

# 106 年上半年南區醫院總額醫療服務 審查分級作業原則

## 壹、目的

為鼓勵醫院落實民眾健康照護、提升醫療服務品質，醫療服務審查作業採分級管理，讓醫院於醫療專業自主下，達穩定轄區點值之目標。

## 貳、依據

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 3 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。

## 參、實施期間及申請程序：

- 一、實施期間：自費用年月 106 年 1 月起至 6 月止。
- 二、申請程序：轄區醫院申請審查分級 A-1 者，應於 106 年 1 月 16 日前，來函併申請書向南區業務組提出，經審核同意後實施；未申請審查分級 A-1 者係採逐月審或三審一，其中有三審一需求者亦請於上述期限內來函併申請書向南區業務組提出，經審核同意後實施。

## 肆、參與資格與終止條件

- 一、醫院參與資格：
  - (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。
- 二、終止條件
  - (一)實施期間經本署處以停（終）約處分通知者，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。

- (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者。
- (三)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。
- (四)符合 Tw-DRGs 服務案件，醫院拒收或不當轉院，經查證屬實者。
- (五)經檔案分析或費用審查發現異常，疑違反相關法令規定者。

## 伍、監測項目

### 一、門/住診醫療費用目標管理點數

#### (一)費用範圍

- 1.106 年醫院醫療給付費用總額門/住診一般服務範圍。
- 2.不含專款專用、其他部門、各項代辦項目及南區自排項目費用(住院安寧療護、住院安寧共照費用、緩和醫療家庭諮詢費用及生產案件)。

#### (二)目標管理點數

- 1.各醫院基期以 105 年第 1、2 季之門/住診核定點數，含釋出處方醫療費用(審查分級非 A-1 醫院，為利抽樣送審率之計算，當期釋出處方費用以當季前 2 個月及上季第 3 個月藥局申報資料計算，如 106Q1 受理日為 105.12.1~106.2.28)。
- 2.計算基準
  - (1)涵蓋範圍：門/住診核定點數，當季補報、追扣、補付、申復、爭議審議核定點數及交付機構核定點數。
  - (2)排除範圍：專款專用項目、其他部門、各項代辦項目費用及南區自排項目費用(住院安寧療護、住院安寧共照費用、緩和醫療家庭諮詢費用及生產案件)。審查分級非 A-1 醫院，為利抽樣送審率之計算，上述排除費用當期資料採當季前 2 個月及上季第 3 個月費用計算。

## 二、門/住診藥費目標管理點數

### (一)費用範圍

門/住診處方明細藥費總計，含釋出處方藥品費用(審查分級非 A-1 醫院，為利抽樣送審率之計算，當期資料採當季前 2 個月及上季第 3 個月藥局申報資料計算)，不含專款專用藥品、其他部門、各項代辦案件藥費、南區自排項目藥費及一般總額範圍抗癌藥品與經事前審查同意之藥品。

### (二)目標管理點數

以各醫院基期藥費占率計算=各醫院 105 年第 1、2 季門/住診別藥費÷該季門/住診別醫療費用點數。(各醫院藥費占率同儕比較及重複用藥情形，將據以參考微調)。

## 三、「管理指標」目標管理點數

(一)門/住診季管理指標成長率權重上限為 3%。

(二)依醫院層級別及專科特性，訂定門/住診管理指標項目。另保留依政策要求之指標項目，酌予調整指標目標值計分，惟應於變更前一個月週知醫院。

(三)各指標項目及操作型定義(如附件一)

## 四、A-1 醫院另排除列計項目

(一)急重症病患醫療照護需求(如附件二)

急重症病患醫療照護保障之排除列計點數於季結算 A-1 醫院當季門/住診別之實際醫療服務點數時排除。

(二)抗癌藥品需求(如附件三)

