



衛生福利部中央健康保險署中區業務組 與中區全體醫院院長聯繫會

114年第2次會議

114年1月23日

1



報告大綱

- 01 中區醫院醫療費用申報概況
113年第1季~113年第3季
- 02 醫院總額管理方案執行概況
113年第1季~113年第3季
- 03 重點管理作業及推動項目
- 04 公告及轉請配合事項
- 05 114年醫院總額管理方案修訂
--114年1月21日共管會議決議通過--

2

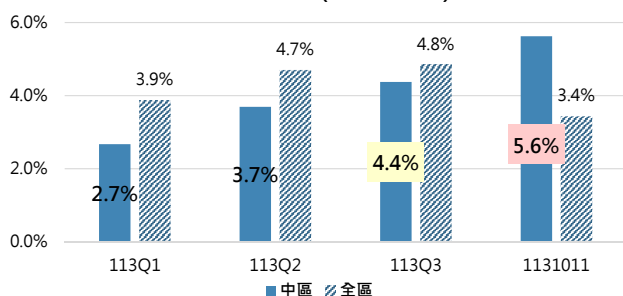
中區醫院醫療費用 申報概況

113年第1季~113年第3季

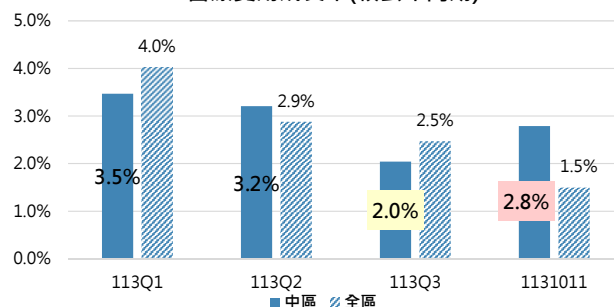
3

中區醫院總額_醫療費用及藥費申報概況

藥費成長率(較去年同期)



醫療費用成長率(較去年同期)



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	113Q1	93	303	30.8%
		113Q2	93	313	29.8%
		113Q3	98	317	30.8%
		11310-11	66	213	31.1%
	全區	113Q1	485	1,504	32.3%
		113Q2	483	1,540	31.4%
		113Q3	501	1,566	32.0%
		11310-11	336	1,043	31.6%

註：醫療費用含交付處方，不含代辦及其他部門

4

中區醫院_醫療費用申報概況_層級

項目	層級	113年第3季			113年10~11月		
		門診	住院	門住診	門診	住院	門住診
申報點數 (億)	醫中	76	63	138	51	42	93
	區域	55	52	106	36	35	71
	地區	39	23	62	26	16	42
	合計	169	138	307	114	92	206
成長率 較去年同期	醫中	5.7%	-1.8%	2.1%	6.4%	1.1%	3.9%
	區域	2.6%	0.3%	1.5%	1.3%	2.8%	2.0%
	地區	3.5%	1.1%	2.6%	1.7%	1.6%	1.7%
	合計	4.2%	-0.5%	2.0%	3.6%	1.8%	2.8%

註：醫院整體醫療費用點數排代辦且不含交付處方點數

5

中區醫院_藥費申報概況_層級

項目	層級	113年第3季			113年10~11月		
		門診	住院	門住診	門診	住院	門住診
申報點數 (億)	醫中	40	9	48	27	6	33
	區域	20	5	25	14	3	17
	地區	12	2	14	8	1	10
	合計	72	16	87	49	11	59
成長率 較去年同期	醫中	7.6%	-4.8%	5.2%	8.5%	3.6%	7.6%
	區域	3.3%	2.4%	3.1%	3.0%	6.7%	3.7%
	地區	2.6%	10.2%	3.7%	3.1%	10.2%	4.1%
	合計	5.5%	-0.8%	4.4%	6.0%	5.4%	5.9%

註：醫院整體醫療費用點數排代辦且不含交付處方點數

6

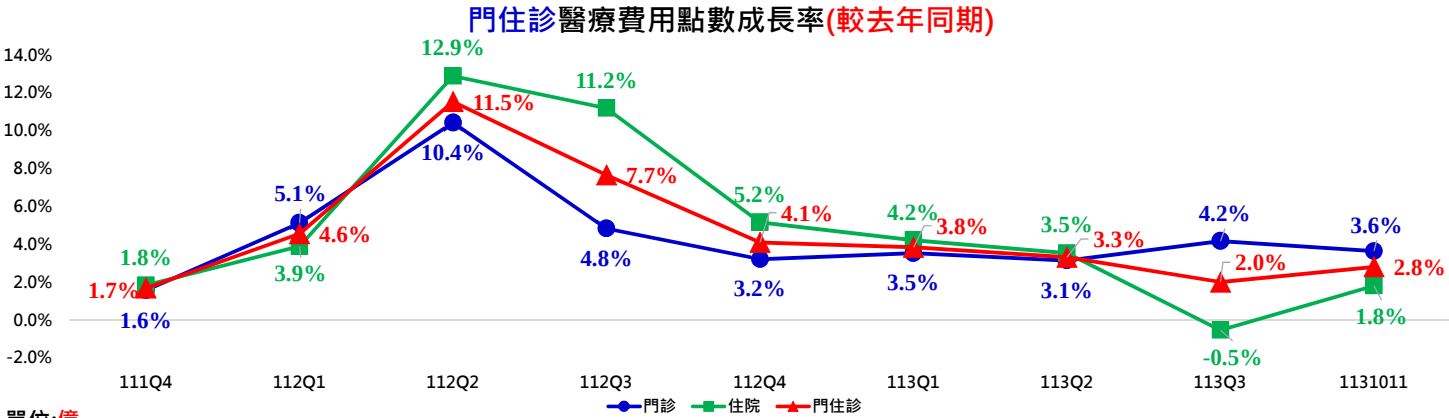
中區醫院_診療費申報概況_層級

項目	層級	113年第3季			113年10~11月		
		門診	住院	門住診	門診	住院	門住診
申報點數 (億)	醫中	28	22	50	19	15	34
	區域	24	19	43	16	12	28
	地區	16	8	24	11	5	16
	合計	68	49	117	46	33	78
成長率 較去年同期	醫中	3.9%	-1.3%	1.6%	5.0%	0.1%	2.8%
	區域	2.7%	0.8%	1.9%	1.3%	1.9%	1.6%
	地區	4.9%	-1.1%	2.8%	2.4%	-0.2%	1.5%
	合計	3.7%	-0.5%	1.9%	3.1%	0.7%	2.1%

註：醫院整體醫療費用點數排代辦且不含交付處方點數

7

中區醫院_門住診醫療費用點數成長趨勢



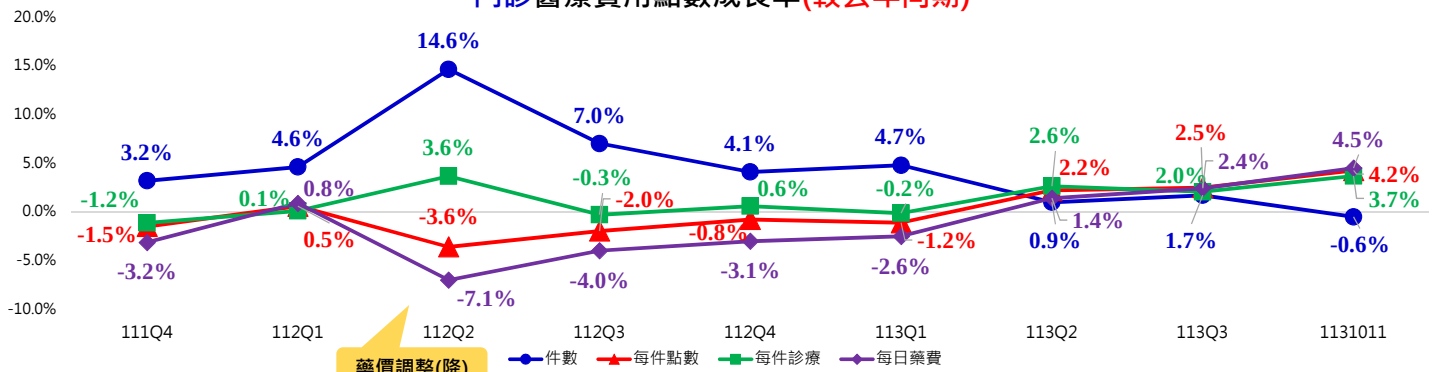
診別	111Q4	112Q1	112Q2	112Q3	112Q4	113Q1	113Q2	113Q3	113 10-11
門診	145	155	158	154	160	162	163	159	113
住院	118	125	131	128	133	139	138	134	93
門住診	263	279	290	282	293	301	301	293	206

註：醫院整體醫療費用點數排代辦且不含交付處方點數

8

中區醫院_門診醫療費用點數成長趨勢

門診醫療費用點數成長率(較去年同期)



