

# 110年度 醫院總額部門執行成果報告-一般



台灣醫院協會  
111.07.05

# 大綱

- 01 年度重點項目執行成果與未來規劃
- 02 109年評核委員評論意見及回應
- 03 維護保險對象就醫權益
- 04 醫療服務品質提升
- 05 協商因素執行情形
- 06 總額管理績效
- 07 COVID-19疫情醫療因應作為

1  
TEXT

# 年度重點項目執行成果與未來規劃

{ 參照書面報告P.2 }



# 分級醫療執行成效

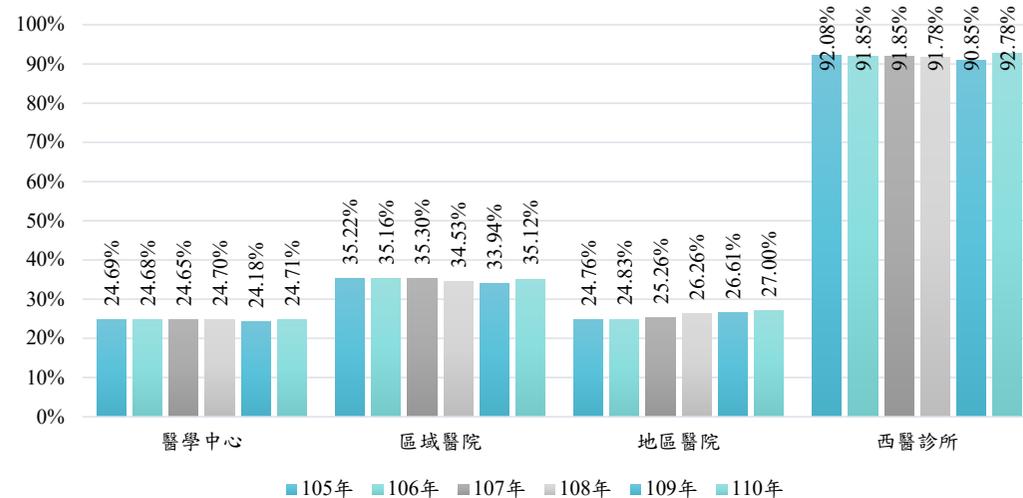
■ 106年 ■ 107年 ■ 108年 ■ 109年 ■ 110年



106年至110年門診就醫件數層級分佈

109-110年各層級門診就醫件數呈現增加，西醫基層略為減少，應與COVID-19疫情有關。民眾因症狀產生擔心是確診所以大致第一時間都會往醫院跑，致使門診就醫件數略升。

110年西醫門診就醫人數各層級皆有成長，以區域醫院成長較為顯著，地區醫院次之。



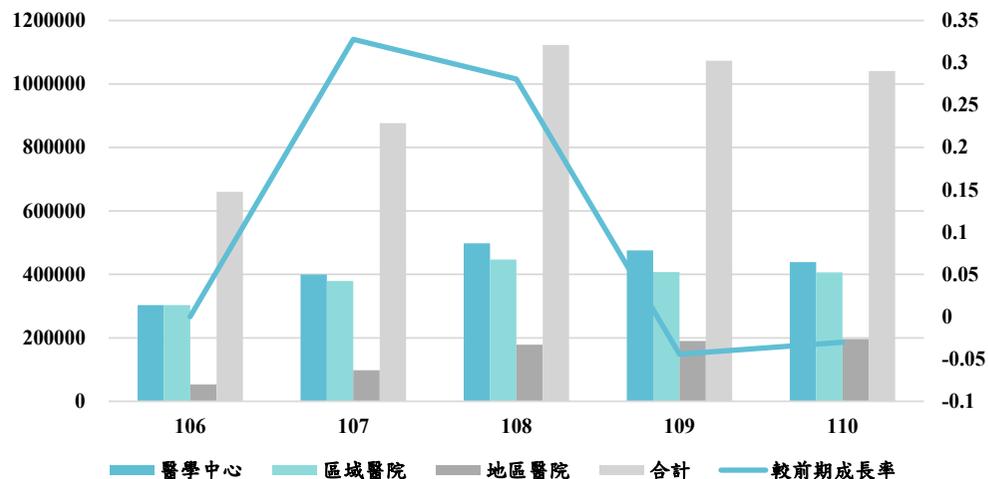
105年至110年西醫各層級就醫人數佔率分佈情形



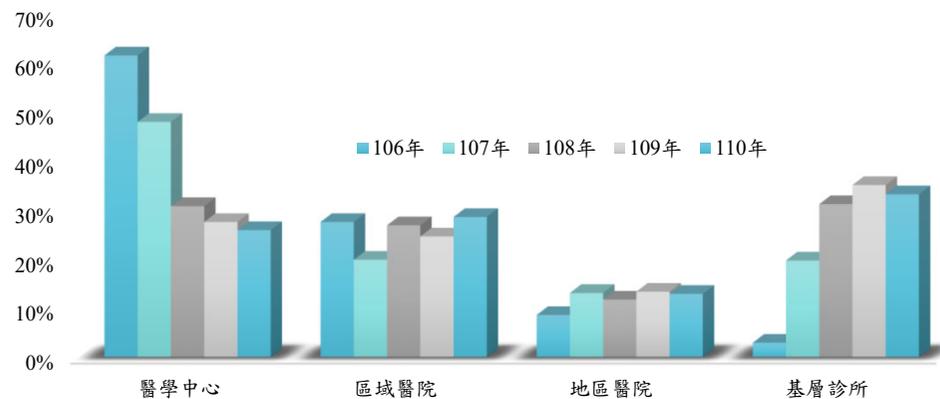
# 01-1分級醫療

## 醫院部門轉診成效

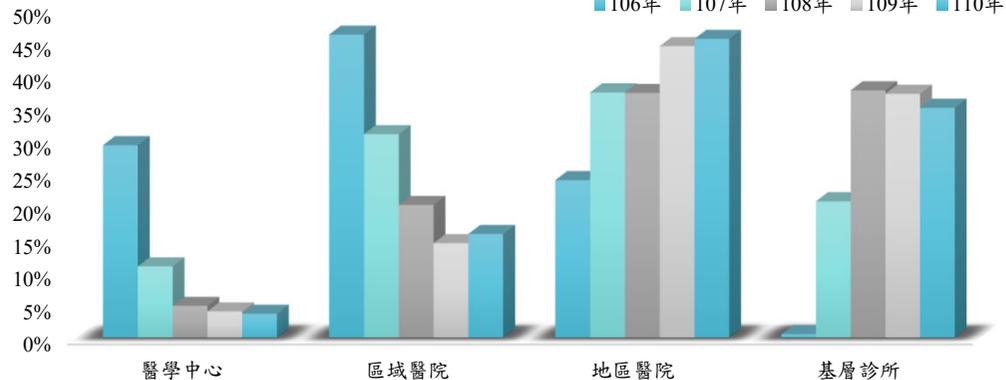
### 106年至110年醫院部門各層級轉診件數



### 區域醫院106年至110年轉診流向



### 醫學中心106年至110年轉診流向



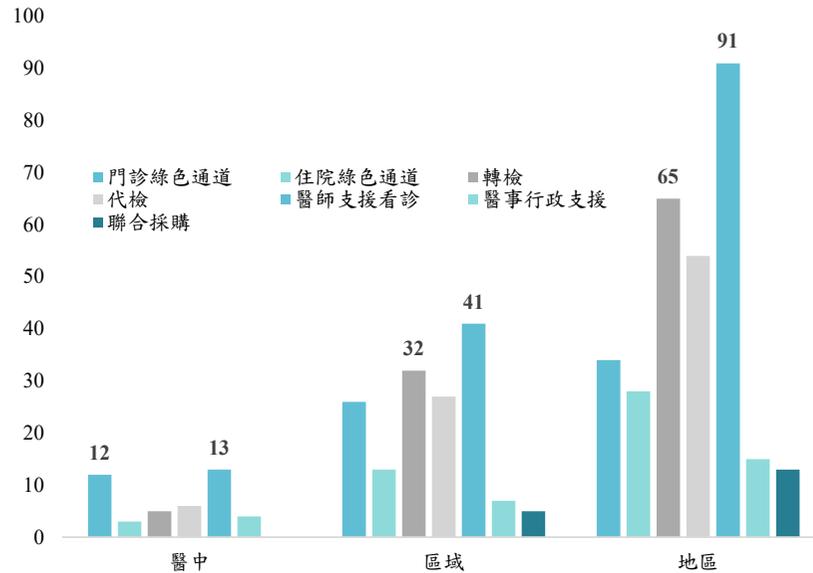
### 社區醫院106年至110年轉診流向



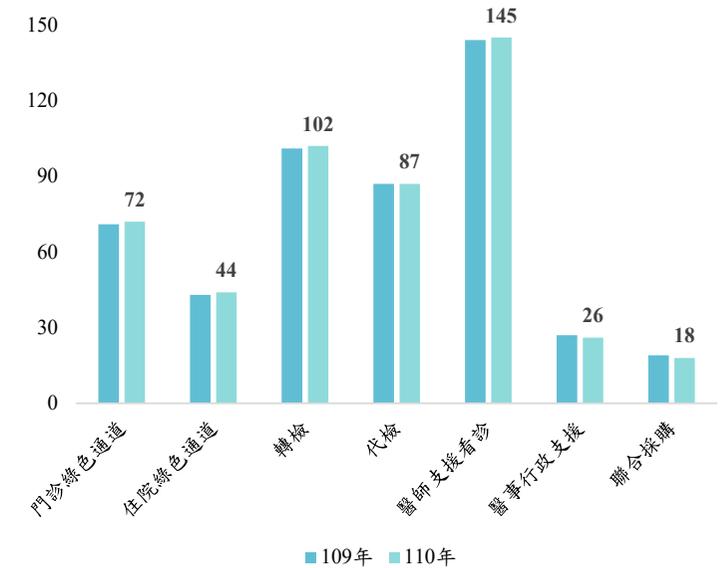
# 分級醫療整合策略聯盟涵蓋率- 問卷結果1/2

- 透過全國性問卷調查，問題藍本事前商請各層級專家代表預審過，就醫院部門院際間合作形式及項目、成果、醫院就醫療政策滿意度、醫院薪資福利等項進行了解。
- 問卷發出466份問卷，回收153份，回復率64.05%，其中醫學中心及區域醫院回復達5成以上，地區醫院回復近3成。

110年- 各層級醫院與其他院所建立策略聯盟的合作項目



與其他院所建立策略聯盟的合作項目



- 109年及110年醫師支援看診仍蟬聯第一名，轉檢、代檢轉為居次，門診綠色通道及住診綠色通道改列第三及第四，這樣的變動，應該與COVID-19有關，疫情發展各院都需要快速處理核酸檢測以確保感控，及使確診或需要轉診的病人可以順利且快速的取得資源。



# 分級醫療整合策略聯盟涵蓋率- 問卷結果2/2

	醫學中心				區域醫院				地區醫院			
	107年	108年	109年	110年	107年	108年	109年	110年	107年	108年	109年	110年
回復問卷家數	13	17	13	13	37	50	42	42	119	144	98	98
為執行分級醫療，已與其他院所建立合作管道	100%	100%	100%	100%	96.97%	98.0%	100%	100%	95.69%	97.9%	91.8%	92.9%
與其他院所建立的合作管道都有簽具合作契約或備忘錄	62.5%	88.2%	84.6%	84.6%	75.76%	64.7%	71.4%	71.4%	73.28%	73.0%	80%	79.1%
與其他院所建立策略聯盟的合作對象												
-醫學中心	87.5%	82.4%	61.5%	61.5%	63.64%	88.0%	78.6%	78.6%	74.14%	88.9%	75.6%	75.8%
-區域醫院	87.5%	94.1%	84.6%	84.6%	69.70%	80.0%	73.8%	76.2%	78.45%	88.2%	83.3%	84.6%
-地區醫院	100%	94.1%	100%	100%	78.79%	92.0%	95.2%	95.2%	61.21%	73.6%	61.1%	61.5%
-西醫基層	100%	94.1%	100%	100%	81.82%	94.0%	90.5%	90.5%	64.66%	80.6%	66.7%	65.9%



## 分級醫療檢討

各層級醫院門診綠色通道總件數分佈

■ 醫中 ■ 區域 ■ 地區

門診轉入	醫院類型	年份	總件數			
			醫中	區域	地區	
來自策聯醫院	非略盟醫院	110年	19,066	16,119	19,491	
		109年	20,003	18,463	19,535	
來自略盟醫院	策聯醫院	110年	60,780	17,361	12,098	
		109年	61,686	17,878	13,516	
門診轉出	來自策聯醫院	非略盟醫院	110年	14,532	7,811	11,565
			109年	18,389	9,457	11,152
來自略盟醫院	策聯醫院	110年	37,224	8,810	20,687	
		109年	47,504	10,417	22,075	

各層級醫院住診綠色通道總件數分佈

■ 醫中 ■ 區域 ■ 地區

住診轉入	醫院類型	年份	總件數			
			醫中	區域	地區	
來自策聯醫院	非略盟醫院	110年	2,835	1,871	3,266	
		109年	2,528	2,197	3,755	
來自略盟醫院	策聯醫院	110年	2,417	2,802	2,742	
		109年	2,706	2,606	4,109	
住診轉出	來自策聯醫院	非略盟醫院	110年	1,194	993	2,034
			109年	1,447	1,027	2,092
來自略盟醫院	策聯醫院	110年	829	837	1,507	
		109年	1,164	956	2,704	

### 資源整合

醫院三個層級各自肩付不同的任務與責任，收治疾病嚴重度亦不相同。

### 建構合作既有體系易有良好溝通與互信

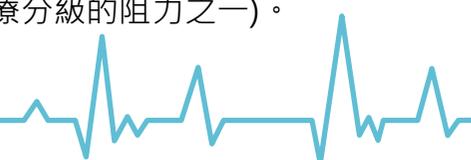
醫院以策略聯盟形式推動分級醫療，資源整合，係建構在以既有通路與合作習慣的體系運作較容易溝通與互信，比較容易達成政策設定的目標。

### 高度仰賴行政整合成本建議應納入給付考量

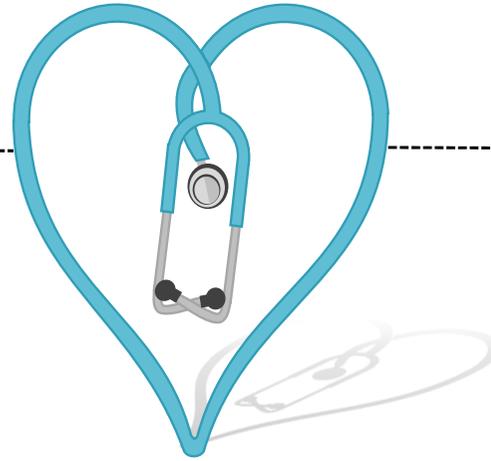
各院間醫師轉介仰賴彼此醫療能力熟悉度與信任度，方得對自己的病人轉診承擔一定轉介責任。即使醫院簽訂合約，轉介合作仍賴科別間深耕基礎。

### 分級醫療概念應深植民眾心中，從根源導正民眾就醫的正確概念。

分級醫療除醫療院所間相互配合外，病人的轉介意願更為重要(民眾還是習慣到大醫院看診，就醫習慣成為落實醫療分級的阻力之一)。



# 近年醫院部門護理費相關調整



## 過去

回顧歷年針對護理費調動的過往，從早期全民健康保險支付標準沒設護理費到增設護理費，到護理費支付點數不足，到設專款挹注住院護理費、設計稽核比例虛擬調增護理費，到近年套用護病比，給予不同程度的護理費加成，顯示各界對護理權益的重視。

## 現在

透過護病比設定，界定護理照護品質的維持，無論是列入設置標準或醫院評鑑，要求醫院應儘速改善護理工作負荷，也為以病人安全為中心減少因為護理過勞而致使就醫風險提升，經過醫院部門努力，看出醫院部門的護病比有顯著的改善。



**106年起**

每年都有不同幅度的調增護理費支付點數。



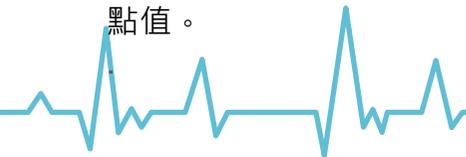
**109年**

調整住院護理費（含隔離病床、急性一般暨經濟病床、精神一般暨經濟病床）。



**110年**

區域級（含）以上醫院保障加護病床護理費一點1元固定點值。





01-2護病比

# 近年醫院部門各層級護病比

護病比加成率		14%	12%	9%	6%	3%	無加成	未填或護病比為0	
醫學中心	護病比	<7.0	7.0-7.4	7.5-7.9	8.0-8.4	8.5-8.9	>9.0		
	符合月次	104年	9.9%	10.9%	30.1%	30.1%	10.0%	9.0%	0%
		105年	10.6%	15.7%	40.4%	26.9%	6.1%	0.3%	0%
		106年	13.8%	25.0%	44.6%	15.4%	1.3%	0%	0%
		107年	18.9%	30.4%	39.7%	10.6%	0.3%	0%	0%
		108年	10.7%	21.3%	47.0%	18.7%	2.3%	0%	0%
		109年	26.3%	34.0%	33.3%	6.3%	0.0%	0.0%	0.0%
		110年	44.7%	31.0%	17.7%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%
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%	0.0%
		110年	77.0%	8.8%	6.9%	2.5%	4.4%	0.4%	0.0%
地區醫院	護病比	<13.0	13.0-13.4	13.5-13.9	14.0-14.4	14.5-14.9	>15		
	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%	1.4%	4.7%
		110年	86.2%	2.5%	1.7%	1.3%	1.0%	1.5%	5.9%

- 110年醫學中心及區域醫院護病比有明顯跳升
- 地區醫院110年較109年略差
- 疫情期間，因醫學中心及區域醫院，專責病房設置，視同強制降載；而地區醫院承接醫學中心及區域醫院外流病人，住院案件數增加，在護理人員數不變下，護病比的比值調高。
- 會持續觀察

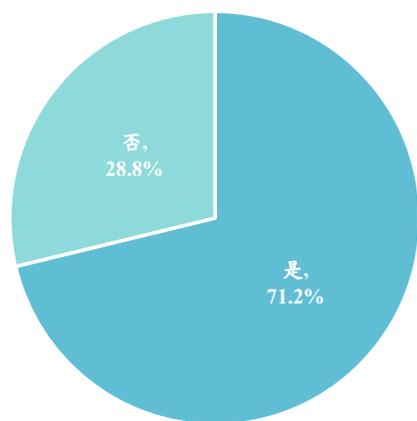




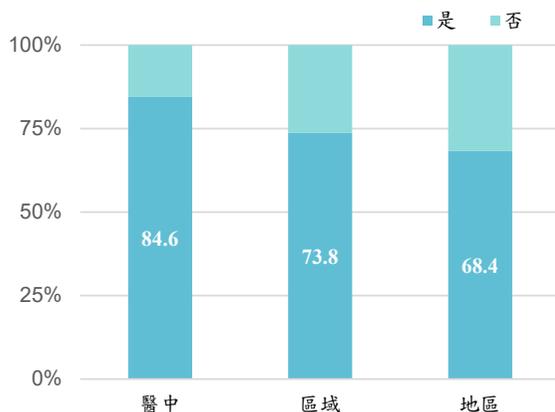
# 醫院部門問卷調查結果

- 透過全國性問卷調查，就醫院部門院際間合作形式及項目、成果醫院就醫療政策滿意度、醫院薪資福利等項進行了解
- 問卷發出466份問卷，回收153份，回復率64.05%，其中醫學中心及區域醫院回復達5成以上，地區醫院回復近3成。

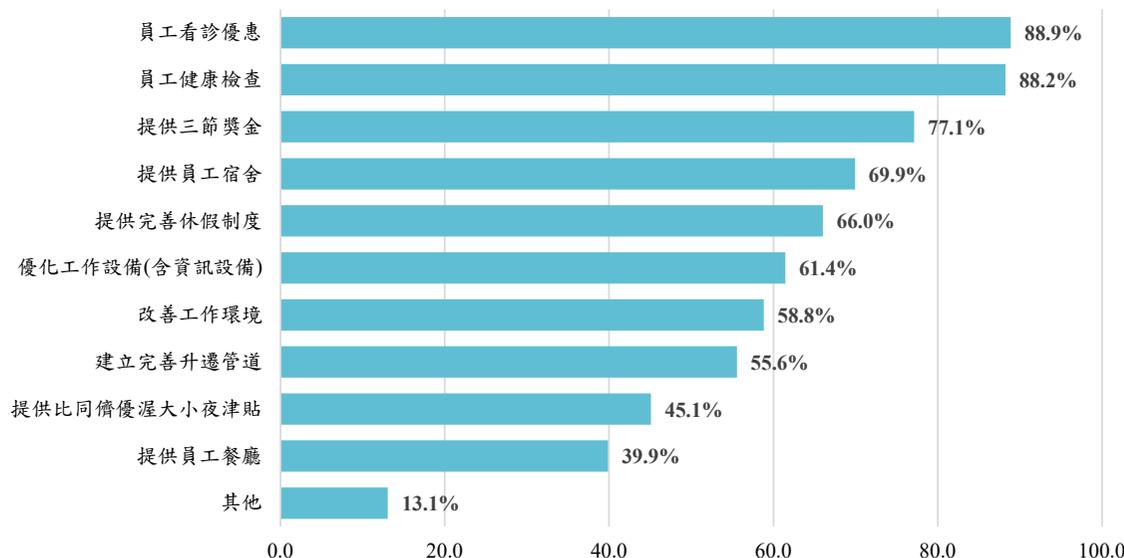
醫院110年是否調升護理人員薪資



各層級醫院110年是否調升護理人員薪資



醫院提供護理人員福利項目



醫院部門各層級護理工作滿意度

	整體	醫學中心	區域醫院	地區醫院
平均	76.9%	80.7%	76.6%	76.2%
最大值	99.3%	96.2%	98.4%	99.3%
最小值	49.3%	65%	60%	49.3%



## 醫院部門問卷調查結果



- 本項係由醫院部門建議宜於歷年民眾就健保就醫民意調查中，新增就醫民眾對分級醫療轉診政策實施滿意度調查，以了解民眾的感受度。
- 參據健保署110年度精進我國全民健保民眾就醫權益及為民服務措施政策民意調查資料。
- 透過專業調查公司針對民眾進行調查，於1380位受訪民眾的統計資料就轉診服務乙案進行分析，1380位就醫民眾，有1257位沒有轉診，121位表示有被轉診，而曾接受轉診服務的民眾中有106位表示滿意約計87.5%。若含普通約計95.86%，較109年（82.9%）提升許多，視同達標。



