

# 109 年南區業務組

## 醫院總額點值風險管控暨品質提升方案

### 壹、目的

為鼓勵醫院促進民眾健康，提升醫療審查品質與效率，建立審查分級管理，透過強化專業自主及同儕制約以穩定轄區點值，確保民眾權益。

### 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：保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進行分析，依分析結果，得免除、增減抽樣審查或全審。
- 二、依「南區醫院總額共管會議」108 年度第 3 次會議暨「108 年度第 2 次南區醫院總額院長會議」決議事項辦理。

### 參、實施期間及申請程序

- 一、轄內全數醫院皆需參與本方案。
- 二、實施期間：自費用年月 109 年 1 月起至同年 12 月止。
- 三、申請程序：醫院應於經共管會決議之指定日期前，填具申請書向南區業務組提出參加之審查分組：A 組/B 組，惟未於期限內提出申請書醫院，視為申請參加 A 組。
- 四、倘醫院於實施期間有違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 至 40 條規定者或經法院判決確有虛浮報者，南區業務組得重新評估醫院審查分組、調整目標管理點數或加強專業審查，核定方式仍依本方案柒辦理。

### 肆、方案內目標點數

#### 一、門/住診醫療費用目標點數

##### (一) 費用範圍

1. 109 年醫院醫療給付費用總額門/住診一般服務範圍，含釋出處方案件費用，基期資料含門/住診核定點數，該季補報、

追扣、補付、申復、爭議審議核定點數及交付機構申報點數。

2. 不含專款專用、其他部門、各項代辦項目。
3. 不含屬一般總額預算之南區自排項目費用(住院安寧療護、住院安寧共照費用、緩和醫療家庭諮詢費用、居家醫療整合照護一般總額點數、出院準備及追蹤管理費及生產案件)。

## (二) 目標點數

1. 依各醫院 108 年各季之門/住診「核定點數+部分負擔+交付處方醫療費用-非屬一般總額費用-一般總額預算之南區自排項目費用」於南區醫院總額之費用占率，計算 109 年各季門/住診目標點數(校正支付標準、藥價基準調整、專案追扣等)。

## 二、門/住診目標藥費占率

### (一) 費用範圍

1. 門/住診處方明細藥費總計，含釋出處方藥品費用。
2. 不含專款專用藥品、其他部門、各項代辦案件藥費。
3. 不含一般總額預算之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) 目標藥費占率

$$= \frac{\text{各醫院 } 108 \text{ 年各季門/住診別藥費}}{\text{該季門/住診別醫療費用點數}}$$

另依各醫院藥費占率同儕比較及重複用藥情形，據以參考微調。

## 三、A組醫院另排除列計項目

### (一) 急重症病患醫療照護需求(附件一)

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

(二) 抗癌藥品與經事前審查同意藥品需求(附件二)

抗癌藥品與經事前審查同意藥品費用之排除列計點數於季結算計算 A 組 醫院當季門/住診別之醫療服務點數時排除。

伍、管理指標

- 一、全數醫院皆需選取。
- 二、門/住診季管理指標成長率權重上限為 2.5%。
- 三、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，酌予調整指標項目及權重，惟應於變更前一個月週知醫院、並於週知時點之次季始生效。
- 四、某項管理指標達標家數未達一定比率，得斟酌調整該項指標目標值。
- 五、各指標項目(如附件三)。

陸、審查分組

審查分組	醫療點數	門/住藥費目標占率	審查方式
<u>A</u>	門/住診 <u>方案內</u> 醫療點數與目標點數上限相比，核付方式詳本方案柒之二之(五)	門/住診 <u>方案內</u> 藥費占率 $\left( = \frac{\text{方案內藥費}}{\text{醫療費用目標點數上限}} \right)$ 與藥費目標占率相比，核付方式詳本方案柒之二之(五)	專業審查免隨機回推抽審
<u>B 組</u> 醫院申請減量抽審(三審一)審查分級如下：			
審查分組	醫療點數	門/住藥費目標占率	審查方式
B-1	門/住診 <u>方案內</u> 醫療點數 ≤ 目標點數	門/住診 <u>方案內</u> 藥費占率 ≤ 藥費目標占率 $\frac{\text{方案內藥費}}{\text{醫療費用目標點數}}$	免隨機回推抽審，採重點立意抽審
B-2		門/住診 <u>方案內</u> 藥費占率 > 藥費目標占率	1. 隨機回推抽審 10% 2. 重點立意審查

