

# 衛生福利部中央健康保險署北區業務組

## 醫院總額共同管理委員會 114 年第 4 次會議紀錄

時間：115 年 1 月 21 日（星期三）14 時

地點：北區業務組 8 樓禮堂

主席：張組長溫溫

張會長達人

紀錄：胡嘉儒

出席人員：

張會長達人	張達人	陳委員文鍾	劉美君 <sup>(代)</sup>
徐副會長國芳	徐國芳	侯委員雅菁	侯雅菁
江特別顧問銘基	江銘基	黃委員文豪	李詩潔 <sup>(代)</sup>
翁榮譽會長順隆	翁順隆	鄭委員貴麟	黃盈焜 <sup>(代)</sup>
陳秘書長旗昌	陳旗昌	謝委員麗玲	謝麗玲
李委員佩娜	朱映愷 <sup>(代)</sup>	林委員金龍	林金龍
王委員國明	王國明	葉委員建志	葉建志
林委員秀峰	簡名志 <sup>(代)</sup>	陳委員曾基	黃政斌 <sup>(代)</sup>
吳委員志成	吳志成	曾委員英智	曾英智
楊委員南屏	鄭舒倬 <sup>(代)</sup>	陳委員忠信	陳忠信
邱委員獻章	邱獻章	劉委員有漢	劉有漢
楊委員仲棋	楊仲棋	施委員議強	施議強
彭委員家勛	彭家勛	李委員順安	李順安
黃委員禹仁	盧文婷 <sup>(代)</sup>	張委員曜任	張曜任
趙委員正芬	謝志偉 <sup>(代)</sup>	徐委員千剛	徐千剛
李委員文源	湯佳玲 <sup>(代)</sup>		

列席人員：(職稱敬略)

仁慈醫院	王亮堯 曾綉伶
衛生福利部苗栗醫院	溫靜微
新竹馬偕紀念醫院	林劭芸
新竹臺大分院新竹醫院	戰琬珍
衛生福利部苗栗醫院	郭靜燕
衛生福利部桃園療養院	黃俊卿
國軍桃園總醫院	楊惠芳 陳勃仲
台北榮民總醫院桃園分院	黃仁明
東元綜合醫院	彭詩喬 吳汶玲
聖保祿醫院	蔡宇惠
聯新國際醫院	謝泉發
楊梅天成醫院	陸浩瑜
中壢長榮醫院	傅淑姮
中醫大新竹醫院	蘇惠珍
國軍桃園總醫院新竹分院	林筱萍
臺北榮民總醫院新竹分院	孫漣
重光醫院	吳秀珍
弘大醫院	劉惠敏
通霄光田醫院	陸懷玉
苑裡李綜合醫院	郭咏臻
南門醫院	宋易芸
大千綜合醫院	羅涓華
新國民醫院	李紫娟 林靖瑛
聯新桃新醫院	邱阿甜 曹祐豪
宏其婦幼醫院	莊淑慧
宋俊宏婦幼醫院	胡瑜涓 江慧婷
新永和醫院	羅瑞香 吳椿玲
華揚醫院	黃瑞美 蘇郁琇

德仁醫院	陳育楹
長慎醫院	王平歡 田芸瑄
大安醫院	陳淑芳
大眾醫院	陳蕙蘭 古炆春
培靈醫療社	廖振發
協和醫院	劉蓮英
慈祐醫院	莊素珍
竹信醫院	林靜渝

衛生福利部中央健康保險署北區業務組 (職稱敬略)

許菁菁 蔡秀幸 倪意梅 楊秀文 蔡宜珊 林巽音 吳煥如 廖佩琦  
邱冠霆 吳秋芬 胡嘉儒 劉孟芸芝

## 壹、主席致詞(略)

貳、確認 114 年第 3 次共管會會議紀錄：確認。

## 參、報告事項

### 第一案、114 年第 3 次會議結論事項辦理情形

決定：洽悉；追蹤事項共 3 項，同意解除列管。

### 第二案、北區醫院總額執行現況暨重要業務管理報告

決定：洽悉。

一、區域聯防：114 年第 3 季「心肌梗塞」術後死亡率 2.1%<全國平均(2.4%)、轉出手術存活率 96%<全國平均(97%)；「重大創傷」術後死亡率 17.6%<全國平均(18%)、轉出手術存活率 71.19%<全國平均(75.9%)，請醫院積極於黃金治療時間內手術，以提升醫療品質。

二、急診管理：急診病人停留超過 24 小時比率 4%，高於全國(3.89%)；急診後同院住院置留急診超過 48 小時比率 9.75%(全國平均值 6.44%)，為全國最高，請加強提升病床使用效率以改善急診壅塞情形。

### 三、藥費管理：

(一)藥費成長 8.5%，成長貢獻主要為癌藥(48%)及一般藥費(22%)，一般藥費成長(3%)高於全國(2.1%)，釋出處方藥費成長率 4.2%，請持續加強管理高成長貢獻藥品使用合理性。

(二)生物相似藥使用占率 20.4%高於全國(18.3%)，學名藥使用占率 60%亦高於全國(52%)，請持續推廣生物相似藥及化療學名藥使用。

四、PAC 急性後期照護：北區 114 年第 3 季總收案 541 人(成長率 2.5%)、居全國第 4，其中脆弱性骨折、創傷性神經損傷及衰弱高齡收案數較去年同期負成長，請積極收案；醫學中心下轉率 44.9%高於全國平均(41.8%)，請加強宣導民眾執行 PAC 優點掌握黃金治療期復健治療，提升下轉率。

五、安寧療護：總收案人數 3,963 人(全國排名第 5)，居家安寧收案 810 人(全國排名第 5)，抑制資源不當耗用指標在宅善終率(死亡前 14 日未住院)82.1%已達轄區目標值(81.6%)，預立醫療諮商服務(ACP)55 人(全國排名第 4)，符合 ACP 資格醫院尚未申報有 3 家醫院，本組已於 VPN 回饋符合 ACP 潛在個案名單，請善加利用。

六、在宅急症照護試辦計畫：截至 114 年第 3 季累計收案 194 人次，全國排名第 5，執行率 29%，尚未收案計 7 家醫院，請積極推動在宅急症照護服務。

七、門診靜脈抗生素治療(OPAT)：截至 114 年 10 月收案 318 人次，全國排名第 2，115 年規劃列入總額方案之政策鼓勵項目，保障成長點數，請持續積極推動。

八、全人全社區照護計畫：114 年共 25 家醫院參與計畫(占 51%)，參與醫院上傳收案名單計 44,477 人，結案率達 54.72%，實際收案計 20,141 人，健康資料建檔率達 72.28%，請積極追蹤收案會員照護成效，落實健康台灣 888 政策目標。

### 第三案、114 年第 3 季總額方案新診療項目及品質提升獎勵執行情形

決定：洽悉；新診療項目執行 361 萬點，無替代新特材(3 項)分配 740 萬點，剩餘 2,666 萬點至超額分階折付分配；品質提升指標執行 1.67 億點，保留點數已全數分配。

#### 第四案、114 年第 3 季轄區醫院異常費用管理現況

決定：洽悉；114 年第 3 季啟動核扣之異常費用管理專案共計 11 項，彙整如附件，提供相關篩異邏輯與專業見解、適用法規等內容，供各院參考以利自主管理及正確申報。(附件 1，p.9)

#### 第五案、115 年區域聯防專款項目之主責醫院執行方式案

決定：洽悉。

- 一、115 年規劃執行 5 項疾病區域聯防，為落實主責醫院功能，採專業評選擇定，並定期追蹤主責醫院執行成效。
- 二、請有意擔任主責醫院者，依全民健康保險區域聯防提升急重症照護品質計畫伍、參與資格及申請程序，於 115 年 1 月 31 日前提出計畫申請書，本組彙整提交北區審查執行分會進行評選作業，再依各疾病評選結果平均分配網絡建置費(每種疾病各 100 萬，由主責醫院均分)。

#### 第六案、115 年北區醫院總額共同管理委員會會議召開時程案

決定：洽悉。

- 一、115 年會議時程如下表，請委員預留會議時間。

會議名稱	會前會	共管會	地點
第 1 次共管會議	115 年 4 月 8 日(三)	115 年 4 月 15 日(三)	會前會： 本組 7 樓第一會議室 共管會： 本組 8 樓禮堂
第 2 次共管會議	115 年 6 月 10 日(三)	115 年 6 月 17 日(三)	
第 3 次共管會議	115 年 9 月 9 日(三)	115 年 9 月 16 日(三)	
第 4 次共管會議	116 年 1 月 13 日(三)	116 年 1 月 20 日(三)	

