

衛生福利部中央健康保險署 高屏業務組

111 年醫院總額醫療服務審查作業原則

1101207 版

壹、目的

- 一、鼓勵醫院醫療專業自主，並藉以提升醫療服務審查效率。
- 二、確保民眾醫療服務品質，兼顧醫療資源有效利用，穩定轄區點值。

貳、依據

- 一、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第 22 條第 4 項規定辦理：保險人得就保險醫療服務機構申報醫療服務案件進行分析，依分析結果，得免除抽樣審查、減少隨機抽樣審查件數、增加立意抽樣、加重審查或全審。
- 二、本作業原則依 110 年 12 月 7 日「高屏區醫院總額醫療服務審查共管會」暨 110 年 12 月 23 日「高屏區醫院總額院長座談會」決議事項辦理。

參、實施期間及申請程序

- 一、實施期間：自 111 年 1 月(費用年月)起至 111 年 12 月(費用年月)止。
- 二、申請程序：轄區醫院應於 111 年 1 月 18 日前，以正式公文向高屏業務組申請參加本作業原則之專業審查執行方式審查類別(甲類-自主管理、乙類-三抽一減量審查、乙類-逐月審查)，醫院未於期限內提出申請或新設醫院者視同為乙類-逐月審查。高屏業務組經審核後函覆各醫院專業審查執行類別。
- 三、暫停辦理條件：經政府認定之重大疫情或嚴重災害等不可控因素，隨中央健康保險署宣告調整醫院總額結算措施等情形。

肆、甲類醫院資格與終止條件

一、參與資格：

- (一)如期申報醫療費用並有完整基期費用計算基礎。
- (二)最近半年內未經全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第

38~40 條處分(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，前述違規期間之認定，以第一次處分函所載處分日起算。

- (三)前開處分及於部分診療科別者，若本作業原則實施期間前處分已執行完畢(若處分扣抵金額採分期者應完成分期繳納，或提供等值設定質權之金融機關定存單擔保)，得經評估後受理申請；若實施期間前處分尚未執行完畢，其非受處分之診療科別，得經評估後受理申請。

二、終止條件

- (一)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。
- (二)檢調單位偵查中或疑涉有虛、浮報醫療服務經本署查核中，未能排除須受停(終)約處分者。
- (三)實施期間停(歇)業者或實施期間經本署處以停(終)約處分者，惟實施期間執行部分診療科別停(終)約處分者，另評估是否終止參與。
- (四)實施期間醫院服務量明顯萎縮、負責醫師或經營主體異動者，另評估是否終止參與。

伍、管理項目

一、門、住診醫療費用目標管理點數

- (一)費用範圍：(如附件一)

1.111 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及居家醫療照護整合計畫】。

2. 不含專款專用、其他部門、各項代辦費用。

- (二)各季目標管理點數：

1. 各醫院門(住)診季目標管理點數=去年同期當季核定點數(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，並依分區目標平均點值調整之點數校正。參照基期如遇疫情等變動因

素，得依共管會議決議修正。

2. 依各別醫院近期醫療費用審查結果、重大疫情變動(例如 COVID-19 疫情)及支付標準和藥價基準調整等校正。
3. 計算基準：門(住)診核定點數、當季補報、申復、追扣、補付、爭議審議核定點數及交付機構核定點數。

(三)可排除列計點數：

1. 一般總額範圍門(住)診化療藥品與經事前審查同意之藥費成長差值 40%(以高屏醫院當季一般總額醫療費用 0.5%為上限)。
2. 新收治使用 C 型肝炎全口服新藥個案，其治療過程之檢查費用，每一個案以門診 10,410 點計(新收治個案係以相較去年同期成長人數計算)。
3. 「社區化醫療服務推動計畫」(如附件二)(以高屏醫院當季一般總額醫療費用 0.4%為上限)。
4. 大幅擴增病床醫療費用

