

衛生福利部中央健康保險署南區業務組
「南區醫院總額」115 年第 3 次共管會議
會議紀錄

時間：115 年 9 月 11 日(星期五)下午 2 時 40 分

地點：南區業務組 9 樓第一會議室/Teams 視訊會議

主席：韓佩軒組長

紀錄：盧羽眉

謝景祥主委

出席人員(*為視訊與會)：

委員姓名	出席代表	委員姓名	出席代表
謝景祥主委	謝景祥	陳煒委員	(請假)
許耿福委員	林志豪 _(代)	楊仁宗委員	楊仁宗*
李麗娟委員	李麗娟	劉啓舉委員	劉啓舉
林宏榮委員	林宏榮	歐建慧委員	歐建慧
卓瑩祥委員	卓瑩祥*	蔡良敏委員	蔡良敏
馬惠明委員	馬惠明*	鄭天浚委員	鄭天浚
曹承榮委員	曹承榮*	鄭名芳委員	(請假)
陳正榮委員	陳正榮*	劉秉彥委員	田宇峯 _(代)

衛生福利部中央健康保險署：

韓佩軒	賴大年	郭俊麟	吳佩寧	蔡玉淇	張智傑
許寶茹	呂宛諭	柳家鈺	陳嘉浚	盧羽眉	曾荃璞
楊韻萱*	黃柏儒*	張家綾*	薛紫鳳*	林亭儀*	李怡君*
廖砒菁*	許芷綾*	蔡雅文*	陳等婷*	許涵琇*	翁修慧*

陳菽錦* 吳淑女* 廖俐惇* 阮麗玲* 陳麗英* 李美嫻*
鄧瑞婷* 何欣瑜* 楊庭瑜

視訊旁聽人員：轄區醫院

壹、主席致詞：(略)

貳、專題報告/演講：南區區域聯防(腦中風、主動脈剝離)網絡建置及運作情形：成大醫院宋碧姍醫師 (略)

參、上次會議紀錄確認：請參閱 (不宣讀) 確認 (略)

肆、報告事項：

一、醫院醫療服務審查執行會南區分會報告 (略)

二、醫院總額執行概況暨業務宣導：**115 年 Q2 方案結算、待改善指標**(生物相似藥/學名藥醫令占率、急診檢傷滯留>24 小時比率、急診轉住院滯留>48 小時比率、非同體系區域以上醫院下轉率、出院後 3 日內再急診率、西醫可避免住院率、CT/MRI 執行及再執行率、10 類檢查(驗)再執行率、115Q2 西醫門診年復健>180 次等)、**新增/持續監測指標**(區域以上醫院門診注射化療藥品占率、ICU/急性一般病床占床率、關床情形及護理人力分布、口腔癌避免人球之指標監控、DKD 照護率、居家安寧在宅善終比率、115 年 Q1 接受出院準備服務個案之後續醫療/長照銜接率等)、**重要計畫**(地區醫院全人全社區照護、OPAT、ACAH)申請及收案現況、**其他重要政策推動**(健康台灣 888 相關指標照護率、復健病房試辦計畫、ACP、FHIR、電子處方箋、乳癌照護品質提升方案、思覺失調方案修訂、術後加速康復(ERAS)推廣計畫、高血脂醫療給付改善方案)**及管理宣導**(115 年 Q1 回溯性專案辦理情形及案例、推動自主事前審查、NGS 及醫療機構協助住宿型機構住民移除鼻胃管試辦計畫)等。

伍、報告案

第一案

報告單位：南區業務組

案由：115 年 Q2 南區方案陸之三「依專審核減點數乘 10 倍下修基期收入」之專案項目。

說明：

一、依南區醫院總額 111 年第 4 次共管會議、112 年第 1 次共管會議及 113 年第 4 次共管會議決議辦理。

二、符合旨揭核扣原則之**2 項**專案數據如下表，本次總計應下修**2 家**、**806,000 點**，於 115 年 Q2 方案結算時執行。

異常專案名稱	層級別	醫事機構	清查件數(A)	自行檢視		審查 (針對標的醫令)		核減率 (D/C)	應下修 基期 (0 階) 點數 (D*10)
				同意繳 回件數 (B)	繳回率 (B/A)	點數 (C)	專審核 扣點數 (D)		
尿失禁電 刺激治療 (47087C)申 報管理	區域 以上	A1	193	193	100.0%	0	0	-	
		A2	37	3	8.1%	32,550	4,200	12.9%	
		A3	18	2	11.1%	14,350	8,050	56.1%	
		A4	15	1	6.7%	15,400	12,600	81.8%	126,000
		A5	8	5	62.5%	6,300	4,200	66.7%	
		A6	6	3	50.0%	3,500	0	0.0%	
		A7	5	0	0.0%	6,650	4,200	63.2%	
	地區 醫院	B1	74	54	73.0%	28,700	0	0.0%	
		B2	2	2	100.0%	0	0	-	
		B3	3	0	0.0%	2,450	0	0.0%	
	小計 (P25 區域=7) (P25 地區=3)		361	263	72.9%	109,900	33,250	30.3%	126,000

異常專案名稱	層級別	醫事機構	清查件數	抽審件數(A)	自行檢視		審查 (針對標的醫令)		核減率 (D/C)	應下修 基期 (0 階) 點數 (D*10)
					同意繳 回件數 (B)	繳回率 (B/A)	點數 (C)	專審核 扣點數 (D)		
穿顱都卜勒超音波檢查 (20026B)合理性	區域以上	A6	1,813	50	21	42.0%	68,000	30,000	44.1%	
		A8	1,062	35	0	0.0%	70,000	68,000	97.1%	680,000
	地區醫院	B1	1,113	37	31	83.8%	12,000	8,000	66.7%	
		B4	1,109	37	1	2.7%	72,600	32,600	44.9%	
		B5	947	32	17	53.1%	30,600	18,000	58.8%	
	小計 (P25 區域=96) (P25 地區=12)		6,044	191	70	36.6%	253,200	156,600	61.8%	680,000

註：考量審查量能，本專案針對「執行率高於全國值且主次診斷皆不符適應症案件占率 $\geq 30\%$ 」之 5 家醫院，依諮詢審查醫師建議 30 抽 1、抽審 5 至 50 件，其抽審件數非實際異常情形，故應清查件數之南區同儕 P25 值分別以區域以上 14 家、地區 15 家醫院之異常件數(20026B 不符適應症件數)採計。

決定：洽悉。

第二案

報告單位：南區業務組

案由：預定 116 年南區風險移撥款「區域聯防－提升區域醫療照護量能試辦計畫」徵求規劃。

說明：

一、為提升區域醫療照護效能及品質，建立區域聯防跨院合作模式，規劃於 116 年南區醫院總額風險調整移撥款增列旨揭計畫。經 115 年 8 月 24 日與南區分會工作小組初步討論，後續作業流程簡述如下：

