

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

114 年醫院總額院長座談會第 1 次會議

會議紀錄

時間：114 年 1 月 15 日（星期三）下午 2 時

地點：高雄醫學大學附設中和紀念醫院啟川大樓 6 樓第一講堂

主席：林淑華組長

紀錄：鍾政光

對象：轄區西醫醫院(會議簡報資料於會前放置 VPN 予所有醫院參考)

醫療服務審查執行會高屏分會出席代表委員：

醫學中心

林宗憲^代(高雄醫學大學附設中和紀念醫院)

區域醫院

許清漢^代(寶建醫院)

地區醫院

朱文洋副主任委員(建佑醫院)

一、主席致詞(略)

二、報告事項

(一)高屏區醫院總額醫療費用申報概況(洽悉)。

(二)健保重要政策執行檢討

強化 BC 肝炎治療與照護、三高防治 888 政策(含提升各類慢性病患者照護率與照護品質、積極完成「地區醫院全人全社區計畫」會員健康資料建檔及醫事人員教育訓練)、強化醫療照護一體化(積極提升出院準備服務後續醫療銜接率、加強 HaH 收案人數、提升 ACP 及安寧緩和醫療利用率)、醫療數位轉型(提升醫療資訊上傳率、鼓勵「特殊場域」虛擬健保卡使用率)、優化健保藥品政策(積極提升生物相似性藥品使用替代率)、強化社會安全(提升思覺失調症患者居家追蹤訪視服務)、提高健保效率(落實分級轉診，積極下轉穩定慢性病患、改善急診壅塞與降低急診待床時間與人

數)。

(三)近期申報統計與配合事項

健保卡資料上傳格式 2.0 作業、重要檢查驗管理、特定診療項目監測管理(白內障手術、ESWL、門診復健)、用藥管理(重複用藥、NSAIDs 藥品)、養護機構住民醫療利用監測、重申有申報應上傳項目監測、持續推動 ICD-10-CM/PCS 轉版作業、健保強化住院護理照護量能方案、失智症個案 CDR 資料上傳獎勵計畫及相關計畫或方案增修重點與重申規定等。

三、高屏區醫院總額 113 年下半年期望點值為 0.95 元。113 年第 3 季經署本部預估本區點值為 0.9765(詳 113 年第 4 次研商議事會議資料)，故本季不執行攤扣作業。

四、有關高屏區「114 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」，維持 113 年分區認定原則。

五、113 年第 1、2 季點值費用補助方式，高屏區第 1 季預算為 135,794,867 元、第 2 季為 490,148,014 元，決議扣除交付機構應補付點數(第 1 季 69,018 元，第 2 季 52,264 元)後，先補付平均點值未達 0.9 醫院補至 0.9(第 1 季支出為 0，轄區無未達 0.9 之醫院；第二季支出約 4,084 萬)，其餘醫院再依高屏各醫院當季一般服務核定點數占率分配剩餘預算。

六、114 年高屏醫院總額醫療服務審查作業原則如附件，並自 114 年第 1 季起實施：

(一)各醫院 114 年第 1 季及第 2 季參照基期分別以 113 年第 1 季及第 2 季校正後之一般服務收入計算；114 上半年分區預算以每點 0.98 元為目標進行分階折付。

(二)另實施期間如有民眾申訴或新聞報導有拒絕收治重症患者或不當轉診情形，經醫管科調查成案，其基期收入(0 階)改以分區季結算前平均點值給付。

散會：下午4時30分

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

114 年醫院總額醫療服務審查作業原則

1140108 版

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、有限分區總額預算扣連合理成長，降低醫院財務衝擊。

貳、法源

- 一、依據 113 年 12 月 23 日健保醫字第 1130666001 號函文之「醫院總額分區共管試辦計畫通則」辦理。
- 二、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。
- 三、依 113 年 12 月 18 日及 114 年 1 月 8 日「高屏區醫院總額醫療服務審查共管會」、114 年 1 月 15 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特約醫院均需參與並簽立附約。
- 二、自費用年月 114 年 1 月起至費用年月 114 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：自特約日當季及有完整季申報資料之第 1-12 季。
- 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)；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。
- 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
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、基期收入

- 一、費用範圍(排除範圍如附件一)：基期之當季門、住診送核、補報、申復、追扣、補付、爭議審議核定案件之一般服務收入。

二、計算方法：

- (一)各院基期收入=各院佔率*轄區基期校正後一般服務總收入，門、住診分別計算再加總，再依高屏醫院總額共管會議決議之點值調整。

(二)基期校正及佔率計算方式：

<u>基期季別</u>	<u>轄區基期門診、住診校正後一般服務總收入定義(A)</u>	<u>各院基期門診、住診校正後一般服務收入定義(B)</u>	<u>各院佔率</u>
<u>第1季</u>	<u>高屏區基期核定之一般服務總收入扣除 PVA 金額</u>	<u>各院基期核定之一般服務收入+基期使用生物相似性藥費差額回饋點數</u>	<u>(B)÷(A)</u>
<u>第2季</u>			
<u>第3季</u>			
<u>第4季</u>	<u>高屏區基期核定之一般服務總收入扣除以下兩項金額：</u> <u>1、PVA 金額</u> <u>2、風險移撥款金額</u>	<u>各院基期核定之一般服務收入扣除風險移撥款後+基期使用生物相似性藥費差額回饋點數</u>	
<u>註：各院依照「全民健康保險推動使用生物相似性藥之鼓勵試辦計畫」計算於基期季別使用生物相似性藥物之藥費差額回饋點數。</u>			

三、新成立醫院基期收入：

(一)適用範圍：

- 1、自特約日當季及有完整季申報資料之第1-4季採以下原則協商議定基期收入。
- 2、新成立醫院病床開設期程如集中於第4季之後，第5-8季得由高屏業務組評估後另通知醫院採以下原則協商議定基期收入。

(二)計算原則如下：

- 1、住診額度：依據本署醫管檔之急性病床(急性一般病床、急性精神病床)、特殊病床(加護病床)開放床數，參考高屏區同規模醫院之平均每床醫療費用及佔床率計算住診額度。
- 2、門診額度：依據前述公式計算之住診額度及轄區同規模醫院之門診占比據以計算。

