

**衛生福利部中央健康保險署南區業務組**  
**「南區醫院總額」114年第4次共管暨**  
**第2次院長會議會議紀錄**

時間：114年12月12日(星期五)下午2時40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：盧羽眉

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	李經維	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	馬惠明*	鄭雅敏委員	鄭雅敏
楊仁宗委員	楊仁宗*	謝景祥委員	謝景祥
陳正榮委員	鄭清源 <sub>(代)</sub> *	曹承榮委員	(請假)

**衛生福利部中央健康保險署：**

林純美	黃紫雲	郭俊麟	郭碧雲	吳佩寧	許寶茹
張智傑	陳嘉宏	盧羽眉	曾荃璞	林亭儀	呂宛諭
柳家鈺	楊韻萱	陳秀宜*	李怡君*	許涵琇*	黃柏儒*
何欣瑜*					

## 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：114年Q3方案結算、鼓勵使用生物相似/學名藥、區域以上醫院門診注射化療藥品、健康台灣政策指標(大腸癌陽追率、DM/CKD/DKD 照護率、全人全社區照護計畫收案率)、待改善指標(急轉住滯留>48小時比率、急診檢傷一或二級滯留>24小時比率、OPAT 醫院/ACAH 團隊收案情形、ICU/急性一般病床占床率、靜置床情形及護理人力分布、CT/MRI 執行及再執行率、20 類檢查(驗)再執行率、居家安寧對象在宅善終比率、出院後 3 日內再急診率、出院準備銜接後續醫療率、西醫門診可避免住院率等)、鼓勵醫院推動電子病歷(FHIR)格式及參加電子處方箋申請。

## 肆、報告案

### 第一案

報告單位：南區業務組

案由：115 年南區醫院總額共管會議與院長會議召開時程。

說明：

一、115 年預定會議時程將配合 115 年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商議事會議」召開會議預定日期(3/4、5/27、8/26、12/2、12/16，業經醫院總額 114 年第 4 次研商議事會議通過)安排。

二、建議 115 年預定會議時程如下：

會議日期	3/13(五)	6/12(五)	9/11(五)	12/11(五)
會議名稱	第 1 次 共管會議	第 2 次共管會 暨第 1 次院長會議	第 3 次 共管會議	第 4 次共管會 暨第 2 次院長會議

決定：洽悉。

## 第二案

報告單位：南區業務組

案由：115 年「區域聯防-提升急重症照護品質計畫」(下稱本計畫)主責醫院暨 114 年執行現況。

說明：


- 一、113 至 114 年由成大醫院擔任急性腦中風、主動脈剝離兩項疾病別主責醫院，分別建置 EVTTS 及 EAADS 線上轉診平台供團隊醫院使用，辦理平台維運、宣導使用，並定期召開討論會議(運作情形如附表 1)。
- 二、依本計畫伍、二規定：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，主責醫院仍需於每年度 1 月 31 日前向保險人分區業務組提出參與計畫申請書，完備申請流程。
- 三、承上，115 年將由成大醫院延續擔任兩項疾病別之主責醫院，協助建置及維運本計畫線上調度互聯系統，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，於 115 年 1 月 31 日前來函提報參與計畫申請書及參與醫院名單。

決定：洽悉。

附表 1、成大醫院 EVTTS 及 EAADS 平台運作及討論會議辦理情形

序	項目	腦中風	主動脈剝離
1	建置平台	EVTTS	EAADS
2	平台功能	透過平台快速聯繫提升轉診效率，並供各院上傳病人臨床資訊、檢查影像結果等(目前僅 EVTTS 可上傳)。	
3	平台使用狀況	26 家合作醫院皆有使用(含成大醫院)。	21 家合作醫院有使用，5 家未使用，該院業於 114 年 11 月再次 mail 輔導，並了解使用率低原因如下： (1) 病況危急需盡快轉診，接受醫院無法強求轉出醫院使用平台上傳病人資料再轉診。 (2) 醫療人力吃緊，無法即時填寫或確認平台資訊。 (3) 雲嘉南地區能執行手術醫院相對少，不論轉出醫院是否透過平台先聯繫，接受醫院皆難以拒絕。 (4) 僅急性 A 型主動脈剝離且接受 68043B 手術病人可申報本計畫轉入及照護獎勵，轉入前死亡、診斷改變或沒有手術的病人無法申報，亦降低使用平台意願。
4	向團隊醫院宣導平台使用情形	(1) 每月線上例行性轉診會議：檢討及優化轉診流程。 (2) 每季舉行嘉南區實體會議：共同討論區域轉診相關議題，促進院際合作與交流。	(1) 113/11/7、21 辦理平台使用教學工作坊。 (2) 113/12/25 雲嘉南急診部交流會議簡介平台。 (3) Mail 各醫院宣導平台使用，並轉知平台資訊技術與臨床人員聯繫方式。 (4) 114/11 輔導 5 家未使用，並了解原因中。

