

衛生福利部中央健康保險署東區業務組109年醫院專業審查措施

108.12.27.

壹、目的：

- 一、 尊重醫院醫療專業自主管理，妥善運用醫療資源。
- 二、 提升醫療服務審查效率，抑制不當醫療利用成長。

貳、109年醫院管理執行內容

一、門、住診管理目標點數

(一) 費用涵蓋範圍：109年醫院醫療給付費用總額門住診一般服務範圍，不含專款專用、其他部門。

(二) 基期及成長率調整

1. 基礎點數：

(1) 精神科基礎點數：前一年同季精神科申報點數＜虛擬總額者，以申報點數採計，其餘以二者平均計算基礎點數，再加3%成長，取消指標管理。(詳東區業務組醫院精神科醫療費用管理方案)。

(2) 基礎點數(門診：bo、住診：bi)=109年基礎點數-區域級以上醫院門診逐年應降2%之預估點數。

※依108年件數與109年該季應達成降2%件數差額及108年費用最低前10%案件之平均費用，再以結算平均點值校正之單價計算，列為減項。

(3) 操作型定義：

➤ 結算收入 BASE 點數：

① 以108年各結算當季費用年月之一般部門院所收入/0.95

② 以108年各結算當季費用年月總額內申報費用(申請點數+部分負擔)

③ 108年各季未含挑戰加成管理目標點數

④ 以①、②、③取最高二者為H1、H2

- 109基礎點數：如結算收入 BASE 點數最高值 $H1=③$ ，則 109基礎點數= $H1 \times 20\% + H2 \times 80\%$ ，否則以 $H1 \times 30\% + H2 \times 70\%$ 採計，惟以介於②108年同季總額內申報費用點數之 95%~105%範圍內，且不高於③108年同季未含挑戰加成管理目標點數之 105%為限。

2. 109年醫院總額各季分區可分配額度(T)=【分區預算預估數*(1-保留率)/目標點值】-(當季第1個月及前一季第2、3個月申報代檢案件費用×最近一季結算浮動點值)

(1) 預估保留率=4% (包含：處方釋出交付機構、核退及當季以前各月份遞延費用、品質指標自我挑戰加成)

(2) 各季門、住診可分配額度以分區目標平均點值校正之。【分區目標平均點值暫定 0.9~0.95】

3. 依 109年當季分區預算預估數與基礎點數之成長率(a)，依下列方式調整各醫院之管理目標點數：

(1) 「CT、MRI24 小時影像上傳率」 $\geq 70\%$ ~~80%~~即予加計 ~~0.07%~~ 0.08%，每增加 10%再加計 0.01%，各診別最高以加計 0.1%(c1)為上限。

(2) 檢驗檢查結果上傳率 $\geq 85\%$ 者，給予加計 0.02%，每增加 5%再加計 0.01%，各診別最高以加計 0.05%(c1)為上限。

(3) 呼吸器依賴病人接受安寧緩和醫療服務之成效：

當期(以當季第1個月+前季第2、3個月)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 $\geq 50\%$ ，且當季有增加收

案人數者，則住診加計 0.05%(c2)。

➤ 以下 (4) ~ (9) 項各季執行完成後採補付方式辦理

- (4) 參與健保署或分區業務組業務標竿學習、觀摩及分享會，進行分享報告之醫院，或執行健保政策有成效而投稿期刊經刊登者，獎勵 15 萬點(c4)。
- (5) 超音波檢查即時影像上傳率自身比成長率 \geq 25%-15%且上傳率 \geq 30% 40%者，給予獎勵 0.01%獎勵最低 2 萬點，上傳率 \geq 65%給於獎勵 0.015%，最低 3 萬點。
- (6) 區域醫院及醫學中心之門診量成長率按季累計達成逐年應降 2%，加計 0.15% (c5)(本項依本署抑制資源不當耗用改善方案之定義及實施期程目標值同步調整，且需提報執行計畫)。另如未達成，但排除當次就診為下轉案件後如有達成，則視同達成，再另加計原未達成之核扣數。降幅超過 2%部分，再獎勵輔導下轉個案管理費每件 200 點。(該項已移風險撥款)
- (7) 「CT、MRI24 小時影像上傳率」達到 95%，且檢查檢驗結果查詢率 \geq 75% 85%者，額外給予獎勵 0.01%，最低 2 萬點。
- (8) 品質指標自我挑戰加成：醫院選定評估之醫療品質指標執行結果優於同儕值，且優於自身值時，每達成 1 項加計 ax2%，最高可加計 ax40%(e)。
- (9) 以分區可分配額度(T)扣除第(1)~(6)項(c1~c6)剩餘額度(f)，再依下列因子計算調整額度(公式、定義、比率及計算方式如附表 1)：

