

中央健康保險署臺北業務組
116 年「個別醫院前瞻式預算分區共管方式」

115.09.18 第一版訂定

壹、目的

- 一、前瞻式預算，合理自我管控，降低醫院財務衝擊。
- 二、鼓勵醫院積極自主管理，提升醫療服務審查效率。

貳、依據

- 一、全民健康保險法第 61 條第 4 項規定，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者、研商及推動總額支付制度。
- 二、「全民健康保險醫療費用申報與給付及醫療服務審查辦法」第 22 條第 4 項規定，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。

參、實施對象及期間：

- 一、臺北區特約醫院(除牙醫醫院外)皆應參與並簽立附約(附件 1)。

二、實施期間：自費用年月 116 年 1 月起至 116 年 12 月止。

肆、前瞻預算核算方式

- 一、目標點值：依臺北區醫院總額共管會議決議訂定。

二、費用核定：

- (一) 當季一般服務淨點數=申報一般服務點數(申請點數+部分負擔)-初核核減點數-單價管理核減點數。
- (二) 當季一般服務淨點數 $\leq$ 基期點數(0 階)：
核定點數=當季一般服務淨點數+品質補付+萎縮型地區醫院回補。
- (三) 當季一般服務淨點數 $>$ 基期點數(0 階)：
核定點數=基期點數(0 階)+保障項目較基期成長之差值+總額成長保障點數+階 1+階 2+階 3+品質補付-交付處方超出上限應核減點數+小型醫院費用波動。

註：申報一般服務點數(申請點數+部分負擔)不含 0~6 歲費用申報【申報起日(或就醫日期)減「出生日期」 $<2,192$ 日】。

三、基期點數(0 階)：

- (一) 費用範圍：

113 年各季結算之一般服務收入，含送核、補報、申復、追扣補

付、爭議審議；不含風險移撥款、偏遠地區認定原則補付、專款專用、其他部門、各項代辦項目及 0~6 歲費用申報。

(二) 個別醫院基期點數(0 階)：

1. 非新設立醫院：

(1) 各院基期一般服務收入校正 113 年同期「藥品給付協議返還金額(PVA)」及「個別醫院生物相似藥及學名藥藥費差額」，依本分區醫院總額共管會議決議之當季預設點值調整。

(2) 個別醫院「藥品給付協議返還金額(PVA/MEA)」：

$$113 \text{ 年該季整體 PVA/MEA} \times \frac{\text{個別醫院一般服務之浮動點數}}{\text{總體一般服務之浮動點數}}$$

(3) 個別醫院生物相似藥及學名藥藥費差額：依「全民健康保險推動使用生物相似藥及學名藥之鼓勵試辦計畫」之「藥費差額回饋點數定義」計算方案內一般服務點數。

(4) 因各院浮動及非浮動點數占比不同，校正方式，如下：

基期點數校正公式

◆ 校正公式一

1. 各醫院校正後基期浮動收入(A)=各醫院浮動收入－藥品給付協議返還金額(PVA/MEA)
2. 各醫院校正後基期非浮動收入(B')=各醫院非浮動收入(B)+基期生物相似藥品及學名藥藥費差額
3. 將當季預設點值換算「推估浮動點值(C)」，「推估浮動點值(C)」僅作校正基期點數使用，非當季結算浮動點值。

(1)推估浮動點值(C)公式：

$$\text{當季預設點值} = \frac{\sum \text{各醫院基期收入加總}(A+B) + \sum \text{交付點數}}{\left(\frac{\sum \text{基期各醫院非浮動收入}(B) + \sum \text{交付}}{1} \right) + \left(\frac{\sum \text{基期各醫院浮動收入}(A)}{\text{推估浮動點值}(C)} \right)}$$

(2)範例：某季基期醫院收入加總 246 億，交付 11 億，非浮動收入含交付 130 億，浮動收入加總 127 億

● 若當季目標點值 0.96

$$0.96 = 257 \div [(130 \div 1) + (127 \div \text{推估浮動點值})], \text{則推估浮動點值} = 0.9222$$

4. 基期點數(0 階)校正當季共管會議決議之目標點值：

(1)校正點值後之基期點數(0 階)=

$$\left(\frac{\text{校正後基期浮動收入}(A)}{\text{推估浮動點值}(C)} \right) + \left(\frac{\text{校正後基期非浮動收入}(B')}{1} \right)$$

(2)範例：假設當季目標點值為 0.96，經計算推估浮動點值 0.9222

- 某醫院：校正後基期浮動收入 2,000 萬，校正後基期非浮動收入 1,000 萬，則基期點數(0 階) $= (2,000 \text{ 萬} \div 0.9222) + (1,000 \text{ 萬} \div 1) = 3,168.73 \text{ 萬點}$

◆ 校正公式二=[基期一般服務收入－藥品給付協議返還金額(PVA/MEA) +基期生物相似藥品及學名藥藥費差額] ÷目標點值。

◆ 最終基期點數，以「校正公式一」及「校正公式二」計算之基期點數擇優計算。

(5) 住院量能下降校正個別額度：

甲、啟動條件：連續 2 季達當季住院人日下降 15%且住院人數成長率<臺北區同儕平均成長率之醫院，於第 2 季啟動當季個別總額額度下修(如 115Q4、116Q1 均達閾值，則下修 116Q1 個別額度)；啟動條件之住院人日、人數納入所有案件分類計算。

