

112 年第 2 次「醫院總額東區共管會議」紀錄

時間：112 年 12 月 26 日（星期二）上午 10 時 30 分

地點：中央健康保險署東區業務組三樓會議室、台東聯絡辦公室、玉里聯絡辦公室(視訊*)及各醫院(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：陳星助、鍾昀庭、詹珮琳、王巧雯、
潘盈安

台灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院：吳鏘亮、王若晴

台灣基督教門諾會醫療財團法人門諾壽豐分院：莊永鑣、湯盈瑄

國軍花蓮總醫院：吳勝堂、吳逸驊、童郁玲、黃昭閔

衛生福利部花蓮醫院：林彥雄

衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院：李玉芬

衛生福利部玉里醫院*：簡以嘉、陳盈曳、簡談玉珠

臺北榮民總醫院玉里分院：胡宗明**、劉峻正**、林江美芬*、鄭淦元*、許禎如*

臺北榮民總醫院鳳林分院*：陳嘉慧、溫芷涵

佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院*：湯景慧、董慧慧

台東馬偕紀念醫院*：卓秀霞

衛生福利部臺東醫院**：陳以仁、王舒嫻、胡秋華、翁如均、管栗余

衛生福利部臺東醫院成功分院**：林思如

佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院**：黃坤峰、吳錦鳳、彭佳琪

臺北榮民總醫院臺東分院：劉炎明**、田珊羽*、吳旻珊*

東基醫療財團法人台東基督教醫院*：陳佑勝、張艷瑜

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：羅亦珍、王素惠、石惠文、董村鋒、
江曉倩、江春桂、馮美芳、鄭翠君、
陳珮毓、林祉萱、黃婷亭、黃寶萱、
劉翠麗、劉惠珠、夏鳳雲、李姿蓉、
陳佳穎、陳乙瑄、劉寶云、吳乙亭、
李家銘

醫院協會：羅慶暄

主席：林院長欣榮、黃組長兆杰

紀錄：詹蕙嘉

壹、主席致詞(略)

貳、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：112年第1次「醫院總額東區共管會議」及112年「醫院總額東區共管第1次臨時會議」會議紀錄確認。

決定：案號1.修正品質指標項目將於會後提供修正前後指標值予醫院參考。本案追蹤3項皆解除列管。

第二案

報告單位：醫院醫療服務審查執行東區分會

案由：東區醫院總額風險款辦理情形。

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：東區醫院總額執行概況報告。

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：請協助輔導院內醫師審慎開立NSAIDs等腎毒性藥物。

決定：

- 一、本組每季提供「腎功能異常病患使用NSAIDs」相關資料予醫院醫療服務審查執行會東區分會進行輔導。
- 二、健保醫療資訊雲端查詢系統已於跨院重複開立醫囑提示功能(API)建立「高風險腎臟病病人NSAIDs口服用藥提示」，針對高風險腎臟病病人及腎功能狀態不明者，醫師處方NSAIDs逾一定天數時進行提示，請各院介接雲端系統API並鼓勵院內醫師積極使用。
- 三、餘洽悉。

第五案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：請加強本署「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」，維護病人用藥安全，減少不當資源耗用。

決定：

- 一、本署「門診特定藥品重複用藥管理方案」於112年7月起恢復辦理111Q4以

後各季重複用藥費用核扣，請加強院內重複用藥管理，參考「重複用藥院內HIS系統檢核作業建議流程」，並介接本署「跨院重複開立醫囑主動提示API」；如確有醫療必要，且符合「全民健康保險醫療辦法」第25條及各虛擬醫令代碼（R001~R008）情形者，請務必依規定正確申報。

二、病患持處方箋至院外交付機構調劑，請調整院內電腦連線系統，請勿申報費用。餘洽悉。

第六案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：東區112年第1-3季雲端查詢系統使用情形。

決定：東區112年第1-3季雲端系統就醫查詢率與全國同儕比較，各層級查詢率皆低於全國；請各院配合多加利用雲端查詢系統。

第七案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：全民健康保險門、住診醫療申報資料由2014年版ICD-10-CM/PCS將轉版為2023年版，原訂113年1月1日上線延後至114年1月1日上線。