陸、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	自特約日當季及有完整季申報資料之第1季採逐月抽審，第2-12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：

- (一)依據醫院類別決定隨機案件送審比例；依當季申報規模與基期收入比較之成長率決定 CIS 案件送審比例；依檔案分析結果必要時執行人工立意審查。
- (二)基期收入成長率=(各院當季申報門住診合計一般總額醫療服務點數÷各院基期收入-1)，計算至小數點以下第1位，第2位四捨五入。

(三)審查分級表：

分 級	當季申報一般總額醫療服務點數(Y) 基期收入成長率(X)			隨機案件 送審比例	CIS 立抽案 件送審比例
	Y≤1 億	1<Y≤3 億	Y>3 億		
A	0%<X≤3.0%	0%	0%	0%	0%
B	3%<X≤5.0%	0%<X≤3.0%	-	0%	10%
C	5%<X≤6.0%	3%<X≤4.0%	0%<X≤2.0%	0%	30%
D	-	4%<X≤5.0%	2%<X≤3.0%	0%	50%
E	-	5%<X≤6.0%	3%<X≤4.0%	0%	70%
F	6%<X≤7.0%	6%<X≤7.0%	4%<X≤5.0%	0%	90%
G	X>7.0%	X>7.0%	X>5.0%	0%	100%
H	涉及違規醫院			100%	100%
I	新成立醫院		自成立起至第 1-2 季	100%	100%
			第 3-4 季	75%	100%
			第 5-8 季	50%	依規模及成 長率決定
			第 9-12 季	30%	
J	澎湖縣醫院			100%	100%

三、為瞭解保險醫事服務機構醫療服務品質及適當性，下列醫院審查方式如下：

(一)經高屏業務組函覆核備之擴床醫院，當季住診需加抽 5%隨機案件。

(二)如當季醫院服務科別有變動、向高屏業務組核備關閉病床或經監測占床率持續下降，高屏業務組得視檔案分析結果加強審查。

(三)如醫院於費用年月第 1-3 季皆未執行 CIS 電腦立意抽審，則需於費用年月第 4 季執行 CIS 案件送審 10%。

四、專案篩異管理：依全國或高屏區檔案分析結果，回饋篩異明細予醫院自行清查、執行專業審查或實地審查，依下表計算應追扣醫療服務點數。

<u>專案啟動時 執行方式</u>	<u>未自清案件另抽樣專審</u>	<u>篩異案件逕抽樣專審</u>
<u>回推母體</u>	<u>未自清案件</u>	<u>篩異案件</u>
<u>各院回推計 算公式</u>	1、 <u>樣本核減率=(抽樣案件總核減點數)÷(抽樣案件醫療服務點數(申請點數+部分負擔))。</u> 2、 <u>回推核減點數=樣本核減率*未自清案件總醫療服務點數(申請點數+部分負擔)。</u>	1、 <u>樣本核減率=(抽樣案件總核減點數)÷(抽樣案件醫療服務點數(申請點數+部分負擔))。</u> 2、 <u>回推核減點數=樣本核減率*篩異案件總醫療服務點數(申請點數+部分負擔)。</u>
<u>專案追扣醫 療服務點數 計算方式</u>	<u>自清點數+回推核減點數</u>	<u>回推核減點數</u>

<u>專案啟動時 執行方式</u>	<u>未自清案件另抽樣專審</u>	<u>篩異案件逕抽樣專審</u>
<u>行政救濟</u>	<u>依據專業審查核減率計算之回推核減點數得依專業審查核減案件之申復、爭議審議等行政救濟結果辦理補付。</u>	

柒、每月申報及核定事項：

一、為避免季末分階折算之追扣造成醫院財務衝擊，各醫院每月核定點數以門診及住診合計基期收入*(1+3%)三分之一為月核定上限，如超出上限核定原則如下：

(一)當季基期收入 5 千萬以上者：分別計算超出月核定上限差值及門住診合計基期收入*2.5%，兩者計算結果取小值。

(二)當季基期收入 5 千萬(含)以下者：分別計算超出月核定上限差值及門住診合計基期收入*1.5%，兩者計算結果取小值。

(三)新成立醫院議訂基期收入季別之月核定比照執行。

(四)前述計算結果再依各院當月門診及住診一般總額醫療服務點數占率分別執行追扣。

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。

捌、各醫院核定點數採分階計算之計算方式：

一、基期收入(0 階)以高屏醫院總額共管會議決議之點值計算。

二、特定排除列計項目：本階段總給付不得超過各院「當期申報一般服務點數-基期收入(0 階)」之差值。

(一)給付較基期成長差值之項目別與計算方法：

<u>項目別</u>	<u>操作型定義</u>	<u>給付方式</u>
<u>生產</u>	<u>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。</u>	1、 <u>非新成立醫院：較去年同期申報點數成長差值予以加計。</u> 2、 <u>新成立醫院：當季生產案件之醫療費用點數。</u>
<u>安寧療護</u>	1、 <u>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</u> 2、 <u>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。</u> 3、 <u>住院緩和醫療家庭諮詢費</u>	1、 <u>非新成立醫院：較去年同期申報點數成長差值予以加計。</u> 2、 <u>新成立醫院：當季安寧療護案件之醫療費用點數。</u>

項目別	操作型定義	給付方式
	<u>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。</u> <u>4、預立醫療照護諮商費：02028B、02029B</u>	
<u>C 肝全口服新藥治療</u>	<u>申報 C 肝全口服新藥治療案件之病患歸戶人數</u>	<u>1、非新成立醫院：較去年同期人數成長差值，每人予以加計 10,410 檢查費用點數。</u> <u>2、新成立醫院：每人予以加計 10,410 檢查費用點數。</u>
<u>呼吸器依賴</u>	<u>1、適用醫院：去年同期該院慢性呼吸照護費用占該院總住院費用比例 50%以上之醫院。</u> <u>2、住診案件分類為 1-7。</u> <u>3、給付類別=9(呼吸照護)、醫令類別為 2、醫令代碼為 P1011C(慢性呼吸照護病房論日計酬：第 1-90 日)及 P1012C(慢性呼吸照護病房論日計酬：第 91 日以後)之醫令點數加總。</u>	<u>1、當季較去年同期成長之費用成長差值依下列方式予以加計：</u> <u>(1)個案於同院曾接受住院緩和醫療家庭諮詢或安寧療護服務：較同期成長差值點數予以加計。</u> <u>(2)個案於同院未曾接受住院緩和醫療家庭諮詢或安寧療護服務：較同期成長差值點數 *0.90 後予以加計。</u> <u>2、本項排除以 1,000 萬點為上限。</u>
<u>註：住診相關案件統計時皆排除「不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記=9」者。</u>		

