

113 年第 2 次「醫院總額東區共管會議」紀錄

時間：113 年 12 月 18 日（星期三）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（視訊*）、玉里聯絡辦公室（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：陳星助、張菁育、鍾昀庭、褚惠瑛、
詹珮琳、王巧雯

台灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院：王志弘、廖秀珪、王若晴

台灣基督教門諾會醫療財團法人門諾壽豐分院：鍾慧明、湯盈瑄

國軍花蓮總醫院：詹正雄、吳逸驊、童郁玲、呂盈嫻、邱子芸

衛生福利部花蓮醫院：林彥雄、黎鈺珍

衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院：劉環霈

衛生福利部玉里醫院*：陳照剛、陳盈曳

臺北榮民總醫院玉里分院*：胡宗明、陳育群、平烈勇、林江美芬、
許禎如

臺北榮民總醫院鳳林分院：江國超

佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院*：湯景慧、董慧慧、張芳玉

台東馬偕紀念醫院*：卓秀霞、張雅惠

衛生福利部臺東醫院*：黃柏元

衛生福利部臺東醫院成功分院*：王蘭福

佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院*：黃坤峰、沈千慧

臺北榮民總醫院臺東分院*：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、李翊鳳

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、江春桂、詹蕙嘉、
馮美芳、黃寶萱、陳珮毓、劉惠珠、
劉翠麗、林祉萱、吳乙亭、李家銘、
夏鳳雲、陳佳穎、李姿蓉、蔣佩玟、
陳乙瑄、石惠文、羅惠文、江曉倩、
葉吳皇珠、黃國記、杜宗佑、吳子
芸、楊茂昆

主席：林院長欣榮、黃組長兆杰

紀錄：林祉萱

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：113年第1次「醫院總額東區共管會議」會議紀錄確認。

決定：本案1項追蹤案解除列管。

第二案

報告單位：醫院醫療服務審查執行會東區分會

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：

- 一、有關醫師數下降因應對策，於114年風險移撥款_配合健保政策發展計畫中訂定獎勵指標。
- 二、住診整體下降部分，於114年東區醫院總額自主管理方案中調整合理成長率計算方式。
- 三、東區醫學中心及區域醫院之門診10項檢查驗於非合理區間內再次執行率高於全國，請各院輔導醫師開立檢驗前確認再執行之合理性。

第四案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：「醫院總額東區共管會議作業要點」修訂案。

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：「2023年版ICD-10-CM/PCS」自114年1月1日正式啟用，請配合辦理。

決定：

- 一、114年1月1日起正式以2023年版疾病代碼進行申報，本署設置模擬2023年版ICD-10醫療費用申報預檢系統供院所使用，於113年12月31日前執行申報預檢系統且預檢成功之醫院獎勵11,000點。
- 二、ICD-10-CM/PCS相關文件資訊放置於本署官網ICD-10專區內供院所下載參考；如預檢測試上有任何問題，請聯絡東區業務組醫療費用科吳小姐(分

機4017)。

第六案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：東區113年(1-10月)雲端查詢系統使用情形，敬請各院善加運用「健保醫療資訊雲端查詢系統2.0」。

決定：現行雲端查詢系統為1.0及2.0併行使用，為利2.0版本銜接，請各院資訊室協助及早完成設定使用雲端查詢系統2.0；相關使用手冊、使用說明簡報及問答集可至VPN下載專區下載使用。

第七案

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」，請各院加強辦理及早完成。

決定：現暫訂於114年上半年將單軌實施健保卡上傳格式2.0，截至113年12月10日，東區醫院改版作業執行率僅59%，未改版家數有7家，敬請及早完成醫院及附設醫事機構改版，避免影響權益。

特約類別	未改版家數	轄區家數	執行率
醫院	7	17	59%

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：東區1-9月醫院層級即時上傳率居全國各區之末，且未達全國平均值，東區檢驗(查)結果94.8%(全區96.8%)、醫療檢查影像92.4%(全區96.2%)；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等各項報表明細，請即時下載以了解上傳情形，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：為配合國家消除C肝政策，請各醫院如有申報核糖核酸類定量擴增試驗(12185C)或C型肝炎病毒抗體檢查(14051C)費用，務必上傳檢驗結果。