◆門診調整因子：

- 門診急重症醫療費用成長點數
- 非精神科門診病人成長數
- 非精神科門診每人費用

◆住診調整因子：

- 住診急重症醫療費用成長點數
- 非精神科住院病人成長數
- 非精神科住診每人費用
- 住診 CMI 值成長率

★區域級以上醫院其門住診急重症醫療費用成長點數如未 100%調整時，依門診逐年應降 2%之達成比率，再依基礎點數此項扣減數進行回補計算，最高以扣減數或急重症醫療費用成長點數 100%調整之差額為上限。

★區域級以上醫院如因配合調降門診量而致門診人數下降，則門診病人成長數調整因子計算時，人數下降部分以超過逐年應降 2%之差額人數(以平均每人件數推估)計算。

4. 調整後各醫院之各季門、住診管理目標點數為

門診： $A_o = b_o + (c_1 + c_2 + \dots + c_6) \times b_o + h_o + q_o + e \times b_o = A_o' + e \times b_o$

住診： $A_i = b_i + (c_1 + c_2 + \dots + c_6) \times b_i + h_i + q_i + e \times b_i = A_i' + e \times b_i$

5. 依第 3 項調整各醫院之管理目標點數後

$(A_o' + A_i')$ ，如該季 T 值大於各醫院調整後管理目標點數合計值 $\Sigma(A_o' + A_i')$ 時，其餘額依各醫院之急診檢傷分類第 1、2 級病人當次住院案件費用比率進行再

分配。

6. 經各項因子調整後(尚未含品質指標自我挑戰加成)之各院管理目標點數，以不低於 109 年基礎點數為原則。

※出院準備轉銜長照 2.0 及居家整合照護：

- A. 有申報出院準備及追蹤管理費之個案，後續成功轉銜長期照護或居家整合者，按月提報轉銜成功之個案資料，轉銜長照每個案獎勵 1,000 點，轉銜居家整合每個案獎勵 500 點，以上每案年度內僅支付 1 次。
- B. 本署若另有訂定相同獎勵項目時，則本方案之獎勵項目即取消。
- C. 醫院應每月於次次月底前填報申報 02025B 個案的出院情況(如轉長照、居整、回家等)以便日後訂定評估指標。

(三)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)。
- 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、每日照護費、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)、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(門診

案件分類 C4、住診案件分類 C2、C3 及 C4)、代檢(01 案件)、代辦膳食費、戒菸、孕婦愛滋篩檢、代辦性病患者全面篩檢愛滋病毒計畫、愛滋防治治療替代治療計畫、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。

4. 門診急重症案件定義：

(1) 急診案件：案件類別為 02

(2) 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。

※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、Z08。

(3) 先天性凝血因子異常案件或後天凝血因子異常案件(排除血友病藥費專款專用部分)。

※先天性凝血因子異常：任一主、次診斷前四碼為 D66、D67、D681、D682。

※後天凝血因子異常：任一主、次診斷前四碼為 D6832、D684。

(4) 罕見疾病案件：部分負擔代碼=001 且主、次診斷任一亦符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼之所有案件且領有重大傷病卡者(排除罕見疾病藥費專款專用部分)。

※罕見疾病診斷碼：使用版本如下

費用年月 9702~9906：使用衛生福利部 97.2 公告版本

費用年月 9907~新版本公告前：使用衛生福利部 99.7 公告版本

※重大傷病卡:重大傷病檔「罕病註

(RARE_SICK_MARE) 」為「Y」，且生效起迄日不為空白者

(5)排除支付標準調整急重症項目(以加計支付標準調整 7 折計算)

