醫院部門111年度醫院總額風險調整移撥款執行方式-中區

壹、計畫依據

依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號函公告辦理。

貳、目的

為平衡各區醫療資源均衡發展，鼓勵各區強化醫療服務，促進區域內醫療體系整合。

參、預算來源

自一般服務費用移撥6億元，作為風險調整移撥款，分區預算依據台灣醫院協會111年2月22日111年醫院總額風險調整移撥款第2次討論會議決議，2億元由原風險移撥款額度核定六項因素及權重分配，另111年度新增4億元採107-109年R值、S值平均占率進行各區分配(如下表)，中區預算分配共計8,896萬2,403元。

分區	項目	原六因素及權重 計算公式	107-109年RS值 平均占率	合計
台北區		17,247,080	142,897,852	160,144,932
北區		13,777,801	54,950,888	68,728,689
中區		16,857,635	72,104,768	88,962,403
南區		17,534,358	57,777,236	75,311,594
高屏區		42,366,658	61,169,012	103,535,670
東區		92,216,468	11,100,244	103,316,712
合計		200,000,000	400,000,000	600,000,000

肆、執行方式

本計畫原列2億元風險移撥款(中區分配1,685萬7,635元)延續推動「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」加碼獎勵案，以不間斷提升失能及就醫不便病人醫療照護可近性，解決家庭照顧人力缺乏問題及減少不必要社會性住院。

新增4億元風險移撥款(中區分配7,210萬4,768元)，考量科技日益精進，醫療院所資訊系統需配合政府政策持續更新，尤其新冠疫情期間(如：視訊看診、遠距照護)更是突顯院所至高配合度，且為更完善健保雲端資料，提升民眾使用健保署推動APP之意願，醫療院所資訊系統改革即為重要，研議運用於「虛擬健保卡」、「就醫識別碼」、「檢驗查結果及影像即時上傳」

之推動。為照護糖尿病及初期慢性腎臟病共病病人，期望減少透析發生率及使用率，亦同步運用於「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」。

111年度醫院總額風險調整移撥款中區預算分配得8,896萬2,403元，獎勵項目共計5項，各執行項目說明如下：

一、居家醫療照護整合計畫之新收案人數及照護費獎勵計畫

人口老化持續快速成長，依內政部統計處2022年1月人口統計分析，65歲以上老年人口394萬9,518人佔總人口2,334萬9,666人之16.91%，中部地區(中、彰、投)65歲以上老年人口70萬81人佔中區總人口455萬1,038之15.82%，且失能率隨年齡增長亦有增加之趨勢。依據全民健康保險年報顯示109年接受健保安寧居家服務人數較108年成長11%，110年1-6月居家照護人數較109年同期成長5%，顯示接受安寧居家療護的末期病人亦逐步成長。

居家醫療照護整合計畫除可提升因失能或疾病特性致外出就醫不便病人之醫療照護可近性，亦可解決家庭照顧人力缺乏問題並減少非必要社會性住院，配合中區業務組積極推動之「居家醫療照護整合計畫」，增加新收案人數及照護訪視費點數獎勵，鼓勵中區醫院總額醫事服務機構共同投入服務。

二、全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案-上傳檢驗(查)結果及醫療檢查影像

為持續提升醫療效率，達到跨院醫療影像上傳及調閱查詢之互享機制與節制醫療浪費，亦提升病患就醫品質及方便性，減少不必要的侵入性檢查及輻射暴露。

三、虛擬健保卡開發設定獎勵費及使用獎勵費

因應科技時代及行動智慧需求，將實體健保卡數位化，透過出示QR Code即可進行掛號、看診、檢驗(查)等就醫程序。此就醫方式運用於居家醫療、遠距醫療及視訊診療均有相當助益，如：減少居家訪視醫療團隊到宅而健保卡不見或案家地理位置偏遠訊號無法讀取、大幅減輕山地、離島等偏鄉地區病患及家屬出外就醫成本等，於新冠疫情嚴峻期間更是減輕醫療人員壓力，也降低病患及家屬面對外出感染風險的擔憂，亦可減少多名照護者傳遞被照護者健保卡之風險。新興就

