

113 年第 1 次「醫院總額東區共管會議」紀錄

時間：113 年 7 月 9 日（星期二）上午 10 時 30 分

地點：中央健康保險署東區業務組三樓會議室、台東聯絡辦公室（視訊*）、玉里聯絡辦公室（視訊*）

出席單位及人員：

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院：陳星助、林玲珠、鍾昀庭、詹珮琳、
王巧雯

台灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院：莊永鑣、廖秀珪、王若晴

台灣基督教門諾會醫療財團法人門諾壽豐分院：周奎學、湯盈瑄

國軍花蓮總醫院：吳勝堂、吳逸驊、童郁玲、邱子芸、呂盈嫻

衛生福利部花蓮醫院：林彥雄

衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院：李玉芬

衛生福利部玉里醫院*：簡以嘉、陳盈曳、簡談玉珠

臺北榮民總醫院玉里分院*：胡宗明、劉峻正、平烈勇、林江美芬、
許禎如

臺北榮民總醫院鳳林分院：請假

佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院*：湯景慧、董慧慧、張芳玉

台東馬偕紀念醫院*：卓秀霞、張雅惠

衛生福利部臺東醫院*：王蘭福、王舒嫻、胡秋華

衛生福利部臺東醫院成功分院*：黃柏元

佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院*：黃坤峰

臺北榮民總醫院臺東分院*：吳旻珊

東基醫療財團法人台東基督教醫院*：馬堅毅、陳佑勝、張艷瑜、李翊
鳳

天主教花蓮教區醫療財團法人台東聖母醫院*：彭衍翰

中央健康保險署東區業務組：羅亦珍、王素惠、石惠文、洪美榕、
詹蕙嘉、黃寶萱、劉惠珠、林祉萱、
李家銘、馮美芳、鄭翠君、陳珮毓、
劉翠麗、劉寶云、黃婷婷、夏鳳雲、
李姿蓉、陳佳穎、陳乙瑄、蔣佩玟、
葉吳皇珠、黃國記、杜宗佑、蘇佳
蕙、楊茂昆

主席：林院長欣榮、黃組長兆杰

紀錄：林祉萱

壹、主席致詞(略)

貳、報告事項：

第一案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：112年第2次「醫院總額東區共管會議」會議紀錄確認。

決定：本案3項追蹤案皆解除列管。

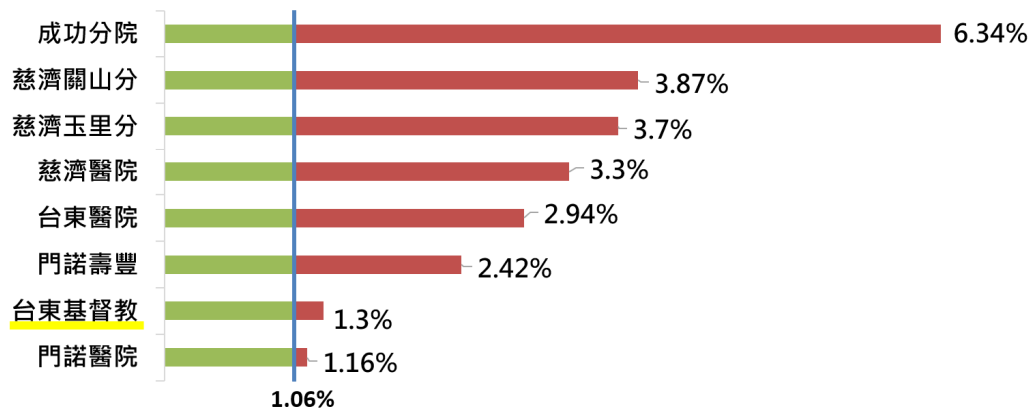
第二案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

