

# 衛生福利部中央健康保險署南區業務組

## 「南區醫院總額」113年第2次共管會議暨第1次院長會議

### 會議紀錄

時間：113年6月14日(星期五)下午2時40分

地點：南區業務組9樓第一會議室/視訊會議(Microsoft Teams 視訊軟體)

主席：林組長純美

紀錄：曾荃璞

劉主委啓舉

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
王委員瑞祥	王瑞祥*	楊委員仁宗	楊仁宗
李委員經維	李經維	劉主委啓舉	劉啓舉
李委員聰明	李聰明*	蔡委員良敏	蔡良敏
李委員麗娟	李麗娟	鄭委員天浚	鄭天浚*
林委員宏榮	林宏榮	鄭委員雅敏	鄭雅敏
林委員慈恩	林慈恩	賴委員仲亮	(請假)
馬委員惠明	馬惠明*	賴委員寧生	賴寧生*
陳委員正榮	陳正榮*	謝委員景祥	謝景祥

南區醫院院長及醫療行政主管

衛生福利部中央健康保險署南區業務組

林純美 何尹琳\* 黃紫雲 郭俊麟 林財印 吳佩寧 張智傑  
許寶茹 陳嘉泓 林煒傑 楊韻萱 陳沐恩 曾荃璞 陳雅惠\*  
何欣瑜\* 陳秀宜\* 沈佩瑩\* 許涵琇\* 張家綾\* 張美卉\* 林亭儀\*

壹、主席致詞：(略)

貳、上次會議紀錄確認：請參閱（不宣讀）確認（略）

參、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：醫療費用申報概況、南區方案執行情形、近期推動重要業務（包含在宅急症照護試辦計畫、「專案輸入輸注液」申報及支付、南區醫院待改善指標(CT/MRI 執行與再執行率、20 類檢查(驗)再執行率、DKD 照護率、同一疾病 14 日內非計畫性再入院率、出院後 3 日內再急診率等)及「癌症篩檢」陽性個案追蹤及申報等。

三、安生醫院增設復健科 113 年 3 月至 5 月業務報告（略）

#### 肆、報告案

##### 第一案

報告單位：南區業務組

案由：本會歷次會議決議事項辦理情形。

說明：共 1 項，擬解除列管。

序號	案由	決定事項	辦理情形	追蹤建議
1	112_4 共管會討論(5)：安生醫院增設復健科別及醫師申請額度案。	請該院分別於 113 年第一次、第二次共管會報告並檢視數據後再議。	已請安生醫院於兩次會議報告，並依 113 年第一次共管會議紀錄檢討基期計算方式及抽審原則。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 持續追蹤

決定：洽悉。

## 第二案

報告單位：南區業務組

案由：113 年下半年南區醫院目標點值意向及南區方案執行方式。

說明：

一、本組前於 113 年 3 月 20 日及 4 月 22 日兩度調查 113 年下半年目標點值意向：以「1 點 1 元」計 39 家最多；若採全數醫院平均值，則為 0.982。

目標點值(X)	區域以上醫院		地區醫院	
	家數	費用占率(%)	家數	費用占率(%)
X = 1	7	33.65	32	13.19
0.98 ≤ X < 1	3	11.62	3	0.26
0.96 ≤ X < 0.98	1	4.20	5	0.68
0.94 ≤ X < 0.96	3	27.41	6	4.14
0.92 ≤ X < 0.94	0	0	0	0
0.90 ≤ X < 0.92	0	0	2	0.46
X < 0.90	1	3.91	0	0
無意見	0	0	2	0.48
<b>總計</b>	<b>15</b>	<b>80.79</b>	<b>50</b>	<b>19.21</b>

二、本組自 111 年 Q3 起即採預算寬估；南區醫院 112 年 Q1 至 Q3 結算平均點值分別為 0.9855、0.9870、0.9868，與本次調查整體意向 0.982 相近，意即現行方案執行方式符合醫界期望。

三、綜上，本組 113 年下半年續行 1 點 1 元方案、並持續寬估預算。

決定：洽悉。

## 伍、討論提案

### 提案一

提案單位：南區業務組

案由：南區方案新增「個別醫院合理成長」及「小型醫院費用波動」調控機制，提請討論。

說明：

- 一、本組觀察部分醫院因疫情影響致基期下降或季間費用波動，前於112年第三次共管會議提案增訂「季間費用波動」、「季間供給面波動」之核減回補機制，惟未獲通過。
- 二、考量疫後部分醫院於供給面或服務面大幅成長，階1(合理成長率)因有預算上限無法有足夠的鑑別度；另小型醫院費用波動大，萎縮時期結餘額度會併入超額給付使用，但恢復成長時卻無額度可供運用，研提兩階段調控機制：

(一) 個別醫院合理成長：依「執登醫師數成長率 + 護理人數成長率」、「指標加權成長率減合理成長率上限之差額」，給予個別醫院階1級距可增加值，適用南區全數醫院：

執登醫師數成長率 + 護理人數成長率(v)					
0% < v ≤ 2%	2% < v ≤ 5%		v > 5%		
(指標加權成長率 —合理成長率上限) (w)	階1級 距增 加值	(指標加權成長率 —合理成長率上限) (w)	階1級 距增 加值	(指標加權成長率 —合理成長率) (w)	階1級 距增 加值
w ≤ 2.0%	0.0%	w ≤ 2.0%	0.0%	w ≤ 2.0%	0.0%
2.0% < w ≤ 4.0%	0.4%	2.0% < w ≤ 3.5%	0.4%	2.0% < w ≤ 3.0%	0.4%
4.0% < w ≤ 6.0%	0.8%	3.5% < w ≤ 5.0%	0.8%	3.0% < w ≤ 4.0%	0.8%
6.0% < w ≤ 8.0%	1.2%	5.0% < w ≤ 6.5%	1.2%	4.0% < w ≤ 5.0%	1.2%
8.0% < w ≤ 10.0%	1.6%	6.5% < w ≤ 8.0%	1.6%	5.0% < w ≤ 6.0%	1.6%
w > 10.0%	2.0%	8.0% < w ≤ 9.0%	2.0%	6.0% < w ≤ 7.0%	2.0%
		9.0% < w ≤ 10.0%	2.3%	7.0% < w ≤ 8.0%	2.3%
		w > 10.0%	2.5%	8.0% < w ≤ 9.0%	2.6%
				9.0% < w ≤ 10.0%	2.8%
				w > 10.0%	3.0%

※範例說明：某季合理成長率上限為 2.5%

醫院別	個別醫院指標 加權成長率 (原始值)	對應用參數		階 1 級距 增加 值	個別醫院 階 1 上限 (最終採計)
		執登醫師數 成長率+護理 人數成長率 (v)	指標加權成 長率—合理 成長率上限 (w)		
A	5.8%	0.5%	3.3%	0.4%	<b>2.9%</b>
B	8.3%	2.3%	5.8%	1.2%	<b>3.7%</b>
C	13.1%	5.2%	10.6%	3.0%	<b>5.5%</b>

## (二) 小型醫院費用波動：針對基期(季)實收 $\leq$ 6,000 萬之醫院互助調控

- 1、先行保留個別醫院相較自身基期之結餘額度，作為本階段調控預算。
- 2、經方案伍之四(點值估算後核付方式調整)計算南區各院方案核付點值後，針對此群醫院中點值未達 0.9 且未申請方案伍之六(門診月申報 $<50$  萬醫院，門診費用獨立核算)之醫院，上調其點值至 0.9。預算不足採浮動調整、倘剩餘則回歸整體點值。

