

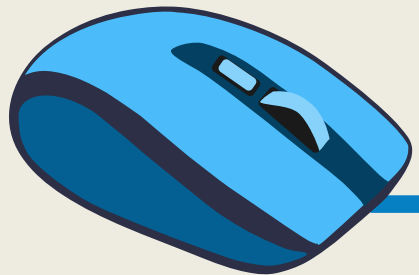
中央健康保險署中區業務組與 醫院總額中區執行分會 共同管理會議

-113年第3次會議-

113年7月23日



報告大綱



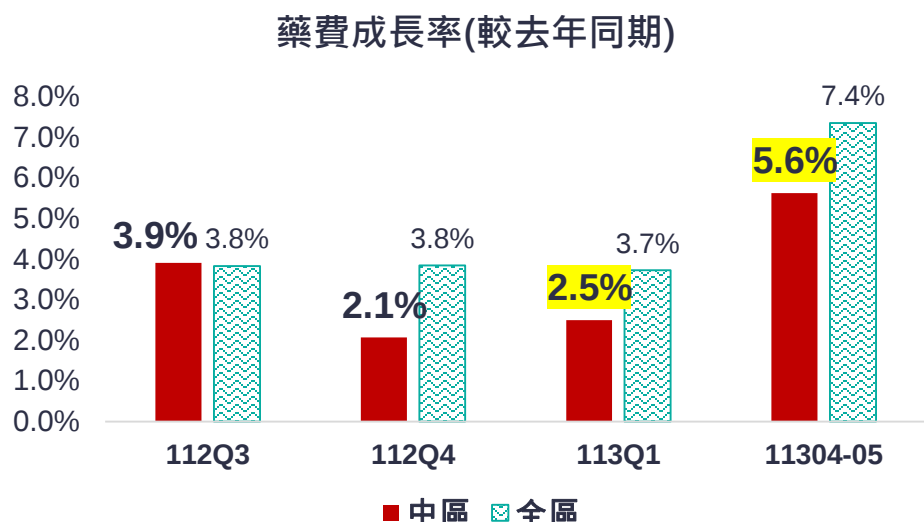
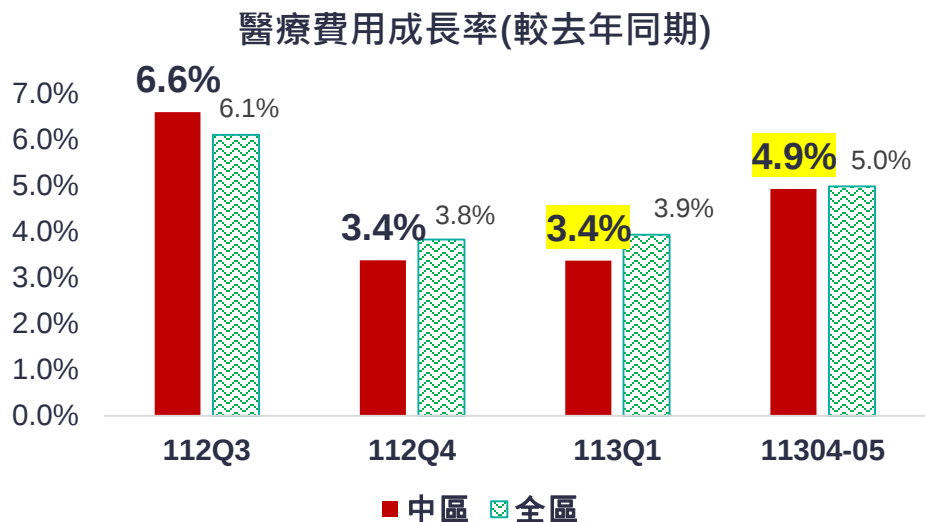
- 01 中區醫院醫療費用申報概況
112年第4季~113年第1季
- 02 醫院總額管理方案執行概況
112年第4季~113年第1季
- 03 重要管理措施及管理項目執行結果
- 04 本署新增支付規定及重要計畫
- 05 公告及轉請配合事項
- 06 提案討論



中區醫院醫療費用申報概況

112年第4季~113年第1季

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		
			藥費	醫療費用	藥費占率
申報點數 (億)	中區	112Q3	93	311	30.1%
		112Q4	94	311	30.1%
		113Q1	93	303	30.7%
		113Q4-05	63	212	29.8%
	全區	112Q3	478	1,529	31.3%
		112Q4	486	1,546	31.5%
		113Q1	485	1,503	32.2%
		113Q4-05	327	1,046	31.3%

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4季			113年第1季			113年4-5月		
		門診	住院	門住診	門診	住院	門住診	門診	住院	門住診
申報點數 (億)	醫中	72	64	136	70	62	132	50	43	93
	區域	59	54	113	57	52	110	40	37	77
	地區	32	21	53	32	20	52	22	14	36
	合計	163	138	301	159	134	293	113	93	206
成長率 較去年同期	醫中	2.9%	7.8%	5.2%	3.8%	5.3%	4.5%	8.1%	7.2%	7.7%
	區域	3.0%	2.2%	2.6%	2.9%	3.4%	3.1%	3.8%	3.7%	3.7%
	地區	4.3%	5.0%	4.5%	4.2%	3.2%	3.8%	4.9%	0.2%	3.1%
	合計	3.2%	5.2%	4.1%	3.5%	4.2%	3.8%	5.9%	4.7%	5.4%

註1：醫院整體醫療費用點數排代辦且不含交付處方點數

註2：區域層級含準區域(員基)，亞大11303升區域醫院

中區醫院_藥費申報概況_層級

項目	層級	112年第4季			113年第1季			113年4-5月		
		門診	住院	門住診	門診	住院	門住診	門診	住院	門住診
申報點數 (億)	醫中	37	9	46	37	8	45	26	6	31
	區域	22	5	27	22	5	27	15	3	18
	地區	9	2	11	9	2	11	6	1	7
	合計	68	15	84	68	15	83	47	10	57
成長率 較去年同期	醫中	1.5%	7.9%	2.6%	2.2%	8.6%	3.3%	8.4%	6.9%	8.2%
	區域	0.4%	4.0%	1.1%	0.7%	5.6%	1.6%	3.7%	4.2%	3.8%
	地區	1.2%	3.1%	1.5%	1.7%	2.2%	1.8%	4.3%	5.0%	4.4%
	合計	1.1%	6.0%	2.0%	1.6%	6.9%	2.5%	6.3%	5.7%	6.2%

註1：醫院整體醫療費用點數排代辦且不含交付處方點數

註2：區域層級含準區域(員基)，亞大11303升區域醫院

中區醫院_診療費申報概況_層級

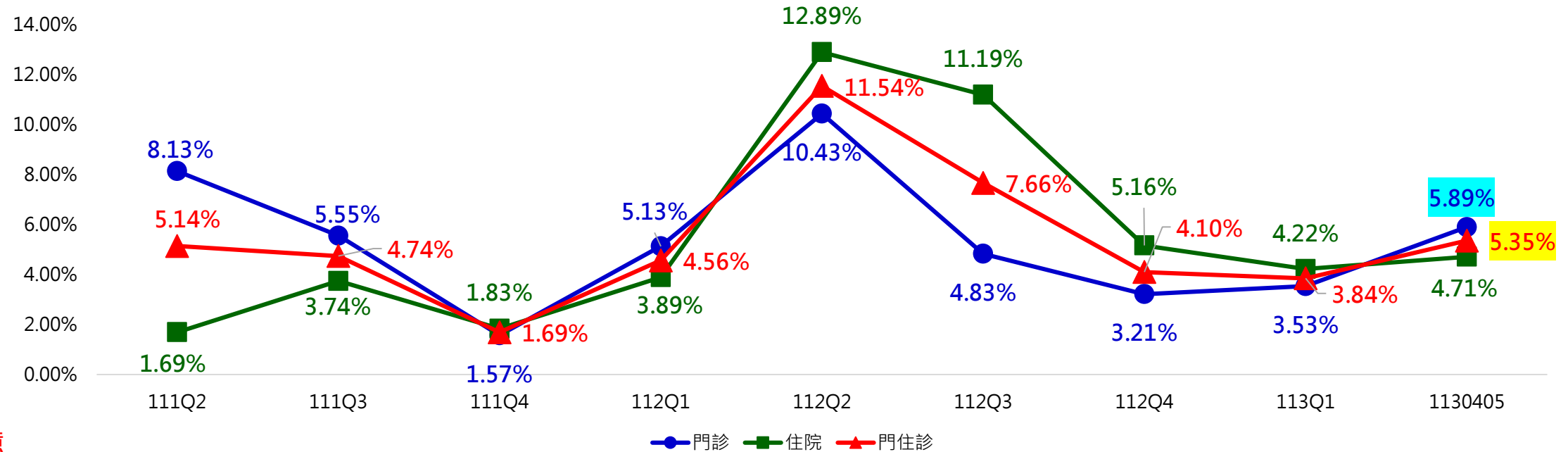
項目	層級	112年第4季			113年第1季			113年4-5月		
		門診	住院	門住診	門診	住院	門住診	門診	住院	門住診
申報點數 (億)	醫中	27	23	49	26	21	47	19	15	34
	區域	25	19	45	24	19	43	18	13	31
	地區	14	7	21	13	7	20	10	5	14
	合計	66	49	115	63	47	110	46	33	79
成長率 較去年同期	醫中	4.2%	7.5%	5.7%	5.6%	4.4%	5.0%	8.0%	7.3%	7.7%
	區域	4.5%	1.5%	3.2%	3.3%	2.3%	2.9%	4.2%	3.3%	3.8%
	地區	5.7%	4.0%	5.1%	4.9%	0.6%	3.4%	6.5%	-2.4%	3.4%
	合計	4.6%	4.5%	4.6%	4.6%	3.0%	3.9%	6.2%	4.2%	5.4%