(一) 為廣納各院對區域醫療缺口及聯防合作模式建議，請各院先依附表 1 格式提報初步計畫構想予南區分會彙整。

(二) 針對提報計畫之需求迫切性及規劃合適性等，由南區分會另召開討論會議共同決定優先執行項目及主責醫院。

(三) 主責醫院提報計畫後，由本組進行各項費用試算，列入 115 年第 4 次共管暨第 2 次院長會議討論。

二、前揭作業因涉及 116 年南區風險移撥款及南區方案品質指標之整體規劃，亦須請南區分會協助共同調查相關調整建議，爰彙整預備作業項目及時程如附表 2。

三、本組擬定徵求計畫說明如附件 1，簡述如下：

(一) 建議規劃主題：

1、婦兒區域聯防照護模式：

(1) 新生兒重症：受少子女化影響，兒科專科醫師培育誘因降低造成人力短缺分配不均，新生兒早產及重症風險提高。

(2) 高危險妊娠：晚婚、晚育趨勢下，高齡產婦增加及孕婦慢性疾病盛行，高危險妊娠照護需求增加。

(3) 小兒科急診：因兒科醫療人力分布不均及急診量能不足，需強化兒童急症照護量能及可近性。

2、急重症量能整合與醫學中心急診壅塞改善：因人口老化慢性疾病增加、醫療人力短缺、醫療資源分布不均等，急診壅塞成為醫療體系的重大挑戰。

3、其他區域醫療缺口之聯防照護模式：如重大外傷、神內人力不穩定等。

(二) 計畫內容：

1、應以區域實際醫療需求為基礎，提出具體醫療缺口及跨院合作策略，說明現況問題、改善策略、合作院所角色分工、合作機制及預期效益，且應排除本署現有計畫提供之服務、本組現行風險移撥款或衛生福利部之健康台灣深耕計畫等執行項目，以不重複給付為原則(惟如係在既有服務基礎上新增跨院合作機制、擴大量能或產生具體改善效益者，請於計畫具體說明)。

2、以現有提供之服務結合特色巧思發展具體改善或創新等更多面向之照護模式(並明確說明與現行模式差異點)，提升區域醫療服務穩定性及照護品質。

決定：請各院9月底前先提報初步計畫構想予南區分會彙整，針對提報計畫之需求迫切性及規劃合適性等，由南區分會於10月上旬另召開討論會議共同決定優先執行項目及主責醫院，相關作業項目及時程表依報告內容辦理，並於115年第4次共管暨第2次院長會議確認審查結果。

附表 1、「區域聯防－提升區域醫療照護量能試辦計畫」簡表

提報醫院/合作醫院	提報主題	現況評估 (含需求說明)	計畫內容摘要	預估經費 (如現階段尚無法 評估可先省略)

附表 2、南區分會與南區業務組共同預備作業項目及時程表

預定時間	工作項目	南區分會準備事項		南區業務組準備事項	
		區域聯防計畫	116 年風險款、品質指標	區域聯防計畫	116 年風險款、品質指標
9 月 11 日	115 年第 3 次共管會提案	徵求 116 年計畫構想		依會議決議作成紀錄 (預計 1 週後發出)	
9 月 30 日前	彙整計畫提報簡表	蒐集各院計畫構想	調查 116 年風險款、品質指標調整建議(含提案+投票)		
10 月 1 日至 10 月 9 日	召開區域聯防計畫討論會議，檢視各院提報計畫內容、協調主題分配並凝聚共識	1.召開討論會議 2.協助檢視計畫內容，並協調計畫分配		參與計畫討論會議	
11 月 6 日前 (預定)	主責醫院提報計畫書	蒐集主責醫院計畫書			
11 月 24 日前	審核有無與現行健保計畫已提供之服務、風險款或深耕計畫等重複給付項目，並進行經費推估試算	查檢計畫書內容： 計畫書內容完整性 〔包括：現況分析、預定目標、執行或改善策略、		查檢計畫書內容： 1.排除本署現有計畫、本組現行風險移撥款或深耕計畫等執行項	針對分會調查項目，進行數據試算

預定時間	工作項目	南區分會準備事項		南區業務組準備事項	
		區域聯防計畫	116 年風險款、品質指標	區域聯防計畫	116 年風險款、品質指標
		團隊組成及合作模式、計畫經費估算表、預期效益及評核指標(可計算性)]		目 2.計算預估經費	
11 月 25 日	於工作小組會議討論 1.區域聯防計畫審查結果 2.116 年風險款項目、品質指標調整建議	提至工作小組討論 1.彙整醫院申請資料 2.彙整 116 年風險款項目、品質指標調整建議		準備資料： 1.查檢結果 2.經費推估計算	準備資料： 數據試算結果及整體規劃建議
12 月 11 日	115 年第 4 次共管會 1.確認區域聯防計畫審查結果，並由主責醫院報告計畫內容 2.訂定 116 年風險款項目 3.訂定 116 年品質指標	提至共管會討論		1.會前：11/25 前擬提案 2.會後：依會議決議作成紀錄(預計 1 週後發出)	

中央健康保險署南區業務組
區域聯防－提升區域醫療照護量能試辦計畫
公開徵求作業說明

附件 1

壹、計畫目的

為提升區域醫療照護效能及品質，並強化醫療資源整合，建立區域聯防跨院合作模式，預計規劃為 116 年醫院總額風險調整移撥款南區執行項目。

貳、預算來源

預計由 116 年醫院總額風險調整移撥款支應辦理。

參、計畫辦理期程

116 年 1 月 1 日(如未核定則以核定日)起至 116 年 12 月 31 日止。

肆、實施方法及申請要件

一、申請醫院基本要件：

(一) 採合作團隊模式提出申請，團隊應指派一家醫院為主責醫院負責提送計畫書(附件 1)、提供聯繫管道、評核指標資料分析及期中及期末成果書面報告(附件 2)等事宜。

(二) 醫療團隊成員以跨院合作組成為原則，可包含不同縣市、區域之醫院。

二、申請程序：依區域聯防計畫討論會議討論結果，於 116 年 11 月 6 日前，檢具正式公文及申請計畫書(附件 1)向本署南區業務組提出申請(申請文件請自行備份，受理後不予檢還)。

三、申請醫院評選作業由南區審查執行分會及本署南區業務組共同審查，並依醫院計畫書規劃之現況分析、預定達成目標、執行或改善策略、團隊組成及合作模式及預期成果效益等面向評核，並經提報南區醫院總額共管會通過，審查結果將函文通知。

伍、計畫內容

一、內容說明：

因應人口結構變化、醫療人力分布不均及特殊醫療服務量能不足等問題，部分區域仍存在特定專科醫師人力不穩定、急重症照護量能不足或醫療服務可近性受限等情形，影響區域民眾獲得即時且適切之醫療照護。

為強化區域醫療韌性，鼓勵醫院針對轄區內具體醫療缺口提出區域聯防合作方案，透過跨院專科支援、人力共享、遠距醫療支援、共同照護模式、轉診轉銜機制或人才培訓等方式，建立可持續運作之區域合作模式，以補足地方醫療服務缺口，提升區域急重症及特殊照護量能，確保民眾於所在地區獲得連續且適切之醫療服務。

