

114 年第 1 次「醫院總額東區共管會議」紀錄

時間：114 年 7 月 1 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（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、林玲珠、張菁育、鍾昀庭、
王巧雯

台灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院：莊永鑣、廖秀珪、李沂賢

台灣基督教門諾會醫療財團法人門諾壽豐分院：周奎學、湯盈瑄

國軍花蓮總醫院：詹正雄、呂紹琦、童郁玲、呂盈嫻、邱子芸

衛生福利部花蓮醫院：林彥雄、李玉芬、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*：簡以嘉、陳盈曳

臺北榮民總醫院玉里分院*：胡宗明、陳育群、平烈勇、李蔚新、許
禎如、于瑞霞、黃涵好

臺北榮民總醫院鳳林分院：（無）

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

衛生福利部臺東醫院*：王蘭福

衛生福利部臺東醫院成功分院*：王舒嫻

佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院*：黃慶祝、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*：馬堅毅、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、石惠文、江春桂、馮美芳、
陳珮毓、劉翠麗、鄭翠君、江曉倩、
黃寶萱、劉惠珠、林祉萱、鄭婷婷、
吳乙亭、李家銘、夏鳳雲、陳佳穎、
李姿蓉、黃婷婷、陳乙瑄、石惠文、
洪美榕、李建旻、朱雅筠、林定緯、
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2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、 113年第4季醫療服務品質資訊指標:18歲以下氣喘病人急診率，及指標:跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-前列腺肥大等2項，請各院加強管理。
- 二、 東區醫學中心、地區醫院之門診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：為響應健康臺灣888三高暨腎病防治計畫，本署持續推動糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(包含DM、early-CKD、DKD)，採品質支付服務模式，部分並規劃風險款獎勵，敬請配合加強個案收案照護。

決定：

- 一、 本年度第2季起於VPN院所資料交換區定期提供照護率，請自行擷取參閱。
- 二、 本組將於本年度第3季針對符合收案條件對象多者且收案率低於全國均值之醫院進行實地輔導。
- 三、 114年風險移撥款新增DKD、early-CKD獎勵指標，請將獎勵金分配予參與方案之醫師、個管師及團隊成員。

報告單位：中央健康保險署東區業務組

第五案

案由：本署業於113年5月6日公告「114年全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」，並自114年1月1日起實施，請醫院踴躍參加。

決定：請有意願參與本計畫之院所於申請截止日前向本組提出參與計畫書面申請，

並於VPN上傳收案名單(申請及上傳截止日為114年7月6日)；餘洽悉。

第六案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：本署於114年2月3日公告修訂全民健康保險在宅急症照護試辦計畫，並溯自114年1月1日起生效，請特約醫院踴躍參加，結合社區診所，提供病患在家治療的選擇。

決定：臺東縣衛生局訂於114年7月16日上午於台東基督教醫院辦理在宅急症照護計畫教育訓練，邀請各院共襄盛舉；餘洽悉。

第七案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：本署為改善讀卡機控制軟體5.0所面臨之各項問題，已版更至6.0，敬請輔導盡速版更。

決定：洽悉。

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113年即時上傳率醫院層級居全國各區之末，且未達全國平均值，其中檢驗(查)結果95%(全區97.8%)、醫療檢查影像94%(全區98%)；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：本署為抑制醫療資源不當耗用，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：113年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，請未達標醫院加強研擬對策、以落實雙向轉診；餘洽悉。

報告單位：中央健康保險署東區業務組

第十案

案由：有關民眾檢舉疑涉於網路上刊登請求代領他人藥物文章，疑有持健保卡替他人代領藥物等情事，為免有違法情事發生，轉請醫院配合宣導。

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：東區114年第1季醫院門診可避免住院率1.77%，高於去年同期值(113年第1季)1.69%，敬請可就說明所述面向研擬策略，降低病患可避免住院率。

決定：建議各院可併同本署各項試辦計畫，提升個案管理照護量能；餘洽悉。

臨時報告案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：本署近期新增電子轉診平台功能，可供非指定轉診之醫事機構查詢/下載病人近期他院電子轉診資訊，請轉知會員醫師知悉運用。

決定：為使院所掌握電子轉診資訊，電子轉診系統「單一 ID 快速查詢/處理」功能項下新增「個案近期他院電子轉診資訊」供查詢使用；餘洽悉。

參、討論事項

第一案

報告單位：衛生福利部玉里醫院

案由：因應泓安醫院停業導致之突發性政策安置病人，請貴署專案考量本院業務量成長，調整健保基期額度，提請討論。

說明：

一、背景說明：泓安醫院因未通過年度評鑑，經主管機關勒令停業。為維護病人照護不中斷，衛福部緊急協調全台醫療機構協助分擔安置作業，並由新北市政府衛生局與中央健保署共同規劃執行。本院本於公共衛生責任及政策配合立場，自 114 年 4 月起緊急收治原泓安醫院住民共計約 37 名，以持續提供穩定、完整之醫療服務。

二、問題與需求：

- (一) 政策性病人收治屬突發性，導致醫療業務量顯著增加：本次病人收治為因應中央政策之臨時性指派，非本院原預期或既定營運規劃，對人力、病床及醫療資源調配均造成明顯壓力。
- (二) 現行健保基期制度無法反映本次實際業務量變動：健保基期係依前一年度業務數據為依據核定，本案所增加業務量未能納入基期參考，恐影響本年度及未來年度之額度核撥與點值穩定性。
- (三) 建議方案與請求事項：將本院因政策性安置所新增之病人業務量，改納專案性基期核定計算，並針對突增之服務量，酌予調整本年度基期額度，避免點值不足或服務中斷風險。以保障本院永續提供穩定醫療服務之能力。

東區業務組意見：

- 一、部立玉里醫院配合政策收治泓安醫院病患，因該類病患需長期住院照護，為減少醫院衝擊，建議自收治泓安醫院病患之費用年月起算 1 年(114Q2~115Q1)，於計算自主管理方案點數時，該 37 名病患醫療費用全數排除計算(實際病患名單請部立玉里醫院確認後提供)。
- 二、因該 37 名病患費用未於基期扣除，爰 115Q2 起，基期已含相關費用，不另計算排除費用。

