境

- ✓ 面積廣(6區之冠)
- ✓ 地形狹長(南北距離300公里)
- ✓ 偏鄉(7山地2離島)

醫療資源不足

- ✓ 醫院由公立、宗教承擔醫療照護
- ✓ 重度急救醫院1家
- ✓ 中度急救醫院3家
- ✓ 花東醫師服務面積遠大於西部

人口結構改變

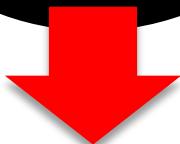


老人多高於其他五區
原住民族平均餘較低
精神科外區移入人口

人口分佈大不同

- ✓ 總人口下降原住民人口上升
- ✓ 原住民人口佔率高於全國
- ✓ 老年(獨居)人口佔率高於全國

疾病型態改變



疾病型態嚴重
意外事故死亡率高
健康識能不足

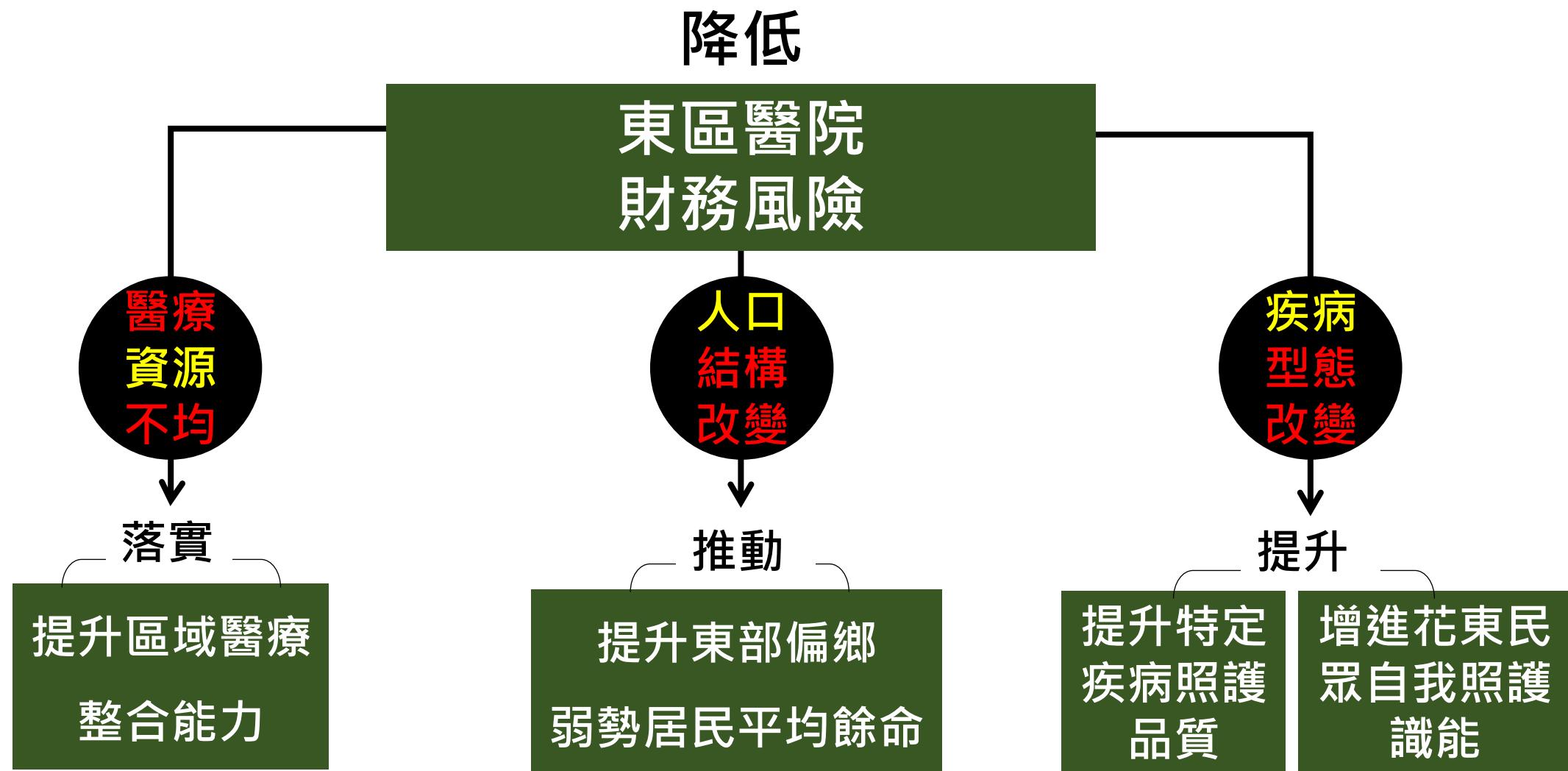
疾病管理持續努力

- ✓ 花東原住民平均餘命低於全國
- ✓ 原住民標準化死亡率高於全國
- ✓ 癌症標準化死亡率高於全國

花東醫療資源問題都知道

但~要如何解決

改善東區醫療需求 照顧弱勢、幫助偏鄉



東區執行策略

增進花東民眾自我照護識能

- 病友會
- 弱勢協助
- 分級醫療
- 健康存摺



健康
照護識能

強化區域醫療整合能力

- 醫療支援
- IDS服務能量
- 長照結合



醫療
整合能力

增進特定疾病照護品質

- DM
- C型肝炎



疾病
照護品質

提升東部偏鄉、弱勢居民 平均餘命

- 緊急醫療
- 疾病篩檢
- 遠距資訊通訊



平均餘命
民眾



偏鄉弱勢關懷計畫

醫院/類型	組別	風險款之偏遠弱勢案規劃方向	主責醫院	參與院所意願																	
				花蓮慈濟	玉里慈濟	關山慈濟	門諾醫院	門諾壽豐	國軍花蓮	東馬	東基	聖母醫院	東榮	玉榮	鳳榮	部花	部玉	部東	部花豐濱	部東成功	家數
IDS醫療資源不足、醫不足支援、安寧醫療照護、整合照護計畫	A組	強化區域醫療整合能力	強化IDS照護，引以標杆拓展至花東偏鄉。	慈濟	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	17
重要疾病管理：C型肝炎	B組	增進特定疾病照護品質	提升C型肝炎整體照護品質	門諾	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	15
各類病友會(含特殊疾病、罕病)	C組	增進花東民眾自我照護識能	1.統整病友會團體訓練講座，提高花東資源共享效能 2.健康促進及衛教	玉榮	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	14
關懷弱勢個案醫療服務(門住診)	D組	強化區域醫療整合能力	整合偏鄉弱勢照護門診	東馬	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	16
偏鄉弱勢的長照居護、社區復建及專業服務	E組	提升東部偏鄉弱勢民眾平均餘命	遠距醫療提升照護品質	慈濟	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	15
關懷弱勢、偏鄉、老人、兒少照護和服務	F組	增進花東民眾自我照護識能	健康促進及衛教	東基	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	17
緊急醫療救護	G組	提升東部偏鄉弱勢民眾平均餘命	緊急醫療-提升到院前照護	東馬	●	●	●	●		●	●	●		●	●	●	●	●	●	●	14
偏鄉科技整合計畫	H組	提升東部偏鄉弱勢民眾平均餘命	遠距醫療-提升照護品質	慈濟	●		●			●	●							●	●		6

一、提升區域醫療整合能力

- 整合支援服務
- 提升IDS服務量能
- 暢通出院銜接、結合長照

■整合支援服務

◆ 醫療服務資源整合

目標

短期

