

衛生福利部中央健康保險署南區業務組

「南區醫院總額共管會議」114 年第 1 次會議紀錄

時間：114 年 3 月 14 日(星期五)下午 2 時 10 分

地點：南區業務組 9 樓第一會議室/Teams 視訊會議

主席：林純美組長

紀錄：曾荃璞

陳煒主委

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
陳煒主委	陳煒	劉啓舉委員	劉啓舉
李經維委員	許耿福(代)	歐建慧委員	歐建慧
李麗娟委員	李麗娟	蔡良敏委員	蔡良敏
卓瑩祥委員	卓瑩祥*	鄭天浚委員	鄭天浚
林宏榮委員	林宏榮	鄭名芳委員	鄭名芳
馬惠明委員	林聖哲*(代)	鄭雅敏委員	鄭雅敏
陳正榮委員	陳正榮	賴仲亮委員	賴仲亮*
楊仁宗委員	楊仁宗*	謝景祥委員	謝景祥*

衛生福利部中央健康保險署：

林純美	何尹琳*	黃紫雲	郭俊麟	郭碧雲	吳佩寧
張智傑	許寶茹	林亭儀	呂宛諭	盧羽眉	曾荃璞
張家綾*	陳秀宜*	陳雅惠*	楊韻萱*	李怡君*	沈佩瑩*
陳嘉宏*	許涵琇*	廖俐惇*	林煒傑*		

視訊旁聽人員：轄區醫院

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：113 年 Q4 方案結算、南區生物相似藥申報情形、DM/CKD/DKD 照護率、重要計畫(地區醫院全人全社區照護、HAH)申請及收案現況、待改善指標(急診轉住院滯留>48 小時比率、急診檢傷一或二級滯留>24 小時比率、出院後 3 日內再急診率、西醫可避免住院率、CT/MRI 執行及再執行率、20 類檢查(驗)再執行率等)、ICU/急性一般病床占床率、關床情形及護理人力分布、IC 卡 2.0 預檢進度等。

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	113_4 共管會討論(2)：114 年風險移撥款補助項目操作型定義、預算分配占率及結算方式。	結算時點俟 114 年總額研商議事會議確認一般服務預算四季占率分配後再議。	列為本次會議討論案第一案。	☒ 解除列管 ☐ 持續追蹤

決定：洽悉。

第二案

報告單位：南區業務組

案由：113 年 Q4 南區方案陸之三「依專審核減點數乘 10 倍下修基期收入」之專案項目。

說明：

一、依 111 年南區醫院總額第 4 次共管會議暨 112 年南區醫院總額第 1 次共管會議決議辦理。

二、符合旨揭核扣原則之 **2 項** 專案數據如下表，本次總計應下修 **4 家**、**3,654,900 點**，於 113 年 Q4 方案結算時執行。

異常專案名稱	層級別	醫事機構	清查件數(A)	自行檢視		專審 (針對標的醫令)		核減率 (D/C)	應下修基期 (0 階)點數(D*10)
				同意繳回件數(B)	繳回率(B/A)	抽審點數(C)	核扣點數(D)		
特異過敏原免疫檢驗(30022C)申報合理性	區域以上	A1	250	82	33%	272,160	223,560	82%	
		A2	163	0	0%	264,060	255,960	97%	2,559,600
		A3	140	91	65%	79,380	4,860	6%	
		A4	101	24	24%	124,740	56,700	45%	
		A5	97	27	28%				
		A6	79	75	95%	6,480	6,480	100%	
		A7	78	4	5%	119,880	53,460	45%	
		A8	48	4	8%	71,280	17,820	25%	
		A9	45	12	27%				
		A10	23	14	61%				
		A11	14	9	64%				
		A12	8	8	100%				
		A13	7	5	71%				
		A14	7	0	0%	11,340	1,620	14%	
	地區醫院	B1	64	8	13%	91,692	3,240	4%	
		B2	43	3	7%	68,688	52,488	76%	
		B3	31	31	100%				
		B4	21	17	81%				
		B5	13	2	15%	17,820	16,200	91%	162,000
		B6	13	11	85%				
		B7	11	0	0%	17,820	14,580	82%	
		B8	11	4	36%				
		B9	11	1	9%				
		B10	11	11	100%				
		B11	6	6	100%				

異常專案名稱	層級別	醫事機構	清查件數(A)	自行檢視		專審 (針對標的醫令)		核減率 (D/C)	應下修 基期 (0階)點 數(D*10)
				同意繳 回件數 (B)	繳回率 (B/A)	抽審 點數 (C)	核扣 點數(D)		
		B12	6	0	0%				
		B13	5	2	40%	4,860	4,860	100%	
		B14	4	0	0%				
		B15	4	0	0%				
		B16	1	0	0%				
		B17	1	1	100%				
	小計 (P25 區域=16) (P25 地區=5)		1,316	452	34%	1,150,200	711,828	62%	2,721,600

註：行政檢視排除合理案件後，共計 453 件送專審；標的醫令抽審點數(C)包含行政審查合理案件及送審案件之標的醫令。

異常專案名稱	層級別	醫事機構	清查件數(A)	自行檢視		專審 (針對標的醫令)		核減率 (D/C)	核扣 點數 (E)	應下修 基期 (0階)點 數(E*10)
				同意繳 回件數 (B)	繳回率 (B/A)	抽審 件數 (C)	核扣 件數 (D)			
影像導 管特材 申報數 量不符 給付規 定 (A225-1)	區域 以上	A14	3	1	33%	2	2	100%	40,858	408,580
		A13	2	0	0%	2	2	100%	52,472	524,720
		A7	1	0	0%	1	0	0%		
		A10	1	1	100%					
		A6	1	1	100%					
		A2	1	1	100%					
	小計 (P25 區域=1)		9	4	44%	5	4	80%	93,330	933,300

註：因較難判定標的醫令點數分母值，爰以件數核減率計算是否達 90%。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：南區業務組

案由：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。

說明：

- 一、旨揭計畫 113 年由成大醫院擔任兩項疾病別主責醫院，該院業分別建置腦中風取栓術 EVTTS 平台、主動脈剝離手術 EAADS 平台提供南區區域聯防團隊使用，並持續維運系統作業。
- 二、按 113 年計畫陸之二說明：本計畫為持續性計畫，於新年度計畫核定前，原參與醫院得持續辦理，並以新年度預算支應。經詢署本部，114 年採延續辦理，近期尚無修訂規劃，惟各分區主責醫院仍需完備計畫相關申請流程，並溯自 114 年 1 月 1 日起生效。
- 三、承上，114 年將由成大醫院延續擔任兩項疾病別之主責醫院，協助建置及維運區域聯防線上調度互聯系統，並依南區醫院總額 113 年第 2 次共管會議暨第 1 次院長會議決議之「主責醫院應盡職責及工作項目」持續辦理，俟 114 年計畫公告後，來函提報參與計畫申請書及參與醫院名單。

