



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3次會議
114年5月27日

報告大綱



01

中區醫院醫療費用申報概況

113年第4季~114年第1季

02

醫院總額前瞻式預算管理方案執行概況

114年第1季

03

公告及轉請配合事項

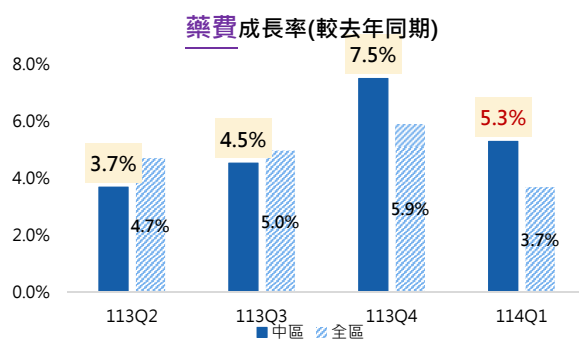
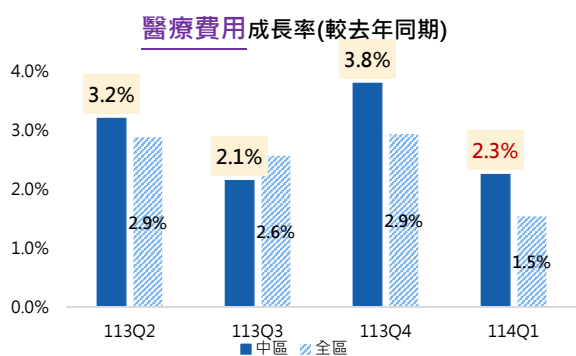


中區醫院醫療費用申報概況

113年第4季~114年第1季

3

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	113Q2	93	313	29.8%
		113Q3	98	317	30.8%
		113Q4	101	323	31.2%
		114Q1	98	310	31.7%
	全區	113Q2	483	1,540	31.4%
		113Q3	502	1,568	32.0%
		113Q4	515	1,591	32.4%
		114Q1	503	1,528	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4季			114年第1季		
		門診	住院	門住診	門診	住院	門住診
申報點數 (億)	醫中	78	64	142	75	60	136
	區域	55	53	108	53	51	104
	地區	39	23	63	38	22	60
	合計	172	140	313	167	133	300
成長率 (較去年同期)	醫中	8.7%	0.3%	4.7%	7.2%	-1.9%	3.0%
	區域	13.0%	9.5%	11.2%	6.8%	4.0%	5.4%
	地區	-7.6%	-10.0%	-8.5%	-2.3%	-5.1%	-3.4%
	合計	5.7%	1.5%	3.8%	4.8%	-0.3%	2.4%

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4季			114年第1季		
		門診	住院	門住診	門診	住院	門住診
申報點數 (億)	醫中	41	9	50	40	8	48
	區域	21	5	26	20	5	25
	地區	12	2	14	12	2	14
	合計	74	16	90	72	15	88
成長率 (較去年同期)	醫中	11.4%	2.8%	9.8%	9.2%	-3.4%	6.9%
	區域	15.4%	12.7%	14.8%	7.1%	9.0%	7.5%
	地區	-7.5%	-5.5%	-7.2%	-2.5%	1.0%	-2.0%
	合計	8.7%	4.6%	8.0%	6.5%	1.1%	5.5%

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

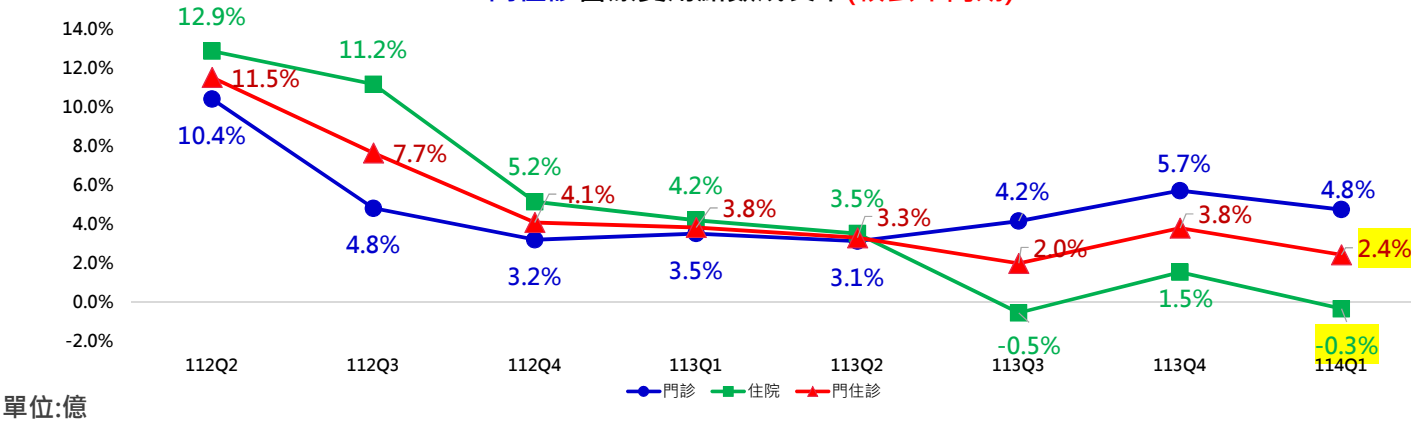
項目	層級	113年第4季			114年第1季		
		門診	住院	門住診	門診	住院	門住診
申報點數 (億)	醫中	29	22	51	27	21	48
	區域	24	19	43	23	18	41
	地區	16	8	24	15	8	23
	合計	69	49	118	66	47	112
成長率 (較去年同期)	醫中	6.7%	-0.8%	3.2%	5.4%	-1.3%	2.4%
	區域	12.1%	8.9%	10.7%	6.9%	2.9%	5.1%
	地區	-8.2%	-13.1%	-9.9%	-3.2%	-7.1%	-4.5%
	合計	4.4%	0.3%	2.6%	3.8%	-0.8%	1.9%

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

門住診醫療費用點數成長率(較去年同期)

