

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組 「高屏區醫院總額」115年第1次共管會議 會議紀錄

時間：115年3月12日（星期四）下午2時整

地點：高屏業務組7樓第一會議室/Teams視訊會議

主席：林組長純美、朱主任委員文洋

紀錄：劉蘋瑢

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	李炫昇委員	李炫昇
陳金順副主任委員	陶屏(代)	陳鴻曜委員	陳鴻曜
藍國忠委員	陳武福(代)	王森稔委員	王森稔
黃秋慧委員	黃秋慧	吳榮州委員	萬樹人(代)
黃曉怡委員	黃曉怡	洪朝明委員	洪朝明
王照元委員	陳崇桓(代)	林茂隆委員	林茂隆
林宗憲委員	林宗憲	黃明典委員	黃明典
杜元坤委員	王惠莉(代)	黃文翔委員	黃文翔
林俊農委員	林俊農	趙昭欽委員	趙昭欽
康柏皇委員	康柏皇	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
馬光遠委員	管毅剛(代)	張志鴻委員	張志鴻
洪志興委員	洪志興	楊錫添委員	楊錫添

列席單位及人員(*為視訊與會)：

高雄榮總	黃瓘婷
高雄長庚	陳佩瑜、林廣軒
高雄醫學大學附設醫院	黃建民、蔡蕙如、施玉環、歐芸螢
義大醫院	林蔚、陳雅婷
小港醫院	張碧玉、劉靜薇
市立聯合醫院	李俊嫻

國軍高雄總醫院
安泰醫院
建佑醫院
南門醫院
文雄醫院
新高鳳醫院
阮綜合醫院
部立屏東醫院
寶建醫院
馨蕙馨醫院
旗山醫院
高屏區分會
本署高屏業務組

曾瑞蘭、鄭重男
鍾梅珍、蔡玫芳
張瓊月、黃思婷
黃靖雯
鐘明宏
吳明勳
李秀貞
周繡涵
許清漢
舒碧雯
張峻瑋、黃馨嬌
李怡虹
謝明雪、郭怡妘、李金秀*、林惠英*、
邱颯穎、張慧娟、詹雪娥、陳祈君、
劉彥均、許亦濡、辛佩旻、葉曦之、
鐘政光、廖文敬、蕭晟儀、許意絃、
楊可薇、林孟儒、陳民英、謝涵羿、
呂佳青、馬千淇、許寧恩、吳玟萱、
周孟盈、林冠余、許家寧、戴玆如、
陳美蓮、侯佳伶
轄區醫院*

視訊旁聽人員

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄
決定：確認。

參、報告事項

第一案

報告單位：審查執行會高屏區分會

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：115 年高屏區醫院總額共管會議委員名單及順位代理人報告。

說明：

- 一、依據高屏區醫院總額醫療服務審查共管會議 114 年第 2 次會議決議，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)。
- 二、前揭 115 年較 114 年新增之 6 位委員，分別為：
 - (一)醫學中心：義大醫院林俊農執行副院長。
 - (二)區域醫院：部立屏東醫院王森稔院長、屏東基督教醫院吳榮州院長、義大癌治療醫院洪朝明院長。
 - (三)地區醫院：潮州安泰醫院張志鴻院長、文雄醫院楊錫添院長。
- 三、共管會議委員及其順位代理人詳下表，代理人出席規範如下：
 - (一)各層級委員代表若有異動請一併提報順位代理人 2 名，並依代理順位出席。
 - (二)請委員儘量親自出席，如因故不能出席，得依代理人順位由 1 人代理出席。

層級	分會幹部	委員	服務醫院	職稱	第一代理人	第二代理人
地區醫院	主任委員	朱文洋	建佑醫院	執行長	張瓊月	許懷仁
醫學中心	副主任委員	陳金順	高雄榮總	院長	洪恭誠	陶屏
地區醫院	副主任委員	蘇主榮	東港安泰醫院	執行長	黃炳生	扈克勛

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	委員	藍國忠	高雄長庚	院長	陳武福	林祖功
	委員	黃秋慧	高雄長庚	副執行長	陳武福	陳怡靜
	委員	黃曉怡	高雄長庚	主任	陳武福	陳佩瑜
	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
	委員	康柏皇	高雄榮總	主任	陶屏	黃瑾婷
	委員	杜元坤	義大醫院	院長	許苑齡	王惠莉
	委員	林俊農	義大醫院	副院長	洪士元	黃煜為
區域醫院	委員	吳勝堂	國軍高雄總	院長	王強庭	王志強
	委員	馬光遠	市立聯合醫院	院長	管毅剛	李俊嫻
	委員	洪志興	市立小港醫院	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
	委員	王森稔	部屏東醫院	院長	黃炯棠	周繡涵
	委員	吳榮州	屏東基督教醫院	院長	萬樹人	馬事佐
	委員	洪朝明	義大癌治療醫院	院長	陳賢峰	饒坤銘
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	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
	委員	張志鴻	潮州安泰醫院	院長	許育彰	王泰隆
	委員	楊錫添	文雄醫院	院長	鐘明宏	陳秀滿