(1)預算：當季高屏醫院一般總額醫療費用 0.4%為上限。

(2)申請及執行方式(如附件三)。

(四)當季各別醫院醫療服務情形若有不可控因素之特殊情況，門(住)診別目標管理點數須調整流用者，應函文檢送具體事由及相關佐證資料，經高屏業務組審核同意後調整。

二、藥費目標管理占率

(一)費用範圍：

1. 同本作業原則第伍條第一款範圍內之門(住)診處方明細藥費總計，含釋出處方藥品費用(以當季前 2 個月及上季第 3 個月實際值計算)。
2. 不含一般總額範圍化療藥品與經事前審查同意之藥品(如附件四)。

(二)依各醫院藥費占率計算：

藥費目標管理占率=【各醫院去年同期各季之門(住)診核定藥費，校正藥價調整藥費及重複用藥核扣藥費】/門(住)診別醫療

服務點數。

三、管理指標(如附件五)

(一)依層級別及專科特性訂定門(住)診管理項目，該指標項目高屏業務組得依政策要求變更，或酌予調整指標項目成長率權重，於變更前一個月周知醫院。

(二)門(住)診各季管理指標成長率上限為 3%。

四、各季門(住)診醫療服務目標管理點數上限

門(住)診醫療費用目標管理點數 $\times$ (1+門(住)診當季管理指標成長率)。

五、單價管理

(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

上述 3 項減計之操作型定義(如附件六)。

陸、醫療服務審查作業

一、專業審查執行方式如下表：

審查類別		醫療點數	藥費占率	審查方式
甲類 (自主管理)		超出門(住)診醫療服務目標管理點數上限及藥費目標管理點數上限，由高屏業務組逕予核減。		門(住)診專業審查快速通關，但每年至少一次例行審查。
乙類	三抽一減量審查	門(住)診實際醫療點數 $\leq$ 目標管理點數上限	門(住)診實際藥費占率 $\leq$ 藥費目標占率	門(住)診隨機抽樣樣本減量 50%+立意抽樣審查。
		門(住)診實際醫療點數 $\leq$ 目標管理點數上限	門(住)診實際藥費占率 $>$ 藥費目標占率	門(住)診隨機抽樣樣本減量 20%+立意抽樣審查。
		門(住)診任一診別實際醫療點數 $>$ 目標管理點數上限	門(住)診實際藥費占率無論有無超過	門(住)診隨機抽樣樣本+立意抽樣審查。

審查類別		醫療點數	藥費占率	審查方式
	逐月 審查	---		門(住)診隨機抽樣樣本+立意抽樣審查。

註 1：門(住)診實際藥費占率=實際藥費(扣除排除列計藥費)/目標管理點數上限

註 2：乙類醫院之管理指標執行結果成長率以上季執行結果計算，藥品交付點數以前前季計算。

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

柒、核付方式：依審查類別分別計算門、住診核付點數

一、甲類(自主管理)醫院

(一)月核定：於受理保險醫事服務機構每月送核之醫療服務案件申請日起 60 日內辦理核定，並以門(住)診季目標管理點數*(1+2%)三分之一之月核定上限為原則。

(二)季結算核定：

季核付點數=門(住)診實際醫療點數-本作業原則第捌條應攤扣之醫療點數-超出門(住)藥費目標占率之藥費差值點數-超出門(住)診管理目標上限點數之差值點數(扣除攤扣之醫療點數、超出門(住)藥費目標占率之藥費差值點數)-程序審查及篩異審查核扣醫療服務點數。

註：

1. 超出門(住)診管理目標上限點數之差值點數最後計算結果如<0 時，則以 0 計算。

2. 三項單價管理項目總核減點數，於該季結算採不重複核減，另於該季核定时函覆結果，列為下一年度目標管理點數調校依據。

(三)當季核定實際點數包括：醫院及交付機構核定之送核、補報、申復、爭議、追扣及補付，均納入各醫院核定點數計算。當季門(住)診補報應於次季第三個月第一週週末前完成(例如 111 年 1、2、3 月(費用年月)之補報案件均應於 111 年 6 月 15 日前完成補

報)。

(四)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，具特殊情形不符上述之案件須經高屏業務組核備。不符者將不列入核定點數。

