

# 衛生福利部中央健康保險署中區業務組

## 115 年醫院總額前瞻式預算管理方案

依中央健康保險署中區業務組與醫院總額中區執行分會 115 年第 1 次共同管理會議決議辦理

訂定日期：115 年 1 月 29 日

修訂日期：115 年 5 月 29 日

### 壹、目的

- 一、前瞻式預算，合理自我管控，降低醫院財務衝擊。
- 二、鼓勵醫院積極自主管理，提升醫療服務審查效率。

### 貳、管理方案實施依據

- 一、全民健康保險法第 61 條第 4 項規定略以，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者、研商及推動總額支付制度。
- 二、「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第 22 條第 4 項規定，保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進行分析，依分析結果，得免除、增減抽樣審查或全審。

### 參、醫療費用審查作業

#### 一、分級審查項目列計範圍

- (一) 門診非藥費單價列計範圍：不含門診代辦業務案件(案件分類 A3、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、D1、D2、HN、DF、C5)、矯正機關收容人醫療服務計畫案件、門診後天免疫缺乏病毒確診開始服藥兩年後案件(案件分類 E2、E3)。
- (二) 住診費用列計範圍：不含住診代辦業務案件(案件分類 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ)、急診品質提升方案獎勵點數、生產案件、提供矯正機關收容人醫療服務計畫案件、急性後期整合照護計畫(PAC)評估費與獎勵費點數、住診 C 型肝炎全口服新藥醫令點數、住診精神科長效針劑。

#### 二、分級審查作業

- (一) 全部醫院(不含新設立及違規醫院)進入專業審查程序，並依去年季平均

申報點數設定 6 千萬點以上醫院和 6 千萬點以下醫院之分群，其樣本依例行隨機抽樣產生。住診分級審查依據當季住診分級審查項目總申報點數(含送核及補報)較去年同期申報點數成長率；門診分級審查依據門診每人非藥費單價較去年同期成長率，門住診皆採減量抽審並設定分級審查送審比率，送核案件依其比率辦理，補報案件審查仍以逐案送審為原則。

(二) 住診分級審查抽樣送審比率設定如下：

分級	住診當季分級審查項目 申報醫療費用點數較去 年同期成長率	住診季平均申報點數分群 -分級送審比率	
		6 千萬點以上醫院	6 千萬以下醫院
A	0% 以下	10%	10%
B	0%~1%(含)	30%	
C	1%-2%(含)	50%	20%
D	2%~3%(含)	70%	30%
E	3%~4%(含)	100%	50%
F	4%~5%(含)		70%
G	5% 以上		100%

(三) 門診分級審查抽樣送審比率設定如下：

分級	6 千萬點以上醫院		6 千萬以下醫院	
	門診每人非藥單價較 去年同期成長率	送審比率	門診每人非藥單價 較去年同期成長率	送審比率
A	3% 以下	0%	6% 以下	0%
B	3%~5%(含)	<b>10%</b>	6%~12%(含)	<b>10%</b>
C	5%-10%(含)	<b>20%</b>	12%~25%(含)	<b>20%</b>
D	10%~15%(含)	<b>30%</b>	25%~40%(含)	<b>30%</b>
E	15% 以上	<b>50%</b>	40% 以上	<b>50%</b>

### 三、審查管理類別

醫院類別	審查管理類別
全部醫院(不含新設立醫院、矯正機關醫院及違規醫院)	依據分級審查作業，減量抽審(完整季之 3 抽 1)
違規醫院	不適用分級審查作業，採逐月審查(12 個月)且送審比率 100%
新設立醫院	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 自特約日起第 1、2 季採逐月且送審案件比率 100%</li> <li>✓ 第 3 季-第 8 季，採減量抽審(完整季之 3 抽 1) 且</li> </ul>

醫院類別	審查管理類別
	送審比率 100% ✓ 第 9 季列入分級審查作業，惟第 5-8 季之整體送核初核核減率若大於全體醫院 85 百分位，則第 9-12 季仍採減量抽審 3 抽 1 送審比率 100%

四、為計算各院當季總申報點數(含交付處方)較去年同期分級審查項目申報醫療點數成長率，相關規範：

(一)當季最後一個月之門住診送核案件申報需於次月 20 日前完成，且門住診送核案件申報日不得間隔 3 天以上，否則以送隨機樣本比率 100% 方式處理送審樣本數。

例如：第一筆在 4 月 7 日申報，最後一筆必須於 4 月 9 日前申報。

(二)若醫院於當季任一門住診別申報資料不足 3 個月者，即該診別不符減量抽審及分級審查作業，需恢復以逐月電腦隨機抽審樣本數 100%；另一診別(有申報 3 個月資料)則視該診別較去年同期申報點數成長率之分級審查送審比率辦理。

五、若醫院因涉違規事件揭露(新聞事件/本署查核單位/檢調相關單位)或經司法單位判定結果處以罰則，則本署於事件揭露或司法判定結果最近一季取消分級審查作業資格，採原專業審查作業辦理(逐月/減量三抽一隨機案件全數審查)，惟視違規事件情節輕重及專業審查結果，予以回復分級審查作業資格。

六、依樣本月核減率回推至當季未審查月份，產生核定點數，後續申復、爭審流程按例行作業執行。

七、長期使用呼吸器案件則依中區長期使用呼吸器管理方案辦理，詳附件 1。

#### 肆、前瞻預算核算方式

##### 一、基期點數(0 階)

(一)基期範圍：以去年同期之門、住診送核、補報、申復、追扣、補付、爭議審議核定案件之一般服務收入。

(二)各醫院基期點數(0 階)：

1. 各院去年同期一般服務收入校正去年同期挹注之預算(如「藥品給付協議返還金額(PVA)」、風險移撥款、「調整急診、急救責任醫院及護理相關支付標準」扣合指標等)點數後，依中區醫院總額共管會議決議之當季預設點值調整。
2. 因應醫院醫療給付費用總額 0-6 歲兒童醫療量能保障，自一般服務預算扣除，故基期以去年同期 0-6 歲一般服務申報占率排除。
3. 115 年第 3 季起，去年季平均申報 6 千萬點以上醫院，當季基期點數(0 階點數)依基期點數校正公式計算後，以去年同期基期點數(0 階點數) × (1+去年同期各季總額成長率)為上限，6 千萬點以下醫院除外。範例：115 年第 3 季基期點數，以 114 年第 3 季基期點數×(1+114 年第 3 季總額成長率)為上限。
4. 因各院浮動及非浮動點數占比不同，校正方式，如下：