- 3、以過往各季數據試算結果如下表：

年度季別	小型醫 院家數	成長率 $<0$ 之小型醫院		補到 0.9 所需 額度(B)	浮動比率 (A/B)
		家數	結餘額度(A)		
110 年 Q4	38	9	7,930,722	6,868,330	不需浮動
111 年 Q1	38	15	15,087,352	6,546,807	不需浮動
111 年 Q2	38	26	66,455,876	2,287,451	不需浮動
111 年 Q3	38	12	12,335,191	4,283,363	不需浮動
111 年 Q4	38	13	14,679,300	2,919,628	不需浮動
<b>112 年 Q1</b>	<b>38</b>	<b>10</b>	<b>10,002,025</b>	<b>15,972,591</b>	<b>62.6%</b>
112 年 Q2	38	17	14,506,466	8,929,076	不需浮動
112 年 Q3	38	18	11,458,001	8,494,025	不需浮動
112 年 Q4	37	19	30,538,101	7,263,446	不需浮動

三、如獲通過，自 113 年 Q3 起適用，並同步修改南區方案。

決議：照案通過。

## 提案二

提案單位：南區業務組

案由：112 年 Q4 因應新冠疫情點值下降，醫院總額部門點值費用補助方式調整案，提請討論。

說明：

一、依 113 年第 1 次南區醫院總額共管會議提案一決議，112 年 Q3、Q4 旨揭補助之南區分配方式，皆比照 112 上半年採兩階段(依序)計算：

(一) 依占率分配(階段一)：納入當季結算之當季費用年月各院初核之浮動點數占率分配(意即將方案核減點數加回)。

(二) 未達 0.9 者再補至 0.9(階段二)：經前揭分配後重新計算各院平均點值，其中未達 0.9 者補至 0.9 所需額度，由其餘醫院於【依占率分配】階段獲配額度之各院占率等比例攤減。

二、本次 112 年 Q4 獲補助 5,700 萬餘元，以前揭原則試算：

(一) 經階段一分配後之各院平均點值未達 0.9 者計 9 家(1 家區域醫院、8 家地區醫院)，補至 0.9 需 48,332,759 元。

(二) 餘 57 家醫院原【依占率分配】獲配總額度為 52,307,422 元，續執行階段二攤減額占原獲配額 92.4%(版 A)，與 112 上半年(13.2%)、112 年 Q3(21.2%)分配情形差異甚大。

三、本組針對原階段二公式，參考利率變動常用單位( $1 \text{ 碼} = 0.25\%$ )，另試算原經階段一分配後點值仍未達 0.9 之醫院倘回補至 0.875(版 B)、0.85(版 C)、0.825(版 D)等點值，所需額度占其餘醫院攤減額比例，分別降至 36.9%、19.2%、9.3%(附表 1)，提請討論。

決議：採版 C。

附表 1、階段二公式各版本試算結果

計算階段項目	112 上半年	112Q3	112Q4			
			版 A (原始- 未達 0.9 補至 0.9)	版 B (補至 0.875)	版 C (補至 0.85)	版 D (補至 0.825)
南區獲配總預算	315,656,121	82,240,095	57,174,615			
分配前點值分布	0.7301 ~0.9882	0.6521 ~0.9914			0.6363 ~0.9903	
階段二 可獲分配	家數 額度(A)	11 38,082,322	6 17,036,521	9 48,332,759	6 19,295,535	5 10,032,208
其餘醫院【依占率分配】 階段原獲配總額度(B)	288,517,029	80,709,687			52,307,422	
階段二分配所需額度 占其餘醫院【依占率分配】 獲配預算之比例(A/B)	13.2% 獲配預算之比例(A/B)	21.1%	92.4%	36.9%	19.2%	9.3%
兩階段分配後點值分布	0.9000 ~0.9946	0.9000 ~0.9957	0.9000 ~0.9905	0.8750 ~0.9913	0.8500 ~0.9916	0.8250 ~0.9917

### 提案三

提案單位：南區業務組

案由：113 年風險移撥款補助項目操作型定義、預算及結算方式，提請討論。

說明：

- 一、依 113 年醫院醫療給付費用總額及其分配(經 113 年第 1 次醫院總額研商議事會議通過，採歷年風險調整計算六因素及權重、107~109 年地區預算 R/S 值平均占率等兩分配方式合計)，南區共獲配 75,085,107 元，據以確認各項目預算額度(原少估列 157,124 元，統一扣減於「檢驗檢查報告即時上傳」)。
- 二、旨揭項目(含暫定預算配額)、操作型定義業分別提 112 年 11 月 14 日、113 年 2 月 27 日南區分會工作小組初步討論，參酌兩次會議共識、113 年本署重要政策推動重點及 112 年度醫院總額風險移撥款成果發表會委員建議「規劃地區特色鼓勵項目」等，調整如附表 2，說明如下：

(一) 擴大原「醫不足巡迴醫療」項目，強化偏鄉資源連結：

- 1、「醫不足巡迴論次鼓勵」：增加採計西醫屬本組專案核准得報備支援西基之醫院醫師巡診、無中醫醫事服務機構鄉鎮及牙醫巡迴點，並調升部分偏遠地區之權重。
- 2、新增「偏鄉網絡連結整合照護計畫」：開放 7 鄉鎮區各由 1 主責醫院擔任「區域資源協調連結單位」(30 萬/家)，整合區域醫療資源並規劃符合當地民眾醫療需求之整合照護模式。

(二) 優化「居家醫療照護」，無縫銜接長照醫療：

- 1、新增「在宅急症照護試辦計畫主責協調獎勵」：配合前揭整合性計畫推動，鼓勵主責醫院(30 萬/家)聘任協調管理師，以統合協調團隊成員共同照護。
- 2、「鼓勵傷口照護外展」：連同原額度改納本指標細項，餘操作型定義不變。

(三) 新增「強化術後復原」項目：擇定「大腸直腸癌手術」、「肺癌及縱

膈腔癌症切除手術」兩項術式，各由一家主責醫院(100 萬/家)於轄區推廣導入術後加速康復流程(Early Recovery After Surgery, ERAS)，所需額度自原「虛擬健保卡」項下挪支。

(四) 連結通訊診療服務(原「虛擬健保卡」)：增加採計住診、遠距醫療及 IDS 案件，並調升部分類型案件之權重，另下修額度為 815 萬。

(五) 前述項目與 113 年第一次共管會提案之異動對照簡表如下：

指標項目	細項	前次提案 (第 1 次共管會)		本次調整			
		113 年額度	占比	113 年額度	占比		
偏鄉區域資源連結	1、醫不足巡迴論次鼓勵	8,656,005	11.5%	同前			
	2、偏鄉網絡連結整合照護(新增)						
強化偏鄉早療服務 (原「兒童復健治療」)	5,000,000	6.7%		同前			
支持偏遠地區精神醫療 (原「精神巡迴醫療」)	860,556	1.1%		同前			
優化居家醫療，無縫連結長照醫療	1、居家新收個案照護論人鼓勵	16,699,410	22.2%	19,699,410	26.2%		
	2、居整跨團隊會議論次鼓勵						
強化術後復原—ERAS 導入及推廣獎勵(新增)	3、在宅急症照護試辦計畫主責協調獎勵(新增)	3,000,000	4.0%				
	4、鼓勵傷口照護外展						
C 肝口服新藥治療個案	6,969,522	9.3%		同前			
呼吸器安寧利用	8,521,382	11.3%		同前			
死亡前安寧利用	8,422,920	11.2%		同前			
連結通訊診療服務(原「虛擬健保卡」)	10,150,000	13.5%	8,150,000	10.9%			
檢驗檢查報告即時上傳	6,812,312	9.1%	6,812,312	9.1%			

三、另依 112 年第四次共管會議臨時動議，建議 113 年風險移撥款結算時點改採每半年結算一次。爰除「C 肝口服新藥治療個案」及本次

新增項目(「偏鄉網絡連結整合照護」、「在宅急症照護試辦計畫主責協調獎勵」、「強化術後復原」等)因需時追蹤完治情形或核定及執行計畫，~~「連結通訊診療服務」需確認全年數據~~方能結算，維持比照 112 年採全年統一結算外，餘皆以各項目預算之 50% 為結算預算點數，於 113 年 Q2、Q4 分別結算。

