

108 年第 2 次「醫院總額東區共管會議」紀錄

時間：108 年 12 月 27 日（星期五）上午 10 時 00 分

地點：中央健康保險署東區業務組三樓會議室

出席單位及人員：

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院：陳星助、林玲珠、張菁育、郭曉菁、鍾昀庭、葉秀怡

台灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院：張淑琴、廖秀珪

台灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院：莊永鑣、傅曉萱

國軍花蓮總醫院：曾本仁、吳逸驥、蔡旻珊

衛生福利部花蓮醫院：李玉芬

衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院：李玉芬(代)

衛生福利部玉里醫院：藍百川、劉駿榮、簡談玉珠

臺北榮民總醫院玉里分院：趙建剛、李蔚新、林明慧

臺北榮民總醫院鳳林分院：謝春永

佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院：湯景慧

台東馬偕紀念醫院：王功亮、卓秀霞

衛生福利部臺東醫院：王舒嫻

佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院：黃坤峰、陳瑋婷

臺北榮民總醫院臺東分院：趙建剛

東基醫療財團法人台東基督教醫院：陳佑勝、張艷瑜

衛生福利部臺東醫院成功分院：王舒嫻

天主教花蓮教區醫療財團法人台東聖母醫院：彭衍翰

中央健康保險署東區業務組：李少珍、李名玉、羅亦珍、石惠文、王素惠、董村鋒、林桂英、江春桂、馮美芳、梁燕芳、鄭翠君、王晶、李敬慧、劉惠珠、詹蕙嘉、黃婷亭、林子捷、李姿蓉

主席：王院長功亮、李組長少珍

紀錄：王素惠

壹、主席致詞(略)

貳、確認前次會議紀錄：

108年7月15日「醫院總額東區共管會議」108年第1次臨時會議紀錄確認。

參、報告事項：

第一案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：報告109年總額預算108年醫療費用申報概況及108Q3點值預估、品質指標執行情形。

決定：洽悉。

第二案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：請審慎開立「fluoroquinolone及quinolone」類用藥，請配合辦理。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關本署修訂109年「醫院總額品質保證保留款實施方案」草案(下稱品保款方案)。

決定：洽悉。

第四案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：腎功能異常使用NSAID藥量者篩異指標管理機制案，為病人就醫安全，請協助輔導院內醫師加強管理。

決定：洽悉。

第五案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：為期醫療院所能透過雲端資訊系統及民眾運用健康存摺作為健康自我管理之參考依據，鼓勵特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果

- 一、調整各院之管理目標數：(1)「CT、MRI 24 小時影像上傳率」 $\geq 70\%$ 80%即予加計 0.08%，每增加 10%再加計 0.01%，各診別最高以加計 0.1%(c1)為上限，(該項 108 年各醫院影像上傳率均已達 80%以上)。
- 二、區域醫院及醫學中心之門診量成長率按季累計達成逐年應降 2%，加計 0.15% (c5)(本項依本署抑制資源不當耗用改善方案之定義及實施期程目標值同步調整，且需提報執行計畫)，刪除另如未達成，但排除當次就診為下轉案件後如有達成，則視同達成，再另加計原未達成之核扣數。降幅超過 2%部分，再獎勵輔導下轉個案管理費每件 200 點，該項已移撥至風險移撥款款運用計畫。
- 三、超音波檢查即時影像上傳率自身比成長率 $\geq 25\%$ 15%且上傳率 $\geq 30\%$ 40%者，給予獎勵 0.01%獎勵最低 2 萬點，上傳率 $\geq 65\%$ 給予於獎勵 0.015%，最低 3 萬點。
- 四、「CT、MRI 24 小時影像上傳率」達到 95%，且檢查檢驗結果查詢上傳率 $\geq 75\%$ 85%者，額外給予獎勵 0.01%，最低 2 萬點(目前東區檢查檢驗結果上傳率平均值 85.72%)。
- 五、醫療品質指標評量標準中 12 項重要檢查(驗)再次執行率，配合本署 109 年抑制資源不當耗用指標項目 28 日再次執行修訂為合理區間(如下表)。

項次	歸併醫令	歸併醫令中文名稱	醫令代碼	醫令中文名稱	合理區間
1	3308XB	磁振造影	33084B	磁振造影—無造影劑	28 日
			33085B	磁振造影—有造影劑	
2	3307XB	電腦斷層造影	33070B	電腦斷層造影—無造影劑	28 日
			33071B	電腦斷層造影—有造影劑	
			33072B	電腦斷層造影—有/無造影劑	

項次	歸併醫令	歸併醫令中文名稱	醫令代碼	醫令中文名稱	合理區間
3	1900XC	腹部超音波及追蹤	19001C	腹部超音波 (包括肝 liver, 膽囊 gall bladder, 胰 pancreas, 脾 spleen, 下腔靜脈 inferior vena cava, 腹主動脈 abdominal aorta, 腎 kidney 及其他腹部超音波 abdominal others 在內)	28 日
			19009C	腹部超音波, 追蹤性	
4	09044C	低密度脂蛋白-膽固醇	09044C	低密度脂蛋白-膽固醇	28 日
5	18007B	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	18007B	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	28 日
6	28017C	大腸鏡檢查	28017C	大腸鏡檢查	28 日
7	28016C	上消化道泛內視鏡檢查	28016C	上消化道泛內視鏡檢查	28 日
8	26072B	正子造影-全身	26072B	正子造影-全身	28 日
9	18005X	超音波心臟圖 (包括單面、雙面)	18005B	超音波心臟圖(包括單面、雙面)	28 日
			18005C	超音波心臟圖(包括單面、雙面)	
10	0801XC	全套血液檢查	08011C	全套血液檢查 I (八項)	7 日
			08012C	全套血液檢查 II (七項)	
			08082C	全套血液檢查 III (五項)	
11	19007B	超音波導引(為組織切片, 抽吸、注	19007B	超音波導引 (為組織切片, 抽吸、注	28 日

