

衛生福利部中央健康保險署 高屏業務組

113 年醫院總額醫療服務審查作業原則(核定版)

111.12.16 訂定
112.06.08 修訂
112.12.12 修訂
113.03.13 修訂
113.06.07 修訂

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 112 年 12 月 12 日「高屏區醫院總額醫療服務審查共管會」暨 112 年 12 月 21 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 113 年 1 月起至費用年月 113 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、醫院類別定義：

- 一、新成立醫院：自有完整季申報資料起為第 1 季，第 1-12 季認定為新成立醫院。
- 二、涉及違規醫院：係指醫院(含負責醫師)於該費用季別經本署處以停(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。

三、澎湖縣及恆春鎮醫院：

醫事機構代碼	醫事機構名稱
0143040019	衛生福利部恆春旅遊醫院
1143040010	恆基醫療財團法人恆春基督教醫院
0943040015	南門醫療社團法人南門醫院

醫事機構代碼	醫事機構名稱
0144010015	衛生福利部澎湖醫院
0544010031	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處
1144010016	天主教靈醫會醫療財團法人惠民醫院

伍、季管理閾值

一、費用範圍(附件一)：

(一)113 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：

(一)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(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)，如該院於基期參照季別無成長貢獻，則該院核定點數再加計基期以費用占率分擔之實際攤扣點數。基期參照季別依共管會議決議辦理。

(二)新成立醫院第 1-4 季之計算基準依高屏點值穩定前提另行商定。

三、計算方法：依「二、計算基準」計算，再以分區期望點值、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。

四、當季病床擴增之季管理閾值調校：

(一)預算：每季上限 7,500 萬(約為當季高屏醫院一般總額 0.4%)。

(二)申請及執行方式：如附件二。

(三)季管理閾值調校計算方式：通過申請之醫院，以當季季管理閾值上限(當季季管理閾值加計當季品質管理指標成長率)，再加計依附件二計算之當季新病床擴增點數(擴增點數不加計當季指標成長率)後，據以計算玖、三、季結算前點值平衡作業之正差值及成長貢獻率。

(四)新成立醫院自無完整申報資料季別及第 1-4 季不適用本作業。

五、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。

陸、品質管理指標(附件三)

- 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及目標值，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%，各家醫院依品質管理指標達標情形據以計算季管理閾值上限=[(門診季管理閾值+住診季管理閾值)]*(1+各醫院品質管理指標達標項目之成長率總和)。
- 三、新成立醫院申報完整之第 1-4 季應比照其他醫院訂定品質管理指標，惟其第 1-4 季之季管理閾值係個別商定，指標達成結果不另加計季管理閾值成長率。新成立醫院若第 1-4 季超出季管理閾值需做成長貢獻率折算，超出之正差值得以指標達成結果減計，指標達成率以 3%為上限，減計值=(正差值*指標達成率)，再依減計後之正差值計算成長貢獻率。

柒、排除列計項目

- 一、化療事審與急重症醫療點數(附件四)：
 - (一)預算上限：每季 1.5 億(約為當季高屏醫院一般總額 0.8%)。
 - (二)計算方法：
 - 1.澎湖縣及恆春鎮醫院：化療事審與急重症醫療點數分別計算較該項去年同期成長差值 80%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。
 - 2.非澎湖縣或非恆春鎮醫院：化療事審與急重症醫療點數分別計算

較該項去年同期成長差值 50%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。

3.如轄區全數醫院計算結果超出預算上限，則分配方式先扣除澎湖縣及恆春鎮醫院之排除列計點數後，再依據各醫院可排除點數占率計算實際可排除點數。

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 點計算。

三、社區化醫療服務推動計畫：每季預算 7,500 萬(約為當季高屏醫院一般總額 0.4%)，定義如附件五。

四、使用藥品給付規定 9.103. Tisagenlecleucel 成分藥品，計算方式：

(一)轄區每季共 4 例以藥品支付價格全數排除，第 5 例(含)起併入該院柒、一、化療事審與急重症醫療點數差值計算。

(二)每家醫院每季可全數排除案例數至少 1 例，每家醫院第 2 例(含)起依據該案件之藥品醫令執行起日(住診申報格式醫令清單段欄位名稱「執行時間-起(p14)」)依序納入計算。