決議：

- 一、同意通過，自部立玉里收治泓安醫院病患之費用年月起算 1 年，於計算自主管理方案點數時排除該 37 名病患醫療費用，實際病患名單請部立玉里醫院確認後提供本組。

二、本組持續監控該 37 名病患實際醫療利用情形，並於下次共管會議提供各醫院參考，以了解收治他區精神病人對本轄整體醫療資源調配之影響。

第二案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：擬訂定東區醫療院所「專案管理」作業原則，提請討論。

說明：

一、依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」（以下稱審查辦法）第 30 條規定，保險人得就保險醫事服務機構醫療費用申報資料，分級分類進行檔案分析，檔案分析案源多數如下：

（一）專業審查醫藥專家審查意見。

（二）疑似不符醫療服務給付項目及支付標準規定、藥品給付規定或審查注意事項…等健保相關法規或臨床指引。

（三）檢舉案。

（四）東區分會移案。

二、針對上開案源進行檔案分析，依執行率、執行量、成長率、不符相關規定或臨床指引情形等面向，判定申報合理性，如發現異常樣態，即啟動專案管理。

三、為提高專案管理之效率，部分案件擬依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第 46 條規定略以「…保險人或其他機關訪查前，主動向保險人通報有申報不正確或向其他機關坦承等情事，並繳回應扣減（還）之相關費用者，得不適用第三十七條至第四十條之規定」，請院所辦理自清。

四、有關專案管理作業原則，擬訂如下：

（一）直接採行專案抽審：依異常案件量情形，採全審或部分案件抽樣審查。

（二）自清併抽審：

1. 提供資料通知院（所），請先行審視資料辦理自清。為避免公文往返，原則上以 e-mail 通知。
2. 比較各院（所）自清率，如有明顯低於同儕值或東區值，將自清率回饋給該院（所），並請再次檢視是否二次自清。
3. 不同意自清或二次自清後自清率仍明顯低於同儕值或東區值者，得依下列原則酌抽案件進行審核：

（1）門診：少於 10 件（含）全抽；大於 10 件，10 抽 1，至少抽 11 件

至多 100 件。

(2) 住診：少於 5 件（含）全抽；大於 5 件，5 抽 1，最少 6 件最多 30 件。

(三) 為節省雙方人力並考量審查量能，以上各項部分案件抽樣審查者，參考審查辦法第 22 條第 5 項之精神，以疑似異常案件群之隨機抽審專業審查結果，計算該群整體之核減費用。

決議：同意通過。

第三案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：為即時掌握轄區醫院醫療供給變化，請各醫院協助配合通報相關重大事項，以利整體資源調整與政策研議，提請討論。

說明：

- 一、各醫院有整建或其他不可抗力需大規模關閉病床，或有涉及申報結構改變之情形，如醫師或護理人員大量離職、或某疾病權威之執登醫師離職等，請通知東區業務組(免備文，通報方式不拘)，以利整體資源調度與管理。
- 二、因應「個別醫院總額」制度實施，本署持續監測各醫院 CMI、占床率、急診壅塞等情形；東區自主管理方案除保障剛性需求外，針對各層級醫院門、住診病人數增加、地區醫院門診醫師數增加、區域級以上醫院非精神科住院日數增加皆給予成長空間，鼓勵各醫院如常提供醫療服務、維持照護量能，確保民眾醫療需求獲得妥善因應。

決議：同意通過。

第四案

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、避免不當轉診(人球)，於方案增訂：倘本署接獲民眾申訴不當轉診或無故拒收急重難罕病人之情形，經調查釐清，並由東區共管會議認定為人球事件，扣減基期 0.1%。
- 二、為避免地區醫院持續萎縮，於方案增訂：未達階 1 的地區醫院(萎縮型)，其合理成長點數與基本核付點數之差額，優先填補核付率(預計核付點數/申報

點數)低於 0.9 之地區醫院，惟填補後核付率不高於 0.95。

三、刪除門、住診 PVA/MEA 回收金額之運用：原方案於超額分階折付後，依各院 PVA/MEA 實際金額回歸至該院，惟本署於 114 年起決議調整 PVA/MEA 回收金額分配方式，未分配予分區運用，自 114 年 Q1 起統一由本署醫務管理組規劃分配及結算事宜。

四、因應 ICD-10-CM/PCS 轉為 2023 年版及支付標準修訂及院所建議，修正重症照護操作型定義之診斷碼、處置碼及醫令如本方案附件二。

五、調整醫療品質指標核付方式，依指標達成比率計算品質指標金額，指標達成率若未達 80%，每 5%核扣實際醫療費用點數 0.12%；指標達成率若於 80% 以上，每 5%給付實際醫療費用點數 0.12%。

六、調整合理成長率之計算：

東區合理成長率(階一)主要以門診與住診人數增加、住診病人疾病嚴重度(CMI)等需求面指標作為評估依據，惟經觀察東區漸有醫療供給面不足之現象，包括地區醫院醫師人力不足、區域級以上醫院病房開床率下降等。因此 114 年起，針對醫療供給增加之醫院，於一階成長率中，除上述人數及疾病嚴重度增加外，再考量供給面情形，額外酌予增加成長額度，說明如下：

(一) 地區醫院之醫師人力部分，原規劃以「門診診次增加數」計算合理成長，惟實際計算發現「診次」缺乏客觀資料作為認定依據，擬改以季「門診申報醫師人日數」做為評估標的，若較去年同期增加，額外酌予增加成長額度，以 1.5%為上限。

(二) 區域級以上醫院住診部分，原規劃以「非精神科住診急性病床增加日數」計算合理成長率，惟為反映實際住院服務量，擬修正為「非精神科住院增加日數」，若較去年同期增加，額外酌予增加成長額度，以 1.5%為上限。

決議：

一、同意通過。修訂 114 年東區醫院總額自主管理方案如附件 1，並溯自 114 年第 1 季起依修訂方案計算。

二、有關 PVA/MEA 回收金額運用，同意配合政策調整。台東馬偕醫院提出應考量部分癌症或免疫疾病病人仍會使用該類藥品，為免影響該類病人就醫權益，本組將向署本部反饋建議。

第五案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：配合賴總統健康台灣計畫，促進健保永續，針對總統提出東區全區推動全人計畫一案，草擬本年度推動方式，提請討論。