#### 基期點數校正公式

1. 各醫院校正後基期浮動收入(A)=各醫院浮動收入—挹注預算基期浮動收入。
2. 各醫院校正後基期非浮動收入(B)=各醫院非浮動收入—挹注預算基期非浮動收入。  
\*挹注預算：校正去年同期挹注之預算，如 PVA、風險移撥款、扣合指標等，若該預算屬於浮動及非浮動合併項目，則以該院浮動及非浮動收入占率拆分。
3. 將當季預設點值換算「推估浮動點值(E)」，「推估浮動點值(E)」僅作校正基期點數使用，非當季結算浮動點值。

(1) 推估浮動點值(E)公式：

$$\text{當季預設點值} = \frac{\sum \text{各醫院基期收入加總}(A+B) + \sum \text{交付點數}}{\left( \frac{\sum \text{基期各醫院非浮動收入}(B) + \sum \text{交付}}{1} \right) + \left( \frac{\sum \text{基期各醫院浮動收入}(A)}{\text{推估浮動點值}(E)} \right)}$$

(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

- 若當季目標點值 0.98  
 $0.98 = 257 \div [ (130 \div 1) + (127 \div \text{推估浮動點值}) ]$ ，則推估浮動點值=0.9603
- 若當季目標點值 0.96  
 $0.96 = 257 \div [ (130 \div 1) + (127 \div \text{推估浮動點值}) ]$ ，則推估浮動點值=0.9222

4. 基期點數(0 階)校正當季共管會議決議之目標點值：

(1) 校正點值後之基期點數(0 階)=

$$\left( \frac{\text{校正後基期浮動收入}(A)}{\text{推估浮動點值}(E)} \right) + \left( \frac{\text{校正後基期非浮動收入}(B)}{1} \right)$$

## 基期點數校正公式

(2) 範例：假設當季目標點值為 0.98，經計算推估浮動點值 0.9603

- A 醫院(呼吸器專科醫院)：校正後基期浮動收入 1,900 萬，校正後基期非浮動收入 100 萬，則基期點數(0 階) $= (1,900 \text{ 萬} \div 0.9603) + (100 \text{ 萬} \div 1) = 2,078.55$  萬點
- B 醫院：校正後基期浮動收入 1,000 萬，校正後基期非浮動收入 1,000 萬，則基期點數(0 階) $= (1,000 \text{ 萬} \div 0.9603) + (1,000 \text{ 萬} \div 1) = 2,041.34$  萬點

### (三)新設立醫院

1. 自特約日當季及有完整季申報資料之第 1-4 季，基期收入另行計算。
2. 新成立醫院病床開設期程如集中於第 4 季之後，則視開床期程，得由本組評估後另通知醫院採以下原則協商議定基期收入。
3. 計算原則如下，並得依新醫院病床開設期程另行商訂：
  - (1) 住診額度：依據本署醫管檔之急性病床(急性一般病床、急性精神病床)、特殊病床(加護病床)開放床數，參考中區同規模醫院之平均每床醫療費用及占床率計算住診額度。  
◆點數額度計算=開床數×同儕占床率×同儕平均每人日點數×該季日數
  - (2) 整體額度：住診額度×2。
4. 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，本組得以下修基期點數。
5. 新設立醫院第 5-16 季基期以「最近一季醫院總額前瞻式預算管理方案結算預估收入」進行計算，第 5 年起回歸一般醫院採去年同期。

## 二、各醫院核定點數採分階計算之計算方式：

(一)特定排除列計項目：本階段總給付不得超過各院「當期申報一般服務點數-基期收入(0 階)」之差值。

### 1. 剛性需求：

(1) 以下項目給付較基期成長差值正值反映、負值不反映。

(2) 排除 0-6 歲兒童醫療案件。

項目別	操作型定義	給付方式
生產及安胎	1. 生產 DRG 代碼：370、371、37401、37402、372、37301、37302、37501、37502 之申請點數+部分負擔點數 2. 不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記=K	1. 非新成立醫院： (當期生產安胎案件點數－去年同期生產安胎案件點數)×去年同期結算平均點值

