

附件 2

醫院總額點值風險管控暨品質提升方案 修訂對照表(依劃線版方案內之修訂頁次排序)

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明
1	肆、四、(二)、2【P.4】	肆、四、(二) 總額成長保障點數	2.計算公式， <u>自費用年月 115Q3 起採擇優計算：</u> <u>(1) 基期點數(0 階)×114 年公告醫療服務成本及人口因素成長率。</u> <u>(2) 114 年對 113 年的保障項目差值。</u>	2.計算公式：基期點數(0 階)×114 年公告醫療服務成本及人口因素成長率。	依據 115 年第 3 次醫院總額共管會議決議辦理
2	肆、四、(三)、4、(5)【P.5】	肆、四、(三)、4、(5) 住診指標成長率	(5)住診指標成長率=住院人數成長率×40%+住院人日成長率×30%+護理人數成長率× <u>20%</u> +住診 CMI 成長率× <u>10%</u> 。	(5)住診指標成長率=住院人數成長率×40%+住院人日成長率×30%+護理人數成長率×10%+住診 CMI 成長率×20%。	依據 115 年第 2 次醫院總額共管會議決議辦理，前次修訂時遺漏，本次予以補正。
3	肆、四、(三)、5、(4)【P.7】	肆、四、(三)、5、(4) 階 1 級距可增加值	<u>乙、效率指標：適用中重度急救責任醫院，若無指標案件則不計算該指標(自 115 年 Q4 起適用)。</u> <u>(甲) 急診轉住院比率：急診轉住院占住院案件之比率</u> <u>i.比率差值=當期比率-前一年比率。</u> <u>ii.差值≥0 或≥同儕 P75 則+0.5%。</u> <u>iii.資料採計原則：以擷取資料時可取得之完整季。</u> <u>(乙) 急診檢傷 1-2 級滯留>24 小時比率：檢傷 1-2 級滯留超過 24 小時案件占檢傷 1-2 級案件比率。</u> <u>i.比率差值=當期比率-前一年同期比率。</u> <u>ii.差值<0 或≤同儕 P25 則+0.5%。</u> <u>iii.資料採計原則：以 DA 指標可取得最近一季資料。</u>	(本次新增)	依據 115 年第 3 次醫院總額共管會議決議辦理

序號	修訂項次 【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明
4	肆、八、 (一) 【P.10】	肆、八、 (一)「小型醫院費用波動」 調控	(一)「小型醫院費用波動」調控： 1. 適用對象：符合以下 2 項條件醫院： (1)當季申報一般服務點數(申請點數+部分負擔)$\leq 5,000$ 萬醫院。 (2)(核定點數$\times$目標點值)$\div$當季一般服務淨點數< 0.95。 2. 回補方式：<u>回補前點數核付率$< 80\%$，回補點數至 0.9；回補前點數核付率$\geq 80\%$，回補點數至當季預估之臺北醫院整體平均點值，惟不得超過 0.95。</u> 3. 惟整體醫院回補上限 3000 萬，如超出回補上限，則參與回補醫院等比例調降回補點數。	(一)「小型醫院費用波動」調控： 1. 適用對象：符合以下 2 項條件醫院： (1)當季申報一般服務點數(申請點數+部分負擔)$\leq 5,000$ 萬醫院。 (2)(核定點數$\times$目標點值)$\div$當季一般服務淨點數< 0.95。 2. 回補方式：回補點數至 0.95，惟整體醫院回補上限 3000 萬，如超出回補上限，則參與回補醫院等比例調降回補點數。	依據 115 年第 3 次醫院總額共管會議決議辦理
5	附件 2 【p.17】	附件 2、保障項目操作型定義 (自 115 年起適用)	(序號 12) 地區醫院承作 PAC 個案、<u>復健病房</u>之一般服務費用 1. 層級別：地區醫院<u>或參與復健病房醫院</u> 2. 醫事類別及案件分類： (1) 醫事類別：12(門診)、案件分類$\neq A1$、$A2$、$A3$、$A5$、$A6$、$A7$、$B1$、BA、$B6$、$B7$、$B8$、$B9$、$C4$、$C5$、$D1$、$D2$、DF (2) 醫事類別：22(住診)案件分類$\neq A1$、$A2$、$A3$、$A4$、AZ、$B1$、$B2$、$C1$、$C4$、$C5$、DZ 3. 醫令代碼<u>為</u>： (1) <u>PAC</u>：$P5101B$、$P5102B$、$P5103B$、$P5107B$、$P5108B$、$P5109B$、$P5129B$、	(序號 12) 地區醫院承作 PAC 個案之一般服務費用 1. 層級別：地區醫院 2. 醫事類別及案件分類： (1) 醫事類別：12(門診)、案件分類$\neq A1$、$A2$、$A3$、$A5$、$A6$、$A7$、$B1$、BA、$B6$、$B7$、$B8$、$B9$、$C4$、$C5$、$D1$、$D2$、DF (2) 醫事類別：22(住診)案件分類$\neq A1$、$A2$、$A3$、$A4$、AZ、$B1$、$B2$、$C1$、$C4$、$C5$、DZ 3. 醫令代碼為 $P5101B$、$P5102B$、$P5103B$、$P5107B$、$P5108B$、$P5109B$、$P5129B$、$P5130B$、$P5131B$、$P5132C$、$P5133B$、	配合本署 115 年新增復健病房試辦計畫，並依據 115 年第 3 次醫院總額共管會議決議辦理。

