

110Q4 至 111 年 Q1-Q4 南區醫院總額財務穩定方案

111 年 3 月 18 日 第一次修訂

111 年 6 月 10 日 第二次修訂

壹、目的

強化醫院財務明確可控性、降低事後攤扣連動之不穩定性。

貳、依據

- 一、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第22條第4項規定辦理：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。
- 二、依110年第3次南區醫院總額共管會議、110年第2次南區醫院總額院長會議、111年第1、2次南區醫院總額共管會議決議事項辦理。

參、實施期間

- 一、轄區內全數特約醫院皆應參與本方案並簽立附約。
- 二、實施期間：自費用年月110年10月起至111年12月止。

肆、方案內一般服務點數

一、範圍

- (一) 納入110Q4及111年各結算季之該費用季之一般服務點數，基期為納入前一年同期結算之該費用季之一般服務收入(元)，各季校正情形如下：

當期季	基期季	是否校正	基期季一般服務收入校正原因	校正時點
110Q4	109Q4	N		
111Q1	110Q1	N		
111Q2	110Q2	Y	<ul style="list-style-type: none">● 110Q2採就醫分區預算，但111Q2則採投保分區預算(R/S 值)● 110Q2南區醫院縣市費用占率偏移● 思覺失調長效針劑移列專款	111年3月18日 南區醫院總額 共管會決議
111Q3	110Q3	Y	<ul style="list-style-type: none">● 110Q3採就醫分區預算，但111Q3則採投保分區預算(R/S 值)	

當期季	基期季	是否校正	基期季一般服務收入校正原因	校正時點
			<ul style="list-style-type: none"> ● 110Q3挹注 PVA 1.5億元 ● 思覺失調長效針劑移列專款 	
111Q4	110Q4	Y	<ul style="list-style-type: none"> ● 110Q4挹注 PVA 4.7億元 ● 思覺失調長效針劑移列專款 	111年6月10日 南區醫院總額 共管會決議

(二) 110Q2-Q4校正公式如下：

$$\left[\text{校正後預算} \times \text{占率} \times \left(1 - \frac{\text{基期門住診精神科長效針劑藥費}}{\text{基期門住診整體一般服務點數}} \right) \right]$$

基期	校正後預算	占率
110Q2	南區醫院經 R/S 值調校後之一般服務收入	<ul style="list-style-type: none"> ■ 各院110Q2或108Q2擇優校正並調校離群值後之一般服務收入占率 ■ 計算各院108Q2一般服務收入占率時應採「校正地區醫院夜間與假日門診、區域以上醫院ICU護理費保障1點1元後占率」、再與110Q2占率擇優計算並調校離群值
110Q3	南區醫院經 R/S 值調校後之一般服務收入	各院110Q3無 PVA 挹注時之一般服務收入占率
110Q4	南區醫院扣除 PVA 4.7億後之一般服務收入	各院110Q4無 PVA 挹注時之一般服務收入占率

(三) 不含專款專用、其他部門、各項代辦項目。

二、110Q4及111年 Q1-Q4所有醫院不分組，不執行隨機審查，改依費用申報情形執行抽審及當季重點審查（若111年有異動將另行通知），各院一般服務點數＝申請點數＋部分負擔－排除費用－核減點數＝核定點數＋部分負擔－排除費用。

伍、核付方式

一、基期收入內點數(0階)以1點1元計算。

二、剛性需求：

(一) 給付項目：生產案件、精神科住院案件、擴床醫院。

(二) 參與條件：當期一般服務點數超出基期收入者，本階段給付不得超過各院『當期一般服務點數—基期收入(0階)—風險移撥款^(註)』差值。

註：僅 110Q4 及 111Q4 需計算當年度風險移撥款分配情形。

(三) 生產案件：當期生產人數 > 基期生產人數之醫院

1. 給付費用 = 基期各院生產案件每人實收金額 × (當期生產人數—基期生產人數)

2. 基期各院生產案件每人實收金額 = $\frac{\text{基期住診實際收入} \times \frac{\text{生產案件點數}}{\text{住診整體案件一般服務點數}}}{\text{基期生產人數}}$

3. 生產案件定義：詳見排除費用項目說明「剛性需求及政策鼓勵項目(D類)」

(四) 精神科住院案件：當期精神科住院人日 > 基期精神科住院人日之醫院

1. 給付費用 = 基期各院精神科住院每人日實收金額 × (當期精神科住院人日—基期精神科住院人日)

