

中央健康保險署中區業務組與 中區全體醫院院長聯繫會議

-112年第2次會議-

112年7月26日

報告大綱



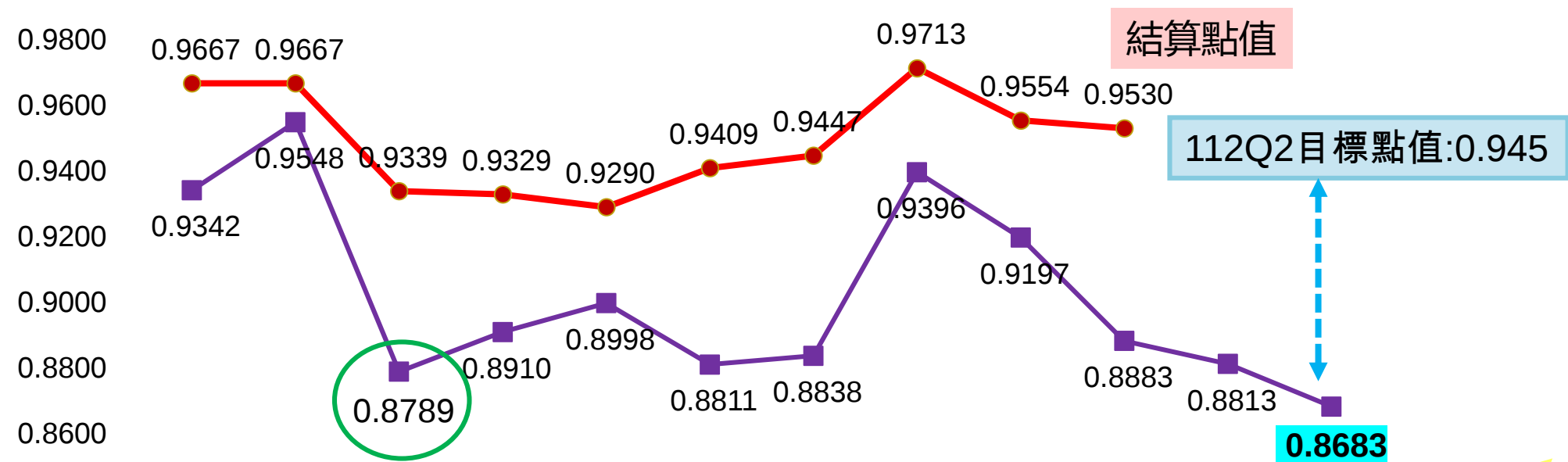
- 01 中區醫院醫療費用申報概況-
112年第1季、112年4-5月
- 02 醫院總額管理方案執行概況-
112年第1季
- 03 112年中區醫院總額管理方案修訂-
112年第3、4季(7/19共管會議提案決議)
- 04 重要管理措施及管理項目執行結果
- 05 公告及轉請配合事項



中區醫院醫療費用申報概況

112年第1季、112年4-5月

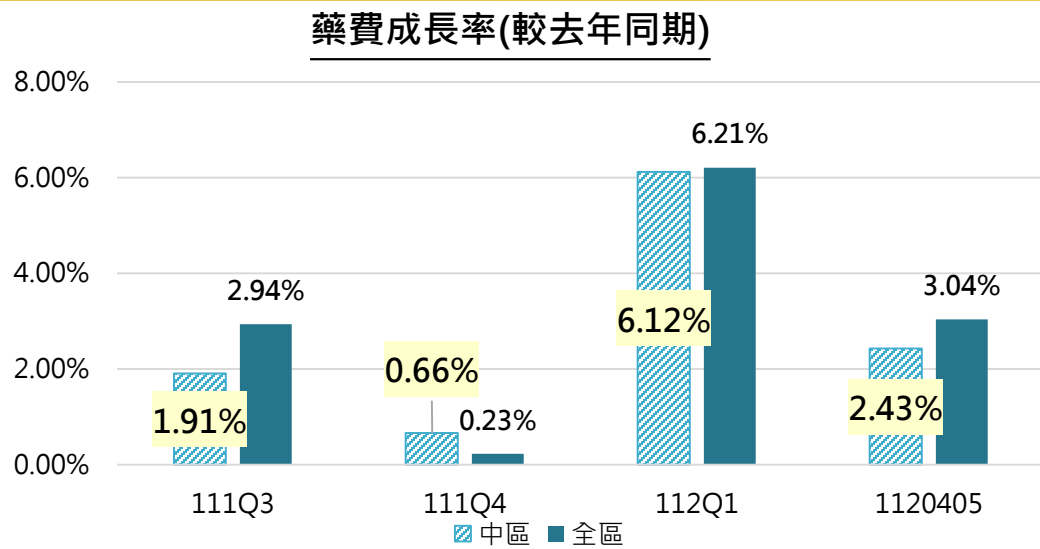
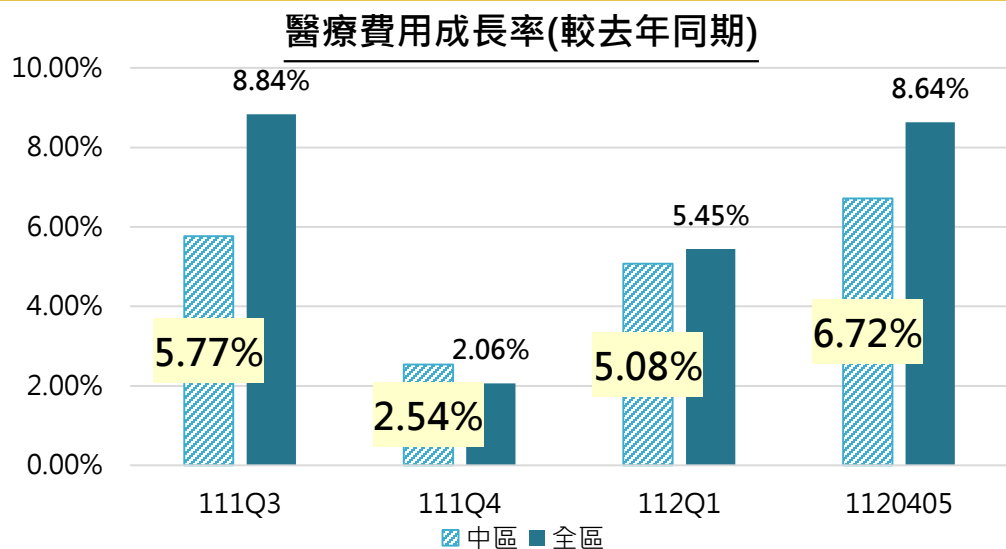
中區醫院_門住診平均點值



	109Q1	109Q2	109Q3	109Q4	110Q1	110Q4	111Q1	111Q2	111Q3	111Q4	112Q1	112年 4-5月
■ 預估點值(執行管理方案前)	0.9342	0.9548	0.8789	0.8910	0.8998	0.8811	0.8838	0.9396	0.9197	0.8883	0.8813	0.8683
● 結算點值(執行管理方案後)	0.9667	0.9667	0.9339	0.9329	0.9290	0.9409	0.9447	0.9713	0.9554	0.9530		

