

## 114 年第 2 次「醫院總額東區共管會議」紀錄

時間：114 年 12 月 12 日（星期五）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、褚惠瑛、鍾昀庭、謝佩玲、王巧雯

台灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院：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：黃衍豪、湯盈瑄

國軍花蓮總醫院：呂紹琦、童郁玲、呂盈嫻、邱子芸

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：劉環霈

衛生福利部玉里醫院\*：陳盈曳

臺北榮民總醫院玉里分院\*：胡宗明、陳育群、平烈勇、邱雲、李蔚新、  
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、董延芯、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\*：王舒嫻

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\*：沈千慧、張寓鈴

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、王素惠、石惠文、江春桂、馮美芳、陳珮毓、鄭翠君、江曉倩、黃寶萱、劉惠珠、鄭婷婷、吳乙亭、夏鳳霽、陳佳穎、李姿蓉、黃婷婷、高慶翔、石惠文、劉寶云、洪美榕、李建旻、朱雅筠、黃國記、程中宜、高玉鈴、楊茂昆

主席：黃組長兆杰

紀錄：林社萱

## 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：114年第1次「醫院總額東區共管會議」會議紀錄確認。

決定：第1項因應部立玉里醫院安置泓安醫院37名病人，於計算自主管理方案時排除該項醫療費用，本組持續監控實際醫療利用情形，本案繼續列管。

### 第二案

報告單位：門諾醫院

案由：114年雲端查詢系統批次下載病人資料資訊安全查檢作業分享。

決定：洽悉。

### 第三案

報告單位：醫院醫療服務審查執行會東區分會

案由：醫院總額東區預算分配暨115年風險款報告。

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：醫院總額東區執行概況報告。

決定：

- 一、114年第2季醫療服務品質資訊指標：跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-前列腺肥大藥物(口服)及18歲以下氣喘病人急診率，請各院加強管理。
- 二、門診10項檢查驗於非合理區間內再次執行率，本次提供同院再執行醫令數予各院參考，請持續輔導院內醫師開立檢驗前確認再執行之合理性。

### 第五案

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：配合114年6月26日健保醫字第1140663143號修訂公告全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點，於醫院總額東區共管會議作業要點第三項新增「本會委員均為無給職，且不得具有民意代表身分(含代理人)」，於本次會議後公告，如附件1。

### 第六案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：健保醫療資訊雲端查詢系統1.0之批次下載、單一個案即時下載、主動提示功能及保險對象特定醫療資訊查詢等服務將自115年1月1日起停止服務。

決定：健保醫療資訊雲端查訊系統1.0之批次下載、單一個案即時下載Web service、提示功能Web service及保險對象特定醫療資訊查詢作業API等項目自115年1月1日0時起停止服務，請各院至雲端系統2.0相對應服務項目使用。相關使用手冊請至健保資訊網服務系統(VPN)/下載專區下載參考。

### 第七案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關「門診特定藥品重複用藥管理方案」請加強內部管理，減少健保資源浪費。  
決定：東區重複用藥核扣態樣，同院重複高於跨院重複，為減少院所重複處方用藥，請參考「重複用藥院內HIS系統檢核作業流程(114年10月16日版)」並強化系統性管理。

### 第八案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：為強化慢性病照護，本署自114年起將「三高防治888計畫」列為重要政策，敬請各醫院透過本署及國健署已實施之方案計畫，協力提升個案健康照護，本組並規劃於115年風險移撥款增列獎勵措施。

決定：

- 一、「三高防治888計畫」3個8定義為：「80%三高病患加入照護網」、「80%共照網病人接受生活習慣諮商」及「80%共照網病人達到三高控制」；醫院層級可參與相關照護或試辦方案有：DM、CKD、DKD、地區全人計畫、代謝防治計畫，以及醫院以病人為中心計畫等6項，餘洽悉。
- 二、有關生活型態評估量表已於健康存摺APP及家醫大平台上線，請多加運用以達年度獎勵目標值。

### 第九案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關東區114年重要工作計畫「控糖守腎-提升論質支付照護方案」，部分醫院在P4P—糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案表現優異，特此提出各疾病別名列前茅及今年值得鼓勵者，以促進院際交流。

決定：洽悉。

### 第十案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：虛擬健保卡的推動是健保署重要政策，請鼓勵醫事人員於IDS地區、遠距醫療、居家醫療、在宅急症、居家透析可使用虛擬健保卡看診服務。  
決定：虛擬健保卡訂有綁定獎勵金及申報指標獎勵金，於風險移撥款\_配合健保政策發

展計畫亦有提高獎勵額度，請多加推動以達獎勵標準。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：有關檢驗(查)結果及醫療檢查影像即時上傳，係為了配合健康台灣國家政策，亦依法規規定，務請醫院加強即時上傳。

決定：東區114年1-9月所有醫院即時上傳率居全國各區之末，也未達全國平均值，其中檢驗(查)結果東區96.5%(全國均值98.4%)、醫療檢查影像東區93.2%(全國均值98.1%)；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：本署為抑制醫療資源不當耗用，訂有管控指標，其中分級醫療非同體系區域級(含)以上醫院回轉率，請研擬對策、落實雙向轉診。

決定：114年抑制醫療資源不當耗用管控指標經全區評比，東區分級醫療指標未達標，區域級以上4家醫院114年與113年同期相比，僅台東馬偕1家正成長、其餘3家皆負成長，請區域級以上4家醫院並針對提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率加強研擬對策，與合作院所落實雙向轉診；餘洽悉。

#### **第十三案**

**報告單位：中央健康保險署東區業務組**

案由：出院轉銜服務是健保115年重點推動工作，有關本署兩項病人出院轉銜服務-出院後30日內接受醫療照護、出院後7個工作天內銜接長照2.0服務，請醫院優化服務流程，落實出院轉銜服務。

