

高屏區醫院總額醫療服務審查共管會議 114年第2次會議 會議紀錄

時間：114年12月11日（星期四）下午2時

地點：本組7樓第一會議室

主席：林組長淑華、蘇主任委員主榮

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
藍國忠副主任委員	藍國忠	馬光遠委員	賴俊煌(代)
朱文洋副主任委員	朱文洋	洪志興委員	洪志興
陳金順委員	陳金順	李炫昇委員	李炫昇
康柏皇委員	康柏皇	陳鴻曜委員	李秀貞(代)
黃秋慧委員	黃秋慧	林茂隆委員	林茂隆
林志宏委員	陳怡靜(代)	黃明典委員	黃明典
王照元委員	請假	黃文翔委員	黃文翔
林宗憲委員	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	王志強(代)	尤瑜文委員	尤瑜文

列席單位及人員

高雄榮總

高雄長庚

高雄醫學大學附設醫院

義大醫院

小港醫院

市立聯合醫院

國軍高雄總醫院

安泰醫院

建佑醫院

南門醫院

新高鳳醫院

陶屏、黃瑾婷

林廣軒

黃建民、施玉環、歐芸螢

林蔚、陳雅婷、王惠莉

張碧玉、劉靜薇

張沛珖

鄭重男

鍾梅珍、蔡玫芳

張瓊月、黃思婷

黃靖雯

吳明勳、蕭淑娟

層級	分會幹部	委員	服務醫院	職稱	第一代理人	第二代理人
區域醫院	主任委員	蘇主榮	安泰醫院	執行長	黃炳生	扈克勛
醫學中心	副主任委員	藍國忠	高雄長庚	院長	陳武福	林祖功
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	林志宏	高雄長庚	執行長	陳武福	陳怡靜
	委員	黃秋慧	高雄長庚	主任	陳武福	駱靜蘭
	委員	陳金順	高雄榮總	院長	洪恭誠	陶屏
	委員	康柏皇	高雄榮總	主任	陶屏	黃瑾婷
	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
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	楊曄振
	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	顏宸琿
	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	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 115 年「高屏區醫院總額共管會議」、「高屏區醫院總額院長座談會」會議召開時程。

說明：

一、高屏區醫院總額共管會議以每季召開一次為原則，必要時得召開共管臨時會議；院長座談會以每年 6 月、12 月共管會議後 2 週內辦理為原則，如有加開共管臨時會，原則上不另召開院長座談會。

二、115 年醫院總額共管會議及院長座談會，預定日期如下表，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	115.3.12 (星期四)	115.6.11 (星期四)	115.6.18 (星期四)	115.9.10 (星期四)	115.12.10 (星期四)	115.12.17 (星期四)
會議	分區醫院總額 共管會議 第 1 次會議	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 1 次會議	分區醫院總額 共管會議 第 3 次會議	分區醫院總額 共管會議 第 4 次會議	分區醫院總額 院長座談會 第 2 次會議

參、討論事項

第一案

提案單位：高屏業務組

案由：修訂高屏區醫院總額醫療服務審查共管會議議事規則(附件 1)，請討論。

說明：高屏區醫院總額醫療服務審查共管會議議事規則自 109 年訂定後久未更新，爰依據現行高屏區醫院總額醫療服務審查共管會議運作方式修訂議事規則。

決議：照案通過，自 115 年起高屏區共管委員人數調整為各層級醫院各推派 9 名(原 7 名)，合計 27 名(原 21 名)。

第二案

提案單位：高屏業務組

案由：有關高屏醫院總額 114 年第 3 季費用結算，醫院平均點值估算值低於 0.95 者擬回補至 0.95，請討論。

說明：

一、高屏醫院總額 114 年第 3 季經署本部估算平均點值為 0.9783(未執行分階折付前)；另依高屏區 114 年醫院總額醫療服務審查作業原則估算，階 1、階 2、階 3 點數可全數支付(不折算)。

二、依前開估算結果，轄區醫院點值分佈如下表：

點值分布	家數
≥0.98	92 家
≥0.95-<0.98	7 家
≥0.90-<0.95	3 家

點值分布	家數
<0.9	3 家

三、統計本季有階 4 點數醫院計 13 家，如支付比例為 0%，估算該等醫院平均點值未達 0.95 者共 6 家，如將其平均點值回補至 0.95，估算支出約 2,600 萬點。

四、另依據本署 114 年 7 月 8 日健保醫字第 1140663050 號函略以(附件 2)，分區當季一般服務結算平均點值大於 1 元部分之預算，保留供後續季別使用一節，同意前開預算保留款得保留至下季一般服務預算，惟不得保留至次年度，且前開保留款之運作，應經分區共管會議取得共識後實施。考量本季經前揭調整後預算仍有剩餘，爰建議 114 年第 3 季保留一般服務結算平均點值大於 1 元之部分預算流用至下一季，並依 114 年第 3 季高屏區門、住診一般服務費用申報占率區分流用預算之門、住診分配比率。

決議：照案通過，續由本組函文署本部辦理 114 年第 3 季一般服務結算平均點值大於 1 元之部分預算流用至次季事宜。

第三案

提案單位：高屏業務組

案由：高屏業務組 115 年「醫院總額前瞻式預算管理方案(草案)」修訂案(附件 3)，請討論。

說明：修訂內容摘要如下

一、配合署本部「醫院總額前瞻式預算分區共管方式」，高屏方案名稱由「醫院總額醫療服務審查作業原則」修訂為「醫院總額前瞻式預算管理方案」。

二、「基期收入校正之基準值(0 階)(下稱基準值(0 階))」修訂項目：

(一)因近年來挹注醫院總額之預算來源眾多，故於計算各家醫院基期校正後一般服務收入前，操作型定義新增需扣除其他非當年度總額公告項目之點數，該點數將

於挹注當季之結算表另予註記。

(二)勘誤各院占率計算公式。

(三)新增「住院病床容額低於基期之調整方式」，醫院如符合資格得向本組申請，本組同意核備後依據前開調整方式合理下修醫院當季住診基準值(0 階)，並依下修結果辦理當季結算，醫院得於恢復收治住院時來函申請於次年同季全額返還。