五、新成立醫院自無完整申報資料季別及第 1-4 季不適用本項作業。

捌、醫療費用審查作業：

一、審查管理類別：

醫院類別	審查管理類別
新成立醫院	無完整申報資料季別及第 1-2 季採逐月抽審，第 3-12 季採審一推二。
涉及違規醫院	逐月抽審
全部醫院(排除新成立及涉及違規醫院)	審一推二

二、審查分級：依各院申報規模及超出率決定隨機抽樣案件送審比例。

(一)超出率定義：

1.公式=[(當季申報門住診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 個月及前一季第 3 個月計算)) - 前一季「柒、排除列計項目」總點數 - ((當季門住診季管理閾值總和)*(1+前一季品質管理指標達標項目之成長率總和))]/[(當季門住診季管

理閾值總和)]*(1+前一季品質管理指標達標項目之成長率總和)]。

2. 計算至小數點以下第二位，第三位四捨五入。

(二) 專業醫療審查分級表：

1. 隨機案件送審比例

隨機案件 審查分級	超出率(X)		隨機案件送審 比例	
	當季申報一般總額醫療服務點數(Y)			
	$Y \leq 8$ 千萬	$Y > 8$ 千萬		
A	0%	0%	0%	
B	$0\% < X \leq 2.00\%$	$0\% < X \leq 1.00\%$	10%	
C	$2\% < X \leq 4.00\%$	$1\% < X \leq 2.00\%$	30%	
D	$4\% < X \leq 6.00\%$	$2\% < X \leq 3.00\%$	50%	
E	$6\% < X \leq 7.00\%$	$3\% < X \leq 4.00\%$	70%	
F	-	$4\% < X \leq 5.00\%$	90%	
G	$X > 7.00\%$	$X > 5.00\%$	100%	
H	涉及違規醫院		100%	
I	自成立起至第1-12季		100%	
(新成立醫 院)	第13季起		依規模及超出 率決定	

2. CIS 立抽案件(減審計算)

(1) 依據各院 C 肝及糖尿病(含 DM 及 DKD)照護指標達成情形調整送審比例，當季達成下表疾病別之任1項指標可減審 30%，2 項疾病別均達成可減審 60%；均未達標則 CIS 立抽案件送審比例 100%。指標操作型定義及達標情形與陸、品質管理指標(附件三)相同。

(2) 新成立醫院自無完整申報資料季別及第1-4季與涉及違規醫院不適用本作業。

疾病 別	指標名稱	認定方式	CIS 立抽案 件減抽比率
BC 肝	轄區具有 DM、CKD 照護資格醫院 BC 肝篩檢率	左列二項指標達成 任一項	30%
	轄區具有成人預防保健資格醫院 BC 肝篩檢率		
糖尿 病	糖尿病論質計酬方案收案人數	左列二項指標達成 任一項	30%
	糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合收案人數		

3.如該院申請通過病床擴增之季管理閾值調校執行方式(附件二)，且當季申報一般總額醫療服務點數超出率符合 A 級，為瞭解醫療服務品質與適當性，仍需送審 10%隨機案件。

4.如該院全年隨機案件送審分級均符合 A 級，則需於費用年月第 4 季執行 CIS 立意抽審。

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

玖、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，各醫院門診及住診每月核定點數分別以門診及住診季管理閾值*(1+2%)三分之一之月核定上限為原則，新成立醫院自成立後至有完整季申報資料起算第 1-4 季得不實施月核定上限管控。

(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：

(一)項目如下，操作型定義如附件六。

- 1.非藥費單價之成長減計。
- 2.藥費單價之成長減計。
- 3.黃金治療期後復健單價之成長減計。

(二)有下列情形則不予執行單價管理：

- 1.如當季高屏預估點值達期望點值時全數醫院不執行核扣。
- 2.個別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)≤當季季管理閾值上限(以當季指標達成率計算)者，不執行核扣，採回饋方式辦理，另高屏業務組得執行費用審查，並依審查結果辦理。

