



中央健康保險署中區業務組與
醫院總額中區執行分會共同管理會議
-112年第1次會議

112年1月11日

報 告 大 綱

- 01 中區醫院醫療費用申報概況-截至111年第3季
- 02 醫院總額管理方案執行概況-111年第1~3季
- 03 重點管理及推動項目
- 04 公告及轉請配合事項
- 05 112年醫院總額管理方案修訂(提案討論)



中區醫院醫療費用申報概況

截至111年第3季

中區醫院總額_醫療費用及藥費申報概況



醫療費用成長率(較去年同期)



藥費成長率(較去年同期)



項目	區別	季別	西醫醫院總額		
			藥費	醫療費用	藥費占率
申報點數(億)	中區	110Q4	91	294	31.04%
		111Q1	85	278	30.68%
		111Q2	87	276	31.64%
		111Q3	90	291	30.85%
	全區	110Q4	467	1,459	32.03%
		111Q1	439	1,370	32.05%
		111Q2	443	1,343	32.96%
		111Q3	459	1,438	31.95%

註：醫療費用含交付處方，不含代辦及其他部門

中區醫院_醫療費用申報概況_層級



項目	層級	111Q3		
		門診	住院	門住診
申報點數 (億)	醫中	69	56	125
	區域	46	45	91
	地區	40	24	64
	合計	155	125	279
成長率 較去年同期	醫中	3.53%	4.43%	3.94%
	區域	4.04%	3.23%	3.64%
	地區	4.74%	-0.33%	2.79%
	合計	3.99%	3.06%	3.58%



註：醫院整體醫療費用點數排代辦且不含交付處方點數

5

中區醫院_藥費申報概況_層級



項目	層級	111Q3		
		門診	住院	門住診
申報點數 (億)	醫中	37	7	44
	區域	17	4	21
	地區	13	2	15
	合計	67	14	80
成長率 較去年同期	醫中	1.50%	-4.75%	0.40%
	區域	1.34%	-0.40%	1.00%
	地區	2.70%	-7.65%	1.18%
	合計	1.69%	-3.90%	0.70%



註：醫院整體醫療費用點數排代辦且不含交付處方點數

6

中區醫院_診療費申報概況_層級



項目	層級	111Q3		
		門診	住院	門住診
申報點數 (億)	醫中	25	20	45
	區域	20	16	36
	地區	17	8	25
	合計	62	45	106
成長率 較去年同期	醫中	6.02%	5.91%	5.97%
	區域	4.84%	4.04%	4.48%
	地區	5.30%	-0.51%	3.26%
	合計	5.44%	3.95%	4.81%



註：醫院整體醫療費用點數排代辦且不含交付處方點數

7

中區醫院_門住診醫療費用點數成長趨勢



門住診醫療費用點數成長率(較去年同期)



單位:億

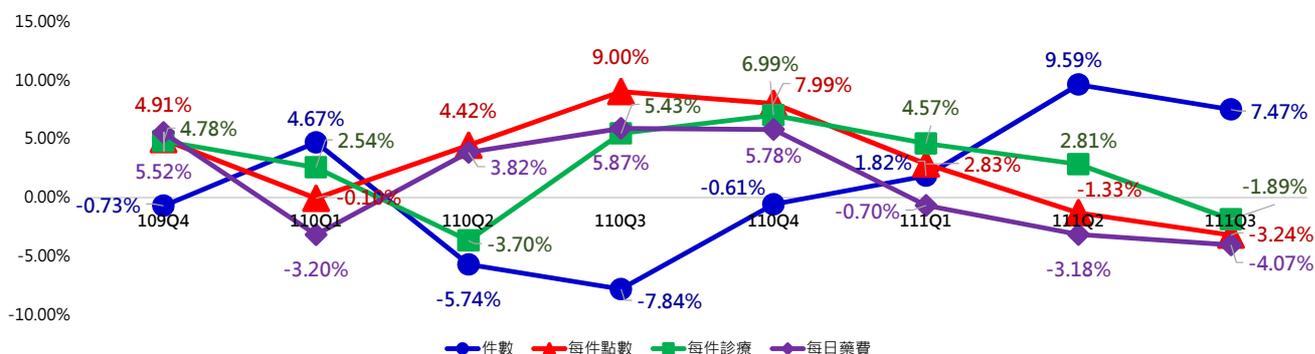
診別	109Q4	110Q1	110Q2	110Q3	110Q4	111Q1	111Q2	111Q3
門診	147	140	134	149	158	146	145	155
住院	127	121	116	121	130	123	118	125
門住診	274	261	250	270	288	270	263	279

註：醫院整體醫療費用點數排代辦且不含交付處方點數

8

中區醫院_門診醫療費用點數成長趨勢

門診醫療費用點數成長率(較去年同期)

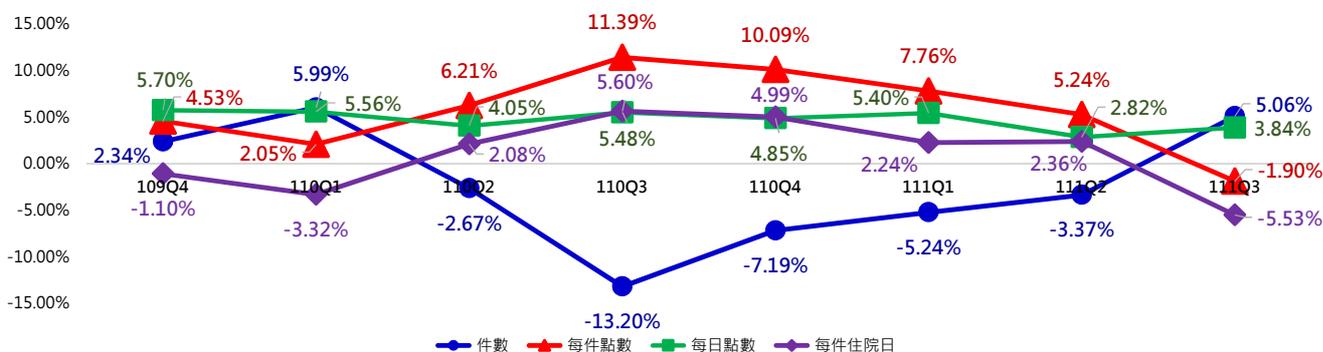


項目	109Q4	110Q1	110Q2	110Q3	110Q4	111Q1	111Q2	111Q3
件數(萬)	482	445	405	441	478	452	441	473
每件點數	5,688	5,860	6,176	6,125	6,022	5,974	5,954	5,908
每件診療	2,179	2,172	2,202	2,303	2,310	2,249	2,189	2,248
每日藥費	87	88	94	92	90	86	89	88

註：醫院整體醫療費用點數排代辦且不含交付處方點數

中區醫院_住診醫療費用點數成長趨勢

住診醫療費用點數成長率(較去年同期)



項目	109Q4	110Q1	110Q2	110Q3	110Q4	111Q1	111Q2	111Q3
件數(萬)	19	18	16	17	18	17	16	17
每件點數	65,303	67,166	70,798	72,624	71,889	72,380	74,507	71,244
每日點數	7,529	7,578	7,584	7,855	7,894	7,987	7,798	8,157
每件住院日	8.7	8.9	9.3	9.2	9.1	9.1	9.6	8.7