決定：請尚未達標醫院優化服務流程並加強收案，落實提供出院轉銜服務，餘洽悉。

#### **第十四案**

**報告單位：中央健康保險署東區業務組**

案由：有關思覺失調症醫療給付改善方案，請尚未參與方案醫院考量東區精神疾患特性，共同響應參與方案，提升照護品質。

決定：請符合資格但尚未參與方案之醫院共同響應參與；詳細方案內容及問答輯可至本署全球資訊網查詢下載（首頁>健保服務>健保醫療費用>醫療費用申報與給付>醫療費用支付>醫療給付改善方案專區>【疾病管理專區】>思覺失調症方案）；餘洽悉。

## 第十五案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：為提升安寧居家醫療照護品質，本組於114年風險移撥款\_配合健保政策發展計畫，新增居家善終獎勵指標，請各醫院積極配合辦理。

決定：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：115年東區醫院總額自主管理方案修訂案，提請討論。

說明：

- 一、115年仍保障位於醫缺地區且該鄉鎮唯一之醫院(即本方案之燈塔型醫院)基期不萎縮，115年基期計算方式如下：
  - (一)燈塔型醫院：以108年該院該季一般服務收入，乘上至114年間各年之非協商因素成長率及115年醫院總額醫療服務成本指數改變率(1.458%)，或比照非燈塔型醫院計算值，兩者擇優計算。
  - (二)非燈塔型醫院：各院各季以114年同期院所收入乘115年醫院總額醫療服務成本指數改變率作為一般服務基期。
  - (三)基期計算基準敘明不含PVA及風險移撥款之補付。
- 二、前次會議針對區域級以上醫院依「非精神科住院增加日數」給予合理成長率。為使醫院配置足夠護理人力維持住院品質，本項目研擬於115年起扣合「護理人員數」計算，倘護理人員數較同期增加，則本項目給予更多合理成長額度，反之則回調成長額度。
- 三、為達成本署「全民健康保險推動使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫」生物相似藥品醫令量占率達30%以上、癌症學名藥醫令量占率達70%以上之目標，於方案一醫療品質指標增列「生物相似性藥品暨癌症學名藥醫令量占率」(季指標，權重為1)，個別醫院當季申報計畫中「生物相似性藥品」醫令量占率達30%以上得0.5分、「癌症學名藥」醫令量占率達70%以上得0.5分。推動階段先列為獎勵性指標，有申報醫令之醫院皆可列入計算；後續將視執行狀況，評估列為一般指標，適用個別醫院季使用計畫所列成分之醫令數(含計畫所列成分及相對應原廠藥)佔東區10%以上者。
- 四、為配合本署推動「精進癌症精準照護計畫」，敦促醫院落實癌症管理，將癌症存活率之管理納入方案一醫療品質指標，115年新增指標「六癌別癌症病人第1年存活率」(年指標，權重為1)，以114年(113年度個案第1年存活率)為基準年

度，後與 115 年(114 年度個案第 1 年存活率)相比，高於自身值或全區同儕值，則為達成。推動階段先列為獎勵性指標，114 年度有六癌別癌症新病人之醫院(以重大傷病申請檔-醫事機構代碼認定)皆納入計算；後續將視執行狀況，評估列為一般指標，適用年度六癌別病人數加總大於 100 人以上之醫院。

決議：同意通過，修訂 115 年東區醫院總額自主管理方案，如附件 2。

## 第二案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：115 年風險移撥款「配合健保政策發展計畫」指標調整案，提請討論。

說明：

- 一、為鼓勵基層同仁執行健保政策業務，建議各院提撥至少 10% 獎勵金，激勵第一線工作同仁(不限職類)士氣。
- 二、115 年歸納計畫框架為五大類共 22 項，分為重要政策(6 項)、醫療給付改善暨疾病管理(6 項)、健保醫療計畫與服務(6 項)改善醫療耗用(3 項)及其他(1 項)，詳參修訂對照表。

三、本次調整說明如下：

(一)第一類「重要政策」：

1. 分級醫療：考量本署修正轉診支付標準(01034B-01038C、00192A、00193C)案、及調整抑制資源不當耗用改善方案指標，本項配合增修各層級醫院回轉及下轉件數獎勵、調升區域級(含)以上醫院回轉及下轉件數增加獎勵；刪除下轉關懷獎勵與回轉率獎勵。
2. 強化醫護量能：調升增聘專任醫師獎勵；新增增聘專任護理人員獎勵。
3. 新增健康台灣 888 之 2 項指標：三高病人納入共照網率(年指標)及共照網病人接受生活習慣諮商率(年指標)。

(二)第二類「醫療給付改善暨疾病管理」：

1. 新增糖尿病患眼底檢查獎勵(由提升糖尿病眼底檢查施行計畫轉型)，含達標獎勵、成長及維持優良獎勵；另鼓勵有量能之醫院至西醫基層提供眼底檢查外展服務，設有基本與達標獎勵。
2. 修改 DKD 獎勵及 Early-CKD 獎勵內容。
3. 酌修思覺失調症、氣喘及 DAA 治療獎勵文字。