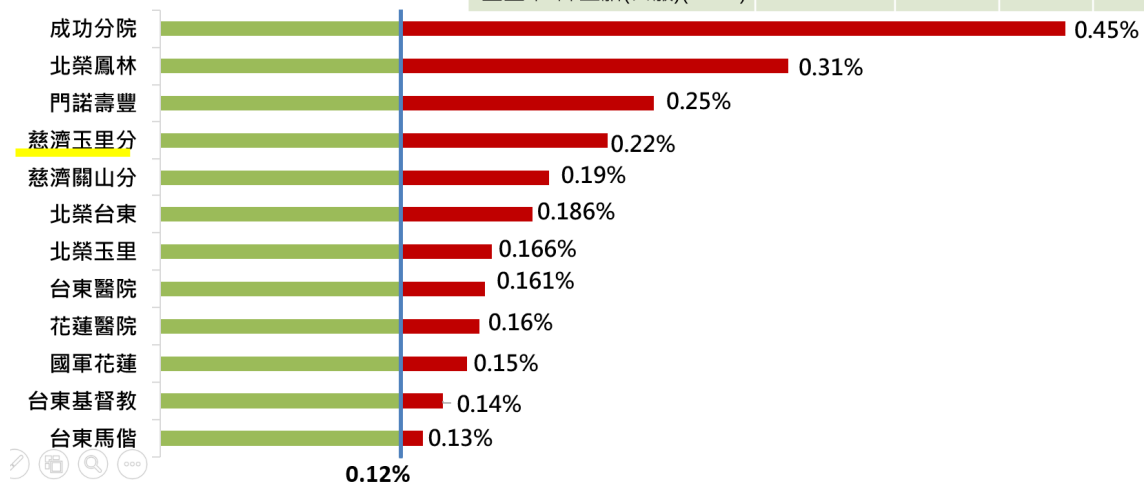
案由：東區醫院總額執行概況報告。

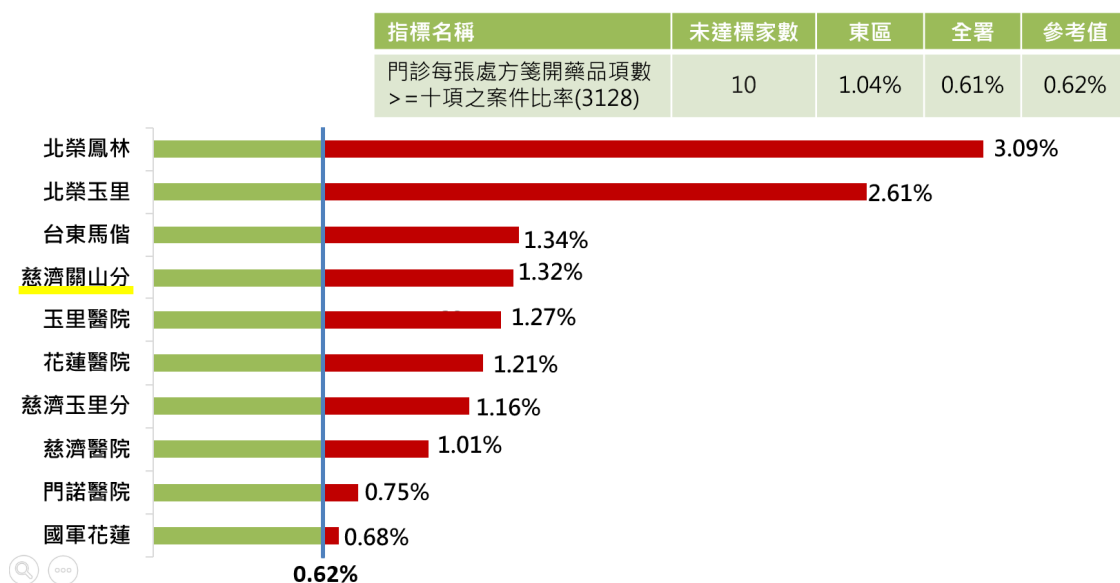
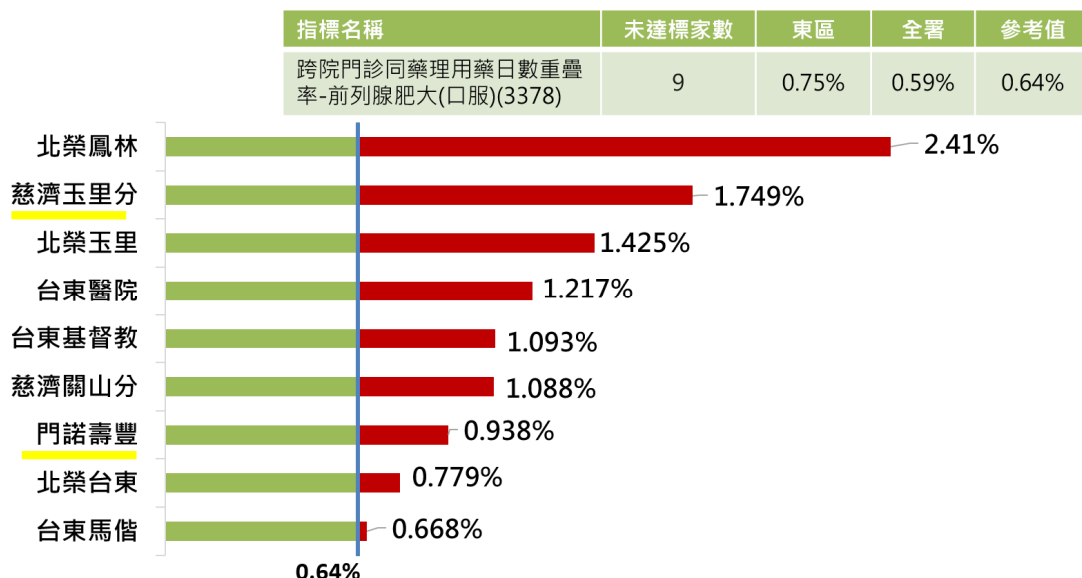
決定：更正東區醫院總額執行情形-112年第4季醫院總額醫療服務品質資訊指標達成情形：