項目別	操作型定義	給付方式
	(高危險生產疾病) 3.安胎 DRG 代碼：37901、37902、37903、38301、38302、384 之申請點數+部分負擔點數	2. 新成立醫院： 當季生產安胎案件之(申請金額+部分負擔)×去年同期結算平均點值
住院安寧療護	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	1. 非新成立醫院： (當期點數-去年同期點數)×去年同期結算平均點值 2. 新成立醫院：當季安寧療護案件之醫療費用點數或醫令點數加總
安寧共同照護試辦方案、緩和醫療家庭諮詢費用、預立醫療照護諮商費	1.安寧共同照護試辦方案費用： <u>住診</u> 案件分類 1~5， <u>門診</u> 案件分類 02，醫令代碼為 P4401B、P4402B、P4403B 且醫令類別 2、X、Z 之醫令點數加總 2.緩和醫療家庭諮詢費用：住院案件分類 1~5， <u>門診</u> 案件分類 02，且醫令代碼為 02020B 且醫令類別 2、X、Z 之醫令點數加總 3.預立醫療照護諮商費：02028B、02029B、 <u>1140501</u> 起為 02028C	1.非新成立醫院： (當期點數-去年同期點數)×去年同期結算平均點值 2.新成立醫院：當季安寧療護案件之醫療費用點數或醫令點數加總
新生兒與其他源於週產期病態之新生兒(含早產兒) MDC15	1.部分負擔代碼為 902(三歲以下兒童醫療補助計畫)或 903(新生兒依附註記方式就醫者) 2.MDC15 住院案件之申請點數+部分負擔	1.非新成立醫院： (當季 MDC15 點數-去年同期 MDC15 點數)×去年同期結算平均點值 2.新成立醫院： 當季 MDC15 之(申請點數+部分負擔)×去年同期結算平均點值
精神科住院案件	1.必要條件：當期精神科住院日數>去年同期精神科住院日數 2.住院就醫科別=13 精神科且屬精神疾病案件之申請點數+部分負擔，並扣除屬於專款之精神科長效針劑點數	以下 A、B，取小值給付 A. (當季精神科住院點數-去年同期精神科住院點數)×去年同期結算平均點值 B. (當季精神科住院日數-去年同期精神科住院日數)×該院去年同期精神科住院每日點數×去年同期結算平均點值
<p>註：住診相關案件統計時，均排除以下條件</p> <p>1. 排除「不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記=9」者</p> <p>2. 排除代辦案件案件分類 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ</p> <p>3. 排除矯正機關案件(屬其他部門預算)：排除給付類別='K'或矯正機關代碼不為空值</p>		

## 2. 急重症保障項目：

- (1) 採計點數：(當季點數-去年同期點數)×去年同期結算平均點值。
- (2) 以下項目正、負值皆反映，各項目正負值加總後，仍為負值不扣減正值反映。
- (3) 排除 0-6 歲兒童醫療案件。

項次	項目別	操作型定義
1	癌症化療含口服及注射醫令藥費	主、次診斷前 4 碼或 5 碼符合癌症化療診斷碼 (C000~C9442、C946、C9480~C96Z、Z5111、Z5112，(如中區醫院總額管理方案之管控點數計算邏輯說明附表 13)且用藥醫令碼符合癌症口服用藥醫令碼或癌症注射用藥醫令碼，(如中區醫院總額管理方案之管控點數計算邏輯說明附表 5、附表 6)
2	住院重大創傷手術	住院：主診斷碼(足碼)符合中區醫院總額管理方案之管控點數計算邏輯說明附表 12 且部分負擔代碼='001'
3	住院癌症手術之醫療費用點數	住院：DRG 碼="YYY" 且手術費大於 3 萬點
4	急診檢傷分類 1 級或 2 級之醫療費用點數	門診：案件分類='02'且急診檢傷分類為 1 級或 2 級之醫療費用點數(需反映急診檢傷專審不合理比率)
5	住院急性腦血管疾病發作一個月內之案件	1. ICD10-CM 主診斷前三碼為 I60~I68、G45.0~G45.2、G45.4~G46.8 且部分負擔代碼為"011"及"001"且給付類別不為 9(呼吸照護)之案件醫療點數 2. 排除案件分類 6(安寧案件已屬剛性需求)及排除案件分類 4 且試辦計畫代碼 1、2、3、4、6(已列入第 13 項 PAC)
6	急性心肌梗塞	住診：ICD10-CM 主診斷為 I2101~I229 且執行 Primary PCI 醫令代碼為 18020B、18021B、18022B、33076B、33077B、33078B 之醫令點數
7	心臟瓣膜手術	住診：ICD-10-PCS 處置碼為 02UJ0JZ、02UG0JZ、02QF0ZZ、02RJ08Z、02RF0JZ、02RG08Z、02QW0ZZ、02RF38Z、02RF08Z、02RF0JZ、024F07J、024F08J、024F0JJ、024F0KJ、02QF0ZJ、02QX0ZZ、02RF08N、02RF38N、02UG0JE、02UJ0JG、02RF38H 且醫令代碼為 68015B、68016B、68017B、69035B、68040B、TAVI 特材 (即特材給付規定代碼 B102-8)之醫令點數
8	植入性心臟去顫器	住診：ICD-10-PCS 處置碼為 0JH608Z、02HK3KZ、02H63KZ 且醫令代碼為 68012B、68041B、特材給付規定代碼 B103-1、B103-2 之醫令點數
9	主動脈瘤、急性心肌炎、末期心臟衰竭	住診：ICD-10-CM 主診斷為 I71.1~I71.9、I40.0~I40.9、I50.1~I50.9 或任一次診斷為 I41 或「主或任一次診斷為 I11.0、I13.0、I13.2」且 ICD-10-PCS 處置碼為 027034Z、

項次	項目別	操作型定義
		027134Z、027234Z、027334Z、02703DZ、02713DZ、02723DZ、02733DZ、5A02210、5A15223、02HA0QZ、02HA3RZ、027035Z、027036Z、027037Z、02703EZ、02703FZ、02703GZ、027135Z、027136Z、027137Z、02713EZ、02713FZ、02713GZ、027235Z、027236Z、027237Z、02723EZ、02723FZ、02723GZ、027335Z、027336Z、027337Z、02733EZ、02733FZ、02733GZ、02HA3RJ、5A0221D、5A1522F、5A1221Z、5A1522G、5A1522H、5A15A2F、5A15A2G、5A15A2H、02HA3RS、02HA3RZ、0270346、0270356、0270366、0270376、0271346、0271356、0271366、0271376、0272346、0272356、0272366、0272376、0273346、0273356、0273366、0273376、02703E6、02713E6、02723E6、02733E6、02703D6、02703F6、02703G6、02703T6、02713D6、02713F6、02713G6、02713T6、02723D6、02723F6、02723G6、02723T6、02733D6、02733F6、02733G6、02733T6 前四碼為 02RW、02VW、04R0、04V0、02RX、02VX 且醫令代碼為 33079B、47063B、68036B、68051B、68052B、特材給付規定代碼 B201-6、B206-8 之醫令點數
10	主動脈剝離	住診：ICD10-CM 主診斷為 I7100~I7103 且置換醫令代碼為 68043B、69023B、69024B、69027B、69035B、69036B、69037B 及特材給付規定代碼 A220-3、A220-6 之醫令點數
11	ECMO 體外循環	使用 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)之醫令點數
12	IABP 主動脈內氣球幫浦	使用 33079B(主動脈氣球裝置術)，47063B【主動脈氣球輔助器使用照護費(天)】者之醫令點數
13	承作全民健康保險急性後期整合照護計畫(PAC)個案之一般服務費用	醫令代碼為 P5101B、P5102B、P5103B、P5107B、P5108B、P5109B、P5129B、P5130B、P5131B、P5133B、P5134B、P5141B、P5142B、P5143B、P5144B、P5145B、P5146B、P5506B、P5507B、P5508B、P5509B
14	生物相似性用藥及學名藥	使用生物相似性藥及學名藥與原廠藥之「藥費差額」點數
<p>註：</p> <p>相關案件統計時，均排除以下條件</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 住診排除「不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記=9」者</li> <li>2. 住診排除以下案件分類 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ</li> <li>3. 門診排除以下案件分類 01、A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、D4、BA、DF</li> </ol>		