註1：醫院整體醫療費用點數排代辦且不含交付處方點數

註2：區域層級含準區域(員基)・亞大11303升區域醫院

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)



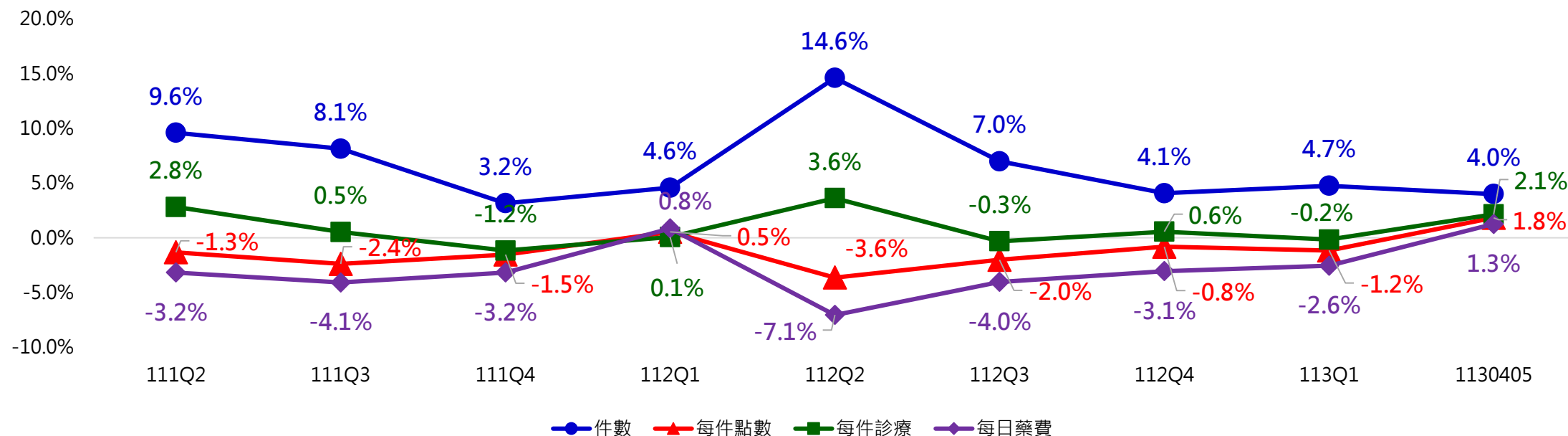
單位:億

診別	111Q2	111Q3	111Q4	112Q1	112Q2	112Q3	112Q4	113Q1	1130405
門診	145	155	158	154	160	162	163	159	113
住院	118	125	131	128	133	139	138	134	93
門住診	263	279	290	282	293	301	301	293	206

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)

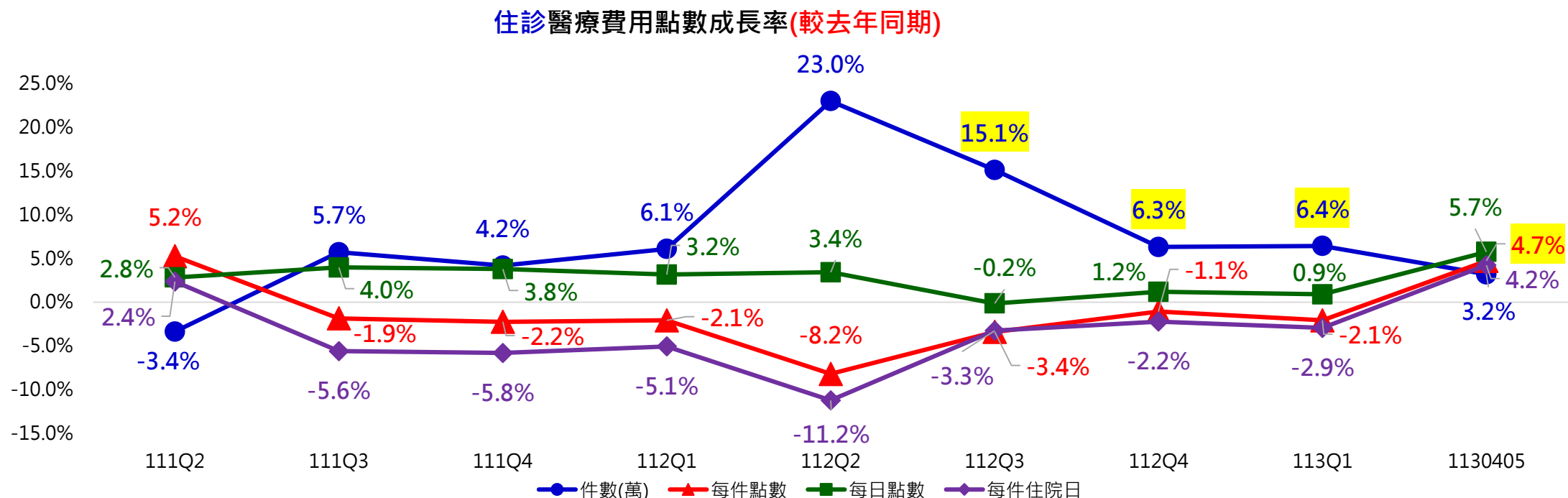


診別	111Q2	111Q3	111Q4	112Q1	112Q2	112Q3	112Q4	113Q1	1130405
件數(萬)	425	456	472	454	488	487	491	476	337
每件點數	3,399	3,400	3,351	3,387	3,275	3,331	3,324	3,348	3,338
每件診療	1,289	1,356	1,335	1,329	1,336	1,351	1,342	1,326	1,368
每日藥費	73.7	73.0	71.9	71.6	68.5	70.0	69.7	69.8	69.3

註：醫院整體醫療費用點數排代辦且不含交付處方點數

藥價調降

中區醫院_住診醫療費用點數成長趨勢



項目	111Q2	111Q3	111Q4	112Q1	112Q2	112Q3	112Q4	113Q1	1130405
件數(萬)	16	17	19	18	19	20	20	19	13
每件點數	74,507	71,244	70,274	70,879	68,397	68,816	69,518	69,408	69,920
每日點數	7,798	8,157	8,190	8,239	8,064	8,144	8,286	8,313	8,210
每件住院日	9.6	8.7	8.6	8.6	8.5	8.4	8.4	8.3	8.5