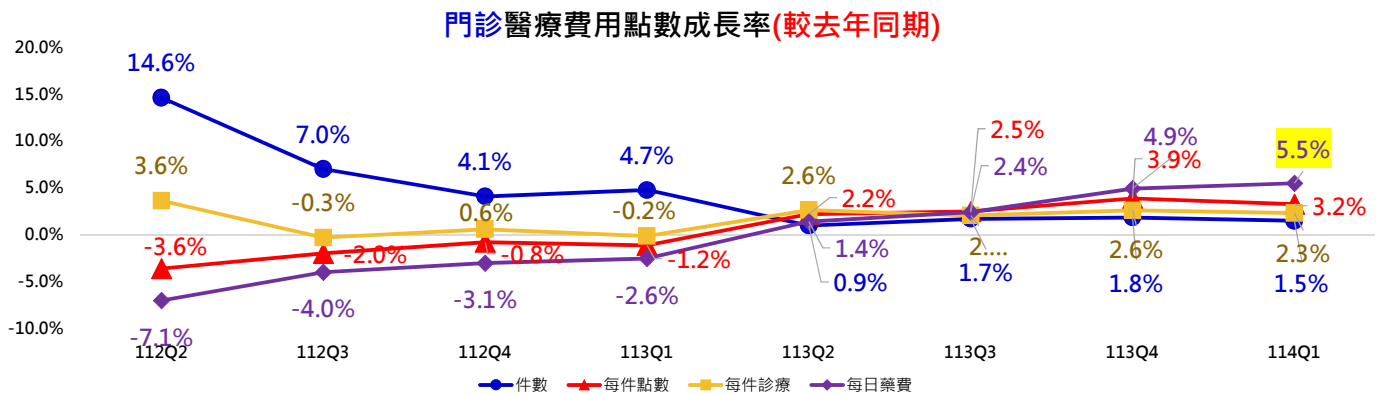


診別	112Q2	112Q3	112Q4	113Q1	113Q2	113Q3	113Q4	114Q1
門診	160	162	163	159	165	169	172	167
住院	133	139	138	134	138	138	140	133
門住診	293	301	301	293	303	307	313	300

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

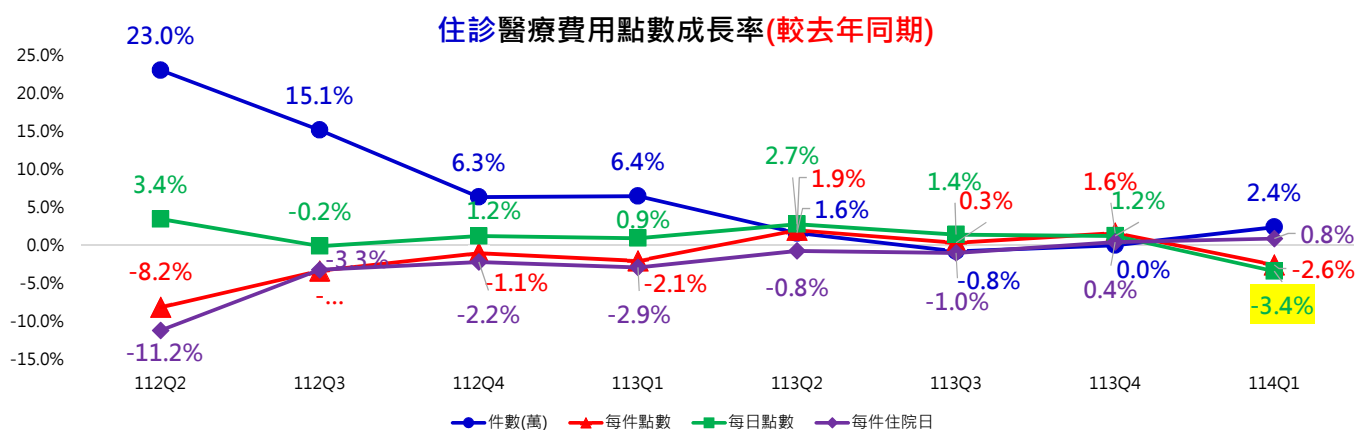


項目	112Q2	112Q3	112Q4	113Q1	113Q2	113Q3	113Q4	114Q1
件數(萬)	488	487	491	476	492	495	500	483
每件點數	3,275	3,331	3,324	3,348	3,346	3,413	3,452	3,456
每件診療	1,336	1,351	1,342	1,326	1,370	1,379	1,377	1,357
每日藥費	68.5	70.0	69.7	69.8	69.5	71.7	73.1	73.6

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



項目	112Q2	112Q3	112Q4	113Q1	113Q2	113Q3	113Q4	114Q1
件數(萬)	19.5	20.1	19.9	19.2	19.8	20.0	19.9	19.7
每件點數	68,397	68,816	69,518	69,408	69,722	69,026	70,617	67,589
每日點數	8,064	8,144	8,286	8,313	8,285	8,256	8,384	8,027
每件住院日	8.48	8.45	8.39	8.35	8.42	8.36	8.42	8.42