序	項目	腦中風	主動脈剝離																																				
5	平台轉診聯繫方式	<p>(1) 平台未設置值班管理人員負責調度。</p> <p>(2) 轉出醫院可將個案資訊或檢查影像上傳後，於平台上向收治醫院送出轉診請求，並查找各院登錄值班醫師聯絡資訊，立即撥打電話確認收治安排(圖 1)。</p> <table border="1" data-bbox="667 343 2022 885"> <caption>值班表-區域聯防On call/Available班表</caption> <thead> <tr> <th colspan="3">2025-06-13</th> <th colspan="3">2025-06-14</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>臺南地區 奇美醫療財團法人奇美醫院</td> <td>楊</td> <td>09</td> <td>臺南地區 奇美醫療財團法人奇美醫院</td> <td>謝</td> <td>09</td> </tr> <tr> <td>臺南市立安南醫院</td> <td>張</td> <td>09</td> <td>臺南市立安南醫院</td> <td>張</td> <td>09</td> </tr> <tr> <td>嘉義地區 嘉義長庚</td> <td>黃</td> <td>09</td> <td>嘉義地區 嘉義長庚</td> <td>李</td> <td>09</td> </tr> <tr> <td>嘉義地區 嘉義基督教醫院</td> <td>林</td> <td>052 請總機轉MVPN:22620</td> <td>嘉義地區 嘉義基督教醫院</td> <td>林</td> <td>05 請總機轉MVPN:22620</td> </tr> <tr> <td>雲林地區 台大醫院雲林分院斗六院區</td> <td>台大斗六急診公務機</td> <td>09</td> <td>雲林地區 台大醫院雲林分院斗六院區</td> <td>台大斗六急診公務機</td> <td>09</td> </tr> </tbody> </table> <p>圖 1、EVTTS 平台之值班表及聯絡資訊</p>		2025-06-13			2025-06-14			臺南地區 奇美醫療財團法人奇美醫院	楊	09	臺南地區 奇美醫療財團法人奇美醫院	謝	09	臺南市立安南醫院	張	09	臺南市立安南醫院	張	09	嘉義地區 嘉義長庚	黃	09	嘉義地區 嘉義長庚	李	09	嘉義地區 嘉義基督教醫院	林	052 請總機轉MVPN:22620	嘉義地區 嘉義基督教醫院	林	05 請總機轉MVPN:22620	雲林地區 台大醫院雲林分院斗六院區	台大斗六急診公務機	09	雲林地區 台大醫院雲林分院斗六院區	台大斗六急診公務機	09
2025-06-13			2025-06-14																																				
臺南地區 奇美醫療財團法人奇美醫院	楊	09	臺南地區 奇美醫療財團法人奇美醫院	謝	09																																		
臺南市立安南醫院	張	09	臺南市立安南醫院	張	09																																		
嘉義地區 嘉義長庚	黃	09	嘉義地區 嘉義長庚	李	09																																		
嘉義地區 嘉義基督教醫院	林	052 請總機轉MVPN:22620	嘉義地區 嘉義基督教醫院	林	05 請總機轉MVPN:22620																																		
雲林地區 台大醫院雲林分院斗六院區	台大斗六急診公務機	09	雲林地區 台大醫院雲林分院斗六院區	台大斗六急診公務機	09																																		

序	項目	腦中風	主動脈剝離
6	與合作醫院開會	<p>(1) 每月線上會議、每季嘉南區實體會議            (2) 會議內容：平台轉診使用概況、病人延遲轉送原因、未轉診成功個案原因、未做取栓原因等相關指標分析(圖 2)。</p>  <p>圖 2、EVTTS 平台例行會議內容</p>	<p>(1) 114/11/27 辦理線上會議。            (2) 會議內容：使用率偏低之原因探討、平台欄位功能修正等。</p>

## 伍、討論提案

### 提案一

提案單位：南區業務組

案由：114年Q3南區方案階1至階3給付點值皆提升至1後預算仍有剩餘，本季「急診、急救責任醫院及護理」相關支付標準調整扣合指標改以RPG補付，並保留部分預算至後續季別，提請討論。

說明：

一、114年Q3南區醫院總額預算及支出估算如下表：

(一) 本季超額總點數約7.9億點，階1至階3點值皆可上調至1、階4維持不給付，約需追扣0.27億點(核減率0.1%)，剩餘額度4.07億，預估平均點值為1.01~1.02。其中「急診、急救責任醫院及護理」相關支付標準調整扣合指標之預算約1.29億，屬外加預算。

(單位：億)

本季投保 分區預算 (醫管組 粗估) 209.17	本季方案結算使用預算(A)		207.88
	「急診、急救責任醫院及護理」相關支付標準 調整扣合指標之預算(B)		1.29
<b>支應超額可用預算(C)</b>			<b>11.4</b>
總超額 點數 7.9	階1~階3 =7.6	點值0.75/0.5/0.25所需支應預算	5.2
		<b>點值皆為1所需支應預算(D)</b>	<b>7.6</b>
	階4	點值0，不給付點數(E)	0.3
方案 機制	陸之一核減點數(F)		0.04
	地區醫院 波動	回補點數(G)	0.07
		<b>剩餘調控預算(H)</b>	<b>0.27</b>
<b>方案總核減點數(E+F-G=0.3+0.04-0.07)</b>			<b>0.27</b>
<b>剩餘額度(I=C-D+H=11.4-7.6+0.27)</b>			<b>4.07</b>
<b>剩餘額度影響點值(I/A=4.07/207.88)</b>			<b>0.02</b>

(二) 南區63家醫院點值均 $\geq 0.95$ ，其中32家點值為1。

- 二、依 114 年第 2 次共管暨第 1 次院長會議決議，本季急重症病患醫療照護需求之預算上限業提升為當季一般總額之 0.8%(計 1.6 億元)，經新增納入「門診化療注射案件」、各項目正負值皆反映且加總為正值方予以採計等條件計算後，共計 0.9 億點，無須浮動。
- 三、114 年 11 月 25 日南區分會工作小組會議討論建議如下：
- (一) 急重症排除列計應朝向正向鼓勵，不應有負值抵銷。
  - (二) 「急診、急救責任醫院及護理」相關支付標準調整扣合指標改以 RPG 補付，以實質鼓勵達標醫院。
- 四、本組回應及建議：
- (一) 考量急重症排除列計最新定義甫於本季生效適用，建議再予觀察。
  - (二) 本季預算尚屬寬裕，前揭扣合指標項改以 RPG 補付。
  - (三) 保留一般服務結算平均點值大於 1.02 元部分之預算流用至下一季，並依本季南區門、住診一般服務費用申報占率區分流用預算之門、住診分配比率。
- 決議：依業務組建議，照案通過。

## 提案二

提案單位：南區業務組

案由：提報南區增列 115 年「醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則」及符合認定醫院名單(同 114 年)，提請討論。

說明：

- 一、各分區應考量轄區預算及特性，於 115 年 1 月底前針對旨揭原則提供修正意見及符合認定醫院名單，提報至 115 年第 1 次研商議事會議報告，並報請衛生福利部核備後公告實施。
- 二、115 年南區增列認定原則，配合 114 年度「全民健康保險醫療資源缺乏地區」公告新增「嘉義縣梅山鄉」；餘比照 114 年所載內容，惟將 113 年修改為「前一年」，修訂如下表：