乙、下修個別額度=(當期住診人數成長率－當期前 4 季平均人數成長率)×自身基期住院人數 × 自身基期住診平均單價。

註：「個別額度」係指個別醫院基期點數+總額成長保障點數。

丙、排除醫院：季申報 $\leq 6,000$ 萬者、婦兒專科及精神專科醫院。

2. 新設立醫院：

(1) 定義：自特約日起有完整季申報資料之第 1-12 季。

(2) 計算公式：

甲、完整季申報資料之第 1-4 季：計算原則如下，並得依新設立醫院病床開設期程另行商訂。

(甲) 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，參考本分區同規模同經營型態醫院之平均每床醫療費用及占床率計算住診額度。

(乙) 門診額度：依前述住診額度及轄區同規模同經營型態醫院之門住比例據以計算。

乙、第 5 季以後：視分區預算額度與個別醫院商議基期點數。

(3) 如新設立醫院個別之發展規模與期程，致醫療費用成長有別於一般新設立醫院時，提臺北醫院總額共管會議討論。

(4) 整體新設立醫院預算以當季一般服務預算之 0.1%為原則，超過上限等比例折付之，如無新設醫院則不予保留此預算。

四、各醫院核定點數採分階計算方式：

(一) 保障項目較前一年成長之差值：

1. 計算個別醫院當季一般服務超額點數前，先予排除列計，保障核付。
2. 採計點數＝各項目當季較前一年之差值。
3. 採計點數上限：各院「當期一般服務淨點數－基期點數(0 階)－總額成長保障點數」。
4. 保障項目含剛性需求、急重難罕症照護及政策配合項目(操作型定義如附件 2)。
5. 其他項目屬醫院總額一般服務，依醫院總額研商議事會議決議，並經共管會議討論後納入。
6. 同一案件若同時符合多個保障項目時，以「整件案件(申+部)」優先採計且僅採計 1 次。

(二) 總額成長保障點數：

1. 計算個別醫院當季一般服務超額點數前，先予排除列計，保障核付。
2. 計算公式(擇優計算)：
 - (1) $\text{基期點數}(0 \text{ 階}) \times \frac{(1+114 \text{ 年公告醫療服務成本及人口因素成長率}) \times (1+115 \text{ 年公告醫療服務成本及人口因素成長率}) - 1}{1}$
 $= \text{基期點數}(0 \text{ 階}) \times (1+4.344\%) \times (1+3.655\%)$
 $= \text{基期點數}(0 \text{ 階}) \times 8.158\%$
 - (2) 113 年~115 年連續兩年的保障項目實質正差值之累加。
3. 另針對地區醫院加計前一年同期小型醫院費用波動回補點數。

(三) 超額分階核付：

1. 當季一般服務淨點數＝申報一般服務點數(申請點數＋部分負擔)－初核核減點數－單價管理核減點數。
2. 超額點數＝當季一般服務淨點數－基期點數(0 階)－保障項目較基期成長之差值－總額成長保障點數，小於 0 者以 0 計。
3. 超額成長率＝超額點數÷基期點數(0 階)。
4. 指標加權成長率(A)：
 - (1) 計算基期為前一年同期參數。

(2) 門診指標成長率(僅地區醫院採計)=門診人數成長率×65%+醫師人數成長率×20%+看診醫師人數成長率×15%。

註：「地區醫院」係以醫事機構代號所屬特約類別認定。

(3) 住診指標成長率=住院人數成長率×40%+住院人日成長率×30%+護理人數成長率×20%+住診 CMI 成長率×10%。

(4) 各項成長率指標值，倘臺北整體平均值為負成長，則皆改採各院值減臺北值做為該項指標採計之成長率。各指標值最高採計至 10%、最低採計至-5%。自 115 年起，250 床以下且每季申報≤6,000 萬之地區醫院無最高採計上限。

(5) 門住合計成長率：

甲、區域以上：住院指標成長率。

乙、地區醫院：門診指標成長率 × (1－基期住診醫療點數占率) + 住院指標成長率×基期住診醫療點數占率。

(6) 指標加權成長率 (A)：門住合計成長率+支付標準調整率+當年度公告醫療服務成本及人口因素成長率－藥價調降率。

如:116 年度公告醫療服務成本及人口因素成長率為 **0%。(待公告)**

(7) 指標項目與操作型定義：

診別	價量	指標項目	權重	操作型定義
門診 (僅地區醫院)	量	門診人數成長率	65%	排除案件分類 01、A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF，及診察費=0、醫令補報之個案
		醫師人數成長率	20%	全季皆執登服務於該院計 1 人，不足季則依天數比率計算
		看診醫師人數成長率	15%	依申報資料歸戶而得，為免極端值影響，件數及費用均達全臺北醫師歸戶 P15 以上才列入計算
住診	量	住院人數成長率	40%	排除案件分類 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ，及醫令補報之個案
		住院人日成長率	30%	
		護理人數成長率	20%	全季皆執登服務於該院計 1 人，不足季則依天數比率計算

