

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2次共管會議

暨第1次院長會議會議紀錄

時間：115年6月11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：劉蘋瑤

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	黃炯棠(代)
黃秋慧委員	陳怡靜(代)	吳榮州委員	吳榮州
黃曉怡委員	陳佩瑜(代)	洪朝明委員	請假
王照元委員	請假	林茂隆委員	林茂隆
林宗憲委員	蔡蕙如(代)	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	請假	趙昭欽委員	趙昭欽
康柏皇委員	康柏皇	林伯聲委員	林伯聲
陳逸鴻委員	陳逸鴻	尤瑜文委員	陳義祥(代)
黃豐締委員	黃豐締	張志鴻委員	王泰隆(代)
洪志興委員	張碧玉(代)	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	林廣軒
高雄醫學大學附設醫院	黃建民、施玉環、歐芸螢
義大醫院	陳雅婷
小港醫院	劉靜薇

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
文雄醫院
新高鳳醫院
阮綜合醫院
屏東基督教醫院
寶建醫院
馨蕙馨醫院
旗山醫院
中正脊椎骨科醫院
高屏區分會
本署高屏業務組

李俊姍
曾瑞蘭、鄭重男
鍾梅珍、蔡玫芳、陳玉如
張瓊月、黃思婷
黃靖雯
鐘明宏
吳明勳
李秀貞
馬事佐
許清漢
鄭君華
王蘭福、黃馨嬌
李玲玲、黃宸峙
李怡虹
謝明雪、郭怡妤、李金秀*、邱佩穎、
詹雪娥、黃雨潔、陳祈君、劉彥均、
許亦濡*、辛佩旻*、葉曦之*、蘇家驊*、
呂佳青、鐘政光、謝涵羿、蕭晟儀、
周孟盈*、廖文敬*、楊可薇、許寧恩*、
陳民英、梁家瑋*、吳玟萱、馬千淇、
王永全、楊喬安*、林耘樞、許家寧*、
王詩雅*、戴玠如*、陳美蓮、侯佳伶、
李蕙婷、曾彥汝
轄區醫院*

視訊連線人員

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：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，下稱議事規則)」與115年「高屏區醫院總額院長會議」召開方式與時程。

說明：

一、議事規則修訂摘要：

- (一) 增訂各層級委員代表如有異動，需一併提報順位代理人2名及其核備程序。
- (二) 配合114年6月26日健保醫字第1140663143號公告之全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點修訂(附件2)，增訂「本會委員(含代理人)均為無給職，且均不得具民意代表身分。」。
- (三) 原訂每年6月、12月高屏醫院總額共管會議後召開之實體院長會議，改以視訊連線方式與每年6月、12月高屏區醫院總額醫療服務審查共管會議合併辦理。

二、併修訂高屏區醫院總額院長會議召開時程如下表，建請各委員預作安排：

序號	會議日期	會議名稱-修訂前	會議名稱-修訂後
1	115/03/12(星期四)	高屏醫院總額共管會議第1	-

		次會議	
2	115/06/11(星期四)	高屏醫院總額共管會議第 2 次會議	高屏醫院總額第 2 次共管會議暨第 1 次院長會議
3	115/06/17(星期三)	高屏醫院總額院長座談會第 1 次會議	合併於 6/11 共管會議辦理， 不另召開
4	115/09/10(星期四)	高屏醫院總額共管會議第 3 次會議	-
5	115/12/10(星期四)	高屏醫院總額共管會議第 4 次會議	高屏醫院總額第 4 次共管會議暨第 2 次院長會議
6	115/12/22(星期二)	高屏醫院總額院長座談會第 2 次會議	合併於 12/10 共管會議辦理， 不另召開

決定：洽悉。

第四案

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調整。

說明：依高屏區醫院總額醫療服務審查共管會議議事規則辦理，本次異動名單如下：

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
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	陳逸鴻	國軍高雄總	院長	王強庭	王志強
	委員	黃豐締	市立聯合醫院	院長	管毅剛	李俊姍
	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	顏宸琄
	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	許惠美	蔡于綺
	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。

第五案

報告單位：高屏業務組

案由：有關「高屏區醫院總額風險調整移撥款執行方式」之 114 年申復補付案及 115 年指標內容調整案(附件 3)。

說明：

- 一、依據 114 年前揭計畫支付方式規範「如結算完畢後有疑義最遲需於發文日起算 60 日內向分會提出申復，如需補付，則以次年度預算支應」，申復醫院提出 2 案符合 114 年度高屏區醫院總額風險調整移撥款之指標九(急診重大外傷)收案條件卻未核定，經主責醫院確認均為屬實，故將於次(115)年度預算中支應該院合計為 7,500 點(114 年結算為 1 點 1 元)。
- 二、依據 115 年 6 月 11 日「醫院醫療服務審查執行會高屏區分會第二次會議」決議，共計 4 支指標執行內容略作調整，指標分別為健保醫療科技數位提升計畫(FHIR)、門住院轉銜居家營養照護計畫、急診重大外傷照護區域聯防品質計畫、門診靜脈抗生素治療(OPAT)等，調整內容摘要如下：

指標項目	增修內容簡述	調整原因
五、健保醫療科技數位提升計畫(FHIR)	1. 設定獎勵費範圍新增免疫製劑，並提高癌症重大傷病設定獎勵點數 2. 修訂成效獎勵費條件及調高獎勵上限	放寬設定獎勵範圍及調高獎勵點數上限以鼓勵轄區醫院積極上傳
六、門住院轉銜居家營養照護計畫	1. 新增辦理轄區完整居家靜脈營養、腸道營養評估照護訓練課程獎勵點數	鼓勵醫院辦理完整訓練課程
八、急診重大外傷照護區域聯防品質計畫	1. 新增 2 項緊急高風險手術 2. 量化指標：達成轄區嚴重重大外傷 ISS $\geq$ 25 收治住院傷患之死亡率(轉歸為 4 或 A)由原 $<22\%$ 調為 $<25\%$	115 年 1 月定義更新
十、門診靜脈抗生素治療(OPAT)	刪除獎勵門檻	為鼓勵轄區醫院執行本計畫，故放寬獎勵門檻限制。

決定：洽悉。

第六案

報告單位：高屏業務組

案由：115 年第 1 季申請「住院病床容額低於基期」下修住診基準值醫院(0 階)醫院案。

說明：

- 一、依本署高屏業務組 115 年醫院總額前瞻式預算管理方案辦理。
- 二、本季共 1 家地區醫院申請，經本組依方案審核資格及估算對當季高屏醫院總額預算之影響後，同意核備該院下修 115 年第 1 季住診基準值(0 階)共 2,805,285 點(點值影響 <0.0001)，該院如於方案規定期限內申請返還，將全額返還至該院 116 年第 1 季基準值(0 階)。
- 三、前開下修保留點數將優先支應 115 年第 1 季地區醫院費用波動調控預算。

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 115 年第 1 季費用結算辦理方式，請討論。

說明：

一、已決議事項與數據來源：

- (一) 依 114 年 12 月 11 日 114 年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 115 上半年期望點值為 0.98。
- (二) 依據醫院總額 115 年第 2 次研商議事會議，經署本部估算，高屏醫院 115 年第 1 季未執行分階折付前就醫分區平均點值為 1.0103(署本部估算時預算已扣除「0~6 歲兒童醫療量能保障(全年預算 12,550 百萬元)及扣除「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(全年預算 500 百萬元)」、「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(全年預算 1,000 百萬元)」、本季無 PVA)。
- (三) 依 115 年 3 月 20 日健保醫字第 1150661060 號函文，自 115 年起各分區預算不再保留至次季(附件 4)。

二、115 年第 1 季高屏醫院總額支出估算與點值分布：

- (一) 推估方式：各家醫院超額點數扣除 0~6 歲兒童醫療服務點數；未扣除 115 年第 1 季急診/急救責任醫院及護理支付標準調整點數。
- (二) 支出估算：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 11 家醫院須追扣 0.67 億點，轄區預算仍剩餘約 7.72 億點，經地區醫院波動調控後，回補地區醫院共 4 家、1.36 千萬，剩餘預算為 7.58 億點。
- (三) 點值分布：

點值分布	醫中	區域	地區	總計
≥ 0.98	4	13	70	87
$\geq 0.95 - < 0.98$	0	1	10+1	11+1
$\geq 0.90 - < 0.95$	0	1	1	2
< 0.9	0	0	0	0
總計	4	15	81	100+1

三、115 年第 1 季費用結算辦理方式擬調整如下：

- (一) 化療事審與急重症醫療服務預算由 1.3 億提升至 1.8 億，新成立醫院化療事審與急重症醫療服務點數(操作型定義同高屏 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服務點數之附件)較去年同期成長差值比照舊醫院依其 OPAT 申報總療程數於高屏同層級百分位對應之差值比例予以排除列計。
- (二) 115 年第 1 季至 115 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」均以補付方式辦理。
- (三) 醫院平均點值估算值低於 0.95 者擬回補至 0.95。
- (四) 為鼓勵醫院積極達成品質指標，針對 115 年第 1 季申報一般總額醫療服務點數低於基準值(0 階)之醫院，計算品質獎勵補付點數：
 - 1、預算：依高屏區醫院總額前瞻式預算管理方案及前述(一)至(三)執行後高屏區剩餘預算中，以 2 億點為品質補付預算。
 - 2、各家醫院品質補付點數：
 - (1) 公式=該院(115 年第 1 季基準值(0 階)*115 年第 1 季品質指標達成率)，並以該院(基準值(0 階)-當季申報一般總額醫療服務點數為上限)。
 - (2) 各家醫院依上述公式計算品質補付點數加總後如超過 1 億，則以各家醫院品質補付點數占率分配 2 億點預算為實際品質補付點數。

- (3) 本項品質補付點數不列入 116 年基準值(0 階)計算範圍。

決議：如說明，照案通過。

第二案

提案單位：高屏業務組

案由：修訂高屏「115 年醫院總額前瞻式預算管理方案」(附件 5)，
請討論。

說明：修訂重點如下

- 一、「伍、基期收入校正之基準值(0 階)」操作型定義改以數學公式呈現，並配合 115 年度醫院醫療給付費用總額及其分配方式「0~6 歲兒童醫療量能保障」項目，各家醫院 0-6 歲兒童醫療費用將獨立辦理結算，故需自基期收入扣除。
- 二、調升「釋出處方醫療費用」管理閾值：考量醫院為達 888 政策目標積極照護慢性病人、及地區醫院承接區域級以上醫院下轉之穩定慢性病人，爰依 114 年高屏釋出處方醫療費用成長率調整管理閾值，調整前後說明如下：

特約類別	修訂前	修訂後
區域級以上	7%	8%
地區醫院	7%	9%

- 三、修訂「擴增病床醫院住診基期收入校正之基準值(0 階)」之住診基準值(0 階)調整點數計算公式，實際納入住診基準值(0 階)校正計算之病床數應扣除當季靜置床數，公式修訂如下：
[基期每人日醫療費用*(基期需校正之病床數-當季靜置床數)]*基期日曆天數*(1-樣本核減率)*基期總病床占床率*(1+總住院日數成長率)*(1+總住院人數成長率)。
- 四、新增門診就醫型態占率校正方式。
- 五、修訂「化療事審與急重症醫療排除列計計算定義」：
 - (一) 依本署藥品給付項目更新事前審查藥品代碼。
 - (二) 癌症放射療法新增可排除列計醫令點數之醫令代碼。
 - (三) 調升非澎湖縣或非恆春鎮醫院化療事審與急重症醫療點數較去年同期差值納入排除列計計算之比例，由 60%調升至 65%，

另為鼓勵醫院執行 OPAT 以提升急重症醫療資源使用之效率，依據該院當季申報 OPAT 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由原 60%至 63%調升為 65%至 75%。

