

114 年南區醫院總額財務穩定方案

113 年 10 月 18 日 113 年南區醫院總額第二次院長會議訂定
113 年 12 月 13 日 113 年南區醫院總額第四次共管會議修訂

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113年第2次南區醫院總額院長會議決議事項辦理。

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114年1月起至114年12月止。

肆、方案內一般服務點數

一、範圍

(一) 當期為114年各結算季之當季費用年月一般服務點數；基期為「113年同結算季之校正後一般服務收入(元)」，並加(減)計「自主季間風險調控額度(元)」：

當期	基期
114Q1	113Q1結算之費用年月113年1、2、3月之校正後一般服務收入
114Q2	113Q2結算之費用年月113年4、5、6月之校正後一般服務收入
114Q3	113Q3結算之費用年月113年7、8、9月之校正後一般服務收入
114Q4	113Q4結算之費用年月113年10、11、12月之校正後一般服務收入
註：一般服務收入含送核、補報、申復、追扣補付，不含專款專用、其他部門、各項代辦項目。	

(二) 校正後一般服務收入 = 校正後預算 × 占率

當期 季別	基期計算方式		
	去年 同期	校正後預算	占率
114Q1	113Q1	南區醫院扣除 PVA 2.2億後 之一般服務收入	各院113Q1無 PVA 挹注時，並校正 生物相似藥藥費差額之一般服務 收入占率
114Q2	113Q2	南區醫院扣除 PVA 2.2億後 之一般服務收入	各院113Q2無 PVA 挹注時，並校正 生物相似藥藥費差額之一般服務 收入占率
114Q3	113Q3	南區醫院扣除 PVA <u>2.9億</u> 後 之一般服務收入	各院113Q3無 PVA 挹注時，並校正 生物相似藥藥費差額之一般服務 收入占率
114Q4	113Q4	南區醫院扣除 PVA(數額尚 未知)後之一般服務收入	各院113Q4無 PVA 挹注時，並校正 生物相似藥藥費差額之一般服務 收入占率

註：113年各季生物相似藥藥費差額：依「全民健康保險推動使用生物相似藥之鼓勵試辦計畫」之「藥費差額回饋點數定義」計算。

(三) 自主季間風險調控額度：

1、各院當季可預借額度上限，為下列兩者取小值：

- (1) 自身當季一般服務收入×10%。
- (2) 250萬。

2、當季可保留額度=(113年同結算季之校正後一般服務收入—當季費用年月一般服務點數)。

3、每一結算季之一般服務費用申報期限前，可向本組申請該季需預借或保留額度，並於保留額度之需使用季別結算前，來函敘明使用方式(如：第2季原保留額度○元全數用於第3季結算)。前揭額度最遲於114年 Q4結清，以達當年度自身總可用額度固定。

(四) 「暫時性住院容量調整」下修基期及未來期別同額預算回補：

1、基期調整方式：

申請 程序	1、於關床季當季結算(季末月 10 日)前來函申請，檢送關床床號、關床日數等資料並說明理由。 2、考量關床期間可能跨季，若欲下修多季別額度，需於函文中述明。
----------	---

適用 病床 別、 啟動 條件	病床別	條件(關床當季單週最低關床床數)
	急性一般病床 精神急性一般病床	300 床以上：關 $\geq$ 30 床 100~299 床：關 $\geq$ 20 床 99 床以下：關 $\geq$ 10 床
	加護病床	關 $\geq$ 9 床 限常設有 24 小時急診之地區以上層級醫院適用
計算 公式	關床下修基期額度= Σ 各病床關床日數*占床率*平均每人日點數*(1-淨核減率)	
占床 率	帶入上開計算公式： 1、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） 2、如該院當期值低於前述同儕第25百分位值，改採該院當期值 註1：計算公式： $= \frac{\text{申報該類病床醫令總數}}{\Sigma \text{當月天數} \times \text{當月該類病床數}}$ 註2：計算區間：關床季之前兩季(費用年月)；申請下修多季別時，各季別皆採相同之計算區間，即為初始關床季之前兩季。	
平均 每人 日點 數	帶入上開計算公式： 1、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） 2、如該院當期值低於前述同儕第25百分位值，改採該院當期值 註1：計算公式： ✓ 急性一般病床 = $\frac{\text{單純入住急性一般病床之住院案件醫療點數(排除給付類別為9者)}}{\text{總住院人日數}}$ ✓ 精神急性一般病床 = $\frac{\text{單純入住精神急性一般病床之住院案件醫療點數}}{\text{總住院人日數}}$ ✓ 加護病床 = $\frac{\text{入住加護病床之住院案件醫療點數}}{\text{總住院人日數}}$ 註2：計算區間：關床季之前兩季(費用年月)；申請下修多季別時，各季別皆採相同之計算區間，即為初始關床季之前兩季。	
淨核 減率	該院關床季之前兩季住診整體淨核減率之平均值	
備註	「關床」定義：各院各病床號連續 10 週未使用。	