決議：照案通過。

附表 2、113 年南區醫院總額風險移撥款分配項目表

預算項目	112 年 (元)(占比)	113 年 (元)(占比)	分配方式/操作型定義(擷取條件)																								
偏鄉區域資源連結【原「醫不足巡迴醫療」+「偏鄉網絡連結整合照護」(新增)】	8,656,005 (11.5%)	8,656,005 (11.5%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 醫不足巡迴論次鼓勵(原「醫不足巡迴醫療」)</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 分配方式：           <ol style="list-style-type: none"> <li>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111年無人服務地區或為113年新開放醫院承作地區(如下表)，再乘權重2；如同時為雲林縣或臺南市*註記之巡迴點，則乘權重3。</li> </ol> </li> </ul> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>縣市別</th> <th>鄉鎮區</th> <th>村里</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">臺南市</td> <td>將軍區(2)</td> <td>平沙里、西甲里</td> </tr> <tr> <td>南化區(4)</td> <td>中坑里、北平里、西埔里、關山里*</td> </tr> <tr> <td>左鎮區(2)</td> <td>草山里*、榮和里</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">雲林縣</td> <td>莿桐鄉(10)</td> <td>五華村、六合村、義合村、四合村、大美村、麻園村、甘厝村、興桐村、興貴村、埔子村、甘西村</td> </tr> <tr> <td>林內鄉(6)</td> <td>湖本村、林茂村、林北村、烏麻村、烏塗村、林南村</td> </tr> <tr> <td>台西鄉(9)</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td>古坑鄉(1)</td> <td>草嶺村</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">嘉義縣</td> <td>竹崎鄉(2)</td> <td>仁壽村、光華村</td> </tr> <tr> <td>番路鄉(1)</td> <td>草山村</td> </tr> </tbody> </table> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. 中醫：巡迴點屬113年方案所列無中醫醫事服務機構之鄉鎮區(如下表)，每次巡迴可獲配3,000點。</li> </ol>	縣市別	鄉鎮區	村里	臺南市	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	雲林縣	莿桐鄉(10)	五華村、六合村、義合村、四合村、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(1)	草嶺村	嘉義縣	竹崎鄉(2)	仁壽村、光華村	番路鄉(1)	草山村
縣市別	鄉鎮區	村里																									
臺南市	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																									
雲林縣	莿桐鄉(10)	五華村、六合村、義合村、四合村、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(1)	草嶺村																									
嘉義縣	竹崎鄉(2)	仁壽村、光華村																									
	番路鄉(1)	草山村																									

縣市別	鄉鎮區
雲林縣	四湖鄉
嘉義縣	溪口鄉、番路鄉、阿里山鄉、東石鄉
台南市	後壁區、大內區、左鎮區、龍崎區、北門區、東山區

3. 牙醫：每次巡迴可獲配3,000點。

- 各院可獲配額度 =  $\{(西醫加計權重之巡迴點巡迴次數 \times 3,000 \times 權重值) + (其他本項西、中、牙醫採計巡迴點之巡迴次數 \times 3,000)\}$
- 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(P23007、P23008)
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，則該點取消加乘權重，改以每診次3,000點支付。
- 本項預算額度：6,556,005點(8.7%)。超出本項預算上限，採浮動調整(權重不變，下調每次獲配額度)。

- 偏鄉網絡連結整合照護
- 說明：為整合區域醫療資源，發展在地化醫療服務，由一主責醫院擔任「區域資源協調連結單位」，規劃符合當地民眾醫療需求之整合照護模式，試行區域(各鄉鎮區以一團隊為限)如下表：

縣市別	鄉鎮區
臺南市	大內區、將軍區、左鎮區、 <b>南化區</b>
雲林縣	莿桐鄉、林內鄉、台西鄉、 <b>古坑鄉</b>

- 團隊組成：主責醫院需為113年參加「**醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫西醫醫療資源不足地區改善方案**」之醫院，團隊成員以多院所(不限層級別及醫事機構類型，含西、中、牙醫在地及外展服務、居護所等以在地單位優先)水平連結整

			<p>合之模式為原則。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 由主責醫院於113年7月5日前來函提出申請計畫(參考格式如附件1)，計畫內容應包括(但不限於)：當地民眾健康或醫療行為/需求分析、團隊欲解決健康/醫療需求問題之重要性、團隊組成(含<b>跨總額別</b>照護團隊架構、成員名單、分工執掌)、區域醫療資源分配及<b>水平連結</b>整合方式(如：科別/人力支援，<b>不僅限西醫</b>)、依民眾需求發展之在地醫療照顧模式、預期效益及評核照護指標(含過程/結果面，總計至少5項)等，並於113年12月31日前提交期末成果報告。</li> <li>■ 每一團隊給予主責醫院30萬點，採全年統一結算。</li> <li>■ 本項預算額度：2,100,000點(2.8%)。如有剩餘，優先流用至前項「醫不足巡迴論次鼓勵」。</li> </ul>
強化偏鄉 早療服務 (新增) 【原「兒 童復健治 療」】	無	5,000,000 (6.7%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 操作型定義：未滿6歲之兒童復健(含物理/職能/語言)治療之歸戶(人)個案。如屬符合113年醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則之醫院照護個案(註1)，或各院院外治療照護個案(註2)，再乘權重2。</li> </ul> <p>註1：依112年第4次南區醫院總額共管會議決議結果認定(為<u>部南新化、長庚雲林</u>)。</p> <p>註2：院外治療照護：以申報任一特定治療項目代號為EA-支援長期照護機構提供復健治療之個案計算。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 各院可配得點數 = 各結算費用區間 (屬偏遠地區認定醫院個案或各院EA個案之照護(歸戶(人))個案數 × 權重數 × 每位個案可獲配點數) + (各院照護(歸戶(人))個案數(排除前項已採計者) × 每位個案可獲配點數)</li> <li>■ 每位照護個案可獲配點數 =   <math display="block">\frac{\text{南區結算費用區間本項預算點數}}{\text{南區醫院結算費用區間本項照護(歸戶(人))個案總數(需加權個案以加權後之值採計)}}</math> </li> <li>■ 採同院同 ID 歸戶計算，每半年結算一次。</li> </ul>

支持偏遠地區精神醫療【原「精神巡迴醫療」】	860,556 (1.1%)	860,556 (1.1%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 各院可配得點數 = 各院結算費用區間照護個案數 × 每位照護個案可獲配點數</li> <li>■ 每位照護個案可獲配點數 = <math display="block">\frac{\text{南區本項預算點數}}{\text{南區醫院結算費用區間本項照護個案總數}}</math></li> <li>■ 採同院同 ID 歸戶計算，每半年結算一次。</li> </ul>
優化居家醫療，無縫連結長照醫療【原「居家醫療照護」+「鼓勵傷口照護外展」+「在宅急症照護試辦計畫主責協調獎勵」(新增)】	15,699,410 (20.9%)	19,699,410 (26.2%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>居家新收個案照護論人鼓勵</b></li> <li>■ 各院可配得點數 = 各院結算費用區間新收個案數 × 每位新收個案可獲配點數</li> <li>■ 每位新收個案可獲配點數 = <math display="block">\frac{\text{南區本項預算點數}}{\text{(扣除居整團隊會議論次鼓勵、在宅急症照護試辦計畫主責協調獎勵、鼓勵傷口照護外展所餘額度)}}</math></li> <li>■ <b>操作型定義：</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 包括居家照護(A1)、居整-重度居家醫療階段(A1+EC)、安寧居家(A5)、居整-安寧療護階段(A5+EC)、居整-居家醫療階段(E1+EC)、以及在宅急症照護試辦計畫個案(<b>暫定</b>)。</li> <li>2. 「新收個案」係比對 VPN 登錄「收案日期」為當年度，且過去3年內同一醫事機構無收案紀錄者。</li> <li>3. 採同院同 ID 歸戶計算。每半年結算一次，上、下半年<b>不重複採計</b>。</li> </ol> </li> <li>■ 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，醫事類別12、19亦不重複採計。</li> </ul>