說明：

一、背景：

- (一)總統表示花蓮秀林鄉全人照護表現優異，請本署研議規劃東區全區執行全人照護。
- (二)石署長日前邀集花蓮縣衛生局、花蓮慈濟醫院、本署醫務管理組及本組，研議東區全區執行全人照護之可行性。石署長表示：
 1. 健保整體財務分配規劃，係以人數及疾病嚴重度為方向，然東區人口逐年下降，將不利於未來分配。
 2. 若能配合總統所提東區全區執行全人照護，可以思考以現有預算為基礎，每年比照總額成長比率，匡列預算分配於東區，即可避免預算占比逐年下降之窘境。
 3. 全人照護花蓮已有試辦經驗，可以嘗試全縣辦理；台東部分，尚無經驗，可以先由 IDS 地區，先行試辦。
 4. 因影響層面較大，包含前端的預防保健、後端的長照以及健康促進，可以結合衛生局共同研議規劃。

二、本組規劃說明如下：

- (一)**推動小組：**擬於 114 年成立「東區全人照護推動小組」：邀請花蓮、台東衛生局推派副局長以上、17 家醫院推派院長或代表，及東區業務組組長共同組成推動小組。
- (二)**主責醫院：**擬邀請已有執行三年全人計畫經驗之花蓮慈濟醫院擔任主責醫院，協助撰擬規劃計畫書，並聘請人員負責此規劃案之相關文書作業。
- (三)**預算編列：**經洽本署醫務管理組，今（114）年度編有公務預算（目前暫估 3,000 萬）可以獎補助方式支應本計畫今年度之擬定及資料收集、分析、處理（包含家戶調查）等費用。明年度費用將以其他預算之「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」項下編列為主。【上述費用若有不足，本組擬規劃於風險款中編列相關費用支應；本方案規畫項目中，若與健康台灣深耕計畫重複部分，費用不重複支付】
- (四)**實施範圍：**今（114）年度擬先以花蓮縣全縣 13 鄉鎮，台東縣以 2 處 IDS 地區之鄉鎮進行規劃，之後再視執行情形推廣、修正。

(五) 計畫內容：建議先以秀林鄉全人模式進行規劃，其他鄉鎮原則上比照規劃辦理。

(六) 承作院所：

1. IDS 鄉鎮：各鄉鎮承作院所，以原 IDS 承作醫院優先，若有需要修改，可提推動小組會議討論，並請衛生局協調衛生所配合。
2. 非 IDS 鄉鎮市：暫以偏鄉認養醫院進行規劃（如附件），提請討論。後續若需要修改，可提推動小組會議討論。

(七) 總額因應：

1. 今（114）年部分：考量今年預算較為充裕，且「個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫」方正式上路，又本方案尚未實際執行，對於各醫院總額應尚無實質影響，故各醫院支付仍以本次共管會議決議方式辦理。
2. 後續部分：以推動小組會議討論結論辦理。暫規劃如下：擬參考 114 年自主管理方案內容，原則上不做大幅度修改；惟考量可能因為執行全人照護，進而減少醫療費用，造成整體預算剩餘，故擬優先針對各階折付後超過 1 點 1 元部分，參考計畫中各醫院於認養鄉鎮中執行之健康促進照護人數、指標達成情形等，進行剩餘預算之分配。

決議：

- 一、同意通過；由本組確認預算支應及計畫執行等相關行政流程。
- 二、依本案規劃組成東區全人計畫推動小組，預計於本年度 7 月中召開會議討論執行細節。

第六案

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獎勵指標增修案，提請討論。

說明：

一、修訂「提升醫療照護品質」獎勵指標：

- (一) 死亡前安寧利用率：調增獎勵金額。
- (二) 機構式安寧獎勵指標擴大涵蓋範圍，修訂為居家善終獎勵指標：為半年指標，包括機構善終及在宅善終：
 1. 機構善終：安寧收案者原床往生率達 75%以上，達標者依照護理人數區間獎勵 3 萬元至 10 萬元。
 2. 在宅善終：安寧收案者在宅往生率達 70%以上，達標者依照護理人數區

間獎勵 3 萬元至 10 萬元。

3. 前述 2 項指標：半年評估一次，分母個案年度累計。

(三) 新增氣喘獎勵收案指標：為半年指標，區分為基本獎勵及超標加碼獎勵，按符合收案人數共分 4 組，基本獎勵達標金額為 1 萬 5,000 元至 10 萬元，超標加碼獎勵金額為 1 萬元至 10 萬元。

二、修訂參與健保活動獎勵指標：增加獎勵項目及定義說明。

三、修訂 DAA 治療獎勵指標：調增獎勵金額。

四、修訂糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(DKD)獎勵指標：為協助醫院積極投入初期慢性腎臟病(1、2、3a 期)之疾病個案管理人力，新增 Early-CKD 獎勵指標(半年指標)，包含有基本獎勵、及顯著超越標準加碼獎勵，及較前一年進步獎勵。

(一) 基本獎勵：按 114 年度符合收案條件人數區分為 4 組，114 年 5 月照護率 $\geq 20\%$ 及 114 年 12 月 $\geq 35\%$ ，即可分別領取本項達標獎勵。

(二) 顯著超越標準加碼獎勵則是照護率達到 45%(含)以上，加碼獎勵 50,000 元；照護率達到 50%(含)以上，加碼獎勵 150,000 元；照護率達到 55%(含)以上，加碼獎勵 250,000 元。

(三) 進步獎：較前一年同期照護率增加 10%、20%、30%擇優獎勵 1 次，金額 2 萬至 7 萬 5,000 元。

五、修訂急性後期整合照護計畫(PAC)獎勵指標：因應衛生局及醫院建議調增下轉及收案金額，調增獎勵金額。

六、修訂參與全人全社區照護計畫獎勵指標：考量收案負荷，依本署派案人數依實際收案人數及占率，分階設定目標值及獎勵金額，金額由 10 萬元至 25 萬元。

七、新增審查品質精進獎勵指標：為提升醫院費用管理與案件申報品質、並獎勵醫院支持審查醫藥專家出席審查，特新增獎勵。

八、新增思覺失調症收案獎勵指標：訂有參與方案且收案大於 50%或收案人數大於 50 人，獎勵 10 萬元。為針對非固定就醫、久未就醫及新診斷收案，依照醫院該類病患人數分別訂有年度收案獎勵目標值，A 組 50%、B 組 70%、C 組 80%，達標獎勵金額 5 萬元至 20 萬元。