決定：洽悉。

伍、討論提案

提案一

提案單位：南區業務組

案由：114 年風險移撥款補助項目、預算及結算方式調整，並更正部分項目操作型定義，提請討論。

說明：

- 一、依 114 年醫院醫療給付費用總額及其分配(經 114 年第 1 次醫院總額研商議事會議通過，2 億採歷年風險調整計算六因素及權重、4 億依 107~109 年地區預算 R/S 值平均占率、0.5 億遵健保會決議用於東區等分配方式合計)，南區共獲配 **74,948,800 元**。
- 二、旨揭補助項目之操作型定義及暫定預算配額，原經 113 年 12 月 13 日南區醫院總額 113 年第 4 次共管會議決議通過，惟配合本署陸續公告之重要會議決議及工作推動規劃，尚有以下調整建議：
 - (一) 預定於 114 年 3 月 26 日提健保會討論之 114 年健保抑制資源不當耗用方案，依 1 月 15 日專家諮詢會議建議，原「死亡前安寧利用率」指標改以「居家安寧照護對象在宅善終比率」取代，另考量推行 DNR，呼吸器依賴個案安寧利用自然下降，刪除「呼吸器依賴病人安寧利用率」指標，爰建議比照調整。
 - (二) 為扣合健康台灣「癌症醫療資訊數位轉型」重點工作計畫，透過資料有效互通，達成以病人為中心之完整照護，建議針對具較高導入門檻之「癌藥事前審查以電子病歷(FHIR)申請」項目提供財務誘因，鼓勵醫院投入系統建置。
- 三、依實際獲配額度及前揭需求調整如下：
 - (一) 「呼吸器安寧利用」：僅採計「地區醫院新收呼吸依賴個案 4 個月內安寧諮詢照護率」，配額下修 600 萬改分予「癌藥事前審查以電子病歷(FHIR)申請」400 萬、「加強 DKD 個案照護」200 萬。
 - (二) 「死亡前安寧利用率」：以「居家安寧照護對象在宅善終比率」取

代，配額不變。

(三) 原少估列 136,307 元，統一扣減於「檢驗檢查報告即時上傳」。

(四) 調整後項目預算簡表：

指標項目	額度	占比	細項	
			名稱	額度
偏鄉區域資源連結	11,000,000	14.7%	1、醫不足巡迴論次鼓勵	8,600,000
			2、偏鄉網絡連結整合照護	2,400,000
強化偏鄉早療服務	5,000,000	6.7%		
支持偏遠地區精神醫療	860,556	1.1%		
優化居家醫療，無縫連結長照醫療	19,699,410	26.3%	1、居家新收個案照護論人鼓勵	先支應後兩者所需額度後之餘額
			2、居整跨團隊會議論次鼓勵	依團隊成員數對應獲補上限
			3、鼓勵傷口照護外展 (1) 醫師訪視及視訊指導 (2) 研習會/實作工作坊	2,000,000
加強糖尿病及初期慢性腎臟病(DKD)個案照護	<u>5,000,000</u> (原 3,000,000)	<u>6.7%</u> (原 4.0%)		
C 肝口服新藥治療個案	6,962,522	9.3%		
呼吸器安寧利用	<u>2,521,382</u> (原 8,521,382)	<u>3.4%</u> (原 11.4%)	1、呼吸器依賴個案安寧利用率	6,341,382
			2、地區醫院新收呼吸依賴個案 4 個月內安寧諮詢照護率	<u>2,521,382</u> (原 2,180,000)
死亡前安寧利用	8,422,920	11.2%	<u>居家安寧照護對象在宅善終比率</u>	
連結通訊診療服務	7,150,000	9.5%		
癌藥事前審查以電子病歷(FHIR)申請(114 年新增)	<u>4,000,000</u>	<u>5.3%</u>		
檢驗檢查報告即時上傳	<u>4,332,010</u> (原 4,468,317)	5.8%		
合計	<u>74,948,800</u> (原暫估 75,085,107)	100%		

四、依本署公告 114 年醫院總額預算四季占率，114 年 Q1、Q2 之占率值相較去年同期增幅高於 Q3、Q4，尤以 Q2 為甚。考量南區風險移撥款各院獲補額度係用於抵方案結算之超額點數，爰建議 114 年改採全年統一於 Q4 結算。

五、另「居家安寧照護對象在宅善終比率」及更正項目之操作型定義如附表 1。

決議：

一、刪除「呼吸器依賴病人安寧利用率」指標，原「死亡前安寧利用率」指標改以「居家安寧照護對象在宅善終比率」取代，另新增「癌藥事前審查以電子病歷(FHIR)申請」鼓勵項目。

二、原「呼吸器依賴病人安寧利用率」額度 600 萬，分別配予「癌藥事前審查以電子病歷(FHIR)申請」200 萬及「加強 DKD 個案照護」400 萬。

三、改採全年統一於 Q4 結算，並同意增修之各項操作型定義。

附表 1、114 年風險移撥款新增及更正項目之操作型定義修正對照表

分配項目	修改後	修改前
<u>居家安寧 照護對象 在宅善終 比率</u> (114 年新增 之替代指標)	■ 操作型定義(暫列指標意旨) 居家安寧照護對象於死亡前14日之住院情形,如死亡前住院比率低,則可顯示照護對象已於在宅接受完整居家照護及在宅善終,可減少資源不當耗用。 ■ 目標值: 114.1~114.12 ≥ ○%(抑制資源不當耗用改善方案南區目標值,待署公告)或自身去年同期值成長(擇優,但不含0)。 ■ 分配方式 1. 達標醫院依該院費用占南區整體占率支付。 達標醫院可獲配額度 = $\frac{\text{本項預算額度} \times \text{該院一般服務收入}}{\text{南區醫院一般服務總收入}}$ 2. 未達標醫院,但利用率介於112年南區同期值與114年目標值之間者,依較112年南區同期值增加比例計算獲配額度(南區值112.1~112.12 : ○%)。 【後續視擷取定義確認屬正向或負向指標,再調整計算方向】	<u>新增之替代指標</u>
<u>癌藥事前審查以電子病歷(FHIR)申請</u>(114 年新增)	■ 說明: 配合本署規劃「癌症醫療資訊之數位轉型」工作,針對具較高導入門檻之「癌藥事前審查以電子病歷(FHIR)申請」項目提供財務誘因,鼓勵醫院投入系統建置轉換及開發。 ■ 分配方式: 1. 「成功上傳」10件測試案件,並經署本部認定已可以電子病歷(FHIR)上傳及申請癌藥事前審查者,每家醫院給予10萬點。 2. 正式以電子病歷(FHIR)申請癌藥事前審查,每人(同院同ID歸戶)獲配100點,全年統一結算。 ■ 超出本項預算上限,採浮動調整。	<u>新增指標</u>