# 國際疾病分類ICD轉版概況

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

## 現行ICD-10-CM/PCS改版所面臨的問題及挑戰

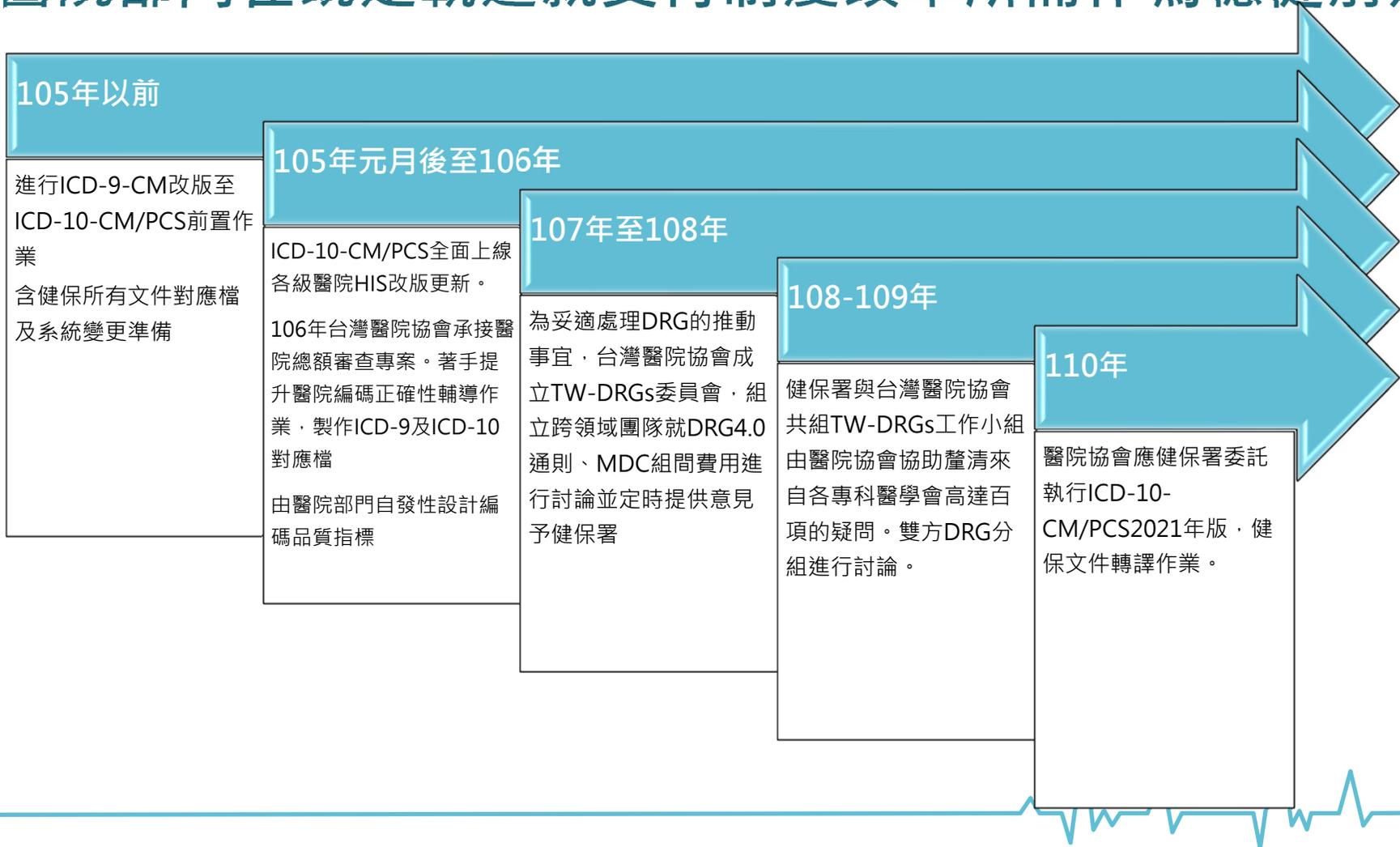
- 原ICD-10-PCS 2014年版經轉換至2021年版後，因增加細分處置部份後，使得轉換後的2021年版不屬於原MDC所屬部位的代碼範圍。
- 改版後PCS範圍擴大，即使為相同MDC是否就代表屬同一組DRG。如：術式範圍由修護Repair增加至Bypass。
- 由ICD-9轉換至ICD-10後失真的代碼，代碼內容擴充後部分錯置。
- 沒有DRG的手術處置。經查詢現有近3000項手術沒有DRG落點。

皆需要耗時耗人力，逐一清查並歸回適當的MDC，才能產出正確的DRG



## 01-4 持續執行支付制度改革之必要基礎建設

# 醫院部門在既定軌道就支付制度改革所需作為穩健前進



## 01-4 持續執行支付制度改革之必要基礎建設

# 醫院部門在既定軌道就支付制度改革所需作為穩健前進

年度	完成/預定完成事項
106年	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 完成健保署交付近400項醫令對應處置PCS的增修。</li> <li>2. 設計編碼品質監測指標4項。</li> <li>3. 進行全國醫院ICD編碼品質正確性輔導</li> <li>4. 針對健保申報疾分審查專員建立共識，訂定門住診編碼審查原則</li> </ol>
107年	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 成立TW-DRGs工作小組，通盤性就TW-DRGs4.0版提出醫院部門的執行意見。</li> <li>2. 蒐集醫療科對TW-DRGs疑慮內容進行內部討論，並提供意見供健保署參考</li> <li>3. 續執行醫院所提醫令對應處置PCS的增修。</li> <li>4. 續增設編碼品質監測指項4項</li> <li>5. 研修住院編碼於ICD-10-CM/PCS實施後，病歷書寫內容與編碼正確提升建議。</li> <li>6. 持續就全國醫院ICD編碼品質正確性進行輔導</li> </ol>
108年	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 執行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準適應症及禁忌症ICD-10-CM/PCS代碼轉換。</li> <li>2. 應健保署邀請成立TW-DRGs工作小組，針對健保署所提供之800多項醫學會執行意見進行逐一討論。</li> <li>3. TW-DRGs MDC拆組並併組，醫療費用影響評估。</li> <li>4. 持續就全國醫院ICD編碼品質正確性進行輔導。</li> <li>5. 辦理健保申報疾分輔助專員編碼個案研修。</li> <li>6. 研擬泌尿科常見手術/處置對應ICD-10-PCS對應檔</li> </ol>

年度	完成/預定完成事項
109年	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 續增列編碼品質監測指標12項及3項與DRG費用控管有關之指標。</li> <li>2. 持續就全國醫院ICD編碼品質正確性進行輔導。</li> <li>3. 辦理健保申報疾分輔助專員編碼個案（心臟科）研修。</li> <li>4. 研擬心臟外科及消化外科常見手術/處置對應ICD-10-PCS對應檔</li> <li>5. 續執行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準適應症及禁忌症ICD-10-CM/PCS代碼轉換</li> <li>6. 持續就TW-DRGs MDC拆併組進行討論。</li> <li>7. 完成神經內科TW-DRGs初步問題釐清與溝通</li> </ol>
110年	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 持續就全國醫院ICD編碼品質正確性進行輔導。</li> <li>2. 辦理健保申報疾分輔助專員編碼個案（一般消化外科）研修。</li> <li>3. 研擬心臟外科及消化外科常見手術/處置對應ICD-10-PCS對應檔</li> <li>4. 腹腔鏡手術ICD-10-CM/PCS，醫令與PCS對應檔</li> <li>5. 執行ICD-10-CM/PCS2014年版轉換至2021年版健保文件轉換作業計23項文件</li> </ol>
111年	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 持續就全國醫院ICD編碼品質正確性進行輔導。</li> <li>2. 辦理健保申報疾分輔助專員編碼個案（神經外科、婦產科、泌尿科）研修。</li> <li>3. 研擬心臟外科及消化外科常見手術/處置對應ICD-10-PCS對應檔</li> <li>4. ICD-10-CM/PCS2014年版轉換至2021年版有關TW-DRGs相關文件轉譯計9項文件</li> </ol>



# 醫院部門風險調整移撥款

## 醫院部門各分區風險移撥款執行概念

分會專案研  
議風險款使  
用方向，並  
邀請健保署  
參與討論

計畫執行並  
定期追蹤、  
檢討

分會/審品組/資源管理工作  
小組研商操作方案

對轄區內醫院公開徵求計畫、  
分會與健保署共同決定預算  
配置

### 目的

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

### 範圍

- 符合內政部、衛生福利部定義之偏鄉地區或所屬轄區須扶弱或援助照護之人口

### 分配因素

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

# 醫院部門風險調整移撥款-各區歷年概況

年度	台北區	北區	中區	南區	高屏區	東區
108年	有溫度的醫療-強化到宅醫療服務	強化居家醫療服務及整合	中區居家醫療照護整合計劃新收案及照護費(再收案)點數獎勵計畫	1. C型肝炎全口服新藥個案(獎助C型肝炎檢驗/查費用) 2. 精神巡迴醫療服務	共同分攤高屏區龍發堂堂眾醫療費用支出	1. 提升偏鄉弱勢就醫可近性 2. 提升IDS服務量能、整合支援服務。暢通出院銜接、發展遠距醫療 3. 加強花東偏鄉弱勢照護品質 4. 提升緊急醫療到院前照護、提升糖尿病個案管理品質、提升C型肝炎照護品質。 5. 增進花東民眾健康識能及自我照護識能 6. 分級醫療政策推廣、宣導使用存摺、健康促進及衛教、共享病友會資源。
109年	續108年計畫內容,新增前往矯正機關(看守所、監獄)看診費用	續108年計畫內容	續108年計畫內容	續108年計畫內容 新增居家醫療照護	1. 主動脈剝離手術病人照護跨院合作 2. 腦中風經動脈內取栓術病人照護跨合作 3. 強化區域級以上醫院與地區醫院轉診合作	續108年計畫 1. 強化區域整合醫療。 2. 增進特定疾病照護品質 3. 增進花東民眾自我照護識能 4. 提升東部偏鄉、弱勢居民健康平均餘命。
110年	續109年計畫內容 1. 到宅醫療服務 2. 矯正機關看診費用	續109年計畫內容 強化居家醫療服務及整合	續109年計畫內容 中區居家醫療照護整合計劃新收案及照護費(再收案)點數獎勵計畫	續109年計畫內容 1. C型肝炎全口服新藥個案(獎助C型肝炎檢驗/查費用) 2. 精神巡迴醫療服務 3. 居家醫療照護	續109年計畫 1. 主動脈剝離手術病人照護跨院合作 2. 腦中風經動脈內取栓術病人照護跨合作 3. 強化區域級以上醫院與地區醫院轉診合作	● 疾病類計畫: 糖尿病、C型肝炎完治、癌症個案轉診留治 ● 偏鄉服務: IDS服務優化、健康識能培養、資通(訊)遠距服務 ● 長照轉銜: 出院準備服務、傷口照護結合遠距、居家醫療服務 ● 遠距醫療: 遠距門診、緊急遠距會診、空中轉診平台 ● 兒童照護、高風險妊娠及新生兒整合、急重症轉症制度建立、降低新生兒死亡率小媽媽及高齡媽媽整合個管



# 110年各分區執行目標及成效-1/3

分區別	計畫內容	評估指標	成果
台北區	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 居家醫療</li> <li>● 重症居家醫療</li> <li>● 安寧居家醫療</li> <li>● 矯正機關診療服務</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 提供定額費用補助以增加醫療團隊外出服務人次數，使居家醫療服務得以持續運作且服務人數上升。</li> <li>● 鼓勵強化醫療服務之目的，藉由診察費加成鼓勵院所勇敢對高風險場域提供醫療服務</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 居家醫療照護人次110年較109年減少1096人次。</li> <li>● 重度居家醫療照護人次110年較109年減少1092人次。</li> <li>● 安寧療護醫療照護人次110年較109年減少506人次</li> <li>● 矯正機關診療服務人次110年較109年增加42284人次。</li> </ul>
北區	強化居家醫療服務及整合提供項目：居家醫療、重度居家醫療、安寧居家醫療	居家醫療照護人數（正向指標） 操作定義：以醫院特定治療項目EC進行歸戶計算申報山地離島訪視醫令及申請照護階段為居家醫院之E1申報案件。 預期每季平均居家醫療照護人次應大於等於2300人。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 110年第一季2707人，達標。</li> <li>● 110年第二季2242人，未達標。</li> <li>● 110年第三季2296人，未達標。</li> <li>● 110年第四季2755人，達標。</li> <li>● 110年全年統計10000人，超出原設定9200人，達標。</li> </ul>
中區	強化居家醫療服務及整合提供項目：居家醫療、重度居家醫療、安寧居家醫療	居家醫療照護整合計畫新收案個案、訪視個案件數成長率。 操作定義： 居家醫療照護整合計畫VPN登錄當季新數人數 居家醫療照護整合計畫-當季醫師及護理人員訪視次數	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 中區110年居家醫療新收案人數3944人為全區第二僅次於南區。</li> <li>● 居家醫療總收案人數1299人，較109年成長3.7%</li> <li>● 重度居家醫療總收案人數3665人較109年減少-7.5%</li> <li>● 安寧療護總收案人數2392人，較109年成長6%。</li> </ul>



# 110年各分區執行目標及成效-2/3

分區別	計畫內容	評估指標	成果
南區	<ul style="list-style-type: none"> <li>● C型肝炎全口服新藥個案 ( 獎助C型肝炎檢驗/查費用 )</li> <li>● 精神巡迴醫療服務</li> <li>● 居家醫療照護</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● C型肝炎：挹注C型肝炎非藥費費用補助，以鼓勵院所增加篩檢人數，進而增加C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫照護人數。 目標：110年C型肝炎全口服新藥個案「完治三個月後追蹤率 &gt; 80%。</li> <li>● 精神巡迴醫療：鼓勵醫院配合衛生政策之執行，降低執行精神巡迴醫療服務醫療費用損失，及提高醫院執行精神巡迴醫療之意願 目標：再住院個案 &lt; 5%</li> <li>● 居家醫療照護：挹注醫療照護補助，以鼓勵醫院增加照護人數，進而增加居家醫療照護整合計畫照護人數 目標：110年新增加居家醫療照護人數大於109年。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 110年南區C型肝炎全口服新藥個案「完治三個月後追蹤率」達99.9%，達標。</li> <li>● 精神巡迴醫療，個案再住院率3.68%，低於5%目標值，達標。</li> <li>● 居家醫療照護，110年新增君家醫療照護人數為6285人，較109年6364人減少79人，未達標。</li> </ul>
高屏區	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 主動脈剝離手術病患照護跨院合作</li> <li>● 腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作</li> <li>● 強化區域級以上醫院與地區醫院轉診合作</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 主動脈剝離手術病患轉診至非高屏地區醫院手術比率 &lt; 10% 公式：高屏地區急性A型主動脈剝離I71.03總病患人數/急性A型主動脈剝離病人轉診至非高屏轄區醫院且執行68043B人數。</li> <li>● 腦中風血栓移除病人轉診至非高屏地區醫院比率 &lt; 10% 公式：高屏轄區醫院急性缺血性腦中風病患人數/急性缺血性腦中風病人轉診至非高屏轄區醫院執行33143B人數</li> <li>● 區域級以上醫院下轉至地區醫院個案數成長率大於等於15% 公式：109年下轉至地區醫院個案數/ ( 110年下轉至地區醫院個案數-109年下轉至地區醫院個案數 )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 110年新增3家醫院加入主動脈剝離手術病人跨院照護合作團隊。</li> <li>● 110年主動脈剝離手術跨院照護件數較109年成長36件，成長32.73%。達標。</li> <li>● 110年新增1家醫院加入腦中風經動脈內取栓術病人跨院照護合作團隊。</li> <li>● 110年腦中風取栓跨院照護執行件數較109年增加73件，成長率為43.71%，達標。</li> <li>● 區域級以上醫院下轉至地區醫院之轉診合作除第一季達15%達標外，餘第2至4季皆因COVID-19極速升溫而未達標。</li> </ul>

# 110年各分區執行目標及成效-3/3

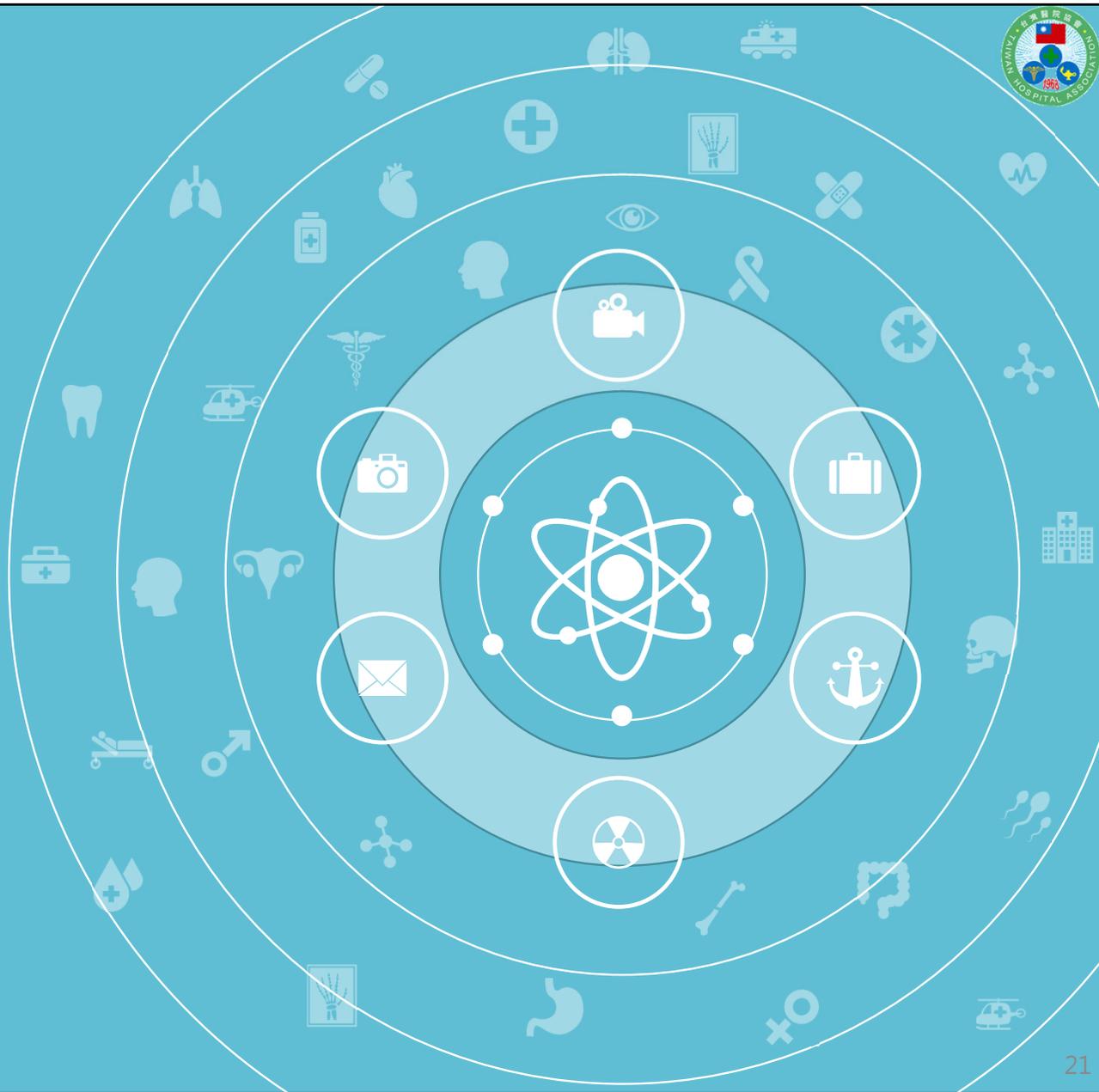
分區別	計畫內容	評估指標	成果
東區	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 推動衰弱長者整合性評估計畫</li> <li>● 東區弱勢人口的區域醫療整合性照護 ( 糖尿病照護改善、C型肝炎照護計畫、癌症照護計畫、傷口遠距居家照護服務、偏鄉遠距醫療服務</li> <li>● 兒童 ( 含孕產婦 ) 醫療區域整合照護計畫</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 提供衰弱個案整合性醫療評估及擬定照護計畫。</li> <li>● 疾病別照護成效優於是109年</li> <li>● 兒童暨孕產婦醫療區域整合，擬針對高危險妊娠個案及新生兒建立社區早期轉介機制，提升高風險收案比率，提供急重症孕產婦及小兒科病人轉診獎勵，降低新生兒死亡率及提供符合花東地區20歲以下小媽媽、高危險妊娠個案 ( 含40歲以上高齡產婦孕期 )、育兒健康識能、提升生產醫療照護品質。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 110年合計追蹤99位衰弱個案，經介入前後追蹤，81人獲改善 ( 81.8% )，14人持平 ( 14.1 )，4人退步 ( 4% )。</li> <li>● 糖尿病眼底檢查執行率持續提升，發展專屬東區內分泌科及眼底鏡篩檢異常之遠距視訊諮詢及會診。</li> <li>● C型肝炎口服新藥治療個案數較109年成長為4.4%</li> <li>● 癌症個案花東醫院留治比率較109年成長為20.4%</li> <li>● 傷口遠距居家照護服務，傷口癒合率3個月追蹤目標大於等於60%，實際值為71%，達標。</li> <li>● 傷口範圍縮小大於50%比率，目標值為50%，實際值為76%，達標。</li> <li>● 110年花蓮及台東地區各啟動一名嬰兒轉診。</li> <li>● 110年實際收案382位個案，91%孕產婦被歸類為黃區風險個案，9%孕產婦有立即性危險被歸類為高風險紅區個案，其中未成年 ( 20歲以下 ) 有38例高齡 ( 大於40歲 ) 57例。</li> <li>● 就新生兒特殊個案 ( 含產婦 ) 之醫療照護，採關懷追蹤 ( 電訪及面訪 )，給予醫療、早療與其他單位轉介，110年收案576案，新生兒特殊個案238案高風險新生兒338案，約占6成。</li> <li>● 辦理校園學生健康識能及性教育觀念巡迴講座9場次。</li> <li>● 花東地區平均餘命有效提升，花蓮從107年到109年提升0.88歲；台東提升0.71歲。</li> <li>● 東區跨區就醫流入費用高於流出費用。</li> </ul>