六、為提升行政作業電子化比率，於醫院品質指標增訂「電子化交換作業(試辦計畫代碼 71)」、「申報總表線上確認(試辦計畫代碼 76)」、「申復作業電子化」及「健保卡資料上傳格式 2.0 上傳件數/健保卡資料上傳格式 2.0 申報件數之比率」，並為轄區全數醫院必選指標，達標者分別給予 0.1%成長率權重。

七、前開修訂項目實施期程如下表：

序號	修訂內容	實施期程
1	擴增病床醫院住診基期收入校正之基準值(0 階)」之住診基準值(0 階)調整點數計算公式扣除當季靜置床數	115 年第 1 季起
2	調升非澎湖縣或非恆春鎮醫院化療事審與急重症醫療點數較去年同期差值納入排除列計計算之比例	115 年第 1 季起
3	調升釋出處方醫療費用管理閾值	115 年第 2 季起
4	事前審查藥品代碼及癌症放射療法醫令代碼修訂	115 年第 2 季起
5	品質指標新增四項指標	115 年第 3 季起
6	門診就醫型態占率校正方式	115 年第 3 季起
7	基期收入扣除 0-6 歲兒童醫療費用	依署本部確切結算邏輯決定自 115 年第 3 季起或自 116 年起實施

決議：門診就醫型態占率監測管理方式調整如下，其餘項目照案通過：

- 一、醫院如監測 4 項指標皆未達執行目標，將函請醫院說明原因，如有異常將請其至高屏醫院總額醫療服務審查共管會議報告，並提案共管會議，依會議決議辦理該院門診就醫型態占率校正。
- 二、指標 3 門診慢性病占率中，計算基礎排除試辦計畫收案對象之 P 碼點數。

第三案

提案單位：高屏業務組

案由：高屏醫院總額 115 第 3 季、第 4 季之「基期收入校正之基準值(0 階)」參照基期及方案執行點值一案，請討論。

說明：高屏分會調查 27 位委員結果(統計日期：115 年 6 月 4 日)，如下表：

期望點值	1.000 以上	1.000	0.980	0.975	小計
合計	1	11	14	1	27

決議：高屏區醫院總額 115 第 3 季、第 4 季之「基期收入校正之基準值(0 階)」參照基期分別以 114 年第 3 季、第 4 季之基期收入計算，執行點值設定為 0.98。

第四案

提案單位：中正脊椎骨科醫院

案由：有關本院 115 年第 1 季基期收入校正之基準值（0 階）調整案，提請討論。

說明：

- 一、本院 115 年第 1 季住診基準值（0 階）係依 114 年第 1 季一般服務收入計算，惟因特殊因素致 114 年第 1 季服務量異常下降，未能反映本院正常營運情形。
- 二、本院原負責人吳明峯醫師於 114 年 2 月 12 日逝世，本院依法辦理歇業及由高振興醫師於原址重新開業相關程序。本院依法於 114 年 2 月 13 日以中正脊骨醫管字第 1140150 號函向高雄市衛生局申請歇業，並於 114 年 2 月 17 日以中正脊骨醫管字第 1140156 號辦理高雄市衛生局申請於原址由高振興醫師開業。
- 三、配合負責人變更作業期間，本院門診自 114 年 3 月 7 日至 3 月 13 日由 14 診次減少為 4 診次；住院自 114 年 2 月 25 日至 114 年 4 月 6 日停止手術及暫停收治病患，並於 114 年 4 月 7 日恢復住院服務。
- 四、上述情形屬特殊事件所致，致 114 年第 1 季住診收入明顯低於正常水準。若以 114 年第 1 季收入作為 115 年第 1 季基準值計算基礎，恐無法合理反映本院實際服務量及經營規模。
- 五、建請同意以 113 年第 1 季住診基準值（0 階）作為 115 年第 1 季住診基準值之計算基礎，以維持基期計算之合理性及公平性

住診	季別	基準值季別基準值	實際一般服務收入值
113 年	Q1	62,183,861	69,989,676
114 年	Q1	66,774,940	42,051,957
115 年	Q1	42,449,454	59,230,400
依據 115 年 2 月 3 日以健保高字第 1158601136 號函辦理。			

業務組說明：

- 一、依據 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，115 上半年各季基期收入校正之基準值(0 階)參照基期為 114 上半年同季，並於 115 年 2 月 3 日以健保高字第 1158601136 號函文中正脊椎骨科醫院，以前開函文之基期收入校正之基準值(0 階)估算該院 115 年第 1 季方案核減點數為 313 萬點。
- 二、因 113 年高屏醫院總額方案與 114 年不同，故 113 年住診基準值無法直接代入估算，爰依下表重新計算基準值(0 階)與推估分階支付結果，調整後分區預算實際增加支出為 313 萬點。

類別	參照基期			分階支付推估		
	門診	住診	合計基準值(0 階)(億點)	<u>門診</u> 供給面成長率比較基期	<u>住診</u> 供給面成長率比較基期	估算方案核減(萬點)
調整前	114 年第 1 季一般服務收入	114 年第 1 季一般服務收入	0.83	114 年第 1 季	114 年第 1 季	313
調整後	114 年第 1 季一般服務收入	<u>113 年第 1 季</u> 一般服務收入	1.09	114 年第 1 季	<u>113 年第 1 季</u>	0
差值			0.26			<u>313</u>

- 三、該院住診醫療服務供給監測如附件 6，由分析結果評估該院服務型態並無明顯改變。

決議：如說明，照案通過。

肆、臨時動議：無

伍、散會(下午 3 時 45 分)

高屏區醫院總額醫療服務審查共管會議議事規則

109 年 07 月 01 日修訂

114 年 12 月 11 日修訂

115 年 06 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、代表推派：

- (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。
- (2) 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。
- (3) 各層級委員代表若有異動，請一併提報順位代理人 2 名。
- (4) 核備程序：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，各層級委員代表如有異動其核備程序亦同。

2、代理機制：委員因故無法出席會議者，由委員之順位代理人 1 名出席會議，非核備順位代理人者，不得代表出席會議。

3、本會委員(含代理人)均為無給職，且均不得具民意代表身分。

(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：於每年 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) 院長會議：於每年 6 月、12 月共管會議合併辦理一次為原則，辦理形式採視訊連線開放高屏區全數醫院線上參與會議；如有加開共管臨時會，原則上不另召開院長會議，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) 高屏分會如遇特殊情事欲變更會議時間，至遲請於會前 2 週通知本組。

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。

全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點

101 年 10 月 30 日健保醫字第 1010009170 號公告
101 年 11 月 29 日健保醫字第 1010074100 號修訂公告
102 年 9 月 18 日健保醫字第 1020033811 號修訂公告
105 年 10 月 25 日健保醫字第 1050034087 號修訂公告
110 年 1 月 8 日健保醫字第 1090034643 號修訂公告 112
年 7 月 3 日健保醫字第 1120662773 號修訂公告 112 年 9
月 27 日健保醫字第 1120663998 號修訂公告 113 年 2 月
1 日健保醫字第 1130660258 號修訂公告
113 年 4 月 9 日健保醫字第 1130661336 號修訂公告
114 年 6 月 26 日健保醫字第 1140663143 號修訂公告

- 一、全民健康保險保險人(以下稱保險人)為辦理總額支付制度之研商事宜，特訂定本作業要點。
- 二、保險人應依全民健保醫療給付費用總額部門(以下稱各總額部門)每 3 個月召開一次會議為原則，必要時得召開臨時會議。
- 三、保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別分別邀請不具民意代表身分之下列代表出席：
 - (一)保險付費者代表 2 名。
 - (二)保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：
 1. 醫院總額：
 - (1)各層級醫院代表 20 名至 28 名，由台灣醫院協會推薦。
 - (2)中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (3)特殊材料提供者代表 1 名。
 - (4)藥品提供者代表 1 名。
 - (5)中華民國護理師護士公會全國聯合會代表 1 名。
 - (6)西醫基層代表 2 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
 - (7)中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (8)中華民國醫事放射師公會全國聯合會代表 1 名。

2. 西醫基層總額：

- (1) 西醫基層醫事服務提供者代表 18 至 29 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
- (2) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 3 名。
- (3) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
- (4) 藥品提供者代表 1 名。
- (5) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。
- (6) 中華民國物理治療師公會全國聯合會代表 1 名。
- (7) 醫院代表 2 名，由台灣醫院協會推薦。

3. 牙醫門診總額：

- (1) 牙醫門診相關醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推薦。
- (2) 中華民國牙醫師公會全國聯合會代表 1 名。
- (3) 台灣醫院協會代表 4 名。
- (4) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
- (5) 中華牙醫學會代表 1 名。
- (6) 中華民國醫院牙科協會代表 3 名。

4. 中醫門診總額：

- (1) 中醫門診醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國中醫師公會全國聯合會推薦。
- (2) 台灣醫院協會代表 2 名。

5. 門診透析：

- (1) 醫院門診透析醫療服務提供者 5 至 9 名，由台灣醫院協會推薦。
- (2) 台灣醫院協會代表 1 名。
- (3) 西醫基層診所門診透析醫療服務提供者 4 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
- (4) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 1 名。
- (5) 台灣腎臟醫學會代表 1 名。
- (6) 專家學者 3 名。

(三) 政府機關代表：

1. 主管機關代表 1 名。
2. 保險人代表 2 名。
3. 中醫門診總額：主管機關所屬中醫藥管理政策之單位代表 1 名。
4. 牙醫門診總額：主管機關所屬牙醫管理政策之單位代表 1 名。

前項代表應考量性別衡平性，各團體推派代表及代理人時任一性別以不低於 3 分之 1 為原則，並依下列方式產生：

- (一) 保險付費者代表由保險人洽請全民健康保險會自該會推派。
- (二) 保險醫事服務提供者，由保險人洽請各醫事團體推派。
- (三) 專家學者由保險人遴選。
- (四) 機關代表由該機關指派。

- 四、本會議代表均為無給職，其任期為 2 年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退；代表(含代理人)任期內應出席研商議事會議達三分之二之次數，為續聘之必要條件。本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去代表身分，得由該會重行遴選推派。

代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前點規定重新推派。

- 四之一、任職前五年因其行為致有下列情形之一者，除暫緩執行外，不得擔任本會議代表或其代理人；任期中發生者，當然解任：

- (一) 經中央主管機關吊銷、撤銷、廢止醫事人員證書。
- (二) 經地方主管機關停業、廢止執業執照。
- (三) 經保險人依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法不予支付。

前項規定，於行政處分執行完畢，未屆滿五年者，準用之。

- 四之二、本會議代表任期屆滿而尚未完成新任代表聘任時，延長其執行職務至新任代表就任時為止，並以不超過六個月為限。
- 五、保險人得就會議相關議題向相關團體或專家諮詢，其提供之意見，得以書面方式併入本會議提案內說明。
被諮詢之團體代表或專家，得列席本會議說明。
- 六、代理人及列席單位出席規範：
(一) 研商議事會議代表，除本條第(二)款之代表及列席單位外，應於指(推)派代表時一併提報順位代理人 2 名。代表因故不能出席會議時，得依代理人順位由 1 人代理出席。
(二) 由保險人遴選之專家學者代表，應親自出席，不得代理。
(三) 列席單位出席人員以 2 名為限。
- 七、本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。
本會議代表違反前項之規定，且情節重大者，經本會議決議後，保險人得予更換；其缺額保險人得依本要點辦理改推派事宜。
- 八、保險人於辦理本作業要點業務時，應將會議全程錄音列入檔案備查，並將下列事項對外公開：
(一) 會議議程。
(二) 會議內容實錄。
(三) 利益揭露聲明書。

醫院部門 115 年度醫院總額風險調整移撥款執行方式-高屏區

115 年 4 月 8 日【第一版】

115 年 0 月 0 日【第 0 版】

壹、計畫依據

依據衛生福利部 115 年 1 月 28 日以衛部健字 1153360013A 號公告辦理。

貳、目的

為平衡各區醫療資源均衡發展，鼓勵各區強化醫療服務，促進區域內醫療體系整合。

參、預算來源

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「人口風險因子」後之保險對象人數)占率調升造成之財務衝擊。分區預算經分配因素及權重分配，高屏區預算為 **102,817,749 元**。