預估點值資料來源：全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議會議資料

中區醫院總額_醫療費用及藥費申報概況



項目	區別	季別	西醫醫院總額		
			醫療費用	藥費	藥費占率
申報 點數 (億)	中區	111Q3	291	90	30.86%
		111Q4	301	92	30.47%
		112Q1	292	91	30.99%
		1120405	201	60	29.57%
	全區	111Q3	1,441	461	31.97%
		111Q4	1,489	468	31.46%
		112Q1	1,445	466	32.28%
		1120405	993	304	30.57%

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	112年第1季			112年4~5月		
		門診	住院	門住診	門診	住院	門住診
申報點數 (億)	醫中	68	58	126	46	40	86
	區域	46	45	92	32	32	64
	地區	40	24	64	28	17	45
	合計	154	128	282	106	89	195
成長率 較去年同期	醫中	4.73%	5.03%	4.87%	7.28%	7.48%	7.37%
	區域	5.74%	3.75%	4.74%	11.09%	7.60%	9.32%
	地區	5.11%	1.47%	3.71%	11.69%	6.56%	9.68%
	合計	5.13%	3.89%	4.56%	9.56%	7.34%	8.54%

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_藥費申報概況_層級

項目	層級	112年第1季			112年4~5月		
		門診	住院	門住診	門診	住院	門住診
申報點數 (億)	醫中	36	8	44	24	5	29
	區域	18	4	22	12	3	15
	地區	13	2	15	9	1	10
	合計	67	14	81	44	10	54
成長率 較去年同期	醫中	4.20%	4.35%	4.22%	1.87%	4.44%	2.33%
	區域	7.42%	4.64%	6.86%	4.74%	6.95%	5.19%
	地區	7.71%	3.77%	7.15%	4.55%	6.07%	4.76%
	合計	5.72%	4.35%	5.47%	3.14%	5.45%	3.55%

註：醫院整體醫療費用點數排代辦且不含交付處方點數

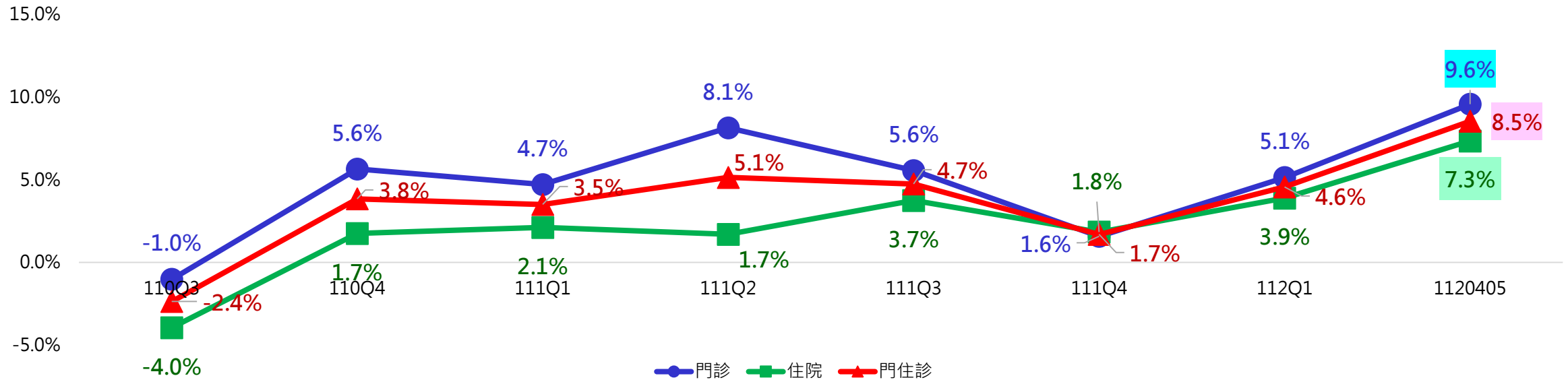
中區醫院_診療費申報概況_層級

項目	層級	112年第1季			112年4~5月		
		門診	住院	門住診	門診	住院	門住診
申報點數 (億)	醫中	25	20	45	17	14	32
	區域	20	16	36	14	11	26
	地區	16	9	25	12	6	18
	合計	60	46	106	43	32	75
成長率 較去年同期	醫中	5.72%	4.51%	5.17%	14.58%	8.32%	11.69%
	區域	4.64%	3.45%	4.10%	17.99%	7.27%	12.95%
	地區	3.04%	2.81%	2.96%	17.47%	8.07%	14.05%
	合計	4.64%	3.80%	4.28%	16.46%	7.89%	12.67%

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_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)



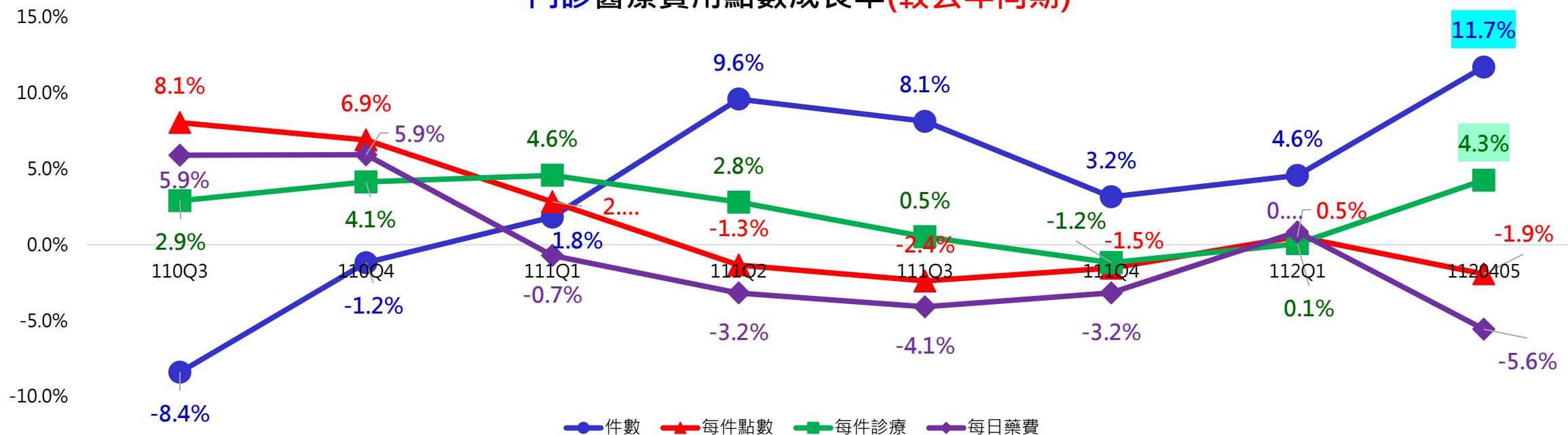
單位:億

診別	110Q3	110Q4	111Q1	111Q2	111Q3	111Q4	112Q1	1120405
門診	147	156	146	145	155	158	154	106
住院	120	129	123	118	125	131	128	89
門住診	267	285	270	263	279	290	282	195