醫方式不論是醫療院所或民眾均處於需極力推廣的階段，助益相當應予以鼓勵。

四、就醫識別碼推動獎勵費、上傳獎勵費及上傳即時性獎勵

過往因資訊不即時、不完整、不正確，曾發現保險對象持處方箋至多個藥局重複調劑，以致健康保險署後續核扣藥局及原處方院所而造成困擾，又因無簡單明確鍵值可對應檢驗(查)、影像、療程、雲端醫療資訊等複雜勾稽條件。健保署推動以就醫之【人、時、地】產生一組專屬的20碼就醫識別碼，用以串接處方、檢驗(查)、影像、療程等各項就醫資訊，分別依政策推動進度給予推動獎勵費及上傳獎勵費。

五、糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案照護人數

隨著人口老化及生活型態改變，台灣糖尿病病人數逐年增加，糖尿病是造成洗腎的重要原因之一，血糖控制不佳可能導致腎臟功能衰退，嚴重者甚至會因腎臟功能喪失需長期洗腎。

糖尿病及初期慢性腎臟病具多項共同風險因子，照護族群多有重疊或具因果關係，鼓勵院所組成跨疾病之整合性照護團隊，強化疾病照護避免病情惡化，並期望照護糖尿病及初期慢性腎臟病共病病人，減少透析發生率及使用率。

伍、費用申報及支付方式

一、費用申報

依據現行「健保署中區業務組_111年醫院總額風險調整移撥款執行作業」各院申報作業。(詳如附件)

二、支付方式

(一)111年中區分配預算共計8,896萬2,403元，計畫執行期程自111年 Q1至111年 Q4止。

(二)指標 N4_37「居家醫療照護整合計畫」之獎勵點數每季上限額度為421萬點，若考核結果超出上限額度或不足，獎勵點數則採浮動成數計算。其餘指標，各季上限額度如下表，若考核結果超出上限額度或不足，視整體考核結果作項目間流用。

(1) 指標 N4_39「虛擬健保卡-開發設定獎勵」、「N4_40就醫識別碼-推動獎勵、上傳獎勵」等項目採一次性給付。

(2) 指標 N4_40「就醫識別碼-上傳即時性獎勵」、「N4_41糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」等項目自第2季起進行考核。

	指標 標號	指標項目		風險調整移撥款(單位：萬點)					
				111Q1	111Q2	111Q3	111Q4	小計	
原六因素 及權重計 算公式	N4_37	居家醫療 照護整合 計畫	居家醫療	421	421	421	421	1,686	
			重度居家醫療						
			安寧療護						
			山地IDS服務						
107-109 年RS值 平均占率	N4_34	檢驗查結果及影像即時		451	451	451	451	1,803	
	N4_38	上傳							
	N4_39	虛擬健 保卡	開發設定獎勵		-	-	-	510	1,803
			使用獎勵		323	323	323	323	
	N4_40	就醫識 別碼	推動獎勵		-	-	612	-	1,803
			上傳獎勵		-	-	408	-	
			上傳即時性獎勵		-	261	261	261	
	N4_41	糖尿病及初期慢性腎臟 病照護整合方案		-	601	601	601	1,803	
	小計				1,195	2,057	3,077	2,567	8,896

陸、預期效益

一、量化效益

(一)居家醫療照護整合計畫之新收案人數及照護費獎勵計畫

1、居家醫療照護整合計畫新收案人數成長率

分子：111年各季新收案人數-110年各季新收案人數

分母：110年各季新收案人數

2、居家醫療照護整合計畫訪視個案件數成長率

分子：111年各季訪視個案件數-110年各季訪視個案件數

分母：110年各季訪視個案件數

(二)全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案-上傳
檢驗(查)結果及醫療檢查影像

1、即時查詢病患就醫資訊方案-上傳檢驗(查)結果

分子：24小時內及1-3日內上傳檢驗(查)醫令數

分母：門、住診申報應上傳檢驗(查)醫令數

- 2、即時查詢病患就醫資訊方案-醫療檢查影像
分子：24小時內及1-3日內上傳影像醫令數
分母：門、住診申報應上傳影像醫令數

(三) 虛擬健保卡 開發設定獎勵費及使用獎勵費

- 1、開發設定獎勵費：完成虛擬卡讀取系統設定
- 2、使用獎勵費：當季申報人數(ID 歸戶)

