

「醫院總額東區共管會議」108 年第 2 次臨時會議紀錄

時間：108 年 3 月 12 日（星期二）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

中央健康保險署東區業務組台東聯絡辦公室二樓會議室（視訊）

中央健康保險署東區業務組玉里聯絡辦公室醫療大樓會議室（視訊）

出席單位及人員：

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院：林欣榮、羅慶徽、陳星助、林珍珠、張菁育、郭曉菁、鍾昀庭

台灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院：吳鏘亮、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：周奎學、楊雯晴

國軍花蓮總醫院：吳逸驊、蔡旻珊

衛生福利部花蓮醫院：楊南屏、郭明龍

衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院：黎鈺珍、劉環霈

衛生福利部玉里醫院：孫效儒、簡談玉珠、藍百川

臺北榮民總醫院玉里分院：胡宗明、簡大鈞、李瑞華、李蔚新、黃之柔、黃玉秋、黃智玉、杜淑文、劉芳月、王惠蓮、陳儀倩、何佳宜

臺北榮民總醫院鳳林分院：溫芷涵、封文君、柯瓊斐

佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院：陳秀金、湯景慧

台東馬偕紀念醫院：王功亮、卓秀霞、童岫瑜

衛生福利部臺東醫院：劉國民、王舒嫻

佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院：陳瑋婷、徐慧穎

臺北榮民總醫院臺東分院：朱玲雅

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、石惠文、羅亦珍、王素惠、王英嬌、董村鋒、林桂英、江春桂、馮美芳、劉翠麗、梁燕芳、涂琪、鄭翠君、王晶、李敬慧、楊惠仁、詹蕙嘉、朱庭寬、王婉靜、李姿蓉

主席：林院長欣榮、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1月24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：108 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則修訂草案，詳附件1_P8~P14，經108年第1次醫院總額研商議事會議討論全案通過，本署將報請衛生福利部核備後公告。

決定：洽悉。

肆、提案討論

第一案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關東區業務組 108 年醫院專業審查措施擬增訂超音波檢查即時影像上傳率額外獎勵項目，提請討論。

說明：

一、醫療資源共享影像上傳是本署 108 年重要工作項目之一。

二、經分析 107Q4 本組各項影像上傳以超音波影像上傳率率 48.00%最低。

影像類別	已上傳影像 醫令數	申報應上傳 影像醫令數	上傳率
1-CT	10,485	11,072	94.70%
2-MRI	4,189	4,588	91.30%
4-鏡檢	5,792	6,172	93.80%
5-超音波檢查等影像	24,402	50,791	48.00%
6-其他 X 光片攝影	37,838	43,475	87.00%

三、增訂超音波檢查即時影像上傳率自身比成長率 $\geq 25\%$ 且上傳率 $\geq 30\%$ 者，給予獎勵 0.01%，最低 2 萬點，上傳率 $\geq 65\%$ 給予獎勵 0.015%，最低 3 萬點。

決議：**同意增列**超音波檢查即時影像上傳率**額外獎勵項目**，增修後「東區業務組 108 年醫院專業審查措施」**詳如附件 2_ P15~P29**。

第二案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：東區醫院總額風險移撥款運用計畫組織架構、預算分配運用預估及提報計畫主責醫院、花東兩縣糖尿病主責醫院，提請討論。

說明：

一、東區醫院總額風險移撥款運用計畫組織架構職責分配說明如下：

- (一) 醫院醫療服務審查執行會東區分會：風險移撥款事項爭取及年度計畫提報。
- (二) 東區風險移撥款計畫主責醫院：
 1. 彙整年度執行結果及成果報告。
 2. 訂定及規劃各項目標。
 3. 協助東區業務組執行計畫相關事項。
- (三) 糖尿病推動小組，由計畫主責醫院負責成立推動小組。
- (四) 花東兩縣糖尿病主責醫院

1. 提具縣級糖尿病整合照護計畫書，招募參與醫院及合作診所。
2. 召開會議，共同分享照護成果並溝通上下層級轉診事宜。
3. 協助指標訂定。
4. 計畫推動執行追蹤及成效彙整。