(二)化療事審與急重症醫療服務：

1、預算：每季上限 1 億點。

2、定義：附件二。

3、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。

(三)病床擴增額度加計：

- 1、預算：每季上限 5,000 萬點。
- 2、申請及執行方式：如附件三。
- 3、新成立醫院議定基期收入季別不適用病床擴增額度加計方案。

三、超額分階折付：

(一)釋出處方醫療費用管理：

- 1、為穩定分階折付可支用預算，各家醫院當季釋出處方醫療費用點數以較基期成長 7%為上限。
- 2、超出上限之差值計算方式：
 - (1)差值公式=各院當季申報釋出處方醫療費用點數-(各院基期釋出處方醫療費用點數*1.07%)，如差值≤0 以 0 列入計算。
 - (2)差值>0 之醫院，如該院當季申報一般總額醫療服務點數+當季釋出處方醫療費用點數未超出該院基期收入(0 階)則不核減。

(二)超額分階支付預算(A)=當季就醫分區預算(估算值)-Σ(各院基期收入(0 階)-Σ(澎湖縣醫院當季超額點數)-當季釋出處方醫療費用點數-特定排除列計項目-其他必要支出(如：非當季核定點數、自墊醫療費用核退、他區交付之高屏之釋出處方醫療費用…等)。

(三)各院超額情形

- 1、超額點數公式=當季申報一般總額醫療服務點數-基期收入(0 階)-Σ(捌、二、特定排除列計項目總計)-當季醫療費用審查核減點數(依據陸、一、二、三辦理之程序審查及醫療費用審查)，如計算結果≤0 以 0 列入計算。
- 2、超額成長率=超額點數÷基期收入(0 階)。

(四)醫院合理成長率(B)：

- 1、醫療服務供給面成長率：指標項目與操作型定義如附件四，計算公式如下。
 - (1)門診指標成長率=門診人數成長率×60%+門診人次成長率×10%+專任醫師人數成長率×20%+看診醫師人數成長率×10%+門診 CMI 成長率×100%。
 - (2)住診指標成長率=住院人數成長率×20%+住院日數成長率×55%+護理人員數成長率×20%+平均每件住院日數達標與否×5%+住診 CMI 成長率×100%。
 - (3)門住合計成長率=門診指標成長率×(1-基期住診占率)+住院指標成長率×基期住診占率。
- 2、支付標準調整率：如附件四
- 3、品質指標達成率：
 - (1)指標項目：如附件五。
 - (2)成長率上限：2%。
 - (3)依全署政策推動方向訂定指標項目，並依轄區政策推動目標值、各醫院歷史值及高屏或全國同儕值訂定各醫院指標目標值，個別醫院如達

成品質指標即可取得指標成長率。

(4)新成立醫院：

A、自特約日當季起即需比照其他醫院訂定品質管理指標。

B、新成立醫院議定基期收入季別經計算有超額點數，其超額點數得以指標達成結果減計，減計值計算公式=(超額點數*指標達成率)，再依減計後之計算結果追扣。

4、醫院合理成長率(B)

(1)公式=(醫療服務供給面成長率+支付標準調整率+品質指標達成率)，計算至小數點下1位，第2位四捨五入。

(2)如(醫療服務供給面成長率+支付標準調整率)<0，則以0計算。

5、各院合理成長率(B)計算結果與階1上限值取較小值計算，並以[0階+超額]較基期一般服務收入成長率(Y)為上限。

(五)階1上限及階2、階3級距表：

1、醫院整體成長率(Z)=高屏當期一般服務點數÷高屏基期一般服務收入-1。

2、級距表：

<u>階1</u> <u>上限</u>	<u>[0 階+超額]較基期一般服務收入成長率(Y)</u>				
	<u>$Y \leq 2.5\%$</u>		<u>$Y > 2.5\%$</u>		
	<u>2.5%</u>		<u>Y</u>		
<u>調整</u> <u>項目</u>	<u>醫院整體成長率(Z)</u>				
	<u>$Z \leq 4\%$</u>	<u>$4\% < Z \leq 5\%$</u>	<u>$5\% < Z \leq 6\%$</u>	<u>$6\% < Z \leq 7\%$</u>	<u>$Z > 7\%$</u>
<u>階2</u> <u>級距</u>	<u>2.0%</u>	<u>2.5%</u>	<u>3.0%</u>	<u>3.0%</u>	<u>3.0%</u>
<u>階3</u> <u>級距</u>	<u>2.0%</u>	<u>2.0%</u>	<u>2.0%</u>	<u>2.5%</u>	<u>3.0%</u>

(六)超額分階支付金額預估：

1、階2、階3級距暫定為3%。

2、各家醫院分階支付金額計算：

(1)各家醫院超額成長率依據醫院合理成長率(B)及暫定階2、階3級距分為不同區間，各區間分別代入支付點值後計算各院各階支付金額。

(2)新成立醫院議定基期收入季別，超額點數以點值0支付。

3、轄區超額分階支付預估總金額(C)=Σ(各院各階支付金額)。

4、各階區間及支付點值表：

<u>分階</u>	<u>階1</u>	<u>階2</u>	<u>階3</u>	<u>階4</u>
<u>區間</u>	<u>$0 \sim (B)$</u>	<u>$(B) \sim (B)+3\%$</u>	<u>$(B)+3\% \sim (B)+6\%$</u>	<u>$> (B)+6\%$</u>
<u>支付點值</u>	<u>0.75</u>	<u>0.5</u>	<u>0.25</u>	<u>0</u>