- 居整跨團隊會議論次鼓勵
- 說明：鼓勵居整團隊主責醫院定期召開跨院(所)際照護團隊會議，辦理個案研討、照護作業協調、教育訓練、彙整及檢討照護品質、及提升照護品質措施等。每場會議應至少3家(含主責醫院)團隊成員院所參加(視訊、現場皆可)，成員數不足3家者則全數參加。
- 每辦理1場次給予主責醫院5,000點，依團隊成員數(含各特約類別)/年度總收案數對應區分可獲補助上限：

以下兩項擇優對應		全年補助上限 次數/點數	111年家數 (27家)
團隊成員數 (家)	年度總收案數 (人)		
<10	1-99	2次/1萬點	3 (1家收案數為0)
10-29	100-299	6次/3萬點	10
30-49	300-599	8次/4萬點	5
≥50	≥600	12次/6萬點	9

註：結算費用區間收案數為0，本項即不予補助。

- 分別於113年6月30日、12月31日前提報上、下半年辦理團隊會議之場次紀錄(含簽到表及會議紀錄)。
- 在宅急症照護試辦計畫主責協調獎勵
- 說明：配合「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」推動，協助主責醫院統合協調計畫團隊(即共同照護小組)內之醫院、診所、居家護理服務院所，提供照護對象最適服務。
- 每團隊聘任1名協調管理師，以4.2萬/月\*7個月=29.4萬估算。
- 依本組計畫團隊核定結果，每一團隊給予主責醫院30萬點，採全年統一結算。

		<p>■ 鼓勵傷口照護外展</p> <p>■ 說明：鼓勵醫院提供傷口外展及視訊服務，積極照護居家或機構深部複雜傷口個案。</p> <p>■ 操作型定義(1.為必要條件)：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 傷口照護中心或傷照團隊：依各院門診表，每周需至少3診次。</li> <li>2. 針對深部複雜傷口個案(指創傷深及肌肉、神經、肌腱、骨膜)：           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 醫師訪視個案：               <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="padding: 5px;">傷口長度或面積</th><th style="padding: 5px;">獎勵額度</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">&lt; 5cm</td><td style="padding: 5px;">2,000點/人次</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">5~10cm</td><td style="padding: 5px;">3,000點/人次</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">&gt; 10cm</td><td style="padding: 5px;">4,000點/人次</td></tr> </tbody> </table>               i. 依審查注意事項：傷口之處置、換藥，其傷口面積之計算，係將全身劃分為頭頸部、軀幹前、軀幹後、四個肢體共七區，同一區域之傷口長度或面積應併計核算。                ii. 每一個案當年度以6次為上限(以6個月內為原則)。             </li> <li>(2) 醫師視訊指導次數(待通訊診察治療辦法修訂通過後起算)：                500點/人次，以視訊方式指導家屬或護理師換藥，每一個案當年度以12次為上限(以6個月內為原則)。             </li> </ol> </li> </ol> <p>3. 辦理傷口照護相關研習會或實作工作坊，協助提升轄區專業醫療人員傷口照護量能及機構照護品質，每主辦1場次給予20,000點、協辦1場次5,000點，每家醫院年度以30,000點為上限。</p> <p>※參與對象如僅為院內醫事人員(或體系醫院及附設居護所)，不予列計；另亦不得與居家醫療照護團隊會議重複採計。</p> <p>■ 各院(含居家護理所(財團法人、社團法人及公立醫療機構附設))如欲進行本項服務，且屬113年新加入之醫院，需先函至本組報備年度服務計畫(包括：最近的傷口照護門診表、預計參與照護醫師名單(列專科別)、執行策略(如：如何發掘需求病人等項)、預期效益等；種子醫院則免)，並依本組規定格式每月提供服務名冊、</p>	傷口長度或面積	獎勵額度	< 5cm	2,000點/人次	5~10cm	3,000點/人次	> 10cm	4,000點/人次
傷口長度或面積	獎勵額度									
< 5cm	2,000點/人次									
5~10cm	3,000點/人次									
> 10cm	4,000點/人次									

			<p>分別於<b>113年6月30日、12月31日前</b>前提報上、下半年辦理研習會或實作工作坊之場次紀錄(參閱本組說明文件如附件2)。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 醫師訪視個案、視訊指導、醫院辦理研習會/工作坊之年度經費(點)分別以<b>220萬、50萬、30萬</b>為上限，預算不足採浮動調整。</li> </ul>
強化術後 復原 —ERAS 導入及推 廣獎勵 (新增)	無	2,000,000 (2.7%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 術後加速康復流程(Early Recovery After Surgery, ERAS)導入及推廣獎勵</li> <li>■ 說明：轄區已有多家醫院陸續於各術式導入 ERAS，為協助推廣本項新醫療照護模式，共同達成標準化醫療照護、優化手術結果、促進術後恢復及降低整體醫療支出等目的，擇定「大腸直腸癌手術」、「肺癌及縱膈腔癌症切除手術」兩項術式，各由一家主責醫院成立輔導團隊，引導轄區醫院推動執行。</li> <li>■ 由主責醫院於<b>113年7月5日前</b>來函提出申請計畫(參考格式如附件3)，計畫內容應包括(但不限於)：本院 ERAS 執行模式及導入現況、輔導團隊組成(含團隊架構、成員名單、分工執掌)、團隊運作模式、輔導策略及推動時程、預期效益及評核指標(含本院執行成效及輔導他院成果，總計至少5項)等，並於<b>113年12月31日前</b>提交期末成果報告。</li> <li>■ 操作型定義(必要工作項目)： <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 辦理能力認證工作坊至少1場：確認有意願參與之合作醫院名單，並協助增進合作醫院專業醫療人員之執行知能。</li> <li>2. 建立標準化 ERAS 作業流程。</li> <li>3. 與合作醫院召開聯繫會議至少2場：進行個案討論、指標達成狀況(含未達成原因)檢討及費用分析等。</li> <li>4. 輔導原本未執行醫院完成導入至少3家，每家醫院至少執行3名個案。</li> </ol> </li> <li>■ <b>每一團隊給予主責醫院100萬點</b>，採全年統一結算，並視必要工作項目未完成情形酌予調整。</li> </ul>
C 肝口服 新藥治療 個案	6,962,522 (9.3%)	6,962,522 (9.3%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 各院可配得點數 = <math>(\text{各院完治個案數} \times \text{每位個案可獲配點數}) + (\text{各院未完治個案數} \times \text{每位個案可獲配點數} \times 0.5)</math></li> <li>■ 每位個案可獲配點數 = <math>\frac{\text{南區全年本項預算點數}}{\text{南區醫院全年本項個案總數}}</math></li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 如該院未完成治療個案比率&gt;30%，則未完治個案不予分配</li> <li>■ 操作型定義：           <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 採<u>全年</u>結算，限 VPN 登錄「結案日期」為當年度者。若個案於次年度始能結案，則改列為次年度之獎勵個案（如：個案收案日期為113.7.1，結案日期為113.12.31以前，屬113年個案；結案日期為114.1.1以後，則列計114年獎勵個案）。</li> <li>2. 採同院同 ID 歸戶(人)計算。</li> <li>3. 以「登錄完成號碼」前3碼為收案年度。</li> <li>4. 「結案原因」為「0-完成療程結案」、「5-治療結束時仍偵測到病毒」視為完成治療；其餘代碼皆為未完治。</li> </ol> </li> <li>■ 矣正機關個案醫療服務已由其他部門預算補助，爰排除列計。</li> </ul>
呼吸器 安寧利用	8,521,382 (11.3%)	8,521,382 (11.3%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 呼吸器依賴個案安寧利用率</li> <li>■ 操作型定義(依本署 DA-2151指標)：           <p>分母：呼吸器依賴病人排除呼吸器脫離者及 17 歲以下個案之人數。</p> <p>分子：接受安寧療護包括緩和醫療家庭諮詢、住院安寧療護、安寧共同照護及居家安寧照護等人數。</p> <p>擷取區間：分別為 <b>113.01~113.06</b>、<b>113.01~113.12</b> 之累計值</p> </li> <li>■ 目標值：<b>113.01~113.06≥76.3%</b>、<b>113.01~113.12≥77.3%</b>(抑制資源不當耗用改善方案南區目標值)或自身去年同期值(擇優，但不含0)。</li> <li>■ 分配方式：           <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 達標醫院依<u>呼吸器案件費用</u>該院占<u>南區整體</u>之占率支付  <math display="block">\text{達標醫院可獲配額度} = \text{本項預算額度} \times \frac{\text{該院呼吸器案件費用}}{\text{南區整體呼吸器案件費用}}</math> </li> <li>2. 未達標醫院，但利用率介於<b>111年南區同期值與113年目標值之間者</b>，依較<b>111年南區同期值增加比例</b>計算獲配額度(南區值111.01~111.06：67.3%、111.01~111.12：69.3%)。</li> </ol> </li> <li>■ 本項預算額度：6,341,382點(8.4%)</li> </ul>

