

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)

壹、目的

- 一、鼓勵醫院積極自主管理，提升醫療服務審查效率。
- 二、提升醫療資源使用效率，控制轄區總醫療點數以穩定點值。

貳、法源

- 一、依據全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 22 條辦理。
- 二、依 111 年 12 月 16 日「高屏區醫院總額醫療服務審查共管會」暨 111 年 12 月 22 日「高屏區醫院總額院長座談會」決議事項辦理。

參、實施範圍與期間

- 一、高屏業務組轄區內所有全民健康保險特約醫院。
- 二、自費用年月 112 年 1 月起至費用年月 112 年 12 月止。
- 三、當季如發生經政府認定之重大疫情或嚴重災害等情形，中央健康保險署公告調整醫院總額費用審查或結算措施時，本原則得隨之修正變動。

肆、季管理閾值

- 一、費用範圍(附件一)：
 - (一)112 年醫院醫療給付費用總額門(住)診一般服務範圍【不含住院安寧療護醫療點數(住院安寧、安寧共照費用、緩和醫療家庭諮詢)及生產案件醫療點數】。
 - (二)不含專款專用、其他部門、各項代辦費用。
- 二、計算基準：依各醫院基期參照季別之當季門、住診送核、補報、申復、追扣、補付、爭議審議及釋出處方醫療費用核定點數。
- 三、計算方法：依基期參照季別之各醫院核定點數計算(釋出處方醫療費用以當季前 2 個月及前一季第 3 個月計算)，以分區期望點值、支付標準及藥價調整、醫療費用審查結果或近期服務量變動等因素調

整，門、住診分別計算再加總，參照基期依共管會議決議辦理。

四、實施期間醫院如有以下事項，高屏業務組得於季結算前提案共管會議合理調整其季管理閾值：

- (一)當季醫療服務量明顯萎縮。
- (二)經檔案分析或費用審查發現異常，疑有申報不實、損及民眾權益情事或違反相關法令規定者。
- (三)實施期間停（歇）業者、實施期間經本署處以停（終）約處分或實施期間執行部分診療科別停（終）約處分者。
- (四)經民眾申訴或本組發現有不當收費或拒收病患等影響保險對象就醫權益情事。

伍、排除列計項目

- (一)化療事審與急重症醫療點數：定義如附件二，分別計算化療事審、急重症醫療點數較該項同期成長差值 40%之點數，再加總後計算各院化療事審與急重症醫療可排除點數，預算上限為當季高屏一般總額 0.5%。
- (二)C 肝全口服新藥治療個案：相較去年同期成長人數差值計算，每一個案檢查費用以 10,410 點計。
- (三)社區化醫療服務推動計畫：定義如附件三，預算上限為當季高屏一般總額 0.4%。

陸、品質管理指標(附件四)

一、依全署政策、特約類別、專科特性及個別醫院業務執行情形訂定管理項目，高屏業務組得依當季政策推動變更或酌予調整管理項目內容及成長率權重。

二、品質管理指標成長率上限為 3%。

柒、醫療費用審查作業

一、醫療費用抽樣審查方式

審 查 分 級	季管理閾值超出率(X)		隨機案件 送審率	立意加抽
	當季總額內點數(Y)			
	Y≤5 千萬	Y>5 千萬		
A	0%	0%	0%	每年至少執行一次例行審查。
B	0%<X≤3%	0%<X≤3%	0%	需立意加抽。
C	3%<X≤5%	3%<X≤4%	10%	
D	5%<X≤7%	4%<X≤6%	50%	
E	X>7%	X>6%	100%	
F	涉及違規*醫院採逐月抽審		100%	
G	新成立醫院(以完整季申報資料起算)： 第 1-2 季採逐月抽審 第 3-12 季採三抽一減量審查 第 13 季起依季總額申報點數決定		100%	
備註：				
1. 以各院前一季指標達成率及排除列計費用實際值計算季管理閾值超出率。				
2. 「涉及違規」定義：係指實施期間該院(含負責醫師)經本署處以停(終)約或有司法判定結果者(自第一次處分函所載處分日起算，排除停(終)約或司法判決非屬醫院總額者)；如屬受檢調偵查或疑涉虛浮報經本署查核中且未能排除須受停終約處分或部分診療科別停(終)約者，另行評估。				

二、為瞭解保險醫事服務機構醫療服務品質及適當性，高屏業務組視需要進行專業審查或實地審查，並依審查結果辦理核減。

捌、當季醫療費用核定

一、每月申報及核定事項：

(一)為避免季結算前點值平衡作業之追扣造成醫院財務衝擊，各醫院每月核定點數以季管理閾值*(1+2%)三分之一為上限。

(二)凡屬繼續住院案件，其醫療費用應以 2 個月(不超過 62 天)切帳申報為原則，如有不符上述情形之特殊案件須於申報月併同申報總表向高屏業務組申請核備，未申請者，相關點數核定為 0。

(三)當季門、住診補報應於次季第二個月 20 日前完成，逾期核定為 0。

二、單價管理：項目如下，操作型定義(附件五)

- (一)非藥費單價之成長減計。
- (二)藥費單價之成長減計。
- (三)黃金治療期後復健單價之成長減計。

三、季結算前點值平衡作業

(一)點值平衡作業啟動確認：於當季點值結算前，高屏業務組將辦理點值預估，並依預估點值與期望點值之差值換算應攤扣總點數，並提請高屏醫院總額共管會議確認，據以啟動攤扣作業。

(二)各醫院攤扣點數計算：

(1)各醫院攤扣占率=成長貢獻率*成長貢獻率權重+醫療費用占率*醫療費用占率權重。(計算至小數第4位(第5位四捨五入))。

醫院類別		成長貢獻率權重	醫療費用占率權重
所有醫院 (排除新設醫院)		80%	20%
新設醫院*	第 1-4 季	0%	100%
	第 5-8 季	5%	95%
	第 9-12 季	10%	90%
*新設醫院依特約時間及有完整季申報資料判斷適用權重			

(2)成長貢獻率=【各醫院正差值】÷Σ【轄區醫院正差值總合】。

(3)差值=各醫院當季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)-排除列計總點數-核減點數-季管理閾值上限，如差值≤0則以0列入計算。

A.排除列計總點數：各醫院「伍、排除列計項目」點數總和。

B.核減點數：醫院當季程序審查、專業審查初核核減點數及單價管理總核減點數之總和。

C.季管理閾值上限：各醫院季管理閾值*(1+品質管理指

標達成項目成長率加總)。

(4)醫療費用占率：

A.當醫院成長差值 ≤ 0 且當季門住合計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) $\leq 1,000$ 萬點時，該醫院不列入醫療費用占率計算。

B.各院醫療費用占率：排除符合前項(4)A.定義之醫院後，計算【各醫院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)】 $\div \Sigma$ 【轄區醫院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】(計算至小數第4位(第5位四捨五入))。

2.各醫院攤扣點數=各醫院攤扣占率*高屏應攤扣總點數。

(三)季結算前點值平衡作業配套措施：以當季高屏一般總額0.4%為上限，操作型定義如附件六。

(四)各醫院實際攤扣點數=(二)各醫院攤扣點數-(三)季結算前點值平衡作業配套措施回補點數。

四、季結算核定

(一)計算公式=當季門(住)診實際醫療點數-當月程序審查核減點數-專業審查初核核減點數-本作業原則「捌、二單價管理總核減點數」-「捌、三、(四)季結算前點值平衡作業各醫院實際攤扣點數」。

(二)當季醫院及交付機構之送核、補報、申復、爭議審議、追扣及補付，均納入各醫院核定點數計算。

玖、其他

一、轄區醫院以本作業原則執行之「捌、二、單價管理」及「捌、三、季結算前點值平衡作業」核扣點數，不得提出申復、爭議審議及行政訴訟等行政救濟程序。

二、為共同管理以達期望點值，高成長貢獻(含新成立)或檔案分析異常

醫院，高屏業務組得移請醫院總額委託團體進行輔導，請醫院準備相關資料進行說明。

- 三、醫院因配合政策所致醫療服務之風險變動(如：疫情流行、重大災難等)，高屏業務組得依評估結果擬定當季醫療服務點數不列計項目。
- 四、本作業原則如有未盡事宜，依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」等相關規定辦理。