審查分組	醫療點數	門/住診藥費目標占率	審查方式
B-3	門/住診 <u>方案內</u> 醫療點數 >目標點數差值比率 0% ~2.5%(含)	門/住診 <u>方案內</u> 藥費占率≤藥 費目標占率	1. 隨機回推抽審 <u>15%</u> 2. <u>重點立意審查</u>
B-4	差值比率 = $\frac{\text{方案內醫療點數}-\text{目標點數}}{\text{目標點數}}$	門/住診 <u>方案內</u> 藥費占率>藥 費目標占率	1. 隨機回推抽審 <u>20%</u> 2. <u>重點立意審查</u>
B-5	門/住診 <u>方案內</u> 醫療點數 >目標點數差值比率 2.5%~ <u>5.0%(含)</u>	門/住診 <u>方案內</u> 藥費占率≤藥 費目標占率	1. 隨機回推抽審 <u>40%</u> 2. <u>重點立意審查</u>
B-6	差值比率定義同上	門/住診 <u>方案內</u> 藥費占率>藥 費目標占率	1. 隨機回推抽審 <u>60%</u> 2. <u>重點立意審查</u>
B-7	門/住診 <u>方案內</u> 醫療點數 >目標點數差值比率 <u>5.0%~6.0%</u> 差值比率定義同上	門/住診 <u>方案內</u> 藥費占率無論 有無超過藥費目標占率	1. 隨機回推抽審 <u>80%</u> 2. <u>重點立意審查</u>
B-8	門/住診 <u>方案內</u> 醫療點數 >目標點數差值比率 <u>6.0%</u> 差值比率定義同上	門/住診 <u>方案內</u> 藥費占率無論 有無超過藥費目標占率	1. 隨機回推抽審 <u>100%</u> 2. <u>重點立意審查</u>
B 組醫院未申請減量抽審者採逐月審查，抽審比率 100%、重點立意審查			

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

註 2：B 組醫院，為利抽樣送審率之計算，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；釋出處方當期費用以當季前 2 個月及上季第 3 個月交付機構申報資料計算，如 109Q1 受理日為 108.12.1~109.2.28。

註 3：B 組醫院住院特定案件(案件分類 3)採逐案審查。

註 4：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。

註 5：本表中方案內醫療點數：

✓ A 組為申請點數+部分負擔+交付處方醫療費用-非屬一般總額-一般總額之南區自排項目費用-急重症照護、抗癌藥品與經事前審查同意藥品、風險移

撥款等排除列計費用。

- ✓ B 組為申請點數+部分負擔+交付處方醫療費用-非屬一般總額-一般總額之南區自排項目費用。
- ✓ 方案內藥費=本院藥費+交付處方藥費-非屬一般總額-一般總額之南區自排項目藥費(含抗癌藥品與經事前審查同意藥品費用)，本項 A、B 組皆同。

## 柒、核付方式

### 一、單價管理

#### (一) 單價管理分非藥費及藥費

##### 1. 季每人非藥費平均點數 =

$$\frac{\text{季非藥費總點數}}{\text{季非藥費病人數}} \times (1 - \text{醫院該季別初審核減率})$$

##### 2. 季每人藥費平均點數 =

$$\frac{\text{季藥費總點數}}{\text{季藥費病人數}} \times (1 - \text{醫院該季別初審核減率})$$

#### (二) 計算及排除範圍

1. 門診採計案件分類 02、04、06、08、09、E1、E2、E3 之個案。
2. 住院僅採計案件分類 1 (一般案件) 且給付類別不為 9(呼吸照護)之案件。
3. 非藥費點數範圍排除項目同肆-一；藥費點數範圍排除項目同肆-二。
4. 該季別初審核減點數，在基期部分不含 A 組醫院超出醫療費用目標點數上限或藥費目標占率而核減點數，以及 B 組醫院的折付攤扣點數。

#### (三) 單價管理調校核定點數

1. 非藥費核減點數=(季每人非藥費平均點數-校正後之去年同期季每人非藥費平均點數<sup>(註)</sup>) × 季非藥費病人數 × 單價核減點數比率(參見 3.之表)

註：校正方式詳附件四

2. 藥費核減點數=(季每人藥費平均點數-去年同期季每人藥費平均點數)×季藥費病人數×單價核減點數比率(參見 3. 之表)
3. 單價核減點數比率依當季南區醫院整體成長率予以調整：

