



# 112年南區醫院總額 第2次院長會議

---

112.10.6

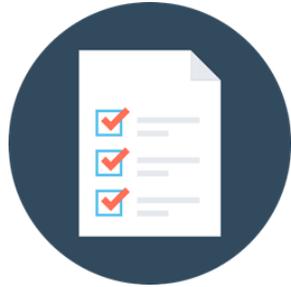
# 大綱

- 1 南區方案說明
- 2 南區方案執行情形
- 3 近期推動重要業務

1

# 南區方案說明

# 南區1點1元方案的執行依據為何？



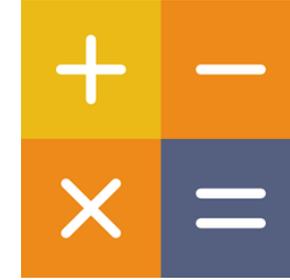
## 法源依據

審查辦法第22條第4項  
保險人得就保險醫事  
服務機構申報醫療費用  
案件進行分析，依分析  
結果，得免除、增減  
抽樣審查或全審



## 醫界共識

- 透過院長會議  
& 共管會決議  
通過後執行
- 南區全數醫院  
皆需納入管理



## 數學概念

預算固定

方案設定為1點1元

$$\frac{\text{總額(元)}}{\text{核定點數(點)}} = \text{點值}$$

因此，方案執行概念即為【控制核定點數】

# 方案執行架構為何？



# 各院以什麼目標管控？

以自身每季【基期一般服務收入】管控

當期季別	基期	
	去年同期	計算方式
113Q1	112Q1	校正回無PVA挹注後去年同期之一般服務收入(註) × 校正後占率
113Q2	112Q2	
113Q3	112Q3	註：納入去年同期結算之屬同結算當期費用年月之一般服務收入 e.g. 納入112Q1結算之費用年月112年1、2、3月之一般服務收入
113Q4	112Q4	

- 每季皆有PVA挹注，使可用預算變多，致醫院收入增加
- 為避免醫院誤以較高之基期收入管控，因此透過共管會議討論後校正

# 方案中的特定排除列計包含哪些項目？

意義：於方案計算過程中採1點1元給付，不需超額分階折付

## 剛性需求

生產案件

生產增加人數 x 基期生產案件每人實收

精神科住院案件

精神科住院增加人日 x 基期每人日實收

擴床醫院

依【南區醫院擴增床數採計點數執行方式】計算

## 政策鼓勵項目

安寧(住院、共照、緩和諮詢)

PAC住院下轉個案

急重症病患照護需求

各項目當期一般服務點數超出基期之差額 ×  
基期南區醫院總額平均點值

當年度經醫院總額研商  
決議之特定項目

※概念：當期較基期增加之差額方予以列計

1) 需經共管會議討論額度分配方式

2) 屬一般服務預算項目

→如僅為支付標準醫令之「單價調整」，另於合理成長率公式之「支付標準調整率」考量

# 當季合理成長率如何計算?(1/2)

以下表各項指標評估當季的成長係因「服務量變多？」或「單價提高？」

指標項目	門診指標成長率					住診指標成長率				支付標準調整率	當年度公告醫療服務成本及人口因素成長率
	服務面		供給面		門診CMI成長率	服務面		供給面	住診CMI成長率		
	門診人數成長率	門診人次成長率	執登醫師數成長率	看診醫師數成長率		住院人數成長率	住院人日成長率	護理人數成長率			
權重	55%	20%	20%	5%		20%	60%	20%			
統計區間	當期 v.s.基期									各院基期一般服務案件經支付標準調整之差額比率	✓ 111年-1.922% ✓ 112年-2.250%

## □ 計算步驟：

- 門診指標成長率 = 門診人數成長率 × 55% + 門診人次成長率 × 20% + 執登醫師人數成長率 × 20% + 看診醫師人數成長率 × 5% + 門診CMI 成長率
- 住院指標成長率 = 住院人數成長率 × 20% + 住院人日成長率 × 60% + 護理人數成長率 × 20% + 住診CMI 成長率
- 門住合計成長率 = 門診指標成長率 × (1 - 基期住診占率) + 住院指標成長率 × 基期住診占率
- 各院合理之費用成長率 = 門住合計成長率 + 支付標準調整率 + 當年度醫院總額醫療服務成本及人口因素成長率  
(若 < 0 則以 0 計；並以當季剩餘可用於支應 0 階 + 超額預算成長率為上限)

# 當季合理成長率如何計算?(2/2)

□各項成長率指標之調校方式：

1. 如南區整體值為負成長：改採**各院值—南區值**為該項指標採計成長率  
e.g. 南區值為-0.59%、某院值為3.09%，則改採3.09%-(-0.59%)=3.69%
2. 去極值：訂定各指標採計之上、下限值為**10%**、**-5%**  
e.g. 某院住診CMI值為-10.08%，改僅採計為-5%

成長率 指標項目	門診指標成長率					住診指標成長率				支付 標準 調整 率	當年度公告 醫療服務成 本及人口因 素成長率	
	服務面		供給面		門診CMI	服務面		供給面				住診CMI
	門診 人數	門診 人次	執登醫 師人數	看診醫 師人數		住院 人數	住院人日	護理人數				
整體值	3.66%	3.22%	1.46%	3.13%	-0.59%	-0.05%	-4.29%	-0.15%	-0.29%			
某醫院	原始	7.57%	6.33%	1.03%	4.12%	3.09%	7.57%	-1.68%	-1.99%	-10.38%	0.57%	1.922%
	1-與整 體比					3.69%	7.62%	2.61%	-1.84%	-10.08%		
	2-去極 值									-5%		
分項 採計	7.57%	6.33%	1.03%	4.12%	3.69%	7.62%	2.61%	-1.84%	-5%			