7. 住診急重症案件定義：

(1) 6 歲(含)以下由急診轉入院之病患：即年齡 ≤ 6 且病患來源=' 2'

(2) DRGs 權值 >2 之中高嚴重度疾病：DRGs 權值採用 Tw-DRG 分類表(3.2 版-981217 令修正)。

(3) 12 歲(含)以下長期使用呼吸器案件，以及入住 ICU、亞急性呼吸照護病房長期呼吸器依賴者：即年齡 ≤ 12 且入住 ICU 期間有使用呼吸器或年齡 ≤ 12 且入住亞急性呼吸照護病房)。

※呼吸器醫令：57001B、57002B、57023B。

※ICU 醫令：

03009K, 03023A, 03024B, 03010E, 03011F, 03012G, 03013H, 03014A, 03015B, 03025B, 03016B, 03017A, 03022K。

※亞急性呼吸照護病房醫令：

P1005K, P1006K, P1007A, P1008A, 03012GA, 03013HA 且醫令類別=2。

※ICU 期間有使用呼吸器之判斷邏輯：

同一案件中，先分別找出有申報 ICU 醫令及使

用呼吸器的醫令資料；再比對彼此間的醫令執行起迄時間是否有重疊發生，若有，則此案件符合 ICU 期間有使用呼吸器之條件。

- (4) 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。

※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、Z08。

- (5) 先天性凝血因子異常案件或後天凝血因子異常案件(排除血友病藥費專款專用部分)。

※先天性凝血因子異常：任一主、次診斷前四碼為 D66、D67、D681、D682。

※後天凝血因子異常：任一主、次診斷前四碼為 D6832、D684。

- (6) 罕見疾病案件：部分負擔代碼=001 且主、次診斷任一亦符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼之所有案件且領有重大傷病卡者(排除罕見疾病藥費專款專用部分)。

※罕見疾病診斷碼：使用版本如下

費用年月 9702~9906：使用衛生福利部 97.2 公告版本

費用年月 9907~新版本公告前：使用衛生福利部 99.7 公告版本

※重大傷病卡：重大傷病檔「罕病註

(RARE_SICK_MARE)」為「Y」，且生效起迄日不

為空白者

➤年齡定義：(入院年－出生年)

(7) 排除支付標準調整急重症項目(以加計支付標準調整 7 折計算)

二、精神科醫療服務點數目標值

(一) 精神科(科別 13)醫療費用管理目標點數：

前一年同季精神科申報點數<虛擬總額者，以申報點數採計，其餘以二者平均計算基礎點數，再加 3% 成長。

(二) 管控方案：

依「東區業務組醫院精神科醫療費用管理方案」之模式計算精神科基礎點數，本轄區所有精神科管控醫院，如參與 A 級審查方式(或逕予核扣)者，精神科含於全院管理目標點數管控(無精神科超額逕扣)；非參與 A 級審查醫院，則維持原管控方案之管理模式。惟東區整體精神科醫療費用季累計成長率如高於 108 年東區預算成長率(暫估 4%)，則於次季再度啟動所有醫院無論列屬於何等級或採用之核付方式，超額部份均不予支付；四季均採 C 級審查醫院本項採季核付及年結算方式辦理。

三、呼吸器依賴患者照護醫療服務點數目標值

(一) 呼吸器依賴患者照護醫療費用管理目標點數：

1. 本轄區依預估 109 年管控額度 6.30 億計算，各院可使用額度依 107 年 12 月至 108 年 11 月各院呼吸器醫療費用占率×50%+當期費用占率(前一季第 3 個月及當季第 1、2 個月)×50%分配並按季計算。
2. 多重抗藥性結核病(MDR-TB)併呼吸衰竭個案排除於呼吸器依賴案件及分級審查額度計算範圍，

惟醫院收治此類病患若需排除計算，請各醫院於每季申報第三個月費用時自行提報名單，且名單內之個案須進行專業審查。

(二) 管控方案：

呼吸器依賴患者照護醫療費用點數超過該院管理目標點數者，無論該院依分級審查方式評量結果列屬於何等級或採用之核付方式，超額部份均不予支付，採季核付及年結算方式辦理，並免除專業審查。

