衛生福利部中央健康保險署高屏業務組
「高屏區醫院總額」115年第3次共管會議
會議紀錄

時間：115 年 9 月 10 日（星期四）下午 2 時整

地點：高屏業務組7樓第一會議室/Teams視訊會議

主席：林組長純美、朱主任委員文洋

紀錄：劉蘋瑢

出席委員：

委員姓名	**出席委員**	**委員姓名**	**出席委員**
蘇主榮副主任委員	蘇主榮	李炫昇委員	許清漢(代)
陳金順副主任委員	陶屏(代)	陳鴻曜委員	李秀貞(代)
藍國忠委員	陳武福(代)	王森稔委員	王森稔
黃秋慧委員	黃秋慧	吳榮州委員	萬樹人(代)
黃曉怡委員	黃曉怡	洪朝明委員	洪朝明
王照元委員	請假	林茂隆委員	林茂隆
林宗憲委員	林宗憲	黃明典委員	黃明典
杜元坤委員	請假	黃文翔委員	黃文翔
林俊農委員	林俊農	趙昭欽委員	趙昭欽
康柏皇委員	康柏皇	林伯聲委員	林伯聲
陳逸鴻委員	王志強(代)	尤瑜文委員	舒碧雯(代)
黃豐締委員	黃豐締	張志鴻委員	張志鴻
洪志興委員	李永進(代)	楊錫添委員	楊錫添

列席單位及人員(*為視訊與會)：

高雄榮總	黃瓏婷
高雄長庚	陳怡靜、陳佩瑜
高雄醫學大學附設醫院	蔡蕙如、施玉環、歐芸螢
義大醫院	林蔚、陳雅婷
小港醫院	劉靜薇
市立聯合醫院	李俊姍
國軍高雄總醫院	曾瑞蘭

安泰醫院	鍾梅珍、蔡玫芳、陳玉如
建佑醫院	張瓊月、黃思婷
文雄醫院	鐘明宏
新高鳳醫院	吳明勳
屏東基督教醫院	馬事佐
部屏東醫院	周繡涵
潮州安泰醫院	張鳳美
旗山醫院	張峻瑋、黃馨嬌
高屏區分會	李怡虹
本署高屏業務組	謝明雪、詹雪娥*、黃雨潔、呂佳青、陳祈君、劉彥均、謝惠婷、許亦濡、葉曦之*、蘇家驊*、蕭晟儀、王永全、鐘政光、謝涵羿、楊喬安、王詩雅*、周孟盈*、楊可薇*、林孟儒、陳民英、梁家瑋*、吳玟萱、馬千淇、許家寧、吳奕蓁、黃郁家*、吳珍儀*、葉瑜婷、戴彣如、陳美蓮、侯佳伶*、曾彥汝、侯有懋
視訊旁聽人員	轄區醫院*

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄

決定：確認。

參、報告事項

第一案　　報告單位：審查執行會高屏區分會

案由：醫院醫療服務審查執行會高屏區分會執行業務報告。

決定：洽悉。

第二案　　報告單位：高屏業務組

案由：醫院總額執行概況高屏業務組報告。

決定：洽悉。

第三案　　報告單位：高屏業務組

案由:115 年高屏區醫院總額共管會議委員名單及順位代理人調整。

說明:共管會議委員及其順位代理人詳下表,代理人出席規範如下:

一、 各層級委員代表若有異動請一併提報順位代理人 2 名，並依代理順位出席。

二、 請委員儘量親自出席，如因故不能出席，得依代理人順位由 1 人代理出席。

層級	分會幹部	委員	服務醫院	職稱	第一代理人	第二代理人
地區醫院	主任委員	朱文洋	建佑醫院	執行長	張瓊月	許懷仁
醫學中心	副主任委員	陳金順	高雄榮總	院長	洪恭誠	陶屏
地區醫院	副主任委員	蘇主榮	東港安泰醫院	執行長	黃炳生	扈克勛
醫學中心	委員	藍國忠	高雄長庚	院長	陳武福	林祖功
	委員	黃秋慧	高雄長庚	副執行長	陳武福	陳怡靜
	委員	黃曉怡	高雄長庚	主任	陳武福	陳佩瑜
	委員	王照元	高醫大	院長	戴嘉言	陳崇桓
	委員	林宗憲	高醫大	副院長	蔡蕙如	黃建民
	委員	康柏皇	高雄榮總	主任	陶屏	黃瓏婷
	委員	杜元坤	義大醫院	院長	許菀齡	王惠莉
	委員	林俊農	義大醫院	副院長	洪士元	黃煜為
區域醫院	委員	陳逸鴻	國軍高雄總	院長	**李柏群**	王志強
	委員	黃豐締	市立聯合醫院	院長	管毅剛	李俊姍

層級	分會幹部	委員	服務醫院	職稱	第一代理人	第二代理人
	委員	洪志興	市立小港醫院	院長	李永進	張碧玉
	委員	李炫昇	寶建醫院	院長	許清漢	陳森基
	委員	陳鴻曜	阮綜合醫院	院長	李秀貞	蔡青陽
	委員	王森稔	部屏東醫院	院長	黃炯棠	周繡涵
	委員	吳榮州	屏東基督教醫院	院長	萬樹人	馬事佐
	委員	洪朝明	義大癌治療醫院	院長	陳賢峰	饒坤銘
地區醫院	委員	林茂隆	茂隆骨科醫院	院長	陳秀華	方淑芬
	委員	黃明典	南門醫院	副院長	黃靖雯	顏宸珺
	委員	黃文翔	屏安醫院	院長	楊欣正	潘秋李
	委員	趙昭欽	高雄秀傳	院長	許惠美	蔡于綺
	委員	林伯聲	新高鳳醫院	院長	吳明勳	蕭淑娟
	委員	尤瑜文	馨蕙馨醫院	院長	舒碧雯	陳義祥
	委員	張志鴻	潮州安泰醫院	院長	許育彰	王泰隆
	委員	楊錫添	文雄醫院	院長	鐘明宏	陳秀滿

決定：洽悉。

第四案　　報告單位：高屏業務組

案由：115 年第 2 季申請「住院病床容額低於基期」下修住診基準值醫院(0 階)醫院案。

說明：

一、依本署高屏業務組 115 年醫院總額前瞻式預算管理方案辦理。

二、本季共 2 家地區醫院申請，經本組依方案審核資格及估算對當季高屏區醫院總額預算之影響後，同意核備下修 115 年第 2 季住診基準值(0 階)如下：

(一) 劉○修醫院：共 979,469 點(點值影響<0.0001)

(二) 市○民○醫院：共 4,015,712 點(點值影響<0.0001)

(三) 兩家醫院如於方案規定期限內申請返還，將全額返還至 A 院與 B 院 116 年第 2 季基準值(0 階)。

三、前開下修保留點數將優先支應 115 年第 2 季地區醫院費用波動調控預算。

決定：洽悉。

參、討論事項

第一案　　提案單位：高屏業務組

案由：有關高屏區醫院總額 115 年第 2 季費用結算辦理方式，請討論。

說明：

一、已決議事項與數據來源：

(一) 依 114 年 12 月 11 日 114 年高屏區醫院總額醫療服務審查共管會議 114 年第 2 次會議決議，高屏 115 上半年期望點值為 0.98。

(二) 依據醫院總額 115 年第 1 次研商議事會議報告案第七案決定：若當季/區一般服務浮動點值大於 1 元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付作業。

(三) 依據醫院總額 115 年第 3 次研商議事會議議程資料：

1、報告事項第三案：住院護理費以專款結算，未併入醫院總額一般服務結算。

2、經署本部估算，高屏區醫院 115 年第 2 季未執行分階折付前就醫分區平均點值為 0.9741，浮動點值為 0.9546(署本部估算時預算**已扣除**「0~6 歲兒童醫療量能保障(全年預算 12,550 百萬元)、「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(全年預算 500 百萬元)」、「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(全年預算 1,000 百萬元)」及 115 年第 1 季保障項目點值差值補付預算 109,981,090 元)。

二、115 年第 2 季高屏區醫院總額支出估算與點值分布：

(一) 各家醫院超額點數推估方式：

1、各家醫院基期收入校正之基準值(0 階)**並未扣除**基期 0 至 6 歲兒童醫療服務點數。

2、各家醫院超額點數：**已扣除** 0~6 歲兒童醫療服務點數；**已扣除**住院護理費調升差值(操作型定義依據 114 年 5 月 1 日公告實施調升項目)。

(二) 支出估算：

1、因高屏 115 年第 1 季浮動點值為 1.0315，經署本部估算需自高屏 115 年第 2 季一般總額支出 109,981,090 元。

2、階 1 至階 3 各階點數支付比例可由階 1-75%、階 2-50%、階 3-25%全數調升至 100%，階 4-0%共 10 家醫院須追扣 0.34 億點，轄區預算仍剩餘約 2.59 億點，經地區醫院波動調控後，回補地區醫院共 5 家、1.90 千萬，剩餘預算為 2.40 億點。

(三) 點值分布：

點值分布	醫中	區域	地區	總計
≧0.98	4	14	71	89
≧0.95 - < 0.98		1	9+1	10+1
≧0.90 - < 0.95			1	1
< 0.9				
總計	4	15	81+1	100+1

三、115 年第 2 季費用結算辦理方式擬調整如下：

(一) 化療事審與急重症醫療服務預算由 1.3 億提升至 1.8 億，新成立醫院化療事審與急重症醫療服務點數(操作型定義同高屏 115 年醫院總額前瞻式預算管理方案化療事審與急重症醫療服務點數之附件)較去年同期成長差值比照舊醫院依其 OPAT 申報總療程數於高屏同層級百分位對應之差值比例予以排除列計。

