

高屏區醫院總額醫療服務審查共管會議

113年第2次會議紀錄

時間：113年12月18日（星期三）下午2時

地點：本組7樓第一會議室

主席：林組長淑華、王主任委員照元(林宗憲副院長代理)

紀錄：鍾政光

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	馬光遠委員	馬光遠
朱文洋副主任委員	朱文洋	洪志興委員	洪志興
許書雄委員	許書雄	李炫昇委員	許清漢(代)
祝年豐委員	祝年豐	陳鴻曜委員	陳鴻曜
王植熙委員	請假	林茂隆委員	陳秀華(代)
黃秋慧委員	黃秋慧	黃明典委員	黃明典
林志宏委員	陳怡靜(代)	吳東霖委員	吳東霖
吳文正委員	蔡蕙如(代)	趙昭欽委員	趙昭欽
杜元坤委員	林俊農(代)	林伯聲委員	林伯聲
吳勝堂委員	吳勝堂	尤瑜文委員	陳義祥(代)

列席單位及人員

高雄長庚	駱靜蘭、林廣軒
高雄醫學大學附設醫院	歐芸螢、黃淨芳
高雄榮總	陶屏、黃瓘婷
小港醫院	張碧玉、劉靜薇
國軍高雄總醫院	鄭重男
義大醫院	王惠莉、陳雅婷
高雄市立聯合醫院	周郁芳
安泰醫院	鍾梅珍、蔡攷芳
阮綜合醫院	李秀貞
建佑醫院	張瓊月、黃思婷
馨蕙馨醫院	舒碧雯
新高鳳醫院	李堃源、曾慷芯、蕭芷楹

屏東基督教醫院	馬事佐
旗山醫院	張峻瑋、黃馨嬌
高屏分會	李怡虹
中央健康保險署高屏業務組	許碧升、郭怡姈、李金秀、邱媧穎、 張慧娟、張曉玲、詹雪娥、王麗雪、 許亦濡、劉彥均、陳祈君、葉曦之、 陳于臻、蘇家驛、周孟盈、林冠余、 廖文敬、陳民英、王永全、許意絃、 陳品涵、蕭晟儀、謝涵羿、許寧恩、 王詩雅、梁家瑋、吳奕蓁、葉宇桐、 陳美蓮、侯佳伶、戴彩如、許瑄容

壹、主席致詞：略。

貳、報告事項

第一案 報告單位:高屏分會

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：113 年高屏區醫院總額共管會議委員名單異動及順位代理人報告。

決定：

一、洽悉。

二、有關 113 年共管會議委員及其順位代理人詳下表。

層級	分會幹部	委員	服務醫院	職稱	第一代理人	第二代理人
醫學中心	主任委員	王照元	高醫大	院長	戴嘉言	林宗憲
區域醫院	副主任委員	蘇主榮	安泰醫院	執行長	黃炳生	扈克勛
地區醫院	副主任委員	朱文洋	建佑醫院	執行長	張瓊月	許懷仁
醫學中心	委員	王植熙	高雄長庚	院長	陳武福	藍國忠
	委員	黃秋慧	高雄長庚	主任	陳武福	陳佩瑜
	委員	林志宏	高雄長庚	執行長	陳武福	陳怡靜
	委員	許書雄	高雄榮總	副院長	陶屏	黃瓘婷
	委員	祝年豐	高雄榮總	主任	陶屏	黃瓘婷
	委員	吳文正	高醫大	副院長	蔡蕙如	黃建民
區域醫院	委員	杜元坤	義大醫院	院長	林俊農	蔡易廷
	委員	吳勝堂	國軍高雄總	院長	王強庭	王志強
	委員	馬光遠	市立聯合	院長	賴俊煌	周郁芳
	委員	洪志興	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
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	吳東霖	屏東榮總	院長	萬樹人	管毅剛
	委員	趙昭欽	高雄秀傳	院長	梁正賢	陳威之
	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

第四案：

報告單位：高屏業務組

案由：有關 114 年「高屏區醫院總額共管會議」、「高屏區醫院總額院長座談會」召開會議時程。

說明：

- 一、延續歷年辦理模式，每半年召開一次醫院總額共管會議及院長座談會，預定日期如下表，必要時得召開臨時會議。
- 二、前述 114 年會議時間請各委員預作安排，如遇特殊情事擬變更會議時間，請高屏分會至遲於會前 2 週主動聯繫本業務組。

次數	1	2	3	4	5	6
會議 日期	114. 3. 12 (星期三)	114. 6. 12 (星期四)	114. 6. 19 (星期四)	114. 9. 11 (星期四)	114. 12. 11 (星期四)	114. 12. 18 (星期四)
會議	分區醫院總額 共管會議 第 1 次 <u>臨時會議</u>	分區醫院總額 共管會議 第 1 次會議	分區醫院總額 院長座談會 第 1 次會議	分區醫院總額 共管會議 第 2 次 <u>臨時會議</u>	分區醫院總額 共管會議 第 2 次會議	分區醫院總額 院長座談會 第 2 次會議

第五案：

報告單位：高屏業務組

案由：高屏區醫院總額 113 年第 3 季不執行攤扣。

說明：

- 一、依「高屏業務組 113 年醫院總額醫療服務審查作業原則」玖之三、(一)，點值平衡作業啟動係以預估點值與期望點值之差值估算應攤扣總點數，並經共管會議確認。
- 二、高屏區醫院總額 113 年下半年期望點值為 0.95 元。113 年第 3 季經署本部預估本區點值為 0.9765(詳 113 年第 4 次研商議事會議資料)，故本季不執行攤扣作業。

參、討論事項

第一案

提案單位：高屏業務組

案由：有關「114 年高屏區醫院總額醫療服務審查作業原則」(擬如附件 1)，請討論。

說明：為強化醫院財務明確可控性、降低事後攤扣連動之不穩定性，依本署 113 年 11 月 25 日及同年 12 月 9 日召開「醫院總額分區共管方式之共識討論會議」決議，各分區模擬比照南區以分階折付規劃 114 年度醫院總額管理方案辦理。

決議：

- 一、同意「114 年高屏區醫院總額醫療服務審查作業原則」，並

自 114 年第 1 季起實施；各醫院 114 年第 1 季及第 2 季參照基期分別以 113 年第 1 季及第 2 季校正後之一般服務收入計算；114 上半年分區預算以每點 0.98 元為目標進行分階折付。

二、該作業原則待部分文字修訂後於 114 年 1 月 8 日(星期三)召開共管臨時會議報告確認，另於 114 年 1 月 15 日(星期三)召開轄區醫院院長座談會佈達。

第二案

報告單位:高屏業務組

案由：有關高屏區「114 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」，請討論。

說明：

一、依本署公告「113 年醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則」，經核定偏遠地區之醫院，若未選擇參加「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」，得依該認定原則給予一般服務點數之點值保障(浮動點數以前一季各區門住診平均點值核付費用)。

二、113 年高屏區偏遠地區之醫院認定原則經公告內容如下（各分區認定原則如附件 2）：距後送醫院（醫學中心）之交通距離 >40 公里（以 Google 地圖搜尋）且呼吸照護費用佔全院費用比率 $<30\%$ 之醫院且未有經停止特約、終止特約處分醫院，排除參加「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」醫院。依前述原則高屏區 113 年提報屏安醫院、佑青醫院、迦樂醫院等 3 家醫院。

三、依據「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」陸~四規定：同時符合本計畫及「醫院總額結算執行架