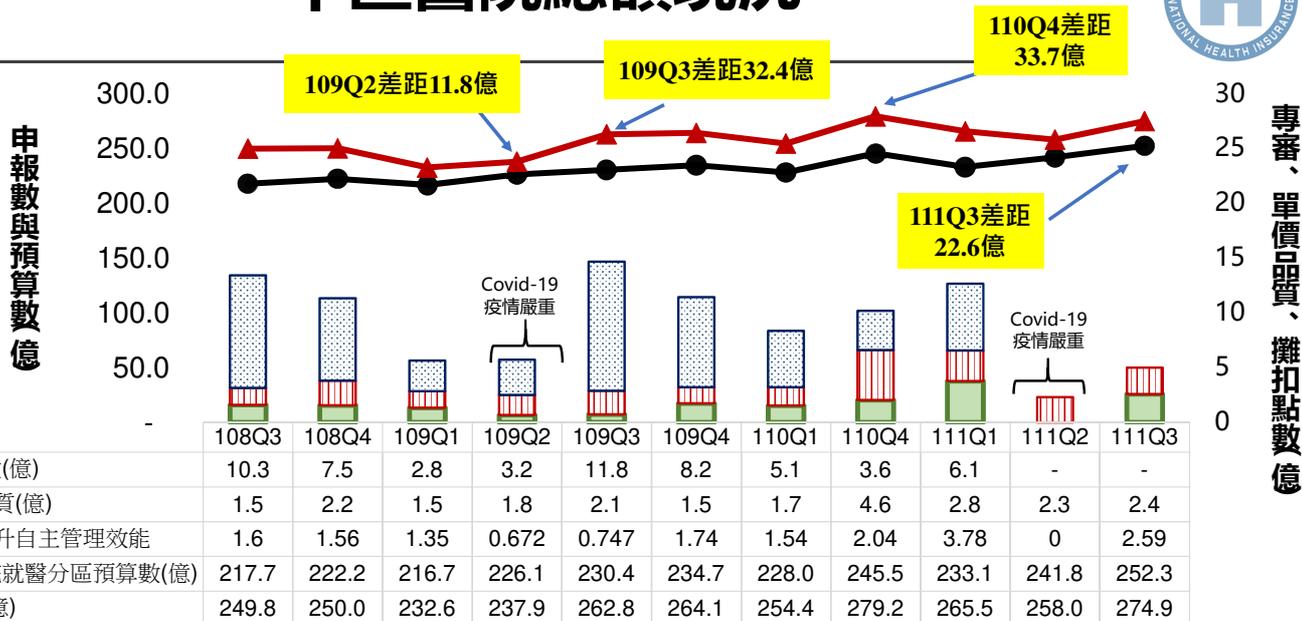
註：醫院整體醫療費用點數排代辦且不含交付處方點數



醫院總額管理方案執行概況

111年第1~3季

中區醫院總額現況



點值	0.9304	0.9316	0.9667		0.9339	0.9329	0.929	0.9409	0.9447	0.9713	尚未結算
點數成長率 (含交付處方不含代辦、專款、其他部門)	6.51%	5.03%	-0.03%	-2.69%	4.63%	5.64%	6.89%	5.73%	4.36%	5.18%	4.52%

備註：110Q2及110Q3未執行中區總額管理方案，全署統一結算模式未到8成補8成

審查項目

分級審查比率	家數	
	111Q1	111Q3
10%	42	43
30%	4	1
50%	2	2
70%	1	2
100%	51	52
總計	100	100

項目	111Q1	111Q3
專審核減率(%)	0.72%	0.44%
專審核減點數(億)	1.97	1.27
提升自主管理效能(億)	1.86	0.63

備註：111Q2及111年7月暫停抽審，8月、9月費用由程式隨機抽出樣本月後，再依樣本月核減率回推至非樣本月，**111年7月不回推。**

13

特定項目

特定項目	核減點數(萬)		
	111Q1	111Q2	111Q3
呼吸器管理	503	691	279
3千6百萬點以下醫院	0	0	0
急重症	0	0	0
癌症化學治療藥費	2,000	0	0
門診重症且大於6000以上處方藥費	2,000	2,000	2,000

備註：111Q2及111Q3門住診化療藥費申報點數皆**低於**該季額度(110年各季整體核定數乘以1+最近上半年度或下半年人數成長率)，故無需核減。

14

單價指標項目



項目	住院非藥費單價			門診非藥費單價		
	111Q1	111Q2	111Q3	111Q1	111Q2	111Q3
總家數	49	50	52	97	97	97
達成家數	11	13	17	78	88	71
達成率(%)	22.5%	26%	32.7%	80.4%	90.7%	73.2%
核減點數	1億3,898萬	1億2,697萬	9,700萬	4,731萬	1,197萬	5,900萬

項目	住院一般藥費單價			門診一般藥費單價		
	111Q1	111Q2	111Q3	111Q1	111Q2	111Q3
總家數	67	65	67	97	97	97
達成家數	33	30	29	37	39	34
達成率(%)	49.3%	46.2%	43.3%	38.1%	40.2%	35.1%
核減點數(萬)	2,927萬	3,477萬	2,709萬	8,170萬	7,390萬	8,833萬

15

品質指標



達成項數比率	達成家數		
	111Q1	111Q2	111Q3
24%以下	3	6	8
25%~49%	33	40	48
50%~74%	55	52	44
75%以上	11	4	2
總計	102	102	102
獎勵點數	1,939萬	2,062萬	3,592萬



16

品質指標_風險調整移撥款執行方式

● 預算金額：全區6億元，中區分配8,896萬2,403元

➢ 原2億(中區分配1,685萬7,635元)：持續獎勵「居家醫療照護整合計畫」

➢ 新增4億(中區分配7,210萬4,768元)：運用檢驗(查)及影像上傳、虛擬健保卡、就醫識別碼、DM&CKD方案

指標標號	指標項目	各季預算(單位:萬)				
		111Q1	111Q2	111Q3	111Q4	小計
N4_37	居家醫療照護整合計畫	421	421	421	421	1,686
N4_34、 N4_38	檢驗(查)結果及影像即時上傳	451	451	451	451	1,803
N4_39	虛擬健保卡	開發設定獎勵	-	-	-	510
		使用獎勵	323	323	323	323
N4_40	就醫識別碼	推動獎勵	-	-	612	-
		上傳獎勵	-	-	408	-
		上傳即時性獎勵	-	261	261	261
N4_41	糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案	-	601	601	601	1,803
小計		1,195	2,057	3,077	2,567	8,896