◆ 供需平衡以提升照護品質

中期

◆ 醫療服務資源共享

長期



現況	執行策略
醫療資源不足	<p>盤點-1.全區各機構支援現況，及監測各月支援情形 2.機構科別分佈，及各區疾病分佈</p>
機構人力有限且未整合	<p>建置-1.監測17家機構每月支援指標 2.分析29鄉鎮的疾病分佈</p>
	<p>◆ 公告-17家機構可支援科別及不足科別，及整合資源提供各鄉鎮所需的醫療支援 ◆ 支援醫師與當地醫院合作集中特殊個案看診</p>

面向	評估指標
結構面	全區機構支援人數、診數、頻率
過程面	全區機構看診科別、支援科別、支援頻率、鄉鎮疾病分佈
結果面	全區鄉鎮不足科別支援涵蓋率

■提升IDS服務量能

◆ 充足IDS服務能量

◆ 偏鄉特定疾病分析及管理

◆ 加強民眾健康促進及就醫意願

目標

短期

中期

長期



現況	執行策略
民眾習慣鄉外就醫 交通限制	盤點山地、離島成果及限制，提供各鄉優勢服務經驗分享、資通訊科技協助模式
民眾自我識能不夠	透過疾病統計分析找出偏鄉民眾應加強的疾病篩檢、預防保健，並增加民眾健康識能
東區資源未整合共享	盤點IDS各鄉資源(衛教、補助、志工..等)，善用資源讓民眾願意健促及就醫

面向	評估指標
結構面	全區巡迴診、專科診、假日及夜間診服務量
過程面	疾病管理- 腹部超音波返檢率、糖尿病病患半年糖化血色素(HbA1c)定期檢查率、眼底鏡檢查率、C肝口服新藥個案發現率、TB篩檢率
結果面	民眾滿意度、可避免住院率、鄉外就醫次數

105年-107年東區IDS現況	診次			人次		
	105年	106年	107年	105年	106年	107年
鄉內巡迴門診	1,712	1,703	2,070	38,937	41,564	41,514
專科門診	2,421	2,388	2,401	27,043	26,040	23,351
假日/夜間門診	972	2,092	1,902	8,009	7,412	11,534

■暢通出院銜接

◆ 整合花東長照相關資源

◆ 出院準備銜接
長照模式暢通

◆ 提升出院準備效率

目標

短期

中期

長期

現況	執行策略	面向	評估指標
多元資訊但未整合 民眾不知如何查起	收集各機構網頁資源資訊，擬整合後建置整合查詢資料庫(工具：Google Map、Power bi)	結構面	出院準備收案量、跨團隊會議召開頻率
各地或院所銜接模式不同影響銜接順暢	收集花東地區醫院出備銜接長照執行方式並找出標竿醫院提供經驗分享 整合花東跨院、跨區、跨系統之出院準備銜接長照模式	過程面	出院前3天接受長照2.0需求評估完成率 出院7天內接受長照2.0服務完成率 轉介追蹤回覆率
		結果面	病人滿意度

● 出院準備指標

- ✓ 出院前3天評估完成率
- ✓ 出院後7天取得長照服務率



二、提升東部偏鄉、弱勢居民平均餘命

- ◆ 緊急醫療
- ◆ 疾病篩檢
- ◆ 遠距資訊

■提升緊急醫療到院前照護

◆完善緊急救護課程

◆提升緊急救護人員專業能力

◆善用資通訊科技提升緊急轉送安全

目標

短期

中期

長期

現況	執行策略	面向	評估指標
1.醫護人力短缺 2.急救人才培養不易	<ul style="list-style-type: none">● 半年召開一次協調會● 每年辦理相關課程(EMT I 、EMT II 、EMTP)● 每年辦理花東轉診會議	結構面	教育訓練課程達成率 各項會議及演習達成率
1.依山臨海南北公路意外事故發生率高 2.交通狹長限制增加轉送風險	<ul style="list-style-type: none">● 建立醫療指導教官對救護技術員之滿意度調查● 區域內緊急救護運作及每年一次演習● 盤點各項資通訊科技(視訊、12導程EKG)、交通工具(火車、直升機)並評估可行性	過程面	完成課程人員比率 醫療指導教官對救護技術員之滿意度
		結果面	花東傷患轉診率 視訊轉診率 民眾滿意度

