

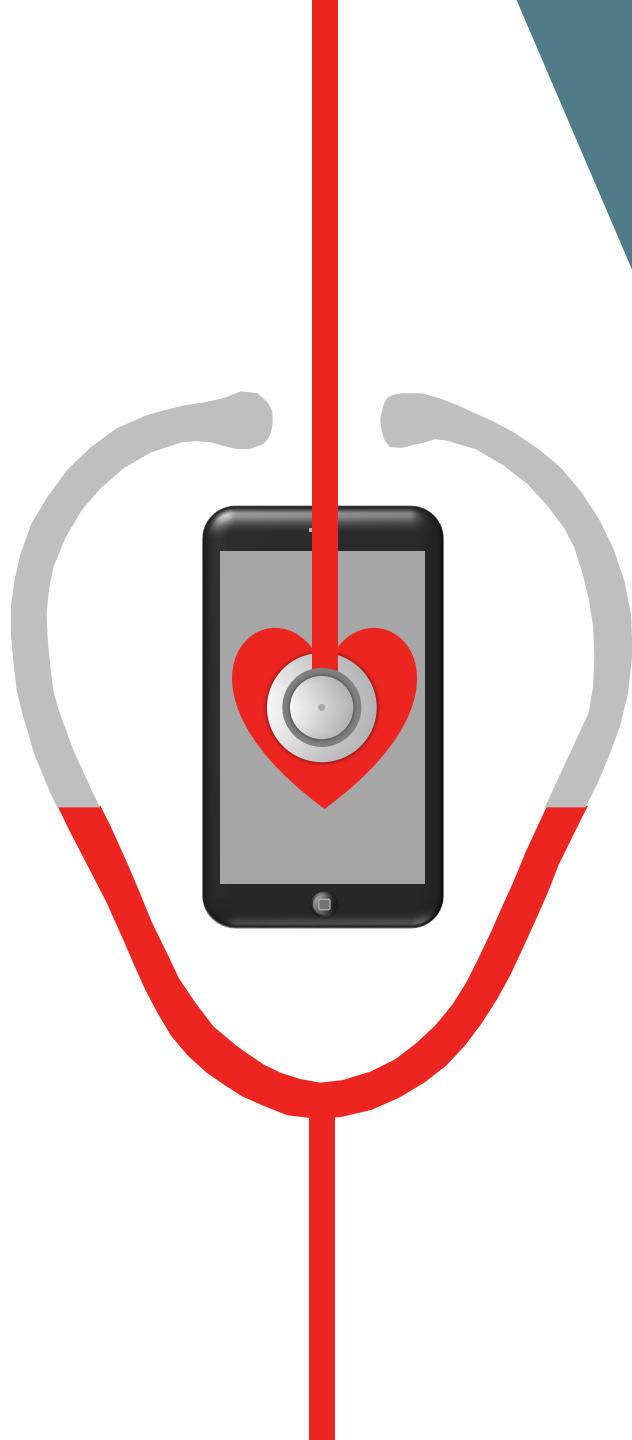


112年度 醫院總額部門執行成果報告_一般及 專案計畫



台灣醫院協會
113.07.16

大綱



- 01 年度重點項目執行成果與未來規劃
- 02 112年評核委員評論意見及回應
- 03 支付制度改革_TW-DRGs推動進度
- 04 維護保險對象就醫權益
- 05 醫療服務品質提升
- 06 協商因素執行情形
- 07 總額管理績效
- 08 COVID-19疫情醫療因應作為
- 09 專案計畫



年度重點項目執行成果與未來規劃

1

TEXT

{ 參照書面報告P.2 }



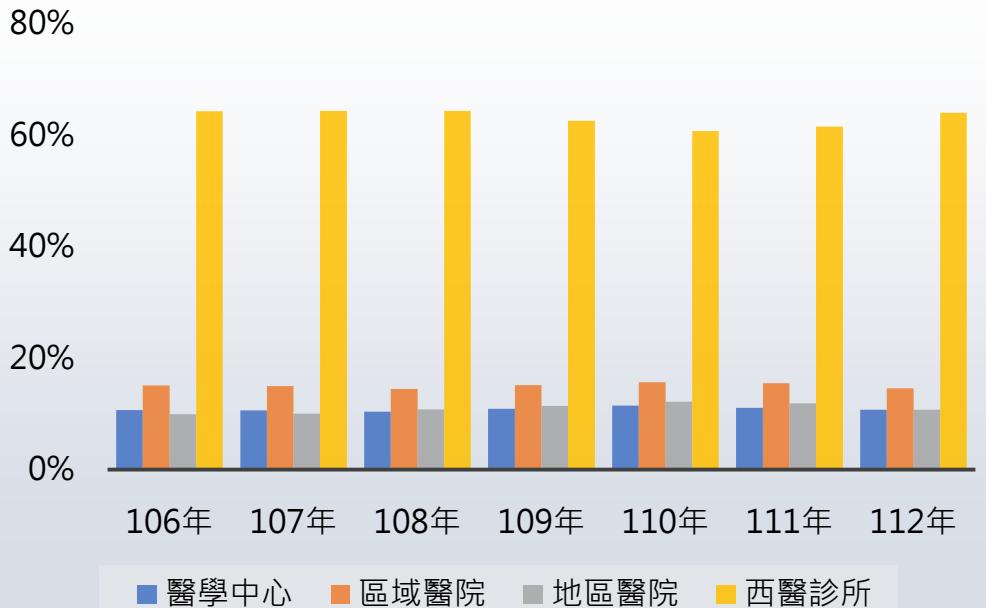
代記ㄟ開端

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。

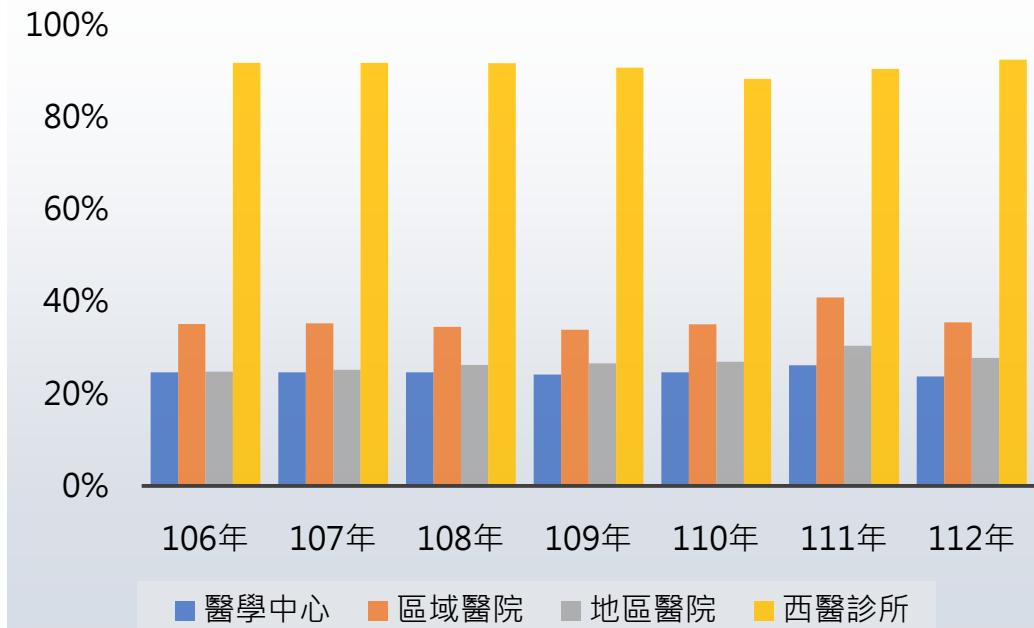


執行成效

106~112年就醫件數層級分佈



106~112年西醫部門歸戶後就醫人數各層級佔率



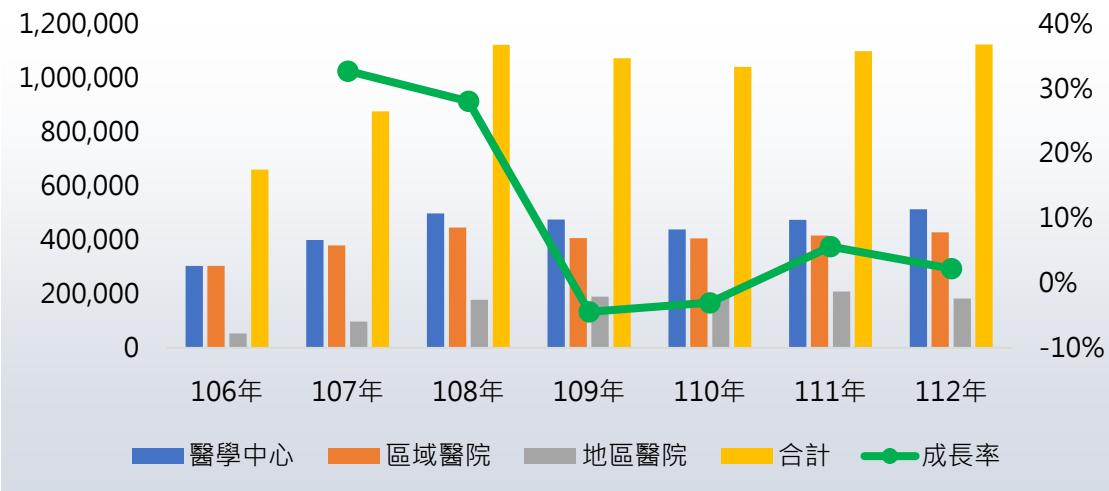
112年西醫部門就醫件數分佈分別為：醫學中心10.72%、區域醫院14.55%、地區醫院10.74%及西醫基層63.99%。相較於111年除西醫基層佔率成長外，餘醫院部門皆為減少。

112年民眾在醫療需求選擇自西醫診所就醫的佔92.53%，較111年成長2%，而醫院部門的分佈佔率都較111年略為減少。

醫院分級醫療_醫院部門轉診成效

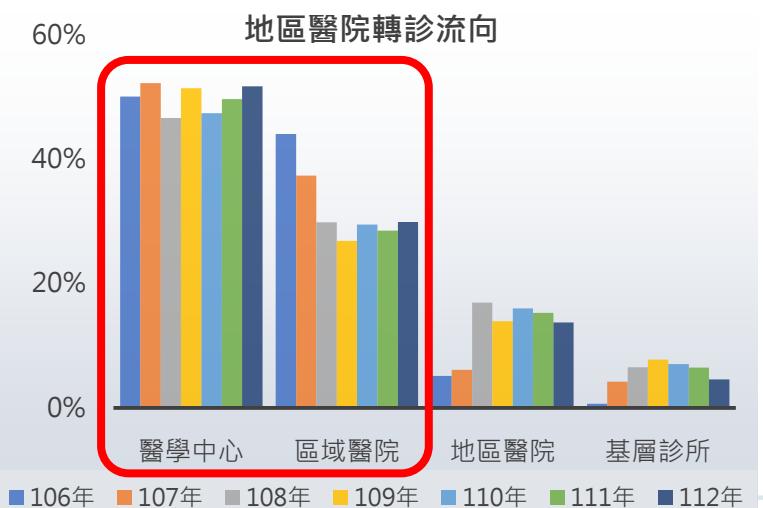
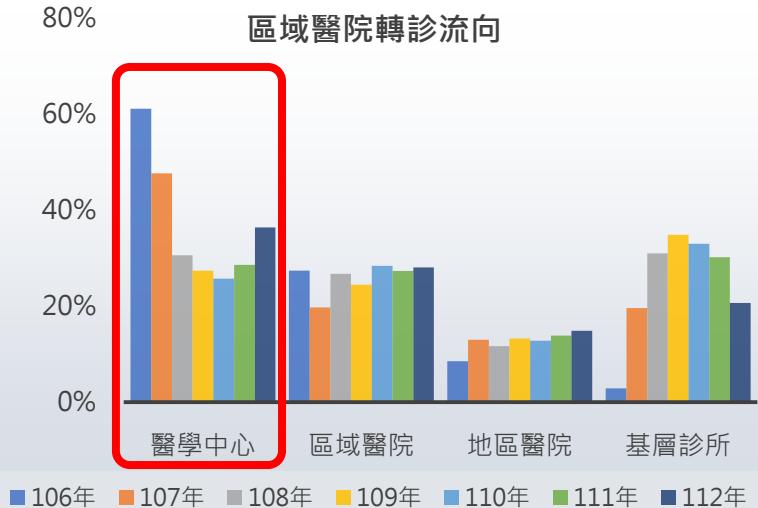
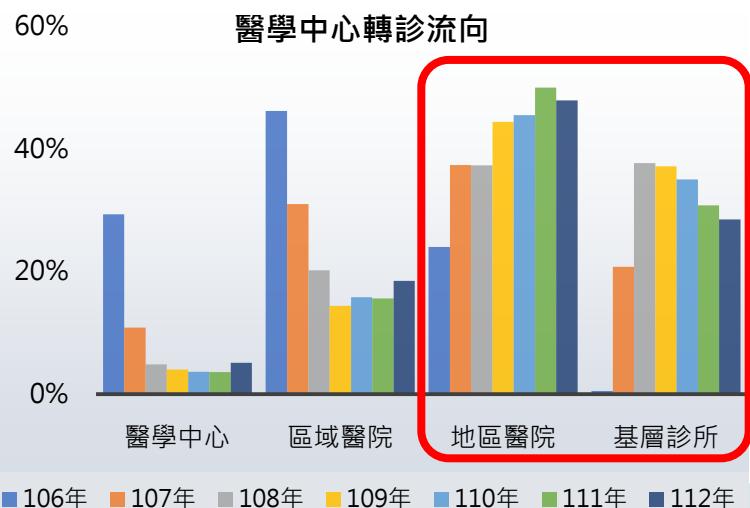


106~112年醫院部門歷年門診轉診件數層級分佈暨成長率



✓ 112年整體轉診成長率較111年下降，可能因素在於112年推行部分負擔，參據健保署所提供之西醫門診就醫人數、件數分析表，民眾至西醫基層就醫的人數、件數增加，而醫院部門各層級就醫人數都呈現負成長，估計原擬要下轉的案件，民眾已自發性調整就診院所。

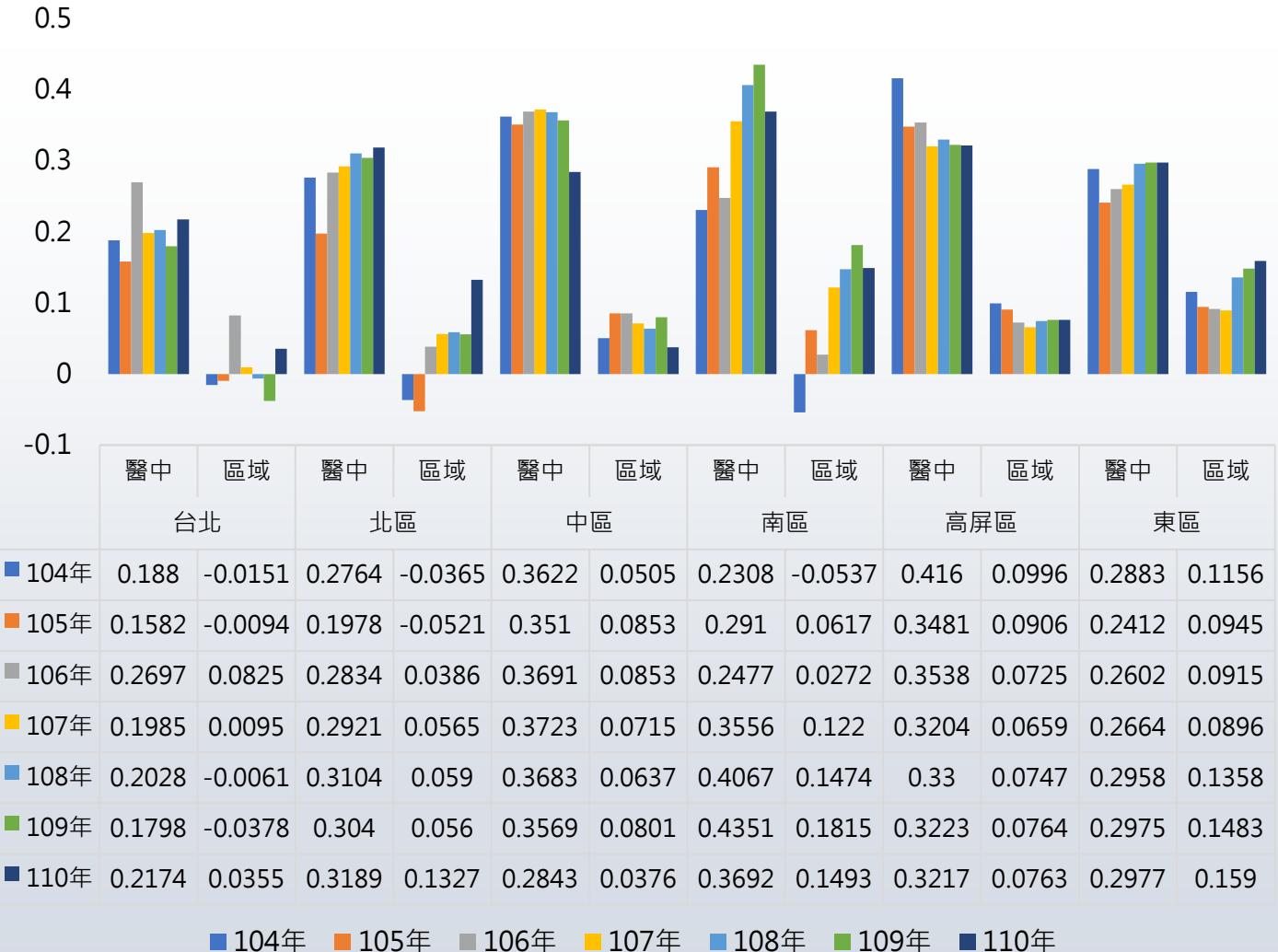
醫中：導向急性處理後下轉後續照護-地區醫院/西醫基層
區域：中重度醫療照護，上轉醫中，下轉西醫基層
地區：醫療守門員，後送醫中及區域



醫院分級醫療_用疾病嚴重度(CMI)指標看分級醫療轉診？！



104~110年各分區醫學中心、區域醫院與地區醫院CMI差值的變動



註：由於資料取得完整性問題，106年至112年CMI值實際對應之申報年度為104年至110年

◆ 以CMI評定各層級處理的疾病嚴重度確實呈現層級愈高，病況愈複雜，權重增加的情形 (參照書面報告P8~14)

年度	平均CMI			總個案數				
	醫中	區域	地區	總計	醫中	區域	地區	總計
104	1.16884	0.90796	0.87545	0.89444	1,018,004	1,320,501	468,790	2,807,295
105	1.14014	0.92759	0.87360	0.89545	1,015,818	1,330,335	475,764	2,821,917
106	1.14418	0.91694	0.84226	0.87049	1,062,062	1,359,322	496,556	2,917,940
107	1.14528	0.91768	0.84866	0.87569	1,087,108	1,395,628	506,478	2,989,214
108	1.15024	0.91155	0.83949	0.86752	1,120,159	1,437,172	528,723	3,086,054
109	1.14285	0.91258	0.83967	0.86737	1,071,467	1,334,845	514,662	2,920,974
110	1.13969	0.93859	0.85135	0.88103	967,574	1,188,129	519,890	2,675,593



問題：

用CMI指標看分級醫療轉診，就學術理論確實是方法之一，但就現行臨床實務的限制下，並無法以CMI作評比。

因素：

- (1) CMI值受到權重校正因素影響，Tw-DRGs相對權重健保署自109年起採每半年公告乙次，在無法設單一年度權重為基期的情況下，CMI值並無法進行年度比較；也會受醫院地理位置及發展重點科別而有影響。
- (2) CMI值評估僅限於住診，無法評估門診。
- (3) 擬與健保署再討論可行方案。

護理人力指標執行情形

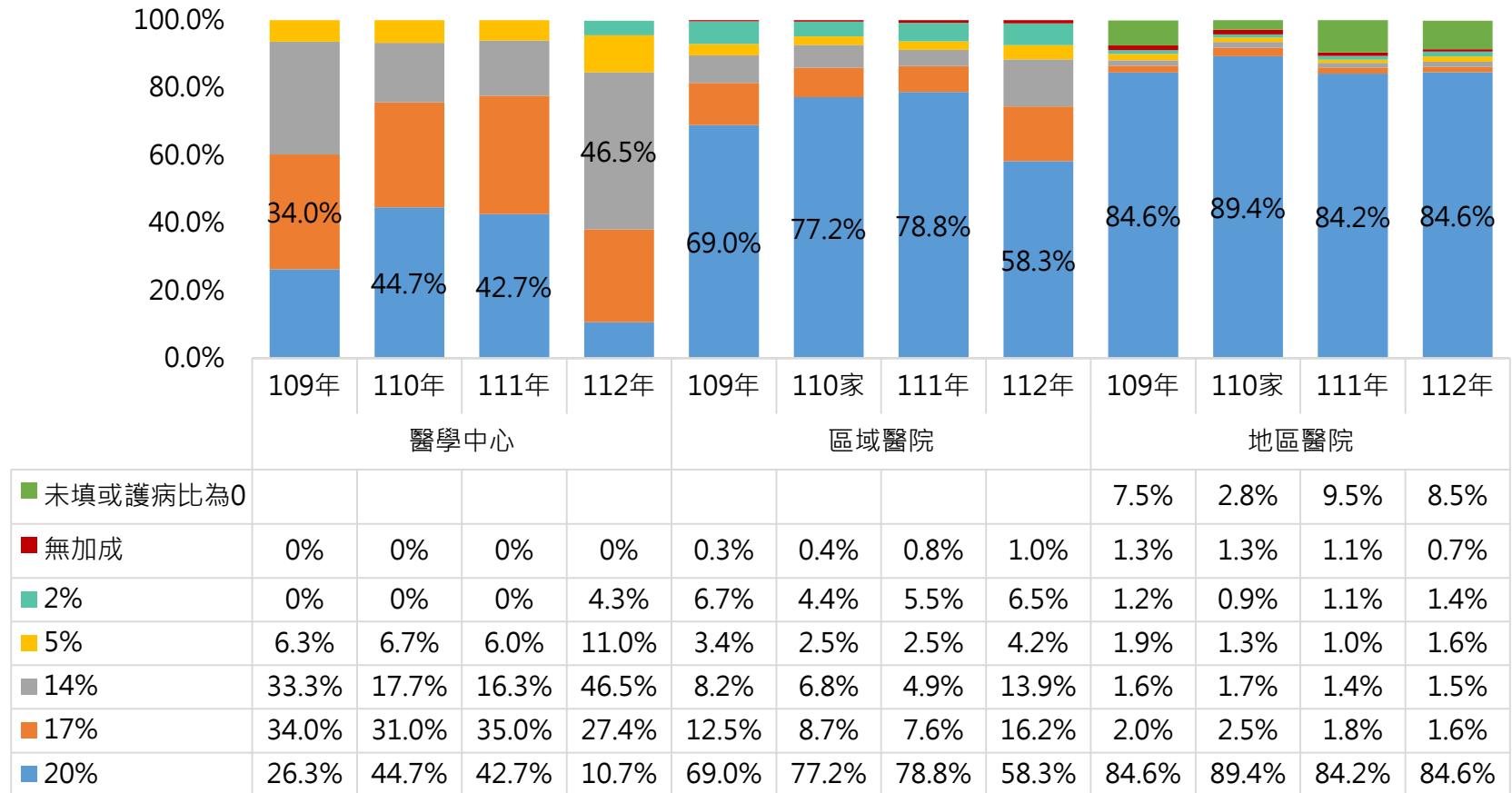
108年至112年護理人力指標執行情形

項目	年	108年	109年	110年	111年	112年
護理人力淨增加人數		3,319	2200	1852	1151	-339
--醫學中心		1,049	604	457	150	-308
--區域醫院		1,192	596	324	260	-384
--地區醫院		1,078	1000	1071	741	353
平均每月實際於一般急性病床照護之護理人數		31,423	31,588	32,341	31,926	31,153
--醫學中心		11,718	11,699	12,078	11,712	11,351
--區域醫院		13,070	13,042	13,072	12,920	12,737
--地區醫院		6,635	6,847	7,191	7,294	7,065
3個月以上年資護理人員離職率		9.56%	9.12%	9.12%	10.36%	11.53%
--醫學中心		7.52%	6.56%	6.60%	8.28%	10.30%
--區域醫院		10.28%	10.28%	10.00%	11.16%	11.90%
--地區醫院		11.52%	11.56%	11.56%	12.12%	12.65%
年資未滿2年之護理人員離職率		9.56%	7.08%	5.96%	5.68%	6.82%
--醫學中心		4.24%	3.48%	2.76%	3.00%	7.40%
--區域醫院		6.36%	8.92%	7.52%	5.92%	5.62%
--地區醫院		13.32%	10.16%	8.84%	9.40%	8.06%
2年以上年資護理人員比率		75.38%	76.78%	77.67%	77.68%	78.23%
--醫學中心		80.34%	83.04%	83.05%	82.64%	82.63%
--區域醫院		76.49%	77.30%	78.74%	79.16%	78.47%
--地區醫院		65.49%	65.20%	66.34%	67.61%	71.50%

- ✓ 112年護理人力淨增加人數於疫情消減反呈負成長，各層級中醫學中心及區域醫院的淨增加的人數下滑至負數
- ✓ 年資_3個月以上：112年各層級離職率皆高於111年
- ✓ 年資_未滿2年：112年除區域層級以外，醫學中心及地區醫院離職率皆高於111年
- ✓ 推測：
 - ① 院際間競價效應
 - ② 與征戰疫情多年，承受來自社會的不諒解及抗拒的無謂壓力，疫情趨緩就醫人潮快速回到疫情前的數量
 - ③ 111年起恢復醫院評鑑，業務工作不減反增，多重問題糾結一起，促使醫護萌生退意。

醫院部門持續改革，進行各式智能化、服務量能的檢討，敞開雙臂等候護理同仁們的回歸！

護病比概況



層級	112年 登錄家數	護病比加成率 / 護病比					
		20%	17%	14%	5%	2%	無加成
醫學中心	25家	<7.0	7.0-7.4	7.5-7.9	8.0-8.4	8.5-8.9	>9.0
區域醫院	88家	<10.0	10.0-10.4	10.5-10.9	11.0-11.4	11.5-11.9	>12
地區醫院	347家	<13.0	13.0-13.4	13.5-13.9	14.0-14.4	14.5-14.9	>15

◆醫學中心家數：含4家兒童醫院、長庚(台北長庚、林口長庚)、馬偕(台北馬偕、淡水馬偕)

112年全日護病比達成月份加成率分佈

- ✓ **醫學中心**：以每位護理同仁照護7.5-7.9名病人為眾數。
- ✓ **區域醫院**：仍以每位護理同仁照護10名以下病人為眾數，但相較疫期間大幅減少。
- ✓ **地區醫院**：以每位護理同仁照護13人以下病人的月次達成最多。



112年總額協商項目KPI之執行結果



健保會指定項目		KPI	指標研修
1 因應長新冠照護衍生費用 (112年新增，自112.1.1實施)		<input checked="" type="checkbox"/>	1. 因應長新冠照護個案為依實際病人就診個案統計，不會有浮濫申報，預算支用採實報實銷 2. 指標設計有些難度，因個案數會隨疫情結束，而逐漸減少，如何規劃出更契合的指標，擬與健保署再行商議
2 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增 (112年新增，自112.1.1實施(非計畫型))		<input checked="" type="checkbox"/>	1. 陽性個案於第1年達70%追蹤率 2. 肺癌疑似陽性完成追蹤檢驗個案數/肺癌篩檢疑似陽性個案數
3 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能 (112年新增，自112.1.1實施)		<input checked="" type="checkbox"/>	為使指標齊一，擬配合醫療機構設置標準地區醫院全日護病比為不超過13，擬修正為全日平均護病比 \leq 13之地區醫院家數不低於前一年
4 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能 (112年新增，自112.1.1實施)		<input checked="" type="checkbox"/>	建議維持
5 住院整合照護服務試辦計畫 (111年新增，自111.7.18實施)		<input checked="" type="checkbox"/>	建議服務住院人日數宜配合實務合理訂定
6 鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫 (111年新增，自111.10.1實施)		<input checked="" type="checkbox"/>	建議維持

依據健保署提供全國申報資料彙整結果，醫院部門6項指定KPI專款項目悉數達標，

執行情形及檢討改善請參照書面報告P.21~27





112年評核 委員評論意 見及回應

2

TEXT

{ 參照書面報告P.28 }





(1)

醫院於疫情期間鼎力配合政策、守護社區健康，值得肯定。在承受衝擊的同時，也正是運用此次經驗建構後疫情時代照護模式的絕佳契機。建議運用這兩年的資料，檢驗與省思民眾需求，**探討哪些是必要的剛性需求，哪些是不必要的需求或資源配置**

- 吸取經驗內化為應變程序或模式，過去的SARS，醫院部門建立大規模流行疫病的緊急防護程序除立即啟動戶外發燒篩檢、劃分醫療服務動線並將人員進行分流外，到全院性醫療樓層的重分配、擴大疾病檢傷，減少輕症及非具急迫性病人入院受感染的風險，策略性的淨空樓層，醫療照護人力的輪班調度，呈現出來的是快速、確實且勇於面對疾病威脅。
- 回顧這三年的歷程，醫院部門可謂把過去SARS的經驗再度進化至極緻，使得台灣相較於其他國家，就死亡率及疾病照護皆優於各國，成為近年醫療國際會議中最受矚目也受最多國邀請教導講述防疫經驗的國家。
- 疫情發生，激發醫院部門檢討動機，除了吸收COVID-19三年的經驗並結合SARS的防疫，再昇華以期為後疫情時代來臨而準備，擬再強化醫療感控措施及管理
- **透過健保實際申報的數據佐證，並與健保署合作，探討真實醫療需求及設法減少非必要醫療服務。**



1

藉由疫情衝擊省思與建構後疫情照護模式

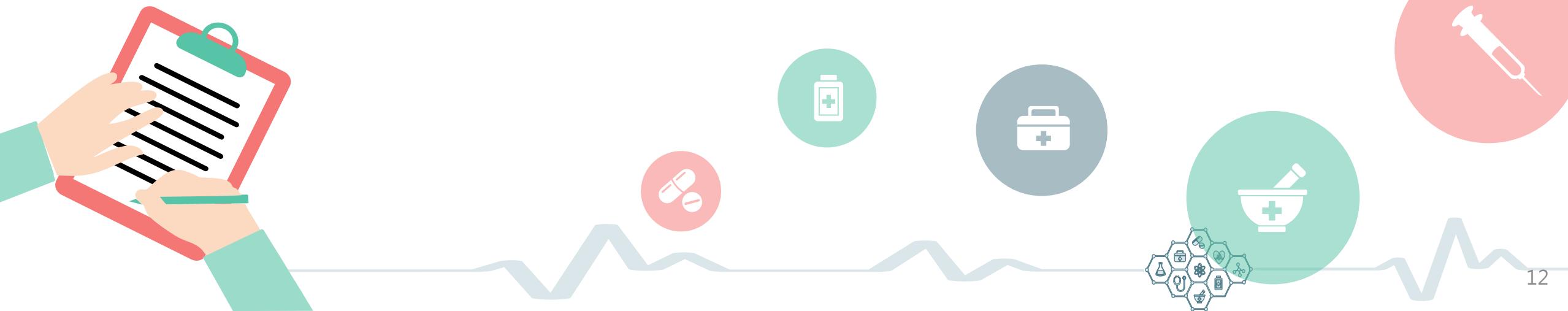


(2)

對於疫後病人醫療利用上升現象，宜妥為因應：疫情趨緩病人開始反應醫療需求，就醫率提升，**如何加強策略聯盟與分級照護，均衡醫院層級服務量與區域分配及衡平點值**，是醫院一大挑戰。