# 當季合理成長率有上限嗎？超額分階的級距皆固定嗎？

因預算有限，故合理成長率依當季可支應額度為上限

調整項目	[0階+超額]較基期一般收入成長率(Y)	
	$Y \leq 2.5\%$	$Y > 2.5\%$
階1(合理成長率)上限	2.5%	Y

↑  
可用預算較少，仍至少保有2.5%可成長

↑  
可用預算越多，成長率上限就越高

級距隨著南區整體成長情形而調整，醫院若過度衝量，追扣額會提高，故此機制期能促使各院皆自我管控

超額分階	醫院整體成長率(Z)				
	$Z \leq 4\%$	$4\% < Z \leq 5\%$	$5\% < Z \leq 6\%$	$6\% < Z \leq 7\%$	$Z > 7\%$
階2級距	2.0%	2.5%	3.0%	3.0%	3.0%
階3級距	2.0%	2.0%	2.0%	2.5%	3.0%

階2、3的級距越小，落在階4的超額點數就越多，而階4不給付(點值0) → 代表醫院斷頭越多、財務衝擊越大

# 合理成長率高低對於超額分階給付的影響為何？

相同成長率的三家醫院，合理成長率越高，則超額分階核付後點值越高

階2、階3 級距為3%		應帶入 點值	X醫院	Y醫院	Z醫院
實際成長率(扣除特定 排除列計等後)			6.81%	6.81%	6.81%
超 額 分 階	合理成長率 (即階1)	0.75	3.81%	2.16%	0.47%
	階2	0.5	$3.81\% < \Delta \leq 6.81\%$	$2.16\% < \Delta \leq 5.16\%$	$0.47\% < \Delta \leq 3.47\%$
	階3	0.25		$5.16\% < \Delta \leq 8.16\%$	$3.47\% < \Delta \leq 6.47\%$
	階4	0			$6.47\% < \Delta$
	核付後該院點值			0.9792	0.9706

註：3.81%係南區醫院110Q3合理成長率上限值

# 財務穩定機制1：自主季間風險調控

## □各院自身當年度總可用額度固定

●當期費用 > 基期：可申請**預借**，以下列取小值為額度上限

1. 自身當季一般服務收入×10%
2. 250萬

→當期費用正成長，即**不得**申請保留額度至後續季別

●當期費用 < 基期：可申請**保留**

當期可保留額度 =

(去年同期同結算季之校正後一般服務收入—當季費用年月一般服務點數)

採申請制，最遲應於Q4結清  
→於當季一般服務費用申報  
期限前**來函申請**  
×不適用門診費用獨立核算之  
醫院

e.g.

當季季別	112Q1	112Q2	112Q3	112Q4	112全年
某院預借額度	100萬	250萬	-200萬	-150萬	平衡

# 財務穩定機制2(陸之一)：服務量能與單價衡平

目的：避免醫院服務人數負成長，單價卻過度增加

## 方案檢視條件

條件1  
(量)

歸戶人數成長率 < -5%  
(經南區整體值調校後)

註1：經南區平均值校正

代表照護個案數  
減少太多

條件2  
(價)

單價成長率  
= 當期單價 / 基期單價 - 1

CMI成長率 +  
支付標準調整率  
(保障5%)

符合  
條件

1+2

下修0階給付金額

= 當期歸戶人數  
x 基期單價  
x 校正後單價成長率  
x 基期平均點值

註2：最多下修至1點0.94元

- 價的成長係因CMI成長&支付標準成長
- 若價成長大於上開兩者加總後仍不足以解釋，代表醫院單價成長過高

# 財務穩定機制3(伍之五)：交付費用穩定成長

## 原由

由醫院開出的交付處方，至藥局/檢驗所調劑，是由醫院總額預算支應，須避免交付費用快速成長影響當季可用預算，造成超額分階折付點值需下修

## 調整方式

以某院舉例說明	一般服務項目 (A)	交付 (B)	合併考量 (A+B)
基期	1,000萬元	10萬元	1,010萬元
當期	950萬元	15萬元	965萬元
成長率	-5%	50%	-4.5%
南區方案管控機制	負成長、無超額	超出7%需扣減： $(50\% - 7\%) * 10\text{萬元} = 4.3\text{萬元}$	當期 < 基期，不需扣減

取較小值核扣

# 財務穩定機制4(陸之三)：提升專業自律

目的：各院嚴謹檢視偏離常模樣態，齊一標準以維繫總額分配公平



□ 請醫院自行檢視說明之專案，

同意繳回率 < 南區整體值，且該專案標的醫令經專審核減率  $\geq 90\%$

→ 標的醫令 \* 10倍，於0階收入調整

□ 各院超出調整後基期收入(0階)之超額點數，續依方案超額分階折付方式給付

✓ 該項專案應清查件數 < 南區同儕 P25值之醫院，不予執行

✓ 符合核扣條件之專案，逐案提交共管會同意核備後，始據以執行



同儕  
制約

# 財務穩定機制5(伍之四)：點值估算後核付調整

## 調整方式

### 預算剩餘

- 依序**上調**階1至階3帶入**點值**，最高皆為**1**
- **階4維持帶入點值為0**，因為不鼓勵醫院衝量至階4

### 預算不足

- **透支額度 < 8,000萬**，**不下修**各分階點值  
→ 將方案結算平均點值控在1.005~0.99間
- **下修**階1至階3帶入點值，最低下修至**0.7**、**0.4**、**0.15**
- 經調整後若仍不足，不再下修，逕反映在總額結算點值