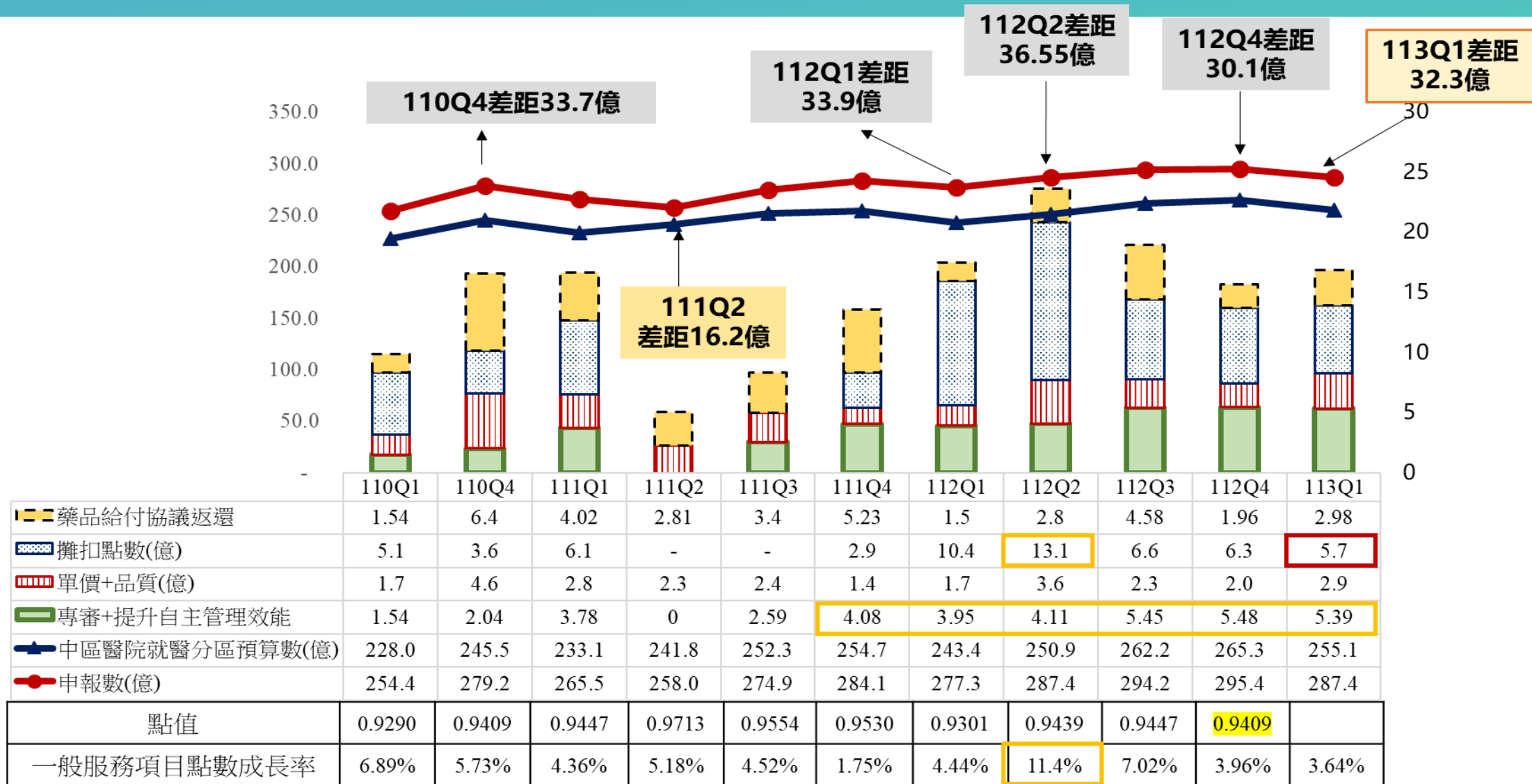
註：醫院整體醫療費用點數排代辦且不含交付處方點數



醫院總額管理方案執行概況

112年第4季~113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	
	112Q4	113Q1
10%	43	34
30%	4	3
50%	7	4
70%	9	4
100%	38	55
總計	101	100

項目	112Q4	113Q1
專審核減率 (%)	0.65%	0.64%
專審核減點數(億)	1.98	1.90
提升自主管理效能(億)(不含專審)	3.50	3.49

提升自主管理效能(不含專審)

層級	季別	112Q4			113Q1		
	家數	提升自主 管理效能 核減點數 占率	提升自主 管理效能 核減率	達4% 上限家數	提升自主 管理效能 核減點數 占率	提升自主 管理效能 核減率	達4% 上限家數
總計	101	100.00%	-1.15%	8	100.0%	-1.18%	6
醫中	4	37.35%	-0.95%	0	34.97%	-0.92%	0
區域 (含準區域)	18	40.76%	-1.25%	0	43.27%	-1.36%	0
地區	79	21.89%	-1.42%	8	21.76%	-1.45%	6

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. 提升自主管理效能核減點數占率=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. 提升自主管理效能核減率=該層級提升自主管理效能核減點數÷該層級送核申報醫療點數
4. 準區域醫院：亞大附醫(113.3升區域)及彰基員林分院

特定項目

特定項目	核減點數(萬)	
	112Q4	113Q1
呼吸器管理	1,861	509
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	0
門診重症且大於 6000以上處方藥費	2,000	2,000

備註：112Q4、113Q1門住診化療藥費申報點數皆低於該季額度(去年同期整體核定數乘以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

加強管理
資源合理使用

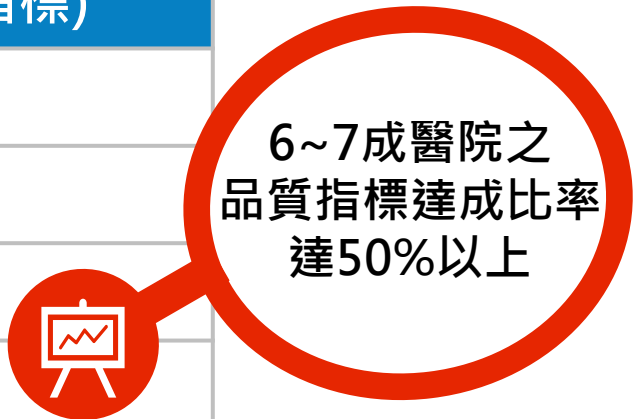
項目	住院非藥費單價		門診非藥費單價	
	112Q4	113Q1	112Q4	113Q1
總家數	53	52	97	95
達成家數	11	10	60	63
達成率(%)	20.8%	19.2%	61.9%	66.3%
核減點數	8,494萬	1億2,266萬	9,787萬	9,443萬

項目	住院一般藥費單價		門診一般藥費單價	
	112Q4	112Q3	112Q4	113Q1
總家數	69	69	97	96
達成家數	38	33	32	25
達成率(%)	53.6%	47.8%	33.0%	26.0%
核減點數(萬)	1,316萬	1,666萬	4,544萬	7,433萬

品質指標-112Q4及113Q1



達成項數比率	達成家數	
	112Q4 (15大項指標)	113Q1 (18大項指標)
24%以下	1	12
25%~49%	28	28
50%~74%	48	41
75%以上	24	18
總計	101	99
獎勵點數	3,993萬	3,656萬



6~7成醫院之
品質指標達成比率
達50%以上

113年風險移撥款預算

◆ 113年風險移撥款預算中區分配 8,908萬6,350點

指標 編號	指標項目	Q1		Q2		Q3		Q4		總計	
		人數/占率	預算(萬點)	人數/占率	預算(萬點)	人數/占率	預算(萬點)	人數/占率	預算(萬點)	人數/占率	預算(萬點)
R1-1	急性心肌梗塞	270	248	229	168	253	185	257	188	1,009	789
R1-2	重大外傷	175	351	175	301	175	301	175	301	700	1,254
R1-3	高危險妊娠	57	175	66	145	81	178	62	136	266	634
R1-4	新生兒重症區	186	325	193	285	213	315	176	260	768	1,186
小計			1,099		899		979		886		3,863
R2	在宅醫療	10%	180	30%	548		-	60%	1,112	100%	1,840
R3	偏鄉資源整合	10%	321	45%	1,443		-	45%	1,443	100%	3,206
總計			1,600		2,890		979		3,440		8,909

備註：R1計畫依112年各季人數推估113年各季預算，R1採浮動計算，當季項目間相互流用。

R2及R3計畫依占率推估113年各季預算。

113年第1季風險移撥款執行概況

指標編號	指標項目	預算 (A)	實際執行值 (B)	預算執行率 (B)/(A)	浮動成數	浮動後 核給點數
R1-1	急性心肌梗塞	2,477,871	2,487,000	100.4%	1.291958	3,213,099
R1-2	重大外傷	3,509,585	1,692,000	48.2%		2,185,994
R1-3	高危險妊娠	1,750,830	1,673,500	95.6%		2,162,094
R1-4	新生兒重症	3,251,110	2,653,500	81.6%		3,428,209
R1小計		10,989,396	8,506,000	77.4%		10,989,396
R2	在宅醫療	1,800,000	1,800,000	100.0%		1,800,000
R3	偏鄉資源整合	3,206,000	3,206,000	100.0%		3,206,000
總計		15,995,396	13,512,000	84.5%		15,995,396

