

114 年風險移撥款分配項目(114.9.12 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年及114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(2)</td><td>草嶺村、樟湖村</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(2)	草嶺村、樟湖村	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(2)	草嶺村、樟湖村																										
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年及114年方案所列無中醫或1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、<u>口湖鄉</u></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>	縣市別	鄉鎮區	雲林縣	四湖鄉、 <u>口湖鄉</u>	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										
雲林縣	四湖鄉、 <u>口湖鄉</u>										
嘉義縣	溪口鄉、番路鄉、阿里山鄉、東石鄉										
台南市	後壁區、大內區、左鎮區、龍崎區、北門區、東山區										
			3. 牙醫：每次巡迴可獲配3,000點。 ■ 各院可獲配額度 = {(西醫加計權重之巡迴點巡迴次數 × 3,000 × 權重值) + (其他本項西、中、牙醫採計巡迴點之巡迴次數 × 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) ■ <u>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。</u> ■ 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	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										
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。 ■ 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。

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。
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)。如：A 醫院新收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 border="1"> <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。 ■ 由主責醫院於114年12月31日前提報辦理團隊會議之場次紀錄(含簽到表及會議紀錄)。	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																						
			■ 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)：																						

			(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、於114年12月31日前提報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	7,000,000 (9.3%)	■ 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：114.1~114.12 之累計值 ■ 目標值：≥29%(114年重要工作計畫南區目標值)或≥自身去年同期值(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。 $\text{達標醫院可獲配額度} = \text{本項預算額度} \times \frac{\text{該院一般服務收入}}{\text{南區醫院一般服務總收入}}$ 2. 未達標醫院，但照護率介於112年南區同期值(14.9%)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。
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： 1. 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)。惟115年是否採計，仍以屆時通過之風險款補助項目為準。 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。																						
地區醫院 新收呼吸 依賴個案 4個月內 安寧諮詢 照護	8,521,382 (11.3%)	2,521,382 (3.4%)	■ 地區醫院新收呼吸依賴個案4個月內安寧諮詢照護率 擷取區間：114.1~114.12之累計值 ■ 目標值：≥83%(114年重要工作計畫南區目標值)或≥自身去年同期值(擇優，但不含0)。 ■ 分配方式： 1. 符合前開指標值之醫院，再依<u>呼吸器案件費用</u>該院占<u>南區地區醫院</u>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 border="1"> <thead> <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> </thead> <tbody> <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> </tbody> </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。 ■ 操作型定義：僅針對地區醫院 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	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																						

			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，取較高值。 (2)一般及 RCW 病床回轉 ICU 比率：採114.1.1~114.12.31期間值(不排同院 RCW/一般病房互轉當次人次)。
居家安寧 照護對象 在宅善終 (114 年新 增)	8,422,920 (11.2%)	8,422,920 (11.2%)	■ 居家安寧照護對象在宅善終比率 ■ 操作型定義 <u>分母：當年度居家安寧收案對象於照護期間死亡人數</u> <u>分子：當年度接受居家安寧個案於死亡前 14 日未住院治療人數</u> 1. <u>居家安寧照護對象：支付標準第五部第三章安寧居家照護及居家醫療照護整合計畫之安寧療護階段(S3)收案對象。</u> 2. <u>死亡個案：保險對象資訊之轉出日於統計期間，且投保狀態為「死亡退保」。</u> 3. <u>死亡前 14 日未住院治療：分母個案中，死亡退保日(含)前 14 日無申報住院治療。</u> ■ <u>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。</u> 擷取區間：114.1~114.12 之累計值 ■ 目標值：≥75.5%(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. 達標醫院依該院費用占南區整體占率支付。 $\text{達標醫院可獲配額度} = \text{本項預算額度} \times \frac{\text{該院一般服務收入}}{\text{南區醫院一般服務總收入}}$ 2. 未達標醫院，但利用率介於 112 年南區同期值(72.8%)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。

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、洗腎)、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、腹膜透析計畫等就醫案件(不含慢性病連續處方箋調劑)。 ■ 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1~4項定義之案件，以門急住診案件計(排除案件分類08) 6. 使用虛擬健保卡案件： (1)虛擬健保卡 SDK：就醫序號第一碼為 V (2)讀卡機控制軟體6.0：醫令類別為 G，虛擬醫令代碼為 W00V ■ 分配方式：各醫院受理民眾持虛擬健保卡就醫，按季以歸戶(人)個案數統計，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。
---	------------------------------	-----------------------------	---

癌藥事前審查以電子病歷(FHIR)申請(114年新增)	無	2,000,000 (2.7%)	■ 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。 ■ 超出本項預算上限，採浮動調整。
檢驗檢查報告即時上傳	6,812,312 (9.1%)	4,332,010 (5.8%)	■ 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：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	74,948,800	
註： 1. 各項指標採季監控、全年結算，由健保署南區業務組按季提供相關數據予各院參考。 2. 「偏鄉區域資源連結」、「加強糖尿病及初期慢性腎臟病(DKD)個案照護」、「<u>呼吸器安寧利用地區醫院新收呼吸依賴個案4個月內安寧諮詢照護</u>」、「<u>死亡前安寧利用居家安寧照護對象在宅善終</u>」、「癌藥事前審查以電子病歷(FHIR)申請」等項目預算，如全年結算時尚有剩餘，可予流用至「檢驗檢查報告即時上傳」。			

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以各院提報之服務名冊為主，本組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)，必要時請醫院檢附佐證資料(如視訊畫面截圖)及病歷資料送審。
3. 請於 114 年 12 月 31 日前提報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)				
								1. <5 公分 2. 5-10 公分 3. >10 公分				
(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								