

108年醫院總額部門 執行成果報告

醫院總額醫院醫療服務審查執行會

潘延健副執行長

109.07.28

大綱

- 108年醫療利用情形
- 落實總額精神同儕管理
- 醫院分級醫療執行成效
- 保險對象就醫權益
- 護病比執行現況
- 輔助健保署推動住院診斷關聯群TW-DRGS執行進度
- 新醫療科技執行現況與未來展望
- 紿付項目及支付標準修訂
- 其他預算專案計畫
- 輔助各區平衡發展、推動醫院總額風險調整移撥款
- 新冠肺炎防疫之挑戰

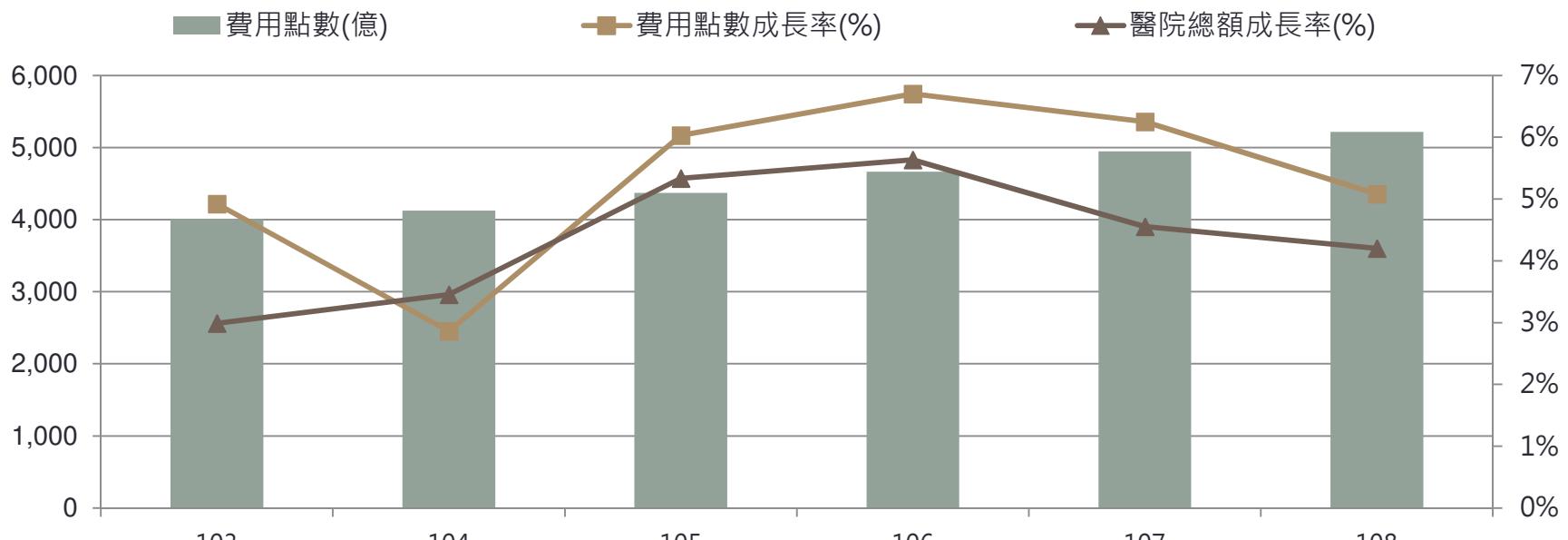
108年醫療利用情形

醫院總額費用點數

項目	年	103	104	105	106	107	108
費用點數(億)		4008.7	4123.5	4372.0	4665.9	4964.0	5216
費用點數成長率(%) (A)		4.92%	2.86%	6.03%	6.7%	6.25%	5.08%
醫院總額成長率(%) (B)		2.99%	3.453%	5.332%	5.633%	4.555%	4.200%
成長率差異(%) (B-A)		-1.93%	0.59%	-0.70%	-1.07%	-1.70%	-0.88%

104年費用點數成長率降低係受當時健保署103年5月、7月及104年4月三波藥費調降影響。

資料來源：衛生福利部中央健康保險署109年5月全民健康保險業務執行報告。

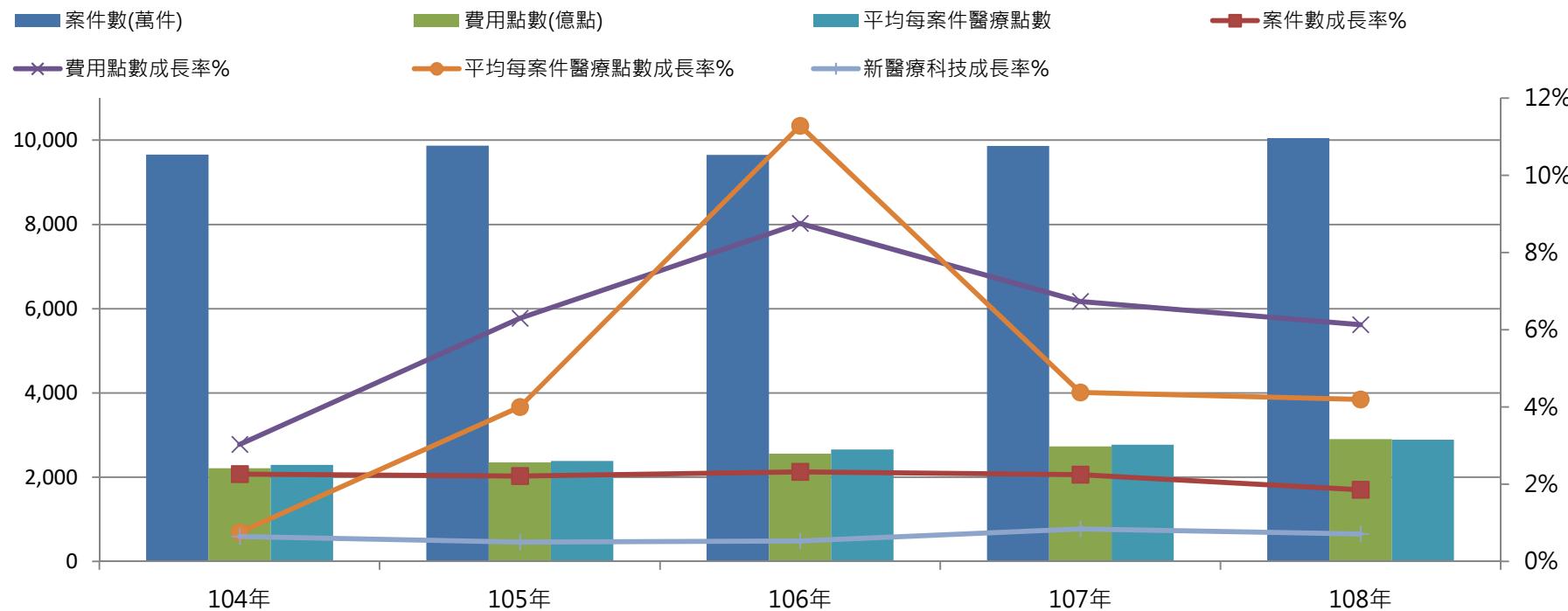


104~108年門診申報情形

項目	年	104年	105年	106年	107年	108年
案件數						
-值 (萬件)		9,658.2	9,871.8	9,648.3	9,865.8	10,049.8
-成長率%		2.26%	2.21%	2.32%	2.25%	1.86%
費用點數						
-值 (億點)		2,216.6	2,356.3	2,562.7	2,735.2	2,903.1
-成長率%		3.03%	6.3%	8.75%	6.73%	6.13%
平均每案件醫療點數						
-值 (點/案件)		2,295.0	2,386.9	2,656.1	2,772.4	2,888.7
-成長率%		0.76%	4.0%	11.28%	4.38%	4.20%
新醫療科技						
-成長率%		0.646%	0.503%	0.531%	0.844%	0.714%

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。

108年門診各項申報
成長率相較於107年
均呈現微幅下降趨勢



104~108年住診醫療利用情形

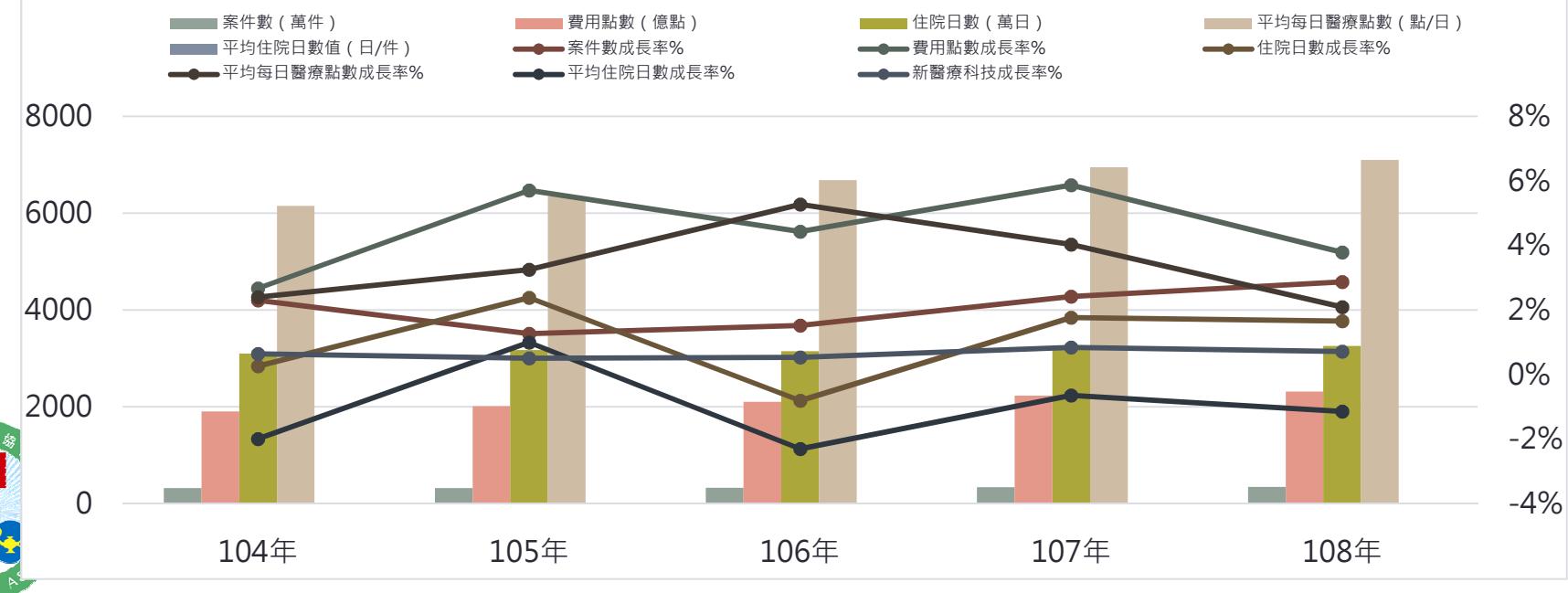
項目	年	103年	104年	105年	106年	107年	108年
案件數							
-值 (萬件)		313.5	320.7	324.7	329.7	337.7	347.4
-成長率%		2.09%	2.3%	1.27%	1.52%	2.42%	2.87%
費用點數							
-值 (億點)		1,857.3	1,906.9	2,015.8	2,105.2	2,228.8	2,313.4
-成長率%		4.68%	2.67%	5.71%	4.43%	5.87%	3.79%
住院日數							
-值 (萬日)		3,091.6	3,099.5	3,173.3	3,150.1	3,205.7	3,259.2
-成長率%		0.81%	0.26%	2.38%	-0.81%	1.77%	1.66%
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	7,098.0
-成長率%		3.85%	2.40%	3.25%	5.27%	4.03%	2.09%
平均住院日數							
-值 (日/件)		9.86	9.66	9.77	9.5	9.49	9.381
-成長率%		-1.26%	-1.99%	1.0%	-2.3%	-0.64%	-1.14%
新醫療科技-成長率%		0.584%	0.646%	0.503%	0.531%	0.844%	0.714%

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。

108年除住診案件數
成長率雖微幅上升，
餘項成長率均呈現
下降趨勢



104~108年住診醫療利用情形



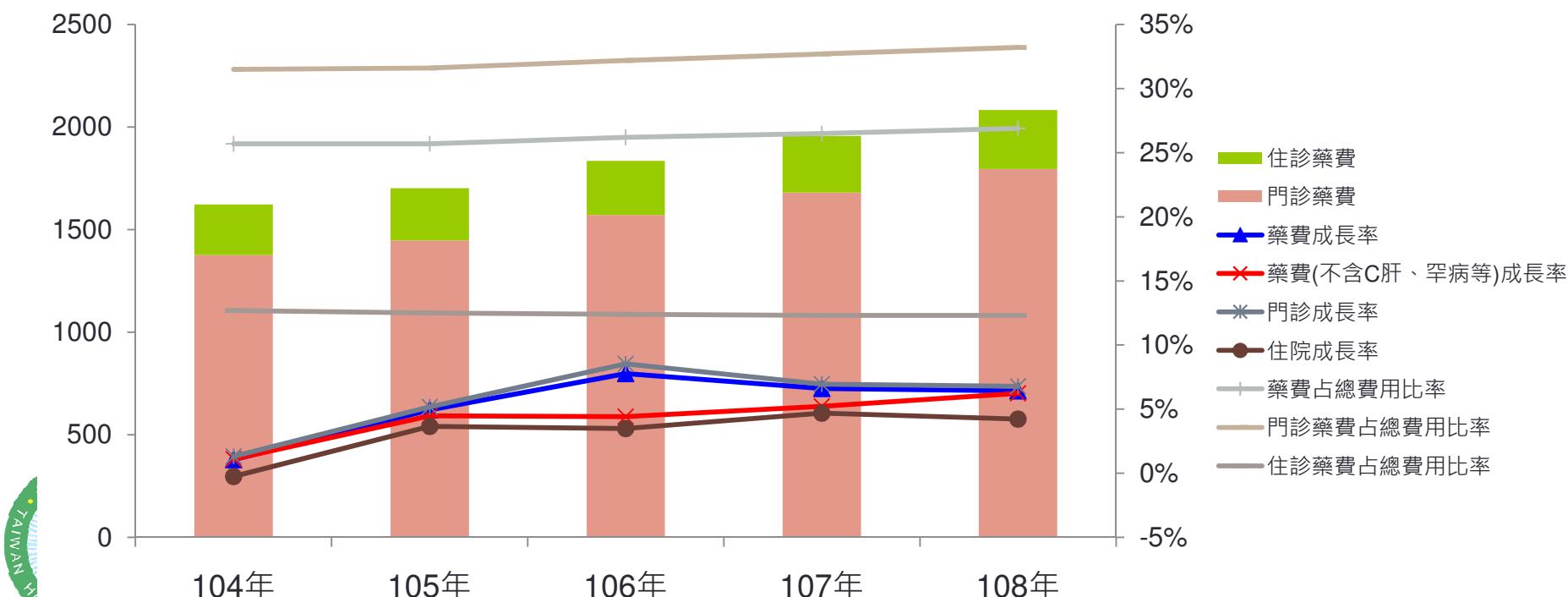
104~108年藥費 使用情形

資料來源：
衛生福利部中央健康保險署109年5月全民健康保險業務執行報告 ·
台北。

*註1：指C型肝炎用藥、罕病、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

*註2：C型肝炎用藥自106年起方納入

項目 / 年	104年	105年	106年	107年	108年
藥費					
-值 (億點)	1,622.4	1702.6	1,835.4	1,956.9	2,082.6
-成長率%	1.06%	4.94%	7.78%	6.62%	6.41%
藥費(不含C肝、血友罕病等 · 註1)					
-值 (億點) (註2)	1,544.13	1,613.20	1,684.33	1,772.02	1,882.656
-成長率%	1.11%	4.47%	4.41%	5.21%	6.24%
門診藥費					
-值 (億點)	1,376.7	1,447.9	1,571.7	1,680.9	1,795.2
-成長率%	1.31%	5.17%	8.53%	6.95%	6.78%
住診藥費					
-值 (億點)	245.7	254.7	263.6	276.0	287.6
-成長率%	-0.26%	3.65%	3.48%	4.68%	4.22%
藥費占總費用比率%					
-門診	25.7%	25.7%	26.2%	26.5%	26.9%
-住診	31.5%	31.6%	32.2%	32.7%	33.2%
-	12.7%	12.5%	12.4%	12.3%	12.3%

