

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 2 次會議
會議紀錄

時間：114 年 6 月 19 日（星期四）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：林組長淑華（許專門委員碧升代）

紀錄：鍾政光

醫療服務審查執行會高屏分會出席代表委員：馬委員光遠

對象：高屏區西醫醫院（會議簡報資料已於會前上傳 VPN 供醫院參考）

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（含提升各類慢性病照護率與照護品質、積極參與「地區醫院全人全社區計畫」）、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 ACAH 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）等。

（三）近期申報統計與配合事項

提高健保雲端查詢系統 2.0 網頁使用率、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、推動

術後加速康復推廣計畫、癌藥事前審查導入 FHIR 格式、失智症個案 CDR 資料上傳獎勵計畫及重申規定(含正確申報支付標準未列項目、有申報應上傳項目監測)等。

(四)布達 114 年 6 月 12 日召開「高屏區醫院總額醫療服務審查共管會議 114 年第 1 次會議」決議事項：

- 1、高屏醫院總額 113 年第 3、4 季點值費用補助方式，高屏區第 3 季預算為 56,130,364 元、第 4 季為 67,360,513 元，決議扣除交付機構應補付點數(第 3 季 27,336 元，第 4 季 33,201 元)後，再以高屏各醫院當季一般服務核定點數占率分配剩餘預算。
 - 2、高屏醫院總額 114 年第 1 季費用結算，醫院平均點值估算值低於 0.95 者回補至 0.95。
 - 3、高屏區醫院總額 114 年第 3 季、第 4 季之「基期收入校正之基準值(0 階)」參照基期分別以 113 年第 3 季、第 4 季之基期收入計算，執行點值設定為 0.98。
 - 4、有關恆春半島三家急救責任醫院南門、恆旅、恆基執行 PTA(經皮血管成形術)及周邊支架置入術列為剛性需求，納入特定排除項目(即保障項目)案，同意鼓勵在地醫療，惟考量醫療品質及落實自主管理，排除之醫令項目及合理管控值由高屏分會推派代表，邀請高屏業務組及恆春當地執行醫院再議後據以執行。
 - 5、修訂 114 年高屏醫院總額醫療服務審查作業原則如附件，其中品質指標項目數調降及 CART 藥品基準值計算方式調整自 114 年第 3 季起實施，其餘修訂自 114 年第 2 季起實施。
- (1)修訂化療事審與急重症醫療服務排除列計：每季預算上調至 1.3 億點；排計項目增加癌症手術；調升各家醫院化療事審與

急重症醫療服務點數較去年同期成長差值納入排除列計之比例。

- (2)特定排除列計項目新增 PAC 計畫中由一般服務預算支應之 P 碼較同期成長差值點數。
- (3)新增個別醫院階 1 成長率加計方式：依個別醫院專任醫師及護理人力成長率，及個別醫院合理成長率較轄區階 1 成長率上限差值，予以額外加計階 1 成長率。
- (4)調整審查分級計算公式：各家醫院當期申報一般總額醫療服務點數扣除前一季排除列計總點數後，再據以計算基準值成長率與決定審查分級。
- (5)品質指標達成率維持 2%，惟減少各層級品質指標項目數。
- (6)修訂使用 CART 藥品醫院之「基期收入校正之基準值(0 階)」下稱基準值計算方式及併同調整當季 CART 藥費排除列計計算方式。

散會：下午3時25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

1140612 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(後經本署確定名稱為「醫院總額前瞻式預算分區共管方式」)。
- 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，完整季係指該季各費用年月均有申報資料。
- 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、基期收入校正之基準值(0 階)(下稱基準值(0 階))：

- 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項目，**不含依醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則執行之點值補付。**
- 二、計算方法：