註：醫院整體醫療費用點數排代辦且不含交付處方點數

10



■ 前瞻式預算管理方案執行概況 114年第1季

此結算推估結果，係以114年5月10日關檔後之相關申報資料模擬計算，最終以本組於6月30日完成方案結算作業結果為準。

11

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

前瞻式預算管理方案範圍

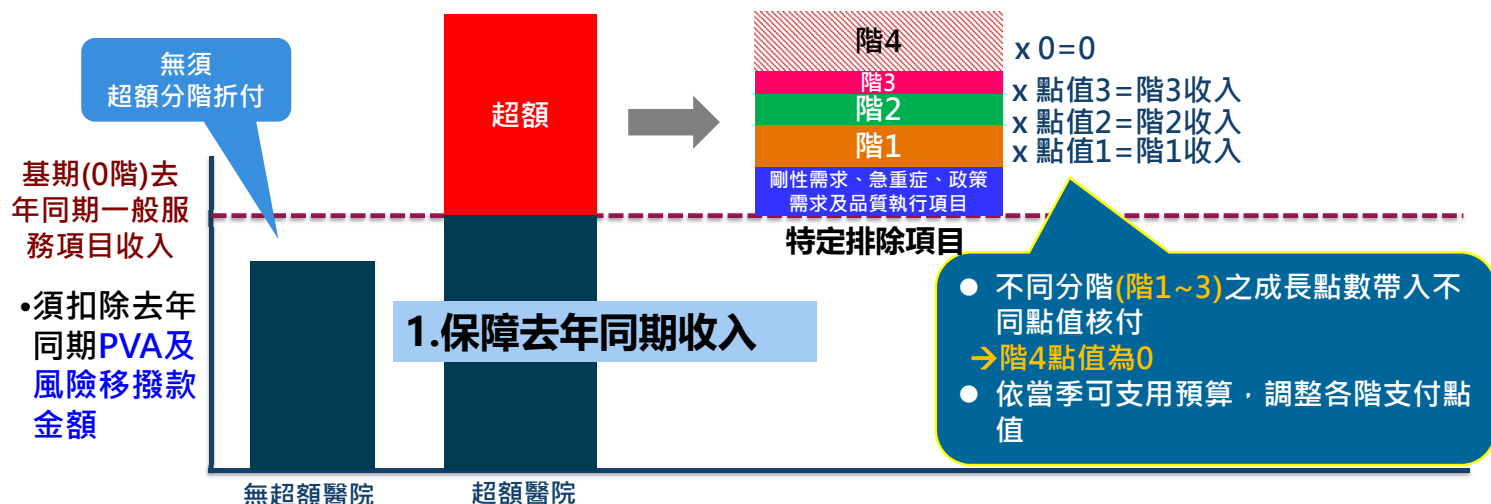
114年其他預算

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. 調節非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

12

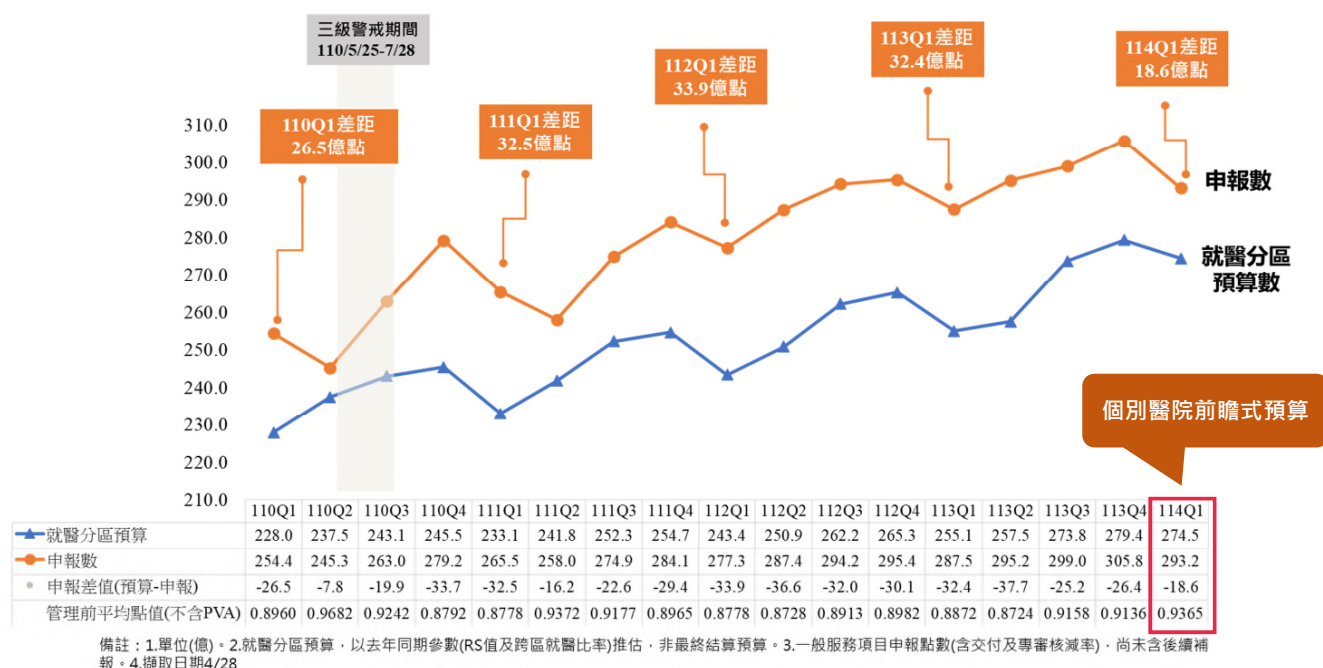
中區醫院前瞻式預算管理方案執行架構

基期設定後剩餘預算，採用分階折付分配。



13

中區醫院總額申報醫療費用及預算趨勢



14

一般服務項目申報概況(1/2)

(點數單位:億)

層級	113Q1				114Q1				114Q1成長率		
	住院	門診	合計	門診占率	住院	門診	合計	門診占率	住院	門診	合計
總計	131.16	145.17	276.33	52.53%	129.44	151.53	280.97	53.93%	-1.31%	4.39%	1.68%
醫學中心	59.92	60.46	120.37	50.22%	58.36	64.49	122.85	52.49%	-2.59%	6.67%	2.06%
區域醫院	49.36	48.75	98.11	49.69%	49.68	50.42	100.09	50.37%	0.64%	3.42%	2.02%
地區醫院	21.89	35.96	57.85	62.16%	21.40	36.62	58.03	63.12%	-2.22%	1.85%	0.31%



114Q1釋出處方申報**11.91億點**，較去年同期(11.32億點)成長**5.18%**

15

一般服務項目申報概況(2/2)

(點數單位:億)

層級	114Q1一般服務項目點數 (A)	114Q1基期點數(0階) (B)	超出點數 (A-B)	超出比率 (A/B-1)
總計	280.95	248.44	32.51	13.09%



16

總額折算結果推估(1/4)-整體

(點數單位:億)

季別	A	B_1	B_2	C	D	E	F	G =C-D-E-F	Y =(G/B_1)-1	DIFF =(A+D+E)- (C/0.98)
	一般服務 申報點數	基期 收入	0階基期 收入點數	中區預算	交付	前季別 核付金額	剛性+ 急重症+ 品質	預算扣除(交付+ 前季核付+剛性 急重症和品質)	較基期一般收 入成長率	需折算點數 (預設點值0.98)
114Q1	280.95	243.41	248.44	273.26	11.91	0.33	2.31	258.1	6.03%	14.04

- ✓ 需於方案季結算關檔後(如:114Q1於114年5月10日關檔)，始得確認最終列入結算點數-G欄。
- ✓ 若列入點數增加，則影響Y值下降(剩餘預算成長率-階1上限)、影響1-3階的折付點值。