二、建議規劃主題如下：

(一) 婦兒區域聯防照護模式：

- 1、**新生兒重症**：臺灣總生育率逐年下降，2024 年僅 0.89 人，受少子女化影響，兒科專科醫師培育誘因降低造成人力短缺分布不均，隨著高齡產婦比例增加，新生兒早產及重症疾病風險提高，具密切及專業照護需求。期望透過區域聯防整合醫療照護，建立轉介合作模式，提供適切及連續性照護，以提升存活率及降低併發症風險。
- 2、**高危險妊娠**：晚婚、晚育趨勢下，高齡產婦增加及孕婦慢性疾病盛行，孕婦健康狀況日益複雜，高危險妊娠照護需求增加，需強化區域醫療照護資源整合，建立區域聯防轉介合作模式，以維護孕婦與胎兒健康。
- 3、**小兒科急診**：因兒科醫療人力分布不均及急診量能不足，透過區域聯防、跨院人力支援、遠距會診及轉診機制，強化兒童急症照護量能及可近性。

(二) 急重症量能調節與醫學中心急診壅塞改善：

近年因人口老化慢性疾病增加、醫療人力短缺、醫療資源分布不均、住院床位不足及民眾就醫行為改變等，急診壅塞成為醫療體系的重大挑戰，期望透過推動分級轉診、提升病床周轉及共同照護模式等策略，提升整體醫療體系運作效率，確保醫學中心急重症照護量能。

(三) 其他區域醫療缺口之聯防照護模式：如重大外傷、神內人力不穩定等。

- 三、計畫內容應以區域實際醫療需求為基礎，說明現況問題(含現行給付或運作模式無法涵蓋或改善情形)、改善策略、合作院所角色分工及預期效益，且應排除本署現有計畫提供之服務、本組現行風險移撥款或衛生福利部之健康台灣深耕計畫等執行項目，以不重複給付為原則，以現有提供之服務結合特色巧思發展具體改善或創新等更多面向之照護模式(並明確說明與現行模式差異點)，提升區域醫療服務穩定性及照護品質。

- 四、申請計畫經費估算：依附件 3 明列施行本計畫各類目獎勵費用估算。

陸、費用支付方式

參與團隊依限提交相關成果報告及資料：

一、期中及期末成果書面報告：

分別於 116 年 7 月 31 日及 117 年 1 月 31 日前依附件 2 提交，需含評核指標達成情形、預計核付獎勵費計算等，由南區審查執行分會及本署南區業務組審核後，預計由 116 年風險移撥款支應，如額度不足以浮動點值計算。

- 二、每季提供相關監測指標數據及符合獎勵案件名單：每季季末月 30 日前提供，參考範例如附件 3。

計畫附件 1

區域聯防－提升區域醫療照護量能試辦計畫申請計畫書

● 書寫格式：由左而右，由上而下，A4 版面，標楷體 14 號字，橫式書寫。

壹、計畫封面(至少包含下列項目)：

一、計畫名稱：○○○○○○○

二、計畫主責醫院：○○醫院

三、團隊成員：○○醫療院所

四、計畫聯絡人：○○○

五、計畫執行期間：自核定日起至 116 年 12 月 31 日

貳、計畫本文：至少包含下列章節內容

一、現況及問題分析

二、計畫目的及目標:請分點具體列述計畫所要達成之目標

三、執行或改善策略:請分點具體列述計畫執行或改善策略

四、團隊組成及合作模式

例如：跨院整合團隊院所名單、建立緊急轉診聯繫管道、24 小時緊急會診合作機制、緊急轉診應變流程及綠色通道機制建立等，並定期召開檢討會議。

五、計畫經費估算表

請依附件 3 列出施行本計畫各類目獎勵費用估算表（計算單位：點）。

六、預期成果效益及可達成之評核指標

請列出執行成效指標及指標計算方式等，指標項目應考量過程面、結果面訂定。

計畫附件 2

區域聯防－提升區域醫療照護量能試辦計畫 期中/期末成果報告

● 書寫格式：由左而右，由上而下，A4 版面，標楷體 14 號字，橫式書寫。

壹、計畫封面(至少包含下列項目)：

一、計畫名稱：○○○○○○○

二、計畫主責醫院：○○醫院

三、團隊成員：○○醫療院所

四、計畫聯絡人：○○○

五、計畫執行期間：自核定日起至 116 年 12 月 31 日

貳、執行報告內容

一、評核指標達成情形

二、預計核付獎勵費計算（計算單位：點）

三、檢討會議紀錄

四、檢討與建議

計畫附件 3(範例)

符合獎勵案件名單

序	收治醫院										轉出醫院									
	醫事 機構 代號	醫事 機構 簡稱	醫事 類別	費用 年月	申報 類別	申報 日期	案件 分類	流水 號	醫令 序	醫令 代碼	醫事 機構 代號	醫事 機構 簡稱	醫事 類別	費用 年月	申報 類別	申報 日期	案件 分類	流水 號	醫令 序	醫令 代碼

備註：

1. 主責醫院提報電子檔
2. 每季提報 1 次
3. 提報時間：次季的第 1 個月底前(如 116Q1 請於 116 年 4 月底前提報)
4. 欄位不足請自行新增

陸、討論提案

提案一

提案單位：南區業務組

案由：115 年 Q2 南區方案結算調整暨品質指標修訂，提請討論。

說明：

- 一、依全民健康保險醫療給付費用醫院總額 115 年第 1 次研商議事會議決議，115 年起醫院總額一般服務固定點值保障項目增列「若當季/區一般服務浮動點值大於 1 元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付作業」(以下簡稱**保障項目點值差額**)。115Q1 預估南區浮動點值為 1.0836，前揭差值約需撥補 2.5 億。
- 二、115 年 Q2 南區醫院總額預算及支出業於今日簡報呈現：
 - (一) 本季預估就醫分區預算為 210.1 億元，經扣除交付機構一般服務收入、自墊核退、先前季別結算於本季之收入及**保障項目點值差額**，醫院當季可用額度為 195.1 億元，經試算後剩餘可支應超額之額度為**尚不足 1.5 億**。
 - (二) 本季 PVA 挹注約 2 億元，依方案伍-四、點值估算後核付方式之調整，階 1 至階 3 點值均可調升至 1，超額總點數約 0.6 億點，超額分階給付金額 0.5 億，需追扣 0.2 億點(核減率 0.1%)，總剩餘額度約 1.2 億。
 - (三) 本季 77%醫院並未超額，且近 73%醫院方案點值達 1 點 1 元，經「地區醫院費用波動」調控後，所有醫院點值均達 0.95。
- 三、檢視 115 年 Q2 南區「品質指標」適用情形：
 - (一) 依南區醫院總額 115 年第 2 次共管暨第 1 次院長會議決議，品質指標至多保留當季一般服務預算之 0.6%，額外加計予達成品質指

標之醫院，並視整體一般服務點數當期較基期成長及預算剩餘情形比照適用。

- (二) 本季各院指標之平均達成率為 81.6%，其中 26 家醫院為 100%，所需總額度約 1 億。為反映各院之努力，本季維持採 RPG 補付方式撥補獎勵額度，惟不比照前季按各院指標達成情形放大上限。