構之偏遠地區醫院認定原則」之醫院，兩者應擇一保障，不得重複。113 年度本轄區參加提升計畫醫院計 28 家(附件 3)。

決議：維持 113 年分區認定原則，照案通過。

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

114 年醫院總額醫療服務審查作業原則(初稿)

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。
- 二、依 113 年 12 月 18 日「高屏區醫院總額醫療服務審查共管會」暨 113 年 12 月 XX 日「高屏區醫院總額院長座談會」決議事項辦理。

參、實施範圍與期間

- 一、高屏業務組轄區內所有特約醫院均需參與並簽立附約。**
- 二、自費用年月 114 年 1 月起至費用年月 114 年 12 月止。
- 三、當季如發生經政府認定之重大疫情或嚴重災害等情形，中央健康保險署公告調整醫院總額費用審查或結算措施時，本原則得隨之修正變動。

肆、醫院類別定義

- 一、新成立醫院：自特約日當季及有完整季申報資料之第 1-12 季。**
- 二、涉及違規醫院：係指醫院(含負責醫師)於該費用季別經本署處以停(終)約或有司法判定結果者(自第一次處分函所載處分日起算)；如屬受檢調偵查或疑涉虛浮報經本署查核中且未能排除須受停終約處分或部分診療科別停(終)約者。
- 三、澎湖縣及恆春鎮醫院：

醫事機構代碼	醫事機構名稱
0143040019	衛生福利部恆春旅遊醫院
1143040010	恆基醫療財團法人恆春基督教醫院
0943040015	南門醫療社團法人南門醫院
0144010015	衛生福利部澎湖醫院
0544010031	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處
1144010016	天主教靈醫會醫療財團法人惠民醫院

伍、基期收入

- 一、費用範圍(排除範圍如附件一)：基期之當季門、住診送核、補報、申復、追扣、補付、爭議審議核定案件之一般服務收入。
- 二、計算方法：

(一)各院基期收入=各院佔率*轄區基期校正後一般服務總收入，門、住診分別計算再加總，再依高屏醫院總額共管會議決議之點值調整。

(二)基期校正及佔率計算方式：

<u>基期季別</u>	<u>轄區基期門診、住診校正後一般服務總收入定義(A)</u>	<u>各院基期門診、住診校正後一般服務收入定義(B)</u>	<u>各院佔率</u>
<u>第1季</u>	<u>高屏區基期核定之一般服務總收入扣除 PVA 金額</u>	<u>各院基期核定之一般服務收入+基期使用生物相似性藥費差額回饋點數</u>	
<u>第2季</u>			
<u>第3季</u>			
<u>第4季</u>	<u>高屏區基期核定之一般服務總收入扣除以下兩項金額： 1、PVA 金額 2、風險移撥款金額</u>	<u>各院基期核定之一般服務收入扣除風險移撥款後+基期使用生物相似性藥費差額回饋點數</u>	<u>(B)÷(A)</u>

註：各院依照「全民健康保險推動使用生物相似性藥之鼓勵試辦計畫」計算於基期季別使用生物相似性藥物之藥費差額回饋點數。

三、新成立醫院：

(一)自特約日當季及有完整季申報資料之第1-4季，基期收入另行計算。

(二)計算原則如下，並得依新醫院病床開設期程另行商訂：

- 1、住診額度：依據本署醫管檔之急性病床(急性一般病床、急性精神病床)、特殊病床(加護病床)開放床數，參考高屏區同規模醫院之平均每床醫療費用及佔床率計算住診額度。
- 2、門診額度：依據前述公式計算之住診額度及轄區同規模醫院之門診占比據以計算。

陸、醫療費用審查作業

一、審查管理類別：

<u>醫院類別</u>	<u>審查管理類別</u>
<u>新成立醫院</u>	<u>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。</u>
<u>涉及違規醫院</u>	<u>逐月抽審</u>
<u>全部醫院(排除新成立及涉及違規醫院)</u>	<u>審一推二</u>

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期收入比較之成長率決定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)基期收入成長率=(各院當季申報門住診合計一般總額醫療服務點數÷各院基期收入-1)，計算至小數點以下第1位，第2位四捨五入。

(三)審查分級表：

<u>分級</u>	<u>當季申報一般總額醫療服務點數(X)</u>			<u>隨機案件送審比例</u>	<u>CIS立抽案件送審比例</u>
	<u>X≤1億</u>	<u>1<X≤3億</u>	<u>X>3億</u>		
<u>A</u>	<u>0%<X≤3.0%</u>	<u>0%</u>	<u>0%</u>	<u>0%</u>	<u>0%</u>
<u>B</u>	<u>3%<X≤5.0%</u>	<u>0%<X≤3.0%</u>	<u>-</u>	<u>0%</u>	<u>10%</u>
<u>C</u>	<u>5%<X≤6.0%</u>	<u>3%<X≤4.0%</u>	<u>0%<X≤2.0%</u>	<u>0%</u>	<u>30%</u>
<u>D</u>	<u>-</u>	<u>4%<X≤5.0%</u>	<u>2%<X≤3.0%</u>	<u>0%</u>	<u>50%</u>

分級	當季申報一般總額醫療服務點數(X)			隨機案件送審比例	CIS 立抽案件送審比例
	X≤1 億	1<X≤3 億	X>3 億		
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%
H	涉及違規醫院			100%	100%
I	新成立醫院	自成立起至第 1-2 季		100%	100%
		第 3-4 季		75%	100%
		第 5-8 季		50%	依規模及成長率決定
		第 9-12 季		30%	
J	澎湖縣醫院			100%	100%

三、為瞭解保險醫事服務機構醫療服務品質及適當性，下列醫院審查方式如下：

- (一)經高屏業務組函覆核備之擴床醫院，當季住診需加抽 5%隨機案件。
- (二)如當季醫院服務科別有變動、向高屏業務組核備關閉病床或經監測占床率持續下降，高屏業務組得視檔案分析結果加強審查。
- (三)如醫院於費用年月第 1-3 季皆未執行 CIS 電腦立意抽審，則需於費用年月第 4 季執行 CIS 案件送審 10%。

四、專案篩異管理：依全國或高屏區檔案分析結果，回饋篩異明細予醫院自行清查、執行專業審查或實地審查，依下表計算應追扣醫療服務點數。

<u>專案啟動時 執行方式</u>	<u>未自清案件另抽樣專審</u>	<u>篩異案件逕抽樣專審</u>
<u>回推母體</u>	<u>未自清案件</u>	<u>篩異案件</u>
<u>各院回推計 算公式</u>	<ol style="list-style-type: none"> <u>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))。</u> <u>2.回推核減點數=樣本核減率*未自清案件總醫療服務點數(申請點數+部分負擔)。</u> 	<ol style="list-style-type: none"> <u>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))。</u> <u>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)。</u>
<u>專案追扣醫 療服務點數 計算方式</u>	<u>自清點數+回推核減點數</u>	<u>回推核減點數</u>
<u>行政救濟</u>	<u>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。</u>	

柒、每月申報及核定事項：

- 一、為避免季末成長折算之追扣造成醫院財務衝擊，各醫院門診及住診每月核定點

數別以門診及住診基期收入*(1+2%)三分之一之月核定上限為原則，新成立醫院有完整季申報資料之第1-4季亦比照執行。

- 二、凡屬繼續住院案件，其醫療費用應以2個月(不超過62天)切帳申報為原則，如有不符上述情形之特殊案件須於申報月併同申報總表向高屏業務組申請核備，未申請者，相關點數核定為0。
- 三、當季門、住診補報應於次季第二個月20日前完成，逾期核定為0。