指標名稱	未達標家數	東區	全署	參考值
門診注射劑使用率(3127)	8	1.73%	0.73%	1.06%



指標名稱	未達標家數	東區	全署	參考值
跨院門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂(口服)(1714)	12	0.13%	0.11%	0.12%





第三案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：「健保醫療資訊雲端查詢系統2.0」自113年4月17日起正式上線服務，敬請善加運用，雲端查詢系統1.0版本訂於114年1月1日0時起停止對外服務。

決定：

- 一、健保雲端系統2.0優化改版，新增及強化各項查詢頁籤；為利院所系統調整及人員教育訓練等準備，暫予新舊系統併行，1.0版本訂於114年1月1日0時起停止對外服務，請預為準備。
- 二、健保雲端系統2.0使用者手冊、使用說明簡報及問答集已更新於本署健保資訊網服務系統(VPN)\下載專區\健保醫療資訊雲端查詢系統項下，請各院下載參考。

第四案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：「健保醫療資訊雲端查詢系統主動提示功能Web API」113年6月17日上線服務，敬請善加運用，「跨院重複開立醫囑提示功能web service」、「藥品交互作用暨過敏藥物提示功能web service」及「保險對象特定醫療資訊查詢作業」API，將於115年1月1日0時起停止對外服務。

說明：

- 一、新版Web API整合現行「跨院重複開立醫囑提示功能web service」、「藥品交互作用暨過敏藥物提示功能web service」及「保險對象特定醫療資訊查詢作業」等3項提示功能，提高院所介接方便性，減少使用者操作步驟，增加HIS系統後台程式運作程序之流暢度。
- 二、配合國家消除C型肝炎政策，建置「主動提醒醫師追蹤潛在C肝病人」提示項目；並擴增比對複方藥品交互作用之參照檔，主動提示過敏藥物，以及提供醫師處方時查詢安眠鎮靜藥品用藥關懷名單病人之近6個月內Zolpidem等6類成分藥品用藥情形。

決定：現行暫予新舊併行，舊版功能訂於115年1月1日0時起停止對外服務；介接說明書及適用ATC/醫令代碼資料檔案已更新於本署健保資訊網服務系統(VPN)\下載專區\健保醫療資訊雲端查詢系統項下，請院所下載參考。

第五案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：「健保卡資料上傳格式2.0作業」於113年9月1日起全面單軌實施，請各院加強辦理及早完成。

決定：截至113年6月5日，東區醫院改版作業執行率僅41%，遠低於東區所有醫事機構均值85%，請及早完成醫院及附設醫事機構改版作業，避免影響權益。

第六案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：為利健保業務順利推動，及維護醫療人員自身權益，敬請轉知會員定期至健保資訊網服務系統(VPN)檢視及下載訊息，並請及時維護看診及掛號費資訊。

決定：

- 一、請定期至VPN系統/院所資料交換區/院所資料檢視下載例行性周知訊息。
- 二、如有門診、急診掛號費收取金額，或看診時段異動時，請即時至本署VPN系統維護，本項資料將揭示於本署全球資訊網及健保快易通APP，供民眾查詢。

第七案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：有關檢驗（查）結果及醫療檢查影像需要即時上傳，請以全國即時上傳率平均值為目標努力。

決定：東區1-3月醫院層級即時上傳率居全國各區之末，且低於全國平均值，東區檢驗（查）結果94.6%（全區97.1%）、醫療檢查影像91.2%（全區98.1%）；本署於VPN提供各醫療院所檢驗（查）結果及醫療影像總上傳率等各項報表明細，請即時下載了解上傳情形，以補足上傳及時改善。

第八案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：本署為抑制醫療資源不當耗用，訂有多項管控指標，其中有關分級醫療、出院準備等4項，敬請配合加強辦理。

決定：

- 一、 112年度抑制醫療資源不當耗用管控指標經全區評比，東區2項分級醫療指標呈現退步，請區域級以上四家醫院，研擬對策。
- 二、 113年第1季出院準備轉銜率未達目標值，請與相關單位研擬策略提升達成率。