(三)第三類「健保醫療計畫與服務」：

1.居家善終：調高獎勵金額。

2.出備個案轉銜醫療與長照：修正資料來源需長照司照管系統提供資料，考量獎勵實績值涉及長照司提供時程及院所陸續補上傳，故修正計算方式。

(四)第四類「改善醫療耗用」：調升避免重複檢查驗獎勵級距與額度，並新增再次執行同院醫令數，較去年同期下降之獎勵。

**決議：**同意通過，修訂 115 年風險移撥款「配合健保政策發展計畫」如附件 3。

**肆、散會：12 時 30 分**

## 附件 1

### 醫院總額東區共管會議作業要點

109/12/15 訂定

113/12/18 修訂

114/12/12 修訂

- 一、為協助衛生福利部中央健康保險署東區業務組有效合理分配東區醫院總額資源，以促進東區醫院共生共存及整體發展，特設「醫院總額東區共管會議」（以下簡稱本會）
- 二、本會任務如下：
  - (一)凝聚東區醫院共識，確保醫療服務品質與民眾就醫權益。
  - (二)規劃及執行東區醫院醫療費用共同管理模式。
  - (三)與西醫基層共同研訂門診醫療照護分工模式。
- 三、本會委員由東區業務組組長及東區各層級醫院院長共同組成，均為無給職，且不得具有民意代表身分(含代理人)；召集人由東區業務組組長與東區分會主任委員共同擔任(如主任委員不克出席，得另指定副主任委員擔任)。
- 四、為適時掌控各醫院申報概況，本會每年定期召開二次會議(如委員不克出席得指派具充分授權之代表人，代表人名單需於會前以書面通知東區業務組，可於通知書中載明代理期間)，檢討各院申報費用、管理指標、及品質指標等執行狀況。非經委員同意，不得停會。如有必要，得由召集人召開臨時會議。
  - (一)本會議事人數需達所有委員三分之二以上出席始得開議。
  - (二)議案決議方式，優先採共識決，若無法達成共識，以出席委員二分之一以上多數決。
  - (三)本會決議事項如有醫院違反者，由東區業務組及其他醫院共同制約。
- 五、任職前五年因其行為致有下列情形之一者，除暫緩執行外，不得擔任本會議代表或其代理人；任期中發生者，當然解任：
  - (一)經中央主管機關吊銷、撤銷、廢止醫事人員證書。
  - (二)經地方主管機關停業、廢止執業執照。
  - (三)經保險人依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法不予支付。前項規定，於行政處分執行完畢，未屆滿五年者，準用之。
- 六、本章程修改或廢止，以出席委員三分之二以上同意為之。

## 附件 2

### 115 年東區醫院總額自主管理方案

114.12

#### 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 115 年 1 月起至 115 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（114 年）間各年之非協商因素成長率及 115 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 115 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%。

當期	基期
115Q1 申報費用	納入 114Q1 結算之費用年月 114 年 1、2、3 月之一般服務收入
115Q2 申報費用	納入 114Q2 結算之費用年月 114 年 4、5、6 月之一般服務收入
115Q3 申報費用	納入 114Q3 結算之費用年月 114 年 7、8、9 月之一般服務收入
115Q4 申報費用	納入 114Q4 結算之費用年月 114 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，不含 PVA 及風險移撥款之補付。
- (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. 115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推動使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫以補付方式給付。

(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. 院所開立符合推動使用生物相似性藥品及學名藥之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及住診 CMI 計算合理成長

率(C);另以非精神科住院增加日數扣合護理人員數,額外酌予增加成長額度,以1.5%為上限。

(3) 地區醫院:

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);另以門診申報醫師增加人日數,額外酌予增加成長額度,以1.5%為上限;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 $0\% \sim C$ 、 $C \sim C+D$ 、 $C+D \sim C+D \times 2$ 、 $>C+D \times 2$ 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。

(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0.95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) 115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 113 年醫院自身季平均値（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。
- (7) 115 年新增指標「生物相似性藥品暨癌症學名藥醫令量占率」（季指標，權重為 1），個別醫院當季申報計畫中「生物相似性藥品」醫令量占率達

30%以上得 0.5 分、「癌症學名藥」醫令量占率達 70%以上得 0.5 分。推動階段先列為獎勵性指標，有申報醫令之醫院皆可列入計算；後續將視執行狀況，評估列為一般指標，適用個別醫院季使用計畫所列成分之醫令數(含計畫所列成分及相對應原廠藥)佔東區 10%以上者。

- (8) 115 年新增指標「六癌別癌症病人第 1 年存活率」(年指標，權重為 1)，醫院年度病人定義：擷取「重大傷病申請資料檔」，類別為癌症且主診斷碼符合六癌別之年度新病人(如下表)，院所別依申請醫事機構代碼認定。以 114 年(113 年度個案第 1 年存活率)為基準年度，後與 115 年(114 年度個案第 1 年存活率)相比，高於自身值或全區同儕值，則為達成。推動階段先列為獎勵性指標，114 年度有六癌別癌症新病人之醫院皆納入計算；後續將視執行狀況，評估列為一般指標，適用年度六癌別病人數加總大於 100 人以上之醫院。

癌症類別	細項	ICD-10
肺癌		主診斷前 3 碼 C33-C34
腸癌	直腸癌、結腸癌、肛門癌	主診斷前 3 碼 C18、C19-C20、C21
乳癌	男性乳癌、女性乳癌	主診斷前 3 碼 C50
肝癌	肝及肝內膽管癌	主診斷前 3 碼 C22
口腔癌	口腔癌、口咽癌、下咽癌、唇，口腔及咽之其他及分界不明部位之惡性腫瘤	主診斷前 3 碼 C00-C06、C09-C10、C12-C13、C14
子宮頸癌		主診斷前 3 碼 C53

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

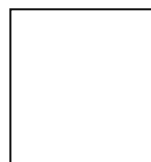
## 東區特約醫院附約—辦理「東區醫院總額自主管理方案」

- 一、依東區醫院總額 114 年第 2 次共管會議決議，針對 115 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、I5A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> 、024F07J、024F08J、024F0JJ、024F0KJ、02QF0ZJ、02QX0ZZ、 <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 B102-8、B102-9)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)、5A1522F、5A1522G、5A1522H、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> 、02HA3RJ、0270346、0270356、0270366、0270376、02703D6、02703E6、02703F6、02703G6、0271346、0271356、0271366、0271376、02713D6、02713E6、02713F6、02713G6、0272346、0272356、 <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、