決定：本組定期追蹤各醫院上傳12185C及14051C檢驗結果，未上傳資料明細可至VPN/鼓勵醫療院所即時查詢病患方案項下查詢，請協助輔導儘速完成上傳作業。餘洽悉。

第十案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：本署業於113年5月24日健保醫字第1130110065號公告「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」，並自113年7月1日起實施，請鼓勵院內醫事人員踴躍參加。

決定：114年2月由花蓮縣衛生局偕同在宅醫療學會於門諾醫院辦理在宅急症照護試辦計畫教育訓練，請各院轉知相關業務人員踴躍參與。餘洽悉。

第十一案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：為確保健保資源合理運用，請各院留意2則健保違規案例宣導，依規定辦理本保險醫療業務。

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：本署為抑制資源不當耗用，訂有分級醫療、出院準備轉銜服務等管控指標，敬請加強辦理。

決定：

- 一、113年Q2抑制醫療資源不當耗用管控指標經全區評比，東區分級醫療2項指標皆未達標。請區域級以上四家醫院研擬對策、以落實雙向轉診。
- 二、東區113年Q3出院準備服務2項指標「出院準備及追蹤管理費個案於出院30日內接受醫療照護」未達標、「個案出院後7天內銜接長照2.0服務」達標，明年度仍將持續辦理，請未達標醫院加強收案儘速提供服務。

第十二案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案，鼓勵尚未參與方案之醫院加入方案，並持續提升執行方案品質。

決定：目前尚未參與方案有：花蓮慈濟醫院、門諾醫院、台東馬偕醫院、部東醫院及花蓮醫院等，敬請共同響應，餘洽悉。

參、討論事項

第一案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：114 年東區醫院總額自主管理方案修訂案，提請討論。

說明：

一、114 東區醫院總額自主管理方案擬沿用 113 年方案內容，其中一般服務基期計算分為燈塔型醫院及非燈塔型醫院兩類，計算方式如下：

1. 非燈塔型醫院：各院各季以 113 年同期院所收入乘 114 年醫院總額醫療服務成本指數改變率作為一般服務基期。
2. 燈塔型醫院：以 108 年該院該季一般服務收入，乘上至基期年度(113 年)間各年之非協商因素成長率及 114 年醫院總額醫療服務成本指數改變率，或比照非燈塔型醫院計算值，兩者擇優計算。

二、政策鼓勵調整：

1. 於方案中加計政策鼓勵點數

- (1)醫療檢查影像即時上傳率 $\geq 90\%$ (原 85%)者，給予加計 0.125%(原 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 24 小時上傳率 $\geq 92\%$ (原 90%)者，給予加計 0.026%(原 0.02%)，每增加 2%再加計 0.006%，最高以加計 0.05%為上限。

2. 以補付方式獎勵

- (1)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 $\geq 65\%$ (原 50%)，且當季有增加收案人數者，補付基期收入之 0.05%。
- (2)院所開立符合生物相似性藥品鼓勵試辦計畫中藥品，減少開立原廠藥品，補付藥費差額。

三、合理成長率計算方式：區域級以上醫院增加非精神科住診急性病床申報日數成長數；地區醫院增加非精神科門診診次成長數為計算參數。

四、門、住診健保雲端系統查詢率(擇優) $\geq 85\%$ (原 80%)視為達成。

決議：

- 一、同意通過，修正後 114 年東區醫院總額自主管理方案如附件 1。並依各院電子郵件回覆同意：自 113 年第 3 季起當預估點值大於 0.95，由東區業務組依結算前點值預估情形，依序調整基期值及合理成長分階折付比例。

二、114 年計算基期時將考量部立花蓮醫院因 0403 花蓮地震，造成院內多數設備及空間損壞，致提供醫療服務下降因素。

第二案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：114 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、修訂落實分級醫療獎勵項目