九、新增參與「癌藥事前審查-以電子病歷(FHIR)申請」獎勵指標：為鼓勵醫院參與，只要組成 FHIR 團隊參與實作並完成 1 件測試案件上傳通過資訊組檢核者，先獎勵 3 萬元，經本署認定可正式採用電子病歷申請事前審查者，再獎勵 7 萬元。

十、新增電子處方箋獎勵指標：為鼓勵醫院開立電子處方箋，響應節能減碳、

環境永續，設訂有開辦費 15 萬元，每家醫院於 VPN 完成電子處方箋申請作業，並至少開立 1 張電子處方箋，就核給 15 萬元。另訂有開立達標獎勵，大於等於 50 張就獎勵 2,500 元，大於等於 100 張就獎勵 5,000 元，以此類推，大於等於 500 張就獎勵 2 萬 5,000 元。本方案採年度計算；開辦費部分，若有領取其它政府計畫或補助，則不重複補助。

十一、新增在宅急症照護獎勵指標：鼓勵醫院參與全民健康保險在宅急症照護試辦計畫，訂定 3 項獎勵項目：

- (一) 醫院參加獎勵：只要加入計畫且自收或協助轉介成功至少 1 案，獎勵 2 萬元/家。
- (二) 開發場域獎勵：為鼓勵於 3 類場域均能規畫收案，各類場域有成功收案至少 1 案，即各類場域各獎勵 1 萬元，每家醫院最高 3 萬元。
- (三) 收案或轉介人數獎勵：無論自組團隊或參加團隊，依收案人數或轉介人數分別予以獎勵，依收案人數獎勵 1 萬至 6 萬元、依轉介人數獎勵 5,000 元至 3 萬元。
- (四) 本方案採年度結算，上述 3 種獎勵方案個別計算，可疊加獎勵。

十二、 本次增修獎勵指標內容，建議溯至 114Q2 起適用(業經 email 調查 17 家醫院皆表示同意)。

決議：同意通過，修訂 114 年風險移撥款_配合健保政策發展計畫如附件 2，並溯至 114Q2 起適用。

肆、散會：12 時 30 分

附件 1

114 年東區醫院總額自主管理方案

[114.7.1](#)

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。
- (3) 倘本署接獲民眾申訴不當轉診或無故拒收急重難罕病人之情形，經本組調查釐清，並由東區共管會議認定為人球事件，扣減基期 0.1%。

<u>當期</u>	<u>基期</u>
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、非精神科住院增加日數及住診 CMI 計算合理成長率 (C)。

(3) 地區醫院：

1. 門診：分精神科、非精神科之病人成長數及門診申報醫師增加人日數計算合理成長率 (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)

(4) 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%。

(5) 醫院超額成長率落在 0%~C、C~C+D、C+D~C+D×2、>C+D×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。

(6) 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。

(7) 未達階 1 的地區醫院，其合理成長點數與基本核付點數之差額，優先填補核付率(預計核付點數/申報點數)低於 0.9 之地區醫院，惟填補後核付率不高於 0.95。

七、當季經本方案計算後，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。

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：

- (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) 依指標達成比率計算品質指標金額，指標達成率若未達 80%，每 5% 核扣實際醫療費用點數 0.12%。指標達成率若於 80% 以上，每 5% 給付實際醫療費用點數 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