抗癌藥品費用之排除列計點數於季結算 A-1 醫院當季門/住診別之實際醫療服務點數時排除。

## 陸、醫療服務專業審查作業

一、 審查分級如下表：

審查分級	醫療點數	門/住藥費目標占率	審查方式
A-1 申請通過	門/住診實際醫療點數 ≤ 目標管理點數上限	門/住診實際藥費占率 ≤ 藥費目標占率 計算方式：D=E/F D=實際藥費占率 E=實際藥費 F=醫療費用目標管理點數上限	專業審查免隨機送審及回推
非 A-1 醫院申請減量抽審審查分級如下			
審查分級	醫療點數	門/住藥費目標占率 管理指標達成項目	審查方式
A-2	門/住診實際醫療點數 ≤ 目標管理點數	門/住診實際藥費占率 ≤ 藥費目標占率 計算方式：D=E/F D=實際藥費占率 E=實際藥費 F=醫療費用目標管理點數	1. 抽審 15% 2. 管理指標達成 4 項，減量抽審 10%
A-3	門/住診實際醫療點數 ≤ 目標管理點數	門/住診實際藥費占率 > 藥費目標占率	1. 抽審 30% 2. 管理指標達成 4 項，減量抽審 10%
B-1	門/住診實際醫療點數 > 目標管理點數差值比率 0%-2.0%(含)	門/住診實際藥費占率 ≤ 藥費目標占率	1. 抽審 70% 2. 管理指標達成 4 項，減量抽審 10%
B-2	計算方式：(H-I)/I H=實際醫療點數 I=目標管理點數	門/住診實際藥費占率 > 藥費目標占率	1. 抽審 80% 2. 管理指標達成 4 項，減量抽審 10%
C	門/住診實際醫療點數 > 目標管理點數差值比率 2.0%↑ 計算方式：(H-I)/I H=實際醫療點數 I=目標管理點數	門/住診實際藥費占率無論有無 超過藥費目標占率	1. 抽審 100% 2. 必要時逐月審 3. 管理指標達成 4 項，減量抽審 10%

註 1：A-1 醫院各季門/住診醫療服務目標管理點數上限之計算方式=門/住診醫療費用目標管理數×(1+門/住診季管理指標成長率權重)

註 2：住院特定案件(案件分類 3)採逐案審查

註 3：審查作業減量送審各級距樣本數之計算以小數點 1 位四捨五入至整數方式辦理。

## 二、審查分級 A-1 醫院

- (一)門/住診醫療費用目標管理點數或藥費目標管理點數超出部分，南區業務組逕予核減，醫院不得就核減部分提出申復、爭議審議及行政訴訟等行政救濟程序。
- (二)程序審查、檔案分析之品質審查、實地審查…等依現行規定辦理，並依審核結果核減，醫院對審核結果有異議時可提申復、爭審等救濟程序。

三、審查分級非 A-1 醫院，採三審一方式或逐月審查。

## 柒、核付方式

### 一、審查分級 A-1 醫院

- (一)補報案件以各院季末月送核案件受理後 35 日內補報，除有特殊理由外，逾期不得申報(重大傷病、第五類保險對象(福)、第六類第一目之保險對象(榮)、職業傷病等之部分負擔金額補報案不受上述期間限制)。
- (二)當季醫療服務如有流用門、住診別目標管理點數需求者，須於當季結束後次月 15 日前來文敘明具體理由，南區業務組得依醫院自主管理情形評估後函覆醫院，門住診別流用點數以目標管理點數之 3%為原則。
- (三)採月暫核定、季結算。月暫核定以門/住診季目標管理點數 $\times$ (1 + 管理指標上限之 7 成) $\div$ 3 為原則。
- (四)季結算時總核付點數(含部分負擔) = 門/住診實際醫療點數 - 超出門/住藥費目標占率之藥費差值點數(未超出時核扣數為 0) - 超出門/住診目標管理點數之差值點數(未超出時核扣數為 0，且扣除已核扣的超出門/住藥費目標占率之藥費差值點數) - 本作業原則陸之二(二)所列之審查結果核減醫療費用。

### 二、審查分級非 A-1 醫院

- (一) 審查作業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規定辦理。
- (二) 該季審查分級已確定，嗣後又有補報情形者，則該補報費用併入下一季申報值計算。

## 捌、其他事項

### 一、季結算前調校 A-1 醫院目標管理點數

#### (一) 應折付點數再分配

必要條件：參加 A-1 醫院基期醫療服務點數占率須達轄內醫院 60%。

【應折付點數=非 A-1 醫院醫療服務點數總計-非 A-1 醫院目標管理點數總計×(1+2%指標成長率)-非 A-1 醫院核減醫療服務點數】。

#### (二) 預估點值外點數再分配

【預估點值外點數=當季季結算前預估點值超出南區醫院共議期望值之點數】。

南區業務組得將前(一)、(二)項計得之醫療服務點數依各 A-1 醫院之基期醫療費用占率及當季實際發生醫療服務情形，據以調整各 A-1 醫院之門、住診醫療費用目標管理點數。第(一)項為必要執行項目，如併執行第(二)項，依第(二)項計算總體點值之變動以不低於南區醫院共議期望點值 0.005 元為原則。