(二) 原於 115 年 6 月 12 日高屏區醫院總額第 2 次共管會議決議 115 年第 1 季至 115 年第 4 季「急診、急救責任醫院及護理支付標準調整扣合指標」(操作型定義依據 114 年 5 月 1 日公告實施調升項目)均以補付方式辦理。惟依 115 年 8 月 26

日研商議事會議議程資料，住院護理費並未導入一般服務預算，故調整自 115 年第 2 季起各家醫院超額點數將扣除住院護理費差值後再執行分階核付，其餘項目仍維持以 RPG 補付方式辦理。

(三) 醫院平均點值估算值低於 0.95 者擬回補至 0.95。

(四) 為鼓勵醫院積極達成品質指標，針對 115 年第 2 季申報一般總額醫療服務點數低於基準值(0 階)之醫院，計算品質獎勵補付點數：

1、預算：依高屏區醫院總額前瞻式預算管理方案及前述(一)至(三)執行後高屏區剩餘預算中，以 8800 萬點為品質補付預算。

2、各家醫院品質補付點數：

(1)公式=該院(115 年第 2 季基準值(0 階)*115 年第 2 季品質指標達成率)，並以該院(基準值(0 階)(如醫院有來函下修基準值(0 階)，則以下修後之基準值(0 階)計算)-當季申報一般總額醫療服務點數為上限)。

(2)各家醫院依上述公式計算品質補付點數加總後如超過本季預算上限，則以預算*各家醫院品質補付點數占轄區之占率分配。

(3)本項品質補付點數不列入 116 年基準值(0 階)計算範圍。

決議：如說明，照案通過。

第二案　　提案單位：高屏業務組

案由：修訂高屏區「115 年醫院總額前瞻式預算管理方案」(附件 1)，請討論。

說明：

一、 修訂「伍、基期收入校正之基準值(0 階)」費用範圍：因結算後浮動點值大於 1 元需補付之保障項目點值差額不納入計算範圍。

二、 修訂「住院病床容額低於基期之調整方式」:

（一）訂定「住院病床容額低於基期之調整方式」原意，係考量醫院因病房整修致收住人數下降使得當季醫療服務申報點數低於基期收入校正之基準值(0 階)(下稱基準值(0 階))，如來年逕以該收入計算基準值(0 階)而未校正，將導致該院來年因恢復病房開設而發生高額超額點數。

（二）邇來發現有轄區醫院申請「住院病床容額低於基期之調整方式」並經本組同意核備下修基準值(0 階)後，當季申報一般服務點數較基準值(0 階)成長率達 22.01%之情形，不符該調整方式設計原意，爰擬於本方案主文與附件新增「經本署高屏業務組函文同意核備之醫院，如當季申報之一般總額醫療服務點數≧下修後之基準值(0 階)，原同意核備之決定逕予失效，並以下修前之基準值(0 階)辦理當季結算核定。」。

三、 配合衛生福利部 115 年 5 月 4 日公告之 115 年度「三班護病比達標醫院獎勵計畫」核付方式監測之「連續三個月未申報床占率」，修訂本方案及其附件中「未申報健保醫療費用」病床操作型定義，其監測週數由原本連續 10 週調整為連續 12 週。

四、 修訂「化療事審與急重症醫療服務」操作型定義，序號 11「心臟瓣膜手術及特定特材」新增「68060B(經導管二尖瓣緣

對緣修補術)及其特材(特材給付規定代碼B102-10)」。

決議：照案通過，修訂後「115年醫院總額前瞻式預算管理方案」如附件1。

第三案　　提案單位：醫院醫審執行會高屏分會

案由：115 年醫院總額前瞻式預算管理方案第捌點各醫院核定點數採分階核付之計算方式第三項超額分階核付(五)醫院階 1 成長率-品質指標達成率指標項目(附件八醫院品質指標)存續建議一事，請討論。

說明：

一、 建議調整有關「附件八、醫院品質指標(區域級以上)」序號 8、門診 20 大類檢查執行率≦0.2%(成長率)存續。現行 20 項檢查執行件數與執行率係屬醫師依據病情開立，且本項指標非屬”健保資源不當耗用管理必要指標”，實質管理意義較低，建請考量廢除。

二、 建議調整有關「附件八、醫院品質指標(區域級以上)」序號 10、前 1 季門診重複用藥日數下降率≧0.1%(成長率)存續。因重複用藥管理受病人行為等變相影響，有其管理極限，建請考量廢除或調整操作型定義或閾值設定原則。

業務組說明：

一、 同意自 116 年起刪除「門診 20 大類檢查執行率」，其成長率權重加計至「門診 10 項檢查再次執行率」。

二、 建議保留「前 1 季門診重複用藥日數下降率」：

(一) 本署自 107 年起實施「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」，訂有特殊情境需重複用藥之虛擬代碼，並於歷次共管會議宣導正確填報。

(二) 本項為抑制資源不當耗用指標，且高屏達成率不佳(如下表)。

(三) 擬自 116 年起，參考轄區及全國同儕值與個別醫院重複用藥

於高屏貢獻度設定各家醫院目標值。

分區別	同院重複用藥日數占率	排名	同院重複用藥點費	排名
全署	0.09%		20,111,830	
臺北	0.10%	3	7,178,976	6
北區	0.09%	2	2,369,171	2
中區	0.09%	2	3,695,596	4
南區	0.07%	1	2,475,428	3
高屏	0.11%	4	3,937,949	5
東區	0.09%	2	454,710	1

決議：如業務組說明，自 116 年起刪除「門診 20 大類檢查執行率」，權重併入「門診 10 項再次執行率」;「門診重複用藥日數下降率」予以保留，並依同儕值研訂各院目標值。

第四案　　提案單位：醫院醫審執行會高屏分會

案由：115 年醫院總額前瞻式預算管理方案第陸點醫療費用審查作業第四項專案篩異管理，建議修正現行「專案篩異管理機制」回推上限回歸法定限制。請討論。

說明：

一、依據《全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法》第 22 條規定：

(一) 保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，保險人得採抽樣方式進行審查。

(二) 前項抽樣方式得採用隨機或立意抽樣，隨機抽樣以等比例回推，立意抽樣則不回推。

(三) 隨機抽樣回推方式得設定回推倍數上限值，由保險人與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體共同擬訂，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。

(四) 保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進行分析，依分析結果，得免除、增減抽樣審查或全審。

(五) 保險人得與保險醫事服務機構協商，以一定期間抽取若干月份之審查結果，做為該期間其他月份核減或補付作業之計算基礎。

(六) 隨機抽樣方式及核減、補付點數回推計算方式如附表二。

二、依據衛生福利部中央健康保險署於 107 年 3 月 15 日健保審字第 1070035055 號函示，公告事項：一、各總額回推倍數上限值：(一) 醫院總額部門採設定回推倍數上限值，門診 10 倍、住診 3 倍。

三、建請修改篩異回推機制，回歸回推倍數上限住院最高 3 倍、門

診最高 10 倍。

業務組說明：

一、 現行方案專案篩異管理回推機制，係考量審查經費有限、減少醫院準備抽審案件之行政工序，經調查他區亦有執行異常專案回推方式，故於 114 年 1 月 8 日 114 年高屏區醫院總額醫療服務審查共管會議第 1 次臨時會會議，與高屏區醫院總額共管會委員代表議定立意抽審專案回推辦理方式，又此回推機制之回推母體限縮為篩異案件，合先敘明。

二、 本組自 115 年 1 月 1 日起已暫停實施專案篩異管理回推機制，俟署本部提供各分區篩異案件核減點數回推方式之標準作業程序後再據以修訂，修訂結果將提案經共管會議決議後再實施。

決議：如業務組說明，現已暫停實施專案篩異管理回推機制，俟署本部提供標準作業程序後據以修訂，再提共管會議決議。

肆、臨時動議：無

伍、專題分享：高雄榮民總醫院分享「醫院對健保異常勾稽內控作業」（略）。

陸、散會(下午 3 時 28 分)

附件 1

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組
115 年醫院總額前瞻式預算管理方案

114.12.11 第一版修訂
115.03.12 第二版修訂
115.06.11 第三版修訂
115.09.10 第四版修訂

壹、目的

一、鼓勵醫院積極自主管理，提升醫療服務審查效率。

二、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 115 年 6 月 11 日「高屏區醫院總額醫療服務審查共管會」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 115 年 1 月起至費用年月 115 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，本方案得隨之修正變動。

肆、醫院類別定義

一、新成立醫院：指自特約日當季及有完整季申報資料之第 1-12 季止；前述「完整季」定義為該季各費用年月均有申報資料。

二、涉及違規醫院：

(一)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)，醫院申請抵扣停約者亦同。

(二)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)~~：

(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(排除範圍如附件一)。

(二)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。

(三)不含因結算後浮動點值大於 1 元需補付之保障項目點值差額。

二、計算方法：

(一)高屏區基期校正方式：

基期季別	高屏區基期門診、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 第 2 季 第 3 季	1、計算公式=Σ(各院核定之一般服務總收入)-(已歇業醫院)-(PVA 金額) -(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)- 其他獨立結算一般服務點值項目之結算總金額)。 2、「已歇業醫院」定義：該醫院同季基期有開設且有一般服務核定收入，但合約迄日<核發基準值季別第一個月 1 日，例如：核發 115 年第 1 季基準值時，某醫院合約迄日為 114 年 12 月 26 日<115 年 1 月 1 日，則該醫院基期一般服務核定收入應扣除。	計算公式=個別醫院(核定之一般服務收入＋「全民健康保險推動使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫」藥品之藥費差額回饋點數－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－其他非當年度總額公告項目之點數－其他獨立結算一般服務點值項目之點數)。
第 4 季	1、計算公式=Σ(各院~~基期~~核定之一般服務總收入)-(已歇業醫院)-(PVA 金額) -(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)- 其他獨立結算一般服務點值項目之結算總金額)。 2、「已歇業醫院」定義：該醫院同季基期有開設且有一般服務核定收入，但合約迄日<核發基準值季別第一個月 1 日，例如：核發 115 年第 1 季基準值時，某醫院合約迄日為 114 年 12 月 26 日<115 年 1 月 1 日，則該醫院基期一般服務核定收入應扣除。	計算公式=個別醫院(核定之一般服務收入＋「全民健康保險推動使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫」藥品之藥費差額回饋點數－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－其他非當年度總額公告項目之點數－風險移撥款金額－其他獨立結算一般服務點值項目之點數)。

