



# 111年度 醫院總額部門執行成果報告-一般



台灣醫院協會  
長庚醫療財團法人長庚紀念醫院行政中心 游進邦執行長  
112.07.17

# 大綱

- 
- 01 年度重點項目執行成果與未來規劃
  - 02 111年評核委員評論意見及回應
  - 03 維護保險對象就醫權益
  - 04 醫療服務品質提升
  - 05 協商因素執行情形
  - 06 總額管理績效
  - 07 COVID-19疫情醫療因應作為

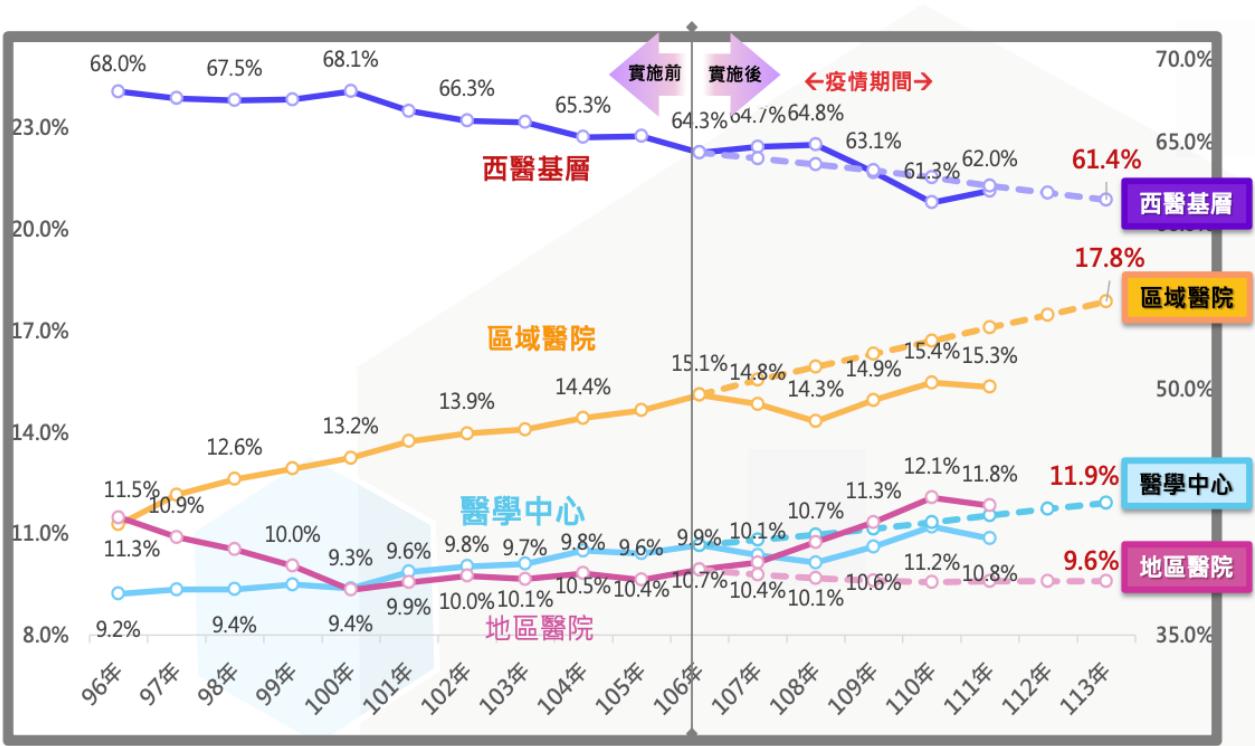
# 年度重點項目執行成果與未來規劃

1  
TEXT

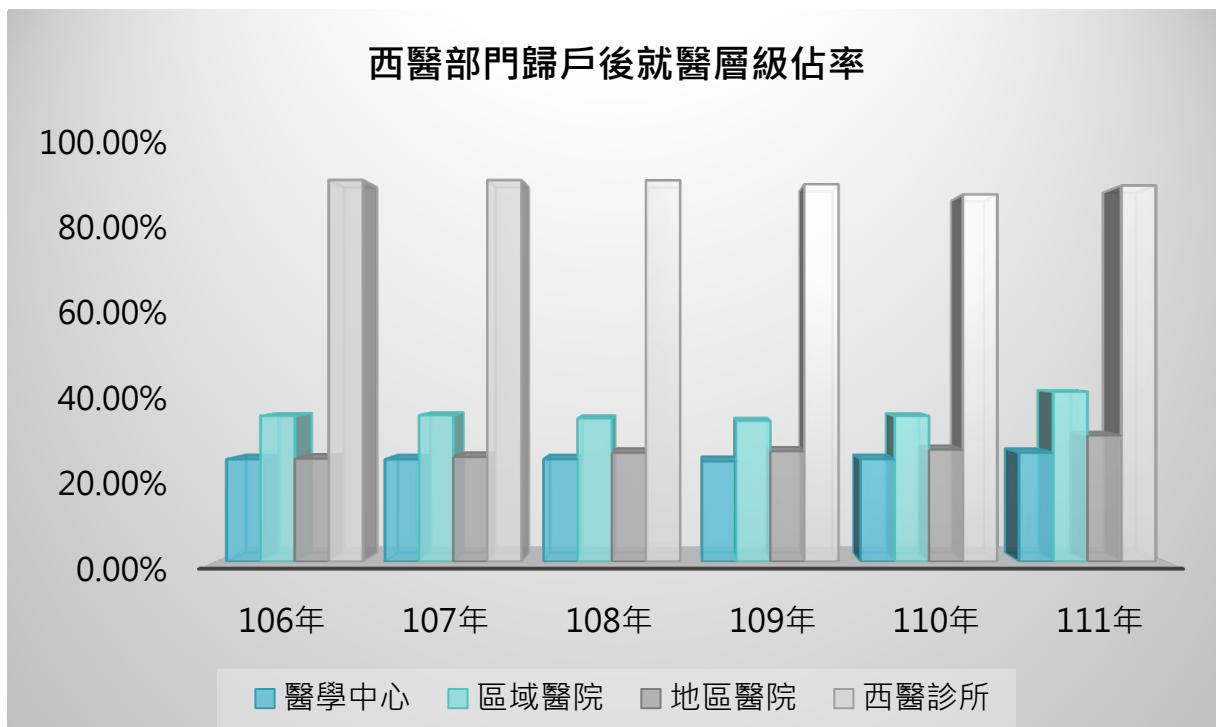
{ 參照書面報告P.1 }



# 分級醫療故事的開端



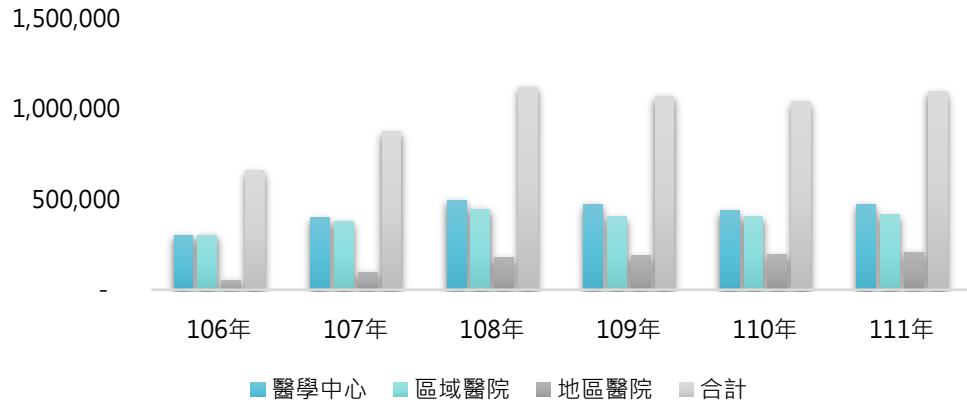
參據健保署所提供的全國西醫部門就醫人數經歸戶後的就醫層級佔率分佈，**西醫基層加地區醫院已達78%左右**。歷年來民眾就醫仍是基層院所佔率最大，區域醫院次之，然**門診減量政策因COVID-19疫情因素，目前暫停實施**



健保署透過大數據分析，就醫療服務提供提出預警，直覺醫學中心及區域醫院的服務量一直增加而西醫基層及地區醫院一直在下降。  
爰，提出區域級（含）以上醫院應予門診減量。

# 分級醫療相關執行策略推動後的成效

轉診件數層級分佈



1. 醫院部門轉診案件整體逐年增加，惟各層級幅度不同
2. 各層級轉診流向配合所屬任務不同而有不同結果

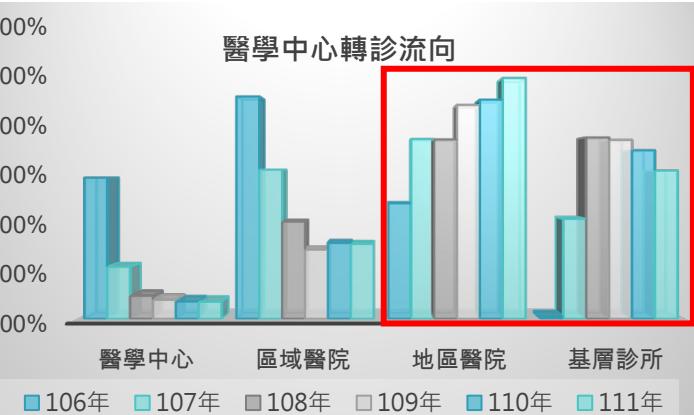
轉診件數成長率	醫中	區域	地區	合計
107年	31.67%	25.06%	82.67%	32.77%
108年	24.63%	17.71%	82.41%	28.08%
109年	-4.49%	-8.84%	6.74%	-4.43%
110年	-7.76%	-0.27%	3.00%	-3.01%
111年	8.11%	2.67%	6.43%	5.67%

醫中：導向急性處理後下轉後續照護-地區醫院/西醫基層

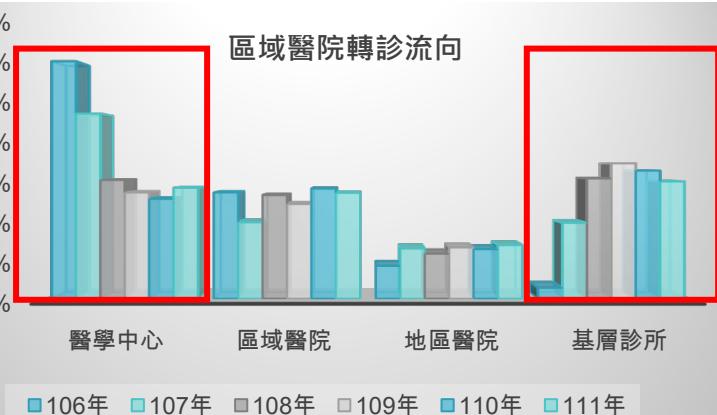
區域：中重度醫療照護，上轉醫中，下轉西醫基層

地區：醫療守門員，後送醫中及區域。

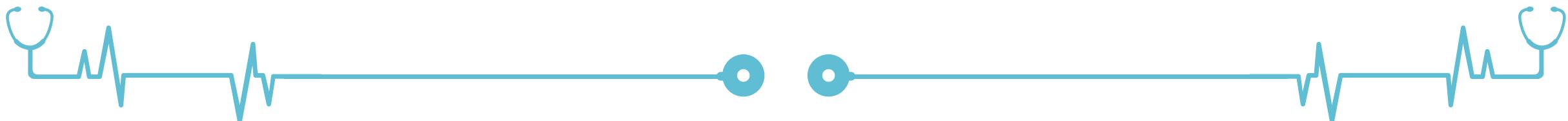
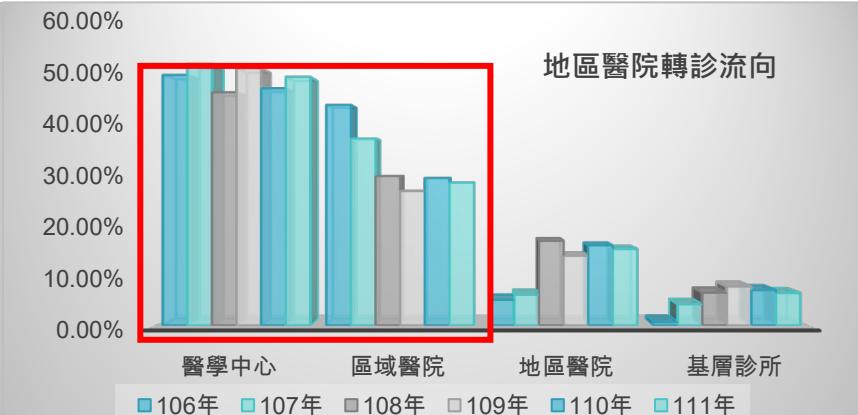
醫學中心轉診流向



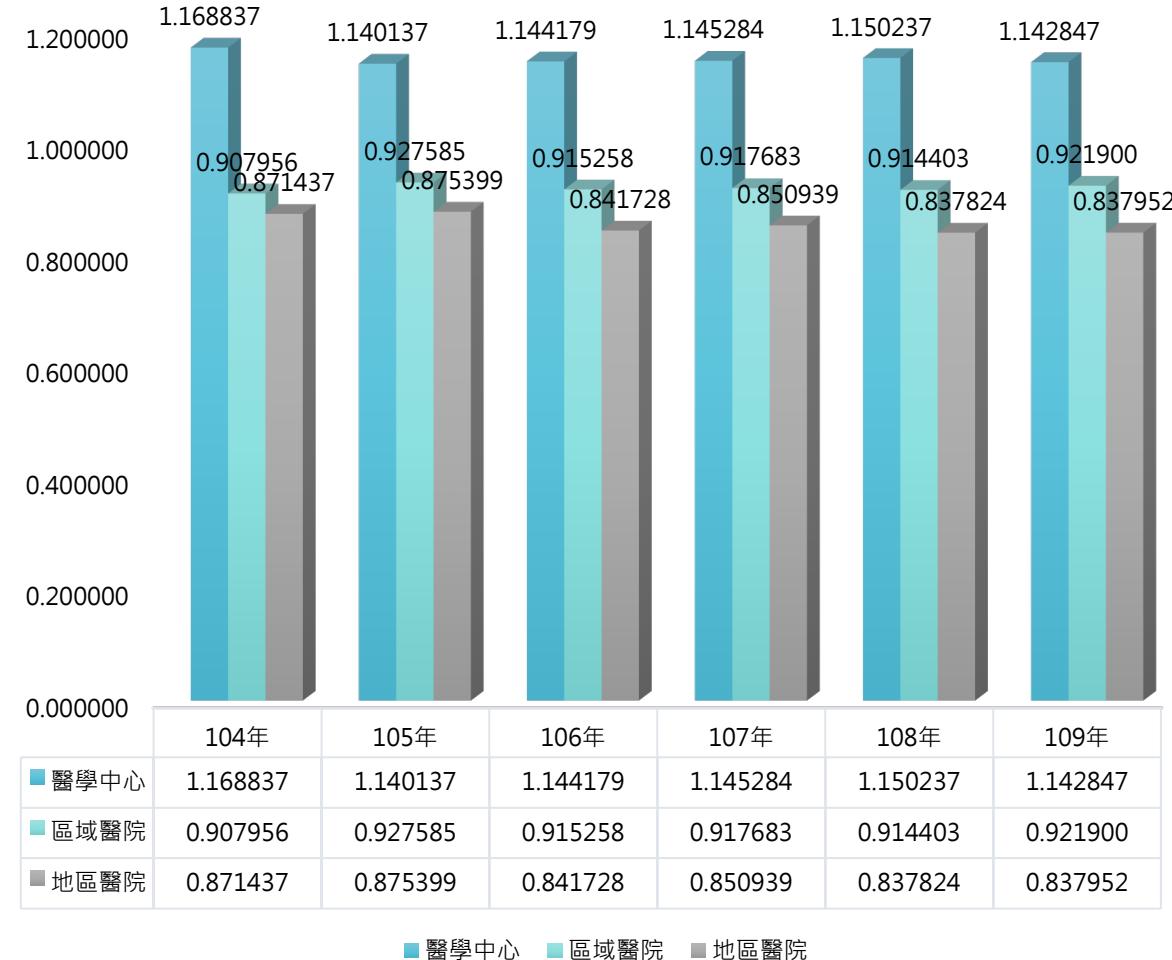
區域醫院轉診流向



地區醫院轉診流向

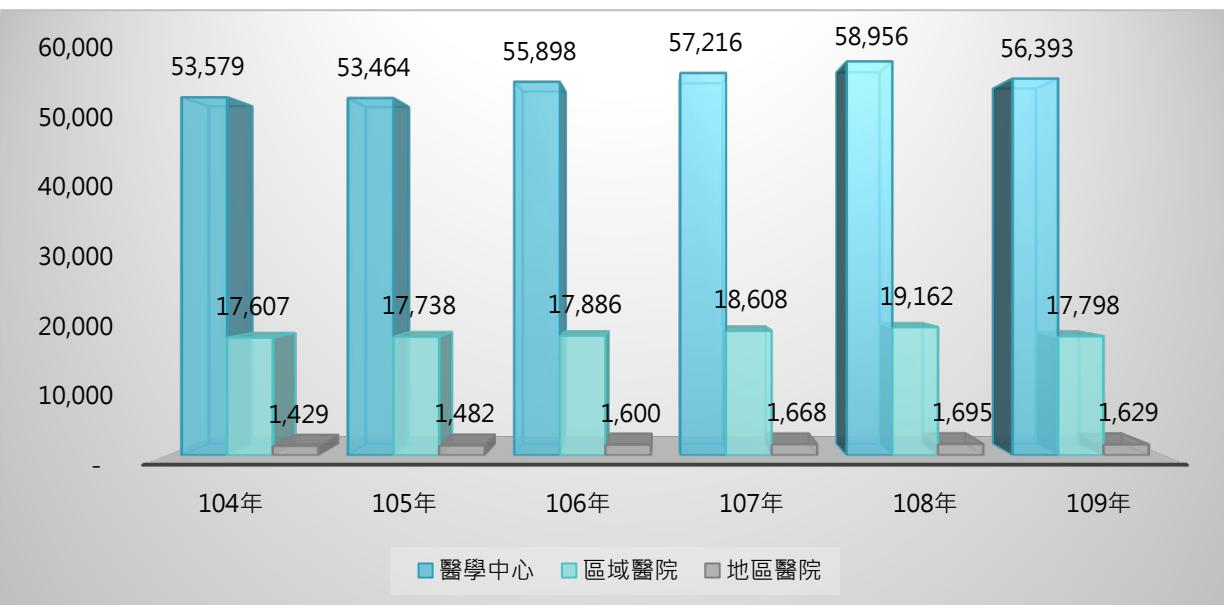


# 以CMI評估分級醫療成效



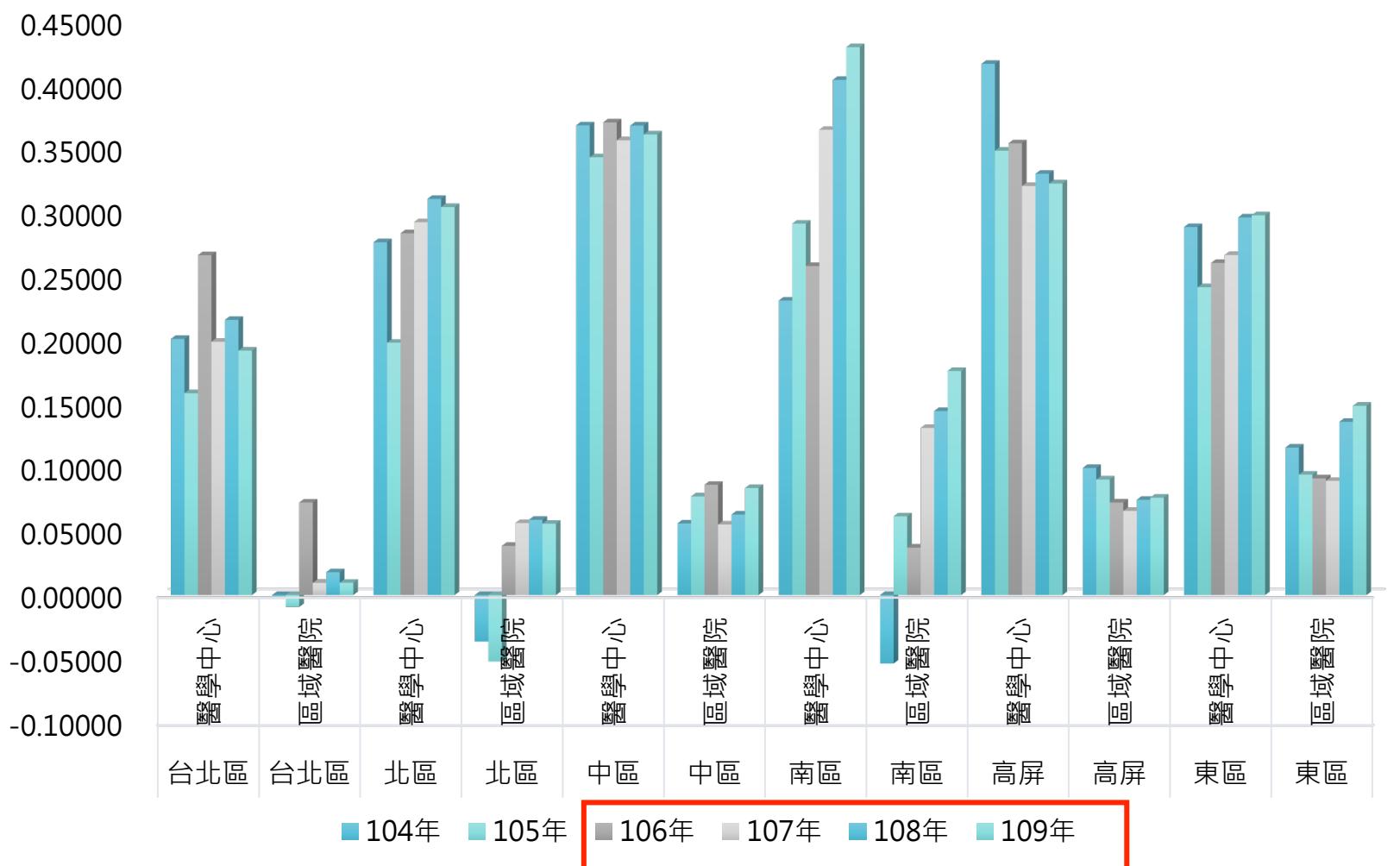
單純從層級CMI值較難看出變化，醫院部門層級CMI值以  
醫學中心最高、區域醫院次之，地區醫院為第三

從符合計算CMI之DRG案件量變動來看  
各層級DRG案件申報量相較前一年度都有成長  
**109年因為COVID-19疫情因素各層級全力防治，住院案件皆因病房徵轉而減少健保案件。**



DRG件數成長率	105年	106年	107年	108年	109年
醫學中心	-0.21%	4.55%	2.36%	3.04%	-4.35%
區域醫院	0.74%	0.83%	4.04%	2.98%	-7.12%
地區醫院	3.71%	7.92%	4.26%	1.63%	-3.87%

# 以CMI評估分級醫療成效的檢討



限制：

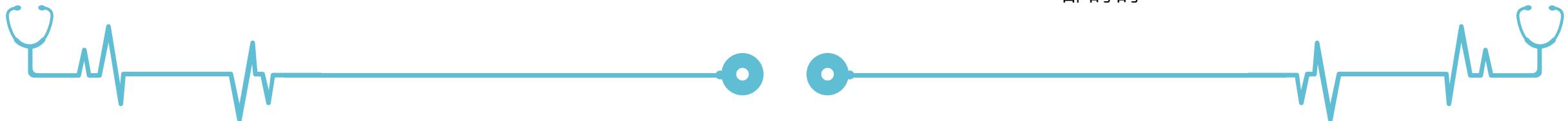
1. CMI目前僅限住院案件且各DRG權重自109年起每半年重新校正乙次，難回溯以某一年度為1。
2. 醫界無法自行運算，必須商請健保署支援。
3. 只能單年比較，無法連續對比。

檢討：

1. 假定地區醫院的CMI為基本，醫學中心及區域醫院著重處理急重難症則其CMI值應為正值。
2. 分級醫療政策實於106年推行，醫學中心及區域醫院自106年起至109年CMI值悉數高於地區醫院CMI值，尤其南區醫學中心所呈非常標準。

展望：

評委於110年建議醫院部門思考採行 Hierarchical Condition Category(HCC) 指標來評估，擬於疫後再進行醫院部門內部討論。



## • 分級醫療與策略聯盟的關聯

分級醫療的精神除了妥適醫療資源的應用，區域級（含）以上醫院盡力專責於急重難症的診治，輕症及復康及追蹤等項就醫由社區暨基層診療承接，讓醫療資源用在刀口上。

而醫院部門致力除上述內容，更進一步導向半開放醫院，鼓勵體系整合，透過合作取得經濟規模，達到醫院管理行政綜效，另就醫療合作上建置門住診綠色通道，強化民眾就醫信心，將口碑醫療效應再擴大至聯盟醫療體系，共同合作創多贏之局。

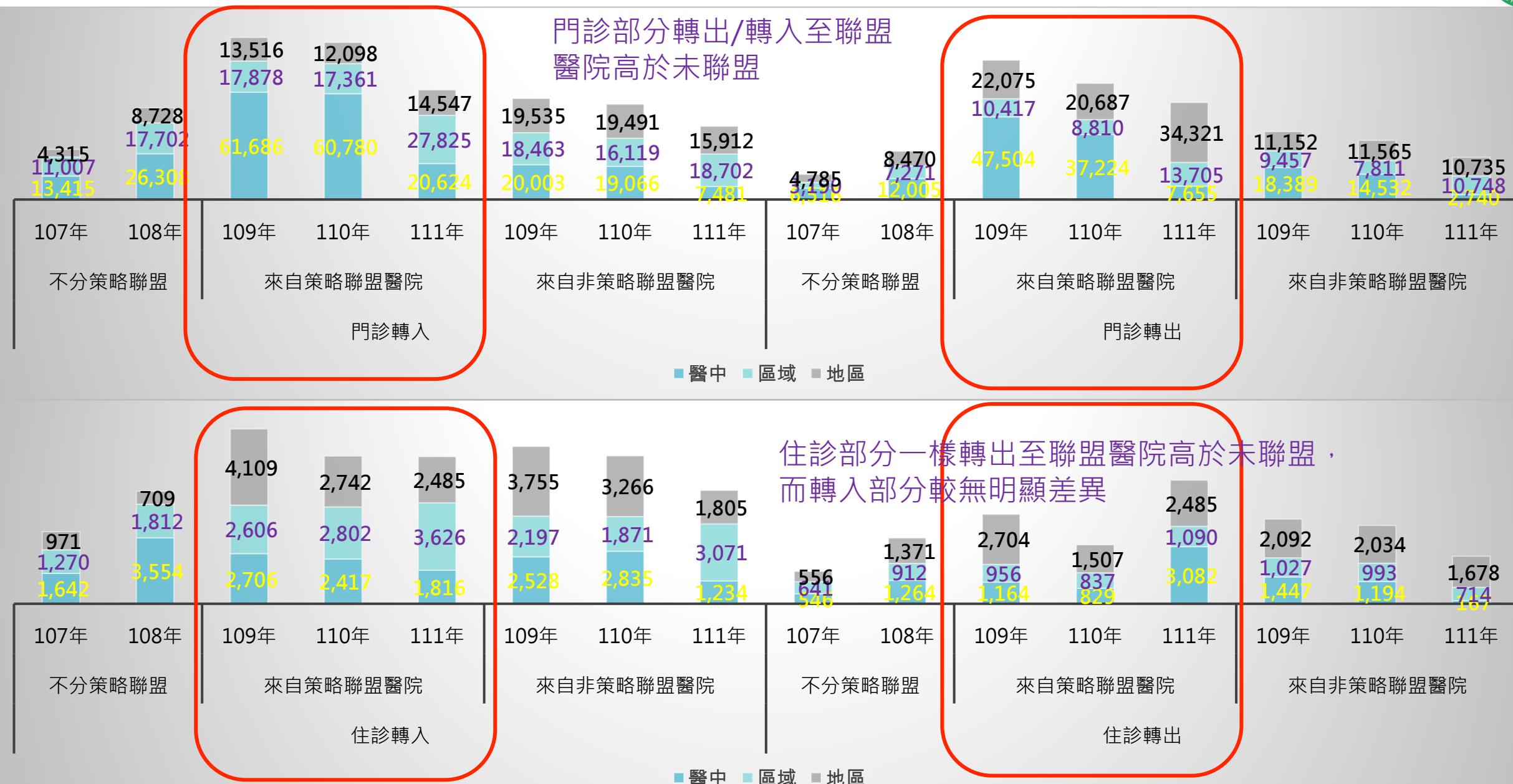
	107年	108年	109年	110 年	111年
第一名	醫師支援看診	門診綠色通道	醫師支援看診	醫師支援看診	聯合採購
第二名	門診綠色通道	醫師支援看診	轉檢	轉檢	醫事行政支援
第三名	住診綠色通道	住院綠色通道	代檢	代檢	醫師支援看診