(一)高屏區基期校正方式：

基期季別	門診、住診校正後一般服務總收入定義(A)	各院基期門診、住診校正後一般服務收入定義(B)
第1季	高屏區基期核定之一般服務總收入扣除以下兩項金額： 1、PVA 金額 2、 基期使用 9.103.Tisagenlecleucel 成分(ATC 代碼 L01XL04)且以藥品支付點數全數排除案例數之總藥費	各院核定之一般服務收入 +使用生物相似性藥費差額回饋點數 -基期使用 9.103.Tisagenlecleucel 成分(ATC 代碼 L01XL04)且以藥品支付點數全數排除案例數之總藥費
第2季		
第3季		
第4季	高屏區基期核定之一般服務總收入扣除以下兩項金額： 1、PVA 金額 2、 基期使用 9.103.Tisagenlecleucel 成分(ATC 代碼 L01XL04)且以藥品支付點數全數排除案例數之總藥費 3、風險移撥款金額	各院核定之一般服務收入 +使用生物相似性藥費差額回饋點數 -基期使用 9.103.Tisagenlecleucel 成分(ATC 代碼 L01XL04)且以藥品支付點數全數排除案例數之總藥費 -風險移撥款金額
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。		

(二)各院基準值(0 階)計算方法：

- 1、各院占率： $(\text{各院基期校正後一般服務收入(B)}) \div \Sigma(\text{轄區校正後一般服務總收入(A)})$ ；門、住診分別計算。
- 2、各院基準值=各院占率* $[(\text{轄區門診、住診校正後一般服務總收入(A)}) \text{並經高屏醫院總額共管會議決議之點值調整}]$ ；門、住診分別計算後加總。

三、新成立醫院基準值(0 階)：

(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準值(0 階)。
- 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準值(0 階)。

(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準值(0 階)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)基準值(0 階)成長率=[(各院申報當季門住診合計一般總額醫療服務點數-各院前一季排除列計總點數)÷各院基準值(0 階)-1]*100%，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	申報當季一般總額醫療服務點數(Y) 基準值(0 階)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%
I	新成立醫院		自成立起至第 1-2 季	100%	100%
			第 3-4 季	70%	100%
			第 5-8 季	40%	100%
			第 9 季(含)起	0%	依規模及成長率決定
J	涉及違規醫院			100%	100%
K	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。

專案啟動時 執行方式	未自清案件另抽樣專審	篩異案件逕抽樣專審
回推母體	未自清案件	篩異案件
各院回推算公式	1、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))。 2、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)。	1、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))。 2、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)。
專案追扣醫療服務點數 計算方式	自清點數+回推核減點數	回推核減點數
行政救濟	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。	

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準值(0 階)*(1+3%)三分之一為月核定上限，如超出上限核定原則如下：

(一)當季基準值(0 階)5 千萬點以上者：分別計算超出月核定上限差值及門住診合計基準值(0 階)*2.5%，兩者計算結果取小值。

(二)當季基準值(0 階)5 千萬點(含)以下者：分別計算超出月核定上限差值及門住診合計基準值(0 階)*1.5%，兩者計算結果取小值。

(三)新成立醫院議訂基準值(0 階)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、基準值(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：本階段各家醫院總排除列計點數不得超過各院「申報當期一般服務點數-基準值(0 階)」之差值。

(一)給付較基期成長差值之項目別與計算方法：

項目別	操作型定義	給付方式
生產	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。	1、非新成立醫院：較去年同期申報點數成長差值予以排計。 2、新成立醫院依下列方式計算排計點數： (1)自特約日起、有完整季申報資料之第 1-4 季：當季申報之醫療費用點數。 (2)有完整季申報資料之第 5 季(含)起：較去年同期申報點數成長差值。
安寧療護	1、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 2、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。 3、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。 4、預立醫療照護諮商費： (1)114/4/30 前：02028B、02029B (2)114/5/1 起：02028C	1、非新成立醫院：較去年同期申報點數成長差值予以排計。 2、新成立醫院依下列方式計算排計點數： (1)自特約日起、有完整季申報資料之第 1-4 季：當季申報之醫療費用點數。 (2)有完整季申報資料之第 5 季(含)起：較去年同期申報點數成長差值。
C 肝全口服新藥治療	申報 C 肝全口服新藥治療案件之病患歸戶人數	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。 2、新成立醫院：每人予以加計 10,410 檢查費用點數。
呼吸器依賴	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。 2、住診案件分類為 1-7。	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： (1)當季收治之慢性呼吸照護病患勾稽過去 2 年內於同