重症項目	操作型定義
	04V0、 <u>02RX、X2RX、02VX、X2VW</u> 且醫令代碼為33079B、47063B、68036B、68051B、68052B、 <u>69024B、69036B、69037B、47089B</u> 特材給付規定代碼B201-6、B206-8、 <u>A220-3、A220-6</u> 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	$B=門診基期收入/A2$
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	$e=住診基期收入/D2$
非精神科住院增加日數	$f=(F1-F2)*(H1/H2)$ 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) 115 年起扣合護理人員數(當季有執業即計算人數)： H1：當季護理人員數 H2：去年同季護理人員數
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
25	門住	生物相似性藥品暨癌症學名藥醫令量占率	當季		1
26	門住	六癌別癌症病人第 1 年存活率	年		1

115 年風險移撥款「配合健保政策發展計畫」

114 年 12 月 12 日修訂

一、重要政策(5 項)

(一) 分級醫療

1. 各層級醫院每季回轉及下轉件數：每件獎勵 100 元。

◇ 註：排除同體系醫院；不適用中醫、牙醫轉診案件；限使用電子轉診平台。

2. 區域級(含)以上醫院每季回轉及下轉件數同期比：較去年同期比，每增加 1 件獎勵 2,000 元。

◇ 註：排除同體系醫院；不適用中醫、牙醫轉診案件；限使用電子轉診平台。

(二) 電子處方箋

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

(3) 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。

### (三) 虛擬健保卡

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。

### (四) 審查品質精進

#### 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

## (五) 強化醫護量能

### 1. 增聘專任醫護人力獎勵：

- (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，依增加人數分階獎勵。
- (2) 當季專任護理人員(含護理師與護士)執業登記人數，大於前一年同期專任護理人員(含護理師與護士)執業登記人數，依增加人數分階獎勵。

醫師增加人數	獎勵	護理增加人數	獎勵
1-2人	10萬	1-5人	10萬
3-4人	20萬	6-10人	20萬
5-6人	30萬	11-15人	30萬
7-8人	40萬	16-20人	40萬
9人(含)以上	50萬	21人(含)以上	50萬

- (3) 計算說明：擷取本署執業資料記錄檔，各院執業登記西醫師/護理師/護士人數，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。

### (4) 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

(六) 健康台灣 888

1. 為有效推動健康台灣 888 政策，風險款配合增訂指標：

(1) 指標 1(年指標)：三高病人納入共照網率

A. 鼓勵醫院於 DM、CKD、DKD、地區全人計畫、代謝防治計畫、醫院以病人為中心計畫收案之個案數，各院收案率至少需達 $\geq 40\%$ ，始得領取本項達標獎勵。

B. 達標獎勵：醫院按 114 年 1-9 月符合參與方案之收案人數多寡分為 5 組，分別訂定達標獎勵金額。

◇ A 組 20 萬元、B 組 16 萬元、C 組 12 萬元、D 組 8 萬元、E 組 4 萬元。

C. 三高病人納入共照網率=前述 6 方案收案個案/該院 114 年符合三高定義病人

◇ 分母：該醫院 114 年 1-9 月門診主(次)診斷符合任一三高疾病對應之診斷碼且同時申報相對應用藥。

◇ 分子：分母病人中，申報醫令代碼前 3 碼為 P14 或 P43 或 P70 或 P75 或醫院以病人為中心計畫收案之個案數或地區全人計畫收案之個案數。

序	分組	醫事機構名稱	115 年符合收案人數
1	A	慈濟醫院	15,089
2	B	台東馬偕	12,369
3	B	門諾醫院	7,868
4	C	北榮玉里	3,370
5	C	台東基督教	3,606
6	C	國軍花蓮	2,357
7	D	玉里慈濟醫	2,480
8	D	花蓮醫院	1,777
9	D	關山慈濟醫	1,789
10	D	部東醫院	1,573
11	D	北榮台東	1,228
12	E	成功分院	757

13	E	台東聖母醫	854
14	E	玉里醫院	806
15	E	北榮鳳林	489
16	E	門諾壽豐分	612
17	E	豐濱原住民	260

(2) 指標 2(年指標)：共照網病人接受生活習慣諮商率

- A. 鼓勵醫院於 DM、CKD、DKD、地區全人計畫、代謝防治計畫、醫院以病人為中心計畫收案之個案數，其接受生活習慣諮商率 $\geq 60\%$ ，始得領取本項達標獎勵。
- B. 達標獎勵：醫院按 114 年 1-9 月符合參與方案之收案人數多寡分為 5 組，分別訂定達標獎勵金額。
- ◇ A 組 20 萬元上限、B 組 16 萬元上限、C 組 12 萬元上限、D 組 8 萬元上限、E 組 4 萬元上限。
- C. 共照網病人接受生活習慣諮商率=前述 6 方案接受生活習慣諮商數 / 前述 6 方案收案個案
- ◇ 分母：該醫院 115 年於 DM、CKD、DKD、地區全人計畫、代謝防治計畫、醫院以病人為中心計畫收案之個案數。
- ◇ 分子：
- (a) DM、CKD、DKD、代謝防治計畫、醫院以病人為中心計畫最初收案時，需填寫收案資料表，若有被列為指標 1 的分子，其在指標 2 之分子、分母皆計算(即視為有接受生活習慣諮商)。

二、地區全人計畫有「生活型態評估量表」，評估量表由院所逐筆登入 VPN 或是透過健康存摺 APP 自行填寫「生活型態評估量表」，其指標 2 之分子係以「生活型態評估量表」是否有填寫來計算。**醫療給付改善暨疾病管理(6 項)**