註：
1、各院依照「全民健康保險推動使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫」計算於基期季別使用旨揭計畫藥品之藥費差額回饋點數。
2、其他非當年度總額公告項目之點數：將於挹注當季之結算表另予註記，並於計算次年度基準值時予以扣除。
3、其他獨立結算一般服務點值項目：依據當年度醫院總額研商議事會議決議需獨立結算一般服務項目。

(二)各院基準值(0 階)計算方式：

1、各院占率：(各院基期校正後一般服務收入(B))÷Σ(各院基期校正後一般服務收入(B))；門、住診分別計算。

2、各院基準值=各院占率*[(高屏區基期門診、住診校正後一般服務總收入(A))，並經高屏區醫院總額共管會議決議之方案執行點值調整]；門、住診分別計算後加總。

(三)住診之調整方式：

1、執行方式：如附件二。

2、經本署高屏業務組函文同意核備之醫院，如當季申報之一般總額醫療服務點數≧下修後之基準值(0 階)，原同意核備之決定逕予失效，並以下修前之基準值(0 階)辦理當季結算核定。

(四)擴增病床醫院住診基準值(0 階)調整方式：

1、預算：擴增病床第 1-4 季每季上限 5,000 萬、擴床後第 5-7 季每季上限 5,000 萬，兩項預算不流用。

2、執行方式：如附件三。

3、新成立醫院議定基準值(0 階)季別不適用此方案。

(五)住診服務量能扣合基期收入校正之基準值(0 階)調整機制：

為確保住院服務量能未因醫院總額前瞻式預算管理方式出現怠工、過度降低收治住院病患、限縮住院病床使用等情形，爰先行針對區域以上醫院加強結果面管理，如該院較去年同期之住院人數≦(-2.0%)且住院人日≦(-7.0%)兩項皆達標者，請其至高屏區醫院總額醫療服務審查共管會議報告，並依共管會議決議調整下修該院基期收入校正之基準值(0 階)。

(六)門診就醫型態占率校正：如附件四。

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 季得由本署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)以高屏區當季可用預算額度為前提，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(以許可床數認定)

之平均每人日醫療費用及占床率計算住診額度。

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(以許可床數認定)之門診占比據以計算。

3、如季末占床率有別於高屏區同規模醫院，得依該院當季實際占床率、CMI(門診、住診)、門診平均每人就醫次數與每人單價、住診平均每件住院日數與每人單價及本管理方案附件四「化療事審與急重症醫療服務點數」之佔率(第 1-4 季)或成長率(第 5-8 季)與高屏區同規模醫院之差異調整之。

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	當季如有停終約處分者，當季各月費用採逐月抽審。
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%

(四)實施期間如有以下事項者，本署高屏業務組得評估調整審查管理類別、隨機案件送審比例、CIS 立抽案件送審比例或加強立意抽審：

1、依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 46 條辦理者。

2、實施期間經其他衛生主管機關查有違反醫療法或發生重大病安事件者。

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)經本署高屏業務組同意核備之擴床醫院，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、向本署高屏業務組核備關閉病床或經監測占床率持續下降，本署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 季皆未依審查分級表辦理費用審查，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檢視後繳還、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	未自行繳還案件另抽樣專審	篩異案件逕抽樣專審
回推母體	未自行繳還案件	篩異案件
各院回推計算公式 (暫停實施回推核減)	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*未自行繳還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	自行繳還醫療服務點數+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、為避免季末分階核付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，其醫療費用應以每 2 個月(亦即不超過 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本署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核付之計算方式：

一、基準值(0 階)以高屏區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療程數	1、每療程予以加計 10,410 檢查費用點數。 2、非新成立醫院:較去年同期療程數成長差值。 3、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

項目別	操作型定義	給付方式
		資料之第 1-4 季：當季申報之療程數。 (2)有完整季申報資料之第 5 季(含)起：較去年同期療程數成長差值。
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。 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。	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*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：附件五。

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 65%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)如醫院有執行門診靜脈抗生素治療獎勵方案(下稱 OPAT)，則再依各院當季申報 OPAT 總療程數(總療程定義為「門診靜脈抗生素治療個案管理費(醫令代碼 39029C)」總申報醫令量)於高屏同層級院所百分位，調整化療事審與急重症醫療服務點數納入排除列計點數計算之差值比例，對照表如下：

X （當季申報總療程數於高屏同層級百分位）	納入排除列計點數計算之差值比例
X>95 百分位	72.5%
75 百分位< X ≦95 百分位	70.0%
50 百分位< X ≦75 百分位	67.5%
X≦50 百分位	65.0%

(4)如高屏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，格式詳附件四。

三、超額分階核付：

(一)釋出處方醫療費用管理：

1、為穩定分階核付可支用預算，各家醫院當季釋出處方醫療費用點數管理閾值如下：

(1)區域級以上醫院：以較基期成長 8%為上限。

(2)地區級醫院：以較基期成長 9%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+(捌、三、(一)、1、管理閾值))，如差值≦0 以 0 列入計算。

(2)若醫院前述差值公式計算結果>0，但該院(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)≦該院基準值(0 階)，則不核減。

(二)超額分階核付預算(A)：當季就醫分區預算(估算值)-Σ(各院基準值(0 階)，含新醫院)-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-地區醫院費用波動調控-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)各家醫院超額計算

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)-其他獨立結算一般服務點值項目之點數-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)-當季非以一般總額預算支應之支付標準調整點數(附件六)，如計算結果≦0 以 0 列入計算。

2、超額成長率=超額點數÷基準值(0 階)。

(四)階 1 成長率上限(Y)= [超額分階核付預算(A)÷Σ(各家醫院基準值(0 階)，不含新醫院)]*100%，計算至小數點以下第二位，第三位四捨五入。

(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七，計算公式如下。

(1)門診指標成長率=門診人數成長率x60%+門診人次成長率x10%+專任醫師人數成長率x20%+看診醫師人數成長率x10%+門診 CMI 成長率x100%+門診就醫型態占率校正方式(計算定義如附件四)x10%。

(2)住診指標成長率=住院人數成長率x30%+住院日數成長率x45%+護理人員數成長率x20%+平均每件住院日數達標與否x5%+住診 CMI 成長率x100%。

(3)門住合計成長率=門診指標成長率x[(1-基期住診占率)+住院指標成長率x基期住診占率。

2、支付標準調整率：如附件七。

3、品質指標達成率：

(1)指標項目：如附件八。

(2)成長率上限：2%+0.4%。

(3)依全署政策推動方向訂定指標項目，並依高屏區政策推動目標值、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，醫院應於期限內函文至本署高屏業務組核備，逾期未核備者以 0%計算，指標目標值經本署高屏業務組函復醫院同意核備後不再受理變更，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)，計算百分比(%)至小數點下第 2 位，第 3 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核付點數。

(3)個別醫院階 1 成長率加計表：如附件九。

(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)超額分階核付點數預估：

1、階 2、階 3 級距暫定為 3%。

2、各家醫院分階核付點數計算：

(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，依據各區間核付比例計算各院各階核付點數。

(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、轄區超額分階核付預估總點數(C)=Σ(各院各階核付點數)。

4、各階區間及核付比例表：

分階	階 1	階 2	階 3	階 4
區間	0%~(B)	(B)~(B)+3%	(B)+3%~(B)+6%	>(B)+6%
核付比例	75%	50%	25%	0%

四、超額分階核付預算(A)與分階核付預估總點數(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：超額分階核付預算(A)-分階核付預估總點數(C)>0。

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

3、核付比例調整表：依據下表調整核付比例，惟如階 1 調升為 85%後，階 2 調升至 52%剩餘額度已用罄，則各階核付比例為階 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
核付比例	85%	55%	30%	90%	60%	35%	95%	65%	40%

(三)預算不足：

1、定義：超額分階核付預算(A)-分階核付預估總點數(C)<0。

2、調校方式：依序下調階 3、階 2 核付比例至預算與支出平衡。

3、核付比例調整表：依據下表調降核付比例，惟經二次調整階 3 核付比例下調至 15%仍無法平衡，則依高屏區醫院總額共管會議決議辦理。

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

(四)地區醫院費用波動調控：

1、預算：Σ(特約類別為地區醫院，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)。

2、回補目標點值：依本項預算回補至 0.9 或 0.95，惟如本項預算不足則依預算可回補情形調整。

3、適用醫院：該院當季並無本方案玖、二~三之情事，且符合下表者

申報規模	當季申報之一般總額醫療服務總點數	
	≦6,000 萬點	>6,000 萬點
回補適用條件	依 2、點值估算結果，點值<回補目標點值。	1、依 2、點值估算結果，點值<回補目標點值。 2、門診人數成長率>同儕 75 百分位者。 3、住院人數成長率>同儕 75 百分位者。

