

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

112 年醫院總額醫療服務審查作業原則(核定版)

季結算前點值平衡作業配套措施

一、預算上限：以當季高屏一般總額 0.4% 為上限。

二、當季各家醫院依「玖、三、季結算前點值平衡作業」計算後，本組將估算各家醫院攤扣核減率，並依據醫院資格由本組逕予執行回補作業。

三、本配套措施資格認定：

(一)澎湖縣及恆春鎮醫院：攤扣核減率 $\geq$ 轄區攤扣核減率之 1.25 倍者，即適用本配套措施。

(二)非澎湖縣或非恆春鎮醫院：兩項條件均符合，即適用本配套措施。

1.攤扣核減率 $\geq$ 轄區攤扣核減率之 1.25 倍者

2.供給擴增資格認定：

(1)門診：必要指標均達成，申報或專任醫師至少達成一項。

(2)住診：必要指標均達成，護理人員或平均住院日數至少達成一項。

(3)門診或住診符合認定資格即適用配套措施。

醫事類別	評估指標 (較同期成長率)	操作型定義	列計
門診	就醫人數 $\geq$	排除案件分類 01,A1~A7,B1~B9,C4~C5,D1~D4, E2~E3,BA,HN,DF 及診察費=0 之案件 後，計算季歸戶就醫人數及季報件數。	必要
	申報件數 $\geq$		
	申報醫師數 $\geq$	1.排除案件分類 「01,A1,A2,A3,A5,A6,A7,B1,B6,B7,B8,B9, C4,C5,D1,D2,D4,BA,HN,DF,E2,E3」及診 察費=0 之案件。 2.當季申報件數及費用均 $\geq$ 轄區醫師 PR15 始列入申報醫師數計算。	至少 符合 一項
	專任醫師數 $\geq$	計算當季各院執登醫師人數。	
住診	住院人數 $\geq$	排除案件分類	必要
	住院日數 $\geq$	「A1~A4,AZ,B1,C1~C5,DZ,7」之案件	必要

醫事類別	評估指標 (較同期成長率)	操作型定義	列計
		後，計算季歸戶住院人數及總急性病床住院天數(以 XML 申報欄位 d14 計算)。	
	護理人員數 $\geq$	計算當季各院執登護理人數。	至少符合一項
	平均每件住院日數 $\leq$ 自身值或同儕	排除「A1~A4,AZ,B1,C1~C5,DZ,7」之案件後，平均每件急性病床住院天數(以 XML 申報欄位 d14 計算)。	

(二)各院攤扣核減率＝【各醫院當季攤扣點數】 $\div$ Σ【各醫院當季申報一般總額醫療服務點數(釋出處方醫療費用以當季前 2 個月及上季第 3 個月實際值計算)之總和】。

(三)轄區攤扣核減率＝Σ【各醫院當季攤扣點數】 $\div$ Σ【各醫院當季申報一般總額醫療服務點數(釋出處方醫療費用以當季前 2 個月及上季第 3 個月實際值計算)之總和】。

四、醫院核減回補計算：

(一)個別醫院回補比例：符合「三、本配套措施資格認定」之醫院再依據自身攤扣核減率達轄區攤扣核減率之倍數，對照下表：

類別		<u>1.25 倍$\leq$X<2.5 倍</u>	<u>2.5 倍$\leq$X<3.75 倍</u>	<u>$\geq$3.75 倍</u>
<u>非澎湖縣或非恆春鎮醫院</u>	<u>Y>5 千萬</u>	<u>10%</u>	<u>15%</u>	<u>20%</u>
	<u>Y$\leq$5 千萬</u>	<u>20%</u>	<u>30%</u>	<u>40%</u>
<u>澎湖縣及恆春鎮醫院</u>		<u>20%</u>	<u>30%</u>	<u>40%</u>

備註：

- 1.「X」=個別醫院攤扣核減率 $\div$ 轄區攤扣核減率。
- 2.「Y」=各家醫院當季門診及住診申報一般總額點數。
- 3.高屏業務組得視當季轄區攤扣核減率調整分組倍率。

(二)個別醫院回補點數=各醫院攤扣點數*各院回補比例。

(三)如總回補點數超出本項預算上限，則先扣除澎湖縣及恆春鎮醫院回補總點數後，再依各醫院回補點數占率計算實際回補點數。