17

總額折算結果推估(2/4)-分階折付

- ◆ 依據中區一般服務項目點數相較基期收入成長率(Y)、及整體申報較去年收入成長率(Z)，決定階1上限成長率(推估6.03%)、2-3成長率級距為3%
- ◆ 推估各醫院折付及整體各階折付點值為1階0.75、2階0.5、3階0.25。

層級	未超出0階	超出1階	超出2階	超出3階	超出4階
醫院家數	21	78	70	49	30

18

總額折算結果推估(3/4)-分階折付

(單位:億)

◆1-4超階點數概況 (114Q1)

層級	1階點數	2階點數 (級距3%)	3階點數 (級距3%)	4階點數	最終方案 核定點數	較基期0階 成長點數	較基期0階 點數成長率	方案折付 點數	方案折 付率	總折付點 數+專審核 減點數
總計	13.82	6.91	5.25	3.22	265.54	17.09	6.88%	14.04	5%	15.41

◆方案管理後預估平均點值醫院家數分布 (114Q1)

層級	>=0.98	0.95-0.97	0.9-0.94	<0.9
醫院家數	2	48	34	14

19

監測項目-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。

114Q1監測結果，
預估下修基期家數

門診-6家
住院-9家



20



個別醫院自主管理推估結算 說明及計算參考格式

21

階1 各院指標加權成長率計算方式

量的成長，
不是價的成長

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

22

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%

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%×0.65)+(5.63%×0.1)+(3.76%×0.2)+(-2.8%×0.05)+(-0.4%)=3.7585%

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%×0.2)+(9.33%×0.6)+(-2.39%×0.2)+(-0.79%)=6.082%

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%×0.48)+(6.082%×0.52)=4.9667%

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%

23

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%

可分配預算

- **[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

特定排除項目越高，Y值越低

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(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%+4.344%=9.3107%→上限為5.43% B

- 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%

24

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 ≤ 2%		2% < v ≤ 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 ≤ 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%

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%**

【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)

25

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)

26

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**

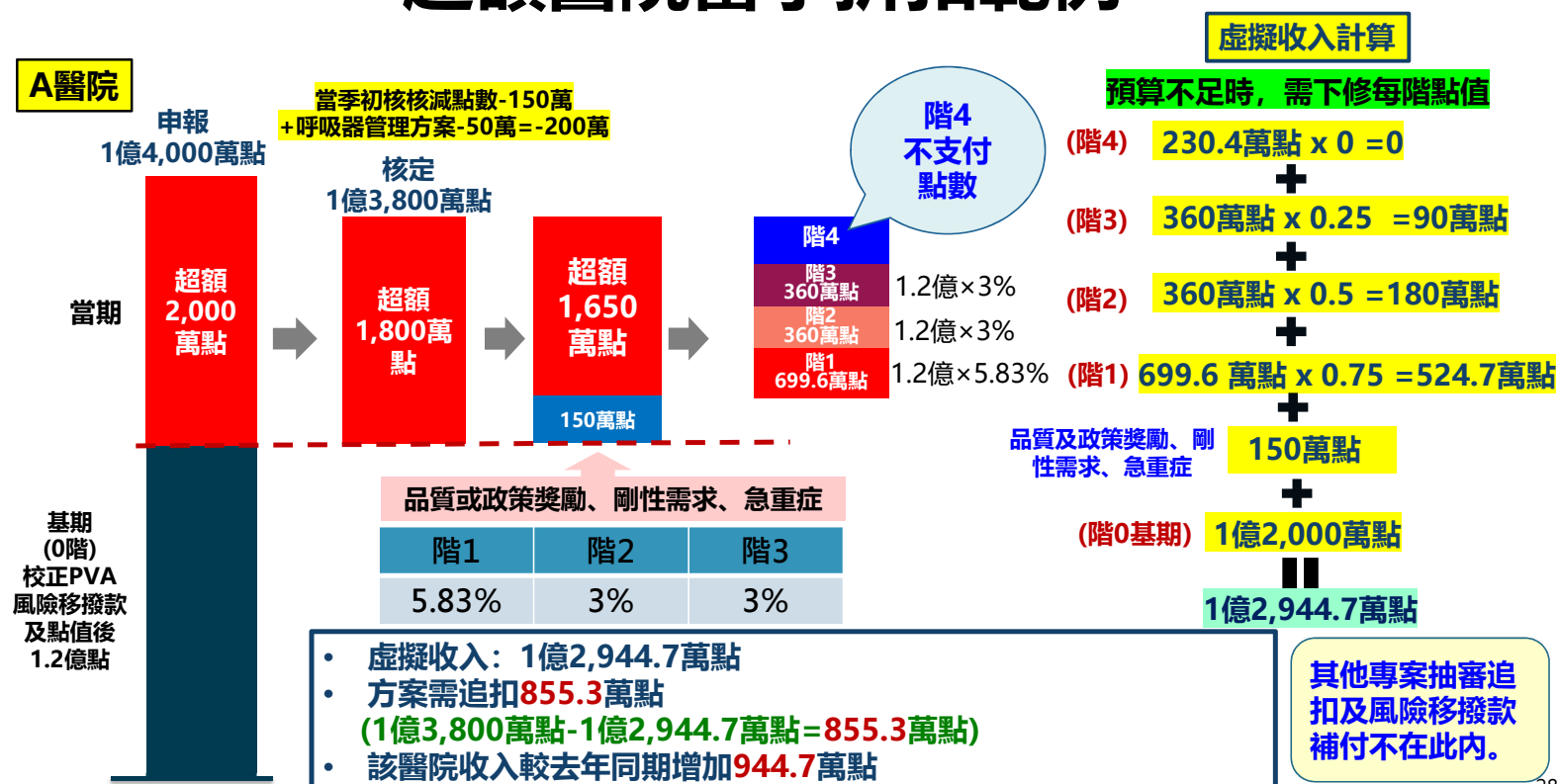
- ◆ 預算剩餘(從階1→階2→階3開始上修)