藉由調查發展，各級醫院已逐步建立院際間網絡般的策略合作，醫中網羅衛星醫院、區域建構平轉合作單位及地區串接上轉的後送單位，讓民眾安心就醫，減少醫療資源蒐尋時間。

COVID-19後，合作形式產生變化，由原強化綠色通道的建立，轉由轉檢、代檢及醫師支援看診，近年烏俄戰爭、疫情所致通膨問題，醫院間必須透過聯合採購以降低營運成本。



# 院際間策略聯盟對分級醫療政策執行的效應



# 醫院部門各層級護病比增強達成比率

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	
	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%
	109年	26.3%	34.0%	33.3%	6.3%	0.0%	0.0%	0.0%
	110年	44.7%	31.0%	17.7%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%
	111年	42.7%	35.0%	16.3%	6.0%	0.0%	0.0%	0.0%
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	
	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%
	108年	57.6%	17.2%	12.5%	4.5%	7.3%	1.0%	0%
	109年	68.4%	12.8%	8.4%	3.4%	6.7%	0.3%	0.0%
	110年	77.0%	8.8%	6.9%	2.5%	4.4%	0.4%	0.0%
	111年	78.8%	7.6%	4.9%	2.5%	5.5%	0.8%	0.0%
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	
	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%
	109年	87.1%	2.1%	1.6%	1.9%	1.2%	1.3%	7.5%
	110年	86.2%	2.5%	1.7%	1.3%	1.0%	1.3%	2.8%
	111年	86.5%	1.8%	1.4%	1.0%	1.1%	1.1%	9.5%

彙整104年至111年各層級在不同加成率的護病比達成月次資料，各層級醫院近年都有達廣徵人力，調整護病比。區域醫院及地區醫院眾數都維持在照護小於10人及13人最佳組距範圍且佔率逐年增加。醫學中心由於工作任務相較其他層級在選訓留用的人才管理上都相對艱難些。近年來也有往達成護病比1:7的方向邁進，實屬不易。



# 提升護理照護品質，有關人力指標執行情形

項目	年	106年	107年	108年	109年	110年	111年
護理人力淨增加人數		2,250	2,581	2,412	1,284	632	212
--醫學中心		955	1,016	907	464	300	-128
--區域醫院		994	985	884	307	27	24
--地區醫院		261	555	621	485	294	317
平均每月實際於一般急性病床照護之護理人員數		31,577	31,307	31,423	31,588	32,341	31,926
--醫學中心		11,435	11,803	11,718	11,699	12,078	11,712
--區域醫院		13,064	13,311	13,070	13,042	13,072	12,920
--地區醫院		6,056	6,642	6,635	6,847	7,191	7,294
3個月以上年資護理人員離職率		2.44%	2.65%	2.39%	2.28%	2.28%	2.59%
--醫學中心		2.01%	1.92%	1.88%	1.64%	1.65%	2.07%
--區域醫院		2.46%	2.93%	2.57%	2.57%	2.50%	2.79%
--地區醫院		3.11%	3.26%	2.88%	2.89%	3.00%	3.03%
年資未滿2年之護理人員離職率				2.39%	1.77%	1.49%	1.42%
--醫學中心				1.06%	0.87%	0.69%	0.75%
--區域醫院				1.59%	2.23%	1.88%	1.48%
--地區醫院				3.33%	2.54%	2.21%	2.35%
2年以上年資護理人員比率		74.31%	75.22%	75.38%	76.78%	77.67%	77.68%
--醫學中心		78.97%	80.07%	80.34%	83.04%	83.05%	82.64%
--區域醫院		73.99%	75.70%	76.49%	77.30%	78.74%	79.16%
--地區醫院		66.95%	66.26%	65.49%	65.20%	66.34%	67.61%

對於專業勞力密集度高的醫療產業，人力的穩定高品質是營運績效的必要條件尤其是護理。

近年藉由提升護理照護品質預算的編列，及醫院高度重視，終年不斷的招聘，護理總算是有所起色。

一場百年大疫，又將先前的努力往後退了好幾步，111年台灣同世界各國都面臨醫護等專業技術人力的大舉湧退（高離職率）

，且依資料換算推估此次離職人力又以年資二年以上的人員居多，值得觀察。

我們持續檢討，也將秉持努力改善的初心，繼續努力留人，也等待護理同仁回來的那一刻。



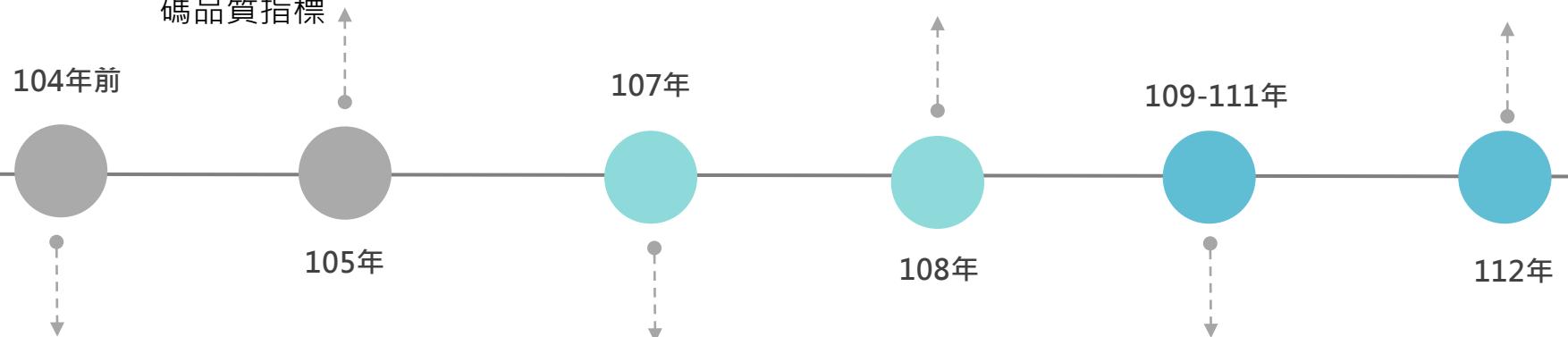
# 醫院部門在支付制度改革既定軌道上穩健前進

ICD-10-CM/PCS  
2023年版  
擬113年元月上  
線

- ICD-10-CM/PCS全面上線，各級醫院HIS改版更新
- 106年台灣醫院協會承接醫院總額審查專案。著手提升醫院編碼正確性輔導作業，製作ICD-9及ICD-10對應檔
- 由醫院部門自發性設計編碼品質指標

- 健保署與本會共組Tw-DRGs工作小組，釐清來自各專科醫學會高達百項的疑問
- 雙方DRG分組進行討論
- 辦理健保申報疾分輔助專員編碼個案研修

- 醫院協會應健保署委託執行ICD-10-CM/PCS再轉版至2023年版，健保文件轉譯作業
- 全國醫院ICD編碼品質正確性進行輔導
- 辦理健保申報疾分輔助專員編碼個案



Vision

合理支付制度

政策就像蓋屋  
地基不穩隨時都  
有倒塌的風險



# 健保申報償付基礎ICD改版沒有想像中的簡單

	ICD-9-CM	ICD-10-CM/PCS 2014版	ICD-10-CM/PCS 2021版	ICD-10-CM/PCS 2023版
編碼位數	疾病碼3-5碼（純數字） 處置碼3-4碼（純數字）	疾病碼3-7碼（英數碼） 處置碼7碼（英數碼）	疾病碼3-7碼（英數碼） 處置碼7碼（英數碼）	疾病碼3-7碼（英數碼） 處置碼7碼（英數碼）
代碼數	診斷代碼數13,677 處置代碼數3,768 合計17,455	ICD-10-CM 69,101 ICD-10-PCS 71,957 <b>合計141,058</b>	ICD-10-CM 95,358 ICD-10-PCS 78,137 合計173,495	ICD-10-CM 96,802 ICD-10-PCS 78,530 <b>合計175,332</b>
疾病分類章節	17章	21節 (E-code意外及V-code中毒併入)	22節 (新增新科技、Extraction手術應用)	
編碼結構	字首為數字 含種類、病因/解剖位置/徵候	字首為數字或字母 ICD-10-CM 含：類別、病因、解剖部位、嚴重度、擴充 ICD-10-PCS 含：章節、身體系統、手術方式、身體部位、手術途徑、裝置物及修飾詞	字首為數字或字母 ICD-10-CM 含：類別、病因、解剖部位、嚴重度、擴充 ICD-10-PCS 含：章節、身體系統、手術方式、身體部位、手術途徑、裝置物及修飾詞	
其他	難與特材相結合	可併入特材管理	可併入特材管理 可處理現行申報不合及虛擬碼的問題	

看似只有34,274個代碼新增

實際是整個編碼邏輯都改變了。

（醫院部門不是只做23年版調整而是從21年版，做了二份工）

醫院所有涉及ICD疾病分類代碼應用：申報、品管、資訊、醫教等等全部都要變更，而且要保留對應檔才能讓年度資料於日後具有可比較可延續性。



# ICD-10-CM/PCS轉版產生DRG費用落點問題



原手術處置OR Procedure於版本轉換後變  
Non-OR及原有DRG落點的品項於版本轉換  
後變無落點

費用不對

美國版MS-DRGs改版後不再維護的列表，  
而台灣版DRGs仍在使用的資料。

無法對稱

轉換後新增章節新醫療科技(X-  
Code)的歸屬，如何併入DRG中，  
需要各臨床醫療科界定

找不到新  
科技可以  
歸那



過去健保署註記刪除的範圍及為申報需求而設置的虛擬碼，轉版後代碼存續問題，需明確界定釐清。

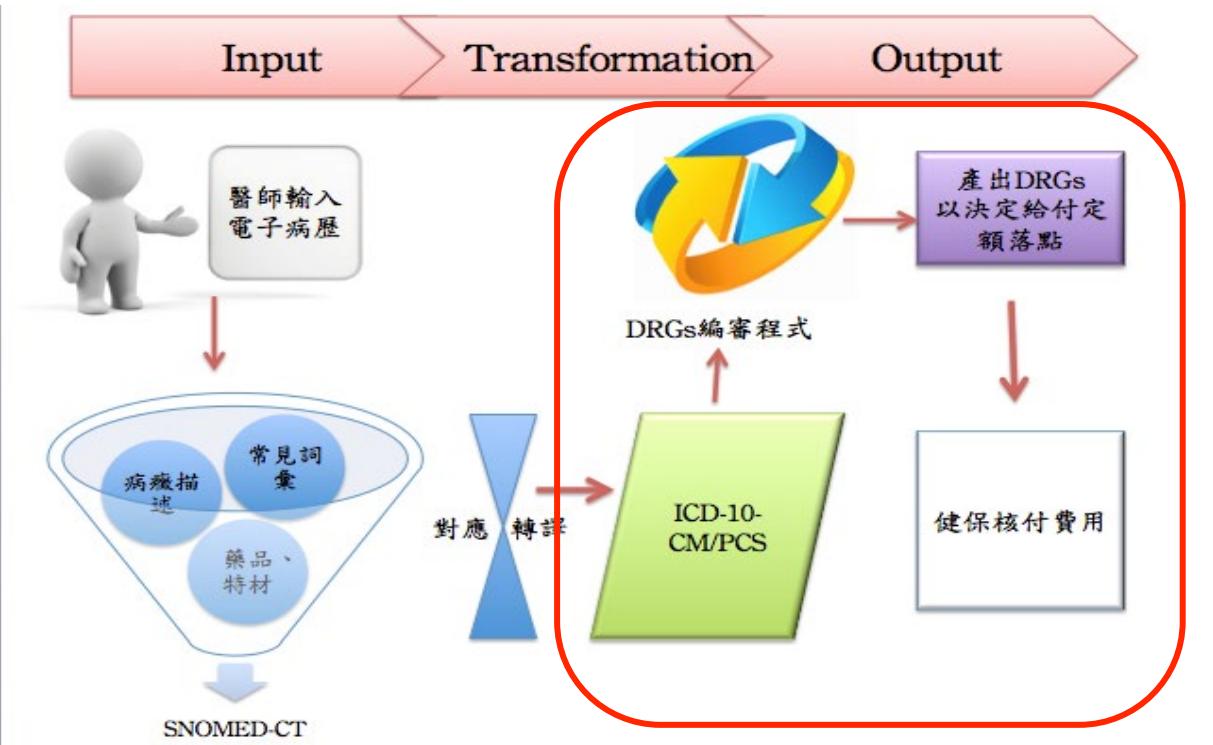
申報規則  
改變

先前DRG Table因故刪除的項目，在轉換後發生23年版有擴增內容，但Tw-DRGs落點錯置或找不到內容及邏輯與MS-DRG不一的問題

醫院的想法：  
身為維持國人健康的最後一道防線的醫院，  
任一會影響醫院營運的風險在未有十足準備前  
必須保守穩健而行  
我們冒不起一步錯，全盤皆輸的可能

# 醫院部門執行支付制度改革進度

1. 配合健保署作業規劃，先完成支付制度改革償付作業基礎-疾病分類ICD版本全面升級
2. 支援健保署把所有健保文件全面轉譯內容升級至ICD-10-CM/PCS2021年版（23年版趕工中）
3. 備妥ICD-10-CM/PCS各版對應檔（I9-I10，2014版對2021年版、2014年版對2023年版）
4. DRG編審系統、DRG費用落點校正
5. MDC分類、合併評估
6. 全區醫院教育訓練



60%  
基礎工程  
ICD轉版

健保各部門業務文件轉譯  
ICD各版本的對應檔  
ICD轉版疑義發掘

40%  
DRG Table  
校正工程

代碼轉版校正原則的確認  
轉碼後代碼歸屬及實際費用轉歸  
DRG推進支付通則修正  
DRG雙軌誘因研商  
醫院財務衝擊試算

30%  
全國醫院  
教育訓練

2023年中旬配合健保署需求辦理全國醫院ICD-10-CM/PCS改版及支付制度改革教育訓練課程

### 應用風險調整移撥款打造醫療安全網絡

- 源於為平衡一般服務預算地區預算R值變動的預算重分配效應

風險款應用精神：

用於平衡各區醫療資源均衡發展、鼓勵各區強化醫療服務、促進區域內醫療體系整合。

### 預算不用於點值彌補

醫院部門的自我評量

項次	目標	達成否
1	平衡各區醫療資源均衡發展	有
2	強化醫療服務提供	
3	促進醫療體系整合	
4	預算沒有用來補點值	



# 醫院部門風險調整移撥款

**Q：風險款如何回應地區預算公式R值的變動？**

A：R值精神是錢跟著人走，醫院總額一般服務預算計算為分區投保人口，而風險款同樣是以人口為基礎，不同於擷取未被滿足之醫療需求人口。

**Q：醫院總額風險款建議應再增編？**

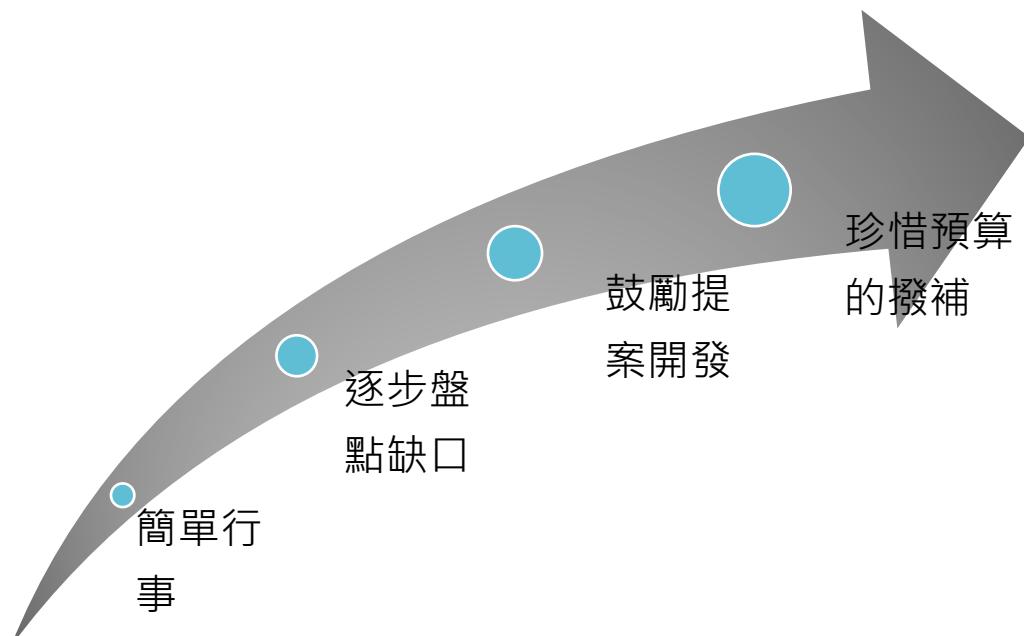
A：經過醫院部門實際執行風險款之各分區意見，鑑於風險款係由醫院部門一般服務預算中提撥而來，仍應以恆常醫療服務為優先考量，而風險款設定為互助、填補各分區弱點及強化須扶弱人口為目標，不適合一直擴編，對一般服務產生排擠效應，反客為主了。

年度	風險款預算	分配方式
108年	1.5億	
109年	2億	
110年	2億	山地離島非原住民人口、偏遠地區人口、台閩地區原住民人口、重度以上身心障礙人口低收入人口及6歲以下及65歲以上人口等6因子
111年	6億	A· 2億（山地離島非原住民人口、偏遠地區人口、台閩地區原住民人口、重度以上身心障礙人口、低收入人口及6歲以下及65歲以上人口等6因子） B· 4億（醫院總額地區預算RS值-107年至109年平均占率）
112年	6億	



# 108年至111年醫院總額風險款的蛻變

透過醫院醫療服務審查執行分會的平台，逐步導向專業自主管理，善用總額風險調整移撥款的預算支應。鼓勵各分區發展出屬於自己的特色



風險款定位為輔助預算（黏著劑）的角色，讓各分區希望填補的服務缺口，可以有適當的支援

## 疾病預防(東區)

糖尿病照護-糖尿病前期社區防治與介入、糖尿病共同照護跨院合作、高危險妊娠、整合性篩檢暨預防保健，慢性肝病照護計畫、衰弱長者服務。

## 醫療區域聯防(高屏、東區)

主動脈剝離手術病患照護跨院合作、腦中風經動脈取栓術病患照護跨合作、新生兒重症區域聯防與照護、急性心肌梗塞區域聯防、重大外傷區域聯防等。

## 數位科技發展(中區、東區)

支援健保基礎建設的布建，如：虛擬健保卡、就醫識別碼、遠距傷口照護、遠距安寧照護。



## 111年醫院總額風險調整移撥款打造分區 醫療安全網實績

各分區多數都達原設定之風險款執行目標值，但仍有部份受疫情因素影響而暫時未達標，將於次年再重新調整做法及方向。

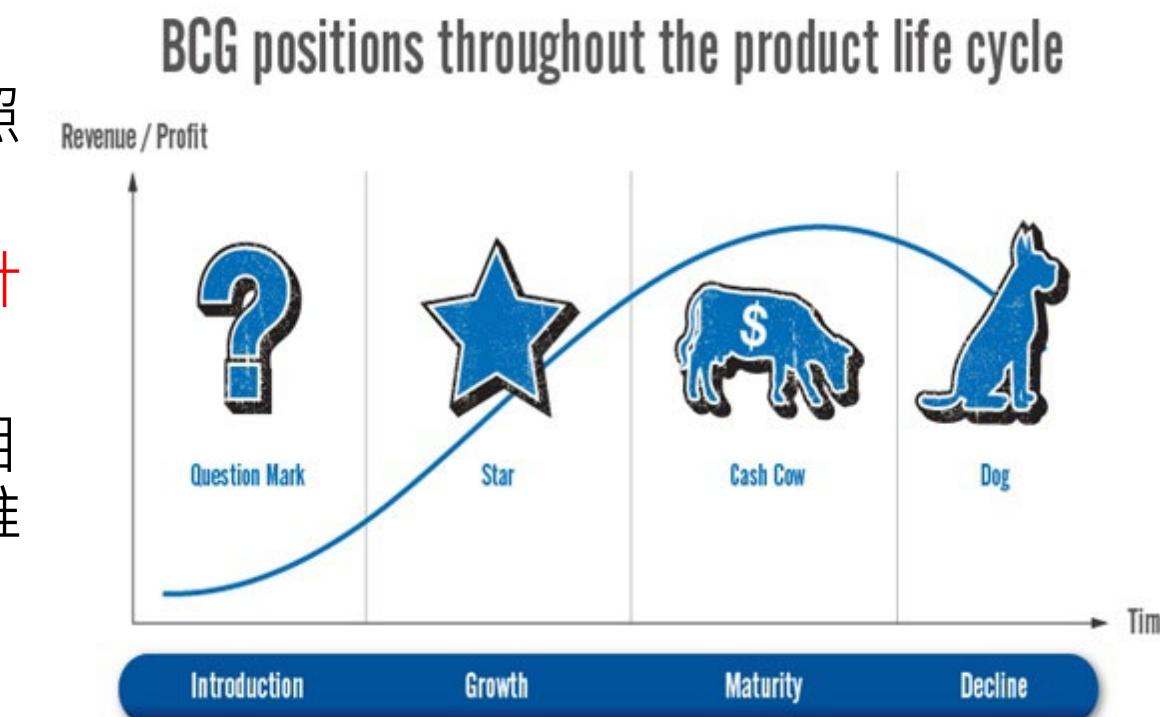
- 高屏分會
  - 主動脈剝離手術病患照護跨院合作、腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作
    - 建構高屏分區醫療體系統合，串接衛生局EOC系統、醫院緊急醫療聯繫系統，讓危急病人不漏接。
    - 主動脈剝離手術病患照護跨院合作、腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作連續三年具創下零轉出（排除病人自己要求）
- 東區分會
  - 轄區內策略規劃統整轄內17家醫院資源發展10多項計畫，擴及老、弱、婦、疾全方位。
    - 花東國人平均餘命提升（110年提升0.88歲）
    - 建置東區緊急醫療區域聯防（重大外傷、急性心梗）



# 風險調整移撥款的未來構想



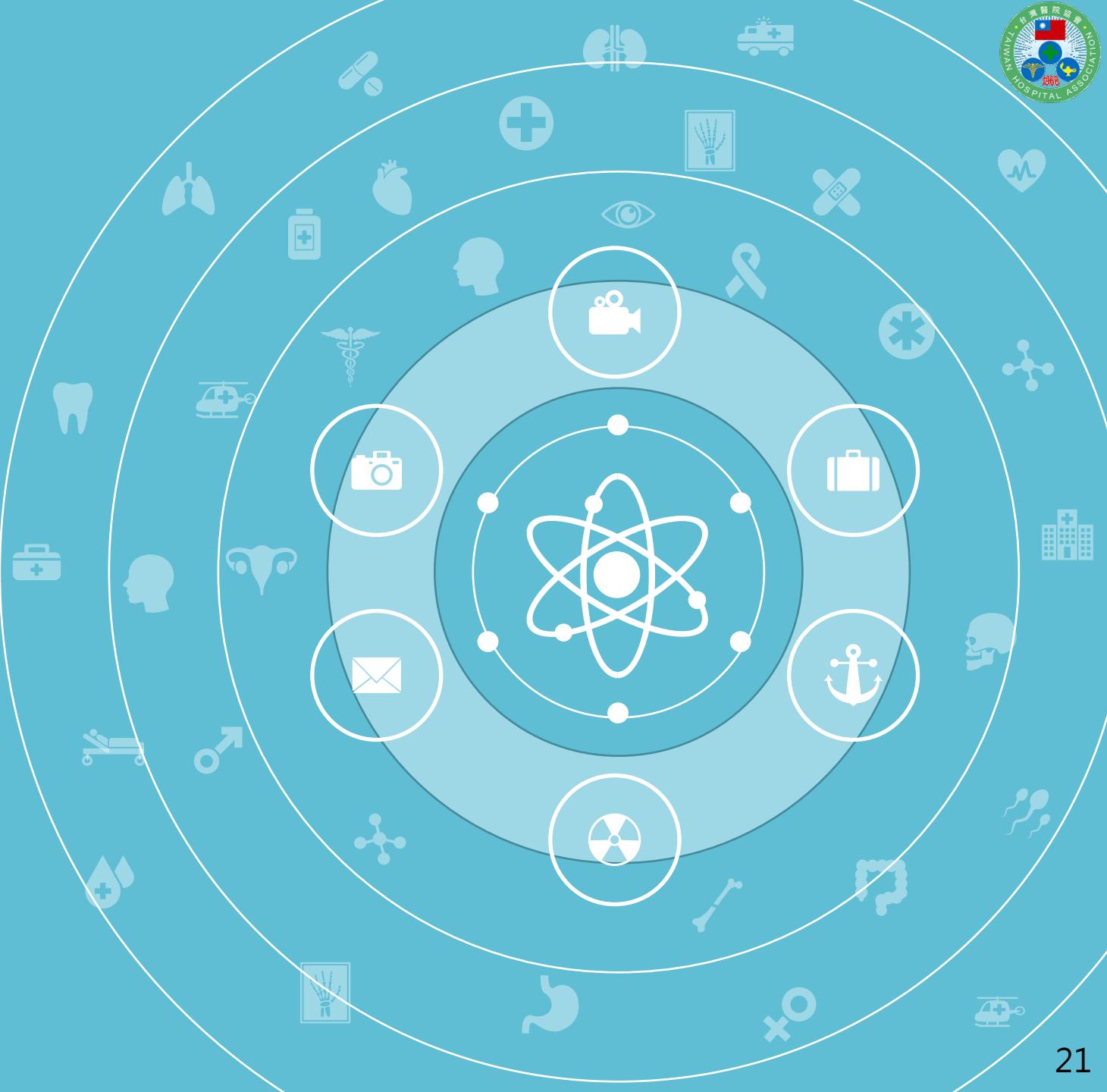
- 滿足未被滿足的醫療需求者的醫療需求
- 繼續輔助各分區發展在地醫療需求，提升照護國人的服務
- 激發各分區創意發展，**成效卓越的項目或計畫擴展至全區**
- 經評估提為次年或未來醫院總額的新增項目以爭取付費者認同，形成正式的支付項目推向全區執行。
- 創造正向發展多贏的局面。



