

115 年第 1 次「醫院總額東區共管會議」紀錄

時間：115 年 6 月 11 日（星期四）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*）

主席：林院長欣榮、黃組長兆杰

紀錄：林祉萱

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、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、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：彭忠珩、呂紹琦、童郁玲、呂盈嫻、邱子芸

衛生福利部花蓮醫院：林哲民、黎鈺珍

衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院：李玉芬、劉環霈

衛生福利部玉里醫院*：簡以嘉、蔡哲福、簡談玉珠

臺北榮民總醫院玉里分院*：胡宗明、平烈勇、邱雲、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、董延懋、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*：梁祐瑋

衛生福利部臺東醫院成功分院*：王仁聰

佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院*：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、廖惠如

中央健康保險署東區業務組：羅亦珍*、王素惠、馮美芳、陳珮毓、鄭翠君、劉翠麗、江曉倩、黃寶萱、劉惠珠、鄭婷婷、張詠瑄、吳乙亭、夏鳳霽、陳佳穎、李姿蓉、黃婷婷、高慶翔、吳柔燁、李柏彥、林定緯、石惠文、劉寶云、洪美榕、李建旻、朱雅筠、黃國記、程中宜、高婷瑀、楊茂昆

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：歷次會議決議事項辦理情形。

決定：洽悉；共7案皆解除列管。

第二案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：東區醫院總額執行概況報告。

決定：

一、有關「門診10項檢查驗於非合理區間內再次執行率」，指標擷取及定義補充說明，依據本署DA指標3347定義摘錄如下：

(一)資料範圍：門診。

(二)排除急診案件：排除案件分類為'02'。

(三)排除代辦案件。

(四)排除下列特定條件：

1. 『2014版ICD-10』歸併醫令代碼前5碼為電腦斷層(3307X)且主診斷為腦梗塞或腦出血案件(前3碼I60-I69、G45-G46)，『2023版ICD-10』歸併醫令代碼前5碼為電腦斷層(3307X)且主診斷為腦梗塞或腦出血案件(前3碼I60-I69、G45-G46，全碼P91821、P91822、P91823、P91829)。
2. 『2014版ICD-10』歸併醫令代碼前5碼為磁共振造影(3308X)且主診斷為腦梗塞案件(前3碼I63-I69、G45-G46)，『2023版ICD-10』歸併醫令代碼前5碼為磁共振造影(3308X)且主診斷為腦梗塞案件(前3碼I63-I69、G45-G46，全碼P91821、P91822、P91823、P91829)。

二、請持續輔導「再次執行且前次為同院」、「非同院再次執行且未調閱報告、影像」等情形，以降低於非合理區間內再次執行率。

三、114年第4季醫療服務品質資訊指標未達項目，其中「跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-前列腺肥大藥物(口服)」，請各院加強管理。

第三案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：請各院加強推動「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」，降低對原廠藥之集中使用，以提升藥品供應韌性。

決定：請申報金額達一定規模之醫院優先使用生物相似性藥品及學名藥，以達計畫目標。

第四案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：「健保卡上傳率輔導作業」原將於115年4月1日起恢復執行，惟考量程式調整需時，目前輔導階段，相關指標微調詳如說明，請協助輔導會員進行自主管理，以免違規受罰。

決定：本署於VPN提供健保卡上傳率相關指標報表查閱功能，請各院持續加強健保卡資料上傳完整性及即時性，餘洽悉

第五案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關重大傷病申請案，請各院主動協助符合重大傷病範圍之個案，代辦申請重大傷病證明，並以VPN傳輸審查文件。

決定：如有經診斷評估符合重大傷病範圍之個案，請醫院主動告知由醫院端利用電子化傳輸代為送件申請，盡量避免民眾親自送件，以達省時便民效益；餘洽悉。

第六案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：為推動「健康台灣-三高防治888」、鼓勵醫院加入「全民健康保險高血壓醫療給付改善方案」計畫，並鼓勵民眾定期於健康存摺填寫「生活型態評估量表」，透過即時評估結果清楚改善方向，進行自主健康管理。

決定：洽悉。

第七案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：響應健康台灣「三高防治888計畫」已為本署全國性重要政策，為協助民眾自我健康管理，改善慢性病狀況，本組115年已制定獎勵措施，敬請各醫院持續著力於已實施之相關照護網方案計畫，以早期發現、及早介入減少對健康影響，並協力提升個案檢驗數據收載。