※備註：1.指標N4_37，每季上限421萬點，若超出上限額度或不足，獎勵點數採浮動成數計算。

2.其餘指標，若超出上限額度或不足，視整體作項目間流用。

品質指標_風險調整移撥款執行概況

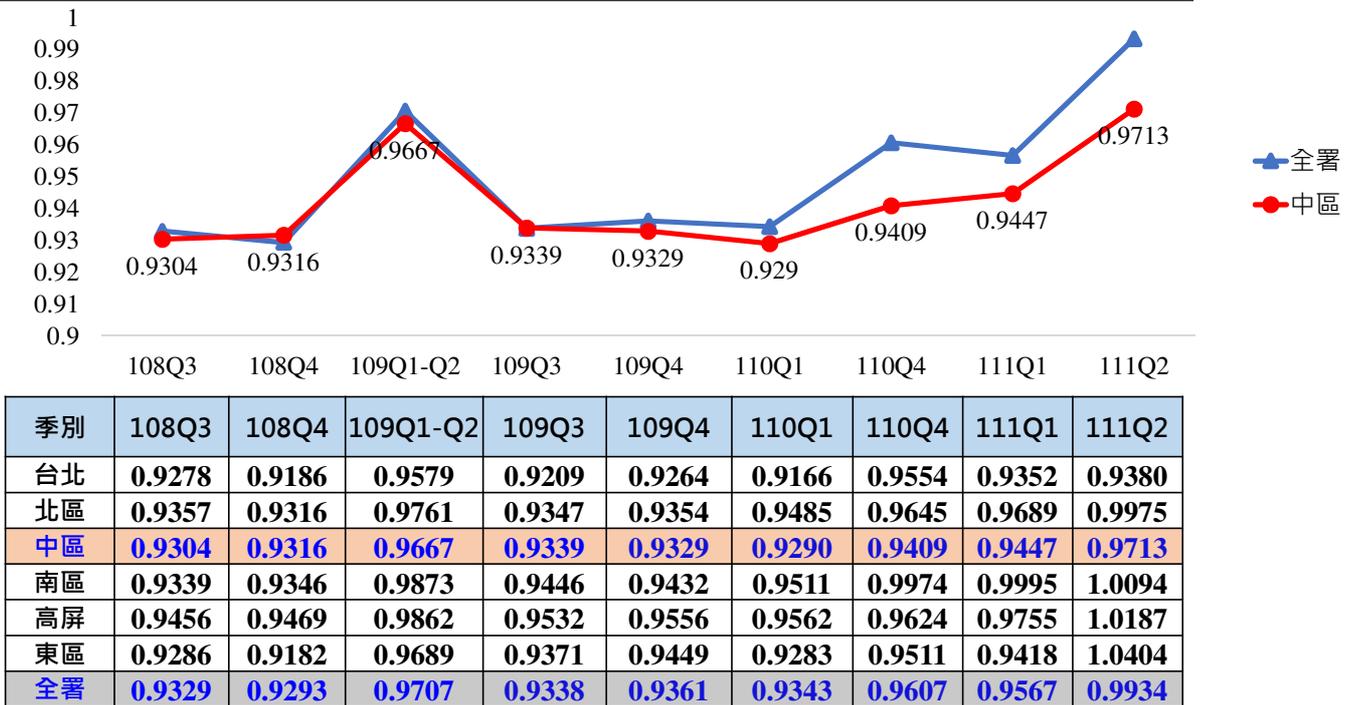
指標項目		111Q1		111Q2		111Q3	
		實際執行	浮動後點數	實際執行	浮動後點數	實際執行	浮動後點數
			浮動1.03		浮動0.985		浮動0.972741
N4-37	居家醫療照護整合計畫	4,079,458	4,214,409	4,276,604	4,214,409	4,332,510	4,214,407
			浮動1.07		浮動1.89		浮動2.189269
N4-34、38	檢驗查結果及影像即時上傳	7,251,024	7,738,096	8,122,379	15,383,570	8,216,118	17,987,249
N4_39	虛擬健保卡	開發設定	年度結算	年度結算		年度結算	
		使用獎勵	無上傳資料	9,000	17,046	8,250	18,062
N4_40	就醫識別碼	推動獎勵	未列考	未列考		3,000,000	6,567,800
		上傳獎勵	未列考	未列考		尚未執行	0
		上傳即時	未列考	尚未執行		尚未執行	0
N4_41	糖尿病及初期慢性腎臟病 照護整合方案	未列考		504,200	954,941	905,500	1,982,446
總計		11,330,482	11,952,505	12,912,183	20,569,966	16,462,378	30,769,964

※備註

(1)指標N4_34及N4_38，其正向獎勵以風險移撥款預算編列，負向結果回歸醫院總額品質指標預算核減。

(2)指標N4_37超出或不足採個別浮動成數計算；其餘4項指標，若超出或不足採項目間流用。

中區各季平均點值



重點管理項目

一.111年執行成果_常規執行

復健治療

- ✓ 加強門診西醫復健個案且該年復健次數 > 180次者之管控
38萬點 (29.26%)

復健治療閾值管理

- ✓ 復健強度及頻率
81.3萬點 (20.61%)

心導管檢查

- ✓ 住診心導管執行合理性與品質
527.4萬點(25.8%)

CT/MRI

- ✓ 門住診同日隔日重複執行
143.7萬點(2.0%)

放射線治療

- ✓ 特定癌症之直線加速器醫令
成長率高之醫院及個案
185.4萬點(4.33%)

ESWL_震波碎石

- ✓ 震波碎石術專案(ESWL)
388.5萬點(39.74%)

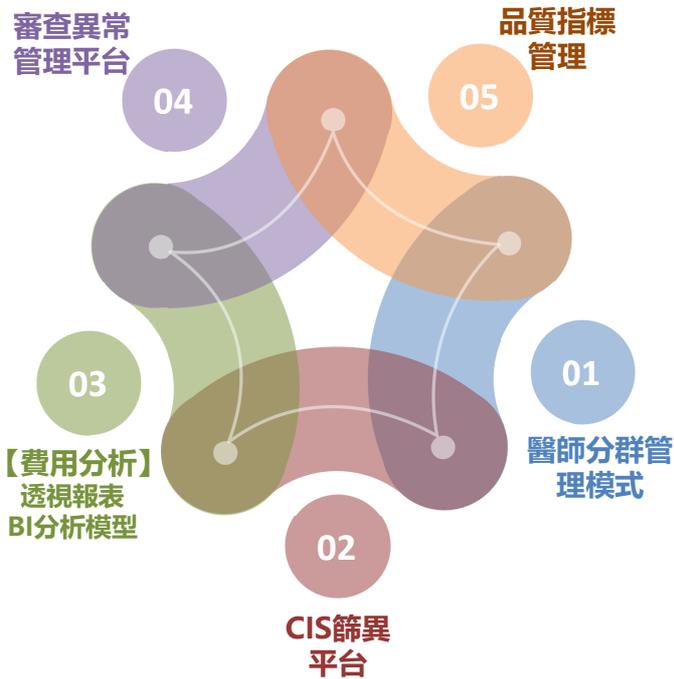
6項
1,364萬點

一.111年執行成果_專案管理

項次	異常項目專案名稱	核減點數(萬) 篩選>50萬
1	110年CTMRI申報急診加成不符規定案	2,750
2	同次手術併報75801C_腹腔內膿瘍引流術治療急性穿孔性腹膜炎	1,052
3	ICU案件適當性	424
4	110Q4急診免疫學檢查適當性	358
5	門住診同案件併報2 項子宮鏡相關手術	323
6	110年_病人1年僅就醫1次·當次執行多項心臟檢查適當性	202
7	「門診執行侵入性檢查醫令」審查專案	163
8	同日同醫師申報2筆診察費	143
9	住院案件適當性	126
10	門診同案併報超音波及電腦斷層造影審查	91
11	住診髌、膝關節置換術同日併報其他骨科手術	90
12	肝癌經肝動脈栓塞術後(TACE)合併施行電頻燒灼(RFA)	87
13	109年病人僅就醫1次且當次行1-4項心臟檢查	82
14	骨科_住院合理性審查	82
15	關節內注射劑併報NSAID鎮痛消炎藥專案	63
16	同日併報乳房超音波(19014C)或乳房造影術(33005B)專案	63
17	110年住院歸戶審查	52
18	執行皮面創傷處理2(含)次以上合理性審查	52