115 年南區業務組增列認定原則	
1. 屬下表鄉鎮(市/區)鄰近之地區醫院：	
縣市別	山地離島/醫缺地區
雲林縣	大埤鄉、元長鄉、臺西鄉、水林鄉
嘉義縣	大埔鄉、六腳鄉、東石鄉、鹿草鄉、番路鄉、 <u>梅山鄉</u> 、阿里山鄉
台南市	七股區、大內區、北門區、左鎮區、南化區、將軍區、楠西區、龍崎區
2. 惟排除下列條件：	
(1) 精神科醫院	
(2) <u>前一年</u> 前 3 季呼吸器費用占全院費用比率大於 40% 醫院	
(3) <u>前一年</u> 前 3 季提供急診服務量小於 5% 醫院	
(4) <u>前一年</u> 間有經保險人處以停(終)止特約之醫院	
(5) 距離任一家區域以上層級後送醫院小於 10 公里者	

三、偏遠地區醫院認定原則，醫院之保障方式為當年各季浮動點數以前一季該分區平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區平均點值小於當季該分區浮動點值，則改以後者核付（預算為一般總額部門）。

四、綜上，符合之地區醫院名單計 4 家，與 114 年相同：

- (一) 鄰近雲林縣大埤鄉：若瑟醫院
  - (二) 鄰近雲林縣臺西鄉：長庚雲林
  - (三) 鄰近臺南市七股區及將軍區：奇美佳里
  - (四) 鄰近臺南市左鎮區及龍崎區：部臺南新化
- 決議：照案通過。

### 提案三

提案單位：南區業務組

案由：為使轄內醫院持續穩定自我管控，延續現行方式研擬 115 年南區醫院總額財務穩定方案(以下簡稱南區方案)及新增調整內容，提請討論。

說明：

一、 114 年南區方案於 113 年第二次院長會議決議後，滾動修訂歷程如下表所示：

修訂時點	修訂內容
113 年第四次 共管會議	陸之三機制符合條件，「專案標的醫令經專業審查點數之核減率」自 $\geq 90\%$ 調整至 $\geq 80\%$ ，自 114Q1 起適用。
114 年第一次 共管會議	調整下列項目，自 114Q2 起適用： 1. 「急重症排除列計」之「自發性急性腦血管疾病」等 5 項重症照護項目，新增適用診斷碼或支付標準碼。 2. 「暫時性住院容量調整」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。
114 年第二次 共管暨第一 次院長會議	「急重症排除列計」增列「門診化療注射劑」項，預算設定比率自當季一般總額之 0.4%調升至 0.8%，自 114Q3 起適用。
114 年第三次 共管會議	調整下列項目，自 114Q2 起適用： 1. 「小型醫院費用波動」修改為「地區醫院費用波動」： (1)預算來源：由原基期(季)實收 $\leq 6,000$ 萬醫院，擴大為「所有地區醫院」。 (2)新增回補階段：上調基期(季)實收 $\leq 6,000$ 萬醫院點值至 0.95 後，新增依規模級距(由小至大)優先上調地區醫院點值至 0.95。 2. 調整「個別醫院合理成長」階 1 級距增加值對應表，凸顯醫院增聘與優化醫護人力配置之努力。

二、 基期計算：115 年南區方案(草案)如附錄 1，以各院去年同期經校正後之一般服務收入為各季基期：

(一)調校「生物相似藥及學名藥藥費差額」：

- 1、各院 114 年各季生物相似藥及學名藥藥費差額：依「全民健康保險推動使用生物相似藥及學名藥之鼓勵試辦計畫」之「藥費差額回饋點數定義」計算。
- 2、各院 114 年各季「核+部-排除」加上開藥費差額後，依扣除 PVA 後之各階代入點值重新計算各院超額核給點數及總核付點數，各院調整後基期一般服務收入(A)=基期一般服務收入×(調整後之方案核付點數÷原始方案核付點數)，依(A)重新計算各院占率。
- 3、將調整後各院占率×「扣除 PVA 後之南區預算」=各院 114 年各季校正生物相似藥及學名藥藥費差額後之一般服務收入。

(二)新增疊加 114 年南區醫療費用成長率( $\chi$ )%：

115 年 Q1 及 Q2 採 114 上半年平均成長率( $\frac{1.4\%+2.9\%}{2} = 2.2\%$ )、

115 年 Q3 及 Q4 則採 114 下半年平均成長率。

(三)綜上，基期計算公式為校正後預算×校正後占率×(1+ $\chi$ %)，如下：

當期季	基期計算方式			
	基期季	校正後預算	校正後占率	南區醫療費用成長率( $\chi$ )
115Q1	114Q1	南區醫院扣除 PVA 後之一般服務收入	各院基期季無 PVA 及風險移撥款挹注時，並校正生物相似藥及學名藥藥費差額之一般服務收入占率	(114Q1 + Q2)
115Q2	114Q2			2
115Q3	114Q3			(114Q3 + Q4)
115Q4	114Q4			2

三、 其他調整項目：

(一) 風險移撥款改另以 RPG 補付：

現行方案原將風險移撥款作為特定排除列計，經依 114 年各季方案結算之各院實際抵用超額情形評估適用性，建議改以補付方式以利執行醫院實質獲配。

(二) 調整合理成長率(階 1)相關公式：

1、 指標加權成長率之價、量指標權重調整：

- (1) 門、住診指標維持分別計算，惟各診別之價、量權重改以「加總」為 100%。
- (2) 門診 CMI 改列為監測項、住診 CMI 指標權重調整為 10%。
- (3) 護理人力指標權重由 20%上調為 30%；住院人日由 60%下調為 40%。

2、 新增區域以上(重度急救責任)醫院之效率指標：以達標或當期相較基期進步者，各項給予外加 0.25%~1%之階 1 級距增加值

- (1) 化療注射病人門診占率：依「門診占率達 50%」、「門診占率差值(=當期占率-基期占率)」對應。
- (2) 急診滯留>24 小時案件比率(DA1337 指標)：依「比率差值(=當期比率-基期比率)」對應。

(三) 新增「住診服務量能扣合個別總額額度」(陸之四)機制：

- 1、 參考南區醫院自方案執行以來住診服務量指標之整體值變化，住院人數近 5 季成長率平均約-2%、住院人日過往各季最低為-5%。
- 2、 為確保住院服務量能未因個別總額制度出現怠工、過度削減病床使用或縮減醫療資源配置等情形，先行針對區域以上醫院加強「結果面」管理，該院之住院人數、住院人日倘較去年同期負成長，分別不得超過-2%、-7%；兩項同時超出者，當季結算總核付點數相較基期之成長值全數歸零。
- 3、 依前揭條件試算 113 年 Q1 至 114 年 Q3 之總額扣合情形如下表：