(五) 參與糖尿病照護醫院

1. 提具院內病患照護及院際合作計畫。
2. 配合計畫執行。
3. 定期彙整成果提報主責醫院。

(六) 分級醫療垂直整合計畫主責醫院：依原規畫運作。

(七) 偏鄉弱勢照護計畫主責醫院

1. 撰寫專案計畫書、報告檔文獻收集。
2. 專案行政及費用管理。
3. 專案進度控制工作管理。
4. 溝通、會議、統合紀錄。
5. 數據整合及分析。

(八) 參與偏鄉弱勢照護計畫醫院

1. 配合計畫執行。
2. 定期彙整成果提報主責醫院。

二、東區醫院總額風險移撥款運用計畫_初擬經費分配如下：

- (一) 經費運用分配 2,000 萬元作為穩定東區醫院財務運用額度。
- (二) 風險移撥款計畫_計畫主責醫院分配運用額度 300 萬元。
- (三) 糖尿病計畫分配運用額度 2,760 萬元。
- (四) 配合健保政策_落實分級醫療及出院準備轉銜長照分配運用額度 1,000 萬元。
- (五) 各院執行偏鄉弱勢照護分配額度 790 萬元。

三、修改東區醫院總額風險移撥款運用計畫(草案)。

四、經調查三家區域醫院共推慈濟醫院為計畫主責醫院。

決議：

- 一、東區醫院總額風險移撥款運用計畫組織架構職責分配詳如組織架構圖，[附件 3 P_30](#)，各項主責醫院如下：

(一) 風險移撥款計畫總主責醫院：花蓮慈濟醫院並兼任糖尿病推動小組負責人。

(二) 糖尿病整合暨品質提升方案縣主責醫院：台東馬偕醫院(台東縣)、門諾醫院(花蓮縣)。

二、東區醫院總額風險移撥款運用計畫各項經費分配，如下表：

108 年東區醫院 總額風險移撥款 (元)	穩定東區醫院財務 (元)	穩定東區醫院財務占率	專案計畫經 費(元)	專案計畫經 費分配占率
68,500,000	20,000,000	29.20%	48,500,000	70.80%

專案計畫總經費 (萬)	專案經費項目		預估分配經 費(萬)
4,850	風險移撥款計畫	計畫主責醫院	300
	小計		300
	糖尿病整合暨品質 提升方案	1. 糖尿病計畫推動費用	200
		2. 花東 2 縣主責醫院(每 家 80 萬)	160
		3. 花東 2 縣參與醫院(每 家 20 萬)	300
		4. 鼓勵醫院假日開與糖尿 病有關之門診	800
		5. 個案管理費	500
		6. 指標獎勵費	800
	小計		2,760
	配合健保政策	落實分級醫療	850
		出院準備轉銜長照	150
	小計		1,000
	各院執行偏鄉弱勢 照護	主責醫院(8 類關懷計畫) 每家 30 萬	240
		參與醫院(8 類關懷計畫) 每家 6 萬	550
	小計		790

總計		4,850
----	--	-------

三、有關東區醫院總額風險移撥款運用計畫詳如附件 4_P31 ~P34 其中「糖尿病整合暨品質提升方案」患者目標選定「資料登錄加收案」占醫院糖尿病用藥個案之比率及指標訂定，後續作業由推動小組持續共同討論訂定。

提案三

報告單位：醫院醫療服務審查執行會東區分會

案由：有關風險移撥款運用於偏鄉弱勢照護專案，及各項偏鄉弱勢照護專案承作主責醫院之推派，提請討論。

說明：

一、原各院提報之偏鄉弱勢照護專案依特性歸納整合為 11 項，再簡併為 8 項如下：

- (一) IDS 及醫療資源不足改善方案承辦、醫不足支援、安寧醫療照護、整合照護計畫。
- (二) 重要疾病管理：C 型肝炎。
- (三) 各類病友會(含特殊疾病、罕病)、洗腎病友的接送服務。
- (四) 關懷弱勢個案醫療服務(門住診)。
- (五) 長照弱勢個案居護、社區復建及專業服務。
- (六) 關懷弱勢、原鄉、老人、偏鄉之照護和送餐服務(含兒青少之照護)。
- (七) 緊急醫療救護
- (八) 偏鄉科技整合計畫

二、各院執行偏鄉弱勢照護分配額度 790 萬元，主責醫院分配額度 240 萬元，參與醫院 550 萬元。

三、關懷偏鄉弱勢照護 8 項專案規劃及執行初擬方向，詳如附件 5_P35。

決議：

一、8 項偏鄉弱勢照護計畫主責醫院及參與醫院家數如下：

組別	主責醫院	參與醫院
----	------	------

		(家數)
A 組_IDS 及醫療資源不足改善方案承辦、醫不足支援、安寧醫療照護、整合照護計畫	慈濟醫院	17 家醫院
B 組_重要疾病管理：C 型肝炎	門諾醫院	15 家醫院
C 組_各類病友會(含特殊疾病、罕病)、洗腎病友的接送服	玉里榮院	17 家醫院
D 組_關懷弱勢個案醫療服務(門住診)	台東馬偕	16 家醫院
E 組_長照弱勢個案居護、社區復建及專業服務	慈濟醫院	15 家醫院
F 組_關懷弱勢、原鄉、老人、偏鄉之照護和送餐服務(含兒青少之照護)	台東基督教醫院	17 家醫院
G 組_緊急醫療救護	台東馬偕	15 家醫院
H 組_偏鄉科技整合計畫	慈濟醫院	6 家醫院