(四) 就醫識別碼 推動獎勵費、上傳獎勵費及上傳即時性獎勵

- 1、推動獎勵、上傳獎勵：完成控制軟體版更與預檢作業並正式啟動上傳作業
- 2、上傳即時性獎勵
分子：成功上傳資料之上傳時間-就醫日期時間
分母：成功上傳總件數

(五) 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案照護人數

提升以 DM 與 CKD 收案之共病病人於同醫院同一次就診中，完成糖尿病及初期慢性腎臟病追蹤管理照護之人數

二、非量化效益

在資訊科技時代，透過醫療軟、硬體設備的升級，上述獎勵方案使保險對象就醫資訊在健保與醫療院所之間傳遞更具有即時性、完整性、正確性及方便性，再透過大眾媒體及醫療院所對民眾加強宣導相關政策以提升使用意願，以病人為中心提供照護服務的整合、跨院資訊共享，達到醫療院所、病人及健保共享共榮的目標。

健保署中區業務組_111年醫院總額風險調整移撥款執行作業

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	考核指標值採用期間	指標性質	增減點數(比率)	備註或排除條件
N4_37_1	醫院總額風險調整移撥款-居家醫療照護整合計畫之新收案人數獎勵	居家醫療照護整合計畫 VPN 登錄當季新收案人數		當季	正向	<ul style="list-style-type: none"> 收案階段居家醫療/重度居家醫療：650點/人 收案階段安寧療護：1,350點/人 	<p>1. 每季依院所歸戶，醫院附設居家護理機構收案人數併入本院計算</p> <p>2. 居家醫療/重度居家醫療新收案人數正成長(相較前一年同期)院所，獎勵點數予以加成</p> <p>(1) 成長率 1%-5%(含)：加成 5%</p> <p>(2) 成長率 5%-10%(含)：加成 10%</p> <p>(3) 成長率大於 10%：加成 15%</p>
N4_37_2	醫院總額風險調整移撥款-居家醫療照護整合計畫之照護獎勵	居家醫療照護整合計畫-當季醫師及護理人員訪視次數		當季	正向	<ul style="list-style-type: none"> 居家醫療/重度居家醫療-醫事人員訪視： 150點/次、 <u>山地離島地區</u> 300點/次 安寧療護-醫事人員訪視： 300點/次、 <u>山地離島地區</u> 600點/次 	<p>1. 擷取當季門診案件，醫事類別 12、19，特定治療項目代號 EC，依訪視費醫令數計算醫事人員(醫師、護理人員)訪視次數</p> <p>2. 居家醫療/重度居家醫療-醫事人員訪視醫令(<u>山地離島地區訪視醫令以粗體(底色)顯示</u>)：05307C、05308C、05301C、05302C、05303C、05304C、05305C、05306C、05321C、05322C</p> <p>3. 安寧療護-醫事人員訪視醫令</p>

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	考核指標值採用期間	指標性質	增減點數(比率)	備註或排除條件
							(山地離島地區訪視醫令以粗體(底色)顯示)： 05312C、 05323C 、05336C、 05337C 、05313C、 05324C 、05314C、 05325C 、05338C、 05339C 、05340C、 05341C 4. 依院所計算，醫院附設居家護理機構訪視次數併入本院計算
N4_34	醫院總額風險調整移撥款-全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案上傳檢驗(查)結果	1. 分子：24小時內及1-3日內上傳檢驗(查)醫令數 2. 分母：門、住診申報應上傳檢驗(查)醫令數	1. 上傳率 $\geq$ 93%，則給付門、住診送核核定數0.005%或獎勵50,000點，擇高給付。 2. 區域級以上醫院上傳率 $<$ 90%，則扣減門、住診送核核定數0.01%。 3. 地區醫院上傳率 $<$ 70%，扣減25,000點	當季	正/負向	門、住診送核核定數0.005%或獎勵50,000點(擇高給付)/-0.01%/-25,000點)	獎勵項目：比照全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案內容，詳方案之附件5、5-1(報告)項目。 ※正向獎勵以風險移撥款預算編列，負向結果回歸醫院總額品質指標預算核減。