確實現階段的醫院，因疫情趨緩或結束，民眾醫療需求大增，除一方面是因為疫情期間暫緩就醫或疫後長新冠的症狀持續影響，就醫率回升至疫前甚是高於疫情發生前。如何強化分級醫療，均衡醫院層級服務量及平衡點值，**醫院部門將配合健保署的政策規劃落實執行**。





(1)

分級醫療推動多年，宜釐清欲達成之政策目標、檢討政策效果：多年來提供許多機制誘因鼓勵醫療院所積極轉診，但能否達到分級醫療目標仍存疑。從111年西醫門診各層級之醫療利用點數成長率觀之，醫學中心4.35%、區域醫院5.70%、地區醫院8.82%、基層院所-0.10%，此趨勢是否符合分級醫療之政策目標，值得檢討。

(2)

分析各層級醫院之醫療服務特性，檢視分工之適切性：例如：地區醫院在分級醫療之角色為基礎醫療照護，協助重症初步處置後後送。各層級醫療費用成長，地區醫院之門、住診及藥費成長皆為首位，建議分析其增加費用的主因是慢性病照護，急性後期照護PAC或其他因素，從而檢視分級醫療、醫院層級分工政策的適切性。



- 醫院部門認同委員建議應適時檢討分級醫療政策效果，以適時修正執行方向。
- 參據健保署資料所示，單看111年西醫門診醫療利用點數成長率，地區醫院的成長率高於醫學中心及區域醫院，粗略評斷確實有達到中大型醫院減少門診利用率，讓小病往基層院所紓導的方向而基層院所於111年呈負成長（-0.1%），應該仍與COVID-19疫情期間有關。

醫院部門接受委員的建議，**將與健保署請益，分析了解各層級醫院的實際申報情形歸納在慢性病、急性後期照護等項的成長情形。**



(3)

設計更有成效的支付方式及觀測指標：建議以民眾健康需求與就醫行為決策影響因素的角度出發，重新思考不同醫療機構的照護與合作模式，並與健保署共同設計更能展現成效的支付方式及成效觀測指標。

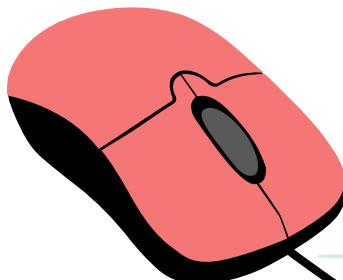
(4)

建議回復推動門診減量政策：111年醫院部門轉診件數雖較110年成長16.03%，但轉診率仍低於108-109年，應與疫情期間停止門診減量政策相關，**建議儘速回復推動門診減量政策**，讓區域級以上醫院回歸提供急重症及住院醫療服務之核心業務。



擬配合建議與健保署共同研討。

有關是否回復推動門診減量政策，醫院部門**擬配合健保署規劃執行**。



(5)

宜建立門診病人分類標準與各層級醫療機構收治標準：醫院分級醫療的目的是提升整體醫療體系的效率，其成效不僅在轉診的人數與件數，更應著重病人病情與醫療供給者間的適合度，所以建立門診病人的分類標準，與各級醫療機構的收治標準才是根本。若是醫院部門認為CMI（病例組合指標，Case Mix Index）可行性不高，可與健保署合作，發展適合台灣門診病人的分類系統。



- 醫院部門擬配合健保署政策指示，共同設計合於門診病人分類標準之指標。
- 現行病例組合指標CMI，係用以住院DRG案件及權重計算，實無法用以評斷門診病人分類的合理性甚是整體醫療體系的效率，且由於DRG權重每年皆有2次變動，在實務計算上有其難度，無法進行連續性的年度間的比較，只能單年單層級評量。

(6)

尊重民眾下轉意願：醫院發展策略聯盟制度後，雖然病人滿意度、管理效能提升，但仍應考慮民眾就醫的可近性及家醫制度的推行，尊重民眾選擇下轉醫療院所的意願。

謝謝評核委員的指導



(1)

對護理人力短缺問題應提早規劃因應：近年受疫情影響、醫院護理人員責任或工作量加重、長期照護吸走護理人力等因素，致護理人力淨增加人數逐年減少，111年已造成部分醫院關病房，加上少子化情況加鉅，可預見未來護理人力短缺，恐將嚴重影響醫療照護品質。應檢討問題原因未雨綢繆，若疫後人力不回流，且醫院持續擴床，應即早準備後續之因應策略。

(2)

請檢討護理人員之工作負擔：護理人力的充足與否，應同時考慮薪資報酬與合理的工作負擔。因此，在合理的薪資報酬下，應提升工作內容設計，否則在不合理的工作負擔下，調高薪資不一定留得住人力。



- 醫護人力在疫後大幅急流湧退，致使醫院醫護人力吃緊，各院只能策略性關床因應，這確實是醫院部門心中最大的痛。
- 醫護人力流失是諸多因素交雜產生，除護理教考用失衡、職場氛圍、多元就業管道的競合的問題、護病比等照護負荷、新進職場及家屬的勸退，還有經歷COVID-19疫情的心累所致。
- **醫院部門長期關注護理人力流失，各層級醫院每年都有不同幅度的調薪資機制，引進智能AI作業系統，試圖簡化行政流程，近年在護病比的要求下，醫院也是一年365天不中斷的招募、提供護理在學生獎學金保障就業等甚是聘請學校到院教學輔導護理同仁考照、升學補足大學或研究所學歷等等措施。**





(3)

期擴大辦理住院整合照護服務試辦計畫，並建立多元服務模式：在少子女化、超高齡化社會情況下，本計畫更形重要，醫院可因不同科別、性質的病房與護病比，招聘、訓練所需之照護輔佐人員（看護），而目前試辦之醫院半數採委外承包方式，較難達成預期效益，期擴大參與醫院與病床數，並建立多元服務模式，精進住院照護品質。

醫院部門擬配合政策，逐年調整配置，儘可能擴大住院整合照護服務的試辦，歷經二年執行，醫院了解住院整合照護服務要執行的好，已著手自聘可行性，護佐人員還是得自聘才能徹底掌握人力的服務品質，但以現行照護人力短缺及有競合問題下，試辦規模勢必受限，委員的意見，醫院部門會謹記在心努力達成。

(4)

請改善精神專科醫院病人跌倒發生率：
110年10.46%、111年9.88%，約為全國0.52%、0.51%的20倍，應提出改善策略。

精神醫院跌倒率自110年開始攀升，估計與長效針劑於110年納入健保給付-「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」相關，使得是類住院案件的嚴重情形相對較高，又精神專科病人多數為年長者(>65歲)，身患多重慢性疾病及精神共病，使用多種高危跌倒藥物(如安眠劑、鎮靜劑、心血管用藥、精神科用藥)，造成步態不穩且身體虛弱，且多數病人執意自行下床不願意他人陪伴導致，單位皆完成逐案分析並施行改善方案，醫院部門會努力改善精神專科病人跌倒發生率。



(1)

醫院部門有許多引領制度改革計畫，執行成效不宜聚焦於過程面細節，建議能**發展監測指標**，呈現提升被保險人健康的照護成效。

(2)

醫院部門**111年專款項目增至22項**，建議健保署與醫院部門檢討專款項目之必要性，試辦一段期間後應考慮納入一般服務或退場，不宜持續以專款項目編列預算。

(3)

建議對於已近收尾或無法發展的**專案**，準備**退場事宜**；對於性質相近或重疊性高的專案，可考慮整併；執行穩定成熟且具成效的專案，則宜轉入一般服務與相關醫療處置銜接。



- 醫院部門認同委員所提專款近年確實增加許多，確實有檢討必要，其源自健保中長期改革項目，屬性傾向公共衛生，醫院部門協商時亦有表達不適之理由，但既核定預算，醫院部門就會努力達成任務。
- 新增專案溯源納入專款理由在於運用健保系統加速落實執行，活化公務預算之需，卻相對加重健保負荷，讓原不足的預算更加不足，是否有達到原善用健保系統併同執行公共衛生形成綜效，值得討論。
- 對於計畫項目的**監測指標**，醫院部門會再與健保署請益，試共同發展**Outcome Base**的指標，以呈現照護成效。至於專案的退場 / 整併或轉入一般服務，醫院部門**皆配合健保署辦理**，新設專案都訂有**試辦5年，逐年檢討存廢的原則**。



(1)

推動DRGs應列為113年優先改善重點：Tw-DRGs導入規劃多年，醫院協會著力於其基礎建設及執行面問題，並配合健保署更新ICD-10-CM/PCS至2023年版，實屬不易。惟報告說明尚有多項手術無DRGs落點，請儘速與健保署溝通、釐清所臚列的問題，並於113年就已有共識之項目先行實施。

(2)

之前因ICD改版而使Tw-DRGs中斷推動，考量疾病分類將會持續改版更新，若以此為由Tw-DRGs將會被無限推遲。建議與健保署溝通釐清所臚列的問題，聚焦於目前Tw-DRGs的分類在臨床與成本的一致性與解釋力，加快導入Tw-DRGs進度，以利持續發展成穩定的台灣版本後，據以執行。

(3)

醫院管理上應減少推動DRGs阻力：DRGs支付點數是以總體平均值為計算基礎，醫院管理者在運用時，應留意個體與總體的差異，不宜直接以平均值套用在個別病例或以個別病人為單位進行成本管理，將可提高推行DRGs之可行性。



- 基於醫院在整體醫療系統中扮演守護國人健康、診治疾病、防疫抗疫的最後一道防線，所以必須維持穩健財務，確保營運正常才能執行各式改革。
- 醫院部門自102年起承健保署委辦輔導全國醫院進行健保償付系統基礎ICD改版迄今，完成ICD-9到ICD-10的大幅改版再到ICD-10 2014年版轉換至2021、2023版，轉譯所有健保文件外，亦與健保署共組Tw-DRGs工作小組，針對推動DRG的各方向議題（含醫學會議議項目）逐一釐清，並試圖提出來自醫界的專業意見。
- 委員所提OR Procedure無落點及轉版後MDC變動、DRG費用落點因改版而變動，由醫院部門提供計算邏輯，健保署以全國申報資料進行試算，以尋求最適處理原則。
- 另就DRG是否合於雙軌推動，醫院部門實不建議冒然採雙軌推動，因同一分區卻執行二種不同版本的支付分式，管理及計算複雜度倍增，且內科系病況複雜的個案問題仍無解，改版後DRG支付通則4.0版的權重及編譯單機版都未釋出，醫院根本無法預先盤點評估可能的財務衝擊，這是推動DRG除需要有正確無誤的ICD-10分類、MDC校正及DRG對應外，最重要的關鍵因素。
- **醫院部門傾力支援健保署就基礎工程、管理議題積極與健保署溝通，再再反應願成事的用心，惟求對醫院財務衝擊在可控的範圍推行。**

5

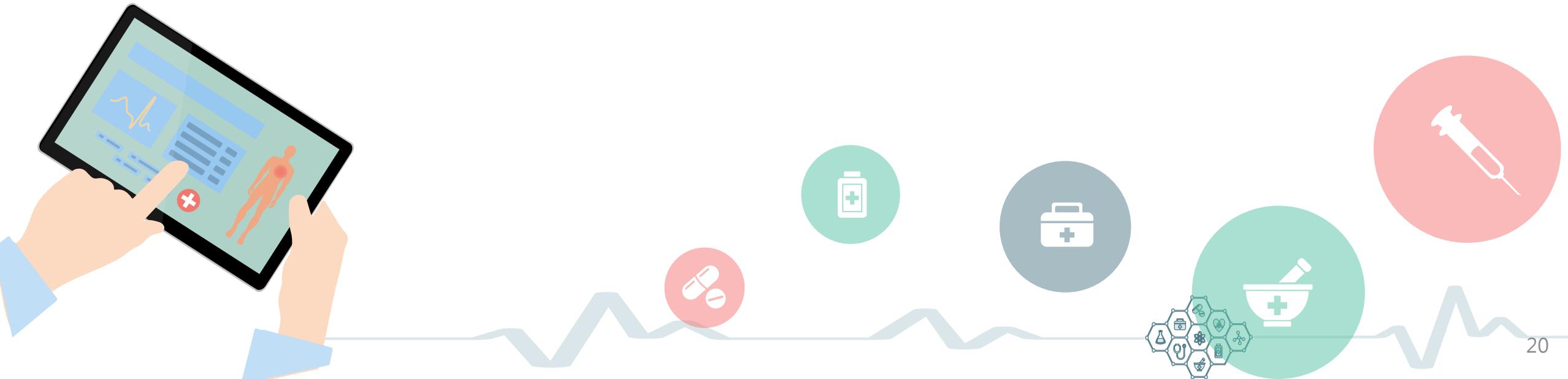
應積極進行支付制度改革，提升健保支付效益

(4)

應發展門診前瞻式支付方式：醫院部門的**門診與住院費用比例長期處於失衡狀況**，且有惡化的趨勢，在Tw-DRGs遲未能實施的情形下，建議醫院部門思考與健保署合作發展門診的前瞻式支付方式，例如：以照護時間為單位包裹支付如：糖尿病、精神疾病、慢性腎臟疾病等慢性病照護，以合理控制門診費用的成長。



所謂門診前瞻式支付方式，實際內容醫院部門尚未有相關資料可參考，健保署亦未啟動研商程序，但就委員建議的項目，**醫院部門將配合健保署政策進行相關討論及因應規劃**。



6

對醫療品質之改善建議



(1)

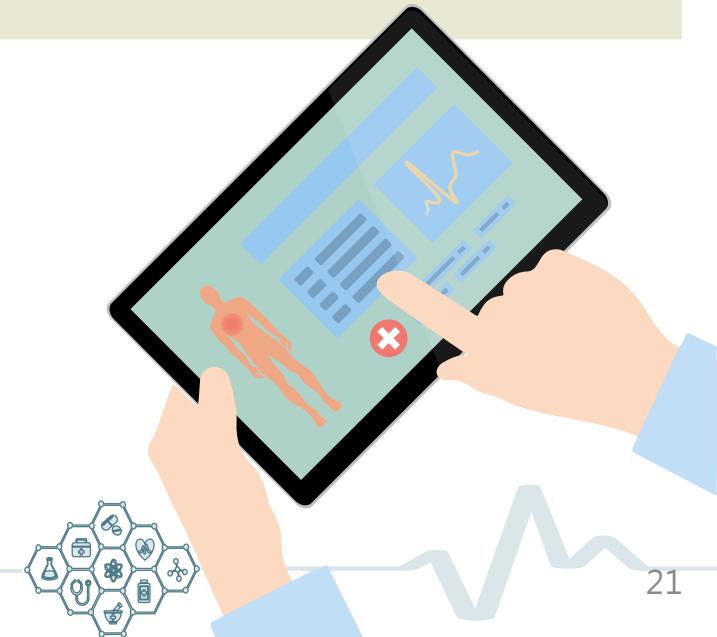
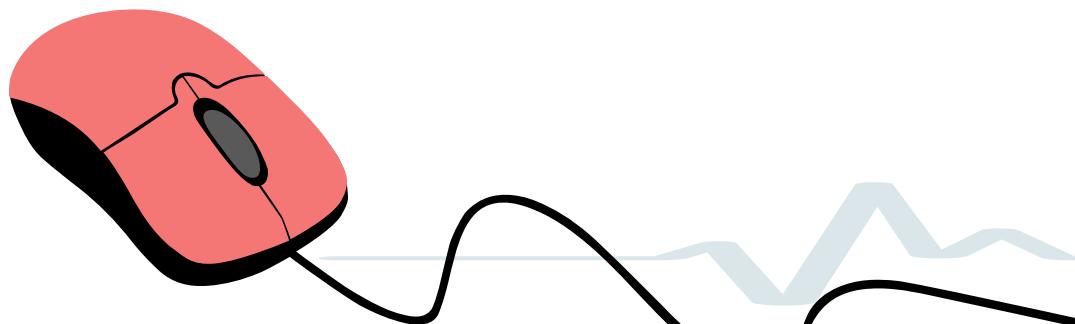
111年醫療品質指標「清淨手術後使用抗生素超過3日比率」、「人工膝關節置換術後90日內置換物深部感染率」均上升，**應對偏高的個別醫院加強輔導改善**。

(2)

醫療服務品質指標及品質保證保留款（簡稱**品保款**）分配指標，多以利用率與行政管理為主，建議**增加反映健康成效或醫療品質的結果面指標**。



醫院部門將依據建議，於日後設計品保指標時列入考量，另就醫療品質指標偏高的院所，與**健保署暨分區業務組合作**，強化**宣導與輔導**。





(1)

為提升**審查制度合理性與持續性**，建議醫院部門與健保署合作，重新檢討、修正「全民健康保險醫院總額醫療費用案件專業雙審及公開具名試辦方案」。

(2)

有關**隨機抽審核減回推比例**，亦應重新檢視回推比例設定上限是否妥適，有無因制度設計造成僥倖心態，以致有劣幣驅逐良幣之虞。

- **醫院部門配合健保署政策指示執行**全民健康保險醫院總額醫療費用案件專業雙審及公開具名審查，係就審查作業方法的調整，使其公平性、受爭議性減少，評核委員所疑慮的應該是核減回推的比率問題，擔心是否因為具名審查而使得核減率下降，給付費用相對增加。
- 審查隨機抽審及核減回推的比例，係依據【全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法】第22條規定及其附表比例執行為原則，搭配各健保分區業務組與醫院共組成之共管會就分區預算資源配置管理方案，而有不同程度的調整，如參與自主管理方案的院所，其隨機案件審查分級就會依當季申報一般總額醫療服務點數不同而有不同的送審比例。
- 審查案件爭議案件有逐年減少，公開具名審查也因實際執行的科別減少而由各別具名導向團體具名，強化審查醫藥專家安全性的照顧且提升其榮譽職的氛圍。
- 醫院部門審查案件係依據健保署政策辦理，除109-111年因疫情因素審查作業減緩，112年已大幅增加審查案件，未來亦將配合健保署進行適度檢討。
- **有關審查核減回推比例，係主管機關權責，醫院部門擬提供專業諮詢意見並配合健保署政策指示。**





3

TEXT

支付制度改革 TW-DRGs推動進度

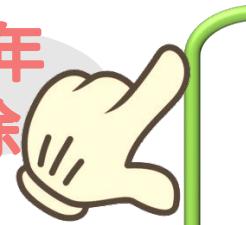
{ 參照書面
一般報告P.31~32
專案報告P.39~42 }



ICD-10-CM/PCS轉版、問題與排除



112年
排除



01

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

02

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

03

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

04

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

05

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

■新增代碼歸屬(如無DRG落點)

- 查2023年ICD-10-CM/PCS新增代碼為X章節計有303個，並將新醫療科技分為第2群~第8群新科技。
- 考量尚無相關申報資料，爰建議暫不處理，待有費用資料可進行試算分析後再議。

■ICD-10-CM/PCS轉版後所屬MDC別改變及DRG歸屬衝突等疑義

- 關於350個2014年版ICD-10-CM經轉版成為2023年版後，產生MDC異動，經討論共識，兩者MDC不一致，歸納所屬之MDC並無對錯，惟基於Tw-DRGs係依循AP-DRG，再者，MDC調整異動未有相關費用改變數據資料，爰建議維持2014年版MDC(即不異動)。

■原分類架構問題(ORP無適當DRG落點)予以分類(如下)，提供健保署後續審視參考

- 原列於2014年版DRG分類表，而被動刪除之代碼
- 已於轉版專案進行無落點審視後，仍無法給予適當落點之代碼
- 因專案執行期間所訂各項轉版原則，致使該代碼變成無落點者(例如：決議採行2023年版ORP屬性，進而刪除2014年版不符屬性之代碼)

■代碼屬性改變(如ORP/NON-ORP)

- 查2014年版ICD-10-CM/PCS屬ORP，2023年版轉變為NON-ORP涉及20個MDC，345項DRG。
- ORP屬性改變之PCS代碼數量龐大，健保署難以針對逐項PCS代碼對於DRG分類影響範圍評估，爰僅擇定涉及DRG項目數最多之PCS代碼進行資料試算經委員初步檢視，爰考量費用分析參考性有限，建議先維持2014年版調整為NON-ORP，俟後續費用申報監測進行檢討調整。



■對於Tw-DRGs雙軌擴大推動規劃（草案）醫界意見

經醫院協會2次全國醫院問卷調查結果，因健保署所擬推動雙軌內容版本不明，無法評估是否參與，受訪單位傾向反對雙軌，其回復因素整理如下：

- ① 現行草案未有明確內容，宜儘速提供擬推行DRG雙軌所依據之支付通則權重資料，供醫院評估財務狀況以決定是否加入。
- ② 就雙軌版所擬「得核實申報個案數比率」，建議健保署先行試算目前各層級超出上限臨界點案件申報情形，再細部討論採以依層級別設計得核實申報的個案比率或及依醫院DRG個案數設分群不同核實比率。
- ③ 價值型支付標準獎勵設計，建議健保署就獎勵計算、周期、評分方式再予釐清，並建議加入對重症保障的誘因，以增加醫院的參與意願。
- ④ DRG定額支付「住院」擴大為「入院至出院後3日內門、急診」，需清楚定義，實施初期建議作為獎勵，而非直接放至支付通則嚴格限制。
- ⑤ 對於預算方案之分配，含醫療費用及獎勵方案所佔比例為何。
- ⑥ DRG雙軌試辦方案的行政作業建議予以簡化。

雙軌 (草案)	導入項目範圍	支付 通則	價值支 付獎勵
參加 醫院	第1-2階段407項 DRG+ 第2階段暫緩及第3階段共 271項 DRG (新增)	雙軌版 支付通則	有
未參加 醫院	第1、2階段407項 DRG	3.4版支付 通則	無

■對於Tw-DRG後續執行思考

- ① 考量現行DRG的現況，由先前的外科系逐步進入到複雜病症的內科系，包裹給付往往會因內科系所涉及的病況複雜、跨多科或有其他特殊因素如病人突發情形而使得治療成本超出預期，爰醫學會多半要求再分類再拆組，致使個案數大幅下滑而不具代表性，持續細拆下去並不是有效解決DRG推動困難的作法。
- ② 對於重症給予適當保障或排除是有需要的！
- ③ 有關重症保障項目，以病人入住ICU、具侵入性治療、超出outlier等要件居多，ICU個案的花費很常超出上限，本項醫院協會於108年時亦提及，由於這類的個案不會太多，建議列為支付通則的排除項目，並設明確的定義為病人入住ICU達三日（含）以上，具侵入性醫療處置且整體醫療費用超上限之個案應予保障跳出DRG外，採核實申報，始得正向回應區域級（含）以上醫院執行複雜重症之擔憂。
- ④ 價值型支付標準獎勵設計採用外加概念。

★DRG不可能百分百的完全執行，勢必有些項目鑑於醫療臨床實務仍須排除，才能逐步推動。





4

TEXT

維護保險對 象就醫權益

{ 參照書面報告P.33 }



112年醫療服務品質調查結果(問卷)



指標項目	年	108年	109年	110年	111年	112年	補充說明
最近一次看診醫院的醫療結果滿意度							112年度醫院部門整體醫療結果滿意度為94.2%較111年提升，而肯定態度減少0.9%
--滿意	96.8%	95.9%	93.2%	94.1%	94.2%		
--肯定態度	98.4%	96.8%	97.3%	97.6%	96.7%		
就醫過程滿意度							
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)		89.1%	94.0%	90.5%	90.8%	88.5%	112年度民眾對醫師看病及治療所花費的時間滿意度較111年減少2.3%
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)		76.3%	56.3%	64.1%	63.8%	62.1%	112年度醫護人員進行衛教指導的比率較111年度減少1.7%
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		89%	80%	67.9%	71.8%	69.8%	相較於111年度，112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減少2%
就診時醫師是否會病人共同討論照護或治療方式 (總是有)		92.4%	79.1%	66.3%	70.8%	76.4%	醫師會與病人共同討論照護或治療方式，112年度滿意度較111年增加5.6%
就診時醫師是否有提供問問題或表達顧慮的機會		96.2%	91.4%	73.9%	76.1%	72.4%	就診時醫師可供詢問及接受表達顧慮的滿意度112年度較111年減少3.7%

112年民眾
對於整體醫
療結果
96.7%
滿意度。



112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	108年	109年	110年	111年	112年	補充說明
自付其他費用 前3名項目							
--第一名 (百分比)	藥品 48.0%	藥品 41.0%	藥品 48.4%	藥品 43.5%	藥品 46.7%		112年度自付費用的前三名與111年項目一致。
--第二名 (百分比)	檢查 15.1%	病房差額 20.4%	檢查 12.9%	耗材 20.5%	耗材 16.2%		除藥品較111年增加3.2%外，耗材及檢驗(查)皆減少，其中耗材比率有顯著減少
--第三名 (百分比)	打針 13.9%	耗材 17.4%	耗材 12.4%	檢查或檢驗 12.4%	檢查或檢驗 12.2%		
自付其他費用 前3項原因							
--第一名 (百分比)	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%	健保不給付 45.6%		本項題目於111年略有調整。
--第二名 (百分比)	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%	使用較好自付全額 19.6%		112年民眾自費因素經調查以健保不給付45.6%最多，使用較好自付全額及補付差額分別為第二、三名
--第三名 (百分比)	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%	使用較好補付差額 13.2%		

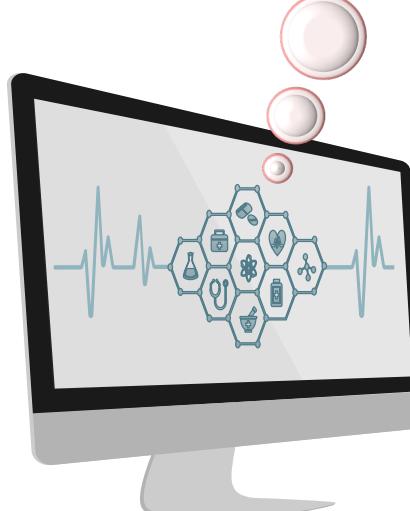


112年民眾就醫可近性與及時性(問卷)

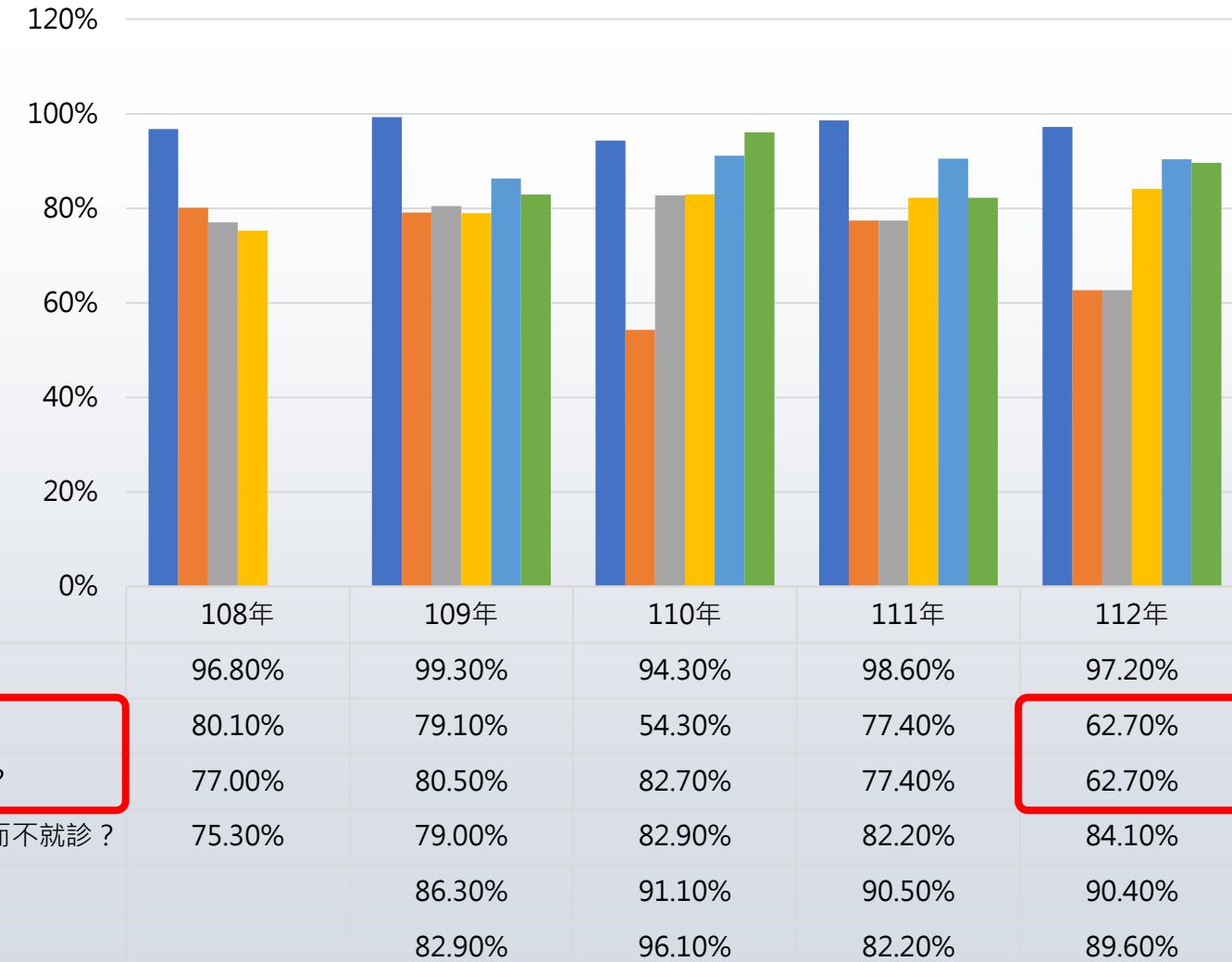


主因醫護人力在疫後大幅急流湧退，致使醫院人力吃緊，各院只能策略性關床因應，進而影響住院病床之安排，造成感受顯著降低

考量疫情指揮中心業於112年5月1日起防疫降階，COVID-19調整為第4類傳染病，指揮中心同日解編，爰112年起取消COVID-19疫情就醫情形調查



- 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)？



112年不同都市化地區醫療分布情形(監理指標)



- ✓ 112年以鄉鎮市區發展程度，最高與最低兩組醫師人力比為93.77較111年的95.81下降，由此可知城鄉醫師人力比率差距已漸縮小。
- ✓ 112年就醫率(一般地區、醫療資源不足地區、山地離島地區)皆較111年增加，其中醫療資源不足地區與山地離島地區均增加2%左右，疫情後民眾恢復日常看診習慣。

指標項目	年	108	109	110	111	112
醫師人力比		73.09	83.29	90.13	95.81	93.77
就醫率						
一般地區		54.28	52.36	51.23	54.18	55.71
醫療資源不足地區		57.82	56.65	55.51	56.74	58.65
山地離島地區		60.94	58.63	57.85	60.26	62.38

