



全民健康保險醫療給付費用
醫院總額 115 年第 3 次研商議事會議
資料

115 年 8 月 26 日(星期三)下午 2 時
本署 18 樓禮堂

「全民健康保險醫療給付費用醫院總額 115 年第 3 次研商議事會議」 議程

壹、主席致詞

貳、本會上次會議紀錄確認.....第 5 頁

參、報告事項

PDF
頁碼

一、	本會歷次會議決定事項辦理情形	報1-1頁	18
二、	醫院總額執行概況報告	報2-1頁	31
三、	醫院總額 115 年第 1 季點值結算報告	報3-1頁	44
四、	健保用血監測指標內容及回饋院所方式	報4-1頁	45

肆、討論事項

一、	修訂「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」案	討1-1頁	52
二、	修訂「婦產科相關議題暨孕產婦全程照護醫療給付改善方案」案	討2-1頁	53
三、	配合西醫基層調整「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目」案	討3-1頁	77
四、	修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目」暨「全民健康保險區域聯防-提升急重症照護品質計畫」案	討4-1頁	78
五、	修訂醫院部門「門診及住院診察費」支付點數案	討5-1頁	79
六、	全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4 版支付通則暨 116 年 1-6 月適用之相對權重統計結果案	討6-1頁	80

伍、臨時動議

陸、散會

貳、本會上次會議紀錄

全民健康保險醫療給付費用醫院總額
115 年第 2 次研商議事會議紀錄

時間：115 年 6 月 3 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：陳署長亮好

紀錄：張毓芬

出席代表（依姓氏筆劃排列）：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王照元代表	蔡蕙如(代)	陳建志代表	(請假)
朱文洋代表	黃明典(代)	陳建宗代表	游進邦(代)
朱益宏代表	朱益宏	陳相國代表	陳相國
余忠仁代表	黃雪玲(代)	陳穆寬代表	林慶雄(代)
吳永全代表	吳永全	童敏哲代表	張碧玉(代)
吳淑芬代表	吳淑芬	黃冠棠代表	(請假)
吳鏘亮代表	張淑琴(代)	黃榮男代表	黃榮男
李飛鵬代表	李飛鵬	黃遵誠代表	黃遵誠
周思源代表	周思源	楊邦宏代表	楊邦宏
周雯雯代表	周雯雯	廖振成代表	廖振成
孟令好代表	孟令好	劉林義代表	劉林義
林宏榮代表	林宏榮	劉碧珠代表	劉碧珠
侯勝茂代表	廖秋燭(代)	蔡易廷代表	蔡易廷
施壽全代表	(請假)	賴信亨代表	賴信亨
洪世欣代表	洪世欣	謝文輝代表	謝文輝
洪瑜黛代表	洪瑜黛	謝景祥代表	謝景祥
張文瀚代表	林富滿(代)	顏鴻順代表	張嘉興(代)
張克士代表	張克士	羅永達代表	羅永達
張國寬代表	(請假)	嚴玉華代表	嚴玉華
郭錫卿代表	郭錫卿	蘇主榮代表	蘇主榮
陳志強代表	陳志強	蘇慧真代表	陳智芳(代)
陳威明代表	洪芳明(代)		

列席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

台灣醫院協會	林佩菽、董家琪、賴彥伶、 顏正婷、連敬芳、王秀貞
中華民國醫師公會全國聯合會	謝沁妤
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
中華民國物理治療師公會全國聯合會	歐育志
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	(請假)
中華民國藥師公會全國聯合會	(請假)
中華民國醫事放射師公會全國聯合會	楊邦宏
臺灣醫療暨生技器材工業同業公會	(請假)
台灣婦產科醫學會	黃閔照、黃建霈
臺灣兒科醫學會	彭純芝
臺灣兒童心臟學會	黃書健、曾偉杰
台灣整形外科醫學會	林有德、蔡嘉軒
台灣神經外科醫學會	楊孟寅
台灣精神醫學會	黃名琪
台灣兒童青少年精神醫學會	賴柔吟、邱嫻寧
中華民國骨科醫學會	盧永昌、陳昆輝
中華民國小兒骨科醫學會	(請假)
台灣消化系外科醫學會	沈延盛、王尚煜
中華民國大腸直腸外科醫學會	林金龍、邵彥誠
台灣新生兒科醫學會	(請假)
台灣早產兒基金會	張瑞幸
台灣兒童胸腔暨重症醫學會	簡佑軒
中華民國呼吸治療師公會全國聯合會	李昆達
台灣術後加速康復學會	郭書麟

台灣胸腔及心臟血管外科學會	郭順文
台灣胸腔外科醫學會	郭順文
台灣胸腔暨重症加護醫學會	周昆達、陳威志、林定佑
台灣大腸直腸醫學會	(請假)
台灣感染症醫學會	(請假)
台灣感染管制學會	(請假)
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、劉于鳳
衛生福利部社會保險司	陳淑華
衛生福利部疾病管制署	沈文凡
本署署長室	張淑雅
本署醫審及藥材組	黃育文、賴秋伶、成庭甄、 林雨亭、陳盈如
本署醫務管理組	黃珮珊、陳依婕、洪于淇、 王智廣、許博淇、曾琬茜、 陳世卿、莊玉芬、何懿庭、 蕭之宣、陳聿萱、陳翊婷、 李珮芳、李忻庭、陳香然
本署臺北業務組	李純馥*、潘尹婷*、張志銘*、 許佩真*、高軒偉*、潘思潔*、 游博雁*
本署北區業務組	張溫溫*、蔡秀幸*、楊秀文*、 廖佩琦*、林巽音*、蔡宜珊*、 蕭琬瑜*、林杰穎*、詹媛媛*、 陳彥容*、吳秋芬*、胡嘉儒*
本署中區業務組	丁增輝*、陳雪姝*、謝秋萍*、 李秀霞*、張傳慧*、戴婷豫*、 黃意婷*、林琬倩*、鄭佩甄*、 林宸由*、李筱婷*、張毓芹*、 張念賓*、鄭瑛琳*
本署南區業務組	韓佩軒*、賴大年*、吳佩寧*、 張智傑*、曾荃璞*
本署高屏業務組	林純美*、謝明雪*、郭怡姮*

本署東區業務組

邱珮穎*、陳祈君*、黃雨潔*、
劉彥均*、蕭晟儀*、劉蘋瑤*
黃兆杰*、陳珮毓*、江曉倩*、
林祉萱*

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：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

決定：下列 4 項繼續列管，其餘解除列管。

- 一、序號 1：有關慢性病人得一次領取慢性病連續處方箋總用藥量之適用條件案，請本署蒐集各界意見一節，予以解列，並請台灣醫院協會就建議放寬之特殊情形，另提本會議討論。
- 二、序號 2：個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫建議案。
- 三、序號 11：修訂 115 年全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫案。
- 四、序號 13：「醫院總額品質保證保留款實施方案」修訂案。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 114 年第 4 季點值結算報告。

說明：

一、114 年第 4 季各分區一般服務點值確認如下：

區/項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.93901492	0.97010188
北區	0.99802611	0.99406263
中區	0.97536518	0.98659981
南區	1.04204755	1.01449596
高屏	1.04000202	1.01679913
東區	1.07765845	1.03001345
全區	0.98332324	0.99118299

二、醫療給付改善方案之早期療育門診、地區醫院全人全社區照護計畫、抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫及區域聯防-提升急重症照護品質之術後加速康復推廣計畫(下稱 ERAS)等 4 項專款項目，因結算作業尚未完成，爰前 3 項專款項目之結算傳票日期延期，另第 4 項之 ERAS 專款項目尚未計算完成，本署將俟結算完成後，修正結算報表，並公布。

三、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

四、結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

決定：確認 114 年第 4 季點值，餘洽悉。

肆、討論事項

第一案

提案單位：臺灣兒科醫學會、臺灣兒童心臟學會、台灣婦產科醫學會、台灣精神醫學會、台灣兒童青少年精神醫學會、台灣整形外科醫學會、台灣神經外科醫學會、中華民國骨科醫學會、台灣消化系外科醫學會、中華民國大腸直腸外科醫學會

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療

項目」。

決議：

一、本案除「增列新生兒手術加成」暫保留外，餘項目通過(附件 1)，續將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告，重點如下：

(一) 提升兒童重症支付：

1. 放寬「一般、加護病床、隔離病床住院診察費」、「急診觀察床診察費」及「住院會診費」兒科專科醫師加成上限規範，並調整前述醫令之年齡加成率及延伸加成範圍至未滿 19 歲。
2. 增列先天性心臟病 (Q20.0-Q28.9) 之病人，執行手術章節第六項「心臟及心包膜」、第七項「動脈與靜脈」所列手術項目者不折付規範。
3. 調升先天性心臟病相關診療項目 (含心導管 4 項、手術 11 項) 支付點數。

(二) 提升產科支付：

1. 調升一般生產項目點數 50%。
2. 調升高危險妊娠項目點數 100%。
3. 調升困難重症生產項目點數 200%。

(三) 提升人力流失相關科別支付：

1. 調升「痙攣性電療法」支付點數，並依年齡級距 (未滿 7 歲、7 歲以上至未滿 19 歲、成人) 拆分「團體心理治療」及「精神科日間住院治療費」診療項目及調整其對應支付點數。
2. 調升「皮面創傷處理」等 10 項燒燙傷處置/手術及「多層皮膚移植」等 28 項手術項目支付點數。
3. 修訂「多重創傷 (ISS $\geq$ 16) 符合重大創傷之重大傷病資格」者之中樞神經手術折付規範。
4. 新增「髌白周圍截骨術」、「早發性脊柱側彎非融合性矯正手術」，並調升 4 項骨科手術支付點數。
5. 調升「肝部分切除術」等 18 項手術項目支付點數，並

將「胰臟體部分切除術」等 3 項手術項目拆分為良性／惡性項目。

6. 調升「降結腸或乙狀結腸切除術併行吻合術及淋巴節清掃」等 11 項手術支付點數。

二、日後相關學協會如有其他一般提案欲提本會議討論，請提案單位於開會前 1 個月前以書面或電子郵件提送本署權責單位，以利辦理財務評估及議程公告相關事宜，如未於時限內提案，延至下次會議再議。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)3.4 版支付通則暨 115 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案。

決議：

- 一、115 年下半年 SPR 值為 52,609 點，續將併同本次會議通過之支付標準修訂更新 DRG 權重，另本署將評估未來配合支付標準公告時程，修訂更新 DRG 權重之可行性。
- 二、另「不適用 TW-DRGs 之生產案件及其診斷碼」增列「生產合併高危險妊娠及罕見內外科合併症」(附件 2)。
- 三、本案將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「『全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式』計畫增列居家照護階段兒童加成等項目」案。

決議：本案修訂通過如附件 3，重點如下：

- 一、因 02020B「緩和醫療家庭諮詢費」於 115 年 1 月 1 日起修訂為 02020C「緩和醫療家庭諮詢費」，爰併同修訂本計畫「緩和醫療家庭諮詢費」診療項目代碼為 02020C。
- 二、居家照護階段增列兒童加成：未滿六個月者加成 60%；六個

月以上至未滿二歲者加成 30%；二歲以上至未滿七歲者加成 20%。

三、本案將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

第四案

提案單位：台灣精神醫學會

案由：修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」。

決議：本案修訂通過如附件 4，重點如下：

- 一、照案通過修訂高風險病人出院後追蹤訪視費、長效針劑注射獎勵措施、收案品質獎勵費及高風險病人出院追蹤品質獎勵費，
- 二、另社區關懷訪視共訪比率目標值維持 100%，調整操作型定義為分母排除拒訪病人。
- 三、本案將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

第五案

提案單位：台灣術後加速康復學會、本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險術後加速康復推廣計畫」。

決議：本案修訂通過如附件 5，重點如下：

- 一、新增「冠狀動脈繞道手術」、「肺臟重大手術」及「大腸直腸重大手術」等好發癌症及易致重症之術式，並修訂計畫執行細節。
- 二、本案將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

第六案

提案單位：台灣胸腔暨重症加護醫學會

案由：新增「全民健康保險侵襲性呼吸器優化管理計畫」案。

決議：本案新增通過如附件 6，重點如下：

- 一、預算來源：115 年全民健康保險醫院醫療給付費用總額之「醫療給付改善方案」專款項下 2.5 億元。
- 二、計畫訂有胸腔科醫師評估處置費每次 1,000 點，並訂有品質獎勵措施，包含專科醫師配置、攬/育/留才計畫及訂有內部獎勵制度等 3 項過程面及病人接受專科醫師評估處置涵蓋率及 ICU 呼吸器脫離率等 2 項結果面品質指標。
- 三、本案將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

第七案

提案單位：台灣社區醫院協會、台灣感染症醫學會、本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」案。

決議：因非所有提案單位均出席會議，故本案保留。

第八案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修正 115 年醫院總額「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」計畫(草案)。

決議：本案修訂通過如附件 7，重點如下：

- 一、增加獎勵一定比率回饋醫療人員、增訂提升急診醫療量能評估指標：每季急診病人轉出率不高於去年同期及急診轉住院人次占率。
- 二、將依程序報請衛生福利部核定及公告事宜；115 年第 1 季、第 2 季預算，俟計畫核定狀況辦理後續事宜。