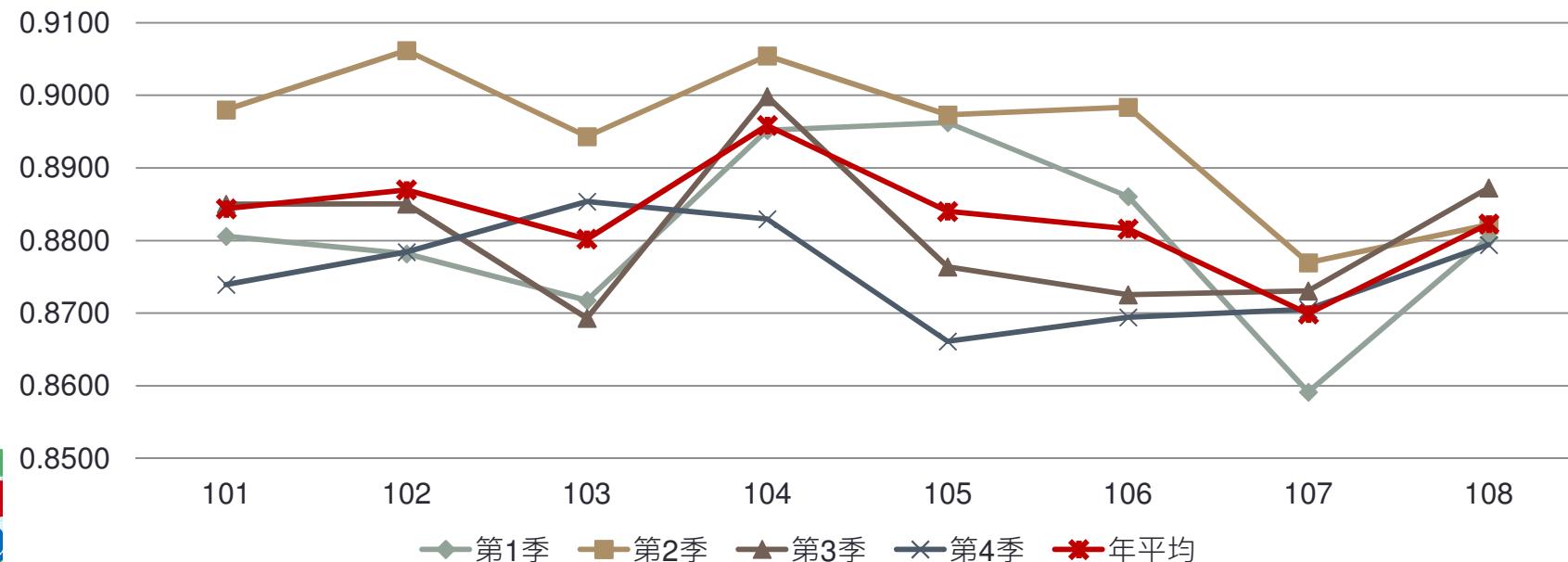


全區浮動點值

- 108年年平均浮動點值0.8823低於101年0.8844

季別/年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年
第1季	0.8806	0.8782	0.8718	0.8952	0.8963	0.8861	0.8591	0.8804
第2季	0.8980	0.9062	0.8943	0.9054	0.8973	0.8984	0.8770	0.8822
第3季	0.8850	0.8851	0.8693	0.8998	0.8764	0.8726	0.8731	0.8873
第4季	0.8739	0.8784	0.8854	0.8830	0.8661	0.8694	0.8705	0.8794
平均	0.8844	0.8870	0.8802	0.8959	0.8840	0.8816	0.8699	0.8823

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。

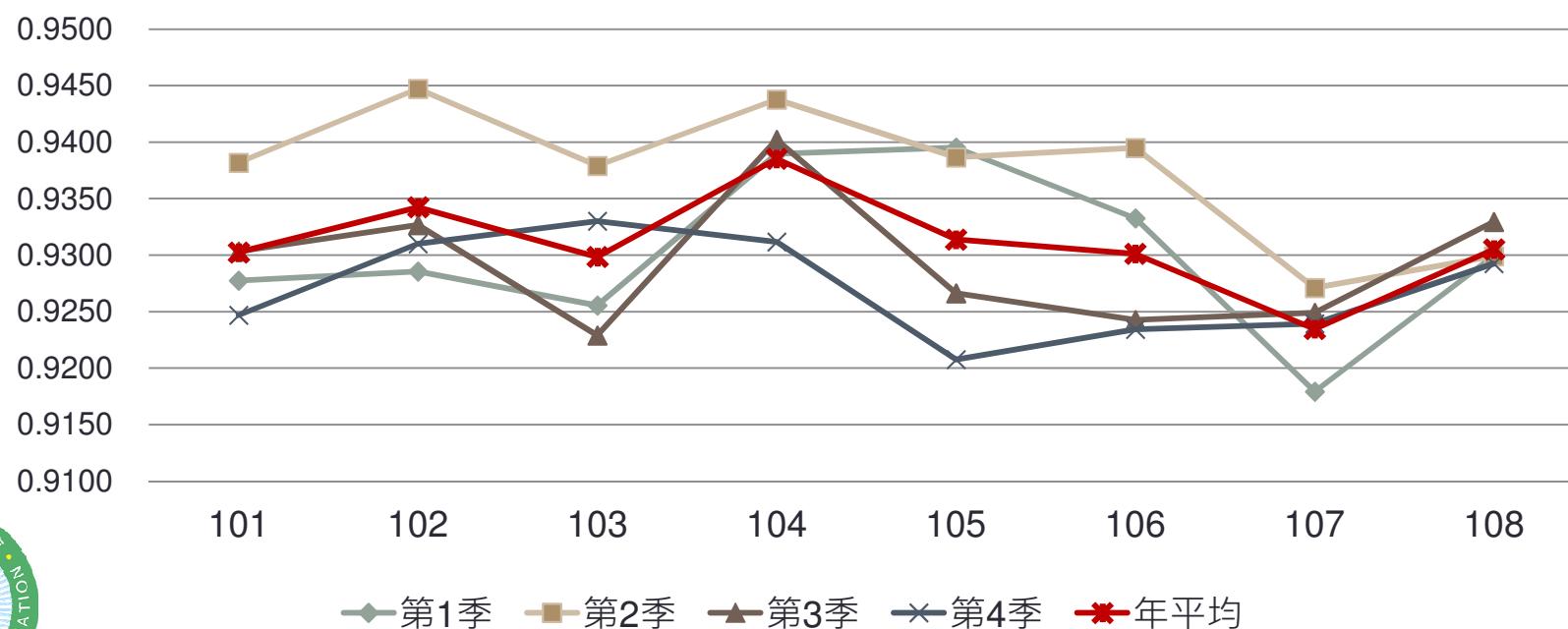


全區平均點值

- 108年全區平均點值0.9305與101年0.9302相近

季別/年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年
第1季	0.9278	0.9286	0.9255	0.9390	0.9395	0.9333	0.9179	0.9299
第2季	0.9382	0.9447	0.9379	0.9438	0.9387	0.9395	0.9271	0.9299
第3季	0.9303	0.9327	0.9229	0.9402	0.9266	0.9243	0.9249	0.9329
第4季	0.9247	0.9310	0.9330	0.9312	0.9208	0.9234	0.9239	0.9293
年平均	0.9302	0.9342	0.9298	0.9385	0.9314	0.9301	0.9235	0.9305

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。



落實總額精神同儕管理

專業自主事務管理的逐步執行

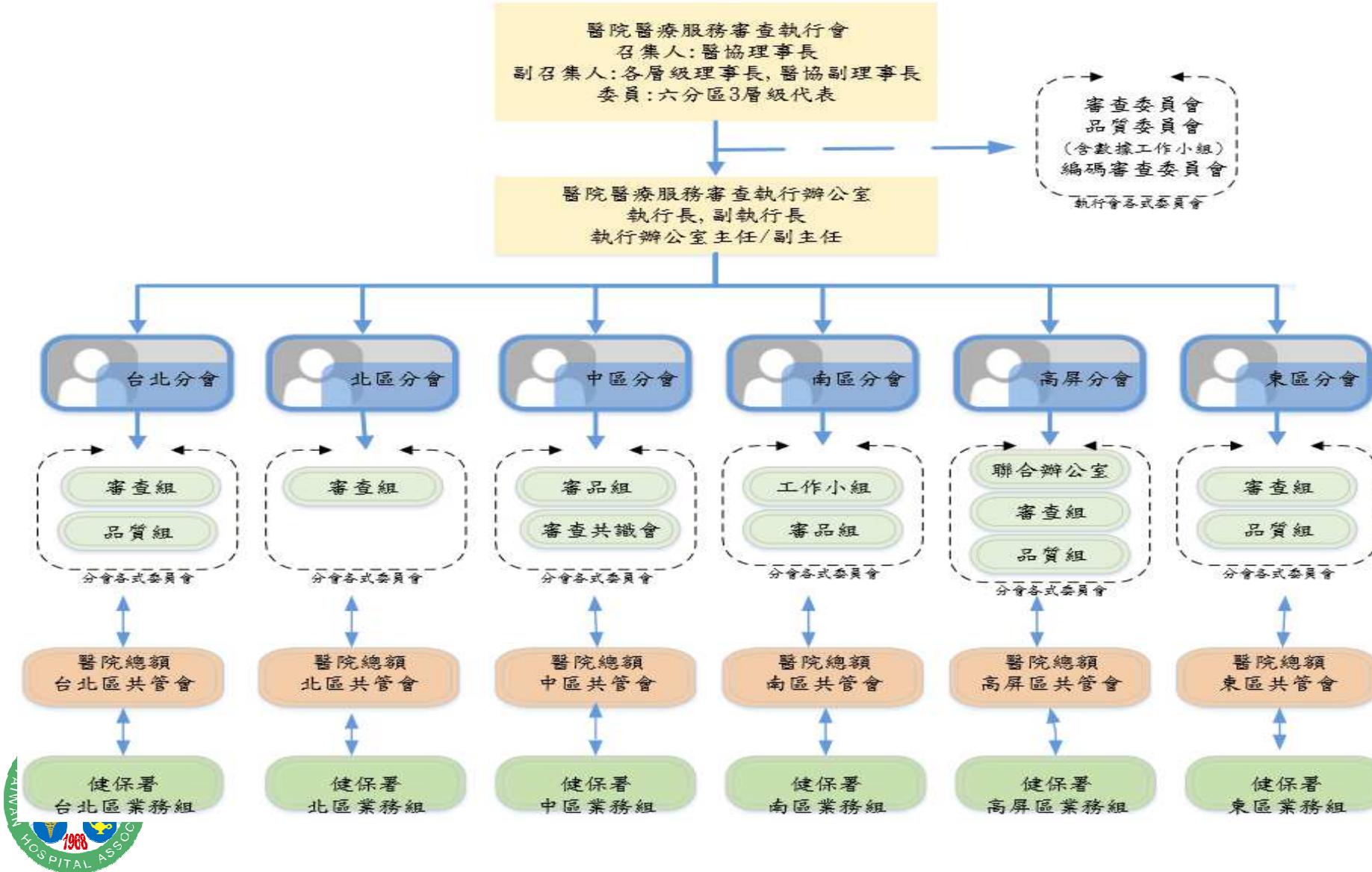
- 強化與健保署的伙伴關係，注入醫院管理觀點與想法。各區審查執行分會在轄區內自治管理與健保署分區業務組各司其職，共同為健保永續而努力。
- 醫院部門分會與共管會運作模式



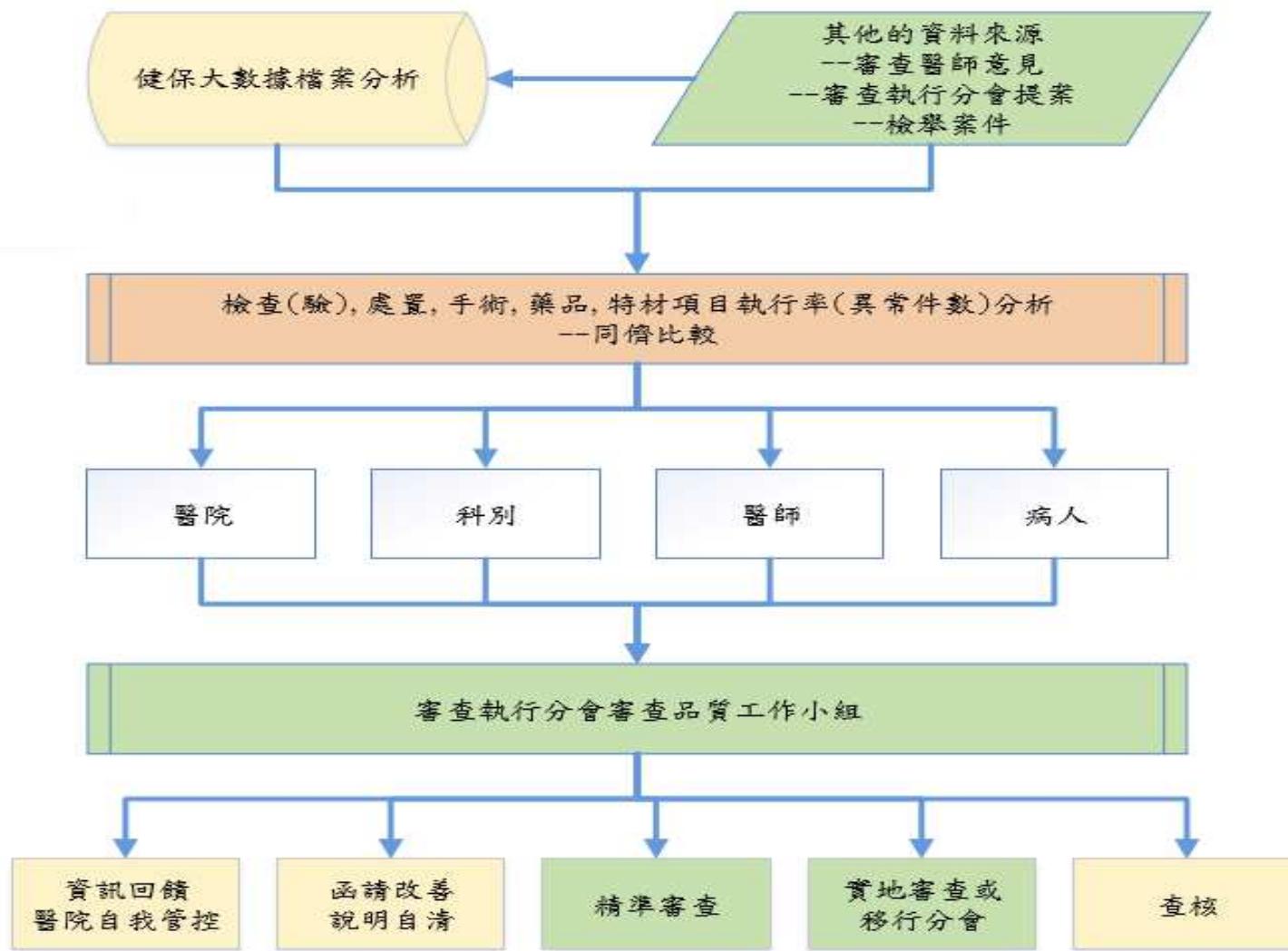
- 因各區分會實際作法不同，本會定期安排分會至審查執行會進行專案報告，藉此相互學習，提升品質並鼓勵創新。



醫院總額專業自主管理暨與健保署溝通概念



數據管理合作



審查執行會各科管理指標

科別	指標內容
風濕免疫科	<ol style="list-style-type: none">免疫檢查：RA患者不宜經常開立ANA、anti-dsDNA、ENA；乾癬關節炎PsA患者不宜每日開立ANA、RF等）[若因使用生物製劑疑似產生LUPUS-like癥狀，可開立ANA、anti-dsDNA、aPL，但以兩次為限]ENA(Sm/RNP)：每年最多開立一次RA患者之RF：每季最多開立一次，每年不超過四次同時開立IgG、IgA、IgM：每季最多開立一次，每年不超過四次 【排除common variable immunodeficiency及Sjagren's syndrome】
病理科	IHC（免疫組織化學染色法）：染色比例及平均染色次數偏高，有顯著偏差者，無法提出合理解釋且未改善者，改列入立意抽審
復健科	<ol style="list-style-type: none">門診復健次數每年治療180次以上者，列入立意抽審，（中風、脊椎損傷、TBI等發病兩年內不再此限）超音波：同一部位以28天追蹤一次為原則，一個月最多申報2次
感染科	病毒學檢驗：高於同儕者，單次住院期間超過5次者，列入立意抽審。
消化內科	<ol style="list-style-type: none">上消化道內視鏡檢查（28016C）：120天（4個月）內重複檢查：大腸鏡檢查（28017C）：90天（3個月，癌症追蹤）內重複檢查，需先查詢健保雲端資料，未經查詢而開立者，則核刪。同院同病人同日內視鏡檢查執行次數大於2次者，加強審查。門診同院同病人同日同醫師，同時執行胃鏡與大腸鏡者，加強審查。



資料來源：台灣醫院協會審查執行會

審查執行會各科管理指標

科別	指標內容
腎臟內科	1. 血液透析：Creatinine<4，平均脫水量<1公斤的案件，加強審查。 2. UACR檢測頻率：同院同病人，一年檢測次數>4次或半年內>2次者，加強審查。
放射腫瘤科	1. 每日照野以不超過6個為原則，多處轉移緩解性治療及預期存活時間不長者應檢視其申報之合理性。 2. 使用率較高之醫令，癌放射治療 (360018-36012C) 及癌其他治療 (37001A-37046B) 列為重點審查項目
居家照護	1. 居家整合案件中，foley更換一個月以2次為限 2. Foley更換次數超過同儕平均值的居家照護所，列入重點稽核院所。
胸腔內科	正子攝影(26072B-30030C)列為重點審查項目
皮膚科	生物製劑：每項藥物各自計算，使用以2年為限
胸腔外科	1. PET-CT適應症：排除未證實是惡性腫瘤者、手術後病理診斷為AIS/MIA者，不能post-op routine follow-up.1 2. Brain MRI/CT排除未來細胞學或組織學證實為惡性肺結節或肺腫瘤、肺結節證實為AIS/MIA者 3. CT of Chest：術後追蹤至多三個月一次，建議依術後時程延長檢查時間間隔或頻率。