(四)為降低高屏區醫院 115 年預備擴增之病床集中於同一季別開設，增加該季別分階折算壓力，爰修訂醫院需分四季逐步開床及併同修訂第 1-4 季排除列計計算方式；另考量前開擴床醫院第 5-7 季供給面與基期差異較大，爰參考南區及中區新增擴增病床醫院第 5-7 季基期調整計算方式。

(五)修訂「新成立醫院基準值(0 階)計算原則」，改以許可床數認定醫院規模，再依同規模醫院之平均每人日、占床率及門診占率計算額度，另增訂季末調整機制。

三、高屏參採他區內容修訂之項目：

(一)化療事審與急重症醫療服務點數排除列計項目保留化療事審用藥、癌症放療、門診急診檢傷第 1、2 級、1 歲以下幼兒及新生兒呼吸疾病之外，另臚列主動脈剝離、重大創傷等 9 項排除列計項目。

(二)新增「地區醫院費用波動調控」，小型地區醫院(當季一般總額 \leq 6,000 萬)及合理成長地區醫院(門診人數成長率或住院人數成長率 $>$ 同儕 75 百分位)，以當季地區醫院萎縮額度依回補順位依序回補至 0.9 或 0.95。

四、其他修訂：

(一)新增「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」、「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」之醫院，本組得調整審查管理類別、增加隨機案件等加強抽審措施，並得於季末合理下修基準值(0 階)。

- (二)勘誤 C 肝全口服新藥治療操作型定義。
- (三)修訂住診醫療服務供給面成長率指標權重：住院人數成長率指標權重由 20%調升為 30%、住院日數成長率指標權重由 55%調降為 45%。
- (四)刪除每月填報門診開診表之規定。
- (五)醫院應優先選擇相較於同儕需改善之指標為替代指標。

決議：照案通過，修訂後「115 年高屏區醫院總額前瞻式預算管理方案」如附件。

第四案 提案單位：醫院醫療服務審查執行會高屏區分會
案由：有關 114 年第 4 季審查經費不足之因應措施一案，請討論。

說明：

- 一、依 114 年 6 月 20 日 114 年台灣醫院協會醫院醫療服務審查執行會第二次會議決議，各區應於預算額度內協調案件審查量能。
- 二、114 年總審查經費預算（含交通費）為 10,449,647 元，扣除 113 年度短絀經費後剩餘 9,589,159 元，本分會於 114 年 4 月 1 日至 114 年 10 月 31 日累計支出 6,529,665 元，達總預算 68.09%，餘額 3,059,494 元需支應至 115 年 3 月共 5 個月審查所需。
- 三、綜上，為使審查支出不超出年度預算，提請高屏業務組啟動相關措施。

高屏業務組說明及研擬做法如下：

- 一、本組前已依 114 年 9 月 11 日高屏醫院總額共管會議 114 年第 3 次臨時會議調整 114 年第 3 季醫療費用審查辦理方式，合先敘明。
- 二、為擷節經費，擬再調整 114 年第 4 季醫療費用審查辦理方式：

(一)需執行醫療費用分級審查院所：依據高屏「114年醫院總額醫療服務審查作業原則」陸、二、(三)審查分級表，114年第1季至第3季審查分級皆為A級之醫院。

(二)114年第4季醫療費用分級審查方式擬比照114年第3季，如下表：

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	114Q4之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%	0%
B	3%<X≤5.0%	0%<X≤3.0%	-	0%	10%	0%
C	5%<X≤6.0%	3%<X≤4.0%	0%<X≤2.0%	0%	30%	5%
D	-	4%<X≤5.0%	2%<X≤3.0%	0%	50%	10%
E	-	5%<X≤6.0%	3%<X≤4.0%	0%	70%	15%
F	6%<X≤7.0%	6%<X≤7.0%	4%<X≤5.0%	0%	90%	25%
G	X>7.0%	X>7.0%	X>5.0%	0%	100%	35%

決議：照案通過。

第五案

提案單位：高屏業務組

案由：高屏醫院總額115第1季、第2季之「基期收入校正之基準值(0階)」參照基期及執行點值一案，請討論。

說明：高屏分會問卷調查21位委員結果(調查截止日期：114年12月10日)如下表：

期望點值	1	0.98	0.975	小計
合計	10	10	1	21

決議：高屏醫院總額115第1季、第2季之「基期收入校正之基準值(0階)」執行點值為0.98，參照基期分別為114年第1季及第2季；另同意114年核備擴增病床醫院比照115年高屏區「醫院總額前瞻式預算管理方案」

辦理基期校正。

第六案

提案單位：高屏業務組

案由：有關「115年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」中高屏區增列認定原則及適用醫院一案，請討論。

說明：

- 一、署本部尚未公告「115年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」，惟參考112年-114年該原則中屬於全署一致性認定原則並無異動，其中114年規定如後：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)(附件4)。
- 二、次查，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」陸~五規定：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，經統計114年度高屏區參加醫院計29家(附件5)。
- 三、綜上所述及依循往例，高屏區115年增列認定原則及適用醫院擬比照114年，說明如下：
 - (一)增列認定原則：以距後送醫院(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。
 - (二)高屏區符合上開原則醫院共3家：屏安醫療社團法人屏安醫院、佑青醫療財團法人佑青醫院、迦樂醫療財團法人迦樂醫院。

決議：維持 114 年分區認定原則，照案通過。

第七案

提案單位：高屏業務組

案由：有關高屏「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」巡迴醫療執行醫院遇天然災害臨時宣布之停止上班(課)日仍至巡迴點提供醫療服務，其醫事人員論次費用得比照人事行政總處公告之例假日支付一案，請討論。