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_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)

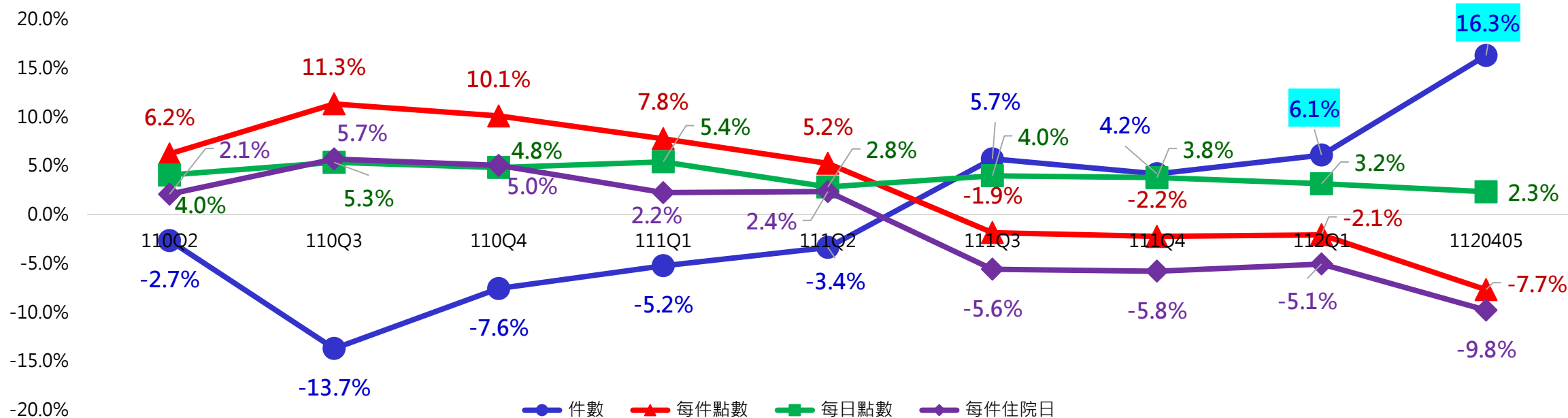


項目	110Q3	110Q4	111Q1	111Q2	111Q3	111Q4	112Q1	1120405
件數(萬)	421	457	435	425	456	472	454	324
每件點數	3,483	3,404	3,369	3,399	3,400	3,351	3,387	3,278
每件診療	1,349	1,351	1,328	1,289	1,356	1,335	1,329	1,339
每日藥費	76	74	71	74	73	72	72	68

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	110Q3	110Q4	111Q1	111Q2	111Q3	111Q4	112Q1	1120405
件數(萬)	17	18	17	16	17	19	18	13
每件點數	72,589	71,890	72,380	74,507	71,244	70,274	70,879	68,891
每日點數	7,845	7,891	7,987	7,798	8,157	8,190	8,239	7,997
每件住院日	9.3	9.1	9.1	9.6	8.7	8.6	8.6	8.6

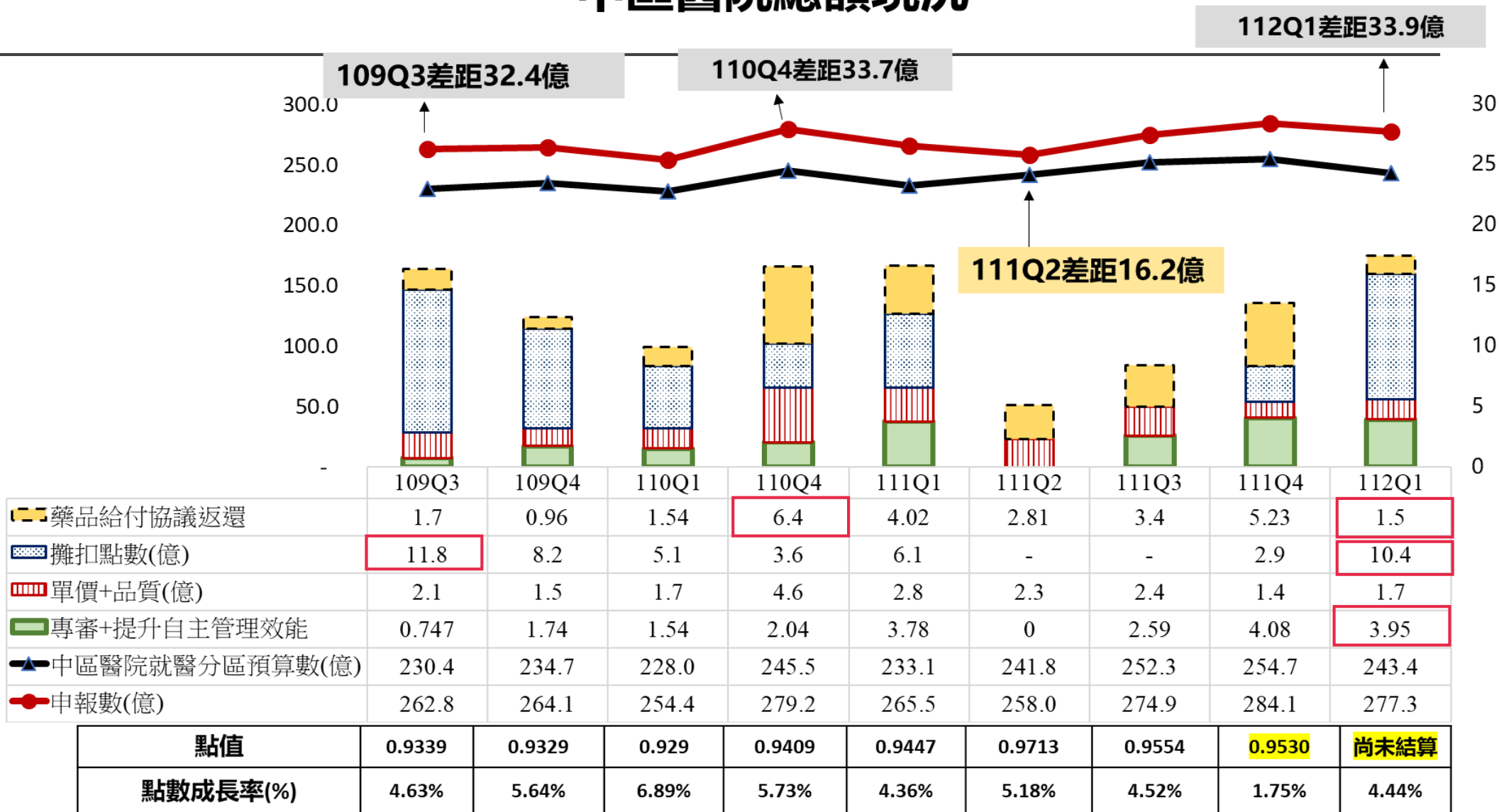
註：醫院整體醫療費用點數排代辦且不含交付處方點數



醫院總額管理方案執行概況

112年第1季

中區醫院總額現況



藥品給付協議返還金額資料來源：衛生福利部中央健康保險署醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