項次	歸併醫令	歸併醫令中文名稱	醫令代碼	醫令中文名稱	合理區間
		射)		射)	
12	28022C	子宮鏡檢查	28022C	子宮鏡檢查	28 日

決議：「東區業務組 109 年醫院專業審查措施」同意修訂如附件 1 P_10~24。

第二案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關本轄區偏遠地區醫院認定原則乙案，提請討論。

說明：

- 一、依 108 年 11 月 27 日醫院總額研商議事會議 108 年第 4 次會議決議，109 年點值保障項目維持 108 年項目，故 109 年符合「醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則」之醫院，仍續予保障其浮動點數採前一季當地平均點值支付(若當季浮動點值高於前季平均點值，則以當季浮動點值支付)。
- 二、109 年「醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則」，其中分區認定原則 1 項，109 年是否仍沿用 108 年認定原則『每萬人口西醫醫院醫師數在 5 以下者』。
- 三、轄區醫院所在地區之每萬人口西醫醫院醫師數如下：

東區業務組 108 年 11 月所轄地區每萬人口西醫醫院醫師數

鄉鎮名稱	有效年月	西醫師數	月份數	人口數	每萬人口西醫醫院醫師數
台東縣台東市	10811	175	1	146,432	12.0
台東縣成功鎮	10811	3	1	29,194	1.0
台東縣關山鎮	10811	6	1	32,162	1.9
花蓮縣花蓮市(含新城、壽豐)	10811	568	1	240,838	23.6
花蓮縣鳳林鎮	10811	15	1	29,677	5.1

花蓮縣玉里鎮	10811	85	1	51,355	16.6
花蓮縣豐濱鄉	10811	2	1	1,713	11.7

決議：本轄區 109 年仍沿用 108 年分區認定原則『每萬人口西醫醫院醫師數在 5 以下者』，符合分區認定原則之醫院有 2 家(部立臺東醫院成功分院、關山慈濟醫院)。

第三案

報告單位：衛生福利部花蓮醫院

案由：有關本院與所屬豐濱原住民分院自 108Q4 起醫院專業審查門、住診目標管理點數相互流用，以符實需，提請討論。

說明：

本院豐濱原住民分院配合國家政策，除原有門、急、住診業務及巡迴醫療外，近期規劃發展「遠距醫療」，以通訊診療方式補足醫療缺乏地區醫療能量；此外亦規劃「住宿型長照機構」，提供豐濱鄉民眾可近性、便利性之長照服務，充實長照體系。又豐濱鄉民眾急重症病人轉診接送費用，皆是本院支應。惠請貴署審酌豐濱原住民分院係為偏遠地區醫院，符合特約醫院一致性原則或分區增列認定原則，同意本院及分院健保總額管理目標數相互流用，俾利院務順利推展。

決議：同意部立花蓮醫院與豐濱原住民分院自 108Q4 起醫院專業審查門、住診目標管理點數相互流用。

第四案

報告單位：衛生福利部台東醫院

案由：不予支付指標「眼科門診局部處置申報率-細隙燈顯微鏡檢查」，考量遠距醫療之特殊性，提請討論。

說明：

- 一、本院成功分院開業，除全力配合政府公共醫療及衛生政策之執行，並責無旁貸照護偏遠地區弱勢族群；更於 107 年 11 月與高雄長庚醫院簽訂遠距醫療，提供在地醫療未提供亦或缺乏之次專科(眼科、皮膚科、耳鼻喉科)等多科診療服務，以充實在地醫療資源。
- 二、然，遠距眼科專科門診通常在電腦驗光、量眼壓及視力後，醫生因

病情需要看診前再用細隙燈做一次詳細檢查，確立疾病診斷；惟全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標—001 眼科門診局部處置申報率，申報率超過 30%者，超過部分不予支付。

三、建請考量偏遠地區遠距醫療之特殊及不便性，同意調整此核扣之合理性，以利成功分院業務推展，落實病患就醫之權益。

決議：醫院因配合政策，提供在地醫療未提供亦或缺乏之次專科等遠距醫療服務，致使超過本署不予支付指標部份，考量遠距醫療之特殊性，未來將先由風險移撥款健保政策中補其超過不予支付點數。另請東區分會協助向醫院協會建議，檢討修訂不予支付指標，應排除偏鄉遠距醫療案件。

第五案

報告單位：醫院醫療服務審查執行東區分會

案由：109 年風險移撥款運用計畫各項經費分配及運作方式，提請討論。

決議：

一、各項經費運用分配如附件 2 P_25：

移撥款推動專案推動衍生管理目標數調整(含 4 項地區特性研究分析) 分配 2,400 萬、計畫總主責醫院 450 萬、糖尿病專案計畫 3200 萬、配合健保政策分配 897 萬、5 項計畫之推動(C 肝、IDS、長照轉銜、緊急醫療、癌症照護)2,250 萬。