### 二、季結算前調校非 A-1 醫院核定點數(轄區醫院未核備同意為 A-1 醫院者均屬非 A-1 醫院)

必要條件：參加 A-1 醫院基期醫療服務點數占率未達轄內醫院 60%。

- (一) 當季季結算前預估點值低於南區醫院共議之期望值時，由南區業務組依試算結果逕予核定非 A1 醫院應折付之總醫療服務點數，核

定後不得提出申復、爭議審議及行政訴訟等行政救濟程序。

(二)各家非 A-1 醫院應折付之核定點數計算公式如下：

1. 各家非 A-1 醫院折付占率=【非 A-1 醫院超出目標點數數額-該院核減點數(A)】÷【非 A-1 醫院超出目標點數數額-核減點數總和( $\Sigma A$ )】。

2. 各家非 A-1 醫院折付點數=該院折付占率\*非 A1 醫院應折付之總醫療服務點數。

三、醫院如配合政策導致當季醫療服務變動(如：應變登革熱、流感疫情或政策改變...等)，南區業務組得視影響程度進行評估，依評估結果研擬相關配套措施，以減少醫院衝擊。

四、為保障保險對象就醫權益，避免參加醫院將財務風險轉嫁保險對象，如發現醫院不當收費或影響保險對象就醫權益情事，將立即終止醫院參加本作業原則並加強費用審查。

區域層級(含)以上醫院

附件一

診別	管理指標項目
門診	季歸戶人數
	1. 健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 2. 健保醫療資訊雲端查詢系統藥歷外其他頁籤查詢占率
	健康存摺下載率
	論質支付方案之執行(5項擇2項執行)
	1. 門診整合署本部建議重點照護名單收案率 2. 照護對象平均每人每月西醫門診藥品項數(院內)成長率
	門、住診 CT、MRI 醫令執行率
	門診平均每人物理治療費用
	門診每人平均非藥費單價
	1. 居家醫療照護整合計畫收案率 2. 出院個案後續接受醫療照護整合人數
	住診
參與「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」之檢驗(查)、出院病摘及人工關節植入物上傳率	
PAC 下轉或收案個案數	
1. 執行安寧照護率 2. 安寧居家照護收案人數(含甲乙類) 3. 安寧照護人數(適用於新申請加入醫院)	
RCC 執行緩和醫療家庭諮詢費(02020B)比率	
住院每人次平均非藥費單價	
以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再住院率	



## 地區醫院

診別	管理指標項目
門診	季歸戶人數
	1. 健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 2. 健保醫療資訊雲端查詢系統藥歷外其他頁籤查詢占率
	健康存摺下載率
	論質支付方案之執行(5項擇2項執行)
	1. 門診整合署本部建議重點照護名單收案率 2. 照護對象平均每人每月西醫門診藥品項數(院內)成長率
	門、住診 CT、MRI 醫令執行率
	門診平均每人物理治療費用
	門診每人平均非藥費單價
	1. 居家醫療照護整合計畫收案率 2. 出院個案後續接受醫療照護整合人數
	住診
參與「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」之檢驗(查)、出院病摘及人工關節植入物上傳率	
PAC 收案個案數	
長期呼吸器依賴患者入住 RCW 及一般病床執行緩和醫療家庭諮詢費比率	
呼吸器依賴病患醫療費用	
住院每人次平均非藥費單價	
以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再住院率	
安養護機構住民門住診申報醫療費用點數	

## 精神專科醫院

診別	管理指標項目
門診	季歸戶人數
	1. 健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 2. 健保醫療資訊雲端查詢系統藥歷外其他頁籤查詢占率
	健康存摺下載率
	思覺失調病患照護率
	同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率
	同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率
	精神科門診每人日平均藥費
住	季歸戶人數
	參與「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」之檢驗(查)、出院病摘上傳率
	精神科病患平均急性床住院天數
	慢性精神病床連續住院超過 180 天比率
	精神科病患入住急性病房平均每人日精神科治療費