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估算應攤扣總點數，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 (排除新成立醫院)	80%	20%
新成立 醫院	無完整申報資料季別	0%
	第1-4季	0%
	第5-8季	10%
	第9-12季	15%

備註：新成立醫院依特約時間及有完整季申報資料判斷適用權重，惟第1-4季如超出商定之季管理閾值，得依第5-8季成長貢獻率權重及費用占率權重計算攤扣佔率。

(2)成長貢獻率=【各醫院正差值】 $\div \Sigma$ 【轄區醫院正差值總合】。

(3)正差值=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) - Σ (柒、排除列計項目總點數) - Σ (玖、二、單價管理總核減點數) - 季管理閾值上限(以當季指標達成率計算)，如差值 ≤ 0 則以0列入計算。

(4)醫療費用占率：

A.排除醫院：

(a)醫院正差值 ≤ 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)澎湖縣及恆春鎮醫院：正差值 ≤ 0 。

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：

1.每季預算 7,500 萬(約為當季高屏醫院一般總額 0.4%)，定義如附件七。

2.排除醫院：新成立醫院(自無完整申報資料季別及第 1-4 季)、違規醫院。

(四)各醫院實際攤扣點數：

1.計算公式：(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。

2.追扣作業：各院依據「1. 計算公式」計算出之實際攤扣點數，追扣於當季最後一個月，並依該月門診(醫事類別 12)、住診(醫事類別 22)申報一般總額服務點數佔率計算。

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「玖、二、單價管理總核減點數」-「玖、三、(四)季結算前點值平衡作業各醫院實際攤扣點數」。

(二)澎湖 3 家醫院季結算公式=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(依 112 年 9 月 8 日高屏區醫院總額醫療服務審查共管會第 1 次臨時會議決議辦理)。

(三)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。

壹拾、其他

一、轄區醫院以本作業原則執行之「玖、二、單價管理」及「玖、三、季結算前點值平衡作業」計算結果及核扣點數，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(含新成立醫院)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
113 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)、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. 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。
5. 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。
6. 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。
7. 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。

8. 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。
9. 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。
10. 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。
11. 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。
12. 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。
13. 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 之申請點數十部分負擔點數。
2. 精神病嚴重病人送醫及強制住院案件：案件分類 B1 之申請點數十部分負擔點數。

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

(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)、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：

1. 罕病藥費：

(1) 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

見疾病之藥費小計(不含非總額部門案件)。

(2)國民健康署重大傷病罕病通報紀錄檔(DWM_HV_HPAHVRDS)之通報狀態(NOTIFY_STATUS)為 2(審核通過)且未領有罕病重大傷病卡者(罕病註記為 Y)且主次診斷為罕見疾病且申報符合罕見疾病藥物(藥品主檔中罕見藥註記(DRUG_ORPHAN_MARK)為「1」之藥品代碼藥費總計(不含非總額部門案件))。

2. 罕病特材：

(1)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。

(2)國民健康署重大傷病罕病通報紀錄檔(DWM_HV_HPAHVRDS)之通報狀態(NOTIFY_STATUS)為 2(審核通過)且未領有罕病重大傷病卡者(罕病註記為 Y)且主次診斷為罕見疾病。

(3)符合前述資格案件申報罕見疾病特材費用：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、P4626B、P4627B 之醫令點數加總。

(六)後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：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)全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案：案件分類「D4」(西醫基層(醫院支援)醫療資源不足地區改善方案)或案件分類「E1」(支付制度試辦計畫)或案件分類「08」(慢性病連續處方調劑)，特定治療項目代號(一)至(四)為 G5 之申請點數 + 部分負擔點數。

(十一)臨床藥事照護費(門住診)：醫令代碼 P6301B、P6302B、P6303B 醫令點數加總。

(十二)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。

(十三)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」之藥品代碼藥費總計。

(十四)腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金：住診醫令代碼 58011C 和 58017C(醫令類別為 2、X、Z)之醫令點數加總。