決定：國際疾病分類版本延至114年1月1日實施。2023年版ICD-10-CM/PCS中文版、相關對應檔、涉及轉版之全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準和各類專案計畫草案已置於本署全球資訊網，請各院提早因應準備。

第八案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關檢驗（查）結果及醫療檢查影像需要即時上傳，係法規規定，尚未達95%者務請加強即時上傳。

決定：本署於VPN提供各醫療院所檢驗（查）結果及醫療影像總上傳率、醫令類別上傳率、每日上傳報表、每日未上傳明細，亦新增檢驗（查）上傳明細及有申報未上傳案件明細，請各醫院即時下載以了解上傳情形，以便補足上傳及時改善。

第九案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：「健保卡資料上傳格式2.0作業（就醫識別碼）」為健保署資訊系統重要改版，敬請傾醫院資源全力支持。

決定：請各醫院盡早完成上傳格式改版作業。

第十案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：虛擬健保卡為本署重要政策，為鼓勵醫院能擴及交通不便之IDS地區、遠距醫療及居家醫療場域，提供民眾雙卡看診服務，減少補卡之交通往返，請各醫院持續配合辦理。

決定：洽悉。

第十一案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：請醫院加強成人預防保健B、C肝炎篩檢，篩檢陽性者，請進一步檢驗及治療，以響應WHO_2030年消除病毒性肝炎願景。

決定：洽悉。

第十二案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：區域級以上醫院請加強非同體系醫院下轉(含回轉)執行，推動分級醫療、落實雙向轉診。

決定：洽悉。

第十三案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：出院準備及追蹤管理費個案於出院30日內接受醫療照護，及個案出院後7天內銜接長照2.0服務事宜，敬請配合加強辦理。

決定：洽悉。

參、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：113年東區醫院總額自主管理方案擬沿用112年方案，提請討論。

說明：

- 一、113年東區醫院總額自主管理方案擬沿用112年方案架構，其中各院各季以112年同期作為一般服務基期，惟部立花蓮醫院及部立臺東醫院於疫情期間擔任應變醫院，113年一般服務基期擬以109年同期一般服務收入計算。

二、政策鼓勵調整如下：

1. 醫療檢查影像即時上傳率 $\geq 85\%$ 者，給予加計0.12%，每增加5%再加計

0.005%，最高加計 0.135%為上限。

2. 檢驗檢查結果上傳率 $\geq 90\%$ 者，給予加計 0.02 %，每增加 2%再加計 0.006%，最高以加計 0.05%(c1)為上限。

三、醫療品質指標：

1. 指標達成率若低於 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%。
2. 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、10 項重要檢查（驗）再次執行率）須優於或等於計算指標期之前一年第 3 季全國同層級醫院平均值方視為達成。
3. 門、住診健保雲端系統查詢率，兩者擇優； $\geq 80\%$ 視為達成。

決議：醫療品質指標達成率每低於 5%，核扣實際醫療費用點數調整為 0.12%；餘通過，修正後 113 年東區醫院總額自主管理方案如附件 1。

第二案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：113 年「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」，其中偏遠地區認定原則第三點分區認定原則乙項，提請討論。

說明：

- 一、東區擬沿用112年分區認定原則「轄區醫院所在地區之每萬人口西醫醫院醫師數在5以下」，計算結果如下：

院所所屬鄉鎮	醫師數	鄉鎮地區_人口數	人口數	每萬人口醫師數
花蓮市	611	花蓮市(含吉安、新城、壽豐)	219,862	27.79
鳳林鎮	13	鳳林鎮(含光復、萬榮)	28,800	4.51
玉里鎮	75	玉里鎮(含瑞穗、富里、卓溪)	49,369	15.19
豐濱鄉	2	豐濱鄉	4,340	4.61
台東市	195	台東市(含卑南、大武、太麻里、達仁、金峰)	143,239	13.61
成功鎮	4	成功鎮(含東河、長濱)	27,642	1.45
關山鎮	9	關山鎮(含鹿野、池上、延平、海端)	30,961	2.91