肆、執行方式

依轄區在地化特色，並以強化區域垂直整合，各層級醫院共同參與為原則。115 年高屏區風險移撥款運用，依據 115 年 3 月 12 日高屏區分會會議決議，依 114 年指標執行結果，擇 8 支指標延續辦理及新增 2 支指標並依實務運作情形及配合政策推動，調整部分指標執行內容，115 年辦理指標如下：

指標一、強化轄區醫院轉診合作

指標二、婦幼區域聯防

子項一、新生兒重症區域聯防與照護計畫

子項二、高危險妊娠照護

指標三、居家醫療與安寧緩和醫療照護

指標四、慢性病照護獎勵方案

指標五、健保醫療科技數位提升計畫

指標六、門住院轉銜居家營養照護計畫

指標七、到院前救護車心電圖判讀跨院合作計畫

指標八、急診重大外傷照護區域聯防品質計畫

指標九、精進癌症精準照護獎勵

指標十、門診靜脈抗生素治療(OPAT)

伍、費用申報及支付方式

一、支付原則

(一)指標一：強化轄區醫院轉診合作

1. 年預算8,000,000點為原則，平均每季2,000,000點。
2. 支付對象：高屏轄區全數醫院。
3. 支付項目：
 - (1) 回轉件數：轄區院所使用電子轉診平台上轉後回轉原院所之件數。
 - (2) 下轉件數：轄區醫院使用電子轉診平台下轉至地區醫院或診所之件數。
 - (3) 前述支付點數如為同體系均不列計。
4. 計算方式：
 - (1) 年預算=回轉獎勵*50%+下轉獎勵*50%
 - (2) 個別醫院回轉獎勵=[該院回轉件數+該院上轉件數]/[總回轉件數+總上轉件數]*年預算50%。
 - (3) 個別醫院下轉至地區醫院或診所獎勵=(該院下轉轉出件數+該院接受轉入件數)/(總下轉轉出件數+接受轉入件數)*年預算50%。

(二)指標二：婦幼區域聯防

1. 年預算14,000,000點為原則，平均每季3,500,000點。
2. 以下兩項子項目年預算各7,000,000點。

(1) 子項一：新生兒重症區域聯防與照護計畫

A. 新生兒重症醫療照護

- (A) 支付對象：設置 PICU、NICU 或中重度病房醫院。
- (B) 補助項目：新生兒(0~3月)住院加護病房(PICU、NICU 02011K、02012A、02013B、中重度病房02017K、02018A、02019B)期間可申請一次。
- (C) 每季每院每位病人限申請一次1,000點(長期住院切帳計一次)。

B. 新生兒重症外接與轉介業務

(A) 統一由外接醫院提報，並須有申報註記或轉診單(不限電子)。

(B) 轉介醫院：向外接醫院提出醫療轉介需求。

(C) 外接(轉診)醫院：

甲、建立單一聯繫窗口與公告資訊方式。

乙、提供醫/護人員隨車親自至轉介醫院接收個案並送回外接醫院收治。

丙、提供相關轉介紀錄表予主責醫院彙整(提報日期：115/4、115/7、115/10、116/1)，佐證資料(如：接送單)各醫院留存備查。

(D) 獎勵方式：新生兒重症醫療外接作業與轉介，每次3,000點(轉出醫院1,000點；轉入醫院2,000點)。

(E) 行政管理費(主責醫院)：以預算總額3%。

(2) 子項二：高危險妊娠

A. 高危險妊娠孕產婦緊急處置：符合 ICD-10-CM 主、次診斷前3碼為 O02、O10-O11、O13-14、O20、O23-O24、O26、O34-O36、O41-O46、O60、O63、O66-O67、O69、O71-O72、O74-O77、O86、O88、O98-O99、O9A，且執行緊急手術或緊急處置之人數，依年度歸戶每案補助1,500點。

B. 緊急手術醫令代碼包括81011C(有妊娠併發症之剖腹產術)、81018C(雙胎分娩)、81028C(前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產術)、81034C(有妊娠併發症之陰道產)、81005C(剖腹產合併次全子宮切除術)、81029C(剖腹產合併全子宮切除術)、80403B(一般全子宮切除術)或80421B(複雜性全子宮切除術)。

C. 緊急處置醫令代碼包括55015C(產後出血止血術)、94001C(輸血)、55016C(子癰及子癰前症處置)或呼吸器使用(57001B、57002B、57023B)。

D. 行政管理費(主責醫院)：以預算總額3%。

(三)指標三：居家醫療與安寧緩和醫療照護

1. 年預算14,408,875點為原則，平均每季3,602,219點。

2. 獎勵項目：

(1) 居家醫療照護(項目權重45%)

提升因失能或疾病特性致外出就醫不便病人之醫療照護可近性，鼓勵院所組成整合性照護團隊，強化醫事服務機構連結社區照護網絡，提供住院替代服務，降低住院日數或減少不必要之社會性住院。依各家醫院實際運作結果計算得分。

A1 居家醫療照護(權重 33%)

= (個別醫院當年度 VPN 登錄居家醫療照護人數 / Σ 轄區醫院當年度 VPN 登錄居家醫療照護總人數)

A2 居家 PAC(權重 12%)

= (個別醫院當年度 VPN 登錄居家 PAC 照護人數 / Σ 轄區醫院當年度 VPN 登錄居家 PAC 總照護人數) * (指標獎勵費 * 10%)

= (個別醫院當年度申報精神科居家 PAC 訪視人次 / Σ 轄區醫院當年度申報精神科居家 PAC 總訪視人次) * (指標獎勵費 * 2%)

項目		計算方式
A1 居家醫療照護	居家 照護	個別醫院 VPN 登錄居家照護子系統之新收案人數： 申請類別-1. 申請收案 案件類別-1. 一般居護 個案所在地-5. 自宅
	居整 計畫	個別醫院 VPN 登錄居家醫療整合照護計畫案件之新收案人數： 申請類別-1. 申請收案 照護階段為-1. 居家醫療或 2. 重度居家醫療
A2 居家 PAC	居家 PAC	個別醫院 VPN 登錄 PAC 居家模式照護人數
	精神科 居家 PAC	個別醫院申報思覺失調醫療給付改善方案之居家追蹤訪視(醫令代碼 P7401C、P7402B、P7403B)之訪視人次
註 1：【居家照護】及【居整居家醫療】及【居整重度居家醫療】依醫院年歸戶人數計算，醫院附設居家護理所之收案人數併入本院合併歸戶計算。 <u>個案僅計入已核定同意者。</u>		
註 2：前述指標案件經查申報錯誤者不予列計。		

(2) 安寧緩和醫療照護(項目權重55%)

為鼓勵醫院成立完整照護團隊，協助末期病人及其家屬在身體、心理和靈性等需求均能獲得緩解與支持，減少病人臨終前不具積極治療之醫療利用，落實生命善終與善別。依各家醫院實際運作結果計算得分。

B1 預立醫療照護諮商(ACP)

$$=(\text{個別醫院當年度申報 ACP 人數} / \Sigma \text{轄區醫院申報 ACP 總人數}) * (\text{指標獎勵費} * 5\%)$$

B2 安寧居家新收案獎勵

$$=(\text{個別醫院當年度 VPN 登錄安寧居家新收案人數} / \Sigma \text{轄區醫院當年度 VPN 登錄安寧居家總新收案人數}) * (\text{指標獎勵費} * 30\%)$$

B3 居家安寧照護對象在宅善終比率較前一年成長(抑制資源不當耗用指標)

$$=(\text{個別達標醫院當年度居家安寧照護在宅善終個案數} / \Sigma \text{轄區達標醫院當年度居家安寧照護在宅善終總個案數}) * (\text{指標獎勵費} * 20\%)$$

項目	計算方式
B1 預立醫療照護 諮商(ACP)	個別醫院當年度申報 ACP(醫令代碼 02028C)之醫令總量加總。
B2 安寧居家	個別醫院 VPN 登錄居家照護子系統之新收案人數： 申請類別-1. 申請收案 照護階段為-3. 安寧療護
B3 居家安寧照護 對象在宅善終 比率較前一年 成長	分母：當年度居家安寧收案對象於照護期間死亡人數 分子：當年度接受居家安寧個案於死亡前 14 日未住院治療人數 - 居家安寧照護對象：支付標準第五部第三章安寧居家照護及居家醫療照護整合計畫之安寧療護階段(S3)收案對象。 - 死亡個案：保險對象資訊之轉出日於統計期間，且投保狀態為「死亡退保」。 - 死亡前 14 日未住院治療：分母個案中，死亡退保日(含)前 14 日無申報住院治療。 - 居家護理所(含財團法人、社團法人及公立醫療機構附設，醫事類別 19)併入本院列計。 ■ 擷取區間：115.1~115.12之累計值。 ■ 目標值：$\geq 67.9\%$(115年抑制資源不當耗用改善方案高屏區目標值)或$\geq$自身去年同期值(擇優，但不含 0)。

(四)指標四：慢性病照護獎勵方案

1. 年預算11,000,000點為原則，平均每季2,750,000點。
2. 支付對象：高屏轄區全數醫院。
3. 支付項目：
 - (1) 新收照護個案依疾病共病分級獎勵(50%)。
 - (2) 個別醫院糖尿病收案數優於自身去年同期之差值獎勵(5%)。
 - (3) 收案數低於去年同期自身值且照護率低於全署值/高屏同儕值(擇低者)，獎勵點數以8折計算。

獎勵項目	計算方式
糖尿病(DM)	個別醫院=(該院 DM 新照護人數/參與醫院 DM 新照護總人數)*15%年預算 個別醫院=(該院 DM 收案數較去年同期之正差值/參與醫院 DM 收案數較去年同期正差值之總數)*5%年預算
初期慢性腎臟病(CKD)	個別醫院=(該院 CKD 新照護人數/參與醫院 CKD 新照護總人數)*10%年預算
共病照護(DKD)	個別醫院=(該院 DKD 新照護人數/參與醫院 DKD 新照護總人數)*15%年預算
地區醫院全人全社區	個別醫院=(該院計畫新照護人數 ^註 /參與計畫醫院新照護總人數)*5%年預算 註：新收照護個案須於年底前完成健康資料建檔才納入計算
高血脂	個別醫院=(該院計畫新照護人數/參與計畫醫院新照護總人數)*3%年預算
代謝症候群防治	個別醫院=(該院計畫新照護人數/參與計畫醫院新照護總人數)*2%年預算

(4) 醫院總額糖尿病照護品質獎勵(30%)

- A. 以個別醫院照護率與全署及全署同儕值相比進行加權；其餘指標依其執行率與全署相比後加權。
 - 個別醫院照護率與檢查執行率實際獎勵=(該院所得加權分/轄內醫院總加權分)*17.5%年預算。

獎勵項目		計算方式	計分
照護率	糖尿病方案	個別醫院照護率優於全署值及全署同儕值	5 分
		個別醫院照護率優於全署值或全署同儕值	3 分
		未優於全署及同儕	1 分
		優於去年自身值	1 分
執行率	1.空腹血脂 2.眼底檢查(彩色攝影) 3.糖化血色素(白蛋白) 4.血液肌酸酐 5.尿液微量白蛋白檢查	個別醫院執行率優於全署值	1 分/每項
		個別醫院執行率優於去年自身值	1 分/每項

B. 個別醫院糖尿病檢驗數值執行成效人數獎勵項目(12.5%)

■ 個別醫院糖尿病檢驗數值執行成效人數獎勵= $\{(\text{該院糖化血色素進步人數}+\text{微量白蛋白進步人數})/(\text{參與 DM 照護醫院糖化血色素}+\text{微量白蛋白進步總人數})\} \times 12.5\%$ 年預算