分配項目	修改後	修改前
加強糖尿病及初期慢性腎臟病(DKD)個案照護(114年新增)	■ 操作型定義(依本署 DA-3327指標) 分母：同時符合【前一年度申報醫令代碼前3碼為 P14 或符合收案條件(同院就醫間隔 90 天)之門診主次診斷為 E08-E13】及【前一年度申報醫令代碼前3碼為 P43 或符合收案條件之初期慢性腎臟病】之人數。 ■ 分子：分母病人中，申報醫令代碼前3碼為 P70之人數。	■ 操作型定義(依本署 DA-3327指標) 分母：同時符合【前一年度申報醫令代碼前3碼為 P14 或符合收案條件(同院就醫間隔 90 天)之門診主診斷為 E08-E13】及【前一年度申報醫令代碼前3碼為 P43 或符合收案條件之初期慢性腎臟病】之人數。 分子：分母病人中，申報醫令代碼前3碼為 P70 之人數。
連結通訊診療服務	■ 案件範圍：門急住診(含西、中、牙醫、<u>洗腎</u>)、居家醫療(含居整計畫、安寧居家)、在宅急症、IDS(含偏鄉地區全人整合照護)、遠距醫療、腹膜透析計畫<u>等就醫案件(不含慢性病連續處方箋調劑)</u> ■ 操作型定義： 1. 居家醫療、在宅急症案件(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 或 EN) 2. IDS 案件：特定治療項目代號(一)或(二)為 G9或任一特定治療項目代號為 G3 3. 遠距醫療案件：案件分類07，且任一特定治療項目代號為 GC 4. 腹膜透析計畫案件(醫事類別15)：申報案件分類為05，且任一特定治療項目代號為 K 5. 不屬於上述定義之4類案件，以門急住診案件<u>(排除案件分類08)</u> 6. 使用虛擬健保卡案件： <u>(1) 虛擬健保卡 SDK：就醫序號第一碼為 V</u> <u>(2) 讀卡機控制軟體6.0：醫令類別為 G，虛擬醫令代碼為 W00V</u>	■ 案件範圍：門急住診(含西、中、牙醫)、居家醫療(含居整計畫、安寧居家)、在宅急症、IDS(含偏鄉地區全人整合照護)、遠距醫療、腹膜透析計畫 ■ 操作型定義： 1. 居家醫療、在宅急症案件(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 或 EN) 2. IDS 案件：特定治療項目代號(一)或(二)為 G9或任一特定治療項目代號為 G3 3. 遠距醫療案件：案件分類07，且任一特定治療項目代號為 GC 4. 腹膜透析計畫案件(醫事類別15)：申報案件分類為05，且任一特定治療項目代號為 K 5. 不屬於上述定義之4類案件，以門急住診案件 6. 使用虛擬健保卡案件：就醫序號第一碼為 V

提案二

提案單位：成大醫院

案由：南區方案「急重症排除列計」操作型定義增修，提請討論。

說明：

- 一、現行旨揭項目採「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」，自 113 年 Q3 起以當季一般總額預算 0.4% 為最高採計額度，超過採浮動調整。成大醫院建議就「自發性急性腦血管疾病」等 5 項現行重症照護項目新增適用診斷碼或支付標準碼(詳如附件 1)。
- 二、本組針對增修條件無意見，試算 112、113 年各季數據及採計差異(經計算各院採計值後之整體值)如下表，採計總額於 113 年 Q3 無須浮動、113 年 Q4 浮動比率約為 97.5%。

項目	年度 季別	CVA 新增 2023 版 ICD-10 代碼	主動脈剝 離 新增 1 項 醫令代碼	心臟瓣膜 手術 新增醫 令、 特材代碼	心臟去顫 器 新增 1 項 醫令代碼	主動脈瘤 等 新增 2023 版 ICD-10 代碼及 醫令、特 材代碼	總計 (所有項目)
新版	112Q1	20,592.8	880.7	2,200.3	1,182.7	2,353.0	169,129.4
	112Q2	18,724.9	589.4	3,253.8	1,273.7	2,446.6	176,522.2
	112Q3	18,678.6	501.0	1,975.1	1,388.3	2,561.7	181,960.9
	112Q4	19,359.4	630.2	3,165.8	1,393.6	2,166.7	182,931.7
	113Q1	20,903.3	822.9	3,995.2	1,656.2	2,977.2	184,834.0
	113Q2	20,903.7	729.6	3,150.2	1,413.6	2,448.4	180,352.6
	113Q3	18,595.7	595.5	2,966.5	1,501.2	2,955.0	178,848.2
	113Q4	19,914.7	1,011.8	4,568.6	1,438.5	3,855.9	180,258.7
較舊 版增 加 值	112Q1	0	504.2	0	16.3	2,143.5	2,664.0
	112Q2	0	355.3	0	7.0	2,219.1	2,581.4
	112Q3	0	329.1	0	0	2,443.2	2,772.3
	112Q4	0	349.2	0	9.8	2,046.1	2,405.1
	113Q1	0	480.7	0	9.3	2,341.5	2,831.5
	113Q2	0	398.9	12.7	7.0	2,245.8	2,664.4
	113Q3	0	275.2	0	2.3	2,763.2	3,040.7
	113Q4	0	592.1	10.6	12.5	3,033.8	3,649.1
較舊 版增 加 成 長 值	113Q1	0	-23.5	0	-7.0	198.0	167.5
	113Q2	0	43.6	12.7	0	26.7	83.0
	113Q3	0	-53.9	0	2.3	320.1	268.5
	113Q4	0	242.9	10.6	2.8	987.7	1,244.0

註：單位為萬點

三、增修後操作型定義如附件 2，併更新重症「ICU 案件」原即已納入
擷取之首日護理費醫令、刪除 2 項已停用醫令。

四、如獲通過，據以修改南區方案，並自 114 年 Q2 起適用。

決議：照案通過。

主旨：建議自 114 年 1 月起，修正重症照護操作型定義，提請討論。

說明：

- 一、南區急重症病患醫療照護需求，訂有診斷碼或處置醫令，且部分有限制特材給付規定代碼。
- 二、自 114 年 1 月已修正為 2023 版 ICD-10。
- 三、健保署針對衛材會隨時公告新增。

建議：新增下列代碼

- 一、自發性急性腦血管疾病，新增診斷代碼 P91.821、P91.822、P91.823、P91.829(附件 1)，為健保署公告自 114 年 1 月起重大傷病新增代碼。
- 二、主動脈剝離：68043B A 型急性主動脈剝離術。
- 三、心臟瓣膜手術：
 - (一) 新增醫令代碼(附件 2):68018B、68029B、68057B、68058B、68059B、69033B。
 - (二) 特材給付規定代碼 B102-9 經導管置換肺動脈瓣膜套組。
- 四、植入性心臟去顫器: 68011B 經胸切開術裝置或置換永久性心內節律器及心肌電極。
- 五、主動脈瘤、急性心肌炎、末期心衰竭
 - (一) 處置碼
5A15223 應改為 5A1522G 連續性膜，靜脈-動脈氧化執行、5A1522H 連續性膜，靜脈-靜脈氧化執行、5A1522F 連續性膜，中央氧化執行，2023 年版 ECMO 處置碼修正。
前四碼：
新增 02RX 胸降主動脈置換術，2023 年版處置碼新增。
新增 02VX 胸升主動脈(弓)縮窄術，2023 年版處置碼新增。