決定：洽悉。

第四案

報告單位：高屏業務組

案由：調整 115 年「高屏區醫院總額院長座談會」會議召開時程。

說明：

- 一、依據「高屏區醫院總額共管會議 114 年第 2 次會議」（開會日期 114 年 12 月 11 日）決議，115 年醫院總額院長座談會開會日期，原訂為 115 年 6 月 18 日(四)及 115 年 12 月 17 日(四)，考量相關行政作業規劃，爰調整會議日期為 115 年 6 月 17 日(三)及 115 年 12 月 22 日(二)，調整後時程表如下，建請各委員預作安排。
- 二、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)	115.6.17 (星期三)	115.9.10 (星期四)	115.12.10 (星期四)	115.12.22 (星期二)
會議名稱	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

決定：洽悉。

第五案

報告單位：高屏業務組

案由：有關 115 年「高屏區醫院總額風險調整移撥款執行方式」之各項指標及預算分配。

說明：

- 一、依「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額及分配方式」(115 年 2 月 4 日健保醫字第 1150102178 號函)，醫院總額自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 3.887 億元)移撥 6.5 億元，作為風險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展，其中 0.5 億元用於因應東區因 R 值(各地區校正風險因子後之保險對象人數)占率造成之財務衝擊。
- 二、依 115 年 1 月 29 日院協健字第 1150200042 號函，旨揭 6.5 億元預算中，2 億元採 6 因子均等權重分配(16.666667%)，餘 4 億元採 114 年依地區預算 RS 值分配之額度，合併以形成各分區風險款額度，東區另加 0.5 億元，各區預算分配如下表。

115年	6因子	RS分配同114年	調整前全年	指定撥入	調整後全年	佔率
台北區	17,146,850	142,897,852	160,044,702		160,044,702	25%
北區	14,059,821	54,950,888	69,010,709		69,010,709	11%
中區	16,982,296	72,104,768	89,087,064		89,087,064	14%
南區	17,198,586	57,777,236	74,975,822		74,975,822	12%
高屏區	41,648,737	61,169,012	102,817,749		102,817,749	16%
東區	92,963,710	11,100,244	104,063,954	50,000,000	154,063,954	24%
合計	200,000,000	400,000,000	600,000,000	50,000,000	650,000,000	100%

- 三、115 年「高屏區醫院總額風險調整移撥款」預算為 102,817,749 元(占全署 15.8%，較 114 年增加 57,099 元)，預計執行 10 項指標，其中 8 項維持 114 年指標項目，另新增 2 項指標，各指標名稱及預算分配方式，如下表。

項次	指標項目	主責醫院	指標預算
1	強化轄區內醫院轉診合作		8,000,000
2	婦幼聯防		14,000,000
	2-1 新生兒	義大	
	2-2 高危險妊娠	高雄長庚	
3	居家醫療與安寧緩和醫療照護	業務組	14,408,875
4	慢性病照護獎勵方案	業務組	11,000,000
5	健保醫療科技數位提升計畫(FHIR)	業務組	12,000,000
6	門住院轉銜居家營養照護計畫	高醫附醫	2,000,000
7	到院前救護車心電圖判讀跨院合作計畫	屏東基督教	10,000,000
8	急診重大外傷照護區域聯防品質計畫	高醫附醫	17,408,874
9	精進癌症精準照護獎勵(115 年新增)	業務組	7,000,000
10	門診靜脈抗生素治療(OPAT)強化獎勵方案(115 年新增)	業務組	7,000,000
提案預算小計			102,817,749
115 年風險移撥款預算			102,817,749

決定：洽悉。

第六案

報告單位：高屏業務組

案由：有關高屏醫院總額 114 年第 4 季「急診、急救責任醫院及護理支付標準調整扣合指標」由排除列計改以補付方式辦理。

說明：

- 一、114 年「急診、急救責任醫院及護理支付標準調整扣合指標」預算來源為其他預算「11.114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等(41.56 億)」，並於 114 年 5 月 1 日公告實施。
- 二、依據 114 年 3 月 27 日 114 年第 1 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」會議紀錄，前開以「其他預算」支應之支付標準調整項目，須依各家醫院各季評核指標達標結果計算應撥付分區預算額數(納入一般總額結算)，屬各分區外加預算。
- 三、經署本部估算，高屏區 114 年第 4 季「急診、急救責任醫院及護理支付標準調整扣合指標」撥付額度為 1.44 億點。
- 四、又依高屏區 114 年第 4 季費用估算結果，各家醫院未扣除 114 年第 4 季急診/急救責任醫院及護理支付標準調整點數時，階 1、階 2、階 3 點數支付比例仍可調升至 100%。
- 五、綜上，高屏 114 年第 4 季各家醫院「急診、急救責任醫院及護理支付標準調整扣合指標」撥付額度，由排除列計抵扣超額點數改為補付方式辦理(參考南區 114 年第 3 季撥付方式)。

決定：洽悉。

參、討論事項

第一案

提案單位：高屏業務組

案由：有關高屏醫院總額 114 年第 4 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、已決議事項與數據來源：

- (一) 114 年高屏區醫院總額醫療服務審查共管會議 114 年第 1 次會議決議，高屏 114 年下半年期望點值為 0.98。
- (二) 114 年 12 月 11 日高屏區醫院總額醫療服務審查共管會議 114 年第 2 次會議決議，高屏區 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 114 年第 4 季。
- (三) 115 年 3 月 4 日醫院總額 115 年第 1 次研商議事會議議程，114 年第 3 季醫院總額點值結算結果，高屏共流用 527,817,784 元，將併入 114 年第 4 季預算並據以辦理費用結算。