4、點值估算：該院[(基準值(0 階)+捌、二、特定排除列計項目+依據捌、四、(一)至(三)計算之超額分階核付點數總計)*當季高屏區醫院總額共管會議決議之方案執行點值]÷[當季申報當期之一般總額醫療服務點數-其他獨立結算一般服務點值項目之點數-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)]。

5、執行方式：依本項預算額度及下方順位回補，如預算不足，亦依照下方順位及各順位中各院回補點數占率分配

(1)回補順位：

順位	適用醫院別	回補方式
第 1 順位	當季申報之一般總額醫療服務總點數≦6,000 萬點醫院	補至 0.9
第 2 順位	當季申報之一般總額醫療服務總點數≦6,000 萬點醫院	補至 0.95
第 3 順位	當季申報之一般總額醫療服務總點數>6,000 萬點且符合回補適用條件 1+2 或 1+3 之醫院	補至 0.9
第 4 順位	當季申報之一般總額醫療服務總點數>6,000 萬點且符合回補適用條件 1+2 或 1+3 之醫院	補至 0.95
第 5 順位	當季申報之一般總額醫療服務總點數>6,000 萬點但僅符合回補適用條件 1 之醫院	補至 0.9
第 6 順位	當季申報之一般總額醫療服務總點數>6,000 萬點但僅符合回補適用條件 1 之醫院	補至 0.95

(2)回補範例：如補至第 1 順位後，第 2 順位醫院回補所需額度超過預算額度，則依第 2 順位中各醫院點數占率分配；如預算額僅能補至第 1 順位，則第 2-第 6 順位不執行回補，以此類推。

6、回補點數：[(基準值(0 階)+捌、二、特定排除列計項目+依據捌、四、(一)至(三)計算之超額分階核付點數總計)*當季高屏區醫院總額共管會議決議之方案執行點值]÷[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)]=「回補目標點值」所需之點數。

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)-各院最終超額分階核付點數總計(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、各家醫院依本管理方案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、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，經醫管科立案調查成案屬實者，其基準值(0 階)改以分區季結算前平均點值或 0.95 兩者取其低者核付。

三、實施期間醫院如有以下事項，本署高屏業務組得於季結算前合理調整其基準值(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≧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)÷歸戶人數。

(2)單價成長率=當季單價÷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，本署高屏業務組得於季末前下修基準值(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)實施期間經其他衛生主管機關查有違反醫療法或發生重大病安事件者。

(五)實施期間依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 46 條辦理者。

(六)實施期間停（歇）業者、實施期間經本署處以停（終）約處分或實施期間執行部分診療科別停（終）約處分者。

四、高成長(含新成立醫院)或檔案分析異常醫院，本署高屏業務組得移請醫院總額委託團體進行輔導或請其至高屏區醫院總額共管會議報告，請醫院準備相關資料進行說明。

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)，本署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、本醫院總額前瞻式預算管理方案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。

附件一

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組
115 年醫院總額前瞻式預算管理方案
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)、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) 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)排除 02028B、02029B、02028C 之醫令點數加總後之申請點數＋部分負擔點數。 (3) 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 及 02028B、02029B、02028C 之醫令點數加總後之申請點數＋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、L1002C、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-P8459C 之醫令點數加總。
15	慢性傳染病照護品質計畫：(114 年移至非總額，與編號 1 案件分類「C4」、「D1」重複，結算時不重複排計) 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。
16	產後健康照護服務方案：醫令代碼 5P、5Q(醫令類別 2)之醫令點數加總。
17	高血脂醫療給付改善方案：P8901B~P8903B(醫令類別 2)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。
8	復健病房試辦方案：P9013B~P9022B(醫令類別 2)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

<table>
<tr><td></td><td>服務計畫—矯正機關內門診」、「JB：收容對象醫療服務計畫—戒護就醫」或「JV：收容對象醫療服務計畫—矯正機關內通訊診療」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。</td></tr>
<tr><td>2</td><td>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。</td></tr>
<tr><td>3</td><td>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。</td></tr>
<tr><td>4</td><td>癌症暫時性支付藥物(總額外專款)：
一、申報醫令代碼須符合「癌症暫時性支付藥品及適應症代碼(癌藥基金)」之代碼，且申報資料時間符合下列邏輯：
(一)門診：癌症暫時性支付藥物醫令代碼(醫令類別為 1、X 或 Z)之醫令點數加總且就醫日期大於等於癌症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：癌症暫時性支付藥物醫令代碼(醫令類別為 1、X 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)大於等於癌症暫時性支付藥物生效起日，小於等於生效迄日。
二、事前審查資料須符合下列邏輯：
(一)醫令代碼須符合前述「癌症暫時性支付藥品及適應症代碼(癌藥基金)」之代碼。
(二)受理日期大於等於癌症暫時性支付藥物醫令代碼生效起日，小於等於生效迄日。
(三)癌症暫時性支付藥物代碼說明一為「1-IO」：適應症類別須符合癌症暫時性支付藥物適用類別。
(四)癌症暫時性支付藥物代碼說明一為「2-非 IO 部分適應症」：申請原因須符合暫時性支付藥物適用類別。
(五)癌症暫時性支付藥物代碼代碼說明一為「3-非 IO 全適應症」：不須檢核事前審查資料。
三、同時符合上開申報及事審資料條件者，得以暫時性支付結算，剩餘額度以一般服務結算。
四、癌症暫時性支付代碼一覽表：
<table>
<tr><th>編號</th><th>代碼</th><th>適用類別</th><th>代碼說明一</th><th>生效起日</th><th>生效迄日</th></tr>
<tr><td>1</td><td>BC28160100</td><td>C82N3</td><td>2-非 IO 部分適應症</td><td>2025/8/1</td><td>2027/7/31</td></tr>
<tr><td>2</td><td>BC28198100</td><td></td><td>3-非 IO 全適應症</td><td>2025/2/1</td><td>2027/1/31</td></tr>
<tr><td>3</td><td>BC28199100</td><td></td><td>3-非 IO 全適應症</td><td>2025/2/1</td><td>2027/1/31</td></tr>
<tr><td>4</td><td>KC01025219</td><td>P013</td><td>1-IO</td><td>2025/6/1</td><td>2027/5/31</td></tr>
<tr><td>5</td><td>KC01025219</td><td>P131</td><td>1-IO</td><td>2025/6/1</td><td>2027/5/31</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

6	KC01025219	P141	1-IO	2025/6/1	2027/5/31
7	KC01050238	P013	1-IO	2025/6/1	2027/5/31
8	KC01123243		3-非 IO 全適應症	2025/1/1	2027/7/31
9	KC01177224		3-非 IO 全適應症	2025/10/1	2027/9/30
10	KC01216216		3-非 IO 全適應症	2025/5/1	2027/4/30
11	KC012172FO		3-非 IO 全適應症	2025/5/1	2027/4/30
12	KC01232214		3-非 IO 全適應症	2025/8/1	2027/7/31
13	KC01232229		3-非 IO 全適應症	2025/8/1	2027/7/31
14	KC01233224	P013	1-IO	2026/5/1	2027/5/31
15	KC01258235	P013	1-IO	2025/6/1	2027/5/31
16	KC012592A3		3-非 IO 全適應症	2025/8/1	2027/7/31
17	KC012602A3		3-非 IO 全適應症	2025/8/1	2027/7/31
18	KC012612A7	C82N3	3-非 IO 全適應症	2025/5/1	2027/4/30
19	KC01276263		3-非 IO 全適應症	2025/10/1	2027/9/30

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。

1、主次診斷：腎臟移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z940)、心臟移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z941、Z943)、肺臟移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z942-Z943)、肝臟移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z944)、胰臟移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z9483)、骨髓移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z9481、Z9484)、腸移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z9482)、腎臟移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T861)、肝臟移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T864)、心臟移植併發症(T862-T863)、肺臟移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T863、T8681)、胰臟移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T8689)、骨髓移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T860)、腸移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T86850-T86859)。

2、抗排斥藥之藥品醫令碼

(1)醫令類別為 1 或 Z

	(2)ATC 碼為 L04AA03、L04AA04、L04AA06、L04AH01、L04AH02、L04AD02、L04AD01。 (3)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：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)。
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	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

編號	醫令代碼	藥品名稱	生效起日	生效迄日
1	BC27923100	Vyndamax	2024/2/1	2027/1/31
2	KC01210225	Spevigo	2024/7/1	2026/6/30
3	BC28193100	Velexbru	2026/4/1	2028/3/31
4	BC28924100	Camzyos2.5mg	2026/4/1	2028/3/31
5	BC28926100	Camzyos10mg	2026/4/1	2028/3/31
6	BC28927100	Camzyos15mg	2024/2/1	2024/12/31
7	KC01123243	Polivy	2024/7/1	2026/6/30

15	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。
16	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。
17	代謝症候群： 案件分類 A3、特定治療項目代號(一)為 EM 且醫令代碼為 P7501C、P7502C、P7503C 之醫令點數加總
18	全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫： 案件分類 02、07、特定治療項目代號(一)~(四)任一為 UC 之醫療費用點數(申請點數+部分負擔點數)。

附件二

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組
115 年醫院總額前瞻式預算管理方案
住院病床容額低於基期之調整方式

一、適用條件：

(一)該病房於基期有收治病人及申報健保醫療費用，但因病房整修等因素，至少連續10 週需暫時關閉該病房及病床，得函文申請。

(二)適用病床別與暫時性關閉病床數下限：

病床別	暫時性關閉病床數下限
急性一般(含精神急性)病床	1、一般病床病床規模為 200 床(含)以上：≧原該類總病床數 10%。 2、一般病床病床規模為 200 床以下：≧10 床。
加護病床	1、一般病床病床規模為 200 床(含)以上：≧10 床。 2、一般病床病床規模為 200 床以下：≧5 床。
註： 1、病床別欄位之定義同「醫療機構設置標準」。 2、病床規模：以暫時關閉病床前一年 12 月於本署醫管檔急性一般(含精神急性)病床開放床數認定之(例：如 115 年第 2 季需暫時關閉病房，則以該院 114 年 12 月於醫管檔總開放床數認定之)。	