南區醫院整體成長率	非藥費核減比率	藥費核減比率
≥8.0%	65%	65%
≥6.0%~<8.0%	60%	60%
≥4.0%~<6.0%	55%	55%
<4.0%	50%	50%

註：採排除 C 肝口服新藥藥費後之成長率

4. 單價核減點數計入於方案內醫療點數中扣除，A 組醫院最高核減至目標點數上限，此扣減點數即為實際單價核減點數。
5. A 組醫院原始單價核減點數將列為本方案捌之一(一)、(二)目標點數再分配以及下一年度目標點數調整。
6. 單價管理於季結算前啟動，核減點數醫院不得提出申復、爭議審議及行政訴訟等行政救濟程序。

## 二、A 組醫院

- (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、住診別目標點數需求者，須於當季結束後次月 15 日前來文敘明，門住診別流用點數以目標點數之 3% 為原則。
- (三) 區域以上醫院門診不得接受目標點數之流用。

(四) 採月暫核定、季結算。月暫核定以

$$\frac{\text{門/住診季目標點數} \times (1 + \text{管理指標上限之 7 成})}{3} \text{ 為原則。}$$

(五) 季結算時總核付點數(含部分負擔) = 門/住診醫療點數 - 實際單價核減點數 - 超出門/住診目標管理點數上限之差值點數 - 超出門/住診藥費目標占率之藥費差值點數(扣除實際單價核減點數及已核扣的超出門/住目標管理點數之差值點數) - 審查核減費用

註：審查核減醫療費用包含程序審查、門診減量未達標、檔案分析之品質審查、實地審查等核減點數，醫院對審核結果有異議時可提申復、爭審等救濟程序。

(六) 門/住診醫療費用目標點數或藥費目標占率超出部分，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。

### 三、B 組醫院

(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) 該季審查分組已確定，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。

(三) 區域以上醫院門診件數下降未達目標值將依規定予以核扣。

### 捌、季結算衡平調校

#### 一、季結算前調校 A 組醫院目標點數

(一) 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

(二) A 組醫院與 B 組醫院間核付增減率衡平性再分配

啟動必要條件：兩組間核付增減率差值大於目標值(X)。

目標值(X) 依兩組醫院提供之服務量成長率（門診人數、門診人次、住院人數、住院人日）及供給量成長率（醫師數、護理人數、病床數）差值經加權計算後，依下表對照而得。

兩組間服務量&供給量成長率加權差值	核付增減率差值目標(X)
≥5.0%	5.00%
≥4.75%~<5.0%	4.75%
≥4.5%~<4.75%	4.50%
≥4.25%~<4.5%	4.25%
≥4.0%~<4.25%	4.00%
≥3.75%~<4.0%	3.75%
≥3.5%~<3.75%	3.50%
≥3.25%~<3.5%	3.25%
<3.25%	3.00%

■ 
$$\text{核付增減率} = \frac{\text{方案內核付點數}}{\text{目標點數}} - 1$$

■ 方案內核付點數=申請點數+部分負擔+交付處方醫療費用-非屬一般總額費用-南區自排項目費用-核減點數。

■ 核減點數包含程序審查、門診減量未達標、專業審查、檔案分析之品質審查、實地審查、單價核減、A組醫院超出醫療費用目標點數上限或藥費目標占率而核減點數、為達成目標點值初估 B組醫院應折付點數。

(三) 依 A組各醫院之基期醫療費用占率及當季醫療服務情形，據以調整各 A組醫院之門、住診目標點數

## 二、季結算前調校 B組醫院核定點數

必要條件：當季季結算前預估點值低於南區醫院共議之期望值



(一) B 組 醫院應折付之總醫療服務點數 =

$$\text{預估總核定點數} - \frac{\text{跨區調整後可使用額度}}{\text{南區醫院共議之期望點值}}$$

註：門/住診應折付點數依總醫療服務點數占率計算

(二) 各家 B 組 醫院折付占率 = 該院 方案內醫療點數 占 B 組 醫院點數比率 × 20% + 淨成長貢獻率 × 80%

■ 方案內醫療點數 = 申請點數 + 部分負擔 + 交付處方醫療費用 - 非屬一般總額費用 - 一般總額之南區自排項目費用 - 風險移撥款等排除列計費用 - 單價核減點數