二、114 年第 4 季經署本部估算，高屏醫院未執行分階折付前就醫分區平均點值為 1.0027(署本部估算時已含留用之 5.28 億、114 年第 4 季急診/急救責任醫院及護理支付標準調整扣合指標)。

三、114 年第 4 季高屏醫院總額支出估算：

- (一) 外加預算：114 年第 3 季流用 527,817,784 元、114 年下半年 PVA。
- (二) 推估方式：計算各家醫院超額點數時，未先扣除 114 年第 4 季急診/急救責任醫院及護理支付標準調整點數。
- (三) 支出估算：依前述推估方式，階 1 至階 3 各階點數支付比例可由階 1-75%、階 2-50%、階 3-25%全數調升至 100%，階 4-0%共 15 家醫院須追扣 1.22 億點，轄區預算仍剩餘約 9,076

萬點。

項目		代號	數值(億)	
本季投保分區預算	本季方案結算使用預算		A	240.24
	急診/急救責任醫院及護理支付標準調整扣合指標之預算		B	1.44
支應超額可用預算		C	10.23	
超額點數	階 1 至階 3	支付比例 75%/50%/25%所需點數	D1	5.92
		支付比例皆為 100%所需點數	D2	9.28
	階 4		E	1.13
	新醫院		F	0.14
高屏區總剩餘預算(G=C-D2)		G	0.95	
114 年方案回補機制	<6 千萬地區醫院回補至 0.9 所需點數	回補點數	H	0.04
		剩餘預算(I=C-D2-H)	I	0.91
	本季需追扣(含新醫院)(J=E+F-H)		J	1.22
如回補至 0.95	回補至 0.95 支出點數		K	0.56
	回補後高屏區總剩餘預算(L=C-D2-K)		L	0.39
	本季需追扣(含新醫院)(M=E+F-K)		M	0.7

四、依前開估算結果，轄區醫院點值分佈如下表 1，如階 4 支付比例維持 0%，估算該等醫院平均點值未達 0.95 者共 6 家地區醫院(查，此 6 家之專任醫護人力均較同期成長如表 2)，如將其平均點值回補至 0.95，估算支出約 5,600 萬點(仍低於轄區剩餘預算)。

點值分布	醫中	區域	地區	總計
≥0.98	4	13	77	94
≥0.95 - < 0.98			3	3
≥0.90 - < 0.95			4	4
< 0.9			2	2
總計	4	13	86	103

*備註：一般服務點數擷取時間：115 年 2 月 24 日，本表僅為推估，以署本部實際結算為

準。

表 2、高屏 114 年第 4 季 6 家點值估算未達 0.95 地區醫院個別醫院合理成長率加計推估

地區醫院序號	專任醫師+護理師成長率(V)	專任醫師數+護理人員數成長率(V 分組)	當季階 1 成長率上限(Y)之差值(W 值)	階 1 成長率加計值	最終採計季成長率
1	23.0%	V>5%	12.52%	3.00%	6.96%
2	9.6%	V>5%	7.91%	2.30%	6.26%
3	1.7%	0%<V≤2%	9.24%	1.60%	5.56%
4	79.4%	V>5%	4.14%	1.20%	5.16%
5	46.3%	V>5%	9.49%	2.80%	6.76%
6	59.6%	V>5%	13.61%	3.00%	6.96%

*備註：醫療服務供給面成長率及支付標準調整率指標擷取時間：115 年 3 月 5 日，本表僅為推估，以實際結算為準。

五、另高屏 114 年第 4 季基期收入校正之基準值(0 階)(下稱基準值(0 階))之四季分配占率已高於全署 114 年第 4 季四季占率，如將 114 年第 3 季流用之 5.28 億元及 114 年下半年 PVA 併入 115 年第 4 季各家醫院基準值(0 階)分配，可能將致 115 年第 4 季發生高額折算，故將以扣除 5.28 億元及扣除 114 年下半年 PVA 之就醫分區預算及「高屏區 114 年醫院總額醫療服務審查作業原則」重新計算各家醫院分階支付結果後據以分配 115 年第 4 季各家醫院基準值(0 階)。

類別	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季
114 全署四季占率	24.097234%	24.986488%	25.301486%	25.614792%
基準值(0 階)分配占率(A)	23.800054%	24.004163%	25.718743%	26.477040%
基準值(0 階)分配占率(B)	24.054098%	23.978150%	25.688692%	26.279059%