第九案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：本組分析醫事機構支援照護機構常見問題，敬請各院配合辦理。

決定：請就本案所提常見問題先行審視；本組將另函提供費用申報疑義案件，請各院清查後函復說明及辦理情形。

第十案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：虛擬健保卡推動是健保署重要政策，請持續擴大虛擬健保卡看診服務場域。

決定：為鼓勵醫院運用虛擬健保卡，本署設有虛擬健保卡綁定及申報等獎勵機制；與東區 113 年風險移撥款配合健保政策發展計畫之虛擬健保卡綁定獎勵不重複請領為原則，餘洽悉。

第十一案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：本署訂有思覺失調症醫療給付改善方案，請尚未參與方案醫院考量東區精神疾患特性，共同響應參與方案，提升照護品質。

決定：目前尚未參與方案有：花蓮慈濟醫院、門諾醫院、台東馬偕醫院、部東醫院及花蓮醫院等，敬請共同響應；詳細方案內容及問答輯，請至本署全球資訊網查詢（路徑：首頁>健保服務>健保醫療費用>醫療費用申報與給付>醫療費用支付>醫療給付改善方案專區>【疾病管理專區】>思覺失調症方案）

第十二案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：東區113年第1季醫院門診可避免住院率1.48%，遠高於113Q1目標值0.47%，敬請研擬策略降低病患可避免住院率。

決定：建議可併同本署各項試辦計畫，如 COPD、氣喘方案等予以推動，以提升個案管理照護量能，餘洽悉。

參、提案討論

第一案

報告單位：中央健康保險署東區業務組

案由：修訂 113 年東區醫院總額自主管理方案(討 1_附件)，提請討論。

說明：

一、修訂自主管理方案之基期點數及急重症照護計算方式，另依生物相似藥鼓勵試辦計畫及醫院總額品質保證保留款實施方案修訂方案內容。

二、基期調整如下：

1. 燈塔型醫院（共 5 家）：為全民健康保險醫療資源缺乏地區且為該鄉鎮內唯一醫院，其基期計算以 108 年該院該季一般服務收入乘上至基期年間各年之非協商因素成長率，或比照其他醫院以前一年該季收入為一般服務基期。
2. COVID-19 疫情期間指定應變醫院(2 家)：以疫情前(108 年)院所收入或比照其他醫院以前一年該季收入做為一般服務基期。
3. 其它醫院（共 10 家）：除燈塔型醫院及配合疫情政策醫院外之各院，各季以去年同期作為一般服務基期。

三、剛性需求之急重症照護醫療：依各層級將各檢傷分級照護費較去年同期增加金額，列入剛性需求第 1 階段計算，並將其餘急重症照護以分區可分配額度(A)扣除剛性需求及健保政策鼓勵剩餘額(B)60%為上限。

剛性需求項目	層級別	列入第1階段計算
急症分級照護項目	醫學中心	急診檢傷一~二級
	區域醫院	急診檢傷一~三級
	地區醫院	急診檢傷一~四級

四、另自 113 年第 3 季起，依本署公告之生物相似藥鼓勵試辦計畫內容，計算各院藥費差額實際回歸。

五、醫療品質指標，自 113 年第 3 季起新增 1 項當季指標(西醫門診年復健次數大於 180 次之案件數（同院））。

決議：同意通過，修正後 113 年東區醫院總額自主管理方案如附件 1。

肆、散會：12 時 00 分

附件 1

113 年東區醫院總額自主管理方案

113.07.09

壹、目的

- 一、強化醫院財務明確可控性、降低事後攤扣連動之不穩定性。
- 二、尊重醫院醫療專業自主管理，妥善運用醫療資源。
- 三、提升醫療服務審查效率，抑制不當醫療利用成長。

貳、實施期間

- 一、轄區內全數特約醫院皆應參與本方案並簽立附約(附件一)。
- 二、實施期間：自費用年月 113 年 1 月起至 113 年 12 月止。

參、方案內一般服務點數

一、範圍：

- (一)除燈塔型醫院及配合疫情政策醫院外之各院各季以去年同期作為一般服務基期。

當期	基期
113Q1 申報費用	納入 112Q1 結算之費用年月 112 年 1、2、3 月之一般服務收入
113Q2 申報費用	納入 112Q2 結算之費用年月 112 年 4、5、6 月之一般服務收入
113Q3 申報費用	納入 112Q3 結算之費用年月 112 年 7、8、9 月之一般服務收入。
113Q4 申報費用	納入 112Q4 結算之費用年月 112 年 10、11、12 月之一般服務收入。