糖化血紅素 HbA1C (09006C 或 09139C)	該院醫師收案且當年度登錄最後一次 HbA1C 檢驗值較前一年度最後一次 HbA1C 檢驗值進步之人數。
微量白蛋白(UACR)[DKD]	該院醫師收案且當年度登錄最後一次 UACR 檢驗值較前一年度最後一次 UACR 檢驗值進步之人數

(1) 參與慢性病方案獎勵(15%)：為提升照護慢性病人之醫院涵蓋率，鼓勵轄區尚未參加健保相關計畫之院所收案照護慢性病人，於地區醫院獲得整合性照護服務，延緩慢性疾病重症之發生。

■ 個別醫院獎勵= $(\text{該院所參與慢性病計畫且符合條件之加權分}/\text{轄區當年度參與慢性病計畫且符合條件之總加權分}) \times 15\%$ 年預算

■ 各慢性病計畫及配分如下表：

獎勵項目	參與條件		計分
糖尿病、初期慢性腎臟病計畫、高血壓及代謝症候群等計畫	參與 DM 計畫生效起始為 115 年且依照護人數給予 2~8 分	60 人以上	8 分
		小於 60 人	3 分
		未收案	2 分
	參與 CKD、高血壓、代謝症候群等計畫生效起始為 115 年且依照護人數給予 1~4 分	60 人以上	4 分
		小於 60 人	2 分
		未收案	1 分
地區醫院 全人全社區照護計畫	115 年首次參與計畫且依提供名單，會員基本資料上傳之照護率及年底前會員健康資料建檔之建檔率，分 2 級距給分：	照護率 $\geq$ 50% 且建檔率 $\geq$ 80%	3 分
		其他有上傳照護與建檔者	2 分
	參加並使用家醫大平台，計算轄區所有醫院整年度使用次數，分 3 項給分	$\geq$ 80 百分位	8 分
		< 80 百分位數，但 ≥ 50 百分位數	6 分
		< 50 百分位數，但每月至少使用 4 次	4 分
		醫師登入次數達總次數 10% 以上	1 分

(五)指標五：健保醫療科技數位提升計畫(FHIR)

1. 年預算12,000,000點為原則，平均每季3,000,000點。
2. 支付對象：高屏轄區全數醫院。
3. 支付範圍：以電子病歷(FHIR)申請癌藥事前審查、免疫製劑事前審查、癌症重大傷病證明、NGS 次世代基因定序及電子處方箋案件等5項。
4. 支付項目：

(1) 設定獎勵費[A]：包含癌藥事前審查、免疫製劑事前審查、癌症重大傷病證明、NGS 次世代基因定序及電子處方箋等5項，每項分開列計，

各項符合獎勵標準如下表說明。(114年前該項目已領有獎勵者，不重複獎勵)。

項目	符合設定獎勵費〔A〕標準	獎勵點數
癌藥事前審查	經認定醫院當年度以電子病歷(FHIR)格式上傳申請癌藥事前審查成功上傳件數 ≥ 1 件。 註：參與對象定義為先完成測試上傳 10 件成功後，經認定正式以 FHIR 上傳且審查者。	10 萬點
<u>免疫製劑事前審查</u>	<u>經認定醫院當年度以電子病歷(FHIR)格式上傳申請免疫製劑事前審查成功上傳件數≥ 1件。</u> <u>註：已領取癌藥事前審查設定費者不重複發放。</u>	<u>10 萬點</u>
癌症重大傷病證明	經認定醫院當年度以電子病歷(FHIR)格式上傳申請癌症重大成功正式上傳件數 ≥ 1 件，若當年度無個案者需為成功測試上傳件數 ≥ 10 件。	5 萬點 <u>10 萬點</u>
NGS 次世代基因定序	經認定醫院當年度以電子病歷(FHIR)上傳 NGS 次世代基因定序，且 1 件(含)以上個案成功。	10 萬點
電子處方箋	完成電子化處方箋開立端測試、QR code 解析及調劑端測試，且醫院開立電子化處方箋並以健保快易通 App 顯示 QR code(不列印)或以紙本處方箋列印 QR code ≥ 10 張。	20 萬點

(2) 成效獎勵費〔B〕：包含癌藥事前審查、免疫製劑事前審查及癌症重大傷病證明等3項，每項分開列計。

項目	符合成效獎勵費〔B〕標準	獎勵點數
癌藥事前審查	1. 經認定醫院當年度以電子病歷(FHIR)格式上傳申請癌藥事前審查成功上傳件數/該院所有申請癌藥事前審查件數(占率)$\geq 20\%$。 2. 申請件數 250 件以下者需達 50%(含)以上。	每家 20 萬點。

項目	符合成效獎勵費〔B〕標準	獎勵點數
	1. <u>經認定醫院當年度以電子病歷(FHIR)格式上傳申請癌藥事前審查成功上傳件數每件 200 點。</u> 2. <u>經認定醫院當年度以電子病歷(FHIR)格式上傳申請癌藥事前審查成功上傳件數/該院所有申請癌藥事前審查件數(占率)五癌或任一癌別占率>30%，每件 300 點。</u> 3. <u>經認定醫院當年度以電子病歷(FHIR)格式上傳申請癌藥事前審查成功上傳件數/該院所有申請癌藥事前審查件數(占率)>30%，且經署核備為自主審查醫院者，給予成效獎勵上限 50 萬點。</u> 4. <u>若核算總額超過預算上限，將依比例調整(點值浮動)或按優先順序核發。</u>	<u>每家上限 50 萬點。</u>
免疫製劑事前審查	1. 經認定醫院當年度以電子病歷(FHIR)格式上傳申請免疫製劑事前審查成功上傳件數/該院所有申請免疫製劑事前審查件數(占率)≥30%。 2. 申請件數 650 件以下者需達 40%(含)以上。 1. <u>經認定醫院當年度以電子病歷(FHIR)格式上傳申請免疫製劑事前審查成功上傳件數每件 200 點。</u>	每家 14 萬點。 <u>每家上限 50 萬點。</u>

項目	符合成效獎勵費〔B〕標準	獎勵點數
	2. <u>經認定醫院當年度以電子病歷(FHIR)格式上傳申請免疫製劑事前審查成功上傳件數/該院所有申請免疫製劑事前審查件數(占率)≥10%，每件 300 點。</u> 3. <u>同時具備自主審查醫院者，給予成效獎勵上限 30 萬點。</u> 4. <u>若核算總額超過預算上限，將依比例調整(點值浮動)或按優先順序核發。</u> 5. <u>同時具備免疫製劑上傳≥30%與癌藥自主審查醫院者，另給予加成獎勵 20 萬點。</u>	
癌症重大傷病證明	經認定醫院當年度以電子病歷(FHIR)格式上傳申請癌症重大傷病證明成功上傳。 ● <u>符合目標占率(上傳率 ≥ 80%)：每件獎勵 200 點。</u> ● <u>未達目標占率(上傳率 < 80%)：每件獎勵 100 點。</u>	每家上限 8 萬點，論件計酬。 ● 符合目標占率(上傳率 ≥ 80%)：每件獎勵 60 點。 ● 未達目標占率(上傳率 < 80%)：每件獎勵 30 點。 ● 若核算總額超過預算上限，將依比例調整(點值浮動)或按優先順序核發。 <u>每家上限 10 萬點，論件計酬。</u>

項目	符合成效獎勵費〔B〕標準	獎勵點數
	● <u>若核算總額超過預算上限，將依比例調整（點值浮動）或按優先順序核發。</u>	
註： 1. 癌症重大傷病證明之成效獎勵小數保護條款：為避免小樣本統計偏誤，應申報總數低於 20 件之機構，容許缺漏件數為 2 件(含)以內者，即視同達成目標占率。 2. 癌症重大傷病證明之成效獎勵預算先扣除「設定費」後「成效獎勵費」採浮動點值支付。 3. <u>FHIR 事前審查與重大傷病若超出預算，優先由跨計畫結餘款支應；若仍有不足，將依比例調整（點值浮動）或按優先順序核發。</u> 4. <u>若 FHIR 癌症重大正式機未及上線，改以測試環境接收之案件作為論件計酬核發標準。</u>		

(六)指標六：門住院轉銜居家營養照護計畫

1. 年預算2,000,000點為原則，平均每季為 500,000點。
2. 執行範圍:居家案件。
3. 獎勵條件:收治居家營養照護人數。
4. 執行項目:

(1) 建置獎勵

照護項目	執行內容	認定/資訊擷取條件	每人獎勵點數
輔導設置獎勵費	1.輔導資格醫院: 設置有營養醫療小組合格醫院，輔導人員須符合營養醫療專科證照。 2.受輔導醫院須新開設「營養醫療小組」且當年成功轉銜居家收案至少 1 例。	須提輔導相關證明文件(如雙方會議紀錄或受訓證明等)至執行會高屏分會轉知高屏業務組確認受輔導醫院成功案例數。	50,000 點/家 (輔導家數上限 8 家)
開設「營養醫療小組」之獎勵費	1.設置有營養醫療小組合格醫院。 2.受輔導院所須新開設「營養醫療小組」且當年成功轉銜居家收案至少 1 例	1.須提供學會核發相關證明並送健保署報備。 2.健保申報門住院成功轉銜居家靜脈營養照護案件。	100,000 點/家 (每 1 院所獎勵 1 次)

高屏轄區設有 NTT 醫院:

高雄區:高雄醫學大學附設中和紀念醫院、高雄長庚紀念醫院、高雄榮民總醫院、義大醫院、高雄市立小港醫院。

屏東區:東港安泰醫院、部立屏東醫院、屏東基督教醫院

(2) 轉介與評估獎勵

照護項目	執行內容	認定/資訊擷取條件	獎勵點數
轉介費 -營養評估與轉介居家費	評估個案符合靜脈營養，經病患或家屬同意轉診居家照護	1. 病歷完整記載 2. 轉診限不同醫院 3. 須用電子轉診單 4. 健保申報案件(門或住院皆可) 診斷碼:E40、E41、E42、E43、E46 其中一項，並填有轉診醫院機構代號。	3,000 點 /每病人
出院準備/門診居家收案之營養評估暨管灌飲食調配指導費	1.對於收置個案，接受團隊照護，且出院前由營養師進行營養評估及腸道營養飲食設計。 2. 院內營養照護紀錄需包含以下: 營養評估 (如: 體位、攝取量、營養建議等)、營養診斷、飲食衛教/指導內容 (如: 腸道飲食調配原則、管灌營養品使用建議、慢性疾病營養衛教等) 及營養監測指標。以利居家訪視團隊追蹤營養狀況。 3.醫院每季提佐證資料提報主責醫院		2,000 點 /每病人
新收個案照護論院獎勵	整合並設置醫療照護團隊 限 113 年-114 年未曾收案之醫療院所 (轉介案排計)		10,000 點/每院

備註1:TPN 診斷碼說明:	
E40	Kwashiorkor 小兒惡性營養不良症
E41	Nutritional marasmus 營養性消瘦症
E42	Marasmic Kwashiorkor 消瘦性小兒惡性營養不良症
E43	Unspecified severe protein-calorie malnutrition 未特定之重度蛋白質-熱量營養不良症
E46	Unspecified protein-calorie malnutrition 未特定之蛋白質-熱量營養不良症
備註2:轉介費之認定/資訊擷取條件:	
(1)健保申報案件不分門診或住院 診斷碼:E40、E41、E42、E43、E46其中一項，轉診欄位有醫院機構代號。	
(2)受轉診醫院健保申報案件並有轉入醫療機構代號。	