■疾病篩檢

- ◆ 十大死因及疾病分析東區可預防方向
- ◆ 盤點疾病篩檢現況

- ◆ 強化慢性病之預防及癌症預防即早期發現以減少失能

- ◆ 促進東區民眾篩檢意願

目標

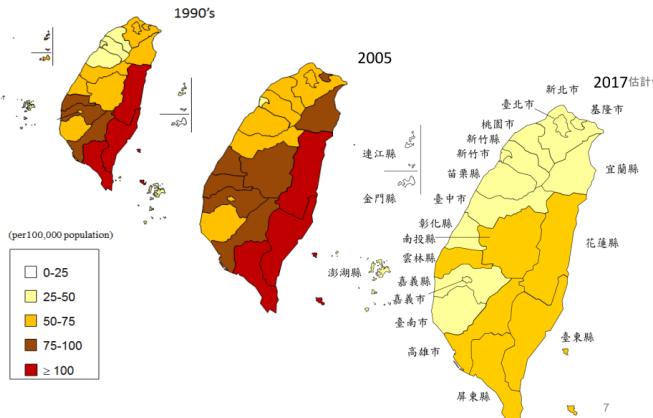
短期

中期

長期

現況	執行策略	面向	評估指標
平均餘命低於全國	<ul style="list-style-type: none">● 分析東區疾病及死因特性● 盤點東區預防保健執行狀況 <ul style="list-style-type: none">● 善用行動醫療車增加篩檢場次● 結合各項活動辦理	結構面	癌症篩檢率
		過程面	結核病主動篩檢率 DM眼底攝影檢查率 成人預防保健受檢率
		結果面	癌症死亡率

結核病新案發生率長期趨勢監測



■發展遠距醫療

◆ 完成遠距及
資訊通訊盤點

◆ 了解各計畫執行場
域和限制
◆ 複製擴散之評估

◆ 評估適用論人計
酬之遠距模式



目標	短期	中期	長期
現況	執行策略	面向	評估指標
交通限制但東區遠距醫療僅5家醫院試辦未擴散	調查花東已進行遠距醫療之計畫成果及限制	結構面	完成花東遠距盤點
偏鄉民眾使用資訊設備黏著度不足	<ul style="list-style-type: none">● 盤點花東使用之資訊科技● 收集民眾使用意見，找出接受度高之設備及宣導方式	過程面	完成建立花東遠距模式 鄉外就醫比率
法規限制無法達到遠距醫療真正目的	專家座談討論適合花東之遠距醫療及資訊科技	結果面	民眾滿意度 鄉外就醫比率 事故傷害死亡率 慢性病住院比率

三、提升特定疾病照護品質

- 提升DM個案管理品質
- 提升C肝照護品質

■ 糖尿病

死因別死亡率顯著高於台灣平均

2014-2016年死亡率 (0-49歲)