- (二)燈塔型醫院：全民健康保險醫療資源缺乏地區且為唯一之醫院列為偏遠燈塔型醫院(共 5 家)，基期計算方式以 108 年該院該季一般服務收入，乘上至基期年度間各年之非協商因素成長率，或比照其他醫院以前一年該季收入做為一般服務基期。

- (三)COVID-19 疫情期間指定應變醫院(2 家)：以疫情前(108 年)院所收入或比照其他醫院以前一年該季收入做為一般服務基期。

二、計算基準：

- (一)當季醫療費用計算含送核及補報費用(含山地離島 IDS 核實申報醫療費用部分)，基期一般服務收入含送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付。
- (二)為配合總額部門點值之計算時程，醫院之門診及住院費用合併計算其上限，且各季費用不得流用。
- (三)不包括：門診透析(案件分類 05)、其他部門(案件分類 A1、A2、A5、A6、A7)、醫療給付改善方案之管理照護費、PAC 評估費、專款專

用(罕病、血友病、C 肝藥費、器官移植、急診照護品質、矯正機關看診費用、精神科長效型針劑)、職災案件、精神科強制鑑定及住院、後天免疫缺乏症候群、代辦結核病案件、代辦膳食費、行政協助愛滋病案件(D1)、戒菸(B7)、孕婦愛滋篩檢(B9)、代辦性病者全面篩檢愛滋病毒計畫(B1)、愛滋防治治療替代治療計畫(BA)、老人流感診察費及子宮頸抹片、乳癌篩檢、兒童預防保健、孕婦產前檢查、成人預防保健、糞便潛血檢查、口腔黏膜檢查、經濟弱勢新生兒聽力篩檢等項預防保健、流感病毒抗原快速篩檢試劑、法定傳染病隔離治療費用(C5)。

肆、核付方式

- 一、 程序審查：採每月逐件審核，程序審查結果依實際核減點數辦理核扣。
- 二、 專業審查：醫院皆不分級，不執行隨機審查，僅立意抽審，採 3 審 1 方式並以核減率回推其他 2 個月。
- 三、 基本核付點數=基期收入+剛性需求+政策鼓勵，且以當季申報點數為上限。

四、 剛性需求：

(一) 給付項目：生產案件、急重症病患照護、PAC 每日照護費及代檢(01 案件)醫療需求。

(二) 生產案件：當期生產人數 > 基期生產人數之醫院。

1. 給付費用 = 基期各院生產案件每人實收金額 × (當期生產人數 - 基期生產人數)。

2. 基期各院生產案件每人實收金額 = $\frac{\text{基期生產案件點數} \times \text{基期平均點值}}{\text{基期生產人數}}$

(三) 急重症案件：

1. 案件定義：急重症病患醫療照護需求詳見附件二。

2. 各層級醫院急症分級照護項目如下表：

i. 當期分級照護費 > 基期分級照護費之醫院。

ii. 給付費用 = (當期分級照護費 - 基期分級照護費) × 基期平均點值。

剛性需求項目	層級別	列入第 1 階段計算
急症分級照護項目	醫學中心	急診檢傷一~二級
	區域醫院	急診檢傷一~三級
	地區醫院	急診檢傷一~四級

3. 除 2. 各層級醫院急症分級照護項目外之急重症照護費採計該類案件當期一般服務點數超出基期之差額，門住合併計算，並以分區可分

配額度(A)扣除剛性需求及健保政策鼓勵剩餘額(B)60%為上限，超過上限時，則依各院實際增加數占率進行分配。

4. 113 年醫院總額各季分區可分配額度(A)=【分區預算預估數*(1-保留率)】。

i. 預估保留率=3.5% (包含：處方釋出交付機構、核退及當季以前各月份遞延費用)。

(四) PAC 每日照護費：

1. 當期 PAC 每日照護費 > 基期 PAC 每日照護費之醫院。

2. 給付費用=(當期 PAC 每日照護費-基期 PAC 每日照護費)×基期浮動點值。

(五)代檢費用：

1. 當期代檢費用 > 基期代檢費用之醫院。

2. 給付費用=(當期代檢費用-基期代檢費用)×基期浮動點值。

五、政策鼓勵：

(一)給付項目：安寧緩和醫療(含安寧住院、共照及家庭諮詢)、醫療影像上傳、檢驗(查)上傳。

(二)給付項目計算方式

1. 安寧緩和醫療(含安寧住院、共照及家庭諮詢)：當期呼吸器依賴病人申報安寧緩和醫療(含安寧住院、共照及家庭諮詢)總人數占率 $\geq 50\%$ ，且當季有增加收案人數者，則住診加計 0.05%。