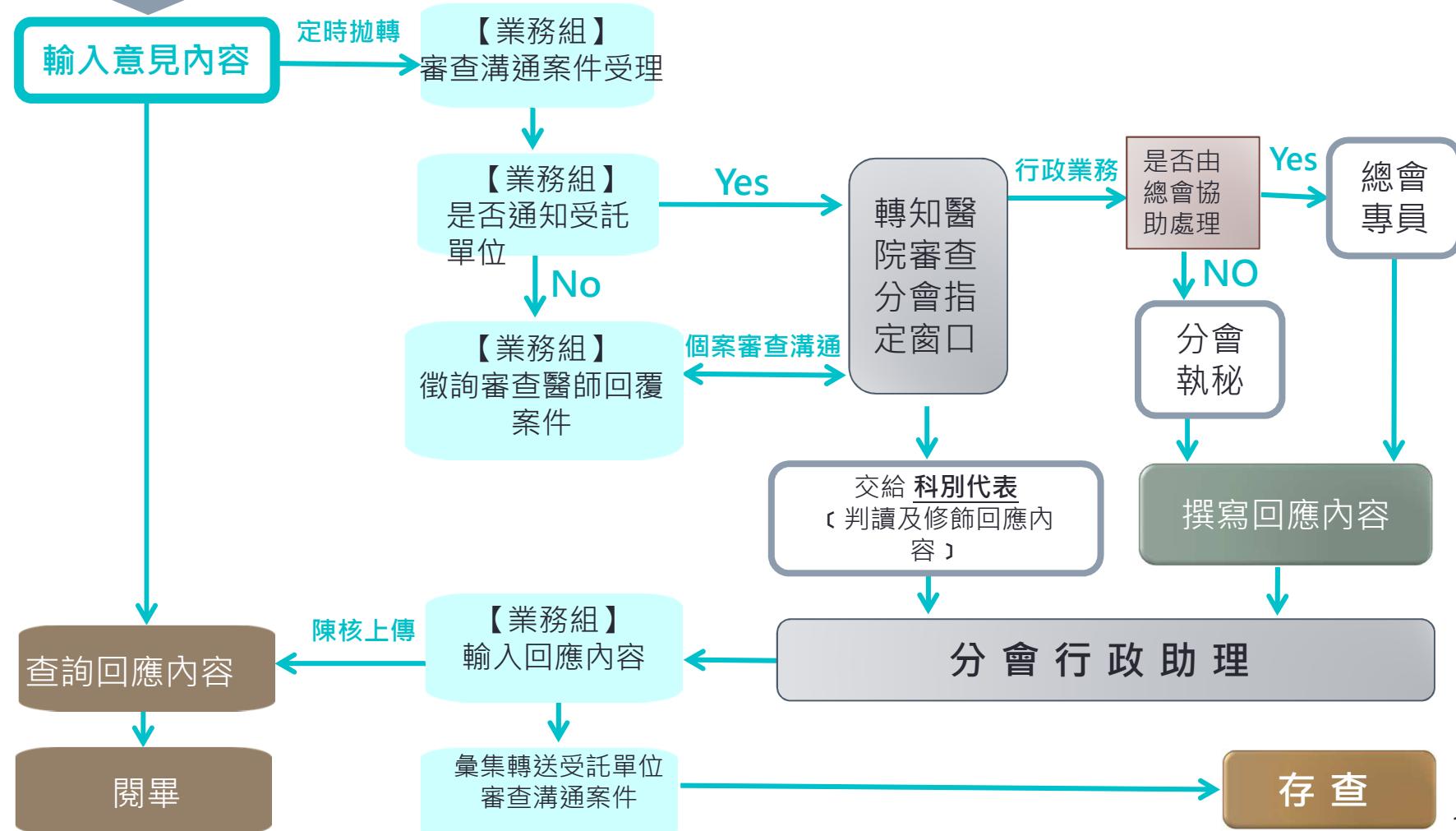
資料來源：台灣醫院協會審查執行會

平息審查爭議

-配合健保署政策指示

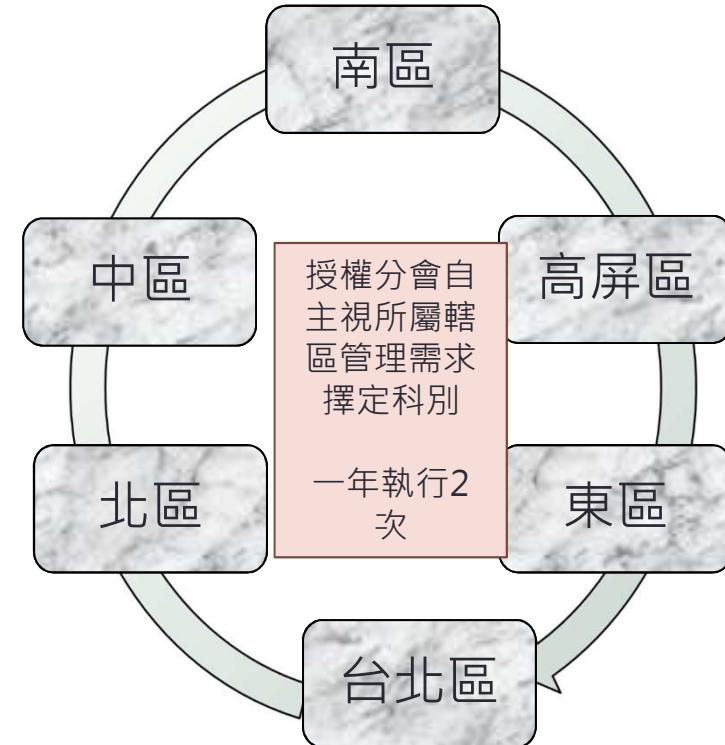
建構健保醫療資訊溝通VPN平台，強化溝通

-108年度合計共接獲3件申訴事件。



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，降低各區間之落差。



審查合理佔率	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區
第一次	82.47%	83.73%	91.9%	82.27%	91.46%	81.62%
第二次	80.90%	79.65%	89.17%	71.43%	93.88%	88.85%
全年	81.84%	81.66%	89.17%	76.74%	92.67%	85.23%



醫院分級醫療執行成效

強化轉診合作、節約醫療資源

- 轉診制度的落實強化：
 - 於HIS系統中建置完備相關院所轉診及報告傳送機制。
- 成效：
 - ✓ 總就醫次數：醫學中心與區域醫院近兩年均有減少，而地區醫院與西醫基層則有上升的趨勢。
 - ✓ 轉診率：各層級的轉診率均有成長，以醫學中心成長最多。

	總就醫次數申報占率			轉診率		
	108年1-12月	106年1-12月	差異%	108年1-12月	106年1-12月	差異%
醫學中心	10.14% 	10.65%	-4.79%	4.41% 	3.21%	37.38%
區域醫院	14.31% 	15.09%	-5.17%	3.39% 	2.58%	31.40%
地區醫院	10.74% 	9.93%	8.16%	1.48% 	0.95%	55.79%
西醫基層	64.81% 	64.33%	0.75%	0.107% 	0.004%	2575.00%



資料來源：109年3月全民健康保險業務執行季報告

分級醫療整合策略聯盟涵蓋率 - 門診減量執行成效

- 醫學中心下降4.6%，區域醫院下降4.0%，整體約下降4.3%，下降幅度高於原設定目標3.96%。

單位：千件

層級別	家數	基期(106)年	108 年	成長率
1-12 月				
醫學中心	19	17,663	16,847	-4.6%
區域醫院	69	26,226	25,167	-4.0%
小計	88	43,889	42,014	-4.3%

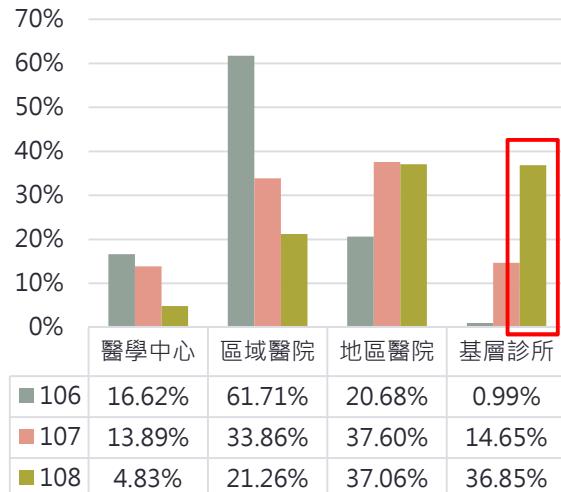
註：已排除不納入之院所(106 年門診件數占率 $\leq 0.5\%$)，彰基雲林及郭綜合醫院 108 年更為地區醫院。

資料來源：109年3月健保會業務執行季報告



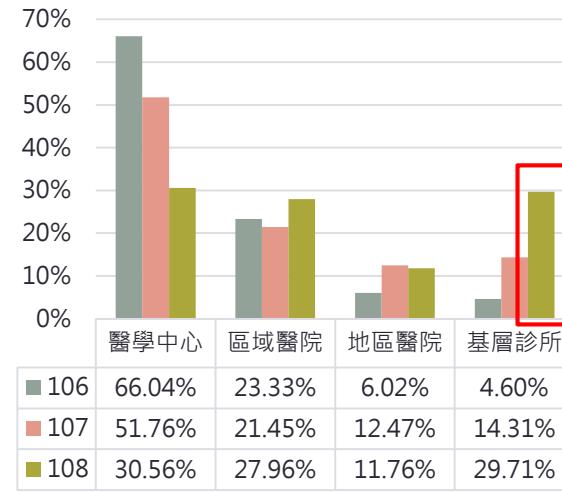
106年至108年各層級轉診流向占率

醫學中心轉診流向分布圖



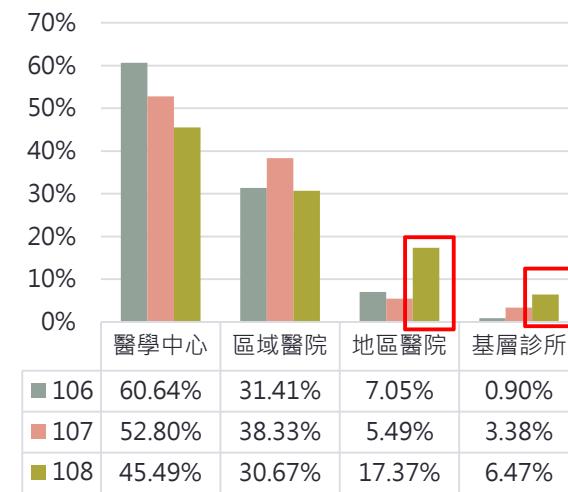
- 醫學中心：病人大幅下轉至地區醫院與西醫基層。

區域醫院轉診流向分布圖



- 區域醫院：上轉至醫學中心降低，平轉區域醫院及下轉至基層診所增加。

社區醫院轉診流向分布圖



- 地區醫院：增加轉至西醫基層的比例。



資料來源：109年3月全民健康保險業務執行季報告

註：107年資料為107年1-11月之統計結果，非全年資料。

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，特針對健保特約醫院進行問卷調查。
- 問卷發出464份，合計收到211家醫院回復，回復率為45.47%，其中以醫中與區域醫院層級回復率較高為89.47%與60.97%，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	17	89.47	8.05
區域	50	60.97	23.68
地區	144	39.13	68.24
合計	211	45.47	100.00

資料來源：台灣醫院協會109年度調查結果



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			
	107年	108年	107年	108年	107年	108年
回復問卷家數	13	17	37	50	119	144
為執行分級醫療，已與其他院所建立合作管道	100%	100%	96.97%	98.0%	95.69%	97.9%
與其他院所建立的合作管道都有簽具合作契約或備忘錄	62.5%	88.2%	75.76%	64.7%	73.28%	73.0%
與其他院所建立策略聯盟的合作對象						
-與醫學中心	87.5%	82.4%	63.64%	88.0%	74.14%	88.9%
-區域醫院	87.5%	94.1%	69.70%	80.0%	78.45%	88.2%
-地區醫院	100%	94.1%	78.79%	92.0%	61.21%	73.6%
-西醫基層	100%	94.1%	81.82%	94.0%	64.66%	80.6%



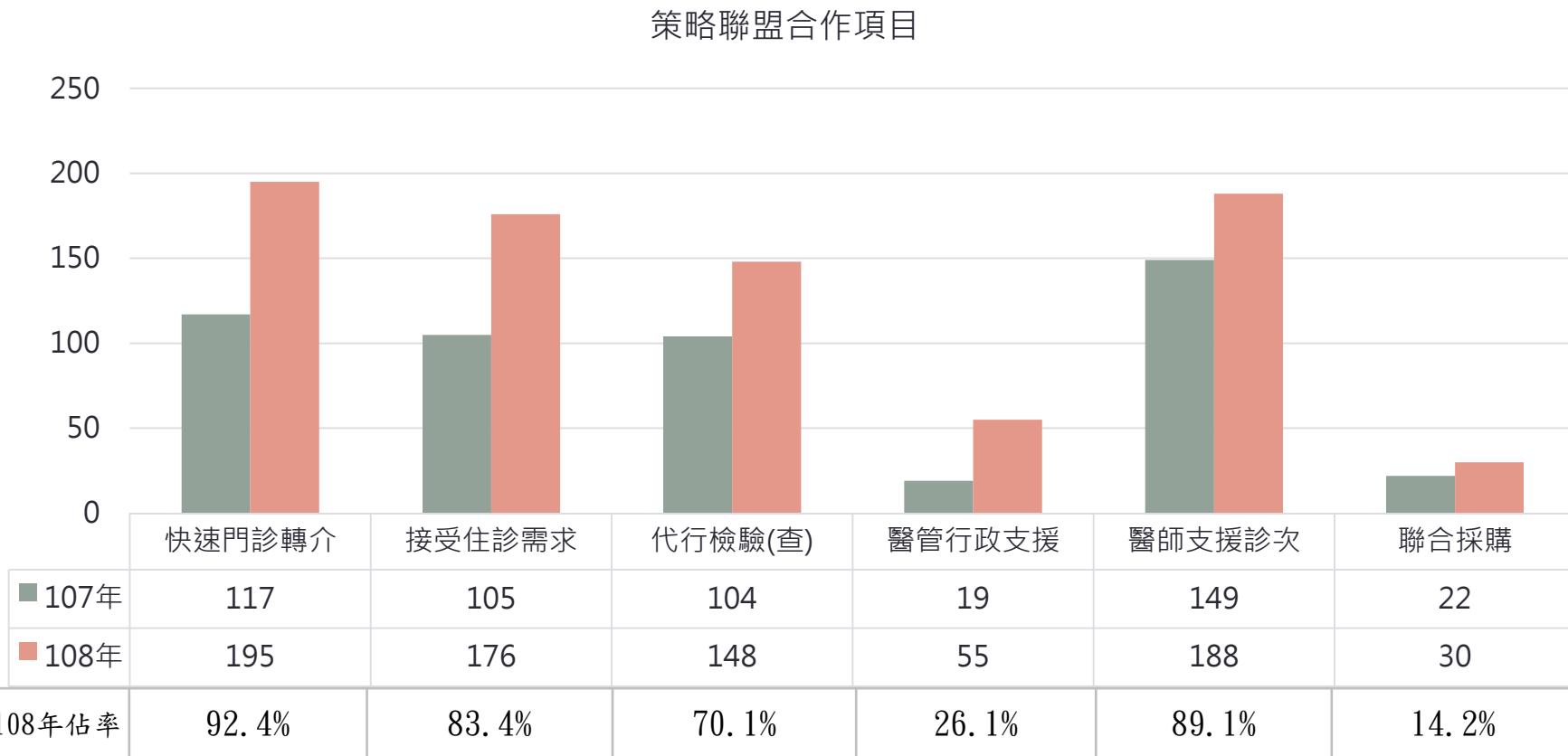
資料來源：台灣醫院協會109年度調查結果

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。

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



醫院分級醫療整合策略聯盟主以快速門診轉介、醫師支援診次、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		
	108年	107年	成長率	108年	107年	成長率	108年	107年	成長率
醫師支援診次-本院醫師至他院	5,247	3,411	54%	6,616	4,424	50%	5,277	2,616	102%
醫師支援診次-他院醫師至本院	2,738	1,601	71%	6,226	2,706	130%	11,703	7,229	62%
門診轉介-轉出	12,005	6,516	84%	7,271	3,190	128%	8,470	4,785	77%
門診轉介-轉入	26,308	13,415	96%	17,702	11,007	61%	8,728	4,325	102%
住診轉介-轉出	1,264	546	132%	912	641	42%	1,371	556	147%
住診轉介-轉入	3,554	1,642	116%	1,812	1,270	43%	709	971	-27%
代行檢驗-轉出	9,475	368	2475%	85,643	43,377	97%	145,820	52,555	177%
代行檢驗-轉入	69,035	44,566	55%	75,425	16,012	371%	17,894	19,317	-7%



資料來源：台灣醫院協會109年度調查結果

分級醫療未來策略建議

- 考量區域級以上醫院所在地醫療責任，建議應依該醫院所在地之醫療資源設定不同減量目標。
- 醫院層級各自肩負不同的任務與責任，分級減量應有所區隔。
- 2020年上半年因疫情影響而於1/23暫緩執行門診減量措施，考量疫情影響擬建議下點兩點：
 - 建議門診減量計算仍應維持以全年為計算基礎。
 - 今年爆發新冠肺炎疫情，目前國外確診人數仍持續攀升，建議年底檢討明年度減量目標。