- 二、115 年委員名單請院長聯誼會秘書處於 115 年 1 月底前以公文函知本業務組，俾利會議運作事宜。

## 肆、討論事項

### 第一案、115年「個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫」修訂案。

#### 決議：

- 一、增列階 1 級距增加值：醫護人力成長率(V)≥5%且指標加權成長率與合理成長率差值(W)≥5%醫院可增加 0.6%~1.6%。
- 二、擴增病床「階 1 上限值加成 10%」以「擴床前一年占床率」為評估門檻，確認院所擴床之必要性，後續將持續監測醫院住院服務量之變化。
- 三、明訂住院量能下降基期校正機制：以所有住院案件計算住院人日、人數；連續 2 季皆達「住院人日下降 15%，且住院人數成長率<北區同儕平均」條件醫院，將於第 2 季啟動當季基期下修。
- 四、基期設定：115 年基期採 114 年各院一般服務收入計算，並校正 114 年非屬醫院一般服務總額預算項目(如急診扣合指標、PVA)挹注金額，另考量各醫院結算點值受跨區服務點數以前季全區浮動點值計算影響，若各院結算平均點值<轄區結算平均點值者，予以轄區結算平均點值校正。
- 五、新診療項目適用於當年度新增項目，其預算係按年度編列，故連續認列 4 季，建議觀察 114Q4 情形，如有相關建議，再提共管會議討論。
- 六、因急重症保留額度(0.8%)有限，115 年剛性需求之急診保障範圍修訂為急診檢傷 1-3 級案件，將觀察 2 季執行情形後評估影響。

### 第二案、115年「個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫」品質獎勵指標修訂案。

#### 決議：指標修正重點如下，對照表詳如附件 2，p.26。

- 一、「門診檢查驗單價管理」操作型定義當中之「每件費用單價」及「每人費用單價」監控內涵不同，爰維持原規劃。
- 二、「新使用呼吸器病人於連續使用呼吸器 1~21 日期間脫離成功比率」係為配合署本部規劃新增 ICU 期間之管理照護評估，鼓勵醫院積極執行呼吸器脫離，故新增本項指標，並明訂操作型定義使指標計算更臻明確。
- 三、為鼓勵醫院加強收案、提高服務量能，「醫院居家照護人數成長比率」目標值新增一階「X>去年同期\*1.1(收案數增加 10%)」，獎勵方式加成 1.1。
- 四、為能真實反映各院出院準備團隊之努力，修訂「出院準備轉銜率」指標操作型定義為「X=當季(每季前 2 個月與前 1 季最後 1 個月)後續接受醫療照

護轉銜率。」

五、「區域級以上醫院門診輕症占率」之相關操作型定義，將配合署本部規劃內容調整，為利醫院管理作業之需，115 年上半年先行回饋資訊，並自 115Q3 實施。

### 第三案、有關115年「北區醫院總額風險移撥款」執行計畫修正草案，提請討論。

決議：

- 一、為申請作業及評選主責醫院，請有意願者於 115 年 2 月 26 日前提出申請書(以郵戳為準)。
- 二、ERAS 疾病項目及區域聯防輔導及推廣計畫執行之主責團隊，將由北區審查分會協助邀集醫藥專家，組成審查委員會擇優評定(預計 115 年 3 月中旬完成)。
- 三、115 年風險移撥款計畫執行項目與參與醫院之評選結果，將提至 115 年第 1 次共管會議報告。
- 四、門診靜脈抗生素治療(OPAT)轉診獎勵計畫，建議新增醫院自行收案獎勵一案，請提案至 115 年第 1 次共管會議討論。
- 五、各項計畫公開徵求作業說明詳如附件 3，p.29。

### 第四案、115年醫院總額結算執行架構之北區偏遠地區醫院資格認定案。

決議：

- 一、修訂本組「偏遠地區醫院之分區認定原則」為：醫院所在鄉鎮(市/區)僅有 1 家醫院且鄰近 3 年內有納入「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」之實施鄉鎮(市/區)，惟有下列情況者不得列為偏遠地區醫院：
  - (一)精神科專科醫院。
  - (二)前一年第 1~3 季呼吸照護費用占全院費用比率大於 80%者。
  - (三)前一年第 1~3 季急診費用占門診費用比率小於 5%者。
  - (四)違反特約管理辦法，自第一次處分函起到 114 年 12 月 31 日前尚未完成執行者。
- 二、符合前述修訂後認定原則之醫院為部新屋、湖口仁慈、通霄光田及大順 4 家醫院，將提報署本部辦理後續事宜。

散會：下午 3 點 43 分

## 醫院異常費用專案推動現況彙整表

## (一) 已結案

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查 意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減 點數	
1	體感誘發電位檢查-上、下肢(20010B、20011B, 720 點)申報合理性	<input type="checkbox"/> 全國 <input checked="" type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	<p><b>1.依據：</b>「114 年第 1 季醫療費用送審案件」專業審查結果，「體感誘發電位檢查-上、下肢(20010B、20011B)」及「運動神經傳導測定-上、下肢(20015B、20016B)」疑有併報或套裝檢查情事。</p> <p><b>2.篩選指標：</b>申報 20010B、20011B、20015B、20016B 併報案件。 (1)樣態 1：併報「體感誘發電位</p>	依據之前的檢查驗已足以進行診斷/追蹤病況，無須再執行本項檢查驗。	<p><b>1.專業審查：</b>共審查 5 家醫院、155 件，核減 107 件、19 萬點，件數核減率 69%，點數核減率 61.3%，其中標的醫令核減 12.5 萬點(點數核減率 40.3%)。</p> <p>(1)樣態一：審查 83 件、核減 55 件、10 萬點，件數核減率 66.3%，其中標的醫令核減 6.5 萬點(點數核減率 30.7%)。</p>	1,133	301,315	155	107	190,331	491,646 (24.1%)

醫院異常費用專案推動現況彙整表

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查 意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減 點數	
			<p>檢查-上、下肢 (20010B 及 20011B)」及 「運動神經傳導 測定-上、下肢 (20015B 及 20016B)」4 項醫 令。</p> <p>(2)樣態 2：併報 「體感誘發電位 檢查-上、下肢 (20010B 及 20011B)」2 項醫 令。</p> <p>(3)樣態 3：單純上 肢套裝(併報體感 誘發電位檢查上 肢 20010B 及運 動神經傳導測定 上肢 20015B)。</p>		<p>(2)樣態二：審查 37 件、核減 30 件、4.8 萬點， 件數核減率 81.1%，其中標 的醫令核減 4.2 萬點(點數核減 率 79.7%)。</p> <p>(3)樣態三：審查 25 件、核減 15 件、3 萬點，件 數核減率 60%，其中標的 醫令核減 1.2 萬 點(點數核減率 56%)。</p> <p>(4)樣態四：審查 10 件、核減 7 件、0.7 萬點， 件數核減率</p>						

醫院異常費用專案推動現況彙整表

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查 意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減 點數	
			<p>(4)樣態 4：單純下肢套裝(併報體感誘發電位檢查下肢 20011B 及運動神經傳導測定下肢 20016B)。</p> <p><b>3.操作型定義：</b>費用區間 113 全年門診申報案件，先篩選併報率高於北區平均值醫院，並擇定併報件數&gt;該樣態 P70 之醫師作為抽審標的。</p>		<p>60%，其中標的醫令核減 0.5 萬點(點數核減率 39.4%)。</p> <p><b>2.自行清查：</b>針對核減率&gt;40%之 3 家醫院辦理 113 年 1 月至 114 年 7 月標的醫師篩異案件自行清查，全數採審查回推，共抽審 64 件、核減 20 件、標的醫令核減點數 20,376 點 (19%)，依各院點數核減率回推 1,133 件、標的醫令點數 172.8 萬點、應核減</p>						