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)
非總額部門、專款專用與目標管理點數排除列計等
醫療費用項目操作型定義

一、非總額部門項目(依本署結算定義辦理)

(一)門診：

1. 居家照護(案件分類 A1)、精神疾病社區復健(案件分類 A2)、安寧居家療護(案件分類 A5)、護理之家居家照護(案件分類 A6)、安養養護機構院民之居家照護(案件分類 A7)、性病者全面篩檢愛滋病毒計畫(案件分類 B1)、職災(案件分類 B6)、門診戒菸(案件分類 B7)、精神病人強制處置(案件分類 B8)、孕婦全面篩檢愛滋計畫(案件分類 B9)、無健保結核病患就醫案件(案件分類 C4)、嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件(案件分類 C5)、愛滋病確診開始服藥 2 年內案件(D1)、愛滋防治替代治療計畫(案件分類 BA)、登革熱 NS1 抗原快速篩檢試劑(案件分類 DF)之申請點數+部分負擔點數。
2. 流感疫苗接種及兒童常規疫苗接種處置費：案件分類 D2 且醫令代碼 A2001C、A2051C 之醫令點數加總。
3. 預防保健：案件分類 A3 之兒童預防保健(醫令代碼 71、72、73、75、76、77、79)、孕婦產前檢查(醫令代碼 40~56、60、61、62、63、64、66、68、69)、婦女子宮頸抹片檢查(醫令代碼 31、33)、乳房攝影檢查(醫令代碼 91、93)、定量免疫法糞便潛血檢查(醫令代碼 85)、成人預防保健(醫令代碼 21~28、L1001C)、口腔黏膜檢查(醫令代碼 95、97)醫令類別 2 之醫令點數加總。
4. 全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案：案件分類為「D4」(西醫基層(醫院支援)醫療資源不足地區改善方案)、特定治療項目代號(一)「G5(巡迴醫療)」或案件分類「E1」、特定治療項目代號(二)「G5(巡迴醫療)」或案件分類為「08」、特定治療項目代號(一)「G5(巡迴醫療)」之申請點數+部分負擔點數。
5. 補助經濟弱勢新生兒聽力篩檢服務：醫令代碼 20(醫令類別 2)之醫令點數加總。
6. 初期慢性腎臟病醫療給付改善方案：醫令代碼(醫令類別 2)P4301C、P4302C、P4303C 之醫令點數加總。

7. Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫：醫令代碼(醫令類別 2)P3402C、P3403C、P3404C、P3405C、P3406C、P3407C、P3408C 及 P3409C、P3410C 及 P3411C、P3412C、P3413C、P3414C、P3415C、P3416C、P3417C、P6802C、P6803C、P6806C、P6807C、P6808C、P6809C、P6814C、P6815C 之醫令點數加總。
8. 兒童衛教指導服務方案：醫令代碼 01、02、03、04、05、06、07(醫令類別 2)之醫令點數加總。
9. 孕婦產前健康照護衛教指導服務方案：醫令代碼 98、99(醫令類別 2)之醫令點數加總。
10. 醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫
 - (1)門診整合診察費：醫令代碼 P5203C、P5204C(醫令類別為 0)之醫令點數加總。
 - (2)失智症門診照護家庭諮詢費：主診斷碼為失智症病患且醫令代碼 P5201C、P5202C(醫令類別為 0)之醫令點數加總。
失智症病患 ICD-10CM 主診斷代碼：F01~F03、F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997、G30、G31。
11. 居家醫療照護整合計畫：案件分類 E1 且特定治療項目代號(一)~(四)為 EC、案件分類 A1 且特定治療項目代號(一)~(四)為 EC、案件分類 A5 且特定治療項目代號(一)~(四)為 EC 之下列醫令點數加總
05307C、05308C、05312C、05323C、05336C、05337C、05301C、05302C、05303C、05304C、05305C、05306C、05321C、05322C、05313C、05324C、05314C、05325C、05338C、05339C、05340C、05341C、P5401C、P5402C、P5403C、P5404C、05315C、P5405C、P5406C、P5407C、P5413C、05326C、05327C、05316C、48004C、48005C、符合特材主檔核價類別為 CRT01T1、CRT01T2、CRT01T3、CRT02S1、CRT02S2、CRT02T1、CRT02T2、CRT04T1、CRT05T1、CRT05T2、CRT05T4、CRT05T5、CRT09A1、CRT09A2、CFD02A1、CFD05A1、CFD06A2、CFD06A3、CFD06A4、CFD06A5、CFD06A6、CKF03F1、CKF03F2、CKF04F1、CKF04F2、CKF04F3、CRT02T3、CFD02A2、CFD02A3、CFD06A7 之醫令點數。
12. 肺炎鏈球菌疫苗接種處置費：案件分類 D2 且醫令代碼 A3001C 之醫令點數加總。
13. COVID-19 檢驗費：案件分類 D2 且醫令代碼 E5002C、E5003C、E5004C、E5005C 之醫令點數加總。
14. 遠距醫療給付計畫-遠距會診費(其他)：案件分類為 07，且任一特定

治療項目代號為 GC，且醫令代碼為 P6601C~P6606C(醫令類別為 0)之醫令點數。

(二)住診：

1. 協助勞保局給付案件：案件分類 A1~AZ 之申請點數+部分負擔點數。
2. 精神病嚴重病人送醫及強制住院案件：案件分類 B1 之申請點數+部分負擔點數。
3. 愛滋病確診開始服藥 2 年內案件：案件分類 C1 之申請點數+部分負擔點數。
4. 無健保結核病患之醫療費用：案件分類 C4 之申請點數+部分負擔點數。
5. 法定傳染病通報且隔離案件：案件分類 C5 之申請點數+部分負擔點數。
6. 低收入戶住院膳食費：案件分類 DZ 之申請點數+部分負擔點數。

(三)門住診：

1. 全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：
 - (1) 門、急診：門診醫療服務點數清單「特定治療項目代號」為「JA：收容對象醫療服務計畫—矯正機關內門診」或「JB：收容對象醫療服務計畫—戒護就醫」之醫療服務點數。
 - (2) 住院：住院醫療服務點數清單「醫療服務計畫」為「K：收容對象醫療服務計畫」之醫療服務點數。
2. 狂犬病治療藥費
門診醫令類別 1、住診醫令類別 1 或 Z 之醫令代碼點數加總(不含非總額部門案件)，醫令代碼如下：
K000894214、X000126214、X000127266、X000128210、X000129209、KC00894214、KC00969214、XC00169266。
3. 全民健康保險急性後期整合照護計畫：
 - (1) 門診整合式照護計畫註記為「1、N、3、4、5、6」；住診試辦計畫代碼為「1、2、3、4、5、6」；且醫令代碼為 P5113B、P5114B、P5115B、P5117B、P5118B、P5123B、P5124B、P5125B、P5126B、P5127B、P5128B、P5504B、P5505B、P5516B、P5517B、P5135B、P5132C 之醫令點數加總。
 - (2) 各類急性後期照護其餘之費用(非屬前開門診整合式照護計畫註記；住診試辦計畫代碼者)：醫令代碼為 P5132、P5113、P5118、P5114、P5115、P5117、P5123、P5124、P5125、P5126、P5127、P5128(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數加總。

二、專款專用項目(依本署結算定義辦理)

(一)「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款操作型定義(若病患符合多項專款專用條件，則先以「移植手術個案之當次住診費用」為優先，次取「罕見疾病、血友病」費用，後取移植後抗排斥藥品費用。)