### (一) DKD 獎勵

1. 獎勵指標說明：為鼓勵醫院積極投入對同時患有 DM 及 early-CKD 的病患同一次就醫時，同時提供 DM 及 early-CKD 兩種疾病之醫療服務及追蹤管理，提供整合性醫療服務，對於 115 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 P70 者，依糖尿病合併初期慢性腎臟病 (DKD) 收案達成情形予以獎勵(收案率以四捨五入計算至小數點第一位)。

## 2. 獎勵指標：

### (1) 指標 1(年指標)：基本獎勵

- ◇ 115 年 12 月照護率  $\geq 50\%$ ，即可分別領取本項達標獎勵基本金額。
- ◇ 達標獎勵分組：按 114 年 9 月符合收案人數區分為 4 組，分別訂定達標獎勵金額。

分組	符合收案人數	獎勵金額
A	499以上	50,000
B	301-499	25,000
C	101-300	15,000
D	1-100	5,000

### (2) 指標 2(半年指標：11506、11512 收案率)：進步獎

- ◇ 收案率較去年同期進步每增加 1%，獎勵 1 萬元，上限 10 萬元；收案率 100%，獎勵 10 萬元(擇優獎勵 1 次)。

### (3) 指標 3(年指標：11512 收案率)：加碼獎勵

- ◇ 醫院收案率-全國同層級醫院同期收案率均值  $\geq 1\%$ ，獎勵 1 萬元，每增加 1%，獎勵 1 萬元，上限 10 萬元；收案率 100%，獎勵 10 萬元(擇優獎勵 1 次)。

## 3. 本項指標數據來源及定義：本署 DA 分析系統(代碼 3431)

- (1) 分母：同院所同 ID 申報醫令代碼前 3 碼為 P14 及 P43，或 P70 之人數；
- (2) 分子：分母病人中，門診有申報醫令代碼前 3 碼為 P70 之人數；
- (3)  $DKD$  收案照護率 = 分子 / 分母 \* 100% (計算四捨五入至小數點後第 2 位)。

## (二) Early-CKD 獎勵

1. 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 115 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 114 年東區及全國平均照護率為參考基準，各醫院之 115 年 6 月照護率達到  $\geq 25\%$  及 115 年 12 月達到  $\geq 40\%$ ，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 115 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	80,000	160,000
B	1000~2999	60,000	120,000
C	500~999	40,000	80,000
D	499 以下	20,000	40,000

C. 舉例：M 醫院符合收案人數 4,455 人屬 A 組，115 年 6 月 CKD 照護率 18.52%，115 年 12 月照護率 40.76%—獲得基本獎勵半年 0 元，全年獎勵 160,000 元，合計 160,000 元。

(2) 指標 2(年指標)：以各醫院 Early-CKD 收案照護率 115 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 115 年 12 月照護率：

- a. 照護率達到  $\geq 45\%$ ，加碼獎勵 100,000 元；
- b. 照護率達到  $\geq 50\%$ ，加碼獎勵 200,000 元；
- c. 照護率達到  $\geq 65\%$ ，加碼獎勵 275,000 元(只 C 組適用)、225,000 元(只 D 組適用)。

B. 較前一年進步獎勵：該醫院 115 年 6 月或 12 月照護率任一個相較 114 年同期增加，依下列標準予對應之獎勵(不累加，115 年擇優獎勵 1 次)：

- a. 增加  $\geq 15\%$ ，獎勵 30,000 元；
- b. 增加  $\geq 25\%$ ，獎勵 80,000 元；
- c. 增加  $\geq 30\%$ ，獎勵 125,000 元。

C. 舉例：

Y 醫院屬 C 組，其 CKD 照護率

114 年 6 月	115 年 6 月	增加	114 年 12 月	115 年 12 月	增加
-----------	-----------	----	------------	------------	----

60.97%	76.07%	15.1%	70.67%	80.07%	9.4%
--------	--------	-------	--------	--------	------

◇ 獲超標加碼獎勵 275,000 元，進步獎勵(擇最高)30,000 元，  
合計 305,000 元。

- (3) 若當年 12 月照護率較前一年同期降低(即退步)達 10%以上者，則不予全年指標獎勵。
- (4) 本項指標數據來源及定義：本署 DA 分析系統(代碼 3442)
- A. 符合收案條件之初期慢性腎臟病人數作為分母；
- B. 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 (待 115 年更新)	指標 1_目標照護率	
				半年	全年
1	A	慈濟醫院	6,040	6 月 ≥ 25%	12 月 ≥ 40%
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	部東醫院	455		
11	D	北榮台東	441		
12	D	門諾壽豐分 (11405 加入)	309		
13	D	關山慈濟醫	300		
14	D	台東聖母醫	32		

◇ 指標 2 進步獎勵部分：114 年同期照護率(6 月)業於 114/9/1 以 E-mail 通知醫院窗口下載，預計於 115 年 2 月底前提供 114 年 12 月個別照護率給醫院知悉，請各院自行查閱。

### (三) 思覺失調症

1. 參與思覺失調症方案：當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) 採前 2 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，並考量醫院規模、應收案人數多寡及實際收案情形等因素，訂定當年度收案目標值：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：參與醫院按前一年度非固定就醫、久未就醫應收案人數區分為 3 組別，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

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。

(以下將依 115 年應收人數分組後提供各院參考)

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			
	門諾壽豐	參與			
C	北榮鳳林	參與	100 人以下	80%	50,000
	部東醫院	無			
	花蓮醫院	無			
	台東馬偕	無			
	台東基督教	參與			