備註：

1、「(A)」含 4 家新醫院但不含杏永醫院。

2、「(B)」不含所有新醫院。

決議：如說明，照案通過。

第二案

提案單位：高屏業務組

案由：有關杏永醫院(醫事機構代號 1507010032)114 年第 4 季與 115 年第 1-4 季結算核定方式一案，請討論。

說明：

- 一、依據高屏醫院總額「114 年醫院總額醫療服務審查作業原則」、「115 年醫院總額前瞻式預算管理方案(114 年 12 月 11 日共管會議決議版本)」(前述兩項均下稱高屏方案)，訂有新成立醫院基準值(0 階)適用範圍與計算原則。
- 二、杏永醫院於 114 年 10 月 18 日開設，原依 115 年高屏方案應至本組協商各季基期收入校正之基準值(0 階)(下稱基準值(0 階))，惟經本組調查，杏永醫院與杏和醫院(醫事機構代號 1542011282)為同體系醫院，2 院間隔距離步行時間約 5 分鐘(如附件 1，杏永醫院步行 1-3 分鐘可抵達同體系之杏和醫院、聖恩診所及附設護理之家)。
- 三、考量體系兩醫院位置相近且開設科別並無差異(同為家醫科、內科、外科、骨科、麻醉科、放射診斷科、復健科)，應合併管理以提升健保醫療資源使用效率，本組於 114 年 11 月 25 日請該院到組協商 114 年第 4 季基準值(0 階)，向該院提案將杏永醫院 114 年第 4 季開設之病床視為杏和醫院擴增病床方式辦理，而門診提供之醫療服務與杏和醫院合併計算較杏和醫院 113 年第 4 季之成長率，並另訂定該醫療體系監測機制(附件 2)，以評估健保醫療費用申報適當性，並於 114 年 12 月 26 日以健保高費一字第 1148611311 號函文該院監測機制與同意核備杏永醫院 115 年預計開設之新病床號共 60 張急性一般病床、8 張急性加護病床。
- 四、114 年第 4 季杏永醫院新增病床費用經估算約支出 250 萬點(與杏和醫院開設之病床合併依 114 年高屏方案之「病床擴增

之排除列計計算方式」，扣除杏和醫院基期已關病床之醫療費用、及審查核減率、病床使用監測指標等校正。)

五、綜上，為提升高屏區醫療資源使用效率，杏永醫院自 114 年第 4 季與 115 年第 1-4 季申報之一般總額醫療服務點數季結算核定方式如下：

(一)杏永醫院(醫事機構代號 1507010032)與杏和醫院(醫事機構代號 1542011282)申報之一般總額醫療服務點數加總計算，並以杏和醫院之基準值(0 階)為超額分階核付之依據。

(二)依據高屏方案之「醫療服務供給面成長率及支付標準調整率指標」，杏永醫院與杏和醫院合併計算較去年同期之醫院合理成長率。

(三)杏永醫院開設之病床視為杏和醫院擴增病床，並依 114 年高屏方案「病床擴增之排除列計計算方式」與 115 年高屏方案「病床擴增之排除列計與基期調整計算方式」計算排除列計點數與基準值調整點數，另為避免排擠既有醫院之權益，前開計算結果排除於 5,000 萬預算上限。

(四)如當季杏永醫院與杏和醫院合併計算超額分階核付點數後，其預估點值低於轄區同儕者，本組將於共管會議提案，及說明該體系醫療費用監測結果，並依共管會議決議辦理季結算核定，前述超額點數與預估點值計算公式如下：

1、超額點數公式=(杏永+杏和醫院當季申報一般總額醫療服務點數)-杏和醫院基準值(0 階)-Σ(杏永+杏和醫院特定排除列計項目總計)-(杏永+杏和醫院當季醫療費用審查核減點數)-(杏永+杏和醫院當季非以一般總額預算支應之支付標準調整點數)。

2、點值預估=[(杏和醫院基準值(基準值(0 階)+(杏和+杏永醫院特定排除列計項目)+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]÷[(杏永+杏和醫院當季申報當期之一

般總額醫療服務點數)-(杏永+杏和醫院當季申報當期醫療費用審查總核減點數)]。

決議:照案通過,並按季監測杏和醫療體系健保資源使用監測情形,於下次共管會議報告。

第三案

提案單位：高屏業務組

案由：高屏「115年醫院總額前瞻式預算管理方案」修訂案。

說明：

一、修訂「個別醫院階1成長率加計表」：

- (一) 高屏醫院總額預算管理方案於114年6月12日高屏區醫院總額醫療服務審查共管會議114年第1次會議紀錄決議，自114年第2季起，參考南區新增個別醫院階1成長率加計方式，依個別醫院專任醫師及護理人力成長率(V)分3組($0% < V \leq 2%$ 、 $2% < V \leq 5%$ 、 $V > 5%$)，再依個別醫院合理成長率較轄區階1成長率上限差值，予以額外加計階1成長率。
- (二) 統計高屏114年第2季至第4季(估算值)醫護人力成長率及階1成長率上限差值(W)(下稱上限差值(W))對照表(附件3)，轄區醫護人力成長情形明顯與南區不同，爰調整分組與級距，說明如下：

- 1、調整醫護人力分組：轄區醫護人力依原方案分組時高度集中於 $V > 5%$ 組，部分季別 $0% < V \leq 2%$ 組別適用醫院為0家，爰依高屏醫護人力成長率分布，調整為 $0% < V \leq 5%$ 、 $5% < V \leq 10%$ 、 $10% < V \leq 20%$ 、 $V > 20%$ 共4組；並同時調整階1加計值。
 - 2、考量醫護人力聘任不易，新增上限差值(W) $\leq 2%$ 之加計值。
 - 3、上述修訂對照如附件4。
- 二、新增「住診服務量能扣合基期收入校正之基準值(0階)」機制：為確保住院服務量能未因醫院總額前瞻式預算管理方式出現怠工、過度降低收治住院病患、限縮住院病床使用等情形，爰先行針對區域以上醫院加強結果面管理，如該院較去年同期之住院人數 $\leq (-2.0\%)$ 且住院人日 $\leq (-7.0\%)$ 兩項皆達標者，請其至高屏醫院總額醫療服務審查共管會議報告，並依會議