28項
6,346萬點

二. 112年精進管理措施1/2



透視醫院費用 聚焦異常管理

➤ 與醫院連結：

- ✓ 提供醫院管理者每季至少1次醫院管理報告卡
- ✓ 強化醫院自主管理

➤ 內部管理：

- ✓ 建立各項管理模式

二. 112年精進管理措施2/2



醫師分群管理模式

將特質相近的案件分群比較，建立具有可比性的同儕資訊，找出申報異於同儕之醫師；持續蒐集各界意見滾動式修正分群模式

CIS篩異平台

利用中央智慧系統(CIS)篩異管理平台、門住診醫療費用分析透視報表、POWER BI費用分析模型等工具篩出異常樣態，並與審查醫師討論，適時啟動專案管理

審查異常管理平台

- 藉由審查醫師意見，進行異常案件蒐集。
- 進行檔案分析，啟動後續異常項目專案管理

品質指標管理

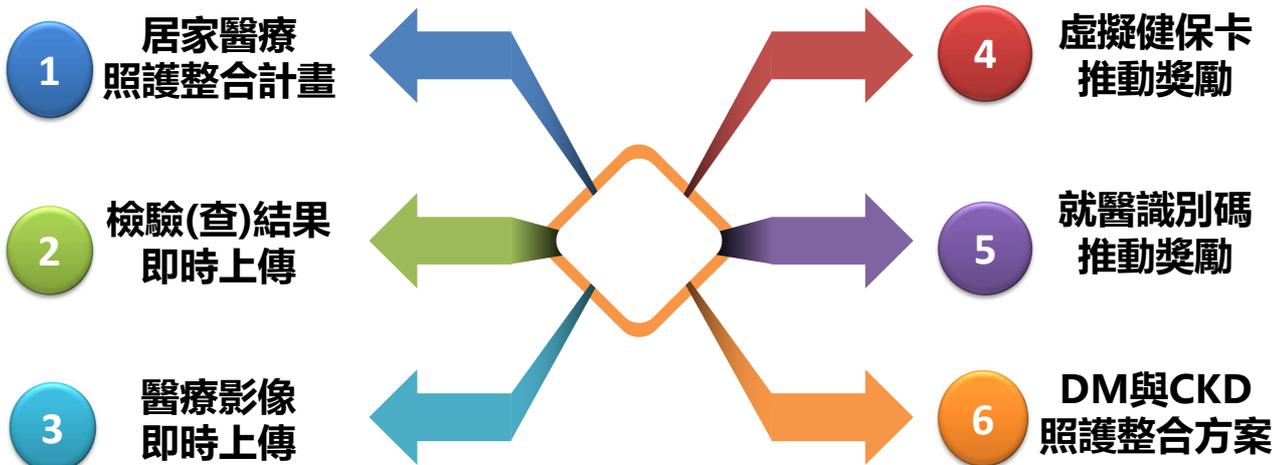
醫院總額管理方案品質指標，定期回饋供醫院自主管理。



重點推動項目

25

112年重要推動項目-沿續111年執行



原111年風險調整移撥款指標項目，112年指標項目待分會討論後決議。
若未列風險調整移撥款指標項目，則列入中區醫院總額品質指標項目。



26

在宅老化

111Q1~Q3執行概況：總獎勵點數1,264萬點

新收案獎勵

新收案人數3,415人(成長24%)，獎勵醫院99家次，340萬點

訪視獎勵

訪視件數35,699件(成長10%)，獲獎勵醫院122家次，924.7萬點

負成長醫院-請提升收案人數及訪視照護

新收案人數：臺中榮總、烏日林新醫、埔里基督教、國軍台中、竹山秀傳醫、彰基鹿基醫、部臺中、榮總埔里分、中國豐原分、漢忠醫院、明德梧棲醫、員林郭大村、東華醫院

訪視件數：臺安雙十分、彰基二林醫、南投基督教、烏日澄清醫、漢忠醫院、本堂澄清、中國附醫、大里仁愛、童綜合醫院、部彰化、員生醫院、第一醫院、佑民醫院、中國豐原分、明德梧棲醫、中國台中東、東勢農民醫

- 成長率係與前一年同期相較

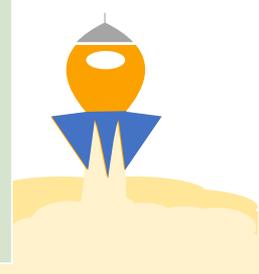
111年10月_中區醫院_層級別_即時上傳情形

特約類別	申報家數	上傳家數	家數上傳率	醫令上傳率
醫學中心	6	6	100%	97%
區域醫院	17	17	100%	95%
地區醫院	81	81	100%	94%
整體	104	104	100%	96%



111年10月檢驗(查)結果上傳率未達目標值醫院

特約類別	醫事機構簡稱	上傳率
1	彰基兒童醫	<90%
2	澄清中港	
3	杏豐醫院	<70%
3	美德醫院	
3	新太平澄清	
3	台新醫院	
3	林森醫院	
3	博愛外科醫	
3	新惠生	
3	陽光精神醫	
3	本堂澄清	
3	冠華醫院	
3	員林何醫院	
3	伸港忠孝	



29

111年10月_中區醫院_層級別_即時上傳情形

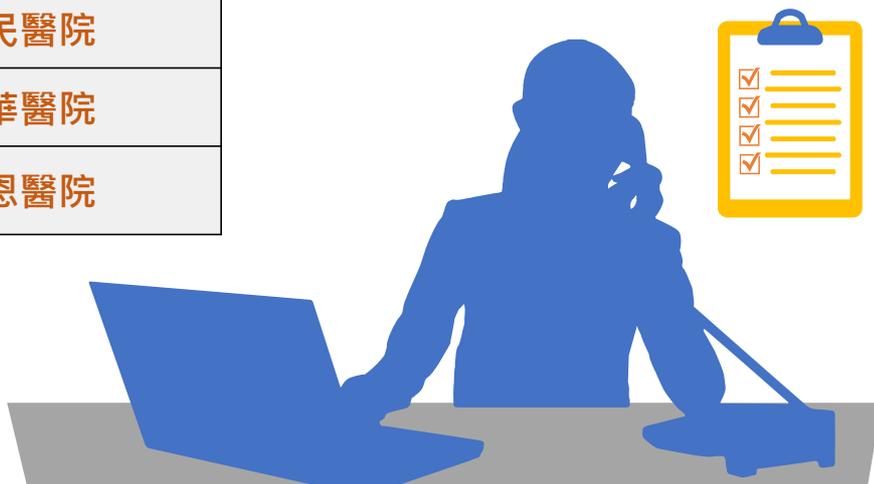
特約類別	申報家數	上傳家數	家數上傳率	醫令上傳率
醫學中心	6	6	100%	98%
區域醫院	17	17	100%	97%
地區醫院	75	72	96%	92%
整體	98	95	97%	96%



30

111年10月影像上傳率=0%醫院

特約類別	醫事機構簡稱
3	全民醫院
3	冠華醫院
3	宏恩醫院



申報虛擬健保卡之醫療費用案件之家數/件數統計表(費用年月：111年1-10月)

分區	居整		遠距		視訊		其他場域	
	家數	件數	家數	件數	家數	件數	家數	件數
臺北	1	2	1	1	3	705	4	21
北區	7	8			9	11	18	44
中區					2	29	17	79
南區	1	4			5	12	20	1,108
高屏					2	15	9	3,752
東區					1	3	2	11
總計	9	14	1	1	22	775	70	5,015

申報虛擬健保卡醫療費用案件之醫院名單 (17家)

- 中山附醫
- 中國附醫
- 部臺中
- 部彰化
- 部南投
- 草屯療養院
- 光田綜合
- 童綜合醫院
- 宏仁醫院
- 竹山秀傳
- 彰基鹿基醫
- 中國台中東
- 中國豐原分
- 惠盛醫院
- 澄清復健
- 常春醫院
- 惠和醫院

註：
 1.資料來源：本署第三代倉儲系統門診清單及醫令明細檔(擷取時間：111.12.1)。
 2.資料擷取定義：
 (1)虛擬健保卡:申報就醫序號為V001-V999或有申報虛擬醫令V000
 (2)居整案件:特定治療項目代號任一為EC(全民健康保險居家醫療照護整合計畫)
 (3)遠距案件:特定治療項目代號任一為GC(遠距醫療給付計畫)
 (4)視訊案件:特定治療項目代號任一為EE(COVID-19疫情期間居家隔離或檢疫者之視訊診療)。

特約類別	特約家數	預檢成功	尚未預檢名單(截至111.12.31)
醫學中心	6	6	
區域醫院	17	17	
地區醫院	81	81	
總計	104	104	

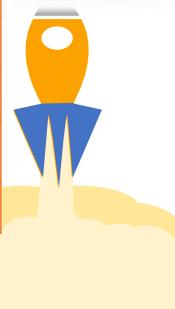
已全數執行預檢作業

特約類別	特約家數	符合獎勵	尚未符合獎勵名單(截至111.12.31)
醫學中心	6	6	
區域醫院	17	17	
地區醫院	81	77	漢忠、新亞東、卓醫院、清濱。(原因:程式修改未完竣)
總計	104	100	