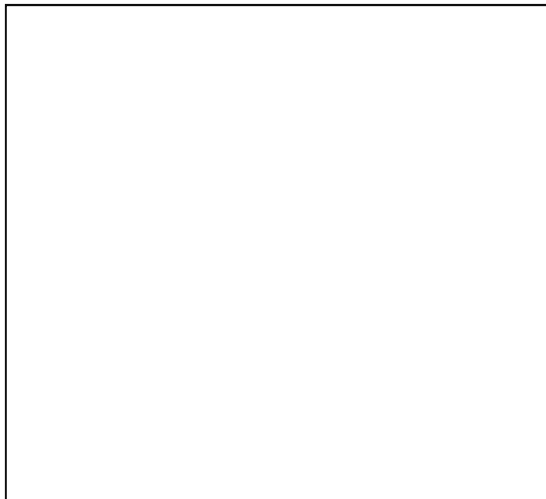
東區特約醫院附約一辦理「東區醫院總額自主管理方案」

- 一、 依東區醫院總額 114 年第 1 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	2. 6歲（含）以下由急診轉住院之病患。 3. 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。 4. 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；護理費醫令為03047E、03048F、03049G、 <u>03104E</u> 、 <u>03105F</u> 、 <u>03106G</u> ；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、 <u>P91.821</u> 、 <u>P91.822</u> 、 <u>P91.823</u> 、 <u>P91.829</u> 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。 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P07.01～P07.03、P07.14～P07.15、P05.01～P05.05、P05.11～P05.15（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
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、 <u>U07.0</u> （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。
急性心肌梗塞	住診：ICD10-CM主診斷為I2101~I229、 <u>I5A</u> 且執行PrimaryPCI醫令代碼為18020B、18021B、18022B、33076B、33077B、33078B之醫令點數
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 <u>68043B</u> 、69023B、69024B、69027B、69035B、69036B、69037B之醫令點數。
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、 <u>02UJ0JG</u> 、 <u>02UG0JE</u> 、 <u>024F07J</u> 、 <u>024F08J</u> 、 <u>024F0JJ</u> 、 <u>024F0KJ</u> 、 <u>02QF0ZJ</u> 、 <u>02QX0ZZ</u> 、 <u>02RF38N</u> 、 <u>02RF08N</u> 、 <u>02RG38Z</u> 、 <u>02RG38H</u> 、 <u>02RG3JH</u> 、 <u>02RG3JZ</u> 、 <u>02RJ38Z</u> 、 <u>02RF48Z</u> 、 <u>02RG48Z</u> 、 <u>02RJ48Z</u> 、 <u>02RF4JZ</u> 、 <u>02RG4JZ</u> 、 <u>02RJ4JZ</u> 、 <u>02UF0JZ</u> 且醫令代碼為68015B、68016B、68017B、 <u>68018B</u> 、 <u>68029B</u> 、69035B、68040B、 <u>68057B</u> 、 <u>68058B</u> 、 <u>68059B</u> 、 <u>69033B</u> 、TAVI特材(即特材給付規定代碼 <u>B102-8</u> 、 <u>B102-9</u>)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 <u>68011B</u> 、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(舊碼，暫維持擷取)、 <u>5A1522F</u> 、 <u>5A1522G</u> 、 <u>5A1522H</u> 、02HA0QZ、02HA3RZ、 <u>027035Z</u> 、 <u>027036Z</u> 、 <u>027037Z</u> 、 <u>02703EZ</u> 、 <u>02703FZ</u> 、 <u>02703GZ</u> 、 <u>027135Z</u> 、 <u>027136Z</u> 、 <u>027137Z</u> 、 <u>02713EZ</u> 、 <u>02713FZ</u> 、 <u>02713GZ</u> 、 <u>027235Z</u> 、 <u>027236Z</u> 、 <u>027237Z</u> 、 <u>02723EZ</u> 、 <u>02723FZ</u> 、 <u>02723GZ</u> 、 <u>027335Z</u> 、 <u>027336Z</u> 、 <u>027337Z</u> 、 <u>02733EZ</u> 、 <u>02733FZ</u> 、 <u>02733GZ</u> 、 <u>02HA3RJ</u> 、 <u>0270346</u> 、 <u>0270356</u> 、 <u>0270366</u> 、 <u>0270376</u> 、 <u>02703D6</u> 、 <u>02703E6</u> 、 <u>02703F6</u> 、 <u>02703G6</u> 、 <u>0271346</u> 、 <u>0271356</u> 、 <u>0271366</u> 、 <u>0271376</u> 、 <u>02713D6</u> 、 <u>02713E6</u> 、 <u>02713F6</u> 、 <u>02713G6</u> 、 <u>0272346</u> 、 <u>0272356</u> 、 <u>0272366</u> 、 <u>0272376</u> 、 <u>02723D6</u> 、 <u>02723E6</u> 、 <u>02723F6</u> 、 <u>02723G6</u> 、 <u>0273346</u> 、 <u>0273356</u> 、 <u>0273366</u> 、 <u>0273376</u> 、 <u>02733D6</u> 、 <u>02733E6</u> 、 <u>02733F6</u> 、 <u>02733G6</u> 、 <u>02HA0RJ</u> 、 <u>02HA0RZ</u> 、 <u>02HA0RS</u> 、 <u>02HA3RS</u> 、前四碼為02RW、02VW、04R0、04V0、 <u>02RX</u> 、 <u>X2RX</u> 、 <u>02VX</u> 、 <u>X2VW</u> 且醫令代碼為33079B、

重症項目	操作型定義
	47063B、68036B、68051B、68052B、 69024B 、 69036B 、 69037B 、 47089B 特材給付規定代碼B201-6、B206-8、 A220-3 、 A220-6 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	$B=\text{門診基期收入}/A2$
門診申報醫師增加人日數	$c=C1-C2$ C1：當季門診申報醫師人日數 C2：去年同季門診申報醫師人日數
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	$e=\text{住診基期收入}/D2$
非精神科住院增加日數	$f=F1-F2$ F1：當季非精神科住診住院日數 F2：去年同季非精神科住診住院日數 (擷取住診申報清單段 ACU_BED_DAYS + CHR_BED_DAYS)
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

114 年 6 月 23 日修訂

(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5萬元，較前一年安寧利用率每再增加1%加給2萬，最高獎勵以15萬為上限。

(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3萬元，較前一年安寧利用率每再增加1%加給2萬，最高以9萬為上限。

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. 居家善終獎勵指標（半年指標）

(1) 機構善終：安寧收案者「原床往生率達75%」，收案醫院獎勵如下：

- A. 照護人數1~10人，達標者獎勵3萬元。
- B. 照護人數11~50人，達標者獎勵6萬元。
- C. 照護人數51~100人，達標者獎勵8萬元。
- D. 照護人數 ≥ 101 人，達標者獎勵10萬元。

(2) 在宅善終：安寧收案者「在宅往生率達70%」，收案醫院獎勵如下：

- A. 照護人數1~10人，達標者獎勵每家3萬元。
- B. 照護人數11~50人，達標者獎勵6萬元。
- C. 照護人數51~100人，達標者獎勵8萬元。
- D. 照護人數 ≥ 101 人，達標者獎勵10萬元。

(3) 前述2項指標：半年評估一次，分母個案年度累計。

附件、提供113年安寧療護收案人數、分組供作參考

院所簡稱	指標 5-4(1)機構善終		指標 5-4(2)在宅善終	
	組別	113 收案人數	組別	113 收案人數
慈濟醫院	D	168	D	275
門諾醫院	C	70	D	111
台東馬偕	-	0	C	54
北榮玉里	B	15	C	90
台東基督教	B	12	B	35
關山慈濟	-	0	B	15
北榮鳳林	B	15	B	22
北榮台東	B	26	B	19
花蓮醫院	B	24	A	7
台東聖母	A	3	C	55

部東醫院	A	6	-	0
玉里醫院	A	7	-	0
玉里慈濟	113 年無收案人數		113 年無收案人數	
國軍花蓮				
門諾壽豐				
成功分院				
豐濱原住民				

備註：依113年機構安寧、安寧居家收案人數分組(含附設居護所)

5. 氣喘獎勵收案指標（半年指標）

(1) 指標1（半年指標）：基本獎勵

A. 以特約類別醫院層級之113年東區平均照護率36%及全國平均照護率45%為參考基準，並依同院就醫間隔90天之門診主次診斷為氣喘人數進行分組設定，A組>300人、B組為150-300人、C組為10-149人、D組為10人以下。

B. 達標獎勵分組：參與方案醫院按114年度符合收案條件人數區分為4組，分別訂定達標獎勵金額。

分組	符合收案人數	目標值		達標獎勵基本金額	
		6 月	12 月	6 月	12 月
A	300 人以上	36%	45%	100,000	100,000
B	151~300 人	36%	45%	60,000	60,000
C	11~150 人	40%	60%	30,000	30,000
D	1~10 人	50%	90%	15,000	15,000

※附件、達標獎勵分組

序	分組	院所簡稱	114 年 符合收案人數	指標 1_目標照護率	
				半年	全年
1	A	花蓮慈濟醫院	300 人以上	36%	45%
2	A	門諾醫院			
3	A	-			
4	B	台東馬偕醫院	151~300 人	36%	45%
5	B	北榮玉里分院			