- 地區醫院新收呼吸依賴個案4個月內安寧諮詢照護率
- 目標值： $113.01 \sim 113.06 \geq 75\%$ 、 $113.01 \sim 113.12 \geq 80\%$ (預定重要工作計畫目標值)或自身去年同期值(擇優，但不含0)。

■ 分配方式：

1. 符合前開指標值之醫院，再依呼吸器案件費用該院占南區地區醫院之占率，乘上依下表各院呼吸器脫離率/ICU 回轉率所對應權重值

以下兩項需同時符合		權重	以 112.1.1-10.31 試算(家)
脫離率(W)	ICU 回轉率(R)		
$W > 0\%$	$R \leq 30\%$	1(滿權重)	9
$W > 0\%$	$R > 30\%$	0.5	5
$W = 0\%$	$R \leq 30\%$	0.25	12
$W = 0\%$	$R > 30\%$	0(不予以分配)	6

$$\text{達標醫院可獲配額度} = \text{本項預算額度} \times \frac{\text{該院呼吸器案件費用}}{\text{南區地區醫院呼吸器案件費用}} \times \text{對應權重值}$$

2. 未達標醫院，但照護率介於111年南區同期值與113年目標值之間者，依較較111年南區同期值增加比例，並乘上依上表各院呼吸器脫離率/ICU 回轉率所對應權重值，計算獲配額度(南區值111.01~111.06：68.2%、111.01~111.12：76%)。

■ 操作型定義：僅針對地區醫院，擷取期間同上

1. 新收呼吸依賴個案4個月內安寧諮詢照護率

分母：呼吸器依賴病人排除呼吸器脫離者及 17 歲以下且屬當年度新收個案人數。

分子：於收案 4 個月內接受安寧療護包括緩和醫療家庭諮詢、住院安寧療護、安寧共同照護及居家安寧照護等人數。

2. 呼吸器脫離率、ICU 回轉率(依本署 VPN 系統/QVT 呼吸照護子系統/E2002RCC 與 RCW 指標統計作業、E2003ICU 回轉率查詢作業)：

(1)RCW 呼吸器脫離率：113上半年或下半年值，Q4結算時兩者取較高值。

(2)一般及 RCW 病床回轉 ICU 比率：分別採113.1.1~113.6.30、113.1.1~113.12.31期間值(不排同院 RCW/一般病房互轉當次人次)。

■ 本項預算額度：2,180,000點(2.9%)

			<p><b>■ 操作型定義：</b></p> <p><b>分母</b>：當年度死亡且符合安寧收案條件者人數，指符合以下任一條件者之歸戶人數：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>統計期間有轉歸代碼為4(死亡)、A(病危自動出院)且當次主次診斷為符合安寧收案條件之住院案件個案。</li> <li>不符合前述第1項條件，但統計期間有死亡退保紀錄(取最大退保日)，且退保日前1年內有主次診斷符合安寧收案門住診資料之個案。</li> </ol> <p><b>分子</b>：分母死亡者於死前一年曾利用安寧療護之人數，包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>住院安寧(醫事類別22、案件分類6、給付類別 A、醫令代碼05601K、05602A、05603B)。</li> <li>安寧共照醫令(醫事類別22、醫令代碼為 P4401B、P4402B、P4403B)。</li> <li>安寧居家(醫事類別12+19、案件類別為 A5)。</li> </ol> <p><b>擷取區間</b>：分別為 <b>113.01~113.06</b>、<b>113.01~113.12</b> 之累計值</p> <p><b>■ 目標值</b>: <b>113.01~113.06</b>≥<b>33.6%</b>、<b>113.01~113.12</b>≥<b>34.1%</b>(抑制資源不當耗用改善方案南區目標值)或自身去年同期值成長(擇優，但不含0)。</p> <p><b>■ 分配方式</b>：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>達標醫院依該院費用占南區整體占率支付。</li> </ol> <p>達標醫院可獲配額度 = 本項預算額度 × <math>\frac{\text{該院一般服務收入}}{\text{南區醫院一般服務總收入}}</math></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>未達標醫院，但利用率介於<b>111年南區同期值與113年目標值之間者</b>，依較<b>111年南區同期值增加比例</b>計算獲配額度(南區值111.01~111.06：31.1%、111.01~111.12：31%)。</li> </ol> <p><b>■ 若發現申報住院轉歸代碼4(死亡)及 A(病危自動出院)有未核實之案件，本項不予補助。</b></p>
死亡前 安寧利用	8,422,920 (11.2%)	8,422,920 (11.2%)	

連結通訊 診療服務 【原「虛擬健保卡」】	10,000,000 (13.3%)	8,150,000 (10.9%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 案件範圍：門急住診(含西、中、牙醫)、居家醫療、遠距醫療、視訊診療及 IDS 案件。</li> <li>■ 操作型定義：             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 居家醫療案件(醫事類別12、19)：申報案件分類為 A1、A2、A5、A6、A7、E1(且任一特定治療項目代號為 EC)</li> <li>2. 遠距醫療案件：案件分類07、任一特定治療項目代號為 GC</li> <li>3. 視訊診療案件：任一特定治療項目代號為 EE(本項採計至健保給付通訊診療實施期限為止)</li> <li>4. IDS 案件：特定治療項目代號(一)或(二)為 G9</li> <li>5. 不屬於上述定義之4類案件，以門急住診案件</li> <li>6. 使用虛擬健保卡案件：就醫序號第一碼為 V</li> </ol> </li> <li>■ 分配方式：各醫院受理民眾持虛擬健保卡至該院就醫，按季以歸戶(人)個案數統計，屬於急住診、居家醫療、遠距醫療、視訊診療及 IDS(前述任一)者，乘權重2。註：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。</li> <li>■ 各院可配得點數 = 各結算費用區間之 (各院屬急住診、居家醫療、遠距、視訊及 IDS 之虛擬健保卡申報個案(採各季歸戶(人)個案數加總) × 權重數 × 每位個案可獲配點數) + (各院門診以虛擬健保卡申報個案(採各季歸戶(人)個案數加總，並排除前項已採計者) × 每位個案可獲配點數)</li> <li>■ 每位照護個案可獲配點數 = <math>\frac{\text{南區結算費用區間本項預算點數}}{\text{南區醫院結算費用區間本項照護(歸戶(人))個案總數(需加權個案以加權後之值採計)}}</math></li> <li>■ 採同院同 ID 按季歸戶計算，每半年結算一次。</li> <li>■ 超出本項預算上限，採浮動調整。</li> </ul>
----------------------------	-----------------------	----------------------	--

