

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

第一版 1091210

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 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。
- 二、本作業原則依 109 年 12 月 10 日「高屏區醫院總額醫療服務審查共管會」暨 109 年 12 月 24 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 110 年 1 月(費用年月)起至 110 年 12 月(費用年月)止。
- 二、申請程序：轄區醫院應於 110 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。

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、110 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。

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%(該費用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 10,410 點計(新收治個案係以相較去年同期成長人數計算)，並得於門診實際醫療服務點數排除列計。
- 3、「社區化醫療服務推動計畫」(如附件二)各項執行內容計算之醫療服務點數(該計畫以高屏醫院當季一般總額醫療費用 0.4%為上限)。

(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(如附件三)。

(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(如附件四)

(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)。

陸、醫療服務專業審查作業

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。
	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 $\times(1+2\%)$ 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(扣除已攤扣之醫療點數與超出門(住)藥費目標占率之藥費差值點數)-程序審查核扣醫療服務點數-本作業原則第陸條所列之審查結果核減醫療服務點數。

註：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。

(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 110 年 1、2、3 月(費用年月)之補報案件均應於 110 年 6 月 4 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，不符上述之案件應通知高屏業務組。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)依專業審查結果核付醫療服務點數。

(二)另依第捌條執行攤扣作業核扣之點數，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(依第伍條高屏區醫療需求排除列計範圍之上季執行結果計算)】

(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)】

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

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)。

乙類醫院成長總點數=Σ(估算核定總點數-原目標管理點數)。

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：

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%

註：核減率結果算法

① 依各醫院費用核減率排序(由小至大)

② 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
110 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 41~50、61、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 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。

(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 之醫令點數加總。(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 HCVDA 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。

110 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

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 110 年 1 月 1 日起至 110 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 45%)

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%)

A3 區域層級以上醫院回轉件數

= (個別醫院使用電子轉診平台回轉原地區醫院或原診所件數) / (轄區醫院使用電子轉診平台回轉原地區醫院或原診所總件數) * (計畫獎勵費用*5%)

【註】詳見強化醫院與院所醫療合作服務說明事項(如計算期間

等)。

2、落實出院病患之轉銜作業(計畫權重 27%)

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

$$= (\text{個別醫院當季出院病患轉銜居家醫療整合照護實際得分} / \Sigma \text{參與出院病患轉銜居家醫療整合照護當季總得分}) * (\text{計畫獎勵費用} * 15\%)$$

B2 出院病患轉銜長照 2.0 評估與服務作業

$$= (\text{個別醫院當季出院病患轉銜長照 2.0 評估與服務作業實際得分} / \Sigma \text{參與出院病患轉銜長照 2.0 評估與服務作業當季總得分}) * (\text{計畫獎勵費用} * 12\%)$$

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

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

3、強化地區醫院醫療照護內容(計畫權重 25%)

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

$$= (\text{地區醫院與院所支援醫師照護例假日門診人次} / \Sigma \text{參與本計畫符合醫院當季支援醫師照護例假日門診總人次}) * (\text{計畫獎勵費用} * 15\%)$$

【註】詳見強化地區醫院醫療照護配合事項

4、協助民眾做好健康管理(計畫權重 3%)

D1 鼓勵醫院推廣自費健檢結果收載於健康存摺內以供醫院參考，醫院上傳民眾自費檢驗檢查結果，每上傳 1 筆計 1 點。

$$= (\text{個別醫院上傳民眾自費檢驗檢查結果之點數} / \Sigma \text{醫院上傳民眾自費檢驗檢查結果之總點數}) * (\text{計畫獎勵費用} * 1.5\%)$$

註：當季未達 5 家，權重下修至 1%。

D2 為肯定醫院對民眾之醫療服務付出，由醫院依附表格式提供與本署政策或計畫相關的溫馨感人故事並經參採分享，每一則列計 1 點。

$$= (\text{個別醫院提供案例並經參採分享之點數} / \Sigma \text{醫院提供案例並經參採分享之總點數}) * (\text{計畫獎勵費用} * 1.5\%)$$

(三) 支付方式

- 1、各醫院 A+C+D 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、110Q1 以開單日期 110/01/01~110/03/31、上傳日期 110/04/07 前且回復日期 110/04/30 前之案件計算。
- 2、110Q2 以開單日期 110/04/01~110/06/30、上傳日期 110/07/03 前且回復日期 110/07/31 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

二、區域層級以上醫院實際回轉件數

(一) 使用電子轉診平台回轉件數計算原則

- 1、同一病患上(下)轉，均需使用電子轉診平台作業
- 2、需下轉原轉診之院所且不合同體系院所。
- 3、轉出案件以急診及門診治療為限。

(二) 回轉計算期間：110Q1(電子轉診平台轉出日期：1091001-1091231、回轉原地區醫院或原診所就醫日期：1091001-1100331)；110Q2(電子轉診平台轉出日期：1100101-1100331、回轉原地區醫院或原診所就醫日期：1100101-1100630)