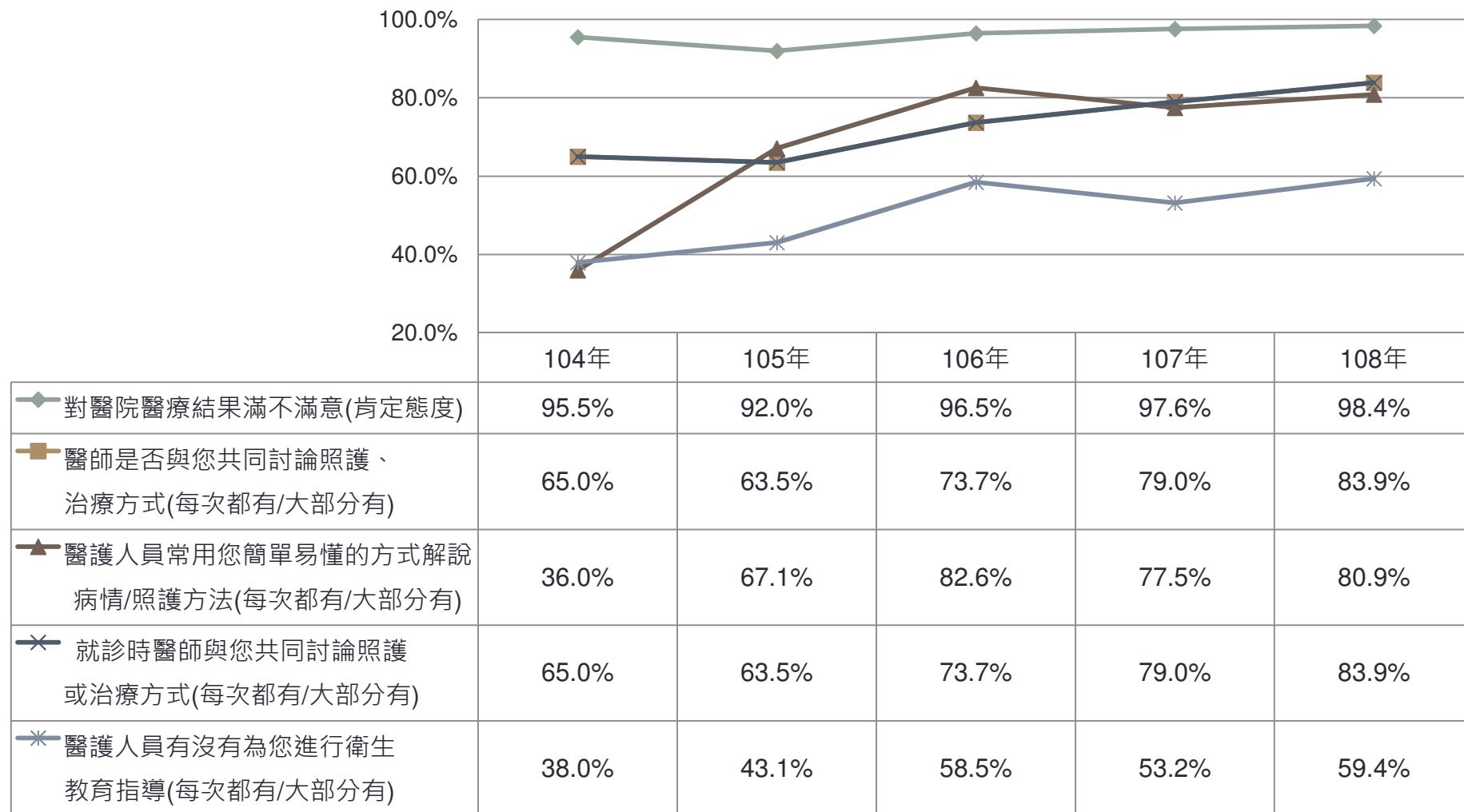


保險對象就醫權益

資料來源:健保署委託國立陽明大學醫務管理研究所
辦理之醫院總額民意調查資料。

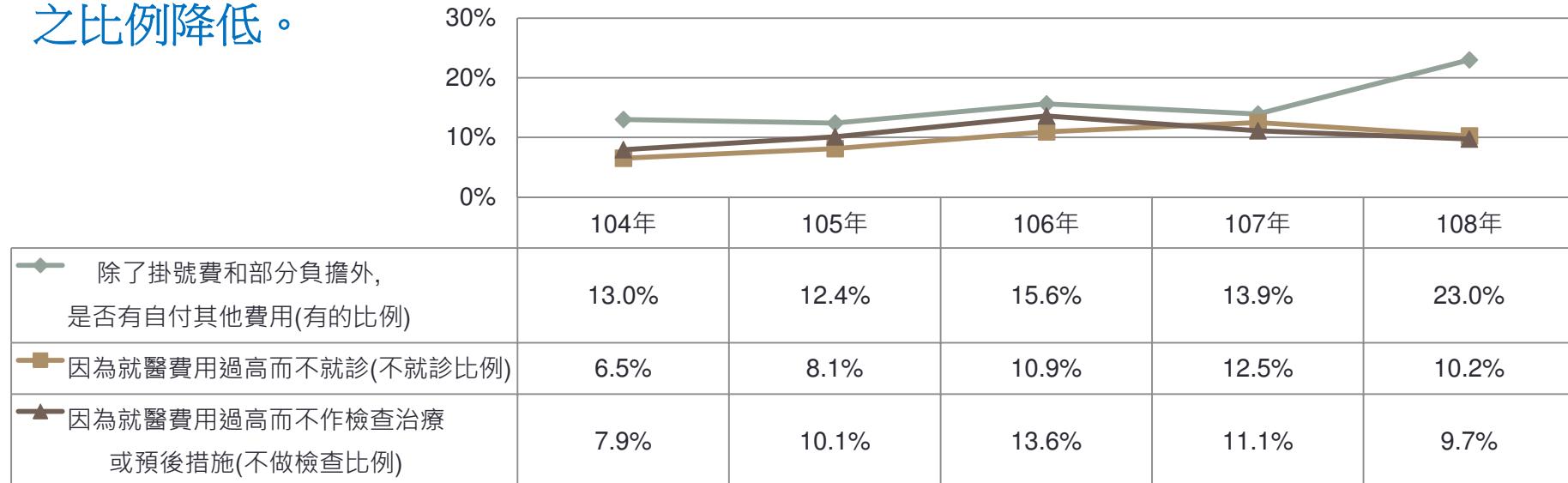
108年醫療服務品質調查結果-醫療服務品質

- 民眾對醫院醫療效果滿意度部分，肯定態度比例逐年提高，108年度為98.4%(+0.8%)。

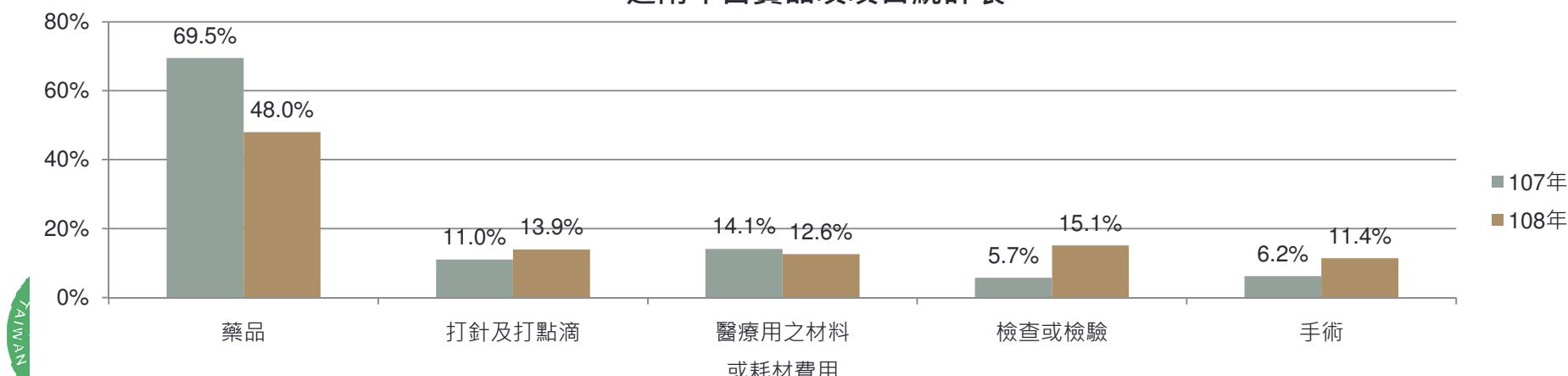


108年醫療服務品質調查結果-民眾自費情形

- 108年民眾自付其他費用比例提高，但因費用過高而不就診或不執行檢查/治療之比例降低。



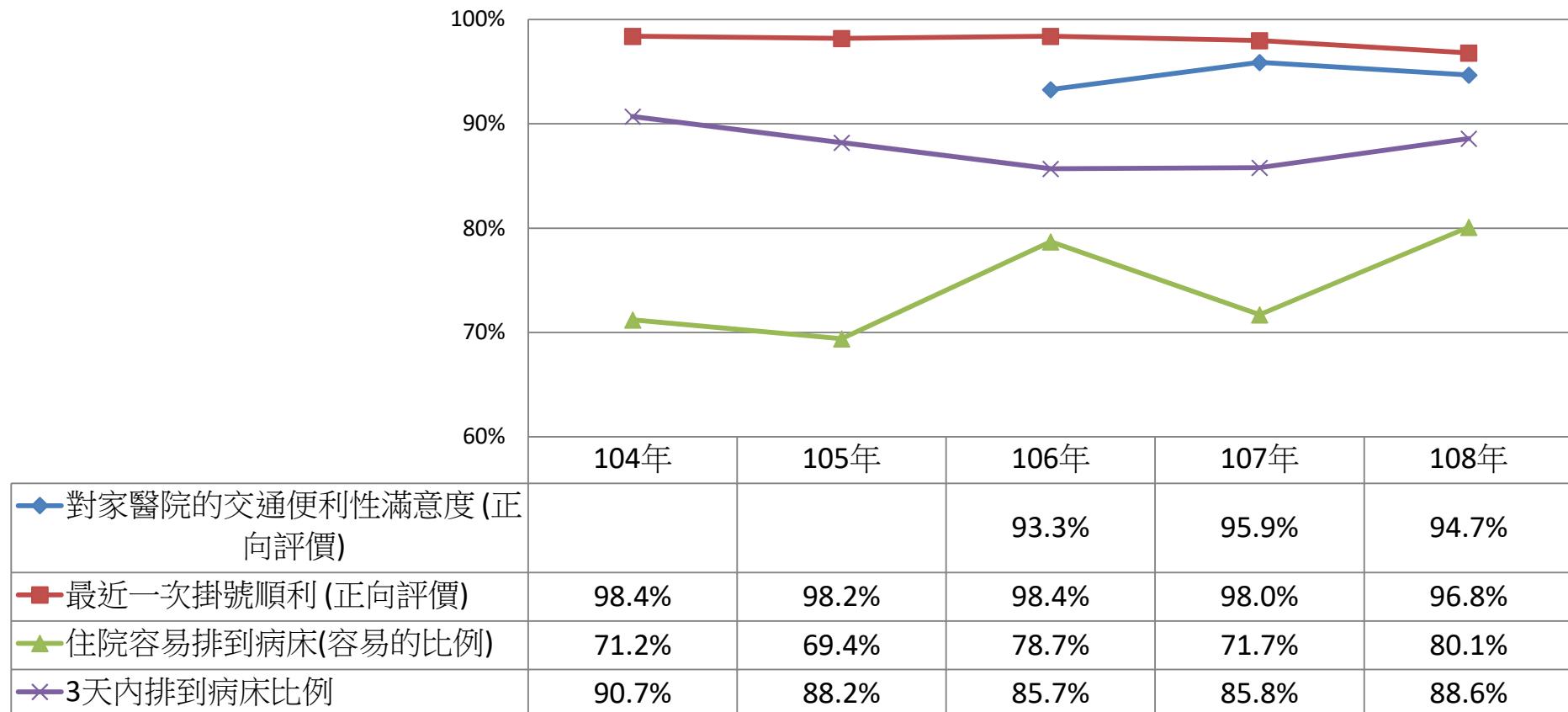
近兩年自費品項項目統計表



說明：因本題為複選題，受訪者勾選的答案可能不止一個，百分比計算方式，是以「回答人數」為計算的分母，因此百分比的加總會超過 100%。

108年醫療服務品質調查結果-就醫可近性與即時性

- 108年民眾對於住院安排病床部分滿意度明顯較107年度提升。



護病比執行現況

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。
- 108年續使用醫療服務成本指數改變率部分額度調增急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床等住院護理費3%，合計4.75億元。



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。
- 另109年醫院評鑑基準「2.3.6適當的護病比」規範應符合醫療機構設置標準，醫療機構設置標準規範如下：
 - 醫學中心：九人以下。
 - 區域醫院及精神科教學醫院：十二人以下。
 - 地區醫院及精神科醫院：十五人以下。

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%



資料來源：彙整衛生福利部中央健康保險署歷次醫院總額議事會議資料

5級護病比加成率104年至108年執行結果

	護病比	未填或護病比為0							
		<7.0	7.0-7.4	7.5-7.9	8.0-8.4	8.5-8.9	>9.0		
醫學 中心	符合 月次	104年	9.9%	10.9%	30.1%	30.1%	10.0%	9.0%	0%
		105年	10.6%	15.7%	40.4%	26.9%	6.1%	0.3%	0%
		106年	13.8%	25.0%	44.6%	15.4%	1.3%	0%	0%
		107年	18.9%	30.4%	39.7%	10.6%	0.3%	0%	0%
		108年	10.7%	21.3%	47.0%	18.7%	2.3%	0%	0%
區域 醫院	符合 月次	護病比	<10.0	10.0-10.4	10.5-10.9	11.0-11.4	11.5-11.9	>12	未填或護病比為0
		104年	60.4%	11.7%	12.2%	5.8%	4.6%	5.3%	0%
		105年	60.1%	13.5%	11.2%	7.0%	4.2%	3.8%	0%
		106年	61.7%	16.7%	10.2%	5.5%	4.6%	1.3%	0%
		107年	67.6%	15.5%	7.4%	4.0%	4.7%	0.7%	0%
地區 醫院	符合 月次	護病比	<13.0	13.0-13.4	13.5-13.9	14.0-14.4	14.5-14.9	>15	未填或護病比為0
		104年	84.9%	1.3%	1.8%	1.5%	1.2%	0.9%	8.4%
		105年	85.4%	1.4%	1.4%	0.9%	1.6%	0.4%	8.8%
		106年	90.0%	2.1%	1.3%	1.0%	0.9%	0.6%	4.0%
		107年	88.7%	1.4%	1.3%	1.0%	0.8%	0.5%	6.3%
		108年	84.2%	2.2%	1.6%	1.4%	1.6%	0.9%	8%



資料來源：彙整自衛生福利部中央健康保險署全球資訊網-健康保險資料開放服務

醫院部門110年度的目標

- 透過智慧暨智能醫院的發展，朝向智慧化醫療服務流程改善、資訊科技輔助系統設計等方向邁進(如全功能行動工作車、電子白板、電子床頭卡、自動藥櫃及提升護理資訊系統作業功能...等)，以提高病人醫療品質及降低護理人員庶務性工作、提升作業效能。
- 考量人力市場供應與醫院內部作業進化，建議維持現況護病比級距及加成。

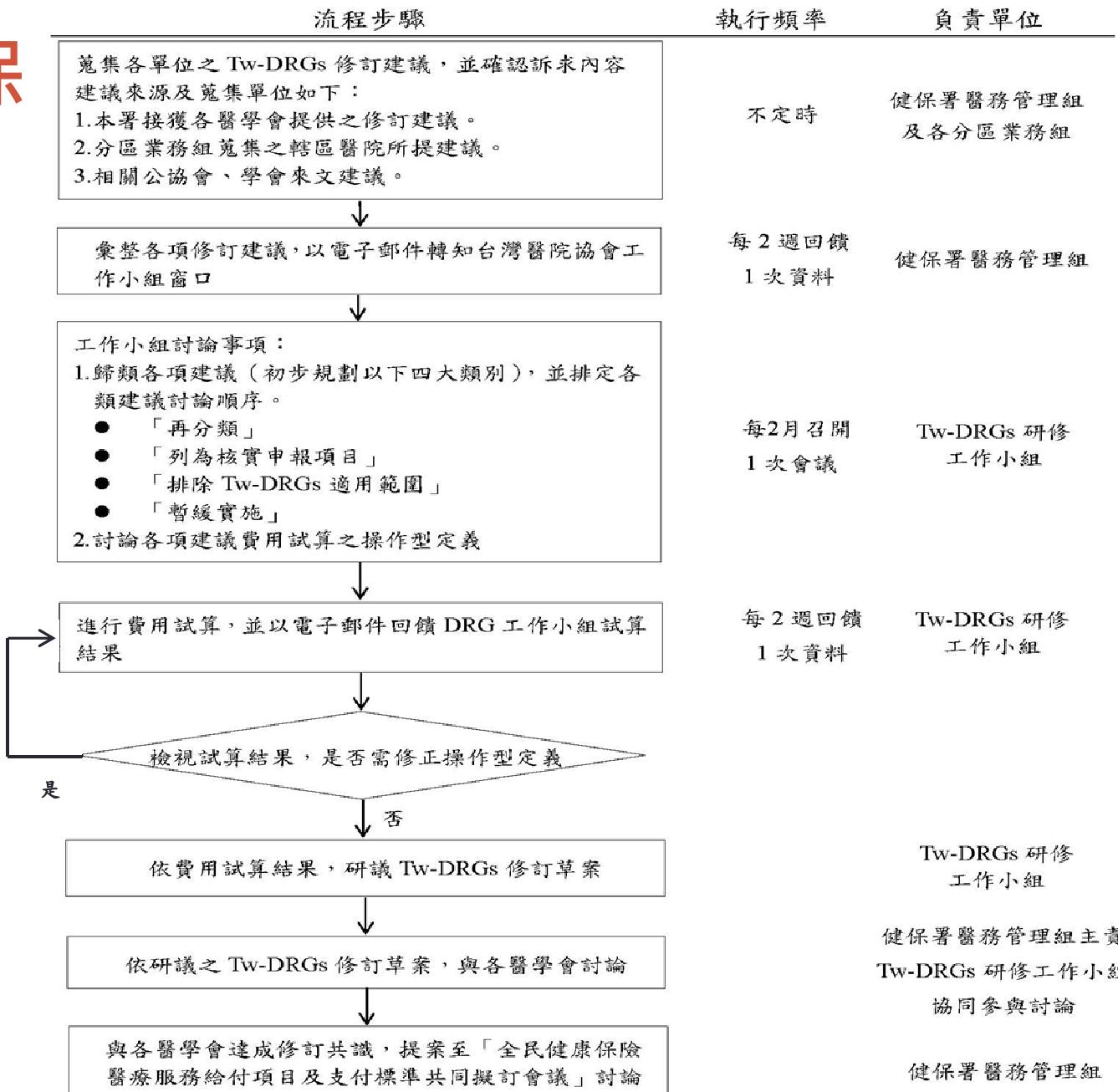


輔助健保署推動住院診斷關聯群TW-DRGs執行進度

本會與健保 署共組 DRGs研修 工作小組- 研修流程



Tw-DRGs 修訂建議研修流程



TW-DRGs工作小組

健保署彙整醫學會就DRG意見轉請醫協討論。

醫協召開DRG小組工作會前會產出請健保署試算操作定義。

健保署試算完成再提供醫協再審視資料。

醫協DRG工作小組就試算結果再凝聚共識，提供意見予健保署。

與健保署共同討論再釐清問題，並討論結論。



Tw-DRGs研修工作小組討論內容(1)