四、超額分階支付預算(A)與分階支付預估總金額(C)不平衡之調校方式：

(一)如超額分階支付預算(A)-分階支付預估總金額(C)等於0則不執行調校作業。

(二)預算剩餘：

- 1、定義：超額分階支付預算(A)-分階支付預估總金額(C)>0。
- 2、調校方式：依序上調階 1、階 2、階 3 支付點值至剩餘預算用罄，階 4 支付點值仍維持 0。
- 3、支付點值調整表：依據下表調整支付點值，惟如階 1 調升為 0.85 後，階 2 調升至 0.52 剩餘額度已用罄，則各階給付點值為階 1-0.85、階 2-0.52、階 3-0.25。

	<u>一次調整</u>			<u>二次調整</u>			<u>三次調整</u>		
<u>分階</u>	<u>階 1</u>	<u>階 2</u>	<u>階 3</u>	<u>階 1</u>	<u>階 2</u>	<u>階 3</u>	<u>階 1</u>	<u>階 2</u>	<u>階 3</u>
<u>支付點值</u>	<u>0.85</u>	<u>0.55</u>	<u>0.3</u>	<u>0.9</u>	<u>0.6</u>	<u>0.35</u>	<u>0.95</u>	<u>0.65</u>	<u>0.4</u>

(三)預算不足：

- 1、定義：超額分階支付預算(A)-分階支付預估總金額(C)<0。
- 2、調校方式：依序下調階 3、階 2 支付點值至預算與支出平衡。
- 3、支付點值調整表：依據下表調降支付點值，惟經二次調整階 3 點值下調至 0.15 仍無法平衡，則依共管會議決議辦理。

	<u>一次調整</u>			<u>二次調整</u>	
<u>分階</u>	<u>階 3</u>	<u>階 2</u>	<u>階 1</u>	<u>階 3</u>	<u>階 2</u>
<u>支付點值</u>	<u>0.2</u>	<u>0.45</u>	<u>0.7</u>	<u>0.15</u>	<u>0.4</u>

五、各醫院超額追扣：

- (一)各院需追扣差值公式：各院超額點數(依據捌、三、(三)、1 計算結果)-各院最終超額分階給付點數總計(依據捌、四計算結果)。
- (二)追扣作業：前述差值依據各院當季各月門診(醫事類別 12)及住診(醫事類別 22)申報之一般總額醫療服務點數佔率分別追扣。

六、季結算核定：

- (一)各院計算公式=當季門(住)診實際醫療點數-當季程序審查核減點數-專業審查初核核減點數-釋出處方醫療費用差值追扣點數(依據捌、三、(一)計算結果)-超額追扣點數(依據捌、五計算結果)。
- (二)澎湖 3 家醫院季結算公式=當季門(住)診實際醫療點數-當季程序審查核減點數-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。

玖、其他

- 一、各家醫院依本作業原則追扣之釋出處方醫療費用點數(依據捌、三計算結果)及超額追扣點數(依據捌、四及捌、五計算結果)，不得提出申復、爭議審議及行政訴訟等行政救濟程序。
- 二、為了解醫院門診開診情形，請於每月最後一週填報次月門診各科別開設診次

表，並將電子檔郵寄予承辦人。

三、實施期間如有民眾申訴或新聞報導有拒絕收治重症患者或不當轉診情形，經醫管科調查成案，其基期收入(0 階)改以分區季結算前平均點值給付。

四、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基期收入(下修 0 階收入)：

(一)醫院服務量明顯減少不符 0 階收入。

1、就醫人數監測(門診及住診分別計算)：

(1)異常定義：醫院合理成長率(B)之醫療服務供給面成長率指標中門診就醫人數及住院人數成長率 $<(-6\%)$ 者。

(2)配合分級醫療門診減量者，如門診、住診重大傷病(部分負擔代碼 001)就醫人數 $\geq$ 去年同期者不列計異常。

2、單價成長監測(門診及住診分別計算)：

(1)單價計算公式：(一般總額醫療服務點數-安寧療護醫療服務點數-生產醫療服務點數) $\div$ 歸戶人數。

(2)單價成長率=當季單價 $\div$ 基期單價-1。

(3)異常定義：單價成長率 $>$ (各院當季醫療服務成長率指標中 CMI 成長率+支付標準調整率+當年度公告之醫院總額人口結構改變率)。

(4)如該院就醫人數及單價均異常，除有特殊情形者(例如：天然災害、意外事故等)，將提報共管會並依會議決議下修基期收入(0 階)。

(二)新成立醫院如實際開床情形不如預期或占床率低於同儕者，高屏業務組得於季末前提案共管會議下修基期收入。

(三)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。

(四)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。

五、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。

六、高成長貢獻(含新成立醫院)或檔案分析異常醫院，高屏業務組將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。

七、本作業原則如有未盡事宜或本署另訂有相關管理辦法，仍依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」及相關規定等辦理。

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

114 年醫院總額醫療服務審查作業原則

非總額部門、專款專用項目操作型定義

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	流感疫苗接種及兒童常規疫苗接種處置費：案件分類 D2 且醫令代碼為 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、94)、成人預防保健(醫令代碼 21~28、L1001C、3D、3E)、口腔黏膜檢查(醫令代碼 95、97)、婦女人類乳突病毒檢測服務(3A、3B、3C)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：醫令類別 2，醫令代碼為為 20 之醫令點數加總。
5	初期慢性腎臟病醫療給付改善方案：案件分類「E1」且特定治療項目代號(一)為「EB」且醫令類別為 2 且醫令代碼為 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：案件分類「E1」且特定治療項目代號(一)為「K1」且醫令類別為 2 且醫令代碼為 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：醫令類別 2，醫令代碼為 01、02、03、04、05、06、07 之醫令點數加總。
8	孕婦產前健康照護衛教指導服務方案：醫令類別 2，醫令代碼為 98、99 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：醫令類別 0，醫令代碼為 P5203C、P5204C 之醫令點數加