3. 醫院擴床：詳附件 2。

4. 品質指標：詳附件 3，正負值皆反映，上限為預算之 0.15%。新設立醫院於合約首季暫不予評量，俟申報滿完整季後之次季起納入考核。以新設立 A 醫院 114 年 5 月（含）起開始申報醫療費用為例，將於 114 年第

4季(114Q4)起正式列入考核。

5. 政策保障項目：如有政策推展需提至共管會議討論議定後，始得動支，其整體預算上限3千萬。

(二)超額分階折付：

1. 超額點數=當季申報一般總額醫療服務點數(排除0-6歲兒童醫療案件)-基期點數(0階)- $\Sigma$ (特定排除列計項目總計)-中區呼吸器管理方案核減點數-當季分級審查初核核減點數，如計算結果 $\leq 0$ 以0列入計算。
2. 超額成長率=超額點數 $\div$ 基期收入(0階)。
3. 醫療服務供給面成長率：
  - (1)門診指標成長率=門診人數成長率 $\times 65\%$ +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 $\times 5\%$ 。
  - (2)住診指標成長率=住院人數成長率 $\times 20\%$ +住院日數成長率 $\times 60\%$ +護理人員數成長率 $\times 20\%$ +住診CMI成長率(醫學中心、區域醫院及6千萬點以上地區醫院，住診CMI成長率正值反映100%，負值反映50%；6千萬點以下地區醫院，住診CMI成長率不列入住診指標成長率)。
  - (3)各項成長率指標值，倘中區整體平均值為負成長，則皆改採各院值減中區值做為該項指標採計之成長率。各指標值最高採計20%，最低採計-10%。
  - (4)門住合計成長率=門診指標成長率 $\times (1-\text{住診占率})$ +門診就醫型態反映權重(醫學中心及區域醫院)+住院指標成長率 $\times$ 住診占率。
  - (5)指標加權成長率(A)：門住合計成長率+支付標準及藥價調整率+當年度公告醫療服務成本及人口因素成長率。

## 門診就醫型態(僅慢性病+其他非急重罕手術)之案件點數占率閾值及反映權重

層級	門診指標成長率為正成長者		門診指標成長率為負成長者	
	門診就醫型態	門診指標成長率之門診占率	門診就醫型態	門診指標成長率之門診占率
	僅慢性病+其他(非急重罕手術)案件點數占率	反映權重	僅慢性病+其他(非急重罕手術)案件點數占率	反映權重
醫學中心	<=35%	70%	<=35%	50%
	35-38%(含)	60%	35-38%(含)	100%
	>38%	50%	>38%	100%
區域醫院	<=53%	85%	<=53%	70%
	53-58%(含)	80%	53-58%(含)	100%
	58-63%(含)	75%	58-63%(含)	100%
	>63%	70%	>63%	100%

備註：

1. 區域醫院季申報一般服務項目點數<2 億或精神科醫院、偏鄉區域醫院(大甲李綜合醫院、草屯療養院、埔里基督教醫院)，比照地區醫院不反映門診就醫型態

2. 操作型定義

(1) 醫院總額之門診案件類別排除代辦案件。

(2) 醫療費用=申請金額+部分負擔。

(3) 分子：門診就醫型態排除下列案件之醫療費用。

A. 急診。

B. 門診手術。

C. 重大項目：放射線治療、申報化療藥品、罕見疾病、重大傷病、門診靜脈抗生素治療獎勵方案(OPAT)點數、申報全民健康保險高血脂醫療給付改善方案之點數。

(4) 分母：門診案件不含代辦案件之醫療費用。

## 門住診指標操作型定義

診別	指標項目	權重	操作型定義 (比較基期：去年同期)
門診	門診人數成長率	65%	<p>1. 排除下列案件：</p> <p>(1)排除案件分類 01、A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、D4、BA、DF</p> <p>(2)排除矯正機關案件(屬其他部門預算):特定治療項目代號(一)~特定治療項目代號(四)=(<u>'JA'</u>,<u>'JB'</u>,<u>'JV'</u>)</p> <p>(3)排除在宅急症案件(屬其他部門預算):案件分類=E1 且特定治療項目代號(一)~特定治療項目代號(四)=(<u>'EN'</u>)</p> <p>(4)排除支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案醫院(屬專款):(案件分類為'E1' 且 特定治療項目代號(二)='G5') 或 (案件分類為'08' 且 特定治療項目代號(一)='G5')</p>