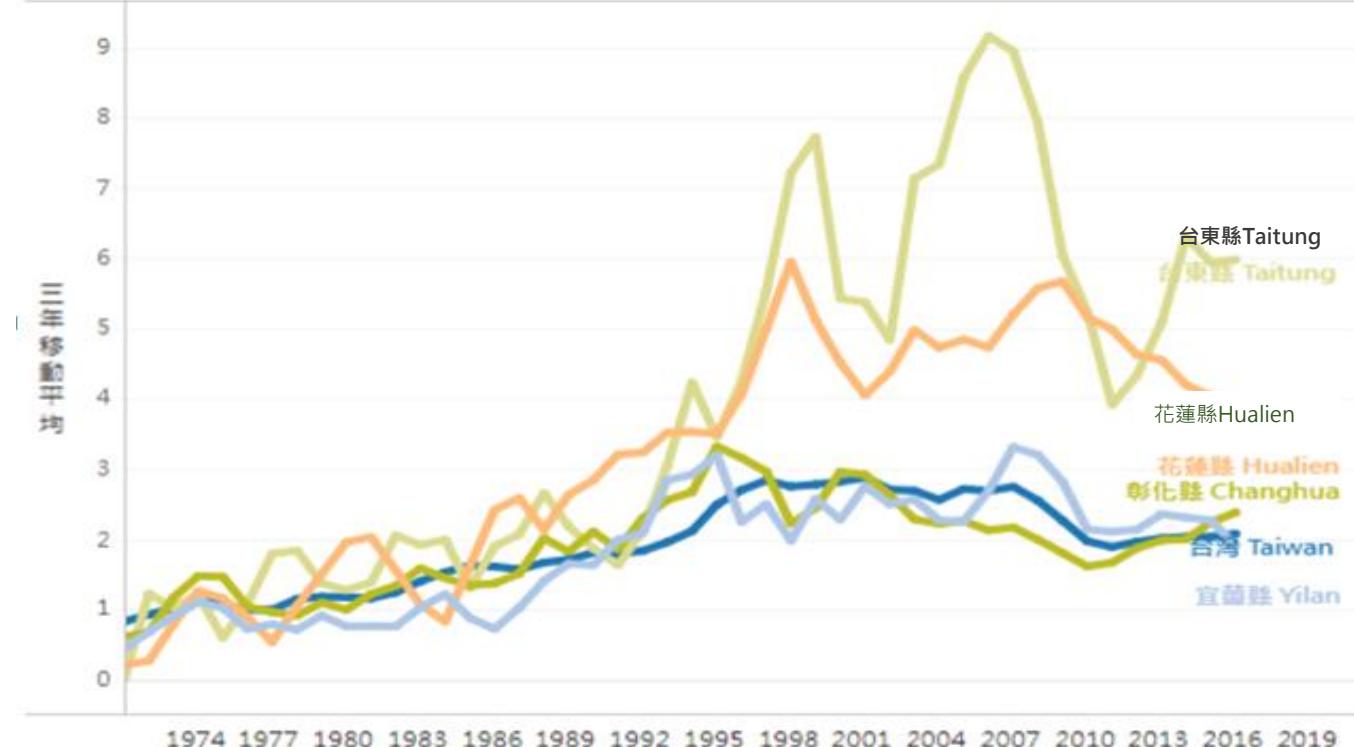
可避免死因 Avoidable deaths
糖尿病 Diabetes



縣市 City/County
(多個值)

可避免死因 Avoidable deaths
糖尿病 Diabetes

逐年數據
三年移動平均



資料來源：國立成功大學健康資料加值應用研究中心
https://visualizinghealthdata.idv.tw/?route=article/faq&faq_id=94

■提升DM個案管理品質#1

◆ 提高共照網
收案人數

◆ 提升照護品質

◆ 降低併發症



104年107年01-10花東二縣糖尿病方案照護率

醫事 類別	參與方案院所數			
	花蓮	參與率	台東	參與率
醫院	6	60%	5	71%
診所	7	5%	10	12%
衛生 所	11	85%	14	88%
合計	24	15%	29	28%

縣市	年度	參與方案人數	符合收案條件人數	照護率
花蓮	104	7,462	17,891	41.71%
	105	7,539	18,446	40.87%
	106	7,941	20,764	38.24%
	10610	7,603	20,764	36.62%
	10710	8,104	20,417	39.69%
臺東	104	5,773	12,241	47.16%
	105	6,301	12,495	50.43%
	106	7,064	12,391	57.01%
	10610	6,829	12,391	55.11%
	10710	7,263	12,509	58.06%

105年與106年
比較
照護率**負成長2.63%**

107年10月與
106年10月同期比較
照護率**成長3.07%**

105年與106年
比較
照護率**成長6.58%**

107年10月與
106年10月同期比較
照護率**成長2.95%**

分子：申報糖尿病方案P14xxx費用之人數

分母：符合收案條件，排除案件分類=08，以104年門診主診斷ICD-9-CM前三碼為250；
ICD-10-CM前三碼為E08-E13歸戶人數，90天內同院所就醫2次(含)以上人數