序 號	修訂項次 【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明
5	附件 2、 【p.17】	附件 2、保 障項目操 作型定義 (自 115 年 起適用)	P5130B、P5131B、P5132C、P5133B、 P5134B、P5141B、P5142B、P5143B、 P5144B、P5145B、P5146B、P5506B、 P5507B、P5508B、P5509B。 (2) <u>復健病房：P9001B~P9012B。</u>	P5134B、P5141B、P5142B、P5143B、 P5144B、P5145B、P5146B、P5506B、 P5507B、P5508B、P5509B。	
9	附件 4 單 價核減 【p.24- 25】	附件 4、 (二) 門診 計 算 公 式、(三) 住 診 計 算 公式	(二) 門診計算公式： 2.季每人平均藥費： (1)含交付處方，排除：AIDS 藥費、專款專用藥費 (血友病、罕病、器官移植術後抗排斥用藥、C 型 肝炎用藥、 <u>暫時性支付藥品</u> 等)、精神科長效型針 劑等； <u>及當年度適應症放寬或當年度新增之癌藥，</u> <u>則自適應症放寬或新增當季起 2 年內排除等。</u> (三) 住診計算公式： 2.季每人平均藥費： (1)排除：AIDS 藥費、專款專用藥費(血友病、罕 病、器官移植術後抗排斥用藥、C 型肝炎用藥、 <u>暫</u> <u>時性支付藥品</u> 等)、精神科長效型針劑等； <u>及當年</u> <u>度適應症放寬或當年度新增之癌藥，則自適應症放</u> <u>寬或新增當季起 2 年內排除等。</u> <u>3.住診人數≤20 人之醫院，不執行住診藥費/非藥</u> <u>費單價核減。</u>	(二) 門診計算公式： 2.季每人平均藥費： (1)含交付處方，排除：AIDS 藥費、專款專用藥費 (血友病、罕病、器官移植術後抗排斥用藥、C 型 肝炎用藥等)、精神科長效型針劑及當年度適應症 放寬或當年度新增之癌藥等。 (三) 住診計算公式： 2.季每人平均藥費： (1)排除：AIDS 藥費、專款專用藥費(血友病、罕 病、器官移植術後抗排斥用藥、C 型肝炎用藥 等)、精神科長效型針劑及當年度適應症放寬或當 年度新增之癌藥等。	依據 115 年第 3 次醫院總額 共管會議決議 辦理

