



中央健康保險署中區業務組與 中區全體醫院院長聯繫會-第1次會議

--111年2月10日--



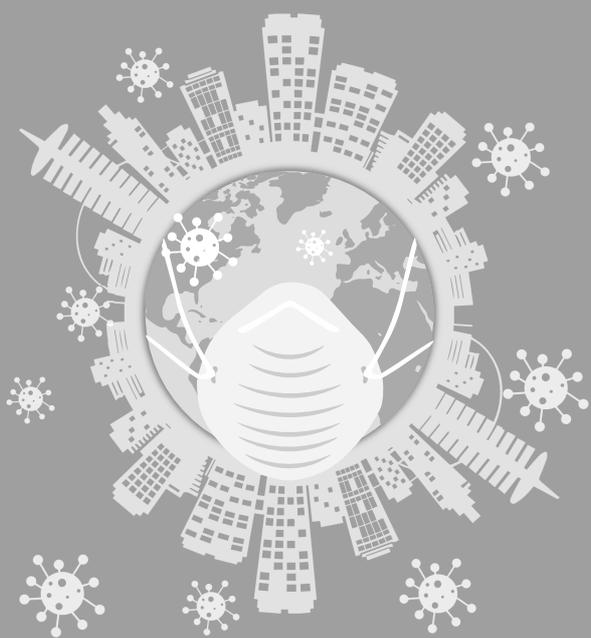
1

報告大綱

- 01 中區醫院醫療費用申報概況110Q4
- 02 110Q4總額管理方案結算作業(提案1)
- 03 111年醫院總額管理方案修訂(提案2、3)
- 04 異常項目管理
- 05 公告及轉請配合事項
- 06 111年度醫院總額醫療給付費用總額及分配



2



中區醫院醫療費用申報概況 110年第4季

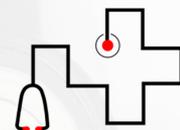
中區醫院_醫療費用申報概況_層級



項目	層級	110Q4		
		門診	住院	門住診
申報點數 (百萬)	醫中	6,957	5,760	12,718
	區域	4,726	4,686	9,412
	地區	4,125	2,521	6,646
	合計	15,809	12,967	28,776
成長率 較去年同期	醫中	8.52%	1.71%	5.33%
	區域	5.62%	1.38%	3.47%
	地區	7.33%	4.75%	6.34%
	合計	7.33%	2.17%	4.94%

註：醫院整體醫療費用點數不含交付處方點數

中區醫院_藥費申報概況_層級



項目	層級	110Q4		
		門診	住院	門住診
申報點數 (百萬)	醫中	3,722	807	4,530
	區域	1,748	447	2,195
	地區	1,309	221	1,529
	合計	6,779	1,475	8,254
成長率 較去年同期	醫中	9.13%	-5.25%	6.26%
	區域	4.07%	-3.31%	2.47%
	地區	7.88%	4.34%	7.36%
	合計	7.54%	-3.33%	5.42%

註：醫院整體醫療費用點數不含交付處方點數

5

中區醫院_診療費申報概況_層級



項目	層級	110Q4		
		門診	住院	門住診
申報點數 (百萬)	醫中	2,513	2,044	4,557
	區域	2,105	1,700	3,804
	地區	1,765	913	2,678
	合計	6,382	4,656	11,038
成長率 較去年同期	醫中	7.05%	3.98%	5.65%
	區域	5.60%	2.09%	4.00%
	地區	6.23%	4.86%	5.76%
	合計	6.34%	3.45%	5.10%

註：醫院整體醫療費用點數不含交付處方點數

6

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趨勢(較去年同期)



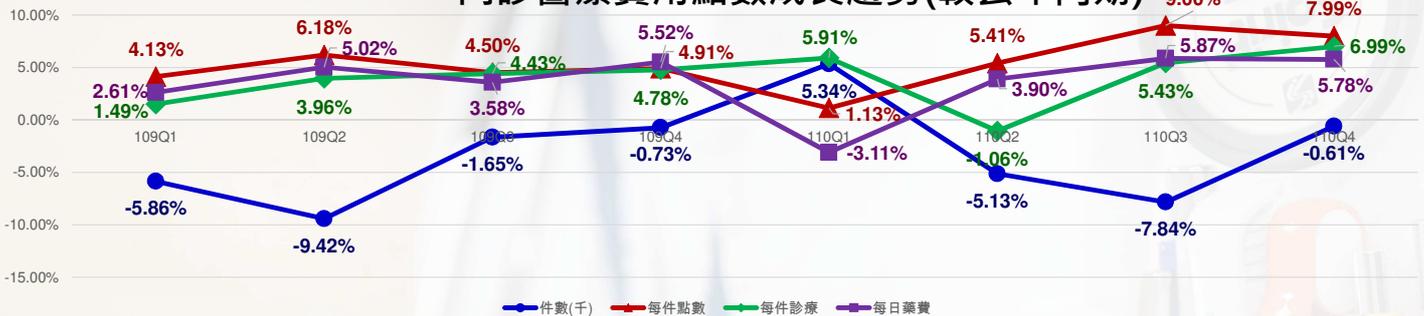
診別	109Q1	109Q2	109Q3	109Q4	110Q1	110Q2	110Q3	110Q4
門診	13,373	13,585	14,825	14,729	14,247	13,585	14,893	15,809
住院	11,170	11,236	12,505	12,692	12,129	11,737	12,090	12,967
門住診	24,543	24,820	27,330	27,421	26,376	25,321	26,982	28,776

註：醫院整體醫療費用點數不含交付處方點數

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趨勢(較去年同期)



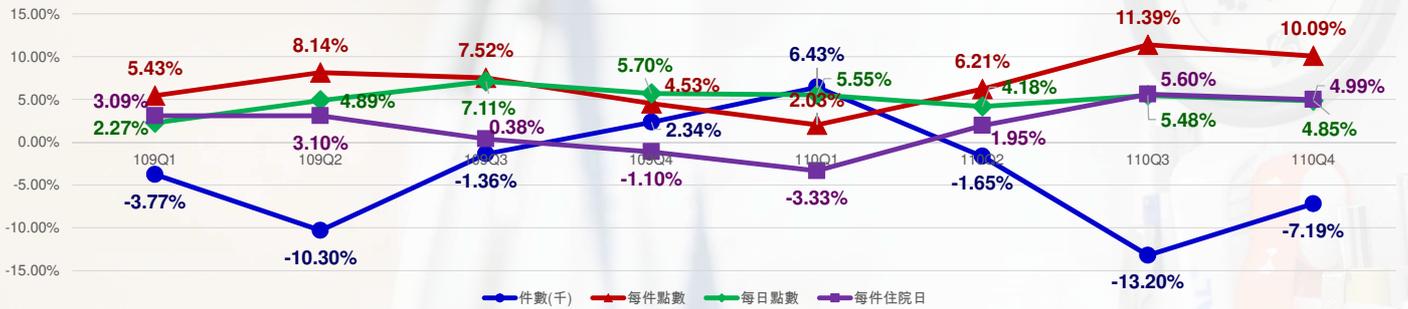
項目	109Q1	109Q2	109Q3	109Q4	110Q1	110Q2	110Q3	110Q4
件數(千)	4,078	4,118	4,599	4,626	4,295	3,907	4,239	4,598
每件點數	3,280	3,299	3,223	3,184	3,317	3,477	3,514	3,438
每件診療	1,238	1,302	1,311	1,297	1,311	1,288	1,382	1,388
每日藥費	73.89	73.34	71.87	70.09	71.59	76.20	76.09	74.13

註：醫院整體醫療費用點數不含交付處方點數

中區醫院_住診醫療費用點數成長趨勢

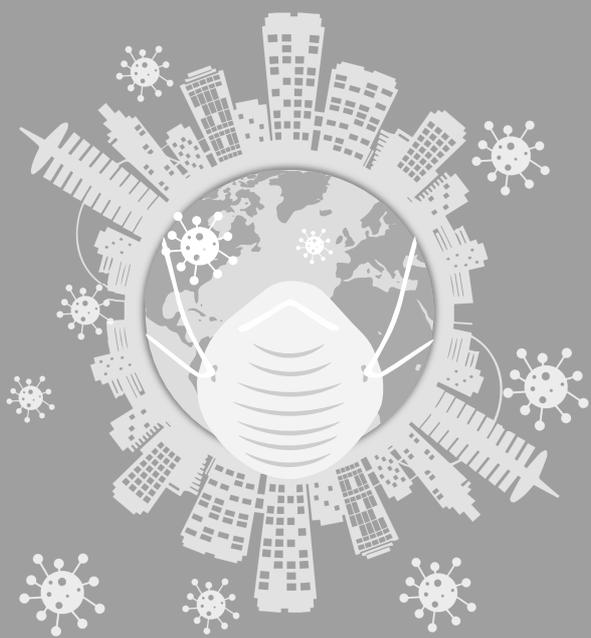


住診醫療費用點數成長趨勢(較去年同期)