(十五)慢性傳染病照護品質計畫：

1. 潛伏結核感染治療品質支付服務計畫：案件分類「E1」，任一特定治療項目代號「EG」，醫令代碼 P7801C(醫令類別 0)、P7802C、P7803C、P7804C(醫令類別 2)之醫令點數加總。
2. 愛滋照護管理品質支付計畫：案件分類「E1」，任一特定治療項目代號「EH」，醫令代碼 P7901C(醫令類別 0)、P7902C、P7903C、P7904C(醫令類別 2)之醫令點數加總。
3. 長照機構加強型結核病防治計畫：案件分類「E1」，任一特定治療項目代號「EJ」，醫令代碼 P8001C、P8002C、P8003C、P8004C(醫令類別 2)之醫令點數加總。

三、當季可另排除之醫療費用

(一)住院安寧療護：案件分類 6 且給付類別 A 之申請點數十部分負擔點數

(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 之申請點數十部分負擔點數。

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

113 年醫院總額醫療服務審查作業原則

病床擴增之季管理閾值調校執行方式

一、預算上限：每季上限 7,500 萬(約為當季高屏醫院一般總額 0.4%)。

二、申請期限：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。

三、申請資格：擴增病床類別與擴增床數及佔床率均須符合條件則同意核備。

(一)適用病床別及條件：

擴增病床類別	擴增病床適用條件
急性一般病床	一般病床 200 床(含)以上： \geq 原該類病床總數 10%
精神急性一般病床	一般病床 200 床以下： \geq 10 床
加護病床	一般病床 200 床(含)以上： \geq 10 床 一般病床 200 床以下： \geq 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：欲擴增病床類別前一年 12 月之總床數為比較基準，例如：113 年欲擴床，則比較基準為 112 年 12 月。

(二)新病床定義：以醫院提報計畫書中新病床床號比對擴增年度之前二年該季之住院申報資料，未曾申報者認定為新病床，並據以計算本附件可調校點數。

(三)醫院申請擴增之病床類別，於申請年度前一年 10 月至申請當年 9 月(排除 1 月及 2 月)占床率平均值需達 70%，例：113 年欲擴增急性一般病床，則急性一般病床占床率計算區間為 111 年 10 月 1 日至 112 年 9 月 30 日。

(四)占床率定義(不含全自費床)：

擴增病床類別	擴增病床適用條件
急性一般病床	申報急性一般病床或申報精神急性一般病床醫令總數： <small>前述(三)計算區間總日曆天數</small> \times 急性一般病床總
精神急性一般病床	

	床數或精神急性一般病床總床數
加護病床	申報加護病床醫令總數÷前述(三)計算區間總日曆天數×加護病床總床數

四、品質管理：

(一)通過本項申請之醫院，如當季依捌、二、審查分級計算之超出率為A級，仍需送審10%隨機案件，由專業審查評估醫療品質。

(二)當季住診樣本初核核減率： Σ (該院當季所有抽樣案件之樣本核減點數)÷ Σ (該院當季所有抽樣案件之樣本醫療費用點數(申請點數+部分負擔))，計算至小數第4位(第5位四捨五入)。

範例：某醫院當季住診抽樣24件，專業審查核減18件，則以18件案件專業審查核減點數÷24件抽樣案件之醫療費用點數加總。

五、病床擴增之季管理閾值調校點數計算方式：

(一)各院計算公式：

1. 案件範圍：排除案件分類A1~A4、AZ、B1、C1~C5、DZ、7。
 2. 同一次住院案件(以同病人同入院日期判斷)之新病床住院日數 $\geq 60\%$ ，始納入計算。
 3. 調校點數=(當季新增病床醫療費用點數-當季未開放之原病床基期點數)*原病床佔床率*【1-(當季住診樣本初核核減率+(Σ 核減率加計值))】。