四、復健治療門診醫療服務管控

(一) 管控方案：

1. 依「東區業務組轄區醫院復健治療閾值管理方案」之模式進行管理。
2. 申報復健治療項目超過列管之疾病分類管控強度者，可依個案情形選擇逕予核扣或採抽樣審查方式辦理。

(二) 依復健治療閾值管理方案逕扣或抽審案件核減之點數，採另案追扣之方式辦理，惟復健治療相關費用仍計入醫院當季總申報點數。

參、分級審查方式：

一、A 級審查醫院：

(一) 費用指標：

在分區可分配額度(T)=【分區預算預估數*(1-保留率) /0.94】- (當季第 1 個月及前一季第 2、3 個月申報代檢案件費用×最近一季結算浮動點值)下，依本方案【貳之一(二)】計算出各醫院之門、住診管理目標點數，醫院當季總申報點數須低於目標點數。

(二)品質指標：依選定之共同指標及分區別指標達成率合計須高於 80%。

(三)醫院應定期公布及更新藥品換藥資訊於網站上，供民眾查閱與下載。

(四)符合上述條件者，免除隨機抽樣審查，且立意抽樣審查僅抽審樣本月。

二、B 級審查醫院：

(一)費用指標：限期內事前書面通知採非 A 級審查，惟申報後醫院當季總申報點數低於目標點數者，抽審 2/3 隨機抽樣案件+立意抽樣審查。

(二)上述 B 級審查醫院抽審 2/3 隨機抽樣案件，需轄區參與 A 級審查之院所數達 6 成以上方予啟動。

三、C 級審查醫院：

不符前述二者資格之醫院，採隨機抽樣審查及立意抽樣審查並行。

肆、醫療費用支付方式

一、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：醫院於當季第一個費用月份(106 年第 3 季於 106 年 7 月底前，106 年第 4 季於 10 月底前…類推)，以書面通知選擇依分級審查結果抽樣送審，或採下列逕予給付方式辦理。

1. 如實際醫療費用點數管控於 A 級管理目標點數額度範圍內，僅指標未達成，則依指標未達之比率酌扣費用；指標達成率每低於 5%，核扣實際醫療費用點數 0.15%。

2. 如費用點數未管控於 A 級額度範圍內，則超過 A 級額度部分採階段式折付方式給付，低於【 $A \times (1+3\%)$ 】以 50% 給付、介於【 $A \times (1+3\%)$ 】~【 $A \times [1+(5+R/2)\%]$ 】部分以 30% 給付，其餘不予給付。惟指標達成率合計若低於 80%，則依指標未達之比率酌扣費用；指標達成率每低於 5%，核扣實際醫療費用點數 0.15%。

(三) 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。

(四) 如有外界反映或經本業務組檔案分析有異常特殊情形者，仍得進行專業審查或實地審查；如為不符申報規定或違反相關法令規定者依規定辦理。

(五) 執行期間醫院變更負責醫師者或醫院規模縮減、院際間病患移轉情形嚴重或經檔案分析異常者，其變更時之月份費用所屬季別及尚未發生季別之管理目標點數應重新計算。

(六) 醫院未於期限內以書面通知者，視同同意採逕予給付方式辦理。

(七) 若採逕予給付方式核付者，以本方案核定之門、住診醫療服務案件，醫院不得再提出申復、爭議；程序審查或另依專業審查核減之點數不得回補於目標點數內，但可進行申復或爭議審議之程序。

(八) 當季有醫院因違反特約及管理辦法之扣款，扣款額超過 15 萬點時，依各醫院當季分配之管理目標占率，計算回補費用予違規院所以外之其他各醫院；因扣款時間點致未及於當季重分配回補時，於下一季執