二、請各項計畫主責醫院、與參醫院共同訂定年度目標及策略，並依職責執行各項計畫。

伍、臨時動議

陸、散會：12 時 30 分

附件

附件一

108 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(草案)

中央健康保險署 108 年○月○日健保醫字第○○○○○○號公告

- 一、依全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議之 108 年第 1 次會議結論辦理。
- 二、符合認定原則醫院之 108 年期間醫療費用核算方式：
 - (一) 保險人特約醫院符合一致性原則或分區增列認定原則者，得列入 108 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院，該等醫院當年各季浮動點數以前一季各分區門住診平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區門住診平均點值小於當季浮動點值，該分區該季偏遠地區醫院之浮動點數以當季浮動點值核付，且增加之費用於次季該分區一般服務預算中支應。
 - (二) 排除條件：醫院如有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八條至第四十條所列違規情事，自保險人第一次處分函所載終止特約日起或停止特約日起至停止特約之 3 倍期間不予列入(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)
- 三、認定原則：
 - (一)一致性原則

1. 設立於主管機關公告之山地離島地區：

縣別	山地鄉	離島鄉
宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉	
新北市	烏來區	
桃園市	復興區	
新竹縣	尖石鄉、五峰鄉	
苗栗縣	泰安鄉	
台中市	和平區	
南投縣	信義鄉、仁愛鄉	
嘉義縣	阿里山鄉	
高雄市	茂林區、桃源區、那瑪夏區	
屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉	琉球鄉
花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉	

縣別	山地鄉	離島鄉
台東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉	蘭嶼鄉、綠島鄉
澎湖縣		馬公市、湖西鄉、西嶼鄉、白沙鄉、望安鄉、七美鄉
金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵
連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉

2. 設立於保險人公告之 108 年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」。

「全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件」如下：

縣市別	保險人公告「全民健康保險醫療資源缺乏地區」(不含山地區離島地區)
新北市	石碇區、坪林區、石門區、萬里區、 <u>平溪區</u> 、 <u>雙溪區</u> 、 <u>貢寮區</u>
宜蘭縣	冬山鄉、五結鄉、 <u>三星鄉</u>
桃園市	<u>觀音區</u>
新竹縣	橫山鄉、芎林鄉、寶山鄉、峨眉鄉、北埔鄉
苗栗縣	獅潭鄉、造橋鄉、 <u>南庄鄉</u> 、 <u>西湖鄉</u> 、 <u>三灣鄉</u>
台中市	大安區
彰化縣	線西鄉、福興鄉、埔鹽鄉、田尾鄉、芳苑鄉、 大城鄉 、溪州鄉、芬園鄉
南投縣	國姓鄉、 <u>鹿谷鄉</u> 、 <u>中寮鄉</u>
雲林縣	大埤鄉、臺西鄉、 <u>元長鄉</u> 、 <u>水林鄉</u>
嘉義縣	六腳鄉、東石鄉、大埔鄉、 <u>鹿草鄉</u> 、 <u>番路鄉</u>
台南市	七股區、將軍區、南化區、 官田區 、 <u>龍崎區</u> 、 <u>北門區</u> 、 <u>楠西區</u> 、 <u>左鎮區</u>
高雄市	田寮區、永安區、 <u>六龜區</u> 、 <u>甲仙區</u> 、 <u>杉林區</u>
屏東縣	萬巒鄉、新園鄉、崁頂鄉、 <u>竹田鄉</u> 、 <u>車城鄉</u> 、 <u>滿州鄉</u>
花蓮縣	豐濱鄉、富里鄉、 <u>鳳林鎮</u> 、 <u>玉里鎮</u> 、 <u>壽豐鄉</u> 、 <u>光復鄉</u> 、 <u>瑞穗鄉</u>
臺東縣	大武鄉、太麻里鄉、長濱鄉、卑南鄉、 <u>成功鎮</u> 、 <u>東河鄉</u> 、 <u>鹿野鄉</u> 、 <u>池上鄉</u>