診別	價量	指標項目	權重	操作型定義															
	價	住診 CMI 成長率	10%	(1) 公式=$\frac{\text{採計件數之 RW 總值}}{\text{採計件數}}$ (2) 採計件數:屬署本部公告之 Tw-DRG 案件 (含尚未導入案件)。 (3) 排除案件分類 A1、 A2、 A3、 A4、 AZ、 B1、B2、 C1、 C4、 C5、 DZ 及 給付類別 9、醫令補報之個案 (4) 署本部每半年更新 Tw-DRG 之 RW，計算採用時間如下表： <table><tr><th>當期</th><th>基期</th><th>RW 採用年份</th></tr><tr><td>116Q1</td><td>115Q1</td><td>皆採 115 上半年</td></tr><tr><td>116Q2</td><td>115Q2</td><td>皆採 115 上半年</td></tr><tr><td>116Q3</td><td>115Q3</td><td>皆採 115 下半年</td></tr><tr><td>116Q4</td><td>115Q4</td><td>皆採 115 下半年</td></tr></table>	當期	基期	RW 採用年份	116Q1	115Q1	皆採 115 上半年	116Q2	115Q2	皆採 115 上半年	116Q3	115Q3	皆採 115 下半年	116Q4	115Q4	皆採 115 下半年
當期	基期	RW 採用年份																	
116Q1	115Q1	皆採 115 上半年																	
116Q2	115Q2	皆採 115 上半年																	
116Q3	115Q3	皆採 115 下半年																	
116Q4	115Q4	皆採 115 下半年																	
門住合計	價	支付標準調整率	100%	公式= $\frac{(\text{當期單價}-\text{基期單價})\times\text{當期醫令數}\times\text{支付成數}}{\text{申報點數}}$															
	價	藥價調降率	100%	公式= $\frac{(\text{當期藥價}-\text{基期藥價})\times\text{當期醫令數}\times\text{支付成數}}{\text{申報點數}}$															

5. 合理成長率(B)：

- (1) 臺北區整體可分配點數較基期點數成長率(Y)=[(該季預算－交付費用－自墊核退－之前季別核付金額－品質補付)÷目標點值－保障項目較基期成長之差值－總額成長保障點數]÷基期點數-1。

(2) 階 1 上限級距表：

調整項目	臺北區整體可分配點數較基期點數成長率(Y)	
	$Y \leq 2.5\%$	$Y > 2.5\%$
階 1 上限	2.5%	Y

- (3) 合理成長率 (B)：個別醫院指標加權成長率 (A) 與階 1 上限值取較小值計算，若計算結果<0 則以 0 計算。

(4) 階 1 級距可增加值：

甲、依「醫師人數成長率＋護理人數成長率」、「指標加權成長率(A)－合理成長率(B)之差額」，再給予個別醫院階 1 級距可增加值。

醫師人數成長率＋護理人數成長率(v)					
0%<v≤2%		2%<v≤5%		v>5%	
指標加權成長率(A) －合理成長率(B)之 差額 (w)	階 1 級 距可增 加值	指標加權成長率(A) －合理成長率(B)之 差額 (w)	階 1 級 距可增 加值	指標加權成長率(A) －合理成長率(B)之 差額 (w)	階 1 級 距可增 加值
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%
		9.5%<w≤10.0%	2.3%	7.0%<w≤8.0%	2.3%
		w>10.0%	2.5%	8.0%<w≤9.0%	2.5%
				9.0%<w≤10.0%	2.8%
				w>10.0%	3.0%

乙、效率指標：適用中重度急救責任醫院，若無指標案件則不計算該指標。

(甲) 急診轉住院比率：急診轉住院占住院案件之比率

- 比率差值＝當期比率－前一年比率。
- 差值≥0 或 ≥同儕 P75 則指標成長率+0.5%。
- 資料採計原則：以擷取資料時可取得之完整季。

(乙) 急診檢傷 1-2 級滯留>24 小時比率：檢傷 1-2 級滯留超過 24 小時案件占檢傷 1-2 級案件比率。

- 比率差值＝當期比率－前一年同期比率。
- 差值<0 或 ≤同儕 P25 則指標成長率+0.5%。
- 資料採計原則：以 DA 指標可取得最近一季資料。

(5) 個別醫院階 1 級距 (C) =合理成長率 (B) +個別醫院階 1 可增加值。

6. 階 2、階 3 級距：

(1) 臺北區整體成長率 (Z)：整體醫院當季一般服務點數相較基期點數(含總額成長保障點數)之成長率。

(2) 階 2、階 3 級距採下表：

調整項目	臺北區整體成長率(Z)				
	$Z \leq 4\%$	$4\% < Z \leq 5\%$	$5\% < Z \leq 6\%$	$6\% < Z \leq 7\%$	$Z > 7\%$
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%

7. 個別醫院超額分階核付點數計算：

(1) 個別醫院超額成長率落在 $0\% \sim C$ (階1)、 $C \sim C+3\%$ (階2)、 $C+3\% \sim C+6\%$ (階3)、 $>C+6\%$ (階4)時，分別以不同核付率計算各院各階核付點數。

(2) 各階區間及核付率：(以階 2 及階 3 各為 3%為例)

分階	階 1	階 2	階 3	階 4
區間	$0\% \sim (C)$	$(C) \sim (C)+3\%$	$(C)+3\% \sim (C)+6\%$	$>(C)+6\%$
核付率	0.75	0.5	0.25	0

(3) 離島醫院(含衛生福利部金門醫院及連江醫院)，階 1 至階 3 核付率皆為 1。

五、品質補付：

(一) 保留當季一般服務預算之 0.2%，額外加計予達成品質指標之醫院。

(二) 品質指標項目、操作型定義及計算範圍如附件 3。

(三) 各院品質補付點數=

$$\text{整體品質補付點數} \times \frac{\text{該院品質指標達成項目數}}{\text{該醫院類別品質指標項目數}} \times \frac{\text{該院一般服務淨點數}}{\text{整體一般服務淨點數}}$$