1. 器官移植項目：包括心臟移植、肺臟移植、肝臟移植、腎臟移植、骨髓移植及胰臟移植等 6 項。

2. 器官移植專款費用涵蓋範圍：

(1) 移植手術個案之當次住診費用：移植手術個案係指當次手術包含下列任一醫令——心臟移植(68035B)、肺臟移植(68037B-單側)、肺臟移植(68047B-雙側)、肝臟移植(75020B)、腎臟移植(76020B)、骨髓移植(94201B、94202B、94204B、94206B、94207B)、胰臟移植(75418B)、腸移植(73049B)。

(2) 器官移植捐贈手術個案之當次住診費用：捐贈手術個案係指與受贈者分開申報之當次手術包含下列任一醫令——心臟摘取(68034B)、肺臟摘取(68038B)、屍體肝臟摘取(75021B)、活體肝臟摘取(75022B)、屍體腎臟摘取(76018B)、活體腎臟摘取(76019B)、屍體胰臟摘取(75419B)、骨髓移植-抽髓(94205B)、腸摘取(73050B)、**腹腔鏡活體捐肝摘取(75034B)及腹腔鏡活體捐腎切除術(76036B)**。

(3) 移植術後門住診追蹤之抗排斥藥費：門住診申報案件應符合下列主次診斷及抗排斥藥醫令碼之醫令點數加總。(該案件如屬前開住院案件，因已當次住院皆計入，不再計算抗排斥藥費)。

A、主次診斷：腎臟移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z940)、心臟移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z941、Z943)、肺臟移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z942-Z943)、肝臟移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z944)、胰臟移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z9483)、骨髓移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z9481、Z9484)、腸移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z9482)、腎臟移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T861)、肝臟移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T864)、心臟移植併發症(T862-T863)、肺臟移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T863、T8681)、胰臟移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T8689)、骨髓移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T860)、腸移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T86850-T86859)。

B、抗排斥藥之藥品醫令碼(醫令類別 1 或 Z)：

a. ATC 碼為 L04AA03、L04AA04、L04AA06、L04AA10、L04AA18、L04AD02、L04AD01。

b. HBIG 免疫球蛋白(ATC 碼為 J06BB04)限定肝臟移植病人(主次診斷 ICD-10-CM/PCS 為 Z944、T864)之術後使用。

(二)門住診罕見疾病：需領有罕病重大傷病卡者(罕病註記為 Y)，且費用年月在重大傷病檔之有效生效起迄年月間，且部份負擔代碼為 001 且主次診斷為罕見疾病(以最新公告為主)。

1. 罕見疾病藥品費用：藥費小計(不含非總額部門案件)。
2. 罕見疾病特材：醫令代碼 FBN07321004P(醫令類別 3、Z、X)之總點數(不含非總額部門案件)。

(三)門、住診血友病病患之藥品費用：主次診斷前 4 碼為 D66、D67、D681、D682 且部份負擔代碼為 001〔需領有血友病重大傷病卡者(重大傷病類別為 02)且費用年月在重大傷病檔之有效生效起迄年月間〕及主次診斷前 4 碼為 D6832、D684、D680 且藥品 ATC 碼前 5 碼為 B02BD 及 ATC 碼 B02BX06 之藥品醫令點數加總。(不含非總額部門案件)。

(四)醫療給付改善方案之管理照護費：

1. 糖尿病：案件分類 E1 且醫令代碼為 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C(醫令類別 2)之醫令點數加總。
2. 氣喘：案件分類 E1 且醫令代碼為 P1612C、P1613C、P1614B、P1615C(醫令類別 2)之醫令點數加總。
3. B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤：案件分類 E1 且醫令代碼為 P4201C、P4202C、P4203C、P4204C、P4205C(醫令類別 2)之醫令點數加總。
4. 早期療育：案件分類 E1 且特定治療項目代號(一)為「ED(早期療育門診醫療給付改善方案計畫」、醫令代碼為 P5301C(醫令類別 2)之醫令點數加總。
5. 慢性阻塞性肺疾病：案件分類 E1 特定治療項目代號(一)為「HF」、醫令代碼為 P6011C、P6012C、P6013C、P6014C、P6015C(醫令類別 2)之醫令點數加總。
6. 糖尿病合併初期慢性腎臟病：案件分類「E1」且特定治療項目代號(一)「EK」、醫令代碼為 P7001C、P7002C、P7003C(醫令類別 2)之醫令點數。
7. 思覺失調症：案件分類「E1」且特定治療項目代號(一)「ES」、醫令代碼為 P7401C、P7402B、P7403B(醫令類別「2」)之醫令點數加總。
8. 孕產婦全程照護醫療給付改善方案：醫令代碼為 P3903C、P3904C、P3905C 之醫令點數加總。

- (五)急診品質提升方案：醫令類別 2、X、Z、K 且醫令代碼為 P4601B、P4602B、P4603B、P4604B、P4605B、P4606B、P4607B、P4608B、P4609B、P4610B、P4611B、P4612B、P4613B、P4614B、P4615B、P4616B、P4617B 及 P4618B、P4619B、P4620B、P4621B、P4622B、P4623B、P4624B、P4625B 之醫令點數加總。
- (六)後天免疫缺乏病毒治療藥費：門診案件分類 E2 及 E3、住診案件分類 7(愛滋病確診服藥滿 2 年後案件)之後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令點數加總(醫令類別 1、X、Z)。
- 後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令代碼詳本署全球資訊網/首頁/藥材專區/藥品/《用藥品項》7. 本署代辦衛生福利部疾病管制署後天免疫缺乏症候群治療藥品)。
- (七)C 型肝炎用藥：
1. 既有 C 型肝炎(HCV)藥品：
 - (1)ATC 藥理分類碼為 J05AP01、L03AB04、L03AB05、L03AB09、L03AB10、L03AB11 醫令點數(醫令類別 1 或 Z)。
 - (2)且保險對象須於該費用年月使用 ATC 藥理分類碼為 J05AP01 藥品者。
 2. C 型肝炎全口服新藥：藥品醫令代碼前六碼為 HCVDAA 之醫令點數(醫令類別 1 或 Z)。
- (八)角膜處理費：醫令代碼 53034B 之醫令點數加總。
- (九)鼓勵院所建立轉診之合作機制：醫令代碼 01034B、01035B、01036C、01037C、01038C 之醫令點數加總。
- (十)臨床藥事照護費(門住診)：醫令代碼 P6301B、P6302B 醫令點數加總。
- (十一)住院整合照護服務：醫令代碼為 P7201B(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數加總。
- (十二)精神科長效針劑(以藥品主檔(DWM_DRUG)中，藥品特殊品項註記(DRUG_SPEC_MARK)標記為「F」之藥品代碼)：A034301209、AC35430209、AC35430216、AC35671209、AC35671219、BC05037209、BC19475209、BC23857240、BC23858248、BC238592EV、BC24083229、BC25394206、BC25394207、BC25394209、BC25394210、BC269422EW、BC269422FV、BC269422FW、BC269422FX、BC26985266、BC26987271 之醫令點數加總(醫令類別為 1 或 Z)。

三、目標管理點數排除列計醫療費用

- (一)住院安寧療護：案件分類 6 且給付類別 A 之申請點數+部分負擔點數

(二)住院安寧共同照護試辦方案費用：案件分類1~5，醫令代碼為P4401B、P4402B、P4403B且醫令類別2、X、Z之醫令點數加總。

(三)住院緩和醫療家庭諮詢費用：案件分類1~5，醫令代碼為02020B且醫令類別2、X、Z之醫令點數加總。

(四)住院生產案件：Tw-DRGs碼前三碼為370、371、372、373、374、375、513之申請點數+部分負擔點數。

備註：1. 住診相關案件皆要排除「不適用Tw-DRGs案件特殊註記=9」者，而醫療費用點數=申請費用+部分負擔+已收取之部分負擔。

2. 以上各項目如相關規定更改，將隨之修正。

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)
化療事審與急重症醫療計算定義

一、化療藥品醫令

ATC 碼前三碼為 L01、L02 及

ATC 碼為 L03AB04、L03AB05、L03AC01、L03AX、L03AX03、L03AX16、
L04AX02、L04AX04、V10XX03

二、事前審查藥品醫令

A040428100、AC58601100、B014966100、B014967100、B018699100、
B022655243、B022657238、B023479235、B023657100、B0242064CR、
BB26523100、BC18699100、BC26766100、K000713240、K000776283、
K000835261、K000846248、K000851240、K000879205、K0008792FM、
K000897265、K000907219、K000907229、K000907238、K000911206、
K000920206、K000936248、K000957206、KC00775283、KC00776283、
X000205235、X000215219、X000216238、K000775283、KC00905261、
(以上為支付價為 0，共 35 項)