(3) 照護獎勵

照護項目	執行內容	認定/資訊擷取條件	獎勵點數
全程照護費 -門住院成功轉銜 居家靜脈營養全程 照護費	1.對於收治個案，團隊設計個人化照護，住院中或門診給予病人或家屬完整衛教訓練且同意接受居家照護。 2.每週電話追蹤訪視至少1次。 3.設置諮詢專線電話、居家照護及技巧指導、治療建議諮詢。 4.每月須要醫師居家訪視至少1次。	如備註3說明	10,000 點/ 每病人/年
居家訪視費 -居家訪視靜脈或 腸道營養照護-醫 師或居護師訪視費	1.居家醫療整合照護計畫(不限S1)。 2.居家靜脈營養或腸道營養護理訪視費(含換管)，評估居家病患接受 TPN 後之部分由口進食補充照護營養狀態	1.為療程案件須搭配有健保給付費用之醫院居家醫療照護療程案件中(案件分類 E1、A1、A5，任一特定治療項目代號 EC)。 2.相關訪視費以健保醫療整合照護給付為優先給付，同日案件不與健保給付訪視費、長照服務申請重複。 3.醫院每季提佐證資料提報主責醫院	3,000 點/每次 (醫護訪視人員次數分計)

備註3:訪視費或全程照護費之提報認定條件：

1.申報有健保居家療程案件(案件分類 E1、A1、A5，任一特定治療項目代號 EC)、流水號且符合以下條件：

(1)診斷碼:E40、E41、E42、E43、E46 其中1項。

(2)醫師訪視費、護理訪視費各訪視次數。

(3)出院準備營養評估暨管灌飲食調配指導費(每一病人限1次)。

2.執行醫院每季填報送至主責醫院彙總後送本醫療服務審查執行會高屏區分會轉健保署高屏業務組。

(4) 鼓勵醫院辦理完整訓練課程分享會

照護項目	執行內容	認定/資訊擷取條件	每人獎勵點數
辦理轄區完整居家靜脈營養、腸道營養評估照護訓練課程	辦理完整居家靜脈營養、腸道營養評估與照護(醫師、護理等)課程1場至少3小時，參與醫院須5家以上。	事先申請公告，須提相關證明文件(如簽到表、會議紀錄、活動照片)至執行會高屏分會轉知高屏業務組確認	3萬點/場(上限5場)

(5) 行政管理費(主責醫院)：以預算總額3%。

- A. 召開區域團隊溝通會議，一年兩次。
- B. 回饋高屏分會及健保署執行問題與對策建議。
- C. 轄區醫院申請相關資料彙總。

(七)指標七、到院前救護車心電圖判讀跨院合作計畫

1. 全年預算10,000,000元為原則，平均每季2,500,000點。
2. 支付對象：高屏轄區全數醫院。
3. 支付範圍：救護車心肌梗塞執行心電圖個案，由縣市政府規劃網絡協調合作系統後，以輪值院所為單位進行申請。
4. 支付項目：

(1)網絡協調合作管理獎勵(含醫師輪值)：

- A. 由縣市衛生主管機關指定之院所派任醫師組成班表達成24小時輪值。
- B. 每日輪值院所均需排定3班全天候值勤。
- C. 獎勵費：600點/每班(8小時)。

(2)判讀費：

每案應由24小時輪值院所在消防局於急救群組傳送心電圖後5分鐘內進行判讀，第一位完成判讀之輪值院所每案可申報2,500點。超過五分鐘輪值所未判讀，則可由其他院所判讀領取判讀費；若輪值醫院於五分鐘後才進行判讀(判讀前未有任何醫院更早判讀)，可申請減半之判讀費。判讀院所每月須提供已判讀個案數、判讀日期時間、判讀結果以備查。

(3)指導費：

如經判讀為疑似 STEMI 並建議用藥者，經醫療指導醫師線上指導救護人員予以用藥，則由核簽救護紀錄表之醫療指導醫師所屬院所申報指導費每案 500 點（依 111 年第 2 次西醫基層醫療服務審查南區共管會議收費標準，比照遠距診療 E5204C 費用計算），指導院所每月須提出已指導個案數、指導日期時間、指導結果以備查。

(4) 跨院分享會：

預計辦理兩次，由有意願辦理分享醫院事先申請，事後檢附簽到表、簡報、活動照片送至分會備查，1 萬點/場。

(5) 行政管理費（主責醫院）：以預算總額 3%。

(八) 指標八、急診重大外傷照護區域聯防品質計畫

1. 全年預算 17,408,874 元為原則，平均每季 4,352,218 點。
2. 執行範圍：醫院急診、住院案件
3. 獎勵方式：



4. 執行獎勵範圍：

收案條件：	診斷碼：
急診重大外傷病人	(1) T07. XXXA
ISS ≥ 16	(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"）
且符合主診斷碼之一：	(3) S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99（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"）
外傷病患且合併到院前心	I46.2、I46.8、I46.9、R99、T07. XXXA。此類病患因傷勢過重，通常

跳停止(OHCA)且符合主或次診斷碼：	無 ISS 分數。
---------------------	-----------

(1)啟動外傷小組照護獎勵：

A. 依據115年度醫院緊急醫療能力分級評定基準及評分說明與評量方法(115年3月6日衛部醫字第1151661690號公告)，中重度醫院須應有緊急外傷病人啟動及處置流程，且有執行紀錄，並有資料可查。並需設有外傷小組、緊急外傷病人啟動及處置標準流程。

(A) 重度級醫院：外傷小組啟動後，外傷 leader 到達現場時間須【小於10分鐘】：1,500點/例。

(B) 中度級及一般級醫院：外傷小組啟動後，外傷 leader 到達現場時間須【小於30分鐘】：1,300點/例。

B. 時間定義：啟動外傷小組到場時間依評鑑規定。

C. 參加醫院各季於次月底前，如115Q1於115/4主動填報表格並電子郵件寄至主責醫院(檢具衛生局登錄及外傷小組啟動紀錄截圖資料給主責醫院備查)。

(2)緊急搶救高風險處置或手術照護獎勵：

A. 針對緊急外傷病人在到達急診後【90分鐘內】，於急診或開刀房接受高風險且關鍵的損害控制手術，每例完成5,000點。

B. 時間定義：進入急診後執行緊急高風險處置或手術<90分鐘，同急診品質方案 VPN 登錄之【病人進入急診時間】至【處置或手術執行開始時間】。

C. 緊急高風險處置或手術：

健保碼	手術名稱
33075B	血管阻塞術
33079B	主動脈氣球裝置術(主動脈復甦性血管內球囊閉合術_REBOA)
33144B	血管阻塞術-Lipiodol
56003C	氣管切開造口術
56043C	環甲膜穿刺術／切開術
56044B	主動脈復甦性血管內球囊閉合術(REBOA)
64197C	肌腱切開或筋膜切開
64158B	斷肢再接手術
66006B	氣管永久造口術

69038C	末稍血管修補及吻合術併血管移植
64237C	骨骼外固定器裝置術
67013B	氣管支氣管傷修補術
67002B	開胸探查術
67010B	肺單元切除術
67011B	肺楔狀或部份切除術
67022B	全肺切除及胸廓成形術或支氣管成形術
67023B	一葉肺葉切除
67024B	肺全切除術
67047B	胸腔鏡肺膜剝脫術
68002B	心包膜穿刺放液術
68036B	體外循環維生系統(ECMO)建立
68006B	探查性開心術
68005B	心臟縫補術
68001B	探查性心包膜切開術
69009B	動脈縫合
69023B	頸(肢體)動靜瘻管之切除移植及直接修補，右繞道手術
69024B	胸(腹)部動靜瘻管之切除移植及直接修補手術—升主動脈
69037B	胸(腹)部動靜瘻管之切除移植及直接修補手術—降主動脈
69026B	主動脈—肺動脈開窗之修補手術
75007B	縫肝術(肝損傷縫合，小於 5 公分)
75009B	縫肝術(複雜肝損傷之縫合或大於 5 公分)
75805B	剖腹探查術
75827B	軀幹體腔出血緊急填塞止血手術
83036C	硬腦膜外血腫清除術
83037C	急性硬腦膜下血腫清除術
83039B	腦內血腫清除術
73010B	小腸切除術加吻合術
71206B	食道切除再造術
72014B	胃空腸造口吻合術
73017B	結腸全切除術併行直腸切除術及迴腸造口
74206B	Hartmann 氏直腸手術
70001B	脾臟切除術
70002B	脾臟修補術
83080B	顱內壓監視置入
64022B~64024B	四肢切斷術

(3)收治重大外傷病人醫療照護品質獎勵

- A. 以全民健康保險急診品質方案獎勵個案登錄系統(VPN)重大外傷 ISS 量表分數為準。
- B. 依病人嚴重程度分級獎勵：依據 ISS（傷害嚴重度評估分數）

區分為重大外傷(ISS $\geq$ 16 且 ISS<25)與嚴重重大外傷(ISS $\geq$ 25)二類。

(A) 收治重大外傷(ISS $\geq$ 16 且 ISS<25)病人總數，每一病人5,000 點。

(B) 強化區域聯防機制:收治嚴重重大外傷(ISS $\geq$ 25)病人，進一步區分為直接收治或經轉診收治2種方式。

■ 直接收治: 每例10,000點。

■ 轉診收治:

第一家轉出醫院 4,000 點；最後收治醫院 6,000 點。

■ 轉診醫院須以電子轉診平台進行轉診，且申報格式須填報「轉出服務機構代號」「轉入服務機構代號」。

(4)行政管理費(主責醫院)：以預算總額3%。

(九)指標九、精進癌症精準照護獎勵

1. 全年預算7,000,000點為原則，平均每季1,750,000點。

2. 支付對象：高屏轄區全數醫院。

3. 支付項目：

(1)癌症診療品質認證獎勵

A. 取得衛生福利部國民健康署「癌症診療品質認證」

認證結果	獎勵點數	認列條件說明
通過	10 萬	1. 依國健署最新公告認證名單認列，且認證效期起、迄日須包含 115 年 1 月 1 日至 115 年 12 月 31 日區間。 2. 醫學中心：因本項屬醫院評鑑必要項目，故同時須於 116 年 1 月 15 日前函文本組提供醫院癌症中心當年度運作方式及執行成果資料，始得認列，未函文提供者不予採計。
優等	15 萬	

B. 統計截止日期(含醫院提供本組資料)：116年1月15日止。

(2)癌症病人存活率提升獎勵

- 個別醫院獎勵= (該院分數/Σ轄區醫院分數)*(本指標獎勵預算-癌症診療品質認證獎勵點數)
- 計分方式：依癌症別(3項)、期別(1~4期)，個別計算(12項)，該項符合下列條件之一者採計1分。
 - (A) 114年個案1年存活率較113年個案1年存活率增加
 - (B) 114年個案1年存活人數較113年個案1年存活人數增加
 - (C) 114年個案1年存活率100%
 - (D) 114年個案1年存活率居轄區醫院90百分位(含)以上
- 存活率說明
 - (A) 分母：當年度新取得3項癌症類別重大傷病身分個案數
分子：符合分母條件，並於重大傷病申請生效起日追蹤1年仍存活個案數
 - (B) 資料來源：本署重大傷病申請資料、保險對象投保資料
 - (C) 死亡日期：以死亡退保當次轉出日期認定
- 三項癌症類別對應診斷碼

項次	癌症類別	ICD_9	ICD_10
1	肝及肝內膽管癌	主診斷前3碼為155	主診斷前3碼為C22
2	肺癌	主診斷前3碼為162	主診斷前3碼為C33、C34
3	結直腸癌(含肛門)	主診斷前3碼為154	主診斷前3碼為C19、C20、C21
		主診斷前3碼為153	主診斷前3碼為C18

(十)指標十、門診靜脈抗生素治療(OPAT)