說明：

一、114 年「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」(下稱西醫醫不足方案)規定如下：

(一)醫事人員論次計酬費用：

醫事人員	施行鄉鎮 分級	一般日(含夜診)		例假日	
		醫令代碼	點數	醫令代碼	點數
醫師	第一級	P2011C	4,000	P2012C	5,000
	第二級	P2005C	5,000	P2006C	6,000
	第三級	P2013C	8,000	P2014C	9,000
護理人員	第一級	P2007C	1,200	P2008C	1,700
	第二級	P2015C	1,500	P2017C	2,000
	第三級	P2016C	1,800	P2018C	2,300
藥事人員	第一級	P2009C	1,200	P2010C	1,700
	第二級	P2019C	1,500	P2021C	2,000
	第三級	P2020C	1,800	P2022C	2,300

(二)依據西醫醫不足方案十二、(一)規定「門診時間若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備」。

二、依據行政院人事行政總處公布 114 年 7 月 29 日(星期二)高雄市及屏東縣停止上班、停止上課，故屏東縣鹽埔鄉洛陽村龍虎五府宮活動中心(洛陽村四維路

103 號)) 醫療巡迴點是日停診，惟因承辦該巡迴點醫療服務之義大醫療財團法人義大醫院護理師接獲醫療巡迴點民眾來電表示已無糖尿病藥物可服用，經評估當日風雨及考量巡迴地點民眾慢性病照護及用藥迫切性，故該院仍至案家提供醫療服務。

三、依據本署 114 年 8 月 21 日以健保醫字第 1140664124 號書函(略以)(附件 6)：考量院所於天然災害停止上班期間持續提供巡迴醫療服務所需負擔之交通、人事成本相對較高，為穩定當地醫療資源，提供因地制宜支持措施，本署原則同意放寬前述規定，於天然災害停止上班期間執行巡迴醫療之醫事人員論次費用，分區業務組得依所屬分區共管會議決議，採例假日標準計算支付。

四、綜上所述，建議義大醫療財團法人義大醫院 114 年 7 月 29 日至屏東縣鹽埔鄉洛陽村龍虎五府宮活動中心提供巡迴醫療服務及自 115 年 1 月 1 日起高屏醫院於天然災害停止上班期間仍至承辦西醫醫不足方案巡迴點提供醫療服務，得檢具當日醫事人員出勤紀錄及病歷佐證資料後，採例假日論次計酬 P 碼點數核付費用。

決議：照案通過。

肆、臨時動議：無

伍、散會(下午 4 時 5 分)

高屏區醫院總額醫療服務審查共管會議議事規則

109 年 7 月 1 日修訂

114 年 12 月 11 日修訂

一、中央健康保險署高屏業務組(下稱本組)為穩定點值及推動醫院總額各項業務，由本組與台灣醫院協會醫院醫療服務審查執行會高屏區分會(下稱高屏分會)定期召開「高屏區醫院總額共管會議(下稱共管會議)」。

二、會議組成：

(一) 醫院代表：

1、分別經由台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會及台灣社區醫院協會協調轄區內該層級醫院推派代表名單，各層級委員人數分別為醫學中心 9 人、區域醫院 9 人、地區醫院 9 人，共計 27 位組成高屏醫院總額共管會委員，並由高屏分會將 27 位委員名單及其第一、二順位代理人函文至本組核備。

2、委員因故無法出席會議者，由委員之順位代理人出席，非核備順位代理人者，不得代表出席會議。

(二) 本組醫療費用一科幹部及其餘支出面相關主管。

(三) 當次會議討論議題如涉及個別醫院權益者，本組得視需要邀請醫院代表與會說明。

三、會議頻次：

(一) 共管會議：以每年 3 月、6 月、9 月、12 月各召開一次為原則，必要時得加開共管臨時會議。

(二) 院長座談會：每年 6 月、12 月各辦理一次為原則，辦理時間原則上訂於每年 6 月及 12 月共管會議後 2 週內；如有加開共管臨時會，原則上不另召開院長座談會，並於會後 2 週內將共管臨時會會議決議公開於本署全球資訊網，及以電子郵件通知各醫院。

(三) 開會通知單由本組於會議日期前 2 週寄發。

四、會議資料：

(一) 高屏區個別醫院如有提案，應與高屏分會層級代表形成具體共識後，提報高屏分會，經高屏區分會聯合辦公室會議討論確定後，由高屏分會於共管會議日期前 5-7 天以電子郵件傳送本組併入提案討論。

(二) 本組彙整高屏區分會及本組提案後，於共管會議前以電子郵件寄發高屏

分會、各共管會委員及列席醫院院長。

五、議事規範：

(一) 會議主席：採雙主席制，由本組組長及高屏分會主任委員共同主持會議。

(二) 共管會委員出席人數應達三分之二以上始得開會，不克出席者應於會前向本組請假或由指定代理人代理之。

(三) 會議採合議制共識決為原則，必要時得經主席裁示，採表決方式辦理。

六、會議記錄：由本組將會議決議製作會議紀錄，函送高屏分會及各共管會委員，並公告於本署全球資訊網。

七、列席規定：

(一) 為利共管會委員瞭解議事內容需要，共管會委員得偕其醫院幕僚同仁列席，1家醫院至多2名。

(二) 高屏區醫院如前經共管會議決議同意列席者，須由醫院院長或其代理人一名親自出席(代理人亦須函送本組核備)，必要時得偕1名幕僚同仁列席。

(三) 列席人員不得發言。

八、共管會委員及列席人員不得複製或公開未成決議之會議資料內容，且會議決議討論過程之資料不宜以個人名義對外發送。

九、本議事規則經提報共管會議通過後實施，修改時亦同。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：張毓芬
聯絡電話：02-27065866 分機：2629
電子郵件：A111037@nhi.gov.tw

受文者：本署高屏業務組

發文日期：中華民國114年7月8日
發文字號：健保醫字第1140663050號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