## 106 年上半年醫院總額醫療服務審查作業原則 急重症病患醫療照護需求之排除列計

### 一、目的：

鼓勵醫院強化急重症醫療照護品質及效率並提高急重症病患就醫可近性。

### 二、計畫期間與預算

自 106 年 1 月 1 日起至 106 年 6 月 30 日止。

預算設定比率為轄區當季一般總額預算之 0.3%。

### 三、執行方式

#### (一)對象

參與南區醫院總額醫療服務審查分級作業原則 A-1 醫院，其急重症醫療點數正成長 5%以上且檢傷一級急診滯留 48 小時較去年同期自身比下降或低於全國同儕值。

#### (二)排除項目

急重症醫療點數：

以總額預算 0.3%分配，依急重症病患醫療照護需求之排除列計項目計算，操作型定義，如附表。當各院急重症醫療點數 $\geq$ 去年同期 5%以上時，依各院成長 $>5\%$ 以上之部分的點數予以排除 1/2，本預算採總額 0.3%為最高排除額度，超出時以浮動計算。

# 急重症病患醫療照護需求之排除列計點數操作型定義

附表

## 一、急症照護操作型定義

部門	操作型定義
門診	案件類別為"02"之醫療費用點數。
住診	1. 6歲(含)以下，急診轉住院且急性病房住院日數≤10天案件醫療費用點數。 2. 排除條件1之急診轉住院案件申報急診診察費代碼00201B、00202B之急診診察費點數。

## 二、重症照護操作型定義

重症項目	操作型定義
RCC	住診：案件分類「4」、給付類別「9」、且當次有申報醫令代碼P1005K、P1006K、P1007A、P1008A之案件醫療費用點數。
ICU 案件	住診：當季入住ICU病患前7天之ICU病房費、護理費、診察費點數。(病房費醫令為03010E、03011F、03012G、03013H；護理費醫令為03047E、03048F、03049G、03050H；診察費醫令為02011K、02012A、02013B)。排除呼吸器依賴個案回轉ICU之案件
自發性急性腦血管疾病	住診：ICD10-CM主診斷前三碼為I60~I68且部分負擔代碼為"001"或"011"之案件醫療費用點數。 (ICD9-CM主診斷前三碼為430-437)
體重低於1499公克之極端未熟兒與早產兒	住診：ICD10-CM主診斷為P0701~P0703、P0714~P0715、P0501~P0505(新生兒依附就醫且符合定義者亦納入計算)之案件醫療費用點數。 (ICD9-CM主診斷為76501、76502、76503、76504、76505、76511、76512、76513、76514、76515)
1歲以下幼兒及新生兒呼吸疾病	住診：1歲以下且ICD10-CM主次診斷為P84、P220~P229、P23~P28、J00~J99(主診斷排除：體重低於1499公克之極端未熟兒與早產兒，新生兒依附就醫且符合定義者亦納入計算)之案件醫療費用點數。 (ICD9-CM主次診斷為7680-7689、769、7700-7709)
急性心肌梗塞	住診：ICD10-CM主診斷為I2101~I229且執行PrimaryPCI醫令代碼為18020B、18021B、18022B、33076B、33077B、33078B之醫令點數 (ICD9-CM主診斷為410.00-410.92)
主動脈剝離	住診：ICD10-CM主診斷為I7100~I7103、且執行stent及置換醫令代碼為69023B、69024B、69027B、69035B、69036B、69037B之醫令點數。 (ICD9-CM主診斷為441.00~441.03)

衛生福利部中央健康保險署南區業務組  
106 年上半年醫院總額醫療服務審查作業原則  
抗癌藥品需求之排除列計

附件三

一、目的

鼓勵醫院審慎提供癌症病患用藥又提高民眾就醫可近性下，合理反映抗癌藥品之費用成長。

二、計畫期間與預算

自 106 年 1 月 1 日起至 106 年 6 月 30 日止。

預算設定比率為轄區當季一般總額預算之 0.3%。

三、動支要件

本區一般總額範圍門住診抗癌藥品點數成長率低於全署成長率。

四、執行方式

(一) 對象：

參與南區醫院總額服務審查分級作業原則 A-1 醫院。

(二) 排除項目：

各院門住診抗癌藥品點數較去年同期成長差值之 45%，予以排除列計；本預算採總額 0.3% 為最高排除額度，超出時以浮動計算。

(三) 擷取條件：(醫令點數加總)

醫事類別：12(門診)、22(住院)

案件分類 ≠ A1、A2、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D4、BA (門診)；A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、DZ(住院)

醫令類別：1

藥品 ATC 前三碼：L01、L02 或藥品 ATC 碼：L03AB04、L03AB05、L03AC01、L03AX、L03AX03、L03AX16、L04AX02、L04AX04。