# 確保照護品質1：住診擴床加計額度

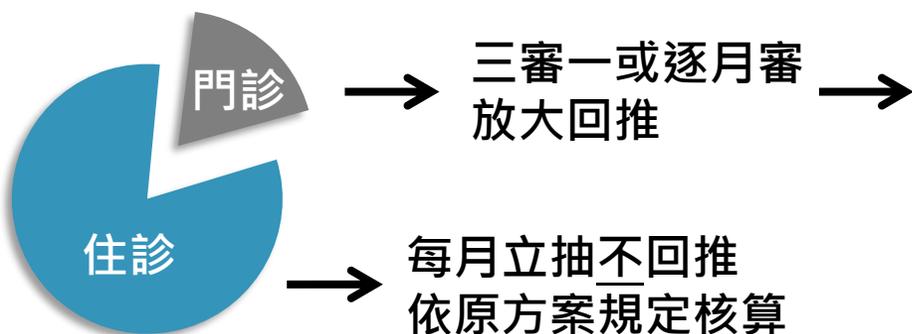
## 依【南區醫院擴增床數採計點數執行方式】計算

預算上限	當季一般總額預算之 <b>0.2%</b>
申請門檻	前一年10月~當年9月(排除1,2月)之10個月 <b>占床率達85%</b>
可獲配額度計算公式	擴床數×占床率×平均每人日點數×該季天數×(1-淨核減率)
占床率	採 <b>同類床同儕P50值</b> (如該院當期值較低則改採之)
平均每人日點數	採 <b>同類床同儕P25值</b> (如該院當期值較低則改採之)
淨核減率	該院前一年Q3至當年Q2住診整體淨核減率

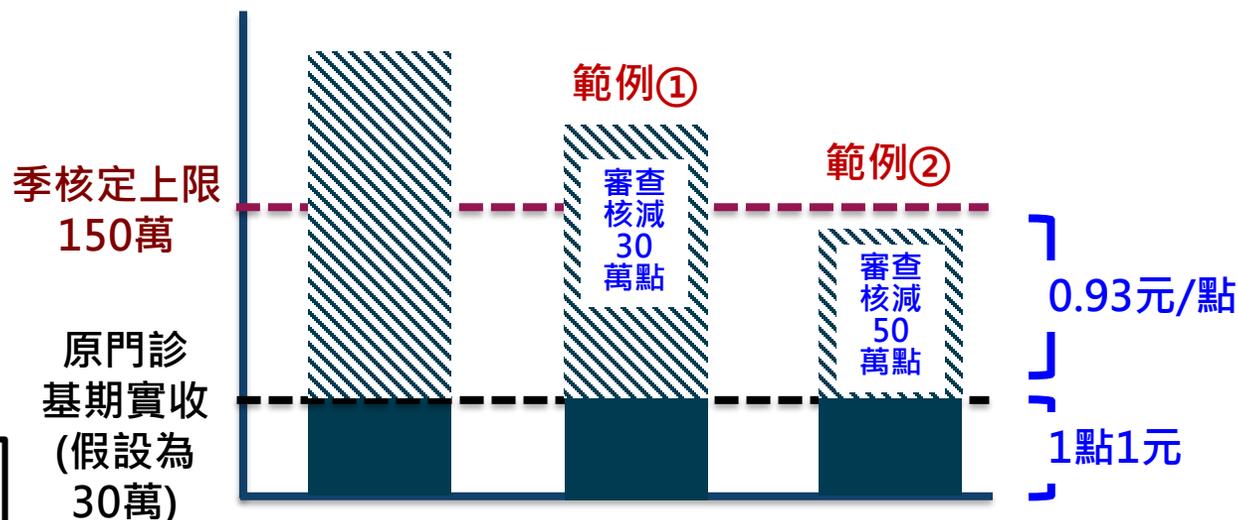
# 確保照護品質2：小型醫院門診擴編

## □ 門診月申報 < 50萬醫院，門診費用獨立核算

基期收入  
依基期門住核定點數占率拆分門/住



門診費用另以下列方式核算



1) 於該院113年1月費用案件申報前

**來函申請**

→ 全年度適用，不得再申請「自主季間風險調控」

2) 如額度仍不足，應另提計畫送共管會及南區分會審查後再議

計算範例

申+部-排 = 200萬點

核+部-排

① 核+部-排 = 170萬點  
 $30 + (170 - 30) \times 0.93 = 160.2$ 萬

核給上限150萬，  
方案核減20萬點

② 核+部-排 = 150萬點  
 $30 + (150 - 30) \times 0.93 = 141.6$ 萬

方案核減8.4萬點

# 確保照護品質3：專業當責照護，保障病人就醫權利

	方案規定 帶入點值	110Q4 預算剩餘	111Q1 預算不足	111Q2 預算剩餘	111Q3 預算剩餘
階4	不給付	不給付	不給付	不給付	不給付
階3	0.25	0.35	0.15	0.651	1
階2	0.5	0.6	0.4	0.95	1
階1	0.75	0.911	0.7	1	1

- 階1~3採部分支付，並非完全不給付
- 預算若剩餘，則可增加階1至階3額度，即提升各階給付點值
- 不鼓勵醫院衝量，故即便預算剩餘，階4仍不給付
- 醫院應穩定維持照護量能