6	B	-		40%	60%
7	C	國軍花蓮總醫院	11~150 人		
8	C	部立花蓮醫院			
9	C	門諾壽豐分院			
10	D	北榮鳳林分院	1~10 人	50%	90%
11	D	部花豐濱分院			
12	D	-			
13	D	-			

(2) 指標2 (年指標)：

超標加碼獎勵：按該院114年6月、12月照護率

組別	照護率 1	加碼獎金 1	照護率 2	加碼獎金 2
A	60%	50,000	65%	100,000
B	60%	30,000	65%	60,000
C	80%	20,000		
D	100%	10,000		

(六)參與健保活動

1. 醫院人員參與健保署(含分區業務組)之標竿學習、觀摩、分享會、教育訓練、研討會、座談會、記者會等活動，且有進行分享報告、講授、演講者，獎勵參與醫院10萬元；同一醫院、同一日、同一活動名稱，其獎勵以10萬為上限；惟經健保署或分區業務組指派者不在此限。
2. 醫院執行健保政策有成效而投稿期刊經刊登者，獎勵10萬元。
3. 經本組採認其他配合參與或協助辦理之健保活動，依另案簽准之獎勵計畫(含額度)內容辦理獎勵。

(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2,000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*2,000元=60,000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3,000元。舉例：健保醫院114Q1較去年同期比，增加15人，可獲15人*3,000元=45,000元。
- C. 以健保醫院為例，方案甲可獲60,000元，方案乙可獲45,000元，則健保醫院114Q1指標1獎勵，以方案甲計，可獲60,000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15萬元上限、B組12萬元上限、C組10萬元上限、D組6萬元上限、E組4萬元上限。
- 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15萬*90%=13.5萬元；B組醫院達成率120%，獎勵12萬元上限、C組醫院達成率70%，獎勵10萬*70%=7萬元。

(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2萬元、B組16,000元、C組12,000元、D組8,000元、E組5,000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）。

附件、治療目標數分組

序	組別	院所簡稱	指標 2 114 年 DAA 目標數	指標 3 114 年 DAA 中斷治療率目標
1	A	慈濟醫院	70	$\leq 5\%$
2	B	台東馬偕	53	$\leq 5\%$
3	B	國軍花蓮	41	$\leq 5\%$
4	C	門諾醫院	29	$\leq 5\%$
5	C	台東基督教	26	$\leq 5\%$
6	C	北榮玉里	23	$\leq 5\%$
7	D	部東醫院	17	$\leq 5\%$
8	D	關山慈濟	14	$\leq 5\%$
9	D	玉里醫院	12	$\leq 5\%$
10	D	玉里慈濟	10	$\leq 5\%$
11	E	北榮台東	6	$\leq 5\%$
12	E	台東聖母	6	$\leq 5\%$
13	E	花蓮醫院	5	$\leq 5\%$
14	E	門諾壽豐	4	$\leq 5\%$
15	E	成功分院	4	$\leq 5\%$
16	E	豐濱原住民	2	$\leq 5\%$
17	E	北榮鳳林	1	$\leq 5\%$

合計 323

(八)糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

1. DKD獎勵指標

(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）。

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）

2. Early-CKD獎勵指標

獎勵指標說明：為協助醫院積極投入初期慢性腎臟病（1、2、3a期）之疾病個案管理人力，以達鼓勵收案病患進行照護與衛教，對於114年度符合收案條件之病人，醫院收案並完成申報診療醫令代碼前3碼為P43或P70者，依Early-CKD收案照護率達成情形予以獎勵。

(1) 指標1 (半年指標)：基本獎勵

A. 以特約類別醫院層級之113年東區及全國平均照護率為參考基準，各醫院之114年5月照護率達到 $\geq 20\%$ 及114年12月達到 $\geq 35\%$ ，即可分別領取本項達標獎勵基本金額。

B. 達標獎勵分組：參與方案醫院按114年度符合收案條件人數區分為4組，分別訂定達標獎勵金額

分組	符合收案人數	達標獎勵基本金額
----	--------	----------

		半年	全年
A	3000 以上	100,000	300,000
B	1000~2999	75,000	225,000
C	500~999	50,000	150,000
D	499 以下	25,000	75,000

舉例：M 醫院符合收案人數 4,455 人屬 A 組，114 年 5 月 CKD 照護率 18.52%，114 年 12 月照護率 38.76%—獲得基本獎勵半年 0 元，全年獎勵 300,000 元，合計 300,000 元。

(2) 指標2（年指標）：以各醫院Early-CKD收案照護率114年終達成設定標準獎勵

A. 顯著超越標準加碼獎勵（以符合之最高區間認定）：按該院114年12月照護率

- 照護率達到 $\geq 45\%$ ，加碼獎勵50,000元；
- 照護率達到 $\geq 50\%$ ，加碼獎勵150,000元；
- 照護率達到 $\geq 55\%$ ，加碼獎勵250,000元。

B. 較前一年進步獎勵：該醫院114年6月或12月照護率任一個相較113年同期增加，依下列標準予對應之獎勵（不累加，114年擇優獎勵1次）

- 增加 $\geq 10\%$ ，獎勵 20,000 元；
- 增加 $\geq 20\%$ ，獎勵 50,000 元；
- 增加 $\geq 30\%$ ，獎勵 75,000 元。

C. 舉例：

Y醫院CKD照護率

113 年 6 月	114 年 6 月	增加	113 年 12 月	114 年 12 月	增加
12.97%	23.07%	10.1%	18.67%	45.07%	26.4%

獲超標加碼獎勵 50,000 元，進步獎勵（擇最高）75,000 元，合計 125,000 元。

(3) 若較113年該院照護率低（即退步）者，則審酌不予本項指標獎勵。

(4) 本項指標數據來源及定義：本署DA分析系統（代碼3442）

- 符合收案條件之初期慢性腎臟病人數作為分母；
- 收案照護管理人數為分母病人中，申報醫令代碼前3碼為P43或P70

之人數，作為分子；

C. Early-CKD收案照護率=分子/分母*100%（計算四捨五入至小數點後第2位）。

※附件、達標獎勵分組

序	分組	院所簡稱	114 年符合收案人數	指標 1_目標照護率	
				半年	全年
1	A	慈濟醫院	6,040	5 月 ≥ 20%	12 月 ≥ 35%
2	A	台東馬偕	4,591		
3	A	門諾醫院	4,121		
4	B	北榮玉里	2,228		
5	B	台東基督教	1,784		
6	B	國軍花蓮	1,147		
7	C	玉里慈濟醫	916		
8	C	花蓮醫院	831		
9	C	玉里醫院	725		
10	D	北榮台東	441		
11	D	部東醫院	441		
12	D	關山慈濟醫	300		
13	D	台東聖母醫	13		