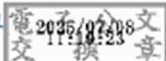
主旨：有關醫院總額一般服務預算調整案建議案，復如說明，請查照。

說明：

- 一、復貴組114年6月12日健保南費一字第1148503717號書函。
- 二、有關建議分區當季一般服務結算平均點值大於1元部分之預算，保留供後續季別使用一節，同意前開預算保留款得保留至下季一般服務預算，惟不得保留至次年度。
- 三、前開保留款之運作，應經貴分區共管會議取得共識後實施。為利結算順利進行，請分區於實施季別之傳票日前回復開始實施之季別(第1季為當年6月底前、第2季為當年9月底前、第3季為當年12月底前、第4次為次年3月底前)，並敘明保留款在門診、住診之分配比率；另如溯自114年第1季，則應於7月15日前回復。

正本：本署南區業務組

副本：本署臺北業務組、本署北區業務組、本署中區業務組、本署高屏業務組、本署東區業務組



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

114I211 版

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 114 年 12 月 11 日「高屏區醫院總額醫療服務審查共管會」、114 年 12 月 18 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 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：自特約日當季及有完整季申報資料之第 1-12 季，完整季係指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)。
 - (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)：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，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。

二、計算方法：

(一)高屏區基期校正方式：

基期季別	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	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、基期使用 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	各院核定之一般服務收入再經下方序號逐一校正： 1、加計使用「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。 2、扣除基期使用 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。 3、扣除其他非當年度總額公告項目之點數。
第2季		
第3季		
第4季	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、基期使用 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 3、風險移撥款金額	各院核定之一般服務收入再經下方序號逐一校正： 1、加計使用「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。 2、扣除基期使用 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。 3、扣除風險移撥款金額。 4、扣除其他非當年度總額公告項目之點數。
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。		

(二)各院基準值(0 階)計算方式：

- 1、各院占率： $(\text{各院基期校正後一般服務收入}(B)) \div \Sigma(\text{各院基期校正後一般服務收入}(B))$ ；門、住診分別計算。
- 2、各院基準值=各院占率*[(轄區門診、住診校正後一般服務總收入(A))並經高屏醫院總額共管會議決議之點值調整]；門、住診分別計算後加總。

(三)住院病床容額低於基期之調整方式：如附件二。

(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。

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	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。

專案啟動時 執行方式	未自清案件另抽樣專審	篩異案件逕抽樣專審
回推母體	未自清案件	篩異案件
各院回推計算公式	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*未自清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	自清點數+回推核減點數	回推核減點數

專案啟動時 執行方式	未自清案件另抽樣專審	篩異案件逕抽樣專審
計算方式		
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 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+	1、非新成立醫院:較去年同期申報點數成長差值予以排計。

項目別	操作型定義	給付方式
	<p>部分負擔點數</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>4、預立醫療照護諮商費： (1) 114/4/30 前：02028B、02029B (2) 114/5/1 起：02028C</p>	<p>2、新成立醫院依下列方式計算排計點數：</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>
C 肝全口服新藥治療	<p>申報 C 肝全口服新藥治療案件之療程數</p>	<p>1、每療程予以加計 10,410 檢查費用點數。</p> <p>2、非新成立醫院：較去年同期療程數成長差值。</p> <p>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。</p>
呼吸器依賴	<p>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。</p> <p>2、住診案件分類為 1-7。</p> <p>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。</p>	<p>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\geq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$\times 0.90$ 後予以加計。</p> <p>2、本項排除以 1,000 萬點為上限。</p>

項目別	操作型定義	給付方式
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：附件四。
- 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 60%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	63.0%
75 百分位 < X \leq 95 百分位	61.5%
50 百分位 < X \leq 75 百分位	61.0%
X \leq 50 百分位	60%

- (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「執行時間一起(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以較基期成長 7%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*1.07%)，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)超額分階核付預算(A)：當季就醫分區預算(估算值)- Σ (各院基準值(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-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-基準值(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)-當季非以一般總額預算支應之支付標準調整點數(附件五)，如計算結果 ≤ 0 以 0 列入計算。

2、超額成長率=超額點數 \div 基準值(0 階)。

(四)階 1 成長率上限(Y)=[0 階+超額]較高屏區醫院基準值(0 階)總和之成長率。

(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六，計算公式如下。

(1)門診指標成長率=門診人數成長率 $\times 60\%$ +門診人次成長率 $\times 10\%$ +專任醫師人數成長率 $\times 20\%$ +看診醫師人數成長率 $\times 10\%$ +門診 CMI 成長率 $\times 100\%$ 。

(2)住診指標成長率=住院人數成長率 $\times 30\%$ +住院日數成長率 $\times 45\%$ +護理人員數成長率 $\times 20\%$ +平均每件住院日數達標與否 $\times 5\%$ +住診 CMI 成長率 $\times 100\%$ 。

(3)門住合計成長率=門診指標成長率 $\times (1 - \text{基期住診占率}) + \text{住院指標成長率} \times \text{基期住診占率}$ 。

2、支付標準調整率：如附件六。

3、品質指標達成率：

(1)指標項目：如附件七。

(2)成長率上限：2%。

(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，醫院需於期限內函文至本署高屏業務組核備，未核備者以 0%計算，經核備之指標值不受理變更，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：

專任醫師數+護理人員數成長率(V)					
0%<V≤2%		2%<V≤5%		V>5%	
醫院合理成長率(B)-當季階 1 成長率上限(Y)之差值(W)	階 1 加計值	醫院合理成長率(B)-當季階 1 成長率上限(Y)之差值(W)	階 1 加計值	醫院合理成長率(B)-當季階 1 成長率上限(Y)之差值(W)	階 1 加計值
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%

(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)				
	$Z \leq 4\%$	$4\% < Z \leq 5\%$	$5\% < Z \leq 6\%$	$6\% < Z \leq 7\%$	$Z > 7\%$
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%

(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		
	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，則依高屏醫院總額共管會議決議辦理。