財務面  
調整

如接獲申訴有不當轉診情形，不予保障基期(0階)收入1點1元，改依估算之南區醫院整體平均點值支給

# 確保照護品質4：提升弱勢及特殊族群照護

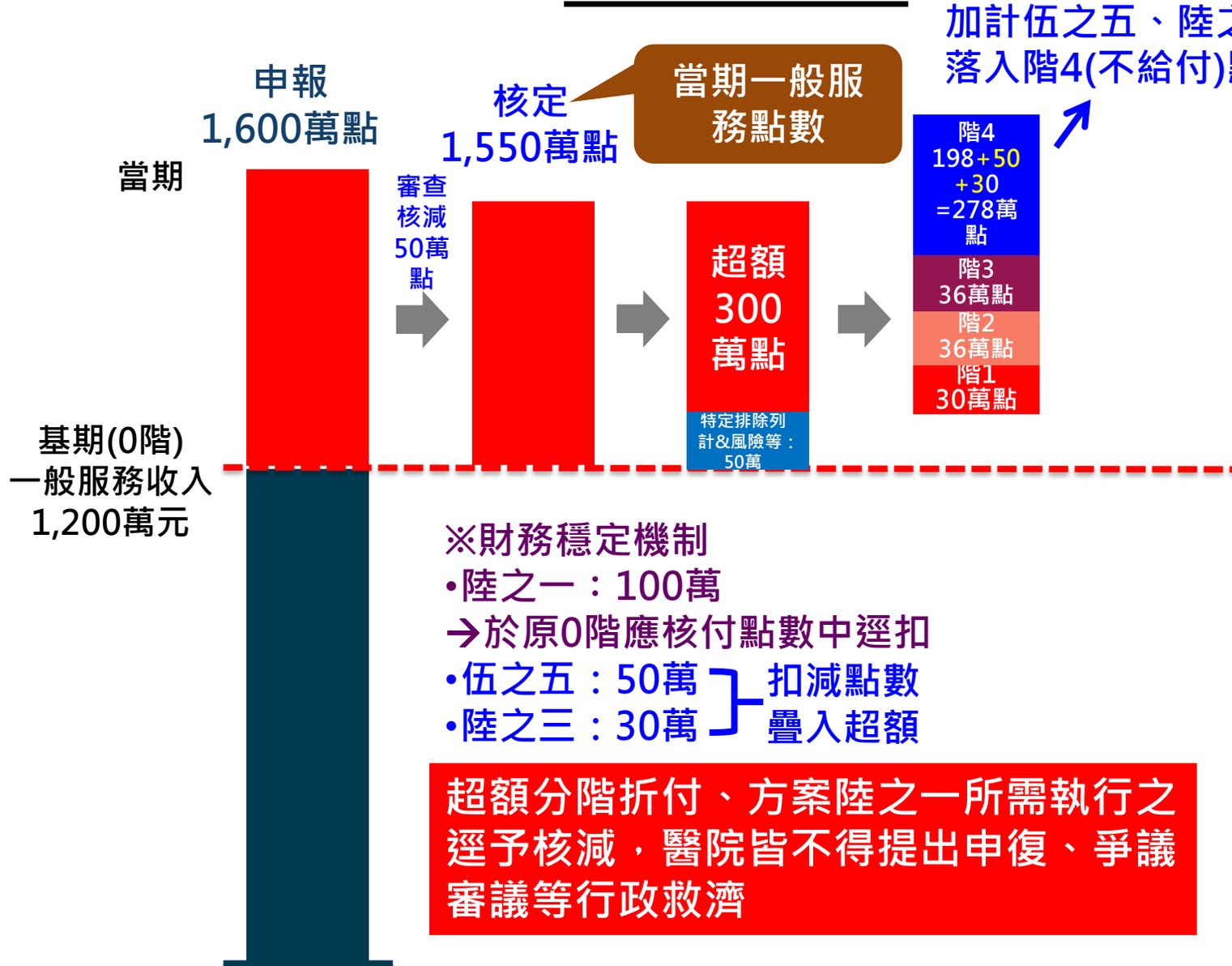
滾動檢討並強化風險移撥款分配因子，以期給予民眾更完善的照護

年度結算，依實際執行分配

		112年	113年(經112年第3次共管會議決議項目)
額度		75,242,231	未定
分配因子		C肝口服新藥個案	C肝口服新藥個案
		精神巡迴醫療	精神巡迴醫療
		居家醫療	居家醫療
鼓勵醫院外展至無醫村，增進民眾就醫可近性	➔	醫不足巡迴醫療	醫不足巡迴醫療
本署重要政策推展	➔	虛擬健保卡	虛擬健保卡
		檢驗檢查報告即時上傳率	檢驗檢查報告即時上傳率
		呼吸器安寧利用	呼吸器安寧利用
		死亡前安寧利用	死亡前安寧利用
抑制資源不當耗用關切項目	➔	鼓勵傷口照護外展	鼓勵傷口照護外展
鼓勵醫院成立傷照中心、外展至居家或機構處理深部複雜傷口，減少個案親至醫院就醫之不便	➔	主動脈剝離&腦中風取栓區域聯防	主動脈剝離&腦中風取栓區域聯防
強化南區院際間照護合作	➔		偏遠地區醫院兒童語言/物理/職能治療

取消  
新增

# 超額醫院當季追扣範例



**虛擬收入計算**

(階3) x 0.25 = 9萬元

(階2) x 0.5 = 18萬元

(階1) x 0.75 = 22.5萬元

(1點1元 給付項目) 50萬元

1,200萬元 - 100萬元 (陸之一)

1,149.5萬元

核定：1,550萬點

虛擬收入：1,149.5萬元

因此，方案需追扣400.5萬點

2

## 南區方案執行情形

# 方案結算之預算估列參數

季別	R值估列方式	預算實際值與預估值差異【A】	跨區就醫估列方式	跨區就醫估列值	跨區就醫實際值	跨區實際值與預估值差異【B】	A+B	影響點值
110Q4	109Q4結算值 + 近3年平均 減少值調整	少3,266萬	近4季平均 (109Q2~ 110Q1)	淨跨出7,400 萬元	淨跨出9,100 萬元	少 1,700萬	少 5,000萬	-0.0028
111Q1	110Q1結算值 + 近3年平均 減少值調整	多6,311萬	109年平均 (109Q1~ 109Q4)	淨跨出8,600 萬元	淨跨出2,300 萬元	多 6,300萬	多 12,600萬	0.0073
111Q2	110Q2 結算值	多753萬	111Q1值	淨跨出2,300 萬元	淨跨進12,000 萬元	多 14,300萬	多 15,100萬	0.0090
111Q3	110Q3 結算值	少140萬	111Q1、 111Q2平均	淨跨進5,000 萬元	淨跨進4,200 萬元	少800萬	少940萬	-0.0006
111Q4	110Q4 結算值	少7,817萬	111Q3值	淨跨進4,130 萬元	淨跨進9,689 萬元	多5,552萬	少2,265萬	-0.001
112Q1	<b>111Q1 結算值</b>	少14,301萬	<b>111Q3值</b>	淨跨進4,130 萬元	淨跨進1,750 萬元	少2,380萬	少16,681萬	-0.009