1. 年預算7,000,000點為原則，平均每季1,750,000點。

2. 支付對象：高屏轄區全數醫院。

3. 支付項目：

(1) 獎勵對象：有方案收案之醫院

(2) 獎勵金額計算方式：(該院收案(39029C)醫令量加總/轄區收案(39029C)總量)*年預算

~~(3) 獎勵門檻：依層級別訂定當年度執行療程(39029C)，達下列數值以上始得參與獎勵。~~

~~● 醫學中心：200個療程/年~~

●—區域醫院：60個療程/年

●—地區醫院：30個療程/年

二、支付方式

(一)各項指標以季監控、年結算的方式進行。每季訂定目標值監控但不結算。年結算時，各項指標預算可以相互流用，視各季執行狀況滾動式調整(如:新增點數或新增備案、調整方式等)。年結算原則上一點一元，如結算補助款不足，以浮動點值計算。

(二)各項指標主責醫院：

指標名稱	專業諮詢主責窗口
強化轄區醫院轉診合作	-
新生兒重症區域聯防與照護計畫	義大醫療財團法人義大醫院
高危險妊娠照護	高雄長庚紀念醫院
居家醫療與安寧緩和醫療照護	健保署高屏業務組
慢性病照護獎勵方案	健保署高屏業務組
健保醫療科技數位提升計畫	健保署高屏業務組
門住院轉銜居家營養照護計畫	高雄醫學大學附設中和紀念醫院
到院前救護車心電圖判讀跨院合作計畫	屏東基督教醫院
急診重大外傷照護區域聯防品質計畫	高雄醫學大學附設中和紀念醫院
精進癌症精準照護獎勵	健保署高屏業務組
門診靜脈抗生素治療(OPAT)	健保署高屏業務組

(三)指標二之一(新生兒重症區域聯防與照護計畫)各院應於每季第一個月月底提報上季符合補助條件之病患明細至醫審執行會高屏分會，再請健保署高屏業務組協助確認個案數為主。提報時間，例如：115年1月1日至3月31日之照護個案，應於115年4月30日前提報，提報病患明細格式如附表。

(四)指標管理費上限以不超過該項指標預算之3%為原則，主責醫院須注意及完成下列事項：

1. 各指標之主責醫院須定期召開團隊會議，並因應總會規劃期程，負責提交計畫執行期中與期末書面報告與簡報予執行會高屏區分會。
2. 若有逾期繳交或未完成者則提請高屏區分會會議討論不發予該項指標之管理費。

(五)為辦理風險移撥款獎勵金計算，各指標主責單位需於辦理獎勵金結算季別之第三個月15日前完成各家醫院獎勵金計算及確認，並據依該核對結果辦理結算，如結算完畢後有疑義最遲需於文到後起算60日內向分會提出申復，如需補付，則以次年度預算支應。

(六)倘若發生下列狀況或另案原因，分會將進行指標退場檢討：

1. 照護模式已成熟，從獎勵性計劃轉入健保常態支付項目。
2. 執行預算及全部量化指標連續2年均未達目標。
3. 目標性計劃達成任務進而終止退場。
4. 執行醫院或主責醫院執行一段時間後，提出執行困難。

陸、預期效益-量化效益

(一) 指標一：地區醫院上轉個案後區域級以上醫院回轉至原地區醫院案件數之回轉率 $>5\%$

- 分子：區域級以上醫院回轉原地區醫院個案數
- 分母：地區醫院上轉個案數

(二) 指標二：婦幼區域聯防

1. 子項一：新生兒48小時內重返住院加護病房或中重度病房人數比率 $<2.5\%$

- 分子：當年度新生兒 ≤ 48 小時重返住院加護病房或中重度病房人數
- 分母：當年度新生兒重症住院加護病房或中重度病房人數

2. 子項二：高危險妊娠孕婦轉診至非高屏地區醫院執行緊急手術或緊急處置比率 $<10\%$

- 分子：高危險妊娠孕婦(符合 ICD-10-CM 主、次診斷前3碼為 002、010-011、013-14、020、023-024、026、034-036、041-046、060、063、066-067、069、071-072、074-077、086、088、098-099、09A)轉診至非高屏轄區醫院執行緊急手術(81011C、81018C、81028C、81034C、81005C、81029C、80403B、80421B)或緊急處置(55015C、94001C、55016C、57001B、57002B、57023B)人數
- 分母：高危險妊娠孕婦(符合 ICD-10-CM 主、次診斷前3碼為 002、010-011、013-14、020、023-024、026、034-036、041-046、060、

063、066-067、069、071-072、074-077、086、088、098-099、
09A)總人數

(三)指標三：轄區居家醫療新收案人數較去年同期正成長

- 分子：當年度居家醫療照護人數-去年居家醫療照護人數
- 分母：當年度居家醫療照護人數

(四)指標四：慢性病照護獎勵方案

1. 115年醫院糖尿病方案年照護率 $\geq 75.30\%$ 。(含DKD)
2. 115年醫院初期慢性腎臟病年照護率 $\geq 45.43\%$ 。(含DKD)
3. 115年醫院共病論質方案(DKD)年照護率 $\geq 29.55\%$ 。
4. 115年地區全人全社區計畫年收案率 $\geq 20\%$ 或全署值
5. 115年代謝症候群計畫年收案數 $\geq 5,000$ 人
6. 115年高血脂方案年收案數 $\geq 2,000$ 人

(五)指標五：完成本項指標電子病歷(FHIR)設定醫院家數較去年增加。

(六)指標六：高屏轄區轉銜居家靜脈營養與腸道營養照護人數>180 人

(七)指標七：救護車心電圖即時(五分鐘內)判讀達成率>70%

- 分子：本年度救護車心電圖即時(五分鐘內)判讀人次
- 分母：本年度經縣市政府救護車及時上傳心電圖人次

(八)指標八：急診重大外傷照護區域聯防品質計畫

1. 改善急診重大外傷 ISS ≥ 25 外傷病患之外傷小組啟動率 $>30\%$
2. 達成轄區嚴重重大外傷 ISS ≥ 25 收治住院傷患之死亡率(轉歸為4 或 A) $< 22\%25\%$

(九)指標九：轄區癌症病人存活率較前一年同期正成長

(十)指標十：急診病人停留超過 24 小時比率<去年同期比率

- 分子：分母案件中，【急診停留時間>1440分鐘】案件數。
- 分母：急診(含職災急診)之案件數。

衛生福利部中央健康保險署 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：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國115年3月20日
發文字號：健保醫字第1150661060號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請至本署全球資訊網自行下載

主旨：本署115年3月4日召開之全民健康保險醫療給付費用醫院總額115年第1次研商議事會議紀錄，已公布於本署全球資訊網，下載方式如說明，請查照。

說明：

- 一、旨揭會議紀錄請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額研商議事會議紀錄/醫院總額。
- 二、副本抄送本署各分區業務組，考量分區自訂平均點值上限保留預算一節，將影響全區浮動點值，進而影響其他分區之醫院收入，自115年起各分區預算不再保留至次季。

正本：王代表照元、朱代表文洋、朱代表益宏、余代表忠仁、吳代表永全、吳代表淑芬、吳代表鏘亮、李代表永川、李代表飛鵬、李代表懿軒、周代表思源、周代表雯雯、孟代表令妤、林代表宏榮、侯代表勝茂、施代表壽全、洪代表世欣、洪代表瑜黛、張代表文瀚、張代表克士、張代表國寬、郭代表錫卿、陳代表志強、陳代表亮妤、陳代表威明、陳代表建宗、陳代表相國、陳代表穆寬、童代表敏哲、黃代表冠棠、黃代表榮男、黃代表遵誠、楊代表邦宏、廖代表振成、劉代表林

義、劉代表碧珠、蔡代表易廷、賴代表信亨、謝代表文輝、謝代表景祥、顏代表鴻順、羅代表永達、嚴代表玉華、蘇代表主榮(依姓氏筆劃排序)

副本：衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部社會保險司、台灣醫院協會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、臺灣醫療暨生技器材工業同業公會、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組、台灣安寧緩和醫學學會、台灣安寧緩和護理學會、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會、台灣術後加速康復學會、台灣胸腔及心臟血管外科學會、台灣胸腔外科醫學會、台灣胸腔暨重症加護醫學會、中華民國大腸直腸外科醫學會、台灣大腸直腸醫學會、社團法人台灣病歷資訊管理學會、社團法人台灣國際疾病分類學會

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

1150611 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 115 年 6 月 11 日「高屏區醫院總額醫療服務審查共管會」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：指自特約日當季及有完整季申報資料之第 1-12 季止；前述「完整季」定義為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)，醫院申請抵扣停約者亦同。
 - (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	高屏區基期門診、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	1、計算公式=Σ(各院核定之一般服務總收入)-(已歇業醫院)-(PVA 金額)-(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)-其他獨立結算一般服務點值項目之結算總金額)。 2、「已歇業醫院」定義：該醫院同季基期有開設且有一般服務核定收入，但合約迄日<核發基準值季別第一個月 1 日，例如：核發 115 年第 1 季基準值時，某醫院合約迄日為 114 年 12 月 26 日<115 年 1 月 1 日，則該醫院基期一般服務核定收入應扣除。	計算公式=個別醫院(核定之一般服務收入+「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-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-其他非當年度總額公告項目之點數-其他獨立結算一般服務點值項目之點數)。
第 2 季		
第 3 季		
第 4 季	1、計算公式=Σ(各院基期核定之一般服務總收入)-(已歇業醫院)-(PVA 金額)-(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)-(風險移撥款金額)-其他獨立結算一般服務點值項目之結算總金額)。 2、「已歇業醫院」定義：該醫院同季基期有開設且有一般服務核定收入，但合約迄日<核發基準值季別第一個月 1 日，例如：核發 115 年第 1 季基準值時，某醫院合約迄日為 114 年 12 月 26 日<115 年 1 月 1 日，則該醫院基期一般服務核定收入應扣除。	計算公式=個別醫院(核定之一般服務收入+「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-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-其他非當年度總額公告項目之點數-風險移撥款金額-其他獨立結算一般服務點值項目之點數)。
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。

3、其他獨立結算一般服務點值項目：依據當年度醫院總額研商議事會議決議需獨立結算一般服務項目。

(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*[(高屏區基期門診、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方案執行點值調整]；門、住診分別計算後加總。

(三)住診之調整方式：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，並依共管會議決議調整下修該院基期收入校正之基準值(0 階)。

(六)門診就醫型態占率校正：如附件四。

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	當季如有停終約處分者，當季各月費用採逐月抽審。
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 季皆未依審查分級表辦理費用審查，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*未自行繳還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，其醫療費用應以每 2 個月(亦即不超過 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+部分負擔點數 2、住院安寧共同照護試辦方案費用:案件分類 1~5, 醫令代碼為 P4401B、P4402B、P4403B 且醫令類別 2、X、Z 之醫令點數加總。 3、住院緩和醫療家庭諮詢費用:案件分類 1~5, 醫令代碼為 02020B 且醫令類別 2、X、Z 之醫令點數加總。 4、預立醫療照護諮商費: (1) 114/4/30 前:02028B、02029B (2) 114/5/1 起:02028C	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。
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	1、每療程予以加計 10,410 檢查費用點數。 2、非新成立醫院:較去年同期療程數成長差值。 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。
呼吸器依賴	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。	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

項目別	操作型定義	給付方式
	2、住診案件分類為 1-7。 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。	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。 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：附件五。

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 65%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	72.5%
$75 \text{ 百分位} < X \leq 95 \text{ 百分位}$	70.0%
$50 \text{ 百分位} < X \leq 75 \text{ 百分位}$	67.5%
$X \leq 50 \text{ 百分位}$	65.0%

- (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管理閾值如下：

- (1)區域級以上醫院：以較基期成長 8%為上限。
- (2)地區級醫院：以較基期成長 9%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+(捌、三、(一)、1、管理閾值))),如差值 ≤ 0 以 0 列入計算。

- (2)若醫院前述差值公式計算結果 >0 ，但該院(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) $\leq$ 該院基準值(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)，含新醫院)- 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)各家醫院超額計算

- 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)-其他獨立結算一般服務點值項目之點數- 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(附件六)，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)= [超額分階核付預算(A) $\div \Sigma$ (各家醫院基準值(0 階)，不含新醫院)]*100%，計算至小數點以下第二位，第三位四捨五入。