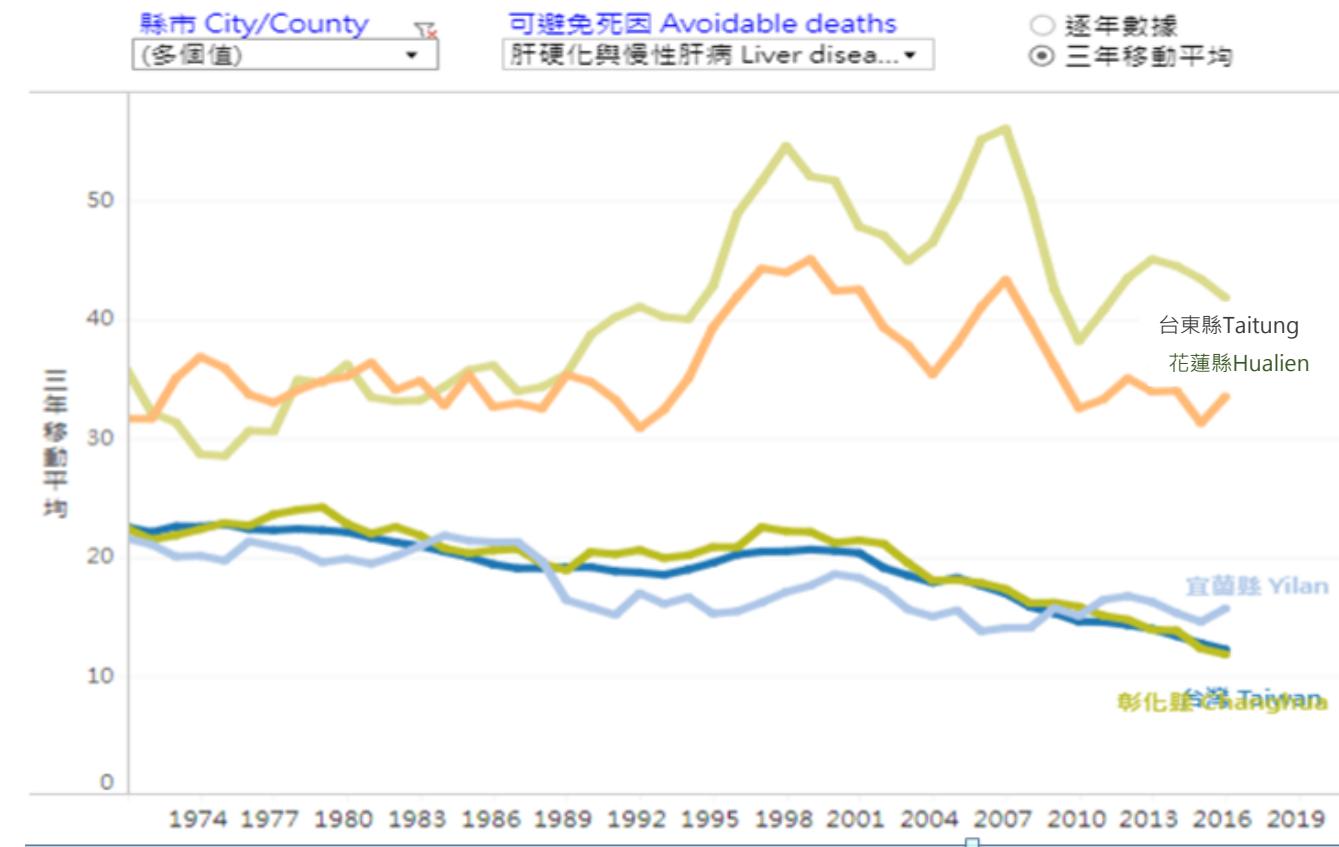
■提升DM個案管理品質#2

現況	執行策略	面向	評估指標
1.106年花東 十大死因 2.東區糖尿病 照護率進步 緩慢	<p>由醫學中心帶領兩縣主責醫院共同執行 總主責</p> <p>1.協調衛生局與健保署資源 2.大數據分析DM相關指標擬定花東策略 3.辦理課程並輔導院所醫師取得照護資格 縣主責</p> <p>1.了解診所及衛生所執行困難並予以協助 2.主動追蹤DM控管不佳個案並介入相關措施 3.增加輕症下轉量提升基層院所服務能量 4.建立Line群組並定期舉辦個案討論會交流</p>	結構面	<p>1.參加糖尿病共照網院所數 2.完成糖尿病照護訓練醫師數</p>
		過程面	<p>1.提升加入共照網病人的比例 10% 2.提高眼底攝影比例10%</p>
		結果面	<p>糖尿病併發症之發生率及死亡率 如心肌梗塞、心臟裝支架、腦梗塞、 洗腎、失明(網膜雷射)、截肢</p>

■ 肝硬化與慢性肝病

死因別死亡率顯著高於台灣平均

2014-2016年死亡率 (0-74歲)



資料來源：國立成功大學健康資料加值應用研究中心
https://visualizinghealthdata.idv.tw/?route=article/faq&faq_id=94

■提升C肝照護品質#1

◆ 盤點各院C肝病人現況(確診後或轉介治療)

◆ 結合衛生局與NGO進行階段性各鄉鎮市篩檢計畫

◆ 特殊族群(煙毒及愛滋)C肝治療及防治新生C肝個案

目標

短期

中期

長期

花蓮地區慢性肝病肝硬化死亡率，C肝風險等級及C肝盛行率

106年	死亡率/標準化/排名	C肝風險等級(C肝辦公室)	C肝盛行率(肝基會)104年
花蓮縣	41.8/27.2/8		12.4%
花蓮市	18.1/11.7/10	第0級	1.48%
吉安	17.9/12.2/11	第1級	1.42%
光復	30.9/15.6/10	第2級	2.02%
壽豐	33.2/20.3/10	第2級	1.54%
鳳林	36.6/25.2/10	第1級	2.91%
玉里	36.7/15.8/10	第3級	13.59%
瑞穗	42.7/27.9/11	第0級	1.48%
富里	47.7/24.7/9	第4級	11.18%
新城	49.4/33.3/6	第0級	2.96%
秀林	164.1/136.3/2	第5級	20.77%
萬榮	187.1/153.2/2	第4級	6.68%
卓溪	198.3/154.8/2	第6級	18.87%
豐濱	249.4/128.5/2	第3級	15.7%