醫院名稱	已收案人數
總計	10,123
員榮醫院	1,262
部彰化	1,036
宏仁醫院	1,010
長安醫院	984
童綜合醫院	979
聯安醫院	657
國軍台中	603
榮總埔里分	547
秀傳醫院	400
清泉醫院	367

醫院名稱	應收而未收案人數
總計	21,649
中山附醫	2,044
臺中榮總	1,481
彰基員林基	1,480
澄清中港	1,437
秀傳醫院	1,422
彰基	1,319
台中慈濟	1,161
大里仁愛	1,108
部豐原	1,076
彰濱秀傳	1,023



※備註:期間111年3月~111年9月(費用年月)·只顯示各前10名。
 ※本組整體收案率**40%**。

公告及轉請 配合事項

- 一.住院整合照護服務試辦計畫
- 二.檢驗(查)上傳
- 三.健保醫療資訊雲端查詢系統
- 四.虛擬健保卡就醫模式計畫

一. 住院整合照護服務試辦計畫1/3

請醫院院長支持此政策推動



- ◆ 目的
提供住院病患照護輔佐人力，使病人住院期間能獲得連續性及完整性照護，提升住院醫療照護品質，減輕家屬住院照顧及經濟負擔。
- ◆ 111年：111.10.27起全國核定試辦醫院40家（醫學中心6家、區域醫院16家、地區醫院18家），中區13家醫院試辦。
- ◆ 112年：跨年度試辦延續不中斷
112年試辦計畫完成醫院遴選核定前，由111年所核定之40家試辦醫院於112年持續辦理，並以112年醫院專款支付。

一. 住院整合照護服務試辦計畫2/3

01 徵求不同層級醫院

遴選試辦

- 徵求不同層級醫院推動，由醫院安排照護輔助人力，納入病房團隊，以**照護工作分級分工**方式，滿足住院照護需求
- 醫院評估全院病床運用情形，**提出因院制宜之試辦規模及管理機制計畫**
- 採**計畫審查遴選**，擇優核定（專款額度內）

02 提供家屬選擇權

可不參與條件

- 家屬**自行照顧**
- 家中原聘請之**外籍看護工**連續照顧
- 自我照顧獨立**之病患（日常生活活動ADL滿分者）
- 病患特殊狀況，**需要1對1照顧服務**

非健保給付範圍

03 健保支付醫院收費

費用支付

- 新增健保**住院整合照護管理費**：750點/每人日，本部核定該院計畫推動床數
 - 醫院收取**住院整合照護輔佐服務費**：0-1,050元
- 註：醫院得考量各項成本、病房照護特性及需求，安排適當人力組合，參考自費收費範圍，訂定不同收費，經核定後收取

04 品質監控機制

指標監測

- 訂定**品質監控指標**（含結構、過程及結果指標，計4項）
- 每季填報：含健保資料庫統計(服務涵蓋率、病床使用率及平均住院天數)及醫院填報家屬及照護人員滿意度

37

一. 住院整合照護服務試辦計畫3/3

住院整合照護服務專區

- 整合「**醫院推動指引**」及「**民眾查詢參考**」資訊，以利試辦計畫宣導
- 與照護司共同彙編**醫院問答集**，近日完成並上傳供參考



38

二.檢驗(查)上傳



優化每日上傳作業系統(IAU、IAV)

基本資料段**自動帶入「IC卡資料」**，利用院所每日進行之IC卡上傳資料，自動填入**必填欄位**，將原本需要填14-15個欄位，**減少至1-2個**。



VPN新增「檢驗(查)上傳日報表」

醫院每日透過日報表檢視尚未上傳案件之明細，進行**自我管理**。



未上傳檢驗查結果者，加強審查。



01



02



03

39

三、健保醫療資訊雲端查詢系統-新增功能項目

1 雲端藥歷頁籤XCOVID藥物置頂

2 藥品交互作用暨過敏藥物提示功能(API) -111.4.21上線

3 藥品交互作用線上查詢-不須介接HIS系統-111.5.25上線

4 摘要區新增「居家醫療照護」、「健保終生限制給付項目就醫資料」提示

5 跨院重複開立醫囑提示功能-新增腎功能狀態不明提示-111.11.24上線



40

三、健保醫療資訊雲端查詢系統-雲端藥歷頁籤XCOVID藥物置頂

- 「雲端藥歷」頁籤：Paxlovid(XCOVID0001)及Molnupiravir(XCOVID0002)置頂呈現(111.5.17上線)
- 因應天災及緊急醫療查詢作業「雲端藥歷」頁籤亦同

因應天災及緊急醫療查詢作業

1. 本查詢作業以自衛資訊診察、社區居家隔離宅事案(COVID-19疫情期間)或緊急醫療病患(檢傷分類第一至三級病患)資料為限。
 2. 請遵守個人資料保護及隱私保護規範。
 3. 如需複製病人醫療資料應符合該目的之用，否則自負相關法律責任。

1 完成認證進入「因應天災及緊急醫療查詢作業」，輸入病人身分證號，點擊「查詢」

2 病人近期有用藥資料，則預設呈現「雲端藥歷」頁籤

3 COVID-19治療用口服抗病毒藥物(PAXLOVID及MOLNUPIRAVIR)用藥紀錄置頂呈現

項次	來源	主診斷	ATC3名稱	ATC5名稱	複方註記	成分名稱	藥品健保代碼	藥品名稱	給藥日數	藥品用量	用法用量	就醫(調劑)日期(住院用藥起日)
1	高雄醫學大學 急診 130205001 4	嚴重特殊傳染性肺炎，確診	抗病毒藥 (Antivirals for system icuse)	Other Antivirals	Y	Nirmatrelvir ; Ritonavir	XCOVID0001	PAXLOVID	5		BI D P C	111/05/14

41

三、健保醫療資訊雲端查詢系統-新增「藥品交互作用」線上查詢功能

- 藥品交互作用暨過敏藥物提示功能(API)(111.4.21上線)：
 - 院所HIS系統須完成系統介接，使用時須完成三卡認證
- 藥品交互作用線上查詢功能(111.5.25新增上線)-不須介接HIS系統
 - 「因應天災及緊急醫療查詢作業」及「健保醫療資訊雲端查詢系統」均可使用

1 進入「因應天災及緊急醫療查詢作業」或「健保醫療資訊雲端查詢系統」，完成病人資料查詢

2 點選「藥品交互作用查詢」按鈕
 -以西藥查詢：請至「雲端藥歷」頁籤
 -以中藥查詢：請至「中醫用藥」頁籤

項次	來源	主診斷	ATC3名稱	ATC5名稱	複方註記	成分名稱	藥品健保代碼	藥品名稱	給藥日數	藥品用量
1	高雄醫學大學 急診 130205001 4	嚴重特殊傳染性肺炎，確診	抗病毒藥 (Antivirals for system icuse)	Other Antivirals	Y	Nirmatrelvir ; Ritonavir	XCOVID0001	PAXLOVID	5	

42

三、「藥品交互作用」線上查詢功能-以查詢PAXLOVID為例(1/2)

藥品交互作用查詢

1 點選「藥品交互作用查詢」按鈕，會開啟「藥品交互作用查詢」視窗

2 可輸入西藥藥品名稱(PAXLOVID)、藥品代碼(XCOVID0001)或藥品ATC碼進行查詢，每個欄位均有模糊比對功能

3 點擊後會列入下方綠色方框(擬查詢之藥品)至多可選擇10項藥品

4 可點擊紅色「X」刪除

5 選好後，點擊「比對交互作用」按鈕開始比對

43

三、「藥品交互作用」線上查詢功能-以查詢PAXLOVID為例(2/2)

藥品交互作用查詢

6 點選「比對交互作用」後會跳轉至「查詢結果」(如需再查詢其他藥品交互作用，請於左側列表切換回「藥品查詢」)

