

# 113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  
114.07.14

# 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 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 專案計畫





## 113年國人對醫院醫療服務 就醫滿意度-95.2%

- 113年門診、住診醫療照護服務，合計提供11,089萬人次。
- 輔助健保署通過多項癌症治療藥品，加速急重難罕病人應用新醫療科技，診治疾病。
- 醫療品質指標監測達97.73%達標。
- 輔助健保署完成支付制度改革基礎作業ICD-10-CM/PCS改版上線及主題式DRGs議案討論。
- 應用風險調整移撥款，強化照護各分區國人，區域聯防重大疾病跨院合作、偏鄉特定疾病（心肌梗塞）篩檢，促使東區增加平均餘命近1歲。

01

# 年度重點項目 執行成果與未來規劃

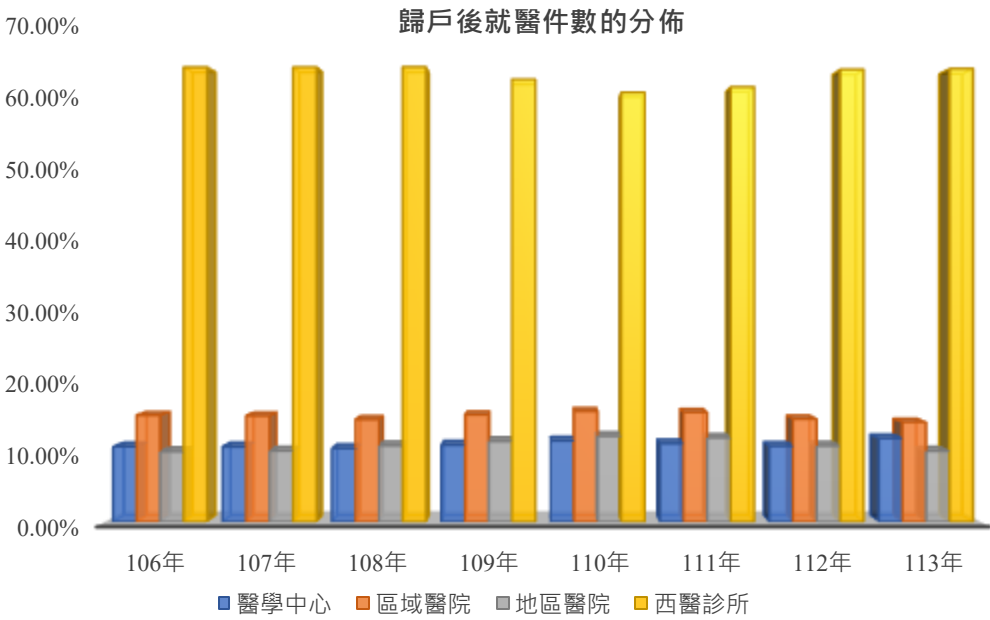
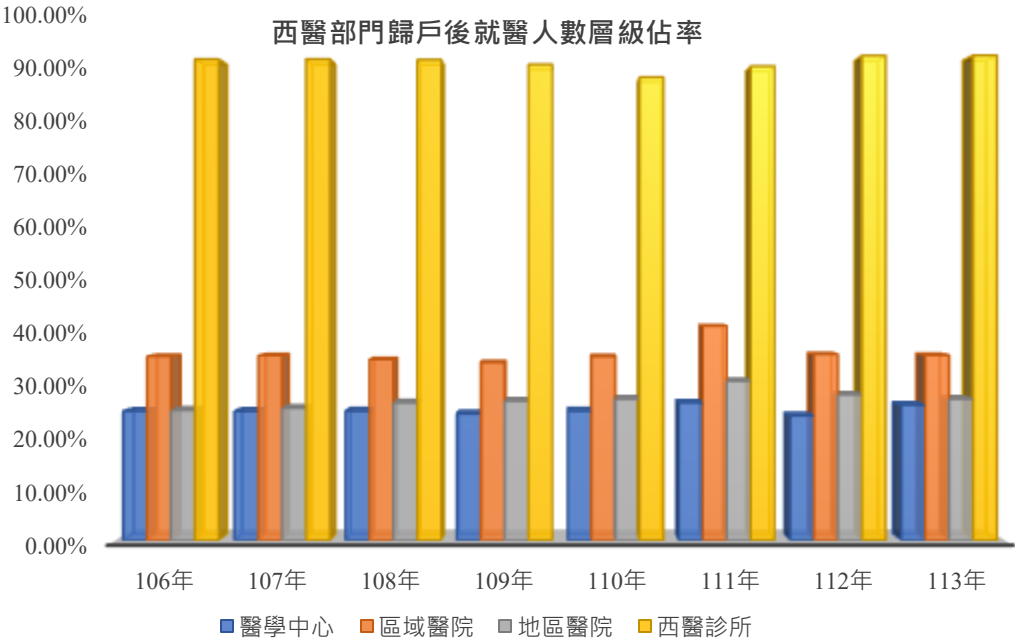
{參照書面報告P.2}



# 分級醫療

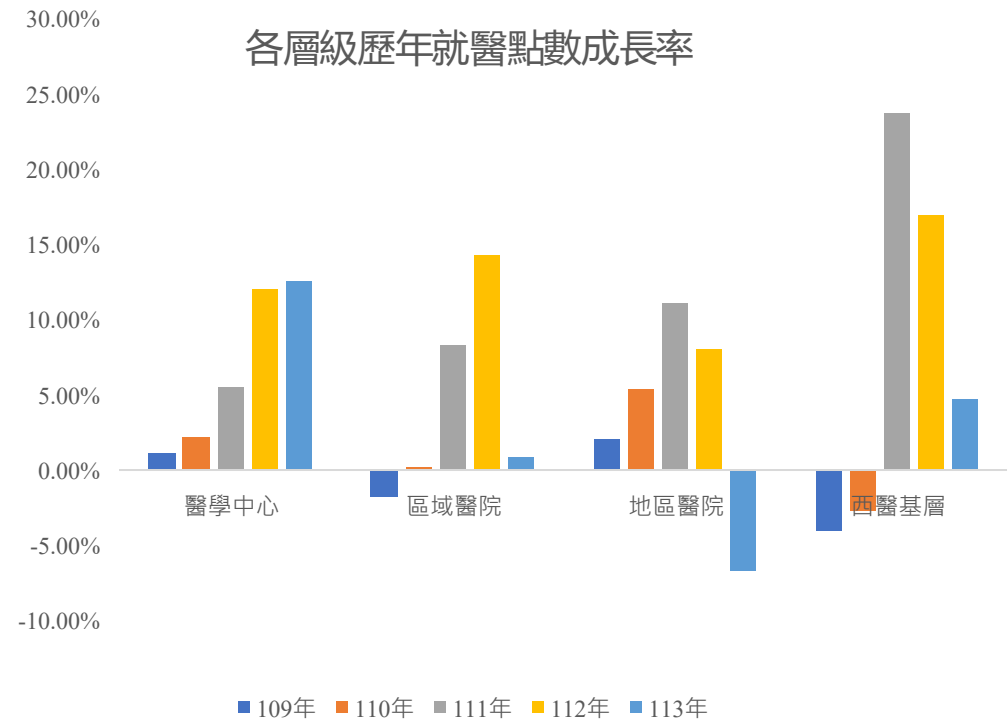
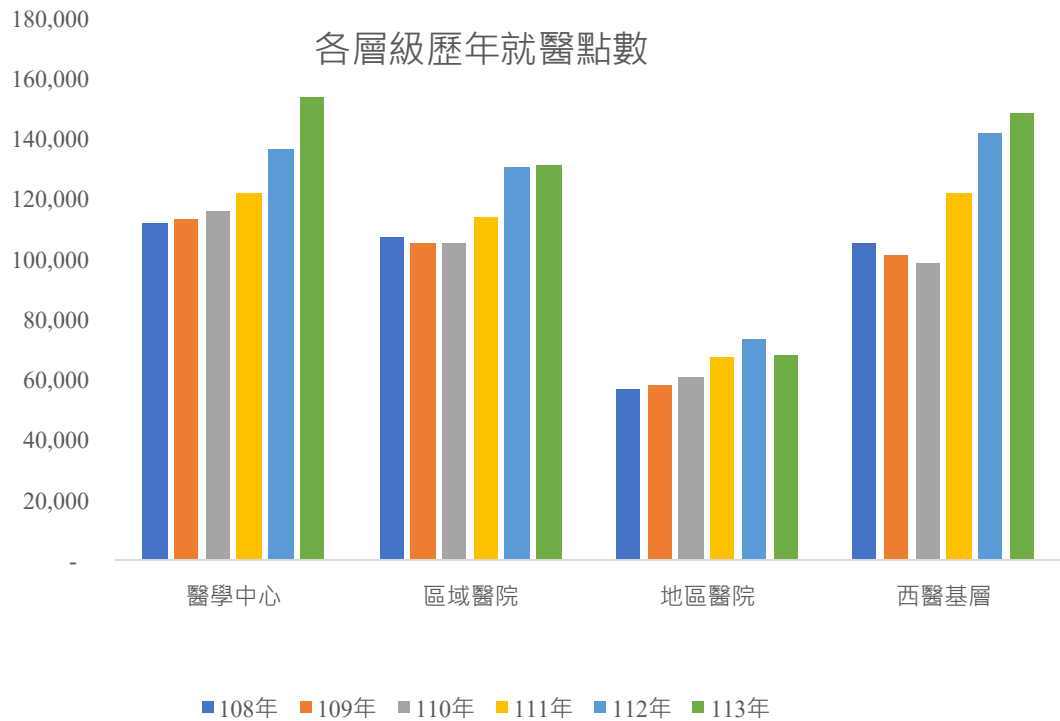
民眾實際具有分級醫療的概念！！

透過106年至113年全國醫療院所申報健保醫療費用數據的追蹤，民眾就醫的途徑的選擇：參據114年健保評核會書面資料-西醫門診各層級就醫人數、件數、點數及其占率統計顯示 ( P.111)  
國人實際就醫層級人數的分佈，92.60%的國人在西醫基層就醫、35.36%在區域醫院、26.99%在地區醫院，最後才是醫學中心25.84%



# 從醫療端觀察

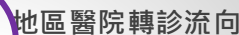
- 整體西醫部門醫療服務點數及件數都在增加中，其中點數的增加，來自於支付標準點數、基層給付表別的調整。而件數的增加，除了是來自民眾就醫需求的增加外，還有醫療體系間的家數的異動（醫院評鑑的升等、醫院醫師自行創業）。
- 113年各層級就醫點數成長率以醫學中心成長幅度最高，而地區醫院呈現負成長，係因受醫院評鑑112年公告有新增醫學中心及地區醫院強制升等為區域醫院有關。



113年醫院部門分級醫療執行成效指標，較112年成長，達標！！

- 各層級的轉診流向：

## 案件數





# 醫院全日護病比達到加成月份情形

- 醫學中心：113年全日護病比達成最多的級距為1:7.5-7.9人為43.4%，相較112年的眾數，同為1:7.5-7.9人達成率46.3%略減，而達到1:7.0-7.4級距的月次比例增加了
- 區域醫院：113年全日護病比眾數同112年落在1:10人以下的級距且達成比例由112年58.2%增加至61.3%
- 地區醫院：113年全日護病比眾數亦同112年落在1:13.0人以下，惟達成的月次較112年減少，未填具的月次比以往來得多

相較112年，達成率較差的因素，除醫療服務量能在113年開始逐漸回歸疫前，且醫院護理人力短缺，住診病床調節，以符合設置標準

資料彙整自健保署全球資訊網健保資料站全日護病比資訊公開，<https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-5095-32156-3033-1.html>

護病比加成率		20%	17%	14%	5%	2%	無加成	未填或 護病比 為0	
醫學 中心	護病比	<7.0	7.0-7.4	7.5-7.9	8.0-8.4	8.5-8.9	>9.0		
	符合 月次	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%
		110年	44.7%	31.0%	17.7%	6.7%	0.0%	0%	0%
		111年	42.7%	35.0%	16.3%	6.0%	0.0%	0%	0%
		112年	14.3%	23.7%	46.3%	11.0%	4.7%	0%	0%
113年	9.4%	30.0%	43.4%	15.8%	1.3%	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		
	符合 月次	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%
		110年	77.0%	8.8%	6.9%	2.5%	4.4%	0.4%	0%
		111年	78.8%	7.6%	4.9%	2.5%	5.5%	0.8%	0%
		112年*	58.2%	16.4%	13.7%	4.2%	6.4%	1.0%	0%
113年	61.3%	13.9%	11.6%	5.7%	6.8%	0.8%	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		
	符合 月次	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%
		112年	86.1%	1.4%	1.5%	1.8%	1.2%	1.2%	6.8%
113年	81.6%	1.9%	1.6%	1.7%	1.8%	0.3%	11.1%		



# 護理人力指標

- 整體而言，113年實際於一般急性病床照護的護理人數是下降的
- 護理淨增加的人數，是否是因為所屬醫院層級變動值得再觀察
- 護理人員離職情形來看：
  - ✓ 各層級3個月以上年資離職率都較112年減少
  - ✓ 未滿2年的離職率，區域及地區都高於112年，醫中反勢大幅減少
  - ✓ 2年以上年資護理人員比率，在醫中及區域沒有太大差異，但在地區就稍微減少了，可能受院際間及長照體系間競價的結果

項目 \ 年	108年	109年	110年	111年	112年	113年
護理人力淨增加人數	3,319	2200	1852	1151	-339	757
--醫學中心	1,049	604	457	150	-308	-33
--區域醫院	1,192	596	324	260	-384	460
--地區醫院	1,078	1000	1071	741	353	330
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	30,884
--醫學中心	11,718	11,699	12,078	11,712	11,351	11,872
--區域醫院	13,070	13,042	13,072	12,920	12,737	12,341
--地區醫院	6,635	6,847	7,191	7,294	7,065	6,671
3個月以上年資護理人員離職率	9.56%	9.12%	9.12%	10.36%	11.53%	10.49%
--醫學中心	7.52%	6.56%	6.60%	8.28%	10.30%	9.44%
--區域醫院	10.28%	10.28%	10.00%	11.16%	11.90%	10.64%
--地區醫院	11.52%	11.56%	11.56%	12.12%	12.65%	11.97%
年資未滿2年之護理人員離職率	9.56%	7.08%	5.96%	5.68%	6.82%	5.70%
--醫學中心	4.24%	3.48%	2.76%	3.00%	7.40%	3.04%
--區域醫院	6.36%	8.92%	7.52%	5.92%	5.62%	6.39%
--地區醫院	13.32%	10.16%	8.84%	9.40%	8.06%	8.92%
2年以上年資護理人員比率	75.38%	76.78%	77.67%	77.68%	78.23%	77.69%
--醫學中心	80.34%	83.04%	83.05%	82.64%	82.63%	82.24%
--區域醫院	76.49%	77.30%	78.74%	79.16%	78.47%	78.07%
--地區醫院	65.49%	65.20%	66.34%	67.61%	71.50%	69.37%

# 住院護理品質指標

- 113年修正病人跌倒發生率及病人感染發生率等2指標為住院跌倒率及院內感染密度
- 護理品質指標監測結果：
  - ✓ 病人壓瘡發生率：113年各級醫院悉數低於112年
  - ✓ 住院跌倒率，除精神專科高於其他層級外，所以層級醫院都較112年改善
  - ✓ 病人感染發生密度，因計算公式已修正，精神專科及慢性醫院擬繼續觀察

項目 \ 年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年
<b>病人跌倒發生率%<sup>註1</sup></b>	0.51%	0.51%	0.45%	0.53%	0.58%	0.51%	0.48%	0.04%
--醫學中心	0.38%	0.40%	0.33%	0.34%	0.36%	0.34%	0.29%	0.03%
--區域醫院	0.48%	0.43%	0.36%	0.48%	0.54%	0.44%	0.40%	0.04%
--地區醫院	0.51%	0.52%	0.51%	0.57%	0.51%	0.50%	0.49%	0.03%
--精神專科	6.33%	7.47%	5.55%	6.07%	10.46%	9.88%	10.54%	7.55%
--慢性醫院	0.40%	0.50%	0.56%	1.14%	0.79%	1.04%	1.01%	0.00%
<b>病人壓瘡發生率%</b>	0.54%	0.54%	0.48%	0.59%	0.76%	0.68%	0.61%	0.55%
--醫學中心	0.87%	0.89%	0.75%	0.92%	1.28%	1.00%	0.88%	0.74%
--區域醫院	0.29%	0.27%	0.26%	0.30%	0.33%	0.34%	0.34%	0.33%
--地區醫院	0.54%	0.56%	0.50%	0.68%	0.81%	0.86%	0.74%	0.74%
--精神專科	0.09%	0.09%	0.04%	0.07%	0.03%	0.01%	0.01%	0.02%
--慢性醫院	0.36%	0.45%	0.70%	0.30%	0.25%	0.55%	0.08%	0.00%
<b>病人感染發生率%<sup>註2</sup></b>	1.23%	1.36%	1.15%	1.36%	1.52%	1.61%	1.55%	1.35%
--醫學中心	1.52%	1.83%	1.53%	1.81%	1.93%	2.15%	2.32%	1.77%
--區域醫院	1.04%	1.09%	0.90%	1.07%	1.36%	1.21%	1.02%	1.01%
--地區醫院	1.10%	1.03%	0.97%	1.14%	1.14%	1.24%	1.08%	1.05%
--精神專科	1.61%	2.06%	1.47%	1.40%	1.18%	5.61%	4.71%	8.13%
--慢性醫院	3.40%	3.48%	3.47%	1.27%	1.83%	0.69%	3.82%	6.26%

# 醫院三班護病比實施現況調查

- 參據中華民國護理師護士公會全國聯合會（113.06）調查
- 現行實施新制護病比標準，表示有困難的醫院佔總回復醫院71.3%，其中醫學中心（含準醫學中心）91.3%、區域醫院98.6%及地區醫院55.7%。
- 經統計若要**達到新制護病比標準**，全國尚**需要增加**護理人力約計**4,140人**，其中醫學中心（含準醫學中心）需要1386人，區域醫院2101人及地區醫院653人
- 就醫院實際臨床而言三班護病比最難達成的班別為**大夜班、小夜班及白班**。



# 醫院部門就護理人力短缺的改善計畫



短程規劃

穩住護理人力  
提升護理價值

1. 全面人力盤點
2. 持續調整醫護人力勞動報酬
3. 鼓勵設置護理新人輔導措施
4. 引進護理替代役
5. 持續推動Skill Mixed 及住院照護整合計畫

中程規劃

智能醫院  
醫護AI系統

1. 配合衛福部及健保署建置雲端暨數位科技系統
2. 開發AI人工智慧管理系統，優先臨床暨行政作業
3. 導入醫院臨床作業機器人，降低對人力的負荷

長程規劃

護理人力  
多元考量

評估外籍醫護人力的引進

02

## 112年評核委員 評論意見及回應

{參照書面報告P.29}



# 合理配置醫療資源，醫療體系在供給面應積極調整、轉型

## 評核共識建議

檢討總額協商項目，宜提出精進服務模式或有別於論量支付之醫療服務：

近年新增項目多屬「支付標準調升」、「特定項目保障點值」，「補充人力成本」等項目，在論量計酬下，仍有嚴重內生性與增加醫療服務點數之作用，造成點值衝擊。

## 醫院協會回應

建立以品質及價值為導向的醫療體系，是醫院部門的願景

委員所提醒「在論量計酬下，會有內生性及增加醫療服務點數的作用」，確實在制度未改變的情況下是成立的，如果醫療服務成本指數改變率可以充分反應醫療服務的成本差異，或許真的不需要在協商因素中爭取預算，就可以自然的校正，但顯然現下是無法達成，而增加醫療服務點數的部份，隨著經濟環境、新醫療科技、醫療常規的變動醫療服務點數相信都會逐年成長，要衡量的應該是增加的合不合理，或增加多少才是合理。



# 檢討分級醫療執行是否達到原訂政策方向及強化推動策略

評核共識建議	醫院協會回應
<p>民眾應依病情嚴重程度至適當的醫院層級就醫：目前因民眾就醫自由，醫療院所亦無法拒絕病人，若轉診中難以建立疾病嚴重度CMI分析，使得醫院端無適當的工具加以處理，建議研議以ICD-10診斷碼或疾病分類群組分析病人轉診的合宜性。</p>	<p>轉診得否成功除醫療供給者端建構完善的聯繫系統外，醫療需求者願接受建議轉診亦是重要的關鍵，正如評委所提，目前民眾就醫自由，醫療院所受法規限制不得拒絕病人。</p> <p>近年一直都有專家學者建議應建立指標來觀測轉診的合宜性，無論是早先所提的CMI疾病嚴重度，亦或是以ICD-10診斷碼或疾病分類群組來識別，都有其侷限的問題。CMI的計算目前只有計算住院案件，而ICD-10診斷編碼雖然不分門住診，但卻會因為就醫的主要診斷及次要診斷而有不同的結果，即<b>相同代碼的疾病診斷不一定嚴重度相同</b>，還需要視其次要診斷及處置判別，如：同為流行性感冒的症狀，其次要診斷是否具癌症病史或重大慢性疾病，其所耗用的醫療資源無法等同視之。是否合宜以ICD-10診斷碼或疾病分類群組來分析各層級所收治或轉診，宜專案委辦分析。</p>



# 加速推動支付制度改革

## 評核共識建議

建議「擴大推進Tw-DRGs」考量國際經驗住院部分不會100%適用DRGs，且超出臨界點之重症病患費用可核實支付，故DRGs之推動不宜因而停滯不前。建議可搭配健保署提出的住院點值保障方案，並且仿倣其他國家，採「DRGs、論量計酬」依比例計算支付點數，再逐年推進以Tw-DRGs計算占比。

## 醫院協會回應

1. 醫院完全認同住院DRGs不可能100%的執行，但感染科、復健科及部分重科，因醫療科的特性並不適合導入DRGs。
2. 醫院部門近年對支付制度改革停滯不前，而是全力配合，從ICD-9-CM轉入ICD-10-CM/PCS，近年再進行改版，都是為支付制度改革打下穩健的基礎工程。
3. 以住院保障點值方案為何打動不了醫院的芳心，經醫院協會了解，因為各分區的總額管理不同，部份分區採目標點值1點1元，結果獲得高額折付，在點值問題未解之前，且有明確的方案產生，醫院持保留態度。

# 支付制度改革\_Tw-DRGs推動，工作進展

## 108-111年Tw-DRGs分組/疑義排除

108年起與健保署共組Tw-DRGs工作小組，就各臨床科提出的分組疑義進行問題排除  
研議支付標準第7章Tw-DRGs通則3.4V.S4.0版

## 112-113年ICD-10-CM/PCS轉譯

為配合各國使用疾病分類的版本更新，醫院部門耗時3年執行ICD-10-CM/PCS版更及全國醫院教育訓練輔導

完成各項保險文件編碼轉譯及教材設計

## 就ICD-10-CM/PCS相關問題排除

114年以專題形式討論DRGs擴大的可能性

新版ICD-10-CM/PCS編碼更趨近臨床，但也因為版更而產生需要校正的資料，如MDC異動，手術編碼轉換等等都會影響費用，進而影響醫院營收

- ❗ 為什麼進展這麼慢？因為要改的東西太多！！還有很多編碼規則、過去透過虛擬碼暫時解決給付問題的未來存續，待釐清...
- ❗ 改版後新的費用落點影響層面都要在版本換至2023年版後才會知道，署方的遊戲規則醫院還不明瞭，方案沒出來，無法評估...

## 03

# 維護保險對象就醫權益

{參照書面報告P.35}



# 113年醫療服務品質調查結果(問卷)

指標項目 \ 年	109	110	111	112	113	補充說明
最近一次看診醫院的醫療結果滿意度						113年度醫院部門整體醫療結果滿意度為94.1%與112年相同，而肯定態度減少1.4%
--滿意	95.9%	93.2%	94.1%	94.1%	94.1%	
--肯定態度	96.8%	97.3%	97.6%	96.6%	95.2%	
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）	94.0%	90.5%	90.8%	88.5%	89.2%	113年度民眾對醫師看病及治療所花費的時間滿意度較112年提高0.7%
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）	56.3%	64.1%	63.8%	62.1%	61.2%	113年度醫護人員進行衛教指導的比率同112年
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	80%	67.9%	71.8%	69.8%	71.1%	相較於112年度，113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提高1.3%
就診時醫師是否會病人共同討論照護或治療方式（總是有）	79.1%	66.3%	70.8%	76.4%	80.3%	醫師會與病人共同討論照護或治療方式，113年度滿意度較112年提高3.9%
就診時醫師是否有提供問問題或表達顧慮的機會	91.4%	73.9%	76.1%	72.4%	72.9%	就診時醫師可供詢問及接受表達顧慮的滿意度113年度較112年提高0.5%

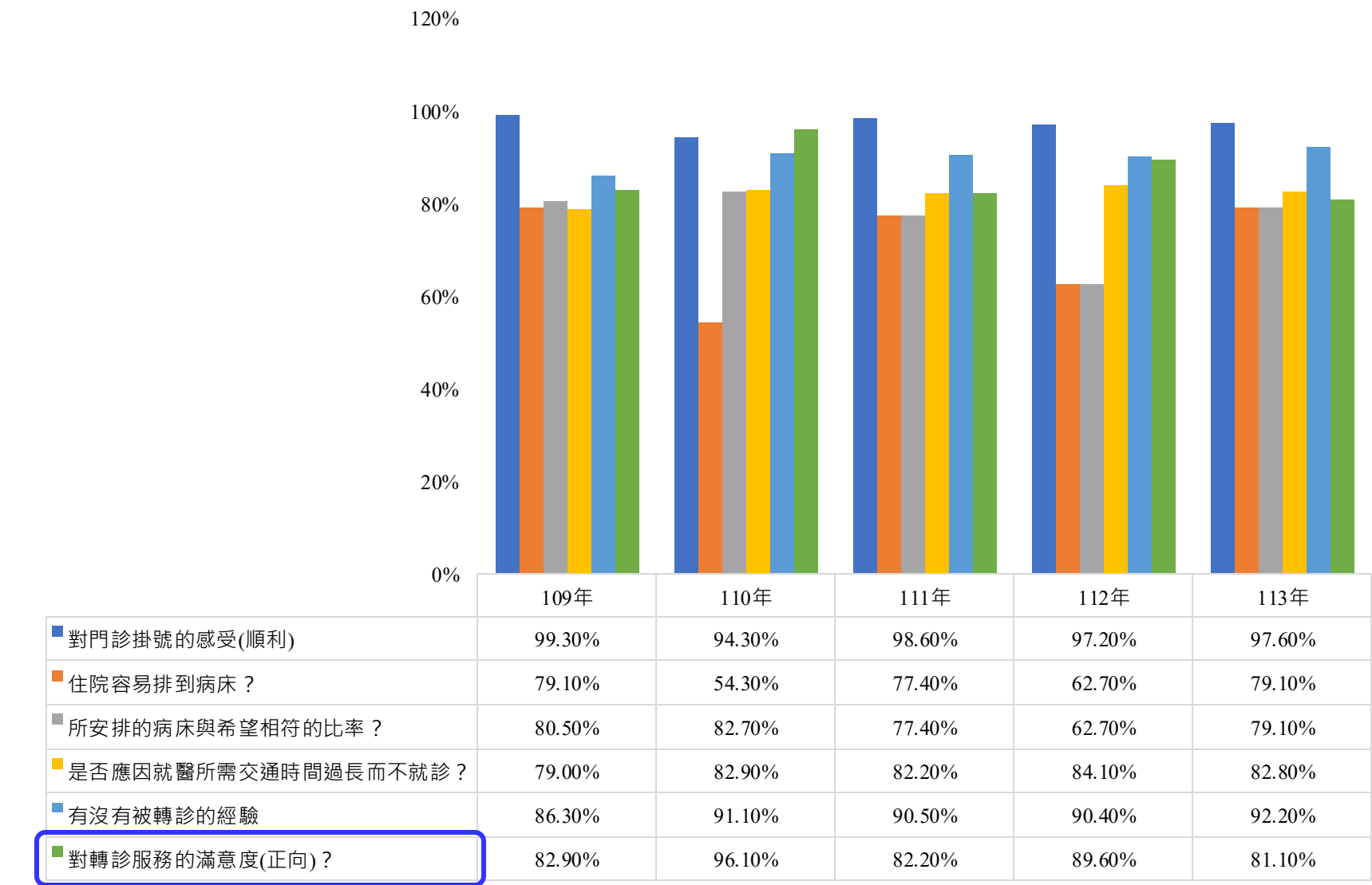
113年民眾  
對於整體醫療結果  
95.2%  
滿意度。

# 113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	109	110	111	112	113	補充說明
自付其他費用 前3名項目						
--第一名 (百分比)	藥品 41.0%	藥品 48.4%	藥品 43.5%	藥品 46.7%	藥品 38.2%	113年度自付費用的前三名與112年項目一致。除藥品較112年顯著減少8.5%外，耗材及檢驗(查)皆增加，其中耗材比率增加1.1%
--第二名 (百分比)	病房差額 20.4%	檢查 12.9%	耗材 20.5%	耗材 16.2%	耗材 17.3%	
--第三名 (百分比)	耗材 17.4%	耗材 12.4%	檢查或檢驗 12.4%	檢查或檢驗 12.2%	檢查或檢驗 12.8%	
自付其他費用 前3項原因						
--第一名 (百分比)	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%	健保不給付 38.5%	本項題目於111年略有調整。113年民眾自費因素經調查與112年項目一致，以健保不給付38.5%最多，使用較好自付全額及補付差額分別為第二、三名
--第二名 (百分比)	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%	使用較好自付全額 33.4%	
--第三名 (百分比)	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%	使用較好補付差額 13.5%	