檢驗檢查 報告即時 上傳	6,969,436 (9.3%)	<b>6,812,312</b> <b>(9.1%)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 操作型定義：符合24小時內即時上傳檢驗檢查醫令數/健保申報醫令數。</li> <li>■ 擷取區間：分別為113.01~113.06、113.01~113.12之累計值</li> <li>■ 目標值：<math>\geq 95\%</math>(預定重要工作計畫目標值)或自身去年同期值(擇優，但不含0)。</li> <li>■ 分配方式：達標醫院依該院費用占南區整體占率支付</li> </ul> <p style="text-align: center;"><math display="block">\text{達標醫院可獲配額度} = \frac{\text{該院一般服務收入}}{\text{南區醫院一般服務總收入}} \times \text{本項預算額度}</math></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 註：醫院上傳作業若有特殊情形，由醫院發文，經健保署認定，則可排除該期間之上傳資料。</li> </ul>
合計	75,242,231	<b>75,085,107</b>	

註：

1. 各項指標採季監控、每半年結算(除「偏鄉網絡連結整合照護」、「在宅急症照護試辦計畫主責協調獎勵」、「C肝口服新藥治療個案」、「強化術後復原」  
、「連結通訊診療服務(原虛擬健保卡)」項採全年結算)，由健保署南區業務組按季提供相關數據予各院參考。
2. 「偏鄉區域資源連結」、「呼吸器安寧利用」、「死亡前安寧利用」等項目預算，如每半年結算時尚有剩餘，可予流用至「檢驗檢查報告即時上傳率」。

申請計畫書(參考格式)

※書寫格式：由左而右、由上而下，A4 版面(直向)，14 號標楷體

**壹、計畫封面：**至少包含下列項目

- 一、 計畫名稱：「偏鄉網絡連結整合照護計畫」—○○鄉鎮區
- 二、 計畫執行中心(主責醫院)：○○醫院
- 三、 團隊成員：○○醫療院所
- 四、 計畫主持人：
- 五、 計畫聯絡人：
- 六、 計畫執行期間：自核定日起至 113 年 12 月 31 日

**貳、計畫本文：**至少包含下列章節內容

一、 前言：

請說明現行相關醫療概況或照護情形及欲解決的問題。

二、 現況及問題分析：

請提出當地民眾健康情形及醫療行為、醫療需求評估情形，需具體事由及數據資料輔佐說明，並針對要改善之問題及重要性分析。

三、 計畫目的：

請分點具體列述計畫所要達成之目標。

四、 服務對象及服務內容：

(一) 貴團隊目前現有資源及欲解決之問題，提出欲提供之服務對象、服務項目、服務模式及區域資源分配  
**之跨總額別(含西、中、牙醫在地及外展服務、居護所等)水平連結**及整合方式。

(二) 組成之團隊成員及團隊分工，各層級或各團隊機構間**水平連結及**垂直整合情形。

五、 預期成果及可達成之評核指標：

需包括過程面及服務面(如衛教辦理場次、民眾衛教觸及率、轉診成功率、急症病人在地處理率、減少在地民眾外地就醫率等)，總計至少 5 項。

六、 其他事項(含計畫經費估算表)

**一、 目的：**鼓勵醫院成立傷口照護團隊並提供視訊及外展服務，積極照護居家或機構深部複雜傷口個案(指創傷深及肌肉、神經、肌腱、骨膜，且傷口長 $>10\text{cm}$ )。

## **二、 參與資格**

- (一) 需有【傷口照護中心】或有【傷口照護團隊】，且需提供每周至少 3 診次(每月提供門診表佐證)。
- (二) 醫師資格：不限整形外科醫師，但建議以外科系、有能力處理深部複雜傷口之醫師皆可參與。
- (三) 符合前述資格之醫院如欲進行本項服務，且屬 113 年新加入之醫院，請提報年度計畫至本組備查 (附件 1，此為參考格式)，始可參與本項風險移撥款分配。

## **三、 風險移撥款分配**

### **(一) 風險移撥款分配方式**

- 1. 醫師訪視個案：每一個案當年度以 6 次為上限(以 6 個月內為原則)
  - (1)  $5 < \text{cm} : 2,000$  點/人次
  - (2)  $5 \sim 10\text{cm} : 3,000$  點/人次
  - (3)  $>10\text{cm} : 4,000$  點/人次
- 2. (待通訊診察治療辦法修訂通過後起算)醫師視訊指導次數(請留存視訊畫面截圖)： $500$  點/人次，以視訊方式指導家屬或護理師換藥，每一個案當年度以 12 次為上限(以 6 個月內為原則)。
- 3. 辦理傷口照護相關研習會或實作工作坊：每主辦 1 場次給予  $20,000$  點、協

辦 1 場次 5,000 點，每家醫院年度以 30,000 點為上限。

※參與對象如僅為院內醫事人員(或體系醫院及附設居護所)不予以列計；另亦不得與居家醫療照護團隊會議重複採計。

4. 醫師訪視個案、視訊指導及辦理研習會/工作坊之年度經費分別以 220 萬、50 萬、30 萬為上限，預算不足採浮動調整。

## (二) 佐證資料

1. 每月 20 日前提供上個月之傷口照護服務名冊(附件 2)及當月門診表，如：113 年 3 月 20 日前提報 113 年 2 月 1 日至 28 日之服務名冊及 113 年 3 月門診表。
2. 醫師訪視個案人次與視訊指導人次會以各院提報之服務名冊為主，但本組會勾稽申報資料輔以核對(以醫師訪視費執行日或醫師診察費就醫日)，必要時會請醫院檢附佐證資料(如視訊畫面截圖)及病歷資料送審。
3. 分別於**113 年 6 月 30 日、12 月 31 日**前提報上、下半年辦理傷口照護相關研習會或實作工作坊之場次紀錄(附件 3)，並附上每場次之議程表、簽到表、活動照片或視訊會議截圖。

## 風險移撥款-鼓勵傷口照護外展年度服務計畫

一、 參與照護團隊(需列出醫師名單與專科別)

二、 執行策略(如：如何發掘需求病人)

三、 預期效益

※檢附最近一個月門診表(需有傷口專責門診每周至少 3 診次)

## 傷口照護病人清冊

※請貴院於每月 20 日前提供上個月電子檔(如：3 月初提供 2 月病人清冊)

填報月份	序號	醫院簡稱	病人 ID	傷口大小(每位個案每次訪視僅填 1 筆資料，勿因多個傷口而填列多筆)				照護方式：	就醫日期/ 訪視日期	居家或 機構個案，如 為機構個案請 填寫機構名稱	是否 為轉介個 案	如為轉介個案，請 填寫轉介單位名稱	
				1. 如同一區有多個傷口，同一區域之傷口長度或面積應併計核算，請填入合併計算後之結果			2. 如傷口分布於多區，請填報 1 筆最長傷口						
				長(cm)	寬(cm)	深(cm)	傷口類別 (長/寬)	1. <5 公分 2. 5-10 公分 3. >10 公分					
(範例) 2 月	1	○○醫院	A1XXXXXXXXXX	12	5	1	3.>10 公分	2.醫師至案家/機構訪視	113/2/20	居家	否		
錯誤範例	1	○○醫院	B2XXXXXXXXXX	6	2	1							
錯誤範例	2	○○醫院	R1XXXXXXXXXX	6/6	2/3	1/1							

**傷口照護相關研習會或實作工作坊之場次紀錄表**

※請貴院分別於 113 年 6 月 30 日、12 月 31 日前提報上、下半年之場次紀錄，並附上每場次之議程表、簽到表、活動照片或視訊會議截圖。

序號	會議名稱	辦理日期	主辦/協辦	參與人數

**申請計畫書(參考格式)**

※書寫格式：由左而右、由上而下，A4 版面(直向)，14 號標楷體

**壹、計畫封面：**至少包含下列項目

- 一、 計畫名稱：「術後加速康復流程(ERAS)導入及推廣計畫」—○○術式
- 二、 計畫執行中心(主責醫院)：○○醫院
- 三、 團隊成員：○○學/協會、○○醫療院所
- 四、 計畫主持人：
- 五、 計畫聯絡人：
- 六、 計畫執行期間：自核定日起至 113 年 12 月 31 日