2  
TEXT

# 109年評核 委員評論意見及回應

{ 參照書面報告P.35 }



## 醫院部門回應說明

1



在風險調整基金方面，藉由分區自主發展所需之整合及弱勢照護計畫，值得肯定。惟近年各項健保支付制度改革未見積極推動，期許明年能與健保署共同努力，提供醫療服務效能。



謝謝評核委員的肯定與鼓勵，醫院協會仍會持續鼓勵各分區分會積極推動地方建議，整合醫療資源。

對於健保支付制度改革之參與，近年亦有積極參與執行相關專案計畫(如協助部分負擔政策調整、全責護理照護計畫)，輔助健保署進行支付制度改革落實的前置基礎工程的建置。

2



建議醫院能配合健保署積極改革支付制度及讓各stakeholder都能照護結果及費用控制盡責，才能把錢用在刀口上。COVID-19讓醫院省思需調整醫療結構及服務型態，或許正是再度推動支付制度改革的時刻。



醫院部門始終秉持著確保醫院財務衝擊緩和及不躁進下，支持支付制度的改革。對於長期總額框架下，各醫院評估資源的角度還停留在零和賽局中，如何從囚徒的兩難導向協議賽局，相信是醫院部門接下來會考量的方向。

COVID-19疫情的暴發，讓醫院管理在面對前所未有的壓力下，產生不同的思維。

醫院部門110年起再次配合健保署指示，著手處理ICD-10-CM/PCS 2014年版進階至2021年版影響評估及實務盤點所有健保文件的再次對照轉版。為輔助健保署政策之推動，醫院部門早於107年於醫院協會內部成立TW-DRGs工作小組，跨醫療、申報及疾病分類專家就TW-DRGs3.4版及4.0版進行研商，已支援健保署處理來自各醫學會爭議項目高達700多項內容，討論DRGs支付通則問題及MDC再分類及費用變異等等問題。今年醫院部門仍會持續處理。



## 醫院部門回應說明

3



COVID-19疫情影響，109年度就醫件數減少，110年疫情更為嚴峻建議提出降載情況下，對重症及必要看診病患提供持續服務的情形，以及在新冠肺炎疫情下，對民眾就醫可近性及後續疾病發展與醫療費用影響評估。



全國醫院除配合疫情指揮中心的調度進行全院門住診分流及降載作業，對於重症病人仍續維持正常診療及開刀需求，而對慢性病照護也開診遠距醫療視訊診療，藥品部分也讓民眾得以就近社區藥局取得或院外設置藥來速，讓民眾免下車即可取得所需用藥。感謝衛福部及健保署體恤重大疫情下，維持醫療體系量能運轉是所有經濟投資中最为經濟實惠，保障國人健康無虞，台灣的經濟活動才能確保不衰退。

4



建議建立以疾病嚴重度case mix index來計算分級醫療成效，建議醫院協會應及早與健保署商議建立疾病嚴重度指標，並分析case-mix adjusted cost之改變，以確認分級醫療轉診是否合理。

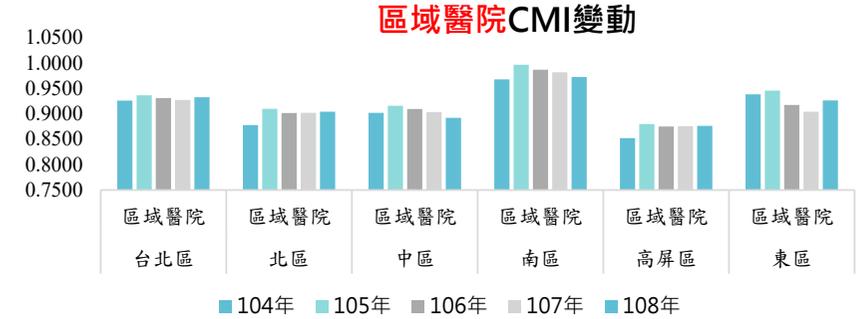
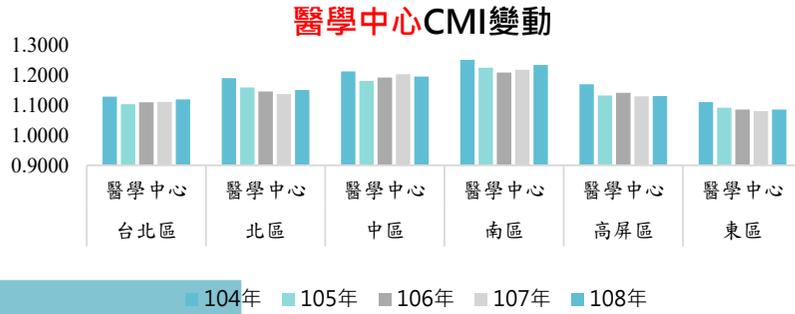


有關建立以疾病嚴重度CMI做為評定分級醫療成效及再細部劃分護病比之參考指標，經台灣醫院協會於110年10月邀請各層級醫院協會代表召開全民健康保險委員會進行專題討論，經會議仔細評估，獲一致共識，鑑於疾病嚴重度計算問題，實務無法進行歷年比較，且CMI之計算僅限住院案件，門診無法反應，另若採以CMI值做為各科病房別的護病比依據，在醫療實務上將使護理人力的調度缺乏彈性，並無助於護理人力負荷的紓解且易班表更為混亂。爰，不建議以CMI值做為分級醫療轉診成效及細分各病房護病比的依據。

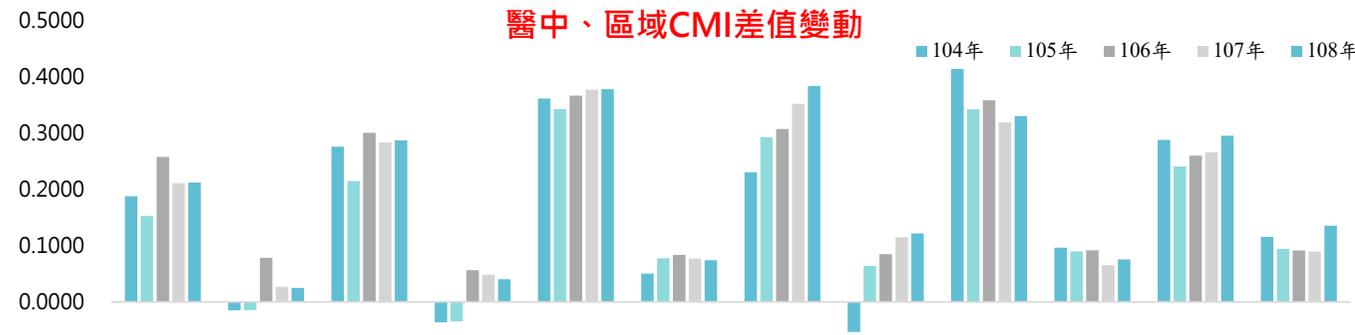
{ 接續下一張 }



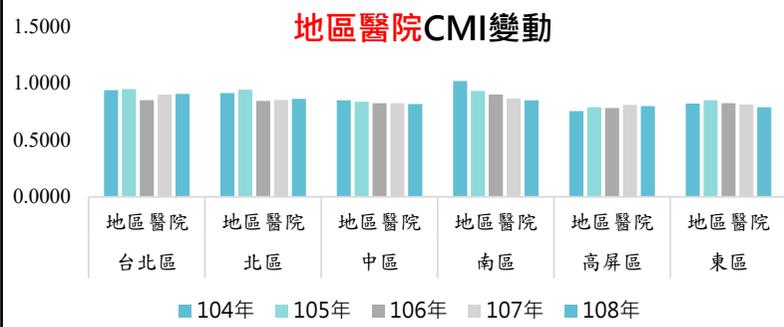
# 疾病嚴重度case mix index執行分級醫療及護病比



1. CMI無法進行年度比較
2. CMI僅限於住診
3. CMI高低，除受DRGs相對權重變動，也會受到醫院地理位置、發展專科別
4. CMI再細分不同病房採以不同護病比，實務執不易管理且缺乏彈性。
5. 每年DRGs權重及標準支付額會調整，致使每年各院的CMI值都不一



	醫學中心 台北區	區域醫院 台北區	醫學中心 北區	區域醫院 北區	醫學中心 中區	區域醫院 中區	醫學中心 南區	區域醫院 南區	醫學中心 高屏區	區域醫院 高屏區	醫學中心 東區	區域醫院 東區
104年	0.1880	-0.0151	0.2764	-0.0365	0.3622	0.0504	0.2308	-0.0537	0.4146	0.0964	0.2883	0.1156
105年	0.1528	-0.0148	0.2151	-0.0348	0.3431	0.0775	0.2929	0.0637	0.3428	0.0899	0.2412	0.0945
106年	0.2582	0.0785	0.3011	0.0563	0.3673	0.0836	0.3080	0.0850	0.3588	0.0918	0.2602	0.0915
107年	0.2114	0.0269	0.2839	0.0483	0.3778	0.0770	0.3525	0.1151	0.3198	0.0653	0.2664	0.0896
108年	0.2126	0.0249	0.2875	0.0404	0.3786	0.0740	0.3845	0.1218	0.3308	0.0755	0.2958	0.1358



## 醫院部門回應說明

5



除加強科技評估 (HTA)、再評估 (HTR) 之密度外，建議能建立明確的審議標準。



醫院部門認同應再加強科技評估、再評估，建立藥品及新科技引進及定期再評估的審議機制。有關新醫療科技 (含新藥、新材等) 引進納保仍建議應採專款專用或先置於其他部門管理，待費用穩定後再連同預算併回各總額部門，以避免高成長的費用支出對一般服務預算產生排擠效應。

6



風險調整基金，醫院已發展出多項鼓勵創新整合與照顧弱勢的方案，值得肯定。建議擴大試辦，朝區域群體健康管理為目標，讓健保署與醫院 (甚至診所) 以提升群體健康為總體目標，運用分區預算透過醫療體系整合，提供即時的急重症照護與多重慢性病整合照護，達到三贏的目標。



醫院總額風險調整移撥款自108年執行迄今，各分區分會已陸續調整資源使用方向，並逐漸整合各分區所轄醫院資源，試圖建構各區特色及智慧安全的醫療網絡為國人營造更便捷的醫療服務。相信醫院部門會繼續努力。另110年風險調整移撥款原2億元預算至111年擴增為6億元。

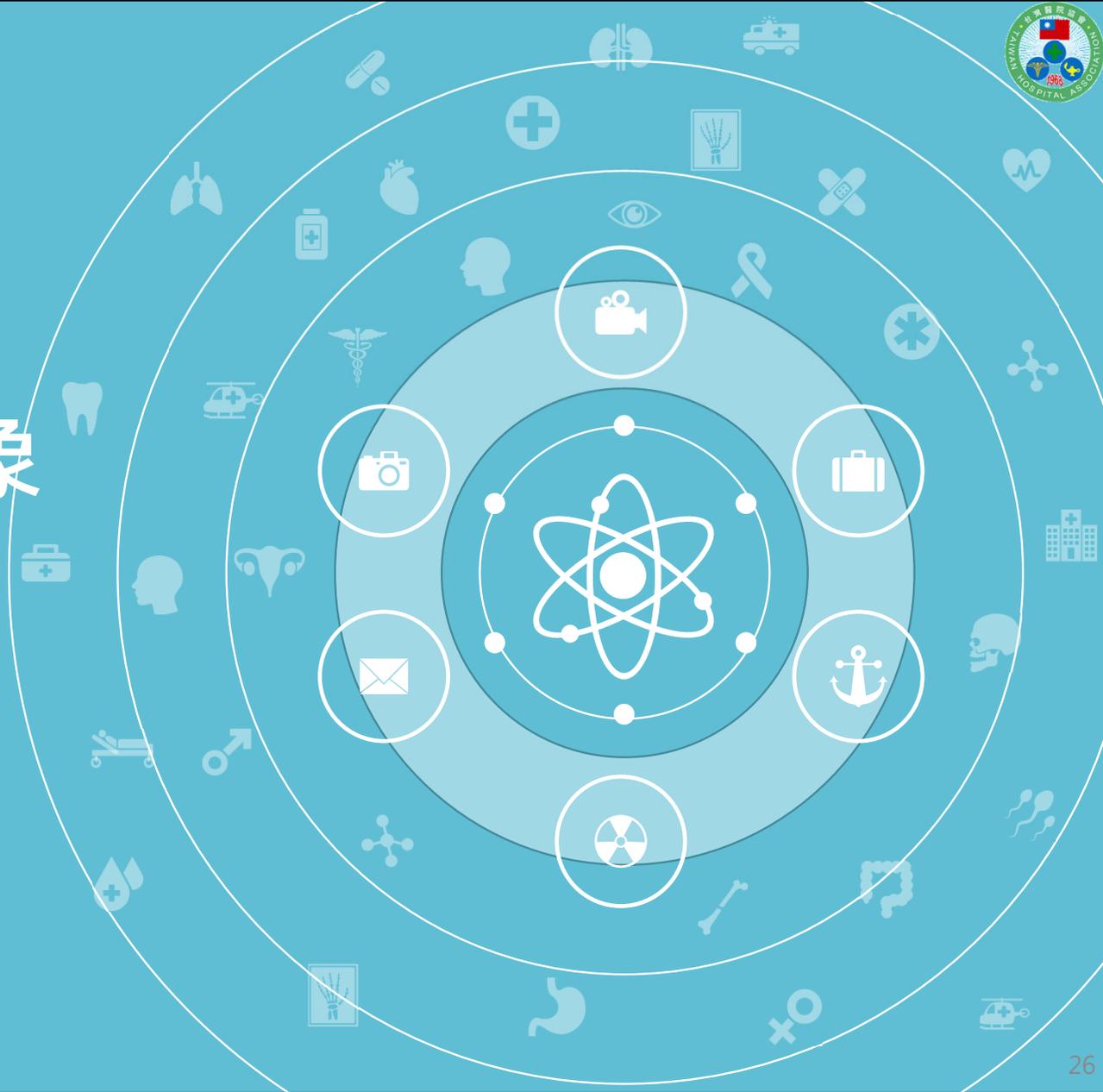


3  
TEXT

# 維護保險對象 就醫權益

{ 參照書面報告P.37 }

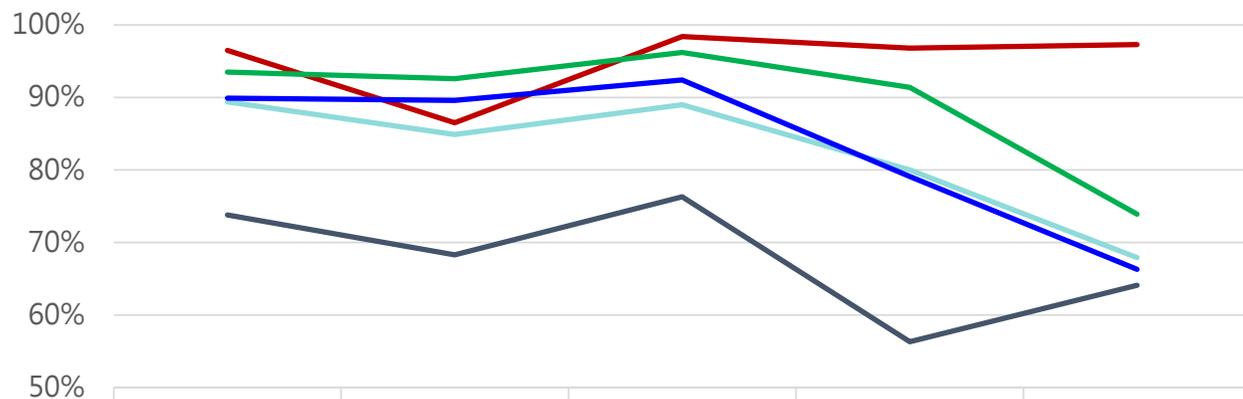
資料來源：健保署110年委託計畫  
「110年度精進我國全民健康民眾就醫權益及為民  
服務措施與政策民意調查」





# 110年醫療服務品質調查結果

110年民眾對於整體醫療結果維持 **97.3%** 高滿意度。



	106年	107年	108年	109年	110年
— 整體醫療結果滿意度-肯定態度	96.50%	86.50%	98.40%	96.80%	97.30%
— 醫護人員進行衛教指導之比例 ( 每次都有/大部分有 )	73.80%	68.30%	76.30%	56.30%	64.10%
— 是否會與醫師討論照護或治療方式-肯定態度	89.40%	84.90%	89%	80%	67.90%
— 醫護人員是否常用簡單易懂的方式向您解說病情與照護方式 ( 每次都有/大部分有 )	89.90%	89.60%	92.40%	79.10%	66.30%
— 就診時醫師是否提供您問問題或表達顧慮的機會 ( 每次都有/大部分有 )	93.50%	92.60%	96.20%	91.40%	73.90%

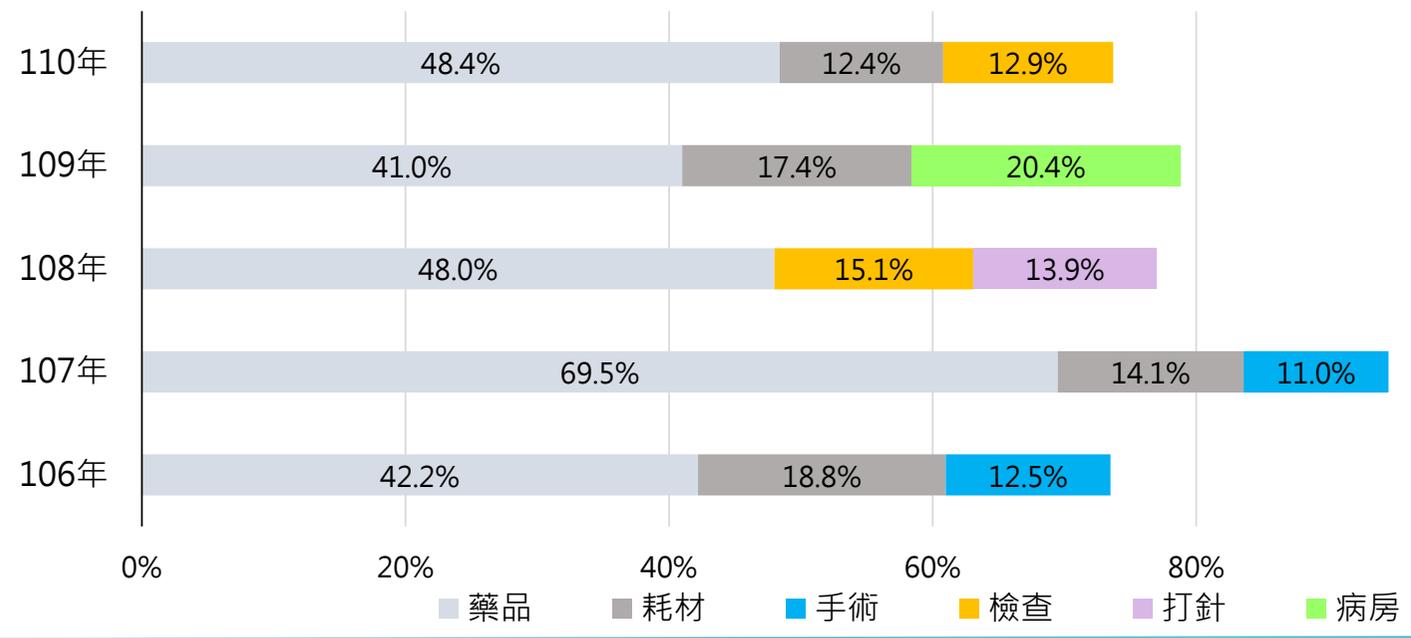




# 110年民眾自費調查結果

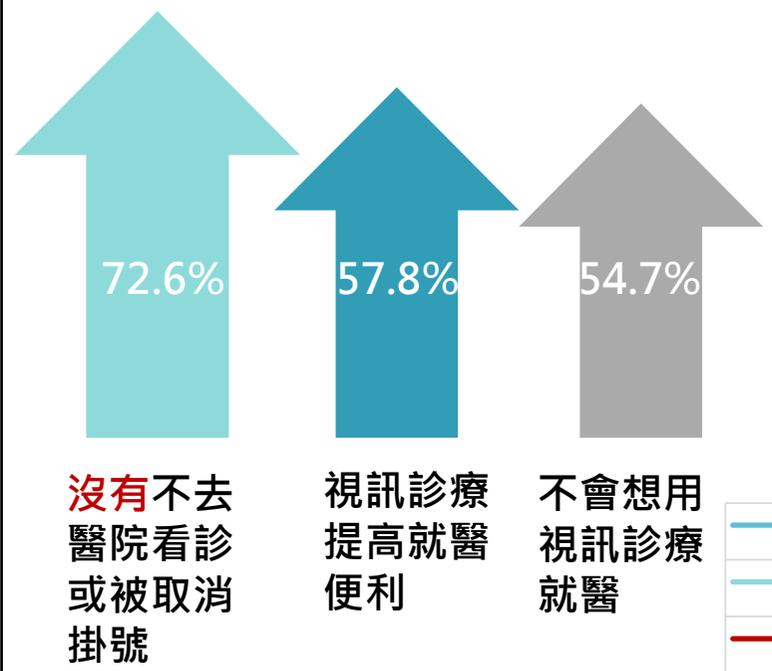
近五年自費原因統計

指標項目	年	106	107	108	109	110
自付其他費用前3項原因						
-第一項 (百分比%)	健保不給付	39.5	52.1	71.4	67.5	63.0
-第二項 (百分比%)	補健保給付差額	10.8	29.8	24.7	39.5	15.3
-第三項 (百分比%)	醫院藥品較好	10.6	11	18.4	13.2	14.4
	醫院建議					
	健保不付自己要求					
	二者都有					
	自己要求 補差額					
	自己要求					