決定：

一、更正會議資料說明三表格：

(一)現行共照網包括本署及國健署共計7項照護或試辦方案：其中的6項醫院層級可參與。

全部7項	醫院層級 適用項目	特約類別		
		醫中	區域	地區
DM、CKD、DKD	√(1)(2)(3)	全	部	不 限
地區全人計畫	√(4)			僅地區可
代謝防治計畫	√(5)	全部不限(收案上限1千人)		
醫院以病人為中心計畫	√(6)	全	部	不 限
家醫計畫	X	不適用		

註1：地區醫院須留意：地區全人計畫與代謝防治計畫收案對象不能重複

註 2：為提升照護涵蓋率，115 年度將擴增共照網(如中醫三高病人加強照護方案等)

二、現行醫院層級可參與共照網方案有：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等6項，請醫院共同參與，並指導民眾透過健康存摺APP填寫生活型態評估量表，提高東區生活習慣諮商率；如個案有生理量測數據，請向醫師及照護團隊宣導可多加上傳，以達計畫政策目標；餘洽悉。

第八案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：本署公告修訂「全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案」（簡稱OPAT方案），請醫院鼓勵醫師配合辦理。

決定：洽悉。

第九案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：本署推動數位醫療轉型-事前審查以電子病歷申請（FHIR），包含癌藥及免疫製劑等藥品，鼓勵醫院參與及逐步拓展各面向，並期許醫院辦理自主事前審查，以優化對民眾提供之醫療服務。

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、計算基準調整：

(一)使用 CAR-T(藥品給付規定 9.103.Tisagenlecleucel 成分，ATC 代碼 L01XL04)藥品，醫令點數排除於計算基準及基期。

(二)扣合住診服務量能調整機制：

1. 強化「結果面」管理，確保住院服務量能未因個別總額制度出現怠工、限縮住院病床使用等情形，倘區域以上醫院住院人數、住院人日較去年同期負成長分別超過-2%及-7%、且當季門住診申報一般服務點數較基期成長，請該院至共管會議說明原因，必要時依會議決議下修該院基期。
2. 關床或擴床(供給面)：考量東區 17 家醫院地理位置、規模及性質

差異甚大，關床或擴床之基期調整尚難訂定一致性原則，因此擬採醫院來函申請，或必要時由本組審酌醫院情形研擬調整規劃，並提案至共管會議討論通過後實施，以確保預算管控、區域平衡及住院品質，說明如下：

- (1) 關床：經評估東區醫院若需關床，多為醫事人員不足造成，且 114 年均無因方案而被核扣情形；惟倘發現關床致住診過度降低且門診衝量等情形，應審酌調降基期。
- (2) 擴床：針對擴床之醫院評估現行病床利用率(佔床率)、區域分布及護理人力配置(護病比)等，可視擴床合理性調升基期。

二、115 年起醫院總額自一般服務預算先移列 12,550 百萬點支應全署「0-6 歲」兒童醫療費用，東區方案調整因應如下：

- (一) 配合署本部規劃及維持醫院兒童醫療量能，擬將「0-6 歲兒童門、住診一般服務案件成長點數」，列為基本核付點數保障。
- (二) 因應 0-6 歲預算先保留，擬修正可分配額度計算方式，使階 2~階 4「超額分階折付級距(D)」反映「非 0-6 歲」可用預算。
 1. 115 年醫院總額各季分區可分配額度(A)=「非 0-6 歲」分區預算預估數*(1-保留率)
 2. 分區剩餘可使用額度占率(B1)=(分區可分配額度(A)-剛性需求-政策鼓勵)/(基期收入-當季「0-6 歲」一般服務點數)
 3. 超額分階折付級距(D)=(B1)+2%。

三、剛性需求調整：

- (一) 因 0-6 歲醫療費用成長點數已先列為基本核付保障，後續剛性需求計算排除所有 0-6 歲案件，一併刪除急重症-嬰幼兒相關保障項目 3 項，包含急症-6 歲以下急診轉住院案件、重症-體重低於 1499 公克之極端未熟兒與早產兒、1 歲以下幼兒及新生兒呼吸疾病。
- (二) 新增「門診靜脈抗生素治療獎勵方案(OPAT)」，保障當季申報之醫令點數。

四、品質指標調整：

因健保藥價調整及品項持續增加，預期整體藥費呈增長趨勢，依 115 年第 2 次醫院研商會議資料，115Q1 全區門診整體藥費較同期成長 8.7%、住診成長 5.6%，爰規劃刪除「藥品費用成長率」及「每人平均藥費成長率」等 2 項指標。

五、因 115Q1 費用尚未核定，前揭各項調整自 115Q1 起實施。

六、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，前次會議決議 115 年度新增醫療品質指標「六癌別癌症病人第 1 年存活率」(年指標)，推動階段先列為獎勵性指標，截至 115 年 2 月數據如附表。