醫院異常費用專案推動現況彙整表

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查 意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減 點數	
					301,315 點，專業 審查及回推共計 核減 328,631 點。 <b>3.後續處理：</b> 醫院 點數核減率皆 <30%，回歸個別 醫院管理。						
2	動脈分段 血流及壓 力之測定 (18009B)及 深部靜脈 血流檢查 圖(18012B) 併報合理 性	<input type="checkbox"/> 全國 <input checked="" type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	<b>1.依據：</b> 依專業審查 結果，北區 18009B (動脈分段血流及壓 力之測定)及 18012B(深部靜脈 血流檢查圖)113 年 執行率 0.1%，低於 全國值 0.15%，惟 併報率 13%，卻高 於全國占率(6%)。 <b>2.篩選指標：</b> 門住診 申報 18009B 及 18012B 案件。	檢查不符醫 療常規，與 病情無關之 檢查，無例 行性執行之 必要。	<b>1.專業審查：</b> 抽審 8 家醫院、21 名 醫師、151 件，核 減 150 件(件數核 減率 99%)、44 萬 點；標的醫令核 扣 148 件(件數核 減率 98%)、 334,620 點(核減率 63.1%)。 <b>2.後續管理：</b> 針對 轄區審查核減之 8 家醫院，函請自	-	-	151	150	441,161	441,161 (32.6%)

醫院異常費用專案推動現況彙整表

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查 意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減 點數	
			3.操作型定義：費用 年月 113 年 4 月至 114 年 7 月 18009B 及 18012B 併報案 件。		行清查 113 年 4 月至 114 年 8 月 併報案件計 2,377 件，倘醫院反映 行政困難無法全 數自清，則以抽 樣審查方式回推 核減。						
3	動脈分段 血流及壓 力之測定 (18009B)及 深部靜脈 血流檢查 圖(18012B) 併報合理 性_自清專 案	<input type="checkbox"/> 全國 <input checked="" type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	1.依據：案係分析 113 年 4 月至 114 年 7 月轄區醫院 18009B 及 18012B 併報案件分析，針 對併報率大於全國 平均之醫院醫師進 行抽審，審查標的 併報醫令件數核減 率 98%，考量專審 醫師意見為檢查不 符醫療常規且整體	檢查不符醫 療常規，與 病情無關之 檢查，無例 行性執行之 必要。	1.自行清查：回饋 8 家醫院、2,377 件，醫院同意自 清核減 1,344 件、 1,976,715 點；其 中 693 件採抽審 回推核減 867,123 點。 2.專業審查：不同 意自清計 340 件、1,193,400 點，經審查核減	1,344	2,843,838	20	20	579,582	3,423,420 (41%)

醫院異常費用專案推動現況彙整表

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查 意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減 點數	
			核減率高達 98%，爰請 8 家醫院自行清查。 <b>2.篩選指標：</b> 門住診申報 18009B 及 18012B 案件。 <b>3.操作型定義：</b> 費用年月 113 年 4 月至 114 年 8 月 18009B 及 18012B 併報案件。		51,678 點，採抽審回推核減 527,904 點。						
4	B 型利納肽(B 型利納利尿胜肽，12193C，800 點)申報合理性_自清專案	<input type="checkbox"/> 全國 <input checked="" type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	<b>1.依據：</b> 案係轄區醫院「B 型利納肽檢驗合理性」專審結果，核扣 30 家醫院、476 件、1,173,838 點，考量整體件數核減率高達 67%且審查注意事項明確規範，爰	依據之前的檢查驗已足以進行診斷/追蹤病況，無須再執行本項檢查驗；檢驗頻率過高	<b>1.自行清查：</b> 30 家醫院，自清 2,144 件、2,731,600 點，專審暨回推追扣 4,359,520 點，共計核減 7,091,120 點。	2,144	2,731,600	297	221	4,359,521	7,091,120 (49%)

醫院異常費用專案推動現況彙整表

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查 意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減 點數	
			<p>函請 30 家醫院自行清查。</p> <p><b>2. 篩選指標：</b>                      (1) 樣態 1：BNP 門診全年歸戶 &gt; 4 次                      (2) 樣態 2：單次住院 &gt; 2 次</p> <p><b>3. 操作型定義：</b>費用年月 113 年 5 月至 114 年 7 月，排除急診及代辦案件。</p>		<p>(1) 全數自清返還 (1 家)：自清 40 件、10 萬點。</p> <p>(2) 自清合理 (17 家)：自清 2,006 件、2,464,880 點、自清件數占率 68.8%、點數占率 64.5%。</p> <p>(3) 同意抽審回推 (7 家)：抽審 297 件、核減 221 件(核減率 74.4%)、480,960 點(核減率 47.4%)，依點數核減率回推追扣標的醫令 4,346,085 點，其他非標</p>						

醫院異常費用專案推動現況彙整表

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查 意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減 點數	
					<p>的醫令核減 13,436 點，共 計核減 4,359,521 點。 (4)不自清(2 家)及 自清不合理(3 家)：合計自清 98 件、166,720 點，件數占率 8.7%。 <b>2.後續處理：</b>不自 清及自清不合理 5 家醫院加強審 查。</p>						
5	穿顱都卜 勒超音波 檢查申報 合理性_自 清專案	<input type="checkbox"/> 全國 <input checked="" type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	<b>1.依據：</b> (1)審查注意事項- 神經內科 3.(6)施 行 20026B(穿顱 都卜勒超音波檢 查)之適應症：症	與病情無關 之非必要檢 查或檢驗、 未進行詳細 理學檢查、 問診、評	<b>1.自行清查：</b> 回饋 5 家醫院、7,694 件 (1)部分自清且同 意抽審回推：1 家、自清 1,673	1,673	3,346,000	198	132	7,582,048	10,928,048 (70.71%)

醫院異常費用專案推動現況彙整表

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查 意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減 點數	
			<p>狀性、缺血性腦血管疾病(腦中風或TIA)。</p> <p>(2)113年北區醫院申報20026B計4萬筆，全國第2(占19%)，且執行率0.25%明顯高於全國值(0.19%)。</p> <p><b>2.篩選指標：</b>非腦中風或TIA 主次診斷卻申報20026B，且執行次數大於2次之案件。</p> <p><b>3.操作型定義：</b>執行率高於全國值醫院(排除不符占率&lt;30%者)之不符適應症案件進行抽</p>	估，逕予進行該項檢查/檢驗，不符一般醫療常理/程序，且病歷未記載具體特殊理由	<p>件，3,346,000點，自清件數占率84.03%；又抽審17件、核減7件、14,000點，依標的醫令點數核減率回推追扣247,882點，自清及專審回推共核減3,597,506點。</p> <p>(2)同意抽審回推：4家、抽審181件、381,800點，核減243,000點，依點數核減率回推標的醫令追扣6,974,014</p>						

醫院異常費用專案推動現況彙整表

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查 意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減 點數	
			審，審查標的醫令 點數核減率>50%者		點，加計其他 核減 113,528 點，總計核減 7,330,542 點。						
6	IDS 計畫醫 療費用 (G9)加強 抽審案 (20026B， 2,000 點)申 報合理性	<input type="checkbox"/> 全國 <input checked="" type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	<b>1.依據：</b> 署本部請各 分區調查 IDS 計畫 相關費用。 <b>2.篩選指標：</b> 醫院申 報費用較去年同期 明顯成長且平均每 人次醫療費用為 4 區(復興區、尖石 鄉、五峰鄉及泰安 鄉)最高。 <b>3.操作型定義：</b> 抽審 114 年第 1 季 IDS 計畫相關費用。	採用之療法 不符醫療常 規	<b>1.專業審查：</b> 1 家 醫院、抽審 30 件、154,609 點， 核減 23 件(核減率 76.7%)、核減 60,211 點(核減率 38.9%)。 <b>2.後續管理：</b> 持續 追蹤 IDS 計畫費 用申報情形。	-	-	30	23	60,211	60,211 (38.9%)
7	醫事人員 出國(住院)	<input type="checkbox"/> 全國 <input checked="" type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	<b>1.依據：</b> 醫師法第 11 條第 1 項規定，醫 師非親自診察不得		<b>1.自行清查：</b> 回饋 23 家醫院自行清 查計 1,101 件、	444	33,068	3	0	0	33,068