(五)各醫院超出門(住)診目標管理點數及藥費目標管理占率上限之核扣、攤扣作業核扣點數等，不得提申復、爭議審議及行政訴訟…等行政救濟程序。

二、乙類(三抽一減量審查、逐月審查)醫院：

(一)季結算核定：門(住)診實際醫療點數-本作業原則第捌條應攤扣之醫療點數-程序審查及專業審查核減點數-單價管理總核減點數。

(二)各醫院單價管理核扣點數與攤扣作業核扣點數不得提申復、爭議審議及行政訴訟…等行政救濟程序。

捌、各醫院季結算前核付點數調整作業

於當季點值結算前，依高屏醫院總額共議期望點值估算結果，執行攤扣或再分配作業。

一、攤扣作業：季估算點值低於共議期望點值時啟動，當季執行前將召開高屏區醫院總額醫療服務審查共管會臨時會確定應攤扣總點數及執行做法。

(一)應攤扣總點數：依高屏區醫院總額醫療服務審查共管會臨時會議決議辦理。

(二)攤扣計算

步驟 1、估算 2 類別醫院核定總點數

(1)甲類

核定總點數=Σ【各醫院門(住)診目標管理點數*(1+管理指標上限成長率或當年度醫院總額成長率擇高者)+排除列計點數】
※排除列計點數依第伍條高屏區醫療需求排除列計範圍計算。

(2)乙類

核定總點數=Σ【各醫院門(住)診一般總額醫療服務總點數-一般總額醫療服務總點數*核減率(以已核定最近二季平均值計算)-**大幅擴增病床醫療費用**】

※由甲類變動為乙類醫院，當年度第一季核減率以近一年專業審查初核核減率計算

步驟 2、估算 2 類別醫院成長總點數及占率

(1) 2 類別醫院成長總點數

整體總成長點數=2 類別醫院成長總點數加總

①甲類醫院成長總點數=Σ(一般總額醫療服務總點數-估算核定總點數)。

②乙類醫院成長總點數=Σ(估算核定總點數-原目標管理點數)。

※無目標管理點數之新設立醫院以前一季一般總額醫療服務核定點數為本攤扣計算。

註：若某類醫院成長總點數 ≤ 0 時，則該類醫院整體均不參與攤扣。

(2) 2 類別醫院成長總點數占率

甲類醫院成長總點數占率=甲類醫院成長總點數/整體總成長點數

乙類醫院成長總點數占率=乙類醫院成長總點數/整體總成長點數

步驟 3、估算 2 類別醫院應攤扣總點數

甲類醫院應攤扣點數=應攤扣總點數*甲類醫院成長總點數占率

乙類醫院應攤扣點數=應攤扣總點數*乙類醫院成長總點數占率

步驟 4、各醫院門(住)診應攤扣點數

(1) 甲類醫院：

各醫院應攤扣占率=

各醫院成長貢獻占率*80%+各醫院費用占率*20%

各醫院應攤扣點數=

甲類醫院應攤扣點數*各醫院應攤扣占率

(2) 乙類醫院：

①非屬新設醫院

各醫院應攤扣占率=

各醫院成長貢獻占率*80%+各醫院前一季費用核減率結果*20%

②新設醫院：設立時間3年以內(以有完整季申報資料起算)，攤扣占率如下表：

設立時間(以有完整季申報資料起算)	費用占率	成長貢獻占率	核減率占率
第1年第1季	不參與攤扣		
第1年第2季	80%	0%	20%
第1年第3~4季	75%	5%	20%
第2年(第5~8季)	60%	20%	20%
第3年(第9~12季)	50%	30%	20%