診別	指標項目	權重	操作型定義 (比較基期：去年同期)
			(5)排除診察費=0 (6)排除醫令補報案件 (7)排除連續處方領藥案件：案件分類 08、E3 <u>(8)排除 0-6 歲兒童醫療案件</u> 2. 計算季歸戶就醫人數
	門診人次成長率	10%	1. 排除下列案件： <ul style="list-style-type: none"> <li>(1)排除案件分類 01、A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、D4、BA、DF</li> <li>(2)排除矯正機關案件(屬其他部門預算):特定治療項目代號(一)~特定治療項目代號(四)=(‘JA’,‘JB’,‘JV’)</li> <li>(3)排除在宅急症案件(屬其他部門預算):案件分類=E1 且特定治療項目代號(一)~特定治療項目代號(四)=(‘EN’)</li> <li>(4)排除支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案醫院(屬專款):(案件分類為‘E1’ 且 特定治療項目代號(二)=‘G5’) 或 (案件分類為‘08’ 且 特定治療項目代號(一)=‘G5’)</li> <li>(5)排除診察費=0</li> <li>(6)排除醫令補報案件</li> <li>(7)排除連續處方領藥案件：案件分類 08、E3</li> <li><u>(8)排除 0-6 歲兒童醫療案件</u></li> </ul> 2. 計算季申報件數
	專任醫師數成長率	20%	1. 全季皆執登服務於該院計 1 人，不足季則依天數比率計算 2. 依本署醫管檔資料計算
	看診醫師數成長率	5%	當季申報件數及費用均 $\geq$ 轄區醫師 <b>P15</b> 始列入看診醫師數計算
住診	住院人數成長率	20%	1. 排除案件分類：A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 2. 排除醫令補報之個案 3. 排除「不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記=9」者 4. 排除矯正機關案件(屬其他部門預算):排除給付類別=‘K’ 或 矯正機關代碼不為空值 <u>5. 排除 0-6 歲兒童醫療案件</u> 6. 計算歸戶住院人數

診別	指標項目	權重	操作型定義 (比較基期：去年同期)															
	住院日數成長率	60%	1. 排除案件分類：A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 2. 排除醫令補報之個案 3. 排除「不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記=9」者 4. 排除矯正機關案件(屬其他部門預算)：排除給付類別='K' 或 矯正機關代碼不為空值 5. <u>排除 0-6 歲兒童醫療案件</u> 6. 計算總急性病床住院天數+慢性病床住院天數															
	護理人員數成長率	20%	1. 全季皆執登服務於該院計 1 人，不足季則依天數比率計算 2. 依本署醫管檔資料計算															
住診	住診 CMI 成長率	正值 100% 負值 50%	1. 公式=採計件數之 RW 總值/採計件數 2. 排除案件分類：A1、A2、A3、A4、AZ、B1、B2、C1、C4、C5、DZ 3. 排除給付類別 9 4. 排除醫令補報之個案 5. 排除「不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記=9」 6. 排除矯正機關案件(屬其他部門預算)：排除給付類別='K' 或 矯正機關代碼不為空值 7. <u>排除 0-6 歲兒童醫療案件</u> 8. 無權重的案件，分子及分母皆排除 <table border="1" style="margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th>當期</th> <th>基期</th> <th>DRG 權重檔年份</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>115Q1</u></td> <td><u>114Q1</u></td> <td><u>115Q1</u> 申報適用之 RW 值</td> </tr> <tr> <td><u>115Q2</u></td> <td><u>114Q2</u></td> <td><u>115Q2</u> 申報適用之 RW 值</td> </tr> <tr> <td><u>115Q3</u></td> <td><u>114Q3</u></td> <td><u>115Q3</u> 申報適用之 RW 值</td> </tr> <tr> <td><u>115Q4</u></td> <td><u>114Q4</u></td> <td><u>115Q4</u> 申報適用之 RW 值</td> </tr> </tbody> </table>	當期	基期	DRG 權重檔年份	<u>115Q1</u>	<u>114Q1</u>	<u>115Q1</u> 申報適用之 RW 值	<u>115Q2</u>	<u>114Q2</u>	<u>115Q2</u> 申報適用之 RW 值	<u>115Q3</u>	<u>114Q3</u>	<u>115Q3</u> 申報適用之 RW 值	<u>115Q4</u>	<u>114Q4</u>	<u>115Q4</u> 申報適用之 RW 值
當期	基期	DRG 權重檔年份																
<u>115Q1</u>	<u>114Q1</u>	<u>115Q1</u> 申報適用之 RW 值																
<u>115Q2</u>	<u>114Q2</u>	<u>115Q2</u> 申報適用之 RW 值																
<u>115Q3</u>	<u>114Q3</u>	<u>115Q3</u> 申報適用之 RW 值																
<u>115Q4</u>	<u>114Q4</u>	<u>115Q4</u> 申報適用之 RW 值																
門住合計	支付標準及藥價調整率	100%	1. 排除代辦專款及其他部門案件 2. 公式=各院 $\Sigma$ (支付標準及藥價單價調整差額)÷各院基期一般服務點數															

#### 4. 指標加權成長率上限(階 1 上限)：

- (1) [0 階+超額]較基期一般收入成長率(Y)：該季預算排除交付費用、自墊核退、之前季別核付金額及特定排除列計項目費用後，相較基期一般收入之成長率。
- (2) 指標加權成長率(B)：各院指標加權成長率(A)計算結果與階 1 上限值

取較小值計算，並以[0 階+超額]較基期一般服務收入成長率(Y)為上限，若計算結果 $<0$ 則以0計算。

(3) 階 1 上限級距表：

階 1 上限	[0 階+超額]較基期一般服務收入成長率(Y)	
	$Y \leq 2.5\%$	$Y > 2.5\%$
	2.5%	Y

5. 階 1 級距可增加值：

(1) 依「執登醫師數成長率+護理人數成長率(v 值)」、「指標加權成長率—指標加權成長率上限(階 1 上限)之差額(w 值)」，再給予個別醫院階 1 級距可增加值。