2、恢復服務時，於當季結算(季末月10日)前來函申請前項下修之額度歸還，惟僅限歸還至「下修季別之來年同期」(如：下修於114年 Q4，則恢復服務時僅可同額歸還於115年 Q4)。

二、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，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、特定排除列計項目：

(一) 計算各院當季一般服務超額點數前，先予排除列計，保障給付。

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

註：僅114年 Q2及 Q4需計算當年度風險移撥款分配情形

(三) 給付項目：

1、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「特定排除列計項目(D類)」

2、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＝
$$\frac{\text{基期住診實際收入} \times \frac{\text{精神科住診案件點數}}{\text{住診整體案件一般服務點數}}}{\text{基期精神科住院人日}}$$

因精神科長效針劑自111年起列入專款專用排除，故計算精神科住診案件點數時，排除精神科長效針劑費用

(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

3、擴床醫院：依附件一南區擴床原則辦理。

4、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

(1) 案件定義：住院安寧療護、住院安寧共照、安寧緩和諮詢暨預立醫療照護諮商費、PAC 住院下轉個案詳見排除費用項目說明「特定排除列計項目(D類)」，急重症病患醫療照護需求詳見附件二。

(2) 採計費用＝各項目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。

5、其他屬醫院總額一般服務預算，依醫院總額研商議事會議決議、並經南區醫院總額共管會議討論納入計算之特定項目。

三、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)—特定排除列計項目，小於0者以0計。

註：僅114年 Q2及 Q4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、DF、E2、E3，及診察費=0、醫令補報之個案														
		門診人次	20%															
		醫師人數	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	5%	依申報資料歸戶而得，為免極端值影響，件數及費用均達全南區醫師歸戶 P15以上才列入計算														
	價	門診 CMI	100%	(1) 公式 = $\frac{\text{採計件數之 CCS 總權重}}{\text{採計件數}}$ (2) 排除案件分類01、A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、D4、BA、DF、E2、E3，及診察費=0、醫令補報之個案 (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： <table><tr><th>當期</th><th>基期</th><th>CCS 權重檔年份</th></tr><tr><td>114Q1</td><td>113Q1</td><td>112年</td></tr><tr><td>114Q2</td><td>113Q2</td><td>113年</td></tr><tr><td>114Q3</td><td>113Q3</td><td>113年</td></tr><tr><td>114Q4</td><td>113Q4</td><td>113年</td></tr></table>	當期	基期	CCS 權重檔年份	114Q1	113Q1	112年	114Q2	113Q2	113年	114Q3	113Q3	113年	114Q4	113Q4
當期	基期	CCS 權重檔年份																
114Q1	113Q1	112年																
114Q2	113Q2	113年																
114Q3	113Q3	113年																
114Q4	113Q4	113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，及醫令補報之個案														
		住院人日	60%															
		護理人數	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 (皆為成長率)	權重	操作型定義															
	價	住診 CMI	100%	(1) 公式 = $\frac{\text{採計件數之 RW 總值}}{\text{採計件數}}$ (2) 排除案件分類 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ、7，及給付類別9、醫令補報之個案 (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： <table><tr><th>當期</th><th>基期</th><th>RW 採用年份</th></tr><tr><td>114Q1</td><td>113Q1</td><td>皆採113上半年</td></tr><tr><td>114Q2</td><td>113Q2</td><td>皆採113上半年</td></tr><tr><td>114Q3</td><td>113Q3</td><td>皆採113下半年</td></tr><tr><td>114Q4</td><td>113Q4</td><td>皆採113下半年</td></tr></table>	當期	基期	RW 採用年份	114Q1	113Q1	皆採113上半年	114Q2	113Q2	皆採113上半年	114Q3	113Q3	皆採113下半年	114Q4	113Q4	皆採113下半年
當期	基期	RW 採用年份																	
114Q1	113Q1	皆採113上半年																	
114Q2	113Q2	皆採113上半年																	
114Q3	113Q3	皆採113下半年																	
114Q4	113Q4	皆採113下半年																	
門住合計	價	支付標準	100%	(1) 公式 = $\frac{\text{支付標準調整差額}}{\text{基期一般服務點數}}$ (2) 支付標準調整差額：以下兩大類合計 I. 當期新增及調整支付且屬一般服務預算(非屬專款或代辦項目等)之支付標準醫令： <table><tr><th>調整類型</th><th>既有醫令 單價調整</th><th>當期新增醫令</th></tr><tr><td>採計方式</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> II. 機械手臂輔助手術： i. 採計比照健保給付胸（腹）腔鏡手術項目表如附件三，醫事類別22(住院)、案件分類1~7、醫令類別2、X、Z，並排除不適 Tw-DRGs 案件特殊註記為9之案件 ii. 採計費用＝當期相較於基期增減之比照申報醫令點數	調整類型	既有醫令 單價調整	當期新增醫令	採計方式	(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									
調整類型	既有醫令 單價調整	當期新增醫令																	
採計方式	(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																	