# 113年民眾就醫可近性與及時性(問卷)



- 其中，『對於轉診服務是否滿意』題項，113年結果較112年下降8.5 %，由於民眾對轉診滿意的因素有很多，自113年於問卷調查新增對轉診服務不滿意原因。
- 經調查不滿意者主要原因為程序繁瑣，比例高達55.4%，其次為等待時間很久20.9%。
- 於日漸成熟之轉診制度、分級醫療仍有檢討改善空間，得持續觀察。

# 113年不同都市化地區醫療分布情形(監理指標)

- 113年以鄉鎮市區發展程度，最高與最低兩組醫師人力比為82.95較112年的93.77下降，由此可知城鄉醫師人力比率差距持續縮減。
- 113年就醫率(一般地區、醫療資源不足地區、山地離島地區)與112年無明顯差異，民眾維持日常看診習慣。

指標項目 \ 年	109	110	111	112	113
醫師人力比	83.29	90.13	95.81	93.77	82.95
就醫率					
一般地區	52.36	51.23	54.18	55.71	55.71
醫療資源不足地區	56.65	55.51	56.74	58.65	58.65
山地離島地區	58.63	57.85	60.26	62.38	62.41

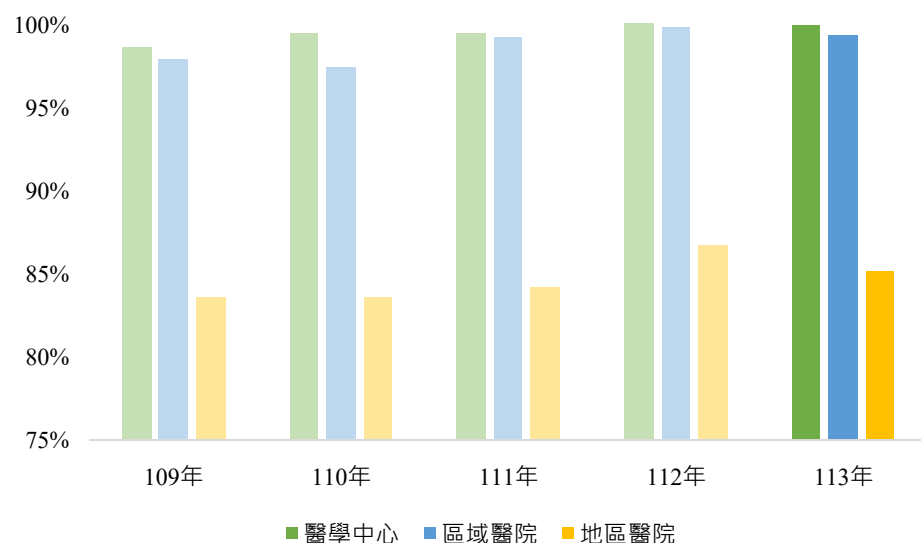
指標項目 \ 分區	全國	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
醫院數	460	105	66	101	63	108	17
醫院醫師數	35178	13210	4389	6560	4490	5640	889
每萬人口西醫醫院數	0.20	0.14	0.17	0.22	0.19	0.30	0.32
每萬人口醫師數	15.03	17.60	11.19	14.39	13.78	15.54	16.91
就醫人數 (千人)	13882	4848	2622	2970	1947	2232	336
每萬就醫人數醫師數	25.34	27.25	16.74	22.09	23.06	25.27	26.46



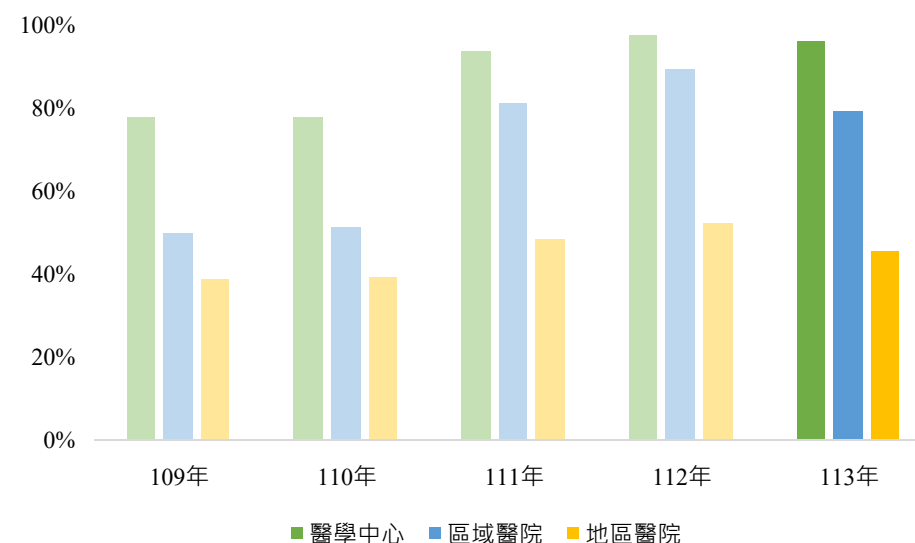


# 113年週六、週日開診情形(監理指標)

## 周六開診率



## 周日開診率



- 113年醫院部門整體假日開診情形，除醫學中心開診家數、周六平均每家每日看診人數/人次及地區醫院周日平均每家每日看診人數/人次增加外，餘項無論是開診家數、開診率及平均每家每日看診人數及人次都較112年減少或持平。

註：113年醫學中心家數增加。

# 113年民眾對醫院部門抱怨案件(問卷)

113年民眾申訴案件數較112年上升19.14%

細部歸納，以”其他”案件占31%為最高，該類案件未能了解其原因

民眾申訴及反映成案件數



排行年	109	110	111	112年	113
1	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%	其他醫療行政或違規事項 135件/35%	其他 243件/31%
2	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%	其他醫療行政或違規事項 225件/29%
3	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%	自費抱怨 97件/13%
4	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%	服務態度及醫療品質 84件/11%
5	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%	疑有虛報醫療費用/藥品及處方箋 44件/6%

04

## 醫療服務品質提升

{參照書面報告P.44}



# 醫療品質指標

計43項指標達標  
達標率97.73%

- 113年醫院部門44項醫療品質指標，僅1項手術暨檢驗品質-子宮肌瘤手術後14日以內再因該手術相關診斷再住院率，0.33%略高於112年高於閾值
- 經徵詢婦產專科醫師意見，子宮肌瘤術後14日內再住院的機率並不多見，需要調閱病歷始得了解問題的原由，本案擬攜回台灣醫院協會醫院醫療服務審查品質委員會中檢討，並函請全國醫院多加留意並改善

屬性	參考值	109年	110年	111年
參考	不另訂定	1.02%	1.04%	0.97%
參考	不另訂定	32.43%	32.80%	33.54%
參考	不另訂定	21.53%	22.33%	23.11%

使用抗生素超過3	負向	≤11.12%	8.42%	9.75%	10.04%	10.54%	9.88%
術後傷口感染率	負向	≤0.15%	0.18%	0.15%	0.12%	0.14%	0.10%
受體外震波碎石術 ESWL 病	負向	≤1.59%	1.44%	1.44%	1.45%	1.44%	1.43%
子宮肌瘤手術出院後 14 日以內	負向	≤0.28%	0.27%	0.30%	0.24%	0.23%	0.33%
因該手術相關診斷再住院率	負向	≤0.35%	0.28%	0.30%	0.35%	0.31%	---
人工膝關節置換手術後 90 日以	負向	≤1.41%	1.30%	1.32%	1.29%	1.23%	1.25%
內置換物深部感染率	負向	≤1.41%	1.30%	1.32%	1.29%	1.23%	1.25%

指標疾病	執行率
糖尿病人照護完整性（照護率）	62.70%
糖尿病病人糖化血色素 HbA1C	93.10%
或糖化白蛋白 glycated albumin	93.01%
執行率	93.24%

全民健康保險醫院總額 109-113 年醫療品質

屬性	參考值	109年	110年
用率	負向	≤0.94%	1.03%
使用率	負向	≤6.34%	5.57%
藥理用藥日數重疊率	參考	不另訂定	0.05%
醫院門診同藥理用藥日數	參考	不另訂定	0.05%
重疊率-降血壓（口服）	參考	不另訂定	0.06%
2.同醫院門診同藥理用藥日數	參考	不另訂定	0.03%
重疊率-降血脂（口服）	參考	不另訂定	0.03%
3.同醫院門診同藥理用藥日數	參考	不另訂定	0.03%
重疊率-降血糖	參考	不另訂定	0.03%
4.同醫院門診同藥理用藥日數	負向	≤0.11%	0.08%
重疊率-抗憂鬱症	負向	≤0.08%	0.07%
5.同醫院門診同藥理用藥日數	負向	≤0.13%	0.10%
重疊率-安眠鎮靜（口服）	負向	≤0.24%	0.21%
7.同醫院門診同藥理用藥日數	負向	≤0.16%	0.12%
重疊率-前列腺肥大（口服）	參考	不另訂定	0.18%
9.跨醫院門診同藥理用藥日數	參考	不另訂定	0.19%
重疊率-降血壓（口服）	參考	不另訂定	0.10%
10.跨醫院門診同藥理用藥日數	參考	不另訂定	0.11%
重疊率-降血脂（口服）	參考	不另訂定	0.08%
11.跨醫院門診同藥理用藥日數	負向	≤0.30%	0.22%
重疊率-抗憂鬱症	負向	≤0.28%	0.22%
門診同藥理用藥日數	負向	≤0.62%	0.51%
重疊率-抗憂鬱症	負向	≤0.51%	0.43%

用率	13.63%	12.12%	10.57%	11.82%	12.72%	12.7
率	8.77%	7.80%	10.15%	8.85%	10.51%	
	33.81%	30.76%	31.43%	31.48%	34.1	

# 醫院總額品質保證保留款\_修訂分配方式之指標項目

- 基本獎勵(與112年相同)
  - 醫學中心品保款\*10%
  - 區域醫院品保款\*15%
  - 地區醫院
    - ✓ 指標計畫獎勵，品保款\*30%
    - ✓ 品質精進獎勵，品保款\*30%

## • 醫學中心 19項 → 20項

- 新增3項指標
  - 就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率。
  - 西醫門診年復健次數大於180次之案件數（同院）。
  - 慢性病連續處方箋釋出率。
- 刪除2項指標
  - ✓ 【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類別查詢比率。
  - ✓ 門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率。

將歷年執行成效已相當良好的指標刪除，  
更換新指標項目，讓醫院部門持續提升品質。

## • 區域醫院 21項

- 新增3項指標
  - 死亡前安寧利用率。
  - 呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器大於等於64日期間住ICU人數比率。
  - 急性心肌梗塞（AMI）病人於住院期間給藥比率-阿斯匹靈。
- 刪除3項指標
  - ✓ 同院所門診同一處方製酸劑重複使用率。
  - ✓ 醫院MRI檢查30日內同院再次執行比率。
  - ✓ 子宮肌瘤手術後14日內因該手術相關診斷再住院率。

## • 地區醫院 22項 → 23項

- 新增3項指標
  - 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症。
  - 住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件十四日內再住院率。
  - 急性一般病床全日護病比。
- 刪除2項指標
  - ✓ 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)。
  - ✓ 子宮肌瘤手術後14日內因該手術相關診斷再住院率。

# 醫院總額品質保證保留款\_112年核發結果

類別 \ 層級/年	醫學中心				
	108年	109年	110年	111年	112年
核定點數	21				230,128
核發占率	4				41.9%
基本獎勵金額					57.2
指標獎勵金額	3				514.8
結算家數	19	19	19	19	19
不予核發家數	0	0	0	0	0
基本獎勵核發家數	19	19	19	19	19
指標獎勵核發家數	19	19	19	19	19

雖基本獎勵與指標獎勵皆為百分百核發，但**實際達成之指標數仍具差異性**：其中有5家達成11項、2家達成12項，其餘12家則介於13至18項之間。

- ✓ 醫學中心與區域醫院雖基本與指標獎勵皆為百分百核發，但，各醫院在指標達成項次上仍有不同。因此，品保款仍具鑑別度。
- ✓ 地區醫院則是把獎勵分成3個類別(基本、品質精進、指標)來區別。

類別 \ 層級/年	區域醫院				
	108年	109年	110年	111年	112年
核定點數	19				211,201
核發占率	3				38.5%
基本獎勵金額					78.7
指標獎勵金額	2				446.2
結算家數	81	81	81	81	82
不予核發家數	1	1	0	0	0
基本獎勵核發家數	80	80	81	80	82
指標獎勵核發家數	80	81	81	81	82

基本與指標獎勵核發比例均為百分百，相較於111年整體指標達成表現更為提升，各家醫院在指標達成項數上仍有差異。

類別 \ 層級/年	地區醫院				
	108年	109年	110年	111年	112年
核定點數	92,453	95,319	98,062	10,145	107,466
核發占率	18.5%	18.9%	19.6%	20.0%	19.6%
基本獎勵金額	88.2	163.6	149.5	158.2	160.3
指標獎勵金額	58.8	109.1	99.7	105.4	106.8
結算家數	373	372	370	371	366
--第一組	47	51	53	54	51
--第二組	326	321	317	317	315
不予核發家數	1	0	1	4	2
--第一組	1	0	0	4	0
--第二組	0	0	1	4	2
基本獎勵核發家數	263	272			272
--第一組	44	49	270	269	50
--第二組	219	223	51	52	222
品質精進獎勵家數	243	-	219	217	185
--第一組	43	-	-	-	46
--第二組	243	-			139
指標獎勵核發家數	372	372	369	367	364
--第一組	46	51	53	54	51
--第二組	326	321	316	313	313

05

## 協商因素執行情形

{參照書面報告P.54}

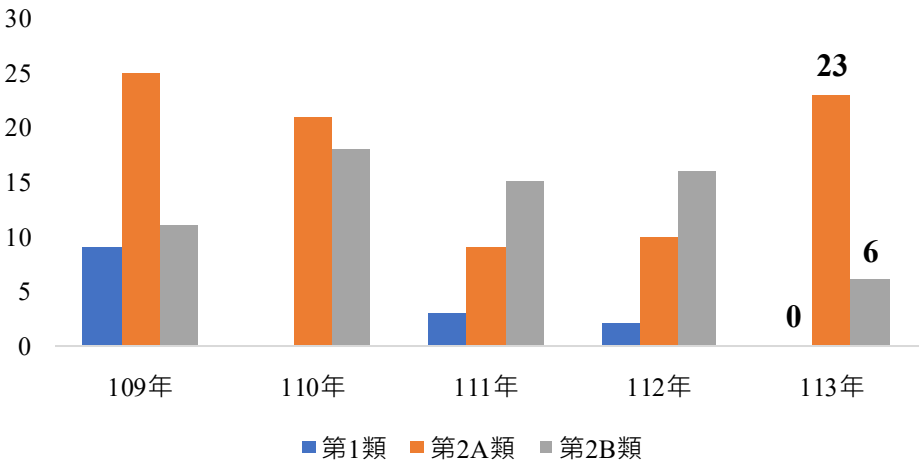




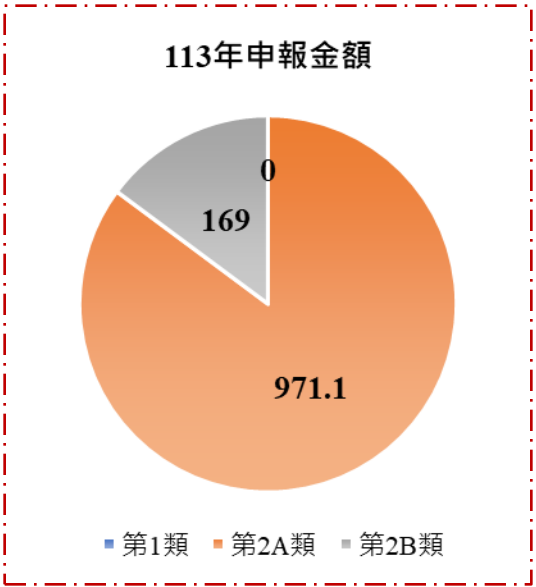
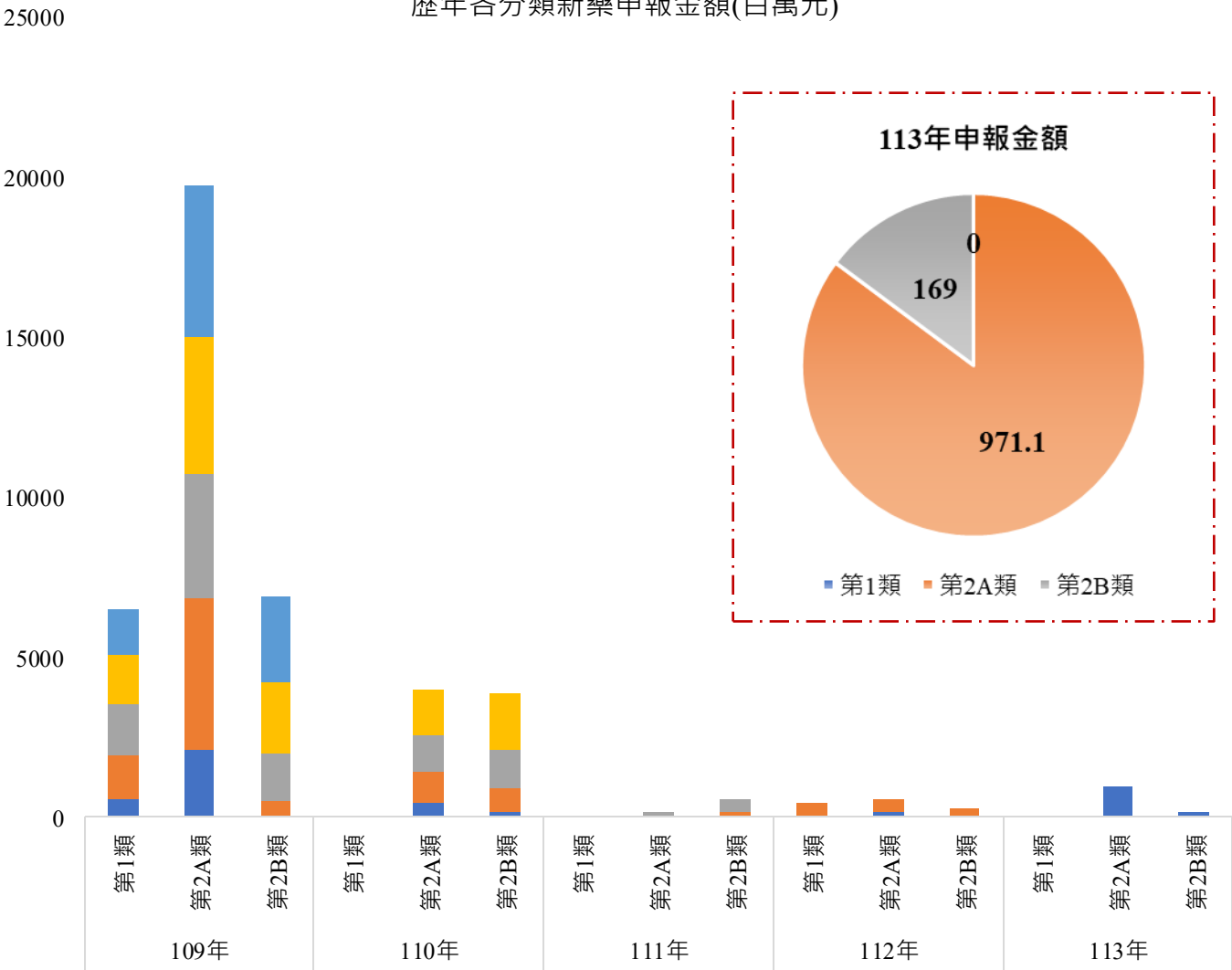
# 延續項目之執行\_新醫療科技

## • 109-113年總額新藥（依新藥類別）納入健保給付品項申報情形

歷年各類新藥納保品項數



歷年各分類新藥申報金額(百萬元)



- ✓ 113年新藥納入健保品項合計29項
- ✓ 第1類新藥0項、具療效改善第2A類新藥23項及具經濟價值的新藥（第2B類）6項，合計申報為1,140.10百萬元



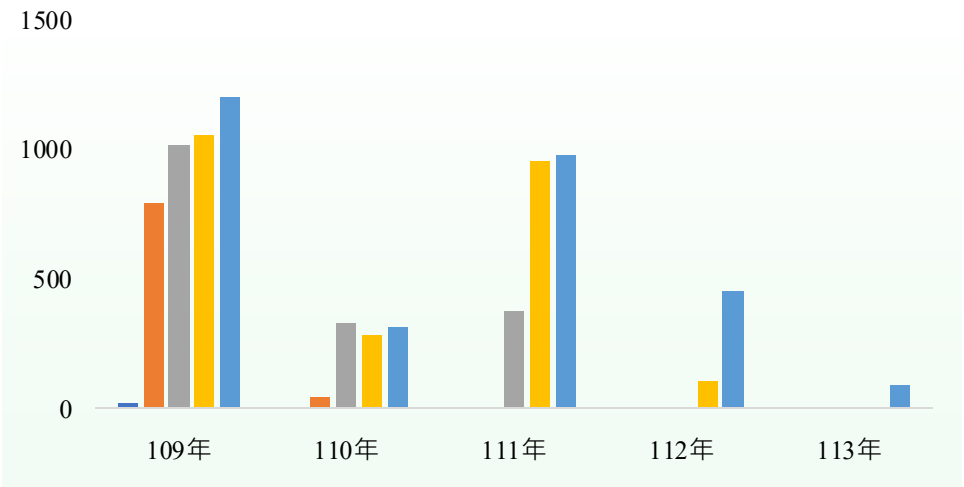
# 延續項目之執行\_新醫療科技 (新特材)

## • 109-113年新特材預算及申報情形扣除替代效應

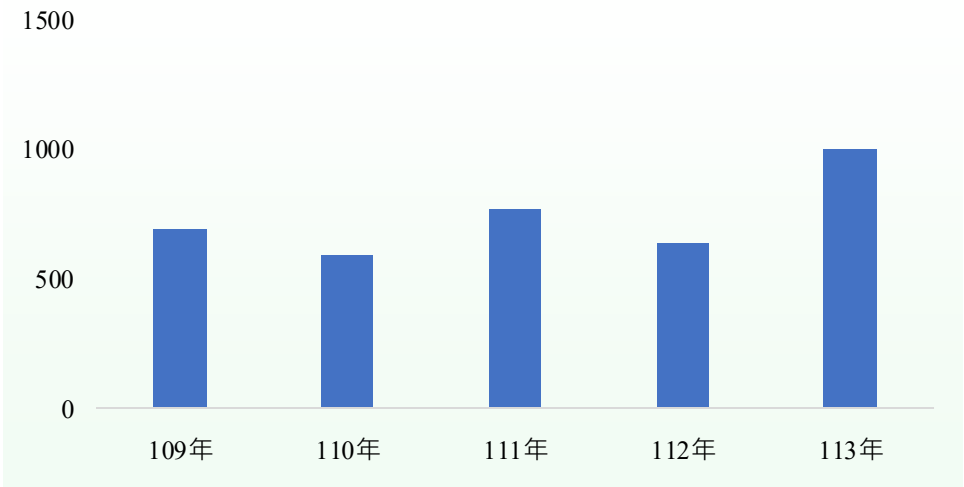
收載年度	品項數	預算	申報金額 ( 百萬點 )					
			108年	109年	110年	111年	112年	合計
109	68	691.4	14.6	791.3	1,014.9	1,055.2	1,197.1	68
110	121	587.4		39.4	329.0	278.8	310.7	121
111	134	764.5			374.3	954.8	972.7	134
112	87	632.0				99.7	446.5	87
113	63	1000.0					86.9	63
收載5年 新特材報累計	473	3675.3	14.6	830.7	1,718.3	2,388.5	3,013.9	473



109-113年新特材申報



109-113年新特材預算編列數



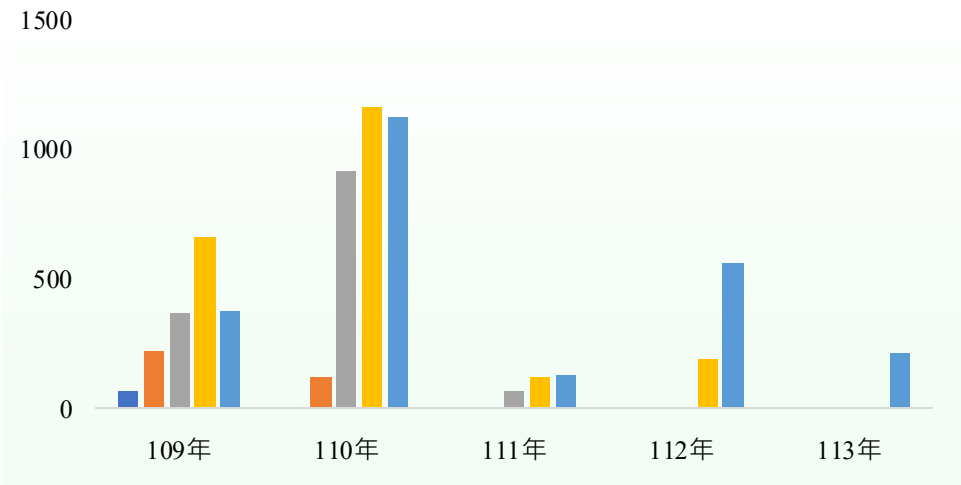
# 延續項目之執行\_新醫療科技 (新增診療項目)

## • 109-113年新增診療項目預算及申報情形

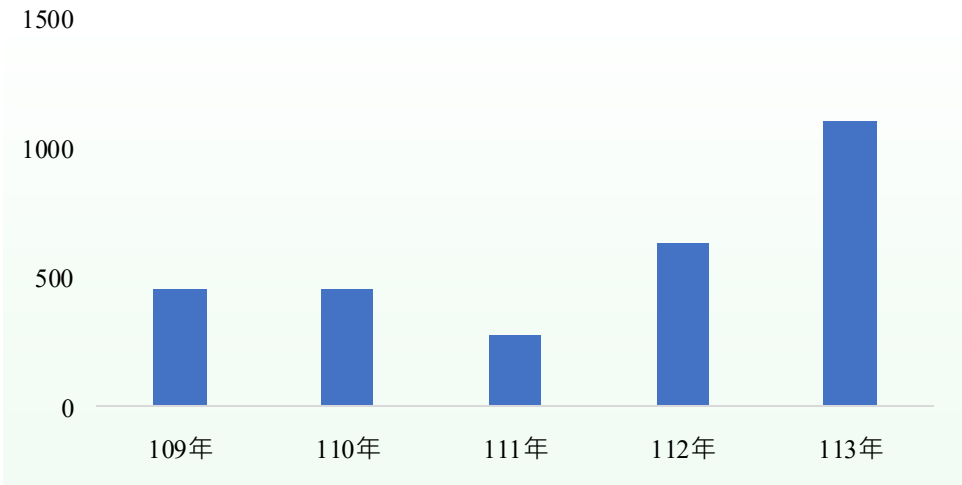
申報年度 生效年度	項目數	預算編 列數	新增診療項 目推估增加 預算(百萬)	109年	110年	111年	112年	113年	小計
109年	44	450.0	397.79	61.04	214.78	361.38	657.66	370.34	1,665.19
110年	151	450.0	447.53		114.43	909.83	1,163.53	1122.58	3,310.37
111年	50	273.6	273.51			61.28	117.43	124.94	303.64
112年	174	632.0	622.87				188.04	559.91	747.95
113年	197	1100.0	1092.86					210.90	210.90
5年累計	616	2905.6	2834.56	61.04	329.21	1332.49	2126.65	2388.66	6238.04