2. 基期各院精神科住院每人日實收金額 = $\frac{\text{基期住診實際收入} \times \frac{\text{精神科住診案件點數}}{\text{住診整體案件一般服務點數}}}{\text{基期精神科住院人日}}$

3. 精神科住院案件定義：

醫事類別：22(住院)

案件分類 ≠ A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ、7

就醫科別：13

(五) 擴床醫院：依附件一南區擴床原則辦理。

三、政策鼓勵項目：

(一) 給付項目：住院安寧療護、住院安寧共照、安寧緩和諮詢、PAC 住院下轉個案、急重症病患醫療照護需求。

(二) 參與條件：當期一般服務點數超出基期收入者，本階段給付不得超過各院『當期一般服務點數—基期收入(0階)—風險移撥款^(註)—剛性需求』差值。

註：僅 110Q4 及 111Q4 需計算當年度風險移撥款分配情形。

(三) 案件定義：住院安寧療護、住院安寧共照、安寧緩和諮詢、PAC 住院下轉個案詳見排除費用項目說明「剛性需求及政策鼓勵項目(D類)」，急重症病患醫療照護需求詳見附件二。

(四) 採計費用：

1.採計費用＝當期一般服務點數超出基期之差額 × 基期南區醫院總額平均點值，其中安寧緩和諮詢為門住合併計算，急重症病患醫療照護需求為門住分別計算。

2.精神科長效針劑自111年起列入專款專用排除，所以在計算精神科住院每人日實收金額中，精神科住診案件點數將排除精神科長效針劑費用。

四、地區醫院假日、夜間門診案件(不含藥費)及區域級以上醫院加護病床之住院護理費，每點以1元支付之採計費用：

(一) 110年第2、3、4季醫院總額預算中有針對地區醫院假日、夜間門診案件(不含藥費)及區域級以上醫院加護病床之住院護理費，每點以1元支付，因基期109Q4收入仍採浮動點值支給，醫院110Q4上述案件一般服務浮動點數將補足1元和南區基期浮動點值間的差額、並以該院當季該診別送核案件核減率分別校正。如所有醫院採計費用加總超過本項預算則採浮動調整(地區醫院及區域級以上醫院預算來源不同，將分別處理)。如111年醫院總額亦有相同以1元支付之規定，111Q1亦比照辦理。

(二) 參與條件：當期一般服務點數超出基期收入者，本階段給付不得超過各院『當期一般服務點數—基期收入(0階)—風險移撥款^(註)—剛性需求—政策鼓勵項目』差值。

註：僅110Q4及111Q4需計算當年度風險移撥款分配情形。

五、超額分階折付：

(一) 超額點數＝當期一般服務點數—基期收入(0階)—風險移撥款^(註)—剛性需求—政策鼓勵項目—地區醫院假日、夜間門診案件及區域級以上醫院加護病床之住院護理費每點1元採計費用，小於0者以0計。

註：僅110Q4及111Q4需計算當年度風險移撥款分配情形。

(二) 超額成長率 = 超額點數 ÷ 基期收入。

(三) 合理成長率：

1. 指標項目與操作型定義：

診別	價量	指標項目 (皆為成長率)	權重	操作型定義																	
門診	量	門診人數	55%	排除案件分類01、A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、D4、BA、HN、DF、E2、E3及診察費=0之個案																	
		門診人次	20%																		
		醫師人數	20%																		
		看診醫師人數	5%																		
	價	門診 CMI	100%	<p>(1) 公式 = $\frac{\text{採計件數之CCS總權重}}{\text{採計件數}}$</p> <p>(2) 採計件數：排除案件分類 A1、A2、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D4、DF</p> <p>(3) CCS 權重係本署內部檔案，每年更新一次，計算採用時間如下表：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>當期</th> <th>基期</th> <th>CCS 權重檔年份</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>110Q4</td> <td>109Q4</td> <td>109年</td> </tr> <tr> <td>111Q1</td> <td>110Q1</td> <td>109年</td> </tr> <tr> <td>111Q2</td> <td>110Q2</td> <td>110年</td> </tr> <tr> <td>111Q3</td> <td>110Q3</td> <td>110年</td> </tr> <tr> <td>111Q4</td> <td>110Q4</td> <td>110年</td> </tr> </tbody> </table>	當期	基期	CCS 權重檔年份	110Q4	109Q4	109年	111Q1	110Q1	109年	111Q2	110Q2	110年	111Q3	110Q3	110年	111Q4	110Q4
當期	基期	CCS 權重檔年份																			
110Q4	109Q4	109年																			
111Q1	110Q1	109年																			
111Q2	110Q2	110年																			
111Q3	110Q3	110年																			
111Q4	110Q4	110年																			
住診	量	住院人數	20%	排除案件分類 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ、7之個案																	
		住院人日	60%																		
		護理人數	20%																		
	價	住診 CMI	100%	<p>(1) 公式 = $\frac{\text{採計件數之RW總值}}{\text{採計件數}}$</p> <p>(2) 採計件數：排除案件分類 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ 且給付類別 ≠ 9</p>																	