醫院異常費用專案推動現況彙整表

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查 意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減 點數	
	仍申報醫療費用案		<p>施行治療開給方劑或交付診斷書；每年例行啟動專案，辦理查證及費用追扣事宜。</p> <p><b>2.篩選指標：</b>醫事人員(醫師、藥師)出國、住院期間仍申報醫療費用案件。</p> <p><b>3.操作型定義：</b>費用區間 113 年全年，已排除具雙重國籍、新生兒依附就醫者。</p>		<p>5.3 萬點，其中 8 家醫院同意返還計 444 件、3.3 萬點。</p> <p><b>2.專業審查(含行政)：</b>專業審查 3 件、7,303 點，無核減；行政審查 654 件，經逐一比對醫院檢附佐證資料，確認醫事人員請假期間，均符合規定，爰不予核扣。</p>						
8	大腸鏡檢查及相關處置之合理性	<input type="checkbox"/> 全國 <input checked="" type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	<p><b>1.依據：</b>114 年 6 月 24 日組務會議主席指示「請分析轄區醫院、診所腸胃專科醫師執行腸胃道鏡檢執行情形及後</p>	「申報項目重複」、「依據之前檢驗已足以診斷或追蹤病況，不需	<p><b>1.專業審查：</b>共計抽審 26 家，368 件，核減 144 件、46.5 萬點，件數核減率</p>	-	-	368	144	465,718	465,718 (39.1%)

醫院異常費用專案推動現況彙整表

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查 意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減 點數	
			<p>續管理作為」及參考高屏業務組署務會議報告「大腸息肉切除術及其病理切片適當性專案管理」，其中執行大腸息肉切除術申報病理數量異常及併報大腸或小腸切片(28031C)件數核減率 100%。</p> <p><b>2. 篩選指標：</b></p> <p>(1)樣態 1-同一病患同日申報 2 次大腸鏡檢。</p> <p>(2)樣態 2-大腸鏡檢併報大腸或小腸切片(28031C)或第四級外科病理</p>	再施行本項檢驗」「未依規定附期限內之相關病歷資料」	<p>39.1%，點數核減率 3.5%。</p> <p>(1)樣態 1-審查 37 件、核減 10 件(核減率 27%)、6.9 萬點(核減率 2.5%)。</p> <p>(2)樣態 2-審查 137 件、核減 19 件(核減率 13.9%)、3.9 萬點(核減率 1.7%)。</p> <p>(3)樣態 3-審查 25 件、核減 9 件(核減率 36%)、4.2 萬點(核減率 9.6%)。</p> <p>(4)樣態 4-審查 67 件、核減 48 件</p>						

醫院異常費用專案推動現況彙整表

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查 意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減 點數	
			(25004C)併報率>北區平均。 (3)樣態 3-大腸息肉切除術>10 顆 (49033C)申報占率高於北區占率。 (4)樣態 4-大腸息肉切除術併報病理切片(>4 筆)且併報率>北區平均。 (5)樣態 5-大腸息肉切除術併報大腸或小腸切片 (28031C)併報率>北區平均。 <b>3.操作型定義：</b> 費用年月 113 年 1 月至 114 年 7 月		(核減率 71.6%)、18.8 萬點(核減率 11.4%)。 (5)樣態 5-審查 102 件、核減 58 件(核減率 56.9%)、12.7 萬點(核減率 2.1%)。 <b>2.後續處理：</b> 2 家醫院核減率高且異常案件點數逾 100 萬點，請醫院自行清查近 2 年異常案						

醫院異常費用專案推動現況彙整表

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查 意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減 點數	
9	婦產科疑似自費手術(海芙治療)申報 DRG 案件專案	<input type="checkbox"/> 全國 <input type="checkbox"/> 自訂 <input checked="" type="checkbox"/> 他區 (中區)	<p><b>1.依據：</b>Tw-DRGs 問答輯「執行主要手術非本保險給付項目時，不適以 Tw-DRGs 支付，當次住院其餘醫療費用，應以論量申報，且應填報「不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記」為 P(主要手術為健保不給付)。</p> <p><b>2.篩選指標：</b>申報 Tw-DRG(369)案件，主診斷為「子宮肌瘤或子宮內膜異位症」，未申報手術碼、手術費及處置費，且基本診</p>	「主手術為海芙治療為自費手術(非屬健保給付範圍)」	<p><b>1.專業審查：</b>1 家醫院、10 件、核減 10 件(整件核刪)、核減率 100%，經 DRG 重新編審後實際核減 141,071 點。核減理由「主手術為海芙治療為自費手術(非屬健保給付範圍)」。</p> <p><b>2.後續管理：</b>專審結果明確屬自費手術海芙治療且核減率 100%，函請 1 家醫院自行清查 113 年 7 月至 114 年 9 月篩異案件共 99 件，排除已審查案件</p>	89	1,250,478	10	10	141,071	1,391,549 (100%)

醫院異常費用專案推動現況彙整表

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查 意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減 點數	
			療費/實際醫療費用)>60%者。 <b>3.操作型定義：</b> 費用 年月 113 年 7 月至 114 年 7 月西醫醫 院住診(醫事類別 22)。		(10 件)後，計有 89 件，醫院同意 全數自清返還。						

## 醫院異常費用專案推動現況彙整表

### (二) 未結案

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查 意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減點數	
1	在宅急症 計畫適當 性專業審 查	<input type="checkbox"/> 全國 <input checked="" type="checkbox"/> 自訂 <input type="checkbox"/> 他區	<b>1.依據：</b> 114 年全民健 康保險在宅急症照護 試辦計畫。 <b>2.篩選指標：</b> (1)超出目標天數或照 護日數≤3 天。 (2)結案後 3 天/14 天 內轉急診率。 (3)結案後 3 天/14 天 內轉住院率。 (4)重複收案 2 次(含) 以上。 <b>3.操作型定義：</b> 113 全 年門診申報案件，先 篩選併報率高於北區 平均值醫院，並擇定 併報件數>該樣態 P70 之醫師作為抽審標 的。		專業審查：共計抽 審 10 家醫院、42 件(29 人)，刻正辦 理審查作業。	-	-	-	-	-	審查中

醫院異常費用專案推動現況彙整表

項次	專案項目	案源	相關規定 及管理重點	專業審查 意見	現況 (管理措施)	自清		專業(行政)審查			合計核減 點數(點數 核減率)
						件數	點數	抽審 件數	核減 件數	核減點數	
2	門住診血液透析併報紅血球生成素(EPO)費用	<input type="checkbox"/> 全國 <input type="checkbox"/> 自訂 <input checked="" type="checkbox"/> 他區 (高屏)	<p><b>1.依據：</b>全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第六節「透析治療」、及本署藥品給付規定第4節4.1.1.紅血球生成素(簡稱EPO)給付規定。</p> <p><b>2.篩選指標：</b>醫事類別門診(12)、透析(15)、住診(22)申報血液透析醫令(58001C、58027C、58029C)及EPO藥品醫令。</p> <p><b>3.操作型定義：</b>113年1月至114年9月同院所同ID，血液透析執行期間申報EPO藥品者。</p>		<p><b>1.自行清查：</b>回饋27家醫院、1,790件，請醫院自行清查。</p> <p><b>2.後續處理：</b>若不同意自清繳回，後續辦理專業審查。</p>	-	-	-	-	-	自清中

## 討論事項第二案附件-115 年「個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫」品質獎勵指標修訂對照表

項目	原方案規劃	修訂對照
門診檢查驗單價管理	<p>指標定義：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 門診檢查(驗)每件費用單價：〔門診檢查(驗)費用/門診檢查(驗)件數〕。</li> <li>2. 門診檢查(驗)每人費用單價：〔門診檢查(驗)費用/門診檢查(驗)人數〕。</li> <li>3. 門診檢查(驗)費用範圍：門診西醫醫院(醫事類別 12)不含釋出處方，醫令代碼前 2 碼為 06~32 及特殊造影醫令(330 及 331 開頭)等檢驗檢查項目。</li> <li>4. 排除條件： <ol style="list-style-type: none"> <li>[1] 總額外案件：案件分類 B7, B8, B9, B6, B1, D1, BA, C4, DF, C5, D2, A3</li> <li>[2] 排除門診手術：案件分類 03</li> <li>[3] 申請金額+部分負擔為 0</li> <li>[4] 論病例計酬：案件分類 C1</li> <li>[5] 部分負擔代碼：001、011</li> <li>[6] 急診科別 22 及案件分類 02</li> <li>[7] 當年度新增之檢查(驗)健保支付項目</li> <li>[8] 糖尿病醫療給付改善方案、CKD 醫療給付改善方案、末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫、BC 肝醫療給付改善方案、C 肝全口服新藥健保給付執行計畫、愛滋病毒感染服藥滿 2 年後(E2、E3)等有明訂追蹤期程之檢查(驗)項目</li> <li>[9] 當季重大傷病(部分負擔代碼 001)之當季排程檢查案件(部分負擔代碼 009)</li> </ol> </li> </ol> <p>本核減先以品質提升獎勵加項指標獎勵點數抵扣，如抵扣後超出加項指標獎勵點數，逕予扣減。</p>	維持原規劃。