- 建議提升兒科病人超過上限臨界點部分之折付比率乙案：
 - 各層級醫院超過上限臨界點案件之折付情形，請健保署排除年齡小於18歲之先天性疾病個案，並將年齡分組新增大於80歲組，重新統計後提供本會參考。

區分年齡別之DRG項目

DRG碼	名稱
00101	顱骨切開術,創傷除外,,合併症併發症名稱、年齡(大於等於18歲,有合併症或併發症)
00102	顱骨切開術,創傷除外,年齡大於等於18歲,無合併症或併發症
00201	顱骨切開術,含有創傷,年齡大於等於18歲,有合併症或併發症
00202	顱骨切開術,含有創傷,年齡大於等於18歲,無合併症或併發症
00301	顱骨切開術,年齡0-17歲,有合併症或併發症
00302	顱骨切開術,年齡0-17歲,無合併症或併發症
14601	直腸切除術,年齡大於等於41歲,有合併症或併發症
14602	直腸切除術,年齡 0-40 歲,有合併症或併發症
14701	直腸切除術,年齡大於等於41歲,無合併症或併發症
14702	直腸切除術,年齡 0-40 歲,無合併症或併發症
29401	糖尿病,年齡大於等於36歲,有合併症或併發症
29402	糖尿病,年齡大於等於36歲,無合併症或併發症
29501	糖尿病,年齡0-35歲,有合併症或併發症
29502	糖尿病,年齡0-35歲,無合併症或併發症

- 建議各層級醫院超過上限臨界點部分之費用，調整為不分層級均以85%支付，本項健保署將併入通則研議修訂之可行性。

Tw-DRGs研修工作小組討論內容(2)

- **建議傳統手術及內視鏡手術之編碼分開設計乙案：**
 - 有關部分手術內視鏡術式已為臨床主流，惟無對應之內視鏡術式診療項目可供申報，或內視鏡術式診療項目支付點數不敷成本一節，請本會轉知相關專科醫學會，依新增診療項目程序，檢具相關資料向健保署提案新增或修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」。
 - 另腹腔鏡輔助手術(laparoscopic-assisted)，雖以傳統術式進行，但過程中有使用腹腔鏡輔助，故其醫療資源耗用相較傳統術式高，惟這類手術無法透過2014版ICD-10-PCS編碼，與傳統手術予以區分；故請本會提供現行臨床上執行腹腔鏡輔助手術之診療項目，以利健保署盤點涉及之DRG項目以及研議後續處理方式。



檢討案例：MDC5循環系統

案由：多處血管及其他經皮心臟血管手術DRG11201及單處血管經皮心臟血管手術DRG1120，建議依有無急性心肌梗塞再分類。

- 醫學會主訴：有無急性心肌梗塞對治療方式及住院日數影響極大。
- 健保署依據醫院協會所提供的專業意見，依急性心肌梗塞主診斷個案資料再試算。
- 經再分類後其平均實際醫療點數差達38%及53%，超過可再分類基準20%，且幾何平均住院日有顯著差距。
- 與健保署共組DRG工作小組，經討論並共識同意依有無急性心肌梗塞做為再分類依據。

4.0版再分類費用試算

MDC05 (外科系)	個案數	平均實際 醫療點數	標準差	CV值	最小值	P25	P50	P75	最大值	幾何平 均住院日	平均實際 醫療點數差
原始申報資料之DRG											
11201	2,433	109,184	33,211	30	67,908	86,063	98,578	122,237	216,710	3	
11202	6,396	86,526	24,561	28	63,652	69,458	76,147	95,597	168,332	2	

再分類試算：

A1:有心肌梗塞(主診斷為I2101, I2102, I2109, I2111, I2119, I2121, I2129, I213, I214, I220, I221, I222, I228, I229)

A2:無心肌梗塞(主診斷為其餘診斷碼)

11201A1	416	141,782	43,406	31	86,650	110,997	130,504	157,336	277,254	5	38%
11201A2	2,017	102,490	27,415	27	67,365	84,378	92,699	112,697	189,117	2	
11202A1	826	124,340	40,034	32	71,506	98,467	113,542	139,168	258,160	5	53%
11202A2	5,569	81,171	18,062	22	63,454	68,788	74,052	88,767	140,944	2	

新醫療科技執行現況 與未來展望

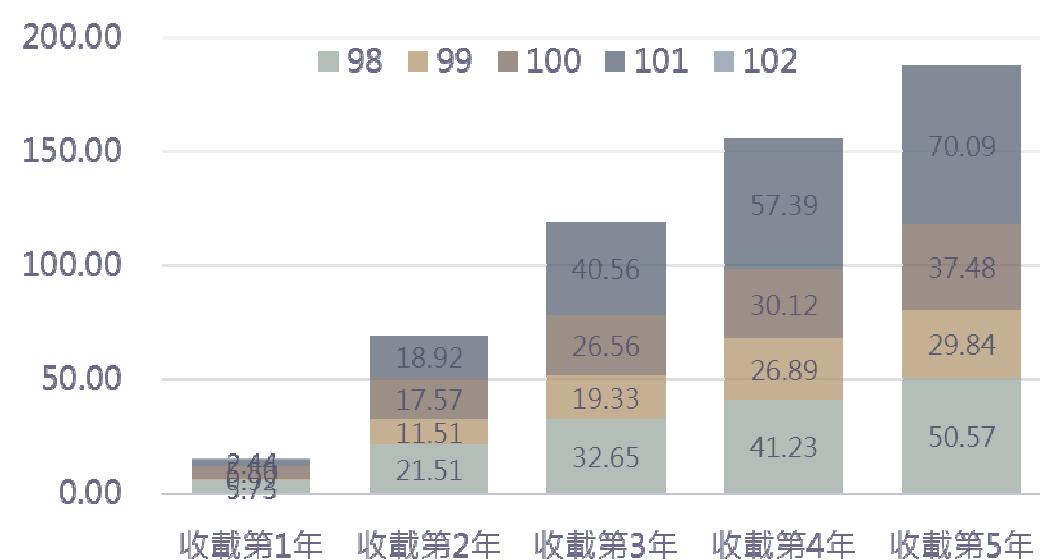
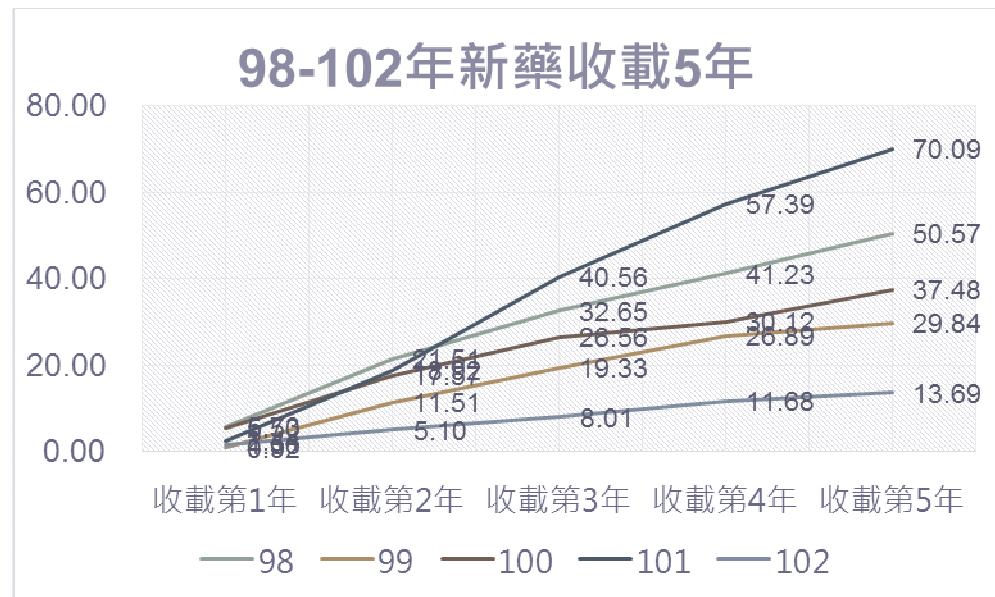
108年新醫療科技：0.714%；30.19億元

類別	項目	106年		107年		108年	
		申報金額	合計	申報金額	合計	申報金額	合計
年度預算（億元）		20.63		34.4		30.19	
實際使用	藥品	新藥	3.1351	29.5981	3.43	8.5452	16.312
		修訂藥品給付規定	26.463		5.1152		32.763
	特材	新特材	1.3876	1.8401	2.171	2.171	0.327
		修訂特材給付規定	0.4525		未提供		0.023
	新增診療項目	新增項目	1.2240	1.4299	0.7173	1.1351	0.7375
		修訂項目	0.2059		0.4178		0.7375
	申報合計		32.8681		11.8513		50.1625
	差額		(12.2381)		25. 5487		(19.9725)



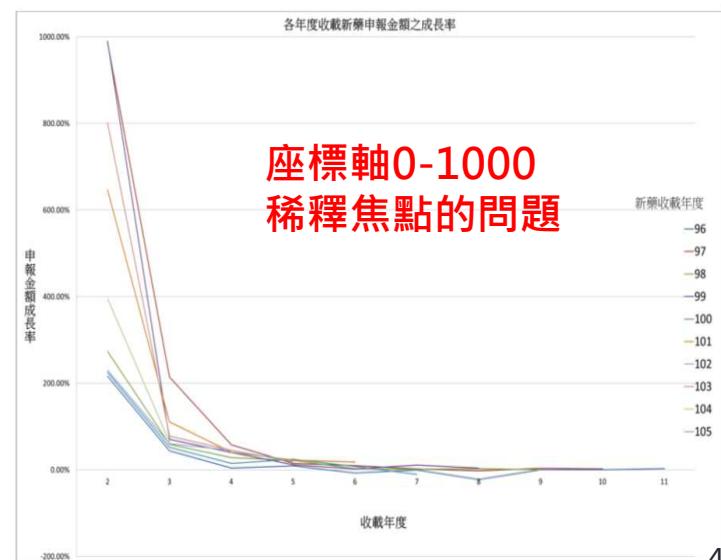
彙整健保署歷次相關會議所提供的資料統計：
108年新醫療科技預算超支19.97億元。

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)				
	藥費增加金額合計	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



104~108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)				
			104年	105年	106年	107年	108年
104年	第1類	3	31.6	235.3	352.9	498.1	496.2
	第2A類	18	135.3	560.1	794.6	1047.0	1450.7
	第2B類	19	41.0	228.5	528.9	792.3	956.2
	合計	40	207.8	1,023.8	1676.5	2337.3	2903.1
105年	第1類	4		31.6	391.2	468.8	490.7
	第2A類	12		209.6	1193.5	2400.0	2983.4
	第2B類	10		10.3	233.7	591.5	958.7
	合計	26		251.5	1818.4	3460.4	4432.7
106年	第1類	6			239.4	714.9	962.8
	第2A類	14			49.6	381.1	735.6
	第2B類	22			22.6	321.1	854.6
	合計	42			311.6	1417.2	2553.0
107年	第1類	2				9.6	83.3
	第2A類	13				163.0	497.2
	第2B類	36				170.2	1682.2
	合計	51				342.8	2262.7
108年	第1類	9					53.0
	第2A類	20					1272.7
	第2B類	22					305.5
	合計	51					1631.2

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43次會議議程簡報

新藥品項數逐年增加，以104年收載品項統計，其108年申報金額29.03億較104年2.08億增加26.95億(13.97倍)。

104~108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最高**。

收載 年度	品 項 數	申報年度及金額（百萬元）									
		104年		105年		106年		107年		108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 (%)
104	40	207.8	-	1023.8	392.69	1676.5	63.75	2337.3	39.42	2903.1	24.21
105	26			251.5	-	1818.4	623.02	3460.4	90.30	4432.7	28.10
106	42					311.6	-	1417.2	354.81	2553	80.14
107	51							342.8	-	2262.7	560.06
108	51									1631.2	-

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43次會議議程簡報



104~108年新藥預算與實際申報差異

- 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
- 104年至106年新藥累計預算皆不足以支應新藥納保後所使用額度**
- 107年至108年則尚有部份餘額可留至後面年度使用

單位：億

收載年度1	品項數	104		105		106		107		108		5年推估結果		
		預算	申報 (成長率%)	預算	申報 (成長率%)	預算	申報 (成長率%)	預算	申報 (成長率%)	預算	申報 (成長率%)	預算	申報	差額
104	40	12.42	2.07 -	12.50	10.24 392.69	12.47	16.77 63.75	12.54	23.37 39.42	12.52	29.03 24.21	62.44	81.48	(19.04)
105	26			11.27	2.52 -	11.31	18.18 623.02	11.38	34.60 90.3	11.36	44.33 28.10	45.32	99.63	(54.31)
106	42					11.48	31.16 -	11.59	14.17 354.81	11.57	25.53 80.14	34.64	70.86	(36.22)
107	51							24.30	3.43 -	24.49	22.63 560.06	48.79	26.06	22.73
108	51								19.34	16.31 -	19.34	16.31	3.03	

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43次會議議程簡報

另預算部分係以收載年度的新藥預算加計次年起經成長率校正後的預算(收載當年新藥預算 * 次年協商因素成長率)預算金額。

104~108年新特材健保納保品項申報情況

- 108年66款品項之特材分類，屬創新功能者佔40.9%、申報費用佔率93.4%，屬功能改善者佔59.1%，申報費用佔率6.6%。
- 特材分類中，創能功能申報費用大幅成長，108年費用佔率較107年(28.6%)增加64.8%。

收載年度	分類	品項數	申報金額(百萬點)				
			104	105	106	107	108
104	創新功能	7	57.4	85.4	79.8	100.0	90.1
	功能改善	53	54.0	95.3	84.0	73.2	74.7
	合計	60	111.4	180.6	163.9	173.2	164.9
105	創新功能	52		234.4	512.1	568.6	542.6
	功能改善	54		82.6	253.7	292.7	317.8
	合計	106		316.9	765.8	861.3	860.4
106	創新功能	31			77.4	265.2	164.2
	功能改善	53			58.9	187.1	243.6
	合計	84			136.3	452.3	407.7
107	創新功能	31				62.2	166.3
	功能改善	40				154.9	617.3
	合計	71				217.1	783.6
108	創新功能	27					32.7
	功能改善	39					2.3
	合計	66					35.0

資料來源：衛生福利部中央健康保險署(109.06)提供 49

104~108年新增診療項目品項及申報情形

-108年診療項目列有新增診療項目預算4億及支付標準未列項預算1億，合計5億
-核定新增17項，年度申報0.74億元。

單位：百萬

申報年度 生效年度	項目數	預算 編列數	新增診療項目 推估增加預算	104年	105年	106年	107年	108年
104年	27	300.0	253.7	68.8	228.9	249.7	281.7	312.3
105年	26	300.0	300.1		103.9	148.1	180.0	198.0
106年	21	393.0	391.9			77.6	134.7	166.9
107年	31	400.0	394.7				81.2	166.0
108年	17	400.0	363.7					73.7
	2	100.0	0					0
合計	122	1,893.0	1,704.2					917.1



資料來源：衛生福利部中央健康保險署(109.06)提供

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。
- 健保署開放新醫療科技項目時應與年度總額新醫療科技預算連結，不可超出原訂預算金額。

共擬會議

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

健保署

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

衛福部社保司

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

全民健康保險會

依據年度核定的總額上下限，協商年度新興科技預算

健保署

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

105-108年醫療服務成本指數改變率調整支付標準情形

年度	105	106	107	108
增加金額 (億元)	91.605	89.674	26.982	43.942
協定事項	原則用以調整支付標準，並以與醫事人員薪資連動或間接反應之方式辦理	原則用以調整支付標準，並優先以60億元調整重症項目	優先用以提升重症護理照護品質及持續推動「護病比與健保支付連動」，調整全日支付標準	12億元用於調升急重難症等相關平均護病比加成率
預估增加點數(億點)	91.86	81.73	27.12	43.27
生效日期	105.4.1	106.10.1	107.12.1	109.1.1
調整項目	1. 調升門、住診診察費、病房費等基本診療章節147項 2. 調升地區醫院物理治療職能治療及語言治療共13項支付點數。	1. 調升重症支付標準，另放寬急診診察費例假日加成時間，調升兒童專科醫師加成、調整手術通則以及手術項目全面列為提升兒童加成，共計調整1,716項。 2. 調升偏鄉醫院住院護理費加成、地區醫院病房費/護理費、/門診診察費加成率及地區醫院之急診診察費保障每點1元。	1. 加護病床護理費調升5% 2. 「護病比與健保支付連動」，全日平均護病比加成率由3%-14%調整為2%-20% 3. 調升創傷處理、手術/創傷處置及換藥等11項特定處置項目支付點數。 4. 增列假日門診診察費加計，門診之診療項目增列30%加成。	1. 調整106年重症60億關聯項。 2. 調升住院診察費及75歲以上老人住院診察費。 3. 調升地區醫院夜間門診診察費加成。 4. 急診診察費：除現行小兒專科醫師外，其餘專科醫師診治6歲以下兒童急診診察費得加計50%。 5. 麻醉費調整為提升兒童加成項目。 6. 急性一般及經濟病床住院護理費調升3%。