第九案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂 115 年度「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案(下稱品質確保方案)」之專業醫療服務品質指標案。

決議：本案修訂通過如附件 8，重點如下：

- 一、調整「門診注射劑使用率」操作型定義，新增排除全民健康保險在宅急症照護試辦計畫(ACAH)、全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案(OPAT)案件。
- 二、「糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率」參考值調整為「80%」。
- 三、將依會議決議，辦理後續品質確保方案專業醫療服務品質指標修訂行政作業。

第十案

提案單位：台灣社區醫院協會

案由：「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」修訂案。

決議：本案修訂通過如附件 9，重點如下：

- 一、新增「個管費-定期檢驗(查)達成加成費」、將檢驗(查)結果進步個案納入「血糖、血脂管理提升費」獎勵範圍並調升獎勵點數及修訂「成人預防保健檢查率」等計畫評核指標之得分條件及級距。
- 二、本案將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

第十一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：地區醫院代表就全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫案(下稱醫不足提升計畫)第肆點申請醫院資格之第一款基本要件第(二)目規定，建議刪除「排除已設立區域級(含)以上醫院(不含精神科醫院)之鄉鎮(區)」，請就條文修正文字及配套措施討論案。

決議：本案無共識，請台灣社區醫院協會參考與會代表意見後，提出修訂計畫後再議。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 5 時 24 分。

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形（詳下表）。

說明：共 14 項，擬解除列管計 13 項，繼續列管計 1 項。

序號	案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
1.	114_2 討(7)：有關慢性病人得一次領取慢性病連續處方箋總用藥量之適用條件。	114-2 討(7)：應通盤考量提升民眾醫療服務可近性及用藥安全之衡平，本案保留，另行討論。 115-1 報(1)：追蹤有關慢性病人得一次領取慢性病連續處方箋總用藥量之適用條件案，請本署持續蒐集各界意見再議。 115-2 報(1)：追蹤有關慢性病人得一次領取慢性病連續處方箋總用藥量之適用條件案，請本署蒐集各界意見一節，予以解列，並請台灣醫院協會就建議放寬之特殊情形，另提本會議討論。	依據本會 115 年 6 月 3 日會議決定「請台灣醫院協會就建議放寬之特殊情形，另提本會議討論」，俟協會提案後，再予討論，建議解除列管。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
2.	114_3 討(2)：個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫建議案。	114-3 討(2)：有關個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫建議案，115 年一般服務成長率基期之設定及剛性需求，各層級間未獲共識。 115-1 報(1)：追蹤個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫建議案，臺北及中區代表表示，該等分區醫院總額一般	一、有關與會者建議重點，已轉各分區納入共管會議討論參考，建議予以解列。 二、有關臺北及中區代表表示，該等分區醫院總額一般服務點值偏低一節，查 115 年第 1 季全區平均點值大	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序號	案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
		服務點值偏低，想瞭解個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫之異同，請本署於會上綜整報告。	於 0.95，各分區已努力管控，本署將努力爭取 116 年總額，將點值維持在一定水準，建議解除列管。	
3.	115_1 討(1)：修訂 115 年全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫案 115_2 討(11)：地區醫院代表就全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫案(下稱醫不足提升計畫)第肆點申請醫院資格之第一款基本要件第(二)目規定，建議刪除「排除已設立區域級(含)以上醫院(不含精神科醫院)之鄉鎮(區)」，請就條文修正文字及配套措施討論案。	115-1 討(1)： 一、本案修訂通過。 二、本案溯自 115 年 1 月 1 日生效，將依程序報請衛生福利部核定。 三、另有關本計畫第肆點申請醫院資格之第一款基本要件第(二)目規定略以，「設立於本保險西醫醫療資源不足地區(鄉鎮(區)(下稱醫不足地區))之醫院；如前述鄉鎮(區)未設立醫院者，則為其相鄰鄉鎮(區)之醫院，但排除已設立區域級(含)以上醫院(不含精神科醫院)之鄉鎮(區)」。 社區醫院代表建議刪除上開排除條件以及委員建議為符合公平正義，都會區之醫院應不予保障規定一節，請本署通盤檢討，試算財務影響後，再提會討論。	一、115 年修訂案本署業於 115 年 3 月 20 日以健保醫字第 1150661060C 號函陳衛生福利部，尚未核定。 二、台灣醫院協會已回復意見如附件(頁次：報 1-11~報 1-13)。 三、有關本案各層級有共識部分略以，現行保障措施以浮動點值補助 1 元為基礎，因現行點值已趨近或大於 1 點 1 元，建議予以修訂一節，將納入 116 年計畫研議參考；另各層級無共識部分，請台灣社區醫院協會或台灣醫院協會持續蒐集意見，凝聚共識再提會討論。	☐ 解除列管 ☒ 持續列管

序號	案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
		115-2 討(11)： 本案無共識，請台灣社區醫院協會參考與會代表意見後，提出修訂計畫後再議。		
4.	115_1 討(3)：「醫院總額品質保證保留款實施方案」修訂案	本案修訂通過，重點如下： 一、指標獎勵達成項目，各層級最高達成項目數均增加 1 項。 二、地區醫院基本獎勵分配占率，自 60% 下修至 50%，其中 25% 為參加指標計畫獎勵、25% 為品質精進獎勵。 三、另有關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建議申請成為本方案教育訓練課程學分核發單位一節，因未達共識，將由本署另案邀請相關單位討論，凝聚共識後再議。	一、本署業於 115 年 4 月 15 日以健保醫字第 1150107001 號公告修訂，並自公告日起生效。 二、有關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建議申請成為本方案教育訓練課程學分核發單位一節，本署已於 115 年 6 月 11 日召開討論會議，決議如下： (一)品保款每年由全民健康保險會辦理評核會評定，且要求指標逐步朝結果面加重，故有關參加教育訓練過程面指標比重逐漸降低。 (二)目前品保款方案，僅地區醫院尚留 25% 作為鼓勵醫院參加品質研討會、品質競賽等，以提升醫療品質，故相關教育訓練宜	■ 解除列管 □ 持續列管

序號	案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
			契合地區醫院的需要。 (三)請要參與舉辦教育訓練的學會，先與社區醫院協會溝通，建立雙方互信基礎後再議。	
5.	115_2 討(1)：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目」	一、本案除「增列新生兒手術加成」暫保留外，餘項目通過，續將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告，重點如下： (一)提升兒童重症支付： 1. 放寬「一般、加護病床、隔離病床住院診察費」、「急診觀察床診察費」及「住院會診費」兒科專科醫師加成上限規範，並調整前述醫令之年齡加成率及延伸加成範圍至未滿 19 歲。 2. 增列先天性心臟病 (Q20.0-Q28.9) 之病人，執行手術章節第六項「心臟及心包膜」、第七項「動脈與靜脈」所列手術項目者不折付規範。 3. 調升先天性心臟病相關診療項目 (含心導管 4 項、手術 11 項) 支付點數。 (二)提升產科支付：	衛生福利部 115 年 8 月 19 日以衛部保字第 1151260436 號令，公告自 115 年 9 月 1 日生效。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序號	案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
		1. 調升一般生產項目點數 50%。 2. 調升高危險妊娠項目點數 100%。 3. 調升困難重症生產項目點數 200%。 (三)提升人力流失相關科別支付： 1. 調升「痙攣性電療法」支付點數，並依年齡級距（未滿 7 歲、7 歲以上至未滿 19 歲、成人）拆分「團體心理治療」及「精神科日間住院治療費」診療項目及調整其對應支付點數。 2. 調升「皮面創傷處理」等 10 項燒燙傷處置/手術及「多層皮膚移植」等 28 項手術項目支付點數。 3. 修訂「多重創傷（ISS≥16）符合重大創傷之重大傷病資格」者之中樞神經手術折付規範。 4. 新增「髕臼周圍截骨術」、「早發性脊柱側彎非融合性矯正手術」，並調升 4 項骨科手術支付點數。 5. 調升「肝部分切除術」等 18 項手術項目支付點數，並將「胰臟體部分切除術」等 3 項手術項		

序號	案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
		目拆分為良性／惡性項目。 6. 調升「降結腸或乙狀結腸切除術併行吻合術及淋巴節清掃」等 11 項手術支付點數。 二、日後相關學協會如有其他一般提案欲提本會議討論，請提案單位於開會前 1 個月前以書面或電子郵件提送本署權責單位，以利辦理財務評估及議程公告相關事宜，如未於時限內提案，延至下次會議再議。		
6.	115_2 討(2)：修訂全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)3.4 版支付通則暨 115 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案	一、115 年下半年 SPR 值為 52,609 點，續將併同本次會議通過之支付標準修訂更新 DRG 權重，另本署將評估未來配合支付標準公告時程，修訂更新 DRG 權重之可行性。 二、另「不適用 TW-DRGs 之生產案件及其診斷碼」增列「生產合併高危險妊娠及罕見內外科合併症」。 三、本案將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。	衛生福利部 115 年 8 月 19 日以衛部保字第 1151260436 號令，公告自 115 年 9 月 1 日生效。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序號	案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
7.	115_2 討(3)：修訂「『全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式』計畫增列居家照護階段兒童加成等項目」案	本案修訂通過，重點如下： 一、因 02020B「緩和醫療家庭諮詢費」於 115 年 1 月 1 日起修訂為 02020C「緩和醫療家庭諮詢費」，爰併同修訂本計畫「緩和醫療家庭諮詢費」診療項目代碼為 02020C。 二、居家照護階段增列兒童加成：未滿六個月者加成 60%；六個月以上至未滿二歲者加成 30%；二歲以上至未滿七歲者加成 20%。 三、本案將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。	衛生福利部 115 年 8 月 20 日以衛部保字第 1151260418 號函核定，預計 115 年 8 月 25 日公告。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
8.	115_2 討(4)：修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」	本案修訂通過，重點如下： 一、照案通過修訂高風險病人出院後追蹤訪視費、長效針劑注射獎勵措施、收案品質獎勵費及高風險病人出院追蹤品質獎勵費， 二、另社區關懷訪視共訪比率目標值維持 100%，調整操作型定義為分母排除拒訪病人。 三、本案將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支	本署 115 年 8 月 18 日以健保醫字第 1150115792 號公告自 115 年 8 月 1 日生效。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序號	案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
		付標準共同擬訂會議報告。		
9.	115_2 討(5)：修訂「全民健康保險術後加速康復推廣計畫」	本案修訂通過，重點如下： 一、新增「冠狀動脈繞道手術」、「肺臟重大手術」及「大腸直腸重大手術」等好發癌症及易致重症之術式，並修訂計畫執行細節。 二、本案將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。	本署業於115年8月4日以健保醫字第1150115782號公告，自115年8月1日生效。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
10.	115_2 討(6)：新增「全民健康保險侵襲性呼吸器優化管理計畫」案	本案新增通過如附件6，重點如下： 一、預算來源：115年全民健康保險醫院醫療給付費用總額之「醫療給付改善方案」專款項下2.5億元。 二、計畫訂有胸腔科醫師評估處置費每次1,000點，並訂有品質獎勵措施，包含專科醫師配置、攬育/留才計畫及訂有內部獎勵制度等3項過程面及病人接受專科醫師評估處置涵蓋率及ICU呼吸器脫離率等2項結果面品質指標。 三、本案將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支	本署業於115年8月4日以健保醫字第1150115790號公告，自115年8月1日生效。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序號	案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
		付標準共同擬訂會議報告。		
11.	115_2 討(7)：修訂「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」案	因非所有提案單位均出席會議，故本案保留。	本署業於115年1月13日函請台灣感染症醫學會及台灣社區醫院協會研提115年計畫內容，並依回復內容提至本會議討論事項第一案。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
12.	115_2 討(8)：修正115年醫院總額「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」計畫(草案)	本案修訂通過，重點如下： 一、增加獎勵一定比率回饋醫療人員、增訂提升急診醫療量能評估指標：每季急診病人轉出率不高於去年同期及急診轉住院人次占率。 二、將依程序報請衛生福利部核定及公告事宜；115年第1季、第2季預算，俟計畫核定狀況辦理後續事宜。	本案業經115年6月25日115年第2次共同擬訂會議通過，於115年7月31日函報衛生福利部，衛生福利部115年8月17日以衛部保字第1151260426號函核定，預計115年8月24日公告。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管
13.	115_2 討(9)：修訂115年度「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案(下稱品質確保方案)」之專業醫療服務品質指標案	本案修訂通過，重點如下： 一、調整「門診注射劑使用率」操作型定義，新增排除全民健康保險在宅急症照護試辦計畫(ACA)、全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案(OPAT)案件。 二、「糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率」	本案業於115年7月30日健保醫字第1150662893號函報衛生福利部，該部業於115年8月13日衛部保字第1151260428號公告核定，本署據以辦理。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

序號	案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
		參考值調整為「80%」。 三、將依會議決議，辦理後續品質確保方案專業醫療服務品質指標修訂行政作業。		
14.	115_2 討(10)：「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」修訂案	本案修訂通過，重點如下： 一、新增「個管費-定期檢驗(查)達成加成費」、將檢驗(查)結果進步個案納入「血糖、血脂管理提升費」獎勵範圍並調升獎勵點數及修訂「成人預防保健檢查率」等計畫評核指標之得分條件及級距。 二、本案將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。	已提至115年第2次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」通過，衛生福利部於115年8月20日核定，近日將辦理公告。	☒ 解除列管 ☐ 持續列管