■ 該院方案內醫療點數占 B 組 醫院點數比率 =

$$\frac{\text{該院方案內醫療點數}}{\sum \text{B 組醫院方案內醫療點數}}$$

■ 各家 B 組 醫院淨成長點數 = 該院 方案內醫療點數 超出目標點數 上限 數額 - 該院核減點數。淨成長點數 < 0 者以 0 計

註：醫院各季門/住診目標點數上限 = 門/住診目標點數 × (1 + 門/住診季管理指標成長率權重)

■ 核減點數 = 初審核減點數 + 區域以上醫院門診減量未達標應核減點數

■ 各家 B 組 醫院淨成長貢獻率 =  $\frac{\text{該院淨成長點數}}{\sum \text{B 組醫院淨成長點數}}$

(三) B 組 各院折付點數 = B 組 醫院應折付之總醫療服務點數 × 該院折付占率 × (1 - 該院當季歸戶人數成長率)

註：人數成長率 < 0 者不計，最高採計至 10%；折付點數依門/住診分別計算。

(四) 當季門住診總費用 (申+部-C 肝口服新藥) 規模在 1,500 萬以內、1,500 萬~3,000 萬、3,000 萬~4,500 萬者，實際折付點數分別採上述 B 組 醫院折付點數乘以 25%、50%、75%。

(五) 折付點數醫院不得提出申復、爭議審議及行政訴訟等行政救濟程序。

## 玖、其他事項

- 一、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（如相關費用排除列計、下修目標點值等），以減少醫院衝擊。
- 二、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，將加強費用審查。
- 三、針對南區業務組請醫院自行清查之專案，倘醫院自行清查未同意繳回之案件，後續經專業審查核減率 $\geq 50\%$ 者，將專業審查核減點數乘上 10 倍，於下一年度目標點數調整。

## 附件一

# 急重症病患醫療照護需求之排除列計

### 壹、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。

### 貳、計畫期間與預算

自 109 年 1 月 1 日起至 109 年 12 月 31 日止。

預算設定比率為轄區當季一般總額預算之 0.3%。

### 參、執行方式

#### 一、對象

南區 A 組醫院整體急重症醫療點數正成長 2% 以上。

#### 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 2% 以上時，依各院成長  $> 2\%$  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。

# 急重症病患醫療照護需求之排除列計點數操作型定義

## 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(且慢性病房住院日數需為0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。 3. 排除不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記為9之案件

## 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)

註：上開各項皆排除不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記為 9 之案件

## 附件二

### 抗癌與經事前審查同意藥品需求之排除列計

#### 壹、目的

鼓勵醫院審慎提供癌症病患用藥及昂貴藥品又提高民眾就醫可近性下，合理反映抗癌與經事前審查同意藥品之費用成長。

#### 貳、計畫期間與預算

自 109 年 1 月 1 日起至 109 年 12 月 31 日止。

預算設定比率為轄區當季一般總額預算之 0.25%。

#### 參、動支要件

抗癌與經事前審查同意藥品之排除列計須本區一般總額範圍門住診抗癌與經事前審查同意藥品點數成長率低於全署成長率 或南區去年同期成長率。

#### 肆、執行方式

##### 一、對象

南區 A 組醫院。

##### 二、排除項目

各院門住診抗癌藥品及經事前審查同意藥品點數分別較去年同期成長差值之 50%，予以排除列計；本預算採總額 0.25% 為最高排除額度。

##### 三、擷取條件:(醫令點數加總)

##### (一) 抗癌藥品

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、DF(門診)；A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、DZ(住院)

醫令類別：1、X、Z

藥品 ATC 前三碼：L01、L02 (不包括下列藥品：AB46991157、  
AB46991164、AC46991161、AC55267157) 或藥品 ATC 碼：  
L03AB04、L03AB05、L03AC01、L03AX、L03AX03、L03AX16、  
L04AX02、L04AX04、L04AX06、V10XX03

(二) 事前審查同意藥品

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、DF(門診)；A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、  
DZ(住院)