109-113年新增診療項目申報



109-113年新增診療項目預算編列數



# 延續項目之執行\_藥品及特材給付規定修訂

## 113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)
113年	<b>10.27</b>	6.87	3.49	<b>10.36</b>

註：113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」。



- 113年醫院總額部藥品給付規定改變預算為10.27億元
- 超出原擬調整藥品給付規定的10.27億預算，差額900萬，由藥物價量調查調整支付點數的節省金額支應之

## 113年特材給付規定改變預算執行數

預算年	預算 (億元)	執行數		
		特材共同擬訂會議通過公告	不敷成本調升支付點數	推估預算 (億元)
113年	<b>3.5</b>	9項	35項	<b>2.6077</b>

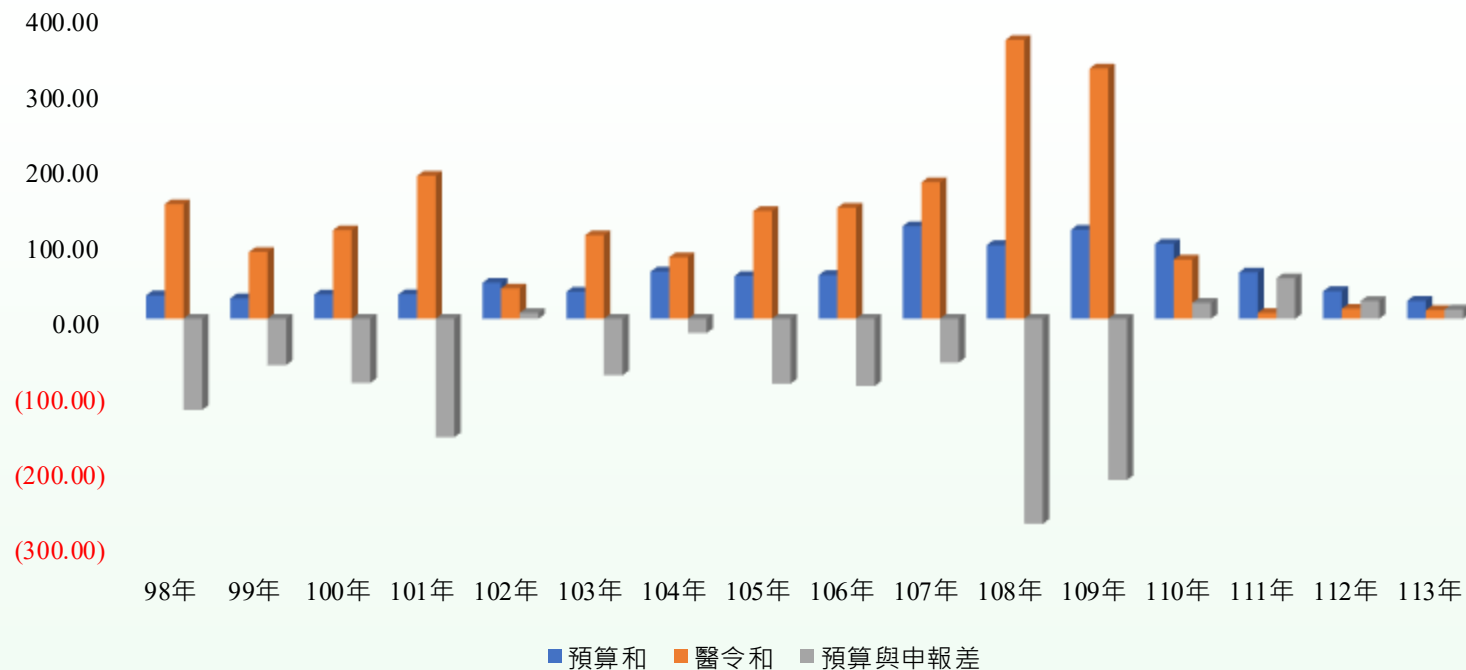
生效日期	特材名稱類別
113.03.01	單腔微導管/用於冠狀動脈完全阻塞(CTO)
113.05.01	可吸收性栓塞微粒球
113.05.01	人工生物化學覆蓋物(含銀、抗菌)
113.09.01	深層腦部刺激器
113.09.01	經導管置換主動脈瓣膜套組-TAVI(整組含導引線)
113.12.01	治療局部肝腫瘤燒灼系統-探針3項
114.01.01	反置式肩關節系統

- 113年醫院總額部門特材給付規定改變預算為2.5億元
- 截至12月止，經特材共同擬訂會議通過修訂9項及不敷成本調升支付點數35項，推估預算共計約2.6077億元，**未超出年度預算**

# 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

98-113年新藥以納保年累計同品項5年醫令申報及預算差



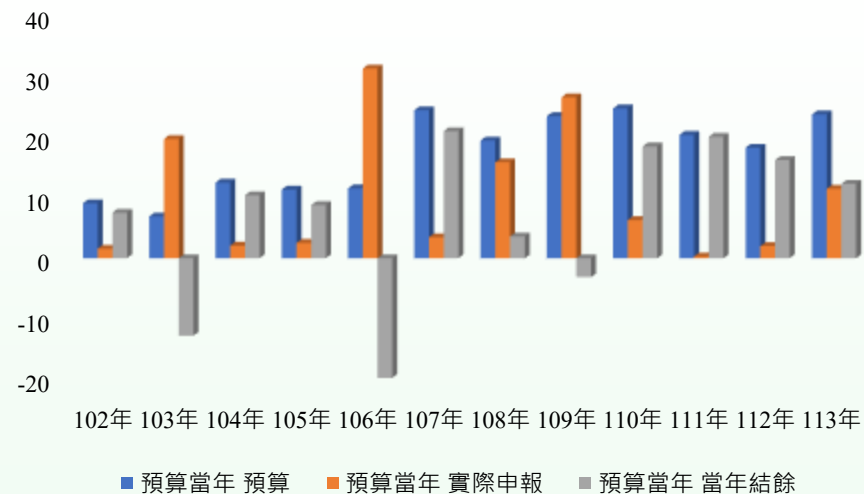
### 新藥新科技最為醫界所爭議的問題——預算編列與實際申報的差異

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、109年為收載年申報大於預算，餘年尚有部分結餘。

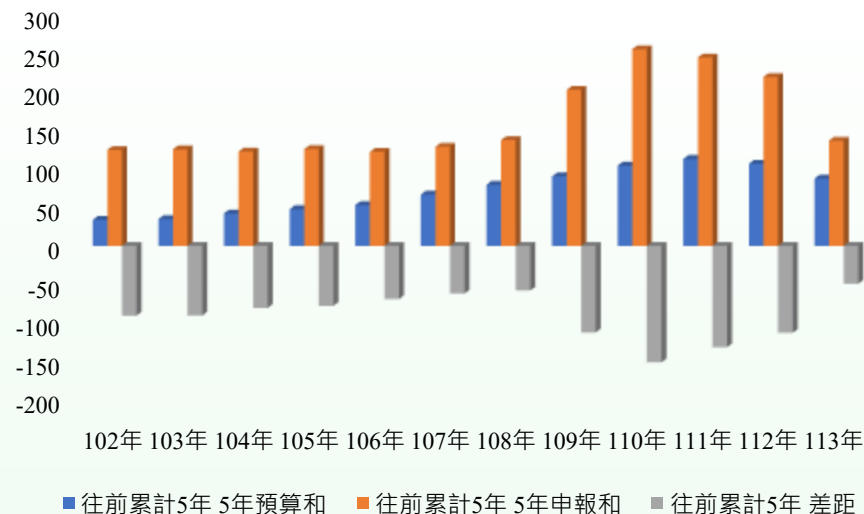
若以5年資料來看，普遍呈現的是預算和低於實際申報和，近10年新藥預算當年的餘數已用於支付其他收載品項扣除第一年之後的不足額。

爰，**新藥預算的估列已含蓋5年的使用的說法，並不正確。**

102-113年新藥當年預算與實際申報情形



以年度累計5年新藥預算和及實際申報差情形



# 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
<div>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。</div> <div>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。</div> <div>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。</div> <div>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。</div>	<div>1. 新醫療科技的財務風險責任由醫療供給者，回到保險人</div> <div>2. 專款專用有因預算額度限制而有人要用不到的可能，若全滿足被保險人需要則有預算赤字的問題。</div>
機會O	威脅T
<div>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。</div> <div>2. 提升滿足弱勢或罕病族群的醫療需求。</div>	似乎沒有特別明顯的威脅項目

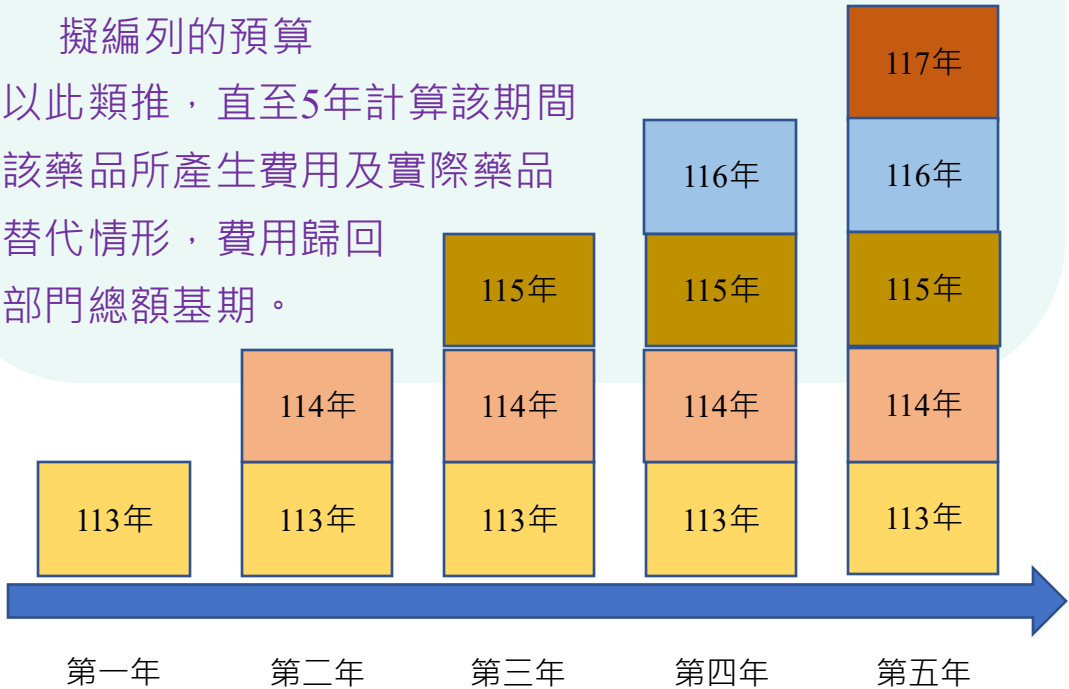
## 新醫療科技專款預算的操作

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 35

# 109年-113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
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"> <li>1. 持續推動分級醫療，壯大社區醫院5億</li> <li>2. 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</li> </ol>
111	協商因素	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 促進醫療資源支付合理0.94億</li> <li>2. 持續推動分級醫療，壯大社區醫院10億</li> <li>3. 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</li> </ol>
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
113	協商因素	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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)26.69億</li> <li>2. 提升醫院兒童急重症照護量能3.38億</li> </ol>

◆ 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



# 109年-113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
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。	<ol style="list-style-type: none"> <li>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%。</li> <li>2. 住院診察費：除慢性病床外，其餘病床診察費點數調升5%。</li> <li>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%。</li> <li>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%。</li> <li>5. 調升一般慢性精神病床住院照護費。</li> <li>6. 急診診察費：調升00203B「檢傷分類第三級」及01015C「急診診察費」。</li> <li>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。</li> </ol>
110	協商因素	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 持續推動分級醫療，壯大社區醫院5億</li> <li>2. 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</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)每點1元支付。</li> <li>2. 區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費每點1元支付。</li> </ol>

# 109年-113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
111	協商因素	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 促進醫療資源支付合理0.94億</li> <li>2. 持續推動分級醫療，壯大社區醫院10億</li> <li>3. 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</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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。</li> <li>2. 調升住院護理費：               <ol style="list-style-type: none"> <li>① 新增各類病床「護理費(第一天)」，並按原支付點數調升30%</li> <li>② 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</li> <li>③ 地區醫院住院病房費每點1元支付</li> <li>④ 地區醫院一般病床住院診察費每點1元支付。</li> <li>⑤ 地區醫院住院護理費每點1元支付。</li> </ol> </li> <li>3. 調升住院護理費：               <ol style="list-style-type: none"> <li>① 新增各類病床「護理費(第一天)」，並按原支付點數調升30%。</li> <li>② 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。</li> <li>③ 加護病床之住院診察費及病房費每點1元支付。</li> </ol> </li> </ol>
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"> <li>1. 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)。</li> <li>2. 「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)。</li> <li>3. 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)。</li> </ol>

# 109年-113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
113	協商因素	<ol style="list-style-type: none"> <li>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)26.69億</li> <li>提升醫院兒童急重症照護量能3.38億</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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)：               <ol style="list-style-type: none"> <li>112年已公告之修訂診療項目涉醫院總額計92項，其中73項為配合單次醫材調整(涉及牙科部分2項)。</li> <li>2.113年修訂總則1項；離島地區各醫事服務機構之住診案件，申報第二部及第三部各診療項目，依各該編號項目所定點數加計百分之三十支付，113年5月1日生效。</li> </ol> </li> <li>提升醫院兒童急重症照護量能：               <ol style="list-style-type: none"> <li>兒科及新生兒科加護病房之加護病床「住院診察費、病房費及護理費」，得依表訂點數另加計20%。</li> <li>2.同時符合「兒童加成」或「兒科及新生兒科加護病房加成」者，兒科專科醫師申報「加護病床住院診察費」最高加成上限為140%。</li> <li>3.調升「新生兒中重度住院診察費(天)」支付點數50%。</li> </ol> </li> </ol>



06

## 總額管理績效

{參照書面報告P.75}





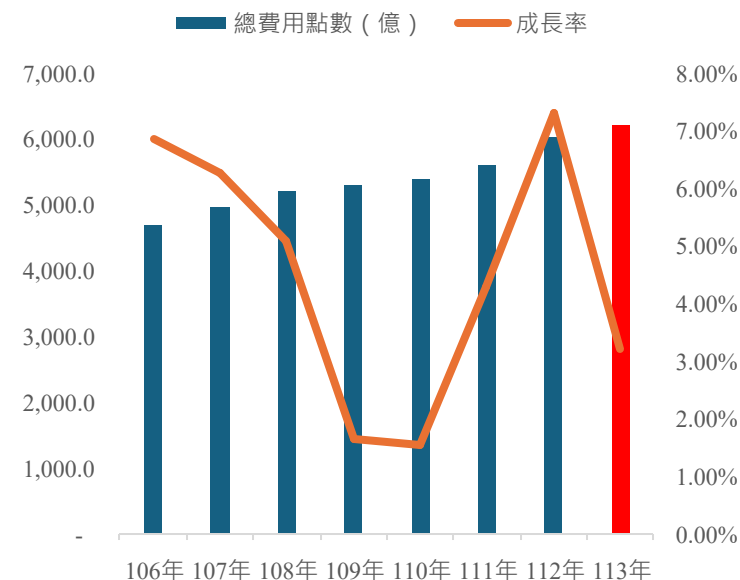
## 醫療利用及費用管控情形

112-113年醫院部門重要事紀-  
醫院評鑑暨規定異動，醫院層級家數變動

# 113年醫院部門醫療利用情況

- 總醫療費用點數、總申報件數都較112年略為成長，惟成長幅度已開始減緩

	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年
總醫療費用點數 (億點)	4,671.6	4,963.8	5,216.2	5,301.3	5,382.9	5,612.7	6,023.3	6,215.9
成長率%	6.84%	6.25%	5.08%	1.63%	1.54%	4.27%	7.32%	3.20%
門住診總申報件數 (萬件)	10,459.2	10,203.8	10,397.4	10,051.3	9,704.3	10,349.6	11,164.5	11,440.9
成長率%	2.58%	-2.44%	1.90%	-3.33%	-3.45%	6.65%	7.87%	2.48%



- 113年總醫療費用點數及門住診總申報件數，相較於112年其成長幅度都有顯著的減少。112年的推升應該與新冠疫情解封，民眾恢復就醫診療的產生的回流；而113年若排除評鑑因素，實質應該等同112年。【判斷因素：各層級成長率的異動】

# 醫療利用及費用管控情形\_門診、住診醫療利用情形

	108年	109年	110年	111年	112年	113年
<b>門診</b>						
總醫療費用點數 ( 億點 )	2,903.24	2,947.38	3,035.91	3,211.9	3,404.3	3,536.8
成長率	6.14%	1.52%	3.00%	5.80%	5.99%	3.89%
就醫次數 ( 百萬 )	100.5	97.2	93.98	100.421	108.184	110.925
成長率	1.86%	-3.28%	-3.31%	6.85%	7.73%	2.53%
平均每人就醫次數	7.45	7.51	7.45	7.53	7.85	8.01
成長率	0.68%	0.81%	-0.80%	1.07%	4.25%	2.04%
平均每人就醫點數	21,519	22,759	24,060	24,073	24,697	25,551
成長率	4.91%	5.76%	5.72%	0.05%	2.59%	3.45%
平均每件就醫點數	2,889	3,032	3,230	3,198.4	3,146.7	3,188.6
成長率	4.18%	4.95%	6.53%	-0.98%	-1.62%	1.33%
<b>住診</b>						
總醫療費用點數 ( 億點 )	2,313.52	2,354.24	2,346.24	2,400.9	2,618.9	2,679.1
成長率	3.79%	1.76%	-0.33%	2.33%	9.08%	2.30%
就醫次數 ( 百萬 )	3.47	3.31	3.06	3.07	3.46	3.484
成長率	2.88%	-4.65%	-7.55%	0.33%	12.7%	0.66%
平均每人住院次數	1.72	1.75	1.73	1.72	1.73	1.73
成長率	0.58%	1.74%	-1.14%	-0.58%	0.58%	0%
平均每人住院點數	114,367	124,196	132,660	134,575	130,690	133,161
成長率	1.33%	8.59%	6.81%	1.44%	-2.89%	1.89%
平均每日住院點數	7,096	7,534	7,910	8,218.9	8,386	8,511.9
成長率	2.09%	6.17%	4.99%	3.91%	2.03%	1.51%
平均每件住院日數	9.38	9.43	9.68	9.50	9.02	9.034
成長率	-1.26%	0.53%	2.65%	-1.86%	-5.05%	0.08%

⚙️ 113年門診、住診醫療利用情形差不多，雖然112年相較仍是呈現成長，但成長幅度已減緩

⚙️ 若以成長率高於112年的項目來看，門住診都在就醫點數微幅成長，應該是112年評鑑政策調整，致使層級家數異動所導致的改變。

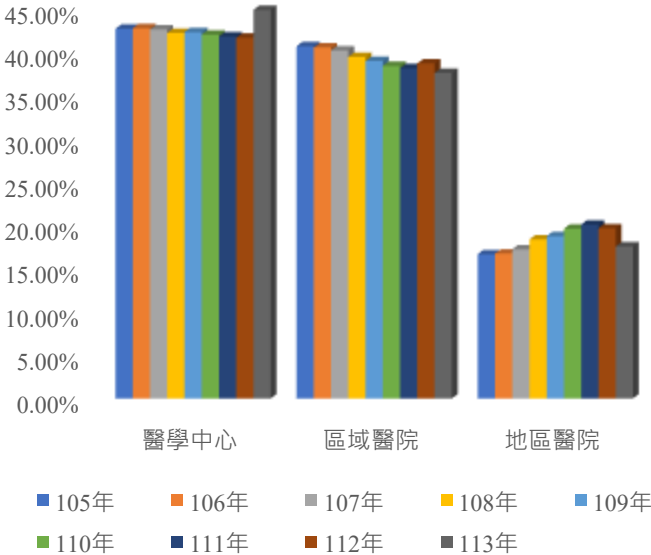


# 醫療利用及費用管控情形\_醫院評鑑因素所導致的費用消長

112-113年台北區、北區、中區、高屏區，合計4家區域醫院升格為醫學中心；2家地區醫院因評鑑升格為區域醫院，還有因收益超過一定數額強制轉為區域醫院的地區醫院

- 層級醫療利用情形在113年較112年有相當顯著的差異，醫學中心在總醫療費用、醫療服務件數、醫療服務平均點數均大幅超越區域醫院及地區醫院，使得區域及地區都為負成長，尤其是地區減幅明顯
- 相對在醫療總服務申報佔率上，醫學中心一反105年起的逐步下修，由近8年平均42%增加為44%，地區醫院由106年起拉升至20%又降回17%
- 歸因在於因評鑑而院所的院所，基本上都是該分區列屬中大型醫院，調升評鑑等級，醫療服務點數亦同為增加

年度	107	108	109	110	111	112	113
總醫療點 (億)	4,963.81	5,216.19	5,300.84	5,381.2	5,612.7	6,023.2	6215.9
--成長率	6.25%	5.08%	1.62%	1.52%	4.27%	7.31%	3.20%
醫學中心	2,114.64	2,202.16	2,242.44	2,259.9	2,345.8	2,509.4	2788.9
--成長率	5.86%	4.14%	1.83%	0.78%	3.75%	6.97%	11.14%
區域醫院	1,995.15	2,057.09	2,065.37	2,066.7	2,140.4	2,330.5	2336.4
--成長率	5.39%	3.10%	0.40%	0.06%	3.54%	8.89%	0.25%
地區醫院	854.02	956.94	993.03	1,054.6	1,126.6	1,183.3	1090.6
--成長率	9.34%	12.05%	3.77%	6.20%	6.82%	5.03%	-7.83%

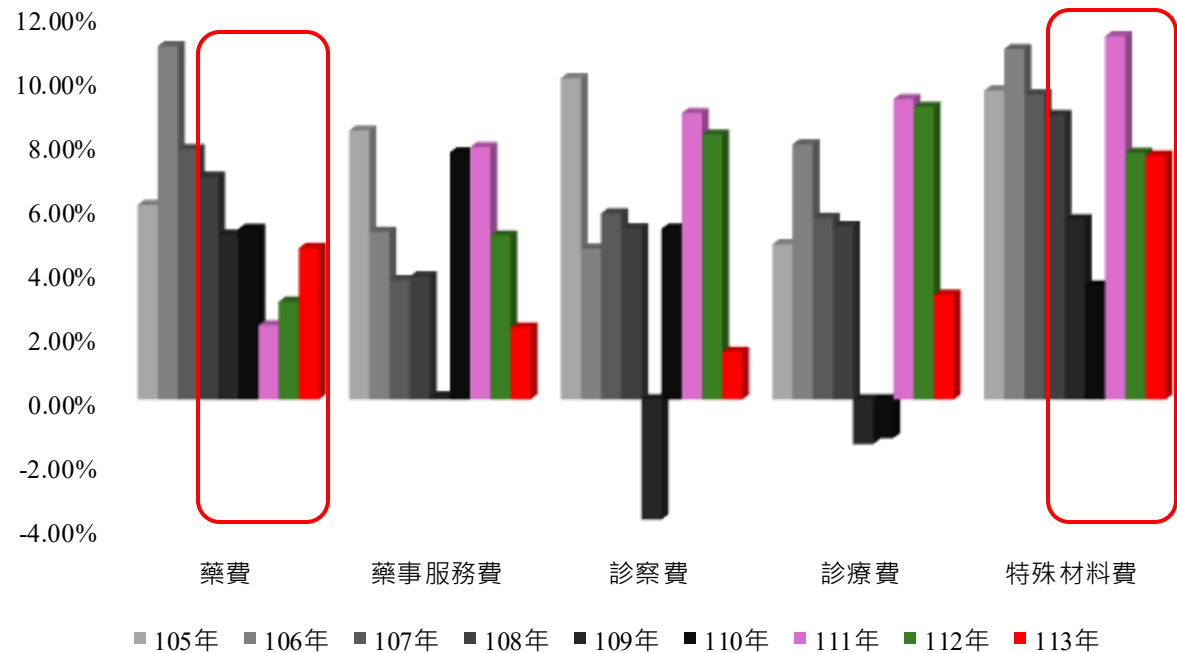
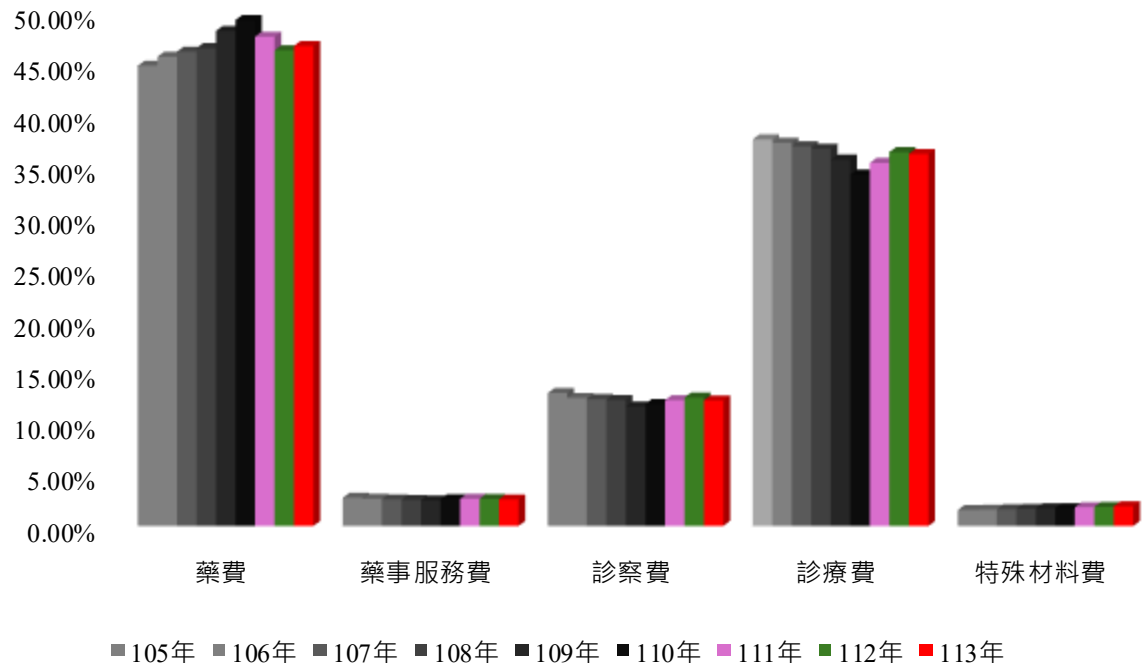


門診	2903.3	2941.1	2941.1	2941.1	2941.1	2941.1	2941.1
學中心	1192.7	1218.8	1255.1	1309.6	1367.6	1539	1539
域醫院	1131.6	1130	1144.4	1209.6	1306.2	1216	1216
區醫院	579	598.5	636.5	692.6	730.5	681.6	681.6
學中心	10050	9720	9397.9	10042.1	10818.4	11092	11092
學中心	2,981.6	2,903.4	2,814.9	3004.3	3218.5	3644.2	3644.2
域醫院	4,059.1	3,907.6	3,720.6	3976.5	4369.1	4536.3	4536.3
區醫院	3,009.3	2,909	2,862.4	3061.3	3230.8	3092.1	3092.1
牛醫療點數	4,000.2	4,197.9	4,457.9	4359.2	4249.4	4223.3	4223.3
學中心	119.1	114.4	104.3	106.6	121.5	132.2	132.2
域醫院	157.4	147.2	134	132.5	151	148.5	148.5
地區醫院	70.9	69.7	68.1	68.4	73.6	67.7	67.7
平均每件醫療點數	84,744.2	89,516.3	96,391.7	97190.8	93981.5	94556.5	94556.5
學中心	58,813.6	63,562	68,848.9	70271.3	67861	68704.6	68704.6
域醫院	53,359.2	56,650.6	61,422.7	63420.9	61562	60403.1	60403.1
地區醫院	0.55%	6.17%	8.42%	3.25%	-2.93%	-1.88%	-1.88%