# 111年評核 委員評論意 見及回應

2  
TEXT

{ 參照書面報告P.46 }



# 醫院部門回應說明



1



醫院協會接受健保署總額委託，成立審查執行會暨各分區分會，較醫院總額初期更能調和、統整各層級醫院意見。近年更藉由風險調整移撥款，發展小型試辦計畫提升效率或品質，對提升專業自主有其貢獻。建議計畫方案應有跨年度延續性，並建立成效追蹤指標，而非僅滿足於結構面的照護團隊建立或過程面的收案/服務人次，以指引計畫精進的方向，讓照護團隊及民更有感。



- 感謝評核委員對於風險調整移撥款的肯定與支持！
- 近4年執行，從實驗性大膽假設到付諸實現，感謝醫院部門各分區的投入及健保各業務組的協助
- 透過各分區的創意執行，投入政策設計的自信心崛起再評估轄區發展需求再投入，小小種子，開始慢慢成形發芽
- 希望未來將單一地方建設於未來拓展到全區，以期達到政策設計不單是由上而下，也可以有機會由下而上自發性主動提出。
- 另就委員所建議應有跨年度的延續性，建立成效追蹤觀察指標部份，現行已有分區風險款方案設計已納入中長期概念，每年評估執行成果及對應所轄分區民眾的需求，醫院部門會持續注意。



2



- 雖因COVID-19疫情影響，暫停門診減量政策，然若為均衡醫療資源分配，仍應強化區域級以上醫院之轉診服務
- 受疫情影響，分級醫療之轉診率在數量及結構均有明顯變化。建議善用個案管理追蹤、轉診與回復系統、健保雲端醫療資訊查詢系統或健保署檔案分析，瞭解民眾延遲就醫、就醫流向與軌跡，作為後續發展轉診合作模式之參考依據。
- 醫院部門認為不適宜以疾病嚴重度CMI評估分級醫療成效，原因之一為CMI僅限於住診，其實有多種風險校正方法可供參考，如美國CMS自2004年採行的HCC係以ICD-10-CM編碼分類，其涵蓋門住診，並考量年齡、性別等進行風險校正。



- COVID-19疫情關係，產生醫療服務與就醫行為的改變，很多指標結果或許都不如預期所構想的，是否為永久性變動，如就醫件數減少而點數反而增加了，是因為疫情所致，民眾減少到醫院就診，而會來醫院就診其疾病嚴重度增加所使醫療點數也隨之增加，我們也同評核委員所想分級醫療的政策在疫情後需要再與健保署就細節進行檢討，以期適度調整契合實際。
- 對於再強化區域級以上醫院於門住診轉診綠色通道、檢驗檢查等項目的合作，將於適當會議商請區域醫院協會及醫學中心協會共同努力推動。
- 就評估分級醫療成效指標的建議，醫院部門都虛心接受指導，美國CMS自2004年採行的Hierarchical Condition Category(HCC)，我們將於相關會議中再邀請各層級醫院協會共同研商。在未完成妥適討論前，我們仍會遵評核委員的指示續以CMI評估分級醫療成效。



# 醫院部門回應說明



3

- 建議112年積極推動DRGs
- 肯定健保署及醫院部門近年積極進行ICD-10-CM/PCS之校正，建議仍應積極將已更新校正分類編碼的疾病，於112年導入DRGs。
- 醫院對DRGs的認識與實務操作，經過多年的鑽研與模擬分析已充分掌握執行面的知識與技術，期能早日完備基礎建設，克服擴散普及的挑戰，透過支付制度的改革，達成醫界專業自主-保險效能提升-民眾健康維護的三贏境界。
- 支付制度改革攸關醫界源自健保資金收益與財務穩定性，尤其Tw-DRGs對管理制度與醫療行為衝擊不小，雖然醫院的謹慎與步步為營可以理解，但以醫院專業人才之充備，請加強與利益相關者之溝通，加速執行步調。
- 建議導入人工智慧技術、協助編碼作業、偵測、審查以強化品質監測。



- 未來112年醫院部門配合國家政策擬於113年元月更換ICD-10-CM/PCS版本由原擬的2021年版再提升至2023年版，將再次進行一次全面性資料再校正，並啟動對全國醫院就ICD-10-CM/PCS改版進行教育訓練及宣傳
- 另就前述因版本轉換所產生的MDC診斷群再校正及DRGs分類表架構衝突、申報費問題排除與健保署續以共組工作小組形式研商逐一排除。詳見壹、年度重點項目執行成果與未來規劃-1持續執行支付制度改革所須之必要基礎建設。
- 另對於委員建議導入人工智慧技術、協助編碼作業、偵測、審查以強化品質監測乙項，已列入醫院部門醫院醫療服務審查執行會-編碼審查委員的年度工作目標中，擬試運用Power BI對編碼品質進行品質監測的可行性探討。

# 醫院部門回應說明



4



- 醫院服務提供模式應更符合我國人口老化、少子化之需求。
- 醫院部門於醫療提供模式上應更積極符合台灣目前高齡化、少子化現象，於門診強化慢性疾病整合，於住診盡早辦理住院整合照護服務（全責照護），降低院內感染、減少護理師負荷，並朝向NP專科護理師發展，並提高看護專業品質、降低病患家屬負擔等方向努力。



- 醫院部門配合健保署政策指示推動整合性照護門住診服務多年，各級醫院皆視其臨床照護需求開設各式不同的整合照護門診等服務。
- 111年配合衛生福利部中長期改革政策，採試辦計畫辦理住院照整合照護服務，至111年底約計40家醫院加入試辦。
- 醫院部門認同因應高齡化、少子化需就醫療服務提供進行調整，惟醫護工作負荷、輔助照護人力的品質需要再三商榷，因若缺乏詳細的人力暨成本評估，一昧的急切推動，非但產生不了正面效果反而對目前日益吃緊的醫護人力造成二度傷害。





3

TEXT

# 維護保險對象 就醫權益

{ 參照書面報告P.49 }

資料來源：健保署111年委託計畫  
「111年度精進我國全民健康民眾就醫權益及為民  
服務措施與政策民意調查」

# 111年醫療服務品質調查結果(問卷)

111年民眾  
對於整體醫  
療結果維持  
**97.6%**  
高滿意度。

指標項目	年	107年	108年	109年	110年	111年	補充說明
最近一次看診醫院的醫療結果滿意度 --滿意 --肯定態度		97.6%	96.8% 98.4%	95.9% 96.8%	93.2% 97.3%	94.1% 97.6%	111年度醫院部門整體醫療結果滿意度為94.1%較110年提升，而肯定態度亦有酌升0.3%
<b>就醫過程滿意度</b>							
醫院就醫民眾對醫師看病及治療花費的時間滿意度(肯定態度)		89.8%	89.1%	94.0%	90.5%	90.8%	111年度民眾對醫師看病及治療所花費的時間滿意度較110年酌增0.3%
醫護人員進行衛教指導的比率(如：解說病情、營養及飲食諮詢、預防保健等)		68.3%	76.3%	56.3%	64.1%	63.8%	111年度醫護人員進行衛教指導的比率較110年度減少0.3%其因素經 <b>調查民眾自覺為不需要衛教</b>
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		84.9%	89%	80%	67.9%	71.8%	相較於110年度，111年度民眾自覺醫護人員有以簡單易懂的方式解說病情及照護方式的滿意度增加3.9%
就診時醫師是否會病人共同討論照護或治療方式(總是有)		89.6%	92.4%	79.1%	66.3%	70.8%	醫師會與病人共同討論照護或治療方式，111年度滿意度較110年增加4.5%
就診時醫師是否有提供問題或表達顧慮的機會		92.6%	96.2%	91.4%	73.9%	76.1%	就診時醫師可供詢問及接受表達顧慮的滿意度111年度較110年增加2.2%。

# 111年民眾自費調查結果(問卷)

## 近五年自費原因統計

指標項目 年	107年	108年	109年	110年	111年	補充說明
自付其他費用前3名項目 --第一名 (百分比)	藥品 69.5%	藥品 48.0%	藥品 41.0%	藥品 48.4%	藥品 43.5%	111年前三名為藥品、耗材及檢查(驗)，其中耗材的增加比較顯著。
--第二名 (百分比)	耗材 14.1%	檢查 15.1%	病房差額 20.4%	檢查 12.9%	耗材 20.5%	其因應與連年物價通膨，醫材成本大幅增加有關，這部份在110年已有反應予健保署知悉，請其介入了解並適時處理。
--第三名 (百分比)	打針 11.0%	打針 13.9%	耗材 17.4%	耗材 12.4%	檢查或檢驗 12.4%	
自付其他費用前3項原因 --第一名 (百分比)	健保不給付 52.1%	醫院建議 71.4%	醫院建議 67.5%	醫院建議 63.0%	使用較好自付全額 41.0%	本項在111年略有調整，今年的題目比較明確， <b>111年民眾自費因素經調查以使用較好的材料採自付全額為多，佔41.0%</b> ，
--第二名 (百分比)	補健保給付差額 29.8%	健保不付 24.7%	自己要求 39.5%	二者都有 15.3%	使用較好補付差額 21.5%	補差額居次，而多開藥的部分則是應疫情需要，民眾希望減少往返醫院的次數，就自費多備一周的劑量備存及111年下半年有缺斷藥的疑慮有關。
--第三名 (百分比)	醫院藥品較好 11%	自己要求 18.4%	補差額 13.2%	自己要求 14.4%	多開藥及健保不給付 9.6%	



# 111年民眾就醫可近性與及時性(問卷)

## COVID-19疫情就醫情形



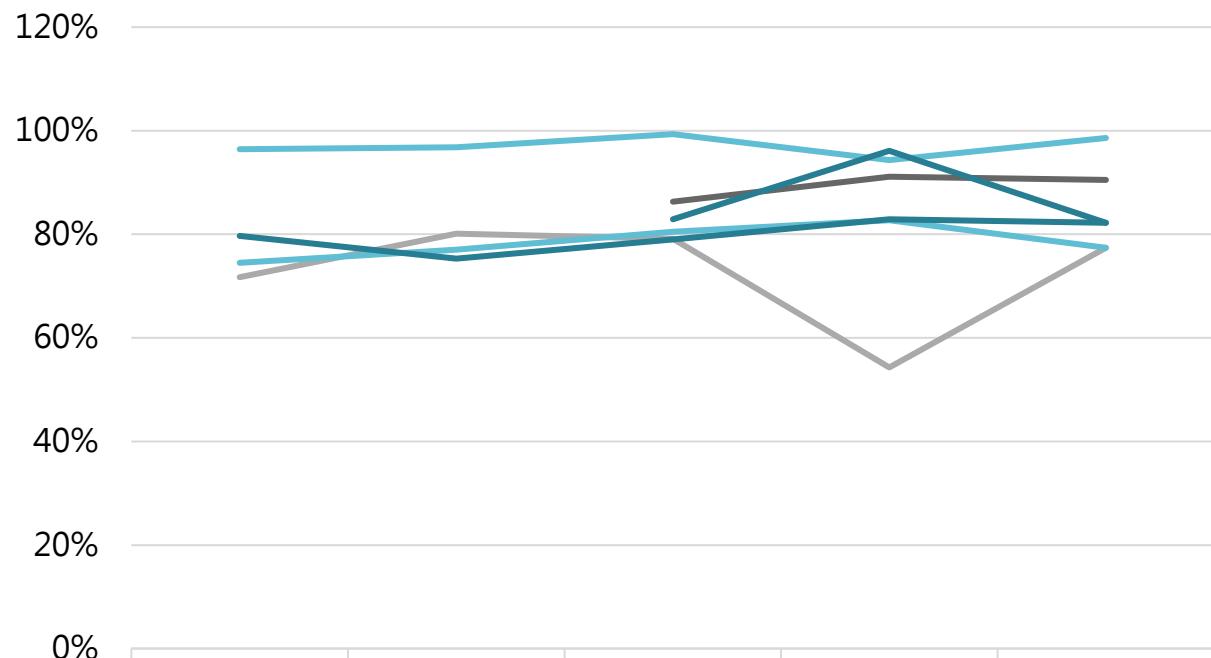
**沒有不去**  
醫院看診  
或被取消  
掛號

視訊診療  
提高就醫  
便利

不會想用  
視訊診療  
就醫

**COVID-19疫情影響，封城管控，暫停**  
所有非必要住院，另病房轉徵收為專責  
病房，病房選擇彈性變小，安排與希望  
的病房相符率略為下降。

- 對門診掛號的感受(順利)
- 住院容易排到病床？
- 所安排的病床與希望相符的比率？
- 是否應因就醫所需交通時間過長而不就診？
- 有沒有被轉診的經驗
- 對轉診服務的滿意度(正向)？



	107年	108年	109年	110年	111年
對門診掛號的感受(順利)	96.40%	96.80%	99.30%	94.30%	98.60%
住院容易排到病床？	71.70%	80.10%	79.10%	54.30%	77.40%
所安排的病床與希望相符的比率？	74.50%	77.00%	80.50%	82.70%	77.40%
是否應因就醫所需交通時間過長而不就診？	79.70%	75.30%	79.00%	82.90%	82.20%
有沒有被轉診的經驗			86.30%	91.10%	90.50%
對轉診服務的滿意度(正向)？			82.90%	96.10%	82.20%



- 111年以鄉鎮市區發展程度，最高與最低兩組醫師人力比為95.81較110年的90.13為高，由此可知城鄉醫師人力比率差距拉大。
- 111年就醫率(一般地區、醫療資源不足地區、山地離島地區)皆較110年增加，與COVID-19疫情因素有關，因疫情趨緩民眾逐漸恢復日常看診的習慣。

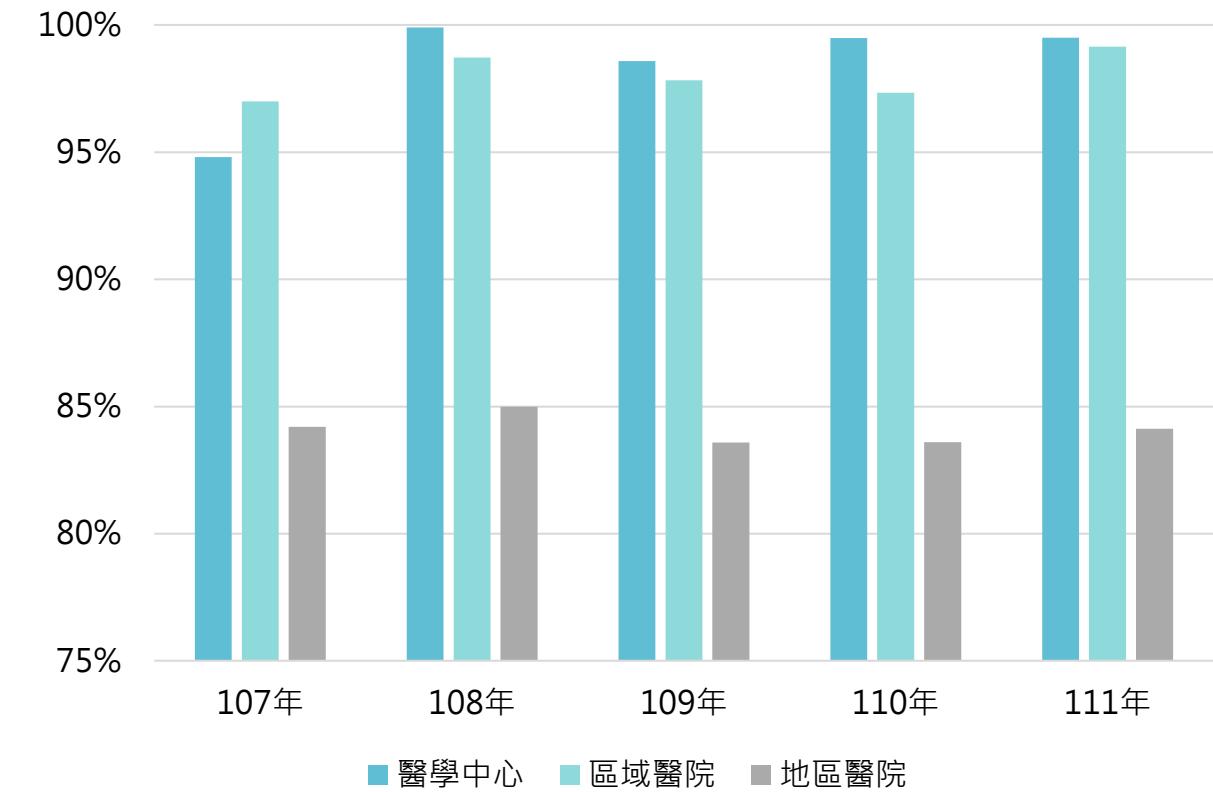
指標項目	年	107	108	109	110	111
醫師人力比		76.71	73.09	83.29	90.13	95.81
就醫率						
-一般地區		53.75	54.28	52.36	51.23	54.18
-醫療資源不足地區		57.37	57.82	56.65	55.51	56.74
-山地離島地區		60.22	60.94	58.63	57.85	60.26

指標項目	分區	全國	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
醫院數		471	108	68	103	66	109	17
醫院醫師數		34618	13069	4379	6274	4394	5584	918
每萬人口西醫醫院數		0.20	0.15	0.18	0.23	0.20	0.30	0.32
每萬人口醫師數		14.91	17.63	11.41	13.84	13.45	15.39	17.27
就醫人數(千人)		13380	4728	2496	2836	1868	2113	328
每萬就醫人數醫師數		25.87	27.64	17.54	22.12	23.52	26.42	28.03

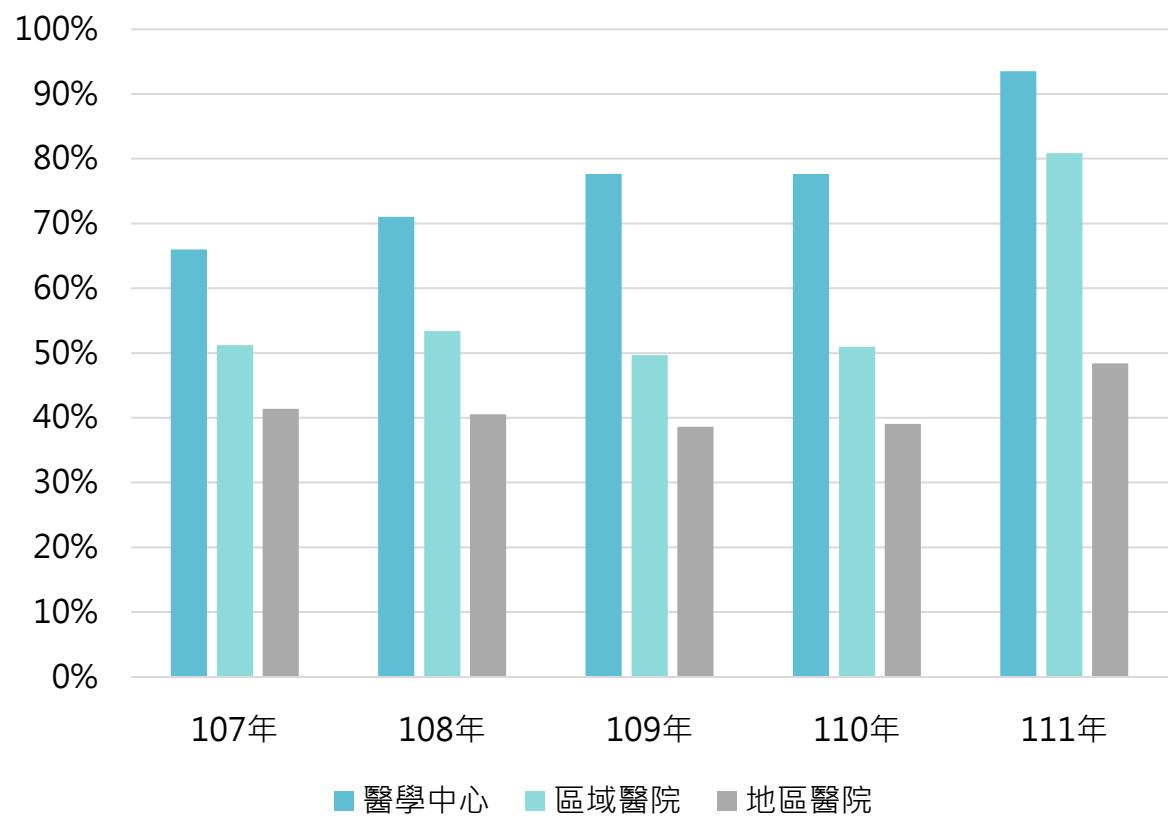
醫師人力比值：係指最高、最低之鄉鎮，分別計算每萬人口(戶籍)醫師數後，取最高/最低之比值。

# 111年週六、週日開診情形(監理指標)

周六開診率



周日開診率



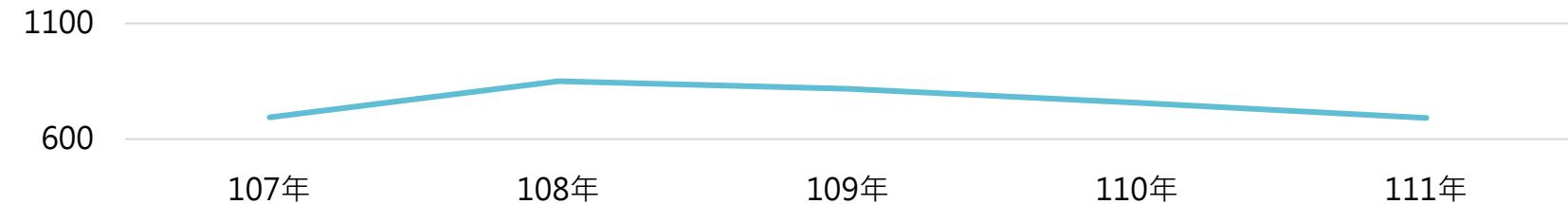
醫院部門整體假日開診情形，無論是開診家數、開診率及平均每家每日看診人數及人次都較110年成長

# 111年民眾對醫院部門抱怨案件(問卷)

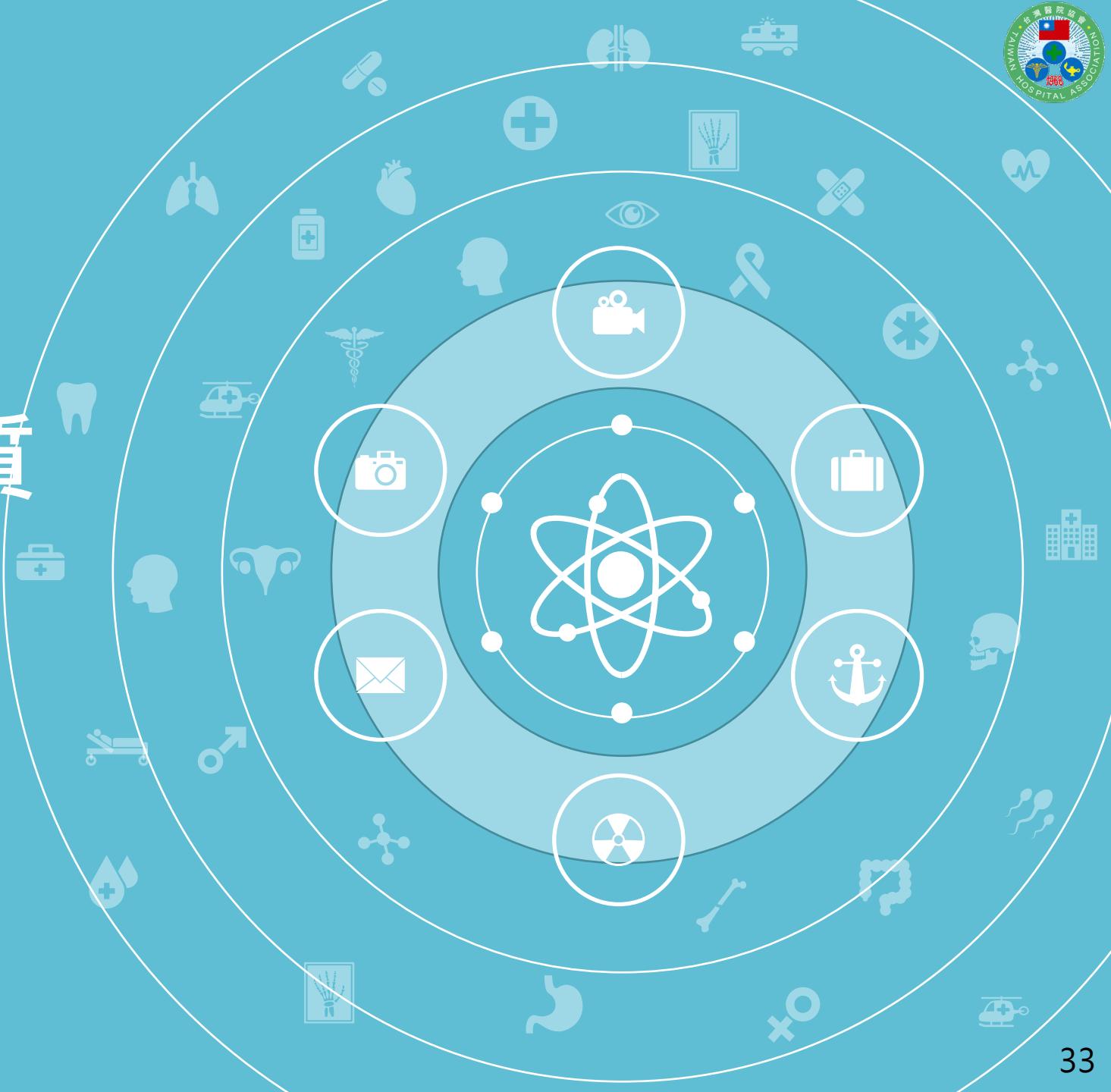
民眾申訴及反映成案件數

111年民眾申訴  
案件數比110年

下降  
8.72%



排行	107年	108年	109年	110年	111年
1	自費抱怨 198件/28.53%	自費抱怨 250件/29.41%	其他 215件/26.28%	其他 220件/29%	其他 其他醫療行政 或違規事項 187件/27%
2	其他醫療行政或 違規事項 162件/23.34%	其他醫療行政或 違規事項 184件/21.65%	自費抱怨 194件/23.72%	其他醫療行政或違規 事項 163件/22%	自費抱怨 134件/19%
3	其他 113件/16.28%	其他 107件/12.59%	其他醫療行政或 違規事項 172件/21.03%	自費抱怨 143件/19%	服務態度及醫療品質 72件/10%
4	藥品及處方箋 82件/11.82%	藥品及處方箋 94件/11.06%	疑有虛報醫療費用 68件/8.31%	疑有虛報醫療費用 68件/9%	藥品及處方箋 49件/7%
5	藥品及處方箋 72件/7.65%	多收取部分負擔費用 55件/7.93%	服務態度及醫療品質 75件/8.82%	服務態度及醫療品質 57件/8%	疑有虛報醫療費用 36件/5%