(2) 當季申報 4 億點以上(含)醫院，適用階 1 級距可增加價值級距表：

執登醫師數成長率+護理人數成長率(V) (當季申報 4 億點以上醫院適用)					
0%<V≤2%		2%<V≤5%		V>5%	
W 值	階 1 可增加價值	W 值	階 1 可增加價值	W 值	階 1 可增加價值
W≤2.0%	0%	W≤2.0%	0%	W≤2.0%	0%
2%<W≤4%	0.4%	2%<W≤3.5%	0.4%	2%<W≤3%	0.4%
4%<W≤6%	0.8%	3.5%<W≤5%	0.8%	3%<W≤4%	0.8%
6%<W≤8%	1.2%	5%<W≤6.5%	1.2%	4%<W≤5%	1.2%
8%<W≤10%	1.6%	6.5%<W≤8%	1.6%	5%<W≤6%	1.6%
W>10%	2%	8%<W≤9%	2.0%	6%<W≤7%	2%
		9%<W≤10%	2.3%	7%<W≤8%	2.3%
		W>10%	2.5%	8%<W≤9%	2.6%
		9%<W≤10%	2.8%	W>10%	3%

(3) 當季申報 4 億點以下醫院，適用階 1 級距可增加價值級距表：

執登醫師數成長率+護理人數成長率(V) (當季申報 4 億點以下醫院適用)							
0%<V≤2%		2%<V≤5%		5%<V≤10%		V>10%	
W 值	階 1 可增加價值	W 值	階 1 可增加價值	W 值	階 1 可增加價值	W 值	階 1 可增加價值
W≤2.0%	0%	W≤2.0%	0%	W≤2.0%	0%	W≤2.0%	0%
2%<W≤4%	0.4%	2%<W≤3.5%	0.4%	2%<W≤3%	0.4%	2%<W≤2.75%	0.4%
4%<W≤6%	0.8%	3.5%<W≤5%	0.8%	3%<W≤4%	0.8%	2.75%<W≤3.5%	0.8%
6%<W≤8%	1.2%	5%<W≤6.5%	1.2%	4%<W≤5%	1.2%	3.5%<W≤4.25%	1.2%
8%<W≤10%	1.6%	6.5%<W≤8%	1.6%	5%<W≤6%	1.6%	4.25%<W≤5%	1.6%
W>10%	2.0%	8%<W≤9%	2.0%	6%<W≤7%	2.0%	5%<W≤5.75%	2.0%
		9%<W≤10%	2.3%	7%<W≤8%	2.3%	5.75%<W≤6.5%	2.3%
		W>10%	2.5%	8%<W≤9%	2.6%	6.5%<W≤7.25%	2.6%
		9%<W≤10%	2.8%	9%<W≤10%	2.8%	7.25%<W≤8%	2.8%
		W>10%	3.0%	8%<W≤9%	3.0%	8%<W≤9.75%	3.0%
		9.75%<W≤10.5%	3.3%				
		10.5%<W≤11.5%	3.6%				
		11.5%<W≤12.5%	4.0%				
		12.5%<W≤13.5%	4.3%				
		13.5%<W≤15%	4.6%				
W>15%	5%						

6. 個別醫院階 1 級距(C)=個別醫院指標加權成長率(B)+個別醫院階 1 可增加值。

7. 階 2、階 3 級距：依醫院整體成長率(Z)設定反映點數比率。

(1) 醫院整體成長率(Z)：所有醫院當期一般服務點數相較基期一般收入之成長率。

(2) 階 2、階 3 可反映點數比率對照表：

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%

8. 超額分階支付點數預估，各家醫院分階支付點數計算：

(1) 依據個別醫院階 1 級距(C)及階 2、階 3 級距分為不同區間，各區間分別代入支付點值後，計算各院各階支付點數。

(2) 新成立醫院超額點數以點值 0 支付。

(3) 中區超額分階支付總點數(D)=Σ(各院各階支付點數)。

(4) 各階區間及支付點值表：(以階 2 及階 3 各為 3% 為例)

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

(三)超額分階支付預算與中區超額分階支付總點數(D)不平衡之調校方式：

1. 超額分階支付預算=當季就醫分區預算(估算值)-Σ(各院基期點數(0 階))-當季交付處方醫療費用點數-特定排除列計項目-其他必要支出(如：非當季核定點數、自墊醫療費用核退…等)。

2. 預算剩餘：

(1) 定義：超額分階支付預算-分階支付預估總點數(D)>0。

(2) 依下表左至右上調各階給付點值，若依下表依序調整仍有預算，則依階 1、階 2、階 3 的順序增加點值 0.05，直到預算用完，惟階 1、階 2、階 3 點值最多上調至 1、0.75、0.5，階 4 點值仍維持 0；經上述調整後，預算仍有剩餘，則反應在結算點值。

由左至右 依序下修	階 1	階 2	階 3	階 1	階 2	階 3	階 1	階 2	階 3
點值下限	0.85	0.55	0.3	0.9	0.6	0.35	0.95	0.65	0.4

3. 預算不足：

- (1) 定義：超額分階支付預算一分階支付預估總點數(D)<0。
- (2) 依下表左至右下調各階給付點值，若依下表依序調整預算仍有不足，則依階 3、階 2、階 1 的順序下修點值 0.05，階 1、階 2、階 3、階 4 給付點值最多下修至 0.65、0.3、0、0，經上述調整後，差距仍無法彌平，將不再下修，超額支付的點數將反應在結算點值。

由左至右 依序下修	階 3	階 2	階 1	階 3	階 2	階 1	階 3	階 2
點值下限	0.2	0.45	0.7	0.15	0.4	0.65	0.1	0.35

(四) 釋出處方醫療費用管理：為穩定分階折付可支用預算，各家醫院當季釋出處方醫療費用點數以較基期成長 7% 為上限。惟併入總費用後，未超出基期則不核減。計算方式：「交付成長>7% 應扣減數額」與「當期(一般服務點數+交付)相較於基期(一般服務收入+交付)超出數額」取較小值核扣。