診別	價量	指標項目 (皆為成長率)	權重	操作型定義																		
				<p>(3) 署本部每半年更新 Tw-DRG 之 RW，為利當期與基期皆採相同 RW，依 111 年 6 月 10 日南區共管會決議，111Q1 起皆對應基期季之 RW：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>當期</th> <th>基期</th> <th>RW 採用年份</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>110Q4</td> <td>109Q4</td> <td>110Q4：110 下半年 109Q4：109 下半年</td> </tr> <tr> <td>111Q1</td> <td>110Q1</td> <td>皆採 110 上半年</td> </tr> <tr> <td>111Q2</td> <td>110Q2</td> <td>皆採 110 上半年</td> </tr> <tr> <td>111Q3</td> <td>110Q3</td> <td>皆採 110 下半年</td> </tr> <tr> <td>111Q4</td> <td>110Q4</td> <td>皆採 110 下半年</td> </tr> </tbody> </table>	當期	基期	RW 採用年份	110Q4	109Q4	110Q4：110 下半年 109Q4：109 下半年	111Q1	110Q1	皆採 110 上半年	111Q2	110Q2	皆採 110 上半年	111Q3	110Q3	皆採 110 下半年	111Q4	110Q4	皆採 110 下半年
當期	基期	RW 採用年份																				
110Q4	109Q4	110Q4：110 下半年 109Q4：109 下半年																				
111Q1	110Q1	皆採 110 上半年																				
111Q2	110Q2	皆採 110 上半年																				
111Q3	110Q3	皆採 110 下半年																				
111Q4	110Q4	皆採 110 下半年																				
門住合計	價	支付標準	100%	$\text{公式} = \frac{\text{支付標準調整差額}}{\text{基期一般服務點數}}$																		

2. 計算過程：

- (1) 門診指標成長率 = 門診人數成長率 × 55% + 門診人次成長率 × 20% + 醫師人數成長率 × 20% + 看診醫師人數成長率 × 5% + 門診 CMI 成長率。
- (2) 住院指標成長率 = 住院人數成長率 × 20% + 住院人日成長率 × 60% + 護理人數成長率 × 20% + 住診 CMI 成長率。
- (3) 門診人數、人次、住院人數、人日等服務面成長率，倘南區值為負成長，則改採各院值—南區值做為該項指標採計之成長率。
- (4) 門住合計成長率 = 門診指標成長率 × (1—基期住診占率) + 住院指標成長率 × 基期住診占率。
- (5) 門住合計成長率 + 支付標準調整率 = 各院合理之費用成長率(A)，若 < 0 則以 0 計，並以排除交付費用、自墊核退、之前季別核付金額及剛性需求、政策鼓勵項目費用及地區醫院假日、夜間門診案件及區域級以上醫院加護病床之住院護理費每點 1 元採計費用後之預算成長率為上限。

- (四) 醫院超額成長率落在0%~A、A~A+3%、A+3%~A+6%、>A+6%區間之階1、階2、階3、階4點數，分別以0.75元/點、0.5元/點、0.25元/點、0元/點給付。階2、階3的級距暫訂為3%，如因交付等費用成長過高，導致醫院可使用預算成長率太低，為保障階1的採計點數，預算成長率上限不低於2.5%，但階2、階3的級距將酌予調降。

六、點值估算後核付方式之調整：

- (一) 可使用額度與核定金額間不平衡時，將進行核付方式之調整。

1. 醫院當季可使用額度=分區預算—交付機構一般服務收入—自墊核退—先季別結算於本季之收入。
2. 剩餘可支應超額之額度(B)=醫院當季可使用額度—基期收入(0階)—風險移撥款^(註)—剛性需求—政策鼓勵項目—地區醫院假日、夜間門診案件(不含藥費)及區域級以上醫院加護病床之住院護理費每點以1元支付之採計費用
註：僅110Q4及111Q4需計算當年度風險移撥款分配情形。
3. 超額分階折付總金額(C)= Σ 醫院階1、階2、階3、階4點數依點值0.75、0.5、0.25、0給付之總金額
4. B、C 差距超過3,000萬時，將進行下述之調整。