項目	原方案規劃	修訂對照														
<b>新使用呼吸器病人於連續使用呼吸器 1~21 日期間脫離成功率</b>	<p><b>指標定義：</b> 統計資料由本署 DA 指標 704 產製</p> <p><b>1.操作型定義：</b> (1)新使用呼吸器病人：短期使用呼吸器(1~21 日內)病人及呼吸器依賴個案。 (2)分母(X)：前季新使用呼吸器病人數。 (3)分子(Y)：分母個案於連續使用呼吸器 1~21 日期間脫離呼吸器超過 5 日之人數，排除死亡者。</p> <p><b>2. 計算公式：</b> Z=脫離成功率 Y/X。 *目標值係參考 113 年全署同儕百分位階季平均值訂定。</p>	<p><b>指標定義：</b> 統計資料由本署 DA 指標 704 產製</p> <p><b>1.操作型定義：</b> (1)新使用呼吸器病人：<u>係擷取統計期間前 2 月的資料且往前 5 天沒有使用呼吸器者。</u> (2)分母(X)：前季新使用呼吸器病人數。 (3)分子(Y)：分母個案於連續使用呼吸器 1~21 日期間脫離呼吸器超過 5 日之人數，排除死亡者。 (4)<u>資料範圍：前 2 月~統計期間~後 3 個月。</u> <u>例如：統計期間為 114Q2，資料範圍即 11402~11409</u></p> <p><b>2. 計算公式：</b> Z=脫離成功率 Y/X。 *目標值係參考 113 年全署同儕百分位階季平均值訂定。</p>														
<b>醫院居家照護人數成長比率</b>	<p><b>操作型定義：</b> X=居家照護人數，醫院當季申報特定治療項目代號 EC 個案數(ID 歸戶計算) Y=醫院收案對象前、後每人每月平均門診就醫次數差異值(DA:3135)。</p> <p><b>目標值：</b> 獎勵點數：X*10,000 點</p> <table border="1" data-bbox="353 1034 1111 1281"> <thead> <tr> <th>目標值</th> <th>獎勵方式</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>X&gt;全國同儕 P60 且 X&gt;去年同期或 X&gt;全國同儕 P60 且 Y&gt;全國平均值</td> <td>加成 1.3</td> </tr> <tr> <td>X&gt;全國同儕 P50 且 X&gt;去年同期或 X&gt;全國同儕 P50 且 Y&gt;全國平均值*0.8</td> <td>加成 1.2</td> </tr> </tbody> </table>	目標值	獎勵方式	X>全國同儕 P60 且 X>去年同期或 X>全國同儕 P60 且 Y>全國平均值	加成 1.3	X>全國同儕 P50 且 X>去年同期或 X>全國同儕 P50 且 Y>全國平均值*0.8	加成 1.2	<p><b>操作型定義：</b> X=居家照護人數，醫院當季申報特定治療項目代號 EC 個案數(ID 歸戶計算) Y=醫院收案對象前、後每人每月平均門診就醫次數差異值(DA:3135)。</p> <p><b>目標值：</b> 獎勵點數：X*10,000 點</p> <table border="1" data-bbox="1205 1007 1962 1313"> <thead> <tr> <th>目標值</th> <th>獎勵方式</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>X&gt;全國同儕 P60 且 X&gt;去年同期或 X&gt;全國同儕 P60 且 Y&gt;全國平均值</td> <td>加成 1.3</td> </tr> <tr> <td>X&gt;全國同儕 P50 且 X&gt;去年同期或 X&gt;全國同儕 P50 且 Y&gt;全國平均值*0.8</td> <td>加成 1.2</td> </tr> <tr> <td><u>X&gt;去年同期*1.1</u></td> <td><u>加成 1.1</u></td> </tr> </tbody> </table>	目標值	獎勵方式	X>全國同儕 P60 且 X>去年同期或 X>全國同儕 P60 且 Y>全國平均值	加成 1.3	X>全國同儕 P50 且 X>去年同期或 X>全國同儕 P50 且 Y>全國平均值*0.8	加成 1.2	<u>X&gt;去年同期*1.1</u>	<u>加成 1.1</u>
目標值	獎勵方式															
X>全國同儕 P60 且 X>去年同期或 X>全國同儕 P60 且 Y>全國平均值	加成 1.3															
X>全國同儕 P50 且 X>去年同期或 X>全國同儕 P50 且 Y>全國平均值*0.8	加成 1.2															
目標值	獎勵方式															
X>全國同儕 P60 且 X>去年同期或 X>全國同儕 P60 且 Y>全國平均值	加成 1.3															
X>全國同儕 P50 且 X>去年同期或 X>全國同儕 P50 且 Y>全國平均值*0.8	加成 1.2															
<u>X&gt;去年同期*1.1</u>	<u>加成 1.1</u>															

項目	原方案規劃	修訂對照																
<b>出院準備轉銜率</b>	<p><b>操作型定義：</b></p> <p>(1) 分子：分母於出院後 30 天內申報居家醫療照護(案件分類 A1、A2、A5、A6、A7)、PAC(醫令代碼 P5113B、P5118B、P5114B)、居家醫療整合照護計畫(特定治療項目為 EC)、家醫(家庭醫師整合性照護計畫收案對象至收案院所就醫)</p> <p>(2) 分母：申報出院準備(02025B)、PAC(P5113B、P5116B、P5117B、P5118B、P5123B)</p> <p>X=當季後續接受醫療照護轉銜率。</p> <p><b>目標值及獎勵方式：</b></p> <table border="1" data-bbox="403 638 1133 788"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>目標值</th> <th>獎勵方式</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">出院準備後續接受醫療照護轉銜率</td> <td>X&gt;=全國同儕 P90</td> <td>0.10%</td> </tr> <tr> <td>X&gt;=全國同儕 P80</td> <td>0.05%</td> </tr> </tbody> </table>	項目	目標值	獎勵方式	出院準備後續接受醫療照護轉銜率	X>=全國同儕 P90	0.10%	X>=全國同儕 P80	0.05%	<p><b>操作型定義：</b></p> <p>(1) 分子：分母於出院後 30 天內申報居家醫療照護(案件分類 A1、A2、A5、A6、A7)、PAC(醫令代碼 P5113B、P5118B、P5114B)、居家醫療整合照護計畫(特定治療項目為 EC)、家醫(家庭醫師整合性照護計畫收案對象至收案院所就醫)</p> <p>(2) 分母：申報出院準備(02025B)、PAC(P5113B、P5116B、P5117B、P5118B、P5123B)</p> <p>X=當季(每季前 2 個月與前 1 季最後 1 個月)後續接受醫療照護轉銜率。</p> <p><b>目標值及獎勵方式：</b></p> <table border="1" data-bbox="1254 638 1984 788"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>目標值</th> <th>獎勵方式</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">出院準備後續接受醫療照護轉銜率</td> <td>X&gt;=全國同儕 P90</td> <td>0.10%</td> </tr> <tr> <td>X&gt;=全國同儕 P80</td> <td>0.05%</td> </tr> </tbody> </table>	項目	目標值	獎勵方式	出院準備後續接受醫療照護轉銜率	X>=全國同儕 P90	0.10%	X>=全國同儕 P80	0.05%
項目	目標值	獎勵方式																
出院準備後續接受醫療照護轉銜率	X>=全國同儕 P90	0.10%																
	X>=全國同儕 P80	0.05%																
項目	目標值	獎勵方式																
出院準備後續接受醫療照護轉銜率	X>=全國同儕 P90	0.10%																
	X>=全國同儕 P80	0.05%																
<b>區域級以上醫院門診輕症占率</b>	<p><b>操作型定義：</b></p> <p>(1) 醫院總額之門診案件類別排除代辦案件。</p> <p>(2) 醫療費用=申請金額+部分負擔。</p> <p>(3) 分子：門診案件經排除以下項目。</p> <p>(4) 分母：門診案件不含代辦案件之醫療費用。</p> <p>(5) 排除項目：重大傷病、罕見疾病、化放療、急診、門診手術、政策鼓勵項目(含轉診、山地離島、OPAT、0-6 歲兒童照護)。</p> <p><b>計算公式：</b></p> <p>X=當期自身值、Y=前期自身值</p> <p>Y1=北區同儕平均值、Y2=全國同儕平均值</p>	<p>維持原規劃。</p>																