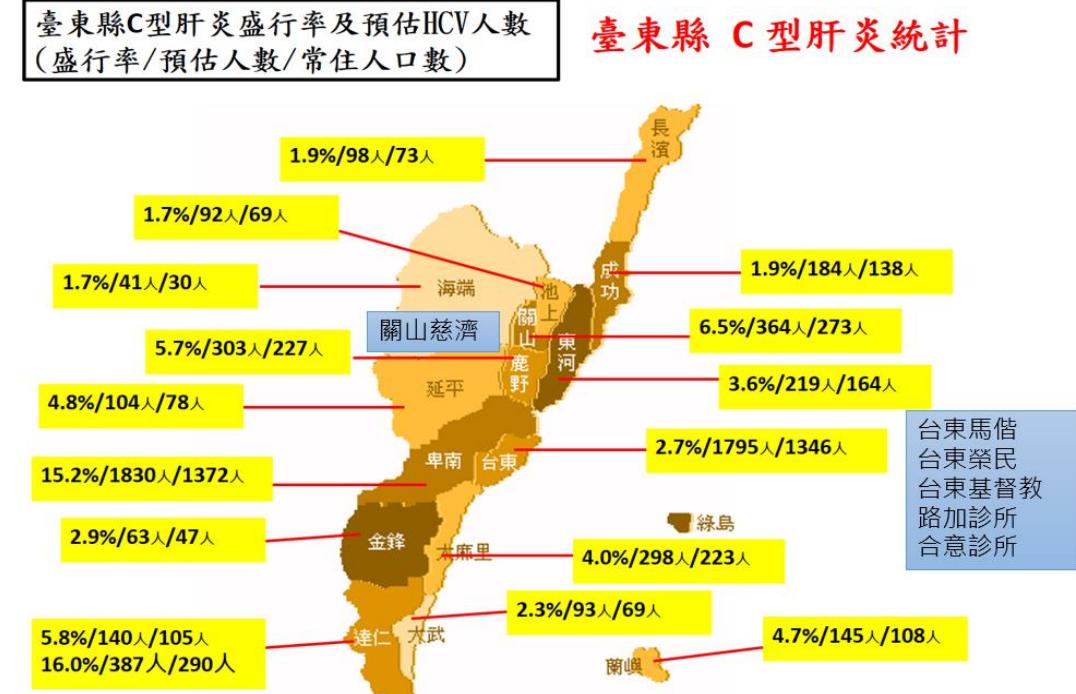
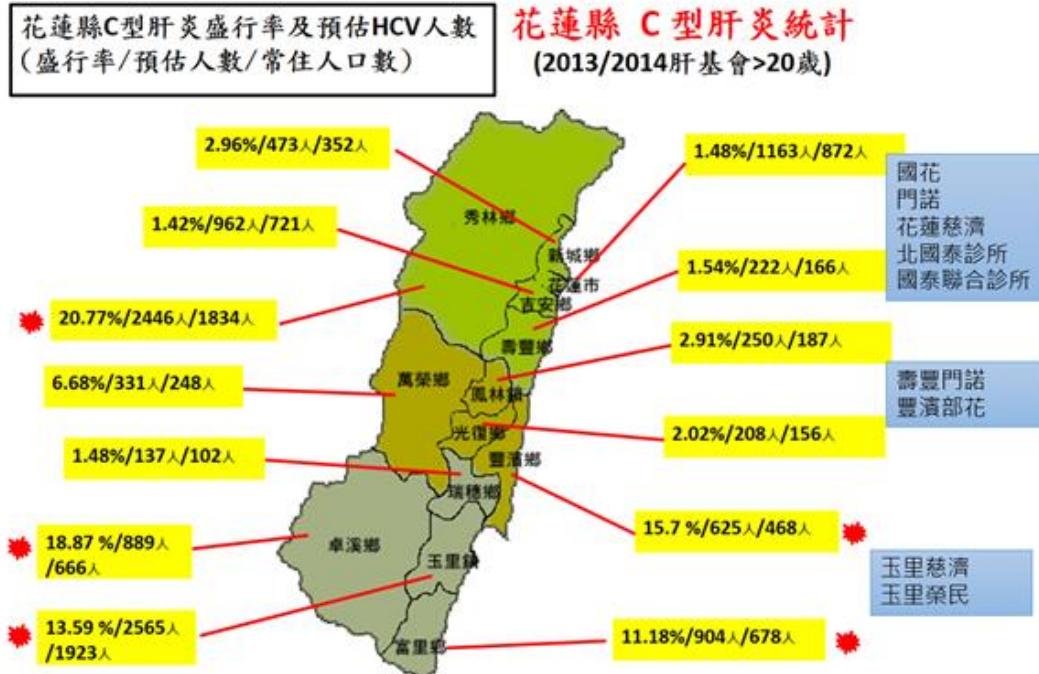
臺東地區慢性肝病肝硬化死亡率，C肝風險等級及C肝盛行率

106年	死亡率/標準化/排名	C肝風險等級(C肝辦公室)	C肝盛行率(肝基會)104年
台東縣	51.8/34.5/6		
綠島	0/0/?	第0級	-
金峰	30.9/27.5	第2級	2.9%
台東市	35.8/24.1	第1級	2.7%
成功	41.9/20.4	第3級	1.9%
太麻里	44.5/27.7	第2級	4.0%
關山	45.6/31.3	第0級	6.5%
鹿野	50.1/40.2	第2級	5.7%
卑南	51.7/31.3	第4級	15.2%
蘭嶼	59.1/61.8	第0級	4.7%
大武	64.8/46.2	第2級	2.3%
長濱	81.9/29.6	第0級	1.9%
池上	84.2/64.1	第2級	1.7%
東河	104.6/70.9	第0級	3.6%
海端	117.6/104.5	第3級	1.7%
達仁	142.1/97.2	第0級	5.8% (16.0%)
延平	226.2/165.6	第0級	4.8%

■提升C肝照護品質#2

現況	執行策略	面向	評估指標
<p>1.106年花東十大死因(標準死亡率大於全國) 2.偏鄉民眾掌握不易</p>	<p>盤點全區可治療C肝醫療院所 比對各院資料庫30-75歲Anti-HCV陽性資料</p> <p>建置C型肝炎防治一條龍，結合衛生局及NGO</p> <p>1.進行Anti-HCV陽性個案篩檢 2.轉借陽性個案至C肝治療醫療院所 經確診個案給予完整DAA治療</p>	<p>結構面</p> <p>過程面</p> <p>結果面</p>	<p>30-75歲在籍且在戶民眾接受C肝篩檢率</p> <p>30-75歲曾經或新發現C肝篩檢陽性民眾確診率</p> <p>經確認C肝陽性民眾接受並完成治療率</p>

抗病毒藥物(direct-acting antiviral agent, DAA)



四、增進花東民眾自我照護識能

- 共享病友會資源
- 弱勢族群協助
- 分級醫療政策推廣
- 宣導使用健康存摺

■共享病友會資源

◆ 增加各類病友會辦理
健康講座活動場次

◆ 活動主題多元化
◆ 提升民眾參與率

◆ 資源連結共享
◆ 院際間標竿學習



現況	執行策略	面向	評估指標
東區已有8家醫院各自辦理病友會，未能資訊共享	盤點全區各院病友會辦理場次、人次、主題 建置專屬於病友會溝通平台，提供各院病友會資訊共享 對花東特定疾病辦理教育訓練，強化區域整合照護	結構面 過程面 結果面	各類病友會明訂組織章程 1.各類病友會每季至少辦理1場次健康衛教等相關活動 2.與健保署共同推廣健康存摺APP使用宣導 3.每年至少1場次參與他院舉辦之健康衛教等相關活動進行標竿學習 參與病友會病友滿意度