AC57862100、AC602384CR、BB26410100、BB26411100、BB26412100、
BB26413100、BB26414100、BC14966100、BC14967100、BC22655243、
BC22657238、BC23479235、BC242064CR、BC25360200、BC26173100、
BC26174100、BC26219100、BC26536100、BC26734100、BC26839100、
BC26840100、BC26841100、BC26842100、BC27000100、BC27223405、
BC27288100、BC27289100、BC27555100、BC27902100、K000938248、
KC00713240、KC00835261、KC00846248、KC00851240、KC00879205、
KC008792FM、KC00897265、KC00907219、KC00907229、KC00907238、
KC00911206、KC00911209、KC00920206、KC00920209、KC00936248、
KC00945258、KC00957206、KC00957209、KC00977208、KC00980255、

KC00990288、KC00991209、KC00992261、KC01015255、KC01024209、
KC01033209、KC01034266、KC01035255、KC01037209、KC01038209、
KC01039271、KC01063209、KC01077209、KC01082212、KC01084241、
KC01098283、KC01101209、AC58837277、AC60156100、BC26618251、
BC26619238、BC26620245、BC27341100、BC27342100、BC27343100、
BC27344100、BC27345100、BC27856100、BC27857100、JC00139240、
KC01062209、KC01067209、KC010762DA、KC01086299、KC01087299、
KC011092BK、KC01132255、KC01139206、KC01139209、KC01144209、
KC01153283、KC01154283、AC61049255、KC01156219、BC27559230、
KC01113209、KC01149283、KC01157283、KC01180206、KC01180209、
KC01181283、X000223235

(以上有支付價，共 102 項)

JC00143209、KC00935257、KC00935271、KC011332BL、KC01138210、
KC01166209、KC01178283

(以上為新增且有支付價，共 7 項)

三、急重症醫療點數定義

(一)門診：急診診察費檢傷分類第一級、急診診察費檢傷分類第二級案件之醫療費用點數。

(二)住診：

1、Tw-DRGs 權重>2 之中高嚴重度疾病案件(適用權重為當年度適用權重表)。

2、1 歲以下幼兒及新生兒呼吸疾病：1 歲以下(入院日-出生日期小於 366 天)且主次診斷前三碼為 P84、P22~P28、J00~J99 之案件。

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)

社區化醫療服務推動計畫

第一版 111/12/16

一、目的：為促進轄區醫院與基層診所合作，建構在地化醫療及居家整合照護服務，減少病人重複醫療及提供連續性照護，以落實分級醫療達全人照護與健康之促進。

二、計畫期間及預算來源：自 112 年 1 月 1 日起至 112 年 12 月 31 日。

預算設定比率為轄區當季一般總額醫療費用之 0.4%。

三、執行方式

(一)對象：轄區特約醫院。

(二)支付內容：

1. 強化醫院與院所醫療合作服務及落實分級醫療(計畫權重 40%)

為發展在地社區醫療照護，鼓勵醫院與合作院所建立轉診照護模式，推動分級照護，協助病患下轉，提供民眾周全性照護與健康管理。依各家醫院與院所實際運作結果計算得分。

A1 使用電子轉診平台完成轉診作業

= (個別醫院使用電子轉診平台轉出與接受轉診(需完成回復)作業件數) / 轄區醫院使用電子轉診平台轉出與接受轉診(需完成回復)總件數) * (計畫獎勵費用*35%)

A2 使用電子轉診平台完成下轉作業

= (個別醫院使用電子轉診平台下轉總量件數大於去年同期之件數) / (轄區醫院使用電子轉診平台下轉件數大於去年同期下轉件數之總件數) * (計畫獎勵費用*2.5%) + (個別醫院使用電子轉診平台下轉診所件數大於去年同期之件數) / (轄區醫院使用電子轉診平台下轉診所件數大於去年同期下轉診所件數之總件數) * (計畫獎勵費用*2.5%)

2. 落實出院病患之轉銜作業(計畫權重 32%)

針對多重急、慢性病患、特殊醫療照護需求或急性後期出院病患，經跨團隊會議討論，提供個案醫療照護整合評估，協助安排後續居家醫療照護或轉介其他長期照護機構。

B1 出院病患轉銜居家醫療整合照護作業

= (個別醫院當季出院病患轉銜居家醫療整合照護實際得分 / Σ 參與出院病患轉銜居家醫療整合照護當季總得分) * (計畫獎勵費用 * 15%)

B2 出院病患轉銜長照 2.0 評估與服務作業

= (個別醫院上一季出院病患轉銜長照 2.0 評估與服務作業實際得分 / Σ 參與出院病患轉銜長照 2.0 評估與服務作業上一季總得分) * (計畫獎勵費用 * 12%)

B3 出院病患轉銜急性後期整合照護計畫居家照護模式作業(B3)

= (個別醫院當季出院病患轉銜急性後期整合照護計畫居家照護模式實際得分 / Σ 參與出院病患轉銜急性後期整合照護計畫居家照護模式當季總得分) * (計畫獎勵費用 * 5%)

項目		給付條件	計分
B1 出院轉銜 居家醫療 整合照護	出院個案安排轉介至 居家整合照護團隊照 護	病患轉銜各階段居家整合照 護(S1、S2)以當季新收個案 論人計算得分	3
		病患轉銜各階段居家整合照 護(S3)以當季新收個案論人 計算得分	5
B2 出院轉銜 長照 2.0 評估與服 務	1. 執行出院準備服務 且出院前接受長照 2.0 需求評估之件 數	申報 02025B 且出院前 3 天接 受長照 2.0 需求評估並完成 長照服務登錄者，以論件計 算得分	4
	2. 執行出院準備服務 且出院 7 日內接受 長照 2.0 服務之件 數	申報 02025B 且出院前 3 天接 受長照 2.0 需求評估並完成 長照服務登錄，7 日內無縫銜 接長照 2.0 服務者，以論件 計算得分	6
B3 出院轉銜 急性後期 整合照護 居家模式	1. 出院前執行急性後 期整合照護居家模 式下轉評估且跨院 轉銜至承作醫院居 家模式人數	急性醫院下轉居家模式個案 且承作醫院有成功收案之人 數以論人計算得分。	4
	2. 承作醫院居家模式	1. 病患經急性醫療轉銜 PAC 居家模式成功收案且申報	6

	照護人數	初評費用(P5114B)，以當季新收個案論人計算得分。 2. PAC 住院模式成功收案後，經專業評估轉換成居家模式者，以當季論人計算得分。	
註： 1. B2 項目個案當季同時符合 1 與 2 給付條件採擇優計算得分。 2. B3 項目居家 PAC 個案人數可與指標「PAC 下轉或收案個案數」重複計算，各季不重複採計。			

3. 強化地區醫院醫療照護內容(計畫權重 20%)

為鼓勵地區醫院接受區域層級以上醫院及診所之支援醫師開設例假日門診，以紓緩轄區醫院例假日急診服務量。

C1 增進跨院所合作提供例假日門診服務模式

$$= (\text{地區醫院當季實際支援例假日開診醫師數} / \Sigma \text{參與本計畫符合醫院當季實際支援例假日開診總醫師數}) * (\text{計畫獎勵費用} * 10\%)$$

C2 提升社區例假日門診服務量能

$$= (\text{地區醫院與院所醫師照護例假日門診人次} / \Sigma \text{參與本計畫符合醫院當季醫師照護例假日門診總人次}) * (\text{計畫獎勵費用} * 10\%)$$