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

27

超額醫院當季折扣範例

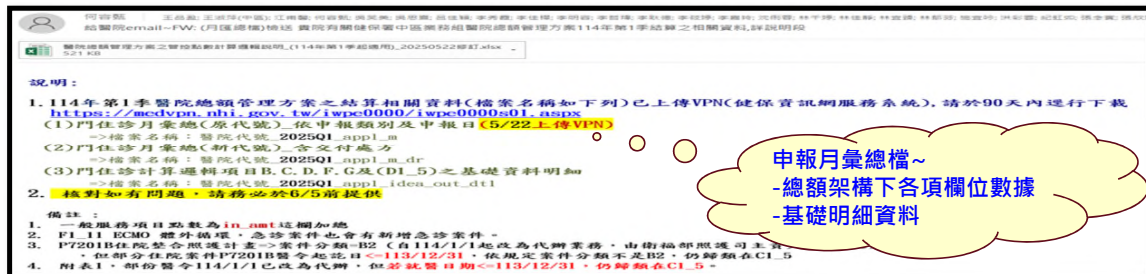


28

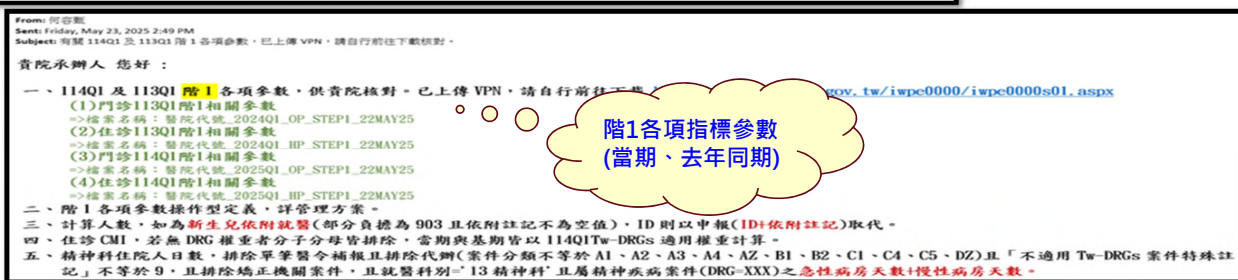


個別醫院估算重點說明提示

- ◆ 依據本組提供之「**管理方案管控點數計算邏輯說明**」(EXCEL檔案)之操作型定義，**建置擷取院內申報資料之資訊統計程式**，可即時監控醫院內部醫療服務提供成長情形。
- ◆ 本組於季費用申報結束之**次月10日**關檔，開始進行方案結算相關數據統計，陸續會回饋並上傳至VPN(90日內)供各院下載確認比對，以電子郵件通知，請務必即時查詢下載並儲存管理。



請派有幕僚團隊人員，可清楚、了解中區管理方案內容規範及各項規定，以能及時有效監測及管理



個別醫院折付估算-參考格式(簡要版)

	A	B	C =B-A	D	E1	E2	E3	E =E1+E2+E3	F =B-A-D-E	
季別	0階基期 收入點數 _114Q1	一般服務 點數 _114Q1	原始申報 較基期超出 點數	原始申報 較基期超出 比率	專業審查 核減點數 (預估)	剛性需求 成長點數	急重症 成長點數	品質指 標獎勵 點數	剛性+ 急重症+ 品質	列入超額折付點數 (申報-0階-專審-剛 性急重症品質)
114Q1	公告已知	院內即時 監測估算			預估	院內即時 監測估算	院內即時 監測估算	預估		

參考Y值	R1	R2	R3	S1=A*R1	S2=A*R2	S3=A*R3	F=(S1+S2+S3)	T1 =S1*0.75	T2 =S2*0.5	T3 =S3*0.25	T4=S4*0
1階整體 上限成 長率	1階指標 成長率	2階 成長級距	3階 成長級距	1階點數	2階點數	3階點數	4階 超出點數	1階 折付後點數 (0.75)	2階 折付後點數 (0.5)	3階 折付後點數 (0.25)	4階折付 點數 (0)
6%	6%	3%	3%								

支付為0，不會增加
來年基期

各院即時計算門住各項指標成長率，
推估1階成長率及列入點數。
各院內部管理評估指標成長率，可採
高中低推估。

U= A+E+T1+T2+T3	V =U-A	Vr =V/A	W =U-B-D	Wr =W/B
最終方案 核定點數	較基期0階 成長點數	較基期0階點 數成長率	方案折付 點數	方案 折付率

- 各院即時計算門住各項指標成長率，推估1階成長率及列入點數。
- 各院內部管理評估指標成長率，可採高中低推估。



■ 前瞻式預算管理方案執行概況 ■ 114年第1季-品質指標考核

31

114年品質指標

◆ 114年共**21**項品質指標，上限為預算之0.15%



N4_11_精神科病人出院30日內
門診追蹤率
N4_34_即時上傳檢驗(查)結果
N4_35_病患死亡前安寧利用率
N4_38_即時上傳醫療檢查影像
N4_41_DKD照護獎勵
N4_44_精神科病人出院30日內
轉銜精神社區復健



N4_0201_3日再急診率
N4_0301_14日再入院率
N4_26_醫療資訊雲端查詢系統
N4_27_無紙化審查方案(PACS)
N4_32_門診檢查驗合理區間內再執行率
N4_37_居家安寧療護服務獎勵
N4_39_虛擬健保卡推動計畫
N4_46_下轉地區和診所
(純慢性病、非重大個案)
N4_48_重要計畫推展經驗分享會



N4_45_住院病人接受出院準備且
長照2.0比率
N4_47_急性後期計畫下轉人數
N4_49_急診照護監測
(超過24及48小時比率)
N4_50_慢性病處方箋再調劑率
N4_51_門診年復健 > 180 次案件
N4_52_癌藥事審以電子病歷
(FHIR格式)申請獎勵

32

品質指標-上傳檢驗查及影像

N4_34_即時上傳檢驗(查)結果

◆ 目標值及考核方式

1. 上傳率 $\geq 98\%$ 予獎勵
2. 區域以上醫院 $< 98\%$ ，
地區醫院 $< 90\%$ ，予扣減

◆ 達成情形-114年第1季

家數	達成	未達成
1-醫中	4	
2-區域	10	7
3-地區	39	14
小計	53	21

N4_38_即時上傳醫療檢查影像

◆ 目標值及考核方式

1. 影像上傳率 $\geq 99\%$ 予獎勵
2. 區域以上醫院 $< 99\%$ ，
地區醫院 $< 90\%$ 予扣減

◆ 達成情形-114年第1季

家數	達成	未達成
1-醫中	3	1
2-區域	13	4
3-地區	31	14
小計	47	19

33

品質指標-三日急診(N4_02)、十四日再入院(N4_03)