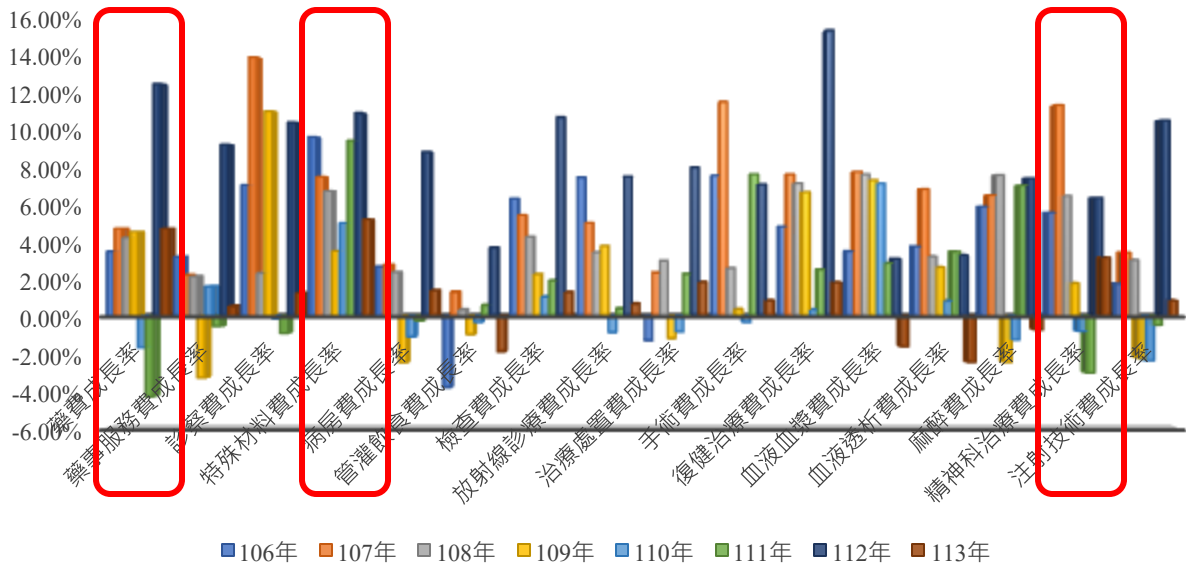
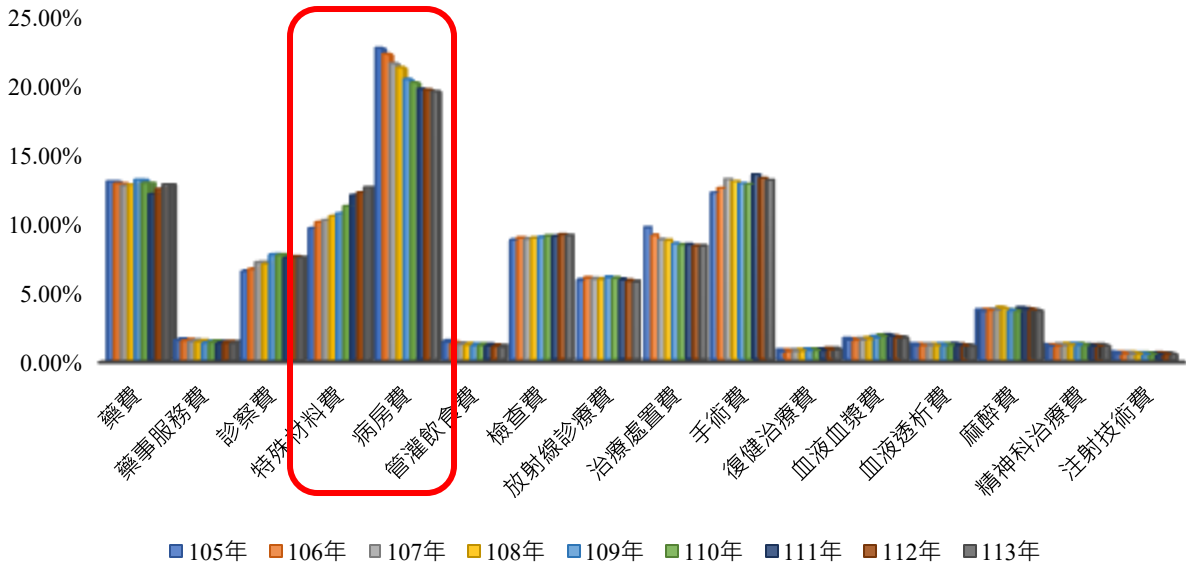
住診	2618.9	2679.1	2679.1	2679.1	2679.1	2679.1	2679.1
學中心	109.1	114.4	104.3	106.6	121.5	132.2	132.2
域醫院	157.4	147.2	134	132.5	151	148.5	148.5
地區醫院	70.9	69.7	68.1	68.4	73.6	67.7	67.7
平均每件醫療點數	84,744.2	89,516.3	96,391.7	97190.8	93981.5	94556.5	94556.5
學中心	58,813.6	63,562	68,848.9	70271.3	67861	68704.6	68704.6
域醫院	53,359.2	56,650.6	61,422.7	63420.9	61562	60403.1	60403.1
地區醫院	0.55%	6.17%	8.42%	3.25%	-2.93%	-1.88%	-1.88%

# 醫療利用及費用管控情形\_醫院門診醫療費用分項使用情形

- 門診醫療費用的佔率，大致而言以藥費為大宗，診療費居次；其後才是診察費、藥事服務費及特殊材料費
- 但透過醫療費用分項的成長率來看，值得注意的是：特殊材料，特殊材料自111年起有顯著的成長，而藥品亦是在111年後逐年成長，進而顯得診察費，這類人力投入的支出，顯著更加的不足



# 醫療利用及費用管控情形\_醫院住診醫療費用分項使用情形



年度	108	109	110	111	112	113
第一	血液血漿費	診察費	血液血漿費	特殊材料費	復健治療費	特殊材料費
第二	麻醉費	血液血漿費	特殊材料費	手術費	藥費	藥費
第三	復健治療費	復健治療費	藥事服務費	麻醉費	特殊材料費	精神科治療
第四	特殊材料費	藥費	檢查費	血液透析費	檢查費	治療處置費
第五	精神科治療	放射線治療	血液透析	血液血漿費	診察費	復健治療費

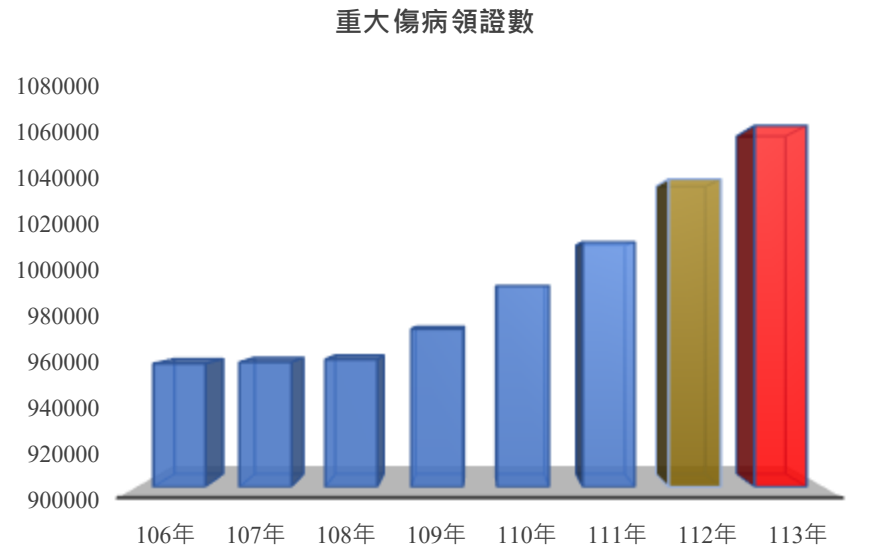
- 住診醫療費用分項使用，歷年來大致以病房費、藥費、手術費為大宗
- 如同門診，若以近年成長率來看，特殊材料相當值得注意。113年的成長率已超越藥費的成長率
- 透過112-113年近期藥物共擬的提案，特材及藥品提出重新調價及新功能、擴充適應症的個案似有逐年增加的情形，國際疫後經濟趨勢、戰爭因素、匯率因素等都是導致醫材及藥品成本大幅調升的因素



影響醫療費用之重要因素：重大傷病、慢性病、新醫療科技、藥費

# 醫療利用及費用管控情形\_重大傷病

項目 \ 年	106	107	108	109	110	111	112	113
重大傷病門診費用點數 --值 (億點) --成長率%	614.48 9.30%	665.31 8.27%	705.63 6.14%	774.91 9.82%	849.53 9.63%	877.74 3.32%	907.23 3.36%	976.98 7.69%
重大傷病門診費用占總門診醫療費用點數比率%	23.98%	24%	24.30%	26.29%	27.98%	27.33%	26.65%	27.66%
重大傷病住診費用點數 --值 (億點) --成長率%	816.55 4.75%	876.46 7.34%	906.18 3.10%	970.42 7.09%	977.82 0.76%	1007.02 2.99%	1084.67 7.71%	1114.12 2.72%
重大傷病住診費用占總住診醫療費用點數比率%	38.79%	39.32%	39.08%	40.43%	41.68%	41.97	41.42%	41.65%
重大傷病門住診醫療費用占總醫療費用比率%			30.91%	32.92%	33.95%	33.58%	33.07%	33.69%



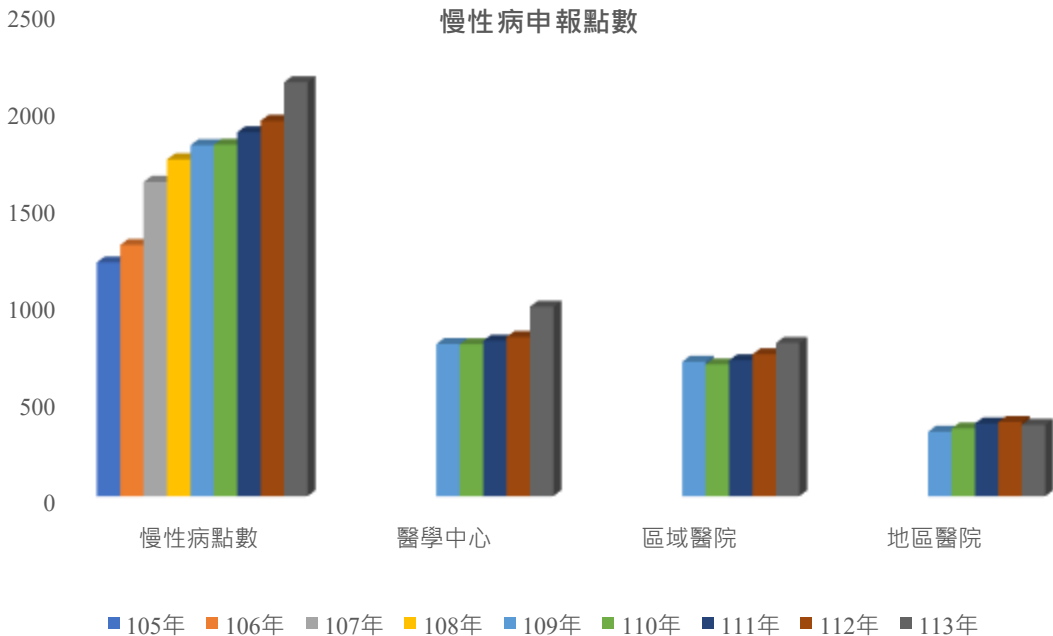
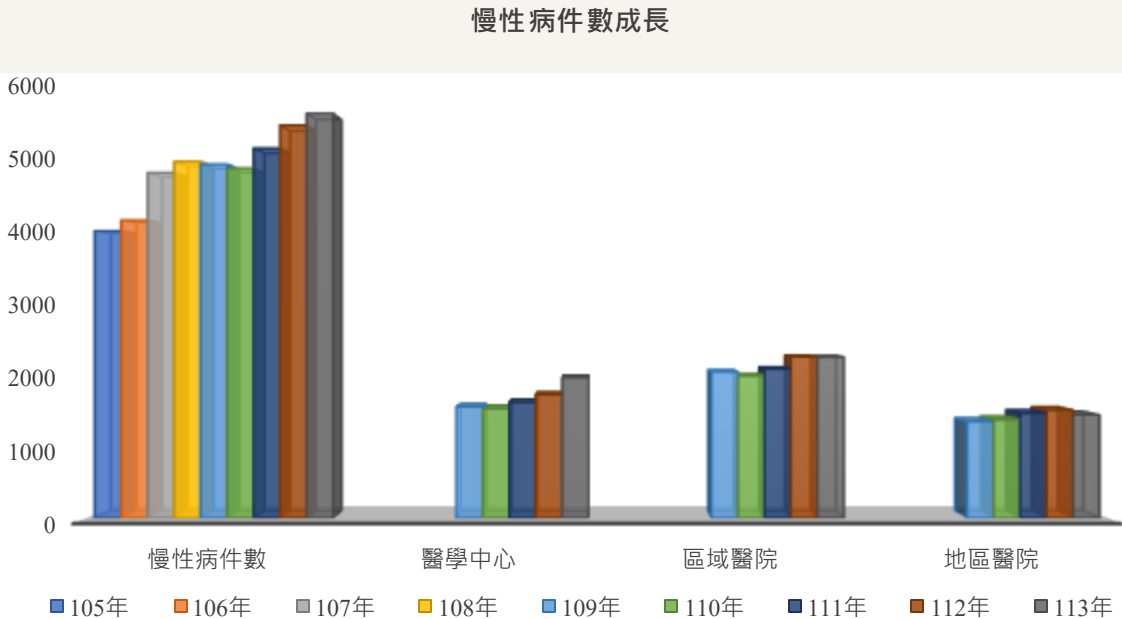
- 113年重大傷病門住診占率較112年微幅成長，其中以重大傷病的門診費用點數成長較112年有顯著的成長
- 而重大傷病的領證數，113年再創近8年新高



# 醫療利用及費用管控情形\_慢性病

- 慢性病申報件數佔門診件數50.87%，點數佔門診總點數60.28%
- 案件申報較112年成長10.28%
- 各層級醫院服務在慢性病件數、點數在其層級門診的占率分佈，就歷年佔率來看並沒有顯著不同。但就慢性病申報件數及點數上，113年醫學中心的成長率所明顯增長，其因素同上論述，係因為醫院評鑑結果造成層級間家數變動的費用重分配的效果
- 慢性病費用支出的逐年增加，確實仍是值得關注的項目

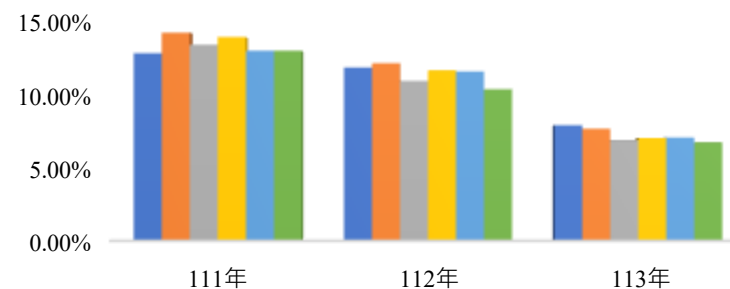
表 18：醫院部門 109-113 年各層級慢性病申報件數及點數的成長情形					
	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年
慢性病案件申報件數	4933.2	4878.8	5156.1	5476.6	5642.4
及成長率	-0.75%	-1.10%	5.68%	6.22%	10.28%
醫學中心	1550.4	1525.5	1614.8	1722.5	1957.7
--成長率		-1.61%	5.85%	6.67%	13.65%
區域醫院	2037.7	1982.7	2079.1	2247.3	2245.7
--成長率		-2.70%	4.86%	8.09%	-0.07%
地區醫院	1345.1	1370.6	1462.2	1506.8	1439
--成長率		1.90%	6.68%	3.05%	-4.50%
慢性病案件申報點數	1807.9	1809.8	1874.8	1933.2	2132
及成長率	4.22%	0.11%	3.59%	3.11	10.28%
醫學中心	783.5	782.8	800.5	820	975.7
--成長率		-0.09%	2.26%	2.44%	18.99%
區域醫院	692.7	678.2	700	731	788.7
--成長率		-2.09%	3.21%	4.43%	7.89%
地區醫院	331.7	348.8	374.3	382.2	367.6
--成長率		5.16%	7.31%	2.11%	-3.82%



# 新醫療科技

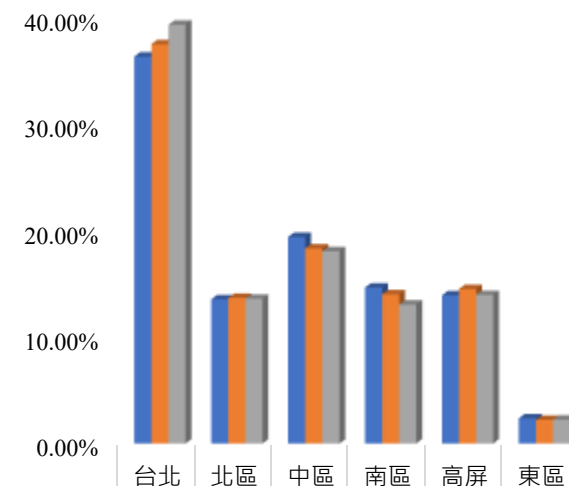


- ⚙️ 新醫療科技的使用，在醫院部門而言是個兩難的議題，核定多了，會有排擠問題，核定少了，又難維持醫療水準的與時俱進及滿足醫療需求者的期待
- ⚙️ 新醫療科技的使用，彙整全國申報資料，以台北的使用佔率最高，中區居次；而各分區新藥使用佔門住診整體費用來看，111-113年台北區及北區使用較其他分區來得多



	111年	112年	113年
台北	12.73%	11.76%	7.82%
北區	14.13%	12.05%	7.59%
中區	13.31%	10.83%	6.80%
南區	13.85%	11.57%	6.94%
高屏	12.90%	11.49%	6.98%
東區	12.90%	10.28%	6.65%

■ 台北 ■ 北區 ■ 中區 ■ 南區 ■ 高屏 ■ 東區



	111年	112年	113年
台北	36.27%	37.41%	39.24%
北區	13.52%	13.64%	13.57%
中區	19.36%	18.28%	18.01%
南區	14.61%	13.98%	13.01%
高屏	13.88%	14.48%	13.92%
東區	2.36%	2.21%	2.24%

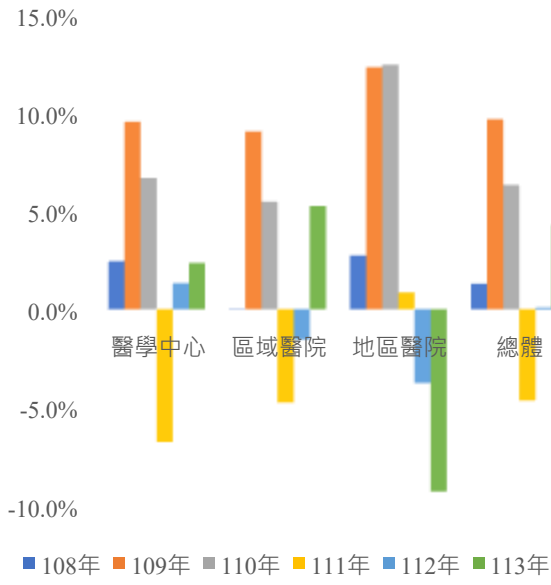
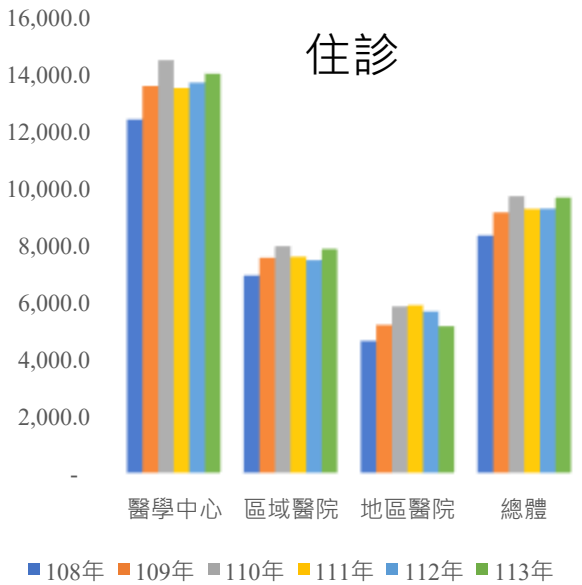
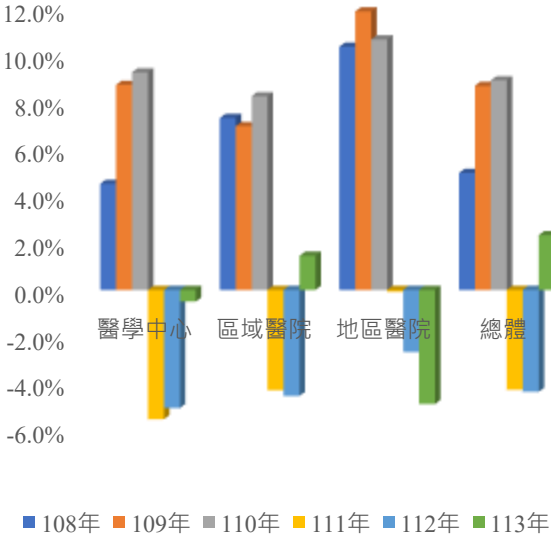
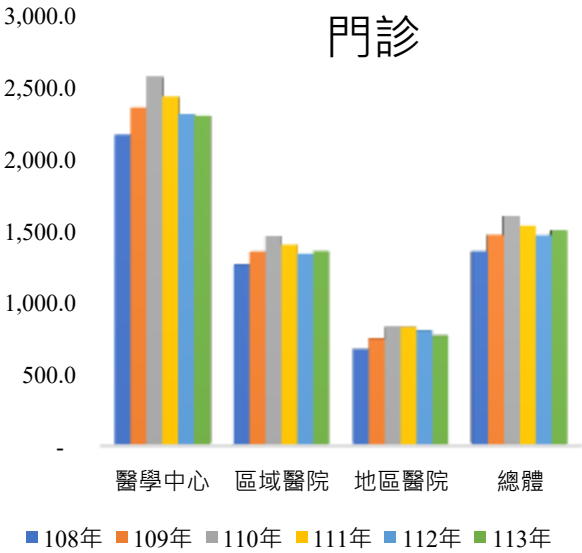
■ 111年 ■ 112年 ■ 113年



# 新醫療科技的管理難題

- 就醫院部門而言，每一分錢都希望用在刀口上，對於新醫療科技的引進，因為具有遞延成長及排擠效應特性，對於預算的使用，會更在乎
- 然而就新醫療科技的管理，在醫院與健保署的概念卻是截然不同，醫院部門礙於新醫療科技的申報資料的取得，僅可就共擬會議新藥、新特材財務衝擊的資料進行單一年度預算的控管，但往往統計到第二季或第三季就發現年度新醫療科技的預算早就用罄，但新科技仍繼續核定中
- 而健保署係以5年資料列管，總會說：不用擔心，預算還有
- 醫院部門正因為新醫療科技的遞延成長特性，了解一旦發現預算超支時，就早已成既定事實，而無轉寰機會，醫院總額就是面對點值稀釋的結果，這是需要正視的問題

# 醫療利用及費用管控情形\_藥費



⚙️ 113年總體藥費佔醫院總醫療服務點數的佔率為**32.1%**，較112年成長。過去醫院總額原設定藥品應維持在總醫療服務費用支出的25%左右。但就近10年全區院申報資料藥費佔率早已突然30大關，可見藥費的支出是與日俱增

⚙️ 以各層級資料來看，**藥品在醫學中心無論是門診或住診的使用都是高於區域醫院及地區醫院**，而就成長率來看，113年以區域醫院的藥費成長是高於其他二層級。地區醫院負成長最多

# 地區預算分配(含風險調整移撥款)之執行與管理

## 109~113年醫院部門地區預算R值/S值分配

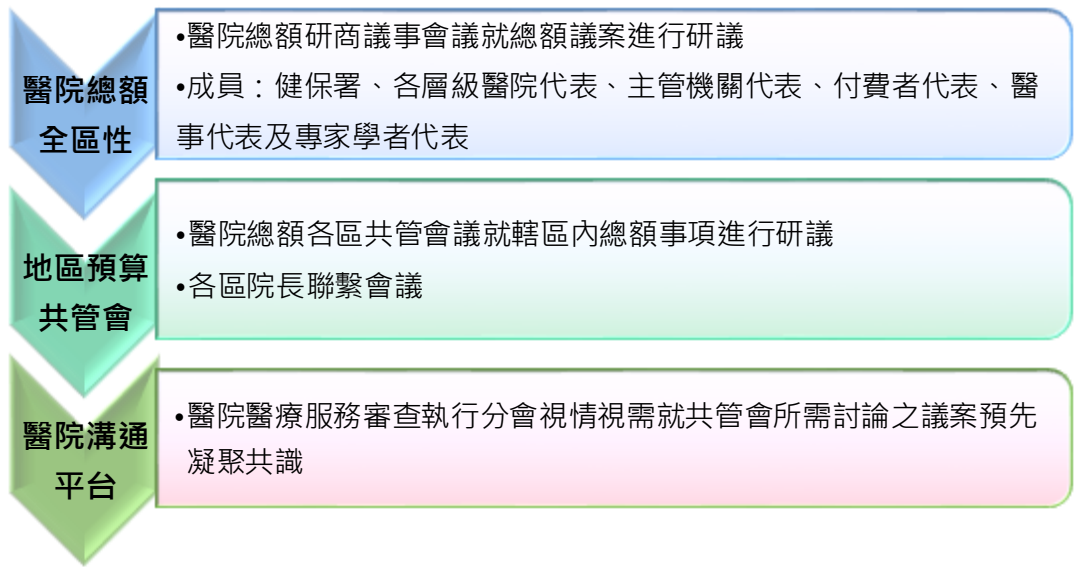
項目\年		109	110	111	112	113
門診	R	51%	51%	51%	52%	52%
	S	49%	49%	49%	48%	48%
住診	R	45%	45%	45%	45%	45%
	S	55%	55%	55%	55%	55%
風險調整移撥款		2億	2億	6億	6億	6億

## 109~113年各區預算分配(不含風險調整移撥款)及其成長率

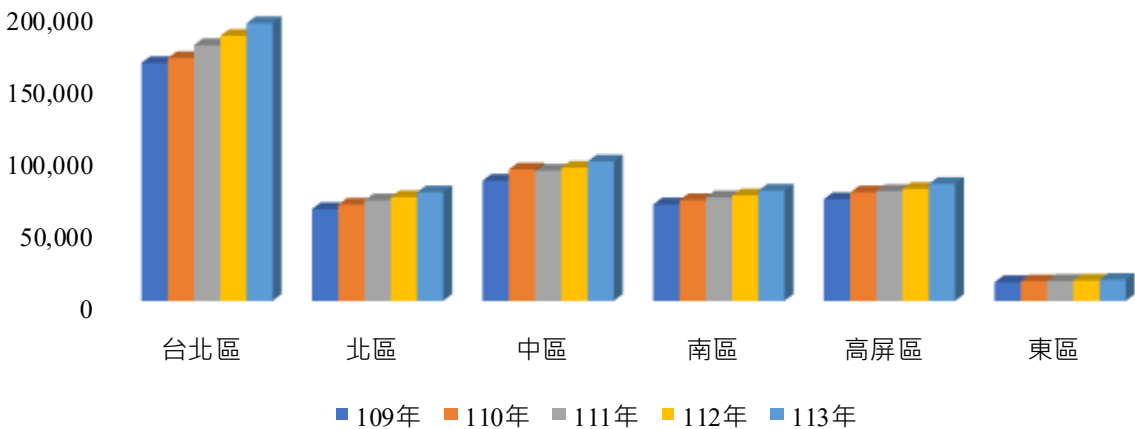
預算年別	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區
109年	165,721	63,920	83,682	67,225	70,921	13,027
110年	169,121	67,135	91,612	70,126	75,567	13,644
111年	178,079	70,020	90,681	72,022	76,482	13,866
112年	184,542	72,239	92,778	73,470	78,079	14,097
113年	193,403	75,541	97,142	76,751	81,495	14,710
109年成長率	5.81%	6.09%	5.70%	5.53%	5.33%	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%
113年成長率	4.80%	4.57%	4.70%	4.47%	4.38%	4.35%