項目別	操作型定義	給付方式
	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。	院曾接受住院緩和醫療家庭諮詢或安寧療護服務比率$\geq$適用醫院50百分位者：較同期成長差值點數予以加計。 (2)當季收治之慢性呼吸照護病患勾稽過去2年內於同院曾接受住院緩和醫療家庭諮詢或安寧療護服務比率$<$適用醫院50百分位者：較同期成長差值點數$\times 0.90$後予以加計。 2、本項排除以1,000萬點為上限。
PAC	全民健康保險急性後期整合照護計畫中由一般服務預算支應之P碼。	當季較去年同期成長之P碼費用差值。
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。		

(二)化療事審與急重症醫療服務：

- 1、預算：每季上限1.3億點。
- 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差值100%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，如加總後 ≤ 0 則以0計算。
- (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差值60%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，如加總後 ≤ 0 則以0計算。
- (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)使用藥品給付規定9.103.Tisagenlecleucel成分(ATC代碼L01XL04)藥品之排除列計計算方式：

- 1、每季共4例以藥品支付點數全數排除，第5例(含)起併入該院捌、二、(二)化療事審與急重症醫療點數差值計算。
- 2、計算方式：各家醫院用藥案例數中，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。

3、各醫院應於病患通過事前審查後主動向分區提報相關資訊，格式詳附件二。

(四)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、新成立醫院議定基準值(0 階)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 (各院基準值(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-小型醫院費用波動調控-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-基準值(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 $\div$ 基準值(0 階)。

(四)階 1 成長率上限(Y)=[0 階+超額]較高屏區醫院基準值(0 階)總和之成長率。

(五)醫院階 1 成長率(D)：

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 $\times 60\%$ +門診人次成長率 $\times 10\%$ +專任醫師人數成長率 $\times 20\%$ +看診醫師人數成長率 $\times 10\%$ +門診 CMI 成長率 $\times 100\%$ 。

(2)住診指標成長率=住院人數成長率 $\times 20\%$ +住院日數成長率 $\times 55\%$ +護理人員數成長率 $\times 20\%$ +平均每件住院日數達標與否 $\times 5\%$ +住診 CMI 成長率 $\times 100\%$ 。

(3)門住合計成長率=門診指標成長率 $\times (1 - \text{基期住診占率}) + \text{住院指標成長率} \times \text{基期住診占率}$ 。

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，醫院需於期限內函文高屏業務組核備，未核備者以 0%計算，經核備之指標值不受理變更，個別醫院於季末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、新成立醫院議定基準值(0 階)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 成長率上限(Y)取較小值計算，並以階 1 成長率上限(Y)為上限。