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) 各項成長率指標值，倘南區值為負成長，則皆改採各院值—南區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%。

(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) 指標加權成長率＝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，[0階+超額]較基期一般收入成長率(Y)為排除交付費用、自墊核退、之前季別核付金額及特定排除列計項目費用後，相較基期一般收入之成長率，各院合理成長率(A)為該院指標加權成長率與階1上限之較小值，若<0則以0計。

(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。

醫院整體成長率(Z)為南區所有醫院當期一般服務點數相較基期一般收入之成長率，階1上限及階2、階3的級距經下表計算後，所有醫院皆同。

(五) 階1上限及階2、3級距依醫院整體費用成長率之連動規則如下表：

調整項目	[0 階+超額]較基期一般收入成長率(Y)				
	Y ≤ 2.5%			Y > 2.5%	
階 1 上限	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%

(六) 個別醫院合理成長：依「執登醫師數成長率＋護理人數成長率」、「指標加權成長率減合理成長率之差額」，再給予個別醫院階1級距可增加值

執登醫師數成長率＋護理人數成長率(v)					
0% < v ≤ 2%		2% < v ≤ 5%		v > 5%	
(指標加權成長率—合理成長率) (w)	階1 級距 增加值	(指標加權成長率—合理成長率) (w)	階1 級距 增加值	(指標加權成長率—合理成長率) (w)	階1 級距 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%
		9.0% < 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%

四、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—先前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1)—特定排除列計項目

註1：僅114年 Q2及 Q4需計算當年度風險移撥款分配情形。

註2：針對基期(季)實收≤6,000萬之醫院，先行保留個別醫院相較自身基期之結餘額度，作為「小型醫院費用波動」調控機制預算。

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

(二) $B > C$ ：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	階2	階3
點值上限	0.85	0.55	0.3	0.9	0.6	0.35	0.95	0.65	0.4

若階 1、階 2、階 3 給付點值上調至 0.95、0.65、0.4 仍有剩餘預算，將續依階 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。

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) $B < C$ ：意即預估預算不足

1、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、0.40、0.15、0

2、經上述調整後，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。

3、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，故參酌過往幾季結算經驗，將平均點值控制在1.005~0.99之間即可，因此當 $B < C$ (即預算不足額度)未達8,000萬時，將不下修各階給付點值作業。