- (一)分級醫療目的為紓解醫院壅塞，讓醫院專注照顧急重症病患，民眾有病先至社區院所就醫，並藉由雙向轉診，提供病患連續性、整合性的醫療照護，提升醫療照護品質。
- (二)原獎勵項目「在地整合計畫三家醫院承作費」及「區域級以上醫院「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費」已施行多年，惟東區「抑制醫療資源不當耗用」之分級醫療管控指標，經全區評比，亦多年未達標。
- (三)為提升醫院、醫師參與雙向轉診政策誘因，鼓勵醫師主動與病情穩定之病患，討論下轉至適當院所、轉回原診療或其他適當特約院所，接受醫療服務，爰增修獎勵如下：
 - 1. 刪除：在地整合計畫（三家醫院）承作費每季 15 萬元。
 - 2. 新增：區域級（含）以上四家醫院「非同體系區域級（含）以上醫院下轉（含回轉）件數」季指標獎勵：每件 500 元。
 - 3. 修訂：區域級（含）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」季指標獎勵：較去年同期比，每增加一件獎勵 1,500 元。
- (四)針對下轉（含回轉）後之追蹤關懷獎勵規定，修訂如下：

東區 17 家醫院：由個管人員或醫師，於病患下轉（含回轉）後 2 個月內，追蹤關懷病患就醫或醫師接受下轉（含回轉）院所醫師諮詢（須提供詳實追蹤紀錄佐證），每案獎勵 250 元，惟同一個案、同一科別之追蹤關懷獎勵，每季限請領 1 次。

二、修訂「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」：為強化院所及照護機構間之轉銜，新增指標及依實際執行成果，酌修轉銜率上限：

- (一)申報出院準備及追蹤管理費之個案：新增「轉銜醫療照護者，於出院後 30

日內接受後續醫療照護」指標，每案獎勵 300 元。

(二)抑制資源不當耗用管理指標目標：「7 天內轉銜長照 2.0 比率」指標略以，...
調整醫院轉銜率為 30%以上者...達標之各院最高以 8萬元為上限。

三、修訂 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 0.5%
獎勵 1 萬元，下降率每增 0.5%加計 1 萬元；最高獎勵 7 萬元，或再執行率
≤同儕值再執行率，獎勵 5 萬元。

四、修訂「**提昇虛擬健保卡綁定及申報率**」：獎勵額度提高，新增綁定 1 人獎勵
300 元，上傳及申報該筆醫療費用，每名 200 元。

五、新增「**機構式安寧獎勵指標**」(半年指標)：目前東區已有 17 家照護機構
與醫院合作提供住民安寧服務，訂定 2 項指標予以提升安寧利用率。

(一)符合安寧收案住民原床往生率比例不低於 70%，即獎勵每家 2.5 萬元。

(二)符合安寧收案住民死亡前一年接受安寧照護的比例達 50%，獎勵 2.5 萬元。

(三)前述 2 項指標：半年評估一次，分母個案年度累計。

六、修訂「**提升醫療照護品質**」：增訂「門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫
改善比率」級距，增加下降比率之獎勵金額，鼓勵醫院輔導高就醫次數民眾。

七、修訂「**DAA 治療獎勵指標**」：配合年度作業調整文字。

八、新增「**糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(DKD)獎勵指標**」：考量糖
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，透過本方案推動，鼓勵院所組成跨疾病之整合性照護團隊。

(一)新增「DKD 收案人數獎勵(季指標)」：以同院所同 ID 申報醫令代碼前 3 碼
P70 作為收案人數，114 年每收案 1 人(申報 P70)獎勵 500 元。

(二)新增「DKD 收案率獎勵(年指標)」：各院收案率至少需達 $\geq 70\%$ ，按收案人
數多寡分為 5 組，分別訂定達標獎勵金額上限 10 萬元至 2 萬元，並依各
院收案率達成率計算獎勵金額。

九、新增「**急性後期整合照護計畫(PAC)獎勵指標(季指標)**」：鼓勵醫學中心
及區域醫院下轉 PAC 病人，並鼓勵承作醫院擴充收案量能，以利垂直整合
轉銜，在治療黃金期內立即給予積極性之整合性照護。