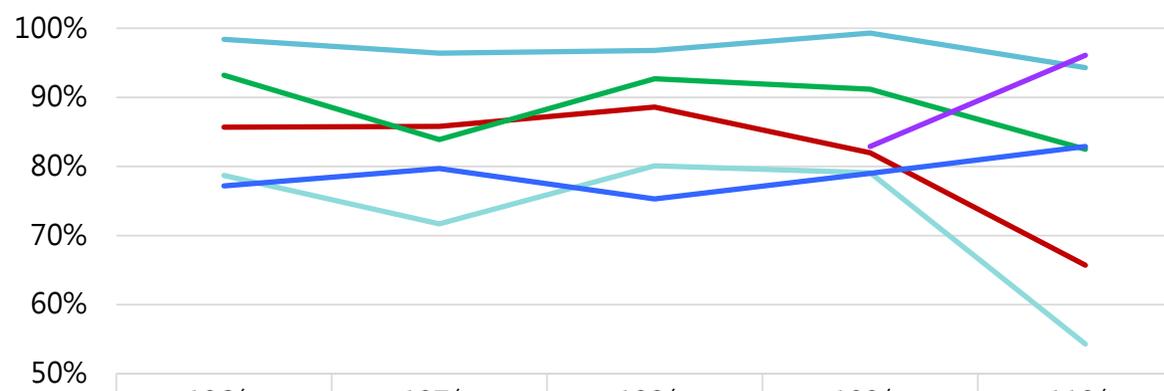


# 110年民眾就醫可近性與及時性

## COVID-19疫情就醫情形



## 民眾就醫可近性與及時性



	106年	107年	108年	109年	110年
對門診掛號的滿意度 (正向)	98.4%	96.4%	96.8%	99.3%	94.3%
住院排床容易 (容易的比例)	78.7%	71.7%	80.1%	79.1%	54.3%
3天內排到病床比例	85.7%	85.8%	88.6%	82.0%	65.7%
醫院交通便利性滿意度 (正向)	93.2%	83.9%	92.7%	91.2%	82.5%
因交通時間長而 (不就診比例)	77.2%	79.7%	75.3%	79.0%	82.9%
轉診滿意度 (正向)				82.9%	96.1%

## 110年不同都市化地區醫療分布情形

指標項目	年	106	107	108	109	110
醫師人力比		79.36	76.71	73.09	83.29	90.13
就醫率						
-一般地區		52.26	53.75	54.28	52.36	51.23
-醫療資源不足地區		56.68	57.37	57.82	56.65	55.51
-山地離島地區		58.66	60.22	60.94	58.63	57.85

指標項目	分區	全國	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
戶籍人口數 (千人)		23,375	7,502	3,839	4,554	3,290	3,655	535
醫院數		470	109	66	104	66	108	17
醫院醫師數		34,152	12,984	4,327	6,147	4,337	5,441	916
每萬人口西醫醫院數		0.2	0.15	0.17	0.23	0.20	0.30	0.32
每萬人口醫師數		14.61	17.31	11.27	13.50	13.18	14.88	17.13
就醫人數 (千人)		12,657	4,413	2,294	2,704	1,792	2,048	314
每萬就醫人數醫師數		26.98	29.42	18.86	22.73	24.20	26.57	29.19



## 110年週六、週日開診情形

指標項目/年	106	107	108	109	110
<b>開診家數</b>					
-週六	19	19	19	19	19
-週日	14	13	14	13	15
<b>開診率</b>					
-週六	94.80	94.80	99.90	98.58	99.49
-週日	69.40	66.00	71.05	69.23	77.63
<b>平均開診日數/家</b>					
-週六	52	52	52	52	52
-週日	53	53	52	52	52
<b>平均每日看診人數/家</b>					
-週六	1,505	1,362	1,192	1,045	1,011
-週日	16	17	16	17	14
<b>平均每日看診人次/家</b>					
-週六	1,573	1,426	1,243	1,092	1,056
-週日	17	18	17	18	18





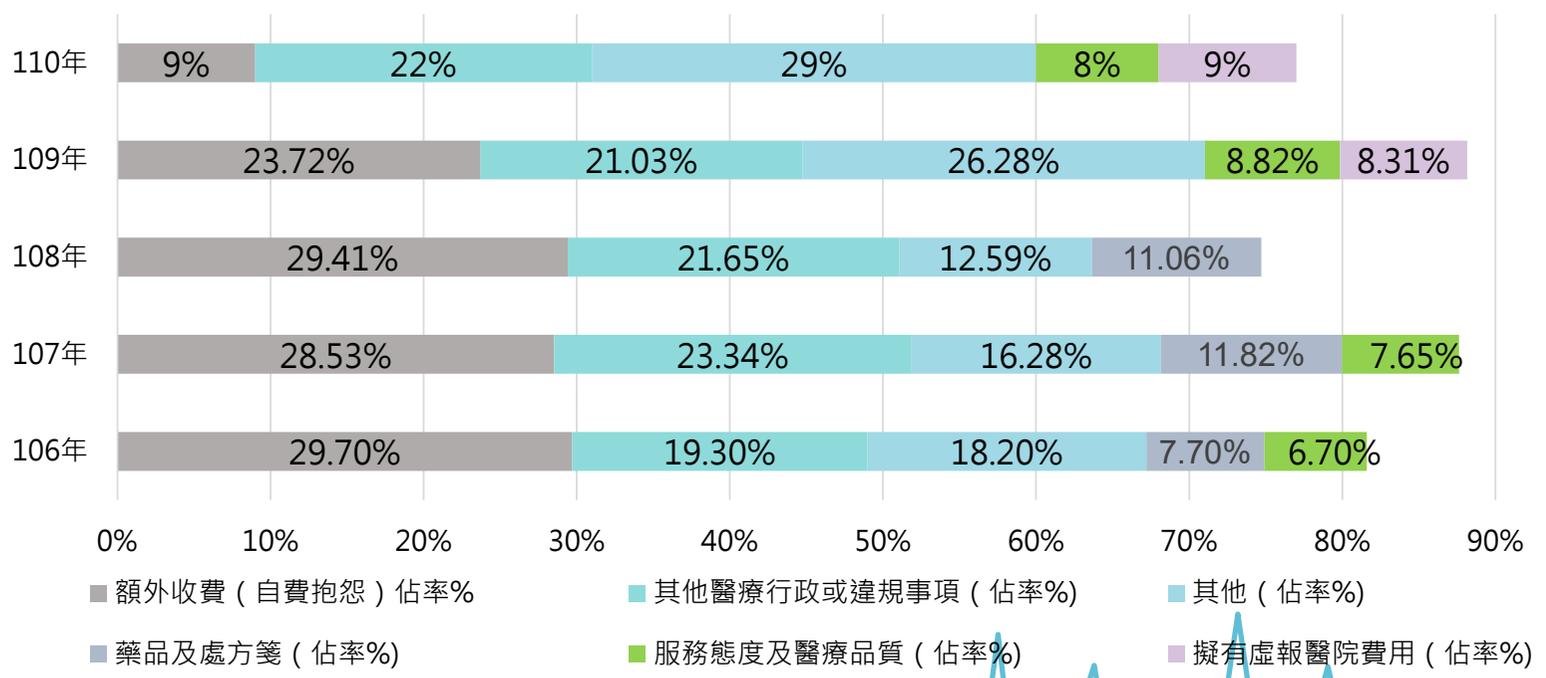
# 110年民眾對醫院部門抱怨案件

## 110年民眾申訴案件數比109年

# 下降7.46%

## 110年額外收費佔率比109年

# 下降14.72%





# 品質指標監測結果



## 門診品質

「每張處方箋  
開藥品項數大  
於10項之案件  
比率」略高於  
參考值



## 住診品質

全數符合  
參考值



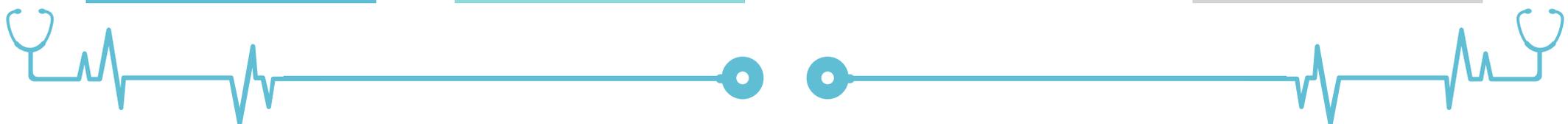
## 手術/檢驗檢查品質

全數符合  
參考值



## 預防保健

相較於109年僅  
子宮頸抹片利  
用率持續下降



## 歷年實施方案概要

年	預算 (億元)	協(核)定事項	計算公式	基本獎勵	指標獎勵申報項目
108年	4.065	<p>全年經費406.5百萬元，依「醫院總額品質保證保留款實施方案」支付，請於108年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果。</p> <p>原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7百萬元)，與108年度品質保證保留款(406.5百萬元)合併運用(計795.2百萬元)</p> <p>請中央健康保險署與醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。</p>	(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	<p>醫學中心品保款*10%</p> <p>區域醫院品保款*15%</p> <p>地區醫院</p> <p>A.參加指標計畫，品保款*30%</p> <p>B.品質精進獎勵，品保款*30%</p> <p>C.指標獎勵，品保款*40%</p>	<p>醫學中心最高以8項計算</p> <p>區域醫院最高以8項計算</p> <p>地區醫院</p> <p>第一組最高以8項計算</p> <p>第二組最高以5項計算</p>
109年	10.554	<p>原106年度於一般服務之品質保證保留款額度3.887億與109年度品質保證保留款10.554億合併運用，合計為14.441億元。</p> <p>請中央健康保險署與醫院總額相關團體持續檢討品質保證保留款實施方案之發放條件，訂定更具鑑別度之標準核發予表現較佳之醫療院所，以達到提昇品質之效益。</p>	維持	<p>醫學中心品保款*10%</p> <p>區域醫院品保款*15%</p> <p>地區醫院</p> <p>A.參加指標計畫，品保款*60%</p> <p>B.指標獎勵，品保款*40%</p>	<p>醫學中心最高以10項計算</p> <p>區域醫院最高以9項計算</p> <p>地區醫院</p> <p>第一組最高以9項計算</p> <p>第二組最高以5項計算</p> <p>指標獎勵權重配合項數改變順修</p>
110年	8.804	<p>全年經費8.804億元。</p> <p>原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(3.887億與110年度品質保證保留款(8.804億)合併運用(合計為12.691億)</p> <p>請中央健康保險署與醫院總額相關團體持續檢討品質保證保留款實施方案之發放條件，訂定更具鑑別度之標準核發予表現較佳之醫療院所，以達到提昇品質之效益。</p>	維持	維持	維持



## 110年執行暨檢討與改善方向

110年醫院部門品質保證保留執行預算核發情形：健保署已完成結算，8月核發完成，暫無相關資料。

110年醫院總額品質保證保留款執行方案內容：

- 因嚴重特殊傳染性肺炎COVID-19疫情發生社區群聚感染，為讓全體醫院全力以防疫診治為第一，方案內容暫維持與109年相同。
- 另於110年下半年疫情趨緩情形下，醫院部門有商議酌修111年方案內容，醫學中心達成項數再予提升至11項，區域醫院則就指標達成項數再細分不同的佔比配分。
- 參據健保署提供醫院部門品保款各院達成分析，醫院部門品保款分配雖然各醫院大致都有獲得品保款的獎勵，但並非每家醫院都一樣多，**意即醫院部門不是均分而是真的依據指標及達成內容獲得該有的獎勵**，各層級所設定的指標項目並不是大家都可以達到的，正因為健保署提供這項很寶貴的訊息，**對於評核委員希望醫院再調節出更具鑑於性獎勵，我們會再試圖討論歸納出各具層級執行特色的指標出來。**



# 醫院部門提供適用全國的管理指標項目

## 醫院就指標設計的想法



### 10項檢查支付標準醫令代碼

項次	醫令代碼	名稱	合理區間
1	33084B、33085B	磁共振造影	28
2	33070B、33071B、33072B	電腦斷層造影	28
3	19001C、19009C	腹部超音波及追蹤	28
4	09044C	低密度脂蛋白 - 膽固醇	28
5	18007B	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	28
6	28017C	大腸鏡檢查	28
7	28016C	上消化道泛內視鏡檢查	28
8	26072B	正子造影-全身	28
9	18005C (18005B)	超音波心臟圖 (包括單面、雙面)	28
10	08011C、08012C、08082C	全套血液檢查	7

### 6項醫療品質監測指標

項次	名稱
1	「直線加速器每人平均醫令數高於75百分位」之醫院，其門診標的之CCS (頭頸部癌、乳癌、肺癌)照野數前3名個案
2	糖尿病指標定義修正如下： (1)病人同院歸戶30日執行HbA1c $\geq$ 2次者。 (2)病人同院歸戶一年執行HbA1c $\geq$ 6次者。
3	門診心臟超音波(18007B)
4	年復健物理治療 $\geq$ 180次：一年內個案執行物理治療醫令累計數量 $\geq$ 180次人數
5	病人同院歸戶90日執行CT檢查大於3次者
6	病人同院歸戶90日執行MRI檢查大於3次者





# 持續推動分級醫療，壯大社區醫院(5億元)

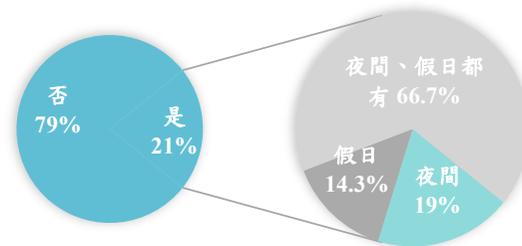
## 目的

為配合國家衛生政策推動分級醫療，鼓勵社區醫院擴大醫療服務量能，提升醫療服務便利性及強化民眾對基層醫療的就醫信心，建議就社區醫院提供誘因。

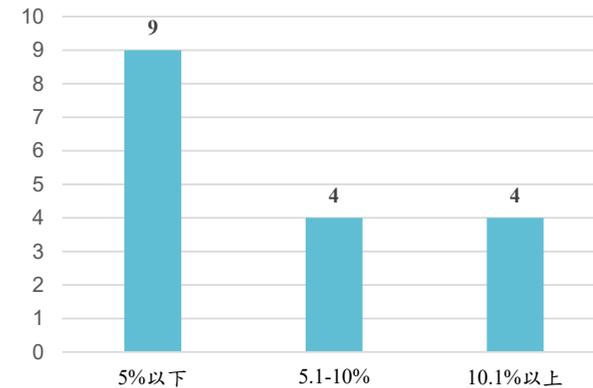
## 問卷調查

回復的98家地區醫院中，有21家(21.4%)醫院表示在110年有增加夜間或假日門診診次，其中又以夜間、假日都增加診次為最多，佔有增加診次醫院的66.7%。

地區醫院110年夜間及假日門診加診情形



地區醫院110年夜間及假日門診開診率分佈情形



- 關於醫院部門假日開診情形如下，就醫學中心、區域醫院、地區醫院周六開診皆較高，分別為99.49%、97.34%、83.06%；周日開診率分別為77.63%、50.97%、39.06%，單看地區醫院週六開診率110年較109年減少0.52%，週日開診率110年較109年微幅上升0.46%。
- 110年受疫情影響，民眾需求端而言，如小病則盡可能前往診所就醫或有可能服用成藥，以降低前往醫院就醫，避免前往高風險場所；就醫療提供端，醫療量能降載，醫院所有相關手術非重要或是緊急排程，皆延後處理，為此，地區醫院在受疫情影響的前提下，又考量一旦開診勢必有相關成本，雖110年政策鼓勵分級醫療，地區醫院夜間及假日開診，在疫情艱難時刻，恐未能有其誘因鼓勵地區醫院開診。

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

### 目的

用於區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費、護理費及病房費採固定點值

### 問卷調查

共計收到153家醫院回復，回復率32.83%，從各層級醫院回復來看，醫中及區域兩個層級回復率均達該層級醫院5成以上，地區醫院層級回復率則佔該層級醫院近3成左右。

	整體		醫學中心		區域醫院	
	109年	110年	109年	110年	109年	110年
回復家數	55	55	13	13	42	42
平均	90.4	91.0	91.6	92.2	89.9	90.5
最大值	99.8	99.9	97.2	97.1	99.8	99.9
最小值	77.7	81.6	82.7	86	77.7	81.6

經本會調查醫學中心與區域醫院住院滿意度，由統計結果可看出109年及110年整體住院滿意度均達90%，醫學中心住院滿意度約91-92%，區域醫院則為90-91%，本項預算查核指標達標。



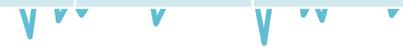
# 106~110年新醫療科技

## 106~110年總額新藥納入健保給付品項申報情形

### 106~110年新醫療科技成長率及增加金額

單位：億元	106	107	108	109	110
成長率%	0.531	0.844	0.714	0.723	0.767
增加金額	20.63	34.40	30.19	31.86	35.62
新藥預算	11.48	24.3	19.34	23.35	24.62
新特材	5.22	6.1	5.85	4.01	6.5
新診療項目	3.93	4	4	4.5	4.5
藥品及特材給付規定改變			3	3	10.7

收載年度	分類	品項數	申報金額 (百萬元)				
			106	107	108	109	110
106	第1類	6	238.1	712.6	957.0	1249.0	1397.5
	第2A類	14	56.1	373.7	710.1	963.5	1175.0
	第2B類	22	18.6	305.8	828.2	1269.5	1555.1
	合計	42	312.8	1392.1	2459.3	3482.0	4127.7
107	第1類	2		9.6	83.3	74.1	137.3
	第2A類	13		162.4	495.3	760.7	948.5
	第2B類	36		128.7	1521.8	3991.3	4399.2
	合計	51		300.7	2100.4	4283.1	5485.1
108	第1類	9			53.0	972.0	1648.4
	第2A類	24			1257.1	3599.8	4603.7
	第2B類	18			266.7	1259.4	2406.3
	合計	51			1576.8	5831.2	8658.4
109	第1類	9				539.7	1387.7
	第2A類	25				2082.6	4753.5
	第2B類	11				22.6	491.0
	合計	45				2644.9	6632.2
110	第1類	0					0.0
	第2A類	21					455.3
	第2B類	18					169.1
	合計	39					624.5





## 05-2 新醫療科技

# 106~110年新醫療科技

### 106~110年新特材品項申報情形

收載年度	分類	品項數	申報金額 (百萬點)				
			106	107	108	109	110
106	創新功能	31	77.4	265.2	164.2	118.3	87.6
	功能改善	53	58.9	187.1	243.6	202.9	149.1
	合計	84	136.3	452.3	407.7	321.2	236.7
107	創新功能	31		62.2	166.3	177.4	167.0
	功能改善	40		154.9	617.3	693.7	630.2
	合計	71		217.1	783.6	871.1	797.2
108	創新功能	27			32.7	101.5	94.0
	功能改善	39			2.3	40.6	46.1
	合計	66			35.0	142.1	140.1
109	創新功能	33				40.2	140.8
	功能改善	8				170.3	466.3
	合計	41				210.5	607.0
110	創新功能	49					651.1
	功能改善	61					9.3
	合計	110					660.4

### 106~110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 (百萬)	新增診療項目 推估增加預算	106	107	108	109	110	小計
106	21	393	391.91	77.61	134.70	166.93	138.72	236.24	754.20
107	31	400	394.76		81.21	166.04	147.87	154.02	549.15
108	23	500	387.13			73.75	238.48	198.01	510.23
109	44	450	258.54				61.04	214.78	275.82
110	151	450	426.14					114.43	114.43
合計	270	2,043	1732.52	77.61	215.91	406.72	586.12	917.48	2203.8



## 106~110年新醫療科技預算與申報費用情形



類別	項目	106年		107年		108年		109年		110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
年度預算 (億元)		320.63		34.4		30.19		31.86		35.62	
藥品	預算	11.48		24.3		19.34+3		23.35+3		24.62+6.5	
	新藥	3.1351	29.5981	3.43	8.5452	16.312	49.075	26.449	36.603	6.245	393.06
	修訂藥品 給付規定	26.463	-18.11	5.1152	15.75	32.763	-26.74	10.154	-10.25	386.81	-361.94
特材	預算	5.22		6.1		5.85		4.01+2.91		6.5	
	新特材	1.3876	1.8401	2.171	2.171	0.327	0.35	0.402	2.105	0.39	0.39
	修訂特材 給付規定	0.4525		未提供		0.023		1.703		未提供	
新增診療項目	預算	3.93		4		5		4.5		4.5	
	新增項目	1.2240	1.4299	0.7173	1.1351	0.7375	0.7375	0.1726	0.6104	1.1318	1.1443
	修訂項目	0.2059		0.4178				0.4378		0.0124	
申報合計		32.8681		11.8513		50.1625		39.3184		394.5943	
差額		( 12.2381 )		22.5487		( 17.9725 )		( 1.5484 )		( 352.4743 )	