(單位：萬點)

統計項目	113 年				114 年		
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3
家數	無符合 醫院	1	2	3	2	1	3
原核給成長額度		4,937	6,909	16,326	7,052	0	8,402
單家最大值		4,937	6,521	12,410	7,052	0	4,721

四、請各院於 115 年 1 月 15 日前填妥「115 年南區財務穩定方案」附約(如附錄 2)並郵寄至本組(不需備文)。

決議：護理人力指標權重不變(維持 20%)，改上調住院人數為 30%；陸之四機制符合核扣條件之醫院應至共管會報告後，由共管會決議個別醫院核減點數；餘照案通過。併修改 115 年南區方案如附錄。

#### 提案四

提案單位：南區業務組

案由：115 年南區醫院總額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，提請討論。

說明：

一、本組前分別於 114 年第 2 次共管暨第 1 次院長會議、114 年 10 月 16 日科室信箱預告旨揭項目調整方向，並參採 114 年 11 月 25 日南區分會工作小組投票結果，初步研擬如附表 2，簡述如下：

(一) 現(114 年)行分配項目下架：

- 1、刪除已執行多年，收案量或指標值已趨於平穩、達政策鼓勵階段性目標之項目：「鼓勵傷口照護外展」、「C 肝口服新藥治療個案」、「連結通訊診療服務(虛擬健保卡)」及「檢驗檢查報告即時上傳」。
- 2、基於資源不重複原則，刪除原為論人計酬做準備之「偏鄉網絡連結整合照護(即主責醫院)」項目。

(二) 為落實「健康台灣」各項工作重點，重整並新增補助項目為六大面向：

1、強化癌症防治：

新增「提升癌症診療品質」、「建立跨科別團隊照護及個案管理(口腔癌)」及「改善癌症存活率(口腔癌及卵巢癌)」等指標，引導醫療院所投入改善，計編列 900 萬點。

2、優化居家醫療，無縫連結長照：

由原「居家新收個案照護論人鼓勵」及新增「接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率」組成，後者採抑制資源不當耗用改善方案操作型定義及南區目標值，計編列 1,700 萬點。

3、偏鄉醫療，社區關懷：

由原「醫不足巡迴論次鼓勵」、「強化偏鄉早療服務」及「支持偏遠地區精神醫療」3 項指標彙整，除更新部分操作型定義、原「偏鄉

網絡連結整合照護(即主責醫院)」額度流入「醫不足巡迴論次鼓勵」項以補須浮動之經費缺口外，餘未調整，計編列 1,686 萬點。

4、精準醫療，數位轉型：

現行「癌藥事前審查以電子病歷(FHIR)申請」項擴大納入 NGS、重大傷病、免疫製劑及癌症論質計酬方案(待署公告執行細節)等項目，並同步推動開立電子處方箋，鼓勵醫院投入系統建置轉換及開發，由原 200 萬擴編至 500 萬。

5、安寧療護，尊嚴善終：

為原「地區醫院新收呼吸依賴個案 4 個月內安寧諮詢照護率」、「居家安寧照護對象在宅善終比率」指標，再新增「機構住民居家安寧照護論人鼓勵」項，並考量居家(含在宅及機構)個案現行安寧給付落差及推動挑戰，調整本項挹注經費額度及流用規定，計編列 1,708 萬點。

6、三高防治 888 計畫：

原「DKD 個案照護率」外，再新增「全人全社區計畫收案提升獎勵」，以建構「全人、全家、全社區」整合醫療照護。前者亦作為其餘鼓勵項目預算剩餘之最終流用項，以期各層級醫院皆可獲配。

二、本案將俟醫院總額研商議事會議決定 115 年額度後，確認各分項預算，並建議全年統一結算於 115 年 Q4，各項指標由本組按季提供相關數據予各院參考。

決議：刪除「全人全社區計畫收案提升獎勵」，原編經費改挹注「DKD 個案照護率」(挹注後為 1,000 萬)；「接受出院準備服務個案」項再依執行面評估適度融入銜接長照之結果；餘項目通過。分項額度將俟預算確認後微調、結算時點則另行試算後再議。

附表 2、115 年南區醫院總額風險移撥款分配項目表

預算項目	114 年 (元)(占比)	115 年 (元)(占比)	分配方式/操作型定義(擷取條件)																		
強化癌症防治 【新增】	無	2,000,000 (2.7%)	<p>■ 取得/維持國民健康署「癌症診療品質認證醫院」資格或通過「115年全方位癌症防治策進計畫」</p> <p>■ 分配方式：</p> <p>1. 依國民健康署最新公告名單：</p> <p>(1) 於 115 年(含)以前取得「癌症診療品質認證醫院」認證結果為「通過」或「優等」之醫院，其中非為 115 年新申請通過認證者，其認證效期起、迄日需包含 115 年 1 月 1 日至 12 月 31 日區間。</p> <p>(2) 115 年全方位癌症防治策進計畫醫院。</p> <p>2. 依取得且維持認證資格時間(年)，區分獎勵點數：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>癌症診療品質提升項目</th> <th>獎勵點數</th> <th>取得/通過年度</th> <th>截至 114/2/5 (或 114 年)通過家數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">「癌症診療品質認證醫院」取得且維持認證資格</td> <td>&gt;4 年</td> <td>15 萬</td> <td>110 年(含)以前</td> </tr> <tr> <td>1~4 年</td> <td>10 萬</td> <td>111 年至 114 年</td> </tr> <tr> <td>新通過</td> <td>8 萬</td> <td>115 年</td> </tr> <tr> <td>全方位癌症防治策進計畫</td> <td>5 萬</td> <td>115 年</td> <td>16 (12 家重複， 採計 4 家)</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：前揭項目不重複採計，以較大值作為該院獎勵點數。</p> <p>■ 超出本項預算上限，採浮動調整；如有剩餘，優先流用至「口腔癌跨科別團隊照護及個案管理」項。</p>	癌症診療品質提升項目	獎勵點數	取得/通過年度	截至 114/2/5 (或 114 年)通過家數	「癌症診療品質認證醫院」取得且維持認證資格	>4 年	15 萬	110 年(含)以前	1~4 年	10 萬	111 年至 114 年	新通過	8 萬	115 年	全方位癌症防治策進計畫	5 萬	115 年	16 (12 家重複， 採計 4 家)
	癌症診療品質提升項目	獎勵點數	取得/通過年度	截至 114/2/5 (或 114 年)通過家數																	
「癌症診療品質認證醫院」取得且維持認證資格	>4 年	15 萬	110 年(含)以前																		
	1~4 年	10 萬	111 年至 114 年																		
	新通過	8 萬	115 年																		
全方位癌症防治策進計畫	5 萬	115 年	16 (12 家重複， 採計 4 家)																		
無	2,000,000 (2.7%)	<p>■ 口腔癌跨科別團隊照護及個案管理</p> <p>擷取區間：115.1~115.12</p> <p>■ 說明：</p>																			