- (二) B—C>3,000萬：意即預估預算剩餘

1. 上調各階給付點值

由左至右依序上調	階1	階2	階3	階1	階2	階3	階1
點值上限	0.85	0.55	0.3	0.9	0.6	0.35	0.95

階1、階2、階3、階4給付點值最高上調至0.95、0.6、0.35、0

2. 舉例：如上調至階1-0.85、階2-0.52已將差距額度用完，則各階給付點值為0.85、0.52、0.25、0。

- (三) B—C<-3,000萬：意即預估預算不足

1. 方案一：下修各階給付點值

由左至右依序下修	階3	階2	階1	階3	階2
點值下限	0.2	0.45	0.7	0.15	0.4

階 1、階 2、階 3、階 4 給付點值最多下修至 0.70、0.4、0.15、0

2.方案二：下修基期收入內點數(0階)給付點值為 0.99→0.98，最多下修至 0.98。

3.優先執行方案一，如不足因應再啟動方案二。

4.經上述方案調整後，差距仍無法彌平，將不再下修，超額支付的點數將反應在結算點值上。

(四) B、C 差距在±3,000萬以內：考量分區預算及核定點數估算值較署本部結算實際值必定有落差，為節省作業，各階給付點值不再調整。

七、為利財務穩定，避免部分醫院交付費用急劇成長，侵蝕醫院當季可使用額度，導致南區整體醫院超額分階折付點值下修。自111年起，醫院交付處方箋醫療費用以較基期成長7%為限，超出部份自該院當期應核付收入中扣減。

八、各醫院最終超額分階給付點數和原始超額點數之差額，將進行追扣，並依門診、住院各費用年月之〔申+部—排除〕的比率進行分攤。以上超額核減不得提出申復、爭議審議等行政救濟。

九、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至次季第2個月月底前，逾期申報以0元核付，如110Q4一般服務費用申報期限至111年2月底前。

十、111年各季核付方式，將定期監測，滾動式檢討修正。

陸、其他事項

一、為避免醫院怠工或僅衝單價，醫院合理成長率指標中歸戶人數成長率（經南區值調校後）不低於-5%者，始得保障基期收入(0階) 1點1元，如低於-5%者依下列方式調整（門住分別計算）。

基期單價(D)= 基期一般服務點數 ÷ 基期歸戶人數

當期單價(E)= 當期一般服務點數 ÷ 當期歸戶人數

(註：單價採計案件範圍同合理成長率之門住歸戶人數操作型定義)

單價成長率(F=E/D-1) > {CMI 成長率+支付標準調整率}及5%較大者(G)，下修0

階給付金額，下修金額為當期歸戶人數 $\times D \times (F-G) \times$ 基期平均點值，最多下修至基期收入(0階) 1點0.94元。

若低人數成長且高單價成長有特殊原因者，另予考量。

- 二、如有申訴有不當轉診(人球)情形，不予保障基期收入(0階)1點1元，改依估算之南區醫院整體平均點值支給。
- 三、針對南區業務組請醫院自行檢視之專案，倘醫院自行檢視未同意繳回之案件，後續經專業審查該項點數核減率 $\geq 50\%$ 者，將專業審查核減點數乘上10倍，於基期收入調整，醫院超出調整後基期收入(0階)之超額點數續依本方案超額分階折付方式給付。