(一) 東區 114 年度六癌別新病人計 1472 人，依本署最新 BI 資料，已統計至 114 年 2 月新病人(213 名)第 1 年存活人數(147 人)，存活率 69.0%。

(二) 承上，統計相同區間全區六癌別病人存活率 78.9%，明顯高於東區。

(三) 依本指標所訂達成條件：「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。」目前達標醫院 5 家(仍會依 115 年 3-12 月存活人數異動，以 115 年完整資料為判斷達標依據)，請各院持續精進癌症照護。

決議：同意通過，修訂 115 年東區醫院總額自主管理方案，並溯自 115Q1 起實施，如討一附件。

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」第一類重要政策第四項「審查品質精進獎勵」調整案，提請討論。

說明：

一、東區地處偏遠、交通不便，影響審查醫藥專家之聘任，部分特定科別甚至缺乏審查醫藥專家。為鼓勵醫院推薦適當人選，針對審查人力較為不足之科別，凡新增聘任為本區審查醫藥專家並開始執行審查者，擬提供醫院獎勵金。

二、本案經審查分會反映並由本組評估眼科審查醫藥專家之審查時數後，擬於醫學中心層級之推薦科別中，新增眼科為獎勵範圍，以充實審查人力。

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」第一類重要政策第四項「審查品質精進獎勵」，並溯自 115Q1 起實施，如討二附件。

115 年東區醫院總額自主管理方案

115.06

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：

- (一)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。
- (二)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。
- (三)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：

- (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，不含 PVA 及風險移撥款之補付。
- (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)。

(四)使用 CAR-T(藥品給付規定 9.103.Tisagenlecleucel 成分，ATC 代碼 L01XL04)藥品，排除於計算基準及基期收入。

(五)扣合住診服務量能調整機制：

1. 強化「結果面」管理，確保住院服務量能未因個別總額制度出現怠工、限縮住院病床使用等情形，倘區域以上醫院住院人數、住院人日較去年同期負成長分別超過-2%及-7%、且當季門住診申報一般服務點數較基期成長，請該院至共管會議說明原因，必要時依會議決議下修該院基期。
2. 關床或擴床(供給面)：考量各院地理位置、規模及性質差異，採醫院來函申請，或必要時由本組審酌醫院情形研擬調整機制，並提案至共管會議討論通過後實施，以確保預算管控、區域平衡及住院品質，說明如下：
 - (1) 關床：倘發現關床致住診過度降低且門診衝量等情形，應審酌調降基期。
 - (2) 擴床：針對擴床之醫院評估現行病床利用率(佔床率)、區域分布及護理人力配置(護病比)等，可視擴床合理性調升基期。

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+0-6 歲一般服務成長點數+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、代檢 (01 案件) 及 OPAT 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. 各層級醫院急症分級照護項目如下表：

(1) 當期分級照護費 > 基期分級照護費之醫院。

(2) 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) = 【「非 0-6 歲」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)。

5. 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。

6. 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。

7. 門診靜脈抗生素治療獎勵方案(OPAT)：保障當季申報之醫令點數。

五、政策鼓勵：

(一)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。

(二)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：

(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 \div 基期收入。

(三)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。

(四)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）。
3. 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-當季「0-6 歲」一般服務點數）（取整數%），超額分階折付級距（D）=（B1）+2%。
4. 醫院超額成長率落在 0%~C、C~C+D、C+D~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。

5. 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。
 6. 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：

- (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 12 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)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。
- (六)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：

- (一)各項品質指標值（除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。
- (二)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。
- (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。

(七)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。

(八)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

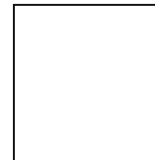
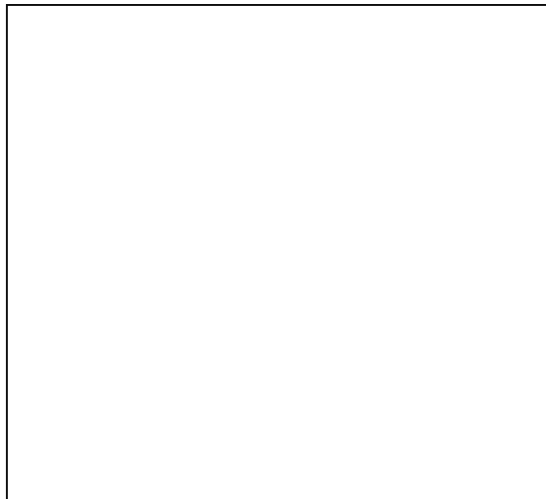
東區特約醫院附約一辦理「東區醫院總額自主管理方案」