二、109 東區醫院總額風險移撥款運用計畫，各項專案主責醫院如下：

(一)風險移撥款計畫總主責醫院：花蓮慈濟醫院。

(二)糖尿病專案

1. 主責醫院：花蓮慈濟醫院。

2. 成立糖尿病推動小組：委員分別由花蓮慈濟醫院(羅副院長擔任召集人)、東區業務組(組長及副組長)、花蓮縣衛生局局長及台東縣衛生局局長、2 位臨床醫師及中研院羅紀瓊專家擔任，小組成員組織架構及職掌如附件 3 P_26。

(三)5 項計畫主責醫院分別：C 肝_門諾醫院，IDS_花蓮慈濟醫院，長照轉銜_主責醫院花蓮慈濟醫院、次主責為門諾醫院，緊急醫療(雙主責)_花蓮慈濟醫院及台東馬偕醫院、癌症(雙主責)_花蓮慈濟醫院及台東馬偕醫院，各專案計畫主責醫院將於 1 月 13~16 日辦理轄

區醫院共識會。

伍、臨時動議

陸、散會：12時30分

附件

附件一

衛生福利部中央健康保險署東區業務組 109 年醫院專業審查措施

108.12.27.

壹、目的：

- 一、 尊重醫院醫療專業自主管理，妥善運用醫療資源。
- 二、 提升醫療服務審查效率，抑制不當醫療利用成長。

貳、109 年醫院管理執行內容

一、門、住診管理目標點數

(一) 費用涵蓋範圍：109 年醫院醫療給付費用總額門住診一般服務範圍，不含專款專用、其他部門。

(二) 基期及成長率調整

1. 基礎點數：

(1) 精神科基礎點數：前一年同季精神科申報點數 < 虛擬總額者，以申報點數採計，其餘以二者平均計算基礎點數，再加 3% 成長，取消指標管理。(詳東區業務組醫院精神科醫療費用管理方案)。

(2) 基礎點數(門診：bo、住診：bi) = 109 年基礎點數 - 區域級以上醫院門診逐年應降 2% 之預估點數。

※依 108 年件數與 109 年該季應達成降 2% 件數差額及 108 年費用最低前 10% 案件之平均費用，再以結算平均點值校正之單價計算，列為減項。

(3) 操作型定義：

➤ 結算收入 BASE 點數：

① 以 108 年各結算當季費用年月之一般部門院所收入 / 0.95

② 以 108 年各結算當季費用年月總額內申報費用(申請點數 + 部分負擔)

③ 108 年各季未含挑戰加成管理目標點數

④以①、②、③取最高二者為 H1、H2

➤ 109 基礎點數：如結算收入 BASE 點數最高值 $H1=③$ ，則 109 基礎點數 $=H1 \times 20\% + H2 \times 80\%$ ，否則以 $H1 \times 30\% + H2 \times 70\%$ 採計，惟以介於②108 年同季總額內申報費用點數之 95%~105% 範圍內，且不高於③108 年同季未含挑戰加成管理目標點數之 105% 為限。

2. 109 年醫院總額各季分區可分配額度(T) = 【分區預算預估數 * (1 - 保留率) / 目標點值】 - (當季第 1 個月及前一季第 2、3 個月申報代檢案件費用 * 最近一季結算浮動點值)

(1) 預估保留率 = 4% (包含：處方釋出交付機構、核退及當季以前各月份遞延費用、品質指標自我挑戰加成)

(2) 各季門、住診可分配額度以分區目標平均點值校正之。【分區目標平均點值暫定 0.9~0.95】

3. 依 109 年當季分區預算預估數與基礎點數之成長率(a)，依下列方式調整各醫院之管理目標點數：

(1) 「CT、MRI 24 小時影像上傳率」 $\geq 70\%$ ~~80%~~ 即予加計 ~~0.07%~~ 0.08%，每增加 10% 再加計 0.01%，各診別最高以加計 0.1%(c1) 為上限。

(2) 檢驗檢查結果上傳率 $\geq 85\%$ 者，給予加計 0.02%，每增加 5% 再加計 0.01%，各診別最高以加計 0.05%(c1) 為上限。

(3) 呼吸器依賴病人接受安寧緩和醫療服務之成效：

當期(以當季第 1 個月 + 前季第 2、3 個月)呼吸器依賴病人申報安寧緩和醫療(含安寧住院、共照及家庭諮詢)總人數占率 $\geq 50\%$ ，且當季有增加收案人數者，則住診加計 0.05%(c2)。

➤ 以下(4)~(9)項各季執行完成後採補付方式辦理

(4) 參與健保署或分區業務組業務標竿學習、觀摩及分享會，進行分享報告之醫院，或執行健保政策有成效而投稿期刊經刊登者，獎勵 15 萬點(c4)。

(5) 超音波檢查即時影像上傳率自身比成長率 $\geq 25\%$ ~~15%~~ 且上傳率 $\geq 30\%$ 40% 者，給予獎勵 0.01% 獎勵最低 2 萬點，上傳率 $\geq 65\%$ 給於獎勵 0.015%，最低 3 萬點。

- (6) 區域醫院及醫學中心之門診量成長率按季累計達成逐年應降2%，加計0.15% (c5)(本項依本署抑制資源不當耗用改善方案之定義及實施期程目標值同步調整，且需提報執行計畫)。另如未達成，但排除當次就診為下轉案件後如有達成，則視同達成，再另加計原未達成之核扣數。降幅超過2%部分，再獎勵輔導下轉個案管理費每件200點。(該項已移風險撥款)
- (7) 「CT、MRI24小時影像上傳率」達到95%，且檢查檢驗結果查詢率 \geq 75% 85%者，額外給予獎勵0.01%，最低2萬點。
- (8) 品質指標自我挑戰加成：醫院選定評估之醫療品質指標執行結果優於同儕值，且優於自身值時，每達成1項加計ax2%，最高可加計ax40%(e)。
- (9) 以分區可分配額度(T)扣除第(1)~(6)項(c1~c6)剩餘額度(f)，再依下列因子計算調整額度(公式、定義、比率及計算方式如附表1)：