4

TEXT

# 醫療服務品質 提升

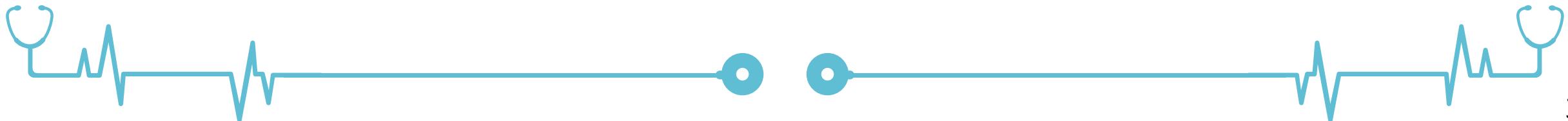
{ 參照書面報告P.59 }

# 品質指標監測結果



※整體醫院總額醫療品質指標四類幾近全數達標！

本項指標因111年第2-3季都是COVID-19疫情較為嚴峻的時期，  
預防性投藥



# 108~111年醫院總額品質保證保留款異動一覽表

項目年度	計算公式	基本獎勵	指標獎勵申報項目
108年	( 當年該層級申報醫療點數/當年醫院總額總申報醫療點數 ) X當年醫院總額品質保證保留款	醫學中心品保款*10% 區域醫院品保款*15% 地區醫院 A.參加指標計畫，品保款*30% B.品質精進獎勵，品保款*30% C.指標獎勵，品保款*40%	醫學中心最高以8項計算 區域醫院最高以8項計算 地區醫院 第一組最高以8項計算 第二組最高以5項計算
109年	維持	醫學中心品保款*10% 區域醫院品保款*15% 地區醫院 A.參加指標計畫，品保款*60% B.指標獎勵，品保款*40%	醫學中心最高以10項計算 區域醫院最高以9項計算 地區醫院 第一組最高以9項計算 第二組最高以5項計算 指標獎勵權重配合項數改變順修。
110年	維持	維持	維持
111年	維持	醫學中心品保款*10% 區域醫院品保款*15% 地區醫院 A指標計畫獎勵，品保款*60% B品質精進狀勵，品保款*0%	醫學中心品保款*90%，最高以11項計算 區域醫院品保款*85% ( 55%按指標達成項數分配、30%按指標達成項目及權重分配 ) 地區醫院品保款*40% 第一組最高以9項計算 第二組最高以5項計算 指標獎勵權重配合項數改變順修。

# 108~110年品質保證保留款共同指標各層級達成率

指標項目/年度達成率	醫學中心			區域醫院			地區醫院		
	108	109	110	108	109	110	108	109	110
1.非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率(負向指標)	68.42	78.95	84.21	75.31	66.67	74.07	75.68	74.59	74.59
2.住院案件出院後三日內急診率(負向指標)	68.42	89.47	78.95	70.37	70.37	62.96	74.59	74.86	69.73
3.同院所門診抗生素使用率(負向指標)	94.74	100	89.47	85.19	86.42	88.89	90.54	87.57	85.95
4.同院所門診同一處方製酸劑重複使用率(負向指標)	78.95	47.37	84.21	74.07	54.32	74.07	75.14	68.92	79.73
5.清淨手術抗生素使用率_4日以上(負向指標)	89.47	63.16	73.68	74.07	67.90	65.43	40.27	38.11	35.14
6.醫院CT檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標)	78.95	73.68	63.16	83.95	66.67	65.43	44.05	44.32	43.51
7.醫院MRI檢查30日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)(負向指標)	84.21	63.16	68.42	72.84	56.79	74.07	34.59	30.54	33.51
8.提供「緩和醫療家庭諮詢」成效	89.47	94.74	84.21	59.26	66.67	66.67	9.46	10.00	45.41
9.接受安寧緩和醫療之意願	68.42	68.42	78.95	56.79	54.32	64.20	21.35	22.43	45.41
10.住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	100	100	84.21	96.3	97.53	77.78	77.84	76.76	81.35
11.門診特定病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	100	100	84.21	100	100	62.96	94.32	95.68	84.32
層級指標達成率70%以上項數	8	7	9	9	4	5	6	5	5

- 就醫院層級共同指標，各層級達成率皆不同，且幾近無100%。
- 以指標達成率70%，各年度各層級達成項目仍有差異。
- 顯現各項指標之訂定，有其鑑別度



# 其他改善專業醫療服務品質之確保與提升

## 醫院就指標設計的想法

各區指標盤點

凝聚共識設  
計可行方案閾值暨案件  
試算

可行性分析

全區宣導

執行並持續  
檢討

- 有關醫院部門品質公平指標的設計，111年歷經會議討論原健保署擬增列之疾病別指標，屬醫療過程面，監測及解釋容易產生誤解或偏差，暫不增列。
- 新增可能對醫療資源使用擴增的藥品項目設計指標，如：**眼科黃斑部病變病人使用Lucentis及Eylea的使用率監測**
- 指標定義：分子為使用Lucentis及Eylea二項藥品的病人數分母為診斷為黃斑部病變的病人數
- 本案目前仍在進行第二階段各專家代表學會的意見徵詢。

指標操作型定義	其他意見
<p>1.分子：Lucentis及Eylea使用病人數。      2.分母：診斷為黃斑部病變病人數。      3.資料範圍：門診      4.分子及分母之定義：        (1)「Lucentis及Eylea使用病人」係指正在使用此兩類藥品之病人。        (2)「黃斑部病變病人」係指主診斷符合以下ICD-10-CM者：          CRVO : H34.81, H34.811-13, H34.819          BRVO : H34.83, H34.831-33, H34.839          CME : H35.35, H35.351-53, H35.359          wAMD : H35.32, H35.321-23, H35.329          DME : H35.81, E10.311, E10.321,                E10.331, E10.341, E10.351,                E11.311, E11.321, E11.331,                E11.341, E11.351          Myopic CNV : H44.2A, H44.2A1-A3,                    H44.2A9      5.排除條件：黃斑部疾病嚴重度並未達到需申請藥物或已太嚴重不符申請條件之病人。</p>	<p>1.Lucentis及Eylea並未開放給所有黃斑部病變病人使用，因此分母不應採計所有黃斑部病變病人。      2.黃斑部病變在醫療業務上，經常會使用H35.30這一項診斷碼來含括常見的黃斑部退化疾病，包含wAMD、myopic macular degeneration，未必會下特異性高的診斷碼，建議這一項需考量納入wAMD和myopic CNV這兩類的代碼擷中。      3.台灣眼科學教授學術醫學會意見：        (1)分子：Lucentis、Eylea健保給付的適應症並未包括所有應使用這兩種藥物治療的黃斑部疾病。        (2)分母：這些診斷並未包括所有黃斑部疾病，且有些黃斑部疾病雖為健保給付的適應症，但疾病嚴重度並未達到需申請藥物或已太嚴重不符申請條件。        (3)使用率需明確定義。</p>



5

## TEXT

# 延續性項目 - 執行情形

{ 參照書面報告P.68 }

# 新醫療科技（新增診療項目、新藥及新特材）



新醫療科技（新增診療項目、新藥及新特材）歷年都為醫院部門所擔心的項目之一，其因在於新醫療科技的納保給付具有費用遞延成長的趨勢。

依據健保署所提供的資料，109年以前，藥品給付規定的修定會造成一般服務預算產生排擠效應。

109-111年因疫情因素，健保署藥品及支付項目等共同擬訂會議有所調整。

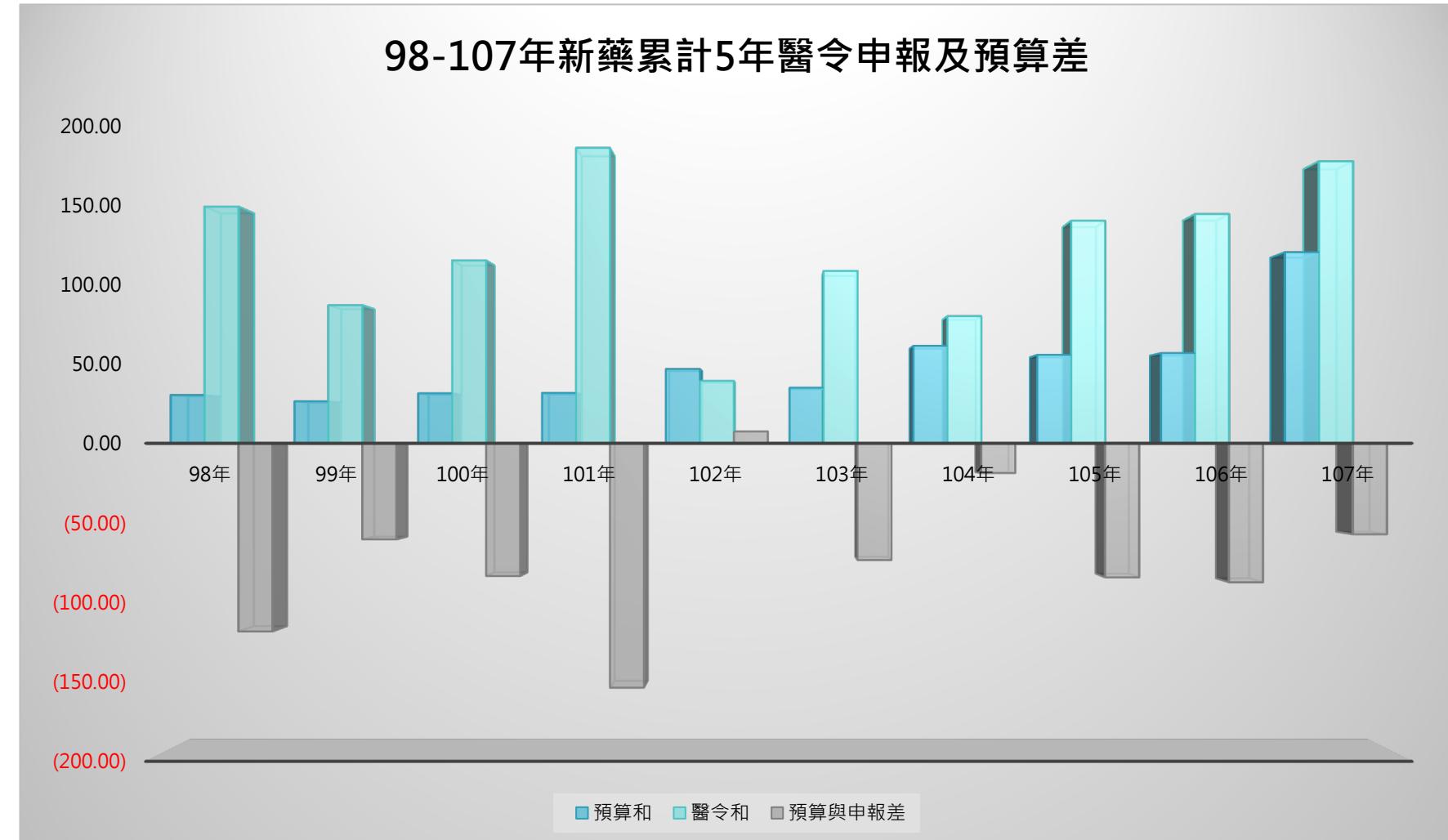
項目	106年		107年		108年		109年		110年		111年		
	申報金額	合計	申報金額	合計	申報金額	合計	申報金額	合計	申報金額	合計	申報金額	合計	
年度預算(億)	20.63		34.4		30.19		31.86		35.62		30		
申報合計	32.8681		11.8513		50.1625		39.3184		7.7792		7.7828		
預算不足數	(12.24)		22.55		(19.97)		(7.46)		27.84		22.22		
新藥	預算	11.48		24.3		22.34		26.35		31.12		26.764	
	預算不足額	(18.12)		15.75		(26.74)		(10.25)		24.88		23.34	
	新藥	3.1351	3.43	16.312	26.449	6.245	0.293	3.134	3.427				
	修訂藥品給付規定	26.463	29.5981	5.1152	8.5452	32.763	10.154	36.603	0	6.245	3.134		
特材	預算	5.22		6.1		5.85		6.92		6.5		7	
	預算不足額	3.38		3.93		5.50		4.82		6.11		3.257	
	新特材	1.3876	2.171	0.327	0.402	0.39	3.743						
	修訂特材給付規定	0.4525	1.8401	2.171	0.023	0.35	1.703	2.105	未提供	0.39	3.743		
新增診療項目	預算	3.93		4		5		4.5		4.5		2.73	
	預算不足額	2.50		2.86		4.26		3.89		3.36		2.12	
	新增項目	1.224	1.4299	0.7173	1.1351	0.7375	0.1726	0.6104	1.1318	1.1442	0.6128	0.6128	
	修訂項目	0.2059	0.4178			0.7375	0.4378	0.0124	0.0124	未提供			

## 新醫療科技-新藥檢討

新醫療科技的納保使用，在醫療費用申報上往往具有遞延成長的特性。

新藥參據健保署使用情形追蹤年限為5年，爰有醫界普遍假定新藥納入健保給付約計5年達到穩定的說法，我們彙整健保98年起新醫療科技納保的預算及醫療費用申報情形，累計5年進行分析

擷取具有5年申報資料的年度（即98-107年）發現僅102年預算與申報差為正值外，餘年都為負值，顯示新醫療科技的預算與日後的申報值確實不足，形成對一般服務費用的排擠。



# 新醫療科技仍主張應先採專款專用置於其他部門

- 醫院部門就醫療科技預算編列形式與各分區座談，取得六分區最大共識-新醫療科技採專款專用移列其他，以避免排擠一般服務預算。

優勢S	劣勢W
1. 緩解現行一般服務預算受新醫療科技超額使用而排擠的影響 2. 提升醫療供給者就新醫療科技的納保意願，減緩因未來未知的財務風險因素而抗拒新科技落實錢用在刀口上，真正使用新醫療科技的分區、院所獲得合理的給付，達公平原則。 3. 落實錢用在刀口上，真正使用新醫療科技的分區、院所獲得合理的給付，達公平原則。 4. 解決長年爭議的新醫療科技替代率問題，因替代率往往都是真正納保開始申報後才能計算出來。	1. 新醫療科技的財務風險責任由醫療供給者，回到保險人。 2. 專款專用有因預算額度限制而有人要用用不到的可能，若全滿足被保險人需要則有預算赤字的問題。
機會O	威脅T
1. 因減少新醫療科技引進對一般服務的財務衝擊而提升新醫療科技進入健保市場的速度。 2. 提升滿足弱勢或罕病族群的醫療需求。	似乎沒有特別明顯的威脅項目

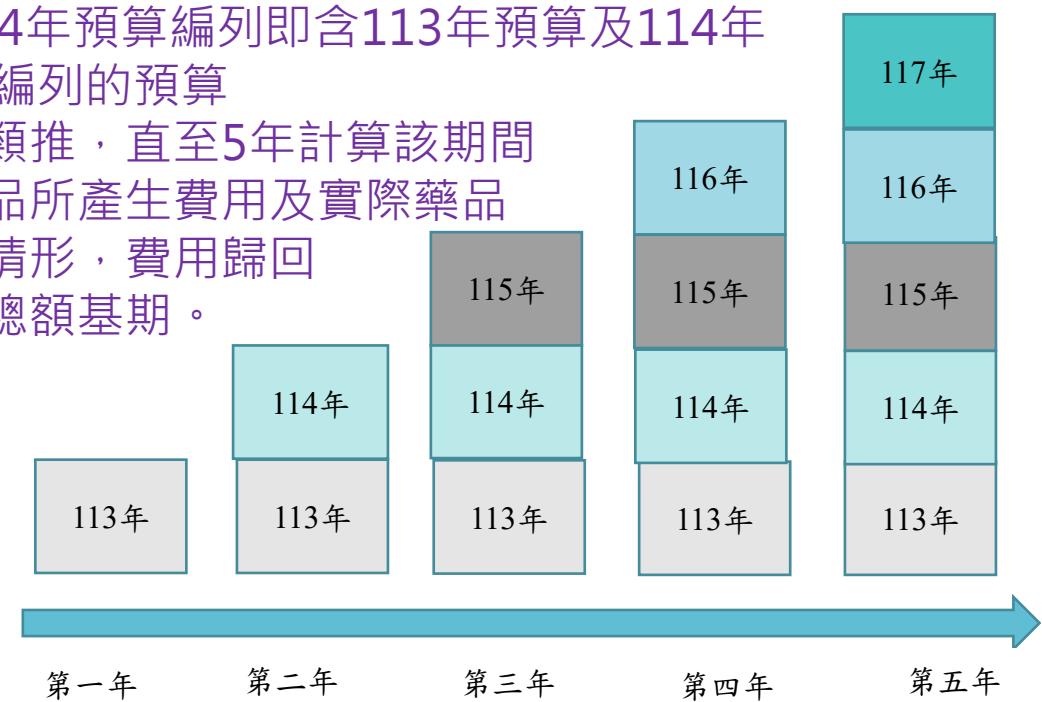


## 新醫療科技專款預算的操作

健保署宜儘速將新醫療科技移列專款，原基期不減列。直接以新方法實施年度為醫院部門原預算斷點。

1. 健保署依原新科技引進程序所擬規劃納保的品項及費用，依年度於健保會提出額度與付費者協商，採專款專用並置於其他部門
2. 114年預算編列即含113年預算及114年擬編列的預算

以此類推，直至5年計算該期間該藥品所產生費用及實際藥品替代情形，費用歸回部門總額基期。



新方法可以解決預算排擠及新藥替代率問題



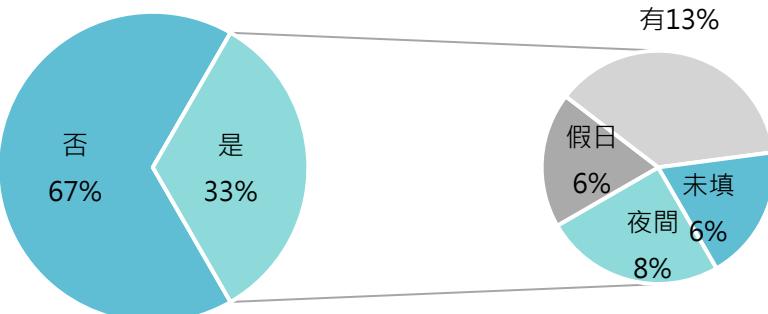
# 持續推動分級醫療，壯大社區醫院(5億元)

項目	年度	108	109	110	111
預算數		-	-	500.0	1,000.0
執行數		-	-	500.0	1,000.0
執行率(%)		-	-	100.0	100.0
地區醫院					
-提供門診服務家數		379	375	374	373
-夜間門診符合醫令家數		19	328	324	320
-開診率(%)		1.1	71.4	67.7	71.3
-醫令件數(千件)		19	3,625	3,320	3,498
-醫療點數(百萬)		29	4,675	4,560	4,922
-假日門診符合醫令家數		370	368	368	361
-開診率		65.6%	63.4%	62.9%	62.0% 
-醫令件數(千件)		2,928	2,503	2,501	2,383
-醫療點數(百萬)		4,221	3,955	4,199	3,952
-住診滿意度		-	-	-	89% 

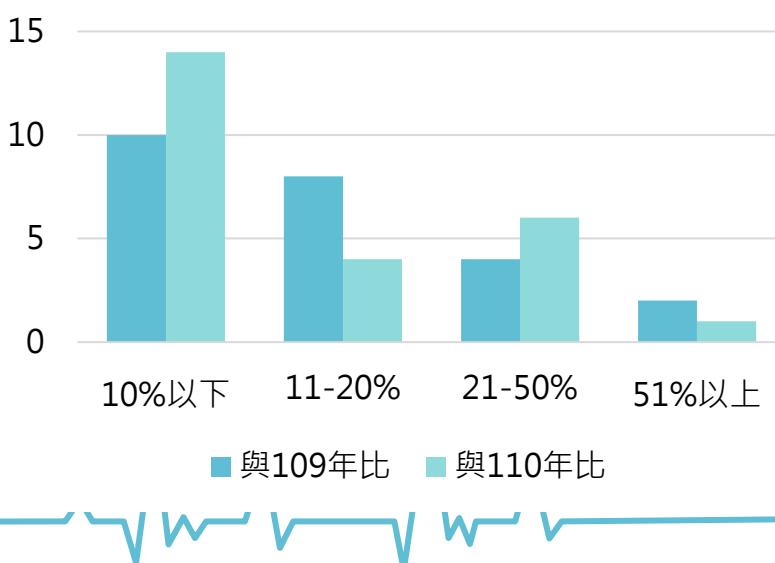
## 問卷調查

本會4月份進行全國醫院調查，回復的99家地區醫院中，有32家(33.3%)醫院表示在111年有增加夜間或假日門診診次，其中又以夜間、假日都增加診次為最多，佔有增加診次醫院的37.5%。

地區醫院110年夜間及假日門診加診情形



地區醫院111年夜間及假日門診開診率分佈情形



# 持續提升重症照護費用， 促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變(10億元)

問卷調查	
共計收到164家醫院回復，回復率35.04%，從各層級醫院回復來看，醫中及區域兩個層級回復率均達該層級醫院6成以上，地區醫院層級回復率則佔該層級醫院近3成左右。	

滿意度	整體			醫學中心			區域醫院		
	109	110	111	109	110	111	109	110	111
回復家數	55	55	65	13	13	13	42	42	52
平均	90.35	90.97	90.2	91.6	92.2	90.2	89.9	90.5	90.2
最大值	99.8	99.9	97.8	97.2	97.1	97.8	99.8	99.9	97.3
最小值	77.7	81.6	75.1	82.7	86	89.5	77.7	81.6	75.1

經本會調查醫學中心與區域醫院住院滿意度，由統計結果可看出整體住院滿意度均達90%，醫學中心住院滿意度約90.2%，區域醫院則為90%，達成預期效益之評估指標。





107~109年：

依據衛生福利部所公告協定事項，**醫療服務成本指數改變率所增加的預算，均有相關協定事項**

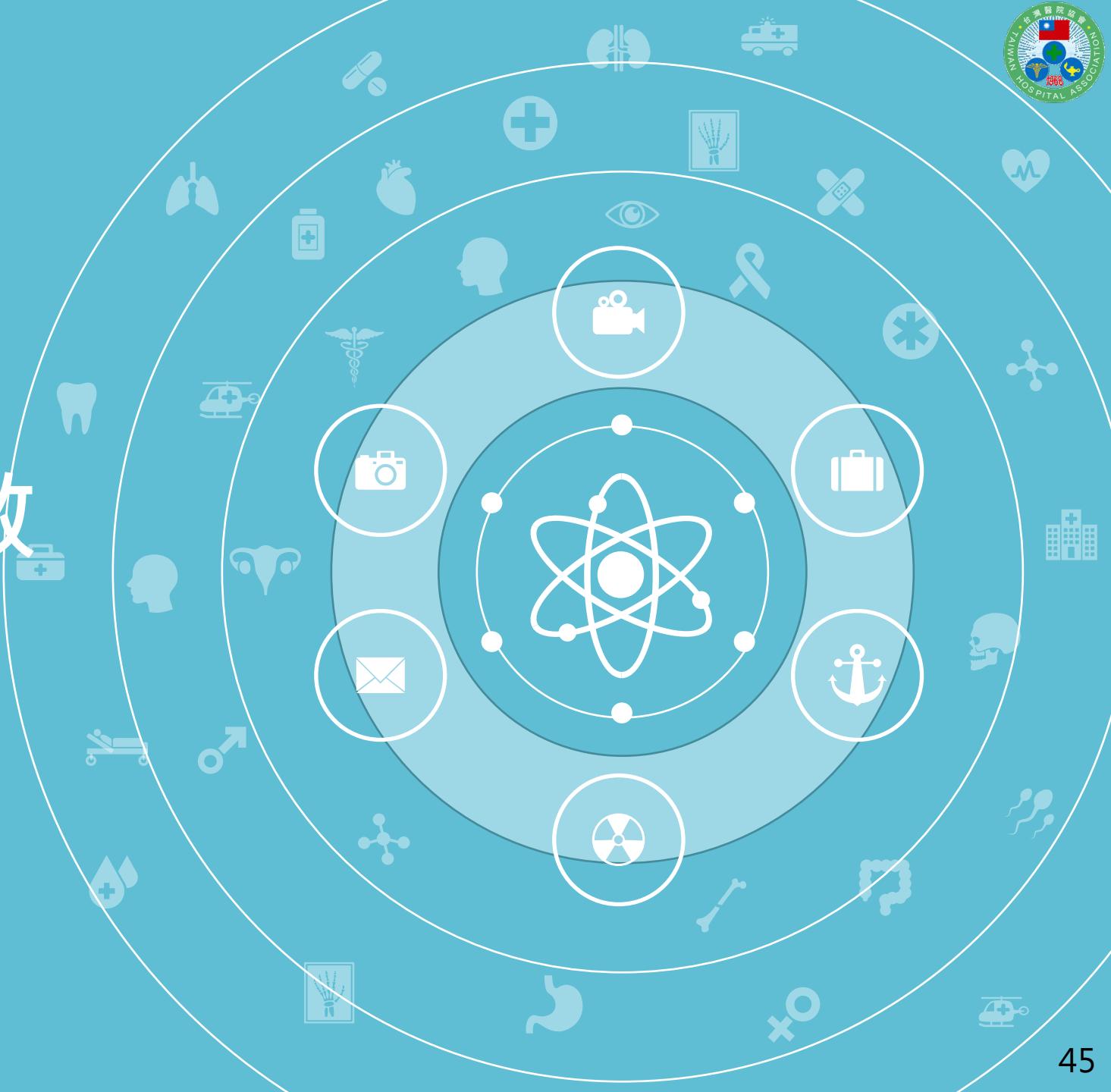
- 107年：26.982億優先用以提升重症護理照護品質及持續推動「護病比與健保支付連動」，調整全日平均護病比加成率
- 108年：43.942億，12億元用於調升急重難症等相關支付標準
- 109年：103.846億，優先用於急重難症、藥事服務費、急重症護理費、因應住院醫師納入勞基法及門診減量配套措施等支付標準調整。

110~111年：

本會建議有關醫療服務成長指數改變率之應用，建議不予以事前限定方向，適時適量把有限資源用在刀口上，充分有效率的改善，爰**未列協定事項**

- 110年：
  - 其他醫療服務利用及密集度之改變5億
- 111年：
  - 促進醫療資源支付合理0.94億
  - 持續推動分級醫療，壯大社區醫院10億
  - 提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變20億