05-3 涉及支付標準調整之執行情形

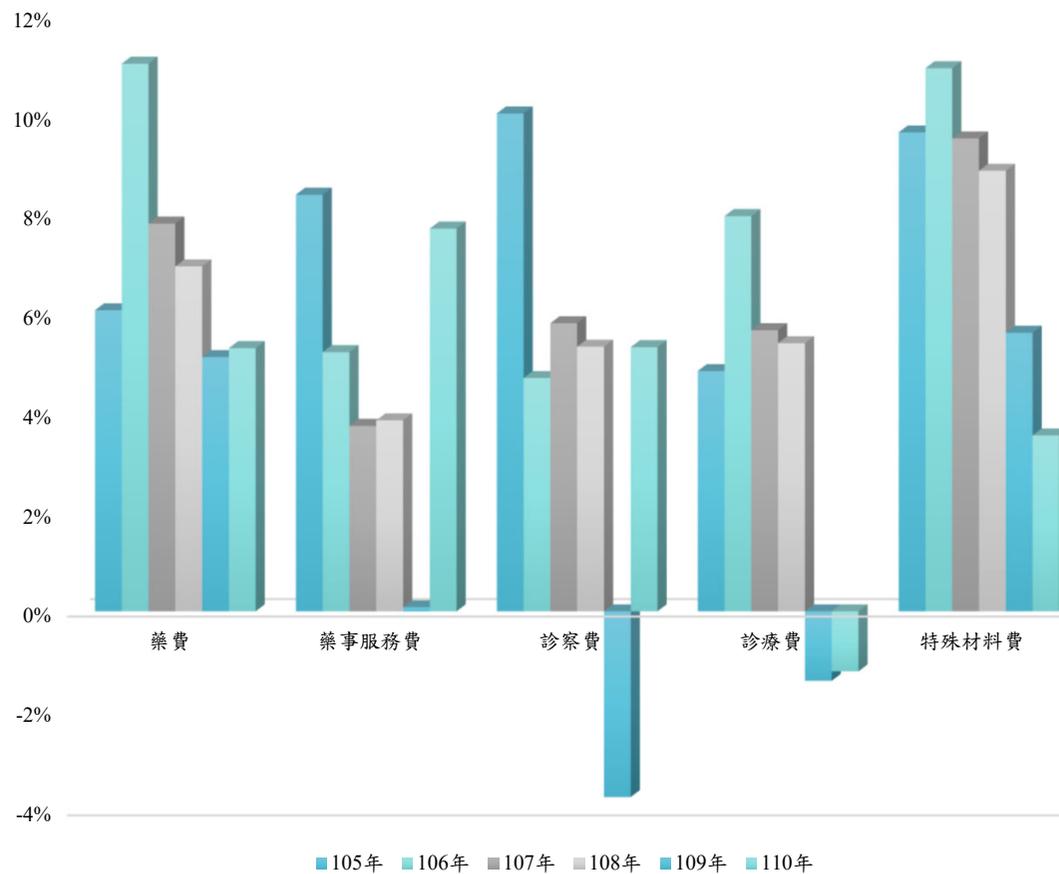
# 106~110年醫院總額支付標準調整預算與金額

年度	106年	107年	108年	109年	110年
預算來源	醫療服務成本指數改變率				
增加金額(億元)	89.674	26.982	43.942	103.846	58.353
協定事項	原則用以調整支付標準，並優先以60億元調整重症項目	優先用以提升重症護理照護品質及持續推動「護病比與健保支付連動」，調整全日平均護病比加成率	12億元用於調升急重難症等相關支付標準	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。	註1
預估增加點數(億點)	81.73	27.12	43.27	0.279	15.00
實際增加點數(億點)	17.24	0.93	109.7.1實施	0.236	15.00
生效日期	106.10.1	107.12.1	109.1.1	109.7.1 基本診療章於110.3.1實施，特定診療於110.7.1實施	110.4.1
調整項目及預估額度： 1.門診 2.住診 3.急診	<ol style="list-style-type: none"> <li>調升重症支付標準，包含調高ICU及高危險妊娠住院診察費、1-2級及精神科急診診察費、急診觀察床病房費/護理費(第1天)手術及麻醉項目、生產支付標準治療處置及檢驗檢查支付點數，另放寬急診診察費例假日加成時間，調升兒童專科醫師加成、調整手術通則以及手術項目全面列為提升兒童加成，共計調整1,716項。</li> <li>偏鄉醫院住院護理費加成由3.5%調升為15%、地區醫院病房費點數調升與區域醫院相同、地區醫院住院護理費支付點數調升3.5%地區醫院門診診察費加成率再提高15%及地區醫院之急診診察費保障每點1元。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>提升重症護理照護品質，加護病床護理費調升5%；另續推動「護病比與健保支付連動」，全日平均護病比加成率由3%-14%調整為2%-20%</li> <li>調升創傷處理、手術/創傷處置及換藥、心肺甦醒術及連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術等11項特定處置項目支付點數。</li> <li>刪除門診合理量公式。</li> <li>鼓勵地區醫院假日開診，增列假日門診診察費加計以及除藥物及門診診察費外，其餘門診之診療項目增列30%加成。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>調整手術分項。</li> <li>調整106年重症60億關聯項，及未調整項目與關聯項。</li> <li>調整歷年末調整或調整2次以下之手術及處置項目。</li> <li>調升住院診察費13.5%及75歲以上老人住院診察費加成20%。</li> <li>地區醫院夜間門診診察費加成10%</li> <li>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%。</li> <li>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)</li> <li>急性一般及經濟病床住院護理費(含精神病床)調升3%。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>調整基本診療項目，包含門診及住診診察費、住院護理費、藥事服務費、一般慢性精神病床住院照護費及急診診察費等合計82.26億點。</li> <li>調整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%至0.8%間。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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>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>

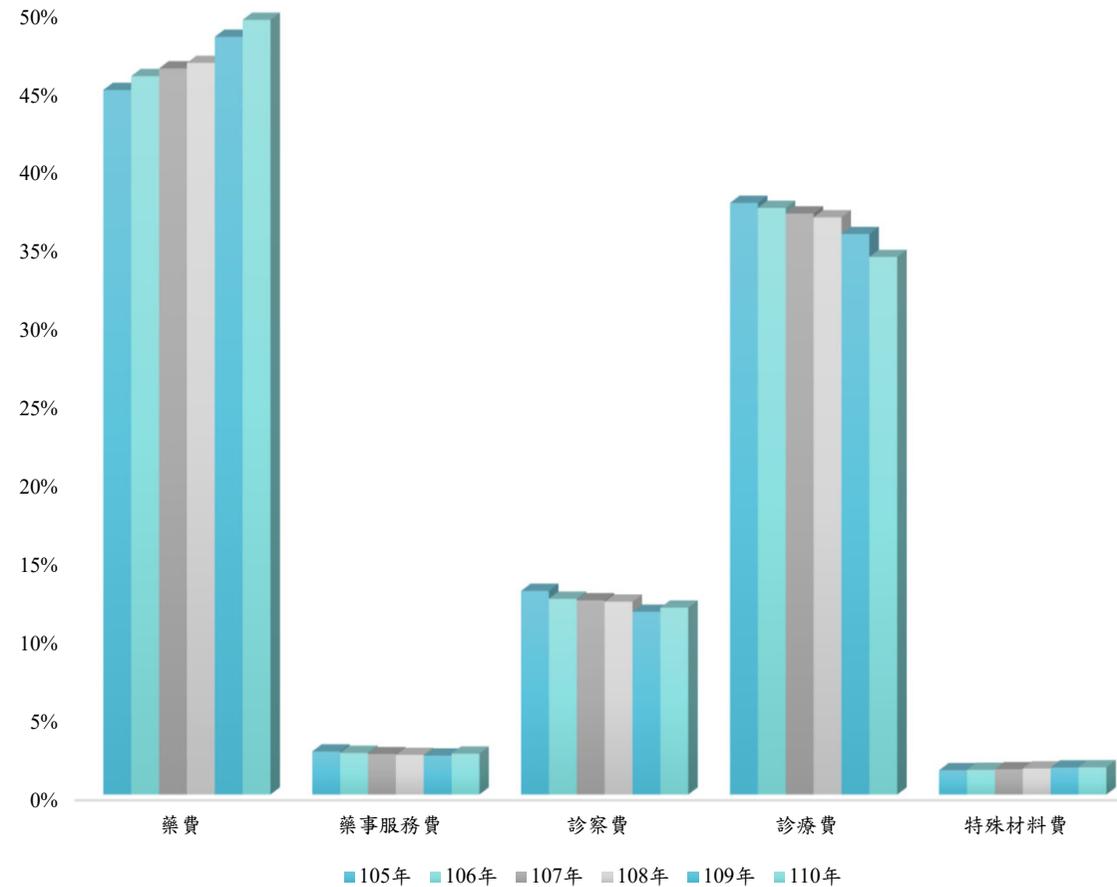


# 醫院門診醫療利用情形

105~110年門診費用分項成長情形



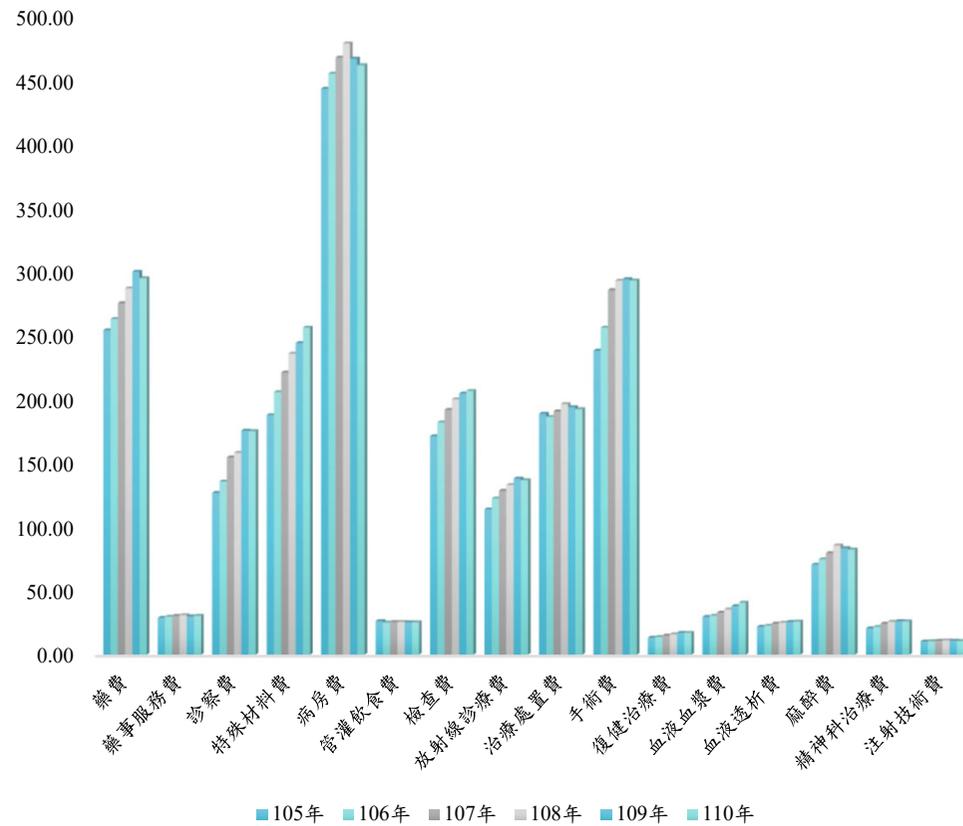
105~11年門診費用分項占率分佈情形



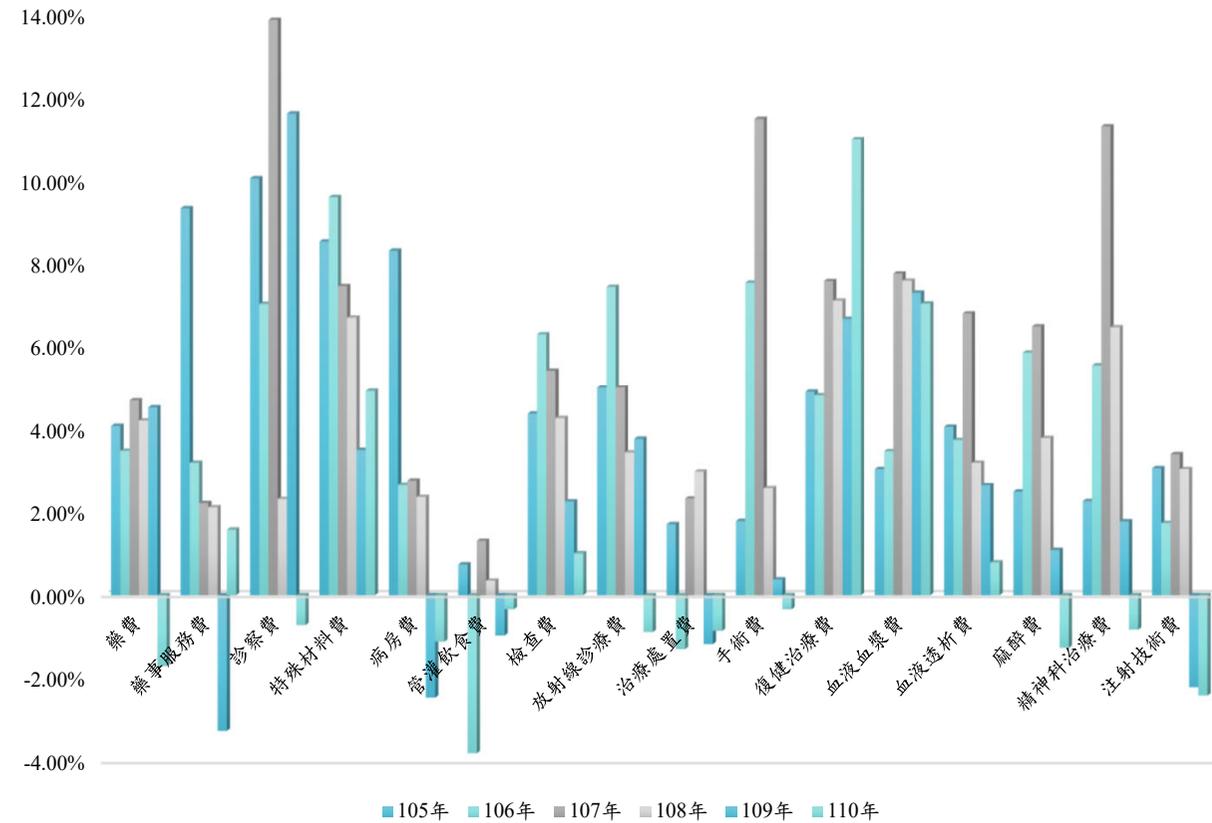
# 06-1 醫療利用

## 醫院住診醫療利用情形

### 105~110年住診費用分項成長情形



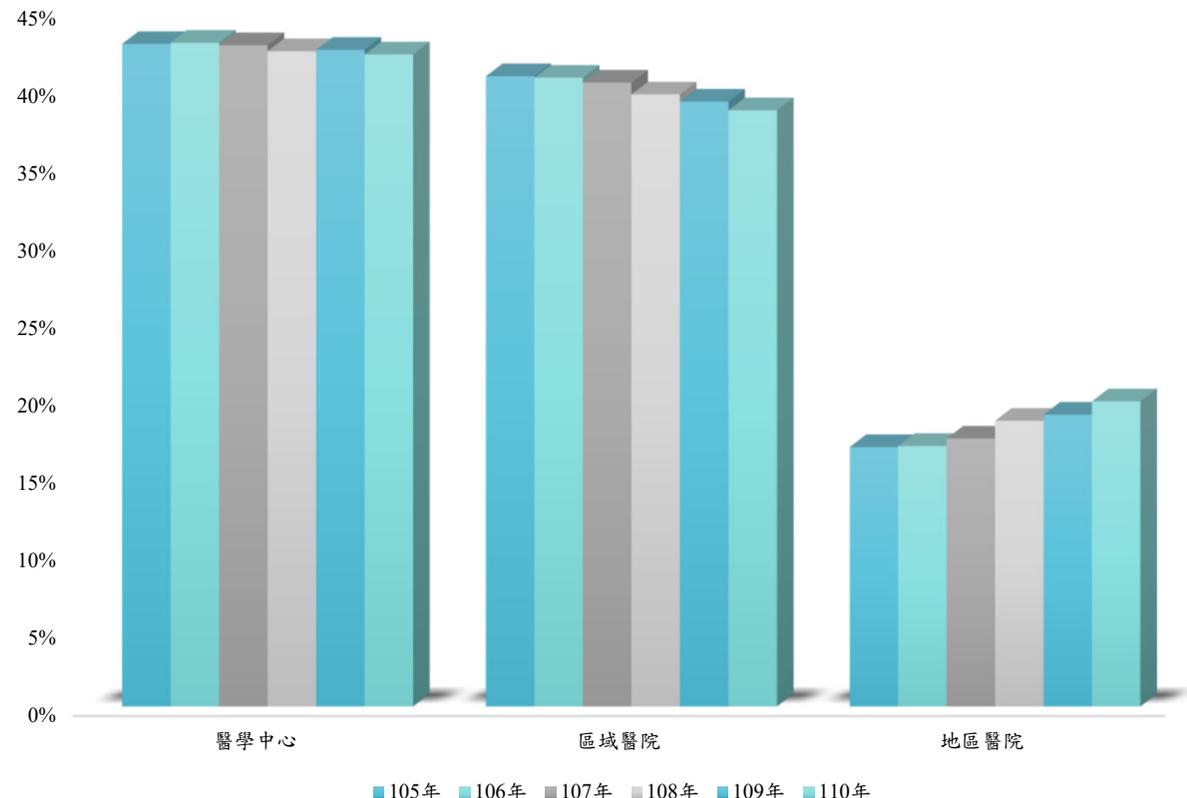
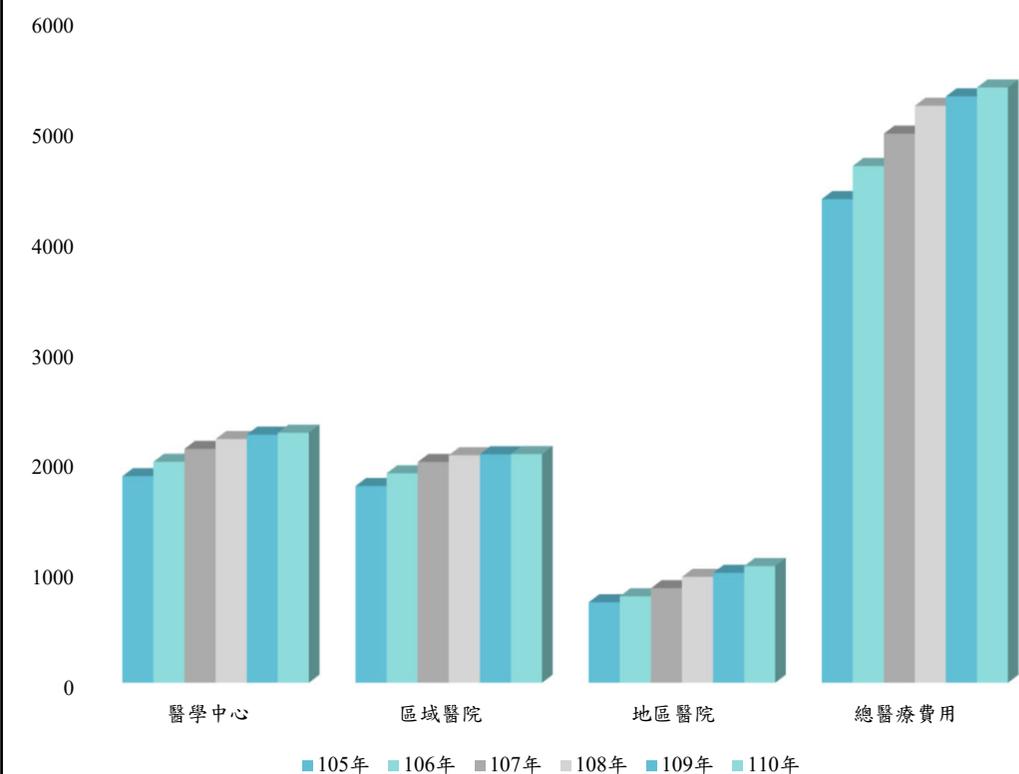
### 105~110年住診費用分項點數分佈



# 醫院各層級醫療利用情形

105~110年各層級總醫療費用

105~110年各層級醫療費用申報占率



# 地區預算分配執行與管理

104~111年醫院部門地區預算R值/S值分配

年	項目	104-105	106-107	108	109	110	111
門診	R	46%	50%	50%	51%	51%	51%
	S	54%	50%	50%	49%	49%	49%
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

108~110年各區預算分配(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
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%

地區預算概念圖



## 醫院部門全區浮動及平均點值

105~110年全區浮動點值

年/季別	105	106	107	108	109	110
第一季	0.8963	0.8861	0.8591	0.8804	0.9492	0.8856
第二季	0.8973	0.8984	0.8770	0.8822		
第三季	0.8764	0.8726	0.8731	0.8873	0.8732	
第四季	0.8661	0.8694	0.8705	0.8794	0.8263	0.9299
年平均	0.8840	0.8816	0.8699	0.8823	0.8829	

105~110年全區平均點值

年/季別	105	106	107	108	109	110
第一季	0.9395	0.9333	0.9179	0.9299	0.9707	0.9343
第二季	0.9387	0.9395	0.9271	0.9299		
第三季	0.9266	0.9243	0.9249	0.9329	0.9263	
第四季	0.9208	0.9234	0.9239	0.9293	0.8995	0.9607
年平均	0.9314	0.9301	0.9235	0.9305	0.9321	

- 110年第2季及第3季疫情因社區傳播而急轉直下，醫院部門為維持營運採以保障108-109年同期9成收入，暫無計算點值。
- 第4季因為疫情又趨於穩定，民眾再次回流返回就醫，因為醫院受疫情影響的因素消滅，爰經卜研商議事會議決議第四季恢復正常結算，浮動點值及平均點值因就醫人數及件數的增加而下滑，但都高於108年及109年。