醫令類別：1、X、Z

醫令代碼：AC57862100、AC58601100、BB26410100、BB26411100、  
BB26412100、BB26413100、BB26414100、BB26523100、  
BC14966100、BC14967100、BC22655243、BC22657238、  
BC23369100、BC23370100、BC23371100、BC23479235、  
BC242064CR、BC25360200、BC26173100、BC26174100、  
BC26766100、K000938248、KC00713240、KC00776283、  
KC00835261、KC00846248、KC00851240、KC00879205、  
KC008792FM、KC00897265、KC00905261、KC00907219、  
KC00907229、KC00907238、KC00911206、KC00911209、  
KC00920206、KC00936248、KC00945258、KC00957206、  
KC00977208、KC00990288、KC00991209、KC00992261、  
VC00010100、VC00011138、VC00012100、VC00013100、  
VC00023100、VC00024100、VC00025100、VC00034100、  
X000033100、X000085100、X000097238、X000106243、X000132100、  
X000138100、X000148100、Y000006263、Y000014235、YC00004217、  
YC00005296、YC00007221、YC00008221、YC00011216、

YC00015271 、 BC26219100 、 BC26734100 、 BC27108100 、  
KC00980255 、 KC01024209 、 KC01034266 、 KC01035255 、  
KC01039271 、 YC00016243 、 [KC01063209](#) 、 [KC01015255](#) 。

### 附件三

## 109 年上半年南區醫院管理指標項目

### (一) 區域以上醫院

診別	項次	指標項目
門	1-1	下轉基層件數占門診應減少件數比率
	1-2	1.轉診案件運用電子轉診平台比率
		2.電子轉診平台轉入回復比率
	1-3	全藥品重複用藥日數比率
	1-4	1. CT 及 MRI 影像即時上傳率
		2. CT 及 MRI 外之各類影像即時上傳率
	1-5	西醫門診年復健次數>180 次件數下降率
	1-6	檢驗(查)結果頁箋查詢率
1-7	安寧居家收案人數	
1-8	轉介至診所居家醫療照護階段照護人數	
門-加選	1-9	西醫門診病人可避免住院率
	1-10	急診病人停留超過 48 小時之比率
	1-11	上傳民眾自費檢驗(查)結果
住	1-12	PAC 下轉或收案個案數
	1-13	1.報告型檢驗(查)結果 24 小時內即時上傳率
		2.非報告型檢驗(查)結果 24 小時內即時上傳率
	1-14	1.死亡前安寧利用率
		2.呼吸器依賴病人安寧利用率
	1-15	1.30 項檢驗(查)再執行率
		2.CT、MRI 醫令執行率
3.Creatinine 執行率		
4.30 項檢驗(查)點數成長率		
1-16	出院準備個案出院 7 日內接受長照 2.0 服務件數占率	
住-加選	1-17	PAC 居家模式參與院所收案人數
	1-18	接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率
門或住-加選	1-19	健康存摺 SDK



## (二) 季申報規模≥1 億之地區醫院

診別	項次	指標項目
門	2-1	季歸戶人數
	2-2	全藥品重複用藥日數比率
	2-3	1.轉診案件運用電子轉診平台比率
		2.電子轉診平台轉入回復比率
	2-4	論質計畫照護人數
	2-5	平均每位專任物理治療人員產值
	2-6	西醫門診年復健次數>180 次件數下降率
2-7	檢驗(查)結果頁箋查詢率	
門-加選	2-8	西醫門診病人可避免住院率
	2-9	轉介至診所居家醫療照護階段照護人數
	2-10	上傳民眾自費檢驗(查)結果
住	2-11	季歸戶人數
	2-12	PAC 下轉或收案個案數
	2-13	1.30 項檢驗(查)再執行率
		2.CT、MRI 醫令執行率
		3.Creatinine 執行率
		4.30 項檢驗(查)點數成長率
	2-14	呼吸器依賴病人安寧利用率
	2-15	1.報告型檢驗(查)結果 24 小時內即時上傳率
		2.非報告型檢驗(查)結果 24 小時內即時上傳率
		3. CT 及 MRI 影像即時上傳率
4. CT 及 MRI 外之各類影像即時上傳率		
2-16	出院準備個案出院 7 日內接受長照 2.0 服務件數占率	
住-加選	2-17	PAC 居家模式參與院所收案人數
	2-18	接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率
	2-19	符合南區 109 年醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則之醫院開設急診之醫療成本
門或住-加選	2-20	健康存摺 SDK