備註：第1季R1計畫含行政管理費(主責醫院)-50萬點；R2及R3計畫為基本費-成立照護團隊(核給比例10%)。

R1-1 急性心肌梗塞-113年第1季

指標 標號	項目	執行方式		113Q1	
				實際執行值	
				個案數	補助點數
R1-1	 急性心肌梗塞 區域聯防 主責-彰基	轉診	轉出醫院	36	180,000
			收案醫院	38	570,000
		自行收治		236	1,180,000
		行政管理費	組團(開辦費)	500,000	
			個案管理費(人) 1,500點/案	38	57,000
		小計		2,487,000	
		浮動後核給點數 (浮動成數1.291958)		3,213,099	

■ 轉出(共36人)

醫中2人、區域6人、地區28人

■ 收案(共38人)

醫中22人、區域12人、地區4人
 [註：其中2件為他區院所轉出]

■ 自行收治(共236人)

醫中89人、區域122人、地區25人

- 轉診獎勵費：每案20,000點
 - 轉出醫院：5,000點
 - 接受轉診醫院：15,000點
- 自行收治：5,000點

R1-2 重大外傷-113年第1季

指標 標號	項目	執行方式		113Q1	
				實際執行值	
				個案數	補助點數
R1-2	 重大外傷 區域聯防 主責-中國附醫	轉診	轉出醫院	48	168,000
			收案醫院	116	850,000
		行政管理費	組團(開辦費)	500,000	
			個案管理費 (人)1500點/案	174,000	
		小計		1,692,000	
		浮動後核給點數 (浮動成數1.291958)		2,185,994	

■ 轉出數(共48人)

區域7人、地區41人

■ 收案數(共116人)

醫中92人、區域24人

[註：多數案件轉出醫院超過120分鐘轉出，故無申請獎勵]

1. 轉診：
轉出醫院：60分內10,000點、
61-120分內2,000點
接受醫院：5,000點

2. 處置效率：啟動效率(30分內啟動且10分內急診)：5,000點
緊急處置(接受手術)效率：
A.10分鐘內：轉出20,000點，接受50,000點
B.11-60分鐘內：接受30,000點
C.61-120分鐘內：接受15,000點
D.無手術但2小時內入加護病房：接受5,000點

R1-3 高危險妊娠-113年第1季

指標 標號	項目	執行方式		113Q1	
				實際執行值	
				個案數	補助點數
R1-3	 高危險妊娠 區域聯防 主責-中山附醫	轉診	轉出醫院	40	200,000
			收案醫院	59	885,000
		行政管理費	組團(開辦費)	500,000	
			個案管理(人) 1500點/案	88,500	
		小計		1,673,500	
		浮動後核給點數 (浮動成數1.291958)		2,162,094	

■ 轉出數(共40人)
 區域13人、地區27人
 ■ 收案數(共59人)
 醫中58人、區域1人
 [註:其中19件轉出院所為基層診所或他區院所。]

1. 高危險妊娠轉診：
- A. 轉出醫院：5,000點
 - B. 接受轉診醫院：15,000點

R1-4 新生兒重症-113年第1季

指標 標號	項目	執行方式		113Q1	
				實際執行值	
				個案數	補助點數
R1-4	 新生兒重症 區域聯防 主責-臺中榮總	轉診	上轉醫院	115	115,000
			收案醫院	151	1,812,000
		行政管理費	組團(開辦費)		500,000
			個案管理費(人) 1500點/案		226,500
		小計			2,653,500
		浮動後核給點數		浮動成數 1.291958	3,428,209

■ 轉出數(共115人)
 醫中1人、區域10人、地區104人
 ■ 收案數(共151人)
 醫中136人、區域15人
 [註：其中35件轉出院所為基層診所或他區院所，1件為轉出院所無申請獎勵。]

1. 新生兒重症醫療外接與轉介：
 每案13,000點
 A. 轉出醫院：1,000點
 B. 接受轉診醫院：12,000點

R2-在宅醫療整合照護計畫-113年第1季



◆申請參加計畫共28家，經113年4月17日評選會，**入選共13家**

◆依照護理對象分為**居家5家**、**機構8家**

【基本費】 成立照護團隊 (核給比例10%) 180萬點	類別	層級	院所名稱
	居家	區域醫院	部南投
		地區醫院	榮總埔里分
			彰基員林基
			長安醫院
			清泉醫院
	機構	區域醫院	部臺中
			部豐原
			部彰化
			光田綜合
			秀傳醫院
			澄清中港
		地區醫院	員榮醫院
			彰基漢銘基

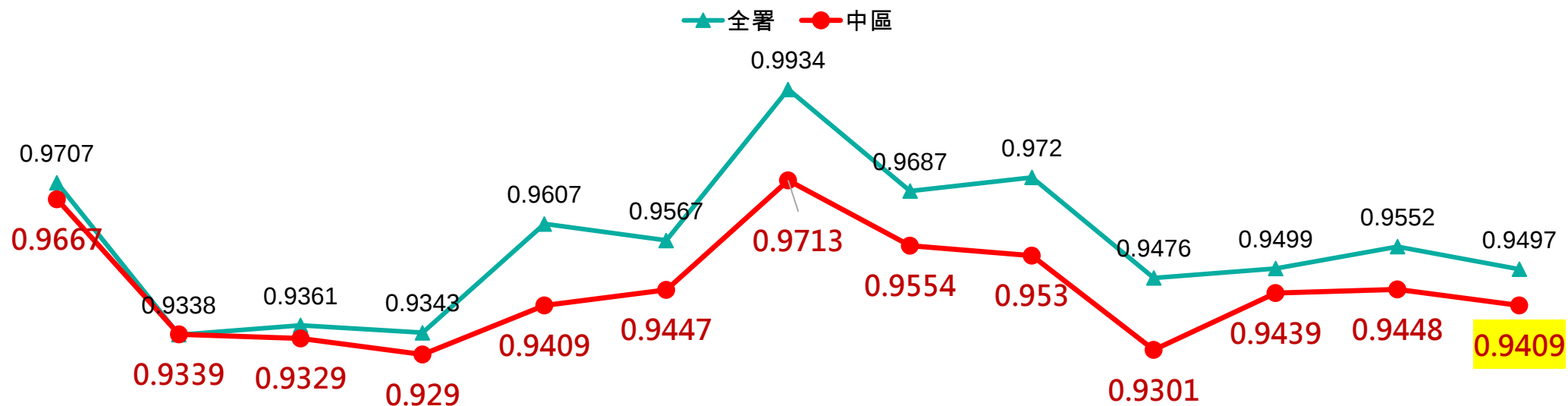
R3-偏鄉區域資源整合照護計畫-113年第1季



◆申請參加計畫共10家，經113年4月17日評選會，
入選共7家

【基本費】 成立照護團隊 (核給比例10%) 320.6萬點	層級	院所名稱
	區域醫院	部南投
		埔里基督教
	地區醫院	佑民醫院
		竹山秀傳醫
		彰基二林醫
		南投基督教
		東勢農民醫

中區各季平均點值



季別	109Q1-Q2	109Q3	109Q4	110Q1	110Q4	111Q1	111Q2	111Q3	111Q4	112Q1	112Q2	112Q3	112Q4
台北	0.9579	0.9209	0.9264	0.9166	0.9554	0.9352	0.9830	0.9413	0.9579	0.9319	0.9332	0.9375	0.9285
北區	0.9761	0.9347	0.9354	0.9485	0.9645	0.9689	0.9975	0.9739	0.9766	0.9534	0.9502	0.9642	0.9634
中區	0.9667	0.9339	0.9329	0.9290	0.9409	0.9447	0.9713	0.9554	0.9530	0.9301	0.9439	0.9448	0.9409
南區	0.9873	0.9446	0.9432	0.9511	0.9974	0.9995	1.0094	1.0058	0.9998	0.9855	0.9870	0.9868	0.9849
高屏	0.9862	0.9532	0.9556	0.9562	0.9624	0.9755	1.0187	1.0072	0.9946	0.9639	0.9636	0.9742	0.9640
東區	0.9689	0.9371	0.9449	0.9283	0.9511	0.9418	1.0404	1.0020	0.9969	0.9654	0.9496	0.9527	0.9691
全署	0.9707	0.9338	0.9361	0.9343	0.9607	0.9567	0.9934	0.9687	0.9720	0.9476	0.9499	0.9552	0.9497

重要管理措施及 管理項目執行結果



管理項目執行成果_常規執行

復健治療

113Q1_加強門診西醫復健個案且該
年復健次數 > 180次者之管控
21.23萬點 (核減率**29.56%**)

復健治療閾值管理

112Q3復健強度及頻率
441.33萬點 (核減率**21.84%**)