目標值及考核方式

112Q4-113Q3同儕值，

$\leq P25$ 者予獎勵， $\geq P50$ 者予扣減

	P25	P50	P75
1-醫中	1.465%	2.66%	2.95%
2-區域	2.56%	3.305%	4.085%
3-地區	2.76%	4.41%	6.29%



達成情形-114年第1季

家數	$\leq P25$	P50-P75	$\geq P75$
1-醫中	1		1
2-區域	4	2	5
3-地區	8	18	21
小計	13	20	27

N4-0201
以病例組合校正之住院案件出
院後3日內急診率



目標值及考核方式

112Q4-113Q3同儕值，

$\leq P25$ 者予獎勵， $\geq P50$ 者予扣減

	P25	P50	P75
1-醫中	5.165%	5.97%	6.25%
2-區域	6.65%	7.63%	8.855%
3-地區	7.64%	9.82%	12.2%



達成情形-114年第1季

	$\leq P25$	P50-P75	$\geq P75$
1-醫中	1		2
2-區域	1	4	10
3-地區	10	19	14
小計	12	23	26

N4-0301
以病例組合校正之住院案件
出院後14日內再住院率

34

品質指標-急診照護監測(N4_49)

■ 急診病人停留超過24 小時比率

- ✓ 增減點數基準值:當季門住診核定數
- ✓ 計算方式

院所自身值	層級別同儕值	占床率	增減比率合計
高於前一季(-0.01%)	高於同儕值(-0.01%)	低於80%(-0.01%)	-0.03%
		高於80%(0%)	-0.02%
	低於同儕值(+0.01%)		0%
低於前一季(+0.01%)	高於同儕值(-0.01%)	低於80%(-0.01%)	-0.01%
		高於80%(0%)	0%
	低於同儕值(+0.01%)		+0.02%

■ 114年第1季指標結果

- ✓ 增減比率 **-0.03%** :12家(區域4家、地區8家)
- ✓ 增減比率 **-0.02%** :1家(醫中)
- ✓ 增減比率 **0%** :21家(醫中2家、區域13家、地區6家)
- ✓ 增減比率 **+0.02%** :30家(醫中1家、地區29家)

35

品質指標-慢性病連續處方箋開立及再調劑率(N4_50)

穩定慢性病人長期用藥
開給慢箋，減少就醫次數



目標值:

慢箋開立比率**>=75%** **且** 慢箋再調劑比率**>=90%**



獎勵點數: 門診核定點數***給付比率**

(醫中及區域醫院**0.05%**、地區醫院**0.1%**)



達成情形: 114Q1計有**10家**達標(區域2家、地區8家)

36

品質指標-門診年復健 > 180 次(N4_51)

N4_51_門診年復健次數 > 180 次之案件數

- 若超出目標值，依落於件數百分位值，扣減 > 180 次案件其**超過100件以上之每件點數**。
- 核減點數計算公式 =
(超過180 次案件數-100件) * 扣減點數

中區百分位實績值	每件扣減點數
P90 : ≥400件	1,000
P75 : ≥200件	750
P50 : >100件	500

114Q1計有**32**家醫院超出目標值，請加強院內管控。

層級	有>180次家數	≥400件家數 (每件扣減1,000點)	≥200件家數 (每件扣減750點)	>100件家數 (每件扣減500點)	扣減家數總計
醫學中心	4	0	1	1	2
區域醫院	16	3	2	2	7
地區醫院	50	3	10	10	23
總計	70	6	13	13	32

37

品質指標-下轉慢性病非重大個案(N4_46)

自114年第2季起



慢性病非重大傷病個案下轉至地區醫院和基層診所

1. 慢性病案件：案件分類04、05、06、08、E1、E2、E3或開藥天數大於14日或診察費代碼為開立慢連箋者
2. 重大傷病案件：部分負擔代碼001
3. 下轉案件：申報下轉醫令(01034B、01035B)且轉診至地區醫院和基層診所



目標值及考核方式

1. 下轉件數高於個別醫院去年同期值，每件給付**300點**
2. 下轉率高於113年全區同儕值，每件給付**600點**
3. 每季追蹤下轉案件申報概況，必要時據以調整考核方式



38

品質指標-癌藥事審電子病歷申請(FHIR格式) (N4_52)

健保癌藥事前審查結構標準化，採用國際醫療資料交換標準FHIR格式，讓資料更具互通性、可用性，有利於發展AI快速審查

中區參與實作與上傳情形 (全國3家正式上線)

序號	醫院簡稱	參與實作	上傳情形
1	中榮	√	正式上線
2	彰基	√	測試中
3	中國附醫	√	測試中
4	秀傳	√	測試中
5	童綜合	√	測試中
6	中山附醫	√	測試中
7	亞大附醫	√	

中區目前癌藥事前審查FHIR

- 參與實作: 7家醫院
- 上傳情形: 1家正式上線、5家醫院測試中
- 品質獎勵: 申請上線獎勵 (每家15萬點，依季別遞減)、上傳件數獎勵 (每件150點)

註：FHIR：Fast Healthcare Interoperability Resources(快捷式健康照護互操作性資源)一種互操作性標準，提升醫療資料之運用。