決議調整下修該院基期收入校正之基準值(0 階)(附件 5)。

三、前開修訂結果如附件 5，並自 115 年第 1 季季結算核定起實施。

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 5，並自 115 年第 1 季季結算核定起實施。

肆、臨時動議：

第一案

提案單位：屏東榮民總醫院

案由：「建議刪除病床擴增之排除列計與基期調整計算預算上限每季 5000 萬」之情事，請討論。

說明：

- 一、提案背景與必要性：為落實照護偏鄉醫療，提升屏東地區急、重、難、癌的照護能力，強化在地化醫療。由於少子化，現在的醫院要擴增病床是一件相當難的事情，另擴增病床後，在給付費用時，又需要達到占床人日數增加的門檻，也已有適當的稽核管考制度。依急性病房每床每月申報以 30 萬粗估，而月均占床率以 80%計，每新擴增一床每季大約需要 $30 \text{ 萬} \times 0.8 (\text{占床率}) \times 3 (\text{個月}) = 72 \text{ 萬} / \text{每季}$ 。而既有的每季 5000 萬上限，約略僅能提供每季新擴增 69 床的費用所需。若實務上遇到超過 69 床的開床，則費用給付會不敷所需。
- 二、現行實施困境與供應失衡：
 - (一) 少子化與既有的城鄉差距，造成各醫院皆不易擴增開床。
 - (二) 若能擴增新床，應能預期造成服務提供的板塊有所改變。
 - (三) 既有擴增新床的機制已有稽核管制的效力，另長期統計的每件平均住院費用，也經由大數據可追蹤。
 - (四) 原有每季 5000 萬的上限，全區一季僅能約略增加 69 床的新增數，合理預期當有發生醫療服務提供的板塊變化時，全區費用申報應不至於有太大變動。
 - (五) 但是若是產生醫療需求的變動，69 床的上限會造成了提供病患醫療需求的限制。
 - (六) 故提請同意刪除此上限費用額度，或是建議提供上限到 2

億以應可能所需。

三、政策建議：

(一)建議刪除「病床擴增之排除列計與基期調整計算預算上限每季 5000 萬」。

(二)抑或建議修正每院「病床擴增之排除列計與基期調整計算預算上限每季 2 億點」。

業務組說明：依本組「114 年高屏醫院方案擴床預算支出估算」結果（如下表），申請核備擴增新病床醫院之各季病床擴增排除列計點數合計支出均未達每季 5,000 萬點上限，爰本預算尚足以支應現階段轄區醫院擴增病床醫療服務點數需求，建議維持現行「每季 5,000 萬點」之上限規定。本組將持續監測各院醫護人力與醫療費用申報情形，並滾動式檢討調整之必要性。

病床類別	醫院簡稱	114 年度申請床數	114Q1		114Q2		114Q3		114Q4	
			1-淨增加床數	2-排除列計點數(百萬點)	1-淨增加床數	2-排除列計點數(百萬點)	1-淨增加床數	2-排除列計點數(百萬點)	1-淨增加床數	2-排除列計點數(百萬點)
加護病床	屏東榮總	12	0	45.2	0	41.1	0	19.9	0	25.1
	小港醫院	29	11		11		38		28	
急性一般	恆春旅遊	16	11		11		13		0	
	屏東榮總	83	20		20		0		0	
	小港醫院	50	77		50		50		50	
	義大大昌	66	66		66		66		66	
	輔英醫院	11	0		2		2		11	
總床數/總計支出		267	185		160		169		155	
當季預算剩餘(百萬點)			4.8		8.9		30.1		24.9	

決議：如業務組說明，維持高屏區 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」辦理。

伍、散會(下午 4 時 20 分)

杏和體系醫療資訊彙整

醫事機構簡稱	杏和醫院	杏永醫院	聖恩診所	杏和醫院附設居家護理所
醫事機構代號	1542011282	1507010032	3507010632	7407010063
原始合約起日	097/04/03	114/10/18 (10/21 揭牌營業)	104/10/27	106/01/23
特約類別	3-地區醫院	3-地區醫院	4-基層醫療單位	6-居家照護
地址	高雄市鳳山區五甲二路 385-389 號	高雄市鳳山區南正一路 86、88 號	高雄市鳳山區五甲二路 395-397 號 1 樓	高雄市鳳山區文豐街 9 之 4 號 1 樓
急性一般病床許可床數	48 床	80 床		
目前病床開放數	急性一般 48 床 急性加護 8 床	急性一般 40 床 急性加護 8 床	無	76 床
設置科別 (115/3/9 更新)	家醫科、內科、外科、婦產科、骨科、泌尿科、復健科、麻醉科、放射診斷科	家醫科、內科、外科、骨科、麻醉科、放射診斷科、 <u>復健科(115/1/6 新增)</u> 、中醫科	家醫科	
特殊設備	電腦斷層攝影掃描儀*1、高震波碎石裝置*1	電腦斷層攝影掃描儀*1	無	

衛生福利部中央健康保險署高屏業務組 杏和醫療體系健保醫療資源使用監測作業

壹、緣起

為協助貴醫療體系管理，提升健保醫療資源使用效益，俾利本署高屏業務組監測民眾醫療需求變化、醫療費用申報趨勢及醫療品質，爰訂定「杏和醫療體系健保醫療資源使用監測作業」。

貳、適用院所

特約類別	醫事機構代碼	醫事機構名稱	健保特約起迄
地區醫院	1542011282	杏和醫院	114/04/03-117/04/02
居家照護	7407010063	杏和醫院附設居家護理所	114/04/15-117/04/14
基層醫療單位	3507010632	聖恩診所	113/10/27-116/10/26
地區醫院	1507010032	杏永醫院	114/10/18-117/10/17