註：一般服務淨點數=申請點數+部分負擔-初核核減-單價管理核減點數。

(四) 若醫院有停約以上處分，依本署第一次處分函所載停(終)約起日之當季起取消品質補付，並自該函所載迄日之次季恢復。

六、交付處方醫療費用管理：

(一) 為穩定分階核付可支用預算，各醫院當季交付處方醫療點數以較前一年同期(或 113 年同期)成長 7%兩者擇高為上限。

(二) 前一年同期交付處方醫療費用點數，不含前一年同期超出上限之核減點數。

(三) 超出上限之差值計算方式：

1. 差值公式=各院當季交付處方醫療費用點數-(各院前一年同期交付處方醫療費用點數 $\times 1.07$)，差值 <0 以0計算。
2. 差值 >0 之醫院逕予核減，如該院當季一般服務淨點數+當季交付處方醫療費用點數未超出該院基期點數(0階)則不核減。

(四) 離島醫院(含衛生福利部金門醫院及連江醫院)不執行此項。

七、超額分階核付預算與超額分階核付總點數(D)不平衡之調校方式：

(一) 超額分階核付預算=當季就醫分區預算(估算值)- Σ (各院基期點數(0階)-當季交付處方醫療費用點數-保障項目較前一年成長之差值-總額成長保障點數-品質補付-其他風險保留款(如：非當季核定點數、自墊醫療費用核退...等))。

(二) 整體超額分階核付總點數(D)= Σ (階1~3核付點數)。

(三) 預算剩餘：

1. 定義：超額分階核付預算-分階核付預估總點數(D) >0 。
2. 依下表左至右上調各階核付率，若依下表依序調整仍有預算，則依階1、階2、階3的順序增加點值0.05，直到預算用完，惟階1、階2、階3點值最多上調至1，階4點值仍維持0。

由左至右 依序上修	階1	階2	階3	階1	階2	階3	階1	階2	階3
核付率	0.85	0.55	0.3	0.9	0.6	0.35	0.95	0.65	0.4

(四) 預算不足：

1. 定義：超額分階核付預算-分階核付預估總點數(D) <0 。
2. 預算不足額度未達1.5億時，不執行下修各階核付率作業。
3. 依下表左至右下調各階核付率，若依下表依序調整預算仍有不足，則依階3、階2、階1的順序下修核付率0.05，階1、階2、階3、階4核付率最多下修至0.65、0.3、0.1、0，經上述調整後，差距仍無法彌平，將不再下修，超額核付的點數將反應在結算點值。

由左至右 依序下修	階3	階2	階1	階3	階2	階1	階3	階2
核付率	0.2	0.45	0.7	0.15	0.4	0.65	0.1	0.3

八、「地區醫院的萎縮額度」即地區醫院核定點數未達基期點數(0 階)剩餘之點數(下稱「結餘點數」)，分配如下：

(一)「小型醫院費用波動」調控：

1. 適用對象：符合以下 2 項條件醫院：

(1) 當季申報一般服務點數(申請點數+部分負擔) $\leq 5,000$ 萬醫院。

(2) (核定點數 $\times$ 目標點值) $\div$ 當季一般服務淨點數 < 0.95 。

2. 回補方式：回補前點數核付率 $< 80\%$ ，回補點數至 0.9；回補前點數核付率 $\geq 80\%$ ，回補點數至當季預估之臺北醫院整體平均點值，惟不得超過 0.95。

3. 惟整體醫院回補上限 3000 萬，如超出回補上限，則參與回補醫院等比例調降回補點數。

(二) 萎縮型地區醫院回補：使用結餘點數扣除「小型醫院費用波動回補」後之點數(下稱「結餘可分配點數」)。

1. 適用對象：當期一般服務點數較基期點數低，且預估平均點值低於 0.95 之地區醫院。

2. 回補方式：回補各院核付點數與預估收入以 0.95 計之差值。如超出結餘可分配點數，則參與回補醫院等比例調降回補點數。

3. 剩餘之結餘可分配點數，依浮動點數占比分配予萎縮型地區醫院並以回補至本分區當季預估平均點值為上限。

伍、醫療費用審查作業：

一、審查類別管理：

醫院類別	隨機審查	立意抽審	行政檢核
非新設立醫院	不執行	樣本月執行	樣本月執行
新設立醫院	1. 自特約日起完整季申報資料之第 1-4 季：逐月執行。 2. 第 5-12 季：不執行。	1. 自特約日起完整季申報資料之第 1-4 季：逐月審查。 2. 第 5-12 季：樣本月執行。	
違規醫院	自停約期滿之次月起逐月執行一年。		

註 1：「違規醫院」係指經查核有停約以上處分之醫院。

註 2：「立意抽審」包含異常電腦立意抽審(CIS)及本組自訂之立意抽審。

二、單價管理：

(一) 本分區所有醫院(除離島醫院(含衛生福利部金門醫院及連江醫院))，單價超出均應予以核減。

(二) 計算範圍及核減點數計算公式(如附件 4)。

三、專案篩異管理：依檔案分析結果，回饋篩異明細予醫院自行清查、執行專業審查或實地審查。

陸、補報作業規定：

一、 為利費用歸屬，於該季結算前完成核算，各季一般服務費用申報期限(受理日期)至次季第 2 個月 10 日(含)前，逾期申報以 0 元核付，如 116 年 Q1 一般服務費用申報期限至 116 年 5 月 10 日(含)前。