6

TEXT

# 總額管理績效

{ 參照書面報告P.82 }

# 醫院部門一般服務費用全貌

	107年	108年	109年	110年	111年
<b>門診</b>					
總醫療費用點數 ( 億點 )	2,735.4	2,903.24	2,947.38	3,035.91	3,211.9
--成長率	6.56%	6.14%	1.52%	3.00%	5.80%
就醫次數 ( 百萬 )	98.66	100.5	97.2	93.98	100.421
--成長率	2.26%	1.86%	-3.28%	-3.31%	6.85%
平均每人就醫次數	7.4	7.45	7.51	7.45	7.53
--成長率	1.51%	0.68%	0.81%	-0.80%	1.07%
平均每人就醫點數	20,511	21,519	22,759	24,060	24,073
--成長率	5.70%	4.91%	5.76%	5.72%	0.05%
平均每件就醫點數	2,773	2,889	3,032	3,230	3,198.4
--成長率	4.21%	4.18%	4.95%	6.53%	-0.98%
<b>住診</b>					
總醫療費用點數 ( 億點 )	2,229	2,313.52	2,354.24	2,346.24	2,400.9
--成長率	5.88%	3.79%	1.76%	-0.33%	2.33%
就醫次數 ( 百萬 )	3.38	3.47	3.31	3.06	3.07
--成長率	2.43%	2.88%	-4.65%	-7.55%	0.33%
平均每人住院次數	1.71	1.72	1.75	1.73	1.72
--成長率	1.18%	0.58%	1.74%	-1.14%	-0.58%
平均每入住院點數	112,867	114,367	124,196	132,660	134,575
--成長率	4.43%	1.33%	8.59%	6.81%	1.44%
平均每日住院點數	6,951	7,096	7,534	7,910	8,218.9
--成長率	4.01%	2.09%	6.17%	4.99%	3.91%
平均每件住院日數	9.50	9.38	9.43	9.68	9.50
--成長率	-0.52%	-1.26%	0.53%	2.65%	-1.86%

整體醫院部門門住診總醫療費用點數都呈現逐年增加的趨勢，惟在COVID-19疫情期間點數成長幅度相較疫前為緩。

綜觀109年-111年為COVID-19疫情影響的年度區間，門住診在就醫次數、平均每件就醫點數都呈現負成長，特別是109-110年，因為是疫期最為嚴峻期間，民眾因害怕而暫停就診且醫院在這期間亦採取全院管控，暫停所有非必要、非緊急手術及處置，並配合中央疫情指揮中心轉徵病房為專責病房，所以住診的就醫次數在110年下降幅度達7%，111年住院次數再續衰退

111年鑑於疫情趨緩，特別是111年下半年，所以民眾開始大量回流就診，門住診的就醫次數快恢復至疫前水準了。



# 107~111年門診醫療費用概況

門診	107年	108年	109年	110年	111年
醫療點數 ( 億 )	2735.4	2903.3	2947.3	3036	3211.8
--成長率	6.57%	6.14%	1.52%	3.01%	5.79%
醫學中心	1146.1	1192.7	1218.8	1255.1	1309.6
--成長率	5.75%	4.07%	2.19%	2.98%	4.34%
區域醫院	1087.3	1131.6	1130	1144.4	1209.6
--成長率	5.36%	4.07%	-0.14%	1.27%	5.70%
地區醫院	502	579	598.5	636.5	692.6
--成長率	11.31%	15.34%	3.37%	6.35%	8.81%
申報件數 ( 萬 )					
醫學中心	2,992.6	2,981.6	2,903.4	2,814.9	3004.3
--成長率	-4.78%	-0.37%	-2.62%	-3.05%	6.73%
區域醫院	4,107.7	4,059.1	3,907.6	3,720.6	3976.5
--成長率	-2.93%	-1.18%	-3.73%	-4.79%	6.88%
地區醫院	2,765.7	3,009.3	2,909	2,862.4	3061.3
--成長率	0.38%	8.81%	-3.33%	-1.60%	6.95%
平均每件醫療點數					
醫學中心	3,829.9	4,000.2	4,197.9	4,457.9	4359.2
--成長率	10.99%	4.45%	4.94%	6.19%	-2.21%
區域醫院	2,647	2,787.7	2,891.9	3,075.3	3042
--成長率	8.50%	5.32%	3.74%	6.34%	-1.08%
地區醫院	1,814.9	1,923.9	2,057.5	2,223.5	2262.4
--成長率	10.89%	6.01%	6.94%	8.07%	1.75%

- 誠如先前一再說明的109-111年，因受COVID-19疫情因素的干擾，所以醫療服務所呈現的狀態都應視為非常態。
- 醫院門診醫療點數在過去三年，雖然成長，但成長斜率相較疫前是比較趨緩的，尤其是109-110年。
- 111年門診費用的概況都隨著疫情的趨緩民眾回流就醫的情形而改變，111年各項指數都較110年成長許多，而醫療點數反為負成長，其因在於相對於109年及110年醫療費用的產生為醫療剛需的病人，111年的病況比較放緩。



# 107~111年住診醫療費用概況

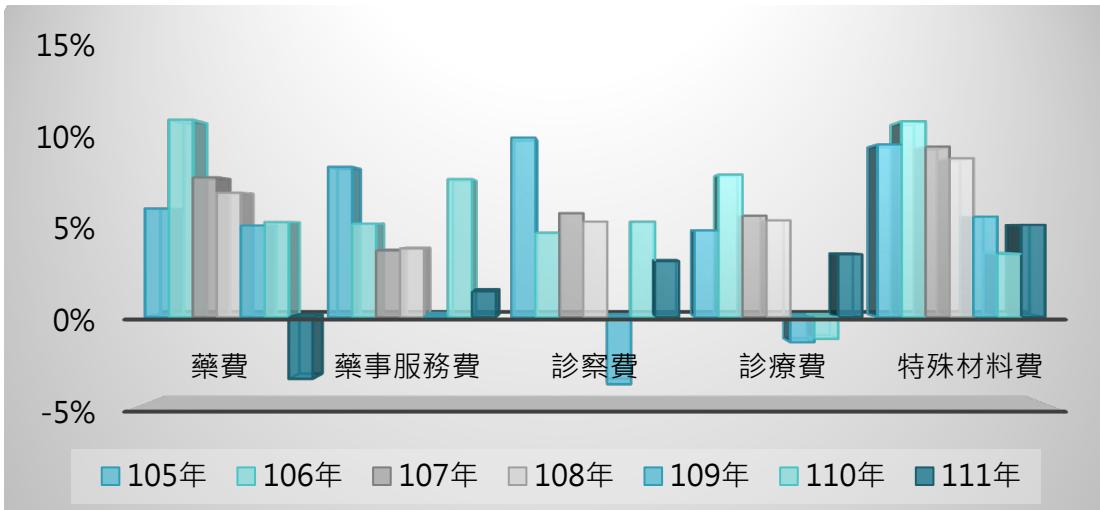
住診	107年	108年	109年	110年	111年
<b>醫療點數 ( 億 )</b>					
--成長率					
醫學中心	2,229	2,313.52	2,354.24	2,345.8	2400.9
--成長率	5.88%	3.79%	1.76%	-0.3%	2.35%
區域醫院	968.52	1,009.45	1,023.78	1,005.1	1036.2
--成長率	6.03%	4.23%	1.42%	-1.82%	3.09%
地區醫院	907.82	925.53	935.43	922.5	930.7
--成長率	5.44%	1.95%	1.07%	-1.38%	0.89%
	352.66	378.54	395.03	418.2	434
--成長率	6.63%	7.34%	4.36%	5.87%	3.78%
<b>申報件數 ( 萬 )</b>					
醫學中心	115.9	119.1	114.4	104.3	106.6
--成長率	2.29%	2.76%	-3.95%	-8.83%	2.21%
區域醫院	155.4	157.4	147.2	134	132.5
--成長率	1.97%	1.29%	-6.48%	-8.97%	-1.12%
地區醫院	66.5	70.9	69.7	68.1	68.4
--成長率	3.91%	6.62%	-1.69%	-2.30%	0.44%
<b>平均每件醫療點數</b>					
醫學中心	83,600.2	84,744.2	89,516.3	96,391.7	97,186.4
--成長率	3.69%	1.37%	5.63%	7.68%	0.82%
區域醫院	58,417.6	58,813.6	63,562	68,848.9	70,271.3
--成長率	2.86%	0.68%	8.07%	8.32%	2.07%
地區醫院	53,065.8	53,359.2	56,650.6	61,422.7	63,420.9
--成長率	2.69%	0.55%	6.17%	8.42%	3.25%
<b>平均每件住院日數</b>					
醫學中心	8	8	7.7	7.9	7.7
--成長率	0%	0%	-3.75%	2.60%	-2.53%
區域醫院	8.6	8.6	8.8	8.9	8.8
--成長率	-1.15%	0%	2.33%	1.14	-1.12%
地區醫院	14.1	13.6	13.6	13.8	13.6
--成長率	-2.08%	-3.55%	0%	1.47%	-1.45%

- 111年醫院部門住診情形的說明必須把疫情因素考量在內，109年至111年上半年因疫情因素，醫院普遍採取減少住院收治及配合政府調整病房，所以這期間的住院業務都是負成長。
- 111年下半年因疫情趨緩，民眾大量返回醫院繼續先前未完的療程，平均起來111年還是比110年的案件量增加而為正成長，但服務量相較門診的復甦再慢一點。
- 109年-110年平均每件醫療點數較108年高係因疫情期間進入醫院住院進行手術處置的都是病況嚴重或緊急因素的急重難病人，費用自然會偏高，而111年隨著病人回流，住院案件量回升，案件病況稍緩，所以成長率相較109-110年較緩。



# 醫院門住診醫療費用分項使用情形

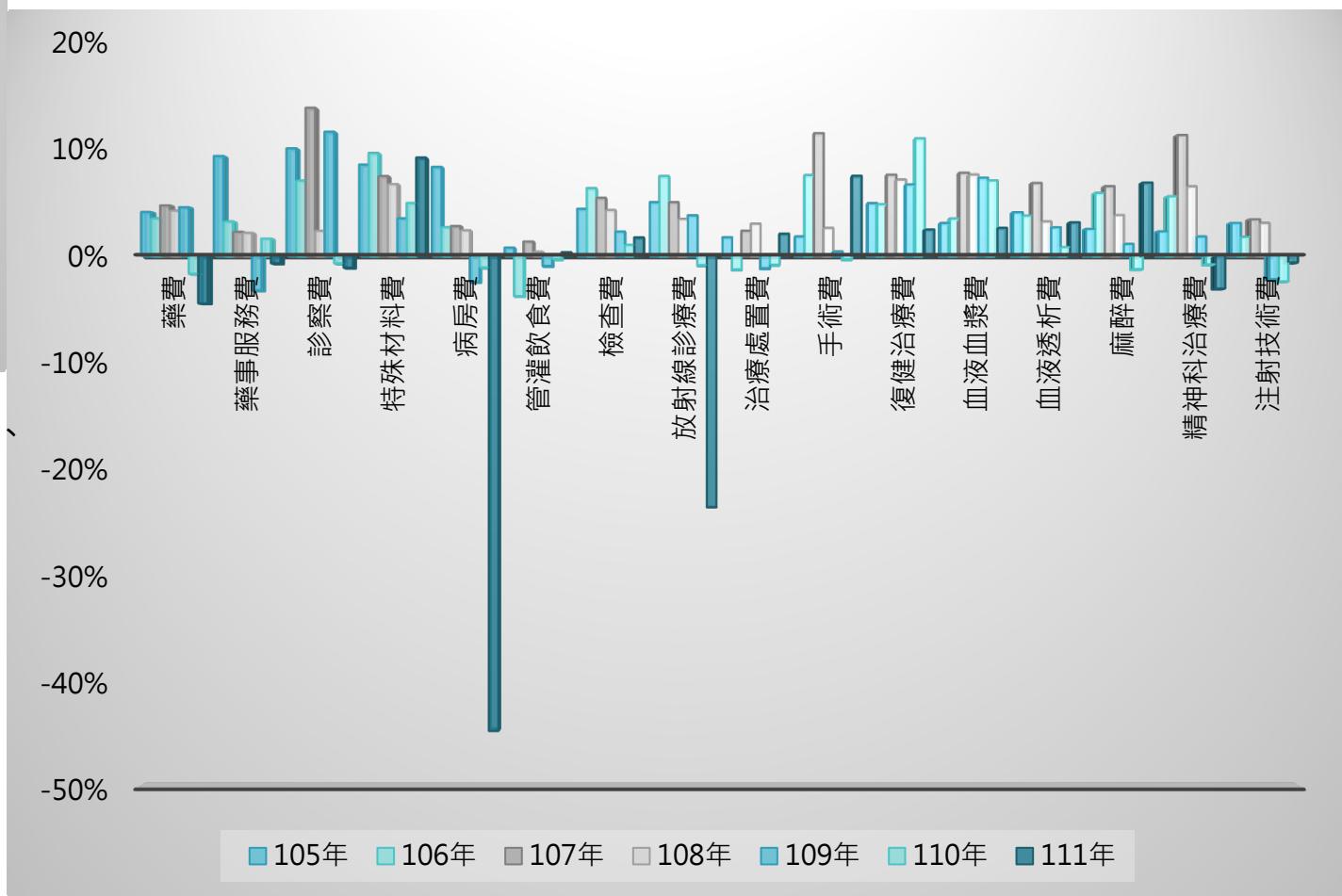
105~111年門診費用分項占率成長情形



門診：111年藥費是呈現負成長，而藥事服務費、診察費、診療費及特殊材料費都正成長。

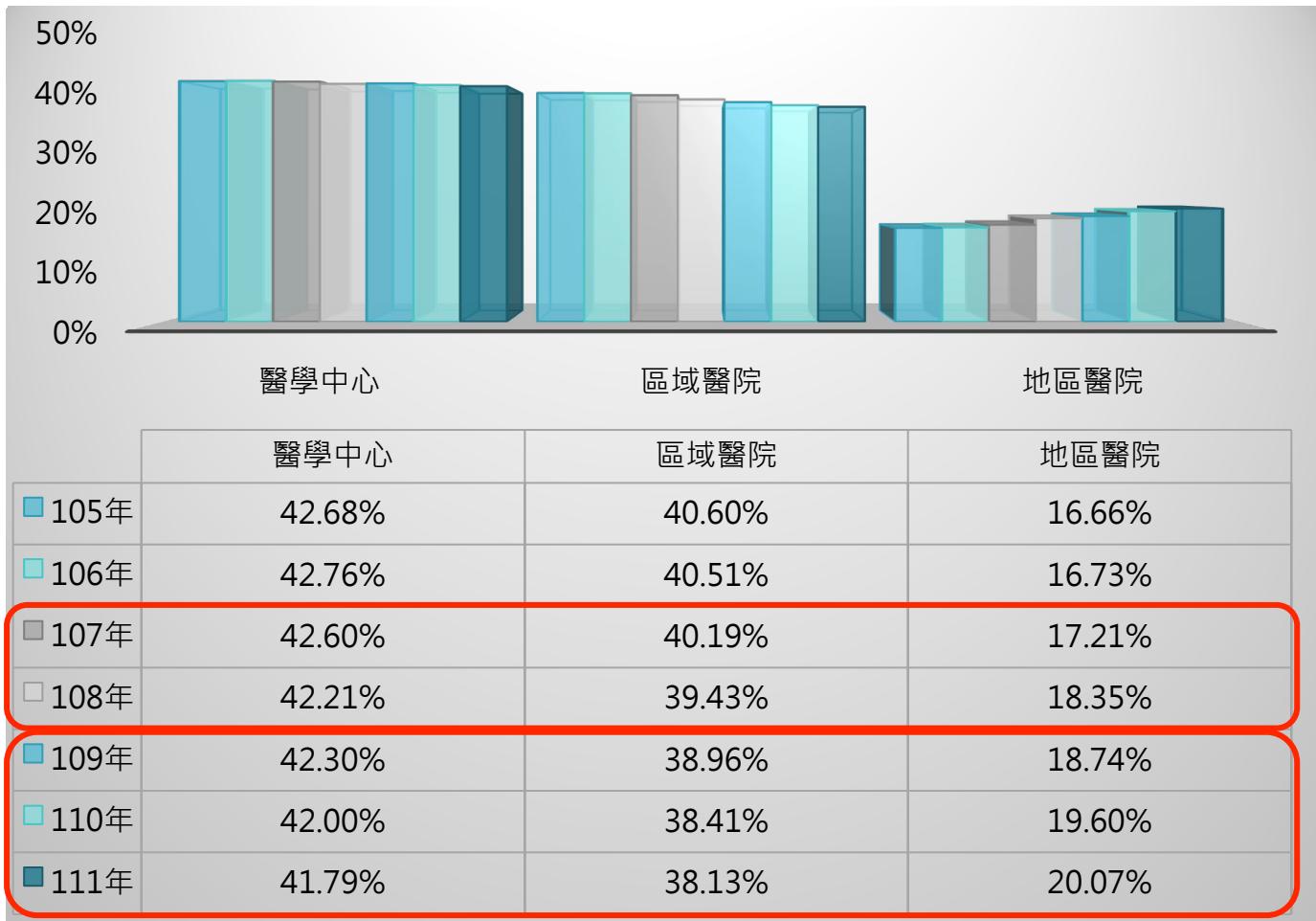
住診：111年各項住院相關費用項目相較於110年再呈負成長，特別是**病房費及放射線診療費**其因在於醫院在111年上半年應疫情指揮中心要求持續徵轉病房為專責病房，比例甚是高過30%以上，被轉換為專責病房的部分就不可能收治健保案件，申報數就會下降

105~111年住診費用分項成長情形費用分項占率成長情形



## 醫院各層級醫療費用申報占率

105~111年各層級醫療費用申報占率



- 整理105年-111年各層級醫療費用申報佔率的變動，醫學中心及區域醫院占率下修，而地區醫院逆勢成長達到20%
- 其因為二：107年-108年為分級醫療，壯大社區政策的效應，而109-111年則是受COVID-19疫情影響，醫學中心及區域醫院疫初被賦予防疫重責，社區醫院承接起醫中及區域的服務量，其門診及住診的案件量都為增加所致。

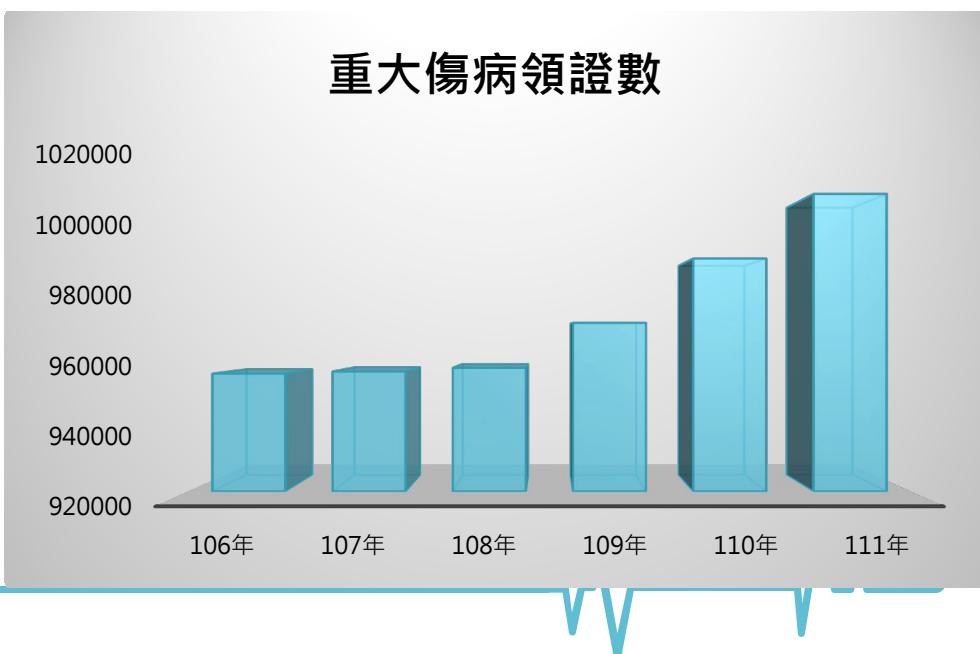
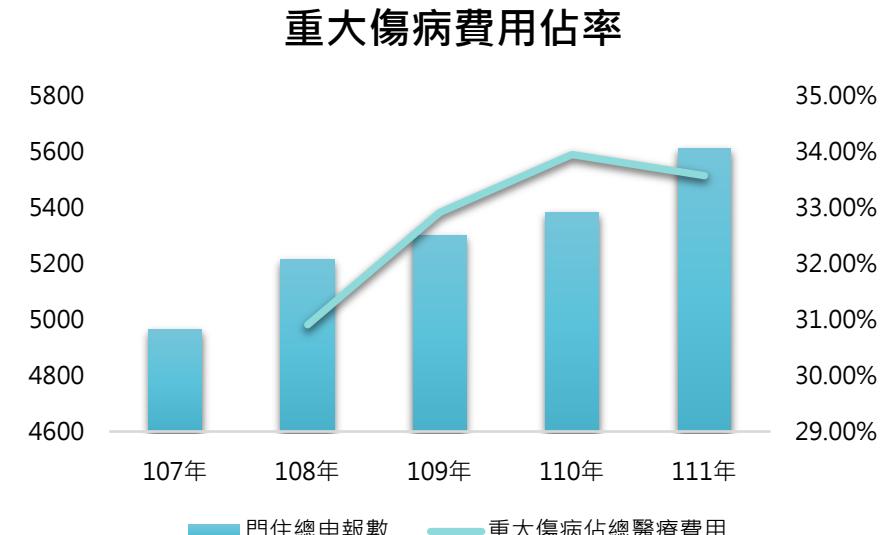
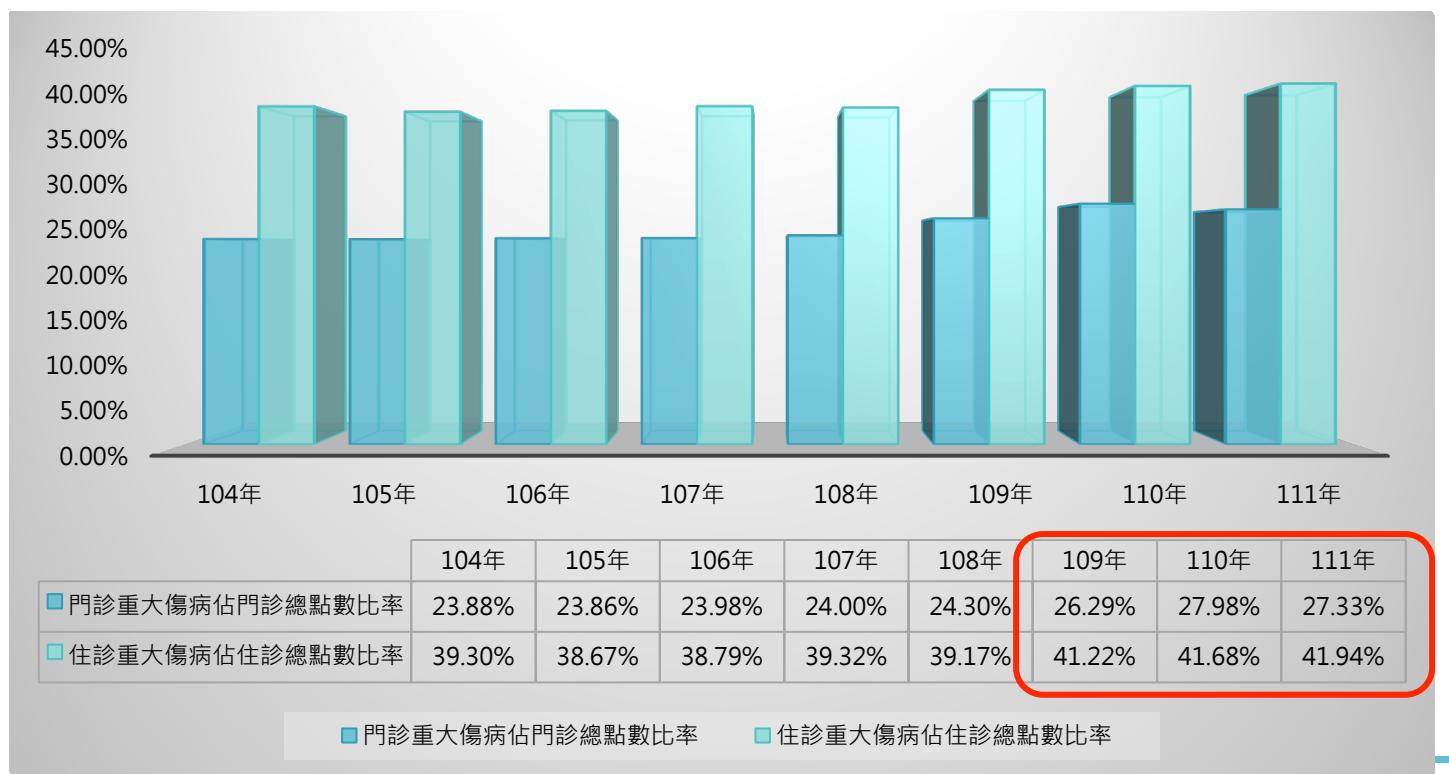
政策因素

疫情因素

# 歷年造成醫療費用的因素-重大傷病

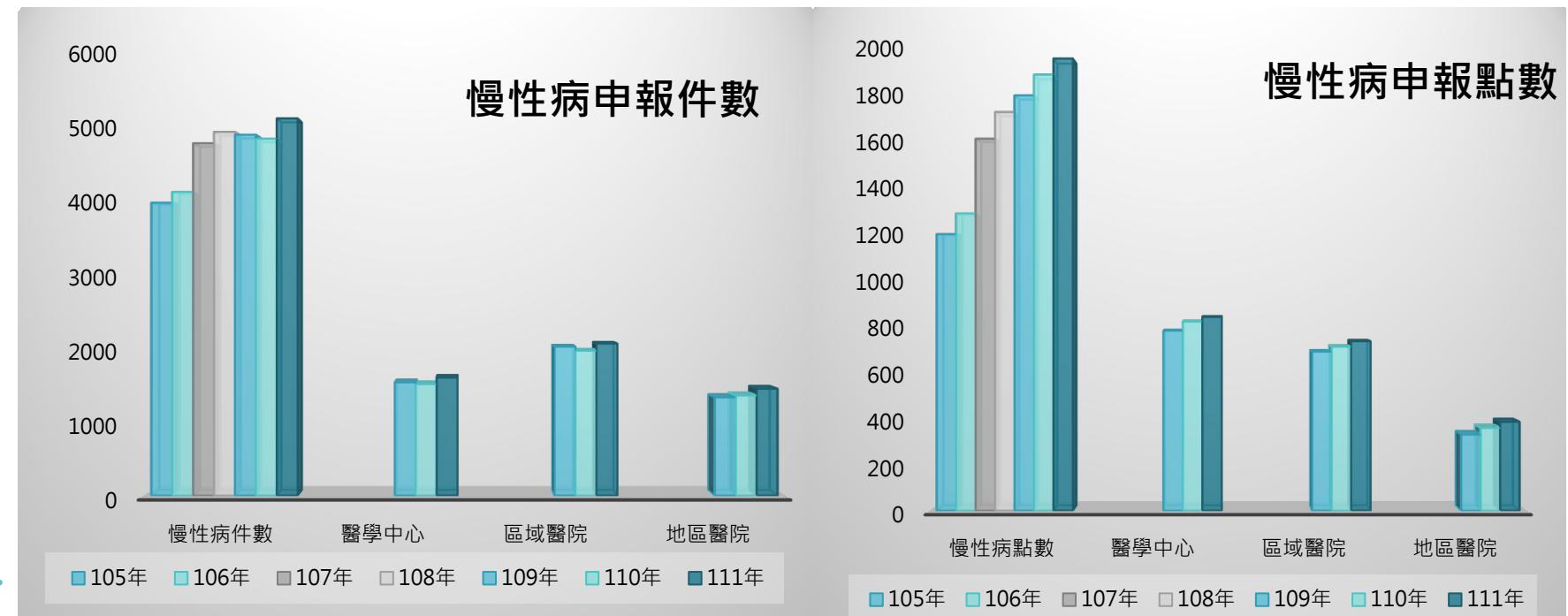
重大傷病的費用支付歷年平均佔醫院部門總醫療費用30%左右，而109年-111年疫情期间因防疫政策，致使到院醫療多為剛性需求的病人，於實際申報資料所顯示重大傷病在此期間佔總醫療費用成長至33%的結果相符。