附件一：南區醫院擴增床數調增給付點數執行方式

預算上限	當季一般總額預算之0.2%	
申請程序	1. 醫院欲擴床病床別占床率於前一年10月至當年9月之中(排除1月及2月) 10個月平均達85% 2. 醫院須提出擴床計畫至南區業務組、經試算數據、提案至南區醫院總額第四次共管會議經決議通過後，始得調增目標點數。	
適用病床別、啟動條件	病床別	條件
	急性一般病床 精神急性一般病床	300床以上：新增 \geq 30床 100~299床：新增 \geq 20床 99床以下：新增 \geq 10床
	加護病床	條件：新增 \geq 9床 限常設有24小時急診之地區以上層級醫院適用
	精神加護病床	不適用
計算公式	擴床數*占床率*平均每人日點數*該季天數*(1-淨核減率)	
調增點數原則	分階段擴增：依上開計算公式所求得之點數，分四季逐步調增目標點數(1/4、2/4、3/4、4/4)；另，計算第五季~第七季之基期時，皆校正至4/4。	
占床率	採同類床同儕第25百分位值(醫中、精神專科醫院、地教醫院：採全國同儕；其餘醫院：採南區同儕)，帶入上開計算公式 > 註1：占床率計算公式 = $\frac{\text{申報該類病床醫令總數}}{\sum \text{當月天數} \times \text{當月該類病床數}}$ > 註2：計算區間：前一年10月至當年9月	
平均每人日點數	採同類床同儕第25百分位值(醫中、精神專科醫院、地教醫院：採全國同儕；其餘醫院：採南區同儕；倘該院數據低於同儕第25百分位值，則以自身值計算)，帶入上開計算公式 > 註1：計算公式： ✓ 急性一般病床平均每人日點數 = $\frac{\text{單純入住急性一般病床之住院案件醫療點數(排除給付類別為9者)}}{\text{總住院入日數}}$ ✓ 精神急性一般病床平均每人日點數 = $\frac{\text{單純入住精神急性一般病床之住院案件醫療點數}}{\text{總住院入日數}}$ ✓ 加護病床平均每人日點數 = $\frac{\text{入住加護病床之住院案件醫療點數}}{\text{總住院入日數}}$ > 註2：計算區間：前一年10月至當年9月	
淨核減率	該院前一年 Q3至當年 Q2住診整體淨核減率(算至單價核減、A 組超出目標點數/重點項目目標占率之差值點數、B 組折付、申復、爭審，若當季尚未核定則採推估資料)	
監測機制	1. 擴增床數調增目標點數之醫院不得流用至門診 2. 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條所列違規違理事由，即停止調增目標點數 3. 當季點數核定時將再參考全院之平均住院日調整(避免輕病住院或延長住院日) 4. 當季住診歸戶人數需較基期成長 5. 醫院需維持評鑑住院醫護人力，以維持照護品質 6. 計算「新增病床實際占床率」：當季總住院入日數扣除新增病床前之占床率換算之總住院入日、再計算出新增病床實際占床率 7. 經評估上開2~6後，本組得於該季點數核定時扣減所調增之目標點數	

附件二：急重症病患醫療照護需求

壹、目的

鼓勵醫院強化急重症醫療照護品質及效率並提高急重症病患就醫可近性。

貳、計畫期間與預算

自 110 年 10 月 1 日起至 111 年 12 月 31 日止。

預算設定比率為轄區當季一般總額預算之 0.2%。

參、執行方式

操作型定義，如附表。

採計費用＝當期點數超出基期點數之差額 × 基期南區醫院總額平均點值，門住分別計算；且以當季總額預算 0.2% 為最高採計額度，超過則採浮動調整。

急重症病患醫療照護需求採計點數操作型定義

一、急症照護操作型定義

部門	操作型定義
門診	案件類別為"02"之醫療點數。
住診	1. 6歲（含）以下，急診轉住院且急性病房住院日數 ≤ 10 天(且慢性病房住院日數需為0天)案件醫療點數。 2. 排除條件1之急診轉住院案件申報急診診察費代碼00201B、00202B之急診診察費點數。 3. 排除不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記為9之案件

二、重症照護操作型定義

重症項目	操作型定義
RCC	住診：案件分類「4」、給付類別「9」、且當次有申報醫令代碼 P1005K、P1006K、P1007A、P1008A 之案件醫療點數。
ICU 案件	住診：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、03013H；護理費醫令為03047E、03048F、03049G、03050H；診察費醫令為02011K、02012A、02013B）。排除呼吸器依賴個案回轉 ICU 之案件
自發性急性腦血管疾病	住診：ICD10-CM 主診斷前三碼為 I60~I68、G45.0~G45.2、G45.4~G46.8且部分負擔代碼為"001"或"011"且給付類別不為9(呼吸照護)之案件醫療點數。 (ICD9-CM 主診斷前三碼為430~437) 註：1. 不含排除費用項目說明 A11項醫令點數 2. 若已於排除費用項目說明 D06項 PAC 採計則不重複計算
體重低於1499公克之極端未熟兒與早產兒	住診：ICD10-CM 主或次診斷為 P0701~P0703、P0714~P0715、P0501~P0505、P0511~P0515（且部分負擔代碼為902(三歲以下兒童醫療補助計畫)或903(新生兒依附註記方式就醫者)）之案件醫療點數。 (ICD9-CM 主診斷為76501、76502、76503、76504、76505、76511、76512、76513、76514、76515)
1歲以下幼兒及新生兒呼吸疾病	住診：1歲以下且 ICD10-CM 主或次診斷為 P84、P220~P229、P23~P28、J00~J99（主診斷排除：體重低於1499公克之極端未熟兒與早產兒，新生兒依附就醫且符合定義者亦納入計算）之案件醫療點數。 (ICD9-CM 主或次診斷為7680-7689、769、7700-7709)
急性心肌梗塞	住診：ICD10-CM 主診斷為 I2101~I229且執行 PrimaryPCI 醫令代碼為18020B、18021B、18022B、33076B、33077B、33078B 之醫令點數 (ICD9-CM 主診斷為410.00-410.92)
主動脈剝離	住診：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 之醫令點數。 (ICD9-CM 主診斷為441.00~441.03)