審查項目

分級審查比率	家數	
	111Q4	112Q1
10%	38	43
30%	2	1
50%	1	1
70%	2	5
100%	58	51
總計	100	100

項目	111Q4	112Q1
專審核減率 (%)	0.67%	0.63%
專審核減點數(億)	1.99	1.82
提升自主管理效能(億)	2.09	2.13

提升自主管理效能(不含專審)

		111Q4			112Q1		
	家數	核減點數 占率	核減 率	達3% 上限家數	核減點數 占率	核減 率	達3% 上限家數
總計	100	100.0%	-0.70%	0	100.0%	-0.74%	3
醫中	4	34.24%	-0.54%	0	35.65%	-0.59%	0
區域	16	39.50%	-0.84%	0	35.25%	-0.80%	0
地區	81	26.26%	-0.80%	0	29.10%	-0.95%	3

備註：

1. 依112年第1次中區醫院共管會議提案二決議：下次共同管理會議報告各層級提升自主管理核減費用比率及到達上限之家數統計。
2. 核減點數占率=該層級提升自主管理效能核減點數÷全體醫院提升自主管理效能核減點數
3. 核減率=該層級提升自主管理效能核減點數÷該層級送核申報點數

特定項目

特定項目	核減點數(萬)	
	111Q4	112Q1
呼吸器管理	827	438
3千6百萬點以下醫院	0	0
急重症	0	0
癌症化學治療藥費	0	2,000
門診重症且大於 6000以上處方藥費	2,000	2,000

備註：111Q4門住診化療藥費申報點數皆**低於**該季額度(110Q4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。

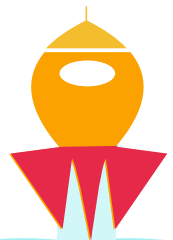
單價指標項目

項目	住院非藥費單價		門診非藥費單價	
	111Q4	112Q1	111Q4	112Q1
總家數	50	51	96	95
達成家數	22	19	75	66
達成率(%)	44%	37.6%	78.1%	69.5%
核減點數	5,861萬	6,335萬	3,947萬	4,089萬

項目	住院一般藥費單價		門診一般藥費單價	
	111Q4	112Q1	111Q4	112Q1
總家數	65	65	96	95
達成家數	35	34	39	23
達成率(%)	53.9%	52.3%	40.6%	24.2%
核減點數(萬)	2,220萬	3,039萬	5,154萬	6,210萬

品質指標

達成項數比率	家數				
	111Q1	111Q2	111Q3	111Q4	112Q1
24%以下	3	6	8	12	6
25%~49%	33	40	48	37	39
50%~74%	55	52	44	48	48
75%以上	11	4	2	4	8
總計	102	102	102	101	101
考核項目數	16	17	19	19	17
獎勵點數	1,939萬	2,062萬	3,592萬	3,600萬	3,089萬



112年中區醫院風險移撥款



5項推動項目

以季結算，獎勵點數採浮動計算，
當季項目間相互流用，季間不流用。

配合政策推動

虛擬健保卡



特定族群強化醫療服務

居家醫療照護整合計畫

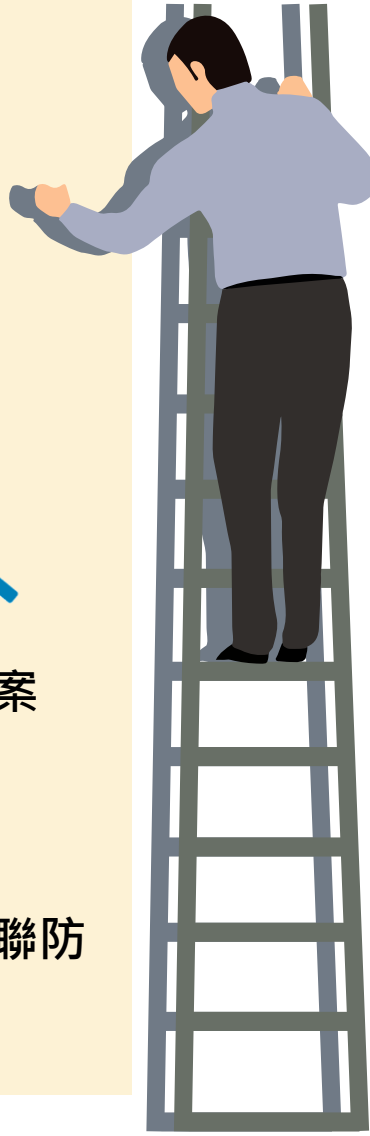
糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案



促進區域內醫療體系整合

主動脈剝離手術病患照護區域聯防

腦中風經動脈內取栓術病患照護區域聯防



新增之2項區域聯防項目

目的

- 使急診重大疾病盡速安排就醫，避免延誤治療
- 維持目前轉診管道，針對無法即時尋得手術醫院，由主責醫院啟動排診醫院

主責及參與醫院

- 主動脈剝離手術
主責-台中榮總，參與醫院35家
- 腦中風經動脈內取栓術
主責-中國附醫，參與醫院34家

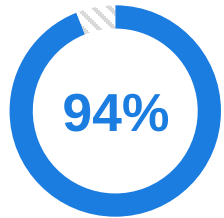


教育訓練及檢討會議

- 每半年主責醫院辦理教育訓練及召開檢討會議
- 「腦中風經動脈內取栓術」已於6月30日召開，參與醫院雙向溝通，檢討執行方式與相關成效

風險移撥款-第1季執行概況

112年中區預算分配為8,902萬8,079點，第1季實際執行1,678萬2,948點，採浮動成數1.27後，核給2,135萬5,039點，皆未超出預算



居家醫療整合
照護計畫

核定534萬8,629點

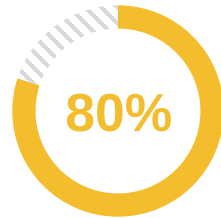
- 新收案1,085人
- 訪視16,401次



虛擬健保卡

核定107萬2,334點

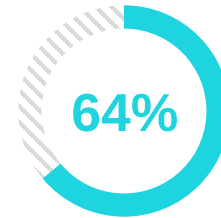
- 新增3家開發設定(聯安.達明.員郭)
- 3家達目標,件數占9成(彰基.中國附醫.竹秀)



DM及early CKD
整合照護方案

核定451萬9,271點

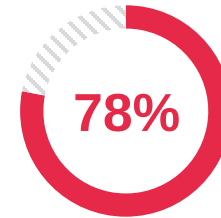
- 照護23,678人
- 照護率63.37%



主動脈剝離手術
病患照護區域聯防

核定504萬8,976點

- 照護49人(18家)
 - 自行收治31人
 - 經轉診19人(1人次季收治)