- 二、東區偏遠地區醫院符合認定原則醫院如下：玉里醫院、部花豐濱分院、部東成功分院、北榮鳳林分院、北榮玉里分院、玉里慈濟醫院、門諾壽豐分院及關山慈濟醫院，共計8家。

院所	認定原則		分區認定原則
	一致性原則	山地離島	
花蓮醫院			
玉里醫院		V	
豐濱原住民		V	V
部東醫院			
成功分院		V	V
國軍花蓮			
北榮鳳林		V	V
北榮玉里		V	
北榮台東			
慈濟醫院			
門諾醫院			
玉里慈濟醫		V	
門諾壽豐分		V	
台東馬偕			
台東基督教			
台東聖母醫			
關山慈濟醫		V(113年新增)	V

決議：東區113年分區認定原則為「轄區醫院所在地區之每萬人口西醫醫院醫師數在5以下」。

第三案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：增修 113 年風險移撥款_配合健保政策發展計畫之獎勵指標，提請討論。
說明：

一、新增 DAA 治療獎勵指標

- (一)為響應 WHO2030 年消除病毒性肝炎及我國 2025 年消除 C 肝之目標，鼓勵醫院加強一般民眾成人預防保健 B、C 型肝炎篩檢，另 DM、CKD、DKD 各方案收案對象，符合成健 BC 肝篩檢資格者，但尚未執行的病患(名單已於 112 年 8 月及 10 月提供各院)召回篩檢，積極找出 DAA 治療潛在個案，DAA 治療獎勵指標說明，請詳_附件 2 第七點。
- (二)治療人數實績值不限前述方案名單對象，係以本署「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」個案登錄系統之治療人數為準，即不論各院係於何種場域、何種對象找出 DAA 個案(首次用藥日期為 113 年 1 月 1 日至 12 月 31 日)，將個案資料登錄上傳取得「登錄完成號碼」並經本署勾稽「檢核成功」者，即為實績值。
- (三)花東兩縣已有 16 家醫院已加入「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」，鼓勵台東聖母醫院踴躍加入治療行列(不另依參與計畫之時程，調整其各項指標計算基準)。

二、修正虛擬健保卡指標

- (一)基於東區 17 家醫院皆已導入虛擬健保卡就醫模式，故 112 年原定「完成介接虛擬健保卡 SDK 且以虛擬健保卡申報醫療費用，核給 10 萬元」規定予以刪除。
- (二)有關綁定、申報獎勵費用，擬比照 112 年 7~12 月之金額。

三、有關第五項提升醫療照護品質之死亡前安寧利用率、西醫門診病人可避免住院率兩項指標之定義，從對醫院較為有利的角度進行微調。

- (一)死亡前安寧利用率：醫院 112 年均值>東區年均值 34%：較去年同期增加或實績值>95%即達標。
- (二)西醫門診病人可避免住院率：Q2~Q4：較前一季實績值增加不超過 0.5%，獎勵 3 萬元。

四、修正進行健保署或分區業務組業務標竿學習、觀摩及分享會報告之醫院，獎勵 10 萬元。

決議：虛擬健保卡綁定 1 人獎勵調整為 200 元，餘決議通過，修正後 113 年風險移撥款_配合健保政策發展計畫如附件 2。

肆、散會：12 時 30 分

附件 1

113 年東區醫院總額自主管理方案

112.12.26

壹、目的

- 一、強化醫院財務明確可控性、降低事後攤扣連動之不穩定性。
- 二、尊重醫院醫療專業自主管理，妥善運用醫療資源。
- 三、提升醫療服務審查效率，抑制不當醫療利用成長。

貳、實施期間

- 一、轄區內全數特約醫院皆應參與本方案並簽立附約(附件一)。
- 二、實施期間：自費用年月 113 年 1 月起至 113 年 12 月止。

參、方案內一般服務點數

- 一、範圍：各院各季以去年同期作為一般服務基期。

當期	基期
113Q1 申報費用	納入 112Q1 結算之費用年月 112 年 1、2、3 月之一般服務收入
113Q2 申報費用	納入 112Q2 結算之費用年月 112 年 4、5、6 月之一般服務收入
113Q3 申報費用	納入 112Q3 結算之費用年月 112 年 7、8、9 月之一般服務收入。
113Q4 申報費用	納入 112Q4 結算之費用年月 112 年 10、11、12 月之一般服務收入。
註：因疫情期間致申報費用受影響，部立花蓮醫院及部立台東醫院以 109 年同期作為一般服務基期	