※指標2進步獎勵部分：113年之同期照護率業分別於113年10月16日健保東醫字第1138701742號書函(6月)及114年3月31日健保東醫字第1148700586號書函(12月)函知個別醫院在案，請各院自行查閱。

(九)急性後期整合照護計畫（PAC）獎勵指標（季指標）

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

(十)增聘醫師獎勵

1. 增聘專任醫師獎勵：
 1. 當季專任西醫師執業登記人數大於前一年同期專任西醫師執業登記人數，即獎勵6萬元。
 2. 計算說明：擷取本署執業資料記錄檔，各院執業登記西醫師人數，其

執業異動別為核發，且執業狀況為開業或執業，且執業生效起日小於等於該季末月之末日，且執業生效迄日大於等於該季首月之首日。

3. 舉例：

- A醫師於甲醫院執業生效起日113/10/1，執業生效迄日114/1/1，可列計為當季專任醫師人數。
- B醫師於甲醫院執業生效起日114/3/31，執業生效迄日120/3/30，可列計為當季專任醫師人數。
- 則甲醫院Q1專任醫師人數，A醫師與B醫師皆採計。

2. 增聘支援醫師獎勵：

- (1)當季醫師支援日數較前一年同期醫師支援日數增加，依增加日數分階給予獎勵。
- (2)計算說明：擷取本署門診清單明細檢視表及執業資料記錄檔，勾稽各院當季申報資料之醫事人員身分證號與其執業登記院所資料。

支援增加日數	獎勵金
1-5日	3,000元
6-10日	6,000元
11-30日	18,000元
31-60日	36,000元
61日以上	54,000元

(十一) 參與全人全社區照護計畫

1. 第一階(派案人數500人以下)：實際收案人數比率 $\geq 50\%$ 者，即為達標，獎勵10萬元，若實際收案人數達下一階最低人數，適用下一階獎勵。
2. 第二階(派案人數501人至1,000人)：實際收案人數 $\geq 40\%$ 者，即為達標，獎勵12萬元，若實際收案人數達下一階最低人數，適用下一階獎勵。
3. 第三階(派案人數1,001至2,000人)：實際收案人數 $\geq 35\%$ 者，即為達標，獎勵16萬元，若實際收案人數達下一階最低人數，適用下一階獎勵。
4. 第四階(派案人數2,001至3,000人)：實際收案人數 $\geq 30\%$ 者，即為達標，獎勵22萬元，若實際收案人數達下一階最低人數，適用下一階獎勵。
5. 第五階(派案人數3,001以上)：實際收案人數 $\geq 25\%$ 者，即為達標，獎勵25萬元。

備註：收案率% = (實際收案人數 / 本署派案人數) * 100%

(十二) 審查品質精進獎勵

1. 審查品質獎勵：

- (1) 為加強專業審查，提升案件申報品質，促進醫院醫療費用管理，當爭議審議駁回率90%（含）以上或審畢評量同意率達85%（含）以上，給予參與審查之醫藥專家獎勵，獎勵標準參考醫院部門醫藥審查專家審查費之核付原則辦理。
- (2) 為鼓勵醫院支持審查醫藥專家出席審查，依各醫院所派審查醫藥專家出席率，給予獎勵（醫院獎勵費/年=審查醫師人數*出席人數占率*2000元）。

2. 審查醫藥專家推薦獎勵：

花東地處偏遠交通不便，院所不易聘任醫師，同時影響本區審查醫藥專家之聘任，特定科別甚至無審查醫藥專家；為鼓勵醫院推薦適當人選，針對審查人力較缺乏之科別，於新增聘任為本區審查醫藥專家並開始審查後，給予醫院獎勵金。

層級別	審查醫藥專家推薦科別 (原則每家醫院總審查醫藥專家人數)	獎勵金
醫學中心	14復健科（3位）、 AG內分泌科（3位）	50,000元/新增聘一位 審查醫藥專家
區域醫院、 地區醫院	2 內科（2位）、 9 耳鼻喉科（2位）、 10 眼科（2位）、 11 皮膚科（2位）、 22 急診科（2位）、 AA 消化科（2位）、 AE 風濕免疫科（2位）、 AF血液腫瘤科（2位）	50,000元/新增聘一位 審查醫藥專家

(十三) 思覺失調症收案獎勵指標（年指標）

1. 參與思覺失調症方案：114年參與該方案且個案類別3-8之個案收案率大於50%，或收案人數大於50人，獎勵10萬元。
2. 年度收案獎勵：
 - (1) 以112年及113年東區醫院層級非固定就醫、久未就醫及新診斷病人收

案率做為參考-112年A組醫院照護率35.86%、B組有參加醫院照護率均值66.29%、C組有參加醫院照護率均值64.04%;113年A組醫院照護率28.82%、B組有參加醫院照護率均值72.28%、C組有參加醫院照護率均值81.25%，考量醫院規模及應收案人數多寡等因素，114年度收案目標值：A組50%、B組70%、C組80%(如附表)

分母：應收案人數，個案類別屬非固定就醫、久未就醫之一般病人及高風險病人(個案類別屬3-6)。

分子：收案個案類別屬非固定就醫、久未就醫之一般病人及高風險病人，再加上新診斷之一般病人及高風險病人(個案類別3-8)，以鼓勵收新案。

- (2) 達標獎勵分組：參與醫院按114年度非固定就醫、久未就醫應收案人數區分為3組，分別訂定目標值及達標獎勵金額如下：

分組	應收案人數 (個案類別 3-6)	年度收案率目標值 (個案類別 3-8)	達標獎勵基本金額
A	301 人以上	50%	200,000
B	101~300 人	70%	150,000
C	100 人以下	80%	50,000