(五) 人數下降且高單價成長或住院量能下降者下修基期：

1. 人數下降且高單價成長：為避免醫院怠工或僅衝單價，醫院合理成長率指標中歸戶人數成長率(經中區值調校後)不低於-5%者，始得保障基期點數(0 階)，如低於-5%者依下列方式調整(門住分別計算)。

(1) 季申報門診人數<300 人、住診人數<100 人，則不予列入下修基期考核。

(2) 長期使用呼吸器案件另有管理方案管控，故住診每人單價計算及核減不列此等案件。

(3) 排除 0-6 歲兒童醫療案件。

(4)考核方式如下：

- A. 基期單價(D) = 基期一般服務點數 ÷ 基期歸戶人數
- B. 當期單價(E) = 當期一般服務點數 ÷ 當期歸戶人數
- C. 單價成長率(F=E / D-1) > {CMI 成長率+支付標準及藥價調整率} 及 5% 較大者(G), 下修 0 階給付點數, 下修金額為當期歸戶人數 × D × (F-G) × 基期平均點值, 最多下修至基期收入(0 階) 1 點 0.94 元或該院當季申報一般服務項目點數取小值。
- D. 納入重大傷病件數占率增減, 重大傷病件數占率較去年同期增加, 則計算後下修點數反映 50%, 若為占率下降則下修點數全數反映。

2. 住院量能下降：

- (1) 排除 0-6 歲兒童醫療案件後, 季申報 6 千萬點以上醫院, 「申報人日」降幅 > 15% 且住院人數成長率小於同儕值, 則下修當季基期。
  - (2) 下修方式: (當季住院人數成長率 - 前 4 季住院人數平均成長率) \* 基期住院人數 \* 基期單價)。
  - (3) 排除條件: 疾病嚴重度增加者、婦幼及精神專科醫院。
3. 人數下降且高單價成長或住院量能下降, 兩者住診如皆調整, 則取下降較高者計算。

(六) 「小型醫院費用波動」調控：

1. 符合以下 2 項條件醫院：

- (1) 當期一般服務項目點數 (排除 0-6 歲兒童醫療案件) ≤ 6 千萬醫院。
- (2) { (階 0 + 特定排除列計項目 + 階 1~3) × 預設目標平均值 } ÷ (當季一般服務項目申報點數 - 當季初核核減點數 - 呼吸器管理方案核減點數) < 0.95 或管理前平均點值(擇高)。

2. 回補方式: 回補至 { (階 0 + 特定排除列計項目 + 階 1~3) × 預設目標平均值 } ÷ (當季一般服務項目申報點數 - 當季初核核減點數 - 呼吸器管理方案核減點數) = 0.95 或管理前平均點值(擇高)。

3. 回補上限：

(1)個別醫院每季回補上限 250 萬。

(2)整體醫院每季回補上限 3 千萬，如超出回補上限，則參與回補醫院等比例調降回補點數。

4. 有以下情形，則不進行回補：

(1)因人數減少單價過高或申訴成案確有不當轉診(人球)情事，而下修基期者。

(2)有涉違規事件揭露新聞事件(本署查核單位、檢調相關單位或經司法單位判定結果須處以罰則)。

#### (七)地區醫院萎縮額度優先分配成長型地區醫院

1. 地區醫院的萎縮額度：一般服務項目點數(排除 0-6 歲兒童醫療案件)低於基期 0 階點數之地區醫院作不足額度。

2. 實付率 $<0.95$  或管理前平均點值(擇高)且門診人數成長率 $\geq 3\%$ 或住院人日數成長率 $\geq 3\%$ 之地區醫院。(門診及住院人數排除 0-6 歲兒童醫療案件)

3. 補付依據：符合資格醫院，依階 3 及階 4 點數占率分配可補付額度，惟實付率上限為 0.95 或管理前平均點值(擇高)，整體上限為地區醫院萎縮之額度。

#### (八)「暫時性住院容量調整」下修基期及未來期別同額預算回補：

1. 採醫院申請制。

2. 條件：需經衛生主管機關核備之關床數，且各院關床病床號連續 10 週以上未使用。

3. 基期調整方式：

申請程序	1. 於關床季當季結算(季末月 10 日)前來函申請，檢送關床床號、關床日數等資料並說明理由。 2. 考量關床期間可能跨季，若欲下修多季別額度，需於函文中述明。	
適用病床別、啟動條	病床別	條件(關床當季單週最低關床床數)
	急性一般病床 精神急性一般病床	300 床以上：關 $\geq 30$ 床 100~299 床：關 $\geq 20$ 床 99 床以下：關 $\geq 10$ 床

件	加護病床	關 $\geq$ 9 床 限常設有 24 小時急診之地區以上層級醫院適用
---	------	---

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

**(九)各醫院超額追扣：**

1. 各院超額追扣點數 = 各院超額點數減各院最終超額分階給付點數總計，含本方案歸戶人數負成長情形下修基期收入(0 階)點數、「小型醫院費用波動」調控回補點數、醫院申請「暫時性住院容量調整」下修基期。
2. 追扣作業：前述追扣點數依各院當季各月門診(醫事類別 12)及住診(醫事類別 22)申報之點數占率分別追扣。
3. 各院超額分階給付點數未包含當季其他專案立意審查之追扣、補付點數及當季風險移撥款補付點數。

**(十)本方案最終仍須經本署醫院總額一般服務項目點值結算作業。**

**伍、其他事項：**

- 一、如有申訴成案確有不當轉診(人球)情事，不予保障基期，改依結算前之中區醫院預估整體平均點值支給。
- 二、各家醫院依本作業原則追扣之超額追扣點數，不得提出申復、爭議審議及行政訴訟等行政救濟程序。
- 三、各季補報案件於次季第 2 個月的 10 日(含)前受理完成，如 **115** 年第 1(2)季案件於 **115** 年 5 月 10 日(**115** 年 8 月 10 日)前完成受理程序，逾時補報之案件不予受理。代辦案件請另依權責機關(如:疾管署、國健署)規定辦理。
- 四、若欲修訂本方案相關執行作業規定，須先透過分會層級代表取得具體共識後，始得提本組及中區分會共管會議討論議定。