◇門診調整因子：

- 門診急重症醫療費用成長點數
- 非精神科門診病人成長數
- 非精神科門診每人費用

◇住診調整因子：

- 住診急重症醫療費用成長點數
- 非精神科住院病人成長數
- 非精神科住診每人費用
- 住診CMI值成長率

★區域級以上醫院其門住診急重症醫療費用成長點數如未100%調整時，依門診逐年應降2%之達成比率，再依基礎點數此項扣減數進行回補計算，最高以扣減數或急重症醫療費用成長點數100%調整之差額為上限。

★區域級以上醫院如因配合調降門診量而致門診人數下降，則門診病人成長數調整因子計算時，人數下降部分以超過逐年應降2%之差額人數(以平均每人件數推估)計算。

4. 調整後各醫院之各季門、住診管理目標點數為

門診： $A_o = b_o + (c_1 + c_2 + \dots + c_6) \times b_o + h_o + q_o + e \times b_o = A_o' + e \times b_o$

住診： $A_i = b_i + (c_1 + c_2 + \dots + c_6) \times b_i + h_i + q_i + e \times b_i = A_i' + e \times b_i$

5. 依第 3 項調整各醫院之管理目標點數後($A_o' + A_i'$)，如該季 T 值大於各醫院調整後管理目標點數合計值 $\Sigma(A_o' + A_i')$ 時，其餘額依各醫院之急診檢傷分類第 1、2 級病人當次住院案件費用比率進行再分配。

6. 經各項因子調整後(尚未含品質指標自我挑戰加成)之各院管理目標點數，以不低於 109 年基礎點數為原則。

※出院準備轉銜長照 2.0 及居家整合照護：

- A. 有申報出院準備及追蹤管理費之個案，後續成功轉銜長期照護或居家整合者，按月提報轉銜成功之個案資料，轉銜長照每個案獎勵 1,000 點，轉銜居家整合每個案獎勵 500 點，以上每案年度內僅支付 1 次。
- B. 本署若另有訂定相同獎勵項目時，則本方案之獎勵項目即取消。
- C. 醫院應每月於次次月底前填報申報 02025B 個案的出院情況(如轉長照、居整、回家等)以便日後訂定評估指標。

(三)計算基準：

- 1. 當季醫療費用計算含送核及補報費用(含山地離島 IDS 核實申報醫療費用部分)。
- 2. 為配合總額部門點值之計算時程，醫院之門診及住院費用合併計算其上限，且各季費用不得流用。
- 3. 不包括：門診透析(案件分類 05)、其他部門(案件分類 A1、A2、A5、A6、A7)、醫療給付改善方案之管理照護費、PAC 評估費、每日照護費、專款專用(罕病、血友病、C 肝藥費、器官移植、急診照護品質、矯正機關看診費用)、職災案件、精神科強制鑑定及住院、後天免疫缺乏症候群、代辦結核病案件(門診案件分類 C4、住

診案件分類 C2、C3 及 C4)、代檢(01 案件)、代辦膳食費、戒菸、孕婦愛滋篩檢、代辦性病患者全面篩檢愛滋病毒計畫、愛滋防治治療替代治療計畫、老人流感診察費及子宮頸抹片、乳癌篩檢、兒童預防保健、孕婦產前檢查、成人預防保健、糞便潛血檢查、口腔黏膜檢查、經濟弱勢新生兒聽力篩檢等項預防保健。

4. 門診急重症案件定義：

(1) 急診案件：案件類別為 02

(2) 癌症病患案件或性態未明腫瘤案件或做化學治療或同時做放射線治療案件。

※癌症病患：主診斷前三碼為 C00-C50、C51-C96(但排除 C944、C946)。

※性態未明腫瘤：主診斷前三碼為 D37、D38、D39、D40、D41、D42、D43、D44、D45、D46、D47、D48。

※做化學治療或同時做放射線治療：主診斷為 Z510、Z5111、Z08。

(3) 先天性凝血因子異常案件或後天凝血因子異常案件(排除血友病藥費專款專用部分)。

※先天性凝血因子異常：任一主、次診斷前四碼為 D66、D67、D681、D682。

※後天凝血因子異常：任一主、次診斷前四碼為 D6832、D684。

(4) 罕見疾病案件：部分負擔代碼=001 且主、次診斷任一亦符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼之所有案件且領有重大傷病卡者(排除罕見疾病藥費專款專用部分)。

※罕見疾病診斷碼：使用版本如下

費用年月 9702~9906：使用衛生福利部 97.2 公告版本

費用年月 9907~新版本公告前：使用衛生福利部 99.7 公告版本

※重大傷病卡：重大傷病檔「罕病註 (RARE_SICK_MARE)」為「Y」，且生效起迄日不為空白者

(5) 排除支付標準調整急重症項目(以加計支付標準調整 7 折計算)