(三) 回轉件數未達 1000 件，A3 權重下修至 3%、A2 權重上修至 7%。

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 110 年 1 月 29 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。

附表

溫馨感人故事申請表

醫院名稱		醫院代號	
聯絡人姓名		聯絡電話	
申請日期			
文字內容			
標題： 內容			
附檔(文件、圖片、影片)			
編號	檔案名稱	關鍵字(方便民眾快速搜尋)	類型
1			
2			
備註： 1. 文字或故事內容請精簡(300字內)。 2. 文件格式：Open Document File 或 pdf；圖片格式：JPG、PNG；影片格式：MPEG4(長寬比 16:9)。			

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

AC57862100、AC58601100、BB26410100、BB26411100、BB26412100、
BB26413100、BB26414100、BB26523100、BC14966100、BC14967100、
BC22655243、BC22657238、BC23479235、BC242064CR、BC25360200、
BC26173100、BC26174100、BC26734100、BC26766100、BC26839100、
BC26840100、BC26841100、BC26842100、BC27108100、K000938248、
KC00713240、KC00775283、KC00776283、KC00846248、KC00851240、
KC00879205、KC008792FM、KC00897265、KC00905261、KC00907219、
KC00907229、KC00907238、KC00911206、KC00911209、KC00920206、
KC00936248、KC00945258、KC00957206、KC00977208、KC00980255、
KC00990288、KC00991209、KC00992261、KC01024209、KC01034266、
KC01035255、KC01039271、X000106243、KC01077209、KC01063209

110 年新增藥品 20 項：

AC602384CR、BC26219100、BC26536100、BC27000100、BC27223405、
BC27288100、BC27289100、BC27555100、BC27559230、KC00920209、
KC00957209、KC01015255、KC01033209、KC01037209、KC01038209、
KC01082212、KC01084241、KC01098283、KC01101209、X000205235

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
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	0.1%	雲端藥歷頁籤查詢率≥且檢查 (驗)紀錄+結果頁籤查詢率≥	門住 診	
		0.1%	醫療影像跨院調閱總件數≥		
		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	0.4%	≥	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 CT、MRI 執行管理	0.2%	CT 執行總量≤	門住 診	上季最 後一個 月及當 季前二 個月
		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≤		
	非計畫性出院後14日內再入院率	0.2%	≤	住診	
	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%。

★依醫院指標執行情形替代指標：中度-複雜以上醫令數比率(門住合計)

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
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≤		
住診	健保醫療資訊雲端查詢共享	0.1%	雲端藥歷頁籤查詢率≥		門住診
		0.1%	檢查(驗)結果及紀錄頁籤查詢率≥		
		0.2%	醫療影像跨院調閱總件數≥		
		0.3%	醫療影像 24 小時上傳率≥		
	住院歸戶人數	0.5%	≥	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%	≤			
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	
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
110 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	0.2%	雲端藥歷頁籤查詢率≥	門住 診	
		0.3%	檢查(驗)結果及紀錄頁籤查詢率≥		
		0.3%	醫療影像跨院調閱總件數≥		
		0.4%	醫療影像 24 小時上傳率≥		
住診	住院歸戶人數	0.5%	≥	住診	當季
	Tw-DRGs 案件住院前 1 週內門診平均檢驗檢查點數	0.4%	≤		
	清淨手術後使用抗生素>3 日比率	0.4%	≤		
	ICD-10-CM-PCS 虛擬碼申報完整比率	0.3%	如指標定義		
	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 CT、MRI 執行管理	0.1%	CT30 日內跨院再次執行比率≤	門住 診	上季最後一個月及當季前二個月
		0.1%	MRI30 日內跨院再次執行比率≤		
		0.2%	CT 執行總量≤		當季
		0.2%	MRI 執行總量≤		
	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≥		
		0.1%	人工關節植入物上傳率≥		

※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
110 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	0.2%	雲端藥歷頁籤查詢率≥	門住診	
		0.2%	檢查(驗)結果及紀錄頁籤查詢率≥		
		0.2%	醫療影像跨院調閱總件數≥		
		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≥		
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%	≤		
	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
110 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	0.3%	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%	精神科用藥個案超過每日建議最大使用劑量 ≤		
		0.2%	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	0.5%	≤		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%	≤		
	健保醫療資訊雲端查詢共享	0.3%	雲端藥歷頁籤查詢率 ≥	門住診	當季
		0.3%	檢查(驗)結果及紀錄頁籤查詢率 ≥		
		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：ICU 平均住院天數、門住安養住民醫療費用