【註】詳見強化地區醫院醫療照護配合事項

4. 精進健保卡上傳就醫資訊(計畫權重 4%)

D1 配合署本部推動就醫識別碼及健保卡上傳格式 2.0，鼓勵院所參與預檢並依健保卡上傳格式 2.0 上傳就醫資料，醫院每上傳 1 筆有效就醫資料計 1 點。

$$= (\text{個別醫院參與預檢並依健保卡上傳格式 2.0 所上傳之有效就醫資料總點數} / \Sigma \text{該層級所有醫院依健保卡上傳格式 2.0 所上傳之有效就醫資料總點數}) * (\text{本計畫獎勵費用醫學中心及區域醫院各 1\%、地區醫院} * 2\%)$$

【註】本項將依據署本部政策推動期程及方案修訂內容即時調整，本組亦將配合修訂內容即時公告。

5. 虛擬健保卡推動(計畫權重 4%)

E1 為鼓勵轄區醫院積極推動虛擬健保卡，各院當季虛擬健保卡申報資料歸戶後，每人計 1 點。

$$=(\text{個別醫院總點數} / \Sigma \text{轄區該層級醫院總點數}) * (\text{本計畫獎勵費用區域層級以上醫院 } 3\%、\text{地區醫院} * 1\%)$$

【註】本項將依據署本部政策推動規劃即時修訂內容。

(三) 支付方式

1. 各醫院 A+C+D+E 之支付費用點數於當季門診之實際醫療服務點數排除列計，另藥費點數依各醫院當季門診藥費占率計算排除列計。
2. 各醫院 B 之支付費用點數於當季住診之實際醫療服務點數排除列計，另藥費點數依各醫院當季住診藥費占率計算排除列計。
3. 前開各項支付項目各醫院計算結果可於門、住診目標管理點數排除列計，以該醫院各診別當季總醫療費用點數 6%為限。

強化醫院與院所醫療合作服務說明事項

一、使用電子轉診平台完成轉診作業

(一) 計算期間：

1. 112Q1 以開單日期 112/01/01~112/03/31、上傳日期 112/04/07 前且回復日期 112/04/30 前之案件計算。
2. 112Q2 以開單日期 112/04/01~112/06/30、上傳日期 112/07/07 前且回復日期 112/07/31 前之案件計算。
3. 112Q3 以開單日期 112/07/01~112/09/30、上傳日期 112/10/06 前且回復日期 111/10/31 前之案件計算。
4. 112Q4 以開單日期 112/10/01~112/12/31、上傳日期 113/01/05 前且回復日期 113/01/31 前之案件計算。

(二) 排除案件：

1. 同院所轉出入案件
2. 同院同 ID 同日多張轉診單僅計一次

(三) 計算條件：A2 使用電子轉診平台完成下轉作業，分子分母之下轉件數均列計「件數差值>0」之醫院。

強化地區醫院醫療照護配合事項

一、申請作業：

主責(地區)醫院於 112 年 1 月 31 日前提出具體合作模式計畫書，寄送高屏業務組憑辦。

二、合作模式計畫書包括合作醫院基本資料、動機及現況分析、合作內容、支援及專任醫師科別與具體措施、預期效益等並經本組核定。

如建立分級醫療機制、提高地區醫院假日開診診次或具特色服務等

✓ 對病患就醫程序安排(轉診、轉住院或手術)。

✓ 發展醫療設備共享機制。

三、急診與醫院同體系支援不列入計算，門診服務量能(C2)權重以就醫日計算：週六權重為 1，週日或國定假日權重為 2。

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)
品質管理指標(區域以上)

序號	指標名稱		成長率	設定值	資料範圍
1	急診照護監測(醫學中心必選)		0.1%	≤	門
2	檢驗檢查結果上傳率		0.1%	≥	門+住
3	醫療影像上傳率		0.1%	≥	門+住
4	糖尿病論質計酬方案收案人數		0.1%	≥	門
5	初期慢性腎臟病收案人數		0.1%	≥	門
6	門診 10 項檢查再次執行率		0.2%	≤	門
7	CT 執行量		0.2%	≤	門+住
8	MRI 執行量		0.2%	≤	門+住
9	30 日內 CT 跨院執行比率		0.2%	≤	門+住
10	30 日內 MRI 跨院執行比率		0.2%	≤	門+住
11	糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合收案人數		0.2%	≥	門
12	精神科平均每人精神治療處置費		0.2%	≤	門
13	門住安養住民醫療費用		0.2%	≤	門+住
14	安寧療護照護人數		0.2%	≥	住
15	死亡前安寧療護照護人數		0.2%	≥	住
16	門診整合計畫之執行	醫學中心	0.1%	≥	門
		區域醫院	0.2%	≥	門
17	急性後期整合照護計畫收案及下轉人數		0.2%	≥	住
18	思覺失調症醫療給付改善方案收案人數		0.2%	≥	門
A	手術傷口感染率		0.2%	≤	住
	採計上限		3.0%		

- 資料計算區間：除序號 9-10 以當季前二個月及前季最後一個月之外，其餘均為當季。
- 各院依本署重要政策、實際業務執行或執行成效不佳項目制定管理指標，成長率採計上限為 3%。
- 醫中以序號 1-18 指標訂定管理項目，區域以序號 2-18 指標訂定管理項，惟如無序號 17 業務，則該院序號 2-3 指標權重各加 1%；如無序號 18 業務，則以序號 A 指標替換。
- 當季指標因為不可歸責於高屏業務組之因素無法計算，則以前季值替換。

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)
品質管理指標(地區醫院綜合科)

序號	指標名稱	成長率	設定值	資料範圍
必選	檢驗檢查結果上傳率	0.3%	≥	門+住
	醫療影像上傳率	0.3%	≥	門+住
	門診 10 項檢查再次執行率	0.3%	≤	門
	健保醫療資訊雲端 API 查詢筆數	0.1%	≥	門+住
1	CT 執行量	0.2%	≤	門+住
2	MRI 執行量	0.2%	≤	門+住
3	30 日內 CT 跨院執行比率	0.2%	≤	門+住
4	30 日內 MRI 跨院執行比率	0.2%	≤	門+住
5	門住安養住民醫療費用	0.2%	≤	門+住
6	長期呼吸器患者醫療點數	0.2%	≤	住
7	精神科平均每人精神治療處置費	0.2%	≤	門
8	糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合收案人數	0.2%	≥	門
9	初期慢性腎臟病收案人數	0.2%	≥	門
10	思覺失調症醫療給付改善方案收案人數	0.2%	≥	門
11	糖尿病論質計酬方案收案人數	0.2%	≥	門
12	急性後期整合照護計畫收案及下轉人數	0.2%	≥	住
13	安寧療護照護人數	0.2%	≥	住
14	死亡前安寧療護照護人數	0.2%	≥	住
15	TW-DRGs 案件住院前 1 週內門診平均檢查驗點數	0.2%	≤	住
16	門診整合計畫之執行	0.2%	≥	門
17	手術傷口感染率	0.2%	≤	住
	採計上限	3.0%		

- 資料計算區間：除序號 3-4 以當季前二個月及前季最後一個月之外，其餘均為當季。
- 各院除必選指標，本組將再依各院重要政策達成情形、實際業務執行或執行成效不佳項目，由序號 1-17 再擇訂管理指標，成長率採計上限為 3%。
- 當季指標因為不可歸責於高屏業務組之因素無法計算，則以前季值替換。

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)
品質管理指標(骨外科專科醫院)