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



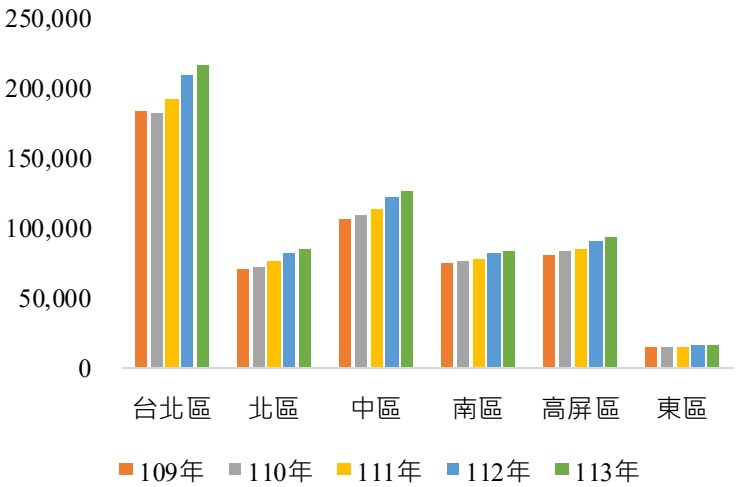
歷年地區預算成長情形



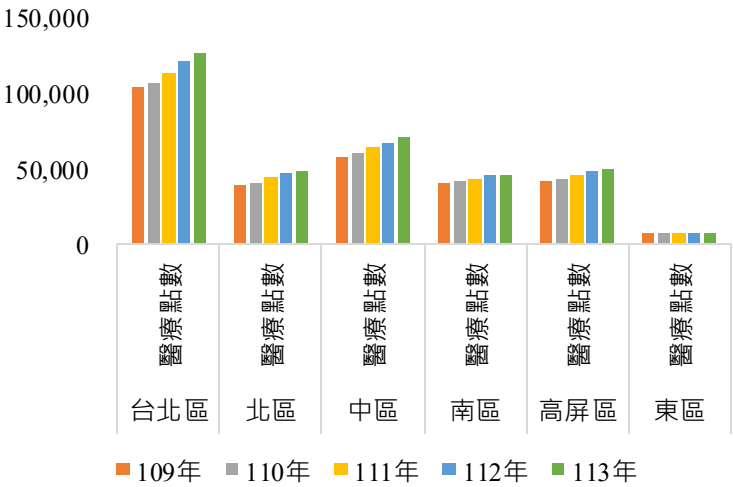
# 各分區醫療利用

- 113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

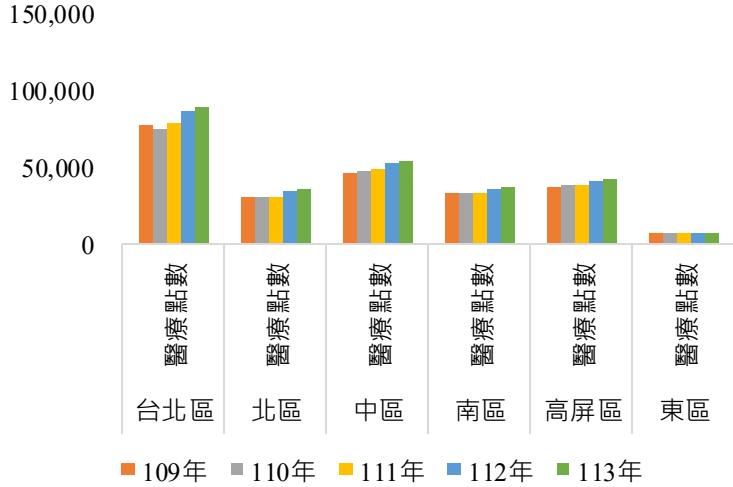
109-113年門住診醫療點數情形



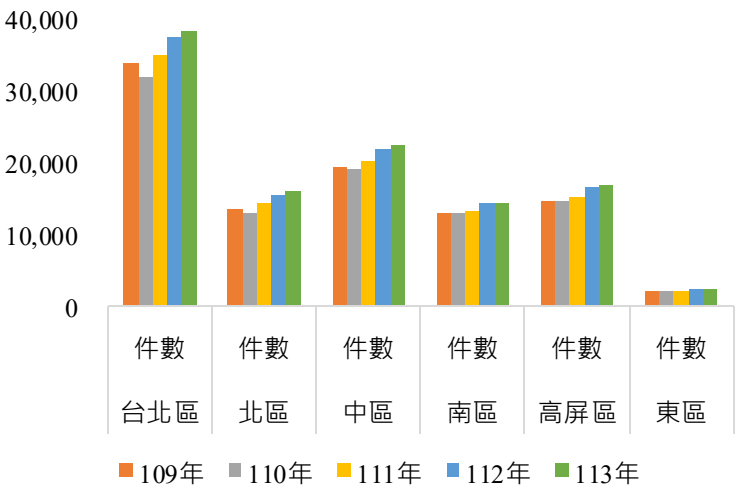
109-113年各區門診醫療點數(百萬點)情形



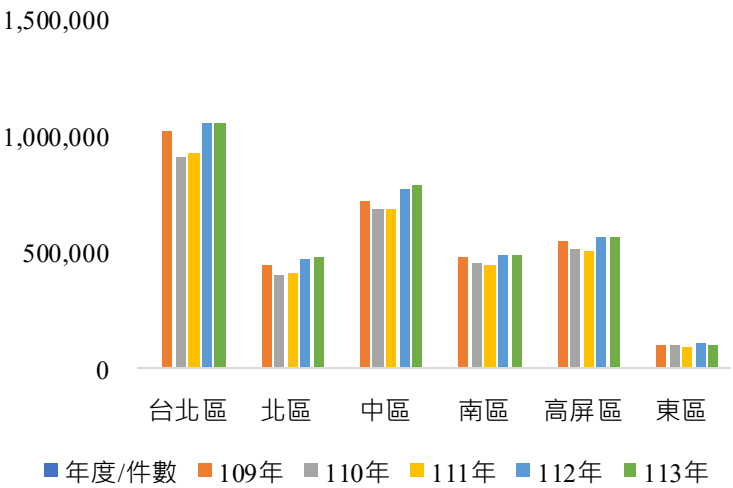
109年-113年各區住診醫療點數(百萬點)情形



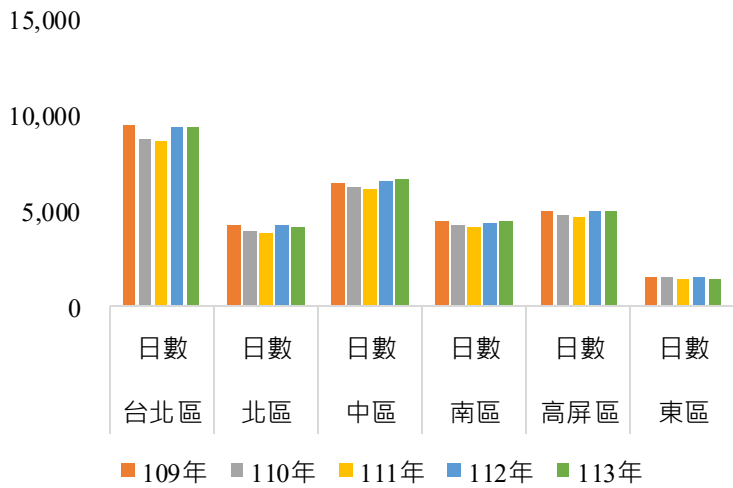
109-113年各區門診件數(千)情形



109年-113年各區住診件數情形



109年-113年各區住診日數(千日)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

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	
113年	6億	

## 109年~113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
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%
113年	26.69%	11.51%	14.85%	12.51%	17.17%	17.28%



# 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年各分區別實際就區分區的分佈

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%

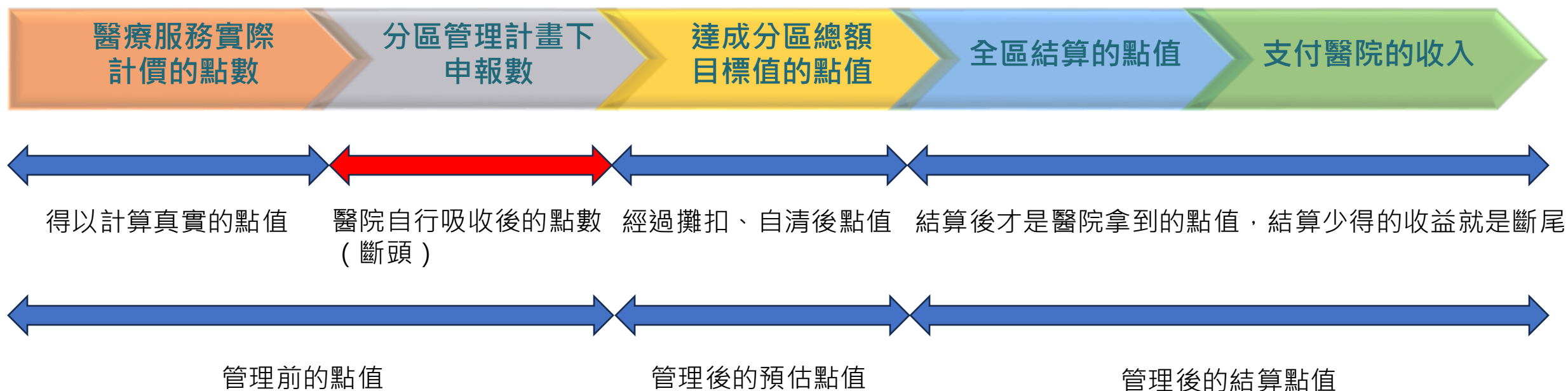




點值穩定度



# 醫院部門各分區點值控管示意圖



- ⚙️ 113年全區點值管理大概可劃分二大方式，虛擬個別醫院總額（方案管理）/目標管理管理
- ⚙️ 各分區大致都會透過分區共管會議，協議或制定出113年目標點值，俟後依管理協議進行相關的折付、攤扣作業，使點值朝目標移動
- ⚙️ 114年前瞻性個別醫院總額，初期各分區還需要一段政策的適應期，以調整營運策略，調整管理方向，對點值穩定的作用性，尚需持續觀察

醫院部門各分區規劃113年目標點值一覽表

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
	113年	0.93	0.93	0.93	0.93	0.93
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
	113年	0.95	0.93	0.95	0.95	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
	113年	0.935	0.94	0.95	0.95	0.9438

分區	季別	第一季	第二季	第三季	第四季	年平均	
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	
	113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	
	113年	0.98	0.98	0.98	0.98	0.98	
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					
	113年	發展新東區管理方案					

## 政府挹注預算撥補點值

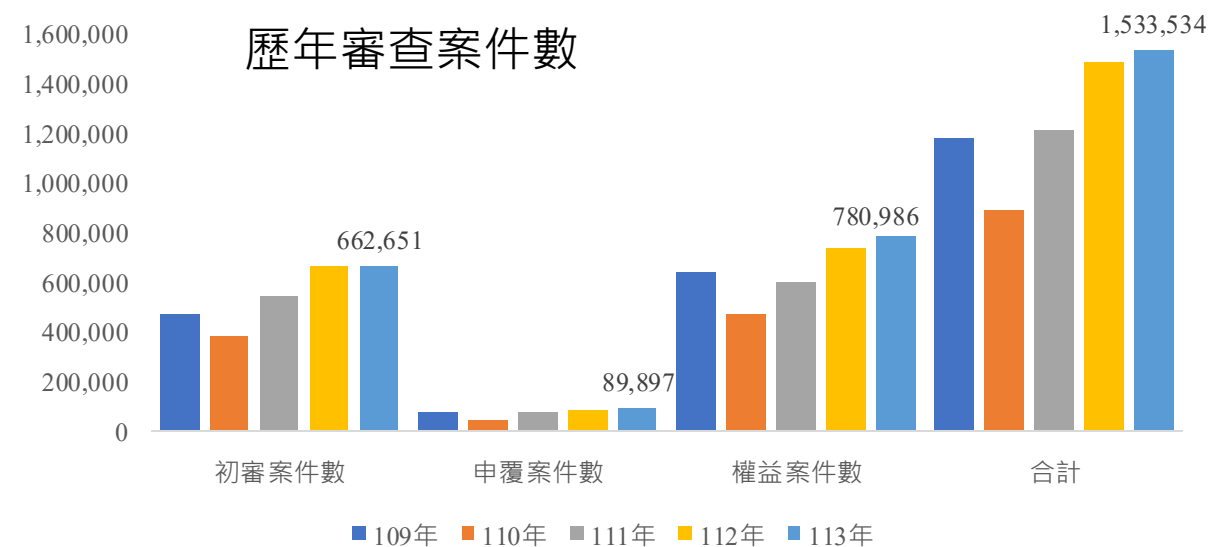
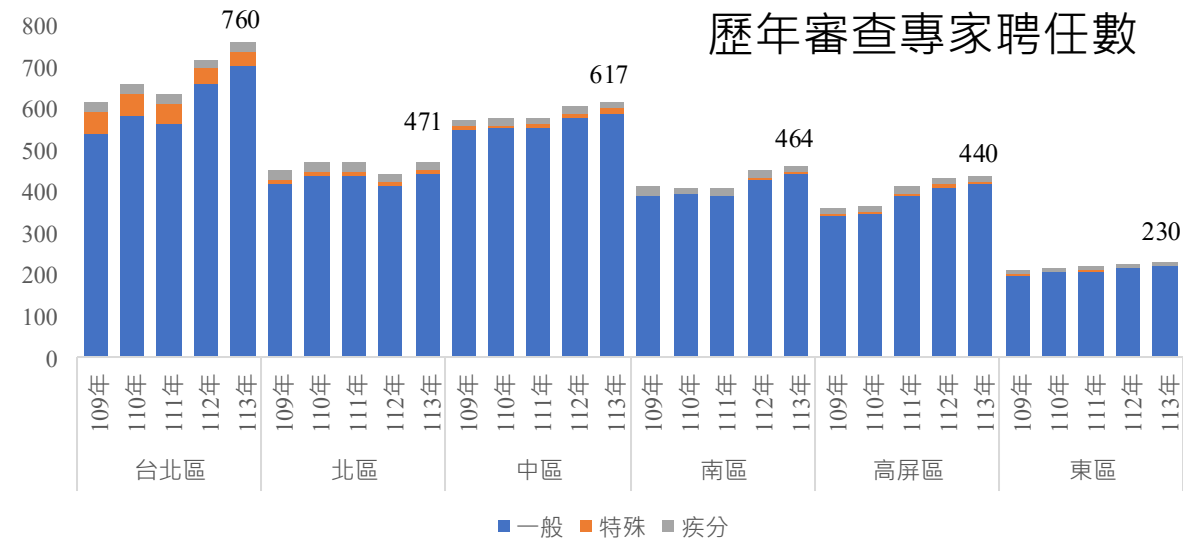
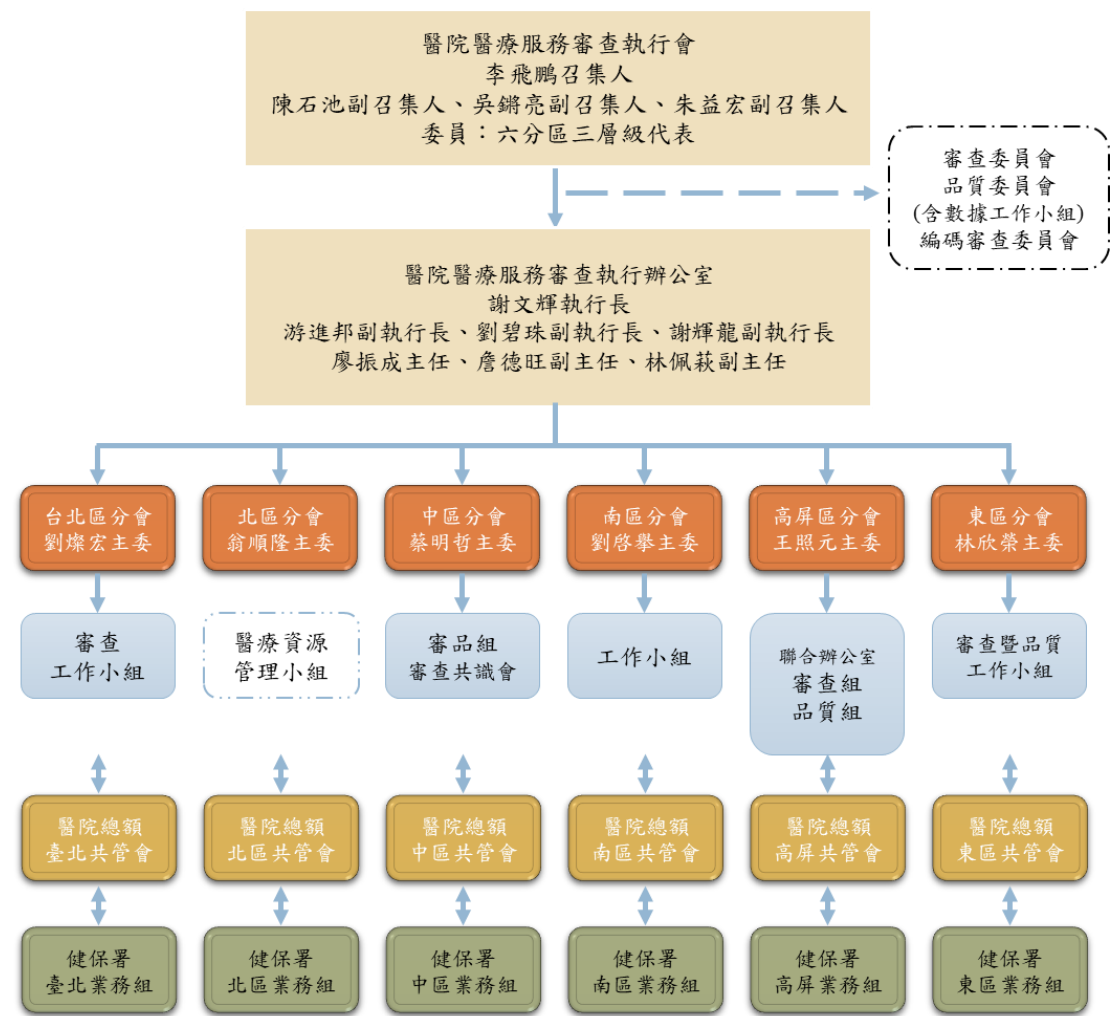
- 112年5月新冠疫情解封，新冠肺炎由法定傳染病降等，從此新冠05案件併入健保給付，但沒有補入相對的預算，造成西醫部門及中醫部門點值大幅滑落，浮動點值降到甚至每點0.7元，醫院亦陷入營運的困境
- 112年經由預算撥補，點值才回升到每點0.9元左右
- 113年上半年醫院的情況略略較112年改善，下半年才算是步入穩定，但倘若沒有預算挹注，醫院部門怕是岌岌可危了

年度	項目		台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全區
112年 Q1	管理前預估 (攤扣前)	浮動點值	0.7610	0.7897	0.7650	0.8755	0.8686	0.8373	0.7995
		平均點值	0.8741	0.8925	0.8813	0.9370	0.9330	0.9259	0.8971
	管理後結算 (攤扣後)	浮動點值	0.8530	0.8938	0.8536	0.9780	0.9288	0.9309	0.9005
		平均點值	0.9319	0.9534	0.9301	0.9855	0.9639	0.9654	0.9476
	補助後	平均點值	0.9469	0.9565	0.9554	0.9887	0.9670	0.9717	0.9592
112年 Q2	管理前預估 (攤扣前)	浮動點值	0.7455	0.7668	0.7547	0.8652	0.8518	0.8335	0.7846
		平均點值	0.8630	0.8781	0.8743	0.9307	0.9228	0.9214	0.8873
	管理後結算 (攤扣後)	浮動點值	0.9708	0.9086	0.8931	0.9913	0.9364	0.9093	0.9071
		平均點值	0.9332	0.9502	0.9439	0.9870	0.9636	0.9496	0.9499
	補助後	平均點值	0.9556	0.9638	0.9705	1.0011	0.9774	0.9711	0.9694
112年 Q3	管理前預估 (攤扣前)	浮動點值	0.7735	0.8093	0.7944	0.8980	0.9191	0.8951	0.8243
		平均點值	0.8782	0.9003	0.8937	0.9474	0.9576	0.9475	0.9078
	管理後結算 (攤扣後)	浮動點值	0.8808	0.9447	0.8949	0.9901	0.9582	0.9152	0.9176
		平均點值	0.9375	0.9642	0.9448	0.9868	0.9742	0.9527	0.9552
	補助後	平均點值	0.9474	0.9720	0.9560	0.9911	0.9758	0.9628	0.9631
112年 Q4	管理前預估 (攤扣前)	浮動點值	0.7906	0.8261	0.8223	0.9058	0.9302	0.9325	0.8424
		平均點值	0.8883	0.9097	0.9095	0.9518	0.9638	0.9685	0.9179
	管理後結算 (攤扣後)	浮動點值	0.8558	0.9366	0.8842	0.9834	0.9343	0.9484	0.9063
		平均點值	0.9285	0.9634	0.9409	0.9849	0.9640	0.9691	0.9497
	補助後	平均點值	0.9356	0.9687	0.9486	0.9879	0.9663	0.9824	0.9556
113年 Q1	管理前預估 (攤扣前)	浮動點值	0.8014	0.8221	0.8063	0.9054	0.9167	0.9257	0.8422

年度	項目		台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區	全區
113年 Q1	管理前預估 (攤扣前)	浮動點值	0.8014	0.8221	0.8063	0.9054	0.9167	0.9257	0.8422
		平均點值	0.8947	0.9091	0.9006	0.9518	0.9567	0.9618	0.9170
	管理後結算 (攤扣後)	浮動點值	0.8692	0.9115	0.8805	1.0115	0.9130	0.9735	0.9065
		平均點值	0.9338	0.9526	0.9391	0.9967	0.9533	0.9796	0.9501
	補助後	平均點值	0.9439	0.9661	0.9536	1.0070	0.9599	0.9978	0.9612
113年 Q2	管理前預估 (攤扣前)	浮動點值	0.7847	0.7922	0.7729	0.8822	0.8810	0.9200	0.8173
		平均點值	0.8836	0.8919	0.8824	0.9395	0.9371	0.9603	0.9023
	管理後結算 (攤扣後)	浮動點值	0.8565	0.8825	0.8855	0.9952	0.9257	0.9397	0.8997
		平均點值	0.9269	0.9411	0.9406	0.9892	0.9586	0.9650	0.9456
	補助後	平均點值	0.9519	0.9685	0.9699	1.0131	0.9826	0.9994	0.9717
113年 Q3	管理前預估 (攤扣前)	浮動點值	0.8464	0.8484	0.8451	0.9395	0.9561	0.9888	0.8807
		平均點值	0.9173	0.9214	0.9198	0.9691	0.9765	0.9930	0.9365
	管理後結算 (攤扣後)	浮動點值	0.8771	0.9274	0.9120	0.9997	0.9752	1.0294	0.9216
		平均點值	0.9355	0.9567	0.9528	0.9906	0.9820	1.0024	0.9578
	補助後	平均點值	0.9423	0.9645	0.9645	0.9949	0.9847	1.0109	0.9647
113年 Q4	管理前預估 (攤扣前)	浮動點值	0.8373	0.8560	0.8397	0.9510	0.9735	1.0342	0.8823
		平均點值	0.9132	0.9255	0.9174	0.9750	0.9858	1.0129	0.9278
	管理後結算 (攤扣後)	浮動點值	0.8831	0.9248	0.9151	0.9911	0.9886	1.0436	0.9287
		平均點值	0.9412	0.9597	0.9558	0.9891	0.9900	1.0112	0.9621
	補助後	平均點值							

# 專業審查及其他管理措施

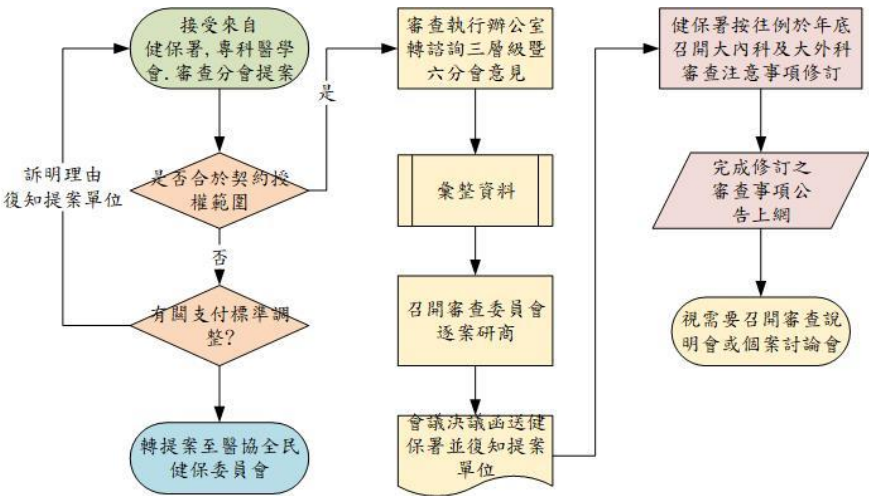
本會審查組織架構圖



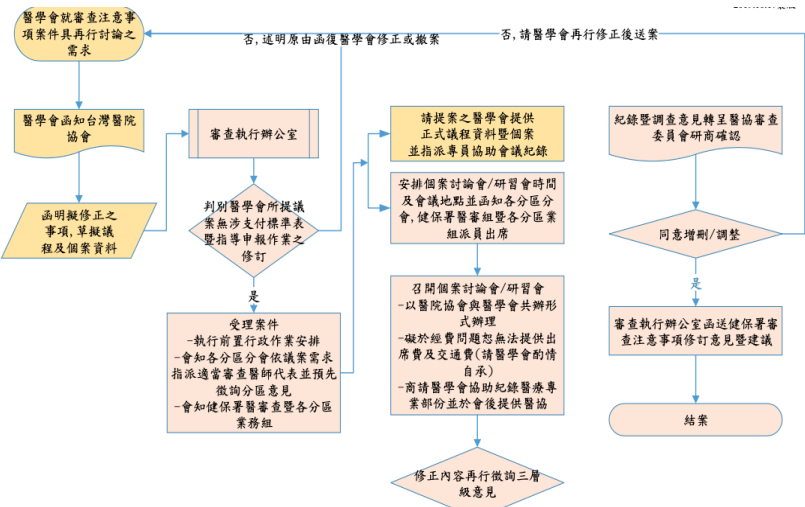


# 專業審查及其他管理措施 (續)

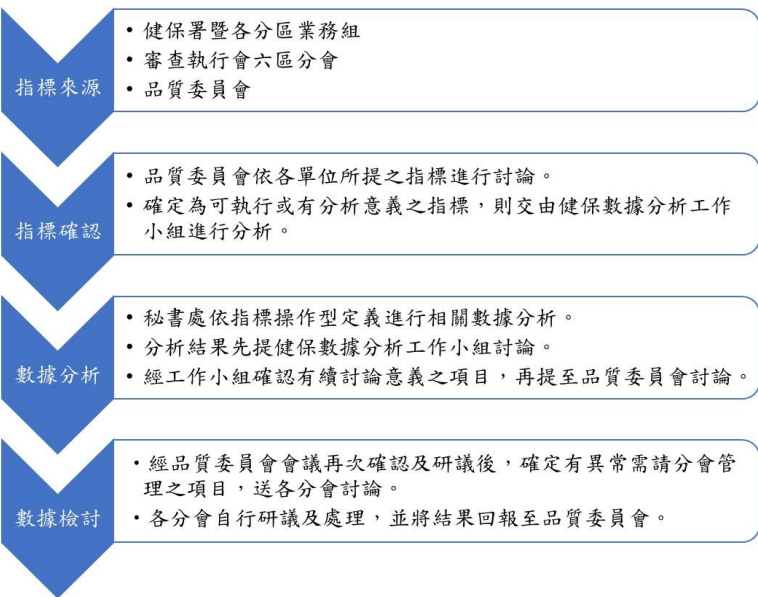
審查注意事項修訂流程



醫學會申請審查注意事項個案討論暨研習流程



資料分析作業流程




執行項目 \ 年度	109	110	111	112	113
審查注意事項修訂	8科	8科	11科	2科	3科
病症審查原則討論	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	4項	-	10項	1項	-
特材相關審查標準討論	-	-	-	1項	1項
檢查檢驗審查標準	4項	2項	2項	-	-

執行項目 \ 年度	109	110	111	112	113
醫療品質監測指標	12項	-	-	3項	-
申報項目管理指標	11項	-	-	-	-
精準指標	2項	4項	1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	V	V	V	V	V



## 109-113年院所違反特管辦法之查處追扣金額

● 依據健保署提供資料所示，醫院部門113年違規案件數同112年，合計11件，缺失項目：未經醫師診斷逕行提供醫療服務、處方箋或醫療費用申報內容為病歷或紀錄所未記載、以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，其情節重大。