(一)醫學中心、區域醫院每下轉 1 件，獎勵 500 元。

(二)承作醫院每收案 1 人，獎勵 2,000 元。

十、新增「**增聘醫師獎勵**」：考量東區地震風災影響醫師人力流失、招聘困難，
鼓勵醫院增聘醫師給予獎勵

(一)增聘專任醫師獎勵：當季專任醫師人月數大於前一年同期專任醫師人月數獎勵 6 萬元。

(二)增聘支援醫師獎勵：當季醫師支援日數較前一年同期醫師支援日數增加，分階給予獎勵。支援日數依門診申報資料計算。

支援增加天數	獎勵金
0天<增加天數<5天	3,000元
5天<增加天數<10天	6,000元
10天<增加天數<30天	18,000元
30天<增加天數<60天	36,000元
60天<增加天數	54,000元

十一、新增參與全人全社區照護計畫獎勵：114 年參與該計畫且收案率大於 50% 或收案人數大於 1000 人，獎勵 10 萬。

決議：同意通過，修正後 114 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

114 年東區醫院總額自主管理方案

113.12.18

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 114 年 1 月起至 114 年 12 月止。

參、方案內一般服務點數

一、基期計算方式：

- (1) 燈塔型醫院：位於全民健康保險醫療資源缺乏地區且為唯一之醫院列為偏遠燈塔型醫院(部花豐濱分院、部東成功分院、北榮鳳林分院、門諾壽豐分院及關山慈濟醫院)，基期計算方式以 108 年該院該季一般服務收入，乘上至基期年度（113 年）間各年之非協商因素成長率及 114 年醫院總額醫療服務成本指數改變率，或比照非燈塔型醫院計算值，兩者擇優計算。
- (2) 非燈塔型醫院：各院各季以去年同期院所收入乘 114 年醫院總額醫療服務成本指數改變率作為一般服務基期。

當期	基期
114Q1 申報費用	納入 113Q1 結算之費用年月 113 年 1、2、3 月之一般服務收入
114Q2 申報費用	納入 113Q2 結算之費用年月 113 年 4、5、6 月之一般服務收入
114Q3 申報費用	納入 113Q3 結算之費用年月 113 年 7、8、9 月之一般服務收入
114Q4 申報費用	納入 113Q4 結算之費用年月 113 年 10、11、12 月之一般服務收入

二、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），基期一般服務收入含送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付。
- (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、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：

(1) 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。

(2) 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＝ $\frac{\text{基期生產案件點數} \times \text{基期平均點值}}{\text{基期生產人數}}$

(3) 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. 各層級醫院急症分級照護項目如下表：

i. 當期分級照護費＞基期分級照護費之醫院。

ii. 給付費用＝（當期分級照護費-基期分級照護費）×基期平均點值。

剛性需求項目	層級別	列入第 1 階段計算
急症分級照護項目	醫學中心	急診檢傷一~二級
	區域醫院	急診檢傷一~三級
	地區醫院	急診檢傷一~四級

3. 除 2. 各層級醫院急症分級照護項目外之急重症照護費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)60%為上限，超過上限時，則依各院實際增加數占率進行分配。

4. 114 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)】。

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)。

(4) 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。

(5) 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：

(1) 給付項目：醫療影像、檢驗(查)即時上傳於基本核付點數加計；呼吸器依賴病人申報安寧緩和醫療及生物相似性藥品鼓勵以補付方式給付。

(2) 給付項目計算方式

1. 醫療檢查影像 24 小時上傳率 $\geq 90\%$ 即予加計 0.125%，每增加 5% 再加計 0.005%，最高以加計 0.135% 為上限。
2. 檢驗檢查結果 24 小時上傳率 $\geq 92\%$ 者，給予加計 0.026%，每增加 2% 再加計 0.006%，各診別最高以加計 0.05% 為上限。
3. 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 $\geq 65\%$ ，且當季有增加收案人數者，補付基期收入之 0.05%。
4. 院所開立符合生物相似性藥品鼓勵試辦計畫中藥品，減少開立原廠藥品，補付藥費差額。

六、超額分階折付：

(1) 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。

(2) 超額成長率 = 超額點數 ÷ 基期收入。

(3) 區域級以上醫院：

1. 門診：分精神科、非精神科之病人成長數計算合理成長率(C)，若 < 0 則以 0 計(附件三)。
2. 住診：分精神科、非精神科之病人成長數、非精神科住診急性病床