4. 當季未開放之原病床基期點數：

(1) 開設司法精神病房醫院：計算因開設司法精神病房而關閉之精神科慢性病床於去年同期所申報之醫療費用點數，及本季入住司法精神病房患者於去年同期申報之醫療費用點數。

(2) 其他擴床醫院：

A. 原病床定義：去年同期醫管檔開放之急性病床號(含急性一般病床及精神急性一般病床)、加護病床號。

B. 將原病床號比對結算當季醫管檔開放床號，將結算當季未開放之原病床號勾稽其去年同期申報資料，以去年同期同一次住院(以同病人同入院日期判斷)之住院日數 $\geq 60\%$ 者，計算為「當季未開放之原病床基期點數」。

5. 依各院同意核備擴增病床類別，分別計算急性病床及加護病床之

「調校點數」及「當季未開放之原病床基期點數」，且同一次住院案件不重複列計新增病床醫療費用點數。

6.如當季各院季管理閾值調校總點數計算結果超出 7,500 萬，則再依各院調校點數佔率計算。

(二)調校項目：

1.指標計算案件範圍：排除案件分類 A1~A4, AZ, B1, C1~C5, DZ, 7。

2.指標項目與操作型定義：

調校項目	定義	執行目標	調校項目
原病床佔床率	<p>1. <u>原病床定義：去年同期醫管檔開放之急性病床號(一般、精神)、加護病床號</u></p> <p>2. <u>原急性病床(一般、精神)、原加護病床於當季申報醫令總數</u>\div<u>當季天數</u>\times<u>當季開設之原急性病床(一般、精神)、原加護病床總床數</u></p> <p>3. <u>依各院同意核備之擴床類別分別計算。</u></p>	\geq 去年同期	<p><u>1. 達執行目標則計算結果不列入五、(一)3. 調校點數公式計算。</u></p> <p><u>2. 未達執行目標則依原病床占床率計算結果折付。</u></p>
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 \div <u>當季天數</u> \times <u>當季開放之急性病床(一般、精神)、加護病床總床數</u>	\geq 去年同期	<u>未達執行目標則核減率加計+0.25%</u>
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	\geq 去年同期	<u>未達執行目標則核減率加計+0.25%</u>
總住院人數	當季急性病床(一般、精神)、加護病床 <u>申報</u> 住院歸戶人數	\geq 去年同期	<u>未達執行目標則核減率加計+0.25%</u>
平均住	當季急性病床(一般、精神)、加護病床	\leq 去年	<u>未達執行目標則核減</u>