決定：

檔 號：
保存年限：

台灣醫院協會 函

地址：
聯 絡 人：
電 話：
傳 真：
電子郵件：

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國115年7月24日

發文字號：院協綜字第1150200378號

速別：速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：有關醫院部門醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫修正.docx
(115A201564_1_24160557678.docx)

主旨：檢陳醫院部門就醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫修正案意見，請鑑查。

說明：

- 一、依據貴署115年6月3日全民健康保險醫療給付費用醫院總額115年第2次研商議事會議決議辦理。
- 二、本會就旨揭計畫修正召開專門委員會邀請各層級醫院協會共同研商並有決議：「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」以下簡稱（醫缺計畫），為強化醫療資源不足地區醫療照護的重要措施，現行保障補助措施係以浮動點值補至1元為基礎，但隨114年起各分區業務組實施「個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫」，各分區浮動點值已趨近於1元或超出1元，建議補助的邏輯應重新修訂，否此計畫將無法持續落實執行。
- 三、隨函提供當日各層級醫院協會及會員之意見，供貴署參酌如下：

總收文 115.07.24



1150115404



裝

訂

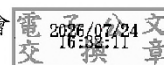


線

- (一)醫學中心：醫缺計畫適用條件不斷放寬，原提升方案要提升的醫院是那一種醫缺醫院，易有混淆的問題且加入部分都會區醫院，無法信服於民。
- (二)區域醫院：就醫缺方案的修訂應考慮公平性，否必定會引發爭議，另同意都會區應予排除。
- (三)另有會員醫院就醫缺計畫第肆點申請醫院資格之第一款基本要件但書增修「前項排除條件，若在區域醫院設前即已納入之醫院不在此排除之限，可續予保障。」乙項，經其後續修正為「若該資源不足區域之地區醫院，已成立五年以上，但因政策要求需升級為區域醫院，原該資源不足之其餘地區醫院之保障仍不予排除」。詳如附件對照表。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會



補助	條文	原條文	會員建議	說明	其後修正建議
任務型 補助	第肆點第一款第(二)目	設立於全民健康保險西醫醫療資源不足地區(鄉鎮(區)之醫院；如前述鄉鎮(區)未設立醫院者，則為其相鄰鄉鎮(區)之醫院，但排除已設立區域級(含)以上醫院(不含精神科醫院)之鄉鎮(區)。	設立於全民健康保險西醫醫療資源不足地區(鄉鎮(區)之醫院；如前述鄉鎮(區)未設立醫院者，則為其相鄰鄉鎮(區)之醫院，但排除已設立區域級(含)以上醫院(不含精神科醫院)之鄉鎮(區)。 <u>前項排除條件，若在區域醫院設立前即已納入之醫院不在此排除之限，可續予保障。</u>	一、本修正案並未改變原條文之資格條件，也沒有增加參與醫院對象，只是保護原已納入之偏鄉醫院不要被排除，讓補助的救命經費不要時有時無，以納弱勢醫院之財務穩健。 二、符合法律不溯既往的概念。	設立於全民健康保險西醫醫療資源不足地區(鄉鎮(區)之醫院；如前述鄉鎮(區)未設立醫院者，則為其相鄰鄉鎮(區)之醫院，但排除已設立區域級(含)以上醫院(不含精神科醫院)之鄉鎮(區)。 <u>若該資源不足區域之地區醫院，已成立五年以上，但因政策要求需升級為區域醫院，原該資源不足之其餘地區醫院之保障仍不予排除。</u>

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告(附件)

決定：

醫院總額執行概況報告

衛生福利部中央健康保險署

115年8月26日



1

大綱

- 一、115年第2季點值預估
- 二、115年第2季醫療供給、利用概況
- 三、115年第1季初核核減率概況



2

一、115年第2季點值預估



3

點值預估假設

1. 總額醫療費用含部分負擔。資料來源：中央健保署倉儲系統及醫療主機擷取。
2. 分區分配參數之人口風險因子(R值)採去年同期結算報表作為參數值，醫療費用占率(S值)採開辦前一年同期值。
3. 預算攤月份以前1年同期之申報資料分別計算過年期間、連假之週六及日、國定假日、週六、週日及工作日回攤當年得出每季各月之費用占率。
4. 依衛生福利部115年1月20日衛部保字第1141260589號公告函，醫院門診54%依R值、46%依S值進行預算分配；醫院住診47%依R值、53%依S值進行預算分配。
5. 115年風險調整移撥款自一般服務費用移撥6.5億元，其中0.5億元用於因應東區因R值占率造成之財務衝擊。各分區風險款之分配額度：全年臺北160,044,702元、北區69,010,709元、中區 89,087,064元、南區74,975,822元、高屏102,817,74元、東區154,063,954元。另各分區自主管理措施如下：(1)臺北第1季3,450,000 (2)與北區按四季均分。(2)中區：風險移撥款各季分配如下：第1季13,594,680元；第2季28,575,007元；第3季8,138,778元；第4季38,778,599元(3)南區及高屏：1-3季之風險移撥款，保留至第4季併予結算 (4)東區：風險移撥款各季分配如下：第1季35,542,55元；第2季 22,298,463元；第3季20,041,986元；第4季76,180,946元。
6. 門診部回歸醫院部分全年共6.35億元，以全年臺北230,941,323元、南區392,608,444元、高屏720,341元、東區10,516,978元，採四季均分分配。
7. 離島地區加成以114年離島地區結算邏輯估算，併入一般服務預算進行結算。
8. 不含持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(5億)與健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(10億)。
9. 醫院生產案件每點1元，自費用年月114年1月起新增。
10. 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採前1年上半年爭審後核減率，各分區業務組分別計之。
11. 當季/當區浮動點值每點點數>1元，保障項目比照每點>1元支付，於次季撥補差額(費用年月自115年1月起)。



4

115年第2季一般服務點值預估(不含0-6歲預算)

115年第2季以就醫分區計算，預估全區浮動點值0.9298，平均點值0.9603

月份	門住診別	就醫分區	跨區就醫調整後總額 (百萬)	分區前1季 浮動點值 >1元撥補 保障項目 之差額 (百萬)	偏遠地區			非偏遠地區		自墊核退 (百萬)	總額管理前	
					非浮動 點數 (百萬)	浮動 點數 (百萬)	浮動* 前季 平均點 值(百萬)	非浮動 點數 (百萬)	浮動 點數 (百萬)		預估 浮動 點值	預估 門住診 平均點值
第1季	門住診 合計	臺北	49,778	0	135	275	266	22,764	29,234	11.8	0.9099	0.9496
		北區	19,795	74	0	0	0	9,029	11,577	8.1	0.9228	0.9566
		中區	28,884	0	2	4	4	13,227	17,608	10.5	0.8883	0.9362
		南區	20,808	257	0	0	0	9,230	11,269	4.7	1.0043	1.0023
		高屏	22,799	110	18	106	108	9,832	13,332	3.9	0.9546	0.9741
		東區	4,059	58	35	138	142	1,600	2,186	1.0	1.0169	1.0103
		合計	146,123	499	191	523	520	65,682	85,206	40.0	0.9298	0.9603

註:1.預估平均點值=[跨區就醫調整後總額-分區前1季浮動點值>1元撥補保障項目之差額]/【偏遠地區(非浮動點數+浮動點數)+非偏遠地區(非浮動點數+浮動點數)】。

2.114Q2結算全國平均點值0.9792。

3.115年上半年臺北、北區、中區、高屏及東區之目標點值介於0.95~1之間；南區：無目標點值，以各院基期一般服務收入並疊加115上半年南區醫療費用平均成長率(2.2%)作為管控目標(概念上為目標點值1點1元)。

4.偏遠地區之「浮動*前季平均點值」欄位，係作為計算「預估浮動點值」之用，依據115年一般服務保障項目，醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則(下稱偏遠認定原則)，各季浮動點數以前一季各分區門住診平均點值核付費用，故非偏遠地區預估浮動點值

= [跨區就醫調整後總額-偏遠地區非浮動點數-(偏遠地區浮動點數*前季平均點值)-非偏遠地區非浮動點數]/(非偏遠地區浮動點數)。

5.同時符合「偏遠認定原則」及「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」之醫院，兩者應擇一保障，不得重複。北區、南區就醫分區之醫院，皆未參加偏遠認定原則，爰該等分區數據為0。

6.以投保分區計算各分區總額管理前之預估浮動點值及平均點值如下：

(1)預估浮動點值：臺北0.8603、北區0.9310、中區0.8967、南區1.0088、高屏0.9725、東區1.0218、全區0.9298。

(2)預估平均點值：臺北0.9352、北區0.9705、中區0.9461、南區1.0023、高屏0.9850、東區1.0086、全區0.9603。

5

二、115年第2季醫療供給、利用概況



6

醫院家數統計_分區別

115年6月全區醫院共455家，較114年同期成長率為-1.3%。

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
114年6月	104	69	103	63	105	17	461
115年6月	104	68	103	62	101	17	455
增減家數	0	-1	0	-1	-4	0	-6
成長率	0.0%	-1.4%	0.0%	-1.6%	-3.8%	0.0%	-1.3%

註1：115年6月較去年同期家數增減名單：

- 臺北(0)：無變動。
- 北區(-1)：減少1家：承安醫院(歇業)。
- 中區(0)：增加3家：彰基鹿東基、臺中市立醫(皆為開業)；亞大豐中(承接中國豐原分)。
減少3家：中國豐原分(由亞大豐中承接)；全民醫院(改為基層診所)；新菩提醫院(歇業)。
- 南區(-1)：減少1家：蔡醫院(歇業)。
- 高屏(-4)：新增1家：杏永醫院(開業)。
減少5家：愛仁醫療社、大東醫院、泰和醫院(皆為歇業)；顏威裕醫院、活力得中山(皆改為基層診所)。
- 東區(0)：無變動。

註2：資料來源為特約醫事機構管理檔。

註3：成長率為與前一年同期之比較。

註4：本表醫院總額以權屬別認定，包含特約類別為4之地區醫院。



7

西醫師數統計_分區別

115年6月全區醫院西醫師數共35,530人，較114年同期成長率為1.5%。

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
114年4月	13,157	4,333	6,502	4,446	5,604	884	34,926
114年5月	13,184	4,330	6,535	4,466	5,618	884	35,017
114年6月(A)	13,183	4,327	6,528	4,465	5,618	886	35,007
115年4月	13,437	4,394	6,652	4,505	5,699	883	35,570
115年5月	13,420	4,400	6,663	4,502	5,692	882	35,559
115年6月(B)	13,407	4,398	6,656	4,505	5,684	880	35,530
增減數 (115年6月)- (114年6月) (B-A)	224	71	128	40	66	-6	523
成長率 (B/A)-1	1.7%	1.6%	2.0%	0.9%	1.2%	-0.7%	1.5%

註1：115年6月醫院全區醫師數增加前10名：

臺中市立醫(117)、三軍總醫院(64)、亞東醫院(40)、新光醫院(27)、嘉基醫院(24)、高雄榮總(22)、基隆長庚(21)、台北慈濟(21)、臺大新竹(21)、新竹馬偕(20)。

註2：115年6月醫院各分區醫師數增加前2名：

- (1)臺北：三軍總醫院(64)、亞東醫院(40)
- (2)北區：臺大新竹(21)、新竹馬偕(20)
- (3)中區：臺中市立醫(117)、臺中榮總(15)
- (4)南區：嘉基醫院(24)、市立安南(9)
- (5)高屏：高雄秀傳(22)、鳳山醫院(17)
- (6)東區：門諾醫院(4)、國軍花蓮(3)

註3：資料來源為特約醫事機構管理檔。

註4：成長率為與前一年同期比較。



8

病床數統計_分區別

115年6月全區病床數共134,376床，較114年同期成長率為0.2%。

年月	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
114年4月	39,185	19,528	28,281	19,299	23,015	5,390	134,698
114年5月	38,863	19,562	28,330	19,298	22,971	5,406	134,430
114年6月(A)	38,751	19,519	28,324	19,300	22,898	5,375	134,167
115年4月	38,670	19,443	28,352	19,111	22,897	5,406	133,879
115年5月	38,733	19,465	28,411	19,198	23,077	5,411	134,295
115年6月(B)	38,691	19,595	28,416	19,195	23,068	5,411	134,376
增減 (115年6月) -(114年6月) (B-A)	-60	76	92	-105	170	36	209
成長率 (B/A)-1	-0.2%	0.4%	0.3%	-0.5%	0.7%	0.7%	0.2%

註1：115年6月病床數增減說明：(以下說明以增減大於50床之醫院為主，粗體為醫學中心、劃底線者為區域醫院)