	一次調整			二次調整	
	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、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)*當季高屏醫院總額共管會議決議之點值]÷[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)]。
- 3、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)*當季高屏醫院總額共管會議決議之點值]÷[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)]=0.9 或 0.95 所需之點數。
- 4、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<0.9。	1、依 2、點值估算結果，點值<0.9。 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、符合上述 1+2 或 1+3 者。

- 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 4 順位不執行回補，以此類推。

(3)如本項預算額度有剩餘則回歸分區點值。

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，經醫管科調查成案，其基準值(0階)改以分區季結算前平均點值核付。
- 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 \geq 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： $(\text{一般總額醫療服務點數}-\text{安寧療護醫療服務點數}-\text{生產醫療服務點數})\div\text{歸戶人數}$ 。
 - (2)單價成長率 $=\text{當季單價}\div\text{基期單價}-1$ 。
 - (3)異常定義：單價成長率 $>(\text{各院當季醫療服務成長率指標中CMI成長率}+\text{支付標準調整率}+\text{當年度公告之醫院總額人口結構改變率})$ 。
 - (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。

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

	<p>總。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>
10	<p>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</p> <p>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。</p>
11	<p>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。</p>
12	<p>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。</p>
13	<p>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。</p>
14	<p>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。</p>
15	<p>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)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
16	<p>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。</p>
<p>(二)住診</p>	
1	<p>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。</p>
2	<p>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。</p>
3	<p>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。</p>
4	<p>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。</p>

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。
(三)門住診	
1	<p>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：</p> <p>(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」、「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。</p> <p>(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。</p>
2	<p>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。</p>
3	<p>全民健康保險急性後期整合照護計畫：</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>
二、專款專用項目	
1	<p>「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款操作型定義：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>三、器官移植專款費用涵蓋範圍：</p> <p>(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)。</p> <p>(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)。</p> <p>(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。</p> <p>1、主次診斷：腎臟移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z940)、心臟移植術後</p>

	<p>(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)。</p> <p>2、抗排斥藥之藥品醫令碼</p> <p>(1)醫令類別為 1 或 Z</p> <p>(2)ATC 碼為 L04AA03、L04AA04、L04AA06、L04AH01、L04AH02、L04AD02、L04AD01。</p> <p>(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。</p>
2	<p>門住診罕見疾病：</p> <p>一、罕病藥費：</p> <p>(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)。</p> <p>(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))。</p> <p>二、罕病特材：</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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)。</p>
3	<p>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)。</p>
4	<p>醫療給付改善方案之管理照護費：</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
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	<p>C 型肝炎用藥：</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
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	<p>暫時性支付藥物：</p> <p>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</p>

	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>三、暫時性支付藥物一覽表</p>																																																																												
	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																																																																								
	KC01210225	Spevigo	L04AC22	2024/7/1	2026/6/30																																																																								
15	<p>癌症暫時性支付藥物(總額外專款)：</p> <p>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：</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>二、事前審查資料須符合下列邏輯：</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(三)癌症暫時性支付藥物代碼說明一為「1-I0」：適應症類別須符合癌症暫時性支付藥物適用類別。</p> <p>(四)癌症暫時性支付藥物代碼說明一為「2-非I0部分適應症」：申請原因須符合暫時性支付藥物適用類別。</p> <p>(五)癌症暫時性支付藥物代碼代碼說明一為「3-非I0全適應症」：不須檢核事前審查資料。</p> <p>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。</p> <p>四、癌症暫時性支付代碼一覽表：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>代碼</th> <th>適用類別</th> <th>代碼說明一</th> <th>ATC7碼</th> <th>生效起日</th> <th>生效迄日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BC28160100</td> <td>C82N3</td> <td>2-非I0部分適應症</td> <td>L01EL03</td> <td>2025/8/1</td> <td>2027/7/31</td> </tr> <tr> <td>BC28198100</td> <td></td> <td>3-非I0全適應症</td> <td>L01EE04</td> <td>2025/2/1</td> <td>2027/1/31</td> </tr> <tr> <td>BC28199100</td> <td></td> <td>3-非I0全適應症</td> <td>L01EE04</td> <td>2025/2/1</td> <td>2027/1/31</td> </tr> <tr> <td>KC01025219</td> <td>P013</td> <td>1-I0</td> <td>L01FF02</td> <td>2025/6/1</td> <td>2027/5/31</td> </tr> <tr> <td>KC01025219</td> <td>P131</td> <td>1-I0</td> <td>L01FF02</td> <td>2025/6/1</td> <td>2027/5/31</td> </tr> <tr> <td>KC01025219</td> <td>P141</td> <td>1-I0</td> <td>L01FF02</td> <td>2025/6/1</td> <td>2027/5/31</td> </tr> <tr> <td>KC01050238</td> <td>P013</td> <td>1-I0</td> <td>L01FF05</td> <td>2025/6/1</td> <td>2027/5/31</td> </tr> <tr> <td>KC01123243</td> <td></td> <td>3-非I0全適應症</td> <td>L01FX14</td> <td>2025/1/1</td> <td>2027/7/31</td> </tr> <tr> <td>KC01216216</td> <td></td> <td>3-非I0全適應症</td> <td>L01FX24</td> <td>2025/5/1</td> <td>2027/4/30</td> </tr> <tr> <td>KC012172F0</td> <td></td> <td>3-非I0全適應症</td> <td>L01FX24</td> <td>2025/5/1</td> <td>2027/4/30</td> </tr> <tr> <td>KC01232214</td> <td></td> <td>3-非I0全適應症</td> <td>L01FX28</td> <td>2025/8/1</td> <td>2027/7/31</td> </tr> </tbody> </table>					代碼	適用類別	代碼說明一	ATC7碼	生效起日	生效迄日	BC28160100	C82N3	2-非I0部分適應症	L01EL03	2025/8/1	2027/7/31	BC28198100		3-非I0全適應症	L01EE04	2025/2/1	2027/1/31	BC28199100		3-非I0全適應症	L01EE04	2025/2/1	2027/1/31	KC01025219	P013	1-I0	L01FF02	2025/6/1	2027/5/31	KC01025219	P131	1-I0	L01FF02	2025/6/1	2027/5/31	KC01025219	P141	1-I0	L01FF02	2025/6/1	2027/5/31	KC01050238	P013	1-I0	L01FF05	2025/6/1	2027/5/31	KC01123243		3-非I0全適應症	L01FX14	2025/1/1	2027/7/31	KC01216216		3-非I0全適應症	L01FX24	2025/5/1	2027/4/30	KC012172F0		3-非I0全適應症	L01FX24	2025/5/1	2027/4/30	KC01232214		3-非I0全適應症	L01FX28	2025/8/1	2027/7/31
代碼	適用類別	代碼說明一	ATC7碼	生效起日	生效迄日																																																																								
BC28160100	C82N3	2-非I0部分適應症	L01EL03	2025/8/1	2027/7/31																																																																								
BC28198100		3-非I0全適應症	L01EE04	2025/2/1	2027/1/31																																																																								
BC28199100		3-非I0全適應症	L01EE04	2025/2/1	2027/1/31																																																																								
KC01025219	P013	1-I0	L01FF02	2025/6/1	2027/5/31																																																																								
KC01025219	P131	1-I0	L01FF02	2025/6/1	2027/5/31																																																																								
KC01025219	P141	1-I0	L01FF02	2025/6/1	2027/5/31																																																																								
KC01050238	P013	1-I0	L01FF05	2025/6/1	2027/5/31																																																																								
KC01123243		3-非I0全適應症	L01FX14	2025/1/1	2027/7/31																																																																								
KC01216216		3-非I0全適應症	L01FX24	2025/5/1	2027/4/30																																																																								
KC012172F0		3-非I0全適應症	L01FX24	2025/5/1	2027/4/30																																																																								
KC01232214		3-非I0全適應症	L01FX28	2025/8/1	2027/7/31																																																																								