四、另依計畫推動需求及檢視指標正確性，修訂「品質指標」操作型定義如附表 3：

- (一) 配合本署指標彙算或計畫派案時間，調整「重複用藥管理」、「門診靜脈抗生素(OPAT)執行人次」、「地區醫院全人全社區照護計畫照護率」項統計區間或去年同期值之認定期間。

- (二) 「全民健康保險復健病房試辦計畫(以下簡稱復健病房計畫)」業於 115 年 4 月 16 日公告，評估費及獎勵費用由其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應，與 PAC 計畫相同；惟承作醫院加入此計畫後，原 PAC 計畫之腦中風疾病別即無法再收案。為鼓勵轄區醫院推動前揭政策，並鼓勵轉介合適個案接受照護，調整如下：

1、原「急性後期照護(PAC)計畫管理」項：併採計復健病房試辦計畫個案，並新增區域以上醫院下轉 PAC 或復健病房計畫個案之指標鼓勵。

2、新增「復健病房試辦計畫個案數」項：分別採計承作醫院收案數、區域以上醫院下轉數，每 1 個案各 0.1、每家醫院上限 1.2。

- (三) 調整「分級醫療下轉(或回轉)件數」、「西醫門診年復健次數>180 次之案件數(同院)」、「癌症病人(結直腸癌)篩檢陽追率」項之操作型定義(如：明列復健醫令碼及排除條件)。

五、如獲通過，據以執行 115 年 Q2 南區方案結算及品質指標 RPG 補付作業，並請各院持續依品質指標加強配合推動相關措施。

決議：

(一)增列結直腸癌及口腔癌等兩項篩檢陽追率指標之目標值，倘 $\geq$ 當期南區同儕值(區分區域以上、地區)亦屬達標。

(二)餘照案通過，據以執行 115 年 Q2 南區方案結算及品質指標 RPG 補付作業，並請各院持續依品質指標加強配合推動相關措施。

附表 3、本次異動之南區品質指標項目(紅字標示處)

(一)各院適用類別指標數

醫院類別	必選指標	替選指標
區域以上(綜合型)醫院	8 項	57 項

(二)各類型醫院適用指標列表

序 號	品質指標項目名稱	醫院適用指標					
		區域以上 (綜合型)	大型 地區	其他 地區	精神 專科	婦兒 專科	呼吸 照護
		14 家	11 家	27 家	3 家	3 家	4 家
13	急性後期照護計畫(PAC) <u>暨</u> <u>復健病房試辦計畫</u> 管理	○ (13/14)	● (11/11)	○ (10/27)			○ (1/4)
<u>14</u>	<u>復健病房試辦計畫個案數</u>	○ (13/14)	○ (1/11)	○ (1/27)			

註 1：大型地區醫院為季規模>1 億；精神專科、婦兒專科、呼吸照護醫院，係該院相關費用占率
≥60%

註 2：●為必選指標(當前重要政策)、○為替選指標

註 3：必選指標數為分母，如該院部分必選指標未達標，將以達標之替選指標代替，達標率最高
採計至 100%

(三)品質指標操作型定義

序號	品質指標項目名稱	操作型定義	目標值
5	分級醫療下轉(或回轉)件數	<u>統計區間：</u> <u>115Q1—該年度1月至3月，115Q2—該年度4月至6月，依此類推</u> ※ 資料範圍：醫學中心或區域醫院申報轉出端轉診醫令代碼 01034B、01035B、00192A(醫令類別 2G)且接受院所為地區醫院或基層診所 1. 醫事類別：12、15、22；未排除代辦、其他部門案件 2. 下轉(含回轉)案件(值)：轉出院所層級高於接受轉診院所層級之案件數	較自身去年同期成長 ≥5% 或 下轉件數≥南區 P90 值
6	重複用藥管理	<u>統計區間：</u> 115Q1—該年度1月至3月，115Q2—該年度4月至6月，依此類推 <u>115Q1：114/10-114/12</u> <u>115Q2：115/01-115/03</u> <u>115Q3：115/04-115/06</u> <u>115Q4：115/07-115/09</u> 操作型定義：重複日數占率=重複用藥日數／給藥日數*100 ※資料來源：重複用藥管理方案全署概況及特定院所成長率之報表	≤114 全年全國同儕值 或 ≤自身去年同期值 ※114 全年全國同儕值： ■ 醫學中心：≤0.16% ■ 區域醫院：≤0.21% ■ 地區醫院：≤0.26%
9	門診靜脈抗生素(OPAT)執行人次	<u>統計區間：</u> <u>115Q1—該年度1月至3月，115Q2—該年度4月至6月，依此類推</u> <u>去年同期值：</u> <u>115年各季皆統一以114Q4(114年10月至12月)數據為比較基準</u> 1. OPAT 案件判定：任一特定治療項目代號為 DA	依當期人次(χ) (1) $\chi \geq 100 \rightarrow 1.2$ (2) $50 \leq \chi < 100 \rightarrow 1$ (3) $\chi < 50$ 但較自身去年同期成長 $\geq Y$ 人次 $\rightarrow 0.5$ ※註：

序號	品質指標 項目名稱	操作型定義	目標值			
		2. 人次判定:HOSP_ID+ID+BIRTHDAY+FUNC_SEQ_NO, 上述四個欄位組合相同之所有申報資料, 視為 1 人次 <u>※註 1: OPAT 方案自 114 年 8 月起實施, 爰去年同期值皆採 114Q4</u> <u>※註 2: 如個案未依 OPAT 計畫規定申報, 則該個案不列計本項採計成績</u>	區域以上 Y=5 大型地區醫院 Y=3 其他地區醫院 Y=1			
11	地區醫院 全人全社 區照護計 畫照護率	<u>統計區間:</u> <u>115Q1: 114/01-114/12</u> <u>115Q2: 115/01-115/06</u> <u>115Q3: 115/01-115/09</u> <u>115Q4: 115/01-115/12</u> <u>去年同期值:</u> <u>115Q1 以 113 全年(113 年 1 月至 12 月)數據為比較基準</u> <u>115Q2-Q4 各季皆統一以 114 全年(114 年 1 月至 12 月)數據為比較基準</u> ■ 分子: 於計畫公告 <u>後本署通知收案</u> 期限內(<u>115/6/22前</u>)上傳VPN之收案會員人數, <u>並</u> 排除拒絕名單(結案日為1150101)。 ■ 分母: 本署當年度提供醫院之派案名單人數。 ※115年Q1本署尚未提供派案名單, 故以114年照護率計算(四捨五入至整數)	依照護率(χ) (1) $\chi \geq 40\% \rightarrow 1.2$ (2) $25\% \leq \chi < 40\% \rightarrow 1$ (3) $10\% \leq \chi < 25\% \rightarrow 0.5$ (4) $\chi < 10\%$ 但較自身去年成長 $\geq 10\% \rightarrow 0.2$ (照護率 0%不採計; 若無基期值, 則採當期照護率認定)			
13	急性後期 照護計畫 (PAC) <u>暨</u> <u>復健病房</u> <u>試辦計畫</u> 管理	<u>統計區間:</u> <u>115Q1—該年度 1 月至 3 月, 115Q2—該年度 4 月至 6 月, 依此類推</u> ■ 急性後期照護計畫 <u>或復健病房試辦計畫</u> 個案數: 腦中風、燒燙傷、脆弱性骨折、創傷性神經、衰弱高齡、心臟衰竭成功收案數及下轉數。 1. <u>地區醫院</u> 收案定義: 擷取當季申報資料P5114B、 <u>P9014B</u> (初評費)	■ <u>地區醫院收案數:</u> $\geq$ 近 2 年 <u>各季同期</u> 平均之全國同儕 P80 值 或 $\geq$ 南區同儕 P50 且 $>$ 自身去年同期值 <table><tr><td>季</td><td>P50</td><td>P80</td></tr></table>	季	P50	P80
季	P50	P80				