## 專業自主事務管理的逐步執行

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

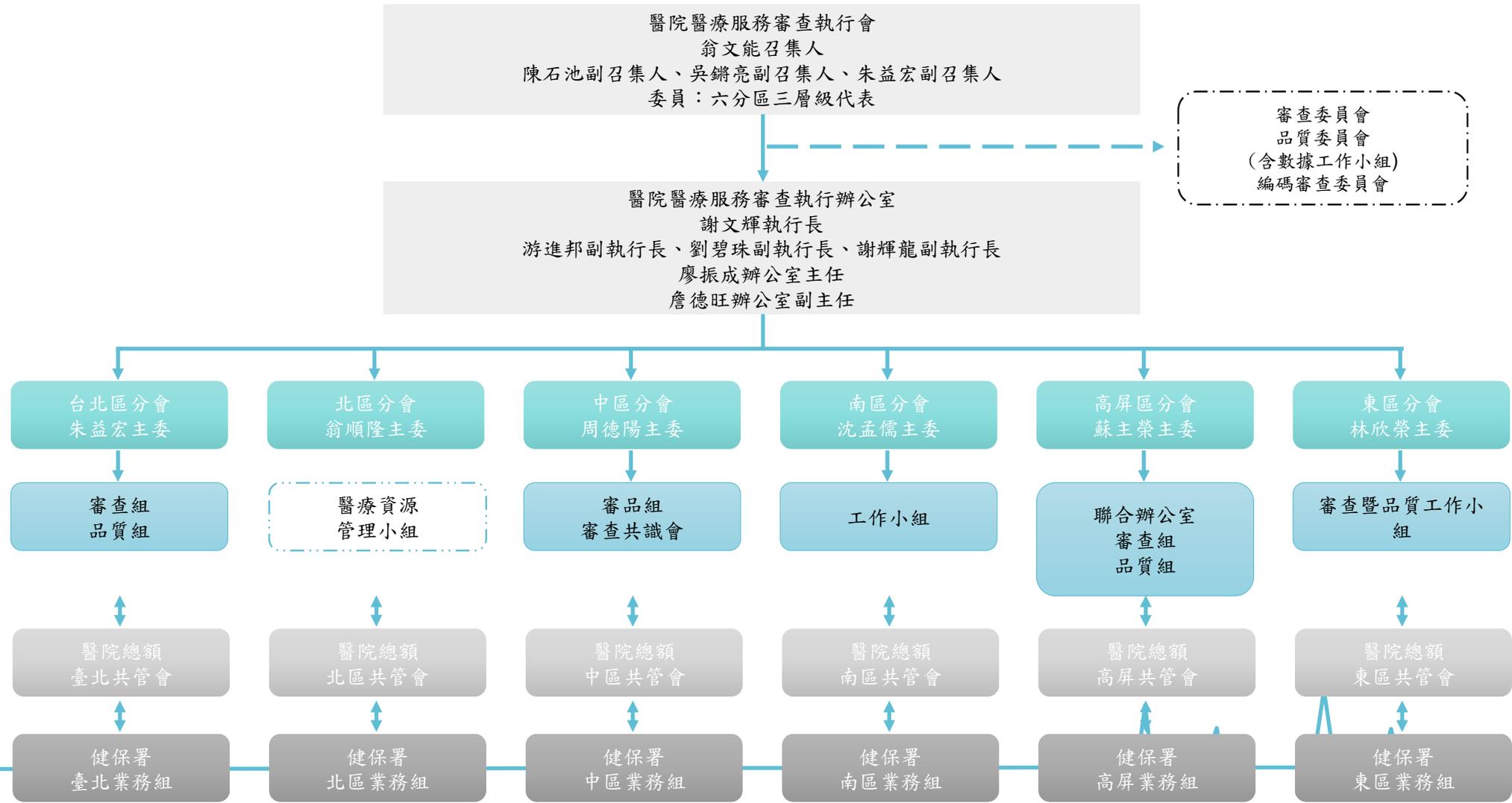


- 因各區分會實際作法不同，本會定期安排分會至審查執行會進行專案報告，藉此相互學習，提升品質並鼓勵創新。





# 醫院總額專業自主管理暨與健保署溝通概念



# 審查醫藥專家暨疾病分類輔助審查專員

聘任流程：



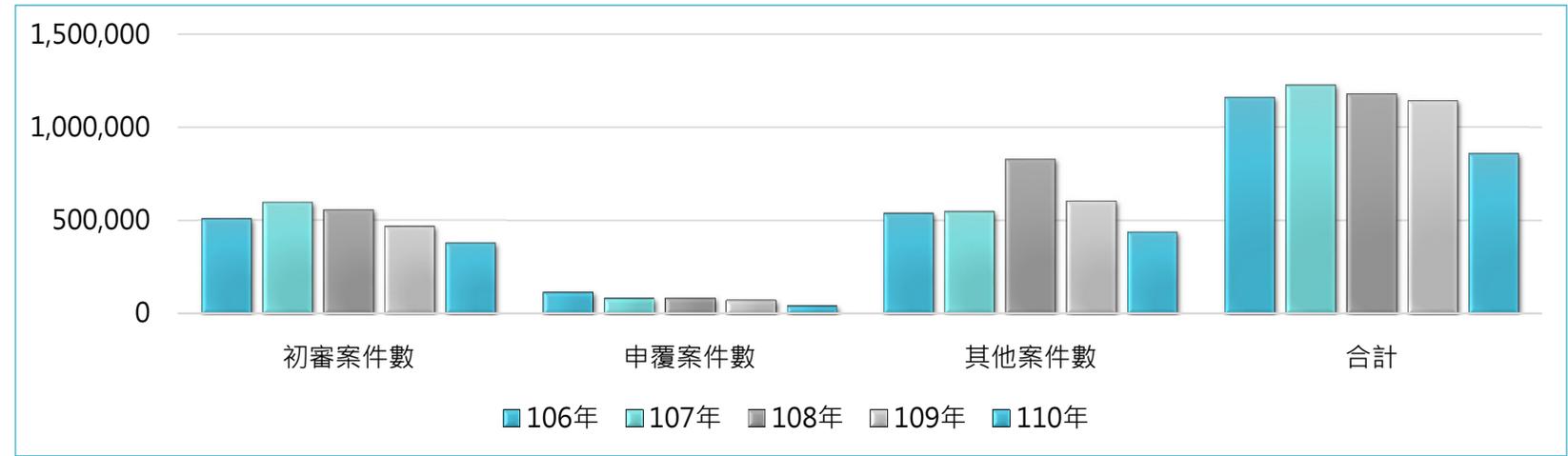
聘任數：

	106年	107年	108年	109年	110年	109-110年 變動情形
審查醫藥專家 -一般	2,572	2,484	2,481	2,436	2,518	82
審查醫藥專家 -特殊	74	79	79	86	83	-3
疾病分類輔助 專員	105	120	119	109	102	-7

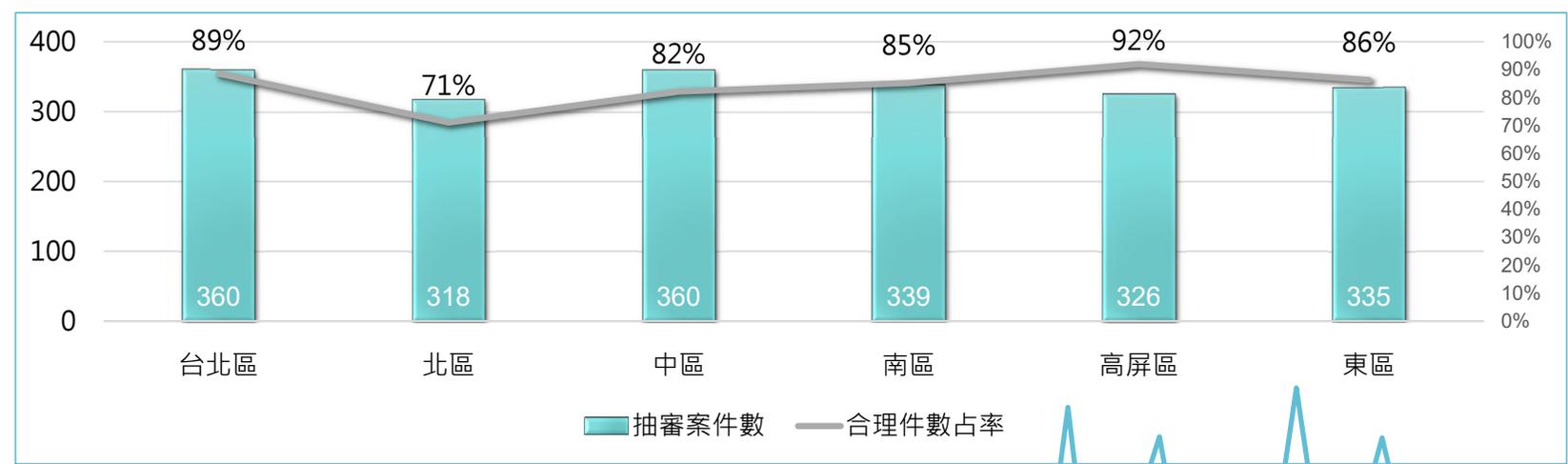


# 審查作業

各類審查案件數：

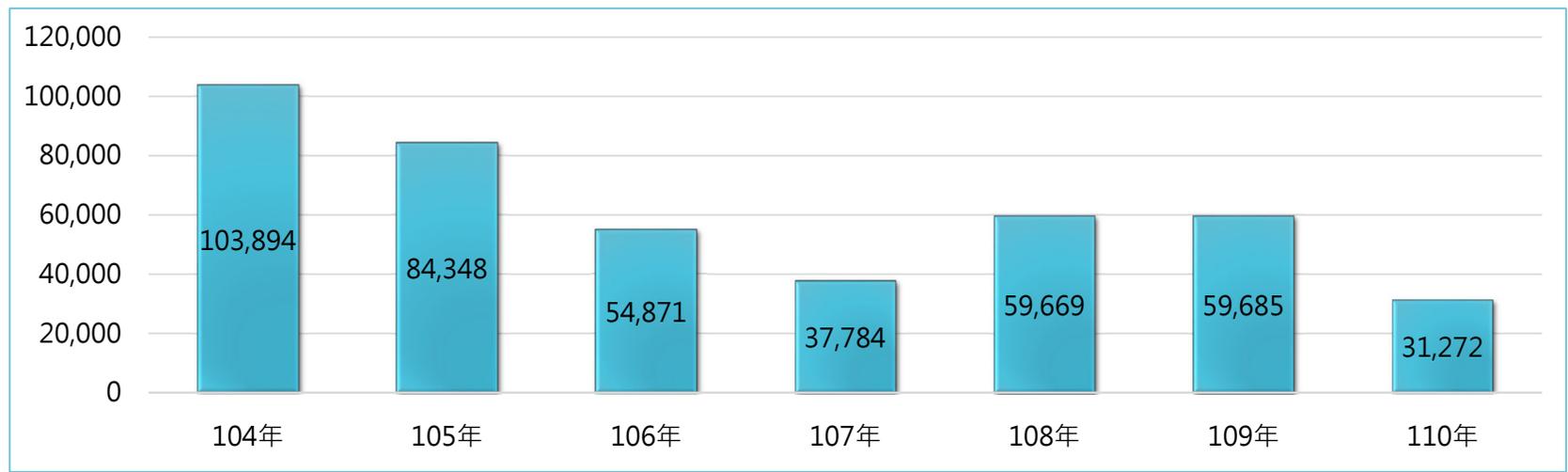


審畢案件評量結果：

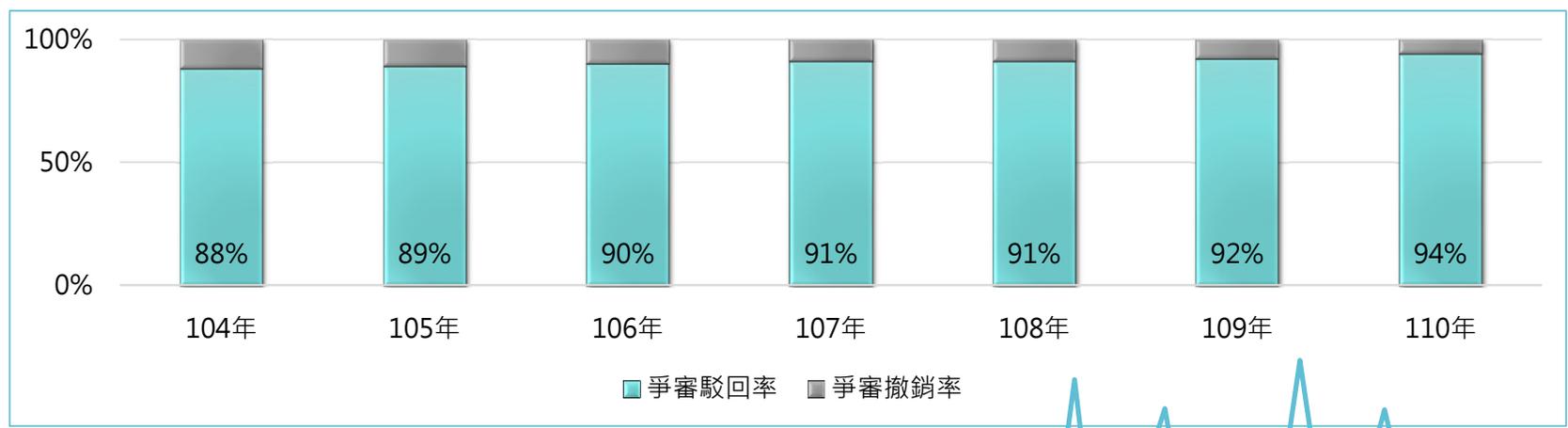


# 爭議審議

爭議審議案件數：



爭議審議結果：





## 06-5院所違規

# 院所違規情形及醫療機構輔導

### 106至110年院所違反特管辦法之查處追扣金額

項目	106年	107年	108年	109年	110年	說明
違規金額 (萬元)	2,977	3,571	1,665	1,652	1,140	110年的違約金額較109年減少。
占該年度總額之比率%	0.007	0.008	0.038	0.0036	0.0025	

110年經健保署函知1起違規案件，未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，以虛報醫療費用。  
 依據健保署提供資料所示，醫院部門110年合計24件違規案件，其中1件為未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫療服務、5件為未經醫師診斷逕行提供醫事服務、2件未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，以虛報醫療費用及16件其他案件，而所謂之其他案件，係知其他因查處案件造成行政追扣之點數（如院所坦承或雙方協商等可追扣之金額），其金額718萬3700元。

110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87家，審查次數96次，8家列加強審查，餘無移查處之醫院。

### 110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												
	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)				合計輔導家數	輔導結果(家數)		
			合理	輔導	移查處	書面審查	實地審查	檔案分析	書面輔導	面議輔導	電話輔導	實地輔導		列為稽核	加強審查	改善結果
台北	51	56	56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
北	1	1	1	-	-	4	-	11	-	4	-	-	4	-	8	-
中	11	15	13	4	-	-	4	-	-	-	-	4	4	-	-	4
南	7	7	3	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
高屏	17	17	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-



7  
TEXT

# COVID-19疫情 醫療因應作為

{ 參照書面報告P.118 }



# 院所配合防疫政策之相關作為



**臺北榮民總醫院**  
Taipei Veterans General Hospital

**住院病人陪病管理系統**

陪病者須於三日內新近肺炎  
病毒檢測正常報告(本院檢驗  
者免本項申請)

陪病者須登入系統填寫個人資  
料申請陪病

護理站審核個人證件，核發  
「實名陪病證」，每週更換

陪病者請務必  
隨身攜帶「健保卡」  
及「實名陪病證」，每週更換

注意  
危險！人員有異

臺北榮民總醫院 護理站申請，請配合下列事項：

1. 陪病者須於三日內新近肺炎病毒檢測正常報告(本院檢驗者免本項申請)

2. 陪病者須登入系統填寫個人資料申請陪病

3. 護理站審核個人證件，核發「實名陪病證」，每週更換

4. 陪病者請務必隨身攜帶「健保卡」及「實名陪病證」，每週更換

5. 陪病者須於每日下午17:00前，將「陪病申請表」及「陪病證」交還護理站

6. 陪病者須於每日下午17:00前，將「陪病申請表」及「陪病證」交還護理站

7. 陪病者須於每日下午17:00前，將「陪病申請表」及「陪病證」交還護理站

8. 陪病者須於每日下午17:00前，將「陪病申請表」及「陪病證」交還護理站

9. 陪病者須於每日下午17:00前，將「陪病申請表」及「陪病證」交還護理站

10. 陪病者須於每日下午17:00前，將「陪病申請表」及「陪病證」交還護理站

臺北榮民總醫院 護理站申請，請配合下列事項：

1. 陪病者須於三日內新近肺炎病毒檢測正常報告(本院檢驗者免本項申請)

2. 陪病者須登入系統填寫個人資料申請陪病

3. 護理站審核個人證件，核發「實名陪病證」，每週更換

4. 陪病者請務必隨身攜帶「健保卡」及「實名陪病證」，每週更換

5. 陪病者須於每日下午17:00前，將「陪病申請表」及「陪病證」交還護理站

6. 陪病者須於每日下午17:00前，將「陪病申請表」及「陪病證」交還護理站

7. 陪病者須於每日下午17:00前，將「陪病申請表」及「陪病證」交還護理站

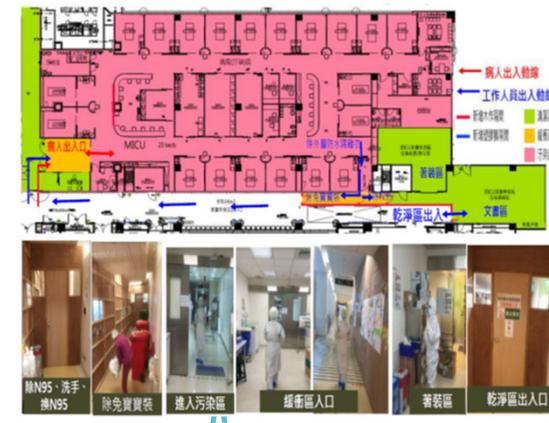
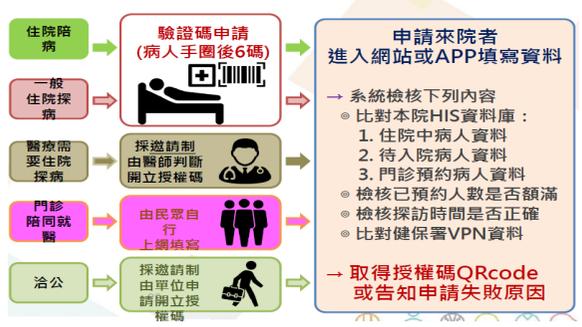
8. 陪病者須於每日下午17:00前，將「陪病申請表」及「陪病證」交還護理站

9. 陪病者須於每日下午17:00前，將「陪病申請表」及「陪病證」交還護理站

10. 陪病者須於每日下午17:00前，將「陪病申請表」及「陪病證」交還護理站

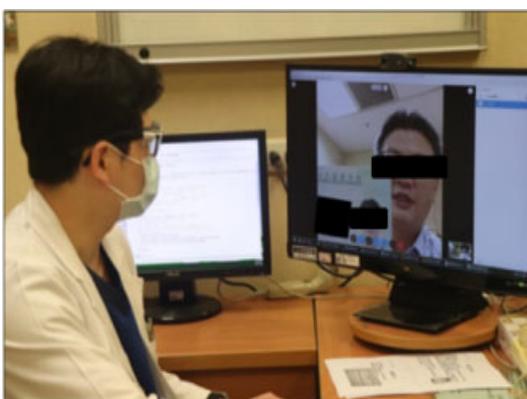


## 實聯制預約登記及管理機制



# 確保保險對象獲得必要醫療服務相關措施

## 1. 視訊診療



## 2. 院外領藥



## 3. 疫苗施打



# 110年度 醫院總額部門執行成果報告-專案



台灣醫院協會  
111.07.05

# 急診品質提升方案

- 目的

以論質計酬方式試辦，縮短病人在急診室留置時間，提升急重症照護品質。

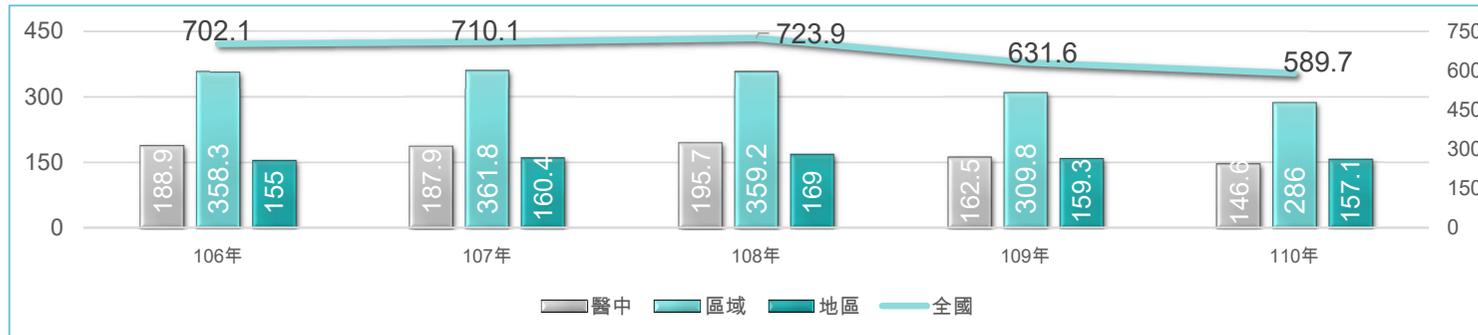
- 內容

- ✓ 急診重大疾病照護品質獎勵：針對急性心肌梗塞、重大外傷、嚴重敗血症及到院前心跳停止(OHCA)患者，訂定一定時間內接受必要治療處置之標準及獎勵。
- ✓ 轉診品質獎勵：醫院照護能力未符需求之病人，轉診至上一級醫院；或收治病況穩定者，轉出至同等級或下一級醫院之適當醫療機構者，給予獎勵。
- ✓ 急診處置效率：設定壅塞指標及效率指標，依指標達標情形及急診病人數給予獎勵。
- ✓ 補助急診專科醫事人力：
  - 補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務。
  - 補助地區醫院增聘急診專科醫師人力。



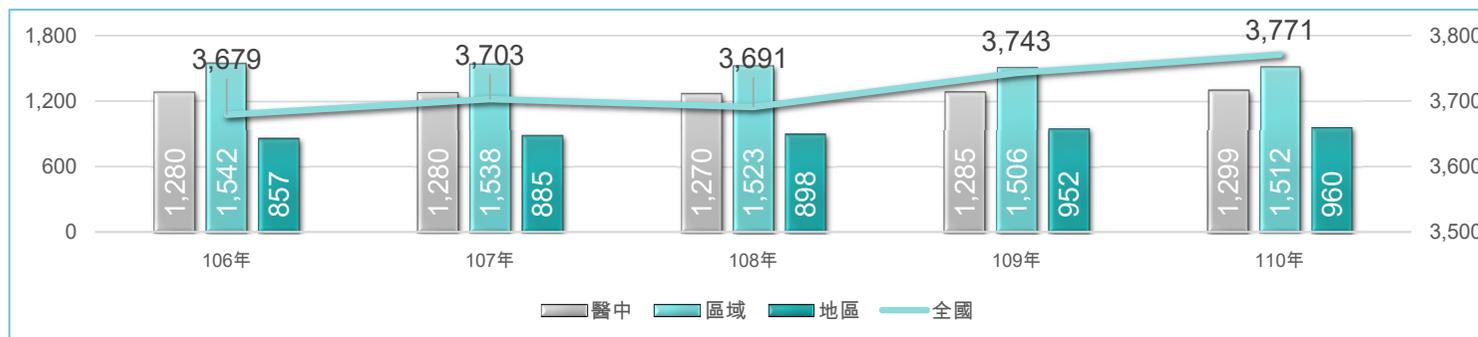
# 急診醫療服務及利用情形

## 全國暨各層級醫院申報急診診察費之件數



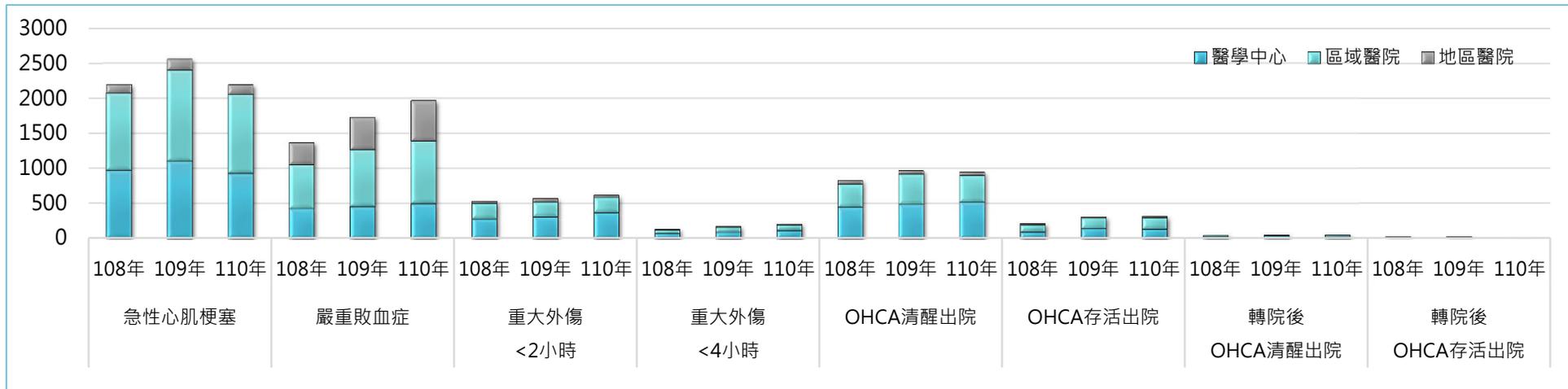
急診申報案件數在110年仍受COVID-19疫情影響，整體急診診察費申報件數共589.7萬件較109年負成長6.6%；從急診觀察床平均照護件數來看，110年急診觀察床數較109年共增加28張床，以醫學中心增加最多。