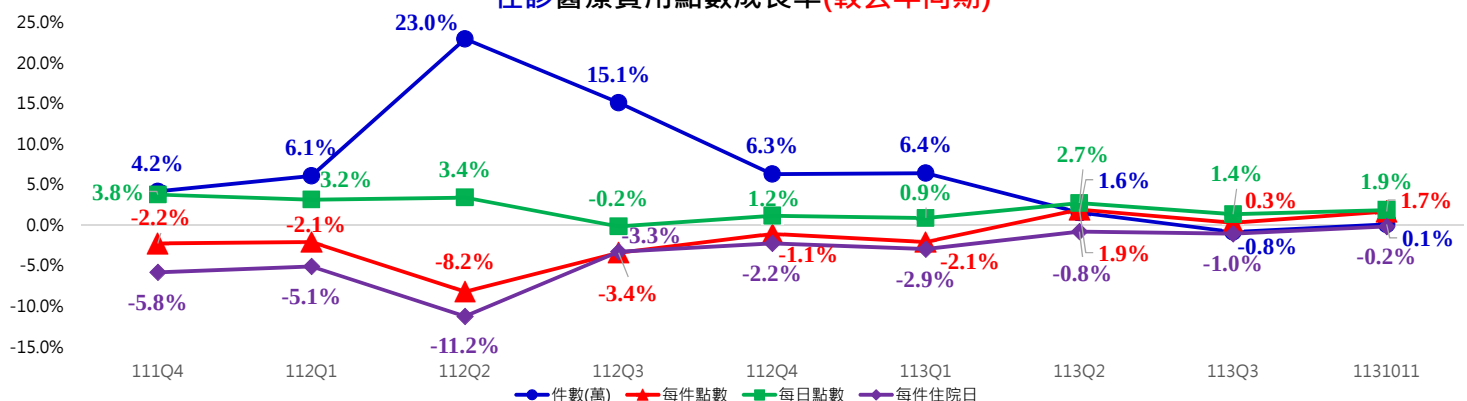
項目	111Q4	112Q1	112Q2	112Q3	112Q4	113Q1	113Q2	113Q3	11310-11
件數(萬)	472	454	488	487	491	476	492	495	331
每件點數	3,351	3,387	3,275	3,331	3,324	3,348	3,346	3,413	3,443
每件診療	1,335	1,329	1,336	1,351	1,342	1,326	1,370	1,379	1,379
每日藥費	71.9	71.6	68.5	70.0	69.7	69.8	69.5	71.7	72.8

註：醫院整體醫療費用點數排代辦且不含交付處方點數

9

中區醫院_住診醫療費用點數成長趨勢

住診醫療費用點數成長率(較去年同期)



項目	111Q4	112Q1	112Q2	112Q3	112Q4	113Q1	113Q2	113Q3	11310-11
件數(萬)	19	18	19	20	20	19	20	20	13
每件點數	70,274	70,879	68,397	68,816	69,518	69,408	69,722	69,026	69,814
每日點數	8,190	8,239	8,064	8,144	8,286	8,313	8,285	8,256	8,298
每件住院日	8.58	8.60	8.48	8.45	8.39	8.35	8.42	8.36	8.41

註：醫院整體醫療費用點數排代辦且不含交付處方點數

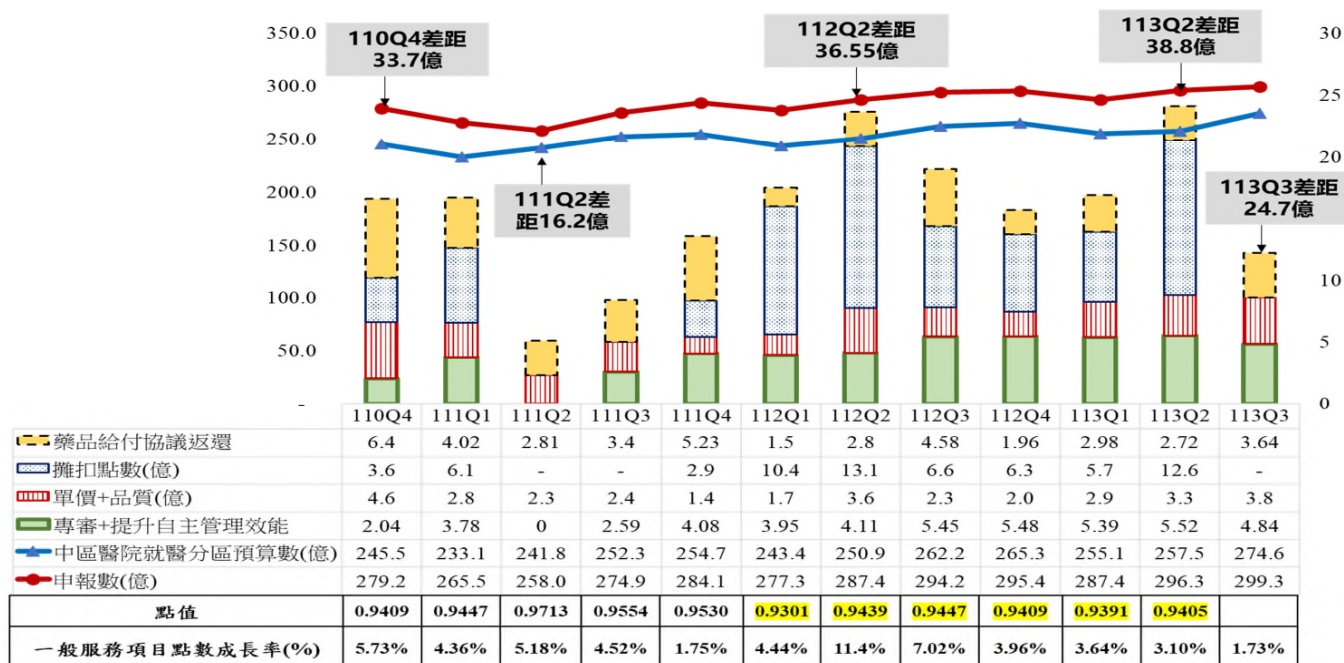
10

醫院總額管理方案 執行概況

113年第1季~113年第3季

11

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

12

審查項目

分級審查比率	家數	
	113Q2	113Q3
10%	41	35
30%	4	5
50%	3	5
70%	3	6
100%	48	48
總計	99	99

項目	113Q2	113Q3
專審核減率 (%)	0.66%	0.63%
專審核減點數(億)	1.96	1.90
提升自主管理效能(億)(不含專審)	3.56	2.95

113Q3結算預估已達預設點值，提升自主管理效能，未全數反映，各醫院等比率調降。

13

特定項目

特定項目	核減點數(萬)	
	113Q2	113Q3
呼吸器管理	432	392
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:113Q2、113Q3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。

14

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	
	113Q2	113Q3	113Q2	113Q3
總家數	52	50	92	94
達成家數	10	11	52	56
達成率(%)	19.2%	22%	56.5%	59.6%
核減點數	9,920萬	9,704萬	1億5,276萬	1億5,548萬

項目	住院一般藥費單價		門診一般藥費單價	
	113Q2	113Q3	113Q2	113Q3
總家數	69	70	94	94
達成家數	29	27	23	17
達成率(%)	42.0%	38.6%	24.5%	18.1%
核減點數(萬)	1,785萬	1,780萬	7,404萬	1億1,156萬

15

品質指標

➤ 113年品質指標共19大項

達成項數比率	達成家數		
	113Q1	113Q2	113Q3
24%以下	20	23	22
25%~49%	32	31	29
50%~74%	41	43	45
75%以上	8	4	3
總計	101	101	99
獎勵點數	2,056萬	1,606萬	506萬

備註：113Q1、113Q2含指標「主動脈剝離手術」、「腦中風經動脈內取栓術」獎勵點數

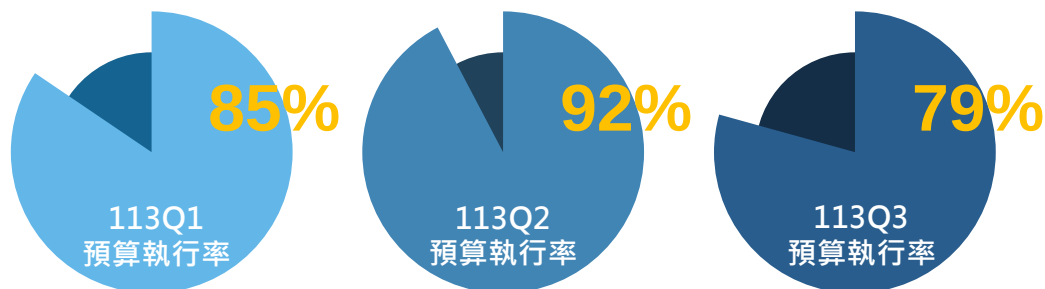


16

風險移撥款

➤ 推動項目共5項

- R1以季結算，採浮動計算
- R2、R3第3季無評核，將於第4季評核結算



註：預算執行率=實際執行值/預算點數

指標 標號	指標項目	113Q1		113Q2		113Q3	
		預算 執行率	浮動成數 1.29後	預算 執行率	浮動成數 1.19後	預算 執行率	浮動成數 1.26後
R1-1	急性心肌梗塞區域聯防照護計畫	100.4%	3,213,099	110.3%	2,199,507	86.2%	2,015,064
R1-2	重大外傷區域聯防照護計畫	48.2%	2,185,994	59.4%	2,125,769	80.4%	3,051,927
R1-3	高危險妊娠區域聯防照護計畫	95.6%	2,162,094	75.2%	1,295,086	68.9%	1,544,570
R1-4	新生兒重症區域聯防照護計畫	81.6%	3,428,209	99.3%	3,369,728	80.0%	3,179,324
R1小計		77.4%	10,989,396	84.1%	8,990,090	79.3%	9,790,885
R2	在宅醫療整合照護試辦計畫	100.0%	1,800,000	100.0%	4,672,000		
R3	提升偏鄉區域資源整合照護試辦計畫	100.0%	3,206,000	100.0%	14,427,000		
總計		84.5%	15,995,396	92.3%	28,089,090	79.3%	9,790,885