	總。 (2)失智症門診照護家庭諮詢費：主診斷碼為失智症且醫令類別 0，醫令代碼為 P5201C、P5202C 之醫令點數加總。 (3)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	遠距醫療給付計畫-遠距會診費(其他)：案件分類 07，且任一特定治療項目代號為 GC，且醫令類別 0，醫令代碼為 P6601C~P6606C 之醫令點數。
13	兒童發展篩檢服務：醫令類別 2，醫令代碼為 7A~7F 之醫令點數加總。
14	全民健康保險在宅急症照護試辦計畫：案件分類 E1，且任一特定治療項目代號為 EN，且醫令類別 2，醫令代碼為 P8401C~P8415C、P8416C~P8420C、P8421C~P8429C、P8430C~P8432C、P8433C~P8435C 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	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：排除非總額部門案件後，門診醫令類別 1、住診醫令類別 1 或 Z 之醫令代碼 K000894214、X000126214、X000127266、X000128210、X000129209、KC00894214、KC00969214、XC00169266 醫令點數加總。
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)：醫令類別為 2、X、Z 且醫令代碼為 P5132、P5113、P5118、P5114、P5115、P5117、P5123、P5124、P5125、P5126、P5127、P5128 之醫令點數加總。
二、專款專用項目	
1	「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款操作型定義： 一、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。 二、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。 三、器官移植專款費用涵蓋範圍： (一)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)。 (二)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)。 (三)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，因當次住院皆已計入，不再計算抗排斥藥費。 3、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)。 4、抗排斥藥之藥品醫令碼 甲、醫令類別為 1 或 Z 乙、ATC 碼為 L04AA03、L04AA04、L04AA06、L04AH01、L04AH02、L04AD02、L04AD01。 丙、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。
2	門住診罕見疾病： 一、罕病藥費： (一)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)。 (二)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))。 二、罕病特材： (一)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。 (二)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。 (三)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)。
3	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)。
4	醫療給付改善方案之管理照護費：

	一、糖尿病：案件分類 E1 且特定治療項目代號（一）為「E4」且醫令類別為 2 且醫令代碼為 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C 之醫令點數加總。 二、氣喘：案件分類 E1 且特定治療項目代號（一）為「E6」且醫令類別為 2 且醫令代碼為 P1612C、P1613C、P1614B、P1615C 之醫令點數加總。 三、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤：案件分類 E1 且特定治療項目代號（一）為「H7」且醫令類別為 2 且醫令代碼為 P4201C、P4202C、P4203C、P4204C、P4205C 之醫令點數加總。 四、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)」且醫令類別為 2 且醫令代碼為 P5301C 之醫令點數加總。 五、慢性阻塞性肺疾病：案件分類 E1 特定治療項目代號（一）為「HF」且醫令類別為 2 且醫令代碼為 P6011C、P6012C、P6013C、P6014C、P6015C 之醫令點數加總。 六、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」且醫令類別為 2 且醫令代碼為 P7001C、P7002C、P7003C 之醫令點數加總。 七、思覺失調症：案件分類「E1」且特定治療項目代號（一）「ES」且醫令類別為 2 且醫令代碼為 P7401C、P7402B、P7403B 之醫令點數加總。 八、孕產婦全程照護醫療給付改善方案：醫令代碼為 P3904C、P3905C、<u>P3911C~P3916C、P3921C~P3924C</u> 之醫令點數加總。
5	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。
6	後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費： 一、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)。 二、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。
7	C 型肝炎用藥： 一、既有 C 型肝炎(HCV)藥品：醫令類別為 1 或 Z，且藥品 ATC 藥理分類碼為 J05AP01、L03AB04、L03AB05、L03AB09、L03AB10、L03AB11 醫令點數加總，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。 二、C 型肝炎全口服新藥：醫令類別為 1 或 Z，且藥品醫令代碼前六碼為 HCVDAA 之醫令點數加總。

8	角膜處理費：醫令代碼 53034B 之醫令點數加總。				
9	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。				
10	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。				
11	臨床藥事照護費(門住診)：醫令代碼 P6301B、P6302B、P6303B 醫令點數加總。				
12	住院整合照護服務：醫令類別 2、X、Z 且醫令代碼為 P7201B 之醫令點數加總。				
13	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。				
14	腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金：住診醫令類別 2、X、Z 且醫令代碼 58011C 和 58017C 之醫令點數加總。				
15	慢性傳染病照護品質計畫： 一、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。 二、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。 三、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。				
16	暫時性支付藥物： 一、門診：暫時性支付藥物醫令代碼(醫令類別為 1 或 Z)之醫令點數加總且就醫日期大於等於暫時性支付藥物醫令代碼生效起日，小於等於生效迄日。 二、住診：暫時性支付藥物醫令代碼(醫令類別為 1 或 Z)之醫令點數加總且醫令執行起日(若為空值補申報起日)大於等於暫時性支付藥物醫令代碼生效起日，小於等於生效迄日。 三、暫時性支付藥物一覽表				
	醫令代碼	藥品名稱	ATC7 碼	生效起日	生效迄日
	BC27923100	Vyndamax	N07XX08	2024/2/1	2027/1/31
	KC01210225	Spevigo	L04AC22	2024/7/1	2026/6/30
17	區域聯防專款： 一、主動脈剝離手術病患照護跨院合作：醫令代碼 P8201B、P8206B、P8207B(醫令類別 2、K)之門、住診醫令點數加總。 二、腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作：醫令代碼為 P8202B、P8203B、P8211B、P8212B(醫令類別 2、K)之門、住診醫令點數加總。				

18	地區醫院全人全社區照護計畫：失智症門診照護家庭諮詢費用：醫令代碼 P8501B、P8502B(醫令類別 2)之醫令點數加總。
----	---

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組
114 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

序號	項目別	操作型定義
1	化療藥品	1、ATC 碼前三碼為 L01、L02 及 ATC 碼為 L03AB04、L03AB05、L03AC01、L03AX、L03AX03、L03AX16、L04AX02、L04AX04、L04AX06、V10XX03 2、<u>排除專款給付之暫時性支付藥品：L01XX71、L01EL、L01FX14、L01EX12、L01EX21、L01FX06、L01FX07、L01EN02</u>
2	事前審查藥品	1、支付價為 0(共 43 項)：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、<u>BB26410100、BB26411100、KC01178283、KC01167209、X000246219、X000247229</u> 2、支付價不為 0(共 107 項)：AC57862100、AC602384CR、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、KC01205271、<u>AC60827335、BC28234100、BC28235100、KC011862H0、BC28208100、BC28209100。</u> 3、新增且非暫時性支付藥品：<u>BC28103100、BC28104100、BC28492100、KC01166213、KC01208229、KC01214248、KC01215234、KC01231212、X000243100</u>
3	<u>癌症放射療法</u>	1、<u>主診斷代碼為癌症。</u> 2、<u>門診及住診申報放射療法醫令代碼，且醫令類別 2 之醫令點數。</u>
4	急重症醫療	1、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)。 2、住診： (1)<u>排除申報化療、事審藥品及癌症放射療法醫令代碼案件後，</u>如該筆案件 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