(三) 季申報規模 4,500 萬~1 億之地區醫院

診別	項次	指標項目
門	3-1	季歸戶人數
	3-2	全藥品重複用藥日數比率
	3-3	1.轉診案件運用電子轉診平台比率
		2.電子轉診平台轉入回復比率
	3-4	論質計畫照護人數
	3-5	平均每位專任物理治療人員產值
	3-6	西醫門診年復健次數>180 次件數下降率
3-7	檢驗(查)結果頁箋查詢率	
門-加選	3-8	西醫門診病人可避免住院率
	3-9	CT、MRI 醫令執行率
	3-10	CT 及 MRI 影像即時上傳率
	3-11	上傳民眾自費檢驗(查)結果
住	3-12	季歸戶人數
	3-13	PAC 下轉或收案個案數
	3-14	1.30 項檢驗(查)再執行率
		2.Creatinine 執行率
		3.30 項檢驗(查)點數成長率
	3-15	呼吸器依賴病人安寧利用率
	3-16	1.報告型檢驗(查)結果 24 小時內即時上傳率
2.非報告型檢驗(查)結果 24 小時內即時上傳率		
3. CT 及 MRI 外之各類影像即時上傳率		
住-加選	3-17	PAC 居家模式參與院所收案人數
	3-18	出院準備個案出院 7 日內接受長照 2.0 服務件數占率
	3-19	接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率
	3-20	呼吸器依賴病患醫療費用
	3-21	符合南區 109 年醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則之醫院開設急診之醫療成本
門或住-加選	3-22	健康存摺 SDK

(四) 季申報規模≤4,500 萬之地區醫院

診別	項次	指標項目
門	4-1	季歸戶人數
	4-2	全藥品重複用藥日數比率
	4-3	1.轉診案件運用電子轉診平台比率
		2.電子轉診平台轉入回復比率
	4-4	CT 及 MRI 外之各類影像即時上傳率
	4-5	每人平均門診就醫次數
	4-6	跨院重複開立醫囑 API 查詢筆數
門-加選	4-7	西醫門診年復健次數>180 次件數下降率
	4-8	初期慢性腎臟病方案照護率
	4-9	BC 肝醫療給付改善方案年度內累計收案率
	4-10	糖尿病方案照護率
	4-11	西醫門診病人可避免住院率
	4-12	上傳民眾自費檢驗(查)結果
住	4-13	季歸戶人數
	4-14	1.30 項檢驗(查)再執行率
		2.Creatinine 執行率
		3.30 項檢驗(查)點數成長率
	4-15	1.檢驗(查)結果頁箋查詢率
		2.報告型檢驗(查)結果 24 小時內即時上傳率
3.非報告型檢驗(查)結果 24 小時內即時上傳率		
住-加選	4-16	呼吸器依賴病人安寧利用率
	4-17	PAC 下轉或收案個案數
	4-18	呼吸器依賴病患醫療費用
	4-19	人工關節植入物上傳率
	4-20	每人平均住院次數
	4-21	藥歷頁箋筆數查詢率
	4-22	符合南區 109 年醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則之醫院開設急診之醫療成本
門或住-加選	4-23	健康存摺 SDK

### (五) 精神專科醫院

診別	項次	指標項目
門	5-1	季歸戶人數
	5-2	全藥品重複用藥日數比率
	5-3	思覺失調病患照護率
	5-4	1.同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率
		2.同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率
	5-5	1.轉診案件運用電子轉診平台比率
2.電子轉診平台轉入回復比率		
門-加選	5-6	西醫門診病人可避免住院率
住	5-7	季歸戶人數
	5-8	1.報告型檢驗(查)結果 24 小時內即時上傳率
		2.非報告型檢驗(查)結果 24 小時內即時上傳率
		3. CT 及 MRI 外之各類影像即時上傳率
	5-9	1.藥歷頁箋筆數查詢率
		2.檢驗(查)結果頁箋查詢率
5-10	1.慢性精神病床連續住院超過 180 天比率	
	2.精神科病患入住急性病房平均每人日精神科治療費	
住-加選	5-11	上傳民眾自費檢驗(查)結果
門或住-加選	5-12	健康存摺 SDK