乏地區(以下稱醫療資源缺乏地區)係指本法第四十八條第一項第三款

所訂就醫免自行負擔費用之山地離島地區以外，並具備下列條件之一者之地區：

- A. 最近一年每位登記執業醫師所服務之戶籍人數(以下稱醫人比)或最近三年平均醫人比超過四千三百人之鄉、鎮、市、區。
 - B. 人口密度低於全國平均人口密度五分之一之鄉、鎮、市、區。
 - C. 其他特殊情況，經保險人認定，陳報主管機關專案核定之鄉、鎮、市、區。
- (2). 中華民國99年縣市改制直轄市前，原有之臺北市、高雄市、新竹市、臺中市、嘉義市、臺南市等轄區，不得為醫療資源缺乏地區。
- (3). 保險人應依下列規定計算各鄉、鎮、市、區之~~最近三年各年七月一日~~每位登記執業醫師所服務之戶籍人數平均計算醫人比及人口密度，並於每年年底公告次年符合醫療資源缺乏地區條件者：
- A. 醫人比：以各年七月一日登記執業醫師數計算。
 - B. 人口密度：以內政部公布當年七月之各鄉、鎮、市、區人口統計資料計算。

(二) 分區增列認定原則

分區別	增列認定原則
臺北業務組	1. 本分區各院 107 年 1-9 月之門診醫療服務中，屬大同、南澳、烏來(註：以上為山地鄉)、坪林、萬里、石門、石碇、五結及冬山(註：以上為本保險公告之醫療資源缺乏地區)等 9 鄉區戶籍居民之醫療點數占各該院門診醫療點數占率(若該院其精神科或呼吸照護費用合計占各該院全院費用比率>80%，或其屬區域級以上之醫院先排除之)，居本分區各院排序前 95 百分位以上者屬之。 2. 依上開原則計算結果，符合之醫院計有國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院、臺北榮民總醫院蘇澳分院及宜蘭普門醫療財團法人員山馬偕醫院等 3 家醫院符合條件。另經本分區 107 年第 4 次醫院總額共管會議決議，因台北榮民總醫院員山分院因地處偏遠，且肩負政策性服務工作及協助地方主管機關偏鄉地區醫療及預防治療業務，基於在地醫療需求之考量，爰由臺北榮民總醫院員山分院(排除原屬基層門診部回歸本院案件)取代臺北榮民總醫院蘇澳分院。

分區別	增列認定原則
北區業務組	醫院所在鄉鎮(市/區)僅有 1 家醫院且鄰近「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」實施鄉鎮(市/區)，惟有下列情況者不得列為偏遠地區醫院： 1. 精神科專科醫院。 2. 前一年第 1-3 季呼吸照護費用占全院費用比率大於 80%者。 3. 前一年第 1-3 季急診費用占門診費用比率小於 5%者。 4. 違反特約管理辦法，自第一次處分函起到 107 年 12 月 31 日前尚未完成執行者。
中區業務組	以行政院研究發展考核委員會 91 年「偏遠地區設置公共資訊服務站策略規劃」報告書中，偏遠程度低及高鄉鎮之設籍民眾，依其門住診醫療費用權重校正之結果占該院醫療費用 40%以上之醫院。
南區業務組	依 107 年全民健康保險山地離島地區及醫療資源缺乏地區每位登記執業醫師所服務之戶籍人數超過 4,300 人之鄉鎮(市/區)鄰近之地區醫院，惟排除下列條件： 1. 精神科醫院 2. 107 年前 3 季呼吸器費用占全院費用比率大於 40%醫院 3. 107 年前 3 季提供急診服務量小於 5%醫院 4. 107 年間有經保險人處以停(終)止特約之醫院。 5. <u>距離任一家區域以上層級後送醫院小於 10 公里者。</u>
高屏業務組	距後送醫院（醫學中心）之交通距離>40 公里（以 Google 地圖搜尋）且呼吸照護費用佔全院費用比率<30%之醫院且未有經停止特約、終止特約處分醫院，排除參加「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」醫院。
東區業務組	轄區醫院所在地區之每萬人口西醫醫院醫師數在 5 以下者。

四、 各分區符合上述認定原則之醫院名單如下：

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
1	臺北	0190030516	衛生福利部金門醫院	主管機關公告山地離島地區
2		0291010010	連江縣立醫院	主管機關公告山地離島地區
3		0634070018	臺北榮民總醫院員山分院(排除原屬基層門診部回歸本院案件)	符合分區認定原則
4		0431270012	國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院	符合分區認定原則
5		1134070019	宜蘭普門醫療財團法人人員山馬偕醫院	符合分區認定原則
6	北區	1535081078	大順醫院	符合分區認定原則
7		0132110519	衛生福利部桃園醫院新屋分院	符合分區認定原則
8		1535031041	通霄光田醫院	符合分區認定原則
9	中區	0638020014	臺中榮民總醫院埔里分院	符合分區認定原則
10		1137080017	彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院	符合分區認定原則
11		1138020015	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院	符合分區認定原則
12		1436020013	東勢區農會附設農民醫院	符合分區認定原則
13		0937080012	洪宗鄰醫療社團法人洪宗鄰醫院	符合分區認定原則
14		1537081085	宋志懿醫院	符合分區認定原則
15		1538041101	竹山秀傳醫院	符合分區認定原則
16		1538041165	東華醫院	符合分區認定原則
17		1538061032	新泰宜婦幼醫院	符合分區認定原則
18		1538010026	南基醫院	符合分區認定原則
19	南區	1139130010	長庚醫療財團法人雲林長庚紀念醫院	符合分區認定原則
		0640140012	臺中榮民總醫院灣橋	符合分區認定原則