## 全國暨各層級醫院急診觀察床數



# 各類獎勵執行結果

## 重症照護品質獎勵項目申報點數



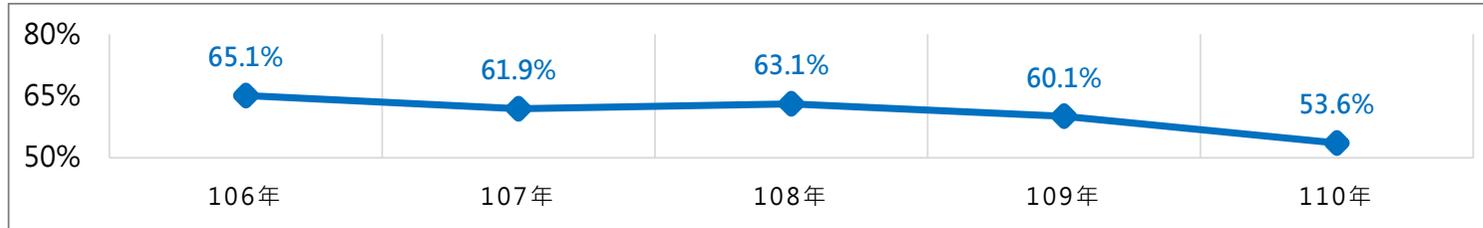
## 轉診品質獎勵



## 01-急診品質提升方案

# 方案指標 - 全國

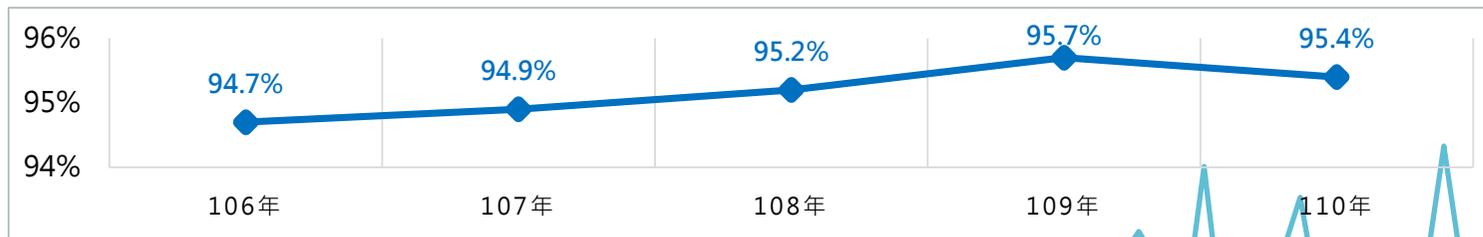
- 重大疾病照護進入加護病房 < 6小時之比率



- 檢傷一、二、三級急診病人 < 8小時內轉入病房之比率



- 檢傷四、五級急診病人 < 4小時內離開醫院之比率



## 小結

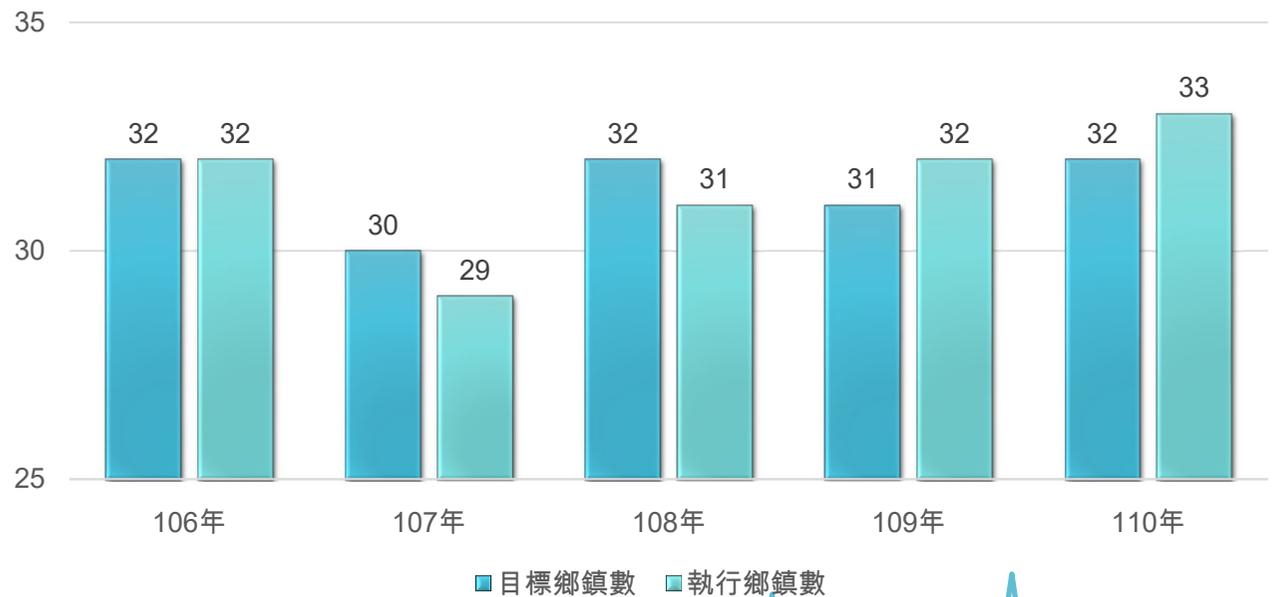
- 考量急診品質提升方案已實施近10年，獎勵架構及獎勵指標已不完全符合現行醫療實務需求，因此，在111年重新檢視並研修方案內容，修訂方向如下。
  - 急診重大疾病照護品質獎勵新增**主動脈剝離需緊急手術**獎勵。
  - 轉診品質獎勵新增**符合上轉或平診之病人60分鐘內轉出**獎勵。
  - 急診處置效率共四項(刪除不合時宜指標，僅保留2項指標，並新增2項指標)。
    - 急診重大疾病照護之病人進入加護病房 < 6小時 (原方案指標)
    - 地區醫院急診病人增加 (原方案指標)
    - 檢傷一、二、三級急診病人轉入病房 < 8小時 (新增指標)
    - 急性呼吸衰竭於急診緊急插管之病人進入加護病房 < 6小時 (新增指標)



## 西醫醫療資源不足地區改善方案

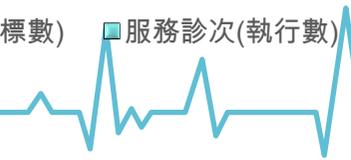
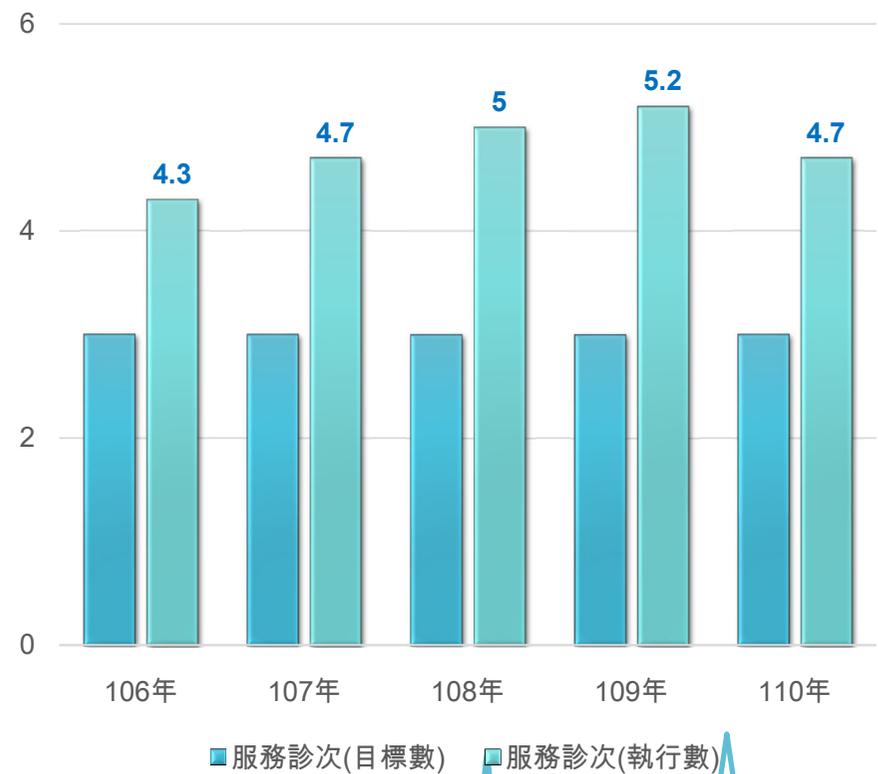
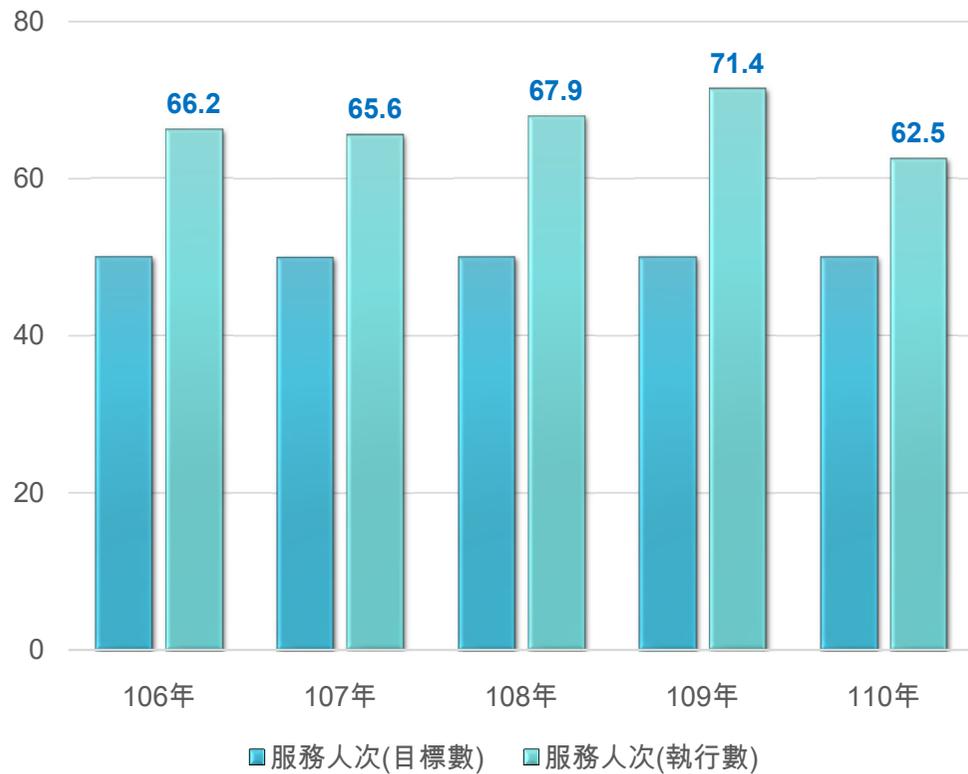
- 目的
  - ✓ 鼓勵醫師到醫療資源不足地區提供醫療服務。
  - ✓ 促使全體保險對象都能獲得適當的照護。
- 策略
  - ✓ 獎勵開業計畫：增加當地現有醫療資源。
  - ✓ 巡迴醫療計畫：將鄉外醫療資源送入醫療資源不足地區。

- 110年目標鄉鎮數32個，執行鄉鎮數達33個(執行率103.1%)，共計43家醫院、15個專科別參與本方案。



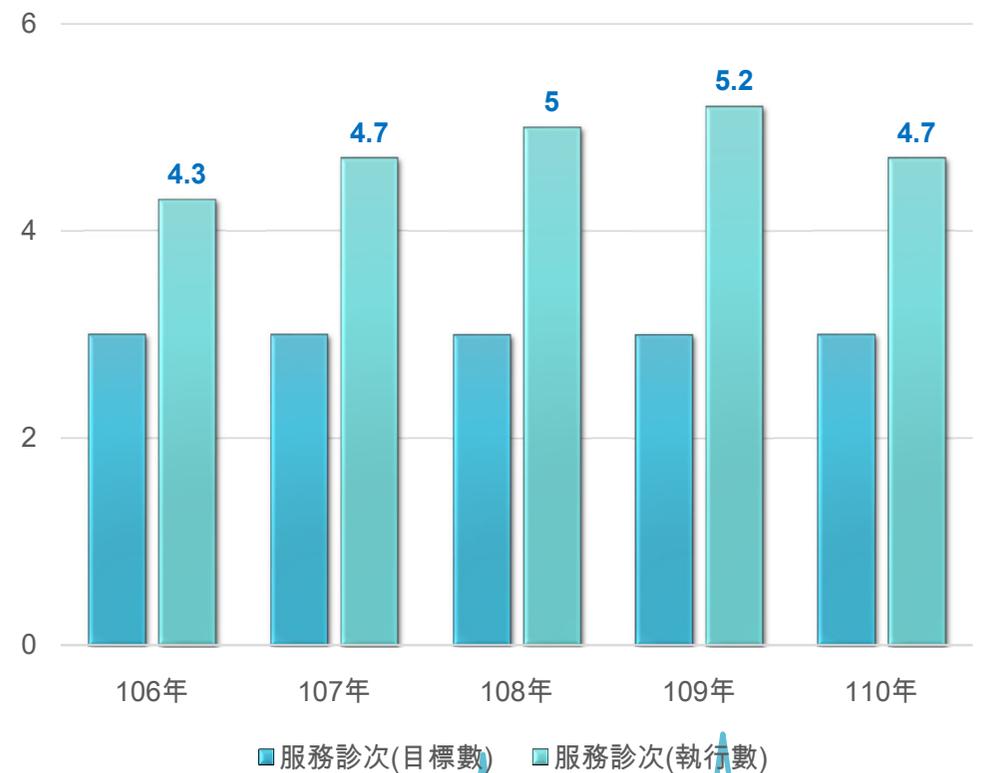
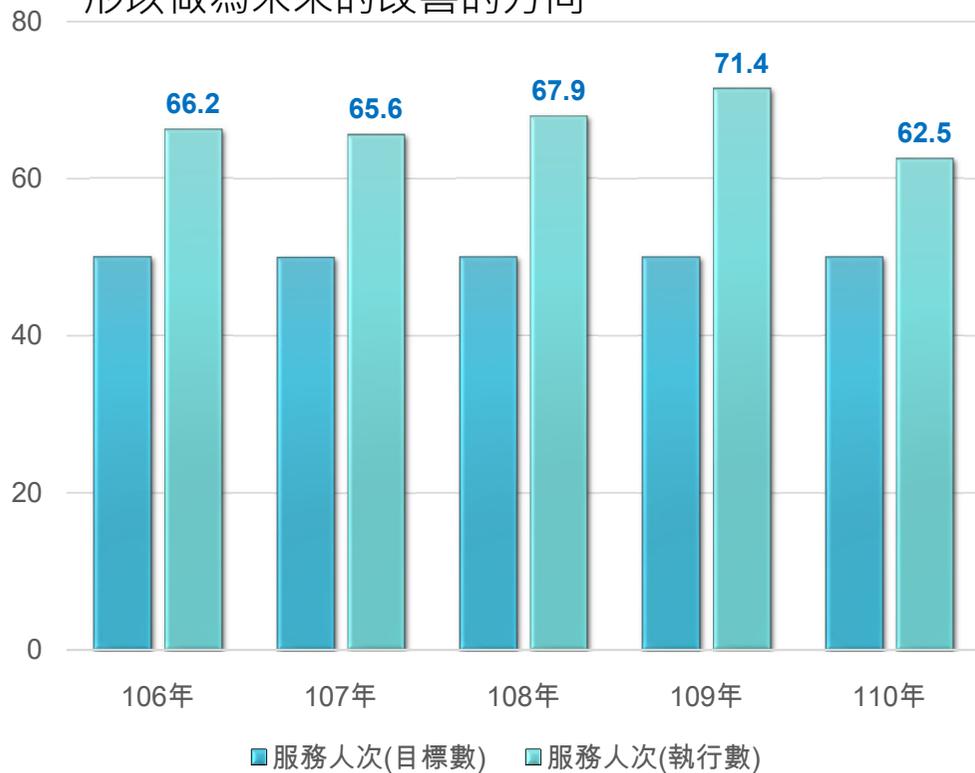
# 西醫醫療資源不足地區改善方案

- 110年參與院所至醫療資源不足地區巡迴約4,740診次、服務約62,494人次。



# 西醫醫療資源不足地區改善方案

- 110年參與院所至醫療資源不足地區巡迴約4,740診次、服務約62,494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，並會定期監測執行情形以做為未來的改善的方向。



# 醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案

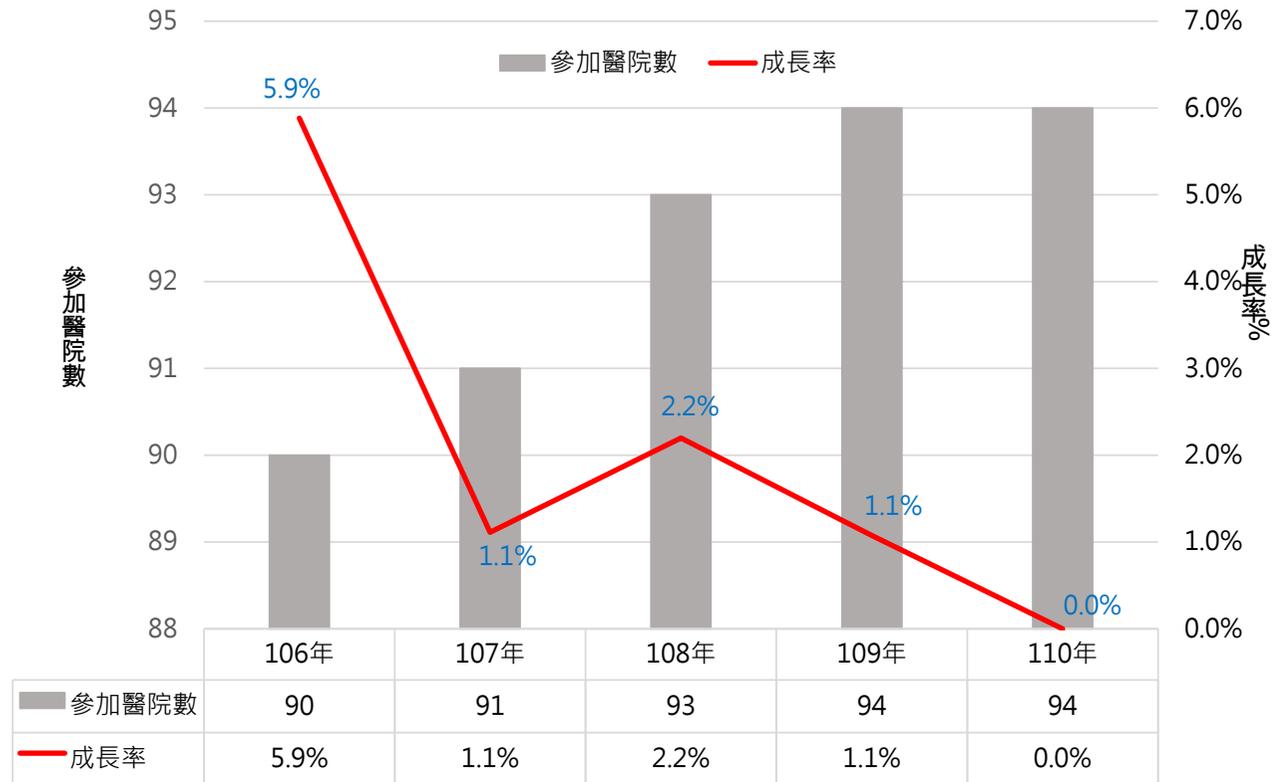
## 目的

- 強化離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療，減少就醫奔波之苦。
- 以點值保障該等區域或鄰近區域之醫院，使其具備較佳醫療提供之能力，並加強提供醫療服務及社區預防保健，以增進民眾就醫之可近性。