捌、各醫院核定點數採分階計算之計算方式：

- 一、基期收入(0階)以高屏醫院總額共管會議決議之點值計算。
- 二、特定排除列計項目：本階段總給付不得超過各院「當期申報一般服務點數-基期收入(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
<u>生產</u>	<u>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。</u>	1、 <u>非新成立醫院：較去年同期申報點數成長差值予以加計。</u> 2、 <u>新成立醫院：當季生產案件之醫療費用點數。</u>
<u>安寧療護</u>	<u>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</u>	1、 <u>非新成立醫院：較去年同期申報點數成長差值予以加計。</u> 2、 <u>新成立醫院：當季安寧療護案件之醫療費用點數。</u>
<u>C肝全口服新藥治療</u>	<u>申報C肝全口服新藥治療案件之病患歸戶人數</u>	1、 <u>非新成立醫院：較去年同期人數成長差值，每人予以加計10,410檢查費用點數。</u> 2、 <u>新成立醫院：每人予以加計10,410檢查費用點數。</u>
<u>呼吸器依賴</u>	<u>1、住診案件分類為1-7。 2、給付類別=9(呼吸照護)、醫令類別為2、醫令代碼為P1005K、P1006K、P1007A、P1008A、P1011C、P1012C案件之申請點數+部分負擔點數。</u>	1、 <u>當季較去年同期新增個案產生之醫療費用成長差值依下列方式予以加計：</u> (1) <u>個案有接受住院緩和醫療家庭諮詢或安寧療護服務：較同期成長差值點數予以加計。</u> (2) <u>個案未接受住院緩和醫療家庭諮詢或安寧療護服務：較同</u>

<u>項目別</u>	<u>操作型定義</u>	<u>給付方式</u>
		<p style="color: red;">期成長差值點數*0.90 後予以加計。</p> <p style="color: red;">2、本項新成立醫院自特約日當季及有完整季申報資料第1-4季不適用。</p> <p style="color: red;">3、本項排除以2,000萬點為上限。</p>

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 1億點。

2、定義：附件二。

3、計算方法：

(1)澎湖縣及恆春鎮醫院：化療事審與急重症醫療點數分別計算較該項去年同期成長差值80%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。

(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成長差值50%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。

(3)如轄區全數醫院計算結果超出預算上限，則分配方式先扣除澎湖縣及恆春鎮醫院之排除列計點數後，再依據各醫院可排除點數占率計算實際可排除點數。

(三)病床擴增額度加計：

1、預算：每季上限 5,000萬點。

2、申請及執行方式：如附件三。

三、超額分階折付：

(一)釋出處方醫療費用管理：

1、為穩定分階折付可支用預算，各家醫院當季釋出處方醫療費用點數以較基期成長3%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*1.03%)，如差值 ≤ 0 以0列入計算。

(2)差值>0之醫院，如該院當季申報一般總額醫療服務點數+當季釋出處方醫療費用點數未超出該院基期收入(0階)則不核減。

(二)超額分階支付預算(A)=當季就醫分區預算(估算值)-Σ(各院基期收入(0階)-Σ(澎湖縣醫院當季超額點數)-當季釋出處方醫療費用點數-特定排除列計項目-其他必要支出(如：非當季核定點數、自墊醫療費用核退、他區交付之高屏之釋出處方醫療費用…等))。

(三)各院超額情形

- 1、超額點數公式=當季申報一般總額醫療服務點數-基期收入(0階)- Σ (捌、二、特定排除列計項目總計)-當季醫療費用審查核減點數(依據陸、一、二、三辦理之程序審查及醫療費用審查)，如計算結果 ≤ 0 以0列入計算。
- 2、超額成長率=超額點數÷基期收入(0階)。

(四) 醫院合理成長率(B)：

- 1、醫療服務供給面成長率：指標項目與操作型定義如附件四，計算公式如下。
 - (1)門診指標成長率=門診人數成長率×60%+門診人次成長率×10%+專任醫師人數成長率×20%+看診醫師人數成長率×10%+門診CMI成長率*100%。
 - (2)住診指標成長率=住院人數成長率×20%+住院日數成長率×55%+護理人員數成長率×20%+平均每件住院日數達標與否×5%+住診CMI成長率*100%。
 - (3)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。
- 2、支付標準調整率：如附件四
- 3、品質指標達成率：
 - (1)指標項目：如附件五。
 - (2)成長率上限：2%。
 - (3)依全署政策推動方向訂定指標項目及指標分數，並依高屏或全國同儕值訂定指標目標值，個別醫院如達成品質指標即可取得指標成長率。
 - (4)新成立醫院：
 - A、自特約日當季及申報完整之第1-4季應比照其他醫院訂定品質管理指標。
 - B、新成立醫院自特約日當季及申報完整之第1-4季經計算有超額點數，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)=(醫療服務供給面成長率+支付標準調整率+品質指標達成率)，計算至小數點下1位，第2位四捨五入。
- 5、各院合理成長率計算結果與階1上限值取較小值計算，並以[0階+超額]較基期一般服務收入成長率(Y)為上限，若計算結果 <0 則以0計算。

(五) 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÷高屏基期一般服務收入-1。
- 2、級距表：

		[0階+超額]較基期一般服務收入成長率(Y)			
階1 上限	Y $\leq 2.5\%$	Y $>2.5\%$			Y
		2.5%			
調整 項目	醫院整體成長率(Z)				
	Z $\leq 4\%$	4% $<Z\leq 5\%$	5% $<Z\leq 6\%$	6% $<Z\leq 7\%$	Z $>7\%$

階 2 級距	<u>2.0%</u>	<u>2.5%</u>	<u>3.0%</u>	<u>3.0%</u>	<u>3.0%</u>
階 3 級距	<u>2.0%</u>	<u>2.0%</u>	<u>2.0%</u>	<u>2.5%</u>	<u>3.0%</u>

(六)超額分階支付金額預估：

1、階 2、階 3 級距暫定為 3%。

2、各家醫院分階支付金額計算：

(1)各家醫院超額成長率依據醫院合理成長率(B)及暫定階 2、階 3 級距分為不同區間，各區間分別代入支付點值後計算各院各階支付金額。

(2)新成立醫院超額點數以點值 0 支付。

3、轄區超額分階支付預估總金額(C)= Σ (各院各階支付金額)。

4、各階區間及支付點值表：

分階	階 1	階 2	階 3	階 4
區間	<u>0%~(B)</u>	<u>(B)~(B)+3%</u>	<u>(B)+3%~(B)+6%</u>	<u>>(B)+6%</u>
支付點值	<u>0.75</u>	<u>0.5</u>	<u>0.25</u>	<u>0</u>

四、超額分階支付預算(A)與分階支付預估總金額(C)不平衡之調校方式：

(一)如超額分階支付預算(A)-分階支付預估總金額(C)等於 0 則不執行調校作業。

(二)預算剩餘：

1、定義：超額分階支付預算(A)-分階支付預估總金額(C)>0。

2、調校方式：依序上調階 2、階 3 支付點值至剩餘預算用罄，階 4 支付點值仍維持 0。

3、支付點值調整表：依據下表調整支付點值，惟如階 1 調升為 0.85 後，階 2 調升至 0.52 剩餘額度已用罄，則各階給付點值為階 1-0.85、階 2-0.52、階 3-0.25。