(二) 醫令代碼：

69024B 胸（腹）部動靜脈管之切除移植及直接修補手術-升主動脈、69036B 胸（腹）部動靜脈管之切除移植及直接修補手術-主動脈弓、69037B 胸（腹）部動靜脈管之切除移植及直接修補手術-降主動脈。

(三) 特材給付規定代碼 A220-3 腹主動脈瘤支架、A220-6 胸主動脈支架系統。

六、建議刪除 ICD-9-CM 資料。

七、如果操作型定義為「且」，請於內容寫清楚。

附件 1、診斷代碼

ICD_Code	Disease_En_Name	Disease_Name
P91821	Neonatal cerebral infarction, right side of brain	新生兒右側腦梗塞
P91822	Neonatal cerebral infarction, left side of brain	新生兒左側腦梗塞
P91823	Neonatal cerebral infarction, bilateral	新生兒雙側腦梗塞
P91829	Neonatal cerebral infarction, unspecified side	新生兒未明示側性腦梗塞

附件 2、健保碼

68018B	三個瓣膜換置 Triple valves replacement
68029B	二尖瓣擴張術 Closed mitral or open mitral commissurotomy 註：肺動脈瓣狹窄擴張術 (pulmonary valve commissurotomy) 比照申報
68057B	經導管肺動脈瓣膜置換術 Transcatheter pulmonary valve implantation ,TPVI
68058B	尾崎式手術（主動脈瓣之自體/人工心包膜新瓣葉重建手術） 1131201 新增
68059B	尾崎式手術（主動脈瓣之自體/人工心包膜新瓣葉重建手術）-包含心臟瓣膜彌補物尺寸器 1131201 新增
69033B	肺動脈瓣氣球擴張術 Balloon pulmonary valvuloplasty

急重症病患醫療照護需求採計點數操作型定義

附件 2

一、急症照護操作型定義

部門	操作型定義
門診	案件類別為「02」之醫療點數。
住診	1. 第6歲（含）以下，急診轉住院且急性病房住院日數≤10天(且慢性病房住院日數需為0天)案件醫療點數。 2. 排除條件1之急診轉住院案件申報急診診察費代碼00201B、00202B之急診診察費點數。 3. 排除不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記為9之案件

二、重症照護操作型定義

重症項目	操作型定義
RCC	住診：案件分類「4」、給付類別「9」、且當次有申報醫令代碼 P1005K、P1006K、P1007A、P1008A 之案件醫療點數。
ICU 案件	住診：當季入住 ICU 病患前7天之 ICU 病房費、護理費、診察費點數。（病房費醫令為03010E、03011F、03012G→ 03013H ；護理費醫令為 <u>03104E</u> 、 <u>03105F</u> 、 <u>03106G</u> 、03047E、03048F、03049G→ 03050H ；診察費醫令為02011K、02012A、02013B）。排除呼吸器依賴個案回轉 ICU 之案件
自發性急性腦血管疾病	住診：ICD10-CM 主診斷前三碼為 I60~I68、G45.0~G45.2、G45.4~G46.8、 <u>P91.821</u> 、 <u>P91.822</u> 、 <u>P91.823</u> 、 <u>P91.829</u> 且部分負擔代碼為"001"或"011"且給付類別不為9(呼吸照護)之案件醫療點數。 (ICD9-CM 主診斷前三碼為430-437) 註：1. 不含排除費用項目說明 A11項醫令點數 2. 若已於排除費用項目說明 D05項 PAC 採計則不重複計算
體重低於1499公克之極端未熟兒與早產兒	住診：ICD10-CM 主或次診斷為 P07.01~P07.03、P07.14~P07.15、P05.01~P05.05、P05.11~P05.15（且部分負擔代碼為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)）之案件醫療點數。 (ICD9-CM 主診斷為76501、76502、76503、76504、76505、76511、76512、76513、76514、76515)–
1歲以下幼兒及新生兒呼吸疾病	住診：1歲以下且 ICD10-CM 主或次診斷為 P84、P220~P229、P23~P28、J00~J99（主診斷排除：體重低於1499公克之極端未熟兒與早產兒，新生兒依附就醫且符合定義者亦納入計算）之案件醫療點數。 (ICD9-CM 主或次診斷為7680-7689、769、7700-7709)
急性心肌梗塞	住診：ICD10-CM 主診斷為 I21.01~I22.9且執行 Primary PCI 醫令代碼為18020B、18021B、18022B、33076B、33077B、33078B 之醫令點數 (ICD9-CM 主診斷為410.00-410.92)

重症項目	操作型定義
主動脈剝離	住診：ICD10-CM 主診斷為 I71.00~I71.03、且執行 stent 及置換醫令代碼為 <u>68043B</u> 、69023B、69024B、69027B、69035B、69036B、69037B 之醫令點數。 (ICD9-CM 主診斷為441.00~441.03)
心臟瓣膜手術	住診：ICD-10-PCS 處置碼為02UJ0JZ、02UG0JZ、02QF0ZZ、02RJ08Z、02RF0JZ、02RG08Z、02QW0ZZ、02RF38Z、 02RF08Z 、 02RF0JZ 且醫令代碼為68015B、68016B、68017B、 <u>68018B</u> 、 <u>68029B</u> 、68040B、 <u>68057B</u> 、 <u>68058B</u> 、 <u>68059B</u> 、 <u>69033B</u> 、69035B、TAVI 特材(即特材給付規定代碼 B102-8、 <u>B102-9</u>)之醫令點數
植入性心臟去顫器	住診：ICD-10-PCS 處置碼為0JH608Z、02HK3KZ、02H63KZ 且醫令代碼為 <u>68011B</u> 、68012B、68041B、特材給付規定代碼 B103-1、B103-2之醫令點數
主動脈瘤、急性心肌炎、末期心衰竭	住診：ICD-10-CM 主診斷為 I71.1~I71.9、I40.0~I40.9、I50.1~I50.9或任一次診斷為 I41 或「主或任一次診斷為 I11.0 、 I13.0 、 I13.2 」，且 ICD-10-PCS 處置碼為027034Z、027134Z、027234Z、027334Z、02703DZ、02713DZ、02723DZ、02733DZ、5A02210、 <u>5A15223</u> (舊碼，暫維持擷取)、 <u>5A1522F</u> 、 <u>5A1522G</u> 、 <u>5A1522H</u> 、02HA0QZ、02HA3RZ、前四碼為 <u>02RX</u> 、 <u>02RW</u> 、 <u>02VW</u> 、 <u>02VX</u> 、 <u>04R0</u> 、 <u>04V0</u> 且醫令代碼為33079B、47063B、68036B、68051B、68052B、 <u>69024B</u> 、 <u>69036B</u> 、 <u>69037B</u> 特材給付規定代碼 B201-6、B206-8、 <u>A220-3</u> 、 <u>A220-6</u> 之醫令點數
內視鏡射頻消融術(RFA 食道)	住診：37048B、特材給付規定代碼 E210-5之醫令點數