項目	109Q1	109Q2	109Q3	109Q4	110Q1	110Q2	110Q3	110Q4
件數(千)	170	169	192	194	181	166	166	180
每件點數	65,818	66,657	65,200	65,303	67,154	70,799	72,624	71,889
每日點數	7,179	7,289	7,447	7,529	7,578	7,594	7,855	7,894
每件住院日	9.17	9.14	8.75	8.67	8.86	9.32	9.25	9.11

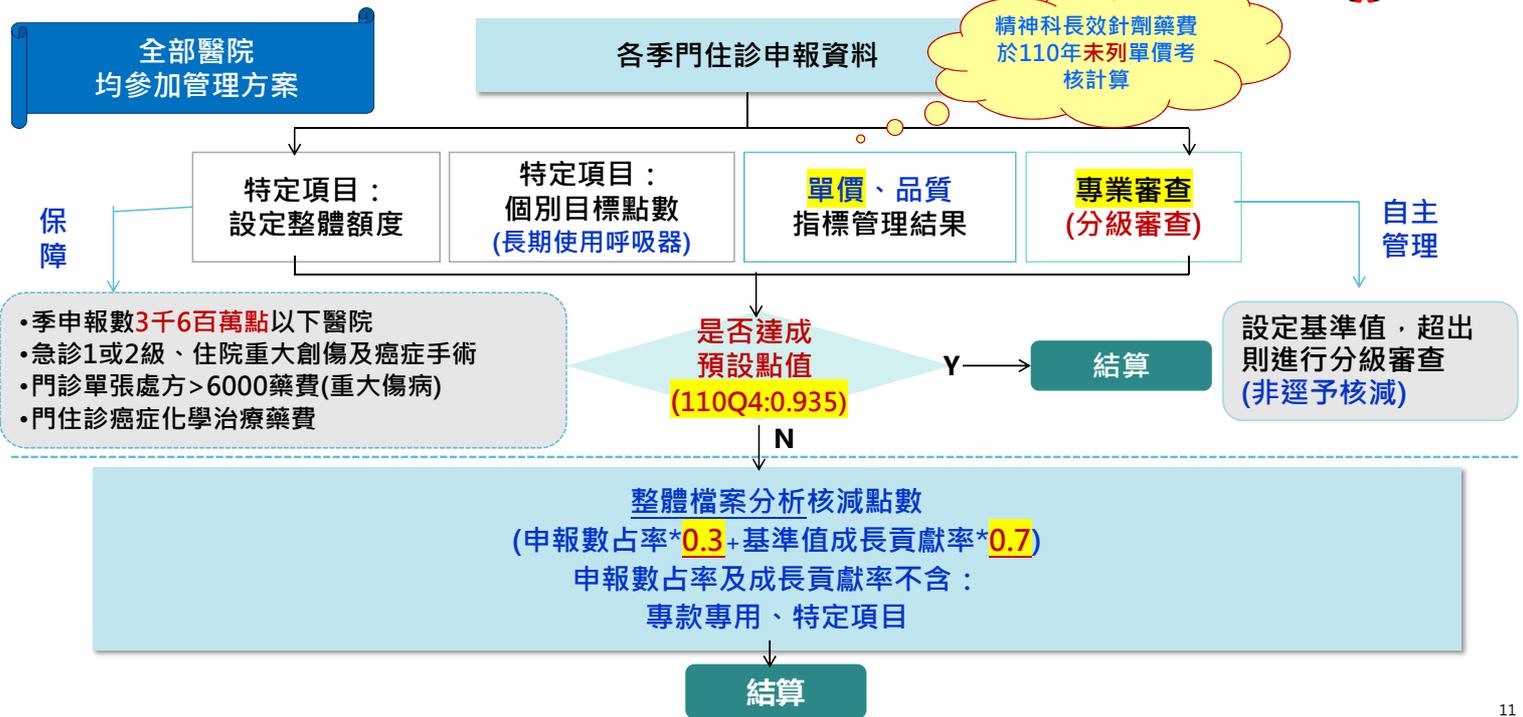
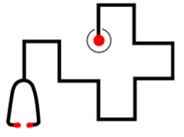
註：醫院整體醫療費用點數不含交付處方點數



110Q4總額管理方案結算作業

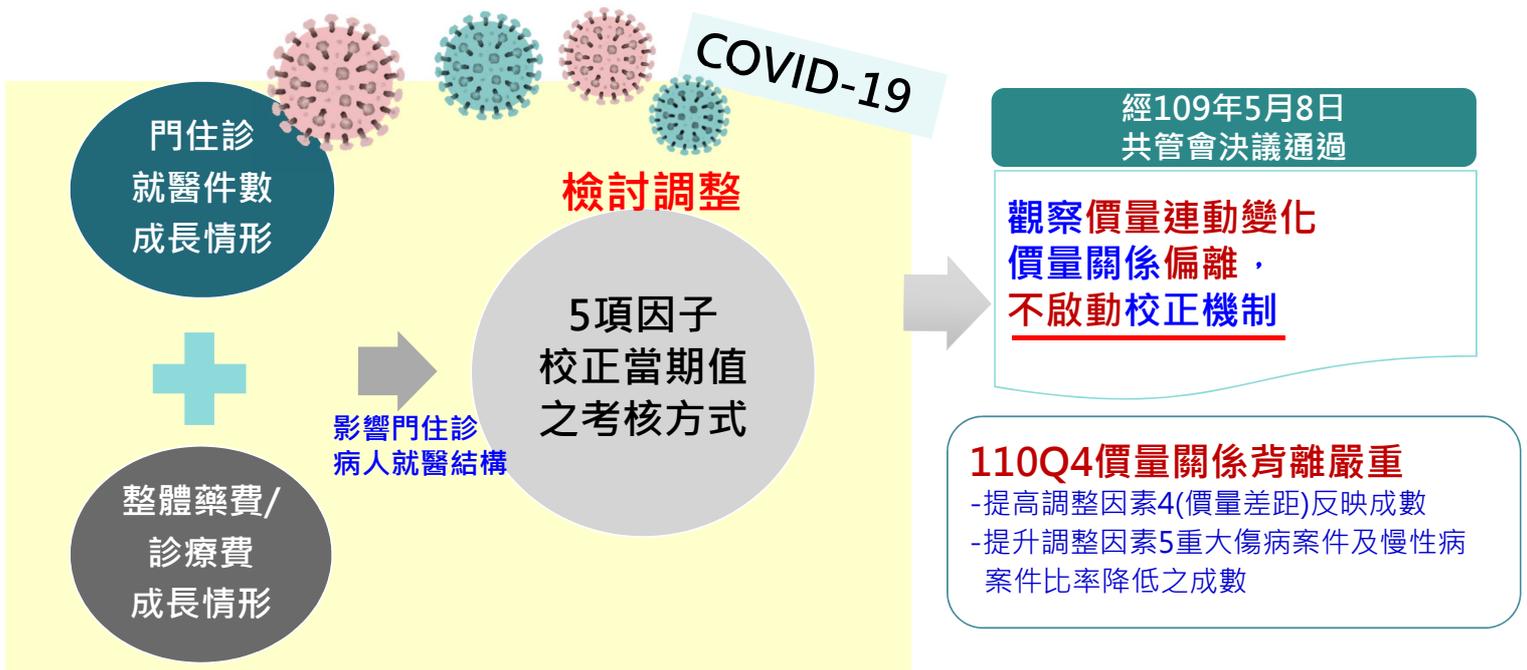
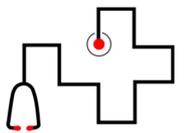
111年1月27日共管會議決議
通過提案1

110年第4季醫院總額管理結算模式_回復原作業



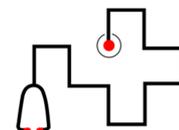
11

單價管理考核方式_回復原結算作業



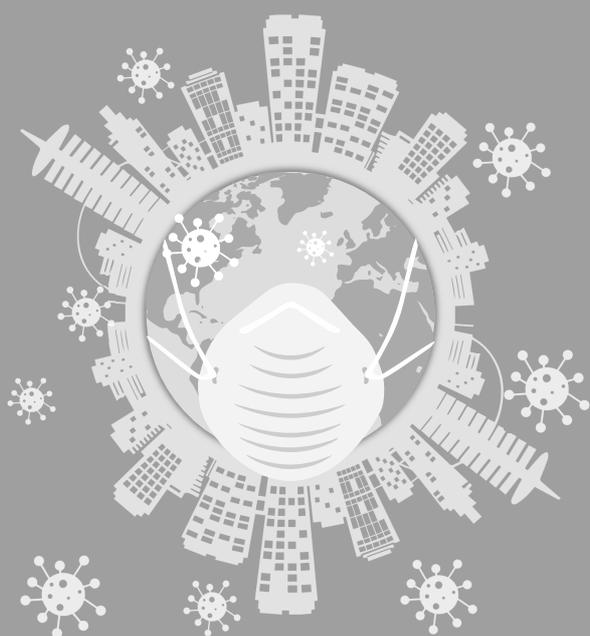
12

4項單價考核_調整反映成數5項因子



因素1		因素2	因素3	因素4			因素5			
門、住診費用成長率 (一般服務項目·不含交付)		有收治 COVID-19病患 (疑似和確診)	COVID-19 指定醫院	價量背離關係 (單價項目列計點數 及人次或人數成長率之差距)			門住診重大傷病件數 門診慢性病案件數占率 增加幅度 (單價項目列計明細)			
級距	反映 核扣成數	反映 核扣成數	反映 核扣成數	價量關係 級距	反映核扣成數		增加級距	反映 核扣成數		
					V1_原版本	V2_110Q4		V1_原版本	V2_110Q4	
10%(含)以上	40%	-5%	-5%	3%(含)以下	0%	0%	0%(含)以下	0%	0%	
5(含)~10%	30%			3~5%(含)	10%	10%	0~3%(含)	-3%	-5%	
0(含)~5%	20%			5~8%(含)	15%	20%	3%以上	-5%	-10%	
-5(含)~0%	10%			8~10%(含)	20%	25%	註: 1.重大傷病案件係為部分負擔代號'001' 2.門診慢性病案件係為案件分類為'04'且給 藥日數28天以上			
-5%以上	0%			10~20%(含)	25%	30%				
				20~30%(含)	30%	35%				
				大於30%	30%	40%				