- (1)臺北：臺北市聯醫(114床)、海天醫院(-59床，衛生福利部提點宜蘭縣政府衛生局其精神病床連醫院設立或擴充許可辦法第8條第1項第2款及第3款之限制，故宜蘭縣政府核定自115年2月23日刪減該院精神慢性一般病床59床)。
- (2)北區：國軍桃園(108床)、李綜合苑裡(-66床，114年1月1日至115年12月31日，內部整修作業)、大千南勢(50床)。
- (3)中區：中國附醫(135床)、國軍臺中(59床)、部豐原(-54床，因應民眾住院習慣與需求變化，關閉部分急性病床及45床慢性病床，調整院內病床配置，增加單人病床床數)、部彰化(-50床)、大里仁愛(-184床，病房整修)、彰基鹿基醫(-290床，醫院拆分為醫院拆分為彰化鹿港基督教醫院)。
- (4)南區：長庚嘉義(88床)、部嘉義醫院(-104床，為確保醫療照護品質，暫時縮減部分病床)、麻豆新樓醫(-55床，護理人力不足，招聘不易，量能提升有限；是類病床久置未經使用)。
- (5)高屏：國軍高雄(69床)、屏東榮總(62床)、小港醫院(97床)、鳳山醫院(166床)、迦樂醫院(54床)、高醫岡山(162床)、旗山醫院(-65床，因應高雄市政府衛生局衛生督考及區域評鑑要求，重新規劃)、國仁醫院(-127床，因護理人力不足，為符合評鑑病比標準而減床)。

註2：資料來源為特約醫事機構管理檔。

註3：病床數包括保險病床及收取差額之病床。

註4：成長率為與前一年同期比較。

9



115年第2季門、住診醫療點數(分區別)

115年第2季全區門住診醫療點數約1,651.77億點，較114年同期成長率為4.0%。

季別	分區	醫療點數 (百萬點)	成長率
115年第2季	臺北	57,677	4.4%
	北區	22,369	3.6%
	中區	33,721	4.5%
	南區	21,904	2.4%
	高屏	25,303	4.4%
	東區	4,204	1.0%
	合計	165,177	4.0%
去年同期	合計	158,871	2.9%

註1：資料來源：多模型健保資料平台門住診、交付機構明細檔。

註2：成長率為與前一年同期比較。

註3：醫療點數為申請點數+部分負擔。

註4：治療SMA之基因療法藥品Zolgensma之藥費點數(自112年8月1日生效)。

註5：治療AADC之基因療法藥品Upstaza之藥費點數(自114年12月1日生效)。

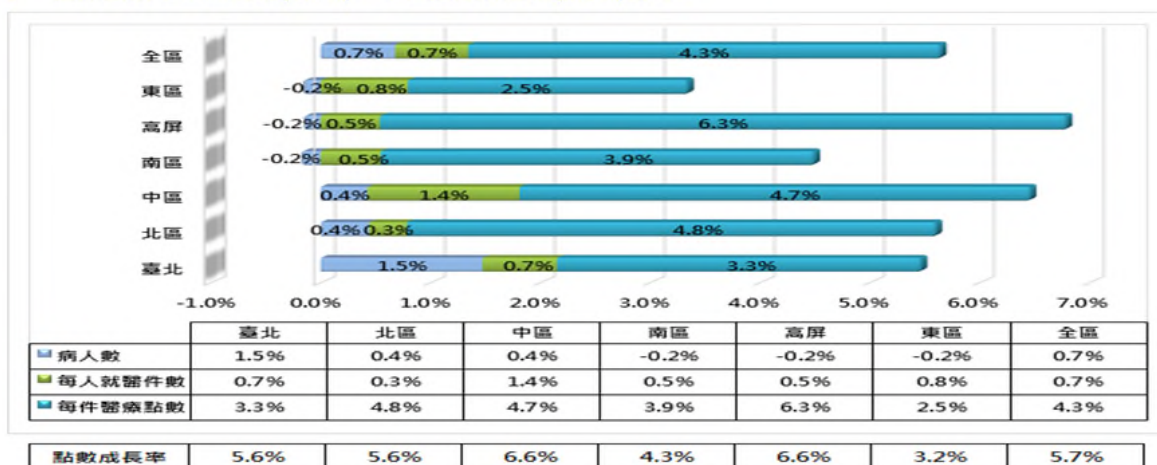
註6：資料擷取日期：115年8月14日。

10



115年第2季門診醫療點數成長因素解構

- 病人數：全區成長(0.7%)，臺北成長(1.5%)最多。
- 每人就醫件數：全區成長(0.7%)，中區成長(1.4%)最多。
- 每件醫療點數：全區成長(4.3%)，高屏成長(6.3%)最多。
- 醫療點數：全區成長(5.7%)，中區及高屏成長(6.6%)最多。



註1：資料來源：多模型健保資料平台門診、交付明細檔。

註2：醫療點數為申請點數+部分負擔。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：每人就醫件數=就醫件數/病人數；每件醫療點數=醫療點數/就醫件數。

註5：資料擷取日期：115年8月14日。



11

115年第2季門診實際醫療點數 (費用分類_貢獻度)

115年第2季門診實際醫療點數貢獻度，較114年同期增加52.06億點，以藥費增加最高為35.16億點。

項目	今年實際醫療點數(百萬點)	占率	成長率	貢獻度	貢獻點數(百萬點)
診察費	10,957	11.3%	0.4%	0.8%	43
藥費1(整體)	46,591	48.1%	8.2%	67.5%	3,516
藥事服務費	2,406	2.5%	2.1%	0.9%	49
診療小計	35,064	36.2%	4.4%	28.3%	1,472
特材小計	1,924	2.0%	7.0%	2.4%	126
合計	96,941	100.0%	5.7%	100.0%	5,206

註1：115年Q2醫院門診(含慢性病)平均每件給藥日數為25.9天(去年同期為25.5天)，成長率1.6%。

註2：資料來源：多模型健保資料平台門診明細檔。

註3：「實際醫療點數」與「醫療點數(申請點數+部分負擔)」不同，此二者點數於DRG案件、支付制度試辦計畫、論病例計酬等案件時可能會不同。

註4：成長率為與前一年同期比較。

註5：貢獻度=占增加點數的占率。

註6：藥費全區46,591百萬點(臺北16,910百萬點、北區6,220百萬點、中區9,221百萬點、南區6,274百萬點、高屏6,923百萬點、東區1,043百萬點)。

註7：新藥藥費全區2,310百萬點(臺北800百萬點、北區361百萬點、中區436百萬點、南區274百萬點、高屏390百萬點、東區48百萬點)。

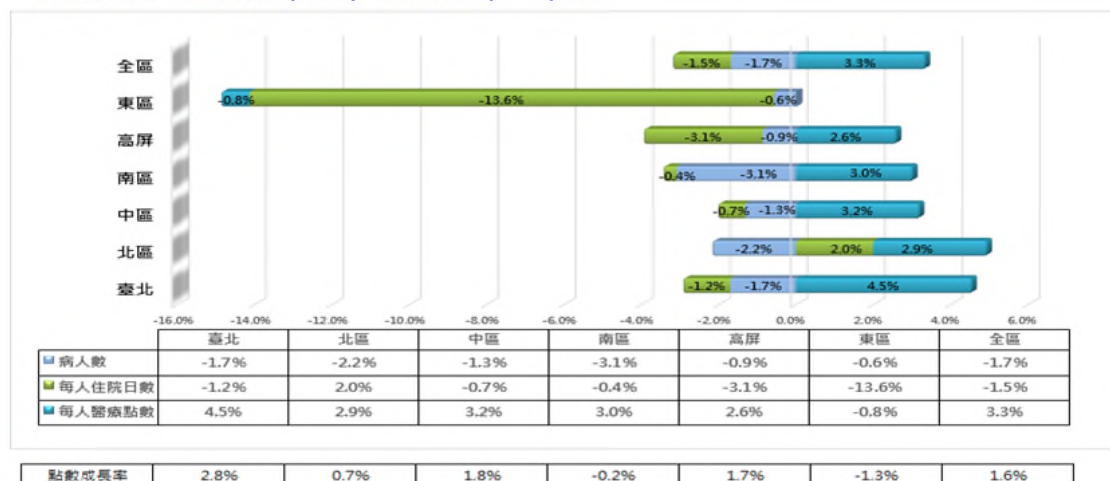
註8：資料擷取日期：115年8月14日。



12

115年第2季住診醫療點數成長因素解構

- 「病人數」：整體負成長(-1.7%)，南區負成長(-3.1%)最多。
- 「每人住院日數」：整體負成長(-1.5%)，東區負成長(-13.6%)最多。
- 「每人醫療點數」：整體成長(3.3%)，臺北成長(4.5%)最多。
- 「醫療點數」：整體成長(1.6%)，臺北成長(2.8%)最多。



註1：資料來源：多模型健保資料平台住院明細檔。

註2：醫療點數為申請點數+部分負擔。成長率為與前一年同期比較。

註3：每人住院日數=住院日數/病人數；每日醫療點數=醫療點數/住院日數；
每人醫療點數=醫療點數/病人數。

註4：資料擷取日期：115年8月14日。



13

115年第1季住診實際醫療點數 (費用分類_貢獻度)

115年第2季住診實際醫療點數貢獻度，較114年同期增加12.43億點，以藥費增加最高為8.73億點。

項目	實際醫療點數 (百萬點)	占率	成長率	貢獻度	貢獻點數 (百萬點)
診察費	4,754	7.1%	-0.7%	-2.7%	-34
病房費	12,715	19.1%	0.3%	3.1%	38
檢查費	5,980	9.0%	0.4%	2.1%	26
放射線費	3,849	5.8%	1.4%	4.3%	54
手術費	8,604	12.9%	0.4%	2.9%	36
特殊材料	9,020	13.5%	3.8%	26.9%	334
藥費1(整體)	9,364	14.1%	10.3%	70.3%	873
其他(註5)	12,330	18.5%	-0.7%	-6.8%	-85
合計	66,617	100.0%	1.9%	100.0%	1,243

註1：資料來源：多模型健保資料平台住診明細檔。

註2：「實際醫療點數」與「醫療點數(申請點數+部分負擔)」不同；此二者點數於DRG案件、支付制度試辦計畫、論病例計酬等案件時可能會不同。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：貢獻度=占增加點數的占率。

註5：其他係包含藥服費(813百萬點)、處置費(5,294百萬點)、復健治療(531百萬點)、麻醉費(2,360百萬點)、血液透析(676百萬點)、血液血漿(1,042百萬點)、注射費(293百萬點)、精神治療(715百萬點)、管灌膳食費(606百萬點)共9項。

註6：藥費全區9,364百萬點(臺北3,604百萬點、北區1,108百萬點、中區1,713百萬點、南區1,283百萬點、高屏1,383百萬點、東區273百萬點)。

註7：新藥藥費全區681百萬點(臺北276百萬點、北區82百萬點、中區129百萬點、南區78百萬點、高屏97百萬點、東區19百萬點)。

註8：資料擷取日期：115年8月14日。



14

至115年第2季「專款項目」申報醫療點數

- 115年1月至6月醫院部門，除「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款執行率為80.6%，其餘各項專款全年執行率(<25%)尚在預算額度內。
- 醫院總額C肝藥費專款預估累計執行率37.7%(截至第2季)，醫院、西基及其他部門總額合計C肝藥費專款執行率32%。



15

115年第2季重大傷病統計

115年第2季全區重大傷病門住診醫療點數約577.88億點，藥費約261.71億元。

單位：百萬點、%

季別	分區	門診				住診				門住診合計			
		點數	成長率	藥費	藥費占率	點數	成長率	藥費	藥費占率	點數	成長率	藥費	藥費占率
115年 第2季	臺北	10,278	9.3%	7,149	69.6%	9,869	3.5%	2,453	24.9%	20,147	6.4%	9,602	47.7%
	北區	3,629	13.8%	2,414	66.5%	3,511	2.8%	737	21.0%	7,140	8.1%	3,151	44.1%
	中區	6,581	11.9%	4,441	67.5%	6,196	4.3%	1,203	19.4%	12,777	8.0%	5,644	44.2%
	南區	3,657	8.9%	2,507	68.6%	4,200	1.5%	915	21.8%	7,857	4.8%	3,423	43.6%
	高屏	4,004	12.4%	2,906	72.6%	4,493	-0.5%	920	20.5%	8,497	5.2%	3,826	45.0%
	東區	543	4.8%	353	65.0%	825	-2.0%	173	20.9%	1,369	0.6%	526	38.4%
	合計	28,694	10.7%	19,771	68.9%	29,094	2.5%	6,400	22.0%	57,788	6.4%	26,171	45.3%
去年 同期	合計	25,915	8.9%	17,435	67.3%	28,389	1.4%	5,750	20.3%	54,303	4.8%	23,184	42.7%

註1：資料來源：多模型健保資料平台門住診、交付機構明細檔。

註2：成長率為與前一年同期比較。

註3：本表之重大傷病係指部分負擔代碼為001、011、012、013案件。

註4：藥費占率=該區藥費/點數。

註5：資料擷取日期：115年8月14日。



16

四、115年第1季初核核減率概況



17

115年第1季醫院醫療費用核減統計表 (分區別門住診)