二、申請期限：

(一)關閉病房：如已確定整修、或已確定關閉期程可提前申請，惟最遲須於關閉病房當季第 3 個月月底前函文至本署高屏業務組(以發函日期認定函文是否符合當季第 3 個月之期限)，逾期不予受理。

(二)恢復開設：最遲須於病房恢復開設當季第 3 個月月底前函文至本署高屏業務組(以發函日期認定函文是否符合當季第 3 個月之期限)，逾期不予受理。

(三)期程範例：某 A 病房於 115 年 1 月 15 日關閉，申請住診基準值(0 階)點數下修之發文日期最遲為 115 年 3 月 31 日，申請返還住診基準值(0 階)下修點數之發文日期最遲為 116 年 3 月 31 日。

三、申請文件：

(一)公文，並說明病房整修或關閉之原因、病房收治科別。

(二)各季整修或關閉之病房號、病床號、平面圖及關閉期程，如病房關閉期程跨不同季別，可於同次提報，惟須註明各季關閉之病房號與病床號。

四、資格審核：先依適用條件審查，再依各院提報之病床號比對基期醫管檔登錄資料及勾稽欲下修季別之去年同期健保醫療費用申報資料，通過審核者，本署高屏業務組即函文同意核備。

五、住診基準值(0 階)下修方式：

(一)案件範圍：排除住診案件分類 A1~A4、AZ、B1、B2、C1~C5、DZ、7 之醫療費用申報資料。

(二)關閉病床院所「住診基準值(0 階)下修點數」：

1、依各季別暫時關閉之病床號於基期申報之住院醫療費用總點數(申請點數+部分負擔)，再經基期占床率或當季關床天數佔率調整之。

2、本署高屏業務組得依上述計算結果，評估對於轄區當季醫院總額預算之影響後再予調整該院實際「住診基準值(0 階)下修點數」。

六、季結算辦理方式：

(一)病房關閉：

1、經本署高屏業務組函文同意核備之醫院，原核發之住診基準值(0 階)扣除「五、(二)住診基準值(0 階)下修點數」，再合併門診基準值(0 階)後，依本署高屏業務組醫院總額前瞻式預算管理方案「捌、三、超額分階核付」計算各階核付點數，並依「捌、六、季結算核定」辦理當季費用核定事宜。

2、如當季申報之一般總額醫療服務點數≧下修後之基準值(0 階)，原同意核備之決定逕予失效，並以下修前之基準值(0 階)辦理當季結算核定。

(二)恢復開設：「住診基準值(0 階)校正點數」僅能全額返還至下修季別之次年同期(例如：某醫院因病床整修而下修住診基準值(0 階)分別為 115 年第 1 季 150 萬點及 115 年第 2 季共 90 萬點，則僅能全額返還至 116 年第 1 季共 150 萬點、116 年第 2 季共 90 萬點。)。

附件三

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組
115 年醫院總額前瞻式預算管理方案
病床擴增之排除列計與基期調整計算方式

一、擴增新病床醫院之當季醫療服務點數排除列計計算方式：

(一)申請期限：需於欲擴增病床前一年 11 月 30 日前(以發文日期認定)函送計畫書予本署高屏業務組核備。

(二)預算上限：每季 5,000 萬點。

(三)適用資格：

項目	操作型定義
新病床總床數	依計畫書中之新病床床號比對以下資料： 1、醫管檔病床號：比對欲擴床年度前二年之醫管檔登記資料，未曾登記者認定為新病床。 2、住診申報資料：比對欲擴床季別前兩年該季之住院申報資料，未曾申報者認定為新病床，例如：115 年第 1 季欲擴床，則需比對 114 年第 1 季與 113 年第 1 季是否曾申報。 3、上述 1+2 均須符合才納入計算之，不包含病床號變更、病床類別轉換之病床。 4、前述新病床總床數需平均分四季陸續開設，並於計劃書中敘明各季開設之新病床床號，擴床第 1 季至第 4 每季納入計算之新病床數上限依序為 1/4、2/4、3/4、4/4，例如：某醫院 115 年經本署高屏業務組審核同意核備之新病床共 40 床，則當年度第 1-4 季納入排除列計計算之新病床數上限分別為 10 床、20 床、30 床、40 床。 5、擴床季別認定：以當年度同意核備之任一新病床號初次於醫管檔登錄開放之起日認定為擴床第一季。
病床別與擴床規模	1、擴增病床類別為急性(或精神急性)一般病床： (1)一般病床病床規模為 200 床(含)以上：≧原該類病床總數 10%。 (2)一般病床病床規模為 200 床以下：≧10 床。 2、擴增病床類別為加護病床： (1)一般病床病床規模為 200 床(含)以上：≧10 床。 (2)一般病床病床規模為 200 床以下：≧5 床。 3、一般病床同「醫療機構設置標準」之定義，擴床醫院之病床規模認定以欲擴增病床前一年 12 月之總開放床數為比較基準，例如：115 年欲擴床，則依欲擴增病床類別及該院 114 年 12 月病床規模判定最低擴床數，欲擴增病床類別分別符合上述 1、2 條件始得納入本計算方式資格評估。 4、澎湖及恆春鎮醫院之急性(含精神急性)一般病床及加護病床新病床均適用，不受上述之病床規模之限制。
占床率	1、計算區間：欲擴增新病床年度前二年之 10 月至欲擴床年度前一年之 9 月(排除 1 月及 2 月)，例：115 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 113 年 10 月 1 日至 114 年 9 月 30 日。 2、計算公式(全自費病床不納入下方公式計算)： (1)急性(或精神急性)一般病床：申報急性(或精神急性)一般病床醫令總數÷

項目	操作型定義
	【前述計算區間總日曆天數x醫管檔急性(或精神急性)一般病床總床數】。 (2)加護病床：申報加護病床醫令總數÷【前述計算區間總日曆天數x醫管檔加護病床總床數】。 3、依擴增新病床類別分別計算占床率，占床率平均值≧70%之擴增病床類別始得納入本計算方式資格評估。
醫院資格認定	1、「病床別與擴床規模」及「占床率」均需符合條件方同意核備。 2、新成立醫院基期收入校正之基準值(0 階)採另行商訂者，不適用本項排除列計。

(四)品質管理：本署高屏業務組同意核備擴增新病床醫院，當季住診需另送審 5%隨機案件，由專業審查評估醫療品質。

(五)計算新病床當季可排除列計點數：

項目	操作型定義
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)÷Σ(該院當季所有抽樣案件之樣本醫療費用點數(申請點數+部分負擔))，計算至小數第 4 位(第 5 位四捨五入)。 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(申請點數+部分負擔)加總。
新病床醫療費用點數	1、案件範圍： (1)排除住診案件給付類別為 9、案件分類 4(PAC 案件)、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≧60%，始納入計算。 2、計算方法：依據醫院計畫書中當季提報且經本署高屏業務組同意核備，並於當季登錄於醫管檔之新病床床號，勾稽當季新病床申報之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)。
未開放之原病床基期點數	1、案件範圍：排除住診案件分類 A1~A4、AZ、B1、B2、C1~C5、DZ、7。 2、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。 3、其他擴床醫院： (1)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。 (2)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≧60%者，計算為「當季未開放之原病床基期點數」。
調校指標	

調校指標	計算方式	執行目標	調校方式
原病床占床率	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	≧去年同期	1、達執行目標則計算結果不列入新病床排除列計點數計算

項目	操作型定義		
	當季申報醫令總數÷【Σ當季天數x當季開設之原急性病床(一般、精神)、原加護病床總床數】。 3、依各院同意核備之擴床類別分別計算。		公式。 2、未達執行目標則依原病床占床率計算結果折付。
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x當季開放之急性病床(一般、精神)、加護病床總床數】。	≧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。	≧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。	≧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。	≦去年同期	未達執行目標則核減率加計+0.25%
新病床排除列計點數	1、計算方法： (1)公式=(當季新病床醫療費用點數-當季未開放之原病床基期點數)*原病床占床率*【1-(當季住診樣本初核核減率+(Σ核減率加計值))】。 (2)如當季開設之新病床超過可排除列計新病床數上限，則以【(當季新病床醫療費用點數-當季未開放之原病床基期點數)÷當季申報之新病床數】*當季可排除列計新病床數上限，再經原病床占床率、樣本核減率及調校指標校正後據以計算新病床排除列計點數。 2、各院依本組同意核備擴增病床類別，分別計算急性病床及加護病床之「新病床醫療費用點數」及「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病床醫療費用點數。 3、如當季各院新病床排除列計總點數計算結果超出 5,000 萬，則扣除澎湖及恆春鎮醫院之新病床排除列計點數後，其餘再依各院佔率計算當季新病床實際可排除列計點數。		

二、擴增病床醫院住診基期收入校正之基準值(0 階)(下稱住診基準值(0 階))調整方式：

(一)預算上限：每季 5,000 萬點。

(二)適用醫院：非申請制，依前一年度經本署高屏業務組依據本計算方式一、(三)同意核備擴增新病床醫院，由本署高屏業務組於季末逕予計算之。

(三)計算擴增新病床醫院第 5-7 季之住診基準值(0 階)調整點數：

項目	操作型定義
基期每人日醫療費用	1、計算範圍：排除給付類別 9、住診案件分類 4(PAC 案件)、A1~A4、AZ、B1、B2、C1~C5、DZ、7。 2、平均每人日點數 (1)急性一般病床=單純入住急性一般病床之住院案件醫療費用點數÷總住院人日數。 (2)精神急性一般病床=單純入住精神急性一般病床之住院案件醫療費用點數÷總住院人日數。 (3)加護病床=入住加護病床之住院案件醫療費用點數÷總住院人日數。