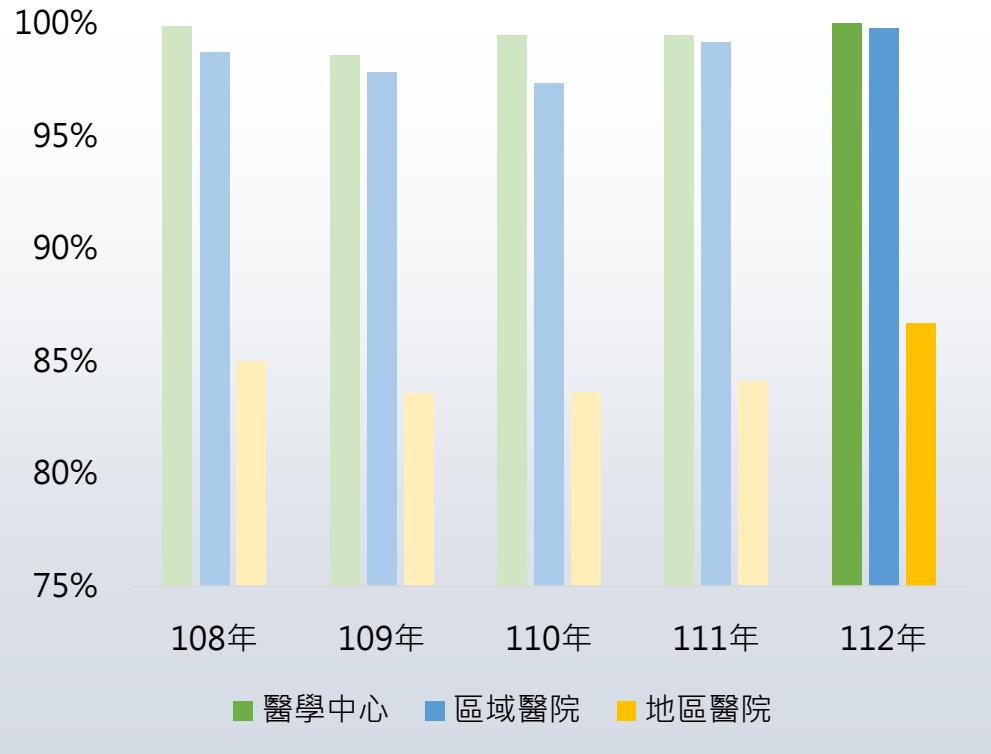
指標項目	分區	全國	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
醫院數		468	107	67	103	65	109	17
醫院醫師數		34936	13099	4405	6425	4464	5631	912
每萬人口西醫醫院數		0.20	0.14	0.17	0.23	0.20	0.30	0.32
每萬人口醫師數		14.92	17.41	11.30	14.08	13.66	15.47	17.24
就醫人數(千人)		13823	4827	2591	2955	1955	2231	346
每萬就醫人數醫師數		25.27	27.14	17.00	21.74	22.83	25.24	26.34



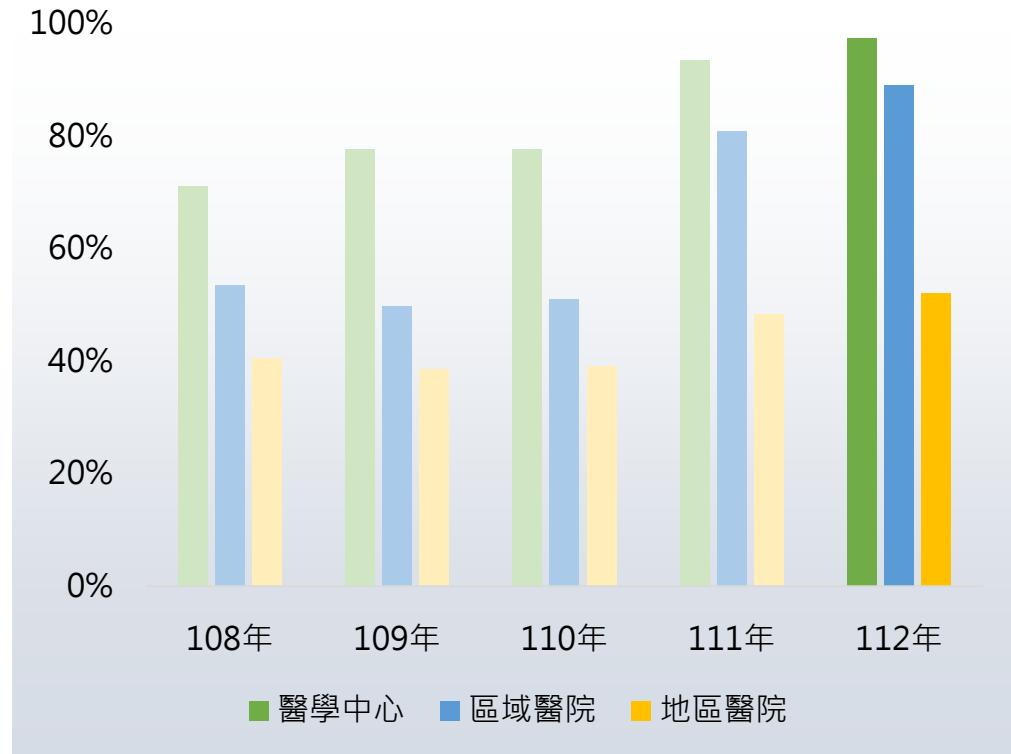
112年週六、週日開診情形(監理指標)



周六開診率



周日開診率



112年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111年成長



112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



112年民眾申訴
案件數比111年

下降

6.22%

排行年	108年	109年	110年	111年	112年
1	自費抱怨 250件/29.41%	其他 215件/26.28%	其他 220件/29%	其他 187件/27%	其他醫療行政或違規 事項 135件/35%
2	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%	疑有虛報醫療費用 80件/21%
3	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%	其他 54件/14%
4	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%	自費抱怨 46件/12%
5	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%	藥品及處方箋 33件/9%





5

TEXT

醫療服務 品質提升

{ 參照書面報告P.42 }



專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施



※整體醫院總額醫療品質指標四類幾近全數達標！

門診醫療品質

全數低於參考值

手術暨檢查品質

全數低於參考值

住院醫療品質

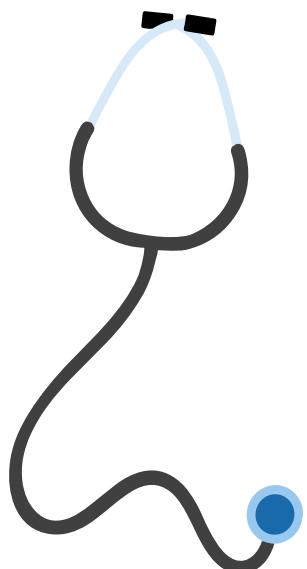
清淨手術術後使用抗生素超過3日高於閾值

- 手術後使用抗生素大於3日案件數有持續上升，惟手術案件數則是在疫情期間有下降
- 推估原因為疫情期間COVID-19的用藥讓國人對抗生素產生抗藥性，以致抗生素使用大於3日的案件量增加，會持續觀察並檢討。

指標疾病

18歲以下氣喘病人急診率高於參考值，

- 108~112年發現本類疾病病人於COVID-19疫情期間(特別是110年)不論是一般就醫或是因急診就醫其人次數明顯下降，而每年度的指標參考值計算主要係以最近3年全區平均值 $\times(1+20\%)$ 作為參考值，112年的三年平均採計的是108年-110年，因此，參考值受110年影響相較於前面幾年來的低，也就是標準相對嚴格
- 檢視112年就醫人次數已趨近於108年(疫情前)，而急診就醫人次則稍微高於疫情前，故，會再持續觀察並檢討。



108~112年醫院總額品質保證保留款異動一覽表



年度	項目	計算公式	基本獎勵	指標獎勵申報項目
108年			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	(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*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品質精進獎勵，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。	逐年檢討修正
112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*30% B品質精進獎勵，品保款*30%	醫學中心品保款*90%，最高以12項計算 區域醫院品保款*85% (55%按指標達成項數分配，最高以10項計算、30%按指標達成項目及權重分配，最高以11項計算) 地區醫院品保款*40% 第一組最高以10項計算 第二組最高以6項計算	

其他改善專業醫療服務品質具體措施



提供健保署意見

- ✓ 112年醫院部門持續配合健保署就醫療品質公開指標及不予指標指標等項目進行研商，歷經多次會議討論擬就健保署111年建議增列之疾病別指標中**增訂3項指標**做為醫療品質公開指標項目：
 - 1) 肺炎出院後三日內因肺炎再住院率
 - 2) 住院手術採全身麻醉出院後三日內因肺炎急診或再住院之比率
 - 3) 肺阻塞出院後十四日內因肺阻塞再住院率

追蹤指標討論

- ✓ 本會醫院醫療服務審查執行會-品質委員會的平台，持續就是是否增訂黃斑部病變及類風濕性關節炎兩類疾病指標進行討論，經本會持續討論後建議**增訂乙項黃斑部病變指標**，而類風濕性關節炎則暫無建議之指標項目。
- ✓ 健保署回應將依本會建議開發指標，並於健保資訊網服務系統平台定期回饋指標分析結果給各醫院參考。

- 1) Lucentis及Eylea使用率。
分子：Lucentis及Eylea使用病人數。
分母：診斷為黃斑部病變病人數。

設計新指標

- ✓ 本會醫院醫療服務審查執行會-品質委員會的平台，主動研議增訂**乙項精準指標**，指標研發構想為：分會提出->本會徵詢意見->請健保署協助檔案分析->討論指標操作型定義->本會自行檔案分析->請健保署再次就本會修訂之定義進行檔案分析。
- ✓ 歷經多次檔案分析及會議討論，本會尚在研議其操作型定義，擬待確認後再函送健保署。

- 1) UACR檢測合理量(180天內執行大於2次)
本會對於180天內可執行之次數尚在研議中





6

TEXT

協商因素 執行情形

{ 參照書面報告P.50 }



延續項目之執行_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。

依健保署資料，109年以前，修訂藥品給付規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		112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	申報 金額	合計
年度預算(億)(含給付修訂)	20.63		34.4		33.19		34.86		46.32		36.5		42.16	
申報合計	32.8681		11.8513		50.1625		39.3184		7.7792		7.7828		4.8775	
預算不足數	-12.24		22.55		-16.97		-4.46		38.54		28.72		37.28	
預算 (含給付修訂)	11.48		24.3		22.34		26.35		31.12		26.764		26.74	
預算不足額	-18.12		15.75		-26.74		-10.25		24.88		23.34		24.74	
新藥	3.1351	29.598	3.43	8.5452	16.312	49.075	26.449	36.603	6.245	0.293	3.427	2	2	
修訂藥品給付規定	26.463	1	5.1152		32.763		10.154		註		3.134		未提供	
預算 (含給付修訂)	5.22		6.1		5.85		6.92		10.7		7		9.1	
預算不足額	3.38		3.93		5.50		4.82		10.31		3.26		8.10	
特材	1.3876	1.8401	2.171	2.171	0.327	0.35	0.402	2.105	0.39	3.743	3.743	0.997	0.997	
修訂特材給付規定	0.4525				0.023		1.703		0.39		3.743		未提供	
預算	3.93		4		5		4.5		4.5		2.73		6.32	
新增診療項目	預算不足額	2.50		2.86		4.26		3.89		3.36		2.12		4.44
新增項目	1.224	1.4299	0.7173	1.1351	0.7375	0.7375	0.1726	0.6104	1.1318	1.1442	0.6128	0.5463	1.8805	
修訂項目	0.2059		0.4178				0.4378		0.0124		0.6128		1.3342	

註：110年生效之給付規定修訂共計40項章節，於該區間實際申報點數共計38,681.1百萬點



延續項目之執行_新醫療科技

歷年新藥預算與實際申報的5年統計情形

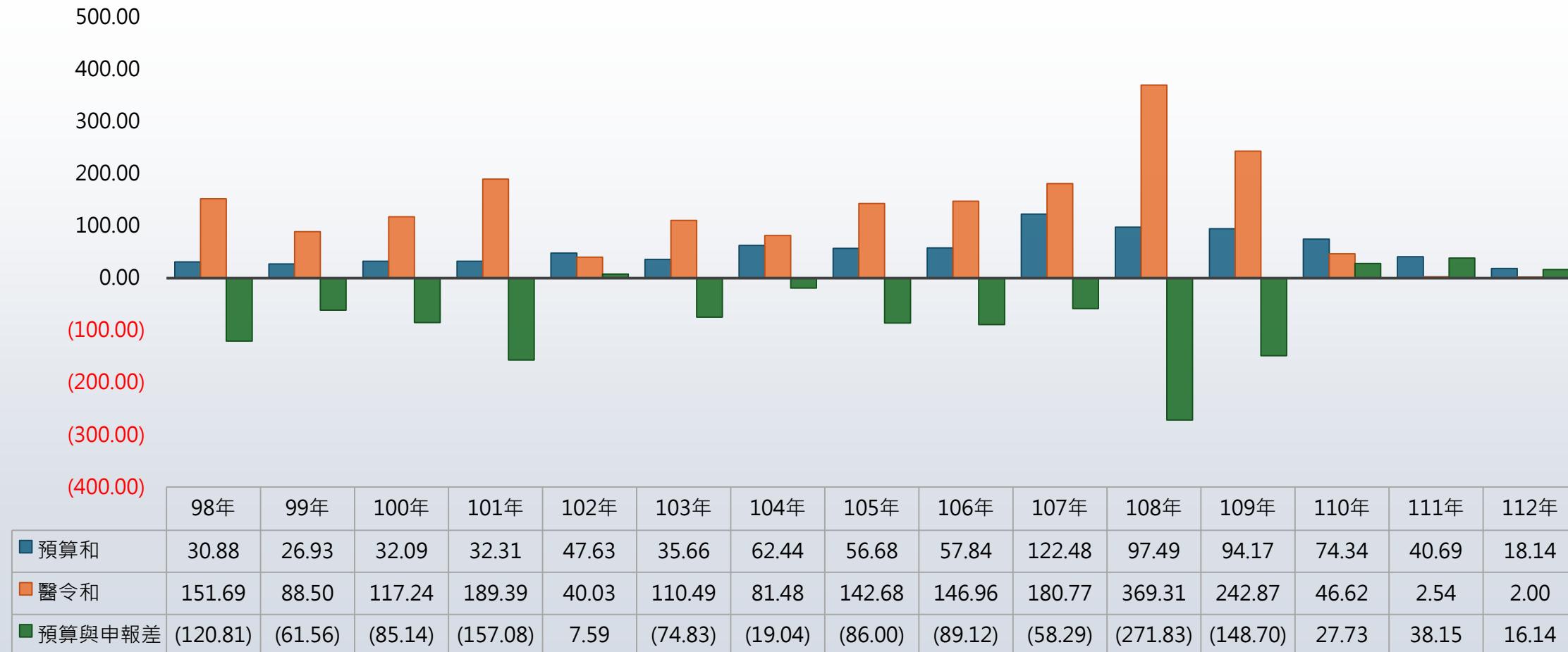
新藥新科技最為醫界所爭議的問題—預算編列與實際申報的差異

基於任何新納保的給付項目，皆有遞延成長的特性，預算當年因收載月份而有不同的費用產生。除103、106年為收載年申報大於預算，餘年尚有部分結餘。

若以5年資料來看，普遍呈現的是預算和低於實際申報和，近10年新藥預算當年的餘數已用於支付其他收載品項扣除第一年之後的不足額。

爰，新藥預算的估列已含蓋5年的使用的說法，並不正確。

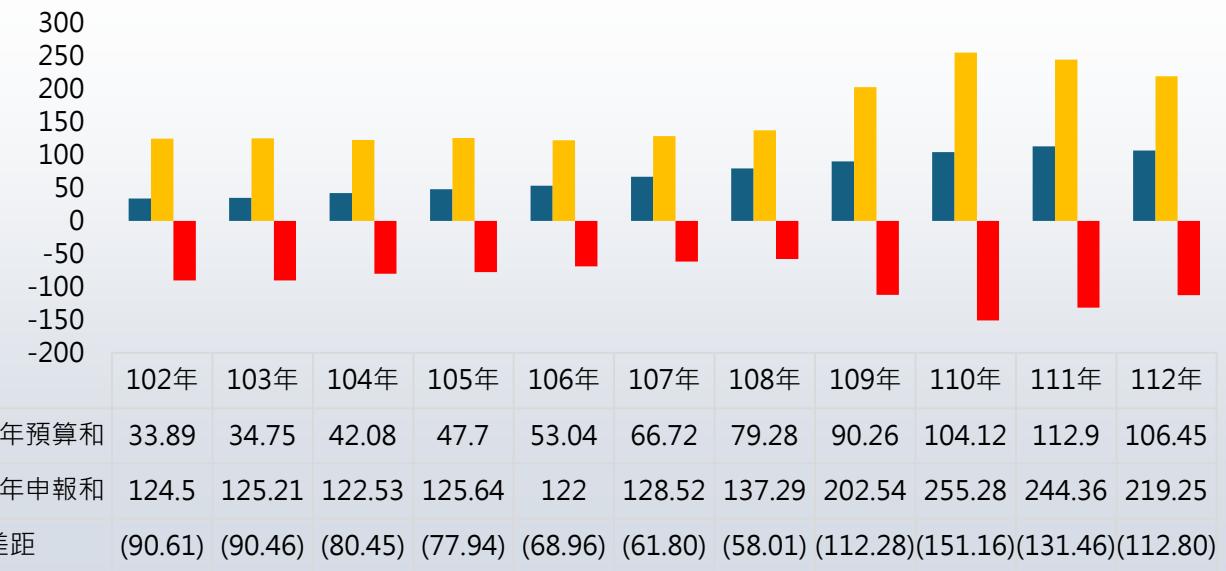
98-112年新藥以納保年累計同品項5年醫令申報及預算差



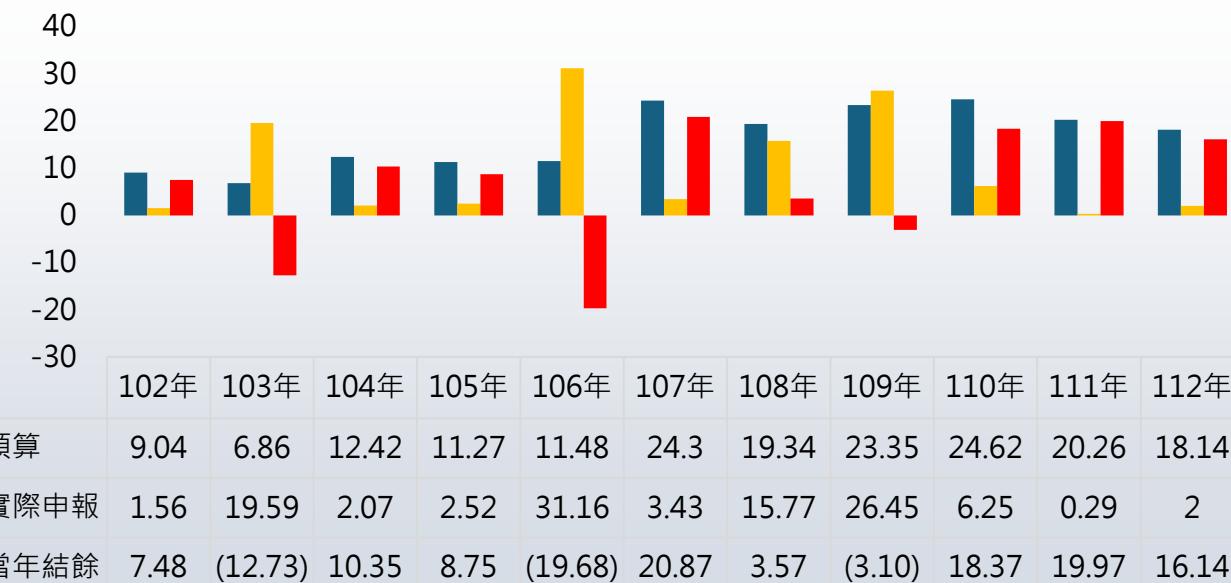
延續項目之執行_新醫療科技

歷年新藥預算與實際申報的5年統計情形

以年度累計5年新藥預算和及實際申報差情形



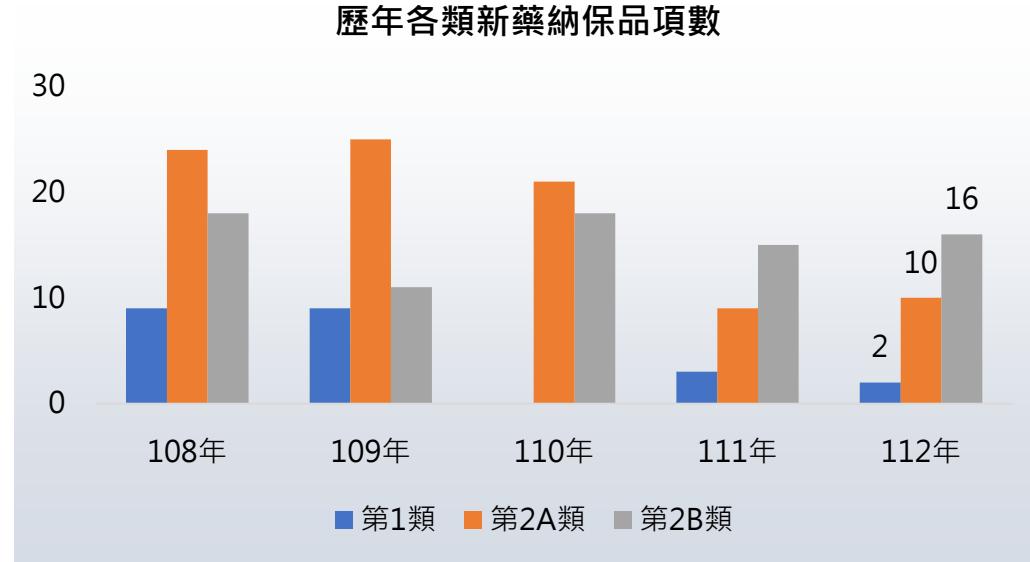
102-112年新藥當年預算與實際申報情形



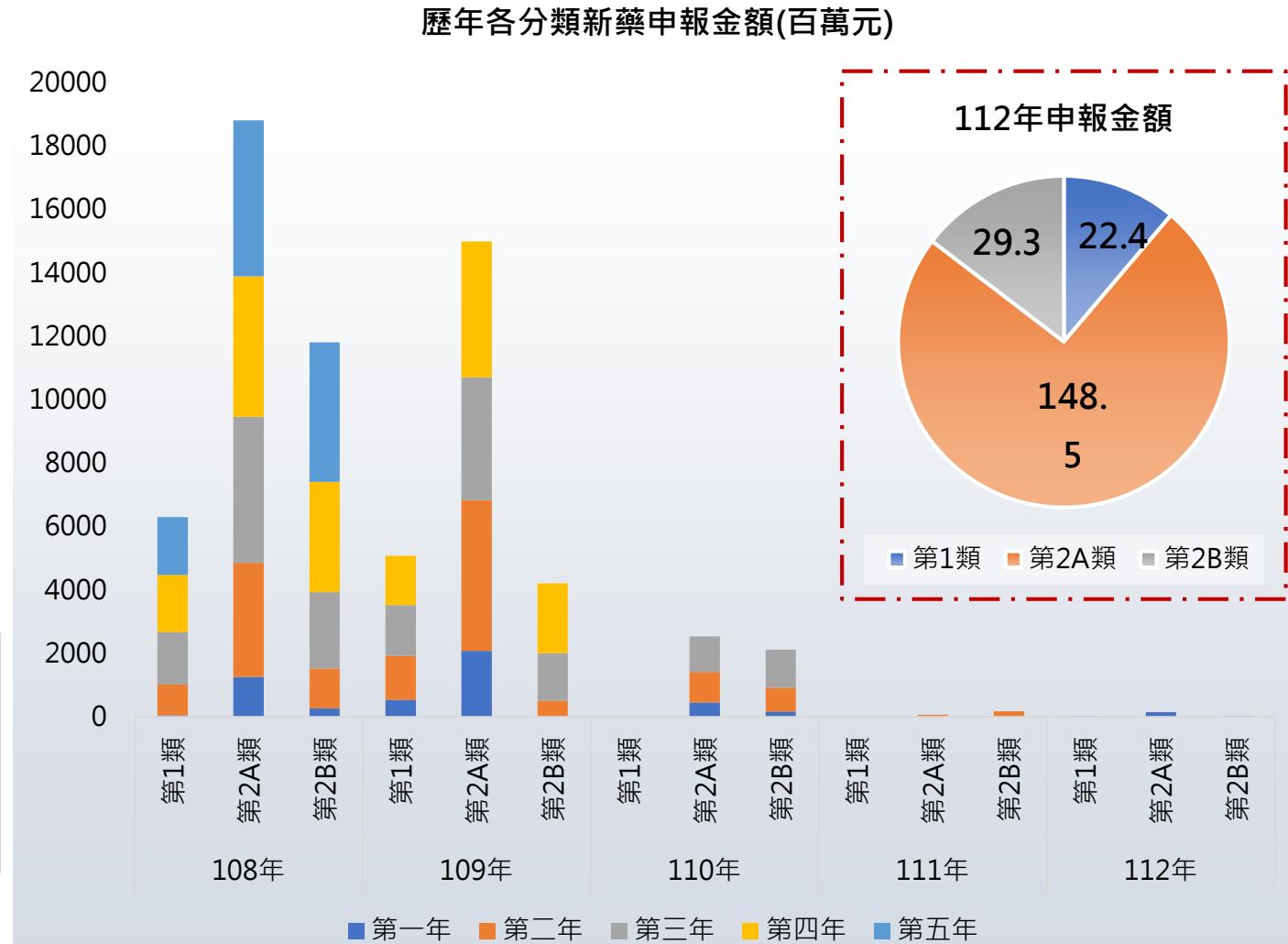
延續項目之執行_新醫療科技



108年~112年總額新藥（依新藥類別）納入健保給付品項申報情形



- ✓ 112年新藥納入健保品項合計28項
- ✓ 第1類新藥2項、具療效改善第2A類新藥10項及具經濟價值的新藥（第2B類）16項，合計申報為200.2百萬元



延續項目之執行_新醫療科技 (新特材)

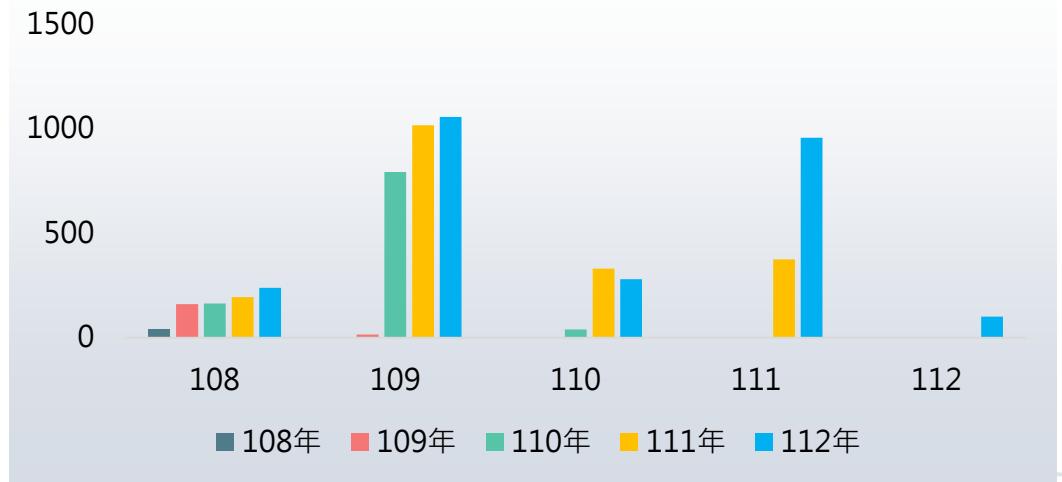


108年至112年新特材預算及申報情形扣除替代效應

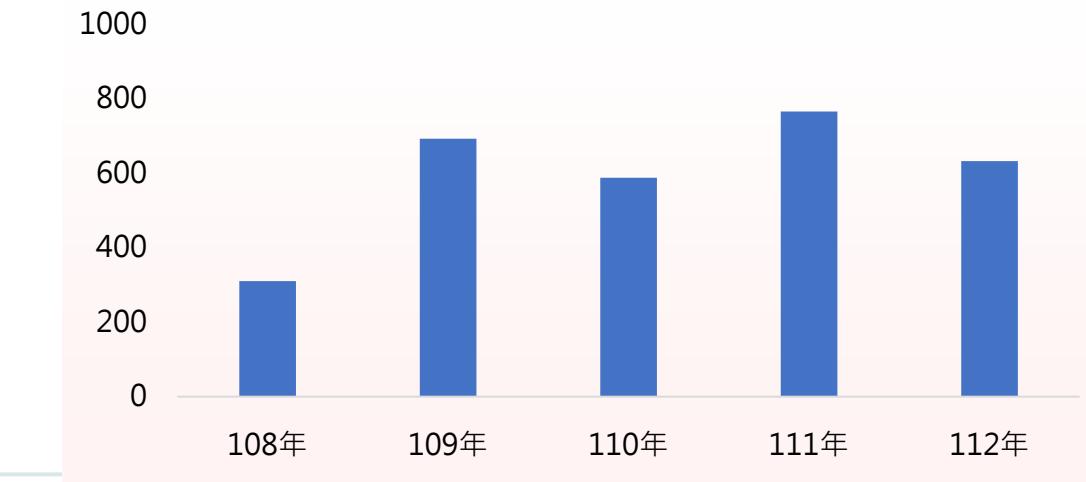
收載年度	品項數	預算	申報金額 (百萬點)					
			108年	109年	110年	111年	112年	合計
108	78	309.3	42.7	160.4	163.4	193.6	237.8	797.9
109	68	691.4		14.6	791.3	1,014.9	1,055.2	2876
110	121	587.4			39.4	329.0	278.8	647.2
111	134	764.5				374.3	954.8	1329.1
112	87	632.0					99.7	99.7
收載5年 新特材報累計	488	2,984.6	42.7	175.0	994.1	1,911.9	2,626.3	5750



108年至112年新特材申報



108年至112年預算編列數

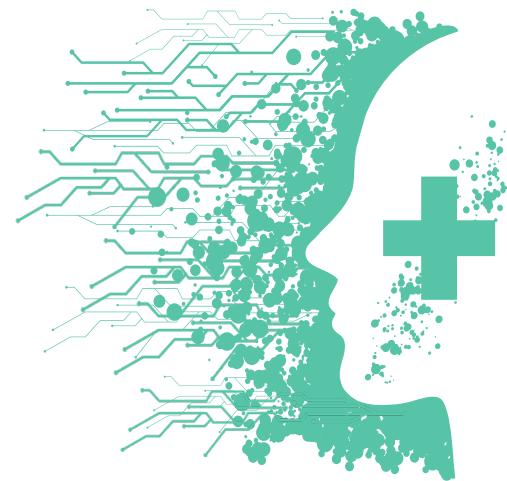


延續項目之執行_新醫療科技 (新增診療項目)