序號	品質指標項目名稱	操作型定義	目標值		
		2. <u>區域以上醫院</u> 下轉定義：擷取當季申報資料P5113B、P5118B、 <u>P9013B</u> (下轉評估費) 3. 下轉至同院收案者，只採計收案數 3. <u>目標值採</u> 四捨五入取至整數	別	(南區)	(全國)
			Q1	12	22
			Q2	14	24
			Q3	11	24
			Q4	12	26
			■ <u>區域以上醫院下轉數</u> <u>≥近2年同期自身平均值(不含0)</u>		
14	<u>復健病房試辦計畫個案數</u>	<u>統計區間：</u> <u>115Q3：115/07-115/09</u> <u>115Q4：115/07-115/12</u> ■ <u>復健病房試辦計畫個案：分別採計成功收案數及下轉數</u> 1. <u>計畫承作醫院收案定義：擷取當季申報資料P9014B(初評費)</u> 2. <u>區域以上醫院下轉定義：擷取當季申報資料P9013B (下轉評估費)</u>	<u>依統計區間個案數(χ)，</u> <u>每1個案×0.1，</u> <u>每家醫院上限1.2</u>		
<u>14</u> <u>15</u>	西醫門診年復健次數 > 180次之案件數(同院)	<u>統計區間：</u> <u>115Q1—該年度1月至3月，115Q2—該年度4月至6月，依此類推</u> 1. 西醫門診年復健次數>180次 2. 醫令類別為2(診療明細)、4(不另計價)且醫令調劑方式為1；醫令代碼為前兩碼42(物理)、43(職能)、44(語言)之各項復健治療醫令並排除簡單治療項目、評估及副木等相關費用 ※排除代辦、早療案件、簡單治療、PAC案件)之異常件數	「門診年復健次數 > 180次」案件數=0 或 <自身去年同期值		

序號	品質指標項目名稱	操作型定義	目標值
		1. <u>復健醫令：物理治療(42005B-42015C)、職能治療(43005B-43032C，不含副木相關醫令)、語言治療(44005B-44016C)</u> 2. <u>篩選條件：醫令類別為 2(診療明細)、4(不另計價)且醫令調劑方式為 1(交付調劑)</u> 3. <u>排除條件：簡單治療、評估及副木相關費用、代辦、PAC 案件及 6 歲(含)以下早療案件</u>	
<u>22</u> <u>23</u>	癌症病人(結直腸癌)篩檢陽追率	統計區間：(為季累計指標)(配合國健署名單更新時間) <u>115Q1：114/01-114/12</u> <u>115Q2：115/01-115/03</u> <u>115Q3：115/01-115/06</u> <u>115Q4：115/01-115/09</u> ■ 分子：分母個案完成追蹤數 ■ 分母：執行大腸癌篩檢且篩檢結果為陽性個案數 ※資料範圍： 1. 統計區間以門診日期計算 2. 大腸癌篩檢人數：篩檢個案年齡範圍=(篩檢年)-(出生年)介於40-75之間(40-44歲需具大腸癌家族史)，支付方式為「1.預防保健」→「4.其他公務預算補助」→「5.自費健康檢查」→「9.其他」 3. 大腸癌篩檢去重複方式：依政府補助大腸癌篩檢政策，每2年1次大腸FIT檢查計算；若重複篩檢，則以「預防保健」為優先，其他則依序以癌症、癌前病變(含增生性息肉)、陽性及最早檢驗日為條件取一筆有效資料 4. 大腸癌篩檢陽性個案追蹤完成定義：「非大腸癌者在申報資料大腸鏡檢報告C不存在的情況下，申報資料大腸確診表單B診斷結果已填，檢查方法為大腸鏡，或在申報資料大腸鏡檢報告C存在的情況下，申報資料大腸鏡檢報告C診斷結果已填，且檢查方法為大腸鏡」或「大腸癌者不論確診方式，皆列為完追」	≥去年自身同期值(但不含0)

提案二

提案單位：南區業務組

案由：南區方案結算涉及點值相關預算額度/計算公式、「不當轉診」、「暫時性住院容量調整」暨特定排除列計操作型定義增修及文字更正，提請討論。

說明：

一、配合醫院總額研商議事會議決定(同討論案一說明)及新增推動全民健康保險復健病房試辦計畫，考量方案統計合理性並參考他區業務組及行政流程簡化方向規劃，建議南區方案增修及調整如下：

(一) 部分涉及點值相關之預算額度/計算公式：

- 1、方案伍之四「點值估算後核付方式之調整」：醫院當季可使用額度，應先予扣除前一季因浮動點值大於1元所產生之一般服務固定點值保障項目點值差額。
- 2、剩餘可支應超額之額度：依照現行方案結算方式，增列應予扣除地區醫院調控機制結餘額度(前揭額度倘有剩餘，原即係逕用於提升轄區總額結算點值)。
- 3、以「**基期南區醫院總額平均點值**」計算項目：針對部分特定排除列計(含急重症病患醫療照護需求)、陸之一機制等，須以基期南區醫院總額平均點值計算項目，增加備註文字「**最大值採計至1**」。

(二) 「不當轉診」定義：

刪除「人球」字眼，增列「拒絕收治重症患者而影響健保病人就醫權益情形，經醫管科立案調查成案屬實者」等具體說明，不予保障基期收入(0階)1點1元，並改依估算之南區醫院整體平均點值或0.94兩者取其低者支給，且不得參與「地區醫院費用波動」調控。

(三) 「暫時性住院容量調整」額度歸還及行政流程：

- 1、本機制自 113 年第 3 次共管會提出，經 114 年第 1 次共管會放寬條件至慢性病床(含一般、精神)，原係為避免基期季因配合疫情或整修關床致服務量萎縮進而影響來年基期，各院申請及額度歸還(含預計)情形如附表 4。惟觀察部分醫院於申請額度歸還時，原關床數未如期開回、並再續申請本項調控，初步估計 115 年 Q3 至 116 年 Q2 每季需保留預算 0.35~0.87 億不等。
- 2、為符合原機制訂定意旨，並考量南區方案自 115 年 Q1 起新增 CAR-T 細胞治療藥物排除列計(近期已有 1 案事審通過)，且 116 年 Q3 起南區將陸續新設立多家大型醫院，爰新增「以醫院原提關床床號復歸床數比例計算歸還額度」規定，以利相關財務估算。
- 3、另為簡化雙方行政作業，取消備文流程，改由本組於「原下修季別之來年同期」該季結算作業時，逕予計算前揭歸還額度。