二、計算基準：

- (一) 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)，基期一般服務收入含送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付。
- (二) 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。
- (三) 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、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、精神科長效型針劑)、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、代辦膳食費、行政協助愛滋病案件(D1)、戒菸(B7)、孕婦愛滋篩檢(B9)、代辦性病患者全面篩檢愛滋病毒計畫(B1)、愛滋防治治療替代治療計畫(BA)、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、流感病毒抗原快速篩檢試劑、法定傳染病隔離治療費用(C5)。

肆、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：醫院皆不分級，不執行隨機審查，僅立意抽審，採 3 審 1 方式並以核減率回推其他 2 個月。
- 三、 基本核付點數=基期收入+剛性需求+政策鼓勵，且以當季申報點數為上限。

四、 剛性需求：

(一)給付項目：生產案件、急重症病患照護、PAC 每日照護費及代檢(01 案件)醫療需求。

(二)生產案件：當期生產人數>基期生產人數之醫院。

1. 給付費用=基期各院生產案件每人實收金額×(當期生產人數-基期生產人數)。

2. 基期各院生產案件每人實收金額=
$$\frac{\text{基期生產案件點數} \times \text{基期平均點值}}{\text{基期生產人數}}$$

(三)急重症案件：

1. 案件定義：急重症病患醫療照護需求詳見附件二。
2. 採計該類案件當期一般服務點數超出基期之差額，門住合併計算，並以分區可分配額度(A)扣除剛性需求及健保政策鼓勵剩餘額(B)50%為上限，超過上限時，則依各院實際增加數占率進行分配。
3. 113 年醫院總額各季分區可分配額度(A)=【分區預算預估數×(1-

保留率)】。

- i. 預估保留率=3.5% (包含：處方釋出交付機構、核退及當季以前各月份遞延費用)。

(四) PAC 每日照護費：

1. 當期 PAC 每日照護費 > 基期 PAC 每日照護費之醫院。
2. 給付費用 = (當期 PAC 每日照護費 - 基期 PAC 每日照護費) × 基期浮動點值。

(五) 代檢費用：

1. 當期代檢費用 > 基期代檢費用之醫院。
2. 給付費用 = (當期代檢費用 - 基期代檢費用) × 基期浮動點值。

五、政策鼓勵：

(一) 給付項目：安寧緩和醫療(含安寧住院、共照及家庭諮詢)、醫療影像上傳、檢驗(查)上傳。

(二) 給付項目計算方式

1. 安寧緩和醫療(含安寧住院、共照及家庭諮詢)：當期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%。
2. 醫療檢查影像 24 小時影像上傳率 $\geq 85\%$ 即予加計 0.12%，每增加 5% 再加計 0.005%，最高以加計 0.135%(c1) 為上限。
3. 檢驗檢查結果上傳率 $\geq 90\%$ 者，給予加計 0.02%，每增加 2% 再加計 0.006%，各診別最高以加計 0.05%(c1) 為上限

六、超額分階折付：

- (一) 超額點數 = 當期一般服務點數 - 基本核付點數，小於 0 者以 0 計。
- (二) 超額成長率 = 超額點數 ÷ 基期收入。
- (三) 以門、住診分精神科、非精神科之病人成長數及住診 CMI 計算合理成長率(C)，若 < 0 則以 0 計(附件三)。
- (四) 分區剩餘可使用額度占率(B1) = 分區剩餘可使用額度(A) - 剛性需求 - 健保政策 / 基期收入(取整數%)，超額分階折付級距(D) = (B1) + 2%。

(五) 醫院超額成長率落在 $0\% \sim C$ 、 $C \sim C+D$ 、 $C+D \sim C+D \times 2$ 、 $>C+D \times 2$ 區間之階 1、階 2、階 3、階 4 點數，折付比率分別以 0.75、0.5、0.25、0 採計。