6、個別醫院成長率加計(C)：

(1)計算該院合理成長率(B)-當季階 1 成長率上限(Y)之差值(W)。

(2)適用範圍：如該院差值(W)>0%，且專任醫師及護理人力成長者，其階 1 依照下表予以加計成長率，並據以計算該院各階超額支付點數。

(3)個別醫院階 1 成長率加計表：

專任醫師數+護理人員數成長率(V)					
0%<V≤2%		2%<V≤5%		V>5%	
醫院合理成長率(B)-當季階 1 成長率上限(Y)之差值(W)	階 1 加計值	醫院合理成長率(B)-當季階 1 成長率上限(Y)之差值(W)	階 1 加計值	醫院合理成長率(B)-當季階 1 成長率上限(Y)之差值(W)	階 1 加計值
W≤2.0%	0.0%	W≤2.0%	0.0%	W≤2.0%	0.0%
2.0%<W≤4.0%	0.4%	2.0%<W≤3.5%	0.4%	2.0%<W≤3.0%	0.4%
4.0%<W≤6.0%	0.8%	3.5%<W≤5.0%	0.8%	3.0%<W≤4.0%	0.8%
6.0%<W≤8.0%	1.2%	5.0%<W≤6.5%	1.2%	4.0%<W≤5.0%	1.2%
8.0%<W≤10.0%	1.6%	6.5%<W≤8.0%	1.6%	5.0%<W≤6.0%	1.6%
W>10.0%	2.0%	8.0%<W≤9.0%	2.0%	6.0%<W≤7.0%	2.0%
		9.0%<W≤10.0%	2.3%	7.0%<W≤8.0%	2.3%
		W>10.0%	2.5%	8.0%<W≤9.0%	2.6%
				9.0%<W≤10.0%	2.8%
				W>10.0%	3.0%

(六)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÷高屏區醫院基準值(0 階)總和-1)*100%。

2、級距表：

階 1 上 限	[0 階+超額]較高屏區醫院基準值(0 階)總和之成長率(Y)				
	Y≤2.5%		Y>2.5%		
	2.5%		Y		
調整 項目	醫院整體成長率(Z)				
	Z≤4%	4%<Z≤5%	5%<Z≤6%	6%<Z≤7%	Z>7%
階 2 級 距	2.0%	2.5%	3.0%	3.0%	3.0%
階 3 級 距	2.0%	2.0%	2.0%	2.5%	3.0%

(七)超額分階支付點數預估：

1、階 2、階 3 級距暫定為 3%。

2、各家醫院分階支付點數計算：

(1)各家醫院超額成長率依據醫院階 1 成長率(D)及暫定階 2、階 3 級距分為不同區間，依據各區間支付比例計算各院各階支付點數。

(2)新成立醫院議定基準值(0 階)季別，超額點數支付比例為 0%。

3、轄區超額分階支付預估總點數(C)= Σ (各院各階支付點數)。

4、各階區間及支付比例表：

分階	階 1	階 2	階 3	階 4
區間	0%~(B)	(B)~(B)+3%	(B)+3%~(B)+6%	>(B)+6%
支付比例	75%	55%	25%	0%

四、超額分階支付預算(A)與分階支付預估總點數(C)不平衡之調校方式：

(一)如超額分階支付預算(A)-分階支付預估總點數(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)-分階支付預估總點數(C)>0。

2、調校方式：依序上調階 1、階 2、階 3 支付比例至剩餘預算用罄，階 4 支付比例仍維持 0%。

3、支付比例調整表：依據下表調整支付比例，惟如階 1 調升為 85%後，階 2 調升至 52%剩餘額度已用罄，則各階支付比例為階 1-85%、階 2-52%、階 3-25%。

	一次調整			二次調整			三次調整		
分階	階 1	階 2	階 3	階 1	階 2	階 3	階 1	階 2	階 3
支付 比例	85%	55%	30%	90%	60%	35%	95%	65%	40%

(三)預算不足：

1、定義：超額分階支付預算(A)-分階支付預估總點數(C)<0。

2、調校方式：依序下調階 3、階 2 支付比例至預算與支出平衡。

3、支付比例調整表：依據下表調降支付比例，惟經二次調整階 3 支付比例下調至 15%仍無法平衡，則依共管會議決議辦理。

分階	一次調整			二次調整	
	階 3	階 2	階 1	階 3	階 2
支付比例	20%	45%	70%	15%	40%

(四)小型醫院費用波動調控：

1、適用醫院：

(1)當季申報之一般總額醫療服務總點數 $\leq$ 6,000 萬點。

(2)該院[(基準值(0 階)+捌、二、特定排除列計項目+依據捌、四、(一)至(三)計算之超額分階給付點數總計)*當季高屏醫院總額共管會議決議之點值] $\div$ [當季申報當期之一般總額醫療服務點數-當季申報當期醫療費用審查總核減點數(依據陸、一、二、三辦理之程序審查及醫療費用審查)] <0.9 者。