17

R1-急重症區域聯防

		R1-1 急性心肌梗塞	R1-2 重大外傷	R1-3 高危險妊娠	R1-3 新生兒重症
113年主責醫院		彰基	中國附醫	中山附醫	臺中榮總
113年 1-3季	參與家數	40	44	35	37
	收案人數	經轉診106人 自行收治646人	經轉診219人	經轉診178人	外接521人
	獎勵點數 (萬點)	743	736	500	998

執行成果
分享會

■ 訂於114年2月27日，歡迎蒞臨參與

R2-在宅醫療整合照護試辦計畫

參與醫院

- ◆申請參加計畫共28家，經評選，**入選共13家**
- ◆依照照護對象分為**居家5家**、**機構8家**

期中指標 評核

(達標家數/評核家數)

- 三高用藥整合率提高：5家/11家
- 非居診/非巡診就醫次數下降：4家/9家
- 平均住院日數下降：4家/6家
- 出院後3日內再急診率下降：8家/11家
- 出院後14日再住院率下降：5家/9家
- 在宅善終率P75以上或增加：4家/9家



執行成果 分享會

- 期中執行成果分享:113年8月7日辦理
- 期末成果經驗分享:訂於**114年2月19日**，歡迎蒞臨參與

19

R3-偏鄉區域資源整合照護試辦計畫

參與醫院

- ◆共**7個**團隊參與計畫
- ◆主責醫院：竹山秀傳、埔里基督教、彰基二林基、南投基督教、佑民醫院、東勢農民醫、部南投

服務項目

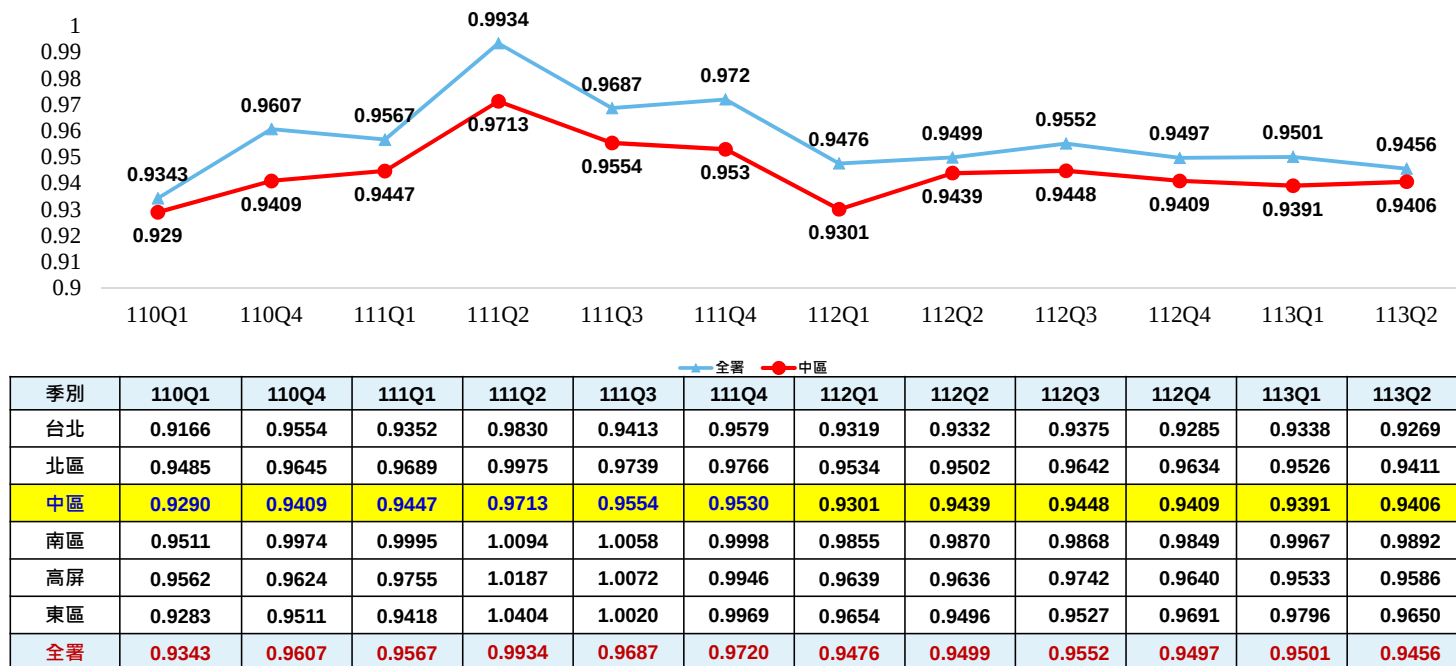
- 急重症區域聯防**：24小時聯合排班、疾病別駕駛艙
- 遠距及偏鄉專科支援**：專科諮詢服務、偏鄉醫師派駐
- 慢性病照護**：慢病、據點個案關懷、社會處方箋
- 健康促進**：社區衛教宣導、據點健康篩檢

執行成果 分享會

- 期中執行成果分享:113年8月25日辦理
- 期末成果經驗分享:訂於**114年2月12日**，歡迎蒞臨參與

20

中區各季平均點值



重點管理作業及推動項目



- 01 113年重點管理項目執行成果
- 02 地區醫院全人全社區照護計畫
- 03 在宅急症照護試辦計畫
- 04 即期監測回饋

113年管理項目執行成果_專案管理

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	113Q1~Q2肋骨固定系統特材適當性專業審查	918
3	病理科25012B、25004C、25003C異常管理標的立意抽審	710
4	口腔或口咽切腫瘤(71001B、9,681點)或者切片(71011C、1,614點)代碼使用取巧	586
5	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
6	吞嚥治療(54032C)併報語言治療專案	209
7	112年「急診病人停留超過24小時」立意抽審	204
8	112年住院歸戶審查	138
9	96011C(傳導麻醉-神經叢阻斷術、1,129點)改支為47051C(末梢神經阻斷術、380點)專案	125
10	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

42項
1億262萬點

23

113年管理項目執行成果_常規執行

復健治療

113Q3_加強門診西醫復健個案且該
年復健次數 > 180次者之管控
34.78萬點 (核減率22.45%)

復健治療閾值管理

113Q2復健強度及頻率
258.76萬點 (核減率20.72%)

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

112Q3-113Q2_門住診同日隔日
重複執行
702.07萬點 (核減率2.46%)

放射線治療

112Q4-113Q3
特定癌症之直線加速器醫令成長率高
醫院及個案
83.27萬點(核減率2.64%)

ESWL_震波碎石

112Q4-113Q1
震波碎石術專案(ESWL)
330.12萬點(核減率22.87%)

請持續加強
管理改善

6項
1,970萬點

24

地區醫院全人全社區照護計畫-修訂配套措施

**因應113年度計畫執行期程僅2個月，
故本署修訂今年相關配套措施**

「24小時諮詢專線」抽測：

考量今年計畫實施不足半年，故將由台灣社區醫院協會每家醫院全年至少抽測3次，依比例降為至少抽測1次。

延長部分執行內容繳交期限：

延長113年收案會員健康資料建檔、健康存摺下載及年度執行成果繳交期限至明(114)年3月31日止。

計畫費用及指標結算迄日
維持至113/12/31止。

生活型態評估量表修訂：

會員健康資料之生活型態評估量表將進行修訂，在修訂完成公告前，得免填「生活型態評估量表」。

25

地區醫院全人全社區照護計畫-年度繳交資料

項目	繳交期限
拒絕參加本計畫個案名單	114/2/19
年度執行成果報告 (含個案研討、社區衛教宣導、電話諮詢統計等資料)	114/3/31
參與醫師三高教育訓練佐證資料	114/4/11

繳交格式請參考114.1.17電子郵件說明

**如不確定繳交資料是否正確，可先mail與本科窗口討論
中區醫療費用一科 張毓芹(D110536@nhi.gov.tw)**

26

在宅急症照護試辦計畫修訂重點1(草案)

項次	修訂項目	113年內容	114年內容
1	醫療服務提供者資格	訪視人員每年4小時繼續教育訓練 每收案20人，照護小組內應至少有1名護理人員具有長照專業訓練Level II資格。	刪除 繼續教育訓練規定 每收案 10人 ，照護小組內應至少有1名護理人員具有長照專業訓練Level II資格。
2	計畫訪視人員	醫師、護理師、藥師、呼吸治療師	除左列人員外，新增 醫事檢驗師、醫事放射師、營養師或其他醫事人員
3	簡化院所申請作業	計畫公告後1個月內提出申請	刪除 1個月內提出申請之限制
4	收案對象	居家、機構及急診個案	新增PAC(急性後期整合照護計畫)居家模式且ADL<60分之個案
5	醫師訪視	醫師應於收案後3天內完成實地訪視	醫師應於收案後3天內及 結案當日 完成實地訪視