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：針對急性心肌梗塞、重大外傷、嚴重敗血症及到**院前心跳停止(OHCA)**患者，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。



全民健康保險急診品質提升方案

- 108年修訂內容

- ✓ 新增照護到院前心跳停止(OHCA)患者之品質獎勵。
- ✓ 調升急診重大疾病照護品質獎勵點數。

項目	原點數	108年調整點數
急性心肌梗塞	2,000	6,000
重大外傷	2小時內進開刀房	10,000
	4小時內進開刀房	
嚴重敗血症	2,000	2,000
到院前停止心跳	清醒出院	30,000
	存活出院	10,000
	轉院治療_清醒出院	15,000
	轉院治療_存活出院	5,000

- ✓ 急診處置效率-完成急診重大疾病照護病人6小時內轉入加護病房之比率，獎勵方式改為：完成者每人次給予5,000點。



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年起實施新修正之方案內容。
- 108年因方案增加到院前心跳停止病人之照護給付，以及部分獎勵額度調升，預算執行率達100%。
- 為求穩定發展109年擬維持108年方案內容續執行，期望可提升計劃成效。



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。

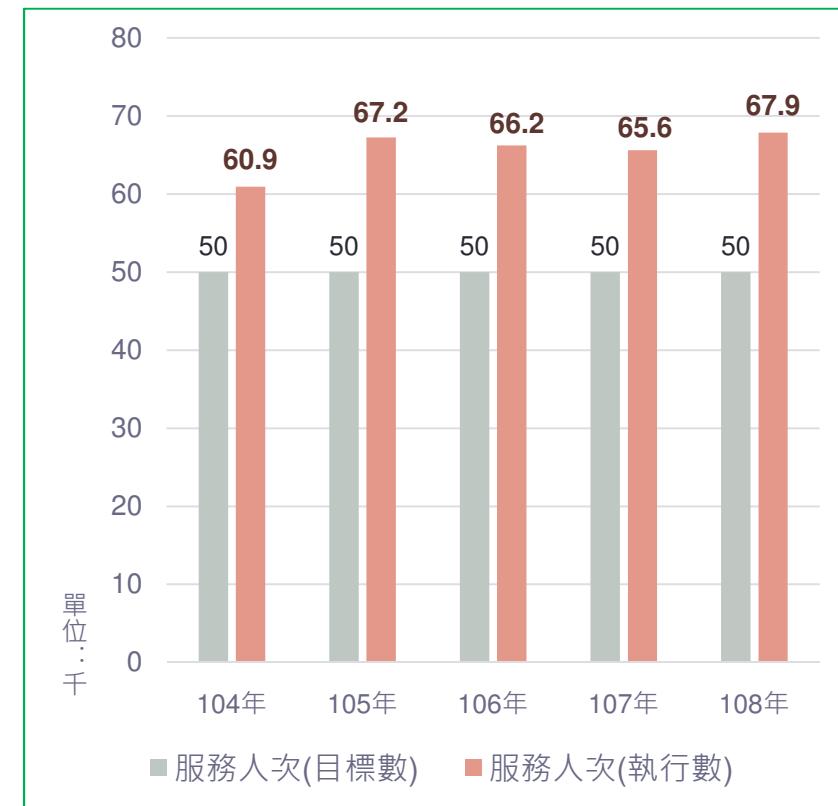
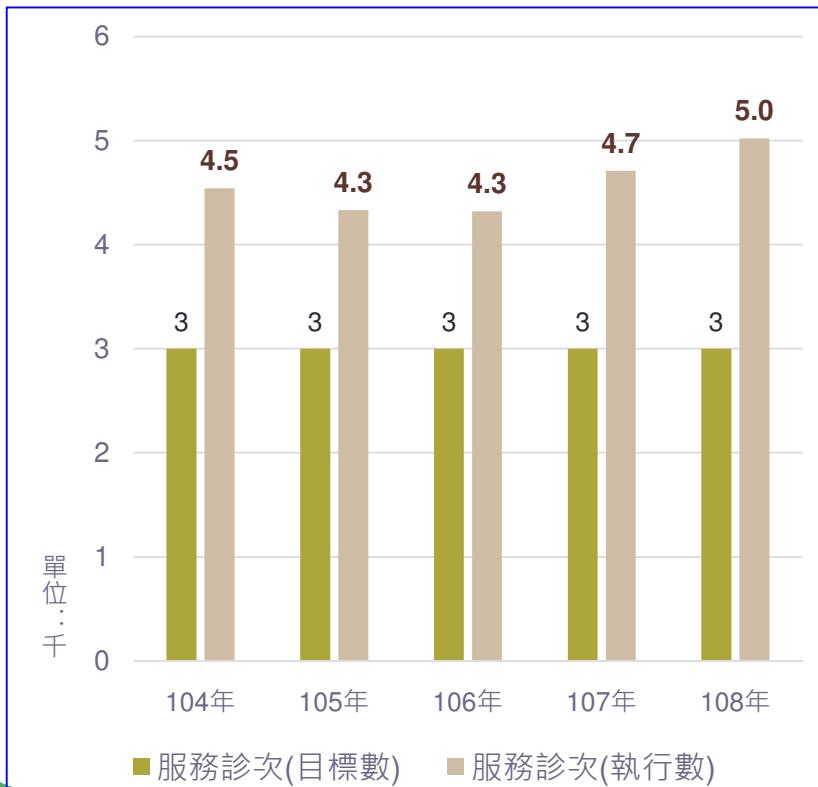


西醫醫療資源不足地區改善方案-執行狀況

-108年參與院所至醫療資源不足地區巡迴約5,023診次、服務約67,884人次。

-實際服務診次達5千診，較目標3千診次增加66.7%。

-實際服務人次達67.9千人，較目標50千人增加35.8%。



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。

- 109年方案修正內容

- ✓ 為利於銜接巡迴醫療與長照服務，新增「巡迴地點設置應以媒合當地政府單位或長照據點為優先」之規定。
- ✓ 簡化行政流程，若申請巡迴計畫之人員、時間、地點皆與前一年相同者，可函文備查即可。
- ✓ 放寬診療時間、地點之異動次數，自單一院所一年不可超過五次，修正為每一巡迴點一年不可超過二次。
- ✓ 考量醫療院所醫事人員輪值排班問題，放寬醫師備援人數以3名為限。
- ✓ 明確定義巡迴醫療服務時間，即「以實際醫療時間計算，且不包含車程、用膳及休息時間」。



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。

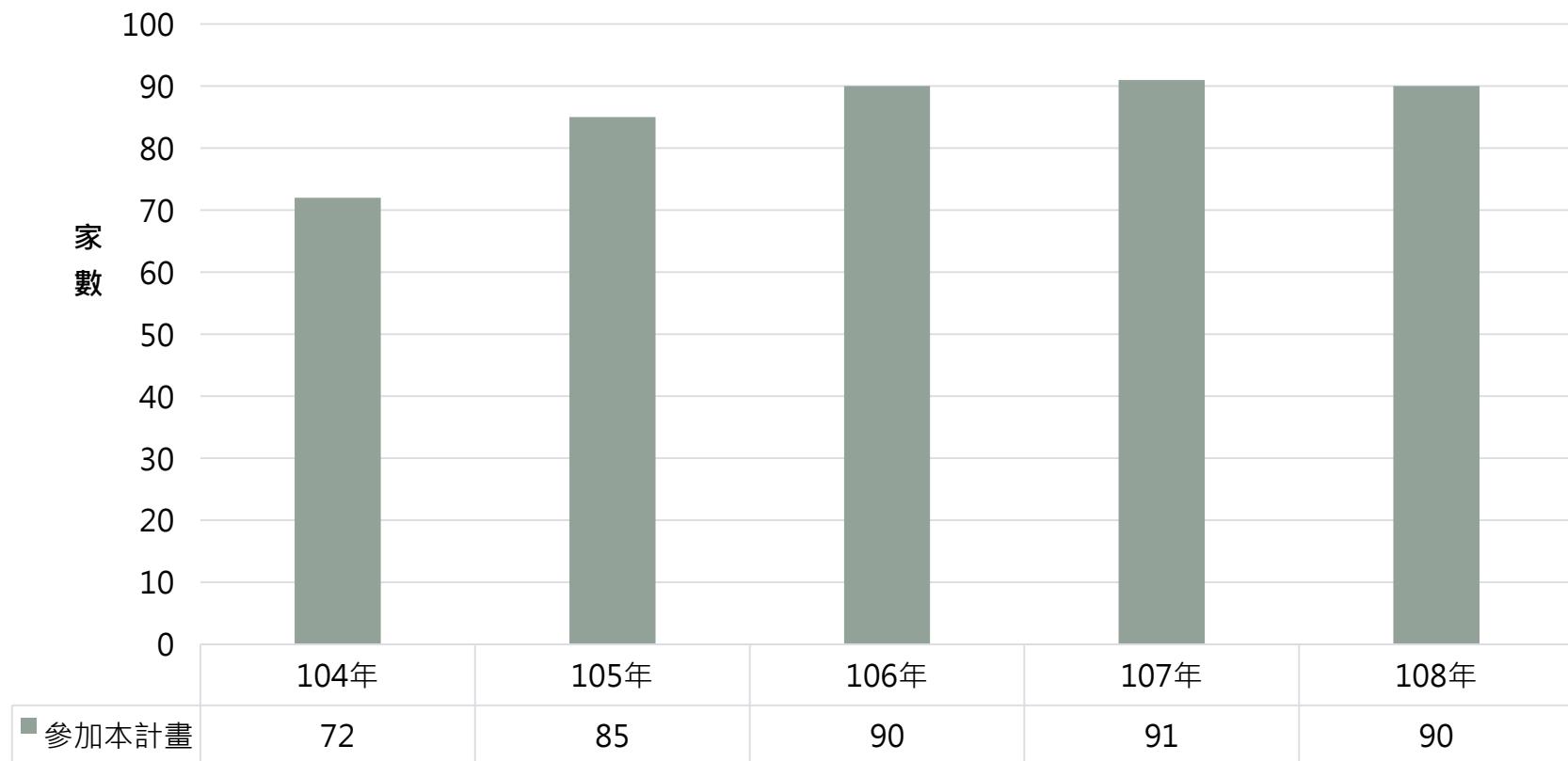
策略

- 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

108年共有90家醫院參與本計畫

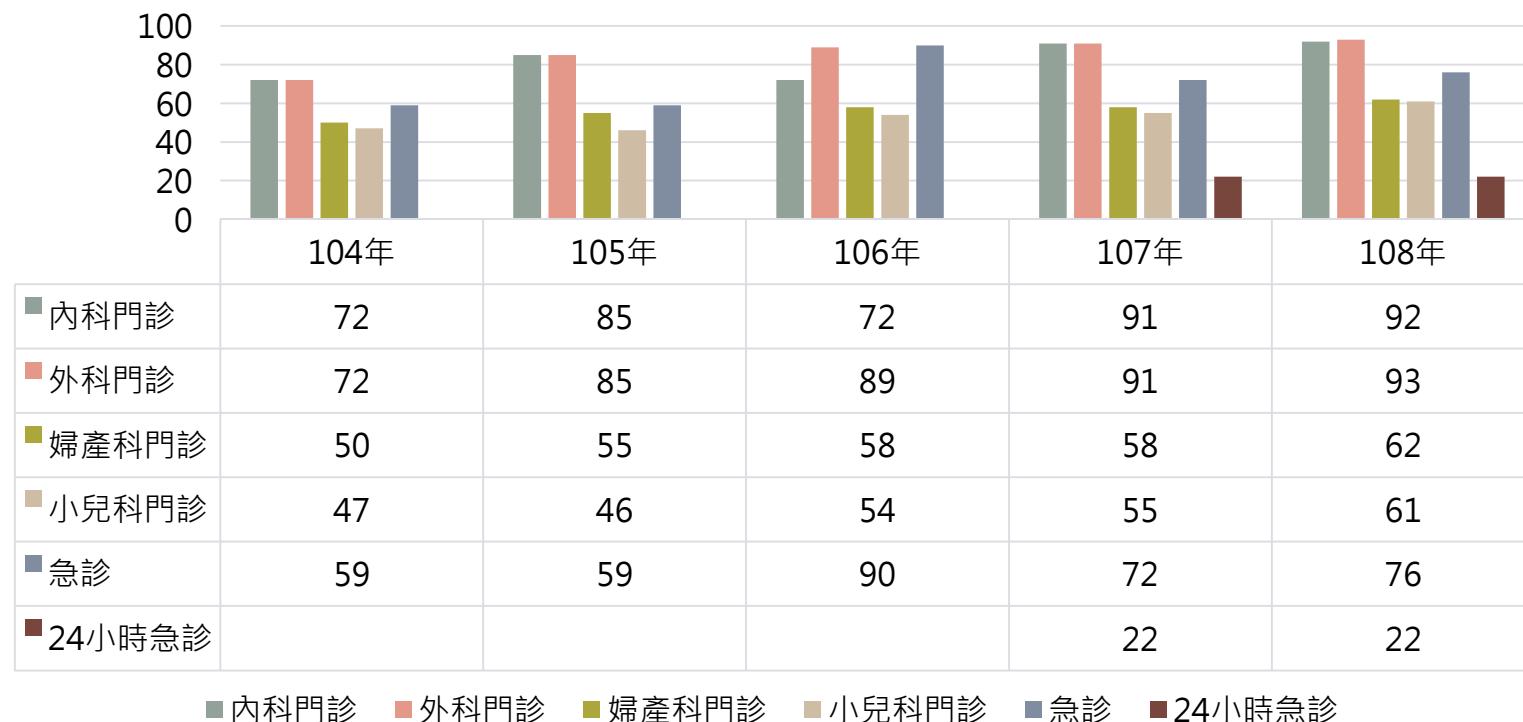


醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案

-提供科別服務情形

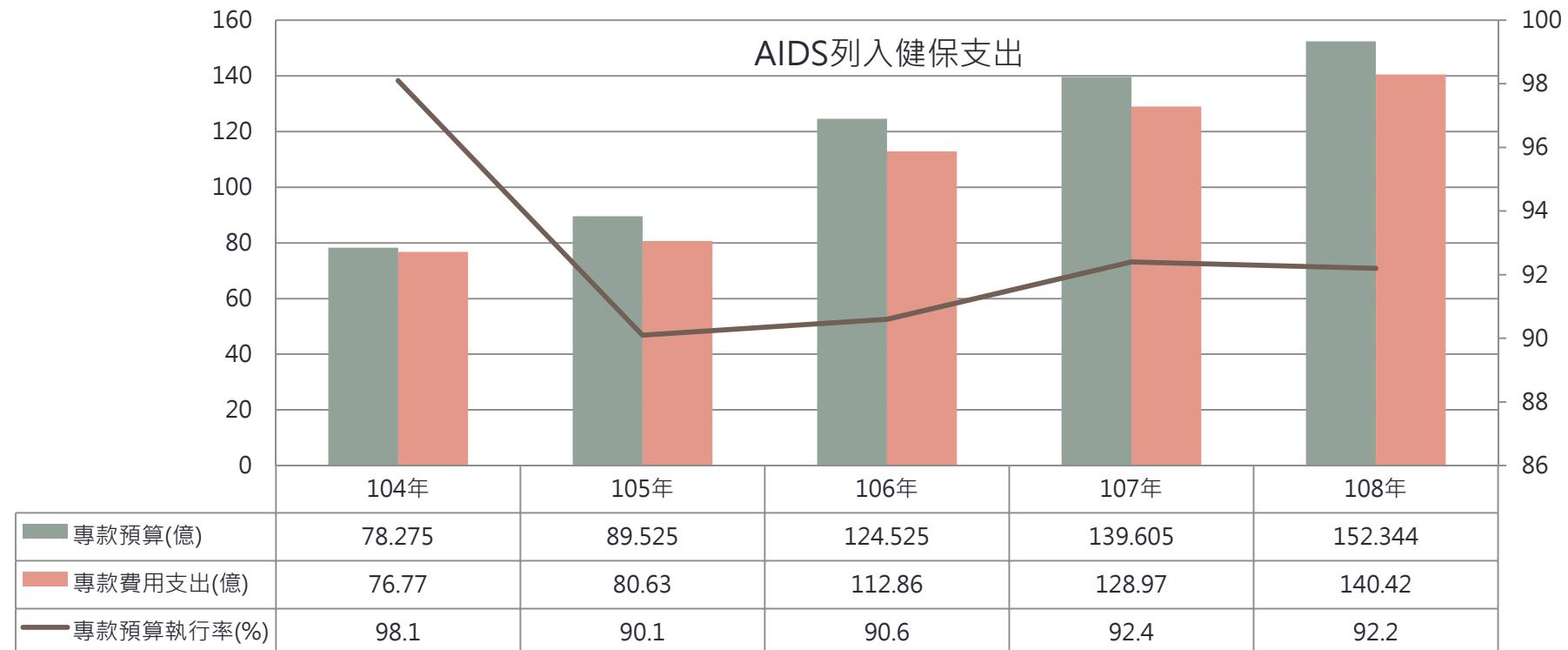
- 108年：92家提供內科服務、93家提供外科門診服務，62家提供婦產科門診服務、61家提供小兒科門診服務、76家提供急診服務、22家24小時急診。
 - 參與提供內外婦兒門診服務由各該專科醫師實際提供每週三次以上之門診看診服務。
 - 急診服務：提供24小時急診服務。

單位：家數



罕病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕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。