1. 為提升口腔癌病患之照護品質與存活率，鼓勵醫院成立跨科別口腔癌照護團隊，強化從診斷、治療至追蹤各、階段之整合服務。
2. 藉由建置跨專業合作模式，促進及早診斷、縮短治療等待時間、提升治療完整性，並強化個案管理與支持性照護，以改善病患預後、降低治療中斷、提升整體照護成效。

■ 操作型定義(1至3為必要滿足條件)：

1. **跨科別照護模式**：應組成涵蓋口腔外科、耳鼻喉科、腫瘤內科、放射腫瘤科、病理科、影像醫學科、營養、護理、心理及社工等專業之跨科別照護團隊，視醫院規模得調整相關成員。
2. **定期跨科會議**：依年度總照護個案數要求跨科病例討論與治療計畫協調會議之召開次數，以即時討論新收案病患之診療策略、追蹤既有個案治療進度，並針對治療中斷或轉院個案進行原因分析及改善。

年度照護個案數 (人)	跨科別團隊會議次數 (至少，但不限於)	107~111年存活率追蹤個案 之符合醫院家數 (16家)
10-49	2次	8
50-99	4次	2
100-149	6次	3
≥150	12次	3

3. 依本署重大傷病檔癌症新申請個案，114年全年口腔癌收治≥10名個案之醫院，方符合本項獲配資格。
4. **每位照護個案給予2,000點**，採同院同ID歸戶(人)計算。
  - 於**115年12月31日**前提報**跨科別團隊成員名單**及**全年辦理跨科別團隊會議之場次紀錄**(含簽到表及會議紀錄)。
  - 超出本項預算上限，採浮動調整；如有剩餘，優先流用至「口腔癌及卵巢癌一年存活率」項。

	無	5,000,000 (6.7%)	<p>■ <b>口腔癌及卵巢癌一年存活率(不分期別)</b></p> <p>■ <b>說明：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>為呼應「健康台灣」施政願景，推動「以健康為核心、以成效為導向」之照護體系以強化預防醫學及醫療品質，試導入以癌症存活率為核心之績效指標，透過獎勵機制引導醫療院所投入改善。</li> <li>依本署107至113年資料統計，南區醫院口腔癌各期別存活率低於全署；另相較其他具完善篩檢系統之婦科癌症(如乳癌、子宮頸癌)，卵巢癌之病人數雖少且治療成效提升空間大，爰擇定前揭兩項癌症予以鼓勵。</li> </ol> <p>■ <b>操作型定義：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>依本署重大傷病檔癌症新申請個案，並串接承保檔死亡註記，追蹤各癌別病人1年存活率。</li> </ol> <p><b>分母：</b>本署重大傷病檔之口腔癌、卵巢癌 114 年新申請個案  <b>分子：</b>符合分母條件，並於追蹤 1 年後仍存活之個案數。如 114 年 12 月 1 日發重病卡，追蹤至 115 年 12 月 1 日仍存活之個案。 <ol style="list-style-type: none"> <li>114年全年口腔癌收治≥10名、卵巢癌收治≥5名個案之醫院，方符合該項獲配資格。</li> </ol> <p>■ <b>目標值：</b>≥108年全國同儕 P75值或≥自身去年同期值(擇優，但不含0)。</p> <p>■ <b>分配方式：</b>兩癌別分別計算(口腔癌350萬、卵巢癌150萬)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>達標醫院依該院費用占南區整體占率支付。  達標醫院可獲配點數 = 該癌別預算額度 × <math>\frac{\text{該院一般服務收入}}{\text{南區醫院一般服務總收入}}</math></li> <li>未達標醫院，但存活率介於108年全國同儕 P50值與115年目標值之間者，依較108年全國同儕 P50值增加比例計算獲配點數。</li> <li>108年兩癌別1年存活率之全國同儕值：</li> </ol> <table border="1" data-bbox="824 1289 1818 1444"> <thead> <tr> <th rowspan="2">醫院層級 (全國值)</th> <th colspan="2">口腔癌</th> <th colspan="2">卵巢癌</th> </tr> <tr> <th>P50</th> <th>P75</th> <th>P50</th> <th>P75</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>區域以上</td> <td>78.2%</td> <td>82.6%</td> <td>87.1%</td> <td>92.9%</td> </tr> <tr> <td>地區</td> <td>76.6%</td> <td>79.0%</td> <td>82.8%</td> <td>87.5%</td> </tr> </tbody> </table> </p>	醫院層級 (全國值)	口腔癌		卵巢癌		P50	P75	P50	P75	區域以上	78.2%	82.6%	87.1%	92.9%	地區	76.6%	79.0%	82.8%	87.5%
醫院層級 (全國值)	口腔癌		卵巢癌																			
	P50	P75	P50	P75																		
區域以上	78.2%	82.6%	87.1%	92.9%																		
地區	76.6%	79.0%	82.8%	87.5%																		