重大傷病在門診及住診都為正成長，其中住院佔率高到41%另在此期間重大傷病的領證數亦在111年創新高。



# 歷年造成醫療費用的因素-慢性病

	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年
醫院慢性病件數對門診案件占率	42.48%	43.04%	48.82%	49.46%	50.75%	51.91%	51.35%
醫院慢性病點數對門診總點數占率	51.09%	50.42%	59.18%	59.75%	61.34%	62.52%	61.28%
醫院慢性病申報件數 ( 萬件 ) --成長率	4005.2	4152.2 3.67%	4816.5 16.00%	4970.6 3.20%	4933.2 -0.75%	4878.7 -1.10%	5156.2 5.69%
醫院慢性病案件申報點數 ( 億點 ) --成長率	1204.1	1294.2 7.48%	1618.8 25.08%	1734.7 7.16%	1807.9 4.22%	1898.1 4.99%	1968.2 3.69%



參據健保署所提供的資料彙整，醫院部門門診慢性病的案件數及申報點數都有逐年增加的趨勢

就層級角度來看，各層級門診中慢性病件數以區域醫院最高。

另就門診慢性病申報點數來看，醫學中心的申報點數最高。

但若以層級成長幅來看，近年都以地區醫院的成長高於其他層級

# 歷年造成醫療費用的因素-新藥新科技

110年至111年醫院門住診新藥申報點數及成長率

單位：億

		第一季	第二季	第三季	第四季	合計
門診	110年	48.79	54.68	61.02	64.07	228.56
	111年	49.99	53.8	56.83	57.91	218.23
	成長率	2.46%	-2.16%	-6.87%	-9.61%	-4.52%
住診	110年	6.9	6.59	6.38	6.97	26.84
	111年	6.18	6.14	6.58	6.94	25.84
	成長率	-10.43%	-6.83%	3.13%	-0.43%	-3.73%
合計	110年	55.69	61.27	67.4	71.04	255.4
	111年	56.17	59.64	63.41	64.85	244.07
	成長率	0.86%	-2.66%	-5.92%	-8.71%	-4.44%

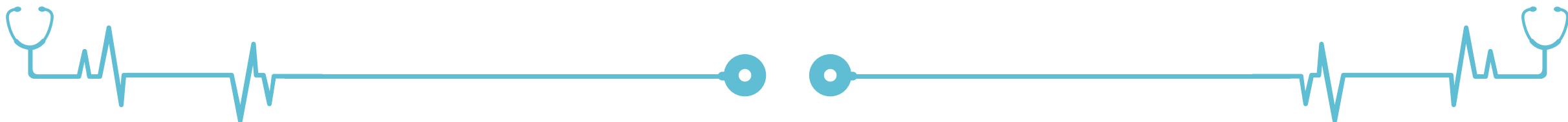
參據健保署所提供的數據資料，醫院部門新藥新科技的使用，門診多於住診

111年門診及住診使用新藥新科技的成長率皆呈負成長，其因素亦應與疫情有關

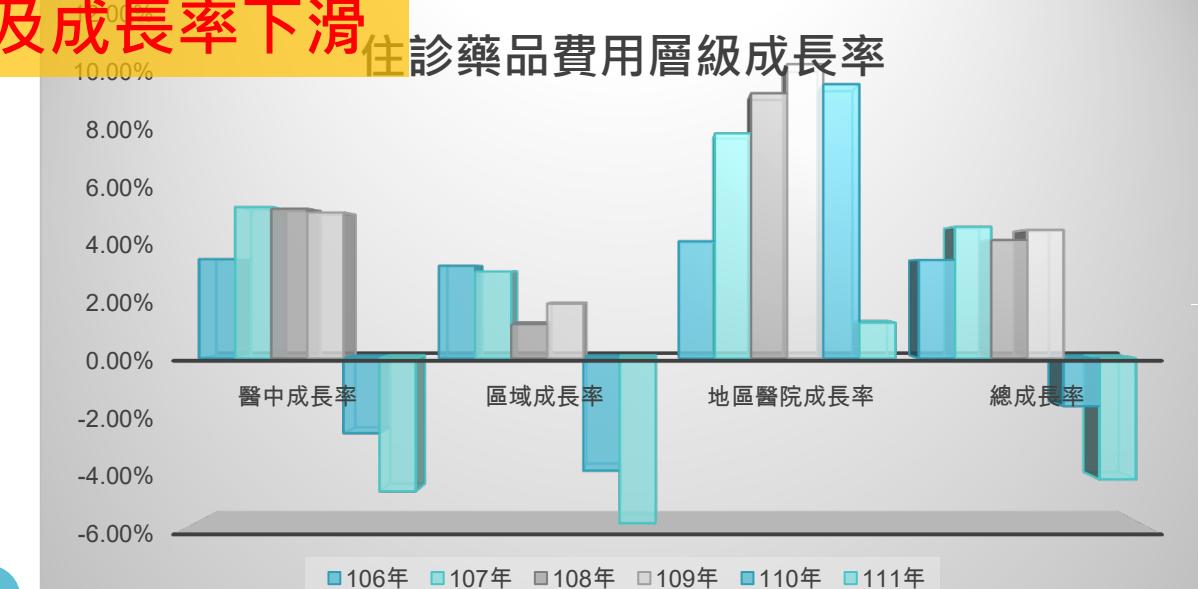
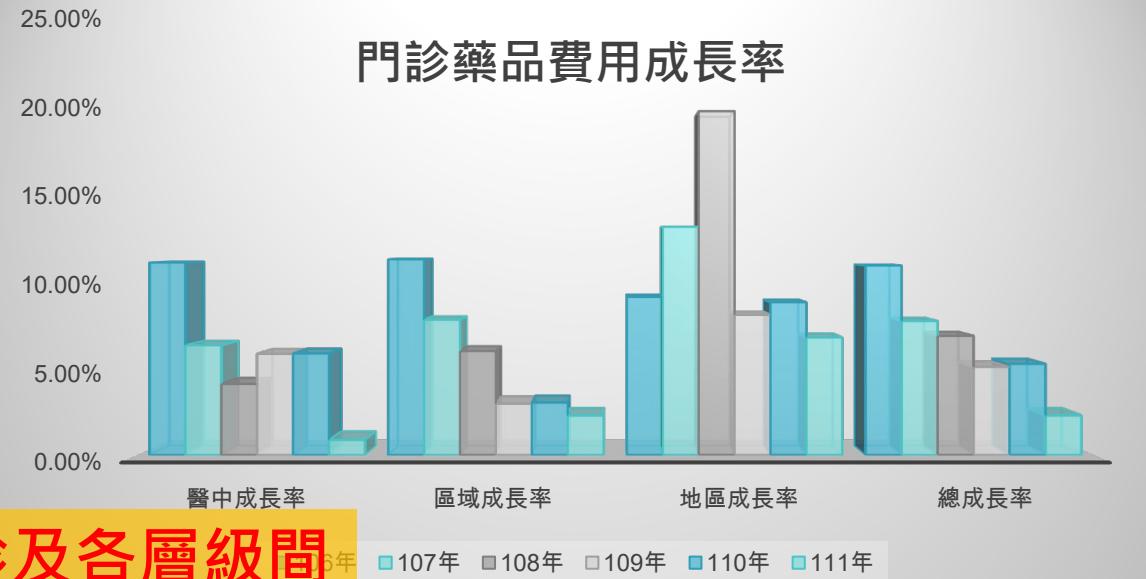
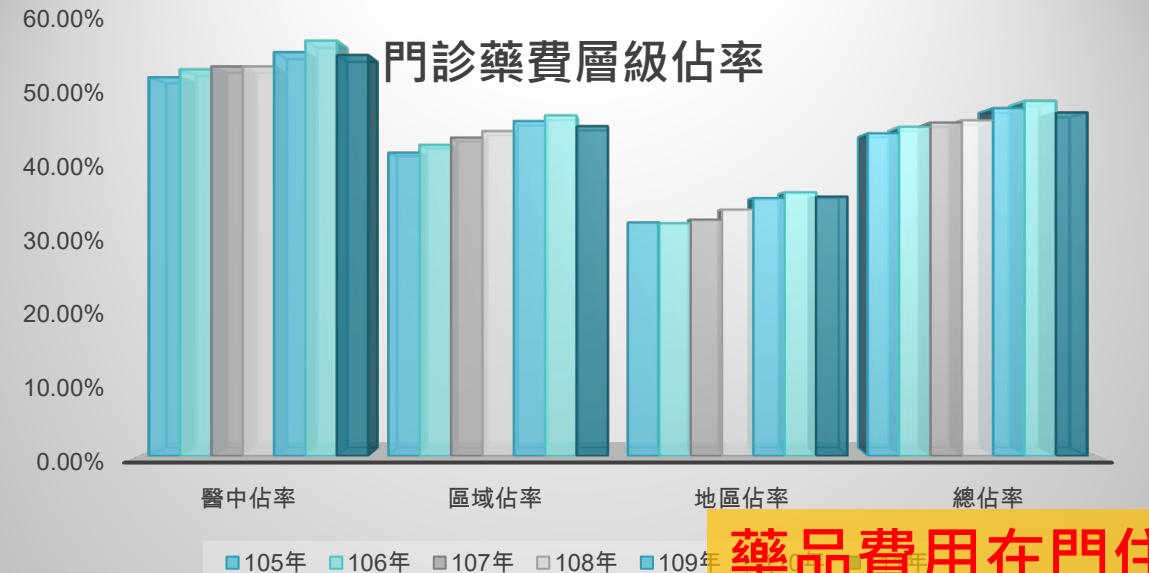
由於只有二年的資料可觀察尚無法有方向性的論定，宜再予觀察

新藥費用支出對醫院總額一般門住診占率概況

項目	110年	111年
新藥門住診申報對年度總醫療費用支出占率	4.75%	4.35%
新藥門診申報對當年度門診醫療費用支出占率	7.53%	6.79%
新藥住診申報對當年度住診醫療費用支出占率	1.14%	1.08%



# 歷年造成醫療費用的因素-藥品費用



藥品費用在門住診及各層級間  
111年皆呈量縮及成長率下滑

# 地區預算分配執行與管理

104~112年醫院部門地區預算R值/S值分配

年 項目		104-105	106-107	108	109	110	111	112
門診	R S	46% 54%	50% 50%	50% 50%	51% 49%	51% 49%	51% 49%	52% 48%
住診	R S	41% 59%	45% 55%	45% 55%	45% 55%	45% 55%	45% 55%	45% 55%
風險調整 移撥款	-	-	1.5億	2億	2億	6億	6億	

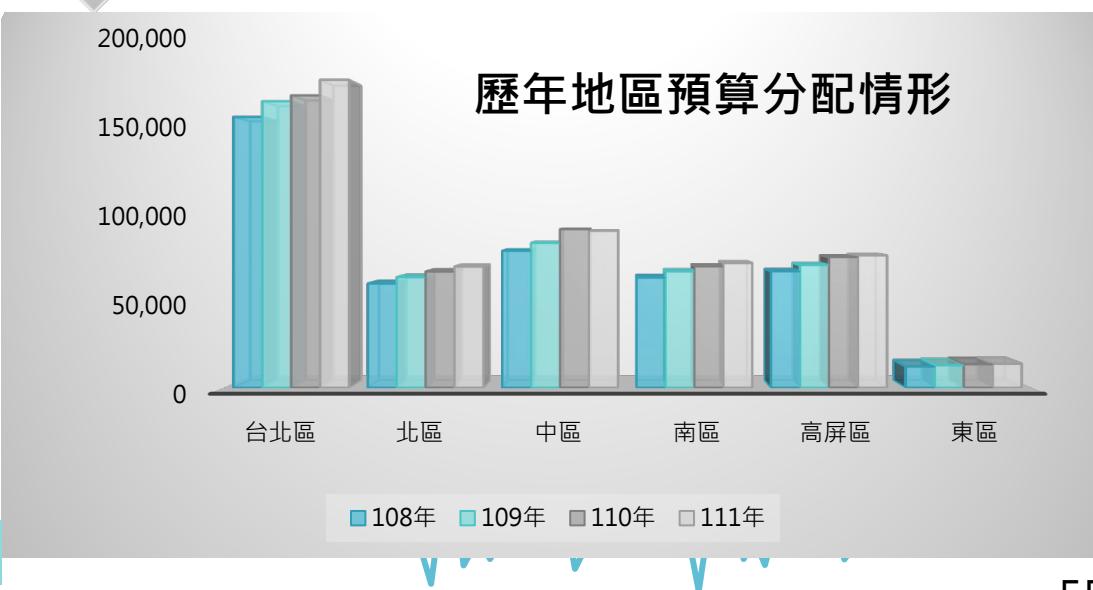
108~111年各區預算分配(不含風險調整移撥款)及其成長率

單位：百萬

預算年別	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區
108年	156,625	60,248	79,167	63,703	67,332	12,277
109年	165,721	63,920	83,682	67,225	70,921	13,027
110年	169,121	67,135	91,612	70,126	75,567	13,644
111年	178,079	70,020	90,681	72,022	76,482	13,866
109年成長率	5.81%	6.09%	5.70%	5.53%	5.33%	6.11%
110年成長率	2.05%	5.03%	5.70%	5.53%	6.55%	4.74%
111年成長率	5.30%	4.30%	-1.02%	2.70%	1.21%	1.63%

註：111年中區地區預算成長率為負，係因110年Q2-3季採保障方案所致

地區預算概念圖



# 地區預算的檢討-投保人口/戶籍人口

- R值-錢跟著人走



- 現行地區預算公式採分區投保人口，係指投保單位所屬員工於機構所在地的分區投保（如：台積電-北區；健保署-台北區），非分區實際人口）
- 產生被保險人預算編列與實際使用不一的公平性問題，且非跨區點值回算可以解決的。**
- 透過健保署以全國申報資料進行試算，以投保分區為主，檢視各分區投保人口實際在該區就醫的情形來評估錢著人走的真實公平性，所得各分區平均有40%左右的人口沒在醫院就醫，若排除未就醫的人口，各區平均有20%的人口並不在投保分區就醫，即所編列的預算在他區，費用使用在本區，且沒就醫就沒有跨區點值回算的可能。
- 地區預算以分區投保人數計算值得檢討。**



投保分區	就醫分區別(人數)							未就醫	合計
	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區			
臺北	43.33%	5.84%	2.85%	1.67%	2.58%	0.51%	43.21%	100.00%	
北區	7.91%	38.56%	3.48%	1.72%	1.31%	0.37%	46.64%	100.00%	
中區	2.11%	1.23%	50.16%	1.53%	0.86%	0.14%	43.97%	100.00%	
南區	2.63%	1.21%	2.75%	45.79%	2.59%	0.15%	44.87%	100.00%	
高屏	1.61%	0.71%	1.20%	2.89%	49.95%	0.22%	43.41%	100.00%	
東區	4.86%	2.00%	1.52%	0.89%	2.26%	49.51%	38.96%	100.00%	

投保分區	就醫分區別(人數)-排除未就醫						合計
	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	
臺北	76.30%	10.28%	5.03%	2.95%	4.54%	0.91%	100.00%
北區	14.83%	72.27%	6.52%	3.23%	2.46%	0.69%	100.00%
中區	3.76%	2.19%	89.53%	2.73%	1.53%	0.25%	100.00%
南區	4.77%	2.20%	4.99%	83.06%	4.70%	0.27%	100.00%
高屏	2.85%	1.26%	2.12%	5.11%	88.26%	0.40%	100.00%
東區	7.96%	3.28%	2.48%	1.46%	3.70%	81.12%	100.00%

投保分區	就醫分區別(醫療費用)							合計
	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	其他	
臺北	79.13%	8.79%	4.10%	2.42%	3.14%	0.83%	1.58%	100.00%
北區	19.51%	64.16%	7.56%	2.71%	2.24%	0.71%	3.11%	100.00%
中區	4.45%	1.77%	88.74%	2.38%	1.17%	0.28%	1.21%	100.00%
南區	5.80%	1.90%	5.38%	80.30%	4.26%	0.29%	2.06%	100.00%
高屏	3.14%	1.06%	1.87%	5.28%	87.02%	0.43%	1.19%	100.00%
東區	9.36%	3.15%	2.38%	1.15%	3.73%	77.42%	2.82%	100.00%
合計	33.92%	13.02%	19.74%	13.98%	14.95%	2.63%	1.77%	100.00%

# 地區預算的檢討-投保人口/戶籍人口

- 醫院總額地區預算公式R值前進與否的問題懸宕多年，謝謝健保署110年以專案計畫形式讓醫院部門重新檢視公式與提供健保數據的支援。
- 鑑於健保預算有公平、效率及扶弱，大數法則的精神。
- 經醫院部初步申報資料歸納分析，確實有發現亟需再共識調整的問題，預算計算的人口依據，是投保人口、戶籍人口？山地原住民及機構型精障人口等具地區差異性的因子是否須額外考量，讓預算更契合真實，落實社會保險精神。

	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區
投保人口	9,126,688	3,917,379	4,359,192	3,083,861	3,303,419	465,016
戶籍人口	7,650,082	3,807,232	4,582,175	3,333,015	3,697,589	543,028
以投保人口計算多分配預算的人口數	1,476,606	110,147	(222,983)	(249,154)	(394,170)	(78,012)
未計入的人口佔率%	16.18%	2.81%	-5.12%	-8.08%	-11.93%	-16.78%

	現有公式	討論公式
公式內容	健保署六分區業務組所轄範圍，門住診費用分配比例以45:55劃分，再以各地區校正風險因子後保險對象人數（R值）及總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用（S值）為分配參數，配合門診及住診的風險因子分別計算之，其中門診為人口風險因子（年齡性別指數占80%，標準化死亡比占20%）及轉診型態（醫院門診市場占有率）；住診為人口風險因子（年齡性別指數占50%）及標準化死亡比占50%	各分區排除特定族群之保險對象人數，分別依性別、年齡別以一定歲數為組距進行統計以全國平均醫療費用推算各分區之地區預算的基本數；另就特定族群之保險對象或無法以平均醫療費用表現之項目，採外加費用，基本數加外加費用為新地區預算
人口計數	採分區投保人口	採戶籍人口
優點	1. 公式使用多年，方便計算。 2. 門住診分採不同風險因子考量。	1. 實際考量各分區實際人口結構及特殊性。 2. 未來朝向人口與疾病別探討預算的分配。 3. 易趨近醫院部門主張的公平性。 4. 可以外加的形式就特殊族群的人口或達共識優先扶助的未被滿足的醫療需求人口提供適度的預算支應的彈性。
缺點	1. 預算分配的公平性，現階段於醫院部門各區間產生爭議。 2. 預算分配的風險因子（如：Trans）沒有實質意義。 3. 人口計數採投保人口，對各分區實際使用預算的人口可能產生偏差。 4. 無法反映特殊族群的醫療需求或未被滿足的醫療需求人口	1. 分區對修正預期的未知，易產生疑慮。 2. 分區可能因對公式的不理解而有擔心衝量的問題。 3. 現階企業較集中的分區，地區預算變動的比較明顯。
共識意見	1. 各層級暨分區代表皆認同 <u>應就醫院總額公式進行全面性檢討</u> 2. <u>修正現行以投保人口為預算分配對象，應回歸以戶籍人口，以契合實際</u> 3. 同意以醫院協會108年預算修正公式版本進行討論， <u>山地原住民、機構型精神病人採外加計算</u> 。 4. 通盤了解現行醫院部門醫療費用使用情形及趨勢	



# 醫院部門全區浮動及平均點值-由目標點值牽動分區管理強度

106~111年全區浮動點值

分區藉由目標點值→各項管理方案（單價暨服務量管理、攤扣、自清）→浮動點值、平均點值

年/季別	106	107	108	109	110	111	111預估
第一季	0.8861	0.8591	0.8804		0.8856	0.9224	0.8409
第二季	0.8984	0.8770	0.8822	0.9492		0.9872	0.9667
第三季	0.8726	0.8731	0.8873	0.8732		0.9405	0.8898
第四季	0.8694	0.8705	0.8794	0.8263	0.9299	0.9474	0.8279
年平均	0.8816	0.8699	0.8823	0.8829		0.9493	0.8813

106~111年全區平均點值

年/季別	106	107	108	109	110	111	111 預估
第一季	0.9333	0.9179	0.9299		0.9343	0.9567	0.9130
第二季	0.9395	0.9271	0.9299	0.9707		0.9934	0.9820
第三季	0.9243	0.9249	0.9329	0.9263		0.9687	0.9430
第四季	0.9234	0.9239	0.9293	0.8995	0.9607	0.9719	0.9118
年平均	0.9301	0.9235	0.9305	0.9321		0.9726	0.9374

111年第4季因COVID-19疫情趨緩，就醫人潮湧現，各分區浮動及平均點值大幅滑落

分區	季別	第一季	第二季	第三季	第四季	年平均
台北區	109年	0.92	0.92	0.92-0.96	0.92-0.96	0.92-0.94
	110年	0.96	0.96	0.96	0.96	0.96
	111年	0.92	0.925	0.93	0.93	0.926
北區	109年	0.985	0.985	0.9375	0.9375	0.953
	110年	0.9438	0.9370	0.9370	0.9320	0.9375
	111年	0.95	0.935	0.95	0.945	0.945
中區	109年	0.95	0.975	0.935	0.93	0.9475
	110年	0.93	0.94	0.94	0.935	0.9363
	111年	0.935	0.945	0.945	0.945	0.943
南區	109年	0.9575	0.9915	0.93	0.93	0.9523
	110年	0.94	0.94	個別醫院目標點值		
	111年	1	1	1	1	1
高屏區	109年	0.94	0.94	0.95	0.95	0.945
	110年	0.945	0.945	個別醫院目標點值		
	111年	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95
東區	109年	0.95	0.96	0.92	0.92	0.9375
	110年	0.93	0.93	0.93	0.93	0.93
	111年	0.93	無設定	發展新東區管理方案		



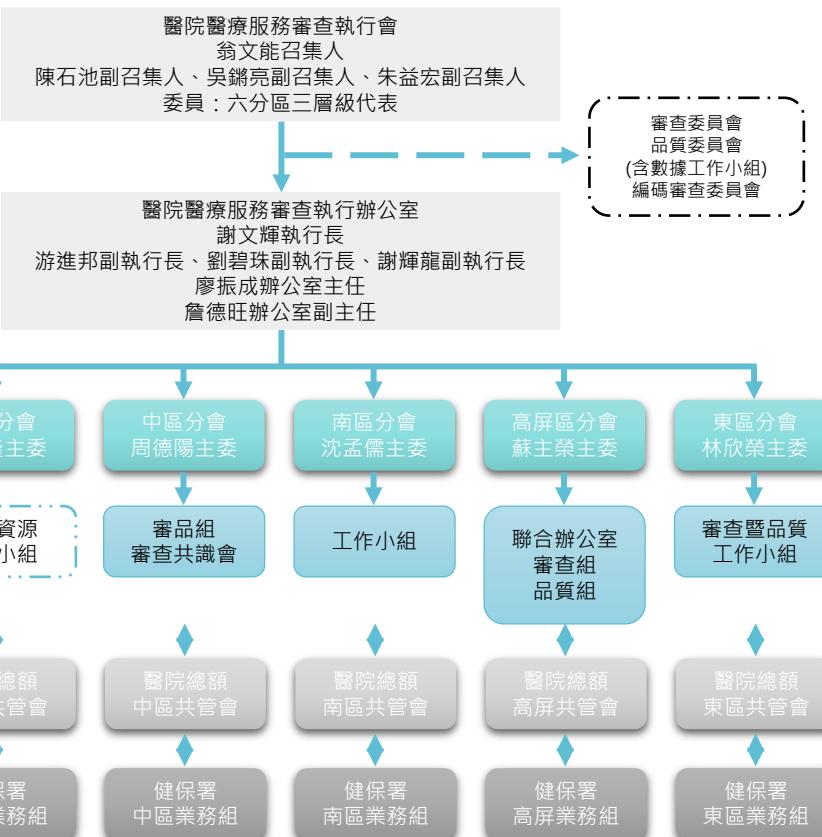
# 專業自主事務管理的逐步執行

本會審查組織架構圖

- 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。



# 審查醫藥專家暨疾病分類輔助審查專員

聘任流程：



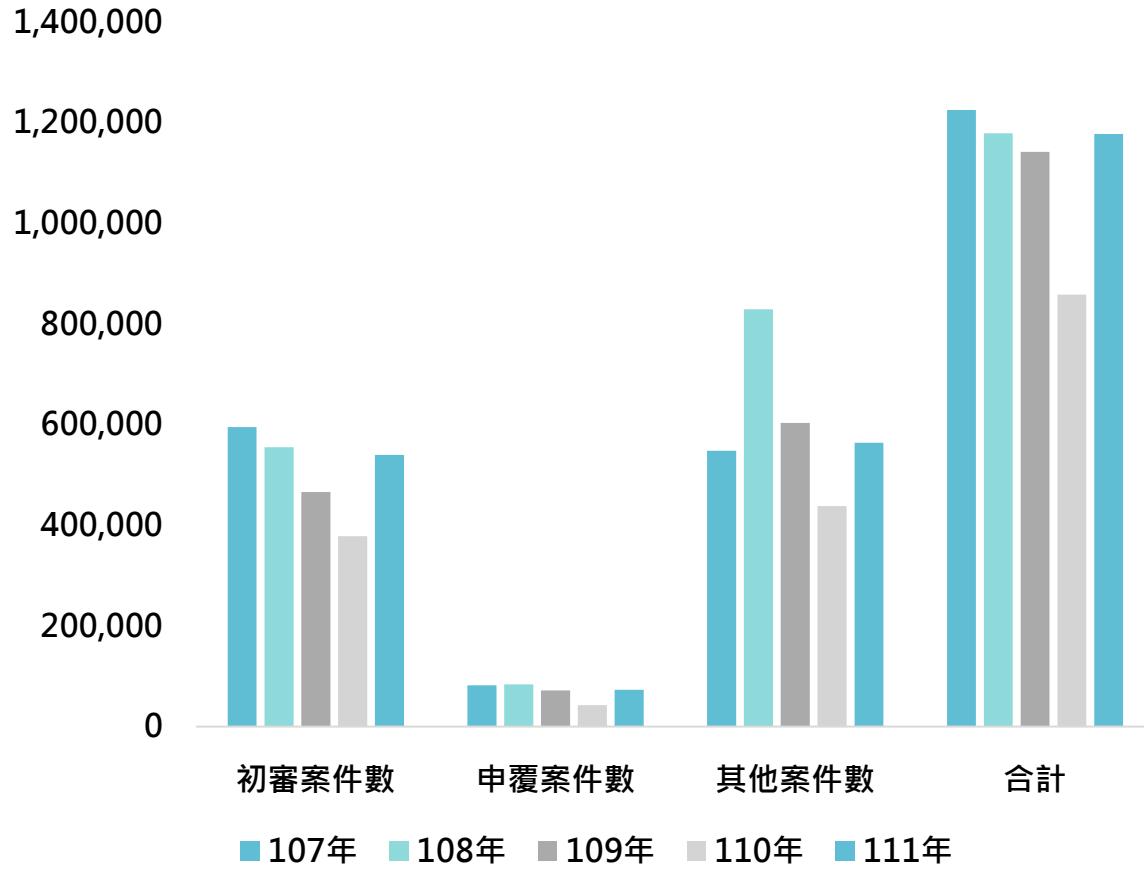
聘任數：

	107年	108年	109年	110年	111年	110-111年 變動情形
審查醫藥專家 -一般	2,484	2,481	2,436	2,518	2,540	22
審查醫藥專家 -特殊	79	79	86	83	84	1
疾病分類輔助 專員	120	119	109	102	99	-3