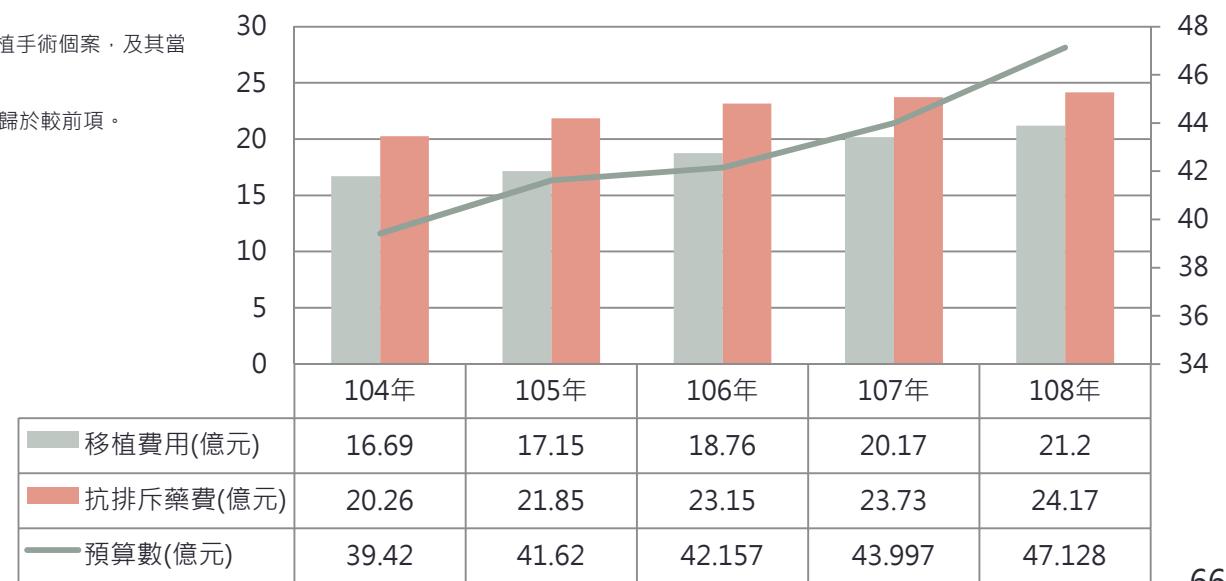


鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質

項目	年	104	105	106	107	108
預算數	值(億元) 成長率(%)	39.72 0%	41.62 4.8%	42.157 1.3%	43.997 4.4%	47.128 7.1%
預算執行數	值(億元) 成長率(%)	36.96 2.5%	39.01 5.5%	41.92 7.5%	43.91 4.7%	45.38 3.3%
預算執行率		93.1	93.7	99.4	99.8	96.3
<u>整體支出情形</u>						
移植人數	值(人) 成長率(%)	1,591 0.06%	1,657 4.1%	1,723 4.2%	1,801 4.5%	1,925 6.8%
移植費用	值(億元) 成長率(%)	16.69 0.2%	17.15 2.8%	18.76 9.4%	20.17 7.5%	21.2 5.1%
抗排斥藥費	值(億元) 成長率(%)	20.26 4.5%	21.85 7.9%	23.15 6.0%	23.73 2.5%	24.17 1.8%

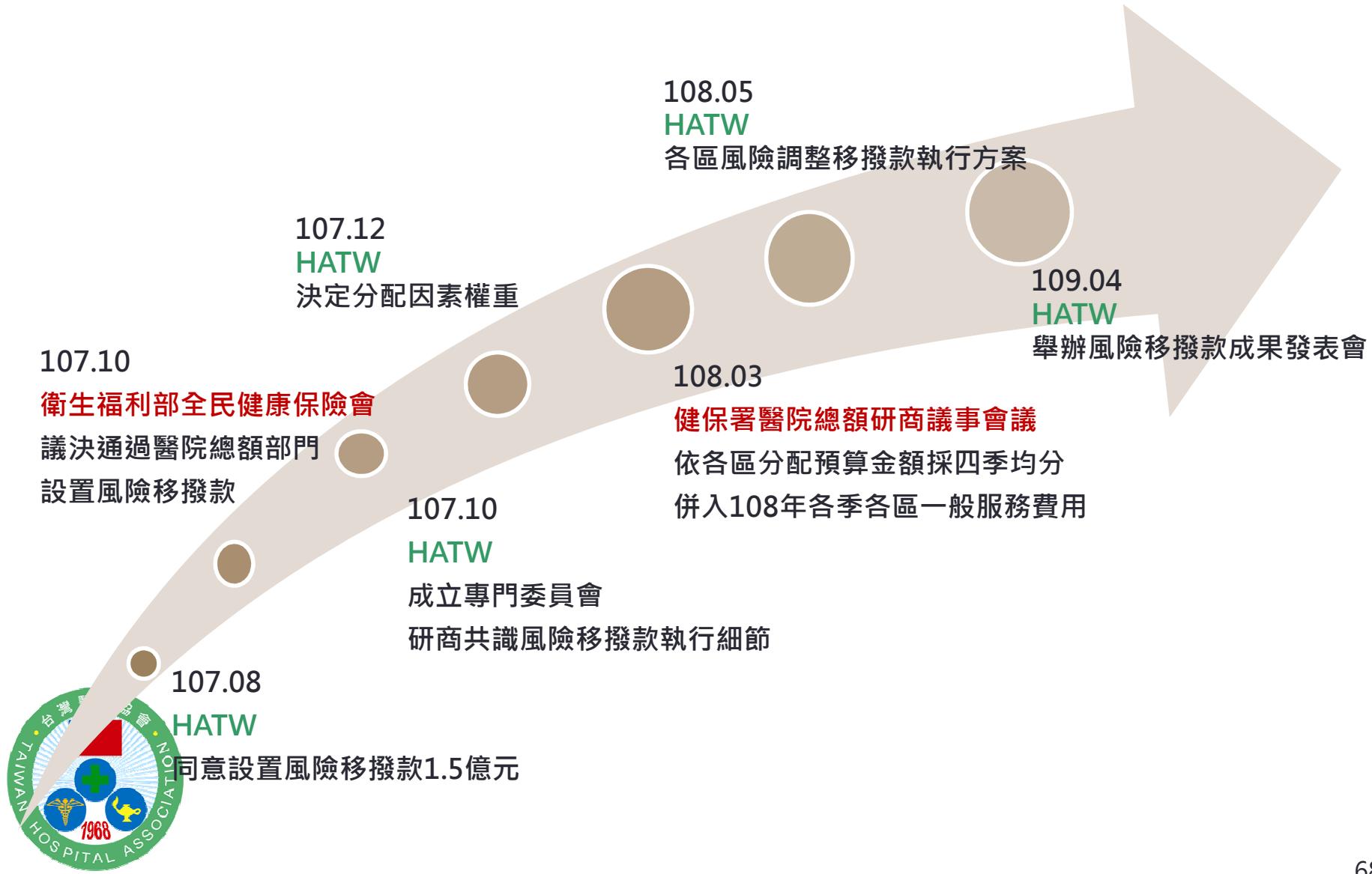
註

- 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
- 3.器官移植人數102年起改為結算移植人數，若有多項移植者會歸於較前項。
- 4.107年起費用含移植手術相關費用及抗排斥藥費。



輔助各區平衡發展
推動醫院總額風險調整移撥款

醫院總額風險調整移撥款討論歷程



醫院總額風險調整移撥款

目的

- 平衡各區醫療資源的均衡發展
- 鼓勵各區強化醫療服務
- 促進區域內醫療體系整合



使用範圍

- 符合內政部、衛生福利部定義之偏鄉地區或所屬轄區須扶弱或援助照護之人口

分配因素

- 山地離島非原住院民人口於各區投保人口相對佔率
- 偏遠地區人口於各區投保人口相對佔率
- 重度以上身心障礙人口於各區投保人口相對佔率
- 台閩地區原住民人口於各區投保人口相對佔率
- 低收入人口於各區投保人口相對佔率
- 6歲以上及65歲以上各區戶籍人口於各區投保人口相對佔率

考量是第一年試辦，各項因子佔率均等，為16.667%。

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	13,190,821	扶助因失能或疾病特性致外出就醫不便患者之到宅醫療服務計畫
北區	9,565,083	強化居家醫療服務及整合
中區	12,389,697	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	32,782,960	分攤高屏區龍發堂堂眾醫療費用支出
東區	68,746,945	針對強化區域整合醫療、增進特定疾病照護品質及增進花東民眾自我照護識能規劃8項作業主題
合計	150,000,000	



醫院風險移撥款-台北區

- 預算：13,190,821元
- 執行方式：
 - ▶ 提供大台北地區因失能或疾病特性致外出就醫不便患者之到宅醫療服務，提升其醫療使用之可近性。
 - ▶ 鼓勵各級醫療院所醫師，積極地對曾經照護過或未照護過之外出就醫不便患者提供貼心的到宅醫療服務。
 - ▶ 減少病家照護之負擔。
- 效益：
 - ▶ 台北區居家醫療服務總申報人次6,671人，較107年增加1,265人次。
 - ▶ 新收案469人。
 - ▶ 滿足因失能或疾病特性以致外出不便患者就醫需求，提升民眾就醫可近性、健保醫療滿意度。



醫院風險移撥款-北區

- 預算：9,565,083元
- 執行方式：
 - ▶ 促進區域內居家醫療整合，吸引更多醫院投入居家醫療行列
 - ▶ 加強偏鄉及弱勢病患居家醫療可近性。
- 效益：
 - ▶ 每季居家照護人數高於1,600人。
 - ▶ 團隊照護人數較107年成長13%。
 - ▶ 各季照護對象平均門診就醫次數下降(1.64次/季→1.13次/季)。
 - ▶ 強化健保署雁行團隊實績。



醫院風險移撥款-中區

- 預算：12,389,697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。
- 效益：
 - ▶ 居家醫療照護整合計畫新收案成長率-5.5%,未達標，經檢討本項係因整合計畫新增「個案需在6個月內完成用藥整合」為結案條件，已與健保署中區業務再行討論放寬。
 - ▶ 訪視個案件數：居家醫療成長16.3%、安寧療護成長率24.2%



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
- 效益：
 - ▶ **108年C型肝炎全口服新藥個案11,356，較107年5,875人增加93%。**
 - ▶ 180年C型肝炎全口服新藥健保給付人數概況，南區所執行之人數居全國之冠，佔全國32.8%
 - ▶ 精神巡迴醫療108年上半年再住院率3.27%；下半年再住院率2.59%。



醫院風險移撥款-高屏區

- 預算：32,782,960元
- 執行方式：
 - ▶ 分攤高屏區龍發堂堂眾醫療費用支出
- 效益：
 - ▶ 透過團體分攤紓解龍發堂堂眾釋出的社會壓力，提供堂眾適度之醫療服務。
 - ▶ 經適度醫療照護，醫院出院準備服務，逐步轉銜至機構或返家照護，就醫人數逐漸累退。



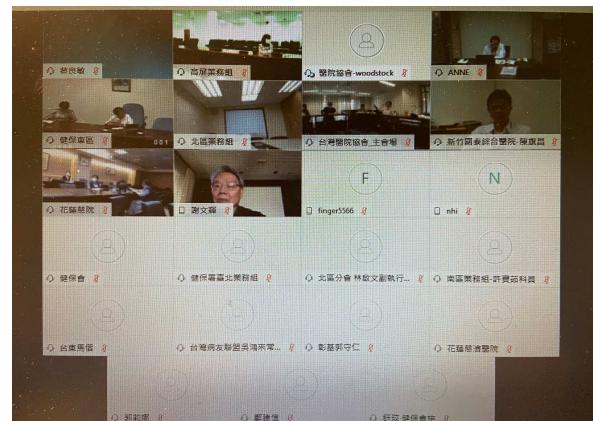
醫院風險移撥款-東區

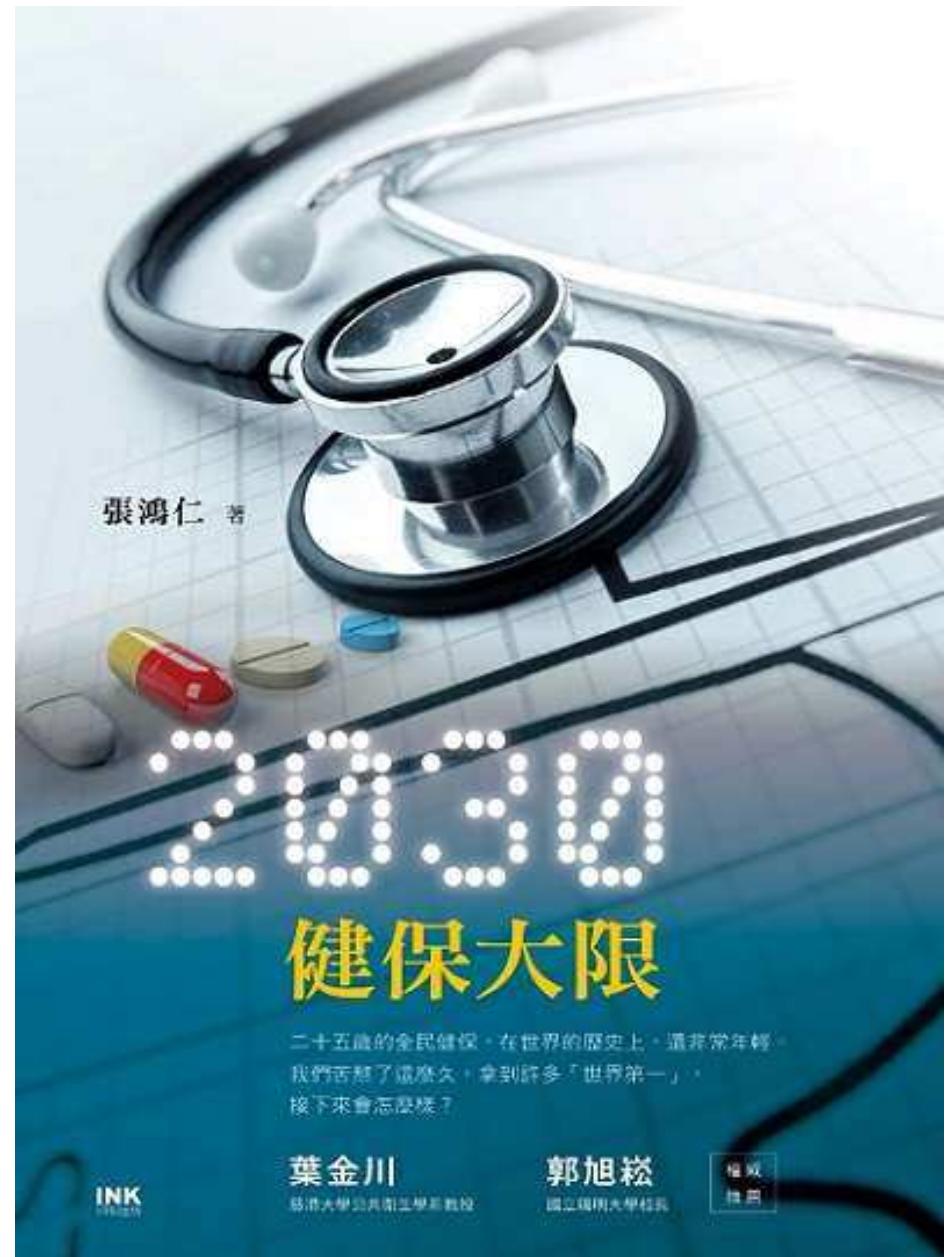
- 預算：68,746,945元
- 執行方式：
 - ▶ 強化區域整合醫療
 - ▶ 增進特定疾病照護品質
 - ▶ 增進花東民眾自我照護識能
- 效益：
 - ▶ 提升急救成功率，ROSC (恢復自發性血液循環) 108年較107年進步8.6%
 - ▶ 東區108年出院後7日內接受長照2.0服務，較107年提升13.7%，且表現高於全國統計值。
 - ▶ 108年糖尿病照護率提升10.81%，眼底鏡提升3.23%。
 - ▶ 完成花東縣遠距醫療盤點及遠距模式



醫院總額風險移撥款成果發表會

- 109.04.30舉行醫院總額風險移撥款成果發表會。
- 出席人員包含衛福部健保會周麗芳主委、盧瑞芬教授、羅紀琼教授、健保會付費者代表吳鴻來委員、鄭建信委員、健保署及其分區業務組。
- 健保會主委表示可以看到不同分區在協助弱勢、照顧偏鄉民眾健康，都有非常豐碩的成果，特別是平衡各區醫療資源發展、鼓勵各區強化醫療服務，以及促進區域內醫療體系整合。