序號	指標名稱	成長率	設定值	資料範圍
必選	檢驗檢查結果上傳率	0.4%	≥	門+住
	醫療影像上傳率	0.4%	≥	門+住
	門診 10 項檢查再次執行率	0.4%	≤	門
	清淨手術後抗生素用藥>3 日比率	0.4%	≤	住
1	X 光檢查再次執行率	0.4%	≤	門
2	TW-DRGs 案件住院前 1 週內門診平均檢查驗點數	0.4%	≤	住
3	門住安養住民醫療費用	0.2%	≤	門+住
4	CT 執行量	0.2%	≤	門+住
5	MRI 執行量	0.2%	≤	門+住
6	30 日內 CT 跨院執行比率	0.2%	≤	門+住
7	30 日內 MRI 跨院執行比率	0.2%	≤	門+住
8	手術傷口感染率	0.2%	≤	住
9	糖尿病論質計酬方案收案人數	0.2%	≥	門
10	初期慢性腎臟病收案人數	0.2%	≥	門
	採計上限	3.0%		
1. 資料計算區間：除序號 6-7 以當季前二個月及前季最後一個月之外，其餘均為當季。 2. 各院除必選指標，本組將再依各院重要政策達成情形、實際業務執行或執行成效不佳項目，由序號 1-10 再擇訂管理指標，成長率採計上限為 3%。 3. 當季指標因為不可歸責於高屏業務組之因素無法計算，則以前季值替換。				

25

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)
品質管理指標(精神專科醫院)

序號	指標名稱	成長率	設定值	資料範圍
1	精神科平均每人精神治療處置費	0.5%	≤	門
2	思覺失調症醫療給付改善方案收案人數	0.5%	≥	門
3	檢驗檢查結果上傳率	0.4%	≥	門+住
4	醫療影像上傳率	0.4%	≥	門+住
5	門診 10 項檢查再次執行率	0.4%	≤	門
6	精神科急性床平均每人日精神科處置費	0.4%	≤	住
7	精神科急慢性病床住院天數≥365 天人數比率	0.4%	≤	住
A	門住安養住民醫療費用	0.4%	≤	門+住
	採計上限	3.0%		
1. 資料計算區間：均為當季。 2. 各院依本署重要政策、實際業務執行或執行成效不佳項目制定管理指標，成長率採計上限為 3%。 3. 各院以序號 1-7 制訂管理項目，惟如無序號 7 業務，則以序號 A 指標替換。 4. 當季指標因為不可歸責於高屏業務組之因素無法計算，則以前季值替換。				

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)

單價管理項目與操作型定義

壹、非藥費單價之成長減計

一、費用範圍：

- (一)門診：醫事類別 12 且案件分類 02(西醫急診案件)、04(西醫慢性病案件)、06(結核病案件)、09(西醫其它專案)、E1(醫療給付改善方案及試辦計畫)之案件。
- (二)住診：醫事類別 22 且案件分類 1(一般案件)之案件。
- (三)排除案件：
 - 1. 住診給付類別 9(呼吸照護)案件。
 - 2. 門、住診重大傷病(部分負擔代碼 001)、手術當次移植器官(部分負擔代碼 012)、手術當次摘除器官(部分負擔代碼 013)案件，住院期間急性腦血管疾病發作後一個月內之重大傷病(部分負擔代碼 011)。

二、非藥費點數排除項目：

(一) 藥費與藥事服務費

(二) 下述醫令代碼點數

- 1. 糖尿病：P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C
- 2. 初期慢性腎臟病：P4301C、P4302C、P4303C
- 3. Pre-ESRD 之病人照護與衛教計畫：P3402C、P3403C、P3404C、P3405C、P3406C、P3407C、P3408C、P3409C、P3410C、P3411C、P3412C、P3413C、P3414C、P3415C、P3416C、P3417C、P6802C、P6803C、P6806C、P6807C、P6808C、P6809C、P6814C、P6815C
- 4. 氣喘醫療給付改善方案：P1612C、P1613C、P1614B、P1615C
- 5. 慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案：P6011C、P6012C、P6013C、P6014C、P6015C
- 6. 醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫：P5201C、P5202C、P5203C、P5204C
- 7. 提升急性後期照護品質試辦計畫：P5113B、P5114B、P5115B、P5117B、

- P5118B、P5123B、P5124B、P5125B、P5126B、P5127B、P5128B、P5504B、
P5505B、P5516B、P5517B、P5135B、P5132C
8. 孕產婦全程照護醫療給付改善方案：P3903C、P3904C、P3905C
9. B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案：P4201C、
P4202C、P4203C、P4204C、P4205C
10. 早期療育門診醫療給付改善方案：P5301C
11. 急診品質提升方案：P4601B、P4602B、P4603B、P4604B、P4605B、
P4606B、P4607B、P4608B、P4609B、P4610B、P4611B、P4612B、P4613B、
P4614B、P4615B、P4616B、P4617B、P4618B、P4619B、P4620B、P4621B、
P4622B、P4623B、P4624B、P4625B
12. 結核病：E4003C、E4004C、E4005C
13. 提升醫院用藥安全與品質方案：P6301B、P6302B
14. 角膜處理費：53034B
15. 糖尿病合併初期慢性腎臟病：P7001C、P7002C、P7003C。
16. 思覺失調症：醫令代碼為 P7401C、P7402B、P7403B。
17. 住院整合照護服務：P7201B。

(三)居家醫療照護整合計畫：案件分類 E1 且特定治療項目代號(一)~(四)
為 EC 之案件醫令點數。

(四)就醫科別：FB-放射腫瘤科

(五)急重症：門診案件分類 02(西醫急診案件)排除檢傷一級及二級、住
診案件分類 1(一般案件)排除加護病房案件

三、計算方式

(一)平均每人非藥費=各醫院當季非藥費點數/各醫院當季歸戶人數，門
診及住診分別計算。

(二)核減點數=(當季平均每人非藥費點數-去年同期平均每人非藥費
點數)*當季歸戶人數

貳、藥費單價之成長減計

一、費用範圍：

(一)門診：

1. 醫事類別 12 且案件分類 02(西醫急診案件)、04(西醫慢性病案件)、

06(結核病案件)、08(慢性病連續處方調劑)、09(西醫其他專案)、E1(醫療給付改善方案及試辦計畫)之案件。

2. 釋出處方藥品費用(以當季前 2 個月及上季第 3 個月實際值計算)。

(二)住診：醫事類別 22 且案件分類 1(一般案件)之案件。

(三)排除案件：

1. 住診給付類別 9(呼吸照護)案件。

2. 門、住診重大傷病(部分負擔代碼 001)、手術當次移植器官(部分負擔代碼 012)、手術當次摘除器官(部分負擔代碼 013)案件，住院期間急性腦血管疾病發作後一個月內之重大傷病(部分負擔代碼 011)。

二、藥費點數排除項目：

(一)化療事審藥費：排除範圍如附件四。

(二)精神科長效針劑藥費(以藥品主檔(DWM_DRUG)中，藥品特殊品項註記(DRUG_SPEC_MARK)標記為「F」之藥品代碼)：A034301209、AC35430209、AC35430216、AC35671209、AC35671219、BC05037209、BC19475209、BC23857240、BC23858248、BC238592EV、BC24083229、BC25394206、BC25394207、BC25394209、BC25394210、BC269422EW、BC269422FV、BC269422FW、BC269422FX、BC26985266、BC26987271。

(三)C 肝藥品：

1. 既有 C 型肝炎(HCV)藥品：藥品 ATC 藥理分類碼為 J05AP01、L03AB04、L03AB05、L03AB09、L03AB10、L03AB11 醫令點數(醫令類別 1)且保險對象須於該費用年月有使用 ATC 藥理分類碼為 J05AP01 藥品者。

2. C 型肝炎全口服新藥：藥品醫令代碼前六碼為 HCVDAA 之醫令點數(醫令類別 1)。

(四)狂犬病：K000894214、X000126214、X000127266、X000128210、X000129209、KC00894214、KC00969214、XC00169266。

(三)抗排斥：移植術後門住診追蹤之抗排斥藥費，門住診申報案件應符合下列主次診斷及抗排斥藥醫令碼之醫令點數加總。

1. 主次診斷：腎臟移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z940)、心臟移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z941、Z943)、肺臟移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z942-Z943)、肝臟移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z944)、胰臟移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z9483)、骨髓移植術後(ICD-10-CM/PCS 為