行。

- (九) 各季醫療費用抽審核付完成後，依實際核付之費用及就醫分局預算預估數估算，以未跨區就醫校正前平均點值 0.92 為目標，未達目標點值時，除已配合採 A 級核付或逕扣方案之院所外，其餘各 B、C 級醫院先扣除指標達成率低於 80% 之核扣後(每降低 5% 以內，核扣實際醫療費用點數 0.15%)，85% 依當季費用年月核付費用點數之比率，及 15% 依(當季核付費用點數-A 級管理目標點數)之比率攤扣其差額。惟 B、C 級醫院總費用醫療費用占率如未達全區 10% 以上時，則不予啟動攤扣作業。
- (十) 以上「85% 依當季費用年月核付費用點數之比率，及 15% 依(當季核付費用點數-A 級管理目標點數)之比率攤扣其差額」之作業，當季核付費用點數以各該醫院【當季核付費用點數-精神科管控核扣點數-呼吸器依賴患者管控核扣點數-安寧療護醫療費用】計算。
- (十一) 當季實際結算點值超過 0.916~0.924 之範圍時，即啟動重新調整之機制，惟以調整至 0.916 或 0.924 為限，院所以結算核定點數佔率計算，採 B、C 級審查之醫院則以攤扣費用比率計算。若當季計算攤扣時，並未將預估預算做差異調整下修時，結算點值如超過 0.924，亦不進行再調整機制。
- (十二) 品質未達之核扣部分，另給予回饋獎勵額度以【基礎目標點數×指標自我挑戰加成比率×挑戰達成數/評核指標數】計算；未達指標核扣費用以扣除指標自我挑戰加成獎勵額度後計算，但不低於 0。
- (十三) 各季採醫院總額專業審查措施 A 級管理目標核

付之醫院，則以全院應扣數、精神科管控差額及呼吸器管控差額三者最大者核扣。依復健治療閾值管理方案逕扣或抽審案件核減之點數，不含於 A 級管理核付之差額核扣數中，另採追扣方式辦理。

二、醫療品質指標：

(一) 醫療品質指標項目篩選原則：

1. 衛生署指示管理指標
2. 醫院總額支付制度醫療服務品質指標
3. 導入 DRG 校正之品質指標

(二) 醫療品質指標項目：

1. 門診：共 11 項指標，如附表 2。
2. 住診：共 7 項指標，如附表 2。
3. 門住診：共 6 項指標，如附表 2。
4. 以上各項指標依管理目標訂定不同之權重。
5. 106 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。

(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、12 項重要檢查(驗)再次執行率須優於或等於 108 年第 3 季全國同層級醫院平均值方視為達成；藥費成長率(排除罕病、血友病、C 肝及愛滋病藥費)為當季藥費與 108 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 108 年醫院自身季平均值之成長率 $<0\%$ 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. 健保雲端系統使用查詢比率為獎勵性指標，當季門(或住)診查詢比率 $\geq 80\%$ 者，該項列入計算並得加計 1 分；查詢比率未達 80%者，該項指標則不列入計算。
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 12 項重要檢查（驗）28 日內再次執行率下降 5%時，該項指標方視為達成，惟 109Q1 只要較自身值下降即視為達成；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、超音波導引（為組織切片，抽吸、注射等）19007B、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、子宮鏡檢查 28022C）。
5. 各項品質指標自我挑戰加成，須優於或等於 108 年第 3 季全國同層級醫院平均值，且優於 108 年 1-3 季自身平均值方視為挑戰成功。藥費成長率自我挑戰加成部分，除「小於或等於本區 109 年之目標值(0%)，且小於醫院 108 年自身成長率」外，如為負成長者，亦均視為挑戰成功。

6. 平均住院天數及超長住院率等二項指標，優於同儕或自身值時，即視為達成。

7. 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。

8. 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。

伍、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。

陸、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：

1. 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。
2. 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。
3. 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。
4. 不得無故拒絕收治罕見疾病及重大傷病病患的診療。
5. 不得拒絕收治急診檢傷分類一、二、三級病人之診療。
6. 醫院應提供門診及住診衛教諮詢相關服務。
7. 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。

8. 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）。
- 柒、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。
- 捌、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。
- 玖、醫院如有本保險特約管理辦法第 37 條、第 38 條所列違規情事，經本局處以停（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。
- 壹拾、惟特約醫事服務機構因部分診療科別受停（終）止處分時，經本業務組評估其違規情節後，視情節得列入本方案之適用對象。
- 壹拾、實施日期：本方案有效期間自費用年月 109 年 1 月份起至 109 年 12 月止。