(四) 特定排除列計項目增修及文字更正：

- 1、配合復健病房計畫推動(同討論案一說明四(二))，復健病房計畫收案數併入 PAC 住院下轉個案之排除列計項目計算，餘公式不變。
- 2、更正現行方案錯誤文字(如：CAR-T)。

二、如獲通過，自 115 年 Q3 起適用，並同步修改南區方案。

決議：

(一)「不當轉診」定義調整及下修點值額度保留再議。

(二)餘照案通過，自 115 年 Q3(保障點值差額預算補付部分則為 115Q2)起適用，並同步修改南區方案。

附表 4、南區醫院「暫時性住院容量調整」之申請及額度歸還(含預計)情形

層級別	醫事機構	申請次數	醫院自提下修床數			基期額度調整【保留(-)、返還(+)] 單位：億											
			急性一般	慢性一般	慢性精神	113Q4	114Q1	114Q2	114Q3	114Q4	115Q1	115Q2	115Q3	115Q4	116Q1	116Q2	
區域以上	A	第 1 次	35			-0.15					0.15						
		第 2 次	33				-0.15				0.15						
		第 3 次	33					-0.21				0.21					
		第 4 次	33						-0.22				0.22				
		第 5 次	33							-0.21				0.21			
		第 6 次	31								-0.20				0.20		
		第 7 次	31									-0.21				0.21	
	B	第 1 次	49							-0.42				0.42			
		第 2 次	38								-0.27				0.27		
		第 3 次	30									-0.25				0.25	
		第 4 次	30										-0.22				0.22
	C	第 1 次	121							-0.19				0.19			
		第 2 次	9								-0.03				0.03		
		第 3 次	27									-0.09				0.09	
		第 4 次	37										-0.13				0.13
地區	D	第 1 次		22	46						-0.06				0.06		
		第 2 次			30							-0.02				0.02	
	E	第 1 次	14							-0.04				0.04			
		第 2 次	14								-0.04				0.04		
總計						-0.15	-0.15	-0.21	-0.87	-0.46	-0.41	-0.35	0.87	0.61	0.35	0.57	

提案三

提案單位：南區業務組

案由：115 年南區風險移撥款「推動電子病歷(FHIR)上傳及電子處方箋開立」、「醫不足巡迴論次鼓勵」指標操作型定義增修暨部分項目預算剩餘流用順序及額度調整，提請討論。

說明：

- 一、旨揭項目之操作型定義及分配方式分別經南區醫院總額 114 年第 4 次、115 年第 1 次及第 2 次共管(院長)會議決議通過，本次再依計畫推動需求及全年預算使用推估情形，建議增修及調整如下：
 - (一)「推動電子病歷(FHIR)上傳及電子處方箋開立」新增獎勵：
鑒於推動 FHIR 事前審查之終極目標為「自主事前審查」，考量轄內院所反映困難包括：院內組成審查團隊不易、院內醫師期待能像審查醫師出勤費一樣獲得獎勵等，爰於原 FHIR 項目新增「進階獎勵」：申請參加藥品自主事前審查(至少需參加五癌整體抗癌瘤藥物續用項)並經署本部核定同意之醫院，每家獎勵 10 萬元。
 - (二)「醫不足巡迴論次鼓勵」操作型定義更新：
 - 1、依 115 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案第七、(一)3.(4)D 及 E 規定，115 年方案公告後(115/2/4 公告)第 3 個月起，若未有診所、醫院向所轄保險人分區業務組申請巡迴之鄉鎮(市/區)，得由保險人開放其他不同承作單位(診所、醫院)申請。
 - 2、惟經 115 年 6 月 24 日西醫基層醫療服務審查南區共管會第 2 次會議重新盤點可開放醫院申請之巡迴點，並排除已有西基承作巡迴地區，再次更新可加計權重之巡迴點列表。
 - (三)推估 115 全年南區風險移撥款預算使用情形及調整規劃如附表 5，簡述如下：

- 1、 「推動電子病歷(FHIR)上傳及電子處方箋開立」截至 115 年 8 月(部分僅統計至 6 月)使用約 362 萬，執行率已逾 7 成；鑒於南區其他各院仍持續積極推動中，將陸續取得資格，後續執行率高機率超過 100%。考量「巡診機構住民居家安寧照護論人鼓勵」經併算流用數後，每人預估獲配 8,095 點，相較其他各項給付偏高，爰挪移 300 萬至「推動電子病歷(FHIR)上傳及電子處方箋開立」。
- 2、 調整剩餘額度流用項目：「口腔癌及卵巢癌一年存活率(不分期別)」流用至「口腔癌跨科別團隊照護及個案管理」、「接受出院準備服務個案之後續醫療/長照銜接率」流用至「居家新收個案照護論人鼓勵」。

(四) 更新「居家安寧照護對象在宅善終比率」115 年南區目標值為 $\geq 76.6\%$ ，餘計算方式不變。

二、 前揭異動項目操作型定義更新如附表 6。

決議：照案通過。

陸、散會：下午 5 時 00 分

附表 5、推估 115 全年南區風險移撥款預算使用情形及流用調整彙總表

預算項目	額度	占比	細項			
			名稱	額度	預估全年剩餘情形	備註
強化癌症防治	9,000,000	12.0%	1、取得/維持國民健康署「癌症診療品質認證醫院」資格或通過「115 年全方位癌症防治策進計畫」	2,000,000	50,000	剩餘額度流用至「團隊照護及個案管理」
			2、口腔癌跨科別團隊照護及個案管理	2,000,000		1. 如全數達標，預計使用 2,433(人) × 2,000 = 4,886,000 點(原編列額度不足) 2. 採計流用數(約 212 萬)並浮動調整，每人獲配 1,694 點
			3、口腔癌及卵巢癌一年存活率(不分期別)	5,000,000	2,070,406	剩餘流用至「團隊照護及個案管理」(本次新增)
優化居家醫療，無縫連結長照	17,000,000	22.7%	1、居家新收個案照護論人鼓勵	14,000,000		預估總照護個案數 6,701 人，採計流用數後，每位個案可獲配 2,220 點
			2、居整跨團隊會議論次鼓勵		(支 455,000)	剩餘流用至「居家新收」
			3、接受出院準備服務個案之後續醫療/長照銜接率	3,000,000	1,332,903	剩餘流用至「居家新收」(本次新增)
偏鄉醫療社區關懷	16,887,578	22.5%	1、醫不足巡迴論次鼓勵	11,000,000	530,000	預估總巡迴次數 2,801 次 每診次獲配 3,000 點
			2、強化偏鄉早療服務	5,000,000		每人獲配 554 點
			3、支持偏遠地區精神醫療	887,578		每人獲配 1,462 點