■弱勢族群協助

◆ 盤點整合各院弱勢服務資源

◆ 強化弱勢服務促進健康識能

◆ 推動預防及延緩失能照護方案
◆ 結合花東照護資源普及照護服務



現況	對象	執行策略	面向	評估指標
1.高齡化、少子化增加弱勢人數，照護資源明顯不足	年老長輩	送餐-持續監控送餐與營養相關的服務	結構面	社區衛教-據點數、參與人數、辦理場次數
		獨居老人-設立老人日托站、老人日照		
		失智個案-增加共照服務、社區服務據點		
2.社區衛教不夠降低民眾篩檢意願	兒童青少	兒童-校園心理健康宣導、早療服務、親職講座	過程面	送餐服務人數、失智個案服務人數及出席率、早療服務個案數
		收集全區各項服務，整合資源及強化弱勢服務		
	山地離島	健康促進-依東區十大死因分析訂定社區衛教主題、增加篩檢活動	結果面	失智個案服務滿意度、早療個案家庭滿意度

■分級醫療政策推廣

◆ 建立垂直整合模式

◆ 擴散合作院所
◆ 加強民眾轉回就醫

◆ 落實分級醫療政策

目標

短期

中期

長期



現況	執行策略	面向	評估指標
院所間合作關係須持續努力	建立三種垂直整合模式 城鄉型在地模式-東馬主責 山地偏鄉型在地整合模式-門諾主責 類都會智慧型在地模式-慈濟主責	結構面	區域級(含)以上醫院下轉件數較去年同期增加 區域級(含)以上醫院回轉率(半年指標)達0.45%
資訊系統未即時更新	資訊優化 -收集基層院所對電子轉診平台建議優化該平台 -與醫師公會合作協調廠商協助基層院所介接平台	過程面	門診就醫次數>90次之保險對象，就醫次數較去年同期下降14%
1.院所轉回需加強 2.民眾認知仍需努力	鼓勵轉回個案進行追蹤 每季健保署提供轉診相關報表提供院所檢討 與東區醫療網合作進行各項政策推廣及輔導	結果面	每季指標管理 1. 西醫門診病人可避免住院率下降0.03% 2. 門診10項重點檢驗檢查再執行下降比率較去年同期下降5%

■宣導使用健康存摺

◆ 建立宣導用語
及操作手冊

◆ 與個管師資源結合
共同宣導
◆ 同仁相互教學擴散

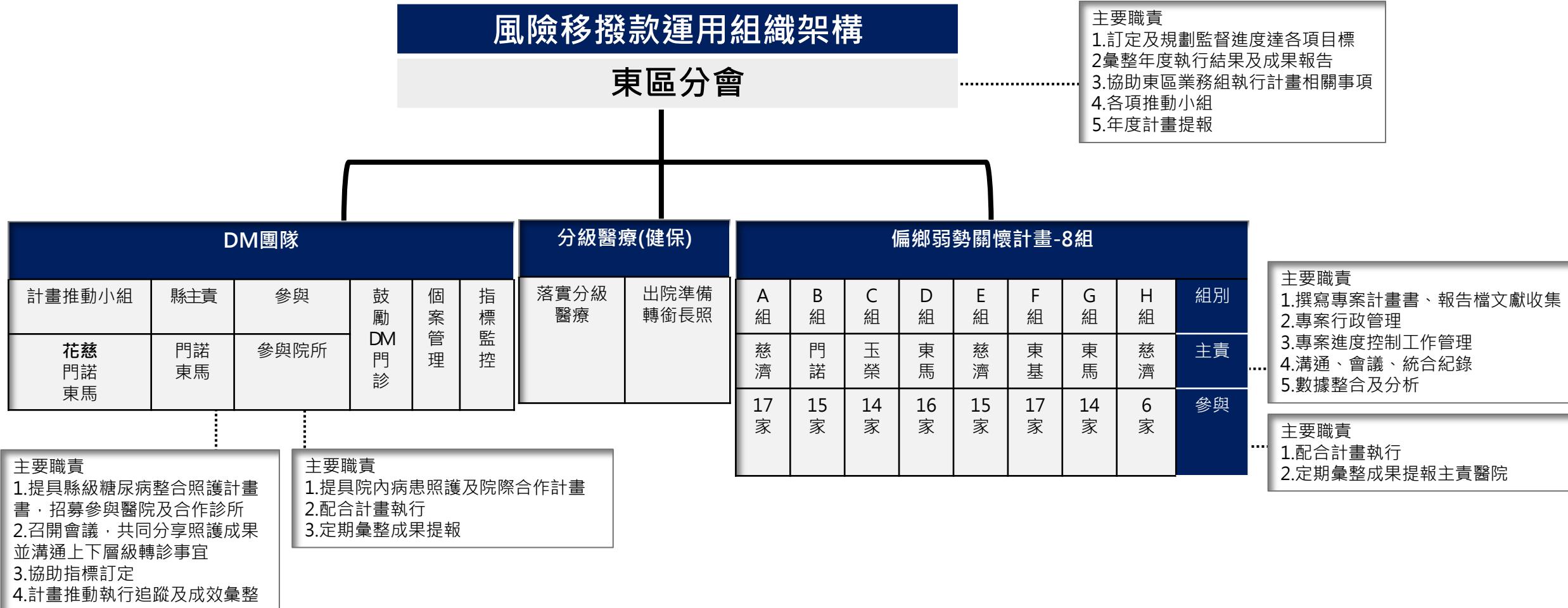
◆ 民眾口耳相傳

目標	短期	中期	長期
現況	執行策略	面向	評估指標
1.民眾自我識能不足	建立2種推廣模式 -須提升自我識能個案-由個管師宣導 -一般民眾-由同仁推廣	結構面	完成教育訓練
2.健康存摺使用未普遍	舉辦員工教育訓練	過程面	教育訓練人數
	從各院員工著手宣導持續往外擴散	結果面	東區民眾使用健康存摺比率