中央健康保險署北區業務組-115 年北區醫院總額風險移撥款  
慢性病照護精進計畫書  
公開徵求作業說明

### 壹、計畫依據

依據 115 年公告醫院總額風險調整移撥款及北區醫院前瞻式預算分區共管方式辦理。

### 貳、預算經費

115 年度醫院總額風險調整移撥款辦理。

### 參、計畫目的

- 一、為推動「健康臺灣三高防治 888」政策，支持醫療院所擴大慢性病患照護網絡，發展全人且個別化的慢病管理模式，鼓勵醫療院所透過導入健康生活策略與非藥物照護處方，並結合社會資源，協助病人養成健康生活模式，以延長平均壽命並減少不健康餘命。
- 二、目前國內推動社會處方服務對象以高齡且失智症或多重慢病為主，這些對象容易因疾病產生功能衰退、孤立及情緒困擾，影響日常生活進而導致疾病嚴重加劇，如能適時透過運動課程、園藝、藝術文化、觀光旅遊、飲食規劃等資源，強化社會參與減緩醫療負擔。

肆、計畫辦理期程：核定日起至 115 年 12 月 31 日止。

### 伍、申請要件及申請方式

- 一、申請醫院基本要件：照護慢性病或失智症個案醫院。
- 二、申請方式：115 年 2 月 26 日(星期四)前（以郵戳為憑）檢具正式公文及計畫申請書(請參考附件 1)向健保署北區業務組提出申請（申請文件請自行備份，經受理後不予檢還）。
- 三、醫院申請書由健保署北區業務組審查，審查結果將函文通知。

### 陸、計畫內容

- 一、組織運作

(一)院內-跨專業照護團隊。

(二)院外-可運用之社區機構及資源(如：社區整合型服務中心 ABC 據點、社福機構、宗教團體等)。

## 二、執行內容

(一)規劃收案條件及人數：擇定多重慢性病(高血壓、高血脂、高血糖、ASCVD 等 2 項以上疾病)或失智症(亦可皆執行)，並規劃預計收案人數(收案截止日為 115 年 6 月 30 日，並於 7 月 15 日前提交收案名單，如附件 2-1)。

(二)收案評估及服務流程：含計畫執行時程、收案評估方式、開立健康處方之程序、院內專業人員合作模式、院外社區資源連結及轉介、個案追蹤及關懷機制等。

(三)成效評估：

1. 多重慢性病：自行擇定慢性病人認知改善評估工具【如：社團法人臺灣生活型態醫學會-生活型態評估量表，如為自行開發或制訂之量表請說明參考依據及合理性】，並執行前後測。

註：生活型態評估量表連結如下

<https://sub.chimei.org.tw/talm/index.php/academic/academic01>

2. 失智症：自行擇定失智症認知評估工具【如：極早期失智症篩檢量表(AD-8)、簡易認知功能評估表(SPMSQ)、簡短式智能評估(MMSE)、臨床失智評估量表(CRD)等，如為自行開發或制訂之量表請說明參考依據及合理性並檢附量表】，並執行前後測。

(四)規劃辦理成效觀摩(主辦或分享執行成果)。

## 柒、提交計畫執行成效評估表：

一、115年7月15日前依附件2-1格式提交收案名單(包含個案姓名、身分證號、生日、疾病類別、收案日期)，加密後以電子郵件傳送本組窗口。

二、10月15日、116年1月15日前依個案實際開立處方及前後測執行情形填報「計畫執行成效評估表」(附件2-2)，加密後以電子郵件傳送本組窗口。

三、個案健康處方箋(電子或實體)、前後測量表、相關評估及病歷資料請自行留存備查。

## 捌、獎勵費用核付說明

期程	項目	評核內容	獎勵費用 上限/家
115Q2	健康處方收 案獎勵	1. <u>多重慢病：接受健康處方人數達 120 人以上獎勵 15 萬點，達 180 人以上獎勵 30 萬點。</u> 2. <u>失智症：接受健康處方人數達 10 人以上獎勵 15 萬點，達 20 人 以上獎勵 30 萬點。</u> 註： <u>多重慢病及失智症人數分別列計。</u>	60 萬點
115Q4	成效評估獎 勵	<u>依據成效評估表之前後測得分：</u> 1. <u>多重慢性病：認知改善(進步)之 病人比率&gt;70%給予 20 萬、 &gt;80%給予 30 萬。</u> 2. <u>失智症：認知未退化或改善之病 人比率&gt;70%給予 20 萬、 &gt;80% 給予 30 萬。</u>	60 萬點
	辦理成效觀 摩會獎勵	桃竹竹苗各辦理 1 場成效觀摩會， 主辦醫院每家 20 萬、分享執行成果 之醫院每家 5 萬。	25 萬點

## 玖、經費預算及撥付方式

- 一、本計畫全年總經費 2,420 萬點。
- 二、參與團隊所提計畫內容及指標訂定，由健保署北區業務組審核，如有需  
專業審查部分，提交北區審查執行分會協助審核。

附件 1

中央健康保險署北區業務組-115 年北區醫院總額風險移撥款  
慢性病照護精進計畫-申請書(參考格式)

一、書寫格式：由左而右，由上而下，A4 版面，楷書 14 號字型，橫式書寫。

二、計畫封面(至少包含下列項目)：

(一) 計畫名稱：慢性病照護精進計畫

(二) 醫院名稱：○○醫院

(三) 計畫主持人：

(四) 計畫聯絡人及聯絡方式：

(五) 計畫執行期間：自核定日起至 115 年 12 月 31 日

三、計畫本文：至少包含下列章節內容

(一) 前言：醫院醫療概況、失智症/慢性病照護模式介紹。

(二) 組織運作

1. 院內-照護團隊成員及分工。

2. 院外-社區機構及資源連結情形。

(三) 慢性病照護精進計畫執行規劃(如同時執行多重慢性病及失智症請分別說明)

1. 規劃收案條件及人數：擇定多重慢性病(高血壓、高血脂、高血糖、ASCVD 含 2 項以上疾病)或失智症，並規劃預計收案人數(收案截止日為 115 年 6 月 30 日)。

2. 收案評估及服務流程：含計畫執行時程、收案評估方式、開立健康處方之程序、院內專業人員合作模式、院外社區資源連結及轉介、個案追蹤及關懷機制等。

3. 成效評估：針對多重慢病或失智症說明認知評估工具(量表)、評估方式(如：病人自評、電訪、面訪等)、前後測執行時間。

4. 規劃辦理成效觀摩(主辦或分享執行成果)。

(四) 其他事項(增值創新項目)：開發智能 APP，功能涵蓋：醫療紀錄、處方地圖、友善定位、視訊診療或諮詢、長照諮詢、活動報名、日常紀錄等。





**中央健康保險署北區業務組-115 年北區醫院總額風險移撥款  
術後加速康復(ERAS)輔導及推廣計畫  
公開徵求作業說明(草案)**

**壹、計畫依據**

依據 115 年公告醫院總額風險調整移撥款及北區醫院前瞻式預算分區共管方式辦理。

**貳、預算經費**

115 年醫院總額風險調整移撥款辦理。

**參、計畫目的**

- 一、為提供以病人為中心手術全期照護新模式，鼓勵醫院結合跨領域團隊，提供重大手術入院前、術前、術中、術後 4 階段照護，建立標準照護流程，降低院內感染、縮短照護天數、減少術後併發症，實現最佳手術價值。
- 二、本轄區已有多家醫院陸續於各術式導入 ERAS，為鼓勵轄區醫院導入本項新醫療照護模式(排除膝關節及髖關節置換術)，由醫院自行擇定術式(如大腸直腸癌手術、肺部腫瘤切除術、高危險妊娠等)，各項疾病由 1-2 家擔任主責醫院成立輔導團隊，引導轄區醫院推動執行，共同達成標準化醫療照護、優化手術成果、促進術後回復及降低整體醫療支出等目的。