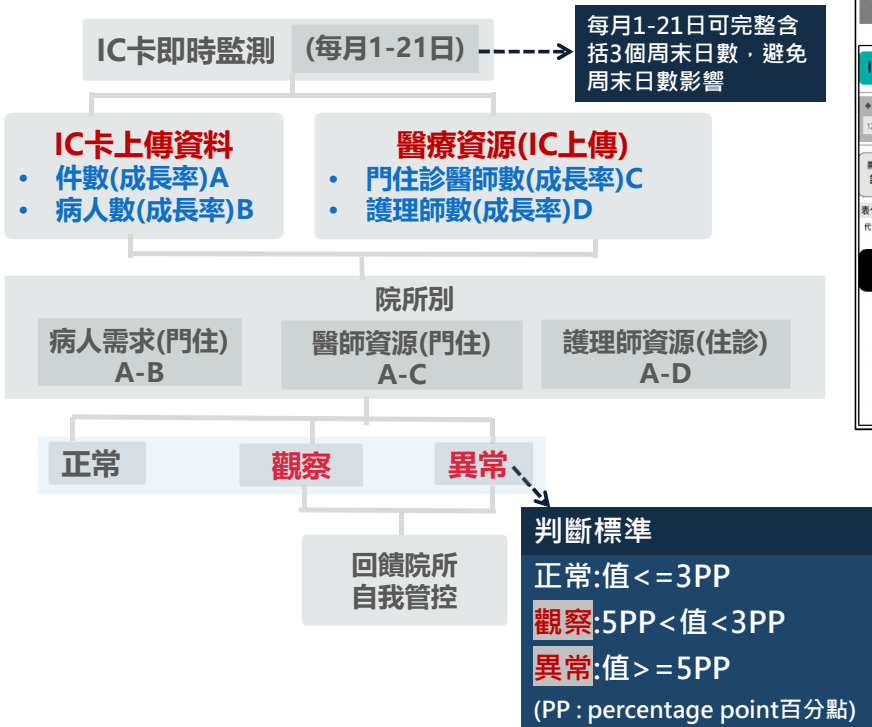
27

在宅急症照護試辦計畫修訂重點2(草案)

項次	修訂項目	113年內容	114年內容
6	長照轉銜	照護小組評估個案有需求時應協助轉介	依計畫附件轉銜長照注意事項辦理，並 應確認個案是否為長照服務對象後通知各縣市照管中心評估調整照顧計畫
7	給付調整	每日護理費假日未加計，天然災害臨時宣布停班期間已緊急訪視費額度申報 逾目標天數且未達上限天數，每日醫療費及每日護理費折付50% 床側檢驗檢查加成項目無胸腔X光	每日護理費 假日加計20% ，天然災害臨時宣布停班期間 加計50% 折付成數調升 ：每日醫療費折付 60% ，每日護理費折付 75% 床側檢驗檢查加成項目新增 胸腔X光
8	照護天數調整	肺炎照護目標天數7天，上限14天； 軟組織感染照護目標天數6天，上限8天	調整肺炎目標天數為 10天 ；軟組織感染目標天數 7天 ，上限天數 9天
9	獎勵金	--	明訂不符收案條件者，不予支付回饋獎勵金規定

28

即時監測模式



公告及轉請配合事項

健保醫療資訊雲端查詢系統

- 「健保醫療資訊雲端查詢系統1.0版本」**展延至114年7月1日0時**起停止服務。
- 為增加使用者登入雲端系統便利性，本署現行健保資訊網服務系統(VPN)首頁及醫事人員專區之「健保醫療資訊雲端查詢系統(首頁版)」(雲端系統1.0)，連結到**單一入口網頁**，提供雲端系統各項服務。

「健保醫療資訊雲端查詢系統」
單一入口網頁



31

健保卡資料上傳格式2.0

■ 中區醫院改版情形(截至114年1月10日統計資料)

層級別	已改版家數(比例)	未改版家數(比例)	總計
醫學中心	6 (100%)	0	6
區域醫院	7 (39%)	11 (61%)	18
地區醫院	60 (77%)	18 (23%)	78
總計	73 (72%)	29 (28%)	102

- 中華民國113年10月23日健保醫字第1130664915號函，「健保卡資料上傳格式2.0作業」調整排程檢查之上傳就醫識別碼規定。

- 請各醫院**儘速完成健保卡格式2.0改版**。

32

請至本署VPN系統維護「掛號網址」

- 為便利民眾及身心障礙人士，於健保快易通APP友善就醫查詢專區及本署全球資訊網查詢特約醫療院所掛號資訊
- 請至本署VPN系統維護「掛號網址」，並於網址變更時同步維護

路徑：VPN登錄 / 醫務行政 / 看診資料及掛號費維護

 看診資料及掛號費維護	
備註說明	「掛號費」係醫療機構依醫療法規定向民眾收取並於明顯處揭示收費額，爰鼓勵特約醫院、診所於健保資訊網服務系統(VPN)登載相關資訊，非前述法規涉屬機構，爰尚不收載。
院所掛號 網址	

33



提案1、2 中區醫院前瞻性預算 管理方案 (詳方案內容)

--114年1月21日共管會議決議通過--

34

114年醫院總額共管會議委員代表名單

114/01/15修

分會主責
審品組

層級	席次	資格屬性	院所名稱	姓名	職稱	代理人_順位1	代理人_順位2
1-醫中	1	1-委員代表	臺中榮總	傅雲慶	院長	姚鈺任秘書	黃金安主任
1-醫中	2	1-委員代表	臺中榮總	姚鈺	主任秘書	黃金安主任	林惠美組長
1-醫中	3	1-委員代表	彰基	陳穆寬	總院長	林慶雄副院長	賴淑芬主任
1-醫中	4	1-委員代表	彰基	陳美女	副院長	賴淑芬主任	林慶雄副院長
1-醫中	5	1-委員代表	中國附醫	周德陽	院長	方信元副院長	陳章成主秘
1-醫中	6	1-委員代表	中國附醫	莊春珍	主任	蘇芳儀	黃秀娟
1-醫中	7	1-委員代表	中山附醫	蔡明哲	院長	黃文駿副院長	孫永昌主任
1-醫中	8	1-委員代表	中山附醫	黃文駿	副院長	孫永昌	蔡惠芳
2-區域	1(固定)	1-委員代表	澄清綜合醫	周思源	總院長	李佳珂主任	馮惠滋主任
2-區域	2(固定)	1-委員代表	童綜合醫院	童瑞龍	副董事長	郭敏勇醫事管理部主任	李秀娟
2-區域	3(固定)	1-委員代表	秀傳	陳秀珠	營運長	黃士維總院長	顏鴻章院長
2-區域	4(固定)	1-委員代表	光田綜合	陳子勇	院長	吳瑞堂副院長	廖郁純副主任
2-區域	5(固定)	1-委員代表	台中慈濟	簡守信	院長	邱國樑醫務秘書	蔡森純主任
2-區域	6(輪值第1組-與會)	1-委員代表	林新醫院	林仁卿	院長	林明輝 執行長	陳雲娥 策略長
2-區域	7(輪值第1組-與會)	1-委員代表	部南投	洪弘昌	院長	洪世昌 副院長	莊芳芳 醫務秘書
2-區域	8(輪值第1組-與會)	1-委員代表	大里仁愛	王瑞欽	副院長	鄭猛聰副執行長	許玉媛課長
3-地區	1	1-委員代表	員林何醫院	何黎星	院長	地區醫院協會決議順位代理人員名單 1. 佑民醫院：謝佳芸院長 2. 宏仁醫院：王斯弘總院長 3. 竹山秀傳醫院：莊碧焜院長 4. 仁和醫院：謝明惠院長 5. 台安醫院：蘇主恩主任	
3-地區	2	1-委員代表	茂盛醫院	李茂盛	院長		
3-地區	3	1-委員代表	佑民醫院	謝文輝	董事長		
3-地區	4	1-委員代表	員榮醫院	張克士	院長		
3-地區	5	1-委員代表	勝美醫院	陳志強	院長		
3-地區	6	1-委員代表	靜和醫院	周國旭	院長		
3-地區	7	1-委員代表	竹山秀傳醫	謝輝龍	榮譽院長		
3-地區	8	1-委員代表	清泉醫院	羅永達	榮譽院長		

35

醫院總額結算預算項目

114年專款項目

1. 暫時性支付(新藥、新特材)
2. C型肝炎藥費
3. 罕見疾病藥費' 罕見疾病特材' 血友病藥費
4. 後天免疫缺乏病毒治療藥費
5. 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質
6. 醫療給付改善方案
7. 急診品質提升方案
8. 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)
9. 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案
10. 全民健保資源不足地區醫療服務提升計畫
11. 鼓勵院所建立轉診合作機制
12. 網路頻寬補助費用 醫院(改公務預算)
13. 腹膜透析追蹤處置費及APD租金
14. 住院整合照護服務試辦計畫(改公務預算)
15. 精神科長效針劑藥費
16. 鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫
17. 因應長新冠照護衍生費用(移列一般服務項目)
18. 因應肺結核疑似陽性個案後續健保費用擴增(移列一般服務項目)
19. 促進醫療服務診療項目支付衡平性(移列一般服務項目)
20. 癌症治療品質改善計畫(改公務預算)
21. 慢性傳染病照護品質計畫(改公務預算)
22. 持續推動分級醫療、優化社區醫院醫療服務品質及量能
23. 健全區域級以上醫院門住診結構、優化重症照護量能
24. 地區醫院全人全社區照護計畫
25. 區域聯防-主動脈剝離手術照護、腦中風經動脈內取栓
26. 抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫
27. 品質保證保留款

一般服務項目

代辦

114年其他預算

1. 基層總額轉診型態調整費用
2. 山地離島地區醫療給付效益提升計畫
3. 居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務
4. 支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費
5. 支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費
6. 推動促進醫療體系整合計畫
7. 調節促預期風險及其他非預期政策改變所需經費
8. 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
9. 提供保險對象收容於矯正機關這支醫療服務計畫
10. 腎臟疾病照護及病人衛教計畫
11. 提升保險服務成效
12. 提升用藥品質之藥事照護計畫費
13. 因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能

36

(提案一) 114年中區醫院目標點值設定

- ◆ 114年醫院總額成長率為**5.5%**，一般服務項目成長率為**6.237%**
- ◆ 目標點值設定為**0.98**
- ◆ 114年醫院總額一般服務預算四季重分配，如下表