2. 醫療檢查影像 24 小時影像上傳率 $\geq 85\%$ 即予加計 0.12%，每增加 5%再加計 0.005%，最高以加計 0.135%(c1)為上限。

3. 檢驗檢查結果上傳率 $\geq 90\%$ 者，給予加計 0.02%，每增加 2%再加計 0.006%，各診別最高以加計 0.05%(c1)為上限

六、超額分階折付：

(一)超額點數=當期一般服務點數-基本核付點數，小於 0 者以 0 計。

(二)超額成長率=超額點數÷基期收入。

(三)以門、住診分精神科、非精神科之病人成長數及住診 CMI 計算合理成長率(C)，若 <0 則以 0 計(附件三)。

(四)分區剩餘可使用額度占率(B1)=分區剩餘可使用額度(A)-剛性需求-健保政策/基期收入(取整數%)，超額分階折付級距(D)=(B1)+2%。

(五)醫院超額成長率落在 0%~C、C~C+D、C+D~C+D×2、>C+D×2 區間之階 1、階 2、階 3、階 4 點數，折付比率分別以 0.75、0.5、0.25、0 採計。

(六) 當期增加之急重症費用未全額列入剛性需求點數，急重症差額與折付金額做比較，擇優給付。

七、門、住診 PVA/MEA 回收金額於超額分階折付後回補：依各院 PVA/MEA 實際金額回歸至該院，並以【當季一般服務申報費用-基本核付-分階折付】點數為上限。

八、自 113 年第 3 季起，依本署公告之生物相似藥鼓勵試辦計畫內容，計算各院使用生物相似藥物之藥費差額實際回歸至該院。

九、醫療費用上限含一般補報醫療費用，各月送核補報案儘量以一次為限，該月費用核定後不得再申報補報案件(不可歸責於醫院之補報案件除外)，補報費用應與費用發生月份合併計算。

伍、醫療品質指標：

一、醫療品質指標項目篩選原則：

(一)全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案。

(二)醫院總額支付制度醫療服務品質指標。

二、醫療品質指標項目：

(一)門診：共 12 項指標，如附件四(自 113 年第 3 季起)。

(二)住診：共 6 項指標，如附件四。

(三)門住診：共 6 項指標，如附件四。

(四)以上各項指標依管理目標訂定不同之權重。

(五)113 年度醫院總額支付制度醫療服務品質指標若有修訂，則依修訂情形另與醫院協商。

(六)指標達成率若低於 80%，則依指標未達之比率酌扣費用；指標達成率每低於 5%，核扣實際醫療費用點數 0.12%。

三、評量標準：

(一)各項品質指標值(除藥費成長率、每人平均藥費、健保雲端系統使用查詢比率、新六類藥品用藥日數重疊率、10 項重要檢查(驗)再次執行率)須優於或等於計算指標期之前一年第 3 季方視為達成；藥費成長率(排除罕病、血友病、C 肝、愛滋病、精神科長效型針劑及免疫製劑藥費)為當季藥費與 112 年醫院自身季平均值之成長率 <0%時得 1.5 分，成長率 <1.5%則得 1 分；每人平均藥費為當季每人平均藥費與 112 年醫院自身季平均值(排除 ATC 前 4 碼為 N05A 之精神科長效型針劑及免疫製劑藥費)之成長率 <0%時得 1.6 分(門診 1、住診 0.6)，此項為獎勵性指標，未達目標值不列入計算。

(二)門(或住)診查詢者健保雲端系統使用查詢比率比率 ≥ 80%視為達成。

- (三)門診新六類藥品(抗血栓、前列腺肥大、抗癲癇、心臟疾病、緩瀉劑及痛風治療用藥)跨院所同藥理用藥日數重疊率平均下降10%時,本項指標方視為達成;如本項指標低於全國同儕值,可得0.5分。
- (四)門診10項重要檢查(驗)合理區間內再次執行率下降5%時,該項指標方視為達成,如本項指標低於全國同儕值,可得0.5分。(磁共振造影(33084B、33085B)、電腦斷層造影(33070B、33071B、33072B)、腹部超音波及追蹤(19001C、19009C)、低密度脂蛋白—膽固醇(09044C)、杜卜勒氏彩色心臟血流圖(18007B)、上消化道泛內視鏡檢查(28016C)、正子造影-全身(26072B)、超音波心臟圖(包括單面、雙面18005B 18005C)、全套血液檢查(08011C、08012C、08082C)、大腸鏡檢查(28017C))。
- (五)月指標項目以當季第1、2個月及前一季第3個月計算,季指標項目則採前一季之監測結果為評定基準。
- (六)門診或住診CT醫令執行率、MRI醫令執行率,若同診別其中一項執行率低於全國同儕值,但二項合計執行率仍高於全國同儕值時,仍視為二項均未達成。如門診CT醫令執行率低於全國同儕值,但門診CT、MRI合計醫令執行率高於全國同儕值,則仍視為CT醫令執行率、MRI醫令執行率二項均未達成。