Z9481、Z9484)、腸移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z9482)、腎臟移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T861)、肝臟移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T864)、心臟移植併發症(T862-T863)、肺臟移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T863、T8681)、胰臟移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T8689)、骨髓移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T860)、腸移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T86850-T86859)。

2. 抗排斥藥之藥品醫令碼(醫令類別 1)：

(1)ATC 碼為 L04AA03、L04AA04、L04AA06、L04AA10、L04AA18、L04AD02、L04AD01。

(2)HBIG 免疫球蛋白(ATC 碼為 J06BB04)限定肝臟移植病人(主次診斷 ICD-10-CM/PCS 為 Z944、T864)之術後使用。

三、計算方式

(一)平均每人藥費=各醫院當季藥費點數/各醫院當季歸戶人數，門診及住診分別計算。

(二)核減點數=(當季平均每人藥費點數—去年同期平均每人藥費點數)*當季歸戶人數。

叁、黃金治療期後復健單價之成長減計

一、費用範圍：

(一)當季門診復健物理治療及職能治療醫令費用，排除代辦案件。

(二)年復健治療醫令數 ≥ 180 次之個案：係指同院所、同保險對象 ID、同出生日期，分別計算執行物理治療年治療醫令數加總 ≥ 180 次個案、職能治療年治療醫令數 ≥ 180 次個案。

(三)依統計基期(註)一年門診費用資料，其中某一治療類別醫令數累計數量 ≥ 180 次之個案列為管控名單。

(四)醫令資料

1. 醫令類別:2 診療明細、與 4 不另計價且醫令調劑方式=1

2. 醫令代碼範圍如下:42002B、42003C、42005B、42006C、42008B、42017C、42009C、42011B、42018C、42012C、42014B、42019C、42015C、43002B、43003C、43005B、43027C、43006C、43008B、43028C、43009C、43030B、43031C、43032C。(畫底線處為中度複雜以上醫令)

(五)統計基期計算 (1 年)

審查費用當期	統計基期(費用年月)
112 年 1 月	111 年 01 月~111 年 12 月
112 年 2 月	111 年 02 月~112 年 01 月
112 年 3 月	111 年 03 月~112 年 02 月
112 年 4 月	111 年 04 月~112 年 03 月

二、計算方式：

(一)黃金治療期後復健費用占率

1. $A = \frac{\text{各醫院當季門診執行復健} \geq 180 \text{ 次個案申報復健(物理+職能)醫令點數}}{\text{各醫院當季門診執行復健(物理+職能)醫令點數}}$ 。

2. $B = \frac{\text{各醫院當季門診執行復健} \geq 180 \text{ 次個案申報中度複雜以上醫令點數}}{\text{各醫院當季門診執行復健} \geq 180 \text{ 次個案復健醫令點數}}$ 。

(二)核減點數 = $\frac{(\text{當季黃金治療期後復健(物理+職能)費用占率}(A) - \text{去年同期黃金治療期後復健(物理+職能)費用占率}) \times \text{當季門診執行復健申報復健(物理+職能)醫令點數} + (\text{當季黃金治療期後復健申報中度複雜以上費用占率}(B) - \text{去年同期黃金治療期後復健申報中度複雜以上費用占率}) \times \text{當季門診執行復健} \geq 180 \text{ 次個案申報中度複雜以上醫令點數}}$ 。

註：前述三項單價管理項目，新設立醫院倘無去年同期值可供計算，採規模相當醫院單價值計算。

肆、單價管理總核減點數 = (非藥費 + 藥費 + 黃金治療期後復健之單價成長減計點數) - (該院目標管理點數 * 當季指標達成率)。

伍、前開各項單價管理項目總核減點數計算結果，以該醫院當季醫療費用點數 * 當年度醫院總額一般服務費用成長率為核減上限值。

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、適用條件：當季季結算前點值平衡作業執行完畢後，本組將估算轄區各家醫院攤扣核減率，如該院門診或住診供給面較去年同期擴增，且攤扣核減率 $\geq$ 轄區攤扣核減率之 1.25 倍者。
- 三、操作型定義：

(一)供給擴增認定：

- 1.門診資格認定：必要指標均達成，申報或專任醫師至少達成一項。
- 2.住診資格認定：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	必要
	申報件數 $\geq$	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。	
	申報醫師數 $\geq$	排除案件分類 「01,A1,A2,A3,A5,A6,A7,B1,B6,B7,B8,B 9,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 後，計算季歸戶住院人數及總急性病床	必要

醫事類別	評估指標 (較同期成長率)	操作型定義	列計
		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：依據個別醫院費用規模與攤扣核減率達轄區攤扣核減率之倍數，對照下表：

費用規模	1.25 倍 $\leq$ X<2.5 倍	2.5 倍 $\leq$ X<3.75 倍	$\geq$ 3.75 倍
>5 千萬	5%	7%	10%
$\leq$ 5 千萬	10%	14%	20%
備註： 1.「X」=個別醫院攤扣核減率 $\div$ 轄區攤扣核減率。 2.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，則依各醫院回補點數占率計算實際回補點數。

111年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則

中央健康保險署111年4月1日健保醫字第1110102120號公告

一、依全民健康保險醫療給付費用醫院總額111年第1次研商議事會議結論辦理。

二、符合認定原則醫院之111年期間醫療費用核算方式：

(一) 保險人特約醫院符合一致性原則或分區增列認定原則者，得列入111年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院，該等醫院當年各季浮動點數以前一季各分區門住診平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區門住診平均點值小於當季浮動點值，該分區該季偏遠地區醫院之浮動點數以當季浮動點值核付，且增加之費用於次季該分區一般服務預算中支應。

(二) 排除條件：

醫院如有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八條至四十條所列違規情事，自保險人第一次處分函所載停止特約或終止特約之日起於計畫期間不予列入(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)；倘停止特約或中止特約之期間為跨年度者，則次年度亦不予列入。

三、認定原則：

(一) 一致性原則

1. 設立於主管機關公告之山地離島地區：

縣別	山地鄉	離島鄉
宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉	
新北市	烏來區	
桃園市	復興區	
新竹縣	尖石鄉、五峰鄉	
苗栗縣	泰安鄉	
台中市	和平區	
南投縣	信義鄉、仁愛鄉	
嘉義縣	阿里山鄉	
高雄市	茂林區、桃源區、那瑪夏區	

縣別	山地鄉	離島鄉
屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉	琉球鄉
花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉	
台東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉	蘭嶼鄉、綠島鄉
澎湖縣		馬公市、湖西鄉、西嶼鄉、白沙鄉、望安鄉、七美鄉
金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵
連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉

2. 設立於保險人公告之110年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」。

「全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件」如下：

- (1). 全民健康保險法第四十三條第二項所稱之醫療資源缺乏地區(以下稱醫療資源缺乏地區)係指本法第四十八條第一項第三款所訂就醫免自行負擔費用之山地離島地區以外，並具備下列條件之一者之地區：
 - A. 最近一年每位登記執業醫師所服務之戶籍人數(以下稱醫人比)或最近三年平均醫人比超過四千三百人之鄉、鎮、市、區。
 - B. 人口密度低於全國平均人口密度五分之一之鄉、鎮、市、區。
 - C. 其他特殊情況，經保險人認定，陳報主管機關專案核定之鄉、鎮、市、區。
- (2). 中華民國99年縣市改制直轄市前，原有之臺北市、高雄市、新竹市、臺中市、嘉義市、臺南市等轄區，不得為醫療資源缺乏地區。
- (3). 保險人應依下列規定計算各鄉、鎮、市、區之醫人比及人口密度，並於每年年底公告次年符合醫療資源缺乏地區條件者：
 - A. 醫人比：以各年七月一日登記執業醫師數計算。
 - B. 人口密度：以內政部公布當年七月之各鄉、鎮、市、區人口統計資料計算。