	KC01232229		3-非 IO 全適應症	L01FX28	2025/8/1	2027/7/31
	KC01258235	P013	1-IO	L01FF05	2025/6/1	2027/5/31
	KC012592A3		3-非 IO 全適應症	L01FX27	2025/8/1	2027/7/31
	KC012602A3		3-非 IO 全適應症	L01FX27	2025/8/1	2027/7/31
	KC012612A7		3-非 IO 全適應症	L01FX32	2025/5/1	2027/4/30
16	<p>區域聯防專款：</p> <p>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。</p> <p>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。</p>					
17	<p>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。</p>					
18	<p>代謝症候群：</p> <p>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、09001C、09004C、09005C、09006C、09043C 或 09044C (醫令類別 2)之醫令點數加總</p>					
19	<p>全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫：</p> <p>案件分類 02、07、特定治療項目代號(一)~(四)任一為 UC、醫令代碼 P8801C~P8803C 之門診醫令點數加總。</p>					

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：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。
- (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。)

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	<p>依計畫書中之新病床床號比對以下資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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，並於計畫書中敘明各季開設之新病床床號，擴床第 1 季至第 4 季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	<ol style="list-style-type: none"> 1、擴增病床類別為急性(或精神急性)一般病床： <ol style="list-style-type: none"> (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： <ol style="list-style-type: none"> (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	<ol style="list-style-type: none"> 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。

項目	操作型定義
	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÷【前述計算區間總日曆天數× 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× 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	

項目	操作型定義		
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)、原加護病床於當季申報醫令總數÷【 \sum 當季天數×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新病床排除列計點數計算公式。 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÷【 \sum 當季天數×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÷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%
新病床排除列計點數	<p>1、計算方法：</p> <p>(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+(\sum核減率加計值))】。</p> <p>(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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>		

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	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、

項目	操作型定義		
人日醫療費用	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。		
基期需校正之病床數	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。		
住診樣本核減率	1、計算區間：前一年度第1季至第4季。 2、計算公式= Σ (該院所有住診抽樣案件之樣本核減點數)÷ Σ (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。		
監測指標			
指標項目	計算方式	執行目標	調校方式
總病床數	1、當季醫管檔總開放之病床數。 2、依擴床類別分別計算。	>去年同期	未達執行目標則不執行「擴增病床醫院基期收入校正」
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×當季開放之急性病床(一般、精神)、加護病床總床數。	>去年同期	未達執行目標則依當季總病床占床率重新計算住診基準值(0階)調整點數
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	未達執行目標則計算較去年同期之負成長率，如正成長則以0%納入計算。
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	未達執行目標則計算較去年同期之負成長率，如正成長則以0%納入計算。
住診基準值(0階)調整點數	1、計算方法： $(\text{基期每人日醫療費用} \times \text{基期需校正之病床數}) \times \text{基期日曆天數} \times (1 - \text{樣本核減率}) \times \text{基期總病床占床率} \times (1 + \text{總住院日數成長率}) \times (1 + \text{總住院人數成長率})$ ，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。		

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。

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	<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、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。</p>
2	事前審查藥品	<p>1、支付價為 0(共 46 項)：</p> <p>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</p> <p>2、支付價不為 0(共 110 項)：</p> <p>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、</p>

		<p>KC01077209、KC01082212、KC01084241、KC01098283、KC01101209、AC58837277、AC60156100、BC26618251、BC26619238、BC26620245、BC27341100、BC27342100、BC27343100、BC27344100、BC27345100、BC27856100、BC27857100、KC01062209、KC01067209、KC010762DA、KC01086299、KC01087299、KC011092BK、KC01132255、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。</p> <p>3、新增且非暫時性支付藥品：KC012572AS。</p>
3	癌症放射療法	<p>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。</p> <p>2、門診及住診申報放射療法醫令代碼，醫令代碼前四碼為：36001-36024 且醫令類別 2 之醫令點數加總。</p>
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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
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。
8	急性心肌梗	住診主診斷碼(ICD10-CM)為 I2101-I229、I5A 且申報醫令代碼