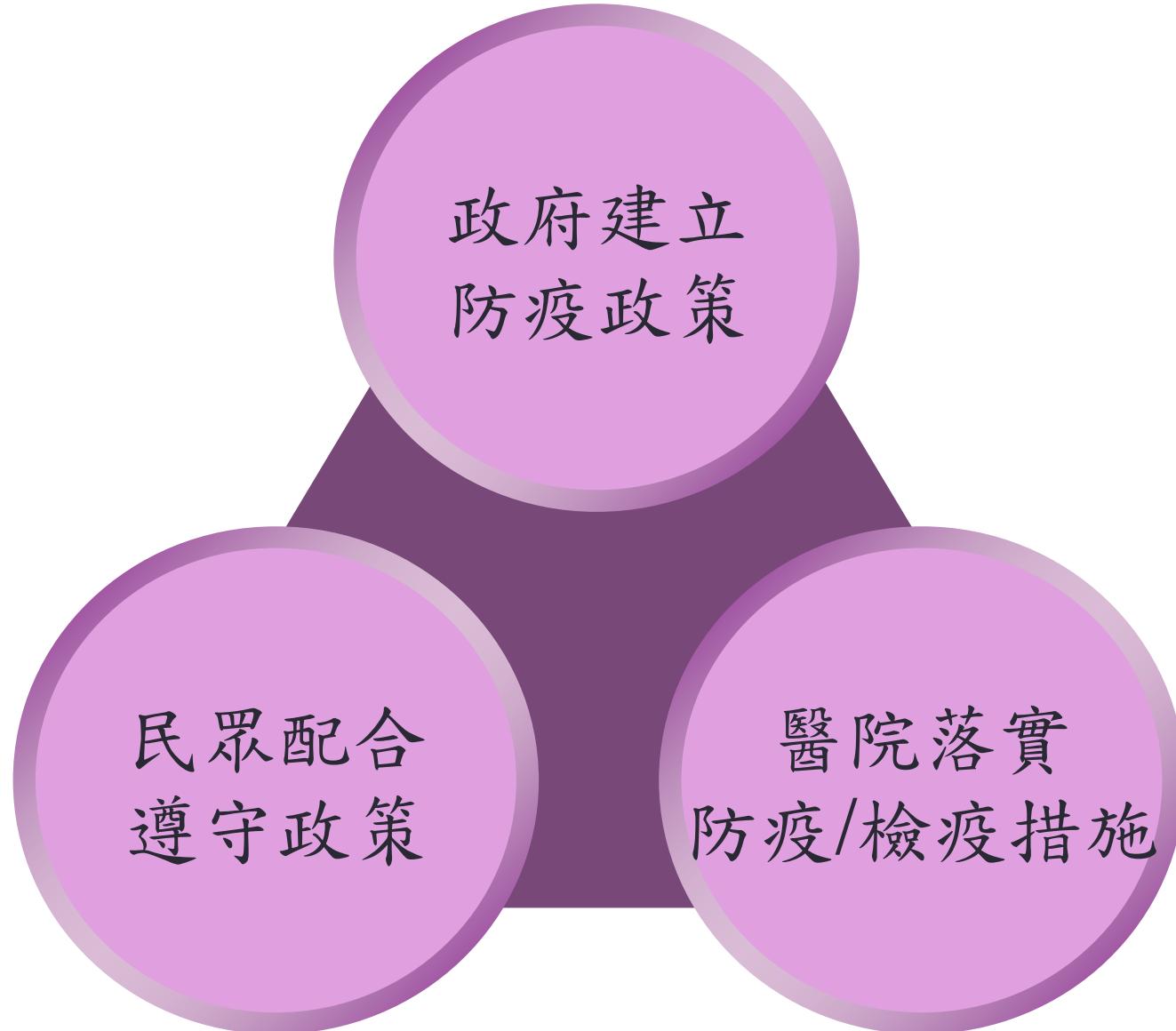


西方有句俗諺：「通往地獄的路，都是由善意鋪成的。」我們雖然不希望全民健保倒，但是我們集體的「善意」卻有可能讓我們走向地獄之門！。

--前衛生署副署長張鴻仁

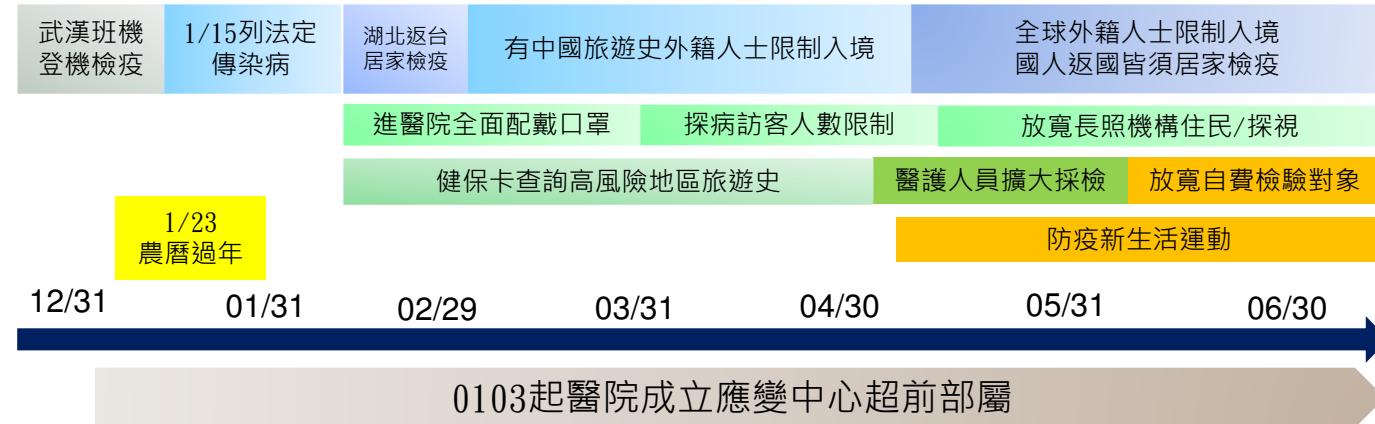
新冠肺炎防疫之挑戰

新冠肺炎防疫成功關鍵



國家與醫院防疫作業

國家政策

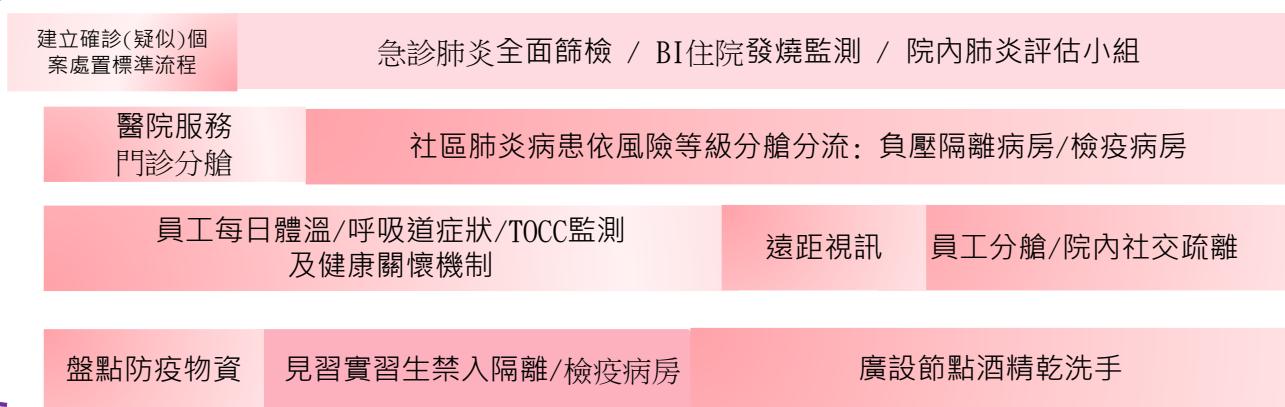


醫院感控策略

策略1: 阻絕社區 傳播入院



策略2: 避免院內 群聚



醫院新冠肺炎防疫作業

體溫監測站設乾洗手



查詢入院者出、入境資料



成立發燒篩檢站



篩檢作業



● 協助政府辦理防疫作業

- ◆ 協助機場駐點採檢
- ◆ 協助敦睦艦、磐石艦採檢
- ◆ 協助養護機構採檢
- ◆ 緊急狀況採檢
- ◆ 確診及疑似確診個案治療

● 醫院內部管理

- ◆ 出入口管制(體溫監測及旅遊史)
- ◆ 陪病/訪客管理
- ◆ 遠距視訊
- ◆ 戶外得來速藥局
- ◆ 啟動戶外發燒篩檢站
- ◆ 住院病人分流分艙
- ◆ 加強環境清潔消毒
- ◆ 紅、黃區空間設置

新冠肺炎統計數值

- 經統計各國新冠肺炎確診人數、死亡人數及確診死亡率資料，台灣明顯優於其他各國資料。
- 台灣新冠肺炎確診死亡率1.53%，明顯低於全球平均值4.00%。

資料來源:疾管署COVID-19 (武漢肺炎)7/27 9:20統計資料。

國家	確診人數	死亡人數	確診死亡率
冰島	1,847	10	0.54%
台灣	458	7	1.53%
泰國	3,291	58	1.76%
韓國	14,150	298	2.11%
美國	4,311,438	149,052	3.46%
日本	30,666	998	3.25%
德國	205,269	9,118	4.44%
加拿大	113,556	8,885	7.82%
英國	299,426	45,752	15.28%
全球合計	16,230,427	649,538	4.00%



防疫成效-國外媒體讚揚

- 台灣防疫登CNN，與德、韓、冰島稱「四大防疫成功國」。
 - CNN表示各國都還在摸索要怎麼對抗新冠病毒，導致大量城市被迫封鎖、癱瘓，但台灣、冰島、南韓、德國的防疫策略正確，其中台灣有高品質的全民健保，但因充分準備、快速應變、中央指揮以及積極警覺的疫情調查等四大要點而促使防疫成功。

CNN網頁

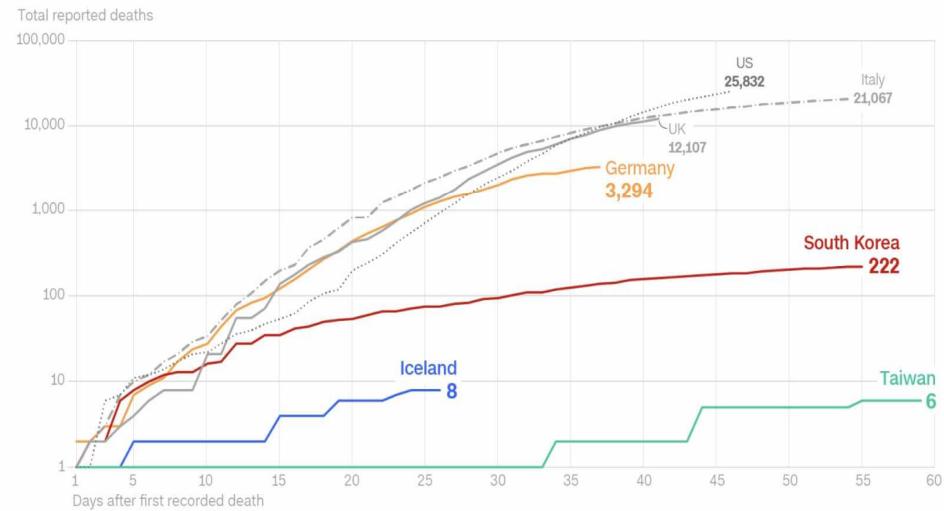


四個防疫有成國家死亡曲線圖 / 翻攝CNN

Flattening the curve early

In some places, death tolls topped out early in their outbreaks.

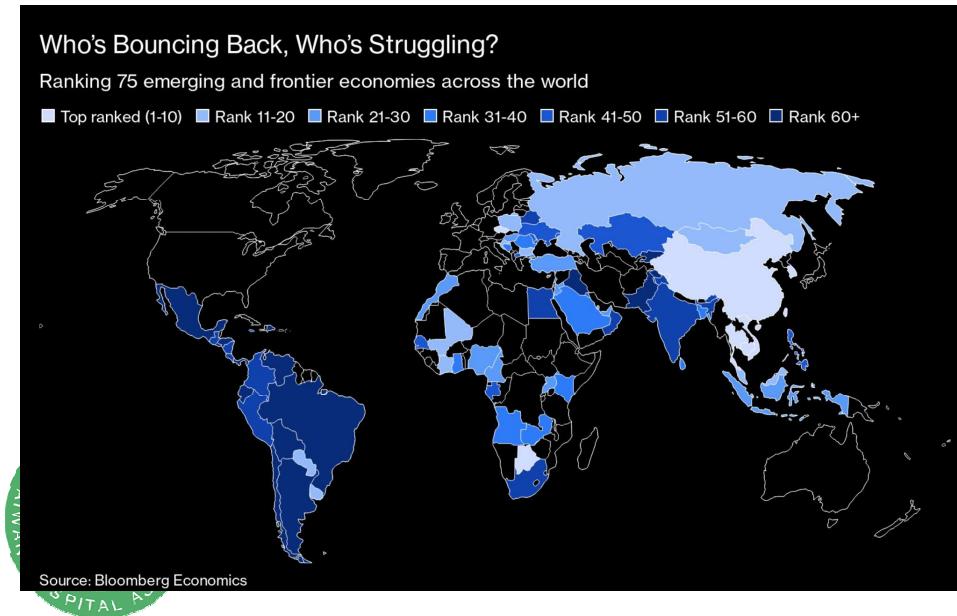
Preparedness, a quick response and widespread testing have been key to their success.



防疫成效-經濟面表現

- 《彭博社》評比75經濟體「台灣居冠」！防疫成效再獲肯定。
- 台灣經濟研究院景氣預測中心副主任邱達生表示，台灣今年GDP若為正成長將是世界之光。
- 中研院經濟研究所7/15發表「2020年臺灣經濟情勢總展望之修正」，修正台灣2020年實質經濟成長率為1.15%。

彭博社評比報告圖表



台經院邱達生提供資料



結論

- 近幾年國人高齡化速度加快將使醫療費用快速增加。
- 醫院防疫之成本無法完成呈現，且其成效亦無法量化。
- 未來健保仍應永續經營發展，但醫療機構亦需要適度生存空間。
- 近年來醫界表現良好，反應在民眾對健保滿意度提高與台灣防疫有成，建請給予鼓勵。

謝謝聆聽 懇請指教！

附件

護理人員收入成本比較分析

- 增補護理人員可提高護病比，但仍有下列挑戰：
 - 護理師供應與招募不易。
 - 醫院評估提高護病比之成本大於護病比加成給付。

醫學中心護病比維持7.0-7.4間預估需增加人力與人事成本

單位:人數、萬元

醫院別	提報單位數 (護理站)	現況三班用 人數(A)	調整17%三班需用 人數(B)	需額外增補人數 (C=(B-A)*1.65)	每月薪資增加(萬) (D=C*80000)	每年薪資增加(萬) (E=D*12)	護病比加成17%增 加金額/年(萬) (F)	差異(萬) (G=F-E)
A	62	874	938	106	845	10,138	9,025	-1,113
B	34	487	531	73	581	6,970	5,256	-1,714

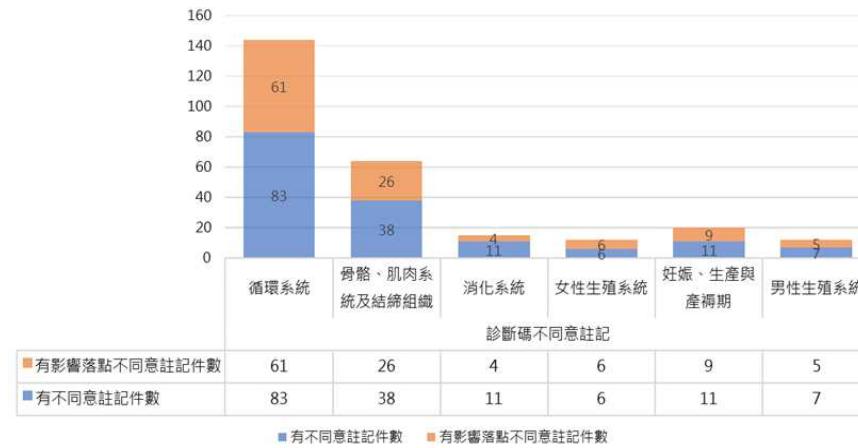
醫學中心護病比維持小於7.0預估需增加人力與人事成本

醫院別	提報單位數 (護理站)	現況三班用 人數(A)	調整20%三班需用 人數(B)	需額外增補人數 (C=(B-A)*1.65)	每月薪資增加(萬) (D=C*80000)	每年薪資增加(萬) (E=D*12)	護病比加成20%增 加金額/年(萬) (F)	差異(萬) (G=F-E)
A	62	874	997	203	1,624	19,483	10,618	-8,865
B	34	487	565	129	1,030	12,355	6,283	-6,072

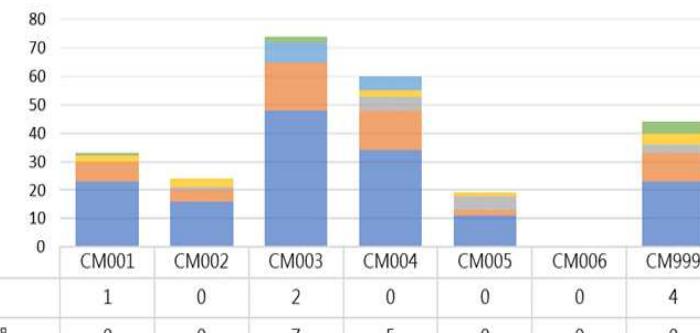
註:1.需額外增補人數計算包含人員休假係數1.65。 2.護理師每月成本以8萬元估算。

疾分審查專員不同意註記暨影響DRG落點概況

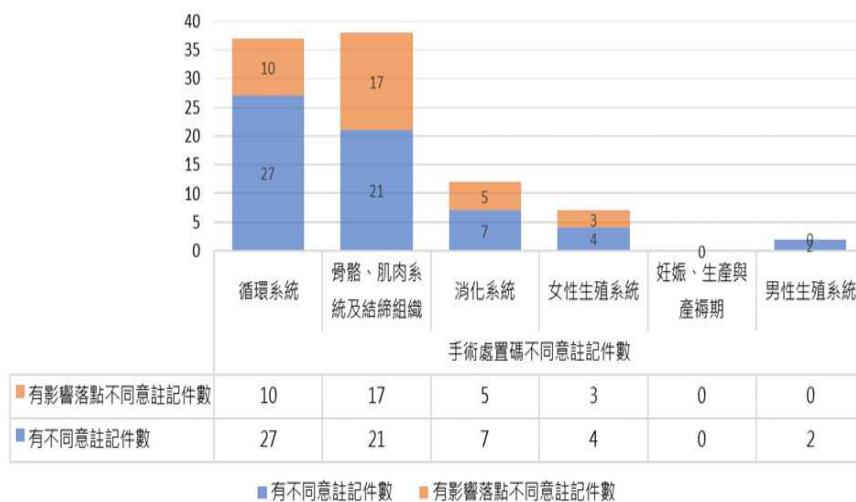
CM不同意註記暨影響DRG落點概況-MDC



診斷碼-各不同意註記分佈



PCS不同意註記暨影響DRG落點概況-MDC



處置碼-各不同意註記分佈