腦中風經動脈內取栓術
病患照護區域聯防

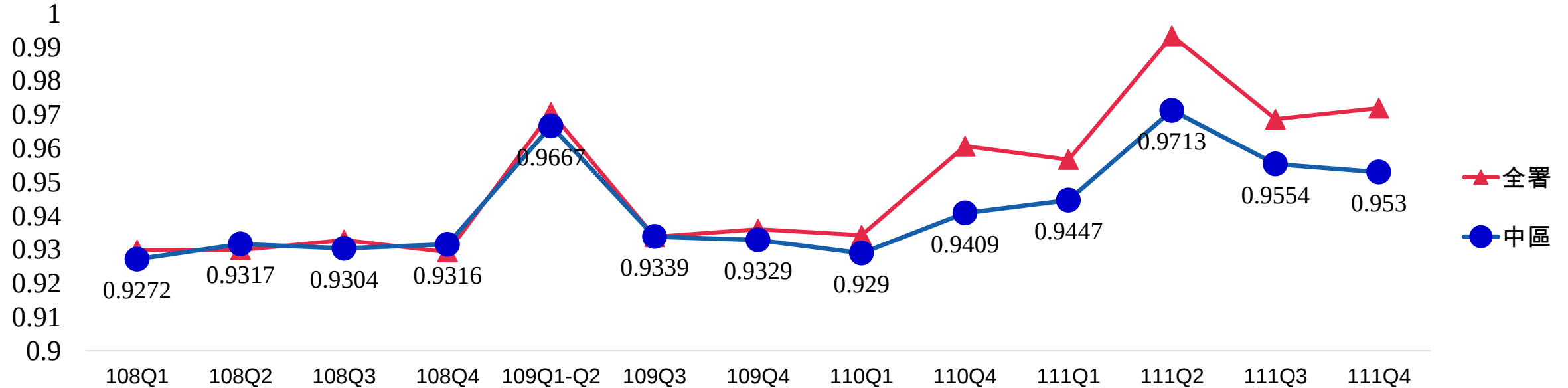
核定536萬5,829點

- 照護107人(18家)
 - 自行收治64人
 - 經轉診43人

整體預算執行率 **79%**

區域聯防預算係以111年各季申報人數成長5%推估，並從第1季起算，有高估情形

中區各季平均點值



季別	108Q1	108Q2	108Q3	108Q4	109Q1-Q2	109Q3	109Q4	110Q1	110Q4	111Q1	111Q2	111Q3	111Q4
台北	0.9215	0.9254	0.9278	0.9186	0.9579	0.9209	0.9264	0.9166	0.9554	0.9352	0.9830	0.9413	0.9579
北區	0.9295	0.9228	0.9357	0.9316	0.9761	0.9347	0.9354	0.9485	0.9645	0.9689	0.9975	0.9739	0.9766
中區	0.9272	0.9317	0.9304	0.9316	0.9667	0.9339	0.9329	0.9290	0.9409	0.9447	0.9713	0.9554	0.9530
南區	0.9331	0.9285	0.9339	0.9346	0.9873	0.9446	0.9432	0.9511	0.9974	0.9995	1.0094	1.0058	0.9998
高屏	0.9515	0.9454	0.9456	0.9469	0.9862	0.9532	0.9556	0.9562	0.9624	0.9755	1.0187	1.0072	0.9946
東區	0.9262	0.9360	0.9286	0.9182	0.9689	0.9371	0.9449	0.9283	0.9511	0.9418	1.0404	1.0020	0.9969
全署	0.9299	0.9299	0.9329	0.9293	0.9707	0.9338	0.9361	0.9343	0.9607	0.9567	0.9934	0.9687	0.9720



112年中區醫院總額管理方案修訂 提案一至提案四

112年7月19日共管會議決議通過

(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率，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

112Q3 : **0.945**
112Q4 : **0.94**

維持111
年設定

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%

(提案一) 112年整體檔案分析核減項目基準值 設定計算方式(3600萬點以上醫院)

112年第3、4季
依預設點值
(0.945、0.94)
調整整體可用額度

風險可預期 提高高成長醫院攤扣責任

- 以近4年(108年、109年、110年、111年)**同期**整體檔案分析核減申報點數反映該季初核核減率後，取**3年高**之平均，作為112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。

(提案一)112年整體檔案分析核減項目基準值設定 計算方式(3600萬點以上醫院)



範例：

假設某醫院108Q3、109Q3、110Q3、111Q3整體檔案分析核減申報點數反映該季初核核減率後，擇高的3季為**111Q3**、**110Q3**、**109Q3**，則112年第3季整體檔案分析核減基準值如下：

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

備註：整體檔案分析核減申報點數為「門住診月彙總(新代號)_含交付處方」中

in_amt_7_y100_new+dr_in_amt_7_y100

(提案一) 112年分級審查基準值設定計算方式(全體醫院)



- 以近4年 (108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，取3年高之平均，作為112年分級審查基準值。
- 若低於現行分級審查基準值，則維持現行之基準值。

範例： 假設某醫院108Q3、109Q3、110Q3、111Q3分級審查申報點數反映該季初核核減率後，擇高的3季為111Q3、110Q3、108Q3，112年第3季分級審查分析基準值如下：

112年第3季分級審查基準值= { (分級審查申報點數_(111年第3季) × (1-初核核減率_(111年第3季)) + (分級審查申報點數_(110年第3季) × (1-初核核減率_(110年第3季)) + (分級審查申報點數_(108年第3季) × (1-初核核減率_(108年第3季))) } ÷ 3

(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



自112年第3季起

- ✓ 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%**提升至2%**。
- ✓ 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**2%**，則依各院初核核減點數占率反映核減點數。

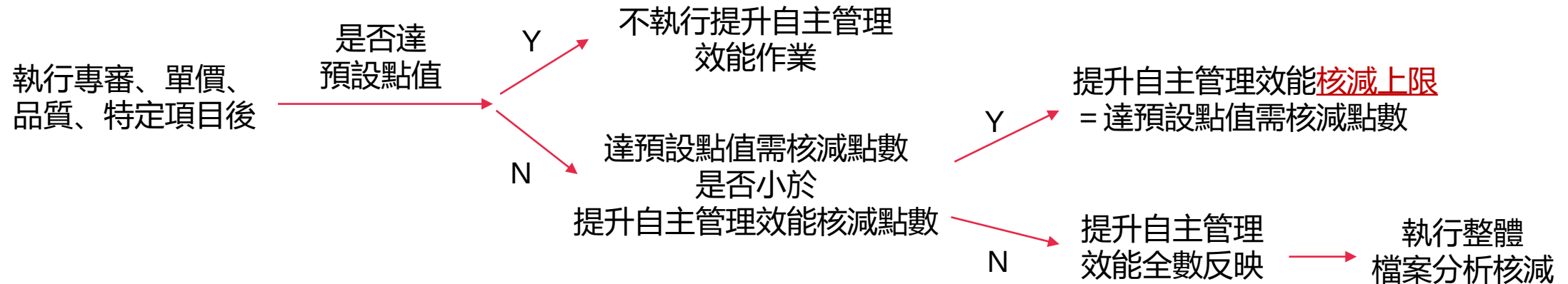
(提案二) 提升自主管理效能核減作業(2/3)