<p>優化居家醫療，無縫連結長照</p>	<p>19,699,410 (26.2%)</p>	<p><b>14,000,000</b> <b>(18.7%)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 居家新收個案照護論人鼓勵</li> <li>■ 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</li> </ul> $\text{每位新收個案可獲配點數} = \frac{\text{南區本項預算額度} \times (\text{扣除居整團隊會議論次鼓勵所餘額度})}{\text{南區醫院結算費用區間本項新收個案總數}}$ <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 操作型定義：             <ol style="list-style-type: none"> <li>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)。</li> <li>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)。</li> <li>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)。</li> </ol> </li> <li>■ 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。</li> </ul>																			
			<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 居整跨團隊會議論次鼓勵</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 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：</li> </ul> <table border="1" data-bbox="779 1137 1982 1353" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <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">113 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> </thead> <tbody> <tr> <td>&lt;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>9</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>9</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：結算費用區間收案數為 0，本項即不予補助。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 於<b>115年12月31日前</b>提報<b>全年</b>辦理團隊會議之場次紀錄(含簽到表及會議紀錄)。</li> </ul>	以下兩項擇優對應		全年補助上限 次數/點數	113 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	9	30-49	300-599	8 次/4 萬點	6	≥ 50
以下兩項擇優對應		全年補助上限 次數/點數	113 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	9																			
30-49	300-599	8 次/4 萬點	6																			
≥ 50	≥ 600	12 次/6 萬點	9																			

	無	<p>3,000,000 (4.0%) 【新增】</p>	<p>■ 接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率 擷取區間：115.1~115.12</p> <p>■ 操作型定義</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 分母：申報健保「出院準備及追蹤管理費(02025B)」或申報急性後期整合照護計畫中結案評估費(P5113B、P5117B、P5118B、P5123B)之件數，排除出院即死亡案件(轉歸代碼為4、A)</li> <li>2. 分子：分母案件中，出院後<u>30日內</u>接受各類居家醫療照護、居家醫療照護整合計畫、PAC(申報「承作醫院評估費(初評)P5114B」、「轉出醫院出院準備及評估費(同/不同團隊)P5113B、P5118B」)、「家庭醫師整合性照護計畫社區醫療群」之件數，並按出院人次歸戶</li> </ol> <p>■ 目標值：<math>\geq \bigcirc\%</math>(抑制資源不當耗用改善方案南區目標值)或<math>\geq</math>自身去年同期值(擇優，但不含0)。</p> <p>■ 分配方式：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 達標醫院依該院費用占南區整體占率支付。 <math display="block">\text{達標醫院可獲配點數} = \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}}</math></li> <li>2. 未達標醫院，但利用率介於112年南區同期值(30%)與115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。</li> </ol>
<p>偏鄉醫療，社區關懷</p>	<p>8,600,000 (11.5%)</p>	<p>11,000,000 (14.6%)</p>	<p>■ 醫不足巡迴論次鼓勵</p> <p>■ 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。</p> <p>■ 分配方式：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。另巡迴點如屬下表地區(屬111年無人服務、113年後新開放醫院承作或本組專案擇定地區)，再乘權重2，惟▲標記之巡迴點後續倘有西基單位提出申請，仍將優先予西基單位承作；如同時為雲林縣或台南市*註記之巡迴點，則乘權重3。</li> </ol>

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
	官田區(1)	大崎里 <sup>▲</sup>
	東山區(3)	南溪里 <sup>▲</sup> 、水雲里、南勢里
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
	二崙鄉(4)	義庄村 <sup>▲</sup> 、港後村 <sup>▲</sup> 、大庄村 <sup>▲</sup> 、庄西村 <sup>▲</sup>
	元長鄉(1)	新吉村 <sup>▲</sup>
	水林鄉(2)	塹底村 <sup>▲</sup> 、相埔村 <sup>▲</sup>
	四湖鄉(3)	廣溝村 <sup>▲</sup> 、箔子村 <sup>▲</sup> 、箔東村 <sup>▲</sup>
	崙背鄉(1)	草湖村 <sup>▲</sup>
	嘉義縣	竹崎鄉(8)
番路鄉(2)		草山村、公興村 <sup>▲</sup>
中埔鄉(1)		中崙村
梅山鄉(5)		碧湖村、龍眼村、瑞峰村、過山村 <sup>▲</sup> 、半天村 <sup>▲</sup>
義竹鄉(2)		北華村、官順村 <sup>▲</sup>
布袋鎮(1)		好美里 <sup>▲</sup>
新港鄉(2)		三間村 <sup>▲</sup> 、安和村 <sup>▲</sup>
六腳鄉(1)		永賢村 <sup>▲</sup>
東石鄉(2)		蔦松村 <sup>▲</sup> 、鰲鼓村 <sup>▲</sup>
水上鄉(1)		粗溪村 <sup>▲</sup>

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。

縣市別	鄉鎮區
雲林縣	四湖鄉、口湖鄉、褒忠鄉(11402起無中醫)、土庫鎮、古坑鄉、二崙鄉、東勢鄉、臺西鄉、元長鄉
嘉義縣	溪口鄉、番路鄉、阿里山鄉、東石鄉、布袋鎮、六腳鄉、義竹鄉、鹿草鄉、中埔鄉、梅山鄉、大埔鄉
台南市	後壁區、大內區、左鎮區、龍崎區、北門區、東山區、柳營區、六甲區、官田區、西港區、七股區、將軍區、安定區、山上區、玉井區、楠西區、南化區

3. 牙醫：每次巡迴可獲配3,000點。

■ 各院可獲配點數 = {(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)

■ 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，則該巡迴點取消加乘權重，改以每診次3,000點支付。

■ 超出本項預算上限，採浮動調整(權重不變，下調每次獲配點數)。

	5,000,000 (6.7%)	5,000,000 (6.7%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 強化偏鄉早療服務</li> <li>■ 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<b>115年</b>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。</li> <li>註1：依南區醫院總額114年第4次共管會暨第2次院長會議決議結果認定(為部南新化、長庚雲林、奇美佳里、若瑟醫院)。</li> <li>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。</li> <li>■ 各院可獲配點數 = 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)</li> <li>■ 每位照護個案可獲配點數 = <math display="block">\frac{\text{南區結算費用區間本項預算額度}}{\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)}}</math></li> <li>■ 採同院同 ID 歸戶計算。</li> </ul>
	860,556 (1.1%)	860,556 (1.1%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 支持偏遠地區精神醫療</li> <li>■ 各院可獲配點數 = 各院結算費用區間照護個案數 × 每位照護個案可獲配點數</li> <li>■ 每位照護個案可獲配點數 = <math display="block">\frac{\text{南區本項預算額度}}{\text{南區醫院結算費用區間本項照護個案總數}}</math></li> <li>■ 採同院同 ID 歸戶計算。</li> </ul>