(3)該院當季並無本審查作業原則玖、三~四之情事。

2、預算： Σ (當季申報 $\leq$ 6,000 萬點醫院，該院當季申報之一般總額醫療服務總點數-該院當季基準值(0 階))之點數差值，以 4,000 萬點為上限。

3、回補點數：

(1)計算該院：[(基準值(0 階)+捌、二、特定排除列計項目+依據捌、四、(一)至(三)計算之超額分階給付點數總計)*當季高屏醫院總額共管會議決議之點值] $\div$ [當季申報當期之一般總額醫療服務點數-當季申報當期醫療費用審查總核減點數(依據陸、一、二、三辦理之程序審查及醫療費用審查)]=0.9 所需之點數。

(2)如回補點數超過預算上限，則依各家醫院回補點數佔率計算實際可回補點數；如預算有剩餘則回歸分區點值。

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，其基準值(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準值(下修 0 階基準值)：
 - (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： $(\text{一般總額醫療服務點數}-\text{安寧療護醫療服務點數}-\text{生產醫療服務點數})\div\text{歸戶人數}$ 。
 - (2)單價成長率 $=\text{當季單價}\div\text{基期單價}-1$ 。
 - (3)異常定義：單價成長率 $>(\text{各院當季醫療服務成長率指標中 CMI 成長率}+\text{支付標準調整率}+\text{當年度公告之醫院總額人口結構改變率})$ 。
 - (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準值(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準值(0 階)。
 - (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	(1)精神疾病社區復健(案件分類 A2)、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)、法定傳染病通報且隔離案件(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) 居家照護(案件分類 A1)、安寧居家療護(案件分類 A5)，排除任一特定治療項目代號為 EC 後之申請點數+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)、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~P8447C 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	醫院辦理住院整合照護服務實施計畫：案件分類 B2 之申請點數+部分負擔點數。
4	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。
5	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。
6	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。
7	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、P3911C~P3916C、P3921C~P3924C 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	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。				
13	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。				
14	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「C4」，任一特定治療項目代號「EG」，醫令代碼 E7801C（醫令類別 0）、E7802C、E7803C、E7804C（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「D1」，任一特定治療項目代號「EH」，醫令代碼 E7901C（醫令類別 0）、E7902C、E7903C、E7904C（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「C4」，任一特定治療項目代號「EJ」，醫令代碼 E8001C、E8002C、E8003C、E8004C（醫令類別 2）之醫令點數加總。				
15	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
16	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。
17	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

一、各項目操作型定義：

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、Tisagenlecleucel 成分藥品(Kymriah、L01XL04、KC01176297)先依捌、二、(三)計算之，超出之第 5 例(含)起併入前項藥品差值計算。
2	事前審查藥品	1、支付價為 0(共 45 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、BB26410100、BB26411100、KC01178283、KC01167209、X000246219、X000247229、X000223235、X000243100 2、支付價不為 0(共 110 項)： AC57862100、AC602384CR、BB26412100、BB26413100、BB26414100、BC14966100、BC14967100、BC22655243、BC22657238、BC23479235、BC242064CR、BC25360200、BC26173100、BC26174100、BC26219100、BC26536100、BC26734100、BC27000100、BC27223405、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、BC27559230、KC01113209、 KC01149283、KC01157283、KC01180206、KC01180209、 KC01181283、JC00143209、KC00935257、KC00935271、 KC011332BL、KC01138210、KC01166209、KC01205271、 AC60827335、BC28234100、BC28235100、KC011862H0、 BC28208100、BC28209100、BC28103100、BC28104100、 BC28492100、KC01166213、KC01208229、KC01214248、 KC01215234、KC01231212。 3、新增且非暫時性支付藥品：AC61844100
3	癌症放射療法	1、主診斷代碼為癌症(前3碼為 C00~C26、C30~C34、C37~C41、 C43~C58、C60~C86、C88、C90~C96、D00~D09、D37~D39、 D40~D49、Z510。 2、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， 醫令代碼前四碼為：36001-36024
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)排除申報化療、事審藥品及癌症放射療法醫令代碼案件後， 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。
5	住診癌症手術	住診案件且 Tw-DRG 碼為 YYY，申報支付標準第二部第二章第七節手術支付標準之手術醫令點數總和。