註 1：上開各項皆排除不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記為 9 之案件。

註 2：各項排除列計不得重複計算

提案三

提案單位：祥太醫院

案由：南區方案「暫時性住院容量調整」機制適用範圍及計算方式修訂，提請討論。

說明：

- 一、祥太醫院因院內修繕擬計畫性關床，建議現行旨揭調整機制可增加適用於「慢性病床」(詳如附件 3)。
- 二、考量本項調整為醫院自行同意減少當季總額額度、再同額預算回補未來同期，屬醫院合理調控範圍。為兼顧各類型醫院之財務穩定需要，並鼓勵醫院修整病房以提升服務品質，擬調整開放慢性病床(含一般、精神)亦適用，並由醫院自提當季下修額度，以簡化作業。
- 三、調整後之基期調整申請程序及適用條件簡表如下：

申請程序	1、於關床季當季結算(季末月 10 日)前來函申請，檢送關床床號、關床日數、 <u>預計下修額度及試算過程等</u> 資料並說明理由。 2、考量關床期間可能跨季，若欲下修多季別額度，需於函文中述明。	
適用病床別、啟動條件	病床別	條件(關床當季單週最低關床床數)
	急性一般病床 精神急性一般病床 <u>慢性一般病床</u> <u>精神慢性一般病床</u>	300 床以上：關 $\geq$ 30 床 100~299 床：關 $\geq$ 20 床 99 床以下：關 $\geq$ 10 床
	加護病床	關 $\geq$ 9 床 限常設有 24 小時急診之地區以上層級醫院適用
備註	「關床」定義：各院各病床號連續 10 週未使用。	

四、如獲通過，據以修改南區方案，並自 114 年 Q2 起適用。

決議：照案通過。

主旨：將慢性病床納入「計畫性關床」之基期下修與未來期別同額預算回補之【適用病床別】內，提請討論。

說明：

- 一、本院自民國 85 設立至今，病房已顯老舊，多次被上游醫院下轉的患者建議修繕。
- 二、囿於 113 年第 3 次(113 年 9 月 13 日)南區醫院總額共管會議【關床下修額度】適用床別並無將「慢性病床」納入，係沿革自多年前南區方案設定之【擴床調增目標點數】條件而來。【擴床調增目標點數】會議當時慢性病床已明文不可擴床，也因此【擴床調增目標點數】並無需將「慢性病床」納入，故【關床下修額度】適用床別也未將慢性病床補上，實為當時條文沿用所致。
- 三、為能更好的服務病患、改善病房硬體，煩請各位委員通過將「慢性病房」增列於「計畫性關床」之【適用病床別】內。

【※114/3/5 補充說明】

一、計畫性關床(暫時性住院容量調整)背景：

- (一) 本院自民國 85 設立至今，病房已顯老舊，多次被上游醫院下轉的病患建議修繕，在不影響病患住院權益下，本院也逐年計畫分批改善內部牆面以期改善病房環境，提升照顧環境品質。
- (二) 但，本院南側病房當初為了採光通風，建築材質多為鋁窗牆面。因鋁門窗並非如近十年的防水氣密窗，防水係數有限；尤以 113 年 10 月 2 日山陀兒颱風所挾帶的豪大雨對病房造成的滲(漏)水尤為顯著。
- (三) 原有計畫在 113 年底牆面乾燥後進行抓漏工程，為顧及住院病患安全及權益需要計畫性調整床位，但因「計畫性關床」之【適用病床別】並未將慢性病床位納入其中。經本院了解當初「計畫性關床」

之背景及緣起才發現可能將慢性病床漏列於【適用病床別】，故本院提案，待共管會討論通過後，本院能有所依據後再進行修繕計畫。

二、修繕計畫：

- (一) 本院為各急性病床之下轉醫院，自年後上游醫院多有病房壅塞之情況，本院亦配合上游醫院下轉。
- (二) 待目前各院病床需求壓力稍緩和後，本院計畫於颱風季前(114 Q3)或是颱風季後(114 Q4 牆壁乾燥)或 115 年 Q1 進行修繕（配合上游醫院下轉需求調整）。
- (三) 修繕期間計畫將以病房分區修繕，床位數以 6-9 床為基數做為輪流修繕的床位數。
- (四) 預計修繕期為 10 至 14 週能完成修繕，以期能有更好的環境來服務病患。感謝各位委員的付出，也請各位委員討論將慢性病床位列入適用病床別。

陸、散會：下午 3 時 15 分。

114 年風險移撥款分配項目(114.3.14 共管會決議版)

一、108-114 年南區風險移撥款分配項目

預算項目	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年	114 年
偏鄉區域資源連結 -醫不足巡迴論次鼓勵 -偏鄉網絡連結整合照護				2,386,812 (3.2%)	8,656,005 (11.5%)	8,656,005 (11.5%)	11,000,000 (14.7%)
強化偏鄉早療服務						5,000,000 (6.7%)	5,000,000 (6.7%)
支持偏遠地區精神醫療 (原精神巡迴醫療)	1,332,449 (10%)	1,332,449 (7.6%)	1,332,449 (7.6%)	659,068 (0.9%)	860,556 (1.1%)	860,556 (1.1%)	860,556 (1.1%)
優化居家醫療，無縫連結長照醫療 -居家新收個案照護論人鼓勵 -居整跨團隊會議論次鼓勵		4,282,422 (24.3%)	4,282,422 (24.4%)	7,525,956 (10%)	12,699,410 (16.9%)	19,699,410 (26.2%)	19,699,410 (26.3%)
-鼓勵傷口照護外展					3,000,000 (4.0%)		
-在宅急症照護試辦計畫 主責協調獎勵							刪除
加強糖尿病及初期慢性腎臟病(DKD)個案照護 (114 年新增)							7,000,000 (9.3%)
C 肝口服新藥治療個案	11,992,045 (90%)	11,992,045 (68.1%)	11,951,834 (68%)	6,962,522 (9.2%)	6,962,522 (9.3%)	6,962,522 (9.3%)	6,962,522 (9.3%)