五、為利財務穩定，並使南區醫院當季可支應超額分階額度餘裕、提高超額分階帶入點值，醫院交付處方箋醫療費用以較基期成長7%為限，惟併入總費用後，未超出基期則不核減。

計算方式：「交付成長>7%應扣減數額」與「當期(一般服務點數+交付)相較於基期(一般服務收入+交付)超出數額」取較小值核扣。

六、針對門診月申報<50萬（信一骨科、世華、全生等3家）醫院，得於該院114年1月之費用案件申報前，提出申請將門診費用排除於本方案依基期一般服務收入

為基準之核算方式，住院費用之基期收入依基期門住核定點數占率拆分後，仍依本方案進行核算，惟該院不得再申請「自主季間風險調控額度」。

門診申請獨立核算之醫院，依醫院之需求進行三審一或逐月審之隨機抽樣審查，並依規定放大回推。當季審查後之一般服務點數(核+部-排除)，在依門診占率拆分之基期收入內，仍以一點一元支付，超出原基期點數之點值以0.93元/點支付，且最多每季支付以150萬為上限。

對於上開季上限額度仍不足以支應之醫院，應另提計畫送交共管會及南區分會審查後再議。

七、「小型醫院費用波動」調控：經方案伍之四計算各院方案核付點值後，~~針對基期(季)實收 $\leq 6,000$ 萬之醫院中點值未達0.9且未申請方案伍之六者，上調其點值至0.9。預算不足採浮動調整，倘剩餘則回歸整體點值。依序進行下列調整，如回補至某規模級距醫院無足額時，該級距醫院採浮動調整：~~

(一) 針對基期(季)實收 $\leq 6,000$ 萬之醫院：

1、點值未達0.9且未申請方案伍之六者，上調其點值至0.9。

2、倘有剩餘，繼續上調其點值至0.95。

(二) 如仍有剩餘，依序回補各規模級距醫院點值至0.9，回補醫院規模級距之順序如下：6,000萬~1.5億→1.5億~3億→3億~5億→>5億。

(三) 倘前項(二)醫院皆已回補至點值0.9後仍有剩餘，則回歸整體點值。

八、各醫院最終超額分階給付點數和原始超額點數之差額、本方案陸之一歸戶人數負成長情形下修基期收入(0階)數額、以及本方案伍之六獨立核算之門診核定數額與一般服務點數差額，將進行追扣，並依門診、住院各費用年月之「核+部—排除」的比率進行分攤。以上核減不得提出申復、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114年 Q1一般服務費用申報期限至114年5月底前。

十、114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 CMI 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 × D × (F-G) × 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，倘醫院同意繳回率低於南區整體值，且該專案標的醫令經專業審查點數核減率 $\geq 98.0\%$ (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，惟醫院該項專案應清查件數 < 南區同儕 P25值，則不予執行。

附件一：南區醫院擴增床數採計點數執行方式

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，始得採計至當期特定排除列計項目中。	
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 ≥ 30 床 100~299床：新增 ≥ 20 床 99床以下：新增 ≥ 10 床
	加護病床	條件：新增 ≥ 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	帶入上開計算公式： 1、採同類床同儕第50百分位值（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） 2、如該院當期值低於前述同儕第50百分位值，改採該院當期值 ➤ 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	帶入上開計算公式： 1、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） 2、如該院當期值低於前述同儕第25百分位值，改採該院當期值 ➤ 註1：計算公式： ✓ 急性一般病床平均每人日點數 = $\frac{\text{單純入住急性一般病床之住院案件醫療點數(排除給付類別為9者)}}{\text{總住院人日數}}$ ✓ 精神急性一般病床平均每人日點數 = $\frac{\text{單純入住精神急性一般病床之住院案件醫療點數}}{\text{總住院人日數}}$ ✓ 加護病床平均每人日點數 = $\frac{\text{入住加護病床之住院案件醫療點數}}{\text{總住院人日數}}$ ➤ 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	
監測機制	1、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，即停止採計 2、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) 3、當季住診歸戶人數(倘南區整體值為負值，則採校正後數據)需較基期成長 4、醫院需維持評鑑住院醫護人力，以維持照護品質 5、計算「新增病床實際占床率」：當季該類病床總住院人日數扣除新增病床前之占床率換算之總住院人日，再計算出新增病床實際占床率 6、經評估上開2~5後，本組得於該季點數核定時扣減採計點數	