109 年上半年南區業務組醫院總額管理指標文件適用表

區域以上 醫院	季申報規模 ≥1 億 地區醫院	季申報規模 4,500 萬~1 億 地區醫院	季費用規模 < 4,500 萬 地區醫院		精神專科 醫院
15 家	9 家	7 家	33 家		3 家
成大醫院 奇美醫院 長庚嘉義 嘉基醫院 台大雲林 奇美柳營 大林慈濟 南市立醫院 市立安南 聖馬爾定 新樓醫院 中榮嘉義 臺南醫院 中醫北港 新樓麻豆	奇美佳里 陽明醫院 郭綜合醫院 彰基雲林 若瑟醫院 成大斗六 高榮台南 嘉義醫院 長庚雲林	新營醫院 中榮灣橋 朴子醫院 慶昇醫院 斗六慈濟醫 福安醫院 台南新化分	胸腔病院 璟馨醫院 新興醫院 營新醫院 大安婦幼醫 洪揚醫院 祥太醫院 仁一醫院 信一骨科 永和醫院 陳仁德醫院 安心醫院 陳澤彥醫院 仁村醫院 盧亞人醫院 晉生醫院 開元寺慈愛	佑昇醫院 世華醫院 諸元醫院 蔡醫院 永川醫院 全生醫院 志誠醫院 仁愛醫院 永達醫院 新生醫院 洪外科醫院 宏科醫院 育仁醫院 吉安醫院 安生醫院 建興醫院	嘉南療養院 信安醫院 仁愛之家

■ 依醫院門住 107Q3-108Q2 申+部-C 肝新藥藥費之季平均點數判定費用規模

## 附件四

### 單價管理之門診非藥費校正五大類醫令操作型定義

一、係針對南區門診高耗用前五大類醫令，校正高耗用醫院之基期每人非藥費平均點數。

二、五大項醫令如下表

項次與名稱	醫令代碼(取前五碼)	監控值	同儕目標值 (見(二)(三)說明)
1.直線加速器	36011、36012、36013、 36020	每人平均照 野數	全國所有醫 院 P90 值
2.CT	33070、33071、33072	執行率	全國所屬層 級 P90 值
3.MRI	33084、33085	執行率	全國所屬層 級 P90 值
4.物理治療	42001~42019	平均每位專 任物理治療 人員產值	南區所有醫 院 P90 值
5-1.胃鏡檢查與處 置	28016、47083	執行率	全國所屬層 級 P90 值
5-2.大腸鏡檢查與 處置	28017、49014、49025、 74207	執行率	全國所屬層 級 P90 值
5-3.鼻咽喉內視鏡 檢查	28002、28003	執行率	全國所屬層 級 P90 值

(一) 各項目之醫院自身值、同儕目標值，統計區間皆採基期季別。

(二) 季申報規模 $\geq 1$ 億地區醫院(同管理指標文件認定之申報規模)  
之項次 2、3、5-1、5-2、5-3 之同儕目標值採全國區域醫院 P90 值。

(三) CT 執行率：胸腔病院(特殊屬性)及符合南區偏遠地區認定原則  
醫院(台南新化、長庚雲林)之同儕目標值採全國區域醫院 P90 值。

(四) 執行率 =  $\frac{\text{醫令總量}}{\text{就醫次數}}$  (取至小數第 3 位四捨五入)

1. 醫令總量：僅計算醫令類別 2

2. 就醫次數：

(1) 排除診察費為 0 及醫令補報之件數。

(2) 計算下列各項目執行率時，就醫次數僅採計特定申報科別：

項次與名稱	就醫次數採計特定科別
3.MRI	06(骨科)、07(神經外科)、12(神經內科)
5-1.胃鏡檢查與處置	02(內科)、AA(消化內科)
5-2.大腸鏡檢查與處置	02(內科)、03(外科)、AA(消化內科)、BA(直腸外科)
5-3.鼻咽喉內視鏡檢查	09(耳鼻喉科)

3. 排除自基層診所上轉之案件。

(五) 每人平均照野數 =  $\frac{\text{醫令總量}}{\text{病患歸戶人數}}$  (取至小數第 2 位四捨五入)

(六) 平均每位專任物理治療人員產值 =  $\frac{\text{總醫令點數}}{\text{專任物理治療人員數}}$  (取整數四捨五入)

三、醫院該項目監控值高於同儕目標值時，校正方式為：

(一) 需扣除超出同儕目標值之醫令點數 =

1. (醫院該項目執行率 - 全國所屬層級 P90 值) × 醫院就醫人次 × 醫院該項目平均點數

2. (醫院每人平均照野數 - 全國所有醫院 P90 值) × 醫院病患歸戶人數 × 醫院該項目平均點數

3. (平均每位專任物理治療人員產值 - 南區所有醫院 P90 值) × 專任物理治療人員數

(二) 校正後之去年同期每人非藥費平均點數 =

$\frac{\text{季非藥費總點數} - \text{需扣除之超出同儕目標值醫令點數}}{\text{季非藥費病人數}}$