預算項目	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年	114 年
呼吸器安寧利用 -地區醫院新收呼吸依賴 個案 4 個月內安寧諮詢 照護率					8,521,382 (11.3%)	8,521,382 (11.3%)	2,521,382 (3.4%)
死亡前安寧利用 -居家安寧照護對象在宅 善終比率(114 年新增)					8,422,920 (11.2%)	8,422,920 (11.2%)	8,422,920 (11.2%)
連結通訊診療服務 (原虛擬健保卡)				3,000,000 (4%)	10,000,000 (13.3%)	8,150,000 (10.9%)	7,150,000 (9.5%)
癌藥事前審查以電子病 歷(FHIR)申請 (114 年新增)							2,000,000 (2.7%)
檢驗檢查報告即時上傳				19,259,078 (25.6%)	6,969,436 (9.3%)	6,812,312 (9.1%)	4,332,010 (5.8%)
三癌篩檢陽追率				16,259,079 (21.6%)	刪除	刪除	刪除
就醫識別碼				19,259,079 (25.6%)	刪除	刪除	刪除
重症照護跨院合作(區域 聯防)					9,150,000 (12.2%)	刪除	刪除
強化術後復原 -ERAS 導入及推廣獎勵						2,000,000 (2.7%)	刪除
合計	13,324,494	17,606,916	17,566,705	75,311,594	75,242,231	75,085,107	74,948,800

二、114 年南區醫院總額風險移撥款分配項目表

預算項目	113 年 (元)(占比)	114 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」】	8,656,005 (11.5%)	11,000,000 (14.7%)	■ 醫不足巡迴論次鼓勵(原「醫不足巡迴醫療」)																								
			■ 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。																								
			■ 分配方式：																								
			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；如同時為雲林縣或台南市*註記之巡迴點，則乘權重3。																								
			<table><tr><th>縣市別</th><th>鄉鎮區</th><th>村里</th></tr><tr><td rowspan="3">台南市</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、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></table>	縣市別	鄉鎮區	村里	台南市	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、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																						
			台南市	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、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																									
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。																											

			<table><tr><th>縣市別</th><th>鄉鎮區</th></tr><tr><td>雲林縣</td><td>四湖鄉</td></tr><tr><td>嘉義縣</td><td>溪口鄉、番路鄉、阿里山鄉、東石鄉</td></tr><tr><td>台南市</td><td>後壁區、大內區、左鎮區、龍崎區、北門區、東山區</td></tr></table> 3. 牙醫：每次巡迴可獲配3,000點。 ■ 各院可獲配額度 = $\{(\text{西醫加計權重之巡迴點巡迴次數} \times 3,000 \times \text{權重值}) + (\text{其他本項西、中、牙醫採計巡迴點之巡迴次數} \times 3,000)\}$ ■ 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：8,600,000點(11.5%)。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： <table><tr><th>縣市別</th><th>鄉鎮區</th></tr><tr><td>台南市</td><td>大內區、將軍區、左鎮區、南化區</td></tr><tr><td>雲林縣</td><td>莿桐鄉、林內鄉、台西鄉、古坑鄉</td></tr></table> ■ 團隊組成：主責醫院需為114年參加「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)水平連結整合之模式為原則。	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	縣市別	鄉鎮區	台南市	大內區、將軍區、左鎮區、南化區	雲林縣	莿桐鄉、林內鄉、台西鄉、古坑鄉
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																
縣市別	鄉鎮區																
台南市	大內區、將軍區、左鎮區、南化區																
雲林縣	莿桐鄉、林內鄉、台西鄉、古坑鄉																

			■ 由主責醫院於114年3月1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(含照護團隊架構、成員名單、分工執掌)、區域醫療資源分配及整合方式(如：科別/人力支援)、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114年12月31日前提交期末成果報告。 ■ 如為參加113年「偏鄉網絡連結整合照護」計畫之主責醫院，原承作區域可優先申請。 ■ 每一團隊給予主責醫院30萬點，採全年統一結算。 ■ 本項預算額度：2,400,000點(3.2%)。如有剩餘，優先流用至前項「醫不足巡迴論次鼓勵」。
強化偏鄉早療服務【原「兒童復健治療」】	5,000,000 (6.7%)	5,000,000 (6.7%)	■ 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114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。 - 註1：依113年第4次南區醫院總額共管會議決議結果認定(為部南新化、長庚雲林、奇美佳里、若瑟醫院)。 - 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。 ■ 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) ■ 每位照護個案可獲配點數 = $\frac{\text{南區結算費用區間本項預算點數}}{\text{南區醫院結算費用區間本項照護(歸戶(人))個案總數(需加權個案以加權後之值採計)}}$ ■ 採同院同ID歸戶計算，每半年結算一次。

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%)	■ 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 ■ 每位照護個案可獲配點數 = <math>\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> ■ 採同院同 ID 歸戶計算，每半年結算一次。
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」】	19,699,410 (26.2%)	19,699,410 (26.2%)	■ 居家新收個案照護論人鼓勵 ■ 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 ■ 每位新收個案可獲配點數 = <math>\frac{\text{南區本項預算點數} \times (\text{扣除居整團隊會議論次鼓勵、鼓勵傷口照護外展所餘額度})}{\text{南區醫院結算費用區間本項新收個案總數}}</math> ■ 操作型定義： 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(E1+EN，包含後續擴大辦理之居家安寧個案)。 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(在宅急症個案僅與 HAH 收案檔比對)。 3. 採同院同 ID 歸戶計算(在宅急症照護個案另獨立採計，不與其他居家醫療個案併同歸人計算)。每半年結算一次，上、下半年不重複採計。如：A 醫院上半年新收1位居整重度居家階段之甲病人，後甲病人病情變化 A 醫院續收在宅急症治療，此情形可列計為2位新收個案數。 ■ 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。

		■ 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： <table><tr><th colspan="2">以下兩項擇優對應</th><th rowspan="2">全年補助上限 次數/點數</th><th rowspan="2">112 年家數 (27 家)</th></tr><tr><th>團隊成員數 (家)</th><th>年度總收案 數(人)</th></tr><tr><td><10</td><td>1-99</td><td>2 次/1 萬點</td><td>3 (1 家收案數為 0)</td></tr><tr><td>10-29</td><td>100-299</td><td>6 次/3 萬點</td><td>10</td></tr><tr><td>30-49</td><td>300-599</td><td>8 次/4 萬點</td><td>6</td></tr><tr><td>≥50</td><td>≥600</td><td>12 次/6 萬點</td><td>8</td></tr></table> 註：結算費用區間收案數為 0，本項即不予補助。 ■ 由主責醫院分別於114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)。 ■ 鼓勵傷口照護外展 ■ 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。 ■ 操作型定義(1.為必要條件)： 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。 2. 針對深部複雜傷口個案(指創傷深及肌肉、神經、肌腱、骨膜)：	以下兩項擇優對應		全年補助上限 次數/點數	112 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	6	≥50	≥600	12 次/6 萬點	8
以下兩項擇優對應		全年補助上限 次數/點數	112 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	6																					
≥50	≥600	12 次/6 萬點	8																					