預算項目	額度	占比	細項			
			名稱	額度	預估全年剩餘情形	備註
精準醫療數位轉型	5,000,000 <u>8,000,000</u>	6.7% <u>10.7%</u>	推動電子病歷(FHIR)上傳及電子處方箋開立 (1)資格取得獎勵 (2)論量鼓勵 (3)進階獎勵	5,000,000 <u>8,000,000</u>		項目 事前審查(癌藥、免疫製劑)、NGS、重大傷病、癌症論質計酬方案 電子處方箋
						(1) 13家×10萬=130萬 8家×20萬=160萬
						(2) 4,194人×100=約42萬 170件×20=3,400
						(3) 本次修訂如通過，目前1家(嘉義長庚)=10萬 目前2家(台南新樓、麻豆新樓)=20萬
						合計 182萬 180萬
安寧療護，尊嚴善終	17,088,244 <u>14,088,244</u>	22.8% <u>18.8%</u>	1、地區醫院新收呼吸依賴個案4個月內安寧諮詢照護率	2,521,382	1,348,848	註：除(2)統計至115Q2，餘皆至115.8.12 剩餘流用至「機構住民居家安寧」項
			2、居家安寧照護對象在宅善終比率	4,566,862	1,141,715	剩餘流用至「機構住民居家安寧」項
			3、巡診機構住民居家安寧照護論人鼓勵	10,000,000 <u>7,000,000</u>		1. 預估總照護個案數為1,543人 2. 以原預算1,000萬+流用數(約249萬)分配，每人獲配8,095點 3. 移撥300萬至「精準醫療數位轉型」，調整後每人獲配6,150點
三高防治888計畫	10,000,000	13.3%	DKD 個案照護率	10,000,000		
合計	74,975,822	100%		74,975,822		

附表 6、115 年南區風險移撥款指標本次增修內容(紅字標示處)

分配方式/操作型定義(擷取條件)																							
■ 口腔癌及卵巢癌一年存活率(不分期別) ■ 說明： 1. 為呼應「健康台灣」施政願景，推動「以健康為核心、以成效為導向」之照護體系以強化預防醫學及醫療品質，試導入以癌症存活率為核心之績效指標，透過獎勵機制引導醫療院所投入改善。 2. 依本署107至113年資料統計，南區醫院口腔癌各期別存活率低於全署；另相較其他具完善篩檢系統之婦科癌症(如乳癌、子宮頸癌)，卵巢癌之病人數雖少且治療成效提升空間大，爰擇定前揭兩項癌症予以鼓勵。 ■ 操作型定義： 1. 依本署重大傷病檔癌症新申請個案，且非於外院接受治療，並串接承保檔死亡註記，追蹤各癌別病人1年存活率。 分母：本署重大傷病檔之口腔癌、卵巢癌 114 年新申請個案 分子：符合分母條件，並於追蹤 1 年後仍存活之個案數。如 114 年 12 月 1 日發重病卡，追蹤至 115 年 12 月 1 日仍存活之個案。 2. 114年全年口腔癌收治≥10名、卵巢癌收治≥5名個案之醫院，方符合該項獲配資格。 ■ 目標值：≥108年全國同儕 P75值或≥自身去年同期值(擇優，但不含0)。 ■ 分配方式：兩癌別分別計算(口腔癌350萬、卵巢癌150萬) 1. 達標醫院依該院費用占南區整體占率支付。 達標醫院可獲配點數=該癌別預算額度 × $\frac{\text{該院一般服務收入}}{\text{南區醫院一般服務總收入}}$ 2. 未達標醫院，但存活率介於108年全國同儕 P50值與115年目標值之間者，依較108年全國同儕 P50值增加比例計算獲配點數。 3. 108年兩癌別1年存活率之全國同儕值： <table border="1"> <tr> <th rowspan="2">醫院層級 (全國值)</th><th colspan="2">口腔癌</th><th colspan="2">卵巢癌</th></tr> <tr> <th>P50</th><th>P75</th><th>P50</th><th>P75</th></tr> <tr> <td>區域以上</td><td>78.2%</td><td>82.6%</td><td>87.1%</td><td>92.9%</td></tr> <tr> <td>地區</td><td>76.6%</td><td>79.0%</td><td>82.8%</td><td>87.5%</td></tr> </table> ■ 如有剩餘，優先流用至「<u>口腔癌跨科別團隊照護及個案管理</u>」項。					醫院層級 (全國值)	口腔癌		卵巢癌		P50	P75	P50	P75	區域以上	78.2%	82.6%	87.1%	92.9%	地區	76.6%	79.0%	82.8%	87.5%
醫院層級 (全國值)	口腔癌		卵巢癌																				
	P50	P75	P50	P75																			
區域以上	78.2%	82.6%	87.1%	92.9%																			
地區	76.6%	79.0%	82.8%	87.5%																			

分配方式/操作型定義(擷取條件)

- **推動電子病歷(FHIR)上傳及電子處方箋開立**
- 說明：針對具高導入門檻之各項以「電子病歷(FHIR)」上傳及申請項目、電子處方箋提供財務誘因，鼓勵醫院投入系統建置轉換及開發。
- 項目範圍：事前審查(癌藥、免疫製劑)、NGS、重大傷病、癌症論質計酬方案、電子處方箋
- 分配方式：
 1. **資格取得獎勵**：經署本部認定該項目已可以電子病歷(FHIR)上傳及電子處方箋申請/開立案件者。
 2. **論量鼓勵**：取得資格之醫院，於115年1月1日至12月31日區間各項目正式以電子病歷(FHIR)申請/電子處方箋開立之案件。
 3. **進階獎勵**：申請參加藥品自主事前審查(至少須參加五癌整體抗癌藥物續用項)並經署本部核定同意之醫院；取得資格且電子處方箋交付數達標後，於115年12月31日(含)前辦理成果發表會(含發布新聞稿)者。
 4. 依各項目區分獎勵點數及採計標準：

鼓勵項目	事前審查(癌藥、免疫製劑)、NGS、重大傷病、癌症論質計酬方案	電子處方箋
資格取得獎勵	10萬/項 經署本部認定已可以電子病歷(FHIR)格式上傳及申請事前審查	20萬 (1) VPN「電子處方箋申請作業」申請「電子處方箋上傳(開立端)」檢測，上傳 FHIR 及 QR code 格式檢核通過 (2) 至少開立10件電子處方箋並經 WEB API 檢核 FHIR 格式及解析 QR code 成功率100% (依就醫識別碼歸戶)
論量鼓勵	(1) 需先符合資格取得獎勵 (2) 每人(同院同 ID 歸戶)獲配 100點/項	(1) 需先符合資格取得獎勵 (2) 同一案件(依就醫識別碼歸戶)驗證 FHIR、解析 QR code 均成功， 每件獲配20點
進階獎勵	<u>申請參加藥品自主事前審查(至少需參加五癌整體抗癌藥物續用項)並經署本部核定同意之醫院，每家獎勵10萬</u>	10萬 (1) 需先符合資格取得獎勵 (2) 成功交付至藥局調劑電子處方箋達20件 (3) 辦理成果發表會(含發布新聞稿)