註：成長貢獻基期：核定前一季一般總額醫療服務核定點數

*核減率結果算法

A. 依各醫院費用核減率排序(由小至大)

B. 各家核減率結果=該醫院序位/各醫院序位總和

各醫院應攤扣點數=

乙類醫院應攤扣點數*各醫院應攤扣占率

註：甲、乙類各別醫院若經估算一般總額醫療服務點數相較去年同期成長率 ≤ 0 時，則不參與攤扣作業。

二、再分配作業：季估算點值高於共議期望點值時啟動

(一)再分配計算

1. 再分配總點數=依分區共議期望點值換算總醫療點數-2 類別醫院季結算核付總點數。

2. 各醫院門(住)診再分配點數

各醫院再分配點數=

再分配總點數*醫院原當季目標管理點數占率(另校正當季醫療服務變動情形)，各醫院再分配點數不加成管理指標成長率。

(1)甲類醫院再分配點數於季結算作業排除列計(含藥費)。

(2)乙類醫院當季再分配點數(含藥費)供作次季審查方式之抽樣率計算。

玖、其他

- 一、為保障保險對象就醫權益，避免醫院將財務風險轉嫁保險對象，如發現醫院不當收費或 DRG 案件拒收病患等影響保險對象就醫權益情事，高屏業務組將立即終止參加甲類醫院資格，並加強費用審查。
- 二、為共同管理以達期望點值目標，高成長貢獻(含新成立醫院)醫院或檔案分析發現醫療費用未合理自控醫院，高屏業務組得交由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
111 年醫院總額醫療服務審查作業原則
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

(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)、性病患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)、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、A2052C 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~F05、F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997、G30、G31 及 G91。
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. 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。
6. 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。

(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) 轉出醫院出院準備及評估相關獎勵費(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 P5113B、P5118B、P5123B、P5124B 之醫令點數加總。

二、專款專用項目

- (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項醫令——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)。

- (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：案件分類 E1 且醫令類別 2 之糖尿病管理照護費(醫令代碼為 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C)、氣喘管理照護費(醫令代碼為 P1612C、P1613C、P1614B、P1615C)、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案管理照護費(醫令代碼為 P4201C、P4202C、P4203C、P4204C、P4205C)、早期療育門診醫療給付改善方案計畫(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)、慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案(特定治療項目代號(一)為「HF」醫令代碼為 P6011C、P6012C、P6013C、P6014C、P6015C)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 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)藥品醫令代號：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 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。

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。

(五)居家醫療照護整合計畫一般總額申報費用：特定治療項目代號 EC 之案件藥費、藥服費及檢驗(查)、特殊材料核實申報之費用。

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

111 年醫院總額醫療服務審查作業原則

社區化醫療服務推動計畫

第一版 110/11/29

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 111 年 1 月 1 日起至 111 年 12 月 31 日止。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管理指標項目目標值之差值件數) / (轄區醫院使用電子轉診平台下轉總量件數大於管理指標項目目標值之總差值件數) * (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管理指標項目目標值之差值件數) / (轄區醫院使用電子轉診平台下轉診所件數大於管理指標項目目標值之總差值件數) * (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

= (個別醫院當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 評估與服務作業當季總得分) * (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
		主責醫院輔導團隊內 108 年有意願並未收案之診所完成居家整合照護服務(收案)之家數(以家數計)	20
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
<u>B3</u> <u>出院轉銜急性後期整合照護居家模式</u>	1. <u>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</u>	<u>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。</u>	<u>4</u>
	2. <u>承作醫院居家模式照護人數</u>	1. <u>病患經急性醫療轉銜 PAC 居家模式成功收案且申報初評費用(P5114B)，以當季新收個</u>	<u>6</u>

		<u>案論人計算得分。</u> 2. <u>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。</u>	
--	--	---	--

註：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

註：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 6%)

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。

$$= (\text{個別醫院參與預檢並依健保卡上傳格式 2.0 所上傳之有效就醫資料總點數} / \Sigma \text{該層級所有醫院依健保卡上傳格式 2.0 所上傳之有效就醫資料總點數}) * (\text{本計畫獎勵費用各層級} * 2\%)$$

【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. 民眾用藥安全把關(計畫權重 2%)