二、Tisagenlecleucel 成分藥品(Kymriah、L01XL04、KC01176297)個案通報格式：

醫事機構代碼	醫事機構簡稱	病患身分證號	病患姓名	出生日期	事前審查編號	醫令代碼	核定日期	預計治療日期

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計算方式

一、預算上限：每季 5,000 萬點。

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：114 年欲擴床，則比較基準為 113 年 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、B2、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、B2、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 $\div$ Σ 當季天數 $\times$ 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 $\div$ 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, C5, D1~D4, E2~E3, B A, 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 $\geq$ 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) $\div$ 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>112 年</td></tr><tr><td>114Q2</td><td>113 年</td></tr><tr><td>114Q3</td><td>113 年</td></tr><tr><td>114Q4</td><td>113 年</td></tr></table>	當期	CCS 權重檔年份	114Q1	112 年	114Q2	113 年	114Q3	113 年	114Q4
			當期	CCS 權重檔年份									
114Q1			112 年										
114Q2	113 年												
114Q3	113 年												
114Q4	113 年												
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，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。										
住診	住院人數成長率	20%	1、排除案件分類 「A1~A4, A Z, B1, B2, C1~C5, DZ, 7」 2、排除給付類別 9 之案件 3、排除醫令	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 $\leq$ 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 RW 權重) $\div$ 採計件數。 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									

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)						
			補報案件	參照如下表：						
				<table><tr><th>當期</th><th>參照 RW 權重年份</th></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	參照 RW 權重年份	114Q1	113 上半年	114Q2	114Q3
當期	參照 RW 權重年份									
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，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。						
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, C5, D1~D4, E2~E3, B A, HN, DF」及診察費=0 之案件 2、住診排除案件分類「A1~A4, A Z, B1, B2, 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><th>類別</th><th>單價調整</th><th>新增醫令</th></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	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
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	急診監測			
	重度急救醫院:同一疾病(不含精神科個案)3 日內再急診率(含跨院)	≤	0.1%	門
	非重度急救醫院:急診病人停留超過 24 小時比率			
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	≥	0.2%	門
4	糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合收案人數	≥	0.2%	門
5	安寧療護照護人數	≥	0.2%	門+住
6	門診 20 大類檢查執行率	≤	0.2%	門
7	門診 10 項檢查再次執行率	≤	0.2%	門
8	前 1 季門診重複用藥日數下降率	≥	0.1%	門
9	門診復健醫療費用	≤	0.2%	門
10	出院個案轉銜照護服務	≥	0.2%	門+住
11	檢驗檢查結果上傳率	≥	0.05%	門+住
12	醫療影像上傳率	≥	0.05%	門+住
13	急性後期整合照護計畫收案及下轉人數	≥	0.2%	門+住
備註：				
1. 序號 1 指標[3 日內再急診率]與序號 10 計算範圍以各家醫院前季最後 1 個月+當季前 2 個月計算。				
2. 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
必選指標				
1	糖尿病論質計酬方案收案人數	≥	0.2%	門
2	初期慢性腎臟病收案人數	≥	0.2%	門
3	糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合收案人數	≥	0.2%	門
4	門診 20 大類檢查執行率	≤	0.1%	門
5	門診 10 項檢查再次執行率	≤	0.1%	門
6	前 1 季門診重複用藥日數下降率	≥	0.1%	門
7	檢驗檢查結果上傳率	≥	0.1%	門+住
8	醫療影像上傳率	≥	0.1%	門+住
9	門診復健醫療費用	≤	0.1%	門
10	門診復健醫令數>180 次醫療利用人數	≤	0.2%	門
11	安寧療護照護人數	≥	0.2%	門+住
12	出院個案轉銜照護服務	≥	0.1%	門+住
13	參加並執行地區醫院全人全社區照護計畫	Y	0.2%	門
14	急性後期整合照護計畫收案及下轉人數	≥	0.1%	門+住
替代指標				
a	門診復健中度複雜以上醫令數比率	≤		門
b	思覺失調症醫療給付改善方案收案人數	≥		門
c	呼吸器依賴病人接受安寧緩和療護比率	≥		門+住
d	非計畫性住院案件出院後 14 日內再住院率(含跨院)	≤		住
e	清淨手術後抗生素用藥>3 日比率	≤		住
f	手術傷口感染率	≤		住
g	同一疾病(不含精神科個案)3 日內再急診率(含跨院)	≤		門
備註：				
1. 依醫院申報項目由必選指標序號依序選列，不足者由替代指標項目補至 2.0%。				
2. 序號 12、d、g 指標計算範圍以各家醫院前季最後 1 個月+當季前 2 個月計算。				
3. 替代指標之權重請依替代之原必選指標權重列計				