39

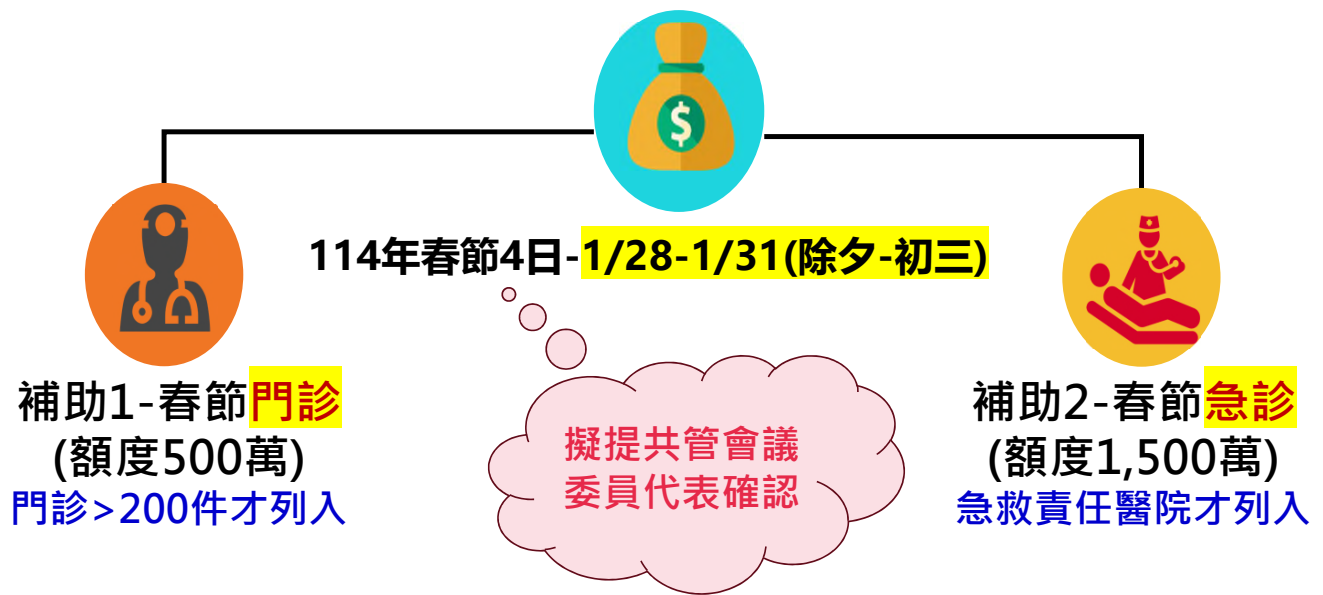
風險調整移撥款

◆ 114年度中區醫院總額風險調整移撥款預算配得8,906萬3,985元

增刪	項次	指標編號	指標項目		主責/團隊	預算(萬)	
沿用	1	R1-1	急重症區域聯防 照護計畫	急性心肌梗塞區域聯防照護計畫		中山附醫	醫學中心 輪值 3,906
沿用	2	R1-2		重大外傷區域聯防照護計畫		臺中榮總	
沿用	3	R1-3		高危險妊娠區域聯防照護計畫		彰基	
沿用	4	R1-4		新生兒重症區域聯防照護計畫		中國附醫	
新增	5	R1-5		經分會委員 5位評選	到院前救護車心電圖 判讀跨院合作計畫	A組(台中及南投) 中國附醫	
					B組(彰化)		
沿用	6	R2	機構住民醫療整合照護試辦計畫		9個團隊	1,000	
沿用	7	R3	提升偏鄉區域資源整合照護試辦計畫		9個團隊	3,600	
新增	8	R4	術後加速康復(ERAS)輔導 及推廣計畫	D1髖關節膝關節置換術		中國附醫	400
				D2大腸直腸癌手術		台中慈濟	
				D3肺部腫瘤切除術		中山附醫	
				D4腎臟腫瘤切除術		臺中榮總	

40

研議政策保障項目-春節門急診獎勵



41



公告及轉請配合事項

1. 健保醫療資訊雲端查詢系統
2. 健保卡資料上傳格式2.0
3. 在宅急症照護試辦計畫
4. 專款-主動脈剝離術及腦中風取栓術
5. 生物相似性藥品鼓勵試辦計畫
6. 健保終生限制給付項目就醫資料
7. 支付標準未列項項目申報方式
8. 電子化藥品處方箋試辦

42

1.健保醫療資訊雲端查詢系統



因應本署系統調整，健保醫療資訊雲端查詢系統1.0將**陸續停止服務**，說明如下表，**請院所提早準備**。

停止服務日期	停止服務項目	轉換使用系統
114年 7月1日	健保醫療資訊雲端查詢系統(首頁版/物理、職能治療師)	健保醫療資訊雲端查詢系統2.0
	健保雲端藥歷系統(簡易版)	健保醫療資訊雲端查詢系統2.0
	因應天災及緊急醫療查詢系統	「因應天災及緊急醫療查詢作業2.0」於 114年3月18日起 上線服務
	保險對象特定醫療資訊查詢作業	「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
115年 1月1日	「健保醫療資訊雲端查詢系統單一個案即時下載Web service」	「健保醫療資訊雲端查詢系統單一個案即時下載Web API」於 114年3月14日起 上線服務
	「跨院重複開立醫囑提示功能webservice」 「藥品交互作用暨過敏藥物提示功能webservice」 「保險對象特定醫療資訊查詢作業」API	「健保醫療資訊雲端查詢系統主動提示功能WebAPI」 113年6月17日 上線
	批次下載「定義的檔案種類(sTypeCode)31」	「定義的檔案種類(sTypeCode)08」

43

2.健保卡資料上傳格式2.0

◆ 中區醫院改版情形(截至114年5月15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	8 (44%)	10 (56%)	18
地區醫院	62 (78%)	17 (22%)	79
總計	76 (74%)	27 (26%)	103



請各醫院儘速完成健保卡格式2.0改版

44



3.在宅急症照護試辦計畫

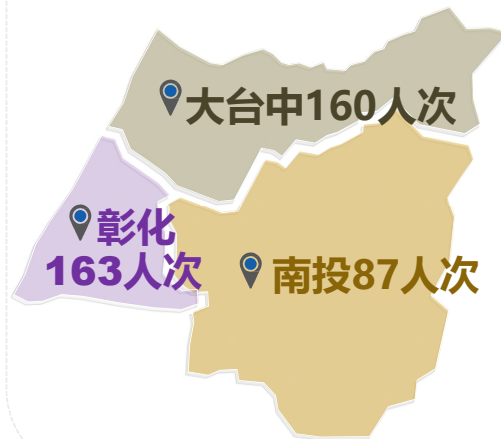
團隊核定情形

47個團隊
45家醫院參與

醫學中心	4家
區域醫院	17家
地區醫院	24家
基層院所	111家
居護所	108家

各縣市收案情形

114年收案、依收案院所所在地區計算



計畫執行率19.9%



請各團隊持續推動，
案件量達核定量8成時，
函文至本組申請案件量

適應症

肺炎

162
人次

尿路
感染

205
人次

軟組織
感染

43
人次

資料更新日期：114年5月20日

45

4.專款計畫-主動脈剝離手術及腦中風取栓術

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

◆ 114年撥付款項延續113年列入專款

- ✓ 主責醫院**各支付100萬點。**
- ✓ 主責醫院維持由4家醫學中心輪流擔任
 - **主動脈剝離手術-中國附醫、腦中風經動脈取栓術-台中榮總**

◆ 重申本計畫支付標準規定

- ✓ 建立轉診作業流程：請各團隊主責醫院協助輔導各醫院，轉診病人除追蹤病人病情外，亦了解跨院雙方之申報方式。
- ✓ 依計畫內容申報費用：依規定申報轉出或轉入院所代碼、醫令代碼及腦中風虛擬醫令(RDLNT、NIHSS)等。
- ✓ **自行收治病人或接受轉入醫院需登錄VPN**，方符合個案管理費之獎勵。



