

附件 2

醫院總額點值風險管控暨品質提升方案 修訂對照表(依劃線版方案內之修訂頁次排序)

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明
1	肆、二、 (二) 【P.2-3】	肆、三、 (二) 個別醫院基期點數(0階)	<p>(一) 個別醫院基期點數(0階):</p> <p>1. 非新設立醫院:</p> <p>(1) <u>計算公式=[基期一般服務收入—藥品給付協議返還金額(PVA/MEA)+基期生物相似藥品及學名藥藥費差額]÷目標點值各院基期一般服務收入校正 113 年同期「藥品給付協議返還金額(PVA)」及「個別醫院生物相似藥及學名藥藥費差額」,依本分區醫院總額共管會議決議之當季預設點值調整。</u></p> <p>(2) 個別醫院「藥品給付協議返還金額(PVA/MEA)」:</p> $113 \text{ 年該季整體 PVA/MEA} \times \frac{\text{個別醫院一般服務之浮動點數}}{\text{總體一般服務之浮動點數}}$ <p>(3) 個別醫院生物相似藥及學名藥藥費差額:依「全民健康保險推動使用生物相似藥及學名藥之鼓勵試辦計畫」之「藥費差額回饋點數定義」計算方案內一般服務點數。</p> <p>(4) <u>因各院浮動及非浮動點數占比不同,校正方式,如下:</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><u>基期點數校正公式</u></p> <p>◆ <u>校正公式一</u></p> <p>1. <u>各醫院校正後基期浮動收入(A)=各醫院浮動收入—藥品給付協議返還金額(PVA/MEA)</u></p> <p>2. <u>各醫院校正後基期非浮動收入(B')=各醫院非浮動收入(B)+基期生物相似藥品及學名藥藥費差額</u></p> <p>3. <u>將當季預設點值換算「推估浮動點值(C)」,「推估浮動點</u></p> </div>	<p>(二) 個別醫院基期點數(0階):</p> <p>1. 非新設立醫院:</p> <p>(1) 計算公式=[基期一般服務收入—藥品給付協議返還金額(PVA/MEA)+基期生物相似藥品及學名藥藥費差額]÷目標點值</p> <p>(2) 個別醫院「藥品給付協議返還金額(PVA/MEA)」:</p> $113 \text{ 年該季整體 PVA/MEA} \times \frac{\text{個別醫院一般服務之浮動點數}}{\text{總體一般服務之浮動點數}}$ <p>(3) 個別醫院生物相似藥及學名藥藥費差額:依「全民健康保險推動使用生物相似藥及學名藥之鼓勵試辦計畫」之「藥費差額回饋點數定義」計算方案內一般服務點數。</p>	<p>1.依據 115 年第 1 次醫院總額共管會議決議辦理</p> <p>2. 基期點數依「平均點值及各院固浮比擇優計算」,並自費用年月 115Q2 起實施。</p>

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明
1	肆、二、(二)【P.2-3】	肆、三、(二) 個別醫院基期點數(0階)	<p><u>值(C)」僅作校正基期點數使用，非當季結算浮動點值。</u></p> <p><u>(1)推估浮動點值(C)公式：</u> 當季預設點值= $\frac{\sum \text{各醫院基期收入加總}(A+B) + \sum \text{交付點數}}{\left(\frac{\sum \text{基期各醫院非浮動收入}(B) + \sum \text{交付}}{1}\right) + \left(\frac{\sum \text{基期各醫院浮動收入}(A)}{\text{推估浮動點值}(C)}\right)}$</p> <p><u>(2)範例：某季基期醫院收入加總 246 億，交付 11 億，非浮動收入含交付 130 億，浮動收入加總 127 億</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>若當季目標點值 0.96</u> $0.96=257 \div [(130 \div 1) + (127 \div \text{推估浮動點值})]$，則推估浮動點值=0.9222 <p><u>4. 基期點數(0 階)校正當季共管會議決議之目標點值：</u></p> <p><u>(1)校正點值後之基期點數(0 階)=</u> $\left(\frac{\text{校正後基期浮動收入}(A)}{\text{推估浮動點值}(C)}\right) + \left(\frac{\text{校正後基期非浮動收入}(B)}{1}\right)$</p> <p><u>(2)範例：假設當季目標點值為 0.96，經計算推估浮動點值 0.9222</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>某醫院：校正後基期浮動收入 2,000 萬，校正後基期非浮動收入 1,000 萬，則基期點數(0 階)=(2,000 萬÷0.9222)+(1,000 萬÷1)=3,168.73 萬點</u> <ul style="list-style-type: none"> ◆ <u>校正公式二=[基期一般服務收入－藥品給付協議返還金額(PVA/MEA) + 基期生物相似藥品及學名藥藥費差額] ÷ 目標點值。</u> ◆ <u>最終基期點數，以「校正公式一」及「校正公式二」計算之基期點數擇優計算。</u> 		<p>1.依據 115 年第 1 次醫院總額共管會議決議辦理</p> <p>2. 基期點數依「平均點值及各院固浮比擇優計算」，並自費用年月 115Q2 起實施。</p>