分階	二次調整			三次調整				
	階 1	階 2	階 3	階 1	階 2	階 3		
支付點值	<u>0.85</u>	<u>0.55</u>	<u>0.3</u>	<u>0.9</u>	<u>0.6</u>	<u>0.35</u>	<u>0.95</u>	<u>0.65</u>

(三)預算不足：

1、定義：超額分階支付預算(A)-分階支付預估總金額(C)<0。

2、調校方式：依序下調階 3、階 2 支付點值至預算與支出平衡。

3、支付點值調整表：依據下表調降支付點值，惟經二次調整階 3 點值下調至 0.15 仍無法平衡，則依共管會議決議辦理。

分階	一次調整			二次調整	
	階 3	階 2	階 1	階 3	階 2
支付點值	<u>0.2</u>	<u>0.45</u>	<u>0.7</u>	<u>0.15</u>	<u>0.4</u>

五、各醫院超額追扣：

(一)各院需追扣差值公式：各院超額點數(依據捌、三、(三)、1 計算結果)-各院

最終超額分階給付點數總計(依據捌、四計算結果)。

(二)追扣作業：前述差值依據各院當季各月門診(醫事類別 12)及住診(醫事類別 22)申報之一般總額醫療服務點數佔率分別追扣。

六、季結算核定：

(一)各院計算公式=當季門(住)診實際醫療點數-當月程序審查核減點數-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-當月程序審查核減點數-專業審查初核核減點數(依 112 年 9 月 8 日高屏區醫院總額醫療服務審查共管會第 1 次臨時會議決議辦理)。

(三)當季醫院及交付機構之送核、補報、申復、爭議審議、追扣及補付，均納入各醫院核定點數計算。

玖、其他

一、各家醫院依本作業原則追扣之釋出處方醫療費用點數(依據捌、三計算結果)及超額追扣點數(依據捌、五計算結果)，不得提出申復、爭議審議及行政訴訟等行政救濟程序。

二、為了解醫院門診開診情形，請於每月最後一週填報次月門診各科別開設診次表，並將電子檔郵寄予承辦人。

三、實施期間如有民眾申訴或新聞報導有拒絕收治重症患者或不當轉診情形，其基期收入(0 階)改以點值 0.95 給付。

四、實施期間醫院如有以下事項，高屏業務組得於季結算前提案共管會議合理調整其基期收入(下修 0 階收入)：

(一)醫院服務量明顯減少不符 0 階收入。

1、就醫人數監測：

(1)異常定義：該院醫療服務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÷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期收入(0 階)。

(二)新成立醫院如實際開床情形不如預期或占床率低於同儕者，高屏業務組得於季末前提案共管會議下修基期收入。

(三)經檔案分析或費用審查發現異常，疑有申報不實、損及民眾權益情事或違反

相關法令規定者。

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

五、醫院因配合政策所致醫療服務之風險變動(如：疫情流行、重大災難等)，高屏業務組得依評估結果擬定當季醫療服務點數不列計項目。

六、高成長貢獻(含新成立醫院)或檔案分析異常醫院，高屏業務組將移請醫院總額委託團體進行輔導，請醫院準備相關資料進行說明。

七、本作業原則如有未盡事宜或本署另訂有相關管理辦法，仍依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」及相關規定等辦理。

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組
114 年醫院總額醫療服務審查作業原則(初稿)
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. 居家照護(案件分類 A1)、精神疾病社區復健(案件分類 A2)、安寧居家療護(案件分類 A5)、護理之家居家照護(案件分類 A6)、安養養護機構院民之居家照護(案件分類 A7)、性病患者全面篩檢愛滋病毒計畫(案件分類 B1)、職災(案件分類 B6)、門診戒菸(案件分類 B7)、精神病人強制處置(案件分類 B8)、孕婦全面篩檢愛滋計畫(案件分類 B9)、無健保結核病患就醫案件(案件分類 C4)、**嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件(案件分類 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. 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 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、93)、定量免疫法糞便潛血檢查(醫令代碼 85)、成人預防保健(醫令代碼 21~28、L1001C)、口腔黏膜檢查(醫令代碼 95、97)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：醫令代碼 20(醫令類別 2)之醫令點數加總。
5. 初期慢性腎臟病醫療給付改善方案：醫令代碼(醫令類別 2)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：醫令代碼(醫令類別 2)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：醫令代碼 01、02、03、04、05、06、07(醫令類別 2)之醫令點數加總。

8. 孕婦產前健康照護衛教指導服務方案：醫令代碼 98、99(醫令類別 2)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：醫令代碼 P5203C、P5204C(醫令類別為 0)之醫令點數加總。
 - (2)失智症門診照護家庭諮詢費：主診斷碼為失智症病患且醫令代碼 P5201C、P5202C(醫令類別為 0)之醫令點數加總。
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. COVID-19 檢驗費：案件分類 D2 且醫令代碼 E5002C、E5003C、E5004C、E5005C 之醫令點數加總。
 12. 遠距醫療給付計畫-遠距會診費(其他)：案件分類為 07，且任一特定治療項目代號為 GC，且醫令代碼為 P6601C~P6606C(醫令類別為 0)之醫令點數。
 13. 兒童發展篩檢服務：醫令代碼 7A~7F(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 之申請點數十部分負擔點數。
 2. 精神病嚴重病人送醫及強制住院案件：案件分類 B1 之申請點數十部分負擔點數。

3. 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。
4. 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。
- 5、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。
6. 低收入戶住院膳食費：案件分類 DZ 之申請點數 + 部分負擔點數。

(三) 門住診：

1. 全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：
 - (1) 門、急診：門診醫療服務點數清單「特定治療項目代號」為「JA：收容對象醫療服務計畫—矯正機關內門診」或「JB：收容對象醫療服務計畫—戒護就醫」之醫療服務點數。
 - (2) 住院：住院醫療服務點數清單「醫療服務計畫」為「K：收容對象醫療服務計畫」之醫療服務點數。
2. 狂犬病治療藥費

門診醫令類別 1、住診醫令類別 1 或 Z 之醫令代碼點數加總(不含非總額部門案件)，醫令代碼如下：

K000894214、X000126214、X000127266、X000128210、X000129209、KC00894214、KC00969214、XC00169266。

3. 全民健康保險急性後期整合照護計畫：

- (1) 門診整合式照護計畫註記為「1、N、3、4、5、6」；住診試辦計畫代碼為「1、2、3、4、5、6」；且醫令代碼為 P5113B、P5114B、P5115B、P5117B、P5118B、P5123B、P5124B、P5125B、P5126B、P5127B、P5128B、P5504B、P5505B、P5516B、P5517B、P5135B、P5132C 之醫令點數加總。
- (2) 各類急性後期照護其餘之費用(非屬前開門診整合式照護計畫註記；住診試辦計畫代碼者)：醫令代碼為 P5132、P5113、P5118、P5114、P5115、P5117、P5123、P5124、P5125、P5126、P5127、P5128(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數加總。

二、專款專用項目

- (一) 「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款操作型定義(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。)
1. 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。

2. 器官移植專款費用涵蓋範圍：

- (1) 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)。
- (2) 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)。
- (3) 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，因已當次住院皆計入，不再計算抗排斥藥費)。

A、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)。

B、抗排斥藥之藥品醫令碼(醫令類別 1 或 Z)：

- a. ATC 碼為 L04AA03、L04AA04、L04AA06、L04AA10、L04AA18、L04AD02、L04AD01。
- b. 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。