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	考核指標採用期間	指標性質	增減點數(比率)	備註或排除條件
N4_38	醫院總額風險調整移撥款-全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案-上傳醫療檢查影像	1. 分子： 24小時內及1-3日內上傳影像醫令數 2. 分母： 門、住診申報應上傳影像醫令數	1. 影像上傳率 $\geq 95\%$ ，則給付門、住診送核核定數 0.015% 或獎勵 50,000 點，擇高給付。 2. 區域級以上醫院之影像上傳率 $<95\%$ ，則扣減門、住診送核核定數 3. 0.015%。	當季	正/負向	門、住診送核核定數 0.015 % 或獎勵 50,000 點 (擇高給付) /-0.015 %	獎勵項目：比照全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案內容，詳方案之附件 5-1。 ※正向獎勵以風險移撥款預算編列，負向結果回歸醫院總額品質指標預算核減。
N4_39_1	醫院總額風險調整移撥款-虛擬健保卡開發設定獎勵	完成虛擬卡讀取系統設定		當季	正向	5萬點/家/年	1. 虛擬健保卡醫事機構正式版 SDK-v2.4.0 以上，一次性給付，須向醫管科報備。
N4_39_2	醫院總額風險調整移撥款-虛擬健保卡使用獎勵	當季申報人數 (ID 歸戶)		當季	正向	1. 適用場域(居整/遠距/視訊)： 750 點/人/季 (預估375萬點) 2. 其他場域： 1萬點/家/季 (預估102萬點) ➤ 醫學中心須	1. 適用場域： (1) 居家醫療整合照護計畫：就醫序號為 V 開頭且醫令代碼為 05307C、05308C、05312C、05323C、05336C、05337C。109 年或 110 年累計收案人數約 4,964 人。 (2) 遠距醫療給付計畫：醫令類

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	考核指標值採用期間	指標性質	增減點數(比率)	備註或排除條件
						2,000 人以上 ➤ 區域醫院須 1,000 人以上 ➤ 地區醫院須 500 人以上	別(A72)：「G」且診療項目代號(A73)：「TMR01」(在地端)或「TMP01」(遠距端)。 (3) 視訊診療：醫令類別(A72)：「G」且診療項目代號(A73)：「ViT-COVID19」(視訊問診)或「PhT-COVID19」(電話問診)。109年3月至110年3月視訊診療約444人次(含基層)。 2. 其他場域：非上述場域者。 3. 依院所歸戶，醫院附設居家護理機構申報人數併入本院計算。
N4_40_1	醫院總額風險調整移撥款-就醫識別碼 推動獎勵	完成控制軟體版更與預檢作業		年	正向	8/31前完成： 6萬點/家/年	1. 一次性給付，讀卡機控制軟體(Windows版)5.1.5版本以上且以「健保卡資料上傳格式2.0」版本上傳不同就醫類別須預檢成功至少6件以上。 2. 依署本部獎勵期限提前一個月完成。
N4_40_2	醫院總額風險調整移撥款-	正式上傳作業		年	正向	9/30前完成者： 4萬點/家/年	1. 一次性給付，公告上傳月之次次月起以「健保卡資料上

指標編號	指標項目	操作型定義	目標值設定	考核指標值採用期間	指標性質	增減點數(比率)	備註或排除條件
	就醫識別碼上傳獎勵						傳格式 2.0」版本執行每日之就醫資料上傳成功。(如：公告上傳月為 4 月，次次月起即 6 月起)。 2. 依署本部獎勵期限提前一個月完成。
N4_40_3	醫院總額風險調整移撥款-就醫識別碼上傳即時性獎勵	上傳即時性獎勵		當季	正向	成功上傳 $\geq 90\%$ ， 2萬點/家/季	1. 以「健保卡資料上傳格式 2.0」版本執行每日之就醫資料上傳成功，始得獎勵。 2. 就醫類別【01-西醫門診】(醫院 ≤ 6 小時)、【04-急診】(醫院 ≤ 6 小時)與【05-住院】(當日 23:59)，成功上傳比率 $\geq 90\%$ 。 ➤ 分子：成功上傳資料之上傳時間-就醫日期時間。 ➤ 分母：成功上傳總件數。
N4_41	醫院總額風險調整移撥款-DM 與 CKD 收案之共病病人以糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案照護人數	糖尿病與初期慢性腎臟病共病病人於同醫院同一次就診中，完成糖尿病及初期慢性腎臟病追蹤管理照護之人數		當季	正向	每人給付100點	本指標以風險移撥款分配予此指標之點數平均分配於111年2、3、4季使用