縣市別	保險人公告「全民健康保險醫療資源缺乏地區」(不含山地區離島地區)
新北市	石碇區、坪林區、石門區、平溪區、雙溪區、貢寮區、萬里區
宜蘭縣	冬山鄉、五結鄉、三星鄉
桃園市	觀音區
新竹縣	橫山鄉、芎林鄉、寶山鄉、北埔鄉、峨眉鄉、新埔鎮
苗栗縣	南庄鄉、西湖鄉、造橋鄉、三灣鄉、獅潭鄉
台中市	大安區
彰化縣	線西鄉、福興鄉、芬園鄉、埔鹽鄉、田尾鄉、芳苑鄉、溪州鄉
南投縣	鹿谷鄉、中寮鄉、魚池鄉、國姓鄉
雲林縣	大埤鄉、臺西鄉、元長鄉
嘉義縣	六腳鄉、東石鄉、番路鄉、大埔鄉
台南市	七股區、將軍區、北門區、楠西區、南化區、左鎮區、龍崎區
高雄市	田寮區、永安區、六龜區、甲仙區、杉林區、內門區
屏東縣	萬巒鄉、崁頂鄉、車城鄉、滿州鄉、竹田鄉
花蓮縣	鳳林鎮、玉里鎮、壽豐鄉、光復鄉、豐濱鄉、瑞穗鄉、富里鄉
臺東縣	成功鎮、卑南鄉、大武鄉、太麻里鄉、東河鄉、長濱鄉、鹿野鄉、池上鄉

(二) 分區增列認定原則

分區別	增列認定原則
臺北業務組	1. 本分區各院109年1-10月之門診醫療服務中，屬大同、南澳、烏來(註：以上為山地鄉)、坪林、石門、石碇、平溪、雙溪、貢寮、萬里、冬山、五結及三星(註：以上為本保險公告之110年醫療資源缺乏地區)等13鄉區戶籍居民之醫療點數占各該院門診醫療點數占率(若該院其精神科或呼吸照護費用合計占各該院全院費用比率>80%，或其屬區域級以上之醫院先排除之)，居本分區各院排序前95百分位以上者屬之。 2. 本分區所轄鄉鎮之醫師 平方公里<0.5暨其所在縣市的醫師平方公里<1，另為全面性服務偏遠地區 居民，該醫院需符合醫院設置標準之綜合醫院(設置內、外、婦、兒、麻醉及放射科)並提供24小時急診服務，排除區域層級以上醫院、精神科醫院、呼吸治療費用合計占各該院全院費用比率>50% 經停止特約、終止特約處分醫院。 3. 依上開原則計算結果，符合之醫院計有依上開原則計算結果，符合之醫院計有國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院、臺北榮民總醫院蘇澳分院、臺北榮民總醫院員山分院 排除原屬基層門診部回歸本院案件 及宜蘭員山醫療財團法人宜蘭員山醫院等4家醫院符合條件。
北區業務組	醫院所在鄉鎮(市/區)僅有1家醫院且鄰近「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」實施鄉鎮(市/區)，惟有下列情況者不得列為偏遠地區醫院： 1. 精神科專科醫院。 2. 前一年第1-3季呼吸照護費用占全院費用比率大於80%者。 3. 前一年第1-3季急診費用占門診費用比率小於5%者。 4. 違反特約管理辦法，自第一次處分函起到109年12月31日前尚未完成執行者。
中區業務組	以行政院研究發展考核委員會91年「偏遠地區設置公共資訊服務站策略規劃」報告書中，偏遠程度低及高鄉鎮之設籍民眾，依其門住診醫療費用權重校正之結果占該院醫療費用40%以上之醫

分區別	增列認定原則
	院。
南區業務組	依109年全民健康保險山地離島地區及醫療資源缺乏地區每位登記執業醫師所服務之戶籍人數超過4,300人之鄉鎮(市/區)鄰近之地區醫院，惟排除下列條件： 1. 精神科醫院 2. 109年前3季呼吸器費用占全院費用比率大於40%醫院 3. 109年前3季提供急診服務量小於5%醫院 4. 109年間有經保險人處以停(終)止特約之醫院。 5. 距離任一家區域以上層級後送醫院小於10公里者。
高屏業務組	距後送醫院(醫學中心)之交通距離>40公里(以Google地圖搜尋)且呼吸照護費用佔全院費用比率<30%之醫院且未有經停止特約、終止特約處分醫院，排除參加「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」醫院。
東區業務組	轄區醫院所在地區之每萬人口西醫醫院醫師數在5以下者。

四、 各分區符合上述認定原則之醫院名單如下：

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
1	臺北	0190030516	衛生福利部金門醫院	主管機關公告山地離島地區
2		0291010010	連江縣立醫院	主管機關公告山地離島地區
3		0634030014	臺北榮民總醫院蘇澳分院	符合分區認定原則
4		0634070018	臺北榮民總醫院員山分院 (排除原屬基層門診部回歸本院案件)	符合分區認定原則
5		0431270012	國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院	符合分區認定原則
6		1134070019	宜蘭員山醫療財團法人宜蘭員山醫院	符合分區認定原則

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
7	北區	1535081078	大順醫院	符合分區認定原則
8		1535031041	通霄光田醫院	符合分區認定原則
9	中區	0638020014	臺中榮民總醫院埔里分院	符合分區認定原則
10		1137080017	彰化基督教醫療財團法人 二林基督教醫院	符合分區認定原則
11		1138010019	彰化基督教醫療財團法人 南投基督教醫院	符合分區認定原則
12		1138020015	埔基醫療財團法人埔里基 督教醫院	符合分區認定原則
13		1436020013	東勢區農會附設農民醫院	符合分區認定原則
14		0937080012	洪宗鄰醫療社團法人洪宗 鄰醫院	符合分區認定原則
15		1537081085	宋志懿醫院	符合分區認定原則
16		1538041101	竹山秀傳醫院	符合分區認定原則
17		1538041165	東華醫院	符合分區認定原則
18	南區	1139130010	長庚醫療財團法人雲林長 庚紀念醫院	符合分區認定原則
19		0141060513	衛生福利部臺南醫院新化 分院	符合分區認定原則
20	高屏	0544010031	三軍總醫院澎湖分院附設 民眾診療服務處	主管機關公告山地離 島地區
21		1244010018	天主教靈醫會醫療財團法 人惠民醫院	主管機關公告山地離 島地區
22		0144010015	衛生福利部澎湖醫院	主管機關公告山地離 島地區
23		0943060017	屏安醫療社團法人屏安醫 院	符合分區認定原則
24		1143130019	佑青醫療財團法人佑青醫 院	符合分區認定原則
25		1143150011	迦樂醫療財團法人迦樂醫	符合分區認定原則

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
			院	
26	東區	0145080011	衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
27		1146030516	佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院	符合分區認定原則
28		0146020537	衛生福利部臺東醫院成功分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
29		0645020015	臺北榮民總醫院鳳林分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
30		1145060029	臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
31		0145030020	衛生福利部玉里醫院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
32		0645030011	臺北榮民總醫院玉里分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
33		1145030012	佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」

111 年度高屏區參加「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」醫院

序號	醫院名稱	24 小時急診	科別數
1	岡○醫院	1	4
2	旗○醫院	1	4
3	安○醫院	1	4
4	輔○附○醫院	1	4
5	枋○醫院	1	4
6	三○澎○	1	4
7	鳳○醫院	1	4
8	國○岡○	1	4
9	澎○醫院	1	4
10	潮○安○醫院	1	4
11	恆○○○教醫院	1	4
12	旗○醫院	1	4
13	恆○旅○醫院	1	4
14	高○屏○分院	1	內、外、婦
15	邱○科醫院	1	內、外
16	杏○醫院	1	內、外
17	大○醫院	1	內、外
18	南○醫院	1	內、外
19	大○醫院	1	內、外
20	重○醫院	1	內、外
21	國○屏○	1	內、外
22	劉○修醫院	0	內、外
23	光○長○醫院	0	內、外
24	惠○醫院	0	內、外
25	溪○醫院	0	內、外
26	三○醫院	0	內、外
27	高○醫院	0	內、外
28	溫○睿○醫院	0	內、外
29	瑞○醫院	0	外、兒

備註：24 小時急診提供醫療服務項目(1=有、0=無)