(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七，計算公式如下。

- (1)門診指標成長率=門診人數成長率×60%+門診人次成長率×10%+專任醫師人數成長率×20%+看診醫師人數成長率×10%+門診 CMI 成長率×100%+門診就醫型態占率校正方式(計算定義如附件四)×10%。
- (2)住診指標成長率=住院人數成長率×30%+住院日數成長率×45%+護理人員數成長率×20%+平均每件住院日數達標與否×5%+住診 CMI 成長率×100%。
- (3)門住合計成長率=門診指標成長率×[(1-基期住診占率)+住院指標成長率×基期住診占率]。
- 2、支付標準調整率：如附件七。
- 3、品質指標達成率：
- (1)指標項目：如附件八。
- (2)成長率上限：2%+0.4%。
- (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，醫院應於期限內函文至本署高屏業務組核備，逾期未核備者以 0%計算，指標目標值經本署高屏業務組函復醫院同意核備後不再受理變更，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：如附件九。
- (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	[0 階+超額]較高屏區醫院基準值(0 階)總和之成長率(Y)	
上限	$Y \leq 2.5\%$	$Y > 2.5\%$

	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		
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、回補目標點值：依本項預算回補至 0.9 或 0.95，惟如本項預算不足則依預算可回補情形調整。
- 3、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<回補目標點值。	1、依 2、點值估算結果，點值<回補目標點值。 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、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方案執行點值]÷[當季申報當期之一般總額醫療服務點數-其他獨立結算一般服務點值項目之點數-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)]。
- 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 1+2 或 1+3 之醫院	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 1+2 或 1+3 之醫院	補至 0.95
第 5 順位	當季申報之一般總額醫療服務總點數>6,000 萬點但僅符合回補適用條件 1 之醫院	補至 0.9
第 6 順位	當季申報之一般總額醫療服務總點數>6,000 萬點但僅符合回補適用條件 1 之醫院	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 6 順位不執行回補，以此類推。

- 6、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方案執行點值]÷[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)]=「回補目標點值」所需之點數。

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，經醫管科立案調查成案屬實者，其基準值(0 階)改以分區季結算前平均點值或 0.95 兩者取其低者核付。

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：(一般總額醫療服務點數-安寧療護醫療服務點數-生產醫療服務點數) $\div$ 歸戶人數。

(2)單價成長率=當季單價 $\div$ 基期單價-1。

(3)異常定義：單價成長率 $>$ (各院當季醫療服務成長率指標中 CMI 成長率+支付標準調整率+當年度公告之醫院總額人口結構改變率)。

(4)如該院就醫人數及單價均異常，除有特殊情形者(例如：天然災害、意外事故等)，將提報共管會並依會議決議下修基準值(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)、安養養護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

	總。 (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。 (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。
10	居家醫療照護整合計畫：案件分類 E1 且特定治療項目代號(一)~(四)為 EC、案件分類 A1 且特定治療項目代號(一)~(四)為 EC、案件分類 A5 且特定治療項目代號(一)~(四)為 EC 之下列醫令點數加總 05307C、05308C、05312C、05323C、05336C、05337C、05301C、05302C、05303C、05304C、05305C、05306C、05321C、05322C、05313C、05324C、05314C、05325C、05338C、05339C、05340C、05341C、P5401C、P5402C、P5403C、P5404C、05315C、P5405C、P5406C、P5407C、P5413C、05326C、05327C、05316C、48004C、48005C、符合特材主檔核價類別為 CRT01T1、CRT01T2、CRT01T3、CRT02S1、CRT02S2、CRT02T1、CRT02T2、CRT04T1、CRT05T1、CRT05T2、CRT05T4、CRT05T5、CRT09A1、CRT09A2、CFD02A1、CFD05A1、CFD06A2、CFD06A3、CFD06A4、CFD06A5、CFD06A6、CKF03F1、CKF03F2、CKF04F1、CKF04F2、CKF04F3、CRT02T3、CFD02A2、CFD02A3、CFD06A7 之醫令點數。
11	肺炎鏈球菌疫苗接種處置費：案件分類 D2 且醫令代碼 A3001C 之醫令點數加總。
12	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。
13	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。
14	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。
15	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) 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。 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。 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。
16	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。
17	高血脂醫療給付改善方案：P8901B~P8903B(醫令類別 2)之醫令點數加總。
(二)住診	
1	協助勞保局給付案件：案件分類 A1~AZ 之申請點數+部分負擔點數。
2	精神病嚴重病人送醫及強制住院案件：案件分類 B1 之申請點數+部分負擔點數。
3	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。

4	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。
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。
8	復健病房試辦方案：P9013B~P9022B(醫令類別 2)之醫令點數加總。
(三)門住診	
1	全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫： (1)門、急診：門診醫療服務點數清單「特定治療項目代號」為「JA：收容對象醫療服務計畫—矯正機關內門診」、「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。 (2)住院：住院醫療服務點數清單「醫療服務計畫」為「K：收容對象醫療服務計畫」之醫療服務點數。
2	狂犬病治療藥費：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。
3	全民健康保險急性後期整合照護計畫： (1)門診整合式照護計畫註記為「1、N、3、4、5、6」；住診試辦計畫代碼為「1、2、3、4、5、6」；且醫令代碼為 P5113B、P5114B、P5115B、P5117B、P5118B、P5123B、P5124B、P5125B、P5126B、P5127B、P5128B、P5504B、P5505B、P5516B、P5517B、P5135B、P5132C 之醫令點數加總。 (2)各類急性後期照護其餘之費用(非屬前開門診整合式照護計畫註記;住診試辦計畫代碼者)：醫令類別為 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。
4	癌症暫時性支付藥物(總額外專款)： 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： (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。 (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。 二、事前審查資料須符合下列邏輯： (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。 (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。 (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。 (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。 (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。

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。					
四、癌症暫時性支付代碼一覽表：					
編號	代碼	適用類別	代碼說明一	生效起日	生效迄日
1	BC28160100	C82N3	2-非 IO 部分適應症	2025/8/1	2027/7/31
2	BC28198100		3-非 IO 全適應症	2025/2/1	2027/1/31
3	BC28199100		3-非 IO 全適應症	2025/2/1	2027/1/31
4	KC01025219	P013	1-IO	2025/6/1	2027/5/31
5	KC01025219	P131	1-IO	2025/6/1	2027/5/31
6	KC01025219	P141	1-IO	2025/6/1	2027/5/31
7	KC01050238	P013	1-IO	2025/6/1	2027/5/31
8	KC01123243		3-非 IO 全適應症	2025/1/1	2027/7/31
9	KC01177224		3-非 IO 全適應症	2025/10/1	2027/9/30
10	KC01216216		3-非 IO 全適應症	2025/5/1	2027/4/30
11	KC012172F0		3-非 IO 全適應症	2025/5/1	2027/4/30
12	KC01232214		3-非 IO 全適應症	2025/8/1	2027/7/31
13	KC01232229		3-非 IO 全適應症	2025/8/1	2027/7/31
14	KC01233224	P013	1-IO	2026/5/1	2027/5/31
15	KC01258235	P013	1-IO	2025/6/1	2027/5/31
16	KC012592A3		3-非 IO 全適應症	2025/8/1	2027/7/31
17	KC012602A3		3-非 IO 全適應症	2025/8/1	2027/7/31
18	KC012612A7	C82N3	3-非 IO 全適應症	2025/5/1	2027/4/30
19	KC01276263		3-非 IO 全適應症	2025/10/1	2027/9/30
二、專款專用項目					
1	「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款操作型定義： 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。 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。 三、器官移植專款費用涵蓋範圍： (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)。 (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)。 (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。 1、主次診斷：腎臟移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z940)、心臟移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z941、Z943)、肺臟移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z942-Z943)、肝臟移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z944)、胰臟移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z9483)、骨髓移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z9481、Z9484)、腸移植術後(ICD-10-CM/PCS 為 Z9482)、腎臟移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T861)、肝臟移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T864)、心臟移植併發症(T862-T863)、肺臟移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T863、T8681)、胰臟移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T8689)、骨髓移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T860)、腸移植併發症(ICD-10-CM/PCS 為 T86850-T86859)。 2、抗排斥藥之藥品醫令碼 (1)醫令類別為 1 或 Z (2)ATC 碼為 L04AA03、L04AA04、L04AA06、L04AH01、L04AH02、L04AD02、L04AD01。 (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。
2	門住診罕見疾病： 一、罕病藥費： (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)。 (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))。 二、罕病特材： (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。 (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。 (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)。
3	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)。
4	醫療給付改善方案之管理照護費： 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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。
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	C 型肝炎用藥： 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。 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。
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	暫時性支付藥物： 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。 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。 三、暫時性支付藥物一覽表				
	編號	醫令代碼	藥品名稱	生效起日	生效迄日
	1	BC27923100	Vyndamax	2024/2/1	2027/1/31
	2	KC01210225	Spevigo	2024/7/1	2026/6/30
	3	BC28193100	Velexbru	2026/4/1	2028/3/31
	4	BC28924100	Camzyos2.5mg	2026/4/1	2028/3/31
	5	BC28926100	Camzyos10mg	2026/4/1	2028/3/31
	6	BC28927100	Camzyos15mg	2024/2/1	2024/12/31
	7	KC01123243	Polivy	2024/7/1	2026/6/30
15	區域聯防專款： 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。 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。				
16	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。				
17	代謝症候群： 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 之醫令點數加總				
18	全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫： 案件分類 02、07、特定治療項目代號(一)~(四)任一為 UC 之醫療費用點數(申請點數+部分負擔點數)。				

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

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	依計畫書中之新病床床號比對以下資料： 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 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	1、擴增病床類別為急性(或精神急性)一般病床： (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：$\geq$10 床。 2、擴增病床類別為加護病床： (1)一般病床病床規模為 200 床(含)以上：$\geq$10 床。 (2)一般病床病床規模為 200 床以下：$\geq$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	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÷【 Σ 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÷【 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】。	$\geq$ 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	1、計算方法： (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+(Σ 核減率加計值))】。 (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。 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。 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。		

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。		
當季靜置床數	1、當季連續 10 週未申報健保醫療費用之病床數，並依病床類別分別計算。 2、前開健保醫療費用案件範圍為案件分類 1、2、3、4、5、6、7。		
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： $[\text{基期每人日醫療費用} \times (\text{基期需校正之病床數} - \text{當季靜置床數})] \times \text{基期日曆天數} \times (1 - \text{樣本核減率}) \times \text{基期總病床占床率} \times (1 + \text{總住院日數成長率}) \times (1 + \text{總住院人數成長率})$ ，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		

項目	操作型定義
	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

門診就醫型態占率校正計算定義

一、適用醫院：特約類別為醫學中心、區域醫院，但排除精神科醫院。

二、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：僅計算案件分類 1、2、3、4、5、6、7。

三、監測指標：

(一)指標項目與操作型定義

項目	指標名稱	操作型定義	執行目標
指標 1-1	當季連續 10 週未申報健保醫療費用之急性一般病床數	以當季醫管檔開放病床號勾稽費用申報資料，連續 10 週未申報「二、案件範圍」之健保醫療費用者認定為靜置床。	≤ 去年同期
指標 1-2	當季連續 10 週未申報未申報健保醫療費用之急性 ICU 病床數		≤ 去年同期
指標 2	重大傷病就醫人數	以當季 <u>門診</u> 及 <u>住診</u> 申報部分負擔代碼為重大傷病(001)、手術當次移植器官(012)、手術當次摘除器官(013) 案件之歸戶病人數。	≥ 去年同期
指標 3	門診慢性病及其他門診醫療費用占率	3、公式=[附表項目別之序號 8(慢性病)+序號 9(其他門診)案件之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)]÷[附表項目別 1-9 案件範圍計算之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)加總]。 4、計算至小數點以下第一位，小數點以下第二位四捨五入。	≤ 去年同期
附表、 <u>門診</u> 各項目費用操作型定義			
序號	項目	操作型定義(以下項目案件不重複計算)	
1	急診	醫事類別 12、案件分類 02(急診案件)之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)加總。	
2	門診手術	1、案件分類 03(西醫門診手術)、C1(論病例計酬案件)之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)加總。 2、但 C1(論病例計酬)案件排除：體外電震波腎臟碎石術(申報醫令代碼 50023B、50024B、97405K、97406A、97407K、97408A、97409K、97410A、7411K、97412A、97420B、97421B、97422B、97423B)及白內障手術案件(申報醫令代碼 86006C、86007C、86008C、86011C、	