# 110Q4~112Q2南區醫院總額\_方案結算

項目		代號	110Q4	111Q1	111Q2	111Q3	111Q4	112Q1	112Q2	備註
南區就醫分區預算		A	178.8	170.6	177.3	185.3	187.0	178.0	182.8	皆為當季結算 <b>估算值</b>
交付+自墊+先前季別		B	11.6	10.4	10.9	11.0	10.9	10.9	10.9	
醫院當季可使用額度		C=A-B	167.2	160.2	166.4	174.3	176.0	167.1	171.9	
醫院1 點1元 收入	基期(0階)收入	D	163.1	158.5	161.9	165.6	166.7	161.3	167.7	包含陸之一0階下修及交付成長>7%扣減數額
	特定排除列計項目	E	1.2	1	1.1	1.5	2.1	1.4	1.2	
剩餘可支應超額之額度		F=C-D-E	2.9	0.7	3.4	7.3	7.2	4.4	3.0	
核+部-排除		G	183.9	173.8	169.9	177.3	183.3	179.1	185.2	
超額點數 (各院分別計算後加總而得)		H	19.8	14.4	6.8	10.3	14.4	16.5	16.3	各季階1~階3點值 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 110Q4 : 0.911/0.6/0.35</li> <li>• 111Q1 : 0.7/0.4/0.15</li> <li>• 111Q2 : 1/0.95/0.651</li> <li>• 111Q3 : 1/1/1</li> <li>• 111Q4 : 1/1/0.805</li> <li>• 112Q1 : 0.75/0.5/0.25</li> <li>• 112Q2 : 0.7/0.45/0.19</li> </ul>
超額分階給付金額		I	6.5	5.9	3.6	5.4	6.3	6.4	5.7	
結餘or透支金額		J=F-I	-3.6	-5.2	-0.2	1.9	0.9	-2.0	-2.7	
南區PVA可用金額		K	4.7	2.8	2.5	2.5	4.0	1.2	1.9	110Q4為Q2~Q4累計
PVA挹注後剩餘額度		L	1.1	-2.4	2.3	4.4	4.9	-0.8	-0.8	
需追扣點數(方案核減率)		M	11.5 (6.24%)	9.5 (5.5%)	1 (0.63%)	1.3 (0.74%)	3.5 (1.9%)	10.0 (5.61%)	10.6 (5.71%)	
整體點值			0.9376	0.945	0.9937	0.9926	0.9812	0.9439	0.9429	

■ 除數字G、H與M單位為億點外，其餘皆為億元

3

近期推動重要業務

# 健保卡上傳作業2.0\_改版須知

□ 「健保卡上傳2.0」 **今年9月1日上線，採申請制**

鼓勵性質  
不強制

👉 申請條件：近7日各就醫類別預檢比率皆達100%

【預檢比率查詢路徑：VPN>服務項目>健保卡就醫上傳檢核結果查詢>健保卡2.0預檢比對健保卡1.0統計報表】

👉 申請路徑及結果查詢：請參閱【參考資料】

👉 **以2.0格式上傳後，不可再以1.0格式上傳(會退件)**

✓ 2.0上線後，原1.0上傳被退件之資料，仍可補正上傳(資料格式A01=3或4)

✓ 2.0上線後，發現漏傳1.0資料且未取得就醫識別碼，M15可使用異常就醫識別碼「SM00000000000000000000」上傳

👉 改版後，**因故須降為1.0版時，應行文向分區業務組說明原因**

□ **請審慎評估「改版是否已完成準備」再於VPN申請改版**

# 健保卡上傳作業2.0\_改版獎勵

## □ 提升院所智慧化資訊獎勵【自112年9月1日起實施】

序號	項目	金額	內容說明
1	上傳格式2.0 改版獎勵	10,000點/家	<ul style="list-style-type: none"><li>➢ <b>112年12月31日前</b>，於VPN申請&amp;核定後，以2.0版本上傳每日就醫資料</li><li>➢ 前開院所如於<b>113年3月1日前改回1.0版本</b>，則不予獎勵</li></ul>
2	門診處方箋QR CODE推動獎勵 (系統規劃建置中)	2,000點/家	<ul style="list-style-type: none"><li>➢ 於就醫識別碼及門診處方箋QR CODE二維條碼格式公告實施日起<b>至112年12月31日</b></li><li>➢ 依公告格式完成紙本處方箋印製QR CODE，並於VPN上傳含QR CODE之紙本處方箋影像者</li><li>➢ 藥局：成功介接電子處方箋API且有上傳資料者</li></ul>
3	醫療費用申報格式 改版獎勵	2,000點/每改 版格式每家	<ul style="list-style-type: none"><li>➢ <b>112年12月31日前</b>，以修正後之門診、住院及交付機構XML完成費用申報者</li></ul>