(六) 當期增加之急重症費用未全額列入剛性需求點數，急重症差額與折付金額做比較，擇優給付。

七、門、住診 PVA/MEA 回收金額於超額分階折付後回補：依各院 PVA/MEA 實際金額回歸至該院，並以【當季一般服務申報費用-基本核付-分階折付】點數為上限。

八、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。

伍、醫療品質指標：

一、醫療品質指標項目篩選原則：

(一) 全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案。

(二) 醫院總額支付制度醫療服務品質指標。

二、醫療品質指標項目：

(一) 門診：共 11 項指標，如附件四。

(二) 住診：共 6 項指標，如附件四。

(三) 門住診：共 6 項指標，如附件四。

(四) 以上各項指標依管理目標訂定不同之權重。

(五) 113 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。

(六) 指標達成率若低於 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 **0.12%**。

三、評量標準：

(一) 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、10 項重要檢查(驗)再次執行率)須優於或等於**計算指標期之前一年第 3 季**方視為達成；藥費

成長率(排除罕病、血友病、C 肝、愛滋病、精神科長效型針劑及免疫製劑藥費)為當季藥費與 112 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 112 年醫院自身季平均值(排除 ATC 前 4 碼為 N05A 之精神科長效型針劑及免疫製劑藥費)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。

(二)門(或住)診查詢者健保雲端系統使用查詢比率比率 $\geq 80\%$ 視為達成。

(三)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。

(四)門診 10 項重要檢查(驗)合理區間內再次執行率下降 5%時，該項指標方視為達成，如本項指標低於全國同儕值，可得 0.5 分。(磁共振造影(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)、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))。

(五)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。

(六)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。

陸、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。

柒、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：

- 一、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。
- 二、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。
- 三、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。
- 四、不得無故拒絕收治罕見疾病及重大傷病病患的診療。
- 五、不得拒絕收治急診檢傷分類一、二、三級病人之診療。
- 六、醫院應提供門診及住診衛教諮詢相關服務。
- 七、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。
- 八、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)。
- 捌、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
- 玖、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。
- 壹拾、醫院如有本保險特約管理辦法第 38 條~第 40 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。

附件一

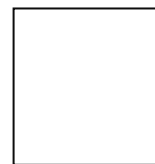
東區特約醫院附約一辦理「東區醫院總額自主管理方案」

- 一、 依東區醫院總額 112 年第 2 次共管會議決議，針對 113 年東區醫院總額財務穩定方案下的「超額分階折付」所需執行核減，醫院不得提出申復、爭議審議等行政救濟。
- 二、 本件視同為全民健康保險特約醫事服務機構合約之一部分，其效力與全民健康保險特約醫事服務機構合約同。

醫院代號：

醫院名稱：

蓋章：



中華民國 年 月 日

附件二

急重症病患醫療照護需求採計點數操作型定義

一、急症照護操作型定義

部門	操作型定義
門診	1. 案件類別為"02"之醫療點數。
住診	1. 6歲(含)以下由急診轉住院之病患。 2. 排除條件1之急診轉住院案件申報急診診察費代碼00201B、00202B之急診診察費點數。 3. 排除不適用Tw-DRGs案件特殊註記為9之案件