13

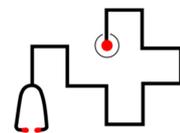


111年醫院總額管理方案修訂

111年1月27日共管會議決議
 通過提案2
 通過提案3修訂事項(一)(二)(三)
 修訂事項(四)未通過

14

111年醫院總額分配



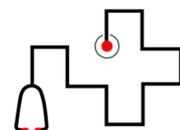
111年醫院總額一般服務項目成長率為3.049% (110年為5.04%)

總額項目	推估成長率	推估增加金額 (億)	推估總金額 (億)
一般服務	<u>3.049%</u>	148.43	5024.73
整體醫院總額 (含專款、門診透析)	3.504%	189.25	5,591.3

註：111年醫院總額成長率請以健保會最終公告結果為準

15

111年醫院總額管理模式_目標點值設定(提案2)

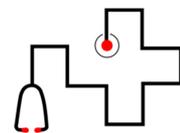


$$\left(\begin{array}{c} \text{總額成長率} \\ 3.049\% \\ (148.43\text{億}) \end{array} \right) \times \left(\begin{array}{c} \text{中區分配占率} \\ (18\%) \end{array} \right) = \begin{array}{c} 26.71\text{億} \\ (\text{季約}6.68\text{億}) \\ (\text{扣除支付標準調整每季約增加}5.33\text{億}) \end{array}$$

- 分攤至中區平均1季可分配額度約6.68億(含支付標準調整)，僅約占中區醫院總額申報點數2.39%

16

111年醫院總額結算項目



111年專款項目

1. 罕見疾病藥費、特材
2. 血友病藥費
3. 後天免疫缺乏病毒治療藥費
4. C型肝炎(HCV)藥品及全口服C肝新藥
5. 醫療給付改善方案
6. 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質
7. 西醫醫療資源不足地區改善方案
8. 急診品質提升方案
9. 醫療資源不足地區醫療服務提升計畫之
10. 鼓勵院所建立轉診合作機制
11. 網路頻寬補助費用 醫院
12. 精神科長效針劑藥費
13. 住院整合照護服務試辦計畫
14. 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR及安寧療護計畫

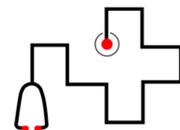


111年其他預算

1. 居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務
2. 醫院以病人為中心門診整合照護計畫
3. 急性後期整合照護
4. 矯正機關者醫療服務計畫
5. 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫
6. 提升用藥品質之藥事照護計畫
7. 遠距醫療給付計畫

17

111年醫院總額管理方案修訂項目(提案3)



重申本組醫院
管理方案架構
執行精神

**保障/排除
避免排擠**

分群設定
管理模式

- 3600萬點以上
或以下醫院

急重症
醫療

- 重大手術
- 癌症化療藥物
- 精神科長效針劑
藥費

剛性需
求案件

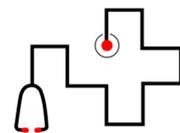
- 生產案件
- 長期使用呼吸器
案件



- 現行管理制度進行微調
- 考量異於常模高成長醫院攤扣責任，加重專業審查和單價管理

18

修訂(一)_逾時補報之案件不予受理(提案3)



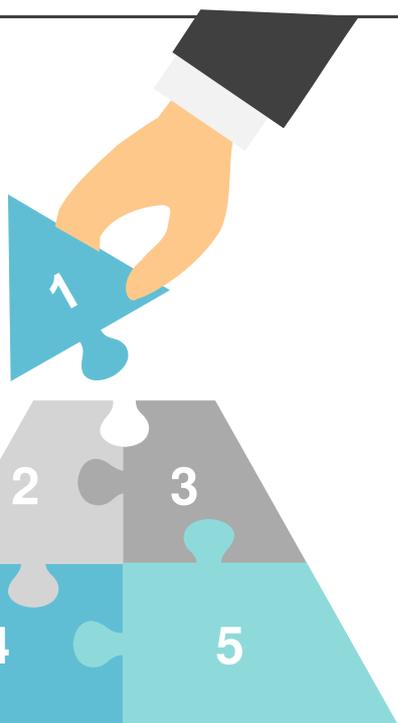
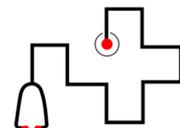
為避免醫院規避降低 整體檔案分析核減項目攤扣及單價管理之核扣



- 當季補報案件申報應於次季第2個月的10日(含)前完成申報受理，逾時補報之案件不予受理，如111年第1季補報案件於111年5月10日前完成補報受理程序。
- 代辦案件請另依權責機關(如:疾管署、國健署)規定辦理。

19

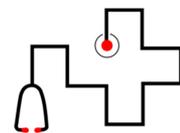
修訂(二)_單價指標考核作業調整(提案3)



- 國內疫情未能明朗，影響病人就醫結構。
- 111年維持5項因素調整，單價核扣反映成數比照提案一(110年第4季考核調整)。
- 持續滾動單價考核方式，若顯示價量關係背離嚴重，則加重其反映成數。

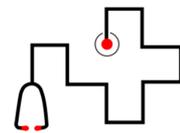
20

修訂(三)_提升自主管理效能作業(提案3)



21

修訂(三)_提升自主管理效能作業(提案3)



分級審查送審比率調整修訂

季申報3600萬點以上醫院

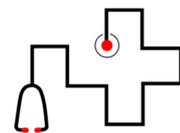
- A. 超出基準值0%(含)以下：送審隨機樣本10%
- B. 超出基準值0~1%(含)：送審隨機樣本30%
- C. 超出基準值1~3%(含)：送審隨機樣本50%
- D. 超出基準值3~5%(含)：送審隨機樣本70%
- E. 超出基準值5%以上：送審隨機樣本100%

季申報3600萬點以下醫院

- A. 超出基準值1%(含)以下：送審隨機樣本10%
- B. 超出基準值1~2%(含)：送審隨機樣本30%
- C. 超出基準值2~4%(含)：送審隨機樣本50%
- D. 超出基準值4~6%(含)：送審隨機樣本70%
- E. 超出基準值6%以上：送審隨機樣本100%

22

修訂(三)_提升自主管理效能作業(提案3)



確保醫療資源
合理運用
保障良善醫院總額給
付點值。

設定
一般服務項目
申報點數
(不含交付)
之1.5%

- 各醫院提升自主管理項目核減點數 = (一般服務項目申報點數(不含交付) × 1.5% - 初核核減點數) × 各院初核核減點數占率
 - 各院初核核減點數占率 = 各院初核核減點數 / Σ各院初核核減點數
- 初核核減點數：**
係指送核案件審查核減點數，包含隨機、立意抽樣和行政審核結果

範例：

- 該季一般服務項目申報點數(不含交付)為260億，初核核減點數為1.5億，提升自主管理效能項目核減點數為
(260億 × 1.5%) - 1.5億 = 2.4億
- 各醫院核減點數 = 2.4億 × 各院初核核減點數占率

23

修訂(四)_整體檔案分析核減攤扣方式調整(提案3)