114 年醫院總額醫療服務審查作業原則

病床擴增之排除列計算方式

- 一、預算上限：每季 5,000 萬。
- 二、申請期限：需於欲擴增病床前一年 11 月 30 日前函送計畫書予高屏業務組核備。
- 三、申請資格：
- (一)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。
- (二)新成立醫院基期收入另行商訂者不適用本項排除列計。
- 四、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 精神急性一般病床	1、一般病床 200 床(含)以上： $\geq$ 原該類病床總數 10% 2、一般病床 200 床以下： ≥ 10 床
加護病床	1、一般病床 200 床(含)以上： ≥ 10 床 2、一般病床 200 床以下： ≥ 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： <u>114 年</u> 欲擴床，則比較基準為 <u>113 年</u> 12 月。	

- 五、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。
- 六、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：114 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 112 年 10 月 1 日至 113 年 9 月 30 日。
- 七、占床率定義(排除全自費床)：

擴增病床類別	計算方式
急性一般病床 精神急性一般病床	申報急性一般病床或申報精神急性一般病床醫令總數 $\div$ 前述六之計算區間總日曆天數 $\times$ 急性一般病床總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 $\div$ 前述六計算區間總日曆天數 $\times$ 加護病床總床數

八、品質管理

- (一)本組同意核備擴床醫院，當季住診需另送審 5%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：

1、計算公式= Σ (該院當季所有抽樣案件之樣本核減點數) $\div \Sigma$ (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)。

- 2、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。

九、病床擴增之當季可排除列計點數計算方式：

(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、如當季各院病床擴增可排除列計總點數計算結果超出 5,000 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	計算方式	執行目標	調校方式
原病床佔床率	1、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。 2、原急性病床(一般、精神)、原加護病床於當季申報醫令總數÷ Σ 當季天數×當季開設之原急性病床(一般、精神)、原加護病床總床數。	$\geq$ 去年同期	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。 2、未達執行目標則依原病床佔床率計算結果

調校項目	計算方式	執行目標	調校方式
	3、依各院同意核備之擴床類別分別計算。		折付。
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÷ Σ 當季天數×當季開放之急性病床(一般、精神)、加護病床總床數。	$\geq$ 去年同期	未達執行目標則核減率加計+0.25%
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	未達執行目標則核減率加計+0.25%
總住院人數	當季急性病床(一般、精神)、加護病床申報住院歸戶人數。	$\geq$ 去年同期	未達執行目標則核減率加計+0.25%
平均住院日數	當季急性病床(一般、精神)、加護病床合計申報醫令數÷住診申報總件數。	$\leq$ 去年同期	未達執行目標則核減率加計+0.25%

十、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。
- (二)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

114 年醫院總額醫療服務審查作業原則

醫療服務供給面成長率及支付標準調整率指標

- 一、高屏業務組於季末依據操作型定義逕予計算各家醫院醫療服務成長率指標值，並據以計算本審查作業原則捌、五超額追扣點數。
- 二、各指標值最高採計至 10%、最低採計至-5%。
- 三、指標項目表：

診別	指標項目	權重	納入計算案件範圍	操作型定義 (比較基期：去年同期)							
門診	門診人數成長率	60%	1、排除案件分類 「01, A1~A7, B1~B9, C4, D1~D4, E2~E3, BA, HN, DF」 2、排除診察費=0 之案件 3、排除醫令補報案件	計算季歸戶就醫人數							
	門診人次成長率	10%		計算季申報件數							
	看診醫師數成長率	10%		當季申報件數及費用均≥轄區醫師 PR15 始列入看診醫師數計算。							
	門診 CMI 成長率	100%		1、公式=各院Σ(採計案件之 CCS 權重)÷採計件數。 2、CCS 權重為本署內部檔案，計算採用時間如下表：							
			<table><tr><td>當期</td><td>CCS 權重檔年份</td></tr><tr><td>114Q1</td><td rowspan="2">113 上半年</td></tr><tr><td>114Q2</td></tr><tr><td>114Q3</td><td rowspan="2">113 下半年</td></tr><tr><td>114Q4</td></tr></table>	當期	CCS 權重檔年份	114Q1	113 上半年	114Q2	114Q3	113 下半年	114Q4
			當期	CCS 權重檔年份							
114Q1			113 上半年								
114Q2											
114Q3	113 下半年										
114Q4											
專任醫師數成長率	20%	依本署醫管檔資料計算。	計算當季各院執登醫師人數， <u>全季皆執登於該院者計 1 人，不足季則依執登天數比例計算。</u>								
住診	住院人數成長率	20%	1、排除案件分類 「A1~A4, AZ, B1, C1~C5, DZ, 7」 2、排除給付類別 9 之案件 3、排除醫令補報案件	計算當季歸戶住院人數。							
	住院日數成長率	55%		計算當季總急性病床住院天數(以 XML 申報欄位 d14 計算)。							
	平均每件住院日數≤自身值或同儕	5%		計算平均每件急性病床住院天數(以 XML 申報欄位 d14 計算)。							
	住診 CMI 成長率	100%		1、公式=各院Σ(採計案件之 <u>RW 權重</u>)÷採計件數。 <u>2、署本部每半年更新 Tw-DRG 之 RW，因需計算較基期成長率，故 114 年各季計算權重</u>							