115年第1季全區初核核減率為0.24%。

季別	家數	件數 總計	醫療費用 總計 (A)	申請點數 總計 (B)	核定點數 總計 (C)	點數差值 (B-C)	初核 核減率 (B-C)/A %	
	分區	家	千件	百萬點	百萬點	百萬點	百萬點	
115Q1	臺北	100	12,647	52,493	49,356	49,249	107	0.20%
	北區	67	5,365	20,663	19,516	19,481	35	0.17%
	中區	100	7,737	31,466	29,782	29,659	124	0.39%
	南區	62	4,930	20,430	19,374	19,332	42	0.21%
	高屏	101	5,803	23,823	22,590	22,556	33	0.14%
	東區	17	901	4,007	3,823	3,804	19	0.48%
	全區	447	37,383	152,882	144,441	144,080	361	0.24%

註1、資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1150630止已完成核付之資料。

2、申報家數：按季依院所代號歸戶，亦指當季出現一次(含)以上者計算一家。

3、自92年(費用年)起，門診洗腎總額單獨計算，排除於西醫醫院及基層總額中。

4、本署自費用年月107年4月起，醫院、西基及中醫總額部門隨機回推倍數訂有上限值。(醫院門診10倍、醫院住診3倍)

5、去年同期整體門住診全區初核核減率為 0.39%。



18

115年第1季醫院醫療費用核減統計表 (層級別門住診)

115年第1季各層級初核核減率，醫學中心為0.14%、區域醫院為0.25%、地區醫院為0.45%。

季別	家數	件數	醫療費用	申請點數	核定點數	點數差值	初核核減率
		總計	總計	總計	總計		
	各層級	家	千件	(A) 百萬點	(B) 百萬點	(C) 百萬點	(B-C) 百萬點
115Q1	醫學中心	23	12,650	70,053	66,156	66,058	98
	區域醫院	81	14,354	55,589	52,251	52,111	141
	地區醫院	343	10,379	27,239	26,034	25,911	122
	全區	447	37,383	152,882	144,441	144,080	361
							0.24%

註1、資料來源：擷取門住診醫療費用統計檔，截至1150630止已完成核付之資料。

2、申報家數：按季依院所代號歸戶，亦指當季出現一次(含)以上者計算一家。

3、自92年(費用年)起，門診洗腎總額單獨計算，排除於西醫醫院及基層總額中。

4、本署自費用年月107年4月起，醫院、西基及中醫總額部門隨機回推倍數訂有上限值。(醫院門診10倍、醫院住診3倍)

5、去年同期整體門住診全區初核核減率為 0.39%。



19

115年第2季醫療供給利用分析小結

● 整體

- 以就醫分區計算，預估全區預估平均點值管理前為0.9603，各分區（臺北0.9496、北區0.9566、中區0.9362、南區1.0023、高屏0.9741、東區1.0103）管理前點值皆除了臺北區(0.9496)及中區(0.9362)點值略低於0.95外，其他分區皆高於0.95。
- 供給面:急慢性病床合計增加209床↑。
- 門、住診合計醫療點數正成長(4%)↑。
- 115Q1整體門住診核減率0.24%，較去年同期(0.39%)下降↓。
- 醫院總額C肝藥費專款預估累計執行率37.7%(截至第2季)，醫院、西基及其他部門總額合計C肝藥費專款執行率32%。

● 門診

- 整體：整體醫療點數成長(5.7%)。
- 貢獻度：較114年同期增加52.06億點，以藥費增加最高為35.16億點。

● 住診

- 整體：整體醫療點數成長(1.6%)。
- 貢獻度：較114年同期增加12.43億點，以藥費增加最高為8.73億點。



20

敬請指教



21

備參資料



22

門診醫療利用(分區別)

季別	分區	件數 (千)	成長率	醫療點數 (百萬點)	成長率	平均每件 醫療點數	成長率
115年 第2季	臺北	9,925	2.2%	34,738	5.6%	3,500	3.3%
	北區	4,052	0.8%	13,428	5.6%	3,314	4.8%
	中區	5,813	1.8%	19,636	6.6%	3,378	4.7%
	南區	3,688	0.4%	12,560	4.3%	3,406	3.9%
	高屏	4,330	0.4%	14,279	6.6%	3,298	6.3%
	東區	647	0.6%	2,254	3.2%	3,482	2.5%
	合計	28,456	1.3%	96,895	5.7%	3,405	4.3%
去年 同期	合計	28,077	1.3%	91,663	4.8%	3,265	3.4%

註1：資料來源：多模型健保資料平台門診、交付機構明細檔。

註2：醫療點數為申請點數+部分負擔。

註3：成長率為與前一年同期之比較。

註4：資料擷取日期：115年8月14日。



23

住診醫療利用(分區別)

季別	分區	件數 (件)	成長率	日數 (千日)	成長率	醫療點數 (百萬點)	成長率
115年 第2季	臺北	260,811	-1.2%	2,246	-2.9%	22,938	2.8%
	北區	114,534	-1.1%	1,004	-0.2%	8,941	0.7%
	中區	193,848	-0.8%	1,606	-2.0%	14,085	1.8%
	南區	119,029	-2.1%	1,069	-3.4%	9,343	-0.2%
	高屏	142,960	1.6%	1,211	-3.9%	11,024	1.7%
	東區	25,675	-0.6%	334	-14.0%	1,950	-1.3%
	合計	856,857	-0.7%	7,470	-3.2%	68,282	1.6%
去年 同期	合計	863,193	-1.1%	7,715	-3.2%	67,208	0.6%

註1：資料來源：多模型健保資料平台住診明細檔。

註2：醫療點數=申請點數+部分負擔。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：資料擷取日期：115年8月14日。



24

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額 115 年第 1 季點值結算報告。

說明：(資料後補)

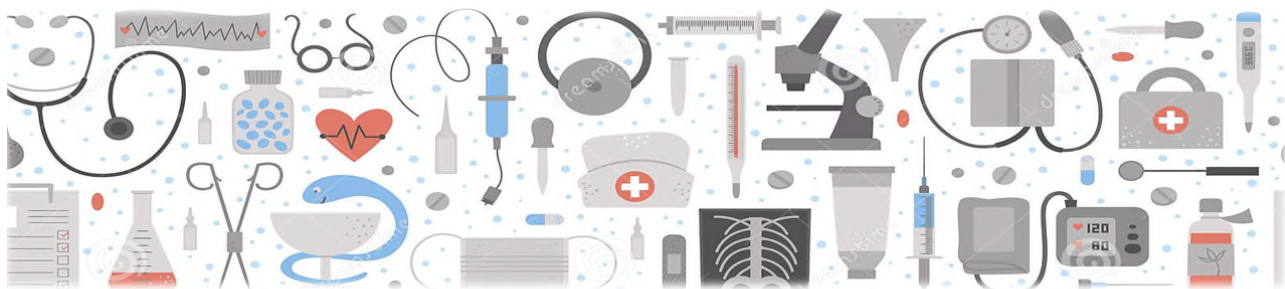
決定：

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：健保用血現況及指標回饋(附件)

決定：



健保用血現況及指標回饋

報告日期：115年8月26日

報告單位：醫務管理組



1 國內用血狀況



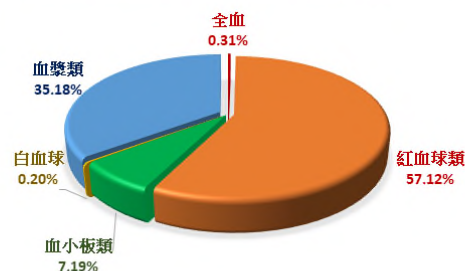
2 健保用血監測指標建置及回饋



國人血液供需情形

項目	供應量 (院所領血量) <A>	申報量 	申報率 <B/A>
全血	1.3萬	1.1萬	81.8%
紅血球類	242萬	236.3萬	97.6%
血小板類	30.5萬	30.2萬	99.1%
白血球	0.9萬	0.8萬	95.9%
血漿類	149.1萬	147.1萬	98.7%

113年供應之血品分布



✓ 國人血品供應量以紅血球、血小板及血漿為主，其次為血漿類。

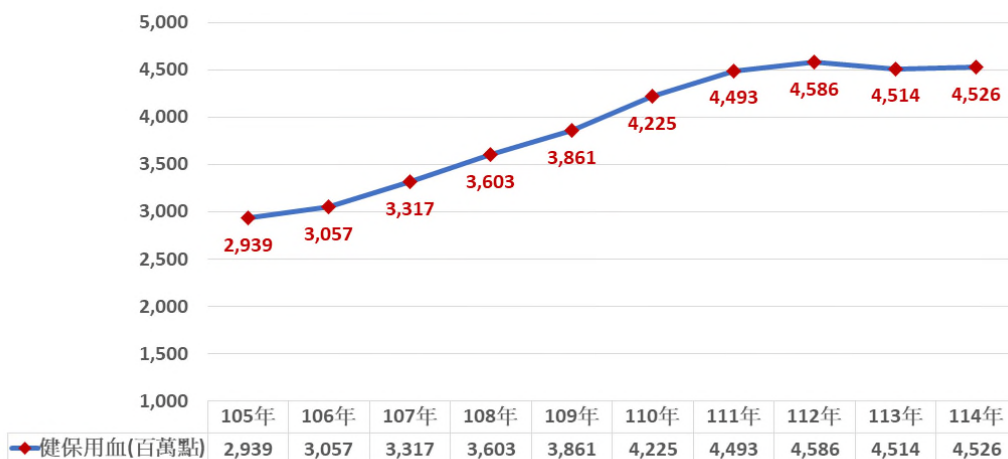
註1:資料來源取自台灣血液基金會。

3

105年-114年血品費用趨勢



- ✓ 依申報資料顯示，自105~112年度血品費用趨勢逐年上升。
- ✓ 113年起，健保申報之用量有趨緩，成長率為4.9%。



4



健保用血監測指標建置

★ 依據112年度「衛生福利部國血國用諮議會」決定事項。



~~參與單位~~

諮議會委員、衛生福利部醫事司、健保署、台灣輸血學會、台灣醫院協會、台灣內科醫學會、台灣外科醫學會、台灣婦產科醫學會、台灣兒科醫學會、中華民國重症醫學會、台灣急診醫學會、中華民國醫師公會全國聯合會、醫療財團法人台灣血液基金會、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

5



健保用血監測指標_監測範圍1/2

序號	指標名稱	序號	指標名稱
1	每千人使用血(紅血球+全血)單位數	5	紅血球及全血輸血量成長率
2	每千人使用血小板單位數	6	住院輸血(紅血球+全血)率
3	每千人使用血漿(血漿+新鮮冷凍血漿)單位數	7	門診透析病人輸血(紅血球+全血)率
4	每千人使用冷凍沉澱血漿單位數	8	住院每千人次平均用血量(紅血球+全血)
5	紅血球及全血輸血量成長率	15	
6	住院輸血(紅血球+全血)率		
7	門診透析病人輸血(紅血球+全血)率		
8	住院每千人次平均用血量(紅血球+全血)		

※全國性指標監測範圍

- ① 全國
- ② 分區別
- ③ 縣市別
- ④ 性別

(統計近10年資料)

6



健保用血監測指標_監測範圍2/2

※院所個別性指標監測範圍		序號	指標名稱
① 全國		9	住院每千人 ^日 平均用血量(紅血球+全血)
② 分區別		10	入院貧血率(優先監測選擇性手術)
③ 縣市別		11	輸血前平均血色素值(全部)
④ 特約類別		12	門診-輸血前平均血色素值
⑤ 院所別		13	住院-輸血前平均血色素值
⑥ 性別	*指標5~9統計近10年資料	14	急診-輸血前平均血色素值
⑦ 年齡層	*指標10~15統計自111年起	15	透析-輸血前平均血色素值
5	紅血球及全血輸血量成長率		
6	住院輸血(紅血球+全血)率		
7	門診透析病人輸血(紅血球+全血)率		
8	住院每千人 ^次 平均用血量(紅血球+全血)		

7



指標回饋

- ◆指標項目回饋方式：採健保資訊網服務系統(VPN)回饋。
- ◆資料更新：系統自動每月更新。
- ◆指標可查閱自身值及同儕平均值
- ◆**預定115年10月**起正式回饋院所查詢。
- ◆以增進**適當用血**為目標，提供院內管理參考，非醫療費用抽審指標。
- ◆持續觀察指標結果，並由各分區循共管機制偕同轄內醫院評估建立相關管理措施。

8



謝謝聆聽 敬請指教



肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：台灣感染症醫學會、台灣社區醫院協會、本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」案。

說明：(資料後補)