心導管檢查

112Q1-112Q4
住診心導管執行合理性與品質
543.58萬點 (核減率**23.88%**)

CT/MRI

112Q1-112Q4_門住診同日隔日
重複執行
928.22萬點 (核減率**2.87%**)

放射線治療

111Q4-112Q3
特定癌症之直線加速器醫令成長率高
醫院及個案
165.26萬點 (核減率**5.46%**)

ESWL_震波碎石

112Q2-112Q3
震波碎石術專案(ESWL)
222.81萬點 (核減率**16.74%**)

請持續加強
管理改善

6項
2,322萬點

管理項目執行成果_專案管理(113年1-6月)

項次	異常項目專案名稱	核減點數(萬) >100萬
1	門住診施行頸(肢體)動靜脈管之切除移植及直接修補右繞道手術(69023B)併報靜脈血栓切除術(69003B)、動脈內膜切除術(69004B)之合理性	2,818
2	切腫瘤(71001B·9,681點)或者切片(71011C·1,614點)代碼使用取巧	586
3	地區醫院假日門診「門診代檢案件不得申報假日加成30%清查」專案辦理情形	408
4	安養住民住院合理性專案審查	258
5	吞嚥治療(54032C)併報語言治療專案	209
6	112年「急診病人停留超過24小時」立意抽審	204
7	112年住院歸戶審查	138
8	住院執行消化道內視鏡或息肉切除術之合理性	119

請持續加強
管理改善

18項
4,019萬點

113年 抑制資源不當耗用管控指標

構面	策略	指標序號	指標名稱
合理使用保險權益	強化自我照護能力	01	全民健保行動快易通(健康存摺)APP安裝人次增加率
		02	年度使用健康存摺人次增加率
	正確就醫觀念行為	03	門診就醫次數全年大於90次之保險對象就醫次數下降率
		04	基層與地區醫院門診占整體件數之占率
		05	非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數
鼓勵醫療體系間合作與轉銜服務	持續推動分級醫療	06	接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率
		07	收案後居家醫療整合照護對象平均每人每月門診就醫次數較收案前減少
	增進院所合作機制	08	與長照2.0之銜接率
		09	提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標
	精進雲端資訊系統	10	醫療檢查影像資訊即時上傳率

構面	策略	指標序號	指標名稱
善用醫療資源合理使用	減少重複醫療利用	11	全藥類藥品重複用藥日數下降率
		12	門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率
		13	西醫門診年復健次數>180次異常件數成長率零成長
	尊重醫療自主，保障善終權益	15	死亡前安寧利用率
		16	呼吸器依賴病人安寧利用率
	持續推動疾病管理	17	西醫門診病人可避免住院率
		18	住院案件出院後3日以內急診率

本署新增支付規定 及重要計畫



- 一. 在宅急症照護試辦計畫
- 二. 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫
- 三. 主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術跨院合作照護計畫
- 四. 推動生物相似藥之鼓勵試辦計畫
- 五. 專案輸入注射液健保申報及支付規定
- 六. 抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫
- 七. 預立醫囑照護諮詢
- 八. 實體腫瘤、血液腫瘤次世代基因定序(NGS)
- 九. 地區醫院全人全社區照護計畫

一、在宅急症照護試辦計畫-核定情形

類別	醫學中心 區域醫院 診所	地區醫院	合計
預算來源	其他預算	地區醫院專款	
可執行案件量	856	725	1,581
已分配案件量	714(83%)	543(75%)	1,257(80%)

核定同意**36**組醫院主責照護小組**【4組醫學中心、13組區域醫院、19組地區醫院】**執行並依照護理品質及**112**年服務量分配各小組可執行案件量。

一、在宅疾症照護試辦計畫

- 各照護小組辦理應注意及後續配合事項

收 案

審慎收案並提供病患完善的醫療照護。
24小時內至VPN登錄收案申請書。

變更主治醫師

得以**電子郵件**或書面文件方式**報經分區業務組同意**後更換主治醫師，並由收案院所至VPN收案頁面修正主治醫師資料。

變更費用申報方式

院所尚未申報：同意來函申請變更，但以一次為限。
院所已申報：不同意變更。

增加案件量

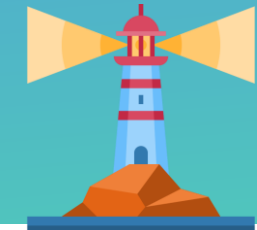
主責院所於二週前**函知**本署**中區業務組**評估可增加之案件量。

有關在宅急症試辦計畫相關規範及QA，請至本署全球資訊網下載

路徑：首頁>健保服務>健保醫療計畫>全民健康保險在宅急症照護試辦計畫

本計畫文宣海報，請逕至本署影音文宣專區下載

二、「醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」增訂 偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施-1



- 113.7.18公告。
- 預算來源：「**全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫**」專款項目下支應，其中 **2 億元**支應偏遠地區燈塔型地區醫院。
- 目的：穩定偏遠地區燈塔型地區醫院正常營運，以維持該地區醫療量能。
- 適用範圍(由保險人認定，醫院不須另外申請)：
 - 離島醫院。
 - 參與**本計畫或屬當年度「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」**之地區醫院(不含精神科醫院)，**且同時符合下列任一條件者**：
 - ✓ 主管機關公告之當年度「**緊急醫療資源不足地區急救責任醫院**」。
 - ✓ 主管機關公告之當年度「**急救責任醫院**」。
 - ✓ 該鄉鎮（區）僅有一家醫院。

二、「醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」增訂 偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施-2



- 經費：以本計畫預算之 **2 億元為上限**，若預算不足時，**實際補助金額以淨補助金額乘以折付比例計算**。
- 補助條件及方式：
同一醫院納入 112 年結算之費用年月 **112 年 1-12 月一般服務收入**，**低於基期收入者，得予以補助**。

112年一般服務收入與基期相較	補助方式
大於基期	不予補助
9 成(含)以上至未及基期收入者	補助至基期收入
未及基期收入 9 成者	以每點 1 元計算補助額度 (惟補助後之收入不得高於基期收入)

- 基期收入，係指納入 108-112 年結算之費用年月 108 年 1-12 月一般服務收入加計 109 年至 112 年該院之醫院醫療給付費用總額一般服務成長率後之額度。

112 年之基期收入=108 年一般服務收入*(1+5.471%)*(1+5.047%)*(1+3.049%)*(1+3.092%)。

- 前開原補助金額**扣除已領取本計畫之保障**、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」點值補助差額及與點值相關之補助。

三、113年主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人 跨院合作照護計畫



- ✓ 實施期間：自113年7月1日至113年12月31日止
- ✓ 預算來源：總額專款項目，「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」81百萬元及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」127百萬元
- ✓ 計畫內容：
 - 主責醫院自計畫公告日起**30日內(7/27日前)**提出計畫申請書及合作團隊醫院
 - 依計畫內容辦理**申報P碼**及於**VPN登載急診重大疾病照護品質及轉診品質**相關資料等
 - 路徑：首頁/最新消息/法規公告/113年6月27日公告新增「113年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫」
- ✓ 主責醫院：
 - 主動脈剝離手術：**彰基**，窗口(04-7238595分機8541紀小姐)
 - 腦中風經動脈取栓術：**中山附醫**，窗口(04-36092174(專線)林小姐)

四、全民健康保險推動使用生物相似藥之鼓勵試辦計畫

- ✓ 公告生效日期-113年7月1日起
- ✓ 獎勵開立adalimumab等**六種**成分藥品之生物相似藥，計**25品項**(品項每月增修)
- ✓ 內容:
 - **處方開立獎勵**：開立本計畫藥品處方，**每次支付150點**(慢箋**按調劑次數**計算)
 - 預算來源為醫院總額專款項目**4,700萬元**
 - **藥費差額回饋**：按**季**統計**個別院所**藥費差額回饋點數，列計自主管理方案之目標管理點數校正，得以100%方式回饋，回饋方案各區因地制宜
 - 醫院總額一般服務項下自主管理方案辦理(本區方式於**提案四**討論)
- ✓ 院所無須另行申報費用，本署自行擷取資料**每季**辦理補付或差額點數回饋

五、專案輸入輸注射液健保申報及支付規定

- ✓ 公告生效日期:自113年6月1日起, 至113年10月(依食藥署評估供需而定)
- ✓ 因應市場供應不足, 專案核價鼓勵輸入或生產,舉例如下:

不列計醫療費用
不可收部分負擔

品項	專案健保支付價	院所申報價	購藥新增成本差額
	A1	A2	$A3=A1-A2$
X000302277	63	25	38

- ✓ 審查依據食藥署指示配送至醫院之總量, 超過不予支付購藥新增成本差額。
- ✓ 每月費用即時補付及費用核定次月進行差額核定後補付(追扣)。

五、專案輸入輸注液健保申報及支付規定

- ✓ 依各案件執行項目規定填報醫令類別，若該醫令依規定**內含**一般材料費者，除原醫令項外，須另**新增一筆輸注液醫令類別(G-專案支付參考數值)**，餘以「**1：用藥明細**」或「**4.不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料**」申報。
- ✓ 各醫令類別，申報欄位說明及舉例如下表：

醫令類別 說明	醫令 類別	藥品(項目) 代號	單價 【必填】	總量 【必填】	支付 成數	點數 【必填】	藥品批號 【非必填】
說明	-	專案核定 藥品代碼	依藥品代號公告價格欄位， 勿依拆分比率	1.單位為瓶或袋或支，非毫升數 2.若共用，依使用比率填報	依醫令類別填報	單價*總量*成數	若有，專案藥品批號
專案支付參考數值	G	X000302277	25	1.5	0	0	
用藥明細	1	AX35833309	35	1	1	35	
不另計價	4	NX00588210	40.9	2	1	81.8	

六、抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫

- ✓ 公告生效期間:113年6月1日至12月31日
- ✓ 資格:經感染管制查核合格且完成監測通報者(依疾管署轉知後公告)
- ✓ 經費:113年醫院總額專款項目2.25億元
- ✓ 內容:



- ✓ 高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護評估費(P8301B)

- 專任感染症專科醫師評估嚴重感染症之住院病人
- 每次支付1,000點，滿七天得申報一次，無總申報次數限制

- ✓ 醫院感染管制品質獎勵費

- 院所依規定於THAS系統通報(系統問題請洽疾管署02-27841059)感控過程及結果面指標
- 年度結算指標得分，依各院病床數加權計算後核發獎勵費

七、預立醫療照護諮詢(ACP)

ACP醫令**排除**
非藥費單價計算

目前僅住診申報

- **02028B (3,000點)**: 預立醫療照護諮商費-當次住院未曾申報或僅申報一次02020B「緩和醫療家庭諮詢費」者。
- **02029B(1,500點)**: 預立醫療照護諮商費-當次住院申報二次02020B「緩和醫療家庭諮詢費」者



相關規範:

1. **諮商參與人員**: 依**病人自主權利法**之規定辦理。
2. **諮商紀錄**: 應有每次會議完整之諮商溝通內容紀錄, 並應將影本併入病人之病歷紀錄留存, 紀錄有參與諮商醫療團隊及病人或家屬簽名, 並簽署預立醫療決定。
3. **申報規定**:
 - ① 當次就醫前已註記預立醫療決定者, 不得申報本項費用
 - ② 每人**終生以申報一次**為限。
 - ③ 應依**病人自主權利法**, 於申報前完成預立醫療決定**上傳**至中央主管機關之資料庫, 未完成者, 本項費用不予支付。

八、實體腫瘤、血液腫瘤次世代基因定序(NGS)

➤ 3類套組定額給付-醫病共享決策，**各癌別終生給付一次**

- BRCA基因檢測(給付1萬點)-30301B
- 小套組(≤ 100 基因)(給付2萬點)-30302B、30304B
- 大套組(> 100 基因)(給付3萬點)-30303B、30305B

➤ **醫院資格**須符合下列各項條件，需先向本署提出申辦：

- 限**區域級以上醫院**或**癌症診療品質認證醫院**。
- 須院內設立或跨院聯合組成**分子腫瘤委員會**(MTB)。
- 必須為主管機關核定之實驗室開發檢測(LDTs)施行計畫表列醫療機構。

➤ **VPN登錄取號作業已上線**，操作手冊已置於VPN及本署全球資訊網首頁 / 次世代基因定序檢測(NGS)專區，請下載參考。

➤ 有關NGS報告請於申報後**1個月內**，依現行**檢驗查結果上傳方式上傳**。報告填寫規範及範例，已公告於即時查詢方案上傳格式說明，請依相關規定辦理。

癌症精準治療利器
健保給付次世代基因定序檢測(NGS)



九、地區醫院全人全社區照護計畫(草案)1/2

計畫目的

- 整合醫院醫療資源，使保險對象於最常就醫之主要照護醫院，獲得整合性照護。
- 針對高血糖、高血脂及高血壓高風險族群納入管理，達到三高防治888目標。

預算來源

醫院總額「地區醫院全人全社區照護計畫」專款項目

參加資格

本保險特約**地區醫院**

團隊組成

□ 團隊醫事人員

- ✓ 內科或家庭醫學科專科醫師至少任1名
- ✓ 專任或兼任營養師至少1名
- ✓ 專任個案管理人員至少1名

□ 團隊醫事機構組成

- ✓ 主責地區醫院1家
- ✓ 共同生活圈1~2家區域以上醫院
- ✓ 共同生活圈5家以上診所

醫缺或山地離島地區醫院，團隊應至少1家診所

九、地區醫院全人全社區照護計畫(草案)2/2

申請方式

- ✓ 計畫公告後**1個月內**，組成照護團隊函送申請計畫書向本組申請
- ✓ 本組審查後函復，核定同意院所得執行計畫至**當年度年底**

預計8月
公告

收案名單

由**本署提供**適合收案之三高病人名單

執行內容

會員收案及通知

健康資料建檔

會員照護計畫擬定

疾病治療、衛教

24小時諮詢專線

主動電訪

制定團隊照護、
轉診機制

個案管理及持續
追蹤

給付項目

項目	支付點數
開辦建置費	首年支付：15萬點/家
個案管理費	首年：500點/人/年 次年起：250點/人/年
績效獎勵費	550點/人/年
失智症家庭諮詢費	15~30分鐘：300點 30分以上：500點
多重慢病門診整合費	550點/人/年
三高整合照護提升費	單一疾病：250點/人/年 多重慢病：750點/人/年

公告及轉請配合事項



- 一. 修訂「強化住院護理照護量能方案」
- 二. 鼓勵灣與PRE-ESRD計畫且符合篩檢資格之照護個案執行B、C肝篩檢
- 三. 2023年版ICD-10CM/PCS改版
- 四. 健保卡資料上傳格式2.0作業
- 五. 健保雲端醫療資訊查詢系統2.0
- 六. 申請核退重大傷病部分負擔及未帶健保卡自費就醫之常見原因與建議改善事項

一、修訂「強化住院護理照護量能方案」

113年6月6日公告修訂

其他護理獎勵修正重點摘要

■ 分配方式

- ✓ 上半年：依各醫院申報「非急性一般病床使用人日數(醫令申報量)」占率分配(前述醫令包含各類非急性一般病床住院護理費及一般慢性精神病床住院照護費)。
- ✓ 下半年：依各醫院造冊提報「非急性一般病床大(小)夜班護理人員總排班人次」占率分配。

■ 獎勵對象

- ✓ 各類特殊病床(含急診室、產房、手術室及透析室等)及慢性病床之「固定輪值三班單位」大(小)夜班護理人員。

■ 方案內容及第二版問答輯請參考：全球資訊網/首頁/健保服務/健保醫療計劃/全民健康保險強化住院護理照護量能方案



二、請鼓勵參與PRE-ESRD計畫且符合篩檢資格之照護個案 執行B、C肝篩檢

- 查衛生福利部公告之「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」訂有B、C型肝炎篩檢補助規範：45歲至79歲者，終身補助一次、身分別為原住民且40歲至79歲者，終身補助一次。
- Pre-ESRD個案符合B、C肝篩檢資格且未篩檢醫院(前20名)(如右表)，相關明細已置於VPN供醫院下載
- 保險對象B、C型肝炎篩檢之資料已由國民健康署定期提供本署，並置於「健保醫療資訊雲端查詢系統」供醫師查詢。
- 未篩檢清單因擷取時間可能有所落差，爰照護個案是否已執行B、C型肝炎篩檢，仍請醫院以「健保醫療資訊雲端查詢系統」為準。

醫事機構簡稱	符合未篩檢人數
中國附醫	682
童綜合醫院	378
臺中榮總	362
中山附醫	293
台中慈濟	212
光田綜合	168
亞洲大學附	167
澄清中港	150
部豐原	144
大里仁愛	135
部臺中	117
中山中興	103
國軍臺中	101
彰基員林基	88
部南投	80
彰基	74
林新醫院	66
烏日林新醫	59
長安醫院	45
彰基鹿基醫	34