未通過

提高異於常模高成長醫院之攤扣責任

成長率 ≥ 9%

整體檔案分析
超出成長點數
× 1.15

成長率 7%~9%

整體檔案分析
超出成長點數
× 1.1

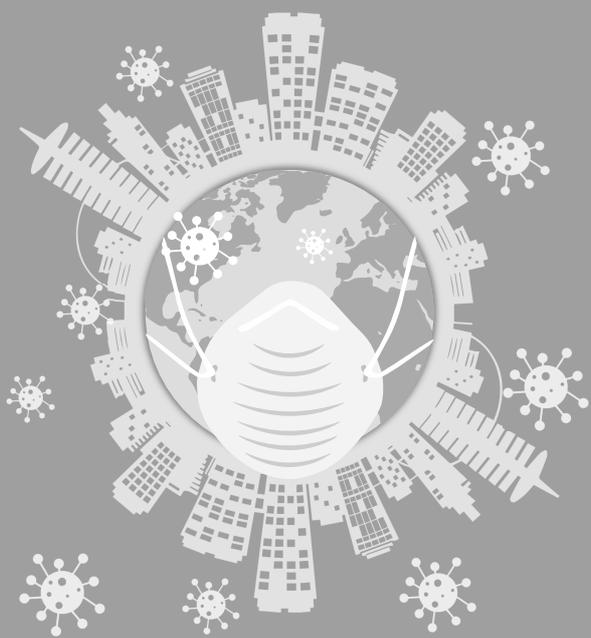
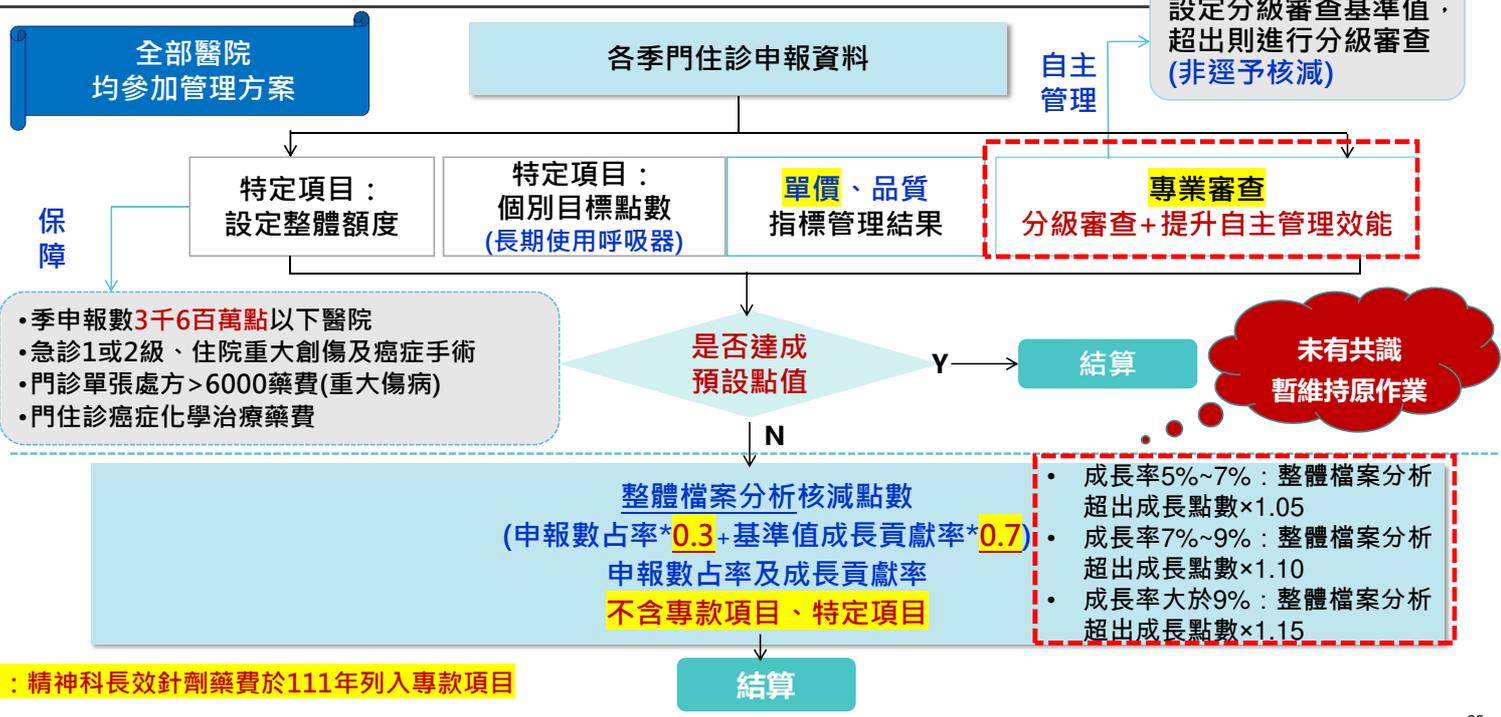
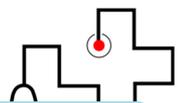
成長率 5%~7%

整體檔案分析
超出成長點數
× 1.05

- ✓ 成長率係指一般服務項目點數不含交付點數之成長率。
- ✓ 一般服務項目不含交付點數為中區醫院總額管理方案之管控點數計算邏輯說明中：總醫療費用點數(A) - 代辦業務及其他部門(B) - 專款專用(C)

24

111年醫院總額管理結算模式(提案3)



異常項目管理

110年異常項目管理結果(1/2)



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
776,337點 (30.4%)

復健治療閾值管理

- ✓ 復健強度及頻率
122.3萬點 (21.9%)

尿路結石體外震波碎石術ESWL

- ✓ 醫師別每人平均執行次數
- ✓ 醫師別執行人數同儕比較、個案歸戶審查
165.9萬點 (19.4%)

CT/MRI

- ✓ 門住診同日隔日重複執行
131.1萬點 (2.3%)

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
189.3萬點 (4.33%)

涉不當住院

- ✓ 疑輕病住院、高住院次數(同院或跨院)
201,799點 (21.3%~27.9%)
- ✓ 商業保險住院
438,512點 (14.6%)

**6大項
750萬點**

27

110年異常項目管理結果(2/2)

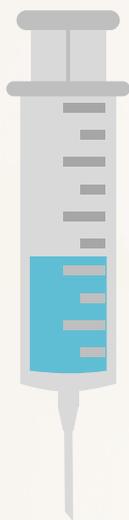
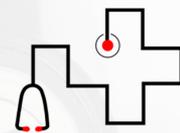


**28大項
4,519萬點**

NO	專案名稱	門住診合計(萬點)
1	同案件併報2項子宮鏡相關手術	1,181.9
2	門診玻尿酸併報超音波導引或關節穿刺	667.5
3	施打COVID-19疫苗不當申報健保費用自清案	598.8
4	醫院執行COVID-19檢驗同日併報醫療費用之管理	543.5
5	門診內痔結紮術(74417C)併報肛門鏡(28023C)專案	277.6
6	醫院_醫師出國申報醫療費用追扣案	236.2
7	同日同醫師申報2筆診察費專案	131.7
8	肥胖診斷疑似減重手術案件申報健保合理性	106.2
9	門住診醫院偏離常模醫令	99.3
10	門診同案併報超音波及電腦斷層造影審查專案	88.8
11	同院同日申報吞嚥治療併報復健語言治療專案	80.5
12	30523B多管腔食道內阻抗及酸鹼度測定申報合理性	73.7
13	87018C眼瞼成形術申報合理性	68.8
14	18029B(及18030B)心輸出量測定申報合理性	58.6
15	47049B自動體溫控制床使用費(天)案件	48.2
16	居家化療藥物輸液器申報合理性	39.3
17	86403B網膜再附著及排液術申報合理性	43.0
18	同日申報醫師訪視費及門診診察費	29.5
19	泌尿科結石相關診斷執行CTMRI適當性	25.4
20	門診直線加速器(36012B)執行日期申報重複	24.8
21	18010B、20013C、20026B-一年檢查2次以上病人占率全國P90以上案件	23.6
22	動脈或靜脈血管內化學藥物注射(37035_41B)篩異管理	20.9
23	血管成形術併報血管造影醫令適當性	16.2
24	中區醫院申報「關節內注射劑」超出合理使用數量篩異管理	10.4
25	中區西醫醫院住院同日申報內分泌器手術(82001-82019)量≥2篩異管理	7.6
26	47073B切除CAPD導管外袖口及導管擴創術	6.9
27	急診觀察床-病房費/護理費(第一天)錯誤申報檢核	5.5
28	子宮全切除術後再處置	4.4
		4,519

28

未有疾病就醫事實，不得申報健保醫療費用



院所施行疫苗接種、篩檢，未有疾病就醫事實，**不得開立預防性用藥(如退燒、止痛類用藥)向本署申報費用或以其他疾病申報醫療費用。**

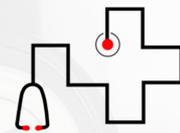


法源依據

- 全民健康保險法§1:「本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。」
- 全民健康保險法§51規定不列入本保險給付範圍，第2款:「預防接種及其他由各級政府負擔費用之醫療服務項目。」
- 如經民眾檢舉或查核發現上開情事，則依全民健康保險法§81及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法§37- §40與合約相關規定論處，並函送司法偵辦。

29

111年重點項目管理架構



大數據、同儕比較

精準篩異 審查

AI大數據分析應用

利用不同構面建立異於常模指標管理措施

檔案分析結果資訊回饋，供醫院自行檢視申報正確性

提升審查 效能

高成長、高執行或高耗用項目

高成長之醫院、醫師、科別項目

結合中區執行分會審查品質組訂定管理項目及輔導

實地審查

30

異常管理專案(1/4)