說明：

- A. 一般病人：個案類別 3-非固定就醫、個案類別 5-久未就醫、個案類別 7-新診斷
- B. 高風險病人：個案類別 4-非固定就醫、個案類別 6-久未就醫、個案類別 8-新診斷

分組	醫院	參與情形	應收案人數 (個案類別 3-6)	年度收案率目標值 (個案類別 3-8)	達標獎勵基本金額
A	北榮玉里	參與	301 人以上	50%	200,000
B	慈濟醫院	無	101~300 人	70%	150,000
	玉里醫院	參與			
	北榮台東	參與			
	門諾醫院	無			
	國軍花蓮	參與			
C	門諾壽豐	參與	100 人以下	80%	50,000
	北榮鳳林	參與			
	部東醫院	無			
	花蓮醫院	無			
	台東馬偕	無			
	台東基督教	參與			

(十四) 參與「癌藥事前審查-以電子病歷 (FHIR) 申請」獎勵

經本署認定可正式採用電子病歷申請事前審查者，每家醫院給予10萬元；另組成FHIR團隊參與實作並完成1件測試案件上傳通過資訊組檢核者，先獎勵3萬元，認定後再獎勵7萬元。

(十五)電子處方箋獎勵指標

1. 電子化藥品處方箋，係醫療院所透過FHIR格式，實現資料互通、即時交換特性，解決民眾因處方箋遺失須重開額外花費及符合EGS永續發展，提供便民領藥之模式。有意願提供此一領藥模式之醫院，可至本署全球資訊網查詢電子處方箋試辦「路徑：首頁/健保服務/健保醫療服務/電子處方箋(試辦)，圖一」或至健保資訊網服務系統(VPN)「路徑：首頁/下載專區/其他/服務項目/電子處方箋QRcode(試辦)，圖二」查閱相關文件，並至VPN「路徑：首頁/電子處方箋QRcode(試辦)，圖二」。
2. 為鼓勵醫院共同推動使用電子處方箋，以響應減碳、環境永續，獎勵機制如下：
 - (1) 開辦費：每家醫院於VPN完成電子處方箋申請作業，並至少開立1張電子處方箋，核給15萬元。
 - (2) 開立電子處方箋數達標獎勵(開立電子處方箋達標數，檢附開立費名冊)

電子處方箋達標數	獎勵金(元)
大於(含)50 張	2,500
大於(含)100 張	5,000
大於(含)250 張	12,500
大於(含)500 張	25,000

- (1) 本方案採年度計算；開辦費部分，若有領取其它政府計畫或補助，則不重複補助。

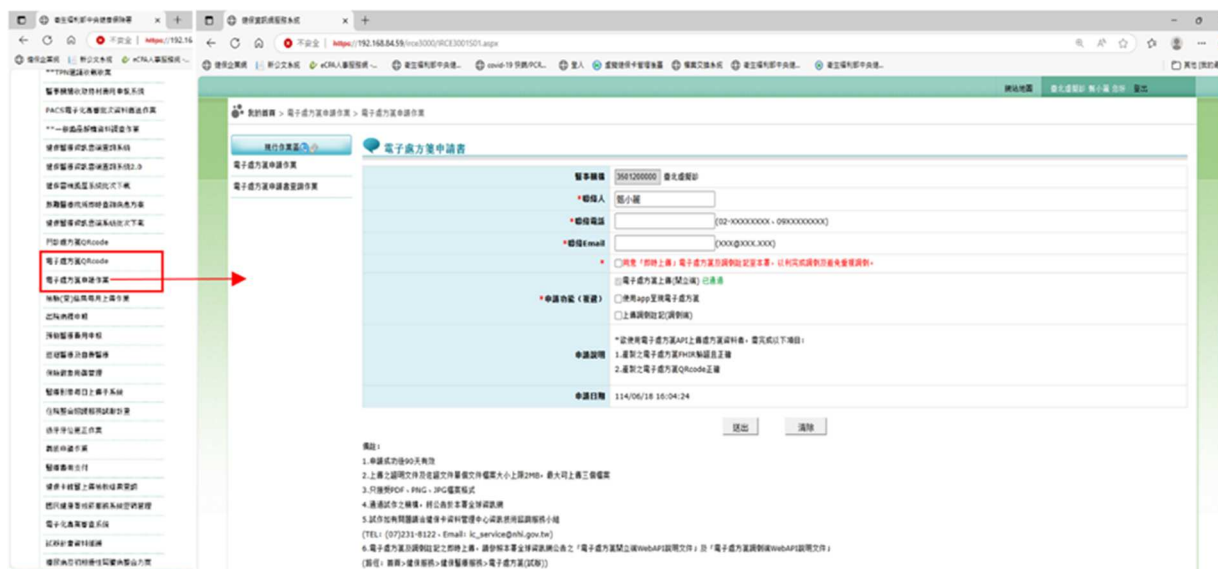
圖一、健保署全球資訊網-電子處方箋(試辦)資訊畫面



圖二、健保資訊網服務系統(VPN)下載專區可下載相關資訊



圖三、健保資訊網服務系統(VPN)申請畫面及路徑



(十六)在宅急症照護獎勵指標

為鼓勵醫院參與全民健康保險在宅急症照護試辦計畫，提升照護率，訂定下列3項獎勵項目。

1. 醫院參加獎勵：無論自組團隊，或參加其他團隊，只要有加入團隊且收案或協助轉介成功至少1案，即獎勵參加獎，每家2萬元。轉介部分限由診所收案者。
2. 開發場域獎勵：為鼓勵於3類場域均能夠規劃收案，各類場域有成功收案至少1案，即各類場域各獎勵1萬元，每家醫院最高3萬元。
3. 收案或轉介人數獎勵：無論自組團隊，或參加其他團隊

(1) 收案人數達成獎勵：

收案人數	獎勵額度
>2人	1萬
>5人	2萬
>10人	3萬
>15人	4萬
>20人	5萬
>30人	6萬

(2) 轉介人數達成獎勵(轉介部分限轉由診所收案者)：

轉介人數	獎勵額度
>2人	0.5萬

>5人	1.0萬
>10人	1.5萬
>15人	2.0萬
>20人	2.5萬
>30人	3.0萬

4. 本方案採年度結算，上述3個獎勵方案個別計算，可以疊加。