額度調整項目	公式及定義	調整額度上限	計算方式
門診急重症醫療費用成長點數	$g = G1 - G2$ G1：當季第 1 個月及前一季第 2、3 個月合計急重症 ^(*) 費用點數 G2：去年同季之急重病費用點數	f×50%	於整體調整額度上限內，依實際增加數 g 及 k 加計；超過上限時，則依各院實際增加數占率進行分配，門、住診調整結果為 ho、hi
住診急重症醫療費用成長點數	$k = K1 - K2$ K1：當季第 1 個月及前一季第 2、3 個月合計急重症 ^(*) 費用點數 K2：去年同季之急重病費用點數		
門診病人成長數	$i = I1 - I2$ I1：當季第 1 個月及前一季第 2、3 個月申報之病人數 I2：去年同季申報之病人數	f×50%	於整體調整額度上限內依實際增加數 i _{xm} 及 nxoxp 加計；超過上限時，則依各院實際增加數占率進行分配，門、住診調整結果為 qo、qi
門診每人費用	$m = \text{門診(結算收入 BASE 點數 + 支付標準調整校正)} / I2$		
住院病人成長數	$n = N1 - N2$ N1：當季第 1 個月及前一季第 2、3 個月申報之病人數 N2：去年同季申報之病人數		
住診每人費用	$o = \text{住診(結算收入 BASE 點數 + 支付標準調整校正)} / N2 \times \text{DRGs 模擬點數 C/P 值}$		
住診 CMI 值 【指標代碼 902】	$P = (P1 - P2) / P2$ P1：當季第 1 個月及前一季第 2、3 個月之 CMI 值 P2：去年同季之 CMI 值		

註：

*：急重症費用之定義依方案執行內容之門、住診急重症定義計算。

**：病人數以排除代辦案件分類之人數計算。

***：各院依門、住診調整因子計算結果，急重症負成長者不扣回額度，正成長醫院按成長數比率分配

各院可成長額度，另依人數增減計算非精神科成長額度部分，負成長醫院採 8 成計算扣減額度，

但負成長醫院總扣除額以正成長醫院額成長額度為上限，但整體成長率為負值時，依上述原則計

算後，正成長醫院成長額度下修至整體之人數增減之負成長額度。

附件二

製表日期：108.12.18

編號	診別	指標名稱	類型	指標代碼	權重	分級 審查	品保	抑制 資源
1	門	門診 CT、MRI 醫令執行率(合併計算)	月	365、367	1	V		
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		V	
3	門	跨院所「口服降血壓」用藥日數重疊率	季	1487	1			V
4	門	跨院所「口服降血脂」用藥日數重疊率	季	1499	1			V
5	門	跨院所「降血糖藥物」用藥日數重疊率	季	1511	1			V
6	門	跨院所「抗思覺失調症」用藥日數重疊率	季	1523	1			V
7	門	跨院所「抗憂鬱症」用藥日數重疊率	季	1535	1			V
8	門	跨院所「安眠鎮靜」用藥日數重疊率	季	1547	1			V
9	門	西醫同院同日再次就診率	季	1322	1		V	
10	住	住診 CT 醫令執行率	月	369	1	V		
11	住	住診 MRI 醫令執行率	月	371	1	V		
12	住	以 DRGs 校正之平均住院天數	月	904	1	V		
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		V	
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		V	
15	住	清淨手術抗生素 3 日以上使用率	季	1155	1		V	
16	住	超長期住院率_急性病床 30 日以上(排除結核病人)	季	1084.01	1		V	
17	門住	使用 ESWL 人口平均利用人次	季	20.01	1		V	
18	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		V	
19	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		V	
20	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	月		1.6	V		
21	門住	藥品費用成長率	月		1.5	V		
22	門住	健保雲端系統使用查詢比率(獎勵指標)	季		1	V		
23	門	新六項藥品用藥日數重疊率	季		1			V

24	門	12 項檢查(驗)再次執行率	季		1			V
----	---	----------------	---	--	---	--	--	---