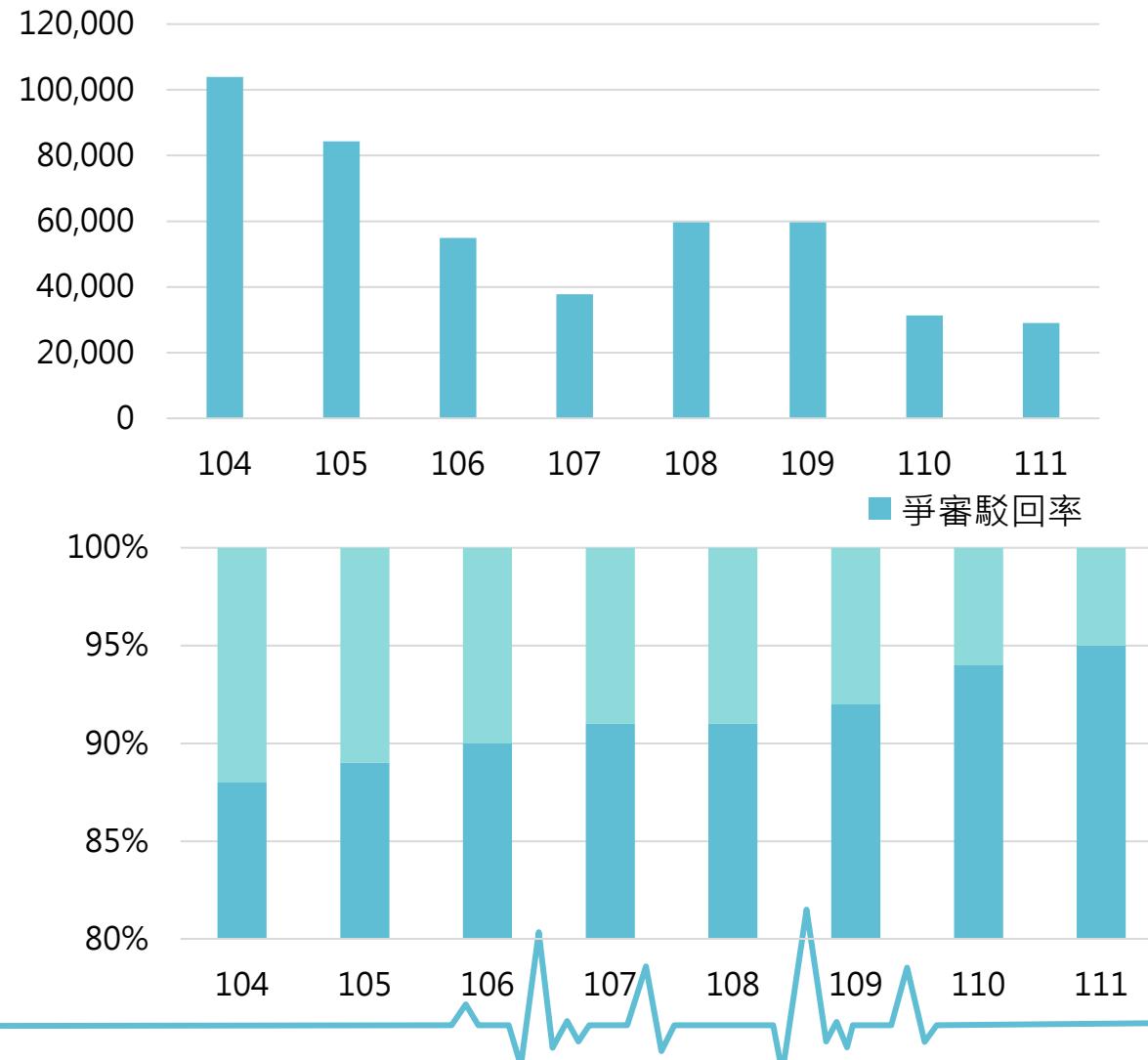


# 歷年各類審查暨爭議審議案件數

107~111年各類審查案件數



爭議審議案件數



其他案件數包含居家護理事前審查(含精神科)、事前審查、重大傷病、義肢、醫院自墊、代審。

# 院所違規情形（較110年件數減少7件）及醫療機構輔導

## 107~111年院所違反特管辦法之查處追扣金額

項目	107年	108年	109年	110年	111年	說明
違規金額 (萬元)	3,571	1,665	1,652	1,140	1,212	111年的違約金額較110年增加。
占該年度總額之比率%	0.008	0.038	0.0036	0.0025	0.0024	

依據健保署提供資料所示，醫院部門111年合計17件違規案件，較110年減少7件，主要有2件重大缺失即**保險醫事服務機構容留未具醫師資格之人員**，為保險對象執行醫療業務，申報醫療費用。  
檢討：

醫院是否有容留未具醫師資格之人員，其實非該院難以確知，醫院部門將加強對各醫院宣導不容許違法案件的發生。

111年全區由醫院部門及分區業務組所啟動的實地審查暨輔導的家次合計約86家，審查次數91次，5家列實地輔導，餘無移查處之醫院。

## 111年度醫院醫療服務審查實地審查暨輔導彙整表-業務組 + 分會啟動

分區	實地審查			輔導作業									合計輔導家數	輔導結果(家數)	
	審查家數	審查次數	審查結果處理(次數)	輔導案源(次數)			輔導方式(次數)			書面輔導	面議輔導	電話輔導	實地輔導		
				合理	輔導	移查處	書面審查	實地審查	檔案分析	書面輔導	面議輔導	電話輔導	實地輔導		
台北	45	50	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
北	3	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
中	15	15	10	5									5	5	5
南	13	13	8	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
高屏	10	10	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

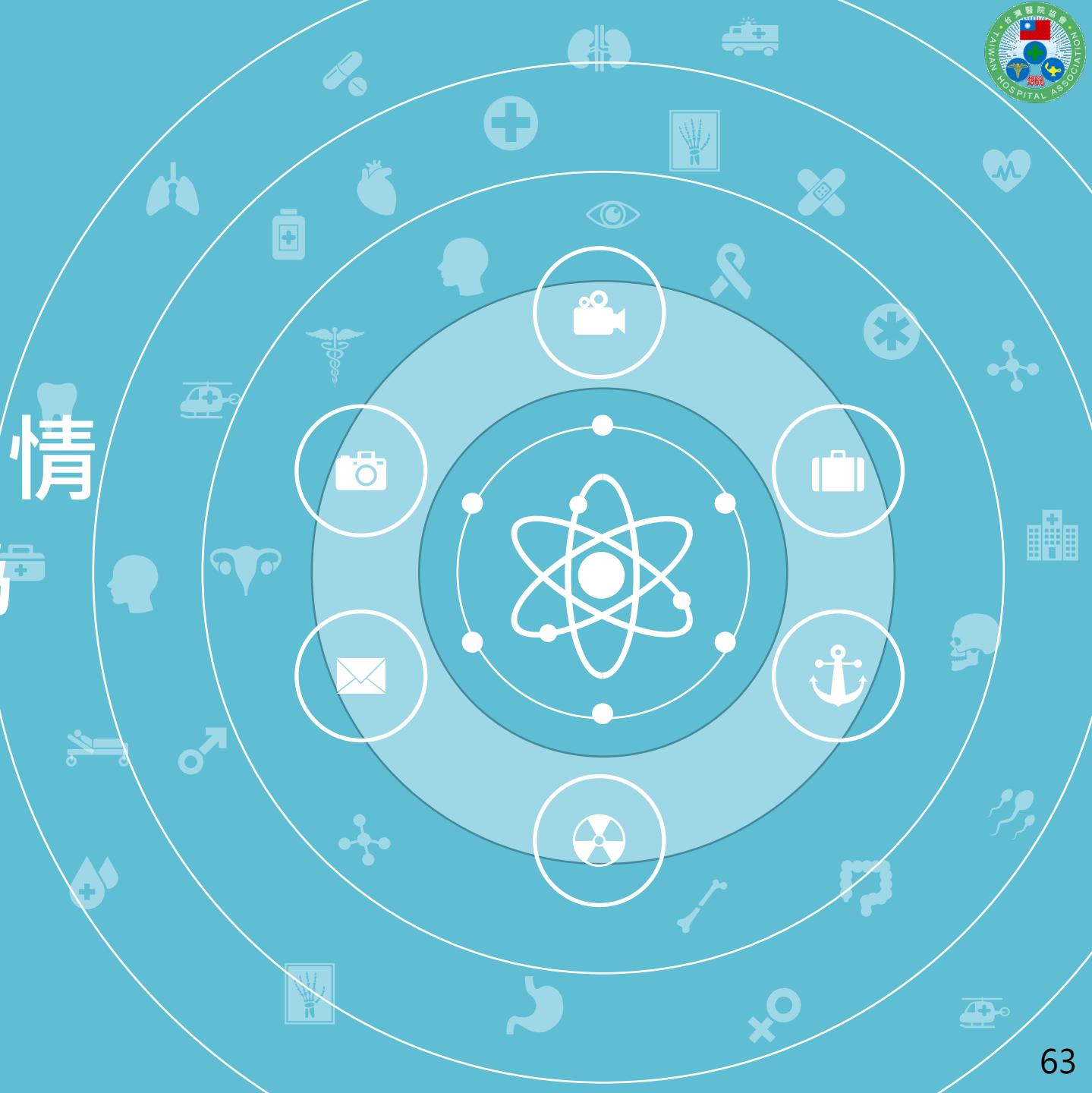


# COVID-19 疫情 醫療因應作為

7

## TEXT

{ 參照書面報告P.122 }



# 院所配合防疫政策之相關作為

## ➤ 配合中央疫情指揮中心徵轉設置專責病房

111年區域級（含）以上院所普遍受疫情指揮中心暨各縣市衛生局通知，提高防疫專責病房至指定的比例（至少30%以上），爰，多數醫院悉數調整健保二人及四人房轉徵為專責病房，住院部門再次進行樓層分隔，提高警戒的作息

## ➤ 醫院持續強化內部管理

住院病人於進入醫院診治或手術，處置前仍須通過快篩陰性才能進入，而陪病仍有嚴格的限制，入院後進出醫院都需要詳細紀錄，實名制以落實防護措施。

## ➤ 配合各級政府單位指示快速施打疫苗

## ➤ 配合政府執行國境防禦，協助機場、邊境駐點採檢及發燒篩檢，另為確診的商務、外籍人士進行適當的診治服務。





# 111年度 醫院總額部門執行成果報告-專案



台灣醫院協會  
112.07.17

# 專案計畫具成效一覽表

## 111年預算執行情形

專款名稱	預算執行率	
全民健康保險急診品質提升方案	161%	各項指標改以結果進行獎勵。
西醫醫療資源不足地區改善方案 (醫院支援西醫基層)	97.8%	參與醫院數46家、執行鄉鎮數34個 巡迴科別數21個、巡迴診次5,632次 就醫人次72,890、滿意度94.8% 歷年新高
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	92.4%	為鼓勵醫師投入腎臟移植，111年新增預算用於鼓勵腎臟移植手術之施行。
鼓勵院所建立轉診之合作機制(非計畫型)	88.1%	依據病人實際就醫情形於電子轉診平台有登錄及回復病人就醫情形之資料
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	91.6%	各項藥費穩定成長。
後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	82.6%	預算執行數較110年成長24%，人數增加1,313人。



# 住院整合照護服務試辦計畫(111年新增項目)

執行目標及預期效益 評估指標	指標達成情形	達成
執行目標： 1.111年至少4家醫院參與服務	111年38家醫院參與服務	😊
2.111年服務住院病人 200,000人日	111年服務住院病人 36,854人日 (申報111.10~12月止)	😢
預期效益之評估指標：提升全國醫院提供急性一般病床住院整合照護服務涵蓋率【111年目標為2.8%】	111年急性一般病床住院整合照護服務涵蓋率3.4%	😊

**醫院所遇困難：**

**第1名：照護輔佐人員招聘困難**

**第2名：照護輔佐人員的素質**

**第3名：其他，如：**

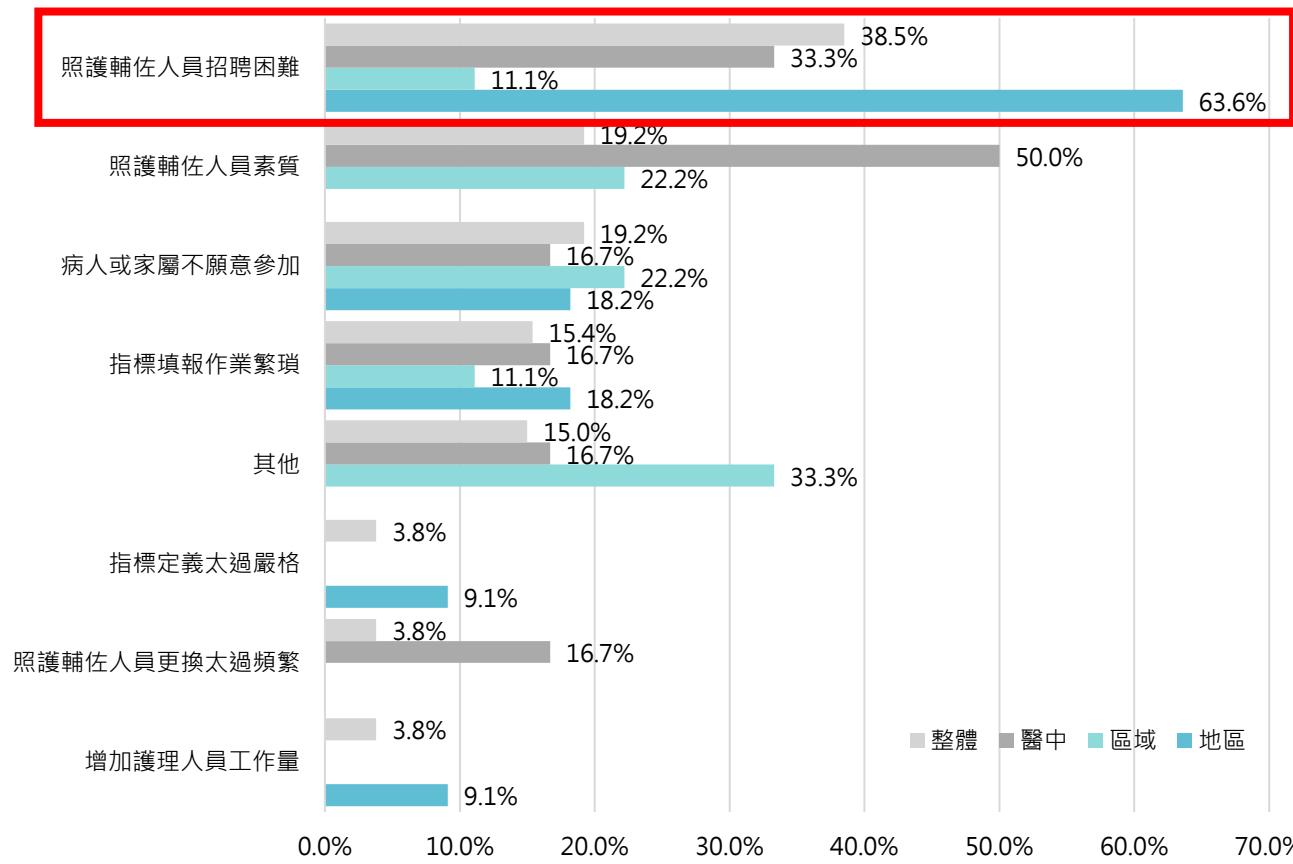
變更床位及人員需要公文往返過於繁瑣、

非整層病房共聘床位

同意參加病人，需要挪床至指定共聘區

無空床時需要等候時間及挪移床位

全國醫院調查：回復問卷164家醫院中，僅有26家醫院為試辦醫院，醫中6家、區域醫院9家、地區醫院11家。



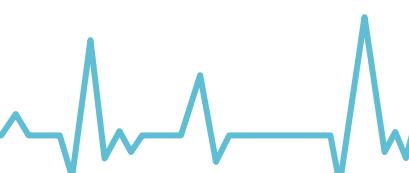
# 急診品質提升方案

- 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)及主動脈剝離需緊急開刀之患者，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。

# 急診品質提升方案

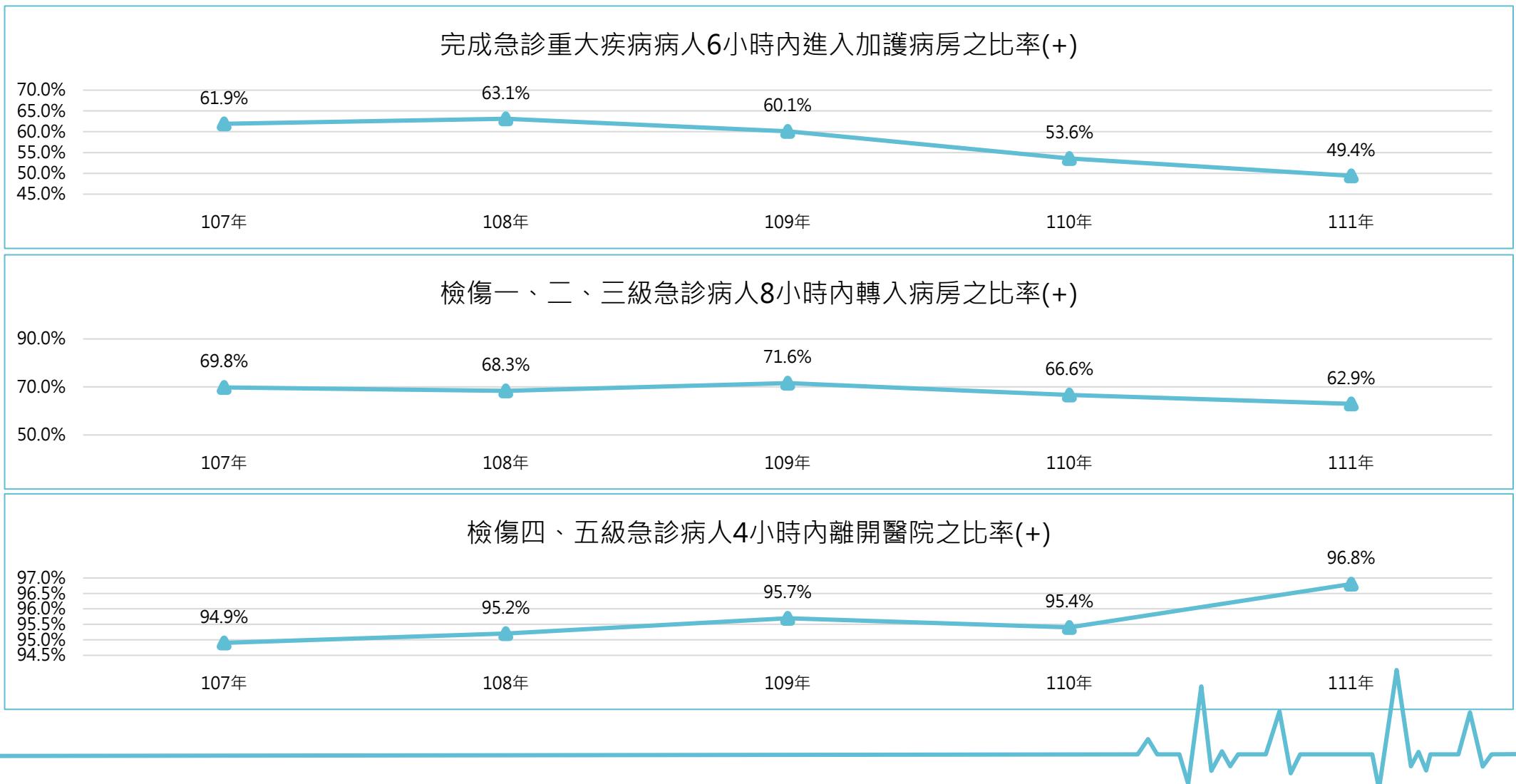
- 111年修訂內容：
- ✓ 新增照護主動脈剝離需緊急開刀患者之品質獎勵。
- ✓ 急診處置效率獎勵：改以各項指標結果進行獎勵。
  - 急性呼吸衰竭於急診緊急插管之病人6小時內進入加護病房
  - 完成急診重症照護之病人6小時內進入加護病房
  - 檢傷一、二、三級急診病人8小時內轉入病房
  - 地區醫院急診病人增加

項目	支付點數	
急性心肌梗塞	6,000	
重大外傷	2小時內進開刀房 4小時內進開刀房	10,000 2,000
嚴重敗血症	2,000	
到院前停止心跳	清醒出院 存活出院 轉院治療_ 清醒出院 轉院治療_ 存活出院	30,000 10,000 15,000 5,000
主動脈剝離需緊急開刀	原醫院治療 轉院治療_ 轉入醫院 轉院治療_ 轉出醫院	30,000 15,000 15,000



# 急診品質提升方案

## • 效率指標-全國

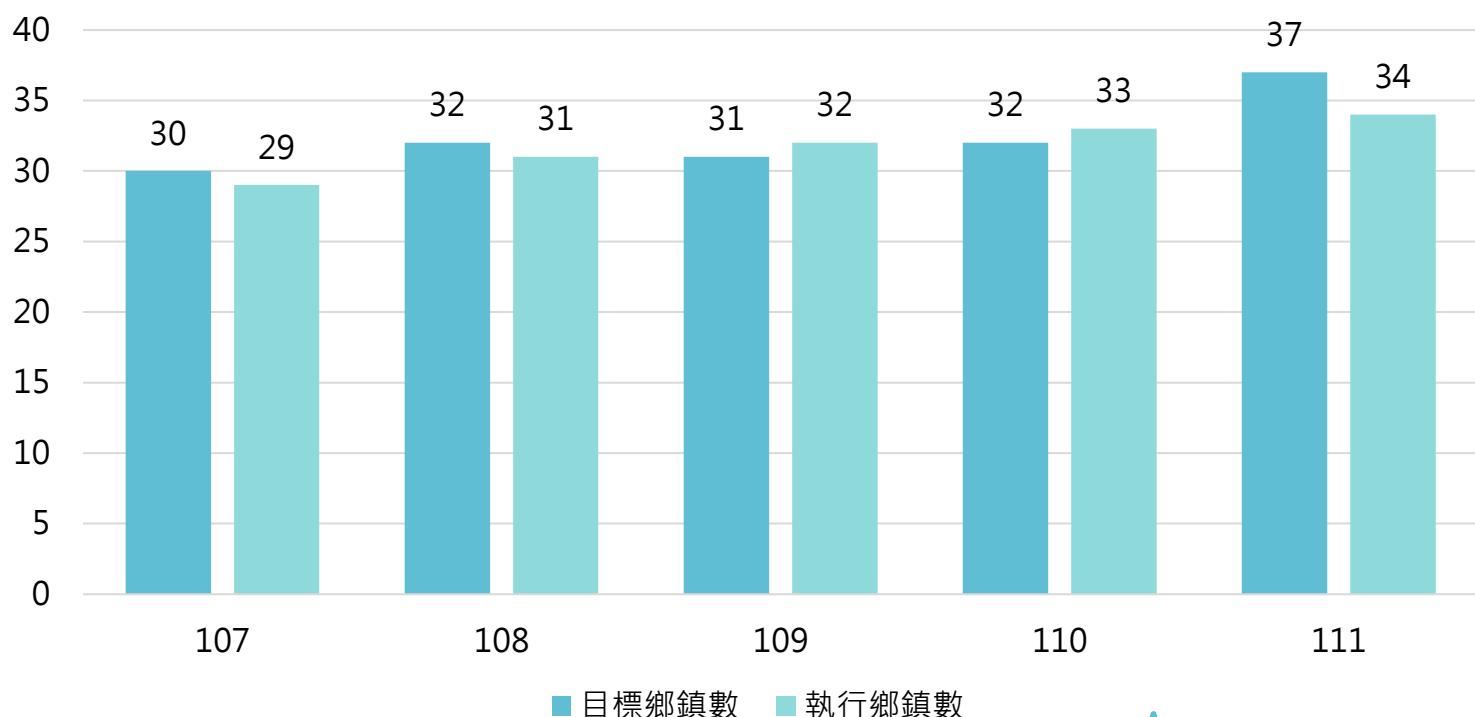


## 小結

- 紓解急診壅塞問題，一直是醫院部門與健保署共同努力研商解決方案。
- 111年將主動脈剝離需緊急開刀之患者納入急診重大疾病照護獎勵之項目，期望藉此加速主動脈剝離之開刀時間。
- 另，考量急診品質提升方案相關指標已施行多年，為使指標評估更符合實務作業面，於111年將急診處置效率指標獎勵方式改為直接以指標執行結果進行獎勵，期望能更鼓勵急診急救處置人員並提升照護品質。
- 為求穩定發展112年擬維持111年方案內容續執行，期望可提升計劃成效。