季別	113年	114年
Q1	23.97%	24.01%
Q2	24.15%	24.99%
Q3	25.74%	25.30%
Q4	26.13%	25.61%

因預算4季占率重分配，114Q1及Q2預算成長幅度較高，114Q3及Q4較低

一般服務項目總額成長率
6.237%
(337.48億)



中區分配約占率
(18%)



60.74億
(中區每季平均約15.18億)

37

(提案二) 114年醫院總額前瞻式預算管理方案

目的

- 鼓勵醫院**積極自主管理**，提升醫療服務審查效率
- 預知可支配總額，合理自我管控，降低醫院財務衝擊



推動時程

- 自費用年月114年第1季至第4季

參與醫院

- 中區所有醫院均參與



38

審查作業-專業審查分級作業

一、分級審查程序設定

- 全部醫院(不含新設立及違規醫院)進入專業審查程序。
- 依113年季平均申報點數設定6千萬點以上醫院和6千萬點以下醫院之分群，其樣本依例行隨機抽樣產生。
- 依據當季分級審查項目總申報點數（含送核及補報）較去年同期申報點數成長率，設定分級審查送審比率。

二、分級審查送審比率訂定

分級	當季分級審查項目申報醫療費用點數較113年同期成長率	季平均申報點數分群-分級送審比率	
		6千萬點以上醫院	6千萬以下醫院
A	0%以下	10%	10%
B	0%~1%(含)	30%	
C	1%~2%(含)	50%	20%
D	2%~3%(含)	70%	30%
E	3%~4%(含)	100%	50%
F	4%~5%(含)		70%
G	5%以上		100%

39

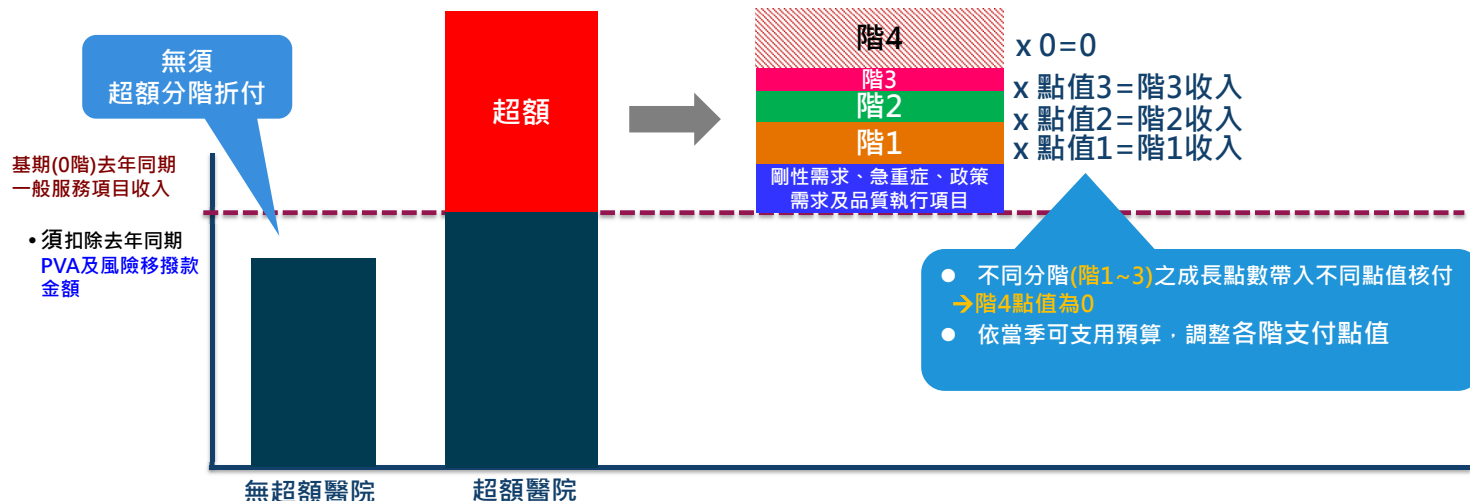
審查作業-審查管理類別

醫院類別	審查管理類別
全部醫院 (不含新設立醫院及違規醫院)	依據分級審查作業，減量抽審(完整季之3抽1)
違規醫院	不符分級審查作業，採逐月審查(12個月)且送審比率100%
新設立醫院	✓ 自特約當季及有完整季申報資料之第1季採逐月且送審案件比率100% ✓ 第2季-第8季，採減量抽審(完整季之3抽1) 且送審比率100% ✓ 第9季起列入分級審查作業，惟第5-8季之整體送核初核減率若大於全體醫院85百分位，則第9-12季仍採送審比率100%。
長期使用呼吸器醫院	✓ 依據長期使用呼吸器管理方案進行目標點數管理、平時考核及實地評量作業

40

中區醫院前瞻式預算管理方案執行架構

基期設定後剩餘預算，採用分階折付分配。



41



基期設定(0階)

1

去年同期(114年以**113年**): 門、住診送核、補報、申復、追扣、補付、爭議審議核定案件之一般服務項目收入。

2

各院基期收入須扣除去年同期「**藥品給付協議返還金額PVA**」及**風險移撥款金額**，再依共管會議決議之**點值調整** (計算方式詳方案p.3範例)

3

若當季一般服務項目申報點數**低於**去年同期收入，則以當季一般服務項目申報點數為基期。

42

新設立醫院預算設定

- 自特約日當季及有**完整季申報資料之第1-4季**，基期收入另行計算。
- 新成立醫院病床開設期程如集中於第4季之後，第5-8季得由本組評估後另通知醫院採以下原則協商議定基期收入。
- 新成立醫院如實際開床情形**不如預期或占床率低於同儕者**，本組得以下修基期點數。



- 計算原則如下，並得依新醫院**病床開設期程**另行商訂：
 - (1) **住診額度**：依據本署醫管檔之急性病床(**急性一般病床、急性精神病床**)、**特殊病床(加護病床)**開放床數，參考中區**同規模醫院**之平均每床醫療費用及占床率計算住診額度。
 - (2) **點數額度計算** = 開床數 × 同儕占床率 × 同儕平均每人日點數 × 該季日數
- **門住整體額度**：**住診額度 × 2**

43

特定排除列計項目1-**剛性需求**(1/2)

剛性需求各項目較基期成長差值-**正值反映**、負值不反映

項次	項目	給付條件及支付費用計算
1	生產及安胎	(當期生產安胎案件點數 - 去年同期生產安胎案件點數) × 去年同期結算平均點值
2	精神科住院案件	✓ 必要條件：當期精神科住院人日數 > 去年同期精神科住院人日數 ✓ 支付費用：以下A、B， 取小值給付 A. (當期精神科住院一般服務項目 申報點數 -去年同期精神科住院一般服務項目 申報點數) × 去年同期結算平均點值 B. (當期精神科住院人 日數 -去年同期精神科住院人 日數) × 該院去年同期精神科住院每人日一般服務項目 申報點數 × 去年同期結算平均點值

44

特定排除列計項目1-剛性需求(2/2)

項次	項目	給付條件及支付費用計算
3	安寧(住院、共照、緩和諮詢及預立醫療照護諮商)	(當期點數 - 去年同期點數) × 去年同期結算平均點值
4	新生兒與其他源於週產期病態之新生兒(含早產兒) MDC15	✓ 必要條件: A. 部分負擔代碼為902(三歲以下兒童醫療補助計畫)或903(新生兒依附註記方式就醫者) B. MDC15之住院案件 ✓ 支付費用: (當期MDC15之一般服務項目申報點數-去年同期MDC15之一般服務項目申報點數) × 去年同期結算平均點值

45

特定排除列計項目2-急重症需求(1/2)

- ◆ 急重症(列計14項)設定預算為該季一般服務項目總額預算0.7%，超出預算則各醫院等比例浮動調整。急重症預算上限依第1季申報概況採滾動式調整。
- ◆ 各項目正、負值皆反映，各項目正負值加總後，仍為負值不扣減，正值反映。
- ◆ 採計費用：
(當期點數-去年同期點數) × 去年同期結算平均點值

46

特定排除列計項目2-急重症需求(2/2)

1. 癌症化療含口服及注射醫令藥費
2. 住院重大創傷手術
3. 住院癌症手術
4. 門診急診檢傷分類一、二級(需反映專審不合理比率)
5. 住院急性腦血管疾病發作一個月內之案件(符合相關診斷且重大傷病代碼011)
6. 急性心肌梗塞(符合相關診斷及處置之部分醫令)
7. 主動脈剝離(符合相關診斷及處置之部分醫令)
8. 心臟瓣膜手術(符合相關診斷及處置之部分醫令及特材)
9. 植入性心臟去顫器(符合相關診斷及處置之部分醫令及特材)
10. 主動脈瘤、急性心肌炎及末期心衰竭(符合相關診斷及處置之部分醫令及特材)
11. 葉克膜體外循環輔助系統 ECMO
12. 主動脈內氣球幫浦 IABP
13. 承作PAC住院個案一般服務項目
14. 當季使用生物相似性藥與原廠藥之「藥費差額」點數

各項目操作型定義
詳方案p.6-7

47

特定排除列計項目3-擴床醫院預算設定

◆ 預算上限：當季總額預算之**0.2%**

◆ 申請程序：

- 醫院欲擴床，其病床別占床率於前一年(不含1月及2月)10個月平均達**85%**。
- 醫院須提出**擴床計畫**至本組，經試算評估相關數據，並提案至**共管會議決議通過**，始可採計列入當期剛性需求列計項目。