決議：

討論事項第二案

提案單位：社團法人中華民國糖尿病學會、本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」，提請討論。

說明：

- 一、依據社團法人中華民國糖尿病學會（下稱糖尿病學會）115 年 2 月 3 日中華糖尿病（勛）字第 1150079 號函(附件 1，頁次討 2-5~討 2-6)暨本署 115 年 8 月 6 日「婦產科相關議題暨孕產婦全程照護醫療給付改善方案(下稱孕產方案)」討論會議決議辦理。
- 二、案緣於孕產方案自 113 年 12 月 1 日起新增妊娠糖尿病管理照護(GDM 管理照護)及產科醫師與助產人員共同照護(助產共照)2 項子計畫。
- 三、糖尿病學會考量妊娠糖尿病(GDM)治療特殊性，啟動胰島素治療約於孕期 32-36 週，而多數孕婦於 37-40 週生產，致部分 GDM 病人胰島素治療時間不足 28 天。為積極與鼓勵孕婦使用胰島素治療，以維護胎兒正常生長，建議將胰島素注射獎勵達 28 天修正為達 14 天，以符合臨床實際需求。
- 四、114 年 10 月 31 日行政院性別平等會「衛生、福利及家庭組」（下稱性平會）請本署於性平會 115 年第 2 次會議說明妊娠糖尿病（GDM）產婦追蹤期限由 12 週延長至 2 年之評估結果，爰函詢 5 家學會，提供專業建議意見。
- 五、第 29 屆 528 台灣婦女健康行動會議紀錄，台灣助產學會提及參與孕產方案之「產科醫師與助產人員共同照護」院所數僅有 8 家，爰評估修正計畫。
- 六、經本署邀集糖尿病學會、台灣婦產科醫學會、台灣周產期醫學會、台灣母胎醫學會、社團法人中華民國糖尿病衛教學會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會及台灣助產學會討論修訂方案內容，經綜整後研擬修訂重點如下：

- (一) 修訂 GDM 管理照護收案條件：放寬由須以當次「主」診斷收案，調整為當次須以「主、次」診斷收案。
- (二) 修訂陸、給付項目與支付標準：
- 1、妊娠糖尿病管理照護：放寬胰島素注射獎勵費天數，由當年度胰島素注射天數達「28」天以上，調整為當年度胰島素注射天數達「14」天以上。
 - 2、產科醫師與助產人員共同照護之照護費須分配一定成數予生產共同照護相關醫事人員。
- (三) 修訂捌、品質監控及評估方式五、妊娠糖尿病監測指標：
- 「血糖達標率」調整定義：
- 1、分子：
 - (1) 調整前：該院所完成 P3911C「第 1 次孕期追蹤」申報之 GDM 孕婦中，血糖控制達標之人數。
 - (2) 調整後：所有完成 P3913C「第 3 次孕期追蹤」申報之個案中，血糖控制達標人數，並加註(血糖控制達標定義為所有有登錄之抽血檢驗值均須達標：包括 AC<95mg/dL、PC1hr<140mg/dL 或 PC2hr<120mg/dL)。
 - 2、分母：
 - (1) 調整前：該院所所有的妊娠糖尿病孕婦。
 - (2) 調整後：所有完成 P3913C 申報之個案數。
- (四) 修訂附件二：
- 1、放寬 P3915C「生產評估」支付規範，增列「若個案為近期診斷 GDM 或早產之產婦，得依其孕期執行照護期程，比照申報生產評估」。
 - 2、放寬 P3916C「產後追蹤」支付規範，由原限執行「生產評估」者始得申報，調整為限執行「第 1 次孕期追蹤」者始得申報。
- (五) 修訂暨新增「妊娠糖尿病管理照護」診療項目：

- 1、修訂 P3916C「妊娠糖尿病-產後追蹤」，調整為「妊娠糖尿病-產後 4-12 週追蹤」
- 2、新增妊娠糖尿病-產後第 1 年至第 3 年追蹤及轉診結案 (P3917C~P3920C)管理照護費，分別支付 400 點：

(六) 餘依孕產方案問答輯及體例修訂。

七、本署說明：

- (一) 考量提案單位所提建議係基於臨床專業及實務需求，爰提出修訂本方案，經與會專家討論達共識修訂。
- (二) 財務評估：推估 115 年增加財務支出約 6.56 百萬點，說明如下：

- 1、GDM 注射獎勵費天數調整為達「14」天以上，以 114 年產婦 10.5 萬人中約有 14%罹患妊娠糖尿病(1.5 萬人)，推估獲胰島素獎勵費 1,500 人(其中約 10%使用胰島素注射，每人獎勵 500 點)，高推估全年約需 75 萬點，較 113 年推估 2,100 人少(附件 2，頁次討 2-7~討 2-8)，爰不增加財務支出。
- 2、P3916C「妊娠糖尿病-產後追蹤」調整為「限有執行產後 75 克葡萄糖耐受試驗(OGTT)及 P3911C(原為 P3915C)者始得申報」，產後追蹤執行 OGTT 之費用，以支付標準 24029B「空腹及口服 75 公克葡萄糖兩小時後血漿葡萄糖測定」(144 點)計，每年約需 2.16 百萬點，較 113 年推估 3.02 百萬點減少，另高推估 115 年約需 29.91 百萬點~38.91 百萬點，亦較 113 年推估 41.87 百萬點~54.47 百萬點減少(附件 2，頁次討 2-7~討 2-8)，爰不增加財務支出。
- 3、以 114 年申報資料統計確診 GDM 孕婦 14,717 人中，產後 12 週 OGTT 確診 DM 為 452 人，爰 GDM 產後第 1 年追蹤人數 14,265 人，推估約有 2,140 人(15%)於產後 1 年內發展為 DM，以全部個案皆接受追蹤管理照護費 400 點及轉診

結案費 400 點，估算全年約需 6.56 百萬點(醫院 5.58 百萬點、西醫基層 0.98 百萬點)，如下表。

表 財務評估

孕產方案新增 GDM 產後第 1 年追蹤及 GDM 轉診結案		
114 年 GDM 孕婦人數	14,717 人	
114 年 GDM 確診 DM 人數	452 人	
GDM 產後第 1 年需追蹤人數	14,265 人	
推估 GDM 產後 1 年內確診為 DM(15%)人數	2,140 人 【14,265*15%】	
層級別(推估執行比例)	醫院(85%)	西醫基層(15%)
層級別推估人數	13,945 人 【(14,265 人 +2,140 人)*85%】	2,461 人 【(14,265 人 +2,140 人)*15%】
財務推估小計	5,578,000 點 【13,945*400 點】	984,400 點 【2,461*400 點】
財務推估合計	6,562,400 點	

(三) 預算來源：本案預算以 115 年醫院、西醫基層總額「醫療給付改善方案」，2,618.5 百萬元及 422.1 百萬元支應，查 113 年醫院總額及西醫基層總額執行率各約 74.7%、85.7%，推估 115 年預算尚足以支應。

擬辦：修正孕產方案(附件 3，頁次討 2-9~討 2-24)，討論後如獲同意，擬依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

決議：

社團法人中華民國糖尿病學會 函

內政部(69)台內社字第20187號函核准立案
機關地址：10046 台北市懷寧街48號10樓
承辦人：

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國115年2月3日

發文字號：中華糖尿病(勳)字第1150079號

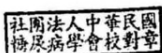
附件：修正前與修正後之條文比較表

主旨：針對妊娠糖尿病管理照護方案，建議修正胰島素注射獎勵費的天數規定，以符合孕期的特殊狀況。

說明：

- 一、本會感謝健保署提出之妊娠糖尿病管理照護方案，此方案可望提升妊娠糖尿病之照護品質，造福孕婦與胎兒。
- 二、妊娠糖尿病管理照護方案中，針對胰島素注射給予獎勵，目前條文如下：“按妊娠糖尿病病人中新增胰島素注射個案數計算(計算定義為「前一年度未注射胰島素或注射未達28天者且當年度胰島素注射天數達28天以上」)，每新增加1人，獎勵500點。”
- 三、臨床上，妊娠糖尿病診斷後，會先進行飲食控制與生活型態調整，胰島素治療的啟動大多是在飲食控制與生活型態調整後仍無法有效控制血糖時進行。由於懷孕晚期的血糖控制會越來越困難，因此胰島素治療大多於32-36週啟動。考量多數孕婦會在37-40週時生產，部分罹患妊娠糖尿病的孕婦，其胰島素治療的時間會不足28天，因而無法符合胰島素注射獎勵辦法的規定。
- 四、考量妊娠糖尿病治療的特殊性，以及積極與鼓勵胰島素治療對於孕婦與胎兒的好處，本會建議將獎勵辦法中的28天修改為14天，更能貼合臨床實際需求。修改後條文如下：“按妊娠糖尿病病人中新增胰島素注射個案數計算(計算定義為「前一年度未注射胰島素或注射未達28天者且當年度胰島素注射天數達14天以上」)，每新增加1人，獎勵500點。”
- 五、若健保署有任何進一步的問題或需要協助之處，歡迎隨時聯繫本會。本會再次感謝健保署對於妊娠糖尿病管理照護方案的支持與推動，並期待與貴署持續合作。

正本：衛生福利部中央健康保險署



理事長

楊偉勳

總收文115年2月24日收到

健保醫士

中央健康保險署

署1150051490

林香君 115/04/07 11:43

附件一、修正前與修正後之條文比較表

修正前條文	修正後條文	修正理由
按妊娠糖尿病病人中新增胰島素注射個案數計算(計算定義為「前一年度未注射胰島素或注射未達28天者且當年度胰島素注射天數達28天以上」), 每新增加1人, 獎勵500點。	按妊娠糖尿病病人中新增胰島素注射個案數計算(計算定義為「前一年度未注射胰島素或注射未達28天者且當年度胰島素注射天數達14天以上」), 每新增加1人, 獎勵500點。 	臨床上, 妊娠糖尿病診斷後, 會先進行飲食控制與生活型態調整, 胰島素治療的啟動大多是在飲食控制與生活型態調整後仍無法有效控制血糖時進行。由於懷孕晚期的血糖控制會越來越困難, 因此胰島素治療大多於32-36週啟動。考量多數孕婦會在37-40週時生產, 部分罹患妊娠糖尿病的孕婦, 其胰島素治療的時間會不足28天, 因而無法符合胰島素注射獎勵辦法的規定。 考量妊娠糖尿病治療的特殊性, 以及積極與鼓勵胰島素治療對於孕婦與胎兒的好處, 本會建議將獎勵辦法中的28天修改為14天, 更能貼合臨床實際需求。

113 年推估妊娠糖尿病品質提升計畫預估經費

品項	預估孕產婦數	支付點數	小計
GDM 管理照護費	21,000	1,800~2,400	3,780 萬~5,040 萬
胰島素獎勵	2,100	500	105 萬
		合計	3,885 萬~5,145 萬
產後 OGTT	21,000	144	302.4 萬
每人小計		2,444~3,044	
		總計	4,187.4 萬~5,447.4 萬

備註

1.GDM 人數推估=年生產孕婦*GDM 比例(14%)。

2.GDM 使用胰島素比例=GDM 人數*10%

3.P5 生產評估修正為 500 點

4.支付標準給付 OGTT(24029B)144 點

照護管理費	支付點數
P3911C(P1)	600
P3912C(P2)	500
P3913C(P3)	200
P3914C(P4)	200
P3915C(P5)	500
P3916C(P6)	400
高估(P1+P2+P3+P4+P5+P6)	2,400
低估(P1+P2+P3+P5)	1,800

115 年妊娠糖尿病品質提升計畫預估經費

品項	預估孕產婦數	支付點數	小計
GDM 管理照護費	15,000	1,800~2,400	2,700 萬~3,600 萬
胰島素獎勵	1,500	500	75 萬
		合計	2,775 萬~3,675 萬
產後 OGTT	15,000	144	216 萬
每人小計		2,444~3,044	
		總計	2,991 萬~3,891 萬

備註

1.GDM 人數推估=年生產孕婦*GDM 比例(14%)。

2.GDM 使用胰島素比例=GDM 人數*10%

3.支付標準給付 OGTT(24029B)144 點

照護管理費	支付點數
P3911C(P1)	600
P3912C(P2)	500
P3913C(P3)	200
P3914C(P4)	200
P3915C(P5)	500
P3916C(P6)	400
高估(P1+P2+P3+P4+P5+P6)	2,400
低估(P1+P2+P3+P5)	1,800

全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案(修正草案)

(99.4.1~103.12.31 屬醫療發展基金項下計畫)

104.01.01 第一版實施

108.01.01 第二版實施

112.01.01 第三版實施

113.12.01 第四版實施(~~自就醫案件之費用年月113年12月起~~)

115.00.00 第五版實施

壹、前言

有鑑於我國生育率逐年下降，為提升孕產婦醫療照護品質，爰自 99 年起，以衛生福利部醫療發展基金推動本方案(原名：孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫)，將「懷孕」至「生產」期間視為一完整療程以達全人照護，並透過全程醫療照護諮詢管理模式，提供孕產婦在懷孕期間至產後 3 個月內之 24 小時無間斷之優質醫療照護諮詢服務，期能提升孕產婦在同一醫療院所全程醫療照護之品質，並降低生產風險，達到確保照護品質之目的。本方案實施後，孕產婦全程照護率持續增加，辦理成效良好，經醫療發展基金審議小組 103 年 3 月 17 日委員會議決議，應回歸健保基金支應，並經全民健康保險會(以下稱健保會)104 年總額協商同意，於醫院及西醫基層總額醫療給付改善方案專款項目項下增列本方案。

貳、依據

依據健保會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

參、目的

促進孕產婦健康，提供完整產程檢查、指定期間之 24 小時醫療照護諮詢服務、強化高危險族群照護及優化產程多元共照，增進孕產婦及新生兒之健康。

肆、收案條件

- (一) 一、為達全人優質醫療照護之目的，本方案收案條件為在該院所接受全程產前檢查及生產全程照護者。
- (二) 二、妊娠糖尿病管理照護：最近90天曾在該院所診斷為妊娠糖尿病（ICD-10-CM前四碼為O24.4）一次以上者，惟須以當次主、次診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段之國際疾病分類碼（一）】收案。