醫師分群 模式



專審意見 加值運用



CIS管理 指標



31

醫院醫師分群模式(2/4)



◆計畫目標

- 建立具有可比性的同儕資訊，精準發現異於常模醫師

◆執行策略

- 透過資料分析、諮詢專家建構新科別分群模式
- 應用已建立分群模式進行資訊回饋及專業審查

◆醫院配合事項

- 請對於分群模式建立及管理方式提供建議
- 請針對審查回饋意見進行內部管控



32

專審意見加值運用(3/4)



◆ 目標

建置專業審查異常意見管理平台

◆ 方式

- 每月收集專案審查提供異常案件通報回饋資訊
- 登錄異常案件分析及管理情形

◆ 醫院配合事項

針對專審醫師提供之異常意見進行內部管理及改善



33

CIS管理指標(4/4)



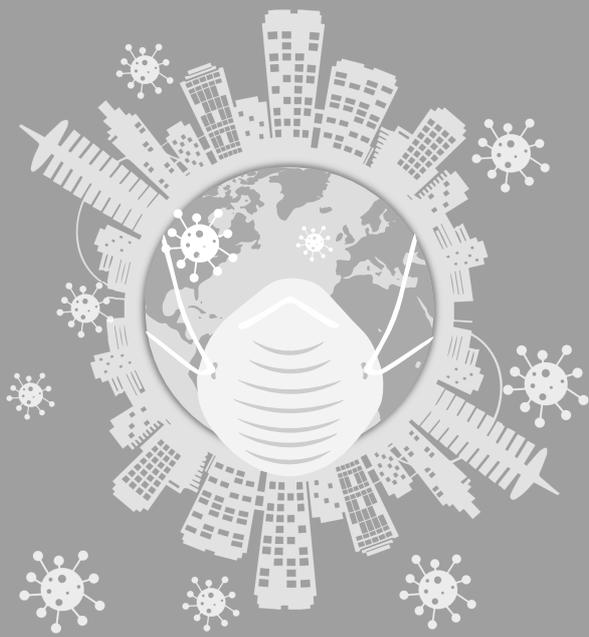
◆ 抽審管理指標

- 定期回饋部分指標之件數高於**全國同儕75百分位**明細，供醫院明細管理改善。
- 為維護保險對象就醫醫療品質，依檔案分析結果進行**專業審查**及適時調整抽樣審查指標。

◆ 醫令偏離常模監測平台

- 定期監測醫療院所申報醫療服務項目之全國占率 (醫令點數占率前3名且醫令執行率前3名)，以瞭解**偏離常模適當性**，及請審查分會協助宣導。
- 與審查醫師或審查分會定期討論申報合理性，強化共同管理機制，適時啟動多元審查機制。

34



公告及轉請配合事項

35

壹、COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫



計畫簡介

目的

提供以COVID-19染疫康復者為中心之全人整合性醫療照顧服務，促進其回歸日常生活品質

參予資格

1. 須同時具備整合門診及住院整合照護
2. 需有胸腔科或感染科專任醫師
3. 開設整合門診，每週至少1診次，每診次至少3小時

申請時間

至**111年2月11日**止(郵戳為憑)以書面提出申請，目前有 **17** 家有意參與



各項獎勵費說明

開辦整合門住診照護獎勵費(20萬元)

參與當年度計畫，自生效起日起算半年內未退出計畫

個案門診整合獎勵費(1,400元)

1. 整合醫療團隊各科別醫師提供整合照護，由主責整合之醫師於個案之就醫當日病歷中簡述整合之科別、疾病別、處方藥品、處置、檢查類別及各項評估服務等。
2. 照護對象當年度申報整合照護模式註記者，每人最高支付6次

其餘評估獎勵費

1. 初評、複評、結案評估獎勵費
2. 精神科評估、心理諮商及衛教獎勵費
3. 個案管理、營養評估、轉銜長期照顧、社會資源轉介評估獎勵費

備註:本計畫評估費及獎勵費由中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興**特別預算補助**

36

貳、健保雲端查詢系統(1/5) 新增高風險藥品重複用藥API提示



- 介接系統：跨院重複開立醫囑提示功能 Web service
- 邏輯：以「同藥理 (ATC 碼前 5 碼同核價劑型)」進行比對
- 資料類別7：降血壓、降血脂、降血糖、抗血栓及前列腺肥大等五類高風險藥品。
- 上線時間：110/10/7

分區別	層級別	特約家數	查詢家數	使用率
台北	醫學中心	11	1	9%
	區域醫院	20	4	20%
	地區醫院	78	16	21%
北區	醫學中心	2	2	100%
	區域醫院	13	4	31%
中區	醫學中心	6	4	67%
	區域醫院	17	3	18%
	地區醫院	81	27	33%
南區	醫學中心	2	1	50%
	區域醫院	14	5	36%
	地區醫院	50	18	36%
高屏	醫學中心	3	1	33%
	區域醫院	15	1	7%
東區	醫學中心	1	1	100%
	區域醫院	3	0	0%
總計	醫學中心	13	2	15%
	區域醫院	25	10	40%
	地區醫院	82	17	21%
合計		363	92	25%
合計		470	119	25%

資料區間：110/10/7 至 110/12/31

37



貳、健保雲端查詢系統(2/5)- 「有查詢未申報管理作業」



- 自費用年月 110年11月 起恢復執行
- 「每月總查詢人次 ≥ 50 」且「未申報醫療費用比率 全國各層級 95 百分位以上 院所」
- 請配合於 VPN 填寫未申報醫療費用原因並函送本組

費項類別	線上查詢作業			批次下載作業			合計		百分位等級	報事欄備註
	查詢未申報人次(A)	查詢人次(B)	查詢未申報比率(A/B)	查詢未申報人次(A)	查詢人次(B)	查詢未申報比率(A/B)	查詢未申報人次(A)	查詢人次(B)		
特約類別：地區醫院 費用年月：11009										
醫療資訊雲端	60	422	14.22%	1401	4635		5057	28.89%	96	
雲端開單	35	234	14.96%	1401	4635		4869	29.49%	-	
特定管制藥品用藥資訊	25	188	13.3%	0	0		188	13.3%	-	
檢查檢驗	7	27	25.93%	1389	4618		4645	30.05%	-	
手術明細紀錄	2	4	50%	1400	4634		4638	30.23%	-	
牙科處置及手術	0	0	0%	1400	4634		4634	30.21%	-	其他 請填說明
過敏藥	0	1	0%	1400	4634	30.21%	1400	4635	30.2%	-
檢驗(室)結果再置	19	71	26.76%	1400	4634	30.21%	1419	4705	30.16%	-
出院轉接再置	0	11	0%	1400	4623	30.28%	1400	4634	30.21%	-
護理醫療再置	0	2	0%	1400	4634	30.21%	1400	4636	30.2%	-
中藥用藥查詢再置	0	0	0%	1400	4634	30.21%	1400	4634	30.21%	-

備註：下載明細最多抽取提供500筆

下載明細 列印 儲存 回上一頁

38

貳、健保雲端查詢系統(3/5)-新增BC肝專區



- 目的：為利診療B、C型肝炎病人及協助國健署執行篩檢政策
- 上線時間：110/11/30
- 除原有最近一次B、C型肝炎相關用藥、檢驗(查)、篩檢等就醫紀錄(結果)外，本次新增公費篩檢(成人預防保健)資格查詢功能

資料	提示內容	
	查詢結果	說明
成人預防保健服務公費篩檢資格	符合	
	不符合	年齡不符合
	不符合	已做過(2021/08/25)
B、C型肝炎公費篩檢資格	查詢結果	說明
	符合	
	不符合	年齡不符合
	不符合	已做過(2021/08/25)
	不符合	已治療(2021/08/25)

- ◆ **篩檢資格邏輯**：讀取「健保卡之出生日期」換算年齡；依照國健署提供之「原住民名單」(年齡區間不同)及「已使用過篩檢之名單」判斷病人篩檢資格

39

貳、健保雲端查詢系統(4/5)-新增檢查檢驗查看內容



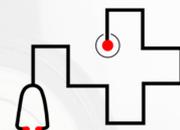
- 檢查檢驗紀錄、結果新增查看內容
- 上線時間：110/12/10

內容		檢查檢驗紀錄	檢查檢驗結果
資料區間		<u>近12個月</u>	近12個月
線上查詢	新增「新生兒依附註記」欄位(右圖所示)	<u>Y</u>	<u>Y</u>
重複API	資料類別	3	<u>8</u>
	比對欄位	「執行起日」	「實際採檢日期」
	增加「排除新生兒依附註記」資料條件	<u>Y</u>	N