◆ 適用申請病床別及條件：

病床別	條件
急性一般病床 (不含精神急性一般病床)	✓ 300床以上:新增≥30床 ✓ 100-299床: 新增≥20床 ✓ 99床以下: 新增≥10床
加護病床 (不含精神加護病床)	✓ 新增≥10床 ✓ 限設有24小時急診之地區以上層級醫院

註:精神科住院案件成長點數已列入剛性需求項目保障，不予重複計算

48

特定排除列計項目4-品質指標(1/2)

◆ 預算上限為當季總額預算0.15%，本組得以配合政策推展之需，予以修訂執行項目及操作型定義。

增修	指標編號	項目	屬性
修改	N4_0201	以病例組合校正之住院案件出院後三日再急診率(TW-DRGs V3.4版)(+/-)	負向
修改	N4_0301	以病例組合校正之住院案件出院後十四日再入院率(TW-DRGs V3.4版)(+/-)	負向
沿用	N4_11	同院所急、慢性精神病人出院30日內門診追蹤率(+)	正向
修改	N4_26	健保醫療資訊雲端查詢系統推動作業考核方式(+)	正向
修改	N4_27	推動健保醫療服務無紙化審查方案(+/-)	正向
修改	N4_32	門診檢查(驗)合理區間內再執行率(-)	負向
沿用	N4_34	即時查詢病患就醫資訊方案_即時上傳檢驗(查)結果(+)	正向
沿用	N4_35	病患死亡前安寧利用率(+)	正向
修改	N4_37	居家安寧療護服務獎勵(+)	正向
沿用	N4_38	即時查詢病患就醫資訊方案_即時上傳醫療檢查影像(+)	正向

列入21項・沿用5項・
修訂10項・新增6項

49

特定排除列計項目4-品質指標(2/2)

增修	指標編號	項目	屬性
修改	N4_39	虛擬健保卡推動計畫(+)	正向
修改	N4_41	糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案照護獎勵(+)	正向
沿用	N4_44	住院精神科病人申報出院準備於30日內轉銜精神社區復健(+)	正向
新增	N4_45	住院病人接受出院準備且進行長照2.0需求評估比率(+)	正向
修改	N4_46	落實分級醫療-下轉地區醫院和診所件數(純慢性病、非重大個案)(+)	正向
新增	N4_47	急性後期整合照護計畫下轉人數(+)	正向
修改	N4_48	重要計畫推展經驗分享會(如在宅急症、雲端查詢、居家安寧、R2在宅醫療、R3偏鄉資源整合、地區全人全社區等)(+)	正向
新增	N4_49	急診照護監測(急診病人停留超過24小時、48小時比率)(+/-)	負向
新增	N4_50	慢性病處方箋再調劑率(+)	正向
新增	N4_51	地區醫院慢性病連續處方箋開立件數或開立比率(+)	正向
新增	N4_52	門診年復健次數 > 180 次之案件數(-)	負向

各項指標操作型
定義及考核方式
待公告

50

特定排除列計項目5-政策保障項目

- ◆ 如有**政策推展**需提至共管會議討論議定後，始得動支，其整體**預算上限3000萬**
- ◆ 若有需要配合推展之政策獎勵，請分會凝聚共識，提案討論。



51

階1各院**指標加權成長率**計算方式

指標項目	門診指標成長率					住診指標成長率				支付標準 及 藥價 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				
	門診 人數 成長率	門診 人次 成長率	執登 醫師 人數 成長率	看診 醫師 人數 成長率		住院 人數 成長率	住院 人日 成長率	護理 人數 成長率	住診 CMI 成長率			
權重	65%	10%	20%	5%	100%	20%	60%	20%	100%			
統計區間	當期 v.s.基期之成長率										各院基期一般 服務案件經支付標準調整之 差額比率	114年 4.344%

各院**指標加權成長率**=門住合計成長率+ **支付標準及藥價**調整率+當年度醫院總額醫療服務成本及人口因素成長率

52

範例-各院指標加權成長率

醫院	門診歸戶人數 (門65%)	門診人次 (門10%)	醫師數 (門20%)	看診醫師數 (門5%)	門診 CMI值	住院歸戶人數 (住20%)	住院人日 (住60%)	護理人數 (住20%)	住院 CMI值	支付標準調整率	醫療服務成本及人口因素成長率
A醫院 (較去年同期成長率)	4.59%	5.63%	3.76%	-2.80%	-0.4%	8.76%	9.33%	-2.39%	-0.79%	0.00%	4.344%
B醫院 (較去年同期成長率)	5.60%	5.91%	1.31%	1.36%	-0.26%	-2.5%	-3.59%	-2.75%	-1.2%	0.00%	4.344%

1. **門診指標成長率** = 門診人數成長率×65% + 門診人次成長率×10% + 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

A醫院(門診) : $(4.59\% \times 0.65) + (5.63\% \times 0.1) + (3.76\% \times 0.2) + (-2.8\% \times 0.05) + (-0.4\%) = 3.7585\%$

B醫院(門診) : $(5.6\% \times 0.65) + (5.91\% \times 0.1) + (1.31\% \times 0.2) + (1.36\% \times 0.05) + (-0.26\%) = 4.301\%$

2. **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

A醫院(住診) : $(8.76\% \times 0.2) + (9.33\% \times 0.6) + (-2.39\% \times 0.2) + (-0.79\%) = 6.082\%$

B醫院(住診) : $(-2.5\% \times 0.2) + (-3.59\% \times 0.6) + (-2.75\% \times 0.2) + (-1.2\%) = -4.404\%$

3. **門住合計成長率** = (門診指標成長率×門診占率) + (住院指標成長率×住診占率)

A醫院門住合計成長率 : $(3.7585\% \times 0.48) + (6.082\% \times 0.52) = 4.9667\%$

B醫院門住合計成長率 : $(4.301\% \times 0.5) + (-4.404\% \times 0.5) = -0.0515\%$

4. **各院指標加權成長率** = 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

A醫院指標加權成長率 : $4.9667\% + 0\% + 4.344\% = 9.3107\%$

B醫院指標加權成長率 : $-0.0515\% + 0\% + 4.344\% = 4.2925\%$

53

可分配預算

階1級距上限及階2階3級距

- [0階 + 超額]較基期一般收入成長率 (Y)** : 該季預算排除交付費用、自墊核退、之前季別核付金額及特定排除列計項目費用後，相較基期一般收入之成長率。

階1上限	[0階+超額]較基期一般服務收入成長率(Y)	
	$Y \leq 2.5\%$	$Y > 2.5\%$
	2.5%	Y

- 醫院整體成長率 (Z)** : 所有醫院當期一般服務點數相較基期一般收入之成長率。

調整項目	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%

54

階1階2階3-各院指標加權成長率上限

調整項目	[0 階+超額]較基期一般收入成長率(Y)				
	Y≤2.5%	Y>2.5%			
階 1 上限	2.5% A	Y B			
調整項目	醫院整體成長率(Z)				
	Z≤4%	4%<Z≤5%	5%<Z≤6%	6%<Z≤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%

- **[0階+超額]較基期一般收入成長率(Y)**：該季預算排除交付費用、自墊核退、之前季別核付金額及特定排除列計項目費用後，相較基期一般收入之成長率。
- **醫院整體成長率(Z)**：所有醫院當期一般服務點數相較基期一般收入之成長率

範例：

假設該季預算255億，醫院申報270億，交付11億，自墊核退+特定排除列計項目(剛性需求+急重症)1.5億，去年醫院部門同期收入230億(不含交付)，則

- 階1上限(Y)為：【(255-11-1.5)/230】-1=5.43% **B**
- ✓ A醫院指標加權成長率：5.017%+0%+4.179%=9.3107% → 上限為5.43% **B**
- ✓ B醫院指標加權成長率：-0.0360%+0%+4.179%=4.2925% → 未超出上限仍為4.2925%
- 醫院整體成長率(Z)：270億/230億-1=17.39%，17.39%>7%，所以階2、階3級距各為3%

55

階1級距可增加值-季申報4億以上醫院適用

舉例說明：

A醫院執登醫師成長率3.76%+護理成長率

-2.39%=1.37%

A $0\% < v \leq 2\%$		$2\% < v \leq 5\%$		$v > 5\%$	
w	階1級距增加值	w	階1級距增加值	w	階1級距增加值
$w \leq 2.0\%$	0.0%	$w \leq 2.0\%$	0.0%	$w \leq 2.0\%$	0.0%
$2.0\% < w \leq 4.0\%$	0.4%	$2.0\% < w \leq 3.5\%$	0.4%	$2.0\% < w \leq 3.0\%$	0.4%
$4.0\% < w \leq 6.0\%$	0.8%	$3.5\% < w \leq 5.0\%$	0.8%	$3.0\% < w \leq 4.0\%$	0.8%
$6.0\% < w \leq 8.0\%$	1.2%	$5.0\% < w \leq 6.5\%$	1.2%	$4.0\% < w \leq 5.0\%$	1.2%
$8.0\% < w \leq 10.0\%$	1.6%	$6.5\% < w \leq 8.0\%$	1.6%	$5.0\% < w \leq 6.0\%$	1.6%
$w > 10.0\%$	2.0%	$8.0\% < w \leq 9.0\%$	2.0%	$6.0\% < w \leq 7.0\%$	2.0%
		$9.0\% < w \leq 10.0\%$	2.3%	$7.0\% < w \leq 8.0\%$	2.3%
		$w > 10.0\%$	2.5%	$8.0\% < w \leq 9.0\%$	2.6%
				$9.0\% < w \leq 10.0\%$	2.8%
				$w > 10.0\%$	3.0%

v值	A 1.37%
指標加權成長率(a)	9.3107%
指標加權成長率上限(b)	5.43%
w值(即a-b)	3.8807%

- 對應左表，階1級距增加值為0.4%
- 則A醫院階1指標加權成長率上限為5.43%+0.4%=5.83%
- B醫院執登醫師成長率1.31%+護理成長率-2.75%=-1.44%