二、 重大傷病、身分變更、自墊核退或其他因素經業務組認定，非歸責於醫院之補報不在此限。

三、 原屬代辦案件經權責機關(如:疾管署、國健署)不予給付之補報，依相關規定辦理。

柒、其他事項

一、 病人就醫權益確保措施：

(一) 不當轉診(人球)及影響健保病人就醫權益定義：

1. 涉違規事件揭露(本署查核單位/檢調相關單位)或經司法單位判定結果須處以罰則。

2. 申訴或報載等有不當轉診(人球)及影響健保病人就醫權益情形，經「臺北區就醫品質管理小組」(如附件 5)確認。

(二) 當有以上不當轉診事件發生，該季即對該院執行以下措施：

1. 基期點數(0 階)乘以當季預估之臺北醫院整體平均點值計算。

2. 取消肆之五、品質補付。

3. 取消肆之八、「小型醫院費用波動」回補。

二、 針對臺北業務組 114Q2 起(以本署發函日認定)請醫院自行檢視之專案(自清案件之費用年月不限)，倘醫院同意繳回率(件數自清率)低於臺北整體值且該專案標的醫令經專業審查點數核減率 $\geq 80\%$ (四捨五入至小數點後第一位)者，將標的醫令專業審查核減點數乘上 10 倍，於專案費用核扣當季調整基期點數(0 階)，醫院超出調整後基期點數(0 階)之超額點數續依本方案超額分階核付方式核付，惟醫院該項專案應清查件數 $\leq$ 臺北同儕 P25 值，則不予執行(如專案於 115/4

發函自清、115/7 月核扣，則下修 115Q3 基期)。

- 三、 針對本計畫肆、「前瞻預算核算方式」、各項管理機制所需執行之核減，醫院不得提出申復、爭議審議等行政救濟。
- 四、 若有特殊狀況影響醫院營運管理之訴求，須於先透過分會層級代表取得具體共識後，提臺北區醫院總額共管會議討論議定。

附件 1

臺北特約醫院附約一 辦理中央健康保險署臺北業務組 「個別醫院前瞻式預算分區共管方式」

- 一、本院申請參加「中央健康保險署臺北業務組個別醫院前瞻式預算分區共管方式」(以下簡稱本共管方式)，並同意依相關規定辦理。
- 二、本院瞭解本共管方式為全民健康保險特約醫事服務機構合約之一部分，其效力與全民健康保險特約醫事服務機構合約同。

此致

中央健康保險署臺北業務組

申請醫院

醫院代號：

醫院名稱：

醫事機構特約章戳：

(醫療院所印章)

(負責醫師印章)

中華民國 年 月 日

附件2 保障項目操作型定義

序號	項目	操作型定義	採計項目
1	生產案件 (剛性需求)	1. 醫事類別：22(住院) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3. 給付類別：6(自然生產)、7(剖腹生產) 4. 部分負擔代碼：002(分娩)	申+部
2	精神科住院 案件 (剛性需求)	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3. 就醫科別：13(精神科) 4. 精神科住診案件點數排除精神科長效針劑	申+部
3	地區醫院 RCW、所有 醫院 RCC	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3. 給付類別：9(呼吸照護) 4. 地區醫院 RCW： (1) 層級別為地區醫院 (2) 該院試辦計畫代碼：05(呼吸照護-IDS)、14(呼吸照護-慢性呼吸照護病房(病床))。 (3) 申報 P1011C、P1012C 者。 5. 所有醫院 RCC：申報 P1005K、P1006K、P1007A、P1008A 者。	申+部
4	自發性急性 腦血管疾病	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3. 符合下列條件之案件 (1) 部分負擔代碼 001(重大傷病)者，其 ICD10-CM 主診斷前三碼為 I60~I68、G45.0~G45.2、G45.4~G46.8。	申+部

序號	項目	操作型定義	採計項目
		(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)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 者，ICD10-CM 主次診斷為 P91.821、P91.822、P91.823、P91.829、P52.0~P52.9。	
5	急性心肌梗塞	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3. ICD10-CM 主診斷為 I2101~I229、I5A 且執行 PrimaryPCI 醫令代碼為 18020B、18021B、18022B、33076B、33077B、33078B 者。	申+部
6	主動脈剝離	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3. ICD10-CM 主診斷為 I7100~I7103、且執行 stent 及置換醫令代碼為 69023B、69024B、69027B、69035B、69036B、69037B、68043B 者。	申+部
7	ICU -大於 6 歲 前 7 天之 ICU 基本診療費	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3. 當季入住 ICU 病患前 7 天之 ICU 病房費、護理費、診察費點數（病房費醫令為 03010E、03011F、03012G、03017A；護理費醫令為 03104E、03105F、03106G、03041A、03047E、03048F、03049G、03098A；診察費醫令為 02011K、02012A、02013B）。 4. 排除呼吸器依賴個案回轉 ICU 之案件	醫令點數

序號	項目	操作型定義	採計項目
8	門診放療、化療注射案件(分別計算)	1. 醫事類別：12(門診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF 3. 放療案件：36001B~36015B、36018B~36021C、37006B~37019B、37026B、37030B、37046B、36022B、36023B、36024B、37028B、37029B、37047B。 4. 化療注射案件：有申報 ATC 碼前三碼為 L01、L02 及 ATC 碼為 L03AB04、L03AB05、L03AC01、L03AX、L03AX03、L03AX16、L04AX02、L04AX04、L04AX06、V10XX03、V10XA01~04、V10XA53，且為注射劑(藥品醫令第 8 碼為 2)之案件。	申+部
9	門診急診檢傷分類 1 級	1. 醫事類別：12(門診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF 3. 醫令代碼為 00201B 者。	申+部
10	使用 ECMO 之費用	1. 醫事類別及案件分類： (1) 醫事類別：12(門診)、案件分類≠A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF (2) 醫事類別：22(住診)案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 2. 使用 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)者。	醫令點數
11	使用主動脈內氣球幫浦(IABP)之費用	1. 醫事類別及案件分類： (1) 醫事類別：12(門診)、案件分類≠A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF	醫令點數