7. 住診急重症案件定義：

- (1) 6 歲(含)以下由急診轉入院之病患：即年齡 ≤ 6 且病患來源='2'
- (2) DRGs 權值 >2 之中高嚴重度疾病：DRGs 權值採用 Tw-DRG 分類表 (3.2 版-981217 令修正)。
- (3) 12 歲(含)以下長期使用呼吸器案件，以及入住 ICU、亞急性呼吸照護病房長期呼吸器依賴者：即年齡 ≤ 12 且入住 ICU 期間有使用呼吸器或年齡 ≤ 12 且入住亞急性呼吸照護病房)。
 - ※呼吸器醫令：57001B、57002B、57023B。
 - ※ICU 醫令：
03009K, 03023A, 03024B, 03010E, 03011F, 03012G, 03013H, 03014A, 03015B, 03025B, 03016B, 03017A, 03022K。
 - ※亞急性呼吸照護病房醫令：
P1005K, P1006K, P1007A, P1008A, 03012GA, 03013HA 且醫令類別=2。
 - ※ICU 期間有使用呼吸器之判斷邏輯：
同一案件中，先分別找出有申報 ICU 醫令及使用呼吸器的醫令資料；再比對彼此間的醫令執行起迄時間是否有重疊發生，若有，則此案件符合 ICU 期間有使用呼吸器之條件。
- (4) 癌症病患案件或性態未明腫瘤案件或做化學治療或同時做放射線治療案件。
 - ※癌症病患：主診斷前三碼為 C00-C50、C51-C96(但排除 C944、C946)。
 - ※性態未明腫瘤：主診斷前三碼為 D37、D38、D39、D40、D41、D42、D43、D44、D45、D46、D47、D48。
 - ※做化學治療或同時做放射線治療：主診斷為 Z510、Z5111、Z08。
- (5) 先天性凝血因子異常案件或後天凝血因子異常案件(排除血友病藥費專款專用部分)。
 - ※先天性凝血因子異常：任一主、次診斷前四碼為 D66、D67、D681、D682。

※後天凝血因子異常：任一主、次診斷前四碼為 D6832、D684。

(6) 罕見疾病案件：部分負擔代碼=001 且主、次診斷任一亦符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼之所有案件且領有重大傷病卡者(排除罕見疾病藥費專款專用部分)。

※罕見疾病診斷碼：使用版本如下

費用年月 9702~9906：使用衛生福利部 97.2 公告版本

費用年月 9907~新版本公告前：使用衛生福利部 99.7 公告版本

※重大傷病卡：重大傷病檔「罕病註 (RARE_SICK_MARE)」為「Y」，且生效起迄日不為空白者

▶年齡定義：(入院年 - 出生年)

(7) 排除支付標準調整急重症項目(以加計支付標準調整7折計算)

二、精神科醫療服務點數目標值

(一) 精神科(科別 13)醫療費用管理目標點數：

前一年同季精神科申報點數<虛擬總額者，以申報點數採計，其餘以二者平均計算基礎點數，再加 3%成長。

(二) 管控方案：

依「東區業務組醫院精神科醫療費用管理方案」之模式計算精神科基礎點數，本轄區所有精神科管控醫院，如參與 A 級審查方式(或逕予核扣)者，精神科含於全院管理目標點數管控(無精神科超額逕扣)；非參與 A 級審查醫院，則維持原管控方案之管理模式。惟東區整體精神科醫療費用季累計成長率如高於 108 年東區預算成長率(暫估 4%)，則於次次季再度啟動所有醫院無論列屬於何等級或採用之核付方式，超額部份均不予支付；四季均採 C 級審查醫院本項採季核付及年結算方式辦理。

三、呼吸器依賴患者照護醫療服務點數目標值

(一) 呼吸器依賴患者照護醫療費用管理目標點數：

1. 本轄區依預估 109 年管控額度 6.30 億計算，各院可使用額度依 107 年 12 月至 108 年 11 月各院呼吸器醫療費用占率×50%+當期費用占率(前一季第 3 個月及當季第 1、2 個月)×50%分配並按季計算。

2. 多重抗藥性結核病 (MDR-TB) 併呼吸衰竭個案排除於呼吸器依賴案件及分級審查額度計算範圍，惟醫院收治此類病患若需排除計算，請各醫院於每季申報第三個月費用時自行提報名單，且名單內之個案須進行專業審查。

(二) 管控方案：

呼吸器依賴患者照護醫療費用點數超過該院管理目標點數者，無論該院依分級審查方式評量結果列屬於何等級或採用之核付方式，超額部份均不予支付，採季核付及年結算方式辦理，並免除專業審查。

四、復健治療門診醫療服務管控

(一) 管控方案：

1. 依「東區業務組轄區醫院復健治療閾值管理方案」之模式進行管理。
2. 申報復健治療項目超過列管之疾病分類管控強度者，可依個案情形選擇逕予核扣或採抽樣審查方式辦理。

(二) 依復健治療閾值管理方案逕扣或抽審案件核減之點數，採另案追扣之方式辦理，惟復健治療相關費用仍計入醫院當季總申報點數。

參、分級審查方式：

一、A 級審查醫院：

(一) 費用指標：

在分區可分配額度(T)=【分區預算預估數*(1-保留率)/0.94】-(當季第1個月及前一季第2、3個月申報代檢案件費用×最近一季結算浮動點值)下，依本方案【貳之一(二)】計算出各醫院之門、住診管理目標點數，醫院當季總申報點數須低於目標點數。