陸、申報、暫付及核付時程:申報、暫付及核付作業依現行規定辦理。

柒、病患就醫權益確保措施:為提高醫療服務品質與維護病患就醫權益,請各醫院配合執行下列措施:

- 一、維護病人用藥品質及療效,應由醫師或藥師依專業判斷用藥,診治醫師或藥師應主動說明用藥注意事項。
- 二、醫院需提供用藥安全諮詢服務,並對病人明確指示,醫學中心並應設立用藥安全諮詢服務專線電話。
- 三、應於醫院內明顯可見地點公布藥品品項更換資訊及採購資訊,醫師、藥師或相關人員應採取適當方法主動告知藥品變更(含包裝、外觀)訊息及和前後使用之差別。
- 四、不得無故拒絕收治罕見疾病及重大傷病病患的診療。
- 五、不得拒絕收治急診檢傷分類一、二、三級病人之診療。
- 六、醫院應提供門診及住診衛教諮詢相關服務。
- 七、醫院應於適當場所(診間、候診室),將正確就醫相關衛教文宣公布周知,使就醫民眾瞭解。
- 八、醫院如已參加TQIP、THIS、TCHA者,應依上開各單位規定,按月或按

季向前述單位提報病人安全指標數據(例如：住院病人跌倒發生率、住院藥物錯誤率、住院間輸錯血事件發生率)。

捌、其他未規定者，依「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」規定辦理

玖、嗣後中央衛生主管機關再有其他任何相關規範，致使本方案條款有與其相違背者，仍依中央衛生主管機關之規定辦理，並經本業務組與轄區醫院開會研定。

壹拾、醫院如有本保險特約管理辦法第 38 條~第 40 條所列違規情事，經本局處以停(終)止特約處分者；影響病人就醫權益情節重大經查證屬實者。受違規處分之處分時之月份費用所屬季別仍須依現行「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」規定辦理。

附件一

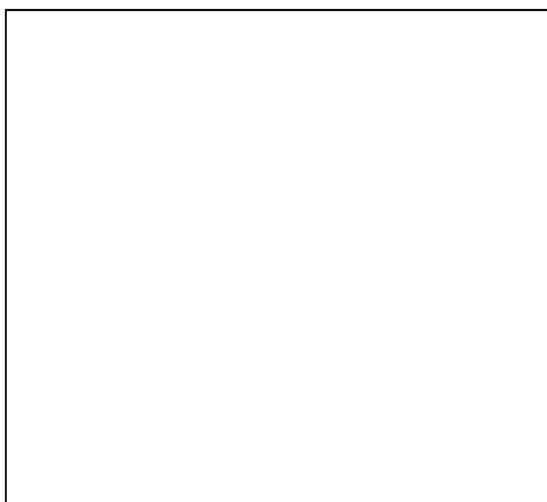
東區特約醫院附約一辦理「東區醫院總額自主管理方案」

- 一、 依東區醫院總額 112 年第 2 次共管會議決議，針對 113 年東區醫院總額財務穩定方案下的「超額分階折付」所需執行核減，醫院不得提出申復、爭議審議等行政救濟。
- 二、 本件視同為全民健康保險特約醫事服務機構合約之一部分，其效力與全民健康保險特約醫事服務機構合約同。

醫院代號：

醫院名稱：

蓋章：



中華民國 年 月 日

附件二

急重症病患醫療照護需求採計點數操作型定義

一、急症照護操作型定義

部門	操作型定義
門診	1. 案件類別為"02"之醫療點數。
住診	1. 6歲(含)以下由急診轉住院之病患。 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
癌症案件	癌症病患案件或性態未明腫瘤案件或做化學治療或同時做放射線治療案件醫療點數。 ※癌症病患：主診斷前三碼為C00-C50、C51-C96(但排除C944、C946)。 ※性態未明腫瘤：主診斷前三碼為D37、D38、D39、D40、D41、D42、D43、D44、D45、D46、D47、D48。 ※做化學治療或同時做放射線治療：主診斷為Z510、Z5111、Z5112、Z08。
燒傷案件	入住燒傷中心案件之案件醫療點數(醫令：03017A)
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、G45.0~G45.2、G45.4~G46.8且部分負擔代碼為"001"或"011"且給付類別不為9(呼吸照護)之案件醫療點數。 (ICD9-CM主診斷前三碼為430~437) 註：1.不含排除費用項目說明A11項醫令點數 2.若已於排除費用項目說明D06項PAC採計則不重複計算
體重低於1499公克之極端未熟兒	住診：ICD10-CM主或次診斷為P0701~P0703、P0714~P0715、P0501~P0505、P0511~P0515(且部分負擔代碼為902(三歲以下兒童醫療補助計畫)或903(新生兒依附註記方式就醫者))之案件醫療點數。