-  113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111家，審查次數115次，經適度輔導院所後需列加強審查醫院計5家，無移查處之醫院

[illegible]

07

## 專案計畫

{專案書面報告}



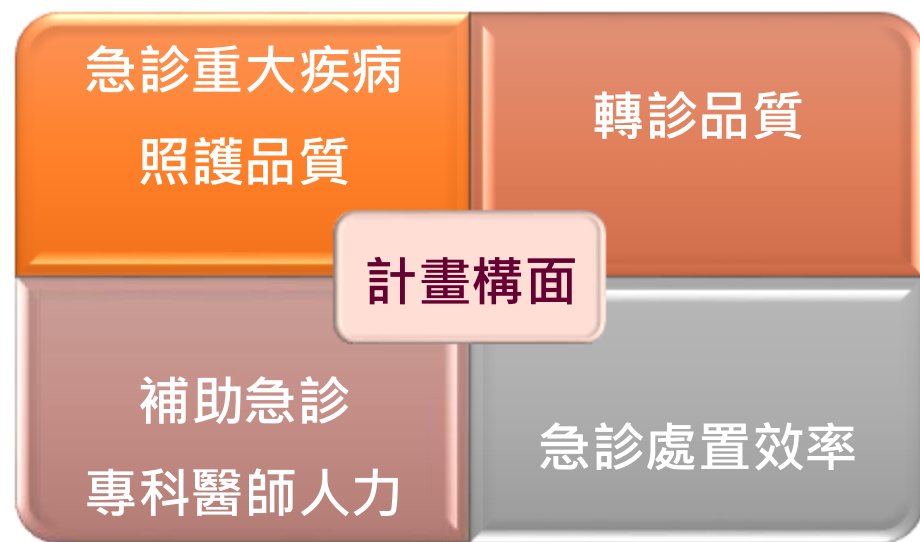
# 專案計畫具體成效一覽表

	項目	預算 (百萬)	執行率 (%)
1	急診品質提升方案	300	100
2	西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層)	115	95.8
3	醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫	1,300	100
4	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型)	52.0806	97.0
5	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型)	210	-
6	住院整合照護服務試辦計畫	560	87.0
7	鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫	300	99.2
8	腹膜透析追蹤處置費及APD租金(非計畫型)	15	41.8
9	因應長新冠照護衍生費用	128	100
10	因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增	500	8.5
11	持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能	500	100
12	健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能	1,000	100
13	暫時性支付(新藥、新特材)(113年新增)	2,429.9	3.7

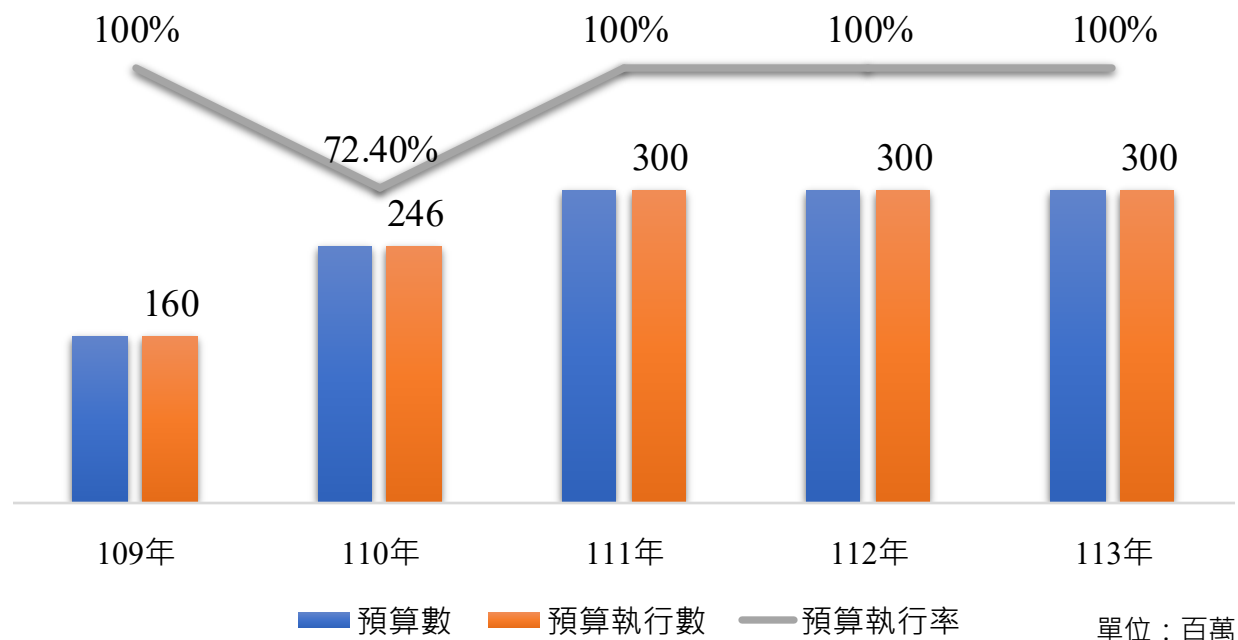
	項目	預算 (百萬)	執行率 (%)
14	地區醫院全人全社區照護計畫(113年新增)	500	2
15	區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作(113年新增)	81	-
16	區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作(113年新增)	127	-
17	抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(113年新增)	225	43.8
18	C型肝炎藥費(含其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費」)	2,641	61.5
19	醫療給付改善方案(含糖尿病等10項方案)	1,814.1	74.7
20	鼓勵院所建立轉診合作機制(非計畫型)	224.7	95.7
21	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材(非計畫型)	15,108	99.5
22	後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費(非計畫型)	5,580	81.2
23	精神科長效針劑藥費(非計畫型)	2,664	88.9
24	慢性傳染病照護品質計畫	180	94.2
25	癌症治療品質改善計畫(113年新增牙醫門診總額)	414	19.8
26	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)(113年新增牙醫門診總額)	2,669	59
27	獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用	200	74.9

# 01-急診品質提升方案

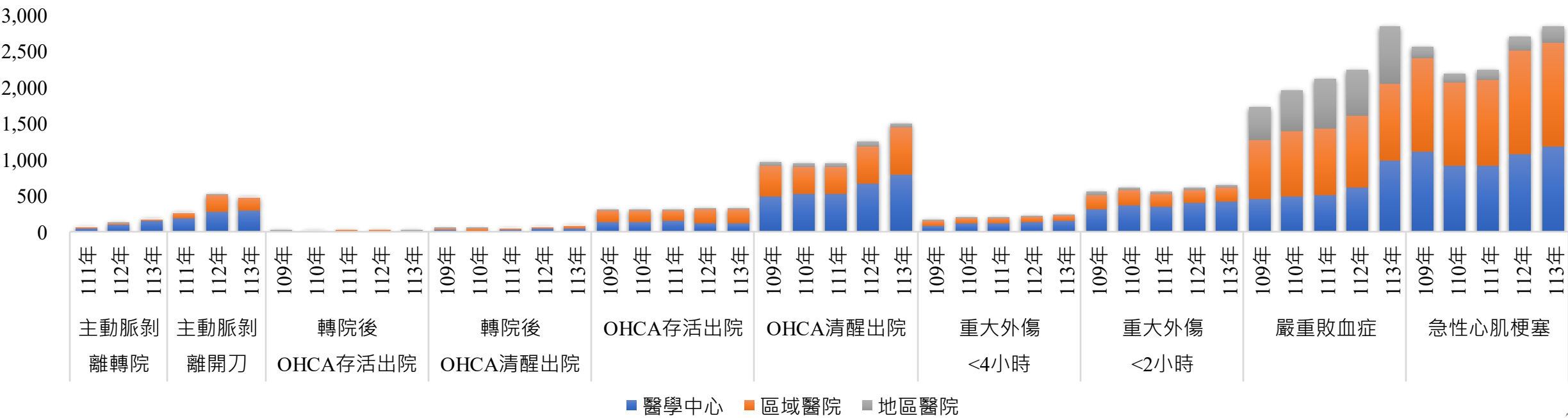
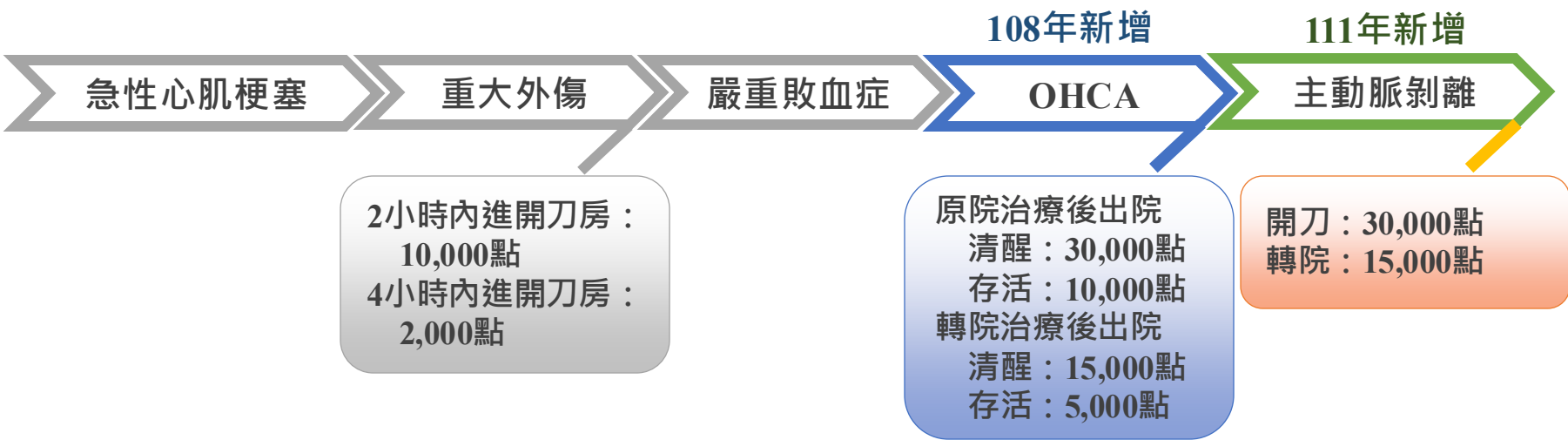
- 目標：確保重大疾病照護品質、落實品質導向轉診制度、提升急診病人處置效率



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

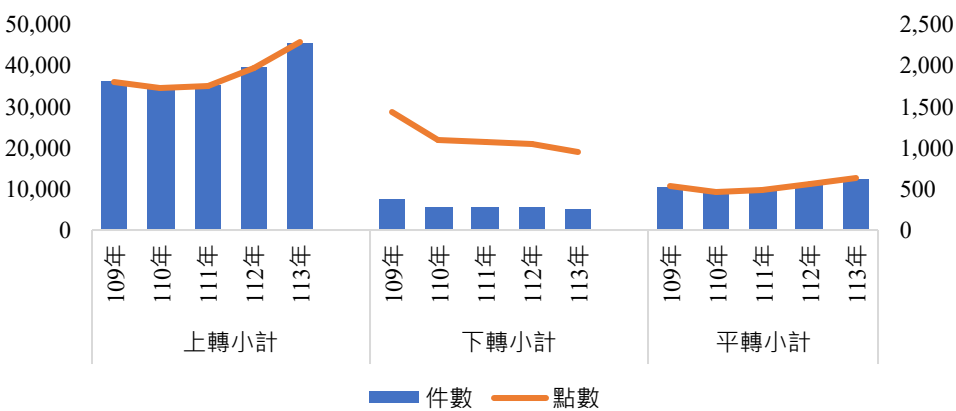


# 01-急診品質提升方案\_重大疾病照護品質



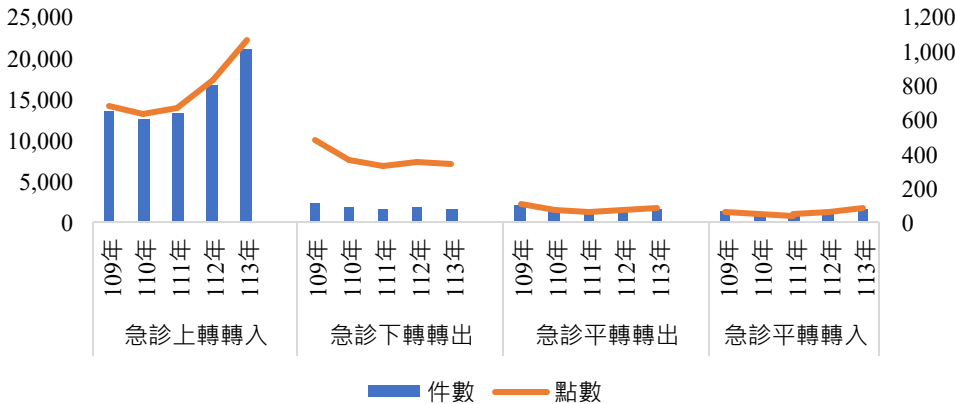
# 01-急診品質提升方案\_轉診品質

轉診品質獎勵

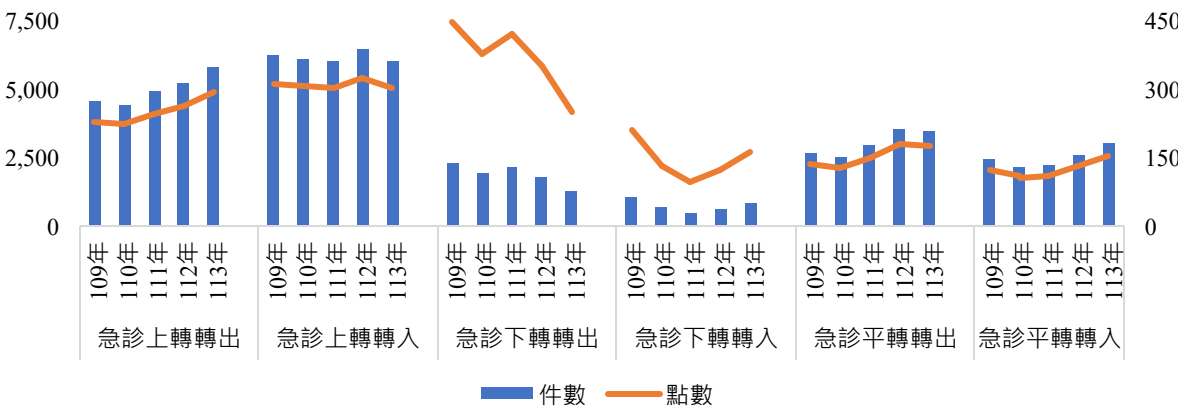


- 上轉或平轉：500點
- 上轉或平轉至他院ICU：5,000點
- 上轉或平轉<60分鐘：1,500點 (僅轉出醫院領)
- 下轉：4,000點 (轉出&轉入各50%)
- 醫師至下轉醫院訪視病人費：1,000點

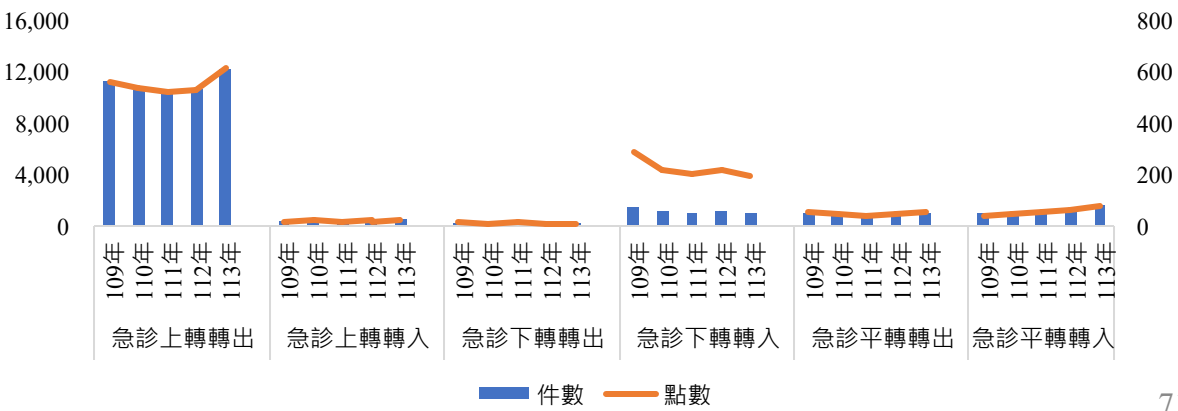
醫學中心



區域醫院



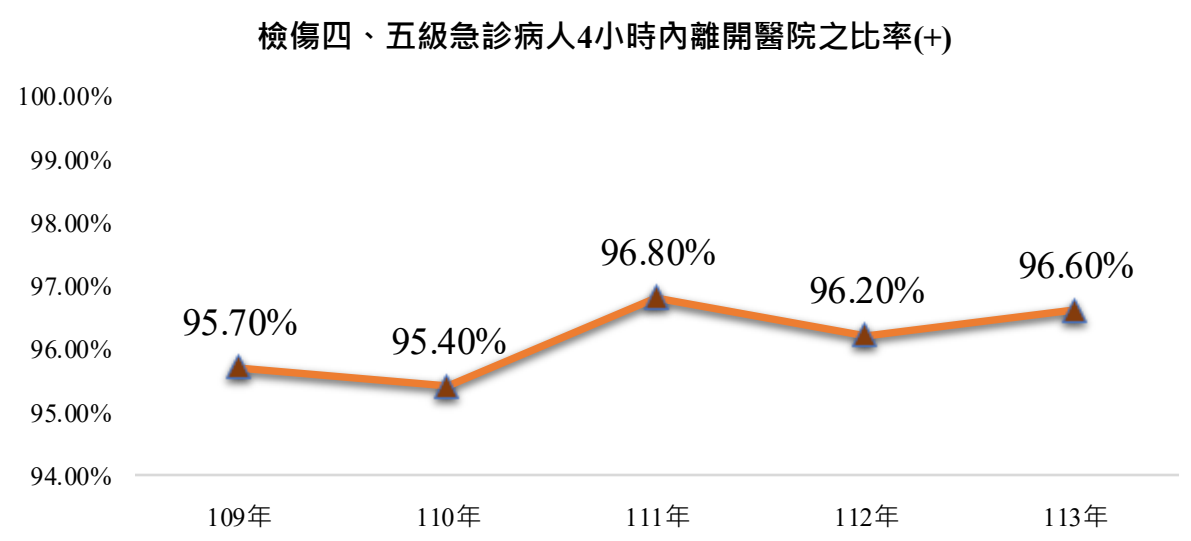
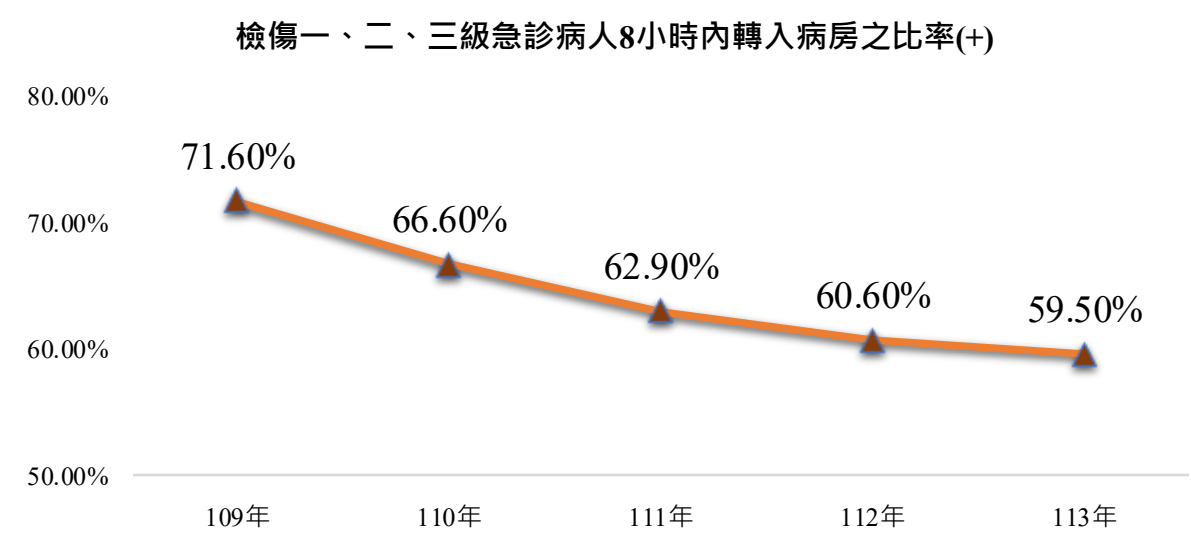
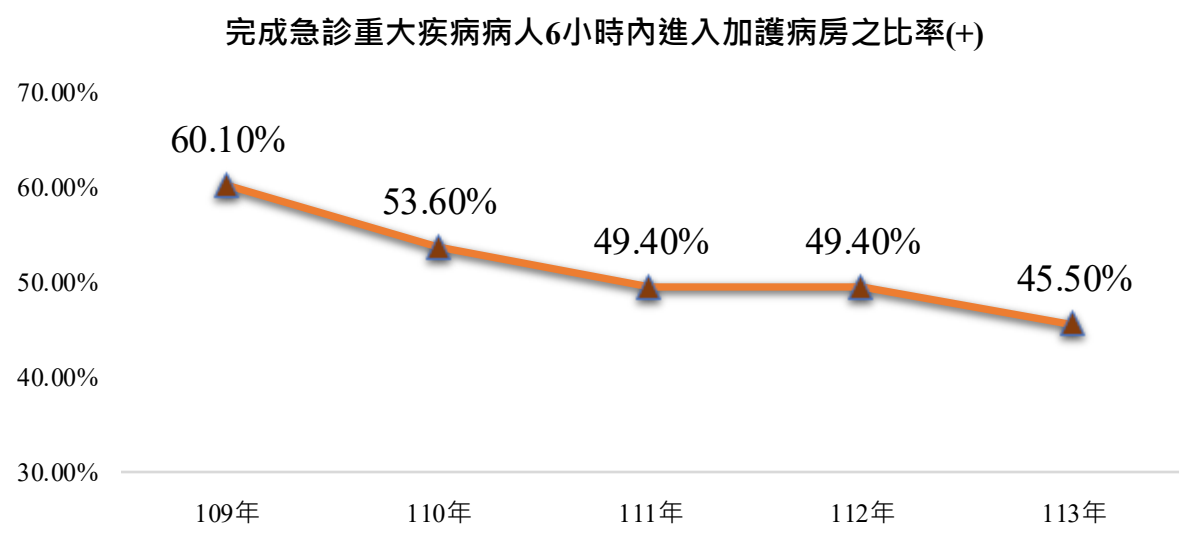
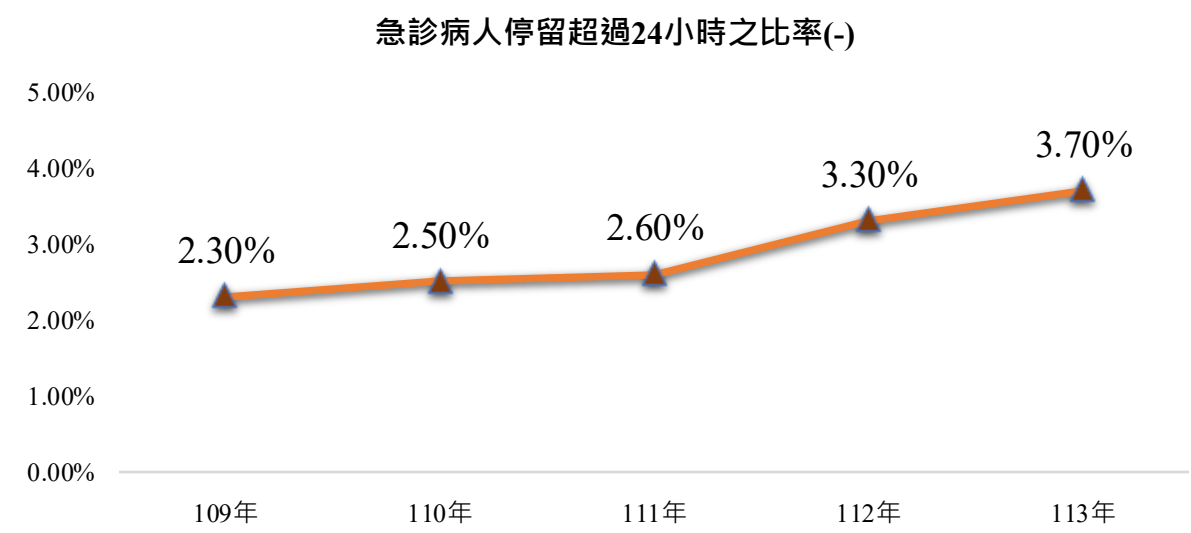
地區醫院





# 01-急診品質提升方案\_急診處置效率指標

🙄 113年處置效率指標多較113年差，可能與急診人增加、護理人力減少及病房不足有關。



## 02-西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層)

### 目的

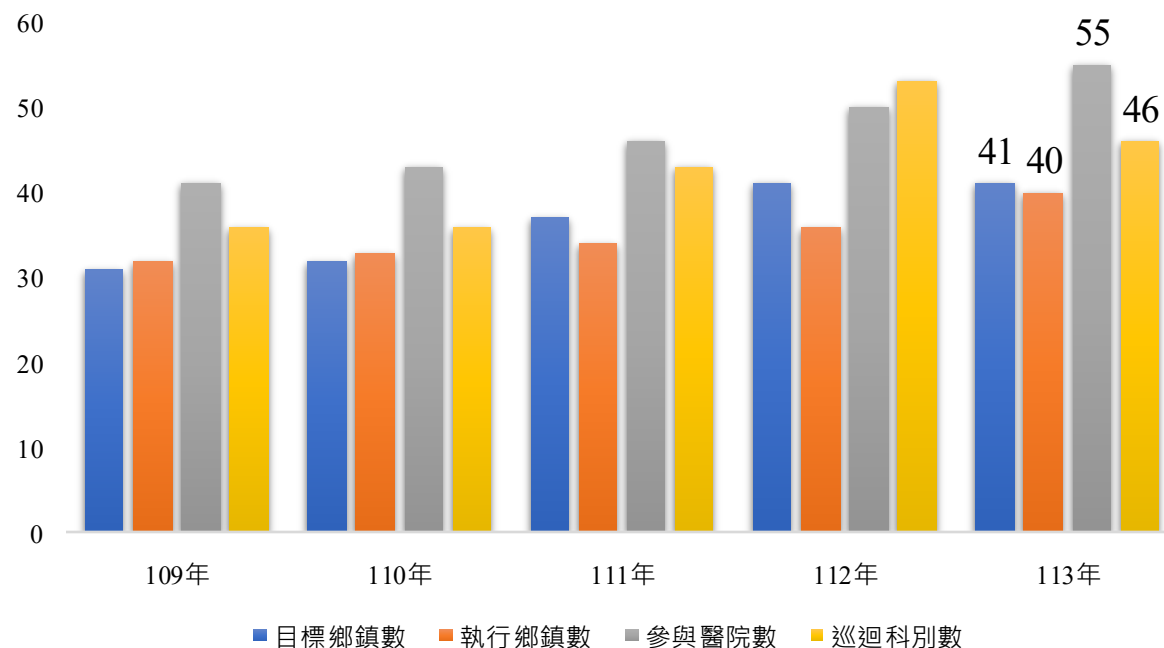
- ✓ 鼓勵醫師到醫療資源不足地區提供醫療服務。
- ✓ 促使全體保險對象都能獲得適當的照護。

### 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。

113年目標鄉鎮數41個，執行鄉鎮數達40個(執行率97.6%)，共計55家醫院、46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**較歷年來得高。