(四) 氣喘獎勵

1. 指標 1(半年指標)：基本獎勵

- (1) 以特約類別醫院層級之前一年東區平均照護率及全國平均照護率為參考基準，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(115 年將依 114 年度數據分組後提供各院參考)。
- (2) 達標獎勵分組：參與方案醫院按前一年度符合收案條件人數分組，並分別訂定達標獎勵金額(115 年將依 114 年度數據分組後提供，以下為舊資料)。

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(115年將依114年度數據分組後提供，以下為舊資料)

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	-			
7	C	國軍花蓮總醫院	11~150 人	40%	60%
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：(115 年將依 114 年度數據分組後提供，以下為舊資料)

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		

組別	照護率 1	加碼獎金 1	照護率 2	加碼獎金 2
D	100%	10,000		

## (五) DAA 治療獎勵

### 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)：115 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 115Q1 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)：115 年與 114 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：健保醫院當年 115Q1 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 115Q1 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 115 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 115 年各該季，再比對 115 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 115 年與 114 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 115 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 115 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 115 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 2 115 年 DAA 目標數	指標 3 115 年 DAA 中斷治療率 目標
1	A	慈濟醫院	52	≤5%
2	B	台東馬偕	40	≤5%
3	B	國軍花蓮	20	≤5%
4	C	門諾醫院	21	≤5%
5	C	台東基督教	29	≤5%
6	C	北榮玉里	16	≤5%
7	D	部東醫院	12	≤5%
8	D	關山慈濟	12	≤5%

9	D	玉里醫院	14	$\leq 5\%$
10	D	玉里慈濟	6	$\leq 5\%$
11	E	北榮台東	3	$\leq 5\%$
12	E	台東聖母	4	$\leq 5\%$
13	E	花蓮醫院	4	$\leq 5\%$
14	E	門諾壽豐	3	$\leq 5\%$
15	E	成功分院	1	$\leq 5\%$
16	E	豐濱原住民	1	$\leq 5\%$
17	E	北榮鳳林	1	$\leq 5\%$
		合計	239	

#### (六) 糖尿病患眼底檢查獎勵

##### 1. 醫院糖尿病患眼底檢查或眼底彩色攝影執行率

##### (1) 達標獎勵(依據分母人數多寡分組)：

- A. 資料來源：全民健康保險醫療品質資訊公開網(DA 指標 1419)。
- ◇ 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。
  - ◇ 分子：分母 ID 中，在統計期間有執行眼底檢查或眼底彩色攝影檢查人數(分子全國跨院勾稽)。
- B. 醫院 Q1~Q2 執行率較去年同期高，或高於東區或全國同儕任一指標值。
- C. 醫院 Q1~Q4 執行率較去年同期高，或高於東區或全國同儕任一指標值。

醫院分組	達標獎勵	院所簡稱	年月(起)	年月(訖)	門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數	糖尿病病患眼底檢查或眼底彩色攝影執行率
A	150,000	慈濟醫院	11401	11409	9,550	39.91%
B	130,000	台東馬偕	11401	11409	6,688	38.55%
C	110,000	門諾醫院	11401	11409	4,633	42.76%
D	90,000	台東基督教	11401	11409	2,166	32.73%
D	90,000	北榮玉里	11401	11409	1,993	49.02%
D	90,000	玉里慈濟醫	11401	11409	1,500	22.67%
D	90,000	國軍花蓮	11401	11409	1,493	24.58%
E	70,000	花蓮醫院	11401	11409	1,109	36.43%
E	70,000	關山慈濟醫	11401	11409	1,035	18.84%
E	70,000	北榮台東	11401	11409	836	36.00%
E	70,000	部東醫院	11401	11409	832	23.80%
E	70,000	玉里醫院	11401	11409	711	77.36%
E	70,000	台東聖母醫	11401	11409	575	76.00%
F	50,000	門諾壽豐分	11401	11409	408	44.12%
F	50,000	北榮鳳林	11401	11409	293	26.28%
F	50,000	豐濱原住民	11401	11409	266	30.83%
F	50,000	成功分院	11401	11409	265	17.74%

(2) 成長及維持優良獎勵(適用資格者如下)：

- A. 醫院 Q1~Q4 執行率較去年同期高者，依下表獎勵。
- B. 醫院 Q1~Q4 執行率不低於去年同期，且高於東區或全國同儕任一指標值 $\geq 6\%$ 以上者為優良，則比照該組別「成長級距4」，予以獎勵。

組別	成長級距1	成長級距2	成長級距3	成長級距4
	未達2%	$\geq 2\%$ 且未達4%	$\geq 4\%$ 且未達6%	$\geq 6\%$ 以上
A	30,000	60,000	90,000	120,000
B	25,000	50,000	75,000	100,000
C	20,000	40,000	60,000	80,000
D	15,000	30,000	45,000	60,000
E	10,000	20,000	30,000	40,000
F	5,000	10,000	15,000	20,000

2. 醫院提供眼底檢查外展服務，提升西醫基層糖尿病患眼底檢查或眼底彩色攝影執行率

(1) 申請說明：

- A. 可自由參加，由有意願之醫院正式發函至本組申請，並經本組回函受理。
- B. 醫院與西醫基層合作原則：
  - ◇ 為本組指定合作名單。
  - ◇ 未包含於前項名單，醫院評估為有需求之西醫基層，報經本組同意者。
  - ◇ 西醫基層有意願積極配合且須完成案件申報(醫令代碼前五碼為 23501 或 23502 或 23702)。
- C. 1 家醫院可與多家西醫基層合作外展，惟 1 家西醫基層僅能選擇與 1 家醫院合作。
- D. 民眾可自由選擇接受外展醫院檢查、或自行於其他院所檢查。如查有限制民眾就醫情形，將依本署相關規定辦理。