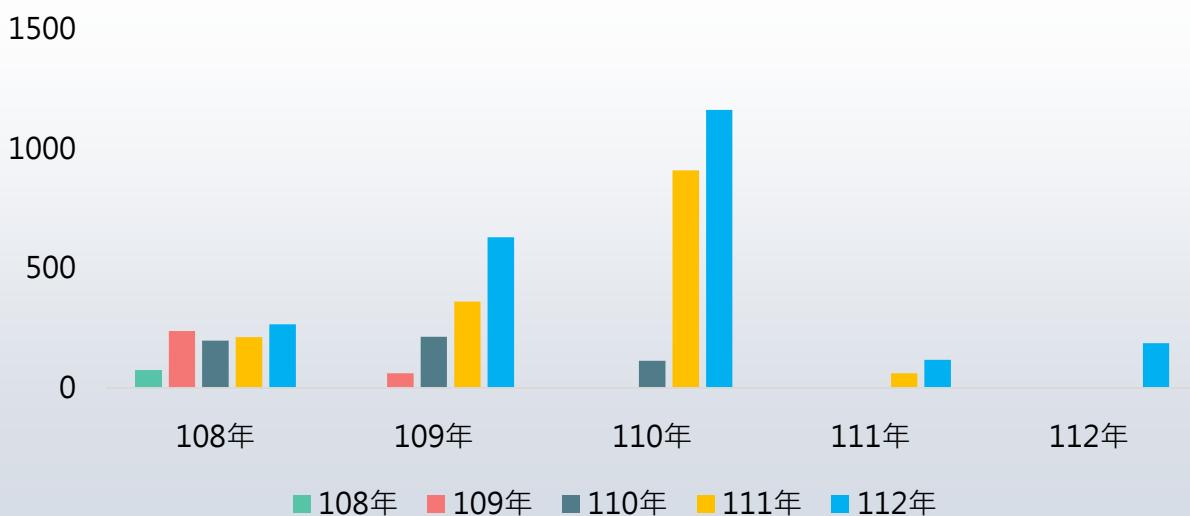


108年~112年新增診療項目預算及申報情形

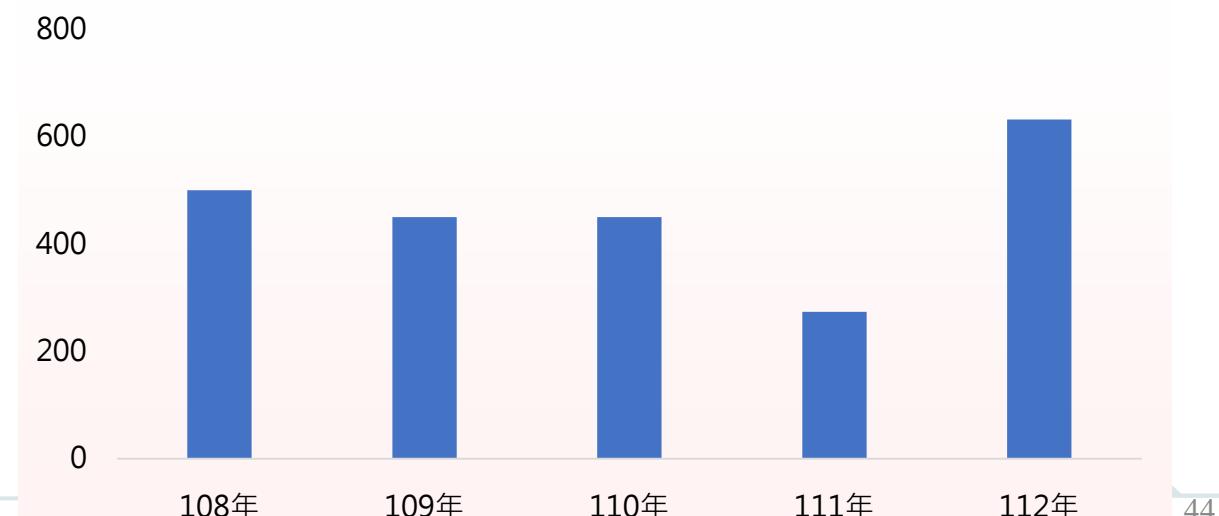
申報年度 生效年度	項目數	預算編列數	新增診療項目推估增加 預算(百萬)	108年	109年	110年	111年	112年	小計
108年	23	500.0	387.13	73.75	238.48	198.01	213.19	266.33	989.76
109年	44	450.0	258.54		61.04	214.78	361.38	629.84	1,267.03
110年	151	450.0	447.58			114.43	909.83	1,163.53	2,187.79
111年	50	273.6	272.48				61.28	117.43	178.70
112年	174	632.0	622.87					188.04	188.04
合計	442	2,305.6	1988.60	73.75	299.52	527.21	1,545.68	2,365.16	4,811.32



108年至112年新增診療項目預算及申報



108年至112年預算編列數



延續項目之執行_藥品及特材給付規定修訂

112年藥品給付規定改變預算執行數

預算年	預算(億元)	執行數		
		給付規定改變(億元)	不敷成本提高支付價(億元)	小計(億元)
112年	8.6	4.58	4.44	9.02

註：112年總額協定事項於一般服務藥品及特材給付規定改變項目：「經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」。



- ✓ 112年醫院總額部藥品給付規定改變預算為8.6億元。

- ✓ 超出原擬調整藥品給付規定的8.6億預算，差額4200萬，由藥物價量調查調整支付點數的節省金額支應之。

112年特材給付規定改變預算執行數

預算年	預算(億元)	執行數	
		給付規定改變(億元)	特材共同擬訂會議通過公告
112年	2.78	2.84	6項



生效日期	特材名稱類別
112.04.01	修訂「DUCTOCLUDER開放性動脈導管關閉器」給付規定
112.05.01	修訂「長效型心室輔助系統」給付規定
112.07.01	修訂「人工電子耳」給付規定
112.07.01	修訂「溫度管理系統」給付規定
112.09.01	修訂「3D立體定位貼片組」給付規定
112.11.01	修訂「顱內血管支架取栓裝置」及「顱內血管抽吸取栓裝置」給付規定

- ✓ 112年醫院總額部門特材給付規定改變預算為2.78億元。
- ✓ 截至12月止，經特材共同擬訂會議通過且已完成公告為6項，推估2.84億元。不足部分擬以113年度特材給付規定改變預算支應。



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。

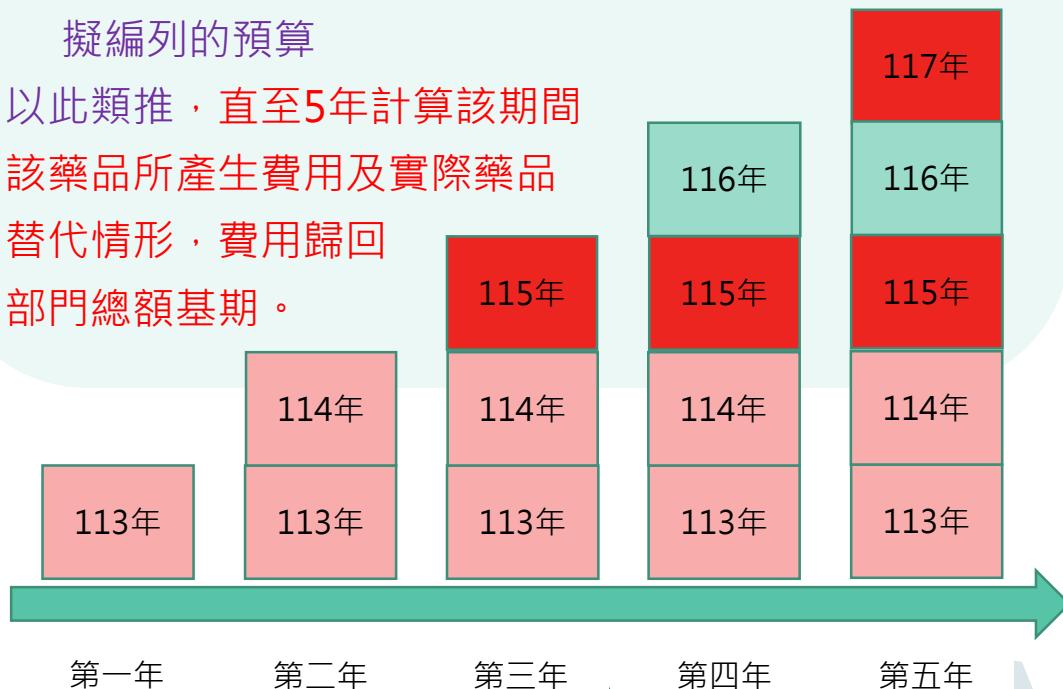
優勢S	劣勢W
<ol style="list-style-type: none"> 緩解現行一般服務預算受新醫療科技超額使用而排擠的影響。 提升醫療供給者就新醫療科技的納保意願，減緩因未來未知的財務風險因素而抗拒新科技。 落實錢用在刀口上，真正使用新醫療科技的分區、院所獲得合理的給付，達公平原則。 解決長年爭議的新醫療科技替代率問題，因替代率往往都是真正納保開始申報後才能計算出來。 	<ol style="list-style-type: none"> 新醫療科技的財務風險責任由醫療供給者，回到保險人 專款專用有因預算額度限制而有人要用用不到的可能，若全滿足被保險人需要則有預算赤字的問題。
機會O	威脅T
<ol style="list-style-type: none"> 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。 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。

- 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
- 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

108年-112年協商項目涉及支付標準調整之執行一覽表



年度	預算來源	核定項目
108	醫療服務成本指數改變率 (MCPI) 43.942億	<ol style="list-style-type: none"> 12億元用於調升急重難症等相關支付標準 附帶建議：請加強急性一般病床或加護病床護理費之合理性。
109	醫療服務成本指數改變率 (MCPI) 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	協商因素	<ol style="list-style-type: none"> 持續推動分級醫療，壯大社區醫院5億 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10億
111	協商因素	<ol style="list-style-type: none"> 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
112	協商因素	促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)20億

◆ 不同意以協商結果附帶決議的方式指定項目增修支付標準



108年-112年協商項目涉及支付標準調整之執行情形_1/3



年度	預算來源	核定項目	調整項目
108	醫療服務成本指數改變率(MCPI) 43.942億	<p>1. 12億元用於調升急重難症等相關支付標準</p> <p>2. 附帶建議：請加強急性一般病床或加護病床護理費之合理性。</p>	<p>1. 調整手術分項。</p> <p>2. 調整106年重症60億關聯項及未調整項目與關聯項。</p> <p>3. 調整歷年未調整或調整2次以下之手術及處置項目。</p> <p>4. 調升住院診察費13.5%及75歲以上老人住院診察費加成20%。</p> <p>5. 地區醫院夜間門診診察費加成10%。</p> <p>6. 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%。</p> <p>7. 麻醉費調整為提升兒童加成項目(含麻醉恢復照護費及麻醉前評估)。</p> <p>8. 急性一般及經濟病床住院護理費(含精神病床)調升3%。</p>
109	醫療服務成本指數改變率(MCPI) 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。	<p>1. 門診診察費：(1)「連續調劑2次以上且每次給藥日數28天以上慢連箋」調升3%，其餘門診診察費調升10%。(2)各層級內科門診診察費加成率均再調升7%。</p> <p>2. 住院診察費：除慢性病床外，其餘病床診察費點數調升5%。</p> <p>3. 住院護理費：(1)隔離病床護理費調升27.65%。(2)除慢性病床、經濟病床、隔離病床外，其餘病床護理費點數調升5%。(3)經濟病床(含精神)調升5%後，再調升其與急性一般病床護理費點數差值之50%。</p> <p>4. 藥事服務費：藥局調升6點，除特殊處方外，其餘藥事服務費調升10%。</p> <p>5. 調升一般慢性精神病床住院照護費。</p> <p>6. 急診診察費：調升00203B「檢傷分類第三級」及01015C「急診診察費」。</p> <p>7. 調升400項急重難症支付標準點數及4項亞急性呼吸照護病床及2項慢性呼吸照護病房論日計酬支付點數，調幅介於0.5%~80%之間。</p>



108年-112年協商項目涉及支付標準調整之執行情形_2/3

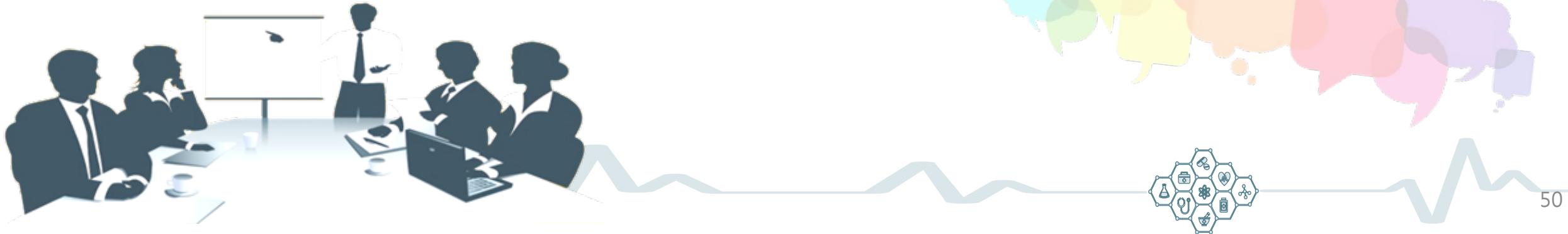


年度	預算來源	核定項目	調整項目
110	協商因素	<ol style="list-style-type: none"> 持續推動分級醫療，壯大社區醫院5億 提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變10億 	<ol style="list-style-type: none"> 地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)每點1元支付。 區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費每點1元支付。
111	協商因素	<ol style="list-style-type: none"> 促進醫療資源支付合理0.94億 持續推動分級醫療，壯大社區醫院10億 提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變20億 	<ol style="list-style-type: none"> 刪除「醫師執行白內障手術40例以上須送事前審查」規範，改以白內障手術個案登錄作業及事後審查等管理措施取代。 2. 調升住院護理費： <ol style="list-style-type: none"> 新增各類病床「護理費(第一天)」，並按原支付點數調升30% 修訂同一療程診察費限申報1次之規定：增訂3項治療之同一療程門診診察費不限申報1次 地區醫院住院病房費每點1元支付 地區醫院一般病床住院診察費每點1元支付。 地區醫院住院護理費每點1元支付。 3. 調升住院護理費： <ol style="list-style-type: none"> 新增各類病床「護理費(第一天)」，並按原支付點數調升30%。 修訂同一療程診察費限申報1次之規定：增訂3項治療之同一療程門診診察費不限申報1次。 加護病床之住院診察費及病房費每點1元支付。

108年-112年協商項目涉及支付標準調整之執行情形_3/3



年度	預算來源	核定項目	調整項目
112	協商因素	促進醫療服務診療項目支付衡平性 (含醫療器材使用規範修訂之補貼)20億	<ol style="list-style-type: none"> 配合醫療器材使用規範，修訂73項受影響之診療項目(合計2億2,237萬7,020點)。 「配合醫療器材使用規範，單次使用醫材點數調整」計畫，針對前項73項診療項目補付112年1-10月之調整差額。(合計6億1,754萬8,589點)。 小兒外科專科醫師診治未滿十九歲病人之案件，加護病房診察費及住院會診費得加計120%、一般病床及隔離病床住院診察費得加計150% (比照兒科專科醫師)。





7 總額管理 績效

{ 參照書面報告P.65 }



醫療利用及費用管控情形_一般服務費用全貌

	108年	109年	110年	111年	112年
門診					
總醫療費用點數 (億點)	2,903.24	2,947.38	3,035.91	3,211.9	3,404.3
成長率	6.14%	1.52%	3.00%	5.80%	5.99%
就醫次數 (百萬)	100.5	97.2	93.98	100.421	108.184
成長率	1.86%	-3.28%	-3.31%	6.85%	7.73%
平均每人就醫次數	7.45	7.51	7.45	7.53	7.85
成長率	0.68%	0.81%	-0.80%	1.07%	4.25%
平均每人就醫點數	21,519	22,759	24,060	24,073	24,697
成長率	4.91%	5.76%	5.72%	0.05%	2.59%
平均每件就醫點數	2,889	3,032	3,230	3,198.4	3,146.7
成長率	4.18%	4.95%	6.53%	-0.98%	-1.62%
住診					
總醫療費用點數 (億點)	2,313.52	2,354.24	2,346.24	2,400.9	2,618.9
成長率	3.79%	1.76%	-0.33%	2.33%	9.08%
就醫次數 (百萬)	3.47	3.31	3.06	3.07	3.46
成長率	2.88%	-4.65%	-7.55%	0.33%	12.7%
平均每人住院次數	1.72	1.75	1.73	1.72	1.73
成長率	0.58%	1.74%	-1.14%	-0.58%	0.58%
平均每入住院點數	114,367	124,196	132,660	134,575	130,690
成長率	1.33%	8.59%	6.81%	1.44%	-2.89%
平均每日住院點數	7,096	7,534	7,910	8,218.9	8,386
成長率	2.09%	6.17%	4.99%	3.91%	2.03%
平均每件住院日數	9.38	9.43	9.68	9.50	9.02
成長率	-1.26%	0.53%	2.65%	-1.86%	-5.05%

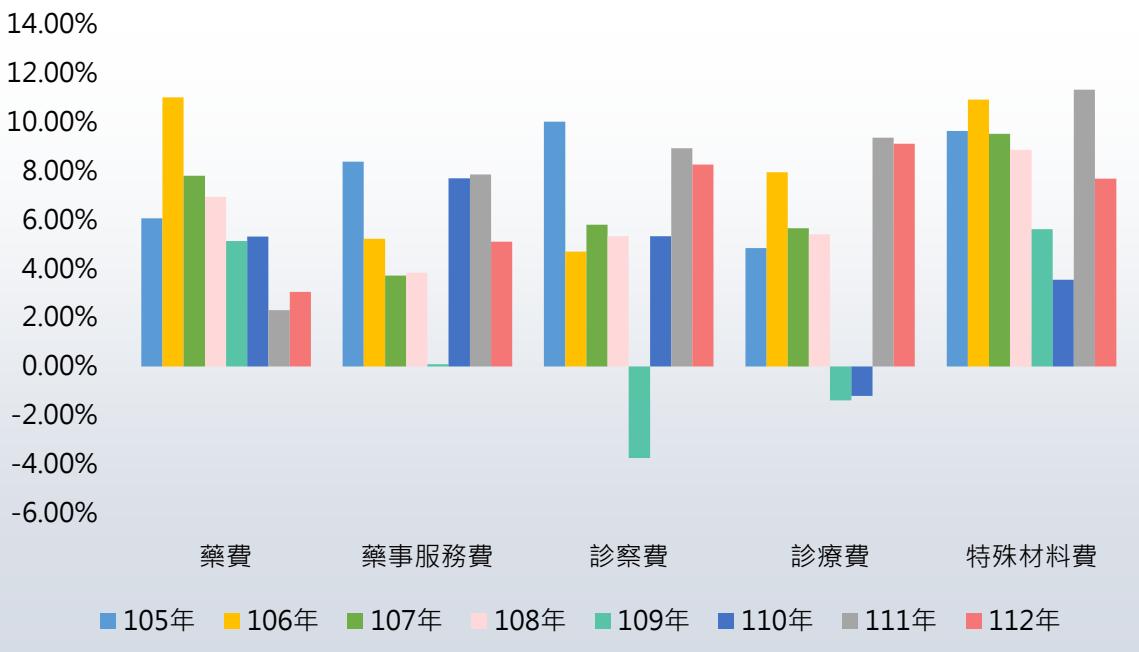
- ✓ 醫院部門112年門住診全國申報情形，整體而言，無論是總醫療費用點數、就醫次數及每件點數皆較111年成長。
- ✓ 其中住診總醫療費用點數成長最高，達9.08%。其因素在於112年醫院部門運用分級醫療壯大社區及區域級（含）以上醫院門住診結構改變二項合計15億的預算。
- ✓ 用以調整住院護理費首日加計30%，急診觀察床、加護病房、新生兒中重度診察費及護理費等常年偏低未調整的基本給付點數，使得醫療費用酌增。
- ✓ 住院部分因平均每件住院日數有下修，所以平均每件住院點數亦隨之酌減。



醫療利用及費用管控情形_醫院門住診醫療費用分項使用情形



105-112年門診醫療服務費用分項成長情形



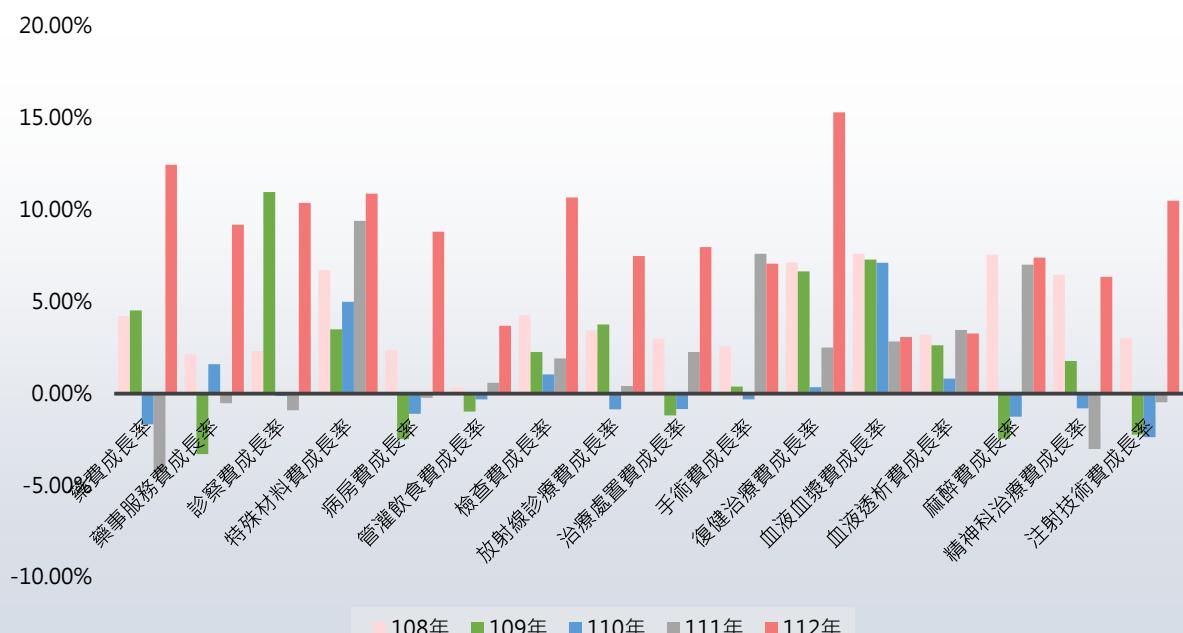
門診：

- ✓ 整體105年至112年除了診察費及診療費在109-110年疫情期間因就醫人數大幅減少而呈現負成長，餘藥費、藥事服務費及特材仍正成長。
- ✓ 112年隨著疫情的變動，民眾就醫次數增加，各項醫療服務皆為正成長，其中以診療費及診察費與前一年相較的成長最為顯著，診療費成長9.11%而診察費為成長8.26%。

住診：

- ✓ 112年各分項成長率都較111年成長幅度來得顯著，其因在於112年住院件數成長9%，住院護理及病房費點都有部分調增點數
- ✓ 112年成長幅度較大的前5大：復健治療費較111年成長15.31%、藥費較111年成長12.45%、特殊材料費較111年成長10.89%、檢查費較111年成長10.67%及注射技射費成長10.50%。

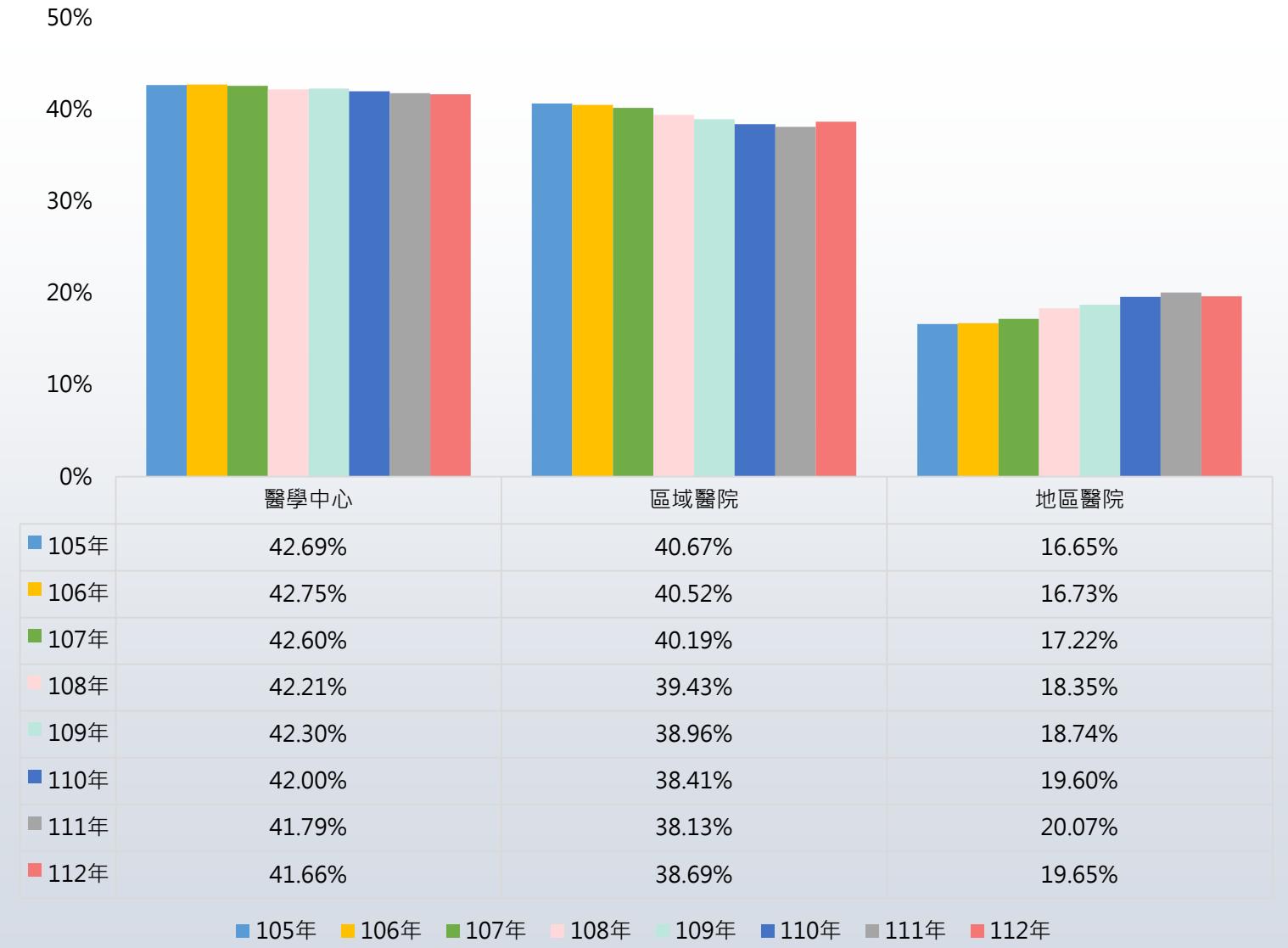
105-112年住診醫療服務費用分項成長情形



醫療利用及費用管控情形_醫院各層級醫療費用申報占率



105~112年各層級醫療費用申報占率



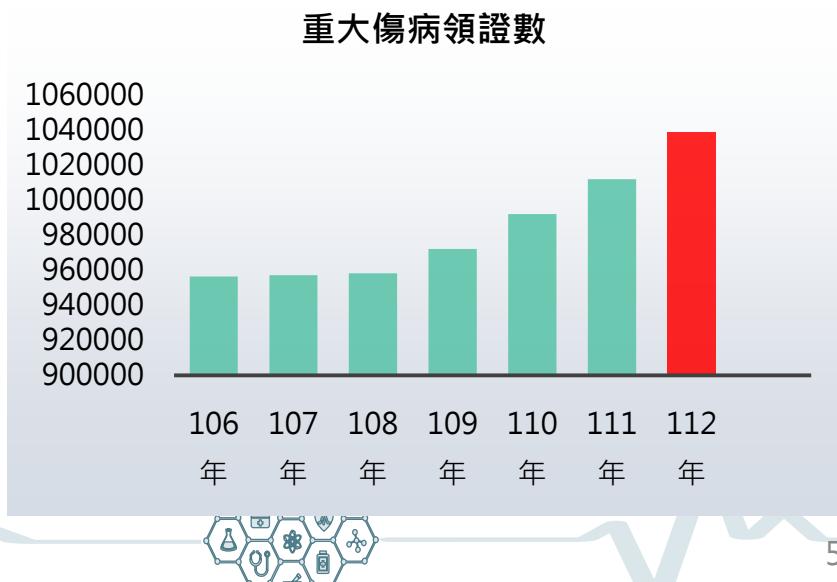
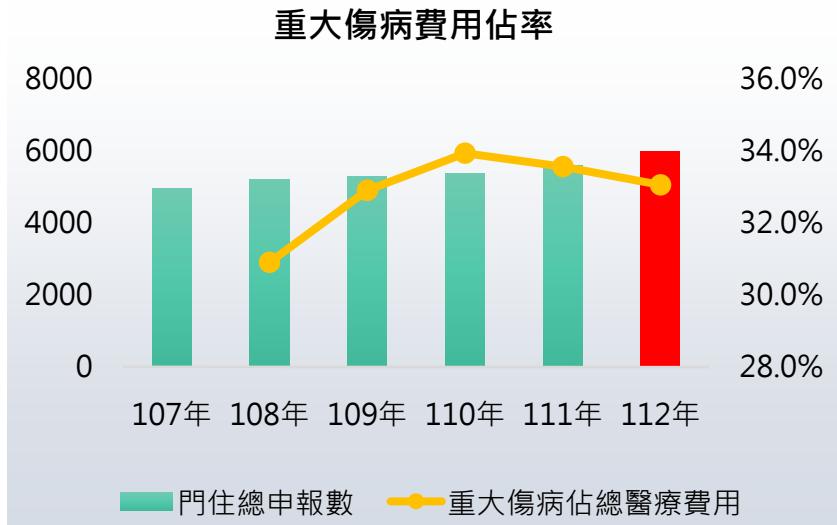
✓ 醫學中心及區域醫院近年皆由42.7%左右及40.6%的佔率逐步下修，其中以區域醫院減少有幅度比較明顯，由原40%降至38%，而地區由原16%增加至19-20%左右。

✓ 顯示這些年壯大社區的政策，在醫療總點數申報有資源移往地區醫院，惟是否為分級醫療轉診政策因素亦為疫情期間區域級（含）以上醫院因政策指示擔負較多的專責醫療服務，使原服務族群移往地區，疫情過後資源板塊的移動尚需要觀察。



醫療利用及費用管控情形_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33%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。
- ✓ 門住診重大傷病申報佔率尚屬平穩112年有通過些癌症用藥及基因治療的項目。
- ✓ 重大傷病領證數112年再創新高。

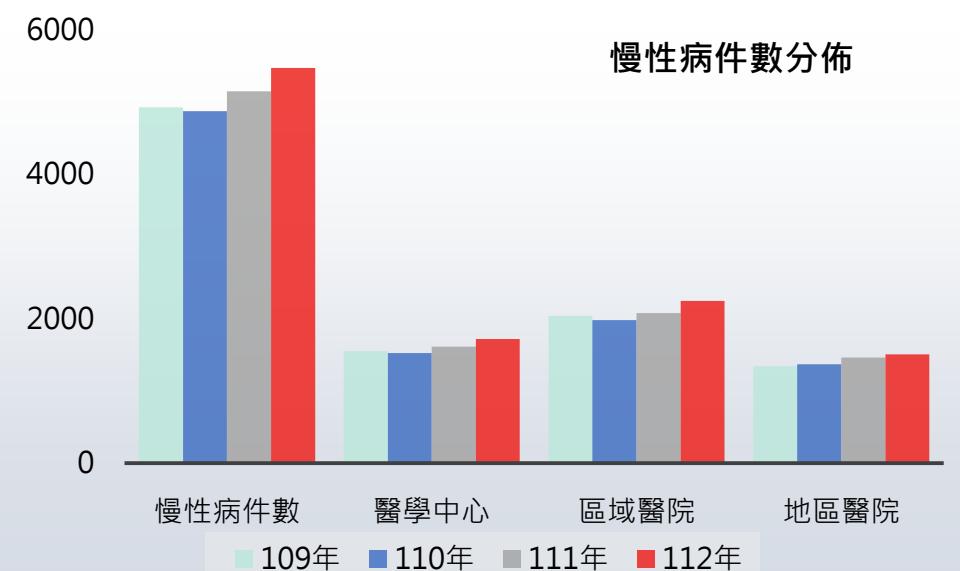
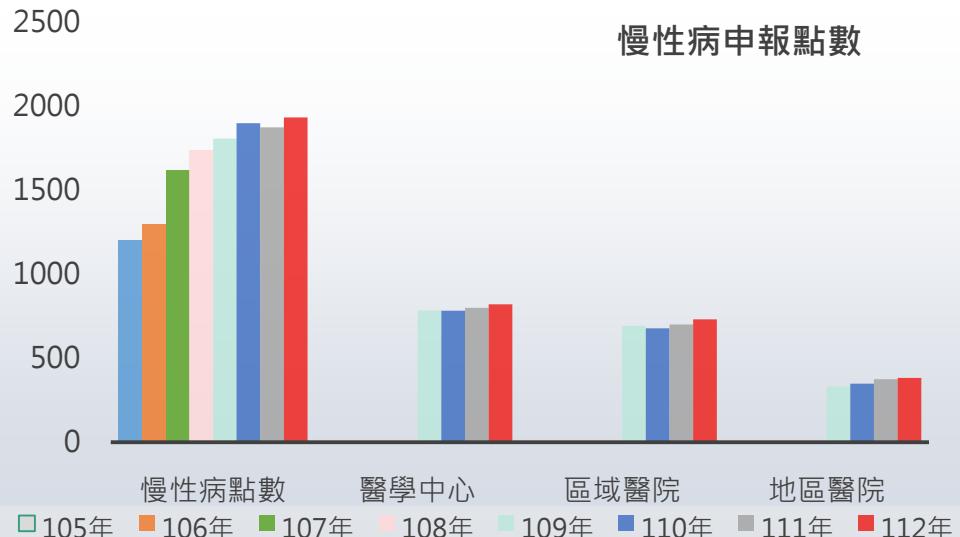