沒有可增加值

【執登醫師數成長率+護理人數成長率】(v值)
【各醫院指標加權成長率】-【指標加權成長率上限】(w值)

56

階1級距可增加值-季申報4億以下醫院適用

0% < v ≤ 2%		2% < v ≤ 5%		5% < v ≤ 10%		v > 10%	
w	階1 可增加值	w	階1 可增加值	w	階1 可增加值	w	階1 可增加值
w ≤ 2.0%	0%	w ≤ 2.0%	0%	w ≤ 2.0%	0%	w ≤ 2.0%	0%
2% < w ≤ 4%	0.4%	2% < w ≤ 3.5%	0.4%	2% < w ≤ 3%	0.4%	2% < w ≤ 2.75%	0.4%
4% < w ≤ 6%	0.8%	3.5% < w ≤ 5%	0.8%	3% < w ≤ 4%	0.8%	2.75% < w ≤ 3.5%	0.8%
6% < w ≤ 8%	1.2%	5% < w ≤ 6.5%	1.2%	4% < w ≤ 5%	1.2%	3.5% < w ≤ 4.25%	1.2%
8% < w ≤ 10%	1.6%	6.5% < w ≤ 8%	1.6%	5% < w ≤ 6%	1.6%	4.25% < w ≤ 5%	1.6%
w > 10%	2.0%	8% < w ≤ 9%	2.0%	6% < w ≤ 7%	2.0%	5% < w ≤ 5.75%	2.0%
		9% < w ≤ 10%	2.3%	7% < w ≤ 8%	2.3%	5.75% < w ≤ 6.5%	2.3%
		w > 10%	2.5%	8% < w ≤ 9%	2.6%	6.5% < w ≤ 7.25%	2.6%
				9% < w ≤ 10%	2.8%	7.25% < w ≤ 8%	2.8%
				w > 10%	3.0%	8% < w ≤ 9.75%	3.0%
						9.75% < w ≤ 10.5%	3.3%
						10.5% < w ≤ 11.5%	3.6%
						11.5% < w ≤ 12.5%	4.0%
						12.5% < w ≤ 13.5%	4.3%
						13.5% < w ≤ 15%	4.6%
						w > 15%	5%

【執登醫師數成長率+護理人數成長率】(v值)

【各醫院指標加權成長率】-【指標加權成長率上限】(w值)

57

分階折付

◆ 醫院階1、階2、階3、階4之點數依點值0.75、0.5、0.25、0給付之總金額

◆ 預算不足 (從階3→階2→階1開始下修)

由左至右依序下修	階3	階2	階1	階3	階2	階1	階3	階2
點值下限	0.2	0.45	0.7	0.15	0.4	0.65	0.1	0.35

階1、階2、階3、階4給付點值最多下修至0.65、0.3、0、0

◆ 預算剩餘(從階1→階2→階3開始上修)

由左至右依序下修	階1	階2	階3	階1	階2	階3	階1	階2	階3
點值下限	0.85	0.55	0.3	0.9	0.6	0.35	0.95	0.65	0.4

依階1、階2、階3的順序增加點值0.05，直到預算用完，惟階1、階2、階3點值最多上調至1，階4點值仍維持0

58

其他監測項目(一): 釋出處方醫療費用管理

- ◆ 各家醫院當季**釋出處方醫療費用點數**以較基期成長**7%**為上限。
- ◆ 併入總費用後，未超出基期則不核減。

- 計算方式:

- 「交付成長>7%應扣減數額」與「當期(一般服務點數+交付)相較於基期(一般服務收入+交付)超出數額」取較小值核扣。

59

其他監測項目(二): 不當轉診(人球)監測

- ◆ 因應人球監測:

- 如有申訴成案有**不當轉診(人球)**情形，不予保障基期，改依結算前之中區醫院預估整體平均點值支給。



60

其他監測項目(三): 單價監測

◆ 人數下降且高單價成長，下修基期

- ✓ 為避免醫院**怠工**或僅**衝單價**，醫院合理成長率指標中歸戶人數成長率如低於**-5%**者，依下列方式調整（門、住診分別計算）
1. 基期單價(D) = 基期一般服務點數 ÷ 基期歸戶人數
 2. 當期單價(E) = 當期一般服務點數 ÷ 當期歸戶人數
 3. 單價成長率($F = E / D - 1$) > {CMI成長率+支付標準調整率}及5%較大者(G)，下修0階給付點數
 4. 下修點數：**當期歸戶人數 × D × (F-G) × 基期平均點值**
最多下修至基期收入(0階) 1點0.94元或該院當季申報一般服務項目點數取小值。

61

特殊醫院調整(一): 小型醫院費用波動調控

- ◆ 當季一般服務項目申報點數**小於 6,000萬**之醫院，倘該院**虛擬實付點值 < 0.9**，回補至該院**虛擬實付點值至 0.9**。
 - 每季個別醫院回補**上限250萬**
 - 整體回補**上限為3,000萬**
- ◆ 有以下情形，則不進行回補：
 - **因人數減少單價過高，而下修基期者**
 - **有涉違規事件揭露新聞事件(本署查核單位、檢調相關單位或經司法單位判定結果須處以罰則)**

◆ 虛擬實付點值定義：

- $\{(\text{階0} + \text{品質及政策獎勵、剛性需求、急重症} + \text{階1} \sim \text{階3}) \times \text{預設點值}\} \div (\text{當季一般服務項目申報點數} - \text{當季初核核減點數} - \text{呼吸器管理方案核減點數})$

62

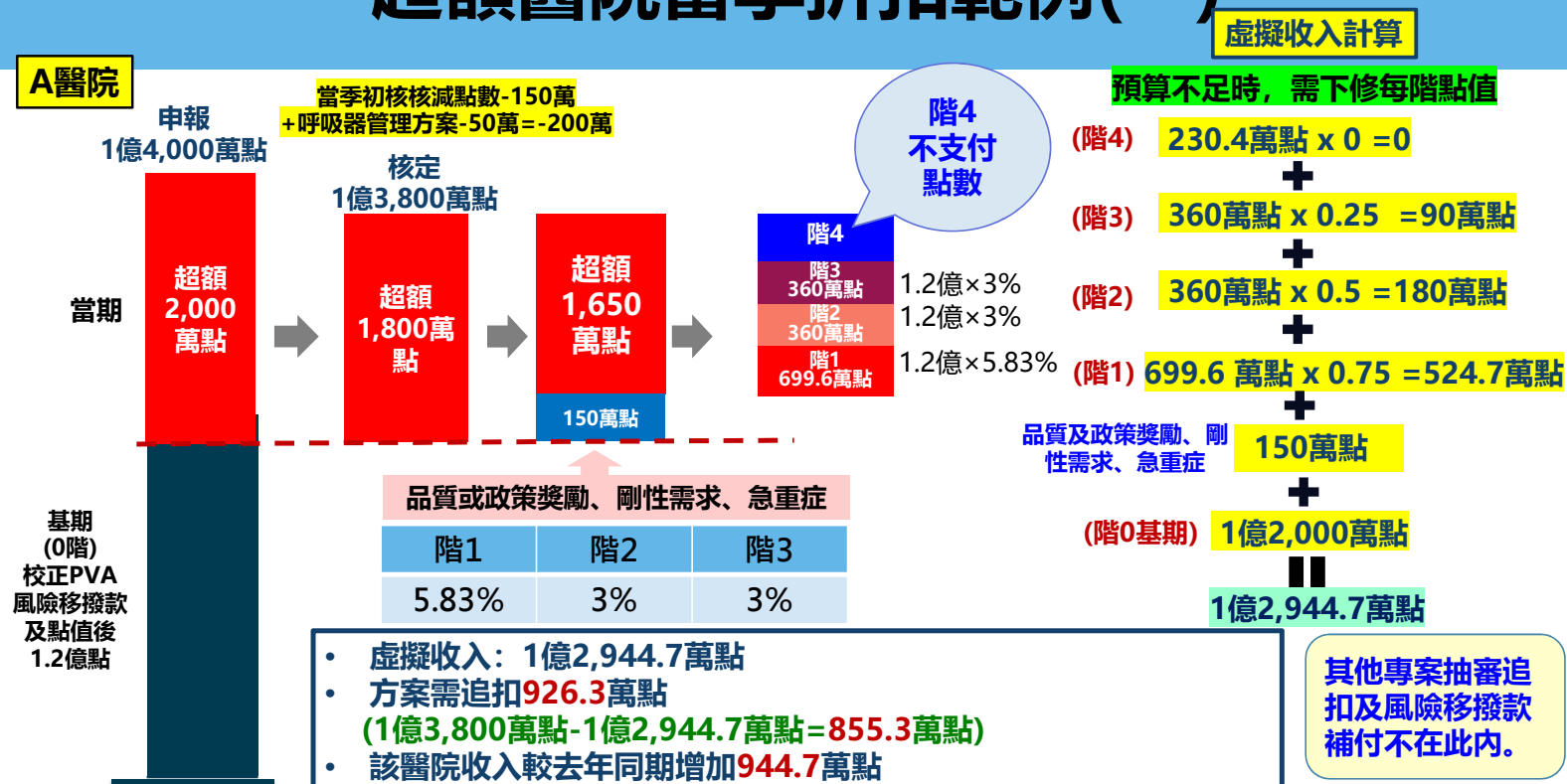
特殊醫院調整(二)