重症項目	操作型定義
心臟瓣膜手術	住診：ICD-10-PCS 處置碼為02UJ0JZ、02UG0JZ、02QF0ZZ、02RJ08Z、02RF0JZ、02RG08Z、02QW0ZZ、02RF38Z、 02RF08Z 、 02RF0JZ 且醫令代碼為68015B、68016B、68017B、69035B、68040B、TAVI 特材(即特材給付規定代碼 B102-8)之醫令點數
植入性心臟去顫器	住診：ICD-10-PCS 處置碼為0JH608Z、02HK3KZ、02H63KZ 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
主動脈瘤、急性心肌炎、末期心衰竭	住診：ICD-10-CM 主診斷為 I71.1~I71.9、I40.0~I40.9、I50.1~I50.9 或任一次診斷為 I41 且 ICD-10-PCS 處置碼為027034Z、027134Z、027234Z、027334Z、02703DZ、02713DZ、02723DZ、02733DZ、5A02210、5A15223、02HA0QZ、02HA3RZ、前四碼為 02RW 、 02VW 、 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
內視鏡射頻消融術 (RFA 食道)	住診：37048B、特材給付規定代碼 E210-5之醫令點數

註 1：上開各項皆排除不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記為 9 之案件。

註 2：各項排除列計不得重複計算

南區特約醫院附約－辦理「110Q4 至 111 年 Q1-Q4 南區醫院總額財務穩定方案」

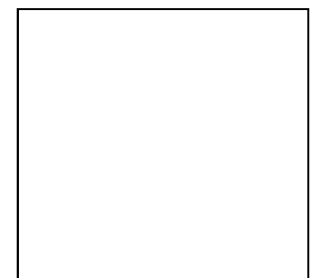
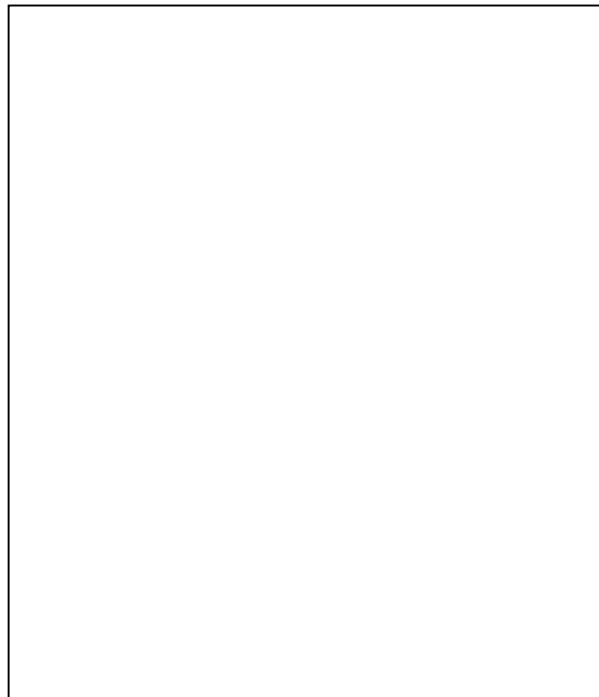
- 一、 依110年第3次南區醫院總額共管會及110年第2次南區醫院總額院長會議決議，針對110Q4至111年 Q1-Q4南區醫院總額財務穩定方案下的「超額分階折付」所需執行核減，醫院不得提出申復、爭議審議等行政救濟。
- 二、 本件視同為全民健康保險特約醫事服務機構合約之一部分，其效力與全民健康保險特約醫事服務機構合約同。

醫院代號：

醫院名稱：

體系醫院：

蓋章：



中 華 民 國 年 月 日