與早產兒	(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)
心臟瓣膜手術	住診：ICD-10-PCS處置碼為02UJ0JZ、02UG0JZ、02QF0ZZ、02RJ08Z、02RF0JZ、02RG08Z、02QW0ZZ、02RF38Z、02RF08Z、02RF0JZ且醫令代碼為68015B、68016B、68017B、69035B、68040B、TAVI特材之醫令點數
植入性心臟去顫器	住診：ICD-10-PCS處置碼為0JH608Z、02HK3KZ、02H63KZ且醫令代碼為68012B、68041B、特材給付規定代碼B103-1、B103-2之醫令點數
主動脈瘤、急性心肌炎、末期心衰竭	住診：ICD-10-CM主診斷為I71.1~I71.9、I40.0~I40.9、I50.1~I50.9或任一次診斷為I41且ICD-10-PCS處置碼為027034Z、027134Z、027234Z、027334Z、02703DZ、02713DZ、02723DZ、02733DZ、5A02210、5A15223、02HA0QZ、02HA3RZ、前四碼為02RW、02VW、04R0、04V0且醫令代碼為33079B、47063B、68036B、68051B、68052B、特材給付規定代碼B201-6、B206-8之醫令點數

註1：上開各項皆排除不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記為9之案件。

註2：各項排除列計不得重複計算

附件三

額度調整項目	公式及定義
門診病人成長數	$i = I1 - I2$ I1：當季申報之病人數 I2：去年同季申報之病人數
門診每人費用	$m = \text{門診基期收入} / I2$
住院病人成長數	$n = N1 - N2$ N1：當季申報之病人數 N2：去年同季申報之病人數
住診每人費用	$o = \text{住診基期收入} / I2$
住診 CMI 值 【指標代碼 902】	$P = (P1 - P2) / P2$ P1：當季之 CMI 值 P2：去年同季之 CMI 值

註：門、住診病人成長數及費用以精神科及非精神科分別計算

附件四

編號	診別	指標名稱	類型	指標代碼	權重
1	門	門診 CT、MRI 醫令執行率(合併計算)	月	365、367	1
2	門	同院所門診同一處方使用率 2 種以上制酸劑比率	月	1148.01	1
3	門	跨院所同藥理用藥日數重疊率_口服降血壓藥物	月	1713	1
4	門	跨院所同藥理用藥日數重疊率_口服降血脂藥物	月	1714	1
5	門	跨院所同藥理用藥日數重疊率_降血糖藥物	月	1715	1
6	門	跨院所同藥理用藥日數重疊率_抗思覺失調藥物	月	1729	1
7	門	跨院所同藥理用藥日數重疊率_抗憂鬱症藥物	月	1730	1
8	門	跨院所同藥理用藥日數重疊率_安眠鎮靜藥物	月	1731	1
9	門	西醫同院同日再次就診率	季	1322	1
10	住	住診 CT 醫令執行率	月	369	1
11	住	住診 MRI 醫令執行率	月	371	1
12	住	以 DRGs 校正之平均住院天數	月	904	1
13	住	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	季	1077.01	1.3
14	住	以 DRGs 校正之住院案件出院後三日內再急診率	月	914	1.2
15	住	清淨手術抗生素 3 日以上使用率	季	1155	1
16	門住	使用 ESWL 人口平均利用人次	季	20.01	1
17	門住	醫院 CT 檢查 30 日內同院再次執行率(任一部位相同者)	季	1249	1.2
18	門住	醫院 MRI 檢查 30 日內同院再次執行率(任一部位相同者)	季	1765	1.2
19	門住	每人平均藥費成長率(只排代辦及其他預算案件、獎勵指標)_ 門診權重 1、住診權重 0.6	當季		1.6
20	門住	藥品費用成長率	當季		1.5
21	門住	健保雲端系統使用查詢比率	季	2134、2137	1
22	門	新六項藥品用藥日數重疊率	季	2480、2482 2484、2486 2488、2490	1
23	門	10 項檢查(驗)再次執行率	當季		1
24	門	西醫門診年復健次數大於 180 次之案件數(同院)	當季	CIS 0007	1