醫療利用及費用管控情形_慢性病



- ✓ 112年醫院慢性病件數占門診總件數50.62%；申報醫療費用占門診申報總醫療點數的60.11%，而慢性病申報件數及點數相較111年都呈正成長。
- ✓ 應與疫情過後民眾開始恢復疫前的就醫情形，返回醫院就診有關。然而歷經此次重大的新冠疫情產生多少民眾就醫習慣的調整，讓慢性病轉入社區醫院或西醫基層持續追蹤病情，穩定就醫，值得再觀察。

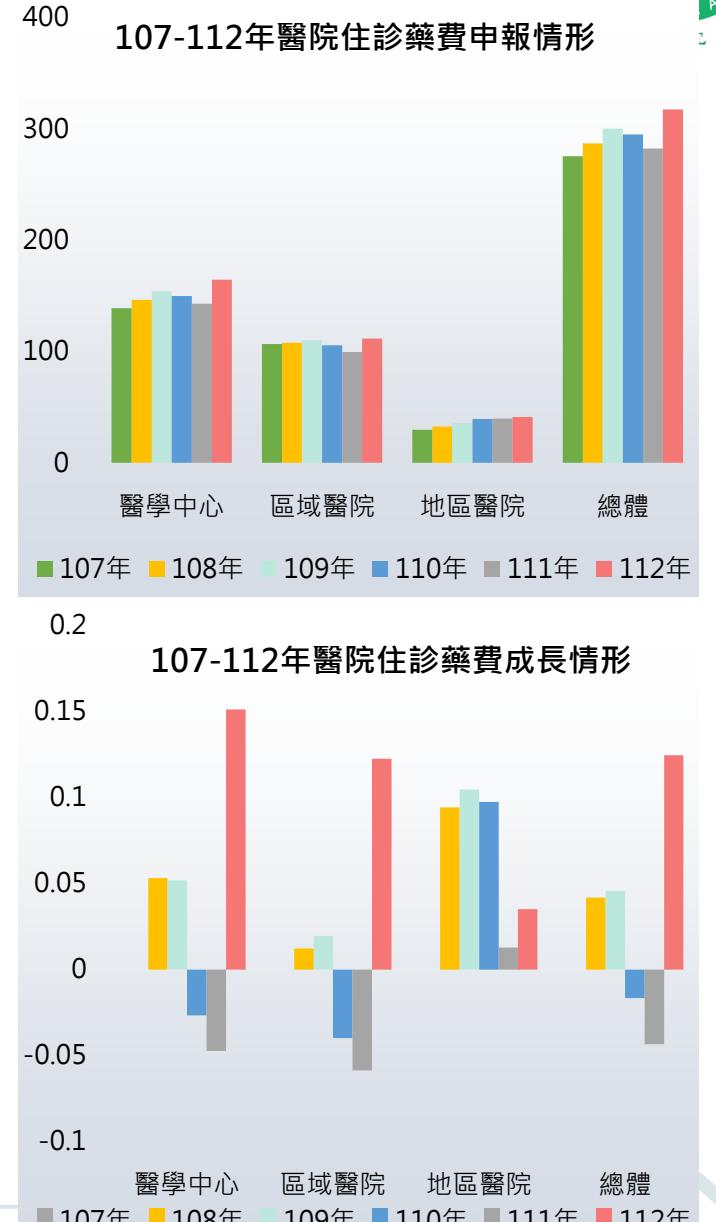
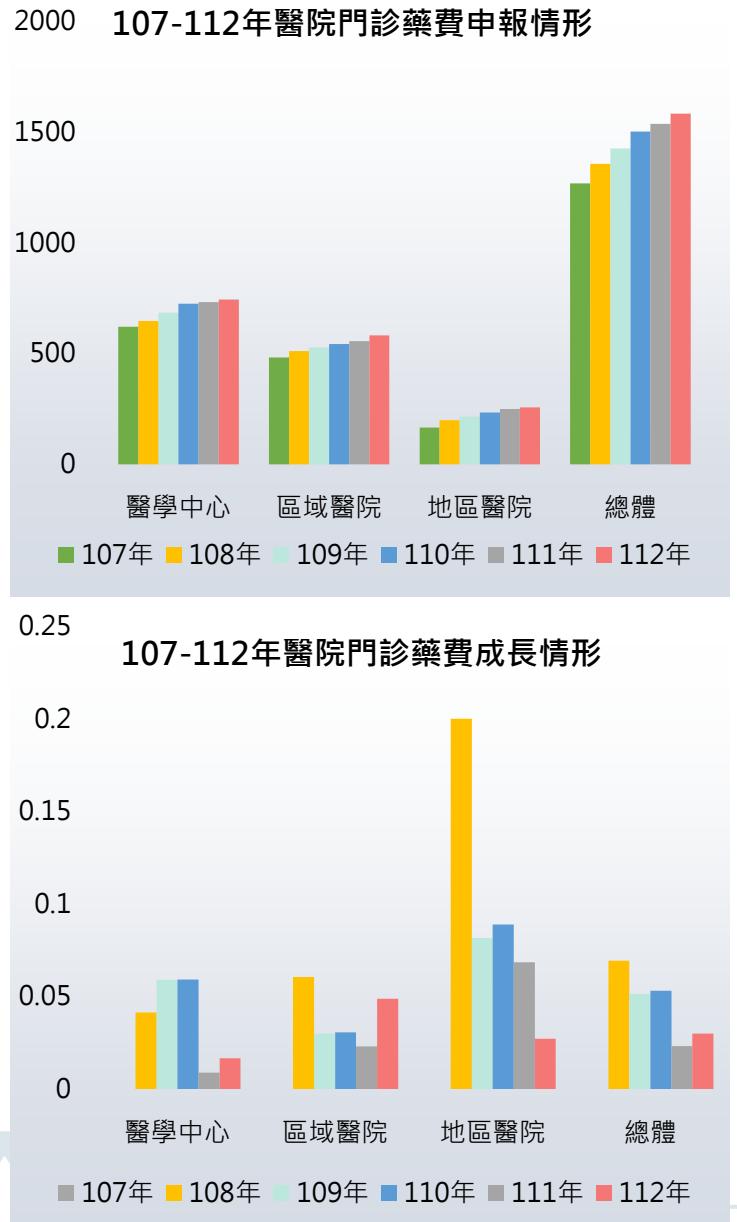
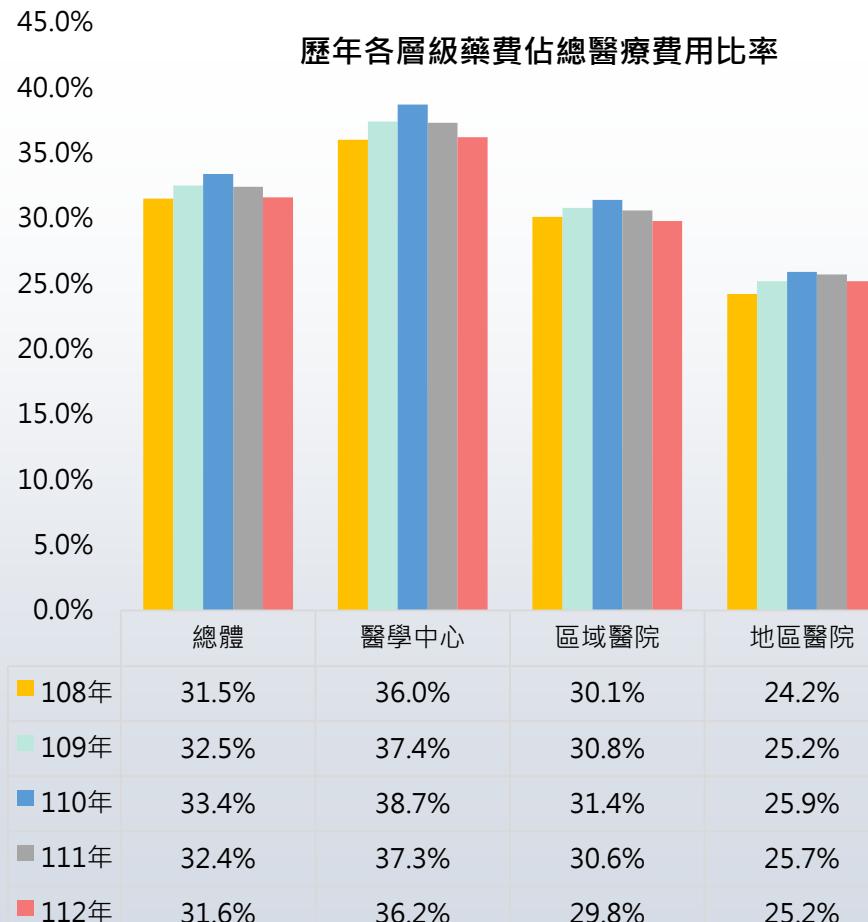
	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年
醫院慢性病件數對門診案件占率(%)	42.48	43.04	48.82	49.46	50.75	51.91	51.35	50.62
醫院慢性病點數對門診總點數占率(%)	51.09	50.42	59.18	59.75	61.34	62.52	61.28	60.11
醫院慢性病申報件數(萬件) 成長率(%)	4005.2	4152.2 3.67	4816.5 16.00	4970.6 3.20	4933.2 -0.75	4878.7 -1.10	5156.2 5.69	5476.7 6.22
醫院慢性病案件申報點數(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	1874.8 -1.23	1933.2 3.11



醫療利用及費用管控情形_藥品費用



醫院部門藥品費用的占率已突破30大關，與新醫療科技、慢性病、重大傷病各項之成長相關

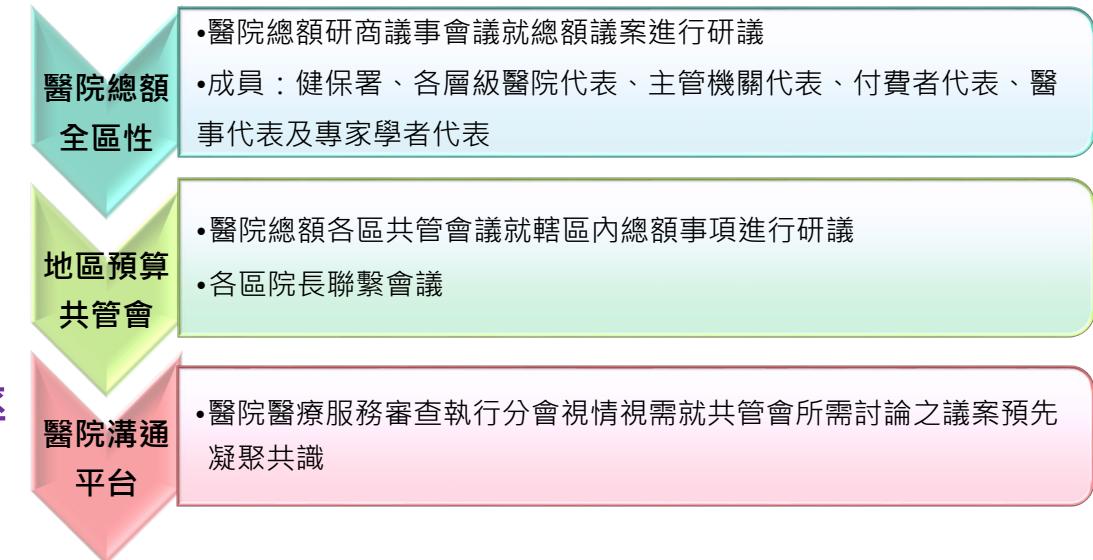


地區預算分配(含風險調整移撥款)之執行與管理

104~112年醫院部門地區預算R值/S值分配

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

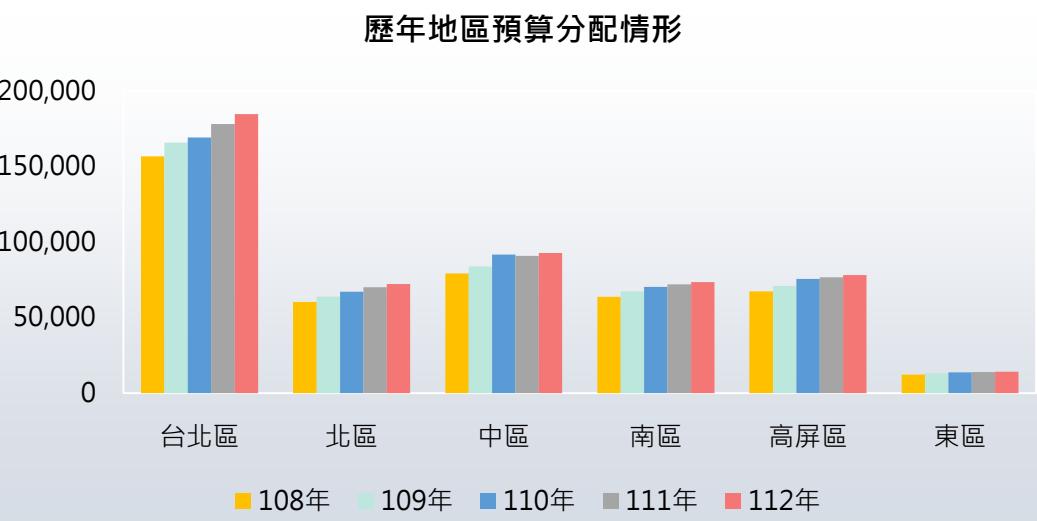
地區預算概念圖



108~111年各區預算分配(不含風險調整移撥款)及其成長率

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
112年	184,542	72,239	92,778	73,470	78,079	14,097
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%
112年成長率	3.63%	3.17%	2.31%	2.01%	2.09%	1.66%

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

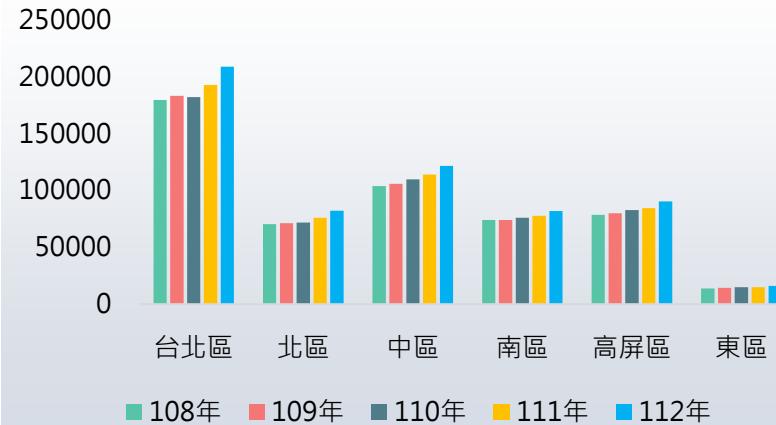


各分區醫療利用

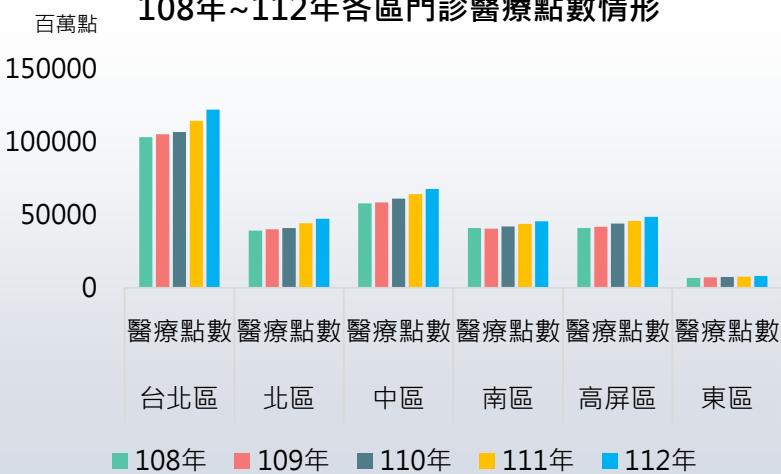


- ✓ 112年門住診醫療點數皆呈現上升趨勢。
- ✓ 門住診件數皆呈現U型，110年盪到谷底，至112年逐漸回穩至疫情前。

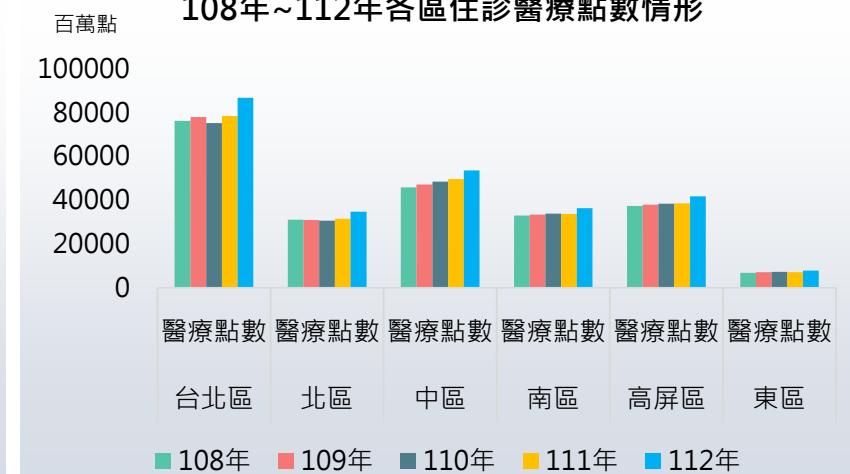
108年~112年門住診醫療點數情形



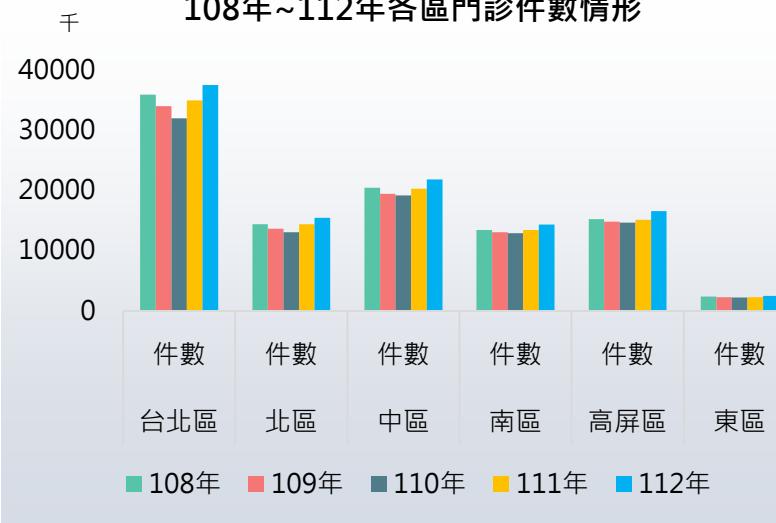
108年~112年各區門診醫療點數情形



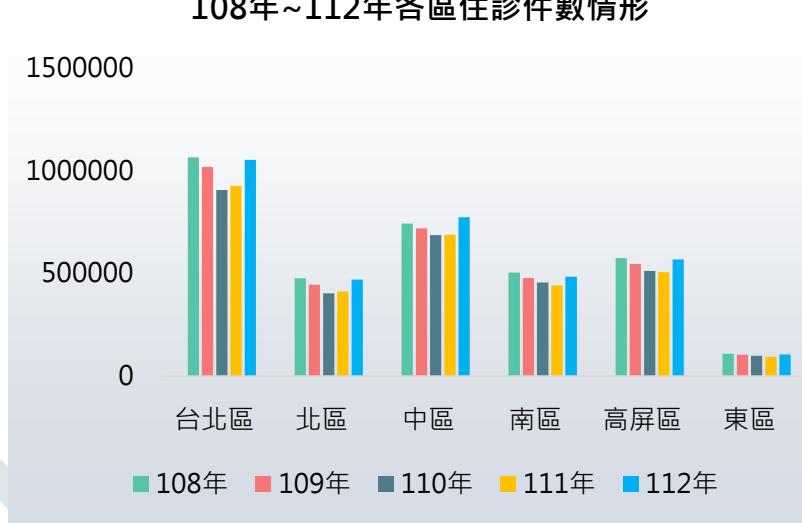
108年~112年各區住診醫療點數情形



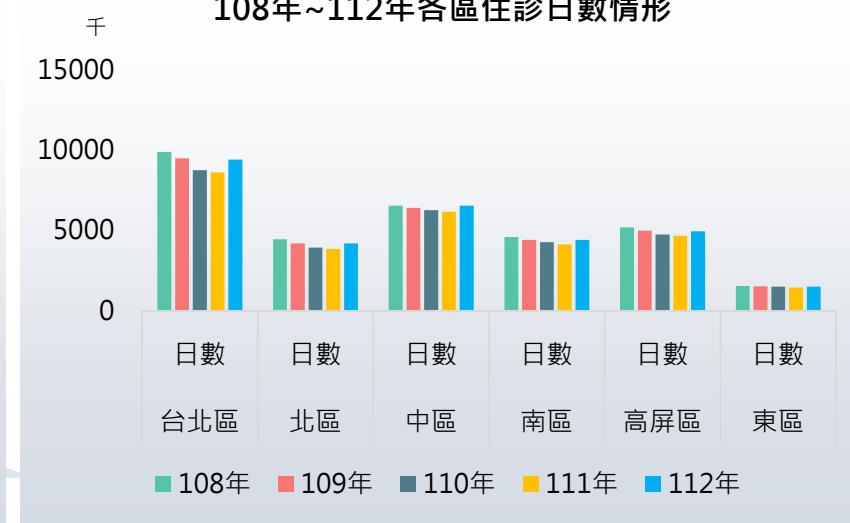
108年~112年各區門診件數情形



108年~112年各區住診件數情形



108年~112年各區住診日數情形



風險調整移撥款



- ✓ 源自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
- ✓ 不用於點值彌補

列為113年醫院
總額專款項目

年度	預算	分配方式
108年	1.5億	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
109年	2億	
110年	2億	
111年	6億	➤ 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) ➤ 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~112年各分區移撥款分配額度及佔率

年度	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區
108年	8.79%	6.38%	8.26%	8.88%	21.86%	45.83%
109年	8.69%	6.72%	8.29%	8.80%	21.50%	45.99%
110年	8.67%	6.80%	8.35%	8.78%	21.29%	46.11%
111年	26.69%	11.45%	14.83%	12.55%	17.26%	17.22%
112年	26.69%	11.45%	14.83%	12.55%	17.26%	17.22%



地區預算分配之檢討



- ✓ 現行地區預算採分區投保人口，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致。
- ✓ 透過健保署申報資料試算，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，所得各分區平均有40%左右的人口沒在醫院就醫。
- ✓ 另現行地區預算分配公式所設定因子為年齡性別、轉診型態及標準化死亡比，對於弱勢需扶助的人口並未有校正空間，依據110年專案所示，全國實際申報資料顯示，東區及高屏區提及的山地原住民及機構型精神病人為對象評估，經實際資料並校正到全國顯示，山地原住民及機構型精神病人確實較多集中於高屏區及東區，且醫療費用使用具有分區獨特性，確實值得考量例外處理。
- ✓ 依據110年專案初步申報資料歸納分析，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。

108年各分區別實際就醫分區的分佈

投保分區	就醫分區別(人數)							合計
	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	未就醫	
台北	43.33%	5.84%	2.85%	1.67%	2.58%	0.51%	43.21%	100%
北區	7.91%	38.56%	3.48%	1.72%	1.31%	0.37%	46.64%	100%
中區	2.11%	1.23%	50.16%	1.53%	0.86%	0.14%	43.97%	100%
南區	2.63%	1.21%	2.75%	45.79%	2.59%	0.15%	44.87%	100%
高屏	1.61%	0.71%	1.20%	2.89%	49.95%	0.22%	43.41%	100%
東區	4.86%	2.00%	1.52%	0.89%	2.26%	49.51%	38.96%	100%

108年健保各分區投保人口與戶籍人口數

	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%



點值穩定度

- ✓ 112年浮動點值與平均點值已幾近回歸疫情前狀態，112年各季的浮動點值與平均點值近似趨於一致，不同於疫情時期的狀態曲線高低起伏。
- ✓ 分區：目標點值設定→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

106年~112年全區浮動點值

季別年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年
第一季	0.8861	0.8591	0.8804	0.9492	0.8856	0.9224	0.9005
第二季	0.8984	0.8770	0.8822	0.9492	-	0.9872	0.9071
第三季	0.8726	0.8731	0.8873	0.8862	-	0.9405	0.9176
第四季	0.8694	0.8705	0.8794	0.8903	0.9299	0.9475	0.9063
年平均	0.8816	0.8699	0.8823	0.9187		0.9494	0.9079

106年~112年全區平均點值

季別年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年
第一季	0.9333	0.9179	0.9299	0.9707	0.9343	0.9567	0.9476
第二季	0.9395	0.9271	0.9299	0.9707		0.9934	0.9499
第三季	0.9243	0.9249	0.9329	0.9338		0.9687	0.9552
第四季	0.9234	0.9239	0.9293	0.9361	0.9607	0.9720	0.9497
年平均	0.9301	0.9235	0.9305	0.9528		0.9727	0.9506

各區目標點值

分區季別		第一季	第二季	第三季	第四季	年平均
台北區	108年	0.905	0.92	0.92	0.92	0.9163
	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
	112年	0.925	0.925	0.93	0.93	0.9275
北區	108年	0.9325	0.9325	0.9325	0.9325	0.9325
	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	0.950	0.935	0.950	0.945	0.945
	112年	0.950	0.935	0.950	0.945	0.945
中區	108年	0.92	0.93	0.93	0.925	0.9263
	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
	112年	0.935	0.945	0.945	0.940	0.9412
南區	108年	0.9225	0.9225	0.925	0.925	0.9238
	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
	112年	1	1	1	1	1
高屏區	108年	0.94	0.94	0.94	0.94	0.94
	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
	112年	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95
東區	108年	0.92	0.92	0.92	0.92	0.92
	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		
	112年	發展新東區管理方案		發展新東區管理方案		

專業審查及其他管理措施



✓ 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：

案件類別：
點值、審查
管理共識、
點值攤扣暨
折付原則

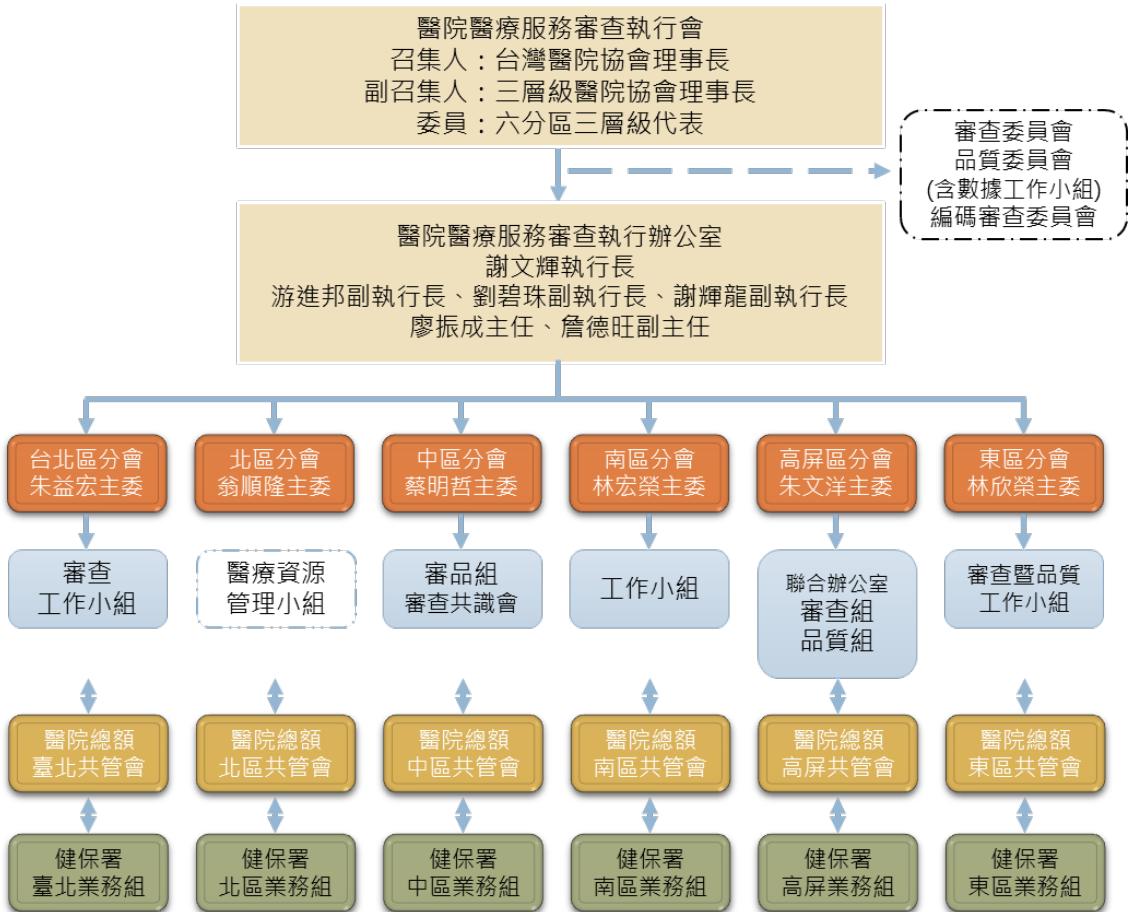
分區審查
執行分會
研商、共
識

健保各
分區共
管會

各分區
點值控
制

✓ 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。

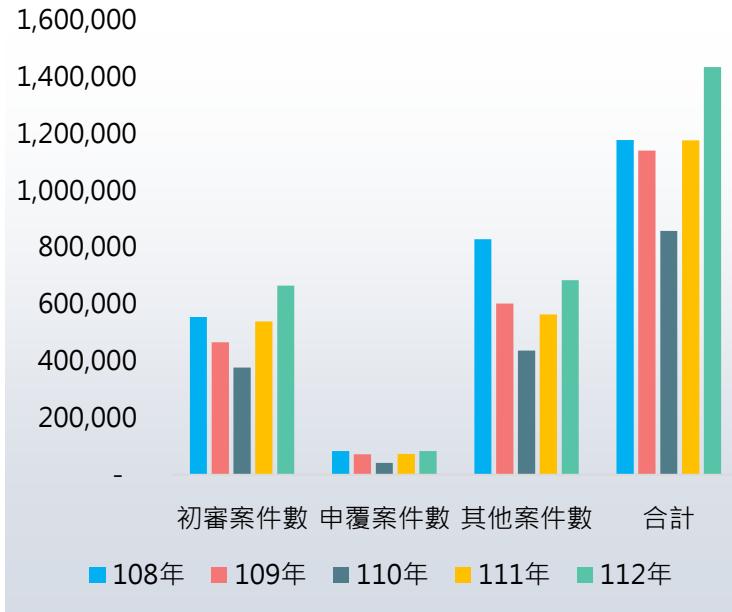
本會審查組織架構圖



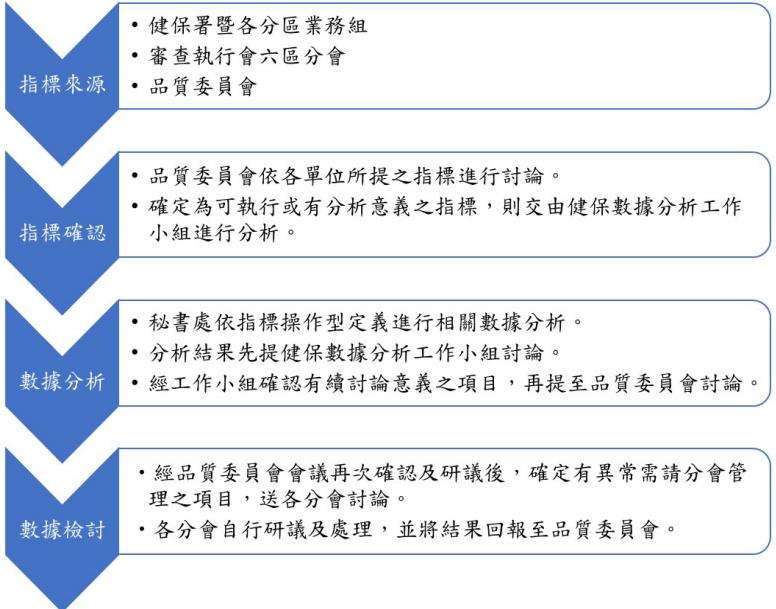
專業審查及其他管理措施



醫院部門108年至112年各類審查案件數



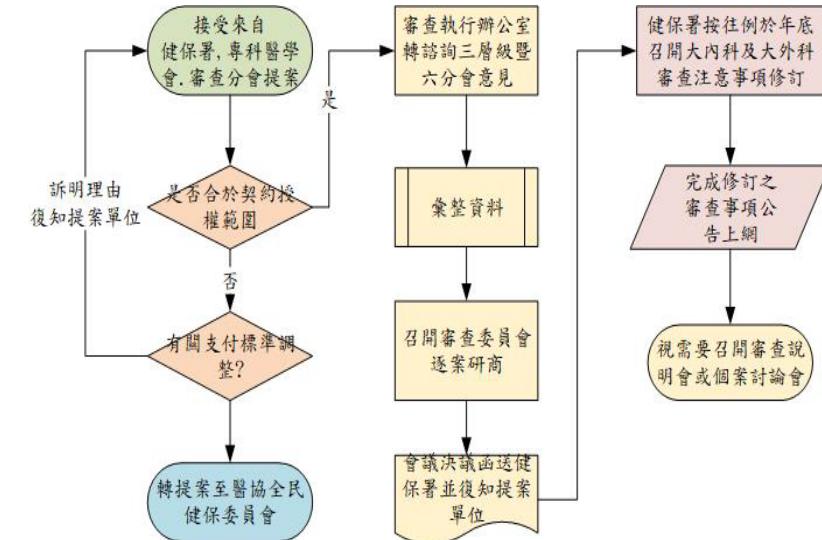
醫院部門資料分析作業流程



108年至112年檔案分析異常管理作業

執行項目	年	108	109	110	111	112
醫療品質監測指標		15項	12項	-	-	3項
申報項目管理指標		5項	11項	-	-	-
精準指標		20項	2項	4項	1項	1項
重要檢查(驗)管理方案		-	8項	44類 518項	-	-
腎功能異常使用NSAID指標		✓	✓	✓	✓	✓