增加日數及住診 CMI 計算合理成長率 (C)。

(4) 地區醫院：

1. 門診：分精神科、非精神科之病人成長數及非精神科門診診次成長數計算合理成長率 (C)，若 <0 則以 0 計 (附件三)。
 2. 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)
- (5) 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%。
- (6) 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。
- (7) 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、經本方案計算後，當季預估點值大於 0.95，由東區業務組依結算前點值預估情形，依序調整基期值及合理成長分階折付比例。

九、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：

- (1) 全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案。
- (2) 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：

- (1) 門診：共 12 項指標，如附件四。
- (2) 住診：共 6 項指標，如附件四。
- (3) 門住診：共 6 項指標，如附件四。
- (4) 以上各項指標依管理目標訂定不同之權重。
- (5) 114 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。
- (6) 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：

- (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、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 113 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 113 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。
- (2) 門（或住）診查詢者健保雲端系統使用查詢比率 $\geq 85\%$ 視為達成。
- (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 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））。
- (5) 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。
- (6) 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，經本署處以停（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

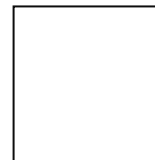
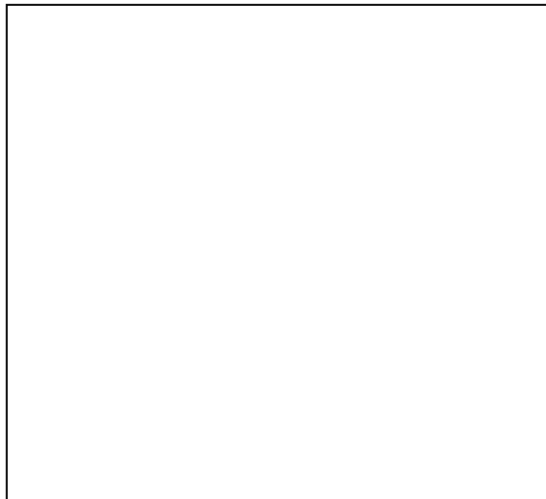
東區特約醫院附約一辦理「東區醫院總額自主管理方案」

- 一、 依東區醫院總額 113 年第 2 次共管會議決議，針對 114 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、Z5113、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	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。

重症項目	操作型定義
與早產兒	(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	$a=A1-A2$ A1：當季申報之病人數 A2：去年同季申報之病人數
門診每人費用	$B=\text{門診基期收入}/A2$
非精神科門診診次成長數	$c=C1-C2$ C1：當季非精神科門診診次 C2：去年同季非精神科門診診次
住院病人成長數	$d=D1-D2$ D1：當季申報之病人數 D2：去年同季申報之病人數
住診每人費用	$e=\text{住診基期收入}/D2$
非精神科住診急性病床日數成長數	$f=F1-F2$ F1：當季非精神科住診急性病床日數 F2：去年同季非精神科住診急性病床日數
住診 CMI 值 【指標代碼 902】	$g=(G1-G2)/G2$ G1：當季之 CMI 值 G2：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
24	門	西醫門診年復健次數大於 180 次之案件數(同院)	當季	CIS 0007	1

附件 2

114 年風險移撥款_配合健保政策發展計畫

113.12.18

(一)落實分級醫療：為鼓勵醫院推動雙向轉診、落實分級醫療，依下列情形給予適當獎勵：

1. 區域級（含）以上四家醫院「非同體系區域級（含）以上醫院下轉（含回轉）件數」季指標獎勵：每件 500 元。
2. 區域級（含）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」季指標獎勵：較去年同期比，每增加一件獎勵 1,500 元。
3. 區域級（含）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：由個管人員或醫師，於病患下轉（含回轉）後 2 個月內，追蹤關懷病患就醫或醫師接受下轉（含回轉）院所醫師諮詢（須提供詳實追蹤紀錄佐證），每案獎勵 250 元，惟同一個案、同一科別之追蹤關懷獎勵，每季限請領 1 次。