			(1) 醫師訪視個案： <table><tr><th>傷口長度或面積</th><th>獎勵額度</th></tr><tr><td><5cm</td><td>2,000點/人次</td></tr><tr><td>5~10cm</td><td>3,000點/人次</td></tr><tr><td>>10cm</td><td>4,000點/人次</td></tr></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)。 (2) 醫師視訊指導次數： 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，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。 ※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。 ■ 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，<u>且屬114年新加入之醫院</u>，需<u>先函至本組報備</u>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<u>每月</u>提供服務名冊、分別於114年6月30日、12月31日前提報上、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)。 ■ 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130萬、40萬、30萬為上限，預算不足採浮動調整。	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										

加強糖尿病及初期慢性腎臟病(DKD)個案照護(114 年新增)	無	<u>7,000,000</u> <u>(9.3%)</u>	■ DKD 個案照護率 ■ 操作型定義(依本署 DA-3327指標) 分母：同時符合【前一年度申報醫令代碼前 3 碼為 P14 或符合收案條件(同院就醫間隔 90 天)之門診主次診斷為 E08-E13】及【前一年度申報醫令代碼前 3 碼為 P43 或符合收案條件之初期慢性腎臟病】之人數。 分子：分母病人中，申報醫令代碼前 3 碼為 P70 之人數。 擷取區間：分別為 114.1~114.6、114.1~114.12之累計值 ■ 目標值：114.1~114.6 ≥ 23%、114.1~114.12 ≥ 29%(114 年重要工作計畫南區目標值)或 <u>≥</u> 自身去年同期值成長(擇優，但不含 0)。 ■ 分配方式： - 達標醫院依該院費用占南區整體占率支付。 達標醫院可獲配額度 = 本項預算額度 × $\frac{\text{該院一般服務收入}}{\text{南區醫院一般服務總收入}}$ - 未達標醫院，但照護率介於 112 年南區同期值 <u>(14.9%)</u> 與 114 年目標值之間者，依較 112 年南區同期值增加比例計算獲配額度 (南區值 112.1~112.6 : 9.9%、112.1~112.12 : 14.9%)。
C 肝口服新藥治療個案	6,962,522 (9.3%)	6,962,522 (9.3%)	■ 各院可配得點數 = (各院完治個案數 × 每位個案可獲配點數) + (各院未完治個案數 × 每位個案可獲配點數 × 0.5) ■ 每位個案可獲配點數 = $\frac{\text{南區全年本項預算點數}}{\text{南區醫院全年本項個案總數}}$ ■ 如該院未完成治療個案比率 > 30%，則未完治個案不予分配 ■ 操作型定義： 採全年結算，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 114.7.1，結案日期為 114.12.31 以前，屬 114 年個案；結案日期為 115.1.1 以後，則列計 115 年獎勵個案)。<u>惟 115 年是否採計，仍以屆時通過之風險款補助項目為準。</u>

			2. 採同院同 ID 歸戶(人)計算。 3. 以「登錄完成號碼」前3碼為收案年度。 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。 ■ 矯正機關個案醫療服務已由其他部門預算補助，爰排除列計。
<u>地區醫院</u> <u>新收呼吸</u> <u>依賴個案</u> <u>4個月內</u> <u>安寧諮詢</u> <u>照護</u>	8,521,382 (11.3%)	<u>2,521,382</u> <u>(3.4%)</u>	■—呼吸器依賴個案安寧利用率 ■—操作型定義(依本署 DA-2151指標)： 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。 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。 擷取區間：分別為 114.1~114.6、114.1~114.12 之累計值 ■—目標值：114.1~114.6 ≥ 〇%、114.1~114.12 ≥ 〇%(抑制資源不當耗用改善方案南區目標值，待署公告)或自身去年同期值(擇優，但不含0)。 ■—分配方式： 1. 達標醫院依呼吸器案件費用該院占南區整體之占率支付 達標醫院可獲配額度 = 本項預算額度 × $\frac{\text{該院呼吸器案件費用}}{\text{南區整體呼吸器案件費用}}$ 2. 未達標醫院，但利用率介於111年南區同期值與114年目標值之間者，依較111年南區同期值增加比例計算獲配額度(南區值111.1~111.6：67.3%、111.1~111.12：69.3%)。 ■ 本項預算額度：6,341,382點(8.4%) ■ <u>地區醫院新收呼吸依賴個案4個月內安寧諮詢照護率</u> <u>擷取區間：114.1~114.12之累計值</u> ■ 目標值：114.1~114.6 ≥ 77%、114.1~114.12 ≥ 83%(<u>114年預定</u>重要工作計畫<u>南區</u>目標值)或<u>≥</u>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 <table><tr><th colspan="2">以下兩項需同時符合</th><th rowspan="2">權重</th><th rowspan="2">以 113.1.1-10.24 試算(家)</th></tr><tr><th>脫離率(W)</th><th>ICU 回轉率(R)</th></tr><tr><td>W>0%</td><td>R≤30%</td><td>1 (滿權重)</td><td>6</td></tr><tr><td>W>0%</td><td>R>30%</td><td>0.5</td><td>6</td></tr><tr><td>W=0%</td><td>R≤30%</td><td>0.25</td><td>14</td></tr><tr><td>W=0%</td><td>R>30%</td><td>0(不予分配)</td><td>6</td></tr></table> 達標醫院可獲配額度 = 本項預算額度 × $\frac{\text{該院呼吸器案件費用}}{\text{南區地區醫院呼吸器案件費用}} \times \text{對應權重值}$ 2. 未達標醫院，但照護率介於111年南區同期值(76%)與114年目標值之間者，依較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111.1~111.6÷68.2%、111.1~111.12÷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/E2002_RCC 與 RCW 指標統計作業、E2003_ICU 回轉率查詢作業)： (1)RCW 呼吸器脫離率：114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114.1.1~114.6.30、114.1.1~114.12.31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%)	以下兩項需同時符合		權重	以 113.1.1-10.24 試算(家)	脫離率(W)	ICU 回轉率(R)	W>0%	R≤30%	1 (滿權重)	6	W>0%	R>30%	0.5	6	W=0%	R≤30%	0.25	14	W=0%	R>30%	0(不予分配)	6
以下兩項需同時符合		權重	以 113.1.1-10.24 試算(家)																					
脫離率(W)	ICU 回轉率(R)																							
W>0%	R≤30%	1 (滿權重)	6																					
W>0%	R>30%	0.5	6																					
W=0%	R≤30%	0.25	14																					
W=0%	R>30%	0(不予分配)	6																					

<u>居家安寧 照護對象 在宅善終 (114 年新 增)</u>	8,422,920 (11.2%)	8,422,920 (11.2%)	■—操作型定義： 分母：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： 1. 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。 2. 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。 分子：分母死亡者於死前一年曾利用安寧療護之人數，包括： 1. 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)。 2. 安寧共照醫令(醫事類別22、醫令代碼為 P4401B、P4402B、P4403B)。 3. 安寧居家(醫事類別12+19、案件類別為 A5)。 擷取區間：分別為 114.1~114.06、114.01~114.12 之累計值 ■—目標值：114.1~114.6≥○%、114.1~114.12≥○%(抑制資源不當耗用改善方案南區目標值，待署公告)或自身去年同期值成長(擇優，但不含0)。 ■—分配方式： 1. 達標醫院依該院費用占南區整體占率支付。 達標醫院可獲配額度 = 本項預算額度 × $\frac{\text{該院一般服務收入}}{\text{南區醫院一般服務總收入}}$ 2. 未達標醫院，但利用率介於111年南區同期值與114年目標值之間者，依較111年南區同期值增加比例計算獲配額度(南區值111.01~111.06：31.1%、111.01~111.12：31%)。 ■—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。
---	------------------------------	------------------------------	---