醫院部門審查注意事項修訂流程



108年至112年審查注意事項研修情形

執行項目	年	108	109	110	111	112
審查注意事項修訂		4科	8科	8科	11科	2科
病症審查原則討論		2項	4項	5項	1項	-
健保藥品相關審查原則討論		1項	1項	-	-	-
手術相關審查標準討論		2項	4項	-	10項	1項
特材相關審查標準討論		-	-	-	-	1項
檢查檢驗審查標準		5項	4項	2項	2項	-

院所違規情形（較111年件數減少6件）及醫療機構輔導

108~112年院所違反特管辦法之查處追扣金額

項目	年	108年	109年	110年	111年	112年	說明
違規金額 (萬元)		1,665	1,652	1,140	1,212	322	112年 違約金額較 111年 減少
占該年度總額之比率%		0.0038	0.0036	0.0025	0.0024	0.0006	

- ✓ 依據健保署提供資料所示，醫院部門112年合計11件違規案件，較111年減少6件，缺失項目：未經醫師診斷逕行提供醫療服務；其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用。
- ✓ 總額同儕制約的精神，在於運用同儕的共識與團體影響力，來調整醫院的作為，朝向正確的方向，並非以糾舉為第一要務，而是以防範未然、預防輔導減少錯誤為出發點。
- ✓ 檢討：醫院部分將持續檢討及加強宣導改善及配合健保署宣導違規案例，予以示警。

112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101家，審查次數106次，經適度輔導院所後需列加強審查醫院計7家，無移查處之醫院。

112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	列為稽核	加強審查	改善結果				
台北	21	25	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
北	14	14	14	-	-	124	-	3	182	-	3	-	110	-	-	-
中	19	19	7	12	-	-	12	-	-	-	-	-	12	12	-	-
南	19	20	12	8	-	-	7	-	7	-	-	-	7	-	7	-
高屏	28	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
東	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-





COVID-19

疫情醫療 因應作為

8

TEXT

{ 參照書面報告P.134 }



院所配合防疫政策之相關作為

院內防疫的再進化

- 病房的重新配置
- 專責病房設置與醫護人力調控
- 手術、處置重新排程
- 納入醫院重大事件標準作業流程

01



02



03



感控再提升

- 院內的感染管控再次受到重視
- 鼓勵各級醫院預先規劃感控計畫
- 提升醫院面對不明病毒侵襲的應變能力

院所配合防疫政策的作為

- 配合中央疫情指揮中心的調度徵轉設置專責病房
- 全院住院樓層重新防疫區規劃
- 配合各級縣市衛生局等主管機關指示施打疫苗

確保國人及保險對象獲得必要的醫療服務措施

- 善用醫療科技
- 發展AI數位醫療
- 視訊診療
- 遠距會診

04



05



06



後疫情時代醫療需求的總檢討

長新冠病人的持續照護

- 新冠肺炎於染疫康復後仍有一定比例產生呼吸道及其他不明因素的咳嗽
- 疫情過後各總額部門仍就持續就長新冠病人提供持續性的醫療照護





9

TEXT

專案計畫

{ 參照專案書面報告 }



專案計畫具體成效一覽表



	項目	預算 (百萬)	執行率 (%)
1	全民健康保險急診品質提升方案	300	126
2	西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層)	100	101.1
3	醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案	1,100	72.7
4	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,208.06	96.79
5	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210	-
6	住院整合照護服務試辦計畫	560	54.07
7	鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫	300	115.58
8	腹膜透析追蹤處置費及APD租金(非計畫型)	15	37.7
9	因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增(112新增項目)	1,000	2.3
10	持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(112新增項目)	500	100
11	健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(112新增項目)	1,000	100

專案計畫具體成效一覽表_續



	項目	預算(百萬)	執行率(%)
12	因應長新冠照護衍生費用	40	2,826.5
13	C型肝炎用藥	4,320	94.73
14	醫療給付方案	1643.4	77.1
15	鼓勵院所建立轉診之合作機制(非計畫型)	224.7	95.7
16	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	13,943	98.12
17	後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	5,257	83.92
18	精神科長效針劑藥費(非計畫型)	2,664	71.0
19	慢性傳染病照護品質計畫(112年新增項目)	180	20.9
20	癌症治療品質改善計畫(112年新增項目)	402	4.4
21	促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)	2,000	-
22	網路頻寬補助費用(含獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用)	200	74.8

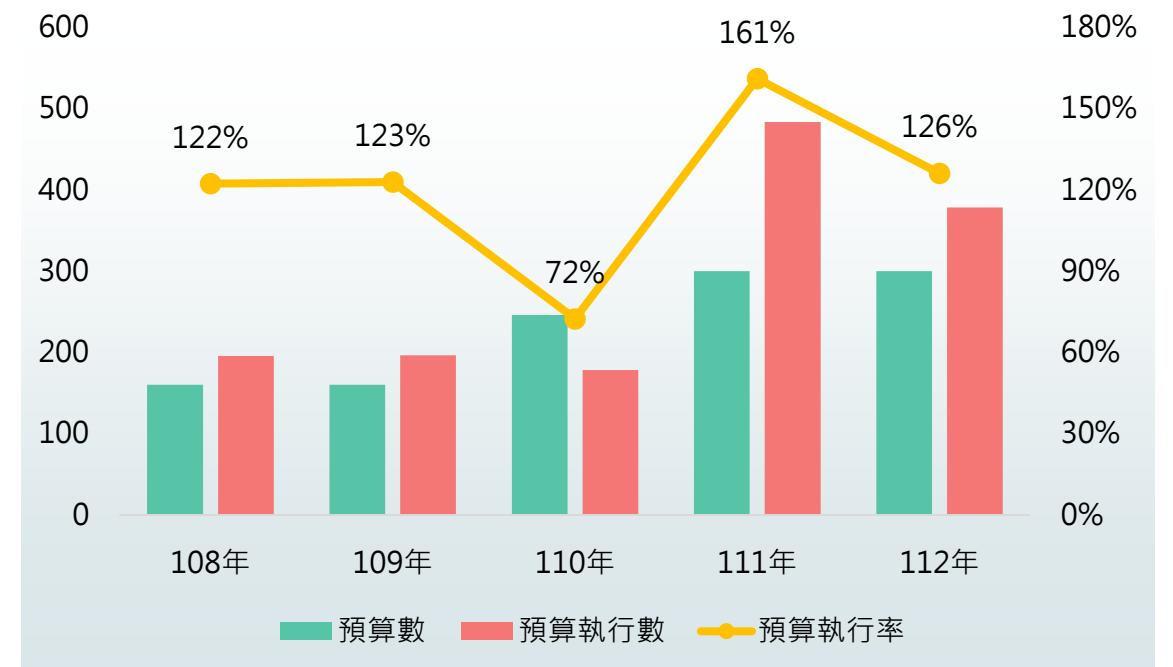
01-1 急診品質提升方案



目標：確保重大疾病照護品質、落實品質導向轉診制度、提升急診病人處置效率



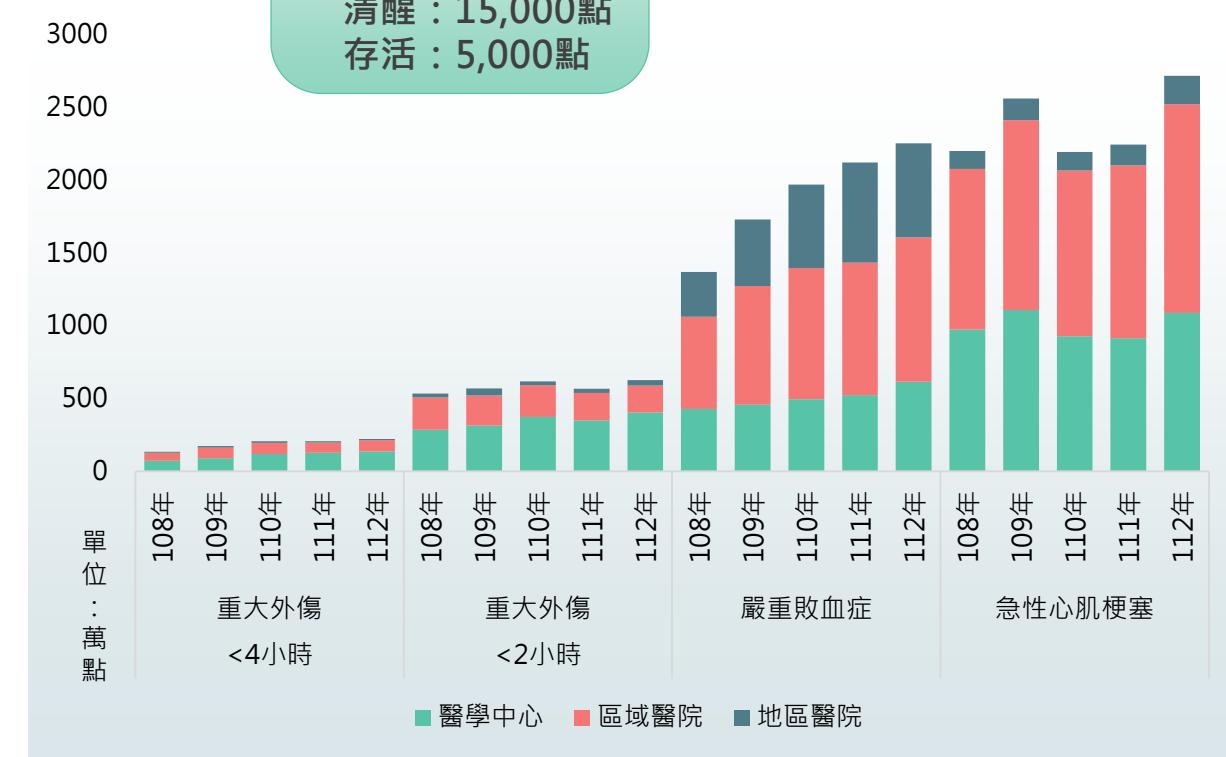
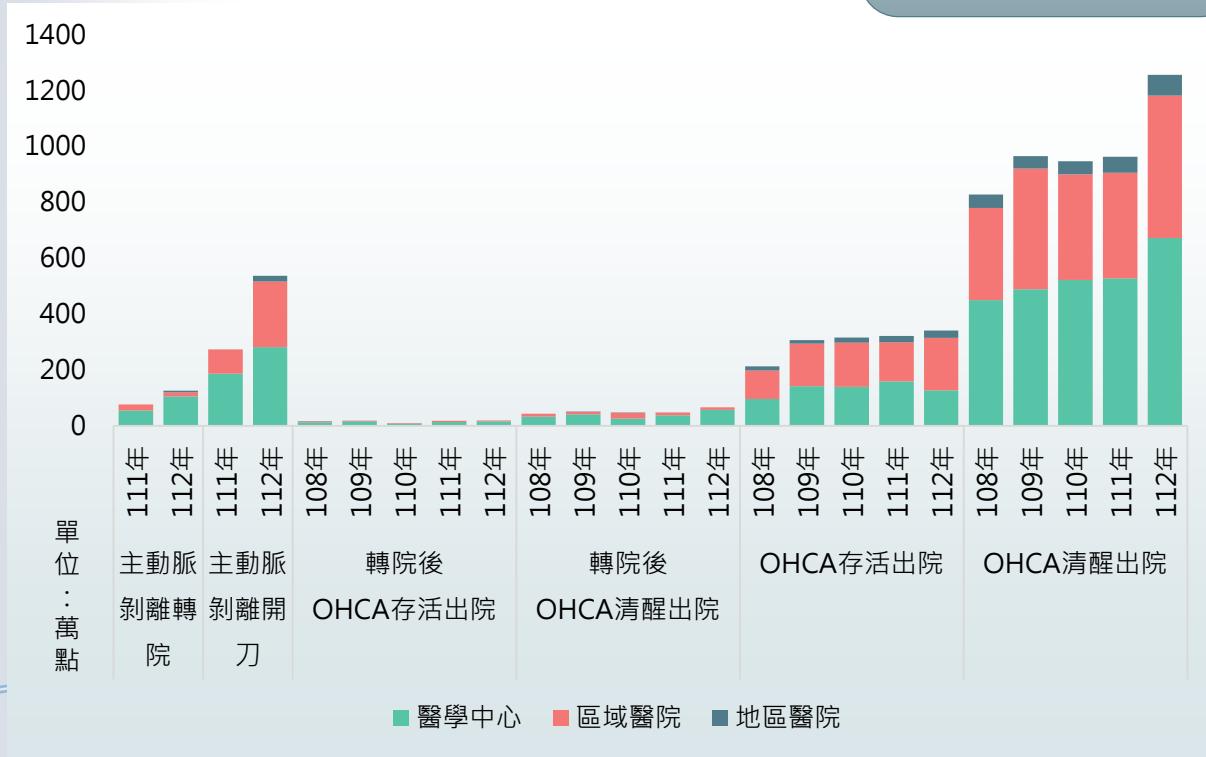
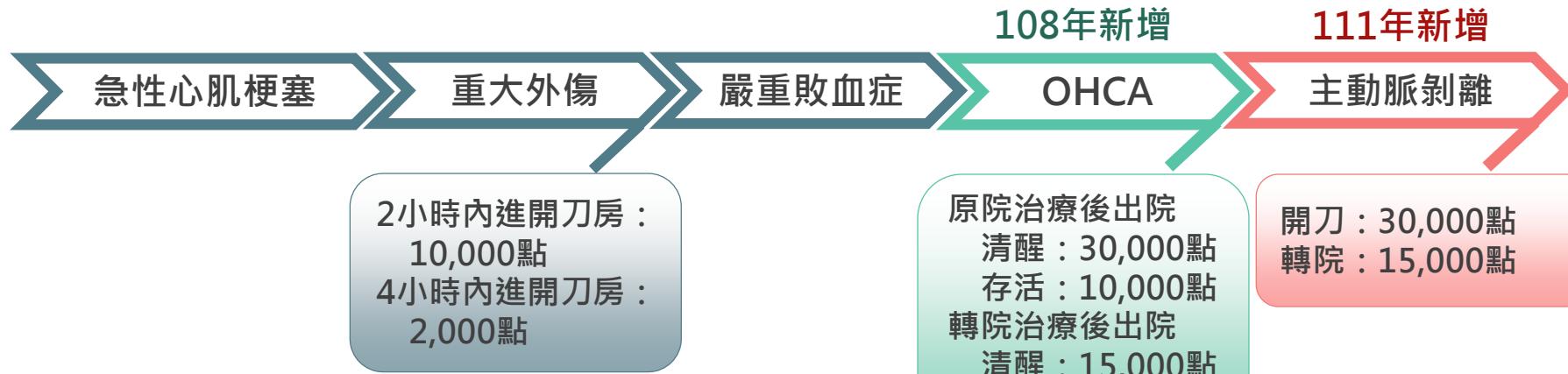
除110年外其餘四年專款執行數均超過原預算數，故，採點值浮動。



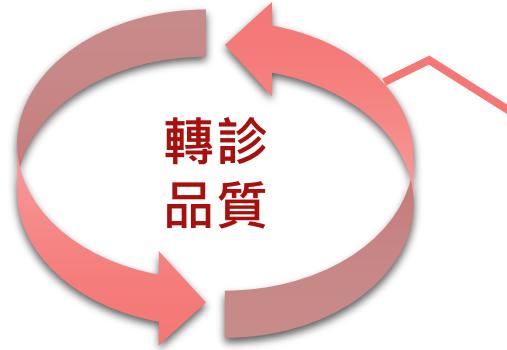
01-2 急診品質提升方案



重大疾病照護品質



01-3 急診品質提升方案



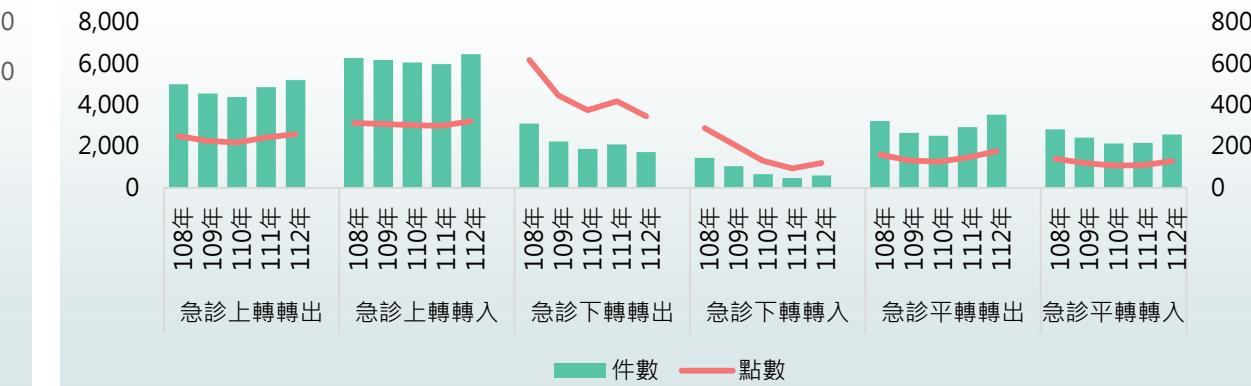
上轉或平轉：500點
 上轉或平轉至他院ICU：5,000點
 上轉或平轉<60分鐘：1,500點 (僅轉出醫院領)
 下轉：4,000點 (轉出&轉入各50%)
 醫師至下轉醫院訪視病人費：1,000點



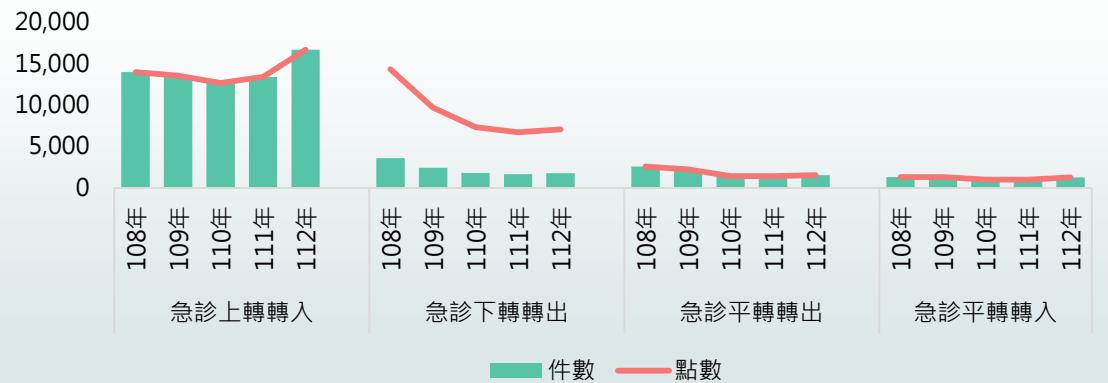
轉診品質獎勵



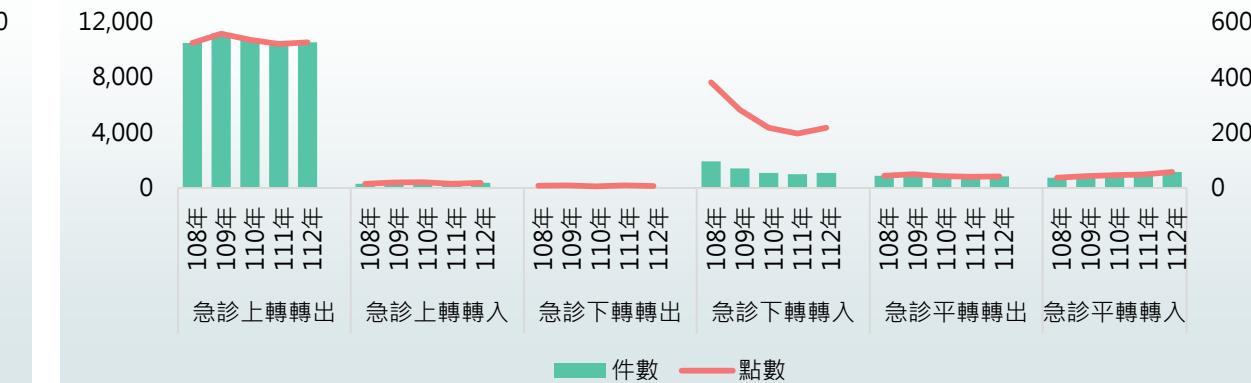
區域醫院



醫學中心



地區醫院



01-4 急診品質提升方案

急診處置效率相關指標監測結果

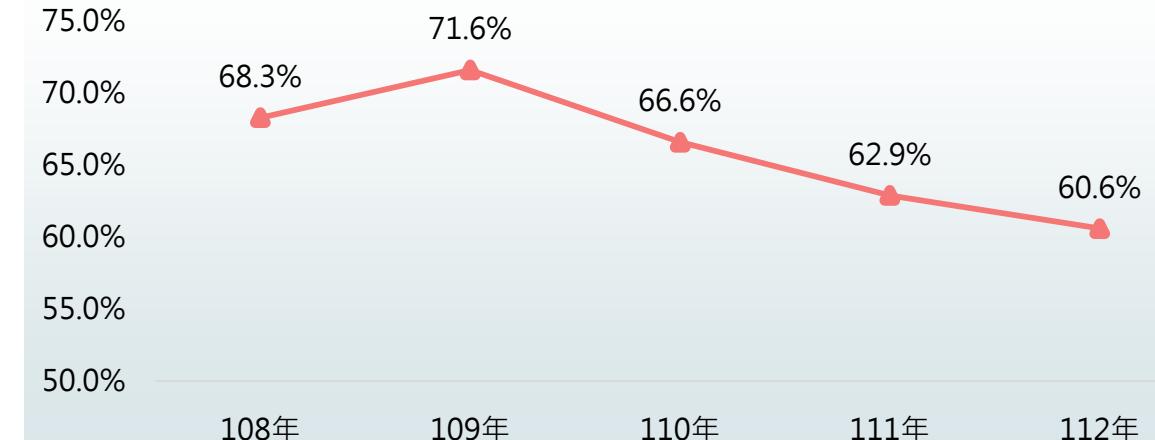


112年各項處置效率指標均較111年差，可能與急診人增加、護理人力減少及病房不足有關。

急診病人停留超過24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(+)



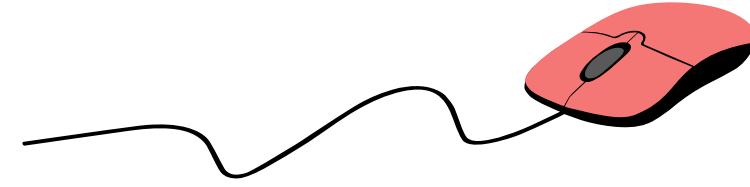
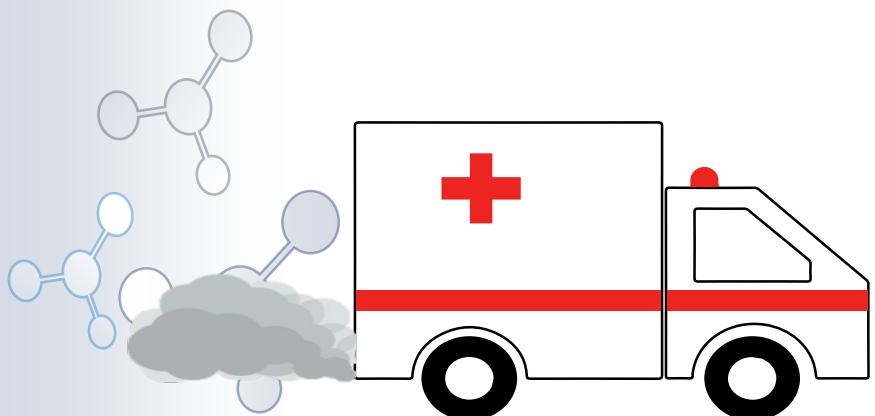
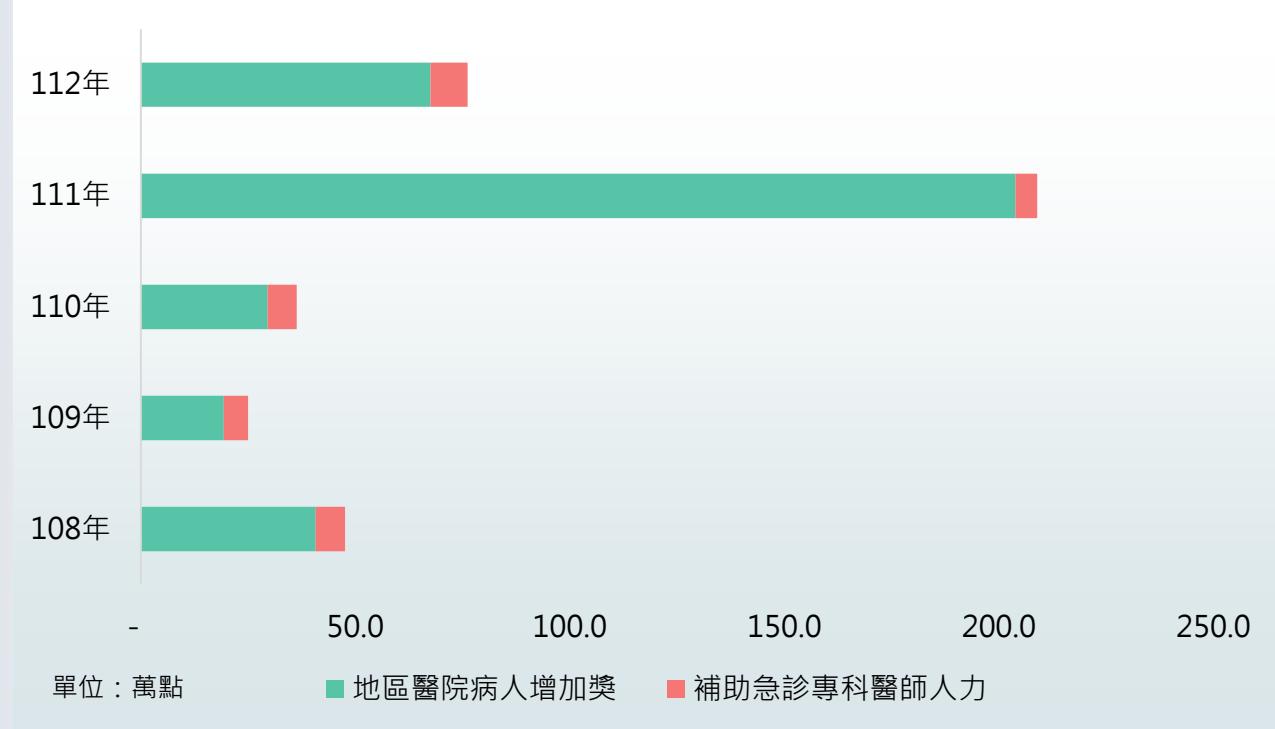
完成急診重大疾病病人6小時內進入加護病房之比率(+)



檢傷四、五級急診病人4小時內離開醫院之比率(+)



01-5 急診品質提升方案



小結

- 一. 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。
- 二. 為求穩定發展112年及113年將維持111年方案內容續執行。



02-1 西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層)