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
			分院	
		0140010028	衛生福利部朴子醫院	符合分區認定原則
		1105050012	奇美醫療財團法人佳里奇美醫院	符合分區認定原則
20		1541070045	宏科醫院	符合分區認定原則
21		0141060513	衛生福利部臺南醫院 新化分院	符合分區認定原則
22	高屏	0544010031	三軍總醫院澎湖分院 附設民眾診療服務處	主管機關公告山地離島地區
23		1244010018	財團法人天主教靈醫 會惠民醫院	主管機關公告山地離島地區
24		0144010015	衛生福利部澎湖醫院	主管機關公告山地離島地區
25		0943060017	屏安醫療社團法人屏 安醫院	符合分區認定原則
26		1143130019	佑青醫療財團法人佑 青醫院	符合分區認定原則
27		1143150011	迦樂醫療財團法人迦 樂醫院	符合分區認定原則
28	東區	0145080011	衛生福利部花蓮醫院 豐濱原住民分院	保險人公告之「全民健康保險醫療 資源缺乏地區」
29		1146030516	佛教慈濟醫療財團法 人關山慈濟醫院	符合分區認定原則
30		0146020537	衛生福利部臺東醫院 成功分院	符合分區認定原則
31		0645020015	臺北榮民總醫院鳳林 分院(含原屬基層門 診部回歸本院案件))	符合分區認定原則
32		1145060029	臺灣基督教門諾會醫 療財團法人門諾醫院 壽豐分院(新增)	保險人公告之「全民健康保險醫療 資源缺乏地區」
33		0145030020	衛生福利部玉里醫院 (新增)	保險人公告之「全民健康保險醫療 資源缺乏地區」
34		0645030011	臺北榮民總醫院玉里	保險人公告之「全民健康保險醫療

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
			分院(新增)	資源缺乏地區」
35		1145030012	佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院(新增)	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」

附件二

衛生福利部中央健康保險署東區業務組 108 年醫院專業審查措施

108.03.12. 訂定

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、108 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：108 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)=108 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 107 年件數與 108 年該季應達成降 2% 件數差額及 107 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 107 年各結算當季費用年月之一般部門院所收入/0.95

② 以 107 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)

③ 107 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

➤ 108 基礎點數：如結算收入 BASE 點數最高值 H1=③，則 108

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②107年同季總額內申報費用點數之 95%~105%範圍內，且不高於③107年同季未含挑戰加成管理目標點數之 105%為限。

2. 108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 108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、MRI24小時影像上傳率」 $\geq$ 70%即予加計 0.07%，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%且上傳率 $\geq$ 30%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。

- (7) ~~主責提報辦理分級醫療垂直整合計畫之醫院，給予 25 萬元承作費用。(移撥至東區醫院總額風險移撥款運用計畫)~~
- (8) 「CT、MRI 24 小時影像上傳率」達到 95%，且檢查檢驗結果查詢率 $\geq 75\%$ 者，額外給予獎勵 0.01%，最低 2 萬點。
- (9) ~~出院準備轉銜長照 2.0 及居家整合照護，轉銜長照每個案獎勵 1,000 點，轉銜居家整合照護每個案獎勵 500 點。(移撥至東區醫院總額風險移撥款運用計畫)~~
- (10) 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 $ax40\%(e)$ 。
- (11) 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108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 10⁷ 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 10⁸ 年管控額度 6.30 億計算，各院可使用額度依

106年12月至107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 107 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 107 年醫院自身季平均値之成長率<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 107 年醫院自身季平均値之成長率<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 108Q1 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 107 年第 3 季全國同層級醫院平均值，且優於 107 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 108 年之目標值(0%)，且小於醫院 107 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 107 年 1 月份起至 107 年 12 月止。