資料來源：112年「全民健保鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」P.4~P.7

# 醫療費用申報總表線上確認

## ※試辦計畫代碼76

- 1 VPN線上或紙本申請參加申報總表線上確認計畫
- 2 費用申報後以「**負責人或經授權申請**」之醫事人員卡+健保卡登入VPN線上確認
- 3 申報總表請**自行存檔備查免寄出**→減省紙張、郵資及人力

特約醫事服務機構門診醫療服務點數申報總表							
							頁次: 1
資料格式	特約醫事服務機構	醫事類別	費用年月	月份註記	申報方式	申報類別	申報日期 收文日期
10 門診費用總表	(代號) (名稱)	12門診西醫醫院	112/07	3-全月	3-連線	1-送核	112/08/03
類 別	件 數	申請點數 (扣除部分負擔淨額)	負責醫師姓名:				
西 一般案件	0	0	醫事服務機構地址:				
專 案案件	0	0	電話:				
洗 腎	0	0	印 信:				
結 核 病	7	0					
醫 小 計	11	0					
牙 一般案件	0	0					
專 案案件	0	0					
醫 小 計	0	0					
中 一般案件	0	0					
專 案案件	0	0					
醫 小 計	0	0					
預防保健			電子檔傳送日期: 112/08/03				

**確認成功後出現下列字樣↓**

本次申報之正確總表於112年08月03日14時30分10秒  
依據貴機構負責人李 之醫事人員卡於衛生福利部  
中央健康保險署健保資訊服務系統(VPN)確認成功

## ※南區醫院已申請家數(23家)

層級	名稱	層級	名稱
醫學中心 (2/2)	成大	地教 (4/7)	成大斗六
	奇美		奇美佳里
區域 (9/14)	部臺南	地區 (10/43)	若瑟
	南市立醫		彰基雲林
	新樓麻豆		部臺南新化
	新樓		中榮灣橋
	嘉基		永達
	大林慈濟		斗六慈濟
	奇美柳營		陳澤彥
	市立安南		諸元
	中國北港		營新
		信一骨科	
		福安	
		盧亞人	

資料日期: 112/09/22

# 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

分區	DKD可收案人數	DKD照護率	糖尿病(DM)照護率	初期慢性腎臟病(CKD)照護率
臺北	151,680	4.58%	68.32%	16.83%
北區	74,743	14.74%	66.10%	32.42%
中區	109,127	30.23%	51.12%	19.85%
南區	73,795	10.62%	61.93%	35.59%
高屏	71,348	10.02%	64.97%	40.29%
東區	8,905	6.08%	67.06%	14.99%
全國值	490,115	13.56%	62.63%	26.06%

註：資料為DA3327；費用年月11201-11207

**請加強糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)收案照護**

# 安寧療護\_服務情形

## □112年1-6月醫院及附設居護所安寧療護服務情形

縣市別	次醫療區	院所資格			照護人數				
		住院安寧	安寧共照	安寧居家	住院安寧	安寧共照	安寧居家		總計
							甲類	乙類	
雲林	北港		1	1	0	54	22	23	94
	虎尾		1	3	0	60	14	24	95
	斗六	1	2	2	84	275	125	8	415
嘉義	嘉義	4	5	10	347	589	432	52	1,046
	阿里山	1	2	2	123	207	81	4	302
	太保	2	2	2	62	422	30	0	452
	新營	1	4	5	192	590	361	13	870
台南	永康	3	3	5	376	944	676	0	1,504
	台南	3	5	8	493	1,441	805	13	2,145

請院所積極申請安寧療護資格，提供更多末期病人安寧照護服務

# 安寧療護\_死亡前一年利用率(1/2)

## □112年1-6月各區死亡前一年安寧利用率

分區別	癌末	漸凍人	十大非癌	病人自主權 立法二至五款	罕病或其他預 估生命受限者	合計
臺北	56.8%	27.6%	21.4%	12.6%	14.0%	31.0%
北區	62.0%	12.5%	32.3%	15.3%	18.7%	39.0%
中區	64.3%	30.0%	25.7%	13.7%	14.4%	35.2%
南區	63.5%	57.1%	21.0%	20.5%	8.2%	32.2%
高屏	62.2%	33.3%	20.7%	10.2%	11.5%	31.2%
東區	67.6%	0.0%	20.5%	20.3%	6.3%	32.0%
全署	61.3%	29.7%	23.7%	14.4%	13.4%	32.0%

十大非癌及罕病利用率低於全署，請加強提供是類病人安寧照護服務

# 安寧療護\_死亡前一年利用率(2/2)

## □112年1-6月南區死亡前一年安寧利用率低於全署值之醫院

醫院名稱	死亡且符合安寧收案條件者人數 (A)	分母中死前一年接受安寧人數 (B)	死前一年接受安寧比率 (B/A)	醫院名稱	死亡且符合安寧收案條件者人數 (A)	分母中死前一年接受安寧人數 (B)	死前一年接受安寧比率 (B/A)
臺大雲林	885	279	31.5% ↑	中榮嘉義	268	75	28.00%
奇美佳里醫	592	105	17.7% ↑	高榮台南院	265	73	27.5% ↑
中國北港醫	524	61	11.60%	郭綜合醫院	203	54	26.60%
部臺南醫院	504	130	25.8% ↑	成大斗六	202	9	4.5% ↑
市立安南	485	151	31.1% ↑	若瑟醫院	159	11	6.9% ↑
聖馬爾定	456	144	31.6% ↑	陽明醫院	131	23	17.6% ↑
新樓麻豆醫	306	27	8.8% ↑	部朴子醫院	124	13	10.5% ↑
部嘉義醫院	306	33	10.80%	部新營醫院	123	6	4.90%
彰基雲林	294	59	20.10%				