伍、參與院所及人員資格

醫事人員及醫事服務機構須向全民健康保險保險人(以下稱保險人)之分區業務組申請同意，惟 103 年已參加原「孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫」之醫事服務機構得持續辦理。資格如下：

一、孕產期管理照護(全程產檢及生產)

- (一)醫院診所須登記有婦產科診療科別及專任婦產科專科醫師資格，並設有符合醫療機構設置標準規定之產房及嬰兒室。
- (二)院所配合條件：提供孕產婦於懷孕期間及產後 1 個月內電話或網路等各類 24 小時無間斷之醫療照護諮詢服務。

~~(三)二、妊娠糖尿病管理照護~~

1. ~~(一)~~醫療院所須組成照護團隊，包括以下成員：

- (1)1.醫師(專或兼任)。
- (2)2.護理師或助產師(士)，至少 1 人為專任。
- (3)3.營養師，得為專任、兼任(每月 2 診次以上)或轉介。

2. ~~(二)~~團隊成員須接受相關學會辦理妊娠糖尿病管理照護課程且認證合格，認證後向保險人之所屬分區業務組申請同意。上開認證單位須經保險人審查核定。

~~(四)三、產科醫師與助產人員共同照護~~

- ~~(一)~~醫療院所聘有專任婦產科專科醫師至少 2 人~~→~~。
- ~~(二)~~月平均生產數[院所提供已完成申報之前 12 個月月平均生產人數(剖腹產與自然產合計)]至少 30 人~~→~~。
- ~~(三)~~並須有主要執業登記為助產人員師(士)至少 4 人，並於產房參與產婦接生或產程管理等工作。

陸、給付項目與支付標準

參與本方案之院所，提供懷孕至產後 3 個月整合性醫療照護之孕產期全程管理照護，得依本方案規定申報以下各項費用。但產檢、生產及相關門、住診診療服務仍得依現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)規定申報。

一、孕產期全程管理照護

(一)孕產期管理照護費(詳附件一)

- 1.母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間產檢至生產皆在同一院所執行，且生產當次非採自行要求剖腹產之產婦，每一案件得合併生產申報「母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)」(P3904C/1,200點)。
- 2.非母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間產檢至生產皆在同一院所執行，且生產當次非採自行要求剖腹產之產婦，每一案件得合併生產申報「非母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)」(P3905C/900點)。
- 3.如產婦自行要求剖腹產，不得申報「孕產期管理照護費」。
- 4.本項孕產期管理照護費所指全程產檢，係指完成衛生福利部國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」所列之11次以上孕婦產前檢查，惟孕產婦如因早產等醫療因素僅執行9次以上產檢者，得比照申報孕產期管理照護費。

(二)品質提升費

由保險人各分區業務組每年針對參與院所進行評核。院所符合下列指標者，保險人得於次年依該院所當年度所有核定「孕產期管理照護費」之案件數，每件加給「品質提升費」：符合第1、2、4、5項指標者，每件加給450點；符合第6項指標者，按「助產人員執業登記人數」，每有一名助產人員，每件加給50點，每件最高加給300點。

- 1.孕產期全程照護率 $\geq 45\%$ 。

分子：院所年度符合申報全程照護案件數。

分母：院所年度申報不含自行要求剖腹產之生產案件數。

- 2.產後14日內再住院率(含跨院) $< 1\%$ 。

分子：院所年度生產後14日再入院之案件數。

分母：院所年度申報生產案件數。

- 3.剖腹產管控率（不納入獎勵計算，僅監測使用）：院所剖腹產率不超過保險人各分區業務組所轄地區院所之70百分位，且低於該年全國平均值。

分子：院所年度申報剖腹產含自行要求剖腹產案件數。

分母：院所年度申報生產案件數。

4.低出生體重率不超過院所前一年度低出生體重率1%。

分子：院所年度出生體重小於 2500 公克之活產人數。

分母：院所年度出生通報之活產人數。

公式：「本年度之低出生體重率」－「上一年度低出生體重率」≤
1% (四捨五入至小數點第一位)。

5.院所向「自行要求剖腹產」產婦收取之自費醫療費用(非屬健保給付之醫療費用項目不納入計算)，未超過下表所列上限金額：

層級	上限(元)
醫學中心	21,800
區域醫院	19,995
地區醫院	18,252
基層診所	14,901

註：本表係參照各層級院所原論病例計酬支付之生產點數與「自行要求剖腹產」(編號97014C)點數之價差(每點以1元計算)推算而得。

6.助產人員執業登記人數：年度內於保險人「醫事人員基本資料檔」登錄且實際執行助產業務之助產師(士)人數，最高採計上限為6人。

二、妊娠糖尿病管理照護(詳附件二)

本方案提供確診至產後 3 個月起 3 年內妊娠糖尿病相關醫療管理照護，得依規定申報下列各項費用。

(一)妊娠糖尿病管理照護費(P3911C～P391620C)：須依時程執行管理照護必要服務項目並登錄系統。轉介他院營養師者，以主要照護孕產婦之院所進行申報，不得另行收費。~~P3916C(產後追蹤)限於產後 3 個月內執行。~~

(二)產後追蹤執行口服葡萄糖耐受試驗(以下稱 OGTT)之費用，以 24029B「空腹及口服 75 公克葡萄糖兩小時後血漿葡萄糖測定」申報，由本方案專款支應。

(三)胰島素注射獎勵費：按妊娠糖尿病病人中新增胰島素注射個案數計算(計算定義為「前一年度(1 月 1 日至 12 月 31 日)未注射胰島素或注射未達 28 天者且當年度胰島素注射天數達 2814 天以上」)，每新增 1 人，獎勵 500 點，本項不得與「糖尿病及初期慢性腎臟病照

護整合方案」、「家庭醫師整合性照護計畫」重複獎勵。

(四)結案條件：

1、個案完成 P39169C 管理照護或。

2、確診糖尿病經轉診至「糖尿病照護方案」、「家庭醫師整合性照護計畫」院所收案治療。

3、可歸因於病人者，如長期失聯(生產後超過 6 個月未回診、年度應追蹤期限超過 6 個月未回診)、拒絕接受追蹤或死亡等。

三、產科醫師與助產人員共同照護

申請本項須依規定確實填寫「產科醫師與助產人員共同照護評估指導表」(詳附件三)，並存放於病歷備查。

(一)產科醫師主導：每件支付醫師 2,000 點(P3921C)、助產師(士)10,000 點(P3922C)之共同照護費。

(二)助產師(士)主導：每件支付助產師(士)2,000 點(P3923C)、產科醫師 10,000 點(P3924C)之共同照護費。

(三)本照護費須分配一定成數予生產共同照護相關醫事人員。

柒、醫療費用之申報、暫付、審查及核付方式

一、申報

(一)門診醫療費用點數申報格式點數清單段及醫令清單段填表說明：

1.各次產檢請依現行規定申報。

2.屬妊娠糖尿病管理照護收案之保險對象~~→~~：

(1)管理照護費(P3911C~P3914C、P3916C)依各時程上傳必填欄位之時間申報，申報費用時，門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填「E1」、特定治療項目代號(一)應填「EGP」；醫令類別填報 G，支付點數填報 0，由保險人於結算獎勵金時依院所申報資料勾稽比對，排除重複申報案件後，依實際狀況每年統一補付費用(點數同轉入院所)；另 P3916C~P3919C 須併同執行「24029B」申報費用，基層院所填報「24029B」醫令類別為 4。

(2)管理照護費(P3917C~P3920C)依各時程上傳必填欄位之時間申報，申報費用時，門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填「E1」、特定治療項目代號(一)應填「EP」；醫令清單段之

醫令類別請填寫「2」，醫令代碼請填寫「P3917C~P3920C」。

3.申報方式：併當月份送核費用申報。

(二)生產部分依特約醫事服務機構住院醫療費用點數申報格式及填表說明申報：

1.Tw-DRGs 案件之欄位同現行 Tw-DRGs 案件申報規定，另加計申報項目：醫令清單段之醫令類別請填寫「X」，醫令代碼請填寫「P3904C」、「P3905C」、「P3915C」及「P3921C~P3924C」。

2.論病例計酬案件之欄位同現行論病例計酬案件申報規定，另加計申報項目：醫令清單段之醫令類別請填寫「2」，醫令代碼請填寫「P3904C」、「P3905C」、「P3915C」及「P3921C~P3924C」。

二、暫付、審查及核付

(一)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」辦理。

(二)保險人視審查需要得請院所提供門診各次產檢資料送審，如經查有採「自行要求剖腹產」未確實申報、或共同照護主導人員資格不符者，除核減溢領費用，自通知日起一年內不得申請本方案相關費用。

(三)院所申報「孕產期管理照護費」、「妊娠糖尿病管理照護費」及「產科醫師與助產人員共同照護費」，經勾稽門診申報資料發現未符本方案規定者，不予支付該項費用。

三、點值結算方式：本方案給付項目及支付標準，於全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

捌、品質監控及評估方式（依附件四格式填寫）

參與院所每季最後一個月須提報下列一至五項相關指標供保險人各分區業務組進行監控。

一、結構指標：人員專業素質與醫療行政品質（專科資格、在職教育）。

二、過程指標：方案前後平均住院天數比較。

三、結果指標：全院性之產檢利用率、週產期死亡率、出生性別比。

四、危險因子指標：子癰前症、子癰症、早產兒、低體重兒比率。

六五、其他指標：住院期間總母乳哺育率、住院期間純母乳哺育率。

五六、妊娠糖尿病監測指標：~~未完整提報本項指標者不予支付妊娠糖尿病管理照護費。~~

(一)孕產婦相關

1.自我血糖監控率 $\geq 99\%$

分子：所有進行完成P3912C申報個案中，每日自我血糖檢監測的妊娠糖尿病孕婦收案個案頻率至少達1次（含）以上之人數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案完成P3912C申報個案數。

2.孕期血糖控制良率 $>95\%$

分子：所有完成P3913C申報個案中，糖化血紅素 $<6.5\%$ 或糖化白蛋白 $<15.8\%$ 之妊娠糖尿病孕婦收案個案人數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案完成P3913C申報個案數。

3.產後 4-12 週內進行 75g OGTT 比率

分子：所有妊娠糖尿病孕婦收案個案中，產後4-12週內有進行75g OGTT檢測之妊娠糖尿病孕婦收案個案人數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

4.血糖達標率

分子：該院所完成P39113C申報的GDM孕婦之個案中，血糖控制達標之人數(血糖控制達標定義為所有有登錄之抽血檢驗值均須達標：包括 $AC<95\text{mg/dL}$ 、 $PC1\text{hr}<140\text{mg/dL}$ 或 $PC2\text{hr}<120\text{mg/dL}$)。

分母：該院所所有的妊娠糖尿病孕婦完成P3913C申報之個案數。

5.營養師衛教比率 $\geq 99\%$

分子：經診斷妊娠糖尿病後有接受過2次營養師衛教的(完成P3911C及P3912C)之妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

6.完整收案率

分子：該院所完成P3911C+P3912C+P3913C+P3915C申報的之妊娠糖尿病孕婦個案數。

分母：該院所所有加入此計畫的妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

7.新收案率

分子：該院所完成P3911C申報的之妊娠糖尿病孕婦個案數。

分母：該院所所有的妊娠糖尿病孕婦個案數。

8.四度產道裂傷比率

分子：分娩時發生四度產道裂傷的之妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

(二)新生兒相關

1.胎兒出生體重為巨嬰之比例<5%

分子：產下新生兒體重>4,000公克之妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

2.胎死腹中比例<5‰

分子：胎死腹中之妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦收案個案數。

玖、方案修正程序：本方案之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理；餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案 「孕產期管理照護」給付項目及支付標準

通則：

- 一、不符醫學上適應症而自行要求剖腹產者，須回歸現行醫療服務支付標準申報，依自行要求剖腹產點數支付，不得申報本方案各項支付標準。
- 二、其他未列入本方案之支付標準規定項目，依現行醫療服務支付標準規定辦理。
- 三、高風險及急重症孕產婦經醫師診斷如有需要之必要轉診，依醫療服務支付標準及相關轉診規定辦理，不得申報本方案。
- 四、每一孕產婦就下列 P3904C 及 P3905C，擇一申報。

代碼	診療項目	支付點數	給付時程	服務項目
P3904C	母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)	1,200	確定懷孕至產後 1 月	母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間產檢至生產皆在同一院所執行者，且生產當次非採自行要求剖腹產時，合併生產申報。 註：母嬰親善機構認證及效期若有異動，各參與計畫院所需檢附證明向保險人分區業務組申請更新維護，本計畫費用檢核以該筆費用年月申報時，保險人之醫管資料檔為準。
P3905C	非母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)	900	確定懷孕至產後 1 月	非母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間產檢至生產皆在同一院所執行者，且生產當次非採自行要求剖腹產時，合併生產申報。