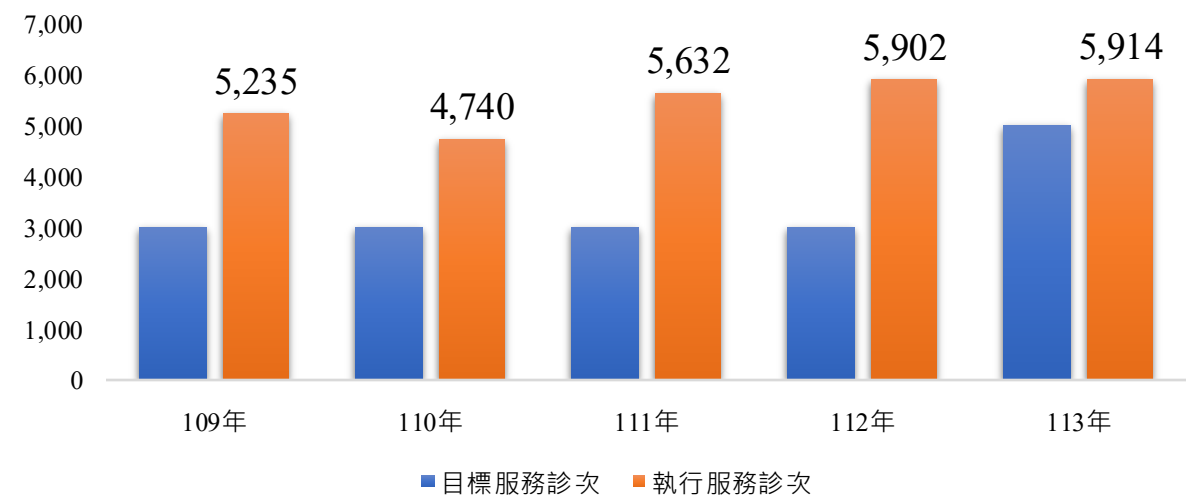


## 02-西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層) (續)

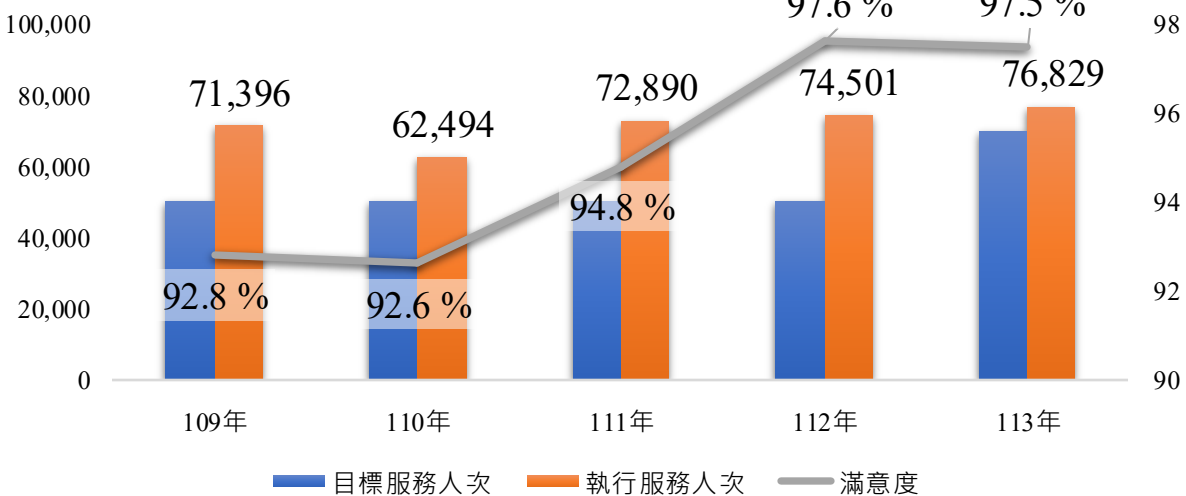
113年參與院所至醫療資源不足地區巡迴約5,914診次、服務約76,829人次、滿意度97.5%。

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。

服務診次



服務人次暨滿意度



### 03-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。
- ✓ 穩定偏遠地區**燈塔型地區醫院**正常營運，以維持該地區醫療量能。

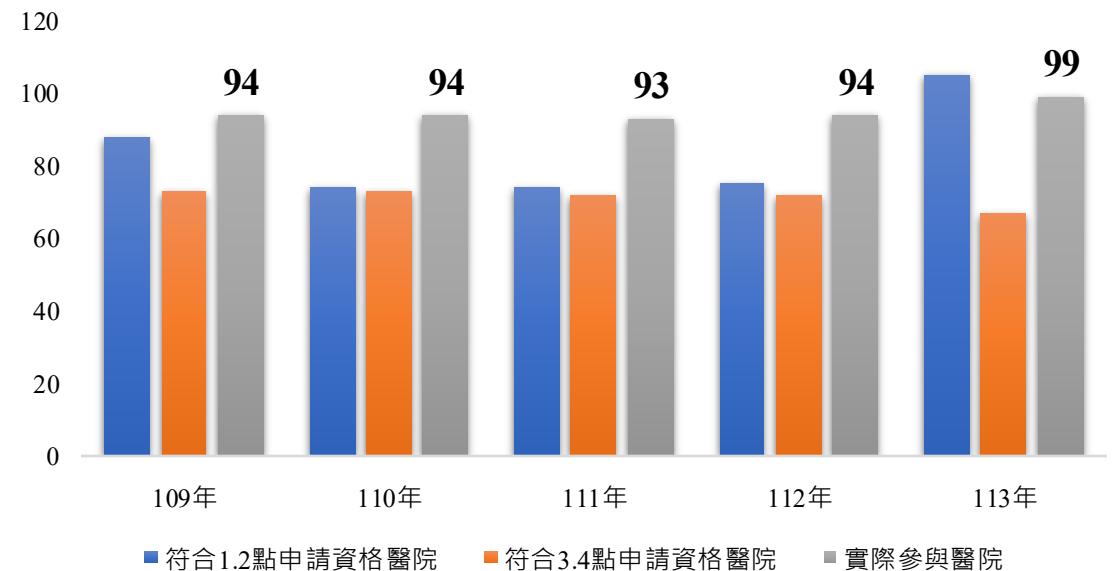
#### 策略

- ✓ 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。

113年符合申請資格分別為：

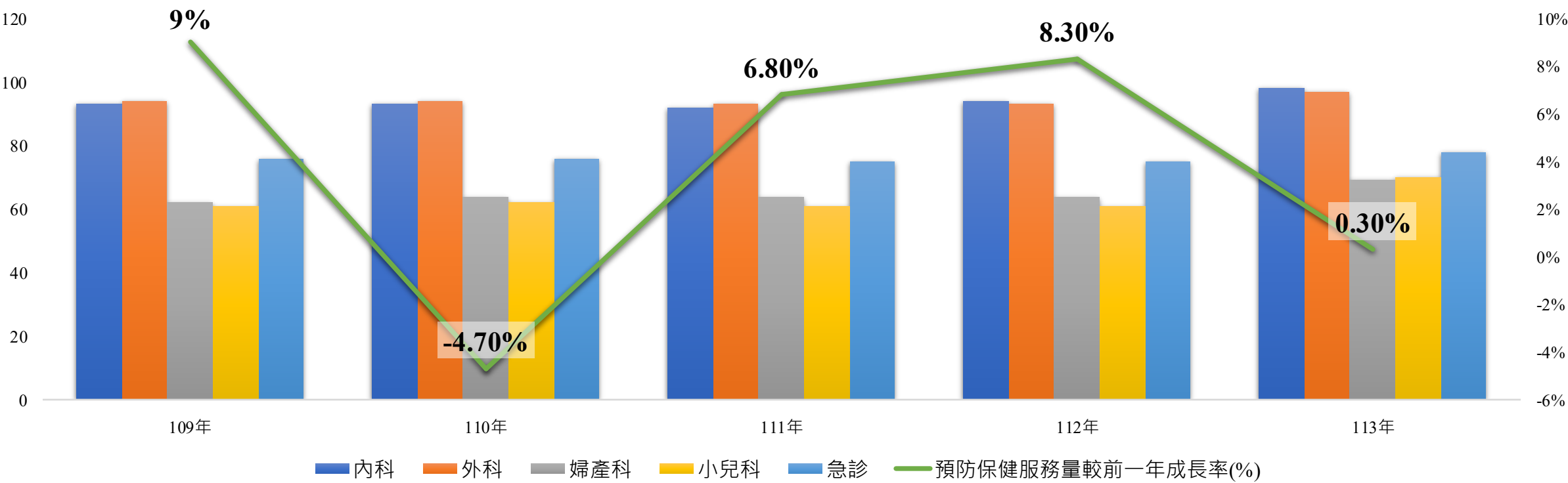
符合1,2點共105家、符合3,4點共67家

實際**參與醫院共99家**。



### 03-醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫 (續)

- 113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。



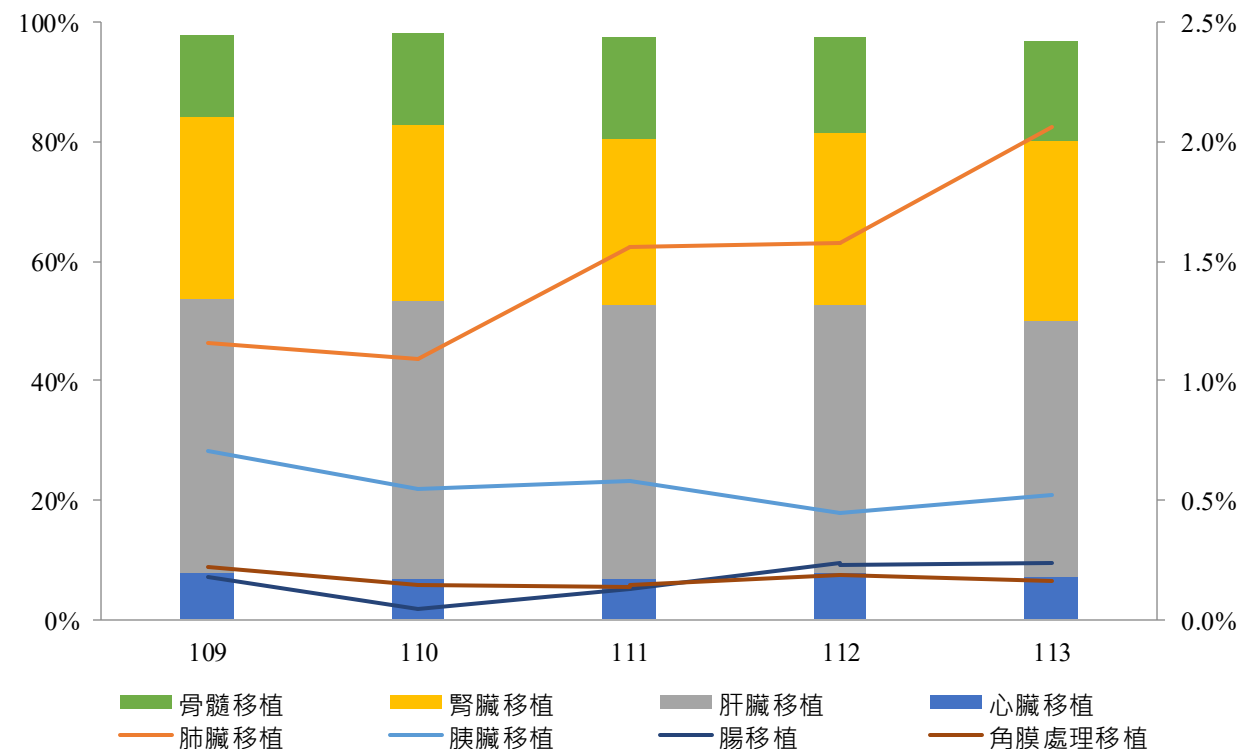
## 04-鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型)

### • 109-113年預算執行情形

項目 \ 年度	109	110	111	112	113
<b>預算數</b>					
值(億元)	50.27	51.27	52.0806	52.0806	52.0806
成長率(%)	6.6	2.0	1.58	0	0
<b>預算執行數</b>					
值(億元)	46.02	46.88	48.141	50.411	50.510
成長率(%)	1.4	1.9	2.68	4.71	0.20
預算執行率(%)	91.5	91.4	92.4	96.79	97.0
<b>整體</b>					
<b>移植人數</b>					
值(人)	1,890	1,886	1,575	1,975	1,961
成長率(%)	-1.8	-0.2	-16.48	25.39	-0.71
<b>移植費用</b>					
值(百萬元)	2107.3	2,169.3	2,308.0	2,520.8	2,496.8
成長率(%)	-0.6	2.9	6.4	9.22	-0.95
<b>抗排斥藥費</b>					
值(百萬元)	2,494.5	2,518.6	2,506.1	2,520.3	2,554.1
成長率(%)	3.2	1.0	-0.5	0.56	1.34
<b>合計費用</b>					
值(百萬元)	4,601.7	4687.8	4,814.1	5,041.1	5,051.0
成長率(%)	1.4	1.9	2.7	4.71	0.20

- 近五年預算執行率持續成長，維持90%以上，移植人數回穩，移植費用也隨之上升。
- 113年以各項器官移植費用來看，肺臟植費用成長最高，其次為胰臟移植費用。

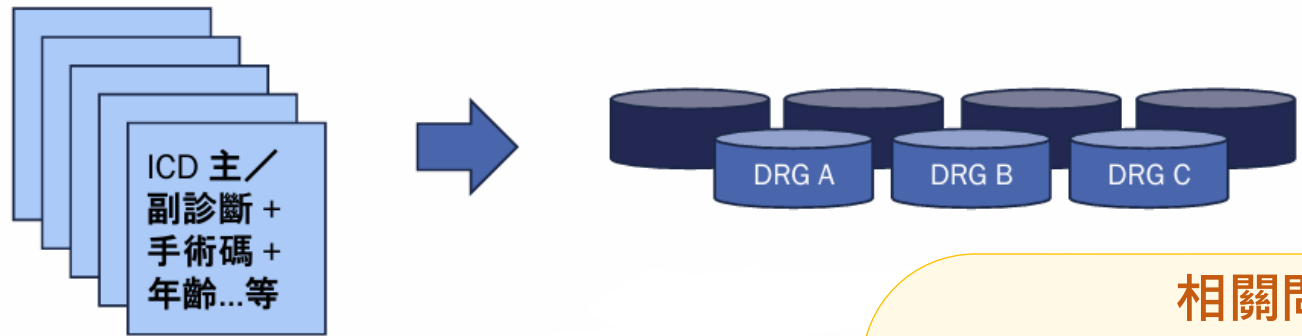
### 109-113年各器官移植項目執行費用占率





# 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	113
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



## 國際疾病分類版本更新

- ✓ DRGs編碼基本國際疾病分類版本於114年1月1日起由2014年版轉版為2023年版ICD-10-CM/PCS

## 相關問題尋求排除、校正及建議

### 問題排除與校正

- ✓ Tw-DRGs分類表於轉版時產生部分處置碼歸類衝突，如代碼轉換後無落點、歸屬MDC或DRG別異動、Operating Room Procedure ( ORP ) 改變

### 建議

- ✓ 考量Tw-DRGs分類架構變更將影響DRG落點及整體醫療費用，爰分類架構多數仍維持2014年版之落點，未來需透過臨床醫師及專業疾病分類人員共同討論其分類之合宜及周延性，以利後續擴大導入Tw-DRGs

## 06-住院整合照護服務試辦計畫

### • 112-113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)
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
113	醫學中心	19	1,054	17	6,719
	區域醫院	42	2,191	40	18,815
	社區醫院	50	2,131	48	23,160
	小計	111	5,376	105	48,694

### • 111-113年住院整合照護服務試辦計畫執行KPI

項目	年度	111	112	113
預算數(百萬元)		300.0	560.0	560.0
執行數(百萬元)		27.1	270.4	487.1
預算執行率		9.0%	48.3%	87.0%
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 113年至少80家	38 (V)	79 (V)	105 (V)
	服務住院病人人日： 111年200,000人日 112、113年746,666人日	36,854 (V)	360,404 (X)	649,263 (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、113年目標為4%	3.4% (V)	5.6% (V)	6.4% (V)

依據中華民國護理師公會全聯會就計畫執行所進行之調查結果如下：

#### (一) 審查標準

建議將各參與醫院實際推動情形列入評估，使用率高之機構增加核定床數，以提升整體涵蓋率

#### (二) 行政流程

- (1)病人/家屬建議滿意度內容建議簡化，縮短填寫時間
- (2)試辦計畫行政作業繁多，建議簡化申報流程

#### (三) 辦理方式

- (1)現行做法醫院需以單一病房為單位，建議各醫院可選擇多單位推展，提升政策推行的彈性與可行性
- (2)因應護理人力不足，急診壅塞，未來可考慮擴大至急診，以減輕家屬及急診護理人員的負荷

#### (四) 實施困難

照護輔佐人員招募困難及人力不足，培訓出來的照服員大多朝向選擇長照機構或居服員工作

#### (五) 醫療費用支付

- (1)檢討提高民眾自付額
- (2)檢討提高住院整合照護管理費(每日750點)
- (3)目前未滿24小時之民眾自費額及管理費都不列計之計費標準，建請檢討改為按小時計費

# 07-鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫

## • 109-113年預算執行情形

項目			年度	109	110	111	112	113
預算數(百萬元)				-	-	300.0	300.0	300.0
預算執行數(百萬元)				-	-	282.6	346.74	297.6
預算執行率				-	-	94.2%	115.58%	99.2%
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	20.8%	18.2%	19.1%	23.2%	24.2%
			RCW	9.0%	8.4%	14.5%	19.8%	18.7%
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	58.8%	57.5%	57.5%	60.1%	60.0%
		次要 指標	簽署DNR比率	20.8%	18.2%	19.1%	23.2%	24.2%
			召開緩和醫療家庭 會議比率	12.1%	11.4%	12.2%	13.3%	12.8%
	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	9.0%	8.4%	14.5%	19.8%	18.7%
			召開緩和醫療家庭 會議比率	8.6%	8.9%	8.9%	12.3%	12.4%
		次要 指標	呼吸器脫離率	8.5%	8.9%	8.1%	10.5%	10.4%
	簽署DNR案件數與 108年比較進步視同 達標		RCC	1,664	1,402	1,480	1,896	1,859
			RCW	1,053	976	1,701	2,365	2,171

- 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
- 雖113年度脫離呼吸器病人數、簽署DNR案件數、安寧療護服務人數等微幅下滑，應係計畫執行效益趨向穩定，漸入高原期所致，惟仍表示本計畫之執行手段確有助於達到鼓勵呼吸器依賴患者脫離呼吸器、提高臨終照護品質等政策目標。
- 健保會協定事項之執行目標及預期效益評估指標，於113年皆予以達標，執行已趨穩定，顯示有助提高臨終照護品質。

## 08-腹膜透析追蹤處置費及APD租金(非計畫型)

### • 111-113年預算執行情形

項目	年度	111	112	113
預算數(百萬元)		15.0	15.0	15.0
執行數(百萬元)		8.8	5.7	6.3
執行率(%)		58.3%	37.7%	41.8%
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	1,216
件數		870	1,561	1,713
費用點數(百萬點)		2.5	4.7	4.8
腹膜透析追蹤處置費(58017C-全自動腹膜透析)				
病人數		174	332	352
件數		231	437	465
費用點數(百萬點)		1.0	1.2	1.6
APD租用(58028C-全自動腹膜透析機相關費用)				
病人數		357	378	404
件數		500	515	521
費用點數(百萬點)		0.3	0.3	0.3

- 本項經費依實際執行情形併入一般服務結算
- 113年執行情形，腹膜透析追蹤處置費(58011C)(4.8百萬點)+腹膜透析追蹤處置費(58017C)(1.6百萬點)+APD租用(58028C)(0.3百萬點)等申報總和6.7百萬元
- 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6.3百萬元，執行率41.8%，**整體執行概況為正成長**

註：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。

# 09-因應長新冠照護衍生費用

## • 112-113年預算執行情形

項目		年度	111	112	113
預算數(百萬)			-	40	128.0
預算執行數(百萬)			-	40	128.0
預算執行率(%)			-	100	100.0%
執行目標 (達標與否 V/X)	112年： 妥適照護因COVID-19確診所引發MIS-C個案、延續COVID19染疫康復者門住診整合醫療計畫至年度結束及減緩新冠引起的醫療耗用		1. 使用MIS-C免疫球蛋白照護人數28人 支用520萬，其人數超過108年28人 2. 接受COVID-19確診照護個案數，實際申報醫療費用點數11.254億元，執行數34.8百萬元		
	113年： 妥適照護因COVID-19確診所引發相關病癥(含MIS-C及Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎藥品)個案及減緩新冠引起的醫療耗用				
	--支應COVID-19確診病人住院期間使用二項關節炎藥品醫令點數				2.0
	--支應MIS-C免疫球蛋白藥品醫令點數				26.3
	--支應COVID-19確診及照護個案醫療費用點數(執行數)				99.8
預期效益 之評估指標 (達標與否 V/X)	112年： 1.MIS-C免疫球蛋白：依MIS-C認定原則照護人數大(等)於108年度COVID-19引起MIS-C照護人數為基準		-	28	
	2.COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫收案長新冠人數較108年成長		-	0	
	3.接受照護之個案大於108年		-	6,987	
	113年：預算使用率達80%		-	-	100%

- 113年設定之目標為妥適照護因COVID-19確診所引發相關病癥(含MIS-C及Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎藥品)個案及減緩新冠引起的醫療耗用
- 113年預算支用項目：
  - 第1階段支應COVID-19確診病人住院期間使用Baricitinib及Tocilizumab二項關節炎藥品
  - 第2階段支應MIS-C免疫球蛋白藥品
  - 第3階段支應COVID-19確診及照護個案醫療費用
- 112年4000萬的預算，實際支出11.245億點；113年1.28億的預算，實際支出5.67億，需要正視新冠照護是否仍合適列為專款使用？隨著新冠病毒的不斷變異，應該編足預算以因應，不應僅是併入一般服務結算，造成對其他醫療服務的排擠效應，連帶影響醫院總額點值的穩定性



# 10-因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增

## • 113年執行執行情形

項目		年度	112	113
預算數(百萬元)			1,000.0	500.0
執行數(百萬元)			23.0	42.4
預算執行率			2.3%	8.5%
執行目標	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	
執行數 (達標與否V/X)	111年異常個案之追蹤且非肺癌確診者人數		1,124 (X)	18
	112年異常個案之追蹤人數		2,398 (X)	2,283
	113年異常個案之追蹤人數			4,222
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%	81.5%
			726人(V)	789人(V)

⚙ 本項經費原公告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；後經衛福部113.3.25同意適用於桃園市擴大肺癌篩檢計畫

⚙ 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

⚙ 診斷為早期肺癌的人數占率


112年：84.5%=(國健署635人+桃園市91人) / (國健署758人+桃園市101人)

113年：81.5%=(國健署670人+桃園市119人) / (國健署838人+桃園市130人)



# 11-持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能

## • 110-113年執行執行情形

項目			年度	109	110	111	112	113
預算數(百萬元)				-	500.0	1,000.0	500.0	500.0
累計預算數(百萬元)				-	500.0	1,515.2		500.0
執行數(百萬元)				-	500.0	1,515.2	500.0	500.0
預算執行率(%)				-	100%	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)	71.3% (V)	69.5% (X)	69.7% (X)
		假日開診率		63.4%	62.9% (X)	62.0% (X)	61.9% (X)	61.1% (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%		預算執行項目：	1.住院首日護理費支付點數加成30% 2.地區醫院住院病房費點值每點1元 3.地區醫院一般病床住院診察費點值每點1元，地區醫院住院護理費點值每點1元			(未訂定)	
預期效益之 評估指標 (達標與否 V/X)	111年 (1)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)	69.5% (X)	69.7% (X)
		假日開診率		63.4%	62.9%	62.0% (X)	61.9% (X)	61.1% (X)
	(2)醫院部門地區醫院住診滿意度調查，平均滿意度達82%			-	-	89% (V)	89.9% (V)	85.6% (V)
	112年： 全日平均護病比<12.0之地區醫院家 數不低於108年(195家)			-	-	-	204家 (V)	263家 (V)
	113年： 全日平均護病比<12.0之地區醫院家 數不低於前1年度			-	-	-	204家 	263家 (V)

- 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
- 預期效益評估指標之比較基期，由原不低於108年(195家)，113年度修改為不低於前1年度
- 依計畫所訂評估指標顯示113年全日平均護病比<12.0之地區醫院家數為263家，大於前1年度(112年)之204家
- 地區醫院住院滿意度調查，本會以google問卷徵詢全國醫院，彙整已回復之問卷，平均滿意度為85.6%

# 12-健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能

## • 110-113年執行執行情形

項目		年度	110	111	112	113
預算數(百萬元)			1,000.0	2,000.0	1,000.0	1,000.0
累計預算數(百萬元)			1,000.0	3,030.5		1,000.0
執行數(百萬元)			1,000.0	3,030.5	1,000.0	1,000.0
預算執行率			100%	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%		91.0% (V)	90.2% (V)	91.1% (V)	91.8% (V)
	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%		預算用於保障重症給付之基本診療項目，加護病床之住院診察費及病房費，另支付住院首日護理費點數加成30% (未訂定)			
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%		-	90.2% (V)	91.1% (V)	91.8% (V)
	112、113年： 14日內再住院率112年不高於該層級別108年比率；113年不高於該層級別前1年度比率					
	--醫學中心(108年5.06%)		-	-	4.67% (V)	4.83% (X)
	--區域醫院(108年6.4%)		-	-	5.91% (V)	5.86% (V)

⚙ 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

⚙ 預期效益評估指標之比較基期，由原不高於該層級別108年比率，113年度修改為不高於該層級別前1年度比率

⚙ 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%，113年度僅區域層級小於其112年比率：醫中4.83%、區域5.86%

⚙ 區域級(含)以上醫院住院滿意度調查，本會以google問卷徵詢全國醫院，彙整已回復之問卷，平均滿意度為91.8%

## 13-暫時性支付(新藥、新特材)(113年新增)

項目	年度	113
預算數(百萬元)		2,429.9
執行數(百萬元)		89.3
預算執行率(%)		3.7
暫行性支付品項數		4
新藥		4
新特材		-
使用人數(人)		163
新藥		163
新特材		-
每人費用(萬元)		54.8
新藥		54.8
新特材		-

### 執行結果及成效

為提升癌症病人新藥可近性，加速全民健康保險癌症新藥收載，設立癌症新藥暫時性支付專款，依據專款作業原則，於113年通過之暫行性支付藥品共計4項，使用人數計163人，每人平均費用計54.8萬元，惟依執行情形顯示尚未有新特材品項通過審核。考量本案為113年新增項目，相關執行數據尚無法進行比較，建議持續推動，待後續進行盤點及檢討

### 114年修正重點

#### 一. 藥品部分(不含癌藥)：編列4.42億元

114年已由公務預算編列癌症新藥暫時性支付50億元，爰將本項中與癌症新藥相關予以移出，保留非癌症項目約4.42億元

#### 二. 特材及診療項目部分：因科技進步，新特材及新給付項目(如「AI輔助判讀顱內出血於電腦斷層造影一無造影劑」、「甲狀腺結節超音波智能分析(<3cm)」等)，亦研議暫時性支付以利民眾及早使用，爰分別編列1億及3.25億以為運用

# 14-地區醫院全人全社區照護計畫(113年新增)

## 目的

針對高血糖、高血脂及高血壓(下稱三高)疾病高風險族群納入照護管理，達到三高防治888(80%三高病人加入照護網、80%收案病人接受生活習慣諮商、80%收案病人達到三高控制政策目標。

## 策略

組成團隊：人員需包含主責醫師(具家醫科、內科或兒科專科醫師資格)、營養師1名、個案管理人員1名；與共同生活圈之區域級以上醫院(1-2家)及診所(5家以上)建立轉診合作機制。

## 113年預算執行情形

項目 \ 年度	113年
預算數(百萬)	500
預算執行數(百萬)	10.2
預算執行率(%)	2.0
參與院所數	127
參與地區醫院占率	36.9%
收案人數(千人)	45,655
收案人數占率	0.19%
會員電話諮詢數(通)	496

# 15-區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作(113年新增)

項目\年度	109	110	111	112	113
預算數(百萬元)	-	-	-	-	81.0
執行數(百萬元)	-	-	-	-	-
執行率	-	-	-	-	-

## 年度計畫與過去之差異

採專案計畫建立各健保分區急性A型主動脈剝離急症病患照護跨團隊運作模式，以降低病患緊急手術前等待時間，並建議主動脈剝離手術費用列入各區健保醫院總額自主管理醫院之急重症醫療照護保障範疇，提供誘因

## 109-113年執行情形及成效評估

- 一. 113年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫，於113年6月28日公告，7月1日開始於各分區推動，113年下半年，各分區醫院都處於建置主責醫院、組建跨院合作配搭醫院及設計院際間溝通聯繫規則，尚無法產出評核指標，所要監測的項目
- 二. 113年全民健康保險主動脈剝離手術病人跨院合作，雖然僅執行半年左右，健保署也因指標尚未執行而無數據產生。但參據醫院部門醫院總額風險調整移撥款的分區執行成效，分區是類病人跨區轉院比率幾乎都沒有了，各級醫院比較有動力承接A型主動脈剝離這類高風險、高工時的個案，若醫院可以自行承擔下來照護的比率有提升