7 查詢結果會顯示於下方方框內
 -以西藥查詢時，會同時比對「西藥對西藥」以及「西藥對中藥」之交互作用
 -以中藥查詢時，比對「中藥對西藥」之交互作用

8 查無資料時，於方框內顯示「查無資料！」

補充 以中藥查詢之查詢結果示意圖

查詢藥品 ATC7名稱	比對藥品 ATC7名稱	開藥院所	開藥日期	交互作用結果	機轉	處置方式	參考文獻 (資料庫/PMID)
Paxlovid(nirm atrelvir\Riton avir)	Diltiazem	亞東醫院	111/04/07	增加Diltiazem濃度	-	與 Paxlovid併用時可能需要降低劑量	
Paxlovid(nirm atrelvir\Riton avir)	Diltiazem	亞東醫院	111/05/05	增加Diltiazem濃度	-	與 Paxlovid併用時可能需要降低劑量	

查詢藥品 標準方名	比對藥品 ATC7名稱	開藥院所	開藥日期	交互作用結果	機轉	處置方式	參考文獻 (資料庫/PMID)
丹參	Apixaban	亞東醫院	111/04/07	增加抗凝血作用，可能有不確定的出血風險。	丹參與 Apixaban 併用時可能增加抗凝血作用，或致血性形成。	併用時，應密切注意是否有出血或其他藥物副作用情形。	
丹參	Apixaban	亞東醫院	111/05/05	增加抗凝血作用，可能有不確定的出血風險。	丹參與 Apixaban 併用時可能增加抗凝血作用，或致血性形成。	併用時，應密切注意是否有出血或其他藥物副作用情形。	

44

三、健保醫療資訊雲端查詢系統-摘要區新增「居家醫療照護」提示

「居家醫療照護」提示

- 上線日期：111.09.07
- 提示病人「居家醫療整合照護計畫」收案院所
- 整併「急性後期照護計畫」、「早療方案」、「養護機構院民」資訊，與「居家醫療照護」合併呈現。

「健保終生限制給付項目就醫資料」提示

- 上線日期：111.12.22
- 病人有健保終生限制給付項目之申報資料時以紅字顯示，其餘情況以黑字顯示
- 本專區僅呈現此病人使用涉及終生限制給付數量上限項目之就醫紀錄。



摘要：

COVID-19治療口服抗病毒藥物Paxlovid(PF-07321332與ritonavir藥物組合包裝)是CYP3A的抑制劑，與高度依賴CYP3A清除之藥物具禁忌，且與許多常用的藥物有交互作用，請醫師開立處方時需密切注意，並詢問病患是否有使用相關禁忌藥物。(參考資料：禁忌藥物、藥品交互作用)
 如欲查詢病人是否有使用COVID-19治療口服抗病毒藥物，請至「雲端藥歷」頁籤查詢。
 複製病人醫療資料應符合診療目的之用，否則自負相關法律責任。
 本系統「CDC預防接種」後提供使用者連線前往疾病管制署「全國性預防接種資訊管理系統」，健保對象近期如無健保就醫與用藥紀錄，僅會呈現「CDC預防接種」頁籤。
 此健保對象為管制用藥名單。
 本個案為居家醫療照護個案，由馬偕居護所機構收案。
 該病患於檢查檢驗結果頁籤有影像上傳資料。
 查詢病人B、C型肝炎公費篩檢資格。
 此病人無使用健保終生限制給付項目之就醫紀錄。
 下列頁籤表示此健保對象有該項目資料。

三、跨院重複開立醫囑提示功能「資料類別9」新增腎功能狀態不明提示

- 上線日期：111.11.24
- 提示訊息呼叫建議：建議開立藥品天數4天(含)以上才呼叫資料類別9

病人腎功能狀態提示條件	回傳訊息(oMsg)	開立NSAIDs提示天數(建議提示閾值) (※需與當次醫師開立NSAIDs天數判斷後再提供回傳訊息予醫師)
腎功能狀態不明(近12個月內無血清肌酸酐檢測值) 資料範圍內無eGFR值、無任一腎臟病診斷碼且無檢測Creatinine	此病人近12個月內無血清肌酸酐檢測值。病人腎臟功能有疑義者，使用NSAIDs時除非是疾病長期治療之需要，應以短期使用為原則，如需長期使用，請在適當時機檢驗腎功能。	14(含)
腎功能狀態不明(近6個月內無血清肌酸酐檢測值) 資料範圍內無eGFR值，有檢測Creatinine，但最近一次採檢日期超過6個月。	此病人近6個月內無血清肌酸酐檢測值。病人腎臟功能有疑義者，使用NSAIDs時除非是疾病長期治療之需要，應以短期使用為原則，如需長期使用，請在適當時機檢驗腎功能。	28(含)
腎功能狀態不明(近6個月內無血清肌酸酐檢測值) 資料範圍內最近一次eGFR值≥60，但採檢日期超過6個月。	此病人近6個月內無血清肌酸酐檢測值。病人腎臟功能有疑義者，使用NSAIDs時除非是疾病長期治療之需要，應以短期使用為原則，如需長期使用，請在適當時機檢驗腎功能。	28(含)

四、虛擬健保卡就醫模式計畫-申請辦法/安裝測試

43家醫院
已申請完成

■ 申請辦法

- 至中央健康保險署健保資訊網服務系統(VPN)/醫務行政/特約機構作業試辦計畫，申請試辦計畫VC(虛擬健保卡就醫模式計畫)。
- 通過後，即可受理民眾以虛擬卡就醫及申報醫療費用。

■ 安裝測試

- 虛擬健保卡SDK：健保資訊網服務系統(VPN)/下載專區/類別：其他、服務項目/虛擬健保卡SDK
- 讀卡機控制軟體：健保署全球資訊網/健保服務/健保卡申請與註冊/健保卡資料下載區/讀卡機控制軟體
- 測試：取得就醫序號(EX：V001)

安裝虛擬健保卡(SDK) 聯絡資訊

電話：(07)231-8122

電子郵件：ic_service@nhi.gov.tw

Q&A請參考「健保署全球資訊網/首頁/重要政策/虛擬健保卡專區/虛擬卡問答集第六版(111.8.11)」

47

THANK YOU
~續提案討論



48

提案討論

112年中區醫院總額管理方案修訂 提案一至提案五

49

112年醫院總額分配



112年醫院總額一般服務項目成長率為3.092%

總額項目	成長率	增加金額 (億)	總金額 (億)
一般服務	<u>3.092%</u>	154.39	5,147.46
整體醫院總額 (含專款、門診透析)	3.663%	227.05	5,796.09

衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告

50

(提案一) 112年中區醫院目標點值設定

- ◆ 112年醫院總額一般服務項目成長率為**3.092%**
- ◆ 依據各季醫療費用成長情形，**調整整體檔案分析核減項目之核減比例，以達目標點值**
- ◆ 如遇足以影響點值之突發狀況得加開聯繫會議決定預設點值調整事宜
- ◆ **112年下半年目標點值視上半年醫療費用成長情形，再提會議定。**



目標點值
0.935~0.945

112Q1 : **0.935**
112Q2 : **0.945**

總額成長率
3.092%
(154.39億)



中區分配占率
(18%)



27.79億
(季約6.95億)

- 分攤至中區平均1季可分配額度約**6.95億**，僅約占中區醫院總額申報點數**2.53%**

註：112年醫院總額成長率3.663%，一般服務項目成長率3.092%

(提案二) 提升自主管理效能核減作業(1/3)

目的

- ◆ 期使醫院**自主管理**及**維護醫療服務提供之合理性**
- ◆ **所有醫院須共同承擔**提升自主管理效能和專業審查品質之責
- ◆ 確保醫療資源**合理運用**，抑制醫療資源不當耗用
- ◆ **保障良善醫事服務機構申報之醫療費用總額給付點值**