			■ <u>居家安寧照護對象在宅善終比率</u> ■ <u>操作型定義(暫列指標意旨)</u> 1. <u>居家安寧照護對象於死亡前14日之住院情形，如死亡前住院比率低，則可顯示照護對象已於在宅接受完整居家照護及在宅善終，可減少資源不當耗用。</u> <u>擷取區間：114.1~114.12之累計值</u> ■ <u>目標值：≥○%(抑制資源不當耗用改善方案南區目標值，待署公告)或≥自身去年同期值(擇優，但不含0)。</u> ■ <u>分配方式：</u> 1. <u>達標醫院依該院費用占南區整體占率支付。</u> $\text{達標醫院可獲配額度} = \text{本項預算額度} \times \frac{\text{該院一般服務收入}}{\text{南區醫院一般服務總收入}}$ 2. <u>未達標醫院，但利用率介於112年南區同期值(○%)與114年目標值之間者，依較112年南區同期值增加比例計算獲配額度。</u> <u>【後續視擷取定義確認屬正向或負向指標，再調整計算方向】</u>
連結通訊診療服務【原「虛擬健保卡」】	8,150,000 (10.9%)	7,150,000 (9.5%)	■ 案件範圍：門急住診(含西、中、牙醫、<u>洗腎</u>)、居家醫療(含居整計畫、安寧居家)、在宅急症、IDS(含偏鄉地區全人整合照護)、遠距醫療、腹膜透析計畫<u>等就醫案件(不含慢性病連續處方箋調劑)</u>。 ■ 操作型定義： 1. 居家醫療、在宅急症案件(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 或 EN) 2. IDS 案件：特定治療項目代號(一)或(二)為 G9或任一特定治療項目代號為 G3 3. 遠距醫療案件：案件分類07，且任一特定治療項目代號為 GC 4. 腹膜透析計畫案件(醫事類別15)：申報案件分類為05，且任一特定治療項目代號為 K 5. 不屬於上述<u>1~4項</u>定義之<u>4類</u>案件，以門急住診案件<u>計(排除案件分類08)</u> 6. 使用虛擬健保卡案件：<u>就醫序號第一碼為 V</u>

			(1) <u>虛擬健保卡 SDK：就醫序號第一碼為 V</u> (2) <u>讀卡機控制軟體6.0：醫令類別為 G，虛擬醫令代碼為 W00V</u> ■ 分配方式：各醫院受理民眾持虛擬健保卡就醫，<u>按季以歸戶(人)個案數統計</u>，屬於急住診、居家醫療、在宅急症、IDS、遠距醫療及腹膜透析計畫(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。 ■ 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、在宅急症、IDS、遠距及腹膜透析計畫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) ■ 每位照護個案可獲配點數 = $\frac{\text{南區結算費用區間本項預算點數}}{\text{南區醫院結算費用區間本項照護(歸戶(人))個案總數(需加權個案以加權後之值採計)}}$ ■ 超出本項預算上限，採浮動調整。
<u>癌藥事前審查以電子病歷(FHIR)申請(114年新增)</u>	<u>無</u>	<u>2,000,000 (2.7%)</u>	■ <u>說明：配合本署規劃「癌症醫療資訊之數位轉型」工作，針對具較高導入門檻之「癌藥事前審查以電子病歷(FHIR)申請」項目提供財務誘因，鼓勵醫院投入系統建置轉換及開發。</u> ■ <u>分配方式：</u> 1. <u>「成功上傳」10件測試案件，並經署本部認定已可以電子病歷(FHIR)上傳及申請癌藥事前審查者，每家醫院給予10萬點。</u> 2. <u>正式以電子病歷(FHIR)申請癌藥事前審查，每人(同院同 ID 歸戶)獲配100點。</u> ■ <u>超出本項預算上限，採浮動調整。</u>

檢驗檢查 報告即時 上傳	6,812,312 (9.1%)	<u>4,332,010</u> <u>(5.8%)</u>	■ 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。 擷取區間：分別為114.1~114.6→114.1~114.12之累計值 ■ 目標值：≥97%(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：達標醫院依該院費用占南區整體占率支付 達標醫院可獲配額度 = 本項預算額度 × $\frac{\text{該院一般服務收入}}{\text{南區醫院一般服務總收入}}$ ■ 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。
合計	75,085,107	<u>74,948,800</u>	
註： 1. 各項指標採季監控、<u>每半年結算</u>(除「偏鄉網絡連結整合照護」、「C肝口服新藥治療個案」)，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」、「<u>加強糖尿病及初期慢性腎臟病(DKD)個案照護</u>」、「呼吸器安寧利用」、「死亡前安寧利用」、「<u>癌藥事前審查以電子病歷(FHIR)申請</u>」等項目預算，如<u>每半年結算</u>時尚有剩餘，可予流用至「檢驗檢查報告即時上傳率」。			

114 年風險移撥款—「偏鄉區域資源連結」

附件 1

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 114 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。如為參加 113 年本項計畫之主責醫院，應併呈現 113 年承作成果及後續深化方向，並同步調整相關執行內容及評核指標。

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>10cm)。

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 114 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) <5cm：2,000 點/人次
 - (2) 5~10cm：3,000 點/人次
 - (3) >10cm：4,000 點/人次
 - (4) 依審查注意事項：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。
 - 2. 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 130 萬、40 萬、30 萬為上限，預算不足採浮動調整。

(二) 佐證資料

1. 每月 20 日前提提供上個月之傷口照護服務名冊(附件 2)及當月門診表，如：3 月 20 日前提報 2 月 1 日至 28 日之服務名冊及 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~~會另~~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. ~~分別請~~於 114 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。

說明文件-附件 1

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)			
(範例) 2 月	1	○○醫院	A1XXXXXXXX	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	B2XXXXXXXX	6	2	1						
				6	3	1						
錯誤範例	2	○○醫院	R1XXXXXXXX	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

※請提供相關資料(標示會議主題)：議程表、活動照片或視訊會議截圖、簽到表(外院參與人員請標示)

序號	醫院代碼	醫院簡稱	會議名稱	辦理日期	主辦/協辦	辦理方式 (視訊、現場、併行)	參與人數	佐證資料 (例：簽到表+照片)
範例	1234567890	OO 醫院	XXXXX	113.XX.XX	OO 醫院/XX 醫院	現場	22 人	簽到表+照片
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								