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修訂

112年第3季起



「提升自主效能核減點數÷送核申報醫療費用」最高由3%提升為4%

(提案三) 112年單價項目-考核結果調整反映成數5項因素修訂

112年1月11日第1次共管會議決議

- ✓ 若COVID-19疫情由第5類法定傳染病降為第4類以下之等級，則調整因素2(有無收治疑似或確診病患)、因素3(是否為指定應變醫院)予以終止。

112年5月24日第2次共管會議決議

鑒於國內疫情尚未完全穩定，且有逐漸升溫之趨勢，此案緩議再評估，於下次會議再議

- ✓ 中央流行疫情指揮中心於112年5月1日調整 COVID-19為第四類傳染病

- ✓ 門診確診個案皆多為輕症似同感冒疾病就醫，對門診單價影響低

因素1

門住診醫療費用成長率

因素2

收治住院中重症確診個案

因素3

COVID-19
應變醫院

因素4

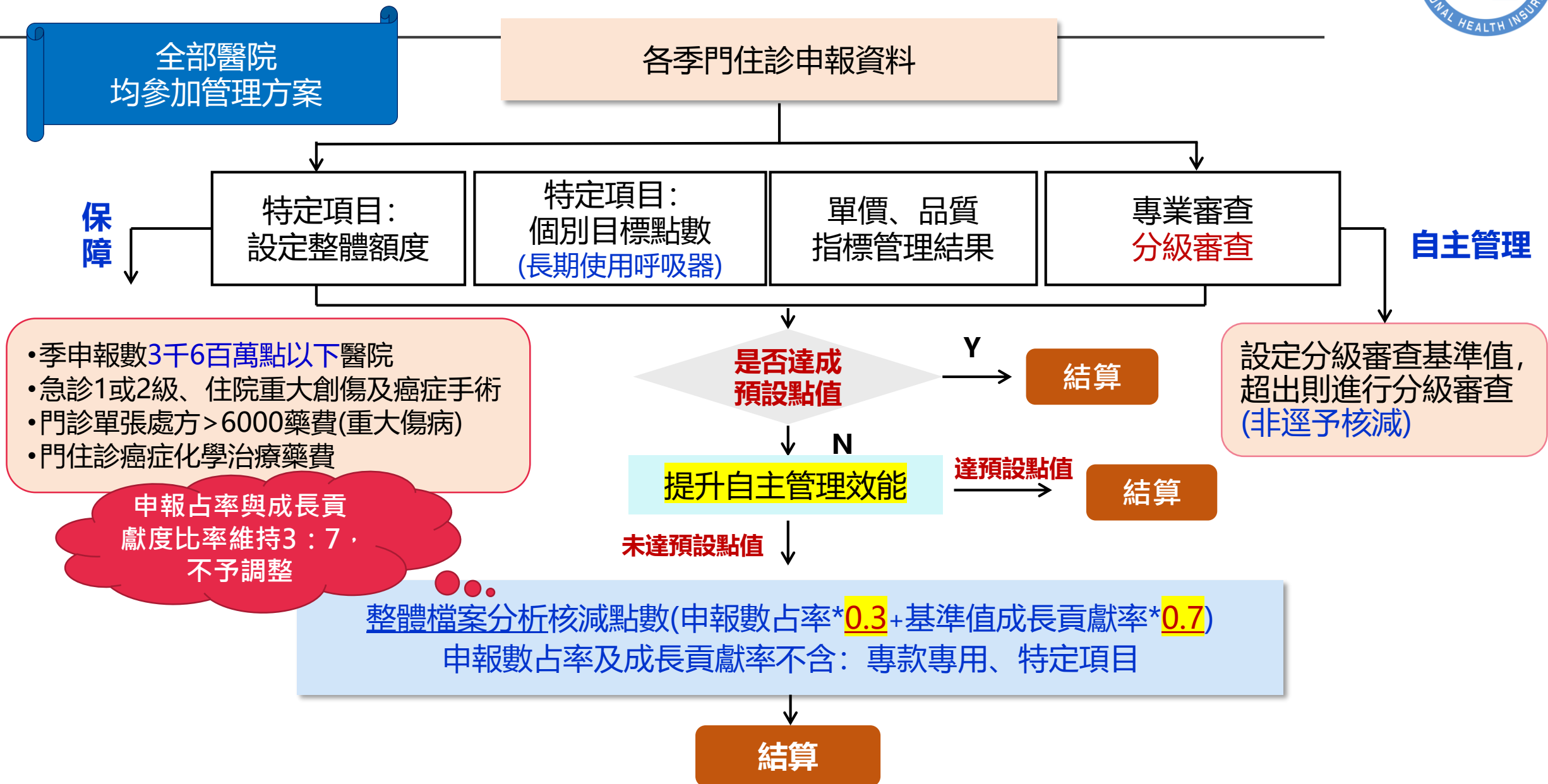
價量背離
關係

因素5

重大傷病/
慢性病案件比率

修訂：擷取住診COVID-19中重症通報疾管署確診個案C5案件，反映於住診每人一般藥費及每人次非藥費單價

(提案四) 112年醫院總額管理結算模式





重要管理措施 管理項目執行結果

品質報告卡回饋

每季資訊回饋

◆本組主動提供最近一季「**醫院品質報告卡**」供醫院院長即時瞭解，並請加強自主管理的機制，即時進行醫療品質管控，以提供民眾更佳之醫療照護。

4大項來源、計15項指標

01：以病例組合校正之住院案件出院後三日再急診率_TW-DRGs V3.4版

02：以病例組合校正之住院案件出院後十四日再入院率_TW-DRGs V3.4版

04：即時查詢病患就醫資訊方案
_即時上傳檢驗(查)結果

05：病患死亡前安寧利用率

06：即時查詢病患就醫資訊方案
_即時上傳醫療檢查影像

13：思覺失調症醫療給付改善方案收案率

14：糖尿病和慢性腎臟疾病整合收案率(亦為管理方案品質指標)

15：BC肝醫療給付改善方案年度內累計收案率

07：就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率

08：清淨手術術後使用抗生素超過三日比率

09：子宮肌瘤手術出院後14日以內因該手術相關診斷再住院率

10：清淨手術術後傷口感染率_季

03：門診檢查合理區間內再執行率
(亦為管理方案品質指標)

11：接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率

12：西醫門診年復健次數>180次異常件數成長率零成長



品質報告卡回饋(樣張)