三、2023年版ICD-10-CM/PCS 改版

- 因應國際疾病分類版本更新，為使編碼更符合臨床照護需求，提升病人照護及處置之精準描述，門、住診醫療申報資料自**114年1月1日起**，將轉版為**2023年版ICD-10-CM/PCS**。
- 最新資訊已公布於本署全球資訊網「**2023年版ICD-10-CM/PCS**」專區(路徑：首頁/健保資料站/國際疾病分類第 10 版/2023年版ICD-10-CM/PCS)。
- 另**預檢系統**將於下半年上線，**請配合本署通知盡速完成測試**。

四、健保卡資料上傳格式2.0作業

◆全面實施時程延期至**114年上半年**（原訂113年9月1日），實施日期另行通知。

◆現行改版流程

「健保卡2.0預檢比對健保卡1.0統計報表」**預檢成功比率100%**，得省略申請「IC試辦計畫」，**直接改版**健保卡2.0作業。

◆中區醫院改版現況_截至113年7月15日

層級別	已改版家數	未改版家數	總家數	未改版比率
醫學中心	3	3	6	50%
區域醫院	5	13	18	72%
地區醫院	42	37	79	47%
總計	50	53	103	51%

◆如有疑義，請洽本署健保卡資料管理中心(IDC)資訊技術諮或洽本署中區業務組：
(04)2258-3988轉6513。

五、健保醫療資訊雲端查詢系統2.0

◆雲端查詢系統2.0業於113年4月17日上線服務。

◆健保雲端系統2.0網址：<https://medcloud2.nhi.gov.tw/imu/imue1000/>

◆使用說明簡報及使用者手冊下載路徑：VPN \ 下載專區 \ 健保醫療資訊雲端查詢系統

◆優化重點

◆新增入口網頁、強化網頁搜尋功能、重整並分類頁籤呈現及操作方式，亦可依照使用者需求設定預設頁籤及欄位，提高使用友善性。

◆[放寬醫事人員登錄權限](#)，使健保雲端系統深入第一線各職類的醫事人員使用。

◆1.0版本訂於114年1月1日0時起停止對外服務，請預為準備：

(1)健保醫療資訊雲端查詢系統(首頁版)：<https://medcloud.nhi.gov.tw/imme0008/IMME0008S01.aspx>。

(2)健保醫療資訊雲端查詢系統(虛擬健保卡)：<https://medcloud.nhi.gov.tw/imme0008/IMME0008S04.aspx>。

(3)健保醫療資訊雲端查詢系統(展示版)：<https://medcloud.nhi.gov.tw/imme0008/IMME0008S05.aspx>。

(4)職能/物理治療師查詢檢查(驗)結果頁籤：<https://medcloud.nhi.gov.tw/imme0008/IMME0008S07.aspx>。

(5)保險對象特定醫療資訊查詢作業：<https://medcloud.nhi.gov.tw/iese0000/IESE0200S00.aspx>。

(6)VPN登入授權服務項目：健保雲端藥歷系統、因應天災及緊急醫療查詢作業。

五、雲端查詢系統2.0_放寬醫事人員登錄權限

可使用雲端系統2.0之醫事人員職類

醫師、藥師(藥劑生)



以下機構對應之醫事人員職類人員

※須為機構之專兼任或報備支援人員

社區精神復健

- 職能治療師(生)
- 護理師(士)
- 臨床心理師

職能治療所

- 職能治療師(生)

物理治療所

- 物理治療師(生)



居家護理機構

- 護理師(士)

助產所

- 助產師(士)

醫院及診所

- 護理師(士)

呼吸照護所

- 呼吸治療師

放射所

- 放射師(士)

醫事檢驗所

- 醫事檢驗師(士)



五、健保醫療資訊雲端查詢系統主動提示功能 -Web API

保險對象特定醫療資訊查詢作業API功能

藥品交互作用暨過敏藥物提示功能web service

跨院重複開立醫囑提示功能web service

「健保醫療資訊雲端查詢系統主動提示功能Web API」



- ◆ 113年6月17日上線服務
- ◆ 介接說明書已置於本署「健保資訊網服務系統\下載專區\健保醫療資訊雲端查詢系統」項下，請自行下載參考。

3項功能將自115年1月1日0時起停止服務，敬請預為準備。

六、申請核退重大傷病部分負擔及未帶卡自費就醫之常見原因與建議改善事項(1/2)

◆ 核退項目-重大傷病部分負擔

常見核退原因	1. 民眾於就醫時有繳納部分負擔，事後醫院向本署申報費用時卻以重大傷病身分免部分負擔，以致本署需再請民眾回醫院退費。 2. 出院前已核准重大傷病資格，院方卻仍收取部分負擔。 3. 院所允諾協助民眾申請重大傷病資格，卻未確認是否已送出，以致6個月以前的相關就醫無法退費。
建議改善事項	✓ 請院方主動協助民眾申辦重大傷病卡，及說明免部分負擔範圍。 ✓ 請於出院準備時確認是否已核可重大傷病資格，及時免予收取部分負擔。 ✓ 若出院後才核可重大傷病，於病人回診時再請檢視之前得免收部分負擔的門住紀錄資格，主動退還已收取之部分負擔，以免民眾逾期申請核退，權益受損。

六、申請核退重大傷病部分負擔及未帶卡自費就醫之常見原因與建議改善事項(2/2)

◆ 核退項目-未攜帶健保卡先行自費就醫者

常見核退原因	1. 部分院所收據所載提醒回院補卡期限不符規定，例如:未標示就醫之日起10日內「不含例假日」、當月月底就醫收據顯示次月初須回院退費等。 2. 雖仍在補卡期限內，院所卻以已申報費用為由，請民眾向本署申請核退。 3. 醫院追繳欠費後，卻請民眾向本署申請退費。 4. 卡片不良或網路異常，卻請民眾自費。 5. 民眾反映回院退費路程太遠，請民眾向本署退費。 6. 總醫療費用低於部分負擔，卻請民眾自費。
建議改善事項	✓ 請加強向民眾說明應於就醫之日起10日內（不含例假日）回就醫院所退費，以免因自費價格與健保支付標準之間的差額造成損失。 ✓ 就醫時健保IC卡因毀損或消磁、網路異常等原因，無法正常讀卡，請以「異常代碼」方式辦理。 ✓ 如確有不可歸責之事由（例如：尚未領到健保卡），以致未能於上述期限內向院所退費，方得檢附醫療費用明細及收據，於就醫日起6個月內向本署申請核退費用。

六、112年中區國內自墊核退案件申請就醫次數前20名院所

特約類別	就醫院所名稱	200-未補卡、 欠卡	305-重大傷病免 部分負擔	申請核退 就醫次數	占率	累積占率
醫中	中國醫藥大學附設醫院	194	948	1,142	13.30%	13.3%
醫中	中山醫學大學附設醫院	86	752	838	9.76%	23.1%
醫中	臺中榮民總醫院	76	540	616	7.17%	30.2%
醫中	彰化基督教醫院	76	464	540	6.29%	36.5%
區域	佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院	76	280	356	4.14%	40.7%
區域	衛生福利部臺中醫院	126	218	344	4.01%	44.7%
區域	澄清綜合醫院中港分院	111	193	304	3.54%	48.2%
區域	童綜合醫療社團法人童綜合醫院	47	201	248	2.89%	51.1%
區域	秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院	58	167	225	2.62%	53.7%
區域	光田醫療社團法人光田綜合醫院	45	76	221	2.57%	56.3%

六、112年中區國內自墊核退案件申請就醫次數前20名院所

特約類別	就醫院所名稱	200-未補卡、欠卡	305-重大傷病免部分負擔	申請核退就醫次數	占率	累積占率
區域	秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院	52	134	186	2.17%	58.4%
地區	亞洲大學附屬醫院	48	132	180	2.10%	60.5%
區域	衛生福利部彰化醫院	102	51	153	1.78%	62.3%
區域	衛生福利部豐原醫院	105	37	142	1.65%	64.0%
地區	彰基員林基督教醫院	45	66	111	1.29%	65.3%
地區	員榮醫療社團法人員榮醫院	14	95	109	1.27%	66.5%
區域	衛生福利部南投醫院	34	63	97	1.13%	67.7%
區域	林新醫療社團法人林新醫院	56	29	85	0.99%	68.7%
區域	仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院	32	42	74	0.86%	69.5%
地區	林新醫療社團法人烏日林新醫院	41	20	61	0.71%	70.2%