調校項目	定義	執行目標	調校項目
院日數	護病床合計申報醫令數÷住診申報總件數	同期	率加計+0.25%

六、其他：

(一)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。

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
113 年醫院總額醫療服務審查作業原則
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	落實分級醫療-下轉地區醫院總件數		0.1%	≥	門
3	落實分級醫療-下轉診所件數		0.1%	≥	門
4	檢驗檢查結果上傳率		0.1%	≥	門+住
5	醫療影像上傳率		0.1%	≥	門+住
6	門診重複用藥日數下降率		0.2%	≥	門
7	糖尿病論質計酬方案收案人數		0.1%	≥	門
8	初期慢性腎臟病收案人數		0.1%	≥	門
9	門診 10 項檢查再次執行率		0.2%	≤	門
10	CT 執行量		0.2%	≤	門+住
11	MRI 執行量		0.2%	≤	門+住
12	30 日內 CT 跨院執行比率		0.1%	≤	門+住
13	30 日內 MRI 跨院執行比率		0.1%	≤	門+住
14	糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合收案人數		0.2%	≥	門
15	安寧療護照護人數		0.2%	≥	住
16	死亡前安寧療護照護人數		0.2%	≥	住
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
19	轄區具有 DM、CKD 照護資格醫院 BC 肝篩檢	醫學中心	0.2%	≥	門
		區域醫院	0.2%	≥	門
20	轄區具有成人預防保健資格醫院 BC 肝篩檢	醫學中心	0.1%	≥	門
		區域醫院	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 12-13 以當季前二個月及前季最後一個月之外，其餘均為當季。
- 醫中以序號 1-20 指標訂定管理項目，區域以序號 2-20 指標訂定管理項目，惟如無序號 19 業務，則該院序號 2-3 指標權重各加 1%；如無序號 19 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
113 年醫院總額醫療服務審查作業原則
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
	門診重複用藥日數下降率	0.2%	≥	門
	健保醫療資訊雲端 API 查詢筆數	0.1%	≥	門+住
1	轄區具有 DM、CKD 照護資格醫院 BC 肝篩檢率	0.2%	≥	門
2	轄區具有成人預防保健資格醫院 BC 肝篩檢率	0.2%	≥	門
3	CT 執行量	0.2%	≤	門+住
4	MRI 執行量	0.2%	≤	門+住
5	30 日內 CT 跨院執行比率	0.1%	≤	門+住
6	30 日內 MRI 跨院執行比率	0.1%	≤	門+住
7	門住安養住民醫療費用占率	0.2%	≤	門+住
8	長期呼吸器患者醫療點數	0.2%	≤	住
9	糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合收案人數	0.2%	≥	門
10	初期慢性腎臟病收案人數	0.2%	≥	門
11	思覺失調症醫療給付改善方案收案人數	0.2%	≥	門
12	糖尿病論質計酬方案收案人數	0.2%	≥	門
13	急性後期整合照護計畫收案及下轉人數	0.2%	≥	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	TW-DRGs 案件住院前 1 週內門診平均檢查驗點數	0.2%	≤	住
17	手術傷口感染率	0.2%	≤	住
	採計上限	3.0%		

1. 資料計算區間：除序號 5-6 及 8 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 1-17 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。

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

113 年醫院總額醫療服務審查作業原則

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	0.3%	≥	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
	清淨手術後抗生素用藥>3 日比率	0.3%	≤	住
	門診重複用藥日數下降率	0.2%	≥	門
1	轄區具有 DM 、 CKD 照護資格醫院 BC 肝篩檢率	0.2%	≥	門
2	轄區具有成人預防保健資格醫院 BC 肝篩檢率	0.2%	≥	門
3	X 光檢查再次執行率	0.3%	≤	門
4	TW-DRGs 案件住院前 1 週內門診平均檢查驗點數	0.3%	≤	住
5	門住安養住民醫療費用占率	0.2%	≤	門+住
6	CT 執行量	0.2%	≤	門+住
7	MRI 執行量	0.2%	≤	門+住
8	30 日內 CT 跨院執行比率	0.1%	≤	門+住
9	30 日內 MRI 跨院執行比率	0.1%	≤	門+住
10	手術傷口感染率	0.2%	≤	住
11	糖尿病論質計酬方案收案人數	0.2%	≥	門
12	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 8-9 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 1-12 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。				

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

113 年醫院總額醫療服務審查作業原則

品質管理指標(婦產專科醫院)

序號	指標名稱	成長率 權重	設定 值	資料 範圍
1	產科超音波同院同病人 28 日內再執行率	0.3%	≤	門
2	婦科超音波同院同病人 28 日內再執行率	0.3%	≤	門
3	門診重複用藥日數下降率	0.2%	≥	門
4	門診 10 項檢查再次執行率	0.3%	≤	門
5	TW-DRGs 案件住院前 1 週內門診平均檢查驗點數	0.3%	≤	住
6	罹患子宮肌瘤(育齡婦女 $\geq 15-49$ 歲)經子宮切除人數	0.4%	≤	住
7	檢驗檢查結果上傳率	0.3%	≥	門+住
8	醫療影像上傳率	0.3%	≥	門+住
9	剖腹產率	0.4%	≤	住
10	轄區具有 DM 、 CKD 照護資格醫院 BC 肝篩檢率	0.2%	≥	門
11	轄區具有成人預防保健資格醫院 BC 肝篩檢率	0.1%	≥	門
A	手術傷口感染率	0.5%	≤	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 1-11 制訂管理項目，惟如無序號 10 或 11 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