(二) 門住診罕見疾病：

1. 罕病藥費：

- (1) 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)。

(2)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))。

2. 罕病特材：

(1)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。

(2)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。

(3)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)。

(三)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)。

(四) 醫療給付改善方案之管理照護費：

1. 糖尿病：案件分類 E1 且醫令代碼為 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C(醫令類別 2)之醫令點數加總。

2. 氣喘：案件分類 E1 且醫令代碼為 P1612C、P1613C、P1614B、P1615C(醫令類別 2)之醫令點數加總。

3. B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤：案件分類 E1 且醫令代碼為 P4201C、P4202C、P4203C、P4204C、P4205C(醫令類別 2)之醫令點數加總。

4. 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)」、醫令代碼為 P5301C(醫令類別 2)之醫令點數加總。

5. 慢性阻塞性肺疾病：案件分類 E1 特定治療項目代號(一)為「HF」、醫令代碼為 P6011C、P6012C、P6013C、P6014C、P6015C(醫令類別 2)之

醫令點數加總。

6. 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」、醫令代碼為 P7001C、P7002C、P7003C(醫令類別 2)之醫令點數。
7. 思覺失調症：案件分類「E1」且特定治療項目代號(一)「ES」、醫令代碼為 P7401C、P7402B、P7403B(醫令類別「2」)之醫令點數加總。
8. 孕產婦全程照護醫療給付改善方案：醫令代碼為 P3903C、P3904C、P3905C 之醫令點數加總。

(五)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。

(六)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)。

後天免疫缺乏病毒治療藥品醫令代碼詳本署全球資訊網/首頁/藥材專區/藥品/《用藥品項》7. 本署代辦衛生福利部疾病管制署後天免疫缺乏症候群治療藥品。

(七) C 型肝炎用藥：

1. 既有 C 型肝炎(HCV)藥品：

- (1)ATC 藥理分類碼為 J05AP01、L03AB04、L03AB05、L03AB09、L03AB10、L03AB11 醫令點數(醫令類別 1 或 Z)。
- (2)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。

2. C 型肝炎全口服新藥：藥品醫令代碼前六碼為 HCVDAA 之醫令點數(醫令類別 1 或 Z)。

(八)角膜處理費：醫令代碼 53034B 之醫令點數加總。

(九)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。

(十)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。

(十一)臨床藥事照護費(門住診)：醫令代碼 P6301B、P6302B、P6303B 醫令點數加總。

(十二)住院整合照護服務：醫令代碼為 P7201B(醫令類別 2、X、Z)之醫令點數加總。

(十三)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。

(十四)腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金：住診醫令代碼 58011C 和 58017C(醫令類別為 2、X、Z)之醫令點數加總。

(十五)慢性傳染病照護品質計畫：

1. 潛伏結核感染治療品質支付服務計畫：案件分類「E1」，任一特定治療項目代號「EG」，醫令代碼 P7801C(醫令類別 0)、P7802C、P7803C、P7804C(醫令類別 2)之醫令點數加總。
2. 愛滋照護管理品質支付計畫：案件分類「E1」，任一特定治療項目代號「EH」，醫令代碼 P7901C(醫令類別 0)、P7902C、P7903C、P7904C(醫令類別 2)之醫令點數加總。
3. 長照機構加強型結核病防治計畫：案件分類「E1」，任一特定治療項目代號「EJ」，醫令代碼 P8001C、P8002C、P8003C、P8004C(醫令類別 2)之醫令點數加總。

(十六)暫時性支付藥物：

1. 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。
2. 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。
3. 暫時性支付藥物一覽表★

醫令代碼	藥品名稱	ATC7 碼	生效起日	生效迄日
BC27923100	Vyndamax	N07XX08	2024/2/1	2027/1/31
KC01123243	Polivy	L01FX14	2024/2/1	2026/1/31
BC28193100	Velexbru	L01EL	2024/6/1	2026/5/31
KC01210225	Spevigo	L04AC22	2024/7/1	2026/6/30
BC27746148	Vitrakvi	L01EX12	2024/1/1	2025/11/30
BC27746155	Vitrakvi	L01EX12	2024/1/1	2025/11/30
BC27747100	Vitrakvi	L01EX12	2024/1/1	2025/11/30
BC27748100	Vitrakvi	L01EX12	2024/1/1	2025/11/30
BC28063100	Pemazyre	L01EN02	2024/1/1	2025/4/30

醫令代碼	藥品名稱	ATC7 碼	生效起日	生效迄日
BC28065100	Pemazyre	L01EN02	2024/1/1	2025/4/30
BC28064100	Pemazyre	L01EN02	2024/1/1	2025/4/30
KC01176297	Kymriah	L01XL04	2024/1/1	2026/10/31
KC01040296	Blincyto	L01FX07	2024/1/1	2025/11/30
KC01175220	Qarziba	L01FX06	2024/1/1	2028/7/31
BC28152100	Tepmetko	L01EX21	2024/1/1	2025/6/30

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組
114 年醫院總額醫療服務審查作業原則(初稿)
化療事審與急重症醫療計算定義

序號	項目別	操作型定義
1	化療藥品	<p>1、ATC 碼前三碼為 L01、L02 及 ATC 碼為 L03AB04、L03AB05、L03AC01、L03AX、L03AX03、L03AX16、L04AX02、L04AX04、L04AX06、V10XX03</p> <p>2、<u>排除專款給付之暫時性支付藥品：L01XX71、L01EL、L01FX14、L01EX12、L01EX21、L01FX06、L01FX07、L01EN02</u></p>
2	事前審查藥品	<p>1、支付價為 0(共 43 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、<u>BB26410100、BB26411100、KC01178283、KC01167209、X000246219、X000247229</u></p> <p>2、支付價不為 0(共 107 項)：AC57862100、AC602384CR、BB26412100、BB26413100、BB26414100、BC14966100、BC14967100、BC22655243、BC22657238、BC23479235、BC242064CR、BC25360200、BC26173100、BC26174100、BC26219100、BC26536100、BC26734100、BC27000100、BC27223405、BC27288100、BC27289100、BC27555100、BC27902100、K000938248、KC00713240、KC00835261、KC00846248、KC00851240、KC00879205、KC008792FM、KC00897265、KC00907219、KC00907229、KC00907238、KC00911206、KC00911209、KC00920206、KC00920209、KC00936248、KC00945258、KC00957206、KC00957209、KC00977208、KC00980255、KC00990288、KC00991209、KC01015255、KC01024209、KC01033209、KC01034266、KC01035255、KC01037209、KC01038209、KC01039271、KC01063209、KC01077209、KC01082212、KC01084241、KC01098283、KC01101209、AC58837277、AC60156100、BC26618251、BC26619238、BC26620245、BC27341100、BC27342100、BC27343100、BC27344100、BC27345100、BC27856100、BC27857100、KC01062209、KC01067209、KC010762DA、KC01086299、KC01087299、KC011092BK、</p>