註：僅列分母>100人且安寧利用率低於全署之醫院；  
↑表本項統計值累積至112Q2，較Q1值成長

**請持續積極推廣安寧療護並加強收案**

# 精進居家照護，推動在宅急症照護

## 居家服務基礎建構

2016年起~推動居家醫療  
照護整合計畫

- 病患轉介連結
  - ✓ 出院準備服務、機構醫師巡診、到宅居家醫療、重度居家、安寧
- 醫事團隊整合
  - ✓ 依患者需求，醫事人員各司其職
- 緊急諮詢訪視
- 山地離島地區遠距會診

## 衛福部啟動 多元服務試辦 推動在宅住院

- 2021年:輔導建置在宅長照支援診所(急重症)試辦計畫
  - ✓ 針對急重症個案建立轉銜機制，診所提供醫療照護，醫院建立出院轉銜及快速再住院支援機制
- 2022年:遠距科技智慧照護應用急重症暨安寧病患在宅住院創新模式計畫
  - ✓ 個案合作診所可藉由遠距生理監測(IoT)即時及延續性監測病況、藉由iCue智慧離床感測器即時並持續監測呼吸和離床情況

## 未來規劃

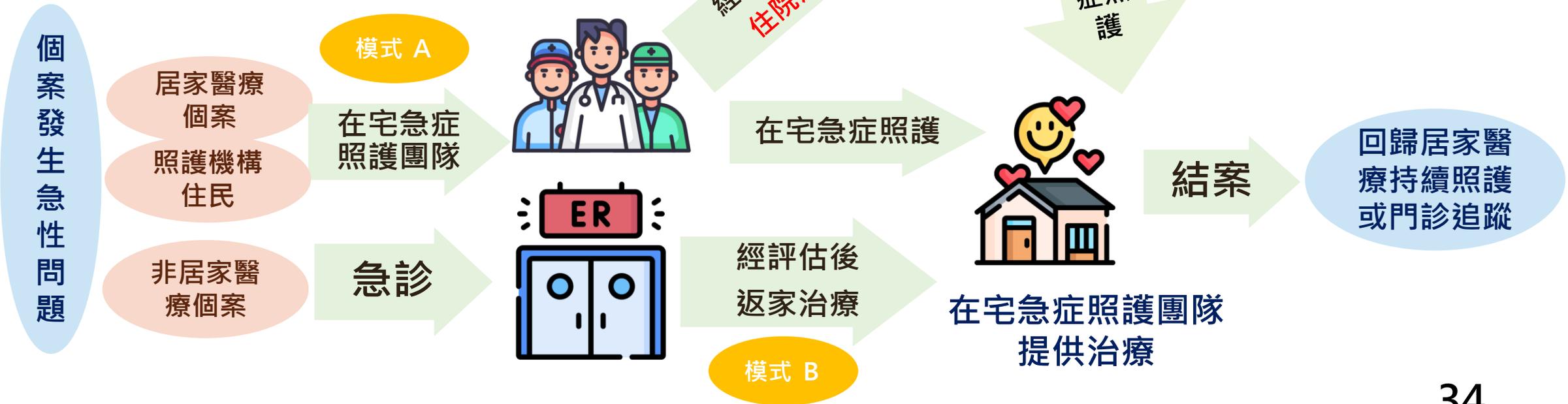
- 發展在宅急症照護模式
- 急診感染症輕症患者
  - 居家醫療急症患者
  - 長照機構住民
  - 強化與長照連結

# 在宅急症照護模式 實現在地老化目標

## 一般住院



## 在宅急症照護構想圖



# 發展在宅急症照護模式 規劃方向

## 目的

- ✓ 提供住院的替代服務，減少急診及住院情形
- ✓ 減少照護機構住民因急症往返醫院
- ✓ 強化各層級醫療院所進行垂直轉銜合作

## 病人參與

- ✓ 尊重病人在家接受治療的意願
- ✓ 減少病人及家屬往返醫院與照顧負擔
- ✓ 降低住院期間交叉感染的風險



## 配套措施

- ✓ 健保給付檢討
- ✓ 科技輔助研發
- ✓ 大眾宣導衛教

## 收案對象

- ✓ 居家醫療個案
- ✓ 照護機構住民
- ✓ 急診一般民眾

## 適應症

- ✓ 肺炎
- ✓ 尿路感染
- ✓ 軟組織感染

## 醫療服務

- ✓ 醫師訪視
- ✓ 護理師訪視
- ✓ 其他醫事人員訪視
- ✓ 視訊診療輔助
- ✓ 導入遠端監測

# 住宿式機構強化感染管制獎勵計畫(1/2)(詳見衛福部長照專區網站)

## 計畫期程

- 4年期計畫(112至115年，由衛福部逐年核定)
- 112年計畫，執行時間為自核定日起至112年12月31日止

## 獎勵對象

1. 老人福利機構
2. 身心障礙福利機構：身心障礙住宿式機構
3. 一般護理之家、精神護理之家
4. 依長期照顧服務法設立之住宿式長照機構或提供住宿式服務之綜合式長照機構

## 機構獎勵

計畫執行期間，符合感染管制指標之機構，依照機構床數規模達成各項指標給予獎勵：

類型	機構床數規模	必選指標一、二及三為基礎獎勵	機構若指標全達標獎勵金	機構若指標全達標獎勵金 扣除給醫院後
第一類	49床以下	18萬	69萬	54萬
第二類	50-99床	19萬	70萬	55萬
第三類	100-149床	22萬	85萬	65萬
第四類	150-199床	23萬	86萬	66萬
第五類	200床以上	26萬	101萬	76萬