**肆、計畫辦理期程：核定日起至 115 年 12 月 31 日止。**

**伍、實施方法及申請要件**

- 一、申請醫院基本要件：設有院級專責 ERAS 編制單位之醫院，已實施且持續運行 ERAS 照護模式，並能提供相關實施成果與成效（請於計畫書內敘明），不同疾病須分別請提出申請計畫書。
- 二、申請送件截止日：於 115 年 2 月 26 日（四）前（以郵戳為憑），檢具正式公文及申請計畫書（附件 1）向健保署北區業務組提出申請（申請文件請自行備份，經受理後不予檢還）。
- 三、申請醫院評選作業：由北區審查執行分會審查，並依醫院計畫書規劃之服務內容，含輔導團隊合作模式、輔導他院之運作模式及策略等面向評核，由分會擇定三項疾病推動，且同一疾病擇優核定最多 2 家主責醫院，審查結果將函文通知。

## 陸、計畫內容：

### 一、應至少辦理下列工作項目：

- (一) 辦理能力認證工作坊至少 1 場：確認有意願參與之合作醫院名單，並協助增進合作醫院專業醫療人員之執行知能。
- (二) 建立標準化 ERAS 作業流程，並確認合作醫院落實作業程序。
- (三) 建立評核指標：擇定評核指標，含過程及結果面至少 5 項指標，並收集合作醫院指標資料，分析團隊執行成果，依執行成效輔導改善。
- (四) 與合作醫院召開團隊會議至少 3 場：進行個案討論、指標達成狀況（含未達成原因）檢討及費用分析等。
- (五) 輔導尚未執行醫院：完成導入至少 2 家(其中 1 家須為地區醫院)，每家醫院至少執行 5 名個案。

### 二、其他創新輔導推廣方式。

## 柒、評核指標及獎勵費用核付說明：

### 一、申請計畫書評選重點

評核項目	評核內容	評核占比
主責醫院	1. 有院級專責 ERAS 編制單位(委員會、工作小組、中心等)且該單位主管為醫師 2. 積極參與 ERAS 學會實務推廣(如合辦工作坊) 3. 具有輔導地區醫院執行 ERAS 經驗 4. 執行及規劃團隊運作模式經驗(含照護案件數)	30%
現況分析及問題	含導入前之評估分析、分階段導入過程、執行成效等、現行作業流程，包含須解決問題	10%
運作方式	1. 建立 ERAS 照護服務模式 2. 輔導團隊資源協調整合 3. 定期召開團隊會議及辦理期中期末成效發表	30%
團隊運作及確保品質	1. 輔導合作醫院團隊組成 2. 輔導團隊提高專業能力 3. 輔導地區運作模式及策略 4. 訂定品質指標並監控指標達成情形	30%

二、訂定評核指標及預期成果：訂定品質指標(含過程面、結果面至少 5 項指標)，另預估執行成效及輔導他院成果。

三、獎勵費用核付說明：

辦理項目	評核內容	獎勵費用
主責醫院 指導費	1. 115Q1 辦理能力認證工作坊至少 1 場 2. 115Q2 提交合作醫院團隊成員名單 3. 115Q3 提交期中報告(含團隊運作情形、團隊會議紀錄、指標執行成效) 4. 115Q4~11601 辦理期末成效觀摩會或交期末報告(含團隊運作情形、團隊會議紀錄、指標執行成效) 5. 獎勵金 115Q1 預撥、未達成評核內容 115Q4 扣回	30 萬/家， <u>辦理成效觀摩</u> <u>再加 5 萬</u>
主責醫院 輔導費	1. 實地輔導地區醫院執行 ERAS，含輔導紀錄、被輔導醫院執行 ERAS 個案照護紀錄(至少 5 名) 2. 成功輔導地區醫院執行 EARS 每家獎勵 10 萬，最多 30 萬	10 萬，最多 30 萬
個案照護 費	1. 提供個案照護項目紀錄給主責醫院 2. 提供個案品質指標執行結果給主責醫院 3. 由主責醫院評估並提供符合名單(電子檔)，當季符合個案 1.8 萬，每群(即主責醫院及其合作醫院)給付上限 200 人	1.8 萬

### 捌、經費預算及撥付方式

一、本計畫全年總經費 2,550 萬。

二、由主責醫院所提計畫內容及指標訂定，並由北區審查執行分會審核。

## 附件 1

### 中央健康保險署北區業務組-115 年北區醫院總額風險移撥款 術後加速康復(ERAS)輔導及推廣計畫-申請計畫書(參考格式)

- 書寫格式：  
由左而右，由上而下，A4 版面，楷書 14 號字型，橫式書寫。
- 計畫封面(至少包含下列項目)：
  - 一、計畫名稱：術後加速康復(ERAS)輔導及推廣計畫-○○術式
  - 二、計畫執行中心(主責醫院)：○○醫院
  - 三、團隊成員：○○學/協會、○○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 115 年 12 月 31 日
- 計畫本文：至少包含下列章節內容
  - 一、前言  
相關臨床醫療概況及該項疾病 ERAS 照護模式介紹。
  - 二、現況及本院 ERAS 執行模式
    - (一)請提出貴院擔任主責醫院資格(有院級專責 ERAS 編制單位、積極參與 ERAS 學會實務推廣、具有輔導地區醫院執行 ERAS 經驗、執行及規劃團隊運作模式經驗)
    - (二)現況分析及問題(含導入前之評估分析、分階段導入過程、執行成效等)、現行作業流程，需具體事由及數據資料輔佐說明。
  - 三、計畫推動時程：請具體列述成立團隊、流程整合、團隊運作及輔導(含必要之工作項目：辦理能力認證工作坊、團隊會議及完成他院導入模式)等項目規劃時程。
  - 四、團隊運作方式：建立 ERAS 照護服務模式、輔導團隊資源協調整合、定期召開團隊會議及辦理期中期末成效發表，各項作業規畫及執行方式。
  - 五、團隊輔導作及確保品質：輔導合作醫院團隊組成、輔導團隊提高專業能力、輔導地區運作模式及策略，各項作業規畫及執行方式。
  - 六、訂定評核指標及預期成果：訂定品質指標(含過程面、結果面至少 5 項指標)，另預估執行成效及輔導他院成果。
  - 七、其他創新作為。

**中央健康保險署北區業務組-115 年北區醫院總額風險移撥款  
區域聯防輔導及推廣計畫  
公開徵求作業說明**

**壹、計畫依據**

依據衛生福利部每年公告醫院總額風險調整移撥款及北區醫院總額管理方案辦理。

**貳、預算**

115 年醫院總額風險調整移撥款辦理。

**參、計畫目的**

北區自 113 年起執行急性心肌梗塞及重大創傷等急重症疾病跨院際區域聯防合作照護模式，為擴大聯防照護項目，除急性心肌梗塞及重大創傷，另新增高危險妊娠疾病，每種疾病原則由 1 家至多 2 家主責醫院成立團隊，並加強團隊院際間轉診合作效率，提升網絡覆蓋率及照護品質，讓病人可以在黃金治療時間內得到適當救治，降低死亡率或失能率。

**肆、計畫辦理期程：**115 年 1 月 1 日起至 115 年 12 月 31 日止。

**伍、實施方法及申請要件**

- 一、申請醫院基本要件：可 24 小時值班醫院，已實施且持續運行區域聯防照護模式，並能提供相關實施成果與成效（請於計畫書內敘明）。
- 二、申請送件截止日：於 115 年 2 月 26 日（四）前（以郵戳為憑），檢具正式公文及申請計畫書（附件 1）向健保署北區業務組提出申請（申請文件請自行備份，經受理後不予檢還）。
- 三、申請醫院評選作業：由北區審查執行分會審查，並依醫院計畫書規劃之現況分析、預定達成目標或目的、團隊組成、團隊合作模式、院內緊急應變模式及提升團隊合作及能力等面向評核，同一疾病擇優核定最多 2 家主責醫院、每家醫院最多核定 2 項疾病，審查結果將函文通知。

**陸、計畫內容：**

- 一、工作項目：
  - (一)團隊組成：內外部合作單位。
  - (二)團隊合作模式建立：24 小時緊急會診合作機制(含排班方式)、緊急轉診應變流程及其他。
  - (三)院內緊急應變模式建立：急診會診機制、院內綠色通道啟動流程。
  - (四)提升團隊合作及能力：建立品質監測指標、定期召開檢討會議、優