		KC01132255、KC01139206、KC01139209、KC01144209、KC01153283、KC01154283、AC61049255、KC01156219、BC27559230、KC01113209、KC01149283、KC01157283、KC01180206、KC01180209、KC01181283、X000223235、JC00143209、KC00935257、KC00935271、KC011332BL、KC01138210、KC01166209、KC01205271、 <u>AC60827335</u> 、 <u>BC28234100</u> 、 <u>BC28235100</u> 、 <u>KC011862H0</u> 、 <u>BC28208100</u> 、 <u>BC28209100</u> 。 3、新增且非暫時性支付藥品： <u>BC28103100</u> 、 <u>BC28104100</u> 、 <u>BC28492100</u> 、 <u>KC01166213</u> 、 <u>KC01208229</u> 、 <u>KC01214248</u> 、 <u>KC01215234</u> 、 <u>KC01231212</u> 、 <u>X000243100</u>
3	<u>癌症放射療法</u>	1、 <u>主診斷代碼為癌症</u> 。 2、 <u>門診及住診申報放射療法醫令代碼，且醫令類別2之醫令點數</u> 。
4	急重症醫療	1、門診：急診診察費檢傷分類第一級、急診診察費檢傷分類第二級案件之醫療費用點數(申請+部分負擔)。 2、住診： (1) <u>排除申報化療、事審藥品及癌症放射療法醫令代碼案件後</u> ， 如該筆案件 Tw-DRGs 權重>2 之中高嚴重度疾病案件(適用權重為當年度適用權重表)。 (2)1 歲以下幼兒及新生兒呼吸疾病：1 歲以下(入院日-出生日期小於 366 天)且主次診斷前三碼為 P84、P22~P28、J00~J99 之案件。

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組
114 年醫院總額醫療服務審查作業原則(初稿)
病床擴增之排除列計執行方式

一、預算上限：每季上限 5,000 萬。

二、申請期限：需於欲擴增病床前一年 11 月 30 日前函送計畫書予高屏業務組核備。

三、申請資格：擴增病床類別與擴增床數及佔床率均須符合條件則同意核備。

(二)適用病床別及條件：

擴增病床類別	擴增病床適用條件
急性一般病床	一般病床 200 床(含)以上： \geq 原該類病床總數 10%
精神急性一般病床	一般病床 200 床以下： \geq 10 床
加護病床	一般病床 200 床(含)以上： \geq 10 床 一般病床 200 床以下： \geq 5 床

註：

1. 一般病床同「醫療機構設置標準」之定義。

2. 比較基準：欲擴增病床類別前一年 12 月之總床數為比較基準，例如：114 年欲擴床，則比較基準為 113 年 12 月。

(三)新病床定義：以醫院提報計畫書中新病床床號比對擴增年度之前二年該季之住院申報資料，未曾申報者認定為新病床，並據以計算本附件可調校點數。

(四)醫院申請擴增之病床類別，於申請年度前一年 10 月至申請當年 9 月(排除 1 月及 2 月)占床率平均值需達 70%，例：114 年欲擴增急性一般病床，則急性一般病床占床率計算區間為 112 年 10 月 1 日至 113 年 9 月 30 日。

(五)占床率定義(不含全自費床)：

擴增病床類別	擴增病床適用條件
急性一般病床	申報急性一般病床或申報精神急性一般病床醫令總數： (三)計算區間總日曆天數 \times 急性一般病床總床數或精神急性一般病床總床數
精神急性一般病床	申報加護病床醫令總數： (三)計算區間總日曆天數 \times 加護病床總床數
加護病床	申報加護病床醫令總數： (三)計算區間總日曆天數 \times 加護病床總床數

四、品質管理：

(一)本組同意核備擴床醫院，當季住診需另送審 5%隨機案件，由專業審查評估醫

療品質。

(二)當季住診樣本初核核減率： $\Sigma(\text{該院當季所有抽樣案件之樣本核減點數}) \div \Sigma(\text{該院當季所有抽樣案件之樣本醫療費用點數(申請點數+部分負擔)})$ ，計算至小數第4位(第5位四捨五入)。

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 $\div 24$ 件抽樣案件之醫療費用點數加總。

五、病床擴增之季管理閾值調校點數計算方式：

(一)各院計算公式：

1.案件範圍：排除案件分類A1~A4、AZ、B1、C1~C5、DZ、7。

2.同一次住院案件(以同病人同入院日期判斷)之新病床住院日數 $\geq 60\%$ ，始納入計算。

3.調校點數=(當季新增病床醫療費用點數-當季未開放之原病床基期點數)*原病床佔床率*【1-(當季住診樣本初核核減率+(\Sigma核減率加計值))】。

4.當季未開放之原病床基期點數：

(1)開設司法精神病房醫院：計算因開設司法精神病房而關閉之精神科慢性病床於去年同期所申報之醫療費用點數，及本季入住司法精神病房患者於去年同期申報之醫療費用點數。

(2)其他擴床醫院：

A.原病床定義：去年同期醫管檔開放之急性病床號(含急性一般病床及精神急性一般病床)、加護病床號。

B.將原病床號比對結算當季醫管檔開放床號，將結算當季未開放之原病床號勾稽其去年同期申報資料，以去年同期同一次住院(以同病人同入院日期判斷)之住院日數 $\geq 60\%$ 者，計算為「當季未開放之原病床基期點數」。

5.依各院同意核備擴增病床類別，分別計算急性病床及加護病床之「調校點數」及「當季未開放之原病床基期點數」，且同一次住院案件不重複列計新增病床醫療費用點數。

6.如當季各院季管理閾值調校總點數計算結果超出7,500萬，則再依各院調校點數佔率計算。

(二)調校項目：

1.指標計算案件範圍：排除案件分類A1~A4, AZ, B1, C1~C5, DZ, 7。

2.指標項目與操作型定義：

調校項目	定義	執行目標	調校項目
原病床佔床率	1. 原病床定義：去年同期醫管檔開放之急性病床號(一般、精神)、加護病床號 2. 原急性病床(一般、精神)、原加護病床於當季申報醫令總數 $\div \sum$ 當季天數 \times 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。	\geq 去年 同期	1. 達執行目標則計算結果不列入五、(一)3. 調校點數公式計算。 2. 未達執行目標則依原病床占床率計算結果折付。
總病床佔床率	當季申報急性病床(一般、精神)、加護病床醫令總數 $\div \sum$ 當季天數 \times 當季開放之急性病床(一般、精神)、加護病床總床數	\geq 去年 同期	未達執行目標則核減率加計+0.25%
總住院日數	當季急性病床(一般、精神)、加護病床合計申報醫令數	\geq 去年 同期	未達執行目標則核減率加計+0.25%
總住院人數	當季急性病床(一般、精神)、加護病床申報住院歸戶人數	\geq 去年 同期	未達執行目標則核減率加計+0.25%
平均住院日數	當季急性病床(一般、精神)、加護病床合計申報醫令數 \div 住診申報總件數	\leq 去年 同期	未達執行目標則核減率加計+0.25%

六、其他：

- (一)本組得依政府認定之重大疫情或嚴重災害等不可控因素，或中央健康保險署宣告醫院總額結算措施等情形調整本項排除列計點數執行與否及計算方式。
- (二)倘查醫院有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第38至40條所列違規違規事由，即不符合排除列計資格。

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組
114 年醫院總額醫療服務審查作業原則(初稿)
醫療服務供給面成長率及支付標準調整率指標