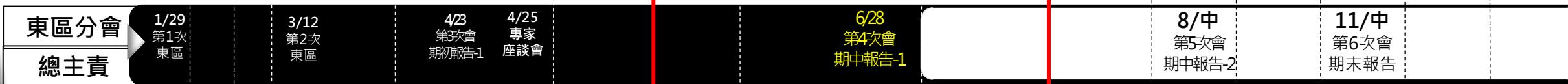
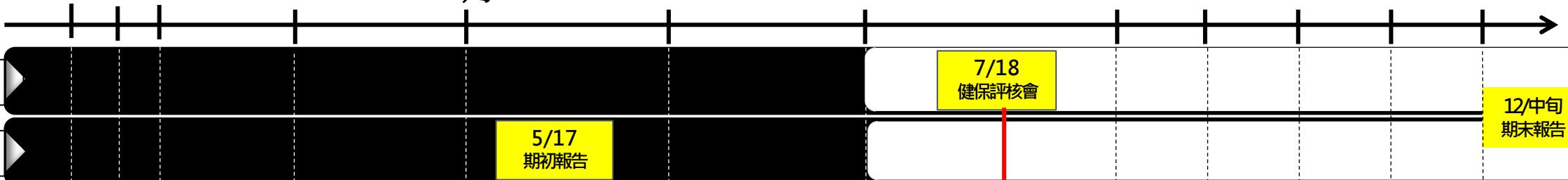
東區醫院風險移撥款計畫組織架構 (108年)





計畫推動-時程表

1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月





預期效益

願景

策略

目標

醫療
資源
不均

提升區域醫療
整合能力

- 1.整合支援服務
- 2.提升IDS服務量能
- 3.暢通出院銜接、結合長照

人口
結構
改變

提升東部偏鄉
弱勢居民平均
餘命

- 1.提升緊急醫療照護品質
- 2.落實疾病篩檢
- 3.發展遠距資訊通訊科技

疾病
型態
改變

促進特定疾病
照護品質

- 1.提升DM個案管理品質
- 2.提升C肝照護品質

增進花東民眾
自我照護識能

- 1.共享病友會資源
- 2.弱勢族群協助
- 3.分級醫療政策推廣
- 4.宣導使用健康存摺

計畫執行指標

- 減少鄉外就醫比率
- 降低可避免住院率
- 提升民眾滿意度
- 疾病發生率降低
- 健康平均餘命增加

成本(Cost)

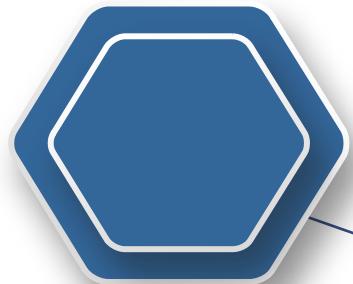
1. IDS-衛生所、醫院
整合性門診就診率
- 2.鄉鎮不足科別支援涵蓋率

品質(Quality)

- 1.個案管理追蹤完成率
- 2.疾病別發生率
- 3.意外事故發生率
- 4.民眾滿意度

可近性(Accessibility)

- 1.各類癌症篩檢執行率
- 2.預防保健執行率(成人健檢)
- 3.長照服務轉介率



4/23期初會議 & 6/28期中會議

會議照片

**108年風險移撥款計劃
期初報告
時間：4/23(二)
地點：東區業務組
玉里辦公室
台東辦公室**



108年醫院總額風險移撥款運用計劃 【東區-期初報告】

時間：108年4月23日（星期二）14：00 至 17：30

地點：花蓮 - 衛生福利部中央健康保險署東區業務組3樓大會議室

地址：970花蓮縣花蓮市軒轅路36號

玉里 - 玉里聯絡辦公室(視訊會場)

地址：花蓮縣玉里鎮新興街91號

(臺北榮民總醫院玉里分院醫療大樓1樓)

台東 - 台東聯絡辦公室二樓會議室(視訊會場)

地址：950台東縣台東市四維路三段146號

時間	內容	主持人及報告者
14：00-14：20	報到	
14：20-14：25	主席致詞	總主責-慈濟醫院 陳星助主秘
14：25-14：30	總主責報告	張菁育副主任
14：30-16：00	<ul style="list-style-type: none">◆ 關懷計劃-各主責院所期初報告(每組10分鐘)<ul style="list-style-type: none">• 花蓮慈院醫院(A組、E組)• 花蓮慈院醫院(H組)• 東基醫療財團法人台東基督教醫院(F組)• 臺北榮總玉里分院(C組)• 馬偕紀念醫院台東分院(D組)• 馬偕紀念醫院台東分院(G組)• 花蓮財團法人臺灣基督教門諾會醫院(B組)◆ 共同討論	<p>謝佩玲 專員 張菁育 副主任 張鮑瑜 課長 李蔚新 組長 張秀梅 組長 邱淑惠 EOC助理 鄭穆良 醫師</p>
16：00-17：00	<ul style="list-style-type: none">◆ 糖尿病團隊計劃報告 (團隊-花蓮慈濟、花蓮門諾、台東馬偕)◆ 共同討論	
17：00-17：20	臨時動議	
17：20-	此即	





108年風險移撥款計劃
期中報告
時間：6/28(五)
地點：東區業務組
玉里辦公室
台東辦公室









THE END