二、重症照護操作型定義

重症項目	操作型定義
癌症案件	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醫療點數。 ※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、Z5112、Z08。
燒傷案件	入住燒傷中心案件之案件醫療點數(醫令：03017A)
ICU案件	住診：當季入住ICU病患前7天之ICU病房費、護理費、診察費點數。(病房費醫令為03010E、03011F、03012G、03013H；護理費醫令為03047E、03048F、03049G、03050H；診察費醫令為02011K、02012A、02013B)。排除呼吸器依賴個案回轉ICU之案件
自發性急性腦血管疾病	住診：ICD10-CM主診斷前三碼為I60~I68、G45.0~G45.2、G45.4~G46.8且部分負擔代碼為"001"或"011"且給付類別不為9(呼吸照護)之案件醫療點數。(ICD9-CM主診斷前三碼為430~437) 註：1.不含排除費用項目說明A11項醫令點數 2.若已於排除費用項目說明D06項PAC採計則不重複計算
體重低於1499公克之極端未熟兒與早產兒	住診：ICD10-CM主或次診斷為P0701~P0703、P0714~P0715、P0501~P0505、P0511~P0515(且部分負擔代碼為902(三歲以下兒童醫療補助計畫)或903(新生兒依附註記方式就醫者))之案件醫療點數。(ICD9-CM主診斷為76501、76502、76503、76504、76505、76511、76512、76513、76514、76515)
1歲以下幼兒及新生兒呼吸疾病	住診：1歲以下且ICD10-CM主或次診斷為P84、P220~P229、P23~P28、J00~J99(主診斷排除：體重低於1499公克之極端未熟兒與早產兒，新生兒依附就醫且符合定義者亦納入計算)之案件醫療點數。(ICD9-CM主或次診斷為7680-7689、769、7700-7709)
急性心肌梗塞	住診：ICD10-CM主診斷為I2101~I229且執行PrimaryPCI醫令代碼為18020B、18021B、18022B、33076B、33077B、33078B之醫令點數 (ICD9-CM主診斷為410.00-410.92)

主動脈剝離	住診：ICD10-CM主診斷為I7100～I7103、且執行stent及置換醫令代碼為69023B、69024B、69027B、69035B、69036B、69037B之醫令點數。(ICD9-CM主診斷為441.00~441.03)
心臟瓣膜手術	住診：ICD-10-PCS處置碼為02UJ0JZ、02UG0JZ、02QF0ZZ、02RJ08Z、02RF0JZ、02RG08Z、02QW0ZZ、02RF38Z、 02RF08Z 、 02RF0JZ 且醫令代碼為68015B、68016B、68017B、69035B、68040B、TAVI特材之醫令點數
植入性心臟去顫器	住診：ICD-10-PCS處置碼為0JH608Z、02HK3KZ、02H63KZ且醫令代碼為68012B、68041B、特材給付規定代碼B103-1、B103-2之醫令點數
主動脈瘤、急性心肌炎、末期心衰竭	住診：ICD-10-CM主診斷為I71.1~I71.9、I40.0~I40.9、I50.1~I50.9或任一次診斷為 I41 且ICD-10-PCS處置碼為027034Z、027134Z、027234Z、027334Z、02703DZ、02713DZ、02723DZ、02733DZ、5A02210、5A15223、02HA0QZ、02HA3RZ、前四碼為 02RW 、 02VW 、 04R0 、 04V0 且醫令代碼為33079B、47063B、68036B、68051B、68052B、特材給付規定代碼B201-6、B206-8之醫令點數

註1：上開各項皆排除不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記為 9 之案件。

註2：各項排除列計不得重複計算

附件三

額度調整項目	公式及定義
門診病人成長數	$i = I1 - I2$ $I1$ ：當季申報之病人數 $I2$ ：去年同季申報之病人數
門診每人費用	$m = \text{門診基期收入} / I2$
住院病人成長數	$n = N1 - N2$ $N1$ ：當季申報之病人數 $N2$ ：去年同季申報之病人數
住診每人費用	$o = \text{住診基期收入} / I2$
住診 CMI 值 【指標代碼 902】	$P = (P1 - P2) / P2$ $P1$ ：當季之 CMI 值 $P2$ ：去年同季之 CMI 值

註：門、住診病人成長數及費用以精神科及非精神科分別計算

附件四

編號	診別	指標名稱	類型	指標代碼	權重
1	門	門診 CT、MRI 醫令執行率(合併計算)	月	365、367	1
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
3	門	跨院所同藥理用藥日數重疊率_口服降血壓藥物	月	1713	1
4	門	跨院所同藥理用藥日數重疊率_口服降血脂藥物	月	1714	1
5	門	跨院所同藥理用藥日數重疊率_降血糖藥物	月	1715	1
6	門	跨院所同藥理用藥日數重疊率_抗思覺失調藥物	月	1729	1
7	門	跨院所同藥理用藥日數重疊率_抗憂鬱症藥物	月	1730	1
8	門	跨院所同藥理用藥日數重疊率_安眠鎮靜藥物	月	1731	1
9	門	西醫同院同日再次就診率	季	1322	1
10	住	住診 CT 醫令執行率	月	369	1
11	住	住診 MRI 醫令執行率	月	371	1
12	住	以 DRGs 校正之平均住院天數	月	904	1
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
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
15	住	清淨手術抗生素 3 日以上使用率	季	1155	1
16	門住	使用 ESWL 人口平均利用人次	季	20.01	1
17	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
18	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
19	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	當季		1.6
20	門住	藥品費用成長率	當季		1.5
21	門住	健保雲端系統使用查詢比率	季	2134、2137	1
22	門	新六項藥品用藥日數重疊率	季	2480、2482 2484、2486 2488、2490	1
23	門	10 項檢查(驗)再次執行率	當季		1