附件 1：長期使用呼吸器管理方案(另案)

附件 2：中區醫院擴增床數採計點數執行方式

一、預算上限：當季總額預算之 0.2%

二、申請程序：

(一)醫院欲擴床，其病床別占床率於前一年(不含 1 月及 2 月)10 個月平均達 85%。

(二)醫院須提出擴床計畫至本組，經試算評估相關數據，並提案至共管會議決議通過，始可採計列入當期剛性需求列計項目。

三、適用申請病床別及條件：

病床別	條件
急性一般病床 (不含精神急性一般病床)	✓ 300 床以上:新增 $\geq$ 30 床 ✓ 100-299 床：新增 $\geq$ 20 床 ✓ 99 床以下：新增 $\geq$ 10 床
加護病床 (不含精神加護病床)	✓ 新增 $\geq$ 10 床 ✓ 限設有 24 小時急診之地區以上層級醫院
註：精神科擴床致住院醫療服務點數增加之影響，已列入剛性需求反映	

四、點數計算公式：

■ 點數=擴床數\*占床率\*平均每人日點數\*該季日數\*(1-最近 1 季住診淨核減率)

■ 占床率=申報該類病床醫令總數/(\(\sum\)當月日數\*當月該類病床數)

1. 採規模相近之同類病床之同儕 50 百分位值
2. 若該院當期值低於同儕 50 百分位值，則採該院當期值
3. 計算區間為前一年(不含 1 月及 2 月)

■ 平均每人日點數=各類別病床之住院案件醫療點數/總住院人日數

1. 採規模相近同類病床之同儕 25 百分位值
2. 若該院當期值低於同儕 25 百分位值，則採該院當期值
3. 計算區間為前一年(不含 1 月及 2 月)

五、調增點數原則

(一)分階段擴增：依上開計算公式所得之點數，分四季逐步調增列入點數(1/4、2/4、3/4、4/4)。

(二)計算第 5 季起完整反映。

六、監測機制：

(一)若醫院有違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38-40 條所列違規事由，即停止採計。

(二)當季住院歸戶人數需較基期成長。

(三)平均住院日數之增減情形(避免輕病住院或延長住院日)。

(四)實際占床率之增減。

(五)若經評估上列監測項目，本組得於該季核定點數予以扣減採計點數。

附件 3：品質指標(執行結果正負值皆反映，上限為預算之 0.15%)

編號	增修	指標型態	指標編號	項目	屬性
1	修改	品質監測管理	N4_0201	以病例組合校正之住院案件出院後三日再急診率	負向
2	修改	品質監測管理	N4_0301	以病例組合校正之住院案件出院後十四日再入院率	負向
3	沿用	品質監測管理	N4_11	同院所急、慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率	正向
4	修改	配合重要政策/計畫推動	N4_26	健保醫療資訊雲端查詢系統推動作業考核方式	正向
5	沿用	配合重要政策/計畫推動	N4_27	推動健保醫療服務無紙化審查方案	正向
6	修改	抑制醫療資源不當耗用	N4_32	門診檢查(驗)合理區間內再執行率	負向
7	沿用	配合重要政策/計畫推動	N4_34	即時查詢病患就醫資訊方案_即時上傳檢驗(查)結果	正向
8	修改	配合重要政策/計畫推動	N4_35	病患死亡前安寧利用率	正向
9	修改	配合重要政策/計畫推動	N4_37	居家安寧療護服務獎勵	正向
10	沿用	配合重要政策/計畫推動	N4_38	即時查詢病患就醫資訊方案_即時上傳醫療檢查影像	正向
11	修改	配合重要政策/計畫推動	N4_39	虛擬健保卡推動計畫	正向
12	沿用	配合重要政策/計畫推動	N4_41	糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案照護獎勵	正向
13	沿用	品質監測管理	N4_45	住院病人接受出院準備且進行長照 2.0 需求評估比率	正向
14	沿用	配合重要政策/計畫推動	N4_46	落實分級醫療-下轉地區醫院和診所件數(純慢性病、非重大個案)	正向
15	沿用	配合重要政策/計畫推動	N4_47	急性後期整合照護計畫下轉人數	正向
16	修改	配合重要政策/計畫推動	N4_48	重要計畫推展經驗分享會	正向
17	修改	品質監測管理	N4_49	急診照護監測_急診病人停留超過 24/48 小時比率	負向
18	沿用	配合重要政策/計畫推動	N4_50	慢性病處方箋再調劑率	正向
19	修改	品質監測管理	N4_51	門診年復健次數 > 180 次之案件數	負向
20	修改	配合重要政策/計畫推動	N4_52	癌藥事前審查以電子病歷申請(以 FHIR 格式)作業之獎勵計畫	正向
21	新增	配合重要政策/計畫推動	N4_53	地區醫院全人全社區照護計畫	正向
22	新增	配合重要政策/計畫推動	N4_54	代謝症候群防治計畫	正向

編號	增修	指標型態	指標編號	項目	屬性
23	新增	配合重要政策/計畫推動	N4_55	肝及肝內膽管癌一年存活率	正向
24	新增	配合重要政策/計畫推動	N4_56	轉診醫療費用成長差值補助	正向
25	新增	配合重要政策/計畫推動	N4_57	地區醫院成功接受下轉件數獎勵	正向
26	新增	配合重要政策/計畫推動	N4_58	到院前救護車心電圖判讀跨院合作計畫	正向
<u>27</u>	<u>新增</u>	<u>配合重要政策/計畫推動</u>	<u>N4_59</u>	<u>門診靜脈抗生素治療 (OPAT) 推動計畫</u>	<u>正向</u>