(二) 品質指標：依選定之共同指標及分區別指標達成率合計須高於80%。

(三) 醫院應定期公布及更新藥品換藥資訊於網站上，供民眾查閱與下載。

(四) 符合上述條件者，免除隨機抽樣審查，且立意抽樣審查僅抽審

樣本月。

二、B 級審查醫院：

- (一) 費用指標：限期內事前書面通知採非 A 級審查，惟申報後醫院當季總申報點數低於目標點數者，抽審 2/3 隨機抽樣案件+立意抽樣審查。
- (二) 上述 B 級審查醫院抽審 2/3 隨機抽樣案件，需轄區參與 A 級審查之院所數達 6 成以上方予啟動。-

三、C 級審查醫院：

不符前述二者資格之醫院，採隨機抽樣審查及立意抽樣審查並行。

肆、醫療費用支付方式

一、核付方式：

- (一) 程序審查：採每月逐件審核，程序審查結果依實際核減點數辦理核扣。
- (二) 專業審查：醫院於當季第一個費用月份(106 年第 3 季於 106 年 7 月底前，106 年第 4 季於 10 月底前…類推)，以書面通知選擇依分級審查結果抽樣送審，或採下列逕予給付方式辦理。
 1. 如實際醫療費用點數管控於 A 級管理目標點數額度範圍內，僅指標未達成，則依指標未達之比率酌扣費用；指標達成率每低於 5%，核扣實際醫療費用點數 0.15%。
 2. 如費用點數未管控於 A 級額度範圍內，則超過 A 級額度部分採階段式折付方式給付，低於【 $A \times (1+3\%)$ 】以 50% 給付、介於【 $A \times (1+3\%)$ 】~【 $A \times [1+(5+R/2)\%]$ 】部分以 30% 給付，其餘不予給付。惟指標達成率合計若低於 80%，則依指標未達之比率酌扣費用；指標達成率每低於 5%，核扣實際醫療費用點數 0.15%。
- (三) 醫療費用上限含一般補報醫療費用，各月送核補報案儘量以一次為限，該月費用核定後不得再申報補報案件(不可歸責於醫院之補報案件除外)，補報費用應與費用發生月份合併計算。
- (四) 如有外界反映或經本業務組檔案分析有異常特殊情形者，仍得進行專業審查或實地審查；如為不符申報規定或違反相關法令規定者依規定辦理。

- (五) 執行期間醫院變更負責醫師者或醫院規模縮減、院際間病患移轉情形嚴重或經檔案分析異常者，其變更時之月份費用所屬季別及尚未發生季別之管理目標點數應重新計算。
- (六) 醫院未於期限內以書面通知者，視同同意採逕予給付方式辦理。
- (七) 若採逕予給付方式核付者，以本方案核定之門、住診醫療服務案件，醫院不得再提出申復、爭議；程序審查或另依專業審查核減之點數不得回補於目標點數內，但可進行申復或爭議審議之程序。
- (八) 當季有醫院因違反特約及管理辦法之扣款，扣款額超過 15 萬點時，依各醫院當季分配之管理目標占率，計算回補費用予違規院所以外之其他各醫院；因扣款時間點致未及於當季重分配回補時，於下一季執行。
- (九) 各季醫療費用抽審核付完成後，依實際核付之費用及就醫分局預算預估數估算，以未跨區就醫校正前平均點值 0.92 為目標，未達目標點值時，除已配合採 A 級核付或逕扣方案之院所外，其餘各 B、C 級醫院先扣除指標達成率低於 80% 之核扣後(每降低 5% 以內，核扣實際醫療費用點數 0.15%)，85% 依當季費用年月核付費用點數之比率，及 15% 依(當季核付費用點數-A 級管理目標點數)之比率攤扣其差額。惟 B、C 級醫院總費用醫療費用占率如未達全區 10% 以上時，則不予啟動攤扣作業。
- (十) 以上「85% 依當季費用年月核付費用點數之比率，及 15% 依(當季核付費用點數-A 級管理目標點數)之比率攤扣其差額」之作業，當季核付費用點數以各該醫院【當季核付費用點數-精神科管控核扣點數-呼吸器依賴患者管控核扣點數-安寧療護醫療費用】計算。
- (十一) 當季實際結算點值超過 0.916~0.924 之範圍時，即啟動重新調整之機制，惟以調整至 0.916 或 0.924 為限，院所以結算核定點數佔率計算，採 B、C 級審查之醫院則以攤扣費用比率計算。若當季計算攤扣時，並未將預估預算做差異調整下修時，結算點值如超過 0.924，亦不進行再調整機制。
- (十二) 品質未達之核扣部分，另給予回饋獎勵額度以【基礎目標點數×指標自我挑戰加成比率×挑戰達成數/評核指標數】計算；未達指

標核扣費用以扣除指標自我挑戰加成獎勵額度後計算，但不低於 0。

- (十三) 各季採醫院總額專業審查措施 A 級管理目標核付之醫院，則以全院應扣數、精神科管控差額及呼吸器管控差額三者最大者核扣。依復健治療閾值管理方案逕扣或抽審案件核減之點數，不含於 A 級管理核付之差額核扣數中，另採追扣方式辦理。

二、醫療品質指標：

(一) 醫療品質指標項目篩選原則：

1. 衛生署指示管理指標
2. 醫院總額支付制度醫療服務品質指標
3. 導入 DRG 校正之品質指標

(二) 醫療品質指標項目：

1. 門診：共 11 項指標，如附表 2。
2. 住診：共 7 項指標，如附表 2。
3. 門住診：共 6 項指標，如附表 2。
4. 以上各項指標依管理目標訂定不同之權重。
5. 106 年度醫院總額支付制度醫療服務品質指標若有修訂，則依修訂情形另與醫院協商。