# 住宿式機構強化感染管制獎勵計畫(2/2)(詳見衛福部長照專區網站)

## 必選指標 (基礎獎勵)

**指標一**  
配合主管機關填報系統資料

於「長照機構暨長照人員管理資訊系統」或「全國身心障礙福利資訊整合平台」建置機構基本資料、住民名冊、服務人員(含感染管制專責人力)名冊

**指標二**  
感染管制專責/專任人力設置及執行情形

- 1.感染管制專責人員應符合資格
- 2.感染管制專責人員須規劃及執行機構內感染管制相關業務
- 3.訂定113年度感染管制年度計畫

**指標三**  
住宿式機構工作人員感染管制教育訓練

- 1.接受長期照護機構感染管制數位學習課程
- 2.在職工作人員及感染管制專責人員感染管制教育訓練達100%
- 3.訂定113年度感染管制教育訓練年度計畫

## 優良指標 (加成獎勵)

**指標四**  
醫院與機構訂有感染管制服務合約並提升感染管制品質

- ✓ 1.機構與醫院訂有感染管制服務合約
- 2.機構自訂感染管制年度目標
- 3.提升室內空氣品質
- ✓ 4.醫院提供機構感染管制服務

指標達成後醫院獎勵15~25萬

**指標五**  
訂有新興傳染病疫情或群聚感染事件發生之應變計畫，並辦理演習

- 1.計畫應每年檢視至少1次並視需要更新
- 2.安排辦理至少1次桌上或實地演習

**指標六**  
機構感染管制專責/專任人力取得感染管制專業人員資格

感染管制專責人員取得經衛福部疾病管制署認可之專業學會甄審符合照護機構感染管制人員(如：感染管制管理師等)資格

# 減少照護機構住民至醫療機構就醫方案 (詳見衛福部長照專區網站)

## 醫療機構

醫院、已加入社區醫療群之診所、衛生所、榮民之家醫務室、中醫醫療照護方案院所

## 醫師資格

- (1) 單一照護機構每80位住民應有1名主責醫師，每位醫師於80位住民之額度內至多主責2間照護機構
- (2) 需執登於簽約之醫療機構，以內科、家醫、神經、復健專科醫師優先

## 醫療機構獎勵

性質	指標	說明	獎勵費用
必要指標	醫療機構與簽約之照護機構建立專責管理機制	1. 輔導照護機構僅與單一醫療機構簽訂契約 2. 由該醫療機構專責住民健康管理(診療及轉診)	6萬元/半年
必要指標	管理照護機構住民平均就醫次數	1. 照護機構住民每人每半年平均就醫次數 $\leq 14$ 次 2. 外出就醫開立慢箋次數：當期 $\leq$ 前期	4.8萬元/半年
一般指標	照護機構住民診斷為糖尿病者，其HbA1c < 8.5% 達成率	達成率：45%	3.6萬元/半年

- 依據照護機構之住民人數，以50位住民為1單位，未滿50位住民之部分，按比率計算
- 依各醫療機構加入之時間點，按比率計算獎勵費用(如：10月1日加入者，該期費用為1/2)

0

參考資料

# 健保卡上傳作業2.0\_VPN申請方式

路徑：VPN>服務項目>醫務行政>特約機構作業>試辦計畫>  
點選「IC-健保卡資料上傳格式2.0作業」>申請

我的首頁

服務項目	公告事項
醫務行政	連線資料
醫療資料傳輸共通介面	看診資料及掛號費維護
高診次指定就醫查詢作業	醫院整合看診資料作業
院所資料交換	線上續約作業
國民健康署口腔癌篩檢系統	特約機構問卷調查
檢驗(查)資料交換系統	醫院藥事服務費合理量參數維護
電子轉診單_受理	<b>特約機構作業</b>
電子轉診單_查詢	醫事機構試辦計畫線上申請作業

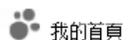


基本資料
基本資料
看診資料及掛號費
特約機構案件查詢作業
休診作業
醫事人員
服務項目
<b>試辦計畫</b>
窗口聯絡人
特殊設備

醫事機構代碼:	3501200000
試辦計畫	IC - 健保卡資料上傳格式2.0作業
<input type="button" value="申請"/> <input type="button" value="回前畫面"/>	

# 健保卡上傳作業2.0\_VPN申請結果查詢

路徑：VPN>服務項目>醫務行政>特約機構作業>特約機構案件查詢作業



我的首頁

服務項目

公告事項

醫務行政

醫療資料傳輸共通介面

高診次指定就醫查詢作業

院所資料交換

國民健康署口腔癌篩檢系統

檢驗(查)資料交換系統

電子轉診單\_受理

電子轉診單\_查詢

連線資料

看診資料及掛號費維護

醫院整合看診資料作業

線上續約作業

特約機構問卷調查

醫院藥事服務費合理量參數維護

特約機構作業

醫事機構試辦計畫線上申請作業

特約機構案件查詢作業

基本資料  
看診資料及掛號費  
特約機構案件查詢作業  
休診作業  
醫事人員  
服務項目  
試辦計畫  
窗口聯絡人  
特殊設備  
病床  
每日病床使用網址  
病床每日資訊維護作業  
報備支援  
院長信箱確認碼作業  
醫事人員資格在職訓練檔案上傳與查詢作業

醫事機構代碼: 3501200000 醫事機構簡稱: 臺北虛擬診

案件編號:   
案件種類:   
申請日期:  ~

查詢 清除

醫事機構代碼: 3501200000 醫事機構簡稱: 臺北虛擬診

	案件編號	案件種類	申請日期	申請進度	備註
	111206000005	報備支援(支援照護機構)	112/06/29	承辦人_核定中	
	111207000001	試辦計畫	112/07/04	承辦人_核定中	
	111207000002	試辦計畫	112/07/05	已核定_不同意	不同意
	111207000005	服務項目	112/07/10	承辦人_核定中	
	111207000006	試辦計畫	112/07/12	已核定_不同意	test

回前畫面

---

**Thanks for your attention !**

---