<p>精準醫療數位轉型</p>	<p>2,000,000 (2.7%)</p>	<p>5,000,000 (6.7%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 推動電子病歷(FHIR)上傳</li> <li>■ 說明：針對具高導入門檻之各項以「電子病歷(FHIR)」上傳及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。</li> <li>■ 項目範圍：癌藥事前審查、<u>NGS、重大傷病、免疫製劑、癌症論質計酬方案、電子處方箋</u></li> <li>■ 分配方式：             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>資格取得獎勵</u>：經署本部認定該項目已可以電子病歷(FHIR)上傳及申請/開立案件者。</li> <li>2. <u>論量鼓勵</u>：取得資格之醫院，於各項目正式以電子病歷(FHIR)申請/開立之案件。</li> <li>3. 依各項目區分獎勵點數及採計標準：</li> </ol> <table border="1" data-bbox="779 608 2130 874" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">鼓勵項目</td> <td style="width: 50%;">癌藥事前審查、<u>NGS、重大傷病、免疫製劑、癌症論質計酬方案</u></td> <td style="width: 30%;"><u>電子處方箋</u></td> </tr> <tr> <td>資格取得獎勵</td> <td>10萬/項</td> <td><u>20萬</u></td> </tr> <tr> <td>論量鼓勵</td> <td>每人(同院同 ID 歸戶)獲配100點/項</td> <td><u>同一案件(依就醫識別碼歸戶)驗證 FHIR、解析 QR code 均成功，每件獲配20點</u></td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 超出本項預算上限，採浮動調整。</li> </ul> </li> </ul>	鼓勵項目	癌藥事前審查、 <u>NGS、重大傷病、免疫製劑、癌症論質計酬方案</u>	<u>電子處方箋</u>	資格取得獎勵	10萬/項	<u>20萬</u>	論量鼓勵	每人(同院同 ID 歸戶)獲配100點/項	<u>同一案件(依就醫識別碼歸戶)驗證 FHIR、解析 QR code 均成功，每件獲配20點</u>													
鼓勵項目	癌藥事前審查、 <u>NGS、重大傷病、免疫製劑、癌症論質計酬方案</u>	<u>電子處方箋</u>																							
資格取得獎勵	10萬/項	<u>20萬</u>																							
論量鼓勵	每人(同院同 ID 歸戶)獲配100點/項	<u>同一案件(依就醫識別碼歸戶)驗證 FHIR、解析 QR code 均成功，每件獲配20點</u>																							
<p>安寧療護，尊嚴善終</p>	<p>2,521,382 (3.4%)</p>	<p>2,521,382 (3.4%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <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></li> <li>■ 目標值：<u>115.1~115.12</u> ≥ ○% (重要工作計畫目標值)或自身去年同期值(擇優，但不含0)。</li> <li>■ 分配方式：             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 符合前開指標值之醫院，再依呼吸器案件費用該院占<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</li> </ol> <table border="1" data-bbox="779 1209 2007 1444" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2">以下兩項需同時符合</td> <td rowspan="2">權重</td> <td rowspan="2">以 <u>114.1.1-114.9.30</u> 試算 (家)</td> </tr> <tr> <td>脫離率(W)</td> <td>ICU 回轉率(R)</td> </tr> <tr> <td>W&gt;0%</td> <td>R ≤ 30%</td> <td>1 (滿權重)</td> <td><u>9</u></td> </tr> <tr> <td>W&gt;0%</td> <td>R &gt; 30%</td> <td>0.5</td> <td><u>4</u></td> </tr> <tr> <td>W=0%</td> <td>R ≤ 30%</td> <td>0.25</td> <td><u>10</u></td> </tr> <tr> <td>W=0%</td> <td>R &gt; 30%</td> <td>0(不予分配)</td> <td><u>8</u></td> </tr> </table> </li> </ul>	以下兩項需同時符合		權重	以 <u>114.1.1-114.9.30</u> 試算 (家)	脫離率(W)	ICU 回轉率(R)	W>0%	R ≤ 30%	1 (滿權重)	<u>9</u>	W>0%	R > 30%	0.5	<u>4</u>	W=0%	R ≤ 30%	0.25	<u>10</u>	W=0%	R > 30%	0(不予分配)	<u>8</u>
以下兩項需同時符合		權重	以 <u>114.1.1-114.9.30</u> 試算 (家)																						
脫離率(W)	ICU 回轉率(R)																								
W>0%	R ≤ 30%	1 (滿權重)	<u>9</u>																						
W>0%	R > 30%	0.5	<u>4</u>																						
W=0%	R ≤ 30%	0.25	<u>10</u>																						
W=0%	R > 30%	0(不予分配)	<u>8</u>																						