- 超出本項預算上限，採浮動調整。

分配方式/操作型定義(擷取條件)

■ 接受出院準備服務個案之後續醫療/長照銜接率

擷取區間：115.1~115.12(*惟實際擷取區間將依結算時之倉儲資料調整)

■ 操作型定義

1. **分母**：申報健保「出院準備及追蹤管理費(02025B)」或申報急性後期整合照護計畫中結案評估費(P5113B、P5117B、P5118B、P5123B)之件數，排除出院即死亡案件(轉歸代碼為4、A)

2. **分子**：分母案件符合以下任一轉銜類別，同次出院案件採歸戶計算

(1)轉銜醫療：

出院後**30日內**接受各類居家醫療照護、居家醫療照護整合計畫、PAC(申報「承作醫院評估費(初評)P5114B」、「轉出醫院出院準備及評估費(同/不同團隊)P5113B、P5118B」)、「家庭醫師整合性照護計畫社區醫療群」、「精神疾病社區復健」之件數。

(2)轉銜長照：出院後**7日內**接受長照服務之件數。

■ **目標值**：≥114年全國同儕 P75值或≥自身去年同期值(擇優，但不含0)。

■ 分配方式：

1. 達標醫院依該院費用占南區整體占率支付。

$$\text{達標醫院可獲配點數} = \text{本項預算額度} \times \frac{\text{該院一般服務收入}}{\text{南區醫院一般服務總收入}}$$

2. 未達標醫院，但利用率介於**114年全國同儕 P50值與115年目標值之間者**，依較114年全國同儕 P50值**增加比例**計算獲配點數。

3. 114年全國同儕值：(統計區間：114年1月至12月)

醫院層級(全國值)	P50	P75
區域以上	48.8%	57.4%
地區	37.8%	53.3%

■ 如有剩餘，優先流用至「居家新收個案照護論人鼓勵」項。

分配方式/操作型定義(擷取條件)

■ 醫不足巡迴論次鼓勵

■ 案件範圍：西、中、牙醫醫療資源不足地區改善方案之巡迴計畫申報案件。

■ 分配方式：

1. 西醫：每次巡迴可獲配3,000點，屬經本組專案核准得報備支援西基之醫院醫師巡診，亦納入計算。另巡迴點如屬下表地區(屬111年無人服務、113年後新開放醫院承作或本組專案擇定地區)，再乘權重2，~~惟▲標記之巡迴點後續倘有西基單位提出申請，仍將優先予西基單位承作~~；如同時為雲林縣或台南市*註記之巡迴點，則乘權重3。

縣市別	鄉鎮區	村里
台南市	將軍區(2)	平沙里、西甲里
	南化區(4)	中坑里、北平里、西埔里、關山里*
	左鎮區(2)	草山里*、榮和里
	楠西區(1)	密枝里
	官田區(1)	大崎里▲
	東山區(3)	南溪里▲、水雲里、南勢里
雲林縣	莿桐鄉(10)	五華村、六合村、義合村、大美村、麻園村、甘厝村、興桐村、興貴村、埔子村、甘西村
	林內鄉(6)	湖本村、林茂村、林北村、烏麻村、烏塗村、林南村
	台西鄉(9)	和豐村、富琦村、牛厝村、五榔村、溪頂村、山寮村、光華村、泉州村、海北村
	古坑鄉(2)	草嶺村、樟湖村
	二崙鄉(4)	義庄村▲、港後村▲、大庄村▲、庄西村▲
	元長鄉(1)	新吉村▲
	水林鄉(1)	塭底村▲、柑埔村▲ 松中村
	四湖鄉(18)	廣溝村▲、箔子村▲、箔東村▲、 <u>新庄村、崙北村、林厝村、林東村、溪底村、鹿場村、羊調村、蔡厝村、飛沙村、崙南村、內湖村、湖寮村、溪尾村、飛東村、三姓村</u>
	崙背鄉(1)	草湖村▲
嘉義縣	竹崎鄉(4)	仁壽村、 光華村、白杞村▲、桃源村▲ 文峯村▲、金獅村▲、 緞繻村▲、中和村▲

分配方式/操作型定義(擷取條件)

番路鄉(2)	草山村、公興村▲
中埔鄉(1)	中崙村
梅山鄉(5)	碧湖村、龍眼村、瑞峰村、過山村▲→半天村▲
義竹鄉(1)	北華村→官順村▲
布袋鎮(1)	好美里▲
新港鄉(2)	三間村▲→安和村▲
六腳鄉(1)	永賢村▲
東石鄉(2)	蔦松村▲→鰲鼓村▲
水上鄉(1)	粗溪村▲

2. 中醫：每次巡迴可獲配3,000點。

3. 牙醫：每次巡迴可獲配3,000點。

■ 各院可獲配點數 = $\{(\text{西醫加計權重之巡迴點巡迴次數} \times 3,000 \times \text{權重值}) + (\text{其他本項西、中、牙醫採計巡迴點之巡迴次數} \times 3,000)\}$

■ 擷取條件：每一 P 碼視為一次巡迴(診次)

1. 西醫：依計畫申報規定醫事人員報酬之醫師 P 碼(P2005C、P2006C、 P2011C 至 P2014C)

2. 中醫：依計畫申報規定各地區別論次支付 P 碼(P23063-P23064、P23007-P23011)

3. 牙醫：依計畫申報規定各地區別論次支付 P 碼(P22002至 P22009)

■ 西醫加權採計巡迴點結算費用區間之平均每診人次若未達5人次，則該巡迴點取消加乘權重，改以每診次3,000點支付。

■ 超出本項預算上限，採浮動調整(權重不變，下調每次獲配點數)。

分配方式/操作型定義(擷取條件)

■ 居家安寧照護對象在宅善終比率

擷取區間：115.1~115.12 之累計值

■ 操作型定義

分母：當年度居家安寧收案對象於照護期間死亡人數

分子：當年度接受居家安寧個案於死亡前 14 日未住院治療人數

1. 居家安寧照護對象：支付標準第五部第三章安寧居家照護及居家醫療照護整合計畫之安寧療護階段(S3)收案對象。
2. 死亡個案：保險對象資訊之轉出日於統計期間，且投保狀態為「死亡退保」。
3. 死亡前14日未住院治療：分母個案中，死亡退保日(含)前14日無申報住院治療。

■ 居家護理所(含財團法人、社團法人及公立醫療機構附設，醫事類別19)併入本院列計。

■ 目標值：≥76.6%(抑制資源不當耗用改善方案南區目標值~~，114年為75.5%~~)或≥自身去年同期值(擇優，但不含0)。

■ 分配方式：

1. 達標醫院依該院費用占南區整體占率支付。

$$\text{達標醫院可獲配點數} = \text{本項預算額度} \times \frac{\text{該院一般服務收入}}{\text{南區醫院一般服務總收入}}$$

■ 未達標醫院，但在宅善終比率介於112年南區同期值(72.8%)與115年目標值之間者，依較112年南區同期值增加比例計算獲配額度。

■ 如有剩餘，優先流用至「巡診機構住民居家安寧照護論人鼓勵」項。