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明
10	附件、115 年品質指標項目與操作型定義	生物相似藥及化療學名藥醫令量占率	定義： 1. 門診：排除案件分類 A3、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF。 2. 住診：排除案件分類 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 之案件。 3. 生物相似藥醫令及化療學名藥醫令：依「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」所列之藥品清單。 4. 生物相似藥醫令使用率： (1) 分子：門診+住診生物相似藥醫令申報量。 (2) 分母：門診+住診 8 類藥品成分(adalimumab、bevacizumab、etanercept、filgrastim、infliximab、pegfilgrastim、rituximab、teriparatide)醫令申報量。 5. 化療學名藥醫令使用率： (1) 分子：門診+住診化療學名藥醫令申報量。 (2) 分母：門診+住診 1513 類藥品成分(capecitabine、carboplatin、docetaxel、doxorubicin、epirubicin、eribulin、irinotecan、melphalan→mitomycin-e、oxaliplatin、pemetrexed、tegafur→temozolomide、topotecan、vinorelbine)醫令申報量。 (3) 病人就醫主或次診斷之國際疾病分類第十版(ICD-10)診斷碼為 C00~C97 者。 6.倘後續署本部公告修訂該計畫之適用藥品清單，則依公告修訂之藥品清單範圍於公告實施日起適用。	定義： 1. 門診：排除案件分類 A3、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF。 2. 住診：排除案件分類 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 之案件。 3. 生物相似藥醫令及化療學名藥醫令：依「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」所列之藥品清單。 4. 生物相似藥醫令使用率： (1) 分子：門診+住診生物相似藥醫令申報量。 (2) 分母：門診+住診 8 類藥品成分(adalimumab、bevacizumab、etanercept、filgrastim、infliximab、pegfilgrastim、rituximab、teriparatide)醫令申報量。 5. 化療學名藥醫令使用率： (1) 分子：門診+住診化療學名藥醫令申報量。 (2) 分母：門診+住診 13 類藥品成分(capecitabine、carboplatin、docetaxel、doxorubicin、epirubicin、eribulin、irinotecan、melphalan、mitomycin c、oxaliplatin、pemetrexed、tegafur、temozolomide、topotecan、vinorelbine)醫令申報量。 (3) 病人就醫主或次診斷之國際疾病分類第十版(ICD-10)診斷碼為 C00~C97 者。 6.倘後續署本部公告修訂該計畫之適用藥品清單，則依公告修訂之藥品清單範圍於公告實施日起適用。	配合 115 年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修訂，並依據 115 年第 3 次醫院總額共管會議決議辦理。

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明																				
11	附件、 115 年品質指標項目與操作型定義	(序號 7) 接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	較前一年同期成長>1%且當期分子>30， 或 ≥署訂定目標值(將 依據 115 年抑制資源不當耗用指標予以訂定) <table><tr><th>季別</th><th>目標值</th></tr><tr><td>115Q1</td><td>≥27.4%</td></tr><tr><td>115Q2</td><td>≥27.9% <u>27.5%</u></td></tr><tr><td>115Q3</td><td>≥28.4% <u>28.0%</u></td></tr><tr><td>115Q4</td><td>≥28.9% <u>28.5%</u></td></tr></table>	季別	目標值	115Q1	≥27.4%	115Q2	≥ 27.9% <u>27.5%</u>	115Q3	≥ 28.4% <u>28.0%</u>	115Q4	≥ 28.9% <u>28.5%</u>	較前一年同期成長>1%且當期分子>30， 或 ≥署訂定目標值(將依據 115 年抑制資源不當耗用指標予以訂定) <table><tr><th>季別</th><th>目標值</th></tr><tr><td>115Q1</td><td>≥27.4%</td></tr><tr><td>115Q2</td><td>≥27.9%</td></tr><tr><td>115Q3</td><td>≥28.4%</td></tr><tr><td>115Q4</td><td>≥28.9%</td></tr></table>	季別	目標值	115Q1	≥27.4%	115Q2	≥27.9%	115Q3	≥28.4%	115Q4	≥28.9%	配合抑制資源不當耗用方案修訂，並依據 115 年第 3 次醫院總額共管會議決議辦理。
季別	目標值																								
115Q1	≥27.4%																								
115Q2	≥ 27.9% <u>27.5%</u>																								
115Q3	≥ 28.4% <u>28.0%</u>																								
115Q4	≥ 28.9% <u>28.5%</u>																								
季別	目標值																								
115Q1	≥27.4%																								
115Q2	≥27.9%																								
115Q3	≥28.4%																								
115Q4	≥28.9%																								
12	附件、 115 年品質指標項目與操作型定義	(序號 12) 住院案件出院後 3 日以內急診率	115Q1≤2.49%、 115Q2≤ 2.51% <u>2.69%</u> 、 115Q3≤ 2.69% <u>2.73%</u> 、 115Q4≤ 2.48% <u>2.44%</u> (將 依據 115 年抑制資源不當耗用指標予以訂定)	115Q1≤2.49%、 115Q2≤2.51%、 115Q3≤2.69%、 115Q4≤2.48% (將依據 115 年抑制資源不當耗用指標予以訂定)	配合抑制資源不當耗用方案修訂，並依據 115 年第 3 次醫院總額共管會議決議辦理。																				