(三) 評量標準：

1. 各項品質指標值(除藥費成長率、每人平均藥費、健保雲端系統使用查詢比率、新六類藥品用藥日數重疊率、12 項重要檢查(驗)再次執行率須優於或等於 108 年第 3 季全國同層級醫院平均值方視為達成；藥費成長率(排除罕病、血友病、C 肝及愛滋病藥費)為當季藥費與 108 年醫院自身季平均值之成長率 $<0\%$ 時得 1.5 分，成長率 $<1.5\%$ 則得 1 分；每人平均藥費為當季每人平均藥費與 108 年醫院自身季平均值之成長率 $<0\%$ 時得 1.6 分(門診 1、住診 0.6)，此項為獎勵性指標，未達目標值不列入計算。
2. 健保雲端系統使用查詢比率為獎勵性指標，當季門(或住)診查詢比率 $\geq 80\%$ 者，該項列入計算並得加計 1 分；查詢比率未達 80%者，該項指標則不列入計算。

3. 門診新六類藥品（抗血栓、前列腺肥大、抗癲癇、心臟疾病、緩瀉劑及痛風治療用藥）跨院所同藥理用藥日數重疊率平均下降 10%時，本項指標方視為達成；如本項指標低於全國同儕值，可得 0.5 分。
4. 門診 12 項重要檢查（驗）28 日內再次執行率下降 5%時，該項指標方視為達成，惟 109Q1 只要較自身值下降即視為達成；如本項指標低於全國同儕值，可得 0.5 分。（磁振造影 33084B 33085B、電腦斷層造影 33070B 33071B 33072B、腹部超音波及追蹤 19001C 19009C、低密度脂蛋白－膽固醇 09044C、杜卜勒氏彩色心臟血流圖 18007B、超音波導引（為組織切片，抽吸、注射等）19007B、上消化道泛內視鏡檢查 28016C、正子造影－全身 26072B、超音波心臟圖（包括單面、雙面）18005B 18005C、全套血液檢查 08011C、08012C、08082C）、大腸鏡檢查 28017C、子宮鏡檢查 28022C）。
5. 各項品質指標自我挑戰加成，須優於或等於 108 年第 3 季全國同層級醫院平均值，且優於 108 年 1-3 季自身平均值方視為挑戰成功。藥費成長率自我挑戰加成部分，除「小於或等於本區 109 年之目標值(0%)，且小於醫院 108 年自身成長率」外，如為負成長者，亦均視為挑戰成功。
6. 平均住院天數及超長住院率等二項指標，優於同儕或自身值時，即視為達成。
7. 月指標項目以當季第 1、2 個月及前一季第 3 個月計算，季指標項目則採前一季之監測結果為評定基準。
8. 門診或住診 CT 醫令執行率、MRI 醫令執行率，若同診別其中一項執行率低於全國同儕值，但二項合計執行率仍高於全國同儕值時，仍視為二項均未達成。如門診 CT 醫令執行率低於全國同儕值，但門診 CT、MRI 合計醫令執行率高於全國同儕值，則仍視為 CT 醫令執行率、MRI 醫令執行率二項均未達成。

伍、申報、暫付及核付時程：申報、暫付及核付作業依現行規定辦理。

陸、病患就醫權益確保措施：為提高醫療服務品質與維護病患就醫權益，請各醫院配合執行下列措施：

1. 維護病人用藥品質及療效，應由醫師或藥師依專業判斷用藥，診治醫師或藥師應主動說明用藥注意事項。
 2. 醫院需提供用藥安全諮詢服務，並對病人明確指示，醫學中心並應設立用藥安全諮詢服務專線電話。
 3. 應於醫院內明顯可見地點公布藥品品項更換資訊及採購資訊，醫師、藥師或相關人員應採取適當方法主動告知藥品變更(含包裝、外觀)訊息及和前後使用之差別。
 4. 不得無故拒絕收治罕見疾病及重大傷病病患的診療。
 5. 不得拒絕收治急診檢傷分類一、二、三級病人之診療。
 6. 醫院應提供門診及住診衛教諮詢相關服務。
 7. 醫院應於適當場所(診間、候診室)，將正確就醫相關衛教文宣公布周知，使就醫民眾瞭解。
 8. 醫院如已參加 TQIP、THIS、TCHA 者，應依上開各單位規定，按月或按季向前述單位提報病人安全指標數據(例如：住院病人跌倒發生率、住院藥物錯誤率、住院間輸錯血事件發生率)。
- 柒、** 其他未規定者，依「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」規定辦理。
- 捌、** 嗣後中央衛生主管機關再有其他任何相關規範，致使本方案條款有與其相違背者，仍依中央衛生主管機關之規定辦理，並經本業務組與轄區醫院開會研定。
- 玖、** 醫院如有本保險特約管理辦法第 37 條、第 38 條所列違規情事，經本局處以停(終)止特約處分者；影響病人就醫權益情節重大經查證屬實者。受違規處分之處分時之月份費用所屬季別仍須依現行「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」規定辦理。
- 壹拾、** 惟特約醫事服務機構因部分診療科別受停(終)止處分時，經本業務組評估其違規情節後，視情節得列入本方案之適用對象。
- 壹拾、實施日期：**本方案有效期間自費用年月 109 年 1 月份起至 109 年 12 月止。