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，支持偏鄉急重症醫療。

貳、計畫期間與預算

自 114 年 1 月 1 日起至 114 年 12 月 31 日止。

預算設定比率為轄區當季一般總額預算之 0.4%。

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 0.4% 為最高採計額度，倘超過則先予保障符合 114 年醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則之醫院採計費用，餘額度再續執行其他各院浮動調整。

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. 第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 D05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或「主或任一次診斷為 I11.0、I13.0、I13.2」，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

附件三：「機械手臂輔助手術」比照健保給付胸（腹）腔鏡手術項目表

序號	機械手臂輔助手術	比照健保給付胸（腹）腔鏡手術項目
1	肝部分切除術	75025B 腹腔鏡肝部分切除術
2	肝區域切除術(一區域)	75026B 腹腔鏡肝區域切除術(一區域)
3	肝區域切除術(二區域)	75027B 腹腔鏡肝區域切除術(二區域)
4	肝區域切除術(三區域)	75028B 腹腔鏡肝區域切除術(三區域)
5	左肝葉切除術	75031B 腹腔鏡左肝葉切除術
6	擴大左肝葉切除術	75033B 腹腔鏡擴大左肝葉切除術
7	右肝葉切除術	75030B 腹腔鏡右肝葉切除術
8	擴大右肝葉切除術	75032B 腹腔鏡擴大右肝葉切除術
9	肝臟移植—活體捐肝摘取	75034B 腹腔鏡活體捐肝摘取
10	肺葉切除術	67050B 胸腔鏡肺葉切除術
11	肺分葉切除術	67053B 胸腔鏡肺分葉切除術
12	低前位直腸切除術	74221B 腹腔鏡低前位直腸切除術
13	胰臟尾端部分切除術	75422B 腹腔鏡遠端胰臟尾端切除術
14	胰臟尾端部分切除術 -脾臟保留	75429B 腹腔鏡胰臟尾端切除術 -脾臟保留
15	胰臟體部分切除術	75423B 腹腔鏡胰臟體部分切除術
16	Whipple 氏胰、十二指腸切除術	75427B 腹腔鏡胰十二指腸切除術
17	Whipple 氏胰、十二指腸切除術-幽 門保留式	75430B 腹腔鏡 Whipple 氏胰、十二指腸切除術(幽 門保留)
18	瓣膜成形術	68015B 瓣膜成形術(加計百分之一百三十)
19	主動脈瓣或二尖瓣或三尖瓣之置換 手術	68016B 主動脈瓣或二尖瓣或三尖瓣之置換手術(加 計百分之一百三十)
20	心房中膈缺補修補術	68020B A.S.D 修補(加計百分之一百三十)
21	心房切割隔間之不整脈手術	68050B 心房切割隔間之不整脈手術(加計百分之一 百三十)
22	縱膈腔腫瘤切除術(<5cm)	70416B 胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(小於五公分)
23	縱膈腔腫瘤切除術(≥5cm)	70417B 胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(五公分以上)
24	食道再造術-以大腸重建	71220B 食道再造術-以大腸重建 併 28014C「腹腔鏡檢查」
25	食道再造術-以小腸重建	71221B 食道再造術-以小腸重建 併 28014C「腹腔鏡檢查」
26	食道切除術	71224B 胸腔鏡食道切除術
27	食道胃管重建術	71227B 胸(腹)腔鏡食道胃管重建術
28	胃亞全切除術	72048B 腹腔鏡胃亞全切除術
29	胃袖狀切除術	72051B 腹腔鏡胃袖狀切除術
30	胃繞道手術	72052B 腹腔鏡胃繞道手術
31	胃部分切除術	72054B 腹腔鏡胃部分切除術(潰瘍或腫瘤)
32	胃空腸造口吻合術	72055B 腹腔鏡胃空腸造口吻合術