附件一

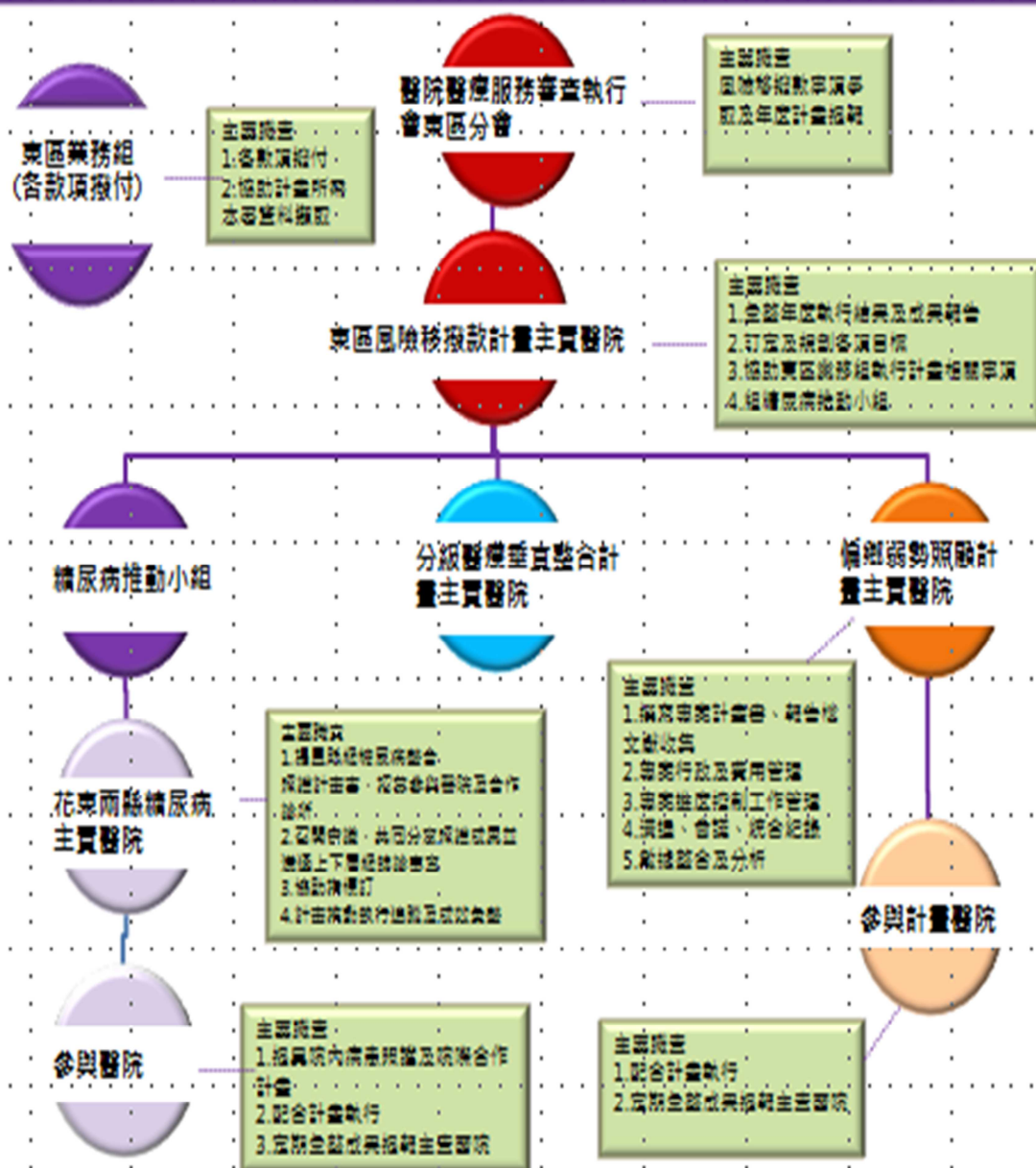
額度調整項目	公式及定義	調整額度上限	計算方式
門診急重症醫療 費用成長點數	$g=G1-G2$ G1：當季第 1 個月及前一季第 2、3 個月合計急重症 ^(*) 費用點數 G2：去年同季之急重病費用點數	f×50%	於整體調整額度上限內，依實際增加數 g 及 k 加計；超過上限時，則依各院實際增加數占率進行分配，門、住診調整結果為 ho、hi
住診急重症醫療 費用成長點數	$k=K1-K2$ K1：當季第 1 個月及前一季第 2、3 個月合計急重症 ^(*) 費用點數 K2：去年同季之急重病費用點數		
門診病人成長數	$i=I1-I2$ I1：當季第 1 個月及前一季第 2、3 個月申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

附件二

製表日期：107.12.28

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

東區醫院總額風險移撥款運用計畫組織架構圖



附件四

東區醫院總額風險移撥款運用計畫(草案)