序號	項目	操作型定義	採計項目
		(2) 醫事類別：22(住診)案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 2. 使用 33079B(主動脈氣球裝置術)，47063B【主動脈氣球輔助器使用照護費(天)】者。	
12	地區醫院 承作 PAC 個案、復健 病房之一般 服務費用	1. 層級別：地區醫院或參與復健病房醫院 2. 醫事類別及案件分類： (1) 醫事類別：12(門診)、案件分類≠A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF (2) 醫事類別：22(住診)案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3. 醫令代碼為： (1) PAC：P5101B、P5102B、P5103B、P5107B、P5108B、P5109B、P5129B、P5130B、P5131B、P5132C、P5133B、P5134B、P5141B、P5142B、P5143B、P5144B、P5145B、P5146B、P5506B、P5507B、P5508B、P5509B。 (2) 復健病房：P9001B~P9012B。	醫令點數
13	門診手術	1. 醫事類別：12(門診) 2. 案件分類：03(西醫門診手術)、C1(論病例計酬案件) 3. 排除執行 ESWL(ICD-10-CM 主診斷碼為 N20.0-N20.9；ICD-10-PCS 主手術或處置碼:0TF3XZZ、0TF4XZZ、0TF6XZZ、0TF7XZZ、0TFBXZZ、0TFCXZZ、0WFRXZZ)及白內障手術(醫令代碼 86006C、86007C、86008C、86011C、86012C、97605K、97606A、97607B、97608C)者。	申+部

序號	項目	操作型定義	採計項目
14	地區醫院慢 連箋開立	1. 層級別：地區醫院(含院區評鑑為地區醫院) 2. 醫事類別：12(門診) 3. 案件分類:04、E1 4. 「慢性病連續處方箋有效期間總處方日份(d44)>給藥日份(d27)」且「慢性病連續處方箋有效期間總處方日份(d44)/給藥日份(d27)≥2」	申+部
15	心臟瓣膜手術及特定特材	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3. ICD-10-PCS 處置碼為 02UJ0JZ、02UJ0JG、02UG0JZ、02UG0JE、02QF0ZZ、024F07J、024F08J、024F0JJ、024F0KJ、02QF0ZJ、02RJ08Z、02RF0JZ、02RG08Z、02QW0ZZ、02QX0ZZ、02RF38H、02RF38Z、02RF38N、02RF08Z、02RF08N、02RF07Z、02RF0KZ、02RG07Z、02RG0JZ、02RG0KZ、02RJ07Z、02RJ0JZ、02RJ0KZ、02UF07Z、02UF08Z、02UF0JZ、02UF0KZ、02UG07Z、02UG08Z、02UG0KZ、02UJ07Z、02UJ08Z、02UJ0KZ、02RF37Z、02RF3JZ、02RF3KZ、02RG37Z、02RG38Z、02RG3JZ、02RG3KZ、02RJ37Z、02RJ38Z、02RJ3JZ、02RJ3KZ、02UF37Z、02UF38Z、02UF3JZ、02UF3KZ、02UG37Z、02UG38Z、02UG3JZ、02UG3KZ、02UJ37Z、02UJ38Z、02UJ3JZ、02UJ3KZ、02RF47Z、02RF48Z、02RF4JZ、02RF4KZ、02RG47Z、02RG48Z、02RG4JZ、02RG4KZ、02RJ47Z、02RJ48Z、02RJ4JZ、02RJ4KZ、02UF47Z、02UF48Z、02UF4JZ、02UF4KZ、02UG47Z、02UG48Z、02UG4JZ、02UG4KZ、02UJ47Z、02UJ48Z、02UJ4JZ、02UJ4KZ、02QF3ZZ、	醫令點數

序號	項目	操作型定義	採計項目
		02QF4ZZ、02QG0ZZ、02QG3ZZ、02QG4ZZ、02QJ0ZZ、02QJ3ZZ、02QJ4ZZ、02RF37H、02RF3JH、02RF3KH 且醫令代碼為 68015B、68016B、68017B、68018B、69035B、68040B、68060B、TAVI 特材(即特材給付規定代碼 B102-8、B102-10)之醫令點數。	
16	「插入或置換永久性節律器」之手術及特定特材	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3. ICD-10-PCS 處置碼為 0JH608Z、02HK3KZ、02H63KZ、02H63JZ、02HK3JZ、0JH606Z、02H63JZ、02H604Z、02H63JZ、02H605Z 且醫令代碼為 68012B、68041B、特材給付規定代碼 B103-1、B103-2 之醫令點數。	醫令點數
17	「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	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3. ICD-10-CM 主診斷為 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、	醫令點數

序號	項目	操作型定義	採計項目
		02VW、02VX、04R0、04V0 且醫令代碼為 33079B、47063B、68036B、68051B、68052B、 特材給付規定代碼 B201-6、B206-8 之醫令點數	
18	內視鏡射頻 消融術(RFA 食道)之處 置及特材	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、 C1、C4、C5、DZ 3. 37048B、特材給付規定代碼 E210-5 之醫令點數	醫令點數
19	心肺復甦術	1. 醫事類別及案件分類： (3)醫事類別：12(門診)、案件分類=02。 (4)醫事類別：22(住診)、案件分類≠A1、A2、 A3、A4、AZ、B1、B2、C4、C5、DZ 2. 醫令代碼為：47028C、47029C、47105C、47106C 及 47031C。	醫令點數
20	重大創傷	符合下列條件之住診案件[醫事類別：22(住診)、案件 分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C4、C5、 DZ]，及其住院前的當次急診案件[醫事類別：12(門 診)、案件分類=02]： 1. 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(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") 2. 體表面積 >20%之重大燒傷，主診斷為： T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、 T32.20-T32.99、 T26.00XA-T26.92XA 或次診斷 為 T31.20-T31.99、T32.20-T32.99。	申+部