46

5.生物相似性藥品鼓勵試辦計畫

詳細藥品醫令代碼對照表，請參閱本署網頁計劃公告

延續113年_5項

----- Adalimumab 自體免疫疾病
----- Etanercept 自體免疫疾病
----- Pegfilgrastim 化療白血球
----- Teriparatide 骨質疏鬆症
----- Rituximab 淋巴瘤、關節炎

114年新增_3項

----- Bevacizumab 癌症相關疾病
----- Filgrastim 化療白血球治療
----- Infliximab 自體免疫疾病

修訂重點
114/05/14公告

藥品成份及
適應症

藥費差額
回饋

使用生物相似性藥與原廠藥之「藥費差額」點數，於總額前瞻式預算管理方案中，以特定排除項目列計，歸類於**急重症保障項目**，獎勵醫院開立處方使用。

47

6.健保終生限制給付項目就醫資料1

111/12/22新增，於「摘要」區新增「健保終生限制給付項目就醫資料」

28 項醫療服務醫令 (如：次世代基因定序_NGS_30301-30307，終生給付一次。)

22 項藥品醫令 (如：AC58837277(懷特血寶凍晶注射劑)，每位病人終生給付 6 支為上限。)

32 項特殊材料醫令(如：FHX02LVHM3T8 (B206-8 長效型心室輔助系統)，每人終身給付 1 組。)



IC卡上傳後即顯示於摘要區，惟資料傳輸可能有24~48小時落差。

開立限制給付項目，
請務必先至摘要區查詢。

- ◆ 詳細操作方式請至本署VPN下載健保醫療資訊雲端查詢系統
- ◆ 路徑：健保資訊網服務系統(VPN)/下載專區/醫事人員服務/健保醫療資訊雲端查詢系統

48

6.健保終生限制給付項目就醫資料2

摘要：

COVID-19治療口服抗病毒藥物Paxlovid(PF-07321332與ritonavir藥物組合包裝)是CYP3A的抑制劑，與高度依賴CYP3A清除之藥物具禁忌，且與許多常用的藥物有交互作用，請醫師開立處方時需密切注意，並詢問病患是否有使用相關禁忌藥物。(參考資料：[禁忌藥物](#)、[藥品交互作用](#))
如欲查詢病人是否有使用COVID-19治療口服抗病毒藥物，請至「雲端藥歷」頁籤查詢。
複製病人醫療資料應符合診療目的之用，否則自負相關法律責任。
本系統「CDC預防接種」係提供使用者連線前往疾病管制署「全國性預防接種資訊管理系統」，健保對象近期如無健保就醫與用藥紀錄，僅會呈現「CDC預防接種」頁籤。
此健保對象為管制用藥名單。
此健保對象有特定凝血因子用藥資訊。
該病患於檢查檢驗結果頁籤有影像上傳資料。
該病患於牙科處置及手術頁籤有影像上傳資料。
[查詢病人最近1次B、C型肝炎就醫紀錄及公費篩檢資格。](#)
[此病人有使用健保終生限制給付項目之就醫紀錄。](#)

使用健保終生限制給付項目就醫紀錄

醫療服務

醫療服務

藥品

特殊材料

資料說明

項次	就醫日期	來源	主診斷	醫令名稱	醫令代碼	資料來源
1-1	112/05/03	大林慈濟醫院 門診 1140030012	中葉之支氣管或肺惡性腫瘤 C342	肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)	30101B	健保卡
1-2	112/04/03	大林慈濟醫院 門診 1140030012	中葉之支氣管或肺惡性腫瘤 C342	肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)	30101B	健保卡
2-1	112/05/03	大林慈濟醫院 門診 1140030012	中葉之支氣管或肺惡性腫瘤 C342	PD-L1免疫組織化學染色	30103B	健保卡

49

7.支付標準未列項項目申報方式

◆ 申報格式及填表注意事項如下：

- ◆ 依據支付標準：實施未列項目，應就適用之類別已列款目中，按最近似之各編號項目所定點數申報。
- ◆ 完整呈現器官移植存活率及健保診療項目監測資料，請協助落實未列項項目之申報。

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	資料說明
△	p22	未列項註記	1	X	一. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第一部總則五、各保險醫事服務機構實施本標準未列項目，應就適用之類別已列款目中，按其最近似之各該編號項目所訂點數申報，惟新療法須經保險人報由中央主管機關核定後實施。 二. 依上述規定申報未列項目之醫療費用，本欄為必填欄位。另本欄有值者，欄位IDp23「未列項名稱」欄位為必填欄位。 三. 未列項註記代碼： 1：技術困難度比照。 2：支付點數比照。
△	p23	未列項名稱	100	X	欄位IDp22「未列項註記」欄位有值者，本欄為必填欄位，填報方式如下： 一. 醫學上統一認定/常用/共識等縮寫名稱者，請以英文大寫之縮寫名稱填報；非前述者，請以英文小寫填報。 二. 同院所同一未列項目，本欄位應一致。 三. 同院所同一未列項目，應比照同一支付標準。

◆ 詳細申報方式請至本署全球資訊網查詢

路徑：[健保署全球資訊網/健保服務/健保藥品與特材及醫療服務/醫療服務/支付標準相關法規及規範/支付標準未列項目](#)

50

8.電子化藥品處方箋試辦



實施目的

為提供民眾就醫處方資料傳遞，避免處方箋遭竄改或重複調劑，提升用藥安全及品質

試辦期程-114年下半年

處方QR code說明文件

本署全球資訊網首頁 / 健保服務 / 健保醫療服務 / 電子處方箋(試辦)

網址 <https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-15475-a39bc-3760-1.html>

歡迎各院聯合社區藥局踴躍參加

51



THANK YOU

52