113 年醫院總額醫療服務審查作業原則

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	門診重複用藥日數下降率	0.2%	≥	門
4	檢驗檢查結果上傳率	0.3%	≥	門+住
5	醫療影像上傳率	0.3%	≥	門+住
6	門診 10 項檢查再次執行率	0.3%	≤	門
7	精神科急性床平均每人日精神科處置費	0.4%	≤	住
8	精神科急慢性病床住院天數 \geq 365 天人數比率	0.4%	≤	住
9	轄區具有 DM 、CKD 照護資格醫院 BC 肝篩檢率	0.2%	≥	門
10	轄區具有成人預防保健資格醫院 BC 肝篩檢率	0.1%	≥	門
A	門住安養住民醫療費用占率	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 1-10 制訂管理項目，惟如無序號 8 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
113 年醫院總額醫療服務審查作業原則
化療事審與急重症醫療計算定義

一、化療藥品醫令

(一)ATC 碼前三碼為 L01(排除 L01XX71)、L02 及
ATC 碼為 L03AB04、L03AB05、L03AC01、L03AX、L03AX03、L03AX16、
L04AX02、L04AX04、L04AX06、V10XX03

(二)Tisagenlecleucel 成分藥品(L01XX71)：依照醫院總額醫療服務審查
作業原則柒、排除列計項目之四、使用藥品給付規定

9.103.Tisagenlecleucel 成分藥品，計算方式進行計算

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、
KC00992261、JC00139240

(以上為支付價為 0，共 37 項)

AC57862100、AC602384CR、BB26410100、BB26411100、BB26412100、
BB26413100、BB26414100、BC14966100、BC14967100、BC22655243、
BC22657238、BC23479235、BC242064CR、BC25360200、BC26173100、
BC26174100、BC26219100、BC26536100、BC26734100、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、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、KC01062209、KC01067209、KC010762DA、KC01086299、KC01087299、KC011092BK、KC01132255、KC01139206、KC01139209、KC01144209、KC01153283、KC01154283、AC61049255、KC01156219、BC27559230、KC01113209、KC01149283、KC01157283、KC01180206、KC01180209、KC01181283、X000223235、JC00143209、KC00935257、KC00935271、KC011332BL、KC01138210、KC01166209、KC01178283、KC01167209、KC01205271、X000246219、X000247229

(以上有支付價，共 107 項)

AC60827335、BC28234100、BC28235100、KC011862H0、BC28208100
、BC28209100

(以上為新增且有支付價，共 6 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(申請+部分負擔)。

(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
113 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

111.12.16 訂定
 112.06.08 修訂
 112.12.12 修訂

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、預算上限：每季預算以 7,500 萬為上限(約為當季高屏醫院一般總額 0.4%)

三、計畫期間：自 113 年 1 月 1 日起至 113 年 12 月 31 日。

四、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%)→將依據轉診支付標準修訂結果增加回轉案件

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. 承作醫院居家模式照護人數	1. 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。	6

註：
1. B2 項目個案當季同時符合 1 與 2 紿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

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

C2 提升社區例假日門診服務量能

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

【註】詳見強化地區醫院醫療照護配合事項

4. 提升安寧療護照護人數(計畫權重 8%)(D)

為鼓勵醫院成立完整照護團隊，協助末期病人及其家屬在身體、心理和靈性等需求均能獲得緩解與支持，減少病人臨終前不具積極治療之醫療利用，落實生命善終與善別。

D1 住院(含共照)安寧照護人數=(個別醫院當季申報住院安寧及安寧共

照之案件，按[院所+ID+生日]合併歸戶人數計算/ Σ 轄區個別醫院當季申報住院安寧及安寧共照案件之總歸戶人數*(計畫獎勵費用 4%)
D2 安寧居家照護人數=(個別醫院當季申報安寧居家之案件，按[院所+ID+生日]歸戶人數計算/ Σ 轄區個別醫院當季申報安寧居家案件之總歸戶人數*(計畫獎勵費用*4%)。