訂定日期 108.3.12

壹、目的

為降低東區醫院之財務風險，提升東區醫療照護品質，並藉由提供財務誘因，鼓勵醫院強化醫療服務量能與民眾就醫可近性，並落實分級醫療之執行。

貳、經費來源

依據全民健康保險醫院部門一般服務總額年度預算分配至各分區前，先行移撥1.5億至各分區，東區分配6仟8佰5拾萬元。

參、執行期間

108年1月1日至108年12月31日(費用季別：108年第1季至第4季)

肆、經費運用分配

經費運用分配 2,000 萬元 作為穩定東區醫院財務，4,850 萬元 運用於東區推動偏鄉弱勢及疾病照護，提升就醫可近性、落實分級醫療及轉診長照等專案計畫，分配金額如下表：

108年東區醫院 總額風險移撥款 (元)	穩定東區醫院財務 (元)	穩定東區醫院財務占率	專案計畫經費 (元)	專案計畫 經費分配 占率
68,500,000	20,000,000	29.20%	48,500,000	70.80%

伍、管理目標分配數之執行方式

穩定東區醫院財務分配 2,000 仟萬元按季分配，納入目標管理點數穩定各院整體財務。

陸、專案計畫的執行方式

一、為順利執行本計畫方案及彙整年度執行結果，擬擇定東區風險移撥款計畫主責醫院，按季撥付 75 萬元。

二、推動東區糖尿病整合暨品質提昇方案

(一)成立花蓮縣、臺東縣跨層級糖尿病共同照護聯繫網

成立花東兩縣共同照護網，兩縣各擇定一定主責醫院並指派計畫主持人，召開聯繫會議，共同分享照護成果並溝通上下層級轉診事宜。

(二)建立花東兩縣糖尿病照護供給平台及強化東區糖尿病指標資料庫

1. 建立花東兩縣糖尿病照護供給資料庫平台（含括相關照護科別），以協助跨院所轉介病患。
2. 除原有各院糖尿病品質照護個案外，強化各院非收案個案之資料登錄及定期追蹤檢驗結果上傳（符合支付標準第八部第四章者，每個案有支付 200 點；同時為 CKD 個案亦定期上傳檢驗值者，每個案有支付 400 點）。
3. 協助健保署東區業務組將糖尿病品質指標匯整產製東區專屬指標值。由各縣主責醫院協助輔導各數位能力待提升之醫院及診所。

(三)患者目標選定：由東區業務組提供目前已收入糖尿病品質照護個案，或評估符合加入的患者，供其經常性就醫醫院及診所選定是否收案照護，非收案照護者則將登入資料個案亦納入本計畫照護個案範圍，登錄加收案占醫院糖尿病用藥個案比率 $\geq$ %。

(四)經費：計畫經費運用如下：

1. 糖尿病計畫推動費用 200 萬元。

2. 花東兩縣主責醫院每季撥付 20 萬 元基本作業費，需提具縣級糖尿病整合照護計畫；參與醫院每季撥付 5 萬元基本作業費，均需提具院內病患照護及院際合作計畫。
3. 鼓勵醫院假日開與糖尿病有關之門診，支援之醫師需取得糖尿病共同照護網之認證資格。

(1) 符合 108 年公告緊急醫療資源不足地區之醫院(豐濱、鳳林、玉里、關山及成功地區，非指急救責任醫院)，凡於假日(含週六、日及國定假日)開診，開診日給予基本獎勵 5,000 點及每診次獎勵 2,000 點；非以上地區每診次獎勵 2,500 點。於國定假日調移日開診者，每診次獎勵折半計算(1000 點及 1,250 點)。

(2) 開設夜診，緊急醫療資源不足地區之醫院每診次獎勵 2,000 點，非以上地區每診次獎勵 1,250 點。

(3) 為獎勵跨層級合作，不限科別，凡為跨層級醫師支援看診者，支援醫院距離 30 公里以內每診次加計 1000 點，30 公里以上加計 1500 點。

(4) 符合獎勵醫院應於每季後提供實際開診診次資料。

3. 個案管理獎勵費：

- (1) 地區醫院：參與品質照護計畫收案個案依相關支付標準申報及獎勵，非收案照護之登錄個案每案支付 300 點。

- (2) 區域醫院以上：參與品質照護計畫收案個案依相關支付標準申報及獎勵，非收案照護之登錄個案每案支付 300 點；原品質照護計畫收案個案以電子轉診單下轉並獲接受者每案支付 1,000 點，非收案照護之登錄個案以電子轉診單下轉並獲接受者每案支付 500 點。

4. 指標獎勵費：

(1) 過程面指標：

以全院糖尿病病人(主次診斷為糖尿病且使用糖尿病藥物)進行評估，依下列指標統計結果，每達成一項指標以收案及登錄個案獎勵 50 點/人。

- A. 糖化血紅素檢查比率 $\geq$ %
- B. 空腹血脂檢查比率 $\geq$ %
- C. 眼底檢查或眼底彩色攝影 $\geq$ %
- D. 尿蛋白檢查比率 $\geq$ %
- E. 糖尿病病人納入照護(收案及登錄)比率 $\geq$ %