序號	機械手臂輔助手術	比照健保給付胸（腹）腔鏡手術項目
33	全胃切除-併淋巴清除及腸胃重建	72058B 腹腔鏡全胃切除-併淋巴清除及腸胃重建
34	次全胃切除-併淋巴清除及腸胃重建	72059B 腹腔鏡次全胃切除-併淋巴清除及腸胃重建
35	右側大腸切除術加吻合術	73045B 經腹腔鏡右側大腸切除術加吻合術
36	乙狀結腸切除術加吻合術-良性	73046B 經腹腔鏡乙狀結腸切除術加吻合術-良性
37	乙狀結腸切除術加吻合術-惡性	73048B 經腹腔鏡乙狀結腸切除術加吻合術-惡性
38	左半結腸切除術	73057B 腹腔鏡左半結腸切除術
39	直腸癌腹部會陰聯合切除術	74224B 腹腔鏡腹部會陰聯合切除術
40	膽囊切除術	75215B 腹腔鏡膽囊切除術
41	膽管截石術	75218B 腹腔鏡膽管截石術
42	總膽管空腸吻合術	75219B 腹腔鏡總膽管空腸吻合術
43	總膽管切開摘石術(無或有T型管引流)	75220B 腹腔鏡總膽管切開摘石術（無或有T型管引流）
44	肝外膽管成形術	75222B 腹腔鏡肝外膽管成形術
45	腹壁疝氣修補術-併腸切除	75616B 腹腔鏡腹壁疝氣修補術-併腸切除
46	腹壁疝氣修補術-無腸切除	75617C 腹腔鏡腹壁疝氣修補術-無腸切除
47	鼠蹊疝氣修補術-併腸切除	75618B 腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術-併腸切除
48	鼠蹊疝氣修補術-無腸切除	75619C 腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術-無腸切除
49	腹壁疝氣修補術，嵌頓性-無腸切除	75621C 腹腔鏡腹壁疝氣修補術，嵌頓性-無腸切除
50	腹壁疝氣修補術，復發性-無腸切除	75622C 腹腔鏡腹壁疝氣修補術，復發性-無腸切除
51	鼠蹊疝氣修補術，嵌頓性-無腸切除	75623C 腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術，嵌頓性-無腸切除
52	鼠蹊疝氣修補術，復發性-無腸切除	75624C 腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術，復發性-無腸切除
53	腎臟輸尿管切除術	76030B(後)腹腔鏡腎臟輸尿管切除術
54	根治性腎切除術	76037B 腹腔鏡根治性腎切除術
55	膀胱全切除術合併骨盆腔淋巴切除術合併正位新膀胱重建	78050B 腹腔鏡膀胱全切除術合併骨盆腔淋巴切除術合併正位新膀胱重建
56	膀胱全切除術及骨盆腔淋巴切除術合併雙側輸尿管迴腸經皮分流術	78051B 腹腔鏡膀胱全切除術及骨盆腔淋巴切除術合併雙側輸尿管迴腸經皮分流術
57	陰道懸吊術	80025B 腹腔鏡陰道懸吊術
58	助骨盆腔子宮內膜異位症切除術(重度)	80031C 腹腔鏡式骨盆腔子宮內膜異位症電燒及切除-重度：子宮內膜異位症分級指數大於四十分
59	全子宮切除術	80416B 腹腔鏡全子宮切除術
60	婦癌分期手術	80424B 腹腔鏡式婦癌分期手術
61	子宮肌瘤切除術	80425C 腹腔鏡子宮肌瘤切除術
62	子宮頸癌全子宮根除術	80429B 腹腔鏡子宮頸癌全子宮根除術
63	次全子宮切除術	80430B 腹腔鏡次全子宮切除術

南區特約醫院附約－辦理「114 年南區醫院總額財務穩定方案」

- 一、 依113年南區醫院總額第2次院長會議決議，針對114年南區醫院總額財務穩定方案下各項管理機制(含後續逐季滾動調整，經南區醫院總額共管會議決議通過項目)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：

醫事機構特約章戳：

(醫療院所印章)

(負責人印章)

中 華 民 國 年 月 日