			<p>達標醫院可獲配點數 = 本項預算額度 × <math>\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}}</math> × 對應權重值</p> <p>2. 未達標醫院，但照護率介於111年南區同期值與115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，計算獲配額點數(南區值111.1~111.12：76%)。</p> <p>■ 操作型定義：僅針對地區醫院，擷取期間同上</p> <p>1. 新收呼吸依賴個案4個月內安寧諮詢照護率</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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/E2002RCC與RCW指標統計作業、E2003ICU回轉率查詢作業)：</p> <p>(1)RCW呼吸器脫離率：115上半年或下半年值，Q4結算時兩者取較高值。</p> <p>(2)一般及RCW病床回轉ICU比率：採115.1.1~115.12.31期間值(不排同院RCW/一般病房互轉當次人次)。</p> <p>■ 如有剩餘，優先流用至「機構住民居家安寧照護論人鼓勵」項。</p>
	8,422,920 (11.2%)	4,566,862 (6.1%)	<p>■ 居家安寧照護對象在宅善終比率</p> <p>擷取區間：115.1~115.12之累計值</p> <p>■ 操作型定義</p> <p>分母：當年度居家安寧收案對象於照護期間死亡人數</p> <p>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</p> <p>1. 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。</p> <p>2. 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」。</p> <p>3. 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。</p> <p>■ 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。</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>目標值：</b>≥○%(抑制資源不當耗用改善方案南區目標值)或≥自身去年同期值(擇優，但不含0)。</li> <li>■ <b>分配方式：</b></li> <li>1. 達標醫院依該院費用占南區整體占率支付。</li> </ul> $\text{達標醫院可獲配點數} = \text{本項預算額度} \times \frac{\text{該院一般服務收入}}{\text{南區醫院一般服務總收入}}$ <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 未達標醫院，但利用率介於112年南區同期值(72.8%)與115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。</li> <li>■ 如有剩餘，優先流用至「機構住民居家安寧照護論人鼓勵」項。</li> </ul>
	無	<p><b>10,000,000 (13.3%)</b> 【新增】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>機構住民居家安寧照護論人鼓勵</b></li> <li>擷取區間：115.1~115.12之累計值</li> <li>1. 照護個案：接受居家安寧之機構住民(擷取自 VPN「照護機構院民資料申報」收載名單，機構住民於入住期間申報執行支付標準第五部第三章安寧居家療護機構醫令)。</li> <li>2. 採計申報醫令：05362C、05363C、05364C、05365C、05366C、05367C、05368C、05369C、05370C、05371C、05372C、05373C、05374C、05326C、05327C。</li> <li>3. 採同院同 ID 歸戶計算。</li> <li>4. 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)併入本院歸戶列計。</li> <li>5. 各院可獲配點數 = 各院結算費用區間<b>照護個案數</b> × 每位照護個案可獲配點數</li> <li>6. 每位照護個案可獲配點數 = <math>\frac{\text{南區本項預算額度}}{\text{南區醫院結算費用區間本項<b>照護個案總數</b>}}</math></li> </ul>	
三高防治 888 計畫	7,000,000 (9.3%)	<p><b>10,000,000 (13.3%)</b> <b>7,000,000 (9.3%)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>DKD 個案照護率</b></li> <li>擷取區間：115.1~115.12之累計值</li> <li>■ <b>操作型定義(依本署 DA-3327指標)</b></li> </ul>	

		<p><b>分母</b>：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。</p> <p><b>分子</b>：分母病人中，申報醫令代碼前3碼為P70之人數。</p> <p>■ 目標值115.1~115.12 <math>\geq</math> ○% (重要工作計畫目標值)或自身去年同期值成長(擇優，但不含0)。</p> <p>■ 分配方式：</p> <p>1. 達標醫院依該院費用占南區整體占率支付。</p> <p>達標醫院可獲配點數 = 本項預算額度 <math>\times</math> <math>\frac{\text{該院一般服務收入}}{\text{南區醫院一般服務總收入}}</math></p> <p>2. 未達標醫院，但照護率介於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112.1~112.12：14.9%)。</p>																						
無	3,000,000 (4.0%) 【新增】	<p>■ <del>全人全社區計畫收案提升獎勵</del> 擷取區間：<del>115.1~115.12之累計值</del></p> <p>■ <del>分配方式</del></p> <p>1. <del>對象：參加全人全社區計畫之地區醫院</del></p> <p>2. <del>依該院費用占南區地區醫院之占率，乘上依下表兩率值所對應權重值</del></p> <table border="1" data-bbox="779 962 2045 1252"> <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114.1.1-10.27試算(家)</th> </tr> <tr> <th>上傳VPN收案率(C)</th> <th>實際收案人數成長率(P)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><math>C \geq 80\%</math>或全國同儕平均值</td> <td><math>P &gt; 0\%</math></td> <td>1(滿權重)</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td><math>C \geq 80\%</math>或全國同儕平均值</td> <td><math>P \leq 0\%</math></td> <td>0.5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td><math>C &lt; 80\%</math>及全國同儕平均值</td> <td><math>P &gt; 0\%</math></td> <td>0.25</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td><math>C &lt; 80\%</math>及全國同儕平均值</td> <td><math>P \leq 0\%</math></td> <td>0(不予分配)</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table> <p>達標醫院可獲配點數 = 本項預算額度 <math>\times</math> <math>\frac{\text{該院一般服務收入}}{\text{南區地區醫院一般服務收入}}</math> <math>\times</math> 對應權重值</p> <p>■ <del>操作型定義：依115年全人全社區照護計畫</del></p>	以下兩項需同時符合		權重	以114.1.1-10.27試算(家)	上傳VPN收案率(C)	實際收案人數成長率(P)	$C \geq 80\%$ 或全國同儕平均值	$P > 0\%$	1(滿權重)	6	$C \geq 80\%$ 或全國同儕平均值	$P \leq 0\%$	0.5	2	$C < 80\%$ 及全國同儕平均值	$P > 0\%$	0.25	5	$C < 80\%$ 及全國同儕平均值	$P \leq 0\%$	0(不予分配)	7
以下兩項需同時符合		權重	以114.1.1-10.27試算(家)																					
上傳VPN收案率(C)	實際收案人數成長率(P)																							
$C \geq 80\%$ 或全國同儕平均值	$P > 0\%$	1(滿權重)	6																					
$C \geq 80\%$ 或全國同儕平均值	$P \leq 0\%$	0.5	2																					
$C < 80\%$ 及全國同儕平均值	$P > 0\%$	0.25	5																					
$C < 80\%$ 及全國同儕平均值	$P \leq 0\%$	0(不予分配)	7																					

			<del>1. 上傳 VPN 收案率：</del> <del>分子：於計畫公告期限內上傳 VPN 之收案會員人數</del> <del>分母：本署建議可收案名單總數(即派案名單)</del> <del>2. 實際收案人數成長率：</del> <del>實際收案人數=當年度上傳 VPN 之收案會員人數-當年度拒絕參與計畫個案數</del> <del>分子：115 年實際收案人數-114 年實際收案人數</del> <del>分母：114 年實際收案人數</del>
合計	75,085,107	74,948,800 (暫估)	
<p>註：</p> <p>1. 各項指標採季監控、全年結算(未定，後續試算再議)，由健保署南區業務組按季提供相關數據予各院參考。</p> <p>2. 「醫不足巡迴論次鼓勵」、「推動電子病歷(FHIR)上傳」及「全人全社區計畫收案提升獎勵」等項目預算，於全年結算時倘尚有剩餘，則流用至「DKD 個案照護率」由獲配醫院等比例外加。</p>			

陸、散會：下午 4 時 30 分