(2) 外展獎勵：

- A. 基本獎勵：
  - ◇ 由醫院提供西醫基層眼底檢查外展服務，每場次檢查人數須達 25 人，獎勵 8,000 元。
  - ◇ 若單一場次未達 25 人，則依實際檢查人數比例調整基本獎勵，

例：檢查達 25 人或以上，可獲獎勵 8,000 元；若該場次檢查 10 人，則基本獎勵調整為 3,200 元(即 8000 元\*10 人/25 人)。

◇ 按西醫基層分母人數多寡，分組設定年度基本獎勵上限(不限制服務場次)。

◇ 每年 12 月底前須提供紀錄表，作為年度 Q4 結算核付依據。

B. 達標獎勵：

◇ 資料來源：全民健康保險醫療品質資訊公開網(DA 指標 1419)。

■ 分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。

■ 分子：分母 ID 中，在統計期間有執行眼底檢查或眼底彩色攝影檢查人數(分子全國跨院勾稽)。

◇ 該家西醫基層 Q1~Q4 執行率較去年同期高、或高於東區或全國同儕任一指標值時，即為達標。

◇ 累計各家西醫基層達標情形，計算提供外展醫院可獲達標獎勵總金額。

C. 西醫基層分組暨獎勵表(含年度基本獎勵上限與達標獎勵)：

西基分組	分母人數	基本獎勵上限	達標獎勵
A	≥1,001	120,000	95,000
B	801~1,000	100,000	80,000
C	601~800	80,000	65,000
D	401~600	60,000	50,000
E	201~400	40,000	35,000
F	≤200	20,000	20,000

花蓮縣西醫基層合作名單(排除分母小於 100 且執行率已達 50%)

序	西基組別	縣市別	院所簡稱	年月(起)	年月(訖)	門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數	糖尿病病患眼底檢查或眼底彩色攝影執行率
1	B	花蓮縣	張邦珍診所	11401	11409	983	20.24%
2	B	花蓮縣	國泰聯合診	11401	11409	823	25.52%
3	C	花蓮縣	北國泰聯合	11401	11409	714	20.59%
4	C	花蓮縣	中正診所	11401	11409	708	37.85%
5	D	花蓮縣	嘉光耳鼻喉	11401	11409	591	10.15%
6	D	花蓮縣	里安診所	11401	11409	514	15.95%
7	E	花蓮縣	張曉昇診所	11401	11409	387	18.60%
8	E	花蓮縣	信德診所	11401	11409	344	16.28%
9	E	花蓮縣	劉明謙診所	11401	11409	341	17.89%
10	E	花蓮縣	安和診所	11401	11409	333	26.73%
11	E	花蓮縣	禾心診所	11401	11409	312	21.15%
12	E	花蓮縣	葉日昇診所	11401	11409	283	15.55%
13	E	花蓮縣	劉國周診所	11401	11409	278	15.11%
14	E	花蓮縣	不老診所	11401	11409	257	12.06%
15	E	花蓮縣	全人診所	11401	11409	234	29.49%
16	E	花蓮縣	盧雲亮診所	11401	11409	217	17.97%
17	E	花蓮縣	黃外科診所	11401	11409	212	20.28%
18	E	花蓮縣	福田耳鼻喉	11401	11409	206	19.42%
19	E	花蓮縣	宏恩診所	11401	11409	201	41.29%
20	F	花蓮縣	南里安診所	11401	11409	198	14.14%
21	F	花蓮縣	柏仁診所	11401	11409	197	12.69%
22	F	花蓮縣	富原診所	11401	11409	197	21.32%
23	F	花蓮縣	吳文揚診所	11401	11409	191	17.28%
24	F	花蓮縣	哈比心診所	11401	11409	179	17.88%
25	F	花蓮縣	路加家庭醫	11401	11409	178	8.43%
26	F	花蓮縣	水源診所	11401	11409	169	14.20%
27	F	花蓮縣	宏卿診所	11401	11409	162	14.20%
28	F	花蓮縣	珍幸福診所	11401	11409	154	21.43%
29	F	花蓮縣	春天家醫	11401	11409	145	13.79%
30	F	花蓮縣	謝文億診所	11401	11409	143	13.99%
31	F	花蓮縣	奇美診所	11401	11409	124	41.13%
32	F	花蓮縣	嗎哪診所	11401	11409	118	29.66%
33	F	花蓮縣	展新診所	11401	11409	115	13.04%
34	F	花蓮縣	福康診所	11401	11409	113	15.04%
35	F	花蓮縣	啟光診所	11401	11409	112	16.96%
36	F	花蓮縣	張學淵診所	11401	11409	110	18.18%
37	F	花蓮縣	黃烈堂診所	11401	11409	108	25.00%
38	F	花蓮縣	至善診所	11401	11409	106	17.92%
39	F	花蓮縣	嵐軒診所	11401	11409	105	16.19%

臺東縣西醫基層合作名單(排除分母小於 100 且執行率已達 50%)