**貳、計畫本文：**至少包含下列章節內容

- 一、 前言：  
相關醫療概況及 ERAS 照護模式介紹。
- 二、 現況及本院 ERAS 執行模式：  
請提出貴院執行經驗(含導入前之評估分析、分階段導入過程、執行成效等)、現行作業流程，需具體事由及數據資料輔佐說明。
- 三、 輔導團隊及合作醫院：  
請敘明團隊組成之成員及團隊分工。
- 四、 計畫推動時程：  
請具體列述成立團隊、流程整合、團隊運作及輔導(含必要工作項目：辦理能力認證工作坊、聯繫會議及完成他院導入模式)等項目規劃時程。
- 五、 輔導他院之運作模式及策略：  
說明貴團隊目前現有資源，並提出預計輔導醫院名單、輔導方式及執行策略。
- 六、 預期成果及可達成之評核指標：  
含本院 ERAS 執行成效及輔導他院成果(如：減少住院天數/手術併發症比率)，總計至少 5 項。
- 七、 其他事項(含計畫經費估算表)

## 提案四

提案單位：南區業務組

案由：南區方案 113 年 Q3、Q4 基期實收調校原則暨登革熱相關數據，  
提請討論。

說明：

一、本組前依南區分會工作小組會議決議，提出旨揭基期實收調校登革熱因素之計算方式如下，惟經 112 年第四次共管會議決議呈現相關數據再議：

- (一) 計算各院 112 年 Q3、Q4 登革熱住院案件的單價差額 = 112 年 Q3、Q4 登革熱案件人日 × (112 年 Q1~Q2 所有案件每日費用 - 112 年 Q3、Q4 登革熱案件每日費用)。
- (二) 各院 112 年 Q3、Q4 「核+部-排除」加上開登革熱住院案件單價差額後，依扣除 PVA 後之各階代入點值重新計算各院超額核給點數及總核付點數占率。
- (三) 將上開占率 × 「扣除 PVA 後之南區預算」 = 各院 112 年 Q3、Q4 校正登革熱後之一般服務收入。

二、統計收治登革熱個案(僅呈現 112 年 Q3 收治個案 > 100 名)之醫院相關數據如下：

- (一) 111 年 Q3 至 112 年 Q4 占床率值：

醫院別	急性一般病床占床率						急性一般病床 占床率 (排登革熱案件)		登革熱個案入 住急性一般病 床日數比例	
	111Q3	111Q4	112Q1	112Q2	112Q3	112Q4	112Q3	112Q4	112Q3	112Q4
A	69.6%	73.9%	73.1%	81.2%	80.8%	79.3%	76.1%	75.6%	79.3%	79.0%
B	73.9%	77.4%	79.4%	90.1%	88.9%	88.9%	87.2%	87.2%	77.0%	78.7%
C	60.1%	68.3%	63.9%	68.4%	66.9%	68.1%	64.3%	64.8%	98.1%	89.4%
D	81.8%	86.7%	86.8%	95.2%	97.4%	97.9%	96.2%	95.3%	76.6%	74.3%
E	60.0%	69.5%	59.6%	59.6%	64.1%	66.6%	62.5%	65.0%	98.3%	92.1%
F	44.1%	51.6%	50.4%	60.6%	65.8%	61.5%	60.6%	57.8%	96.0%	87.9%
G	37.6%	37.8%	36.6%	40.5%	42.3%	43.5%	40.0%	40.6%	86.3%	91.4%
總計	58.7%	62.8%	62.0%	67.8%	69.8%	68.8%	69.1%	67.8%	82.5%	82.6%

(二) 試算 112 年 Q3 登革熱住院案件單價差額(非逕予疊加基期值)：

醫院 別	112Q3 登革熱案件			112Q1~Q2	112Q3	112Q3	112Q3
	件數	住院 日數	每日 醫費	所有案件 每日費用	登革熱 單價差額	超額 分階	實際增加 總核付點數
A	346	1,892	5,022	10,251	9,891,617	階 2	<b>3,843,405</b>
B	284	1,779	6,778	12,698	10,532,683	階 4	<b>0</b>
C	161	694	4,072	9,403	3,699,896	階 1	<b>2,589,927</b>
D	146	1,320	8,038	13,518	7,234,290	階 3	<b>1,085,143</b>
E	134	749	4,386	8,917	3,393,343	階 4	<b>0</b>
F	116	722	3,544	5,346	1,301,237	階 4	<b>0</b>
G	111	695	5,355	9,023	2,549,110	階 3	<b>382,367</b>
總計	<b>1,524</b>	<b>9,432</b>	<b>5,600</b>	<b>8,342</b>	<b>42,430,337</b>		<b>8,206,514</b>

三、考量前揭醫院收治登革熱個案期間之占床率經排除登革熱案件後，多數醫院維持往常收治水準，惟登革熱案件之每日平均醫費確有偏低情形，為避免影響該院基期市占率，建議依說明一計算方式予以調校 113 年 Q3、Q4 基期。

決議：照案通過。

## 提案五

提案單位：南區業務組

案由：南區方案「急重症排除列計」針對南區符合偏遠地區認定原則醫院之採計方式暨額度上限調整，提請討論。

說明：

- 一、現行南區方案旨揭項目採「當期點數超出基期點數之差額×基期南區醫院總額平均點值，門住分別計算」，以當季總額預算 0.3%為最高採計額度，超過採浮動調整。
- 二、有鑑於偏遠地區醫療資源相對匱乏，醫事人員羅致不易、成本較高，為鼓勵醫院提供在地化醫療服務，強化偏遠地區急重症照護品質及就醫可近性，建議針對符合 113 年醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則之醫院(即部南新化、長庚雲林)，本項排除列計之採計差額先予保障，餘額度再續執行其他各院浮動調整。以 112 年 Q1 至 Q4 本項結算值試算如附表 3。
- 三、另觀察 112 年各季本項排除列計點數之浮動點值偏低，爰建議併同上調本項預算設定比率，自當季一般總額之 0.3%調升至 0.4%。
- 四、如獲通過，據以修改南區方案，並自 113 年 Q3 起適用。

決議：照案通過。

附表 3、112 年 Q1 至 Q4 「急重症排除列計」全區及兩家偏遠地區醫院採計數據

(單位：萬點)

項目	112Q1			112Q2			112Q3			112Q4		
	門	住	合計	門	住	合計	門	住	合計	門	住	合計
採計成長差額-總	10,379	3,759	<b>14,138</b>	15,384	10,295	<b>25,679</b>	13,492	12,440	<b>25,931</b>	9,062	7,649	<b>16,710</b>
採計成長差額 -偏遠地區醫院	<b>210</b>	<b>0</b>	<b>210</b>	<b>104</b>	<b>104</b>	<b>208</b>	<b>435</b>	<b>40</b>	<b>475</b>	264	0	<b>264</b>
部南新化	210	0	210	0	0	0	342	40	382	235	0	235
長庚雲林	0	0	0	104	104	208	94	0	94	29	0	29
額度上限	2,673	2,668	<b>5,341</b>	2,816	2,669	<b>5,485</b>	3,004	2,704	<b>5,709</b>	2,871	2,842	<b>5,713</b>
浮動點值-原始	0.26	0.71	<b>0.38</b>	0.18	0.26	<b>0.21</b>	0.22	0.22	<b>0.22</b>	0.32	0.37	<b>0.34</b>
浮動點值 -先予保障偏遠地區醫院後	<b>0.24</b>	<b>0.71</b>	<b>0.37</b>	<b>0.18</b>	<b>0.25</b>	<b>0.21</b>	<b>0.20</b>	<b>0.21</b>	<b>0.21</b>	0.30	0.37	<b>0.33</b>

## 提案六

提案單位：南區分會工作小組、南區業務組

案由：113 年「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」、「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」專款計畫之南區預定執行方式，提請討論。