附件 2

113 年風險移撥款_配合健保政策發展計畫

(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15萬元。
2. 區域級以上四家醫院「提升非同體系區域級(含)以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加」季指標達成費：較去年同期比，每增加一件獎勵1,000元。
3. 區域級以上四家醫院「提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率」半年指標達成：
 - (1) 達標者：回轉率達標即獎勵10萬元，與前一年年度平均值比每增加5%，再獎勵1萬元。
 - (2) 未達標者：與前一年年度平均值比增加50%且回轉率至少1.5%即獎勵2萬元，與前一年年度平均值比每增加50%再獎勵1萬元，並以10萬元為上限。
4. 東區17家醫院：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元(含醫師接受下轉院所醫師諮詢)

(二)為鼓勵提升接受出院準備服務個案之後續醫療及與長照2.0之銜接率：

1. 有申報出院準備及追蹤管理費之個案，成功轉銜長照2.0者，7天內轉銜成功每個案獎勵1000元、其餘獎勵500元，並按月提報轉銜成功之個案資料(如附表)，每個案年度內僅支付1次。
2. 年度指標依據本署抑制資源不當耗用管理指標目標值訂定，獎勵指標如下：
 - (1) 7天內轉銜長照2.0比率：
每季達成東區目標值之醫院獎勵5萬元，轉銜率20%以上者，且較自身112年平均值進步每5%獎勵1萬元，達標各院最高以10萬元為上限；未達標各院最高以5萬元為上限。
 - (2) 30日內轉銜後續醫療比率：

A.每季達成東區目標值之醫院給予基本獎勵點數，較自身前一年進步每5%獎勵1萬元，達標各院最高以10萬元為上限；未達標各院最高以5萬元為上限。

B.基本獎勵點數：分母每季件數1000件以上者為6萬，500~1000件者為4萬，500件以下者為2萬。

3.本署若另有訂定相同獎勵項目或因政策計畫未列入時，則本方案之獎勵項目即取消。

4.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。

(三)避免重複檢查：10項重點管理檢查(驗)合理區間內再次執行率較去年同期下降1%獎勵2萬元；下降率每增1%加計1萬元；最高獎勵5萬元，或再執行率 $\leq$ 同儕值再執行率，獎勵2萬元。

(四)提昇虛擬健保卡綁定及申報率：為鼓勵醫院能同時提供虛擬健保卡綁定及看診服務，獎勵機制如下：

1.協助民眾綁定虛擬健保卡：**每新增綁定1人獎勵200元。**

2.以虛擬健保卡**看診**申報醫療費用：民眾以虛擬健保卡於醫院就醫，醫院取得虛擬健保卡序號，**據以上傳及申報該筆醫療費用，每名100元。**

(五)提升醫療照護品質：

1.死亡前安寧利用率(季指標)：

(1) 醫院**112**年均值>東區年均值34%：較去年同期增加**或實績值>95%**即達標，獎勵3萬元，較前一年安寧利用率每增加1%加給1萬，最高獎勵以6萬為上限。

(2) 醫院**112**年均值<東區年均值34%：較去年同期成長>10%且利用率28%以上即為達標，獎勵1萬元，較前一年平均安寧利用率每提高1%加給1萬，最高以5萬為上限。