序號	項目	操作型定義	採計項目
21	罕見疾病相關費用	1. 醫事類別及案件分類： (1) 醫事類別：12(門診)、案件分類≠A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF (2) 醫事類別：22(住診)案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 2. 罕見疾病： (1) 部分負擔代碼=001 且主、次診斷任一亦符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)之所有案件且領有重大傷病卡者。 (2) 國健署重大傷病罕病通報紀錄檔註記審核通過，但未領有重大傷病卡(罕見疾病註記為 Y)之保險對象，任一主、次診斷符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)且申報符合罕見疾病藥物品項之案件。	申+部，扣除藥費
22	藥品給付規定 9.103.Tisagenlecleucel 成分(ATC 代碼 L01XL04 藥品(CAR-T)	1. 醫事類別及案件分類： (1) 醫事類別：12(門診)、案件分類≠A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF (2) 醫事類別：22(住診)案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 2. Tisagenlecleucel 成分藥品(Kymriah、L01XL04、KC01176297)	醫令點數
23	新生兒依附就醫	1. 醫事類別及案件分類： (1) 醫事類別：12(門診)、案件分類≠A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF (2) 醫事類別：22(住診)案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 2. 部分負擔代碼 903(新生兒依附註記方式就醫者)。	申+部

附件3 品質指標項目

醫院類別	指標名稱	項目數
醫學中心/ 區域醫院	1. 門診輕症占率 2. 生物相似藥及化療學名藥醫令量占率 3. 急診檢傷1、2級病人停留超48小時比率 4. 急診檢傷3-5級病人停留超過24小時比率 5. 門診10項重要檢查(驗)再執行率 6. 糖尿病方案累計照護率/初期慢性腎臟病方案累計照護率/精進糖尿病及初期慢性腎臟病整合照護 7. 接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率 8. 非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數成長率 9. 檢驗(查)結果時效內(3日內)上傳率 10. 醫療檢查影像時效內(3日內)上傳率 11. 西醫門診年復健次數>180次之案件數(同院) 12. 住院案件出院後3日以內急診率 13. 西醫門診病人可避免住院率(季累計) 14. 以病例組合校正之住院案件出院後14日內再住院率	14
地區一般	5. 門診10項重要檢查(驗)再執行率 6. 糖尿病方案累計照護率/初期慢性腎臟病方案累計照護率/精進糖尿病及初期慢性腎臟病整合照護 7. 接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率 9. 檢驗(查)結果時效內(3日內)上傳率 10. 醫療檢查影像時效內(3日內)上傳率 11. 西醫門診年復健次數>180次之案件數(同院) 12. 住院案件出院後3日以內急診率 13. 西醫門診病人可避免住院率(季累計) 14. 以病例組合校正之住院案件出院後14日內再住院率	9
精神專科	7. 接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率 9. 檢驗(查)結果時效內(3日內)上傳率 10. 醫療檢查影像時效內(3日內)上傳率 12. 住院案件出院後3日以內急診率 15. 參加思覺失調症醫療給付改善方案	7

醫院類別	指標名稱	項目數
	16.同院所急性精神病人出院30日內門診追蹤率 17.同院所慢性精神病人出院30日內門診追蹤率	
呼吸照護	9. 檢驗(查)結果時效內(3日內)上傳率 10.醫療檢查影像時效內(3日內)上傳率 11.住院案件出院後3日以內急診率	3
婦兒專科	5. 門診 10 項重要檢查(驗)再執行率 9. 檢驗(查)結果時效內(3日內)上傳率 10.醫療檢查影像時效內(3日內)上傳率 12.住院案件出院後3日以內急診率	4

註：呼吸照護、精神專科及婦兒專科醫院相關費用占率需達 80%。

附件4 單價核減：(離島醫院不執行)

(一)計算範圍如下：

1. 排除門診手術(案件分類"03")、論病例計酬(案件分類"C1")之手術案件、預防保健(案件分類"A3")、代辦門診戒菸(案件分類"B7")、代辦孕婦全面篩檢愛滋計畫(案件分類"B9")、65歲以上老人流行性感疫苗接種(案件分類"D2")、代辦登革熱 NS1 抗原快速篩檢試劑(案件分類"DF")、急診檢傷分類第 1 級及 0~6 歲費用申報【申報起日(或就醫日期)減「出生日期」<2,192 日】及部分負擔代碼 903(新生兒依附註記方式就醫者)。
2. 住診：一般案件(案件分類"1")，排除 0~6 歲費用申報及部分負擔代碼 903(新生兒依附註記方式就醫者)。
3. 如各季因支付標準調整或藥價調降足以影響統計結果時，均將予以校正。

(二)門診計算公式：

1. 季每人非藥費平均醫療點數(排除管理照護費之 P 碼醫令點數、安寧居家訪視費、緩和醫療家庭諮詢費、門診靜脈抗生素治療獎勵費用、急診檢傷分類第 1 級及矯正機關內就醫案件)：

核減點數 = $\left[(\text{門診季每人非藥費平均醫療點數} - \text{前一年同期門診季每人非藥費平均醫療點數}) \times \text{門診季非藥費病人數} \times (1 - \text{當季門診初核核減率}) \right] \times (50\% + \text{各調控因子核減成數})$