	塞	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)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、末期心臟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	5、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。 6、符合下列主診斷碼，且 ISS \geq 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") 7、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

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。		

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：

診別	指標項目	權重	納入計算案件範圍	操作型定義 (比較基期：去年同期)						
門診	門診人數成長率	60%	1、排除案件分類 「01, A1~A7, B1~B9, C4, C5, D1~D4, E2~E3, B A, HN, DF」 2、排除診察費=0 之案件。 3、排除醫令補報案件。	計算季歸戶就醫人數						
	門診人次成長率	10%		計算季申報件數						
	看診醫師數成長率	10%		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。						
	門診 CMI 成長率	100%		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 border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>當期</th> <th>CCS 權重檔年份</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>114Q1</td> <td>112 年</td> </tr> <tr> <td>114Q2</td> <td>113 年</td> </tr> <tr> <td>114Q3</td> <td>113 年</td> </tr> <tr> <td>114Q4</td> <td>113 年</td> </tr> </tbody> </table>	當期	CCS 權重檔年份	114Q1	112 年	114Q2	113 年
當期	CCS 權重檔年份									
114Q1	112 年									
114Q2	113 年									
114Q3	113 年									
114Q4	113 年									
專任醫師數成長率	20%	依本署醫管檔資料計算。	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。							
住診	住院人數成長率	30%	1、排除案件分類 「A1~A4, A Z, 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。	計算當季歸戶住院人數。						
	住院日數成長率	45%		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 ≤ 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 成長率	100%		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 border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>當期</th> <th>參照 RW 權重年份</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>114Q1</td> <td rowspan="2">113 上半年</td> </tr> <tr> <td>114Q2</td> </tr> </tbody> </table>		當期	參照 RW 權重年份	114Q1	113 上半年	114Q2		
當期	參照 RW 權重年份									
114Q1	113 上半年									
114Q2										

診別	指標項目	權重	納入計算案件範圍	操作型定義 (比較基期：去年同期)							
				114Q3 114Q4	113 下半年						
	護理人員數成長率	20%	依本署醫管檔資料計算。	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。							
門住合計	支付標準調整率	100%	<p>1、門診排除案件分類「01, A1~A7, B1~B9, C4, C5, D1~D4, E2~E3, B A, HN, 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, B2, C1~C5, DZ, 7」及給付類別9之案件。</p> <p>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。</p>	<p>1、公式=各院Σ(支付標準調整差額)\div各院基期一般服務點數。</p> <p>2、支付標準調整差額：Σ(單價調整+新增醫令)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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>(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> </tbody> </table>		類別	單價調整	新增醫令	公式	(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
類別	單價調整	新增醫令									
公式	(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									

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	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
	非重度急救醫院:急診病人停留超過24小時比率			
2	落實分級醫療-下轉地區醫院和診所件數	≥	0.1%	門
3	糖尿病論質計酬方案收案人數	≥	0.2%	門
4	糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合收案人數	≥	0.2%	門
5	安寧療護照護人數	≥	0.2%	門+住
6	門診20大類檢查執行率	≤	0.2%	門
7	門診10項檢查再次執行率	≤	0.2%	門
8	前1季門診重複用藥日數下降率	≥	0.1%	門
9	門診復健醫療費用	≤	0.2%	門
10	出院個案轉銜照護服務	≥	0.2%	門+住
11	檢驗檢查結果上傳率	≥	0.05%	門+住
12	醫療影像上傳率	≥	0.05%	門+住
13	急性後期整合照護計畫收案及下轉人數	≥	0.2%	門+住
備註： 3、序號1指標[3日內再急診率]與序號10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、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。 5、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。				

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	糖尿病論質計酬方案收案人數	≥	0.2%	門
2	初期慢性腎臟病收案人數	≥	0.2%	門
3	糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合收案人數	≥	0.2%	門
4	門診 20 大類檢查執行率	≤	0.1%	門
5	門診 10 項檢查再次執行率	≤	0.1%	門
6	前 1 季門診重複用藥日數下降率	≥	0.1%	門
7	檢驗檢查結果上傳率	≥	0.1%	門+住
8	醫療影像上傳率	≥	0.1%	門+住
9	門診復健醫療費用	≤	0.1%	門
10	門診復健醫令數>180 次醫療利用人數	≤	0.2%	門
11	安寧療護照護人數	≥	0.2%	門+住
12	出院個案轉銜照護服務	≥	0.1%	門+住
13	參加並執行地區醫院全人全社區照護計畫	Y	0.2%	門
14	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
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%。				
2、序號 12、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。				
3、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。				

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	產科超音波同院非合理區間再執行率	≤	0.2%	門
2	婦科超音波同院非合理區間再執行率	≤	0.2%	門
3	門診 10 項檢查再次執行率	≤	0.2%	門
4	門診 20 大類檢查執行率	≤	0.2%	門
5	前 1 季門診重複用藥日數下降率	≥	0.2%	門
6	檢驗檢查結果上傳率	≥	0.2%	門+住
7	醫療影像上傳率	≥	0.2%	門+住
8	參加並執行地區醫院全人全社區照護計畫	Y	0.2%	門
9	罹患子宮肌瘤(育齡婦女≥15-49 歲)經子宮切除人數	≤	0.2%	住
10	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%。				
2、序號 10 指標計算範圍以各家醫院前一季計算。				
3、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。				
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。				