一、高屏業務組於季末依據操作型定義逕予計算各家醫院醫療服務成長率指標值，並據以計算本審查作業原則捌、五超額追扣點數。

二、各指標值最高採計至 10%、最低採計至 -5%。

三、指標項目表：

診別	指標項目 (較同期成長率)	權重	納入計算案件 範圍	操作型定義								
門診	門診人數 \geq	60%	1、排除案件 分類 「01, A1~A 7, B1~B9, C 4, D1~D4, E 2~E3, BA, H N, DF」 2、排除診察 費=0 之案 件	計算季歸戶就醫人數								
	門診人次 \geq	10%		計算季申報件數								
	看診醫師數 \geq	10%		當季申報件數及費用均 \geq 轄區醫 師 PR15 始列入看診醫師數計 算。								
	門診 CMI	100%		1、公式= Σ (採計案件之 CCS 權重) \div 採計件數。 2、CCS 權重為本署內部檔案，計 算採用時間如下表： <table border="1" style="width: 100%;"><thead><tr><th>當期</th><th>CCS 權重檔年份</th></tr></thead><tbody><tr><td>114Q1</td><td>113 上半年</td></tr><tr><td>114Q2</td><td></td></tr><tr><td>114Q3</td><td>113 下半年</td></tr><tr><td>114Q4</td><td></td></tr></tbody></table>	當期	CCS 權重檔年份	114Q1	113 上半年	114Q2		114Q3	113 下半年
當期	CCS 權重檔年份											
114Q1	113 上半年											
114Q2												
114Q3	113 下半年											
114Q4												
專任醫師數 \geq	20%	計算當季各院執登醫師人數。										
住診	住院人數 \geq	20%	1、排除案件 分類 「A1~A4, A Z, B1, C1~C 4, DZ, 7」 2、排除給付 類別 9 之 案件	計算當季歸戶住院人數。								
	住院日數 \geq	55%		計算當季總急性病床住院天數 (以 XML 申報欄位 d14 計算)。								
	平均每件住院日 數 \leq 自身值或同 儕	5%		計算平均每件急性病床住院天數 (以 XML 申報欄位 d14 計算)。								
	住診 CMI	100%		1、公式= Σ (採計案件之 CCS 權重) \div 採計件數。 2、CCS 權重為本署內部檔案，計 算採用時間如下表： <table border="1" style="width: 100%;"><thead><tr><th>當期</th><th>CCS 權重檔年份</th></tr></thead><tbody><tr><td>114Q1</td><td>113 上半年</td></tr><tr><td>114Q2</td><td></td></tr><tr><td>114Q3</td><td>113 下半年</td></tr><tr><td>114Q4</td><td></td></tr></tbody></table>	當期	CCS 權重檔年份	114Q1	113 上半年	114Q2		114Q3	113 下半年
當期	CCS 權重檔年份											
114Q1	113 上半年											
114Q2												
114Q3	113 下半年											
114Q4												

診別	指標項目 (較同期成長率)	權重	納入計算案件 範圍	操作型定義						
	護理人員數 \geq	20%	依本署醫管檔案資料計算。	計算當季各院執登護理人數。						
門住 合計	支付標準調整率	100%	<p>1、門診排除 案件分類 「01, A1~A 7, B1~B9, C 4, D1~D4, E 2~E3, BA, H N, DF」及 診察費=0 之案件</p> <p>2、住診排除 案件分類 「A1~A4, A Z, B1, C1~C 4, DZ, 7」 及給付類 別9之案 件</p>	<p>1、公式=$\Sigma(\text{支付標準調整差額}) \div \text{各院基期一般服務點數}$。</p> <p>2、支付標準調整差額：$\Sigma(\text{單價調整} + \text{新增醫令})$</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>類別</th> <th>單價調整</th> <th>新增醫令</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>公式</td> <td>$(\text{當期單價} - \text{基期單價}) * \text{基期醫令數}$</td> <td>$* \text{當期醫令數} * \text{成數}$</td> </tr> </tbody> </table>	類別	單價調整	新增醫令	公式	$(\text{當期單價} - \text{基期單價}) * \text{基期醫令數}$	$* \text{當期醫令數} * \text{成數}$
類別	單價調整	新增醫令								
公式	$(\text{當期單價} - \text{基期單價}) * \text{基期醫令數}$	$* \text{當期醫令數} * \text{成數}$								

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組
114年醫院總額醫療服務審查作業原則(尚待修訂)
品質指標

113年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則

中央健康保險署113年4月15日健保醫字第1130107186號公告

一、依全民健康保險醫療給付費用醫院總額113年第1次研商議事會議結論辦理。

二、符合認定原則醫院之113年期間醫療費用核算方式：

(一)保險人特約醫院符合一致性原則或分區增列認定原則者，得列入113年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院，該等醫院當年各季浮動點數以前一季該分區平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區平均點值小於當季該分區浮動點值，該季該分區偏遠地區醫院之浮動點數以當季該分區浮動點值核付，且增加之費用於次季該分區一般服務預算中支應。

(二)排除條件：醫院如有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十八條至四十條所列違規情事，自保險人第一次處分函所載停止特約或終止特約之日起於計畫期間不予列入(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)；倘停止特約或中止特約之期間為跨年度者，則次年度亦不予列入。

三、認定原則：

(一)一致性原則

1. 設立於主管機關公告之山地離島地區：

縣別	山地鄉	離島鄉
宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉	
新北市	烏來區	
桃園市	復興區	
新竹縣	尖石鄉、五峰鄉	
苗栗縣	泰安鄉	
臺中市	和平區	
南投縣	信義鄉、仁愛鄉	
嘉義縣	阿里山鄉	
高雄市	茂林區、桃源區、那瑪夏區	
屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉	琉球鄉

縣別	山地鄉	離島鄉
花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉	
臺東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉	蘭嶼鄉、綠島鄉
澎湖縣		馬公市、湖西鄉、西嶼鄉、白沙鄉、望安鄉、七美鄉
金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵
連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉

2. 設立於保險人公告之113年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」。

「全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件」如下：

- (1). 全民健康保險法第四十三條第二項所稱之醫療資源缺乏地區(以下稱醫療資源缺乏地區)係指本法第四十八條第一項第三款所訂就醫免自行負擔費用之山地離島地區以外，並具備下列條件之一者之地區：
 - A. 最近一年每位登記執業醫師所服務之戶籍人數(以下稱醫人比)或最近三年平均醫人比超過四千三百人之鄉、鎮、市、區。
 - B. 人口密度低於全國平均人口密度五分之一之鄉、鎮、市、區。
 - C. 其他特殊情況，經保險人認定，陳報主管機關專案核定之鄉、鎮、市、區。
- (2). 中華民國99年縣市改制直轄市前，原有之臺北市、高雄市、新竹市、臺中市、嘉義市、臺南市等轄區，不得為醫療資源缺乏地區。
- (3). 保險人應依下列規定計算各鄉、鎮、市、區之醫人比及人口密度，並於每年年底公告次年符合醫療資源缺乏地區條件者：
 - A. 醫人比：以各年七月一日登記執業醫師數計算。
 - B. 人口密度：以內政部公布當年七月之各鄉、鎮、市、區人口統計資料計算。

縣市別	保險人公告「全民健康保險醫療資源缺乏地區」 (不含山地區離島地區)
新北市	石碇區、坪林區、石門區、平溪區、雙溪區、貢寮區、萬里區、三芝區
宜蘭縣	冬山鄉、五結鄉、三星鄉
桃園市	觀音區
新竹縣	橫山鄉、芎林鄉、寶山鄉、北埔鄉、峨眉鄉、新埔鎮
苗栗縣	南庄鄉、西湖鄉、造橋鄉、三灣鄉、獅潭鄉
台中市	大安區
彰化縣	線西鄉、福興鄉、芬園鄉、埔鹽鄉、田尾鄉、芳苑鄉、溪州鄉、大城鄉
南投縣	鹿谷鄉、中寮鄉、魚池鄉、國姓鄉
雲林縣	大埤鄉、元長鄉、水林鄉
嘉義縣	六腳鄉、東石鄉、番路鄉、大埔鄉、鹿草鄉
臺南市	七股區、將軍區、北門區、楠西區、南化區、左鎮區、龍崎區、大內區
高雄市	田寮區、永安區、六龜區、甲仙區、杉林區、內門區
屏東縣	萬巒鄉、崁頂鄉、車城鄉、滿州鄉、竹田鄉、枋山鄉
花蓮縣	鳳林鎮、玉里鎮、壽豐鄉、光復鄉、豐濱鄉、瑞穗鄉、富里鄉
臺東縣	成功鎮、卑南鄉、大武鄉、太麻里鄉、東河鄉、長濱鄉、鹿野鄉、池上鄉、關山鎮