項目	指標名稱	操作型定義	執行目標
		86012C、97605K、97606A、97607B、97608C)。	
3	化療事審	申報附件五、化療事審與急重症醫療排除列計之化療藥品與事前審查藥品案件之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)加總。	
4	癌症放射療法	申報附件五、化療事審與急重症醫療排除列計之項目三癌症放射療法案件之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)加總。	
5	罕見疾病	案件申報之主次診斷為衛生福利部公告罕見疾病代碼之該案件醫療費用點數(申請點數+部分負擔)加總。	
6	重大傷病	門診案件申報部分負擔代碼為重大傷病(001)、手術當次移植器官(012)、手術當次摘除器官(013)案件之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)加總。	
7	OPAT	申報「門診靜脈抗生素治療個案管理費(醫令代碼 39029C)」案件之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)加總。	
8	慢性病	計算門診以下三項案件之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)加總： 1、案件分類為 04, 06, 08, E1, E2, E3。 2、開藥天數>14 日。 3、診察費代碼為開立慢箋之案件。 4、扣除符合前述 1、2、3 點之案件所申報之 P 碼醫令總點數。	
9	其他門診	該院(本附件之二、案件範圍計算之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)加總)-(序號 1 至 8 案件之醫療費用點數(申請點數+部分負擔))。	
指標 4	門住診占率	1、計算公式=[本附件四門診案件範圍之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)]÷[本附件四案件範圍之門診及住診醫療費用點數(申請點數+部分負擔)加總]。 2、計算至小數點以下第一位，小數點以下第二位四捨五入。	≤去年同期

(二)上述指標 2、指標 3、指標 4 如全數適用醫院皆呈相同趨勢，再以該院計算結果與同儕值比較結果判定執行目標達成結果。

(三)醫院如前述 4 項指標皆未達執行目標，將函請醫院說明原因，如有異常將請其至高屏醫院總額醫療服務審查共管會議報告，並提案共管會議，依會議決議辦理該醫院門診就醫型態占率校正。

四、門診就醫型態占率校正方式：

(一)計算公式=[去年同期門診「本附件之三、監測指標項目附表序號 1-7 案件範圍歸戶就醫人數」÷當季門診「本附件之三、監測指標項目附表序號 1-7 案件範圍歸戶就醫人數」-1]*100%。

(二)上述計算結果最低採計至 - 5.00%。

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	1、ATC 碼前三碼為 L01、L02 及 ATC 碼為 L03AB04、L03AB05、L03AC01、L03AX、L03AX03、L03AX16、L04AX02、L04AX04、L04AX06、V10XX03 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。
2	事前審查藥品	1、支付價為 0(共 48 項)： A040428100、AC58601100、B014966100、B014967100、B018699100、B022655243、B022657238、B023479235、B023657100、B0242064CR、BB26523100、BC18699100、BC26766100、K000713240、K000776283、K000835261、K000846248、K000851240、K000879205、K0008792FM、K000897265、K000907219、K000907229、K000907238、K000911206、K000920206、K000936248、K000957206、KC00775283、KC00776283、X000205235、X000215219、X000216238、K000775283、KC00905261、KC00992261、JC00139240、BB26410100、BB26411100、KC01178283、KC01167209、X000246219、X000247229、X000223235、X000243100、AC602384CR、KC011092BK、KC01132255 2、支付價不為 0(共 109 項)： 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、

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、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、KC012572AS。 3、新增且非暫時性支付藥品(共 7 項)： AC62016100、BC27243100、BC27245100、BC27246100、BC28428100、KC01155257、VC00010100。
3	癌症放射治療	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、門診及住診主診斷代碼為癌症且申報放射治療醫令代碼，醫令代碼前四碼為：36001-36024 且醫令類別 2 之醫令點數加總。 3、門診或住診申報醫令代碼 36025B、36026B、36027B、37028B、37029B、37047B 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。

序號	項目別	操作型定義
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	4、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。 5、符合下列主診斷碼，且 ISS $\geq$ 16 之病人： (1)T07.XXXA。

序號	項目別	操作型定義
		(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、S99(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") 6、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, B4, 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：	
			當期	CCS 權重檔年份	
			115Q1	113 年	
115Q2			114 年		
		115Q3	114 年		
		115Q4	114 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。	
	門診就醫型態占率 校正方式	10%	依本方案附件四計算結果據以計算。		
住診	住院人數成長率	30%	1、排除案件分類 「A1~A4, AZ, 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：	
當期			參照 RW 權重年份		

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)		
				115Q1	114 上半年	
				115Q2		
				115Q3	114 下半年	
				115Q4		
	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%	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。 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。 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。	1、公式=各院Σ(支付標準調整差額)÷各院基期一般服務點數。 2、支付標準調整差額：Σ(單價調整+新增醫令)		
				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	電子化	參加「電子化交換作業(試辦計畫代碼 71)」	Y	0.1%	門+住
		參加「申報總表線上確認(試辦計畫代碼 76)」	Y	0.1%	門+住
		參加「申復作業電子化」	Y	0.1%	門+住
2	IC 卡	健保卡資料上傳格式 2.0 上傳件數/健保卡資料上傳格式 2.0 申報件數之比率	≥	0.1%	門+住
3	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			
4		落實分級醫療-下轉地區醫院和診所件數	≥	0.1%	門
5		糖尿病論質計酬方案收案人數	≥	0.2%	門
6		糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合收案人數	≥	0.2%	門
7		安寧療護照護人數	≥	0.2%	門+住
8		門診 20 大類檢查執行率	≤	0.2%	門
9		門診 10 項檢查再次執行率	≤	0.2%	門
10		前 1 季門診重複用藥日數下降率	≥	0.1%	門
11		門診復健醫療費用	≤	0.2%	門
12		出院個案轉銜照護服務	≥	0.2%	門+住
13		檢驗檢查結果上傳率	≥	0.05%	門+住
14		醫療影像上傳率	≥	0.05%	門+住
15		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 2 指標計算範圍以當季前兩個月加總計算之。					
2、序號 3 指標[3 日內再急診率]與序號 11 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、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。					
4、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。					
5、電子化及 IC 卡作業之三項指標資料範圍：醫事類別 12、15、22 均需參與方認定達標。					
6、排除電子化作業後如有品質指標權重加總不足 2%，則自序號 3 指標起權重依序增加 0.1%。					

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	電子化	參加「電子化交換作業(試辦計畫代碼 71)」	Y	0.1%	門+住
		參加「申報總表線上確認(試辦計畫代碼 76)」	Y	0.1%	門+住
		參加「申復作業電子化」	Y	0.1%	門+住
2	IC卡	健保卡資料上傳格式 2.0 上傳件數/健保卡資料上傳格式 2.0 申報件數之比率	≥	0.1%	門+住
3	糖尿病論質計酬方案收案人數		≥	0.2%	門
4	初期慢性腎臟病收案人數		≥	0.2%	門
5	糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合收案人數		≥	0.2%	門
6	門診 20 大類檢查執行率		≤	0.1%	門
7	門診 10 項檢查再次執行率		≤	0.1%	門
8	前 1 季門診重複用藥日數下降率		≥	0.1%	門
9	檢驗檢查結果上傳率		≥	0.1%	門+住
10	醫療影像上傳率		≥	0.1%	門+住
11	門診復健醫療費用		≤	0.1%	門
12	門診復健醫令數>180 次醫療利用人數		≤	0.2%	門
13	安寧療護照護人數		≥	0.2%	門+住
14	出院個案轉銜照護服務		≥	0.1%	門+住
15	參加並執行地區醫院全人全社區照護計畫		Y	0.2%	門
16	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

序 號	指標名稱	設定 值	成長率	資料範 圍
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%(不含電子化作業)， 如仍不足，則依序號 3 起逐項指標權重增加 0.1%。 2、序號 2 指標計算範圍以當季前兩個月加總計算之。 3、序號 14、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。 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。 5、電子化作業之三項指標及 IC 卡資料範圍：醫事類別 12、15、22 均需參與方認定達標。				

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(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	電子化	參加「電子化交換作業(試辦計畫代碼 71)」	Y	0.1%	門+住
		參加「申報總表線上確認(試辦計畫代碼 76)」	Y	0.1%	門+住
		參加「申復作業電子化」	Y	0.1%	門+住
2	IC卡	健保卡資料上傳格式 2.0 上傳件數/健保卡資料上傳格式 2.0 申報件數之比率	≥	0.1%	門+住
3	產科超音波同院非合理區間再執行率		≤	0.2%	門
4	婦科超音波同院非合理區間再執行率		≤	0.2%	門
5	門診 10 項檢查再次執行率		≤	0.2%	門
6	門診 20 大類檢查執行率		≤	0.2%	門
7	前 1 季門診重複用藥日數下降率		≥	0.2%	門
8	檢驗檢查結果上傳率		≥	0.2%	門+住
9	醫療影像上傳率		≥	0.2%	門+住
10	參加並執行地區醫院全人全社區照護計畫		Y	0.2%	門
11	罹患子宮肌瘤(育齡婦女≥15-49 歲)經子宮切除人數		≤	0.2%	住
12	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%(不含電子化作業)，如仍不足，則依序號 3 起逐項指標權重增加 0.1%。					
2、序號 2 指標計算範圍以當季前兩個月加總計算之。					
3、序號 12 指標計算範圍以各家醫院前一季計算。					
4、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。					
5、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。					
6、電子化作業之三項指標及 IC 卡資料範圍：醫事類別 12、15、22 均需參與方認定達標。					

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(精神專科醫院)

序號	指標名稱		設定值	成長率	資料範圍
1	電子化	參加「電子化交換作業(試辦計畫代碼 71)」	Y	0.1%	門+住
		參加「申報總表線上確認(試辦計畫代碼 76)」	Y	0.1%	門+住
		參加「申復作業電子化」	Y	0.1%	門+住
2	IC卡	健保卡資料上傳格式 2.0 上傳件數/健保卡資料上傳格式 2.0 申報件數之比率	≥	0.1%	門+住
3	思覺失調症醫療給付改善方案收案人數		≥	0.2%	門
4	思覺失調症醫療給付改善方案居家追蹤訪視人次		≥	0.2%	門
5	精神科平均每人精神治療處置費		≤	0.2%	門
6	精神科急性床平均每人日精神科處置費		≤	0.2%	住
7	前 1 季門診重複用藥日數下降率		≥	0.2%	門
8	檢驗檢查結果上傳率		≥	0.2%	門+住
9	醫療影像上傳率		≥	0.2%	門+住
10	門診 20 大類檢查執行率		≤	0.2%	門
11	同一疾病(含精神科個案)同院 14 日內非計畫性再入院率		≤	0.2%	住
12	同一疾病(含精神科個案)同院 3 日內再急診率		≤	0.2%	門+住
備註：					
1、序號 11、12 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。					
2、序號 2 指標計算範圍以當季前兩個月加總計算之。					
3、電子化作業之三項指標及 IC 卡資料範圍：醫事類別 12、15、22 均需參與方認定達標。					
4、排除電子化作業後如有品質指標權重加總不足 2%，則自序號 3 指標起權重依序增加 0.1%。					

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

專任醫師數+護理人員數成長率(V)							
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%