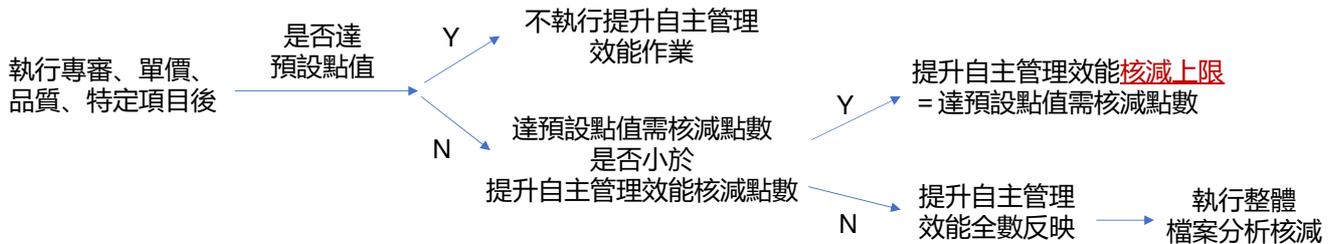
- ✓ 設定提升自主管理效能項目(含初核)為**一般服務項目申報點數(不含交付)之1.5%**。
- ✓ 倘該季初核核減點數**未達**一般服務項目申報點數(不含交付)之1.5%，則依各院初核核減點數占率反映核減點數。

(提案二) 提升自主管理效能核減作業(2/3)

避免個別醫院分攤比率過高

假設提升自主管理效能需核減1.5億，惟達預設點值只需核扣7千萬，則提升自主管理效能核減上限為7千萬

01 設定整體核扣上限：已達預設點值，達整體核扣上限



02 設定個別醫院核扣上限

- ✓ 「提升自主效能核減點數 ÷ 送核申報醫療費用」最高為3%

53

(提案二) 提升自主管理效能核減作業(3/3)

醫院簡稱	送核申報醫療費用 (A)	初核審查核減點數 (B)	初核審查核減率 (C=B/A)	核減占率 (D=B/ΣBi)	原始提升自主管理效能核減點數 (E=D×1.95億)	原始提升自主管理效能核減比值 (F=E/A)	最終提升自主管理效能核減點數 (H=A×3%)	最終提升自主管理效能核減比值 (F=H/A)
A醫院	9,300,000	600,000	6.45%	0.3%	585,000	6.29%	279,000	3%

核減上限為3%
 $9,300,000 \times 3\% = 279,000$

範例：

- 該季一般服務項目申報點數(不含交付)為250億，初核核減點數為1.8億，提升自主管理效能項目核減點數為 $(250 \text{億} \times 1.5\%) - 1.8 \text{億} = 1.95 \text{億}$
 原各醫院核減點數 = 1.95億 × 各院初核核減點數占率
- A醫院原提升自主管理效能核減點數為 $1.95 \text{億} \times 0.3\% = 58.5 \text{萬}$
- 因個別醫院核減上限為送核申報醫療費用點數3%，最終提升自主管理效能核減點數為 $930 \text{萬} \times 3\% = 27.9 \text{萬}$

54

(提案三) 112年整體檔案分析核減項目基準值設定(1/3) 計算方式



風險可預期
提高高成長醫院
攤扣責任

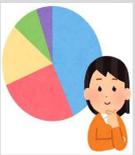
- 以近3年(109年、110年、111年)同期整體檔案分析申報點數，反映該季初核核減率後之平均，作為當年度整體檔案分析基準值。
- 倘各醫院整體檔案分析核減項目基準值之加總，高於達預設點值之可用額度，則調降其基準值至整體可用額度，惟不低於原基準值。
- 若有特殊狀況影響醫院營運管理之訴求，須於預估費用發生之前一季第2個月15日前提出，以提共管會議討論議定。
<舉例>若預估費用將發生於112年7月，須於112年5月15日前函文相關資料及說明至本組。

範例：

112年第1季整體檔案分析基準值= { (整體檔案分析申報點數_(111年第1季)) × (1-初核核減率_(111年第1季)) + (整體檔案分析申報點數_(110年第1季)) × (1-初核核減率_(110年第1季)) + (整體檔案分析申報點數_(109年第1季)) × (1-初核核減率_(109年第1季)) } ÷ 3

55

(提案三) 112年整體檔案分析核減項目基準值設定(2/3)



倘112年新基準值低於原基準值？

- ✓ 倘「近3年同期整體檔案分析申報點數反映初核核減率之平均」低於「現行檔案分析基準值」，則維持現行檔案分析基準值。



新增病床

- ✓ 依中區業務組與中區醫院代表聯繫會第34次會議決議並考量占床率辦理。

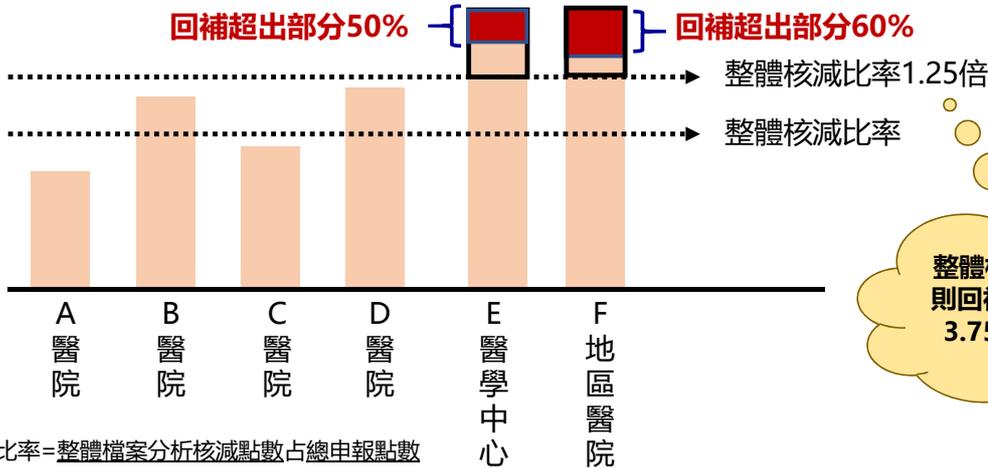
56

(提案三) 112年整體檔案分析核減(3/3)：核減回補機制



- ✓ 考量地區醫院經營規模較小，易受醫療資源增加之影響，變動幅度較大。
- ✓ 當季結算個別醫院檔案分析核減比率大於整體核減比率1.25倍之醫院，就其超出點數進行回補，醫學中心及區域醫院回補維持以5成為上限，配合本次基準值修訂，地區醫院回補提升以6成為上限，且全區回補點數上限設定8千萬點。

整體檔案分析核減比率



整體核減比率為3%，則回補對象為核減比率3.75%，以上之醫院

(提案三) 112年分級審查基準值設定(1/2) 計算方式



- 以近3年(109年、110年、111年)同期分級審查申報點數，反映該季初核核減率後之平均，作為112年分級審查基準值。

範例：

112年第1季分級審查基準值= { (分級審查申報點數_(111年第1季) × (1-初核核減率_(111年第1季)) + (分級審查申報點數_(110年第1季) × (1-初核核減率_(110年第1季)) + (分級審查申報點數_(109年第1季) × (1-初核核減率_(109年第1季)) } ÷ 3

(提案三) 112年分級審查基準值設定(2/2)