(二) 分區增列認定原則

分區別	增列認定原則
臺北業務組	<p>1. 本分區各院112年1-9月之門診醫療服務中，屬大同、南澳、烏來(註：以上為山地鄉)、坪林、三芝、石門、石碇、平溪、雙溪、貢寮、萬里、冬山、五結及三星(註：以上為本保險公告之113年醫療資源缺乏地區)等14鄉區戶籍居民之醫療點數占各該院門診醫療點數占率(若該院其精神科或呼吸照護費用合計占各該院全院費用比率>80%，或其屬區域級以上之醫院先排除之)，居本分區各院排序前95百分位以上者屬之。</p> <p>2. 本分區所轄鄉鎮之醫師/平方公里<0.5暨其所在縣市的醫師/平方公里<1，另為全面性服務偏遠地區居民，該醫院需符合醫院設置標準之綜合醫院(設置內、外、婦、兒、麻醉及放射科)並提供24小時急診服務，並排除區域層級以上醫院、精神科醫院、呼吸治療費用合計占各該院全院費用比率>50%、經停止特約、終止特約處分醫院。</p> <p>3. 依上開原則計算結果，符合之醫院計有「國立臺灣大學醫學院附設</p>

分區別	增列認定原則
	「醫院金山分院」、「臺北榮民總醫院蘇澳分院」、「臺北榮民總醫院員山分院(排除原屬基層門診部回歸本院案件)」及「宜蘭員山醫療財團法人宜蘭員山醫院」4家醫院符合條件。
北區 業務組	醫院所在鄉鎮(市/區)僅有1家醫院且鄰近「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」實施鄉鎮(市/區)，惟有下列情況者不得列為偏遠地區醫院： 1. 精神科專科醫院。 2. 前一年第1-3季呼吸照護費用占全院費用比率大於80%者。 3. 前一年第1-3季急診費用占門診費用比率小於5%者。 4. 違反特約管理辦法，自第一次處分函起到112年12月31日前尚未完成執行者。
中區 業務組	以行政院研究發展考核委員會91年「偏遠地區設置公共資訊服務站策略規劃」報告書中，偏遠程度低及高鄉鎮之設籍民眾，依其門住診醫療費用權重校正之結果占該院醫療費用40%以上之醫院。
南區 業務組	依112年全民健康保險山地離島地區及醫療資源缺乏地區每位登記執業醫師所服務之戶籍人數超過4,300人之鄉鎮(市/區)鄰近之地區醫院，惟排除下列條件： 1. 精神科醫院 2. 112年前3季呼吸器費用占全院費用比率大於40%醫院 3. 112年前3季提供急診服務量小於5%醫院 4. 112年間有經保險人處以停(終)止特約之醫院。 5. 距離任一家區域以上層級後送醫院小於10公里者。
高屏 業務組	距後送醫院（醫學中心）之交通距離>40公里（以Google地圖搜尋）且呼吸照護費用佔全院費用比率<30%之醫院且未有經停止特約、終止特約處分醫院，排除參加「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」醫院。
東區 業務組	轄區醫院所在地區之每萬人口西醫醫師數在5以下者。

四、各分區符合上述認定原則之醫院名單如下：

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
1	臺北	0190030516	衛生福利部金門醫院	主管機關公告山地離島地區
2		0291010010	連江縣立醫院	主管機關公告山地離島地區
3		0634030014	臺北榮民總醫院蘇澳分院	符合分區認定原則
4		0634070018	臺北榮民總醫院員山分院(排除原屬基層門診部回歸本院案件)	符合分區認定原則
5		0431270012	國立臺灣大學醫學院附設醫院 金山分院	符合分區認定原則
6		1134070019	宜蘭員山醫療財團法人宜蘭員山醫院	符合分區認定原則
7		1531210019	台安醫院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
8	北區	1535081078	大順醫院	符合分區認定原則
9		1535031041	通霄光田醫院	符合分區認定原則
10		0132110519	衛生福利部桃園醫院新屋分院	符合分區認定原則
11		1133060019	天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院	符合分區認定原則
12	中區	0638020014	臺中榮民總醫院埔里分院	符合分區認定原則
13		1137080017	彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院	符合分區認定原則
14		1138020015	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院	符合分區認定原則
15		1436020013	東勢區農會附設農民醫院	符合分區認定原則
16		0937080012	洪宗鄰醫療社團法人洪宗鄰醫院	符合分區認定原則
17		1537081085	宋志懿醫院	符合分區認定原則
18		0938040012	竹山秀傳醫療社團法人竹山秀傳醫院	符合分區認定原則
19		1538041209	東華醫院	符合分區認定原則
20	南區	1139130010	長庚醫療財團法人雲林長庚紀念醫院	符合分區認定原則
21		0141060513	衛生福利部臺南醫院新化分院	符合分區認定原則
22	高屏	0544010031	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處	主管機關公告山地離島地區
23		1244010018	天主教靈醫會醫療財團法人惠民醫院	主管機關公告山地離島地區
24		0144010015	衛生福利部澎湖醫院	主管機關公告山地離島地區
25		0943060017	屏安醫療社團法人屏安醫院	符合分區認定原則

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
26		1143130019	佑青醫療財團法人佑青醫院	符合分區認定原則
27		1143150011	迦樂醫療財團法人迦樂醫院	符合分區認定原則
28	東區	0145080011	衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
29		1146030516	佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院	符合分區認定原則
30		0146020537	衛生福利部臺東醫院成功分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
31		0645020015	臺北榮民總醫院鳳林分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
32		1145060029	臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
33		0145030020	衛生福利部玉里醫院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
34		0645030011	臺北榮民總醫院玉里分院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
35		1145030012	佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」

113 年度高屏區

參加「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」醫院

序號	醫院名稱	24 小時急診	科別數
1	旗山醫院	有	4
2	恆春旅遊醫院	有	4
3	澎湖醫院	有	4
4	國軍岡山	有	4
5	三軍澎湖	有	4
6	岡山醫院	有	4
7	潮州安泰醫院	有	4
8	安泰醫院	有	4
9	枋寮醫院	有	4
10	恆春基督教醫院	有	4
11	旗津醫院	有	4
12	輔英醫院	有	4
13	建佑醫院	有	4
14	高醫岡山醫院	有	4
15	屏榮龍泉分院	有	內、外、婦
16	國軍屏東分	有	內、外
17	南門醫院	有	內、外
18	重安醫院	有	內、外
19	大新醫院	有	內、外
20	劉嘉修醫院	無	內、外
21	光雄長安醫院	無	內、外
22	惠川醫院	無	內、外
23	溪洲醫院	無	內、外
24	三聖醫院	無	內、外
25	溫賀睿和醫院	無	內、外
26	高新醫院	無	內、外
27	樂生婦幼醫院	無	婦、兒
28	瑞生醫院	無	內、外、兒

備註：

1、科別數 4 (內、外、婦、兒)

2、建佑醫院、樂生婦幼醫院自 113 年 9 月 1 日起、高醫岡山醫院自 113 年 11 月 1 日起列入計畫保障範圍。