請加強提升醫療品質

說明	■有關貴院最近1季醫療品質指標及各項疾病照護率，供鈞座瞭解執行現況及管理改善參考 ■相關指標之說明，另以電子郵件轉知貴醫院費用窗口									
醫院代號	醫院名稱	指標編號	指標名稱	指標計算 期間	指標 屬性	指標值	目標值_參 考值	達成情形	來源	備註
0117XXXXX	OO醫院	報告卡_01	以病例組合校正之住院案件出院後三日再急診率_TW-DRGs V3.4版	111Q4	負向	0.0190	0.0253	A_良好	管理方案品質指標N4_0201	
0117XXXXX	OO醫院	報告卡_03_01	門診檢查合理區間內再執行率_0801XC全套血液檢查	112Q1	負向	0.0179	0.0207	A_良好	管理方案品質指標N4_32/抑制醫療資源不當耗用	
0117XXXXX	OO醫院	報告卡_03_02	門診檢查合理區間內再執行率_09044C低密度脂蛋白 - 膽固醇	112Q1	負向	0.0093	0.0109	A_良好	管理方案品質指標N4_32/抑制醫療資源不當耗用	
0117XXXXX	OO醫院	報告卡_03_03	門診檢查合理區間內再執行率_18005X超音波心臟圖	112Q1	負向	0.0020	0.0031	A_良好	管理方案品質指標N4_32/抑制醫療資源不當耗用	
0117XXXXX	OO醫院	報告卡_04	即時查詢病患就醫資訊方案_即時上傳檢驗(查)結果	112Q1	正向	0.9700	0.9700	A_良好	管理方案品質指標N4_34	
0117XXXXX	OO醫院	報告卡_05	病患死亡前安寧利用率	112Q1	正向	0.5195		A_良好	管理方案品質指標N4_35	較去年同期成長
0117XXXXX	OO醫院	報告卡_06	即時查詢病患就醫資訊方案_即時上傳醫療檢查影像	112Q1	正向	0.9900	0.9900	A_良好	管理方案品質指標N4_38	
0117XXXXX	OO醫院	報告卡_14	糖尿病和慢性腎臟疾病整合收案率	112Q1	正向	0.3650		B_普通	論質試辦計畫推展/管理方案品質指標N4_41	A_良好:收案率為中區醫院P75以上； B_普通:收案率為中區醫院P25-75； C_請加強:收案率為中區醫院P25以下
0117XXXXX	OO醫院	報告卡_02	以病例組合校正之住院案件出院後十四日再入院率_TW-DRGs V3.4版	111Q4	負向	0.1021	0.0794	C_請加強	管理方案品質指標N4_0301	
0117XXXXX	OO醫院	報告卡_03_09	門診檢查合理區間內再執行率_3307XB電腦斷層造影	112Q1	負向	0.0121	0.0119	C_請加強	管理方案品質指標N4_32/抑制醫療資源不當耗用	
0117XXXXX	OO醫院	報告卡_07	就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率	111Q4	負向	0.0096	0.0064	C_請加強	醫療品質資訊公開指標	
0117XXXXX	OO醫院	報告卡_08	清淨手術術後使用抗生素超過三日比率	111Q4	負向	0.6316	0.0953	C_請加強	醫療品質資訊公開指標	
0117XXXXX	OO醫院	報告卡_11	接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	111Q4	正向	0.2917	0.3000	C_請加強	抑制資源不當耗用改善方案	
0117XXXXX	OO醫院	報告卡_13	思覺失調症醫療給付改善方案收案率	112Q1	正向	0.4542	0.8000	C_請加強	論質試辦計畫推展	

中區醫院醫療費用-預警提示

費用申報前

申報醫療費用點數

例如:112Q2即時回饋

- 5月時提供4月申報點數
- 6月時提供4-5月申報點數
- 門住診申報點數占管理基準值之比率

IC卡上傳件數成長率

門診、急診及住診健保卡上傳件數
較去年同期之成長率

即時回饋



Mail通知

組長信函



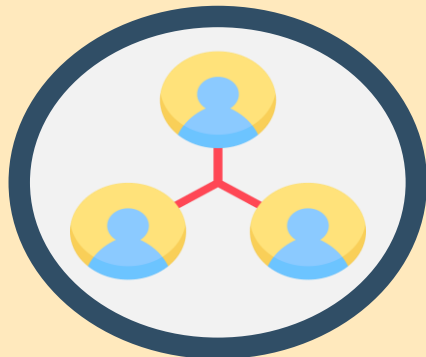
中區醫院醫療費用-精準管理

費用申報後

精準管理



異常管理
分析



醫師分群
模式



Power BI
模型分析



資訊回饋
醫院管理者

112年管理項目執行成果_常規執行

復健治療

112Q1_加強門診西醫復健個案且該
年復健次數 > 180次者之管控
14.63萬點 (23.7%)

復健治療閾值管理

111Q4復健強度及頻率
61.56萬點 (19.62%)

心導管檢查

111Q1-111Q4
住診心導管執行合理性與品質
461.61萬點(21.47%)

CT/MRI

111Q4_門住診同日隔日重複執行
194.61萬點 (2.7%)

放射線治療

110Q4-111Q3
特定癌症之直線加速器醫令成長率高
醫院及個案
163.37萬點(4.25%)

ESWL 震波碎石

111Q2-111Q3
震波碎石術專案(ESWL)
228.75萬點(22.68%)