E1 為把關民眾用藥安全，鼓勵院所介接本署開發之藥品相關 API 程式(列計項目如下表)，醫院成功查詢一筆藥品相關 API 資料即計 1 點。

$$= (\text{個別醫院成功查詢總點數} / \Sigma \text{轄區所有醫院成功查詢總點數}) * (\text{計畫獎勵費用} * 2\%)$$

【註】本項將依據署本部陸續開發之藥品 API 程式即時調整，

本組亦將配合修訂內容即時公告。

社區化醫療服務推動計畫列計查詢筆數API類別	
資料類別	提示邏輯
5-非類固醇抗發炎劑藥品(組合訊息) 6-非類固醇抗發炎劑藥品(各欄位)	比對藥歷28日內總量大於0之貼布、軟膏、口服之「非類固醇抗發炎劑藥品」
7-高風險用藥 (遵醫囑餘藥日數大於0日)	以「同藥理同核價劑型」進行比對，並以「降血壓、降血脂、降血糖、抗血栓及前列腺肥大」5類藥品優先輔導
藥品交互作用	A-西/西藥、西/中藥(組合訊息)
	E-西/西藥
	F-西/中藥
	D-中/西藥
B-過敏藥物	
比對IC卡上傳或醫師於雲藥、過敏頁籤登錄之所有過敏藥物資料庫	

*製表日：110年11月11日

*以本署資料庫內欄位「RTN_CODE」=0代表該筆資料有查詢成功，並列入點數計算。

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

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 111 年 1 月 28 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
111 年醫院總額醫療服務審查作業原則
醫院擴增床數可排除列計點數申請及執行方式

一、預算上限：當季高屏醫院一般總額醫療費用 0.4% 為上限。

二、申請程序及條件：

(一) 醫院需於欲擴增病床年度前一年 11 月 30 日前函送計畫書予高屏業務組核備。

(二) 醫院總占床率平均值，於申請年度前一年 10 月至申請當年 9 月(排除 1 月及 2 月)需達 70%。

(三) 適用病床別及條件：

病床類別	適用條件
急性一般病床	一般病床 200 床(含)以上：≥ 原該類病床總數 10%
精神急性一般病床	一般病床 200 床以下：≥ 10 床
加護病床	一般病床 200 床(含)以上：≥ 10 床
	一般病床 200 床以下：≥ 5 床
*註：	
1. 一般病床同「醫療機構設置標準」之定義。	
2. 比較基準：以 110 年 12 月一般病床總數為比較基準。	

三、品質管理：

(一) 新增病床申報之案件將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第 22 條辦理費用審查，並依新增病床初核樣本核減率調整實際可排除列計點數。

(二) 新增病床初核樣本核減率：【當季新增病床專業審查初核核減點數 ÷ Σ 新增病床樣本醫療費用點數】。

四、排除列計點數計算方式

(一) 各院排除列計點數計算：

1. 計算公式：當季新增病床醫療費用點數 * 原病床佔床率 * 【1 - (新增病床初核樣本核減率 + (Σ 核減率加計值))】

2. 調校項目：

調校項目	定義	執行目標	調校項目
原病床佔床率	1. 當季申報原急性病床(一般、精神)、加護病床醫令總數 ÷ Σ 當季天數 × 當季原急性病床(一般、精神)、加護病床總床數	≥ 去年同期	未達標依計算結果折付

	2. 原病床定義：基期已開設之病床		
總病床 占床率	當季申報急性病床(一般、精神)、加護 病床醫令總數÷ Σ 當季天數×當季急性病 床(一般、精神)、加護病床總床數		核減率加 計+0.25%
總住院日 數	當季急性病床(一般、精神)、加護病床 合計申報醫令數		核減率加 計+0.25%
總住院人 數	當季急性病床(一般、精神)、加護病床 住院歸戶人數		核減率加 計+0.25%
平均住院 日數	當季急性病床(一般、精神)、加護病床 合計申報醫令數÷住診一般總額案件總 申報件數	≤去年同 期	核減率加 計+0.25%

五、其他：

- (一)醫院依第四點計算之擴增病床排除列計點數不得流用至門診。
- (二)本組得依政府認定之重大疫情或嚴重災害等不可控因素，或中央健康保險署宣告醫院總額結算措施等情形調整本項排除列計點數執行與否及計算方式。
- (三)倘查醫院有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 至 40 條所列違規違規事由，即不符合排除列計資格。