診別	指標項目	權重	納入計算案件範圍	操作型定義 (比較基期：去年同期)		
				參照如下表：		
				當期	<u>參照 RW 權重年份</u>	
				114Q1	113 上半年	
				114Q2		
				114Q3	113 下半年	
	114Q4					
護理人員數成長率	20%	依本署醫管檔資料計算。	計算當季各院執登護理人數， <u>全季皆執登於該院者計 1 人，不足季則依執登天數比例計算。</u>			
門住合計	支付標準調整率	100%	1、門診排除案件分類「01, A1~A7, B1~B9, C4, D1~D4, E2~E3, BA, H N, DF」及診察費=0 之案件 2、住診排除案件分類「A1~A4, A Z, B1, C1~C5, DZ, 7」及給付類別 9 之案件	1、公式=各院Σ(支付標準調整差額)÷各院基期一般服務點數。 2、支付標準調整差額：Σ(單價調整+新增醫令)		
				<table><tr><td>類別</td><td>單價調整</td><td>新增醫令</td></tr><tr><td>公式</td><td>(當期單價-基期單價)*基期醫令數*成數</td><td>當期單價*當期醫令數*成數</td></tr></table>	類別	單價調整
類別	單價調整	新增醫令				
公式	(當期單價-基期單價)*基期醫令數*成數	當期單價*當期醫令數*成數				

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

114 年醫院總額醫療服務審查作業原則

醫院品質指標(區域級以上)

序號	指標名稱		設定值	成長率	資料範圍
1	<u>急診照護監測</u>	<u>重度急救醫院:平日待床人數</u>	≤	0.1%	門
		<u>非重度急救醫院:急診病人停留超過 24 小時比率</u>			
2	落實分級醫療-下轉地區醫院和診所件數		≥	0.1%	門
3	糖尿病論質計酬方案收案人數		≥	0.1%	門
4	初期慢性腎臟病收案人數		≥	0.1%	門
5	糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合收案人數		≥	0.1%	門
6	安寧療護照護人數		≥	0.1%	門+住
7	死亡前安寧療護照護人數		≥	0.1%	門+住
8	<u>呼吸器依賴病人接受安寧緩和療護比率</u>		≥	0.1%	<u>門+住</u>
9	<u>門診 20 大類檢查執行率</u>		≤	0.1%	<u>門</u>
10	門診 10 項檢查再次執行率		≤	0.1%	門
11	CT 執行量		≤	0.1%	門+住
12	MRI 執行量		≤	0.1%	門+住
13	<u>前 1 季</u> 門診重複用藥日數下降率		≥	0.1%	門
14	<u>門診復健醫療利用</u>	<u>門診復健醫療費用</u>	≤	0.05%	<u>門</u>
		<u>門診復健中度複雜以上醫令數比率</u>	≤	0.05%	<u>門</u>
15	<u>出院個案轉銜照護服務</u>		≥	0.1%	<u>門+住</u>
16	檢驗檢查結果上傳率		≥	0.1%	門+住
17	醫療影像上傳率		≥	0.1%	門+住
18	急性後期整合照護計畫收案及下轉人數		≥	0.1%	住
19	思覺失調症醫療給付改善方案收案人數		≥	0.1%	門
20	具有 DM、CKD、 <u>PreEsrd</u> 照護資格醫院 BC 肝篩檢		≥	0.1%	門
21	<u>上呼吸道感染案件之抗生素用藥件數比率</u>		≤	0.1%	<u>門</u>
22	手術傷口感染率		≤	0.1%	住
備註：當季指標如因不可歸責於高屏業務組因素無法計算，則以各家醫院前季指標達成情形計算。					

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

114 年醫院總額醫療服務審查作業原則醫院品質指標(地區綜合及骨外科)

序號	指標名稱	設定值	成長率	資料範圍
1	糖尿病論質計酬方案收案人數	≥	0.1%	門
2	<u>糖尿病品質指標-HbA1c 執行率</u>	≥	<u>0.1%</u>	<u>門</u>
3	<u>糖尿病品質指標-眼底鏡檢率</u>	≥	<u>0.1%</u>	<u>門</u>
4	初期慢性腎臟病收案人數	≥	0.1%	門
5	糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合收案人數	≥	0.1%	門
6	<u>門診 20 大類檢查執行率</u>	≤	<u>0.1%</u>	<u>門</u>
7	門診 10 項檢查再次執行率	≤	0.1%	門
8	CT 執行量	≤	0.1%	門+住
9	MRI 執行量	≤	0.1%	門+住
10	<u>前 1 季</u> 門診重複用藥日數下降率	≥	0.1%	門
11	檢驗檢查結果上傳率	≥	0.1%	門+住
12	醫療影像上傳率	≥	0.1%	門+住
13	<u>健保醫療資訊雲端 API 查詢筆數-檢查驗</u>	≥	0.1%	門+住
14	<u>門診復健醫療費用</u>	≤	<u>0.1%</u>	<u>門</u>
15	<u>門診復健醫令數>180 次醫療利用人數</u>	≤	<u>0.1%</u>	<u>門</u>
16	<u>門診復健中度複雜以上醫令數比率</u>	≤	<u>0.1%</u>	<u>門</u>
17	安寧療護照護人數	≥	0.1%	門+住
18	死亡前安寧療護照護人數	≥	0.1%	門+住
19	<u>呼吸器依賴病人接受安寧緩和療護比率</u>	≥	<u>0.1%</u>	<u>門+住</u>
20	<u>出院個案轉銜照護服務</u>	≥	<u>0.1%</u>	<u>門+住</u>
21	<u>參加並執行地區醫院全人全社區照護計畫</u>	<u>Y</u>	<u>0.1%</u>	<u>門</u>
22	思覺失調症醫療給付改善方案收案人數	≥	0.1%	門
23	急性後期整合照護計畫收案及下轉人數	≥	0.1%	住
24	<u>跨院所合作提供例假日門診服務模式</u>	<u>Y</u>	<u>0.1%</u>	<u>門</u>
25	X 光檢查非合理區間再次執行率(含跨院)	≤	0.1%	門
26	Tw-DRGs 住院案件 <u>出院後 1 週內</u> 平均門急診醫療費用點數	≤	<u>0.1%</u>	<u>門+住</u>
27	<u>非計畫性住院案件出院後 14 日內再住院率(含跨院)</u>	≤	<u>0.1%</u>	<u>住</u>
28	具有 DM、CKD、 <u>PreEsrd</u> 照護資格醫院 BC 肝篩檢	≥	0.1%	門
29	<u>上呼吸道感染案件之抗生素用藥件數比率</u>	≤	<u>0.1%</u>	<u>門</u>
30	<u>清淨手術後抗生素用藥>3 日比率</u>	≤	<u>0.1%</u>	<u>住</u>
31	手術傷口感染率	≤	0.1%	住