參、監測維度：

- 一、體系院所合併分析。
- 二、個別院所獨立分析。

肆、資料範圍：

- 一、門診：排除案件分類

A1, A2, A3, A5, A6, A7, B1, B6, B7, B8, B9, BA, C4, C5, D1, D2, D4, HN, DF

- 二、住診：

- (一) 案件分類 1-7，但排除住院醫療費用點數申報格式點數清單段給付類別(d7)「9」及試辦計畫(d111)為「1-6」之全民健康保險急性後期整合照護計畫案件後計算「陸、監測項目」序號 12 及 16-21 監測項目。
- (二) 「陸、監測項目」序號 13-14：住院醫療費用點數申報格式點數清單段給付類別(d7)「9」之案件；以申報呼吸器依賴天數為呼吸器依賴≤90 日之案件。
- (三) 「陸、監測項目」序號 15：住院醫療費用點數申報格式點數清單段試辦計畫(d111)為「1-6」之全民健康保險急性後期整合照護計畫案件。

伍、比較基期：

費用年月為 113 年 1 月至 114 年 9 月健保醫療費用申報資料。

陸、監測項目：

序號	項目	診別	目標	監測維度
1	總就醫人數	門住合計	監測趨勢	體系+個別
2	就醫人數	門診	監測趨勢	體系+個別
3	慢性病就醫人數占率		≥基期	體系+個別
4	重大傷病就醫人數占率		≥基期	體系+個別
5	平均每人就醫次數		≤基期	體系+個別
6	平均每件醫療費用		≤基期	體系+個別
7	平均每人醫療費用		≤基期	體系+個別
8	每季就醫>3次之人數占率		≤基期	體系+個別
9	每季就醫科別數>2科之人數占率		≤基期	體系
10	跨2家體系院所就醫人數占率		≤基期	體系
11	CMI		監測趨勢	體系+個別
12	就醫人數		住診	監測趨勢
13	長期呼吸器依賴病人數	監測趨勢		體系+個別
14	長期呼吸器依賴≤90日之病人數	監測趨勢		體系+個別
15	PAC收案人數	≥基期		體系+個別
16	平均每人住院次數	≤基期		體系+個別
17	平均每人急性病房住院日數	≤基期		體系+個別
18	平均每件急性病房住院日數	≤基期		體系+個別
19	平均每件住院醫療費用	≤基期		體系+個別
20	平均每人住院醫療費用	≤基期		體系+個別
21	跨2家體系院所住院人數占率	≤基期		體系
22	CMI	監測趨勢		體系+個別

柒、計算方法：

類別	計算公式
就醫人數、PAC 收案人數、長期呼吸器依賴病人數、長期呼吸器依賴≤90日之病人數	依據「肆、資料範圍」與陸、監測項目」之「項目」及「診別」欄位篩選之案件，以身分證統一編號欄位(點數清單段 d3)歸戶計算病人數。
慢性病就醫人數	依據「肆、資料範圍」與陸、「監測項目」之「項目」及「診別」欄位，篩選門診醫療費用點數申報格式點數清單段案件分類(d1)為「04、08、E1」案件歸戶計算病人數。
重大傷病就醫人數	依據「肆、資料範圍」與陸、「監測項目」之「項目」及「診別」欄位，篩選門診醫療費用點數申報格式點數清單段部分負擔

類別	計算公式
	代號(d15)為「001、012、013」案件歸戶計算病人數。
平均每人醫療費用	依據「肆、資料範圍」與陸、「監測項目」之「項目」及「診別」欄位篩選之案件加總計算總醫療費用(申請點數+部分負擔)，再除以歸戶人數計算。
平均每件醫療費用	依據「肆、資料範圍」與陸、「監測項目」之「項目」及「診別」欄位篩選之案件加總計算總醫療費用(申請點數+部分負擔)及總申報案件數，再相除計算之。
平均每人急性病房住院日數	依據「肆、資料範圍」與陸、「監測項目」之「項目」及「診別」欄位篩選之案件，加總計算急性病床天數(住診點數清單段d14)，再除以歸戶人數計算。
平均每件急性病房住院日數	依據「肆、資料範圍」與陸、「監測項目」之「項目」及「診別」欄位篩選之案件，加總計算急性病床天數(住診點數清單段d14)及總申報件數，再相除計算之。
跨 2 家體系院所就醫人數	依據「肆、資料範圍」與陸、「監測項目」之「項目」及「診別」欄位篩選之案件，分別計算各身分證統一編號欄位(點數清單段 d3)當季就醫院所數。
每季就醫>3 次之人數占率	依據「肆、資料範圍」與陸、「監測項目」之「項目」及「診別」欄位篩選之案件，分別計算各身分證統一編號欄位(點數清單段 d3)當季就醫次數，再計算當季總醫次數>3 次人數占當季該診別就醫人數之比率。
每季就醫科別數>2 科之人數占率	依據「肆、資料範圍」與陸、「監測項目」之「項目」及「診別」欄位篩選之案件，分別計算各身分證統一編號欄位(點數清單段 d3)當季就醫歸戶科別數，再計算當季總就醫科別數>2 科人數占當季該診別就醫人數之比率。
CMI	依據「肆、資料範圍」與陸、「監測項目」之「診別」及「監測維度」，與高屏「114 年醫院總額醫療服務審查作業原則」及「115 年醫院總額前瞻式預算管理方案」之「醫療服務供給面成長率及支付標準調整率指標」章節操作型定義計算之。