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明
2	肆、三、(二)【P.3】	肆、三、(二)個別醫院基期點數 (0階)	<p>(5) <u>自115年起，若有不當關床(如醫院住院人日數降幅達一定百分比)則下修當季基期。住院量能下降校正個別額度，自115Q1起適用：</u></p> <p><u>甲、啟動條件：連續2季達當季住院人日下降15%且住院人數成長率<臺北區同儕平均成長率之醫院，於第2季啟動當季個別總額額度下修(如114Q4、115Q1均達閾值，則下修115Q1個別額度)；啟動條件之住院人日、人數納入所有案件分類計算。</u></p> <p><u>乙、下修個別額度=(當期住診人數成長率-當期前4季平均人數成長率)×自身基期住院人數×自身基期住診平均單價。</u></p> <p><u>註：「個別額度」係指個別醫院基期點數+總額成長保障點數。</u></p> <p><u>丙、排除醫院：季申報≤6,000萬者、婦兒專科及精神專科醫院。</u></p>	(4)自115年起，若有不當關床(如醫院住院人日數降幅達一定百分比)則下修當季基期。	<p>1.依據115年第1次醫院總額共管會議決議辦理</p> <p>2.明確定義住院量能下降啟動條件及下修額度。</p>
3	肆、六、(一)【P.8】	肆、六、(一)交付處方醫療費用管理	(一)為穩定分階核付可支用預算，各醫院當季交付處方醫療點數以較前一年同期 <u>(或113年同期)</u> 成長7% <u>兩者擇高</u> 為上限。	(一)為穩定分階核付可支用預算，各醫院當季交付處方醫療點數以較前一年同期成長7%為上限。	依據115年第1次醫院總額共管會議決議辦理
4	肆、八、(二)【P.10】	肆、八、(二)萎縮型地區醫院回補	<p>(一) 萎縮型地區醫院回補：使用結餘點數扣除「小型醫院費用波動回補」後之點數(下稱「結餘可分配點數」)。</p> <p>1. 適用對象：當期一般服務點數較基期點數低，且預估平均點值低於0.95之地區醫院。</p> <p>2. 回補方式：回補各院核付點數與預估收入以0.95計之差值。如超出結餘可分配點數，則參與回補醫院等比例調降回補點數。</p>	<p>(一) 萎縮型地區醫院回補：使用結餘點數扣除「小型醫院費用波動回補」後之點數(下稱「結餘可分配點數」)。</p> <p>1. 適用對象：當期一般服務點數較基期點數低，且預估平均點值低於0.95之地區醫院。</p>	依據115年第1次醫院總額共管會議決議辦理