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。

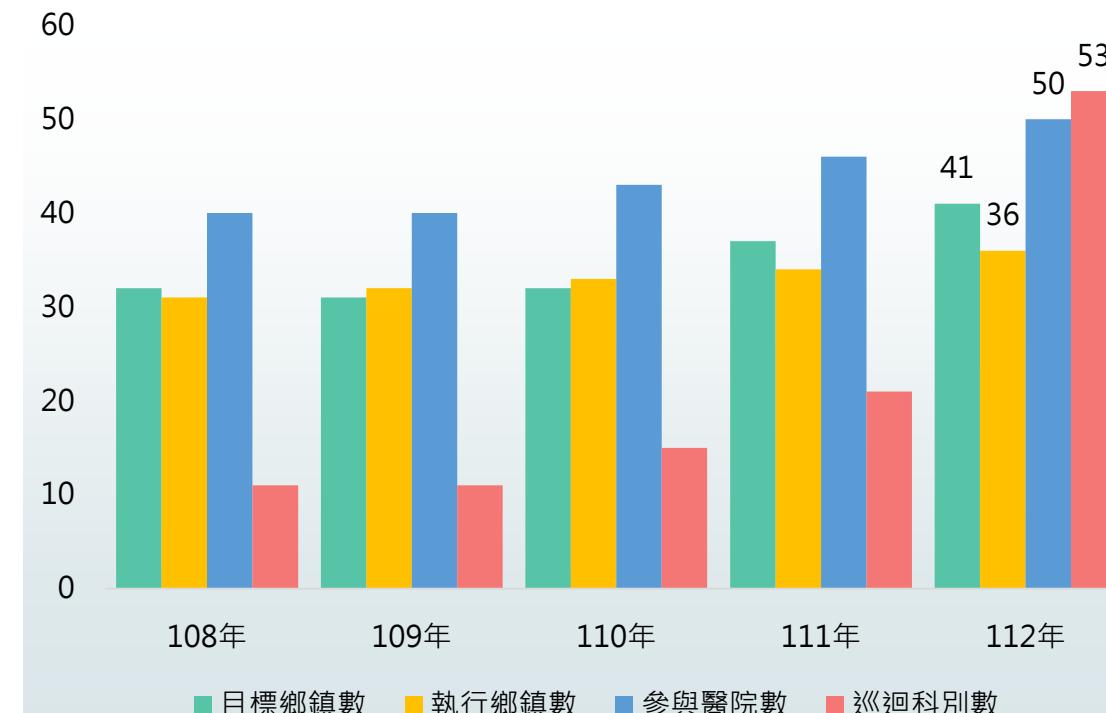
策略

- ✓ 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。



112年目標鄉鎮數41個，執行鄉鎮數達36個(執行率87.8%)，共計50家醫院、53個專科別參與本方案。

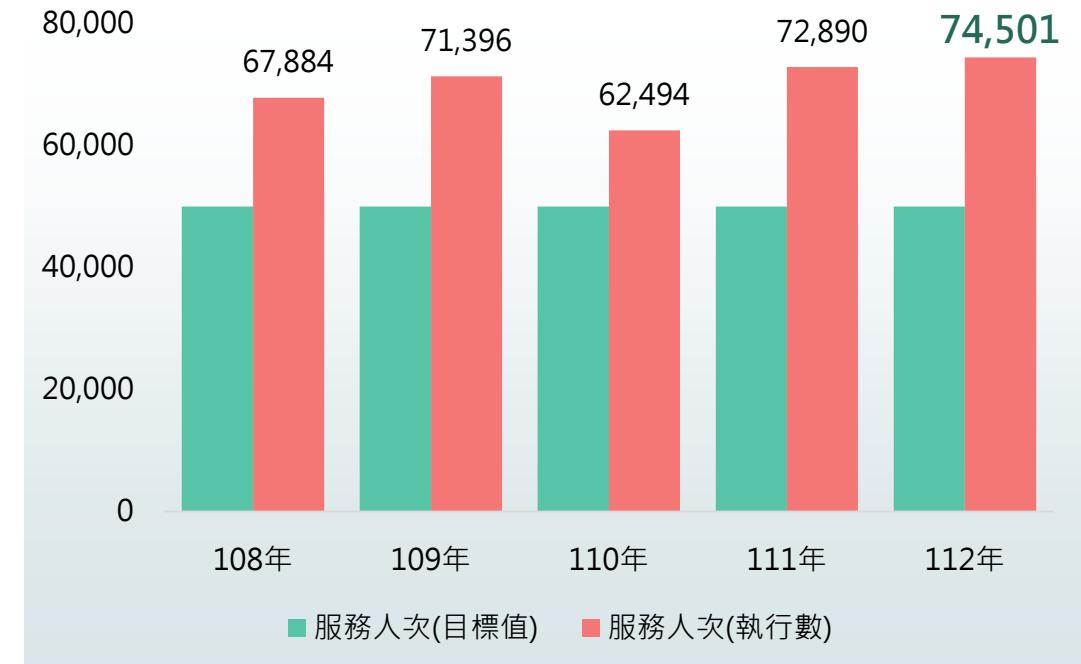
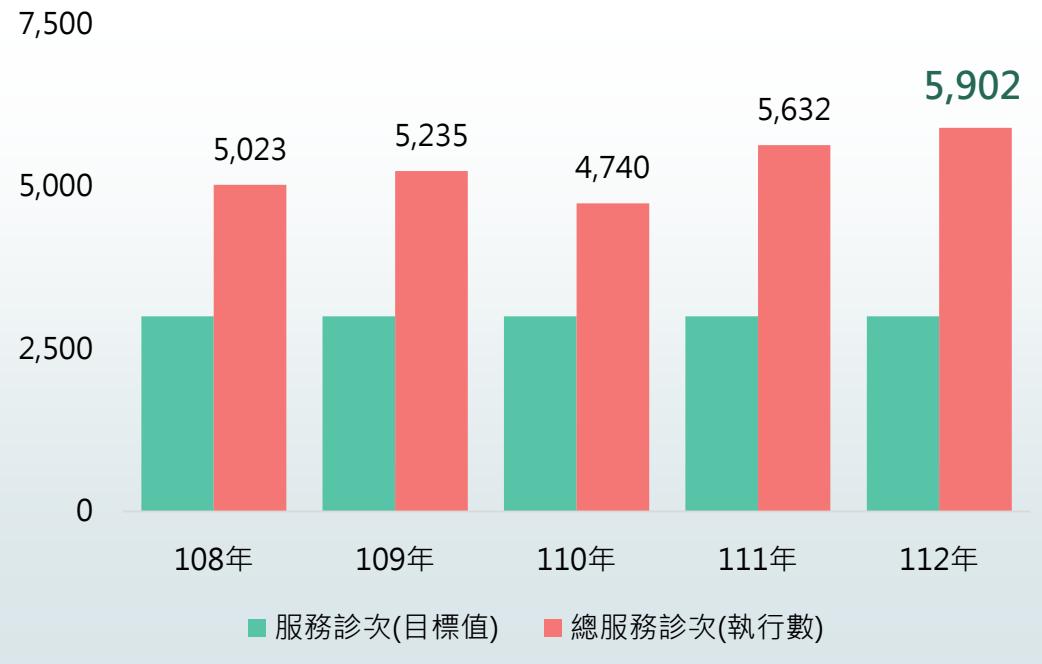
雖然執行鄉鎮數未達目標數，但在**參與家數**及**開設之巡迴科別**上都較歷年來得高。



02-2 西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層)



- ✓ 112年參與院所至醫療資源不足地區巡迴約**5,902**診次、服務約**74,501**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。



03-1 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

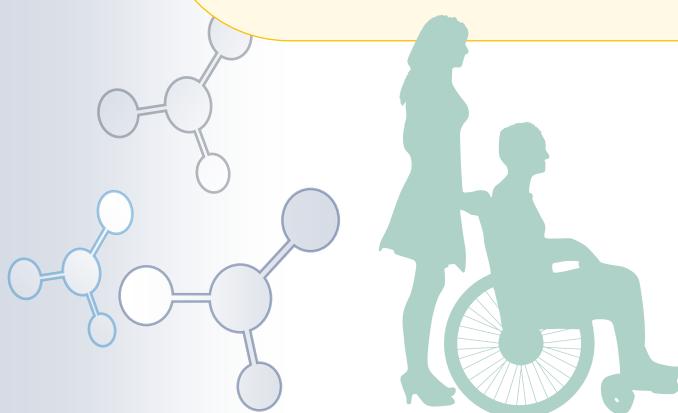


目的

- ✓ 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

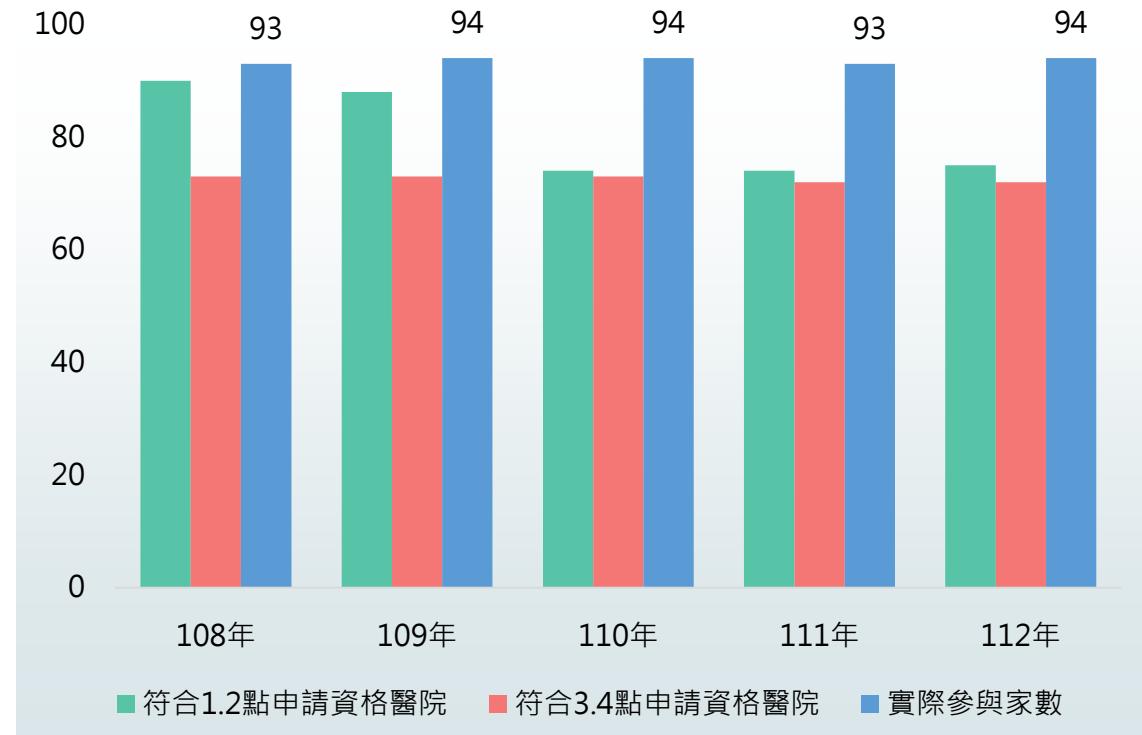
- ✓ 提供24小時急診服務。
- ✓ 提供內科、外科、婦產科及小兒科門診及住診醫療服務。
- ✓ 檢驗檢查報告主動通知民眾。
- ✓ 深入社區加強預防保健服務。



112年符合申請資格分別為：

符合1,2點共75家、符合3,4點共72家

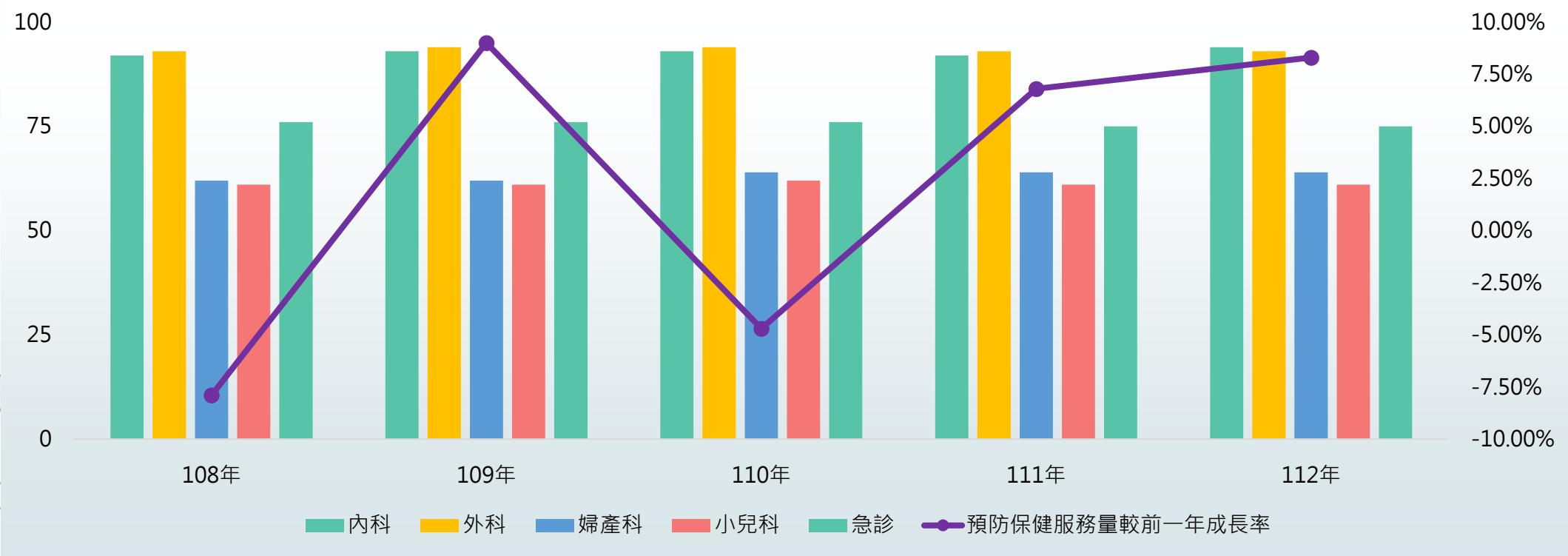
實際參與醫院共94家。



03-2 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫



- ✓ 112年各科服務家數，與歷年相年亦是以內科及外科為多數。
- ✓ 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。



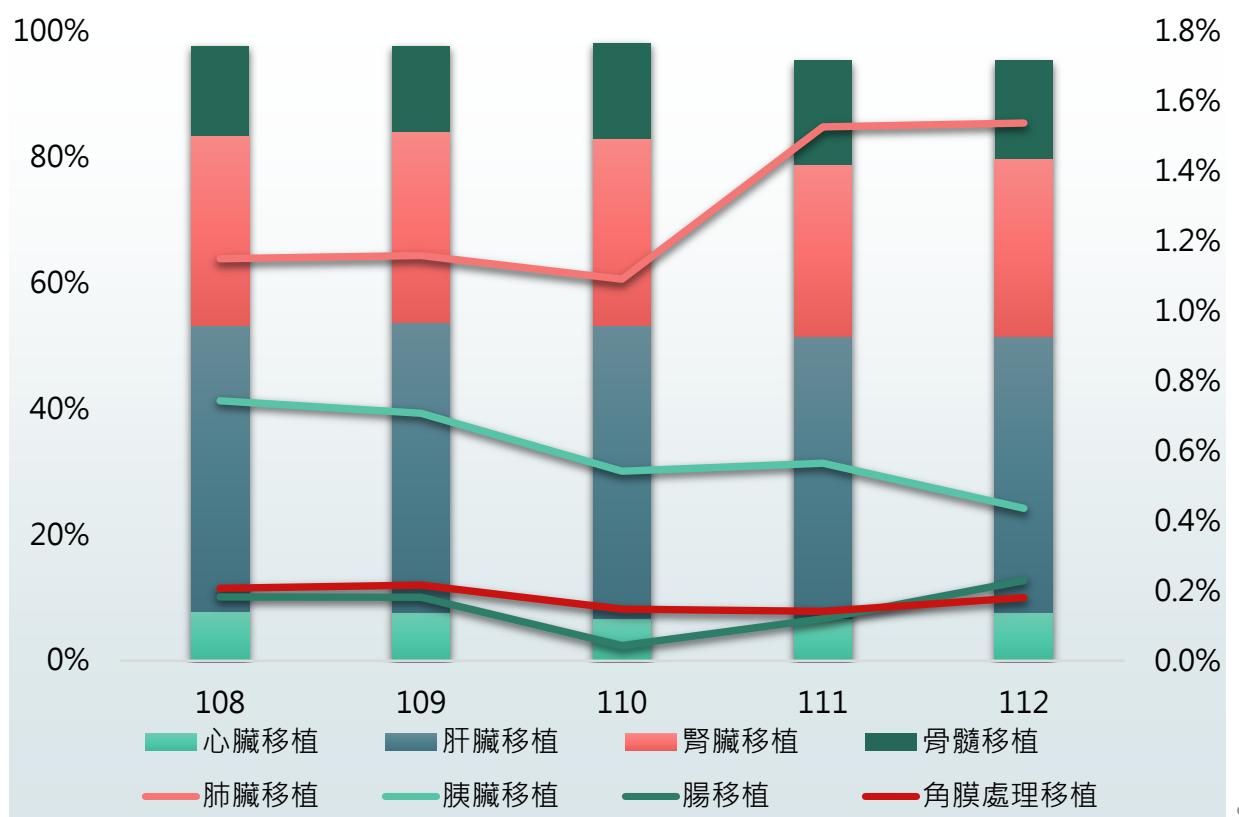
04- 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型)

108~112年預算執行情形

項目	年度	108	109	110	111	112
預算數						
值(億元)	47.128	50.27	51.27	52.0806	52.0806	
成長率(%)	7.1	6.6	2.0	1.58	0	
預算執行數						
值(億元)	45.38	46.02	46.88	48.141	50.411	
成長率(%)	3.3	1.4	1.9	2.68	4.71	
預算執行率(%)	96.3	91.5	91.4	92.4	96.79	
整體						
移植人數						
值(人)	1,925	1,890	1,886	1,575	1,975	
成長率(%)	6.8	-1.8	-0.2	-16.48	25.39	
移植費用						
值(百萬元)	2120.9	2107.3	2,169.3	2,308.0	2,520.8	
成長率(%)	5.1	-0.6	2.9	6.4	9.22	
抗排斥藥費						
值(百萬元)	2,417.6	2,494.5	2,518.6	2,506.1	2,520.3	
成長率(%)	1.8	3.2	1.0	-0.5	0.56	
合計費用						
值(百萬元)	4,538.5	4,601.7	4,687.8	4,814.1	5,041.1	
成長率(%)	3.3	1.4	1.9	2.7	4.71	

- ✓ 近五年預算執行率穩定，維持90%以上，移植人數回穩至疫情前，移植費用也隨之上升。
- ✓ 肝臟移植費用占最高；其次為腎臟移植，角膜處理費占率最小。

108~112年各器官移植項目執行費用占率



05- 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型)

項目	年度	108	109	110	111	112
預算(億)	8.68	8.68	2.10	2.10	2.10	2.10
執行經費	0	0	0	0	0	0

相關問題尋求排除及建議

針對DRG因ICD-10-CM/PCS轉版所使MDC改變、OR PROCEDURE異動等問題排除，並提供專業建議予健保署供參。

完成研商

全民健康保險支付標準第7部
第一章支付通則4.0版

全民健康保險支付文件轉譯

全民健康保險支付標準第7部
第一章支付通則4.0版



國際疾病分類版本更新

108-112年完成DRGs編碼基本
國際疾病分類版本更新由2014
年版提升到2021-2023年版

推動雙軌DRGs調查

醫院部門就DRGs推動雙軌制意願調查。

現況：

- 支付通則無法確認版本
- DRG4.0的權重健保署未釋出
- 醫院無法預先盤算DRG推進所產生的財務影響
- 114年改版ICD-10-CM/PCS改版2023年版
- 健保署缺乏ICD-10-CM/PCS 2023年版的全國醫療費用申報資料

建議：

- 健保署宜儘速提供擬推行DRG雙軌所依據之支付通則權重資料及試算目前各層級超出上限臨界點案件申報情形
- 有關價值型支付標準獎勵設計，希望健保署就獎勵計算、周期、評分方式再予釐清，並認同加入對重症保障之誘因，以增加醫院的參與意願。

06- 住院整合照護服務試辦計畫

111~112年住院整合照護服務試辦計畫申報情形

年度	層級別	核定家數	核定試辦床數	申報家數	申報點數(萬點)
111	醫學中心	6	464	5	238.4
	區域醫院	16	1691	16	1330.9
	社區醫院	18	692	17	1194.8
	小計	40	2847	38	2764.1
112	醫學中心	12	763	12	3003.7
	區域醫院	35	2023	31	10829.9
	社區醫院	37	1628	36	13196.7
	小計	84	4414	79	27030.3

111~112年住院整合照護服務試辦計畫執行KPI

項目	年度	111	112
預算數(百萬元)		300.0	560.0
執行數(百萬元)		27.1	270.37
預算執行率		9.0%	54.074%
執行目標 (達標與否V/X)	參與服務醫院： 111年至少4家 112年至少30家	38(V)	84-核定 79-申報(V)
	服務住院病人日： 111年200,000人日 112年800,000人日	36,854(V)	360,404(X)
預期效益之評估指標 (達標與否V/X)	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% 112年目標為4%	3.4%(V)	5.6%(V)

照護輔佐人員短缺

住院整合照護服務佐理員與照顧服務員是同等性質，互有競合關係，兩個不同場域都需大量人力，醫院現行住院整合照護服務護佐人員多半外包公司，因醫院可支付的薪酬略低於長照市場，所以佐理員人力更顯困難，113年醫院已開始規劃自訓佐理員，以強化管理及建立佐理員歸屬感，逐步改善人力供給問題。

護理督導時間因人力短缺而受限

住院整合照護服務仍須在護理督導下執行相關業務，使得達成以團隊形式照護工作分級分工提供住院照護，病人獲得有品質、安全又完整的照護服務，現下醫院正面臨疫後醫護人員大舉流失，或有可能間接影響可照護的床數。

病人及家屬接受度還未普及

住院整合照護服務計畫雖在正式納入中長期醫療改革計畫前已於全國各級醫院試辦過，但因照護人員人力問題及管理問題未成功，到111年正式以健保補助給付的方式推動，民眾接受訊息及調整過往住院陪病習慣尚未完全改變，若為住院天數不高的病況，民眾多半維持由家屬陪病居多。

執行目標設定太過樂觀

112年設定服務住院病人日為80萬，為111年的4倍，鑑於112年各級醫院皆有受醫護人力短缺而策略性關床以符醫療機構設置標準，且民眾接受住院整合性照護的概念，實施才剛第二年，服務住院人日數提升至80萬，實有困難。

07- 鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫

(111年新增)



108~112年預算執行情形

項目	年度	108	109	110	111	112
預算數(百萬元)		-	-	-	300.0	300.0
預算執行數(百萬元)		-	-	-	282.6	346.74
預算執行率		-	-	-	94.2%	115.58%
執行目標 (達標與否 V/X)	提升RCC、RCW病人 同意簽署DNR比率較 108年增2%	RCC	18.7%	20.8%	18.2%	19.1%
		RCW	9.2%	9.0%	8.4%	14.5%
預期效益 之評估指 標 (達標與否 V/X)	RCC： 指標達成與 108年比較 進步視同達 標	主要 指標	呼吸器脫離率	57.7%	58.8%	57.5%
		次要 指標	簽署DNR比率	18.7%	20.8%	18.2%
			召開緩和醫療家庭 會議比率	11.8%	12.1%	11.4%
	RCW： 指標達成與 108年比較 進步視同達 標	主要 指標	簽署DNR比率	9.2%	9.0%	8.4%
		次要 指標	召開緩和醫療家庭 會議比率	8.0%	8.6%	8.9%
		次要 指標	呼吸器脫離率	8.9%	8.5%	8.9%
簽署DNR案件數 與 108年比較進步視同 達標	RCC	1,581	1,664	1,402	1,480	1,896
	RCW	1,140	1,053	976	1,701	2,365

✓ 鼓勵安寧、提升臨終照護品質，為衛生福利部重要政策，提升臨終照護品質，係主管機關交付之總額協商政策方向。

✓ 112年執行情形，經費共計2項，分為個案獎勵(100百萬元)及醫院評比獎勵(200百萬元)，其中醫院評比獎勵全年已支用點數(243,642,000點)，已超出預算數(200百萬元)，以浮動點值(0.82087653)支付。

✓ 健保會協定事項之執行目標及預期效益評估指標，於112年皆予以達標。



08- 腹膜透析追蹤處置費及APD租金(非計畫型)

(111年新增)



111~112年預算執行情形

項目	年度	111	112
預算數(百萬元)		15.0	15.0
執行數(百萬元)		8.8	5.7
執行率(%)		58.3%	37.7%
醫院總額申報情形			
腹膜透析追蹤處置費(58011C-連續可攜式腹膜透析)			
病人數		664	1,138
件數		870	1,561
費用點數(百萬點)		2.5	4.7
腹膜透析追蹤處置費(58017C-全自動腹膜透析)			
病人數		174	332
件數		231	437
費用點數(百萬點)		1.0	1.2
APD租用(58028C-全自動腹膜透析機相關費用)			
病人數		357	378
件數		500	515
費用點數(百萬點)		0.3	0.3

111年修訂支付標準腹膜透析追蹤處置費(58011C)，並自當年度6月1日生效。

- ✓ 本項經費依實際執行情形併入一般服務結算。
- ✓ 112年執行情形，腹膜透析追蹤處置費(58011C)(4.7百萬點) + 腹膜透析追蹤處置費(58017C)(1.2百萬點) + APD租用(58028C)(0.3百萬點)等申報總和6.2百萬元。
- ✓ 依前述111年6月1日修訂後支付標準核扣不符規定者，預算執行數為5.7百萬元，執行率37.7%。

09- 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增

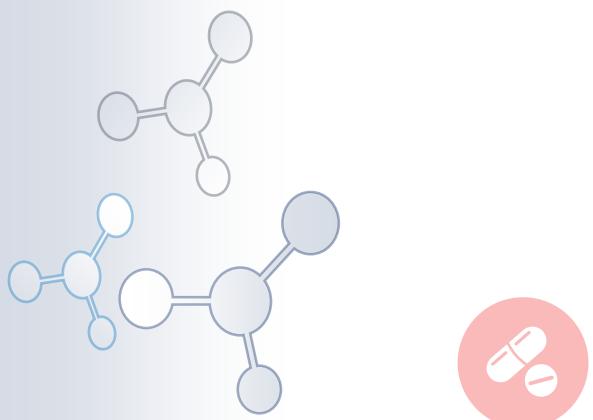
(112年新增)



112年預算執行情形

項目	年度	112
預算數(百萬元)		1,000.0
預算執行數(百萬元)		23.0
預算執行率		2.3%
執行目標 (達標與否V/X)	111年之陽性個案於112年追蹤且非肺癌確診者37,775人	37,775
	112年之陽性個案於第1年追蹤86,461人	86,461
預期效益之評估指標 (達標與否V/X)	診斷為早期肺癌的人數占率提升	84.5%

- ✓ 經費用於國民健康署肺癌篩檢後疑似陽性個案後續確診費用，依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。
- ✓ 預算用於支應LDCT篩來計畫之肺癌疑似陽性個案，於確診前以CT追蹤之金CT檢查費用。
- ✓ 考量本案係支應疑似個案為確認診斷而衍生之CT費用，爰若該個案當年度第二次(含)以後申報就醫主診斷為肺癌者 (ICD-10診斷碼：C34)，即不以本項預算支應。



10- 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能

108~112年預算執行情形

(110~111年列一般，112年改列專款)

項目	年度	108	109	110	111	112
預算數(百萬元)		-	-	500.0	1,000.0	500.0
預算執行數(百萬元)		-	-	500.0	1,000.0	500.0
預算執行率		-	-	100%	100%	100%
執行目標 (達標與否 V/X)	110年地區醫院夜間及 假日開診率提升2%	夜間 開診率	-	71.4%	67.7% (X)	-
	111年地區醫院假日或夜間門診案 件 (不含藥費) 採固定點值，及提 升住院照護品質，優先用於反映住 院首日護理費支付點數加成30%	假日 開診率	-	63.4%	62.9% (X)	-
				經111/7/12醫院總額研商議事會議臨時會議通過，預算執行項目：		
預期效益之 評估指標 (達標與否 V/X)	110年地區醫院夜間及 假日開診率提升2%	夜間 開診率	-	71.4%	67.7%	71.3% (X)
		假日 開診率	-	63.4%	62.9%	62.0% (X)
	醫院部門地區醫院住診滿意度調查 平均滿意度達82%		-	-	-	89%
112年：全日平均護病比<12.0之地 區醫院家數不低於108年		195	-	-	-	204

- ✓ 經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。
- ✓ 計畫自公告日起實施，依各醫院申報醫令數回溯至112年1月按季均分及結算，由健保署統一補付點數差額，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算，並僅於112年適用。
- ✓ 依計畫所訂評估指標顯示112年全日平均護病比<12.0之地區醫院家數為204家，大於108年之195家。



11- 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能

(110~111年列一般，112年改列專款)



108~112年預算執行情形

項目	年度	108	109	110	111	112
預算數(百萬元)		-	-	1,000.0	2,000.0	1,000.0
預算執行數(百萬元)		-	-	1,000.0	2,000.0	1,000
預算執行率		-	-	100%	100%	100%
執行目標 (達標與否 V/X)	110年：區域級(含)以上醫院住院病人滿意度達80% 111年：區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值及提升住院護理照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成30%	-	-	91.0% (V)	-	-
預期效益 之評估指 標 (達標與否 V/X)	111年： 區域級(含)以上醫院，住院滿意度調查，平均滿意度達成82% 112年： 14日內再住院率不高於該層級別 108年比率	-	-	-	90.2%	91.1%
		醫中 5.06%	-	-	醫中 4.67%	
		區域 6.40%	-	-	區域 5.91%	

- ✓ 經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。
- ✓ 計畫自公告日起實施，依各醫院申報醫令數回溯至112年1月按季均分及結算，由健保署統一補付點數差額，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算，並僅於112年適用。
- ✓ 依計畫所訂評估指標顯示112年14日內再住院率：醫中4.67%、區域5.91%，二層級皆小於各自108年比率：醫中5.06%、區域6.40%。

12- 因應長新冠照護衍生費用

(112年新增)



112年因應長新冠照護衍生費用預算執行情形

項目	112年
預算數(百萬)	40
預算執行率(%)	100
預算執行數(百萬)	40
使用MIS-C免疫球蛋白之醫療費用點數(百萬)	5.2
COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費用(百萬)	0
COVID-19確診個案醫療費用點數(百萬)	34.8
實際申報醫療點數(百萬)	1,130.6
使用MIS-C免疫球蛋白之醫療費用點數(百萬)	5.2
COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費用(百萬)	0
COVID-19確診個案醫療費用點數(百萬)	1,125.4

✓ 支應接受新冠照護之個案醫療費用，擬以新冠後所產生的醫療費用為目標，減緩對健保財務的影響，經與健保署研商，以院所申報主次診斷具長新冠代碼個案之醫療費用點數，經彙整全國醫院申報計11.25億點，嚴重超出衛生福利部所核定之4,000萬元的預算，顯示原醫院部門與健保署所預擬9.9億的預算並非空穴來風。

✓ 鑑於相關文獻指出，罹患新冠後仍有2-3年會有不明病癥產生的可能，爰國際疾病分類代碼ICD-10-CM/PCS早已將後新冠的病況以M35.0及U09.9標示為長新冠，建議仍應持續編列專款以適時適量支應。再者原由特別預算支應之新冠疫情預算取消並考慮併入健保費用支出之時，即應予以考量這非為總額預期的流行疫病費用支出應在特別預算凍結之際，仍需規劃緩衝的財源（無論在一般服務預算亦或在專款）以減少衝擊，至於預算之編列，則是隨疫情結束個案數減少而逐年減少，直至疫情真正結束。

112年因應長新冠照護衍生費用照護人數

項目	112年
COVID-19引起MIS-C照護人數	28
COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫長新冠收案人數	0
COVID-19確診照護個案數	6,987

13- C型肝炎藥費

(含其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費」)