<table>
<tr><td>項目</td><td colspan="3">操作型定義</td></tr>
<tr><td>基期需校正之病床數</td><td colspan="3">1、前一年度經本署高屏業務組同意核備之新病床類別、新病床床號。
2、當季結算時依據前開同意核備之資料，勾稽並歸戶計算當季於醫管檔登錄開放且給付起日為前一年度之病床數，再扣除去年同期新開設之病床數(以給付起日落在欲校正之基期季別區間認定之)。
3、依擴床類別分別計算。</td></tr>
<tr><td>當季靜置床數</td><td colspan="3">1、當季連續 ~~10~~12 週未申報健保醫療費用之病床數，並依病床類別分別計算。
2、前開健保醫療費用案件範圍為案件分類 1、2、3、4、5、6、7。</td></tr>
<tr><td>住診樣本核減率</td><td colspan="3">1、計算區間：前一年度第 1 季至第 4 季。
2、計算公式=∑(該院所有住診抽樣案件之樣本核減點數)÷∑(該院所有住診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)。
3、範例：某醫院於 114 年第 1 季擴增新病床，統計 114 年第 1 季至 114 年第 4 季住診共抽樣 60 件，專業審查核減 50 件，則以 50 件案件專業審查核減點數÷60 件抽樣案件之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)加總。</td></tr>
<tr><td>監測指標</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="4"><table>
<tr><td>指標項目</td><td>計算方式</td><td>執行目標</td><td>調校方式</td></tr>
<tr><td>總病床數</td><td>1、當季醫管檔總開放之病床數。
2、依擴床類別分別計算。</td><td>>去年同期</td><td>未達執行目標則不執行「擴增病床醫院基期收入校正」</td></tr>
<tr><td>總病床占床率</td><td>當季申報急性病床(一般、精神)、加護病床醫令總數÷∑當季天數x當季開放之急性病床(一般、精神)、加護病床總床數。</td><td>>去年同期</td><td>未達執行目標則依當季總病床占床率重新計算住診基準值(0階)調整點數</td></tr>
<tr><td>總住院日數</td><td>當季急性病床(一般、精神)、加護病床合計申報醫令數。</td><td>>去年同期</td><td>未達執行目標則計算較去年同期之負成長率，如正成長則以0%納入計算。</td></tr>
<tr><td>總住院人數</td><td>當季急性病床(一般、精神)、加護病床申報住院歸戶人數。</td><td>>去年同期</td><td>未達執行目標則計算較去年同期之負成長率，如正成長則以0%納入計算。</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>住診基準值(0階)調整點數</td><td colspan="3">1、計算方法：[基期每人日醫療費用*(基期需校正之病床數-當季靜置床數)]*基期日曆天數*(1-樣本核減率)*基期總病床占床率*(1+總住院日數成長率)*(1+總住院人數成長率)，依病床類別分別計算，再依計算結果調整當季住診基準值(0 階)。
2、本項調整點數不得流用至門診。
3、如當季各院住診基準值(0 階)調整點數計算結果超出 5,000 萬點，則扣除澎湖及恆春鎮醫院之新病床排除列計點數後，其餘再依各院佔率計算當季住診基準值(0 階) 實際可調整點數。</td></tr>
</table>

三、其他：

(一)本署高屏業務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)醫院(含負責醫師)如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，不適用本計算方式。

附件四

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組
115 年醫院總額前瞻式預算管理方案
門診就醫型態占率校正計算定義

一、適用醫院：特約類別為醫學中心、區域醫院，但排除精神科醫院。

二、案件範圍：

(一)門診：排除案件分類 A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF。

(二)住診：僅計算案件分類 1、2、3、4、5、6、7。

三、監測指標：

(一)指標項目與操作型定義

項目	指標名稱	操作型定義	執行目標
指標 1-1	當季連續 ~~10~~12 週未申報健保醫療費用之急性一般病床數	以當季醫管檔開放病床號勾稽費用申報資料，連續 ~~10~~12 週未申報「二、案件範圍」之健保醫療費用者認定為靜置床。	≦去年同期
指標 1-2	當季連續 ~~10~~12 週未申報未申報健保醫療費用之急性 ICU 病床數		≦去年同期
指標 2	重大傷病就醫人數	以當季**門診**及**住診**申報部分負擔代碼為重大傷病(001)、手術當次移植器官(012)、手術當次摘除器官(013) 案件之歸戶病人數。	≧去年同期
指標 3	門診慢性病及其他門診醫療費用占率	1、公式=[附表項目別之序號 8(慢性病)+序號 9(其他門診)案件之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)]÷[附表項目別 1-9 案件範圍計算之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)加總)]。 2、計算至小數點以下第一位，小數點以下第二位四捨五入。	≦去年同期

附表、**門診**各項目費用操作型定義

序號	項目	操作型定義(以下項目案件不重複計算)
1	急診	醫事類別 12、案件分類 02(急診案件)之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)加總。
2	門診手術	1、案件分類 03(西醫門診手術)、C1(論病例計酬案件)之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)加總。 2、但 C1(論病例計酬)案件排除：體外電震波腎臟碎石術(申報醫令代碼 50023B、50024B、97405K、97406A、97407K、97408A、97409K、97410A、7411K、97412A、97420B、97421B、97422B、97423B)及白內障手術案件(申報醫令代碼 86006C、86007C、86008C、86011C、86012C、97605K、97606A、97607B、97608C)。
3	化療	申報附件五、化療事審與急重症醫療排除列計之化療藥品與事前審查藥品

項目	指標名稱	操作型定義	執行目標
	事審	案件之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)加總。	
4	癌症放射療法	申報附件五、化療事審與急重症醫療排除列計之項目三癌症放射療法案件之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)加總。	
5	罕見疾病	案件申報之主次診斷為衛生福利部公告罕見疾病代碼之該案件醫療費用點數(申請點數+部分負擔)加總。	
6	重大傷病	門診案件申報部分負擔代碼為重大傷病(001)、手術當次移植器官(012)、手術當次摘除器官(013)案件之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)加總。	
7	OPAT	申報「門診靜脈抗生素治療個案管理費(醫令代碼 39029C)」案件之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)加總。	
8	慢性病	計算門診以下三項案件之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)加總： 1、案件分類為 04,06,08,E1,E2,E3。 2、開藥天數>14 日。 3、診察費代碼為開立慢箋之案件。 4、扣除符合前述 1、2、3 點之案件所申報之 P 碼醫令總點數。	
9	其他門診	該院(本附件之二、案件範圍計算之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)加總)-(序號 1 至 8 案件之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)。	
指標 4	門住診占率	1、計算公式=[本附件之二、門診案件範圍之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)]÷[本附件之二、案件範圍之門診及住診醫療費用點數(申請點數+部分負擔)加總]。 2、計算至小數點以下第一位，小數點以下第二位四捨五入。	≦去年同期

(二)上述指標 2、指標 3、指標 4 如全數適用醫院皆呈相同趨勢，再以該院計算結果與同儕值比較結果判定執行目標達成結果。

(三)醫院如前述 4 項指標皆未達執行目標，將函請醫院說明原因，如有異常將請其至高屏區醫院總額醫療服務審查共管會議報告，並提案共管會議，依會議決議辦理該醫院門診就醫型態占率校正。

四、門診就醫型態占率校正方式：

(一)計算公式=[**去年同季**門診「本附件之三、監測指標項目附表序號 1-7 案件範圍歸戶就醫人數」÷**當季**門診「本附件之三、監測指標項目附表序號 1-7 案件範圍歸戶就醫人數」-1]*100%。

(二)上述計算結果最低採計至－5.00%。

附件五

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

115 年醫院總額前瞻式預算管理方案

化療事審與急重症醫療排除列計計算定義

一、案件範圍：

(一)門診：排除案件分類 A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF。

(二)住診：排除案件分類 4、6、7、A1-A4、AZ、B1、B2、C1-C5、DZ。

二、各項目操作型定義：以下項目不重複排除列計

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 48 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、AC602384CR、KC011092BK、KC01132255 2、支付價不為 0(共 109 項)： AC57862100、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、

序號	項目別	操作型定義
		KC01101209、AC58837277、AC60156100、BC26618251、BC26619238、BC26620245、BC27341100、BC27342100、BC27343100、BC27344100、BC27345100、BC27856100、BC27857100、KC01062209、KC01067209、KC010762DA、KC01086299、KC01087299、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、AC61844100、KC012572AS。 3、新增且非暫時性支付藥品(共 7 項)： AC62016100、BC27243100、BC27245100、BC27246100、BC28428100、KC01155257、VC00010100。
3	癌症放射治療	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、門診及住診主診斷代碼為癌症且申報放射治療醫令代碼，醫令代碼前四碼為：36001-36024 且醫令類別 2 之**醫令點數加總**。 3、門診或住診申報醫令代碼 36025B、36026B、36027B、37028B、37029B、37047B 之**醫令點數加總**。
4	門診急診檢傷分類 1、2 級	醫事類別為門診(12)，案件分類 02、醫令類別 0 且醫令代碼為 00201B、00202B 者之該案件**醫療費用點數(申請點數+部分負擔)加總**。
5	1 歲以下幼兒及新生兒呼吸疾病	住診 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 案件之**醫療費用點數(申請點數+部分負擔)加總**。
6	自發性急性腦血管疾病	符合下方定義案件之**醫療費用點數(申請點數+部分負擔)加總**。 1、部分負擔代碼 001(重大傷病)且給付類別不為 9(呼吸照護)者，其 ICD10-CM 主診斷前三碼為 I60～I68、G45.0~G45.2、G45.4~G46.8。 2、部分負擔代碼 011(住院期間急性腦血管疾病發作後一個月內重大傷病)且給付類別不為 9 者，其 ICD10-CM 主次診斷前三碼為 I60～I68、G45.0~G45.2、G45.4~G46.8。 3、部分負擔代碼 001 或 011 且給付類別不為 9(呼吸照護)者，ICD10-CM 主次診斷為 P91.821、P91.822、P91.823、P91.829。
7	主動脈剝離	門診、急診、住診申報主、次診斷碼(ICD10-CM)為 I71.00-I71.03 且申報 stent 及醫令代碼 69023B、69024B、69027B、69035B、69036B、69037B、68043B(A 型急性主動脈剝離術)案件，計算前開案件**總醫療費用點數(申請點數+部分負擔)並扣除 P 碼總點數後**納入排除列計點數計算。