2. 季每人平均藥費：

(1) 含交付處方，排除：AIDS 藥費、專款專用藥費(血友病、罕病、器官移植術後抗排斥用藥、C 型肝炎用藥、暫時性支付藥品等)、精神科長效型針劑等；適應症放寬或新增之癌藥，則自適應症放寬或新增當季起 2 年內排除。

(2) 核減藥費 = $\left[[\text{門診季每人平均藥費} - \text{前一年同期門診季每人平均藥費}(\text{含藥費差額回饋點數}) \times (1 + X \times 50\%)] \times \text{門診季藥費病人數} \times (1 - \text{當季門診初核核減率}) \right] \times (50\% +$

各調控因子核減成數)

註:以年度總額預算人口結構改變率(X)之 50%反映前一年同期藥費之成長

(三)住診計算公式：

1. 季每人非藥費平均醫療點數(排除管理照護費之 P 碼醫令點數、安寧居家訪視費、緩和醫療家庭諮詢費、不適用 TW_DRG 特殊註記 F、J、K、L 及矯正機關內就醫案件)：

核減點數 = 【(住診一般案件季每人非藥費平均醫療點數 - 前一年同期住診季一般案件每人非藥費平均醫療點數) × 住診季非藥費病人數 × (1 - 當季住診初核核減率)】 × (50% + 各調控因子核減成數)

2. 季每人平均藥費：

(1) 排除：AIDS 藥費、專款專用藥費(血友病、罕病、器官移植術後抗排斥用藥、C 型肝炎用藥、暫時性支付藥品等)、精神科長效型針劑等；適應症放寬或新增之癌藥，則自適應症放寬或新增當季起 2 年內排除。

(2) 核減藥費 = 【[住診一般案件季每人平均藥費 - 前一年同期住診一般案件季每人平均藥費(含藥費差額回饋點數) × (1 + X × 50%)] × 住診季藥費病人數 × (1 - 當季住診初核核減率)】 × (50% + 各調控因子核減成數)

註:以年度總額預算人口結構改變率(X)之 50%反映前一年同期藥費之成長

3. 住診人數 ≤ 20 人之醫院，不執行住診藥費/非藥費單價核減。

(四)調控因子：

1. 除因子 1 外，僅單價範圍內之人數及點數納入計算。

2. 各調控因子定義如下：

(1) 「因子 1：個別醫院全院一般服務點數(含交付)成長率」
= 【一般服務點數(含交付)/前一年同期一般服務點數(含交付)】 - 1

(2) 「因子 2：價量背離關係」= 點數成長率 - 人數成長率

註 1：點數成長率 = (經藥費或支付標準校正之點數 - 前一年同期經藥費或支付標準校正之點數) - 1

註 2：人數成長率 = (人數 - 前一年同期人數) - 1

(3) 「因子3：重大傷病/地區醫院門診藥費慢性病案件占率增加幅度」

(3-1) 重大傷病案件占率增加幅度=重大傷病案件數占率-前一年同期重大傷病案件數占率

(3-2) 地區醫院門診藥費慢性病案件占率增加幅度=慢性病案件占率-前一年同期慢性病案件占率

註1：占率=分子案件數/分母案件數

註2：重大傷病案件為部分負擔代碼001案件

註3：門診慢性病案件為案件分類04、08案件，且給藥日份 ≥ 28 且總處方日份 ≥ 28

3. 上述因子對應之核減成數如表1，各項單價核減採計之調控因子如表2

表1、調控因子反應之核減成數

因子 1		因子 2		因子 3		
全院一般服務點數成長率(-3.0~4.5%)		價量背離(0%~5%)		重大傷病及慢性病案件增加幅度(-10%~0%)		
成長率級距	核減成數	價量關係級距	核減成數	占率增加級距	核減成數(分別採計)	
					門診/住診 重大傷病案件	地區醫院門診 慢性病案件
X≤ 0%	-3.00%	X≤3%	0%	X≤0%	0%	
0% < X≤ 2.5%	-1.50%	3%< X≤5%	1%	0%< X≤3%	-3%	
2.5% < X≤ 5.0%	0.00%	5%< X≤8%	2%	>3%	-5%	
5.0% < X≤ 7.5%	1.50%	8%< X≤10%	3%			
7.5% < X≤ 10%	3.00%	10%< X≤20%	4%			
>10%	4.50%	X >20%	5%			

表2、各項單價核減採計之調控因子

因子	門診		住診	
	非藥費	藥費	非藥費	藥費
1.一般服務點數成長率	V	V	V	V
2.價量背離關係	V	V	V	V
3-1.重大傷病案件占率增加幅度	V	V	V	V
3-2.地區醫院慢性病案件占率增加幅度		V		

附件5

「臺北分區就醫品質管理小組注意事項」

- 壹、為保障病人安全及民眾醫療權益，避免醫療人球，特設立本小組及訂定注意事項。
- 貳、小組任務針對民眾病人流向異常暨相關檢舉案、不當轉院(診)、影響醫療品質與醫界形象等事件進行管理。
- 參、本小組成員由醫院總額臺北分區共管會議之醫界主席代表擔任召集人。
- 肆、各層級醫院各推派代表 3 人，每次會議各層級至少應有 1 人出席；健保署臺北業務組得遴聘相關領域專家 2-3 名，每次會議視需要邀請專家出席。
- 伍、由健保署臺北業務組視需要不定期召開會議，會議時間由主席擇定，並邀請事涉相關醫院與會。