(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. 申報出院準備及追蹤管理費之個案—
 - (1) 成功轉銜長照 2.0 者：
 - A. 7 天內成功完成轉銜每案獎勵 1,000 元。
 - B. 大於 7 日才成功完成轉銜每案獎勵 500 元。
 - (2) 轉銜醫療照護者，於出院後 30 日內接受後續醫療照護，每案獎勵 300 元。
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，醫院轉銜率 30% 以上者，且較自身 113 年平均值進步每 5% 獎勵 1 萬元，達標之各院最高以 8 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6萬元，500~1000件者為4萬元，500件以下者為2萬元。

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。

(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0.5%獎勵1萬元；下降率每增0.5%加計1萬元；最高獎勵7萬元，或再執行率 $\leq$ 同儕值再執行率，獎勵5萬元。

(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300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200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113年均值 $\geq$ 東區113年均值：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113年均值 $<$ 東區113年均值：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113年Q1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) 1-6月：高診次個案就醫次數比去年同期下降5%、10%及15%（至少10件以上），獎勵3萬、6萬及9萬。

(2) 7-12月：高診次個案就醫次數比去年同期下降10%、15%、20%（至少10件以上），獎勵3萬、6萬及9萬。

4. 機構式安寧獎勵指標（半年指標）：

- (1) 符合安寧收案住民原床往生率比例不低於70%，即獎勵每家2.5萬元。
- (2) 符合安寧收案住民死亡前一年接受安寧照護的比例達50%，獎勵2.5萬元。
- (3) 前述2項指標：半年評估一次，分母個案年度累計。

(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：

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）：114 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 114Q1 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）：114 年與 113 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 114Q1 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 114Q1 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 114 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 114 年各該季，再比對 114 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。
- B. 方案乙實績值：首次用藥日期落於 114 年與 113 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。

(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 114 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 114 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 114 年 1 月 1 日至 12 月 31 日）。

(八)糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案（DKD）獎勵指標（新增）

1. 獎勵指標說明

(1) 指標 1（季指標）：DKD 收案人數獎勵

鼓勵醫院於病患同一次就診就完成糖尿病、初期慢性腎臟病二項疾病之個案管理，以同院所同 ID 申報醫令代碼前 3 碼 P70 作為收案人數，114 年每收案 1 人（申報 P70）獎勵 500 元。

舉例：

114Q1，DKD 收案 30 人，獎勵 500 元*30 人=15,000 元；

114Q2，DKD 收案 40 人，獎勵 500 元*（40-30）人=5,000 元。

(2) 指標 2（年指標）：DKD 收案率獎勵

A. 各院收案率至少需達 $\geq 70\%$ ，始得領取本項達標獎勵。

B. 達標獎勵：參與方案醫院按 113 年符合收案人數多寡分為 5 組，分別訂定達標獎勵金額

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. 達標獎勵依據各院收案率達成率計算，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）。

2. 定義：同院所同 ID 申報醫令代碼前 3 碼為 P14 及 P43，或 P70 之人數作為分母；分母病人中，申報醫令代碼前 3 碼為 P70 之人數作為分子計算 DKD 收案率。（計算至小數點第一位，四捨五入至整數）

(九)急性後期整合照護計畫（PAC）獎勵指標（季指標）（新增）

1. 醫學中心、區域醫院每下轉 1 件，獎勵 500 元。
2. 承作醫院每收案 1 人，獎勵 2,000 元。

(十)增聘醫師獎勵（新增）：

1. 增聘專任醫師獎勵：當季專任醫師人月數大於前一年同期專任醫師人月數獎勵 6 萬元。
2. 增聘支援醫師獎勵：當季醫師支援日數較前一年同期醫師支援日數增加，分階給予獎勵。支援日數依門診申報資料計算。

支援增加天數	獎勵金
0天<增加天數<5天	3,000元
5天<增加天數<10天	6,000元
10天<增加天數<30天	18,000元
30天<增加天數<60天	36,000元
60天<增加天數	54,000元

(十一)參與全人全社區照護計畫（新增）：114年參與該計畫且收案率大於50%或人數大於1,000人，獎勵10萬。