(2) 結果面指標：

以醫院收案及登錄個案進行評估，依下列指標統計結果，每達成一項指標以收案及登錄個案獎勵 50 點/人，最多獎勵 250 點/人。

- A. HBA1C 控制良好率：HBA1C $< 7.0\%$ 比率 $\geq$ %
- B. HBA1C 控制不良率：HBA1C $> 9.0\%$ 比率 $\leq$ %
- C. LDL 良好率：LDL $< 100\text{mg/dl}$ $\geq$ %
- D. LDL 不良率：LDL $> 130\text{mg/dl}$ $\geq$ %
- E. HBA1C 進步率：進步一階獎勵 1/2 點數，分階標準： < 7.0 ， $7.0-7.9$ ， $8.0-8.9$ ， $9.0-9.9$ ， $\geq 10.0\%$ 。
- F. LDL 進步率：進步一階獎勵 1/2 點數，分階標準： < 100 ， $100-129$ ， $130-159$ ， ≥ 160 mg/dl。
- G. 血壓值良好率： $\leq 140/90\text{mmHg}$

三、配合健保政策發展

(一) 落實分級醫療：

為鼓勵醫院落實分級醫療，引導初級照護病患於社區中各層級醫療院所就醫，依下列情形給予適當獎勵：

1. 在地整合計畫(三家醫院)承作費每季 50 萬點或承作費 25 萬元+成果達成費 25 萬點(每指標 5 萬點)。
2. 區域級以上醫院醫師於健保署 VPN 開立電子下轉單：每張獎勵 500 點。
3. 由個管師或醫師於下轉後 2 個月內追蹤關懷病患就醫情形者(需提供追蹤紀錄)，每案獎勵 250 點(含醫師接受下轉院所醫師諮詢)。
4. 個管師協助病患進行健康存摺手機認證成功者每案獎勵 100 點，各類論質方案之病患認證成功者獎勵 200 點（每季提供認證成功者名冊）。

(二)鼓勵出院準備轉銜長照 2.0、居家照護獎勵(108 年第 1~4 季)：

1. 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照護者，按月提報轉銜成功之個案資料(如附表)，轉銜長照每個案獎勵 1,000 點，轉銜居家照護每個案獎勵 500 點，以上每個案年度內僅支付 1 次。
2. 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。
3. 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、居家、回家等)以便日後訂定評估指標。

四、各院執行偏鄉弱勢照護計畫主責醫院承作費用每季 30 萬元，參與醫院每季 6 萬元，各院每季彙整提報成果予各專案主責醫院。

附表 醫院申報出院準備照護轉銜情形之個案資料

院所代號	院所名稱	病患 ID	病患姓名	出院日期	出院動向	長照或居家收案服務項目	長照機構或居家院所

備註：

出院動向填寫代碼：

1:轉長照 2.0、2:轉居家、3:返家無轉介、4：其他(請依實際狀況填寫說明)

附件五

8 項關懷偏鄉照顧弱勢照顧計畫_擬訂規劃方向

醫院/類型	組別	風險款之偏遠弱勢案規劃方向		
IDS 及醫療資源不足改善方案承辦、醫不足支援、安寧醫療照護、整合照護計畫	A 組	1. 提升偏鄉弱勢就醫可近性	1-3	強化 IDS 照護，引以標杆拓展至花東偏鄉。
重要疾病管理：C 型肝炎	B 組	2. 促進偏鄉弱勢照護品質	2-2	提升糖尿病整體照護品質
各類病友會(含特殊疾病、罕病)、洗腎病友的接送服務	C 組	3. 增進民眾自我照護識能	3-1 3-2	1. 統整病友會團體訓練講座，提高花東資源共享效能 2. 健康促進及衛教
關懷弱勢個案醫療服務(門住診)	D 組	1. 提升偏鄉弱勢就醫可近性	1-1	針對偏鄉弱勢整合照護門診
長照弱勢個案居護、社區復建及專業服務	E 組	1. 提升偏鄉弱勢就醫可近性	1-2	遠距醫療提升照護品質
關懷弱勢、原鄉、老人、偏鄉之照護和送餐服務(含兒青少之照護)	F 組	3. 增進民眾自我照護識能	3-2	健康促進及衛教
緊急醫療救護	G 組	2. 強化偏鄉弱勢照護品質	2-1	緊急醫療-提升到院前照護
偏鄉科技整合計畫	H 組	1. 提升偏鄉弱勢就醫可近性	1-2	遠距醫療提升照護品質