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
必選指標				
1	產科超音波同院非合理區間再執行率	≤	0.2%	門
2	婦科超音波同院非合理區間再執行率	≤	0.2%	門
3	門診 10 項檢查再次執行率	≤	0.2%	門
4	門診 20 大類檢查執行率	≤	0.2%	門
5	前 1 季門診重複用藥日數下降率	≥	0.2%	門
6	檢驗檢查結果上傳率	≥	0.2%	門+住
7	醫療影像上傳率	≥	0.2%	門+住
8	參加並執行地區醫院全人全社區照護計畫	Y	0.2%	門
9	罹患子宮肌瘤(育齡婦女≥15-49 歲)經子宮切除人數	≤	0.2%	住
10	子宮肌瘤手術後 14 日內因該手術相關診斷再住院率	≤	0.2%	住
替代指標				
a	糖尿病論質計酬方案收案人數	≥	0.2%	門
b	剖腹產率	≤	0.2%	住
c	手術傷口感染率	≤	0.2%	住
d	非計畫性住院案件出院後 14 日內再住院率(含跨院)	≤	0.2%	住
備註：				
1. 依醫院申報項目由必選指標序號依序選列，不足者由替代指標項目補至 2.0%。				
2. 序號 10 指標計算範圍以各家醫院前一季計算。				
3. 序號 d 指標計算範圍以各家醫院前季最後 1 個月+當季前 2 個月計算。				

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	$\geq$	0.2%	門
2	思覺失調症醫療給付改善方案居家追蹤訪視人次	$\geq$	0.2%	門
3	精神科平均每人精神治療處置費	$\leq$	0.2%	門
4	精神科急性床平均每人日精神科處置費	$\leq$	0.2%	住
5	前 1 季門診重複用藥日數下降率	$\geq$	0.2%	門
6	檢驗檢查結果上傳率	$\geq$	0.2%	門+住
7	醫療影像上傳率	$\geq$	0.2%	門+住
8	門診 20 大類檢查執行率	$\leq$	0.2%	門
9	同一疾病(含精神科個案)同院 14 日內非計畫性再入院率	$\leq$	0.2%	住
10	同一疾病(含精神科個案)同院 3 日內再急診率	$\leq$	0.2%	門+住
備註：序號 9、10 指標計算範圍以各家醫院前季最後 1 個月+當季前 2 個月計算。				