序 號	指標名稱	設 定 值	成 長 率	資 料 範 圍
32	<u>使用電子轉診平台完成下轉件數</u>	<u>≥</u>	<u>0.1%</u>	<u>門</u>
備註：當季指標如因不可歸責於高屏業務組因素無法計算，則以各家醫院前季指標達成情形計算。				

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

114 年醫院總額醫療服務審查作業原則

醫院品質指標(婦產專科醫院)

序號	指標名稱	設定值	成長率	資料範圍
1	產科超音波同院 <u>非合理區間</u> 再執行率	≤	0.1%	門
2	婦科超音波同院 <u>非合理區間</u> 再執行率	≤	0.1%	門
3	門診 10 項檢查再次執行率	≤	0.1%	門
4	<u>門診 20 大類檢查執行率</u>	≤	<u>0.1%</u>	<u>門</u>
5	<u>前 1 季</u> 門診重複用藥日數下降率	≥	0.1%	門
6	檢驗檢查結果上傳率	≥	0.1%	門+住
7	醫療影像上傳率	≥	0.1%	門+住
8	<u>使用健保醫療資訊雲端 2.0 查詢筆數</u>	≥	<u>0.1%</u>	<u>門+住</u>
9	<u>健保醫療資訊雲端 API 查詢筆數-檢查驗</u>	≥	<u>0.1%</u>	<u>門+住</u>
10	<u>糖尿病論質計酬方案收案人數</u>	≥	<u>0.1%</u>	<u>門</u>
11	<u>糖尿病品質指標-HbA1c 執行率</u>	≥	<u>0.1%</u>	<u>門</u>
12	<u>初期慢性腎臟病收案人數</u>	≥	<u>0.1%</u>	<u>門</u>
13	<u>糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合收案人數</u>	≥	<u>0.1%</u>	<u>門</u>
14	Tw-DRGs 住院案件 <u>出院後 1 週內</u> 平均門急診醫療費用點數	≤	0.1%	<u>門+住</u>
15	剖腹產率	≤	0.1%	住
16	手術傷口感染率	≤	0.1%	住
17	<u>非計畫性住院案件出院後 14 日內再住院率(含跨院)</u>	≤	<u>0.1%</u>	<u>住</u>
18	罹患子宮肌瘤(育齡婦女≥15-49 歲)經子宮切除人數	≤	0.1%	住
19	<u>子宮肌瘤手術後 14 日內因該手術相關診斷再住院率</u>	≤	<u>0.1%</u>	<u>住</u>
20	具有 DM、CKD、 <u>PreEsrd</u> 照護資格醫院 BC 肝篩檢	≥	0.1%	門
21	<u>上呼吸道感染案件之抗生素用藥件數比率</u>	≤	<u>0.1%</u>	<u>門</u>
22	<u>跨院所合作提供例假日門診服務模式</u>	<u>Y</u>	<u>0.1%</u>	<u>門</u>
23	<u>使用電子轉診平台完成下轉件數</u>	≥	<u>0.1%</u>	<u>門</u>
24	<u>參加並執行地區醫院全人全社區照護計畫</u>	<u>Y</u>	<u>0.1%</u>	<u>門</u>
備註：當季指標如因不可歸責於高屏業務組因素無法計算，則以各家醫院前季指標達成情形計算。				

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

114 年醫院總額醫療服務審查作業原則

醫院品質指標(精神專科醫院)

序號	指標名稱	設定值	成長率	資料範圍
1	思覺失調症醫療給付改善方案收案人數	≥	0.1%	門
2	<u>思覺失調症醫療給付改善方案居家追蹤訪視人次</u>	≥	<u>0.1%</u>	<u>門</u>
3	精神科平均每人精神治療處置費	≤	0.1%	門
4	精神科急性床平均每人日精神科處置費	≤	0.1%	住
5	精神科急慢性病床住院天數≥365 天人數比率	≤	0.1%	住
6	<u>精神科門診排除長效型針劑後每人日藥費</u>	≤	<u>0.1%</u>	<u>門</u>
7	<u>出院個案轉銜照護服務</u>	≥	<u>0.1%</u>	<u>門+住</u>
8	<u>前 1 季</u> 門診重複用藥日數下降率	≥	0.1%	門
9	檢驗檢查結果上傳率	≥	0.1%	門+住
10	醫療影像上傳率	≥	0.1%	門+住
11	<u>健保醫療資訊雲端 API 查詢筆數-用藥</u>	≥	<u>0.1%</u>	<u>門+住</u>
12	<u>健保醫療資訊雲端 API 查詢筆數-檢查驗</u>	≥	<u>0.1%</u>	<u>門+住</u>
13	<u>使用健保醫療資訊雲端 2.0 查詢筆數</u>	≥	<u>0.1%</u>	<u>門+住</u>
14	<u>門診 20 大類檢查執行率</u>	≤	<u>0.1%</u>	<u>門</u>
15	門診 10 項檢查再次執行率	≤	0.1%	門
16	具有 DM、CKD、 <u>PreEsrd</u> 照護資格醫院 BC 肝篩檢	≥	0.1%	門
17	<u>同一疾病(含精神科個案)14 日內非計畫性再入院率(同院)</u>	≤	<u>0.1%</u>	<u>住</u>
18	<u>同一疾病(含精神科個案)出院後 3 日內再急診率(同院)</u>	≤	<u>0.1%</u>	<u>門+住</u>
19	<u>鎮靜安眠藥物每半年歸戶每人 DDD>4 倍之件數</u>	≤	<u>0.1%</u>	<u>門</u>
20	<u>Zolpidem 首次就醫開藥>7 日之件數</u>	≤	<u>0.1%</u>	<u>門</u>
21	<u>糖尿病論質計酬方案收案人數</u>	≥	<u>0.1%</u>	<u>門</u>
22	<u>使用電子轉診平台完成下轉件數</u>	≥	<u>0.1%</u>	<u>門</u>
23	<u>跨院所合作提供例假日門診服務模式</u>	<u>Y</u>	<u>0.1%</u>	<u>門</u>
備註：當季指標如因不可歸責於高屏業務組因素無法計算，則以各家醫院前季指標達成情形計算。				