2.西醫門診病人可避免住院率(季指標)：

(1) Q1：較108Q1下降0.02%，獎勵3萬元。

(2) Q2~Q4：較前一季**實績值**增加不超過0.5%，獎勵3萬元。

3. 門診就醫次數大於90次之保險對象就醫改善比率(半年指標)：

(1) Q2：高診次個案就醫次數比去年同期下降15%，獎勵3萬。

(2) Q4：高診次個案就醫次數比去年同期下降20%，獎勵3萬。

(六) 參與健保署或分區業務組業務標準學習、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10萬元。

(七) DAA治療獎勵指標(新增)：

1. 獎勵指標項目

(1) 指標 1(季指標)：方案名單治療獎勵或 DAA 治療人數較去年同期增加計算 17 家醫院每季 DAA 治療實績值，其方案甲、方案乙可獲獎勵金額，以獎勵金額較高者，擇優獎勵：

A. 方案名單治療獎勵(方案甲)：113 年各季治療人數比對本署提供方案名單，每治療 1 人獎勵 1,500 元。舉例：健保醫院 113Q1 治療名單中，有 30 人是方案名單個案，可獲 30 人*1,500 元=45,000 元。

B. DAA 治療人數較去年同期增加(方案乙)：113 年與 112 年各季治療人數，較去年同期比，每增加 1 人獎勵 2,000 元。舉例：健保醫院 113Q1 較去年同期比，增加 20 人，可獲 20 人*2,000 元=40,000 元。

C. 以健保醫院為例，方案甲可獲 45,000 元，方案乙可獲 40,000 元，則健保醫院 113Q1 指標 1 獎勵，以方案甲計，可獲 45,000 元。

(2) 指標 2(年指標)：DAA 治療目標數達成率

(計算至小數點第一位，四捨五入至整數)，17 家醫院按 113 年治療目標數多寡分為 5 組：

A. 各院治療目標數達成率至少需達 $\geq 60\%$ ，始得領取本項達標獎勵。

B. 達標獎勵：A 組 10 萬元上限、B 組 8 萬元上限、C 組 6 萬元上限、D 組 4 萬元上限、E 組 2 萬元上限。

C. 達標獎勵依據各院治療目標達成率計算，例：A 組醫院達成率 90%，獎勵 90,000 元；B 組醫院達成率 120%，獎勵 8 萬元上限、C 組醫院達成率 70%，獎勵 42,000 元)。

(3) 指標 3(年指標)：DAA 中斷治療率 $\leq 5\%$

(計算至小數點第一位，四捨五入至整數)

達標獎勵：A 組 1 萬元、B 組 8000 元、C 組 6000 元、D 組 4000 元、E 組 2000 元。

2. 獎勵指標說明

(1) 指標 1 說明：

- A. 方案甲實績值：首次用藥日期落於 113 年與 112 年各該季個案登錄系統之治療人數(須經本署勾稽「檢核成功」者)為準。
- B. 方案乙實績值：首次用藥日期落於 113 年各該季，再比對 113 年各該季治療 ID 與本署提供之方案名單 ID，確認為方案名單者。

(2) 指標 2 說明：

- A. DAA 治療目標數，以各院前兩年 DAA 治療數均值提升三成計算，再以署本部提供 DM、CKD、DKD 等方案名單(符合成健 BC 肝篩檢資格者，但尚未執行人數)為基礎，並參採國民健康署 BC 肝防治辦公室於 112 年 10 月 30 日提供花東兩縣篩檢涵蓋率、HCV 陽性率、RNA 陽性率，推估可治療人數。
- B. 治療人數實績值不限前述方案名單，係以本署「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」個案登錄系統之治療人數為準，即不論各院係於何種場域、何種對象找出 DAA 個案(首次用藥日期為 113 年 1 月 1 日至 12 月 31 日)，將個案資料登錄上傳取得「登錄完成號碼」並經本署勾稽「檢核成功」者，即為實績值。

(3) 指標 3 說明：為鼓勵把握每一個 HCV 篩陽個案之治療機會與個案管理品質，以各院 DAA 人數(首次用藥日期為 113 年 1 月 1 日至 9 月 30 日)為分母，並以「結案原因：1 中途放棄或中斷治療超過 4 週」人數為分子(結案日期為 113 年 1 月 1 日至 12 月 31 日)。