全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案 「妊娠糖尿病管理照護」給付項目及支付標準

代碼	診療項目	支付點數	必要服務項目及時程
P3911C	妊娠糖尿病-孕期追蹤(第 1 次)	600	1.個案登錄系統必填欄位：建立病人基本資料、孕期新收案日期、預產期、孕次(G)、產次(P)、基本檢查數據、慢性病史及家族史、抽血檢驗結果、妊娠糖尿病治療方式、其他用藥。 2.P3911C 須轉介營養師。
P3912C	妊娠糖尿病-孕期追蹤(第 2 次)	500	1.個案登錄系統必要照護項目欄位：孕期追蹤日期、基本檢查數據、血糖機檢驗、妊娠糖尿病治療方式。 2.新收案後至少須間隔二週始得申報。 3.P3912C 須轉介營養師。
P3913C	妊娠糖尿病-孕期追蹤(第 3 次)	200	1.個案登錄系統必填欄位：孕期追蹤日期、基本檢查數據、抽血檢驗及妊娠糖尿病治療方式。 2.與 P3912C 至少須間隔二週始得申報。
P3914C	妊娠糖尿病-孕期追蹤(第 4 次)	200	1.個案登錄系統必填欄位：孕期追蹤日期、基本檢查數據、血糖機檢驗及妊娠糖尿病治療方式。 2.與 P3913C 至少須間隔二週始得申報。
P3915C	妊娠糖尿病-生產評估	500	1.個案登錄系統必填欄位：基本檢查數據(待產或產前體重)、抽血檢驗、生產日期、方式、懷孕胎數、胎兒性別、出生週數、出生體重、孕期合併症、胎兒併發症(新生兒低血糖、入住 NICU、新生兒生產創傷、死胎、死胎原因等)。 2.須生產後才能申報本項，限完成 P3911C、P3912C 及 P3913C 者始得申報。 <u>若個案為近期診斷 GDM 或早產之產婦，得依其孕期執行照護期程，比照申報 P3915C。</u>
P3916C	妊娠糖尿病-產後 <u>4-12 週</u> 追蹤	400	1.個案登錄系統必填欄位：基本檢查數據、抽血檢驗。 2.限有執行產後 75 克葡萄糖耐受試驗(OGTT)及 P3915C 者始得申報。 3.限產後三個月內申報。
<u>P3917C</u>	<u>妊娠糖尿病-產後第 1 年追蹤</u>	400	1.個案登錄系統必填欄位：基本檢查數據、抽血檢驗。 2.限有執行空腹血糖(AC)或餐後 2 小時血糖(PC2hr)者始得申報。 3.限同胎次產後 12 週起第一年內申報。

代碼	診療項目	支付點數	必要服務項目及時程
P3918C	妊娠糖尿病-產後第2年追蹤	400	1.個案登錄系統必填欄位：基本檢查數據、抽血檢驗。 2.限有執行空腹血糖(AC)或餐後2小時血糖(PC2hr)者始得申報。 3.限同胎次產後12週起第二年內申報。
P3919C	妊娠糖尿病-產後第3年追蹤	400	1.個案登錄系統必填欄位：基本檢查數據、抽血檢驗。 2.限有執行空腹血糖(AC)或餐後2小時血糖(PC2hr)者始得申報。 3.限同胎次產後12週起第三年內申報。
P3920C	妊娠糖尿病-轉診結案	400	1.限個案符合確診糖尿病，並經轉診至參與「糖尿病照護方案」、「家庭醫師整合性照護計畫」院所，確認經該計畫收案後方可申報，每人限申報一次。 2.跨院需填寫「全民健康保險轉診單」(附件五)，一份留存院所，一份提供個案予被轉診機構參考。 3.若為院內跨科轉診，則須保留院內轉診單於病歷內，且於新陳代謝科、家醫科等收案追蹤後方予支付。 4.結案原因為正常、長期失聯(一百八十天以上)、拒絕接受治療或死亡者，不可申報本項。 5.執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。

備註：1.抽血檢驗結果需包含醣化血色素(HbA1c)、醣化白蛋白、血液及體液葡萄糖-空腹(AC)或血液及體液葡萄糖-餐後(PC)。

2.產前追蹤第1~4次，每次間隔二週。

3.申報時未完成該項個案登錄系統填報欄位者，不予支付。

附件三

全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案
「產科醫師與助產人員共同照護評估指導表」

主導人員：☐醫師：產科醫師主導接生加上助產師(士)產程管理

☐助產師(士)：助產師(士)主導接生及產程管理

助產師(士)的產程管理(labor and delivery management)

針對以下項目先行評估，再給予適切的處理/指導(確實執行項目請打勾)

評估及健康指導項目
1. ☐ 孕婦入院的判斷與處理
2. ☐ 破水的判斷與處理
3. ☐ 產程進展的判斷與處理
4. ☐ 非藥物減痛方法
5. ☐ 知情同意、關懷及支持
6. ☐ 尊重、隱私及保密
7. ☐ 對伴侶執行陪產的協助與支持
8. ☐ 導引第二產程正確用力方法及時機
9. ☐ 新生兒即刻處理
10. ☐ 第四產程的照護處理
完成率：

助產師(士)簽章：

醫師簽章：

附件四

全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案 醫療品質指標報告表

院所名稱： 院所代號： ○年第○季

一、結構、過程、結果指標

項目 過程	專科資格	在職教育
結構面		
過程面	1.參與本方案前之平均住院天數	天
	2.參與本方案後之平均住院天數	天
結果面	產檢利用率（分子： 分母： ） 週產期死亡率（分子： 分母： ） 出生性別比（男嬰數/女嬰數）	

二、危險因子指標

項目	個案人數（A）	孕婦/新生兒人數 （B）	比率%（A/B）
子癇前症			
子癇症			
早產兒			
低體重兒			

三、其他指標

項目	哺育母乳人數(A)	產婦人數(B)	比率%（A/B）
住院期間總母乳哺育率			
住院期間純母乳哺育率			

四、妊娠糖尿病監控指標

序 號	指標名稱定義	分子 A	分母 B	比率% (A/B)
1	自我血糖監控率 分子： <u>所有進行完成 P3912C 申報個案中，每日自我</u> <u>血糖檢監測的妊娠糖尿病(Gestational Diabetes-</u> <u>Mellitus，以下稱 GDM)孕婦收案個案頻率至少</u>			

序 號	指標名稱定義	分子 A	分母 B	比率% (A/B)
	<u>達1次(含)以上之人數</u> 分母：所有 GDM 孕婦收案完成 P3912C 申報 個案數			
2	孕期血糖控制良率>95% 分子： <u>所有完成 P3913C 申報個案中，糖化血紅素 <6.5% 或 糖化白蛋白 <15.8% 之 妊娠糖尿病孕婦收案個案人數</u> 分母：所有 妊娠糖尿病孕婦收案完成 P3913C 申報 個案數			
3	產後 4-12 週內進行 75g OGTT 比例 分子： GDM <u>所有妊娠糖尿病孕婦收案個案中，產後 4-12 週內有進行 75g OGTT 檢測者人數</u> 分母：所有 GDM 妊娠糖尿病孕婦收案 個案數			
4	血糖達標率 分子： 該院所 <u>所有完成 P3913C 申報的 GDM 孕婦之個案中，血糖控制達標之人數(血糖控制達標定義為所有有登錄之抽血檢驗值均須達標：包括 AC<95mg/dL、PC1hr<140mg/dL 或 PC2hr<120mg/dL)</u> 分母： 該院所 <u>所有的 GDM 孕婦完成 P3913C 申報之個案數。</u>			
5	營養師衛教比率 分子：經診斷 GDM 妊娠糖尿病後有接受過 <u>2 次</u> 營養師衛教的 <u>(完成 P3911C 及 P3912C) 之 妊娠糖尿病孕婦收案個案數。</u> 分母：所有 GDM 妊娠糖尿病孕婦收案 個案數			
6	完整收案率 分子： 該院所 <u>完成 P3911C+P3912C+P3913C+P3915C 申報的之 GDM 妊娠糖尿病孕婦個案數</u> 分母： 該院所 <u>所有 加入此計畫的 GDM 妊娠糖尿病孕婦收案</u> 個案數			
7	新收案率 分子： 該院所 <u>完成 P3911C 申報的之 GDM 妊娠糖尿病孕婦個案數</u> 分母： 該院所 <u>所有的 GDM 妊娠糖尿病孕婦個案數</u>			
8	四度產道裂傷 分子：分娩時發生四度產道裂傷 <u>的之</u> GDM 孕婦收案個案數 分母：所有 GDM 妊娠糖尿病孕婦收案 個案數			
9	胎兒出生體重為巨嬰之比例 分子： GDM 妊娠糖尿病 孕婦收案個案產下之新生兒體重>4,000 公克個案數 分母：所有 GDM 妊娠糖尿病 孕婦收案個案數			
10	胎死腹中比例 分子： GDM 妊娠糖尿病 孕婦收案個案胎死腹中個案數			

序號	指標名稱定義	分子 A	分母 B	比率% (A/B)
	分母：所有 GDM-妊娠糖尿病 孕婦收案個案數			

- 註： 1.本表請於每季最後 1 月(3、6、9、12 月)申報醫療費用時一併提供分區業務組 ~~→另未完
整提報妊娠糖尿病監控指標者不予支付妊娠糖尿病管理照護費。~~
- 2.總母乳哺育~~母乳~~率之哺育母乳人數係指有哺育母乳之產婦人數。
- 3.純母乳哺育~~母乳~~率之哺育母乳人數係指純哺育純母乳(僅餵母乳或加維他命、礦物補充劑或藥品)之產婦人數。
- 4.專科資格：本方案相關專科醫師人數、相關專業人員數(如護理師)。
- 5.在職教育：本方案相關訓練如新生兒急救等教育訓練時數。
- 6.週產期死亡率：(懷孕 28 週以上之死胎數+活產後 1 週內死亡數)/(懷孕 28 週以上之死胎數+1 年中的活產數)*1,000。
- 7.所有妊娠糖尿病孕婦收案個案數：有完成 P3911C、P3912C、P3913C、P3914C、P3915C 或 P3916C 其中一項申報。
- 8.所有妊娠糖尿病孕婦個案數：所有診斷為 GDM(ICD-10 為 O24.4)孕婦之個案數，包含未收案及收案個案。

全民健康保險 院(所)轉診單(轉診至 院所)(院所參考)

保險醫事服務機構代號：

原 診 醫 院	保險對象基本資料	姓 名	性 別	出 生 日 期	身 分 證 號
			☐ 男 ☐ 女	民國(前) 年 月 日	
療 醫 院	病 歷 摘 要	聯 絡 人	聯 絡 電 話	聯 絡 地 址	
診 目 的	轉診目的	A.病情摘要(主訴及簡短病史) D.藥物過敏史：			
		B.診斷 ICD-10-CM 病名			
所 診 治 醫 師	院所住址	1.(主診斷)			
		2. 3. C.檢查及治療摘要			
開 單 日 期	建議轉診院所科別	1.最近一次檢查結果 2.最近一次用藥或手術名稱			
		日期： 日期：			
接 受 轉 診 醫 院 診 所	處理情形	報告：			
		轉診目的			
診 治 醫 師	診所名稱	1. ☐ 急診治療 4. ☐ 進一步檢查，檢查項目			
		2. ☐ 住院治療 5. ☐ 轉回轉出或適當之院所繼續追蹤			
醫 生	醫 生	3. ☐ 門診治療 6. ☐ 其他			
		診所			
醫 生	醫 生	傳真號碼：			
		電子信箱：			
醫 生	醫 生	醫 師 簽 章			
		年 月 日			
醫 生	醫 生	安排就醫日期			
		年 月 日			
醫 生	醫 生	轉診院所地址及專線電話			
		地址： 電話：			
醫 生	醫 生	1. ☐ 已予急診處置並轉診至 醫院 2. ☐ 已予急診處置，並住本院 病房治療中			
		3. ☐ 已安排住本院 病房治療中 4. ☐ 已安排本院 科門診治療中			
醫 生	醫 生	5. ☐ 已予適當處理並轉回原院所，建議事項如下			
		1.主診斷 2.治療藥物或手術名稱 3.輔助診斷之檢查結果			
醫 生	醫 生	ICD-10-CM：			
		病名：			
醫 生	醫 生	電話或傳真：			
		電子信箱：			
醫 生	醫 生	姓 名			
		科 別			
醫 生	醫 生	醫師 簽章			
		回覆 日期			
醫 生	醫 生	年 月 日			

第一聯：接受轉診(轉入)醫院、診所留存

第二聯：接受轉診(轉入)醫院、診所留存

第三聯：原診療醫院、診所留存

※本轉診單限使用一次

※以上欄位均屬必填，如無則填無

討論事項第三案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：配合西醫基層總額修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）部分診療項目」案。

說明：(資料後補)

決議：

討論事項第四案

提案單位：中華民國癌症醫學會、台灣腦中風學會

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目」暨「全民健康保險區域聯防-提升急重症照護品質計畫」案。

說明：(資料後補)

決議：

討論事項第五案

提案單位：台灣神經學學會、台灣醫院協會

案由：修訂醫院部門「門診及住院診察費」支付點數案。

說明：(資料後補)

決議：

討論事項第六案

提案單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4 版支付通則暨
116 年 1-6 月適用之相對權重統計結果案。

說明：(資料後補)

決議：