序號	項目別	操作型定義
8	急性心肌梗塞	住診主診斷碼(ICD10-CM)為 I2101-I229、I5A 且申報醫令代碼為 18020B、18021B、18022B、33076B、33077B、33078B(執行 PrimaryPCI)案件之**總醫療費用點數(申請點數+部分負擔)**。
9	使用葉克膜	門、住診申報 68036B【體外循環維生系統(ECMO)建立(第一次)】、47089B(體外循環維生系統管線更換)兩項醫令代碼之**醫令點數加總**。
10	使用主動脈內氣球幫浦(IABP)	門、住診申報 33079B(主動脈氣球裝置術)、47063B【主動脈氣球輔助器使用照護費(天)】兩項醫令代碼之**醫令點數加總**。
11	心臟瓣膜手術及特定特材	住診處置碼(ICD-10-PCS)為 02UJ0JZ、02UJ0JG、02UG0JZ、02UG0JE、02QF0ZZ、024F07J、024F08J、024F0JJ、024F0KJ、02QF0ZJ、02RJ08Z、02RF0JZ、02RG08Z、02QW0ZZ、02QX0ZZ、02RF38H、02RF38Z、02RF38N、02RF08Z、02RF08N 案件，申報醫令代碼 68015B、68016B、68017B、69035B、68040B、TAVI 特材(即特材給付規定代碼 B102-8)、68060B(經導管二尖瓣緣對緣修補術)及其特材(特材給付規定代碼 B102-10)之**醫令點數加總**。
12	插入或置換永久性節律器之手術及特定特材、植入性心臟去顫器	住診處置碼(ICD-10-PCS)為 0JH608Z、02HK3KZ、02H63KZ 案件，申報醫令代碼 68012B、68041B、特材給付規定代碼 B103-1、B103-2 之**醫令點數加總**。
13	主動脈瘤、急性心肌炎、末期心衰竭之處置或手術及特定特材	住診主診斷碼(ICD-10-CM)為 I71.0~I71.9、I40.0~I40.9、I50.1~I50.9 或任一次診斷為 I41、I42 或「主或任一次診斷為 I11.0、I13.0、I13.2」，且 ICD-10-PCS 處置碼為 027034Z、027035Z、027036Z、027037Z、027134Z、027135Z、027136Z、027137Z、027234Z、027235Z、027236Z、027237Z、027334Z、027335Z、027336Z、027337Z、02703DZ、02703EZ、02703FZ、02703GZ、02713DZ、02713EZ、02713FZ、02713GZ、02723DZ、02723EZ、02723FZ、02723GZ、02733DZ、02733EZ、02733FZ、02733GZ、5A02210、5A0221D、5A1522F、5A1522G、5A1522H、02HA0QZ、02HA3RS、02HA3RZ、02HA3RJ、前四碼為 02RW、02RX、02VW、02VX、04R0、04V0 案件且申報醫令代碼 33079B、47063B、68036B、68051B、68052B、特材給付規定代碼 B201-6、B206-8 之**醫令點數加總**。
14	重大創傷	4、案件範圍：符合下方條件之住診及其住院前的當次急診案件之**醫療費用點數(申請點數+部分負擔)加總**。 5、符合下列主診斷碼，且 ISS≧16 之病人： (1)T07.XXXA。 (2)S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79(前述第 7 位碼皆須為"A")。 (3)S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99(前述第 7 位碼皆須為"A"或"B")。 (4)S52、S72、S82(前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"或"C")

序號	項目別	操作型定義
		6、體表面積 >20%之重大燒傷，主診斷為：T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。
15	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。

三、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

附件六

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組
115年醫院總額前瞻式預算管理方案
非以一般總額預算支應之支付標準調整項目及計算方式

序號	支付標準	計算方式
1	急性一般（含精神）病床護理費： 03077K、03078A、03079B、03026K、03027A、03029B、03080K、03081A、03082B、03030K、03031A、03033B、03086K、03087A、03088B、03058K、03059A、03060B、03089K、03090A、03091B、03064K、03065A、03066B	依指標達成結果計算可自非一般總額預算支應之支付標準調整點數差值。
2	急診護理費：00247C、00248B、00249B、00250B、00251B、00252B、00253C 急診診察費：01015C、00201B、00202B、00203B、00204B、00225B、01021C 急診觀察床護理費：03075A、03076B、03042A、03043B	依指標達成結果計算可自非一般總額預算支應之支付標準調整點數差值。
3	加護病床診察費：02011K、02012A 加護病床病房費：03010E、03011F、03014A、03017A 加護病床護理費：03104E、03105F、03047E、03048F、03095A、03037A、03098A、03041A 適用條件： (1). 試辦計畫代碼 HQ-重度急救責任醫院且特約類別為區域或地區者，其加護病床得比照醫學中心-甲級申報 (2). 試辦計畫代碼 HP-中度急救責任醫院且特約類別為地區者，其加護病床得比照區域醫院-乙級申報	依指標達成結果計算可自非一般總額預算支應之支付標準調整點數差值。
4	離島醫院急診案件中申報第二部及第三部各診療項目	計算各支付標準另行申報加計成數之點數差值。
備註：本表操作型定義依各季結算前署本部之最新公告調整。		

附件七

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組
115 年醫院總額前瞻式預算管理方案
醫療服務供給面成長率及支付標準調整率指標

一、本署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，並據以計算本管理方案捌、五超額追扣點數。

二、各指標值最高採計至 10.00%、最低採計至-5.00%。

三、指標項目表：

<table>
<tr><th>診別</th><th>指標項目</th><th>權重</th><th>納入計算案件範圍</th><th>操作型定義
（比較基期：去年同期）</th></tr>
<tr><td rowspan="6">門診</td><td>門診人數成長率</td><td>60%</td><td rowspan="4">1、排除案件分類「01,A1~A7,B1~B9,C4,C5,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。</td><td>計算季歸戶就醫人數</td></tr>
<tr><td>門診人次成長率</td><td>10%</td><td>計算季申報件數</td></tr>
<tr><td>看診醫師數成長率</td><td>10%</td><td>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。</td></tr>
<tr><td>門診 CMI 成長率</td><td>100%</td><td>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><th>當期</th><th>CCS 權重檔年份</th></tr>
<tr><td>115Q1</td><td>113 年</td></tr>
<tr><td>115Q2</td><td>114 年</td></tr>
<tr><td>115Q3</td><td>114 年</td></tr>
<tr><td>115Q4</td><td>114 年</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>專任醫師數成長率</td><td>20%</td><td>依本署醫管檔資料計算。</td><td>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。</td></tr>
<tr><td>門診就醫型態占率校正方式</td><td>10%</td><td colspan="2">依本方案附件四計算結果據以計算。</td></tr>
<tr><td rowspan="4">住診</td><td>住院人數成長率</td><td>30%</td><td rowspan="4">1、排除案件分類「A1~A4,AZ,B1,B2,C1~C5,DZ,7」。
2、排除給付類別 9 之案件。
3、排除醫令補報案件。</td><td>計算當季歸戶住院人數。</td></tr>
<tr><td>住院日數成長率</td><td>45%</td><td>計算當季總急性病床住院天數(以 XML 申報欄位 d14 計算)。</td></tr>
<tr><td>平均每件住院日數≦自身值或同儕</td><td>5%</td><td>計算平均每件急性病床住院天數(以 XML 申報欄位 d14 計算)。</td></tr>
<tr><td>住診 CMI 成長率</td><td>100%</td><td>1、公式=各院Σ(採計案件之 RW 權重)÷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 年各季計算權重參照如下表：
<table>
<tr><th>當期</th><th>參照 RW 權重年份</th></tr>
<tr><td>115Q1</td><td rowspan="2">114 上半年</td></tr>
<tr><td>115Q2</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>診別</th><th>指標項目</th><th>權重</th><th>納入計算案件範圍</th><th>操作型定義
（比較基期：去年同期）</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td><table><tr><td>115Q3</td><td rowspan="2">114 下半年</td></tr><tr><td>115Q4</td></tr></table></td></tr>
<tr><td></td><td>護理人員數成長率</td><td>20%</td><td>依本署醫管檔資料計算。</td><td>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。</td></tr>
<tr><td>門住合計</td><td>支付標準調整率</td><td>100%</td><td>1、門診排除案件分類「01,A1~A7,B1~B9,C4,C5,D1~D4,E2~E3,BA,HN,DF」及診察費=0 之案件。
2、住診排除案件分類「A1~A4,AZ,B1,B2,C1~C5,DZ,7」及給付類別 9 之案件。
3、如該支付標準調整之預算來源非屬一般總額，則計算時予以全數排除。</td><td>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></td></tr>
</table>