序	西基組別	縣市別	院所簡稱	年月(起)	年月(訖)	門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數	糖尿病病患眼底檢查或眼底彩色攝影執行率
1	A	臺東縣	黃信揚診所	11401	11409	1,119	39.05%
2	B	臺東縣	大溪診所	11401	11409	924	15.37%
3	C	臺東縣	太平診所	11401	11409	612	22.22%
4	D	臺東縣	李惠雄內科	11401	11409	449	39.42%
5	E	臺東縣	大慶家外診	11401	11409	294	22.11%
6	E	臺東縣	上林診所	11401	11409	290	28.28%
7	E	臺東縣	蔡明宏心臟	11401	11409	279	41.94%
8	E	臺東縣	東興內科診	11401	11409	245	25.71%
9	E	臺東縣	大安診所	11401	11409	242	8.26%
10	E	臺東縣	都蘭診所	11401	11409	240	37.08%
11	E	臺東縣	長濱診所	11401	11409	237	10.13%
12	E	臺東縣	路瑪診所	11401	11409	234	25.21%
13	E	臺東縣	張建中外科	11401	11409	234	8.12%
14	E	臺東縣	鹿名診所	11401	11409	206	18.93%
15	F	臺東縣	和意診所	11401	11409	189	16.40%
16	F	臺東縣	尤憲明內兒	11401	11409	155	39.35%
17	F	臺東縣	康健診所	11401	11409	153	18.95%
18	F	臺東縣	吳漢仁內科	11401	11409	128	9.38%
19	F	臺東縣	民安診所	11401	11409	114	18.42%
20	F	臺東縣	初鹿診所	11401	11409	111	7.21%
21	F	臺東縣	黃俊豪內科	11401	11409	108	9.26%
22	F	臺東縣	漢陽診所	11401	11409	106	13.21%

花東衛生所及榮家合作名單(排除分母小於 25 人或 IDS 地區)

序	西基組別	縣市別	院所簡稱	年月(起)	年月(訖)	門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數	糖尿病病患眼底檢查或眼底彩色攝影執行率
1	F	花蓮縣	花蓮衛生所	11401	11409	153	58.82%
2	E	花蓮縣	鳳林衛生所	11401	11409	378	59.26%
3	E	花蓮縣	新城衛生所	11401	11409	261	44.44%
4	F	花蓮縣	吉安衛生所	11401	11409	143	46.85%
5	E	花蓮縣	壽豐衛生所	11401	11409	209	40.67%
6	E	花蓮縣	光復衛生所	11401	11409	280	50.00%
7	E	花蓮縣	瑞穗衛生所	11401	11409	352	51.42%
8	F	花蓮縣	富里衛生所	11401	11409	140	40.71%
9	F	花蓮縣	花蓮榮家	11401	11409	91	14.29%
10	F	臺東縣	台東衛生所	11401	11409	102	13.73%
11	F	臺東縣	成功衛生所	11401	11409	156	25.00%
12	F	臺東縣	卑南衛生所	11401	11409	94	7.45%
13	F	臺東縣	大武衛生所	11401	11409	150	26.00%
14	F	臺東縣	太麻里衛生	11401	11409	104	46.15%
15	F	臺東縣	東河衛生所	11401	11409	136	36.76%
16	F	臺東縣	長濱衛生所	11401	11409	122	25.41%
17	F	臺東縣	鹿野衛生所	11401	11409	98	59.18%

### 三、健保醫療計畫與服務(6項)

#### (一) 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%

#### (二) 急性後期整合照護計畫(PAC)

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。

#### (三) 死亡前安寧利用率

1. 醫院前一年均值 $\geq$ 東區前一年均值：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. 醫院前一年均值 $<$ 東區前一年均值：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。

#### (四) 居家善終(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：
  - (1) 照護人數 1~10 人，達標者獎勵 3 萬元。
  - (2) 照護人數 11~50 人，達標者獎勵 6 萬元。
  - (3) 照護人數 51~100 人，達標者獎勵 9 萬元。
  - (4) 照護人數 $\geq 101$  人，達標者獎勵 12 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：

- (1) 照護人數 1~10 人，達標者獎勵每家 3 萬元。
- (2) 照護人數 11~50 人，達標者獎勵 6 萬元。
- (3) 照護人數 51~100 人，達標者獎勵 9 萬元。
- (4) 照護人數  $\geq 101$  人，達標者獎勵 12 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、提供前一年安寧療護收案人數、分組供作參考。

◇ 備註：依前一年機構安寧、安寧居家收案人數分組(含附設居護所)。(將依 114 年度醫院收案人數再行調整提供各院參考)

院所簡稱	指標機構善終		指標在宅善終	
	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				

#### (五) 在宅急症照護

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。

(六) 出備個案轉銜醫療與長照

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，且較自身前一年平均值進步每 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(每季至少 5 件)，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，5-500 件以下者為 2 萬元。

3. 本案資料來源需長照司照管系統提供資料，考量獎勵實績值涉及長照司提供時程及院所陸續補上傳，計算方式調整如下：

◇ 當年 Q1：以當年 Q1 與前一年 Q4 之數據合併計算。

◇ 當年 Q2：以當年 Q1、Q2 之數據合併計算。

◇ 當年 Q3：以當年 Q2、Q3 之數據合併計算。

◇ 當年 Q4：以當年 Q3、Q4 之數據合併計算。

4. 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。

#### 四、改善醫療耗用(3 項)

##### (一) 避免重複檢查驗

1. 指標 1：門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行同院醫令數，較去年同期下降，每減少 1 件醫令數，獎勵 500 元。

2. 指標 2：門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率(含同院及跨院)，較去年同期下降 0.2% 獎勵 2 萬元；再下降每達 0.2% 加計 2 萬元，最高獎勵 20 萬元；或再次執行率  $\leq$  當期全國同儕值且不高於自身去年同期，獎勵 10 萬元。

3. 指標 1 及指標 2 合併計算獎勵額度，每季每家醫院以 20 萬元為上限。

門診10項重點檢查 非合理區間內再次執行率 (含同院及跨院)	級距	下降	獎勵金額
	1	≤0.2	20,000
	2	≤0.4	40,000
	3	≤0.6	60,000
	4	≤0.8	80,000
	5	≤1.0	100,000
	6	≤1.2	120,000
	7	≤1.4	140,000
	8	≤1.6	160,000
	9	≤1.8	180,000
	10	≥1.81	200,000

(二) 高診次個案就醫改善

- 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。
- 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。

(三) 可避免住院率

1. Q1：較114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。

五、其他(1項)

(一) 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。