新生兒依附註記
男嬰 110/10/31
男嬰 110/10/31
女嬰 110/10/10
女嬰 110/10/10

40

貳、健保雲端查詢系統(5/5)-新增春節檢疫專案TOCC提示



□ TOCC_「春節7+7+7檢疫專案同住家人」提示

□ 上線時間：110/12/20

接觸日期第0-7天	接觸日期第8-14天
<p>春節 7+7+7 檢疫專案同住家人-加強自主健康管理個案</p> <p>※接觸日期：110/12/21</p> <p>病人如有「發燒或有呼吸道症狀、嗅覺、味覺異常或不明原因之腹瀉」等症狀，請注意：如符合「發病前 14 日內有國外旅遊史」，或其他通報條件，應進行法定傳染病通報採檢！不符合上述條件，醫師仍認為需進行 SARS-CoV-2 檢驗，請進行社區監測通報採檢！（如需轉診採檢，請開立電子轉診單並通知當地衛生局）。</p> <p>(參考資料請按我：法定傳染病通報定義、社區監測通報定義、COVID-19 病人風險評估表、具感染風險民眾追蹤管理機制)</p> <p>關閉</p> <p>本查詢作業資料由衛生福利部疾病管制署提供，如有疑問請電洽防疫專線 1922。</p>	<p>春節 7+7+7 檢疫專案同住家人-自主健康管理個案</p> <p>※接觸日期：110/12/21</p> <p>病人如有「發燒或有呼吸道症狀、嗅覺、味覺異常或不明原因之腹瀉」等症狀，請注意：如符合「發病前 14 日內有國外旅遊史」，或其他通報條件，應進行法定傳染病通報採檢！不符合上述條件，醫師仍認為需進行 SARS-CoV-2 檢驗，請進行社區監測通報採檢！（如需轉診採檢，請開立電子轉診單並通知當地衛生局）。</p> <p>(參考資料請按我：法定傳染病通報定義、社區監測通報定義、COVID-19 病人風險評估表、具感染風險民眾追蹤管理機制)</p> <p>關閉</p> <p>本查詢作業資料由衛生福利部疾病管制署提供，如有疑問請電洽防疫專線 1922。</p>

41

貳、健保雲端查詢系統批次下載作業(1/3)



□ **例行性自行查檢(每季)**，作業修改如下：

- **原每季提報改由醫院自行備查且至少保留3年**
- 批次下載資料使用完畢之刪除方式由開放式問答改為依標準作業程序執行
- 新增「列出對應項目之要點編號」欄位，院所依提報之計畫書中，自訂之「作業說明書」或相對應之ISO/CNS 27001程序書，逐項確認查檢項目，並逐項檢附自評之佐證資料

查檢項目	對應項目之要點編號(註)	佐證文件	自評結果
三、資料傳輸及使用者監控			
1	機構內資訊系統保存批次下載病人就醫紀錄與結果資料之使用者或傳送者使用紀錄。		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合
2	病人就醫紀錄與結果資料傳送或應用中使用適當防護(如：加密保護)，並設定使用期限，逾期則刪除。		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合
3	涉及個人隱私資料，禁止使用電子郵件傳送。若因業務需求，以電子郵件傳送時採加密處理並安全送達密碼。		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合
4	重要電腦資料媒體(含報表)交換或運送，符合資訊安全保護措施及完整監控記錄。		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合
5	如列印病人就醫紀錄與結果資料時，影印機、傳真機及印表機有專人定時巡視、管理，且列印之機敏資料或涉及個人隱私資料均即時取走。		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合
四、病人就醫紀錄與結果資料刪除			
1	批次下載病人就醫紀錄與結果資料除已列入病歷資料者，均於當次看診完畢立即刪除，並同時清除資源回收筒資料。如有備份資料，亦應一併刪除。		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合
2	設備報廢前均將機密性、敏感性資料及授權軟體予以移除或實施安全性覆寫。		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合
3	批次下載病人就醫紀錄與結果資料使用完畢後，刪除方式均依照標準作業程序執行。		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合

註：依申請權限提報之計畫書中，自訂之「特約醫事服務機構健保醫療資訊雲端查詢系統批次下載作業說明書」或相對應之要點編號及自評佐證文件，填寫範本如附錄 2。

42

貳、健保雲端查詢系統批次下載作業(2/3)



□ **實地資安查檢**，作業修改如下：

- 須提供近一季自行查檢表，亦須提供自評佐證資料，並得於查檢當日繳交
- **採分級管理**，請參考「健保醫療資訊雲端查詢系統批次下載病人就醫紀錄與結果資料安全查檢(核)作業原則」

分級	對象	查核頻率
A	已通過ISO/CNS 27001認證後第1次實地查檢結果為完全符合	自隔年起得 每3年 實地查檢 1次
B	連續2次實地查檢結果為完全符合	自隔年起得 每2年 實地查檢 1次
C	實地查檢結果為非完全符合	每年 至少實地查檢 1次

43

貳、健保雲端查詢系統批次下載作業(3/3)

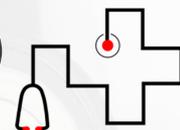


□ 實地資安查檢結果，**複查規則**如下：

查檢項目	不符合情形	限期改善/複查
病人簽署書面同意書	1.無效期內同意書，或使用舊版雲端藥歷同意書，卻執行藥歷外頁籤批次下載之總件數 ≥ 5 件或佔抽查件數30%以上(含)。 2.同意書資料填寫不完整之總件數 ≥ 10 件或佔抽查件數50%以上(含)。	2個月內限期複查。
資料儲存機制	非上述2款情形之同意書缺漏、資料填寫不完整，或仍有部分使用舊版同意書。 例：主機作業系統尚為Windows 7、無可攜式儲存設備管理機制、防毒軟體版權到期等。	6個月內限期複查。
資料傳輸及使用者監控	例：LOG檔紀錄不完整等。	1個月內限期改善，並提出相關佐證文件，必要時得進行複查。
病人就醫紀錄與結果資料刪除	例：未於下載後24小時內刪除批次下載資料，或未於看診結束立即刪除匯入HIS系統之資料(含備份)，並同時清除資源回收筒資料。	2週內複查。

44

叁、健保卡資料上傳格式2.0之就醫識別碼(1/2)

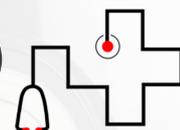


- ❑ 讀卡機控制軟體請更新至5.1.5.3版本，建議使用API1.53，可同時取得就醫序號、即時查保與就醫識別碼
- ❑ 請執行健保卡資料上傳格式2.0預檢作業，路徑：VPN/我的首頁/健保卡就醫上傳檢核結果查詢/健保卡就醫資料上傳預檢資料上傳/資料型態：新格式(2.0)

序	姓名	執行登記	下載檔案	資料型態
1	3501200000_1101102110228.xml	已完成	下載 刪除	新格式(2.0)

45

叁、健保卡資料上傳格式2.0之就醫識別碼(2/2)

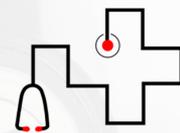


分區別	層級別	特約家數	控制軟體已更新至5.1.5.3家數	上線率
台北	醫學中心	11	11	100%
	區域醫院	20	19	95%
	地區醫院	78	33	42%
北區	醫學中心	2	2	100%
	區域醫院	13	13	100%
中區	地區醫院	51	26	51%
	醫學中心	6	6	100%
	區域醫院	17	16	94%
南區	地區醫院	81	34	42%
	醫學中心	2	2	100%
	區域醫院	14	13	93%
高屏	地區醫院	50	18	36%
	醫學中心	3	3	100%
	區域醫院	15	13	87%
東區	地區醫院	90	43	48%
	醫學中心	1	1	100%
	區域醫院	3	1	33%
總計	地區醫院	13	7	54%
	醫學中心	25	25	100%
	區域醫院	82	75	91%
	地區醫院	363	161	44%
	合計	470	261	56%

- ❑ 預計111/4/1起正式上線
- ❑ 左表為截至111/1/12為止，轄區醫院讀卡機控制軟體已更新至5.1.5.3版本統計表，各院已更新電腦數已於1/14回饋

46

肆、即時上傳檢驗(查)結果及醫療影像(1/5)

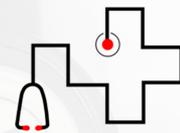


既然申報
就應上傳



47

即時上傳檢驗(查)結果(2/5)



- ◆ 監測指標為即時(24小時內)及1-3日內上傳合併計算給予獎勵，
111年整體上傳目標值為93%。

110年11月_中區醫院_層級別上傳情形

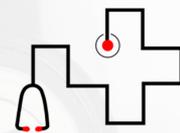
特約類別	申報家數	即時上傳家數	家數上傳率	醫令上傳率
醫學中心	6	6	100%	96%
區域醫院	17	17	100%	88%
地區醫院	82	82	100%	88%
整體	105	105	100%	92%

110年11月_區域級以上醫院上傳率<90%

特約類別	醫事機構簡稱	上傳率
2	部豐原	61%
2	部彰化	55%
2	大甲李綜合	87%
2	台中慈濟	89%
2	大里仁愛	71%
2	埔里基督教	87%
2	澄清綜合醫	83%

48

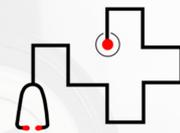
111年N4_34-即時上傳檢驗(查)結果指標(3/5)