衛生福利部中央健康保險署 高屏業務組
110 年醫院總額醫療服務審查作業原則
排除於門、住診藥費目標值之一般總額範圍藥品醫令

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、
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、KC00905261、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

衛生福利部中央健康保險署 高屏業務組
111 年醫院總額醫療服務審查作業原則
管理指標項目(區域以上醫院)

項目內容			執行目標		
診別	執行項目	成長率 權重	設定值	資料 分析	計算 期間
門 診	落實分級醫療-下轉件數	0.2%	下轉總件數≥	門診	當季
		0.2%	下轉診所件數≥		
	門診整合計畫之執行	0.3%	≥		
	慢性病就醫歸戶人數	0.2%	≤		
	門診急重症醫療服務點數	0.3%	≥		
	藥品管理	0.3%	全藥類藥品重複用藥日數下降率 ≥		
		0.2%	西醫門診用藥品項數≥10項件數 占率≤		
	檢驗檢查再次執行管理	0.3%	門診 10 項檢查再次執行率≤		
	健保醫療資訊雲端查詢共享	0.2%	參與就醫識別碼及健保卡上傳格 式 2.0 預檢	門住 診	
		0.3%	檢驗檢查結果 24 小時上傳率≥		
		0.3%	醫療影像 24 小時上傳率≥		
	急診照護監測(for 醫學中心)	0.2%	急診平均每日待床人數≤	急診 即時 訊息	當季
	執行疾病論質計酬改善方案 (for 區域醫院)	0.2%	糖尿病照護收案人數≥	門診	
住 診	住院歸戶人數	0.2%	≥	住診	當季
	符合各類疾病 PAC 收案及下轉人數	0.3%	≥		
	住診重症醫療服務點數	0.4%	≥		
	清淨手術後使用抗生素>3 日比率	0.2%	≤		
	執行安寧療護照護人數	0.2%	安寧療護照護人數≥		
		0.2%	死亡前安寧療護照護人數≥		
	ICD-10-CM-PCS 虛擬碼申報完整比率	0.3%	如指標定義	門住 診	上季 最後 一個 月及 當季 前二 個月
	門住診 CT、MRI 執行管理	0.2%	CT 執行總量≤		
		0.2%	MRI 執行總量≤		
		0.1%	CT30 日內跨院再次執行比率≤		
		0.1%	MRI30 日內跨院再次執行比率≤		
	出院個案轉銜照護服務	0.2%	出院個案轉銜照護件數≥	住診	
	非計畫性出院後 14 日內再入院率	0.2%	≤		
住院案件出院後 3 日內再急診率	0.2%	≤			

※門(住)診別指標達成時，成長率權重採計上限 3.0%。

衛生福利部中央健康保險署 高屏業務組
111 年醫院總額醫療服務審查作業原則
管理指標項目(地區醫院綜合科)

項目內容			執行目標		
診別	執行項目	成長率 權重	設定值	資料 分析	計算 期間
門診	慢性病就醫歸戶人數	0.2%	≥	門診	當季
	執行疾病論質計酬改善方案	0.3%	糖尿病照護收案人數≥		
		0.2%	CKD 照護人數≥		
	門診復健醫療利用	0.2%	年復健治療醫令數≥180 次之個案申報案件數≤		
		0.2%	中度-複雜以上醫令數比率≤		
	藥品管理	0.4%	全藥類藥品重複用藥日數下降率≥		
		0.2%	西醫門診用藥品項數≥10 項件數占率≤		
	檢驗檢查再次執行管理	0.2%	門診 10 項檢查再次執行率≤	門住診	
	門住診 CT、MRI 執行管理	0.2%	CT 執行總量≤		
		0.2%	MRI 執行總量≤		
	健保醫療資訊雲端查詢共享	0.3%	參與就醫識別碼及健保卡上傳格式 2.0 預檢		
		0.4%	醫療影像 24 小時上傳率≥		
	住診	住院歸戶人數	0.3%	≥	住診
Tw-DRGs 案件住院前 1 週內門診平均檢驗檢查點數		0.3%	≤		
ICD-10-CM-PCS 虛擬碼申報完整性比率		0.3%	如指標定義		
符合各類疾病 PAC 收案人數		0.5%	≥		
長期呼吸器依賴病患醫療服務		0.2%	呼吸器病患醫療服務點數≤		
		0.2%	病患執行緩和醫療家庭諮詢比率(02020B)≥		
非計畫性出院後 14 日內再入院率		0.3%	≤		
住院案件出院後 3 日內再急診率		0.3%	≤	門住診	當季
出院個案轉銜照護服務		0.2%	出院個案轉銜照護件數≥		
健保醫療資訊雲端查詢共享		0.4%	檢驗檢查結果 24 小時上傳率≥		