提案討論

(提案一) 113年第3和4季中區醫院總額預設點值調整

建議113年第3季和第4季預設點值由0.945提升至**0.95**

- ✓ 本組醫院總額管理目標，係期望醫療費用合理成長，加強不當醫療利用之管理，節省醫療資源支出，並**延續本組成長管控措施**，故建議**113年下半年目標點值提升0.005至0.95**，並提出相關配套措施。



(提案二) 113年醫院總額管理方案調整修訂事項

一.提升醫院自主管理效能作業，取消個別醫院核扣上限4%

✓ 提升醫院自主管理效能核減作業目的

- 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，保障良善醫事服務機構申報之醫療費用總額給付點值。

✓ 原設定個別醫院核減上限比率

- 考量降低此作業機制造成醫院核減衝擊影響過大
- 檢視自112年執行以來，提升自主管理效能核減少數醫院達核減上限，原送核初核減率高達2-6%之間，且較整體平均核減率0.65%甚高。
- 持續檢視此等醫院專業審查核減率未有降低，其醫療利用合理性顯有不當。

✓ 為求整體作業公平性，且強化醫院自主管理效能，抑制醫療資源不當耗用情形，故建議取消個別醫院核減上限。

(提案二) 113年醫院總額管理方案調整修訂事項

二. 管理類別3600萬點以上醫院之整體檔案分析核減成長貢獻度核減計算方式調整

- ✓ 建立成長率和整體檔案分析核減項目之核減的連動機制，提高異於常模高成長醫院之攤扣責任。
- ✓ 原核減方式以各醫院維持申報數占率**3成**及較基準值成長貢獻度**7成**進行攤扣
- ✓ 惟成長貢獻度計算之超出成長點數再採各院**一般服務項目點數**(不含交付、代辦、專款、其他部門)**較去年同期申報點數成長率**，並依醫院規模區分季申報**4億點以上**及**4億點以下**醫院，各分**4階段**反映不同比率加成後計算

舉例說明:

一般服務項目點數較去年同期成長率	醫院當季申報醫療點數規模	
	4億點以下醫院 (加成比率)	4億以上醫院 (加成比率)
≤3.5%	0%	0%
>3.5%~≤5%	3%	5%
>5%~≤7%	8%	10%
>7%~≤10%	15%	20%
>10%	20%	25%

醫院	4億元以上醫院	成長率(A)	原超出基準值點數(B)	原成長貢獻率(C=B/ΣB)	加成比率(D)	加成後超出基準值點數(E=B×(1+D))	加成後成長貢獻率(F=E/ΣE)
A醫院	Y	2.9%	90,000,000	30%	0%	90,000,000	28.01%
B醫院	Y	7.5%	60,000,000	20%	20%	72,000,000	22.41%
C醫院	Y	4.8%	60,000,000	20%	5%	63,000,000	19.61%
D醫院		9%	20,000,000	6.67%	15%	23,000,000	7.16%
E醫院		5.1%	30,000,000	10%	8%	32,400,000	10.08%
F醫院		4.5%	30,000,000	10%	3%	30,900,000	9.62%
G醫院		1.5%	10,000,000	3.33%	0%	10,000,000	3.11%
總計			300,000,000	100%		321,300,000	100%

(提案三)醫院異常管理專案之減量抽審替代方案

◆ 審查經費不足

- ✓ 經向各分區分會調查，四總額112年審查費**缺口為1,442萬**
- ✓ 112年中區醫院總額共執行**58項**異常管理專案、核減1.3億點，專審送審量21,194件，點數核減率9.3%
- ✓ 審查朝向**篩異抽審**，案件複雜度高，醫師審查時數增多，審查經費不足缺口將更加擴大

◆ 規劃實施**減量抽審替代方案**並回應醫界合理管理以提升點值的期待

- ✓ 為因應高度**依賴精準審查卻審查量能有限之窘況**、並減輕審查醫師、醫院端之工作負荷，擬針對異常管理專案規劃實施減量抽審替代方案，降低審查量但不影響審查效果，以緩解審查經費不足之困境，並回應醫界**合理管理以提升點值之期待**。

(提案三)醫院異常管理專案之減量抽審替代方案

針對醫院異常管理專案減量抽審後，改以**專業審查點數核減率**計算該專案整體核減點數之實施方式，說明如下：

◆ 減量抽審比例

門診		住診	
標的案件數	抽審比率	標的案件數	抽審比率
小於10件(含)	全抽	小於5件(含)	全抽
大於10件	10抽1 最少11件、最多100件	大於5件	5抽1 最少6件、最多30件

◆ 核減回推方式

以A醫院門診異常管理專案之標的件數計500件為例：

異常標的件數	醫療點數(申+部) (A)	減量抽審 件數	抽審醫療點數 (B)	抽審核減點 數 (C)	點數核減率 (D)=C/B	整體核扣點數 (E)=A*D
500	1,000,000	50	100,000	3,000	3%	30,000

(提案四) 113年鼓勵使用生物相似藥之藥品成份

藥費差額回饋：按季統計個別院所藥費差額回饋點數，列計自主管理方案之目標管理點數校正，得以100%方式回饋，回饋方案**各分區因地制宜**。

序號	成分	原廠藥價	生物相似性		治療類別
			品項數	與原廠價差	
1	adalimumab	9,768	7	-20%	乾癬、類風溼性關節炎、僵直性脊椎炎等
2	etanercept	6,339	4	-36%	乾癬、類風溼性關節炎等
3	pegfilgrastim	16,626	2	-27%	白血球缺乏症
4	rituximab	34,285	6	-19%	類風濕性關節炎、非何杰金氏淋巴瘤、慢性性白血病等
5	teriparatide	12,917	1	-36%	骨質疏鬆症
6	trastuzumab	43,236	5	-25%	乳癌、胃癌

註：以113年2月22日健保審字第1130051797號公告之DET調整後價格暫定之獎勵成分。

(提案四) 113年鼓勵使用生物相似藥-藥費差額回饋點數方式

回饋方案

- 依據每季各院使用生物相似性藥與原廠藥之藥費差額點數。
- 整體檔案分析核減項目「超出基準值點數_B」之計算，**排除當季使用生物相似性藥與原廠藥之「藥費差額」點數。**

公式

- 超出基準值點數_B = 整體檔案分析核減申報點數-急性後期整合照護計畫案件點數(PAC點數)-**生物相似性藥與原廠藥之「藥費差額」點數**-整體檔案分析核減基準值
- 超出基準值點數_C=超出基準值點數_B×(1+一般服務項目成長率之加成比率)提案二
- 基準值成長貢獻率=超出基準值點數_Ci/Σ超出基準值點數_Ci

範例：

某院基準值為1,700萬，整體檔案分析核減申報點數為2,000萬，PAC點數50萬、**生物相似藥藥費差額點數20萬**

- 該院「超出基準值點數_B」=2,000萬 - 50萬 - 20萬 - 1,700萬=230萬

(提案四) 院所藥費回饋點數推估統計-以113Q1試算

- 現行方案6種成分藥品，中區使用生物相似藥比率約**3.77%**，假設原使用原廠藥全數改為生物相似藥最低價品項，模擬試算最高回饋狀況如下：

層級	家數	假設 100% 原廠改為生物相似藥回饋點數(萬)	假設 30% 原廠改為生物相似藥回饋點數(萬)
總計	46	6,628	1,989
醫中	4	3,809	1,143
區域	16	1,683	505
地區	26	1,137	341

(提案五) 內政部消防署規劃比照矯正機關模式，由竹山秀傳醫院以報備支援方式，提供該署訓練中心之人員等使用健保卡看診案

- 一. 消訓中心位於南投縣竹山鎮，內政部消防署規劃申請比照矯正機關模式，由竹山秀傳醫院以報備支援方式，提供該訓練中心之人員門診診療及申報醫療費用。
- 二. 醫務管理組說明考量訓練中心之人員外出就醫，係至當地醫院或診所就醫，倘由竹山秀傳醫院至訓練中心開診並攜回申報費用，可能造成對醫院總額財務衝擊、影響點值及周遭院所營運，爰請將本案提至共管會議討論，取得共識同意後，會議紀錄送本署申請核准。
- 三. 依消防署來文預估**每月就醫約376人次**，經評估費用影響**每季約742,600點**，以往該訓練中心受訓學員(生)若有醫療需求外出就醫最近醫院即為竹山秀傳醫院，故有取代原就醫量能，影響中區總額點值甚小。

建議：本案取得共識同意後，會議紀錄再送署本部申請核准。



Thanks