捌、評估作業：

本署高屏業務組將依據每季「陸、監測項目」計算結果據以評估體系院所醫療利用、健保醫療費用之變化，作為醫療費用審查作業與季結算核定之參考。

高屏醫護人力成長率分組對照

費用季	原分組 (114 年 12 月 11 日決議版)			擬調整新分組 (115 年 3 月 12 日會議討論版)			
	$0\% < V \leq 2\%$	$2\% < V \leq 5\%$	$V > 5\%$	$0\% < V \leq 5\%$	$5\% < V \leq 10\%$	$10\% < V \leq 20\%$	$V > 20\%$
114Q2	8	12	43	20	10	15	18
114Q3	6	8	43	14	10	16	17
114Q4	4	8	41	12	12	16	13

個別醫院階 1 成長率加計修訂對照表

原版(高屏 114 年 12 月 11 日會議決議版)

0%<V≤2%		2%<V≤5%		V>5%	
W	階 1 加計	W	階 1 加計	W	階 1 加計
W≤2.0%	0.00%	W≤2.0%	0.00%	W≤2.0%	0.00%
2.0%<W≤4.0%	0.40%	2.0%<W≤3.5%	0.40%	2.0%<W≤3.0%	0.40%
4.0%<W≤6.0%	0.80%	3.5%<W≤5.0%	0.80%	3.0%<W≤4.0%	0.80%
6.0%<W≤8.0%	1.20%	5.0%<W≤6.5%	1.20%	4.0%<W≤5.0%	1.20%
8.0%<W≤10.0%	1.60%	6.5%<W≤8.0%	1.60%	5.0%<W≤6.0%	1.60%
W>10.0%	2.00%	8.0%<W≤9.0%	2.00%	6.0%<W≤7.0%	2.00%
		9.0%<W≤10.0%	2.30%	7.0%<W≤8.0%	2.30%
		W>10.0%	2.50%	8.0%<W≤9.0%	2.60%
				9.0%<W≤10.0%	2.80%
				W>10.0%	3.00%

修訂版(高屏 115 年 3 月 12 日會議討論版)

0%<V≤5%		5%<V≤10%		10%<V≤20%		V>20%	
W	階 1 加計	W	階 1 加計	W	階 1 加計	W	階 1 加計
W≤1.0%	0.40%	W≤1.0%	0.40%	W≤1.0%	0.40%	W≤1.0%	0.80%
1.0%<W≤2.0%	0.60%	1.0%<W≤2.0%	0.60%	1.0%<W≤2.0%	0.60%	1.0%<W≤1.5%	1.00%
2.0%<W≤4.0%	0.80%	2.0%<W≤3.5%	0.80%	2.0%<W≤3.0%	0.80%	1.5%<W≤2.0%	1.20%
4.0%<W≤6.0%	1.20%	3.5%<W≤5.0%	1.20%	3.0%<W≤4.0%	1.20%	2.0%<W≤2.5%	1.60%
6.0%<W≤8.0%	1.60%	5.0%<W≤6.5%	1.40%	4.0%<W≤5.0%	1.40%	2.5%<W≤3.0%	1.80%
8.0%<W≤9.0%	2.00%	6.5%<W≤8.0%	1.80%	5.0%<W≤6.0%	1.60%	3.0%<W≤3.5%	2.00%
9.0%<W≤10.0%	2.40%	8.0%<W≤9.0%	2.20%	6.0%<W≤7.0%	1.80%	3.5%<W≤4.0%	2.20%
10.0%<W≤11.0%	2.60%	9.0%<W≤10.0%	2.40%	7.0%<W≤8.0%	2.00%	4.0%<W≤4.5%	2.40%
11.0%<W≤12.0%	2.80%	10.0%<W≤11.0%	2.60%	8.0%<W≤9.0%	2.40%	4.5%<W≤5.0%	2.60%
W>12.0%	3.00%	11.0%<W≤12.0%	2.80%	9.0%<W≤10.0%	2.60%	5.0%<W≤5.5%	2.80%
		W>12.0%	3.00%	10.0%<W≤11.0%	3.00%	5.5%<W≤6.0%	3.00%
				11.0%<W≤12.0%	3.20%	6.0%<W≤6.5%	3.20%
				W>12.0%	3.40%	6.5%<W≤7.0%	3.40%
						7.0%<W≤7.5%	3.60%
						7.5%<W≤8.0%	3.80%
						8.0%<W≤8.5%	4.00%
						8.5%<W≤9.0%	4.20%
						9.0%<W≤9.5%	4.40%
						9.5%<W≤10.0%	4.60%
						10.0%<W≤11.0%	4.80%
						11.0%<W≤12.0%	5.00%
						W>12.0%	5.40%

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

1150312 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。
<p>註：</p> <p>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。</p> <p>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。</p>		

(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。

(五)住診服務量能扣合基期收入校正之基準值(0階)調整機制：

為確保住院服務量能未因醫院總額前瞻式預算管理方式出現怠工、過度降低收治住院病患、限縮住院病床使用等情形，爰先行針對區域以上醫院加強結果面管理，如該院較去年同期之住院人數 $\leq(-2.0\%)$ 且住院人日 $\leq(-7.0\%)$ 兩項皆達標者，請其至高屏醫院總額醫療服務審查共管會議報告，並依會議決議調整下修該院基期收入校正之基準值(0階)。