操作型定義	目標值設定	考核指標採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
1.分子：24小時內及1-3日內上傳檢驗(查)醫令數 2.分母：門、住診申報應上傳檢驗(查)醫令數	1.上傳率 $\geq 93\%$ ，則給付門、住診送核核定數0.005%或獎勵50,000點，擇高給付。 2.區域級以上醫院上傳率 $< 90\%$ ，則扣減門、住診送核核定數0.01%。 3.地區醫院上傳率 $< 70\%$ ，則扣減25,000點。	當季	正/負向	門、住診送核核定數 0.005 % 或獎勵 50,000 點 (擇高給付) / -0.01 % / -25,000 點)	獎勵項目：比照全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案內容，詳方案之附件5、5-1(報告)項目

49

即時醫療影像上傳(4/5)



- ◆ 監測指標為即時(24小時內)及1-3日內上傳合併計算給予獎勵，
111年整體上傳目標值為95%。

110年11月_中區醫院_層級別上傳情形

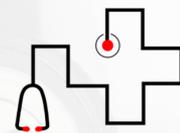
特約類別	申報家數	即時上傳家數	家數上傳率	醫令上傳率
醫學中心	6	6	100%	98%
區域醫院	17	17	100%	93%
地區醫院	75	64	85%	89%
整體	98	87	89%	94%

110年11月_區域級以上醫院上傳率 $< 90\%$

特約類別	醫事機構簡稱	上傳率
2	部南投	88%
2	大甲李綜合	88%
2	大里仁愛	74%
2	埔里基督教	60%

50

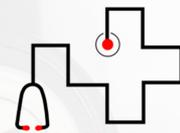
111年N4_38-即時上傳醫療影像指標(5/5)



操作型定義	目標值設定	考核指標採用期間	指標性質	增減點數比率	備註或排除條件
1. 分子：24小時內及1-3日內上傳影像醫令數 2. 分母：門、住診申報應上傳影像醫令數	1. 影像上傳率 $\geq 95\%$ ，則給付門、住診送核核定數0.015%或獎勵50,000點，擇高給付。 2. 區域級以上醫院之影像上傳率 $< 95\%$ ，則扣減門、住診送核核定數0.015%。	當季	正/負向	門、住診送核核定數 0.015 % 或獎勵 50,000 點 (擇高給付) / -0.015 %	獎勵項目：比照全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案內容，詳方案之附件5-1

51

伍、重複檢查(驗)



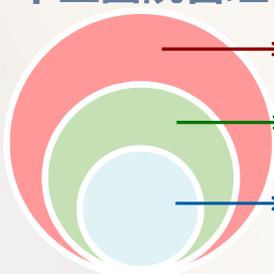
中區醫院110年Q1~Q3執行情形



111年管理方案(尚未奉核)

- 20類重要檢查(驗)：項目同110年
 - 30項分區重點管理項目：項目同110年
 目標：1.費用成長率 $<$ 總額成長率
2.再執行率較108年同期下降5%
 - 10項抑制資源不當耗用指標：項目同110年
 目標：再執行率較108年同期下降5%
- (考量109~110年疫情影響就醫行為，以108年為比較基期年)

中區醫院管理模式



- **20類重要檢查**：每月資訊回饋再執行率中區百分位值 > 90 醫院
- **30項重點管理**：每月資訊回饋執行率、再執行率中區百分位值 > 90 醫院
季回饋前三名科別報表
- **10項指標**：列入中區醫院總額管理方案品質指標項目-門診檢查(驗)合理區間內再執行率
 CT、MRI、腹部超音波及追蹤、超音波心臟圖、全套血液檢查、低密度脂蛋白-膽固醇、大腸鏡檢查、
 上消化道泛內視鏡檢查、正子造影、杜卜勒氏彩色心臟血流圖

52

陸、思覺失調症醫療給付改善方案



□ 尚未參加本方案醫院符合收案對象人數統計，請醫院積極參與方案。

院所名稱	固定一般	固定高風險	固定病患總計
員林基督教	137	13	150
培德醫院	85	11	96
建元醫院	45	3	48
大甲李綜合	34	6	40
中山中興	32	6	38
美德醫院	32	1	33
澄清中港	29	3	32
林新醫院	23	4	27
員榮醫院	21	1	22
國軍中清	20	1	21
南投基督教	10	2	12
烏日林新	9	3	12
宏恩醫院	11	1	12

【備註】

- ◆ 固定就醫病人：病患前一年於精神科拿藥 ≥ 8 次，且於特定醫療院所之精神科就醫次數，大於其全年精神科就醫次數60%。
- ◆ 高風險病人：病患前1年曾因下列情形，門、住診就醫次數合計大於3次（不含切帳）者。
 - (1)以主診斷ICD-9-CM：295；ICD-10-CM：F20、F25入住急性病房者。
 - (2)或以損傷(含自殺)及中毒(ICD-9-CM：800-999、E_CODE；ICD-10-CM：S00-T88、V00-Y99)於門、住診就醫者。
- ◆ 一般病人：非屬高風險病人。

53

柒、C肝全口服新藥(專款項目)

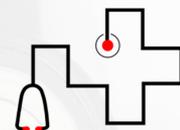


- 開放醫師不限專科別均可處方C肝全口服新藥。
- 雲端查詢B、C肝專區頁籤：
 - 彙整104年起最近一筆B、C型肝炎用藥、檢驗紀錄、就醫及成人健檢結果。
 - 新增查詢B、C型肝炎公費篩檢資格
- 提供院所C肝潛在病人名單：
 - 111年1月10日已發文提供HCV抗體陽性且尚未收案之透析個案名單。

請協助
收案HCV-
RNA陽性
個案

54

捌、111年分區偏遠地區醫院認定原則-點值補助



- 111年符合「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」共9家醫院
- 與110年名單相同

醫院代號	醫院名稱
0638020014	臺中榮民總醫院埔里分院
1137080017	彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院
1138010019	彰化基督教醫療財團法人南投基督教醫院
1138020015	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院
1436020013	東勢區農會附設農民醫院
0937080012	洪宗鄰醫療社團法人洪宗鄰醫院
1537081085	宋志懿醫院
1538041101	竹山秀傳醫院
1538041209	東華醫院

55

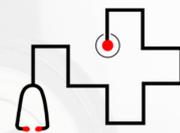


111年度醫院總額 醫療給付費用總額及分配

111年1月26日衛生福利部公告

56

111年健保總額整體費用核定結果

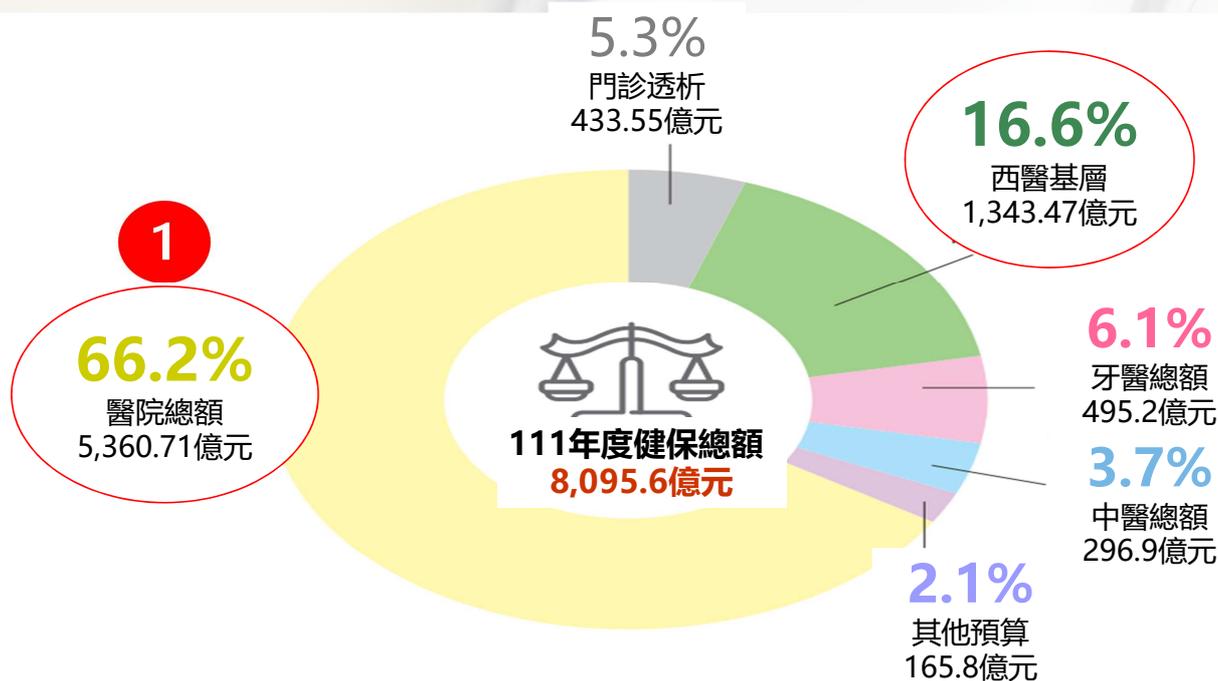
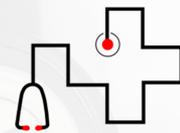