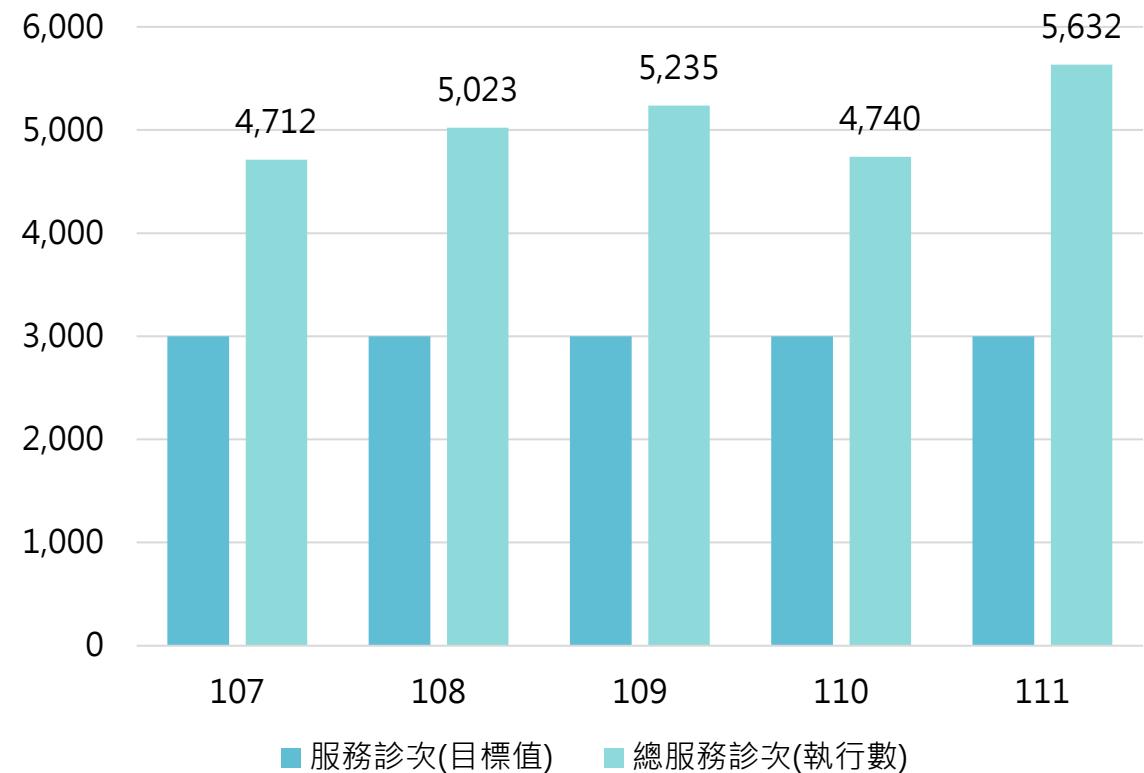
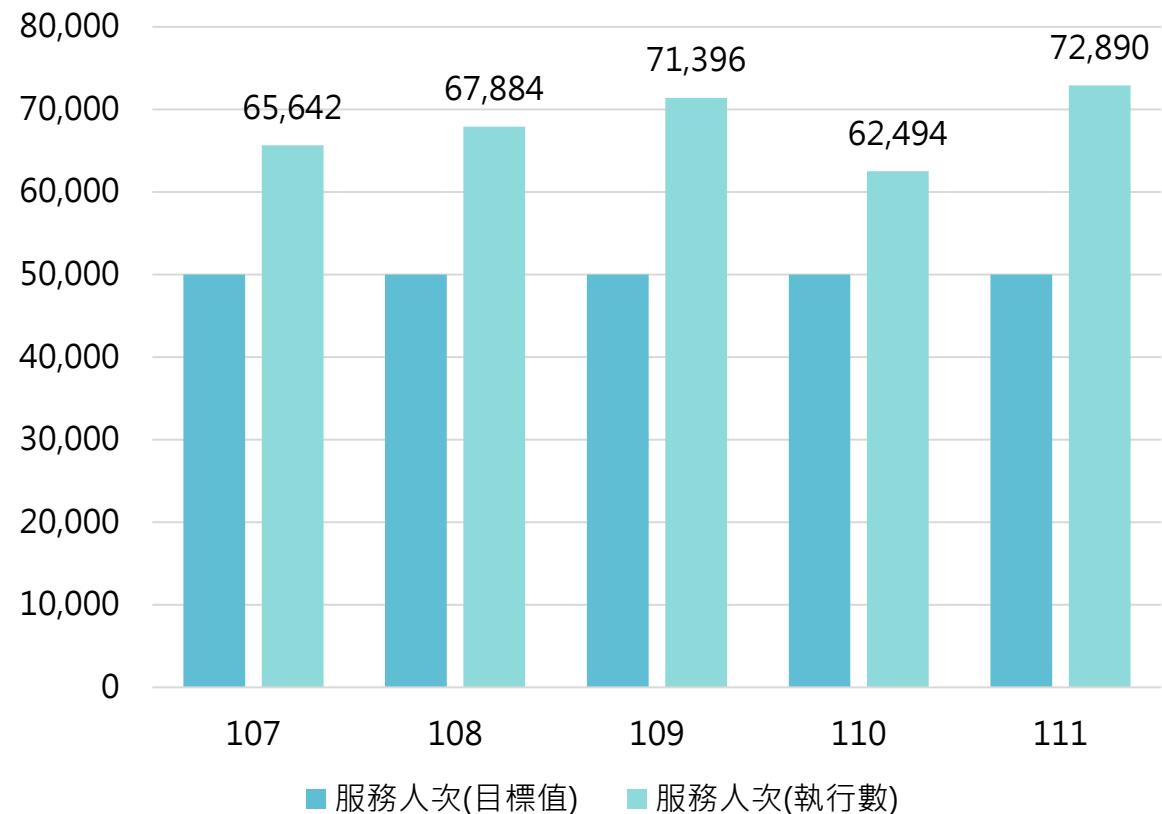
# 西醫醫療資源不足地區改善方案

- 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。
- 111年目標鄉鎮數37個，執行鄉鎮數達34個(執行率91.9%)，共計46家醫院、21個專科別參與本方案。



# 西醫醫療資源不足地區改善方案

- 111年參與院所至醫療資源不足地區巡迴約5,632診次、服務約72,890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。



# 醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案

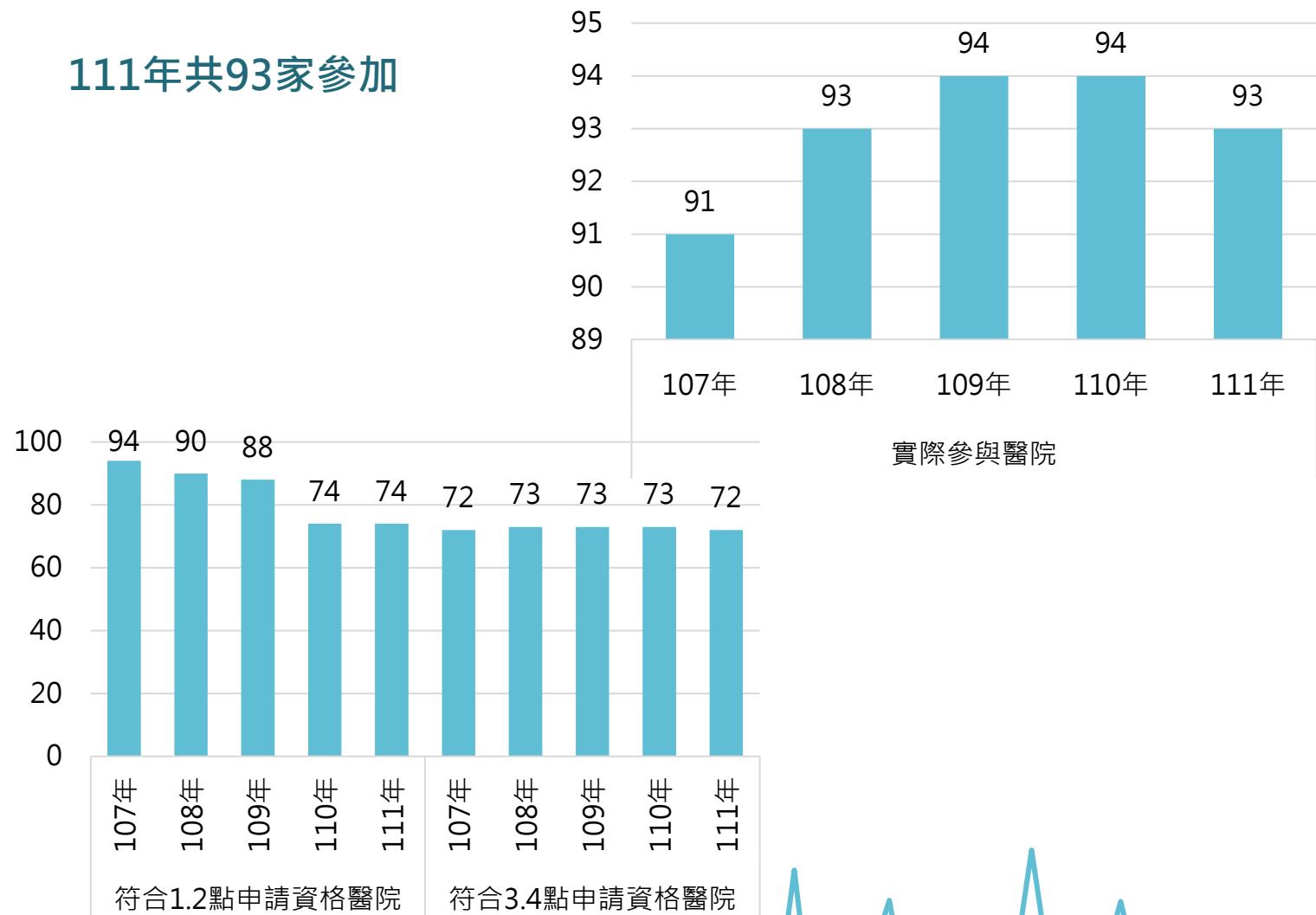
## 目的

- 加強離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療。
- 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。

## 策略

- ✓ 提供24小時急診服務。
- ✓ 提供內科、外科、婦產科及小兒科門診及住診醫療服務。
- ✓ 檢驗檢查報告主動通知民眾。
- ✓ 深入社區加強預防保健服務。

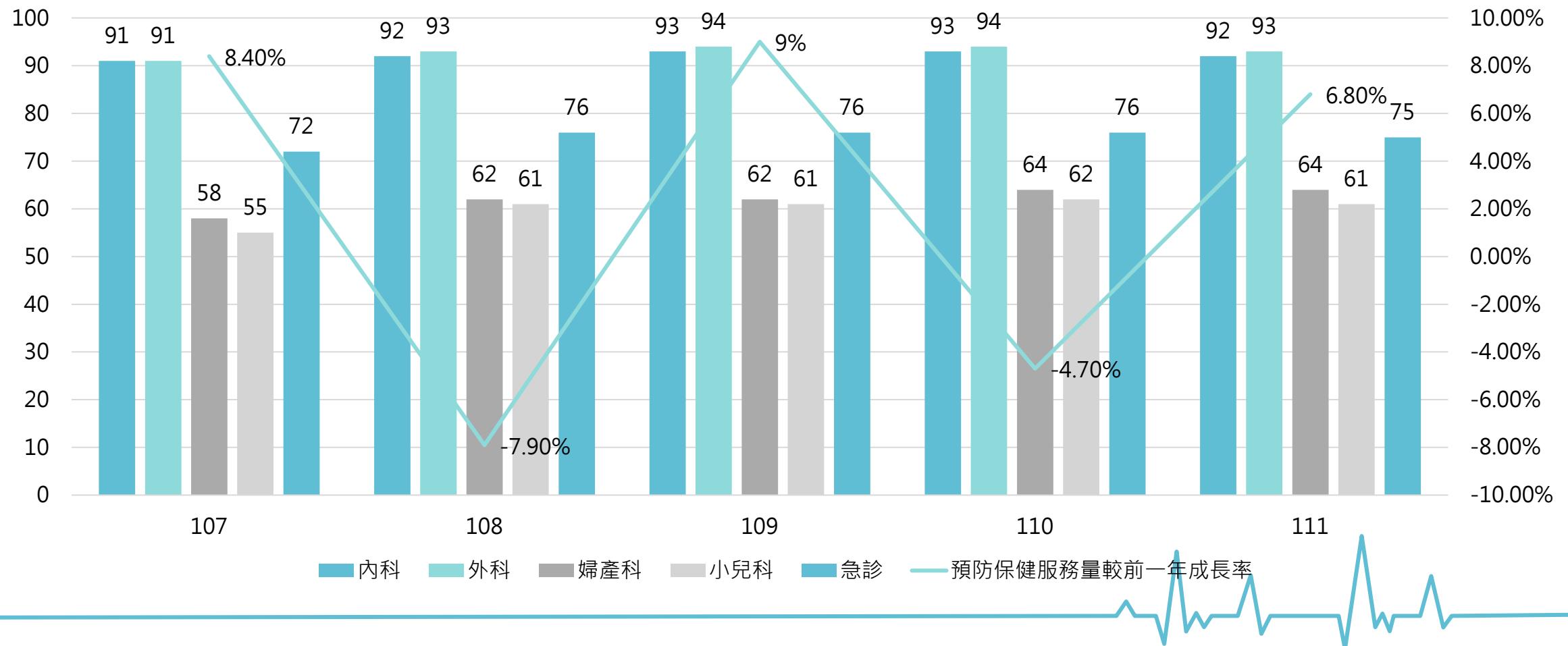
111年共93家參加



# 醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案

111年各科服務家數，歷年均以內科、外科為多數。

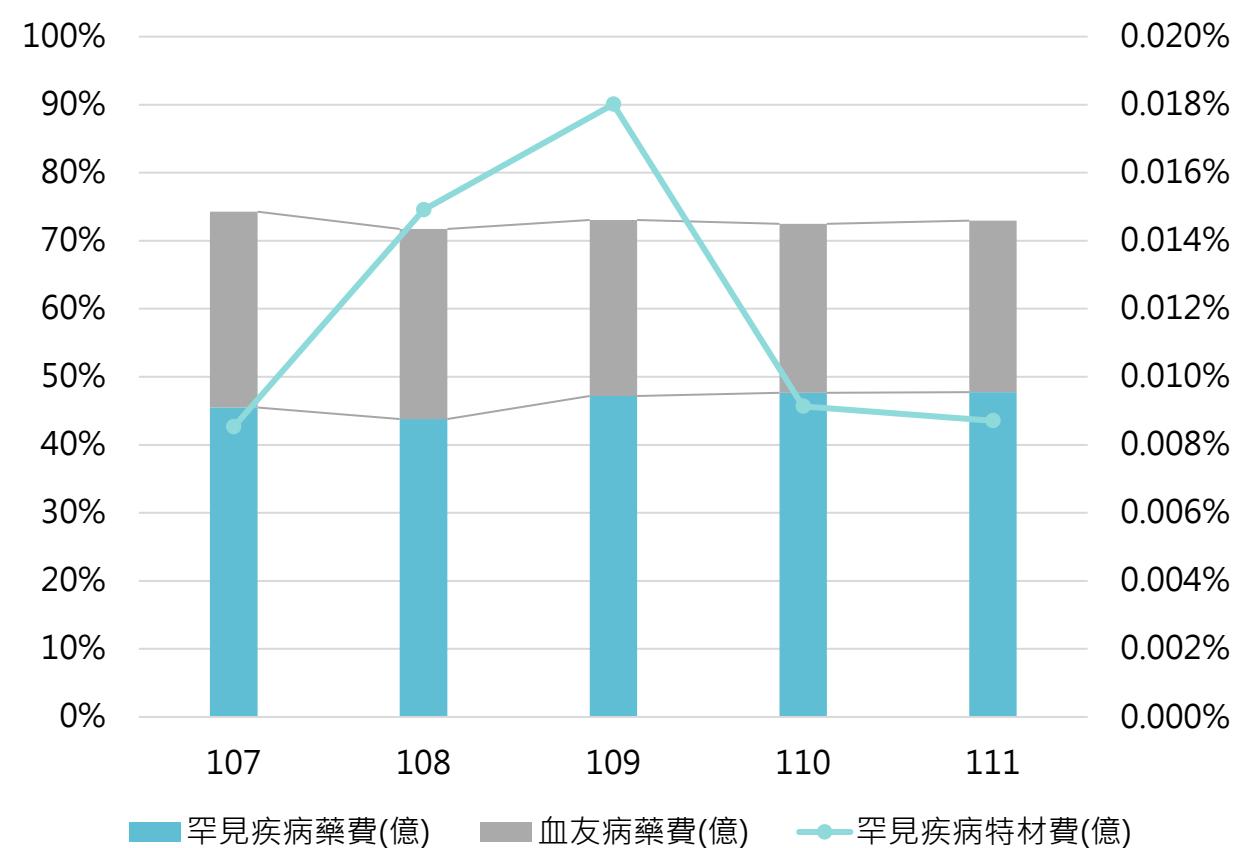
小結：持續配合政策執行精神，提升醫療資源不足地區之醫療服務。



# 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

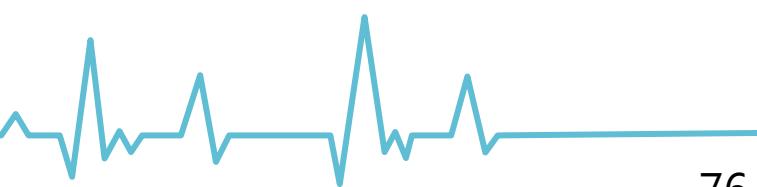


107~111年罕病藥費特材費、血友病藥費占率



107~111年後天免疫缺乏病毒治療藥費

項目	年度	107	108	109	110	111
全年預算數(億元)					52.57	52.57
執行數(億元)		32.79	39.75	40.27	42.17	43.44
預算執行數(%)		-	-	-	80.2%	82.6
用藥人數(人)		22,163	25,500	27,913	29,861	31,174
--成長率(%)		16.0	15.1	9.5	7.0	4.4
每人藥費(萬元)		14.79	15.6	14.4	14.1	13.9
--成長率(%)		12.9	5.4	-7.5	-2.1	-1.3



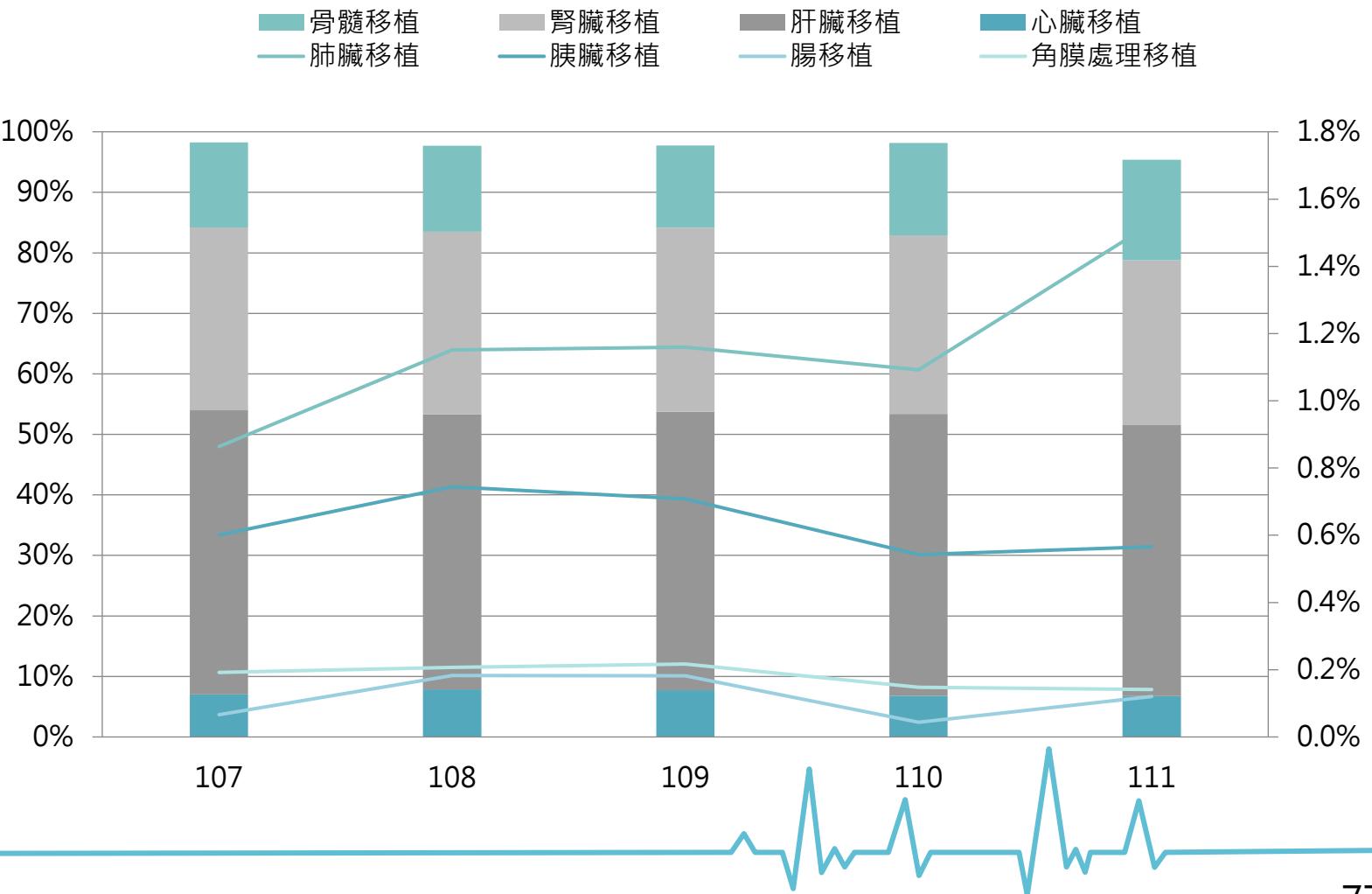
# 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質



107~111年預算執行情形

項目 年	107	108	109	110	111
預算數					
-值(億元)	43.997	47.128	50.27	51.27	52.08
-成長率(%)	4.4	7.1	6.6	2.0	1.58
預算執行數					
-值(億元)	43.91	45.38	46.02	46.88	48.14
-成長率(%)	4.7	3.3	1.4	1.9	2.68
-預算執行率(%)	99.8	96.3	91.5	91.4	92.4

107~111年各器官移植項目執行費用占率

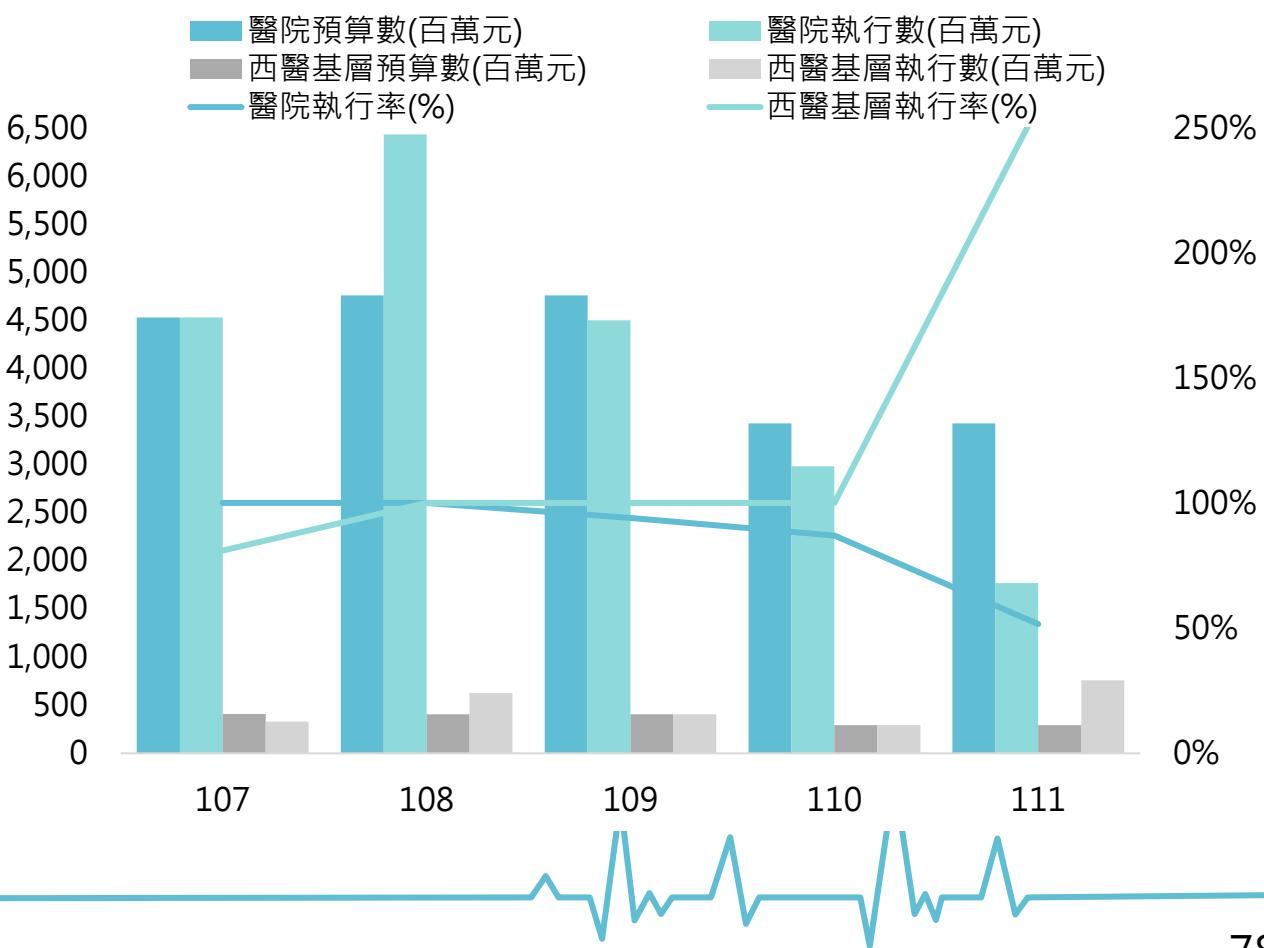


# C型肝炎用藥

## 107~111年預算執行情形

項目	年度	107	108	109	110	111
整體						
預算數(百萬元)	5,036.0	6,536.0	8,166.0	6,570.0	5,620.0	
執行數(百萬元)	4,856.9	7,053.9	4,904.2	3,272.9	2,523.8	
執行率	96.4%	107.9%	60.1%	49.8%	44.9%	
C肝新藥						
新收案數	19,549	45,808	36,157	19,979	16,445	
總治療人數	29,087	74,895	111,052	131,025	148,048	
已達治癒標準人數	18,159	43,315	24,925	9,477	9,812	
治療涵蓋率(年累計)	26.4%	37.1%	43.2%	52.1	56.3	
醫院						
預算數(百萬元)	4,528.0	4,760.0	4,760.0	3,428.0	3,428.0	
執行數(百萬元)	4,528.0	6,431.0	4,498.2	2,980.9	1,768.1	
執行率	100%	100%	94%	87.0%	51.6%	
C肝新藥						
新收案數	18,369	41,805	31,854	16,854	12,622	
總治療人數	27,139	68,950	100,804	117,654	130,801	

## 107~111年C型肝炎藥費預算執行情形



# 敬請指教