附件一

額度調整項目	公式及定義	調整額度上限	計算方式
門診急重症醫療費用成長點數	$g=G1-G2$ G1:當季第1個月及前一季第2、3個月合計急重症 ^(*) 費用點數 G2:去年同季之急重病費用點數	$f \times 50\%$	於整體調整額度上限內，依實際增加數g及k加計；超過上限時，則依各院實際增加數占率進行分配，門、住診調整結果為 h_o 、 h_i
住診急重症醫療費用成長點數	$k=K1-K2$ K1:當季第1個月及前一季第2、3個月合計急重症 ^(*) 費用點數 K2:去年同季之急重病費用點數		
門診病人成長數	$i=I1-I2$ I1:當季第1個月及前一季第2、3個月申報之病人數 I2:去年同季申報之病人數	$f \times 50\%$	
門診每人費用	$m=門診(結算收入BASE點數+支付標準調整校正)/I2$		
住院病人成長數	$n=N1-N2$ N1:當季第1個月及前一季第2、3個月申報之病人數 N2:去年同季申報之病人數		
住診每人費用	$o=住診(結算收入BASE點數+支付標準調整校正)/N2 \times DRGs$ 模擬點數C/P值		
住診CMI值 【指標代碼902】	$P=(P1-P2)/P2$ P1:當季第1個月及前一季第2、3個月之CMI值 P2:去年同季之CMI值		於整體調整額度上限內依實際增加數 i 、 x_m 及 $n \times o \times p$ 加計；超過上限時，則依各院實際增加數占率進行分配，門、住診調整結果為 q_o 、 q_i

註：

* :急重症費用之定義依方案執行內容之門、住診急重症定義計算。

** :病人數以排除代辦案件分類之人數計算。

*** :各院依門、住診調整因子計算結果，急重症負成長者不扣回額度，正成長醫院按成長數比率分配各院可成長額度，另依人數增減計算非精神科成長額度部分，負成長醫院採8成計算扣減額度，但負成長醫院總扣除額以正成長醫院額成長額度為上限，但整體成長率為負值時，依上述原則計算後，正成長醫院成長額度下修至整體之人數增減之負成長額度。

附件二

製表日期：108.12.18

編號	診別	指標名稱	類型	指標代碼	權重	分級 審查	品保	抑制 資源
1	門	門診 CT、MRI 醫令執行率(合併計算)	月	365、367	1	V		
2	門	同院所門診同一處方使用率 2 種以上制酸劑比率	月	1148.01	1		V	
3	門	跨院所「口服降血壓」用藥日數重疊率	季	1487	1			V
4	門	跨院所「口服降血脂」用藥日數重疊率	季	1499	1			V
5	門	跨院所「降血糖藥物」用藥日數重疊率	季	1511	1			V
6	門	跨院所「抗思覺失調症」用藥日數重疊率	季	1523	1			V
7	門	跨院所「抗憂鬱症」用藥日數重疊率	季	1535	1			V
8	門	跨院所「安眠鎮靜」用藥日數重疊率	季	1547	1			V
9	門	西醫同院同日再次就診率	季	1322	1		V	
10	住	住診 CT 醫令執行率	月	369	1	V		
11	住	住診 MRI 醫令執行率	月	371	1	V		
12	住	以 DRGs 校正之平均住院天數	月	904	1	V		
13	住	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	季	1077.01	1.3		V	
14	住	以 DRGs 校正之住院案件出院後三日內再急診率	月	914	1.2		V	
15	住	清淨手術抗生素 3 日以上使用率	季	1155	1		V	
16	住	超長期住院率_急性病床 30 日以上(排除結核病人)	季	1084.01	1		V	
17	門住	使用 ESWL 人口平均利用人次	季	20.01	1		V	
18	門住	醫院 CT 檢查 30 日內同院再次執行率(任一部位相同者)	季	1249	1.2		V	
19	門住	醫院 MRI 檢查 30 日內同院再次執行率(任一部位相同者)	季	1765	1.2		V	
20	門住	每人平均藥費成長率(只排代辦及其他預算案件、獎勵指標)_門診權重 1、住診權重 0.6	月		1.6	V		
21	門住	藥品費用成長率	月		1.5	V		
22	門住	健保雲端系統使用查詢比率(獎勵指標)	季		1	V		
23	門	新六項藥品用藥日數重疊率	季		1			V
24	門	12 項檢查(驗)再次執行率	季		1			V

附件二

附件 東區醫院總額風險移撥款運用計畫方案_初擬經費分配

109.01.03

109年東區醫院 總額風險移撥 款(元)	移撥款專案推動 衍生管理目標分 配數	補強東區醫療照護衍生費用占率	專案計畫經費 (元)	專案計畫經 費分配占率
91,970,000	24,000,000	26.10%	67,970,000	73.90%

專案計畫總經 費(萬)	專案經費項目		預估分配經費 (萬)
	風險移撥款計畫	計畫總主責醫院承作費	450
	小計		450
	糖尿病專案	改善糖尿病照護品質	3,200
	小計		3,200
	配合健保政策_	配合本署重要政策強化推動及獎 勵	897
	小計		897
	5項專案計畫	C肝照護_提升目標個案追蹤及完 治	500
		IDS 專案_強化轄區 IDS 共享機制 及醫療需求調查	300
		長照轉銜_提升出備轉銜效率及 傷口病人照護	300
		緊急醫療_建置偏鄉遠距緊急醫 療諮詢平台及提升「急性腦中 風」、「急性冠心症醫療」、「緊 急外傷醫療」的轉診病人及 AMI 患者照護效率	500
		癌症照護_建立東區共同照護 網、強化個案追蹤、單一窗口轉 介服務及在地化治療留治率	650
	小計		2,250
總計			6,797

109年風險款計畫-糖尿病照護計畫