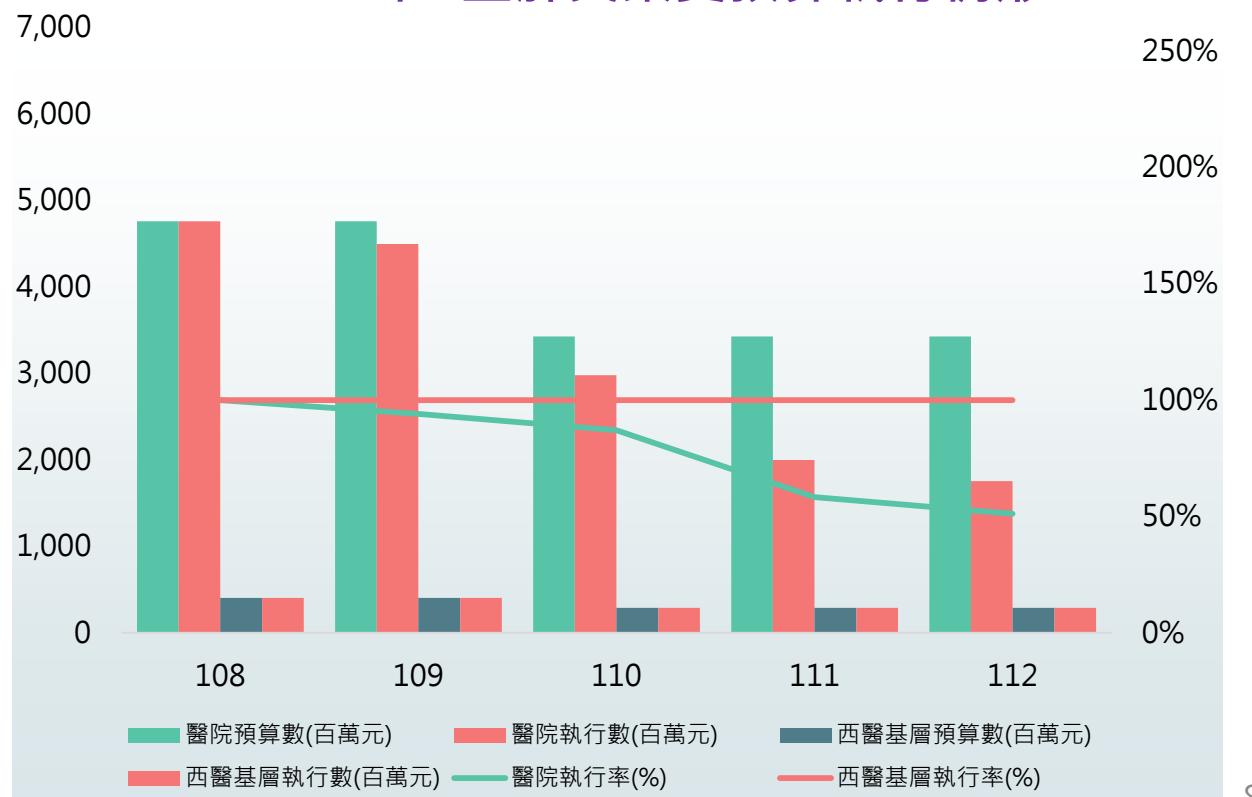


108~112年預算執行情形

項目	年度	108	109	110	111	112
整體						
預算數(百萬元)	6,536.0	8,166.0	6,570.0	5,620	4,320.0	
執行數(百萬元)	7,053.9	4,904.2	3,272.9	2,523.8	4,092.4	
執行率	107.9%	60.1%	49.8%	44.9%	94.73%	
C肝新藥						
新收案數	45,808	36,157	20,558	16,445	14,284	
總治療人數	74,895	111,052	131,603	148,048	162,332	
已達治癒標準人數	43,315	33,118	18,030	13,914	9,213	
治療涵蓋率(年累計)	37.1%	47.2%	52.2%	56.3%	59.8%	
醫院						
預算數(百萬元)	4,760.0	4,760.0	3,428.0	3,428.0	3,428.0	
執行數(百萬元)	4,760.0	4,498.2	2,980.9	2,000.0	1,754.2	
執行率	100%	94.5%	87.0%	58.3%	51.2%	
C肝新藥						
新收案數	41,799	31,856	17,380	12,622	11,036	
總治療人數	68,943	100,799	118,179	130,801	141,837	

醫院部門預算執行率為51.6%~100%，逐年有降低趨勢，主要因病於醫院就診而發現C型肝炎病人已於近幾年治療，致使醫院部門新收案數逐年降低，執行率較難有新的突破。

108~112年C型肝炎藥費預算執行情形



14- 醫療給付改善方案(含9項方案)



108~112年醫療給付改善方案總預算執行情形

項目	年度	108	109	110	111	112
預算數(億元)		11.870	11.870	13.368	14.951	16.434
預算執行數(億元)		10.173	10.954	11.358	11.825	12.672
預算執行率		85.7%	92.3%	83.0%	79.1%	77.1%

醫療給付改善方案

- 一. 糖尿病
- 二. 氣喘
- 三. 乳癌
- 四. 思覺失調症
- 五. B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤
- 六. 早期療育
- 七. 孕產婦
- 八. 慢性阻塞性肺疾病
- 九. 提升醫院用藥安全與品質

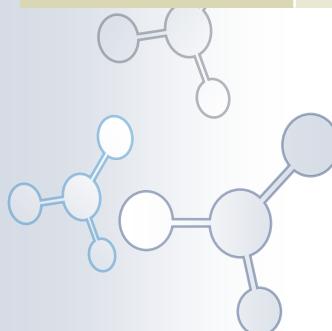


14-1 醫療給付改善方案_糖尿病



108~112年預算執行情形

項目	年度	108	109	110	111	112
糖尿病						
申報數 (百萬元/點)	691.2	760.9	811.3	761.9	709.8	
參與院所數	273	278	286	291	290	
收案數	539,679	574,281	598,932	617,036	600,878	
照護率	60.0%	62.1%	63.9%	64.9%	61.4%	
糖尿病合併初期慢性腎臟病						
申報數 (百萬元/點)	-	-	-	81.4	143.0	
參與院所數	-	-	-	124	212	
收案數	-	-	-	31,176	89,763	
照護率	-	-	-	28.8%	49.9%	



108~112年糖尿病暨糖尿病合併初期慢性腎臟病品質達成情形

項目	年度	108	109	110	111	112
糖尿病						
HbA1C<7.0%比率(控制良好率)	36.6%	36.7%	41.3%	54.6%	54.4%	
HbA1C>9.0%比率(控制不良率)	12.6%	11.4%	9.7%	7.8%	8.0%	
糖尿病合併初期慢性腎臟病						
控制良好率						
UACR<30mg/gm比率	-	-	-	50.2%	50.9%	
HbA1C<7.0%比率	-	-	-	60.2%	60.0%	
LDL<100mg/dL比率	-	-	-	82.8%	85.8%	
控制不良率						
UACR>300mg/gm比率	-	-	-	16.7%	19.7%	
HbA1C>9.0%比率	-	-	-	9.0%	13.0%	
LDL>130mg/dL比率	-	-	-	9.1%	12.0%	

因 111 年 3 月起新增「糖尿病合併初期慢性腎臟病」照護整合方案，部分共病個案改以DKD 照護，糖尿病照護情形如將 DKD 個案合併計算，112 年糖尿病個案數計 648,770 人，照護率為 66.3%，參與院所數計 290 家；111 年糖尿病個案數計 618,672 人，照護率為 65.1%，參與院所數計 291 家。

14-2、3 醫療給付改善方案_氣喘、乳癌



氣喘

108~112年預算執行情形

項目	年度	108	109	110	111	112
申報數(百萬元/點)	44.7	42.5	43.8	46.5	53.2	
參與院所數	142	140	144	146	143	
收案數	53,983	50,212	50,475	52,272	61,049	
照護率	25.4%	39.1%	42.15%	49.8%	38.3%	

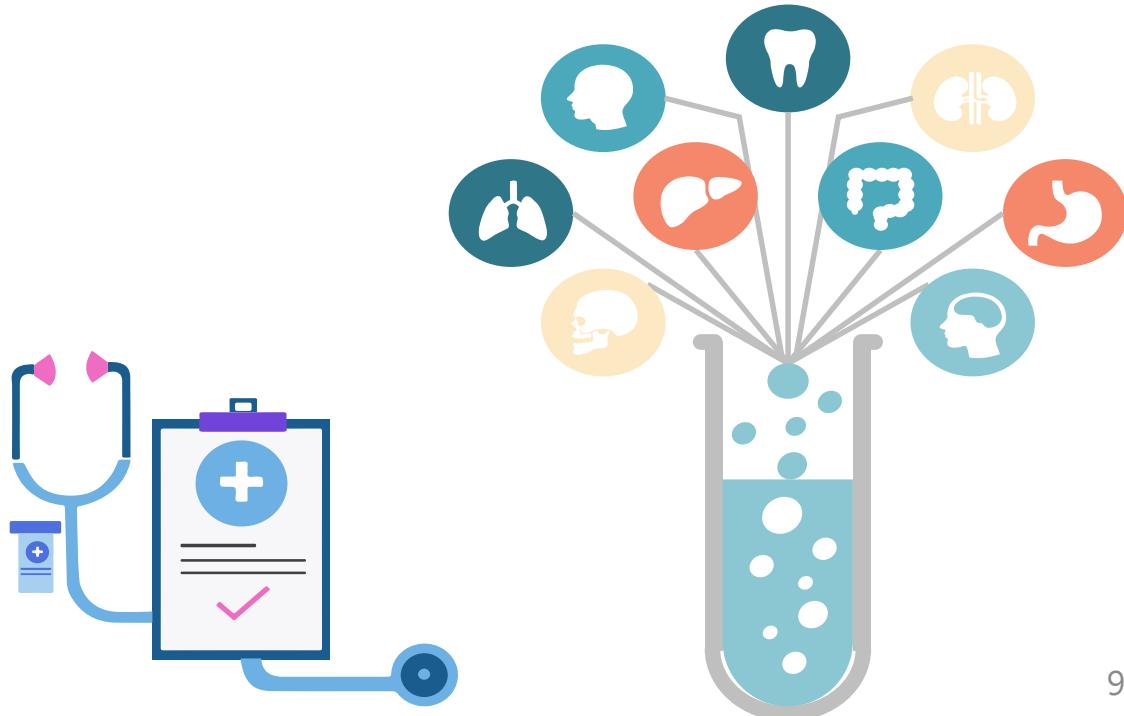
108~112年品質達成情形

項目	年度	108	109	110	111	112
降階治療成功率	15.2%	14.2%	13.8%	12.6%	13.0%	
氣喘出院14日再入院率	5.5%	2.7%	2.9%	2.5%	2.2%	

乳癌

108~112年預算執行情形

項目	年度	108	109	110	111	112
申報數(百萬元/點)	75.4	75.4	72.9	75.1	76.8	
參與院所數	5	5	5	5	5	
收案數	11,164	11,220	11,427	12,017	11,702	
照護率	7.3%	7.1%	7.0%	6.8%	6.1%	



14-4、5 醫療給付改善方案_思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤



思覺失調症

108~112年預算執行情形

項目	年度	108	109	110	111	112
申報數(百萬元/點)		53.0	52.2	51.1	57.8	64.9
參與院所數		125	125	128	139	137
收案數		59,668	59,549	58,408	73,352	75,661
照護率		74.0%	72.2%	74.2%	65.9%	68.4%

108~112年品質達成情形

項目	年度	108	109	110	111	112
六個月內精神科急性病房再住院率						
高風險病人		42.7%	41.0%	42.0%	36.2%	38.3%
一般病人		20.1%	19.8%	20.2%	18.8%	19.8%
固定就醫病人精神科急性病房住院人次比率						
高風險病人		56.1%	54.6%	50.5%	51.3%	54.7%
一般病人		19.6%	19.0%	17.3%	16.0%	16.8%
高風險病人規則門診比率		-	-	73.0%	47.5%	44.4%

B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤

108~112年預算執行情形

項目	年度	108	109	110	111	112
申報數(百萬元/點)		34.2	36.8	32.7	37.6	40.0
參與院所數		198	203	203	203	202
收案數		187,763	186,828	188,567	190,144	205,238
照護率		39.5%	37.0%	39.8%	41.3%	46.9%

108~112年品質達成情形

項目	年度	108	109	110	111	112
完整追蹤率		69.8%	71.6%	67.5%	72.3%	67.1%
GOT檢查率		86.6%	93.0%	92.5%	92.5%	92.8%
GPT檢查率		93.5%	92.8%	92.2%	92.3%	92.6%
腹部超音波檢查率		91.5%	91.6%	91.5%	91.9%	92.4%



14-6、7 醫療給付改善方案_早期療育、孕產婦



早期療育

108~112年預算執行情形

項目	年度	108	109	110	111	112
申報數(百萬元/點)		3.7	3.6	4.1	4.6	4.9
參與院所數		24	21	22	25	27
收案數		1,383	1,394	1,681	1,873	2,046
照護率(%)		11.9%	7.9%	12.7%	4.4%	13.6%

108~112年品質達成情形

項目	年度	108	109	110	111	112
個案固定就醫率						
新個案		70.5%	52.8%	60.2%	56.2%	61.0%
舊個案		42.5%	44.0%	49.0%	61.0%	71.1%
個案療育資源聯結率						
新個案		77.0%	71.1%	72.7%	65.4%	65.9%
舊個案		42.5%	40.6%	52.2%	44.0%	44.7%

產婦

108~112年預算執行情形

項目	年度	108	109	110	111	112
申報數(百萬元/點)		61.5	60.5	53.4	28.6	40.9
參與院所數		92	92	92	93	92
收案數		44,659	42,300	35,751	19,454	30,907
照護率(%)		38.0%	38.8%	34.0%	20.7%	33.0%

108~112年品質達成情形

項目	年度	108	109	110	111	112
孕產期全程照護率		50.4%	51.5%	45.7%	35.1%	68.4%
產後14日內再住院率(含跨院)		0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%
剖腹產管控率		33.0%	33.5%	33.8%	34.5%	35.1%



14-8、9 醫療給付改善方案_慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質



慢性阻塞性肺疾病

108~112年預算執行情形

項目	年度	108	109	110	111	112
申報數(百萬元/點)	25.6	29.9	30.9	32.0	34.1	
參與院所數	130	134	131	126	124	
收案數	20,471	21,786	22,599	23,311	25,611	
照護率(%)	35.2%	40.1%	45.5%	48.0%	44.0%	

108~112年品質達成情形

項目	年度	108	109	110	111	112
收案病人COPD出院後14日內再入院率	7.0%	6.6%	6.6%	5.8%	6.6%	
收案病人因COPD急診就醫比率	8.5%	8.3%	7.7%	7.6%	9.5%	

提升醫院用藥安全與品質

108~112年預算執行情形

項目	年度	108	109	110	111	112
預算數	50	50	50	80	90	
申報數(百萬元/點)	27.9	39.2	51.0	62.9	81.6	
重症加護臨床照護費		38.9	50.4	62.0	79.4	
門診臨床藥事照護費		0.3	0.6	0.9	2.0	
一般病床臨床藥事照護費		-	-	-	0.2	
參與院所數	103	120	134	134	141	
收案數	40,953	50,717	59,263	66,057	78,815	

108~112年品質達成情形

年	審查通過之藥師人數		醫師或其他醫事人員接受率		
	醫學中心及區域醫院	地區	重症加護臨床藥事照護	門診臨床藥事照護	一般病床臨床藥事照護
108	269	232	93.0%	91.2%	-
109	89	65	94.2%	87.8%	-
110	113	103	94.8%	87.8%	-
111	93	61	96.1%	88.2%	-
112	41	90	95.5%	98.2%	83.9%



15- 鼓勵院所建立轉診合作機制(非計畫型)



108~112年預算執行情形

項目	年度	108	109	110	111	112
醫院						
預算數(百萬元)		689.0	689.0	400.0	224.7	224.7
執行數(百萬元)		206.0	213.6	200.1	198.0	215.1
預算執行率(%)		29.9	31.0	50.0	88.1	95.7
西醫基層						
預算數(百萬元)		258.0	258.0	258.0	258.0	258.0
執行數(百萬元)		143.8	148.2	143.5	142.7	158.2
預算執行率(%)		55.7	57.4	55.6	55.3	61.3
基層總額轉診型態調整費用(其他預算)						
預算數(百萬元)		1,346.0	1,000.0	1,000.0	800.0	800.0
執行數(百萬元)		1,051.0	1,000.0	1,000.0	541.4	568.2
支應鼓勵院所建立轉診之合作機制預算之不足款		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
支應醫院與西醫基層病人流動之預算		1,051.0	1,000.0	1,000.0	541.0	568.2
預算執行率(%)		78.1	100.0	100.0	67.7	71.0

- ✓ 自107年新增專款，並自當年度7月1日起新增轉診相關支付標準。**112年預算同111年編列2.247億元，執行數為2.151億元，執行率為88.1%，兩者均較111年成長。**
- ✓ 預算核付係依據病人實際就醫情形，其核付條件為申報案件須勾稽到轉入院所有申報對應之01038C「接受轉診門診診察費加算」或於電子轉診平台有登錄及回復病人就醫情形之資料，考量轉診單期限及補報期限，申報轉診未核付案件將往前再勾稽3季，確認是否核付，故本項結算結果具遞延情形。



16、17- 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥(非計畫型)

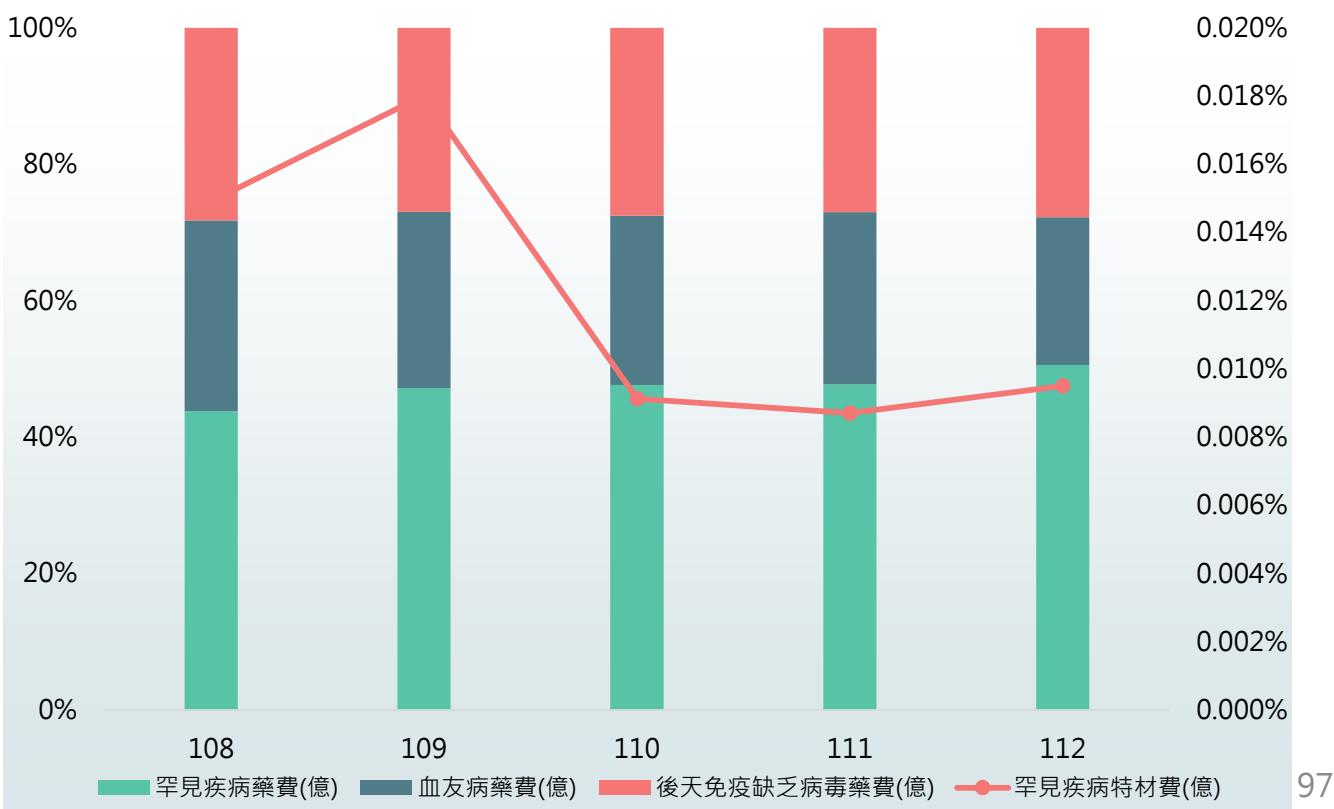


108~112年罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費

項目	年度	108	109	110	111	112
罕見疾病						
藥費(億元)	61.27	70.51	73.04	76.79	95.76	
成長率(%)	4.4	15.1	3.6	5.1	24.7	
用藥人數	9,634	10,177	10,501	11,176	12,046	
成長率(%)	8.1	5.6	3.2	6.4	7.8	
每人藥費(萬元)	63.6	69.3	69.6	68.7	79.5	
成長率(%)	-3.4	8.9	0.4	-1.2	15.7	
特材(百萬元)	2.1	2.7	1.4	1.4	1.8	
特材使用人數	10	11	5	8	8	
血友病						
藥費(億元)	39.39	38.77	38.08	40.52	41.04	
成長率(%)	6.1	-1.6	-1.8	6.4	1.3	
用藥人數	969	942	979	1,040	1,083	
成長率(%)	3.9	-2.8	3.9	6.2	4.1	
每人藥費(萬元)	406.5	411.6	388.9	390	379.0	
成長率(%)	2.2	1.3	-5.5	0.2	-2.7	
後天免疫缺乏病毒治療藥費						
藥費(億元)	-	-	52.57	52.57	52.57	
成長率(%)	-	-	-	0	0	
用藥人數	25,691	28,118	30,098	31,309	32,338	
成長率(%)	15.9	9.4	7.0	4.0	3.3	
每人藥費(萬元)	15.5	14.3	14.0	13.9	13.6	
成長率(%)	3.4	-7.4	-2.2	-1.0	-1.7	

- ✓ 罕病藥費成長達24.7%、每人藥費成長15.7%
- ✓ 血友病藥費及用藥人數些微成長，每人藥費反之降低2.7%
- ✓ 後天免疫缺乏病毒治療藥費預算維持、用藥人數些微增加，每人藥費反之降低1.7%

108~112年各項藥費占率



18- 精神科長效針劑藥費(非計畫型)

(111年起自一般移至專款)



111~112年預算執行情形

項目	年度	111	112
預算數(百萬元)		2,764.0	2,764.0
醫院總額		2,664.0	2,664.0
西醫基層		100.0	100.0
執行數(百萬元)		1,468.9	1,923.6
醫院總額		1,450.0	1,892.7
西醫基層		18.9	30.9
預算執行率		53.1	69.6
醫院總額		54.4	71.0
西醫基層		18.9	30.9
實際申報醫療點數(百萬點)		1,477.3	1,967.0
醫院總額		1,458.3	1,935.3
西醫基層		19.0	31.6
使用長效針劑個案數		38,899	41,910
醫院總額		37,582	40,349
西醫基層		1,317	1,561

- ✓ 自110年9月1日修訂「思覺失調症醫療給付改善方案」，新增長效針劑注射獎勵措施，鼓勵醫師對不規則就醫或不規則服藥等合適或病情需要之病患施打長效針劑，並自111年編列預算支應推動精神病長效針劑注射獎勵措施所增加藥費。
- ✓ 經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- ✓ 醫院、西醫基層院所間申報個案可能重複，故人數不宜直接加總。
- ✓ 112年預算同111年編列2.664億元，執行數為1.8927億元，執行率為71.0%，均較111年成長，顯示有實際使用需求。
- ✓ 仍有許多病患及家屬誤將施打長效針劑與病情嚴重畫上等號，如何從政策面鼓勵用藥，翻轉病患及家屬的既有印象，也是推行長效針劑的挑戰。

19- 慢性傳染病照護品質計畫

112年預算執行情形



(112年新增)

項目年度	112			
	預算數(百萬元)	預算執行數(百萬元)	預算執行率	參與院所數
醫院總額	180.0	37.6	20.9%	164
西醫基層	20.0	5.3	26.5%	84

項目	年度	112	
		醫院總額	西醫基層
服務人數			
潛伏結核感染治療品質支付服務	4,871	1,985	
愛滋照護管理品質支付服務	22,597	156	
長照機構加強型結核病防治	2,552	104	

項目	年度	112		
總額協定事項之執行情形				
		執行目標	目標執行數	目標達成率
治療潛伏結核感染人數		12,000	11,345	95%
照護愛滋感染者人數		35,000	35,566	102%
檢驗潛伏結核感染人數		20,000	26,297	131% 
預期效益之評估指標				
		預期效益之評估指標	指標執行數	指標達成率
潛伏結核感染者完成治療比率		85%	85%	100% 
愛滋感染者服藥比率		95%	96%	101% 
服藥後病毒量測不到比率		96%	95%	99% 
長照機構潛伏結核感染檢驗陽性者加入治療比率		70%	78%	111% 
完成治療率		70%	82%	117% 

- ✓ 計畫自112年6月1日公告在案，包含三項子計畫「潛伏結核感染治療品質支付服務計畫」、「愛滋照護管理品質支付計畫」及「長照機構加強型結核病防治計畫」。
- ✓ 總額協定事項之執行情形及關鍵績效參考指標內容皆由疾病管制署提供。
- ✓ 執行目標(醫院及西醫基層總額合計)：除治療潛伏結核感染人數未達目標12,000人外，其餘兩項皆達目標數。
- ✓ 預期效益之評估指標(醫院及西醫基層總額合計)：除愛滋感染者服藥後病毒量測不到比率未達目標比率96%外，其餘四項皆達目標數。

20- 癌症治療品質改善計畫



(112年新增)

計畫內容經衛福部公告後
自6月1日起實施，實際執
行僅不到半年的期間，醫
院部門尚在努力推動中

112年預算執行情形

預算數(百萬)	預算執行數(百萬)	預算執行率(%)
402	18.3	4.4

112年各癌別之陽追率

預期效益之評估指標	大腸癌	口腔癌	子宮頸癌	乳癌	肺癌	總陽追率
追陽率達90%	81.62%	92.69%	86.42%	92.48%	77.03%	88.22%

未達目標

112年執行情形

參與院所數	參與醫師數	服務人數
121	1,761	16,255

113年計畫修訂方向如下：

- ✓ 擴大認定篩檢異常個案轉診得以紙本轉診單開立。
- ✓ 考量院所間溝通與資訊傳遞所需時間，延長轉診及確診報告上傳期限。
- ✓ 考量計畫執行流程，調整申報醫令執行時間之認定。

21- 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)

(112年新增)



醫院總額專款項目

20億元

預期效益：

調整各診療項目支付點數、章節歸類、名稱、支付規範、適應症，以合理反應各項醫療服務投入的成本差異及資源耗用情形。

評估指標：

本項目預定辦理期程為3年，考量支付標準調整項目數視核定預算而定，評估指標如下：

- ① 提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃：於112.10衛福部健保會報告。
- ② 「支付標準研議諮詢會議」召開4場次：已召開6次。

2.2237億元

配合醫療器材使用規範，修訂73項受影響之診療項目
(112.11.1生效)

6.1754億元

配合前述，補付73項診療項目112年1-10月之調整差額

小兒外科專科醫師診治未滿十九歲病人之案件，加護病房診察費及住院會診費得加計120%、一般病床及隔離病床住院診察費得加計150% (比照兒科專科醫師)

22- 獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用

108~112年預算執行情形

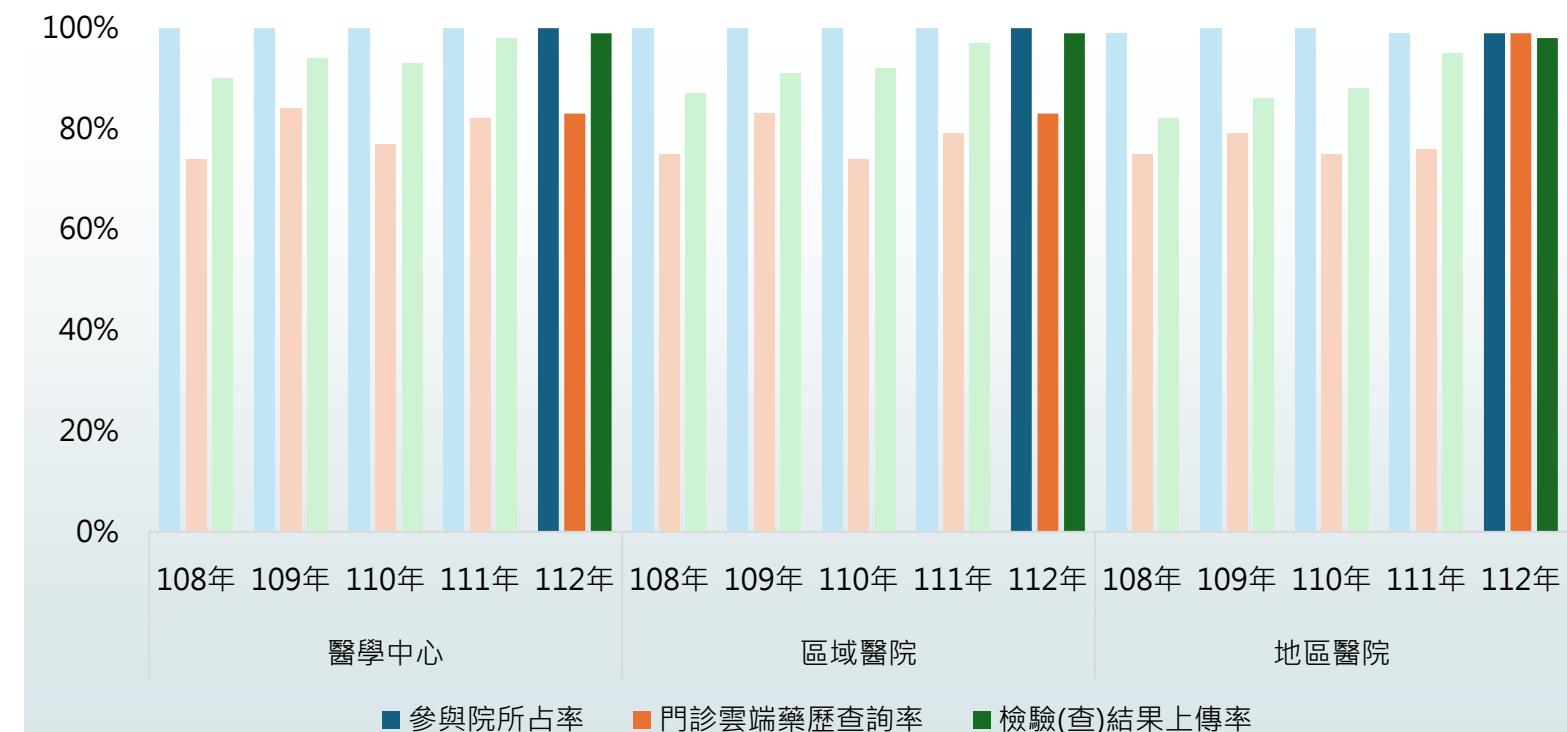
項目	年度	108	109	110	111	112
預算數(百萬元)	114	114	127	200	200	200
預算執行數(百萬元)	107.6	128.8	145.8	148	149.5	149.5
預算執行率	94.4%	113%	115%	74%	74.8%	74.8%

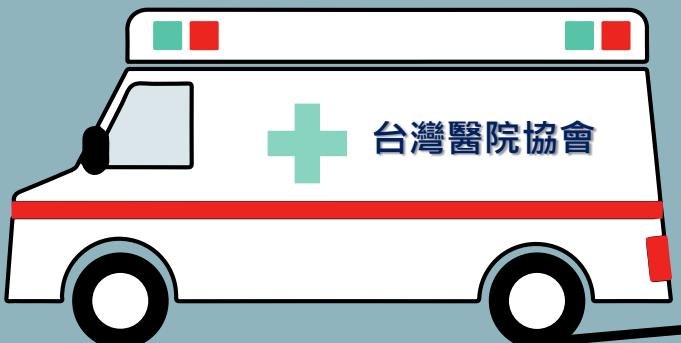
本項目參與院所數於112年達100%，在門診雲端藥歷查詢率、檢驗(查)結果上傳率及醫療檢查影像即時上傳率於112年亦有上升的趨勢。

針對113年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案（草案）」健保署與醫界於113年3月24日召開溝通會議，初步決議事項如下：

1. 與會代表對於「獎勵上傳資料」之「醫療檢查影像及影像報告」上傳獎勵點數調整均無意見。
2. 提升院所智慧化資訊機制獎勵。
 - 1) 門診處方箋QR CODE二維條碼推動獎勵113年持續編列(2,000點)。
 - 2) 醫療費用申報格式就醫識別碼改版獎勵(原為2,000點改為1,600點)、健保卡資料上傳格式2.0改版獎勵(原為10,000點改為8,000點)：如預算足以支應，維持原獎勵點數。

108~112年獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用醫院總額執行成果





敬請指教