□總額8,096億元，成長3.320%(增272億元)

	醫院	西醫基層	牙醫	中醫	其他	合計
總金額 (億元)	5,591.29	1,546.44	495.18	296.91	165.79	8,095.62
增加金額 (億元)	198.91	43.21	13.55	12.31	4.26	272.25
成長率%	3.504%	2.744%	2.756%	4.208%	2.637%	3.320%

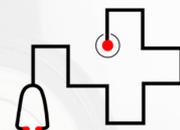
57

111年各部門總額預算_占率



58

醫院總額_總金額



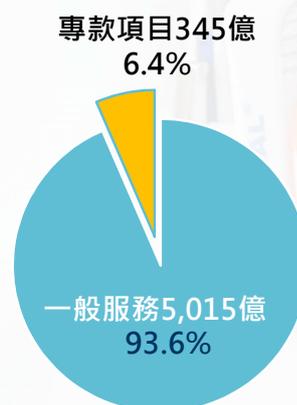
□總金額5591.29億元，成長3.504%(增198.91億元)

□一般服務成長率3.049%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.922%，協商因素成長率、1.127%。

□專款項目增加45.96億元

□門診透析成長率:2.015%

	成長率 (%)	增加金額 (億元)	總金額 (億元)
一般服務	3.049%	148.43	5015.32
專款項目		45.96	345.39
透析項目	2.015%	4.56	230.58
合計-一般+專款	3.569%	194.39	5360.71
合計-一般+專款+透析	3.504%	198.95	5591.29



59

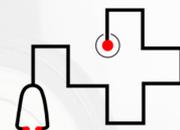
醫院總額_一般服務



項目	增加金額(億元)	成長率
非協商因素 1.投保人口預估成長率0.14%、 2.人口結構改變率2.04%、 <u>3.醫療服務成本指數改變率-0.26%</u>	93.54	1.922%
協商因素	54.89	1.127%
保險給付項目及支付標準之改變		
新醫療科技 (新診療項目4.5億元、新藥32億元及新特材12億元)	30	0.616%
藥品及特材給付規定改變	6.5	0.349%
促進醫療資源支付合理 (配合西醫基層總額「提升國人視力照護品質」項目增編)	0.94	0.019%
其他預期之法令或政策改變		
持續推動分級醫療，壯大社區醫院 (地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映 住院首日護理費支付點數加成30%)	10	0.205%
提升重症照護費用，促進區域級以上醫院門住診費用結構改變 (區域(含)以上加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映 住院首日護理費支付點數加成30%)	20	0.411%
配合110年牙醫門診總額調整支付標準[新] 因應牙醫增修難症診療項目	0.021	0.0004%
移列精神科長效針劑藥費至專款項目 (原於一般服務改列專款)	-12.4	-0.255%
其他議定項目:違反特管法之扣款	-0.165	-0.003%
總計 5,015億元	148.43	3.049%

60

醫院總額_專款項目(1/2)

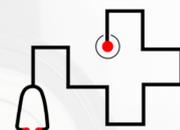


全年**345.39億元**。共16項 延續12項、新增4項

項目	金額_億元 (增加)	說明
1.C型肝炎用藥	34.28	C肝:中長期計畫, 慢性 C 肝患者治療涵蓋率至 80%, 治療 25 萬人,
2.罕病、血友病藥費及罕病特材	128.07 (+11.08)	與西醫基層總額同項專款相互流用, 不足由其他預算相關項目支應
3.後天免疫缺乏病毒治療藥費	52.57	不足由其他預算相關項目支應
4.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	52.08 (+0.81)	111 年新增預算用於鼓勵腎臟移植手術之施行
5.醫療給付改善方案	14.95 (+1.27)	1.持續辦理糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等 9 項方案。 2.新增精神科病人出院後急性後期照護服務經費 6000 萬元, 並納入「思覺失調症醫療給付改善方案」。
6.急診品質提升方案	3 (+0.54)	精進方案執行內容, 以紓解醫學中心急診壅塞情形
7.鼓勵繼續推動 DRGs	2.1	導入第 3 階段, 依實際導入施行之項目與季別, 併一般服務結算。鼓勵醫院試辦 DRG 支付制度

61

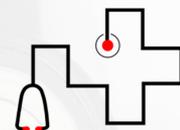
醫院總額_專款項目 (2/2)



項目	金額_億元 (增加)	說明
8.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	1	與西醫基層總額同項專款流用
9.醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	11	全年經費1,100百萬元
10.鼓勵院所建立轉診合作機制	2.25 (-1.75)	支付轉診診察費, 不足由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應
11.網路頻寬補助費用	2 (+0.73)	不足由其他預算相關項目支應
★12.腹膜透析追蹤處置費及APD租金[新]	0.15	用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金, 增修支付標準後併一般服務結算
★13.住院整合照護服務試辦計畫[新]	3	中長期計畫
★14.鼓勵RCC及RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫[新]	3	預算如有不足, 由品質保證保留款支應
★15.精神科長效針劑藥費[新]	26.64	其中 12.4 億元由一般服務費用移列。2.得與西醫基層同項專款相互流用, 不足由其他預算支應
16.品質保證保留款	9.3	原106年度品質保證保留款額度(3.89億元), 與111年度(929.8百萬元)合併運用(計13.19億元)

62

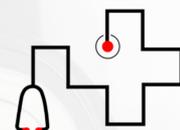
門診透析



- 門診透析服務總費用成長率為**3.25%**。醫院2.015%、西醫基層4.698%
- 自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」4.08百萬元，移列至醫院總額專款
- 辦理事項：**
 - (1)**加強腎臟病前期之整合照護**，強化延緩病人進入透析之照護。
 - (2)持續**鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植**，以提升透析病人生活品質。
 - (3)持續運用健保醫療資訊**雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理**，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。

63

111年醫院總額分區預算分配方式



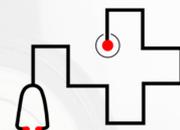
- 1 自一般服務費用**移撥 6 億元風險調整移撥款**，增加4億
 - 鼓勵各區就轄內醫療資源需求進行最適之整合及規劃，以持續推動區域間平衡發展。
- 2 扣除風險移撥費用後，預算採門、住診費用比 45：55該門診費用(45%) 包含門診透析服務。
 - 各地區門、住診服務預算依下表計算後，合併預算，**按季結算**各區浮動點值以核付費用。

醫院總額	校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數 [R]	開辦前一年各地區醫療費用比率 [S]
門診	51	49
住院	45	55

維持

64

小 結



重要計畫持續努力

C肝、雲端資訊(上傳、虛擬健保卡、就醫識別碼...)

推動分級醫療、提升社區與重症照護

1. 調升住院首日護理費支付點數30%
2. 保障區域以上ICU相關照護點值，鼓勵社區醫院假日及夜間門診

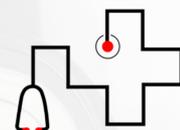


新增計畫積極推動

1. 住院整合照護服務試辦計畫。(配合健保中長期改革計畫)
2. 加強精神科病人照護
 - 精神科長效針劑編列專款26.64億元
 - 增加精神科病人住院後急性後期照護服務，納入思覺失調P4P計畫
3. 鼓勵RCC及RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫。
4. 器官移植52.08億元(增0.85億元)：鼓勵醫師投入腎臟移植手術
5. 腹膜透析追蹤處置費及APD租金。

65

各總額持續編列預算推動分級醫療、C肝、雲端資訊



分級醫療相關預算項目	總額來源	107	108	109	110	111
鼓勵院所建立轉診之合作機制專款	醫院	2.58	6.89	6.89	4	<u>2.25</u>
	西醫基層	1.29	2.58	2.58	2.58	<u>2.58</u>
基層總額轉診型態調整費	其他預算	13.46	13.46	10	10	<u>8</u>
強化基層照護能力「開放表別」	西醫基層	4.5	7.2	8.2	9.2	<u>12.2</u>
家庭醫師整合性照護計畫		28.8	28.8	35	36.7	<u>39.5</u>
跨層級醫院合作計畫	醫院	1	1	1	1	<u>1</u>
推動促進醫療體系整合計畫	其他預算	7	5	4	4	<u>4.5</u>
合計		58.63	64.93	67.67	67.48	70

C肝	107	108	109	110	111
西醫基層	4.1	4.1	4.1	2.9	<u>2.9</u>
醫院	45.3	47.6	47.6	34.3	<u>34.3</u>
其他	1	13.7	30	28.5	<u>19</u>
合計	50.4	65.4	81.7	65.7	56.2

雲端資訊	總額	108	109	110	111
提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用	其他	8	9.4	9.8	<u>15</u>
網路頻寬補助費用	四總額部門	5.4	5.4	5.6	<u>7.19</u>
合計		13.4	14.8	15.4	22.19

66

Thank You