為審查其合理性，新增病床**不反映**於分級審查基準值



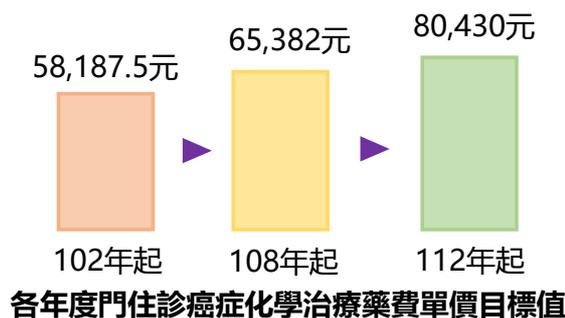
倘新基準值低於原基準值？

- ✓ 「近3年同期**分級審查**申報點數反映初核核減率之平均」**低於**「現行分級審查基準值」，則**維持現行分級審查基準值**。

59

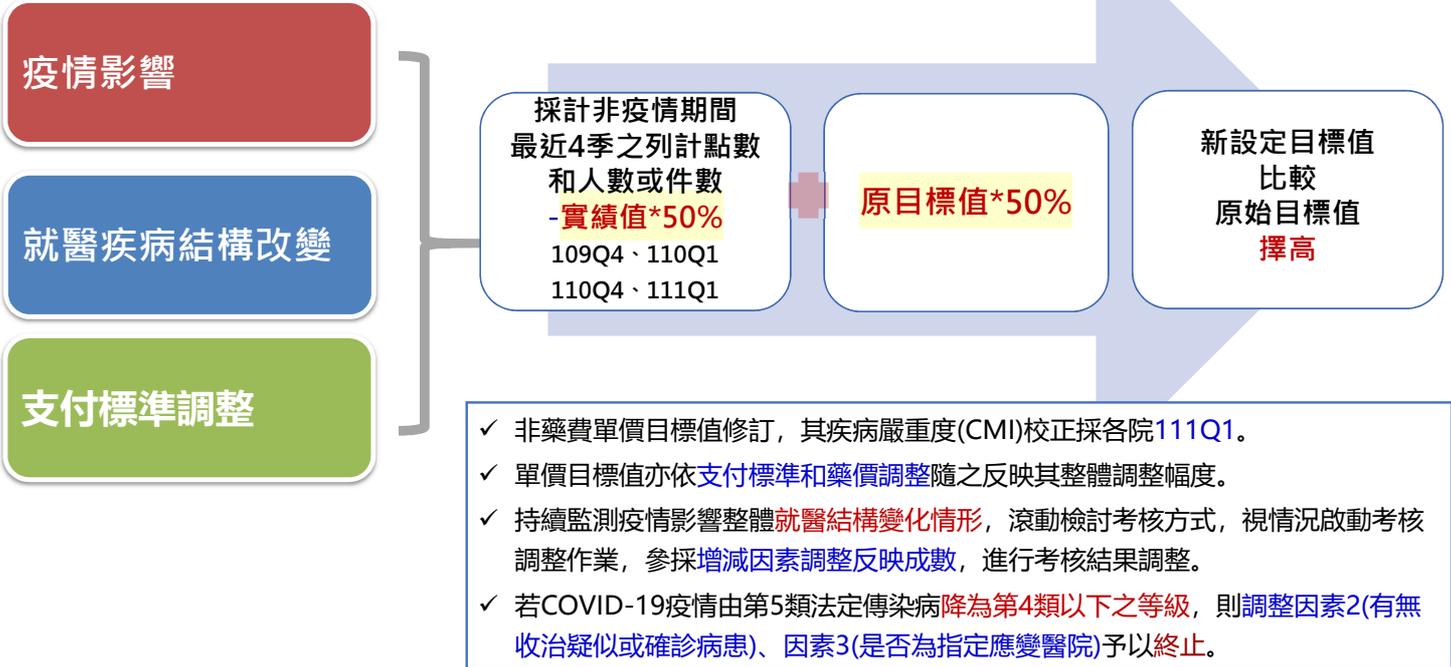
(提案四) 112年「門住診癌症化學治療藥費」單價目標值

- 依本組與醫院總額中區執行分會共同管理會議**108年第1次會議紀錄**提案二決議辦理，自**108年起**，**每3年**計算全國醫學中心每人門住診癌症化學治療藥費
- 近2年全國醫學中心申報資料，並排除疫情影響季別，計算季平均每人門住診癌症化學治療藥費為**80,430點**
- 自112年第1季起，特定項目「門住診癌症化學治療藥費」單價目標值自65,382點調整為**80,430點**，並重新計算各癌症類別**權重**。

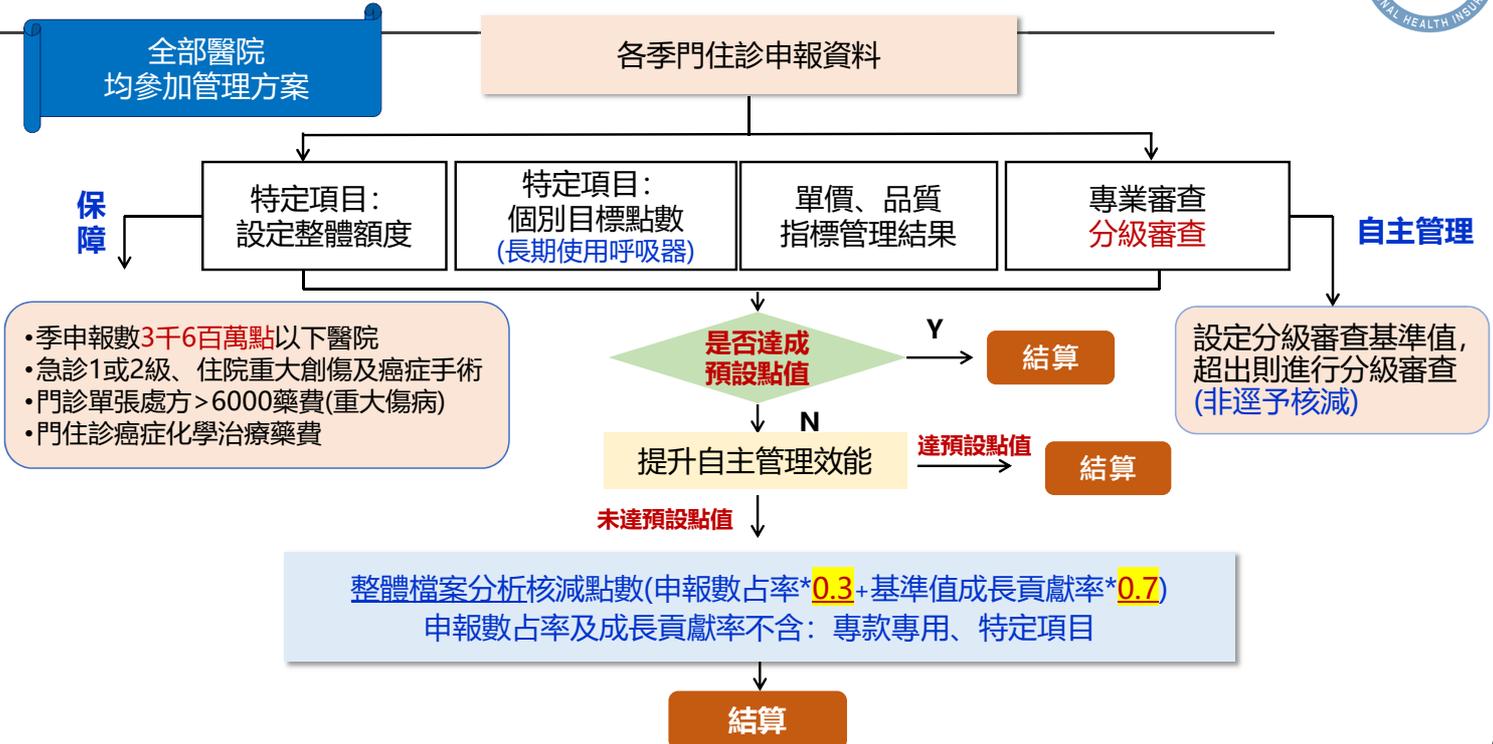


60

(提案五) 112年單價項目-目標值修訂



112年醫院總額管理結算模式





THANK YOU