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明
			3. <u>剩餘之結餘可分配點數，依浮動點數占比分配予萎縮型地區醫院並以回補至本分區當季預估平均點值為上限。</u>	2. 回補方式：回補各院核付點數與預估收入以 0.95 計之差值。如超出結餘可分配點數，則參與回補醫院等比例調降回補點數。	
5	柒、一、(二)【P11】	柒、一、(二)不當轉診因應措施	(一) 當有以上不當轉診事件發生，該季即對該院執行以下措施： 1. 基期點數(0 階) <u>依乘以</u> 當季預估之臺北醫院整體平均點值計算。	(一) 當有以上不當轉診事件發生，該季即對該院執行以下措施： 1. 基期點數(0 階)依當季預估之臺北醫院整體平均點值計算。	明確定義執行方式
6	柒、二【P11】	柒、二自清專案管理調整基期點數	二、 針對臺北業務組 <u>114Q2 起(以本署發函日認定)</u> 請醫院自行檢視之專案 <u>(自清案件之費用年月不限)</u> ，倘醫院同意繳回率 <u>(件數自清率)</u> 低於臺北整體值且該專案標的醫令經專業審查點數核減率 $\geq 80\%$ (四捨五入至小數點後第一位)者，將標的醫令專業審查核減點數乘上 10 倍，於 <u>專案費用核扣當季調整基期點數(0 階)基期點數(0 階)調整</u> ，醫院超出調整後基期點數(0 階)之超額點數續依本方案超額分階核付方式核付，惟醫院該項專案應清查件數 \leq 臺北同儕 P25 值，則不予執行 <u>(如專案於 115/4 發函自清、115/7 月核扣，則下修 115Q3 基期)</u> 。	二、 針對臺北業務組請醫院自行檢視之專案，倘醫院同意繳回率低於臺北整體值且該專案標的醫令經專業審查點數核減率 $\geq 80\%$ (四捨五入至小數點後第一位)者，將標的醫令專業審查核減點數乘上 10 倍，於基期點數(0 階)調整，醫院超出調整後基期點數(0 階)之超額點數續依本方案超額分階核付方式核付，惟醫院該項專案應清查件數 $<$ 臺北同儕 P25 值，則不予執行。	依據 115 年第 1 次醫院總額共管會議決議辦理
6	附件 2、保障項目操作型定義(自 115 年起適用)	序號 17、心臟瓣膜手術及特定特	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類 \neq A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3. ICD-10-PCS 處置碼為 02UJ0JZ、02UJ0JG、02UG0JZ、02UG0JE、02QF0ZZ、024F07J、024F08J、024F0JJ、	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類 \neq A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3. ICD-10-PCS 處置碼為 02UJ0JZ、02UJ0JG、02UG0JZ、02UG0JE、	依據 115 年第 1 次醫院總額共管會議決議辦理