◆「暫時性住院容量調整」下修基期及未來期別同額預算回補：

- 採醫院申請制
- 醫院若經衛生主管機關核備之關床，且各院關床病床號連續10週以上未使用，可申請下修基期。
- 恢復服務時，歸還至「下修季別之來年同期」

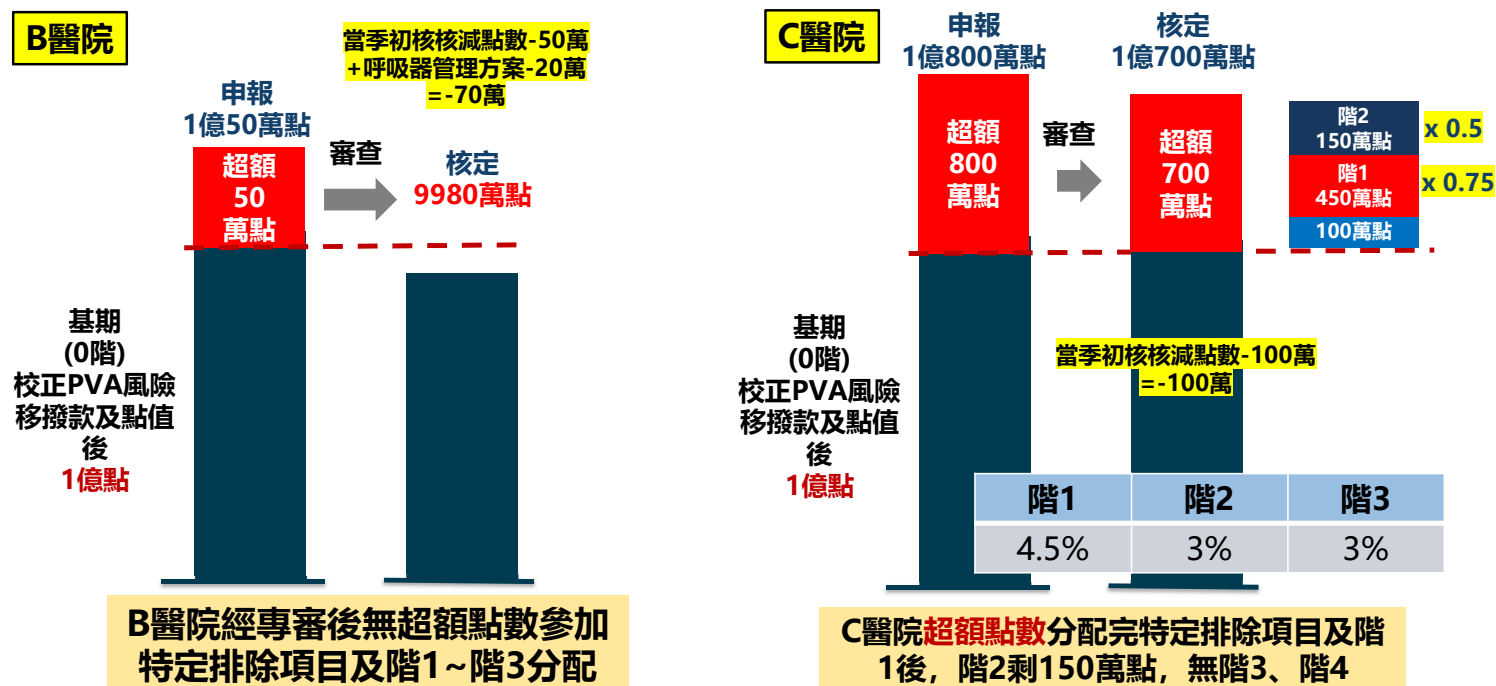
63

超額醫院當季折扣範例(一)



64

超額醫院當季折扣範例(二)



65

其他事項

- 若欲修訂本方案相關執行作業規定，須先透過分會層級代表取得具體共識後，始得提本組及中區分會共管會議討論議定。
- 挑戰：
因預設點值已提高至0.98，執行新方案須先做大筆核減(折付)，於3個月後之署本部點值結算始補付，故醫院須留意財務金流應做準備。
例如：114年第1季中區管理方案會在6月底做管理方案核減，署本部點值結算在同年9月。



66



提案3

114年風險移撥款

--114年1月21日共管會議決議通過--

67

114年風險移撥款指標項目

- 延續113年執行項目，新增R4術後加速康復(ERAS)、R1-5到院前救護車心電圖判讀跨院合作。
- 輪流R1區域聯防「主責醫院」
- 指標R4「ERAS術式」：4個科別各擇定1項術式**骨科**(全人工關節置換術)、**大腸直腸外科**(大腸直腸癌手術)、**胸腔外科**(肺部腫瘤切除術)及**泌尿科**(腎臟腫瘤切除術)

	(R1)區域聯防		(R2) 在宅醫療	(R3) 偏鄉資源整合	(R4) 術後加速康復 (ERAS)
	4項 急重症疾病	(R1-5) 到院前救護車心電圖 判讀跨院合作			
增刪	沿用	新增	沿用	沿用	新增
計畫目的	避免延誤急診重大疾病治療黃金時間，維持目前溝通管道，針對無法尋得接收醫院，由主責醫院安排	縮短急性心肌梗塞治療時間，提升存活率及治療效果	強化連續性健康照護及多樣化服務型態，精進提升機構住民醫療照護品質	精進偏鄉醫療整合照護，提供因地制宜在地化醫療服務	在手術過程，減緩術後不適，加速身體機能康復，進一步降低手術併發症
114年 主責 醫院	R1-1 急性心肌梗塞	中山附醫	規劃中	評選	評選(區域以上且有意願醫院)
	R1-2 重大外傷	臺中榮總			
	R1-3 高危險妊娠	彰基			
	R1-4 新生兒重症	中國附醫			

訂於114年2月14日前繳交計畫書至分會

68

(R4)術後加速康復(ERAS)

◆ 經調查有意願擔任主責醫院及建議推廣ERAS術式

科別	術式	有意願擔任主責之醫院
骨科	骨科手術	中國附醫
	脊椎手術Spine surgery	台中榮總
	脊椎融合術Spinal fusion	光田
	全人工關節置換 (膝關節, 髖關節)	秀傳
大腸直腸外科	大腸直腸外科手術	光田
		大里仁愛
	大腸癌微創手術	彰基
		中國附醫
胸腔外科	胸腔外科手術	童綜合
	肺部手術	秀傳
	食道癌	中國附醫
	腎臟切除術(Nephrectomy)與 囊腫切除術(Cystectomy)	中山附醫
泌尿外科	膀胱癌切除及重建手術	彰基
	咽顎成形術併舌根縮減術	台中榮總
口腔外科		台中榮總
		中山附醫

評選

4個科別各擇定1項術式

- 骨科
- 全人工關節置換術
- 大腸直腸外科
- 大腸直腸癌手術
- 胸腔外科
- 肺部腫瘤切除術
- 泌尿科
- 腎臟腫瘤切除術

69

(R1)急重症區域聯防

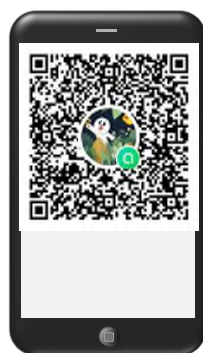
◆ 入團QR CODE及聯絡窗口



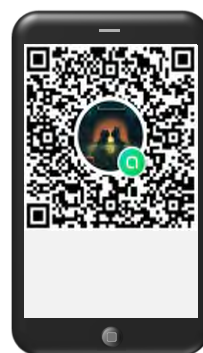
急性心肌梗塞



重大外傷



高危險妊娠



新生兒重症

單位	聯絡窗口	
中山附醫	李小姐	04-24739595 #33309
中區業務組	吳小姐	04-22583988 #6531

單位	聯絡窗口	
臺中榮總	廖小姐	04-23592525 #3667、3602
中區業務組	張小姐	04-22583988 #6528

單位	聯絡窗口	
彰基	朱小姐 紀小姐	04-7238595 #8541
中區業務組	何小姐	04-22583988 #6519

單位	聯絡窗口	
中國附醫	王小姐	0911-563688 (後續提供分機)
中區業務組	林小姐	04-22583988 #6506

70



提案4

114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 -主責醫院和網絡建置費分配方式

--114年1月21日共管會議決議通過--

71

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

- ◆ 二項計畫原列入本組113年風險移撥款指標執行項目，原執行個案管理費係獎勵主責醫院，惟113年7月1日起改列專款項目給付，計畫內容修訂支付獎勵予**收治醫院依轉入個案數**。
- ◆ 上述二項疾病撥付款項延續113年列入專款。
 - ✓ 二項計畫主責醫院各支付**100萬點**。
 - ✓ 二項計畫114年主責醫院維持由4家醫學中心輪流擔任
 - 112年主動脈剝離手術-台中榮總、腦中風經動脈取栓術-中國附醫
 - 113年主動脈剝離手術-彰基、腦中風經動脈取栓術-中山附醫
 - 114年-主動脈剝離手術-**中國附醫**、腦中風經動脈取栓術-**台中榮總**

72



提案5

偏遠地區醫院認定

--114年1月21日共管會議決議通過--

73

114年分區偏遠地區醫院認定原則

- 114年符合「醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則」共8家醫院
- 與113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
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



74



-THANK YOU-