化緊急轉診及綠色通道應變流程等。

二、其他創新輔導推廣方式。

柒、評核指標及獎勵費用核付說明：

一、申請計畫書評選重點

評核項目	評核內容	評核占比
現況分析	貴院執行經驗、現行作業流程，需具體事由及數據資料輔佐說明	10%
目的或目標	團隊欲達成之目的或目標	5%
團隊組成	內、外部跨院整合名單	5%
團隊合作模式	1. 24 小時緊急會診合作機制(含排班方式) 2. 緊急轉診應變流程 3. 其他(如創新推廣、水平展開、 <u>智能輔助工具</u> 等)	30%
院內緊急應變模式	1. 急診會診機制 2. 院內綠色通道啟動流程	30%
提升團隊合作及能力	1. 建立品質監測指標 2. 定期召開檢討會議 3. 優化緊急轉診及綠色通道應變流程	20%

二、獎勵費用核付說明：

面向	辦理項目	評核內容	獎勵費用
主責醫院	組成團隊及運作獎勵	1. 115Q1 提交合作醫院團隊名單 2. 115Q4 辦理期末成效觀摩會或交期末報告(含團隊運作情形、院內緊急應變模式、團隊會議記錄、其他) 3. 獎勵金 115Q1 預撥，未達成效評核內容 115Q4 扣回	50 萬/每家
	個案管理費	<u>符合緊急轉診會診應變溝通流程之收案獎勵案件(由主責醫院提報個案名單)</u> 。	1,500 點/人

面向	辦理項目	評核內容	獎勵費用
收案獎勵費	轉診個案	<p>當季符合下列緊急處置操作型定義之轉診人數，前 2 項疾病收治機構及轉出機構需為醫院，收治醫院指申報緊急處置之醫院。</p> <p>(一)急性冠心症：符合 ICD-10-CM 主診斷 I21.0-I21.3、I21.9、I21.A1、I21.A9、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9，且於進入急診後 90 分鐘內接受經皮冠狀動脈擴張術之個案數(同次案件申報 33076B、33077B 或 33078B 及 P4601B)。</p> <p>(二)重大外傷疾病：符合主診斷碼及進入急診 4 小時內執行手術或處置且 ISS 分數<math>\geq</math>16 分或有重大傷病資格(代碼 12：重大創傷嚴重程度十六分以上者)或傷重不治(當次手術 7 日內死亡)者之個案數。</p> <p>(1) 主診斷碼：<u>T07.XXXA</u>、<u>[ S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79 (前述第 7 位碼皆須為 "A") ]</u>、<u>S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99 (前述第 7 位碼皆須為 "A" 或 "B") ]</u>、<u>[ S52、S72、S82 (前述第 7 位碼皆須為 "A" 或 "B" 或 "C") ]</u> 或體表面積 <math>&gt;20\%</math> 之重大燒傷主診斷碼為 <u>T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XAT26.92XA</u>。</p>	20,000 點/人(收治醫院 15,000 點，轉出醫院 5,000 點)

面 向	辦理項目	評核內容	獎勵費用
		<p>(2) <u>手術處置碼</u>：33075B、33144B、48014C、48015B、48016B、48017B、48029B、48030B、64022B、64023B、64024B、64197C、64158B、69038C、64237C、67013B、67002B、67010B、67011B、67022B、67023B、67024B、68036B、68006B、68005B、68001B、69009B、75007B、75009B、75805B、83036C、83037C、83039B、73010B、71206B、72014B、73017B、74206B、70001B、70002B 及 83080B。</p> <p>(三)高危險妊娠孕產婦：符合 ICD-10-CM 主、次診斷前 3 碼為 O02、O10-O11、O13-14、O20、O23-O24、O26、O34-O36、O41-O46、O60、O63、O66-O67、O69、O71-O72、O74-O77、O86、O88、O98-O99、O9A，且執行緊急手術或緊急處置之人數。</p> <p>(1) 緊急手術：包括 81005C、81011C、81018C、81028C、81029C、81034C、80403B 或 80421B。</p> <p>(2) 緊急處置：包括 55015C、94001C、55016C 或呼吸器使用 (57001B，57002B、57023B)。</p>	
	自行收治個案	<p><u>當季符合下列緊急處置操作型定義之自行收治人數。</u></p> <p>(一)急性冠心症：符合 ICD-10-CM 主診斷 I21.0-I21.3、I21.9、</p>	5,000 點/ 人

面 向	辦理項目	評核內容	獎勵費用
		<p>I21.A1、I21.A9、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9，且於進入急診後 90 分鐘內接受經皮冠狀動脈擴張術之個案數(同次案件申報 33076B、33077B 或 33078B 及 P4601B)。</p> <p>(二)<u>重大外傷疾病：符合主診斷碼及進入急診 4 小時內執行手術或處置且 ISS 分數 ≥16 分或有重大傷病資格(代碼 12：重大創傷嚴重程度十六分以上者)或傷重不治(當次手術 7 日內死亡)者之個案數。</u></p> <p>(1) <u>主診斷碼：T07.XXXA、[ S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79 (前述第 7 位碼皆須為 "A") ]、S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99 (前述第 7 位碼皆須為 "A" 或 "B") ]、[ S52、S72、S82 (前述第 7 位碼皆須為 "A" 或 "B" 或 "C") ] 或體表面積 &gt;20% 之重大燒傷主診斷碼為 T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XAT26.92XA。</u></p> <p>(2) <u>手術處置碼：33075B、3144B、48014C、48015B、48016B、48017B、48029B、48030B、64022B、64023B、64024B、64197C、64158B、69038C、64237C、67013B、</u></p>	

面 向	辦理項目	評核內容	獎勵費用
		<p><u>67002B、67010B、67011B、67022B、67023B、67024B、68036B、68006B、68005B、68001B、69009B、75007B、75009B、75805B、83036C、83037C、83039B、73010B、71206B、72014B、73017B、74206B、70001B、70002B 及 83080B。</u></p> <p>(三)<u>高危險妊娠孕產婦：符合 ICD-10-CM 主、次診斷前 3 碼為 O02、O10-O11、O13-14、O20、O23-O24、O26、O34-O36、O41-O46、O60、O63、O66-O67、O69、O71-O72、O74-O77、O86、O88、O98-O99、O9A，且執行緊急手術或緊急處置之人數。</u></p> <p>(1) <u>緊急手術：包括 81005C、81011C、81018C、81028C、81029C、81034C、80403B 或 80421B。</u></p> <p>(2) <u>緊急處置：包括 55015C、94001C、55016C 或呼吸器使用 (57001B，57002B、57023B)。</u></p>	

### 捌、經費預算及撥付方式

- 一、本計畫全年總經費 5,017 萬點。
- 二、由參與團隊所提計畫內容及指標訂定，並由北區審查執行分會及健保署北區業務組審核。

## 附件 1

### 區域聯防合作計畫書內容與格式

一、書寫格式：以 word 建檔，A4 版面，由上而下，由左而右，標楷體 14 號字型，橫式書寫。

二、計畫書撰寫說明：計畫書(含電子檔)內容應包含下列項目：

**(一) 主責醫院名稱及聯防疾病別**

**(二) 現況分析**

**(三) 目的及目標**

**(四) 團隊組成**

1. 內部跨科整合名單
2. 外部跨院整合名單

**(五) 團隊合作模式**

1. 建立緊急轉診聯繫管道：如通訊軟體、專線或本署電子平台即時傳輸病歷資料。
2. 24 小時緊急會診合作機制：與合作院所共同研議並訂定主責醫院專科醫師 24 小時(含夜間及假日)緊急會診方式及標準化作業流程。
3. 緊急轉診應變流程：與合作院所共同研議並訂定聯防個案之轉院標準作業流程(包含主責醫院綠色通道機制建立)。

**(六) 院內緊急應變模式**

1. 急診會診機制
2. 院內綠色通道啟動流程

**(七) 提升合作團隊專業能力：**

1. 定期召開檢討會議：主責醫院須與團隊定期召開聯防合作模式精進檢討會議，並將會議紀錄送至本組備參(每年至少 2 次)。
2. 品質監測指標及輔導方式：自行訂定監測指標及監控方式，及未達標目標值之輔導方式。