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檢視後繳還、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	未自行繳還案件另抽樣專審	篩異案件逕抽樣專審
回推母體	未自行繳還案件	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))。	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))。

專案啟動時執行方式	未自行繳還案件另抽樣專審	篩異案件逕抽樣專審
	2、回推核減點數=樣本核減率*未自行繳還案件總醫療服務點數(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計算方式	自行繳還醫療服務點數+回推核減點數	回推核減點數
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

項目別	操作型定義	給付方式
		(含)起：較去年同期申報點數成長差值。
安寧療護	<p>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</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>1、非新成立醫院：較去年同期申報點數成長差值予以排計。</p> <p>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。</p>
C 肝全口服新藥治療	申報 C 肝全口服新藥治療案件之療程數	<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</p>

項目別	操作型定義	給付方式
		長差值點數*0.90 後予以加計。 2、本項排除以 1,000 萬點為上限。
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-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：如附件八。

(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 ≤ 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%

(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		
分階	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	
分階	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>
(二)住診	
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入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、病房收治病別。
- (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：\geq原該類病床總數 10%。 (2)一般病床病床規模為 200 床以下：\geq10 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：\geq10 床。 (2)一般病床病床規模為 200 床以下：\geq5 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
	<p>2、計算公式(全自費病床不納入下方公式計算)：</p> <p>(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】。</p> <p>(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】。</p> <p>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。</p>
醫院資格認定	<p>1、「病床別與擴床規模」及「占床率」均需符合條件方同意核備。</p> <p>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。</p>

(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	<p>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)。</p> <p>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。</p>
新病床醫療費用點數	<p>1、案件範圍：</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>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)。</p>
未開放之原病床基期點數	<p>1、案件範圍：排除住診案件分類 A1~A4、AZ、B1、B2、C1~C5、DZ、7。</p> <p>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。</p> <p>3、其他擴床醫院：</p> <p>(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。</p> <p>(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」。</p>
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= $\Sigma(\text{該院所有住診抽樣案件之樣本核減點數}) \div \Sigma(\text{該院所有住診抽樣案件之樣本醫療費用點數(申請點數+部分負擔)})$ ，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>

序號	項目別	操作型定義
		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。 3、新增且非暫時性支付藥品：KC012572AS。
3	癌症放射療法	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。 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。
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	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。 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。 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。 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。
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。

序號	項目別	操作型定義
8	急性心肌梗塞	住診主診斷碼(ICD10-CM)為 I2101-I229、I5A 且申報醫令代碼為 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")。

序號	項目別	操作型定義
		(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) \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%; 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) \div 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"> <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
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+住
	非重度急救醫院:急診病人停留超過24小時比率			門
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： 1. 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。 2. 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。 3. 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+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 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。				

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
個別醫院階 1 成長率加計表

0%<V≤5%		5%<V≤10%		10%<V≤20%		V>20%	
W	階 1 加計	W	階 1 加計	W	階 1 加計	W	階 1 加計
W≤1.0%	0.40%	W≤1.0%	0.40%	W≤1.0%	0.40%	W≤1.0%	0.80%
1.0%<W≤2.0%	0.60%	1.0%<W≤2.0%	0.60%	1.0%<W≤2.0%	0.60%	1.0%<W≤1.5%	1.00%
2.0%<W≤4.0%	0.80%	2.0%<W≤3.5%	0.80%	2.0%<W≤3.0%	0.80%	1.5%<W≤2.0%	1.20%
4.0%<W≤6.0%	1.20%	3.5%<W≤5.0%	1.20%	3.0%<W≤4.0%	1.20%	2.0%<W≤2.5%	1.60%
6.0%<W≤8.0%	1.60%	5.0%<W≤6.5%	1.40%	4.0%<W≤5.0%	1.40%	2.5%<W≤3.0%	1.80%
8.0%<W≤9.0%	2.00%	6.5%<W≤8.0%	1.80%	5.0%<W≤6.0%	1.60%	3.0%<W≤3.5%	2.00%
9.0%<W≤10.0%	2.40%	8.0%<W≤9.0%	2.20%	6.0%<W≤7.0%	1.80%	3.5%<W≤4.0%	2.20%
10.0%<W≤11.0%	2.60%	9.0%<W≤10.0%	2.40%	7.0%<W≤8.0%	2.00%	4.0%<W≤4.5%	2.40%
11.0%<W≤12.0%	2.80%	10.0%<W≤11.0%	2.60%	8.0%<W≤9.0%	2.40%	4.5%<W≤5.0%	2.60%
W>12.0%	3.00%	11.0%<W≤12.0%	2.80%	9.0%<W≤10.0%	2.60%	5.0%<W≤5.5%	2.80%
		W>12.0%	3.00%	10.0%<W≤11.0%	3.00%	5.5%<W≤6.0%	3.00%
				11.0%<W≤12.0%	3.20%	6.0%<W≤6.5%	3.20%
				W>12.0%	3.40%	6.5%<W≤7.0%	3.40%
						7.0%<W≤7.5%	3.60%
						7.5%<W≤8.0%	3.80%
						8.0%<W≤8.5%	4.00%
						8.5%<W≤9.0%	4.20%
						9.0%<W≤9.5%	4.40%
						9.5%<W≤10.0%	4.60%
						10.0%<W≤11.0%	4.80%
						11.0%<W≤12.0%	5.00%
						W>12.0%	5.40%