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明
	【p.18】	材	024F0KJ、02QF0ZJ、02RJ08Z、02RF0JZ、02RG08Z、02QW0ZZ、02QX0ZZ、02RF38H、02RF38Z、02RF38N、02RF08Z、02RF08N、02RF07Z、02RF0KZ、02RG07Z、02RG0JZ、02RG0KZ、02RJ07Z、02RJ0JZ、02RJ0KZ、02UF07Z、02UF08Z、02UF0JZ、02UF0KZ、02UG07Z、02UG08Z、02UG0KZ、02UJ07Z、02UJ08Z、02UJ0KZ、02RF37Z、02RF3JZ、02RF3KZ、02RG37Z、02RG38Z、02RG3JZ、02RG3KZ、02RJ37Z、02RJ38Z、02RJ3JZ、02RJ3KZ、02UF37Z、02UF38Z、02UF3JZ、02UF3KZ、02UG37Z、02UG38Z、02UG3JZ、02UG3KZ、02UJ37Z、02UJ38Z、02UJ3JZ、02UJ3KZ、02RF47Z、02RF48Z、02RF4JZ、02RF4KZ、02RG47Z、02RG48Z、02RG4JZ、02RG4KZ、02RJ47Z、02RJ48Z、02RJ4JZ、02RJ4KZ、02UF47Z、02UF48Z、02UF4JZ、02UF4KZ、02UG47Z、02UG48Z、02UG4JZ、02UG4KZ、02UJ47Z、02UJ48Z、02UJ4JZ、02UJ4KZ、02QF3ZZ、02QF4ZZ、02QG0ZZ、02QG3ZZ、02QG4ZZ、02QJ0ZZ、02QJ3ZZ、02QJ4ZZ、02RF37H、02RF3JH、02RF3KH 且醫令代碼為 68015B、68016B、68017B、68018B、69035B、68040B、 68060B 、TAVI 特材(即特材給付規定代碼 B102-8、 B102-10)之醫令點數。	02QF0ZZ、024F07J、024F08J、024F0JJ、024F0KJ、02QF0ZJ、02RJ08Z、02RF0JZ、02RG08Z、02QW0ZZ、02QX0ZZ、02RF38H、02RF38Z、02RF38N、02RF08Z、02RF08N、02RF07Z、02RF0KZ、02RG07Z、02RG0JZ、02RG0KZ、02RJ07Z、02RJ0JZ、02RJ0KZ、02UF07Z、02UF08Z、02UF0JZ、02UF0KZ、02UG07Z、02UG08Z、02UG0KZ、02UJ07Z、02UJ08Z、02UJ0KZ、02RF37Z、02RF3JZ、02RF3KZ、02RG37Z、02RG38Z、02RG3JZ、02RG3KZ、02RJ37Z、02RJ38Z、02RJ3JZ、02RJ3KZ、02UF37Z、02UF38Z、02UF3JZ、02UF3KZ、02UG37Z、02UG38Z、02UG3JZ、02UG3KZ、02UJ37Z、02UJ38Z、02UJ3JZ、02UJ3KZ、02RF47Z、02RF48Z、02RF4JZ、02RF4KZ、02RG47Z、02RG48Z、02RG4JZ、02RG4KZ、02RJ47Z、02RJ48Z、02RJ4JZ、02RJ4KZ、02UF47Z、02UF48Z、02UF4JZ、02UF4KZ、02UG47Z、02UG48Z、02UG4JZ、02UG4KZ、02UJ47Z、	依據 115 年第 1 次醫院總額共管會議決議辦理

序號	修訂項次【頁次】	修訂項目	增修條文	現行條文	說明
6	附件 2、保障項目操作型定義(自 115 年起適用)【p.18】	序 號 17、心臟瓣膜手術及特定特材		02UJ48Z、02UJ4JZ、02UJ4KZ、02QF3ZZ、02QF4ZZ、02QG0ZZ、02QG3ZZ、02QG4ZZ、02QJ0ZZ、02QJ3ZZ、02QJ4ZZ、02RF37H、02RF3JH、02RF3KH 且醫令代碼為 68015B、68016B、68017B、68018B、69035B、68040B、TAVI 特材(即特材給付規定代碼 B102-8)之醫令點數。	依據 115 年第 1 次醫院總額共管會議決議辦理
7	附件 2、保障項目操作型定義(自 115 年起適用)【p.20】	序 號 23、罕見疾病相關費用	<p>1. 醫事類別及案件分類：</p> <p>(1) 醫事類別：12(門診)、案件分類≠A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF</p> <p>(2) 醫事類別：22(住診)案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ</p> <p>2. 罕見疾病：符合重大傷病罕病註記為 Y 者，其任一診斷碼符合國健署公告之罕病疾病分類且部分負擔=001。</p> <p><u>(1) 部分負擔代碼=001 且主、次診斷任一亦符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)之所有案件且領有重大傷病卡者。</u></p> <p><u>(2) 國健署重大傷病罕病通報紀錄檔註記審核通過，但未領有重大傷病卡(罕見疾病註記為 Y)之保險對象，任一主、次診斷符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)且申報符合罕見疾病藥物品項之案件。</u></p>	<p>1. 醫事類別及案件分類：</p> <p>(1) 醫事類別：12(門診)、案件分類≠A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF</p> <p>(2) 醫事類別：22(住診)案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ</p> <p>2. 罕見疾病：符合重大傷病罕病註記為 Y 者，其任一診斷碼符合國健署公告之罕病疾病分類且部分負擔=001。</p>	依據 115 年第 1 次醫院總額共管會議決議辦理