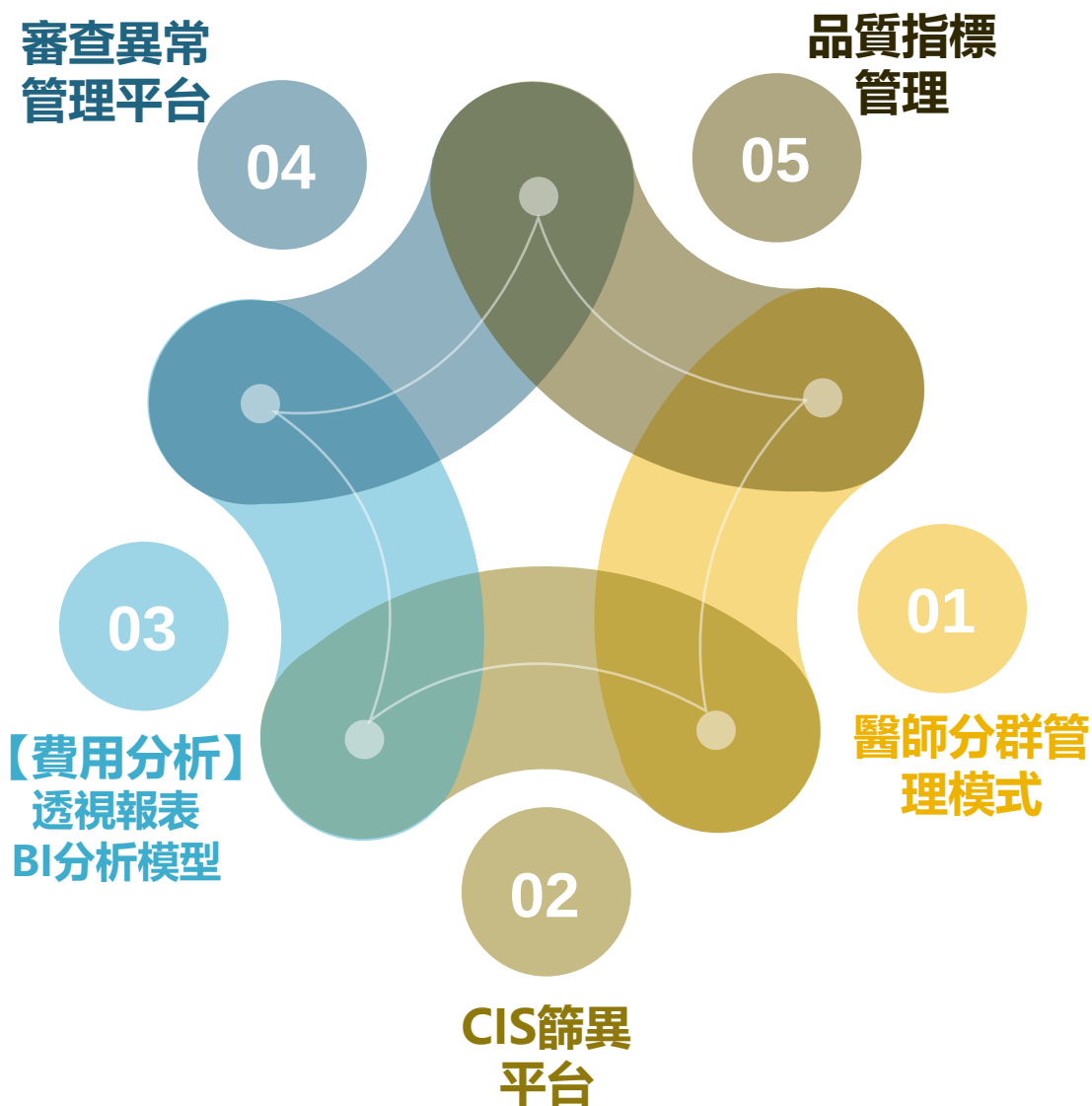
6項
1,125萬點

112年管理項目執行成果_專案管理(112年1-6月)

項次	異常項目專案名稱	核減點數(萬) 篩選>50萬
1	11103-11110_申報主診斷U000REH之住院案件審查	905
2	11001_11106_外科住院案件審查	655
3	經內視鏡十二指腸括約肌氣球成形術56032B歸戶專案立意審查	558
4	11101-11112_111年住院歸戶審查	422
5	醫院申報「肋骨固定系統」特材之合理性審查專案	368
6	11105-11107人工頸椎椎間盤使用適當性專案	365
7	自費「乳房微創手術費」併報健保乳房腫瘤切除術費	346
8	內視鏡十二指腸括約肌氣球成形術(56032B)併報消化道氣球擴張導管	345
9	10911-11110特異過敏原免疫檢驗(30022C)3(含)次以上合理性審查	218
10	精神科住院病人特別處理(每日) (45037C・1,547 點)專業審查	215
11	安養住民住院基本費用占率高合理性審查	204
12	屬自費療程卻申報健保住院費用	137
13	11007-11112_P1011C論日計酬溢報核扣案	77
14	111Q4_心臟內科醫院醫師分群模式專業審查	63
15	11010-11203_復健照護之住診品質審查	55
16	111Q4_胸腔內科醫院醫師分群模式專業審查	50

44項
6,845萬點

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

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。



公告及轉請配合事項

- 1) 新制部分負擔
- 2) 住院整合
- 3) 雲端批次下載及實地查檢
- 4) 急診檢傷分類
- 5) 虛擬健保卡
- 6) 112年度「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」

112年新制部分負擔

- 部分負擔調整方案已於**112年6月21日**公告，並於**112年7月1日**實施。
- 已提供紙本及電子宣導文宣，相關調整方案亦置於本署全球資訊網「**部分負擔專區**」，請各院所多加利用並協助宣傳。
- 請於民眾每次**就診時更新健保卡資料**，以確認民眾身分。



自112年7月1日起調整部分負擔

落實分級醫療 珍惜醫療資源

- 01 基層診所維持現狀不調整
- 02 調整醫學中心及區域醫院藥費部分負擔上限為300元
- 03 基層診所慢性病連續處方箋一律免收部分負擔
醫院慢性病連續處方箋第1次調劑比照一般藥品收部分負擔
- 04 提高醫學中心、區域醫院之急診部分負擔

經濟弱勢(如低收入戶)及重大傷病不受影響。



部分負擔要微調
分級醫療更有效
資源配置沒煩惱

住院整合照護計畫-111年辦理情形

111年全國核定40家醫院
中區共13家(醫學中心2家、區域醫院6家、地區醫院5家)

11110~11203轄區核定醫院申報情形

層級別	核定家數	核定試辦床數	申報家數	申報人數	申報點數(萬點)
醫學中心	2	77	2	124	97.4
區域醫院	6	692	6	2,238	2,210.3
地區醫院	5	248	5	1,583	1,325.3
總計	13	1,017	13	3,945	3,632.9



112年醫院總額「住院整合照護服務試辦計畫」專款5.6億元，於112年度醫院遴選作業完成前，由111年度核定之醫院持續辦理。

住院整合照護計畫-112年送件情形

112年中區申請參加醫院共27家
(醫學中心3家、區域醫院9家、地區醫院15家)

層級別	送件家數	提供試辦床數
醫學中心	3	235
區域醫院	9	667
地區醫院	15	674
總計	27	1,576



以上送件醫院已彙整計畫書函送本署辦理遴選作業。



雲端批次下載及實地查檢



批次下載實地資安查檢(核)作業講習：

- ◆ 訂於112年7月20日辦理。
- ◆ 說明資安查檢項目、查檢方式、查檢流程，須檢視之佐證資料等資訊。
- ◆ 請具批次下載權限之醫院踴躍參加。



批次下載實地資安查檢(核)作業：

- ◆ 訂於112年8月9日開始訪查，
- ◆ 請配合提供實地查檢應備資料(例如批次下載作業計畫書、相關資安管理文件等)

急診檢傷分類



急診檢傷分類第1至2級案件合理性立意審查：

- ◆ 抽審費用年月：111年10月
- ◆ 採複審模式，不符急診檢傷分類1至2級者全數複審，並以**二審**意見為主。
- ◆ 審查結果：
 - ◆ 整體不合理件數比率為**37.3%**，
 - ◆ 層級別不合理比率：醫學中心**43.8%**，區域醫院**36.7%**，地區醫院**32.3%**，
 - ◆ 不合理比率高於50%(含)者：**9家**(醫中1家、區域5家、地區3家)



本次審查結果已反映於本組醫院總額管理方案之整體檔案分析核減項目之結算。



本組持續進行合理性審查，請正確申報檢傷分類。****

虛擬健保卡



本署虛擬健保卡推動策略.....現階段優先於偏鄉地區與居家照護、視訊診療及遠距醫療等實體健保卡不易滿足之醫療場域加深推動。



本組112年第1季虛擬健保卡申報件數概況

場域	居整	門診	視訊	總計
件數	1	2,917	18	2,936



請多鼓勵偏鄉地區、居家照護、視訊診療及遠距醫療等場域之民眾使用虛擬健保卡就醫，以提升民眾就醫便利性。



112年度「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」



新增提升院所智慧化資訊機制獎勵(待公告)

- ◆ 居家醫療、IDS 計畫、遠距計畫協助病人綁定虛擬(行動)健保卡者，每名病人獎勵**200 點**，每名病人限獎勵一次。
- ◆ 以修正後「醫療費用點數申報格式及填表說明」完成費用申報者，可獲得部分負擔改版及就醫識別碼改版，每家各獎勵**2,000 點**。
- ◆ 以健保卡資料上傳格式2.0 版本上傳每日就醫資料，每家獎勵**10,000 點**。
- ◆ 醫院及診所完成於紙本處方箋印製QR CODE者，於VPN上傳含QR CODE 之紙本處方箋影像者，每家獎勵**2,000點**。



THANK YOU