附件八

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組
115 年醫院總額前瞻式預算管理方案
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	電子化	參加「電子化交換作業(試辦計畫代碼 71)」	Y	0.1%	門+住
		參加「申報總表線上確認(試辦計畫代碼 76)」	Y	0.1%	門+住
		參加「申復作業電子化」	Y	0.1%	門+住
2	IC 卡	健保卡資料上傳格式 2.0 上傳件數/健保卡資料上傳格式 2.0 申報件數之比率	≧	0.1%	門+住
3	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+住
		非重度急救醫院:急診病人停留超過 24 小時比率			
4		落實分級醫療-下轉地區醫院和診所件數	≧	0.1%	門
5		糖尿病論質計酬方案收案人數	≧	0.2%	門
6		糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合收案人數	≧	0.2%	門
7		安寧療護照護人數	≧	0.2%	門+住
8		門診 20 大類檢查執行率	≦	0.2%	門
9		門診 10 項檢查再次執行率	≦	0.2%	門
10		前 1 季門診重複用藥日數下降率	≧	0.1%	門
11		門診復健醫療費用	≦	0.2%	門
12		出院個案轉銜照護服務	≧	0.2%	門+住
13		檢驗檢查結果上傳率	≧	0.05%	門+住
14		醫療影像上傳率	≧	0.05%	門+住
15		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 2 指標計算範圍以當季前兩個月加總計算之。
2、序號 3 指標[3 日內再急診率]與序號 12 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、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。
4、醫院當季申報 OPAT 總療程數高於全署同層級院所 75 百分位者，當季急診監測指標即認定達標。
5、電子化及 IC 卡作業之三項指標資料範圍：醫事類別 12、15、22 均需參與方認定達標。
6、排除電子化及 IC 卡作業後如有品質指標權重加總不足 2%，則自序號 3 指標起權重依序增加 0.1%。

附件八

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組
115 年醫院總額前瞻式預算管理方案
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	電子化	參加「電子化交換作業(試辦計畫代碼 71)」	Y	0.1%	門+住
		參加「申報總表線上確認(試辦計畫代碼 76)」	Y	0.1%	門+住
		參加「申復作業電子化」	Y	0.1%	門+住
2	IC 卡	健保卡資料上傳格式 2.0 上傳件數/健保卡資料上傳格式 2.0 申報件數之比率	≧	0.1%	門+住
3	糖尿病論質計酬方案收案人數		≧	0.2%	門
4	初期慢性腎臟病收案人數		≧	0.2%	門
5	糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合收案人數		≧	0.2%	門
6	門診 20 大類檢查執行率		≦	0.1%	門
7	門診 10 項檢查再次執行率		≦	0.1%	門
8	前 1 季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	門診復健醫療費用		≦	0.1%	門
12	門診復健醫令數>180 次醫療利用人數		≦	0.2%	門
13	安寧療護照護人數		≧	0.2%	門+住
14	出院個案轉銜照護服務		≧	0.1%	門+住
15	參加並執行地區醫院全人全社區照護計畫		Y	0.2%	門
16	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+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%(不含電子化及 IC 卡作業)，如仍不足，則依序號 3 起逐項指標權重增加 0.1%**。

2、 序號 2 指標計算範圍以當季前兩個月加總計算之。

3、 序號 14、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。

4、 依各家醫院相較於同儕執行情況不佳之指標為優先選擇之替代指標，且替代指標之權重需依原必選指標權重列計。

序號	指標名稱	設定值	成長率	資料範圍
5、 電子化作業之三項指標及 IC 卡資料範圍：醫事類別 12、15、22 均需參與方認定達標。				

附件八

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組
115 年醫院總額前瞻式預算管理方案
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	電子化	參加「電子化交換作業(試辦計畫代碼 71)」	Y	0.1%	門+住
		參加「申報總表線上確認(試辦計畫代碼 76)」	Y	0.1%	門+住
		參加「申復作業電子化」	Y	0.1%	門+住
2	IC 卡	健保卡資料上傳格式 2.0 上傳件數/健保卡資料上傳格式 2.0 申報件數之比率	≧	0.1%	門+住
3	產科超音波同院非合理區間再執行率		≦	0.2%	門
4	婦科超音波同院非合理區間再執行率		≦	0.2%	門
5	門診 10 項檢查再次執行率		≦	0.2%	門
6	門診 20 大類檢查執行率		≦	0.2%	門
7	前 1 季門診重複用藥日數下降率		≧	0.2%	門
8	檢驗檢查結果上傳率		≧	0.2%	門+住
9	醫療影像上傳率		≧	0.2%	門+住
10	參加並執行地區醫院全人全社區照護計畫		Y	0.2%	門
11	罹患子宮肌瘤(育齡婦女≧15-49 歲)經子宮切除人數		≦	0.2%	住
12	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%(不含電子化及 IC 卡作業)，如仍不足，則依序號 3 起逐項指標權重增加 0.1%**。

2、 序號 2 指標計算範圍以當季前兩個月加總計算之。

3、 序號 12 指標計算範圍以各家醫院前一季計算。

4、 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。

5、 依各家醫院相較於同儕執行情況不佳之指標為優先選擇之替代指標，且替代指標之權重需依原必選指標權重列計。

6、 電子化作業之三項指標及 IC 卡資料範圍：醫事類別 12、15、22 均需參與方認定達標。

附件八

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組
115 年醫院總額前瞻式預算管理方案
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	電子化	參加「電子化交換作業(試辦計畫代碼 71)」	Y	0.1%	門+住
		參加「申報總表線上確認(試辦計畫代碼 76)」	Y	0.1%	門+住
		參加「申復作業電子化」	Y	0.1%	門+住
2	IC 卡	健保卡資料上傳格式 2.0 上傳件數/健保卡資料上傳格式 2.0 申報件數之比率	≧	0.1%	門+住
3	思覺失調症醫療給付改善方案收案人數		≧	0.2%	門
4	思覺失調症醫療給付改善方案居家追蹤訪視人次		≧	0.2%	門
5	精神科平均每人精神治療處置費		≦	0.2%	門
6	精神科急性床平均每人日精神科處置費		≦	0.2%	住
7	前 1 季門診重複用藥日數下降率		≧	0.2%	門
8	檢驗檢查結果上傳率		≧	0.2%	門+住
9	醫療影像上傳率		≧	0.2%	門+住
10	門診 20 大類檢查執行率		≦	0.2%	門
11	同一疾病(含精神科個案)同院 14 日內非計畫性再入院率		≦	0.2%	住
12	同一疾病(含精神科個案)同院 3 日內再急診率		≦	0.2%	門+住

備註：
1、序號 11、12 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。
2、序號 2 指標計算範圍以當季前兩個月加總計算之。
3、電子化作業之三項指標及 IC 卡資料範圍：醫事類別 12、15、22 均需參與方認定達標。
4、排除電子化及 IC 卡作業後如有品質指標權重加總不足 2%，則自序號 3 指標起權重依序增加 0.1%。

附件九

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組
115 年醫院總額前瞻式預算管理方案
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≦5%		5%<V≦10%		10%<V≦20%		V>20%	
W	階 1 加計	W	階 1 加計	W	階 1 加計	W	階 1 加計
W≦1.0%	0.40%	W≦1.0%	0.40%	W≦1.0%	0.40%	W≦1.0%	0.80%
1.0%<W≦2.0%	0.60%	1.0%<W≦2.0%	0.60%	1.0%<W≦2.0%	0.60%	1.0%<W≦1.5%	1.00%
2.0%<W≦4.0%	0.80%	2.0%<W≦3.5%	0.80%	2.0%<W≦3.0%	0.80%	1.5%<W≦2.0%	1.20%
4.0%<W≦6.0%	1.20%	3.5%<W≦5.0%	1.20%	3.0%<W≦4.0%	1.20%	2.0%<W≦2.5%	1.60%
6.0%<W≦8.0%	1.60%	5.0%<W≦6.5%	1.40%	4.0%<W≦5.0%	1.40%	2.5%<W≦3.0%	1.80%
8.0%<W≦9.0%	2.00%	6.5%<W≦8.0%	1.80%	5.0%<W≦6.0%	1.60%	3.0%<W≦3.5%	2.00%
9.0%<W≦10.0%	2.40%	8.0%<W≦9.0%	2.20%	6.0%<W≦7.0%	1.80%	3.5%<W≦4.0%	2.20%
10.0%<W≦11.0%	2.60%	9.0%<W≦10.0%	2.40%	7.0%<W≦8.0%	2.00%	4.0%<W≦4.5%	2.40%
11.0%<W≦12.0%	2.80%	10.0%<W≦11.0%	2.60%	8.0%<W≦9.0%	2.40%	4.5%<W≦5.0%	2.60%
W>12.0%	3.00%	11.0%<W≦12.0%	2.80%	9.0%<W≦10.0%	2.60%	5.0%<W≦5.5%	2.80%
		W>12.0%	3.00%	10.0%<W≦11.0%	3.00%	5.5%<W≦6.0%	3.00%
				11.0%<W≦12.0%	3.20%	6.0%<W≦6.5%	3.20%
				W>12.0%	3.40%	6.5%<W≦7.0%	3.40%
						7.0%<W≦7.5%	3.60%
						7.5%<W≦8.0%	3.80%
						8.0%<W≦8.5%	4.00%
						8.5%<W≦9.0%	4.20%
						9.0%<W≦9.5%	4.40%
						9.5%<W≦10.0%	4.60%
						10.0%<W≦11.0%	4.80%
						11.0%<W≦12.0%	5.00%
						W>12.0%	5.40%