(三) 支付方式

1. 各醫院 A+B+C+D 之總點數於當季門、住診合計之實際醫療服務點數排除列計。
2. 前開各項支付項目各醫院計算結果，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. 113Q1 以開單日期 113/01/01~113/03/31、上傳日期 113/04/05 前且回復日期 113/04/30 前之案件計算。
2. 113Q2 以開單日期 113/04/01~113/06/30、上傳日期 113/07/05 前且回復日期 113/07/31 前之案件計算。
3. 113Q3 以開單日期 113/07/01~113/09/30、上傳日期 113/10/04 前且回復日期 113/10/31 前之案件計算。
4. 113Q4 以開單日期 113/10/01~113/12/31、上傳日期 114/01/03 前且回復日期 114/01/31 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：

主責之地區醫院需每年來文檢附具體合作模式計畫書並經本組核定後實施。(申請日期為 113 年 1 月 31 日，適用期間 1 月至 12 月(費用年月)，下半年為 113 年 7 月 31 日，適用期間 7 月至 12 月，截止日期以郵戳為憑)。

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、門診服務模式(C1)：急診與醫院同體系支援不列入計算。

四、門診服務量能(C2)：急診不列入計算，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

113 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、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、P4626B、P4627B

12. 結核病：E4003C、E4004C、E4005C

13. 提升醫院用藥安全與品質方案：P6301B、P6302B、P6303B

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。

18. 使用藥品給付規定 9.103. Tisagenlecleucel 成分藥品案件之醫療費用點數。

(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 * (1 + 當年度公告之醫院一般服務項目之投保人口預估成長率 + 人口結構改變率))] * 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：排除範圍如附件二。

(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」之藥品代碼藥費總計。

(三)使用藥品給付規定 9.103.Tisagenlecleucel 成分藥品之該項 Tisagenlecleucel 成分藥品藥費點數。

(四)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)。

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

(五)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*(1+當年度公告之醫院一般服務項目之投保人口預估成長率+人口結構改變率))] *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 \geq 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 \geq 180 次個案、職能治療年治療醫令數 \geq 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 \geq 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)
--------	------------

113 年 1 月	112 年 01 月~112 年 12 月
113 年 2 月	112 年 02 月~113 年 01 月
113 年 3 月	112 年 03 月~113 年 02 月
113 年 4 月	112 年 04 月~113 年 03 月
113 年 5 月	依前述邏輯往前推移統計基期

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 = (當季黃金治療期後復健(物理+職能)費用占率(A)－去年同期黃金治療期後復健(物理+職能)費用占率) * 當季門診執行復健申報復健(物理+職能)醫令點數 + (當季黃金治療期後復健申報中度複雜以上費用占率(B)－去年同期黃金治療期後復健申報中度複雜以上費用占率) * 當季門診執行復健 ≥ 180 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) - (該院當季季管理閾值 * 前一季品質管理指標達成率)。

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

113 年醫院總額醫療服務審查作業原則

季結算前點值平衡作業配套措施

一、預算上限：每季預算以 7,500 萬為上限(約為當季高屏醫院一般總額 0.4%)。

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	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
	申報醫師數 \geq	計算當季各院執登醫師人數。	
	專任醫師數 \geq		

醫事類別	評估指標 (較同期成長率)	操作型定義	列計
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住院天數(以 XML 申報欄位 d14 計算)。	必要
	護理人員數 \geq	計算當季各院執登護理人數。	至少
	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)。	符合一項

(二)各院攤扣核減率 = 【各醫院當季攤扣點數】 $\div \Sigma$ 【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】 $\div \Sigma$ 【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		1.25 倍 \leq X $<$ 2.5 倍	2.5 倍 \leq X $<$ 3.75 倍	\geq 3.75 倍
非澎湖縣或 非恆春鎮醫 院	Y $>$ 5 千萬	10%	15%	20%
	Y \leq 5 千萬	20%	30%	40%
澎湖縣及恆春鎮醫院		20%	30%	40%

備註：

- 「X」=個別醫院攤扣核減率 \div 轄區攤扣核減率。
- 「Y」=各家醫院當季門診及住診申報一般總額點數。
- 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。