## 16-區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作(113年新增)

項目\年度	109	110	111	112	113
預算數(百萬元)	-	-	-	-	127.0
執行數(百萬元)	-	-	-	-	-
執行率	-	-	-	-	-

### 年度計畫與過去之差異

透過區域聯防，組建醫院快速轉診的溝通聯繫管道，有效縮短病人轉診尋找合適可立即處理的院所，提升病人進行動脈取栓的機會，減少神經損傷，減少失能，提升病人日後生活品質

### 109-113年執行情形及成效評估

- 一. 113年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫，於113年6月28日公告，7月1日開始於各分區推動，113年下半年，各分區醫院都處於建置主責醫院、組建跨院合作配搭醫院及設計院際間溝通聯繫規則，尚無法產出評核指標，所要監測的項目
- 二. 113年全民健康保險主動脈剝離及腦中風經動脈取栓手術病人跨院合作，雖然僅執行半年左右，健保署也因指標尚未執行而無數據產生。但參據醫院部門醫院總額風險調整移撥款的分區執行成效，分區是類病人跨區轉院比率幾乎都沒有了，各級醫院更有動力全力拚執行手術的時效



# 17-抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(113年新增)

項目	年度	112	113
預算數(百萬元)		-	225.0
執行數(百萬元)			
--高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費(P8301B)			65.8
--醫院感染管制品質獎勵			32.8
執行率(%)		-	43.8%
關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標(達標與否V/X)	參與醫院重點監測抗藥菌占率不高於112年		
	--重點監測抗藥菌(MRSA)占率不高於112年之醫院家數		40
	--重點監測抗藥菌(VRE)占率不高於前一年之醫院家數		62
	--重點監測抗藥菌(CRKP)占率不高於前一年之醫院家數		57
	--重點監測抗藥菌(CRAB)占率不高於前一年之醫院家數		64
	--重點監測抗藥菌(CRPA)占率不高於前一年之醫院家數		89
	參與醫院全院/加護病房重點監測抗藥菌感染密度不高於過去3年		
	--全院重點監測抗藥菌(MRSA)感染密度不高於過去3年之醫院家數		59
	--全院重點監測抗藥菌(VRE)感染密度不高於過去3年之醫院家數		63
	--全院重點監測抗藥菌(CRKP)感染密度不高於過去3年之醫院家數		58
	--全院重點監測抗藥菌(CRAB)感染密度不高於過去3年之醫院家數		77
	--全院重點監測抗藥菌(CRPA)感染密度不高於過去3年之醫院家數		67
	--加護病房重點監測抗藥菌(MRSA)感染密度不高於過去3年之醫院家數		45
	--加護病房重點監測抗藥菌(VRE)感染密度不高於過去3年之醫院家數		51
	--加護病房重點監測抗藥菌(CRKP)感染密度不高於過去3年之醫院家數		47
	--加護病房重點監測抗藥菌(CRAB)感染密度不高於過去3年之醫院家數		52
	--加護病房重點監測抗藥菌(CRPA)感染密度不高於過去3年之醫院家數		43
	參與醫院高度管制性抗微生物製劑DDD耗用量或DID不高於112年		
	--高度管制性抗微生物製劑DDD耗用量不高於112年之醫院家數		77
	--高度管制性抗微生物製劑DID不高於112年之醫院家數		134

• 113年6月至12月執行情形

⚙️ 優先支應「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」後，餘款支應「以醫療院所為對象之獎勵規劃」，若超過專款預算，則以浮動值計算

- ⚙️ 評估指標：
- 醫院重點監測抗藥菌占率不高於113年
  - 醫院全院/加護病房重點監測抗藥菌感染密度不高於過去3年
  - 醫院高度管制性抗微生物製劑DDD耗用量或DID(住院抗生素耗用量密度)不高於113年

⚙️ 本項預算於113年6月起開始執行，113年計全國298家醫院參與，294家醫院受獎勵，鑑於執行僅僅半年，尚不足以評估成效

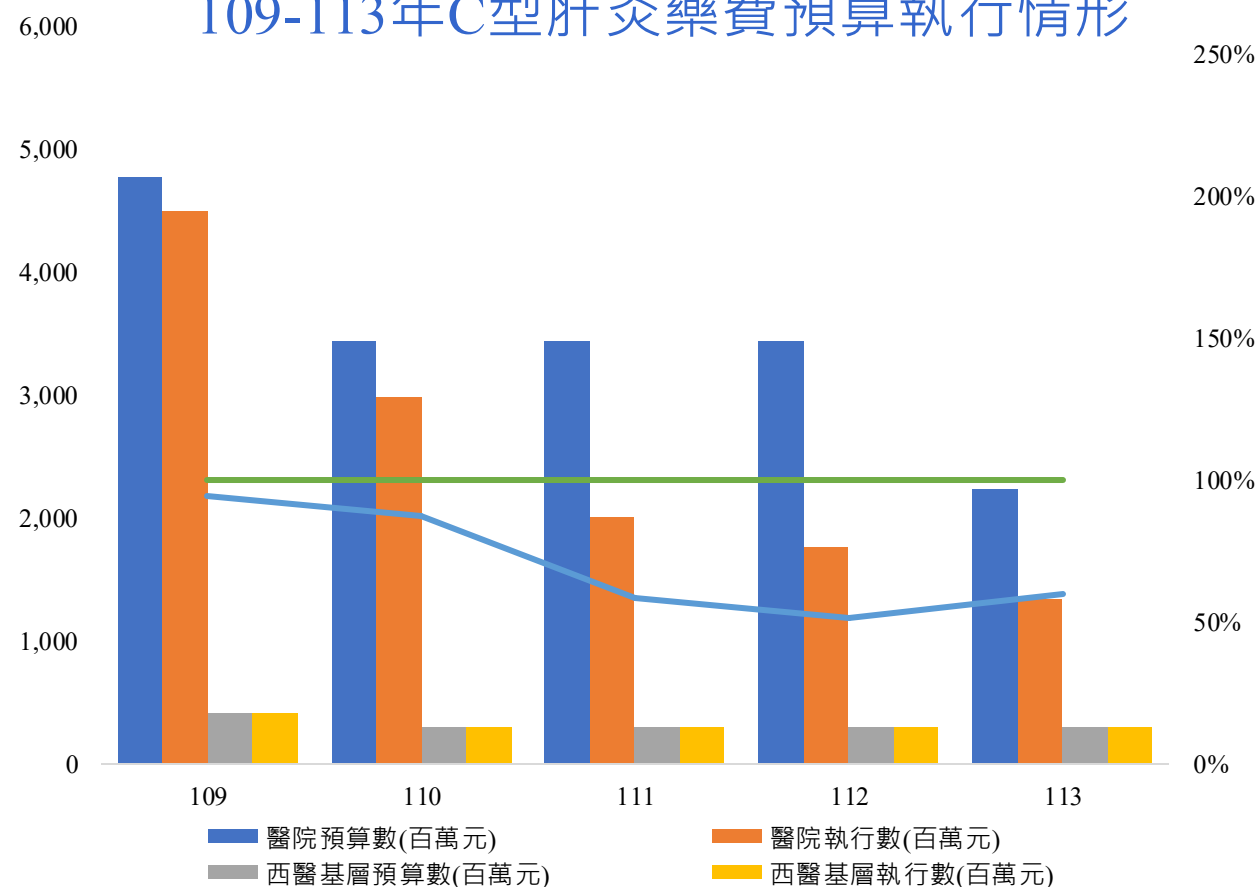
# 18-C型肝炎藥費(含其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費」)

## • 109-113年預算執行情形

項目\年度	109	110	111	112	113
<b>整體</b>					
預算數(百萬元)	8,166.0	6,570.0	5,620.0	4,320.0	2,641.0
執行數(百萬元)	4,904.2	3,272.9	2,292.0	2,046.2	1,624.0
執行率	60.1%	49.8%	40.8%	47.4%	61.5%
<b>C肝新藥</b>					
新收案數	36,157	20,558	16,445	14,284	11,849
總治療人數	111,052	131,603	148,048	162,332	174,181
已達治癒標準人數	33,118	18,030	13,914	9,213	6,979
治療涵蓋率(年累計)	47.2%	52.2%	56.3%	59.8%	62.8%
<b>醫院</b>					
預算數(百萬元)	4,760.0	3,428.0	3,428.0	3,428.0	2,224.0
執行數(百萬元)	4,498.2	2,980.9	2,000.0	1,754.2	1,332.1
執行率	94.5%	87.0%	58.3%	51.2%	59.9%
<b>C肝新藥</b>					
新收案數	31,856	17,380	12,622	11,036	2,829
總治療人數	100,799	118,179	130,801	141,837	23,324

⚙️ 醫院部門預算執行率為51.2%~100%，逐年有降低趨勢(113年稍較112年提升)，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

## 109-113年C型肝炎藥費預算執行情形



# 19-醫療給付改善方案(共10項方案)

109-113年醫療給付改善方案總預算執行情形

項目 \ 年度	109	110	111	112	113
預算數(億元)	11.870	13.368	14.951	16.434	18.141
執行數(億元)	10.954	11.358	11.825	12.672	13.547
預算執行率(%)	92.3%	83.0%	79.1%	77.1%	74.7%

## 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、C 型肝炎個案追蹤
- 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
- 十. 生物相似性藥品方案

113年預算執行情形\_生物相似藥(113年新增)

項目 \ 年度	109
申報數(百萬元/點)	2.3
參與院所數	134

# 19-醫療給付改善方案\_糖尿病

109-113年預算執行情形

項目 \ 年度	109	110	111	112	113
糖尿病					
申報數(百萬元/點)	760.9	811.3	761.9	709.8	687.7
參與院所數	278	286	291	290	293
收案數	574,281	598,932	617,036	600,878	582,154
照護率(%)	62.1%	63.9%	64.9%	61.4%	58.0%
糖尿病合併初期慢性腎臟病					
申報數(百萬元/點)	-	-	81.4	143.0	255.9
參與院所數	-	-	124	212	228
收案數	-	-	31,176	89,763	135,171
照護率(%)	-	-	28.8%	49.9%	67.4%

109-113年品質達成情形

項目 \ 年度	109	110	111	112年	113
糖尿病					
HbA1C<7.0%比率 (控制良好率)	36.7%	41.3%	54.6%	54.4%	56.1%
HbA1C>9.0%比率 (控制不良率)	11.4%	9.7%	7.8%	8.0%	7.3%
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%	52.1%
HbA1C<7.0%比率	-	-	60.2%	60.0%	61.8%
LDL<100mg/dL比率	-	-	82.8%	85.8%	87.0%
控制不良率					
UACR>300mg/gm比率	-	-	16.7%	19.7%	20.2%
HbA1C>9.0%比率	-	-	9.0%	13.0%	13.3%
LDL>130mg/dL比率	-	-	9.1%	12.0%	11.9%

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，113年糖尿病個案數計 680,021人，照護率為 67.7%，參與院所數計 293 家；112 年糖尿病個案數計 648,770 人，照護率為66.3%，參與院所數計 2910家

# 19-醫療給付改善方案\_氣喘、乳癌

## 109-113年預算執行情形\_氣喘

項目 \ 年度	109	110	111	112	113
申報數(百萬元/點)	42.5	43.8	46.5	53.2	57.3
參與院所數	140	144	146	143	147
收案數	50,212	50,475	52,272	61,049	64,839
照護率(%)	39.1%	42.15%	49.8%	38.3%	37.4%

## 109-113年預算執行情形\_乳癌

項目 \ 年度	109	110	111	112	113
申報數(百萬元/點)	75.4	72.9	75.1	76.8	57.7
參與院所數	5	5	5	5	5
收案數	11,220	11,427	12,017	11,702	11,835
照護率(%)	7.1%	7.0%	6.8%	6.1%	5.8%

## 109-113年品質達成情形

項目 \ 年度	109	110	111	112	113
降階治療成功率	14.2%	13.8%	12.6%	13.0%	13.9%
氣喘出院14日再入院率	2.7%	2.9%	2.5%	2.2%	2.2%



# 19-醫療給付改善方案\_思覺失調症、BC型肝炎

109-113年預算執行情形\_思覺失調症

項目\年度	109	110	111	112	113
申報數(百萬元/點)	52.2	51.1	57.8	64.9	66.8
參與院所數	125	128	139	137	144
收案數	59,549	58,408	73,352	75,661	76,258
照護率(%)	72.2%	74.2%	65.9%	68.4%	69.2%

109-113年預算執行情形\_BC型肝炎

項目\年度	109	110	111	112	113
申報數(百萬元/點)	36.8	32.7	37.6	40.0	41.2
參與院所數	203	203	203	202	204
收案數	186,828	188,567	190,144	205,238	208,852
照護率(%)	37.0%	39.8%	41.3%	46.9%	47.9%

109-113年品質達成情形

項目\年度	109	110	111	112	113
六個月內精神科急性病房再住院率					
高風險病人	41.0%	42.0%	36.2%	38.3%	37.3%
一般病人	19.8%	20.2%	18.8%	19.8%	18.6%
固定就醫病人精神科急性病房住院					
高風險病人	54.6%	50.5%	51.3%	54.7%	53.6%
一般病人	19.0%	17.3%	16.0%	16.8%	16.3%
高風險病人規則門診比率	-	73.0%	47.5%	44.4%	43.1%

109-113年品質達成情形

項目\年度	109	110	111	112	113
完整追蹤率	71.6%	67.5%	72.3%	67.1%	73.8%
GOT檢查率	93.0%	92.5%	92.5%	92.8%	92.6%
GPT檢查率	92.8%	92.2%	92.3%	92.6%	92.4%
腹部超音波檢查率	91.6%	91.5%	91.9%	92.4%	92.4%



# 19-醫療給付改善方案\_孕產婦全程照護、早期療育

## 109-113年預算執行情形\_孕產婦全程照護

項目\年度	109	110	111	112	113
申報數(百萬元/點)	60.5	53.4	28.6	40.9	47.5
參與院所數	92	92	93	92	93
收案數	42,300	35,751	19,454	30,907	34,655
照護率(%)	38.8%	34.0%	20.7%	33.0%	36.4%

## 109-113年品質達成情形

項目\年度	109	110	111	112	113
孕產期全程照護率	51.5%	45.7%	35.1%	68.4%	68.3%
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	33.5%	33.8%	34.5%	35.1%	35.6%



## 109-113年預算執行情形\_早期療育

項目\年度	109	110	111	112	113
申報數(百萬元/點)	3.6	4.1	4.6	4.9	3.8
參與院所數	21	22	25	27	28
收案數	1,394	1,681	1,873	2,046	1,885
照護率(%)	7.9%	12.7%	4.4%	13.6%	13.3%

## 109-113年品質達成情形

項目\年度	109	110	111	112	113
個案固定就醫率					
新個案	52.8%	60.2%	56.2%	61.0%	61.5%
舊個案	44.0%	49.0%	61.0%	71.1%	67.0%
個案療育資源聯結率					
新個案	71.1%	72.7%	65.4%	65.9%	65.9%
舊個案	40.6%	52.2%	44.0%	44.7%	31.1%





# 19-醫療給付改善方案\_慢性阻塞性肺病、用藥安全

109-113年預算執行情形\_慢性阻塞性肺病

項目 \ 年度	109	110	111	112	113
申報數(百萬元/點)	29.9	30.9	32.0	34.1	35.2
參與院所數	134	131	126	124	126
收案數	21,786	22,599	23,311	25,611	26,302
照護率(%)	40.1%	45.5%	48.0%	44.0%	42.3%

109-113年品質達成情形

項目 \ 年度	109	110	111	112年	113
收案病人COPD出院後14日內再入院率	6.6%	6.6%	5.8%	6.6%	8.1%
收案病人因COPD急診就醫比率	8.3%	7.7%	7.6%	9.5%	9.8%



109-113年預算執行情形\_用藥安全

項目 \ 年度	109	110	111	112	113
預算數					
- 臨床藥事照護	50	50	80	90	147
- 抗凝血藥品藥師門診	-	-	-	-	20
申報數(百萬元/點)					
- 臨床藥事照護	39.2	51.0	62.9	81.6	83.7
重症加護臨床照護費	38.9	50.4	62.0	79.4	80.3
門診臨床藥事照護費	0.3	0.6	0.9	2.0	2.8
一般病床臨床藥事照護費	-	-	-	0.2	0.5
- 抗凝血藥品藥師門診	-	-	-	-	0

109-113年品質達成情形

年度	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
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%
113	48	78	96.8%	99.2%	93.9%



## 20-鼓勵院所建立轉診合作機制(非計畫型)

### • 109-113年預算執行情形

項目	年度	109	110	111	112	113
<b>醫院</b>						
預算數(百萬元)		689.0	400.0	224.7	224.7	224.7
執行數(百萬元)		213.6	200.1	198.0	215.1	214.9
預算執行率(%)		31.0	50.0	88.1	95.7	95.7
<b>西醫基層</b>						
預算數(百萬元)		258.0	258.0	258.0	258.0	258.0
執行數(百萬元)		148.2	143.5	142.7	158.2	160.8
預算執行率(%)		57.4	55.6	55.3	61.3	62.3
<b>基層總額轉診型態調整費用(其他預算)</b>						
預算數(百萬元)		1,000.0	1,000.0	800.0	800.0	800.0
執行數(百萬元)		1,000.0	1,000.0	541.4	568.2	564.6
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		1,000.0	1,000.0	541.0	568.2	564.6
預算執行率(%)		100.0	100.0	67.7	71.0	70.6

- 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。113年預算同112年編列2.247億元，執行數為2.149億元，執行率為95.7%
- 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

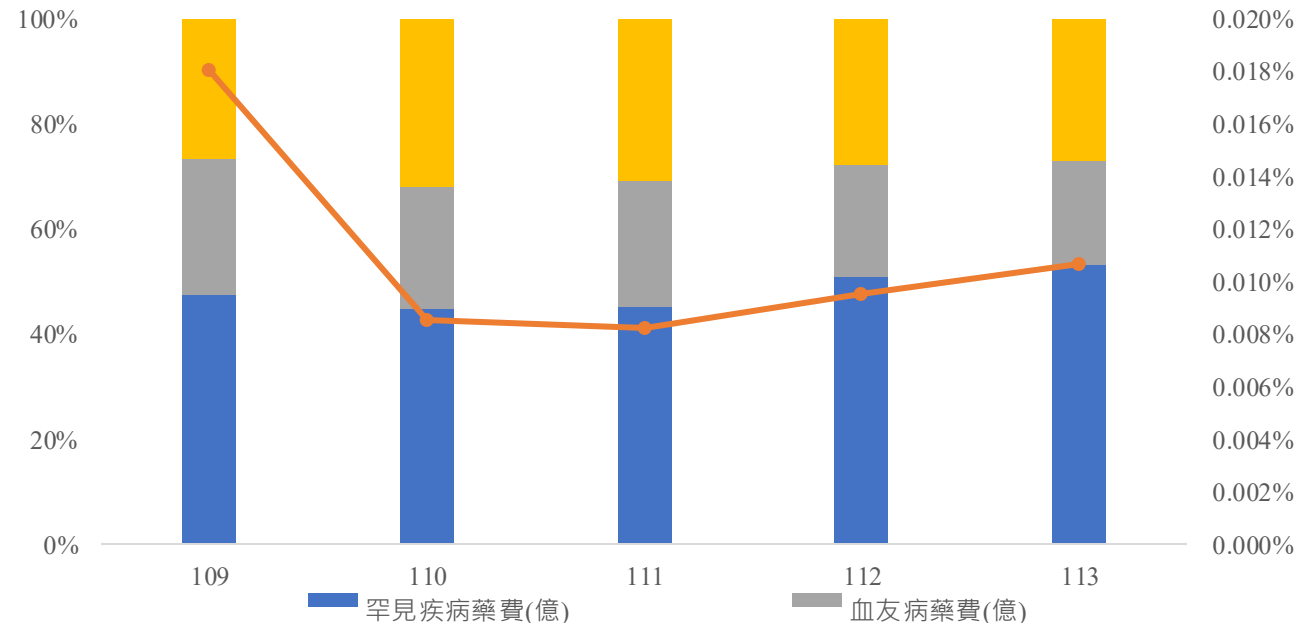
# 21、22-罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費(非計畫型)

## • 109-113年後天免疫缺乏病毒治療藥費

項目\年度	109	110	111	112	113
<b>罕見疾病</b>					
藥費(億元)	70.51	73.04	76.79	95.76	109.08
成長率(%)	15.1	3.6	5.1	24.7	13.9
用藥人數	10,177	10,501	11,176	12,046	12,724
成長率(%)	5.6	3.2	6.4	7.8	5.6
每人藥費(萬元)	69.3	69.6	68.7	79.5	85.7
成長率(%)	8.9	0.4	-1.2	15.7	7.8
特材(百萬元)	2.7	1.4	1.4	1.8	2.2
特材使用人數	11	5	8	8	9
<b>血友病</b>					
藥費(億元)	38.77	38.08	40.52	41.04	41.21
成長率(%)	-1.6	-1.8	6.4	1.3	0.4
用藥人數	942	979	1,040	1,083	1,106
成長率(%)	-2.8	3.9	6.2	4.1	2.1
每人藥費(萬元)	411.6	388.9	390	379.0	372.6
成長率(%)	1.3	-5.5	0.2	-2.7	-1.7
<b>後天免疫缺乏病毒治療藥費</b>					
藥費(億元)	-	52.57	52.57	52.57	55.80
成長率(%)	-	-	0	0	6.14
用藥人數	28,118	30,098	31,309	32,338	33,052
成長率(%)	9.4	7.0	4.0	3.3	2.2
每人藥費(萬元)	14.3	14.0	13.9	13.6	13.7
成長率(%)	-7.4	-2.2	-1.0	-1.7	0.5

- 罕病藥費、每人藥費等逐年持續成長
- 血友病藥費及用藥人數些微成長，每人藥費反之微降低
- 後天免疫缺乏病毒治療藥費預算提高、用藥人數及每人藥費皆些微增加

109-113年各項藥費占率



## 23-精神科長效針劑藥費(非計畫型)

### • 111-113年預算執行情形

項目 \ 年度	111	112	113
預算數(百萬元)	2,764.0	2,764.0	2,764.0
醫院總額	2,664.0	2,664.0	2,664.0
西醫基層	100.0	100.0	100.0
執行數(百萬元)	1,468.9	1,923.6	2,410.4
醫院總額	1,450.0	1,892.7	2,367.4
西醫基層	18.9	30.9	43.0
預算執行率	53.1	69.6	87.2%
醫院總額	54.4	71.0	88.9%
西醫基層	18.9	30.9	43.0%
使用長效針劑個案數	38,899	41,910	45,669
醫院總額	37,582	40,349	44,256
西醫基層	1,317	1,561	1,887

- 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
- 醫院部門113年預算同112年編列2.664億元，執行數為2.3674億元，執行率為88.9%，整體執行逐年成長，顯示有實際使用需求
- 病患及家屬誤將施打長效針劑與病情嚴重畫上等號，如何從政策面持續鼓勵用藥，翻轉病患及家屬的既有印象，仍是推行長效針劑的挑戰

# 24-慢性傳染病照護品質計畫

## • 112-113年預算執行情形

項目	年度	112	113
預算數(百萬元)		180.0	180.0
預算執行數(百萬元)		37.6	169.6
預算執行率		20.9%	94.2%
參與院所數		164	201
服務人數			
潛伏結核感染治療品質支付服務		4,871	11,303
愛滋照護管理品質支付服務		22,597	31,546
長照機構加強型結核病防治		2,552	23,823

- 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」，自114年1月1日起移由公務預算支應
- 執行目標(醫院及西醫基層總額合計)：檢驗潛伏結核感染人數較112年減少，但三項目標皆達目標數
- 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

項目	年度	112			113		
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	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%	12,000	13,994	117%	
照護愛滋感染者人數	35,000	35,566	102%	35,000	36,091	103%	
檢驗潛伏結核感染人數	20,000	26,297	131%	20,000	22,590	113%	
	預期效益之 評估指標	指標執行數	指標達成率	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%	85%	85%	100%	
愛滋感染者服藥比率	95%	96%	101%	95%	96%	102%	
服藥後病毒量測不到比率	96%	95%	99%	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%	75%	81%	108%	
完成治療率	70%	82%	117%	75%	83%	111%	

## 25-癌症治療品質改善計畫(113年新增牙醫門診總額)

### 112-113年預算執行情形

項目 \ 年度	112	113
預算數(百萬)	402	414
預算執行數(百萬)	18.3	81.8
預算執行率(%)	4.4	19.8%
參與院所數	121	202
參與醫師數	1,761	4,052
服務人數	16,255	65,507

### 112-113年陽追率

項目 \ 年度	112	113
總陽追率	88.2%	88.7%
大腸癌	81.6%	82.1%
口腔癌	92.7%	90.3%
子宮頸癌	86.4%	87.1%
乳癌	92.5%	93.6%
肺癌	77.0%	80.9%

- 全民健康保險癌症治療品質改善計畫自114年起預算來源改由公務預算，並自114年起納入衛生福利部預防保健服務項目。其中，大腸癌、子宮頸癌、乳癌及肺癌項目由國健署主責，口腔癌項目由口腔健康司訂定。114年起擴大篩檢服務對象

## 26-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)(113年新增牙醫門診總額)

項目 \ 年度	112	113
預算數(億元)	20.0	26.69
執行數(億元)	8.45	15.75
預算執行率	42.3%	59.0%

### 112年\_支付標準修訂

- 一. 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)
- 二. 配合前述，補付73項診療項目112年1-10月之調整差額
- 三. 小兒外科專科醫師診治未滿19歲之病人比照適用兒科專科醫師加成規範

### 112-113年\_規劃參考醫療服務資源耗用相對值(RBRVS)調整模式

- 截至113年4月辦理情形如下：原112年已公告之修訂診療項目237項，其中73項為配合單次醫材調整，包含醫材計46種，另通則2項，醫院層級申報441.36百萬點。另調升離島地區「住院案件」依表定點數加計30%，於113年5月1日生效



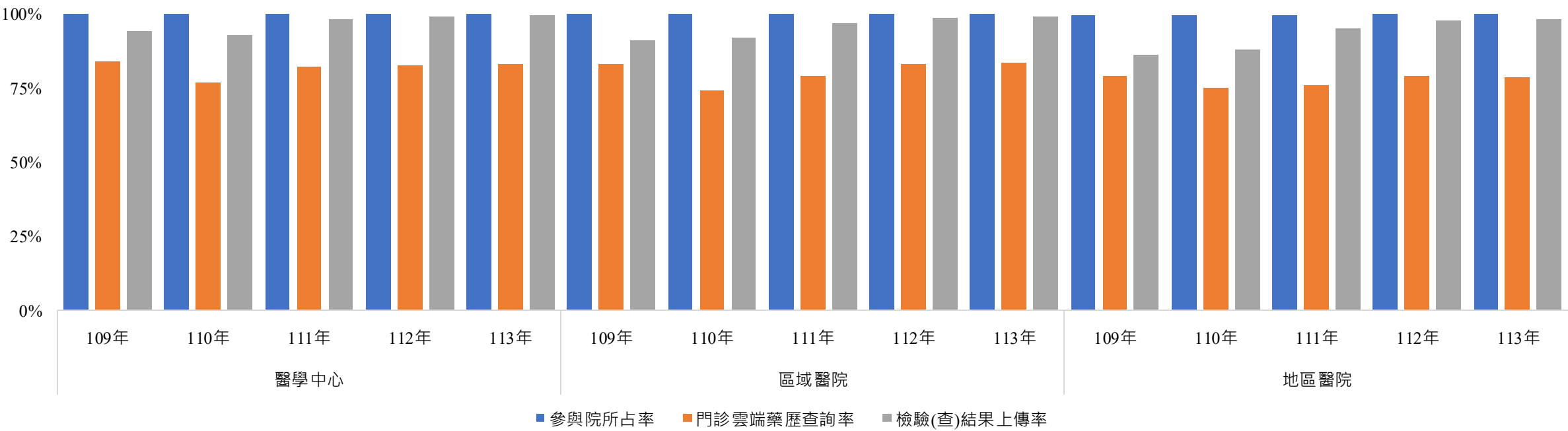
# 27-獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用

109~113年預算執行情形

項目 \ 年度	109	110	111	112	113
預算數(百萬元/點)	114	127	200	200	200
執行數(百萬元/點)	128.8	145.8	148	149.5	149.9
執行率(%)	113	115	74	74.8	74.9



本項目參與院所數自112年達100%，113年亦維持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113年有些微提升





# 敬請指教