## 策略

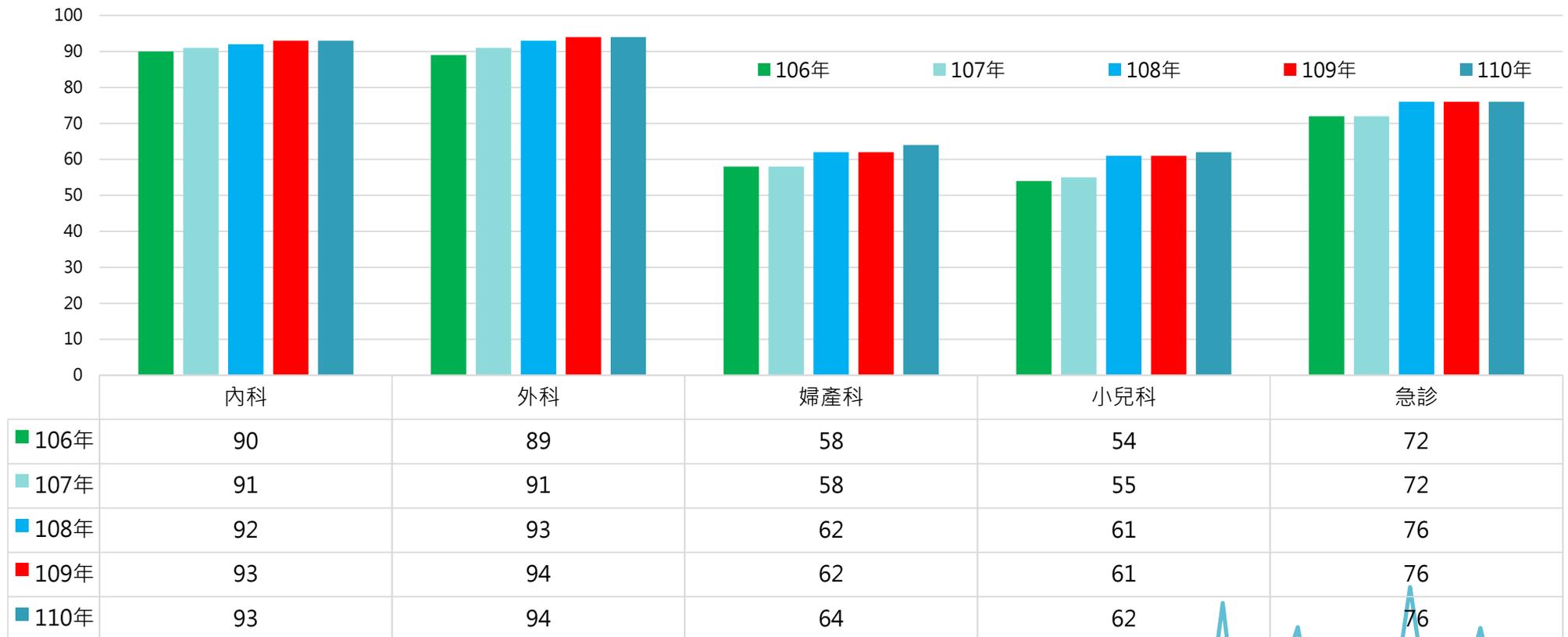
- ✓ 申請醫院須承諾強化之醫療服務：
  - 提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住院醫療服務(含支援醫師)，並應由各該專科醫師實際提供每週三次以上之門診看診服務。
  - 提供24小時急診服務。

## 110年共94家參加



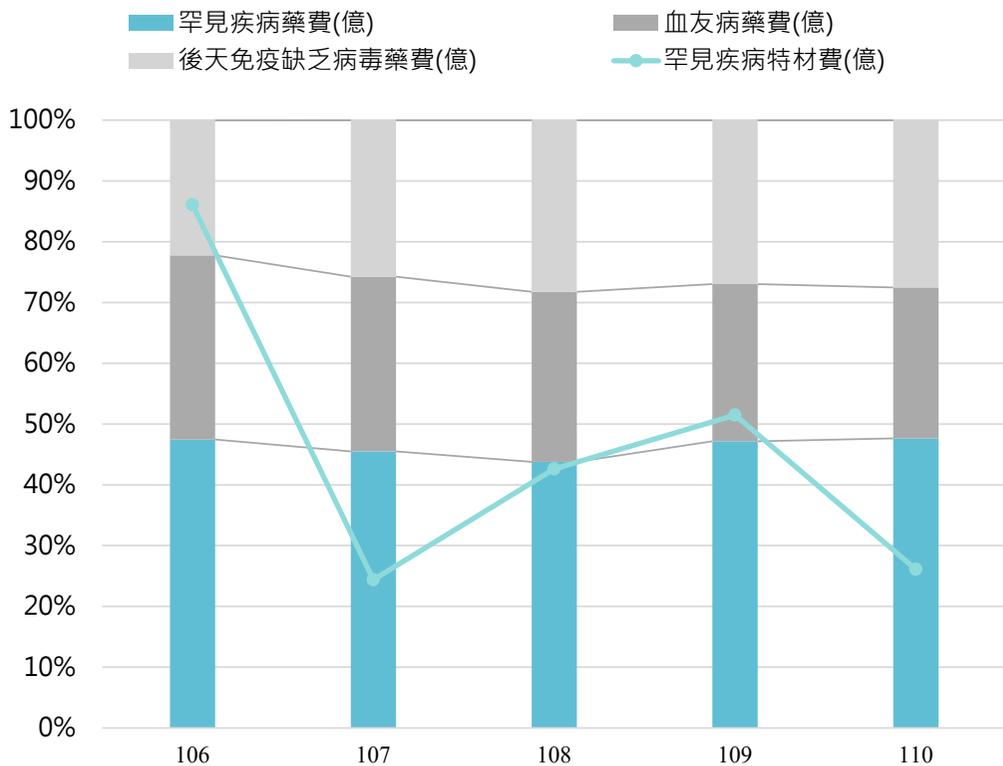
# 醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案

110年：93家提供內科服務、64家提供外科門診服務，64家提供婦產科門診服務、62家提供小兒科門診服務、76家提供急診服務。

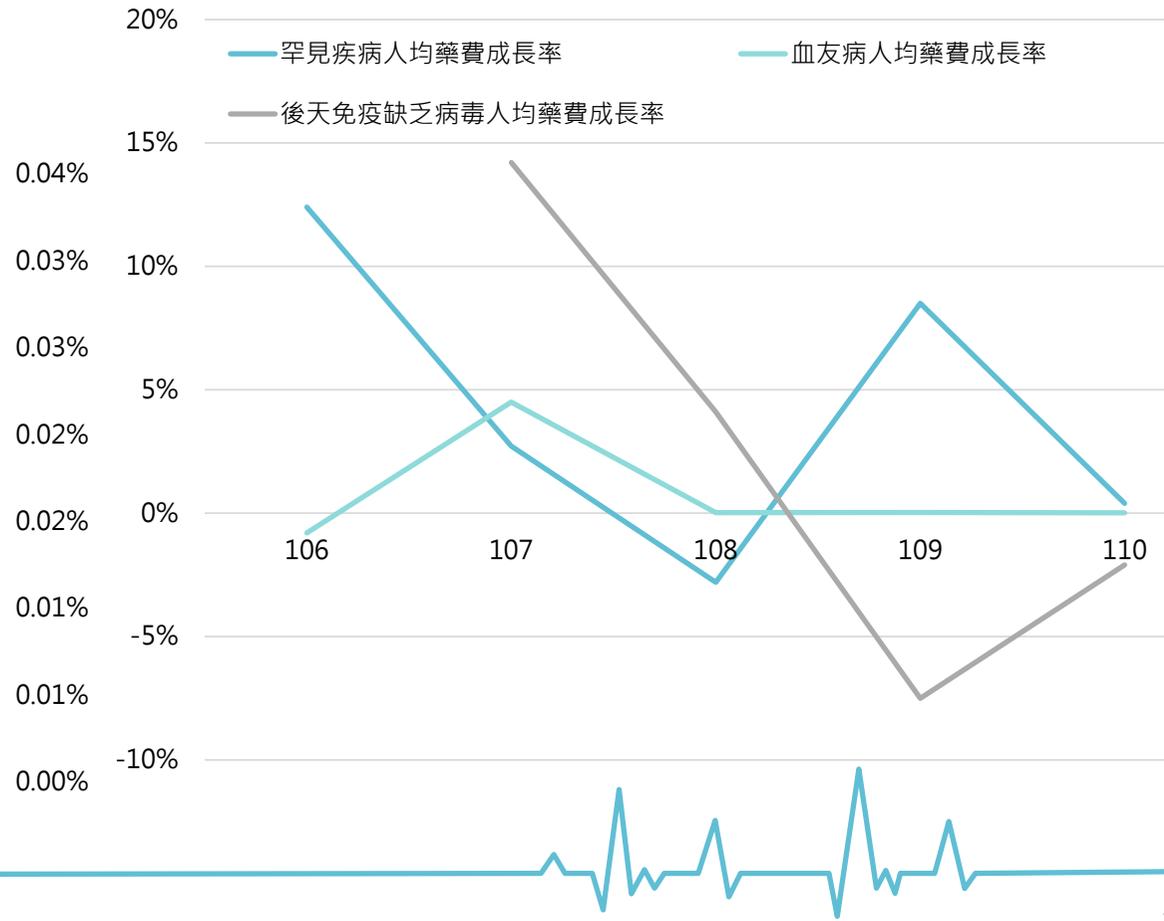


# 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費 及罕見疾病特材

106~110年各項治療藥費占率



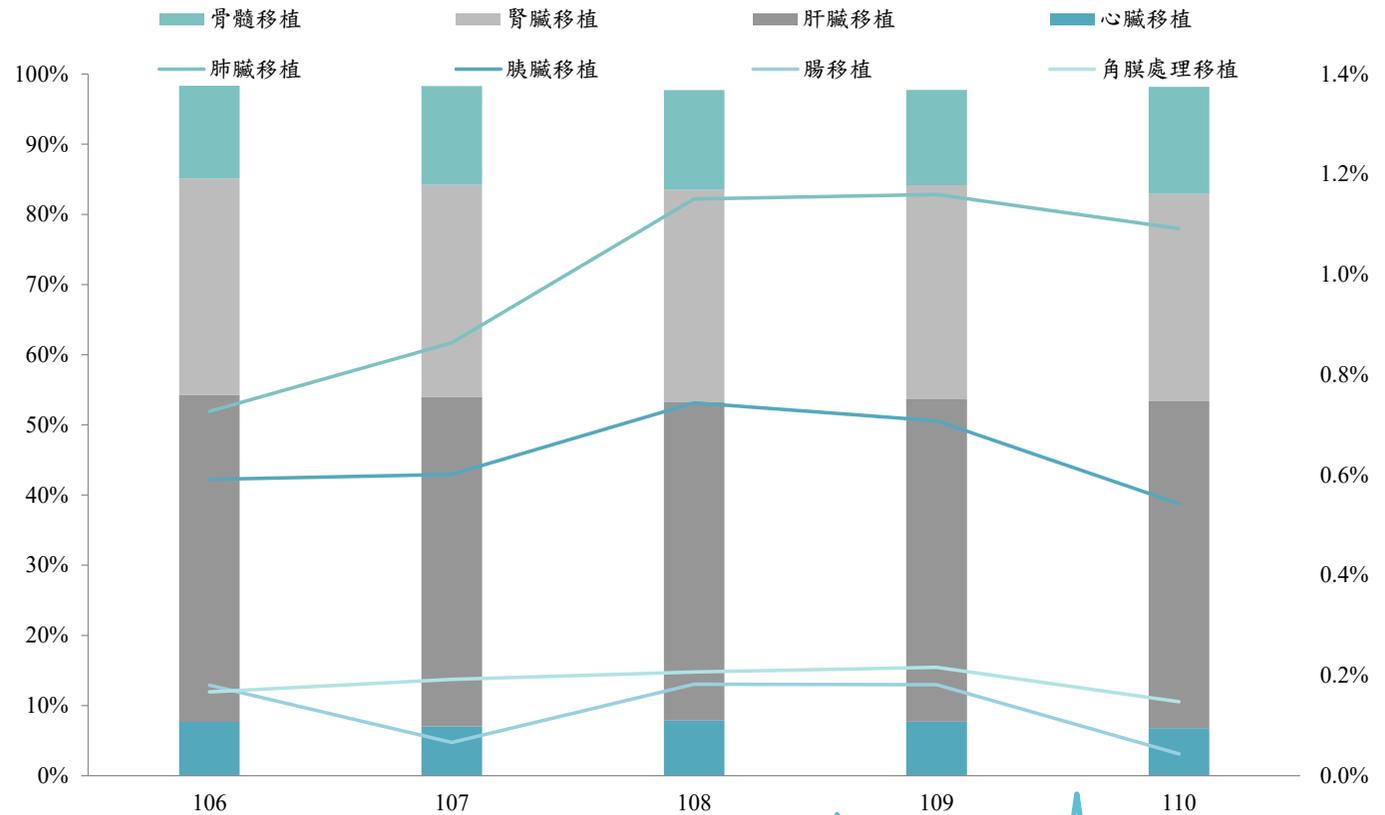
106~110年各項治療人均藥費成長率



## 05-器官移植

# 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質

### 106~110年各器官移植項目執行費用占率



### 106~110年預算執行情形

項目	年	106	107	108	109	110
預算數	--值(億元)	42.157	43.997	47.128	50.27	51.27
	--成長率(%)	1.3	4.4	7.1	6.6	2.0
預算執行數	--值(億元)	41.92	43.91	45.38	46.02	46.88
	--成長率(%)	7.5	4.7	3.3	1.4	1.9
	--預算執行率(%)	99.4	99.8	96.3	91.5	91.4

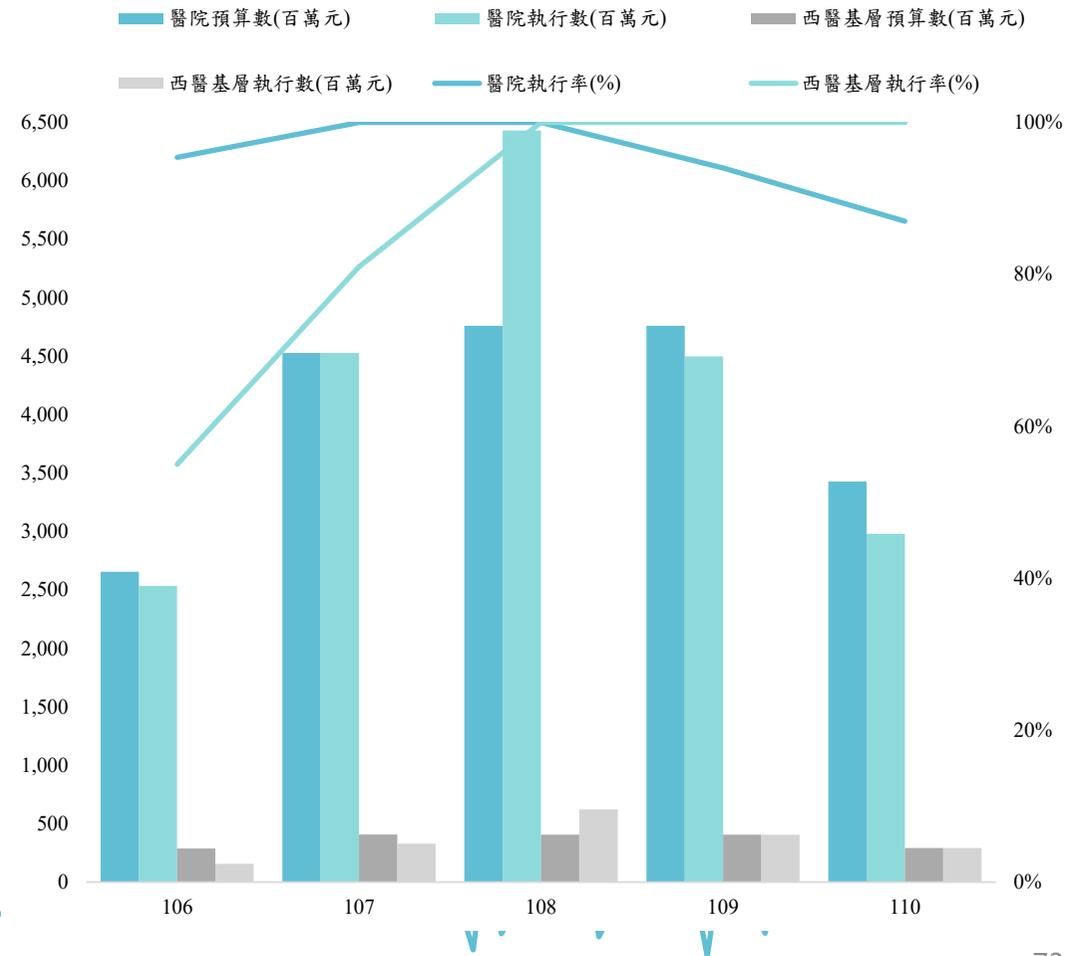
# 106-C型肝炎用藥

## C型肝炎用藥

### 106~110年C型肝炎藥費預算執行情形

#### 106~110年預算執行情形

項目	年	106	107	108	109	110
整體						
預算數(百萬元)		2,943.0	5,036.0	6,536.0	8,166.0	6,570.0
執行數(百萬元)		2,690.8	4,856.9	7,053.9	4,904.2	3,272.9
執行率		91.4%	96.4%	107.9%	60.1%	49.8%
C肝新藥						
新收案數		9,538	19,549	45,808	36,157	19,979
總治療人數		9,538	29,087	74,895	111,052	131,025
已達治癒標準人數		8,702	18,159	43,315	24,925	9,477
治療涵蓋率(年累計)		21.9%	26.4%	37.1%	43.2%	52.1
醫院						
預算數(百萬元)		2,655.0	4,528.0	4,760.0	4,760.0	3,428.0
執行數(百萬元)		2,533.5	4,528.0	6,431.0	4,498.2	2,980.9
執行率		95.4%	100%	100%	94%	87.0%
C肝新藥						
新收案數		8,776	18,369	41,805	31,854	16,854
總治療人數		8,776	27,139	68,950	100,804	117,654



## 提升醫院用藥安全與品質方案

- 本方案自108年起實施。
- 110年參與院所數及照護個案數均有增加，在觀察指標「醫師或其他醫事人員接受率」方面，重症加護臨床藥事照護達94.8%，較前一年高一些，門診臨床藥事照護則維持87.8%。
- 執行成果

年	參與院所數	審查通過之藥師人數		照護個案數	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
108	103	269	232	40,953	93.0%	91.2%
109	120	89	65	50,717	94.2%	87.8%
110	134	113	103	59,263	94.8%	87.8%



## 08-建立轉診之合作機制

# 鼓勵院所建立轉診之合作機制

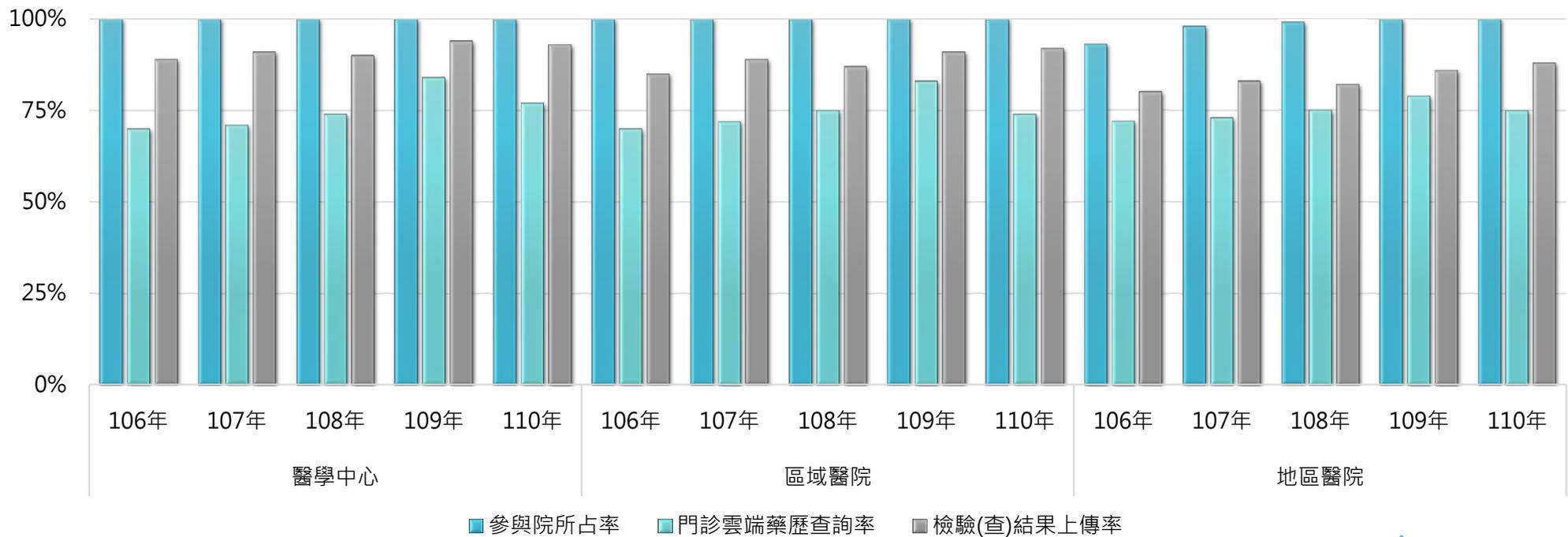
- 自107年起實施。
- 醫院而言，以竭盡心力降低與消除民眾轉診的障礙，包括最重要的是建立相關資訊平台、會員制度以共享病人的就醫資訊，使得病人一旦接受轉診，接受轉診的院所可即時、有效掌握病人就醫資訊(檢驗檢查資料等)，資訊無礙是轉診的先決條件。
- 最重要的關鍵則是病人信任與遵從度，縱使醫院端與診所的雙向轉診合作無間，如病人沒有聽從轉診建議，前往受轉診院所進行治療，這樣的轉診也是徒勞無功。

項目	年度	107	108	109	110
鼓勵院所建立轉診之合作機制					
醫院					
預算數(百萬元)		258.0	689.0	689.0	400.0
執行數(百萬元)		70.7	206.0	213.6	200.1
預算執行率(%)		27.4%	29.9%	31.0%	50.0%
西醫基層					
預算數(百萬元)		129.0	258.0	258.0	258.0
執行數(百萬元)		55.4	143.8	148.2	143.5
預算執行率(%)		43.0%	55.7%	57.4%	55.6%
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	1,346.0	1,000.0	1,000.0
執行數(百萬元)		62.6	1,051.0	1,000.0	1,000.0
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
支應醫院與西醫基層病人流動之預算		62.6	1,051.0	1,000.0	1,000.0
預算執行率		4.65%	78.1%	100.0%	100.0%



## 網路頻寬補助費用(含獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用)

- 本項目參與院所數於109年達到100%，110年亦維持100%，而門診雲端藥歷查詢率於110年有些許下降，可能與疫情期間門診減量有關，在檢驗(查)結果上傳率及醫療檢查影像即時上傳率則維持逐年上升的趨勢



# Thank You