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	思覺失調症醫療給付改善方案收案人數	\geq	0.2%	門
2	思覺失調症醫療給付改善方案居家追蹤訪視人次	\geq	0.2%	門
3	精神科平均每人精神治療處置費	\leq	0.2%	門
4	精神科急性床平均每人日精神科處置費	\leq	0.2%	住
5	前 1 季門診重複用藥日數下降率	\geq	0.2%	門
6	檢驗檢查結果上傳率	\geq	0.2%	門+住
7	醫療影像上傳率	\geq	0.2%	門+住
8	門診 20 大類檢查執行率	\leq	0.2%	門
9	同一疾病(含精神科個案)同院 14 日內非計畫性再入院率	\leq	0.2%	住
10	同一疾病(含精神科個案)同院 3 日內再急診率	\leq	0.2%	門+住
備註：序號 9、10 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。				

114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114年4月28日健保醫字第1140108371號公告

一、依全民健康保險醫療給付費用醫院總額114年第1次研商議事會議結論辦理。

二、符合認定原則醫院之114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114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114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。

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、銅鑼鄉、卓蘭鎮、頭屋鄉
台中市	大安區、石岡區
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、梅山鄉
台南市	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	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本分區各院113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114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。 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。 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

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	<p>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：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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113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	<p>1.屬下表鄉鎮(市/區)鄰近之地區醫院。</p> <table border="1" data-bbox="339 1084 1177 1384"> <tr> <td></td> <td>山地離島/醫缺地區</td> </tr> <tr> <td>雲林縣</td> <td>大埤鄉、元長鄉、臺西鄉、水林鄉</td> </tr> <tr> <td>嘉義縣</td> <td>大埔鄉、六腳鄉、東石鄉、鹿草鄉、番路鄉、阿里山鄉</td> </tr> <tr> <td>台南市</td> <td>七股區、大內區、北門區、左鎮區、南化區、將軍區、楠西區、龍崎區</td> </tr> </table> <p>2.惟排除下列條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1)精神科醫院。 (2)113年前3季呼吸器費用占全院費用比率大於40%醫院。 (3)113年前3季提供急診服務量小於5%醫院。 (4)113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。 		山地離島/醫缺地區	雲林縣	大埤鄉、元長鄉、臺西鄉、水林鄉	嘉義縣	大埔鄉、六腳鄉、東石鄉、鹿草鄉、番路鄉、阿里山鄉	台南市	七股區、大內區、北門區、左鎮區、南化區、將軍區、楠西區、龍崎區
	山地離島/醫缺地區								
雲林縣	大埤鄉、元長鄉、臺西鄉、水林鄉								
嘉義縣	大埔鄉、六腳鄉、東石鄉、鹿草鄉、番路鄉、阿里山鄉								
台南市	七股區、大內區、北門區、左鎮區、南化區、將軍區、楠西區、龍崎區								
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。								

分區別	增列認定原則
東區 業務組	轄區醫院所在地區之每萬人口西醫醫院醫師數在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		1536120010	清海醫院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」
20		1538041209	東華醫院	符合分區認定原則
21		南區	1139130010	長庚醫療財團法人雲林長庚紀念醫院

序號	分區	醫院代號	醫院名稱	認定原則
22		0141060513	衛生福利部臺南醫院新化分院	符合分區認定原則
23		1105050012	奇美醫療財團法人佳里奇美醫院	符合分區認定原則
24		1139030015	天主教若瑟醫療財團法人若瑟醫院	符合分區認定原則
25	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
26		1144010016	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
27		0144010015	衛生福利部澎湖醫院	主管機關公告山地離島地區
28		0943060017	屏安醫療社團法人屏安醫院	符合分區認定原則
29		1143130019	佑青醫療財團法人佑青醫院	符合分區認定原則
30		1143150011	迦樂醫療財團法人迦樂醫院	符合分區認定原則
31		東區	0145080011	衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院
32	1146030516		佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院	保險人公告之「全民健康保險醫療資源缺乏地區」符合分區增列認定原則
33	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」符合分區增列認定原則
34	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」
35	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」
36	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」
37	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」
38	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」

**114 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	國軍岡山醫院	有	4
5	三軍澎湖	有	4
6	高雄秀傳	有	4
7	岡山秀傳	有	4
8	潮州安泰醫院	有	4
9	枋寮醫院	有	4
10	恆春基督教醫院	有	4
11	高醫岡山醫院	有	4
12	旗津醫院	有	4
13	輔英醫院	有	4
14	建佑醫院	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	霖園醫院	無	內、外
26	溫賀睿和醫院	無	內、外
27	高新醫院	無	內、外
28	樂生婦幼醫院	無	婦、兒
29	瑞生醫院	無	內、外、兒

備註：

1、科別數 4 (內、外、婦、兒)

2、高雄秀傳自 114 年 3 月 1 日起、霖園醫院自 114 年 8 月 1 日起列入計畫保障範圍。

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：林鈺禎

聯絡電話：02-27065866 分機：2628

傳真：02-27069043

電子郵件：A111280@nhi.gov.tw

受文者：本署高屏業務組

發文日期：中華民國114年8月21日

發文字號：健保醫字第1140664124號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：無

主旨：有關建議於天然災害停止上班日執行「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」巡迴醫療計畫，醫事人員論次費用依例假日標準計算案，復如說明，請查照。

說明：

- 一、復貴組114年8月5日電子郵件。
- 二、查西醫醫療資源不足地區改善方案十、(一)、3對於「例假日」之定義為：依人事行政總處所公布之放假日，包含週六(扣除補班日)、週日、紀念日、民俗節日、兒童節、勞動節及含連假之補假日；另十二、(一)規定，門診時間若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備。
- 三、考量院所於天然災害停止上班期間持續提供巡迴醫療服務所需負擔之交通、人事成本相對較高，為穩定當地醫療資源，提供因地制宜支持措施，本署原則同意放寬前述規定，得經提至分區共管會議討論共識後執行。
- 四、另有關「於天然災害停止上班期間執行巡迴醫療之醫事人

114.08.21



1146059126

員論次費用，分區業務組得依所屬分區共管會議決議，採
例假日標準計算」之規定，將納入115年度方案修訂。

正本：本署高屏業務組

副本：本署臺北業務組、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署東
區業務組