※門(住)診別指標達成時，成長率權重採計上限 3.0%

★依醫院指標執行情形替代指標：

門住診 CT 跨院再執行比率、門住診安養住民醫療費用、執行安寧療護照護人數、死亡前安寧療護照護人數、Tw-DRGs 住院案件出院後 1 週內平均門急診醫療點數

衛生福利部中央健康保險署 高屏業務組
111 年醫院總額醫療服務審查作業原則
管理指標項目(地區醫院骨外科)

項目內容			執行目標			
診別	執行項目	成長率 權重	設定值	資料 分析	計算期 間	
門診	門診歸戶人數	0.2%	≥	門診	當季	
	每人平均檢查(驗)費用	0.2%	≤			
	門診復健醫療利用	0.5%	年復健治療醫令數≥180 次之個案申報案件數≤			
		0.5%	中度-複雜以上醫令數比率≤			
	檢驗檢查再次執行管理	0.2%	門診 10 項檢查再次執行率≤			
		0.2%	X 光檢查再次執行率≤			
	健保醫療資訊雲端查詢共享	0.6%	參與就醫識別碼及健保卡上傳格式 2.0 預檢			
		0.6%	醫療影像 24 小時上傳率≥			
住診	住院歸戶人數	0.3%	≥	住診	當季	
	Tw-DRGs 案件住院前 1 週內門診平均檢驗檢查點數	0.3%	≤			
	清淨手術後使用抗生素>3 日比率	0.3%	≤			
	ICD-10-CM-PCS 虛擬碼申報完整比率	0.3%	如指標定義			
	健保醫療資訊雲端查詢共享	0.3%	檢驗檢查結果 24 小時上傳率≥	門住診		上季最後一個月及當季前二個月
		0.1%	人工關節植入物上傳率≥			
	門住診 CT、MRI 執行管理	0.2%	CT 執行總量≤			
		0.2%	MRI 執行總量≤			
		0.1%	CT30 日內跨院再次執行比率≤			
		0.1%	MRI30 日內跨院再次執行比率≤			
	出院個案轉銜照護服務	0.2%	出院個案轉銜照護件數≥	住診		
	非計畫性出院後 14 日內再入院率	0.3%	≤			
	住院案件出院後 3 日內再急診率	0.3%	≤			

※門(住)診別指標達成時，成長率權重採計上限 3.0%

★依醫院指標執行情形替代指標：

門住安養住民醫療費用、Tw-DRGs 住院案件出院後 1 週內平均門急診醫療點數

衛生福利部中央健康保險署 高屏業務組

111 年醫院總額醫療服務審查作業原則

管理指標項目(地區醫院婦產科)