- 一、依東區醫院總額 115 年第 1 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(排除 0-6 歲案件)

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. 大於 6 歲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。 2. 排除不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記為 9 之案件；大於 6 歲案件為生日 (BIRTHDAY)~申報起日(APPL_S_DATE)相差日數>2192 日。

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、03104E、03105F、03106G；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、P91.821、P91.822、P91.823、P91.829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
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68043B、69023B、69024B、69027B、69035B、69036B、69037B之醫令

重症項目	操作型定義
	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、02UJ0JG、02UG0JE、024F07J、024F08J、024F0JJ、024F0KJ、02QF0ZJ、02QX0ZZ、02RF38N、02RF08N、02RG38Z、02RG38H、02RG3JH、02RG3JZ、02RJ38Z、02RF48Z、02RG48Z、02RJ48Z、02RF4JZ、02RG4JZ、02RJ4JZ、02UF0JZ且醫令代碼為68015B、68016B、68017B、68018B、68029B、69035B、68040B、68057B、68058B、68059B、69033B、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68011B、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、027035Z、027036Z、027037Z、02703EZ、02703FZ、02703GZ、027135Z、027136Z、027137Z、02713EZ、02713FZ、02713GZ、027235Z、027236Z、027237Z、02723EZ、02723FZ、02723GZ、027335Z、027336Z、027337Z、02733EZ、02733FZ、02733GZ、02HA3RJ、0270346、0270356、0270366、0270376、02703D6、02703E6、02703F6、02703G6、0271346、0271356、0271366、0271376、02713D6、02713E6、02713F6、02713G6、0272346、0272356、0272366、0272376、02723D6、02723E6、02723F6、02723G6、0273346、0273356、0273366、0273376、02733D6、02733E6、02733F6、02733G6、02HA0RJ、02HA0RZ、02HA0RS、02HA3RS、前四碼為02RW、02VW、04R0、04V0、02RX、X2RX、02VX、X2VW且醫令代碼為33079B、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	$B=門診基期收入/A2$
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	健保雲端系統使用查詢比率	季	2134、2137	1
20	門	新六項藥品用藥日數重疊率	季	2480、2482 2484、2486 2488、2490	1
21	門	10 項檢查(驗)再次執行率	當季		1
22	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
23	門住	生物相似性藥品暨癌症學名藥醫令量占率	當季		1
24	門住	六癌別癌症病人第 1 年存活率	年		1

討二附件

115 年風險移撥款「配合健保政策發展計畫」

第一類重要政策第四項「審查品質精進獎勵」修訂對照表

修正指標	現行指標(114.12.12 修)																		
一、重要政策	一、重要政策																		
<p>(四) <u>審查品質精進</u></p> <p>1. 審查品質獎勵：</p> <p>(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。</p> <p>(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)。</p> <p>2. 審查醫藥專家推薦獎勵：</p> <p>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。</p>	<p>(四) <u>審查品質精進</u></p> <p>1. 審查品質獎勵：</p> <p>(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。</p> <p>(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)。</p> <p>2. 審查醫藥專家推薦獎勵：</p> <p>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。</p>																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="156 1491 284 1592">層級別</th> <th data-bbox="284 1491 579 1592">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)</th> <th data-bbox="579 1491 807 1592">獎勵金</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="156 1592 284 1671">醫學中心</td> <td data-bbox="284 1592 579 1671">14復健科(3位)、AG內分泌科(3位)、10眼科(3位)</td> <td data-bbox="579 1592 807 1671">50,000 元 / 新增聘一位審查醫藥專家</td> </tr> <tr> <td data-bbox="156 1671 284 1870">區域醫院、地區醫院</td> <td data-bbox="284 1671 579 1870">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)</td> <td data-bbox="579 1671 807 1870">50,000 元 / 新增聘一位審查醫藥專家</td> </tr> </tbody> </table>	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)、10眼科(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	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="839 1491 967 1592">層級別</th> <th data-bbox="967 1491 1262 1592">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)</th> <th data-bbox="1262 1491 1490 1592">獎勵金</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="839 1592 967 1671">醫學中心</td> <td data-bbox="967 1592 1262 1671">14復健科(3位)、AG內分泌科(3位)</td> <td data-bbox="1262 1592 1490 1671">50,000 元 / 新增聘一位審查醫藥專家</td> </tr> <tr> <td data-bbox="839 1671 967 1870">區域醫院、地區醫院</td> <td data-bbox="967 1671 1262 1870">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)</td> <td data-bbox="1262 1671 1490 1870">50,000 元 / 新增聘一位審查醫藥專家</td> </tr> </tbody> </table>	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
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)、10眼科(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																	
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																	