說明：

- 一、113 年新增旨揭兩項專款計畫，前經 113 年第 1 次醫院總額研商議事會議及醫療服務共擬會議初步討論(尚未正式公告)，計畫之收案條件、支付方式及監測指標採全署統一，惟各分區應自行訂定因地制宜之區域聯防模式。
- 二、南區 112 年風險移撥款即設有旨揭疾病別之跨院合作鼓勵項目，本次專款計畫增加「網絡建置費(單一疾病別 100 萬)」及「個案管理費」等支付主責醫院之內容及相關監測指標，經 113 年 5 月 7 日南區分會工作小組初步討論及建議：

(一) 以現有平台推廣使用：

- 1、腦中風取栓術：成大醫院 EVTTS 平台、長庚嘉義 LINE@群組。
- 2、主動脈剝離手術：目前無，惟成大醫院 EVTTS 下可嘗試發展。

(二) 系統以方便臨床使用與提供完整溝通資訊，並輔助主責醫院所需負擔資料收集。

(三) 經費運用要考量主要協調者第一線急診醫護人員獎勵。

三、南區業務組建議：考量區域聯防跨院合作項目首重平台溝通聯繫，現行成大醫院平台發展完善，建議由該院擔任兩項疾病別之主責醫院，另擬定主責醫院應盡職責及工作項目如下：

- (一) 成立 24 小時調度中心及線上互聯系統(以可即時傳遞患者影像及病況，進行醫療專業溝通/聯繫為主)。
- (二) 掌握轄區醫院跨院合作情形，建立個案轉診/治療及追蹤管理機制。
- (三) 運用系統平台蒐集與計畫相關之疾病照護品質及轉診品質等資料，定期監測各院指標表現及分析計畫成效，並協助業務組比對確認計畫支付項目(如：歸戶採計人數)。

四、如獲通過，配合旨揭計畫公告時程適用。

決議：由成大醫院擔任兩疾病別之主責醫院，並依前述主責醫院應盡職責及工作項目辦理。

## 提案七

提案單位：部立胸腔病院、南區分會工作小組

案由：改以疫情前(109 年)目標管理點數重新計算部立胸腔病院方案基期額度案，提請討論。

說明：

- 一、 部立胸腔病院因專科特殊性及公醫不可推責性，於 COVID-19 疫情期間配合防疫各項措施(如：將醫院 50% 急性病床改為專責病房等)及配合收治 M 痘確診病人，並依指揮中心指示門診營運降載，致 110 年、111 年健保申報醫療費用下降而基期低。疫情後恢復原有醫療量能，但因醫院規模小、現行方案計算之成長額度不敷需求，申請改以疫情前(109 年)目標額度重新計算該院基期，並依年成長率計算增加，提案內容詳參附件 4。
- 二、 經 113 年 5 月 28 日南區分會工作小組會議建議提交本次會議討論及請列席報告。

三、 南區業務組回應：

- (一) M 痘為第二級法定傳染病，非屬健保一般服務預算，於南區方案中屬排除項目。
- (二) 疫情期間醫院仍有各項獎勵金挹注，包含：執行防疫政策工作獎勵、應變醫院及隔離醫院防疫獎勵金、採檢案件及個案採檢通報獎勵金、績效獎勵、治療獎勵及重症呼吸器患者照護獎勵、疫苗接種處置費、疫苗接種服務獎勵費用等。
- (三) 前已提共管會討論並決議 112 年各季基期計算方式，另彙整南區方案 108 年至 113 年各季基期(目標管理點數)及調整情形如附表 4。

決議：

- 一、 協助該院就專科特殊性及營運困境提報署本部，爭取其他經費挹注。
- 二、 113 年 Q3、Q4 方案基期計算，該院另採其 109 年同期一般服務收入後，重算各院市占率。

附表 4、南區方案各季基期(目標管理點數)及調整情形

年度 季別	108 (平常)	109 (疫情)	110 (疫情)	111 (疫情)	112 (112Q2 解封)	113 (恢復)
Q1				110 年同期	111 年同期	
Q2	107 年 同期	108 年 同期 【胸腔 病院請 求採此 期間】	以 108 或 109 年各季 同期占率擇 優，再校正 100%	(1) 校正預算： 110Q2、Q3 南區醫院經 R/S 調校後 之一般服務 收入 (2) 校正 110Q2 占率：採 110Q2、或 108Q2 擇 優，並調校 離群值	三項占率擇 優，再校正 100%： (1)111Q2 (2)108Q2： $111Q2=1:3$ (3)111Q4 (最近一季)	112 年 同期 【目 前】
Q3			109 年同期		111 年同期	
Q4			109 年同期 (註)	110 年同期	111 年同期	

註：現行南區方案自 110 年 Q4 起執行

以本院疫情前(109 年)目標額度(基期)重新計算給予恢復應有合理額度，以能協助南區各家醫院結核病人之照顧。

說明：

- 一、衛福部胸腔病院共有 13 位醫師，51 床負壓隔離病床(全國最多)，是國內唯一公立之胸腔專科暨結核病重要後送醫院，肩負收治全國及地區困難結核病人治療及第二線抗結核病藥物管理、結核病代檢、偏鄉 X 光巡檢等任務，是國家結核病醫療及防治政策最大後盾。
- 二、本院於 COVID-19 疫情期間配合政府防疫政策，除設置採檢站(院內社區南科)、疫苗接種(院內社區校園)、PCR 檢驗及協助接收全國醫院轉介抗藥性或強制陽性結核病個案住院治療，增加他院負壓隔離病房空房率以收治 COVID-19 個案外，還支援前往武漢專機、桃園機場、探索夢號郵輪及開立 2 間檢疫所(189 床+153 床)，並將醫院50%急性病床改為專責病房，及配合主管機關要求收治全國首例 M 痘確診病人，將醫療能量全力協助疫情防控。
- 三、在本院全面配合防疫任務及指揮中心指示(110.5.16)門診營運降載，致使110 年、111 年健保申報醫療費用調降，在未考量本院特殊性及身為部立醫院公衛任務的不可推責性，以疫情期間申報數，核予本院 112 年目標額度(基期)為起點，實有不公且未充分考量本院在公共衛生危機中的特殊責任。
- 四、112 年疫情趨緩後，各家醫院(含本院)恢復原有醫療量能，南區醫院轉送結核病人恢復疫情前量。本院為單科專科醫院具公醫任務，因規模極小，減少核於健保幾百萬的差額對醫院營運與存活有巨大影響，請考量本院特殊性亦肩負南區醫院結核病人治療後送醫院，建請依本院疫情前(109 年)目標額度(基期)(即 109 年健保署原來給胸腔病院之額度)重新計算給予恢復應有合理額度，並依年成長率計算增加。

目標額度 (基期) /季別	疫情前	疫情期间 (全力配合防疫政策)			疫情後	
		110 年	111 年	112 年	113 年	
Q1	<b>41,981,522</b>	45,607,897	41,411,275	35,745,122	39,818,552	
Q2	<b>43,130,530</b>	49,497,888	43,482,358	40,206,883	42,078,047	
Q3	<b>45,052,164</b>	41,177,942	38,053,606	41,212,540		
Q4	<b>48,401,774</b>	43,375,957	39,139,870	42,157,616		

備註：自 109Q3 起加入「109 年南區醫院總額點值風險管控暨品質提升方案」A 組。

季別	108 年 目標額度(基期)	108 年	
		實際收入	
Q1	36,667,418	43,621,359	
Q2	36,200,315	48,735,656	
Q3	33,280,167	48,309,029	
Q4	37,783,223	51,968,516	

五、113.05.28 113 年第 2 次南區分會工作小組會議建議：

- (一) 建請該院增加自「108 年起」目標額度(基期)，以呈現完整資料，由南區分會秘書處提案至 113 年第二次南區分會會議及南區醫院總額共管會議。[已補如上表]
- (二) 請部胸腔病院派代表於 113.6.14 至南區醫院總額第 2 次共管會暨第 1 次院長會議列席報告。

陸、散會：下午 4 時 50 分。