項目內容			執行目標		
診別	執行項目	成長率 權重	設定值	資料 分析	計算 期間
門診	每人平均檢查(驗)費用	0.4%	≤	門診	當季
	婦產科相關超音波再執行率(含跨院)	0.3%	產科超音波≤		
		0.3%	婦科超音波≤		
	檢驗檢查再次執行管理	0.2%	門診 10 項檢查再次執行率≤		
	上呼吸道感染病人 7 日內再次就診率	0.6%	≤		
	健保醫療資訊雲端查詢共享	0.4%	參與就醫識別碼及健保卡上傳格式 2.0 預檢		
		0.4%	檢驗檢查結果 24 小時上傳率≥		
		0.4%	醫療影像 24 小時上傳率≥		
住診	罹患子宮肌瘤(育齡婦女 15-49 歲(含))經子宮切除人數	0.5%	≤	住診	當季
	剖腹產率	1.0%	≤		
	Tw-DRGs 案件住院前 1 週內門診平均檢驗檢查點數	0.5%	≤		
	非計畫性出院後 14 日內再入院率	0.5%	≤		上季最後一個月及當季前二個月
	住院案件出院後 3 日內再急診率	0.5%	≤		

※門(住)診別指標達成時，成長率權重採計上限 3.0%

衛生福利部中央健康保險署 高屏業務組
111 年醫院總額醫療服務審查作業
管理指標項目(精神專科)

項目內容			執行目標		
診別	執行項目	成長率 權重	設定值	資料 分析	計算 期間
門診	思覺失調症方案照護人數	0.5%	≥	門診	當季
	每人平均檢查(驗)費用	0.5%	≤		
	檢驗檢查再次執行管理	0.5%	門診 10 項檢查再次執行率 ≤		
	精神科社區復健(A2)每人平均醫療費用	0.4%	≤		
	藥品管理	0.6%	全藥類藥品重複用藥日數下降率 ≥		
		0.5%	西醫門診用藥品項數 ≥ 10 項件數占率 ≤		
住診	精神科病患急性床平均每人日精神科處置費	0.5%	≤	住診	當季
	精神科病患急慢性床住院天數 ≥ 365 天人數比率	0.5%	≤		
	非計畫性出院後 14 日內再入院率	0.4%	≤		上季最後一個月及當季前二個月
	住院案件出院後 3 日內再急診率	0.4%	≤		
	健保醫療資訊雲端查詢共享	0.4%	參與就醫識別碼及健保卡上傳格式 2.0 預檢		
		0.3%	檢驗檢查結果 24 小時上傳率 ≥		
		0.3%	醫療影像 24 小時上傳率 ≥		
	出院個案轉銜照護服務	0.2%	出院個案轉銜照護件數 ≥	門住診	

※門(住)診別指標達成時，成長率權重採計上限 3.0%

★依醫院指標執行情形替代指標：ICU 平均住院天數、門住安養住民醫療費用

衛生福利部中央健康保險署 高屏業務組
111 年醫院總額醫療服務審查作業原則
單價管理項目與操作型定義

壹、非藥費單價之成長減計

一、門診費用範圍：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)之醫事類別 12 案件。

二、住診費用範圍：案件分類 1(一般案件)之醫事類別 22 案件。

三、排除條件：

(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

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

(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

四、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)*當季歸戶人數

貳、藥費單價之成長減計

一、費用範圍：

(一) 門診：各醫院當季門診一般總額之藥費。

(二) 住診：各醫院當季住診一般總額之藥費。

(三) 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)。

(四) 排除條件：

1. 非總額之藥費：排除範圍如附件一。

2. 癌症和事前審查用藥之藥費：排除範圍如附件四。

3. 精神科長效型針劑藥費：排除 ATC 前 4 碼為 N05A 且醫令代碼第八碼為 2 之藥品。

二、計算方式

(一) 平均每人季藥費=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-去年同期平均每人藥費)*當季歸戶人數。

參、黃金治療期後復健單價之成長減計

一、費用計算範圍：

- (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大於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)
111年1月	110年01月~110年12月
111年2月	110年02月~111年01月
111年3月	110年03月~111年02月
111年4月	110年04月~111年03月

二、黃金治療期後復健費用占率=各醫院當季門診執行復健大於180次個案申報複雜醫令點數/各醫院當季門診執行復健大於180次個案復健醫令點數。

三、核減點數=(當季黃金治療期後復健費用占率-去年同期黃金治療期後復健費用占率)*當季門診執行復健大於180次個案申報複雜醫令點數

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。